

千葉県産科婦人科医学会
平成 28 年度冬期学術講演会
プログラム・抄録集

日時：平成 29 年 2 月 18 日(土曜日) 13:00~17:10

会場：千葉県医師会館 3階会議室
千葉市中央区千葉港 4-1
電話 043(239)5473

参加費 無料 (日本産科婦人科学会研修単位(10 単位)・日本専門医機構単位 (参加単位 1 単位・産科婦人科領域講習単位 1 単位)・日本産婦人科医会研修シールを交付いたします。当日はe 医学会カードをご持参ください)



【交通機関のご案内】

JR 千葉みなと駅より徒歩 7 分、JR 千葉駅より千葉都市モノレール 市役所前駅下車徒歩 1 分
*駐車場の確保はございませんので、お車でのご来場はご遠慮ください。

ご挨拶

本年も千葉県産科婦人科医学会のメインイベントの一つと言える、恒例の冬期学術集会の季節がやってまいりました。本年度は東京歯科大学市川総合病院産婦人科が担当させていただきます。宜しく願い申し上げます。

特別講演としましては、済生会横浜市東部病院 周術期支援センター長 兼 栄養部部長であられる谷口 英喜 先生に「周術期支援センターによる **Dream Project** — 術前経口補水療法を活用し周術期の絶飲食期間を短縮する —」と題してお話しいただきます。近年、術前輸液に対する考え方にはパラダイムシフトが起こっています。従来、我々が学んできた術前の絶飲水では、患者さんは口渴・空腹感を我慢し、それが不安や焦燥感を惹起するとともに、医療サイドにおいても輸液の業務増加やインシデントリスクなどの問題があります。しかし、近年、術前の点滴を止め、その代わりに経口補水療法を行っても、術前の体液管理が安全に行えることが明らかになってきました。日本においても「術前絶飲食ガイドライン」が策定され、「清澄水の摂取は年齢を問わず麻酔導入 2 時間前まで安全である（推奨度 A）」となっているとおり、術前経口補水療法（**POORT**）という概念が確立しています。この「手術前 2 時間まで水を飲んでもよい」という目からウロコの考え方である **POORT** を提唱された谷口先生のお話しは、明日からの臨床に必ず役立つものと期待しております。この特別講演を共催いただきました株式会社大塚製薬工場には心より御礼申し上げます。

一般演題には 24 題の応募をいただきました。ありがとうございます。今回は、各施設から専門医取得後のできるだけ若い先生方をご推薦いただき、各セッションの座長をお願いいたしました。座長の経験はこれからの発表にも生きるのではないかと考えております。ただ、進行がいささか心配ではありますが、そこはフロアの先生方の温かいご配慮をお願いできればと思います。

なお、懇親会については、時間的な制約もあり、昨年同様、実施しないこととさせていただきます。ご寛容いただきたく存じます。

まだまだ寒い一日であろうとは思いますが、多くの先生方のご参加と熱い議論で寒さを吹き飛ばしていただくことを期待しております。宜しく願い申し上げます。

千葉県産科婦人科医学会 平成 28 年度冬期学術講演会
当番世話人：東京歯科大学市川総合病院産婦人科 高松 潔

<学術講演会参加者の方へ>

- ・参加費は無料です。
 - ・日本産科婦人科学会研修単位(10 単位)・日本専門医機構単位 (参加単位 1 単位・産科婦人科領域講習単位 1 単位)・日本産婦人科医会研修シールを交付いたします。当日 e 医学会カードをご持参ください。
 - ・特別講演を受講された方には、日本専門医機構の講習単位(産科婦人科領域講習 1 単位)を交付いたします。
 - ・プログラム/抄録集(本誌)は各自ご持参ください。
- (初期研修医、学生の方には無料で差し上げます。身分証明書をご呈示ください)
- ・会場内では、携帯電話、PHS などの電源は OFF にするか、マナーモードをご利用ください。
 - ・会場内サイドスライドでの呼び出しはいたしません。

<演者の方へ>

- ・発表形式について

- 1) 発表時間は 5 分間、討論 2 分間です。時間厳守をお願いいたします。
- 2) 発表形式はデータ(USB メモリ、CD-R)での受付、又はご自身のパソコンを持ち込んでの発表となります。

会場でご用意するパソコン等は以下の通りです。

OS;Windows8、アプリケーションソフト;Microsoft PowerPoint2013 外部出力ケーブルコネクタ;HDMI Type A 動画ファイルは標準の Windows Media Player にて再生可能なもの

上記以外の OS、アプリケーションソフトを用いて、発表用データを作成しご発表する場合は、ご自身のパソコンをご持参下さい。その際、外部出力ケーブルコネクタの形状に変換するコネクタを必要とする場合には、必ずご自身でお持ちになってください。

- 3) 発表 30 分前までにスライド受付にて発表データの試写と受付を済ませてください。
- 4) PowerPoint「発表者ツール」機能は使用できません。

・ ご発表の内容はぜひ千葉県産科婦人科医学会雑誌へご投稿いただきますようお願いいたします。

<座長の先生へ>

- ・担当されるセッションの開始 10 分前までに次座長席にお着きください。

- * 学術講演会終了後の懇親会は設けておりませんのでご了承ください。
- * 皆様お誘い合わせの上、ふるってご参加ください。

<お問い合わせ先>

千葉県産科婦人科医学会 平成 28 年度冬期学術講演会 事務局

担当 小川 誠司・宮崎 真由子

東京歯科大学市川総合病院 産婦人科

〒272-8513 市川市菅野 5-11-13

TEL : 047-322-0151

Mail : obgy@tdc.ac.jp

プログラム

開会挨拶 (13:00~13:05)

東京歯科大学市川総合病院 産婦人科 高松 潔

I. 不妊・生殖内分泌, 婦人科一般 1 (13:05~13:26)

座長 山口 緑 (東京歯科大学市川総合病院 産婦人科)

1. 卵胞刺激ホルモン基礎値, テストステロンと抗ミュラー管ホルモンの年齢変化および採卵数との関係
東京歯科大学市川総合病院 リプロダクションセンター
板井侑里, 吉田丈児, 片山紗弥, 小笠原 淳, 山口 緑, 井上 治, 橋本志歩,
吉丸真澄, 小川誠司, 杉山重里, 小川真里子, 兼子 智, 高松 潔
2. 経膈超音波検査を併用した子宮がん検診で見つかった子宮内膜病変の検討
千葉徳洲会病院 婦人科¹⁾ 順天堂大学医学部附属浦安病院 産婦人科²⁾
都築陽欧子^{1,2)}, 石川博士¹⁾, 佐々木 寛¹⁾, 野島美知夫²⁾, 吉田幸洋²⁾
3. 卵巣腫瘍の術前診断精度を上げていくために
成田赤十字病院 産婦人科¹⁾, 放射線科²⁾
馬場七織¹⁾, 田中 圭¹⁾, 金子明夏¹⁾, 西川裕子¹⁾, 佐藤史郎¹⁾, 山之内美紀¹⁾,
杉田達哉¹⁾, 清水久美子¹⁾, 東辻由雅²⁾, 小幡新太郎¹⁾

II. 周産期 1 (13:26~13:47)

座長 岡山 潤 (千葉大学医学部付属病院 周産期・母性科)

4. 頭蓋内進展を示した胎児上顎体の一例
国保松戸市立病院 産婦人科
原田祐一, 海野洋一, 中村名律子, 関 史子, 秦 利衣, 長澤亜希子, 真田道夫,
藤村尚代
5. 妊娠性肝内胆汁うっ滞症の1例
東京女子医科大学八千代医療センター 母体胎児科・婦人科
古来愛香, 中島義之, 岩根枝里子, 丸田佳奈, 田代英史, 和田真沙美, 秋山美里,
三谷 穰, 正岡直樹

6. 偶然に肝障害を発見し、重症化前に治療介入することができた急性妊娠脂肪肝の一例
千葉大学医学部附属病院 周産期・母性科
篠原佳子，井上万里子，鈴木義也，岡山 潤，尾崎江都子，中田恵美里，尾本暁子，
田中宏一，長田久夫，生水真紀夫

III. 周産期 2

(13 : 47~14 : 08)

座長 小泉 朱里 (順天堂大学医学部附属浦安病院 産婦人科)

7. 卵子提供による IVF-ET 後妊娠 11 週で癒痕性子宮破裂を発症した 1 例
東邦大学医療センター佐倉病院 産婦人科¹⁾，病院病理部²⁾
長岡理大¹⁾，高島明子¹⁾，石田洋昭¹⁾，安達知弘¹⁾，佐々木 泉¹⁾，横川 桂¹⁾，
瓜田麻由美¹⁾，横山安哉美¹⁾，竹下直樹¹⁾，木下俊彦¹⁾，徳山 宣¹⁾，蛭田啓之¹⁾
8. 当院における超緊急帝王切開術の検討
亀田総合病院 産婦人科
白勢悠記，末光徳匡，鈴木 真，江夏悠介，越智良文，瀬尾百合子，鈴木陽介
9. 子宮筋腫核出後の選択的帝王切開術から子宮全摘に移行した 2 症例
千葉大学医学部附属病院 周産期母性科
山本敬介，尾崎江都子，尾本暁子，鈴木義也，岡山 潤，中田恵美里，井上万里子，
田中宏一，生水真紀夫

IV. 腫瘍 1

(14 : 08~14 : 29)

座長 石田 洋昭 (東邦大学医療センター佐倉病院 産婦人科)

10. 進行卵巣漿液性境界悪性腫瘍の 5 例
千葉大学医学部附属病院 婦人科
春成淳平，楯 真一，羽生裕二，松岡 歩，塙 真輔，錦見恭子，碓井宏和，
三橋 暁，生水真紀夫
11. 卵巣に原発した大細胞神経内分泌癌の 1 例
日本医科大学千葉北総病院 女性診療科・産科
松橋智彦，浜野愛理，庄田有里，杉田洋佑，松井遼子，中西一步，西方紀子，
山田 隆，鴨井青龍
12. 肺血栓塞栓症を合併した卵巣原発癌肉腫の 1 例
東京歯科大学市川総合病院 産婦人科
片山紗弥，杉山重里，小笠原 淳，山口 緑，板井侑里，橋本志歩，吉丸真澄，
井上 治，小川誠司，小川真里子，吉田丈児，高松 潔

V. 腫瘍 2

(14 : 29~14 : 50)

座長 松橋 智彦 (日本医科大学千葉北総病院 女性診療科・産科)

13. 婦人科腫瘍との鑑別に苦慮した虫垂粘液腫の1例

東京歯科大学市川総合病院 産婦人科¹⁾, 外科²⁾

小笠原 淳¹⁾, 瀧川 穰²⁾, 片山紗弥¹⁾, 山口 緑¹⁾, 板井侑里¹⁾, 橋本志歩¹⁾,
吉丸真澄¹⁾, 井上 治¹⁾, 小川誠司¹⁾, 杉山重里¹⁾, 小川真里子¹⁾, 吉田丈児¹⁾,
松井淳一²⁾, 高松 潔¹⁾

14. 後腹膜発生腺筋腫の1例

東邦大学医療センター佐倉病院 産婦人科¹⁾, 病院病理部²⁾

安達知弘¹⁾, 高島明子¹⁾, 石田洋昭¹⁾, 佐々木 泉¹⁾, 横川 桂¹⁾, 長岡理大¹⁾,
横山安哉美¹⁾, 瓜田麻由美¹⁾, 竹下直樹¹⁾, 木下俊彦¹⁾, 徳山 宣²⁾, 蛭田啓之²⁾

15. 術前に卵巣腫瘍と診断した後腹膜腫瘍4症例の術前画像検査についての検討

千葉大学 婦人科¹⁾, 放射線科²⁾

安部真希子¹⁾, 楯 真一¹⁾, 松岡 歩¹⁾, 錦見恭子¹⁾, 塙 真輔¹⁾, 碓井宏和¹⁾,
三橋 暁¹⁾, 堀越琢郎²⁾, 生水真紀夫¹⁾

— 休憩 10 分間 —

特別講演 (共催：株式会社大塚製薬工場)

(15 : 00~16 : 00)

「周術期支援センターによる Dream Project

— 術前経口補水療法を活用し周術期の絶飲食期間を短縮する—」

講 師： 済生会横浜市東部病院 周術期支援センター長 兼 栄養部部長

谷口 英喜 先生

座 長： 東京歯科大学市川総合病院 産婦人科教授

高松 潔

VI. 周産期 3

(16:00~16:14)

座長 田代 英史 (東京女子医科大学八千代医療センター 母体胎児科・婦人科)

16. 無痛分娩施行後子宮内反症を発症した1例

順天堂大学医学部附属浦安病院 産婦人科

瀬山理恵, 小泉朱里, 石田ゆり, 大塚 彩, 笠原華子, 山田敦子, 都築陽欧子,
氏平崇文, 宮国泰香, 鈴木千賀子, 田嶋 敦, 菊地 盤, 野島美知夫, 吉田幸洋

17. 妊娠終了後に子宮筋層に動静脈奇形形成が疑われた7例

日本医科大学千葉北総病院¹⁾, 山口病院²⁾

庄田有里^{1,2)}, 山口 暁²⁾, 横田明重²⁾, 杉田洋佑¹⁾, 松井遼子¹⁾, 浜野愛理¹⁾,
中西一步¹⁾, 松橋智彦¹⁾, 西方紀子¹⁾, 山田 隆¹⁾, 鴨井青龍¹⁾

VII. 腫瘍 3

(16:14~16:42)

座長 鶴賀 哲史 (帝京大学ちば総合医療センター 産婦人科)

18. 腹腔鏡手術で診断された Serous tubal intraepithelial carcinoma (STIC) から発生した両側卵管癌の一例

東京慈恵会医科大学附属柏病院 産婦人科

藪崎恵子, 佐藤真梨子, 泉 明延, 日向 悠, 山内貴志人, 近藤息吹, 若松侑子,
廣瀬 宗, 野口大斗, 堀谷まどか, 江澤正浩, 小曾根浩一, 上出泰山, 田部 宏,
高野浩邦

19. 正常大卵管原発の漿液性癌が腹膜播種をきたさずに大腸・肝転移した1例

千葉徳洲会病院 婦人科¹⁾, 外科²⁾, 病理診断科²⁾

石川博士¹⁾, 寺田光二郎¹⁾, 都築陽欧子¹⁾, 鶴田好彦²⁾, 宍倉有理³⁾, 佐々木 寛¹⁾

20. 卵管癌手術後に発症した遅発性瘵性胸水の一例

千葉大学医学部附属病院 周産期・母性科, 婦人科

片山恵里, 松岡 歩, 錦見恭子, 楯 真一, 生水真紀夫

21. 異なる発症形態を示した婦人科悪性腫瘍に合併した Trousseau 症候群の2例

船橋市立医療センター 産婦人科

佐々木直樹, 中崎千里, 森 麻子, 名古ゆり恵, 長嶋武雄, 齋藤俊雄

22. 不妊治療後の稽留流産に対して待機的管理を行った症例の検討

窪谷産婦人科 IVF クリニック¹⁾, 窪谷産婦人科²⁾

山口 隆^{1,2)}, 香川珠紀¹⁾, 古屋 智^{1,2)}, 高橋英彦²⁾, 窪谷 健²⁾, 窪谷 潔²⁾

23. Wunderlich 症候群に対し 2 期的手術施行後に無事生児を得た一例

帝京大学ちば総合医療センター 産婦人科

森岡将来, 中村寛江, 古村絢子, 神尊貴裕, 中村泰昭, 鶴賀哲史, 五十嵐敏雄,

林 正路, 梁 善光

24. 一卵性双胎の姉妹に生じた腸管子宮内膜症による腸閉塞

君津中央病院 産婦人科¹⁾, 病理部²⁾

新井未央¹⁾, 木村博昭¹⁾, 大塚聡代¹⁾, 片山恵里¹⁾, 藤田久子¹⁾, 糸井瑞恵¹⁾,

神山正明¹⁾, 井上 泰²⁾, 平敷好一郎¹⁾

閉会挨拶

東京歯科大学市川総合病院 産婦人科 吉田 丈児

周術期支援センターによる Dream Project

— 術前経口補水療法を活用し周術期の絶飲食期間を短縮する —

済生会横浜市東部病院 周術期支援センター長 兼 栄養部部长
谷口 英喜

2016年8月1日より、当院では専従医師およびパラメディックより運営される周術期支援センターが開設された。入院前の患者情報の全てを集約した手術準備外来として、多職種によるアセスメントと患者への情報提供を実施する。平均在院日数が8日前後である当院では、手術前日入院が多い。このため、入院前に情報収集が十分に行われ、必要に応じて栄養、口腔外科的な介入、PONV、せん妄や血栓塞栓リスクの情報提供がのぞまれる。また、在院日数の短縮を維持するためには患者も一体となった術後回復促進策の導入が必要不可欠である。特に、術後早期からの経口摂取および離床（**Early Drinking, Eating, Mobilizing : Dream**）が在院日数を短縮することが明らかにされている。当院では、**Dream**の実現に向けて(**Dream Project**)、センターの組織のひとつである術前経口補水療法(**Preoperative oral rehydration therapy: PO-ORT**)チームが術前の体液管理を担当している。本セミナーでは、周術期の絶飲食に関するエビデンス、特に産婦人科領域でのトピックスも紹介していきたい。

<略歴>

- 平成3年 福島県立医科大学医学部卒業
- 平成3年 横浜市立大学医学部附属病院にて臨床研修医
- 平成5年 同麻酔科入局
- 平成7年 横浜市立大学医学部附属病院救命救急センター集中治療室助手
- 平成9年 同本院集中治療部助手
- 平成13年 神奈川県立がんセンター麻酔科医長
- 平成17年 同NST チェアマン
- 平成21年 神奈川県立保健福祉大学保健福祉学部栄養学科准教授
神奈川県立がんセンター麻酔科非常勤医師
同栄養サポート外来医師
横須賀看護専門学校非常勤講師
神奈川県立保健福祉大学実践教育センター急性期重症支援過程
(日本看護協会認定集中ケア認定看護師教育課程) 講師
- 平成23年 4月より同 教授 (大学院併任)
(平成26年4月より ハノイ医科大学栄養学科 客員教授)
- 平成28年4月より 済生会横浜市東部病院 周術期支援センター長 兼 栄養部部长
東京医療保健大学大学院客員教授

【一般演題 抄録】

1. 卵胞刺激ホルモン基礎値，テストステロンと抗ミュラー管ホルモンの年齢変化および採卵数との関係

東京歯科大学市川総合病院 リプロダクションセンター

板井侑里，吉田丈児，片山紗弥，小笠原 淳，山口 緑，井上 治，橋本志歩，吉丸真澄，小川誠司，杉山重里，小川真里子，兼子 智，高松 潔

【目的】卵胞刺激ホルモン基礎値 (bFSH)，テストステロン (T)，抗ミュラー管ホルモン (AMH) の年齢変化，IVF-ETにおける採卵数との関係を検討することにより，採卵数の予測が可能かどうかを探る。

【対象と方法】2011年1月～2016年8月におけるIVF施行症例の1712周期において，(A)年齢との相関と，X歳以下とX歳超の2群の回帰直線の傾き a_1 ， a_2 の比 a_2/a_1 を最大にする変曲点 X_m ，および (B) 採卵数との相関と，採卵数変化の変曲点 Y_m をそれぞれ検討した。

【結果】(A) bFSH は年齢と正相関傾向にあり， X_m は40歳，AMH は負相関傾向， X_m は33歳であったが，Tには X_m ，つまり変化が加速する年齢を見いだせなかった。(B) bFSH は， ≤ 5 mIU/mL；採卵高値域， $5 < \leq 12$ mIU/mL；採卵と負相関域， >12 mIU/mL；採卵低値域に分けられた。一方，採卵数はTとは相関せず， Y_m も見いだせなかった。AMHが2 ng/nLを境に採卵数の上昇率が減じていた。

【結論】卵巣予備能の指標とされるbFSHとAMHの変化が加速する年齢はそれぞれ40歳，33歳であった。また，40歳以上，かつbFSH 12 mIU/mL以上あるいはAMH 2 ng/nL未満の場合では採卵数の確保が困難となる可能性が示唆された。

2. 経膈超音波検査を併用した子宮がん検診で見つかった子宮内膜病変の検討

千葉徳洲会病院 婦人科¹⁾ 順天堂大学医学部附属浦安病院 産婦人科²⁾

都築陽欧子^{1,2)}，石川博士¹⁾，佐々木 寛¹⁾，野島美知夫²⁾，吉田幸洋²⁾

当院は，人間ドックで子宮がん検診を行なっている。また，船橋市子宮がん検診の協力医療機関である。いずれの検診も経膈超音波検査を併用している。当院で子宮がん検診を受け，経膈超音波検査で見つかった子宮内膜病変について検討した。

平成27年10月～平成28年9月までに受診した人間ドック受診者871名及び船橋市子宮がん検診受診者570名を対象とした。年齢の分布は20～85歳であった。人間ドックでの子宮がん検診で子宮内膜異常を疑う所見を認めたのは69名，その後組織学的診断を実施できたのが60名，結果は子宮内膜ポリープ31名であった。船橋市子宮がん検診で子宮内膜異常を疑う所見を認めたのは62名，その後組織学的診断を実施できたのが55名，結果は子宮体癌1名，子宮内膜増殖症3名，子宮内膜ポリープ14名であった。

子宮体癌，子宮内膜増殖症，子宮内膜ポリープといった子宮内膜病変の症状は主に異常性器出血だが，無症状であることも多い。子宮がん検診時に超音波検査を併用することにより，子宮内膜病変の早期診断，悪性疾患の早期治療を行える可能性が示唆された。

3. 卵巣腫瘍の術前診断精度を高めていくために

成田赤十字病院 産婦人科¹⁾, 放射線科²⁾

馬場七織¹⁾, 田中 圭¹⁾, 金子明夏¹⁾, 西川裕子¹⁾, 佐藤史郎¹⁾, 山之内美紀¹⁾, 杉田達哉¹⁾,
清水久美子¹⁾, 東辻由雅²⁾, 小幡新太郎¹⁾

【緒言】当院では主にMRI, 腫瘍マーカー, 超音波(経腹・経膈)を用いて卵巣腫瘍の術前診断を行っているが, その中でも特にMRI診断が優先されている. 術前MRI診断と術後病理結果を省み, より精度の高い術前診断を目指していくことが課題である.

【方法】当施設で2014年7月から2016年9月において, 卵巣腫瘍と病理診断された183例(術後診断で成熟嚢胞性奇形腫と診断されたものを除く)のうち, 術前MRI診断と術後病理診断の相違を後方視的に検討し, 術前診断におけるその他の因子について考察した.

【結果】MRIで境界悪性以上が疑われたものを検査の陽性, 良性が疑われたものを検査の陰性とする, 陰性適中率は98%(125例中122例)と高値であるにも関わらず, 陽性適中率は62%(58例中36例)であった.

術前は境界悪性以上疑いで, 結果良性であった22例のうち超音波にて充実部分や乳頭状病変といった悪性所見を呈していたものは7例(32%)であった. 一方で術前は境界悪性以上疑いで, 結果境界悪性以上であり, 超音波結果の記載があった25例のうち, 悪性所見を呈していたものは22例(88%)であった.

【結論】MRIは見落としを防ぐために感度を高めることが大切であるが, そのため陽性的中率が低く過剰診断になっていることが示唆された. 超音波検査はそういった時に十分に利用できる重要な検査の一つであり, 超音波検査での情報を共有し, 診断に役立てていくことが大切である.

4. 頭蓋内進展を示した胎児上顎体の一例

国保松戸市立病院 産婦人科

原田祐一, 海野洋一, 中村名律子, 関 史子, 秦 利衣, 長澤亜希子, 真田道夫, 藤村尚代

上顎体は口蓋・咽頭またはその近傍から発生する奇形腫や寄生性二重体の総称で, 発生頻度は35000から200000出生に1例程度と非常に稀な疾患である. 更に, その組織型は成熟奇形腫が多く未熟奇形腫や悪性奇形腫は稀である. 今回われわれは, 頭蓋内進展を示した胎児上顎体で, かつその組織型が未熟奇形腫である症例を経験したので報告する.

妊娠初期より当院にて外来経過観察中, 24週2日から羊水過多となり, 28週2日で胎児に顔面腫瘍が認められた. 29週4日で胎児MRIを施行し, 鼻部から口腔, 咽頭にかけて52×66×73mm大の腫瘍性病変を認めた. 病変は頭蓋内まで進展しており, 両側前頭葉を圧排していた. 病変の進展度合からは出生後の整容面, 神経学的予後, 呼吸・嚥下機能の予後不良が予測された. 両親の合意の上積極的治療を行わない方針となり, 32週2日で分娩中に死産となった. 児は女児で1886gであった. 児についての剖検は両親の同意が得られなかったため, 腫瘍部分の生検のみを行った. その組織型は未熟奇形腫であった. 以上から上顎体と診断を確定した.

上顎体は, 頭蓋内進展を示す症例では予後不良とされるが, 奇形腫の90%は良性であるため, 頭蓋内進展のない症例では外科的切除が基本的な治療とされる. 本症例では頭蓋内進展を認め, 予後不良が想定されたため外科的切除の適応とはならなかった. 本症例について文献的考察を含めて検討する.

5. 妊娠性肝内胆汁うっ滞症の1例

東京女子医科大学八千代医療センター 母体胎児科・婦人科

古来愛香, 中島義之, 岩根枝里子, 丸田佳奈, 田代英史, 和田真沙美, 秋山美里, 三谷 穰, 正岡直樹

【目的】妊娠性肝内胆汁うっ滞症(ICP)は、母体の掻痒感や黄疸を特徴とし、早産や胎児機能不全などの胎児合併症を引き起こす疾患である。今回我々は、肝機能障害で発見され早産に至ったICPの1例を経験したので報告する。

【症例】35歳, 4回経妊4回経産婦, 自然妊娠成立し, 前医で妊婦健診を受けていた。妊娠29週より嘔気・嘔吐が出現し, 妊娠31週頃から食欲不振となり, 目の黄染と全身掻痒感を自覚した。妊娠32週5日に立位困難となり前医を受診し肝酵素上昇を認め, 急性妊娠性脂肪肝(AFLP)が疑われたため当院に母体搬送となった。

入院時, AST 406 U/L, ALT 292 U/L, T-Bil 4.6 mg/dl, ALP 669 U/L, LAP 204 U/Lと高値だったが, 各種肝炎ウイルスや自己抗体は陰性, 経腹超音波検査でも, 肝臓・胆嚢に異常所見はなかった。Pltの低下や凝固系異常は認めず, HELLP症候群やAFLPは否定的と考えられ, 総胆汁酸169.8 $\mu\text{mol/l}$ と高値のためICPの診断となり, ウルソデオキシコール酸(UDCA)600 mg/日の内服を開始した。搬送後より規則的な子宮収縮を認め, その後陣痛発来し2,174gの男児をApgar score7点(1分)/8点(5分)で経膈分娩となった。分娩後, 肝胆道系酵素は徐々に低下し産褥5日目に退院した。

【考察】妊婦が重症肝機能障害を示し, とくに掻痒感を伴い凝固系異常やPlt低下を伴わないものは, ICPの可能性を念頭に置いて鑑別・加療することが重要と考える。

6. 偶然に肝障害を発見し, 重症化前に治療介入することができた急性妊娠脂肪肝の一例

千葉大学医学部附属病院 周産期・母性科

篠原佳子, 井上万里子, 鈴木義也, 岡山 潤, 尾崎江都子, 中田恵美里, 尾本暁子, 田中宏一, 長田久夫, 生水真紀夫

【緒言】急性妊娠脂肪肝は, 急速に重症化することがあり適切なタイミングでの介入が必要な疾患である。

【症例】31歳, 0妊0産。筋腫合併妊娠のため紹介された。36週0日に自己血貯血時のスクリーニングで肝・腎機能異常(Plt 163000 μl , AST 578 U/L, ALT 1092 U/L, LDH 555 U/L, BUN 14 mg/dL, Cre 1.04 mg/dL)を認めた。自覚症状はなかった。翌日より消化器内科で肝機能精査とグリチルリチン酸投与が開始された。36週5日に血圧上昇・倦怠感・食思不振があり管理入院とした。36週6日, 頻回の子宮収縮と遅発一過性徐脈が出現したため緊急帝王切開術を決定した。肝障害と凝固異常(Plt 182000 μl , AST 175 U/L, ALT 440 U/L, LDH 331 U/L, T-Bil 3.6 mg/dL, APTT比1.5, ATIII 28%)を認め, 術前にATIII 3000単位を投与した。児は2037gの男児でApgar score 4/9, 低出生体重児のためNICU管理となった。凝固障害に対して術後にFFP4単位を輸血した。分娩後肝機能は速やかに改善して8日目に退院となった。全経過を通じて肝炎ウイルス検査は陰性であった。肝エコー輝度の上昇は, 分娩後一過性に認められた。【結語】妊娠中の原因不明肝障害では, 症状や所見に乏しい場合でも急性妊娠脂肪肝を鑑別に挙げる必要がある。

7. 卵子提供による IVF-ET 後妊娠 11 週で癒痕性子宮破裂を発症した 1 例

東邦大学医療センター佐倉病院 産婦人科¹⁾, 病院病理部²⁾

長岡理大¹⁾, 高島明子¹⁾, 石田洋昭¹⁾, 安達知弘¹⁾, 佐々木 泉¹⁾, 横川 桂¹⁾, 瓜田麻由美¹⁾,
横山安哉美¹⁾, 竹下直樹¹⁾, 木下俊彦¹⁾, 徳山 宣¹⁾, 蛭田啓之¹⁾

【緒言】妊娠中の子宮破裂は稀な病態であるが、近年の子宮手術後妊娠や生殖補助医療の増加に伴い発症頻度の増加が懸念される。今回妊娠11週に全子宮破裂を発症し緊急子宮全摘術を施行した症例を経験したので報告する。

【症例】43歳，3経妊1経産。既往歴：28歳開腹子宮筋腫核出術。42歳で提供卵子による体外受精胚移植にて妊娠成立。妊娠25週で全前置胎盤による制御困難な性器出血が持続し，子宮底部横切開に加えて縦切開にて腹式帝王切開術を施行。今回，融解胚移植にて妊娠成立し妊娠11週0日に当院受診。超音波所見では子宮底部にjunctional zoneの一部消失及び筋層菲薄化を認め，癒痕部妊娠も疑われた。11週1日急性腹症で救急搬送され，超音波検査で腹腔内多量出血を認め，子宮破裂の診断で緊急開腹手術を施行した。術中所見は子宮底部筋層壁が約4cm横方向に断裂する全子宮破裂であり，腹腔内に未破水の胎胞を認めた。破裂部より持続性出血を認め子宮全摘術を施行した。病理検査では破裂部の子宮筋層内に胎盤組織を認める陥入胎盤であり，帝王切開術後の癒痕部妊娠による子宮破裂と診断した。

【考察】本症例は子宮筋腫核出術，帝王切開術，提供卵子による融解胚移植妊娠といった多彩なリスクが認められた。患者背景の多様化に伴い，癒着胎盤や子宮破裂合併妊娠の症例は増加すると考えられる。子宮底部横切開術後の妊娠は稀ではあるが，妊娠前に子宮筋層をリスク評価し患者や他医療機関に情報提供する事も重要であると考えた。

8. 当院における超緊急帝王切開術の検討

亀田総合病院 産婦人科

白勢悠記，末光徳匡，鈴木 真，江夏悠介，越智良文，瀬尾百合子，鈴木陽介

【緒言】超緊急帝王切開術は，方針決定後に他の要件に関わらず直ちに手術開始および児娩出をはかるものである。当院では，方針決定から児娩出までの時間(Decision to Delivery Time, DDT)を可能な限り短縮すべく，多部署と連携を行っているが，臍帯動脈血 pH 7.20 未満となる症例も少なからず経験する。予後不良因子を抽出し改善するため，以下検討を行った。

【対象・方法】2013年1月～2016年10月に超緊急帝王切開術を施行した17例を対象に，適応，DDT，母体合併症，胎児発育，種々のモニター異常の有無などについて検討し，臍帯動脈血 pH7.20 未満群と pH7.20 以上群に分け，Fisher 検定を行った。

【結果】pH7.20 未満は7例(41%)，pH7.20 以上は10例(59%)であった。適応は，回復不良な遷延性一過性徐脈 4/8 例(pH7.20 未満/以上)(持続子宮収縮 2/2 例，子宮破裂 1/0 例，子宮内感染 0/1 例，臍帯脱出 0/1 例，原因不明 2/4 例)，常位胎盤早期剥離 2/2 例，高度変動一過性徐脈 1/0 例であった。DDT は平均 12/10.6 分，中央値 12/10 分であった。今回の検討項目では2群間に有意差は認められなかった。

【結語】pH7.20 未満を予測する予後不良因子は指摘できなかった。

9. 子宮筋腫核出後の選択的帝王切開術から子宮全摘に移行した 2 症例

千葉大学医学部附属病院 周産期母性科

山本敬介, 尾崎江都子, 尾本暁子, 鈴木義也, 岡山 潤, 中田恵美里, 井上万里子, 田中宏一,
生水真紀夫

【緒言】子宮筋腫核出後の妊娠は、子宮破裂や癒着胎盤、弛緩出血のハイリスク因子である。今回、帝王切開時弛緩出血を発症し、子宮摘出となった症例を 2 例経験したので報告する。

【症例 1】35 歳，0 経産，多発子宮筋腫核出後体外受精により妊娠した。妊娠後期に、胎盤に lacuna が多数認められた。妊娠 38 週で選択的帝王切開を施行した。胎盤の一部が剥離できず、出血多量から母体気分不快・徐脈・血圧低下・意識レベルの低下を来した。子宮収縮は不良で、子宮収縮剤・バクリバルーンを使用した止血に至らず、子宮全摘術を施行した。腸管の癒着が高度で、術中に腸管損傷を来した。総出血量 10,580ml で、RBC28 単位・FFP40 単位・Plt20 単位の輸血を要した。

【症例 2】35 歳，0 経産，多発筋腫核出後に自然に妊娠した。妊娠経過は順調で、妊娠 37 週で選択的帝王切開を施行した。子宮壁切開創部から出血が多く、胎盤娩出後には子宮弛緩も加わって止血困難となった。B-Lynch 縫合を行ったが、出血のコントロールができず子宮全摘術を施行した。総出血量 7,080ml で、RBC16 単位，FFP18 単位，Plt10 単位の輸血を要した。

【結語】子宮筋腫核出後の妊娠で、帝王切開術時に大量出血や子宮弛緩症を来し、子宮全摘を要した症例を経験した。子宮筋腫核出後症例では、帝王切開によって出血が多くなる可能性があり、術前に十分な説明、自己血貯血の準備などを行う必要がある。

10. 進行卵巣漿液性境界悪性腫瘍の 5 例

千葉大学医学部附属病院 婦人科

春成淳平, 楯 真一, 羽生裕二, 松岡 歩, 塙 真輔, 錦見恭子, 碓井宏和, 三橋 暁, 生水真紀夫

【緒言】卵巣境界悪性腫瘍は I 期で発見されることが多く、進行例は稀で、エビデンスのある治療は確立されていない。当院で腫瘍減量術と術後化学療法を行った進行卵巣漿液性境界悪性腫瘍症例の治療経過と予後を検討し、進行例に対する適切な治療について考察した。

【対象・方法】2012 年から 2016 年までの間に当院で手術を施行した進行卵巣漿液性境界悪性腫瘍 5 例を対象とした。これらの症例の臨床病理学的特徴、治療経過および予後を後方視的に検討した。

【結果】年齢中央値は 49 歳 (33-68 歳)，観察期間中央値は 25 ヶ月 (3-51 ヶ月)，臨床進行期は全て III 期であった。これら 5 例のうち 4 例は、腹水がなく PS \leq 1 であったため、初回腫瘍減量術を行った。残りの 1 例は、大量腹水があり PS2 であったため、試験開腹・術前化学療法施行後に腫瘍減量術を施行した。5 例中 4 例に結腸切除，3 例に横隔膜切除，2 例に脾膵尾部合併切除，1 例に小腸切除を追加で行い、全例で complete surgery となった。術後病理診断は、T3a 期 1 例，T3b 期 2 例，T3c 期 2 例で、リンパ節転移は 3 例に認めた。全例に術後補助化学療法としてパクリタキセル・カルボプラチン療法をおこない現在まで再発を認めていない。

【結論】卵巣漿液性境界悪性腫瘍の中には、著明な腹腔内播種やリンパ節転移をきたす進行例がある。そのような進行例であっても、腫瘍の完全切除と術後補助化学療法によって、良好な予後が得られることが示唆された。

11. 卵巣に原発した大細胞神経内分泌癌の1例

日本医科大学千葉北総病院 女性診療科・産科

松橋智彦, 浜野愛理, 庄田有里, 杉田洋佑, 松井遼子, 中西一步, 西方紀子, 山田 隆, 鴨井青龍

大細胞神経内分泌癌 (LCNEC) は高い悪性度を示す予後不良のホルモン産生腫瘍であり, しばしば肺や腸管に発生するが卵巣原発は稀である. 症例は 87 歳, 1 経妊 1 経産. 42 歳時に子宮筋腫および卵巣腫瘍に対する腹式単純子宮全摘術および左付属器切除術の既往あり. 腹部膨満感を主訴に前医を受診し, 骨盤内腫瘍を指摘され当院へ紹介となった. 内診で硬く可動性不良な骨盤内腫瘍を触知した. 骨盤造影 MRI では, この腫瘍には多房性嚢胞性成分と充実性成分が混在しており, 充実性成分には強い造影効果が認められた. 腫瘍マーカーでは CA125 が 128.9 U/mL と上昇していた. 卵巣悪性腫瘍の診断で開腹術を施行した. 術中所見で腫瘍は右卵巣由来であり, 迅速病理診断は低分化腺癌であった. 播種病変やリンパ節腫大は認められず, 術式は右付属器切除および大網切除とした. 永久標本による病理組織学的所見では, 分化傾向の乏しい異型細胞が大小の充実性胞巣を形成し, 免疫組織学的にこれらの腫瘍細胞はクロモグラニン A, シナプトフィジン, CD56 において陽性を示した. これらの所見から原発性卵巣 LCNEC (FIGO IA 期) と診断した. LCNEC は画像検査による組織型の推定が困難であるとされており, 診断においては摘出検体の免疫組織学的検索が最も重要である. 卵巣に LCNEC が発生した場合には, 原発性の他に肺や消化管等からの転移性腫瘍を鑑別する必要がある.

12. 肺血栓塞栓症を合併した卵巣原発癌肉腫の1例

東京歯科大学市川総合病院 産婦人科

片山紗弥, 杉山重里, 小笠原 淳, 山口 緑, 板井侑里, 橋本志歩, 吉丸真澄, 井上 治, 小川誠司, 小川真里子, 吉田丈児, 高松 潔

【緒言】卵巣原発癌肉腫は卵巣がんの 1% 以下と稀な腫瘍であり, 一般に進行が早く化学療法感受性が低いことから, 予後は極めて不良とされている. 今回, 子宮内膜症加療中に発症した, 肺血栓塞栓症を合併した卵巣原発癌肉腫の一例を経験したので報告する.

【症例】51 歳女性, 1 経妊 1 経産. 既往に骨盤内膜症に起因する腸閉塞のため開腹歴がある. 子宮腺筋症, 内膜症性嚢胞に対し保存的加療中, 定期的に施行した MRI 検査にて右付属器嚢胞内にわずかな充実成分を認めた. 積極的に悪性を疑う所見ではないものの, 慎重経過観察としたが, 3 か月後に予定した MRI 検査の直前に下腹部痛・下肢痛を主訴に救急受診した. CT にて腫瘍の急速な増大, 下肢深部静脈血栓症および肺塞栓症を認め, MRI にて悪性腫瘍を疑う所見であった. 抗凝固療法を開始し, 可及的に手術の方針とした. 術中所見では右付属器腫瘍が子宮後壁・後腹膜・結腸・回腸と強固に癒着していた. 右付属器腫瘍の術中迅速病理診断にて腺癌とのことから, 拡大子宮全摘出術+両側付属器摘出術+骨盤リンパ節生検+大網切除術および直腸高位前方切除術, 回腸人工肛門造設術を施行した. 術後病理組織診断は右卵巣原発癌肉腫, stage II A, pT2aN0M0 であった. ddTC 療法を 6cycle 施行し, 術後 1 年 4 か月時点で無病経過観察中である.

【結語】本疾患は非常に稀であり術前診断は困難であるが, 上皮性卵巣癌と同様に積極的な腫瘍切除および術後化学療法を行うことが重要であると考えられた.

13. 婦人科腫瘍との鑑別に苦慮した虫垂粘液腫の1例

東京歯科大学市川総合病院 産婦人科¹⁾, 外科²⁾

小笠原 淳¹⁾, 瀧川 穰²⁾, 片山紗弥¹⁾, 山口 緑¹⁾, 板井侑里¹⁾, 橋本志歩¹⁾, 吉丸真澄¹⁾,
井上 治¹⁾, 小川誠司¹⁾, 杉山重里¹⁾, 小川真里子¹⁾, 吉田丈児¹⁾, 松井淳一²⁾, 高松 潔¹⁾

【緒言】虫垂粘液腫は虫垂手術症例の0.08~4%に認められる比較的稀な疾患であるが、破裂により腹膜偽粘液腫を来たすと臨床的な予後は不良である。このため、無症状であっても手術適応となるが、卵巣腫瘍などとの鑑別が必要となる。

【症例】67歳。3経妊2経産。検診にて104x40x38mmの骨盤内腫瘍を指摘され、婦人科に紹介された。MRIでは水成分を主体とする腫瘍であり、腫瘍マーカーはCA125 7.3 U/mL, CA19-9 42.9 U/mL, CEA 4.0 ng/mLとCA19-9のみ軽度上昇。他院でのMRI読影においても、卵巣腫瘍あるいは卵管留水腫との診断であり、無症状であることと年齢から経過観察も考慮された。しかし、8年前に虫垂炎の既往があり、この際の造影CTにて認められた虫垂が今回は認められなかったことから、外科的には虫垂粘液腫を疑うとのことにて、外科と婦人科が合同で開腹手術を行った。婦人科臓器には所見なく、回盲部に腫瘍を認めたため、盲腸切除術を施行した。摘出標本病理診断はLow-grade appendiceal mucinous neoplasmであった。

【結語】骨盤内腫瘍においては、常に他科疾患の可能性についても考慮する必要があるが、婦人科臓器以外にも注目した画像の読影と他科との連携が重要であると考えられた。

14. 後腹膜発生腺筋腫の1例

東邦大学医療センター佐倉病院 産婦人科¹⁾, 病院病理部²⁾

安達知弘¹⁾, 高島明子¹⁾, 石田洋昭¹⁾, 佐々木 泉¹⁾, 横川 桂¹⁾, 長岡理大¹⁾, 横山安哉美¹⁾,
瓜田麻由美¹⁾, 竹下直樹¹⁾, 木下俊彦¹⁾, 徳山 宣²⁾, 蛭田啓之²⁾

【緒言】子宮腺筋腫は子宮内膜腺様の腺管と平滑筋腫様の間葉性成分からなる良性腫瘍で子宮外発生は非常に稀である。今回術前に変性筋腫と診断し術後病理検査で子宮外発生（後腹膜）腺筋腫と診断した症例を経験したので報告する。

【症例】45歳，0経妊。下肢痛を主訴に当院循環器受診。CTにて深部静脈血栓，左右多発肺結節，骨盤内腫瘍を認めた。骨盤内腫瘍精査目的で当科受診。MRIでは子宮底部に20cm以下多発腫瘍，さらに連続して頭側に多房性の嚢胞性腫瘍を認めることから粘液腫様平滑筋腫と診断した。血液検査はCA125 82.1 U/ml, LDH 237 IU/l, Hb 5.7 g/dlであった。深部静脈血栓治療後に開腹術を行った。術中所見では子宮筋層内に15cmを最大に多数の白色様腫瘍を認め，子宮全摘と両側付属器切除術を施行。後腹膜内に子宮及び付属器との連続性のない14cm大の多房性の白色内部に出血・壊死を伴う腫瘍を認め，後腹膜腫瘍摘出術を追加した。病理検査で子宮筋層壁の腫瘍はleiomyomaであった。後腹膜腫瘍では内膜腺様の上皮による被覆や肉芽化がみられ，辺縁は紡錘形細胞の束状ないし錯綜配列状の増生を伴いadenomyomaと診断された。

【考察】巨大多発腫瘍の場合に術前の腫瘍の質的診断，悪性評価ならびに発生部位の同定が困難な場合がある。後腹膜発生腺筋腫は稀であり文献的考察を加え報告する。

15. 術前に卵巣腫瘍と診断した後腹膜腫瘍 4 症例の術前画像検査についての検討

千葉大学 婦人科¹⁾, 放射線科²⁾

安部真希子¹⁾, 楯 真一¹⁾, 松岡 歩¹⁾, 錦見恭子¹⁾, 塙 真輔¹⁾, 碓井宏和¹⁾, 三橋 暁¹⁾,
堀越琢郎²⁾, 生水真紀夫¹⁾

【目的】後腹膜腫瘍はしばしば術前に卵巣腫瘍と誤診される。今回両者の鑑別に有用な画像所見がないか検討したので報告する。【方法】2012年から2016年までに卵巣癌が疑われて手術が施行された334症例のうち後腹膜腫瘍であった症例が4例あり、この4例を対象として術前CT画像を後方視的に検討した。【結果】年齢の中央値は70歳(64~74歳)であった。CT検査では、全例で正常卵巣は観察されず卵巣由来の充実性腫瘍(腫瘍径中央値:16cm)と診断されていた。造影CT検査により推定された腫瘍の流出静脈は、大網静脈及び回結腸静脈が1例、骨盤底の静脈が1例、卵巣静脈が1例、卵巣静脈と子宮静脈の両方が1例であった。開腹により、4例とも後腹膜から発生した腫瘍であることを確認した。2例で腫瘍と付属器の癒着を認めたが、そのうち1例はCT検査で卵巣静脈が流出静脈と推定された症例であった。病理検査により、腫瘍とは別に子宮及び両側付属器が確認でき、腫瘍が卵巣由来でないことが確認された。組織学的には、平滑筋肉腫2例、脂肪肉腫1例、孤在性繊維腫1例であった。【結語】腫瘍の流出血管が、卵巣静脈ではないことを指標とする4例中2例が該当することになる。また、流出路が卵巣静脈と思われた場合でも後腹膜腫瘍が否定できないことに注意する必要がある。

16. 無痛分娩施行後子宮内反症を発症した1例

順天堂大学医学部附属浦安病院 産婦人科

瀬山理恵, 小泉朱里, 石田ゆり, 大塚 彩, 笠原華子, 山田敦子, 都築陽欧子, 氏平崇文, 宮国泰香,
鈴木千賀子, 田嶋 敦, 菊地 盤, 野島美知夫, 吉田幸洋

日本における無痛分娩の普及率は近年上昇傾向にある。無痛分娩によって陣痛の痛みを取り除くことが可能な一方で、母体の疼痛に対する自覚症状が乏しくなることから常位胎盤早期剥離や子宮破裂といった疾患の発見が困難となることが予想される。今回無痛分娩施行中に子宮内反症を発症した1例を経験したので報告する。

症例:40歳,1経妊1経産。妊娠経過は順調。妊娠38週4日,無痛分娩施行目的に入院し,硬膜外カテテルを挿入。妊娠38週5日,分娩誘発施行し子宮口全開大後station+3で遷延性一過性徐脈を認め胎児機能不全の適応で鉗子分娩となった。児は3128g,男児,Ap 8/9,臍帯血pH7.282。直後出血440g,vitalは安定。患者に疼痛は伴わなかったが,胎盤娩出後より子宮口から持続する出血を認めた。患者が気分不快感を訴えたためvitalを測定したところSI 1.5であった。診察で子宮口に嵌頓する子宮底部を認め,経腹超音波で子宮内反症の診断となった。手動的整復試みるも困難であり,観血的整復術を施行した。術後7日目に経過良好のため退院となった。

子宮内反症は急激な疼痛を伴い発症することが多いが,本症例は無痛分娩施行中でありショック状態に至るまでは無症状であった。無痛分娩管理中には患者の疼痛に対する自覚症状が乏しくなるため,身体所見や臨床経過をより慎重に観察する必要がある。

17. 妊娠終了後に子宮筋層に動静脈奇形形成が疑われた7例

日本医科大学千葉北総病院¹⁾, 山口病院²⁾

庄田有里^{1,2)}, 山口 暁²⁾, 横田明重²⁾, 杉田洋佑¹⁾, 松井遼子¹⁾, 浜野愛理¹⁾, 中西一步¹⁾, 松橋智彦¹⁾, 西方紀子¹⁾, 山田 隆¹⁾, 鴨井青龍¹⁾

子宮の動静脈奇形 (AVM) は、先天的なものと 2 次的なものに分類される。2 次的 AVM の主な発生由来としては、子宮内容物除去術後、治療的流産、子宮手術などの子宮外傷、絨毛がんなどが挙げられる。今回、我々は、妊娠終了後に経膈超音波検査のカラー Doppler で子宮内に血流異常領域を認め、AVM 形成を疑った症例を比較的短期間 (約 13 カ月) に 7 例経験した。症例は、24 才から 36 才。妊娠歴は、初回妊娠が 3 例、既往妊娠歴があるものが 4 例。発症の誘因としては、子宮内操作後が 6 例 (流産後 5 例、産褥出血止血処置後 1 例)、1 例は絨毛がんの症例であった。子宮内の異常血流像を認めた時期は、誘因と考えられる処置実施後、3 日から 7 週間に分布した。自然経過を見た 4 例全例において血流の自然消失がみられた。再度の子宮内容物除去術を行った 3 例のうち 1 例は軽快した。2 例は除去術実施後も異常血流像の残存を認め、そのうちの 1 例は、病理学的に絨毛がんと診断された。妊娠終了後の AVM 形成は胎盤遺残との合併も多く、その鑑別も難しい。またその発生頻度は、稀とされるが時として大出血の原因となるため、まず AVM を疑うことを含め、診断と管理は重要である。文献的考察も加え経過を報告する。

18. 腹腔鏡手術で診断された Serous tubal intraepithelial carcinoma (STIC) から発生した両側卵管癌の一例

東京慈恵会医科大学附属柏病院 産婦人科

藪崎恵子, 佐藤真梨子, 泉 明延, 日向 悠, 山内貴志人, 近藤息吹, 若松侑子, 廣瀬 宗, 野口大斗, 堀谷まどか, 江澤正浩, 小曾根浩一, 上出泰山, 田部 宏, 高野浩邦

【緒言】原発性卵管癌は術前診断が困難とされているが、近年、卵管癌に対する診断的腹腔鏡手術の有用性の報告が散見される。また、2014 年に改訂された WHO 分類第 4 版における卵巣癌の変更点として、卵巣癌の漿液性癌は高異型度漿液性癌 (HGSC) と低異型度漿液性癌に分けられ、HGSC の前駆病変として漿液性卵管癌 (STIC) の概念が確立された。今回われわれは腹腔鏡手術を行い、STIC から発生した両側卵管癌と診断した症例を経験したので報告する。【症例】74 歳女性、2 経妊 2 経産。腹部膨満感を主訴に前医受診。造影 CT で腹水は少量であったが腹膜に多数の結節を認め、癌性腹膜炎、腹膜播種が疑われた。上部および下部消化管内視鏡検査では異常を認めず、精査治療目的に当施設へ紹介となった。経膈超音波断層法および MRI では子宮および両側付属器に異常を認めなかったが、造影 CT で腹膜に多数の結節を認めた。また、子宮内膜細胞診 class V, CA125 934 IU/ml であった。以上より、腹膜癌あるいは卵管癌が疑われたため、患者へは開腹手術を勧めたが、自覚症状がないため同意が得られず、腹腔内の検索を目的とした腹腔鏡検査を提示することで同意が得られた。腹腔鏡下に観察すると右卵管采および左卵巣表面に乳頭状の腫瘍を認め、大網および腹膜に多数の播種結節を認めた。両側付属器摘出術と大網の腫瘍摘出術を施行した。病理組織診断は、右卵管の mixed clear and serous carcinoma (high grade) と左卵管の serous carcinoma (high-grade), pT3c (大網転) であった。現在外来にて化学療法中である。

19. 正常大卵管原発の漿液性癌が腹膜播種をきたさずに大腸・肝転移した1例

千葉徳洲会病院 婦人科¹⁾, 外科²⁾, 病理診断科²⁾

石川博士¹⁾, 寺田光二郎¹⁾, 都築陽欧子¹⁾, 鶴田好彦²⁾, 宋倉有理³⁾, 佐々木 寛¹⁾

【緒言】 卵巣卵管原発の漿液性癌が腹膜播種をきたさずに遠隔転移することはまれである。今回われわれは正常大の卵管に発生した漿液性癌が腹膜播種をきたさずに直腸, 肝に転移をきたした症例を経験したので報告する。

【症例】 患者は64歳, 主訴は下血で, 便器が真っ赤になるほどの下血があり, 近医で痔と診断され加療を受けていた。一方婦人科検診で卵巣腫大とCA125高値(82.1 IU/L), MRIで大腸腫瘍を指摘され, 当院外科に紹介された。画像上, 直腸に長径4cm大の腫瘍を認め, 大腸内視鏡検査で未分化腺癌が検出された。また, 肝実質に転移性腫瘍を認めたため, 直腸癌肝転移の診断で腹腔鏡下低位前方直腸切断術, 肝部分切除術を施行した。術中子宮, 両側付属器は肉眼的に正常で, 腹膜播種も認めなかったが, 術前のCA125が高値であり, 両側付属器を同時に切除した。摘出物病理所見では左卵管采に4mm大の高度異型漿液性癌を認めた。卵管, 直腸, 肝の腫瘍は免疫組織化学染色でCA125が陽性であり, 組織学的に卵管癌の直腸, 肝転移と診断された。術後CA125は低下し, 卵巣癌に準じた化学療法を施行している。

【考察】 腹膜播種を伴わず, 腫大していない卵管癌を術前に想定することは困難である。一方, 腫瘍の原発部位により術後補助化学療法のレジメが決まることから, CA125高値を伴う大腸癌症例では, 付属器を同時に切除する必要があると思われた。

20. 卵管癌手術後に発症した遅発性腓性胸水の一例

千葉大学医学部附属病院 周産期・母性科, 婦人科

片山恵里, 松岡 歩, 錦見恭子, 楯 真一, 生水真紀夫

【緒言】 腓性胸水は, 胸腔内に腓酵素を含む浸出液が貯留する病態である。今回, 卵管癌根治術から6ヵ月を経て発症した腓性胸水の症例を経験したので報告する。

【症例】 61歳。右卵管癌 T3cNxM1(肝実質)に対して, 術前化学療法と手術(標準術式および腓尾部・脾臓・両側横隔膜[部分的全層切除]合併切除, 左半結腸・回盲部切除)を施行し, 腹腔内完全切除を達成した。術後, ベマシズマブを含む補助化学療法を行っていたところ, 6ヶ月目に全身倦怠感のため緊急入院となった。多量の左胸水貯留を認めた。胸水は暗赤色血性で, アミラーゼ高値(62, 150mg/dl)であったことから, 腓性胸水と診断した。腓管が破綻し, 腓液が左横隔膜縫合部を経て胸腔内に漏出したものと推定された。胸腔ドレナージによる保存的加療を試みたが改善がみられず, 2週間後に外科的介入を行った。腓断端の横隔膜癒着部位に横隔膜の欠損孔を認めた。尾側腓切除と横隔膜修復術を施行した。術後胸水は消失し, 化学療法を再開した。

【考察】 遅発性腓性胸水は, 腓癌手術に発生することが知られているが, 本例のように卵巣腫瘍術後に発生したとする報告はない。われわれの施設では, これまでに卵巣がん症例24例に脾臓・腓尾部・左横隔膜の合併切除を実施してきた。このうち5例(21%)に一過性の腓液瘻が発生しているが, 全例で保存的加療に成功している。今回, 遅発性の合併症にも留意した管理が必要であることを認識させられた。

21. 異なる発症形態を示した婦人科悪性腫瘍に合併した Trousseau 症候群の 2 例

船橋市立医療センター 産婦人科

佐々木直樹, 中崎千里, 森 麻子, 名古ゆり恵, 長嶋武雄, 齋藤俊雄

【緒言】 Trousseau 症候群は, 悪性腫瘍に伴う血液凝固機能の異常により脳梗塞を発症する病態である. 今回, Trousseau 症候群の 2 例を経験したので報告する. 【症例 1】 51 歳, 1 経過妊 1 経産. 背部痛および右指のしびれを主訴に前医受診. 頭部 MRI で多発脳梗塞の所見を認め, 腹部 CT 検査で卵巣腫瘍を認めたため当院紹介となった. MRI 上径 12cm 大の充実性左卵巣腫瘍を認め, CA125 165 U/ml と高値であった. D ダイマーが 15.7 μ g/ml と高値であったが CT 上血栓は認めなかった. Trousseau 症候群と診断しヘパリン療法開始後 12 日目に単純子宮全摘術+両側付属器摘出術を施行し, 術後病理診断で卵巣癌 IV 期 (漿液性腺癌) と診断された. 術後 TC 療法を 4 コース施行したところで CR となったため骨盤リンパ節郭清+傍大動脈リンパ節郭清を行い, 現在再度 TC 療法施行中である. 【症例 2】 45 歳, 2 経妊 2 経産. 子宮体部腫瘍の診断で前医より当院へ紹介となる. 精査後子宮体癌 IIIA 期と診断した. D ダイマーが 12.8 μ g/ml と高値であったが, DVT の所見は認めなかった. 手術は骨盤内の癒着が強固であったため単純子宮全摘術+両側付属器切除術+骨盤リンパ節郭清で終了した. 術後 1 日目に運動性失語と右半身麻痺が出現したため頭部 MRI を施行したところ, 左側頭葉を中心に多発脳梗塞の所見を認めた. 心エコー等の精査を行うも異常を認めず, Trousseau 症候群と診断した. ヘパリン療法施行後ワーファリン内服に切り替えリハビリ病院へ転院となった. なお, 術後病理検査の結果は, 子宮体癌 IA 期 (類内膜腺癌) と卵巣癌 IIB 期 (粘液性腺癌) の重複癌と診断された. 現在 TC 療法施行中である. 【結語】 Trousseau 症候群の発症形態は多彩であり, 婦人科悪性腫瘍を治療する際には常に念頭に置くことが必要と思われた.

22. 不妊治療後の稽留流産に対して待機的管理を行った症例の検討

窪谷産婦人科 IVF クリニック¹⁾, 窪谷産婦人科²⁾

山口 隆^{1,2)}, 香川珠紀¹⁾, 古屋 智^{1,2)}, 高橋英彦²⁾, 窪谷 健²⁾, 窪谷 潔²⁾

【目的】 稽留流産時の対応として, 待機的管理および外科的治療 (子宮内容除去術) がある. 子宮内容除去術と子宮内膜菲薄化との関連が指摘されており, 待機的管理を行うことが多くなってきている. 今後の待機的管理を行う上での対応や説明のため, 検討を行った.

【対象と方法】 2014 年 1 月から 2015 年 12 月までに不妊治療を行い妊娠したが稽留流産となり, インフォームドコンセントを得て待機的管理を行った 42 例を対象とした. これらについての予後を検討した.

【結果】 胎囊のみ確認例は 35 例(83%), 胎芽を確認例は 7 例(17%)であった. 32 例 (76%) で待機的管理を行い自然排出した. 内訳では待機 2 週間以内は 19 例 (45%), 2~4 週間 10 例(24%), 4 週間以降 4 例 (9%) であった. 一方 10 例(24%)は外科的治療に移行した. 外科的治療への移行理由では出血持続, 妊娠悪阻, 不安, 待機期間の長期化が挙げられる. 輸血必要例や子宮内感染例は認めなかったが, 自然排出時の腹痛や出血のため夜間休日の受診が 2 例あった.

【考察】 待機的管理により 2 週間で約 4 割は自然排出するが, 4 週間でも約 3 割は自然排出しないことを説明する必要がある. 待機的管理ですべて対応できるわけではなく, 待機管理が長期化した場合, 内膜侵襲の少ない子宮内容除去術も考慮すべきである. 待機管理時は不安に対する心理的サポート, 24 時間対応可能な体制の維持も必要と考える.

23. Wunderlich 症候群に対し 2 期的手術施行後に無事生児を得た一例

帝京大学ちば総合医療センター 産婦人科

森岡将来, 中村寛江, 古村絢子, 神尊貴裕, 中村泰昭, 鶴賀哲史, 五十嵐敏雄, 林 正路, 梁 善光

【緒言】 Wunderlich 症候群は, Wolff 管の発育障害と Müller 管の癒合不全により生じ, 子宮奇形, 片側腎無形成, 月経血流出障害による傍頸部嚢胞を三徴とする稀な疾患である. 今回本疾患に対し 2 期的に手術を施行後, 妊娠・出産に至った症例を経験したので報告する.

【症例】 33 歳, 未経妊婦. 初経 14 歳. 既往歴, 合併症, 家族歴に特記事項なし. 17 歳時に初経以来の月経困難症を主訴として当院を受診した. 超音波断層検査で正常大の子宮とともに子宮頸部に液体貯留を疑う低エコー域を認めた. 当初は副角子宮の流出路障害に伴う月経困難症および左腎無形成の診断で 18 歳時に手術を行ったが, 最終的に完全中隔子宮, 傍左頸部嚢胞であることが判明し, 病理所見から Wunderlich 症候群と診断が確定した. 手術施行後から月経困難症状は劇的に改善した. なお子宮中隔が不妊の原因となりうるため, 挙児希望の際は再診指示をした. 31 歳時に 1 年間の不妊を主訴に再受診した. 完全中隔子宮に対して腹腔鏡観察下に子宮鏡下中隔切除術を 2 回に分けて施行し中隔を切除した. これにより子宮腔内はほぼ正常化した. 最終手術 9 か月後に自然妊娠し, 途中切迫早産となったものの最終的に妊娠 35 週で帝王切開術により生児を獲得した.

【結語】 Wunderlich 症候群術後に生児を得た一例を経験した. 当疾患は早期に診断され, 適切な治療がされれば自然妊娠は可能とされる. 本症例では傍頸部嚢胞切除術と中隔切除術の 2 期的手術を施行したことにより, 感染や着床障害を防ぎ, 自然妊娠に至ることができた.

24. 一卵性双胎の姉妹に生じた腸管子宮内膜症による腸閉塞

君津中央病院 産婦人科¹⁾, 病理部²⁾

新井未央¹⁾, 木村博昭¹⁾, 大塚聡代¹⁾, 片山恵里¹⁾, 藤田久子¹⁾, 糸井瑞恵¹⁾, 神山正明¹⁾, 井上 泰²⁾, 平敷好一郎¹⁾

一卵性双胎の姉妹がともに腸管子宮内膜症に伴う腸閉塞を発症したという稀な症例を経験したので報告する. 症例 1 は 43 歳, 2 経産の姉. 1 年ほど前から月経時に腹痛と下血を認めていた. 月経中に強い腹痛を生じ, 当院消化器科を受診したところ, 造影 CT と下部消化管内視鏡検査で S 状結腸の閉塞を指摘された. 保存的治療後, 当院外科にて S 状結腸切除術+左卵管采部分切除術を施行した. S 状結腸漿膜下~粘膜下層に広汎な子宮内膜組織を認め, 腸管子宮内膜症の診断に至った. 症例 2 は 44 歳, 未経産の妹. 8 年ほど前から月経前日に腹痛と下血があり, 腸管子宮内膜症が疑われていた. 月経開始後の腹部症状を主訴に受診し, 精査にて S 状結腸および直腸の狭窄を認めた. 子宮筋腫と左卵巣チョコレート嚢胞もあり, 単純子宮全摘術+左付属器切除術+S 状結腸部分切除術を施行した. 姉と同様に, 病理組織診では S 状結腸に広汎な子宮内膜組織を認めた. 2 症例とも術後にジエノゲスト内服を継続しており, 現在に至るまで子宮内膜症の再燃は認めていない. 腸管子宮内膜症の治療においては, 患者の病状や年齢・挙児希望の有無などに応じて, 外科的治療ないしは薬物療法, あるいはその併用を選択することになる. また, 双胎における希少部位子宮内膜症の報告は数少ないが, これまでの研究により子宮内膜症の発生には複数の遺伝子の関与が示されており, 家族歴の聴取は診断の一助となりうる.