

第149回

東北連合産科婦人科学会  
総会・学術講演会

新しい時代に  
織りなす女性医療

～躍動と調和をめざして～



- 📺 会期 共催プログラムライブ配信：  
2021年6月12日[土]～13日[日]  
主要プログラムオンデマンド配信：  
2021年6月12日[土]～6月18日[金]  
一般演題オンデマンド配信：  
2021年6月12日[土]～7月11日[日]

📺 会場 WEB会場

📺 会長 野口 まゆみ 福島県産婦人科医会 会長  
西口クリニック婦人科 院長

学会事務局

福島県立医科大学医学部産科婦人科学教室  
〒960-1295 福島県福島市光が丘 1

プログラム・抄録集



第149回東北連合産科婦人科学会総会・学術講演会

会長 野口 まゆみ

福島県産婦人科医会 会長  
西口クリニック婦人科 院長

昨年は新型コロナウイルス感染拡大のため、6月に予定しておりました第149回東北連合産科婦人科学会学術講演会を延期いたしました。いまだ感染収束の見通しはたっておりませんが、令和3年6月12日、13日の両日にWebによる学会を開催することとし、福島県立医科大学産科婦人科学講座 藤森敬也教授の全面協力のもと医局の先生方とともに準備をすすめてまいりました。学術講演会の企画と運営準備は大学の先生方のご指導とご支援がなければならぬことであり、心より感謝申し上げます。

本学会のメインテーマは『新しい時代に織りなす女性医療～躍動と調和をめざして～』といたしました。年号が「令和」に変わりさらに、コロナ禍で女性を取り巻く社会生活状況に変化が起きている今、これからの時代が女性にとって活力ある希望に満ちたものになることを願ってやみません。女性医療は様々な要素が組み合わさって成り立っており、まさに織りなされるものという感があります。ヘルスケアにも目を向け、様々な分野と調和をはかりつつ、躍動する新しい時代の女性医療をめざす絶好のタイミングと考えております。

東京オリンピック・パラリンピックも一年延期され、今年7月、8月に開催予定です。産婦人科医として女性アスリートを全面的に支援し、彼女たちの活躍を期待しております。会長招請講演では、元競泳選手でアテネオリンピック銅メダリストの中西悠子様にお話を伺うことにしています。

地震、津波による被害だけでなく原発事故による放射線被害を受けた東日本大震災から10年がたちました。東北だけでなく全国の産婦人科の先生方から厚いご支援を受けて福島の復興は徐々にすすんでおりますが、残念ながら今なお完全に解決しているとはいえ、様々な健康問題や不安があります。その一端を含めて特別講演、教育講演などのプログラムを組んでおります。

通常の学会と異なり、福島にお越しいただき対面での語り合いができないのはとても残念ですが、Web開催ですので、指導医講習会並びに医療安全、感染対策、医療倫理の共通講習はオンデマンド配信にいたしました。多くの先生方にご参加いただき、新しい時代にふさわしい女性医療と今後の女性の生涯の健康について考える機会になりますことを願っております。

# ご挨拶



福島県知事 内堀 雅雄

第149回東北連合産科婦人科学会総会・学術講演会の開催に当たり、心からお祝いを申し上げます。

また、本総会・学術講演会の開催に御尽力を頂いた関係の皆様には、厚く御礼を申し上げます。

皆様には、日頃から、女性、母親、子どもの健康を守るため、それぞれの地域で懸命に御対応いただいております。特に東北を始め、全国の産婦人科の先生方におかれましては、福島県の厳しい状況を御理解の上、産科医の派遣などに手厚い御支援を頂いております。この場をお借りして改めて感謝を申し上げます。

今回の総会・学術講演会におきましては、新型コロナウイルス感染症の影響により、福島県内での開催が叶わず、Webを通じての開催となりました。大変残念ではありますが、本会が行われますことは、臨床の現場の知見を今後の治療にいかす大変貴重なものになると期待しております。

福島県では、総合周産期母子医療センターを中心に、地域の分娩取扱施設等と分娩のリスクに応じた役割分担や連携を図り、妊娠、出産から新生児まで対応する医療提供システムを構築してまいりました。

今後も、各施設の機能の維持、強化に向けた支援や様々な人材育成、周産期医療協議会での十分な議論などを通じて周産期医療体制の充実を図り、安心して出産できる環境づくりに全力を尽くしてまいります。

東日本大震災から十年が経過し、福島県では新たなスローガンとして、「ひとつ、ひとつ、実現する ふくしま」を掲げました。これまでのスローガン「ふくしまから はじめよう」の“はじめる”から“かなえる”へ、一人一人の力を重ね、それぞれの思いをつなぎ、ともに、ひとつずつ、しっかりと、カタチにし続けていこうとの思いを込めています。

本県の周産期医療を取り巻く状況を見ますと、今般の新型コロナウイルス感染症への対応はもとより、東日本大震災から十年余が経過する中で顕在化してきた、分娩取扱施設の減少や地域医療を担う医師、看護師などの人材確保等、大きな課題が山積しております。

これら課題を「ひとつ、ひとつ」解決し、女性、母親、子どもの健康を守るため、互いに協力し合いながら、しっかりとカタチをつくってまいりたいと考えておりますので、皆様には、より一層の御理解、御協力を賜りますようお願い申し上げます。

結びに、学会のますますの御発展と、皆様の御健勝を心からお祈り申し上げ、挨拶といたします。

# ご挨拶



福島市長 木幡 浩

このたびは、第149回東北連合産科婦人科学会総会・学術講演会を開催されますこと、心からお祝い申し上げます。

また、日頃より、母子保健行政にご理解とご協力をいただき厚く御礼申し上げます。

本市では、妊娠届出時に、すべての妊婦に助産師、保健師が面接することとしており、健康状態や生活状況、家族背景などを把握し、安心して出産し子育てができるよう、必要なサービスや継続支援につなげるようにしておりますが、近年、社会的なリスクを抱える方が増加傾向にあります。

経済的な不安、望まない妊娠、パートナーとの未熟な関係性、家族と疎遠、妊婦自身の精神疾患や知的障がいなど、また、昨年からの新型コロナウイルス感染拡大に伴い、出産、子育てへの不安や孤立感を抱える方、将来への漠然とした不安を訴える方も増加しています。

このような状況から、今年度、本市では、「産前・産後サポート事業」の新規取組と「産後ケア事業」の拡充を図ることといたしました。

「産前・産後サポート事業」では、地域の子育て経験者による家庭訪問型子育て支援ボランティア活動として、ホームスタート事業を開始します。行政と市民が協働することで、地域の子育て力の底上げを目指します。

「産後ケア事業」は、医療機関等でのショートステイやデイケアに加え、外出が難しい方も利用できるよう、新たに、アウトリーチ型も開始することといたしました。

これらの妊産婦支援施策は、必要な人に、必要な時に届くことが重要であり、そのためにも、医療機関など関係機関や関係職種との緊密な連携は欠かせないものと考えております。

さて、東日本大震災・原発事故から丸10年を迎えました、本市では、農産物や観光の風評や放射能への不安は根強く、この間にも、台風19号災害、新型コロナ、先日の福島県沖地震など大きな災難が相次ぎ、復興は道半ばではありますが、今年の連続テレビ小説「エール」によって、大きなエールをいただきました。

コロナ禍の一日も早い克服に努めるとともに、数々の災難を変革や飛躍のバネとし、連続テレビ小説「エール」のレガシーである、古閑裕而記念館やエールのロケ地を活かしながら、新しい復興創生ステージに取り組んでいます。コロナ禍が終息した暁には、是非、本市へ足をお運びいただき、「古閑裕而のまち福島市」の果物と、温泉、自然を味わっていただきますようお願いしております。

結びに、女性と子どもたちの健やかな未来に向けて、産科婦人科医療と行政のますますの連携推進をお願いしつつ、貴学会のご発展とご参加の皆様のご健勝・ご活躍をご祈念申し上げます。

# ご挨拶



福島県医師会  
会長 佐藤 武寿

第149回東北連合産科婦人科学会総会・学術講演会が東北ブロック各地から大勢の関係者の皆様にWebによるご参加のもと開催されますことを心からお祝い申し上げます。

日頃、東北連合産科婦人科学会の皆様におかれましては、日々の診療を通じ生殖医療、婦人科腫瘍医療、周産期医療、女性ヘルスケアなど女性の生涯の健康向上に貢献されておりますことに対し、心より感謝を申し上げます。

また、学術講演会が2日間にわたり開催されますが、講演会をはじめとした、充実したプログラムで本大会の開催に尽力された福島県立医科大学産婦人科学講座の皆様にご敬意を表する次第であります。

今回の学術講演会においては、メインテーマ『新しい時代に織りなす女性医療～躍動と調和をめざして～』のもと、各種講演、教育セミナー、多様な演題による発表など幅広いプログラムによる企画がされており、参加した方々には必ずや素晴らしい成果をお持ち帰りになり、地域の産婦人科医療にお役立てになることと存じます。

さて、新型コロナウイルス感染症が全国的に猛威を振っておりますが、会員の皆様には、感染対策に万全を期しての過酷な勤務環境のもと分娩や病気の治療の第一線で取り組んでおられますことに対しまして、改めて衷心より敬意を表したいと存じます。

新型コロナウイルスの影響により外来患者数の減少、緊急性が低い病気の手術の延期などにより、影響が日々深刻度を増してきており、今後の医療提供体制への影響を危惧しているところではありますが、今後の新型コロナウイルス感染症との共存も見据え、引き続きご尽力下さいますようお願い申し上げます。

東日本大震災及び東京電力福島第一原子力発電所の事故から10年が経過しましたが、まだまだ復興の途上にあります。

福島県では原発事故後、県民の方々の健康を継続的に守るために、県と福島県立医科大学が中心となって福島県民健康調査が実施されており、妊産婦向けとして、こころの健康度を把握するために「妊産婦に関する調査」が実施されてきました。この調査により、福島県で子どもを産み育てようとする妊産婦の心や身体の状態を的確に把握し、不安の軽減や必要なケアを提供し、周産期医療の充実へつなげていく取り組みが進められてきました。

このような中で、福島県医師会といたしましても、学術専門団体として今後とも関係機関との連携を一層密にし、その時々々の医療を取り巻く諸課題に対処しながら女性医療、女性の生涯の健康の更なる向上に努めてまいりたいと考えております。

結びに、第149回東北連合産科婦人科学会総会・学術講演会が盛会で実の多いものになりますことをご祈念し、ご参加の皆様方のご健勝を心からお祈りいたします。

# 第149回東北連合産科婦人科学会 総会・学術講演会のご案内

「新しい時代に織りなす女性医療～躍動と調和をめざして～」

## 会 期

○共催プログラムライブ配信 ※後日の録画配信はございません。

2021年6月12日(土)～13日(日)

○主要プログラムオンデマンド配信

2021年6月12日(土)11:00～6月18日(金)23:55

○一般演題オンデマンド配信

2021年6月12日(土)～7月11日(日)

## 会 場

WEB会場

## 参加登録受付

本学会の参加にはオンライン参加登録が必須となります。詳細は本学会ホームページ「オンライン参加登録のご案内」ページをご覧ください。

○一般、初期研修医・学生の方

オンライン参加登録期間

2021年5月14日(金)正午～7月5日(月)正午

参加費

区分	参加費
一般	12,000円
初期研修医・学生	無料
プログラム・抄録集(冊子)	1,000円(税込)+送料・手数料500円

>入金完了をもって参加登録完了となります。ユーザー登録のみでは参加登録完了となりませんのでご注意ください。

>一般演題 筆頭演者の参加登録は「必須」といたします。

>参加費には「WEB開催参加用ID・パスワード」「参加証(領収証)」が含まれます。

>6月2日(水)正午までに参加登録完了された方には、6月7日(月)までに参加用ID・パスワードをご登録いただいたメールアドレス宛にご連絡いたします。また、6月2日(水)正午以降に参加登録された方は、入金確認後、順次対応させていただきます。参加用ID・パスワードは即時発行ではございませんので、あらかじめご了承ください。

>参加証(領収証)は参加登録完了された方へ6月14日(月)以降に順次郵送いたします。

>プログラム・抄録集(冊子)のみのご購入も可能です。なお、発送は6月4日(金)以降となります。

>東北地区の学会員には事前にプログラム・抄録集(冊子)を郵送いたします。

>学生の方はお申込みと同時に「学生証」のコピーをオンライン参加登録事務局までメール添付にてお送りください。

○薬剤師の方

オンライン参加登録期間

2021年5月24日（月）～6月12日（土）正午

参加可能プログラム

スポンサードセミナー「緊急避妊薬を巡る最新情報～リアルか、オンラインか、OTCか～」

セッション日時：2021年6月13日（日）13：00～14：00

演者：北村 邦夫（一般社団法人日本家族計画協会 会長）

共催：富士製薬工業株式会社

参加費

区分	参加費
薬剤師	2,000円

- > 入金完了をもって参加登録完了となります。ユーザー登録のみでは参加登録完了となりませんのでご注意ください。
- > 参加費には「スポンサードセミナー視聴URL」「スポンサードセミナー抄録」「参加証（領収証）」が含まれます。
- > スポンサーセミナーの視聴URLは、6月13日（日）正午までにご登録いただいたメールアドレス宛にご連絡いたします。また、スポンサードセミナーの抄録もあわせてお送りさせていただきます。
- > スポンサーセミナー以外の学会プログラムの視聴をご希望の方は「一般」区分（参加費：12,000円）でお申込みください。
- > 参加証（領収証）は参加登録完了された方へ6月14日（月）以降に順次郵送いたします。

## 専門医研修出席単位／日本専門医機構参加単位

- > 今回のWEB開催ではe医学会カードの使用はございません。視聴ログを確認し、専門医研修出席単位：10点、日本専門医機構参加単位：3単位を付与いたします。
- > オンライン参加登録時に日本産科婦人科学会の会員番号（8桁）を必ずご入力ください。
- > 7月12日（日）23：59時点で視聴ログが残っていない方は付与対象外となりますのであらかじめご了承ください。

## 日本専門医機構単位付与講習

以下単位はプログラム配信期間中に限り取得可能です。

プログラム	プログラム配信期間	分類	単位付与条件
特別講演 【オンデマンド配信】	2021年6月12日（土）11：00～ 6月18日（金）23：55	専門医共通講習 （医療安全講習会）：1単位	視聴終了後に設問5問中 4問に正解すること
教育講演Ⅰ 【ライブ配信】	2021年6月12日（土）11：00～12：00	産婦人科領域講習：1単位	視聴のみ
教育講演Ⅱ 【オンデマンド配信】	2021年6月12日（土）11：00～ 6月18日（金）23：55	専門医共通講習 （感染対策講習会）：1単位	視聴終了後に設問5問中 4問に正解すること
教育講演Ⅲ 【オンデマンド配信】	2021年6月12日（土）11：00～ 6月18日（金）23：55	専門医共通講習 （医療倫理講習会）：1単位	視聴終了後に設問5問中 4問に正解すること
指導医講習会 【オンデマンド配信】	2021年6月12日（土）11：00～ 6月18日（金）23：55	産婦人科領域講習 （指導医講習会）：1単位	視聴終了後にアンケートに 回答すること

### 【重要】単位取得について

- >教育講演Ⅰは、セッションの最初から最後まで視聴をもって単位を付与いたします。
- >特別講演、教育講演Ⅱ、教育講演Ⅲは、セッションの最初から最後まで視聴（早送り不可）いただき、視聴終了後、設問5問中4問正解した場合に単位を付与いたします。
- >指導医講習会は、セッションの最初から最後まで視聴（早送り不可）いただき、視聴終了後のアンケート回答をもって単位を付与いたします。
- >視聴ログは事務局で管理いたします。単位取得に必要な視聴ログを正確に確認するため、視聴の際は必ず「開始」「終了」ボタンを押してください。ボタンを押さずに画面を閉じると、視聴ログ取得の不具合の原因となる可能性がありますのでご注意ください。

## 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  
開催形式：WEB開催  
日 時：2021年6月12日（土）16：00～17：00
- 東北連合産科婦人科学会総会  
開催形式：オンデマンド配信  
配信期間：2021年6月13日（日）9：00～15：00

## 関連委員会および研究会

- 第17回東北連合産科婦人科学会専攻医会  
開催形式：オンデマンド配信  
配信期間：2021年6月12日（土）～ 7月11日（日）

東北生殖医療研究会（TURM）および東北婦人科腫瘍研究会（TGCU）世話人会・幹事会の開催はございません。

## 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8演題を選出し、表彰いたします。

## 講演発表

- > オンデマンド配信セッションの演者の方には事前に発表動画データをご提出いただき、以下の期間オンデマンド配信いたします。決まったセッション時間はございませんので、決まったお時間にPCの前で待機いただく必要はございません。
  - ・特別講演、教育講演Ⅱ、教育講演Ⅲ、指導医講習会：2021年6月12日（土）11：00～ 6月18日（金）23：55
  - ・一般演題：2021年6月12日（土）～ 7月11日（日）
- > 一般演題は以下の場合には発表扱いとなりませんのでご注意ください。
  - ・登録期間内に発表動画データをご登録いただけなかった場合
  - ・発表動画データをご登録いただいても、オンライン参加登録をされていない場合



## セッションの視聴

### ○事前準備

＞インターネットが安定して利用できる環境であれば、ご自身のパソコンを使用し、お好きな場所からご参加いただけます。

・有線LAN接続を強く推奨いたします。

・使用ブラウザはGoogle Chromeを推奨いたします。他のブラウザでは正常に作動しないことがありますのでご注意ください。

＞ライブ配信プログラムはWEB会議ツール「Zoom」を使用してライブ配信されます。視聴には事前にインストールならびに機器のご準備が必要となります。詳細は本学会ホームページ「参加者へのご案内」ページをご覧ください。

＞ZoomはWindows、Macに対応しております。サポートされている利用可能な機器（OSのバージョン等）をご確認ください。メーカーサポート中のOS、最新のブラウザ以外ではZoomが正常に作動しないことがありますのでご注意ください。詳細は本学会ホームページ「参加者へのご案内」ページまたはZoom公式サイトをご覧ください。

### ○視聴の流れ（ライブ配信）

【ライブ配信セッション】※後日の録画配信はございません。

招請講演、教育講演Ⅰ、教育セミナーⅠ、教育セミナーⅡ、教育セミナーⅢ、教育セミナーⅣ、  
スポンサードセミナー

＞メールで受け取った参加用ID・パスワードでWEB開催会場ページにログインしてご参加ください。WEB開催会場ページには学会ホームページからお入りいただけます。なお、JavaScriptが無効になっているとログインはできません。Google ChromeでJavaScriptを有効にする方法は本学会ホームページ「参加者へのご案内」ページをご覧ください。

＞ログイン後、ホーム画面の【ライブ配信（番組表）】メニューより視聴したいセッションをお選びください。ご自身のZoomアカウントでログインの上、【視聴者】ボタンからセッションにご参加ください。なお、セッションには開始10分前からログインできます。開始時間になるとセッションが開始いたしますので、そのままお待ちください。

＞セッション終了後は各自退室し、次のセッションにご参加ください。

### ○視聴の流れ（オンデマンド配信）

【オンデマンド配信セッション】

特別講演、教育講演Ⅱ、教育講演Ⅲ、指導医講習会、一般演題、第17回東北連合産科婦人科学会専攻医会

＞メールで受け取った参加用ID・パスワードでWEB開催会場ページにログインしてご参加ください。WEB開催会場ページには学会ホームページからお入りいただけます。なお、JavaScriptが無効になっているとログインはできません。Google ChromeでJavaScriptを有効にする方法は本学会ホームページ「参加者へのご案内」ページをご覧ください。

＞ログイン後、ホーム画面のメニューより視聴したいセッションをお選びいただき、視聴してください。

＞単位取得を希望される方は、必ず「開始」「終了」ボタンを押してください。ボタンを押さずに画面を閉じると、視聴ログ取得に不具合が生じる可能性があります。視聴ログは単位付与にあたって大切な情報となりますのでご注意ください。

## 視聴に関する注意事項

ライブ配信動画、オンデマンド配信動画、講演スライド等の録画・録音・撮影・印刷や画面をスクリーンショット等でキャプチャーする行為、また、無断転用・複製は一切禁止いたします。

## 事務局

福島県立医科大学医学部 産科婦人科学教室  
第149回東北連合産科婦人科学会総会・学術講演会 事務局  
【担当】安田 俊  
〒960-1295 福島県福島市光が丘1  
TEL：024-547-1290

## 運営事務局

日本コンベンションサービス株式会社 東北支社  
〒980-0824 宮城県仙台市青葉区支倉町4-34 丸金ビル6F  
TEL：022-722-1311 FAX：022-722-1178  
E-mail：149tohoku-jsog@convention.co.jp

# 学会プログラム (ライブ配信)

1日目：6月12日(土)		2日目：6月13日(日)	
10:00	開会式・会長挨拶(10:50～11:00)	10:00	教育セミナーⅢ(10:00～11:00) 無侵襲的出生前遺伝学的検査(NIPT)の現状と課題 演者：関沢 明彦(昭和大学) 共催：GeneTech株式会社
11:00	教育講演Ⅰ(11:00～12:00) 婦人科腫瘍分野における臨床と研究の新展開 演者：加藤 聖子(九州大学) 共催：中外製薬株式会社	11:00	教育セミナーⅣ(11:00～12:00) 婦人科におけるHBOC診療の現状と課題 演者：平沢 晃(岡山大学) 共催：アストラゼネカ株式会社
12:00	教育セミナーⅠ(12:00～13:00) 婦人科腫瘍における鏡視下手術—腹腔鏡手術からロボット手術へ— 演者：寺井 義人(神戸大学) 共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社	12:00	
13:00	教育セミナーⅡ(13:00～14:00) 女性アスリート支援における産婦人科の役割 ～ホルモン治療の実際～ 演者：能瀬 さやか(東京大学) 共催：バイエル薬品株式会社	13:00	スポンサーセミナー(13:00～14:00) 緊急避妊薬を巡る最新情報～リアルか、オンラインか、OTCか～ 演者：北村 邦夫(一般社団法人日本家族計画協会) 共催：富士製薬工業株式会社
14:00	招請講演(14:00～15:00) アスリートと生理 演者：中西 悠子(アテネオリンピック水泳銅メダリスト) 座長：野口 まゆみ(福島県産科婦人科医会 会長/西口クリニック婦人科 院長)	14:00	学会賞授与式・閉会式(14:00～14:10)
15:00		15:00	

## ●関連委員会および研究会

- 第17回東北連合産科婦人科学会専攻医会  
開催形式：オンデマンド配信  
配信期間：2021年6月12日(土)～7月11日(日)

東北生殖医療研究会(TURM)および東北婦人科腫瘍研究会(TGCU)世話人会・幹事会の開催はございません。

## ●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  
開催形式：WEB開催  
日時：2021年6月12日(土) 16:00～17:00
- 東北連合産科婦人科学会総会  
開催形式：オンデマンド配信  
配信期間：2021年6月13日(日) 9:00～15:00

## 学会プログラム (オンデマンド配信)

セッション名	オンデマンド配信期間	備考
特別講演	2021年6月12日(土)11:00～ 6月18日(金)23:55	専門医共通講習 (医療安全講習会):1単位
教育講演Ⅱ		専門医共通講習 (感染対策講習会):1単位
教育講演Ⅲ		専門医共通講習 (医療倫理講習会):1単位
指導医講習会		産婦人科領域講習 (指導医講習会):1単位
<p><b>■単位取得について</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>・特別講演、教育講演Ⅱ、教育講演Ⅲは、セッションの最初から最後まで視聴(早送り不可)いただき、視聴終了後、設問5問中4問正解した場合に単位を付与いたします。</li> <li>・指導医講習会は、セッションの最初から最後まで視聴(早送り不可)いただき、視聴終了後のアンケート回答をもって単位を付与いたします。</li> <li>・視聴ログは事務局で管理いたします。単位取得に必要な視聴ログを正確に確認するため、視聴の際は必ず「開始」「終了」ボタンを押してください。ボタンを押さずに画面を閉じると、視聴ログ取得の不具合の原因となる可能性がありますのでご注意ください。</li> </ul>		

セッション名	オンデマンド配信期間	備考
一般演題	2021年6月12日(土)～7月11日(日)	
第17回東北連合産科婦人科学会専攻医会 (日本産科婦人科学会 Plus One プロジェクト)		

## 第17回東北連合産科婦人科学会専攻医会 (日本産科婦人科学会 Plus One プロジェクト)

プログラム	時間
開会挨拶 第149回東北連合産科婦人科学会総会・学術講演会 会長 野口 まゆみ	5分
第1部「東北における専攻医の腹腔鏡手術について」	20分
第2部「専攻医のライフワークバランスについて」	20分
閉会挨拶 第17回東北連合産科婦人科学会専攻医会 主幹事 藤森 実杜	5分

## 招請講演

ライブ配信 1日目 6月12日(土) 14:00～15:00

### アスリートと生理

演者：中西<sup>なかにし</sup>悠子<sup>ゆうこ</sup> アテネオリンピック水泳銅メダリスト

座長：野口<sup>のぐち</sup>まゆみ 福島県産婦人科医会 会長／西口クリニック婦人科 院長

## 特別講演

オンデマンド配信 6月12日(土) 11:00～6月18日(金) 23:55 【専門医共通講習(医療安全講習会)】

### 私たちが歴史から学ぶこと；原子力事故・災害に備えて

演者：谷川<sup>たにがわ</sup>攻一<sup>こういち</sup> 福島県ふたば医療センター センター長／附属病院 院長、福島県立医科大学 特任教授、広島大学 名誉教授

## 教育講演

### 教育講演Ⅰ

ライブ配信 1日目 6月12日(土) 11:00～12:00 【産婦人科領域講習】

### 婦人科腫瘍分野における臨床と研究の新展開

演者：加藤<sup>かとう</sup>聖子<sup>きよこ</sup> 九州大学大学院医学研究院 生殖病態生理学

共催：中外製薬株式会社

### 教育講演Ⅱ

オンデマンド配信 6月12日(土) 11:00～6月18日(金) 23:55 【専門医共通講習(感染対策講習会)】

### ガイドラインの成り立ちとこれから ～感染対策を含めて～

演者：板倉<sup>いたくら</sup>敦夫<sup>あつお</sup> 順天堂大学 産婦人科学講座

### 教育講演Ⅲ

オンデマンド配信 6月12日(土) 11:00～6月18日(金) 23:55 【専門医共通講習(医療倫理講習会)】

### 原発事故後の子どもたちの健康と幸せのために ～甲状腺検査の結果とこれからを考える～

演者：緑川<sup>みどりかわ</sup>早苗<sup>さなえ</sup> 宮城学院女子大学生生活科学部 食品栄養学科

## 教育セミナー

### 教育セミナーⅠ

ライブ配信 1日目 6月12日(土) 12:00~13:00

#### 婦人科腫瘍における鏡視下手術 —腹腔鏡手術からロボット手術へ—

演者：<sup>てらい よしと</sup>寺井 義人 神戸大学大学院医学研究科 産科婦人科分野 婦人科先端医療学部門

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

### 教育セミナーⅡ

ライブ配信 1日目 6月12日(土) 13:00~14:00

#### 女性アスリート支援における産婦人科の役割 ～ホルモン治療の実際～

演者：<sup>のせ</sup>能瀬 さやか 東京大学医学部附属病院 女性診療科・産科

共催：バイエル薬品株式会社

### 教育セミナーⅢ

ライブ配信 2日目 6月13日(日) 10:00~11:00

#### 無侵襲的出生前遺伝学的検査 (NIPT) の現状と課題

演者：<sup>せきざわ あきひこ</sup>関沢 明彦 昭和大学医学部 産婦人科学講座

共催：GeneTech株式会社

### 教育セミナーⅣ

ライブ配信 2日目 6月13日(日) 11:00~12:00

#### 婦人科におけるHBOC診療の現状と課題

演者：<sup>ひらさわ あきら</sup>平沢 晃 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 病態制御科学専攻 腫瘍制御学講座(臨床遺伝子医療学分野)

共催：アストラゼネカ株式会社

## 指導医講習会

オンデマンド配信 6月12日(土) 11:00~6月18日(金) 23:55 【産婦人科領域講習(指導医講習会)】

#### 医療事故と責任 ～過失、診療ガイドライン、産婦人科医にとってのカルテ記載など～

演者：<sup>みずぬま なおき</sup>水沼 直樹 東京神楽坂法律事務所 弁護士、東邦大学医学部、埼玉医科大学医学部ほか非常勤講師

## スポンサードセミナー

ライブ配信 2日目 6月13日(日) 13:00～14:00

### 緊急避妊薬を巡る最新情報 ～リアルか、オンラインか、OTCか～

演者：北村 邦夫 きたむら くに お 一般社団法人日本家族計画協会 会長

共催：富士製薬工業株式会社

## 一般演題 I

### 腫瘍・内視鏡

#### 1. 非交通性副角子宮と同側卵巣内膜症性嚢胞に対し腹腔鏡下手術を施行した一例

弘前大学

うちだ そのか

内田 苑佳、福原 理恵、淵之上 康平、横田 恵、横山 良仁

#### 2. 卵管癌術後化学療法後にサルコイド反応によるリンパ節腫大をきたし転移と鑑別を要した1例

<sup>1</sup>国立病院機構弘前病院、<sup>2</sup>弘前大学、<sup>3</sup>むつ総合病院

おいきり ひろえ

追切 裕江<sup>1</sup>、小玉 都萌<sup>2</sup>、當麻 絢子<sup>1</sup>、石原 佳奈<sup>3</sup>、松村 由紀子<sup>2</sup>、飯野 香理<sup>1</sup>、丹藤 伴江<sup>1</sup>

#### 3. TLH高度癒着症例に対する蛍光尿管カテーテルの使用経験とその有用性について

石巻赤十字病院

よしだ ゆうじ

吉田 祐司、市川 さおり、黒澤 靖大、虎谷 惇平、橋本 亮平、佐藤 綾華、豊島 将文

#### 4. 子宮頸癌にて広汎子宮全摘術後Stewart-Treves症候群を発症した1例

<sup>1</sup>八戸市立市民病院、<sup>2</sup>国立病院機構仙台医療センター

むらかわ まりや

村川 真理弥<sup>1</sup>、田邊 康次郎<sup>2</sup>、遠藤 祐介<sup>2</sup>、村川 東<sup>1</sup>、後藤 恵<sup>2</sup>、萩原 達也<sup>2</sup>、重田 昌吾<sup>2</sup>、柏館 直子<sup>2</sup>、松浦 類<sup>2</sup>、石垣 展子<sup>2</sup>、武山 陽一<sup>2</sup>、新倉 仁<sup>2</sup>

#### 5. 術前化学療法が著効した卵巣小細胞癌の1例

山形大学医学部附属病院

いとう やすみ

伊藤 泰史、須藤 毅、清野 学、鈴木 百合子、太田 剛、永瀬 智

#### 6. 脳転移で発見された子宮頸部未分化癌の一例

由利組合総合病院

よこやま しょうた

横山 翔太、金森 勝裕、岡部 基成、齋藤 史子、軽部 彰宏

#### 7. 腹腔鏡手術にて対応した母体ショック状態を伴う子宮内外同時妊娠の新生児予後について

太田西ノ内病院

きょうづか ひょう

経塚 標、神 季、藤森 実社、野村 真司、鈴木 大輔、野村 泰久

#### 8. 成熟奇形腫から発生した卵巣扁平上皮癌に対してTC+Bev療法で完全奏功が得られた1例

山形大学

ほりかわ しょうた

堀川 翔太、深瀬 実加、鈴木 百合子、清野 学、太田 剛、永瀬 智



**9. ロボット支援下広汎子宮全摘術後に腔断端離開をきたし、腹腔鏡手術で修復した一例**

弘前大学医学部附属病院

こだま ともえ  
小玉 都萌、福原 理恵、海老名 杏奈、横田 恵、二神 真行、横山 良仁

**10. 子宮体部扁平上皮癌の1例**

<sup>1</sup>福島赤十字病院、<sup>2</sup>福島県立医科大学

おかべ ちかこ  
岡部 慈子<sup>1,2</sup>、福田 薫<sup>1</sup>、大原 美希<sup>1</sup>、矢澤 浩之<sup>1</sup>

**11. 高度肥満症例の術後創離開に対して局所陰圧閉鎖療法が奏功した1例**

弘前大学医学部附属病院

たけの こけんいち  
竹ノ子 健一、二神 真行、海老名 杏奈、赤石 麻美、大澤 有姫、松村 由紀子、  
横山 良仁

**12. 術後1年で再発した小児の卵巣粘液性嚢胞腺腫の一例**

<sup>1</sup>秋田大学、<sup>2</sup>秋田厚生医療センター

ふじしま あやか  
藤島 綾香<sup>1</sup>、和賀 正人<sup>1</sup>、尾野 夏紀<sup>2</sup>、富樫 嘉津恵<sup>1</sup>、白澤 弘光<sup>1</sup>、佐藤 亘<sup>1</sup>、  
熊澤 由紀代<sup>1</sup>、寺田 幸弘<sup>1</sup>

**13. 卵管間質部妊娠の3症例－腹腔鏡下手術と開腹手術－**

大原総合病院

わたなべ かおり  
渡邊 佳織、若木 優、渡邊 健史、鈴木 りか

**14. 腹腔鏡下子宮全摘術において尿管照明用カテーテルを使用した一例**

<sup>1</sup>大原総合病院、<sup>2</sup>東邦大学

わかき ゆう  
若木 優<sup>1</sup>、渡邊 佳織<sup>1</sup>、渡邊 健史<sup>1</sup>、太田 邦明<sup>2</sup>、鈴木 りか<sup>1</sup>

**15. 子宮頸部筋腫に対する腹腔鏡下子宮筋腫核出術中に子宮頸管内に穿破した2例**

山形大学

なかむら ふみひろ  
中村 文洋、松尾 幸城、酒井 一嘉、中井 奈々子、高橋 杏子、深瀬 実加、松川 淳、  
仙道 可菜子、渡邊 憲和、山内 敬子、清野 学、堤 誠司、永瀬 智

**16. 術前に診断が困難であった胃癌転移病巣を伴う卵巣腫瘍の一例**

会津中央病院

ふるかわ ゆか  
古川 結香、高梨子 篤浩、飯澤 禎之、武市 和之

**17. 腹腔鏡下子宮全摘術後に生じた早期型ポートサイトヘルニアの1例**

<sup>1</sup>福島県立医科大学、<sup>2</sup>竹田総合病院

さとう てつ  
佐藤 哲<sup>1</sup>、古川 茂宜<sup>1</sup>、岡部 慈子<sup>1</sup>、加茂 矩士<sup>1</sup>、植田 牧子<sup>1</sup>、遠藤 雄大<sup>1</sup>、  
小島 学<sup>2</sup>、添田 周<sup>1</sup>、渡辺 尚文<sup>1</sup>、金 彰午<sup>2</sup>、藤森 敬也<sup>1</sup>

**18. プラチナ感受性再発卵巣がんにおけるPARP阻害薬長期内服可能因子の検討**

岩手医科大学附属病院

城<sup>じょう</sup>内<sup>ない</sup>南<sup>な</sup>奈<sup>な</sup>子<sup>こ</sup>、利部 正裕、馬場 長、庄司 忠宏、永沢 崇幸、海道 善隆、苫米地 俊英、高取 恵里子

**19. 妊娠中の腔部細胞診の評価の難しさ  
～妊娠中はNILMであったが、分娩後に浸潤癌と診断された一例～**

石巻赤十字病院

虎<sup>とら</sup>谷<sup>たに</sup>惇<sup>じゅん</sup>平<sup>べい</sup>、吉田 祐司、佐藤 綾華、橋本 亮平、黒澤 靖大、市川 さおり、豊島 将文

**20. 婦人科手術における蛍光尿管カテーテル使用の有用性と教育的意義**

東北大学病院

平<sup>ひら</sup>賀<sup>が</sup>裕<sup>ひろ</sup>章<sup>あき</sup>、渡邊 善、田中 恵子、藤峯 絢子、横山 絵美、久野 貴司、志賀 尚美、大澤 稔、立花 眞仁、八重樫 伸生

**21. CT検査で偶発的に発見されたバルトリン腺癌の一例**

秋田赤十字病院

藤<sup>ふじ</sup>島<sup>しま</sup>綾<sup>あや</sup>香<sup>か</sup>、設楽 明宏、大山 則昭、佐藤 宏和

**22. 再発と病巣摘出術を繰り返しながら四半世紀の生存を得ている成人型卵巣顆粒膜細胞腫の1例**

秋田大学

五十<sup>い</sup>嵐<sup>がらし</sup>な<sup>な</sup>つ<sup>つ</sup>み、菅原 多恵、牧野 健一、佐藤 敏治、清水 大、佐藤 直樹、寺田 幸弘

**23. 高度肥満のため腹壁再建術を併施した子宮体癌の一例**

<sup>1</sup>公立置賜総合病院、<sup>2</sup>山形市立病院済生館、<sup>3</sup>山形大学医学部附属病院

奥<sup>おく</sup>井<sup>い</sup>陽<sup>よう</sup>介<sup>すけ</sup><sup>1</sup>、小島原 敬信<sup>1</sup>、國井 勝俊<sup>2</sup>、飯澤 早貴<sup>3</sup>、手塚 尚広<sup>1</sup>

**周産期**

**24. 妊娠前BMIを考慮した妊娠中の体重増加が胎盤重量Z値に与える影響についての解析**

太田西ノ内病院

神<sup>じん</sup>季<sup>とき</sup>、経塚 標、藤森 実社、野村 真司、鈴木 大輔、野村 泰久

**25. 昨年度当院で経験した産科危機的出血の二例**

<sup>1</sup>弘前大学大学院医学研究科 産科婦人科講座、<sup>2</sup>弘前大学医学部附属病院周産母子センター

田<sup>た</sup>口<sup>ぐち</sup>朋<sup>とも</sup>子<sup>こ</sup><sup>1</sup>、横山 美奈子<sup>1</sup>、大石 舞香<sup>1</sup>、伊東 麻美<sup>1</sup>、田中 幹二<sup>2</sup>、横山 良仁<sup>1</sup>

**26. 僻地医療圏における超緊急帝王切開 (Grade A Caesarean Section) の導入について**

<sup>1</sup>気仙沼市立病院 産婦人科、<sup>2</sup>気仙沼市立病院 麻酔科

やまぐち たかふみ

山口 峻史<sup>1</sup>、西本 光男<sup>1</sup>、小針 諄也<sup>1</sup>、藤峯 拓哉<sup>2</sup>

**27. 子宮腺筋症核出術後のART妊娠において癒着胎盤を合併した早産の一例**

太田西ノ内病院

ふじもり みもり

藤森 実杜、経塚 標、神 季、野村 真司、鈴木 大輔、野村 泰久

**28. 妊娠14週で腹腔内出血をきたした穿通胎盤および完全子宮破裂の1例**

山形大学医学部附属病院

たけし

武士 ゆい、渡邊 憲和、中村 文洋、伊藤 泰史、伊藤 友理、深瀬 実加、仙道 可菜子、松尾 幸城、堤 誠司、永瀬 智

**29. 除痛に難渋した妊娠中の腹痛に短期的な硬膜外麻酔が著効した一例**

米沢市立病院

たちばな ゆか

立花 由花、竹原 功、木村 和彦

**30. 心タンポナーデで発症し原発性肺癌と診断した妊婦の1例**

山形大学医学部附属病院

いとう ともみち

伊藤 友理、渡邊 憲和、出井 麗、深瀬 実加、仙道 可菜子、山内 敬子、堤 誠司、永瀬 智

**31. 当院における周産期トータルサポートの取り組みについて**

青森県立中央病院

ちゃん ふーみん

張 賀冕、尾崎 浩士、重藤 龍比古、松倉 大輔、千葉 仁美、黒瀧 紗希

**32. 下腸間膜動脈塞栓術で止血を得た腔壁血腫の一例**

<sup>1</sup>秋田大学 産婦人科、<sup>2</sup>秋田大学 放射線科

わが まさと

和賀 正人<sup>1</sup>、三浦 広志<sup>1</sup>、高須賀 緑<sup>1</sup>、藤嶋 明子<sup>1</sup>、小野寺 洋平<sup>1</sup>、亀山 沙恵子<sup>1</sup>、猪股 映見佳<sup>2</sup>、戸沢 智樹<sup>2</sup>、寺田 幸弘<sup>1</sup>

**33. 妊娠高血圧症候群に伴う子癇発作を発症し、くも膜下出血を合併した1例**

岩手県立中央病院

よしだ みつり

吉田 光法、荒瀬 春紫、門野 彩花、佐々木 史子、深川 智之、村上 一行、三浦 史晴、葛西 真由美

**34. 肝梗塞を発症したSLE合併妊娠**

山形県立中央病院

まるやま まゆみ

丸山 真弓、山口 理紗子、福長 健史、小幡 美由紀、中原 健次、阿部 祐也

**35. 総排泄腔修復術後妊娠の1例**

<sup>1</sup>福島県立医科大学 産科婦人科学講座、<sup>2</sup>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  
福田 冬馬<sup>1</sup>、神保 正利<sup>2</sup>、渡邊 健史<sup>1</sup>、三浦 秀樹<sup>1</sup>、加茂 矩士<sup>1</sup>、菅野 亜矢<sup>1</sup>、  
安田 俊<sup>1</sup>、山口 明子<sup>1</sup>、藤森 敬也<sup>1</sup>

**36. 産後の持続する発熱を機に診断に至った進行胃癌の1例**

<sup>1</sup>岩手医科大学、<sup>2</sup>岩手県立大船渡病院  
佐藤 貴紀<sup>1,2</sup>、川村 花恵<sup>1</sup>、畑山 伸弥<sup>1</sup>、羽場 巖<sup>1</sup>、寺田 幸<sup>1</sup>、岩動 ちず子<sup>1</sup>、  
小山 理恵<sup>1</sup>、馬場 長<sup>1</sup>

**37. 妊娠中に胎児脳室内出血を発症した潰瘍性大腸炎合併妊娠の1例**

岩手医科大学  
小木田 勇人、川村 花恵、寺田 幸、羽場 巖、畑山 伸弥、岩動 ちず子、小山 理恵、  
馬場 長

**38. 帝王切開癒痕部妊娠に対する当院での取り組み**

福島県立医科大学  
三浦 秀樹、安田 俊、渡邊 健史、福田 冬馬、加茂 矩士、菅野 亜矢、山口 明子、  
添田 周、藤森 敬也

**39. 当院における切迫早産管理の再検討の必要性**

岩手医科大学附属病院  
菊池 琴佳、城内 南奈子、小木田 勇人、土屋 繫一郎、川村 花恵、寺田 幸、  
羽場 巖、畑山 伸弥、岩動 ちず子、小山 理恵、馬場 長

**40. Diamond ring signを用いた分娩予定日決定法とその意義について**

医療法人エルム女性クリニック  
佐藤 秀平

**41. 院内肺炎により人工早産を要した1例**

福島県立医科大学  
菅野 美沙、福田 冬馬、渡邊 健史、三浦 秀樹、加茂 矩士、菅野 亜矢、安田 俊、  
山口 明子、藤森 敬也

**42. 高位鎖肛に合併した膀胱直腸瘻の一例**

福島県立医科大学  
加茂 矩士、安田 俊、渡邊 健史、三浦 秀樹、福田 冬馬、菅野 亜矢、平岩 幹、  
山口 明子、藤森 敬也

## 一般演題Ⅲ

### 不妊・生殖・女性医学・その他

#### 43. コロナ禍での東北地方の産婦人科専攻医の交流を目指した取り組み

<sup>1</sup>大館市立総合病院、<sup>2</sup>秋田大学医学部附属病院、<sup>3</sup>岩手医科大学附属病院、<sup>4</sup>山形大学医学部附属病院、<sup>5</sup>東北大学病院、<sup>6</sup>福島県立医科大学附属病院

たむら りょうすけ  
田村 良介<sup>1</sup>、小野寺 洋平<sup>2</sup>、尾上 洋樹<sup>3</sup>、松川 淳<sup>4</sup>、田中 恵子<sup>5</sup>、加茂 矩士<sup>6</sup>、  
馬場 長<sup>3</sup>

#### 44. 子宮頸部円錐切除術後に頸管狭窄を起こした2例

<sup>1</sup>仙台赤十字病院、<sup>2</sup>大崎市民病院、<sup>3</sup>八戸市民病院

はまだ えみこ  
濱田 衣美子<sup>1</sup>、松本 大樹<sup>2</sup>、高橋 靖乃<sup>2</sup>、高橋 新<sup>2</sup>、宮野 菊子<sup>2</sup>、櫻田 尚子<sup>3</sup>、  
我妻 理重<sup>2</sup>

#### 45. 当院で子宮鏡手術をした帝王切開癒痕症候群の不妊症3例

<sup>1</sup>仙台医療センター、<sup>2</sup>あべウイメンズクリニック

にしざわ かおり  
西澤 圭織<sup>1</sup>、田邊 康次郎<sup>1</sup>、阿部 州雄<sup>2</sup>、遠藤 祐介<sup>1</sup>、後藤 恵<sup>1</sup>、佐藤 壮樹<sup>1</sup>、  
萩原 達也<sup>1</sup>、重田 昌吾<sup>1</sup>、松浦 類<sup>1</sup>、柏館 直子<sup>1</sup>、石垣 展子<sup>1</sup>、武山 陽一<sup>1</sup>、  
新倉 仁<sup>1</sup>

#### 46. 子宮筋腫に対する子宮動脈塞栓術12例の検討

独立行政法人国立病院機構仙台医療センター

さとう たけき  
佐藤 壮樹、田邊 康次郎、遠藤 祐介、後藤 恵、西澤 圭織、萩原 達也、重田 昌吾、  
柏館 直子、松浦 類、石垣 展子、武山 陽一、新倉 仁

#### 47. 単一胚盤胞移植後の2絨毛膜2羊膜双胎において隔膜破綻した1症例

山形大学

なかむら ふみひろ  
中村 文洋、松川 淳、酒井 一嘉、中井 奈々子、高橋 杏子、松尾 幸城、永瀬 智

#### 48. 当院における多嚢胞性卵巣症候群に対する腹腔鏡下卵巣開孔術の治療成績についての後方視的検討

岩手医科大学附属病院

つちや しげいちろう  
土屋 繁一郎、尾上 洋樹、門野 彩花、黒川 千絵、馬場 長

招 請 講 演

特 別 講 演

教 育 講 演

教育セミナー

指導医講習会

スポンサードセミナー



## 招請講演

ライブ配信 1日目 6月12日(土) 14:00~15:00

座長：野口 まゆみ 福島県産婦人科医会 会長／西口クリニック婦人科 院長

## アスリートと生理

演者：中西 悠子 アテネオリンピック水泳銅メダリスト

一人の女性として、スポーツ選手にとって生理はとても重要なもの。昔は生理がなくなったら一流のアスリートの証とされていた。しかし現代はしっかり生理と向き合い、付き合いながらアスリートは日々トレーニングを積んでいる。スポーツ選手は「生理」によって調子の波があり、私の場合はタイムが2~3秒遅くなる。そんなある時コーチに言われた言葉とは。

初潮も早く、生理の認識もないまま生理になり、その後体重増加・生理不順。タンポン使用からピル服用。何の情報もなく無知な状態から中用量のピルを服用することに。低用量ピルがない時代のピル服用への不安。副作用と練習との付き合い方。服用後の体の変化など。

選手引退後結婚。ブライダルチェックに行ったこと。妊娠・出産、子宮内ポリープ切除など性についてありのままに話します。ミレーナ使用や経血カップ、最近の生理用ショーツなどありとあらゆる製品を試して思うこと。いろいろな製品を試し、身体に敏感な私を感じたこと。

私の経験からできるだけ多くの女性に産婦人科の受診を呼びかける。しかし若い女性は産婦人科を敬遠しがちな面も感じる。現代ではSNSなどで声を上げることができ、自分の主張ができる時代。情報量の多さから間違った情報を認識してしまうデメリットも。

今後のピルや産婦人科のあり方、産婦人科医、産婦人科に臨むこと、これからの女性アスリートについても話します。

### 【略歴】

大阪府池田市出身。0歳から水泳を始め、7歳から本格的に水泳を始める。16歳で日本代表に。その後2年のスランプを経て2000年シドニーオリンピック、2004年アテネ、2008年北京オリンピックに出場。2004年アテネオリンピックでは女子200mバタフライで銅メダル獲得。2010年に引退後、結婚。3人の男の子の母。高校時代(1998年頃)からピルを服用。



## 特別講演

オンデマンド配信 6月12日(土) 11:00~6月18日(金) 23:55

## 私たちが歴史から学ぶこと；原子力事故・災害に備えて

演者：谷川 攻一 福島県ふたば医療センター センター長／附属病院 院長、  
福島県立医科大学 特任教授、広島大学 名誉教授

2011年3月11日に発生した東日本大震災、福島第一原子力発電所（福島原発）事故から10年という節目を迎えた。この事故は私たちに何を教えてくれたのか、将来に引き継いでゆくべく課題について今一度、整理し共有したいと考える。

最も重要な教訓は、入院患者や介護施設入所者など災害弱者の緊急避難において命が失われたことであった。事故当時、避難指示が出された福島原発から20km圏内にはおよそ2,200名の入院患者や介護福祉施設入所者が医療やケアを受けていた。しかしながら、彼らの避難に際してはスタッフが同行できず、避難中や避難所で60名以上が命を落とした。原因としては医療やケアの中断による基礎疾患の悪化、低体温症そして脱水などが疑われた。また、避難指示に伴う被災地の病院の閉鎖や医療機能の低下は福島原発の復旧に取り組む作業員への医療提供を極めて困難なものにした。2011年3月14日の3号機爆発では緊急作業員11名が負傷したが、迅速な医療対応ができず、治療が開始されるまで長時間を要した。

一方、避難後においても様々な健康課題が発生した。介護福祉施設入所者の避難先での死亡率は、事故発生翌月には震災前の3倍近くになり、その後も1.5倍という高い状況が1年間にわたって続いた。また、被災者が避難所や仮設住宅で死亡する震災関連死では、福島県が東北地区全域の半数以上を占めた。更に事故のもたらす精神影響は大きく、避難住民の15%（全国平均のおよそ5倍）が精神的なストレス下に置かれ、震災関連自死も東北3県で最多となった。そして、長期にわたる避難生活によって糖尿病など心血管疾患の主要因となる生活習慣病が増加した。

放射線に対する不安は、住民のメンタルヘルスや行動に様々な影響を与えた。被ばく線量は極めて低いにもかかわらず、癌の発生や遺伝的影響への懸念など多くの住民が放射線（被ばく）に対する不安を抱いた。放射線についての捉え方の違いは、個人にはStigma（劣等視）や差別を、家庭や地域社会では不和や軋轢を、そして風評被害を生んだ。

福島原発事故の経験を受けて、欧州では過去の原子力事故を検証し、新たな原発事故に備えて保健医療対応における提言が作成された。この提言ではチェルノブイリ事故、福島原発事故を含むこれまで経験した原発事故の教訓として、直接的な放射線被ばくによる健康影響だけでなく、事故後に生ずる様々な健康影響や、心理的、社会的、経済的影響など負の側面を考慮すること、そして、被災者の自立や自尊心を尊重し、彼らの意思決定をサポートする必要性が指摘された。原発事故後の対応において、人々のwell-being（WHOによると“well-being”とは身体的、精神的及び社会的に完全に良好な状態を指す）を考慮した包括的なアプローチの重要性が強調された。

福島原発事故は多くの教訓を残した。国内にとどまらず、世界の人々が福島の実験を「知的財産・歴史」として学べるように、情報、文化、教育、そして仕組み（制度）として残すための工夫と粘りが私たちに求められている。

## 【経歴】

1982年 3月 九州大学医学部 卒業  
 1982年 6月 産業医科大学 臨床研修医  
 1984年 6月 九州厚生年金病院 医員  
 1986年 1月 済生会八幡総合病院 医長  
 1992年 4月 アメリカ合衆国ピッツバーグ大学病院集中治療部 臨床フェロー  
 1995年 4月 救急振興財団救急救命九州研修所 教授  
 1998年 4月 福岡大学病院救命救急センター 講師  
 2002年 4月 広島大学大学院救急医学 教授  
 広島大学病院高度救命救急センター センター長  
 広島大学緊急被ばく医療推進センター 副センター長  
 2015年 4月 福島県立医科大学 副学長  
 同 Fukushima国際医療科学センター 総括副センター長  
 2016年 4月 福島県立医科大学 副理事長  
 同 Fukushima国際医療科学センター センター長  
 同 附属病院ふたば救急総合医療支援センター センター長  
 2019年 4月 現職

## 【所属学会】

日本救急医学会、日本放射線事故・災害医学会、日本臨床救急医学会、日本集中治療学会、日本集団災害医学会、日本航空医療学会

## 教育講演 I

ライブ配信 1日目 6月12日(土) 11:00~12:00

共催：中外製薬株式会社

## 婦人科腫瘍分野における臨床と研究の新展開

演者：加藤 聖子 九州大学大学院医学研究院 生殖病態生理学

最近、がん診療の世界では、診断・治療の各分野においてめざましい変化が起きている。

診断では様々な癌腫で従来の病理・画像検査だけではなく、The Cancer Genome Atlas (TCGA) を代表とする網羅的ゲノム解析による分類が予後に相関することが報告され、診断・治療法の選択にも影響を与えている。これにより平均的な患者のためにデザインされた従来型医療から、ヒトゲノム情報などから得られた、疾患への罹患性や薬物感受性等に関わる情報を基に個人に適した治療を提供する「個別化医療」や患者を“特定の疾患にかかりやすい集団 (subpopulation)”に分類し、その集団ごとの治療法のみならず疾病予防を確立し、提供していく「精密医療」への移行がはじまっている。精密医療の検査として重要なのがん遺伝子パネル検査であり、2019年より「OncoGuide NCCオンコパネル」および「FoundationOne CDxがんゲノムプロファイル」が保険適用となり臨床の現場でもゲノム医療が現実化してきた。このがんゲノム医療を行うために現在、全国に12の中核拠点病院、33の拠点病院、180の連携病院を選定され体制が整いつつある。

婦人科腫瘍領域においては子宮体癌のTCGAの4つのサブタイプが報告され、このサブタイプ別に治療法を選択する臨床研究が欧米では開始されている。肺がんや消化器癌などに比べ婦人科腫瘍では保険適用のある薬剤はまだ少ないが、2018年に承認されたMSI検査は臓器横断的な免疫チェックポイント阻害剤の適応を決める初めてのコンパニオン診断薬となり子宮体癌においても使用可能となった。卵巣癌はここ数年で遺伝子検査や分子標的治療が最も取り入れられた婦人科腫瘍である。BRCA1・2遺伝子検査がPARP阻害剤のコンパニオン診断となり、最近ではHRD検査も行われるようになり、初回治療の選択肢にも用いられている。このような検査の拡がりにより血液を使った検査では生殖細胞系列の遺伝子変異もわかるようになった。2020年4月から遺伝性乳がん卵巣がん症候群 (HBOC) の既発症者に対するリスク低減乳房切除術 (RRM)・乳房再建術ならびにリスク低減卵管卵巣摘出術 (RRSO) が保険収載となり、今まで以上にHBOCやLynch症候群など遺伝性がんのカウンセリング体制も重要になってきている。今後、我々はがん患者さん本人だけではなく未発症の家族への対応も求められる。

PARP阻害剤の登場は劇的に無増悪生存期間を延長させたが、最終的な目標である生存率の改善に対しては、早期発見・残存病変なしの手術の遂行の他に、治療抵抗性・再発や転移に関与する遺伝子を同定しそれを標的とした新規治療法の開発などの基礎研究が必要である。以上の動きを踏まえて、本講演では、がんゲノム医療中核病院診療科としての当科の取り組み、臨床遺伝医療部との連携、PARP阻害剤や免疫チェックポイント阻害剤の使用経験に加えて、最近我々が同定した再発・転移・化学療法抵抗性に関与する遺伝子やその機能、新規治療法の開発の試みを紹介する。

## 【職歴】

1986年 6月 松山赤十字病院 産婦人科 (研修医)  
 1987年 6月 九州大学医学部附属病院 産科婦人科 (研修医)  
 1988年 6月 国立病院九州がんセンター 婦人科 (レジデント)  
 1989年11月 米国ラホヤ癌研究所 (post doctoral fellow)  
 1992年 4月 九州大学生体防御医学研究所附属病院 生殖生理内分泌婦人科 (医員)  
 10月 九州大学生体防御医学研究所附属病院 生殖生理内分泌婦人科 (助手)  
 1995年 8月 九州大学生体防御医学研究所 (助手)  
 1998年 4月 九州大学生体防御医学研究所 (講師)  
 2009年 7月 順天堂大学大学院医学研究科 産婦人科講座 (准教授)  
 2012年 8月 九州大学大学院医学研究院 生殖病態生理学 (教授)  
 2015年 1月 九州大学大学院医学研究院 (副研究院長) 兼任  
 2019年10月 九州大学病院 (病院長補佐) 兼任  
 現在に至る

## 【主な所属学会等】

日本産科婦人科学会 (副理事長)、日本女性医学会 (副理事長)、日本婦人科腫瘍学会 (理事)、日本癌学会 (評議員)、日本癌治療学会 (代議員)、日本産婦人科乳腺医学会 (理事)、The Journal of Obstetrics & Gynaecology Research (Editor in Chief)、Cancer Science (Associate Editor : 2019. Jan ~)

## 教育講演Ⅱ

オンデマンド配信 6月12日(土) 11:00~6月18日(金) 23:55

## ガイドラインの成り立ちとこれから ~感染対策を含めて~

演者：板倉 敦夫 順天堂大学 産婦人科学講座

産婦人科診療ガイドライン2020産科編が発刊してから、1年が経過した。ガイドラインとしては第5版であり、すでに移行期間も過ぎて、産科臨床で大いに利用されているものと考え。我々のガイドラインは、日本医療機能評価機構Mindsが定義した診療ガイドラインとは異なり、対象を産科医療に従事している医師に特化しており、エビデンスを最重要視しているものの、利用者である産婦人科医師のコンセンサスを不可欠としている。一見自らを縛る可能性のある推奨を自分たちで定めることは、厳しさを欠くように思えるが、決してそうではない。プロフェッションとして、高い倫理観をもって、産婦人科医が提供可能な最善の医療を示していると考え。妊娠・出産は生理現象であり、異常が発生した際、あるいは発生を予防するために、産婦人科医は介入する。介入のタイミング、監視の強さによって、救われる母児の数が変わってくる可能性はあるが、医療提供の限界は産婦人科医の勤務量だけでなく、医療行政を含めた医療全体から既定される。そのため、産科領域の診療ガイドラインでは「80%以上の地域で実施可能」、「浸透度」、「医療経済」等の観点が不可欠である。これを「適合可能性」と呼ぶが、客観的な数値で表すことが困難であるから、適合可能性を考慮した推奨を作成するために、対象である会員のコンセンサスを得ているものと考え。産科医療補償制度との組み合わせによって、多くの産婦人科医が推奨に従った医療を提供するようになり、重度脳性麻痺の補償対象者も減少している。また訴訟件数が減少しているのは、自らが作成した規範を遵守することによって、社会から一定の信頼をえるようになり、プロフェッショナルオートノミーが、容認されつつあるからと考えている。

今回の改訂で母子感染予防上の大きな改訂は、「CQ613 妊娠中の梅毒スクリーニングと感染例の取り扱いは？」であろう。近年都市部を中心にみられる梅毒罹患患者数の著増は、憂慮すべき問題である。とくに先天梅毒の増加は、これまで我々が行ってきた妊娠初期スクリーニングのみでは、予防できないことを示している。ガイドラインでは抗体測定および治療開始なども改訂されたが、妊娠中に罹患したと考えられる梅毒もあり、初期スクリーニング陰性でも、皮疹から梅毒を疑い早期に抗体検査を実施することが求められる。

こうした環境で我々が目指すべきものは、わが国発のエビデンスの創生であろう。ガイドライン2020を編纂するに当たって、現状ではエビデンスが不足しており、改訂できなかった妊娠中の至適体重増加量と分娩曲線（パルトグラム）について、エビデンスの確立を目的に周産期委員会で取り組んだ成果も報告する。もちろん介入研究を期待したいが、多施設共同後方視的検討、日産婦周産期データベースを使用した研究でも、ガイドラインを書き換えるエビデンス創生は可能である。日頃からガイドラインを良く利用する若い産婦人科医によって、疑問点や不足分を見つけ出し、推奨を作成あるいは書き換えるようなエビデンスの創生を期待したい。

## 【学歴・職歴】

1986年 3月 名古屋大学医学部 卒業  
 1986年 6月 愛知県厚生連更生病院 研修医  
 1988年 6月 愛知県厚生連更生病院 産婦人科医師  
 1992年11月 名古屋大学医学部附属病院 非常勤医員  
 1994年 1月 名古屋大学医学部附属病院 分娩部助手  
 1997年 4月 名古屋大学医学部附属病院 周産母子センター助手  
 2000年 1月 名古屋大学医学部附属病院 産婦人科講師  
 2002年 7月 名古屋大学医学部附属病院 周産母子センター助教授  
 2006年 1月 埼玉医科大学産科婦人科 教授  
 2008年 8月 埼玉医科大学病院 病院長補佐  
 2008年12月 埼玉医科大学病院成育医療センター 成育医療センター長  
 2013年 7月 順天堂大学医学部産婦人科学講座 産科教授  
 2016年 4月 順天堂医院母子医療支援センター 副センター長  
 2018年 7月 順天堂大学医学部・大学院医学研究科産婦人科学 教授  
 2019年10月 順天堂大学医学部附属病院周産期センター センター長

## 【所属学会・研究会】

日本産科婦人科学会（代議員・指導医・専門医）  
 日本周産期・新生児医学会（理事・専門医・指導医）  
 日本妊娠高血圧学会（評議員）  
 日本女性医学会（暫定指導医）  
 日本産婦人科・新生児血液学会（理事・編集委員長）  
 日本糖尿病・妊娠学会（常務理事）  
 日本母性衛生学会（評議員）  
 東京都母性衛生学会（常任理事）  
 日本女性栄養代謝学会（理事）

## 教育講演Ⅲ

オンデマンド配信 6月12日(土) 11:00~6月18日(金) 23:55

## 原発事故後の子どもたちの健康と幸せのために ～甲状腺検査の結果とこれからを考える～

演者：緑川 早苗 宮城学院女子大学生生活科学部 食品栄養学科

2011年3月の東日本大震災とそれに続く原発事故から10年が経過した。事故直後は放射線被ばくへの健康影響への懸念は強く、福島県県民健康調査の甲状腺検査は、子どもたちの健康の見守りとして開始された。しかしこの検査は事故当時おむね18歳以下の全福島県民を対象とし、学校で検査を行うといった悉皆的な甲状腺がん超音波スクリーニングとなっている。県民健康調査の妊産婦調査がアンケートに答えたい人が返信し、その結果報告が住民の安心をもたらしたのと対照的である。福島の被ばく線量はチェルノブイリ原発事故とは異なり、最近国連科学委員会からも報告されたように、様々な努力により幸いにも被ばくによる直接的な健康影響をもたらすものではなかった。放射線による遺伝的な影響が見られないことはもとより、発がんの増加も考えられないレベルと考えられている。しかし甲状腺検査は、現在5巡目が進行中で、すでに250人以上の甲状腺がんが診断され、その多くは手術が行われている。これは精密な検査を行ったことによる多くの過剰診断を含むスクリーニング効果によるものである。しかし、過剰診断ということが伝わらず、放射線リスクの風評を含む様々な混乱を、いま社会に与えている。

近年、甲状腺がんの超音波を用いたスクリーニングは全世界的に「非推奨」であり、それは原発事故後であっても「非推奨」とされた。その背景は甲状腺がんの特性から、スクリーニングによる過剰診断が生じやすく、その不利益(害)が甚大であることが分かってきたからである。過剰診断はスクリーニングを行えば生じる不利益の一つであり、医学的な概念であるが、一般の方のみならず医療者でも理解が進んでいない。過剰診断は、とくにがんなどの生命に影響すると考えられがちな疾患では、過剰治療に結び付きやすい。よって過剰診断がもたらす不利益は身体的なもののみならず、心理的、経済的、そして社会的な害となり得る。そして若年者ではその一生が長いことから、それらが長く人生に影響する。

甲状腺検査の対象である多くの子どもたちや若年者、そして家族は、甲状腺がんスクリーニングに不利益が存在することを知らずに検査を受けている。世界が非推奨としている検査が今なお継続されているのはなぜだろうか？災害が生じれば、それに対応して支援や調査が行われるが、それが被災住民の健康や幸福につながるためには、医療者などの専門家や政策決定者の行動規範が求められる。子どもたちの健康を見守るために開始された甲状腺検査が今後どうあるべきか、倫理的側面からも考えるべき時が来ていると思われる。

- 文献：1) Midorikawa S, et al. After Fukushima: Addressing anxiety. *Science* 352: 666-67, 2016.  
 2) Midorikawa S, Ohtsuru A. Disaster research: for volunteers only. *Nature* 579: 193, 2020.  
 3) Oughton D, Midorikawa S, et al. An ethical dimension to accident management and health surveillance. *Environ Int* 153:10653, 2021.  
 4) 大津留 晶、緑川 早苗 みちしるべー 福島県「甲状腺検査」の疑問と不安に答えるためにー POFF出版, 2020.

## 【略歴】

1993年 福島県立医科大学卒業 医師免許取得 旧第三内科入局  
 2000年 医学博士(福島県立医科大学)  
 2000年 福島県立医科大学 薬理学講座 助手  
 2001年 福島県立医科大学 糖尿病内分泌代謝内科 助教  
 2008年 同 講師  
 2012年 福島県立医科大学 放射線健康管理学講座 講師  
 2013年 同 准教授  
 2020年 宮城学院女子大学 食品栄養学科 臨床医学 教授

## 【主な所属学会(役員等)】

日本内分泌学会 評議員  
 日本甲状腺学会 評議員

- ・1993年より福島県立医科大学糖尿病内分泌代謝内科にて臨床内分泌学を専攻。内分泌内科医として下垂体、甲状腺、副腎疾患等の診療に携わる。
- ・2011年震災後より県民健康調査甲状腺検査に関わる。実際に検査を行う他、子供たち、母親たちに数多く接し、原子力災害後の甲状腺検査に関して、子供たちと保護者への説明とスタッフの教育を担当。保護者説明会、子供たちへの出前授業、事前説明・検査結果説明の個別説明などに取り組む。検診で発見された甲状腺疾患の診療にも携わる。
- ・特に2015年からは甲状腺がんスクリーニングのメリット・デメリット、検査の任意性の意味などの理解を促す住民への個別説明と、医療関係者への教育、エビデンスの確立に関わる。

教育セミナー I

ライブ配信 1日目 6月12日(土) 12:00~13:00

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

## 婦人科腫瘍における鏡視下手術 —腹腔鏡手術からロボット手術へ—

演者：寺井 義人 神戸大学大学院医学研究科 産科婦人科分野 婦人科先端医療学部門

腹腔鏡下手術は、低侵襲であり、拡大視野によってより精緻な操作ができるなどメリットも大きいですが、その適応や術式の標準化など課題は多い。本邦における婦人科悪性腫瘍に対する腹腔鏡下手術は、2014年に早期子宮体癌に対して骨盤リンパ節郭清術までが保険適用となり、子宮体癌に対する腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清術が先進医療を経て、適応条件は課題があるが2020年に保険適用となった。また、2018年に子宮頸癌に対する腹腔鏡下広汎子宮全摘出術と早期子宮体癌に対するロボット支援下手術が保険適用となった。まさに、婦人科腫瘍に対する鏡視下手術は、腹腔鏡手術からロボット手術へと適用が進み、婦人科悪性腫瘍に対する鏡視下手術は広がりを見せつつあるが、一方で歴史が浅いこともあり欧米に比べて、本邦の婦人科腫瘍医の中で鏡視下手術は未だ普及していない。我々の施設でも、2年前に婦人科悪性腫瘍に対する腹腔鏡下手術を導入し、その後ロボット手術を導入してきた。今回、導入にあたっての経験も紹介しながら、婦人科腫瘍における鏡視下手術について現状と展望を考えていきたい。

### 【略歴】

1992年 3月 福井大学医学部 卒業  
1992年 6月 大阪医科大学附属病院にて臨床研修開始  
1997年 4月 大阪医科大学大学院医学研究科博士課程に入学  
1998年 4月 東北大学加齢医学研究所 腫瘍循環分野に国内留学（～1999年10月）  
2004年10月 米国コロラド州立大学 病理学教室に留学（～2005年10月）  
2006年 6月 大阪医科大学 講師（産婦人科学教室）  
2012年 4月 大阪医科大学 診療准教授（産婦人科学教室）  
2014年 7月 大阪医科大学 准教授（産婦人科学教室）、産科・生殖医学科 科長  
2018年12月16日 神戸大学医学部 産科婦人科学分野 婦人科先端医療学部門 特命教授  
現在に至る

### 【所属学会等】

日本婦人科腫瘍学会（理事）、手術研修小委員会委員長、教育委員会委員、社保委員会委員  
日本産科婦人科内視鏡学会（特任理事）、悪性腫瘍委員会委員、技術認定医審査委員、  
日本産婦人科手術学会（理事）  
日本婦人科ロボット手術学会（理事）  
日本臨床細胞学会（評議員）、資格認定試験・試験問題作成委員  
日本内視鏡外科学会（評議員）  
日本産婦人科乳癌学会（評議員）  
日本産科婦人科学会  
日本癌治療学会  
日本癌学会

## 教育セミナーⅡ

ライブ配信 1日目 6月12日(土) 13:00~14:00

共催：バイエル薬品株式会社

## 女性アスリート支援における産婦人科の役割 ～ホルモン治療の実際～

演者：能瀬 さやか 東京大学医学部附属病院 女性診療科・産科

女性アスリートが婦人科を受診する際、最も多い主訴は無月経である。アメリカスポーツ医学会では、「視床下部性無月経」、「low energy availability (LEA：利用可能エネルギー不足)」、「骨粗鬆症」を『女性アスリートの三主徴』と定義し、この三主徴がみられるアスリートでは、疲労骨折のリスクが高まることが明らかになっている。また、近年、国際オリンピック委員会でもrelative energy deficiency in sport (RED-S：スポーツにおける相対的エネルギー不足)の概念を提唱し、RED-Sの状態にあるアスリートでは、パフォーマンス低下をもたらすとし、運動に見合ったエネルギー摂取量の重要性について警鐘を鳴らしている。無月経のアスリートが受診した際、LEAの有無を鑑別すること、また、骨密度を評価すべきかを念頭に置き診療することがその後の治療方針を決める上で重要となる。LEAは、運動によるエネルギー消費量に見合った、食事からのエネルギー摂取量が不足している状態を指し、治療はこのLEAの改善となりホルモン療法が第一選択ではない。しかし、LEAの改善を行っても月経が再開しない場合やホルモン値の改善が見られない場合、また、低骨量/骨粗鬆症のアスリートでは、ホルモン療法を考慮する必要がある。また、無月経で婦人科を受診したアスリートの中には、既に摂食障害がみられるケースも少なくない。婦人科が摂食障害の早期発見の場となるケースが多々あり、食行動の異常についても念頭におき診察することが必要である。

一方、月経がきているアスリートにおいては月経随伴症状がコンディションやパフォーマンスに影響を与えるケースがあり、試合に向けた事前の対策が重要となる。月経随伴症状に対し、産婦人科医が使用する機会が多いOC・LEPは、近年アスリートにおいてその使用率は増えつつある。アスリートにOC・LEPを使用する際、副作用出現時を念頭に置き開始時期を慎重に選択することや体重管理に十分注意するとともに、手術や長期安静を要する怪我の際は、OC・LEP服用中であることを主治医に説明するよう指導する。また、体重階級制の競技に参加するアスリートのうちBMIが高いアスリートでは、OC・LEPが慎重投与となるケースがある。その他、パラアスリートにおいても、基礎疾患や障がいの部位、レベルによって血栓のリスクがあることからOC・LEPを使用しにくいケースもあり、より個別の対応が重要となる。これらのアスリートでは、プロゲステン製剤で月経対策を行うケースも多い。

本講演では、女性アスリートの三主徴や月経随伴症状に対し治療を行う際のホルモン療法を中心に、アンチ・ドーピングの基礎知識も含め紹介する。

## 【略歴】

2003年北里大学医学部卒業、同愛記念病院で研修後、東京大学産婦人科学教室入局、東京大学医学部附属病院産婦人科、総合母子保健センター愛育病院、焼津市立総合病院、東京日立病院、八戸クリニック産婦人科、国立スポーツ科学センターメディカルセンター、富山大学産婦人科、2017年2月～東京大学医学部附属病院 女性診療科・産科(2017年4月女性アスリート外来開設)、国立スポーツ科学センタースポーツメディカルセンタースポーツクリニック婦人科非常勤

## 【資格】

日本産科婦人科学会専門医、日本体育協会公認スポーツドクター、日本障がい者スポーツ協会公認障がい者スポーツ医、日本生殖医学会生殖医療専門医、日本女性医学学会女性ヘルスケア専門医、医学博士

## 【役職】

日本オリンピック委員会医学サポート部門部会員、日本オリンピック委員会女性スポーツ専門部会部会員、日本パラリンピック委員会女性スポーツ委員会委員長、日本障がい者スポーツ協会医学委員、日本学術会議第25期科学者委員会男女共同参画分科会特任連携会員、スポーツ庁スポーツ基本計画部会委員、一般社団法人女性アスリート健康支援委員会理事、国体医事部会委員、日本パラリンピック委員会2020年特別強化委員会委員、日本アンチ・ドーピング規律パネル委員、日本アンチ・ドーピング機構TUE委員会委員、日本スポーツ協会女性スポーツ委員会委員、日本産科婦人科学会ヘルスケア小委員会委員、日本産婦人科医会女性アスリートのためのワーキンググループメンバー、一般社団法人日本摂食障害協会参与、日本臨床スポーツ医学会産婦人科部会委員、日本臨床スポーツ医学会代議員、日本臨床スポーツ医学会学術委員会競技スポーツ部会アンチ・ドーピング小委員会委員、日本臨床スポーツ医学会学術委員会競技スポーツ部会調査研究小委員会委員、日本水泳連盟医事委員、東京都水泳協会医事委員、日本ウエイトリフティング協会理事、日本ウエイトリフティング協会スポーツ医科学委員会委員、日本サッカー協会NF rep、日本ライフル射撃協会医科学情報部会委員、日本子宮内膜症啓発会議実行委員、日本ウエイトリフティング強化委員会委員、女性スポーツ医学研究会 役員 等

PP-YZF-JP-0720-25-05

## 教育セミナーⅢ

ライブ配信 2日目 6月13日(日) 10:00~11:00

共催：GeneTech株式会社

## 無侵襲的出生前遺伝学的検査 (NIPT) の現状と課題

演者：関沢 明彦 昭和大学医学部 産婦人科学講座

母体血を用いた出生前遺伝学的検査 (NIPT) は2011年10月に米国で臨床検査として開始され、2012年春の段階で日本国内への導入は不可避な状況にあった。一方、我が国においては遺伝カウンセリング体制の整備は進んでおらず、また、出生前検査についての議論が未成熟で、NIPTを受け入れる社会的なコンセンサスも形成されていない状況にあった。そのような中で本検査が国内に導入された場合には、社会的な混乱の原因になる可能性があったため、適切に遺伝カウンセリングできる施設で検査を臨床研究として開始し、社会的な評価や反応を確認しながら、適切な出生前検査の在り方と遺伝カウンセリングの体制についてのコンセンサスの形成を模索する必要があると考えた。そしてその研究の主体としてNIPTコンソーシアムを組織し、2013年4月に臨床研究が開始された。

現在、臨床研究が開始されて既に7年が経過している。国際的には特定の微小欠失、性染色体、さらには全染色体領域の染色体微小変化や一部の単一遺伝子疾患にまで対象疾患が拡大している一方、わが国での対象疾患は21トリソミーなど3種類の染色体疾患のみであり、その状況は現在も続いている。NIPTコンソーシアムでは2019年3月までの6年間で合計72,526件の検査を実施した。その結果、1回目の検査での陽性者数は1,281件 (1.8%)、判定保留は0.4%であり、97.8%は検査陰性との結果を得ている。検査陽性者に対して確定検査が行われたのは21トリソミーで696件、全体で1,092件であり、真の陽性はそれぞれ673件、984件であり、それぞれの陽性的中率は96.7%、90.1%と極めて高い精度であった。また、分娩後の経過を追跡できた47,432件中で偽陰性は4件のみであり、偽陰性率はおおよそ1万分の1以下であることも確認され、これまでの論文報告以上の検査精度でわが国のNIPTが運用されていることが証明された。

一方、2016年ころより、日本医学会の承認を受けていない施設がネット上に大々的に広告を出し、NIPTを実施している実態が明らかとなった。無認可施設の検査実施数はNIPTコンソーシアムのそれを上回ると推定され、検査で陽性と判定された妊婦などが適切な相談に応じてもらえないことによるトラブル事例が多く発生する事態になっている。そのような状況下で2019年6月に日本産科婦人科学会はNIPTの新指針を作成し、検査体制の拡充策を示したものの、厚労省からその運用開始にストップがかけられ、厚労省自身がNIPTに関しての運用指針について検討することになっている。しかしながら、現状においてその議論の方向性はみえていないのが現状である。

本講演ではNIPTのわが国の現状と課題について、さらに今後の展望についても概説する予定である。

## 【経歴】

1988年 3月 昭和大学医学部 卒業  
 1988年 4月 昭和大学医学部 産婦人科学講座 入局  
 1991年 5月 昭和大学医学部 産婦人科学講座 助手  
 1994年 6月 国立精神・神経センター 国府台病院 産婦人科 医員  
 1996年 7月 昭和大学医学部 産婦人科学講座 助手  
 1997年 4月 Tufts University, Tufts-New England Medical Center, Division of Genetics Research Fellow (Prof. Diana W Bianchi)  
 1998年12月 昭和大学医学部 産婦人科学講座 助手  
 2001年 4月 昭和大学医学部 産婦人科学講座 講師  
 2005年 4月 日本産科婦人科学会学術奨励賞 受賞  
 2007年12月 昭和大学医学部 産婦人科学講座 准教授  
 2013年 4月 昭和大学医学部 産婦人科学講座 教授 (現在に至る)

## 【専門】

周産期医学・臨床遺伝学

## 【社会活動・学会役職】

日本産婦人科医会 常務理事 (母子保健・医療安全担当：平成26年～)  
 日本産科婦人科学会 理事 (平成29年～；常任理事 令和元年～)、評議員 (平成23年～)、倫理委員会委員 (平成25年～)、教育委員会委員 (平成27年～；委員長 令和元年～)、ガイドライン作成委員会委員 (平成18年～平成29年)、評価委員会副委員長 (平成29年～)  
 日本人類遺伝学会 評議員 (平成27年～)  
 日本周産期・新生児医学会 評議員 (平成22年～)、学会制度あり方委員会委員 (平成24年～)、  
 日本産科婦人科遺伝診療学会 常務理事 (平成27年～)  
 日本遺伝カウンセリング学会 評議員 (平成29年～)  
 日本妊娠高血圧学会 理事 (平成29年～；常務理事 平成30年～)  
 東京産科婦人科学会 常務理事 (平成26年6月～)  
 医師国家試験作成委員会委員 (平成26年～)  
 産科医療補償制度原因分析委員会委員 (平成28年～)、部会委員 (平成21年～；部会長 平成28年～)  
 妊産婦死亡症例検討評価委員会委員 (平成22年～)  
 日本母体救命法普及協議会 (J-CIMELS) 理事 (平成27年～)  
 Editorial Board: Prenatal Diagnosis, Official Journal of the International Society for Prenatal Diagnosis (ISPD) : 2007～  
 Editorial Board: The Journal of International Medical Research (2011～)

## 教育セミナーⅣ

ライブ配信 2日目 6月13日(日) 11:00~12:00

共催：アストラゼネカ株式会社

## 婦人科における HBOC 診療の現状と課題

演者：平沢 晃 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 病態制御科学専攻  
腫瘍制御学講座（臨床遺伝子医療学分野）

婦人科癌は遺伝性腫瘍の頻度が比較的高い。とくに本邦の上皮性卵巣癌の約12-15%はBRCA1またはBRCA2 (BRCA1/2) の生殖細胞系列病的バリエーションを原因とする遺伝性乳癌卵巣癌症候群 (hereditary breast and ovarian syndrome : HBOC) である。

「遺伝性疾患としての卵巣癌」、「卵巣癌個別化治療におけるHBOC」という考え方は産婦人科実地臨床に導入されてきている。1994年に三木らが原因遺伝子であるBRCA1を同定、その後、世界中で病因、診断、治療、がん予防などについてのエビデンスが蓄積された。

本邦では2002年から（株）ファルコバイオシステムズによるBRCA1/2 遺伝学的検査の多施設共同研究を端緒にHBOC診断が開始され、2008年には本邦で初めてのリスク低減卵管卵巣切除術 (risk-reducing salpingo-oophorectomy : RRSO) は実施され、診断と予防医療から実装化が開始した。

一方で卵巣癌治療においてもゲノム情報に応じた分子標的治療が導入されてきた。2014年12月には欧州EMAと米国FDAがPARP阻害薬オラパリブをBRCA1/2陽性卵巣癌治療薬として承認した。本邦PMDAは2018年にオラパリブを「プラチナ感受性の再発卵巣癌における維持療法」で、2019年に「BRCA1/2病的バリエーションを有する卵巣癌における初回化学療法後の維持療法」で承認した。

卵巣癌では約30%の症例で相同組換え修復関連遺伝子の病的バリエーションを有しており、このうち約75%がBRCA1/2とされている。相同組換え修復不全 (homologous recombination deficiency : HRD) を有する腫瘍ではPARP (poly[ADP-ribose] polymerase) 阻害剤への感受性が高いことが知られており、卵巣癌ではこれまで多くの臨床試験でPARP阻害薬の効果が検証されてきた。さらに2020年11月ニラパリブが、卵巣癌における初回化学療法後の維持療法、プラチナ感受性再発卵巣癌における維持療法、プラチナ感受性の相同組換え修復欠損 (homologous recombination deficiency : HRD) を有する再発卵巣癌に対する治療において保険収載された。

2020年4月の診療報酬改定では「遺伝性乳癌卵巣癌症候群」の疾病名が新規収載された。乳がんあるいは卵巣癌の罹患歴を持ちHBOCが疑われる症例に対し、遺伝カウンセリング、BRCA1/2遺伝学的検査、リスク低減手術、フォローアップが保険診療の対象となった。これはゲノム情報に基づいた予防医療実現化の第一歩である一方、BRCA1/2病的バリエーション保持者の血縁者に対するBRCA1/2遺伝学的検査、乳癌卵巣癌未発症HBOC例に対する乳癌サーベイランス、乳癌卵巣癌未発症HBOC例に対する予防的卵巣卵管切除術、乳癌卵巣癌未発症HBOC例に対する卵巣癌サーベイランスなどは現時点でも保険未収載であり、残された課題である。

BRCA1/2の同定から四半世紀が経ち、HBOC診療が「治療の最適化・予後予測・発症予防」可能なゲノム医療実用化の代表例として、更なる臨床実装される段階に入ったといえる。

## 【略歴】

1995年 慶應義塾大学医学部 卒業、慶應義塾大学病院 産婦人科 研修医  
2000年 東京医科歯科大学難治疾患研究所 遺伝疾患研究部門 (分子細胞遺伝) (稲澤譲治教授) で婦人科がんゲノム異常の研究に従事  
2004年 博士 (医学) 取得  
2005年 慶應義塾大学医学部 産婦人科 助教 (助手)  
2011年 フィンランド分子医学研究所に留学。フィンランドアカデミー上級研究員  
2015年 慶應義塾大学医学部 産婦人科 専任講師  
2018年 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 病態制御科学専攻 腫瘍制御学講座 (臨床遺伝子医療学分野) 教授、岡山大学病院 臨床遺伝子診療科 診療科長  
現在に至る

## 【専門】

腫瘍遺伝学、婦人科腫瘍学

## 【主な役職】

日本人類遺伝学会理事、全国遺伝子医療部門連絡会議理事、日本産科婦人科遺伝診療学会理事、クリニカルバイオバンク学会理事、日本遺伝性乳癌卵巣癌総合診療制度機構理事

## 【専門医等】

日本産科婦人科学会専門医、臨床遺伝専門医制度専門医・指導医、遺伝性腫瘍専門医・指導医、日本婦人科腫瘍学会婦人科腫瘍専門医、日本臨床細胞学会細胞診療専門医、日本女性医学学会認定女性ヘルスケア専門医、日本臨床薬理学会指導医



## 医療事故と責任 ～過失、診療ガイドライン、産婦人科医にとってのカルテ記載など～

演者：水沼 直樹 東京神楽坂法律事務所 弁護士、  
東邦大学医学部、埼玉医科大学医学部ほか 非常勤講師

### 1 3つの法律上の責任

医療過誤に伴う法律上の責任は、民事責任（損害賠償）、刑事責任（業務上過失致死傷罪）、行政上の責任（医師免許に対する懲戒処分）である。

懲戒処分は、各種の刑事犯罪が認定された場合又は診療報酬不正請求等が認定された場合に認められる。なお、粗暴犯や性犯罪等は免許取消、診療報酬不正、薬物事犯等は主に業務停止、酒気帯び運転、著しい速度超過運転、医療過誤の業務上過失致死傷は戒告となりやすい。なお、産婦人科医の医療過誤を理由とした処分例もある。

### 2 過失概念

医療分野における「過失」は、「医療水準」に達しない医療行為をいう。「医療水準」は「当該医療機関の性格、所在地域の医療環境の特性等の諸般の事情」<sup>1</sup>を考慮して決定する。全国一律の水準でなく、当該医療機関の特性に応じた水準であるところが1つのポイントである。

### 3 診療ガイドライン

診療ガイドラインは、医学的根拠に基づいて、治療方法を推奨する文書である。

裁判例によると、「ガイドラインはあくまでも最も標準的な指針であり、実際の診療行為を決して強制するものではなく」<sup>2</sup>、患者が診療ガイドラインで前提とされる症状と一致しない場合や患者固有の特殊事情がある場合では「診療ガイドラインと異なる治療方法であったとしても、直ちに医療機関に期待される合理的行動を逸脱したとは評価できない」<sup>3</sup>とする。

統計上、診療ガイドラインを遵守していた事例における過失認容率は約2%であり、遵守しなかった事例においては約47%であるとの報告<sup>4</sup>がある。

### 4 カルテ記載の注意点

少なくとも、民事事件においては、「診療録の記載内容は、それが後日改変されたと認められる特段の事情がない限り、医師にとっての診療上の必要性和右のような法的義務との両面によって、その真実性が担保されている」<sup>5</sup>。

他方、近年ある刑事裁判において、医師が患者に対してわいせつ行為に及んだか、患者がせん妄による幻覚体験をしたかが争われた事例がある（東京地裁は無罪判決、東京高裁は懲役2年の実刑判決。最高裁係属中）。東京高裁は、術後の医療記録に「せん妄」の記載がないことを1つの理由に、患者の幻覚体験を否定した。回診を含め、女性患者を扱う産婦人科医も他人事でない事例であろう。

1 最高裁平成7(2005)年6月9日判決民集49巻6号1499頁)

2 仙台地判平成21年1月27日平成19年(ワ)250号(裁判所ウェブサイト)

3 仙台地判平成22年6月30日平成20年(ワ)1743号(裁判所ウェブサイト)

4 桑原博道、浅野陽介「特別寄稿2、ガイドラインと医療訴訟について - 弁護士による211の裁判例の法的解析 -」  
([https://minds.jcqh.or.jp/docs/minds/guideline/pdf/special\\_articles2.pdf](https://minds.jcqh.or.jp/docs/minds/guideline/pdf/special_articles2.pdf))

5 東京高裁昭和56年9月24日判決(判例時報1020号40頁)

#### 【略歴】

2004年 東北大学法学部 卒業

2007年 日本大学大学院法務研究科 卒業

2020年 東邦大学大学院医学研究科 入学

#### 【職歴・資格等】

2006年 行政書士 登録(2009年まで)

2011年 弁護士 登録(現職)

2012年 政策担当秘書 採用認定

2013年 海事補佐人 登録(現職)

2013年 医療法人鉄蕉会亀田総合病院(2018年まで)

2014年 学校法人鉄蕉館 非常勤講師(2018年まで)

2018年 鳥取大学医学部 非常勤講師(現職)

2019年 東邦大学医学部 非常勤講師(現職)、東京神楽坂法律事務所(現職)

2020年 埼玉医科大学医学部(国際医療センター) 非常勤講師(現職)

2021年 某県病院局顧問・委託弁護士(現職)

#### 【所属学会等】

日本法医学会、日本DNA多型学会、日本医事法学会、日本賠償科学会、日本医療機関内弁護士協会(理事長)、日本がん・生殖医療学会(理事・倫理委員等)、日本睡眠歯科学会(倫理委員)、日本生殖医学会(倫理委員)、日本医療安全学会(代議委員)ほか。

日本弁護士連合会(日弁連)人権擁護委員会第一部会、日弁連DNA意見書作成Project Team、日弁連全国冤罪弁護団連絡協議会

## スポンサーセミナー

ライブ配信 2日目 6月13日(日) 13:00~14:00

共催：富士製薬工業株式会社

## 緊急避妊薬を巡る最新情報 ~リアルか、オンラインか、OTC か~

演者：北村 邦夫 一般社団法人日本家族計画協会 会長

緊急避妊薬 (ECP: emergency contraceptive pills) を巡って、めまぐるしい動きがある。新型コロナウイルス感染症の拡大に伴う特例で、初診なしのオンライン診療がスタートしたと思ったら、昨年12月25日に閣議決定された第5次男女共同参画基本計画~すべての女性が輝く令和の社会へ~では、「予期せぬ妊娠の可能性が生じた女性が緊急避妊薬に関する専門の研修を受けた薬剤師の十分な説明の上で対面で服用することを条件に、処方箋なしに緊急避妊薬を適切に利用できるようにする」ことが明記された。いわゆるスイッチOTC (over the counter) 化への道筋が作られようとしているのだ。ただし、これには条件が付記されている。「緊急避妊薬を必要とする女性には、性犯罪・性暴力、配偶者等からの暴力が背景にある場合があること」と合わせて「義務教育段階も含め、年齢に応じた性に関する教育の推進」などが重要であることが強調されている。これらの条件が整ってからOTC化が実現するのか、5年計画の中で、具体的にいつ、どのような形でスタートするのか、皆目わかってはいない。

今更言うまでもないが、レボノルゲストレルを成分とするECPは避妊しなかった、避妊に失敗したなど無防備な性交 (UPI: unprotected sexual intercourse) 後72時間以内に1.5mgを1回服用するもので、わが国では先発薬と後発薬の2種類が承認発売されている。このECPの特徴とは、①UPI後72時間以内に服用する必要がある。これを超えると避妊効果が低下する。②ECPの服用は可能な限り面で行う。③ECPの作用機序が、排卵の抑制あるいは遅延 (この場合、7日間ほど遅延する) にあることから、ECPを服用した後の性交が新たな妊娠不安を引き起こしかねない。④そのために、性行動の活発なカップルの場合には、翌日からOCの服用を開始してもらう、などが挙げられる。

演者は、リアル診療に固執し、オンライン診療やスイッチOTC化に消極的だというわけではない。最近オンライン診療に携わる機会が増えているが、スマホ画面を通してでは伝わらない情報・伝えられない情報が多々あるように思われて仕方ないのだ。

オンライン診療に伴い処方箋を持参した女性が薬局を訪ねることになった場合、あるいはオンライン診療から発展してスイッチOTC化が現実のものとなったときには薬局に勤務する薬剤師の手腕が今まで以上に問われることになる。薬局の施設構造や導線が今のままでいいとは限らない。個々に話ができる空間 (場所) を提供することは可能か? ECPは常備しているか? ECPから低用量経口避妊薬 (OC: oral contraceptives) への行動変容をどう促すか? 継続的なOCの服用をどのように実現できるか? 性感染症のチェックや、女性特有の疾患の早期発見、早期治療の道を開けるか? オンライン診療にせよ、スイッチOTC化にせよ、まだまだ解決すべき課題が山積している。

6月に開催予定の本講演会までに、ECPを巡って大きな変化があった場合には、それらを踏まえた内容を講演の中に加えたいと考えている。

## 【学歴・職歴・賞罰】

1978年 3月 自治医科大学医学部卒業 (第一期生)  
 1978年 4月 群馬大学医学部産科婦人科学教室で臨床研修  
 1980年 4月 群馬県藤岡保健所予防課長  
 1983年 4月 群馬県衛生環境部保健予防課母子保健係長  
 1987年 4月 群馬県前橋保健所技師長  
 1988年 4月 社団法人日本家族計画協会クリニック所長  
 1997年 5月 総理府男女共同参画審議会委員 (橋本龍太郎総理)  
 1997年 6月 社団法人日本家族計画協会理事  
 1998年 4月 厚生省児童家庭局長私的懇談会「生涯を通じた女性の健康施策に関する研究会」委員  
 1999年 5月 総理府男女共同参画審議会委員 (小淵恵三総理)  
 2000年 2月 厚生省「健やか親子21」検討会委員  
 2001年 4月 内閣府男女共同参画会議女性に対する暴力専門調査会委員 (森喜朗総理)  
 2004年 6月 社団法人日本家族計画協会常務理事  
 2005年 1月 厚生科学審議会臨時委員 (感染症部会) (2005年1月~2015年10月)  
 8月 一般社団法人日本女性心身医学会評議員 (2005年8月~2019年8月)  
 2006年11月 厚生労働省「健やか親子21」の指標に関する研究会委員  
 2007年 4月 社団法人日本家族計画協会家族計画研究センター所長 (~2021年6月)  
 2008年11月 第49回日本母性衛生学会学術集会長 (千葉県浦安市)  
 2009年 8月 日本思春期学会副理事長 (2009年8月~2015年8月)  
 2012年 6月 一般社団法人日本家族計画協会専務理事  
 2014年 6月 一般社団法人日本家族計画協会理事長 (~2021年6月)  
 2018年 3月 一般社団法人日本家族計画協会会長

## 【所属学会等】

一般社団法人日本思春期学会名誉会員 (2020年8月~)、公益社団法人日本母性衛生学会常務理事 (2005年~)、公益財団法人ジョイセフ理事 (2012年~)、公益社団法人日本産婦人科医学会女性保健委員会委員、公益社団法人母子保健推進会議理事 (2013年4月1日~)、公益社団法人東京都医師会感染症予防検討委員会委員 (2012年6月~)、公益財団法人予防医学事業中央会評議員 (2016年6月~)、公益財団法人東京都予防医学協会理事 (2017年6月~)、一般社団法人社会医学系専門医協会指導医・専門医 (2017年6月~)、日本産前産後ケア・子育て支援学会顧問 (2017年11月~)





# 一般演題



## 1. 非交通性副角子宮と同側卵巣内膜症性嚢胞に対し腹腔鏡下手術を施行した一例

○内田 苑佳、福原 理恵、淵之上 康平、横田 恵、横山 良仁

弘前大学

【緒言】子宮形態異常は胎生期のMüller管の発達障害によって生じる稀な疾患である。今回、病歴や画像所見から非交通性副角子宮と同側卵巣内膜症性嚢胞を疑い、腹腔鏡下手術で治療し得た一例を経験した。

【症例】14歳。初経11歳で月経困難症あり。性交歴なし。繰り返す腹痛で前医を受診し、CT及びMRI検査で重複子宮が疑われた。その他に左腎欠損、8cmの骨盤内腫瘍を認め当科紹介となった。精査で機能性内膜を有する左非交通性副角子宮を伴う単角子宮と左卵巣内膜症性嚢胞を疑い、腹腔鏡下手術を施行した。腹腔内観察では術前診断と大きな相違は無かったが、加えて左卵管留血腫も認めた。左副角子宮と卵管切除及び左卵巣嚢腫核出を行い、経過良好のため術後2日で退院した。術後病理組織診断で左副角子宮は機能性内膜を有しており、左卵巣嚢腫は内膜症性嚢胞の診断であった。術後は月経困難症が改善し、現在外来で経過観察中である。

【考察】副角子宮報告時の平均年齢は17～26歳と若年で、主訴の多くは腹痛と月経困難症である。子宮形態異常には子宮内膜症の合併も多い。本症例は14歳と、一般的な子宮内膜症の発症年齢と比較すると若年であった。

【結語】若年女性の繰り返す腹痛や月経困難症の原因として、腔や子宮形態異常による月経血流出障害の可能性がある。非交通性副角子宮を伴う単角子宮では、閉塞側の子宮モリミナによる月経困難症を呈するが、規則的な月経を認めることから診断・治療が遅れる可能性がある。子宮内膜症の合併も多く、早期かつ適切な診断・治療が重要である。

## 2. 卵管癌術後化学療法後にサルコイド反応によるリンパ節腫大をきたし転移と鑑別を要した1例

○追切 裕江<sup>1</sup>、小玉 都萌<sup>2</sup>、當麻 絢子<sup>1</sup>、石原 佳奈<sup>3</sup>、松村 由紀子<sup>2</sup>、飯野 香理<sup>1</sup>、丹藤 伴江<sup>1</sup>

<sup>1</sup>国立病院機構弘前病院、<sup>2</sup>弘前大学、<sup>3</sup>むつ総合病院

腫瘍随伴性のサルコイド反応は以前から知られており、リンパ節に生じることが多い。卵管癌術後化学療法後にサルコイド反応によるリンパ節腫大をきたし、転移との鑑別を要した症例を経験したので報告する。

症例は46歳、既往歴なし。45歳で右卵管癌を発症し、子宮付属器悪性腫瘍基本手術、骨盤リンパ節・傍大動脈リンパ節郭清術を施行した。術後病理組織診断で卵管癌 (high-grade serous carcinoma) IC1期の診断となり、術後化学療法 (TC療法) を6クール行った。化学療法終了後に施行した頸部～骨盤造影CT検査で、局所再発はないものの、両側肺門リンパ節、縦隔リンパ節の腫大、右肺下葉に結節を認め、転移が疑われた。PET-CT検査ではリンパ節にSUV max 3.1～5.7の集積を認め、転移の除外はできないが、反応性変化やサルコイドーシス等の可能性も挙げられた。鑑別のため、呼吸器内科で肺門部リンパ節の超音波気管支鏡ガイド下針生検を施行した。病理組織診断で壊死を伴わない類上皮細胞肉芽腫を認め、転移ではなくサルコイド反応と診断された。3か月後、9か月後とCT検査でフォローしたが、リンパ節と肺の結節は自然に縮小した。現在、治療終了から2年経過したが、新たな再発、転移なく経過している。

悪性疾患の治療中にリンパ節腫大を認めた場合、リンパ節転移を一番に疑うが、サルコイド反応の可能性も考慮すべきである。診断により治療方針が異なるため、生検による確定診断が重要である。

### 3. TLH高度癒着症例に対する蛍光尿管カテーテルの使用経験とその有用性について

○吉田 祐司、市川 さおり、黒澤 靖大、虎谷 惇平、橋本 亮平、佐藤 綾華、豊島 将文  
石巻赤十字病院

【緒言】近年腹腔鏡下子宮全摘手術（以下TLH）の適応が拡大されるにつれてそれをサポートする新しい医療機器の開発も進んできている。今回我々は高度癒着を有するTLH症例に対してコヴィディエン社製の蛍光尿管カテーテル（以下NIRC<sup>TM</sup>）を使用する機会を得たのでその使用経験と有用性について報告する。

【症例】61歳、2妊2産、BMI32の子宮内膜肥厚、子宮粘膜下筋腫症例に対して、閉経後不正性器出血を繰り返すためにTLH+BSOの方針とした。内診上、子宮の可動性はあるものの肥満にて正確な判断ができず、尿管同定が困難であることが予想されたため、NIRC<sup>TM</sup>を術前に挿入してその有用性を確かめる方針とした。実際の手術時は想定以上に子宮背側の癒着が高度であり、尿管同定が非常に困難であった。Latzko膀胱側腔を通常通りに展開することはできなかったが内視鏡のIRモードを用いてNIRC<sup>TM</sup>を光らせることにより安全にパワーデバイスを使用しながら癒着剥離することができた。

【考察】NIRC<sup>TM</sup>はICGに類似した励起波長及び蛍光波長を有する傾向材料が採用されており、近赤外線カメラを搭載した内視鏡のIRモードを使用することによってその位置を正確に認識することが可能である。通常尿管周囲の高度癒着を認める症例においては尿管位置の把握が困難な場合が多いが術前に同カテーテルを予め挿入しておくことにより尿管位置を正確に把握しながら手術を遂行することが可能となる。

【結語】NIRC<sup>TM</sup>は腹腔鏡下手術時の尿管合併症の予防・軽減に有用である。

### 4. 子宮頸癌にて広汎子宮全摘術後Stewart-Treves症候群を発症した1例

○村川 真理弥<sup>1</sup>、田邊 康次郎<sup>2</sup>、遠藤 祐介<sup>2</sup>、村川 東<sup>1</sup>、後藤 恵<sup>2</sup>、萩原 達也<sup>2</sup>、  
重田 昌吾<sup>2</sup>、柏館 直子<sup>2</sup>、松浦 類<sup>2</sup>、石垣 展子<sup>2</sup>、武山 陽一<sup>2</sup>、新倉 仁<sup>2</sup>

<sup>1</sup>八戸市立市民病院、<sup>2</sup>国立病院機構仙台医療センター

【緒言】Stewart-Treves症候群（STS）は、慢性リンパ浮腫に続発する脈管肉腫で、乳癌術後や子宮癌術後に発症することが多い。発症後の生存期間は数か月から1年と極めて予後不良な疾患である。子宮頸癌に対し広汎子宮全摘術および術後放射線治療から18年目にSTSを発症した1例を経験した為報告する。

【症例】患者：72歳女性、既往歴：54歳子宮頸癌、61歳脊髄分離すべり症、65歳糖尿病  
経過：X年に子宮頸部腺癌で広汎子宮全摘術施行。骨盤リンパ節転移あり術後放射線化学療法を施行。X+6年、左骨盤リンパ節転移を認め局所照射施行。その後は左下肢蜂窩織炎を繰り返しつつ再発なく経過した。X+18年、浮腫が強い左大腿部前面に発赤が出現し、徐々に赤褐色、膨疹状となった。生検により、STSの診断となり放射線化学療法を施行。初回投与後は腫瘍の縮小を認めたが、2回目以降は増大し、汎血球減少のため2回目で化学療法を終了。STSの診断から2か月目に側腹部皮膚に転移を認め放射線照射し縮小したが、容態が急激に悪化し、診断から4か月後死亡した。

【考察】STS症例数が最も多い乳癌治療患者においては縮小手術の普及に伴い、STSの発症率は低下している。Leeらはリンパ浮腫に対し早急にリンパドレナージやリンパ管細静脈吻合（LVA）を行うことで、STS発症が抑えられると報告している。

【結語】リンパ浮腫が患者のQOL低下を招くだけでなく、予後不良であるSTS発症にも関連する。婦人科悪性腫瘍におけるリンパ浮腫予防や縮小手術の普及はSTSの発症を抑える為にも重要である。

## 5. 術前化学療法が著効した卵巣小細胞癌の1例

○伊藤 泰史、須藤 毅、清野 学、鈴木 百合子、太田 剛、永瀬 智

山形大学医学部附属病院

【緒言】 卵巣小細胞癌は卵巣癌の全組織型中0.1%と非常に稀な組織型であり、進行が早く予後不良である。術前化学療法としてイリノテカン・シスプラチン（CPT-P）療法が著効した卵巣小細胞癌の稀な症例を経験したので報告する。

【症例】 68歳女性、2妊2産。腹部膨満感を主訴に前医を受診した。腹水細胞診で悪性細胞を認め、CTで卵巣癌、腹膜播種が疑われたため当科へ紹介受診された。左卵巣に6cm大の充実性腫瘤、腹膜播種、肝転移、多量の腹水貯留を認めた。腫瘍マーカーはCEA 1.59 ng/ml、CA19-9 5.5 U/ml、CA125 144.0 U/ml、NSE 20.9 ng/ml、ProGRP 159.2 U/mlであった。試験開腹術を施行し、肺型の卵巣小細胞癌と診断した。術前化学療法としてCPT-P療法を3コース施行し、これが奏効したためインターバル腫瘍減量術を施行した。子宮と卵巣に肉眼的病変は認めず、直腸左側と鎌状間膜左側に粟粒大の播種結節を認めた。腹式単純子宮全摘術、両側付属器摘出術、大網切除術および直腸左側播種病変摘出術を施行し、手術完遂度はoptimal surgeryであった。術後補助療法としてCPT-P療法を3コース施行し、肝転移巣は消失した。治療開始から11か月で腹膜播種の増大、腹水貯留を認めた。再発としてCPT-P療法を4コース施行し、腹膜播種は縮小、腹水も消失した。現在はPARP阻害剤の維持療法を行っている。

【結語】 肺型の進行卵巣小細胞癌に対して、初回手術で残存腫瘍径1cm未満とすることが困難と考えられる症例には、術前化学療法としてCPT-P療法が有用である可能性が示された。

## 6. 脳転移で発見された子宮頸部未分化癌の一例

○横山 翔太、金森 勝裕、岡部 基成、齋藤 史子、軽部 彰宏

由利組合総合病院

【緒言】 2016年度の日本産科婦人科学会の婦人科腫瘍委員会の報告では、子宮頸癌のうち未分化癌の頻度は0.5%とされており、非常に稀な疾患である。

【症例】 33歳女性、経産婦。

【経過】 突然の左上肢麻痺及び失行を主訴に当院救急外来を受診された。頭部MRI検査で右頭頂葉腫瘍と診断され、当院脳神経外科に緊急入院となった。全身検索を目的としたCT検査で子宮頸部に6cm大の造影効果を有する腫瘤を認めたため、子宮頸癌の疑いにて当科に紹介された。腔鏡診では腔内に暗赤色帯下と、子宮頸部に脆弱かつ壊死様の腫瘤を認め、肉眼的に悪性腫瘍が疑われた。組織学的検査では、腫瘍細胞に明らかな角化傾向や腺腔形成は認めず、免疫染色の結果、未分化癌と診断した。CT検査で骨盤内リンパ節転移や肺転移を認め、子宮頸癌IVB期と診断した。

【治療】 脳転移に対し放射線治療を施行した後、化学療法（TC療法）を3コース施行したが、CT検査にて原発腫瘍の増大を認めた。その後、積極的治療は希望されず、診断から約半年で永眠された。

【結語】 本患者のように子宮頸部未分化癌は一般的に予後不良とされるが、文献では化学療法や手術療法が奏功した症例報告もある。多少の文献的な考察を加えて報告する。



## 7. 腹腔鏡手術にて対応した母体ショック状態を伴う子宮内外同時妊娠の新生児予後について

○経塚 標、神 季、藤森 実社、野村 真司、鈴木 大輔、野村 泰久

太田西ノ内病院

子宮内外同時妊娠の自然発症率は1/30000であり診断の遅れは母体に危機的状況をもたらす。今回我々は来院時母体ショック状態を伴う子宮内外同時妊娠を腹腔鏡にて対応した1例を経験した。症例は30歳、経産婦（1回帝王切開歴）、前医にて今回排卵誘発剤にて妊娠成立した。妊娠8週相当時、重度の嘔気とバイタルサイン異常により当院に救急搬送された。来院時母体の血圧は60mmHg以下、心拍数140beat/minであった。経膈超音波検査にて子宮内に心拍を伴う8週相当の胎児と腹腔内に多量のエコーフリースペースを認めたため、両側付属器の観察は困難であった。排卵誘発剤による妊娠成立のエピソードから子宮内外同時妊娠による卵管破裂を疑い腹腔鏡下手術を行った。腹腔鏡手術の結果右卵管破裂の診断となり、右卵管切除術を施行した。最終的に10単位ずつの濃厚赤血球、新鮮凍結血漿の輸血をおこない、術後4日目に子宮内胎児の心拍を確認し退院となった。重度ショック状態を呈した内外同時妊娠における治療法、新生児予後については英文報告が少ない。そのため今回文献的考察を含めて報告する。

## 8. 成熟奇形腫から発生した卵巢扁平上皮癌に対してTC+Bev療法で完全奏功が得られた1例

○堀川 翔太、深瀬 実加、鈴木 百合子、清野 学、太田 剛、永瀬 智

山形大学

【緒言】成熟嚢胞性奇形腫は悪性転化をきたしうるが、その頻度は1-2%と稀であり、多くが扁平上皮癌である。完全切除以外に有効な治療法は確立しておらず、予後不良な疾患である。若年の卵巢扁平上皮癌に対し、TC+Bev療法が奏功した症例を経験した。

【症例】30歳、未妊、未婚。右下腹部痛を主訴に前医を受診、右卵巢腫瘍が指摘され、当院紹介受診となった。内診では右卵巢腫瘍と子宮が一塊になって可動した。腫瘍マーカーはSCC 15.1ng/ml, CA125 52.1U/ml, CA19-9 469.6U/mlと上昇を認めた。MRIで10cm大の内部に脂肪と充実成分を含む多房性嚢胞性腫瘍を認め、奇形種の悪性転化が疑われた。PET-CTでダグラス窩播種、傍大動脈リンパ節転移が疑われた。妊娠性温存希望があり、初回手術として右付属器摘出術+右閉鎖リンパ節生検を行ったところ、成熟奇形腫の悪性転化と診断された。初回手術後3週で根治目的に単純子宮全摘+左付属器摘出+大網切除+後腹膜リンパ節郭清+播種巣切除+直腸低位前方切除+人工肛門造設術を施行した。手術完遂度はoptimal、術後診断は卵巢癌ⅢA1 (i) 期 (pT2bN1M0, Squamous cell carcinoma) であった。術後1ヶ月のCTで腹膜播種、右閉鎖リンパ節転移を認め、TC+Bev療法の方針となった。TC療法1コース後、TC+Bev療法を5コース施行し、完全奏効となった。その後Bev維持療法18コース施行し、術後3年で再発なく経過している。

【結語】成熟奇形腫から発生した卵巢扁平上皮癌では、TC+Bev療法が有効である可能性が示唆された。

## 9. ロボット支援下広汎子宮全摘術後に腔断端離開をきたし、腹腔鏡手術で修復した一例

○小玉 都萌、福原 理恵、海老名 杏奈、横田 恵、二神 真行、横山 良仁

弘前大学医学部附属病院

腔断端部離開は子宮全摘術後に起こりうる稀な合併症である。腹式や腔式子宮全摘術と比較して腹腔鏡やロボット支援下での子宮全摘術ではその発症頻度が高いとする報告も散見されるが、その原因や予防法について確立した見解はない。今回我々は、ロボット支援下広汎子宮全摘術後に性交渉を契機として腔断端部離開を発症した一例を経験したので文献的考察を加え報告する。

症例は39歳女性、4妊2産。子宮頸癌 I B1期の診断で、ロボット支援下広汎子宮全摘術を行った。腔壁切開はモノポーラーを使用し、腔断端部は単結節縫合で閉鎖した。両側卵巣は温存した。手術時間4時間51分、出血量100mLであった。術後の診察で異常はなく、術後3か月で性交渉を許可した。術後3か月と9日、術後初回の性交渉直後に急激な腹痛を自覚し、当院救急外来を受診した。腔鏡診で腔断端部の離開と同部位からの小腸の脱出を認め、緊急手術とした。腔断端部は完全に離開しており、腹腔鏡手術で修復を行った。脱出していた小腸は軽度発赤を認めたのみで、腹腔内へ還納した。腹腔内を十分に洗浄後、腔断端部を単結節縫合し、経腔的にも同部位を単結節縫合し、2層縫合とした。術後経過は良好で退院し、その後転居のため他院で経過観察されている。

子宮全摘術後の腔断端部離開は稀ではあるが、重篤な合併症である。ロボット支援下子宮全摘術後の発症頻度が比較的多いという報告もあり、今後ロボット支援下手術が更に普及していく中で、腔断端部離開の予防法や起こった場合の修復方法について、症例集積と検討が必要である。

## 10. 子宮体部扁平上皮癌の1例

○岡部 慈子<sup>1,2</sup>、福田 薫<sup>1</sup>、大原 美希<sup>1</sup>、矢澤 浩之<sup>1</sup>

<sup>1</sup>福島赤十字病院、<sup>2</sup>福島県立医科大学

【緒言】子宮体部原発の扁平上皮癌は極めて稀であり、進行癌での診断が多いとされている。今回我々は、子宮内膜細胞診を契機に、早期癌で診断し得た子宮体部扁平上皮癌の1例を経験したので報告する。

【症例】49歳女性、2経妊2経産、閉経44歳。ほてり、動悸を主訴に当科外来初診された。血液検査にて、甲状腺機能異常は認めず、E2 11.0 Pg/ml, FSH 79.54 mIU/mlと閉経パターンを示したことから、半年ほど漢方内服を行うも症状改善乏しいため、ホルモン補充療法（HRT）導入の方針とした。HRTに先立ち、スクリーニング目的に施行した子宮頸部細胞診はNILM, 子宮内膜細胞診は疑陽性であった。後日、子宮内膜組織診施行しSquamous cell carcinomaを認め、骨盤MRIにて子宮は萎縮様で明らかな内膜肥厚像や筋層浸潤像は認めず、CTではリンパ節腫脹や遠隔転移は指摘されなかった。また、再検した子宮頸部細胞診と子宮頸管細胞診はいずれもNILMであり、SCC 0.5 ng/mlと上昇は認めず、ハイリスクHPV-DNA検査は陰性であった。

以上より子宮体部扁平上皮癌 I A期と診断し、腹式単純子宮全摘術、両側付属器切除術、骨盤リンパ節郭清を施行した。経過良好にて術後9日目に退院された。摘出標本において、病理組織学的に子宮体部扁平上皮癌 I A期（pT1aN0M0）と診断した。リンパ節転移や脈管侵襲は認めなかったことから経過観察の方針とし、術後6か月经過したが再発所見なく経過している。

【考察】HRTの禁忌に現在の子宮内膜癌が挙げられていることから、スクリーニング目的の子宮内膜細胞診を行う必要がある。また、子宮内膜細胞診において扁平上皮系の異形細胞が検出された際には、本疾患も考慮する必要がある。

## 11. 高度肥満症例の術後創離開に対して局所陰圧閉鎖療法が奏功した1例

○竹ノ子 健一、二神 真行、海老名 杏奈、赤石 麻美、大澤 有姫、松村 由紀子、横山 良仁  
弘前大学医学部附属病院

【目的】肥満症例は術後創部感染・離開のリスクが高いことが知られている。今回、BMI 39の高度肥満症例の術後創離開・創部感染に対し、周期的自動注入機能を伴った局所陰圧閉鎖療法（NPWTi-d）が奏功した1例を経験したため報告する。

【症例】50歳、身長154.5cm、体重93.4kg（BMI 39.1）と高度肥満を認めた。画像上子宮体癌IA期疑いとして腹式単純子宮全摘術、両側付属器切除術を施行した。術後創離開予防のため、皮下組織を洗浄し皮下ドレーン留置の上、表皮は埋没縫合を施行した。術後5日目までは創部癒合良好であったため皮下ドレーンを抜去したが、その後創部感染・離開のため術後9日目に創部を開放した。抗生剤を併用しながら、術後9～15日目まで連日創洗浄およびデブリードマン施行し、生食ガーゼを創部に充填する処置を継続した。術後16日目よりNPWTi-dを開始し、創部の肉芽形成は非常に良好となった。その後も再感染の兆候は認めず、術後41日目で今後の加療継続のため近医へ転院となり、その後も経過は良好であった。

【結論】従来も難治性の創部に対し局所陰圧療法（VACドレナージ療法）は行われていたが、NPWTi-dは陰圧療法に加え周期的に自動で生食注入を行う治療である。創部の洗浄効果も認められるため、従来使用不可能であった感染創に対しても加療が可能となる。早期の肉芽形成が期待され今後の創離開に対して治療戦略のひとつになるとと思われる。

## 12. 術後1年で再発した小児の卵巣粘液性嚢胞腺腫の一例

○藤島 綾香<sup>1</sup>、和賀 正人<sup>1</sup>、尾野 夏紀<sup>2</sup>、冨樫 嘉津恵<sup>1</sup>、白澤 弘光<sup>1</sup>、佐藤 亘<sup>1</sup>、  
熊澤 由紀代<sup>1</sup>、寺田 幸弘<sup>1</sup>

<sup>1</sup>秋田大学、<sup>2</sup>秋田厚生医療センター

【はじめに】小児の卵巣腫瘍は、10-15歳に多くみられ、成熟嚢胞性奇形腫が最多である。一方、粘液性嚢胞腺腫は卵巣腫瘍の60-70%を占めるが、発生年齢は平均50歳であり、小児・思春期での発生は稀である。今回、術後1年で再発した小児の卵巣粘液性嚢胞腺腫の一例を経験したので報告する。

【症例】初経11歳。12歳時、半年前からの下腹部膨満感あり、近医を受診した。CT検査・MRI検査で30cm大の卵巣嚢腫が疑われ、当院紹介となった。腫瘍マーカーの上昇なし。腹腔鏡補助下右卵巣腫瘍核出術（体外法）を施行した。腫瘍内容は黄色透明の漿液性・粘液性、5575ml。腫瘍と卵巣皮質の薄い部分を十分に摘出した。病理組織診断は右卵巣粘液性嚢胞腺腫で、正常卵巣も含まれていた。術後、経過良好で、1年後の経過観察を予定していた。

術後1年1か月、腹痛を主訴に前医救急外来を受診。MRI検査で24cm大の腫瘤があり、右卵巣粘液性嚢胞腺腫の再発が疑われ、当科紹介受診した。術式に関し十分に相談し、単孔式で腹腔鏡下右付属器切除術を施行した。腫瘍内容液は粘液性で2950ml。病理組織診断は卵巣粘液性腺腫であった。術後経過は良好で術後3日目に退院した。

【考察】卵巣粘液性嚢胞腺腫核出後の再発は、付属器切除術と比較して腫瘍核出術で有意に高いことや、術中の腫瘍内容の漏出等が再発リスクであることが報告されている。

本症例では術後1年以内に再発をきたし、腫瘍の増大速度も速く、再再発のリスクが高いと考えられた。とくに若年者における卵巣粘液性嚢胞腺腫の治療方針を決定する際は、再発リスクと妊孕性温存等を総合的に考慮するべきであると考えられる。

### 13. 卵管間質部妊娠の3症例－腹腔鏡下手術と開腹手術－

○渡邊 佳織、若木 優、渡邊 健史、鈴木 りか

大原総合病院

【緒言】 卵管間質部妊娠は妊卵の着床部が狭小で破裂し易く、また破裂前に診断するのが困難な異所性妊娠である。腹腔鏡診断後開腹した2例、腹腔鏡手術完遂できた1例の卵管間質部妊娠3症例を経験した。腹腔鏡下で完遂するために必要な要因について検討した。

【症例】 症例1:39才4G1P妊娠5週、子宮内GSなし、血清hCG:11052、GSの位置より卵管間質部妊娠疑った。腹腔鏡で左卵管間質部妊娠確認、すでに破裂しており、開腹左卵管角切除施行。症例2:22才2G1P突然の意識消失で当院へ救急搬送、CT撮影で腹腔内出血が診断され、当科紹介。ショック状態、妊娠反応陽性、妊娠7週で子宮内GS認めず、緊急腹腔鏡とした。右卵管間質部妊娠ですでに破裂しており、腹腔内出血多量、開腹手術へ移行、右卵管角部切除術施行。症例3:22才2G0P近医で不妊治療後、妊娠6週で子宮辺縁にGSあり、子宮外妊娠疑いで当院紹介。当院エコーでも子宮卵管角部にGSあり、卵管間質部妊娠と診断、緊急腹腔鏡とした。未破裂であり、腹腔鏡下右卵管角部切除術施行した。

【考察】 症例1は腹腔鏡下診断後の開腹手術であったが、血圧正常で循環は保たれていたため、腹腔鏡で摘出できた可能性もある。症例2は血圧低下とDIC疑いで開腹移行した。症例3は術前診断し、未破裂であったため、腹腔鏡下で卵管角部の摘出可能であった。3症例とも妊娠5～7週発症で2症例はすでに破裂しており、間質部妊娠の破裂の早さが確認された。

【結語】 卵管間質部妊娠は破裂後の場合、腹腔鏡下に卵管角部摘出することが困難であり、腹腔鏡手術完遂するためには破裂前の診断が重要である。

### 14. 腹腔鏡下子宮全摘術において尿管照明用カテーテルを使用した一例

○若木 優<sup>1</sup>、渡邊 佳織<sup>1</sup>、渡邊 健史<sup>1</sup>、太田 邦明<sup>2</sup>、鈴木 りか<sup>1</sup>

<sup>1</sup>大原総合病院、<sup>2</sup>東邦大学

【緒言】 子宮全摘出手術における尿管損傷合併症の頻度は0.03～1.5%と報告されている。また、尿管と子宮動脈を分離する過程において、結合組織による出血および尿管の血流障害が懸念される。尿管照明用カテーテル (Infrared illumination system (IRIS)) は尿管内に留置するステントデバイスであり、近赤外光を用いることで尿管を透過照明・同定することが可能なシステムである。今回、腹腔鏡下子宮全摘術においてIRISを使用し有用であった一症例を経験したので報告する。

【症例】 46歳、子宮筋腫に対して腹腔鏡下子宮全摘術を予定した。全身麻酔後、泌尿器科医師に20cmの尿管カテーテルを挿入頂き、IRISを留置し固定した。IRISにより尿管の同定は容易であり、後腹膜腔を展開せずに子宮動脈を処理することが可能であった。閉腹後にIRISを抜去して手術終了した。術直後より術後3日目まで肉眼的血尿が持続、また頻尿を認めた。術後14日まで頻尿が持続し、尿検査にて細菌性膀胱炎と診断、抗生剤投与とされた。

【考察】 IRISは尿管を発光・可視化することにより手術時の尿管損傷のリスクを軽減し、また尿管周囲結合組織の不用意な剥離及び出血を軽減する上で有用なシステムである。泌尿器科医師よりステントの硬さによる挿入困難について指摘があった。また、術後の肉眼的血尿及び尿路感染症の発症に関しても留意すべきであり、症例を重ねて検討する必要がある。

## 15. 子宮頸部筋腫に対する腹腔鏡下子宮筋腫核出術中に子宮頸管内に穿破した2例

○中村 文洋、松尾 幸城、酒井 一嘉、中井 奈々子、高橋 杏子、深瀬 実加、松川 淳、  
仙道 可菜子、渡邊 憲和、山内 敬子、清野 学、堤 誠司、永瀬 智

山形大学

【緒言】 子宮頸部筋腫に対する筋腫核出術は子宮頸管内への穿破の可能性があるが、子宮頸管内に穿破した際の対応方法に一定の見解はない。今回、子宮頸部筋腫に対する腹腔鏡下子宮筋腫核出術（以下、LM）中に子宮頸管内に穿破したが、頸管の狭窄防止の目的にカテーテルを留置した症例を経験したので報告する。

【症例①】 30歳。未妊。過多月経を主訴に前医を受診した。経膈超音波検査とMRIで子宮頸部に108×92mmの子宮頸部筋腫を認め、筋腫核出希望があり当科紹介されLMを施行した。子宮頸部筋腫を核出時に子宮頸管内へ穿破した。子宮頸管から子宮内腔にカテーテルを挿入し、縫合した。カテーテルを覆うように子宮筋層を2層縫合した。術後、子宮頸管の閉鎖や狭窄を予防する目的にカテーテルを頸管に固定した。

【症例②】 35歳。未妊。前医で子宮頸部筋腫に対して開腹筋腫核出術を施行したが、同部位に筋腫の再発を認めた。採卵時に障害となるために筋腫核出術の方針となり、当科でLMを施行した。子宮頸部筋腫が頸管内に近接しており、筋腫核出時に頸管内に穿破した。子宮マニピュレーターを挿入し、子宮筋層を縫合したが難渋した。術後、子宮頸管の閉鎖や狭窄を予防する目的にカテーテルを頸管に固定した。両症例とも術後にヒステロファイバー検査を施行し、異常所見を認めなかった。

【結論】 子宮頸部筋腫に対するLM中に子宮頸管内に穿破した2例を経験した。今回のように、子宮頸管から子宮内腔にカテーテルを留置することで、子宮頸管穿孔の把握や、縫合時の目印となる可能性がある。また、術後に留置することで子宮頸管の閉鎖や狭窄を予防できる可能性がある。

## 16. 術前に診断が困難であった胃癌転移病巣を伴う卵巣腫瘍の一例

○古川 結香、高梨子 篤浩、飯澤 禎之、武市 和之

会津中央病院

【緒言】 転移性卵巣腫瘍は通常両側性で腫瘍が多結節状であることが多く、治療も予後も他の卵巣腫瘍とは全く異なるためその鑑別は重要である。今回術前に診断できなかった胃癌転移病巣を伴う卵巣腫瘍の一例を経験した。

【症例】 31歳、1妊1産。下腹痛を主訴に近医を受診し、10 cmの左卵巣腫瘍を指摘され当科へ紹介となった。初診時下腹痛以外の症状を認めず、経膈超音波検査では左付属器に10 cmの単房性腫瘍を認めた。腫瘍内部は均一点状エコーであり内膜症性嚢胞が疑われた。子宮、右付属器に明らかな異常を認めず、腹水も認めなかった。血液検査ではCA 125の軽度上昇を認める他、LD上昇や貧血等の明らかな異常を認めなかった。単純MRI検査でも左内膜症性嚢胞が疑われ、その他明らかな所見を認めなかった。左内膜症性嚢胞を疑い開腹手術を施行したところ、腫大した左卵巣腫瘍表面に無数の粟粒大の腫瘤を認めた。腹壁にも粟粒大の腫瘤が散見され、大網は肥厚していた。左付属器切除術、大網生検、腹膜生検、腹水採取を施行し、左内膜症性嚢胞、卵巣壁に低分化腺癌と印環細胞癌が混在した転移性腺癌、大網転移、腹膜播種の病理診断であった。消化器科に転科後、上部消化管内視鏡検査と組織生検を施行し、adenocarcinoma Group 5と診断された。

【考察】 超音波検査、血液検査、MRI検査から良性卵巣腫瘍が疑われ当科で治療を開始した。術前検査や問診等で胃癌が併存している可能性を予測できれば、より早期に治療を開始できたと考えられる。文献的考察を踏まえ報告する。

## 17. 腹腔鏡下子宮全摘出術後に生じた早期型ポートサイトヘルニアの1例

○佐藤 哲<sup>1</sup>、古川 茂宜<sup>1</sup>、岡部 慈子<sup>1</sup>、加茂 矩士<sup>1</sup>、植田 牧子<sup>1</sup>、遠藤 雄大<sup>1</sup>、小島 学<sup>2</sup>、  
添田 周<sup>1</sup>、渡辺 尚文<sup>1</sup>、金 彰午<sup>2</sup>、藤森 敬也<sup>1</sup>

<sup>1</sup>福島県立医科大学、<sup>2</sup>竹田総合病院

【緒言】ポートサイトヘルニア（PSH）は婦人科腹腔鏡手術で0.17%の頻度で生じ、術後2週間以内で生じる早期型と遅発型に分類される。腹腔鏡下子宮全摘出術（TLH）術後5日目に生じた早期型PSHを経験したため報告する。

【症例】62歳女性、2妊2産、閉経43歳。身長154cm、体重50kg、BMI 21。胃癌、乳癌術後でありタモキシフェン内服中。

【現病歴】子宮頸癌検診で子宮内膜の肥厚を指摘されX年10月に当院婦人科を初診。経膈超音波では子宮内膜18mmの肥厚を認め、子宮内膜細胞診は陰性、子宮内膜組織診でも明らかな悪性所見を認めなかった。骨盤造影MRI検査では子宮内膜の肥厚を認めたが筋層は保たれており、内膜は一部造影効果を伴い悪性所見を否定できなかった。内膜組織診後に不正出血が出現、内膜細胞診を再検するも陰性であった。子宮摘出による組織診断が必要と判断し、X+1年3月にTLH（臍、左下腹部12mmポート、右下腹部、正中5mmポートのダイヤモンドアプローチ）を実施。手術時間1時間38分、出血70ml。術後病理検査では全長7cm大の子宮内膜ポリープであり、悪性所見は認めなかった。術後5日目で自宅退院となったが、帰宅直後に急激な左下腹部痛を自覚したため当院救急外来を受診。造影CTで左下腹部のPSH、小腸嵌頓の診断であり消化器外科紹介。用手還納困難であり同日腹腔鏡下小腸部分切除を実施された。術後経過は良好で術後14日目で自宅退院となった。

【考察】PSH予防には確実な筋膜閉鎖が必要とされるが、肥満例や高齢者で創閉鎖が不十分になるケースが考えられる。早期型PSHの多くは外科的介入が必要となり、腹腔鏡手術後の消化器症状では常にPSHの発生を念頭に置き、早期診断に努めるべきである。

## 18. プラチナ感受性再発卵巣がんにおけるPARP阻害薬長期内服可能因子の検討

○城内 南奈子、利部 正裕、馬場 長、庄司 忠宏、永沢 崇幸、海道 善隆、苔米地 俊英、  
高取 恵里子

岩手医科大学附属病院

【目的】2018年4月にPARP阻害薬はプラチナ感受性再発卵巣がんの治療後の維持療法として保険適応されて以来、当院でも使用する症例が増えてきている。しかしながら、BRCA変異やHDR陽性以外でどのような因子がPARP阻害薬長期維持療法を可能にするか判然としない。今回我々は、当院でPARP阻害薬投与をおこなったプラチナ感受性再発卵巣がんを後視的に検討することによってあらたなPARP阻害薬長期内服可能因子を探索することを目的とした。

【方法】2018年4月から2021年3月の当院で治療を受けた卵巣がん患者のうち、PARP阻害薬（オラパリブ）投与を行ったプラチナ感受性再発卵巣がんの患者26症例から観察期間1年以上の17症例を抽出し、組織型、オラパリブ無増悪期間（PFS）、服用前レジメン数について解析を行った。

【成績】症例の病理組織型はserous carcinoma15例（88%）、Endometrioid carcinoma1例（6%）、clear cell carcinoma1例（6%）だった。服用前レジメン数が2以下の症例と3以上の症例を比較した レジメン数2以下の群とレジメン数3以上の群のオラパリブ服用期間中央値はそれぞれ483日、256日と200日以上の差が認め、統計学的に有意差を認めた（ $p=0.04$ ）。また、オラパリブ服用期間300日以下と300日以上の2群に分け前治療レジメン数を比較検討した結果、2群間で統計学的に有意差な差を認めた（ $p=0.029$ ）。レジメン数の中央値はそれぞれ3、2の結果となった。

【結果】PARP阻害薬維持療法開始前の前治療レジメン数が2以下の症例はPARP阻害薬での維持療法をより長期間行える可能性が示唆された。

## 19. 妊娠中の腔部細胞診の評価の難しさ ～妊娠中はNILMであったが、分娩後に浸潤癌と診断された一例～

○虎谷 惇平、吉田 祐司、佐藤 綾華、橋本 亮平、黒澤 靖大、市川 さおり、豊島 将文  
石巻赤十字病院

【諸言】 子宮頸癌の約3%は妊娠中に診断される一方で、妊娠中の細胞診でunder diagnosisとなり、浸潤癌の発見が遅れた症例も散見される。今回、妊娠前から異形成と診断されていたにもかかわらず、分娩後8ヶ月で浸潤癌と診断された症例を報告する。

【症例】 32歳 3妊1産(自然分娩1回、人工妊娠中絶1回)

【現病歴】 妊娠前より子宮頸部異形成をフォローされており、妊娠12週に当科紹介。初期検査での細胞診はNILMであったが、コルポスコピーにてW2病変を認め、組織診ではCIN1の診断となった。妊娠20週時の細胞診はNILM、妊娠37週5日で自然分娩に至り、産後にCINの経過観察を前医に依頼した。分娩2M後に腔円蓋部に易出血性の裂傷を認めたが経過観察の方針となっていた。分娩8M後に裂傷の増大を認め当科紹介となり、腔円蓋部とそれに連続する子宮腔部に壊死病変を認め、組織診断はSCCであり、画像検査等を追加して子宮頸癌ⅡA2期と診断した。分娩9M後に広汎子宮全摘術+両側卵管切除術+卵巣移動術を施行し、術後は同時化学放射線療法を施行した。経過観察中に右胸膜播種・癌性胸膜炎が出現し、追加治療としてTC療法4コースを施行するもPDであった。その後はBSCの方針となり、再発5M後に肺転移からの癌性リンパ管症のため永眠された。

【考察】 妊娠中の細胞診はSCJの位置変化に加え、出血の恐れがありunder diagnosisとなる可能性がある。妊娠前から子宮頸部異型性が明らかな場合、細胞診の結果以上の病変が潜んでいる可能性も考慮し、嚴重な対応が必要と考えられた。

## 20. 婦人科手術における蛍光尿管カテーテル使用の有用性と教育的意義

○平賀 裕章、渡邊 善、田中 恵子、藤峯 絢子、横山 絵美、久野 貴司、志賀 尚美、  
大澤 稔、立花 眞仁、八重樫 伸生

東北大学病院

【緒言】 当科で行ったアンケート調査によると、宮城県内の腹腔鏡下子宮全摘出術の合併症として最も多かったのは尿管損傷であり、その中でも膀胱子宮靭帯内の尿管損傷が最多であった。これまで当科では、婦人科医による尿管カテーテル挿入を行ってきた。今回さらなる安全性担保を目的に蛍光尿管カテーテルを導入したので、その有用性について実例を示して概説する。

【症例】 46歳。12年前に腹腔鏡下両側卵巣チョコレートのお胞核出術を施行し、不妊治療終了後、子宮内膜症の薬物治療を行っていた。子宮筋腫増大もあり、腹腔鏡下子宮全摘出術の方針となった。高度癒着が予想され、近赤外線照射下で蛍光する蛍光尿管カテーテルを当科で挿入した。術中、ダグラス窩完全閉鎖、両側付属器周囲全面癒着を認めた(r-ASRM分類120点)。強固な癒着や引きつれによる解剖の偏位、線維化による剥離困難を認めた。近赤外線を照射すると、尿管周囲に厚めの組織がある状態でもカテーテルの蛍光が確認でき、未処理の膀胱子宮靭帯内の尿管の走行も確認できた。尿管損傷の危惧なく手術を終了した。

【考察】 症例は高度癒着症例であったが、前出のアンケートでは尿管損傷症例は必ずしも難症例ではなく、専攻医執刀症例が多かったことが判明しており、尿管走行の理解不足が一因となっている可能性が示唆されていた。蛍光尿管カテーテルを使用した場合、良性疾患の手術では通常剥離しない膀胱子宮靭帯内などの尿管も視認できることから、教育的なメリットも大きい。コストや挿入の手間といった難点もあるが、尿管損傷時の患者の損失は極めて大きいことを考慮に入れ、施設毎の検討が勧められる。

## 21. CT検査で偶発的に発見されたバルトリン腺癌の一例

○藤島 綾香、設楽 明宏、大山 則昭、佐藤 宏和

秋田赤十字病院

【はじめに】バルトリン腺癌は外陰癌の2-7%、女性性器悪性腫瘍の0.1%と非常にまれな疾患である。扁平上皮癌が最も多く、好発年齢は40-70歳と報告されている。今回、CT検査で偶発的に発見されたバルトリン腺癌の一例を経験したので報告する。

【症例】83歳、2妊2産、50歳閉経。発熱、頻尿で当院救急外来を受診した際に施行されたCT検査で25mm大のバルトリン腺腫瘍を指摘され、当科紹介受診した。バルトリン腺に2-3cm大の充実性腫瘤を認め、穿刺吸引細胞診：class V（扁平上皮癌）であった。局所麻酔下に腫瘤の生検を施行したところ、扁平上皮癌の診断となった。内科で不明熱の精査加療中であることや、年齢、ステロイド内服中であること等を考慮し、放射線療法の方針とした。計64Gy照射し、バルトリン腺腫瘍は指摘できなくなった。治療後8か月再発なく経過している。

【考察】バルトリン腺癌は臨床的に嚢胞や膿瘍として、診断や治療が遅れることがあると指摘されている。バルトリン腺周囲に充実性腫瘤を認める場合には悪性の可能性を考慮し、細胞診や組織診を行うことが重要である。

## 22. 再発と病巣摘出術を繰り返しながら四半世紀の生存を得ている成人型卵巣顆粒膜細胞腫の1例

○五十嵐 なつみ、菅原 多恵、牧野 健一、佐藤 敏治、清水 大、佐藤 直樹、寺田 幸弘

秋田大学

【緒言】成人型顆粒膜細胞腫は性索間質性腫瘍に分類され、卵巣悪性腫瘍全体の2.7%を占めるとされている。腹腔内再発を繰り返し、7度の病巣摘出術を受けながら長期生存している成人型卵巣顆粒膜細胞腫の1例を報告する。

【症例】症例は現在70歳、0妊0産。子宮筋腫に対して26歳時に膈上部切断術を施行されているが詳細は不明である。44歳時に卵巣腫瘍の診断で右付属器摘出術を受け、莢膜細胞腫と診断された。45歳時にイレウス解除術を施行された際、腹膜上に多数の播種様病変が認められ、摘出病巣と過去標本の病理検証から成人型卵巣顆粒膜細胞腫及びその再発と診断が修正された。以降は腹腔内再発と治療を繰り返しており、化学療法には徐々に抵抗性を示し、再発病巣の摘出術は計6回を数えた。直近の手術療法は69歳時であり、病巣の完全摘出を得るために肝及び小腸の部分切除が施行された。最終手術から9か月時点において再発を認めていない。

【考察】成人型卵巣顆粒膜細胞腫の治療方針は卵巣癌に準じた進行期決定開腹術が基本とされている。術後補助化学療法の意義は証明されていないが、再発高リスク症例や残存腫瘍を有する症例では化学療法が推奨されている。初回治療から10年以上経過してからの晩期再発も報告されている。再発症例に対する治療についてのエビデンスは少ないが、再発腫瘍が切除可能な場合は手術治療が予後を改善する可能性があると考えられている。本症例は、再発を繰り返しながらも、都度の再発病巣摘出と化学療法により初回手術から25年を超える長期生存とQOLの保持が得られている。性索間質性腫瘍とその難治例を集積した新規治療法の開発が望まれる。



## 23. 高度肥満のため腹壁再建術を併施した子宮体癌の一例

○奥井 陽介<sup>1</sup>、小島原 敬信<sup>1</sup>、國井 勝俊<sup>2</sup>、飯澤 早貴<sup>3</sup>、手塚 尚広<sup>1</sup>

<sup>1</sup>公立置賜総合病院、<sup>2</sup>山形市立病院済生館、<sup>3</sup>山形大学医学部附属病院

子宮体癌患者は肥満を合併していることが多く、綿密な術前評価および他科との連携が必要なことが多い。また、術中の視野確保が困難なことなどから手術が難渋することがある。今回我々は、高度肥満のため腹壁再建術を併施した子宮体癌の一例を経験したので報告する。症例は44歳未産婦。急性心不全のため循環器内科入院中であった。月経不順の訴えがあり、精査加療目的に当科紹介となった。初診時の身長は160 cm、体重は152 kg、BMI が59.3と高度の肥満を認めた。子宮内膜が肥厚し、子宮内膜組織診で類内膜癌Grade 1であった。骨盤部造影MRI所見から筋層浸潤は1/2未満であると推定されたが、右卵巣が多房性に腫大していた。PET-CTでは浸潤や転移を疑う所見はなかった。手術適応と考えたが高度肥満のため減量後に手術の方針とした。循環器内科入院中および自宅療養中に食事・運動療法を行うことで体重は116kgまで減少した。しかし腹部の余剰皮膚や脂肪のために視野の確保困難が予想され、形成外科と合同手術を予定した。手術は最初に腹部の余剰皮膚・脂肪を切除し、その後腹式単純子宮全摘出術、両側付属器摘出術を施行した。閉創時は縫合不全および死腔の形成予防のため皮下ドレーンを留置した。術後は深部静脈血栓症予防のため抗凝固療法を行った。術後合併症は認めず、術後16日に退院した。最終診断は子宮体癌IA期で組織型は類内膜癌 Grade 1であり、再発低リスク群として術後補助療法は行わずに経過観察とした。現在まで再発を認めていない。余剰皮膚および脂肪を切除することは、高度肥満患者の手術を安全に遂行するための有効な手段と考えられた。

## 24. 妊娠前BMIを考慮した妊娠中の体重増加が胎盤重量Z値に与える影響についての解析

○神 季、経塚 標、藤森 実社、野村 真司、鈴木 大輔、野村 泰久

太田西ノ内病院

【目的】近年DOHaDが注目され、胎盤重量の低下は児の長期予後に影響を与えるという報告が散見されている。胎盤重量は母体栄養状態による影響をうけ、その評価には妊娠前BMIと妊娠中体重増加を考慮する必要がある。そこで今回妊娠中の体重増加が胎盤重量に与える影響について妊娠前BMIを考慮し解析した。

【方法】当院データから除外基準を設定し3610単胎分娩妊婦を解析対象とした。妊娠前BMIより妊婦を5群に分類した (G1:  $\leq 18.5$  n=479, G2:  $18.5$  to  $\leq 20.0$  n=692, G3:  $20.0$  to  $\leq 23.0$  n=1292, G4:  $23.0$  to  $\leq 25.0$  n=435, G5  $\geq 25.0$  n=711)。体重増加については本邦におけるEvidenceに基づき、不十分、適切、過度に分類した。胎盤重量は、日本人における分娩週数を考慮した胎盤成長曲線より、LMS式を用いて全妊婦のZ値を計算した。解析は、BMI毎に層別化した母体年齢、喫煙等を考慮した多変量重回帰分析を用いた。解析にあたって適切な体重増加を参照値とした。

【結果】G1群では過度な体重増加は胎盤重量Z値を増加させた(B:0.50,  $P \leq 0.05$ )。G2群では胎盤重量Z値は体重増加に影響を与えなかった。G3,G4群では不十分な体重増加はZ値を減少させ (B:-0.19,  $p \leq 0.05$  and B:-0.21,  $p \leq 0.05$ ) ,過度な体重増加は胎盤重量Z値を増加させた (B:0.19,  $\leq$  and B:0.18,  $p \leq 0.05$ )。G5群は体重の変化による有意な胎盤重量Z値に影響を与えなかった。これらの結果は妊娠高血圧症候群や妊娠糖尿病等の合併症により修正されなかった。

【結論】妊娠中の体重増加は胎盤重量に影響を与えたが、適切な胎盤重量値を目的とする場合は妊娠前のBMIを考慮する必要がある。今回の結果は、より個別化されたプレコンセプションケアの一助となる。

## 25. 昨年度当院で経験した産科危機的出血の二例

○田口 朋子<sup>1</sup>、横山 美奈子<sup>1</sup>、大石 舞香<sup>1</sup>、伊東 麻美<sup>1</sup>、田中 幹二<sup>2</sup>、横山 良仁<sup>1</sup>

<sup>1</sup>弘前大学大学院医学研究科 産科婦人科講座、<sup>2</sup>弘前大学医学部附属病院周産母子センター

【緒言】産科危機的出血による母体死亡は減少しつつあるが、今尚母体死亡の主因であり早期に適切な対応を要する。昨年度の当院の症例の中から適切な連携、対応で救命し得た2症例を報告する。

【症例1】36歳、6妊2産。地域周産期センターより、経膈分娩後で子宮収縮促進剤に反応しない収縮不良と非凝固性の持続出血ありと当院へ相談電話あり。子宮型羊水塞栓症を疑いFib製剤3g投与後の当院搬送を指示（Fib 値30 mg/dL）。当院到着直後も準備していたFib製剤を3g追加投与（Fib 測定感度以下）し、大体の子宮収縮と止血が得られた。その後の採血でもFib 107mg/dLであり、さらに3gを追加投与した（トータル9g）。RBC、FFP、PCも適宜輸血し、その後状態は急速に改善し7日目に退院となった。

【症例2】35歳、1妊0産。近医クリニックにて分娩進行停止を適応とした鉗子分娩後、膈壁より2L超の出血あり、SI>2.0となった。当院搬送要請も搬送には少なくとも1時間かかるため当院搬送では救命困難と判断し、近医総合病院での応急処置後の搬送を指示。同院でロールガーゼ挿入、輸血施行し当院搬送。ガーゼ抜去したところ膈壁より多量の動脈性出血あり再びSI>2.0となった。縫合では到底止血不可能と判断し再度ガーゼ挿入しポンピング輸血しつつIVRにて止血し救命し得た。その後は経過良好で18日目に退院となった。

【考察】産科危機的出血に対しFib製剤投与は極めて有効であった。また母体が危険な状態で高次施設への搬送まで時間を要する場合、応急処置可能な病院での処置後の搬送も考慮すべきである。

## 26. 僻地医療圏における超緊急帝王切開 (Grade A Caesarean Section) の導入について

○山口 峻史<sup>1</sup>、西本 光男<sup>1</sup>、小針 諄也<sup>1</sup>、藤峯 拓哉<sup>2</sup>

<sup>1</sup>気仙沼市立病院 産婦人科、<sup>2</sup>気仙沼市立病院 麻酔科

【目的】当院は宮城県地域周産期母子医療センターに指定されているが、分娩件数年間約360件に対し常勤する産婦人科医3名（うち指導医1名）、麻酔科医1名、小児科医1名、助産師11名とマンパワー不足が深刻な地域である。さらに3次医療施設までの搬送には約3時間を要する僻地でもある。都市部と比較し様々な制限があるため母体の安全性及び新生児搬送を極力避けることを目的に超緊急帝王切開（Grade A caesarean section：以下Grade A CS）のシステムを2019年より導入した。これまでの経験を振り返るとともに今後の課題について検討した。

【方法】Grade A CSの決定から児娩出までの時間（Decision to Delivery Interval: 以下DDI）は日本産婦人科学会からの提唱に沿い30分以内を目標とした。これまでのGrade A CSでのDDI、周産期合併症および児転帰について後方視的に検討した。

【結果】Grade A CSの件数は9件、全例Grade A宣言時に胎児徐脈が持続している症例であった。宣言から手術室入室まで平均5.1分、DDIは平均23.1分であった。臍帯動脈血pHは平均7.29であり、児は全例NICU併設施設への搬送とはならず良好な転帰であった。また1000ml以上の出血や創部感染等の手術合併症は全例に認めなかった。

【考察】Grade A CSのDDIは平日日勤と比較して夜間休日で長くなる傾向があった。原因として産婦人科医、麻酔科医、手術室看護師が夜間休日は院外待機という病院システムなどが挙げられた。しかし施設限界がある中でもDDIは確実に短縮されておりシミュレーションの定期開催、麻酔科・救急部との連携強化、医療安全部の協力などが非常に重要と考えられた。未だ課題は山積しているが、更なるDDI短縮に努めたい。

## 27. 子宮腺筋症核出術後のART妊娠において癒着胎盤を合併した早産の一例

○藤森 実杜、経塚 標、神 季、野村 真司、鈴木 大輔、野村 泰久

太田西ノ内病院

癒着胎盤は産科危機的出血を引き起こす可能性のある産科合併症である。

前置胎盤の合併がない場合、癒着胎盤の予測は困難となり、癒着胎盤が予測されるときよりも母体のリスクが上昇することが考えられる。今回、子宮腺筋症の女性への生殖補助医療（ART）後に妊娠し前期破水にて緊急帝王切開時に癒着胎盤を認めた1例を経験したため報告する。

症例は37歳、初産婦、他院で不妊治療のため子宮腺筋症に対し腹式での子宮腺筋症核出術を受け、その後ARTで妊娠した。以降当院紹介となり、妊娠29週でめ切迫早産の診断で入院した。30週時に撮影したMRIでは胎盤は子宮後壁の左卵管角に位置し、子宮創部と離れていたものの胎盤と子宮壁との境界が不明瞭な部位を認めた。妊娠34週に前期破水のため緊急帝王切開を行った。

腹腔内では小腸、直腸、S状結腸、両側付属器は子宮周囲に癒着し、一塊となっている様子であった。児の娩出後に用手的胎盤剥離を行った際に多量に出血し、癒着胎盤であることを認めた。術中出血量は2,000mlであり赤血球輸血を要した。術後5日目母体は異常経過なく退院となった。

子宮腺筋症核出術は不妊治療の一環として行われる場合があるが、子宮破裂や本症例のような癒着胎盤のリスクとなる場合があるがART自体も癒着胎盤のリスクとなるとされる。また子宮腺筋症自体も早産のリスクとなるため、子宮筋腫核出術やART妊娠など複数のリスクを持つ症例に対して前置胎盤の存在が明らかでない場合でも癒着胎盤を念頭に置くことが重要である。(この症例は英文誌Fukushima Journal of Medical Scienceに掲載予定です)

## 28. 妊娠14週で腹腔内出血をきたした穿通胎盤および完全子宮破裂の1例

○武士 ゆい、渡邊 憲和、中村 文洋、伊藤 泰史、伊藤 友理、深瀬 実加、仙道 可菜子、松尾 幸城、堤 誠司、永瀬 智

山形大学医学部附属病院

【緒言】母児ともに重篤な状態に至る子宮破裂は比較的稀な疾患であり、妊娠中期に発症した報告は少ない。我々は、妊娠14週で腹痛・悪心を訴え、穿通胎盤および完全子宮破裂と診断した1例を経験したので報告する。

【症例】39歳、4妊1産。既往として、2年前に妊娠31週で臨床的絨毛膜羊膜炎および母体敗血症性ショックのため緊急帝王切開術を行っていた。今回は自然妊娠し、近医で妊婦健診を開始した。妊娠14週3日、突然の悪心と肩、腰、腹部の強い痛みが出現したため同院を受診した。超音波検査でダグラス窩に液体貯留を認め、Hb 8.0 g/dlの貧血を認めたため、同日当院へ紹介となった。当院受診時は意識清明、血圧101/52 mmHg、心拍数 110 /分であった。腹部は軟で圧痛や反跳痛を認めなかった。超音波検査では胎児心拍はあり羊水量も正常範囲内であったが、子宮周囲から上腹部に及ぶ液体貯留と前置胎盤を認めた。またHb 7.4 g/dlと貧血の進行を認めた。疼痛のため臥位になれずCTを撮影できなかったが、腹腔内出血を疑って開腹手術を施行した。開腹すると多量の腹腔内出血を認め、帝王切開痕部に新鮮出血と絨毛組織の露出が認められた。術中超音波検査では同部位に胎盤が付着しており、穿通胎盤および完全子宮破裂と診断した。妊娠継続及び子宮の温存は困難と判断し、妊娠子宮摘出術とRBC 4単位の輸血を行った。術後経過は良好で術後5日に退院した。

【考察】子宮手術既往妊婦における子宮破裂の発症頻度は0.3%とされているが、その多くは20週以降に生じる。子宮手術既往のある妊婦で妊娠中期の腹腔内出血を生じた場合、稀ではあるが穿通胎盤や子宮破裂を鑑別に挙げる必要がある。

## 29. 除痛に難渋した妊娠中の腹痛に短期的な硬膜外麻酔が著効した一例

○立花 由花、竹原 功、木村 和彦

米沢市立病院

【緒言】妊娠中に安全に使用できる鎮痛薬は少ないため、妊娠中の除痛方法に難渋することは少なくない。今回我々は、様々な加療をおこなったが除痛不十分だった症例に対し硬膜外麻酔を短期間に留置したところ、疼痛が著明に改善し妊娠を継続することができたので報告する。

【症例】34歳1妊0産。両側子宮内膜症性嚢胞核出術後の既往があり、妊娠前に右子宮内膜症性嚢胞が再発していた。体外受精胚移植治療で妊娠成立し、妊娠初期の経過に特に異常はなかった。妊娠24週に転倒を契機とした腹痛で受診した。子宮、胎児、胎盤には異常なく、MRI検査で右内膜症性嚢胞の漏出の所見を認めた。保存的加療の方針とし、抗菌薬と塩酸リトドリンを投与した。炎症所見は速やかに改善したが疼痛が改善せず、新たに超音波で原因不明の右水腎症を認めたため、右尿管ステントを留置した。水腎症は速やかに改善したが、客観的所見に見合わないほど強い疼痛が持続し、アセトアミノフェンを頻回使用しても十分に除痛できなかった。そこで麻酔科と協議し、短期的な硬膜外麻酔留置による除痛を図った。硬膜外麻酔は著効し、漸減・終了しても症状は再燃しなかった。その後はアセトアミノフェン頓服のみで疼痛制御は良好であり、特記すべき問題なく妊娠継続中である。

【結語】本症例は、複数要因による頻回な侵害受容性刺激が痛覚伝導路に過疎的变化を生じ、知覚異常・過敏状態 (nociceptive pain) となり除痛が困難になったと考えられた。硬膜外麻酔はこうした除痛困難な疼痛の閾値のリセットに有用であり、妊娠中においても難治性の疼痛に対する選択肢として期待できるのではないかと考えられた。

## 30. 心タンポナーデで発症し原発性肺癌と診断した妊婦の1例

○伊藤 友理、渡邊 憲和、出井 麗、深瀬 実加、仙道 可菜子、山内 敬子、堤 誠司、永瀬 智

山形大学医学部附属病院

【緒言】妊娠中に診断される悪性腫瘍は1,000～1,500妊娠に1例であり、肺癌はそのうちの2%以下と稀である。今回、心タンポナーデを生じた肺癌合併妊娠の1例を経験した。

【症例】34歳、6妊3産。妊娠15週1日に咳嗽を主訴に前医を受診した。対症療法で症状は改善せず、妊娠15週3日に顔色不良も認められたため、前医に入院した。入院後に頻脈と起座呼吸が出現したため、心不全を疑われて当院へ救急搬送となった。胸部X線で心拡大と肺うっ血像を認め、母体心臓超音波検査で深さ50mmの心嚢液貯留を認めた。心タンポナーデのため心嚢穿刺を施行し、心嚢液は引けなかったが、翌日に心嚢液が胸腔へ排出され、心タンポナーデが解除された。胸腔穿刺を施行したところ、胸水から腺癌が検出され、免疫染色で原発性肺癌が疑われた。CTで左肺癌疑い、多発脳転移、リンパ節転移を認め、気管支鏡下組織生検の結果は肺腺癌であった。肺癌IVB期と診断され、全脳照射および分子標的薬を含めた化学療法の方針となった。本人とご家族に病状を説明したところ、妊娠中絶後の治療を希望され、妊娠18週5日に人工妊娠中絶に至った。児および胎盤に明らかな異常所見を認めなかった。母体は呼吸器内科において化学療法が開始され、現在も外来通院治療中である。

【考察】正常妊婦でも妊娠中期には15-20%で母体心嚢水が指摘されると報告されているが、症状を伴う心タンポナーデとなることは稀である。妊娠中の心タンポナーデの原因として、悪性腫瘍の鑑別が必要である。

## 31. 当院における周産期トータルサポートの取り組みについて

○張 賀晃、尾崎 浩士、重藤 龍比古、松倉 大輔、千葉 仁美、黒瀧 紗希

青森県立中央病院

当院は青森県内の周産期母子医療センターとして機能しており、身体的、精神的、社会的ハイリスク妊婦を多く扱っている。2017年度より周産期トータルサポートチームを発足し、精神的、社会的ハイリスク妊婦について院内・院外の周産期を担う多職種で隔月にカンファレンスを行ってきた。分娩前と産褥期にうつや不安の状態についてフローチャートを作り、スクリーニングが陽性となった妊婦・褥婦について心理士や精神科の介入を図っている。スクリーニングは分娩前にPHQ-2とGAD-2を、産褥期にPHQ-9を使用している。

今回、2017年9月から2020年11月までの期間に当院で妊娠中から管理し、上記全ての質問票について聴取できた1435例を対象に、1ヶ月健診時のPHQ-9陽性をそれ以前のスクリーニングで予見できるかを検証した。結果は、妊娠中のPHQ-2やGAD-2スコア、及び産褥退院時のPHQ-9は感度44%と低いものの特異度92%と高く、的中精度も78%であった。またロジスティック回帰分析でも産褥退院時のPHQ-9陽性が1ヶ月健診時のPHQ-9陽性に一番の関連を示した。

今後はさらにスクリーニングを続け検討するとともに、ハイリスクの褥婦を対象に分娩後2週間健診を始める予定である。また、状況によりボンディングスコアやDVスコア、産褥退院時の不安についてのスコアチェック、また夫やパートナーへのスクリーニングについても検討中である。

## 32. 下腸間膜動脈塞栓術で止血を得た腔壁血腫の一例

○和賀 正人<sup>1</sup>、三浦 広志<sup>1</sup>、高須賀 緑<sup>1</sup>、藤嶋 明子<sup>1</sup>、小野寺 洋平<sup>1</sup>、亀山 沙恵子<sup>1</sup>、  
猪股 映見佳<sup>2</sup>、戸沢 智樹<sup>2</sup>、寺田 幸弘<sup>1</sup>

<sup>1</sup>秋田大学 産婦人科、<sup>2</sup>秋田大学 放射線科

【緒言】産褥血腫は分娩300～1500件に1件の割合で発生し、時に重症化して集学的治療が必要になる産褥期合併症である。今回我々は、産褥腔壁血腫に対して下腎動脈を塞栓後も出血が収束せず、下腸間膜動脈の分枝を塞栓することで止血を得られた症例を経験したので報告する。

【症例】31歳の初産婦。前医にて妊娠37週6日で自然経膈分娩となった。分娩1時間後、右正中側切開縫合部から動脈性出血を認め、再縫合された。分娩4時間後、肛門圧迫感があり腔壁の母体左側まで達する腔壁血腫を認めたため、当院へ救急搬送された。Shock Index 1.2まで上昇あり、輸血が開始された。造影CTで腔背側に動脈性出血を伴う7cm大の血腫を認めた。右下腎動脈造影で血管外漏出を認め、動脈塞栓術が施行された。処置終了後も出血は収束せず、施行した造影CTで血腫の増大と動脈性出血を認めた。再度血管造影を施行し、下腸間膜動脈末梢から血管外漏出を認めた。同部を塞栓し、止血された。当院での総出血量は3735g、総輸血量は照射赤血球液 14単位、新鮮凍結血漿 14単位、照射濃厚血小板 10単位であった。産褥3日目に前医へ転院となった。

【考察】産褥血腫に対する動脈塞栓術は、外科的治療の代替や外科的治療で止血困難な場合に選択される。産褥血腫や腔壁血腫による出血の責任血管は内腸骨領域のことが多く、下腸間膜動脈塞栓術に関する報告は少ない。本症例のように、産褥血腫に対して腸骨動脈領域の動脈塞栓後にも持続的な出血がある場合や出血源が不明な場合、下腸間膜動脈などからの出血を念頭に置き、大動脈造影を検討すべきである。

### 33. 妊娠高血圧症候群に伴う子癇発作を発症し、くも膜下出血を合併した1例

○吉田 光法、荒瀬 春紫、門野 彩花、佐々木 史子、深川 智之、村上 一行、三浦 史晴、  
葛西 真由美

岩手県立中央病院

【はじめに】妊産婦の痙攣では子癇と他疾患の鑑別を要する。特に問題となるのが妊娠関連脳卒中であり、母児共に様々な合併症を発症しうる。今回妊娠高血圧症候群に伴う子癇発作を発症した未妊健妊婦にくも膜下出血 (SAH) を合併した一症例を経験したので報告する。

【症例】19歳、未婚未産婦。全身の強直性痙攣を主訴に救急搬送。来院時血圧177/104mmHg。腹部膨満を認め、経腹超音波施行したところ妊娠33週相当の胎児を認めた。鑑別診断のために頭部CTを施行。左シルビウス裂から円蓋部にかけて、薄いSAHと周囲の脳浮腫を認めた。頭部CTAでは動脈瘤や動静脈奇形は認めなかった。妊娠高血圧症候群、子癇発作、これらに続発したSAHの診断で同日緊急帝王切開となった。児 1900g、Apgar score:2/5点、pH:7.291。術後のMRIから可逆性後頭葉白質脳症 (PRES) と可逆性脳血管攣縮症候群 (RCVS) の合併が疑われた。降圧管理にて頭蓋内病変の増悪や痙攣の再発がないのを確認し、術後22日目に自宅退院となった。

【考察】妊産婦の痙攣発症の原因として子癇発作を第一に考えるが、脳卒中等の鑑別も重要になる。本邦の妊娠関連脳卒中は10万分娩に10.2例発症と推測され極めてまれであるが、母体死亡率は9~38%と高率である。PRESやRCVSは子癇に関連して発症する場合があるが、いずれも可逆性の疾患であり、降圧管理で経過観察となる。胎児被曝のリスクもあるが緊急時は速やかに頭部CT等で精査する必要がある。本症例はSAHを認めたが、原因が動脈瘤の破裂でないことを確認、速やかに緊急帝王切開を施行した。

【結語】妊産婦の痙攣に対して子癇と脳卒中の両者を鑑別、再優先すべき治療を判断することが重要である。

### 34. 肝梗塞を発症したSLE合併妊娠

○丸山 真弓、山口 理紗子、福長 健史、小幡 美由紀、中原 健次、阿部 祐也

山形県立中央病院

【症例】28歳、1妊0産。22歳で全身性エリテマトーデス (SLE) と診断され、免疫抑制薬で治療していた。妊娠初期にループスアンチコアグラント (LAC) 陽性だったが、原病のコントロールは良好であった。妊娠21週1日の妊婦健診の際に推定体重218 g (-2.8SD) と胎児発育不全を認め、妊娠22週5日で当院へ母体搬送された。搬送時点の児の推定体重は251 g (-4.1SD) で、羊水はほぼなかった。血液検査でAPTT延長を認めた。妊娠23週3日から間欠的な上腹部痛と肝機能障害が出現したが、一旦は改善した。妊娠24週0日から手指の腫脹・疼痛とD-dimer上昇を認め、微小血栓形成疑いで抗凝固療法を開始した。徐々に上腹部痛、肝機能障害に加えて発熱、炎症反応上昇、血小板減少が認められるようになった。溶血所見はなく、感染症を疑い抗菌薬治療を行った。妊娠24週6日に上腹部痛、肝機能障害、血小板減少の急激な増悪を認め、全身麻酔下に緊急帝王切開術を施行した。児は292 gの男児で、Apgar scoreは1分値1点、5分値3点だった。術翌日の血液検査で肝機能が悪化したため造影CTを施行したところ、多発肝梗塞を認めた。抗凝固療法で肝機能は改善した。経過途中で当院の血液検査でもLAC陽性であることが判明し、抗リン脂質抗体症候群に伴う胎児発育不全および肝梗塞と診断された。

【結語】SLEを始めとする自己免疫疾患は抗リン脂質抗体症候群を合併しやすい。原病のコントロールが良好であっても、抗リン脂質抗体の陽性既往やAPTT延長などの所見がある場合は、抗リン脂質抗体症候群の合併を念頭においた管理が必要である。

## 35. 総排泄腔修復術後妊娠の1例

○福田 冬馬<sup>1</sup>、神保 正利<sup>2</sup>、渡邊 健史<sup>1</sup>、三浦 秀樹<sup>1</sup>、加茂 矩士<sup>1</sup>、菅野 重矢<sup>1</sup>、安田 俊<sup>1</sup>、山口 明子<sup>1</sup>、藤森 敬也<sup>1</sup>

<sup>1</sup>福島県立医科大学 産科婦人科学講座、<sup>2</sup>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

小児医療の発展に伴って、総排泄腔修復術後の妊娠症例は増加が予想される。総排泄腔ではミューラー管奇形を含む、複雑な直腸・尿路の先天性異常を有しており、早産率の上昇や経腔分娩時の直腸損傷の可能性が報告されているが、まだ症例数が少ない。さらに妊娠期には、新生児期の診療録が参照できないことが多く、総排泄腔の程度や修復術の方法と、妊娠合併症の関連は明らかでない。今回、総排泄腔修復術後の分娩症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。31歳、1妊0産。出生後に中間位の総排泄腔と診断され、生後1年10ヶ月でPena's法による総排泄腔修復術が行われた。子宮は膈中隔を有する双頸双角子宮であり、同時に膈中隔切除術が行われた。今回は左側子宮に自然妊娠が成立した。妊娠32週に切迫早産として入院管理となり、tocolysisが実施された。MRIを撮影したが、明らかに腹腔内癒着や癒着胎盤を示唆する所見は認めなかった。分娩時の直腸損傷を懸念し、妊娠37週に予定帝王切開で分娩した。臍が下方に変位しているため、臍上部正中切開で手術を行った。腹腔内には帝王切開の障害となるような腹腔内癒着は認めなかった。子宮は双頸双角子宮であった。術後経過は良好であり、合併症なく退院した。これまで、先天性疾患を有する女性は、妊娠期にフォローアップが終了となっていることが多く、時間的な問題から診療録が保存されていないことが多かった。今後は小児期の診療科から、成人期のフォローアップを行う科への情報提供が重要である。また、症例を蓄積し、総排泄腔の程度や修復術の方法と産科合併症の関連を明らかにしていく必要がある。

## 36. 産後の持続する発熱を機に診断に至った進行胃癌の1例

○佐藤 貴紀<sup>1,2</sup>、川村 花恵<sup>1</sup>、畑山 伸弥<sup>1</sup>、羽場 巖<sup>1</sup>、寺田 幸<sup>1</sup>、岩動 ちず子<sup>1</sup>、小山 理恵<sup>1</sup>、馬場 長<sup>1</sup>

<sup>1</sup>岩手医科大学、<sup>2</sup>岩手県立大船渡病院

【緒言】妊娠中もしくは産後1年の間に診断される胃癌は0.026～0.1%と非常に稀である。さらに嘔気や上腹部不快感等は妊婦の生理的現象としてもみられる症状のため、早期診断が困難であり、発見時には既に進行癌で予後不良なことが多い。今回、産後に発熱が持続し、腹部超音波検査で多発肝腫瘍を認めたことを機に進行胃癌の診断に至った症例を経験したため報告する。

【症例】39歳1妊0産、二絨毛膜二羊膜双胎、切迫早産のため妊娠31週5日に当院へ搬送された。32週1日より発熱を認めインフルエンザA陽性のため治療を行い翌日には解熱した。32週5日に前期破水のため、緊急帝王切開術を施行した。術後経過は良好であり産後6日目に退院したが、その翌日より発熱が続き、産後10日目にインフルエンザAが再度陽性となったため治療を開始した。しかし、1週間解熱しないため産後18日目に腹部超音波検査を施行したところ多発肝腫瘍を認めた。同日施行した造影CTで胃壁肥厚、多発リンパ節腫大、多発肝腫瘍を認めたことから、上部消化管内視鏡検査を依頼し、4型進行胃癌の診断に至った。

【考察】本症例では当院搬送後に発熱や肝酵素・CKの軽度上昇を認めてはいたものの、双胎妊娠かつ切迫早産に対する薬剤治療、インフルエンザ罹患等が重なり、入院中に胃癌を鑑別することはより困難であった。しかし、退院後の非典型的な経過から精査を行い、診断に至ることができた。早期診断のためには、長引く消化器症状や発熱、血液検査異常値の原因検索として、詳細な問診、系統的な全身診察、画像検査等が重要であり、疑わしい場合には積極的に上部消化管内視鏡検査を行う必要がある。

### 37. 妊娠中に胎児脳室内出血を発症した潰瘍性大腸炎合併妊娠の1例

○小木田 勇人、川村 花恵、寺田 幸、羽場 巖、畑山 伸弥、岩動 ちず子、小山 理恵、  
馬場 長

岩手医科大学

【症例】31歳、初産。潰瘍性大腸炎の既往があり当院外科に通院、21歳の時に大腸全摘術、回腸-肛門吻合を行っていた。今回、Timing療法にて妊娠成立し、以後当科にて妊娠経過を診ていた。妊娠16週頃より下痢と腹痛を認めていたが、食思不振は認めていなかった。妊娠21週5日、前日より腹痛が増強し、便が硬くて出にくいとのことで当科受診。前日までは食事は摂れていたが、当日の朝食は少量のみであった。イレウスの診断で入院し、絶食、補液による管理を開始した。炎症反応の上昇も認めていたため、セファゾリンの投与も開始した。入院翌日にはサンプルチューブや経肛門的に挿入されたデニスチューブで減圧を開始した。絶食、補液にてイレウスの改善見られず、食事も摂れていない状態が持続していたため、妊娠23週3日にCVポート留置し、翌日から中心静脈栄養を開始した。妊娠24週0日には人工肛門造設術を施行。術中所見で腸穿孔とその周囲の膿瘍形成、腸の強固な癒着を認めた。妊娠25週4日のエコーにて胎児側脳室拡大と胎児貧血が疑われ、同日行ったMRIにて胎児の脳室内出血の所見を認めた。同日の検査でPIVKA IIの異常高値を認めた。妊娠25週5日、CTGにて胎児一過性徐脈、サイナソイザルパターンを認め、胎児機能不全の診断で緊急帝王切開術を施行した。児の出生体重は866g、NICU入院後のエコーにて脳室内出血と著明な脳室拡大を認めた。採血ではHb4.0g/dl、PIVKA IIの異常高値を認めた。

【結語】潰瘍性大腸炎再燃によるイレウスに対して絶食管理を行い、胎児脳室内出血を発症した症例を経験した。出血の原因は母体のビタミンK欠乏による影響が考えられた。妊娠中の絶食管理のリスクや管理法について考察する。

### 38. 帝王切開癒痕部妊娠に対する当院での取り組み

○三浦 秀樹、安田 俊、渡邊 健史、福田 冬馬、加茂 矩士、菅野 亜矢、山口 明子、  
添田 周、藤森 敬也

福島県立医科大学

帝王切開癒痕部妊娠（Cesarean Scar Pregnancy：CSP）は異所性妊娠の一つとされている。その発症頻度は既往帝切後妊娠の0.2%、帝王切開既往異所性妊娠の4%と比較的稀な疾患である。しかし、昨今の帝王切開件数の増加に伴い、その報告は増加傾向にある。治療法は薬物治療や手術療法、子宮動脈塞栓術（Uterine Artery Embolization：UAE）、またはそれらを組み合わせたものなど多岐にわたるが、いまだに確立された治療法は存在しない。

【症例】35歳。8妊4産（既往帝王切開 3回）

【臨床経過】妊娠6週相当で頸管妊娠疑いのため近医より当科紹介となった。超音波検査にて子宮下部の筋層菲薄部に胎嚢の陥入を認めCSPの診断となった。妊娠8週にはhCG 393709 mIU/mLの上昇、胎嚢周囲の血流を豊富に認め、胎児心拍も認めた。出血のリスクを考慮しMethotrexate（MTX）の動脈注射、UAEを先行し、子宮内容除去術（Dilation and Curettage：D&C）を施行した。術後hCGの低下傾向を認めたため、一度退院となった。術後29日（hCG 3915 mIU/mL）に再出血を来し、MTX全身投与を行なった。

【考察】妊孕性温存を希望する患者にとって、子宮摘出のリスクは極力避けなければならない。子宮摘出の原因として最も多いものが出血であり、出血コントロールすることが重要となってくる。当院ではCSPに対してMTXの動脈注射およびUAEを先行してD&Cを施行することで、施術時の出血の軽減を図ってきた。ただし塞栓再開後の出血には留意が必要である。またUAE後の妊孕性への影響に考慮が必要とする文献もある。症例ごとの治療選択が重要であり、治療後の綿密な経過観察が必要である。



## 39. 当院における切迫早産管理の再検討の必要性

○菊池 琴佳、城内 南奈子、小木田 勇人、土屋 繁一郎、川村 花恵、寺田 幸、羽場 巖、  
畑山 伸弥、岩動 ちず子、小山 理恵、馬場 長

岩手医科大学附属病院

【目的】本邦の早産出生率は5.7%と横ばいであり、当院における早産出生率も同様の結果である。この度、切迫早産の管理法について後方視的に分析し横ばいから減少に向かうために何をすべきか検討した。

【方法】対象は当院に入院した切迫早産の妊婦。妊婦の年齢、入院時週数、頸管粘液エラストラーゼ・フィブロネクチン定性、ウリナスタチン腔内投与日数、妊娠継続日数と分娩時週数等のデータを診療録から抽出し解析した。更にウリナスタチン腔内投与群と非投与群とを比較検討した。統計はIndependent Sample T-test、Nonparametric test、回帰分析を行った。統計ソフトはSPSS19を用い、 $p < 0.05$ を有意とした。

【成績】全対象者は50例であり平均年齢は32.6歳、平均入院時週数は $27.6 \pm 4.1$ 、平均子宮頸管長は $15.1 \pm 11.4$ mmであった。投与群は29例、非投与は21例であり各々の入院から分娩までの妊娠継続日数と分娩時週数は $39.0 \pm 33.4$ と $30.1 \pm 27.0$  ( $p=0.36$ )、 $34.0 \pm 5.0$ と $30.6 \pm 6.0$ であった ( $p=0.06$ )。出生児体重は投与群で $1879.4 \pm 911.2$ g、非投与群では $1922.7 \pm 973.0$ g ( $p=0.54$ )。Apgar score1分値は投与群で $5.9 \pm 2.4$ 、非投与群では $4.7 \pm 2.4$ であった ( $p=0.33$ )。5分値は投与群で $7.6 \pm 1.7$ 、非投与群では $6.3 \pm 3.1$ であった ( $p=0.18$ )。頸管粘液エラストラーゼは妊娠継続とは関連性がなかった ( $p=0.26$ ) が、フィブロネクチン陽性の切迫早産と妊娠継続日数との関連が見られた ( $p=0.005$ )。

【結論】本報告では、切迫早産の妊娠継続にウリナスタチン腔内投与群が必ずしも寄与していないと判明した。フィブロネクチン陽性例に対する治療と切迫早産の管理法を見直し早産出生率の減少を目標としていきたい。

## 40. Diamond ring signを用いた分娩予定日決定法とその意義について

○佐藤 秀平

医療法人エルム女性クリニック

【目的】妊娠初期のDiamond ring sign (DRS) と近似所見により予定日を決定した症例で分娩時期を検討した。

【方法】2018年1月から3年間に当院で分娩となった単胎720例のうち、里帰り、合併症、予定帝切を施行した症例を除き、当院で初期の経膈超音波にてDRSとrice grain sign (RGS)を確認できた530例を対象とした。検者は1名、GE社製Voluson P8およびIC9-RS経膈プローブを用い、胎嚢が画面の半分以上になるまで拡大、胎嚢、卵黄嚢、胎芽長径を計測した。人工授精と体外受精症例で先行的に得られたデータより、胎芽の長径1.0mmを5週5日、1.5mmを5週6日、2.0mmを6週0日、2.5mmを6週1日、3.0mmを6週2日とした。また胎芽がrice grain様の形態の場合、RGSで4mmを6週3日、5mmを6週4日とした。合併症がない症例では、妊娠40週台は外来で経過、妊娠41週0日以降は入院の上USGおよびNSTで胎児well-being確認した。対象例では頸管開大術、陣痛誘発（破水も含み）を行った症例は無し。入院後は同意を得た症例で自然の陣痛発来を待機した。分娩時期（週日）を検討した。なお分娩進行中に緊急帝切になった例も含めた。

【結果】DRSとRGSを用いた分娩予定日で、自然陣発で分娩に至った時期は予定日にピークがあり、36週台1名、37週台28名、38週台128名、39週台184名、40週台144名、41週台42名、42週0日3名であった。99%の症例で41週4日までに自然に陣痛が発来し分娩に至っていた。

【考察】分娩予定日の正確な評価は、予定日超過、FGR、選択的帝切の時期などの多くの症例での方針決定に非常に重要な根拠となる。合併症が無い症例では正確な予定日で決められた場合は、満期で自然に陣痛が開始しうることが判明した。予定日決定における現状の問題点も含め考察したい。

## 41. 院内肺炎により人工早産を要した1例

○菅野 美沙、福田 冬馬、渡邊 健史、三浦 秀樹、加茂 矩士、菅野 亜矢、安田 俊、  
山口 明子、藤森 敬也

福島県立医科大学

【緒言】 *Acinetobacter* は健常者に対しては病原性が少ないが、免疫不全者に対しては重篤な感染症を発症しうる。院内肺炎は高齢者や人工呼吸器管理中の患者でリスクが高いが、基礎疾患のない患者の発症は稀である。

【症例】 47歳、2妊1産。前児は前置胎盤のため33週で帝王切開分娩している。今回は単胎自然妊娠が成立した。妊娠12週に妊娠糖尿病と診断され、インスリンアスパルト計18単位の自己注射でコントロールは良好であった。妊娠28週0日に切迫早産のため、入院管理となった。妊娠31週1日に38.5℃の発熱を認め、感染症が疑われたが感染巣が特定できず、PIPC/TAZ 13.5mg/日が投与された。妊娠31週4日には、血液培養からグラム陰性桿菌が検出され、抗生剤無効の敗血症の診断で、当科へ搬送された。搬送中にSpO<sub>2</sub>が悪化し、到着時にはリザーバマスク10L投与下でPaO<sub>2</sub> 83.8mmHgであった。造影CTで右肺に広汎な浸潤影を認め、肺炎による敗血症と考えられた。胎児心拍数陣痛図で繰り返す一過性胎児徐脈が出現しており、緊急帝王切開術を実施した。1788gの男児を娩出し、Apgar scoreは5/7 (1分/5分)、臍帯動脈血pHは7.247であった。術後はMEPM 3g/日とAZM 500mg/日を併用し、術翌日に抜管した。術後3日目に検出菌が*Acinetobacter lwoffii*であることが判明し、多剤耐性は認められずPIPC/TAZにも感受性を有していた。抗生剤治療は7日間で終了し、退院した。

【結語】 基礎疾患がなくとも、妊娠や、妊娠糖尿病などによる免疫低下が寄与して、院内肺炎を発症する可能性がある。妊娠中の肺炎は重篤化しやすく、肺炎の改善に妊娠の中断が必要である場合もある。

## 42. 高位鎖肛に合併した膀胱直腸瘻の一例

○加茂 矩士、安田 俊、渡邊 健史、三浦 秀樹、福田 冬馬、菅野 亜矢、平岩 幹、  
山口 明子、藤森 敬也

福島県立医科大学

【緒言】 直腸肛門奇形(鎖肛)は3000~5000出生に1例程度とされている。出生早期に手術が必要であり、合併異常も多いが出生前診断は難しい疾患である。今回高位鎖肛に合併した膀胱直腸瘻の症例を経験したので報告する。

【症例】 症例は18歳、未経産。既往歴に特記事項なし。自然妊娠後、近医で妊婦健診施行されていた。母体合併症は認められなかったが、妊娠25週に経腹超音波検査にて胎児の腸管拡張を指摘された。前医に紹介され同様の所見であったため妊娠33週で当院に紹介された。当院で施行された経腹超音波検査では肛門側優位で結腸の拡張を認めた。その他明らかな異常所見は認められなかった。またMRI画像では水成分で嚢胞様に拡張した結腸が認められ、膀胱直腸瘻が疑われた。在胎37週に正常経陰分娩で出生。2164gの男児、Apgar score 8点/9点 (1分値/5分値)であった。臍帯動脈血ガスは pH 7.319、pCO<sub>2</sub> 45.4、pO<sub>2</sub> 16.3、BE -3.30であった。胎盤は332g、臍帯付着部は側方であった。その他異常所見は認めなかった。母体は経過異常なく産褥5日目に退院した。児は出生時に外瘻孔のない鎖肛を認めた。高位鎖肛の診断で同日に人工肛門増設術を施行された。日齢15日に排尿時膀胱尿路造影施行され排尿時の尿管描出はなく、膀胱と結腸が描出され膀胱直腸瘻の診断となり、現在外来フォローされている。

【結語】 今回、高位鎖肛に合併した膀胱直腸瘻の男児の症例を経験した。画像検査を振り返り、診断のプロセスや鑑別すべき疾患など再考し、また文献的考察を加えて報告する。

## 43. コロナ禍での東北地方の産婦人科専攻医の交流を目指した取り組み

○田村 良介<sup>1</sup>、小野寺 洋平<sup>2</sup>、尾上 洋樹<sup>3</sup>、松川 淳<sup>4</sup>、田中 恵子<sup>5</sup>、加茂 矩士<sup>6</sup>、馬場 長<sup>3</sup>

<sup>1</sup>大館市立総合病院、<sup>2</sup>秋田大学医学部附属病院、<sup>3</sup>岩手医科大学附属病院、<sup>4</sup>山形大学医学部附属病院、<sup>5</sup>東北大学病院、<sup>6</sup>福島県立医科大学附属病院

【緒言】東北地方では、その地理的状况から、産婦人科専攻医は他県の専攻医との交流機会が少ない。加えて2020年は新型コロナウイルス感染拡大に伴い、産婦人科領域の学術集会はその多くが現地開催を中止しweb開催に移行したため、県を越えた専攻医同士の交流の機会は例年より少なかったものと考えられる。その中で、我々が行ったオンラインでの専攻医の交流を目指した取り組みについて報告する。

【方法】各県（各大学の産婦人科学講座）より世話人を1人ずつ選定し、その世話人が各々の地域の専攻医に宣伝する形で参加希望者を募集した。オンラインでの専攻医交流会は2020年11月18日にオンライン会議システムZoomを用いて行った。参加専攻医は当日に各々の勤務施設や自宅のPC、スマートフォンからZoomにアクセスした。Zoomのブレイクアウトセッション機能を用いて参加専攻医を小グループに分け、産婦人科に関連するテーマに沿った自由討論を行った。

【結果】オンライン専攻医交流会には計21人の専攻医が参加した。内訳は青森県3人、秋田県4人、岩手県7人、山形県2人、宮城県3人、福島県2人であった。小グループでの自由討論は各グループ4～5人程度に分割して行った。特に大きな通信トラブル等なく討論を行うことが可能であった。開催後に参加者に対して事後アンケートを行った。参加満足度について5段階評価を問う設問では、50%が5（満足）、50%が4（概ね満足）と回答していた。

【考察・結語】コロナ禍での東北地方の産婦人科専攻医の交流を目指して、オンライン専攻医交流会を行った。オンラインの活用はwithコロナにおいて地域を越えた専攻医の交流に有効と考えられた。

## 44. 子宮頸部円錐切除術後に頸管狭窄を起こした2例

○濱田 衣美子<sup>1</sup>、松本 大樹<sup>2</sup>、高橋 靖乃<sup>2</sup>、高橋 新<sup>2</sup>、宮野 菊子<sup>2</sup>、櫻田 尚子<sup>3</sup>、我妻 理重<sup>2</sup>

<sup>1</sup>仙台赤十字病院、<sup>2</sup>大崎市民病院、<sup>3</sup>八戸市民病院

【緒言】子宮頸部円錐切除術の術後合併症として頸管狭窄があり、その頻度は3-37%と報告されている。今回我々は、円錐切除術後に頸管狭窄を来した2例を経験したので報告する。

【症例1】35歳、2妊2産。28歳時に近医産婦人科で第2子経膈分娩。産後4ヶ月に子宮頸部微小浸潤癌に対して円錐切除術施行。術後病理診断にて、子宮頸癌 I a1期。その後月経量少量となり、下腹部痛が出現するも改善なく、当科紹介受診。腔鏡診にて子宮口はピンホール状で、経膈超音波検査にて36mm大の子宮留血腫を認め、頸管狭窄による子宮留血腫の診断となった。頸管拡張を試みるも再狭窄を繰り返し、根治術として子宮全摘を希望され、腹式単純子宮全摘術施行。術後経過良好にて術後7日目に退院。

【症例2】31歳、4妊4産。26歳時に当院で第4子を経膈分娩。産後2ヶ月にCIN3に対して円錐切除術施行。術後病理診断にて、残存病変を認めなかった。その後より月経時の下腹部痛増悪を認めていた。術後5年に近医産婦人科での検診にて、両側卵巣腫瘍およびCA125、CA19-9の上昇を認め、精査目的に当科紹介受診。腔鏡診にて子宮口はピンホール状で、経膈超音波検査にて37mm大の子宮留血腫および20mm大の両側内膜症性嚢胞を認めた。子宮内膜症よりも、頸管狭窄による子宮留血腫のための月経困難症と診断し、頸管拡張を試みるも、頸管同定できず、ドレナージ術のみとなった。根治術としての子宮全摘を希望されたため、腹式単純子宮全摘術および両側卵管切除術施行。術後経過良好にて術後7日目に退院。

【結論】産褥期の円錐切除術は、術後頸管狭窄のハイリスクと考えられるため、手術時期決定は慎重に行い、術後は注意深い経過観察が必要である。

## 45. 当院で子宮鏡手術をした帝王切開瘢痕症候群の不妊症3例

○西澤 圭織<sup>1</sup>、田邊 康次郎<sup>1</sup>、阿部 州雄<sup>2</sup>、遠藤 祐介<sup>1</sup>、後藤 恵<sup>1</sup>、佐藤 壮樹<sup>1</sup>、萩原 達也<sup>1</sup>、  
重田 昌吾<sup>1</sup>、松浦 類<sup>1</sup>、柏館 直子<sup>1</sup>、石垣 展子<sup>1</sup>、武山 陽一<sup>1</sup>、新倉 仁<sup>1</sup>

<sup>1</sup>仙台医療センター、<sup>2</sup>あべウイメンズクリニック

【症例1】29歳、G1P1 (CS、適応CPD)。第一子を自然妊娠しCS。産後1年半の不妊で近医受診、不妊スクリーニング検査では異常を認めず。診察にてCS創部の菲薄化 (2.6mm)、創部下に血液貯留を認め、帝王切開瘢痕症候群 (CSS) と診断した。子宮鏡下で菲薄化創部を焼灼、外子宮口縁を削った。術後1か月目の診察で創部貯留像は消失、瘢痕部厚は6-7mmだった。術後2か月目にはAIHで妊娠、妊娠38週でCSにより健児を得た。

【症例2】36歳、G1P1 (CS、適応：NRFS)。第一子は自然妊娠しCS。産後2年経過するも妊娠せず。診察にてCS創部の菲薄化 (3.5mm)、創部下の血液貯留を認めた。子宮鏡手術施行し、術後2日目の診察で陥凹性瘢痕は消失し、瘢痕部厚は7mmだった。術後1か月の診察で異常なければ妊娠を許可する予定である。

【症例3】24歳、G1P1 (CS、適応：CPD)。第一子を自然妊娠しCS。産後1年半の不妊で治療を希望、CS創部の著明な菲薄化 (1.5mm)、創部下に血液貯留を認めた。子宮鏡手術にて月経後の不正出血は軽減した。しかし、瘢痕部の所見は不変であり、術後瘢痕部の貯留液体を吸引し妊娠。妊娠37週でCSにより健児を得た。

【考察】CSSに対する子宮鏡手術の適応基準はコンセンサスが得られていない。瘢痕部厚 $\geq 2.5$ mmを推奨する報告が多い。症例2,3はいずれも瘢痕部厚 $\geq 2.5$ mmで子宮鏡術後に陥凹性瘢痕は形成され、瘢痕部厚は1.5mmだった症例1では術前後で瘢痕の形状は不変だった。3症例の経験から子宮鏡手術適応基準として瘢痕部厚 $\geq 2.5$ mmは妥当であると考えられた。

## 46. 子宮筋腫に対する子宮動脈塞栓術12例の検討

○佐藤 壮樹、田邊 康次郎、遠藤 祐介、後藤 恵、西澤 圭織、萩原 達也、重田 昌吾、  
柏館 直子、松浦 類、石垣 展子、武山 陽一、新倉 仁

独立行政法人国立病院機構仙台医療センター

子宮筋腫の治療法には薬物療法や外科的切除などがあるが、根治を希望するケースや子宮温存を希望するケース、全身麻酔・手術の回避を希望するケース、耐術能が不良なケースなど、多様なニーズに対応するため新しい治療法の確立が期待されている。子宮筋腫に対する子宮動脈塞栓術 (Uterine Artery Embolization : UAE) は2014年に保険適用となった新しい低侵襲治療である。当院で経験した12例について、過多月経・腫瘍感の症状の改善具合と筋腫体積の変化を後方視的に検討し、その有効性を評価した。

過多月経は12例中11例で訴えがあったが、術後1年で8例で症状の改善を認めた。受診自己中断などで経過不明の2例を除くと、89.0%で改善した。また腫瘍感は6例で訴えがあり、5例で改善を認めた。経過不明の1例を除き、100%で改善した。筋腫体積は術後1年で平均52.8%に縮小し、Ukybassovaらなど、先行文献による40-60%との報告と一致した。術後体積が70%以上だった縮小効果の小さい筋腫は89.2%と181.4%の2例であり、これらはいずれも頸部筋腫だった。181.4%と増大傾向を示した1例は、術後も造影効果が残存した唯一の筋腫であった。Kimらは頸部筋腫は血流が乏しく、栄養血管は細いため術中に同定できたのは53%のみで、術後80%で造影効果が残存したと報告している。今回の検討で、UAEの症状改善効果と筋腫体積縮小効果は高いが、頸部筋腫では乏しい可能性が示唆された。また術後の筋腫の造影効果の残存の有無は、治療効果の予測指標として活用できる可能性が示唆されたため報告する。

## 47. 単一胚盤胞移植後の2絨毛膜2羊膜双胎において隔膜破綻した1症例

○中村 文洋、松川 淳、酒井 一嘉、中井 奈々子、高橋 杏子、松尾 幸城、永瀬 智  
山形大学

【緒言】単一胚移植後の双胎妊娠のほとんどが1絨毛膜双胎であり、2絨毛膜2羊膜双胎（以下DD双胎）となる頻度は0.3%と報告されている。今回我々は、単一胚盤胞移植後にDD双胎となり、妊娠8週で隔膜破綻した症例を経験したので報告する。

【症例】37歳、G0。9か月の不妊を主訴に当科を初診した。検査の結果機能性不妊であったため人工授精を5回行ったが妊娠せず、体外受精の方針となった。GnRH agonist long法で卵巣刺激を行い10個採卵した。媒精し3個受精した。産卵後5日に胚盤胞を2個凍結した。ホルモン補充周期での融解胚移植を予定し、黄体補充開始から5日後に単一胚盤胞移植を行った。胚齢から3週6日に妊娠判定を行い、血中hCG値は152.7 mIU/mlであった。5週6日に経膈超音波で子宮内に胎嚢を2つ認めそれぞれに卵黄嚢と胎児心拍を認めDD双胎の診断に至った。7週4日の経膈超音波で胎嚢の大きさに差を認めたが、胎芽の大きさに差を認めなかった。8週6日の経膈超音波で胎嚢間の隔膜が破綻したような所見を認め、7週で大きく見えた方の胎嚢内に2つの胎芽を認めた。移動した方の胎芽の臍帯は、もともと入っていた方の胎嚢に付着していた。現在、妊娠15週であるが経過に問題なく妊娠継続している。

【結論】双胎における隔膜破綻の報告は散見されるが、その多くが1絨毛膜2羊膜双胎である。DD双胎における中隔破綻の報告は2例のみであり、いずれも妊娠第二三半期以降の報告であり、いずれも生児を得ている。今回のように膜性診断を行う妊娠初期にDD双胎の隔膜が破綻し、あたかも1絨毛膜双胎のように見えたという報告はない。大変貴重な症例であり、今後の経過を注視したい。

## 48. 当院における多嚢胞性卵巣症候群に対する腹腔鏡下卵巣開孔術の治療成績についての後方視的検討

○土屋 繁一郎、尾上 洋樹、門野 彩花、黒川 千絵、馬場 長  
岩手医科大学附属病院

【目的】多嚢胞性卵巣症候群（polycystic ovarian syndrome 以下PCOS）は排卵障害を高頻度に認め、不妊の原因となる。PCOSによる排卵障害に対してはまずはクロミフェン療法やゴナドトロピン療法などを行うが、薬物療法に抵抗性を示す場合は外科的治療として腹腔鏡下卵巣開孔術（Laparoscopic ovarian drilling 以下LOD）を選択する事がある。今回我々は当院のLOD施行症例について、自然排卵率、妊娠率、妊娠までの期間などの転帰を後方視的に検討したので報告する。

【方法】2014年から2019年に当院でLODを施行した薬剤抵抗性PCOS症例18例を対象とした。尚当院におけるLODはフック型モノポーラを用いて卵巣表面に直角に当て切開モードで卵巣のサイズに応じ片側30～50カ所ずつ穿刺し、適宜生理食塩水で冷却しながら行った。

【成績】患者の平均年齢は $30.3 \pm 4.3$ 歳（23-38歳）、平均BMIは23.6(18.4-37.2)であった。LOD後15例（83.3%）で自然周期での排卵を認めた。自然周期で排卵を認めなかった3例もクロミフェン周期で全例排卵を認めた。妊娠については17例（94%）で成立した。11例（61%）が一般不妊治療（タイミング法、人工授精）妊娠、6例（33%）が体外受精妊娠であった。妊娠例について、妊娠に至るまでの期間は平均277日であり、一般不妊治療に限ると平均129日であった。

【考察】薬剤抵抗性PCOS症例に対する不妊治療として、LODは有用な治療法の一つであると考えられた。

MEMO

---

## 協賛企業・団体一覧

---

### スポンサードセミナー

---

教育講演Ⅰ：中外製薬株式会社

教育セミナーⅠ：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

教育セミナーⅡ：バイエル薬品株式会社

教育セミナーⅢ：GeneTech株式会社

教育セミナーⅣ：アストラゼネカ株式会社

スポンサードセミナー：富士製薬工業株式会社

### 広 告

---

あすか製薬株式会社

江崎グリコ株式会社

サンセイ医機株式会社

ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

ゼリア新薬工業株式会社

持田製薬株式会社

(五十音順)

### 寄 附

---

東北医薬品協議会