

「いまこそ考える、
本当に大切なことは何か」



第147回 東北連合 産科婦人科学会 総会・学術講演会

プログラム・抄録集

会期

2019年6月15日(土)・16日(日)

会場

山形テルサ
〒990-0828 山形市双葉町1-2-3

会長

手塚 尚広 山形県産婦人科医会会長
公立置賜総合病院副院長

事務局

山形大学医学部 産科婦人科学講座
〒990-9585 山形市飯田西2-2-2
TEL.023-628-5393 FAX.023-628-5396



第147回東北連合産科婦人科学会総会・学術講演会

会長 手塚 尚 広

山形県産婦人科医会会長
公立置賜総合病院副院長

2019年6月15日(土)から2日間、山形市で第147回東北連合産科婦人科学会学術講演会を開催いたします。伝統ある本学会を担当させていただくことは光栄の至りであり、会員の皆様には心より感謝申し上げます。

もとよりこの学術講演会の準備と運営は、大学の絶大なるご協力とご理解なくして成し得ないものと、私は認識しておりました。プログラム委員長を快くお引き受けいただきました永瀬智教授と、事務局長として奔走されました松尾幸城助教を中心とする大勢の方々のご努力によって、準備は粛々と進みました。お蔭さまで、もうすぐ開会の日を迎えることができます。

本学会のメインテーマを「いまこそ考える、本当に大切なことは何か」と決めました。激動と混迷の時代とも呼ばれた「平成」に4月30日、幕が下ろされ、新しく「令和」の時代を迎えたいま、本学会が開かれるのです。このような時機に開催される本学会を、本当に大切なことは何かと、いま一度立ち止まって考える機会にさせていただきたい、そのように私は願っています。このメインテーマには、私のささやかなるも切なる思いが込められています。

会長招請講演には、京都大学高等研究院特別教授の松沢哲郎先生をお招きしました。1977年から「アイ・プロジェクト」とよばれるチンパンジーの心の研究を開始し、チンパンジーの研究を通じて人間の心や行動の進化的起源を探り、「比較認知科学」という新しい研究領域を開拓された先生です(京都大学高等研究院のホームページから)。およそ6年前に私は、松沢先生の著書を拝読しました。そのとき受けた感銘と驚きを、私は忘れることができなかったのです。医学とは異分野からの招請を望むとする、実行委員からの声もありました。本学会のメインテーマを意識するとき、松沢先生のご講演は、私たち人間がいつともなく忘れ去ってしまった大事なことを自らに思い起こさせる契機となるような、大きな示唆を私たちに与えてくれるような気がしてなりません。

特別講演として、山形大学医学部附属病院病院長の根本建二教授をお迎えし、2020年春の診療開始とされる北日本初の重粒子線治療をテーマにお話しいたします。さらには、周産期や腫瘍、生殖、女性医学といった各分野のスペシャリストである先生方にお越しいただき、教育講演やランチョンセミナー、イブニングセミナーなどの各セッションでご講演を賜ります。一般講演には、多忙な日常診療のなか、予想を超える数のご応募をいただきました。皆様のお陰をもちまして、立派なプログラムができ上がりました。ありがとうございます。

私たち実行委員会のメンバーは、本学会が実り多い学術講演会となりますよう力を注いでまいりました。初夏の山形で、美味しい食材を楽しみ、大いに学びましょう。そして熱い議論が展開されますことを期待しています。山形でお会いできますことを楽しみに、大勢の皆様のご参加を心よりお待ちしております。

第147回東北連合産科婦人科学会 総会・学術講演会のご案内

「いまこそ考える、本当に大切なことは何か」

会 期

2019年6月15日(土)・16日(日)

会 場

山形テルサ 〒990-0828 山形市双葉町1-2-3 TEL:023-646-6677

第1会場	1 F	テルサホール
第2会場	3 F	アプローチ
第3会場	3 F	研修室A
総懇親会会場	3 F	アプローチ
学会本部	3 F	研修室B
企業・書籍展示	3 F	ロビー

参加登録受付

参加受付は下記時間帯に山形テルサ 3F ロビーにて行います。

【1日目】 2019年6月15日(土) 8:00~18:00

【2日目】 2019年6月16日(日) 8:00~13:00

参加費

学術講演会 12,000円(総懇親会は無料)

※初期研修医・学生の参加費は無料です。参加証を発行しますので、参加受付でお申し出ください。

※現金のみのお支払いとなります。クレジットカードは取り扱っておりません。

プログラム・抄録集

プログラム・抄録集 1,000円

※会員には事前に発送いたしますので、当日は忘れずにご持参ください。

参加者へのお願い

- (1) 参加受付は事前登録制ではありません。当日、参加受付で登録をお願いいたします。
- (2) 参加者には領収証兼用の学会参加証をお渡しいたします。ネームホルダーは参加受付付近にご用意いたします。会場内では参加証に所属、氏名をご記入の上、ネームホルダーに入れ必ず着用をお願いいたします。
- (3) 専門医研修出席単位/日本専門医機構参加単位の受付は、e医学会カード(UMINカード)に印字され

たバーコードをご利用いただきます。各会場前の受講単位受付にて、バーコードリーダーで認証を行います。e 医学会カード（UMINカード）にて参加登録をいただいた方には、専門医研修出席単位（10単位）および日本専門医機構参加単位（3単位）が自動的に付与されます。本会会員でe 医学会カード（UMINカード）をお忘れ・お持ちでない方は、手動登録にて受付いたします。各会場前の受講単位受付にお申し出ください。



託児所

学会期間中、託児所を開設しております。ご希望の方は学会ホームページ（<http://tohoku-jsog147.umin.jp/takuji/>）より、5月31日（金）までにお申し込みください。なお、定員になり次第、締切いたしますので予めご了承ください。

総懇親会

日 時：2019年6月15日（土） 18：15開宴
 会 場：第2会場（山形テルサ 3F アプローチ）
 参加費：無料

役員会および総会

- 東北連合産科婦人科学会役員会および東北地区産科婦人科学会・医会連絡会
 日時：2019年6月16日（日） 7：30～8：30
 会場：ホテルメトロポリタン山形 3F 出羽
- 東北連合産科婦人科学会総会
 日時：2019年6月16日（日） 11：05～11：25
 会場：第2会場（山形テルサ 3F アプローチ）
- 若手奨励賞表彰式
 日時：2019年6月16日（日） 13：50～14：00
 会場：第2会場（山形テルサ 3F アプローチ）

関連委員会および研究会

- 第16回東北産婦人科専攻医会
 日時：2019年6月15日（土） 8：30～10：30
 会場：山形テルサ 3F アプローチ
- 東北生殖医療研究会（TURM）
 日時：2019年6月15日（土）
 会場：山形テルサ
 〈世話人会〉 8：00～9：00 3F 特別会議室
 〈特別講演〉 9：30～10：30 第3会場（山形テルサ 3F 研修室A）
 日本医科大学附属病院 教授 明楽重夫

○東北婦人科腫瘍研究会（TGCU）世話人会・幹事会

日時：2019年6月15日（土） 8：00～9：00

会場：山形テルサ 3 F 会議室

若手奨励賞

東北連合産科婦人科学会の活性化の一環として、一般演題の中から若手奨励賞6演題を選出し、表彰いたします。なお、表彰式は6月16日（日）13：50より第2会場（山形テルサ 3 F アプローチ）で執り行います。

講演発表

1. 座長へのお願い

- (1) 担当セッション開始時刻30分前までに、座長受付（3 F ロビー「総合受付」内）までお越しください。
- (2) 座長は担当されるセッションの開始10分前までに会場内次座長席へご着席ください。
- (3) プログラムに定められた時間内に終了するよう、時間厳守に努めてください。
- (4) 一般演題の座長を担当される先生は、担当セッションの演題の中から若手奨励賞候補1演題の選考をお願いいたします。座長席に選考用紙を準備いたしますので、ご記入の上、セッション終了後に会場内進行係へご提出ください。

2. 演者へのお願い

- (1) 一般演題は全て口頭発表で、発表時間6分、質疑時間2分です。
- (2) 会期中は下記時間帯でPC受付（3 F アプローチホワイエ）を設けております。
【1日目】 2019年6月15日（土） 8：00～18：00
【2日目】 2019年6月16日（日） 8：00～12：30
ご自身の講演開始30分前までに発表データ収録メディア（USBメモリ、CD-Rまたはご自身のPC）をご持参の上、受付と動作確認を行ってください。なお、2日目の発表データも1日目に受付可能です。
- (3) 演者は口演開始10分前までに会場内の次演者席へご着席ください。スライドの送りは演台上のキーボード・マウスを使用してお yourself で操作をお願いいたします。

【データ持参の場合】

- (1) 会場に準備するPCはWindows10、PowerPointは2016をインストールしております。
動画ファイルはWindows Media Player11以降の初期状態に含まれるコーデックで再生できるものをご利用ください。（形式はWMVまたはMP4を推奨いたします）
- (2) Mac OSのPowerPointで作成されたデータをご持参の場合は、Windows版のPowerPointで試写・確認したデータをお持ちください。KeyNoteデータの場合はMac本体をお持込みください。
- (3) 発表データ（PowerPointデータ）のファイル名は「演題番号（半角）+筆頭演者名」としてください。
- (4) フォントはOS標準のものをご使用ください。
- (5) 画像の解像度はXGA（1024×768）をお願いいたします。発表者ツールは使用できません。

【PC持参の場合】

- (1) 故障・不具合時のバックアップとして必ず予備メディアもご持参ください。
- (2) 画像の解像度はXGA（1024×768）をお願いいたします。
- (3) PC受付にてモニターに接続し、映像の出力チェックを行ってください。
- (4) スクリーンセ이버、省電力設定は解除してください。ACアダプターも忘れずにご持参ください。

- (5) プロジェクターとの接続ケーブルはミニd-sub15ピン(VGA)です。持込のPCによっては専用の出力アダプターが必要になりますので、必ずご持参ください。HDMIやDVIでは出力できません。
- (6) 発表者ツールは使用できません。演台乗せ上げは不可で、オペレーターデスクに設置いたします。
- (7) 発表用PCは発表開始15分前までに会場内オペレーター席へ演者ご本人がお持ち込みください。

日本専門医機構単位付与講習

日本専門医機構単位付与講習は下記のとおりです。

プログラム	分類
特別講演	産婦人科領域講習（指導医講習会） 1単位
会長招請講演	専門医共通講習（医療倫理講習会） 1単位
教育講演 1	産婦人科領域講習 1単位
教育講演 2	専門医共通講習（医療安全講習会） 1単位
教育講演 3	専門医共通講習（感染対策講習会） 1単位
イブニングセミナー	産婦人科領域講習 1単位
スポンサードセミナー	産婦人科領域講習 1単位

1. 日本専門医機構単位付与講習

日本専門医機構単位付与講習受講単位の受付は、e 医学会カード (UMIN カード) に印字されたバーコードをご利用いただきます。各会場前の受講単位受付にて、バーコードリーダーで認証を行います。

受講単位受付は講演開始10分前から行います。講演開始15分を過ぎた場合、聴講は可能ですが、受講単位は付与されませんのでご了承ください。

なお、本会会員でe 医学会カード (UMIN カード) をお忘れ・お持ちでない方は、手動登録にて受付いたします。各会場前の受講単位受付にお申し出ください。

共催セミナー

各日、以下共催セミナーにて飲食が配布されます。

- ランチョンセミナー 1、2 日時：2019年6月15日(土) 11:50~12:50
- スポンサードセミナー 日時：2019年6月15日(土) 14:05~15:05
- イブニングセミナー 日時：2019年6月15日(土) 16:00~17:00
- ランチョンセミナー 3、4 日時：2019年6月16日(日) 11:30~12:30

事務局

山形大学医学部産科婦人科学講座

第147回東北連合産科婦人科学会総会・学術講演会 事務局

[プログラム委員長] 永瀬 智

[事務局長] 松尾幸城

〒990-9585 山形市飯田西2-2-2 TEL: 023-628-5393

運営事務局

株式会社大風印刷 学会サポートサービス

〒990-2338 山形市蔵王松ヶ丘1-2-6

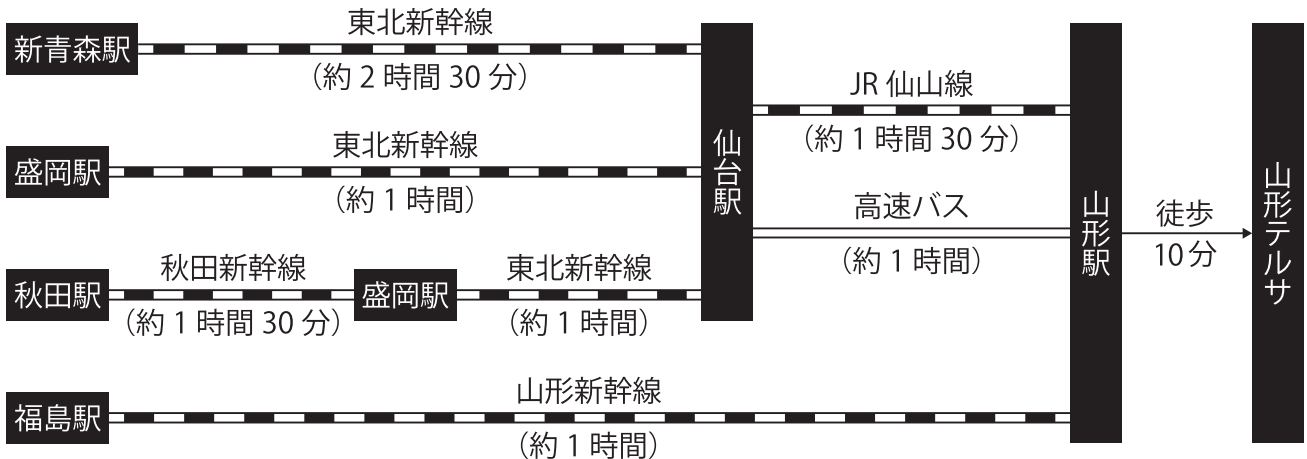
TEL: 023-689-1111 FAX: 023-689-1114 E-Mail: jsog147t@okaze.jp

【会場および周辺図】



(P) : 民間駐車場
 — : 駅からの徒歩ルート
 ※会場隣接の駐車場は工事のため
 ご利用できません。
 近隣の有料駐車場または公共交通
 機関をご利用ください。

【会場までの交通機関】



【お帰りの際の公共交通機関のご案内】

■山形新幹線

山形	⇒	福島	⇒	郡山
13:04	つばさ142号	14:14	⇒	14:29
13:40	つばさ 86号	15:02		
14:04	つばさ144号	15:14	⇒	15:29
14:52	つばさ 88号	16:02		

■奥羽本線(下り)

(2019年4月1日現在)

山形	⇒	新庄着	新庄発	⇒	秋田
13:33	奥羽本線	14:42	15:40	奥羽本線	18:11
14:52	奥羽本線	16:07	17:09	奥羽本線	20:12
15:46	奥羽本線	17:04	17:09	奥羽本線	20:12

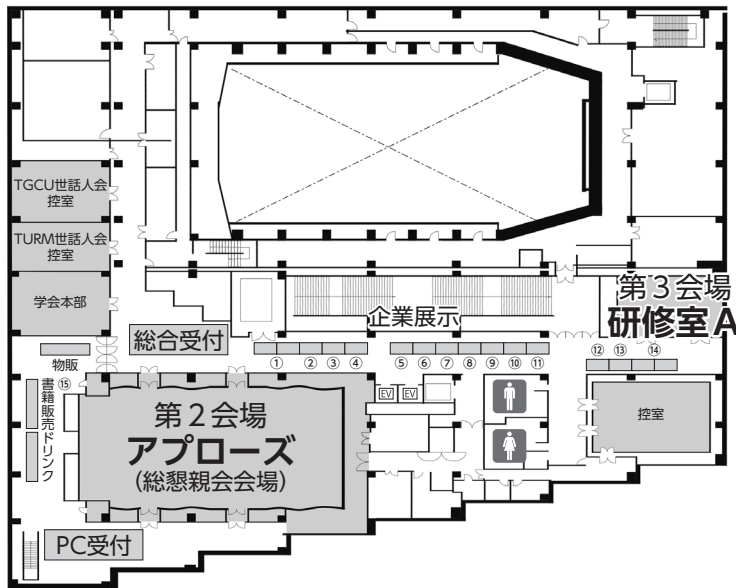
■仙山線・東北新幹線(下り)

山形	⇒	仙台着	仙台発	⇒	盛岡	新青森・秋田	新青森発	⇒	弘前
13:55	仙山線	15:13	15:39	やまびこ55号	16:54				
			15:54	はやぶさ25号	16:33	17:29 新青森	18:31	奥羽本線	19:08
14:56	仙山線	16:25	16:39	やまびこ55号	17:54				
			17:39	やまびこ57号	18:54				
15:59	仙山線	17:13	17:54	はやぶさ31号	18:33	19:37 新青森	19:49	奥羽本線	20:35

■山形-仙台 高速バス 山交ビルバスターミナル3番より15分間隔で運行

【会場案内図】

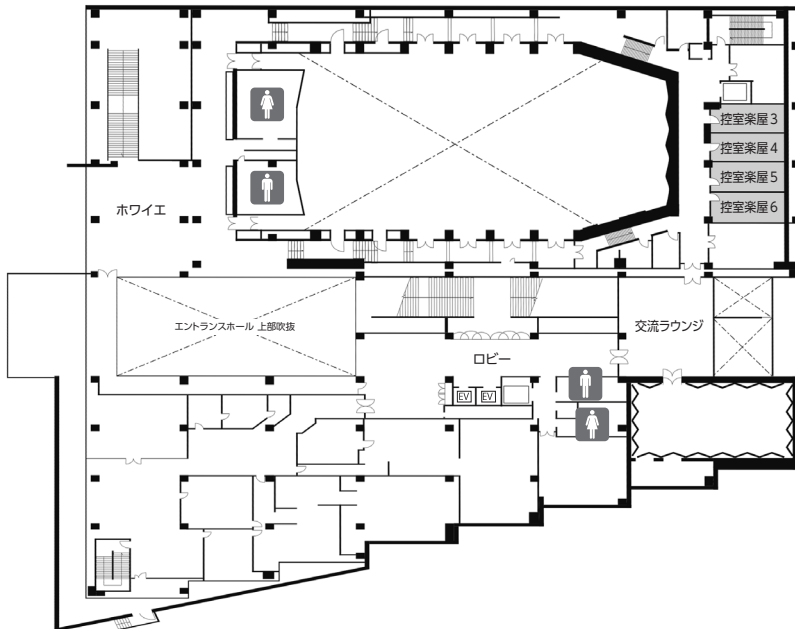
3F



企業・書籍展示 出展社一覧

- ① メルクバイオフーマ株式会社
- ② タカラベルモント株式会社
- ③ GEヘルスケア・ジャパン株式会社
- ④ トーイツ株式会社
- ⑤ 株式会社メディカルリーダース
- ⑥ 株式会社ステムセル研究所
- ⑦ 大塚製薬株式会社
- ⑧ 科研製薬株式会社
- ⑨ コニカミノルタジャパン株式会社
- ⑩ 株式会社ジェイエスエス
- ⑪ アトムメディカル株式会社
- ⑫ コヴィディエンジャパン株式会社
- ⑬ 株式会社北里コーポレーション
- ⑭ 協立機電工業株式会社
- ⑮ 株式会社高陽堂書店(書籍展示)

2F



1F



県総合文化芸術館
建設工事中

学会プログラム（1日目）6月15日（土）

	第1会場（テルサホール）	第2会場（アプローズ）	第3会場（研修室A）
8:00		受付開始（8:00～）	
9:00		第16回 東北連合産婦人科専攻医会 （8:30-10:30） （日本産科婦人科学会Plus Oneプロジェクト）	
10:00		開会式・会長挨拶（10:35-10:40）	東北生殖医療研究会（TURM） 特別講演（9:30-10:30）
11:00		教育講演①（10:45-11:45） 胎児心拍数モニタリングの現状と適切な用い方 演者：鮫島 浩（宮崎大学） 座長：菅原準一（秋田県立医療センター） 共催：アトムメディカル株式会社 産婦人科 領域講習	一般演題1（10:40-11:36） 座長：永沢崇幸（岩手医科大学） 演題番号：1～7
12:00	ランチョンセミナー①（11:50-12:50） 婦人科ロボット手術のイノベーション 演者：小林裕明（鹿児島大学） 座長：渡部 洋（東北医科薬科大） 共催：中外製薬株式会社	ランチョンセミナー②（11:50-12:50） 子宮内膜症、その謎への腹腔内免疫アプローチ 演者：前田長正（高知大学） 座長：馬場 長（岩手医科大学） 共催：持田製薬株式会社	
13:00		特別講演（13:00-14:00） 山形大学における重粒子線治療プロジェクト 演者：根本建二（山形大学） 座長：永瀬 智（山形大学） 産婦人科領域講習 指導者講習会	
14:00		スポンサードセミナー（14:05-15:05） 生殖医療における患者と医療者のヘルスリテラシー 演者：高橋俊文（福島県立医大） 座長：寺田幸弘（秋田大学） 共催：あすか製薬株式会社／ ノーベルファーマ株式会社 産婦人科 領域講習	一般演題2（14:05-14:45） 座長：渡辺憲和（山形大学） 演題番号：8～12
15:00	一般演題7（15:10-15:50） 座長：佐藤敏治（秋田大学） 演題番号：32～36		一般演題3（14:45-15:25） 座長：渡邊 善（東北大学） 演題番号：13～17
16:00	イブニングセミナー（16:00-17:00） プラチナ感受性再発卵巣癌のForefront 演者：平嶋泰之（静岡がんセンター） 座長：八重樫伸生（東北大学） 共催：アストラゼネカ株式会社／MSD株式会社 産婦人科 領域講習		一般演題4（15:25-16:05） 座長：尾上洋樹（岩手医科大学） 演題番号：18～22
17:00	教育講演②（17:05-18:05） 自分を傷つけずにはいられない！ ——自傷行為の理解と援助 演者：松本俊彦（国立精神・神経医療センター） 座長：堤 誠司（山形大学） 専門医共通講習 （医療安全講習会）		一般演題5（16:05-16:45） 座長：横田 恵（弘前大学） 演題番号：23～27
18:00			一般演題6（16:45-17:17） 座長：古川茂宜（福島県立医大） 演題番号：28～31
20:30		総懇親会（18:15～）	

●企業・書籍展示 3Fホワイエ 10:35～17:30

●関連委員会および研究会

○第16回東北産婦人科専攻医会

日時：2019年6月15日（土）8:30～10:30
会場：山形テルサ 3F アプローズ

○東北婦人科腫瘍研究会（TGCU）世話人会・幹事会

日時：2019年6月15日（土）8:00～9:00
会場：山形テルサ 3F 会議室

○東北生殖医療研究会（TURM）【共催：日本新薬株式会社】

日時：2019年6月15日（土）
会場：山形テルサ

〈世話人会〉8:00～9:00 3F 特別会議室

〈特別講演〉9:30～10:30 3F 研修室A

日本医科大学付属病院

女性診療科・産科 教授 明楽 重夫

■ 学会プログラム（2日目） 6月16日（日）

	第1会場（テルサホール）	第2会場（アプローズ）	第3会場（研修室A）
8:00		受付開始（8:00～）	
		一般演題8（8:15-8:47） 座長:熊澤由紀代（秋田大学） 演題番号:37～40	一般演題11（8:15-8:47） 座長:酒井啓治（東北医科薬科大） 演題番号:49～52
9:00		一般演題9（8:47-9:19） 座長:渡辺 正（東北医科薬科大学） 演題番号:41～44	一般演題12（8:47-9:19） 座長:平川八大（弘前大学） 演題番号:53～56
		一般演題10（9:19-9:51） 座長:辻 圭太（東北大学） 演題番号:45～48	一般演題13（9:19-9:51） 座長:経塚 標（福島県立医大） 演題番号:57～60
10:00	会長招請講演（10:00-11:00） 分かちあう心の進化 演者:松沢哲郎（京都大学高等研究院・特別教授） 座長:手塚尚広（置賜総合病院） 専門医共通講習（医療倫理講習会）		
11:00		総会（11:05-11:25）	
12:00	ランチョンセミナー③（11:30-12:30） 産婦人科医が行う性教育活動 —大阪の事情・性教育指導セミナー全国大会へのお誘い— 演者:谷口 武（谷口病院 院長） 座長:横山良仁（弘前大学） 共催:バイエル薬品株式会社	ランチョンセミナー④（11:30-12:30） 「とことんTLH」 座長:藤森敬也（福島県立医科大学） TLHで技術認定医を取得するためのロードマップ～11名を育成した経験から～ 演者:磯部真倫（新潟大学） 医療機関におけるTLHトレーニングプログラム～手術の質を担保して研修医を育てる～ 演者:出浦伊万里（聖マリアンナ医科大学） 共催:ジョンソンエンドジョンソン株式会社	
13:00		教育講演③（12:40-13:40） B群溶血性レンサ球菌（GBS）感染症に関する最近の話題 演者:三嶋廣繁（愛知医科大学） 座長:井上聡子（さとこ女性クリニック） 専門医共通講習（感染対策講習会）	
14:00		若手奨励賞表彰式・閉会式（13:50-14:00）	

●企業・書籍展示 3Fホワイエ 8:00～12:30

●役員会および総会

- 東北連合産科婦人科学会役員会および東北地区産科婦人科学会・医会連絡会

日時：2019年6月16日（日） 7:30～8:30
会場：ホテルメトロポリタン山形 3F 出羽

- 東北連合産科婦人科学会総会

日時：2019年6月16日（日） 11:05～11:25
会場：山形テルサ 3F アプローズ

- 東北連合産科婦人科学会 若手奨励賞表彰式・閉会式

日時：2019年6月16日（日） 13:50～14:00
会場：山形テルサ 3F アプローズ

■ 第16回東北産婦人科専攻医会

(日本産科婦人科学会 プロジェクト“Plus One”産婦人科セミナー)

第1日目 6月15日(土)	
08:30-08:35	開会挨拶 第147回東北連合産科婦人科学会総会・学術講演会会長 手塚 尚広
08:35-09:15	第1部「東北における切迫早産の管理について」
09:15-09:55	第2部 医学生セッション
09:55-10:25	第3部「ギネトーク！～産婦人科の魅力伝えたい芸人～」
10:25-10:30	閉会挨拶 第16回東北産婦人科専攻医会 主幹事 奥井 陽介

専攻医会特別プログラム『1から始める生殖補助医療』

日時：2019年6月14日(金) 15:00～17:00

会場：山形大学医学部(詳細は別途連絡します)

講師：山形大学医学部産科婦人科学講座 助教 竹原 功 先生

*定員：15名(その他25名程度まで見学可能)

*参加費：1,000円(見学は無料)

*申込：各大学専攻医会幹事まで

*内容：生殖補助医療の講義とマウス卵のハンドリングを行います。

医学生セッション

満月の夜は分娩が多い？気圧の低下で陣痛は来る？

¹弘前大学医学部医学科4年、²弘前大学大学院医学研究科 産科婦人科学講座

鴻巣 かおり¹、松倉 大輔²、黒瀧 紗希²、伊東 麻美²、田中 幹二²、横山 良仁²

d-ROMsテスト・BAPテストを用いた卵巢癌および子宮体癌患者における酸化ストレスに関する検討

¹山形大学医学部医学科4年、²山形大学医学部産科婦人科学講座

大塚 紗歩子¹、清野 学²、鈴木 百合子²、奥井 陽介²、須藤 毅²、太田 剛²、永瀬 智²

片児が心臓逸脱症であった一絨毛膜二羊膜双胎の一例

¹東北大学医学部、²東北大学産婦人科教室

星野 恭平¹、小堀 周作²、倉片 三千代²、齋藤 昌利²、八重樫 伸生²

エジンバラ産後うつ病評価票を用いた産後うつ病発症リスク因子の解析

¹山形大学医学部医学科4年、²山形大学医学部産科婦人科学講座

平野 まどか¹、成味 恵²、渡邊 憲和²、山谷 日鶴²、堤 誠司²、永瀬 智²

会長招請講演

2日目 6月16日(日) 第1会場「テルサホール」 10:00～11:00

分かちあう心の進化

演者：松沢 哲郎 京都大学高等研究院 特別教授・副院長
座長：手塚 尚広 山形県産婦人科医会 会長／公立置賜総合病院 副院長

特別講演

1日目 6月15日(土) 第2会場「アプローズ」 13:00～14:00

山形大学における重粒子線治療プロジェクト

演者：根本 建二 山形大学医学部放射線腫瘍学講座 教授／山形大学医学部附属病院 病院長
座長：永瀬 智 山形大学医学部産科婦人科学講座 教授

教育講演

教育講演 1

1日目 6月15日(土) 第2会場「アプローズ」 10:45～11:45

胎児心拍数モニタリングの現状と適切な使い方

演者：鮫島 浩 宮崎大学医学部附属病院長、産科婦人科主任教授
座長：菅原 準一 東北大学メディカルメガバンク機構 教授

共催：アトムメディカル株式会社

教育講演 2

1日目 6月15日(土) 第1会場「テルサホール」 17:05～18:05

自分を傷つけずにはいられない！——自傷行為の理解と援助

演者：松本 俊彦 国立精神・神経医療研究センター 薬物依存研究部 部長
座長：堤 誠司 山形大学医学部産科婦人科学講座 准教授

教育講演 3

2日目 6月16日(日) 第2会場「アプローズ」 12:40～13:40

B群溶血性レンサ球菌（GBS）感染症に関する最近の話題

演者：三嶋 廣繁 愛知医科大学大学院医学研究科 臨床感染症学 主任教授
座長：井上 聡子 さとこ女性クリニック 院長

ランチョンセミナー

ランチョンセミナー1

1日目 6月15日(土) 第1会場「テルサホール」 11:50～12:50

婦人科ロボット手術のイノベーション

演者：小林 裕明 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科生殖病態生理学 教授

座長：渡部 洋 東北医科薬科大学医学部産婦人科学教室 教授

共催：中外製薬株式会社

ランチョンセミナー2

1日目 6月15日(土) 第2会場「アプローズ」 11:50～12:50

子宮内膜症、その謎への腹腔内免疫アプローチ

演者：前田 長正 高知大学医学部 産科婦人科学講座 教授

座長：馬場 長 岩手医科大学医学部産婦人科講座 教授

共催：持田製薬株式会社

ランチョンセミナー3

2日目 6月16日(日) 第1会場「テルサホール」 11:30～12:30

産婦人科医が行う性教育活動

— 大阪の事情・性教育指導セミナー全国大会へのお誘い —

演者：谷口 武 谷口病院 院長

座長：横山 良仁 弘前大学大学院医学研究科 産科婦人科学講座 教授

共催：バイエル薬品株式会社

ランチョンセミナー4

2日目 6月16日(日) 第2会場「アプローズ」 11:30～12:30

「とことんTLH」

座長：藤森 敬也 福島県立医科大学 医学部 産科婦人科学講座 教授

TLHで技術認定医を取得するためのロードマップ ～11名を育成した経験から～

演者：磯部 真倫 新潟大学医学部 産科婦人科学教室 助教

医育機関におけるTLHトレーニングプログラム ～手術の質を担保して修練医を育てる～

演者：出浦伊万里 聖マリアンナ医科大学 産婦人科学 講師

共催：ジョンソンエンドジョンソン株式会社

イブニングセミナー

1日目 6月15日(土) 第1会場「テルサホール」 16:00～17:00

プラチナ感受性再発卵巣癌のForefront

演者：平嶋 泰之 静岡県立 静岡がんセンター 婦人科 部長

座長：八重樫伸生 東北大学医学部 産婦人科 教授

共催：アストラゼネカ株式会社
MSD株式会社

スポンサードセミナー

1日目 6月15日(土) 第2会場「アプローズ」 14:05～15:05

生殖医療における患者と医療者のヘルスリテラシー

演者：高橋 俊文 福島県立医科大学 ふくしま子ども・女性医療支援センター 教授

座長：寺田 幸弘 秋田大学医学部 産婦人科学講座 教授

共催：あすか製薬株式会社
ノーベルファーマ株式会社

一般演題

一般演題 1

1日目 6月15日(土) 第3会場「研修室A」 10:40~11:36

座長：永沢 崇幸 (ながさわ たかゆき) 岩手医科大学

1. 巨大卵巣腫瘍2症例の経験

八戸市立市民病院

佐藤 直人 (さとう なおと)、葛西 亜希子、田上 和磨、末永 香緒里、葛西 剛一郎、
田中 創太

2. 不正性器出血を主訴としたエストロゲン産生卵巣類内膜腺癌の一例

青森市民病院

千葉 仁美 (ちば ひとみ)、佐藤 麻希子、橋本 哲司

3. 子宮体癌術後に偶発的に早期卵巣癌が発見された2症例

弘前大学

大石 舞香 (おおいし まいか)、松本 麻未、當麻 絢子、三浦 理絵、平川 八大、
二神 真行、横山 良仁

4. 急速に進行し、治療に難渋した卵巣卵黄嚢腫瘍IVB期の1例

東北大学

宮原 周子 (みやはら しゅうこ)、辻 圭太、品川 真澄、重田 昌吾、徳永 英樹、
島田 宗昭、八重樫 伸生

5. 15年後に再発した卵巣顆粒膜細胞腫の一例

日本海総合病院

佐藤 藍 (さとう あい)、高橋 裕也、早坂 典子、早坂 直、清野 朝史、井出 佳宏

6. 術後に卵巣成熟奇形腫と診断された抗NMDA受容体脳炎の一例

公立置賜総合病院

福長 健史 (ふくなが たけし)、小島原 敬信、山下 由花、伊藤 泰史、手塚 尚広

7. 卵巣癌における術前D-dimer値の有効性に関する検討

山形大学

鈴木 百合子 (すずき ゆりこ)、奥井 陽介、榎 宏諭、清野 学、須藤 毅、太田 剛、
永瀬 智

一般演題2

1日目 6月15日(土) 第3会場「研修室A」 14:05~14:45

座長: 渡辺 憲和 (わたなべ のりかず) 山形大学

8. 右卵管妊娠の流産後に正常妊娠を続発した1例

青森県立中央病院

高林 杏奈 (たかばやし あんな)、門ノ沢 結花、淵之上 康平、熊坂 諒大、松下 容子、尾崎 浩士、森川 晶子

9. 満期まで妊娠継続し生児を得た卵管間質部への異所性妊娠の一症例

¹岩手県立二戸病院産婦人科、²岩手医科大学医学部産婦人科学講座、³厚生労働省東北厚生局

千田 英之¹ (ちだ ひでゆき)、秋元 義弘¹、千葉 洋平¹、村上 一行¹、佐藤 昌之¹、川村 花恵²、石河 育慧³

10. 妊婦健診未受診により正期産に至り生児を得た副角妊娠、癒着胎盤、子癩の一例

弘前大学

松倉 大輔 (まつくら だいすけ)、二神 真行、赤石 麻美、大澤 有姫、三浦 理絵、伊東 麻美、田中 幹二、横山 良仁

11. 遺残胎盤に対して子宮動脈塞栓術が有効であった1例

山形県立新庄病院

酒井 一嘉 (さかい かずよし)、椎名 有二、齋藤 晋太郎、中原 健次

12. 妊娠初期の止血困難な流産症例に対してVCS施行し子宮摘出を回避した一例

岩手県立磐井病院

谷村 史人 (たにむら ふみと)、萩原 達也、前川 絢子、菅原 登、加賀 敬子

一般演題3

1日目 6月15日(土) 第3会場「研修室A」 14:45~15:25

座長: 渡邊 善 (わたなべ ぜん) 東北大学

13. 過多月経を呈する粘膜下筋腫に対する筋腫融解術 (TCMM) 併用MEAの有用性

山王レディースクリニック

津田 晃 (つだ あきら)

14. テールが子宮内に迷入し、抜去困難になったIUDを細径硬性子宮鏡にて摘出した1例

秋田大学

久木元 詩央香 (くきもと しおか)、設楽 明宏、岩澤 卓也、尾野 夏紀、白澤 弘光、佐藤 亘、熊澤 由紀代

15. 腹腔鏡下手術が有効であった小児期発症卵管捻転の1例

岩手県立中部病院

吉田 悠人 (よしだ ゆうと)、鈴木 一誠、佐藤 惟、喜早 優里菜、高後 裕子、西本 光男

16. 子宮後壁頸部筋腫に対する腹腔鏡下子宮全摘術の1例

岩手県立磐井病院

萩原 達也 (はぎはら たつや)、谷村 史人、前川 絢子、菅原 登、加賀 敬子

17. 山形県における腹腔鏡下手術の現状 ～20回の内視鏡セミナー開催を経て～

山形大学

高橋 杏子 (たかはし きょうこ)、松尾 幸城、深瀬 実加、竹原 功、渡邊 憲和、清野 学、堤 誠司、永瀬 智

一般演題4

1日目 6月15日(土) 第3会場「研修室A」 15:25～16:05

座長: 尾上 洋樹 (おのうえ ひろき) 岩手医科大学

18. 流産手術における手動真空吸引法 (MVA) の有用性

弘前大学

松本 麻未 (まつもと まみ)、小山 文望恵、石原 佳奈、横田 恵、福原 理恵、横山 良仁

19. 異所性妊娠にMTX療法2-dose regimenが奏功した2症例

山形大学

富倉 理紗子 (とみくら りさこ)、松尾 幸城、高橋 杏子、竹原 功、川越 淳、永瀬 智

20. チトクロームP450オキシドレダクターゼ欠損症の継続、進行する卵巢嚢胞にLEP介入が奏功した一例

東北大学

志賀 尚美 (しが なおみ)、立花 眞仁、井ヶ田 小緒里、藤峯 絢子、久野 貴司、横山 絵美、渡邊 善、八重樫 伸生

21. 当院での女性がん患者におけるOncofertilityの現状と今後の課題

弘前大学

追切 裕江 (おいきり ひろえ)、福原 理恵、小山 文望恵、當麻 絢子、石原 佳奈、横田 恵、横山 良仁

22. 宮城県がん・生殖医療ネットワークの活動状況と今後

¹東北大学産婦人科、²宮城県立がんセンター、³仙台ARTクリニック、⁴スズキ記念病院

立花 眞仁¹ (たちばな まさひと)、志賀 尚美¹、渡邊 善¹、八重樫 伸生¹、山田 秀和²、吉田 仁秋³、星 和彦⁴

一般演題5

1日目 6月15日(土) 第3会場「研修室A」 16:05~16:45

座長:横田 恵 (よこた めぐみ) 弘前大学

23. 総腸骨静脈奇形により卵巣静脈血栓性静脈炎を来した1例

気仙沼市立病院

橋本 栄文 (はしもと えいふみ)、齋藤 彰治、齋藤 彩、栃木 実佳子

24. 子宮マニピュレーター挿入後に子宮仮性動脈瘤を来した一例

米沢市立病院

伊藤 友理 (いとう ともみち)、吉田 隆之、木村 和彦

25. 悪性腫瘍が疑われた骨盤放線菌症の一例

日本海総合病院

高橋 裕也 (たかはし ゆうや)、早坂 直、小松 美華子、佐藤 藍、早坂 典子、清野 朝史、井出 佳宏

26. 月経周期に伴う発熱と下腹部痛を契機に診断された家族性地中海熱の1例

石巻赤十字病院

松原 美紀 (まつばら みき)、佐藤 壮樹、野添 大輔、田上 可桜、市川 さおり、豊島 将文、吉田 祐司

27. 当院における骨盤臓器脱に対する手術治療の成績
～主に再発について

独立行政法人国立病院機構弘前病院

丹藤 伴江 (たんどう ともえ)、小玉 都萌、追切 裕江、松村 由紀子、飯野 香理

一般演題6

1日目 6月15日(土) 第3会場「研修室A」 16:45~17:17

座長:古川 茂宜 (ふるかわ しげのり) 福島県立医科大学

28. LEEPにおけるピトレシンの有用性についての検討

仙台医療センター

村川 真理弥 (むらかわ まりや)、田邊 康次郎、清水 孝則、松浦 類、柏館 直子、石垣 展子、武山 陽一、新倉 仁

29. 子宮頸部絨毛癌の1例

岩手県立中央病院

佐々木 史子 (ささき ふみこ)、門野 彩花、土屋 繁一郎、三浦 雄吉、海道 善隆、菊池 権恵、三浦 史晴、葛西 真由美

30. 子宮頸癌皮膚転移の2例

¹福島県立医科大学 産科婦人科学講座、²一般財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院 産婦人科
岡部 慈子^{1,2} (おかべ ちかこ)、加茂 矩士¹、小島 学¹、野村 真司¹、古川 茂宜¹、
添田 周¹、渡辺 尚文¹、藤森 敬也¹

31. 多発直腸穿孔により持続ドレナージを要した子宮頸癌 (CCRT後) の一例

東北大学

西澤 圭織 (にしざわ かおり)、佐々木 里美、湊 敬道、石橋 ますみ、重田 昌吾、
島田 宗昭、工藤 沙織、土岐 麻美、辻 圭太、徳永 英樹、八重樫 伸生

一般演題7

1日目 6月15日(土) 第一会場「テルサホール」 15:10~15:50

座長: 佐藤 敏治 (さとう としはる) 秋田大学

.....

32. 低異型度子宮内膜間質肉腫の1例

¹東北大学病院産婦人科、²東北大学病院病理部

工藤 沙織¹ (くどう さおり)、石橋 ますみ¹、岡本 聡¹、徳永 英樹¹、八重樫 伸生¹、
渡辺 みか²

33. 帝王切開時にあきらかになった腹膜偽粘液腫の一例

仙台市立病院

仲野 靖弘 (なかの やすひろ)、新倉 詩央香、佐藤 友里恵、笹瀬 亜弥、赤石 美穂、
平山 亜由子、宇賀神 智久、羽根田 健、今井 紀昭、早坂 篤、大槻 健郎

34. 卵巣癌術後22年を経て、腸管子宮内膜症からの発生と考えられた大腸腺癌の一例

¹弘前大学大学院医学研究科産科婦人科学講座、²弘前大学医学部病理診断学講座

三浦 理絵¹ (みうら りえ)、二神 真行¹、松本 麻未¹、當麻 絢子¹、大石 舞香¹、
平川 八大¹、横山 良仁¹、加藤 哲子²

35. 進行卵巣癌を疑われた壁外発育型大腸癌の一例

東北大学

湊 敬道 (みなと たかみち)、徳永 英樹、西澤 圭織、工藤 沙織、石橋 ますみ、
重田 昌吾、島田 宗昭、八重樫 伸生

36. 閉経後性器出血を契機に診断された副腎皮質癌の1例

秋田大学

坂口 太一 (さかぐち たいち)、佐藤 敏治、田村 大輔、菅原 多恵、三浦 康子、
清水 大、佐藤 直樹、寺田 幸弘

一般演題8

2日目 6月16日(日) 第2会場「アプローチ」 8:15~8:47

座長：熊澤 由紀代 (くまざわ ゆきよ) 秋田大学

37. 腹腔鏡下子宮全摘術で治療し得た子宮留膿腫の2例

岩手県立磐井病院

萩原 達也 (はぎはら たつや)、谷村 史人、前川 絢子、菅原 登、加賀 敬子

38. 妊娠初期に異なる術式で加療を行った黄体嚢胞茎捻転の2症例

仙台市立病院

久木元 詩央香 (くきもと しおか)、宇賀神 智久、平山 亜由子、早坂 篤、大槻 健郎

39. 腹腔鏡下手術におけるSTRATAFIX® SpiralPDS Plus®の使用経験

岩手県立磐井病院

谷村 史人 (たにむら ふみと)、萩原 達也、前川 絢子、菅原 登、加賀 敬子

40. 腹腔鏡下手術にて診断・治療し得た、原発性腹膜妊娠の1例

福島県立医科大学

加茂 矩士 (かも のりひと)、古川 茂宜、小島 学、野村 真司、山口 明子、添田 周、渡邊 尚文、藤森 敬也

一般演題9

2日目 6月16日(日) 第2会場「アプローチ」 8:47~9:19

座長：渡辺 正 (わたなべ ただし) 東北医科薬科大学

41. 初回治療後に2型糖尿病を発病しTC療法中に糖尿病性ケトアシドーシスをきたした再発子宮体癌の1例

仙台医療センター

牧 もとみ (まき もとみ)、田邊 康次郎、太田 真理子、清水 孝規、松浦 類、新倉 仁

42. 腹腔鏡下手術後に診断されたcystic adenomyosisの一例

岩手県立中部病院

鈴木 一誠 (すずき いっせい)、吉田 悠人、佐藤 惟、喜早 優里菜、高後 裕子、西本 光男

43. 肺転移をした平滑筋腫

山形県立中央病院

堀川 翔太 (ほりかわ しょうた)、鈴木 百合子、小幡 美由紀、小篠 隆広、阿部 祐也

44. 上皮成分に種々の化生を伴う子宮体部腺肉腫の一例

岩手医科大学

深川 大輔 (ふかがわ だいすけ)、苫米地 英俊、永沢 崇幸、佐藤 誠也、利部 正裕、庄子 忠宏、板持 広明、馬場 長

一般演題10

2日目 6月16日(日) 第2会場「アプローチ」 9:19~9:51

座長:辻 圭太 (つじ けいた) 東北大学

45. Bevacizumab併用化学療法にて小腸穿通を認めた再発卵巣癌の一例

東北大学

熊谷 奈津美 (くまがい なつみ)、辻 圭太、宮原 周子、品川 真澄、重田 昌吾、徳永 英樹、島田 宗昭、八重樫 伸生

46. 当院におけるオラパリブを使用した再発卵巣癌11症例の検討

福島県立医科大学

植田 牧子 (うえた まきこ)、古川 茂宜、加茂 矩士、遠藤 雄大、小島 学、添田 周、渡邊 尚文、藤森 敬也

47. 当院におけるオラパリブ維持療法の使用経験

東北大学

重田 昌吾 (しげた しょうご)、徳永 英樹、土岐 麻美、辻 圭太、島田 宗昭、八重樫 伸生

48. 当院におけるPARP阻害剤の使用経験

山形大学

奥井 陽介 (おくい ようすけ)、太田 剛、鈴木 百合子、榊 宏諭、清野 学、須藤 毅、永瀬 智

一般演題11

2日目 6月16日(日) 第3会場「研修室A」 8:15~8:47

座長:酒井 啓治 (さかい けいじ) 東北医科薬科大学

49. 既往子宮術後妊娠、子宮破裂3症例

岩手県立中央病院

門野 彩花 (かどの あやか)、佐々木 史子、土屋 繁一郎、三浦 雄吉、海道 善隆、菊池 権恵、三浦 史晴、葛西 真由美

50. 当院における超緊急帝王切開に対する取り組みとその成果

大崎市民病院

小針 諄也 (こはり じゅんや)、田邊 昌平、工藤 理永、遠藤 俊、宮野 菊子、櫻田 尚子、松本 大樹、我妻 理重

51. 当院における超緊急帝王切開の工夫

気仙沼市立病院

栃木 実佳子（とちぎ みかこ）、橋本 栄文、齋藤 彩、齋藤 彰治

52. 岩手県における超緊急帝王切開術（gradeA）の必要性と問題点

岩手医科大学

黒川 絵里加（くろかわ えりか）、川村 花恵、羽場 巖、佐々木 由梨、岩動 ちず子、千葉 淳美、小山 理恵、馬場 長

一般演題12

2日目 6月16日(日) 第3会場「研修室A」 8:47~9:19

座長：平川 八大（ひらかわ はちだい）弘前大学

53. 胎児発育不全と心嚢液貯留を主訴に搬送され、胎児血流測定で胎児母体間輸血症候群の診断に至った1例

¹山形済生病院産婦人科、²山形大学医学部附属病院産婦人科

中村 文洋¹（なかむら ふみひろ）、阪西 通夫¹、山内 敬子¹、岩間 英範¹、大貫 毅¹、金杉 浩¹、金子 宙夢²、奥井 陽介²

54. 妊婦の自然腎盂外尿溢流に対し、尿管ステントが有効であった1例

秋田赤十字病院

岡部 基成（おかべ もとなり）、今野 めぐみ、細谷 直子、真田 広行

55. 妊娠高血圧症候群を背景として産褥期に発症した周産期心筋症の一例

八戸市立市民病院

田上 和磨（たがみ かずま）、田中 創太、吉田 瑤子、湊 純子、湊 敬廣、末永 香緒里、葛西 亜希子、葛西 剛一郎

56. STICを用いて出生前診断しえた兩大血管右室起始症の一例

¹仙台医療センター 産婦人科、²神奈川県立こども医療センター新生児科

村川 東¹（むらかわ あずま）、田邊 康次郎¹、長谷川 祐子¹、柏舘 直子¹、石垣 展子¹、武山 陽一¹、新倉 仁¹、川瀧 元良²

一般演題13

2日目 6月16日(日) 第3会場「研修室A」 9:19~9:51

座長：経塚 標（きょうづか ひょう）福島県立医科大学

57. 当院における風疹抗体価の傾向とその対策

石巻赤十字病院

佐藤 壮樹（さとう たけき）、豊島 将文、野添 大輔、高橋 友梨、田上 可桜、市川 さおり、吉田 祐司

58. 血糖コントロール不良下で妊娠した1型糖尿病患者19妊娠の検討

秋田大学

藤嶋 明子 (ふじしま あきこ)、小野 有紀、亀山 沙恵子、下田 勇輝、三浦 広志、
佐藤 朗、寺田 幸弘

59. 当院で1年間に経験した未受診妊婦の検討

¹むつ総合病院産婦人科、²大館市立総合病院 産婦人科

張 賀冕¹ (ちゃん ふーみん)、武田 愛紗¹、小山 文望恵¹、石原 佳奈¹、水沼 慎人²

60. 当院における反復帝王切開後妊娠の検討

太田総合病院附属太田西ノ内病院

今泉 花梨 (いまいずみ かりん)、田中 幹夫、野村 泰久、青木 千津、鈴木 聡、
大和田 亜矢、松宮 環

會長招請講演

特別講演

教育講演

分かちあう心の進化

演者：松沢 哲郎 京都大学高等研究院 特別教授・副院長

チンパンジーの研究を通して見えてきた人間の心について考察する。人間とチンパンジーは約600-700万年前までさかのぼると共通祖先に行きつく。21世紀初頭に両者とも全ゲノムが解読されて、DNAの塩基配列の違いは約1.2%だとわかった。人間は98.8%のチンパンジーだとも表現できるだろう。そのわずかな違い、すなわち人間らしさはどこにあるのだろうか。「アイ・プロジェクト」と呼ばれる研究を霊長類研究所で続けてきた。チンパンジーが文字や数字を認識し、コンピュータ画面に出た1から9までの数字とその場所を瞬間的に記憶する課題では彼らのほうがわれわれより優れていることがわかった。しかし文字を教えてみると言語的ラベルの習得は困難で時間がかかる。並行して、西アフリカ・ギニアのボソウの森に暮らす野生チンパンジーの研究を続けている。ここのチンパンジーは、一組の石をハンマーと台にして堅いナッツの種を叩き割って中の核を取り出して食べる。その文化的伝統の学習過程は「教えない教育・見習う学習」と呼べるものだった。逆に言うと、言葉で教える・手を添える・ほめるといった人間ならふつうにみられる積極的な教育はない。チンパンジーの寿命は約50年で、女性は10歳台前半から子どもを産み始め、20歳、30歳、40歳台でも産む。出産間隔は約5年だ。つまり、母親が一人の子どもを育て上げて、次の子育てにとりかかり、閉経後の暮らしがほほえない。在胎日数は約235日で、出生体重は平均1.8kgだ。チンパンジーを基準にして人間の親子関係や子育てを見ると3つの点で違いが際立つ。①母親だけでなく父親やほかの仲間が子育てに参加する。②とくに祖母という社会的役割がある。③母子だけでなく家族と共同体という多層の社会関係の中で複数のおとなたちが協力して複数子どもたちを同時に育てる。じつはヒト科は4属だ。ヒト・チンパンジー・ゴリラ・オランウータンである。ヒト科4属に比較の範囲を広げると、ヒトと生物学上呼ばれる人間の特徴が際立つ。オランウータンは母親と子どもだけで、父親がそばにいない。ゴリラはシルバーバックと呼ばれる父親がいて複数の女性とその子どもがいるいわば一夫多妻の大家族だ。しかし家族はあるが複数の家族が集まった共同体を作らない。チンパンジーは複数のおとなの男女がいて子どもたちがいて、時には100個体を超える共同体を作る。しかしその中に家族と呼べる特定のおとなの結びつきはない。人間だけが、多くは男女のおとなが緊密に連携して家族を作り、その家族が複数集まった共同体を作り、その中で出産し子育てをしている。ヒト科の共通祖先から受け継いだ多彩で高度な認知機能の中で、とりわけ「想像するちから」が人間では顕著だ。目の前にないものに思いをはせることができる。それによって未来を構想し、言語を操り、他者の心を理解する。想像するちからが、人間に固有の母子一家族—共同体という多層の社会関係を支えて、思いやり・分かちあい・慈しむ心へと進化していったと考えられる。

参照：アイ・プロジェクトのホームページ：<http://langint.pri.kyoto-u.ac.jp/ai/>

【学歴・職歴】

京都大学高等研究院・特別教授、京都大学霊長類研究所・兼任教授、理学博士。

1950年、愛媛県松山市生まれ。1974年、京都大学文学部哲学科卒業。1977年11月から「アイ・プロジェクト」とよばれるチンパンジーの心の研究を始め、野生チンパンジーの生態調査もおこなう。チンパンジーの研究を通じて人間の心や行動の進化的起源を探り、「比較認知科学」とよばれる新しい研究領域を開拓した。2016年3月に京都大学霊長類研究所を退職、同年4月、京都大学高等研究院特別教授に就任した。兼務として、中部大学創設学術院特別招聘教授、京都造形芸術大学文明哲学研究所長、公益財団法人日本モンキーセンター所長、英文学術誌「Priamtes」編集長。著書に『想像するちから』（岩波書店2011年、第65回毎日出版文化賞受賞、科学ジャーナリスト賞2011受賞）、『分かちあう心の進化』（岩波書店2018年）など多数。2004年紫綬褒章受章、2013年に文化功労者となる。日本学術会議会員（20-21-22期）・連携会員（23期-）、主な所属学会として国際霊長類学会（会長、2012-16）。

特別講演

1日目 6月15日(土) 第2会場「アプローズ」 13:00~14:00

座長：永瀬 智 山形大学医学部産科婦人科学講座 教授

山形大学における重粒子線治療プロジェクト

演者：根本 建二 山形大学医学部放射線腫瘍学講座 教授／山形大学医学部附属病院病院長

放射線治療には一般的にはリニアックで発生させたX線が用いられる。X線の性質上、がんが小さい場合にはがん絞ったピンポイント照射が可能であるが、がんが大きい場合には周囲の正常な組織にかなりの量の放射線が照射されてしまい、副作用の危険が高くなる。これに対し、陽子や重粒子（主に炭素の原子核）などを高速に加速した荷電粒子線は、体内の一定の深さで爆発的にエネルギー吸収がおきるため、大きながんでも周囲の放射線量を大幅に減らした治療が可能となる。

粒子線の中で、陽子線の生物効果はX線とほぼ同じであるが、重粒子線はDNAをより強力に破壊することが可能で（クラスター損傷）、生物効果がきわめて大きいという特徴も持っている。また、加えて、X線や陽子線での治療が数十回に分けて治療を行うのに対し、重粒子では1~2回、最大でも十数回という短期間での治療も可能である。一方で、管腔臓器に近接したがんの場合、穿孔の危険が高くなり、婦人科腫瘍領域で一般的に用いられるかどうかは不透明で、手術的に腫瘍と腸管、膀胱の間にスペースを形成する手技も重要となる。

優れた特徴を持つ重粒子線であるが、炭素の原子核を体の深部に届く速度、秒速約20万キロに加速するには、巨大な加速器が必用で、その建設費は総額150億円以上、医療機器としては世界で最も高額なものとなる。そのため、世界でも12施設が稼働しているのみであり、うち国内は6施設、北日本には設置されていない。また、国内以外は世界でも6施設と普及も進んでいない。

これら問題を解決すべく、山形大学では、次世代技術を取り入れた重粒子線治療装置の開発に取り組んでいる。用いられる次世代技術は1) 小型で病院併設、2) 省エネルギー、3) 回転ガントリー、4) 超高速スポットスキニング、などであるが、特に、重要な技術要素は超伝導技術を用いた回転ガントリーである。いままでの重粒子線治療装置では、水平と垂直方向の決まった方向からしか照射ができず、一部の患者の治療が困難であった。山形大学では超伝導技術を用い、世界最小の回転ガントリーを開発し、X線や陽子線と同様に、自在な方向から重粒子を照射できる仕組みを導入する。これは他の施設にはない際だった特徴で、完成の暁には世界をリードする施設となる予定で、日本の重粒子線治療装置の輸出がはじめて達成できたのもこの技術によるところが大きい。

重粒子線治療は大変優れたがん治療の方法であるが、ランニングコストも約10億円と膨大で、多数の患者を集めないと施設の維持ができない問題がある。山形のような人口密度の低い地域への建設は例がなく、東北一円から患者を集める仕組みが重要となっている。

【学歴・職歴】

- S57.3 東北大学医学部卒業
- S57.6 宮城県立成人病センター放射線科
- S59.4 東北大学医学部大学院入学
- S63.3 「不均等分割照射の基礎的研究」にて医学博士
- S63.4 東北大学医学部附属病院 助手
- H12.4 - 東北大学 量子治療学分野 講師
- H15.4 - 東北大学 放射線腫瘍学分野 助教授
- H18.4 - 山形大学 放射線腫瘍学分野 教授
- H21.4 山形大学医学部附属病院 副病院長
- H26.4 山形大学 副医学部長
- H28.4 山形大学医学部附属病院 病院長

【在外研究歴】

- 短期 S61.10 - S61.12 Department of Radiation Biology, Lawrence Berkeley National Laboratory, Berkeley, CA テーマ：重イオンビーム（シリコンイオン線）の抗腫瘍効果
- 長期 H7.3 - H8.2 Department of Developmental Radiotherapy, British Columbia Cancer Agency, Vancouver, BC Canada, テーマ：パイ中間子線の臨床応用（脳、前立腺）、陽子線分割照射の基礎研究

【学会役員】

日本医学放射線学会 理事／日本食道学会 理事・副理事長／日本放射線腫瘍学会 監事

【その他】

日本放射線腫瘍学会学術大会長 2021年11月12 - 14日@仙台国際センター

教育講演 1

1日目 6月15日(土) 第2会場「アプローチ」 10:45~11:45 共催：アトムメディカル株式会社

座長：菅原 準一 東北大学メディカルメガバンク機構 教授

胎児心拍数モニタリングの現状と適切な使い方

演者：鮫島 浩 宮崎大学医学部附属病院院長、産科婦人科主任教授

胎児心拍数モニタリングが臨床に応用され始めて60年余が経過した。その間に膨大な量の臨床研究と基礎研究がなされ、多くの知見が得られてきた。その反面、未だ不明な点も数多く残されている。

胎児心拍数モニタリングの有用性に関するCochrane Databaseを見ても、直近の5年間には大きなRCTは一つも実施されず、現在ではそのようなRCT自体が困難であることを示唆している。

そこで現時点でのEBMを見ると、分娩中の胎児心拍数モニタリングによる連続監視は、新生児けいれんを半減させるものの、それ以外の周産期予後、例えば周産期死亡率、脳障害などを改善させることはない。一方で、母体に関しては帝王切開率を約1.5倍に上昇させる。ただ、この結果はあくまでも「正しく実施された間欠的聴診法と比較して」の話であり、実際には「正しい」間欠的聴診法はほぼ、実現不可能である。さらに結論の確実性の観点からは、今後の大規模研究によっては（前述のように、実現可能性は低い）、現時点の結論が変更される可能性は大きいことが示されている。

このような現状を踏まえると、現時点で分娩チームは胎児心拍数モニタリングを使わざるを得ず、また、evidenceレベルが高いとは言い難い根拠を用いても、best clinical decisionを下し、児の予後改善に努める必要がある。

このような不確実性という限界を十分に認識した上で適切に用いることで、われわれが実施してきたフィールド研究では、成熟児のpH<7.1未満の出生率が減少し、周産期脳障害の発症頻度も減少している。この背景には教育の効果も大きいと判断している。

現状のevidenceをいかに臨床に応用するか、best clinical decisionを下す際のモニタリングの位置付けは何か、適切な学び直しの頻度は、on-the-job trainingを主体とした教育体制をいかに構築するか、今後必要となるevidenceは何か、臨床応用すべきtechnologyは何か、、、など。

周産期医療に興味を持つ若手医師を対象に、これらの視点から胎児心拍数モニタリングの現状と将来について解説したい。

【職歴】

現職 宮崎大学理事、医学部附属病院院長、発達泌尿生殖医学講座産科婦人科学分野 主任教授

【学歴】

1981. 3 鹿児島大学医学部卒業

1991.11 医学博士

【履歴】

1981. 6 鹿児島市立病院産婦人科研修医

1983. 6 アメリカ：ロマリンド大学産婦人科へ留学（～1986）

1995. 4 宮崎医科大学産婦人科講師

1996. 7 宮崎医科大学周産母子センター、産婦人科助教授

2007. 4 宮崎大学医学部産婦人科診療科長

2011. 1 同、産婦人科教授

2013.10 同、医学部附属病院副院長

2016. 4 宮崎大学理事、宮崎大学医学部附属病院院長、産科婦人科主任教授併任

【主な国内学会】

日本産科婦人科学会代議員、日本周産期・新生児医学会理事 会長elect (2021)

日本母体胎児医学会常任幹事 会長 (2013)、日本妊娠高血圧学会理事

日本産婦人科新生児血液学会理事 会長 (2018)、日本糖尿病・妊娠学会理事 会長 (2017)

日本産科婦人科栄養・代謝研究会理事、日本産婦人科感染症学会理事 会長 (2019)

【主な米国学会】

米国SRI (SGI) 会員 (1998～)

米国ACOG国際会員 (1998～2008)

【審査会等】

産科医療補償制度審査委員、日本産科婦人科学会 周産期委員会委員など

自分を傷つけずにはいられない！——自傷行為の理解と援助

演者：松本 俊彦 国立精神・神経医療研究センター 薬物依存研究部 部長

今日、リストカットなどの自傷行為は若い女性にかかわるあらゆる診療科で無視できない問題となっている。我々の調査では、十代のおよそ1割に自傷経験があり、そのうちの約6割は10回以上の自傷経験があることがわかっている。

自傷行為は様々な誤解に曝されている。たとえば、「アピールの行動」、「かまってちゃん」などと決めつけて、見て見ぬ振りをする医療者がいる。意外に知られていないが、自傷する人の96%は、1人きりの状況で自傷におよび、しかもそのことを誰にも告げないのである。これをアピールとはいえない。実際には、自傷行為の目的は、怒りや不安、絶望感といった不快感情を、誰の助けも借りずに緩和することにある。その意味では、むしろ孤独な対処スキルというべきであろう。

あるいは、「リストカットなんかじゃ死なない」と決めつけて、自傷行為を軽視する者もいる。なるほど、死ぬことを意図してリストカットする者は少ない。しかし、だからといって「リストカットする人は死なない」とは決していえない。実証的な研究は、自傷経験者の将来における自殺リスクはきわめて高いことを明らかにしており、私の臨床経験に照らしても、切っていないときの自傷患者は、大抵、「消えたい」「いなくなりたい」「死にたい」という考えがモヤモヤと堂々めぐりしている。その意味では、「切っているときだけ死につながる考えから遠ざかっている」、あるいは、「死にたいくらいつらい今を一時的に生き延びるために切っている」と考えた方が正確だろう。

しかし、こうした女性の問題は、実は自傷行為以外の点にある。彼女たちの多くは、拒食や過食・嘔吐、アルコール・薬物乱用、そして不健康な恋愛や危険なセックスといった問題も抱えている。その意味では、「自分を大切にできない」人たち、あるいは、生き方そのものが自傷的な人たちというべきかもしれないが、そのなかで最大の自傷的行動は、何といても、つらいときにリアルな世界で人に助けを求めることができないということに尽きる。

今回の講演では、自傷行為に対する理解を深め、女性の健康増進にかかわる医療者として最低限の知っておくべき理解と対応の基本をお伝えしたい。

【経歴】

1993年佐賀医科大学卒業。横浜市立大学医学部附属病院での初期臨床研修修了後、国立横浜病院精神科シニアレジデント、神奈川県立精神医療センター医師、横浜市立大学医学部附属病院精神科助手、医局長を経て、2004年に国立精神・神経センター（現、国立精神・神経医療研究センター）精神保健研究所 司法精神医学研究部専門医療・社会復帰研究室長に就任。以後、同研究所 自殺予防総合対策センター自殺実態分析室長、同 副センター長などを歴任し、2015年より同研究所 薬物依存研究部 部長に就任。さらに2017年より国立精神・神経医療研究センター病院 薬物依存症センター センター長を併任。

【学会等役員兼務】

日本アルコール・アディクション医学会理事／日本精神科救急学会理事

【受賞など】

2006年 星和書店「精神科治療学」優秀論文賞

2011年 日本犯罪学会学術奨励賞

2017年 日本アルコール・アディクション医学会 柳田知司賞

【主著】

「薬物依存の理解と援助」（金剛出版、2005）

「自傷行為の理解と援助」（日本評論社、2009）

「アディクションとしての自傷」（星和書店、2011）

「薬物依存とアディクション精神医学」（金剛出版、2012）

「自傷・自殺する子どもたち」（合同出版、2014）

「アルコールとうつ、自殺」（岩波書店、2014）

「自分を傷つけずにはいられない」（講談社、2015）

「もしも「死にたい」と言われたら——自殺リスクの評価と対応」（中外医学社、2015）

「物質使用障害治療プログラム——SMARPP-24」（共著、金剛出版、2015）

「よくわかるSMARPP——あなたにもできる薬物依存者支援」（金剛出版、2016）

「薬物依存臨床の焦点」（金剛出版、2016）

「ハームリダクションとは何か——薬物問題に対する、ある一つの社会的選択」（共著、中外医学社、2017）

「薬物依存症」（筑摩書房、2018）

B群溶血性レンサ球菌（GBS）感染症に関する最近の話題

演者：三嶋 廣繁 愛知医科大学大学院医学研究科 臨床感染症学 主任教授

B群溶血性連鎖球菌（Group B *Streptococcus*：GBS）は、1930年にLancefieldとHareによって最初に分類されたグラム陽性球菌で、ヒトの呼吸器系、消化器系、尿道系および膣の常在菌の一部として存在し、ヒト以外のほ乳類や魚類からの報告もある。現在のところ血清型は9種類に分類され、一般的にIa、Ib、Ⅲ、Ⅴ型が侵襲型とされている。

妊婦においては絨毛膜羊膜炎により前期破水や早産の原因となり、分娩後には子宮内膜炎や子宮筋層炎の原因となる。一方、非妊婦では、糖尿病、慢性肝疾患、慢性腎疾患、悪性新生物、その他の免疫不全状態を有する成人や高齢者において、関節炎、心内膜炎、肺化膿症、皮膚軟部組織炎など多彩な病像の原因となることが報告されている。

新生児・乳児期早期においては、早発型（日齢0～6）では保菌妊婦からの経産道感染で、菌血症、肺炎、髄膜炎などがみられる。遅発型（日齢7～89）や超遅発型（日齢90～1歳未満）は主に水平感染による感染で、髄膜炎が最も多いが、菌血症、尿路感染、皮膚軟部組織感染、骨関節炎などもみられる。血清型は早発型では主にIa、Ib、Ⅲ型が、遅発型ではⅢ型が多くⅤ型も検出されている。また、我々は、GBSの医療施設内感染も経験している。

治療は一般的にペニシリン系薬が選択される、成人由来株のごくわずかに*pbp2x*変異をもつ低感受性株が報告されている。

母子感染予防策として、現在日本では、「産婦人科診療ガイドライン—産科編2017」によると、産前スクリーニングとして、妊娠35～37週に培養検査（膣入口部ならびに肛門内）を行い、GBS陽性妊婦に対しては抗菌薬投与が推奨されている。この対応は早発型感染症に対しては有効であるが、遅発型・超遅発型感染症に対する有効性に関するエビデンスはない。一方で近年遅発型GBS感染症例において経母乳感染例が報告されており、それらの症例の中には母体にGBS乳腺炎がみられた症例もあることから、乳腺炎と遅発型GBS感染症の関連性が注目されている。

さらにワクチンによる予防が試みられ、現在妊婦への3価（Ia、Ib、Ⅲ型）結合型ワクチン臨床試験が進められている。このワクチンはCRM₁₉₇をキャリア蛋白したワクチンで、早発型のみならず遅発型の抑制効果も期待されている。

【生年月日】

1961年3月8日（58歳）

【現職】

愛知医科大学大学院医学研究科 臨床感染症学 主任教授

愛知医科大学病院 感染症科 教授、愛知医科大学病院 感染制御部 感染管理室 部長、

愛知医科大学病院 感染制御部 感染検査室（細菌検査室・遺伝子検査室） 部長

岐阜大学医学部 客員教授

名城大学薬学部 特任教授

岐阜医療科学大学 客員教授

【学歴】

1983年3月 名古屋大学文学部卒業

1989年3月 岐阜大学医学部卒業

1994年3月 岐阜大学大学院医学研究科博士課程修了（医学博士）

【資格】

日本感染症学会感染症専門医・指導医、日本産科婦人科学会専門医・指導医、外科周術期感染管理認定医・教育医、日本東洋医学会専門医・指導医、日本医真菌学会認定専門医、日本化学療法学会抗菌化学療法認定医・指導医、抗菌薬臨床試験指導医、日本性感染症学会認定医、日本結核病学会結核・抗酸菌症認定医、日本微生物学会認定医、インフェクションコントロールドクター、日本体育協会公認スポーツドクター、母体保護法指定医

【職歴】


1989年5月 岐阜大学医学部附属病院 医員（研修医）
 1994年4月 岐阜大学医学部附属病院 医員（産科婦人科）
 1994年9月 岐阜大学医学部 助手（産科婦人科）
 1997年10月 岐阜大学医学部 講師（産科婦人科）
 2003年4月～2004年3月 Channing Laboratory, Harvard Medical School, Research Scholar
 2004年4月 岐阜大学 生命科学総合研究支援センター 嫌気性菌研究分野 助教授
 2007年4月 岐阜大学大学院 連合創薬医療情報研究科 感染症治療学 准教授
 2007年8月～ 愛知医科大学大学院医学研究科 臨床感染症学 主任教授

【学会活動】（主な加入学会名及び役職）

日本感染症学会（監事2017～2021、評議員、中日本地方会理事（2011～2014、2017～2021）、第57回中日本地方会学術集会会長2014年、第93回日本感染症学会総会・学術集会会長2019年）、日本化学療法学会（評議員、理事（2008～2012、2014～2018）、第57回西日本支部総会会長2009年）、日本環境感染学会（評議員、理事（2008～2012、2015～2019））、日本臨床微生物学会（理事（2014～2019）、幹事（2012～2014）、評議員、第29回学術集会総会会長2018年）、日本外科感染症学会（理事（2013～）、評議員）、日本性感染症学会（理事長（2018. 12～）、理事（2007～）、東海支部長（2011～）、評議員、学術集会会長2013年）、日本臨床腸内微生物学会（理事（2016～）、第20回学術集会会長2017年）、日本医真菌学会（監事（2018～）、代議員（2013～））、日本産科婦人科学会、日本産婦人科感染症学会（理事（2015～）、第35回学術集会会長2018年）、日本臨床検査医学会、日本プライマリ・ケア連合学会（代議員（2018～））、日本東洋医学会、日本呼吸器学会、日本結核病学会、日本細菌学会、日本周産期・新生児医学会、日本思春期学会、日本手術医学会、日本質量分析学会、日本嫌気性菌感染症学会（理事長（2017～2021）、理事（2004～2021））、日本母性衛生学会（理事（2013～2015）、代議員（2013年～）、真菌症フォーラム（代表世話人（2017～）、世話人）、緑膿菌感染症研究会（運営委員）、MRSA フォーラム世話人（第7回MRSAフォーラム当番会長2016年）、日本クラミジア研究会（運営委員、第26回学術集会会長2008年、第29回学術集会会長2011年）、ブドウ球菌研究会、公益財団法人性の健康医学財団（理事（2014～））、特定非営利活動法人SRNJ（理事長（2011～））、International Society of Antimicrobial Chemotherapy（Executive Committee（2017-2021））、American Society for Microbiology、European Society of Clinical Microbiology and Infectious Diseases、Infectious Diseases Society of America、Surgical Infection Society、Anaerobe Society of the Americas

【賞】

2000年5月岐阜医学協議会奨励賞、2001年5月日本化学療法学会上田賞、2001年6月日本東洋医学会賞、2005年9月日本臨床腸内微生物学会大島賞、2017年3月上原記念日本嫌気性菌感染症学会学術奨励賞、2019年4月日本感染症学会二木賞



ランチョンセミナー
イブニングセミナー
スポンサードセミナー

ランチョンセミナー 1

1日目 6月15日(土) 第1会場「テルサホール」 11:50~12:50 共催：中外製薬株式会社

座長：渡部 洋 東北医科薬科大学医学部産婦人科学教室 教授

婦人科ロボット手術のイノベーション

演者：小林 裕明 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科生殖病態生理学 教授

現在のロボット手術のほとんどはIntuitive Surgical (IS) 社のダヴィンチシステムでなされているが、高価なことや触覚がないことなどの欠点はあるものの、その低侵襲性が患者に与える恩恵は大きい。腹腔鏡手術で対応可能な早期がんは別として、徹底的なリンパ節郭清を要する浸潤がんや高度肥満の症例などは、今後ロボット手術に移行していくであろう。私は運よくダヴィンチS、Si、Xiと3代すべての機種による執刀を経験できた。本講演では機種の進化とともに容易となった新たな術式へのイノベーションに関して我々の取り組みを紹介する。

最新機種のXiシステムでは、①4本のアームが端を発するオーバーヘッド部分の回転機能、②長くなった鉗子とペイシャントクリアランス機能により向上した鉗子到達能、③投与したICGを蛍光として同定する近赤外光カメラシステム (Firefly機能) の搭載などの利点に加わった。①と②により、高リスク子宮体がんにおけるデュアルドッキング手術、すなわち上腹部手術 (傍大動脈リンパ節郭清±大網・虫垂切除) に引き続いての下腹部手術 (骨盤リンパ節郭清+子宮・両側付属器摘出) がS/Siシステムより格段容易となった。すなわち、上腹部手術後にペイシャントカートを動かさずオーバーヘッドのみを180度回転させ、再ドッキングの後に骨盤部手術を行う。動物およびカダバーでの検討を経て2018年より私費臨床試験 (IS社受託研究) を行った結果、デュアルドッキング手術は横一直線に並ぶ5つのポート配置 (アシストポート含む) で可能と判明し、手術マニュアルを作成した。

妊孕性温存を希望する子宮頸癌患者に対して2005年より広汎子宮頸部摘出術 (RT) の臨床試験を行ってきた。現在まで腹式RTを200例弱に行い良好な外科的アウトカムを得ているが、産科的アウトカムに関しては不妊治療を要する例も多く、術後妊娠率の改善を要する。鏡視下RTは創の縮小だけでなく腹腔内癒着の低減による妊娠率向上も期待できるが、腹式RTにおける長所が損なわれてはならない。我々が腹式RTで得た良好な外科的アウトカムは、①センチネルリンパ節 (SN) 生検による転移陰性の術中確認と②子宮表面に超音波プローブを直接当てて位置決めする正確な頸部切断が貢献していると思われるので、ロボット支援RTでも両手技が同等に可能か検討するために、2018年より私費臨床試験 (IS社受託研究) を開始した。①は子宮頸部へのRIトレーサー局注後に腹腔鏡用ガンマプローブを用いて、“hot node”としてSNを同定した。将来的普及を目指してICGトレーサー局注後にSNを同定する蛍光法も併用した。Firefly機能を用いて同定した“bright node”は“hot node”とほぼ一致し、術中病理診に提出した。②は腹腔鏡用極小USTプローブをアシストポートから挿入し、ダヴィンチエンドリストで子宮表面に密着させることで開腹RTと同様に内子宮口が同定でき、正確な部位で頸部切断できた。①②以外にも、頸管縫縮、温存子宮・腔管吻合など、腹腔鏡RTでは困難となる手技が多々あるが、これらも巧緻性に優れたダヴィンチエンドリストや縫合糸の工夫などにより、ほぼ腹式RTと同レベルに行えた。

本講演では上記の我々の取り組みに関して、動画を交えて紹介する。

【略歴】

1979年3月 県立宮崎西高等学校理数科卒業
 1985年3月 九州大学医学部卒業
 1985年4月 九州大学医学部婦人科学産科学教室入局
 1987年4月 九州大学大学院医学系研究科病理系専攻博士課程入学
 1991年3月 医学博士学位取得の上、卒業
 1991年4月 カナダ・サニーブルックヘルスサイエンスセンター・癌研究部門 (Robert Kerbel : ロバート・カーベル教授) に博士研究員として留学
 1993年4月 帰国し、九州大学病院産科婦人科・医員
 1993年12月 九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学 (産科婦人科)・助手
 1997年8月 同・兼任講師
 2006年7月 同・講師
 2009年4月 同・准教授

2014年4月 鹿児島大学大学院医歯学総合研究科生殖病態生理学（産科婦人科）・准教授

2016年4月 同・教授、同・大学病院女性医療センター長

2017年4月 同・大学病院遺伝カウンセリング室長

現在に至る

【所属学会及び団体における活動・受賞】

学会・団体

1. 日本産科婦人科学会：代議員、専門医・指導医、婦人科腫瘍委員会委員、低侵襲広汎子宮全摘術に関する小委員会委員（2018-）
2. 日本婦人科腫瘍学会：理事、腫瘍専門医・指導医、指定修練施設認定委員会委員長、センチネルリンパ節関連委員会委員長、内視鏡手術手技研修委員会委員、ロボット手術研修委員会委員、ロボット手術手技研修会テキスト作成委員会委員（2018-）
3. 日本臨床細胞学会：評議員、細胞診専門医・指導医、教育研修指導医
4. 日本癌治療学会：代議員、編集委員、がん診療ガイドライン策定委員
5. 日本産婦人科手術学会：常務理事、2021年度学術集会長
6. 日本ロボット外科学会：理事、学会認定ロボット術者（国内A級）、手術見学認定者（メンター）、2021年度学術集会長
7. 日本婦人科ロボット手術学会：理事、2017年度学術集会長、プロクター（指導者）制度検討小委員会委員長（2019-）
8. 日本産婦人科乳腺医学会：理事
9. 日本女性医学学会：理事、暫定指導医
10. 日本産科婦人科内視鏡学会：理事、ガイドライン作成委員、腹腔鏡下婦人科悪性腫瘍手術ワーキンググループ委員
11. 日本内視鏡外科学会：学会推奨ロボット手術指導者（プロクター）
12. 日本エンドメトリオーシス学会
13. 日本癌学会
14. 日本医師会学会
15. 鹿児島県母性衛生学会会長
16. American Society of Clinical Oncology（ASCO）：査読委員
17. International Gynecologic Cancer Society（IGCS）：査読委員
18. Asian Society of Gynecologic Oncology（ASGO）：査読委員
19. 日本絨毛性疾患研究会：世話人
20. 日本婦人科がん分子標的研究会：世話人
21. 婦人科がん会議：世話人
22. 産婦人科漢方研究会：世話人
23. 南九州内視鏡外科研究会：世話人
24. 日本臨床細胞学会九州連合会鹿児島支部：顧問
25. SNNS（sentinel node navigation surgery）研究会：理事
26. 日本リンパ浮腫研究会：前世話人・監事（2007-09）
27. 日本HPV研究会：世話人
28. 日本HBOCコンソーシアム
29. 日本がん治療認定医機構：暫定教育医、がん治療認定医
30. がん集学的治療研究財団・臨床試験開発・推進委員（2014-）
31. 日本臨床研究グループ（JCOG）：婦人科代表委員、頸癌プロトコール委員長
32. 婦人科悪性腫瘍化学療法研究機構（JGOG）：日韓婦人科腫瘍協議会委員
33. 西日本婦人科悪性腫瘍研究会（WJGOG）：世話人、プロトコール委員
34. 卵巣癌取扱い規約改定委員（2014-6）
35. 子宮体がん治療ガイドライン・作成委員（2007-08）、評価委員（2012-13）、作成小委員長（2016-）
36. 子宮頸がん治療ガイドライン・作成委員（2009-10）、評価委員（2016-17）
37. 卵巣がん治療ガイドライン・評価委員（2013-14）、評価委員（2013-14）
38. 外陰がん・膣がんガイドライン・評価委員（2014-15）
39. 癌治療学会：がん患者の妊孕性温存に関するガイドライン・作成委員（2015-17）
40. 産婦人科内視鏡手術ガイドライン・作成委員（2017-19）

【主な受賞】

平成17年3月 神澤財医学研究振興財団 第7回（平成16年度）神澤（かんばん）医学賞受賞

平成25年12月 医療・介護・教育研究財団 第8回ふくおか「医療活動功労賞」受賞

子宮内膜症、その謎への腹腔内免疫アプローチ

演者：前田 長正 高知大学医学部 産科婦人科学講座 教授

【目的】 子宮内膜症（内膜症）の発症および進展には、腹腔内に存在するNatural Killer（NK）細胞、macrophage、リンパ球といった免疫担当細胞が関与していることは、多くの知見により支持されている。教室ではNK細胞に着目し、その重要な機能である「細胞傷害能」つまりNK活性低下の原因と内膜症への関与について検討を重ねてきた。今回、腹腔NK細胞のもう一つの機能である「走化性」に注目し、内膜症との関連性について検討した。

【方法】 腹腔鏡下手術時に得た腹腔内貯留液を用い、腹腔内の環境を模した微小培養系を用いて、腹水中の免疫担当細胞や逆流子宮内膜細胞の応答をCCDカメラでタイムラプス撮影（30秒/1コマ）する方法を構築した。さらに、撮影された動画を用いて、単一時間の細胞の移動距離から得られる移動速度（Pixel/sec）を測定し、各々の細胞の走化性の指標とした。そして各種腹腔免疫担当細胞について移動速度を、内膜症の有無、月経周期、内膜症の進行期、および術後再発の有無などで比較検討を行った。

【成績】 腹腔macrophageとT細胞の動きは、いずれにも内膜症群と非内膜症群の間に有意差を認めなかった。しかし、NK細胞では、移動速度は内膜症症例で有意に低下していた。また、内膜症の進行期との間に相関はなく、Ⅰ・Ⅱ期とⅢ・Ⅳ期との間に有意差を認めなかった。加えて、術後再発例では非再発例より有意に速度が低下していることが明らかになった。

【結論】 NK細胞では、移動速度が初期内膜症の症例から低下しており、内膜症発症に関する可能性がある。また走化性がより低い群に術後再発が多く、再発機序にも関与していると考えられる。内膜症発症と術後再発にはNK細胞の細胞障害活性低下のみならず走化性低下も強く関わっていると考えられる。内膜症では、腹腔からの「逆流経血中」の内膜抗原を排除するこれらの生理的プロセスに脆弱性が示唆された。

【略歴】

昭和60年3月 高知医科大学医学部卒業
昭和60年4月 同 産婦人科入局
昭和60年4月 同 大学院 免疫学教室
平成2年4月 同 附属病院 助手
平成7年10月 大阪大学理学部有機化学教室 国内留学（糖鎖研究）
平成9年4月 高知医科大学医学部附属病院 講師
平成16年5月 高知大学医学部 産科婦人科 助教授
平成19年4月 同 准教授
平成24年4月 同 先端医療学推進センター再生部門臍帯血研究 班長
平成26年7月 同 教授

【所属学会】

日本産科婦人科学会 代議員（次期）理事、日本エンドメトリオーシス学会 理事、日本生殖免疫学会 理事、日本生殖医学会 代議員、日本産科婦人科内視鏡学会 理事、日本栄養代謝研究会 理事、日本癌治療学会会員 など

【近年の日産婦および再生医療における活動】

臍帯血を用いた再生医療

平成23年11月 「小児脳性麻痺に対する自己臍帯血幹細胞輸血による治療研究」（厚生労働省承認）

平成28年12月 「小児脳性麻痺など脳障害に対する自家臍帯血単核球細胞輸血」（厚生労働省承認）

ランチョンセミナー3

2日目 6月16日(日) 第1会場「テルサホール」 11:30～12:30 共催：バイエル薬品株式会社

座長：横山 良仁 弘前大学大学院医学研究科 産科婦人科学講座 教授

産婦人科医が行う性教育活動

— 大阪の事情・性教育指導セミナー全国大会へのお誘い —

演者：谷口 武 谷口病院 院長

大阪は梅毒感染急上昇、未受診妊婦件数日本一、性犯罪認知件数日本一と、思わしくない日本一が多く残念な限りです。しかし増加傾向は大阪に限ったことでは無く全国的な傾向となってきました。この点で大阪は性暴力被害救済ワンストップセンターSACHICOを全国に先駆けて施設型として運用を開始した言わばこの件に関する先進地？です。

望まない妊娠や性感染症を避けるために、私達産婦人科医が話す機会が多いのは“避妊”や“感染の予防や治療”についてです。しかしこの事だけを話してもなかなか本当の行動変容には繋がっていないかも知れません。

見かけ上は若年妊娠は減少傾向を示し性感染症もクラミジア等では減少してきていることが報告されています。しかしこの現象は性教育の充実からではなく、傷付くのが苦手に関わりを避ける若年層のコミュニケーションに起因していると考えられています。若い故に起こした失敗？として妊娠や性感染症があった時代からその様な関係性さえ少なくなってきた。性教育は怖がらせるのではなく、性は幸せの素であることをもっと伝えないといけない時代になってきているのではないのでしょうか。他方、中学生の妊娠はあまり減少傾向を示していないばかりかやや増加しています。また、クラミジアの感染も妊婦検査報告ではあまり減少していないことが報告されています。梅毒も先天梅毒の上昇が問題となっています。まだまだリスクが潜んだ環境にさらされている若い人達がいることを私達現場の産婦人科医は分かっていないといけなく感じています。妊娠して中絶に来たけれど誰の子か分からない、大概是知らない年上のおっちゃん！自分の父だった子もいます。背景にDVがあり警察も介入しシェルターに行った方もいました。

残念なことにSACHICOが出来てもその後の受診数・相談件数とも上昇傾向を示しており、その点で性的人権リプロダクティブ・ライツについて若い頃からの教育は欠かせないと思われま。

性に関する話は基本的には“幸せになるため”にある方がいいはず。命の誕生に関する事はやはり喜ばしいものであってほしいし、お互いのことを尊重する関係性、つまり自分を信じ相手を信じられるような仲間や恋人の存在は相互満足のコミュニケーションをもたらすことになる。しかし若年層の未来に対する一種のロールモデルとなるべき家庭におけるパートナーシップの現在のあり方は性差別や封建的な考え方にまだまだ支配され、その関係性を見ていると喜んで深くコミュニケーションを取るのを避けてしまう。自分らしく生きればいいジェンダーフリーな考え方も教育現場で伝えることがゆっくりですが始まってきています。私達産婦人科医が行う性教育についてもこの点を考える必要があると思います。

さて今年は日本産婦人科医会主催“性教育指導セミナー”が大阪で開催されます。テーマは“十代の性をまもり育てる”。性を考えるとき原点となるリプロダクティブ・ライツについて多くのディスカッションが出来ればと思います。本講演では大阪大会の前哨戦として大阪の性教育現場での取り組みについてご報告したいと存じます。是非本会大阪にもお越し下さい。

【略歴】

昭和60年3月 岡山大学医学部 卒業
昭和60年4月 大阪大学 産婦人科 入局
昭和61年5月 市立貝塚病院 産婦人科
昭和63年5月 大阪府立母子保健総合医療センター 周産期 I 部
平成元年5月 大阪大学 産婦人科
平成4年9月 大阪労災病院 産婦人科
平成5年5月 「The enhanced production of placental interleukin-1 during labor and intrauterine infection (陣痛および子宮内感染症の胎盤由来インターロイキン1産生に及ぼす影響の検討)」により学位取得
平成6年 大阪労災病院 産婦人科副部長 就任
平成8年10月 医療法人定生会 谷口病院 副院長 就任
平成9年5月 同 院長就任
平成19年4月 同 理事長就任 現在に至る

【専門領域】

生殖医療、婦人科内視鏡下手術、周産期

【役職】

日本産科婦人科学会 代議員
大阪府医師会 予備代議員、医事紛争特別委員会 委員
泉佐野泉南医師会 理事
大阪産婦人科医会 地区推薦理事(医療安全部、女性保健部担当)
近畿産科婦人科学会 府県選出評議員
日本IVF学会 評議員
近畿産婦人科内視鏡手術研究会 幹事

【資格】

日本産科婦人科学会 専門医
母体保護法指定医
日本生殖医学会 生殖医療専門医
日本産科婦人科内視鏡学会 技術認定医
日本産婦人科乳腺医学会 乳房疾患認定医
マンモグラフィー検診精度管理中央委員会 マンモグラフィー読影認定医
日本乳房甲状腺超音波医学会 乳房超音波講習会A判定
日本周産期・新生児医学会 新生児蘇生法専門インストラクター
周産期医療支援機構 ALSOインストラクター
大阪府医師会指定学校医
日本医師会認定産業医

【賞罰】

平成25年10月 社会福祉法人恩賜財団母子愛育会 母子愛育会会長表彰
平成29年10月 厚生労働大臣表彰

ランチョンセミナー4

2日目 6月16日(日) 第2会場「アプローチ」 11:30～12:30 共催：ジョンソンエンドジョンソン株式会社

座長：藤森 敬也 福島県立医科大学 医学部 産科婦人科学講座 教授

TLHで技術認定医を取得するためのロードマップ ～11名を育成した経験から～

演者：磯部 真倫 新潟大学医歯学総合病院 産科婦人科 助教

産科婦人科内視鏡学会腹腔鏡技術認定医は、腹腔鏡手術習得を目指す医師にとって目標の一つであることは間違いない。しかし、地方において認定医数が少ないことは重要な問題である。その理由としてまず第一に症例数、指導医の数があげられる。しかし、これらの要素は単一でなく、他の多数の因子も含めて複雑に絡みあい、複合的である。私自身、2013年12月に腹腔鏡手術の教育、普及を目的に新潟大学に着任した。教育に当たっては、この複雑な因子が絡みあう中、様々な方法で手術教育を行った。まずは、個人や病院単位の教育のみならず県全体を対象として教育に当たった。またその教育は知識、技術のみならず手術に臨む態度を教えた。他にも知識レベルから、シミュレーターレベル、実臨床レベルと様々なレベルで教育を行った。それは個人個人で必要とされる要素が異なるからである。その結果、5年間で計11名の技術認定医を育成した。また特筆すべきこととしてその高い合格率(91%)と認定ビデオ作製のための動画数(4.2例)である。地方においてTLHで技術認定医を取得するためのロードマップを実際の5年間の経験から報告する。

【略歴】

1977年 山形県山形市生まれ
 1996年 山形県立山形東高校卒業
 2002年 山形大学医学部医学科卒業
 2002年 山形大学医学部附属病院 産婦人科
 2005年 大阪労災病院 産婦人科
 2006年 山形大学医学部附属病院 産婦人科
 2008年 大阪労災病院 産婦人科
 2013年12月 新潟大学医歯学総合病院 産科婦人科 助教
 2018年10月 新潟大学医歯学総合病院 戦略企画室 室員(兼任)

【専門】

婦人科腫瘍、婦人科腹腔鏡手術、医学教育

【取得資格】

日本産科婦人科学会専門医
 日本婦人科腫瘍学会専門医
 日本産科婦人科内視鏡学会幹事・技術認定医・技術認定医審査員
 日本内視鏡外科学会技術認定医
 日本がん治療認定医機構がん治療認定医
 福島県立医科大学ふくしま子ども・女性医療支援センター特任講師
 京都大学 医学教育学プログラム修了
 国際メンターシップ協会 アソシエイトメンター

ランチョンセミナー4

2日目 6月16日(日) 第2会場「アプローズ」 11:30~12:30 共催：ジョンソンエンドジョンソン株式会社

座長：藤森 敬也 福島県立医科大学 医学部 産科婦人科学講座 教授

医育機関におけるTLHトレーニングプログラム ～手術の質を担保して修練医を育てる～

演者：出浦 伊万里 聖マリアンナ医科大学 産婦人科学 講師

良好な骨盤内視野と子宮可動性が得られる全腹腔鏡下子宮全摘出術（TLH）は、腹腔鏡手術修練に適した術式である。修練医であっても良質な手術を患者に提供する責務があり、指導医はそれを導く役割を担う。子宮を取ることは技術的に難しいことではないが、術者の力量によって手術の質は大きく異なる。本学のような医育機関において、手術の質を担保し、修練医にTLHを習得させるトレーニングプログラムの一案を提示する。

TLHは以下に示す7つのステップで行われる。定型化した術式を言語化し、これを文章化したテキストと音声化した動画が修練に用いられる。7つのステップは難易度によってレベルⅠ～Ⅲに分類されている。

1. 後腹膜腔展開（レベルⅢ）：尿管・子宮動脈の同定－尿管・尿管板の分離
2. 後方処理（レベルⅠ）：骨盤漏斗靱帯の切断－広間膜後葉・仙骨子宮靱帯の切断
3. 前方処理：子宮円靱帯の切断（レベルⅠ）－広間膜前葉・膀胱子宮窩腹膜の切開および膀胱腔間隙の展開（レベルⅡ）
4. 側方処理（レベルⅡ）：子宮傍組織の血管束化・切断
5. 腔壁切開（レベルⅢ）
6. 子宮回収（レベルⅢ）
7. 腔断端（レベルⅡ）・骨盤腹膜縫合（レベルⅠ）

修練医は以下の流れでトレーニングを行い、TLHを習得する。各段階でcertificationの獲得が義務づけられる。

1. 縫合結紮トレーニングによる3つの鉗子操作（ピストン運動、扇状運動、回旋運動）と腔断端縫合の習得
2. Wet tissueを用いたエネルギーデバイス適正使用の習得
3. セッティング～トロッカ留置の習得
4. 第二助手として骨盤内解剖・手術手順の熟知、子宮操作の習得
5. 第一助手として術野展開の熟知、スコープ・アシスト鉗子操作の習得
6. テキスト・動画による術者鉗子操作の熟知・想起
7. 術者としてレベルⅠからⅢの順に7つのステップを実施
8. 術者として右側、左側の順に7つのステップを実施（対側は指導医が実施）
9. 術者としてTLHを完遂（気腹時間は2時間以内を目標とする）

このトレーニングプログラムの達成目標は、「修練医がTLHを完遂する段階で、腹腔鏡技術認定医申請を考慮できる力量を身に付けていること」である。本講演では、実際のロールモデルを紹介し、医育機関における人材育成について言及する。

【略歴】

平成12年3月 鳥取大学医学部医学科卒業
平成12年5月 鳥取大学医学部附属病院医員（研修医）
平成13年4月 鳥取大学大学院医学系研究科博士課程入学
平成17年3月 同上修了 博士（医学）取得
平成17年4月 博愛病院医員
平成18年4月 鳥取県立中央病院医員
平成19年4月 鳥取大学医学部附属病院医員
平成19年10月 鳥取大学医学部附属病院女性診療科助教
平成20年4月～平成21年3月 倉敷成人病センター非常勤医師（臨床研修）
平成28年12月 鳥取大学医学部器官制御外科学生殖機能医学講師
鳥取大学医学部附属病院低侵襲外科センター副センター長
平成29年5月 聖マリアンナ医科大学産婦人科学講師

【専門医・所属学会】

日本産科婦人科学会産婦人科専門医・指導医、日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医・教育委員会委員・ガイドライン委員会委員、日本内視鏡外科学会技術認定医・医工学連携委員会委員、日本婦人科腫瘍学会婦人科腫瘍専門医、日本がん治療認定医、日本癌治療学会、日本産婦人科手術学会、日本エンドメトリオーシス学会、日本生殖医学会

イブニングセミナー

1日目 6月15日(土) 第1会場「テルサホール」 16:00～17:00 共催：アストラゼネカ株式会社/MSD株式会社

座長：八重樫 伸生 東北大学医学部 産婦人科 教授

プラチナ感受性再発卵巣癌のForefront

演者：平嶋 泰之 静岡県立 静岡がんセンター 婦人科 部長

卵巣癌は婦人科領域で最も予後不良の癌として知られているが、その原因の一つには高い再発率が上げられる。早期癌では30%、進行癌では80%が再発をきたし、その予後は不良である。このため、卵巣がん全体の予後改善のためには再発に対する治療も重要である。以下プラチナ感受性再発（PSR）卵巣癌に対して、最近発表された知見を以下に述べる。

1) 第二次腫瘍減量手術（SDS）

2017年の米国臨床腫瘍学会（ASCO）にてSDSに関するDESKTOP III試験の結果が発表された。初回再発、PSR、AGO score陽性症例（先行研究でSDSにて完全摘出できる可能性が高い）ではSDSを行った方が、化学療法だけを行うより無増悪生存期間（PFS）が優位に延長することが示された。しかし、翌年のASCOで発表されたGOG213試験ではSDSの有用性を証明することができず、今後さらに検討していく必要があると考えられる。

2) Bevacizumab (Bev) 併用・維持療法

PSRに対しては従来プラチナ併用療法が行われてきたが、初回治療で有効性が認められたBev併用・維持療法がPSRに対しても有効であるか検証する臨床試験が行われた。OCEANS試験ではGEM/CBDCA、GOG213試験ではPTX/CBDCAにプラセボまたはBevによる併用・維持療法を行い、Bev群の優越性を検証する第III相試験が行われた。共にBev群のPFSでの優越性が示されている。さらに2018年ASCOでは初回治療でBevが使用されたPSR症例を対象として、beyond PDでのBevの有用性が証明された。

3) PARP阻害剤

Bevに続いてPSRに対して有効性が証明され、本邦でも昨年保険承認されたのがオラパリブ（リムパーザ[®]）である。PARP阻害剤はDNAの一本鎖切断時にその修復を担うPARP1を阻害するが、相同組換え修復機能障害（HRD）のある細胞に効果を示す。このような作用機序は合成致死と呼ばれている。第II相試験であるStudy19ではPSRに対してプラチナを含む化学療法を行い、奏効した後にオラパリブとプラセボに割り付けられた。オラパリブ投与群の高い有効性が示されており、また5年以上わたる長期投与症例も認めている。次に行われたSOLO2試験ではHRD示す代表的な遺伝子変異であるBACA変異症例のみを対象としているが、他の選択基準、方法はStudy19とほぼ同じであった。主要評価項目のPFSにおいてオラパリブ投与群は約14ヶ月の延長を認めて非常に高い効果が示された。有害事象としては貧血、消化器症状、全身倦怠感に注意が必要であるが、共に投与初期に多く出現するために、この時期の有害事象対策が重要と考えられる。

これらの臨床試験結果に関して概説し、さらにオラパリブの当院での使用経験や有害事象対策、オラパリブを含むPARP阻害剤のバイオマーカー、実臨床での治療方針決定に関しても述べてみたい。

【学歴】

1986年 三重大学医学部卒業

【職歴】

1986年 浜松医科大学産婦人科

1988年 国立東静岡病院（現 静岡医療センター）産婦人科

1994年 浜松医科大学産婦人科

2000年 浜松医科大学産婦人科助手

2002年 静岡県立静岡がんセンター婦人科医長

2008年 同 部長

現在に至る

【取得学位】

1999年2月19日 医学博士学位取得（医博論第293号）

【学会活動等】

日本産科婦人科学会（専門医、指導医、代議員）

日本婦人科腫瘍学会（専門医、指導医、理事）

日本癌治療学会（代議員）

婦人科悪性腫瘍研究機構JGOG（理事、臨床試験審査・倫理委員）

日本がん治療認定医機構がん治療認定医

日本癌学会

日本産婦人科手術学会

日本臨床細胞学会

日本がん転移学会

日本HBOCコンソーシアム

日本産婦人科内視鏡学会

病態と治療におけるプロテアーゼとインヒビター研究会

先端医療研究会

骨盤外科機能温存研究会

2017年版子宮頸癌治療ガイドライン委員

2020年版予定卵巣癌治療ガイドライン小委員長

【専門分野】

婦人科癌治療、臨床試験、癌転移のメカニズムの研究

【趣味】

自転車（ロードバイク、マウンテンバイク）、スキューバダイビング

水中写真、ダーツ、読書、音楽（JAZZ・ROCK）、映画鑑賞

ボクシング観戦

スポンサードセミナー

1日目 6月15日(土) 第2会場「アプローズ」 14:05~15:05 共催：あすか製薬株式会社／ノーベルファーマ株式会社

座長：寺田 幸弘 秋田大学医学部 産婦人科学講座 教授

生殖医療における患者と医療者のヘルスリテラシー

演者：高橋 俊文 福島県立医科大学 ふくしま子ども・女性医療支援センター 教授

わが国における不妊症・不育症患者の正確な総数と頻度は不明である。2016年の日本産科婦人科学会の生殖補助医療（ART）登録データによると、不妊症患者に対して行われるARTの治療件数は40万件/年を超え、それによって出生した児の数は5万人/年を超えると報告された。2016年にART治療により出生した児の総数は全出生数の1/18を占め、ART治療による出生児の割合は年々増加している。これらの事実から、ART以外の不妊治療を含めた生殖医療により治療を受けているカップルの総数および頻度は年々増加していることが推測される。

多くの不妊症・不育症カップルが生殖医療へのアクセスが容易となった反面、不十分または間違っただ知識、情報を元に医療機関を受診するカップルが多い事が懸念されている。リテラシーという言葉は、「letter」＝「文字」を由来としており、文字についての読み書き能力を示す言葉であり、近年では、適切な情報を入手し理解する能力として用いられている。ヘルスリテラシーとは「健康情報に関する情報リテラシー」であり、健康に関する情報を入手、理解、評価、活用するための知識、意欲、能力のことである。

不妊症・不育症カップルが治療を受けるにあたり、ヘルスリテラシーを高めることは重要であり、医療者は科学的な見地からそれをサポートし、適切な治療を提案する義務がある。特に生殖医療においては、その治療方法がARTの登場によりパラダイムシフトしており、医療者もヘルスリテラシー（科学的リテラシー）を高めておく必要がある。特にARTにおいては、患者はインターネットの普及による間違っただ情報を元に治療を要望することがある。これに対して、患者の“メディアリテラシー”を高めるサポートとすると同時に、医療者もエビデンスに基づいた治療を行うことが重要である。

本講演では、生殖医療に関するヘルスリテラシーの基盤となる正しい情報（科学的リテラシー）の事例を挙げて紹介する。また、不妊症・不育症の治療に関する患者または医療者側双方の考える「治療に関する意思決定アルゴリズム」の違いについても言及したい。

【職歴】

平成2年 山形大学医学部医学科卒業
 平成8年 山形大学医学部附属病院 産科婦人科 医員
 平成9年 山形大学医学部 産科婦人科 助手
 平成16~18年 米国テネシー州Vanderbilt大学リサーチフェロー
 平成19年 山形大学医学部附属病院 産科婦人科 講師
 平成22年 山形大学医学部附属病院 産科婦人科 病院教授
 平成28年 福島県立医科大学 ふくしま子ども・女性医療支援センター 教授

【免許等】

平成2年5月 医師免許
 平成7年10月 日本産科婦人科学会専門医
 平成26年7月 日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医（腹腔鏡）
 平成27年7月 日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医（子宮鏡）
 平成27年4月 日本内分泌学会内分泌代謝科（産婦人科）専門医・指導医

【学位】

平成12年3月 医学博士（山形大学）
 （学位論文：マウス未受精卵におけるIP₃誘導性Ca²⁺放出の加齢による変化）

【専門領域】

生殖医学、不妊症、婦人科内視鏡手術

【所属学会】

日本産科婦人科学会、日本生殖医学会（代議員）、日本受精着床学会（理事）、日本卵子学会（代議員・理事）、日本生殖内分泌学会（評議員）、日本内分泌学会（評議員）、日本産科婦人科内視鏡学会、American Society for Reproductive Medicine

【受賞】

平成23年 山形大学医学会学術賞特別賞（銀賞）受賞 「卵の加齢による胚発育悪化の分子機構」
 平成24年 日本産科婦人科学会学術奨励賞受賞 「卵の加齢の分子機構」

一般演題

1. 巨大卵巣腫瘍2症例の経験

○佐藤 直人、葛西 亜希子、田上 和磨、末永 香緒里、葛西 剛一郎、田中 創太
八戸市立市民病院

巨大卵巣腫瘍の明確な定義はないが、腫瘍重量20kg以上もしくは体重比20%以上とする報告がある。今回、1ヶ月の間に巨大卵巣腫瘍2症例を経験した。

【症例1】60歳代主婦。2妊2産。下腹部膨満のため体動困難となり当院へ救急搬送となった。腹部は双胎妊娠10ヶ月大に膨隆し、下腹部から両下肢に著明な浮腫を認めた。MRIで27cmの多房性卵巣腫瘍腫瘍を認め両側子宮附属器切除術および虫垂切除術を施行した。腫瘍は右卵巣由来で重量19.7kg（含内容18000ml）であった。病理検査結果：粘液性嚢胞腺腫。

【症例2】40歳代主婦。2妊2産（帝切1回）。34歳時卵巣嚢腫を指摘され定期受診を指示されたが恐怖感あり以後受診せず。数年前から腹部膨満感あるも放置、2ヶ月前より急速に腹部膨満が増悪体動困難となり当院受診。CTで46cmの不整な充実性分を伴う多房性卵巣腫瘍を認めた。腫瘍圧迫により横隔膜挙上と左胸水、左無気肺、右水腎症も認めた。腹部膨満のためMRI施行不能であった。卵巣癌疑いとして手術施行。仰臥位では陽圧換気維持困難となるため側臥位のまま下腹部正中切開で手術開始。側臥位では術野確保困難のため、やむを得ず内容を1時間以上かけ吸引しつつ徐々に仰臥位、最終的に開脚仰臥位とし両側子宮附属器切除術を施行した。腫瘍は左卵巣由来で重量32.8kg（含腫瘍内容29500ml）であった。（抄録投稿時点で病理検査結果未着）

両症例とも腹壁の状態や腫瘍周囲の癒着など術中所見は特徴的で酷似していた、それらについて文献的考察も含めて報告する。

2. 不正性器出血を主訴としたエストロゲン産生卵巣類内膜腺癌の一例

○千葉 仁美、佐藤 麻希子、橋本 哲司
青森市民病院

エストロゲン産生卵巣腫瘍として、顆粒膜細胞腫などの性索間質性腫瘍がよく知られている。一方、性索間質性腫瘍の形態を模倣する卵巣の類内膜腺癌もエストロゲンを産生することが知られており、腫瘍からのエストロゲン産生のため不正性器出血を呈することがある。今回我々は、閉経後の不正性器出血を主訴として受診した卵巣の類内膜腺癌の一例を経験したので報告する。

症例は65歳、2妊2産、閉経年齢は51歳。不正性器出血を主訴に近医を受診し、右卵巣多房性腫瘍を指摘された。子宮頸部、体部細胞診で異常所見はなかったが、3ヶ月後に右卵巣腫瘍が7cmに増大していたため紹介となった。内膜は6mmに肥厚も内膜組織診で悪性所見は認めなかった。右卵巣腫瘍には充実成分を認め、E2 65.6 pg/mLと高値であった。卵巣悪性腫瘍を疑い、開腹右付属器切除術を行った。術中迅速病理診断で右卵巣漿液性腺癌が疑われたため、子宮全摘術、両側付属器摘出術、骨盤、傍大動脈リンパ節郭清、大網切除術を行った。病理検査では類内膜境界悪性腫瘍を主体とした類内膜腺癌（G2）I A期の診断となった。術後、E2は速やかに基準値以下まで低下した。術後化学療法としてTC療法を6クール施行し、現在まで再発所見は認めていない。

閉経後に不正性器出血を認め、充実成分を認める卵巣腫瘍および血中のE2上昇を認める場合、性索間質性腫瘍以外にエストロゲン産生性の類内膜腺癌の報告もあり、鑑別が困難な場合があるため注意を要する。

3. 子宮体癌術後に偶発的に早期卵巣癌が発見された2症例

○大石 舞香、松本 麻未、當麻 絢子、三浦 理絵、平川 八大、二神 真行、横山 良仁
弘前大学

【緒言】近年若年者における子宮体癌罹患者は増加傾向で、妊孕性温存目的に高用量黄体ホルモン療法（MPA療法）を選択する患者も少なくない。今回我々は若年子宮体癌で手術を行い、術後偶発的に早期卵巣癌が発見された2例を経験したので報告する。

【症例1】35歳女性、0妊0産、BMI30。多発子宮内膜ポリープに対して全面搔爬術施行し、類内膜癌G1の診断。根治術後に子宮体癌・卵巣癌いずれもIA期の診断となった。

【症例2】31歳女性、0妊0産、BMI27.5。不正出血、子宮内膜肥厚を認め、全面搔爬で類内膜癌G1。根治術後、子宮体癌・卵巣癌いずれもIA期。

2症例とも若年子宮体癌で、MPA療法も治療選択肢となり得たが、偶発的に卵巣癌が見つかった。

【結語】MPAを行うか否かについては慎重な検討が必要であるため、経験のある施設で行うことが望まれる。

4. 急速に進行し、治療に難渋した卵巣卵黄嚢腫瘍IVB期の1例

○宮原 周子、辻 圭太、品川 真澄、重田 昌吾、徳永 英樹、島田 宗昭、八重樫 伸生
東北大学

【緒言】卵巣卵黄嚢腫瘍は比較的まれな卵巣悪性腫瘍であるが、化学療法高感受性であり、治療評価は血清 α -フェトプロテイン（AFP）、画像評価で行う。今回、急速な進行を認め、血清AFPが正常化後も残存腫瘍を否定し得なかった症例を報告する。

【症例】31歳、G3P3。前医にて右卵巣皮様嚢腫の精査中、MRIで充実性病変、PET-CTにて骨盤内播種病巣と多発肝転移を認め、当院紹介となった。両側付属器切除術と大網腫瘍切除を行い、病理組織検査にて卵黄嚢腫瘍IVB期の診断となった。血清AFPは44,129.0 ng/mL（正常値：10ng/mL）であった。術後17日目のCT検査で播種病変と多発肝転移巣の急速な増大を認め、BEP療法を4コース施行した。血清AFPは12.7 ng/mLまで低下するも、ダグラス窩と多発肝転移巣の残存を否定し得なかったため、TIP療法を1コース施行したが薬剤性肺障害を認め、ステロイドパルス療法を行った。血清AFPは正常化したものの、活動性を否定し得ない病変は残存しており、子宮全摘と播種病変切除を予定している。

【結語】化学療法により血清AFPは正常化したものの、残存腫瘍を否定し得ない卵巣卵黄嚢腫瘍を経験した。本発表では、残存腫瘍の病理組織学的検討を加えて治療経過を報告する。

5. 15年後に再発した卵巣顆粒膜細胞腫の一例

○佐藤 藍、高橋 裕也、早坂 典子、早坂 直、清野 朝史、井出 佳宏

日本海総合病院

【背景】成人型顆粒膜細胞腫は卵巣腫瘍全体の1%程度と稀な疾患である。20~30%で再発するといわれており、20年以上経過してからの再発もある。今回、術後15年を経て再発した成人型顆粒膜細胞腫により再手術となった症例を経験したので報告する。

【経過】76歳、6妊2産、閉経52歳。15年前に左卵巣腫瘍（腫瘍径9cm）に対して腹式単純子宮全摘術と両側付属器切除術を施行した。病理診断は成人型顆粒膜細胞腫で術中被膜破綻なく、手術進行期分類はIB期であった。その後、定期的にCT検査を行い再発なく経過したが、10年前に通院を自己中断された。今回、血尿を認めたため近医を受診したところ、骨盤内腫瘍を認め、当科へ紹介となった。超音波検査にて膀胱内と膀胱外頭側に腫瘤性病変を認めた。腫瘍マーカーの上昇を認めず再発の可能性は低いと考え、当院泌尿器科へ紹介、膀胱癌の疑いで手術の方針となった。経尿道的膀胱腫瘍切除術とエコーガイド下骨盤内腫瘍針生検を施行し、病理診断は、膀胱内腫瘍は尿路上皮癌、膀胱外頭側は成人型顆粒膜細胞腫であった。再度当科紹介となり、骨盤内腫瘍摘出術を施行し、病理診断は成人型顆粒膜細胞腫であった。

【結果】成人型顆粒膜細胞腫は悪性度不明な腫瘍であり、術後長期経過後に再発する可能性もあるため、長期に渡る経過観察が必要である。

6. 術後に卵巣成熟奇形腫と診断された抗NMDA受容体脳炎の一例

○福長 健史、小島原 敬信、山下 由花、伊藤 泰史、手塚 尚広

公立置賜総合病院

【緒言】抗N-methyl-D-aspartate (NMDA) 受容体脳炎は、神経細胞表面のNMDA受容体に対する自己抗体が原因の自己免疫性脳炎である。若年女性に好発し、免疫療法と卵巣奇形腫合併例では早期腫瘍切除が推奨されている。

【症例】35歳0妊0産、既往歴および生活歴に特記事項なし。入院12日前に感冒様症状を認め、入院3日前から徐々に精神変調や幻聴などを来し、当院救急外来を受診した。血液検査と頭部CT、MRIで異常を認めなかった。興奮状態で帰宅困難のため、精神科に紹介され同日入院となった。単純CTで両側卵巣に機能性嚢胞を疑う所見を認めた。脳波は異常なく、髄液検査で髄膜炎は否定的であった。入院7日目と8日目に修正型電気刺激療法を施行されたが症状改善せず、辺縁系脳炎疑いとして入院9日目に神経内科に転科した。入院9日目から気管挿管での人工呼吸器管理となり、免疫療法を施行されたが症状改善せず。入院15日目に髄液中の抗NMDA受容体抗体陽性であることが判明し、卵巣腫瘍による抗NMDA受容体脳炎の疑いで当科紹介となった。造影CTでは卵巣腫瘍を認めなかったが、経膈超音波検査では正常大の左卵巣に一部高エコー領域を認めた。微小病変の存在が否定できず、入院17日目に両側付属器摘出術を施行した。摘出した卵巣の最大断面に肉眼的な腫瘍を認めなかったが、病理組織検査で左卵巣に1cm大の成熟奇形腫を認めた。

【考察】抗NMDA受容体脳炎の約80%は比較的若い女性に発症し、感冒様の前駆症状を経て、精神症状、意識障害、呼吸障害、不随意運動などを呈する。女性における腫瘍合併率は46%で、そのうち90%以上が卵巣奇形腫と言われている。腫瘍合併例では早期の腫瘍摘出が神経機能の予後に関係すると言われている。

7. 卵巣癌における術前D-dimer値の有効性に関する検討

○鈴木 百合子、奥井 陽介、榊 宏諭、清野 学、須藤 毅、太田 剛、永瀬 智
山形大学

【目的】 卵巣癌は静脈血栓塞栓症（VTE）発症率が高く、肺癌や乳癌ではD-dimer高値が予後不良因子であるとの報告がある。そこで我々は、卵巣癌において術前D-dimer値がVTEの予測因子となり得るか、また予後と関連があるかを検討した。

【方法】 2011年1月から2015年12月までに山形大学医学部附属病院を受診した卵巣癌患者188名を対象とした。対象患者のカルテ情報を抽出し得た157名で後方視的に検討を行い、 $p < 0.05$ で有意差ありと評価した。

【結果】 年齢・BMIの中央値はそれぞれ57歳（18-83歳）、22.5（16.2-40.3）であった。組織型は漿液性癌34%、明細胞癌および類内膜癌19%、粘液性癌11%、その他17%であった。stageI/IIが53%、stageIII/IVが47%、術前D-dimer 1.0 $\mu\text{g/ml}$ 以上が61%で、術前VTE有病率は17%であった。生存期間の中央値は28.4か月だった。D-dimer高値になるにつれ、VTE有病率も有意に上昇した。臨床病理学的因子とVTE有病率との多変量解析ではBMIとD-dimer値が独立したリスク因子であった。また、D-dimer 1.0 $\mu\text{g/ml}$ 以上は1.0 $\mu\text{g/ml}$ 未満と比較して有意に全生存期間が低下した（log-rank検定）。しかし、多変量解析ではD-dimer値は独立したリスク因子とはならなかった。

【結論】 D-dimer値はVTEの予測因子となり得る可能性が示唆された。しかし、D-dimer値と予後との関連は認めず、今後も更なる検討が必要である。

8. 右卵管妊娠の流産後に正常妊娠を続発した1例

○高林 杏奈、門ノ沢 結花、淵之上 康平、熊坂 諒大、松下 容子、尾崎 浩士、森川 晶子
青森県立中央病院

症例は31歳、1妊1産の女性。半年前より第2子希望のため避妊解除していた。昼頃から突然の下腹部痛を認め、症状が改善しないため前医を受診。腹膜炎疑いとして当院紹介となった。全身状態は安定していた。妊娠反応陽性であり、経膈超音波検査では右付属器領域に63×45mmの腫瘤と、その中にGSと思われるエコーフリースペース、レチウス窩までの高輝度の腹水を認めた。最終月経からは3週4日、その前の月経からは8週3日相当であった。最終月経の前の周期で成立した右卵管妊娠の流産として入院加療の方針とした。入院2日目（3w5d）に採取した血清hCGは287.3と低く右卵管妊娠の流産として経過観察していた。入院5日目（4w1d）に再度hCGを確認すると1132.9と上昇しており、存続絨毛症の可能性も考え入院8日目（4w4d）に再度hCGを確認したところ5099.3とさらに上昇を認めた。経膈超音波検査では右付属器領域の腫瘤の大きさは著変なく、子宮内に5.8mmの胎嚢を認めた。入院11日目（5w0d）にはhCG11711.5とさらに上昇、胎嚢は11.9mmと発育していた。腹痛も落ち着いており、退院とした。その後外来で子宮内の胎嚢の正常な発育を認めた。右付属器領域の腫瘤の大きさは著変なく、現在も妊娠継続している。

当初、異所性妊娠の流産として加療を開始したが、確認のために採取したhCGの上昇を認めた。右卵管の異所性妊娠の流産とそれに引き続く、正常妊娠であった可能性がある。初診時、子宮内には胎嚢は認めず、hCGのみが上昇している状況であり、MRIなどの画像検査を検討していたところ、子宮内にGSを認めた。異所性妊娠の流産後に、hCGが上昇してくる場合には存続絨毛症の他に、正常妊娠が続発している可能性を考慮する必要があると思われた。

9. 満期まで妊娠継続し生児を得た卵管間質部への異所性妊娠の一症例

○千田 英之¹、秋元 義弘¹、千葉 洋平¹、村上 一行¹、川村 花恵²、石河 育慧³、佐藤 昌之¹

¹岩手県立二戸病院産婦人科、²岩手医科大学医学部産婦人科学講座、³厚生労働省東北厚生局

【緒言】異所性妊娠は全妊娠の1-2%とされ中でも間質部妊娠は2.4%程度と頻度が少なく、生児を得た例は極めて稀である。満期まで妊娠継続し、分娩後に癒着胎盤のため子宮全摘術を行い、術後病理組織検査で間質部への異所性妊娠と診断された非常に希少な症例を経験したので報告する。

【症例】35歳、2妊1産。自然妊娠後の前医での妊婦健診経過は順調であった。妊娠40週3日に陣発入院し、妊娠40週6日に自然分娩で3396 gの男児を出産した。胎盤が娩出されず、鎮静下に胎盤用手剥離を試みるも不能のため、当院へ搬送された。バイタル安定、内診で胎盤を確認すると、子宮前壁と胎盤との間に索状の抵抗を触れ、臍帯を軽く牽引すると子宮も同期して動き、容易に剥離できず。全麻下に用手剥離を試みるも、癒着範囲が広範囲で全く剥離できず不能と判断、子宮全摘及び両側卵管切除を施行した。前医での出血量1689 g、術中出血量874 g。FFP 10単位、RBC 8単位を輸血した。術後経過順調で術後8日目に退院し、産褥経過は良好。病理組織検査では、左卵管間質部に着床した癒着胎盤の診断であった。

【考察】妊娠初期の経腔超音波像は正常妊娠として判断されるものであり、分娩時に胎盤剥離困難のため子宮全摘を行い術後病理組織検査で異所性妊娠と診断された。我々の知る限り間質部妊娠が満期まで継続した報告はない。

【結語】間質部への異所性妊娠が満期まで継続し生児を得た症例を経験した。子宮全摘術後に診断されたもので、妊娠中の慎重な経過観察はもちろん、分娩時に胎盤が剥離されない場合には癒着胎盤の可能性も念頭に置いた愛護的かつ迅速な対応が肝要と考えられた。

10. 妊婦健診未受診により正期産に至り生児を得た副角妊娠、癒着胎盤、子癩の一例

○松倉 大輔、二神 真行、赤石 麻美、大澤 有姫、三浦 理絵、伊東 麻美、田中 幹二、横山 良仁
弘前大学

【緒言】副角妊娠は76,000-140,000妊娠に1例と非常に稀である。超音波診断の感度は26%に過ぎず、しかも妊娠が進むにつれ診断は困難になる。また見逃された場合でも妊娠中期までに90%は破裂し、正期産まで至ることはほとんどない。今回、妊婦健診未受診のため、診断機会なく正期産に至った副角妊娠を経験したので報告する。

【症例】36歳、1妊0産。無月経にて近医受診し妊娠10週の診断となった。同時に10cm大の子宮筋腫を指摘され総合病院での妊婦健診を勧められたが受診せず、保健師介入により妊娠38週に総合病院を受診した。受診時は胎児発育も良好で異常所見は無いように思われた。妊娠40週で分娩誘発試みるも経腔分娩困難と判断され緊急帝王切開術となった。子宮体部前壁と思われた部位は胎児が透見できるほど薄くなっていた。児は2,958gの女児で、Ap.9/9であった。胎盤が剥離できず一部残存したためドレーン留置を試みたが、子宮頸管が確認できず子宮内腔と思われた部位から後腔円蓋にドレーンを置いた。総出血量4,793gとなり、さらに術翌日には子癩も発症し、胎盤遺残、著明な炎症反応高値もあり当院へ産褥搬送となった。保存的加療は困難と判断し緊急開腹としたが、腹腔内は子宮底部の筋腫を中心に高度に癒着していた。子宮切開層の縫合糸を除去すると妊娠腔が認められ、ドレーン先端があった。子宮全摘術を施行し、摘出子宮を展開したところ子宮本体に切開は及んでおらず内腔に遺残胎盤もなく脱落膜変化のみ呈していた。一方、胎盤が残存し妊娠していたのは右副角と思われた。また腸管表面にも絨毛様組織が付着し浮腫んでいた。病理組織検査でも副角妊娠であることが確認された。術後一ヶ月の入院を要したが経過良好である。

11. 遺残胎盤に対して子宮動脈塞栓術が有効であった1例

○酒井 一嘉、椎名 有二、齋藤 晋太郎、中原 健次

山形県立新庄病院

【緒言】子宮温存を希望する遺残胎盤例に対しては、自然経過観察、子宮鏡下切除術、子宮動脈塞栓術、メトトレキサートによる化学療法があげられる。しかしいずれも再出血、感染、播種性血管内凝固症候群等を生じる危険性があり、選択には慎重な判断が必要となる。今回我々は遺残胎盤に呈して子宮動脈塞栓術が有効であった一例を経験したので報告する。

【症例】症例は28歳、1妊0産。妊娠中の経過は特に問題なかった。40週1日に分娩停止として吸引分娩となった。児娩出から13分後に胎盤も娩出となった。この段階で胎盤のあきらかな欠損は確認されなかった。児娩出から2時間後に多量の出血を認め、出血量は分娩後から1271gとなった。子宮収縮剤投与、臍内ガーゼパッキングにより出血は改善した。経腹超音波検査で子宮内に45×35mmの腫瘤影を認め、遺残胎盤が疑われた。MRIにて癒着胎盤の可能性も示唆され、高次機能施設へ母体搬送となった。保存療法で経過をみたが、胎盤の娩出兆候は認めなかった。産褥17日に再度当院へ転院となった。その後も胎盤の娩出兆候はなく、超音波検査でも遺残胎盤への血流を認めた。本人ともよく検討の上、産褥39日に子宮動脈塞栓術を行った。右子宮動脈から遺残胎盤への血流を認め、選択的に塞栓を行った。産褥59日に腔鏡診にて胎盤の娩出を認め、超音波検査にて子宮内に胎盤の遺残がないことを確認した。遺残した胎盤は病理検査では癒着胎盤の所見を認めなかった。

【結語】遺残胎盤に対して子宮動脈塞栓術を選択し良好な経過を得た。遺残胎盤の治療について文献的考察を加えて報告する。

12. 妊娠初期の止血困難な流産症例に対してVCS施行し子宮摘出を回避した一例

○谷村 史人、萩原 達也、前川 絢子、菅原 登、加賀 敬子

岩手県立磐井病院

【緒言】近年Vertical Compression Suture (VCS) は帝王切開時の止血術として注目を集めている。今回妊娠初期の止血困難な流産症例に対してVCSが奏功し子宮摘出を回避できた一例を報告する。

【症例】37歳、3妊1産（1回自然流産、1回帝王切開）、今回自然妊娠成立。

妊娠8週稽留流産の診断にて近医で子宮内容除去術施行中、大量出血を認めたため当院へ救急搬送となった。当院到着時のShock Indexは1.13、Hbは7.6 g/dLであった。持続的な外出血を認めたため手術室で遺残摘出術施行し、肉眼的奇胎や明らかな遺残は認めなかったが動脈性の子宮出血が持続した。超音波にて子宮体部への血流はなく頸部のみ認められたため頸管妊娠、または仮性動脈瘤破裂の可能性を考慮した。ヘガールを用いて出血部位の特定を試みたところ、外子宮口から約3cmの部位で止血される事が確認された。子宮動脈下行枝結紮など施行するも止血困難であったため、造影CT検査施行し両側子宮動脈からのextravasationを認めた。子宮温存希望があり、かつ当院での速やかな子宮動脈塞栓術が困難であったためVCSを行う方針とした。全身麻酔下で膀胱剥離後、ヘガールを挿入して出血点を同定し、1号PDS IIにてVCS施行後止血が確認された。総出血量は1143mL、RBC計4単位、FFP計8単位輸血した。術後8日目に退院し、術後再出血なく経過している。

【考察】VCSは出血面を圧迫するだけでなく、子宮動脈から分岐する弓状動脈を垂直に圧迫する縫合であり、帝王切開術中の止血をはじめUAE施行が困難な場合にも有効と考えられた。

13. 過多月経を呈する粘膜下筋腫に対する筋腫融解術（TCMM）併用 MEAの有用性

○津田 晃

山王レディースクリニック

【目的】 過多月経を呈する粘膜下筋腫に対して、マイクロ波子宮内膜アブレーション（MEA）と経頸管的マイクロ波筋腫融解術（transcervical microwave myolysis：TCMM）の併用が、office gynecologyにおける日帰り治療として有用性について検討した。

【対象・方法】 当院でマイクロ波治療を受けた筋腫径が3cm以上の単一粘膜下筋腫83例を対象に検討した。全例にMEAにTCMMを併用した。TCMMは先端を円錐形に加工したサウンディングアプリーケーターを使用し、超音波ガイド下に70Wで焼灼した。TCMM施行に際しては患者の同意を文書で得て行った。麻酔は静脈麻酔を行い、全例日帰り手術で行った。

【結果】 平均年齢は45.1歳、平均筋腫径は6.1cm、平均手術時間は37.6分で、平均照射時間はMEA460秒、TCMM550秒であった。術後3ヶ月で月経量がVAS score 3以下に減少した著効例は75例（90.3%）であり、無月経症例は29例（34.9%）であった。また、貧血は術後3ヶ月で有意に改善した（Hb10.6 vs 12.8g/dl, $p < 0.001$ ）。筋腫の経時的収縮率は、3ヶ月で平均62.3%、6ヶ月以上で75.5%であった。また満足度（VAS満点10）は平均9.8であった。子宮内感染が3例（3.9%）あった。

【結語】 粘膜下筋腫に対してTCMMを併用したMEAは有用であり、過多月経患者の子宮摘出術の代替療法となり得ると考えられた。また粘膜下筋腫の過多月経に対する日帰り治療がoffice gynecology においても可能であると考えられた。

14. テールが子宮内に迷入し、抜去困難になったIUDを細径硬性子宮鏡にて摘出した1例

○久木元 詩央香、設楽 明宏、岩澤 卓也、尾野 夏紀、白澤 弘光、佐藤 亘、熊澤 由紀代

秋田大学

【緒言】 子宮内避妊器具（intrauterine devices：以下IUD）は、通常容易に抜去可能であるがテールの断裂や子宮内腔へ癒着等により抜去困難となることがある。当院では子宮筋腫核出術や子宮腺筋症核出術の際に内膜破綻を認めた場合、術後の癒着防止のためIUDを留置している。今回我々は、IUDのテールが子宮内に迷入し抜去困難であったが、細径硬性子宮鏡を用いて摘出した症例を経験したので報告する。

【症例】 39歳、3妊0産、月経困難・挙児希望のため近医より紹介となった。精査の結果、子宮腺筋症の診断で腹式子宮腺筋症核出術を施行した。術中に内膜破綻があり、手術終了時にIUDを留置した。術後3ヶ月で抜去予定としていたが、腔内にIUDのテールが見つけられず、外来での抜去は不可能であった。その後、静脈麻酔で経腹超音波補助下に胎盤鉗子を用いて摘出を試みたが、鉗子がIUDに届かず、疼痛が強かったため中止。全身麻酔で細径硬性子宮鏡下に摘出の方針となった。子宮鏡にて子宮内を観察し、内腔3時方向に内膜に埋もれたテールを認めた。子宮鏡シースより把持鉗子を挿入、テールを牽引しIUDを摘出した。再度子宮内を観察し、出血がないことを確認、手術を終了した。手術時間は14分、出血は少量、術中の合併症は認めなかった。経過良好で術後1日目に退院した。

【考察】 テールが子宮内に迷入し、抜去困難になったIUDを細径硬性子宮鏡にて摘出した1例を経験した。細径硬性子宮鏡は子宮腔内へのアプローチが容易であり、把持鉗子を用いての抜去操作を直視下で行えるため安全性が高く、テールが迷入したIUDの抜去に有用なツールと考えられる。

15. 腹腔鏡下手術が有効であった小児期発症卵管捻転の1例

○吉田 悠人、鈴木 一誠、佐藤 惟、喜早 優里菜、高後 裕子、西本 光男

岩手県立中部病院産婦人科

【緒言】

卵管捻転は急性腹症の原因となる病態の1つであるが卵巣腫瘍茎捻転と比較して稀な病態とされており、卵巣腫瘍茎捻転の術前診断で緊急手術を行った際に確認される場合が多い。今回小児に発症した卵管捻転に対し腹腔鏡下手術が有効であった1例を経験したため報告する。

【症例】

12歳女性、0妊0産。初潮は2年前で月経はその1度のみ。既往歴は4歳時アデノイド増殖症手術のみ。X年Y月に下腹部痛あり、前医小児科から産婦人科紹介、MRIで左付属器領域に5cmの嚢胞性病変を指摘、経過観察となっていた。上記経過から約2か月後の早朝に急激な下腹部痛で前医受診、精査加療目的に同日当科へ搬送された。経直腸超音波検査およびMRIでは左付属器領域に長径7cm大の多房性嚢胞性病変を認めた。腫瘍は全体的に棍棒上かつ管状の連続性を示していることから卵管の可能性が示唆された。鎮痛剤で疼痛症状の改善なく、卵巣腫瘍茎捻転または卵管捻転を疑い同日緊急腹腔鏡下手術を施行。術中所見では暗赤色の腫大した卵管を認め、反時計回りに1440度捻転していた。左卵巣、右付属器には特記すべき異常を認めなかった。型通り左卵管切除術を施行し手術を終了。術後経過は良好であり術後2日目で退院。摘出標本の病理学的所見では虚血性変化と思われる出血、うっ血、壊死を含む卵管組織であり、腫瘍性変化は認めなかった。

【考察】

性交歴のない小児期発症の卵管捻転は非常に稀である。卵管捻転を疑ったとしても卵巣腫瘍茎捻転の可能性はあるため早期の手術介入が必要と考えられた。また、思春期年齢でもあるため安全性だけではなく美容面にも配慮した低侵襲手術は非常に有用であると考えられた。

16. 子宮後壁頸部筋腫に対する腹腔鏡下子宮全摘術の1例 ～専攻医2年目での挑戦～

○萩原 達也、谷村 史人、前川 絢子、菅原 登、加賀 敬子

岩手県立磐井病院

【緒言】

子宮頸部筋腫に対する腹腔鏡下子宮全摘術は難易度の高い術式である。今回我々は、径100mm大の後壁頸部筋腫に対して筋腫核出術後に腔壁を切開したものの頸部遺残が疑われたため追加切除を施行した症例を経験したので報告する。

【症例】

症例は40歳、6経妊4経産分娩、既往歴に10歳時の急性虫垂炎による開腹手術歴あり。近医より子宮頸部腫瘍の精査目的に紹介となる。初診時、筋腫分娩も疑われたが、造影MRI検査では子宮頸部に境界明瞭な長径100mmの腫瘍を認め、また腔鏡診では後壁頸部は筋腫で置換されており、前後の円蓋部は確認出来なかった。希望にて腹腔鏡下子宮全摘術と両側卵管切除術の方針とした。子宮マニピュレーターを挿入し、4孔式パラレル法で手術を開始した。筋腫は両側卵巣固有靱帯の高さから認められ、ダグラス窩の状態は確認出来なかった。はじめに尿管の走行を確認、卵管間膜・卵巣固有靱帯を切離し広間膜後葉を展開して子宮動脈を同定・結紮した。術野の確保と尿管の解剖学的変位を是正する目的に後壁頸部筋腫を核出した。Vagiパイプを用いて前後の腔円蓋部を確認、腔壁を切開し子宮を摘出した。この際に頸部遺残が疑われたため追加で腔壁切開を行った。手術時間は5時間34分、摘出子宮は592g、術中出血量は327mlで輸血は施行しなかった。術後7日目の診察では明らかな頸部遺残はなく同日退院した。

【考察】

術野確保が困難な場合や、筋腫により尿管・血管の走行に解剖学的な変位が疑われる症例において、筋腫核出後に子宮全摘を施行する方法は有用であると思われたが、頸部が遺残する可能性もあるため適応を十分検討する必要があると思われた。

17. 山形県における腹腔鏡下手術の現状 ～20回の内視鏡セミナー開催を経て～

○高橋 杏子、松尾 幸城、深瀬 実加、竹原 功、渡邊 憲和、清野 学、堤 誠司、永瀬 智
山形大学

山形県は2019年3月現在、日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医は1名、認定研修施設は1施設と腹腔鏡下手術においては全国の中でも特に遅れているのが現状である。しかし、セミナーやカンファレンスなどを積極的に開催し、ここ5年程度で腹腔鏡下手術の件数が増加し、医師の腹腔鏡下手術に対するモチベーションも年々向上していると感じる。

我々は、山形県内の産婦人科医の腹腔鏡下手術のスキルを向上させるために、2013年から「山形産婦人科内視鏡の会」を定期的に開催し、今年で20回目をむかえた。また、「山形鏡視下手術推進協議会」の立ち上げにより、当院だけでなく関連病院における腹腔鏡手術の向上を目指している。院内においては「先端内視鏡手術センター」を開設し、診療科の垣根を超えた内視鏡手術のセミナーや、献体でのトレーニングを定期的に開催している。

山形県内にある当院の関連病院8施設の手術件数は、2013年は290件であったが、年々増加し、2017年には464件に達した。当院での手術に関しては、2013年の80件に対し、2017年は181件であった。件数だけではなく、TLHやLMなどのやや難易度の高い術式も増加している。また、この5年程度の間、若手医師が執刀する機会が増加していることがわかった。

今後も山形県の腹腔鏡下手術のさらなるレベルアップ、関連病院での手術件数の増加、山形県内の技術認定医の増加を目指し、活動を発展させていきたいと考えている。

18. 流産手術における手動真空吸引法（MVA）の有用性

○松本 麻未、小山 文望恵、石原 佳奈、横田 恵、福原理恵、横山 良仁
弘前大学

【緒言】手動真空吸引法（Manual Vacuum Aspiration：以下 MVA）は世界的にも安全な流産手術の方法として推奨されており、日本では、2018年4月から12週未満における流産手術にMVAが保険収載となった。2017年1月以降当科でもほぼ全例にMVAを使用している。

【目的】当院におけるMVA導入前後の流産手術について、従来からの方法（D&C）とMVAとの比較を行うことを目的とし以下の検討を行った。

【方法】2015年1月から2018年11月に当科で施行した流産手術（12週未満）を対象とした。D&C群、MVA群の両群ともに、術中はケタミン塩酸塩による静脈麻酔を施行した。2群間で、手術時間、出血量、麻酔使用量、遺残の有無、最終診察までの日数などについて統計学的検討を行った。

【結果】対象者は90名で、D&C群44名 vs MVA群46名、年齢はD&C群 37 ± 4.2 歳（平均 \pm SD、以下同様）vs MVA群 37 ± 4.9 歳であった。手術時間はD&C群 19 ± 8.7 分 vs MVA群 13 ± 4.6 分（ $p=0.0007$ ）、出血量はD&C群 68 ± 79.7 g vs MVA群 33 ± 55.0 g（ $p<0.001$ ）、ケタミン塩酸塩使用量はD&C群 51 ± 14.5 mg vs MVA群 34 ± 13.2 mg（ $p<0.001$ ）であり、MVA群では、D&C群に比べ手術時間、出血量、ケタミン塩酸塩使用量が有意に少なかった。一方遺残の有無や最終診察までの日数には差はなかった。

【結論】MVAは従来法（D&C）に比べ、より低侵襲であり、有用な方法である。

19. 異所性妊娠にMTX療法2-dose regimenが奏功した2症例

○富倉 理紗子、松尾 幸城、高橋 杏子、竹原 功、川越 淳、永瀬 智
山形大学

【緒言】

間質部妊娠、頸管妊娠、帝王切開瘢痕部妊娠など、子宮内妊娠ではあるものの、子宮内腔以外の妊娠では妊孕性の温存に苦慮することが多い。今回、異所性妊娠に対し、MTX療法2-dose regimenが奏功した2例を経験したので報告する。

【症例1】

35歳、2妊0産。存続絨毛症で子宮内膜全面搔爬術の既往あり。当科不妊外来通院中に凍結融解胚移植を行い、妊娠5週4日の診察で頸管に胎嚢、卵黄嚢を認め、血中hCG値は9099 mIU/mlだった。MRIで頸管妊娠と診断された。外来治療は大出血のリスクが高く、hCG値からMTX単回投与は奏功しないことが予想されたため、MTX療法2-dose regimenによる治療を選択した。計3回のMTX投与を行い、hCG値は順調に低下した。MTX投与後14日に退院し、39日に胎嚢の脱出を認め、92日にhCGは陰性化した。

【症例2】

34歳、3妊0産。異所性妊娠(卵管)の既往が2回あり、両側卵管切除後のため当科不妊外来に通院、凍結融解胚移植を行った。妊娠5週0日の診察で左角部に胎嚢、卵黄嚢を認め、hCG値4211 mIU/mlで、MRIで左角部妊娠と診断された。外科的治療は出血のリスクが高く、MTX療法2-dose regimenによる治療を選択した。計3回のMTX投与を行い、hCG値は順調に低下した。MTX投与後25日に退院し、徐々に胎嚢は器質化して消失、61日にhCGは陰性化した。

【考察】

MTX複数回投与は単回投与に比較して治療成績が良いとする報告があるが、頻回の治療と採血により患者の負担が増える側面がある。MTXの投与回数は2~4回に規定されたMTX療法2-dose regimenは子宮温存が望まれる異所性妊娠にとって有効な治療法である。

20. チトクロームP450オキシドレダクターゼ欠損症の継続、進行する卵巣嚢胞にLEP介入が奏功した一例

○志賀 尚美、立花 眞仁、井ヶ田 小緒里、藤峯 絢子、久野 貴司、横山 絵美、渡邊 善、
八重樫 伸生
東北大学

【緒言】チトクロームP450オキシドレダクターゼ欠損症(PORD)はPOR遺伝子異常によって副腎不全や骨症状を発症する常染色体劣性遺伝疾患である。46, XX女性において男性化をおこす性分化疾患(DSD)であり、表現型は外生殖器男性化、性腺機能低下、二次性徴障害、思春期の卵巣嚢胞が報告されている。卵巣嚢胞の病因はLH上昇による卵巣過剰刺激症候群(OHSS)に似た病態、局所でのP450欠損に伴う過剰卵胞発育の抑制不能が考えられている。薬物療法の介入はGnRHa、HRT等の報告があるが管理方法は確立していない。捻転や管理困難にて両側付属器切除をした報告もあり医学的な介入は必須と思われる。

【症例】症例は16歳、女性。新生児マススクリーニングにて17OHP高値を指摘されPORDの診断に至った。陰核肥大、陰唇癒合、尿生殖洞遺残に対して3歳時に陰核形成術、陰形成術を施行。12歳で初経あるも、15歳より続発性無月経およびMRIにて両側卵巣嚢胞を認め当科紹介。両側卵巣嚢胞は5-10cm大、OHSS様の所見で増大傾向が継続した。内因性LH、FSH抑制目的にLEP投与したところ卵巣は徐々に縮小し正常化した。

【考察】PORDの卵巣嚢胞に対してLEPが有効であった一例を経験した。ただし長期的なヘルスケア管理から今後はLEPからHRTへの移行が望ましいと考える。またAMHが0.51ng/mlと卵巣予備力が低下しており、妊孕性温存目的の卵子凍結や卵巣凍結も今後選択肢になってくる可能性がある。その際には次世代への伝播についても遺伝カウンセリングをおこなう必要がある。

21. 当院での女性がん患者におけるOncofertilityの現状と今後の課題

○追切 裕江、福原 理恵、小山 文望恵、當麻 絢子、石原 佳奈、横田 恵、横山 良仁
弘前大学

【目的】近年、若年がん患者における妊孕性温存治療の重要性が認識されている。がん・生殖医療の実践のためには、がん治療専門医と生殖医療専門医との密接な連携が必須であるため、都道府県単位でのネットワーク形成が相次いでなされている。本県はまだ県単位でのネットワークが整備されていない状況であるが、今回、当院における女性がん患者の妊孕性温存療法（胚凍結、未受精卵凍結）の現状について報告する。

【方法】2012年から2019年2月の間に当院で妊孕性温存療法（胚凍結、未受精卵凍結）を施行した女性がん患者を対象として、その背景や妊孕性温存方法やその後の妊娠・分娩について、後方視的に調査した。

【成績】2012年からの年次別の患者数は0-5例/年であり、患者平均年齢は29.4歳（17-38歳）であった。疾患の内訳は、乳がん9例、造血器腫瘍9例であった。12例が未婚であり、6例が既婚であった。胚凍結は8例（9周期）、未受精卵凍結は12例（13周期）に対して施行し、2例は現パートナーもしくは夫との胚凍結と未受精卵凍結を同時に施行した。がん治療後に2例は自然妊娠し、2例は凍結融解胚移植で妊娠成立し、4例が挙児を得ていた。

【結論】本県内の若年がん患者の推定患者数から考慮すると、まだ妊孕性温存症例は少なく、すべての若年がん患者に妊孕性温存に関する適切な情報提供がなされていない可能性がある。今後、県を中心としたがん・生殖医療に関するネットワークを構築し、多施設にわたるがん治療医と生殖医療医との連携、また行政を含めた啓蒙啓発活動が必要であると考えられた。

22. 宮城県がん・生殖医療ネットワークの活動状況と今後

○立花 眞仁¹、志賀 尚美¹、渡邊 善¹、山田 秀和²、吉田 仁秋³、星 和彦⁴、八重樫 伸生¹

¹東北大学産婦人科、²宮城県立がんセンター、³仙台ARTクリニック、⁴スズキ記念病院

近年、若年がんサバイバーのQOL改善を目指した妊孕性温存治療ネットワーク設立の動きが全国に広がっている。宮城県においては、平成28年11月に宮城県がん・生殖医療ネットワークを立ち上げた。構築から2年が経過した当ネットワークの連携システムと活動状況と、実際の運営から見えてきた今後の課題について考察する。

これまでの活動を評価するため、発足から平成30年12月31日までの2年間において、コーディネート施設である東北大学病院と宮城県立がんセンターにおいてがん生殖カウンセリングを行った対象患者を後方視的に検討した。全体としては64名のカウンセリングを行った（東北大学47名、宮城県立がんセンター17名）。男女の内訳は、男性29名と女性35名であり、平均年齢は男性が27.9歳で女性が32.7歳であった。カウンセリングの後、希望があって凍結を試みた患者と実際に凍結可能であった患者は、男性が25名（86.2%）と23名（92.0%）であったのに対し、女性は希望/適応があった16名（45.7%）全例（100%）において凍結可能であった。男性の凍結希望/適応者のピークが女性と比較して若年である傾向を認めた。

配偶子、胚凍結に関しては、合併症や原疾患治療への影響なく迅速な対応が出来ていた。若年女性症例においては、問い合わせのみでカウンセリングを希望しないケースが多く、卵巣組織凍結への未対応が原因と考えられ、卵巣組織凍結への対応は急務であると考えられた。また、金銭的自由で諦めている症例への対応も必要であり、助成金制度の確立など行政への働きかけも重要と考えられる。

23. 総腸骨静脈奇形により卵巣静脈血栓性静脈炎を来した1例

○橋本 栄文、齋藤 彰治、齋藤 彩、栃木 実佳子

気仙沼市立病院

産褥期や手術後における卵巣静脈血栓症（ovarian venous thrombosis：OVT）は稀ではあるが、非妊時や既往歴のないOVTはさらに稀である。今回我々は総腸骨静脈奇形により卵巣静脈血栓性静脈炎を来した1例を経験したので報告する。

症例は18歳女性、0妊0産、既往やアレルギーなど特記事項なし。X日に右腹痛を主訴に当院泌尿器科受診。CTにて明らかな所見はなかったが症状から右急性腎盂腎炎が疑われTAZ/PIPC点滴1週間投与された。しかし炎症反応の改善なく、38℃台の発熱持続あり付属器炎が疑われX+7日当科紹介された。内診痛なく超音波にて子宮・左付属器異常なかったが、右卵管腫大・蛇行と周囲の静脈怒張を認め同部位に圧痛を認めた。右付属器炎を疑い抗生剤継続としたが、右卵管・血管の精査目的に後日造影MRI撮像し卵巣静脈の怒張、血栓性静脈炎が疑われた。血液検査でDダイマー $6.7\mu\text{g}/\text{dl}$ と上昇も認めヘパリン15000単位/日開始とした。その後は症状改善し、X+14日にDOAC内服へ切り替わり退院となった。診断後より当院外科外来で経過診られ、症状再燃なく、血液検査上も異常なく退院5か月後に内服治療終了となった。後日CT再読影し下大静脈に合流する左右の総腸骨静脈を認めず側副路から還流しているとの結果であった。

OVTは全出産の0.05～0.18%と稀であり、産褥期にOVTを発症した症例の13～33%に肺血栓塞栓症を合併するとの報告もある。他に婦人科手術後にOVTを発症したとの報告も数例ある。しかし今回のように血管の分岐の奇形によるOVTの報告はない。腹痛・発熱が持続し付属器炎と似た症状だが抗生剤治療で改善しない場合は卵巣静脈血栓性静脈炎も鑑別に入れることを念頭に置き検査、診断を進めるべきである。

24. 子宮マニピュレーター挿入後に子宮仮性動脈瘤を来した一例

○伊藤 友理、吉田 隆之、木村 和彦

米沢市立病院

子宮仮性動脈瘤は産褥期や帝王切開、筋腫核出後などに発症し、頻度は稀であるが、破綻により大量の性器出血を来し致命的な経過をたどることがある。今回、腹腔鏡下手術時に挿入したマニピュレーターにより子宮仮性動脈瘤を来した症例を経験したので報告する。症例は33歳0妊0産。他院で不妊治療中だったが、6cm大の両側卵巣腫瘍に対し手術目的に当院へ紹介された。MRIで両側チョコレート嚢胞と診断し、GnRH療法3コース後に腹腔鏡下両側卵巣腫瘍摘出術を施行した。術中にマニピュレーターを使用した。術後に性器出血をほとんど認めず、術後6日に退院したが、術後7日より断続的な性器出血を認めた。術後15日の外来受診時に、経膈超音波で子宮後壁に10mm大の嚢状腫瘍があり、カラードップラーで内部に拍動性の乱流を認めた。ダイナミックMRIで同部に動脈相で造影される10mm大の嚢胞を認め、子宮仮性動脈瘤と診断した。出血が少なく貧血も軽度だったため、保存的治療の方針とし、GnRHを用い子宮の血流を減少させることで仮性動脈瘤の消失を図った。術後54日の外来受診時には性器出血は改善しており、経膈超音波で仮性動脈瘤の消失を確認した。その後、半年以上経過したが、不正性器出血や仮性動脈瘤の再発を認めていない。本症例では術前には認めていなかった子宮仮性動脈瘤が術後に出現しており、マニピュレーター挿入の刺激が原因と考えられた。子宮仮性動脈瘤の原因としてマニピュレーターは極めて稀である。しかし、本症例のように腹腔鏡下手術後に不正性器出血を認めた場合、子宮仮性動脈瘤の可能性も考慮し、カラードップラーを用いた超音波検査や、造影CT・MRIなどで原因を検索する必要がある。

25. 悪性腫瘍が疑われた骨盤放線菌症の一例

○高橋 裕也、早坂 直、小松 美華子、佐藤 藍、早坂 典子、清野 朝史、井出 佳宏

日本海総合病院

【諸言】骨盤放線菌症はActinomyces属により発症するまれな慢性化膿性肉芽腫性感染症である。婦人科領域では子宮内避妊器具（IUD）の長期装着との関連が報告されている。放線菌による腫瘍の診断は難しく、悪性腫瘍との鑑別に苦慮したとの報告も散見される。今回、IUD長期装着中の症例で、FDG-PETで強い集積を認め、悪性腫瘍が疑われた骨盤内腫瘍に対し、骨盤放線菌症を疑い、抗生剤による加療を行い、腫瘍が消退し、手術を回避できた症例を経験したので報告する。

【症例】症例は68歳、3妊 3産。50歳にて閉経、それ以前からIUDが子宮内に装着され、交換せずに放置されていた。発熱が1週間継続し、近医内科にて感冒の診断で投薬受けるも軽快なく当院内科を受診した。時々左側腹部に痛みも感じていた。腹部CTにて左下腹部腫瘍（45mm 大）を指摘された。PET-CTで高いFDGの集積が認められ、悪性腫瘍が強く疑われたため、当科へ紹介された。経膈超音波検査では4cm大の境界不明瞭な左卵巣の腫大と思われた。膣鏡診で悪臭を伴う帯下と、IUDの牽引糸が確認されたため、IUDを抜去した。MRIを撮影したところ腫瘍は25mm大で、卵巣癌が疑われた。しかし初診時のCTに比してMRIでは腫瘍が縮小していたこと、子宮内膜細胞診にて放線菌の菌塊が指摘されたことより、骨盤放線菌症の可能性も考え、手術の準備を進めつつ、抗生剤を投与した。25日後にCTを再検したところ、左付属器の腫瘍はほぼ消退していたため、手術は中止し、抗生剤投与を継続した。症状再燃なく経過観察中である。

【考察】IUD長期装着例に骨盤内炎症性疾患様の症状、検査所見を伴う場合には放線菌症も鑑別にいれることが肝要であり、不要な外科的治療の回避に貢献するものと思われる。

26. 月経周期に伴う発熱と下腹部痛を契機に診断された家族性地中海熱の1例

○松原 美紀、佐藤 壮樹、野添 大輔、田上 可桜、市川 さおり、豊島 将文、吉田 祐司

石巻赤十字病院

【緒言】

家族性地中海熱（Familial Mediterranean fever：FMF）は、遺伝性周期性発熱症候群であり、6~96時間程度の比較的短期間の発熱、漿膜の無菌性炎症による腹痛や胸痛、関節痛を伴い、常染色体劣性の遺伝形式をとる自己炎症性疾患である。本邦での患者数は500例程度と推定とされ、稀な疾患である。今回、下腹部痛と月経周期に伴う発熱を契機に診断されたFMFの1例を経験したため、文献的考察を踏まえ報告する。

【症例】

20歳女性、0妊0産。月経困難症状で近医より紹介となり当院受診され、LEP内服開始となっていた。LEP内服開始3日後頃より39℃台の発熱と下腹部痛あり救急外来を受診、婦人科疾患精査目的に当科紹介となった。診察上産婦人科的器質的疾患は認められなかったが、月経期に反復する発熱が認められているとの病歴からFMFを疑い遺伝子検査が施行された。その結果、MEFV遺伝子変異（p.Gly304Arg hetero変異）を認めた。非典型FMFを疑い、治療および診断的投与としてコルヒチン0.5mg/dayで投与を開始した。その後、周期的発熱や下腹部痛の症状は改善を認め、非典型FNFと診断した。

【結語】

FMFは特異的な所見に乏しく、診断が困難な疾患である。本症例は月経期の周期的発熱の病歴から本疾患を疑い、コルヒチン投与を行い症状改善を得た。反復する発熱や下腹部痛を認めた場合には本疾患も鑑別診断として念頭に置く必要がある。

27. 当院における骨盤臓器脱に対する手術治療の成績 ～主に再発について

○丹藤 伴江、小玉 都萌、追切 裕江、松村 由紀子、飯野 香理

独立行政法人国立病院機構弘前病院

【目的】骨盤臓器脱は排尿・排便機能を障害することが多く、これが原因となって外出や旅行、温泉の入浴などがためらいがちとなるなど、女性のQOL低下の一因となっている。50歳代の女性の約55%、出産経験者の約44%に何らかの骨盤臓器脱症状が認められるという報告もあるが、自覚がなかったり、年齢によるものと諦めている患者も多数見受けられる。

骨盤臓器脱の治療法としては骨盤底筋の体操や各種ペッサリー挿入といった保存的方法と、外科的治療法がある。挙児希望のない症例に対しては腔式子宮全摘術と前後膈壁形成術が行われてきたが、術後の再発率が高いとの報告もある。自院の手術成績を明らかにし治療の有用性を検証する。

【方法】当院で2013年4月～2018年3月までの5年間に、外科的治療法（腔式子宮全摘術+前後膈壁形成術）を実施した骨盤臓器脱の58名を調査対象とした。対象者に対して外来受診時もしくは電話調査にて骨盤臓器脱術後の再発について情報収集を行った。

【結果】手術時間の平均は80分、術中出血量の平均は124gだった。58例中、術後経過を診察で確認できたのは25例で、うち再発は3例（12%）に認めた。

【結論】既存の報告では本手術における術後再発率は約30%とされているが、当院での再発率は約10%と良好な成績であった。本手術は手術時間も短く、比較的低侵襲であるので再発率が低いのであれば臨床的に有効な治療方法である。

28. LEEPにおけるピトレシンの有用性についての検討

○村川 真理弥、田邊 康次郎、清水 孝則、松浦 類、柏館 直子、石垣 展子、武山 陽一、新倉 仁
仙台医療センター

【緒言】当院では2018年10月よりLEEP時にピトレシン頸管局注を導入した。ピトレシン導入前後での出血量、手術時間、病理成績、術後出血を主訴とした予約外受診率について検討した。

【対象】2018年1月～2019年2月までに当院でLEEPを施行した64例でピトレシン導入群は30例、非導入群は34例で両者に年齢、BMI、分娩歴に差はなかった。

【方法】麻酔は脊椎麻酔、体位は碎石位で行った。子宮頸部の3時、9時方向を1-0vicrylで単結紮（術中牽引糸として使用）。ピトレシン導入群にはピトレシンを子宮頸部に上唇と下唇に分けそれぞれ5ccずつ局注した。シラートテストでSCJを確認し、ループ電極で頸部上唇・下唇を切除し、スクエア電極で頸管を切除。頸管内をブラシで擦過、細胞診に提出。創面、腔側、頸管側断端をボール電極で凝固。2連ガーゼを充填した。

【結果】出血量はピトレシン非導入群で中央値25ml、導入群では5mlであり、ピトレシン導入群で有意に減少を認めた（ $p < 0.01$ ）。50ml以上出血したのは非導入群で11例であったのに対し導入群では1例のみだった。手術時間は非導入群で平均値19分、導入群では23分であった（ $p = 0.30$ ）。断端陽性率は非導入群で32%、導入群で37%であった（ $p =$ ）。予約外受診の人数は導入群、非導入群ともに6人であった。受診時期に関して両者に差はなかった。処置内容は縫合・焼灼を必要としたのはともに1人ずつであった。

【結論】術中出血量に関してはピトレシン導入群で非導入群と比べ、有意に減少した。しかし手術時間、断端陽性率、術後出血を主訴とした予約外受診率はピトレシン導入前後で差はなかった。

29. 子宮頸部絨毛癌の1例

○佐々木 史子、門野 彩花、土屋 繁一郎、三浦 雄吉、海道 善隆、菊池 権恵、三浦 史晴、
葛西 真由美

岩手県立中央病院

絨毛癌の国内における年間発症数は約30例とされ、稀な疾患となってきた。また、体部原発がほとんどで、頸部原発は更に稀である。今回我々は、最終妊娠から12年後、子宮頸部に原発した絨毛癌を経験したため報告する。症例は45歳、5妊3産、最終妊娠は33歳で人工妊娠中絶。不正性器出血を主訴に近医を受診、妊娠反応陽性、進行流産の診断で子宮内容除去術を施行。組織診にて絨毛癌の診断となり精査加療目的に当科紹介。初診時、クスコ診にて多量の性器出血と頸管内に出血を伴う腫瘍性病変、経陰超音波にて頸管内に26.5mmの腫瘤を認めた。血中HCG143853.3mIU/ml。MRIにて頸管内に29mmの多血性病変を認めた。頭部～骨盤部CTにて子宮外に明らかな転移性病変は認めなかった。病理組織診にて壊死、出血を伴う異型な栄養膜細胞の充実性増殖を認めたが、絨毛形態は認めなかった。免疫染色にてp63陽性、hCG陽性、HPL陽性、PLAP陰性であり絨毛癌と診断した。FIGO 2000 Score 10。出血コントロール不良かつ妊孕性温存の希望なく、子宮全摘術を先行した。術後EMA/CO療法を施行。2コース終了後、HCGは陰性化、3コースを追加後外来経過観察とした。現在化学療法後18ヶ月を経過し再発兆候は認めていない。今回我々は、稀な子宮頸部絨毛癌を経験した。術前の診察所見より頸部原発を疑った。本症例では出血コントロール目的に手術を先行したが、摘出標本による組織診で体部に病変は認められず頸部原発と確認された。また術後より順調にHCGは低下、化学療法も奏功し良好に経過している。

30. 子宮頸癌皮膚転移の2例

○岡部 慈子^{1,2}、加茂 矩士¹、小島 学¹、野村 真司¹、古川 茂宜¹、添田 周¹、渡辺 尚文¹、
藤森 敬也¹

¹福島県立医科大学 産科婦人科学講座、²一般財団法人太田総合病院附属太田西ノ内病院 産婦人科

【緒言】悪性腫瘍の皮膚転移は約3～6%と比較的稀であり、その原発巣として子宮頸癌の報告は少ない。今回我々は、子宮頸癌術後に皮膚転移を来した2例を経験したので報告する。

【症例1】38歳、3妊2産。不正出血にて前医受診し、子宮頸部は約3cm大の肉眼的癌を認め、子宮頸部組織診にてadenocarcinoma、内診上脛や子宮傍結合織への浸潤は認めなかったため、子宮頸癌IB1期の診断とした。手術目的に当院紹介となり、広汎子宮全摘術を施行した。術後4か月で臍部に疼痛を伴う腫瘤が出現し、生検にてSCC、PET-CTにて臍部腫瘤をはじめ、骨盤内リンパ節や腹膜結節にも集積を認めた。全身性の再発・転移であり、化学療法の方針とした。TP2コース施行するも、奏功せず全身状態の悪化を認め、永眠された。

【症例2】47歳、0妊0産。不正出血にて前医受診し、子宮頸部に肉眼的癌を認め、精査加療目的に当院紹介となった。子宮頸部組織診にてSCC、子宮頸部腫瘤は約9cm大、内診上可動性は不良であり、子宮傍組織浸潤を認めたため、子宮頸癌IB2期の診断とした。広汎子宮全摘術を施行し、子宮傍結合織浸潤陽性、骨盤リンパ節転移陽性のため、術後補助療法として化学放射線療法（CCRT）を施行した。CCRT終了1か月後、4cm大の皮膚腫瘤出現し、生検にてSCC、造影CTにてその他遠隔転移は認めず、局所切除の方針となった。臍部腫瘍摘出術実施し、病理組織診より扁平上皮癌の皮膚転移と診断された。TP2コース施行後、放射線療法を55Gy実施し、照射後4か月で再発を認めていない。

【考察】子宮頸癌皮膚転移の2症例を経験した。皮膚転移に対する手術療法・化学療法により良好な予後が得られるとの報告もあり、今後も注意深く経過観察が必要である。

31. 多発直腸穿孔により持続ドレナージを要した子宮頸癌（CCRT後）の一例

○西澤 圭織、佐々木 里美、湊 敬道、石橋 ますみ、重田 昌吾、島田 宗昭、工藤 沙織、
土岐 麻美、辻 圭太、徳永 英樹、八重樫 伸生

東北大学

【諸言】 GOG240試験において、進行・再発子宮頸癌を対象に従来の化学療法にBevacizumab (Bev) を併用することにより生存期間の延長が認められた。一方、同試験では放射線治療例に対するBev使用で8%に腸管膿瘍が発症した。今回、同時化学放射線療法（CCRT）後にBev使用症例において多発直腸穿孔を認めた症例を経験したため、報告する。

【症例】 39歳 子宮頸癌（腺扁平上皮癌）StageⅢB期（FIGO2008）、初回治療としてCCRT（毎週シスプラチン静注）を施行し、治療効果判定PRであった。残存腫瘍に対してパクリタキセル・シスプラチン+Bev療法3コース追加し、骨髄抑制のためBev単剤療法に変更した。Bev投与14回後のCT検査で原発巣の更なる縮小を認めたが、直腸穿孔を来した。同日緊急手術にて腹腔ドレナージ、S状結腸人工肛門造設術を施行した。直腸穿孔部位にドレーン挿入し、術後はネラトンチューブに切り替え、ドレナージを継続した。術後MRIで直腸穿孔に加え、子宮頸部前壁と後壁にも穿孔を認めたため、長期的な持続ドレナージを要した。

【結語】 Bevにおける消化管穿孔は重篤な副作用で、QOLを著しく損なう。CCRT後のBev使用症例のデータを基にBevの有用性について考察する。

32. 低異型度子宮内膜間質肉腫の1例

○工藤 沙織¹、石橋 ますみ¹、岡本 聡¹、徳永 英樹¹、渡辺 みか²、八重樫 伸生¹

¹東北大学病院産婦人科、²東北大学病院病理部

諸言：子宮内膜間質肉腫は子宮体部悪性腫瘍のおよそ0.2-1.5%を占める稀な疾患であり、細胞診所見に関する報告は少ない。今回我々は、低異型度子宮内膜間質肉腫の1例を経験したので報告する。

症例：43歳女性。不正性器出血にて近医受診し、左卵巢腫瘍と頸管ポリープが疑われ精査目的に当科紹介となった。MRI所見：子宮左側に6.5cm大の多房性嚢胞性腫瘍を認め、左基靱帯への浸潤が疑われた。また、子宮体部から腔内へ発育するポリープ状の腫瘍を認め、腔円蓋への浸潤が疑われた。

術前細胞診所見：子宮内膜&ポリープ擦過：疑陽性

子宮内膜&ポリープ擦過細胞診所見：小型で円形～卵円形の異型細胞が多数出現していた。異型細胞はN/Cが高く、核濃染や細胞粒状のクロマチン、1～3個の小型核小体が認められた。また、異型細胞集塊の内外に血管内皮細胞の束を認めた。

手術所見：広汎子宮全摘術、左付属器切除術、大網切除術を行った。左卵巢は正常大、子宮体部背側から左側に腫瘍が発育しており、直腸との癒着を認めた。

病理組織検査所見：子宮内膜間質細胞に類似したN/C比の高い多稜形、短紡錘形細胞が子宮筋層内に浸潤性増殖し、外向性に発育していた。核異型は弱く、核分裂像はごく少数であった。免疫染色にて腫瘍細胞はCD10陽性、ER陽性、PgR陽性、Ki67は40%陽性、 α SMA陰性、desmin陰性であった。低異型度子宮内膜間質肉腫と診断した。摘出標本において子宮内膜には異型細胞を認めなかった。

まとめ：子宮内膜細胞診において、核異型の乏しい間質細胞の出現数の増加と血管内皮細胞の束は、低異型度子宮内膜間質肉腫の診断の一助になると考えられるが、これらの所見は月経期内膜と類似しているため鑑別診断に注意する必要がある。

33. 帝王切開時にあきらかになった腹膜偽粘液腫の一例

○仲野 靖弘、新倉 詩央香、佐藤 友里恵、笹瀬 亜弥、赤石 美穂、平山 亜由子、宇賀神 智久、羽根田 健、今井 紀昭、早坂 篤、大槻 健郎

仙台市立病院

腹膜偽粘液腫は、腹腔内に粘液性腹水と粘液性腫瘍を伴う病態で、発生率は50万～100万人に1人と稀な疾患である。原発はほとんどが虫垂とされている。女性に多く、卵巣転移が高率に認められることから、多くの患者は婦人科を初診とする。今回帝王切開時に腹膜偽粘液腫が偶然発見された症例を経験したので報告する。症例は33歳、G1P0、妊娠39週3日に分娩停止のため帝王切開分娩となった。開腹時に黄色漿液性腹水と泡沫状の白色固形物が流出した。右卵巣は4-6cm大に腫大しており、子宮表面には粘液性物質の付着をみとめた。子宮表面の腹膜を採取し、腹水細胞診とあわせて病理組織診断を依頼した。細胞診の結果、腹水中には軽度異型を呈する中皮細胞をみとめた。病理組織診断では腹膜の間質結合織内に粘液結節の形成をみとめた。粘液結節の一部に高円柱状の腫瘍細胞からなる腺管が散見されたが、明らかな癌とするほどの核異型や構造異型はみとめなかった。診断は腹膜偽粘液腫であった。専門医療機関を受診し、開腹にて腹膜切除術+子宮ならびに両側付属器切除術+大網切除術+胆嚢摘出術+脾臓摘出術+小網切除術+肝被膜切除術+肝円索切除術+盲腸切除術+術中腹腔内温熱化学療法が行われた。病理診断の結果、虫垂原発腹膜偽粘液腫 (High Grade PMCA-I) であった。本症は、腹部膨満などを初発症状とし、腫瘍マーカー上昇や腹部超音波などを契機にCTなどで診断に至る場合や、他疾患の検査中にCTで偶然診断にいたる場合がある。有効な治療は腹膜切除を伴う完全減量切除と術中腹腔内温熱化学療法の組み合わせと考えられている。遭遇する機会は極めて稀であるが、本症について文献的考察を加えて報告することにした。

34. 卵巣癌術後22年を経て、腸管子宮内膜症からの発生と考えられた大腸腺癌の一例

○三浦 理絵¹、二神 真行¹、松本 麻未¹、當麻 絢子¹、大石 舞香¹、平川 八大¹、加藤 哲子²、横山 良仁¹

¹弘前大学大学院医学研究科産科婦人科学講座、²弘前大学医学部病理診断学講座

【緒言】子宮内膜症は稀に癌化するが、その多くは卵巣原発であり、異所性子宮内膜症の癌化の報告は少ない。今回、卵巣癌で卵巣摘出後22年に腸管子宮内膜症から発生した腺癌の一例を経験した。

【症例】63歳女性、3経産。22年前に当科で卵巣癌（漿液性癌）のため子宮全摘・両側付属器切除・大網切除・骨盤及び傍大動脈リンパ節郭清、術後I期でCAP療法を施行。その後再発なく術後12年目に経過観察終了していた。5ヶ月前から下血を認め、2ヶ月前の市の検診で便潜血陽性として当院消化器内科を受診。大腸内視鏡検査で肛門縁から15cmの場所に全周性狭窄を認め、同部位の生検では腺癌（大腸疑い）であった。腫瘍マーカーはCA19-9:57 U/mLと軽度上昇、CEAは正常値、CA125は未施行であった。当院消化器外科で直腸癌として腹腔鏡下高位前方手術を行い経過良好で退院となった。手術検体の病理所見は大腸粘膜由来の腺癌としては非典型的であり、免疫染色でもCK7、PAX8陽性、CK20、CDX-2陰性であった。癌近傍の漿膜下組織には子宮内膜症の小巣が散見されたことから、腸管子宮内膜症由来の腺癌が強く示唆された。以前の診療録でも子宮内膜症の既往があることが判明した。腫瘍は固有筋層を越えて漿膜下層まで浸潤し、所属リンパ節転移陽性であり、大腸癌取り扱い規約ではⅢB期の診断となった。当科で再発予防のためTC療法を継続中である。

【まとめ】腸管子宮内膜症から発生した悪性腫瘍はEAIT (endometriosis-associated intestinal tumor) と英文では総称されている。大腸粘膜由来の腺癌との鑑別には免疫染色が有用である。卵巣摘出後であっても子宮内膜症の癌化の可能性を念頭におく必要がある。

35. 進行卵巣癌を疑われた壁外発育型大腸癌の一例

○湊 敬道、徳永 英樹、西澤 圭織、工藤 沙織、石橋 ますみ、重田 昌吾、島田 宗昭、
八重樫 伸生

東北大学

【緒言】 進行大腸癌の多くは内腔に発育し、腸閉塞や出血症状が出現する。

上記症状を伴わない壁外発育型の大腸癌は稀である。今回、進行卵巣癌を疑われた進行大腸癌の一例を報告する。

【症例】 32歳女性 1 経妊 1 経産（帝王切開）

妊娠10週時、子宮底部に35mmの子宮筋腫、左卵巣に43mmの内膜症性嚢胞を認めた。

妊娠38週3日に前期破水。羊水過少、臍帯圧迫によるprolonged decelerationが出現したため、帝王切開となった。術中所見では右骨盤壁に40mm大の変性筋腫様腫瘤、左卵巣内膜症性嚢胞を認めた。

術後13日目に骨盤内腹膜炎で帰省先の総合病院産婦人科入院、抗生剤加療し改善。

産後3か月時に不正出血あり、近医受診し後陰門蓋に腫瘤を認め精査目的で分娩施設に紹介。

血液検査にてCA125：53.1 ng/ml CA19-9：1214 U/ml CEA：77.5 U/ml

MRI：子宮背側腫瘍12cm、右付属器周囲腫瘍20 cm、CT：多発肝転移、脾臓転移の所見。

進行卵巣癌疑いとして当科紹介となった。当院外科、放射線診断科にコンサルトするも卵巣由来、消化管由来の腫瘍の鑑別は困難であり、前医CTより上行結腸と腫瘍の穿通が疑われるため人工肛門造設および腫瘍切除術の方針となった。術中所見では回盲部から横行結腸にかけて外向性に発育する腫瘍を認めた。回盲部および腫瘍切除とし小腸大腸吻合。骨盤内は子宮背側の後腹膜下に発育する腫瘍を認め、仙骨と強固に癒着しており摘出困難のためS状結腸で人工肛門を増設した。

病理診断では大腸原発腺癌pT3,N0,M1c StageIVC 腔腫瘍、腹腔内腫瘍ともに大腸癌の診断であった。

【結論】 進行卵巣癌と術前診断が困難な壁外発育型大腸癌の一例を経験した。

壁外発育型大腸癌は画像上では多彩な形態を示す特徴があるため、非典型的な進行卵巣癌が疑われる画像所見の場合には、鑑別診断に挙げる必要あると考えられる。

36. 閉経後性器出血を契機に診断された副腎皮質癌の1例

○坂口 太一、佐藤 敏治、田村 大輔、菅原 多恵、三浦 康子、清水 大、佐藤 直樹、寺田 幸弘
秋田大学

【緒言】

副腎皮質癌は100万人に1人と非常に稀な疾患で、さらにその5%のみにアンドロゲン分泌を認める。今回、我々は閉経後性器出血を契機に副腎皮質癌と診断された1例を経験したので報告する。

【症例】

70歳の女性。3妊2産、閉経52歳。性器出血を主訴に近医を受診し、超音波検査で子宮内膜肥厚が認められた。子宮内膜全面搔爬術が施行され、単純型子宮内膜増殖症と診断された。E2 38 pg/mlで閉経後としては高めであり、ホルモン産生卵巣腫瘍が疑われMRI検査を施行されたが、異常は認められなかった。しかし、その後も性器出血が持続するため、子宮内膜癌や正常大のホルモン産生卵巣腫瘍を否定するため、子宮全摘術と両側付属器切除術の方針とされた。術前の胸部～骨盤部造影CTで左副腎が5cm大に腫大し、副腎癌が疑われ、当院に紹介された。内分泌検査でE2 98 pg/mlとさらに上昇が認められ、DHEA-Sも356 μg/dlと高値を認めた。アンドロゲン産生に伴うE2高値と考えられたため、左副腎摘出術が施行された。術後の病理検査で副腎皮質癌（低悪性度、pT3）と診断された。後療法は施行されず経過観察の方針とされた。術後1か月で性器出血と子宮内膜肥厚は認められなくなり、内分泌検査でもE2 23.5 pg/dl、FSH 129.4 mIU/mlと閉経パターンが確認された。

【考察】

閉経後性器出血の原因としてホルモン産生腫瘍が疑われ、卵巣に明らかな異常が認められない場合は、全身のCT検査やDHEA-S検査が必要であると考えられた。

37. 腹腔鏡下子宮全摘術で治療し得た子宮留膿腫の2例

○萩原 達也、谷村 史人、前川 絢子、菅原 登、加賀 敬子

岩手県立磐井病院

【緒言】

子宮留膿腫は子宮口の閉鎖により子宮腔内に膿が貯留する疾患であり、閉経後の高齢者や子宮頸部疾患を有する女性を中心に認める。今回、子宮留膿腫に対して腹腔鏡下子宮全摘術を施行することで治療し得た2症例を経験したので報告する。

【症例】

症例1：82歳、0経妊0経産、既往歴にスモン、狭心症、Alzheimer型認知症、右大腿骨骨頭置換術後。2週間繰り返す発熱の精査目的に近医内科受診、単純CT検査で子宮腔内に液体の貯留を認め当科紹介となった。膣鏡診で子宮腔内からの液体流出は認めず、子宮腔内へのカテーテル挿入を試みたが、外子宮口を同定できずドレナージ困難であった。受診時は炎症反応上昇認めず適宜抗生剤加療を行う方針で経過観察としたが、患者側の希望により手術の方針とした。腹腔鏡下子宮全摘術、両側付属器切除術施行、摘出標本42g。術後9日目に退院、発熱なく経過している。

症例2：74歳、4経妊3経産分娩、既往歴に糖尿病、高血圧、左大腿骨骨頭置換術後。嘔吐、食思不振が出現し近医内科受診、炎症反応上昇認め抗生剤加療が行われたが奏功せず、造影CTにより子宮腔内に液体貯留を認めたので当科紹介となった。ABPC/SBT点滴静注により炎症反応は改善傾向にあったが患者側の希望により手術の方針とした。腹腔鏡下子宮全摘術、両側付属器切除術施行、摘出標本81g。術後経過良好で術後8日目に退院、発熱認めず経過している。

【考察】

子宮留膿腫は良性疾患だが、子宮穿孔を来し汎発性腹膜炎が生じることで重症化した症例が多数報告されている。ドレナージ治療後も再発することがあり、状況によっては低侵襲な腹腔鏡手術を選択することは有効な治療法であると考えられた。

38. 妊娠初期に異なる術式で加療を行った黄体嚢胞茎捻転の2症例

○久木元 詩央香、宇賀神 智久、平山 亜由子、早坂 篤、大槻 健郎

仙台市立病院

【緒言】 妊娠中の卵巣腫瘍の合併頻度は全妊娠の1～4%といわれ、そのうち卵巣腫瘍の茎捻転は10～20%で起こるといわれている。今回、妊娠初期に急性腹痛で受診し、黄体嚢胞の茎捻転と考えられた症例を2例経験したため報告する。

【症例】 症例①27歳、2G0P。妊娠9週6日、下腹部痛で救急搬送された。来院時より苦悶様表情であり、嘔吐するほどの強い疼痛を訴えていた。経膣超音波断層法では右卵巣が6cm大に腫大し、内部がうっ血しているような所見であった。卵巣腫瘍茎捻転を疑い、同日腹腔鏡下に緊急手術の方針とした。右子宮付属器が360度捻転しており、血腫を形成し壊死しているようにも見える状態であった。捻転を解除し、血腫部分を摘出して卵巣を温存した。翌日の経膣超音波断層法では卵巣の血流がみられていた。病理結果は黄体嚢胞であった。症例②29歳、2G1P。妊娠6週2日、下腹部痛で当院救急外来を受診した。経膣超音波断層法にて膀胱子宮窩に5cm大に腫大した卵巣腫瘍がみられた。強い疼痛症状も訴えており、卵巣腫瘍茎捻転を疑い、同日腹腔鏡下に緊急手術を行った。右子宮付属器が360度捻転していたが、うっ血は軽度で壊死には陥っていなかった。捻転を解除した後に卵巣に切開を加えると黄色透明な液体がみられ黄体嚢胞と考えられた。黄体補充を目的として術前および術後1週間にプロゲステロン製剤を筋注した。いずれの症例も妊娠継続中である。

【結語】 黄体嚢胞の茎捻転の症例を経験した。茎捻転を疑った場合には速やかに手術を行う必要があるが、腹腔鏡手術は侵襲性も低く、妊婦の茎捻転に対しても有用であると考えられる。黄体嚢胞の茎捻転に関して若干の文献的考察を加えて報告する。

39. 腹腔鏡下手術におけるSTRATAFIX[®] SpiralPDS Plus[®]の使用経験

○谷村 史人、萩原 達也、前川 絢子、菅原 登、加賀 敬子

岩手県立磐井病院

【緒言】 STRATAFIX[®] Spiral PDS Plus[®]は糸結び操作を必要としない縫合デバイスである。モノフィラメント縫合糸に切り込みがあり、バーブを形成、360°螺旋状に配置されたバーブが組織支持点となり組織を立体的に保持する。またコーティング剤に抗菌作用を持つトリクロサンが添加されており、縫合糸上の細菌のコロニー形成を抑制する。腹腔鏡下手術における関する創傷閉鎖デバイスの使用は確実な連続縫合による迅速な閉鎖が可能であるとの報告も多く見られる中、当院では2018年よSTRATAFIX[®] Spiral PDS Plus[®]を使用している。その使用方法と手術成績について報告する。

【方法】 腹腔鏡下子宮全摘術（TLH）17例と腹腔鏡下子宮筋腫核出術（LM）5例で使用した。またバーブの把持は禁忌とすることなく使用した。TLHでは腔断端2層縫合の2層目に使用した。はじめの2例では0号30cmを使用したのが、操作性の問題から3例目以降は0号15cmを使用した。念のため連続縫合後に他の縫合糸と結紮しており、現在まで腔壁断端離開の症例はない。LMでは筋層縫合時のみとし、漿膜縫合では使用しないこととした。また用いる長さは症例ごとに選択し、連続縫合後にTLH同様に他の縫合糸と結紮した。現在まで術後血腫形成・術後感染の症例はない。

【考察】 腹腔鏡下手術においてSTRATAFIX[®] Spiral PDS Plus[®]は有用なデバイスの1つであると考えられた。特にLMの際に子宮内腔に穿孔した症例では抗菌効果を有するSTRATAFIX[®] Spiral PDS Plus[®]は感染予防の点でも有効であると考えられる。

40. 腹腔鏡下手術にて診断・治療し得た、原発性腹膜妊娠の1例

○加茂 矩士、古川 茂宜、小島 学、野村 真司、山口 明子、添田 周、渡邊 尚文、藤森 敬也

福島県立医科大学

腹膜妊娠は異所性妊娠の1%程度と極めて稀な疾患である。腹膜妊娠は急激に多量の腹腔内出血を起こすことがあり、保存的加療は困難とされるが、一方で術前診断は困難なことが多い。今回、臨床経過から異所性妊娠を疑ったが着床部位を特定できず、腹腔鏡下手術を施行しダグラス窩腹膜に着床した原発性腹膜妊娠と診断、治療し得た1例を報告する。症例は24歳0妊0産。最終月経より7週3日、子宮内妊娠を確認できず、血中hCG 6400 mIU/mLであり近医にて異所性妊娠が疑われていたが、腹痛が増悪したため当院救急外来を受診した。腹膜刺激症状を認め、経陰超音波で子宮内に胎嚢を認めず、腹腔内に液体貯留を認めた。血中hCG 2000mIU/mlであった。腹部症状が強く、異所性妊娠破裂疑いとして同日緊急腹腔鏡下手術を施行した。腹腔内に多量の血液貯留を認め、卵管腫大や卵管采からの出血なく、ダグラス窩腹膜に凝血塊を伴い浸潤する絨毛組織を認め、これを摘出した。病理組織診断にて絨毛を認め、異所性妊娠と矛盾しない結果であった。術後3日目に退院し、その後血中hCG値の陰性化を確認した。術前診断が困難であったが、腹腔鏡下手術により診断・治療が可能であった腹膜妊娠の1例を経験した。

41. 初回治療後に2型糖尿病を発病しTC療法中に 糖尿病性ケトアシドーシスをきたした再発子宮体癌の1例

○牧 もとみ、田邊 康次郎、太田 真理子、清水 孝規、松浦 類、新倉 仁
仙台医療センター

【緒言】子宮体癌初発から再発までの間に2型糖尿病を発症し、化学療法中に糖尿病性ケトアシドーシスをきたした症例について文献的考察を含めて報告する。

【症例】67歳女性、3妊2産、58歳閉経。既往歴として高血圧、B型肝炎がある。糖尿病を指摘されたことはない。X-4年に子宮体癌に対して準広範子宮全摘出、両側付属器切除、骨盤内リンパ節郭清術を施行した。術後組織診では類内膜癌Grade 1であり術後進行期はstage II（FIGO2008）であった。続いてTC療法6回施行した。X-3年に指摘された肺転移巣が増大したことからX年に再度TC療法を6回行う方針とした。入院の上で1回目の投与を行い翌日退院したが、退院3日後に食欲不振、倦怠感のため当院へ救急搬送された。血糖値972mg/dl、尿ケトン陽性、軽度の代謝性アシドーシスも伴い糖尿病性ケトアシドーシスの診断で緊急入院した。HbA1c13.6%であり未治療の2型糖尿病を併発していた。インスリンの少量持続投与にて状態は徐々に改善した。以降はインスリン注射と内服にて血糖コントロールを行いながら投与量の変更をせずに予定通り6回のTC療法を終了した。肺転移巣は縮小しており現在に至るまで外来にて経過観察を継続している。

【考察】子宮体癌への初回治療終了から再発までの4年間に2型糖尿病を発症し、再発後のTC療法におけるステロイド投与を契機として糖尿病性ケトアシドーシスをきたした一例を経験した。糖尿病の併発は患者の予後に影響し、特にステロイドを使用する場合は副作用である血糖上昇に注意が必要である。糖尿病のスクリーニングは術前や初回化学療法前だけでなく再発後の化学療法前、特に前回の治療から期間があいた場合には必ず行うべきである。

42. 腹腔鏡下手術後に診断されたcystic adenomyosisの一例

○鈴木 一誠、吉田 悠人、佐藤 惟、喜早 優里菜、高後 裕子、西本 光男
岩手県立中部病院

【緒言】子宮腺筋症は日常診療でよく目にする良性疾患である。画像診断上子宮筋層のびまん性腫大が特徴的ではあるが、まれに嚢胞性腫瘤を形成する場合があります。嚢胞性子宮腺筋症（cystic adenomyosis）と呼ばれる。今回我々は卵巣腫瘍の術前診断に対し腹腔鏡下手術を施行。術中所見で有茎性漿膜下筋腫と考えられたが術後病理組織学的検査においてcystic adenomyosisと診断された1症例を経験したため文献的考察を含め考察する。

【症例】50歳、5妊3産。肺癌に対し呼吸器内科で術前の全身CT検査にて左卵巣腫瘍と多発子宮筋腫を指摘され当科に紹介された。経膈超音波検査、骨盤MRI検査施行し長径50mm大の多房性嚢胞性腫瘤を認め左卵巣腫瘍の診断。肺癌術前ではあったが肺癌術後の耐術能低下を考慮し肺癌手術に先んじて手術を施行することとなった。また、開腹手術後の回復待機の間、肺癌治療が遅延することを危惧したため侵襲が少なく術後の回復が早期に見込める腹腔鏡下手術を選択した。術中所見では両側付属器は正常所見であり、画像上認めた多房性腫瘤は子宮前壁より発生し、漿膜下子宮筋腫様の所見を呈していた。捻転リスクを考慮し切除を施行。手術摘出標本の病理検査結果でcystic adenomyosisの診断となった。腹腔鏡下手術後2日目に退院、2週間後に胸腔鏡下肺部分切除を行い、現在術後加療中である。

【結語】骨盤内多房性嚢胞性腫瘤の鑑別疾患として卵巣腫瘍だけではなく本症例のような特殊な疾患の可能性も考慮し手術説明を行う必要がある。また、今回原疾患の加療を遅延なく移行できたことから低侵襲手術の選択は非常に有用であったと考えられた。

43. 肺転移をした平滑筋腫

○堀川 翔太、鈴木 百合子、小幡 美由紀、小篠 隆広、阿部 祐也

山形県立中央病院

【緒言】 子宮平滑筋腫は組織学的に良性であるにも関わらず、稀に腹腔内播種、血管内進展や転移を来す症例が報告されている。今回我々は、子宮平滑筋腫の術後に多発肺転移を来した症例を経験したので報告する。

【症例】 36歳0妊0産（未婚）。30歳 子宮粘膜下筋腫に対して前医で単純子宮全摘術を施行し、その際の胸部レントゲンには異常所見を認めなかった。36歳の検診時、胸部レントゲン検査で両肺野の異常影を指摘された。転移性腫瘍が疑われたが原発巣を同定できず、当院呼吸器外科にて外科的生検が予定された。しかし、宗教上の理由から緊急時の輸血使用に関する同意書を取得することができなかつたため、前医呼吸器外科にて胸腔鏡下右肺部分切除術を施行した。病理組織検査の結果は子宮平滑筋腫の肺転移であった。術後より当科を紹介され、GnRH analog投与による保存療法を開始した。現在は病変部の増大傾向を認めずに経過している。

【結語】 本症例は子宮平滑筋腫に対して単純子宮全摘術が先行されたが、6年後に子宮平滑筋腫の多発肺転移が指摘された。呼吸器症状はなく、保存療法にて病勢の悪化もなく経過しているが、転移性子宮平滑筋腫に対する標準的治療は確立されていないため、今後も胸部画像検査を含めた定期的な経過観察が必要と考えられる。

44. 上皮成分に種々の化生を伴う子宮体部腺肉腫の一例

○深川 大輔、苫米地 英俊、永沢 崇幸、佐藤 誠也、利部 正裕、庄子 忠宏、板持 広明、馬場 長岩手医科大学

【はじめに】 腺肉腫は良性上皮性成分と肉腫成分からなる、稀な混合性悪性腫瘍である。

これまで腺肉腫の上皮成分について詳細な検討を行った報告はほとんど見られない。

一方で、子宮内膜腺上皮は種々の化生性変化を伴うことが知られている。

今回我々は桑実胚形成等を伴う子宮体部腺肉腫を経験したので、特にその上皮成分に着目し報告する。

【症例】 37歳、女性。不正性器出血を主訴に近医救急外来を受診した。内膜組織診にて腺肉腫と診断され、加療目的に当院に紹介となった。

CT及びMRI検査では子宮体部後壁から突出する13 mm大の隆起性病変を認め、他臓器への転移を疑う所見は認められず、単純子宮全摘・両側付属器切除術を施行された。

肉眼所見：子宮内腔にびまん性・外向性に発育する腫瘤を認めた。

組織学的所見：拡張のみられない増殖期様内膜腺管間に小型で類円形から楕円形核を有する内膜間質肉腫類似の細胞がシート状および充実性に増殖していた。腫瘍内に異型のみられない内膜腺と内膜間質肉腫様細胞が混在して増殖していることから腺肉腫と診断した。上皮成分を詳細に観察したところ、腫瘍内の上皮成分には桑実胚や、乳頭状化生、線毛上皮化生、鋸釘状化生がみられた。

【結語】 腺肉腫においても上皮成分に化生が起こることを報告した。これらを化生と認識し、上皮成分を悪性と誤認しないことが重要である。

45. Bevacizumab併用化学療法にて小腸穿通を認めた再発卵巣癌の一例

○熊谷 奈津美、辻 圭太、宮原 周子、品川 真澄、重田 昌吾、徳永 英樹、島田 宗昭、
八重樫伸生

東北大学

【緒言】 Bevacizumab (Bev) の重篤な有害事象として消化管穿孔が知られているが、腫瘍穿通症例に対する治療の適否に関する一定の見解はない。今回、Bev使用中に腫瘍と小腸の穿通を認め、保存的加療で化学療法が継続可能であった一例を経験したので報告する。

【症例】 60歳、1妊1産。20XX年、卵巣癌、癌性腹膜炎にてタキサン製剤／白金製剤併用化学療法6サイクル施行後に、IDS (optimal surgery) を施行した。卵巣漿液性癌ⅢC期 (ypT3cN0M0) で、DC療法8サイクルを追加して一次治療を終了した。9ヶ月後に播種病変の再発を認め、DC/Bev療法3サイクル、カルボプラチンアレルギーが出現し、DTX/Bev療法3サイクル、CPT-11療法12サイクル、カルボプラチン脱感作療法3サイクルを施行したが、いずれも治療効果判定はPDであった。20XX年+2年8ヶ月PLD/Bev療法を2サイクル施行、治療効果判定はSDであり、治療継続の方針としていたところ、腹痛と発熱にて受診、CT検査にて播種病変と小腸に穿通を認めた。絶食と抗菌薬による保存的加療で速やかに症状は改善し、本人の強い希望もありPLD単剤療法を再開した。

【考察】 本症例では3レジメン以上の化学療法前治療歴があり、Bevによる消化管穿孔の高リスクであったが、腫瘍との穿通にとどまり汎発性腹膜炎に至らなかった。

【結語】 腸管と腫瘍の穿通が起きた場合でも早期対応により局所感染の沈静化が得られれば化学療法継続も治療の選択肢となり得る。

46. 当院におけるオラパリブを使用した再発卵巣癌11症例の検討

○植田 牧子、古川 茂宜、加茂 矩士、遠藤 雄大、小島 学、添田 周、渡邊 尚文、藤森 敬也
福島県立医科大学

【目的】 当院における再発卵巣癌症例に対するオラパリブ使用の実態を把握することを目的とした。

【方法】 2018年4月から12月まで、当院においてオラパリブを投与されたプラチナ感受性再発卵巣癌の11症例を対象とした。年齢、投与量、組織型、進行期、オラパリブ投与期間と再発の有無、有害事象について調査した。

【結果】 年齢は 59.2 ± 9.0 歳で初回は全例で600mg/日で投与開始された。9例 (81%) が漿液性癌、2例 (18%) が類内膜癌であった。進行期は1例 (9%) がⅡB、1例 (9%) がⅢA、1例 (9%) がⅢB、8例 (72%) がⅢCであった。投与期間は中央値5ヶ月 (1-11) であった。3例 (27%) で病勢の進行を認めた。7例 (63%) は再発なく継続している。1例で有害事象のため中止した。最も多い有害事象は嘔気8例 (72%) で、1例G1、7例G2であった。Grade3以上の有害事象は1例 (9%) で好中球減少にて減量、1例 (9%) で口内炎にて中止を要した。2例 (18%) で貧血を認め、うち1例で輸血及びオラパリブの減量を要した。

【考察】 短期間で少ない症例ではあるが、重篤な有害事象を認めることなく安全な投与がなされていると考える。今後更なる長期の観察と検討が必要と思われる。

47. 当院におけるオラパリブ維持療法の使用経験

○重田 昌吾、徳永 英樹、土岐 麻美、辻 圭太、島田 宗昭、八重樫 伸生
東北大学

【緒言】

プラチナ感受性再発卵巣癌の維持療法としてPARP阻害剤オラパリブ（リムパーザ®）が2018年に保険適応となり、予後改善への寄与が期待されている。今回、当院で導入開始後の治療成績について総括する。

【方法】

2019年2月までの間に外来でオラパリブが導入された症例をカルテベースで抽出し、導入後に1回以上治療効果判定が行われた症例を解析対象とした。治療中の最良効果判定をもとに腫瘍制御率、奏効率を算出した。また、プラチナ感受性、BRCA変異の有無、直近のprogression free survival (PFS)、treatment free interval (TFI)、オラパリブ導入直前の化学療法レジメンの治療効果判定などを感受性群、抵抗性群で比較した。

【結果】

対象症例は15例でオラパリブ投与期間の中央値は4か月であった。complete response (CR) 5例、partial response (PR) 2例、stable disease (SD) 5例、progressive disease (PD) は3例であり、腫瘍制御率 (CR~SD) 80%、奏効率 (CR, PR) は46.7%であった。プラチナ感受性の他、オラパリブ導入直前の治療レジメンへの感受性、PFS、TFIなどがオラパリブ感受性と相関している可能性が示唆された。一方でBRCA変異陽性2例中1例がオラパリブ抵抗性であり、再発卵巣癌でBRCA変異は感受性バイオマーカーとして有用ではない可能性も示された。

【結語】

導入後短期間の評価だが、オラパリブ感受性予測の指標となり得る項目について検証した。引き続き追跡、検討を行っていく予定である。

48. 当院におけるPARP阻害剤の使用経験

○奥井 陽介、太田 剛、鈴木 百合子、榊 宏諭、清野 学、須藤 毅、永瀬 智
山形大学

【目的】 2018年4月にプラチナ製剤感受性再発卵巣癌の症例に対してPARP阻害剤であるオラパリブが保険収載された。しかし、本邦での使用症例が乏しく、有害事象についての検討も十分ではない。そこで当院においてオラパリブを使用した11症例について使用経験をまとめた。

【方法】 2018年5月から12月にオラパリブを導入した卵巣癌9例、卵管癌1例、卵巣癌と子宮体癌の重複癌1例を対象とした。オラパリブ投与期間は2019年2月28日時点で算出した。

【結果】 年齢の中央値は57歳（40-78歳）、初回再発までの中央値は20.8か月（10.8か月-95.0か月）、再発回数は1回：2例、2回：4例、4回：1例、5回：2例、6回：1例、9回：1例、組織型は漿液性癌：7例、類内膜癌：2例、明細胞癌：2例だった。直近のプラチナ製剤投与までのプラチナフリー期間の中央値は24.2か月（10.8-95.0）、その効果はPR：1例、SD：10例だった。オラパリブ投与期間の中央値は24.0週（7.0-38.9）、5例は再発や増悪のため中止となった。血液毒性（grade3以上）は3例で、いずれもgrade3の貧血があり投与延期した。grade3以上の貧血は投与開始後中央値42日（14-126）で出現した。一方、非血液毒性（grade3以上）の出現は認めなかった。オラパリブの有害事象で多いとされている悪心は6例で認めたがいずれもgrade1であり、また同様に有害事象で多いとされている疲労・倦怠感は4例で認め、grade1：3例、grade2：1例であった。

【結論】 オラパリブによる有害事象は比較的軽微であり内服という利便性から、患者のQOL・コンプライアンス向上を期待できる。ただし投与期間や症例数がまだ少ないため、今後の更なる検討が必要である。

49. 既往子宮術後妊娠、子宮破裂3症例

○門野 彩花、佐々木 史子、土屋 繁一郎、三浦 雄吉、海道 善隆、菊池 権恵、三浦 史晴、
葛西 真由美

岩手県立中央病院

【緒言】子宮破裂の発生頻度は全分娩に対して0.02~0.08%とまれであるが、発症すれば母子ともにきわめて重篤な転帰をたどる緊急疾患である。今回、子宮術後妊娠の子宮破裂3例を経験したので報告する。

【症例】(1) 37歳、4妊2産。32歳、CISのため円錐切除術。妊娠36週2日自然破水後当科紹介入院となった。翌日、子宮口開大1cm、陣痛がないため分娩誘発。陣痛開始約6時間で経膈分娩したが、児娩出後より持続的出血認めた。頸管9時方向に裂傷認め、内診にて子宮体部に連続しており子宮破裂と診断。子宮全摘を行った。(2) 43歳、1妊0産。41歳、子宮筋腫核出術。凍結胚移植で妊娠成立。妊娠31週5日切迫早産にて入院。妊娠32週5日排便困難の訴え。33週0日、肛門部と上腹部痛出現。胎児心拍は良好、超音波検査も異常みとめず。33週1日症状軽快、胎児心拍良好。33週2日、嘔吐、排便困難の訴え後、血圧低下し、胎児心拍消失、腹腔内出血認め、子宮破裂と診断、開腹。子宮体部に5cm程の破裂部あり。子宮切開し児娩出。破裂部の子宮筋層の菲薄はみとめず、縫合し子宮は温存した。(3) 40歳、2妊0産。39歳子宮内膜ポリープ切除術(TCR)。高年初産、TCR後でもあり、帝切もすすめたが、同意得られず。妊娠40週6日陣痛発来。軽度変動性一過性徐脈出現、分娩も進行しないため帝王切開施行。不全子宮破裂で子宮筋層は広範囲に破裂していた。

【考察】近年晩婚化、少子化に伴い母体年齢も高齢化している。それに伴う母体合併症の増加、子宮手術後妊娠の増加は、帝王切開の増加のみならず、子宮破裂の増加も懸念される。妊娠分娩時のみならず、子宮手術施行時にも妊娠可能な女性には、子宮破裂の可能性を説明する必要がある。

50. 当院における超緊急帝王切開に対する取り組みとその成果

○小針 諄也、田邊 昌平、工藤 理永、遠藤 俊、宮野 菊子、櫻田 尚子、松本 大樹、我妻 理重
大崎市民病院

【目的】超緊急帝王切開(Grade A CS)は、他の要件を一切考慮せず一刻も早い胎児の娩出を図る帝王切開である。当院では2015年7月にGrade A CS制度を導入し、手術決定から胎児娩出までの時間(Decision to delivery time; DDI)は30分を目標としている。制度導入前後でのDDIの変化及び新生児予後に関し検討を行った。

【方法】制度導入前の2014年4月から2015年6月のGrade Aに相当する緊急帝王切開症例と、制度導入後の2015年7月から2018年12月のGrade A CS症例について、診療記録を用いた後方視的検討を行なった。

【成績】制度導入前の総分娩数は466例であり、そのうちGrade Aに相当する緊急帝王切開は6例(1.2%)であった。制度導入後の総分娩数は2399例であり、そのうちGrade A CSは21例(0.9%)であった。導入前のDDIの中央値(最小値-最大値)は37.5分(24-62)、導入後は18分(8-26)と有意に短縮していた($p=0.0008152$)。新生児の体重や臍帯動脈血pHに有意差はなかった。重症新生児仮死となった症例は有意に減少していた(2/6例対1/21例, $p=0.10$)。

【結論】Grade A CS制度導入により、DDIが有意に短縮し、重症新生児仮死となる症例を減少させることができた。

51. 当院における超緊急帝王切開の工夫

○栃木 実佳子、橋本 栄文、齋藤 彩、齋藤 彰治

気仙沼市立病院

全国の分娩取り扱い施設において、超緊急帝王切開（以下Grade A CS）の体制整備が通例化されて久しい。地域周産期母子医療センターである当院でも平成30年より独自のGrade A CSシステムを構築して対応している。地方中核病院である当院の問題点としては、マンパワー不足、麻酔科不在時における麻酔方法が統一されていないこと、院内での「Grade A CS」に対する認識が不十分であることが挙げられた。特に休日の夜間は最も人手が少なく、麻酔科医や手術室スタッフが不在の中、産科医と産科病棟スタッフのみで手術を進める可能性が高い。すなわち、産科医と産科病棟スタッフが手術室の解錠から器械の立ち上げ、麻酔の準備や介助、薬剤や血液製剤の準備、患者の移動、体位作成、器械展開、器械出しを含めて手術に関わる全ての業務を行う必要がある。したがって、麻酔業務や手術室業務を習得するための勉強会を何度も行い、マンパワー不足の状況に対応することとした。Grade A CSは全身麻酔導入が一般的であるが、麻酔科不在時の麻酔方法は基本的に産科医が脊髄も膜下麻酔を行う方針とした。各部署でGrade A CSに関して周知して、麻酔科不在時は麻酔管理の協力を外科医にお願いすること、救患室対応をしている当直医、当直師長の協力も得ることを取り決めた。このような当院独自の工夫のもと、各部署の協力を得て定期的にシミュレーションを行い、緊急時のGrade A CSに備えている。

52. 岩手県における超緊急帝王切開術（gradeA）プロトコールの必要性和問題点

○黒川 絵里加、川村 花恵、羽場 巖、佐々木 由梨、岩動 ちず子、千葉 淳美、小山 理恵、馬場 長

岩手医科大学

【目的】

広域な医療圏をもつ岩手県で、地域周産期施設は10施設あるが、総合周産期母子医療センター（MFICU）は当院のみであり、緊急での対応が必要なハイリスク症例は集約される傾向にある。超緊急帝王切開術のプロトコール作成にあたり必要性和問題点について検討する。

【方法】

- (1) 当院の過去5年間における超緊急帝王切開術の適応症例を診療録より抽出。
- (2) gradeAプロトコール作成とシミュレーション後の問題点の検討。

【結果】

(1) 対象期間内にgradeAに相当する症例は23例（院内発生：6例、院外発生：17例）あり、常位胎盤早期剥離が18例、臍帯脱出が2例、その他が3例であった。方針決定から児娩出までの平均時間は、院内発生例で36.8分、院外発生では41.7分であった。搬送距離は0.8km～116km、搬送時間は最長で約2時間を要した。児の転帰は、1例が脳性麻痺、1例が乳児死亡であった。子宮内胎児死亡のうち3例が長距離搬送であった。(2) 院外発生例での時間短縮を図るため、搬送時の紹介状を省略し口頭にて情報収集する方法や、院内での連絡法、仮IDの発行や同意書の簡略化について検討した上でプロトコール案を作成した。シミュレーションを施行したところ、当院到着から児娩出までの時間は6分から10分44秒であった。

【結論】

プロトコールに沿った対応を行うことで、児娩出までの平均時間が短縮できる可能性を示唆した。院内外の協力により、シミュレーションの継続実施と改善に務めGrade Aの整備を進めたい。長距離搬送例に対する対策として、県全体の意識を高めることで周産期死亡や脳性麻痺児ゼロを目指す。

53. 胎児発育不全と心嚢液貯留を主訴に搬送され、胎児血流測定で胎児母体間輸血症候群の診断に至った1例

○中村 文洋¹、阪西 通夫¹、金子 宙夢²、奥井 陽介²、山内 敬子¹、岩間 英範¹、大貫 毅¹、
金杉 浩¹

¹山形済生病院産婦人科、²山形大学医学部附属病院産婦人科

【緒言】胎児母体間輸血症候群（Feto-maternal Transfusion：FMT）は分娩前や分娩中に胎児血が母体血に流入することで引き起こされる病態の総称である。原因不明が多く、胎動減少や胎児心拍モニタリング（CTG）異常でその多くが気づかれる。発見時には既に重篤な胎児貧血に陥っており、救命不能なことも多い。今回、中大脳動脈収縮期最高血流速度（MCA-PSV）高値とCTG異常から早期にFMTを疑い、緊急帝王切開で救命した1例を経験したので報告する。

【症例】28歳、1妊0産。34週3日。子宮内胎児発育不全（FGR）を主訴に前医に紹介され、前医からFGRと心嚢液貯留を主訴に当院へ紹介された。胎児超音波検査でMCA-PSVの高値（99 cm/s）と心胸郭面積比の増大（56%）を、CTGでSinusoidal Patternを認めた。FMTを疑い緊急帝王切開を施行した。児は、1799g、女児、Ap 5/6（1/5分値）、UmApH 7.054であった。分娩前採血でHbF 4.5%、AFP 22640ng/mlでありFMTと確定診断した。全身蒼白であり、Hb 2.7 g/dl、Ht 10%、Plt 19.7万/ μ L、推定出血量は108mlであった。日齢0から日齢2に赤血球輸血を合計83.6ml施行し、胎児貧血は改善した。神経学的所見や頭部MRIに異常を認めず、日齢46に退院した。

【結語】本症例の他覚所見としてFGRが目立ったが、原因不明とされていた。経過が良好であったのは胎児失血が急性ではなく比較的緩徐なものであった可能性がある。FGRに対して、超音波検査で推定体重や羊水量の測定のみではなく、もはや常識ではあるが、胎児の血流評価が肝要ではないかと考えた。

54. 妊婦の自然腎盂外尿溢流に対し、尿管ステントが有効であった1例

○岡部 基成、今野 めぐみ、細谷 直子、真田 広行

秋田赤十字病院

【緒言】妊娠中の水腎症は70～90%の妊婦に見られるが、多くは無症状で経過し、産後1ヶ月程度で正常に復する。また、外傷や腎疾患なく尿が腎盂外に溢流する現象を自然腎盂外尿溢流というが、妊娠関連の報告は稀である。今回、妊娠中の水腎症に自然腎盂外尿溢流を伴い、尿管ステント留置で疼痛を軽減できた症例を経験したので報告する。

【症例】24歳、初産婦。妊娠30週右腰部痛を主訴に受診し、超音波検査にて両側水腎症を認めた。鎮痛剤内服が効果なく、ペンタゾシン投与も十分な鎮痛が得られないため、硬膜外麻酔を施行した。しかし麻酔の効果も不十分のため、単純CT施行したところ、妊娠子宮による尿管の圧排と、それに伴う両側水腎症があり、右腎周囲には等吸収域を認め、自然腎盂外尿溢流と診断された。症状改善目的に右尿管ステントを挿入したところ、超音波検査で水腎症所見は著変のないものの、右腰部痛は著名に消失した。妊娠37週自然分娩し、尿管ステント抜去後の超音波検査で両側水腎症は消失していた。

【考察】自然腎盂外尿溢流の原因は尿路結石症や尿路内外の腫瘍によるものが大半を占める。妊娠のみが原因の報告例は少なく、診断方法や管理方法も様々である。妊娠後期の重症例では妊娠終了が選択されることもあるが、本症例では尿管ステントの留置により、疼痛コントロールを得て妊娠期間の延長が可能であった。妊娠性に発症した自然腎盂外尿溢流にも、尿管ステント留置は有用であると考えられる。

【結語】子宮による尿管圧排から自然腎盂外尿溢流を呈した妊婦に対し、尿管ステント留置によって良好な結果を得られた1例を経験した。

55. 妊娠高血圧症候群を背景として産褥期に発症した周産期心筋症の一例

○田上 和磨、田中 創太、吉田 瑤子、湊 純子、湊 敬廣、末永 香緒里、葛西 亜希子、
葛西 剛一郎

八戸市立市民病院

【緒言】周産期心筋症は、心疾患の既往のない妊産婦が心不全を発症する非常に稀な疾患であり、重症例では母体死亡に至る可能性がある。今回我々は妊娠高血圧症候群を発症し、経膈分娩後に心不全症状を呈し、周産期心筋症と診断した一例を経験したので報告する。

【症例】34歳1妊0産、BMI28、既往歴無し。妊娠39週6日に重症妊娠高血圧症候群の発症を疑われ、当院へ搬送された。搬送後の収縮期血圧は130～150mmHgで推移したため、軽症妊娠高血圧症候群と診断し、翌朝から分娩誘発の方針とした。分娩誘発当日に子宮収縮剤を用いて経膈分娩となった。分娩後に頻脈と口渴感があったため、脱水と考え補液を追加した。産褥1日目に起坐呼吸と動脈血液酸素分圧 (PaO₂) の低下を認めた。心不全の発症を疑って循環器内科にコンサルトしたところ、うっ血性心不全を認め、心エコー検査ではEFが20%以下であった。心機能低下の原因は不明であり、周産期心筋症と診断した。利尿薬の投与による治療が開始されたが状態はなかなか改善せず、産褥28日目に退院した。現在も外来で治療が継続されているが、産褥3ヶ月でのEFは27%であり、依然として心機能の低下した状態が続いている。

【考察】周産期心筋症で認める動悸、浮腫および倦怠感といった心不全徴候は、正常の妊娠や分娩経過でも一過性に認めることがあり、症状のみで周産期心筋症を鑑別するのは困難である。周産期心筋症の原因に関しては未だ不明な点が多いが、最大のリスク因子は妊娠高血圧症候群と言われている。

【結語】妊娠高血圧症候群発症後に心不全徴候を認める際は、周産期心筋症を疑う必要がある。

56. STICを用いて出生前診断しえた両大血管右室起始症の一例

○村川 東¹、田邊 康次郎¹、長谷川 祐子¹、柏舘 直子¹、石垣 展子¹、武山 陽一¹、新倉 仁¹、
川瀧 元良²

¹仙台医療センター 産婦人科、²神奈川県立こども医療センター新生児科

【緒言】両大血管右室起始症は大動脈と肺動脈が右室から起始する先天性心疾患であり、先天性心疾患の1-3%に認められる。胎児期の円錐動脈幹の分割の異常と左方移動の異常の組み合わせにより心室中隔欠損位置が異なり、心室中隔欠損型、Fallot四徴型、完全大血管転位型、遠位型心室中隔欠損型の4つに分類される。とくにFallot四徴型や完全大血管転位型では肺動脈狭窄を伴うことが多く、新生児期からチアノーゼを呈し新生児期に手術を要することから、本疾患を胎児期に診断することの重要性は高いと考えられる。今回通常の断層心エコーに加えてSTIC (Spatio Temporal Image Correlation) を用いて胎児の心臓を4D (立体動画) として再構成することで出生前に両大血管右室起始症と診断できた症例を経験したため報告する。

【症例】34歳、4妊3産、妊娠26週の妊婦健診時の断層心エコーにて四腔断面や流出路が判然とせず、妊娠27週3日にSTICを用いて肺動脈弁下型心室中隔欠損症および肺動脈狭窄を伴う完全大血管転位型両肺動脈右室起始症と診断し、妊娠29週3日に他院へ紹介した。転院先でも同様の胎児診断で、妊娠37週5日に自然分娩により出生した。2981gの男児、Apgar score1分値8点、5分値8点であった。児は出生直後からNICUに入院し、出生後診断は出生前診断と同一であった。

【結語】通常の断層心エコーに加えSTICを用いることで、両大血管右室起始症の病態分類と肺動脈狭窄を出生前診断し、出生後早期のチアノーゼに備え専門施設で分娩することができた。

57. 当院における風疹抗体価の傾向とその対策

○佐藤 壮樹、豊島 将文、野添 大輔、高橋 友梨、田上 可桜、市川 さおり、吉田 祐司
石巻赤十字病院

風疹は発熱、発疹、リンパ節腫脹を三徴とするウイルス感染症である。妊娠20週までに初感染すると、出生児が眼症状、難聴、心疾患などの先天的異常を合併することがある。先天性風疹症候群（CRS：Congenital Rubella Syndrome）と呼ばれ、予防可能であり児の生活の質を大きく左右する妊娠管理上特に重要な疾患である。ガイドライン上も妊娠初期の風疹抗体価（HI）測定がレベルAで推奨されていて、HI16倍以下の妊婦には産褥早期の風疹ワクチン接種を勧めることとなっている。おおむね5年周期で流行が発生すると言われており、2012-2013年の大規模な流行の際に45人の児がCRSと診断された。入出国の増加も相まって局所的な流行が散見されており、2018年にも風疹の流行が報道されたことは記憶に新しい。

風疹抗体価は男女別、年齢、地域により差が大きいことが知られている。当院における過去3年間の解析結果（n=1822）では、HI16倍以下の妊娠が32.4%であり、全国平均の19%前後と比較して高いことが分かった。今後当院および石巻医療圏でできる対策について検討することとした。文献的考察を踏まえて報告する。

58. 血糖コントロール不良下で妊娠した1型糖尿病患者19妊娠の検討

○藤嶋 明子、小野 有紀、亀山 沙恵子、下田 勇輝、三浦 広志、佐藤 朗、寺田 幸弘
秋田大学

1型糖尿病合併妊娠はインスリンが絶対的に欠乏している状態であるため、妊娠前から分娩後まで厳格な血糖コントロールが必要であり、管理に難渋することが多い。

今回我々は2011年1月から2018年12月までの妊娠前より1型糖尿病と診断され、血糖コントロールが不良な状況下で妊娠し、妊娠12週以降に分娩となった14名19妊娠について後方視的に検討した。妊娠初期のHbA1cは $8.03 \pm 1.25\%$ （平均±標準偏差）であり、血糖コントロールの方法は持続皮下インスリン注入療法（CSII）6例、インスリン頻回注射法（MDI）11例、妊娠中にMDIからCSIIに切り替えた症例が2例であった。2例は人工妊娠中絶を施行した。妊娠継続した17例のうち早産が6例、正期産が11例で、分娩様式は帝王切開10例（予定帝王切開1例、緊急帝王切開9例）、自然分娩6例、吸引分娩1例であった。妊娠中の合併症として、入院加療を必要とした低血糖を4例、網膜症の急激な増悪を1例、妊娠高血圧症候群を1例、切迫早産を4例認めた。児の経過として、Heavy-for-dateを4例（巨大児1例）、small-for-dateを1例、新生児仮死を4例、奇形を認めた例はなく、新生児黄疸を10例、呼吸障害を6例認めた。

糖尿病診療ガイドライン2016では、妊娠許可条件としてHbA1cが7%未満であること、網膜症は良性網膜症に安定していること、腎症は1期ならびに2期であること、とされている。日本糖尿病・妊娠学会の1型糖尿病合併妊娠についての報告と比較し、本検討では妊娠初期のHbA1cが高値であった。児の周産期予後として新生児黄疸、呼吸障害の頻度が高い傾向にあった。妊娠前の血糖コントロールが不良な場合、新生児呼吸障害、新生児黄疸の危険性が増加する可能性が示唆された。

59. 当院で1年間に経験した未受診妊婦の検討

○張 賀晃¹、武田 愛紗¹、小山 文望恵¹、石原 佳奈¹、水沼 慎人²

¹むつ総合病院産婦人科、²大館市立総合病院 産婦人科

妊婦健診は母体、胎児双方にとって安全に分娩することを目的としており、異常を早期に発見し、適切な対応をする上で重要である。公費負担になっているが、未だ未受診妊婦は存在し、飛び込み分娩、自宅分娩などで母体や新生児の予後を悪化させる結果につながっている。当院でも平成30年度の1年間に3例の未受診妊婦症例を経験した。1例目は28歳初産婦。数ヶ月前から胎動自覚するも、病院受診せず。2344gの女子を自宅分娩し当院へ救急搬送となった。母体の産後の経過は問題なく、児は初診時34度と低体温認めた以外は合併症なく経過している。2例目は18歳初産婦。高校通学中。2ヶ月前から胎動を自覚していたが病院受診なく、保護者にも報告せず。2490gの男児を自宅分娩し2時間後に当院ER受診。母体の産後経過は問題なく、児は初診時32度と低体温認めた以外は合併症なく経過。3例目は36歳初産婦。妊娠初期に他院で予定日を決定し、筋腫合併、高齢初産でハイリスクのため当院を受診するように指示されたが受診せず。妊娠届も提出せずに未受診のまま数ヶ月経過。当院に不審な電話連絡が度々あったため、本人に電話で確認したところ未受診が発覚。すでに37週を過ぎており、急いで当院受診を指示。HDPの診断にて入院管理。予定日超過となるも外子宮口閉鎖で頸管拡張も困難であったため、選択的帝王切開施行。癒着胎盤、筋腫高度変性認めた。術後腹腔内感染症、子癇発作認め、子宮全摘目的に他院紹介し、副角妊娠の診断となった。3例中1例は非常に重症な経過を辿った。

60. 当院における反復帝王切開後妊娠の検討

○今泉 花梨、田中 幹夫、野村 泰久、青木 千津、鈴木 聡、大和田 亜矢、松宮 環

太田総合病院附属太田西ノ内病院

既往帝王切開後妊娠は、帝王切開回数が増えるほど癒着胎盤や膀胱損傷、子宮破裂等のリスクが上昇すると言われており、慎重な周産期管理が必要となる。今回、2014年1月～2018年12月までの当院の総分娩数3257件のうち、前2回以上の帝王切開の症例を選び、周産期予後を後方視的に検討した。また、当院で経験した反復帝王切開後の帝王切開2症例について、症例を提示する。

症例1：26歳、3妊3産、前3回帝王切開既往の妊婦。自然妊娠成立し、前3回帝王切開既往のため、妊娠10週当院紹介受診。胎盤前壁であり、癒着胎盤の可能性も考慮しIABO挿入の上、妊娠37週3日帝王切開施行。2920gの女児を娩出。癒着胎盤の所見なく、子宮残置し手術終了した。術後経過良好にて術後5日目に退院。術後8日目に、性器出血にて再診。造影CTにて右子宮動脈からextravasation認め、加療目的に入院。入院時Hb7.7と重症貧血認め、RCC4U施行した。また、止血目的に緊急UAE施行し両側子宮動脈と両側上膀胱動脈を塞栓した。UAE後は性器出血なく経過し、退院となった。

症例2：39歳、10妊6産、3回自然分娩、3回帝王切開既往の妊婦。自然妊娠成立し、前3回帝王切開既往のため妊娠31週当院紹介受診。胎盤前壁であり、癒着胎盤の可能性も考慮しIABO挿入の上、妊娠37週1日帝王切開施行。2890gの女児を娩出した。癒着胎盤所見は認めなかった。児娩出時に子宮切開創が側方から後壁へ裂け、右子宮動脈から強出血を認めたため縫合し閉腹した。しかし、術後腹腔内で再出血し出血性ショックに至った。再開腹し止血目的に単純子宮全摘施行。術後はICU管理となり、大量輸血を要したが、後遺症なく術後7日目に退院となった。

医学生セッション

満月の夜は分娩が多い？気圧の低下で陣痛は来る？

○鴻巣 かおり¹、松倉 大輔²、黒瀧 紗希²、伊東 麻美²、田中 幹二²、横山 良仁²

¹弘前大学医学部医学科4年、²弘前大学大学院医学研究科 産科婦人科学講座

【緒言】人間は自然界から大きな影響を受けながら生命を維持しており、妊娠や分娩も例外ではない可能性がある。特に分娩については、月経周期が月の満ち欠けとほぼ同じこともあり「満月の夜にお産が多い」という伝説があるが、科学的には証明されていない。そこで今回、当院の分娩を対象に陣痛発来や分娩と月齢や気圧の関係について後方視的に検討した。

【方法と結果①】潮の満ち干は月の満ち欠けから密接な影響を受けている。一方妊婦も500mL以上の羊水を蓄えており、羊水と海水は主要成分も類似している。そこで分娩も月の引力により影響を受けている可能性を考え、過去5年間に当院で分娩となった経膈分娩790症例を対象として陣痛発来日、出産日と月の満ち欠けとの関係について後方視的に検討した。その結果、下弦、上弦、新月、満月、その他の日における分娩数に有意差はなく、残念ながら満月の夜に分娩が多いという仮説は否定された。

【方法と結果②】気圧が低い時に陣発妊婦が多いと感じたことはないだろうか。気圧変化により密閉袋が膨張収縮するように、同様に密閉された空間である妊娠子宮内も気圧の影響を受けるとの仮説を立て以下の検討を行なった。過去5年間に陣発入院した未経産婦単胎227症例を対象に、陣痛発来時間と陣痛発来までの気圧の変化について後方視的に検討した。その結果、気圧上昇群 (Up group) と気圧低下群 (Down group) との間で陣痛発来数に有意差はなかった。

【結語】分娩や陣痛発来は月の満ち欠けや気圧の変化に左右されていなかった。周産期領域の事象と満月や気圧低下については経験によるバイアスが大きく関わっていた可能性が示唆された。

d-ROMsテスト・BAPテストを用いた卵巣癌および子宮体癌患者における酸化ストレスに関する検討

○大塚 紗歩子¹、清野 学²、鈴木 百合子²、奥井 陽介²、須藤 毅²、太田 剛²、永瀬 智²

¹山形大学医学部医学科4年、²山形大学医学部産科婦人科学講座

【背景】酸化ストレスとは紫外線や加齢など酸化反応によって引き起こされる生体にとって有害な反応を総称して言う。我々は子宮体癌・卵巣癌患者の酸化ストレス状態を検討した。

【方法】倫理委員会の承認を得た後に、2018年1月～2019年2月までに当科で手術を施行した良性疾患（卵巣腫瘍2例、子宮筋腫2例）4例、子宮体癌32例、卵巣境界悪性腫瘍（BOT）10例、卵巣癌26例について検討を行った。文書によって患者同意を得たのちに、術前術後採血で酸化ストレス状態の変化をFREE Carrio Duoを用いて検討した。酸化ストレス状態をd-ROMsテストで、抗酸化マーカーをBAPテストで評価した。P<0.05を有意差と定義した。

【結果】子宮体癌はFIGO stage I期：20例、II期：1例、III期：8例、IV期：3例、卵巣癌はstage I期：11例、II期：5例、III期：10例、IV期：0例であった。術前d-ROMsの平均値は良性疾患488.3 U、子宮体癌 350.5 U、卵巣境界悪性腫瘍 397.3 U、卵巣癌 418.4 Uであり、良性疾患に比べ子宮体癌で有意に低かった（P=0.036）が、BOTおよび卵巣癌は有意差がなかった。術前BAP値は、良性疾患 2798.5 mol/l、子宮体癌 2249.1 mol/l、BOT 2270.3 U、卵巣癌 2297.0 Uであり、子宮体癌、BOT、卵巣癌で有意差はなかった。術前d-ROMs値についてI～II期とIII～IV期に分けて検討を行った。子宮体癌の術前d-ROMs値はI-II期 403.9 U、III-IV期 414.5 U、卵巣癌の術前d-ROMs値はI-II期 386.0 U、III期 372.5 Uといずれも有意差を認めなかった。子宮体癌の術前BAP値はI-II期 2191.3 mol/l、III-IV期 2159.5 mol/l、卵巣癌の術前d-ROMs値はI-II期 2165.4 mol/l、III期2017.0 mol/lであり、いずれも有意差を認めなかった。

【結論】本検討内では良性疾患に比べ子宮体癌患者で酸化ストレスが低く進行期による差を認めなかった。しかし症例数が少ないことが課題であり、今後症例数を増やす共に予後解析なども行っていく予定である。

片児が心臓逸脱症であった一絨毛膜二羊膜双胎の一例

○星野 恭平¹、小堀 周作²、倉片 三千代²、齋藤 昌利²、八重樫 伸生²

¹東北大学医学部、²東北大学産婦人科教室

【緒言】胎児の心臓逸脱症は125000分娩に1例と頻度の低い疾患である。胎児心臓逸脱症の中でもThoracic typeは非常に予後が悪いと言われている。超音波診断技術の発展に伴い、現在ほとんどの心臓逸脱症例が妊娠早期に診断に至り人工妊娠中絶となっている。今回一絨毛膜二羊膜双胎の第一子が心臓逸脱症である症例を経験したので報告する。

【症例】35歳女性。2妊1産。自然妊娠。妊娠12週に一絨毛膜二羊膜双胎と膜性診断され当院に紹介となる。妊娠16週時に第一子の心臓逸脱症、ファロー四徴症を認めた。第一子は超音波上胸骨の欠損認めるも、横隔膜の欠損や腹壁破裂は認めなかった。胸壁からは心室のみ突出しており、心房は胸腔内に嵌入していた。第二子には心臓や他の奇形は認めず、一絨毛膜二羊膜双胎、第一子心臓逸脱症 (Thoracic type)・ファロー四徴症の診断となった。両親に心臓逸脱症の予後について説明するも中絶の希望はなく妊娠継続の方針となった。妊娠27週4日、第一子の右心系の還流不全と考えられる胸水と腹水の軽度貯留を認めた。その後胸腹水の増強はなく、また双胎間輸血症候群やselective FGR、TAPSは認めなかった。妊娠35週0日母体の血圧上昇、血小板低下、肝障害認めた為、HELLP症候群の診断で緊急帝王切開となった。第一子は1743g、Apgar score 3/6、女児。第二子は1746g、Apgar score 3/7、女児であった。第一子は出生時啼泣認めず気管挿管の上NICU入院となった。出生当日に大腿の皮膚を用い皮弁形成術を施行し、現在体重増加を待ちファロー四徴症根治術、心臓胸腔内還納術を予定している。

【考察】今回心臓逸脱症で早産となった症例を経験した。妊娠初期に心臓逸脱症のThoracic typeと診断し、予後について分娩前に両親に十分な説明を行うことが出来た。

エジンバラ産後うつ病評価票を用いた産後うつ病発症リスク因子の解析

○平野 まどか¹、成味 恵²、渡邊 憲和²、山谷 日鶴²、堤 誠司²、永瀬 智²

¹山形大学医学部医学科4年、²山形大学医学部産科婦人科学講座

【目的】産後うつ病は、患者本人がうつ症状に苦しむだけでなく児の発育への悪影響も問題となり、その予防策確立が求められる。効果的な予防には産後うつ病に関連する因子の把握が重要となる。当科の特徴の一つに合併症妊娠の割合が高いことがあるが、合併症妊娠と産後うつ病発症との関連についての報告は少ない。本研究では、合併症妊娠を含めた妊娠関連項目がエジンバラ産後うつ病評価票 (Edinburgh Postnatal Depression Scale; EPDS) の結果に関連するかを明らかにすることを目的とした。

【方法】2018年1月からの9か月間に産後1か月健診を受診した褥婦197例を対象とした。調査項目は基本的な妊娠関連項目と出生児の状態に加え、産後1か月健診でのEPDSの結果、婚姻状態、初回妊婦健診受診時期、妊娠中の喫煙・飲酒歴、合併症、妊娠合併症、妊娠前・妊娠中のうつ病の既往とした。産後うつ病が疑われるEPDS 9点以上を症例群、8点以下を対照群とし、各項目がEPDS 9点以上となる因子となるかを解析した。

【結果】対象症例197例のうち、EPDS 9点以上は30例 (15.2%) であった。症例群は、対照群と比較して生産歴なしの割合が有意に高かった [73 vs 50%、オッズ比0.36 (0.16-0.82)] が、合併症ありの割合では有意差を認めなかった [30 vs 27%、1.19 (0.48-2.96)]。

【結論】生産歴がないことは、EPDS 9点以上となる因子と考えられた。合併症妊娠は産後うつ病疑いのリスク因子とは言えなかった。産後うつ病発症予防策確立に向けて、更なる妊娠項目の詳細な分析と症例蓄積が必要である。



協賛企業・
団体一覧

共催セミナー

- ランチョンセミナー1：中外製薬株式会社
ランチョンセミナー2：持田製薬株式会社
ランチョンセミナー3：バイエル薬品株式会社
ランチョンセミナー4：ジョンソンエンドジョンソン株式会社
イブニングセミナー：アストラゼネカ株式会社／MSD株式会社
スポンサードセミナー：あすか製薬株式会社／ノーベルファーマ株式会社
教育講演1（スポンサードセミナー）：アトムメディカル株式会社

展 示

- | | |
|-----------------|------------------|
| アトムメディカル株式会社 | GEヘルスケア・ジャパン株式会社 |
| 大塚製薬株式会社 | 株式会社ジェイエスエス |
| 科研製薬株式会社 | 株式会社ステムセル研究所 |
| 株式会社北里コーポレーション | タカラベルモント株式会社 |
| 協立機電工業株式会社 | トーイツ株式会社 |
| コヴィディエンジャパン株式会社 | 株式会社メディカルリーダーズ |
| 株式会社高陽堂書店 | メルクバイオフーマ株式会社 |
| コニカミノルタジャパン株式会社 | (五十音順) |

広 告

- | | |
|-----------------------|----------------|
| アレクシオンファーマ合同会社 | 日本化薬株式会社 |
| ヴィトロライフ株式会社 | 日本血液製剤機構 |
| 江崎グリコ株式会社 | 日本新薬株式会社 |
| MSD株式会社 | バイエル薬品株式会社 |
| オリンパスメディカルサイエンス販売株式会社 | 株式会社八光 |
| GEヘルスケア・ジャパン株式会社 | フェリング・ファーマ株式会社 |
| 株式会社シバタインテック | 丸木医科器械株式会社 |
| テルモ株式会社 | (五十音順) |

ドリンク提供

- 江崎グリコ株式会社

ネームケース・ネームストラップ提供

- ジョンソンエンドジョンソン株式会社

寄 附

- 東北医薬品協議会

第147回東北連合産科婦人科学会総会・学術講演会 プログラム・抄録集

令和元年5月15日 印刷発行

- <発行者> 第147回東北連合産科婦人科学会総会・学術講演会
会長 手塚 尚 広
- <学会事務局> 山形大学医学部産科婦人科学講座
[プログラム委員長] 永 瀬 智
[事務局 長] 松 尾 幸 城
〒990-9585 山形市飯田西2-2-2
TEL：023-628-5393
- <印刷・製本> 株式会社 大風印刷
〒990-2338 山形市蔵王松ヶ丘1-2-6
TEL：023-689-1111 FAX：023-689-1212
-
-