

09-20

漿膜下子宮筋腫との鑑別を要したMeigs症候群の1例

鳥取赤十字病院 産婦人科

○竹内 薫、坂尾 啓

【症例】32歳、主婦、未経妊

【主訴】下腹部腫瘍

【現病歴】挙児希望で前医を受診。超音波検査で腹水貯留を伴う漿膜下子宮筋腫を疑い、当科紹介となった。

【血液検査所見】CA125 が107U/mlと高値以外特記すべき異常はなかった。

【MRI所見】子宮背側に約15×11×12cm大の腫瘍性病変を認めた。境界明瞭で内部信号強度はT1WIで中等度信号、T2WIで低信号・網状の高信号を呈し、造影効果を認めた。子宮頸部ないし体部背側から発生した漿膜下筋腫が疑われた。

【手術所見】腫瘍は右卵巢実質と有茎性に連続して発育しており、子宮頸部や体部とは連続性はなかった。大きさは約17×10×12cmで、重量は1000gであった。腹腔内には約150mlの腹水貯留を認めた。腹水細胞診では悪性細胞を認めなかった。摘出標本では著しい核分裂像などの悪性所見は認めず、fibrothecomaと診断された。

【考察】Meigs症候群とは胸腹水を伴う卵巢線維腫で、原発腫瘍の摘出により胸腹水が消失し再発しないことが特徴的である。線維腫以外の組織型でも類似した症例が報告され、またBlair(1961)は胸水・腹水の間に量的平行関係はなく、片方がほとんど存在しない不完全例もあることを報告している。今回の自験例は胸水の貯留はほとんど認めなかったが、腹水の貯留やCA125の上昇は術後早期に消失し、不完全型のMeigs症候群に該当するものと思われた。なお本症例は術後すぐに自然妊娠した。過去に経験したMeigs症候群の症例の要点も合わせて提示する。

09-22

当院における単孔式腹腔鏡手術(SILS)

高知赤十字病院 産婦人科

○國見 幸太郎、毛山 薫、中山 彩、平野 浩紀

【はじめに】単孔式腹腔鏡手術は整容性に優れ、近年外科領域だけでなく婦人科領域でも注目されている。しかし、本術式は制限された術創より手術を行わなければならないため鉗子の操作などに従来と異なった手技が必要である。当院では全ての良性卵巢腫瘍手術と良性子宮手術の多くが腹腔鏡で行われおり、今まで3孔式、4孔式で手術を行ってきた。昨年8月より単孔式腹腔鏡手術を導入し、46例の症例を経験したので報告する。

【対象】子宮外妊娠13例、卵巢嚢腫25例、子宮筋腫4例、CIS 1例、卵巢出血1例、卵管膿瘍1例。

【方法】臍部を2.5cm縦切開し腹腔内に入りSILSポートを留置。従来の直線状の鉗子とロティキュレーター鉗子を併用しパラレル法、クロス法を用いて手術を行った。また、組織の切断にはモノポーラー、リガシユアを用いた。摘出物の回収はエンドキャッチを用いた。

【結果】平均手術時間はそれぞれ子宮外妊娠54.7分、卵巢嚢腫62.6分、子宮筋腫(全てLAVH)96.3分。平均出血量は子宮外妊娠243ml、卵巢嚢腫97.8ml、子宮筋腫212.5mlであった。単孔式手術脱落症例は6例。内訳はポートを追加して腹腔鏡手術を完遂した症例が4例(癒着によるもの3例、出血によるもの1例)。癒着のため開腹手術へ移行した症例が2例。術後在院日数は3日で従来の多孔法と変わらなかった。

【考察】従来の腹腔鏡下手術に比べて単孔式手術は制限のある鉗子操作や視野展開など技術の習得に時間がかかる。しかし熟練した技術を有する術者がロティキュレーター鉗子やリガシユアなどの適切な機器を用いることにより症例を選択すれば十分可能であり、今後重要な選択肢の一つと成り得ると考えられる

09-21

呼吸器症状出現後に診断が困難であった子宮平滑筋肉腫の一例

大田原赤十字病院 産婦人科

○水口 雄貴、加藤 直子、小古山 学、滝川 彩、北岡 江里、北岡 芳久、白石 悟

呼吸器症状出現後、診断が困難であった子宮肉腫の一例を経験したので報告する。昨年秋頃より咳嗽が出現し、近医での胸部レントゲン撮影で異常陰影はなく、抗菌剤投与をしても症状の改善は認められず、当院呼吸器内科に紹介受診となった。抗生剤や吸入ステロイドにて咳は一時軽快したが、血痰や胸部レントゲン上浸潤陰影の増悪を認めて2ヵ月後に入院加療となった。CT検査上、子宮筋腫の指摘があり、婦人科依頼となった。LDHは正常値で4cm大の子宮腫瘍で明らかな異常所見は認めなかった。気管支鏡を施行し、一般細菌検査では明らかな起因菌は認めず、ガフキーは陰性、TbPCRも陰性、細胞診検査でも異常は認めなかった。その後PET検査にて肺と子宮に集積像があり、産婦人科に再依頼となった。MRIでは増大傾向はないものの子宮筋層に断裂したような像を認めたため、子宮肉腫を疑い、小開胸右肺生検と単純子宮全摘+両側付属器切除術を施行した。術中所見では右下肺野は暗青色で硬く、中肺野と上肺野には1円玉大の白色結節が散在。子宮は手拳大でその断面は筋腫と思われたが、術中迅速病理検査では子宮肉腫の疑い、永久病理にて子宮平滑筋肉腫。進行期はpT4NxM1であり、右胸痛にMSコンチンを使用、脳MRIにて異常がないことを確認。Docetaxel/Gemcitabine療法を施行し、PRを得られたが、間質性肺炎が疑われ治療継続を断念し、肝転移が増大した。他施設との連携で肝転移巣に対し、ラジオ波焼灼術を施行し、治験への参加も可能になった。このような症例に対し、1施設でできる治療は限られており、肉腫治療において専門的な他施設との連携が必要と思われる。

09-23

当院における2005年から2009年の過去5年間の双胎妊娠の検討

京都第一赤十字病院 産婦人科

○馬淵 亜希

近年、生殖補助医療技術(ART)の進歩に伴い多胎妊娠が増加傾向にある。しかし、多胎妊娠は単胎妊娠と比較し、母体は切迫流産・早産、妊娠高血圧症候群、弛緩出血、子宮内胎児発育遅延などを合併することが多く、また胎児も早産未熟児や低出生体重児が多く、リスクが高い。双胎妊娠では超音波により一絨毛膜二羊膜性(MD)双胎、二絨毛膜二羊膜性(DD)双胎の膜性診断を行う。このうちMD双胎では双胎間輸血症候群(TTTS)やselective IUGRを発症することがあり予後悪化要因の一つとなっている。しかしTTTSは胎児鏡下胎盤吻合血管レーザー凝固術(FLP)の導入により周産期予後の改善が確認されてきた。一方で、selective IUGRは一定の管理指針はなく、娩出時期についても苦慮している。今回当院での2005年から2009年の過去5年間のMD双胎とDD双胎を比較し、TTTS、selective IUGRの症例も合わせて管理指針、成績を検討したので報告する。当院での双胎妊娠成立様式は、全体の56.9%が生殖医療によるものであり、DD双胎では71.9%が生殖医療で成立していた。分娩様式は86.0%の症例が帝王切開による娩出で当院では36~38週に予定しているが、児の胎位が頭位一頭位であればインフォームドコンセントを行ったうえで経陰分娩か帝王切開かを患者が選択している。帝王切開のうち30.4%が緊急帝王切開を行っており、そのうち34週未満での緊急帝王切開が73%と高率であった。緊急帝王切開の原因としては破水、母体合併症の増悪、子宮収縮抑制困難、胎児ジストレスなどが多い。児の転帰は良好であったが61%の症例でNICUの入院を要した。当院では緊急帝王切開時、予定帝王切開であっても37週未満であるとき、また週数に問わずMD双胎娩出時などは新生児科医師の立ち会い管理を行っている。双胎妊娠は早産率・帝王切開率がともに高く、周産期管理のリスクが高いことを再認識した。