

P2-14-3 子宮頸癌合併妊娠にて妊娠16週に広汎性子宮頸部摘出術を施行し妊娠継続に成功し分娩に至った一例札幌医大¹, 北見赤十字病院²岩見菜々子¹, 石岡伸一¹, 高田さくら¹, 高橋 円¹, 長澤邦彦¹, 馬場 剛¹, 遠藤俊明¹, 齋藤 豪¹, 水沼正弘²

広汎性子宮頸部摘出術(RT)は、近年妊孕性温存を強く希望する初期浸潤性子宮頸癌患者に対する新たな選択肢となっている。当科では2003年より本術式を施行し、現在まで4例の妊娠分娩成功症例を得ている。今回我々は、我が国で初めて妊娠中の患者に本手術を施行し、妊娠継続に成功し無事分娩に至った症例を経験したので文献的考察を含めて報告する。症例 32歳、0経妊0経産。無月経を主訴に近医受診して、妊娠11週と診断された。同時に子宮頸部にポリープ状の腫瘍を認め、これを切除したところ Adenocarcinoma の病理診断となり、同院にて診断的レーザー円錐切除を施行し、子宮頸癌1B1期(断端陰性)と診断された。患者は強く妊娠継続を望み、妊娠15週に当科紹介となった。妊娠16週に当科において腔式RT及び開腹骨盤リンパ節郭清術を施行、切除した子宮頸部とリンパ節は組織学的に腫瘍陰性であった。患者は術後より安静、子宮収縮抑制剤の投与を行なうとともに、連日ポピドンヨードによる腔内消毒及びウリナスタチン腔坐剤の投与を行なった。これらの治療により感染を予防するとともに、妊娠期間を通じほぼ2cm以上の子宮頸管長を維持、腹緊もコントロールされた。術後の細胞診も異常を認めなかった。腹緊はコントロールされていたものの妊娠34週5日に前期破水となり、同日緊急帝王切開となった。児は2112g女児でApgar Score 8点(1分後)、9点(5分後)であった。母児とも経過良好にて退院となった。現在術後6ヶ月経過で、再発は認めていない。

P2-14-4 化学療法を行い妊娠期間を延長させた子宮頸部浸潤癌合併妊娠の1例

名古屋第二赤十字病院

林 和正, 丹羽優莉, 清水 顕, 西野公博, 金澤奈緒, 白藤寛子, 今井健史, 茶谷順也, 加藤紀子, 山室 理, 倉内 修

【緒言】妊娠中に子宮頸部浸潤癌と診断された症例では、胎児の胎外生活が可能となるまで妊娠を継続するのか、母体の救命を第一に考え直ちに妊娠を中断して癌の治療を開始するのか、判断が非常に難しい場合がある。今回当院にて妊娠中に子宮頸部扁平上皮癌1b1と診断され、子宮内に胎児がいる状態で化学療法を行い妊娠29週で帝王切開術後広汎子宮全摘術を行った1例を経験したので報告する。【症例】34歳0経妊0経産。既往に21歳時ITPに対してプレドニゾロンの内服歴あり。他院で妊娠18週に子宮頸部細胞診で異常を指摘され、妊娠20週に当院紹介となり子宮頸部組織診を施行し子宮頸部扁平上皮癌を診断。妊娠21週に子宮頸部円錐切除術と同時にマクドナルド頸管縫縮術を施行し術後病理検査にて子宮頸部扁平上皮癌1b1期と診断した。出来るだけ妊娠を継続しその後子宮頸癌の治療を行いたいとの夫婦の希望があり、保険適応外薬剤の使用に際しての説明と、使用に際しての有効性と危険性を十分に説明し、書面にて夫婦からの同意を得た。その上で胎外生活が可能となる時期までシスプラチンによる化学療法を施行した後、妊娠29週で帝王切開術を施行し同時に広汎子宮全摘術を行った。術後治療として放射線治療を施行し、術後4ヶ月が経過しているが再発兆候は認めていない。【結語】妊娠を継続し子宮頸癌に対する治療を延期することにより母体の予後が悪化する可能性もあり治療方法には十分なインフォームドコンセントを必要とした。今後も妊娠中に使用する化学療法の種類や胎児への影響につき症例を集積した検討が必要であり、化学療法も含めた妊娠中の子宮頸部浸潤癌の治療法を検討する必要があると思われた。

P2-14-5 妊娠中の卵巣チョコレート嚢胞の取り扱いについて

大阪医大

西尾桂奈, 藤田太輔, 田吹邦雄, 藤山史恵, 八田幸治, 加藤壮介, 湯口裕子, 荘園ヘキ子, 檜原敬二郎, 山下能毅, 亀谷英輝, 大道正英

【緒言】卵巣チョコレート嚢胞(OCC)合併妊娠の取り扱いについては、エビデンスに基づいた管理・治療方法が存在しない。多くのOCC症例は、妊娠中に重篤な合併症なく経過し、手術療法が選択されることはない。今回われわれはOCC合併妊娠において、妊娠中にOCCが増大した症例、妊娠中にOCCが破裂した症例、産褥にTuboovarian abscess(TA)を発症した症例を経験したので提示し、OCC合併妊娠の取り扱いについてreviewする。症例1)妊娠初期に超音波で6×4cm大のOCCを認め、妊娠18週に8×5cm大に増大した。症状なく悪性所見もないため経過観察とし、妊娠39週自然経産分娩した。症例2)妊娠初期に右卵巣7cm大、左卵巣4cm大のOCCを指摘した。OCCのサイズ変化は認めなかった。妊娠38週に下腹部痛とnon reassuring fetal statusを認め、当院搬送となり帝王切開時に右OCCの破裂を認めた。症例3)妊娠初期は両側卵巣に異常認めなかったが、妊娠29週にタグラス窩に7cm大に腫大した卵巣を認め、骨盤MRIで左OCCと診断し、症状なく経過観察とした。妊娠37週に自然経産分娩し、産褥22日目発熱と急性腹症のため、緊急腹腔鏡下手術となり、TAを認め切開ドレナージ術を施行した。症例1・3は妊娠中にOCCが増大した。症例2はOCCのサイズ変化はないが、嚢胞が破裂し、急激な経過をとった。症例3は妊娠中期にOCCが見つかり、産褥にTAを発症した。【結論】OCC合併妊娠は、悪性が疑われない限り保存的に経過観察でよいとされている文献もあるが、明確な管理指針を提示しているものはない。しかしOCCが増大し、破裂やTAを起こす症例も稀にあるため、嚢胞のサイズ変化を経時的に観察し発熱や腹痛などの症状出現に注意していく必要がある。