

ISSN 2186-6244

# 新潟産科婦人科学会 会誌

第116巻 第2号 令和4年

新潟産科婦人科学会 発行

新潟県医師会 協賛

ISSN 2186-6244

新渭產科婦人科學會  
會 誌

編集委員

榎本 隆之・高桑 好一・倉林 工・関根 正幸

# 目 次

## 症 例

帝王切開癒痕部妊娠に対しMTX局所投与を行い、その後に妊娠し生児を得た一例

新潟大学地域医療教育センター 魚沼基幹病院 産婦人科

加藤奈都美・加嶋 克則・安田 麻友・甲田有嘉子・  
吉田 邦彦・佐藤ひとみ・鈴木 美奈・風間 芳樹

..... 37

微小な成熟嚢胞性奇形腫を伴った抗NMDAR抗体陰性自己免疫性脳炎の一例

新潟大学地域医療教育センター 魚沼基幹病院 産婦人科

甲田有嘉子・加藤奈都美・安田 麻友・吉田 邦彦・  
佐藤ひとみ・加嶋 克則・鈴木 美奈・風間 芳樹

..... 41

妊娠31週で特発性腹腔内出血（SHiP）をきたした一症例

埼玉県済生会川口総合病院 産婦人科

木戸 直子・東野 昌彦・日向 妙子・秋田 世理・  
小林 周子・毛利 紘子・中村 郁・網倉 貴之・  
高橋 裕子 .....

46

理事会報告 ..... 49

## そ の 他

令和2年新潟大学医学部産科婦人科学教室 同窓会総会・集談会プログラム ..... 53

第36回新潟産科婦人科手術・内視鏡下手術研究会プログラム ..... 59

第187回 新潟産科婦人科集談会プログラム ..... 63

第189回 新潟産科婦人科集談会プログラム ..... 68

令和3年新潟大学医学部産科婦人科学教室 同窓会総会・集談会 プログラム ..... 73

|              |    |
|--------------|----|
| 論文投稿規定 ..... | 79 |
|--------------|----|

|            |    |
|------------|----|
| あとがき ..... | 82 |
|------------|----|

# 症 例



# 帝王切開癒痕部妊娠に対しMTX局所投与を行い、 その後に妊娠し生児を得た一例

新潟大学地域医療教育センター 魚沼基幹病院 産婦人科

加藤奈都美・加嶋 克則・安田 麻友・甲田有嘉子・  
吉田 邦彦・佐藤ひとみ・鈴木 美奈・風間 芳樹

## 【概 要】

帝王切開癒痕部妊娠 (cesarean scar pregnancy : CSP) は帝王切開率の上昇に伴い近年増加している<sup>1)</sup>。妊孕性温存希望症例ではmethotrexate (MTX) 療法を選択することが多いが、治療適応について一定の見解はない。我々はMTX局所投与により子宮を温存し、後に再度妊娠し、生児を得た症例を経験したので報告する。症例は32歳、5妊4産 (帝王切開4回)。妊娠反応陽性で前医を受診し、CSPを疑われ当科紹介受診となった。最終月経から妊娠5週0日で、帝王切開癒痕部に6mmの胎嚢を認めたが胎芽は確認できなかった。血中human chorionic gonadotropin (hCG) 値は9,362 mIU/mLであった。妊娠5週6日に再診し帝王切開癒痕部に13.9mmの胎嚢を認め、胎児心拍が確認された。血中hCG値は33,392 mIU/mLに上昇していた。骨盤部MRIで帝王切開癒痕部に胎嚢を認め、CSPの診断となった。子宮温存の希望があったためMTX局所療法の方針となり、妊娠6週0日、経腔超音波ガイド下に経子宮筋層的に胎嚢を穿刺した。MTX50mgを胎嚢に局注し胎児心拍陰性を確認した。局注後35週の時点で、血中hCG値がカットオフ値 (0.5 mIU/mL) 以下となったことを確認し外来管理を終了とした。術後約1年5カ月後に自然妊娠成立し前医受診。妊娠経過は順調であり、妊娠32週0日で分娩のために当科紹介となった。妊娠37週0日、選択帝王切開術を施行し、2698gの女児が分娩となった。挙児希望のあるCSPに対してMTX局所療法は有効であると考えられるが、治療後の妊娠・分娩については報告数が少ないため、今後の症例の蓄積が重要である。

Key Words : ectopic pregnancy, cesarean scar pregnancy, methotrexate

## 【緒 言】

帝王切開癒痕部妊娠 (cesarean scar pregnancy : CSP) は経腔超音波断層法の精度の向上に伴い、報告症例数が増加している<sup>1)</sup>。妊娠週数が進むにつれ大量出血のリスクがあるため、適切な診断および治療が必

要であるが、治療法については一定の見解がなく確立していない。子宮全摘出術や病巣摘出術などの手術療法が第一選択であったが、近年は低侵襲で妊孕性温存可能なmethotrexate (MTX) の投与、子宮動脈塞栓術 (uterine artery embolization : UAE)、経腔的な妊娠部位の切除 (搔把) が選択されることが増えてきている<sup>1-3)</sup>。MTX療法は、子宮温存が可能であるが、その後の妊娠および出産に関する予後の報告は少ない。今回我々はMTX局所投与により妊孕性を温存し、後に生児を得ることができた症例を経験したので報告する。

## 【症 例】

患 者 : 32歳 5妊4産 (帝王切開4回 : HCVキャリアのため)

既往歴 : HCVキャリア

家族歴 : 特記事項なし

現病歴 : 妊娠反応陽性で妊娠4週0日に前医受診。妊娠5週0日で再診し経腔超音波検査で帝王切開癒痕部付近に胎嚢を認めたため当科紹介となった。

臨床経過 : 経腔超音波で帝王切開癒痕部に6mmの胎嚢を認めたが胎芽は確認できなかった。血中human chorionic gonadotropin (hCG) 値は9,362 mIU/mLだった。妊娠5週6日に再診し経腔超音波検査で帝王切開癒痕部に13.9mmの胎嚢を認め、胎児心拍が確認された (図1)。血中hCG値は33,392 mIU/mLに

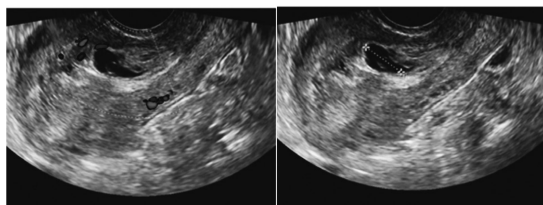


図1 5週6日の経腔超音波断層法

左 : Bモード

右 : カラードップラー法

帝王切開癒痕部に13.9mmの胎嚢を認め、胎児心拍が確認された。カラードップラー法で胎嚢周囲に血流を認めた



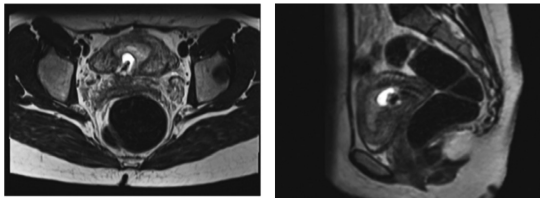


図2 MRI T2強調像

左：矢状断

右：水平断

帝王切開瘢痕部に胎嚢を認めた

上昇していた。骨盤部MRIで帝王切開瘢痕部に胎嚢を認め（図2）、CSPの診断となった。子宮温存の希望があったため、MTX投与や妊娠部位の切除術が治療の選択肢としてあげられた。MTX投与では侵襲は少ないが、追加での治療が必要となる可能性があること、妊娠部位の切除術はより確実に内容物を除去できるが、大量出血のリスクがあることなどを説明し、MTX局所投与の方針となった。当院の倫理委員会の承認を得た上で、患者から十分なインフォームドコンセントを取得した。MTX投与を希望され、投与方法としては血中hCG値が高値であったため、MTX局所投与が選択された。妊娠6週0日、経陰超音波ガイド下に後陰門蓋から頸管を経て16ゲージ針を用いて胎

嚢を穿刺し吸引したところ、血性液が少量吸引された。続いてMTX50mgを胎嚢に局注し、胎児心拍は確認できなくなった。血中hCG値は術後1日目は39,741 mIU/mLと増加したが、9日目には35,000 mIU/mL、14日目には21,808 mIU/mLと徐々に低下し、大出血や感染を起こすことなく、治療を完了することが可能であった（図3）。局注後23週で血中hCG値は1.1mIU/mLまで低下し、月経が再開した。局注後35週の時点で、血中hCG値がカットオフ値（0.5 mIU/mL）以下となったことを確認し外来管理を終了とした。前4回帝王切開術既往があり、前回手術時には筋層の菲薄化も認めていたため、次回妊娠時には子宮破裂のリスクが高いことが考えられ、厳重な避妊を指示していた。術後約1年5カ月後に自然妊娠成立し前医受診。妊娠初期は前医でフォローされ、切開創縫合部の縫合不全がないことを確認された。妊娠32週0日に分娩のために当科紹介となった。当科紹介後も術創瘢痕部の菲薄がないか観察を十分に行い、また胎盤の位置を確認し癒着胎盤でないことを確認した。子宮破裂のリスクを考え、陣痛発来前の帝王切開が望ましいと判断し妊娠37週0日で選択帝王切開術の方針とした。妊娠37週0日、選択帝王切開術を施行し2698gの女児が分娩となった（手術時間39分・出血量800ml）。子宮下部筋層の菲薄化を認めた。経過順調であり、術後8日目に母児ともに退院となった。

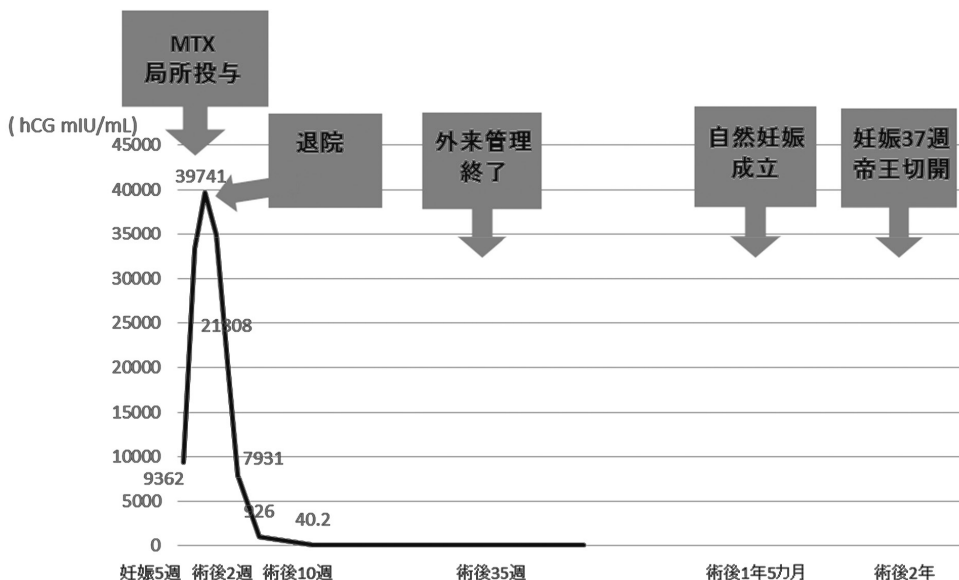


図3 血中hCG推移

局注後23週で1.1mIU/mLまで低下し、月経が再開。局注後35週の時点でカットオフ値以下となった

【考察】

CSPの頻度はおよそ2000分娩に1例、帝王切開既往の0.15%と報告されている<sup>1)</sup>。また、既往帝王切開術の回数は発症に影響しないとされている<sup>1)</sup>。経腔超音波断層法により早期診断が可能になってきているが、標準治療は確立されていない。経腔超音波による所見としては①子宮体部および頸管内に胎嚢を認めない②胎嚢が帝王切開瘢痕部に認める③胎嚢と膀胱間の筋層が欠損もしくは菲薄化している④瘢痕部に豊富な血流を認める、などがあげられる<sup>1,4)</sup>。

子宮温存の希望がある場合、MTX投与(局所投与または全身投与)、子宮鏡下妊娠病巣除去術、腹腔鏡下妊娠病巣除去術、子宮内容除去術などを選択する<sup>5)</sup>。これまではMTXの投与経路として全身投与が選択されてきたが、胎児心拍陽性例や血中hCG値が10,000mIU/mL以上の症例ではMTX全身投与の不成功例が多いと報告されてきた<sup>6,7)</sup>。帝王切開瘢痕部妊娠に対するMTX局所注入療法の既報を表1にまとめた<sup>8)</sup>。梅宮らの報告のうち大量出血をきたした1例は、治療開始後50日目で出血があり、その時点でのhCGは122 IU/mLであった。出血量は550gで子宮内バルーンタンポナーデで止血を得られた<sup>8)</sup>。梅宮らは、子宮内を着床部とする異所性妊娠において、MTX局所投与では胎児心拍陽性や治療開始時の血中hCG高値は治療の可否に関係しないことを明らかにし、心拍の有無やhCG値にかかわらず、まずMTXの局所投与を考慮してもよいと報告している<sup>8)</sup>。別の研究では、MTX局所投与と全身投与では治癒率、入院期間、費用において有意差を認めなかったが、局所投与の方が腫瘍の消失や血中hCG陰性化までの期間が短いと報告している<sup>9)</sup>。子宮内容除去術単独では子宮穿孔、大量出血のリスクがあるため、治療の第一選択

としては推奨されていない。UAEを併用し病変部への血流を減らすことができるとの報告もある<sup>10)</sup>。UAEの副作用として子宮内膜炎や肺塞栓の報告もあり、また術後の妊娠性に対する安全性が不明なこと<sup>11)12)</sup>も考慮すると、大量出血による緊急性が高い症例では慎重に選択する必要がある。本症例では子宮温存希望があり、診断時の血中hCGが33,392mIU/mLと高値であったためMTX局所投与を選択した。

CSP治療後、次回妊娠までの適切な避妊期間やCSPの再発率についてのエビデンスはない<sup>1)</sup>。MTX療法は妊娠組織が長期間残存するため、治療経過中に破裂し大量出血を起こし、UAEなどの追加治療を行ったという報告も散見される<sup>11)</sup>。MTX局注後50日目(hCG値:122mIU/mL)に大量出血をきたし子宮内バルーンタンポナーデ法で出血を制御したという報告もある<sup>8)</sup>。また、感染や絨毛遺残などが危惧されるため、慎重な経過観察が必要であり、出血が持続する場合や発熱を認める場合には手術療法などの追加治療も考慮する必要がある。今井らは癒着胎盤に対して保存的治療を行った症例では、hCGが陰性化すると同時に胎盤への血流が消失すると報告した<sup>13)</sup>。したがってCSPの場合もhCG陰性化まで管理を継続するとしている<sup>8)</sup>。CSPはその後の妊娠において早産や前置胎盤、子宮破裂、CSP反復などのリスクが報告されているが、CSP反復に関しては妊娠部位の切除・修復術により予防できる可能性が報告されている<sup>14)</sup>。本症例では、外来管理終了後に自然妊娠したため、妊娠中は厳重な管理を行い妊娠37週0日に選択的帝王切開術の方針とした。個々の症例に応じて適切に管理し、対応していく必要があると考えられた。

表1 帝王切開瘢痕部妊娠に対するMTX局所注入療法の既報まとめ

| 著者                        | 発表年  | 症例数 | 治療開始時           | 治療開始時           | MTX投与量              | 成功率(%) | 大量出血(例) |
|---------------------------|------|-----|-----------------|-----------------|---------------------|--------|---------|
|                           |      |     | hCG             | hCG             |                     |        |         |
|                           |      |     | (mIU/mL)<br>平均値 | (mIU/mL)<br>中央値 |                     |        |         |
| Cokら <sup>15)</sup>       | 2015 | 18  | 28,870          | 12,700          | 50mg/m <sup>2</sup> | 61.1   | 1       |
| Kimら <sup>16)</sup>       | 2018 | 26  | 24,539          | 18,535          | 50mg/m <sup>2</sup> | 96.2   | 0       |
| Jachymskiら <sup>17)</sup> | 2020 | 9   | 63,883          | 31,000          | 50mg/m <sup>2</sup> | 55.6   | 1       |
| Umemiyaら <sup>8)</sup>    | 2020 | 5   | 77,822          | 29,067          | 50mg/m <sup>2</sup> | 100    | 1       |
| 本研究                       | 2022 | 1   | 33,392          | -               | 50mg/body           | -      | 0       |

成功率は、MTX局所投与のみで治療を完遂できた症例の割合。

## 【結 語】

CSPに対しMTX局所投与療法により子宮を温存し、その後に生児を得た症例を経験した。挙児希望のあるCSPに対してMTX療法は有効であると考えられるが、治療後の妊娠・分娩については報告数が少ないため、今後の症例の蓄積が重要である。

本論文に関わる著者の利益相反：なし

## 【文 献】

- 1) Ash A, Smith A, Maxwell D : Cesarean scar pregnancy. Br J Obstet Gynecol 2007, 114 : 253–263.
- 2) Ushakov FB, Elchalal U, Aceman PJ, et al. : Cervical pregnancy : past and future. Obstet Gynecol surv 1997 ; 52 45–59.
- 3) Hafner T, Aslam N, Ross JA, et al. : The effectiveness of non-surgical management of early interstitial pregnancy : a report of ten cases and review of the literature. Ultrasound Obstet Gynecol 1999 ; 13 : 131–6.
- 4) Timor-Tritsch IE, Monteagudo A, Santos R, Tsymbal T, Pineda G, Arslan AA : The diagnosis, treatment, and follow-up of cesarean scar pregnancy. Am J Obstet Gynecol 2012, 207 : 44. E1–13.
- 5) 虫 明 泰, 安藤まり, 岡崎倫子, 伊藤裕徳, 野田清史, : 子宮動脈塞栓術により外科的治療を回避し得た帝王切開瘢痕部妊娠の一例. 現代産婦人科, 2014, 63 (2) : 385–388.
- 6) Hung TH, Chau WY, Hsieh TT, et al. : Prognostic factors for an unsatisfactory primary methotrexate treatment of cervical pregnancy : a quantitative review. Hum Reprod 1998 : 13 : 2636–42.
- 7) 本田 裕, 濱崎 昌, 三田尾賢, 他 : メソトレキセート全身投与により治癒し得た帝王切開瘢痕部妊娠の1例. 現代産婦人科2011 ; 60 : 435–8.
- 8) 梅宮槇樹, 河原俊介, 千草義継, 渡部光一, 上田優輔, 最上晴太, 万代昌紀, 近藤英治. 子宮内を着床部とした異所性妊娠に対するメソトレキセート局所投与 : 当院の成績と文献レビュー. 日本周産期・新生児医学会雑誌 56 (3) : 424–431, 2020.
- 9) Xiang-Hua yin, Shi-Zhang Yang, Zhong-Qin Wang, Hong-Yan Jia, Min Shi : Injection of MTX for the treatment of cesarean scar pregnancy : comparison between different methods. Int J Clin Exp Med 2014 ; 7 (7) : 1867–1872.
- 10) Arslan M, Pata O, Dilek TU, Aktas A, Dilek S : Treatment of viable cesarean scar ectopic pregnancy with suction curettage. Int J Gynecol Obstet 2005, 89 : 163–166.
- 11) 齋藤彰治, 田邊康次郎, 佐藤絢子, 赤石美穂, 林 千賀, 横溝 玲, 五十嵐司, 渡辺孝紀 : 帝王切開瘢痕部妊娠に対しMTX全身投与, UAE, 子宮鏡下妊卵除去術を行い, 腹腔鏡下子宮形成術後, 生児を得た一例. 日産婦内視鏡学会, 2014, 30 : 240–246.
- 12) 大原康弘, 工藤正尊, 石塚泰也, 宇田智浩, 井平 圭, 田中理恵子, 光部兼六郎, 森脇征史, 渡利英道 : 帝王切開瘢痕部妊娠に対して妊孕性温存を行った7例. 産婦人科の実践, 2018, 67 : 1173–1184.
- 13) Imai S, Kondoh E, Kawasaki K, et al. : Placental blood flow disappears coincident with a fall in human gonadotropin to undetectable levels in conservative management of placenta accrete. Eur J Obstet Gynecol reprod Biol 2014 : 180 : 198–208.
- 14) Liao CY, Tse J, Sung SY, et al. : Cornual wedge resection for interstitial pregnancy and postoperative outcome. Aust N Z J Obstet Gynaecol 2017 : 57 : 342–5.
- 15) Cok T, Kalayci H, Ozdemir H, Haydardedeoglu B, Parlakgumus AH, Tarim E. Transvaginal ultrasound-guided local methotrexate administration as the first-line treatment for cesarean scar pregnancy : Follow-up of 18 cases. J Obstet Gynaecol Res. 2015 May ; 41 (5) : 803–8.
- 16) Kim YR, Moon MJ. Ultrasound-guided local injection of methotrexate and systemic intramuscular methotrexate in the treatment of cesarean scar pregnancy. Obstet Gynecol Sci. 2018 Jan ; 61 (1) : 147–153.
- 17) Jachymski T, Moczulska H, Guzowski G, Pomorski M, Piątek S, Zimmer M, Rokita W, Wielgoś M, Sieroszewski P. Conservative treatment of abnormally located intrauterine pregnancies (cervical and cesarean scar pregnancies) : a multicenter analysis (Polish series). J Matern Fetal Neonatal Med. 2020 Mar ; 33 (6) : 993–998.

# 微小な成熟嚢胞性奇形腫を伴った 抗NMDAR抗体陰性自己免疫性脳炎の一例

新潟大学地域医療教育センター 魚沼基幹病院 産婦人科

甲田有嘉子・加藤奈都美・安田 麻友・吉田 邦彦・  
佐藤ひとみ・加嶋 克則・鈴木 美奈・風間 芳樹

## 【概 要】

傍腫瘍性神経症候群 (paraneoplastic neurological syndrome: PNS) は、腫瘍と神経組織に共通の抗原に対する免疫反応によって生じる神経症状の総称である。

PNSの代表的な病型として、婦人科領域では卵巣奇形腫に伴う抗NMDAR (N-methyl-D-aspartate receptor) 脳炎が知られている。しかし抗NMDAR抗体が陰性で、主体となる症状が異なる奇形腫関連脳炎の症例も存在する。

症例は42歳、3妊3産。尿閉、発熱、頭痛を主訴に当院救急外来を受診。髄膜炎の疑いで入院したが、翌日に意識障害が出現した。各種感染症の検査は陰性であった。その後状態は悪化し、人工呼吸器管理となった。自己免疫性脳炎を疑い治療を行うも効果に乏しかった。

PNSを疑い、CTで子宮に腫瘤を認めたため当科紹介となった。経腔超音波検査では子宮筋腫の他に右卵巣に径8.3mmの高輝度な結節影を認め、骨盤MRIと合わせて結節は奇形腫と考えられた。抗NMDAR抗体など検索した自己抗体全てが陰性であったが、抗NMDAR抗体陰性の奇形腫関連の自己免疫性脳炎と考え、腹腔鏡下両側付属器摘出術を施行した。

術後、状態は明らかに改善した。リハビリテーションの後、術後95日目に自宅へ退院した。

奇形腫を伴った自己免疫性脳炎には抗NMDAR抗体陰性の症例も存在し、腫瘍の摘出により症状の改善が期待できる。PNSによる脳炎を疑い奇形腫を認めた場合は、抗NMDAR抗体の有無にかかわらず微小な腫瘍でも積極的に手術を検討する必要があると考えられた。

**Key Words :** autoimmune encephalitis, paraneoplastic neurological syndrome, N-methyl-D-aspartate receptor antibody, mature cystic teratoma

## 【緒 言】

抗NMDAR脳炎は、卵巣奇形腫に関係する傍腫瘍性脳炎として2007年にDalmauらにより提唱された<sup>1)</sup>。抗NMDAR脳炎に対する腫瘍の合併は38%と報告されており、その殆どが奇形腫である<sup>2)</sup>。しかし奇形腫に関連したとされる脳炎の一部は抗NMDAR抗体が陰性であり、抗NMDAR抗体陽性の症例と比較し症状に明らかな違いもみられている。

今回約8mmの奇形腫の摘出により軽快した、抗NMDAR抗体陰性の自己免疫性脳炎の症例を経験したため報告する。

## 【症 例】

42歳、3妊3産、既往歴・家族歴に特記事項はなかった。数日前からの尿閉、発熱、頭痛を主訴に当院救急外来を受診した。髄膜刺激症状を認めたため髄膜炎が疑われ入院管理となった。

髄液検査では無色透明の外観、単核球優位の細胞数増加と蛋白の増加を認めたことより (表1)、無菌性髄膜炎が疑われた。頭部CTでは異常を認めなかった。入院当初は補液、非ステロイド性抗炎症薬の投与のみで加療していたが、入院翌日から意識障害が出現

表1 入院時検査所見

| 【血液検査】                         | 【尿検査】        | 【髄液検査】        |
|--------------------------------|--------------|---------------|
| WBC 3500/μL                    | pH 6.0       | 外観 無色透明       |
| RBC 395 × 10 <sup>4</sup> /μL  | 糖 (-)        | 細胞数 370/3/μL  |
| Hb 11.8 g/dL                   | 蛋白 (±)       | 単核細胞 341/3/μL |
| Hct 33.3%                      | 潜血 (3+)      | 多核細胞 29/3/μL  |
| Plt 12.6 × 10 <sup>4</sup> /μL | 白血球 (-)      | TP 122 mg/dL  |
| Na 130 mEq/L                   | ケトン体 (-)     | 糖 37 mg/dL    |
| K 4.0 mEq/μL                   | ウロビリノーゲン (±) | Cl 114 mEq/L  |
| Cl 96 mEq/μL                   | ビリルビン (-)    |               |
| BUN 13.3 mg/dL                 | 比重 1.027     |               |
| Cre 0.71 mg/dL                 | 色調 麦葉色       |               |
| AST 23 U/L                     | 濁度 透明        |               |
| ALT 14 U/L                     |              |               |
| LDH 232 U/L                    |              |               |
| γ-GTP 15 U/L                   |              |               |
| T-Bil 0.3 mg/dL                |              |               |
| D-Bil 0.03 mg/dL               |              |               |
| TP 6.1 g/dL                    |              |               |
| CRP 0.24 mg/dL                 |              |               |



し、進行した。単純ヘルペスウイルスをはじめとした各種感染症の検査は陰性であり（表2）、自己免疫性脳炎が疑われた。頭部MRIでも異常は認めなかった。その後意識障害はJCSⅢ-200まで悪化し、オプソクローヌス（非常に速い不随意な眼球運動）、てんかん、失調性呼吸、痙攣を認め、SIADH（syndrome of inappropriate secretion of antidiuretic hormone）も併発した。入院後6日目に人工呼吸器管理となり、抗痙攣薬を投与しつつ電解質補正を行った。ステロイドパルス療法、免疫グロブリン大量静注を行うも効果に乏しかった。血漿交換では開始後JCSⅡ-10まで意識障害の改善を認めたが一時的なものであり、翌日には再びJCSⅢ-200まで悪化した。

表2 感染症関連検査所見

| 【血液検査】    |     | 【髄液検査】     |     |
|-----------|-----|------------|-----|
| β-D-グルカン  | (-) | 単純ヘルペスウイルス | (-) |
| カンジダ抗原    | (-) | クリプトコッカス抗原 | (-) |
| アスペルギルス抗原 | (-) | 結核菌 PCR    | (-) |
| クオンティフェロン | (-) | 髄液培養       | (-) |

PNSが疑われ、CTで子宮前壁から内腔に突出する13mm大の腫瘤を認めたため当科紹介となった。経陰超音波検査では同部に低輝度の腫瘤を認め、子宮粘膜下筋腫と考えられた。また右卵巣に径8.3mmの高輝度な結節影を認めた（図1）。骨盤MRI（図2）においても子宮前壁の腫瘤は粘膜下筋腫と考えられたが、右卵巣の結節はT1強調画像で高信号、脂肪抑制造影T1強調画像で低信号を呈しており、奇形腫と考えられた。

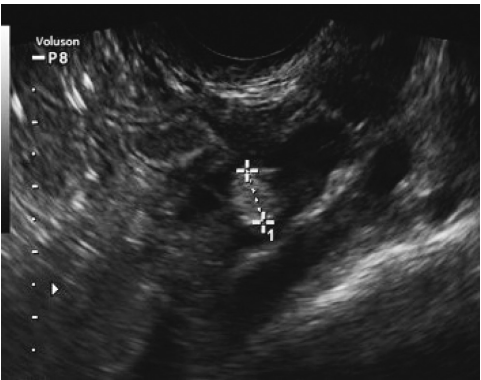


図1 超音波所見

8mm大の高輝度な結節を認める

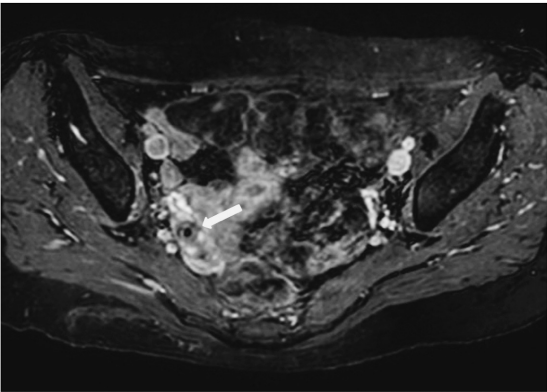


図2 MRI（脂肪抑制造影T1強調画像）

右卵巣に低信号を呈する5mm大の結節を認め、成熟嚢胞性奇形腫と考えられた

奇形腫の存在から抗NMDAR脳炎が疑われたが、髄液検査では抗NMDAR抗体を始めとして抗LGI1抗体、抗CASPR2抗体、抗アクアポリン4抗体など検索した全ての自己抗体が陰性であった（表3）。

表3 自己抗体関連検査所見

|                  |     |
|------------------|-----|
| 抗 NMDAR 抗体       | (-) |
| 抗 LGI1 抗体        | (-) |
| 抗 CASPR2 抗体      | (-) |
| 抗アクアポリン 4 抗体     | (-) |
| 抗ガングリオシド抗体       | (-) |
| 抗 Amphiphysin 抗体 | (-) |
| 抗 CV2 抗体         | (-) |
| 抗 PNMA2 抗体       | (-) |
| 抗 Ri 抗体          | (-) |
| 抗 Yo 抗体          | (-) |
| 抗 Hu 抗体          | (-) |
| 抗 recoverin 抗体   | (-) |
| 抗 SOX1 抗体        | (-) |
| 抗 titin 抗体       | (-) |
| 抗 zic4 抗体        | (-) |
| 抗 GAD65 抗体       | (-) |
| 抗 Tr (DNER)抗体    | (-) |

奇形腫関連の抗NMDAR抗体陰性の自己免疫性脳炎が疑われたため、手術の方針とした。家族に病状説明を行い、腫瘍残存のリスクを回避するため両側卵巣とも摘出し、術後にホルモン補充療法を行うこととした。入院後32日目に腹腔鏡下両側付属器摘出術を施行した(図3)。術後病理診断は成熟嚢胞性奇形腫であり、腫瘍は術前に指摘されていた右卵巣のみに認められた(図4, 5)。



図3 術中所見

右卵巣の腫大なし

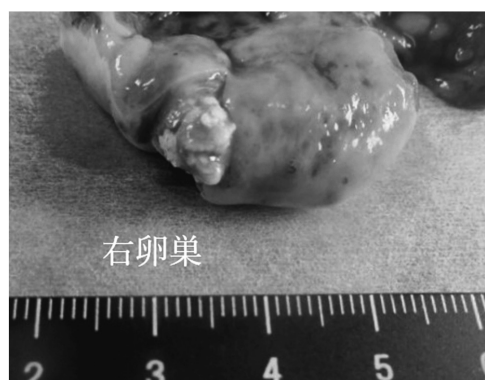


図4 摘出標本

右卵巣内に脂肪組織を含む8mm大の腫瘍あり



図5 HE染色

腸上皮や扁平上皮を伴った嚢胞性腫瘍

術後意識障害は改善し、術後9日目にはJCS I-2となった。四肢の筋力低下、嚥下障害、高次機能障害が認められたため四肢可動域訓練をはじめとするリハビリテーションを開始し、嚥下訓練、高次脳機能訓練も行っていた。術後14日目にはスピーチバルブを装着した上で会話も可能となった。術後22日目には気管カニューレを抜去し、経口摂取も開始した。術後34日目にはJCS 0となり、術後36日目には常食を摂取できるようになった。術後43日目に尿道カテーテルを抜去したが残尿や尿失禁を認めたため、自己導尿を開始した。術後45日目より免荷式歩行器による歩行訓練が開始となり、術後62日目には小型歩行器での歩行訓練に移った。その後も徐々に運動機能は回復していった。自宅での生活環境を整えた上で、術後95日目に自宅へ退院した。退院時でも下肢筋力低下による歩行器歩行、神経因性膀胱による自己導尿を要する状態であったが、軽度の注意力低下が残存する程度で著明な高次機能障害は認めなかった。退院後、下肢筋力の低下は徐々に改善し自力歩行が可能となり、自己導尿の回数も減っていった。術後約1年で尿意切迫感や夜尿は残存していたが自己導尿は不要となり、仕事にも復帰した。

## 【考 察】

PNSは本来神経にしか発現しない蛋白を腫瘍細胞が発現し、その抗原に対する抗神経抗体が産生されることが発症のきっかけとなる。PNSには各病型に関連する特徴的な自己抗体が検出され、また各病型に関連して比較的一定の腫瘍が認められる。しかし抗体が陽性となるのは50%以下とされており<sup>3)</sup>、陽性とならない症例においては腫瘍の切除により症状の改善が得られた場合にPNSであった可能性が示唆される。

2004年、EFNS-PNS Euro networkによりPNSの診断基準が作成された<sup>4)</sup>。その後研究の進歩により新しい病型や自己抗体が明らかになり、2021年には世界8か国の専門家からなるPNS-Care panelによる新しいPNS診断基準が提唱された<sup>5)</sup>(表4, 5)。病型を悪性腫瘍の関連に対する「高リスク」、「中リスク」に分類し、自己抗体についてはリスクを3段階に分類した。

表4 PNSの病型分類

| 高リスク                 | 中リスク                    |
|----------------------|-------------------------|
| 脳脊髄炎                 | 自己抗体陽性の自己免疫性脳炎(辺縁系脳炎以外) |
| 辺縁系脳炎                | 抗 NMDAR 脳炎              |
| 急速に進行する小脳症候群         | 脳幹脳炎                    |
| オブクローヌス・ミオクローヌス      | Morvan 症候群              |
| 感覚神経障害               | 孤発性の脊髄症                 |
| 慢性偽性腸閉塞症             | Stiff person 症候群        |
| Lambert-Eaton 筋無力症候群 | 傍腫瘍性多発神経根障害             |
|                      | など                      |

文献より引用改変

表5 PNS-Care Score

| 病型                                  |    |
|-------------------------------------|----|
| 高リスク                                | 3点 |
| 中リスク                                | 2点 |
| 腫瘍と関連しない症状                          | 0点 |
| 自己抗体                                |    |
| 高リスク                                | 3点 |
| 中リスク                                | 2点 |
| 低リスク                                | 0点 |
| 腫瘍の有無                               |    |
| あり(症状や自己抗体に一致)、または腫瘍はないが抗原発現あり      |    |
| なし(または腫瘍があっても症状や自己抗体に一致しない)、2年未満の追跡 | 1点 |
| なし、2年以上の追跡あり                        | 0点 |
| 8点以上:Definite                       |    |
| 6-7点:Probable                       |    |
| 4-5点:Possible                       |    |
| 3点以下:PNSではない                        |    |

文献 5 より引用改変

それらと腫瘍の有無をそれぞれPNS-Care Scoreで点数化することで、診断レベルが確定する。

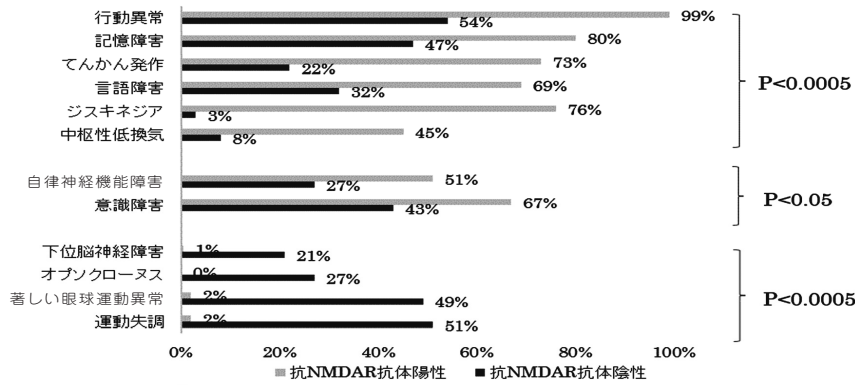
抗NMDAR脳炎はPNSの病型としては中リスクに分類されるが、現在抗体が同定されている自己免疫性脳炎において最もよくみられるものである<sup>6)</sup>。腫瘍の合併は38%であるが、そのうち奇形腫が96%を占めている<sup>2)</sup>。主に小児および若年成人にみられ（中央値 21歳）、男女比は1:4と女性に多い。

一方、Kanekoらによると臨床的に抗NMDAR脳炎を疑った症例の実際の抗NMDAR抗体陽性率は85%であった<sup>7)</sup>。またArmangueらの報告によれば奇形腫に関連したとされる脳炎249例のうち85%にあたる211例が抗NMDAR抗体陽性であり、残りの38例は陰性であった<sup>8)</sup>。そして抗NMDAR抗体陽性と陰性の症例を比較すると、発症年齢の中央値は陽性例25歳、陰性例28歳、女性の比率は陽性例99%、陰性例92%とそれぞれ有意差はみられなかったが、症状に明らかな違いがみられた（図6）。

抗NMDAR抗体脳炎によくみられる行動異常、記憶障害、てんかん発作、言語障害、ジスキネジア、中枢性低換気、自律神経機能障害、意識障害は抗NMDAR抗体陰性の脳炎には少ない。一方、下位脳神経障害、オプソクローヌス、著明な眼球運動異常、運動失調といった脳幹-小脳症状やオプソクローヌスは抗NMDAR抗体陰性の症例でみられているが、陽性の症例では殆どみられていない。また抗NMDAR抗体陰性で脳幹-小脳症状を呈した症例で頭部MRIを行ったことが明らかな19例のうち、12例で異常を認めなかった<sup>8)</sup>。

本症例は抗NMDAR抗体陽性例に多くみられるてんかん発作、言語障害、中枢性低換気、意識障害に加えて、陽性例ではほぼみられないオプソクローヌス、小脳失調がみられていたことより、抗NMDAR抗体陰性で脳幹-小脳症状主体の奇形腫関連脳炎が疑われた。各種免疫療法に対する反応は乏しかったが、奇形腫の摘出後は症状が明らかに改善しており、奇形腫に関連した自己免疫性脳炎と考えられた。

また施行されたCTでは卵巣腫瘍は指摘されず、当科へは子宮腫瘍の精査目的での紹介受診であった。経



文献 8 より引用改変

図6 抗NMDAR抗体陽性と陰性の症例における症状の比較

腔超音波検査にて初めて8mm大という微小な結節影が確認され、MRIと併せて奇形腫を疑うに至った。PNSにおいて腫瘍を指摘できなかった場合は、神経症状が腫瘍よりも先行して出現している場合や、腫瘍が微小なために発見が困難であることが想定される。このような場合は半年毎、4年間の検索が推奨されている<sup>9)</sup>。

2016年、Grausらにより自己免疫性脳炎に対する迅速な診断と治療を目的とした「自己免疫性脳炎の診断に対する臨床的アプローチ」が策定された<sup>10)</sup>。自己免疫性脳炎をpossible (表6)、probable、defineの3段階に分け、診断につなげていくためのアルゴリズムが示されている。

**表6** Diagnostic criteria for possible autoimmune encephalitis

以下の3つのすべてを満たす

- 1) 3か月以内に急速に進行する作業記憶(短時記憶)障害、精神状態の変化<sup>\*</sup>、または精神症状
- 2) 少なくとも以下のうち一つを認める
  - ・新しく出現した中枢神経系症状
  - ・既存の痙攣疾患では説明できない痙攣発作
  - ・髄液細胞増多(白血球数 $>5/mm^3$ )
  - ・MRIにおいて脳炎を示唆する所見<sup>\*</sup>
- 3) 他の原因を除外することができる

<sup>\*</sup>意識レベルの低下や変化、昏睡、人格の変化も含まれる。

<sup>\*</sup>T2/FLAIR画像で片側または両側の側頭葉内側に限局した高信号。

もしくは灰白質、白質、またはその両方における多巣性病巣

文献10より引用改変

本症例はpossible autoimmune encephalitisの基準は満たすものの、MRIでの異常所見や特定の自己抗体を認めず、それ以上の診断には至らなかった。しかし血漿交換が一時的ではあったものの奏効したことや、奇形腫の摘出により症状が著明に改善したことより、何らかの免疫学的機序により発症したPNSの一病型としての脳炎と考えられた。Armangueらの提唱する抗NMDAR抗体陰性の奇形腫関連脳炎の一群に合致する可能性があるが、この一群に対する自己抗体は同定されておらず、今後の研究が期待される。

## 【結 語】

微小な奇形腫を伴った抗NMDAR抗体陰性の脳炎に対し、腫瘍の摘出を行うことで症状の改善が得られた症例を経験した。自己免疫性脳炎が疑われ、奇形腫を認めた場合は、抗NMDAR抗体の有無にかかわら

ず微小な腫瘍であっても積極的に手術を考慮する必要があると考えられた。

利益相反について

今回の論文に関して、開示すべき利益相反状態はありません。

## 【文 献】

- 1) Dalmau J, Tüzün E, Wu HY, et al. : Paraneoplastic anti-N-methyl-D-aspartate receptor encephalitis associated with ovarian teratoma. *Ann Neurol*. 61 : 25 – 36, 2007.
- 2) Titulaer MJ, McCracken L, Gabilondo I, et al. : Treatment and prognostic factors for long-term outcome in patients with anti-NMDA receptor encephalitis : an observational cohort study. *Lancet Neurol*. 12 (2) : 157 – 165, 2013.
- 3) 田中恵子 : 傍腫瘍性神経症候群と抗神経抗体, 臨床神経学. 2010 ; 50 : 371 – 378.
- 4) Graus F, Delattre J, Antoine J, et al. : Recommended diagnostic criteria for paraneoplastic neurological syndromes. *J Neurol Neurosurg Psychiatry* 75 : 1135 – 1140, 2004.
- 5) Graus F, Vogrig A, Muñoz-Castrillo S., Antoine J.G., Desestret V., Dubey D., Giometto B., Irani S.R., Joubert B., Leypoldt F, et al. Updated Diagnostic Criteria for Paraneoplastic Neurologic Syndromes. *Neurol. Neuroimmunol. Neuroinflamm.* 2021 ; 8 : e1014.
- 6) Dalmau J, Graus F. Antibody-mediated encephalitis. *N Engl J Med*. 2018 ; 378 (9) : 840 – 851.
- 7) Kaneko A, Kaneko J, Iizuka T, et al. : Pitfalls in clinical diagnosis anti-NMDA receptor encephalitis. *J Neurol*. 265 (3) : 586 – 596, 2018.
- 8) Armangue T, Titulaer MJ, Sabater L, et al. : A novel treatment-responsive encephalitis with frequent opsoclonus and teratoma. *Ann Neurol* 75 : 435, 2014.
- 9) Vedeler CA, Antoine JC, Giometto B, Graus F, Grisold W, Hart IK, Honnorat J, Sillevs Smitt PA, Verschuuren JJ, Voltz R Paraneoplastic Neurological Syndrome Euronetwork. Management of paraneoplastic neurological syndromes : report of an EFNS Task Force. *Eur J Neurol*. 2006 ; 13 : 682 – 690.
- 10) Graus F, Titulaer JM, Balu R et al. : Clinical Approach to Diagnosis of Autoimmune Encephalitis. *Lancet Neurol* 15 : 391 – 404, 2016.



## 妊娠31週で特発性腹腔内出血 (SHiP) をきたした一症例

埼玉県済生会川口総合病院 産婦人科

木戸 直子・東野 昌彦・日向 妙子・秋田 世理・  
小林 周子・毛利 紘子・中村 郁・網倉 貴之・  
高橋 裕子

### 【概 要】

今回我々は、妊娠31週で突然の腹痛および胎児機能不全のため緊急帝王切開術を行った際に、原因不明の腹腔内出血を認め Spontaneous hemoperitoneum in pregnancy<sup>1)</sup> (SHiP) と診断し、母児ともに救命し得た一例を経験した。症例は35歳、3妊1産、妊娠31週に突然の腹痛で受診し、胎児機能不全の適応で緊急帝王切開術を施行した。開腹時に子宮後面の右仙骨子宮靱帯付着部から子宮体部漿膜にかけて腹膜の断裂を認め、同部位から静脈性の出血を認めたため SHiP と診断した。術前には診断し得なかったが、突然の腹痛や胎児機能不全、ショックバイタルを呈する症例の鑑別診断として特発性腹腔内出血 SHiP を念頭に置き、腹腔内の観察も行う必要がある。

**Key Words :** Spontaneous hemoperitoneum in pregnancy (SHiP)

### 【緒 言】

妊娠中ないし産褥42日目までに突然発症する外傷や子宮破裂、異所性妊娠、臓器破裂といった明らかな原因を認めない特発性腹腔内出血を総称して Spontaneous hemoperitoneum in pregnancy<sup>1)</sup> (SHiP) と呼ぶ。妊娠中の特発性腹腔内出血は稀であるため、早期の診断に至らないことが多く、母児共に重篤な帰結を招く可能性の高い疾患である。また近年、子宮内膜症との関連も指摘されている<sup>2) 3)</sup>。今回我々は、術前診

断には至らず、緊急帝王切開時に腹腔内出血を認めて SHiP と診断し、母児ともに救命し得た一例を経験したので報告する。

### 【症 例】

**症 例 :** 35歳 3妊1産 (26歳 人工流産, 28歳 前期破水後子宮内感染にて帝王切開)

**家族歴 :** 特記すべきことなし

**既往歴 :** 33歳 子宮頸部上皮内腫瘍グレード2 (前医で経過観察中)

**主 訴 :** 突然の腹痛

**現病歴 :** 自然妊娠後、前医で妊婦健診を実施されていた。当院での分娩予約目的に、妊娠12週3日に当科を紹介初診した。以降、妊婦健診は前医で実施されており、特に異常なく経過していた。

妊娠31週4日の朝、腹痛が出現し、前医を受診して塩酸リトドリン錠を処方され内服を開始したものの、腹痛が増強したため同日21時50分に当院を救急外来を受診した。

受診時、顔面は蒼白かつ苦悶様、血圧94/53mmHg、脈拍96回/分、体温36.2℃、呼吸数28回/分、SpO<sub>2</sub>98% (room air) であった。クスコ診で性器出血は無く、経陰超音波断層法では子宮頸管長の短縮を認めず、前置胎盤などの胎盤の位置異常は無く、ダグラス窩に明らかな echo-free space を認めなかった。

胎児心拍数モニタリングにて22時10分から高度変動一過性徐脈が出現した (図1)。当院の新生児集中

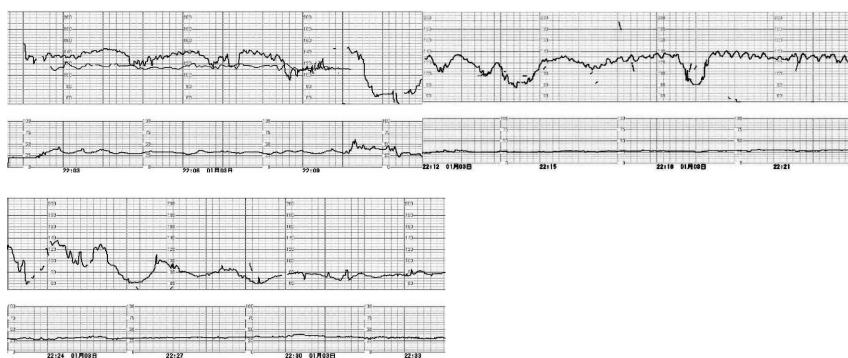


図1 入院時の胎児心拍陣痛図

22時10分から高度変動一過性徐脈が出現し、22時27分頃から70~80bpmの胎児徐脈が持続した

治療室では対応できない妊娠週数であったため、緊急母体搬送に向けて対応を始めたが、22時27分頃から70～80bpmの胎児徐脈が持続した(図1)。そのため22時29分、胎児機能不全の適応で当院にて超緊急帝王切開術を行い、出生児は新生児搬送を行う方針とした。術前診断としては、既往帝王切開のため子宮破裂あるいは常位胎盤早期剥離を疑い、場合によっては子宮摘出もありうると説明のうえ、超緊急帝王切開を実施した。胎児機能不全を適応とした超緊急帝王切開のため時間的な余裕がなく、経腹超音波断層法は実施できなかった。

術前の採血(22時35分): WBC 24500/ul, Hb 8.5g/dl, Fbg 311mg/dl, AT-Ⅲ 93%, 22時48分手術室入室。全身麻酔下に開腹したところ、腹腔内に多量の出血を認めた。既往帝王切開による子宮切開創の菲薄化はなく、子宮表面にCouvella兆候の所見は認めなかった。また、血性羊水や羊水混濁も認めなかった。

22時56分 男児娩出、出生体重1631g, Apgar score 1分値2点, 5分値7点。臍動脈血液ガス分析: pH 6.909, PaO<sub>2</sub> 16.5mmHg, PaCO<sub>2</sub> 115.1mmHg, HCO<sub>3</sub><sup>-</sup> 22.5mmol/L, BE -13.1mmol/L, Lactate 10.61mmol/L。児は気管内挿管のうえ呼吸器を装着し、高次医療機関に速やかに新生児搬送された。

腹腔内の出血部位を検索したところ、子宮後面の右仙骨子宮靱帯付着部から子宮体部漿膜にかけて腹膜の断裂を認め、同部位から静脈性の出血を認めた(図2)。腹腔内に癒着は認めず、両側付属器は正常所見であった。



図2 子宮後面右側の血管の損傷(断裂)

子宮後面の右仙骨子宮靱帯付着部から子宮体部漿膜にかけて腹膜の断裂を認め、同部位から静脈性の出血を認めた

断裂していた血管の中枢側と末梢側で、子宮右側の筋層ごと子宮動脈上行枝および子宮静脈を含めて結紮し(図3)、シート状生物学的組織接着剤を貼付した。出血量は2176g(腹腔内出血および羊水込み)であった。



図3 結紮後

断裂していた血管の中枢側と末梢側で、子宮右側の筋層ごと子宮動脈上行枝および子宮静脈を含めて結紮した

術中採血でHb 4.5g/dl, Fbg 135mg/dl, AT-Ⅲ 42%まで低下を認め、術中から術後にかけて同種血輸血: 濃厚赤血球10単位および新鮮凍結血漿10単位、乾燥人フィブリノーゲン3g、乾燥濃縮人アンチトロンビン31500単位を投与した。

術後は概ね経過良好で、産褥6日に退院した。

出生児は搬送後、新生児呼吸窮迫症候群にて肺サーファクタント製剤を投与し、日齢5日に抜管、日齢15日にnasal continuous positive airway pressure (nasal CPAP)を離脱し、日齢49日(修正38週4日)に体重2610gで退院した。児は1歳半まで発育、発達の異常を認めておらず、経過は順調である。

## 【考 察】

非外傷性で突然発症の妊娠中の腹腔内出血はSpontaneous hemoperitoneum in pregnancy (SHiP)と称され、その頻度は稀で1万分娩に1回程度といわれているが、母児共に重篤な帰結を招く可能性の高い疾患である。近年の本邦でもSHiPによる周産期死亡が10%、母体死亡が3%であったと報告されており<sup>5)</sup>、早期の診断および治療が必要である。

2016年のBrosensらのシステマティックレビュー<sup>1)</sup>によれば、SHiPは半数以上が妊娠第三三半期で発症しており、本邦の15例の子宮静脈出血の報告<sup>4)</sup>でも

同時期の発症が61%で、本症例も妊娠31週での発症であった。また、妊娠中の腹腔内出血の80%が子宮静脈由来であり、90%が傍子宮組織または子宮後壁からの出血であったと報告<sup>1)</sup>されており、本症例とも合致していた。

病態としては不明であるが、妊娠による子宮静脈血流の増大に加え、妊娠子宮による外腸骨静脈と下大静脈の圧迫が血管内圧を高めること、子宮静脈の弁の欠損や蛇行、拡張などが破綻の原因になると考えられている<sup>6)</sup>。近年、子宮内膜症との関連も指摘されており<sup>2) 3)</sup>、その機序としては、妊娠による子宮内膜症病変の脱落膜化による組織の脆弱化に加え、子宮の増大や子宮周辺組織の伸展、子宮収縮といった物理的刺激が加わり出血が誘発されると考えられている<sup>3) 4)</sup>。本症例は自然妊娠で、開腹所見で子宮内膜症病変は認めなかったが、2021年の本邦の報告ではSHiPの19%に子宮内膜症と生殖補助医療の両方との関連を認めている<sup>5)</sup>。子宮内膜症により妊娠が困難だった症例が、生殖補助医療を駆使することで妊娠が可能となることで、今後このような症例が増えることが危惧される。

SHiPの臨床症状としては腹痛、ショック、胎児機能不全などがあり、常位胎盤早期剥離や子宮破裂の症状と酷似しており、本邦においてSHiPの53%は常位胎盤早期剥離と誤診されていた<sup>5)</sup>との報告がある。治療は主に帝王切開および出血部の結紮止血、組織接着剤による止血である<sup>3) 4) 6)</sup>。本症例では突然の腹痛で発症し、急激に増悪した胎児機能不全のため子宮破裂あるいは常位胎盤早期剥離を疑い、超緊急帝王切開術を施行した。術前のクスコ診では性器出血を認めず、経陰超音波断層法ではダグラス窩に明らかなecho-free spaceを認めなかったが、経腹超音波断層法での観察が施行できなかった。

臨床症状やバイタルサインから腹腔内出血の可能性を念頭に置けば、短時間の検査でも術前に腹腔内出血の診断ができた可能性がある。救命救急の領域ではFAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) と呼ばれる、外傷患者の状態を速やかに把握する超音波検査法が広く用いられており、短時間で腹腔内出血の評価が十分可能とされている。また「母体救命J-MELSアドバンスコース」では、FASTを産科救急に適したプロトコールに改変したFASO (Focused Assessment with Sonography for Obstetrics) の実施が提唱されている<sup>7)</sup>。FASOは子宮内腔の所見に加え、①子宮周囲からダグラス窩、②脾周囲および左胸腔内、③Morison窩および右胸腔、④心嚢液貯留や下大静脈径の順に母体の腹部から胸部にかけて大きくS字を描くように超音波プローブを操作することで、系統的に胸腹部のecho-free spaceの有無を確認す

ることができる、というプロトコールである。術前の腹腔内出血の診断により、麻酔科への情報提供や緊急輸血の準備など、母体救命の観点からも術前の腹腔内出血の診断のメリットは大きい。

## 【結 語】

今回我々は、妊娠31週で突然の腹痛および胎児機能不全のため緊急帝王切開術を行った際に、術中所見よりSHiPと診断し、母児ともに救命し得た一例を経験した。早産による呼吸障害以外の新生児異常は認めず、多量の腹腔内出血による母体の急性循環不全のため、胎児機能不全を呈したものと考えられた。

妊婦において、突然の腹痛、ショックバイタル、胎児機能不全などを認めた場合には、腹腔内出血の可能性も念頭に置いて、FASOに基づいて系統だった腹腔内の検索を行う必要があると思われる。

## 【文 献】

- 1) Brosens IA et al : Severe spontaneous hemoperitoneum in pregnancy may be linked to *in vitro* fertilization in patients with endometriosis : a systematic review. *Fertil Steril* 106 : 692 – 703, 2016.
- 2) Lier MCI et al : Spontaneous hemoperitoneum in pregnancy (SHiP) and endometriosis-A Systematic review of the recent literature. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 219 : 57 – 65, 2017.
- 3) 松本有美, 所 伸介, 小野哲男, 笠原恭子, 田中佑治, 天野 創, 木村文則, 高橋健太郎, 村上 節. 妊娠第3三半期に子宮内膜症が原因と考えられる妊娠中の特発性腹腔内出血 (SHiP) をきたした2症例. *産婦人科の実際*, 68 : 441 – 445, 2019.
- 4) 桑原良奈, 鍵元淳子, 金子朋子, 土谷治子. 妊娠37週, 卵管間膜内子宮静脈分枝が断裂し腹腔内出血を来した1症例, 64 : 135 – 140, 2015.
- 5) Hagimoto M, Tanaka H, Osuga Y, Miura K, Saito S, Sato S, Sugawara J, Ikeda T. Nationwide survey (Japan) on spontaneous hemoperitoneum in pregnancy. *J Obstet Gynaecol Res.* Aug, 47 (8) : 2646 – 2652, 2021.
- 6) 中野和俊, 山田嘉彦, 山田弘次, 山口永子, 佐々木高綱, 吉澤順子, 水田裕久. 妊娠第3三半期に子宮静脈から腹腔内出血を発症したが母児ともに救命できた2症例. *産婦の進歩*, 69 : 151 – 155, 2017.
- 7) 日本母体救命システム普及協議会監修 : 母体救命アドバンスガイドブック, へるす出版, 東京, 17, 2017.

# 理 事 会 報 告



## 令和2年度 第3回定例理事会 (通信)

### 3. 日本産科婦人科学会新潟県選出代議員選挙結果 について

#### I. 報告事項

#### ■日本産科婦人科学会新潟県選出代議員 5名

(五十音順, 敬称略)

##### 1. 会員異動について

###### 〈異動〉

長谷川順紀 新：上越総合病院  
旧：新潟大学医歯学総合病院  
堀内 綾乃 新：長岡赤十字病院  
旧：県立がんセンター新潟病院  
松下 充 新：県立中央病院  
旧：長岡赤十字病院  
山口 雅幸 新：県立がんセンター新潟病院  
旧：新潟大学医歯学総合病院  
(敬称略)

・榎本 隆之  
・加勢 宏明  
・倉林 工  
・関根 正幸  
・西島 浩二  
(次点) 長谷川 功

以上

##### 2. 令和3年度日産婦学会会費減額会員について

###### 〈令和2年度より〉

須藤 寛人, 小川 弘良, 渡邊 信也, 石黒 義隆,  
渡部 担

###### 〈継続〉

小山 淑文, 斎藤金三郎, 畠野 正規, 藤巻 幹夫,  
丸岡 稔, 堀 博, 後藤 司郎, 伊藤 淳一,  
北原ます子, 佐々木 繁, 半藤 保, 久保田 暁,  
伊藤 久彰, 富田 哲夫, 小熊 甚吉, 布川 修,  
酒井 赫, 遠山 晃, 上原 政夫, 寺島 隆夫,  
金澤 浩二, 北川 寛, 樋口 朗, 西山藤司夫,  
森川 重文, 新田 公子

(敬称略)



## 令和3年度 第1回定例理事会 （通信）

### ■審議事項

- 第一号議案 令和2年度収支決算書について  
第二号議案 令和3年度予算案について

### ■報告事項

1. 会員異動について（令和3年4月1日現在）

#### 〈異動〉

川浪 真里：新 新潟大学医歯学総合病院  
旧 魚沼基幹病院  
小林 琢也：新 長岡赤十字病院  
旧 新潟大学医歯学総合病院  
霜鳥 真：新 新潟大学医歯学総合病院  
旧 県立新発田病院  
菖野悠里子：新 新潟大学医歯学総合病院  
旧 県立中央病院  
菅井 駿也：新 新潟大学医歯学総合病院  
旧 新潟市民病院  
杉野健太郎：新 佐渡総合病院  
旧 県立新発田病院  
高橋 佳奈：新 柏崎総合医療センター  
旧 上越総合病院  
谷 啓光：新 村上総合病院  
旧 あがの市民病院  
登内恵里子：新 新潟大学医歯学総合病院  
旧 長岡赤十字病院  
日向 妙子：新 済生会川口総合病院  
旧 新潟大学医歯学総合病院  
廣川哲太郎：新 新潟市民病院  
旧 新潟大学医歯学総合病院  
廣川眞由子：新 長岡赤十字病院  
旧 村上総合病院  
宗岡 清香：新 新潟大学医歯学総合病院  
旧 自宅会員  
安田 麻友：新 魚沼基幹病院  
旧 新潟大学医歯学総合病院  
山田 大輔：新 県立新発田病院  
旧 魚沼基幹病院  
横尾 朋和：新 県立新発田病院  
旧 長岡赤十字病院

（五十音順，敬称略）

#### 〈新入会〉

大桃 俊幸：県立中央病院  
加藤奈都美：魚沼基幹病院  
笹川 輔：上越総合病院  
深津 俊介：新潟大学医歯学総合病院  
武藤 恵理：新潟大学医歯学総合病院  
渡部はるか：長岡赤十字病院

（五十音順，敬称略）

#### 〈退会〉

小山 淑文：令和3年3月13日ご逝去  
藤巻 幹夫：令和3年3月31日ご逝去

2. 専門医・指導医の新規申請，更新申請について  
（Ⅰ）令和2年度活動報告

- （1）専門医新規申請・資格更新及び指導医新規申請・資格更新について  
① 専門医新規申請者……5名（合格5名）  
② 専門医資格更新者……更新該当者：26名  
更新申請者：25名（合格25名）  
③ 指導医新規申請者……3名（合格3名）  
④ 指導医資格更新者……更新申請者：20名（合格19名）  
（暫定更新1名）

#### （Ⅱ）令和3年度活動方針

- （1）機構専門医資格更新について  
更新予定者：29名  
更新申請者：28名（1名更新延期申請）  
（2）指導医資格申請について  
新規申請者：0名  
（3）指導医資格更新について  
更新予定者：10名  
更新申請者：10名  
暫定指導医更新申請者：1名



## 令和3年度第2回定例理事会 (ハイブリッド開催)

時：令和3年10月30日（土）13：30～14：30

於：新潟大学医学部有壬記念館 2F大会議室

### 出席者

#### 〈会長〉

榎本 隆之

#### 〈理事〉

下越地区：浅野 堅策

新潟地区：徳永 昭輝（功）、児玉 省二（功）、

吉沢 浩志、広橋 武、

吉谷 徳夫（功）、高桑 好一（名）、

倉林 工、関根 正幸、戸田 紀夫

中越地区：鈴木 孝明、渡辺 重博、平澤 浩文、

安田 雅子、小林 弘子、相田 浩、

加勢 宏明、加嶋 克則、夏目 学浩

上越地区：有波 良成、小幡 宏昭

#### 〈監事〉

新井 繁、加藤 政美（功）

#### 〈名誉会員〉

半藤 保、田中 憲一

#### 〈功労会員〉

佐々木 繁、須藤 寛人

#### 〈教室〉

西島 浩二、安達 聡介、吉原 弘祐

### 欠席者

#### 〈理事〉

下越地区：遠山 晃、藤巻 尚

新潟地区：湯沢 秀夫、内山三枝子、工藤 久志

中越地区：佐藤 孝明、小菅 直人

#### 〈監事〉

後藤 司郎（功）

#### 〈名誉会員〉

金澤 浩二

(敬称略)

(名) 名誉会員

(功) 功労会員

### 〈次第〉

#### I. 報告事項

1. 会員異動について
2. 令和3年度第1回定例理事会 議案書面表決について
3. その他

#### II. 協議事項

#### I. 報告事項

1. 会員異動について

#### 〈異動〉

|       |                                 |
|-------|---------------------------------|
| 新井 龍寿 | 新：立川総合病院<br>旧：鶴岡市立荘内病院          |
| 今井 諭  | 新：柏崎総合医療センター<br>旧：立川総合病院        |
| 木谷 洋平 | 新：県立がんセンター新潟病院<br>旧：長岡赤十字病院     |
| 櫛谷 直寿 | 新：長岡赤十字病院<br>旧：済生会新潟病院          |
| 清水 圭太 | 新：新潟大学医歯学総合病院<br>旧：長岡中央総合病院     |
| 高橋 佳奈 | 新：長岡中央総合病院<br>旧：柏崎総合医療センター      |
| 高橋宏太郎 | 新：新潟大学医歯学総合病院<br>旧：県立がんセンター新潟病院 |
| 能仲 太郎 | 新：長岡赤十字病院<br>旧：新潟大学医歯学総合病院      |
| 深津 俊介 | 新：鶴岡市立荘内病院<br>旧：新潟大学医歯学総合病院     |
| 武藤 恵理 | 新：済生会新潟病院<br>旧：新潟大学医歯学総合病院      |
| 山本 寛人 | 新：新潟大学医歯学総合病院<br>旧：長岡赤十字病院      |

(五十音順、敬称略)

#### 〈入会〉

相田 桃奈（2019年卒）新潟大学医歯学総合病院  
佐藤 仁美（2020年卒）済生会新潟病院

〈ご逝去〉

高橋 威 先生（功労会員，H28退会）：

令和3年9月20日ご逝去

2. 令和3年度第1回定例理事会 議案書面表決について

令和2年度収支決算書ならびに令和3年度予算案について議案表決書（令和3年7月付）において全ての先生よりご承認いただいた。

3. その他

II. 協議事項

そ の 他



## 令和2年新潟大学医学部産科婦人科学教室 同窓会総会・集談会 プログラム

日時 令和2年12月19日(土) 14時50分より

場所 ホテルイタリア軒 (WEB配信併用)

◆ 14:50 - 15:50

### 一般演題

第1群 (14:50 - 15:20) \_\_\_\_\_ 座長 松下 充

1. 胎児貧血に至った抗Jra抗体陽性妊娠の一例

魚沼基幹病院 産婦人科

○山田 大輔, 川浪 真里, 甲田有嘉子, 吉田 邦彦,  
佐藤ひとみ, 加嶋 克則, 鈴木 美奈, 風間 芳樹

2. 妊娠中に子宮表面血管の破綻が原因で Spontaneous Hemoperitoneum in Pregnancy (SHiP) をきたした一例

長岡赤十字病院 産婦人科

○木谷 洋平, 安田 雅子, 登内恵里子, 山本 寛人,  
横尾 朋和, 松下 充, 本多 啓輔

3. インターネットを利用した民間団体が介入する特別養子縁組の経験

新潟市民病院 産婦人科

○菅井 駿也, 倉林 工, 小川裕太郎, 上村 直美,  
森川 香子, 常木郁之輔, 田村 正毅, 柳瀬 徹

第2群 (15:20 - 15:50) \_\_\_\_\_ 座長 山口 雅幸

4. Ⅲ/Ⅳ期卵巣癌における BRCA1/2 遺伝子検査と治療法の現状

県立がんセンター新潟病院 婦人科

○堀内 綾乃, 高橋宏太郎, 生野 寿史, 菊池 朗

5. 当院における保険適応下のリスク低減卵管卵巣摘出術 (RRSO) の導入と実施状況

新潟大学医歯学総合病院 産婦人科

○黒澤めぐみ, 西野 幸治, 武藤 恵里, 明石絵里菜,  
齋藤 宏美, 谷地田 希, 鈴木 美保, 工藤 梨沙,  
須田 一暁, 石黒 竜也, 南川 高廣, 安達 聡介,  
吉原 弘祐, 磯部 真倫, 小林 暁子, 西川 伸道,  
関根 正幸, 榎本 隆之

新潟大学医歯学総合病院 乳腺・内分泌外科

利川 千絵, 諸 和樹

新潟大学医歯学総合病院 遺伝子診療部

池内 健, 入月 浩美, 栗山 洋子, 藤田沙緒里

6. 腔式子宮全摘術後にリスク低減卵管卵巣摘出術を施行した一例

新潟大学大学院医歯学総合研究科 産科婦人科

○黒澤めぐみ, 西野 幸治, 安田 麻友, 明石絵里菜,  
齋藤 宏美, 鈴木 美保, 工藤 梨沙, 田村 亮,  
島 英里, 須田 一暁, 石黒 竜也, 安達 聡介,  
吉原 弘祐, 磯部 真倫, 小林 暁子, 山口 雅幸,  
西川 伸道, 関根 正幸, 榎本 隆之

◆ 15 : 50 – 16 : 20

令和2年産科婦人科学教室同窓会総会

◆ 16 : 20 – 16 : 40

学術奨励賞記念講演

ALDH-Dependent Glycolytic Activation Mediates Stemness and Paclitaxel Resistance in  
Patient-Derived Spheroid Models of Uterine Endometrial Cancer

国立研究開発法人 国立がん研究センター研究所  
がん分化制御解析分野

森 裕太郎 先生

◆ 16 : 50 – 17 : 50

特別講演

司会 榎本 隆之

「良質な general gynecology の提供のために

：がん検診・子宮筋腫・人工妊娠中絶」

大阪大学大学院医学系研究科

産科学婦人科学講座 教授

木村 正 先生

## 1. 胎児貧血に至った抗Jra抗体陽性妊娠の一例

魚沼基幹病院 産婦人科

○山田 大輔・川浪 真里・甲田有嘉子・吉田 邦彦・  
佐藤ひとみ・加嶋 克則・鈴木 美奈・風間 芳樹

### 【緒言】

一般的に抗Jra抗体による胎児貧血は稀であり、発症しても軽症なことが多い。今回、胎児貧血を発症した抗Jra抗体陽性妊娠を経験したので報告する。

### 【症例】

34歳自然妊娠。4妊1産（自然流産歴2回、帝王切開1回）。初期検査で抗Jra抗体陽性で抗体価8倍だった。その後4週間毎に抗体価計測していたが上昇はなく、超音波検査でも胎児貧血を認めなかった。33週3日にMCA-PSV上昇と、抗体価の上昇を認め、胎児貧血疑いで同日入院管理とした。33週5日に胎動減

少、Non-stress test (NST) でvariabilityの減少を認め、超音波各血流パラメーターは正常域であったが緊急帝王切開をした。新生児はNICUへ入院。出生時よりHb 11.6g/dlと貧血を認めた。その後貧血の進行は認めず、徐々に軽快し生後40日で退院した。

### 【考察】

抗Jra抗体陽性妊娠は重症胎児貧血を起こす危険性を有している。MCA-PSVだけではなく、胎動減少やNSTの変化にも注目して総合的に判断する必要がある。

## 2. 妊娠中に子宮表面血管の破綻が原因で Spontaneous Hemoperitoneum in Pregnancy (SHiP) をきたした一例

長岡赤十字病院 産婦人科

○木谷 洋平・安田 雅子・登内恵里子・山本 寛人・  
横尾 朋和・松下 充・本多 啓輔

症例は26歳、1妊0産。妊娠31週3日に切迫早産の診断で前医へ入院し、子宮収縮抑制薬を投与開始、約5時間後に母体の突然の意識低下と血圧低下を認めたため、当院救急外来へ搬送となった。経腹超音波検査では特記所見を認めず、妊娠初期に6cm大の左卵巣子宮内膜症性嚢胞を認めていたとの情報および強い腹痛の訴えから、卵巣腫瘍破裂を疑いMRI検査を施行した。画像所見では明確な出血源を指摘できなかったものの腹腔内に多量の出血を認め、検査後のCTGでNRFS所見を認めたため緊急帝王切開術を施行した。

児は体重2085g、Apgar score 1/2/5点 (1/5/10分)であった。腹腔内を検索し、左卵巣腫瘍からは出血を認めず、子宮底部左後壁の漿膜表面にある子宮内膜症病変から露出した1本の血管から拍動性の出血を認めたため、同部位を結紮止血し、左卵巣腫瘍も摘出した。出血量は4550ml (羊水込み)、術中所見よりSpontaneous Hemoperitoneum in Pregnancy (SHiP)と診断した。母は術後8日目、児は日齢59 (修正39週6日)に退院となった。



### 3. インターネットを利用した民間団体が介入する 特別養子縁組の経験

新潟市民病院 産婦人科

○菅井 駿也・倉林 工・小川裕太郎・上村 直美・  
森川 香子・常木郁之輔・田村 正毅・柳瀬 徹

特別養子縁組を仲介する機関として児童相談所が知られるが、今回、我々は民間団体が介する特別養子縁組の経験をした。

症例は20歳、1妊0産、未婚。既往歴や合併症なし。妊娠には気がついていて健診は一度も受診していなかった。保健所に相談があり、当院受診となった。最終月経は不明であり、BPDより受診日を妊娠30週2日とし分娩予定日を決定した。胎児超音波では構造異常の指摘はなし。実親となるべきパートナーと同居していたが、経済および社会的に育児能力はない状況で

あった。当院受診前にインターネットで民間団体に直接連絡を取り、その団体を介して特別養子縁組に出すことが決まっていた。当院では初めての対応かつCovid19の収束していない状況下のため、院内臨床倫理委員会で民間団体への依頼の正当性を確認し、関連部署にて手順を検討した。妊娠40週1日に正常経膈分娩となり産褥5日目に退院した。児は産褥6日目に県外の養親へ引き渡された。

特別養子縁組には、児童相談所の他に民間団体を介する方法を認識する必要がある。

### 4. III/IV期卵巣癌におけるBRCA1/2遺伝子検査と治療法の現状

県立がんセンター新潟病院 婦人科

○堀内 綾乃・高橋宏太郎・生野 寿史・菊池 朗

#### 【目的と方法】

BRCA1/2遺伝子変異陽性のIII/IV期卵巣癌に対するオラパリブ維持療法が保険適応になり、当院でも遺伝子検査を実施している。検査状況を把握することを目的とし後方視的に調査した。

#### 【結果】

2019年3月～2020年7月に初回治療を施行した進行卵巣癌の症例は35例で、早期に治療中断や転院した6例を除いた29例で検討をおこなった。組織型は漿液性癌22例、明細胞癌4例、癌肉腫1例、不明2例であった。PDS施行7例で、NAC施行22例であった。BRCA1/2遺伝子検査は全例にICされ、29例中26例

(90%)で施行されていた。検査の時期は化学療法開始前～2コース中17例、それ以降が9例であった。BRCA1/2遺伝子変異陽性は5例で陽性率19%であった。全例が漿液性癌で、4例に乳癌の重複を認めた。遺伝カウンセリングは3例で施行済み、1例は希望されず、1例は検討中であった。

#### 【結論】

当院における進行卵巣癌のBRCA1/2遺伝子検査のIC施行率は100%、実施率は90%、変異陽性率は19%であった。検査は早期に行われている症例が多かったが、遅い症例もあり今後の課題である。

## 5. 当院における保険適応下のリスク低減卵管卵巣摘出術 (RRSO) の導入と実施状況

新潟大学医歯学総合病院 産婦人科

○黒澤めぐみ・西野 幸治・武藤 恵里・明石絵里菜・  
齋藤 宏美・谷地田 希・鈴木 美保・工藤 梨沙・  
須田 一暁・石黒 竜也・南川 高廣・安達 聡介・  
吉原 弘祐・磯部 真倫・小林 暁子・西川 伸道・  
関根 正幸・榎本 隆之

同 乳腺・内分泌外科

利川 千絵・諸 和樹

同 遺伝子診療部

池内 健・入月 浩美・栗山 洋子・藤田沙緒里

2020年4月から遺伝性乳癌卵巣癌症候群 (HBOC) 診療の一部が保険適応となったが、中でも早期発見が難しく有効な検診もない卵巣癌に対するリスク低減卵管卵巣摘出術 (RRSO) が保険適応になった影響は非常に大きい。

### 【目的】【方法】

保険適応後の当院でのRRSO実施症例について、倫理委員会の承認の下、後方視的調査を行った。

### 【成績】

当院では、2017年に新規医療技術委員会の認定を受け、自費診療としての卵巣サーベイランス並びにRRSOの実施体制を整えた。保険承認以前の2020年4月以前でのRRSO実施は0件であったが、保険承認後、2020年10月～2021年8月までに10件のRRSOを実施した。年齢は38～63歳、原疾患はすべて乳がん、

BRCA1/2変異がそれぞれ6/4例であった。すべての症例で腹腔鏡下手術を行い、10例中4例は乳腺外科・形成外科との協力のもと、対側のリスク低減乳房切除術並びに乳房再建も同時に行った。ここまで、STICやp53 signature含め、摘出卵巣卵管に悪性所見を認めた症例はない。なお、新潟県内でのRRSO実施可能施設は現時点で当院のみであり、10例中6例は県内遠方施設よりの紹介、1例は隣県よりの紹介であった。また、乳がん術後化学療法中、分娩後授乳中等の複数例がRRSOを待機中である。

### 【結論】

保険診療でのRRSOを希望する症例が増加しており、地域における病院間連携によって効率の良いHBOC診療を進めていく必要がある。

## 6. 腔式子宮全摘術後にリスク低減卵管卵巢摘出術を施行した一例

新潟大学医歯学総合研究科 産婦人科

○黒澤めぐみ・西野 幸治・安田 麻友・明石絵里菜・  
齋藤 宏美・鈴木 美保・工藤 梨沙・田村 亮・  
島 英里・須田 一暁・石黒 竜也・安達 聡介・  
吉原 弘祐・磯部 真倫・小林 暁子・山口 雅幸・  
西川 伸道・関根 正幸・榎本 隆之

### 【緒言】

リスク低減卵管卵巢摘出術 (Risk Reducing Salpingo-Oophorectomy: RRSO) は遺伝性乳癌卵巢癌 (Hereditary breast and ovarian cancer: HBOC) 患者に対する卵巢癌の発症予防を目的とした手術であり、卵巢癌・卵管癌の発症リスクおよび全死亡リスクを減少させることがわかっている。2020年4月から遺伝性乳癌卵巢癌症候群 (HBOC) 診療の一部が保険適用となり、乳癌既発症者に対するRRSOが保険適用となった。当院でも2020年10月より保険適用下のRRSOを開始した。当院でのRRSOについて、実際の症例を交え報告する。

### 【症例】

56歳女性、2妊2産で44歳時に子宮筋腫に対し腔式子宮全摘術、53歳時に右乳癌に対し右乳房全摘術+センチネルリンパ節生検+乳房再建術を行った既往がある。母：乳癌、母方叔母：卵巢癌の家族歴があり、乳癌の術前スクリーニングにてBRCA2病的バリエーションを認めた。X-2年、卵巢サーベイランスを希望したため当科を受診され、以後計5回の自費でのサーベイランスを行った。X年リスク低減手術を希望され、腹腔鏡下のRRSO+リスク低減左乳房切除術+乳房再建術を行う方針となった。手術時間は5時間40分、出血量は少量であった。乳房再建に使用したティッシュエクспанダー破損のため術後12日目に再挿入術を施行、術後18日目に退院した。

### 【考察】

保険適用でのRRSO施行にあたってはRRSO前の遺伝カウンセリング、RRSO前カンファレンスが必須となり、当院でも産婦人科臨床遺伝専門医によるカウンセリングと産婦人科・乳腺外科・遺伝診療部から構成されるHBOC meetingを行なっている。手術の際には腹腔内の十分な観察と骨盤漏斗韧带は肉眼的な卵巢断端から2cm以上離して切断する必要がある。病理検体処理はSEE-FIMプロトコルに則って行なっている。

腔式子宮全摘術の術式は様々であるが、術後の卵巢固有韧带・卵管・円韧带の断端は腹腔街に固定されることが多く、卵管狭部や固有韧带断端は腹腔側から観察できない。卵巢癌の発生は卵管采とされているが、それ以外の部位からの発生報告もあるため、RRSOでは卵管采だけでなく全卵管を摘出する必要がある。本症例は腔式子宮全摘術後かつ閉経後であり、超音波断層法で付属器を同定できず、乳房再建の体内異物のためMRIも撮影できなかったため腹腔内所見の予想が困難であった。本症例では腔内にバジパイプを挿入し、腔断端部や膀胱の確認を行い膀胱損傷や腔断端を解放することなくRRSOを施行することができた。

### 【結語】

今回腔式子宮全摘術後でも安全にRRSOを低侵襲手術で施行することができた。RRSOはリスク対効果が極めて大きい治療法であり、保険適用となった今、さらなる症例増加が見込まれるため、RRSOについての正しい知識の普及が望まれる。

## 第36回新潟産科婦人科手術・内視鏡下手術研究会プログラム

日時 2021年2月13日(土) 15時00分より

開催方法: ハイブリット開催 (WEB参加は事前登録制)

会場: 有壬記念館2F 新潟市旭町通り1-757 TEL: 025-227-2037

WEB参加URL: [https://zoom.us/webinar/register/WN\\_j9\\_h6a5tQHGYHciDHRCRcw](https://zoom.us/webinar/register/WN_j9_h6a5tQHGYHciDHRCRcw)

※WEB参加方法に関しては別紙参照

### ◆情報提供 15:00~15:15

科研製薬株式会社

### ◆15:15~16:00

一般演題 ————— 座長: 新潟大学医学部 産科婦人科学教室 助教 磯部 真倫 先生

#### 1. 子宮筋腫に対する腹腔鏡下子宮全摘術(TLH)において、細切時に子宮筋腫を遺残したと思われる一例

済生会新潟病院 産婦人科

○櫛谷 直寿, 藤田 和之, 山田 京子, 芹川 武大,  
長谷川 功, 吉谷 徳夫

#### 2. 産褥に発症した巨大漿膜下子宮筋腫茎捻転の1例

魚沼基幹病院 産婦人科

○川浪 真里, 鈴木 美奈, 山田 大輔, 甲田有嘉子,  
吉田 邦彦, 佐藤ひとみ, 加嶋 克則, 風間 芳樹

#### 3. 腹腔鏡下仙骨陰固定術術後再発に関する検討

新潟大学医歯学総合病院 産婦人科

○安田 麻友, 小林 暁子, 黒澤めぐみ, 齋藤 宏美,  
鈴木 美保, 工藤 梨沙, 田村 亮, 島 英里,  
石黒 竜也, 安達 聡介, 吉原 弘祐, 磯部 真倫,  
西野 幸治, 山口 雅幸, 西川 伸道, 関根 正幸,  
榎本 隆之

#### 4. 新規メッシュ「ORIHIME」を用いたTVM手術での術式変更

厚生連長岡中央総合病院 産婦人科

○加勢 宏明, 清水 圭太, 春谷 千智, 横田 有紀,  
古俣 大

◆特別講演 16：10～17：10

座長：新潟大学大学院医歯学総合研究科 産科婦人科

教授 榎本隆之先生

「総排泄腔異常症に対する治療戦略」

新潟大学大学院医歯学総合研究科 小児外科学分野

教授 木下義晶先生

## 1. 子宮筋腫に対する腹腔鏡下子宮全摘術 (TLH) において、 細切時に子宮筋腫を遺残したと思われた一例

済生会新潟病院 産婦人科

○櫛谷 直寿・藤田 和之・山田 京子・芹川 武大・  
長谷川 功・吉谷 徳夫

腹腔鏡下子宮全摘術 (TLH) において標本の細切時に子宮筋腫を腹腔内に遺残したと思われる症例を経験したので報告する。症例は45歳女性。主訴は下腹部痛、月経困難。X年6月25日に下腹部痛のために近医内科を受診した。下腹部に新生児頭大の腫瘤を指摘され、子宮筋腫が疑われ同年7月7日に当科を紹介受診した。経腔超音波検査で子宮底部に8.0cm大の子宮筋腫を認め、TLHの方針となった。同年7月29日にTLHを施行した。腹腔内を観察すると子宮底部に10cm大の子宮筋腫を認めた。切除した子宮は電気メスで細切しながら臍部の創から回収を行った。腔断端の縫合を行い、止血確認の後、腹腔内全体を観察し手術を終了した。術後病理診断は多発子宮筋腫、子宮腺筋症となった。術後経過に問題はなく、術後3日目に退院となった。同年8月18日 (術後20日) の経腔超

音波検査で腹腔内に4.6cm大の腫瘤影を認めた。MRI検査を施行し、骨盤内正中にT1, T2強調像とともに低信号を示す腫瘍を認め、子宮筋腫の遺残が疑われた。術後の子宮筋腫遺残の経過を追った報告はなく、摘出手術の方針とした。X年10月9日に腹腔鏡補助下腫瘍摘出術を施行した。腹腔内に大網に覆われた5cm大の腫瘍を認め、摘出を行った。手術後の経過は良好であった。病理診断は平滑筋腫であった。子宮筋腫に対する手術後に腹腔内に平滑筋腫を生じるParasitic myomaはいくつか報告されているが、通常これらは数年以上かけて微細な筋腫断片が増大し発見されると考えられている。本症例では1か月足らずで腹腔内に平滑筋腫を認めており、術中標本の細切時に腹腔内に落ち込んだ子宮筋腫の断片を遺残したものと考えられた。

## 2. 産褥に発症した巨大漿膜下子宮筋腫茎捻転の1例

魚沼基幹病院 産婦人科

○川浪 真里・鈴木 美奈・山田 大輔・甲田有嘉子・  
吉田 邦彦・佐藤ひとみ・加嶋 克則・風間 芳樹

### 【緒言】

産褥期に発症した巨大漿膜下子宮筋腫茎捻転の1例を経験した。

### 【症例】

40歳、3妊3産。以前より漿膜下子宮筋腫を指摘されていた。X年7月第3子妊娠中に筋腫変性痛で入院した。X年9月经腔分娩となった。X年12月下腹部痛で当科に入院した。子宮底部に10cm大の漿膜下筋腫を認め、同部に圧痛があった。発熱と炎症反応上昇があり、漿膜下筋腫の変性・感染合併を疑い抗生剤投与を開始した。造影MRIでは10cm大の漿膜下筋腫を認

め、筋腫内に造影効果を認めなかった。抗生剤治療後も疼痛・発熱は続いており、腹腔鏡下子宮筋腫核出術を施行した。筋腫は周囲と癒着し、茎捻転を起こしていた。筋腫茎を切離し、筋腫は回収バックにいれ臍部から摘出した。子宮筋腫は440g、病理は平滑筋腫であった。術後は解熱し腹痛も改善、術後5日目に退院となった。

### 【結語】

漿膜下筋腫を有する患者が急性腹症を起こした場合、茎捻転も念頭におき治療を行うことが重要である。



### 3. 腹腔鏡下仙骨腔固定術術後再発に関する検討

新潟大学医歯学総合病院 婦人科

○安田 麻友・小林 暁子・黒澤めぐみ・齋藤 宏美・  
鈴木 美保・工藤 梨沙・田村 亮・島 英里・  
石黒 竜也・安達 聡介・吉原 弘祐・磯部 真倫・  
西野 幸治・山口 雅幸・西川 伸道・関根 正幸・  
榎本 隆之

腹腔鏡下仙骨腔固定術 (LSC) は開脚障害や性交渉のある若い女性に良い適応となる骨盤臓器脱の術式とされている。当院で術後再発を認めた2症例を検討した。症例1は70代女性, 3妊2産, 膀胱瘤, POP-QスコアでステージⅢにてLSCを施行した。術後3か月の経腔超音波検査にて子宮前壁のメッシュが外れている所見を認めた。術後11か月より腹圧性尿失禁, 膀胱瘤を認めたために再手術を施行した。メッシュが外れAa点までメッシュが覆えておらず, 初回のメッシュの上から新たなメッシュで固定し, メッシュアー

ムのゆるみを2点縫縮にて矯正した。症例2は50代女性, 1妊1産, 子宮脱, POP-QスコアでステージⅢにてLSCを施行した。術後10か月で小腸瘤を認めたため, 会陰体形成術, 肛門挙筋縫縮を施行した。初回手術後のダグラス窩の落ち込みによって小腸瘤を発生したと考える。

再発を予防のために, 術式の工夫と生活指導が必要であり, 縫合の強度, 高位ダグラス腹膜閉鎖法, 術中に気腹を解除しメッシュのテンション調整, 術後の1か月の運動制限の指導等が有用と考える。

### 4. 新規メッシュ「ORIHIME」を用いたTVM手術での術式変更

厚生連長岡中央総合病院 産婦人科

○加勢 宏明・清水 圭太・春谷 千智・横田 有紀・  
古俣 大

#### 【目的】

ORIHIMEを用いたTVM手術の現状について検討する。

#### 【方法】

2019年5月から2020年1月に当科で施行したORIHIMEを用いたTVM手術 (ORIHIME群) 58例について, 2019年4月までにおこなった直近のPolyformを用いたTVM手術 (Polyform群) 100例と比較検討した。全てUphold法で施行した。Polyform群はarm幅2cmであった。ORIHIME群はarm幅3cmでおこない, 14例目まではarm断端を皮下に固定し, 15例目以降では, armに切り込みを入れて施行した。

#### 【結果】

(1) 年齢, 経産数, BMIに差はなかった。

- (2) stageⅢ以上の重症例はPolyform群の25例 (25.0%) に対しORIHIME群10例 (13.8%) と有意に減少していた ( $p=0.001$ )。
- (3) 併施手術のないORIHIME群27例で手術時間は  $44.2 \pm 11.9$  分, 出血  $67.2 \pm 133.5$  mLであり, 併施手術のないPolyform群52例と差はなかった。入院日数も差はなかった。
- (4) stageⅡ以上の再発はPolyform群で5例 (5.0%), ORIHIME群で7例 (12.1%) であった。Polyform群は3例で腔入口部のメッシュ滑脱と推定されたが, ORIHIME群は5例でarm部分のズレが推測された。

#### 【結論】

今後はさらにarm部分のズレへの対応が必要と考えられる。

## 第187回 新潟産科婦人科集談会

日時 令和3年2月14日(日) 15時40分より  
場所 有壬記念館2階 大会議室 (WEB併用)

### —一般演題—

◆15:40—16:30

座長：南川 高廣

#### 1. 子宮頸部筋腫に対する腹腔鏡下单純子宮全摘術

～側方処理のメルクマール～

新潟大学大学院医歯学総合研究科 産科婦人科

○渡部はるか, 小林 暁子, 安田 麻友, 黒澤めぐみ,  
齋藤 宏美, 鈴木 美保, 工藤 梨沙, 田村 亮,  
島 英里, 石黒 竜也, 安達 聡介, 吉原 弘祐,  
磯部 真倫, 西野 幸治, 山口 雅幸, 西川 伸道,  
関根 正幸, 榎本 隆之

#### 2. 進行上皮性卵巣癌/卵管癌/原発性腹膜癌におけるペバシズマブを併用した術前化学療法の有用性

新潟市民病院 産婦人科

○小川裕太郎, 倉林 工, 柳瀬 徹, 田村 正毅,  
常木郁之輔, 森川 香子, 上村 直美, 菅井 駿也

#### 3. 在宅酸素療法を使用しながら妊娠, 分娩となった2例

長岡赤十字病院 産婦人科

○登内恵里子, 山本 寛人, 木谷 洋平, 横尾 朋和,  
松下 充, 本多 啓輔, 安田 雅子

#### 4. 当科におけるレボノルゲストレル放出子宮内システム使用症例の検討

厚生連長岡中央総合病院 産婦人科

○清水 圭太, 春谷 千智, 横田 有紀, 古俣 大,  
加勢 宏明

#### 5. 稀少部位子宮内膜症に対するジエノゲストによる長期管理

～当科で経験した胸腔子宮内膜症2例～

新潟県立中央病院 産婦人科

○葛野悠里子, 大野 正文, 沼田 雅裕, 松下 充,  
有波 良成



－特別講演－

◆ 16：40－17：40

座長 榎 本 隆 之

「産婦人科医のための形成外科学」

新潟大学大学院医歯学総合研究科

形成・再建外科学教室 教授

松 田 健 先生

# 1. 子宮頸部筋腫に対する腹腔鏡下单純子宮全摘術 ～側方処理のメルクマール～

新潟大学大学院医歯学総合研究科 産婦人科

○渡部はるか・小林 暁子・安田 麻友・黒澤めぐみ・  
齋藤 宏美・鈴木 美保・工藤 梨沙・田村 亮・  
島 英里・石黒 竜也・安達 聡介・吉原 弘祐・  
磯部 真倫・西野 幸治・山口 雅幸・西川 伸道・  
関根 正幸・榎本 隆之

## 【緒言】

子宮頸部筋腫に対する腹腔鏡下子宮全摘（TLH）では子宮動静脈や尿管が腫大した頸部に張り付くように近づき、さらに鏡視下で腔円蓋が不明となりやすく、膀胱、子宮血管束の高さに誤認が生じやすいため子宮全摘術に難渋することが多い。今回、子宮頸部筋腫に対して安全にTLHを施行できた症例を経験したため、有用であった解剖学的メルクマールについて考察した。

## 【症例】

48歳女性、頸部筋腫による排尿困難症状のためTLHの方針となった。術前のMRIにて筋腫は頸部後壁主体で65mm大であった。

## 【手術所見】

骨盤内を観察すると癒着はなく、子宮の可動性は良

好であった。子宮頸部後壁に筋腫を認めたが、仙骨子宮靱帯付着部は視認することができた。側方アプローチにて尿管を同定し尿管トンネル入り口部まで剥離。仙骨子宮靱帯付着部との高さと尿管トンネルの位置から腔円蓋の位置を推定して、膀胱、子宮血管束の処理範囲を決めた。筋腫のためバジパイプを挿入できなかったが、尿管トンネルと仙骨子宮靱帯付着部をメルクマールとすることで適切な円蓋部の高さでの切除が可能であった。

## 【まとめ】

尿管トンネル入口部と仙骨子宮靱帯付着部を側方処理のメルクマールとすることが、オーバーランによる尿管損傷を回避し安全なTLHを行うためのポイントとなりうる。

## 2. 進行上皮性卵巣癌/卵管癌/原発性腹膜癌における ベバシズマブを併用した術前化学療法の有用性

新潟市民病院 産婦人科

○小川裕太郎・倉林 工・柳瀬 徹・田村 正毅・  
常木郁之輔・森川 香子・上村 直美・菅井 駿也

### 【目的】

初回手術で切除不能と考えられる進行上皮性卵巣癌/卵管癌/原発性腹膜癌（以下進行例）に対してパクリタキセル+カルボプラチン（TC）にベバシズマブ（B）を併用したNACを施行し、その有用性を検討した。

### 【方法】

2018年以降の進行例のうちNACにTCBを用いた10例とTCを用いた3例およびNACを施行しなかった8例との間で、治療前およびNAC後のCA125値（U/mL）、NACの奏効率、手術完遂度などにつき検討した。

### 【結果】

TCB例の化療前後のCA125値は2048、33.8。TC例では2944、19.6と両群で化療後に有意に低下していた。RECISTによる奏効率はTCB例で100％、TC例で66.7％であった。手術完遂度は、TCB例で完全摘出3例、optimal手術6例、suboptimal手術1例、試験開腹術0例であった。TC例では、同0例、2例、0例、1例。NACを施行しなかった進行例では、同1例、2例、2例、3例であり、TCB例で良好な傾向にあった。

### 【結論】

進行例におけるTCBによるNACは奏効率および手術完遂度の向上が期待でき、その有用性が示唆された。

## 3. 在宅酸素療法を使用しながら妊娠、分娩となった2例

長岡赤十字病院 産婦人科

○登内恵里子・山本 寛人・木谷 洋平・横尾 朋和・  
松下 充・本多 啓輔・安田 雅子

妊娠中の母体の低酸素状態は、母体高血圧と胎児発育不全を引き起こすことがある。在宅酸素療法を使用しながら、妊娠・分娩管理を行った2例を経験したため、報告する。

### 症例1；

多発肺転移を伴う甲状腺乳頭癌のために在宅酸素療法中であった。妊娠成立後、呼吸状態は悪化したが、呼吸器内科・呼吸サポートチームと連携をとり、酸素投与量増量により管理を行った。母体血圧正常、胎児発育良好で、妊娠38週に経膈分娩となった。

### 症例2；

皮膚筋炎および間質性肺炎の管理中に妊娠成立し、妊娠27週から在宅酸素療法を導入した。妊娠36週で前期破水、帝王切開術にて分娩となった。母体血圧は正常、児はLight for datesであった。

2例とも、妊娠の影響で呼吸状態は悪化したが、呼吸器内科や呼吸サポートチームと連携し、ほぼ満期での生児獲得に至った。チームでの連携を密にとり、適切な酸素濃度を維持することが重要である。

## 4. 当科におけるレボノルゲストレル放出子宮内システム 使用症例の検討

厚生連長岡中央総合病院 産婦人科

○清水 圭太・春谷 千智・横田 有紀・  
古俣 大・加勢 宏明

### 【対象/方法】

2015 - 2019年に当科にてレボノルゲストレル放出子宮内システムを挿入した63症例中、再挿入した症例を除外した54症例について検討した。また、治療目的に使用した44症例については効果も検討した。

### 【結果】

年齢  $41.9 \pm 6.52$  歳, BMI  $21.8 \pm 3.89$  であった。また子宮筋腫・子宮腺筋症32例, 子宮内膜症4例, 機能性月経困難症17例, 避妊目的10例で使用していた。既往は円錐切除1例, GnRha投与5例で認めた。治療効果は過多月経で28例 (63.6%), 月経困難症で26例 (59.1%) に改善を認めた。27例 (61.4%) が使用継

続し, 他剤変更6例 (13.6%), 手術移行5例 (11.4%) であった。副作用は28例 (51.9%) で認め, 不正出血を25例 (46.3%) で認めた。1年以内の滑脱は7例 (13.0%) で認め, 5cmを超える筋腫を持つ症例6例のうち3例で認めた。

### 【考察】

第3相比較試験で過多月経有効率は84.8%であり, 乖離を認めた。副作用は, 不正出血がその9割を占め, 販売後審査結果と大きな乖離はなかった。子宮筋腫が5cm以上の症例で滑脱が多く, 注意が必要である。

## 5. 稀少部位子宮内膜症に対するジエノゲストによる長期管理 ～当科で経験した胸腔子宮内膜症2例～

新潟県立中央病院 産婦人科

○菅野悠里子・大野 正文・沼田 雅裕・松下 充・  
有波 良成

### 【背景】

稀少部位子宮内膜症は内膜症全体の1~12%に見られ, その1つに胸腔子宮内膜症がある。当科で管理中の胸腔子宮内膜症2例を報告する。

### 【症例1】

34歳, 2妊2産, 月経随伴性気胸に対し手術治療後も気胸再発を繰り返し, 治療目的に当科初診。GnRHアゴニスト皮下注射を6回施行した後, ジエノゲスト内服開始。妊娠分娩による休薬期間は再発を繰り返したが, 現在ジエノゲスト内服で3年6ヶ月再発なく経過。

### 【症例2】

40歳, 3妊2産, 月経中の胸痛をくり返し当科初診。MRIで横隔膜子宮内膜症と診断された。GnRHアゴニスト皮下注射6回施行した後, ジエノゲスト内服開始し, 現在3年2ヶ月発症なく経過。

### 【結語】

稀少部位子宮内膜症は外科的根治術に内分泌治療を組み合わせることで再発率を低減出来るとされ, 長期薬物療法が必要となる。再発予防には治療薬服用の高いコンプライアンスが求められ, ジエノゲストはその1つである。

## 第189回 新潟産科婦人科集談会

日時 令和3年10月30日（土）14時40分より

場所 有壬記念館2階 大会議室

### ■新潟産科婦人科学会総会

14：40－15：30

### ■新潟県産婦人科医会総会

### ■集談会

#### — 一般演題 —

第1群 ————— 座長 石黒 竜也

#### ◆15：40－16：25

##### 1. 「重症卵巣過剰刺激症候群の2例」

新潟大学大学院医歯学総合研究科 産科婦人科

○斎藤多佳子，小林 暁子，黒澤めぐみ，齋藤 宏美，  
谷地田 希，工藤 梨沙，島 英里，南川 高廣，  
石黒 竜也，磯部 真倫，西野 幸治，西川 伸道，  
関根 正幸，榎本 隆之

##### 2. 帝王切開後の腹腔内出血により出血性ショックを呈し，産褥搬送された一例

新潟県立中央病院 産婦人科

○大桃 俊幸，沼田 雅裕，松下 充，有波 良成

##### 3. 子宮動脈塞栓術後に子宮内容除去術を施行した帝王切開瘢痕部妊娠の1例

長岡赤十字病院 産婦人科

○小林 琢也，木谷 洋平，渡部はるか，櫛谷 直寿，  
廣川真由子，山本 寛人，堀内 綾乃，能仲 太郎，  
本多 啓輔，安田 雅子

第2群 ————— 座長 工藤 梨沙

#### ◆16：30－17：15

##### 4. 帝王切開術後の子宮筋層離開に対し，子宮全摘出術を施行後に判明した類上皮性トロホプラスト腫瘍の一例

新潟市民病院 産婦人科

○廣川哲太郎，常木郁之輔，小川裕太郎，上村 直美，  
森川 香子，田村 正毅，柳瀬 徹，倉林 工

新潟市民病院 病理診断科

橋立 英樹

5. 経腔的内視鏡補助下子宮全摘術の初期経験

長岡中央総合病院 産婦人科

○清水 圭太, 古俣 大, 春谷 千智, 横田 有紀,  
加勢 宏明

6. 腹腔鏡下手術を施行した後腹膜嚢胞の一例

新潟大学地域医療教育センター 魚沼基幹病院 産婦人科

○甲田有嘉子, 加嶋 克則, 加藤奈都美, 安田 麻友,  
吉田 邦彦, 佐藤ひとみ, 鈴木 美奈, 風間 芳樹

◆ 17:20 – 17:40

— 情報提供 —

新潟県がん・生殖医療ネットワークについて

新潟大学医学部 産科婦人科学教室

石 黒 竜 也

◆ 17:50 – 18:50

座長 榎 本 隆 之

— 特別講演 —

HTLV-1 母子感染の現状と最近の話題

長崎大学医歯薬学総合研究科産科婦人科学 教授

三 浦 清 徳 先生

## 1. 重症卵巣過剰刺激症候群の2例

新潟大学大学院医歯学総合研究科 産科婦人科

○斎藤多佳子・小林 暁子・黒澤めぐみ・齋藤 宏美・  
谷地田 希・工藤 梨沙・島 英里・南川 高廣・  
石黒 竜也・磯部 真倫・西野 幸治・西川 伸道・  
関根 正幸・榎本 隆之

重症の卵巣過剰刺激症候群（OHSS）の症例を2例経験したので報告する。症例1は37歳0妊0産、4年前より当院で不妊治療。今回ショートプロトコルで卵巣刺激しhCG投与、21個採卵15個全胚凍結を実施した。翌日腹部膨満感が出現し軽症OHSS発症、外来で加療したが重症化入院。ドパミン、アルブミン等を投与し改善、退院した。症例2は34歳1妊1産、前医で不妊治療のため通院しており、クロミフェンとhMGで調節卵巣刺激されタイミング施行。12日後に

重症OHSS発症、当院に搬送入院。ドパミン、アルブミンに加えて、腹水濾過濃縮再静注法を計6回実施。徐々に回復し前医に転院。症例1では当初軽症OHSSと考えた時点で中等症と考えても良い所見を認めており早めの介入が有効であった可能性があった。症例2は妊娠を中止するべきE2値、卵胞数ではなかったが、PCOSであり多数の小さい卵胞からOHSS重症化を予測する因子となりえた可能性があった。

## 2. 帝王切開術後の腹腔内出血により出血性ショックを呈し、 産褥搬送された一例

新潟県立中央病院 産婦人科

○大桃 俊幸・沼田 雅裕・松下 充・有波 良成

### 【症例】

28歳、3妊2産、帝王切開術1回。前医で妊婦健診、既往帝切のため38週1日に帝王切開術が施行され術後に腹腔内血腫による出血性ショックを呈し、同日当院に産褥搬送された。

当院到着時にはShock Index: 1.98であり産科危機的出血としてRBC6単位、FPP6単位より緊急輸血を開始。造影CTにより左子宮動脈が出血点と同定され、放射線科医が対応可能であり、子宮動脈塞栓術を行う方針となった。

術中に低フィブリノゲン血症（91.2mg/dL）を認め、容量過負荷の回避と急速な補充のためにフィブリノゲン製剤3gを用いて補充を行った。塞栓術は左子宮動脈に対してマイクロコイルでの塞栓が奏功した。術後は血行動態が安定し、フィブリノゲン値も改善していた。術後経過は良好で感染兆候や血腫の増大、バイタルの悪化等を認めず、術後11日目に退院となった。1か月健診時には腹腔内の明らかな血腫を認めていない。



### 3. 子宮動脈塞栓術後に子宮内容除去術を施行した 帝王切開癒痕部妊娠の1例

長岡赤十字病院 産婦人科

○小林 琢也・木谷 洋平・渡部はるか・櫛谷 直寿・  
廣川眞由子・山本 寛人・堀内 綾乃・能仲 太郎・  
本多 啓輔・安田 雅子

帝王切開癒痕部妊娠（CSP）は、大量出血や癒着胎盤などのハイリスクであるが、国内で統一された治療ガイドラインはない。今回、メトトレキサート（MTX）投与後にhCG上昇が持続し、子宮動脈塞栓術（UAE）と子宮内容除去術（D&E）を施行した1例を経験したので報告する。

症例は29歳。4妊2産（人工妊娠中絶1回、帝王切開2回）。自然妊娠成立後CSPの疑いで当科紹介となり（最終月経より妊娠5週1日）、経陰超音波検査と造影MRIで診断確定した。胎児心拍陽性、血清hCG

は9588 mIU/mLであった。腹痛や性器出血は認めなかった。妊娠継続はハイリスクと説明し、KCI局所投与で胎児発育を停止させた後、6病日にMTXを全身投与した。hCGの上昇が持続したため、8病日にUAEを施行後10病日にD&Eを施行した。hCGは低下傾向となり、術後合併症もなく16病日に退院とした。70病日（D&E後60日）の時点でhCGは陰性化し、経過良好である。次回妊娠もハイリスクであり、引き続き注意が必要と考えている。

### 4. 帝王切開術後の子宮筋層離開に対し、子宮全摘出術を施行後に 判明した類上皮性トロホプラスト腫瘍の一例

新潟市民病院 産婦人科

○廣川哲太郎・常木郁之輔・小川裕太郎・上村 直美・  
森川 香子・田村 正毅・柳瀬 徹・倉林 工  
新潟市民病院 病理診断科  
橋立 英樹

類上皮性トロホプラスト腫瘍（epithelioid trophoblastic tumor (ETT)）は、中間型トロホプラスト腫瘍の一つであり、絨毛膜無毛部の中間型栄養膜細胞に類似する腫瘍細胞から構成される。今回我々は、帝王切開後に筋層離開を来した子宮全摘術を行った際に、ETTを認めた症例を経験したので報告する。

症例は44歳女性、G3P2（SA, C/S, C/S）。既往帝王切開後妊娠に対し、X年3月選択的帝王切開術が施行された。この際子宮筋層非薄化以外、異常血管等は認められなかった。1か月健診にて子宮筋層の離開・

同部分に血腫を認めたため、術後半年後に単純子宮全摘術を施行した。摘出子宮より、免疫染色にてCAM5.2, PLAP, inhibin, P63 陽性を示す中間型栄養膜細胞の増殖・一部筋層への浸潤を認めETTと判明した。術後CTでは、肺等への遠隔転移等は認められなかった。

本症例は子宮内に限局した病変であった為、追加治療を施行せず外来で経過観察を行う方針とした。本疾患は明確な治療指針が無く、数年後に再発した例もあり今後も慎重に経過観察する必要がある。

## 5. 経腔的内視鏡補助下子宮全摘術の初期経験

長岡中央総合病院 産婦人科

○清水 圭太・古俣 大・春谷 千智・横田 有紀・  
加勢 宏明

自然孔を用いた内視鏡手術 Natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES) の一つとして、腔を使用した vaginal NOTES (vNOTES) の報告が散見されている。vNOTES の手技を応用した経腔的腹腔鏡補助による腔式子宮全摘術を施行した6症例を報告する。子宮全摘に加えて4例では両側卵管切除術を、2例では両側付属器切除術を行った。手術時間は96 -

191分、出血量は75 - 159g、子宮重量は50 - 578gであった。vNOTEの手技により当科での腔式子宮全摘術の適応を超える大きさの子宮の摘出、および付属器手術の併施が可能であった。手術適応範囲の設定、視野や鉗子操作が安定しない等の課題が残るが、今後症例を重ねて検討したい。

## 6. 腹腔鏡下手術を施行した後腹膜嚢胞の一例

新潟大学地域医療教育センター 魚沼基幹病院 産婦人科

○甲田有嘉子・加嶋 克則・加藤奈都美・安田 麻友・  
吉田 邦彦・佐藤ひとみ・鈴木 美奈・風間 芳樹

症例は75歳、3妊3産。50歳頃に骨盤内嚢胞のため開腹で穿刺吸引の既往あり。

3か月前からの尿勢低下、腹圧排尿、残尿感のため前医を受診、経腹超音波検査で骨盤内嚢胞を指摘されたため当科を紹介受診した。

内診では右腔壁が膨隆し、子宮は左側に偏位していた。経腹超音波検査では8 cm 大の骨盤内嚢胞を認め、MRIでは膿瘍、仮性嚢胞等が疑われた。

嚢胞の尿道への圧迫に伴う排尿障害と考え、腹腔鏡下手術を施行した。

嚢胞は腹膜で覆われ、卵巣や腸管との連続性は無かった。広間膜後葉に切開を加えて嚢胞壁を確認の上剥離し、可能な限り摘出した。腹膜は開放した状態で手術を終了した。病理診断はコレステリン結晶や石灰化を伴った線維性嚢胞壁であった。

後腹膜の嚢胞性病変は稀であり、術前診断が困難な症例も少なくない。本症例は骨盤の深部に存在する嚢胞であったが、腹腔鏡下で視野を確保しつつ手術を行い、症状の改善と確定診断を得ることができた。

## 令和3年新潟大学医学部産科婦人科学教室 同窓会総会・集談会 プログラム

日時 令和3年12月28日(土) 14時40分～

場所 ホテルイタリア軒 (WEB配信併用)

### ◆ 14:40 - 15:40

#### 一般演題

座長 須田 一暁

#### 1. 甲状腺機能亢進症のみられた全胎状奇胎の一例

厚生連長岡中央総合病院 産婦人科

○高橋 佳奈, 春谷 千智, 横田 有紀, 古俣 大,  
加勢 宏明

#### 2. 緊急帝王切開にて出生後Pena-Shokeir症候群I型と診断された1例

長岡赤十字病院 産婦人科

○渡部はるか, 櫛谷 直寿, 小林 琢也, 廣川真由子,  
堀内 綾乃, 能仲 太郎, 本多 啓輔, 安田 雅子

#### 3. フィブリノゲン製剤を使用し母児を救命できた急性妊娠性脂肪肝の一例

新潟市民病院 産婦人科

○小川裕太郎, 廣川哲太郎, 上村 直美, 森川 香子,  
常木郁之輔, 田村 正毅, 柳瀬 徹, 倉林 工

#### 4. 帝王切開術後一日目に心停止した肺塞栓症例から学ぶべきこと

新潟市民病院 産婦人科

○倉林 工, 廣川哲太郎, 小川裕太郎, 上村 直美,  
森川 香子, 常木郁之輔, 田村 正毅, 柳瀬 徹

同 救命救急循環器病脳卒中センター

高村 直樹, 佐藤 信宏, 廣瀬 保夫

同 循環器内科

小柳 宣人, 土田 圭一

同 脳神経内科

他田 正義

本多レディースクリニック

大木 泉, 本多 晃

新潟県産婦人科医会

高桑 好一, 吉谷 徳夫

### ◆ 15:40 - 16:00

#### 情報提供

「HPVワクチンの積極的勧奨再開と今後の課題」

新潟大学大学院医歯学総合研究科 産科婦人科

工 藤 梨 沙

◆ 16：10－16：40

令和3年産科婦人科学教室同窓会総会

◆ 16：40－17：00

学術奨励賞記念講演

XCL1 expression correlates with CD8-positive T cells infiltration and PD-L1 expression in squamous cell carcinoma arising from mature cystic teratoma of the ovary. *Oncogene*; 39 (17) : 3541-3554.

県立がんセンター新潟病院 婦人科

田 村 亮 先生

◆ 17：10－18：10

特別講演

司会 榎 本 隆 之

「産婦人科と「遺伝子。」

京都大学医学研究科婦人科学産科学分野 教授

万 代 昌 紀 先生

## 1. 甲状腺機能亢進症状のみられた胞状奇胎の一例

厚生連長岡中央総合病院 産婦人科

○高橋 佳奈・春谷 千智・横田 有紀・古俣 大・  
加勢 宏明

### 【症例】

49歳, 1妊0産。(X-2)月3日～最終月経。(X-2)月29日から不正性器出血が持続していた。X月4日に嘔気と体重減少を主訴に当院内科を受診。血液検査でTSH 0.01以下, FT3 4.94, FT3 2.05と甲状腺機能亢進症を認めた。造影CTで子宮内腔に多発する小嚢胞と周囲に著明な造影効果を認め、胞状奇胎が疑われて当科コンサルトとなった。血清hCGは737,418mIU/mL, 経陰エコーで小嚢胞パターンを認め、胞状奇胎の診断に至った。甲状腺機能について内分泌内科と協

議し、7日間のヨウ化カリウム投与とステロイドカバールの後、X月12日に子宮内容除去術施行。内容物は肉眼的に水腫化した絨毛を多量に認め、病理診断は全胞状奇胎だった。甲状腺機能は術後6日目でFT3, FT4共に正常化した。

### 【考察】

hCGとTSHの分子構造の類似性から、胞状奇胎症例では甲状腺機能亢進症合併の可能性を念頭に置く必要がある。甲状腺機能亢進症を合併する胞状奇胎症例では、十分な周術期管理を行うことが重要である。

## 2. 緊急帝王切開にて出生後Pena-Shokeir症候群I型と診断された1例

長岡赤十字病院 産婦人科

○渡部はるか・櫛谷 直寿・小林 琢也・廣川眞由子・  
堀内 綾乃・能仲 太郎・本多 啓輔・安田 雅子

### 【症例】

36歳初産婦

### 【家族歴】

なし

### 【妊娠経過】

NIPT施行しT13, T18, T21は陰性。妊娠30週から胎動減少を自覚し、胎児エコーにて大槽拡大・FGRを指摘された。大学病院に紹介され小脳虫部低形成、胎児水腫, FGRと診断された。居住地の都合で羊水検査を含め妊娠・分娩管理を当科で行う方針となった。妊娠32週2日当科紹介, 入院となった。羊水検査を行う方針とし慎重に経過観察していたものの、切迫早産のため実施困難であった。入院時よりvariability減少認め胎児水腫の出現より胎児環境悪化が推測さ

れた。入院から5日間胎動を自他覚あわせ全く認めないことから妊娠32週6日, NRFSの適応で緊急帝王切開にて分娩とし, 1389g男児(2.3%tile), Apgar score 3/5ptsで出生した。

### 【出生後経過】

児は多発関節拘縮や肺低形成による呼吸障害などを認め、染色体検査は46XYだった。臨床所見からPena-Shokeir症候群I型の診断となり生後3か月経過も呼吸器管理継続している。

### 【まとめ】

Pena-Shokeir症候群I型はT18に類似した所見を呈し鑑別疾患となり得る。本疾患では胎児機能不全の判断は困難であるため、症例毎に検討する必要がある。

### 3. フィブリノゲン製剤を使用し母児を救命できた 急性妊娠性脂肪肝の一例

新潟市民病院 産婦人科

○小川裕太郎・廣川哲太郎・上村 直美・森川 香子・  
常木郁之輔・田村 正毅・柳瀬 徹・倉林 工

#### 【目的】

今回、総ビリルビン（T-bil）10mg/dlを超え臨床的に急性妊娠性脂肪肝と診断された症例に対してフィブリノゲン製剤の使用を行い、母児を救命できた1例を経験したので報告する。

#### 【症例】

38歳，未経産，妊娠32週2日に黄疸が出現し，当科母体搬送となった。血液検査では，Swansea Criteriaを6項目以上満たし，急性妊娠脂肪肝の診断に至った。同日全身麻酔下に緊急帝王切開を施行し，術中出血量は1424g，出生児は1402g，NICU入院となった。

術後2日子宮動脈塞栓術を施行したが，再度子宮からの出血をきたし，再度子宮動脈塞栓術を施行した。輸血は赤血球輸血22単位，新鮮凍結血漿36単位，濃厚血小板輸血20単位を使用し，フィブリノゲン製剤の使用を行った。術後14日目Tbil2.0mg/dl，術後16日目に退院となった。

#### 【結論】

急性妊娠性脂肪肝に対して早期の胎児娩出および術後の適切な管理を行い母児を救命することができた。止血困難の産褥出血に対してフィブリノゲン製剤の使用も考慮することが必要である。

## 4. 帝王切開術後一日目に心停止した肺塞栓症例から 学ぶべきこと

新潟市民病院 産婦人科

○倉林 工・廣川哲太郎・小川裕太郎・上村 直美・  
森川 香子・常木郁之輔・田村 正毅・柳瀬 徹

同 救命救急循環器病脳卒中センター

高村 直樹・佐藤 信宏・廣瀬 保夫

同 循環器内科

小柳 宣人・土田 圭一

同 脳神経内科

他田 正義

本多レディースクリニック

大木 泉・本多 晃

新潟県産婦人科医会

高桑 好一・吉谷 徳夫

症例は30歳代初産婦。妊娠38週に骨盤位にて選択的帝王切開で第1子を出産。術後は弾性ストッキングとフットポンプを装着。翌日車椅子でトイレに行き、自室に戻りベッドに腰かけた時に呼吸困難を訴え意識消失しCPA状態。スタッフを集めてCPR開始。AED装着するも除細動の適応なし。救急隊接触時JCS300であり、HR40台のnarrow QRSでPEA。ルート確保＋アドレナリン投与し、CPR継続し当院へ搬送された。その後ROSCし、挿管・人工呼吸器下にCT施行されPE/DVTを認めPEによるCPAの診断。抗凝固療

法開始（ヘパリンから現在はワルファリンにてコントロール）。24時間の低体温療法（34度）後に復温し鎮静終了後は意識の回復は比較的良好。発症21日後の退院時には身体機能障害を認めず、蘇生後脳症として軽度の高次脳機能障害（記銘力障害と計算力の低下など）のみが残った。

周産期に関わる医療スタッフにとって、母体急変時の初期対応（急変の感知、母体の急変対応、母体のCPA、日頃の準備）の重要性が示唆された。





# 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,  $\mu$ 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の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)
11. 投稿する際に共著者全員の同意を得る。

### 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。

#### 著作権

第8条 本誌に掲載される著作物の著作権は新潟産科婦人科学会に帰属する。

利益相反（conflict of interest）の開示

第9条 投稿する論文の内容に関する利益相反の有無を筆頭著者、共著者全員について論文の末尾に明記すること。

論文投稿の同意書

投稿論文名

---

---

筆頭著者および共著者全員は、上記の論文の投稿原稿を読み、その内容および今回の投稿に同意いたします。また、掲載された論文の著作権が新潟産科婦人科学会に帰属することを了承します。

全著者の自筆署名を列記して下さい。捺印は不要です。

| 著者名 | 日付        |
|-----|-----------|
|     | ( 年 月 日 ) |
|     | ( 年 月 日 ) |
|     | ( 年 月 日 ) |
|     | ( 年 月 日 ) |
|     | ( 年 月 日 ) |
|     | ( 年 月 日 ) |
|     | ( 年 月 日 ) |

## あ と が き

現在、新潟大学産婦人科研修プログラムで研修を行っている専攻医を対象にして、月一回のペースで専攻医症例検討会を行っています。関連病院の先生方にはZOOMで参加して頂き、一つの演題に30分の時間をとって、frankに質疑応答と意見交換を行っています。発表準備にあたっては、在籍している関連病院指導医の先生方に発表のご指導を行っていただけており、実りあるdiscussionが可能になっております。誠に有り難うございます。

教室は4月から新体制で診療、教育、研究にあたります。暫定体制ではありますが、新潟産科婦人科学会の先生方のご支援を仰ぎながら、研修医教育と学術活動がこれまで通り円滑に進むよう尽力させていただきます。

今後とも、ご指導を何とぞよろしくお願い申し上げます。

（関根正幸 記）

令和4年3月 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  
株式会社ウィザップ  
TEL 025(285)3311（代）