

ISSN 2186-6244

新沼産科婦人科学会 会誌

第107巻 第2号 平成24年

編集委員

田中 憲一・高桑 好一・倉林 工・八幡 哲郎

目 次

症例・研究

回盲部切除術を施行した回腸子宮内膜症の一例

済生会三条病院 産婦人科

済生会三条病院 外科

浅野 堅策・夏目 学浩・中村 稔

大竹 雅広…………… 65

増殖性ブレンナー腫瘍の一例

済生会三条病院 産婦人科

浅野 堅策・夏目 学浩・中村 稔…………… 68

症例：腔からの腸管脱出

厚生連村上総合病院

新潟大学医歯学総合病院

厚生連村上総合病院 外科

藤巻 尚・小島 由美

大木 泉・西川 伸道

林 達彦・渡邊 直純…………… 71

原 著

当院における HIV 感染妊娠症例について

新潟大学医歯学総合病院 総合周産期母子医療センター

芹川 武大・生野 寿史・白田 東平・和田 雅樹

高桑 好一

同 第二内科

茂呂 寛

同 感染管理部

田邊 嘉也…………… 75

理事会報告 …………… 79

そ の 他

第 161 回新潟産科婦人科集談会プログラム …………… 83

論文投稿規定 …………… 91

あとがき …………… 93

症 例 ・ 研 究

回盲部切除術を施行した回腸子宮内膜症の一例

済生会三条病院 産婦人科

浅野 堅策・夏目 学浩・中村 稔

済生会三条病院 外科

大竹 雅広

概 要

腸閉塞症状で発症し、回盲部切除するに至った回腸子宮内膜症症例を経験したので報告する。症例は48歳、2妊2産。子宮内膜症にて治療歴あり。46歳時異所性子宮内膜症（月経に随伴して臍部より出血）を指摘されていた。月経に伴う腹部膨満感を主訴とし受診、その後腸閉塞を発症。腹部CTにて回腸の狭窄を認めた。酢酸リユープロレリンによる保存療法を試みるも無効であり、外科にて回盲部切除術が施行された。術後、再発予防目的に酢酸リユープロレリンを追加投与した後、ジェノゲストを投与し、内服開始後3ヶ月間再発を認めない。腸管子宮内膜症に対する薬物療法の種類とその選択、手術療法と術後再発の防止策につき文献的考察を加えた。

Keyword : ileal endometriosis , ileocecal resection, intestinal obstruction

緒 言

腸管子宮内膜症は異所性子宮内膜症の一つで、全子宮内膜症の10%前後に認められる¹⁾。子宮内膜症は近年増加傾向にあり、それに伴い異所性子宮内膜症の発生頻度も増えつつある²⁾。軽症例では薬物による保存療法が可能であるが、症状が改善しない場合や悪性腫瘍との鑑別が困難な症例などでは手術療法が選択される³⁾。今回、月経周期に伴い腸閉塞を繰り返し、薬物療法で改善せず回盲部切除術を要した回腸子宮内膜症症例を経験したので報告する。

症 例

症例:48歳 2妊2産 (24歳, 30歳時 正常分娩2回)

既往歴: 21歳時、子宮内膜症にて酢酸ブセレリン使用。46歳時、月経に随伴して臍部より出血があり、近医にて臨床的に異所性子宮内膜症と診断されたが、他に症状がないため特に治療せず経過観察していた。生検等、組織検査は施行されなかった。

現病歴: 2か月前より月経時に腹部膨満感あり、月経4日目に当科初診。エコー上、子宮は78×43mm、軽度腺筋症疑い。両側付属器にはチョコレート嚢腫の所見なし。対症的に、ブチルスコポラミン、ロキソブ

ロフェン処方し経過観察。月経12日目になり、腹痛増強し再来。腹鳴著明。腸閉塞疑い、腹部CT施行。腸管の拡張を認める一方、回盲部に近い回腸の狭小化を認めた (図1)。明らかな腸管の悪性腫瘍像は指摘されなかった。入院、輸液にて管理。症状次第に軽快し、5日目退院。これまでのエピソード及びCT所見から、腸管子宮内膜症の可能性が高いと思われた。腸閉塞の出現が初めてであったこと、また異所性子宮内膜症は治療されていなかったことから、まず保存療法の効果を見ることとし、月経の発来を待って酢酸リユープロレリン皮下注の方針とした。外来にて4週毎2回酢酸リユープロレリン1.88mg皮下注したが、再度腹部膨満感出現、再入院。輸液管理を行ったが、一週間経過しても腹部X線所見にて腸閉塞は増悪傾向のため、外科にコンサルトの上、保存療法を中止、外科医執刀にて開腹手術とした。

手術所見: 開腹時小腸の拡張を認め、一部小腸が子宮底部に軽度癒着していたが、その部位で腸管を子宮から剥離すると両側付属器及びダグラス窩には癒着をごく軽度認めるのみであった。慎重に小腸を肛側へと追って行くと、回腸末端は折り重なるように相互に癒着し、回盲部が一塊となった状態で、腸管壁の強い繊維化を認めた。明らかな腫瘤形成は認めなかった。外科医により回盲部切除術及び腸管吻合術が施行され

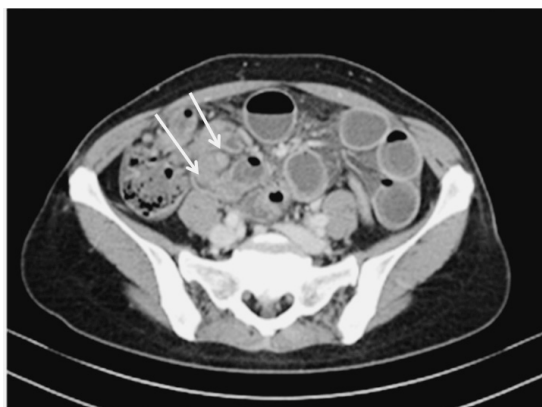


図1 腹部CT像

回盲部での回腸の狭小化 (矢印) とその他の部位の腸管の拡張を認める。

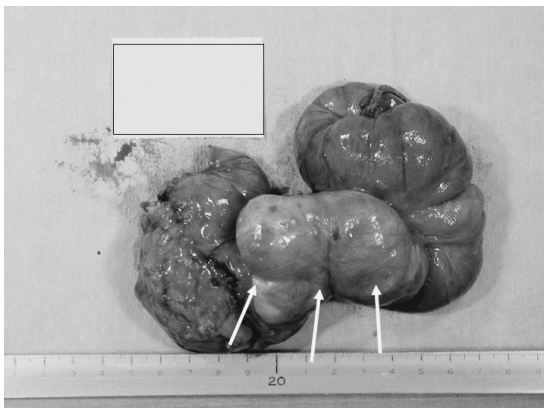


図3 切除した回盲部
(左側：盲腸，右側：回腸)
(中央矢印の回腸末端部は固く，棒状)

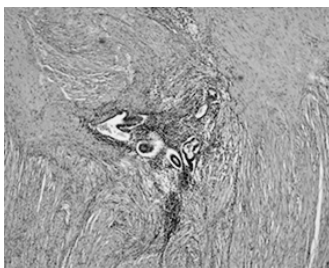


図5 狭小化した回腸の固有筋層内に子宮内膜組織を認める
(HE染色，対物4倍)

た。これ以外の腸管壁，腹膜には明らかな子宮内膜症と考えられる病変は認めなかった。切除された一塊となった回盲部を剥離していくと，回腸末端が約7 cmにわたり固く棒状になっており，内腔は非常に狭小化していた（図2，3）。

病理組織検査：狭小化した回腸の固有筋層内に子宮内膜組織を認め，腸管子宮内膜症との確定診断を得た（図4）。回腸の漿膜側は強い線維化を認めた。粘膜面には病変を認めず，悪性腫瘍の所見もなかった。

術後経過：術後は軽度の下痢が持続したが次第に軽快，術後20日目退院となった。その後再発防止目的に酢酸リユープロレリン1.88mg皮下注を4週毎4回追加した後，さらにジェノゲスト内服を開始，内服後約3ヶ月間外来にて経過観察中であるが，腸閉塞症状等，再発所見を認めていない。

考 察

腸管子宮内膜症は子宮内膜症の10%前後に認められる。その発生部位について松隅らは本邦報告の78例中84%がS字結腸，直腸であり，以下回腸7%，回

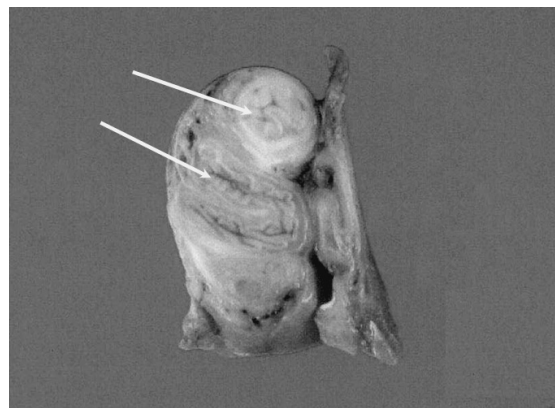


図4 図3の矢印部分を長軸方向に切開。蛇行したまま癒着した状態で，開放し難い。
回腸壁は肥厚し内腔は狭小化（矢印）

盲部5%，虫垂3%，肛門1%と報告している¹⁾。発生機序としては，Sampsonによって提唱された経卵管的逆行性子宮内膜移植説⁴⁾，Iwanoffの体腔上皮化生説が有力である⁵⁾。腸管子宮内膜症の肉眼形態分類として，泉らはendometrioma型とdiffuse endometriosis型に大別している⁶⁾。Endometrioma型では異所性子宮内膜腺が粘膜下腫瘍様の結節を生じ，月経時に出血などの症状を呈する。一方，diffuse endometriosis型では子宮内膜腺は漿膜側で増殖し，腸管壁内で出血，消退を繰り返し，壁の線維化が進み腸管の狭窄による症状が出現する⁷⁾。好発年齢は30～40歳代の性成熟期であるが，佐藤らは18歳で低位前方切除術を施行した直腸子宮内膜症例を報告しており，今後若年患者の増加も十分考慮すべきである⁸⁾。

症状としては特異的なものは少なく，その発生部位により腹痛，便秘，下痢，血便などが出現する。直腸子宮内膜症では月経に随伴した血便などで気付かれることがある。一方回腸子宮内膜症では腹痛，嘔吐などの腸閉塞症状が主となる。この場合，本症例のように月経後半期に症状が始まることもあり，注意を要する。今回の症例では，子宮内膜症としての治療歴があったこと，また前医にて異所性子宮内膜症がすでに指摘されていたことから，比較的初期の段階から腸管子宮内膜症の存在が疑われたが，一般的には術前診断は困難なことも多い。粘膜面には所見を認めないこともあり，生検での診断率は9～30%との報告がある^{1) 9)}。注腸造影，CT，MRI等の画像診断をあわせても術前診断率は21～37%とされる。また，石井らは術中診断で子宮内膜症とされたものは25例中9例にすぎず，回腸腫瘍，癌の転移性浸潤，クローン病などが疑われたとし，術中迅速病理組織検査をすることにより過大な侵襲手術を避けることが可能としている¹⁰⁾。

腸管子宮内膜症の治療は薬物による保存療法と手術療法がある。過去の報告では、軽症例において Gn-RH アゴニスト、低用量ピル、ダナゾールが用いられている。現在、通常の子宮内膜症に対するホルモン治療としては低用量ピルやジェノゲストが治療の第一選択となってきたが、腸管子宮内膜症においても同様に近年では低用量ピルやジェノゲストの有用性が報告されている。今のところまだ根治性は認められないという意見がある¹¹⁾ 一方、竹村らは2008年以後腸管子宮内膜症9例に対しジェノゲストにて治療し、長期治療継続が可能であるとしている¹²⁾。患者の臨床症状の程度、年齢、挙児希望の有無等により、薬物の選択が必要となる。本症例では48歳という年齢を考慮し酢酸リユプロレリン皮下注を最初に施行し、その後ジェノゲストを継続する方針とした。手術療法の適応について、一般的には、消化管の悪性腫瘍が否定できない症例、内膜症組織の二次的変化により腸管の狭窄などの器質的変化を来している症例、ホルモン療法の無効な症例には、手術療法が選択される²⁾。近年では腹腔鏡下手術の報告が増えてきている²⁾¹³⁾。また、池田らは悪性変化をきたした直腸子宮内膜症の症例を報告している⁹⁾。病理組織学的に直腸に **endometrioid adenocarcinoma** を認め、予後不良であった。チョコレート嚢腫の癌化例は指摘されてきているが、同様に腸管子宮内膜症も癌化の危険性は常に考慮する必要がある。

術後の再発率について Minelli らは8.4%に再発がみられたと報告しており、再発予防の薬物療法の検討が必要と述べている¹⁴⁾。本症例でも酢酸リユプロレリンに引き続きジェノゲストを継続投与しており、内服開始後約3カ月、再発を認めていない。今後もジェノゲストを継続する方針である。

文 献

- 1) 松隅則人, 松尾義人, 鶴田 修ら: 腸管子宮内膜症の2例—本邦報告例78例の検討を含めて—。 *Gastroenterol Endosc.*, 31 : 1577-1584, 1989.
- 2) 吉積 司, 長谷和生: 腸管子宮内膜症. 産婦人科の実際, 58 (10) : 1513-1517, 2009.

- 3) 坂本一博, 永易希一, 杉本起一ら: 腹腔鏡下に切除した直腸子宮内膜症の1例. 臨床外科, 65 (13) : 1729-1732, 2010.
- 4) Sampson JA : Peritoneal endometriosis due to menstrual dissemination of endometrial tissue into the peritoneal cavity. *Am J Obstet Gynecol.*, 14 : 422-469, 1927.
- 5) Iwanoff NS : Druesiges crysthaltiges Uterusfibromyom compliciert durch Sarcom und Carcinom (adenofibromyoma cysticum sarcomatodes carcinosum). *Monatsschr Geburtshilfe Gynaekol.*, 7 : 295-300, 1898.
- 6) 泉 康治, 松永浩明, 梶原正章ら: 直腸, S字状結腸子宮内膜症の2例. 日消外会誌, 27 : 932-936, 1994.
- 7) 愛新啓志, 坂下吉弘, 小倉良夫ら: 回盲部腸重積を形成した回腸子宮内膜症の1例. 日本消化器外科学会雑誌, 42 (1) : 78-83, 2009.
- 8) 佐藤洋樹, 田宮洋一, 伊藤寛晃ら: 直腸粘膜下出血と直腸狭窄を伴った若年者の腸管子宮内膜症の1例. 新潟医学会雑誌, 121 (7) : 404-408, 2007.
- 9) 池田公正, 島野高志, 北田昌之ら: リンパ節転移を来した直腸子宮内膜症癌化の1例. 日本消化器外科学会雑誌, 35 (4) : 445-449, 2002.
- 10) 石井敏勤, 岡本安弘: 腸閉塞症状を呈した回腸子宮内膜症の1例. 日本消化器外科学会雑誌, 25 (8) : 2219-2222, 1992.
- 11) 加藤恵利奈, 千島史尚, 三留ゆりさら: 腸管切除を必要とした腸管子宮内膜症の1例. 日エンドメトリオーシス会誌, 31 : 152-160, 2010.
- 12) 竹村由里, 大須賀穰, 甲賀かをりら: 腸管子宮内膜症における薬物療法の意義について. 日エンドメトリオーシス会誌, 31 : 120, 2010.
- 13) 森脇征史, 明石大輔, 井平 圭ら: 腹腔鏡補助下に腸管合併切除を施行した腸管子宮内膜症の2症例. 日エンドメトリオーシス会誌, 30 : 82-85, 2009.
- 14) Minelli L et al. Laparoscopic colorectal resection for bowel endometriosis : feasibility, complications, and outcome. *Arch. Surg.*, 144 : 234-239, 2009.

増殖性ブレンナー腫瘍の一例

済生会三条病院 産婦人科

浅野 堅策・夏目 学浩・中村 稔

概 要

ブレンナー腫瘍は表層上皮性・間質性腫瘍に分類される卵巢腫瘍であり、移行上皮型の細胞増殖を特徴とする。その中で、増殖性ブレンナー腫瘍は境界悪性として位置付けられる、非常にまれな腫瘍である。症例は48歳、腹部膨満感を主訴とし、画像診断にて卵巢癌が疑われ、手術（卵巢癌標準術式）を施行した。肉眼的に20×13cmの多房性嚢胞状腫瘍で、内腔に乳頭状増殖を認めた。病理組織検査にて増殖性ブレンナー腫瘍との確定診断を得た。この腫瘍は通常他臓器への浸潤・転移は起こさず良性の経過をとるとされ、本症例でも術後2年、再発を認めない。しかし、術前・術中診断は必ずしも容易ではなく、悪性腫瘍として扱われることも多い。また、この腫瘍は時に内分泌活性を呈することがあり、子宮体癌の併発には注意が必要である。

Keyword : proliferating Brenner tumor, ovary, borderline malignancy

緒 言

卵巢ブレンナー腫瘍は表層上皮性・間質性腫瘍に分類される比較的まれな卵巢腫瘍であり、全卵巢腫瘍の2~3%を占める¹⁾。良性、境界悪性、悪性に細分され、90%が良性腫瘍である一方、境界悪性及び悪性腫瘍はおおの2~5%と非常にまれである^{1) 7)}。境界悪性のブレンナー腫瘍は特に増殖性ブレンナー腫瘍と呼ばれ、通常予後良好であるが、臨床上他の悪性卵巢腫瘍との鑑別が問題となることがある。

症 例

症例: 48歳 4妊3産(正常分娩3回, 自然流産1回)

既往歴: 特記すべきことなし

現病歴: 下腹部に膨満感あり, 2ヶ月後当科初診。エコーでは196×130mmの多房性腫瘍で、一部充実性部分と隔壁の肥厚を認めた。CT(図1) MRI(図2a,b)も同様の所見であり、リンパ節転移の所見は認めなかった。腫瘍マーカーはCEA1.9 ng/ml AFP 4.7 ng/dl CA125 72 U/ml CA19-9 41 U/ml と、CA125, CA19-9の軽度上昇を認めた。子宮腔部スミア、子宮体部スミアはいずれも陰性。以上の所見から、卵巢癌I a期との術前診断にて手術の方針とした。

手術所見: 右卵巢は多房性、表面は平滑(図3a)。子宮は正常大、左卵巢はチョコレート嚢腫を認めた(図3b)。腹水は認めず、洗浄細胞診を施行した。腹膜播腫の所見は認めなかった。子宮全摘術+両側子宮付属器摘出術+骨盤リンパ節郭清術+大網部分切除術を施行した。術中操作による被膜破綻があり、卵巢癌I c (b) 期との診断とした。

術後病理組織検査: 右卵巢腫瘍の充実性部分は間質に乏しく、浸潤像は認めない(図4a)。異型に乏しい移行上皮型の細胞からなる(図4b)。強拡大では、核溝(grooved-like)と表される縦線の入った核(coffee bean nucleus)が多数みられる。(図4c)。免疫染色ではEMA陽性である一方、inhibin- α , Melan A, クロモグラニンAはいずれも陰性であった(図4d)。

以上の所見から、増殖性ブレンナー腫瘍との確定診断を得た。腹水洗浄細胞診は陰性、リンパ節転移、大網への播種は認めなかった。

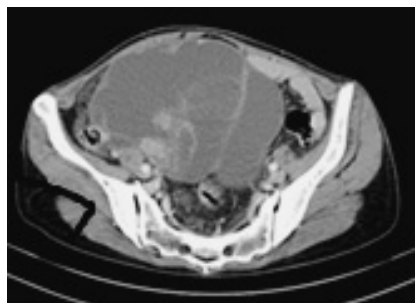


図1 腹部CT画像

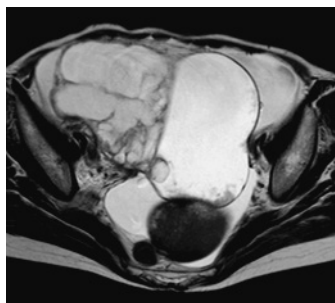


図2a MRI

T₂ 強調画像 水平断
充実性部分を伴う多房性卵巢腫瘍



図2b MRI

T₂ 強調画像 矢状断



図3a 右付属器



図3b 子宮と左付属器右付属器

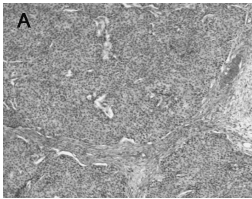


図4a
(HE染色 対物4倍)

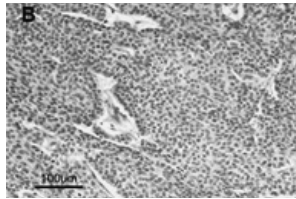


図4b

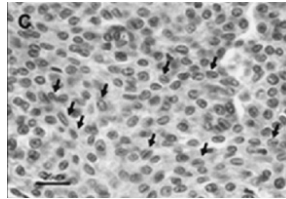


図4c coffee bean nucleus
(矢印)

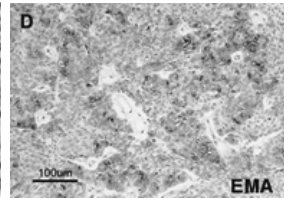


図4d EMA陽性

術後経過：良好で12日目退院となった。以後外来にて経過観察中であるが、腫瘍マーカーは直ちに陰性化、現在2年を経過し、CT上も再発所見を認めていない。

考 察

卵巢プレナー腫瘍は表層上皮性・間質性腫瘍に分類される比較的にまれな卵巢腫瘍で、全卵巢腫瘍の2～3%を占める¹⁾。上皮系成分が移行上皮細胞に類似することが特徴で、尿路系上皮との関連が示唆されている⁵⁾。1907年Fritz Brennerがこの特異な組織像を呈する卵巢腫瘍としてoophoroma folliculareと命名したものが、1932年Meyerの報告以来プレナー腫瘍として広く知られるようになった。その大部分は良性であるが、他の上皮系卵巢腫瘍と同様に良性、境界悪性、悪性のカテゴリーがあり、増殖性プレナー腫瘍はその境界悪性に相当するものとして位置づけられている。1971年Rothらが3例を報告して以来、増殖性プレナー腫瘍の報告がなされてきている²⁾。増殖性プレナー腫瘍の発現頻度について、Foxらは全プレナー腫瘍の2.0%、Hallgrimsonは3.3%と報告している⁴⁾。なお、悪性プレナー腫瘍の頻度は、全プレナー腫瘍の2～5%とされるのに比べ、増殖性プレナー腫瘍の方が頻度が少ないとする報告が多い^{1) 7)}。好発年齢は良性プレナー腫瘍が閉経後の40歳代後半～50歳代前半に多いのに対し、増殖性プレナー腫瘍はそれより10歳ほど高く、Rothは平均67.7歳、

加藤らは64.0歳と報告している^{2) 4)}。

悪性プレナー腫瘍の診断基準として、病理組織学的に1963年Idelsonにより①全体的構築や上皮がプレナー腫瘍に見られる特徴を示すこと②良性プレナー腫瘍が悪性部分の近くに共存し、移行像や混合像を伴うこと③粘液性嚢胞腺癌や奇形種の可能性を除外すること④下部尿路系からの転移癌ではないこと、の4項目が挙げられている³⁾。これに対し増殖性プレナー腫瘍では「軽度の異型を有する移行上皮が著明な乳頭状の増殖を示すが、間質への浸潤がみられないもの」と定義されている⁴⁾。このため、通常は卵巢に局限し、転移・再発を起こすことが少なく、臨床上是予後良好であることが多い。しかし大部分の症例は12～13cm大の嚢胞を形成し、内腔に向かって乳頭状の増殖を示すため、術前診断では通常の卵巢癌と鑑別しにくい⁴⁾。このため、手術は卵巢悪性腫瘍の標準術式である子宮全摘術+両側子宮付属器摘出術+骨盤リンパ節郭清術+大網切除術が施行されることが多い。増殖性プレナー腫瘍は迅速病理などで診断できれば、子宮付属器摘出術のみで良いとする意見もあるが、必ずしも迅速病理での診断は容易とは言えない。本症例で認められた“coffee bean nucleus”も、プレナー腫瘍では一つの特徴とされるが、特異的なものではなく、顆粒膜細胞腫などでもしばしば認められる^{6) 7)}。そのため本症例のように免疫染色を併用するなど確定診断に時間を要する場合がある。なお、本症例に用いられた各免疫組織染色の臨床的意義は以下の通りであ

る。

- ①EMA (epithelial membrane antigen) : 上皮の細胞膜抗原である。腫瘍組織中に腺腔構造を見たときに、それが真の腺腔か偽腺腔 (偽囊胞腔) かの鑑別に用いる。
- ②inhibin- α : 卵巣の卵胞顆粒膜細胞、莢膜細胞、精巣のセルトリ細胞、ライディッヒ細胞など、性索間質細胞が陽性を示すことから、性索間質性腫瘍の鑑別に有用である。
- ③Melan A : 黒色細胞腫で陽性を示す。
- ④クロモグラニン A : 褐色細胞腫やカルチノイドなどの神経内分泌腫瘍で陽性を示す。

本症例ではEMAのみが陽性で、inhibin- α 、Melan A、クロモグラニン A がいずれも陰性であったことから、性索間質性腫瘍や黒色細胞腫、神経内分泌腫瘍などは否定され、増殖性ブレンナー腫瘍との確定診断を得た。

中村らは、ブレンナー腫瘍4例 (良性2例、境界悪性 [=増殖性] 1例、悪性1例) それぞれの術中捺印細胞診像を比較し、悪性になるに従い非腫瘍性の間質細胞より上皮性の腫瘍細胞の比率が増加し、細胞異型や核クロマチンの顆粒の粗さも増すと報告し、捺印細胞診が術中迅速組織診断時の補助診断として有用であると述べている⁷⁾。本症例では術中迅速組織診断は行わなかったが、捺印細胞診を併用した迅速病理診断を施行することは、適切な術式の選択に有用である可能性がある。

この腫瘍の予後については、通常良好と考えられるが、まれに術後肝転移を起こしたという報告もあり、術後定期的な経過観察は必要である⁴⁾。

また、ブレンナー腫瘍は良性・悪性にかかわらず時に内分泌活性を示すことがあり、生水らは性器出血を主訴とし、エストラジオールが上昇していた88歳の増殖性ブレンナー腫瘍の症例を報告している⁸⁾。またFarrarらは良性のブレンナー腫瘍患者の7.5%に

Endometrial hyperplasia を認めたとし、Rybackは子宮内膜癌を併発した悪性ブレンナー腫瘍を報告している⁴⁾。本症例においては術前の子宮体部スミアは陰性で、超音波エコー上も子宮内膜肥厚は認めず、特に内分泌活性を疑わせる所見はなかったが、ブレンナー腫瘍が疑われた症例では、他のホルモン依存性腫瘍、特に子宮体癌の併発に留意する必要があると思われる。

文 献

- 1) 手島 伸一, 石倉 浩: ブレンナー腫瘍, その他の表層上皮性・間質性腫瘍, 病理と臨床, 16: 1161-1166, 1998.
- 2) Roth, L.M. and Sternberg W.H.: Proliferating Brenner tumors. Cancer. 27: 687-693, 1971.
- 3) Idelson, M.G.: Malignant in Brenner tumor of the ovary, with comments on histogenesis: and possible estrogen production. Obstet. Gynecol. Surg, 18: 246, 1963.
- 4) 加藤 拓, 高橋 久雄, 清川 尚ら: 卵巣Proliferating Brenner腫瘍の1例. 日本臨床細胞学会雑誌, 27 (4): 541-548, 1988.
- 5) 三宅 康之, 広川 満良, 高須賀 博久ら: 多彩な細胞像がみられた卵巣悪性ブレンナー腫瘍の1例. 日本臨床細胞学会雑誌, 35 (5): 428-431, 1996.
- 6) 大下 孝史, 永井 宣隆, 上馬場 是美ら: 卵巣悪性ブレンナー腫瘍の1例. 日本臨床細胞学会雑誌, 38 (6): 602-607, 1999.
- 7) 中村 純子, 鳥居 良貴, 西川 律子ら: ブレンナー腫瘍4例の悪性度による細胞学的比較. 日本臨床細胞学会雑誌, 46 (6): 370-376, 2007.
- 8) 生水 真紀夫, 増田 信二, 杉山 裕子ら: 増殖性卵巣ブレンナー腫瘍の1例. 日本臨床細胞学会雑誌, 31 (5): 812, 1992.

症例：腔からの腸管脱出

厚生連村上総合病院

藤巻 尚・小島 由美

新潟大学医歯学総合病院

大木 泉・西川 伸道

厚生連村上総合病院 外科

林 達彦・渡邊 直純

概 要

子宮摘出術既往のある婦人に起こった腔断端縫合部裂開およびこれに続発する腸管脱出を経験した。とくに腔口からの腸管脱出まで至ることはきわめて稀な病態であるが、子宮摘出術後の重大な合併症の一つとされる。重症例ではショック状態に陥ることもあり、迅速に着的確な対応が求められる。今回の症例では、腸管脱出後1時間半余りで来院したこともあり、幸いにして脱出腸管の虚血性壊死性所見はなく、還納修復術後の経過は良好であった。近時、腹腔鏡下の子宮摘出術が広く行われるようになったことに伴い、術後の裂開発生率が高くなりつつあるとの報告もある。本症例の概要を若干の文献的考察を加えて報告した。

Keywords: vaginal/ transvaginal; evisceration/ herniation; intestine/ bowel

緒 言

なんらかの原因により腔壁が破綻ないし破裂し、その部を通して腸管が腔内へ、さらに腔口から体外まで脱出することがある。迅速に着的確な対応がなされないと重大な転帰となる危険がある。ほとんどの場合は、子宮摘出術の既往のある婦人に、腔断端縫合部の裂開 dehiscence が起こり、その部を通して腸管の体外への脱出 evisceration が起こるものであり、子宮摘出術後合併症の一つとされている。また、腔円蓋や腔後壁に裂開がおこることもあるとされる。

今回、子宮筋腫、不全子宮脱、膀胱瘤に対して前後腔壁会陰形成術および腹式子宮摘出術を施行した婦人に、術後1年4ヶ月余りして腔からの小腸脱出をきたした症例を経験した。その概要を若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

症 例：57歳。身長157.0cm、体重58.0kg、Body Mass Index 23.6

家族歴：特記すべきことはない。

既往歴：生来健康にて特記すべきことなく身体的発

育も順調。結婚22歳。

月経歴：初経12歳、爾来月経整調。53歳時子宮摘出術を受けるまではほぼ整調にあった。

妊娠分娩歴：3経妊3経産、いずれも経腔自然分娩（男児2,900g; 女児2,500g; 女児3,200g）にて、とくにトラブルはなかった。

現病歴-1; 腸管脱出前までの経過：以前から月経過多および月経痛あり、また子宮下垂感もあったため、13年ほど前から当科受診し、対症的に経過観察していた。当初、超音波画像上子宮体部に2~3個のゴルフボール大までの筋層内筋腫結節があったが、子宮下垂所見ははっきりしなかった。その後、筋腫結節は徐々に増大して子宮は新生児頭大までになり、また、子宮頸部延長による子宮下垂が増悪して不全子宮脱となり、膀胱瘤も伴ってきた。排尿排便障害はなかったが、以前から便秘気味であったという。本人、家族は手術的処置を希望した。そこで7年ほど経過したところで、前後腔壁会陰形成術および腹式子宮摘出術を施行した。腔断端縫合は吸収糸（1-0 POLY-SORB*）を用いて行い、あらかじめ両側とも子宮傍結合織断端下端部を腔断端隅角にZ字縫合にて固定した後、全体を一層連続縫合した。とくに、先行腔壁形成術時に剥離縫縮した前腔壁部分については、滑脱のないように注意深く縫合した。子宮摘出跡の膀胱直腸窩の腹膜縫合は行っていない。術後、発熱などはなく、手術局所に出血、血腫形成、感染所見もなく経過し、退院となった。

その後、外来にて経過観察し、全身的にも局所的にも異常所見はなかった。ただ、便秘は軽快せず、時々緩下剤を使用していた。性交は時々あったという。

現病歴-2; 腸管脱出からの経過：術後1年4ヶ月余り経過した時点（54歳）で、午後3時過ぎ、排便時にかなり力んだ。その時はなんともなかった。10分余りして股間に何か生暖かいものが出てきたようだが、ということなのかよくわからなかった。しばらくズボンの上から押さえるようにしていた。痛みはなかった。午後4時過ぎ、当科へ電話して受診を勧められ、自家用車にて家人に連れられ来院。下車後は股間を両

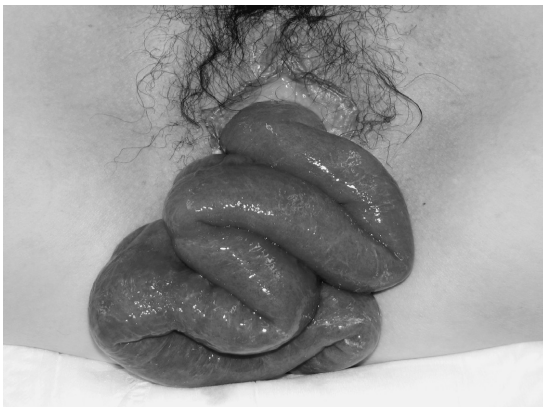


写真1 来院時腸管脱出所見

手で押さえながら徒歩にて当科外来へ（脱出後1時間30分余り経過）。全身状態は良好にて、ショック徴候などは認められなかった。出血はなかった。腹部は平坦にて柔らかく、圧痛もなかった。内診台にて診察するに、陰口より腸管ループの脱出あり、外科医に診察を依頼した。脱出小腸には鬱血があり、浮腫状であるが、弱いながら収縮運動/蠕動が認められた（写真1）。直ちに手術的処置が必要と判断し、腸管を清潔な生食濡れガーゼにて保護し、手術室に搬送した。脱出腸管の還納と破綻腔壁の修復を目的に、全身麻酔下にて下腹部正中切開にて開腹した（脱出後3時間弱経過）。腸管は骨盤底正中中部（腔断端縫合部と判断）から腔内へと脱出したものと判明した。骨盤腔には陳旧性の炎症性癒着はなく、腸管癒着も軽度であった。腸管を愛護的に徐々に引き上げるに、腔断端通過口での絞扼感、抵抗感は強くなく、比較的容易に腹腔内へと還納できた。脱出腸管は約90cmにおよぶ回腸であった。やや鬱血性、浮腫性外観であるが、虚血性壊死性変化は無く、外科医により腸管切除などの必要性はないと判断された。次に、腸管が脱出していた通過口は約3cmにわたり横方向に開放しており、腔断端縫合部の裂開と判明した（写真2）。裂開した腔断端部組織は比較的新鮮にて壊死性所見や病的肉芽形成はなく、アクティブな出血もなかった。腹腔内を生食にて十分に洗浄した。腔断端再縫合にあたり、腔断端を把持して膀胱および周囲結合組織を剥離し、2cm余りの新鮮な縫い代を確保した。剥離は比較的スムーズにできた。縫合は吸収糸（1-0 VICRYL*）を使用し、まず一層目を結節縫合し、次にこれを埋没するように二層目、三層目の連続縫合を行った。さらに膀胱直腸窩の腹膜縫合を追加した。膀胱直腸窩にドレーンを置き、閉腹した。術後経過は良好にて、術後14日目に退院した。

現在まで再縫合閉鎖後3年半余りを経過し、全身所見、局所所見には異常を認めていない。腔管の長さは

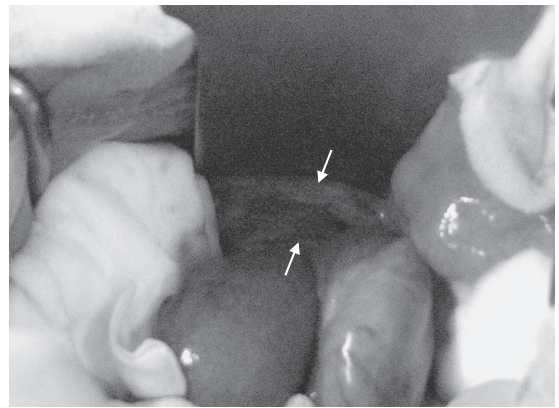


写真2 腹腔内からみた腔断端裂開部所見

十分保たれており、膀胱瘤、直腸/腸瘤は認められない。また、性交を含めて日常生活に全くに問題となるところはない。

考 察

子宮摘出術後に、腔断端縫合部 vaginal cuff に裂開 dehiscence が起こり、その部を通して腔内へ、さらに体外へ腸管の脱出 evisceration が起こること（以下「腸脱」）があり、文献上既に1860年代に記載があるとされる¹⁾。その頻度は0.032～0.28%と報告されてきており^{1, 2)}、最近の報告では、術後腔断端縫合部裂開（腸管脱出の有無は問わないが、再縫合術を必要としたもの；以下「裂開」）の頻度として0.24%と報告されている³⁾。いずれにしても今回のように体外への腸管脱出まで至った定型的症例は稀なものであり、これまで文献上に症例報告として散見される⁴⁻⁶⁾。

「裂開/腸脱」は閉経後婦人に好発しているとされるが、むしろ閉経前に発生することが多いとの報告もある^{1, 3)}。その誘因的背景として腔壁が萎縮脆弱化して弾力性を失ってきていることが指摘され、またより誘因的な背景として、多妊多産、便秘、子宮摘出の適応が性器下垂/脱、膀胱瘤/腸瘤であった場合（骨盤支持結合組織の弛緩）、腔断端の術後血腫や感染、骨盤照射治療、抗癌化学療法、副腎皮質ホルモン剤使用などがあげられ、結果として縫合した腔断端の治癒不全による菲薄化や離開が生じるものと推測されている。客観的データは乏しいとされる。さらに直接的原因としては、性交、とくに術後早期の性交、咳/くしゃみ、排尿排便時のいきみ/力みおよび外傷などに伴う腹腔内圧の急激な上昇が挙げられる^{1, 3, 7)}。しかし、これらを裏付ける客観的データは乏しいのであり、とくに性交については具体的に聞き出すことは容易でないとされる。今回の症例は、子宮脱と膀胱瘤が手術適応であり、またほぼ閉経に近い年齢にあっ

た。また、以前から便秘傾向にあり、排便時に力むことが多く、このことが直接的な原因となったと推測される。なお、閉経前の比較的若い婦人の場合には、粗暴な性交、レープ、性行為中の腔内器具使用、腔内異物などが原因となっていることが多いと報告されている^{4, 8)}。

もう一つ「裂開/腸脱」の原因と関連して注目されているものに、子宮摘出の術式の問題がある。近時、内視鏡による手術、すなわち、腹腔鏡下子宮摘出術(TLH)、腹腔鏡補助腔式子宮摘出術(LAVH)が広く行われるようになった。これに伴って、これらの術式と従来からの腹式子宮摘出術(TAH)および腔式子宮摘出術(TVH)との比較において、「裂開」の発生率に差があるか否かに関する解析がなされてきている^{2, 3, 9-11)}。すなわち、1990年代から、TLHではTAHとTVHとに比較して「裂開」の発生率が高いのではないかと報告がなされてきた。たとえば、子宮摘出術後婦人10,000余例の解析によれば、「裂開」の発生率は、TLHでは1.35%と、TAHでの0.15%、TVHでの0.08%、LAVHでの0.28%に比較して有意に高率であり、危険率はTAHの9.1倍、TVHの17.2倍、LAVHの4.9倍であった³⁾。さらに、ロボット支援下子宮摘出術後では、離開発生率が4.1%(21/510例)との報告もある¹²⁾。その原因として、TLHなどの低侵襲手術における技術的問題、電気焼灼器具/機器の多用、吸収糸による縫合などが指摘されている。ただ、「裂開/腸脱」の頻度は概して低いものであり、TLHの患者にとってのメリットは大きく、これらの問題点の改良改善と相まって、TLHそのものの普及にブレーキとはならないであろうとされるが、より客観的データの積み重ねが必要とされている¹³⁾。

先行手術から「裂開/腸脱」までの期間は平均して数ヶ月とされているが、大きな幅があり、10年を超える症例もある^{1, 4)}。術直後あるいは数日程度のは、明らかな腔断端の縫合不全/治癒不全によるものと考えられる。「腸脱」の臨床症候は^{5, 11)}、典型的には、腹腔内圧の急激な上昇を伴う咳/くしゃみ、排尿排便時のいきみ/力み、性交などの後に続く下腹痛、骨盤底の下垂感、腔の充満/膨満感、股間の異物感などであり、出血や帯下はあっても多くないとされる。なお、脱出するものは、ほとんどは可動性の大きな小腸、とくに回腸であり、例外的に虫垂、大腸、卵管などの記載がある。脱出した腸管は、長時間経過した場合、あるいは、裂開部に絞扼されて嵌頓状態になった場合には、血行不全/虚血、壊死、感染に陥る危険があり、ショック対策など全身管理を含めた迅速な対応が求められる。今回の症例では、脱出後の来院が比較的早期であり、また結果的に裂開部での腸管の絞扼は

ほとんど無かったと判断され、全身状態も良好であった。なお、診断に際して、流産や頸癌と誤認されることもありうるとの記載があるが、このようなことはまれであろう。

「腸脱」の治療に関して、脱出腸管の還納と裂開部の閉鎖処置は、可及的速やかに、全身管理も含めて原則として手術室にて行う^{1, 14)}。まず、脱出腸管は可及的に無菌的に取り扱い、生食濡れガーゼにてラップして保護する。還納は、腸管の脱出の程度、裂開部での絞扼の程度、脱出からの経過時間により、経腔的に容易に還納できるものから開腹して腹腔内からの操作を必要とするものまで様々である。還納した腸管は、必要あれば外科医の協力を得て、温存可能か否か、その外観と蠕動の状態を注意深く観察する。つぎに、裂開部の閉鎖処置の要点は、縫合のための新鮮で健全な縫い代の確保、および、縫合糸と縫合法の問題である。裂開部端/腔断端を観察し、不規則な壊死性組織があればこれを切除し、さらに腔壁の周囲組織を剥離して新鮮な縫合面/縫い代を確保することが肝要である。縫合には、遅/非吸収性の糸や絹糸を使用し、結節縫合を施すのが望ましいとする見解が多い^{3, 11)}。腹腔内の十分な洗浄とドレーン設置を忘れないようにする。また、腔下垂/脱、膀胱/腸瘤が強いようであれば、腔閉鎖術も選択肢とすべきであると考ええる。なお、退院後早期の性交を控えること、誘因/原因となった可能性のある生活習慣を改善するよう指導することも大切である。

結 語

子宮摘出術後合併症の一つとされる腔断端裂開と腸管脱出をきたした定型的症例を呈示した。全くはじめての経験であったが、文献的に振り返ってみるに、ほぼ的確に対応できたと考える。再縫合閉鎖後の経過は、現在のところ良好である。近時、腹腔鏡下子宮摘出術、腹腔鏡補助腔式子宮摘出術が広く行われるようになった中で、腔断端裂開の発生率が高くなっているとの報告もある。子宮摘出術後婦人のフォローアップの場で認識を新たにしておく必要がある。

文 献

- 1) Croak AJ, Gebhart JB, Klingele CJ, et al. Characteristics of patients with vaginal rupture and evisceration. *Obstet Gynecol* 103:572-6, 2004.
- 2) Iaco PD, Ceccaroni M, Alboni C, et al. Transvaginal evisceration after hysterectomy: is vaginal cuff closure associated with a reduced risk? *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 125:134-48, 2006.
- 3) Hur HC, Donnellan N, Mansuria S, et al. Vaginal

- cuff dehiscence after different modes of hysterectomy. *Obstet Gynecol* 118:794-801, 2011.
- 4) Cardosi RJ, Hoffman MS, Roberts WS, Spellacy WN. Vaginal evisceration after hysterectomy in premenopausal women. *Obstet Gynecol* 94:859, 1999.
- 5) Nasr AO, Tormey S, Aziz MA, Lane B. Vaginal herniation: Case report and review of the literature. *Am J Obstet Gynecol* 193:95-7, 2005.
- 6) Peltecu GC, Vasilescu C. Vaginal evisceration. *Obstet Gynecol* 95:60-1, 2006.
- 7) Kowalski LD, Seski JC, Timmins PF, et al. Vaginal evisceration: presentation and management in postmenopausal women. *J Am Coll Surg* 183:225-9, 1996.
- 8) Somkuti SG, Vieta PA, Daugherty JF, et al. Transvaginal evisceration after hysterectomy in premenopausal women: a presentation of three cases. *Am J Obstet Gynecol* 171:567-8, 1994.
- 9) Nezhat CH, Nezhat F, Seidman DS, et al. Vaginal vault evisceration after total laparoscopic hysterectomy. *Obstet Gynecol* 87:868-70, 1996.
- 10) Walsh CA, Sherwin JRA, Slack M. Vaginal evisceration following laparoscopic hysterectomy: Case report and review of the literature. *Aust N Z J Obstet Gynecol* 47:516-9, 2007.
- 11) Partsinevelos GA, Rodolakis A, Athanasion S, Antsaklis A. Vaginal evisceration after hysterectomy: a rare condition a gynecologist should be familiar with. *Arch Gynecol Obstet* 279:267-70, 2009.
- 12) Kho RM, Aki MN, Cornella JL, et al. Incidence and characteristics of patients with vaginal cuff dehiscence after robotic procedures. *Obstet Gynecol* 114:231-5, 2009.
- 13) Cronin B, Sung VW, Mtteson KA. Vaginal cuff dehiscence: risk factors and management. *Am J Obstet Gynecol* 206:284-8, 2012.
- 14) Guttman A, Afilalo M. Vaginal evisceration. *Am J Emerg Med* 8:127-8, 1990.

原 著

当院における HIV 感染妊娠症例について

新潟大学医歯学総合病院 総合周産期母子医療センター

芹川 武大・生野 寿史・臼田 東平・和田 雅樹
高桑 好一

同 第二内科
茂呂 寛
同 感染管理部
田邊 嘉也

概 要

関東甲信越ブロック拠点病院である当院にて、HIV 母子感染予防対策マニュアルに則り、2000～2010年の間に、日本人3名4妊娠のHIV感染妊婦に対する周産期管理を行った。HIV抗体陽性診断平均年齢は20歳、出産時の母体平均年齢は24歳であった。全例妊娠期間中にHighly active antiretroviral therapy (HAART) が施行され、CD4の平均値は $337/\mu\text{l}$ から $489/\mu\text{l}$ まで増加した。薬剤による副作用は1例zidovudine (AZT) による大球性貧血の他は認めなかった。妊娠期間中の服薬アドヒアランスは全例維持された。妊娠中の合併症は1例に尖圭コンジローマの重症化を来した他は認めなかった。分娩様式は、全例陣痛発来前の妊娠35～36週に選択的帝王切開を施行した。手術はノータッチテクニックおよびマイナスワンシステムで行った。手術直前に母体に対しAZTの点滴投与を施行し、また児に対してAZTシロップの予防投与および人工乳を使用した。出生した児には奇形を認めず、また垂直感染も認めていない。妊娠初期より感染症内科、小児科および産科とで緊密に連携を取りながら妊娠分娩管理をした他、感染管理部、手術部および総合周産期母子医療センターの看護師・助産師らとも事前に入念な打ち合わせを行うことにより、妊娠中、帝王切開時および産褥期の管理もスムーズに行えた。

Keyword : human immunodeficiency virus, pregnancy, highly active antiretroviral therapy

緒 言

HIV母子感染は、HIV感染妊婦とその出生児に対して適切な予防措置を講じることにより、本邦での感染率は0.4%と報告されている¹⁾が、一方、感染予防対策を行わなかった場合、約30%に垂直感染が起ると言われている²⁾。当院では2000年の1例目以降、3名4妊娠の周産期管理を行ったので、後方視的に検討し考察した。

研究方法

2000年～2010年までに当院で分娩となったHIV感染妊婦3名4分娩を対象とし、母体の臨床的背景、HIVの診断時期、抗ウイルス療法のレジメンやその治療効果、母児の周産期事象について、診療録をもとに後方視的に検討した。母子感染予防は「HIV母子感染予防対策マニュアル」に則り、1) 妊娠経過中HAARTを継続、2) 陣痛発来前の選択的帝王切開による分娩、3) 分娩直前の母体へのAZT点滴投与、4) 出生した児へのAZTシロップ予防投与、5) 児への人工栄養の5項目を行うように管理した。

結 果

母体の国籍は全例日本国籍であった。出産時の母体平均年齢は 24.0 ± 2.9 歳(21～28歳)であり、妊娠方法は全例自然妊娠であった。HIV抗体陽性の診断年齢は平均 20.3 ± 2.9 歳(17～22歳)であり、診断のきっかけはそれぞれ妊娠初期検査、献血およびSTDチェックであった。夫の抗体検査は症例1で陰性が確認されていたが、症例2および3では未だ検査が施行されていない。

HAARTのレジメンは、当初はzidovudine (AZT), lamivudine (3TC), nelfinavir (NFV) の3剤併用療法が施行されていたが、NFVによる発癌性や催奇形性の問題から、症例3では、NFVの代わりにlopinavir/ritonavir (LPV/RTV) が使用された。なお、症例1では大球性貧血が認められたため、妊娠29週にAZTからsanilvudine (d4T) に変更された。開始時期は催奇形性を考慮し、症例1では妊娠15週、症例2では妊娠12週より開始した。ともにCD4値は現在の治療開始基準である $350/\mu\text{l}$ 以下であった。なお、症例2の2回目および症例3は妊娠前よりHAARTを行っていたため、妊娠後中断することなく継続した(表1)。

治療効果について、治療前と分娩前のCD4値およびHIV-RNA量の変化を検討したところ、CD4値は $336.5 \pm 167.3/\mu\text{l}$ (115～520) から $489.3 \pm 93.3/\mu\text{l}$ (386～581) まで増加し、またHIV-RNA量は治療前に

表1 HIVの診断と治療

症例	1	2-1	2-2	3
年齢	23歳	22歳	24歳	28歳
診断時期	妊娠初期検査	献血		STDチェック
診断年齢	22歳	17歳		22歳
夫抗体検査	陰性	未検査	未検査	未検査
HAART	AZT(d4T)+3TC+NFV	AZT+3TC+NFV	AZT+3TC+NFV	AZT+3TC+LPV/RTV
HAART開始時期	妊娠15週	妊娠12週	妊娠前	妊娠前

表2 妊娠経過中のCD4およびHIV-RNA値

症例	1	2-1	2-2	3
妊娠初期CD4(/ μ l)	339	115	372	520
分娩直前CD4(/ μ l)	554	386	436	581
妊娠初期HIV-RNA(/ml)	1,500	820,000	4,900	< 40
分娩直前HIV-RNA(/ml)	< 400	82	1,600	110
合併感染症	なし	尖圭コンジローマ	なし	なし

表3 分娩経過

症例	1	2-1	2-2	3
分娩様式	帝王切開	帝王切開	帝王切開	帝王切開
分娩週数	36週5日	36週1日	35週5日	36週5日
手術時間(分)	46	48	63	66
出血量(ml)	1,019	228	825	605

表4 新生児所見

症例	1	2-1	2-2	3
出生体重(g)	2,826	2,024	2,156	2,658
Apgar score(1分/5分)	9/9	9/9	8/8	9/9
出生時処置	沐浴	沐浴	沐浴	清拭
児感染	なし	なし	なし	なし
児奇形	なし	なし	なし	なし
断乳方法	bromocriptine	bromocriptine	cabergoline	乳房冷却

既に測定感度以下であった症例3を除いて、全て減少した。合併感染症としては、症例2の初回妊娠時に尖圭コンジローマ合併以外には認めなかった（表2）。

分娩様式は全例選択的帝王切開が施行され、分娩週数の中央値が妊娠36週3日（35週5日～36週5日）であった。手術時間は 55.8 ± 10.2 （46～66）分、出血量は 669 ± 339 （228～1,019）mlであった（表3）。児の平均出生体重は $2,416 \pm 386$ gで、アプガースコア中央値は1分値9点（8～9点）、5分値9点（8～9点）であった。母子感染例はなく、児の奇形も認めなかった。断乳方法は、当初bromocriptineを使用していたが、症例2の2回目分娩時はcabergolineの効能に産褥性乳汁分泌抑制が追加されたため同剤を用いた。なお、断乳薬にはHIVプロテアーゼ阻害薬との併用に

より副作用が増強される危険性が高いことから、症例3においては乳房の冷却のみで止乳した（表4）。

考 察

当院は、1993年にエイズ拠点病院に指定され、1997年には新潟県立新発田病院および新潟市民病院とともに関東・甲信越地区エイズ治療ブロック拠点病院に指定された。その役割を果たすべく、1998年に院内にHIV感染症管理室が、2003年には院内感染や感染症治療指導部門も併せ、感染管理部が設置された。感染管理部には、HIV診療担当として、感染症専門医の他、担当看護師2名、臨床心理士2名、およびソーシャルワーカー1名が配置されている。

新潟県では、1996年に長岡赤十字病院にてHIV感

染妊婦の分娩例を藤巻らが最初に報告³⁾して以来、2009年までに6例のHIV感染妊娠が研究班に報告されている¹⁾。なお、1996年の症例は外国人であったが、当院での3人は全例日本人であり、2000年に分娩となった症例1は、新潟県内で初の日本人HIV感染妊婦の分娩例である⁴⁾。この症例1は他県のエイズ拠点病院からの紹介による里帰り分娩であり、妊娠34週以降当院にて周産期管理を行った。また症例2以降は感染管理部からの依頼により妊娠初期から周産期管理を行った。

当院でのHIV母子感染予防法は、感染症内科医、小児科医および産科医が協力し、「HIV母子感染予防対策マニュアル」に則って行っている。具体的には、感染症内科は妊娠中の母体CD4値の維持、またHIV-RNA量をできる限り減少させることを目的とした抗HIV薬の投与、小児科は出生後の児の感染予防、産科は妊娠および分娩の管理を行っている。また感染管理部、手術部および総合周産期母子医療センターの看護師・助産師は、妊娠中の妊婦および家族に対する支援、入院中の母児ケアを行うなど、関連各部署間の連携体制が構築されている。

抗HIV薬は、妊婦の血中HIV-RNA量の減少や出生後の児への予防投与によって母子感染を予防する。このため、妊娠中、分娩時、出産後のすべての期間において予防投与が推奨されている。当院では当初AZT、3TC、およびNFVの3剤併用によるHAARTを施行していたが、NFVに発癌性や催奇形性のあるethyl methane sulfonateが含まれているとの警告が発せられた2007年9月以降の症例3では、NFVの代わりにLPV/RTVを使用した。また症例1では妊娠経過中大球性貧血を呈した。AZTは投与1ヶ月以上経過してから大球性貧血を呈し、また突然の急激なヘモグロビン低下を来すこともあることから、その場合はAZTを中止することとされている¹⁾。症例1では鉄剤内服していたにもかかわらず、投与開始14週間後に大球性貧血を呈したため、AZTを中止しd4Tに変更した。

妊娠中のHAARTの開始時期について、未治療の妊婦の場合は器官形成期を避けるため、可能であれば2nd trimester以降に開始すること、また抗HIV薬を内服中のHIV感染者が妊娠した場合は、HIV-RNA量がコントロールできている場合その薬剤を継続することが勧められている。症例1は妊娠初期検査でHIV陽性が判明し、妊娠15週になってからHAARTを開始した。症例2は妊娠前にHIV陽性が判明していたが未治療であった。しかし、HIV-RNA量が820,000/mlと高値であったこと、また肛門尖圭コンジローマの悪化したことから、妊娠12週よりHAARTを開始した。症例2の2回目妊娠時および症例3は妊娠前よりHAART

を施行していたため、同じ薬剤を妊娠判明後も中断することなく継続した。なお、Boerらは1st trimesterよりHAARTを施行した症例では44%が早産に至ったと報告している⁵⁾が、当院での症例では選択的帝王切開前の陣痛発来症例はなかった。

分娩様式についてであるが、近年HAARTが施行された症例では、経陰分娩でも母子感染を認めないとする報告がある⁵⁾。またヨーロッパでは経陰分娩の占める割合が、2002-2004年には10%であったものが、2005-2007年には34%まで増加している⁶⁾。しかしながらわが国では、帝王切開による合併症が少ない事、またマンパワーの観点からも夜間の突然の陣痛発来に関係各部署が速やかに対応することが困難であることが予想され、現時点では帝王切開が推奨されている。当院でも上記の理由により、全例選択的帝王切開の方針とした。また分娩時期についてであるが、緊急帝王切開は母子感染のリスクを上昇させるため、陣痛発来前の帝王切開を目的とし、妊娠37週未満での選択的帝王切開を予定した。なお、全例妊娠中は切迫早産や前期破水による入院管理は不要であった。

新生児に対する予防対策は、AZTシロップ内服を6週間継続したが、1例のみ貧血が進行したため、4週間で中止した。全例母乳は与えず人工乳とした。現在のところ4児ともにHIV感染は認めていない。

総 括

当院で経験したHIV感染妊婦3名4症例について報告した。関係各部署との連携により、妊娠や分娩時のトラブルはなく、また児への垂直感染も認めていない。今後もブロック拠点病院としての機能を果たすべく、十分な準備と関係各部署間の連携を行っていきたい。

文 献

- 1) 平成22年度厚生労働科学研究費補助金エイズ研究対策事業「HIV感染妊婦とその出生児の調査・解析および診療・支援体制の整備に関する総合的研究」班：HIV母子感染予防対策マニュアル第6版、2011。
- 2) 谷口晴記：わが国のHIV母子感染予防対策の現状について、病原微生物検出情報、31：230-232、2010。
- 3) 藤巻尚、佐々木将、安田雅子ら：妊娠分娩管理をしたHIV感染症、日産婦新潟地方会誌、77：37-40、1997。
- 4) 高桑好一、石井桂介、鈴木美奈ら：HIV感染妊婦の管理経験、日産婦新潟地方会誌、86：10-12、2001。

- 5) Boer K, Nellen JF, Patel D, et al. The AmRo study: pregnancy outcome in HIV-1-infected women under effective highly active antiretroviral therapy and a policy of vaginal delivery. BJOG, 114: 148-155, 2007
- 6) Boer K, England K, Godfried MH, Thorne C. Mode of delivery in HIV-infected pregnant women and prevention of mother-to-child transmission: changing practice in Western Europe. HIV Med. 11: 369-378, 2010.

理 事 会 報 告

平成24年度第1回定例理事会議事録

時：平成24年6月23日(土) 13：00～14：00
於：新潟大学医歯学総合病院4F大会議室

出席者

〈会長代理〉高桑 好一
〈理事〉

下越地区：遠山 晃, 高橋 完明
新潟地区：徳永 昭輝, 新井 繁, 児玉 省二,
広橋 武, 内山三枝子, 倉林 工,
八幡 哲郎
中越地区：加藤 政美, 安達 茂実, 佐藤 孝明
上越地区：丸橋 敏宏, 相田 浩

〈監事〉

渡部 侃

〈名誉会員〉

半藤 保

〈功労会員〉

佐々木 繁, 須藤 寛人

〈教室〉

西川 伸道, 山口 雅幸

欠席者

〈理事〉

新潟地区：吉沢 浩志
中越地区：鈴木 孝明, 渡辺 重博, 中村 稔

〈監事〉

後藤 司郎, 高橋 威

〈名誉会員〉

金澤 浩二

〈功労会員〉

野口 正, 笹川 重男

(敬称略)

I. 報告事項

1. 会員の異動について
2. 日本産科婦人科学会専門医制度について
3. 監事の退任について
4. その他

II. 協議事項

1. 平成23年度収支決算書について (資料1)
2. 平成24年度予算案について (資料2)
3. その他

I. 報告事項

1. 会員異動について

高桑会長代理より資料に沿って下記の如く報告された。

〈異動〉

田中 憲一	新	新潟医療センター 〒950-2022 新潟市西区小針3丁目27番11号
	旧	新潟大学医歯学総合病院
鈴木 美保	新	済生会新潟第二病院 〒950-1104 新潟市西区寺地280-7
	旧	新潟大学医歯学総合病院
白石あかり	新	長岡中央総合病院 〒940-8653 長岡市川崎町2041
	旧	新潟大学医歯学総合病院
岩崎千賀子	新	立川総合病院 〒940-8621 長岡市神田町3-2-11
	旧	水原郷病院
能仲 太郎	新	県立六日町病院 〒949-6600 南魚沼市六日町636-2
	旧	木戸病院
小林 弘子	新	柏崎総合医療センター 〒945-8535 柏崎市北半田2-11-3
	旧	立川総合病院
小菅 直人	新	県立十日町病院 〒948-0055 十日町市大字高山32-9
	旧	新潟大学医歯学総合病院
竹越 公美	新	佐渡総合病院 〒952-1209 佐渡市千種113-1
	旧	県立六日町病院
南川 高廣	新	新潟大学医歯学総合病院 〒951-8520 新潟市中央区旭町通1-754
	旧	佐渡総合病院

佐藤ひとみ	新	新潟大学医歯学総合病院 〒951-8520 新潟市中央区旭町通1-754
	旧	県立六日町病院
島 英里	新	新潟大学医歯学総合病院 〒951-8520 新潟市中央区旭町通1-754
	旧	済生会新潟第二病院
富永麻理恵	新	新潟大学医歯学総合病院 〒951-8520 新潟市中央区旭町通1-754
	旧	済生会新潟第二病院
大木 泉	新	本多レディースクリニック 〒950-0841 新潟市東区中野山891-1
	旧	新潟大学医歯学総合病院
笹原 淳	新	大阪府立母子保健総合医療センター 〒594-1101 大阪府和泉市室堂町840
	旧	兵庫県立こども病院

〈開業〉

富田 雅俊	新	富田産科婦人科クリニック 〒957-0055 新発田市諏訪町1-2-15
	旧	県立新発田病院

〈退会〉

小宅 志奈：退会希望

〈転入〉

小木 幹奈	新	新潟大学医歯学総合病院 〒951-8520 新潟市中央区旭町通1-754
	旧	黒部市民病院（富山県産科婦人科学会）
森川 香子	新	新潟市民病院 〒950-1197 新潟市中央区鐘木463-7
	旧	東京産科婦人科学会

〈転出〉

櫻田 朋子	新	済生会川口総合病院 〒332-8558 川口市西川口5-11-1
	旧	長岡赤十字病院

〈新入会〉

金子 夏美：新潟大学医歯学総合病院
鈴木久美子：新潟大学医歯学総合病院
森 裕太郎：新潟大学医歯学総合病院

2. 日産婦専門医制度について

高桑会長代理より資料に沿って下記の如く報告された。

（Ⅰ）平成23年度活動報告

（1）専門医審査申請および資格更新者について

- ① 専門医審査申請者…… 6名（合格6名）
- ② 専門医資格更新者……14名（合格14名）
- ③ 専門医資格辞退者…… 0名

（2）研修指定病院更新および申請について

- ① 研修指定病院更新……無
- ② 研修指定病院申請……無
- ③ 研修指定病院辞退……県立小出病院
- ④ 指導責任医変更……済生会第二病院

（新井 繁先生 → 湯沢秀夫先生）

（3）研修医登録について…… 3名

（4）卒後研修指導実施について

長岡赤十字病院（1名）
立川総合病院（1名）
新潟県厚生連長岡中央総合病院（3名）
新潟県厚生連上越総合病院（2名）
済生会新潟第二病院（3名）
新潟市民病院（4名）
新潟大学医歯学総合病院（7名）

（Ⅱ）平成24年度活動方針

（1）平成24年度日産婦専門医制度新潟地方委員会委員について

委員長：

副委員長：高桑 好一

委員：相田 浩，加藤 政美，倉林 工，
児玉 省二，後藤 明，小林真紀子，
徳永 昭輝，幡谷 功，丸橋 敏宏，
八幡 哲郎，吉谷 徳夫

監 事：新井 繁，須藤 寛人

（五十音順，敬称略）

（2）専門医認定審査申請者について…… 6名

（3）専門医資格更新について

更新予定者：98名
更新申請者：89名
更新辞退者：4名
更交付申請者：0名

(4) 研修指定病院更新および申請について

① 研修指定病院更新

……長岡赤十字病院・長岡中央総合病院・県立中央病院・済生会新潟第二病院・新潟市民病院・新潟大学医歯学総合病院・県立がんセンター新潟病院・済生会三条病院・県立新発田病院・村上総合病院

② 研修指定病院申請……無

③ 研修指定病院辞退……新潟県立吉田病院

④ 指導責任医変更……新潟大学医歯学総合病院・済生会三条病院

(5) 現在指定病院（14施設）

18001 長岡赤十字病院
18002 立川総合病院
18003 新潟県厚生連長岡中央総合病院
18004 新潟県厚生連上越総合病院
18005 新潟県立中央病院
18007 済生会新潟第二病院
18008 新潟市民病院
18009 新潟大学医歯学総合病院
18010 新潟県立がんセンター新潟病院
18011 新潟県済生会三条病院
18012 新潟県立新発田病院
18013 新潟県厚生連村上総合病院
18014 新潟県立吉田病院
18015 新潟県厚生連刈羽郡総合病院

(6) 卒後研修指導実施について……11名

長岡赤十字病院（1名）
立川総合病院（1名）
新潟県厚生連長岡中央総合病院（2名）
新潟県厚生連上越総合病院（1名）
済生会新潟第二病院（2名）
新潟市民病院（2名）
新潟大学医歯学総合病院（9名）

(7) その他

研修医登録……4名

3. 監事の退任について

高桑会長代理より報告あり。

高橋威先生より退任希望があり、後任については次の協議事項で協議することとなった。

4. その他

特になし

II. 協議事項

1. 平成23年度収支決算書について（資料1）

高桑会長代理より資料1に沿って説明され、承認された。

2. 平成24年度予算案について（資料2）

高桑会長代理より資料2に沿って説明され、承認された。

3. その他

協議の結果、後任監事として、須藤寛人先生が就任されることとなった。

徳永理事より、新潟産科婦人科集談会の主催あるいは共催として新潟県産婦人科医会を入れる方向でお願いしたいとの旨で要望があった。

そ の 他

第161回新潟産科婦人科集談会プログラム

日時 平成24年6月23日(土) 15:10～

場所 新潟大学医学部第三講義室

◆15:10～16:00

第1群 _____ 座長 本多 啓輔

1. 「妊娠と薬相談外来」開設に向けて

新潟大学医歯学総合病院 薬剤部 ○丸山 精一
同 遺伝子診療部門 栗山 洋子・後藤 清恵
同 総合周産母子センター・産婦人科 生野 寿史・芹川 武大・高桑 好一

2. 新潟県「出張」新生児蘇生講習会(NCPR)普及事業について

新潟大学医歯学総合病院 総合周産期母子医療センター・NICU
○白田 東平・富永麻理恵・畑 有紀・白井 崇準
小嶋 絹子・小林 玲・金子 孝之・和田 雅樹
高桑 好一

3. 弛緩出血およびDICを病態とし、子宮動脈塞栓術にて救命し得た後産期出血の一例

新潟市民病院 産婦人科 ○山岸 葉子・森川 香子・常木郁之輔・田村 正毅
柳瀬 徹・倉林 工
同 救命科 佐藤 由紀・関口 博史
渡辺記念クリニック 渡辺 稔

4. 妊娠35週に発症した劇症Ⅰ型糖尿病の一例

長岡中央総合病院 産婦人科 ○工藤 梨沙・井上 清香・白石あかり・本多 啓輔
加勢 宏明・加藤 政美
同 内科 鈴木 裕美

5. 胎児胸腔-羊水腔シャント術を施行した8症例の検討

新潟大学医歯学総合病院 総合周産期母子医療センター・産婦人科
○鈴木久美子・生野 寿史・田村 知子・佐藤ひとみ
芹川 武大・高桑 好一
同 NICU 和田 雅樹

◆16:10～17:00

第2群 _____ 座長 西野 幸治

6. 当院で経験した重症卵巣過剰刺激症候群の二例

セントマザー産婦人科医院 ○茅原 誠・田中 温・田中威づみ・伊熊慎一郎
御木多美登・永吉 基

7. 尿閉を契機に発見された処女膜閉鎖症の一例

新潟県立新発田病院 産婦人科 ○堀口 祥(臨床研修医)
富田 雅俊・塚田 清二・高橋 完明

8. 筋肉内転移をきたした子宮頸部腺癌再発の一例

長岡中央総合病院 産婦人科 ○南場 一美・加勢 宏明・井上 清香・工藤 梨沙
白石あかり・本多 啓輔・加藤 政美
同 病理部 五十嵐俊彦
県立がんセンター新潟病院 婦人科 笹川 基

9. 外陰に発生したepithelioid sarcomaの一例

県立がんセンター新潟病院 婦人科 ○笹川 基・菊池 朗・本間 滋・児玉 省二

10. Sertoli 間質細胞腫瘍の一例

富山赤十字病院

○常松 梨紗・小幡 宏昭・藤間 博幸・高橋 裕
桑間 直志

11. 再発卵巣癌に対する Gemcitabine 投与症例の検討

新潟大学医歯学総合病院 産婦人科

○森 裕太郎・小木 幹奈・島 英里・須田 一暁
田村 亮・南川 高廣・渡辺亜由子・安達 聡介
西野 幸治・西川 伸道・加嶋 克則・八幡 哲郎

◆17：10～18：10

特別講演 _____ 座長 高桑 好一

「出生前診断のあらたな展開 ―できることはしてよいこと？―」

横浜市立大学大学院医学研究科生殖生育病態医学（産婦人科学）教授

平 原 史 樹 先生

1. 「妊娠と薬相談外来」開設に向けて

新潟大学医歯学総合病院 薬剤部

○丸山 精一

同 遺伝子診療部門

栗山 洋子・後藤 清恵

同 総合周産母子センター・産婦人科

生野 寿史・芹川 武大・高桑 好一

新潟大学医歯学総合病院では、妊娠中の服薬について心配される患者の不安や悩みに答えるため、1995年3月より産科遺伝外来において、医師同席のもと薬剤師による妊婦服薬カウンセリングを開始した。2006年6月からは、遺伝診療部門と連携し医師だけでなく、看護師、臨床心理士同席で行っている。一方、2005年、厚生労働省の事業として、国立成育医療研究センター内に妊婦・胎児に対する服薬の影響に関する相談・情報収集を実施するために「妊娠と薬情報セ

ンター（以下、センター）」が設置された。全国の協力病院で妊婦服薬カウンセリングを行い、センターが妊娠結果の情報収集を行っている。当院も今年度から協力病院として「妊娠と薬外来」を新設し、センター利用の妊婦服薬カウンセリングを行い、妊娠結果の情報収集に協力する。産科外来を受診せずに、「妊娠と薬外来」での相談が可能となるが、産科遺伝外来で薬の相談がある場合も、センターの利用が必須となる。

2. 新潟県「出張」新生児蘇生講習会（NCPR）普及事業について

新潟大学医歯学総合病院 総合周産期母子医療センター・NICU

○臼田 東平・富永麻理恵・畑 有紀・白井 崇準

小嶋 絹子・小林 玲・金子 孝之・和田 雅樹

高桑 好一

日常的に発生しうる新生児仮死に対応し、後遺障害や死亡者を減らすためには、分娩に立ち会う医療者が標準的な蘇生法に習熟する必要がある。2007年7月から新生児蘇生法（NCPR）普及事業がスタートし、2010年9月には、学会認定講習会受験者が2万人を超え、全国に普及しつつある。しかし、県内では講習会の開催数が十分とはいえず、今年2月に行ったアンケートでも県内の受講者は医療スタッフの34.2%に留まっていた。また、すべての分娩に新生児蘇生法を習

得した医療スタッフが新生児の担当者として立ち会うことができる体制をとれる施設は、22%にすぎなかった。そこで、インストラクターが各施設に直接出張して小規模な講習会を多数開催することで、講習会に参加しやすい環境をつくり、受講者を増やす方式を提唱したい。また、普段勤務する場所、普段使用する器具を可能なかぎり使用することで、より実践的な講習会が可能となると考えられる。

3. 弛緩出血およびDICを病態とし、子宮動脈塞栓術にて救命し得た後産期出血の一例

新潟市民病院 産婦人科

○山岸 葉子・森川 香子・常木郁之輔・田村 正毅
柳瀬 徹・倉林 工

同 救命科

佐藤 由紀・関口 博史

渡辺記念クリニック

渡辺 稔

【緒言】これまで原因不明とされてきた弛緩出血・DICの背景に、母体死亡の原因となりうる羊水塞栓症が含まれている可能性がある。今回弛緩出血・DICを呈し子宮動脈塞栓術にて救命し得た後産期出血の一例を経験した。臨床経過より子宮型羊水塞栓症が疑われたので報告する。

【症例】38歳，2妊2産。自然妊娠成立，初期より当科で管理中，無痛分娩希望のため，妊娠33週前医に紹介，妊娠37週硬膜外麻酔下におキシトシン点滴が行われ，正常経膈分娩で男児を出産した。分娩後に子宮出血が持続し当院へ救急搬送された。到着時（分娩後2時間42分），shock index 3.0，不穏状態，さら

さらとした子宮出血を認めた。頸管裂傷は認めなかった。弛緩出血に伴う循環血流量減少性ショック，DIC（産科DICスコア20点）と診断した。人工呼吸器管理，急速輸血により呼吸循環動態の改善を図り，DIC治療を行ったものの止血を得られず，緊急子宮動脈塞栓術を行い救命し得た。産褥10日目に軽快退院した。

【結語】本例は臨床的羊水塞栓症の定義を満たし，弛緩出血・DICを主症状とする子宮型羊水塞栓症が疑われた。原因不明の弛緩出血・DICへの対応として，適切な治療とともに，羊水塞栓症の可能性を念頭におく必要がある。

4. 妊娠35週に発症した劇症I型糖尿病の一例

長岡中央総合病院 産婦人科

○工藤 梨沙・井上 清香・白石あかり・本多 啓輔
加勢 宏明・加藤 政美

同 内科

鈴木 裕美

劇症1型糖尿病は急速に発症して糖尿病性ケトアシドーシスを起こすため，妊娠中に発病した場合は母児ともに予後不良となることがある。

35週に胎児機能不全により緊急帝王切開を実施後，劇症1型糖尿病と診断された症例を経験したので報告する。

症例は36歳2妊2産。既往歴，家族歴特記事項なし。妊娠経過は良好であった。35週0日，初めて尿糖陽性となり，同日夜から多飲，多尿が出現した。35週3日Ten Count Timeが60分以上となったため当科救急外来受診した。CTGにてNRFSであり，緊急帝王

切開術を施行した。新生児はAp1分値2，5分値6であり挿管管理を要した。術前後の検査にて血糖478，血中ケトン体2102，血液ガスpH7.254，BE-17.1であったため，糖尿病性ケトアシドーシスと診断し，生理食塩水の急速輸液とインスリンの持続投与をした。当院内科にて劇症1型糖尿病と診断，インスリン療法を導入されて退院となった。

妊娠中に多飲多尿，胎動減少などを認めた場合は糖尿病性ケトアシドーシスを鑑別する必要があると考えられた。

5. 胎児胸腔-羊水腔シャント術を施行した8症例の検討

新潟大学医歯学総合病院 総合周産期母子医療センター・産婦人科

○鈴木久美子・生野 寿史・田村 知子・佐藤ひとみ

芹川 武大・高桑 好一

同 NICU

和田 雅樹

【緒言】肺占拠性病変は肺低形成、胸腔内圧上昇による循環不全をきたし予後不良とされる。今回、当科にて胸腔・羊水腔シャント術を行った8症例において検討を行うことを目的とした。

【対象と方法】2003年1月～2012年4月までの期間に胎内治療の適応と判断された胎児胸水あるいは先天性嚢胞状腺腫様奇形に対して胸腔・羊水腔シャント術を施行した8症例を対象とし、臨床背景・妊娠経過および出生予後等に関して後方視的に検討を行った。

【結果】胎児胸水の診断週数は平均24週6日、シャント術施行週数は平均29週3日であった。シャント術

施行後に胸水再貯留を認めた症例は4例であり、施行から分娩までの期間は平均39.9日であった。留置に伴う有害事象はシャント不全、preterm PROM、卵膜剥離、カテーテル脱落、子宮内出血などであった。母体合併症はMirror症候群、妊娠高血圧症候群および産褥子癇があり、切迫早産管理を要した例は4例であった。出生予後では早期新生児死亡を3例に認めたが、生存例は5例であった。

【結語】当科におけるシャント術施行後の生存率は62.5%であった。施行に際しては十分なインフォームドコンセントが重要である。

6. 当院で経験した重症卵巢過剰刺激症候群の二例

セントマザー産婦人科医院

○茅原 誠・田中 温・田中威づみ・伊熊慎一郎

御木多美登・永吉 基

【はじめに】胸水・腹水の貯留を認めた卵巢過剰刺激症候群（以下OHSS）の一例と、過剰な調節卵巢刺激により重症化し、治療に大量補液を要したOHSSの一例を経験したので報告する。

【症例①】36歳。挙児希望にて当院受診。IVF-ETの方針となり採卵術後5日目に2個の胚盤胞を移植した。術後12日目に下腹部痛、背部痛を訴え当科受診した。血液検査にて白血球とHtの上昇を認め、経膈超音波断層法で腹水の貯留を認めた。さらに妊娠反応陽性であったため、Late-onset OHSSと評価し入院管理とした。術後13日目、全身状態は安定していたものの単純胸部X線写真で右側胸水を認めた。術後14日目に著明な腹水貯留を認めたため、腹水穿刺を施行した。その後、状態は安定したが、術後17日目の単純胸部X線写真で胸水の著明な増悪を認めたため、同日と翌日に胸水穿刺を施行した。その後、状態は軽快し退院となった。現在妊娠継続中である。

【症例②】26歳。挙児希望にて当院受診。方針としてIVF-ETの方針となった。採卵で53個の卵子を採取し、Early-type OHSSの診断で即日入院となった。採卵術後2日目より腹水貯留を認め、同日から術後4日目まで連日腹水穿刺を施行した。その後状態は安定していたが、術後7日目に呼吸困難を認めた。経腹超音波断層法で肝下面に及ぶ腹水の再貯留を認めたため腹水穿刺を施行した。術後9日目に全身虚脱・頻脈を認め、血液検査で急激なHtの上昇を認めた。新鮮凍結血漿を含む大量補液（最大6000ml/日）と低分子ヘパリン投与により対応した。なお、腹水穿刺は術後7日目から12日目まで連日施行した。その後状態の悪化はなく経過し退院となった。

【まとめ】OHSSは重症化させないことが重要であり、今後も患者に適した調節卵巢刺激法、並びに管理法について検討していく必要があると考えられた。

7. 尿閉を契機に発見された処女膜閉鎖症の一例

新潟県立新発田病院 産婦人科（臨床研修医）

○堀口 祥・富田 雅俊・塚田 清二・高橋 完明

【症例】11歳女児。主訴は尿閉，下腹部膨満感，下腹部痛。

【現病歴】初経なし。2～3日前から腹部の張りがあり，無尿や下腹部痛が出現したため当院救急外来を受診した。

【所見】尿意著明にて苦悶用顔貌。下腹部膨隆も圧痛はなし。

【治療・経過】腹部エコーで尿貯留を認めたため導尿施行し，尿意切迫感は改善した。MRIで子宮から膣にかけての血腫を認め，圧排された膀胱も認めた。膣

口は処女膜により完全に閉鎖されており，処女膜閉鎖症による膣溜血腫と診断し，翌日に処女膜切開を施行した。しかし経過観察中に再度の処女膜の閉鎖と膣溜血腫を認めたため，処女膜輪状切開術を施行した。

【考察】処女膜閉鎖症の診断には初経の有無などの問診が重要であり，治療は処女膜十字切開を施行する。しかし再閉鎖が認められた場合には処女膜輪状切開術を考慮すべきである。

【結語】初経のない小児の急性尿閉では処女膜閉鎖症も鑑別に挙げるべきである。

8. 筋肉内転移をきたした子宮頸部腺癌再発の一例

長岡中央総合病院 産婦人科

○南場 一美・加勢 宏明・井上 清香・工藤 梨沙
白石あかり・本多 啓輔・加藤 政美

同 病理部

五十嵐俊彦

県立がんセンター新潟病院 婦人科

笹川 基

【緒言】骨格筋は体重の約40%を占め，血流豊富な臓器だが，悪性腫瘍の骨格筋転移は稀とされる。今回，骨格筋転移した子宮頸部腺癌再発の一例を報告する。

【症例】40代女性。子宮頸癌で広汎子宮全摘術が施行され，内頸部型腺癌pT2bNOMOのため，術後TC及びDC療法を施行した。3年後に多発肺転移あり，以後，DC，CPT11+NDP，weekly TXL，GEM+CDDP，UFT，ETPを投与したが，CA19-9は上昇し続けた。

再発から2年後に右腰部痛が出現し，MRIで右腎筋群の筋肉内転移と骨転移を認めた。その後，右手の握り難さが出現し，MRIで右前腕筋肉内転移，脳内多発転移を認めた。永眠され病理解剖したが，内頸部型腺癌で，血行性，リンパ行性に，心，両肺，副腎，腎，肝，皮膚・筋肉，縦隔リンパ節，と全身に転移を認めた。

【結語】筋痛や筋の可動制限を認めた場合，骨格筋転移も念頭におく必要があると考えられた。

9. 外陰に発生した epithelioid sarcoma の一例

県立がんセンター新潟病院 婦人科

○笹川 基・菊池 朗・本間 滋・児玉 省二

症例：21歳，0妊0産。半年前から外陰腫瘍を自覚し来院した。左外陰に直径約3cmの皮下腫瘍が認められ，外陰腫瘍の診断で平成23年10月左外陰腫瘍摘出術を行った。摘出物病理検査で類上皮肉腫と診断された。免疫染色でサイトケラチン，CD34，CA125などが陽性，デスミン，S-100，INI-1などが陰性であった。紹介医で実施した画像診断で腰椎，骨盤リンパ節への転移が認められ，追加手術はしない方針とし，骨盤外

照射を当院した。

考察：類上皮肉腫は手，前腕などに好発する軟部腫瘍で，体幹に発生する proximal type は進行が早く予後不良である。外陰に発生した類上皮肉腫の症例報告は世界で約20例である。広範囲切除とリンパ節郭清が勧められているが，放射線治療や化学療法の有効性は不明である。satellite lesion が多く，肺・リンパ節などへの転移率も高い。再発率が高く，予後不良である。

10. Sertoli 間質細胞腫瘍の一例

富山赤十字病院

○常松 梨紗・小幡 宏昭・藤間 博幸・高橋 裕
桑間 直志

【緒言】悪性卵巣腫瘍のうち，Sertoli・間質細胞腫瘍の頻度は0.4%程度と報告されている。卵巣の性索間質性腫瘍の中でも顆粒膜細胞腫と Sertoli・間質細胞腫瘍の発生頻度は希少であり，予後や治療に関して確立されたものはない。今回，術前に巨大子宮筋腫の疑いで開腹術を施行し，術後病理組織学的に Sertoli・間質細胞腫瘍と診断された一例を経験した。

【症例】48歳，2経産，当科初診1か月前に発熱と下腹部痛を主訴に紹介医を受診した。経膈超音波検査上約10cmの子宮筋腫と貧血を指摘され，精査加療目

的に当科紹介となった。造影MRI検査上，巨大子宮筋腫が疑われた。開腹所見では巨大腫瘍は右付属器由来のもので，病理組織診断は Sertoli・間質細胞腫瘍であった。卵巣癌根治術を追加施行し，進行期はⅠa期，術後4か月間追加治療なく明らかな再発病変を認めず経過している。

【結語】Sertoli・間質細胞腫瘍Ⅰa期の追加治療や観察期間については，自験例を踏まえ更なる観察が必要である。

11. 再発卵巣癌に対する Gemcitabine 投与症例の検討

新潟大学医歯学総合病院 産婦人科

○森 裕太郎・小木 幹奈・島 英里・須田 一暁
田村 亮・南川 高廣・渡辺亜由子・安達 聡介
西野 幸治・西川 伸道・加嶋 克則・八幡 哲郎

【緒言】

上皮性卵巣癌では初回化学療法から再発までの期間が6カ月未満の症例は一般にプラチナ抵抗性とされ、初回治療と交叉耐性のない単剤治療が推奨される。今回、当科において2011年1月～2012年6月の期間に、再発卵巣癌に対して Gemcitabine 単剤による化学療法を行った12症例（漿液性腺癌8例、類内膜腺癌1例、明細胞癌2例、未分化癌1例）を対象とし、その有効性と安全性について検討した。またプラチナ抵抗性再発卵巣癌に対して gemcitabine (GEM) 単独療法を行いCRを得られた1例を経験したため、報告する。

【症例】

12症例をまとめると、overall response rate (ORR) は8.3% (CR1例) で、clinical benefit response (CRR) は83.3%であった (10/12)。ProgressionFreeSurvivalの中央値は5ヶ月 (2-17) で、OverallSurvivalの中央値は7ヶ月 (3-17) であった。有害事象としては好中球減少G3以上が41.6% (5/12)、血小板減少G3以上が16.6% (2/12)、ヘモグロビン減少G3以上が8.3% (1/12)、間質性肺炎が8.3% (1/12) あった。治療中に減量 (1000mg/m²→800mg/m²) した症例は3例あり、1例、GEMによる間質性肺炎の診断にて投与

を中止しました。

CRの症例は70歳女性で子宮摘出の既往あり。2011年4月頃から腹部膨満感を自覚。卵巣癌の疑いにて2011年6月20日根治術を施行。残存病変なし。術後病理結果はserous adenocarcinoma, Grade2, 腹水細胞診陽性であったため、術後の進行期はⅢc期pT3cpN1M0となった。術後1ヶ月のCTにて左骨盤内嚢胞を指摘。術後DC療法を施行し、3コース施行後の評価では、左骨盤内嚢胞は最大で48mmまで増大。骨盤嚢胞穿刺にて細胞診で陽性。DC療法開始後2ヶ月での再発であり2nd regimenとして2011年3月よりGEM (1000mg/m²) day1,8,15を開始。4コース後2012年2月のCT評価で嚢胞性病変の消失を認め、非標的病変であるがCRと判定。さらに2コース追加し6コース後2012年4月のCT評価でCR判定。有害事象は血液毒性として好中球減少grade3、血小板減少grade2を認めるのみで、非血液毒性は認めなかった。プラチナ耐性症例は難治性とされているが、追跡期間が短いものの、本症例のように重篤な副作用もなくCRを得られるものも存在する。今後はGEMとの多剤併用療法の有効性の検討など、臨床試験を含めた幅広い検証が必要と考える。

論文投稿規定

論文投稿規定

投稿者の資格

- 第1条 本誌に投稿するものは原則として本会の会員に限る。(筆頭著者が研修医で本会の会員でない場合は、共著者に本会の会員が含まれていれば投稿は可能)

投稿の内容

- 第2条 投稿は原著、綜説、連絡事項、その他未発表のものに限り、既に他誌に発表されたものは受付けない。

執筆要領

- 第3条 本誌の投稿用語は原則として和文とし次の要領に従って執筆する。

*投稿規定

1. 平仮名横書きとし、句読点切り、明瞭に清書すること。当用漢字と新仮名使いを用い、学術用語は日本医学会の所定に従うこと。
2. 記述の順序は表題、所属、著者名、概要(800字以内)、本文、文献、図表、写真とすること。(概要を必ず記載する)
3. 本文は次の順に記載すること。緒言、研究(実験)方法、結果、考察、総括または結論(概要に含ませて省略してもよい。)
4. 図、表、写真は別にまとめて添付し、図1、表1、の如く順番を付し、本文中に挿入されるべき位置を明示しておくこと。
5. 数字は算用数字を用い、単位、生物学、物理学、化学上の記号は、mm, cm, μ m, ml, dl, l, kg, g, mg等とする。記号のあとには点をつけない。
6. 外国の人名、地名は原語のまま記し、欧語はすべて半角で記載する。
7. 文献の引用は論文に直接関係のあるものにとどめ、本文に引用した箇所右肩に引用した順に1) 2) のように番号を付し、本文の末に一括して掲げ、1) 2) 3) の様を書くこと。文献は著者名と論文の表題を入れ、次のように記載する。本邦の雑誌名は日本医学雑誌略名表(日本医学図書館協会編)に、欧文誌はIndex Medicusによる。
 - 1) 新井太郎, 谷村二郎: 月経異常の臨床的研究. 日産婦誌, 28: 865, 1976.
 - 2) 岡本三郎: 子宮頸癌の手術. 臨床産科婦人科, 162, 神田書店, 東京, 1975.
 - 3) Brown, H. and Smith, C. E: Induction of

labor with oxytocin. Am. J. Obstet. Gynecol. 124: 882-889, 1976.

- 4) Harris, G: Physiology of pregnancy. Textbook of Obstetrics, 2nd Ed., McLeod Co., New York & London, 1976.

著者名を記載する場合、6名以上の際には、初めの3名の名前を記入し、……ら、……et al. と略す。

8. Keyword (英語で3つ以上5つ以内) 概要の後に記入すること。
9. 原稿は原著・診療・綜説・随筆・学会講演、その他の内容要旨に分類する。投稿者は希望(或は該当)の分類を明記する。
10. 原稿はWord formatのfileとしてe-mailに添付ファイルとして編集部事務局 (obgyjimu@med.niigata-u.ac.jp) に投稿する。図表はpdf, jpg, tiff, formatなどの画像ファイルとして同様に投稿する。本文の長さは原則として、8000字以内とする。(原稿をプリントアウトしたものや原稿用紙に記入したものを事務局まで郵送してもよい)

論文の採択

- 第4条 投稿規定に定められた条項目が具備された時、査読に入る。論文の採択は査読者の査読をへて、編集会議(編集担当理事により構成される)に提出され、その採否が決定される。

原稿の掲載

第5条

1. 採択された論文の掲載順序は原則として登録順によるが、編集の都合により前後する場合がある。
2. 論文その他の印刷費のうち、困難な組版代及び製版代は著者負担とする。
3. その他は原則として無料とする。
4. 特別掲載の希望があれば採用順序によらず速やかに論文を掲載する。
この際には特別の掲載として一切の費用(紙代、印刷費及び送料超過分)は著者負担とする。特別掲載を希望するものはその旨論文に朱書すること。

校正

- 第6条 校正はすべて著者校正とする。校正した原稿は編集者指定の期日以内に原稿とともに返送する。校正の際には組版面積に影響を与えるような改変や極端な組替えは許されない。

別刷

第7条

1. 別刷の実費は著者負担とする。予め希望部数を原稿に朱書する。
2. 別刷の前刷は行なわない。
3. 編集会議よりの依頼原稿や学術論文は別刷30部を無料贈呈することがある。

あ と が き

最近妊娠あるいは生殖医療に関する倫理的問題がマスコミに取り上げられる機会が増えているように思われます。「海外へ渡航しての提供卵子による妊娠が増加」、「染色体異常をスクリーニングした着床前診断を兵庫の医療施設で実施」「AIDによる妊娠で出生したことを知った個人が自分の出自に悩む」つい最近では、「妊婦血液中の胎児細胞により、妊娠初期に胎児染色体異常が99%の確率で診断可能」などなど。私は平成15年から17年に日本産科婦人科学会倫理委員会の主務幹事を担当していましたが、このような倫理に関係したマスコミ報道がなされると即座に、学会としてどのような対応をするかの取りまとめをするよう事務局から指示されました。学会の会告を遵守してもらうことが大前提であり、事実関係の確認を行い、学会の会告に基づいた対応を行っていました。当時着床前診断実施の可否、提供胚・代理懐胎、出自を知る権利、などの問題を検討し一応の結論を出しましたが、倫理委員会主務幹事を辞める頃には、いずれも非常に重いテーマであり、学術団体である日本産科婦人科学会が規制するには限界があり、国が対応すべきであるとの学会としての意見を表明したように記憶しております。生殖医療の問題は他の医療と異なり、その個人のみでなく次世代へ影響が及ぶという特殊性を有しており、より慎重な対応が求められることは明らかなです。一方でニーズがあるが故に医療技術が発展していることも事実であり、社会的合意形成を行うことが急務ではないかと考える今日この頃です。

(高桑好一 記)

平成24年9月25日 印刷

平成24年9月28日 発行

発行所
新潟産科婦人科学会
新潟県医師会

〒951-8510 新潟市中央区旭町通1の757
新潟大学医学部産科婦人科学教室
TEL 025(227)2320, 2321

印刷
新潟市中央区南出来島2丁目1-25
新高速印刷株式会社
TEL 025(285)3311 (代)