

千葉県産科婦人科医学会
令和3年度冬期学術講演会【ハイブリッド開催】
プログラム・抄録集

日時：令和4年1月29日（土）13：30～17：10

会場：ハイブリッド開催

【WEB】千葉県産科婦人科医学会ホームページにて事前申込受付中（前日まで）

千葉県産科婦人科医学会 HP



【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）

※要申込：関係者と発表者を除いて先着30名まで（令和4年1月21日（金）締切）

【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

*千葉県医師会駐車場は台数に限りがございますので、空いていない場合は、近隣の駐車場（千葉市役所駐車場等）をご利用下さい。

参加費：無料

単位：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（希望者のみ）

単位認定についての注意：

【WEB視聴】

- ・上記単位の取得条件は、60分以上視聴していることです。
- ・視聴登録をした自分用の画面で視聴してください。
（1つの画面を複数で閲覧しても、単位の付与は登録された先生のみです。）
- ・「e医学会マイページ」への単位の付与は、1か月程かかります。
- ・「日本産婦人科医会」研修認定シールは後日郵送いたします（1か月程かかります）。

【会場】

- ・当日e医学会カードをご持参ください。

ご挨拶

今年度の千葉県産科婦人科医学会・冬期学術講演会は東邦大学医療センター佐倉病院産婦人科が担当させていただきます。

昨年度に引き続き COVID-19 の影響で皆様、診療に多大な配慮と尽力をされている事と思います。特に千葉県の周産期医療は新システムが導入され、これまで以上に施設間の連携や情報共有の場が増え、お互いの様子が分かるようになってきました。医療圏における COVID-19 の唯一の福音は、連携を通してそれぞれができる事を何とかしようとした事、ではないかと思います。

COVID-19 の影響で昨年度から学会、研究会、セミナーは Web 開催が常法となりました。特にオンデマンド配信は自宅や勤務先に居ながらいつでも勉強できますのでその利便性を感じている先生も多いと思います。COVID-19 流行前よりも勉強する機会が増えたように思います。しかし Web 開催は発表が一方通行になりがちであったり、自主的に参加しようと思わなければいつの間にか通過してしまう問題点もあります。

今回の学術講演会は、COVID-19 の猛威が落ち着いて、基本的な感染対策を行う事でハイブリッド開催が可能であると判断して準備を進めて参りました。本講演会は若手の先生に人前で発表をして、その場で質問や指摘に対応する力を付けて頂く大切な機会です。後期研修医の先生の中には本講演会で発表した内容を論文に掲載する場合も多いでしょう。現場で指摘されたことは論文報告の経過や考察に役立つポイントになりますので、是非この機会を生かして頂きたいと思います。

今年度の学術講演会は 21 演題のご応募を頂きました。多くの御施設から御応募を頂き、ここに御協力いただいた皆様に心から感謝申し上げます。

また、特別講演は“ART と ART 周辺領域の医療の現状”という演題で東邦大学医療センター大森病院の片桐由起子教授にお願いしました。近年の急速な生殖補助医療の技術進歩の中、我々産婦人科医はそれに伴う知識を、正しい倫理規範、整備に基づいてバージョンアップさせていかねばなりません。今回は生殖補助医療の日常診療から近年のトピックについて、普段生殖医療に携わる機会がない先生にもわかりやすく御講演頂く予定です。

ハイブリッド開催の良い所、利便性を生かして、現地でも在宅（在院）でも質疑できますので、是非活発な御討議をお願い致します。本講演会が皆様にとって良い会となりましたら幸いです。

千葉県産科婦人科医学会 令和3年度冬期学術講演会

当番世話人

東邦大学医療センター佐倉病院産婦人科

高島明子

<学術講演会参加者の方へ【会場参加者用】>

- ・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（産婦人科領域講習単位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>

演者は原則来場しての講演をお願いします。（会場PCを利用してのご講演をお願いいたします。）

※濃厚接触者や病院からの出張禁止、遠方で来場が難しいという場合は、WEBでの講演を受け付けますのでご相談ください。

・発表形式について

1) 発表時間は6分間、討論2分間です。時間厳守をお願いいたします。

2) Zoom ウェビナーを用いて、会場PCにて発表をお願いいたします。

その為、発表データについては、事前に提出をお願いいたします。

発表用データ提出期限：令和4年1月21日（金）厳守

発表用データ提出先：下記の①または②によりお送りください。

①アップロード用 URL

<https://firestorage.jp/uploadjs/15624a8de13cfa3b2ebbe485ca979f955ef2c39fb95c>

または、

②千葉県産科婦人科医学会事務局へメール添付送信 jimmu@chibaog.org

【参考】会場PC

OS：Windows10, アプリケーションソフト：Microsoft Power Point 2019

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

3) PowerPoint「発表者ツール」機能は使用できません。（Zoomでの画面共有のため）

- ・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>

- ・ご来場をお願いいたします。
- ・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。

千葉県産科婦人科医学会 令和3年度冬季学術講演会 事務局

担当 石田 洋昭

東邦大学医療センター佐倉病院産婦人科

〒285-8741

千葉県佐倉市下志津 564-1

TEL 043-462-8811 (代表)

プログラム

開会挨拶 (13:30~13:35)

東邦大学医療センター佐倉病院産婦人科 高島明子

一般演題

I. 周産期 1

(13:35~14:07)

座長 小泉朱里

(順天堂大学医学部附属浦安病院産婦人科)

1. 当院で経験した重症筋無力症合併妊娠
東京慈恵会医科大学附属柏病院 産婦人科
一志将太, 舟木 哲, 藤原有沙, 井上綾香, 蓮沼綾子, 奥村侑子, 中林愛梨,
出井太郎, 鶴岡佑斗, 松田祐奈, 下舞和貴子, 横須幸太, 駒崎裕美, 關 壽之,
堀谷まどか, 小曾根浩一, 高野浩邦
2. 妊娠 34 週に絞扼性腸閉塞から小腸壊死穿孔をきたしストマ造設を要した一例
千葉大学医学部附属病院 婦人科・周産期母性科
河内健二, 鈴木義也, 秦 利衣, 廣澤聡子, 長澤亜希子, 佐藤美香, 岡山 潤,
錦見恭子, 中田恵美里, 尾本暁子, 生水真紀夫
3. 子宮腺筋症合併妊娠に対して腺筋症核出術及び頸管縫縮術を施行し生児を得た 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
川端あづみ, 和田真沙美, 武井友里, 江頭大樹, 鴨志田創, 柏崎咲絵, 千ヶ崎一代,
今井 悠, 加藤正和, 岩田葉月, 柏崎奏絵, 小平賢介, 秋山美里, 中島義之,
小川正樹, 正岡直樹
4. 急激な経過で重症妊娠高血圧症候群を発症した医原性 Cushing 症候群合併妊娠の 1 例
帝京大学ちば総合医療センター 産婦人科
永井紗恵子, 馬場 聡, 前田加奈子, 尾本恵里菜, 根本一成, 山口広平, 足立克之,
五十嵐敏雄, 梁 善光

II. 婦人科一般

(14:07~14:39)

座長 杉山重里

(東京歯科大学市川総合病院産婦人科)

5. 当院における性同一性障害 (GID) に対する身体的性別適合手術 (SRS) の取り組み
行徳総合病院 婦人科¹⁾, 形成外科²⁾
坂本愛子¹⁾, 櫻井 透²⁾, 中村加奈恵²⁾, 飯田 玲¹⁾, 氏平由紀¹⁾, 田口雄史¹⁾
6. 上行感染が否定的であった卵管膿瘍を含めた骨盤内感染の 1 例
千葉メディカルセンター 産婦人科
岡安慶太, 嘉藤貴子, 馬場七織, 野田あすか, 高木亜由美, 伊藤 桂
7. 子宮全摘後 3 週間で子宮動脈仮性動脈瘤破裂をきたした 1 例
船橋市立医療センター 産婦人科
藤井侑子, 山中善太, 鷺坂誠宏, 林 茂空, 小島淳哉, 斎藤俊雄
8. 腹腔鏡下で診断・治療した希少部位妊娠 (右円靱帯妊娠) の 1 例
船橋市立医療センター 産婦人科
佐々木直樹, 藤井侑子, 山中善太, 高見澤重篤, 齊藤俊雄

Ⅲ. 腫瘍 1

(14:39~15:11)

座長 足立克之

(帝京大学ちば総合医療センター産婦人科)

9. エストロゲン高値を呈した Brenner 腫瘍と粘液性境界悪性腫瘍の混合卵巣腫瘍の1例
 谷津保健病院 産婦人科¹⁾, 国際医療福祉大学三田病院 女性腫瘍センター・婦人科²⁾, 国際医療福祉大学三田病院 病理部³⁾, 東京慈恵会医科大学附属病院 産婦人科⁴⁾
 佐藤ちひろ¹⁾, 西井 寛¹⁾, 正古悠一²⁾, 永吉陽子²⁾, 上田 和²⁾, 石川雄一³⁾,
 相田真介³⁾, 岡本愛光⁴⁾
10. 子宮筋腫核出により卵巣を温存し得た広汎性卵巣浮腫の1例
 東京歯科大学市川総合病院 産婦人科
 匂坂美彩, 橋本志歩, 関谷 葵, 高橋まりな, 舟木伽帆, 三ツ矢紫音, 樋口敦彦,
 杉山重里, 小川真里子, 高松 潔
11. 卵巣癌傍大動脈リンパ節再発による下大静脈症候群に対し, 下大静脈ステント留置が奏効した1例
 亀田総合病院 産婦人科¹⁾, 放射線科²⁾
 鈴木賢哉¹⁾, 松浦拓人¹⁾, 中港秀一郎²⁾, ウメンジャ¹⁾, 細川満由¹⁾, 竹沢亜美¹⁾,
 安田幸矢¹⁾, 樋口大樹¹⁾, 金本嘉久¹⁾, 大塚康二¹⁾, 三谷尚弘¹⁾, 大塚伊佐夫¹⁾
12. 減圧目的の経皮内視鏡的胃瘻造設が有効であった終末期卵巣癌の1例
 日本医科大学千葉北総病院 女性診療科・産科
 小川隆一, 中西一步, 吉川千晶, 前岡悠里, 大石優加里, 海渡由貴, 深川知明,
 上野悠太, 大和田桃子, 山田 隆

(休憩 19分)

Ⅳ. 周産期 2

(15:30~16:02)

座長 尾本暁子

(千葉大学医学部附属病院婦人科・周産期母性科)

13. 最近の6ヶ月間に経験した胎児十二指腸閉鎖の5症例
 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
 武井友理, 中島義之, 江頭大樹, 鴨志田創, 川端あづみ, 千ヶ崎一代, 今井 悠,
 岩田葉月, 柏崎奏絵, 加藤正和, 小平賢介, 和田真沙美, 秋山美里, 小川正樹,
 正岡直樹
14. 当院における新型コロナワクチンの効果・副反応の検討
 たて産婦人科¹⁾, 千葉大学医学部附属病院 婦人科²⁾
 楯 浩行¹⁾, 齊藤佳子¹⁾²⁾, 楯 真一¹⁾²⁾, 楯 健司¹⁾, 楯 高子¹⁾, 楯 二郎¹⁾
15. 当院で出産した母親への新型コロナワクチンについてのアンケート結果
 山口病院
 都甲明子, 山口 暁
16. COVID-19感染による重症肺炎のため体外式膜型人工肺 (ECMO) 導入となった妊婦の1例
 順天堂大学医学部附属浦安病院
 水上奈津子, 小泉朱里, 伊地知航司, 牧野祐也, 岸田 薫, 石井純麗, 高橋雅也,
 大野基晴, 市山卓彦, 奥村俊之, 高水 藍, 氏平崇文, 牧野真太郎, 吉田幸洋

V. 腫瘍 2

(16:02~16:42)

座長 小曾根浩一

(東京慈恵会医科大学附属柏病院産婦人科)

17. 卵巣粘液型カルチノイド腫瘍の1例
帝京大学ちば総合医療センター
根本一成, 馬場 聡, 永井紗恵子, 前田加奈子, 尾本恵里菜, 山口広平, 足立克之,
五十嵐敏雄, 梁 善光
18. 子宮静脈内進展で摘出できた静脈内平滑筋腫症の一例
東京歯科大学市川総合病院 産婦人科
三ツ矢紫音, 杉山重里, 匂坂美彩, 関谷 葵, 高橋まりな, 舟木伽帆, 樋口敦彦,
白橋真由, 橋本志歩, 小川真里子, 高松 潔
19. 子宮鏡下手術後に類内膜癌と併存する子宮ポリープ状異型腺筋腫と判明し腹腔鏡下子宮全摘出術を施行した1例
東邦大学医療センター佐倉病院 産婦人科¹⁾, 東邦大学医療センター佐倉病院 病理科²⁾, 東邦大学医療センター佐倉病院 放射線科³⁾
清水聖奈¹⁾, 石田洋昭¹⁾, 萬来めぐみ¹⁾, 田杭千穂¹⁾, 野中みづき¹⁾, 田中悠子¹⁾,
弓立 大¹⁾, 蛭田啓之²⁾, 杉浦善弥²⁾, 粕谷秀輔³⁾, 高島明子¹⁾
20. 若年女性に発症した外陰癌の1例
帝京大学ちば総合医療センター 産婦人科
前田加奈子, 馬場 聡, 永井紗恵子, 根本一成, 尾本恵里菜, 山口広平, 足立克之,
五十嵐敏雄, 梁 善光
21. 妊娠合併子宮頸癌の7例
千葉大学医学部附属病院 婦人科
轡田早弥香, 羽生裕二, 大塚聡代, 中村名律子, 碓井宏和, 生水真紀夫

(休憩 18分)

特別講演

(17:00~18:00)

『ART と ART 周辺領域の医療の現状』

演者 東邦大学医学部産科婦人科学講座教授 片桐由起子

座長 東邦大学医療センター佐倉病院産婦人科 高島明子

閉会挨拶 (18:00~18:05)

千葉大学大学院医学研究院 生殖医学講座 生水真紀夫

〈抄 録〉

【特別講演 抄録】

Assisted Reproductive Technology およびその周辺領域の医療の現状

東邦大学医学部産科婦人科学講座

片桐由起子

1978年の世界初の体外受精成功から40余年、日本では1983年の体外受精第1例目以来、現在では14人に1人が生殖補助医療（Assisted Reproductive Technology; ART）により誕生しており、さらにその約90%が、凍結融解胚移植による妊娠成立である。かつて、ロング法やショート法と呼ばれるGnRHアゴニスト法が主流であった卵巣刺激方法にも大きく変化し、様々な方法が選択されるようになった。また、着床に関しても、慢性子宮内膜炎の評価やプロゲステロンの存在を背景とした着床の窓が注目されるようになっている。また、胚の遺伝学的検査や、第3者配偶子による生殖、がん・生殖医療等、生殖医療を取り巻く技術や社会背景も大きく変動している。また、2022年4月からは、不妊治療の保険適応が開始される予定である。本講演では、ARTおよびそれを取り巻く現状について提示する。

略 歴

【学歴及び職歴】

- 1992年 東邦大学医学部卒業 東邦大学大学院医学研究科入学
1996年 東邦大学大学院医学研究科修了 東邦大学医学部産科婦人科学講座研究生
1996年 東京都立荏原病院(現:財団法人東京都保健医療公社荏原病院)勤務
1997年 博士(医学)
1999年 東邦大学医学部産科婦人科学講座助手
2001～2005年 Center for Reproductive Medicine and Infertility Weil Medical College,
Cornell University 留学
2007年 東邦大学医学部産科婦人科学講座講師
2010年 東邦大学医学部産科婦人科学講座准教授
2010年 東邦大学医療センター大森病院リプロダクションセンター副センター長 兼任
東邦大学医療センター大森病院臨床遺伝診療部 部長 兼任
2016年 東邦大学医学部産科婦人科学講座教授 現在に至る

【専門医・指導医】

- 日本産科婦人科学会 専門医・指導医
日本生殖医学会 専門医(指導医)
日本人類遺伝学会・日本遺伝カウンセリング学会臨床遺伝専門医・指導医
日本新生児・周産期学会(母体・胎児) 専門医・指導医
日本内分泌学会内分泌代謝(産婦人科) 専門医・指導医
日本女性医学会 専門医・指導医
日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医
日本内視鏡外科学会技術認定医

【学会役職等】

- 日本産科婦人科学会・代議員
日本生殖医学会・常務理事
日本受精着床学会・理事
日本卵子学会・理事
日本人類遺伝学会・評議員
日本産科婦人科内視鏡学会・評議員
日本IVF学会・評議員
日本アンドロロジー学会・理事

【一般演題 抄録】

1. 当院で経験した重症筋無力症合併妊娠

東京慈恵会医科大学附属柏病院 産婦人科

一志 将太, 舟木 哲, 藤原 有沙, 井上 綾香, 蓮沼 綾子, 奥村 侑子, 中林 愛梨,
出井 太郎, 鶴岡 佑斗, 松田 祐奈, 下舞和貴子, 横須 幸太, 駒崎 裕美, 關 壽之,
堀谷まどか, 小曾根浩一, 高野 浩邦

重症筋無力症 (Myasthenia gravis 以下 MG) は神経筋接合部のアセチルコリン受容体を標的とした自己免疫疾患である。男女比は1:1.7と女性に多く、女性の好発年齢は20~30歳代であるため、MG患者が妊娠、出産することは稀ではない。MG患者の内1/3が妊娠期間中に増悪すること、分娩後に症状増悪の可能性があると知られており、継続的な管理が必要である。また新生児の10~20%で一過性に呼吸困難などのMG症状を認めるため注意が必要である。今回我々は進行中1例を含む3例のMG合併妊娠を経験したため、文献的考察を交え報告する。

当院で経験した症例はいずれも、胸腺摘出術後の妊娠であった。妊娠中はステロイド製剤内服にて、いずれも増悪なく経過した。2例は満期にて経膈分娩に至った。1例は妊娠経過中であるが、妊娠経過に問題なく、MG症状の増悪を認めていない。分娩した2例において、新生児に明らかなMG症状は認めず、母体のMG症状増悪を認めなかった。

2. 妊娠34週に絞扼性腸閉塞から小腸壊死穿孔をきたしストマ造設を要した一例

千葉大学医学部附属病院 婦人科・周産期母性科

河内 健二, 鈴木 義也, 秦 利衣, 廣澤 聡子, 長澤亜希子, 佐藤 美香, 岡山 潤,
錦見 恭子, 中田恵美里, 尾本 暁子, 生水真紀夫

緒言：腹部手術の既往がある患者の腹痛では、腸閉塞を念頭におく必要がある。妊娠中は子宮が増大して腸閉塞を発症する可能性が高まるが、診断が難しく重症化することがある。今回われわれは絞扼性腸閉塞から小腸壊死穿孔を来しストマ造設が必要となった症例を経験したので報告する。症例：患者は33歳G1P0。31歳の時に虫垂炎疑いとして腹腔鏡手術を受けたが虫垂炎ではなかった。妊娠33w6dに右上腹部痛が突発しA病院に入院、B病院で単純CT検査を受けたが原因不明のため、34週1日に当院に搬送された。前医の単純CTのレビューで右肝表面にfree airを認めたため造影CTを施行した。造影CTでは右下腹部小腸にclosed loopを認め、絞扼性腸閉塞・小腸穿孔と診断し緊急手術を行った。まず帝王切開を行い2,195gの男児を娩出させた。右上腹部に絞扼から壊死・穿孔をきたした小腸塊を認めた。高度腹腔内炎症のため腸管吻合は行わず、小腸部分切除・一時的な小腸ストマ造設術を施行した。小腸塊周囲の腸管に高度の線維性癒着が見られたことから、妊娠前からの癒着を背景に妊娠子宮の増大などが加わって腸閉塞を発症したと推定された。母体は術後27日に退院、児は日齢31に退院した。結語：妊娠中には絞扼性腸閉塞でも理学所見が判然としないことがある。腸管虚血を疑う時には、妊娠中であっても躊躇せず造影CTを行って鑑別する必要がある。

3. 子宮腺筋症合併妊娠に対して腺筋症核出術及び頸管縫縮術を施行し生児を得た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

川端あづみ, 和田真沙美, 武井 友里, 江頭 大樹, 鴨志田 創, 柏崎 咲絵, 千ヶ崎一代,
今井 悠, 加藤 正和, 岩田 葉月, 柏崎 奏絵, 小平 賢介, 秋山 美里, 中島 義之,
小川 正樹, 正岡 直樹

【緒言】子宮腺筋症は子宮内膜に類似した腺上皮および間質組織が子宮筋層内に発生する疾患である。子宮腺筋症合併妊娠は習慣流産や早産、子宮頸管無力症などの合併症の原因となる。

また、12週以降の流産や頸管無力症の発生率は腺筋症の大きさによって高くなるという報告もある。一方で、子宮腺筋症核出術後妊娠は、妊娠中の子宮破裂、弛緩出血や癒着胎盤のリスクとなりうる。今回子宮腺筋症核出術後、頸管縫縮術を施行し合併症なく分娩に至った一例を経験した。

【症例】45歳8妊0産（人工流産1 自然流産6）。子宮下部後壁にあった子宮腺筋症に対し妊娠前に核出術が施行された。その4年後に凍結胚盤胞移植にて妊娠し、妊娠13週0日で頸管縫縮術を施行した。妊娠経過中、切迫徴候や感染なく経過し、超音波、MRI検査にて明らかな癒着胎盤を示唆する所見は認めなかった。予定通り妊娠36週3日に選択式帝王切開術を施行した。胎盤は癒着なく剥離可能であった。分娩時出血量は羊水込みで2,550g、女児、児体重は2,882g。

特に合併症なく術後第7病日に退院となった。

【結語】子宮腺筋症核出後、頸管縫縮術を施行し帝王切開により合併症なく分娩に至った1例を経験した。子宮腺筋症核出術後に予防的頸管縫縮術を施行することで、子宮腺筋症合併妊娠でも生児を獲得できることが示された。

4. 急激な経過で重症妊娠高血圧症候群を発症した医原性Cushing症候群合併妊娠の1例

帝京大学ちば総合医療センター 産婦人科

永井紗恵子, 馬場 聡, 前田加奈子, 尾本恵里菜, 根本 一成, 山口 広平, 足立 克之,
五十嵐敏雄, 梁 善光

【緒言】Cushing症候群合併妊娠は時に母児共に重篤な周産期合併症を惹起するとされるが、症例報告は未だに散見される程度である。今回、急激な経過で重症妊娠高血圧症候群を発症した医原性Cushing症候群合併妊娠の1例を経験したので報告する。

【症例】38歳、1経妊0経産。20歳時に難治性再発性外眼筋炎を発症し、16年間プレドニン20mg/日を内服していた。自然妊娠し、他院にて妊娠管理されていた。130台/80台mmHgと血圧は正常域で推移していたが、妊娠34週4日に198/90mmHgと急激な重症妊娠高血圧症候群を発症し、EFW 1,817g(-1.7SD)とFGRも認めためたため当院へ母体搬送となった。降圧薬の投与でも血圧は安定せず、胸部単純レントゲン検査では著明な心拡大を認めていた。また胎児心拍モニタリングにて一過性頻脈に乏しく、経腹超音波断層法にて中大脳動脈の血流抵抗低下を生じたため、non-reassuring fetal statusの診断にて妊娠34週6日に緊急帝王切開でのterminationの方針とした。児は1,630g、女児、Apgar 6/7、UAPh 7.194であった。術後経過はCa拮抗薬で血圧を管理することで概ね順調であり、産褥8日目に退院となった。分娩後にホルモン検査が施行され、医原性Cushing症候群の診断が確定した。

【考察】Cushing症候群合併妊娠の周産期予後は時に不良となることもあり、早期診断と嚴重な経過観察が求められる。

5. 当院における性同一性障害（GID）に対する身体的性別適合手術（SRS）の取り組み

行徳総合病院 婦人科¹⁾，形成外科²⁾

坂本 愛子¹⁾，櫻井 透²⁾，中村加奈恵²⁾，飯田 玲¹⁾，氏平 由紀¹⁾，田口 雄史¹⁾

【緒言】性同一性障害（以下 GID）とは身体の性と自認する性が一致しない状態で，自分の意思や精神治療で修正することは不可能とされ，自認する性に身体を適合させる事が唯一の治療とされる．日本では 2004 年に特例法が施行され戸籍の性別変更が可能になったが，性腺摘出という手術要件が含まれている．しかし，国内には性別適合手術（以下 SRS）を施行している施設が少ないためタイなど海外で手術する例も多く，万一の術後トラブルの際に問題となる．また国内では日本精神神経学会ガイドラインに準拠しない診断による手術が，日帰り，または 1 泊で行われているケースも散見される．当院では，日本産科婦人科内視鏡学会の腹腔鏡技術認定医と岡山大学ジェンダーセンター研鑽後の形成外科医が 2019 年 4 月に入職した事を機に SRS を導入したため，報告する．

【方法】院内医師やスタッフに向け説明会や教育講演などを重ね，倫理委員会の承認のもと，2020 年 7 月より SRS が開始された．日本精神神経学会ガイドラインに準拠した外部のジェンダー委員会（医療チーム）で SRS の承認が得られた者を対象とした．通常の保険診療で行われている医療と同等の安全性にこだわり，腹腔鏡下内性器摘出術（以下，内摘）は術後 4 日目，乳房切除術（以下，乳切）は術後 6 日目の退院とした．

【結果】2021 年 10 月までに内摘は 14 例，うち 8 例は同時に乳切も施行した．うち 1 例は術後 2 日目に乳切後の出血に対し血腫除去術が行われた．2021 年 8 月には GID 学会の認定施設となり，一部の乳切は保険診療が可能となった．

【結語】麻酔科医による麻酔と入院施設での手術，術後診察が可能という極当たり前の医療が受けられない GID 患者は多い．関東唯一の SRS 施設として，また乳切と内摘を同時に行える施設としての当院の存在意義は大きいと感じた．

6. 上行感染が否定的であった卵管膿瘍を含めた骨盤内感染の 1 例

千葉メディカルセンター 産婦人科

岡安 慶太，嘉藤 貴子，馬場 七織，野田あすか，高木亜由美，伊藤 桂

【緒言】卵管膿瘍形成原因の多くは上行性感染であるが，今回，性交未経験女性の骨盤内膿瘍を経験したので報告する．

【症例】36 歳女性．性交経験なし．8 か月前から月経の都度微熱がでることがあったが，腹痛はなく，月経終了により改善するため受診はしなかった．今回の月経開始と共に，発熱，右下腹部痛及び嘔気が出現した．近医内科から虫垂炎疑いで当院消化器外科受診となったが，膿瘍の起源は不明瞭であり，CT で両側卵管膿瘍が疑われたため当科紹介となった．血液検査では炎症高値であり，超音波及び MRI で多発性骨盤内膿瘍の診断となった．入院し抗生剤加療開始したものの症状改善乏しく，開腹ドレナージ術を消化器外科と共同で施行した．腹腔内には膿瘍が多発しており，大腸，小腸，虫垂，卵管それぞれ強固に癒着していた．両側卵管は膿瘍に包まれるような状態で著明に腫大しており，卵管内腔にも膿瘍を認めた．消化器外科により膿瘍腔数カ所の穿破ドレナージおよび膿瘍近傍の虫垂切除，小腸部分切除が行われ，当科では両側卵管切除を施行した．病理学検査で虫 3 垂憩室穿孔，両側急性化膿性卵管炎の診断を得た．膿瘍形成の原因は虫垂憩室穿孔であり，卵管膿瘍はそれに伴う 2 次的なものと考えられた．術後は 2 週間で症状改善し退院となった．

【考察】骨盤内感染においては，たとえ卵管膿瘍が存在しても上行性感染のみにとらわれず，他臓器を含めた原因検索が時に必要となる．

7. 子宮全摘後3週間で子宮動脈仮性動脈瘤破裂をきたした1例

船橋市立医療センター 産婦人科

藤井 侑子, 山中 善太, 鷺坂 誠宏, 林 茂空, 小島 淳哉, 斎藤 俊雄

【緒言】子宮仮性動脈瘤は稀な疾患であり、帝王切開術や子宮内膜搔爬術後に発症する報告が多い。その原因の1つとして、手術操作により損傷した血管周囲に形成される血腫内に持続的な血流があることにより生じると考えられている。今回、子宮全摘出後3週間で子宮動脈仮性動脈瘤破裂をきたした症例を経験したので報告する。

【症例】45歳5妊3産。当院で子宮筋腫の疑いにて腹式単純子宮全摘術+両側卵管摘出術を施行した。術中操作にて左子宮傍結合織の処理の際に出血が多くなり、止血縫合に難渋した。病理組織学検査は、子宮筋腫の診断であった。術後経過は良好で、術後7日目に退院となった。その後、術後20日目に不正性器出血、下腹部痛を自覚し、外来を受診した。腔鏡診で腔断端縫合部3時方向より拍動性の出血を確認した。腹骨盤部造影CTを施行し、左子宮動脈に数珠状の濃染結節とその周囲に造影剤の血管外漏出が見られ、子宮仮性動脈瘤破裂が疑われた。緊急で血管造影検査を行い、左子宮動脈に仮性動脈瘤の形成及び造影剤のextravasationを認めた。子宮仮性動脈瘤破裂の診断にて、子宮動脈塞栓術を施行し止血を得た。塞栓後は再出血なく経過し、塞栓後6日目に退院となった。塞栓後13日目に骨盤部造影CTにて動脈瘤の消失を確認した。

【結語】子宮全摘出後に子宮仮性動脈瘤破裂を来した症例を経験した。子宮全摘出後の不正性器出血の原因の1つとして子宮仮性動脈瘤も鑑別として考える必要がある。

8. 腹腔鏡下で診断・治療した希少部位妊娠（右円靭帯妊娠）の1例

船橋市立医療センター 産婦人科

佐々木直樹, 藤井 侑子, 山中 善太, 高見澤重篤, 齊藤 俊雄

【緒言】異所性妊娠症例の約95%は卵管妊娠であり、その他の部位に着床する希少部位妊娠のうち腹膜妊娠は1%未満で非常に稀とされている。今回、右卵管妊娠を疑い腹腔鏡手術を施行したところ右円靭帯妊娠であった症例を経験したので報告する。【症例】40歳、5妊4産、最終月経より妊娠8週2日の時点で前医より右卵管妊娠疑いと診断で当院に紹介となった。当院初診時の血中hCG 37,897mIU/mlと高値であったが、下腹部痛や性器出血などの自覚症状は認めなかった。経陰超音波検査で子宮内に胎嚢を認めず、右付属器領域に卵黄嚢を伴う径19mm大の胎嚢を認めたため右卵管膨大部妊娠と診断した。腹腔鏡下手術を施行したところ両側付属器に異常所見を認めなかったが、右円靭帯に径2cm大の暗赤色の腫瘤が付着しており胎嚢と思われた。腫瘤を右円靭帯から鈍的に剥離したところ、止血困難な出血が生じたため右円靭帯の一部も合併切除することで腫瘤を摘出した。摘出検体を病理検査に提出したところ、線維組織に接する状態でtrophoblastが確認でき円靭帯妊娠に矛盾しない所見と思われた。【結論】腹膜妊娠のなかでも稀と思われる円靭帯妊娠の1例を経験したが、これまでの報告どおり腹膜妊娠の術前診断は困難であった。腹腔鏡下手術は腹膜妊娠の診断および治療に有用であった。

9. エストロゲン高値を呈した Brenner 腫瘍と粘液性境界悪性腫瘍の混合卵巣腫瘍の1例

谷津保健病院 産婦人科¹⁾, 国際医療福祉大学三田病院 女性腫瘍センター・婦人科²⁾, 国際医療福祉大学三田病院 病理部³⁾, 東京慈恵会医科大学附属病院 産婦人科⁴⁾

佐藤ちひろ¹⁾, 西井 寛¹⁾, 正古 悠一²⁾, 永吉 陽子²⁾, 上田 和²⁾, 石川 雄一³⁾,
相田 真介³⁾, 岡本 愛光⁴⁾

【緒言】 Brenner 腫瘍および粘液性境界悪性腫瘍はいずれも表層上皮性・間質性腫瘍に属し、通常ホルモン非産生腫瘍とされる。今回我々は、エストロゲン高値を呈した Brenner 腫瘍と粘液性境界悪性腫瘍の混合卵巣腫瘍を経験したので、報告する。

【症例】 93歳、3妊2産。左下腹部痛を主訴に消化器内科を受診し、腹部CT画像所見で卵巣腫瘍を認めたと為、当科を紹介となった。診察所見では、クスコ診で暗赤色出血を少量認めた。骨盤MRI画像所見では、骨盤内に11cm大の多房性腫瘍を認め、T2強調画像で低信号を示す component は一部拡散強調画像で高信号を呈しており、卵巣境界悪性腫瘍の可能性が示された。また、年齢に比して子宮内膜の肥厚を認め、ホルモン産生腫瘍の合併も鑑別に挙げられた。血液検査所見では、血中E2値は43.3pg/mLと高値であった。子宮内膜細胞診は陰性、子宮頸部細胞診はNILMであったが、いずれもホルモンの存在を示唆する所見を認めた。年齢と虚血性心疾患に対する抗血小板療法中であることを考慮し、両側付属器摘出術、子宮腔上部切除術、大網部分切除術を施行した。病理組織診断結果は Brenner 腫瘍と粘液性境界悪性腫瘍の混合卵巣腫瘍であった。

【結語】 Brenner 腫瘍および粘液性境界悪性腫瘍は通常ホルモン非産生腫瘍であるが、本症例ではエストロゲン高値を認め、年齢に比さない内分泌症状を認めた。エストロゲン高値を呈した Brenner 腫瘍の過去の報告例も認める為、本症例に関して、更なる文献的考察を加え、報告する。

10. 子宮筋腫核出により卵巣を温存し得た広汎性卵巣浮腫の1例

東京歯科大学市川総合病院 産婦人科

匂坂 美彩, 橋本 志歩, 関谷 葵, 高橋まりな, 舟木 伽帆, 三ツ矢紫音, 樋口 敦彦,
杉山 重里, 小川真里子, 高松 潔

広汎性卵巣浮腫とは、正常構造の卵巣が間質の浮腫により腫大する稀な疾患である。若年者に好発し、卵巣の血流障害や牽引によって腹痛を伴うことが多く、腫瘍の捻転と診断されて付属器摘出が行われることもあるため注意が必要である。今回、子宮筋腫を伴い、腹痛を繰り返す広汎性卵巣浮腫に対して、子宮筋腫核出術を行うことで卵巣を温存し得た1例を経験したので報告する。

36歳0妊。多発子宮筋腫で当院通院中、突然の腹痛を主訴に救急外来を受診。CTにて膀胱子宮窩に7cm大に腫大した右卵巣を認めたが捻転を疑う所見は認めず、鎮痛剤投与にて経過観察とした。翌日、右卵巣は傍結腸溝に戻り、腹痛も軽快した。5日後にも同様の腹痛と所見を認めたがすぐに改善した。筋腫による卵巣浮腫を考慮し、レルゴリクス内服を開始、1カ月後のMRIで筋腫の縮小及び卵巣腫大の改善を認めた。そこで2カ月後に開腹子宮筋腫核出術を施行した。術中所見では、両側卵巣は正常大で位置異常を認めず、最大8cm大以下、32個の筋腫を核出した。術後は症状及び所見の再発なく経過している。

広汎性卵巣浮腫は静脈やリンパ管の還流障害が原因とされているが、本症例では巨大な多発筋腫により卵巣が牽引され、血流障害により卵巣の浮腫性腫大及び腹痛が生じたと思われた。卵巣腫大の原因として、本疾患も念頭に置いて精査及び原因を除去することで、拙速な手術の回避と卵巣の温存が可能であると考えられる。

11. 卵巣癌傍大動脈リンパ節再発による下大静脈症候群に対し、下大静脈ステント留置が奏効した1例

亀田総合病院 産婦人科¹⁾, 放射線科²⁾

鈴木 賢哉¹⁾, 松浦 拓人¹⁾, 中港秀一郎²⁾, ウメンジャ¹⁾, 細川 満由¹⁾, 竹沢 亜美¹⁾,
安田 幸矢¹⁾, 樋口 大樹¹⁾, 金本 嘉久¹⁾, 大塚 康二¹⁾, 三谷 尚弘¹⁾, 大塚伊佐夫¹⁾

【緒言】下大静脈症候群は下大静脈の閉塞または狭窄により静脈還流が妨げられることで起こる症候群であり、下半身浮腫、歩行障害、腎不全などを生じる。悪性腫瘍に伴うものでは一般的に予後は短く緩和的な対症療法が選択されるが、近年ステント留置の有効性が報告されている。今回、我々は卵巣癌初回治療後の傍大動脈リンパ節再発による下大静脈症候群に対し、下大静脈ステント留置が奏効した1例を経験したため報告する。

【症例】75歳女性。卵巣高異型度漿液性癌 IVB 期（傍大動脈、左鎖骨上窩、右横隔膜リンパ節転移）に対して初回治療として術前化学療法（TC療法）後、手術を施行し（肉眼的残存腫瘍なし）、PARP阻害薬による維持療法を行った。術後22ヶ月で右総腸骨リンパ節に再発を認め、TC療法を拒否されエトポシドによる治療を行った。初回治療後約27ヶ月で下肢の浮腫と上肢の広範囲に紫斑が出現し、精査で傍大動脈リンパ節再発とそれによる下大静脈狭窄、腫瘍浸潤による消耗性の凝固障害を認めた。FFPを補充しながらTC療法を再導入し、導入後6日目に下大静脈ステント留置術を施行したところ、下大静脈症候群及び凝固障害は改善した。その後も化学療法を継続したが約3ヶ月で凝固障害の再燃とCA125の上昇を認め、再度FFPの補充と放射線治療を施行し、凝固障害の改善を認めている。

【結語】卵巣癌傍大動脈リンパ節再発による下大静脈症候群に対し、下大静脈ステント留置が有効である可能性がある。

12. 減圧目的の経皮内視鏡的胃瘻造設が有効であった終末期卵巣癌の1例

日本医科大学千葉北総病院 女性診療科・産科

小川 隆一, 中西 一步, 吉川 千晶, 前岡 悠里, 大石優加里, 海渡 由貴, 深川 知明,
上野 悠太, 大和田桃子, 山田 隆

癌性消化管閉塞は、頻回な嘔吐により、終末期癌患者に強い苦痛を与える。一般的にはオクトレオチド投与や経鼻減圧治療、人工肛門造設などで症状緩和を図るが、上部消化管閉塞や高度癌性腹膜炎では治療に難渋する。今回我々は高度癌性腹膜炎による治療抵抗性のイレウスに対し、減圧目的に経皮内視鏡的胃瘻造設術（以下、減圧PEG）を実施し、著明な症状改善を得た症例を経験した。

症例は45歳、0妊0産。卵巣癌の術後約1か月で、高度癌性腹膜炎による十二指腸閉塞と腸管蠕動消失を認めた。オクトレオチド投与や経鼻減圧治療が無効、かつ人工肛門造設や胃空腸バイパス術も不可能な状態であり、化学療法も施行できず、患者は精神的身体的に強い苦痛を強いられていた。そこで減圧PEGを実施したところ、症状は著明に改善した。その後、化学療法を施行したが原病が増悪し、術後約3か月で永眠された。

PEGは低侵襲かつ容易な手技であり、簡便に実施できる。しかし、消化器内視鏡ガイドラインにおいて、減圧PEGの適応は中長期予後が望める患者に限られるとされている。本症例は、中長期予後が望めなかったものの、減圧PEGが症状緩和に大きく貢献した。本症例のように推定予後が短い終末期癌患者において、低侵襲である減圧PEGは有効な緩和治療となる可能性がある。同症状を有する患者においては、積極的に減圧PEG実施を考慮すべきかもしれない。

13. 最近の6ヶ月間に経験した胎児十二指腸閉鎖の5症例

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

武井 友理, 中島 義之, 江頭 大樹, 鴨志田 創, 川端あづみ, 千ヶ崎一代, 今井 悠,
岩田 葉月, 柏崎 奏絵, 加藤 正和, 小平 賢介, 和田真沙美, 秋山 美里, 小川 正樹,
正岡 直樹

胎児十二指腸閉鎖は出生5,000~10,000人あたり1例で, 25~40%にダウン症候群を合併する。羊水過多による早産, 破水, 常位胎盤早期剥離や胎児機能不全のリスクも高い。今回, 我々は6ヶ月間に5例の胎児十二指腸閉鎖を経験したので報告する。

母体年齢は33~37歳(中央値36歳以下同じ), 4例が経産婦で, 十二指腸閉鎖の診断時期は妊娠22週~31週(30週2日)で全例にdouble bubble signを認めた。診断時に羊水過多を認めたのは4例だったが, 経過中に全例で羊水過多を認めた。羊水染色体検査施行例はなく, 4例は切迫早産で入院し, うち1例は妊娠33週で前期破水を認めた。分娩週数は妊娠33週~39週(38週1日)で, 1例は早産となった。帝王切開は3例で, うち常位胎盤早期剥離1例, 胎児機能不全1例は緊急帝王切開であった。3例が女児で, 出生時体重は1,730~2,694g(2,384g), Apgar Scoreは1分値7点以下2例, 5分値全例8点以上で, SGAの3例は呼吸障害のため入院管理を必要とした。全例生後1~3日の間に根治手術を施行し, いずれも輪状瘻による十二指腸閉塞であった。1例に右腎欠損, 1例に大動脈離断・多指症など合併奇形を認めたが, 染色体異常を指摘された例はなかった。

胎児十二指腸閉鎖は診断は容易だが, 早産や緊急帝王切開例も多く, 管理入院を考慮するなど慎重を要すると思われた。

14. 当院における新型コロナワクチンの効果・副反応の検討

たて産婦人科¹⁾, 千葉大学医学部附属病院 婦人科²⁾

楯 浩行¹⁾, 齊藤 佳子¹⁾²⁾, 楯 真一¹⁾²⁾, 楯 健司¹⁾, 楯 高子¹⁾, 楯 二郎¹⁾

【目的】新型コロナウイルスワクチンのワクチンの実態を明らかにすること。【方法】当院では4,497回の新型コロナウイルスワクチンを接種した。そのうち妊娠中・授乳中の者は440名であった。2021年6月から2021年10月までにカルテやSNSにて転帰の判明した348人の妊婦を対象とした。【結果】接種したワクチンの種類: ファイザー 343人, モデルナ 5名。妊娠中に接種した週数: 1回目中央値21.4週(2-39) 2回目中央値22.7週(2-39)であった。感染時期は妊娠前2例妊娠後1回目接種前7例, 1回目接種後2回目接種前1例, 2回目接種後8日目1例, 未感染337例であった。当院で感染が確認された11名中すべてが2回目接種後10日以前であり, 2回目接種後10日以降の感染者は認められていない。妊娠中の副反応は1回目(発熱(36.9-38.8): 8.9%(28/317) 頭痛14%(40/287) 全身倦怠感21%(60/280) 接種部位の痛み86%(242/282) 解熱剤の内服4.1%(12/287), 2回目(発熱(36.8-40.0): 51%(128/252) 頭痛39%(94/244) 全身倦怠感58%(136/244) 接種部位の痛み84%(203/242) 解熱剤の内服30%(80/266)であった。抄録作成時までの妊娠転帰は, 経膈分娩90%(62/70) 帝王切開7%(5/70) 流産3%(2/70) 異所性妊娠1%(1/70)である。新生児転帰, 体重, 先天奇形に異常は認められない。【結論】新型コロナワクチンの実態を報告した。

15. 当院で出産した母親への新型コロナワクチンについてのアンケート結果

山口病院

都甲 明子, 山口 暁

【緒言】妊婦の新型コロナウイルス感染対策のためにはワクチン接種普及が必要と考えられる。このため、当院では基本型ワクチン接種施設としての準備を行い、2121年4月からワクチン接種を開始し、行政との協議の上、2021年7月から妊婦に対してのワクチン接種を開始した。今回、ワクチン接種への意識調査を行った。

【方法】2021年8月30日から10月30日までの産後2週間健診に来院した産褥婦へのコロナワクチンについて無記名アンケート調査で実施した。

【結果】①アンケート調査は、分娩終了後の2週間健診時に実施した。278例へ配布し有効回答数は266例。②アンケート実施時には196例73.7%が接種を受けていた。③8月の県内での新型コロナウイルス感染の妊婦が受け入れ困難となった事例を知っていたのは、254例95.5%。④この事例の有無に関わらず96例36%はワクチン接種を終えていた。また、ワクチン接種を早めたいと考えたのは、77例29%。一方、この事例を知り43例16.2%はワクチン接種を希望することに変更したが、36例13.5%は、接種希望なしで、意志決定に影響を与えなかった。

【結語】一般産科施設である当院での産褥婦の新型コロナウイルスワクチンについての意識調査をおこなった。70%近くの妊婦産褥婦は、ワクチン接種を受けていた。また16.2%では、何らかの動機付けがワクチン接種のきっかけとなると考えられた。

16. COVID-19 感染による重症肺炎のため体外式膜型人工肺（ECMO）導入となった妊婦の1例

順天堂大学医学部附属浦安病院

水上奈津子, 小泉 朱里, 伊地知航司, 牧野 祐也, 岸田 薫, 石井 純麗, 高橋 雅也,
大野 基晴, 市山 卓彦, 奥村 俊之, 高水 藍, 氏平 崇文, 牧野真太郎, 吉田 幸洋

【緒言】2020年より全世界的にCOVID-19感染が流行しており、妊娠は重症化リスクの1つといわれている。今回妊娠33週でCOVID-19感染により入院し、重症肺炎のため体外式膜型人工肺（ECMO）導入となった1例を経験したので報告する。

【症例】34歳，1妊0産。自然妊娠後，当院で妊婦健診を実施していた。既往歴なし。BMI値34と肥満を認め，COVID-19ワクチンは未接種であった。妊娠33週1日に39度の発熱を認め当院受診し，抗原検査にてCOVID-19陽性と診断された。酸素需要無く，胸部レントゲン検査にて軽度浸潤影を認め，重症度分類中等度Iと診断し救急診療科に入院となった。発症5日目から酸素需要を認め酸素投与開始となった。発症6日目（妊娠33週6日）に症状が急激に悪化し気管挿管管理が必要と判断され，当科と救急診療科で協議の上，同日気管挿管後緊急帝王切開を実施した。分娩後，呼吸状態の悪化を認め，発症18日目（産後13日目）にECMO導入となった。発症23日目（産後18日目）に気管切開実施となったが，その後徐々に改善を認め，発症35日目（産後40日目）にECMO離脱，発症48日目（産褥53日目）に気管切開チューブ抜去に至った。発症77日目（産後72日目）に全身状態良好のため退院となった。

【考察】本症例では，妊娠後期，肥満症，COVID-19ワクチン未接種であったことがCOVID-19感染が重症化した要因と考えられる。

【結語】COVID-19感染妊婦は重症化のリスクであり，患者背景を踏まえた上で慎重に管理する必要がある。

17. 卵巣粘液型カルチノイド腫瘍の1例

帝京大学ちば総合医療センター

根本 一成, 馬場 聡, 永井紗恵子, 前田加奈子, 尾本恵里菜, 山口 広平, 足立 克之,
五十嵐敏雄, 梁 善光

【緒言】卵巣原発のカルチノイド腫瘍は卵巣腫瘍の0.1%程度であり, その80%程度は甲状腺腫瘍であり, 粘液型カルチノイド腫瘍の報告はごくわずかである. 今回, 卵巣粘液型カルチノイド腫瘍の1例を経験したため報告する.

【症例】51歳3妊2産. 下腹部痛で近医受診, 骨盤内腫瘍を認め当院紹介となった. 腹腔内は様々な信号強度を示す多房性の26cm大の卵巣腫瘍に占拠され, 充実成分の存在より卵巣癌が強く疑われ手術の方針となった. 摘出した付属器による術中迅速診断は困難であったが, 粘液性癌を最も疑い, 単純子宮全摘術・両側付属器切除術・大網部分切除術・骨盤/傍大動脈リンパ節郭清術・虫垂切除術を施行し完全切除とした. 免疫病理学的検索でER(±), PgR(±), CK7(+), CK20(-), Pan(-), CK(+), vimentin(+), PAX8(+), CEA(±), inhibin(-), calretinin(-), synaptophysin(+), chromograninA(+), CD56(±)であり, 卵巣粘液型カルチノイド腫瘍と診断した. 臨床進行期はIC3期と初期で, 腫瘍の性質として化学療法感受性が低いと判断し, 術後補助療法は施行せず経過観察とした.

【結語】カルチノイド腫瘍の早期例は予後良好とされるが, 進行例は化学療法感受性が低く治療が難しいとされる. 今回我々はカルチノイド腫瘍の中でも非常に稀な卵巣粘液型カルチノイド腫瘍を経験した. 現在, 術後6か月無再発であるが, 今後も厳重に経過観察し, 再発時には手術療法などを検討する予定である.

18. 子宮静脈内進展で摘出できた静脈内平滑筋腫症の一例

東京歯科大学市川総合病院 産婦人科

三ツ矢紫音, 杉山 重里, 匂坂 美彩, 関谷 葵, 高橋まりな, 舟木 伽帆, 樋口 敦彦,
白橋 真由, 橋本 志歩, 小川真里子, 高松 潔

静脈内平滑筋腫症(IVL)は子宮または子宮静脈の平滑筋から発生した平滑筋腫が静脈内を進展する比較的稀な良性疾患であるが, 下大静脈や右心系まで広がり, 致命的になることがあるため注意が必要である. 今回, 術前画像検査からIVLを疑って子宮全摘出術を施行, 子宮静脈血管断端での陰性が確認でき, 遠隔進展を防ぎ得た1例を経験したので報告する.

症例は44歳, 1妊1産. 人間ドックで子宮内膜症を疑われ近医を受診. 経膈超音波検査で多発子宮筋腫と左子宮内膜症性嚢胞が疑われ, 当科へ紹介となった. 骨盤MRI検査にて, 上記所見に加えて右付属器領域に子宮静脈と連続性のある腫瘤性病変を認め, IVLあるいは低異型度子宮内膜間質肉腫を疑った. 造影CTでは内腸骨静脈よりも中枢側の静脈内に明らかな進展を疑う所見は認めなかった. 画像上肉腫も否定はできず, 拡大子宮全摘出術と両側付属器切除術を施行, 術中所見では子宮右前壁から右子宮静脈の腫大を認めた. 摘出標本病理診断では子宮筋腫, 左子宮内膜症性嚢胞に加え, 右子宮静脈にIVLを認めたが, 血管断端陰性であった. 術後4か月時のCT検査にて静脈内筋腫の再発所見なく経過している.

本症例では, 術前の詳細な画像評価からIVLの可能性を念頭におき, 下大静脈等の中枢側の静脈へ進展する前段階で病変を全摘出することができた. IVLは良性でありながら生命にかかわる重要な疾患であり, 文献的考察を加え報告する.

19. 子宮鏡下手術後に類内膜癌と併存する子宮ポリープ状異型腺筋腫と判明し腹腔鏡下子宮全摘出術を施行した1例

東邦大学医療センター佐倉病院 産婦人科¹⁾, 東邦大学医療センター佐倉病院 病理科²⁾, 東邦大学医療センター佐倉病院 放射線科³⁾

清水 聖奈¹⁾, 石田 洋昭¹⁾, 萬来めぐみ¹⁾, 田杭 千穂¹⁾, 野中みづき¹⁾, 田中 悠子¹⁾, 弓立 大¹⁾, 蛭田 啓之²⁾, 杉浦 善弥²⁾, 粕谷 秀輔³⁾, 高島 明子¹⁾

【緒言】子宮ポリープ状異型腺筋腫 Atypical polypoid adenomyoma (以下 APAM) は性成熟女性の子宮体下部に好発する上皮性・間葉性混合腫瘍に分類される良性疾患である。今回、術前に子宮筋腫と診断し、子宮鏡下手術にて子宮ポリープ状異型腺筋腫を背景とした類内膜腺癌併発と診断された一例を経験したので報告する。

【症例】44歳, 0妊0産。過多月経を主訴に前医を受診し, 子宮内腫瘍の精査目的にて紹介受診となった。子宮鏡, 内膜細胞診, 内膜生検, MRI 検査にて変性子宮筋腫と診断し, 子宮鏡下経頸管的腫瘍切除術を施行した。摘出検体で病変全体を検索した結果, 病理組織学的に APAM を背景とした類内膜腺癌 G1 の診断に至った。MRI 検査, CT 検査を施行し, 子宮体癌 stage IA と診断し, 腹腔鏡下腔式子宮全摘出術, 両側付属器切除術, 外腸骨リンパ節生検を施行した。病理組織診断では子宮に残存病変を認めず, 子宮体癌 stage IA G1 pT1a, ly (-), v (-) であった。

【結語】APAM は臨床的に子宮内膜ポリープや子宮粘膜下筋腫に類似した経過を示すため術前診断が困難であるが, 子宮内腫瘍の際には念頭に置くべき疾患と考える。APAM は類内膜癌が併発することも知られており, APAM を疑う際には診断と治療を目的とした子宮鏡下手術は有用性があると考えられる。

20. 若年女性に発症した外陰癌の1例

帝京大学ちば総合医療センター 産婦人科

前田加奈子, 馬場 聡, 永井紗恵子, 根本 一成, 尾本恵里菜, 山口 広平, 足立 克之, 五十嵐敏雄, 梁 善光

【緒言】外陰癌は婦人科癌の3%程度と稀な疾患であり, 高齢者に多いとされる。一方で若年外陰癌の報告は散見される程度であり, 更に根治性だけでなく整容性の観点から治療方針の決定に苦慮することが予想される。今回, 若年女性に発症した外陰癌の1例を経験したため報告する。

【症例】29歳, 0経妊。27歳時にアルコール性肝炎発症。X年Y月より外陰部の違和感が出現し, 疼痛を自覚しX年Y+8月に前医受診, 外陰部腫瘤を指摘され精査加療目的で当院紹介受診となった。右小陰唇基部から肛門側にかけて最大径35mm, 隆起10mmの圧痛を伴う腫瘤性病変を認め, 病理検査にて外陰癌と診断された。画像検索では明らかな遠隔転移は認めず, 若年未婚女性であることも考慮して, 根治的外陰部分切除術・両側鼠径リンパ節郭清術の方針となった。病理診断にて外陰扁平上皮癌IB期の最終診断となった。断端は陰性であったが, 切除マージンは4mmと近接していた。術後は緑膿菌による創部感染を認め, 洗浄ドレナージと抗生剤にて感染制御し, 術後22日目に退院となった。また病変にはHPV16型の感染を認めた。術後は十分な協議の上, 後治療は施行せず嚴重経過観察の方針とした。

【考察】若年外陰癌では整容性と根治性をより考慮する必要があるが, また背景因子に易感染素因を有している可能性もあり, 治療方針・術後管理に苦慮すると予想され, 今後の症例の集積が課題である。

21. 妊娠合併子宮頸癌の7例

千葉大学医学部附属病院 婦人科

轡田早弥香, 羽生 裕二, 大塚 聡代, 中村名律子, 碓井 宏和, 生水真紀夫

妊娠中に発見された子宮頸癌は取扱いに苦慮する。当科の最近の症例について予後を中心に臨床像を後方視的に検討した。対象は2011-2020年に診断した7例である(年齢:29-41歳, 中央値34.5歳;組織型:扁平上皮癌4例, 腺癌3例[胃型腺癌1例を含む])。病期(FIGO2008)は1B1期4例, 1B2期2例, 2A2期1例であった。7例中4例は妊娠初期の細胞診が陽性(SCC1例, ASC-H3例)であったが, 3例は細胞診陰性でうち2例は妊娠中の不正出血, 1例は分娩時の内診所見(頸管の硬化)が診断の契機となっていた。診断時期はそれぞれ, 妊娠12, 14, 15, 16, 24, 30, 37週であった。妊娠12週で診断された1例は人工妊娠中絶となったが, その他の5例が選択的帝王切開(妊娠36, 30, 33, 29, 31週), 妊娠37週に分娩中に診断された1例が緊急帝王切開となった。がん治療は妊娠終了後に開始され, 同時化学放射線治療(CCRT)が2例に, 広汎子宮全摘術(帝王切開と同時)が5例に施行された。広汎子宮全摘術施行例のうち3例に術後補助療法(CCRT)が施行された。7例中1例は治療後に通院を自己中断した。経過観察例の6例のうち2例が再発し, 初回治療から3年5か月, 1年1か月で原病死した。

今回の検討では, 3例が細胞診陰性で妊娠中の細胞診検査の感度が低いことが示唆された。6例中2例に再発・原病死がみられ, 妊娠合併子宮頸癌の予後は不良と思われた。