

0-9-03

帝王切開癒痕部妊娠の一例

那須赤十字病院 産婦人科

○安部美由紀、水口 雄貴、小笠原 淳、太田 邦明、北岡 芳久、白石 悟

【背景】帝王切開癒痕部妊娠 (cesarean scar pregnancy : CSP) は、既往帝王切開癒痕部に着床する異所性妊娠で、近年その報告は増加傾向にある。頻度は1例/1800～2000分娩ともいわれている。今回我々は人工妊娠中絶を希望し、帝王切開癒痕部妊娠を認めた一例を経験したので報告する。【症例】35歳、2経妊2経産。過去2回の帝王切開の既往がある。今回自然妊娠成立するも、人工妊娠中絶希望あり、妊娠8週に他院を受診した。前医で子宮体下部前壁、内子宮口付近に胎嚢を認め、頸管妊娠が疑われ精査加療目的に当院紹介となった。診察では経膈超音波上、頸管は保たれており、頸管妊娠は否定的であった。子宮体下部前壁の楔状になった箇所中心に心拍を伴うCRL15.6mm (妊娠8週3日相当)の胎芽を認め、CSPを疑った。MRIにて精査を行い、子宮帝王切開癒痕部に一致して胎嚢を確認し、確定診断に至った。子宮内容除去術による子宮穿孔や大量出血のリスクを考慮して、入院の上、至急動脈塞栓術 (UAE) 施行後、KCLの胎嚢局注とMTX全身療法を行う方針とした。【入院後経過】入院後UAE施行、入院2日目に経膈的に胎嚢への局注を試みたところ、胎児心拍確認できず中止し、MTX全身投与 (50mg/m²) を行った。入院3日目に診察し、胎嚢の頸管内への下降がみられたため、経膈的に除去する方針として、同日に子宮内容除去術を実施した。術中、穿孔や多量出血もなく、経過良好のため入院4日目に退院した。【結語】CSPは比較的安全性があるが、着床部位の筋層が非薄化しているため、破裂により多量出血をきたす可能性があり、母体の慎重な管理が必要になる。管理や治療についてはまだ一定の見解は得られておらず、個々の症例に合わせて慎重に方針を選択する必要がある。

0-9-05

骨粗鬆症治療薬の副作用が疑われた2症例

鳥取赤十字病院 産婦人科

○竹内 薫、大島 順恵、坂尾 啓

<症例1>患者:50歳。女性。主訴:上腹部痛、悪心。既往歴:37歳時子宮体で子宮および両側付属器摘出術施行。現病歴:49歳で腰痛発症。骨塩定量 (DXA法) で腰椎YAM 68%。家族歴に大腿骨近位部骨折あり、骨粗鬆症薬治療法として、選択的エストロゲン受容体作動薬SERM (ビリアント錠) からビスフォスフォネート製剤 (ボナロン 35mg錠) に変更して1錠服用したところ、悪心および上腹部痛出現。胃カメラで出血性びらん性胃炎と診断。ボナロンを中止し、プロトンポンプ・インヒビター投与にて症状は軽快した。<症例2>患者:74歳。女性。主訴:左下腿の腫脹。現病歴:骨塩定量 (DXA法) で腰椎YAM 72%、FRAX 15%。骨量減少症と診断。SERMとしてエビスタ錠、次いでビリアント錠投与。突然左下腿の腫脹が出現し、下肢静脈超音波検査にて左膝窩静脈、腓腸静脈、ひらめ静脈に深部静脈血栓を認めた。D-dimer: 5 μg/ml。ヘパリン、ワーファリンによる抗凝固療法で2か月後にDVTは消失した。<まとめ>骨粗鬆症治療薬による副作用が疑われた症例として、ビスフォスフォネート製剤による上部消化管障害の1例とSERMによる深部静脈血栓症の1例を経験した。高齢者や認知症合併例、脱水症や長期臥床による不動態などではこれらの副作用が出現する可能性が高く、注意が必要である。

0-9-07

当院における胆道癌再発例に対する集学的治療成績の検討

横浜市立みなと赤十字病院 外科

○杉田 光隆、布施 匡啓、中尾 詠一、平井 公也、藤原 大樹、前橋 学、杉政奈津子、阿部 由佳、渡部 顕、小野 秀高、馬場 裕之、阿部 哲夫

胆道癌再発例に対する化学療法は、使用できる薬剤が限られておりかつ奏効率が必要もなく、治療に難渋することが多い。今回当院における胆道癌再発例に対する治療成績を検討した。対象は2005年以降当科にて根治切除後、再発を来して化学療法等の治療を施行した胆道癌症例11例。疾患の内訳は胆管癌6例、胆嚢癌4例、十二指腸乳頭部癌1例であった。平均年齢は66.5才、性別は男性10例、女性1例であった。再発部位は、肝が6例、局所が3例、リンパ節が4例、腹膜が1例であった。経過中に骨に新たに転移した例が1例あった。術後補助化学療法として塩酸ゲムシタビン (以下GEM) を7例に、S-1を3例に投与されていた。根治切除後再発までの期間は平均21.2か月であった。これら症例に対する再発時の化学療法について、レジメン、効果、再発後生存期間を検討した。再発後初回レジメンは、GEM + CDDP (以下GC) が8例、放射線 + S-1が2例、S-1が1例であった。肝、リンパ節再発の1例が1st line でGC12コース後CRとなった。初回レジメンでPDとなつた肝転移の2例に切除が施行されていた。2nd line以降は、TS-1、GEM + TS-1 (以下GS)、GC、放射線 + TS-1、放射線 + GEMと多彩なレジメンが施行され、最高5th lineまで施行されていた。経過中CRは2例で、肝、リンパ節再発の1例が1st line でGC12コース後CR、またGC → TS-1 → GCとレジメンを3rd lineまで変更した局所、大動脈周囲リンパ節再発の1例が3rd line GC26コースでCRとなった。CRT施行例はいずれもいったんSD以上の効果が得られていた。再発後生存期間は平均22.5か月であった。再発胆道癌に対する治療法は選択肢が限られるが、これらを粘り強く施行し続けることで生存期間の延長が期待できた。

0-9-04

妊娠初期の異所性妊娠の診断に、造影CTが有効であった1例

秋田赤十字病院 臨床研修センター¹⁾、秋田赤十字病院 婦人科²⁾、秋田赤十字病院 検査部³⁾、秋田赤十字病院 放射線科⁴⁾

○小林 昭仁¹⁾、富樫嘉津恵²⁾、大山 則昭²⁾、佐藤 宏和²⁾、平野 秀人³⁾、宮内 孝治⁴⁾

【症例】31歳女性、2回経妊2回経産2健児。月経不規則、最終月経3月4日から1週間。3月14日に下腹部痛が出現。翌日、少量の性器出血が見られたため、3月17日に近医を受診した。妊娠反応は陽性であったが、子宮内に胎嚢は観察されず、尿中hCG定量検査を提出し、翌日の再診とした。尿中hCG定量:1074 mIU/mLであり、異所性妊娠を否定できず、同日当院を紹介され受診した。経膈超音波検査では子宮内に胎嚢を認めず、右側卵巣嚢腫 (3.6 × 3.2cm) とダグラス窩に若干の低エコー域を認めた。血中hCG定量:365.3 mIU/mLと下降していたことから、化学流産と考へ、経過観察とした。3月28日再診時、血中hCG定量:720.4 mIU/mLと上昇、異所性妊娠を疑い救急フォロウとした。翌日、下腹部痛の増強したため受診。経膈超音波検査にてレチウス窩にも低エコー域は拡大し、右側卵巣付近に10mm大の胎嚢様所見を認めたことから、異所性妊娠を強く疑い、造影CT検査を施行した。腹腔内に出血と思われる高密度領域を、さらに子宮底右側に辺縁が膿栓される嚢胞と、そこから卵巣嚢腫に向かい走行する、膿栓される卵管様構造物の所見を認めることから、卵管妊娠の破裂と診断した。同日、腹腔鏡下に卵管膨大部妊娠と診断、右側卵管切除術を施行し、術後3日目に退院となった。【まとめ】妊娠初期の異所性妊娠の画像診断は苦慮することが多い。今回の症例では、当初化学的流産が疑われていたが、造影CTにて卵管妊娠と診断し、緊急手術により重症化を回避できた症例を経験した。妊娠初期の異所性妊娠の画像診断について、超音波検査やMRI検査と比較し、造影CTの有用性に関して検討を加えて報告する。

0-9-06

ニボルマブの投与後に急激なpseudoprogressionを認めた肺腺がんの1例

日本赤十字社長崎原爆病院 呼吸器内科

○福田 正明、原 敦子、北崎 健、橋口 浩二

【背景】免疫チェックポイント阻害剤投与症例では腫瘍増大後に腫瘍縮小を認めるpseudoprogressionを認めることがある。今回、ニボルマブの投与後の急激なpseudoprogressionを経験した。【症例】60歳、女性【主訴】労作時息切れ【現病歴】X-1年6月に血痰が出現したため近医受診。胸部異常影を指摘され、精査目的に当科受診となった。右中葉の肺腺がん、cT4N3M1b (LYM, BRA, OSS), stage IVと診断された。X-1年9月からシスプラチンとペメトレキセド4コース、その後ペメトレキセドの維持療法、X年7月からドセタキセルを1コース投与した。腫瘍の増大が認められ、9月中旬からニボルマブを投与した。治療前のPSは1で労作時に息切れを認めた。投与後徐々に安静時呼吸困難を認め、投与14日目には安静時にも酸素1L/分²の投与が必要となりPS4となった。同日の胸部CTでは原発巣の増大、肺門縦隔リンパ節の増大、右胸水の増量、頸部、腹腔内リンパ節の増大を認めた。明らかな腫瘍の増大とPSの低下を認め、2コース目のニボルマブは中止した。投与20日目頃より徐々に呼吸困難の改善を認めた。投与37日目には症状はほとんど消失し、胸部CTでは腫瘍の明らかな縮小を認めた。【考察】ニボルマブなどの免疫チェックポイント阻害剤では腫瘍が増大した時に治療の継続、中止を判断するためのマーカーも必要と考えられた。

0-9-08

気管ステントを留置された症例に反回神経麻痺を認め気管切開術を施行した1例

小野田赤十字病院 外科

○佐藤 智充、中尾 光宏、為佐 路子、水田 英司、清水 良一

【症例】66M【現病歴】11か月前に前医で食道癌 (CeUcT1b(SM),cN1(No.10),cM0cSt age2) と診断。喉頭温存の希望から根治的放射線療法 (Biweekly DTx/CDDP + RT) を施行も効果はP.D.その後頸部リンパ節転移による気管食道瘻を認め気管ステントを留置。さらにその後肺炎を併発し継続加療目的に当科へ転院。【入院後経過】約2週間の加療により肺炎は改善。その後急速な嘔声の増悪を認め上気道狭窄音を聴取。呼吸不全となり酸素投与を要した。【頸部CT検査】気管食道瘻部に気管ステントあり。両側No.101を中心にリンパ節転移の増大と周囲大血管への圧排あり。腫瘍下縁は輪状軟骨よりも尾側まで広範に存在。【気管支鏡検査】両側声帯の固定、開放障害あり。主気管粘膜まで腫瘍浸潤を認めたが内腔は保持されファイバーの通過は可能。【診断】頸部食道癌リンパ節転移による両側反回神経浸潤・麻痺。【治療方針】患者本人から気管切開術の希望あり。【術前準備】頸部CT検査3D画像から胸骨柄直頭側での気管切開は可能と判断するも気管ステントの切離が必要と判明。留置中ステントと同型のものを手配しニッパーで切離可能を確認。【手術所見】気管内挿管が可能で全身麻酔下に手術施行。胸骨柄直上を皮膚切開し放射線療法により硬化・線状化した広頭筋を開放。気管前面を確認し充分に露出。気管輪正中を切開後にステントカバー部分を固定し切離。ステント自体をニッパーで切離し開放。外筒9.0mmの気切カニューレを挿入・留置。【術後経過】術後合併症を認めず呼吸状態も安定。術後2か月目から化学療法 (TS-1) を導入。【考察】ステントも含めて切開した気管切開術を施行した稀な一例を経験した。十分な術前準備により安全な手術が可能で、進行食道癌患者の救命、QOL向上に大きく寄与した。