

第69回

北日本産科婦人科学会 総会・学術講演会

| 会期 |
2022

10.15(土) 16(日)

ハイブリッド開催(当日開催+ライブ配信)

| オンデマンド会期 |

10.18(火) 31(月)

| 会場 |

アイーナ

(いわて県民情報交流センター)

〒020-0045 岩手県盛岡市盛岡駅西通1-7-1

| 会長 |

馬場 長

岩手医科大学医学部
産婦人科学講座 教授

プログラム・抄録集

手を伸ばそう!

<http://kitanihon69.umin.jp>

事務局

岩手医科大学医学部産婦人科学講座
〒028-3695 岩手県紫波郡矢巾町医大通二丁目1番1号

運営事務局

有限会社ヤマダプランニング

〒020-0857 岩手県盛岡市北飯岡1丁目5-5
E-mail: kitanihon69@yamada-planning.co.jp

TEL 019-635-6011

FAX 019-635-6033

第69回 北日本産科婦人科学会 総会・学術講演会

プログラム・抄録集

会期

2022年10月15日**土**・16日**日**

ハイブリッド開催（当日会場＋ライブ配信）

2022年10月18日**火**～31日**月**

オンデマンド配信

会場

アイーナ（いわて県民情報交流センター）

会長

馬場 長（岩手医科大学医学部 産婦人科学講座 教授）

■事務局■

岩手医科大学医学部 産婦人科学講座

〒028-3695 岩手県紫波郡矢巾町医大通二丁目1番1号

ご挨拶



第 69 回北日本産科婦人科学会 総会・学術講演会

会長 **馬場 長** (岩手医科大学医学部 産婦人科学講座 教授)

北日本産科婦人科学会の皆さま、こんにちは。

岩手医科大学産婦人科の馬場 長 (ばば つかさ) と申します。いよいよ 2022 年 10 月 15 日 (土)・16 日 (日) の 2 日間に第 69 回北日本産科婦人科学会総会・学術講演会を開催する運びとなりました。本学会は現地での学術および人的交流を旨として参りましたが、未だ全国的に冷めやらぬ COVID-19 感染症第 7 波のため、盛岡市を現地会場としつつもウェブ配信とのハイブリッド形式にて開催することとしています。第 69 回のテーマは「手を伸ばそう」です。本学会所属の各施設は北日本広域にわたり、現地での開催では参加しづらい学会員の先生方もおられます。ご施設の事情で盛岡に足を延ばせない先生方におかれましても Web で視聴いただき、奮って討議にご参加いただければ幸いです。

学会開催に先立ち、抄録集を公開させていただきます。学会員の先生方には多くの演題をお寄せいただきましたこと、心より感謝申し上げます。コロナ禍で医療アクセスに制限がかかり、各施設が周産期や婦人科のみならずさまざまな領域で診療に工夫を凝らしてきた成果が多数発表される予定です。抄録集をご覧くださいだけでも明日からの診療や研究に役立つものが多く見つかることと思います。今回の学術講演会では、お寄せいただいた抄録の中から優秀演題を選出し、学会二日目の午前中に優秀演題セッションを設けました。北日本のそれぞれの地域からどのような発表があるのか、ぜひ楽しみになさってください。また、本学会では 3 つの大学から研究成果を特別講演いただくのが通例となっていますが、今回はそれぞれの講演時間を区切り、添田周先生 (福島)、三浦広志先生 (秋田)、吉原弘祐先生 (新潟) の 3 人の先生方の独立した講演としてじっくりと聞いていただけるようにしました。単位が付与される招請講演も 2 つ企画しています。初日の夕方には新しい生殖遺伝診療に求められる倫理について寺田 幸弘先生 (秋田) と福島 明宗先生 (岩手) に、二日目は最近増えてきた肥満症に対する本学の取り組みについて石垣泰先生 (糖尿病代謝内科) と梅邑晃先生 (外科) にご講演を依頼しています。メイン会場ではこれらの優秀演題、特別講演、招請講演に加えて、協賛企業の協力を得て私たちが今、聞きたいセミナーを多数準備しました。2 日間通して聴いていただくことで多領域の見聞が深まることと期待しています。通常型が良いのか、今回の形式が良いのか、会期終了後にご意見をいただければ幸いです。

末筆となりますが、今秋の第 69 回北日本産科婦人科学会総会・学術講演会を盛り上げていただきますよう、岩手医科大学一同、心よりお願い申し上げます。

2022 年秋 矢巾にて

第 69 回北日本産科婦人科学会総会・学術講演会のご案内

■参加者へのご案内

1. 開催形式（会期）

第 69 回北日本産科婦人科学会総会・学術講演会はハイブリッド開催として、現地開催およびライブ配信、オンデマンド配信を行います。

2022 年 10 月 15 日（土）・16 日（日） 現地開催・ライブ配信

2022 年 10 月 18 日（火）～31 日（月） オンデマンド配信

2. 会 場

いわて県民情報交流センター アイーナ

〒 020-0045 岩手県盛岡市盛岡駅西通 1 丁目 7 番 1 号

TEL：019-606-1717

第 1 会場 7F 小田島組☆ほ～る

第 2 会場 8F 会議室 803

第 3 会場 8F 会議室 804A

第 4 会場 8F 会議室 804B

総合受付 7F 小田島組☆ほ～る前ホワイエ

3. 参加登録（オンライン登録・決済）

受付期間：2022 年 9 月 1 日（木）～10 月 27 日（木）

現地参加、ライブ配信およびオンデマンド配信の視聴には「事前参加登録」が必要です。

大会 HP (<http://kitanihon69.umin.jp>) より参加登録手続きをお済ませください。

事前参加登録（クレジット決済後）をされた方には視聴用の ID & パスワードをメールにてご連絡いたします。

当日会場にご参加の場合は、事前参加登録（クレジット決済後）を済ませ、領収証をコピーして会場にお持ち下さい。（領収証は決済後に発行できます）

当日はアイーナ 7F にご用意する参加登録用紙に必要事項をご記入の上、『事前参加登録 受付』窓口までお越し下さい。参加証をお渡しいたします。

当日の窓口（アイーナ 7F 総合受付）

受付時間：2022 年 10 月 15 日（土） 8：30～17：00

2022 年 10 月 16 日（日） 8：30～15：00

4. 参加費

学術講演会 8,000 円

※初期研修医・学生の学術講演会の参加は無料です。

※※初期研修医証明書、在学証明書、学生証は登録完了後に運営事務局まで E-mail でお送り下さい。

5. 参加者へのお願いとご注意

第 69 回北日本産科婦人科学会総会・学術講演会はハイブリッド開催です。

【会場（現地）へご参加】

専門医研修出席証明（従来の研修出席証明シールに相当）には、e 医学会カード（UMIN カード）をご使用いただきますので、研修出席証明シールの配布はありません。必ずご持参いただきますようお願い申し上げます。



【Web でご参加】

Web 参加者は、視聴記録のログを記録します。

※詳細は「6. 取得単位について」をご参照ください。

6. 取得単位について

1) 当日現地参加者は e 医学会カードを忘れずにお持ち下さい。

Web 参加者は、視聴記録のログを記録します。

2) 日本産科婦人科学会の会員番号（8桁）が必要になります。

3) Web 専用ページ内（単位登録）でご希望の有無をご登録ください。

4) 取得可能な単位の取得条件は必ずご確認ください。

※ライブ限定、取得可能期間等にご注意ください。

5) 取得可能な単位

■日本産科婦人科学会／専門医研修出席証明

日本産科婦人科学会会員の方は、専門医研修出席証明の単位が付与されます。（10点）

取得条件：学会参加者（Web 参加者はログイン記録）

期 間：2022 年 10 月 15 日（土）・16 日（日）現地開催・ライブ配信

2022 年 10 月 18 日（火）9：00～23 日（日）17：00 オンデマンド配信

※ Web 参加の方は期間中忘れずに参加証をダウンロードしてください。

■日本産科婦人科学会／日本専門医機構認定単位

日本専門医機構の単位を付与いたします。（3単位）

取得条件：学会参加者（Web 参加者はログイン記録）

期 間：2022 年 10 月 15 日（土）・16 日（日）現地開催・ライブ配信

2022 年 10 月 18 日（火）9：00～23 日（日）17：00 オンデマンド配信

※ Web 参加の方は期間中忘れずに参加証をダウンロードしてください。

■日本産婦人科医会研修

医会シールが配布されます 1枚/日 (最大2日間で2枚) ライブ限定

取得条件: 学会参加者で希望者 (Web参加者はログイン記録)

期 間: 2022年10月15日 (土)・16日 (日) 現地開催・ライブ配信

※ Web参加の方は会期中忘れずに Web ページ内、『単位申請』ページにご登録ください。

※ 現地参加の方は会場単位受付窓口で各日、お受け取りください。

■日本医師会 / 生涯教育制度

単位証明書発行 5単位/日 (最大2日間で10単位) ライブ限定

取得条件: 学会参加者で希望者 (Web参加者はログイン記録)

期 間: 2022年10月15日 (土)・16日 (日) 現地開催・ライブ配信

※ Web参加の方は会期中忘れずに Web ページ内、『単位申請』ページにご登録し、証明証を各日、ダウンロードしてください。

※ 現地参加の方は会場単位受付窓口で各日、お受け取りください。

■単位申請 (共通、領域講習)

取得条件: 各セッションの最初から最後まで視聴が必須です。

① 日本専門医機構認定共通講習 (専門医共通講習 医療倫理)

※単位付与対象期間

ライブ (現地・Web): 2022年10月15日 (土) 15:20～16:20

オンデマンド : 2022年10月18日 (火) 9:00～10月23日 (日) 17:00まで

Web参加者は視聴後に設問の回答を完了させてください。

オンデマンド視聴は10月23日 (日) 17:00までに必ず視聴を完了させてください。

『新しい生殖遺伝診療に求められる倫理とは』

「生殖医学研究における倫理」

寺田 幸弘 先生 (秋田大学医学部附属病院 産婦人科)

「出生前診断からみた生命倫理」

福島 明宗 先生 (岩手医科大学医学部 臨床遺伝学科)

※セッションの最初から最後まで視聴に加えて、

小テスト5択問題を5問: 80%以上の正答が必要となります。

② 産婦人科領域講習 (指導医講習会)

※単位付与対象期間

ライブ (現地・Web): 2022年10月16日 (日) 14:40～15:40

オンデマンド : 2022年10月18日 (火) 9:00～10月23日 (日) 17:00まで

オンデマンド視聴は10月23日 (日) 17:00までに必ず視聴を完了させてください。

『より安全・適切な産婦人科チーム医療を行うためには一肥満を制御するー』

「減量・代謝改善外科医から見た女性高度肥満症の病態

ーライフステージに合わせた治療方針について考えるー」

梅邑 晃 先生 (岩手医科大学医学部 外科学講座)

「肥満者の生活習慣と向き合う」

石垣 泰 先生 (岩手医科大学医学部 内科学講座 糖尿病・代謝・内分泌内科分野)

③ 産婦人科領域講習（ランチョンセミナー2）ライブ限定

※単位付与対象期間

ライブ（現地・Web）：2022年10月16日（日）12：30～13：30

『月経困難症の診断と治療』

太田 郁子 先生（太田郁子ウイメンズクリニック）

7. オンライン発表の視聴方法

1) Web 視聴ページへのログインは受付完了時（クレジット決済後）に送信される ID、パスワードが必要です。

※後日配信のオンデマンド視聴も同様（配信期間内）

2) 【LIVE 配信】2022年10月15日（土）・16日（日）

- ・LIVE 配信は Zoom で視聴できます。
- ・Zoom 参加では Windows、Mac、スマートフォン（Android・iOS）、タブレットに対応しています。利用可能な端末（OS のバージョン等）をご確認ください。
- ・有線 LAN 接続でご視聴を推奨します。（Wi-Fi 接続では、利用時間、場所により通信が安定しない場合があります。）
- ・LIVE 配信は、ハイスペック CPU（データ処理能力）搭載の端末を推奨します。端末の性能が低い場合、動画（映像・音声）の途切れが発生したり、操作に時間がかかったりします。
- ・施設内、学内のネットワーク通信をお使いの場合は、Web プロキシサーバや、ストリーミングサービスの利用制限が設定されていると接続できないことがあります。事前に YouTube 等の動画を長時間、視聴できることをご確認するか、施設内、学内のネットワーク管理者に Zoom ウェビナーの視聴を予定している旨をご確認ください。
- ・ご使用予定の端末のスピーカーでも可能ですが、ヘッドフォンのご利用を推奨します。
- ・参加者（聴講者）のマイク機能、カメラ機能は使用できません。
- ・Zoom アプリの事前インストールと動作確認をお願いします。Zoom 会議システムを初めて利用される場合は、事前にアプリケーションの最新版のダウンロードとインストールが必要となります。
- ・Zoom のテスト用サイトを利用して、音声の受信に問題がないかも事前に確認をしてください。

3) 【オンデマンド配信】2022年10月18日（火）～31日（月）

- ・オンデマンド配信は期間中、何度でも視聴できます。
- ・LIVE 配信プログラムは終了後、一部のプログラムを除き視聴できます。
※詳細は日程表、プログラムをご参照ください。
※ライブ限定セッションがございますのでご注意ください。

4) 【視聴方法、質疑応答について】

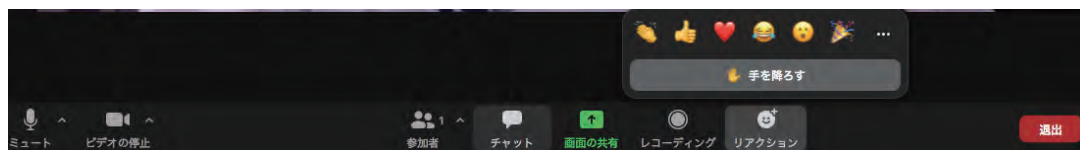
●第1会場プログラム

- ・LIVE 配信は Zoom ウェビナーでご参加いただけます。
- ・第1会場の講演への質疑は、Zoom の Q&A（コメント機能）をご使用ください。座長がセレクトして代読で演者に質問します。
- ・音声でのご参加はできません。
※質問のセレクトはお時間の都合上、座長一任といたしますので予めご了承ください。

●第2会場～第4会場プログラム（一般演題）

- ・LIVE 配信は Zoom ミーティングでご参加いただけます。
- ・入室後は『ミュートのオフ』、『ビデオのオフ』でご参加ください。

- ・参加者は Zoom 画面下部の『リアクション』機能をから発言の意志をお示しいただき座長の指示に従って音声で発言（質問）します。



- ・座長の指示でご質問の際は、『ミュート解除』と『ビデオの開始』に設定してご発言いただきます。
- ・演題発表の進行状況により、質問者の選定は座長に一任いたします。
- ・活発な討論を期待しております。座長の許可無く『ミュート解除』や『ビデオの開始』、私的な会話は進行の妨げになりますのでご遠慮ください。

■北日本産科婦人科学会役員会

日 時：2022 年 10 月 15（土）17：40～18：30

会 場：アイーナ（いわて県民情報交流センター）7階 小田島組☆ほ～る

役員の方で Web 参加の専用 URL は北日本産科婦人科学会事務局より事前にお送りします。

■北日本産科婦人科学会総会

日 時：2022 年 10 月 16（日）12：10～12：20

会 場：アイーナ（いわて県民情報交流センター）7階 小田島組☆ほ～る

Web 参加の方は、当日ホームページの Web 視聴ページよりご参加できます。

■講演発表

1. 座長へのお願い

- 1) 座長は担当される 20 分前までにセッション会場にお越しください。また、セッション開始 10 分前までに会場内次座長席へご着席ください。
- 2) プログラムに定められた時間内に終了するよう、時間厳守にご協力をお願いいたします。

2. 演者（一般演題）の方々へのお願い

- ・オンライン発表のすべての演者の方には、事前に発表用の音声付動画データをご提出いただきます。※現地参加の場合も音声付き動画データの提出が必要です。
- ・当日の差し替えはできませんのでご注意ください。
- ・Web 参加の方は、当日は任意の場所から、ご自身の PC で Zoom（WEB 会議システム）を使用して、セッションにご参加いただきます。
※現地（会場）参加の方は事務局で用意した PC で Zoom にご参加いただきます。
- ・WEB 会議システムはインターネットの通信状況や接続機器等に影響されます。有線 LAN を推奨します。
- ・極力静かな場所で雑音が入らないようお願いいたします。
- ・お持ちの PC にカメラ、スピーカー、マイクが付属されているかご確認ください。
- ・マイク付きイヤホン、ヘッドセットマイク等の使用を推奨します。
- ・ご自身の PC 上（デスクトップ含む）には、セッション中に不要なアプリケーションは全て閉じてください。

■ J-MELS ベーシックコース

開催日時：2022年10月16日（日）10：30～14：30

※事前登録が必要です 参加費等の詳細はホームページを参照

会場：いわて県民情報交流センター アイーナ8階 研修室 812

問い合わせ先：日本母体救命システム普及協議会事務局

jcimels@gmail.com

■ TGCU (Tohoku Gynecologic Cancer Unit)

開催日時：2022年10月16日（日）7：30～8：30

会場：ホテルメトロポリタン盛岡 NEW WING 3F

■ クロークのご案内

下記の時間、アイーナ7階 クロークにて手荷物をお預かりいたします。

貴重品はお預かりできませんので、あらかじめご了承ください。

2022年10月15日（土）9：00～18：40

2022年10月16日（日）9：00～17：30

■ 学会事務局

岩手医科大学医学部産婦人科学講座内

〒028-3695 岩手県紫波郡矢巾町医大通二丁目1番1号

TEL：019-613-7111

会場までのアクセス

東北新幹線

- 東京 ⇔ 東北新幹線「はやぶさ・こまち」約2時間20分 ⇔
- 秋田 ⇔ 秋田新幹線「こまち」約1時間30分 ⇔
- 青森 ⇔ 東北新幹線「はやぶさ・はやて」約1時間 ⇔
- 仙台 ⇔ 東北新幹線「はやぶさ・はやて」約45分 ⇔
- 函館 ⇔ 東北新幹線・北海道新幹線「はやぶさ」約1時間50分 ⇔

盛岡

飛行機

- 札幌 ⇔ 約1時間 ⇔
- 大阪(伊丹) ⇔ 約1時間30分 ⇔
- 名古屋 ⇔ 約1時間10分 ⇔
- 福岡 ⇔ 約2時間 ⇔

いわて花巻空港

【いわて花巻空港のご案内】

■ 特急バス(花巻空港線)

いわて花巻空港～盛岡駅

定期便の到着約15分後に「盛岡行き連絡バス」が発発します。
いわて花巻空港着、全便に対応して運行

●盛岡駅下車(徒歩5分) ●所要時間 約50分運賃/大人1,430円 ●予約の必要なし

【仙台空港のご案内】

- 大阪(伊丹) ⇔ 約1時間20分 ⇔
- 名古屋 ⇔ 約1時間20分 ⇔
- 福岡 ⇔ 約2時間 ⇔

【仙台空港のご案内】

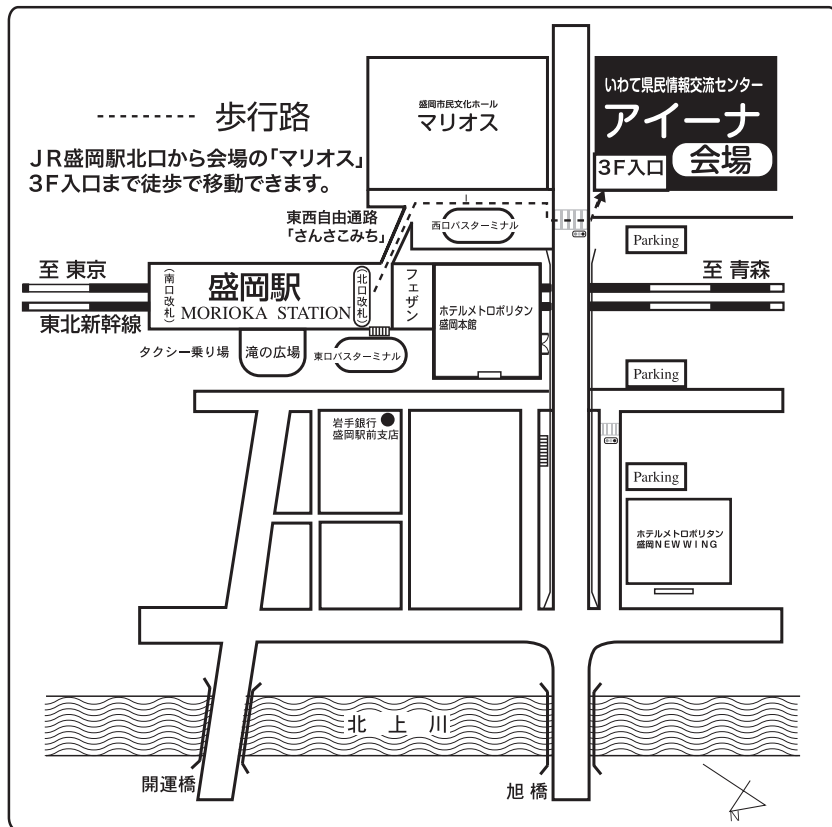
■ 仙台空港⇔仙台駅間 仙台空港アクセス鉄道

●仙台空港から仙台駅まで所要時間 約25分

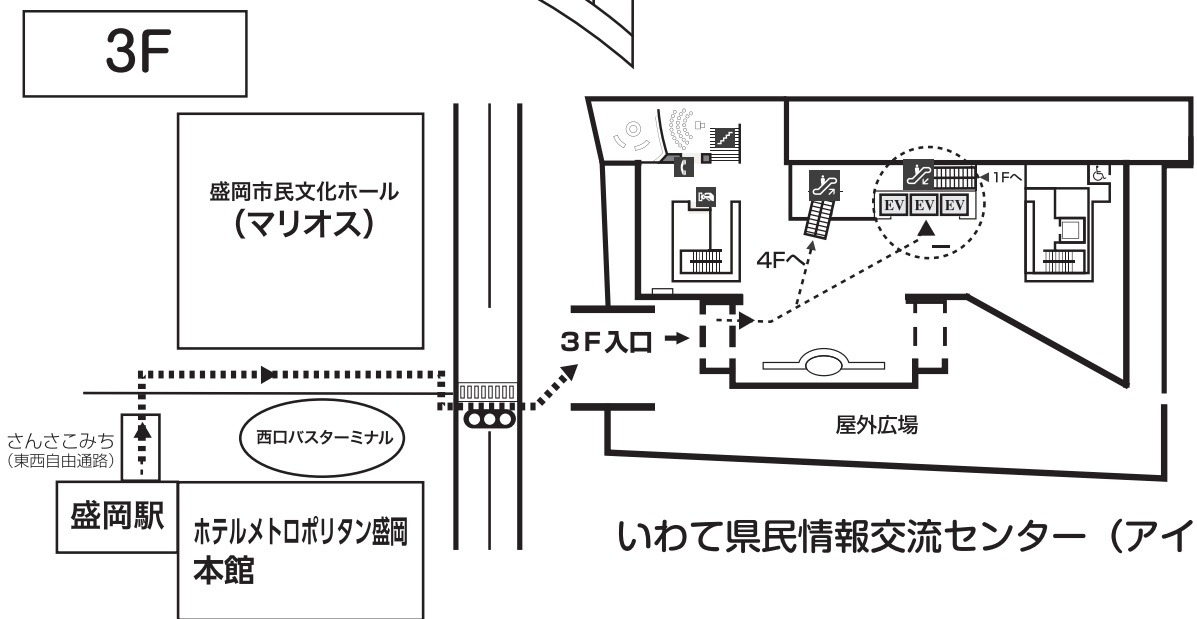
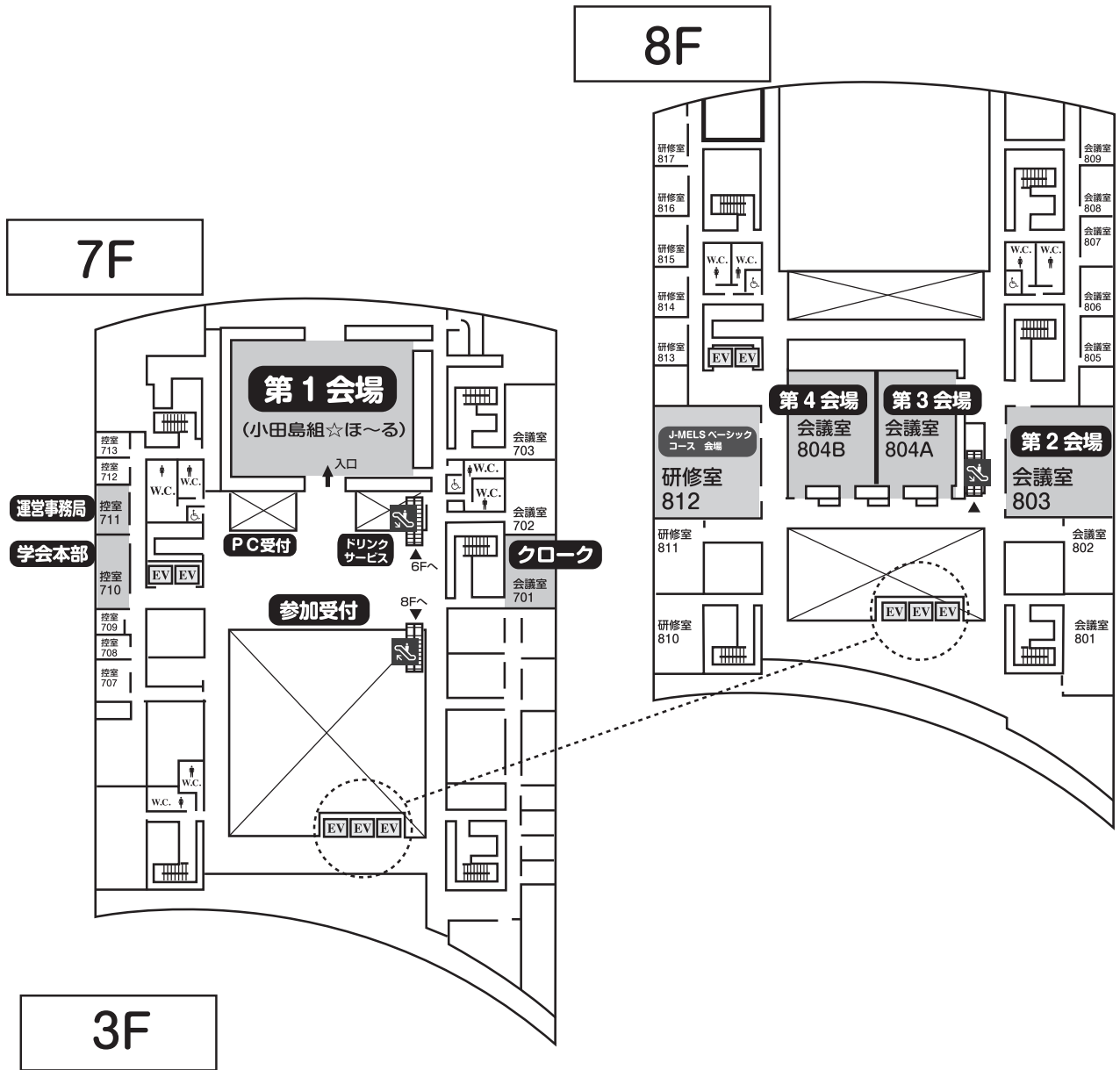
仙台空港



(運行状況により多少変更があります)



会場案内図



日程表

1日目 10月15日 日

	第1会場 ハイブリッド 7F 小田島組☆ほ～る	第2会場 Web-1 8F 会議室 803	第3会場 Web-2 8F 会議室 804(A)	第4会場 Web-3 8F 会議室 804(B)
9:20	9:20~9:25 開会式			
9:30	9:30~10:15 LIVE限定 モーニングセミナー 1 卵巣癌診療における課題~ Beyond the guidelines 座長: 渡部 洋 (東北医科薬科大学) 演者: 永瀬 智 (山形大学) 共催: 中外製薬株式会社	9:30~10:10 一般演題 第1群 周産期① 合併症妊娠 I 座長: 塩崎 有宏 (富山大学附属病院)	9:30~10:10 一般演題 第5群 生殖 生殖内分泌 座長: 松澤由記子 (東北医科薬科大学)	9:30~10:10 一般演題 第9群 周産期⑤ 産科合併症 座長: 岩間 憲之 (東北大学病院)
10:00	10:20~10:50 特別講演 1 子宮頸部硬度の客観化~既存技術応用から新規機器作成を目指して~	座長: 中島 彰俊 (富山大学) 演者: 三浦 広志 (秋田大学)		
11:00	11:00~11:45 LIVE限定 スポンサードセミナー 1 私たちのヘルスケア 座長: 小山 理恵 (岩手医科大学) 演者: 福原 理恵 (弘前大学) 甲賀かをり (東京大学) 共催: あすか製薬株式会社	11:00~11:40 一般演題 第2群 周産期② 周産期子宮動脈塞栓 座長: 川村 裕士 (福井大学附属病院)	11:00~11:40 一般演題 第6群 腫瘍① 子宮体部悪性腫瘍 座長: 西野 幸治 (新潟大学医学部総合病院)	11:00~11:40 一般演題 第10群 周産期⑥ 合併症妊娠 II 座長: 柴田 健雄 (金沢医科大学)
12:00	11:50~12:20 特別講演 2 産婦人科医療における cross-disciplinary training の魅力と可能性	座長: 板持 広明 (岩手医科大学) 演者: 添田 周 (福島県立医科大学)		
13:00	12:30~13:30 LIVE限定 ランチョンセミナー 1 地域で輝く Laparoscopic surgeon ~臨床から教育まで~ 座長: 馬場 長 (岩手医科大学) 演者: 葛西亜希子 (八戸市立市民病院) 城内南奈子 (岩手県立大船渡病院) 小林 暁子 (新潟大学) 共催: ジョーンズ・エンド・ジョンソン株式会社			
14:00	13:45~14:15 特別講演 3 正常子宮内膜における がん関連遺伝子変異	座長: 笹川 寿之 (金沢医科大学) 演者: 吉原 弘祐 (新潟大学)		
15:00	14:25~15:10 LIVE限定 スポンサードセミナー 2 本気の手術 座長: 齋藤 豪 (札幌医科大学) 演者: 加藤 一善 (北里大学病院) 新倉 仁 (仙台医療センター) 共催: テルモ株式会社	14:30~15:10 一般演題 第3群 周産期③ 産科周術期管理 座長: 馬話 武 (北海道大学病院)	14:30~15:10 一般演題 第7群 良性① 良性症例・サーベイランス 座長: 金野 陽輔 (北海道大学病院)	14:30~15:10 一般演題 第11群 周産期⑦ 産科感染症・その他 座長: 三浦 広志 (秋田大学附属病院)
16:00	15:20~16:20 招請講演 1 新しい生殖遺伝診療に求められる倫理とは 座長: 藤原 浩 (金沢大学附属病院) 生殖医学研究における倫理 演者: 寺田 幸弘 (秋田大学) 出生前診断からみた生命倫理 演者: 福島 明宗 (岩手医科大学)	📌 専門医共通講習・医療倫理		
17:00	16:30~17:30 LIVE限定 イブニングセミナー 1 21世紀の婦人科腫瘍治療開発とは 座長: 杉山 徹 (聖マリア病院) 演者: 庄子 忠宏 (岩手医科大学) 榎本 隆之 (新潟大学) 共催: 武田薬品工業株式会社	16:30~17:26 一般演題 第4群 周産期④ 先天性疾患・カウンセリング 座長: 生野 寿史 (新潟大学医学部総合病院)	16:30~17:10 一般演題 第8群 良性② 良性手術 座長: 玉手 雅人 (札幌医科大学)	
18:00	17:40~18:30 第69回北日本産科婦人科学会 役員会			

2日目 10月16日

	第1会場 ハイブリッド 7F 小田島組☆ほ～る	第2会場 Web-1 8F 会議室 803	第3会場 Web-2 8F 会議室 804(A)	第4会場 Web-3 8F 会議室 804(B)
9:15	9:15～9:45 優秀演題群 1 座長：高橋 俊文 (福島県立医科大学)			
10:00	9:55～10:40 LIVE限定 モーニングセミナー 2 地域から発信する手術教育 座長：吉田 好雄 (福井大学) 演者：尾上 洋樹 (岩手医科大学) 玉手 雅人 (札幌医科大学) 磯部 真倫 (新潟大学医学総合病院) 共催：科研製薬株式会社	10:00～10:40 一般演題 第12群 腫瘍② 婦人科化学療法 座長：幅田 周太郎 (札幌医科大学)	10:00～10:40 一般演題 第14群 周産期⑧ 周産期多症例解析・検討 座長：酒井 啓治 (東北医科薬科大学)	10:00～10:40 一般演題 第16群 良性③ 良性その他 座長：島 友子 (富山大学附属病院)
11:00	10:50～11:35 モーニングセミナー 3 婦人科がんサイバーにおけるヘルスケア 座長：加藤 育民 (旭川医科大学) 演者：横山 良仁 (弘前大学) 共催：大塚製薬株式会社/ニューロテック株式会社	10:50～11:30 一般演題 第13群 腫瘍③ 婦人科解析・その他 座長：重藤龍比古 (弘前大学大学院)	10:50～11:30 一般演題 第15群 手術 鏡視下手術 座長：松川 淳 (山形大学附属病院)	10:50～11:30 一般演題 第17群 腫瘍④ 卵巣悪性腫瘍 座長：重田 昌吾 (東北大学病院)
12:00	11:35～12:05 優秀演題群 2 座長：島田 宗昭 (東北大学)			
	12:10～12:20 総会			
13:00	12:30～13:30 LIVE限定 ランチョンセミナー 2 月経困難症の診断と治療 座長：渡利 英道 (北海道大学) 演者：太田 郁子 (札幌医科大学) 共催：持田製薬株式会社/持田製薬販売株式会社	産婦人科領域講習		
14:00	13:45～14:30 LIVE限定 スポンサーセミナー 3 座長：八重樫伸生 (東北大学) 共催：MSD株式会社/エーザイ株式会社	進行・再発子宮体がん治療 戦略の up to date 演者：利部 正裕 (岩手医科大学) 婦人科がトランスレーショナルサーチのススメ ～当科における10年のあゆみ～ 演者：長谷川幸清 (埼玉医科大学国際医療センター)		
15:00	14:40～15:40 招請講演 2	産婦人科領域講習(指導医講習会)		
16:00	15:50～16:50 LIVE限定 イブニングセミナー 2 周産期は面白い 座長：藤森 敬也 (福島県立医科大学) 演者：齋藤 昌利 (東北大学病院) 近藤 英治 (熊本大学) 共催：GEヘルスケア/ジヤロC株式会社/丸大薬器機械株式会社	より安全・適切な産婦人科チーム医療を 行うためには -肥満を制御する- 座長：馬場 長 (岩手医科大学) 減量・代謝改善外科医から見た女性高度肥満症の病態 -ライフステージに合わせた治療方針について考える- 演者：梅邑 晃 (岩手医科大学) 肥満者の生活習慣と向き合う 演者：石垣 泰 (岩手医科大学)		
17:00	16:50～17:00 閉会式			
			8F 研修室 812 10:30～14:30 J-MELS ベーシックコース	

10月16日 日 ホテルメトロポリタン盛岡 NEW WING 3F

TGCU 7:30～8:30

座長：横山 良仁 (弘前大学) 演者：田畑 務 (東京女子医科大学)

共催：アストラゼネカ株式会社

プログラム

第1日目 10月15日

10:20～10:50 **特別講演 1**

第1会場 [ハイブリッド] 7F 小田島組☆ほ～る

座長：中島 彰俊（富山大学 産科婦人科）

子宮頸部硬度の客観化 ～既存技術応用から新規機器作成を目指して～

三浦 広志（秋田大学医学部附属病院 産婦人科）

11:50～12:20 **特別講演 2**

第1会場 [ハイブリッド] 7F 小田島組☆ほ～る

座長：板持 広明（岩手医科大学附属病院 臨床腫瘍科）

産婦人科医療における cross-disciplinary training の魅力と可能性

添田 周（福島県立医科大学 産科婦人科学講座）

13:45～14:15 **特別講演 3**

第1会場 [ハイブリッド] 7F 小田島組☆ほ～る

座長：笹川 寿之（金沢医科大学 産科婦人科学）

正常子宮内膜におけるがん関連遺伝子変異

吉原 弘祐（新潟大学大学院医歯学総合研究科 産婦人科）

15:20～16:20 **招請講演 1**

第1会場 [ハイブリッド] 7F 小田島組☆ほ～る

🇯🇵日本専門医機構認定共通講習（専門医共通講習・医療倫理）

座長：藤原 浩（金沢大学附属病院 産科婦人科）

新しい生殖遺伝診療に求められる倫理とは

生殖医学研究における倫理

寺田 幸弘（秋田大学医学部附属病院 産婦人科）

出生前診断からみた生命倫理

福島 明宗（岩手医科大学医学部 臨床遺伝学科）

9:30~10:15 **モーニングセミナー 1【LIVE 限定】**

第1会場 [ハイブリッド] 7F 小田島組☆ほ〜る

座長：渡部 洋 (東北医科薬科大学病院 産婦人科)

卵巣癌診療における課題 ~ Beyond the guidelines

永瀬 智 (山形大学 産科婦人科学講座)

共催：中外製薬株式会社

11:00~11:45 **スポンサードセミナー 1【LIVE 限定】**

第1会場 [ハイブリッド] 7F 小田島組☆ほ〜る

座長：小山 理恵 (岩手医科大学 産婦人科)

私たちのヘルスケア

子宮筋腫合併不妊症における治療戦略

福原 理恵 (弘前大学医学部 産婦人科)

子宮内膜症に対する薬物療法の使い分け - 東京大学子宮内膜症外来の経験から

甲賀 かをり (東京大学医学部附属病院 女性診療科・産科)

共催：あすか製薬株式会社

12:30~13:30 **ランチョンセミナー 1【LIVE 限定】**

第1会場 [ハイブリッド] 7F 小田島組☆ほ〜る

座長：馬場 長 (岩手医科大学 産婦人科)

地域で輝く Laparoscopic surgeon ~臨床から教育まで~

先人の情熱を伝える手術教育 ~そして、バトンは渡された~

葛西 亜希子 (八戸市立市民病院 産婦人科)

専攻医にとっての腹腔鏡手術

城内 南奈子 (岩手県立大船渡病院 産婦人科)

専攻医の挑戦・腹腔鏡下仙骨脛固定術 - TLH には無い手技をトレーニングで攻略する -

小林 暁子 (新潟大学病院 産科婦人科)

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

14:25～15:10 **スポンサーセミナー 2【LIVE 限定】** 第1会場 [ハイブリッド] 7F 小田島組☆ほ～る

座長：齋藤 豪（札幌医科大学医学部 産婦人科学講座）

本気の手術

本気の手術 – 高難度手術で心掛けていること –

加藤 一喜（北里大学医学部 産婦人科）

ロボット手術でやりたい婦人科悪性腫瘍手術

新倉 仁（国立病院機構 仙台医療センター）

共催：テルモ株式会社

16:30～17:30 **イブニングセミナー 1【LIVE 限定】** 第1会場 [ハイブリッド] 7F 小田島組☆ほ～る

座長：杉山 徹（聖マリア病院 産婦人科）

21 世紀の婦人科腫瘍治療開発とは

JGOG3023 試験 ～ 0.9 か月の PFS 延長効果を得るまでの苦悩～

庄子 忠宏（岩手医科大学 産婦人科）

これからの治療開発に期待すること ～ EAGOT（East Asian Gynecologic Oncology Trial Group） 設立の意義とその将来像～

榎本 隆之（新潟大学 医歯学系）

共催：武田薬品工業株式会社

第2日目 10月16日

14:40～15:40 **招請講演 2**

第1会場 [ハイブリッド] 7F 小田島組☆ほ～る

産婦人科領域講習 (指導医講習会)

座長：馬場 長 (岩手医科大学 産婦人科)

より安全・適切な産婦人科チーム医療を行うためには ー肥満を制御するー

減量・代謝改善外科医から見た女性高度肥満症の病態
ーライフステージに合わせた治療方針について考えるー

梅邑 晃 (岩手医科大学医学部 外科学講座)

肥満者の生活習慣と向き合う

石垣 泰 (岩手医科大学医学部 内科学講座 糖尿病・代謝・内分泌内科分野)

9:55~10:40

モーニングセミナー 2 [LIVE 限定]

第1会場 [ハイブリッド] 7F 小田島組☆ほ〜る

座長：吉田 好雄（福井大学医学部 産科婦人科）

地域から発信する手術教育

若手医師の意欲を高める手術教育

尾上 洋樹（岩手医科大学 産婦人科）

地域の自律性を活かした手術教育が発信力・推進力を生む

玉手 雅人（札幌医科大学 産婦人科学講座）

腹腔鏡技術認定医取得のためにやるべきこと

磯部 真倫（新潟大学医歯学総合病院 総合研修部・医師研修センター・産科婦人科）

共催：科研製薬株式会社

10:50~11:35

モーニングセミナー 3

第1会場 [ハイブリッド] 7F 小田島組☆ほ〜る

座長：加藤 育民（旭川医科大学 産婦人科学講座）

婦人科がんサバイバーにおけるヘルスケア

横山 良仁（弘前大学大学院医学研究科 産科婦人科学講座）

共催：大塚製薬株式会社ニュートラシューティカルズ事業部

12:30~13:30

ランチョンセミナー 2 [LIVE 限定]

第1会場 [ハイブリッド] 7F 小田島組☆ほ〜る

産婦人科領域講習

座長：渡利 英道（北海道大学大学院医学研究院 産婦人科学教室）

月経困難症の診断と治療

太田 郁子（太田郁子ウィメンズクリニック）

共催：持田製薬株式会社／持田製薬販売株式会社

13:45~14:30 **スポンサードセミナー 3【LIVE 限定】** 第1会場 [ハイブリッド] 7F 小田島組☆ほ〜る

座長：八重樫 伸生（東北大学大学院 産婦人科学）

進行・再発子宮体がん治療戦略の up to date

利部 正裕（岩手医科大学医学部 産婦人科学講座）

婦人科がんトランスレーショナルリサーチのススメ 〜当科における 10 年のあゆみ〜

長谷川 幸清（学校法人埼玉医科大学 国際医療センター 婦人科腫瘍科）

MSD 株式会社 / エーザイ株式会社

15:50~16:50 **イブニングセミナー 2【LIVE 限定】** 第1会場 [ハイブリッド] 7F 小田島組☆ほ〜る

座長：藤森 敬也（福島県立医科大学 産科婦人科学講座）

周産期は面白い

そんなに難しくない FGR の評価と管理

齋藤 昌利（東北大学大学院医学系研究科 産科学・胎児病態学分野 / 周産期医学分野）

「弛緩出血」を科学する

近藤 英治（熊本大学大学院生命科学研究部 産科婦人科学講座）

共催：GE ヘルスケア・ジャパン株式会社 / 丸木医科器械株式会社

一般演題プログラム

第1日目 10月15日

9:30~10:10 一般演題 第1群 周産期① [合併症妊娠 I] 第2会場 [Web-1] 8F 会議室 803

座長：塩崎 有宏 (富山大学医学部附属病院)

- 01 当院で経験した10例の臍帯卵膜走行症例についての検討
高濱 純史 (石巻赤十字病院)
- 02 胎児発育不全を合併した前置血管の一例
鎌田 奈都子 (帯広厚生病院 産婦人科)
- 03 当院で経験した前置血管の2例
佐藤 藍 (山形大学医学部附属病院)
- 04 出生前に胎児卵円孔早期狭小化と診断した1例
玉田 春紫 (岩手医科大学附属病院 産婦人科)
- 05 妊娠26週にMCA-PSV高値を認め、妊娠32週に頭蓋内出血を発症した胎児脳腫瘍の1例
西森 貢隆 (市立函館病院)

11:00~11:40 一般演題 第2群 周産期② [周産期子宮動脈塞栓] 第2会場 [Web-1] 8F 会議室 803

座長：川村 裕士 (福井大学医学部附属病院)

- 06 当院で分娩に至った子宮動脈塞栓術既往妊婦の検討
邑本 美沙希 (国立病院機構仙台医療センター 産婦人科)
- 07 子宮動脈塞栓術既往のある胚盤胞移植妊娠で侵入胎盤となった一例
安田 真子 (JA北海道厚生連帯広厚生病院 産婦人科)
- 08 High risk for PAS に対するREBOAの導入
経塚 標 (太田西ノ内病院 産婦人科)
- 09 子宮動脈塞栓術併用の子宮鏡下切除術において子宮内バルーンが有用であったRPOCの一例
南 怜毅 (製鉄記念室蘭病院 産婦人科)
- 10 当院で経験したRPOC (Retained products of conception) の画像所見
八島 誠司 (山形大学医学部 産科婦人科)

- 11 帝王切開におけるオキシトシン投与方法
～当院独自プロトコルの作成と予定帝王切開における臨床的効果～
大塚 遥（岩手県立大船渡病院 産婦人科）
- 12 帝王切開創のケロイド予防とその修復の取り組み
杉山 芽（日鋼記念病院 産婦人科）
- 13 トラケレクトミー後の帝王切開の注意点
入江 勇介（札幌医科大学 産婦人科学講座）
- 14 巨大多発子宮筋腫合併妊娠の一例
大桃 俊幸（新潟大学医歯学総合病院 産科婦人科）
- 15 妊娠 34 週で腰椎椎間板ヘルニアに対して持続硬膜外ブロックを施行し著効した一例
庄子 嘉美（坂総合病院 産婦人科）

- 16 症候性先天性サイトメガロウイルス感染の1例
中村 有里（砂川市立病院 初期研修医）
- 17 サイトメガロウイルス感染症との鑑別を要した4p欠失症候群の一例
高岡 真佐人（苫小牧市立病院）
- 18 1p36欠失症候群と15q13欠失が合併した胎児染色異常の1例
北川 裕太郎（北海道大学医学部 産婦人科）
- 19 出生前に十二指腸閉鎖から21トリソミーの診断に至り、
肝脾腫から一過性骨髄異常増殖症を疑った一例
篠原 由梨（NTT 東日本札幌病院 産婦人科）
- 20 先天性横隔膜ヘルニアに臍帯ヘルニアを合併した一例
西巻 梓（北海道大学病院 産婦人科）
- 21 胎児診断と実際の表現型に乖離があった骨形成不全症I型の一例
山本 健太（金沢大学附属病院 産科婦人科）
- 22 周産期メンタルヘルスケアの介入を要した3例の検討
齋藤 珠帆（岩手県立二戸病院 産婦人科）

- 23** 子宮内膜ポリープを有する不妊症症例に対して行った
子宮鏡下スネアポリペクトミーの有効性
淵之上 康平 (弘前大学大学院医学研究科 産科婦人科学教室)
- 24** 性交障害をきたしたが妊娠が成立した2例
水無瀬 学 (旭川医科大学 産婦人科)
- 25** 凍結融解胚移植後の原発性腹膜妊娠の一例
中山 大輝 (北海道大学病院)
- 26** 卵巣癌化学療法後に生じた子宮体癌の治療後に ART により妊娠に至った一例
金子 宙夢 (山形大学医学部 産科婦人科学講座)
- 27** 卵巣チョコレート嚢胞へのアルコール固定術を反復施行後に卵巣癌をきたした一例
黒田 裕子 (福井大学医学部附属病院 産科婦人科)

- 28** 子宮内膜に発生した Mesonephric-like adenocarcinoma の一例
内田 苑佳 (弘前大学医学部 産婦人科)
- 29** 病理組織学的診断から KRAS 変異を特定し得た子宮体部中腎様癌の一例
成之坊 果代 (金沢大学附属病院 産科婦人科)
- 30** 片側子宮体癌の診断に苦慮した双頸双角子宮の一例
鈴木 由佳 (仙台市立病院 産婦人科)
- 31** 子宮体癌ⅣB期に対して、放射線化学療法を施行して著効を認めた1例
佐藤 雄翔 (会津中央病院 産婦人科)
- 32** 右腸腰筋に再発した子宮体癌に対して放射線療法が奏功した1例
田口 朋子 (弘前大学医学部 産婦人科)

14:30~15:10 一般演題 第7群 良性① [良性症例・サーベイランス] 第3会場 [Web-2] 8F 会議室 804(A)

座長：金野 陽輔（北海道大学病院）

- 33** 閉経近くで茎捻転した漿膜下子宮筋腫の症例報告
村岡 由真（東北医科薬科大学 産婦人科学教室）
- 34** 子宮腔部潰瘍を契機に診断されたベーチェット病の1例
小林 雄大（旭川厚生病院）
- 35** 鼠径ヘルニアの卵巣腫瘍嵌頓との鑑別に苦慮した成人の Nuck 管水腫の一例
遠藤 輝人（山形県立中央病院）
- 36** 子宮筋腫の局所増殖巣における間質組織に関する免疫組織化学的研究
小林 徳男（小林医院）
- 37** サーベイランスにより子宮体がんの早期発見が可能であったリンチ症候群の一例
菊池 悠理乃（岩手県立中央病院 産婦人科）

16:30~17:10 一般演題 第8群 良性② [良性手術] 第3会場 [Web-2] 8F 会議室 804(A)

座長：玉手 雅人（札幌医科大学）

- 38** 下腹部皮弁を用いた乳房再建術時に子宮筋腫に対する子宮全摘出術を施行した二例
山本 祥子（富山大学附属病院 卒後臨床研修センター）
- 39** 子宮動脈塞栓術後に腹腔鏡下子宮全摘術を行った血小板減少合併子宮筋腫の一例
吉本 有希（太田西ノ内病院 産婦人科）
- 40** 当院における異所性妊娠の手術成績と発生数の動向について
—20年間、259症例での検討—
矢澤 里穂（福島赤十字病院）
- 41** 腹腔鏡下良性卵巣腫瘍手術に対する皮下鋼線つり上げ法と気腹法の比較
佐藤 いずみ（スズキ記念病院）
- 42** 腹腔鏡下子宮全摘術後のクリアチニンキナーゼ上昇に対する検討
村上 一行（岩手医科大学 産婦人科学講座）

9:30~10:10

一般演題 第9群 周産期⑤ [産科合併症]

第4会場 [Web-3] 8F 会議室 804(B)

座長：岩間 憲之（東北大学病院）

43 妊娠後期に胎児動脈管早期収縮を発症し、その原因としてポリフェノール過剰摂取を疑った1例

村川 真理弥（東北大学病院 産婦人科）

44 妊娠中期に腎障害が増悪したアルコール性肝硬変合併妊娠の一例

大中 一矢（市立札幌病院 産婦人科）

45 妊娠16週に突然の尿閉をきたしたことで診断された嵌頓子宮の一例

横田 貴子（国立病院機構 金沢医療センター 産婦人科）

46 経膈分娩後に膀胱破裂と診断された1例

酒井 美穂（旭川医科大学 産婦人科）

47 経膈分娩後に尿崩症が疑われた一例

越澤 章太郎（JA北海道厚生連 旭川厚生病院）

11:00~11:40

一般演題 第10群 周産期⑥ [合併症妊娠Ⅱ]

第4会場 [Web-3] 8F 会議室 804(B)

座長：柴田 健雄（金沢医科大学）

48 産褥期に発症した可逆性脳血管攣縮症候群（RCVS）の一例

伏見 和人（秋田大学医学部 産婦人科）

49 脳出血をきたし、重度の後遺症を残したもやもや病合併妊娠の一例

櫛谷 直寿（長岡赤十字病院）

50 妊娠中に判明した胸腺癌合併妊娠の1例

三上 智香（青森県立中央病院）

51 妊娠初期の細胞診でAGCと判定し、妊娠30週で子宮頸部高異型度神経内分泌癌と診断した一例

松井 優祐（JA北海道厚生連帯広厚生病院 産婦人科）

52 妊娠を契機に判明した多発性骨髄腫の1例

毛利 春希（東北公済病院 産婦人科）

- 53** 自然破水後に AmpC 産生大腸菌による絨毛膜羊膜炎を発症し緊急帝王切開術を行った一例
對馬 立人 (弘前大学医学部附属病院 産婦人科)
- 54** Metamycoplasma hominis を起炎菌とする帝王切開術後骨盤内膿瘍の 2 例
谷 英理 (富山大学 産科婦人科学教室)
- 55** 異所性妊娠に対し行った子宮筋層楔状切除術後の妊娠で子宮筋層欠損が認められた一例
外館 綾華 (岩手医科大学 産婦人科)
- 56** 子宮腺筋症核出術後 2 度目の妊娠で選択的帝王切開術を行い不完全子宮破裂のため子宮温存が困難となった 1 例
佐藤 珠希 (大崎市民病院 産婦人科)
- 57** 帝王切開癒痕部妊娠に対して腹式単純子宮全摘術を施行した 1 例
相田 桃奈 (新潟大学大学院医歯学総合研究科 産科婦人科)

第2日目 10月16日

9:15~9:45

優秀演題群 1

第1会場 [ハイブリッド] 7F 小田島組☆ほ～る

座長：高橋 俊文（福島県立医科大学）

- 58 子宮内膜症既往／合併妊娠では前置胎盤のリスクが上昇する
横山 万智（弘前大学 産婦人科）
- 59 遷延分娩は予測できるか？
鈴木 秀文（福井愛育病院 産婦人科）
- 60 当院におけるジノプロストン腔内留置用製剤（プロウベス®）の使用経験
五十嵐 冬華（砂川市立病院）

11:35~12:05

優秀演題群 2

第1会場 [ハイブリッド] 7F 小田島組☆ほ～る

座長：島田 宗昭（東北大学）

- 61 調節卵巣刺激の poor responder を予測する AI モデルの構築
竹原 功（山形大学医学部 産科婦人科）
- 62 婦人科良性疾患の腹腔鏡手術における腹腔内 free air の検討と
腹腔鏡手術後消化管穿孔の1例
佐藤 貴紀（岩手医科大学 産婦人科、岩手県立大船渡病院 産婦人科）
- 63 当院にて行っている HPV 感染と子宮頸部細胞診異常の関連性における
疫学研究（J-HERS2020）
佐伯 吉彦（金沢医科大学 産科婦人科学）

10:00~10:40

一般演題 第12群 腫瘍② [婦人科化学療法]

第2会場 [Web-1] 8F 会議室 803

座長：幅田 周太郎（札幌医科大学）

- 64 再発卵巣癌に対する Schlafen11 発現と PARP 阻害剤の効果に関する検討
奥井 陽介（山形大学医学部 産科婦人科）
- 65 プラチナ抵抗性再発卵巣癌・卵管癌・原発性腹膜癌に対するプラチナ併用化学療法の
有用性に関する後方視的検討
田付 駿介（岩手医科大学 産婦人科）
- 66 ペグフィルグラスチムの二次予防的投与が化学療法のアドヒアランスに有用であった一例
登内 恵里子（新潟市民病院 産婦人科）
- 67 カルボプラチンによる過敏性反応発生後のプラチナ製剤再投与に関する後方視的検討
山本 早姫（北海道大学病院 産婦人科）
- 68 当院における子宮体癌に対するレンバチニブ＋ペムブロリズマブ併用療法の使用経験
三國 史嵩（王子総合病院）

69 当院における高齢婦人科がん患者に対する高齢者機能評価の有用性の検討

堀川 翔太 (山形大学医学部 産科婦人科)

70 子宮頸癌リンパ節転移症例の予後予測における 18F-FDG PET の有用性

伊左治 柚子 (福井大学医学部付属病院 産科婦人科)

71 盲腸癌の子宮転移の1例

伏津 建太郎 (釧路赤十字病院 産婦人科)

72 子宮頸癌再発と放射性腸炎の治療中に、カテーテル関連感染より敗血症性塞栓症に至ったと考えられる1例

川畑 龍暉 (札幌医科大学 産婦人科)

73 レンバチニブ投与後に消化管穿孔を来した再発子宮体癌の一例

佐藤 七海 (旭川医科大学 産婦人科)

74 当院における、山形県産科セミオープンシステムを利用した分娩の転帰についての検討

阿部 夏未 (山形済生病院 産婦人科)

75 SGA 症例における胎児推定体重と出生体重の誤差に影響する因子の検討

川並 麟太郎 (山形済生病院 産婦人科)

76 肥満妊婦における妊娠中の体重増加について

菅野 美沙 (太田西ノ内病院)

77 常位胎盤早期剥離 130 例の臨床所見および予後に関する解析

米田 真子 (弘前大学医学部 医学科産科婦人科学講座)

78 当院における絨毛穿刺症例 37 例の検討

石川 源 (宮城県立こども病院産科)

10:50~11:30 **一般演題 第15群 手術** [鏡視下手術]

第3会場 [Web-2] 8F 会議室 804(A)

座長：松川 淳 (山形大学医学部附属病院)

- 79** 内視鏡技術認定取得後の修練として行った地方非認定施設における試み
寶田 健平 (旭川医科大学 産婦人科)
- 80** SecuFix と NISC 用いて解剖学的構造を可視化した TLH2 例
柴田 崇宏 (石川県立中央病院)
- 81** 腹腔鏡下手術システムを用いた経膈分娩後卵管不妊手術の工夫
田口 こころ (むつ総合病院 産婦人科)
- 82** 導入初期の鏡視下仙骨腔固定術 21 例の手術時間の比較検討
田邊 康次郎 (仙台医療センター 産婦人科)
- 83** 当院における早期子宮体癌に対する腹腔鏡下手術 83 例の検討
海道 善隆 (岩手医科大学 産婦人科)

10:00~10:40 **一般演題 第16群 良性③** [良性その他]

第4会場 [Web-3] 8F 会議室 804(B)

座長：島 友子 (富山大学医学部附属病院)

- 84** 膀胱に発生した稀少部位子宮内膜症の一例
中村 真彰 (名寄市立総合病院 研修医)
- 85** 機能性子宮を有する子宮頸管閉鎖に対してジエノゲストが奏功した一例
阿部 真璃奈 (岩手医科大学 産婦人科)
- 86** 若年女性に対する、ジエノゲスト錠 0.5 mg 長期投与による影響の検討
田中 誠悟 (むつ総合病院 産婦人科)
- 87** OHVIRA 症候群に対して内視鏡下膈中隔切除術を行った 2 例の検討
山田 野々花 (石川県立中央病院 産婦人科)
- 88** 巨大嚢胞化し、子宮留膿腫を繰り返した帝王切開癒痕部症候群の 1 例
仁木 舜一 (日鋼記念病院 産婦人科)

- 89** 子宮内膜症、異型子宮内膜症（境界悪性類内膜腫瘍）、類内膜癌を同時に認めた腹膜癌の1例
高田 笑（金沢医科大学 産科婦人科学）
- 90** 当院で経験した卵巢癌肉腫の一例
當麻 絢子（弘前総合医療センター）
- 91** 大量出血をきたした付属器発生が疑われる血管肉腫の1例
佐藤 仁美（新潟大学病院 産婦人科）
- 92** 傍大動脈リンパ節転移から発見に至った漿液性卵管上皮内癌及び微小な浸潤を示す卵管癌の2症例
佐多 綜一郎（王子総合病院）
- 93** 卵巢癌術後に抗 TIF1 γ 抗体陽性皮膚筋炎を発症した1例
佐藤 萌里（大崎市民病院 産婦人科）

特別講演

抄録ページ右下の  **Program** をクリックすると、プログラムの先頭ページに戻ります。

子宮頸部硬度の客観化 ～既存技術応用から新規機器作成を目指して～

三浦 広志

秋田大学医学部附属病院 産婦人科

子宮頸管は通常、分娩の進行とともに熟化し軟化する。これは早産時期でも同様であり、切迫早産の管理においてその病状を評価するのに、子宮頸管の硬度（以下頸管硬度）評価は有用な可能性がある。しかしながら、頸管硬度は未だ早産リスク指標とはなっていない。その理由として、既存の技術・機器では頸管硬度を明確に評価するのが困難なためである。例えば、臨床で汎用されている内診は、簡便で低コストだが主観的で再現性が無い。

客観的な頸管硬度測定を目指し、以下の2つの研究を実施した。a) 体表筋硬度計を改良し頸部硬度測定を試みたが、子宮頸部の先の児頭蓋骨が影響したためか、十分な結果は得られなかった。b) 超音波エラストグラフィー（以下エラスト）は組織硬度を非侵襲的に相対的に分別できる。経陰的にエラスト下で頸管硬度評価を実施し、正期産の分娩予知に有用な可能性が示唆された。現在、エラスト画像を機械学習させることで早産予知が可能となるか、企業と共同研究している。

近年、名古屋工業大学にて、反射音を用いた硬度測定法を応用した硬度センサが開発された。用いられる音波は弱エネルギーであり妊婦へも安全に測定できる。秋田大と名工大の共同で研究開発を進め、内診時に使用できる指装着型センサを作成した。このセンサで得た頸管硬度値が早産を含めた分娩時期予知に有用かどうか、研究を開始した。ヒトに対する未承認機器使用のため、特定臨床研究として審査委員会に諮り承認を得た。次に、再現性良く十分な測定ができるか検証するために、満期妊婦の頸管硬度測定を実施した。センサの感度向上や検者の指先の触覚を妨げないように、数回の改良を重ねている。

反射音法の確立により安全性、コスト、簡便さに優れた子宮頸管の客観的評価が周産期医療の現場に導入されることが期待される。本講演では現段階までの研究経過を中心に進捗状況を報告する。

略 歴

2003年3月	秋田大学医学部医学科 卒業
2003年5月	秋田大学医学部附属病院産婦人科 医員
2009年3月	秋田大学大学院医学研究科 修了
2009年4月	秋田赤十字病院産科 副部長
2011年11月	秋田大学医学部附属病院産婦人科 医員
2013年1月	秋田大学医学部附属病院産婦人科 助教
2014年4月	かづの厚生病院 産婦人科 科長
2015年5月	秋田大学医学部附属病院産婦人科 助教
2021年7月	秋田大学医学部附属病院産婦人科 講師 遺伝子医療部副部長を兼任

【専門医等】

日本産科婦人科専門医・指導医、日本周産期・新生児医学会専門医・指導医（母体・胎児）、臨床遺伝専門医、インストラクター（ALSO、NCPR、JMELS）

【受賞歴】

秋田大学教員活動評価優秀教員賞（平成30年、令和元年）
秋田大学医学科優秀教育賞（令和3年）
Best student paper award 2019（共著、IEEE on SMC）

産婦人科医療における cross-disciplinary training の 魅力と可能性

添田 周

福島県立医科大学 産科婦人科学講座

産科婦人科は産科、婦人科、生殖・内分泌、女性医学を基本とする。これらのサブスペシャリティは、他の診療科と密接に関わることで診療科の枠を超えた知識と技能習得にもつながる。当科に在籍した20年の間、産婦人科医が実際に行うことが少ない骨盤内の子宮動脈塞栓術(UAE)と、骨盤内臓器に浸潤した腫瘍に対する骨盤内蔵全摘出術(pelvic exenteration: PE)をライフワークとして継続してきた。

UAEは、2003年に国内のハイボリュームセンターでの研修後に導入し、延べ216例(子宮筋腫・子宮腺筋症183例、産科出血21例、婦人科出血7例、周術期血流遮断4例)に施行した。子宮筋腫・子宮腺筋症の治療を通じて、子宮に対する患者の気持ちに配慮した診療の重要性を学んだ。また、出血はすべての症例で止血に成功し、患者救命に寄与することが出来た。本手技を学び血管の解剖に習熟することは、婦人科手術手技の向上にも貢献した。

婦人科再発腫瘍に対するPEはNAC施行中に急激な増大を呈して紹介された子宮頸癌ⅡB期症例を契機に2014年7月から取り組んできた。照射野内再発症例で難儀であったが無事施行した。本患者は、現在無再発で社会復帰を果たしている。その後、2014年～2021年までに23例に対して行った。骨盤内に限局する症例の治療成績は良好であり、長期生存に寄与する術式である。本術式を通じて消化器外科、泌尿器科との連携は格段に良好となり、婦人科悪性腫瘍における拡大手術のrationaleを理解していただけた。今後、手術トレーニングなどでコラボレーションが進む予定である。

比較的稀な治療手技を習得出来た背景に、福島県立医科大学産科婦人科学講座の医局風土が影響していると考えている。この2つの治療手技から学際的(cross-disciplinary)な産婦人科医療の魅力について考察する。

略 歴

平成9年	福島県立医科大学医学部医学科卒業
平成9年	福島県立医科大学産科婦人科学講座入局
平成9年	水戸協同病院産婦人科
平成14年	葉山ハートセンターUAEセンター
平成24年	福島県立医科大学産科婦人科学講座講師
平成25年	英国シェフィールド大学 Department of oncology Clinical research fellow
平成31年	福島県立医科大学産科婦人科学講座講師 兼附属病院婦人科部長
令和2年	福島県立医科大学産科婦人科学講座教授 兼附属病院婦人科部長
令和4年	福島県立医科大学産科婦人科学講座教授 兼附属病院婦人科部長 兼地域婦人科腫瘍学講座主任

【専門・得意分野】

婦人科悪性腫瘍治療 産婦人科IVR

【所属学会・資格等】

日本産婦人科学会専門医 (19970038-N-0207号)・指導医 (S-0212)
 日本臨床細胞学会専門医、指導医 (2125号)
 医学博士 (福島県立医科大学 甲360号)
 日本婦人科腫瘍学会専門医 (110552号)・指導医 (S-150167)
 がん治療認定医 (11101193号)
 日本スポーツ協会公認スポーツドクター (408458号)
 子宮体癌治療ガイドライン2018年版作成委員
 婦人科悪性腫瘍研究機構 (JGOG: Japanese Gynecologic Oncology Group) 理事
 子宮頸がん治療ガイドライン2024年版作成委員
 福島医学会機関誌編集委員
 日本産科婦人科学会婦人科腫瘍委員会委員
 The Journal of Obstetrics and Gynaecology Research Associate Editor
 東北婦人科腫瘍研究会 (TGCU) 世話人 (福島県代表)

正常子宮内膜におけるがん関連遺伝子変異

吉原 弘祐

新潟大学大学院医歯学総合研究科 産婦人科

子宮内膜を発生源とする疾患は、子宮内膜症、子宮腺筋症などの良性疾患から、子宮内膜癌・子宮内膜症関連卵巣癌などの悪性疾患にいたるまで多岐にわたる。特に子宮内膜症は、月経困難症や不妊症、卵巣がんなどを引き起こすため、女性のQOLを著しく低下させてしまう。そこで我々は子宮内膜症の病態解明を目的として卵巣子宮内膜症・正常子宮内膜に対する全エクソンシーケンス解析を行い、1) *PIK3CA* や *KRAS* 等のがん関連遺伝子の体細胞変異が子宮内膜症上皮や正常子宮内膜に認められること、2) がん関連遺伝子変異は内膜症病変全体に均一に存在しているが、正常子宮内膜組織内では不均一に存在すること、3) がん関連遺伝子変異は正常子宮内膜の腺管単位でクローナルに存在すること、を報告している (*Cell Rep* 2018)。また、レーザーマイクロダイセクション法で子宮内膜症・正常子宮内膜組織から上皮細胞と間質細胞をそれぞれ分けて回収してゲノム解析を行った結果、癌関連遺伝子の体細胞変異は子宮内膜症上皮・正常子宮内膜上皮にのみ認め、内膜症間質・正常子宮内膜間質には認めないことを確認している (*Human Rep* 2019)。ではなぜ、子宮内膜腺管上皮においてがん関連遺伝子変異が保存されるので我々は891サンプルの子宮内膜腺管(32症例)に対する単一腺管シーケンス解析と41サンプルの全ゲノム/エキソーム解析を行い、子宮内膜における遺伝子変異量は加齢や月経回数に比例すること、子宮内膜では婦人科癌特有の遺伝子変異が正の選択を受けていること、を明らかにしている (*Nat Commun* 2021)。子宮内膜症関連癌で同定される癌関連遺伝子変異の多くは、すでに子宮内膜の経時的ゲノム変化として起きており、今後真のドライバーイベントを検討していく必要がある。

略歴

【学歴】

- 2003年 新潟大学医学部 卒業
- 2009年 新潟大学大学院医歯学総合研究科分子細胞医学遺伝子制御講座 卒業

【職歴】

- 2009年 新潟大学大学院医歯学総合研究科分子細胞医学遺伝子制御講座 助教
- 2012年 University of Texas MD Anderson Cancer Center, Dept. of Bioinformatics and Computational Biology, postdoctoral fellow
- 2014年 新潟大学大学院医歯学総合研究科 産婦人科 助教
- 2016年 新潟大学研究推進機構 研究准教授
- 2021年 新潟大学大学院医歯学総合研究科 産婦人科 講師
- 2021年 新潟大学大学院医歯学総合研究科 産婦人科 医学部准教授
- 2022年 新潟大学大学院医歯学総合研究科 産婦人科 教授

招 請 講 演

抄録ページ右下の  **Program** をクリックすると、プログラムの先頭ページに戻ります。

生殖医学研究における倫理

寺田 幸弘

秋田大学医学部附属病院 産婦人科

体外受精胚移植に代表される生殖医学（ART）の臨床導入の過程は通常の医療のそれとやや異なっている。例をあげるとヒト ICSI による出産は 1992 年であるが、実験動物による有用性、安全性などの検証の土台となるマウスの ICSI の確立は 1995 年である。（マウス ICSI は北日本会員である当時福島医大に在籍していた木村康之先生がハワイの柳町隆造先生のもとで確立し、Biol. Reprod. の論文は世界で今も広く引用されている日本の産婦人科医の誇るべき偉業である）この経緯だけでも通常の医療が導入される、開発—動物実験による有用性、安全性の評価—臨床試験、などが ART には存在しなかったことが理解できる。原因不明の乏精子症の男性精子から生まれた男児 50 余例の精液所見の結果が数年前に発表されたが、明確な続報はなされていない。本年より ART の保険適応が開始されたが、現在の保険収載の位置づけでは配偶子、胚の操作は「医行為」ではなくそれらを育む培養液は医薬品ではなく「実験用試薬」として位置づけられている。

私はこれまで無脊椎動物からヒトを含む霊長類までの生殖の様式を細胞生物学的に齧ってきた。種を超えた普遍的なメカニズムの上に、それぞれの種が存続することで得たと考えられる相違が存在することを認識している。例をあげるとマウス卵子の表面 30% くらいは微絨毛という精子接着に必要な構造が存在せず、あたかもヘルメットをかぶったようなその領域のなかに不自然に巨大な減数紡錘体が存在する。ヒトをはじめとした霊長類や家畜、さらには棘皮動物（ウニなど）の卵子にそのような極性は存在しない。今後の ART の健全な発展にはヒト配偶子、胚を用いた研究、検証がさらに必要と考えている。

そこには慎重に重ねられた公的機関による倫理審査およびモニタリング、そして研究者の保護も必要であることは言を待たない。

略 歴

1988 年 3 月 東北大学医学部医学科卒業
 1993 年 10 月 東北大学産婦人科学教室助手
 2001 年 1 月 講師 2001 年 4 月 助教授 2007 年 4 月 准教授
 2010 年 9 月 秋田大学大学院医学系研究科産科婦人科学講座教授

【留学歴】

1998 年 1 月から 2000 年 1 月まで オレゴン霊長類研究所 博士研究員
 アメリカ海洋生物研究所 (Woods Hole) Frontiers in Reproduction 終了

【所属学会と現在の役職】

日本学術会議（出生発達委員会委員）日本産婦人科学会（生殖内分泌委員会委員長）
 日本生殖医学会（副理事長）日本卵子学会（副理事長）秋田県産科婦人科学会（会長）他

【資格等】

日本産科婦人科学会専門医、指導医 日本生殖医学会専門医、指導医 日本産婦人科内視鏡学会技術認定医
 手術支援ロボットダビンチ認定術者 母体保護法指定医、他

【その他の役職】

文部科学省科学技術・学術審議会生命倫理・安全部会委員
 秋田県周産期医療協議会会長 秋田県子宮がん部会委員長 秋田県医師会母体保護法指定医認定委員会委員長
 秋田県犯罪被害者等支援推進会議委員 他

【受賞歴】

第 12 回神澤医学賞 平成 21 年度東北大学医学部奨学賞金賞 他

【受領中の研究費】

学術振興会 科学研究費 基盤研究 B (2021 ~ 2023) 挑戦的研究 (2021 ~ 2023)
 厚労科研「本邦の配偶子、胚管理に関する関連 4 学会の共同提言作成」(2022 ~ 2023)

【現在までの学位指導数】

東北大学産婦人科：8 名 秋田大学産婦人科：22 名

【主催学会】

第 59 回北日本産科婦人科学会 (2011 年 秋田)
 第 47 回精子研究会 (2016 年 秋田)
 第 61 回日本卵子学会 (2020 年 秋田)
 第 70 回日本生殖医学会 (2025 年開催予定 秋田) 他

出生前診断からみた生命倫理

福島 明宗

岩手医科大学医学部 臨床遺伝学科

生命倫理4原則とは、(1) 自律性の尊重 (respect for autonomy)、(2) 無危害 (nonmaleficence)、(3) 慈恵 (beneficence)、(4) 正義 (justice) とされ、医療・医学研究の場面における生命倫理の基本原則とされる。現代医療における倫理的原則としては、1) 患者にとって利益があること、2) 医学的に妥当かつ適正であること、3) 社会においても公正であり善であること、4) 患者への医学的説明が十分であり、その内容についての了解があること、5) 患者の自己決定権の尊重、6) 個人情報保護と守秘義務、などが挙げられる。さて産科学・周産期医学は、胎児という自己決定権のないヒトを対象に含めるため、生命倫理に関しては一層慎重かつ迅速な対応が求められる。1992年に日本産科婦人科学会が高年初産婦の定義を30歳以上から35歳以上としたが、その2年後に母体血清マーカー検査が我が国に導入された。本検査は母体採血のみであることや検査費用が比較的安価であったことから急速に広がっていった。しかしながら不十分な事前説明により、妊婦・家族に誤解や不安を与え、結果不本意な妊娠中絶に結びついているとし、大きな社会問題となった。1999年「厚生科学審議会医療技術評価部会・出生前診断に関する専門委員会」では、「我が国に於いては、専門的なカウンセリング体制が十分でないことを踏まえると、医師が妊婦に対して、本検査の情報を積極的に知らせる必要はない、また、医師は本検査を勧めるべきではなく、企業等が本検査を勧める文書などを作成・配布することは望ましくない」とし、NIPTが開始された2013年以降もこの状況が継続した。さてNIPT導入は血清マーカー検査での反省を踏まえて慎重に実施されたが、認定施設数の不足によるニーズへの対応不足、それに乗じた未認可施設の増加を来した。この度厚生労働省並びに関連学会は、約20年ぶりに妊娠初期段階で妊婦やパートナーへの誘導にならない形で情報提供を行っていく方針に舵を切った。そしてNIPTは新たに基幹施設および連携施設を設定し、実施可能施設の拡大および診療連携の構築を行っていくことになった。出生前診断の適応拡大や技術革新は止めようがないが、常に生命倫理に関する議論を疎かにしてはならない。

略 歴

【学歴】

- 1984年3月 岩手医科大学医学部卒業
- 1988年3月 岩手医科大学医学部大学院医学研究科卒業

【職歴】

- 1988年4月 岩手医科大学医学部産婦人科助手
- 1992年10月～1994年4月 米国・ニューメキシコ州立大学医学部産婦人科訪問研究員
- 1998年2月 岩手医科大学医学部講師
- 2008年4月 岩手医科大学医学部准教授
- 2011年7月 岩手医科大学医学部特任教授
- 2015年4月 岩手医科大学医学部教授（現職）
- 2018年4月 いわて東北メディカル・メガバンク機構副機構長（兼任）

【所属学会】

- 日本遺伝カウンセリング学会副理事長、日本母性衛生学会常務理事、日本診療情報管理学会理事、日本先天異常学会評議員、日本周産期新生児医学会評議員、日本遠隔医療学会幹事

【専門医等】

- 臨床遺伝専門医・指導医、産婦人科専門医・指導医、周産期（母体・胎児）専門医・指導医、診療情報管理士、母体保護法指定医、産業医

より安全・適切な産婦人科チーム医療を行うためには — 肥満を制御する —

馬場 長

岩手医科大学 産婦人科

食生活の欧米化に伴い、過去半世紀で動物性タンパク質や動物性脂肪の平均摂取量は倍増し、糖尿病および糖尿病予備軍を含む耐糖能異常は全女性の23%まで増加しており(厚生労働省 国民健康・栄養調査より)、今や肥満は日本人の国民病といっても過言ではない。セルフボディイメージに配慮する女性も多いものの、加齢に伴って耐糖能異常や肥満者の頻度は増加するのも現実である。東北地方や北海道では中等度以上の肥満者が多く、少子晩産化の流れの中で肥満高齢初産婦を取り扱う機会も少なくない。もとより高齢初産婦は妊娠高血圧腎症や産科危機的出血など致死的な周産期合併症リスクが高い上に、肥満者では合併症リスクが相加的に充進する。その一方で妊娠中の無計画な摂取カロリー制限は周産期予後を損なうことも指摘されており、妊娠中の適切な栄養管理法を習得し、知識の更新に努めることは常々、われわれ産婦人科医の喫緊の課題となってきた。

さらに、肥満との特に関連性の高い婦人科疾患として、不妊症と子宮体癌がある。肥満不妊患者では排卵障害が認められるだけでなく、妊娠後の周産期リスクも見越したプレコンセプションケアの一環として減量治療の持つ意義は高い。排卵障害に伴う無月経は子宮体癌の主たる発症リスクであるが、BMIが $25\text{kg}/\text{m}^2$ を超える(過体重)と発症危険度は1.3倍に、 $30\text{kg}/\text{m}^2$ を超える(肥満症)と2.5倍になる。初期子宮体癌に対しては2014年から腹腔鏡手術、2018年からロボット支援手術が保険収載となり、術後早期回復が期待できると爆発的に両手術の普及が進んだが、肥満患者では手術時間が延長し、手術関連合併症、特に開腹移行率が高いことが報告されている。鏡視下手術を低侵襲手術とするためにも肥満患者では治療前に可及的減量が望まれるところであるが、低栄養状態は治療効果を減退させるため、やはり適切な減量治療が不可欠である。

以上より適切な肥満症対策は産婦人科医診療に必須の項目であり、本セッションでは産婦人科指導医が身に着け、専攻医にその治療法を指導できるよう、適切な減量および栄養管理について特別講演を企画し、2名の演者を招聘した。減量治療の根幹をなす適切な栄養管理については代謝内科の観点から専門家から詳細に解説をいただく。また昨今、内科的減量治療に抵抗性の肥満患者に対して欧米で減量手術が一般化しガイドラインも作成されており、今後、本邦でも産婦人科治療に減量手術を含めた抗肥満治療を組み込む動きが活発化することが期待されている。岩手医科大学では2021年より糖尿病・代謝・内分泌内科とタイアップして肥満症外科治療センターが開設されており、減量外科治療についても併せて専門家の解説を行う。本セッションを聴講した産婦人科医が適切な減量・栄養管理を行えるようになることで北日本地域の産婦人科治療成績の向上への一助となることを期待してやまない。

減量・代謝改善外科医から見た女性高度肥満症の病態 ーライフステージに合わせた治療方針について考えるー

梅邑 晃、佐々木 章

岩手医科大学医学部 外科学講座

【はじめに】女性は、生理学的ホルモンバランスから脂肪蓄積を来しやすい。これに食事の欧米化、運動不足、精神的要因などが交絡し、エネルギー過多となり BMI $\geq 35\text{kg/m}^2$ となった場合に高度肥満症 (MO) と定義される。減量・代謝改善外科 (MS) は、MO に伴って発症した肥満関連健康障害 (ORD) を内科的治療のみでは達成できなかった減量効果とともに治療する唯一の手段である。一方で、女性はそのライフステージ毎に直面する課題や疾患が異なることから単純に MS を行うべきではない。今回、XYZ 世代に分けて女性 MO の治療について提示させて頂く。

【X 世代】X 世代は、MS の保険適応上限となる 65 歳に近い年齢層であり、2 型糖尿病 (T2D) を含む ORD の改善が主な目的となる。変形性関節症などで整形外科的加療を要する症例もあるため、2 期的治療を想定して MS を行う必要がある。また、検診未受診症例が多く、MS 後に乳癌を指摘される症例も見られ悪性疾患の併存を念頭に置くことが重要である。

【Y 世代】生産・出産・育児年齢を含むこのライフステージでは、精神疾患の合併が大きな問題となる。家庭環境や就業環境に問題がある症例もあり、チーム医療でのバックアップが重要である。T2D を発症している症例は、なるべく早期に MS に繋げることが膵内分泌機能保護・回復に重要であり、いわゆる obesity stigma による悪循環を断ち切る良い機会となる。多嚢胞性卵巣症候群からの離脱は、患者のライフステージを劇的に変化させることができる唯一の手段であるため、妊娠・出産歴や育児希望などを加味して不妊外来にも積極的に介入頂いている。

【Z 世代】X/Y 世代と比較しても減量効果は高く、整容面での期待度が高いと考えている患者が多いため、治療効果は高い。

【結語】女性のライフステージに合わせた MS への知見を深めて頂き、是非とも明日以降の治療へ繋げて頂きたい。

略 歴

- H17 福島県立医科大学医学部卒業
- H17 岩手県立胆沢病院初期研修医
- H19 岩手県立胆沢院初期臨床研修 終了
- H22 岩手医科大学医学研究科博士課程 入学
- H26 岩手医科大学医学研究科博士課程 卒業
- H31 岩手医科大学外科学講座 助教
- R3 岩手医科大学外科学講座 講師

【資格】

日本外科学会専門医・指導医、日本消化器病学会専門医・指導医・支部評議員、日本肝臓学会専門医、日本消化器外科学会専門医・指導医、日本食道学会認定医、日本肝胆膵外科学会評議員、日本移植学会認定医、日本内視鏡外科学会技術認定医・評議員、日本がん治療認定機構 (JBCT) がん治療認定医・消化器がん治療認定医、日本肥満症治療学会評議員、日本外科感染症学会外科周術期感染管理認定医・教育医・評議員、日本外科系連合学会評議員、日本腹部救急医学会認定医・評議員、日本ヘルニア学会評議員、ICD、JATEC インストラクター

【受賞歴】

APMBSS Best Speaker Award、サニーヘルス株式会社 若手研究者育成事業賞、令和 4 年 科研費 (基盤 C)、Surgery Today Best Reviewer Award

肥満者の生活習慣と向き合う

石垣 泰

岩手医科大学医学部 内科学講座 糖尿病・代謝・内分泌内科分野

国民健康・栄養調査によると、日本人女性における肥満者の割合は横ばいで経過しており、若年層の女性では痩せ傾向が強まっている。一方で、肥満外来の受診者は女性の割合がやや高い。女性特有の疾患を併発している場合が多く、中でも女性不妊、月経異常の肥満者をよく経験する。小児期や思春期に発症した肥満で、運動習慣を持たない患者が多い印象を受ける。また、月経のタイミングに応じた食欲亢進や家庭内のイベントを理由に過食するケースによく遭遇する。外来診療では、こうした周期を想定して過食について注意を促し、日々の体重測定と生活習慣の記録を必須としているが、徒労に終わることも多く介入に苦慮する。精神疾患を有する若年者は、肥満外来受診者では男性より女性の割合が多く、女性の方が体重の増減が極端な印象を受ける。肥満若年女性の挙児希望が実現した場合は、妊娠経過中の妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病の発症や食事指示量の調節に注意する必要がある。

肥満者の食習慣に有効な介入は難しいが、特に女性に対しては、夕食の後にできるだけ食べ物を口にしないことに重点を置いて話している。スイーツや夜食になるようなものは買い置きしないよう家族にも協力を依頼し、夕食後にすぐ歯みがきすることも勧めている。また、女性は男性に比べて甘いものや果物を摂る習慣があるので、制限は難しくとも繰り返し注意喚起する必要がある。お付き合いで間食が減らないケースでは、自身が医師から注意されている状況を周囲に明示するよう提案している。

肥満者には特有の食行動への「ずれ」と「くせ」があると言われている。こうした状況を否定するのではなく、ある程度認めながら修正していく姿勢が肥満症診療には必要であると考えている。

略 歴

1993年3月	東北大学医学部 卒業
2000年3月	東北大学大学院医学系研究科 卒業
2001年4月	東北大学附属病院糖尿病代謝科医員
2004年1月	東北大学病院糖尿病代謝科助手
2008年9月	東北大学病院糖尿病代謝科講師
2010年4月	東北大学大学院医学系研究科分子代謝病態学分野准教授
2013年5月	東北大学大学院医学系研究科糖尿病代謝内科学分野准教授
2013年9月	岩手医科大学医学部内科学講座糖尿病・代謝内科分野教授
2018年4月	岩手医科大学医学部内科学講座糖尿病・代謝・内分泌内科分野教授

共催セミナー

抄録ページ右下の  **Program** をクリックすると、プログラムの先頭ページに戻ります。

先人の情熱を伝える手術教育 ～そして、バトンは渡された～

葛西 亜希子

八戸市立市民病院 産婦人科

医師とは、多くの指導医に巡り会いながら成長していく職業だと思います。そして成長していく過程で指導医となり、学生や研修医そして後輩医師を指導していく立場になっていきます。にもかかわらず、医学的知識や手技を習得する場はあっても、社会人の常識や教育のスキルを十分学ぶことなく指導医となるため、実際指導医の立場となって「良い指導が出来ない」「どうやって指導したらよいのか？」と悩み悶々とし戸惑うことが多いと思います。

私自身の話になりますが、妊娠分娩による産休・育休取得による休職、復職後も育児や家事そして目の前の診療に追われる毎日のなかでキャリアアップができずに落ち込む時期がありました。同じ産婦人科医師である夫の励ましや上司の理解という後押しがあり、TRY セミナーに飛び込んだことで多くの仲間ができ、さらにコミュニティーが拡がりました。そして腹腔鏡手術に全く縁のなかった私が36歳から腹腔鏡手術の執刀をするようになり、41歳で腹腔鏡技術認定医となることができました。

「一步踏み出す勇氣」から得られる成果と喜びを知り、指導医の立場になってさらに一步踏み出すことを始めました。また、ペップトークというコミュニケーションスキルとアンガーマネジメントによる発想の転換を知り、若手医師に対して「頑張っていることを認める（存在承認）」「出来ないことを責めずに、出来たことを一緒に共有し認める（行動承認）」「出来た手技を次の手技につなげる（背中を一押し）」「1年後の成長を認めて褒める（結果承認）」というステップを踏むことで、Z世代である若手医師と良好なコミュニケーションがとれるように自分を変えることを始めました。

本講演では、地方の一医師のあゆみと取り組みについてお話させていただきます。

略 歴

2000年	弘前大学医学部卒業、同産科婦人科学講座入局
2004年	弘前大学大学院医学研究科卒業
2004年	青森労災病院 産婦人科医師
2005年	国立病院機構弘前病院 産婦人科医師
2006年	むつ総合病院 産婦人科副部長
2009年	大館市立総合病院 産婦人科副部長
2015年	八戸市立市民病院 産科医長
2016年	八戸市立市民病院 産科部長

日本産科婦人科学会専門医・指導医
日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医（腹腔鏡）
日本内視鏡外科学会技術認定医（産科婦人科領域）
日本がん治療認定医機構 がん治療認定医
母体保護法指定医
弘前大学臨床准教授

専攻医の挑戦・腹腔鏡下仙骨膣固定術 —TLHには無い手技をトレーニングで攻略する—

小林 暁子

新潟大学病院 産科婦人科

腹腔鏡手術は婦人科手術の中で大きな割合を占め、今や様々な手術が腹腔鏡で保険適応となっています。日本産科婦人科内視鏡学会・内視鏡技術認定医を目指している先生方は特に腹腔鏡下子宮全摘術を安全に行うことが目標となっています。そのために必要な知識はたくさんありますし、ドライボックストレーニングは重要な一歩となります。

しかし婦人科の良性腹腔鏡手術は、子宮全摘ばかりではなく、付属器の手術、筋腫核出術、造膣術、そして骨盤臓器脱手術などなどたくさんあります。それらの手術にはそれぞれ専用の手技があり、専用のトレーニングがあります。そして、それらの中でも一番手技が細かく、特殊なのは骨盤臓器脱手術：腹腔鏡下仙骨膣固定術です。そのため子宮全摘術の次のステップとして、仙骨膣固定術が存在します。

腹腔鏡下仙骨膣固定術は、婦人科では珍しい機能再建手術の一つです。骨盤臓器が下垂することを補正するだけでなく、排尿機能、排便機能、性機能を一度に治すためです。目覚ましくQOLが改善し、満足度も非常に高い手術です。

腹腔鏡下仙骨膣固定術を行うには、たくさんの難関ポイントがあります。①岬角への運針：大血管が近くを走り、下腹部正中ポートから直下に存在する岬角は展開・運針がむつかしくなります。②膀胱頸部までの膀胱剥離：メッシュを膀胱頸部まで留置するためですが膀胱・膣の血流を損傷なく行います。③メッシュ留置のための膣壁への運針：非吸収糸で膣壁にメッシュを固定しますが、膣へ糸が出ると感染の原因になるため注意を要します。

これらの難関ポイントを Off the job training で攻略できるよう工夫しました。今回のセミナーでは骨盤臓器脱の病気の話は特にしません。仙骨膣固定術に特化した腹腔鏡の手技について楽しみながらトレーニングする方法とその成果を、当院専攻医とともにお届けします。

略 歴

- 2001年3月 埼玉医科大学医学部卒
- 2001年5月 埼玉医科大学総合医療センター産科婦人科入局
- 2003年9月 - 2006年6月 東京医科歯科大学分子細胞機能学講座 特別大学院生
- 2007年5月 埼玉医科大学大学院医学博士課程修了
- 2007年5月 埼玉医科大学病院産科婦人科助教
- 2008年1月 赤心堂病院産婦人科
- 2013年4月 赤心堂病院産婦人科医長
- 2016年4月 赤心堂病院非常勤
- 2017年1月 新潟大学病院産科婦人科助教

【専門医・指導医資格】

- 日本産科婦人科学会専門医・指導医
- 日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医
- 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

月経困難症の診断と治療

太田 郁子

太田郁子ウィメンズクリニック

略 歴

【学歴】

平成 12 年 3 月 日本大学医学部卒業
平成 12 年 5 月 日本大学産婦人科学教室入局
平成 18 年 3 月 日本大学大学院生理系発生生殖学卒業 医学博士
平成 19 年 4 月 倉敷平成病院 医員
平成 25 年 10 月 倉敷平成病院 婦人科 医長
平成 29 年 4 月 倉敷平成病院 婦人科 部長
令和 4 年 10 月 太田郁子ウィメンズクリニック 院長

【資格】

日本産科婦人科学会専門医
骨粗鬆症学会認定医

【所属学会】

日本エンドメトリオーシス学会
日本産科婦人科学会
日本女性医学学会
日本骨粗鬆症学会

【賞与】

第 30 回日本エンドメトリオーシス学会 臨床部門 学会賞 受賞
2018 年 日本女性医学学会優秀演題賞 受賞

【専門】

子宮内膜症、子宮線筋症、更年期、ホルモン療法

JGOG3023 試験 ～ 0.9 か月の PFS 延長効果を得るまでの苦悩～

庄子 忠宏

岩手医科大学 産婦人科

JGOG3023 試験は、ペバシズマブ既往のあるプラチナ抵抗性再発卵巣がんで、化学療法単剤に対しペバシズマブ併用化学療法単剤の PFS は 0.9 か月延長した (HR: 0.54, P=0.0082) という結果です。たった 1 行で終わってしまう結果のために、どれほどの努力を要したのか研究代表者の苦悩を顧みてみました。

この試験の立ち上げは、私が卵巣がん委員会のメンバーだった 2014 年の年末のことでした。当時の卵巣がん委員長は当時鳥取大学教授の紀川順三先生でありました。プロトコル作成の段階で、統計の濱野鉄太郎先生などと打ち合わせをするため何度東京に足を運んだことでしょうか。この頃の平均睡眠時間は 3 時間でした。その当時、欧州では MITO16 試験 (プラチナ感受性再発卵巣がんに対するペバシズマブ Beyond PD の有用性を検証する Randomized PIII 試験) が開始されていました。試験開始は少し遅れますが、Publication の時期は遅れをとってはいけないという思いで準備を進め、2015 年 6 月から試験が開始となりました。案の定、患者登録は進まず、登録促進のため全国行脚することになります。盛岡をはじめ、札幌、弘前、仙台、福島、新潟、東京、横浜、名古屋、大阪、京都、富山、立山、岡山、福岡、久留米、長崎、鹿児島など、4 年間で計 24 回 Boost up Meeting をおこないました。JGOG 事務局をはじめ、これらの場所で開催にご協力いただいた先生方には感謝しております。お陰様で、2018 年 12 月まで 103 例が登録されました。

2020 年 9 月の IGCS (ローマ) で国際学会デビューとなりました。プレナリーセッションに採択され新潟大学の西川伸道先生に発表していただきました。国内では 2020 年 10 月の日本がん治療学会 (京都) での発表となりました。当時の静岡がんセンターの安倍正和先生に発表していただき最優秀演題賞をいただきました。また、論文は 2022 年に Cancer Science に Publication されました。

JGOG3023 試験の立ち上げから論文掲載までを通して、私なりに学んだ臨床試験プロトコルを作成するための重要事項は以下であります。①クリニカルクエッションについて世界の最新の動向を探ること、②臨床に貢献できる内容なのか吟味すること、③設定した症例数を確実に短期間でクリアできるか検討すること、④試験の宣伝活動を繰り返し行わなければ症例登録は伸び悩むこと、⑤登録いただいた先生には必ずお礼の連絡をすること、⑥ CRF の回収は期間内に確実にすること、⑦論文は学会発表直後に掲載できるよう進めること。

このセッションでは JGOG3023 試験の成果を中心に、プラチナ抵抗性再発卵巣がん治療について述べたい。

略 歴

【学歴】

1986 年 3 月 岩手県立盛岡第一高等学校卒業
1992 年 3 月 岩手医科大学医学部卒業
1997 年 3 月 岩手医科大学医学部大学院卒業

【職歴】

1992 年 5 月 岩手医科大学産婦人科学教室入局
1992 年 11 月 秋田県鹿角組合総合病院産婦人科
1993 年 11 月 岩手医科大学産婦人科勤務
1997 年 4 月 岩手医科大学産婦人科副手
1998 年 4 月 岩手県立千厩病院産婦人科長
2001 年 4 月 岩手医科大学産婦人科助手
2002 年 7 月 岩手医科大学産婦人科医局長
2004 年 11 月 岩手医科大学産婦人科病棟医長
2008 年 4 月 岩手医科大学産婦人科医局長
2010 年 4 月 岩手医科大学産婦人科外来医長
2011 年 7 月 岩手医科大学産婦人科特任講師
2012 年 4 月 岩手医科大学産婦人科病棟医長
2014 年 4 月 岩手医科大学産婦人科講師
2016 年 4 月 八戸赤十字病院婦人科部長
2017 年 1 月 八戸赤十字病院産科・婦人科部長
2018 年 4 月 岩手医科大学産婦人科講師
2020 年 11 月 岩手医科大学産婦人科特任准教授

【免許】

医籍 1992 年 6 月 1 日 第 350705 号

【学位】

1997 年 12 月
「CAS200 画像解析装置を応用した子宮頸癌細胞診自動化に関する研究」

【学会専門医等】

日本医師会 認定産業医
母体保護法指定医
日本産科婦人科学会 専門医、指導医
日本婦人科腫瘍学会 婦人科腫瘍専門医、指導医 代議員
日本がん治療認定医機構 がん治療認定医、暫定教育医
婦人科悪性腫瘍研究機構 理事、COI 委員長
日本がん検診・診断学会 認定医、評議員
日本婦人科がん検診学会 評議員
日本周産期・新生児医学会 暫定指導医

これからの治療開発に期待すること～ EAGOT (East Asian Gynecologic Oncology Trial Group) 設立の意義とその将来像～

榎本 隆之

新潟大学 医歯学系

JGOG は国内最大の婦人科悪性腫瘍コンソーシアムで 2022 年 1 月現在の登録施設数は 181、正会員数 1075 名である。14 の臨床研究中核病院、全国の主要な大学、がんセンターを束ね、これまで数々の多施設共同第 3 層臨床試験を実施、その成果はこれまで JAMA Oncology、Lancet Oncology をはじめ一流誌に数多く掲載されている。杉山徹第 3 代理事長時代 (2015-2018) に JGOG-ToMMo バイオバンク事業、TRI との連携がはじまり、バイオバンクを利用した最初の試験として JGOG3025 (PI: 榎本隆之) が開始された。この試験は、卵巣癌における、ニラパリブをはじめとした PARP 阻害薬の効果と関連する相同組み換え修復異常の頻度とその臨床的意義を明らかにする試験である。国際化については、JGOG 創立の 2002 年に第 1 回日韓 Joint Meeting が開催され、2017 年まで計 12 回の Joint Meeting が開催されたが、いずれの会議もそれぞれの国の治療方針・治療成績を発表するにとどまっていた。杉山先生はアジアの中心とした国際共同研究の重要性に注目され、2018 年に第 1 回 JGOG-KGOG Collaboration Meeting (JKC) を開催、日韓共同研究の調印式が行われた。私が理事長に就任した 2019 年には第 4 回 JKC を新潟県月岡温泉の華鳳、第 5 回 JKC は Incheon の慶源齋アンバサダーで両国の正副理事長だけでなく 3D 委員長が集まり、2 日間にわたり共同研究の開始に向けて 3D 委員会に分かれて議論を行い、夜には懇親会を開催し親睦を深めた。2020 年からは WEB にて各委員会の会議が頻回に行われ、実際にいくつかの日韓共同臨床研究がすでに開始されている。さらに 2019 年 12 月の JGOG 年次総会の前日に中国 Chinese Gynecologic Cancer Society (CGCS)、および Taiwan GOG を招いて JGOG/KGOG/TGOG/CGCS Joint Meeting を開催、その後も計 3 回会議を開き、今後 4 ケ国で国際共同研究を行うことに合意し、2021 年 11 月 East Asian Gynecologic Oncology Trial Group (EAGOT) の foundation meeting を開催、定款を作成した。現在 JKC ですでに始まっている国際共同研究を中心に 3D+TR 委員会に分かれて 4 ケ国国際共同研究にむけて WEB 上で具体的な議論を進めている。2023 年 5 月に新潟で第 1 回 EAGOT 会議を開催し、EAGOT を軸としたアジア圏での医療・治験イノベーションネットワークの構築、規制当局 / 医師主導治験のハーモナイゼーションの実現に向けての議論を開始する。

略 歴

1983	大阪大学医学部卒業 大阪大学医学部産科学婦人科学教室に入局
1986.3-1991.1	米国国立がん研究所 Frederick がん研究センター 客員研究員
1991-2012	大阪大学医学部および関連病院で勤務
2012-2022.3	新潟大学大学院医歯学総合研究科産科婦人科学 主任教授
2019-2021	JGOG 理事長
2022-	EAGOT 理事長, JGOG 監事
2022.4-	新潟大学医歯学系 特任教授, 大阪大学大学院医学系研究科 招聘教授 市立伊丹病院 遺伝診療センター センター長

そんなに難しくないFGRの評価と管理

齋藤 昌利

東北大学大学院医学系研究科 産科学・胎児病態学分野 / 周産期医学分野

皆さん方の病院にある急患室に意識混濁の成人が救急搬送されてきました。そんな時、みなさんならどういった検査を行いますか。何の躊躇いもなく血圧を測定して、ほぼ同時にパルスオキシメータと心電図を装着の上、採血を行なって意識に直接／間接的に関連する採血項目をオーダー、あるいは血液ガス分析を行うものと思います。さらには、CTやMRIといった画像検索を次の一手として想起するかと思います。しかしながら、その対象が胎児になると、それらの検査は全く行うことができず、直ぐに行うことができるのは「心拍数のトレース30-40分」というのが現実です。そういった限定的な武器しか持ち合わせていない我々にとって、FGRの評価と管理は非常に難しいと言わざるを得ません。CTGを用いた評価と管理が良いのか、それとも胎児の成長ペースを基準に考えたほうが良いのか。羊水量に注目したほうが良いのか。はたまた、超音波パルスドプラを中心に評価と管理を行ったほうが良いのか。その正解は未だはっきりとはしておらず手探り状態と言っても過言ではありませんが、我々の施設では超音波パルスドプラ法を用いた胎児循環評価＝機能評価を積極的に行い、そのデータを拠り所に娩出時期と娩出方法を症例ごとに検討しています。具体的には胎児の「心後負荷」パラメータに注目し、そのパラメータに表れる僅かな変化をフォローしています。一般的に基軸として考えられている「酸素」を指標にしたパラメータフォローではなく、「胎児血圧」を意識したパラメータフォローと言えるかもしれません。本日はそれらの「心後負荷」「胎児血圧」を意識したFGRの評価と管理について、「明日から自分達の持っている超音波でできるかも」という視点で私の愚考を披露させていただきます。

略 歴

2000年3月	山形大学医学部医学科卒業
2000年4月	福島県いわき市立総合磐城共立病院産婦人科
2002年4月	宮城県公立佐沼総合病院産婦人科
2003年4月	東北大学大学院博士課程入学
2007年3月	東北大学大学院博士課程修了
2007年4月	東北大学病院婦人科 特任助手
2008年8月	東北大学病院婦人科 助教
2009年5月	西オーストラリア大学 Research Fellow
2011年6月	西オーストラリア大学 Clinical Senior Lecturer
2011年10月	東北大学病院産科 助教
2012年4月	東北大学病院産科 特任講師
2014年6月	西オーストラリア大学 Adjunct Associated Professor
2015年4月～	東北大学病院産科 産科長 特命教授
2020年1月～	東北大学大学院医学系研究科 産科学・胎児病態学分野 教授 東北大学大学院医工学系研究科 近未来生命情報工学分野 教授
2020年4月～	東北大学大学院医学系研究科 周産期医学分野 教授 西オーストラリア大学 Division of OB/GYN Clinical Professor

【所属学会】

日本産科婦人科学会、日本周産期・新生児医学会、日本胎児治療学会、日本胎児心臓病学会、日本母体胎児医学会、日本糖尿病・妊娠学会、日本超音波医学会、ISUOG、日本産婦人科超音波研究会 (JSUOG)

「弛緩出血」を科学する

近藤 英治

熊本大学大学院生命科学研究部 産科婦人科学講座

産科は“bloody business”と古くから呼ばれるほど大量出血に遭遇することが多い。わが国では1000人中5.5人の妊産婦が分娩時に輸血を要し、その原因は「弛緩出血」が約4割を占め最多である。

子宮用止血バルーンカテーテルが2013年に保険収載されて以降、わが国でも子宮内バルーンタンポナーデ法が普及し、止血困難な子宮出血に対するfirst-lineの治療法となっている。しかし、難治性「弛緩出血」の治療法を選択する際に、産婦人科医が出血の原因と子宮内バルーンタンポナーデ法の限界を知らなければ、母体の生命を脅かしかねない。近年の画像診断装置の進歩は目覚ましいが、子宮内腔の形態を理解したうえで、出血が子宮のどこから生じ、バルーンが子宮内のどこに位置しているかを理解して治療にあたる医師は未だ少ない。

ここ数年、難治性「弛緩出血」の病因や分娩後子宮の内腔の形状についての理解が大きく進展しており、従来の盲目的な止血法は再考すべき時期に来ている。初期対応で出血が制御できない場合は、危機的出血の対応と並行してdynamic CT検査を行い、出血部位に応じて治療戦略を決定することが望まれる。本講演では、我々が提唱しているPRACE = Postpartum hemorrhage Resistant to treatment showing Arterial Contrast Extravasation on dynamic CT scans という新たな疾患概念を紹介し、日常行なっている対処法について概説する。

略 歴

【学歴】

1998年3月 京都大学医学部 卒業
2009年3月 京都大学大学院医学研究科修了（医学博士）

【職歴】

1998年5月16日 京大病院・研修医
2000年4月1日 静岡県立総合病院
2002年8月1日 長浜赤十字病院
2007年4月1日 米国 Duke 大学客員研究員（Dr.Murphy 研究室）
2009年4月1日 京大病院・特定助教
2010年4月1日 京都大学大学院医学研究科・助教
2013年5月1日 京都大学大学院医学研究科・講師
2018年12月1日 京都大学大学院医学研究科・准教授
2020年4月1日 京大病院総合周産期母子医療センター・センター長
2021年6月1日 熊本大学大学院生命科学研究部・教授
現在に至る

【資格】

日本産科婦人科学会認定専門医・指導医、日本周産期・新生児医学会認定専門医・指導医、
日本がん治療認定医機構認定認定医、日本婦人科腫瘍学会認定専門医、
日本ロボット外科学会認定専門医、日本産科婦人内視鏡学会腹腔技術認定医

【学会活動等】

日本産科婦人科学会（代議員、周産期委員会委員、産婦人科診療ガイドライン産科編作成委員）、
日本周産期・新生児医学会（評議員）、日本胎盤学会（理事）、日本妊娠高血圧学会（理事）、
日本産婦人科手術学会（理事）、日本女性栄養・代謝学会（理事）、日本婦人科腫瘍学会（代議員）、日本生殖医学会、
日本糖尿病・妊娠学会、日本産科婦人科内視鏡学会、日本内視鏡外科学会、日本ロボット外科学会、
日本産科婦人科遺伝診療学会

卵巣癌診療における課題～ Beyond the guidelines

永瀬 智

山形大学 産科婦人科学講座

卵巣癌は婦人科悪性腫瘍のなかでも最も死亡率が高い疾患であるが、日本産科婦人科学会婦人科腫瘍委員会の報告では、Ⅲ期卵巣癌の5年生存率は最近わずかではあるが上昇傾向にある。Ⅲ期卵巣癌に対する治療は、手術と化学療法を合わせた治療となるが、生存率向上の要因として残存腫瘍ゼロを目指した手術マネジメント、術後の適切な抗がん治療薬の選択、コンパニオン診断に基いた分子標的治療薬の適応などが挙げられる。さらには、現時点での標準治療を提示した治療ガイドラインが広く普及したことも治療の均てん化につながり、全体の生存率を底上げしたとも考えられる。ガイドラインに準拠した治療を行った群の予後が良好であったという報告はあるものの、卵巣癌診療を取り巻く環境は大きく変化しており、ガイドラインに掲載されていない、ないしは、掲載が現時点では難しい臨床課題も多く残っている。その一つが高齢者に対する治療選択である。ガイドラインの推奨は臨床試験の成績が一つの基準になっているが、ほとんどの臨床試験では適格基準に年齢上限が設定されており、化学療法の投与量や効果、残存腫瘍ゼロを目指した手術の選択に関しては、高齢者を総合的に評価する多面的な指標が必要となる。また、ガイドラインでは保険収載されていない医療技術を推奨することが難しく、このことが逆に診療の展開を停滞させている側面も有する。卵巣癌治療においては、鏡視下手術がそれに該当すると思われるが、現在、日本婦人科腫瘍学会では、数年先の保険収載に向けた取り組みを行っており、これまでの報告をレビューし、臨床試験の研究計画策定を行っている。

WHOによる卵巣癌の診断基準も改訂され、今後、卵巣癌の疾患概念自体が大きく変わる可能性があるが、本講演ではこの診断基準の改訂ポイントを紹介するとともに、治療ガイドラインには掲載されない卵巣がん治療の課題などを、私見を交えて概説する。

略 歴

1991年3月	東北大学医学部卒業
1991年6月	岩手県立磐井病院産婦人科
1994年10月	東北大学医学部附属病院 医員
1998年3月	東北大学 医学博士取得
1998年6月	アメリカ・コロンビア大学癌遺伝学研究所 研究員
2001年1月	東北大学医学部附属病院 助手
2001年4月	八戸市立市民病院 産婦人科医長
2004年4月	宮城県立がんセンター婦人科 主任医長
2005年4月	東北大学病院 婦人科 助教
2008年2月	東北大学病院 婦人科 講師
2010年4月	東北大学医学系研究科 准教授
2012年4月	東北大学病院 婦人科 准教授
2014年11月	山形大学医学部産科婦人科学講座 教授

【所属学会・役職】

日本産科婦人科学会（常務理事、社会保険委員会委員長、婦人科腫瘍委員会委員長、用語集・用語解説集改訂委員会委員長）、日本婦人科腫瘍学会（常務理事、ガイドライン委員会委員長）、日本産婦人科手術学会（理事）、日本臨床細胞学会（評議員）、日本女性医学学会（代議員）など

若手医師の意欲を高める手術教育

尾上 洋樹

岩手医科大学 産婦人科

婦人科良性疾患に対する腹腔鏡下手術はこれからの若手医師にとっては将来どのサブスペシャリティに進むとしても必須手技と言える。

当院の2021年の良性腹腔鏡手術は109件だった。医育機関としての使命がありながら経験を十分に提供する事が出来ないジレンマは、当院のみならず地方大学の指導医が抱えている悩みの一つではなかろうか。少ない症例の中で効率良く若手医師の手術教育をするためにはどうしたら良いか？モチベーションを維持してもらうにはどうしたら良いか？筆者は2020年に技術認定医となり以後若手医師の手術教育に携わっているが、“早くからの執刀経験”と“若手医師同士の刺激”が効果的ではないかと考えている。成功体験はモチベーションの維持には有効であり、習熟度に応じて部分的でも若手医師に積極的に執刀してもらうようにしている。その際の指導は惜しみなく、そして大事な事は何度でも繰り返し伝える。また器械や患者体位の準備など、学会・ウェビナーであまり触れられない部分を特に重視して教育する事を心掛けている。実際の手術手技は定型化をしながらも、ウェブ上にある全国の指導医の力（動画）を借りている。これは教育した後輩が私の悪い癖まで引き継いでいる事を実感した経験から、リモートで様々な術者の手技を学ぶ事は重要と考える。

また若手医師は様々な施設を短期間でローテーションをして経験を積む時期であり、多忙で、（あるいはその逆でも、）手術への意欲が低下する事がある。そこで若手医師の執刀ビデオを用いたオンライン手術セミナーを定期的で開催した。若手医師同士がお互いの今の手術をオンラインで共有し談義する事は刺激となっているようである。

現在約7割の若手医師が“内視鏡技術認定医を目指したい”と言ってくれている。誠に頼もしい限りであり、その実現の為に働く事は教育する側のやりがいにも繋がる。

略 歴

【学歴】

2003年3月 弘前大学医学部医学科 卒業

【職歴】

2003年4月 岩手県立中央病院 研修医
 2005年4月 岩手県立中央病院
 2008年5月 岩手医科大学産婦人科
 2010年4月 八戸赤十字病院産婦人科
 2011年4月 岩手県立二戸病院 医長
 2013年4月 岩手医科大学産婦人科 助教
 2014年1月 医療法人順和会山王病院 リプロダクション・婦人科内視鏡治療センター
 2015年7月 岩手医科大学産婦人科 助教

【資格等】

日本産科婦人科学会 専門医・指導医、日本生殖医学会 生殖医療専門医・代議員、
 日本産婦人科内視鏡学会 腹腔鏡技術認定医、日本内視鏡外科学会 技術認定医、
 日本不妊カウンセリング学会 評議員

地域の自律性を活かした手術教育が発信力・推進力を生む

玉手 雅人

札幌医科大学 産婦人科学講座

地域が生んだ手術教育はどこに向かって、どこまで届くのか。教育を受けるためにはハイボリュウムセンターを求めるかもしれない。

しかし、地域の特性を理解した手術教育が強い発信力を持ち、人を集めることもある。医療圏を考えたときに地域は病院あたりの医師数が少なく、自律性が求められる。それゆえ、手術教育においても自律性を伸ばすような方法を考えてきた。

現代の手術教育は動画・言語化コンテンツにあふれている。ただ、術者として手術指揮をとるためには、情報を受け取ることに加えて自らプロセスを考え、動くことも重要である。

我々は Off/On the job training に加え、自律性向上も兼ねて手術教育を行ってきた。本講演では具体的な方法と成果を報告する。

そして、教育を受け自律した医師が、能動的発信力を生み、その地域を好きになって、自信や誇りを持って地域に還元することができたら良いと思う。その循環が、大きな推進力を生むだろう。

略 歴

2009 年	札幌医科大学医学部 卒業
2015 年	札幌医科大学大学院医学研究科 卒業
2015 年 4 月～2017 年 9 月	市立釧路総合病院 産婦人科 医長
2017 年 10 月～現在	札幌医科大学産婦人科 助教

【資格】

医学博士
日本産科婦人科学会 専門医、指導医
日本臨床細胞学会 専門医
日本婦人科腫瘍学会 専門医
日本ロボット外科学会 専門医（国内 B 級ライセンス）
日本抗加齢学会 専門医
日本産科婦人科内視鏡学会 技術認定医
日本内視鏡外科学会 技術認定医
日本癌治療学会 がん治療認定医
da Vinci Robot surgery Surgeon's Certification
Fundamental Use of Surgical Energy Certification

北海道産科婦人科学会 評議員
日本臨床細胞学会 評議員
日本婦人科腫瘍学会 代議員

腹腔鏡技術認定医取得のためにやるべきこと

磯部 真倫

新潟大学医歯学総合病院 総合研修部・医師研修センター・産科婦人科

日本産科婦人科内視鏡学会腹腔鏡技術認定医は、腹腔鏡手術を行う医師ならだれもが目指す資格であろう。しかしながら、合格率 50% であり、数ある産婦人科の資格の中でも取得しにくい資格の一つである。私自身、これまで新潟県内で 20 名、新潟県外で 5 名の技術認定医を育成してきた。技術認定医取得のために実際の手術だけでなく、術場の外でも様々なトレーニングが必要である。また、近年は技術認定医の審査方法も変わり、症例の選択など新たな課題も生まれてきている。本セミナーでは、技術認定医を目指すすべての医師にとってためになるコツを余すことなく伝えたい。

略 歴

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
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）
2018 年 10 月	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（兼任）
2021 年 5 月	新潟大学医歯学総合病院 総合研修部 副部長、医師研修センター副センター長 特任講師

【専門】

婦人科腫瘍、婦人科腹腔鏡手術、医学教育学

【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、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

【委員会】

日本産科婦人科学会 未来委員会、医学教育活性化小委員会
日本医学教育学会 医学教育モデル・コア・カリキュラム調査研究委員会協力員、学術大会運営委員会、臨床研修部会
日本産科婦人科内視鏡学会 教育委員会、編集委員会、庶務委員会

【受賞歴】

令和 2 年度 日本産科婦人科学会 教育奨励賞 受賞

婦人科がんサバイバーにおけるヘルスケア

横山 良仁

弘前大学大学院医学研究科 産科婦人科学講座

閉経前の婦人科悪性腫瘍の増加に伴い外科的閉経患者のがんサバイバーが増加している。自然の周閉経期から閉経の過程では、エストロゲンの減少に伴い月経異常、ホットフラッシュ、異常発汗などの血管運動神経症状、不眠、不安などの精神神経症状、萎縮性膣炎、外陰掻痒症、性交障害などの泌尿生殖器の萎縮症状、動脈硬化、高血圧に関連する脂質代謝異常、心血管系疾患の発症、骨量減少、骨粗鬆症が aging と共に緩やかに発現してくることが典型的である。しかし外科的閉経では、卵巣が摘出されるためエストロゲン分泌が急激に低下する。そのため上記の諸症状が一挙に発現する可能性がある。外科的閉経では血管運動神経症状は術後6か月から有意に増加し、骨密度は年間6-7%減少した。日産婦の Japan postoperative women's study では、外科的閉経婦人は2年間で高血圧、脂質異常症が有意に増加した。予防的卵巣摘出患者のコホート研究では、45歳未満で両側卵巣摘出をしてかつHRTを行わなかった患者の寿命は有意に短いことがわかっている。すなわち、エストロゲンの欠乏によって、女性の健康が損なわれることが明らかとなった。そこにエストロゲン補充療法の意義と重要性がある。がん克服後のQOLを向上させることが医療側の課題にもなっている。子宮体がん術後のサバイバーで乳がん既往者はどうすればよいか。卵巣がん・卵管癌・腹膜癌治療ガイドラインでは卵巣がん治療中や治療後のエストロゲン欠落症状がある例や45歳未満ではHRTが推奨されているが、ベバシズマブ併用化学療法でエストロゲン投与による血栓症が増加するのかもしれないかというエビデンスはないためHRTは躊躇することもある。血栓症既往が多い卵巣明細胞癌患者にHRTは果たして禁忌なのか。またパクリタキセルによるしびれ・疼痛対策は不十分であり不可逆性の末梢神経障害を残してしまうことがある。未解決な諸問題に対して、ダイゼイン(イソフラボン)から腸内細菌で生成されるエクオールがHRT禁忌例や血栓症が危惧される化学療法中卵巣がん患者への投与が有効である可能性が示唆されている。抗がん剤の末梢神経障害緩和へのエクオールの可能性も概説する。

略 歴

【職歴】

- 1988年 弘前大学医学部卒業、産科婦人科学講座入局
- 1992年 弘前大学大学院医学研究科修了
- 1994年 文部教官助手(弘前大学助手医学部附属病院)
- 2001年 ケンブリッジ大学婦人科病理部門へ留学(文部科学省在外研究員)
- 2003年 弘前大学医学部産科婦人科学講座講師
- 2011年 弘前大学大学院医学研究科産科婦人科学講座准教授
- 2016年 弘前大学大学院医学研究科産科婦人科学講座教授

【学会活動および社会活動等】

日本産科婦人科学会特任理事、日本婦人科腫瘍学会理事、日本臨床細胞学会理事、日本女性医学学会理事、日本産科婦人科内視鏡学会理事、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、産婦人科漢方研究会常任世話人、日本がん検診・診断学会評議員、日本婦人科がん検診学会評議員、東北臨床細胞学会理事長

【資格】

日本産科婦人科学会認定医・指導医、日本婦人科腫瘍学会婦人科腫瘍専門医・指導医、日本女性医学学会女性ヘルスケア専門医(0686号)・指導医、日本臨床細胞学会細胞診専門医(2957号)・指導医、日本がん治療認定医機構がん治療認定医、日本婦人科ロボット手術学会認定プロクター、日本ロボット外科学会専門医、母体保護法指定医

【学術活動】

Associate Editor: Journal of Obstetrics and Gynaecology Research, International Journal of Clinical Oncology, Cancers
 Editorial Board Member: Molecular Medicine Reports, Heliyon
 日本臨床細胞学会、日本婦人科腫瘍学会、日本女性医学学会雑誌査読委員
 産婦人科漢方研究会漢方研究のあゆみ編集長

子宮筋腫合併不妊症における治療戦略

福原 理恵

弘前大学医学部 産婦人科

子宮筋腫は生殖年齢女性に多くみられる疾患であり、近年の晩婚化などにより子宮筋腫を合併する不妊女性に遭遇することも少なくない。子宮筋腫合併不妊症において、子宮筋腫が子宮腔を変形させるような場合には積極的な手術を考慮することに異論はないかと思うが、実際の臨床においては、筋腫の位置・大きさや個数、患者年齢や筋腫に関連する症状の有無、筋腫以外の不妊原因の有無や患者希望など、様々な要因を考慮し個別化した治療法の選択が求められ、その治療方針決定に苦慮することも多い。また、特に40歳以上の子宮筋腫合併不妊女性では、限られた貴重な時間の中で、その女性が生児をえる可能性を最大限とするため、手術をするべきか否か、不妊治療のタイミングをどうするべきか迷うことも少なくない。本講演では、不妊女性が子宮筋腫を合併する場合、どのような治療戦略をとるべきか、最近の報告等から考察する。

略 歴

2001年	弘前大学医学部医学科卒業
2001年	弘前大学医学部附属病院 産婦人科
2013年	西北五広域連合つがる総合病院
2016年	弘前大学医学部附属病院 産婦人科 助教
2017年	弘前大学医学部附属病院 産婦人科 講師

【資格】

日本産科婦人科学会 専門医・指導医
日本産科婦人科内視鏡学会 腹腔鏡技術認定医
日本内視鏡外科学会 技術認定医
日本人類遺伝学会 臨床遺伝専門医
日本生殖医学会 生殖医療専門医
日本がん・生殖医療学会 認定がん・生殖医療ナビゲーター

子宮内膜症に対する薬物療法の使い分け — 東京大学子宮内膜症外来の経験から

甲賀 かをり

東京大学医学部附属病院 女性診療科・産科

子宮内膜症の薬物療法には、大きく分けて、1) 低用量エストロゲンプロゲステン製剤 (LEP) 2) プロゲステン製剤 3) 子宮内黄体ホルモン放出システム 4) GnRH アナログ製剤、4つがある。産婦人科診療ガイドライン外来編 CQ222「嚢胞性病変を伴わない子宮内膜症の治療は？」には1) 2) が第一選択、4) が第二選択となっているが、実臨床では、それを理解していても使い分けに難渋することも多い。本講演では、実臨床で治療選択肢に迷った場合のヒントとなるよう、これらの薬剤の効果を比較した RCT 等の紹介とともに、当院の専門外来での使い分けのプロトコルや実際の症例提示を行いたい。

特に以下のような薬の使い分け

- (1) LEP vs ジエノゲスト
- (2) ジエノゲスト vs レボノルゲストレル放出子宮内システム
- (3) ジエノゲスト vs GnRH アナログ
- (4) GnRH アンタゴニスト vs GnRH アゴニスト

について視聴者の先生方のご意見も伺いながら考えたい。

さらに

- [1] 思春期症例
- [2] 閉経に近い症例
- [3] 子宮腺筋症合併症例
- [4] 術後再発予防

などの患者の背景別からも薬剤の使い分けについて論じたい。

また、子宮内膜症患者の長期管理の必要性につき、令和2年度から導入された婦人科特定疾患管理料の算定や、当院で行っている病診連携の工夫等についても紹介したい。

略 歴

【学歴】

1996年 千葉大学医学部卒業
2003年 東京大学大学院医学系研究科 生殖発達加齢医学専攻修了

【職歴】

1996年 - 東京大学医学部附属病院 研修医
1997年 - 三井記念病院 研修医
1998年 - 国立霞ヶ浦病院 医員
2001年 - JR 東京総合病院 医員
2003年 - 日本赤十字社武蔵野赤十字病院 医員
2004年 - 東京大学医学部附属病院 女性診療科・産科 助手
2006年 - 豪州プリンスヘンリー研究所 ポスドク研究員
2007年 - 米国イェール大学 産婦人科 ポスドク研究員
2008年 - 東京大学医学部附属病院 女性診療科・産科 助教
2013年4月 - 同講師
2014年8月 - 東京大学大学院医学系研究科 産婦人科学講座 准教授

【専門医等】

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、日本生殖医学会 生殖医療専門医、日本内視鏡外科学会 技術認定医、日本内分泌学会 内分泌代謝科 (産婦人科) 専門医・指導医、日本女性医学学会 認定女性ヘルスケア専門医、ロボット支援下手術術者資格 (da Vinci certificate)

【受賞歴】

2003年 日本妊娠高血圧学会 学術奨励賞
2005年 日本産科婦人科内視鏡学会 学会賞
2008年 米国生殖免疫学会 Gusdon Award
2014年 日本産科婦人科学会 学術講演会 優秀演題賞
2018年 神澤医学賞
2020年 東京大学医学部ベストティーチャーズアワード
2020年 日本女性医学学会 学会奨励賞

本気の手術 —高難度手術で心掛けていること—

加藤 一喜

北里大学医学部 産婦人科

今回、第69回北日本産科婦人科学会の学会長である岩手医科大学産婦人科の馬場 長 教授から「本気の手術」というテーマで話をして欲しいとの依頼がありました。産婦人科だけでなく手術に携わる全ての診療科の医師が、どんな簡単な手術であっても目の前の患者さんのために本気で全ての手術に取り組み、全力で手術を安全にかつ確実に遂行しようと努力しているはずです。ただし、手術には難易度の高低があります。この手術難易度により産婦人科医のストレスは大きく異なりますが、高難度手術というものはいきなり降ってかかります。術前評価では大して難しい手術と考えていなかったのに手術を始めたらとんでもなく難しかったり、手術開始時には「まあ大丈夫だろう」と高を括っていたらとんでもなく難しい手術に陥っていったりということは、産婦人科を長くやっている先生ならばどなたでも経験していることでしょう。

手術はチーム医療の最たるものです。どんな手術でも一人では出来ません。産婦人科同僚医師、麻酔科医師、看護師などコメディカルが集合したチームワークの上に成り立ちます。私が手術、特に術中に高難度手術に陥った場合に苦い思いを味わった経験を踏まえて、チームとして協調して手術を進めていくべきだと肝に銘じているのですが、これを本講演の前半にお話します。

高難度手術がいきなり降りかかってくる場合、大抵は術中出血が伴います。この術中出血のコントロールが困難で大量出血に陥る場合の対処方法は多数あり、どれが正解ということはありません。スピーディーに確実に出血を止め、患者さんの身体に負担のかからない方法を選択すればいいのですが、「言うは易く行うは難し」です。私自身の手術ビデオを提示し、止血が比較的上手くいっている場面と、コントロール出来ていない場面を本講演の後半に供覧致します。手術方法は、他人の手術を見て自分に合っているかどうかを判断して取捨選択すればよいのです。本講演が視聴される先生方にとって少しでもお役に立てれば幸いです。

略 歴

【学歴】

- H 5年（1993年） 千葉大学医学部卒業
- H11年（1999年） 千葉大学大学院医学研究科入学（H15年修了）

【職歴】

- H 5年（1993年） 千葉大学臓器制御外科学教室（旧第一外科）
- H 8年（1996年） 国立がんセンター東病院レジデント 大腸外科の他、婦人科・泌尿器科などをローテート
- H11年（1999年） 国立がんセンター研究所リサーチレジデント
- H16年（2004年） 千葉大学生殖医学（産婦人科）教室
- H23年（2011年） 米国 Memorial Sloan Kettering Cancer Center 婦人科
- H24年（2012年） がん研有明病院婦人科 副部長
- H31年（2019年） 東京医科大学産科婦人科 准教授
- R 3年（2021年） 北里大学医学部産婦人科（婦人科学） 主任教授

【専門医】

- 日本産科婦人科学会専門医・指導医、日本婦人科腫瘍学会専門医・指導医、日本外科学会専門医、日本臨床細胞学会専門医・指導医、日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医（腹腔鏡）、日本内視鏡外科学会技術認定取得者

ロボット手術でやりたい婦人科悪性腫瘍手術

新倉 仁

国立病院機構 仙台医療センター

外科系の各領域でロボット手術の保険適用が拡大され、これまで通常の腹腔鏡下手術により既に行われていた悪性腫瘍手術が、徐々にロボット手術に置き換わってきているのが現状である。手技に習熟した術者が行えば通常の腹腔鏡下手術でも十分に行えている術式を高コストのロボット手術によって行うことには抵抗を感じる面があることも否めない。一方で、難易度の高い手術においてはラーニングカーブの短縮が図られる可能性の高いロボット手術の導入は合理的で、安全な技術レベルが担保された施設の増加につながると思われる。婦人科領域でのロボット手術を経験してから10年目になり、個人的にロボット手術が通常の腹腔鏡下手術より有用と実感している術式は子宮頸癌に対する広汎子宮全摘出術と子宮体癌の高度肥満症例に対する準広汎子宮全摘出術である。

子宮頸癌に対する低侵襲手術はLACC試験以来、慎重な適用が求められている。しかしながら、2022年版子宮頸癌治療ガイドラインでも腫瘍径2cm以下に関しては腫瘍拡散防止を施した上で腹腔鏡手術、ロボット手術を提案するとの記載となった。十分に習熟した術者によって行われるロボット支援広汎子宮全摘出術の有用性の検証については海外でRACC試験、ROCC試験などの他施設共同の臨床試験が進行中である。当院では腫瘍拡散の防止と根治性に配慮して、ロボット手術の利点を生かした神経温存広汎子宮全摘手術を行っている。

肥満症例に対するロボット手術の有用性についての報告が多くなされており、当科においても肥満の有無によらず同様のパフォーマンスが期待でき、開腹手術と比較すると出血量が少なく、開腹移行例もない。開腹手術では視野確保のために複数の助手が必要になる場合も多いが、ロボット手術では最終的な腔管切開時までは術者と助手の2人で行えることも利点といえる。

略 歴

【学歴】

昭和63年3月 東北大学医学部医学科卒業

【職歴】

昭和63年7月 仙台社会保険病院産婦人科勤務
 平成3年8月 東北大学医学部産婦人科医員
 平成7年3月 医学博士
 平成7年9月 岩手県立北上病院産婦人科科長
 平成10年5月 仙台社会保険病院産婦人科医長
 平成13年1月 東北大学病院婦人科助手
 平成13年4月 東北大学病院婦人科講師
 平成21年9月 東北大学大学院医学系研究科婦人科学分野准教授
 平成24年4月 東北大学病院婦人科科長、特命教授
 平成30年7月 国立病院機構仙台医療センター産婦人科医長
 令和2年1月 国立病院機構仙台医療センター統括診療部長

【所属学会・専門医等】

日本産科婦人科学会専門医・指導医、日本臨床細胞学会細胞診専門医・指導医、日本婦人科腫瘍学会婦人科腫瘍専門医・指導医、日本癌治療認定医機構がん治療認定医、日本ロボット外科学会専門医、日本婦人科ロボット手術学会プロクター、日本産科婦人科学会代議員、日本婦人科腫瘍学会評議員、日本癌治療学会代議員、SNNS研究会世話人、日本婦人科ロボット手術学会理事、子宮頸がん治療ガイドライン2022年版副委員長

進行・再発子宮体がん治療戦略の up to date

利部 正裕

岩手医科大学医学部 産婦人科学講座

略 歴

1996年3月	岩手医科大学 医学部 卒業
2000年3月	岩手医科大学 医学部 大学院医学研究科 修了
2000年4月	岩手県立久慈病院 産婦人科医長
2001年7月	岩手県立遠野病院 産婦人科科長
2002年4月	岩手県立釜石病院 産婦人科科長
2004年4月	岩手医科大学 医学部 産婦人科学講座 助手
2007年10月	米国ペンシルバニア大学 卵巣癌リサーチセンター Visiting Assistant professor
2009年10月	岩手県立大船渡病院 地域医療科科長（産婦人科）
2010年4月	岩手医科大学 医学部 産婦人科学講座 助教
2017年1月	岩手医科大学 医学部 産婦人科学講座 特任講師
2020年7月	岩手医科大学 医学部 産婦人科学講座 講師

【専門】

婦人科腫瘍学、腫瘍免疫学、がん薬物療法学

【免許・資格】

日本産科婦人科学会（専門医・指導医）、日本がん治療認定医機構（がん治療認定医）、
日本婦人科腫瘍学会（評議員・婦人科腫瘍専門医）、日本臨床細胞学会（評議員・細胞診専門医・指導医）、
NCI investigator、母体保護法指定医
da Vinci System Certificate (Console Surgeon)

【所属学会】

日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会、日本婦人科腫瘍学会、日本臨床細胞学会、日本癌学会、日本癌治療学会、
日本がん免疫学会、日本産婦人科内視鏡学会、日本婦人科ロボット手術学会、日本人類遺伝学会

【活動】

子宮頸癌治療 2022年版ガイドライン作成幹事 JGOG 子宮頸がん委員 JCOG 子宮頸癌プロトコール委員

婦人科がんトランスレーショナルリサーチのススメ ～当科における 10 年のあゆみ～

長谷川 幸清

学校法人埼玉医科大学 国際医療センター 婦人科腫瘍科

略 歴

【学歴】

平成 3 年 4 月	岡山大学医学部医学科	入学
平成 9 年 3 月	同 上	卒業
平成 12 年 4 月	岡山大学大学院医学研究科	入学
平成 16 年 3 月	同 上	修了

【職歴】

平成 9 年 5 月	岡山大学医学部附属病院	産科婦人科	研修医
平成 9 年 9 月	岡山赤十字病院	産婦人科	研修医
平成 10 年 9 月	国立福山病院	産婦人科	シニアレジデント
平成 11 年 9 月	岡山大学医学部附属病院	産科婦人科	医員
平成 12 年 9 月	岡山大学大学院	免疫学教室	博士課程
平成 15 年 4 月	岡山済生会総合病院	産婦人科	医師
平成 16 年 9 月	米国メイヨークリニック、遺伝子治療部		研究員
平成 18 年 10 月	米国ペンシルバニア大学、卵巣癌研究センター		研究員
平成 20 年 10 月	埼玉医科大学国際医療センター	婦人科腫瘍科	講師
平成 25 年 8 月	埼玉医科大学国際医療センター	婦人科腫瘍科	准教授
平成 28 年 9 月	埼玉医科大学国際医療センター	婦人科腫瘍科	教授
平成 29 年 1 月	埼玉医科大学国際医療センター	国際診療支援部	副部長
平成 30 年 6 月	埼玉医科大学国際医療センター	がんゲノム医療センター	副センター長
平成 31 年 4 月	埼玉医科大学国際医療センター	婦人科腫瘍科	診療部長
令和 4 年 4 月	埼玉医科大学国際医療センター	トランスレーショナルリサーチセンター	センター長

【学位】

医学博士 2004（平成 16 年）年 3 月 取得

【免許・資格】

日本産科婦人科学会	専門医	取得年月日	平成 14 年 10 月 1 日
日本産科婦人科学会	指導医	取得年月日	平成 27 年 8 月 1 日
日本婦人科腫瘍学会	専門医	取得年月日	平成 25 年 5 月 1 日
日本婦人科腫瘍学会	指導医	取得年月日	平成 31 年 5 月 1 日

【学会その他における活動等】

日本産科婦人科学会、日本婦人科腫瘍学会、日本癌学会、日本臨床腫瘍学会、米国癌学会、米国臨床腫瘍学会、欧州臨床腫瘍学会、米国婦人科腫瘍学会、国際婦人科癌学会

平 21.5～現在	婦人科がん臨床試験コンソーシアム (GOTIC) 運営委員
平 25.4～平 30.3	婦人科悪性腫瘍化学療法研究機構 (JGOG) 監査委員
平 25.4～平 28.3	Gynecologic Oncology Group (GOG) -JAPAN 監査委員
平 25.4～現在	埼玉産科婦人科学会雑誌 編集委員
平 30.1～現在	日本婦人科腫瘍学会 代議員
平 30.6～現在	婦人科がん臨床試験コンソーシアム (GOTIC) 理事
平 30.6～現在	NRG Oncology Japan 活性化委員
平 30.12～現在	NRG Oncology Uterine Corpus Committee member
令 02.7～現在	日本婦人科腫瘍学会 理事
令 02.8～現在	抗悪性腫瘍薬開発フォーラム 幹事
令 04.4～現在	Journal of Gynecologic Oncology Principal Editor

A series of horizontal dotted lines for writing.

一般演題

第1日目 10月15日(土)

抄録ページ右下の  **Program** をクリックすると、プログラムの先頭ページに戻ります。

01

当院で経験した10例の臍帯卵膜走行症例についての検討

○高濱 純史

石巻赤十字病院

【緒言】 臍帯卵膜走行は、ワルトン膠質に包まれない脆弱な臍帯血管が卵膜上を走行する状態である。臍帯辺縁付着や卵膜付着、前置血管などの臍帯付着部異常に合併し、それらの異常は、子宮内胎児発育遅延、胎児機能不全、早産、子宮内胎児死亡などに関連する。今回、当院で経験した前置血管を含む10例の卵膜走行症例について検討し報告する。

【方法】 2021年1月から2022年5月の期間の卵膜走行10例を対象として診療録を後方視的に検討した。臍帯辺縁付着のみを認める症例は除外した。

【結果】 母体背景は年齢35歳。全例単胎（自然妊娠6例、体外受精／胚移植4例）で、8例は出生前診断だった。妊娠中期のスクリーニングが診断契機となったものが6例、妊娠初期のスクリーニングが2例、妊娠37週で妊娠高血圧症候群により紹介された、前医での指摘がなかった症例を含め、出生後が2例だった。平均分娩週数は36.7週、帝王切開術が8例（緊急帝王切開術2例）、自然分娩が2例だった。児のApgar scoreの中央値は、1分値8点、5分値9点であった。

【考察】 今回、当院で経験した臍帯卵膜走行症例10例（前置血管1例を含む卵膜付着7例、辺縁付着2例、臍帯付着部不明1例）について検討した。前置血管の発生頻度は約2500分娩に1例であり、単胎妊娠での卵膜付着の出現頻度は1～2%程度、辺縁付着は3%程度であるが、リスクファクターのIVF妊娠が増加していることから今後の症例の増加が予想される。前医で未診断のまま37週に当院へ紹介となった症例があったことから、妊娠中期までのスクリーニングでの診断、臍帯や胎盤位置の確認は重要であると考えられる。また、帝王切開術時の術中超音波検査は、子宮内の卵膜走行の状態を確認し、子宮切開部位を決定するのに有用であった。

02

胎児発育不全を合併した前置血管の一例

○鎌田 奈都子、飯沼 洋一郎、松井 優祐、安田 真子、秋江 惟能、明石 大輔、森脇 征史、服部 理史

帯広厚生病院 産婦人科

【緒言】 前置血管は臍帯付着部異常の1つであり、妊娠・分娩異常を引き起こす疾患である。以前は比較的稀な疾患と考えられていたが、超音波の進化により診断率が上昇している。今回我々は、胎児発育不全をきたした前置血管の一例を経験したため報告する。

【症例】 29歳、1妊0産。胚盤胞移植で妊娠成立した。妊娠24週1日に前置血管ならびに胎児の左手関節有茎性腫瘍を指摘され、妊娠28週0日に当院紹介となった。妊娠32週0日に性器出血があり、切迫早産の診断で入院管理とした。妊娠32週1日のMagnetic Resonance Imaging(MRI)検査にて低置胎盤は認めず、内子宮口近傍に卵膜血管を認めた。妊娠33週から35週にかけて胎児体重増加不良となり胎児発育不全として妊娠35週1日で緊急帝王切開術を施行した。子宮体下部筋層を切開し、直下に前置血管を確認した。血管を避けて破膜し、児を娩出した。出血量が多くBakriバルーンを留置した。出血量は羊水を含め1548gであった。経過良好で術後7日目に退院した。胎盤所見では臍帯が卵膜上で3本の血管に分岐し胎盤へ流入していた。児は2249g、Apgar Score 8/9点(1分/5分値)、臍帯動脈血pH 7.252であった。指摘されていた有茎性腫瘍は左母指起始部に認め、多指症の診断となった。他に異常なく、日齢9日目(修正週数36週6日)に退院した。

【考察】 前置血管は内子宮口近傍を走行する卵膜血管であり、Wharton 膠質の欠損により子宮収縮や胎動に伴い圧迫されやすく胎児死亡との関与が示唆されているため、分娩前の診断と適切な分娩時期の選択が重要である。

03

当院で経験した前置血管の2例

○佐藤 藍、渡邊 憲和、伊藤 友理、出井 麗、山内 敬子、永瀬 智
山形大学医学部附属病院

【緒言】前置血管とは、胎盤や臍帯に支持されない胎児血管が内子宮口上の卵膜を走行する疾患である。破水により血管が破綻した場合、胎児の失血から胎児死亡を来す危険が非常に高く、妊娠中期におけるスクリーニングが重要である。当科で経験した2例を報告する。

【症例1】23歳、2妊0産、家族歴・既往歴に特記すべき事項なし。自然妊娠で、妊娠20週に低置胎盤、単一臍帯動脈を指摘された。妊娠31週に経膈超音波カラードプラを施行し、前置血管と診断した。妊娠34週1日に選択的帝王切開術を行った。臍帯付着部位は胎盤辺縁であったが、胎盤胎児面の血管が逸脱して卵膜上を走行しており、これが前置血管となっていた。

【症例2】29歳、1妊0産、家族歴・既往歴に特記すべき事項なし。クロミフェンによる排卵誘発と人工授精により妊娠成立した。妊娠20週に辺縁前置胎盤を指摘された。妊娠31週に経膈超音波カラードプラを施行し、前置血管と診断した。妊娠35週6日に選択的帝王切開術を行った。臍帯は卵膜に付着しており、複数の血管が卵膜上を走行していた。

【考察】前置血管は、破水前に帝王切開術を施行することで児の死亡を回避できる可能性が高いため、分娩前の診断が重要である。当院で経験した2例は、妊娠20週に低置胎盤や前置胎盤が指摘され、妊娠週数とともに胎盤の位置異常はなくなったものの、カラードプラで前置血管の診断となった。妊娠中期に前置胎盤や低置胎盤が指摘された場合には、その後に前置血管の診断となる可能性があるということを念頭に置いて経過観察する必要がある。

04

出生前に胎児卵円孔早期狭小化と診断した1例

○玉田 春紫、羽場 巖、外館 彩華、佐藤 貴紀、齋藤 達憲、川村 花恵、寺田 幸、
岩動 ちず子、小山理恵
岩手医科大学附属病院 産婦人科

【背景】胎児期における卵円孔狭小化 (Premature restriction of the foramen ovale) は非常に稀な病態であり、出生前診断法は確立されていない。今回、経腹超音波所見から先天性心疾患が疑われ、胎児心エコー検査によって出生前に卵円孔早期狭小化と診断できた1例を経験した。

【症例】38歳、2妊1産。既往帝王切開後妊娠に対して選択的帝王切開術施行予定だった。在胎37週6日の妊婦健診で胎児腸管拡張と胎児発育不全を認め、精査目的に当院紹介となった。在胎38週0日、当院初診時の経腹超音波検査で左心低形成を認め、胎児心エコー検査で胎児卵円孔狭小化の診断となった。同日、緊急帝王切開術を施行し、児は体重2062g、Apgar score 1分5点、5分7点にて出生した。児は循環動態が安定し、出生7日目に他院に転院した。母の術後経過は良好だった。

【考察】卵円孔の機能的閉鎖は出生後2～3日である。胎児期での卵円孔狭小化は左心低形成症候群、肺高血圧症、胎児水腫に関連する。胎児期の罹患期間によりその症状は異なるとされるが、出生後に致死的な病状を呈することも多く、早期診断・重症度評価が非常に重要である。さらに、胎児心エコー検査で出生前に正確に診断することによって、出生直後からの治療が可能となる。本症例のように左心室低形成を認める症例では、卵円孔狭小化や閉鎖を鑑別にあげ、胎児心エコー検査で詳細に病態を把握する必要がある。

【結語】出生前に胎児卵円孔早期狭小化と診断できた1例を経験した。画像診断、検査所見と文献的考察を加えて報告する。

妊娠 26 週に MCA-PSV 高値を認め、
妊娠 32 週に頭蓋内出血を発症した胎児脳腫瘍の 1 例

○西森 貢隆、山下 剛、浅野 拓也、伊藤 崇博、推名 浅香
市立函館病院

【緒言】 超音波ドプラ法を用いた胎児中大脳動脈の収縮期最大血流速度 (middle cerebral artery peak systolic velocity: MCA-PSV) は胎児貧血の間接的な診断指標として用いられている。今回我々は妊娠経過中に MCA-PSV 高値を認め、妊娠 32 週 5 日に胎児頭蓋内出血を発症した胎児脳腫瘍の 1 例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

【症例】 34 歳 2 妊 0 産 (自然流産 1 回)。妊娠反応陽性のため当院を受診。妊娠 26 週 6 日の定期健診で MCA-PSV 62.20cm/sec (1.55MoM) と高値を認め、妊娠 29 週 5 日で MCA-PSV 76.2cm/sec (1.90MoM) と増悪を認めた。同日施行した胎児エコースクリーニング検査では特記すべき所見はなく、採血でパルボウイルス B19 IgG 9.28 (+)、IgM 0.22 (-)、HbF 0.4%、間接クームス試験陰性、不規則抗体陰性で胎児貧血の原因となる疾患は同定できなかった。CTG モニター、胎児発育は正常所見であり well-being を注意深く観察しながら経過観察の方針となった。妊娠 32 週 5 日の定期健診で児頭大横径 90.8mm (2.7SD) と急な増大を認め、右頭蓋内に頭蓋内血管と midline echo の偏位を伴う不整形な高輝度のエコー像を 51.3 × 22.2mm 大で認めた。MCA 血流はカラードプラ法で増大を認め、MCA-PSV も 90.6cm/sec (MoM 1.97) とさらに高い値を認めた。胎児頭蓋内出血の診断で高次医療機関へ緊急搬送を行った。妊娠 33 週 0 日に胎児機能不全のため緊急帝王切開で出産となった。画像検査では胎児脳腫瘍を背景とした脳出血が疑われた。日齢 10 に頭蓋内出血が原因により児は永眠され、後日病理検査で脳腫瘍の診断が確定した。

【結語】 MCA-PSV は胎児貧血の診断に用いられるが、胎児脳腫瘍との関連を示した報告は検索した範囲ではなかった。妊娠中の胎児 Hb 値は不明であったが、胎児脳腫瘍では MCA-PSV の高値を呈する可能性がある可能性が示唆された。

○邑本 美沙希、田邊 康次郎、安藤 宏輔、佐藤 直人、大山 喜子、畠山 佑子、柏舘 直子、松浦 類、石垣 展子、武山 陽一、新倉 仁

国立病院機構仙台医療センター 産婦人科

【緒言】 UAE (Uterine Artery Embolization: 子宮動脈塞栓術) は子宮温存可能な止血処置として有用な手段である。一方で、既往 UAE 後妊娠のリスクとして、癒着胎盤、前置胎盤、早産、胎児発育不全 (FGR) が知られている。当院での分娩症例をもとに既往 UAE 後妊娠のリスクについて検討した。

【方法】 2017年1月～2021年6月に当院で分娩した4697例を対象にして、既往 UAE 症例の妊娠・分娩経過を検討した。さらに当院での癒着胎盤症例と既知リスク因子 (既往 UAE、前置胎盤・低置胎盤、既往帝切後妊娠、体外受精・胚移植妊娠、40歳以上妊娠) との関連性を Fisher の正確確率検定およびロジスティック回帰分析で検討した。P<0.05 を統計学的有意差ありとし、統計ソフトは EZR version 3.5.2 を用いた。

【結果】 4697例のうち7例に UAE 既往があった。それらの分娩方法は帝王切開が6例、経陰分娩が1例だった。そのうち3例が臨床的癒着胎盤で3例全例が輸血を要し、1例が術中に子宮腔上部切断術を行った。早産は2例 (35週2日、36週5日)、前置胎盤、FGR 症例は0例だった。また、4697例のうち臨床的癒着胎盤症例は68例であった。Fisher の正確確率検定では既往 UAE、前置胎盤・低置胎盤、体外受精・胚移植妊娠において有意に癒着胎盤との関連性を認めた。ロジスティック回帰分析でもこれら3者は独立した発症リスク因子であり、とくに既往 UAE はオッズ比 46.6 (95% 信頼区間 9.75-223, p<0.01) と高い結果であった。

【結語】 既往 UAE 後妊娠は癒着胎盤リスクである。UAE 既往のある妊婦に対しては癒着胎盤の可能性を念頭に、自己血を含めた十分な輸血準備や子宮全摘の可能な高次施設での分娩管理が望ましい。

○安田 真子、秋江 惟能、鎌田 奈都子、松井 優祐、飯沼 洋一郎、明石 大輔、森脇 征史、服部 理史

JA 北海道厚生連帯広厚生病院 産婦人科

【緒言】 侵入胎盤とは、胎盤絨毛が子宮筋層内に侵入し、胎盤の一部または全部が子宮壁に強く癒着して、胎盤の剥離が困難なものをいう。原因として子宮内膜搔爬術、帝王切開術、胚移植妊娠、等の既往が挙げられ、子宮動脈塞栓術が癒着胎盤の危険因子とする報告も散見される。分娩時に出血量が多量となり母体死亡に至った症例は数多くあり、可能ならば分娩前の予測、また分娩時の適切な対応が重要である。今回、経陰分娩後に胎盤の娩出が困難で、分娩時出血過多となり子宮摘出術に移行、術後の病理組織検査で侵入胎盤の診断となった1例を経験したため、報告する。

【症例】 40歳、2妊1産、胚盤胞移植妊娠。前回分娩時、弛緩出血のため子宮動脈塞栓術を施行しており、また、胎盤の一部が遺残し経腔的に娩出を行った。妊娠41週0日に予定日超過に対する誘発分娩目的に入院した。入院日よりオキシトシンの点滴投与を行い、同日、児の娩出に至った。しかし胎盤が娩出されず、その間に出血が持続した。胎盤剥離を試みるため手術室へ移動したところ、患者の意識変容と多量の出血がみられたため、開腹子宮全摘術を施行した。分娩時と術中出血量を合計して4879gの出血があり、自己血輸血600mL、赤血球輸血18単位、新鮮凍結血漿18単位、血小板輸血10単位を投与した。術後の回復は良好で、術後1日目にはICUから一般病棟へ転棟し、術後7日目に退院した。術後の病理組織検査で侵入胎盤の診断となった。

【結語】 経陰分娩の進行中に胎盤剥離がみられず、産科危機的出血をきたし、緊急子宮全摘術を施行した1例を経験した。早い段階で手術室へ移動できたことが、母体を救命し得た要因の一つと考える。本症例のように子宮動脈塞栓術の既往や胚移植妊娠、子宮内操作等の癒着胎盤のリスクがあり、胎盤剥離が困難な症例で癒着胎盤の可能性を疑った場合、子宮全摘術の可能性を見据えて環境の整備を迷わず行うことが重要である。

○経塚 標、菅野 美沙、吉本 有希、神 季、伊藤 史浩、鈴木 大輔、野村 泰久
太田西ノ内病院 産婦人科

Placenta accreta spectrum (PAS) は産科危機的出血の原因となり、一般的には帝王切開歴にともなう前置胎盤がリスク因子といわれているが、近年前置胎盤を伴わないいわゆる Unexpected PAS の症例における産科危機的出血のコントロールが大きな課題となっている。Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta (REBOA) とは、大腿動脈に留置したシースからバルーンカテーテルを挿入し、大動脈内をバルーンで遮断する蘇生手技の一つであるが、出血コントロールを目的とした産科領域における endovascular strategy としての REBOA の活用法はあまり議論されていない。当院では 2021 年以降積極的に、必ずしも前置胎盤をとまなわれないが、事前の癒着胎盤の可能性が高いと判断した症例に対し、産婦人科医主導による術中出血コントロール、緊急子宮摘出術、術後子宮動脈塞栓術等に備えての、REBOA 挿入による帝王切開を行っている。日本産婦人科医会の「母体安全への提言 2015」において REBOA の挿入考慮や、「産科危機的出血への対応指針」において Interventional Radiology について言及されているが、このような中で多種職が関わる産科危機的出血症例における産科医の役割、位置づけについて当院の症例、文献的考察を交えて報告する。

○南 怜毅¹⁾、長尾 沙智子¹⁾、木嶋 紗弓¹⁾、小川 栞¹⁾、山崎 智子¹⁾、玉手 雅人²⁾、松浦 基樹²⁾、齋藤 豪²⁾
1) 製鉄記念室蘭病院 産婦人科、2) 札幌医科大学 産婦人科学講座

Retained products of conception (RPOC) は分娩後異常出血の原因の一つとなり、待機療法、子宮動脈塞栓術 (UAE) や子宮鏡下切除術 (TCR) 等の治療法があるが一定の方針は定まっていない。今回、待機療法中の RPOC において多量出血を認め、UAE 後の TCR の際に子宮内バルーンが有用であった 1 例を経験したので報告する。

症例は 38 歳未産の女性、凍結胚移植にて妊娠し 36 週 2 日に前期破水し入院した。自然陣発し翌日 36 週 3 日に経膈分娩となり、胎盤剥離困難で出血増加したため経腹超音波施行しながら用手剥離にて胎盤娩出した。分娩時出血 2000g 台であり貧血改善乏しく RBC 2 単位輸血施行、退院前診察にて 4cm 大の遺残胎盤を認め待機療法を選択した。産後 32 日目に多量出血を認め再入院し、1000g 以上出血しており RBC 4 単位、FFP 4 単位輸血した。造影 CT 検査にて遺残胎盤に左子宮動脈優位の血流を認めたため UAE を施行した。出血軽減したものの子宮鏡検査・MRI 検査にて遺残胎盤は残存しており、UAE 施行 3 日後に子宮鏡下切除術を施行した。術中に遺残胎盤除去した部位から強出血を認め、子宮鏡下の止血困難であり子宮内に 10ml バルーンカテーテルを留置し圧迫止血を試みた。出血軽減あり、バルーン留置の上手術終了し、術翌日に抜去し出血ないことを確認した上で退院となった。術後再出血なく経過し、術後 7 か月後の MRI で子宮内遺残や子宮筋層の菲薄化なども認めなかった。

多量出血をきたした RPOC に対して UAE を併用することで RPOC への血流を減らし、子宮鏡下に病変を確認し切除することで出血量減少を期待できるが、TCR 施行中に止血困難な出血を認めた際には子宮内バルーンによる圧迫止血が有用と考えられた。

○八島 誠司、渡邊 憲和、永嶋 美華子、出井 麗、山内 敬子、永瀬 智

山形大学医学部 産科婦人科

【目的】 RPOC は胎盤遺残や胎盤ポリープなどの胎児・胎児附属物の子宮残存物の総称である。RPOC は後期分娩後異常出血の原因の一つであり、産褥の大量出血で母体の生命に関わる可能性がある疾患である。近年、生殖補助医療による妊娠の増加に伴い RPOC の発症が増加していると言われている。診断は主に画像診断によるが、他の子宮内病変との鑑別が困難なこともある。当院で経験した RPOC 症例の画像所見について検討した。

【方法】 1年間で当院で RPOC と診断された症例を診療録から抽出し、後方視的に検討した。分娩後2週間以上経過してから画像診断され、病理学的にも RPOC と確認された症例を対象とした。分娩中に診断された癒着胎盤や胎盤遺残は除外した。

【結果】 対象症例は3例で、1例が自然妊娠、2例は体外受精による妊娠であった。1例目は産後1ヶ月健診で RPOC を疑われた。超音波カラー Doppler で子宮内に血流を伴う $46 \times 20\text{mm}$ 大の腫瘤を認め、造影 MRI でも腫瘤に造影効果を認めた。子宮動脈塞栓術 (UAE) 後に経腔的に摘出した。2例目は産褥21日目に大量の性器出血で救急搬送された。超音波カラー Doppler で子宮内に血流を伴う $33 \times 19\text{mm}$ 大の腫瘤を認め、造影 CT では造影される子宮内腫瘤から造影剤の血管外漏出を認めた。UAE 後に子宮鏡下に摘出した。3例目は分娩時に胎盤用手剥離後の弛緩出血に対して UAE を行ったが、産褥17日に RPOC が疑われた。超音波カラー Doppler では子宮内の $26 \times 22\text{mm}$ 大の腫瘤には血流を指摘できなかったが、造影 MRI では子宮内腫瘤に造影効果を認めた。腫瘤は経腔的に摘出した。3例とも病理学的に RPOC と診断された。

【結論】 RPOC の超音波所見として、子宮内膜肥厚や血流を伴う高輝度の子宮内腫瘤が報告されている。しかし非典型的な症例もあるため、造影 CT や造影 MRI の併用が有用と考える。特に、大量の性器出血を呈する緊急性が高い症例では造影 CT が診断に有用と考えられた。

帝王切開におけるオキシトシン投与方法 ～当院独自プロトコルの作成と予定帝王切開における臨床的効果～

○大塚 遥

岩手県立大船渡病院 産婦人科

【緒言】 分娩時の異常出血予防のため、すべての分娩において見娩出後の子宮収縮薬投（分娩第3期の積極的管理）が推奨されており、帝王切開（CS）においても例外ではない。当院のCSは全例胎盤娩出後オキシトシン（OT）5単位を子宮筋注していたが、OT5-10単位の投与は投与量としてはやや多く副作用・有害事象が大きいとの指摘から研究が重ねられており、2019年にはCSにおけるOTの使用方法についてInternational Consensus Statement（ICS2019）が発表された。今回我々はICS2019を踏まえ独自のプロトコル（OT2.5単位1-2回静注+5単位/時間点滴）を作成し、その臨床的効果を検討した。

【対象および方法】 2021年の予定CS58症例のうち前半31症例を従来群（C群）、後半27症例を新たに作成したプロトコルによって管理したプロトコル群（P群）とした。症例データは後方視的に検討し連続変数はt検定、2値変数はカイ二乗検定により解析した。

【結果】 出血量はC群 991.6 ± 434 (g) に対し、P群 750.0 ± 275 (g) と有意に減少した ($p=0.015$)。副作用も、OT使用後の低血圧はC群で27症例 (87.0%)、P群で13症例 (48.1%)、嘔気はC群で12症例 (38.7%)、P群で3症例 (11.1%) とそれぞれP群で有意に減少した ($p=0.001$, $p=0.017$)。

【考察】 ICS2019は世界を代表する産科麻酔科医からの提言であり、CSの管理はその他にも術中輸液・脊髄くも膜下麻酔前後の循環管理・術中術後の仏痛管理など、決して簡単なものではない。本邦においては麻酔科医不足により、CSは産婦人科医の自科麻酔で施行する施設が多い。その中で当院のプロトコルは簡易であり自科麻酔でも施行しやすく、その上で出血量や副作用を減少させる可能性がある。

帝王切開創のケロイド予防とその修復の取り組み

○杉山 芽¹⁾、嶋田 浩志¹⁾、玉手 雅人²⁾、仁木 舜一¹⁾、今 沙織¹⁾、鈴木 美紀¹⁾、石岡 伸一²⁾、齋藤 豪²⁾

1) 日鋼記念病院 産婦人科、2) 札幌医科大学 産婦人科学講座

近年、分娩件数に占める帝王切開の割合は年々増加しており、地域周産期センターである当院でも同様の傾向にある。一方で、帝王切開における皮膚切開部位は肥厚性瘢痕やケロイドを来しやすい部位として知られており、帝王切開後の傷跡に悩みを抱える患者は少なくない。最近の患者のニーズの多様化から、産科でも形成外科の概念に基づき創部を出来る限り目立たなくすることが要求されるようになってきている。

当院では帝王切開創のケロイド予防と、その修復に積極的に取り組んでおり、今回その内容を報告する。

当院での帝王切開の皮膚切開および縫合方法は、1) 原則 Pfannenstiel 法または Joel-Cohen 法による横切開で開腹、閉腹時は2) 腹膜はブレイド吸収糸で連続縫合、深筋膜はモノフィラメント吸収糸で単結紮または連続縫合、3) 皮下は浅筋膜をあわせるイメージでモノフィラメント吸収糸による減張縫合、4) 真皮縫合は4-0モノフィラメント吸収糸で単結紮の埋没縫合、としている。術後は3か月以上創のテーピング固定（アトファインテープ[®]）としている。既往帝王切開の瘢痕・ケロイド症例の場合には、1) 瘢痕・ケロイド周囲を皮膚マーカーで切開ラインをプランニング後に真皮切開、2) 皮下脂肪組織も含めて深筋膜の深さまでブロック状に瘢痕・ケロイド部位を切除とし、閉腹時は上記のように縫合している。またSSI（手術部位感染）は美容上許容できない瘢痕やケロイドの原因になることから生理食塩水による創洗浄を行い、SSI予防にも努めている。

術後は、少なくとも術後6か月までは経過を追い、皮膚創部の状態の把握に努めており、肥厚性瘢痕などを認めるようになった場合には、速やかに形成外科に紹介している。今後は症例を蓄積し、技術の改善や向上に努めていきたい。

○入江 勇介

札幌医科大学 産婦人科学講座

トラケレクトミーは早期子宮頸がんに対する妊孕性温存術式である。しかし、子宮頸部を広汎に切除するために、術後の不妊症・切迫早産のリスクは上昇する。さらに術後の帝王切開については癒着が問題となることも多い。今回、トラケレクトミー後の妊娠症例を振り返り、術後の癒着に関わる因子と帝王切開における注意点を考察し報告したい。

当院では妊娠・分娩を考慮して、リンパ節郭清を腹腔鏡で行い、トラケレクトミーは腔式で行っている。そのため、ダグラス窩と膀胱子宮窩腹膜が開放されることはない。当院でトラケレクトミーを施行し妊娠した30例のうち膀胱子宮窩腹膜とダグラス窩に癒着を認めた症例は認めなかった。側方のリンパ節郭清を行った症例では少なからず癒着があった症例も認めた。しかし、帝王切開の際に子宮が脱転できない症例は認めなかった。一方、トラケレクトミーにて断端陽性・高リスク症例となり、追加治療を行った症例では側方の癒着から子宮を脱転できない症例を経験した。膀胱子宮下腹膜を開放していないが、膀胱の剥離及び膀胱子宮靭帯の切断をおこなっているため、トラケレクトミー後の帝王切開は子宮体部下部を横切開で行っている。出血に関しては同時期に行った通常の予定帝王切開症例と代わりなかった。

帝王切開時の癒着評価において、手術の妨げとならないことは中央の腹膜切開がないことが一番の要因であり、側方は妊娠中の子宮の緩徐な増大によって癒着部が伸展・解除されるためと考察される。

○大桃 俊幸、島 英里、生野 寿史、斉藤 多佳子、菖野 悠里子、菅井 駿也、宗岡 清香、山脇 芳、須田 一暁、五日市 美奈、西島 浩二

新潟大学医歯学総合病院 産科婦人科

【緒言】 子宮筋腫合併妊娠は、周産期合併症の増加とともに帝王切開時にも対応に苦慮することがある。今回、子宮頸部から広間膜内にかけて一塊となって発育する巨大子宮筋腫合併妊娠を経験したので報告する。

【症例】 30歳代、5妊3産。1年前に4cm程の子宮筋腫を指摘されていた。自然妊娠成立後、前医受診し、子宮頸部腫瘤を指摘されたため、精査加療目的に紹介受診した。子宮腔部の偏位に伴って視触診は不可能であり、急激な増大も疑われたため、悪性腫瘍も疑われたが、MRI所見では、約16cm大の変性筋腫の診断であった。妊娠後期のMRIでは、骨盤内～臍周囲まで子宮筋腫に占拠されており、左子宮動静脈・尿管は広間膜内に発育する筋腫により同定困難であった。巨大筋腫に伴う閉塞性尿路障害や切迫早産・子宮破裂などの緊急手術時の尿管損傷リスクを考慮し、妊娠27週6日両側尿管ステント留置を行った。胎児発育は順調であったが、妊娠34週頃から著明な腹部膨満感・疼痛が持続した。妊娠36週6日に選択的帝王切開術を施行した。術前MRIや経腹超音波断層法にて胎児・胎盤・子宮筋腫の位置関係を評価し、季肋部までの腹部正中切開で開腹とした。術中超音波評価にて最終的な子宮切開創を決定し、子宮体部縦切開により児を娩出した(男児, 2846g, Apgar score: 8/9点)。悪露貯留予防と術後出血評価のため、Foleyカテーテルを子宮内に留置した。手術時間: 1時間51分, 出血量: 920gであり、術後経過は順調であった。産褥3週間後、子宮復古は良好であり、子宮筋腫への感染兆候がないことを確認し、両側尿管ステントを抜去した。

【考察】 臍上までおよぶ巨大多発子宮筋腫合併妊娠を経験した。入念な術前評価を行うことで、尿管ステント留置および帝王切開時の分娩準備へつなげることができ、大きな合併症なく妊娠・分娩管理が可能であった。

○庄子 嘉美、藤本 久美子、増井 紗帆、佐藤 孝洋、片平 敦子、船山 由有子
坂総合病院 産婦人科

【緒言】 腰椎椎間板ヘルニア合併妊娠は 10000 例に 1 例と稀である。今回、疼痛コントロール不良な腰椎椎間板ヘルニア合併妊婦に対して持続硬膜外ブロックを施行したところ、症状が改善し経膣分娩に至った一例を経験したため、文献的考察を交えて報告する。

【症例】 38 才、9 妊 4 産。既往歴：特記なし。家族歴：なし。妊娠 14 週 3 日に腰椎椎間板ヘルニアを発症し、前医にて 4 日間の入院管理となり、安静と鎮痛剤にて症状軽快していた。転居にて妊娠 32 週 4 日に当科初診となったがその際にはヘルニア症状が増悪しており、鎮痛剤による疼痛コントロールは不良となっていた。下肢への放散痛を認め、右大腿後面、下腿外側、足背にて知覚低下はあるも運動麻痺症状は認めなかった。体動による artifact にて MRI による詳細な評価は不可能であったが、身体所見上は右 L4/5 または L5/S1 ヘルニアが疑われた。大きな神経障害は認めないため、入院にて安静と疼痛コントロールを行う方針とし、アセトアミノフェン、プレガバリン、トラマドール塩酸塩の内服を開始した。妊娠 34 週 6 日、内服鎮痛剤は極量となっていたが NRS7～8 と症状は依然として強いままであり、本人の希望もあったため持続硬膜外ブロックを施行することとした。ブロック施行後、感覚障害は軽度残るも疼痛については著明に改善し、歩行可能となった。合併症リスクを考慮し妊娠 37 週 0 日に分娩誘発を施行、同日経膣分娩に至り、体重 2922g、Apgar score8/8 の健児を得た。分娩翌日にブロックを中止したが症状増悪なく経過したため、カテーテル抜去となった。

【考察】 椎間板ヘルニア合併妊婦に対する持続硬膜外ブロックの適応は明確に定まっていない。持続硬膜外ブロックは良好な疼痛コントロールを得られる可能性がある一方で、硬膜外カテーテル長期留置による合併症のリスクがあり、また神経症状の増悪が表在化しない場合がある。メリットとデメリットを考慮しそれぞれの妊婦にあった治療法を選択することが重要である。

16

症候性先天性サイトメガロウイルス感染の1例

○中村 有里¹⁾、朝野 拓史²⁾、千葉 健太郎²⁾、斎藤 良玄²⁾、細川 亜美²⁾、能代 究²⁾、玉城 良²⁾、
能代 知美²⁾、馬詰 武²⁾、渡利 英道²⁾

1) 砂川市立病院 初期研修医、2) 北海道大学病院 産科

【緒言】 サイトメガロウイルス (CMV) は、通常幼少児期に不顕性感染し、約70%の成人が抗体を保有している。妊娠初期の初感染では40%が胎内感染し、全出生児の0.04%の児に子宮内胎児発育不全 (FGR)、聴力障害、肝脾腫、脳室拡大、脳内石灰化などが発症する。今回、症候性先天性CMV感染の一例を経験したので報告する。

【症例】 患者は潰瘍性大腸炎でメサラジン内服中の34歳女性、2妊1産。FGRと脳室拡大を認め、妊娠24週の血液検査でCMV IgM高値のため、妊娠26週5日に当科紹介初診となった。経腹超音波検査でFGR (-3.5SD)、側脳室拡大、臍帯血流途絶と血流再分配を認め、管理目的に当科入院となった。羊水検査は希望されなかった。入院後、胎児心拍低下と臍帯血流逆流を認め、妊娠28週3日に緊急帝王切開術にて児を娩出。599gの男児で、Apgar scoreは4/6/9点 (1/3/5分値) だった。挿管管理下にNICU入院し、生後2日から抗ウイルス薬治療を開始した。生後6日に尿のPCR検査で先天性CMV感染症と確定診断した。生後4か月から右重度難聴を認めている。胎盤の病理検査では、絨毛間質にリンパ球浸潤を認め、免疫染色にてCMV抗原陽性細胞が確認され、経胎盤感染による先天性CMV感染として矛盾しなかった。

【考察】 CMVの胎内感染に対する有効な予防法や胎児治療は確立されておらず、児の神経学的予後は不良である。本症例は典型的な症候性CMV感染であり、新規予防法・胎内治療法の開発のために、胎盤局所の免疫機構を検討していく予定である。

17

サイトメガロウイルス感染症との鑑別を要した4p欠失症候群の一例

○高岡 真佐人、山田 恭子、宮城 正太、島畑 顕治、佐藤 修、藤本 俊郎

苫小牧市立病院

【緒言】 4p欠失症候群とは4番染色体短腕に位置する遺伝子群の欠失により引き起こされる疾患で、重度精神発達の遅れ、成長障害、難治性てんかん、特徴的な身体所見を主徴とする。今回、著名な胎児発育遅延 (FGR) を認め母体血液検査からサイトメガロウイルス (CMV) 感染症を疑ったが、出生後に4p欠失症候群と診断された症例を経験したので報告する。

【症例】 27歳、3経妊2経産、第1子骨盤位のため帝王切開既往。前医で妊娠34週にFGRと羊水過少を指摘され、精査目的に妊娠35週6日に当院紹介となった。胎児推定体重は1506g (-3.40SD) と著名なFGRでAFI4.5cmと羊水過少も認めており、37週4日で入院管理とした。入院時の胎児推定体重は1714g (-3.58SD)、AFI 2.5cm、臍帯動脈血流の異常は認めなかった。母体の採血検査でTORCH症候群のスクリーニング検査を行ったところ、CMV IgG抗体およびIgM抗体が陽性であった。CMV胎内感染を疑ったが、胎児超音波では特徴的所見とされる脳室拡大や脳室周囲石灰化所見などは認めず、その他の明らかな形態異常も指摘はできなかった。妊娠38週0日に帝王切開を施行し、児は1766g (-3.35SD) 女児、Apgarスコア1分4点、5分4点、10分8点、臍帯動脈血液ガスpH7.115、新生児仮死、低出生体重のためNICU入院となった。児はASD、肺高血圧症、腎嚢胞を認め、特徴的顔貌から4p欠失症候群が疑われた。日齢12日に提出した染色体検査で46,XY,del(4)(p16.1)であり診断が確定した。一方、児の尿および胎盤からCMVは検出されず胎内感染は否定的だった。

【考察】 FGRの原因としてCMV感染症を疑っていたが、4p欠失症候群であった症例を経験した。4p欠失症候群は5万出生に1人と非常に稀な疾患で胎児診断されていないことも多い。文献的考察を含め報告する。

○北川 裕太郎、齊藤 良玄、西巻 梓、赤羽 慧一郎、玉城 良、能代 究、細川 亜美、朝野 拓史、千葉 健太郎、馬詰 武、渡利 英道

北海道大学医学部 産婦人科

【緒言】 経腹超音波検査で胎児異常を認めることがしばしばあるが、複数の形態異常を認める場合は、染色体疾患が背景にあることが多い。周産期診療において予後予測は分娩様式の検討や新生児治療において重要であるが、染色体疾患の表現型は多岐に渡り、臨床所見からの判断は難渋することもある。今回我々は胎児超音波検査から染色体異常を疑ったが診断に苦慮した症例を経験したので報告する。

【症例】 36歳、初産。妊娠19週頃より子宮内胎児発育遅延が出現し、妊娠26週に小脳低形成、羊水過多症、耳介低位の所見が指摘された。18トリソミーを含む染色体異常が疑われ、妊娠29週に当科へ紹介された。児は女兒、推定体重は1014g(-1.75SD)であった。小脳横径27mm、大槽15mm、側脳室三角部～下角の軽度拡大を認めた。胃泡は小さいが認められ、羊水インデックスは31-35cmであった。胎動はあるものの少なく、常に手指が開いており上肢の伸展が認められた。胎児心拍陣痛図では一過性頻脈を認めず基線細変動が減弱していた。染色体異常、消化管閉鎖及び神経筋疾患等が疑われたが典型的な所見ではなく判断は困難であった。出生後の治療方針決定のため羊水検査を行う方針となった。結果は、(45,XX,der(1)t(1;15)(p36.1;q13))であった。この染色体核型は過去の報告はなかったため1p36欠失症候群および15q13欠失それぞれの特徴に関してのカウンセリングを行い、管理方針を決定した。

【考察】 1p36欠失症候群と15q13欠失が合併した稀な症例を経験した。本症例では他の疾患ともオーバーラップする胎児形態異常を有しており診断が困難であったが羊水検査により患者への適切な情報提供を行うことができた。

○篠原 由梨¹⁾、寺本 瑞絵¹⁾、安宅 真名美¹⁾、金 美善¹⁾、田淵 雄大¹⁾、二瓶 岳人¹⁾、齋藤 豪²⁾

1) NTT 東日本札幌病院 産婦人科、2) 札幌医科大学 産婦人科学講座

【はじめに】 一過性骨髄増殖症(TAM)はダウン症の10%で合併すると言われているダウン症児特有の血液疾患であるが、TAMについての出生前の経過は不明なことが多い。今回、出生前に胎児エコーで十二指腸閉鎖を疑われ21トリソミーが判明し、その後の肝腫大の出現でTAMを疑った1例を経験したため発表する。

【症例】 30代女性、2妊1産。妊娠29週時の胎児エコー検査にて羊水過多およびdouble bubble signを認め、十二指腸閉鎖および21トリソミーが疑われ、遺伝カウンセリングを施行した。妊娠32週より切迫早産にて入院管理、羊水を除去し、羊水染色体検査から21トリソミーの診断に至った。妊娠34週の胎児エコーにて肝腫大が出現しTAMが疑われたが、胎児水腫や心負荷所見は認めなかった。出生後早期より集学的治療を要し、妊娠37週に誘発分娩、高次施設へ新生児搬送の方針とした。肝腫大は徐々に増大し、妊娠36週に肝脾腫・腹囲の増大を認め、予定より早期に誘発分娩を開始した。顔位にて分娩停止となり、緊急帝王切開を行い女兒2838g アプガースコア1分値1点、5分値6点、10分値7点にて娩出し、高次施設へ搬送した。出生時所見では、肺高血圧、肝脾腫、十二指腸閉鎖が認められ、また血液検査にて、WBC 34,700/ μ l、RBC 362万/ μ l、Plt 217.4万/ μ lと白血球数、血小板数の異常高値を認め、TAMの診断となった。日齢12日に十二指腸-十二指腸吻合術を施行し、その後哺乳問題なく体重増加良好となり退院に至った。TAMは自然軽快し、月齢3ヶ月に血球数は正常範囲となった。

【結論】 出生前診断をし得た十二指腸閉鎖とTAMを合併した21トリソミーの1例を経験した。早期診断により、家族へ遺伝カウンセリングを行い、出生後の施設間連携や、早期治療介入に役立ったと考えられた。

先天性横隔膜ヘルニアに臍帯ヘルニアを合併した一例

○西巻 梓、玉城 良、赤羽 慧一郎、能代 知美、能代 究、細川 亜美、朝野 拓史、齊藤 良玄、馬詰 武、千葉 健太郎、渡利 英道
北海道大学病院 産婦人科

【緒言】 先天性横隔膜ヘルニアと臍帯ヘルニアはそれぞれ3000～5000出生に1例の頻度で発生し、両者が同時に発生することは極めて稀である。今回、我々は両疾患を合併した症例を経験したため報告する。

【症例】 患者は36歳、1妊0産。妊娠17週の妊婦健診で臍帯ヘルニアを疑われ当院紹介となった。初診時の経腹超音波断層法では臍帯ヘルニアに加え、先天性横隔膜ヘルニアも合併しており、染色体疾患を念頭に羊水検査を施行し正常核型(46,XX)の結果を得た。Observed/expected lung to head ratio (o/e LHR)は42～45%で、先天性横隔膜ヘルニアの重症度分類では軽症だった。妊娠33週のMRIで、胎児の左胸腔内に腸管、胃の全体、肝左葉の脱出を認め、心臓の右方偏位とそれによる右肺の圧排を認めた。また、肝臓の一部および結腸の一部が臍帯ヘルニア嚢へ脱出していた。o/e LHRでは軽症だったが、臍帯ヘルニアを合併していたため先天性横隔膜ヘルニアの重症例に準じた分娩方針とした。妊娠37週4日に全身麻酔下で選択的帝王切開術を施行し、第一啼泣前に速やかに気管挿管を行った。児は女児、2946g、Apgar score 2-3-4点(1-3-5分)だった。日齢0に局所麻酔下でサイロ形成術、日齢2に左Bochdalek hernia根治術、2回目のサイロ形成術を施行した。日齢8に3回目のサイロ形成術、日齢15に臍帯ヘルニア閉鎖術を施行した。日齢29に抜管し児の経過は順調である。

【考察】 先天性横隔膜ヘルニアの軽症例では経膈分娩を選択することもあるが、本症例は臍帯ヘルニアを合併していたため重症例に準じた分娩方針とし、全身麻酔下の帝王切開術を選択した。これにより生後早期に全身状態の安定が得られ、外科手術へスムーズに移行することができたと考えられる。

胎児診断と実際の表現型に乖離があった骨形成不全症I型の一例

○山本 健太¹⁾、鏡 京介¹⁾、鈴木 香月¹⁾、八十島 巖¹⁾、細野 隆¹⁾、折坂 俊介¹⁾、松岡 歩¹⁾、山崎 玲奈¹⁾、三谷 裕介²⁾、渡邊 淳³⁾、藤原 浩¹⁾
1) 金沢大学附属病院 産科婦人科、2) 金沢大学附属病院 小児科、3) 金沢大学附属病院 遺伝診療部

【緒言】 骨形成不全症の発生頻度は出生2-3万人あたり1人とされ、そのうちI型は最も頻度が高いとされている。今回、胎児診断と実際の表現型に乖離があった骨形成不全症I型の症例を経験したので報告する。

【症例】 28歳1妊0産。身長151cm、体重46kg。8歳で左上腕骨骨折、10歳で下肢骨折(詳細不明)の既往がある。自然妊娠成立し、妊娠24週の健診時に初めて両側大腿骨長の著名な短縮(-3.0SD)を指摘され、当科を紹介受診した。長管骨の著名な短縮を認め、骨系統疾患が疑われた。妊娠30週で撮影された胎児3DCTでは、明らかな骨化不全や骨折所見は指摘されず、骨形成不全症I型が疑われ、経膈分娩可能と判断された。予定日超過のため、妊娠40週1日で誘発施行されたところ、子宮口5cm開大の時点で遅発一過性徐脈を認めたため、緊急帝王切開術を施行された。児の頭蓋骨は軟化しており、出生後の全身骨X線写真では肋骨に陳旧性骨折を指摘された。日齢2の全身骨X線写真では新たに右大腿骨骨折を指摘された。確定診断のために、遺伝学的検査を検討されている。

【考察】 本症例は出生前画像検査から骨形成不全症I型を疑った。一般的に骨形成不全症I型は非致死型で、主に出生後に症状が出現し、比較的良好な経過を辿る軽症型とされている。本症例では、出生後の身体所見では骨の脆弱性が強く、骨形成不全症I型の中でも比較強い表現型を呈する症例と考えられた。分娩様式の選択には、児の骨・軟部組織の脆弱性を考慮した検討が必要である。出生前における経膈分娩のリスク評価について検討を行い、報告する。

○齋藤 珠帆、千田 英之、吉田 光法、伊藤 理華子、千葉 淳美、佐藤 昌之、小笠原 敏浩
岩手県立二戸病院 産婦人科

【はじめに】 周産期は心理的ストレス、内分泌環境変化により精神機能障害を生じやすい。今回地域保健師への情報提供や臨床心理士による女性サポート外来への紹介等、介入を要した3例を検討する。

【症例】

〈症例1〉22歳女性 精神科既往歴：PTSD 周産期歴：1妊0産

妊娠33週0日切迫早産、低置胎盤で入院。加療するも妊娠33週4日に分娩。産後4日EPDS10点。自責の念や育児不安があり地域紹介・女性サポート外来受診となる。産後17日EPDS5点。産後26日EPDS2点で抑うつ症状の改善あり女性サポート外来終診。

〈症例2〉24歳女性 精神科既往歴：なし 周産期歴：1妊0産

妊娠30週0日切迫早産で前医入院。妊娠34週1日当院へ搬送。妊娠37週0日退院。妊娠37週5日陣痛発来し入院。翌日、胎児機能不全のため吸引分娩。産後4日EPDS6点。母児別室の不安あり。産後15日EPDS5点。産後28日目EPDS13点で地域へ情報提供。産後58日目に外来受診、気分の落ち込み・育児不安あり女性サポート外来を希望。地域保健師と相談した上で必要に応じて心療内科受診の方針となった。

〈症例3〉39歳女性 精神科既往歴：なし 周産期歴：3妊0産

妊娠32週4日里帰り分娩目的に当院紹介。妊娠33週4日切迫早産、妊娠糖尿病で入院。妊娠37週0日退院。妊娠39週5日陣痛発来で入院、同日自然分娩。臍壁裂傷深く多量出血あり。産後1日目貧血あり鉄剤開始。産後4日目EPDS1点。産後の体力、体調や家族支援の不安あり。産後15日目EPDS3点。睡眠障害等の症状あるも女性サポート外来は希望せず。産後31日目EPDS1点、貧血・自覚症状改善し当科終診。

【考察】 マタニティ・ブルーズのリスク因子には妊娠合併症、長期入院患者、母子隔離群などが挙げられる。周産期うつ病に移行する例もあり、2週間以上症状が残存する場合には注意が必要となる。3症例はいずれも周産期合併症によって長期入院し、産後早期のEDPSにおいて高得点を示した。多職種で連携を取りながらの支援が重要である。

子宮内膜ポリープを有する不妊症症例に対して行った 子宮鏡下スネアポリペクトミーの有効性

○淵之上 康平、福原 理恵、横山 万智、赤石 麻美、横山 良仁

弘前大学大学院医学研究科 産科婦人科学教室

【目的】 子宮内膜ポリープは不妊の原因となることがあり、切除が勧められている。方法として経頸管的切除法 (Transcervical resection; TCR) が広く行われているが、麻酔や入院を要することが多く、手術決定から不妊治療を開始するまで一定の時間を要する。当科では以前よりスネアを用いたポリープ切除を行ってきた。本法は麻酔や頸管拡張が不要で、外来で子宮鏡検査と同時に行えるポリープ切除法である。今回我々は、不妊症症例に対して行った子宮鏡下スネアポリペクトミーの有効性について検討した。

【方法】 2010年～2021年の間に当科で子宮鏡検査を行った不妊症症例を対象とし、患者背景、手術成績、妊娠成績などを後方視的に検討した。

【成績】 子宮鏡検査を行い子宮内膜ポリープが指摘されたのは83例 (平均年齢 35.7 ± 4.6 歳、平均不妊期間 3.9 ± 3.1 年) であった。そのうち59例に検査同日にスネアポリペクトミーを試み、完遂できたのは51例 (86.4%) であった。完遂できた症例のポリープの平均サイズは 12.5 ± 5.0 mm、平均個数は 1.3 ± 0.6 個であった。術後のフォローが可能だった34例中20例 (58.8%) に妊娠が成立した。一般不妊治療による妊娠は3例、生殖補助医療による妊娠は12例、一般不妊治療から生殖補助医療にstep upし妊娠した症例が5例であった。妊娠までに要した期間は 9.2 ± 8.3 か月であった。ポリープ以外に不妊原因のない症例の妊娠率は71.4% (5/7) であったのに対しポリープ以外にも不妊原因のある症例の妊娠率は55.6% (15/27) で有意な差はなかった。ポリープのサイズが10mm以下の妊娠率は50.0% (7/14)、10mmを越える場合で65.0% (13/20) で有意な差はなかった。ポリープが1個の場合の妊娠率は59.3% (16/27)、2個以上の場合で57.1% (4/7) で有意な差はなかった。

【結論】 子宮鏡下スネアポリペクトミーは、子宮鏡検査で発見したポリープを迅速に切除でき、術後の不妊治療の成功率を高めるのに有効である可能性があると考えられた。

性交障害をきたしたが妊娠が成立した2例

○水無瀬 学、水無瀬 萌、吉澤 明希子、加藤 育民

旭川医科大学 産婦人科

【緒言】 生殖医療では性交障害の患者が受診し不妊治療を開始する症例を少なからず経験する。しかし、専門医のカリキュラムだけでなく、生殖医療の項目に性交障害に関したものは少なく、実臨床の場で患者への対処に苦慮することがある。今回異なる主訴の性交障害をきたしたが妊娠が成立した2例を経験したので報告する。

【症例1】 37歳女性。0妊0産。うつ病の既往がありSSRIを内服していた。結婚まで夫婦とも性交経験がなく初めての性交渉は結婚半年後であった。挙児の希望があるものの性交痛が強く、セックスカウンセリング目的で他院の専門外来の受診を勧めた。2度のカウンセリングを受けたが、その後COVID-19の流行により受診困難となり当院で定期的にフォローアップしていた。シリンジ法や人工授精などの選択肢を提示したが、抵抗があったため疼痛を伴うものの性交渉は月に2、3度行っていた。定期的に自然周期での卵胞の発育を確認し、可能な範囲での性交渉をアドバイスし、治療6周期目に妊娠が成立した。

【症例2】 31歳女性。0妊0産。月経困難症の既往があり、低用量エストロゲンプロゲステン (LEP) 療法を行っていた。挙児希望がありLEPを中止した。夫は26歳、結婚前からあまり性欲は強くなかった。夫はもう少し妻と性交渉を頻回に持ちたいという気持ちはあるが、膣内に陰茎を挿入しても勃起が持続しない状態であった。国際勃起機能スコアは16点、シルデナフィルクエン酸塩を処方し、勃起持続の維持を図りタイミング療法を行ったところ、治療開始3周期目で妊娠が成立した。

【考察】 不妊治療中や治療後の性交の問題にまで言及してある報告は少ない。性の問題に精通し適切に対応できる専門医は本邦では少なく、多忙な日常診療の中で相談を受け、対処する余裕がないのが現状である。性交の問題は、挙児希望のある患者にとって、妊娠だけではなく生活の質を保つ観点からも軽視できない問題であると考えられる。

○中山 大輝、工藤 ありさ、橋本 大樹、工藤 正尊、渡利 英道
北海道大学病院

【諸言】 生殖補助医療（ART）では自然妊娠に比して異所性妊娠のリスクが高い。しかしながら自然妊娠と同様に卵管妊娠がほとんどを占め腹膜妊娠はまれである。凍結融解胚移植後に原発性腹膜妊娠をきたした一例を経験した。

【症例】 27歳、0妊0産。子宮内膜症に対して薬物治療が行われていたが、挙児希望のため自然周期での基礎体温でのタイミング指導が行われ、妊娠は成立しなかった。子宮内膜症に対して腹腔鏡下子宮内膜症病巣除去術を行い、4期子宮内膜症と診断した。術後、タイミング療法や人工授精で妊娠は成立しなかったため、short法を用いて採卵を行い胚盤胞の凍結を行った。アロマターゼ阻害薬+hCG周期でD5胚を用いて凍結融解胚移植を行った。hCG陽性となり、黄体機能不全のため黄体ホルモン補充を開始した。妊娠6週2日でhCG 8181 mIU/mLに上昇がみられたが子宮内に胎嚢を認めず、左付属器領域に8mm大の胎嚢と胎児心拍を認めた。異所性妊娠（左卵管妊娠疑い）のため同日手術の方針となった。骨盤内に少量の血液貯留を認め、左卵管はやや腫大しているものの病巣を認めなかった。S状結腸から直腸間膜に病巣を認め、術中経膈エコーで同部が胎嚢であることを確認し、同部を除去した。術後hCGは順調に低下した。

【結語】 腹膜妊娠は全妊娠の0.01%程度と稀であり、異所性妊娠の1%程度の頻度で発生する。凍結融解胚移植では新鮮胚移植に比べて異所性妊娠のリスクは低いとされているが、今回凍結融解胚移植後の原発性腹膜妊娠を経験した。ARTによる妊娠は増加傾向にあり、異所性妊娠病巣が同定困難な場合には腹膜妊娠の可能性を疑う必要がある。

○金子 宙夢、松川 淳、中村 文洋、中井 奈々子、高橋 杏子、竹原 功、清野 学、永瀬 智
山形大学医学部 産科婦人科学講座

【緒言】 近年着目されているがん生殖の分野において、AYA世代の女性が悪性腫瘍に罹患した際、妊孕性を考慮した治療選択をする必要がある。今回、左卵巣癌術後、化学療法後の不妊精査中に子宮体癌と診断されMPA（酢酸メドロキシプロゲステロン）療法後にART（生殖補助医療）を行い、妊娠に至った1例を経験したので報告する。

【症例】 34歳、未妊。6年前、5cm大の卵巣癌が疑われ当科を紹介受診した。腹式左付属器摘出術により卵巣癌I C1期と診断した。妊孕性温存希望のためStaging laparotomyは行わずにDC療法を6コース行った。2年前、挙児希望があり不妊精査したところ、血清AMH値0.1 ng/mLと卵巣予備能低下を示唆する所見を認めた。さらに子宮内膜ポリープを疑い子宮鏡下内膜生検を行ったところ子宮内膜異型増殖症の結果であり、子宮内膜全面搔爬術で類内膜癌Grade1と診断した。妊孕性温存希望のため8か月間MPA療法を行い、寛解となった。不妊治療としてエストロゲン補充下に、FSHを投与し卵胞が1個発育した。卵子1個を獲得できたため体外受精を行い、採卵後5日に初期胚盤胞を新鮮胚移植した。採卵後14日に血中hCG値を測定し、17.8 mIU/mLで、黄体補充を継続した。その後、最大で血中hCG値1803.6 mIU/mLまで上昇したが、子宮内に胎嚢を確認できず異所性妊娠または存続絨毛症を疑った。子宮内膜全面搔爬術を行い、流産と診断した。血中hCG値は術後順調に低下した。現在も生児獲得に向け、治療継続中である。

【考察】 卵巣癌治療後の妊娠に関する報告は少ないが、ヨーロッパ生殖医学会では卵巣予備能低下を来す症例には積極的にARTを行うことのコンセンサスは得られている。また、子宮体癌に対するMPA療法は妊孕性温存療法として有効だが、妊娠成立に治療介入を要する可能性が高いとされている。MPA療法後の再発例も多く、早期妊娠を目指してARTを考慮すべきである。本症例のように卵巣癌・子宮体癌の重複癌の患者に対しては殊更積極的にARTを行い、早期の妊娠を目指すべきと考える。

○黒田 裕子、宮崎 有美子、津吉 秀昭、品川 明子、折坂 誠、黒川 哲司、吉田 好雄
福井大学医学部附属病院 産科婦人科

【緒言】 卵巣チョコレート嚢胞を合併する不妊女性の治療戦略は、腹腔鏡手術から生殖補助医療（ART）にシフトしつつある。卵巣チョコレート嚢胞の癌化症例を通じて、不妊治療中の卵巣チョコレート嚢胞の取り扱いについて考察したい。

【症例】 38歳、0妊。原発性不妊症、両側卵巣チョコレート嚢胞、無精子症に対し、精巣内精子採取術→顕微授精を試みていた。採卵後に卵巣チョコレート嚢胞の感染を繰り返したため、アルコール固定術も施行した。当院で妊娠成立せず、その後は他院でARTを繰り返していたが、再増大した右卵巣チョコレート嚢胞のアルコール固定術を再度希望し、初回固定術から1年後に当院を再診した。右卵巣嚢胞（9cm径）の穿刺液は黄色漿液性（細胞診陰性）で、アルコール固定後も高エコー領域を認めた。固定術4日後に嚢胞液が再貯留し、造影CT・造影MRI・FDG-PETで右卵巣癌・癌性腹膜炎・傍大動脈リンパ節転移が判明した。一次的腫瘍減量術の術後診断は右卵巣癌ⅢC期（明細胞癌＋類内膜癌）で、術後のTC療法、TC＋Bev療法、PLD＋Bev療法はいずれも奏功しなかった。肝転移・骨転移に加え、髄膜播種・癌性髄膜炎が出現し、腰椎-腹腔シャントで髄液ドレナージしながら、激しい頭痛と嘔気をコントロールした。初回アルコール固定術から19か月後に永眠した。

【結語】 卵巣チョコレート嚢胞に対するアルコール固定術は、卵巣予備能への影響が軽微で、ARTとの相性も良いが、腫瘍の病理評価ができない欠点がある。卵巣チョコレート嚢胞の腫瘍サイズが大きい場合や経時的増大を認める場合は、不妊治療中の癌化も念頭に、MRI検査などの画像評価を追加すべきと思われた。

○内田 苑佳、松村 由紀子、杉本 里奈、横山 美奈子、大澤 有姫、三浦 理絵、二神 真行、
横山 良仁

弘前大学医学部 産婦人科

【緒言】 中腎腺癌は中腎管遺残から発生する稀な腫瘍であり、多くは子宮頸部にみられる。近年、中腎腺癌に類似した性質を持つが、中腎管遺残との関連性を欠く腫瘍が子宮内膜や卵巣にみられ、中腎様腺癌 (Mesonephric-like adenocarcinoma: MLA) として認識されてきている。今回、我々は子宮内膜に発生した MLA の1例を経験したので報告する。

【症例】 27歳、0妊0産。既往歴に特記事項なし。家族歴は母方祖母に肺癌あり。不正性器出血と過長月経があり、前医を受診した。診察では子宮内腔に腫瘤を認め、子宮内膜全面搔爬術による組織診で子宮体癌の診断となった。組織型は当初、漿液性癌もしくは類内膜癌が疑われたが、その後免疫染色を追加して MLA の診断となった。当院紹介となり、子宮体癌 IB 期疑いで、単純子宮全摘術+両側付属器切除術+大網部分切除術+骨盤リンパ節郭清術+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は、子宮体癌 IB 期 (MLA)、pT1bN0M0、腹水細胞診陽性、脈管侵襲陽性であった。腫瘍細胞は乳頭状、腺管状に増殖しており、免疫染色では TTF-1+、GATA-3+(focal)、CD10+(focal,luminal)、ER-と、MLA に特徴的なパターンを呈していた。術後はパクリタキセル・カルボプラチン療法を施行中であり、計6コース施行予定である。

【考察】 MLA は多彩な組織像を呈することから、病理組織診断に難渋することが多い。本症例では術前診断し得たが、子宮内膜全面搔爬術により診断に十分な組織量が得られていたこと、MLA を疑って特徴的な免疫染色を追加したことが効を奏したと考えられる。稀な疾患であり治療法は確立したものが無いが、予後不良ということを念頭におく必要がある。

○成之坊 果代、松本 多圭夫、山本 恵、横田 貴子、竹田 初美、中山 みどり、岩垂 純平、
水本 泰成、藤原 浩

金沢大学附属病院 産科婦人科

【諸言】 中腎様癌は近年、新規概念として確立されつつある子宮体癌の稀なサブセットで、一般に予後不良とされている。形態学および分子生物学的特徴が中腎癌と類似しており、KRAS 変異をドライバーイベントとする報告が多い。一方、様々な癌種において分子生物学的特徴をバイオマーカーとした治療戦略の有効性が証明されつつある。今回我々は、病理組織学的に子宮体部中腎様癌と診断し、KRAS 変異を同定し得た1例を経験したので報告する。

【症例】 40歳、2妊1産。4cm大の子宮体部腫瘍を指摘され、当院紹介となった。精査の結果、子宮体癌が疑われ、単純子宮全摘術、両側付属器切除術、骨盤・傍大動脈リンパ節郭清術を実施した。病理組織学的検査では、核分裂像の目立つ円柱状の腫瘍細胞が腺管を形成し、管状・索状・充実胞巣状・乳頭状等の多彩な構造をとって増殖しており、静脈侵襲陽性であった。免疫組織化学染色では、ER 陰性、GATA-3、TTF-1、CD10 は陽性であり、子宮体癌 IA 期、中腎様癌と診断された。腫瘍から抽出したゲノム解析にて KRAS (G12V) 変異を確認した。現在、術後治療として AP 療法を施行中である。

【考察】 子宮体部中腎様癌の分子病理学的特徴は未だ解明途中であるが、TCGA 分類では最も特徴に欠く Copy-number low 群に分類されるとする報告が散見される。本症例のように中腎様癌は形態および免疫組織染色態度から KRAS 変異の推察が可能となる点で、全体の1割に及ばない KRAS 変異症例の集積が比較的容易になると考えられる。RAS-MAPK 経路を標的とした治療は悪性黒色腫、大腸がんなどの領域で開発が進んでおり、最近 KRAS (G12C) 変異陽性非小細胞肺癌に対するソラシブの使用が本邦でも開始された。子宮体部中腎様癌の病態解明と RAS-MAPK 標的治療の研究開発に向けた症例の蓄積が必要である。

○鈴木 由佳、早坂 篤、四釜 真子、小針 諄也、村川 東、笹瀬 亜弥、渋谷 祐介、赤石 美穂、平山 亜由子、宇賀神 智久、大槻 健郎
 仙台市立病院 産婦人科

【緒言】 双角子宮は子宮奇形の中では比較的頻度が高いが、子宮体癌が発生した場合には診断に苦慮する可能性がある。今回双頸双角子宮に子宮体癌が合併し、診断に苦慮した一例を経験したので報告する。

【症例】 60歳、0妊0産。既往歴：42歳時開腹子宮筋腫核出術。現病歴：下腹部痛を主訴に前医を受診した。1年程前から断続的に不正性器出血を認めていた。経膈超音波断層法で子宮内膜肥厚を認め、内膜細胞診を試みるも困難であり検査を断念されていた。MRI検査では多発子宮筋腫を認めるが積極的に悪性腫瘍を疑う所見はなく、経過観察されていた。下腹部痛、不正性器出血が持続し当院紹介受診となった。当院初診時にも子宮内膜肥厚を認め、静脈麻酔下に内膜搔爬を施行した。病理組織検査では悪性所見を認めなかったが、その後も下腹部痛、不正性器出血の改善がなく、手術の方針となった。術前のCT検査では子宮内腔の拡張と子宮体部の低吸収腫瘤を認め、子宮体癌疑いの所見だった。また、左片腎であったことから、子宮奇形を合併している可能性も考えられた。開腹子宮全摘術、両側付属器切除術を施行した。子宮は双頸双角子宮であり、左側の子宮内腔は正常、右側の子宮内腔に腫瘍組織が充満していた。病理組織診断では類内膜癌の所見だった。内膜搔爬時には患側の子宮口が確認できず、健側のみの搔爬になっていたと考えられた。

【結語】 今回、術前診断に苦慮したが複数の画像検査を組み合わせることで術前に双頸双角子宮を疑い、手術を施行することができた。症状から子宮体癌を疑うも術前に診断できない場合には、複数の画像検査を用いることが診断に有用であると考えられた。

○佐藤 雄翔、高梨子 篤浩、山形 大和、古川 結香、飯沢 禎之、武市 和之
 会津中央病院 産婦人科

【諸言】 本症例は止血と腫瘍縮小目的に放射線治療を始めた。放射線治療により、標的腫瘍だけではなく、離れた非標的腫瘍にも縮小効果が得られることをアブスコパル効果という。今回、子宮体癌IVB期に対して、放射線治療と化学療法を併用し腫瘍縮小を認め、アブスコパル効果が推測され、根治手術で完全寛解に至った1例を経験したので文献的考察を交えて報告する。

【症例】 60歳、1妊1産。不正出血で前医を受診し、子宮内膜細胞診陽性となり、精査加療目的に当院紹介となった。不正出血持続と重症貧血を認め、輸血目的に緊急入院となった。子宮内膜組織診は腺癌であった。CT・MRIでは子宮漿膜を超えた病変や骨盤内や腹膜直下に腫瘤を認め、PET-CTで、子宮体部・腹膜・肝臓に集積を認めた。画像上子宮体癌IVB期の診断となり、止血と腫瘍縮小を目的とした全骨盤照射50Gy+TC2コースを開始し、造影CTで病変の縮小を認めた。それ以降の化学療法はTC療法4コースを施行した。腹式単純子宮全摘術+両側付属器摘出術+骨盤リンパ節郭清+部分大網切除術を施行し、病理診断は未分化癌G3でpT1aNxMxとなった。術後TC療法4コース行ったが、CA125の上昇とPET-CTで上行結腸の局所再発を認め、CAP療法を開始した。CAP療法2コース後に当院外科で手術の方針となり、上行結腸に播種病変を認め、結腸右半切除術を施行した。外科手術施行後は、CAP療法4コース施行し、現在まで明らかな再発は認められていない。

【考察】 本症例では、子宮体癌IVB期に対して放射線化学療法を施行することで、根治手術に至り、現在まで再発なく経過している方向性を示したと考えられる。また、化学療法との併用ではあるが、放射線治療期間中に腫瘍縮小効果を認めたことから、アブスコパル効果が出現したと推測された。

○田口 朋子、重藤 龍比古、横山 美奈子、松村 由紀子、横山 良仁

弘前大学医学部 産婦人科

【緒言】 子宮体癌の再発症例のほとんどが、初回治療後3年以内に再発するとされている。また再発部位としては骨盤内が最多である。今回、子宮体癌の初回治療後8年目に、右腸腰筋に再発腫瘤を認め、放射線療法が奏功した1例を経験したので、報告する。

【症例】 60歳女性、2妊2産。51歳時に子宮体癌 I A 期 類内膜癌 G1 の診断で前医にて手術のみで初回治療は終了し、術後5年間再発なく経過したため前医でのフォローは終了となった。59歳時に右下肢浮腫を認め、前医内科を受診。右腸腰筋に腫瘤を認め、CA125 521.7 U/ml、CA19-9 1355 U/mlと上昇あり、子宮体癌再発疑いとして前医婦人科に紹介。再発疑いとしてTC療法を施行したが、てんかん発症や尿路感染症の発症で治療が進まず、腸腰筋内に血腫を形成。膿瘍化も疑われたため、精査加療目的に当科紹介となった。腫瘍は右内外腸骨動静脈分岐部にあったため、放射線診断科に依頼し、CTガイド下に囊腫を穿刺し、持続ドレナージを行った。穿刺液の細胞診でadenocarcinomaの診断となり、免疫染色の結果、PAX8 (+)、CK7 (+)、CK20 (-)、ER (±)、HNF-1β (+)、p53 (-)であり、子宮体癌再発が示唆された。囊腫内の出血が持続していたため放射線療法 (45Gy/15fr) を選択。治療後のCTで腫瘍は縮小を認め、充実成分も明らかではなくなった。現在は前医にて経過観察中である。

【結語】 今回、子宮体癌の初回治療後8年目に再発し腸腰筋に血腫を形成した症例を経験した。腫瘍の生検も困難であったが、放射線科との連携で診断に至り、治療奏功へと繋がった症例であった。

閉経近くで茎捻転した漿膜下子宮筋腫の症例報告

○村岡 由真¹⁾、中西 透¹⁾、松澤 由記子¹⁾、酒井 啓治¹⁾、黒澤 大樹²⁾、渡辺 正²⁾、渡部 洋¹⁾

1) 東北医科薬科大学 産婦人科学教室、2) 東北医科薬科大学若林病院

子宮筋腫は30歳代以降の女性の30-40%に存在するといわれている頻度が高い疾患である。過多月経や圧迫症状などといった自覚症状を伴うか、もしくは子宮肉腫を否定できないような場合に治療対象となる。閉経近くで症状が乏しい漿膜下筋腫は治療対象になることは多くはないが、今回我々は閉経近くで漿膜下筋腫の茎捻転した症例を経験したので報告する。症例は49歳、0妊0産未婚月経あり。もともと子宮筋腫に対して近医通院中であつたが積極的な治療はせずに経過観察中であつた。当科初診の2日前から腹痛が出現しかかりつけ医を受診し鎮痛剤処方されるも疼痛の改善はなく、内科を受診し精査を進めたところ婦人科疾患が疑われ当院を受診となった。来院時、腹部全体に自発痛・圧痛と反跳痛を認め、血液検査ではWBC15800/ μ L CRP11.09/mg/dLと炎症反応上昇以外には貧血や腫瘍マーカーの上昇は認めなかつた。MRIでは子宮底部に10cm強の漿膜下筋腫を認めた。有茎性であつたが捻転を示唆する所見は認めなかつた。骨盤内感染の診断で抗生剤治療を行ったが炎症の低下はなく、患者と相談し単純子宮全摘術+両側付属器切除術を行った。腹腔内では漿膜性筋腫が180度捻転しており暗赤色を帯びていた。両側付属器は正常であり他に目立った所見はなかつた。病理結果では広汎な変性壊死と出血がみられ、捻転による虚血性変化を認めた。術後疼痛や炎症は改善し術後1週間後には退院となった。他施設と当院での14症例の漿膜下筋腫茎捻転のデータでは筋腫の直径の平均が108.9mm、中央値114.5mmであつた(最小径48mm最大径171mm)。症状が乏しくても有茎性であり、ある程度のサイズがあれば治療の提示をすることも必要と思われる。

子宮腔部潰瘍を契機に診断されたベーチェット病の1例

○小林 雄大、小田切 哲二、麩澤 章太郎、村上 幸治、杉山 沙織、中嶋 えりか、野崎 綾子、中田 俊之、光部 兼六郎

旭川厚生病院

【緒言】 ベーチェット病は、全身性の炎症を引き起こす原因不明の膠原病類縁疾患であり本邦に約2万人の罹患者がいる。アジア地域での罹患頻度が高く、本邦では北海道・東北に多く分布し好発年齢は30-40歳台である。女性は外陰部潰瘍や関節炎の頻度が高く、病変は大小陰唇に好発するが子宮腔部潰瘍は2%と稀である。今回、子宮腔部に限局した潰瘍を契機にベーチェット病と診断した1例を経験したので報告する。

【症例】 症例は40歳女性、4妊4産。既往歴や家族歴に特記なし。38度台の発熱と関節痛を主訴に近医内科を受診。尿路感染として7日間経口抗菌薬治療を行ったが解熱せず、血液検査上も白血球増多とCRP上昇を認めたため、細菌感染症や膠原病、悪性腫瘍の検索が行われた。血液検査で膠原病は疑われず、造影CT検査より子宮頸部の膿瘍形成を疑われ当科紹介受診となった。骨盤内に膿瘍はなく腔鏡診で子宮腔部に潰瘍形成を認め、熱源精査目的に入院した。口腔内に多発するアフタ性潰瘍を認め、膠原病類縁疾患を疑い、ベーチェット病に特異的なHLAタイプングや他疾患に特異的な自己抗体を検査した。また、ぶどう膜炎など有意な眼所見がないか確認した。細菌感染症として広域抗菌薬を投与したが症状は変わらず、第5病日に抗菌薬を中止した。第7病日に解熱し第9病日に退院となった。HLA-B51が陽性であり、厚生労働省ベーチェット病診断基準と国際ベーチェット病研究グループの診断基準を鑑みベーチェット病と診断した。専門医療機関に紹介し現在フォロー中である。

【結論】 ベーチェット病は膠原病類縁疾患であるが、自己抗体などの膠原病のスクリーニング検査では診断に至らず、ベーチェット病を疑った積極的な身体診察が重要となる。外陰部潰瘍の中でも子宮腔部に限局することは珍しいが、本症例ではベーチェット病を疑う契機となった。

○遠藤 輝人、小幡 美由紀、武士 ゆい、福長 健史、丸山 真弓、堤 誠司
山形県立中央病院

【緒言】 Nuck 管水腫は女性の腹膜鞘状突起が出生後にも閉鎖せず遺残し、内部に液体が貯留した状態である。通常は小児期に発症し、成人例は稀である。今回、鼠径ヘルニアの卵巣腫瘍嵌頓との鑑別に苦慮した Nuck 管水腫の一例を経験したので報告する。

【症例】 82 歳、4 妊 2 産。3 年前から左鼠径部の膨隆を自覚していた。同部位の疼痛が出現し、前医を受診した。膨隆を手動的に環納できず、鼠径ヘルニア嵌頓の疑いで当院へ紹介された。CT で左鼠径部に 5.5 cm 大の単房性の嚢胞性腫瘍を認めた。腹腔内から索状構造物と脂肪組織が連続し、索状構造物から卵巣静脈が伸びていたため、左卵巣由来の腫瘍と考えられた。卵巣腫瘍の鼠径ヘルニア嵌頓と診断し、待機的に外科との合同手術を行った。内鼠径輪の直上で皮膚切開すると、子宮円索に漿液性嚢胞が付着し、腹腔内との交通は認めず、Nuck 管水腫および外鼠径ヘルニアと診断した。Nuck 管水腫をヘルニア嚢ごと切除して腹腔内を観察すると、左卵巣には肉眼的異常を認めず、左傍卵巣腫瘍が腹膜に癒着していた。ヘルニア門から左付属器を体外に誘導して摘出し、後壁補強を行って手術を終了した。

【考察】 Nuck 管水腫は、腹腔内との交通の有無により交通性と非交通性に分類され、交通性は小児に多く、非交通性は成人に多い。今回は、腹腔内との連続性が疑われ、術前は腫瘍への血管走行などから鼠径ヘルニアの卵巣腫瘍嵌頓と診断していた。実際には非交通性の Nuck 管水腫と外鼠径ヘルニアの合併で、卵巣腫瘍は嵌頓していなかった。CT や MRI で脱出臓器の性状や他の臓器との連続性をよく観察することが重要である。また診断や治療について、外科との連携が重要である。

○小林 徳男¹⁾、橋本 歳洋²⁾、羽生 忠義²⁾、佐藤 功一³⁾、吉田 孝雄⁴⁾、古川 宣二⁵⁾、大杉 和雄⁶⁾、
武市 和之⁷⁾、池野 暢子⁸⁾、小谷 泰史⁹⁾、中川 敏浩¹⁰⁾

1) 小林医院、2) 坪井病院、3) 塚原産婦人科内科外科医院、4) 星総合病院、5) 古川産婦人科、6) 谷病院、
7) 会津中央病院、8) いけの産婦人科小児科医院、9) 近畿大学医学部産科婦人科学教室、10) 奥羽大学生体構造学講座

【目的】 子宮筋腫の線維化については不明な点が多い。我々は、栄養血管の破綻性出血による壊死部と通常筋腫部との境界領域に局所増殖巣が形成される事を報告した。今回は筋腫の線維化の発生機序と構造を明らかにするために局所増殖巣を検索した。

【材料】 閉経前直径 5cm の出血巣を有す通常型組織の壁内筋腫 6 症例を用い、出血壊死部、局所増殖巣、通常筋腫部そして筋層部とした。

【方法】 免疫染色に α -SMA (smooth muscle actin), IL-6, PDGFA (platelet-derived growth factor) 通常染色は HE, トルイジンブルー (TB), 1% アルシヤンブルー (AB) また電顕として SEM, TEM にて観察した

【成績】 A. すでに報告した局所増殖巣について

1. 局所増殖巣の Ki-67 および CD34 は通常筋腫部の 4 倍増加していた。
2. CD68 陽性細胞が iNOS (M1M \emptyset) と CD206 (M2M \emptyset) とに分化した。
3. 出血壊死部辺縁の M2M \emptyset 数は、M1M \emptyset 数より明瞭に増加した。

B. 今回の成績

1. 子宮筋腫細胞及び平滑筋細胞の α -SMA は強陽性であった。
2. 増殖巣内の細動脈血管周囲線維芽細胞が層状に増殖し、 α -SMA 陽性の線維芽細胞もみられた。
3. 増殖巣内の間質組織は AB 染色陽性を示し、 α -SMA 陽性、PDGFA 弱陽性の筋線維芽細胞が存在した。
4. 不規則に走行する膠原線維にマイクロフィブリルの増殖が認められた。

【結論】 通常筋腫部の線維化はマイクロフィブリルを認めない膠状の膠原線維である。局所増殖巣の線維化とは筋腫細胞が生産する α -SMA やマクロファージ由来の PDGFA に刺激された細動脈血管周囲線維芽細胞が α -SMA 陽性の発現を認める筋線維芽細胞に形質転換し、活性化して産生されたマイクロフィブリル豊富な膠原線維であることが示唆された。

○菊池 悠理乃¹⁾、玉田 春紫¹⁾、吉田 光法¹⁾、門野 彩花¹⁾、佐々木 史子¹⁾、押切 実波¹⁾、
深川 智之¹⁾、小原 剛¹⁾、三浦 史晴^{1, 2)}、葛西 真由美¹⁾、福島 明宗²⁾

1) 岩手県立中央病院 産婦人科、2) 岩手医科大学 臨床遺伝科

【はじめに】 複数回の消化器がんの既往がある患者に対して MMR 遺伝学的検査を施行して Lynch 症候群の診断が確定された。関連腫瘍のサーベイランスを継続して行うことにより、性器出血等の症状を認めない子宮体がんの早期発見が可能であった症例を経験した。

【症例】 60才。女性。3妊3産。既往歴：7回の大腸がん治療歴があり、治療は開腹手術2回、腹腔鏡手術1回、内視鏡手術4回。家族歴は父：食道がん、母：子宮がん（詳細不明）、兄：30代で胃がん、50代で大腸がん、母方おじ2人が胃がん。子ども3人は健康。X-4年にLynch症候群疑いのため近医より当科紹介。疾患概要を説明するも家庭の事情により遺伝学的検査を希望されず定期診察となった。X-2年に家庭内の状況が一段落したことにより検査を希望され、大学病院臨床遺伝科に紹介となった。遺伝カウンセリング後にMMR遺伝学的検査を施行、結果はMSH2遺伝子に病的バリエーションを認めた。本人のサーベイランスを継続していたところ、X年に子宮内膜細胞診でadenocarcinomaを認め、精査後子宮体がんの診断となり根治手術を施行した。病理組織診断はendometrioid carcinoma, G1, ly (-), v (-)、pT1aであり、再発低リスク群として経過観察中である。

【結果】 Lynch症候群についての説明を複数回に分けて丁寧に行うことにより、遺伝カウンセリング、遺伝学的検査を経て関連腫瘍の早期発見につなげることが可能であった。

【考察】 Lynch症候群は遺伝性大腸がんにおける代表的な疾患であるにも関わらず、関連腫瘍の多様さのため医療関係者においても理解度が低い印象がある。遺伝性腫瘍診療の目的は、遺伝学的にリスクの高い人に対してサーベイランスを行い、早期発見・早期治療につなげることである。Lynch症候群においては子宮体がんがセンチネルがんに対応するため、婦人科医にとっても常にその可能性を念頭に置きながら日常の診療を行うことが必要となる。

○山本 祥子¹⁾、竹村 京子²⁾、森田 恵子²⁾、椎名 咲衣²⁾、竹内 麻優子²⁾、安田 一平²⁾、
伊東 雅美²⁾、島 友子²⁾、中島 彰俊²⁾

1) 富山大学附属病院 卒後臨床研修センター、2) 富山大学 産科婦人科

【緒言】 乳がん術後の乳房再建では下腹部皮弁を利用することがある。下腹部皮弁は他の方法に比べて十分な組織量を確保できるというメリットがある。しかし、大きな腹部腫瘤があると皮弁採取部の閉創に影響を及ぼす可能性がある。そのため、子宮筋腫や卵巣腫瘍などを有する患者で下腹部皮弁を利用した乳房再建術を選択する場合には、婦人科手術も同時施行することが検討される。今回、下腹部皮弁を用いた乳房再建術と子宮筋腫に対する子宮全摘出術を同時施行した二例を経験したため報告する。

【症例 1】 多発子宮筋腫あるも月経異常なく近医で経過観察をされていた。右乳癌の診断で乳房全摘術と下腹部穿通枝皮弁による乳房再建術を同時に行う予定となった。子宮は小児頭大に腫大し、下腹部が膨隆していた。下腹部穿通枝皮弁で腹部皮下組織を広範囲除去後、腹壁が膨隆していると腹壁閉鎖が困難となるため、外科・形成外科の手術と同時に腹式単純子宮全摘術＋両側付属器切除術を施行した。

【症例 2】 子宮筋腫核出術施行後帝王切開歴のある方。2年前より下腹部に硬い腫瘤を触れるようになり近医を受診し、子宮筋腫の増大が指摘されたが、閉経が近いことより経過観察されていた。右乳癌の診断で乳房全摘術と下腹部穿通枝皮弁による乳房再建術を行う方針となった。多発子宮筋腫により腫大した子宮は小骨盤腔を超えて存在し、下腹部は膨隆していた。外科・形成外科の手術と同時に腹式単純子宮全摘術＋両側付属器切除術を施行した。

【結論】 下腹部皮弁を用いた乳房再建術と子宮全摘出術は合併症なく施行することができた。腫大した子宮を摘出することは皮弁採取部の創に緊張を与えることがなく、審美的にも患者のメリットとなる。適応は慎重に選択するべきだが、下腹部皮弁を用いた乳房再建術と骨盤内腫瘤に対する手術の同時施行は患者にメリットをもたらす可能性が示唆された。

○吉本 有希、経塚 標、菅野 美沙、伊藤 史浩、鈴木 大輔、野村 泰久

太田西ノ内病院 産婦人科

【症例】 48歳女性3回経産婦。門脈血栓症、脾腫を伴う過多月経と重症貧血を主訴に当院内科より紹介。6cm大の粘膜下筋腫を認めたが、門脈血栓、脾腫、重症貧血に対する内科的精査を要していたため oral relugolix の経口投与後に腹腔鏡下子宮全摘術の予定としていた。

Oral relugolix 投与経過中に血小板減少等認めため、黄体ホルモン剤を内服として手術を延期していた。某日自宅で大量出血あり当院緊急搬送、造影CT上明らかな exteaversation は認めなかったが、制御不能な性器出血と血小板減少のため、緊急子宮動脈塞栓術を施行した。左子宮動脈より子宮筋腫への有意な血流を認めため、ゼラチンスポンジを用いて左子宮動脈をメインとした両側子宮動脈塞栓術を施行し、止血を得た。3か月後血小板減少の改善はなく、今後の根治的止血を目的に血小板輸血施行直後に腹腔鏡下子宮全摘術を施行した。術後3日目特記すべきことなく退院となった。

【考察】 近年有症性子宮筋腫に対する低侵襲治療として、子宮動脈塞栓術と腹腔鏡手術が普及している。子宮動脈塞栓術後の晩期合併症により腹腔鏡下子宮全摘術を施行した症例報告は散見するが、当症例は子宮動脈塞栓術後比較的早期に腹腔鏡下子宮全摘術を施行した症例である。当症例について臨床、病理的特徴について文献的報告を加え報告する。

当院における異所性妊娠の手術成績と発生数の動向について
—20年間、259症例での検討—

○矢澤 里穂、福田 薫、大原 美希、矢澤 浩之
福島赤十字病院

【目的】 当院での異所性妊娠（EP）の手術成績と発生数の動向について報告する。

【方法】 2002年～2021年にEPの診断で手術を行った症例の診断、術式、手術成績、手術件数の年次推移等の詳細を報告し術式の選択、EPの発生頻度とリスク因子の動向との関連等について考察した。

【成績】 上記期間のEP手術件数は259件、術式は腹腔鏡手術が250例（96.5%）、開腹手術が4例、開腹移行症例が5例であった。妊娠部位は卵管膨大部・峡部が235例（90.7%）、卵管間質部13例、卵巣7例、腹膜4例であった。出血量は500ml未満が220例（84.9%）、 ≥ 500 mlが39症例、2,000ml以上の症例が2例で両者とも腹腔鏡手術で治療し得た。リスク因子保有者の割合は喫煙率が30.0%（既往喫煙も含めると40.6%）と高率であった。手術件数の年次推移をみると前期10年に比べ後期10年間では手術件数が有意に減少し、福島市全体でのEP手術件数も同様の傾向であったことよりEP発生頻度は近年減少傾向にある可能性が示唆された。本邦での疫学調査では、出生数、クラミジア感染症、喫煙率、ARTでのEP発生率の年次推移はいずれも近年減少傾向を示し、文献的には米国3州で行われた大規模調査の結果でEP発生率の減少傾向が報告されている。

【考察】 妊娠数や上記のEPリスク因子の動向より近年EPが減少傾向にある可能性が示唆されたが、子宮内膜症等のリスク因子によるEP発生の増加も懸念される。また、当院での成績や診療ガイドライン、関連文献等より、大量出血症例等でも患者の状態、各施設の条件（全身管理医や執刀医の技量等）を十分に鑑みたくて腹腔鏡手術は安全に行い得ると思われた。

【結語】 EPの病態を十分に理解し、最新のエビデンスに基づいた正確な診断、適切な治療法、術式の選択が重要と思われる。EP発生数の今後の動向にも注目していく。

腹腔鏡下良性卵巣腫瘍手術に対する皮下鋼線つり上げ法と気腹法の比較

○佐藤 いずみ、久野 貴司、竹澤 美紀、櫻田 昂大、野添 大輔、和田 麻美子、藤井 調、
谷川原 真吾
スズキ記念病院

【目的】 良性卵巣腫瘍に対して腹腔鏡下に行った手術について、気腹法と皮下鋼線つり上げ法で比較検討した。

【方法】 当院において行った良性卵巣腫瘍手術について、2021年10月11日から2022年2月11日から6月10日まで皮下鋼線つり上げ法で行った8例と気腹法で行った8例について検討した。皮下鋼線つり上げ法では臍窩にウンドリトラクター[®]を装着しカメラと術者の右手鉗子を挿入、また左右下腹部に5mmポートを挿入した。気腹法では臍窩、左右下腹部、下腹正中にポートを挿入した。手術時間、合併症、入院期間について比較し、また視野の違いについても検討した。

【結果】 皮下鋼線つり上げ法で行った8例は術式が片側付属器切除4例、片側腫瘍核出3例、癒着剥離1例であった。平均年齢37.8歳、平均手術時間100.1分、平均入院日数は9.0日であった。1例に術後イレウスを認め保存療法のみで軽快した。気腹法で行った8例は術式が両側付属器切除2例、片側付属器切除1例、両側腫瘍核出1例であった。片側腫瘍核出4例であった。平均年齢は42.8歳、平均手術時間99.3分、平均入院日数は8.2日であった。術後合併症は特にならなかつた。

【考察】 当科における皮下鋼線つり上げ法と気腹法の比較では手術時間、入院日数には有意差はなかつた。視野については、皮下鋼線つり上げ法ではテント型に腹壁が挙上され、いっぽう気腹法ではドーム型に腹壁が挙上されるため、つり上げ法の方が視野が狭く、また子皮下鋼線を固定するバーが鉗子操作と干渉することがある。しかし、腹腔内を密閉する必要がないため摘出検体の搬出や針の出し入れが容易であるというメリットがある。また今回の検討では、術後合併症として皮下鋼線つり上げ法で術後イレウスの発症がみられたが、視野確保法が術後イレウスの発生に関与するかはさらなる検討が必要と思われる。

○村上 一行、尾上 洋樹、阿部 真璃奈、佐藤 千絵、馬場 長

岩手医科大学 産婦人科学講座

【背景と目的】 腹腔鏡下子宮全摘術後はしばしばクレアチニンキナーゼ（CK）値が高値を示すことがある。CKは筋肉の障害などで上昇することが知られており、腹腔鏡下子宮全摘術後のCK上昇は重篤な合併症として知られるコンパートメント症候群や圧挫症候群を特徴づける兆候とされる。今回腹腔鏡下子宮全摘術後のCK上昇について検討したので報告する。

【方法】 2018年1月から2021年12月の期間における当科で腹腔鏡下子宮全摘術を施行した175例について、術後1病日のCK値が153以下を非上昇群、154以上を上昇群として、年齢、手術時間、BMIについて統計学的解析を行なった。また当科で行われたロボット支援腹腔鏡下子宮全摘術の症例25例とのCK値の比較解析も行なった。

【結果】 年齢は32～85歳（中央値49歳）、手術時間は100分～384分（中央値189.5）、BMIは16.6～38.8（中央値23.3）。年齢については有意差を認めなかった。一方、手術時間は非上昇群平均175分、上昇群で平均246分と有意差を認め、またBMIについても非上昇群で平均23.8、上昇群で平均26.6であり有意差を認めた。

またロボット支援腹腔鏡下子宮全摘術とのCK値の比較については腹腔鏡下手術で平均210.99（中央値84.5）、ロボット支援下手術で平均1382.76（中央値1937.76）となり有意差を認めた。

【結論】 今回検討した3因子については手術時間、BMIが術後CK上昇に関連していることが示唆された。

また腹腔鏡手術と比較しロボット支援下手術ではCK上昇のリスクが高いことが示唆された。

妊娠後期に胎児動脈管早期収縮を発症し、
その原因としてポリフェノール過剰摂取を疑った1例

○村川 真理弥、熊谷 祐作、内堀 洪欣、熊谷 奈津美、圓山 晶子、桃野 友太、岩間 憲之、
星合 哲郎、齋藤 昌利、八重樫 伸生
東北大学病院 産婦人科

【緒言】胎児動脈管早期収縮（Premature constriction of the ductus arteriosus:PCDA）は、胎児期に動脈管が収縮し、胎児右心不全や新生児遷延性肺高血圧症を呈する病態である。原因として妊娠中の非ステロイド性抗炎症薬使用が知られているが、近年、妊娠中のポリフェノール過剰摂取がPCDAに関与したとの報告が増加している。今回、我々は妊娠後期にPCDAを発症し、その原因としてポリフェノール過剰摂取を疑った1例を経験したため報告する。

【症例】31歳、2妊0産。排卵誘発にて自然妊娠した。妊娠40週5日に分娩予定日超過の為分娩誘発目的で入院し、陣痛発来後、胎児心拍陣痛図にて繰り返す遅発一過性徐脈を認めた。経腹超音波断層法で動脈管径は2.5mm程度と狭小化し、同部位の収縮期最大血流速度は30-40cm/秒に低下していた。また、右室流出路の狭窄前拡張を認め、総心拍出量は左室優位だった。右心不全傾向はなかったがPCDAによる胎児機能不全のため急速墜娩が必要と判断し、緊急帝王切開術を施行した。臍帯真結節を認めたが、その他異常所見はなかった。児は3627gの男児、Apgar score 8点（1分）/9点（5分）、臍帯動脈血液ガス分析の結果pH 7.226、pCO₂ 55mmHg、pO₂ 10.4mmHgと低酸素血症を認めた。児は軽度肺高血圧と周期性呼吸により入院したが、右心不全は認めなかった。術後の聴取で、妊娠中にポリフェノール含有食品のタンポポ茶、ブドウジュース、ピーナッツチョコレートを継続的に摂取していたことがわかり、ポリフェノールの1日摂取量は560-850mg/dLと概算した。

【考察】妊娠中にPCDAを診断し、新生児経過が良好であった1例を経験した。PCDAの原因としてポリフェノール過剰摂取を疑った。近年、ポリフェノール摂取とPCDAの関連を示唆した文献を多数認めるが、摂取量との関連を調べた文献はまだない。本例の様に概算でのポリフェノール摂取量を求めることで、ポリフェノール摂取量とPCDA発症の関連を検討することに貢献できると考える。

妊娠中期に腎障害が増悪したアルコール性肝硬変合併妊娠の一例

○大中 一矢、平山 恵美、金川 明功、山口 正博、川端 公輔、箱山 聖子、早貸 幸辰、首藤 聡子、
奥山 和彦
市立札幌病院 産婦人科

【緒言】一般に肝硬変合併妊娠では妊娠中期以降の急激な循環血液量増加によって門脈圧が亢進するため、食道静脈瘤破裂などのリスクに留意した管理が必要とされている。今回我々は、妊娠中に腎機能障害が進行し、妊娠終結後は急速に改善した肝硬変合併妊娠の一例を経験したので報告する。

【症例】36歳初産婦、BMI 14.8。1年前にアルコール性肝障害と診断され禁酒、病状は安定し自然妊娠が成立、前医で妊婦健診を受けていた。妊娠28週2日に子宮収縮増強と頸管長短縮のため前医に入院し、塩酸リトドリンが投与されたが、さらに頸管長は短縮し、また腎機能障害と貧血のため、妊娠28週5日に当科に母体搬送された。搬送時、血圧90/44 mmHg、脈拍101/分、AST/ALT 35/11 U/L、T-Bil 0.6 mg/dl、Alb 1.4 g/dl、BUN 64.1 mg/dl、Cr 2.64 mg/dl、Na 133 mEq/l、K 2.4 mEq/l、Plt 11.0万/μl、Hb 5.9 g/dlと腎機能障害と電解質異常、貧血・血小板減少および母体腹水を認めた。CTGでは基線細変動減少所見を認めたため、RBC4単位・FFP2単位を輸血した上で緊急帝王切開術を施行した。児は1011g、アプガースコア5/8（1分/5分）。出血量は腹水・母体羊水込み1710mlだった。術後2日間でアルブミン製剤を25g、RBC4単位と赤血球造血刺激因子を投与した。また腹部超音波検査を行い肝硬変と診断された。腎機能及び血液所見は速やかに改善し産褥8日目に退院した。

【考察】本症例ではアルコール性肝硬変および低栄養に起因する低Alb血症のため有効循環血漿量が低下していたことに加え、妊娠子宮の増大に伴う下大静脈の血管抵抗の上昇が門脈圧亢進や脾臓機能亢進、腎血流還流障害を引き起こしたために、貧血と血小板減少、腎機能障害をきたしたと考えられた。

【結語】アルコール性肝硬変合併妊婦の管理にあたっては、門脈圧亢進に伴う合併症に加え、摂食状況や栄養状態の評価も重要で、腎機能障害の出現にも留意する必要がある。

45

妊娠 16 週に突然の尿閉をきたしたことで診断された嵌頓子宮の一例

○横田 貴子、加戸 太陸、石丸 美保、野島 俊二

国立病院機構 金沢医療センター 産婦人科

【緒言】 嵌頓子宮は、妊娠子宮が過度に後屈した状態で増大し、子宮底が小骨盤腔に嵌頓した状態のことである。嵌頓子宮は全妊娠の 1/3,000 と稀であり、早産、子宮破裂、胎児発育不全などの産科合併症のリスクとなる。今回、妊娠 16 週に突然の尿閉をきたし当院紹介となり、嵌頓子宮と診断した症例を経験したため報告する。

【症例】 42 歳女性、1 妊 0 産。前々医にて IVF-ET で妊娠成立。妊娠 16 週 6 日 23 時に排尿困難、腹部膨満感が出現し、妊娠 17 週 0 日 15 時に前医産科を受診し、導尿で 300ml 排出した。同日 18 時に腹部緊満感を自覚し再度受診、導尿で 700ml 排出し、膀胱バルーンカテーテルを留置し入院となった。妊娠 17 週 1 日に精査加療目的で当院紹介となり、超音波検査で強い後屈子宮を認め、嵌頓子宮の尿道圧迫による尿閉と診断した。17 週 4 日よりバルーンカテーテルに DIB キャップを装着し日中 2 時間に 1 回自己導尿を開始した。18 週 1 日の骨盤 MRI では明らかな嵌頓子宮の所見はなく、自然整復したと考えられた。18 週 2 日でバルーンカテーテルを抜去し自排尿を確認し、18 週 4 日で退院した。以降妊娠経過は良好であったが、39 週 0 日で胎児機能不全のため緊急帝王切開術を施行した。

【考察】 嵌頓子宮の原因は、内膜症や既往手術による骨盤内癒着、筋腫合併、子宮奇形などがある。しかし本症例では内膜症や筋腫の既往はなく、生理的な後屈子宮が嵌頓に至ったものと考えられた。小骨盤腔以上に子宮が増大する妊娠 20 週頃に、嵌頓子宮は子宮頸部の異常な屈曲を伴うため、突然の尿閉や腹痛を主訴に診断されるケースが多い。しかし無症状のまま帝王切開になった際に初めて位置異常に気付き、児娩出が困難になるケースも報告されている。嵌頓子宮は整復介入の方法もあるが、本症例では自然整復され、同時に尿閉も改善された。

【結語】 妊婦が突然の尿閉をきたした場合は、原因として尿路結石だけでなく嵌頓子宮も考慮しなければならない。

46

経膈分娩後に膀胱破裂と診断された 1 例

○酒井 美穂、中西 研太郎、吉澤 明希子、金井 麻子、横浜 祐子、加藤 育民

旭川医科大学 産婦人科

【緒言】 膀胱が尿で充満している時に下腹部、骨盤、会陰部の鈍的または穿通性外傷によって膀胱破裂が生じる場合がある。経尿道的手術、婦人科手術などの骨盤内手術での損傷は珍しくはないが、子宮手術歴のない経膈分娩での膀胱破裂は非常に稀である。経膈分娩時に発症し、膀胱破裂の診断に至った一例を経験したため報告する。

【症例】 34 歳、1 妊 0 産。凍結胚移植で妊娠。既往歴に特記事項はない。妊娠 11 週より当科外来で妊娠管理した。妊娠 25 週に妊娠糖尿病の診断に至り、妊娠 28 週よりインスリン治療を開始していたが、母児ともに異常なく経過した。妊娠 39 週 0 日で陣痛発来し入院した。子宮口 7cm 開大時に微弱陣痛のため陣痛促進を開始した。子宮口全開大後から持続する腹痛の訴えがあったが子宮破裂や胎盤早期剥離を疑う所見はなく、Station+4 の時点で胎児徐脈が出現したため吸引分娩した。産後は尿閉のため導尿を行っていた。産褥 1 日目に腹膜刺激症状が出現し、炎症反応の上昇と BUN 36.2 mg/dL、Cre 3.74 mg/dL の腎機能障害が出現した。泌尿器科に紹介し血液検査、単純 CT、膀胱造影などの検査を経て産褥 3 日目に膀胱破裂の診断に至った。膀胱留置カテーテル挿入と抗菌薬投与で保存的に管理し、炎症反応・腎機能改善を確認した。家庭の事情で産褥 9 日目に退院した。産後 2 週間は膀胱留置カテーテルが継続となり、産後 1 ヶ月で症状改善が確認でき泌尿器科も終診した。

【考察】 産後は一過性の排尿障害を認めることがあるが、腹痛が増悪、遷延する場合には膀胱破裂を鑑別として考慮する必要がある。

○麴澤 章太郎、小林 雄大、村上 幸治、杉山 沙織、中嶋 えりか、野崎 綾子、小田切 哲二、
中田 俊之、光部 兼六郎

JA 北海道厚生連 旭川厚生病院

【緒言】 妊娠、分娩に合併する尿崩症の発生頻度は1.5万～5万例に1例とされ稀な疾患である。多くは妊娠中に発症し、ほとんどが妊娠性一過性尿崩症であるが、妊娠前から存在する尿崩症が顕在化することもある。一方心因性多飲症は、多尿、低張尿を主徴としている点で尿崩症と酷似しているが、病態は全く異なる。今回、分娩後に多飲多尿をきたし、尿崩症が疑われた症例を経験したので報告する。

【症例】 28歳、2妊1産、妊娠16週に転居のため当科紹介、初診した。妊娠経過は特に問題なく、血糖値や血圧も異常なかった。妊娠38週1日に自然経膈分娩したが分娩時に弛緩出血を認め、出血量は羊水込みで1060mlであった。バイタルサインの異常はなく、子宮収縮剤としてオキシトシン5単位、メチルエルゴメトリンマレイン酸塩0.2mgを投与し止血した。分娩翌日より尿量が5600mLと多尿の状態となり、飲水量も3000-4000mLと多く、尿崩症が疑われた。当院代謝内科で精査を開始し、分娩後4日目の検査では、尿浸透圧156mOsm/kg・H₂O、血漿浸透圧279mOsm/kg・H₂O、抗利尿ホルモン（ADH）0.7pg/mL、電解質異常は認めなかった。ADHの低下を認め、中枢性尿崩症の鑑別目的に、大学病院内分泌内科へ転医の方針となった。分娩後12日目に当科退院し、分娩後13日目に内分泌内科を受診した。脳MRIでは異常を認めず、各種内分泌負荷試験が実施されたが中枢性尿崩症の診断には至らず心因性多飲症が疑われた。飲水制限で経過観察され今後更なる原因精査の予定である。

【結語】 低張尿を伴う多尿の鑑別として尿崩症（中枢性・腎性）、妊娠性一過性尿崩症、心因性多飲症が挙げられる。鑑別のために、非妊時には飲水制限や抗利尿ホルモン負荷試験などを行う。尿崩症は脱水傾向であり、心因性多飲症は逆に水過剰の状態にあるため、治療の選択を誤まれば重症脱水によるショックや電解質異常による意識障害などの危険な病態を招くこととなり、その鑑別は重要である。

○伏見 和人、今野 めぐみ、藤嶋 明子、小野寺 洋平、三浦 広志

秋田大学医学部 産婦人科

【緒言】 可逆性脳血管攣縮症候群 (RCVS) は、急激に発症する雷鳴頭痛と多発性可逆性分節性脳血管攣縮を伴う疾患群であり、周産期での発症が報告されている。多くは自然軽快するが、脳血管障害や脳浮腫など重篤な合併症を生じうる。今回我々は産褥期に発症した RCVS を経験したので報告する。

【症例】 41 歳、6 妊 2 産。帝王切開後妊娠。前回妊娠時、産褥期に妊娠高血圧症を発症した。今回は凍結融解胚盤胞移植により妊娠が成立した。妊娠経過は順調で妊娠 32 週に帰省分娩のため当院へ紹介された。妊娠 38 週 1 日、選択的帝王切開術が施行された。シャワーや流水での手洗いを契機に頭痛を来すことがあった。術後 6 日目のトイレ歩行時に拍動性頭痛を発症し、血圧上昇を認めた。鎮痛剤とメチルドパ内服で症状は改善した。術後 7 日目未明に症状が再燃したが日中には消失した。メチルドパ内服を継続し同日退院した。術後 9 日目寒冷刺激を契機に頭痛が生じた。高血圧重症化 (血圧 180/100mmHg) があり、再入院した。神経学的所見は認めず、ニカルジピン持続点滴を行い症状は軽減した。術後 12 日目内服治療へ変更すると、強い頭痛が再燃し体動困難となった。MRI 検査で右中大脳動脈の狭窄が疑われた。RCVS を疑いニカルジピン持続点滴を再開した。術後 14 日目の MRI 検査では多発性に血管攣縮を認め、RCVS と診断された。硫酸マグネシウム持続点滴を併用し、症状の再燃なく経過した。術後 17 日目の MRI 検査では血管攣縮は改善傾向で、術後 19 日目に退院した。現在外来管理中だが、症状の再燃なく経過している。

【結語】 周産期に生じる急性の強い頭痛では RCVS の可能性を考慮する必要がある。発症直後には診断困難な場合もあり、画像検査を繰り返すことが重要である。RCVS では重篤な合併症を生じうるため、診断後はカルシウム拮抗薬などによる速やかな治療が推奨される。

○櫛谷 直寿、加藤 奈都美、霜鳥 真、廣川 真由子、堀内 綾乃、八幡 夏美、能伸 太郎、本多 啓輔、安田 雅子

長岡赤十字病院

妊娠経過中に脳出血を発症したもやもや病合併妊娠を経験したため報告する。

【症例】 27 歳女性初産婦、6 歳で一過性の片麻痺を契機にもやもや病と診断された。12 歳でもやもや病に対し間接血行再建術を施行され、その後は神経症状なく経過していた。27 歳で自然妊娠し、妊娠分娩管理のため当科を紹介受診した。脳外科より「収縮期血圧 100-140mmHg」「過換気の回避」「帝王切開での分娩」を指示されたため、自宅血圧を測定しながら妊娠管理を行った。妊娠経過中、血圧は正常域で経過していた。妊娠 35 週 5 日、就寝中突然の激しい頭痛を自覚し、意識障害の進行があったため当院へ救急搬送された。来院時は GCS E1V1M2 と意識障害がみられた。頭部 CT 検査を施行し、脳室拡大、脳浮腫を伴う脳室内の出血を認め、もやもや病に伴う脳室内出血と診断した。その後意識レベルはさらに低下し、GCS E1V1M1、下顎呼吸の出現、対光反射の消失を認めた。CTG にて、基線 170bpm の胎児頻脈、Variability の減少を認め、胎児機能不全が疑われたため、母体治療に先行して帝王切開を施行する方針となった。全身麻酔下に帝王切開を施行し、2708g 女児 ApgarScore7/8 で出生。続いて脳室内血腫除去術、脳室内ドレナージ術が施行された。術後意識レベルは改善傾向となったが、自発開眼はみられるも、疎通が可能なレベルまでは改善しなかった。術後 32 日目にリハビリ転院となった。最終的な GCS は E4V1M4 であった。

【考察】 妊娠によってもやもや病の脳卒中発症のリスクは上昇しないと報告されている。しかし非妊娠時と同様に自然経過で脳出血を発症する可能性がある。脳出血をきたした場合に速やかに対応できるように脳神経外科と連携して妊娠管理を行うべきである。また脳出血をきたした場合には、帝王切開のタイミングは脳神経外科と協議し慎重に決定することが望ましい。

○三上 智香

青森県立中央病院

【目的】 我が国では、悪性腫瘍合併妊娠についての報告では1000～1500妊婦に1人の割合で癌を罹患していると言われており、子宮頸癌の割合が高く、次いで乳癌、卵巣癌、悪性リンパ腫、白血病、甲状腺癌、大腸癌、胃癌の順となっている。当院で経験した妊娠中に判明した胸腺癌の1例を報告する。

【症例】 症例は41歳、3妊1産、FETで妊娠成立し、初期に当科紹介となった。妊婦健診時血圧高値にて自宅血圧測定を開始した。その後血圧上昇あり、妊娠29週から α メチルドーパ内服を開始した。同時期より左肩痛、倦怠感を認めていた。妊娠36週6日に意識消失、尿失禁を認め、当院へ救急搬送となった。入院時の胸部レントゲンで左肺野の浸潤影、呼吸困難感を認めたため、肺炎疑いとしてピペラシリンナトリウム投与を開始したが、浸潤影の改善がなく、心機能評価目的に心臓超音波検査を施行したところ、前縦隔腫瘍が疑われた。単純CTで前縦隔腫瘍、心膜浸潤、左胸膜播種を認めた。外科的切除は困難であり、今後の縦隔腫瘍精査、治療を早期に開始するため、妊娠37週6日に緊急帝王切開術施行となった。術後経過は良好であり、術後7日目に退院となった。呼吸器内科にてCTガイド下生検を施行したところ、AE1/3陽性、c-kit陽性であり、PET-CTでは左胸膜播種、左肺転移を認めたことから、胸腺癌、cT4N0M1bステージIVbの診断となった。現在、パクリタキセル+カルボプラチン療法を施行している。

【考察】 妊娠時の悪阻、倦怠感、体重減少などは悪性腫瘍における症状と類似しており、さらに妊娠のために画像診断が避けられることから診断が遅れることが指摘されている。妊娠中に判明した悪性腫瘍のうち31%が死亡しており、半数以上が進行例であったとの報告もある。産婦人科医が婦人科腫瘍以外にも念頭に置いて検査を進めていく必要がある。

○松井 優祐¹⁾、飯沼 洋一郎¹⁾、鎌田 奈都子¹⁾、安田 真子¹⁾、秋江 惟能¹⁾、明石 大輔¹⁾、
森脇 征史¹⁾、服部 理史¹⁾、中山 大輝²⁾、松宮 寛子²⁾、渡利 英道²⁾

1) JA北海道厚生連帯広厚生病院 産婦人科、2) 北海道大学病院 婦人科

【緒言】 妊娠中は非妊時と比較して子宮頸部細胞診で細胞診異常を捉えることが難しく、異常を認めた場合には細胞診での厳密な経過観察の必要がある。妊娠初期の細胞診でAGCと判定し、妊娠30週で子宮頸部高異型度神経内分泌癌と診断した症例を報告する。

【症例】 34歳、4妊3産。既往歴は特記事項なし。近医での妊娠初期子宮頸部細胞診でAGCと判定され、妊娠11週に当科紹介となった。初診時の細胞診断はAGC-NOSで、陰鏡診や超音波検査、血液検査では異常を認めなかった。妊娠13週のコルポスコピー所見ではモザイク病変を認めた。出血リスクを考慮し、組織生検を施行せず厳密な経過観察の方針とした。妊娠18週、22週の細胞診検査では所見に変化はなかったが、妊娠27週に核偏在傾向の増強とクロマチンの顕著な増量傾向を認め、AGC-FNと判定した。妊娠30週のMRI検査では、子宮頸部後唇にT2強調像で軽度高信号を呈する24mm大の腫瘍性病変を認め、拡散強調像で高信号、ADC値低下を示し、子宮頸癌を疑った。組織生検で子宮頸部高異型度神経内分泌癌、IB2期相当と診断した。

早期の治療介入が必要と考えたため、妊娠33週にバタメタゾン12mgを2日間投与し、妊娠34週1日に選択的帝王切開術を施行し、広汎子宮全摘出術へ移行した。2086gの女児を娩出、Apgar score: 8/8点(1/5分値)であった。病理組織診断は小細胞神経内分泌癌、進行期分類IB2期、pT1b1pN0であった。補助化学療法としてシスプラチン・イリノテカン併用療法を選択し、現在化学療法中である。

【考察】 子宮頸部小細胞神経内分泌癌は悪性度が極めて高く予後不良である。妊娠中に判定したAGCに対しては、悪性変化の可能性を常に念頭におき、組織診断を考慮する必要がある。

○毛利 春希¹⁾、菅野 秀俊¹⁾、竹中 尚美¹⁾、柿坂 はるか¹⁾、早坂 真一¹⁾、田野口 孝二¹⁾、古田島 聡²⁾、小原 克也³⁾、猪倉 恭子⁴⁾

1) 東北公済病院 産婦人科、2) 東北公済病院 整形外科、3) 東北公済病院 内科、4) 東北大学病院 血液内科

【背景】 多発性骨髄腫 (multiple myeloma : MM) は、形質細胞とその産物である免疫グロブリンの単クローン性増加を特徴とする疾患である。多くは高齢者に発症し、診断時の年齢中央値は66歳、年齢階層別では60歳代が最も多く、加齢に伴い増加する。40歳未満で診断されたMMはわずか3%である。従って妊娠中、周産期の女性の発症は極めて稀であるが、今回妊娠後期に腰痛から体動困難となり、分娩後にMMと診断された一例を経験したので報告する。

【患者】 38歳、2妊1産。既往歴、家族歴に特記事項なし。妊娠経過に問題なく経過していたが、妊娠30週、転倒を契機に腰痛、歩行困難出現し当科救急搬送となった。当院整形外科に診察依頼し、急性腰椎症として入院加療となったが、疼痛コントロール不良でほぼ寝たきりの状態となった。その後も腰痛改善せず、帝王切開分娩の方針となり、側臥位困難であったため、妊娠37週で全身麻酔下での帝王切開術を施行した。分娩後の全身CT撮影にて、脊椎、仙骨、腸骨、恥骨、座骨に多発性の溶骨性病変を認めた。また、血清蛋白分画にてMピーク、尿中Bence Jones蛋白を認めMMが疑われた。診断・治療のため他院血液内科転院となり、骨髄穿刺施行しMMと診断された。その後寛解導入療法、末梢血造血幹細胞移植を行いCRとなった。症状改善を認め、自立歩行可能となり退院となった。

【考察】 MMの典型的な症状としてはCRAB (Calcium, Renal Failure, Anemia, Bone disease) が有名であり、本症例では補正Ca 13.3 m/dL、Hb 8.9 g/dLと高Ca血症、貧血を認めた。妊娠中は循環血漿量が増加するため、採血項目上は腎機能低下を認めにくく、水血症ともなるため実際の貧血の評価は難しい。長期間改善しない腰痛など骨病変を疑う症状を認めた場合、血清Ca値がMMや他の悪性腫瘍の想起に有用であり、頻度は少ないものの適切な診断、治療開始のため、MMの可能性を考慮する必要がある。

自然破水後に AmpC 産生大腸菌による絨毛膜羊膜炎を発症し 緊急帝王切開術を行った一例

○對馬 立人¹⁾、飯野 香理¹⁾、和島 陽香¹⁾、大石 舞香¹⁾、伊東 麻美²⁾、田中 幹二²⁾、横山 良仁¹⁾

1) 弘前大学医学部附属病院 産婦人科、2) 弘前大学医学部附属病院 周産母子センター

【緒言】近年、抗菌剤の汎用による多剤耐性菌の存在が感染症診療で大きな問題となっているが、周産期領域でも例外ではない。今回我々は、自然破水後の経過観察中に AmpC 産生大腸菌による絨毛膜羊膜炎を発症し、母体が敗血症に至った症例を経験したので報告する。

【症例】35歳、1妊0産。32歳時に子宮頸部高度異形成にて子宮頸部円錐切除術の既往あり。近医で体外受精にて妊娠成立し妊娠初期に当院へ紹介された。その後の経過に特に問題なかったが、妊娠36週4日前期破水にて入院となった。アモキシシリンの内服を開始し、自然陣痛待機の方針となった。妊娠37週0日、CRP値が4.25 mg/dLと軽度上昇あり抗生剤をピクシリン静注へ変更した。妊娠37週1日、WBC14,620 / μ L、CRP4.63 mg/dL、さらに体温も38.1℃と上昇したため、Lenckiらの診断基準に従い臨床的絨毛膜羊膜炎として緊急帝王切開術を施行した。羊水は高度に混濁し悪臭があった。児は2,886gの男児で、出生後小児科医が診察したが感染症は否定的だった。母体は術後ICUへ入室し、重症感染症としてメロペネムとメトロニダゾール併用による抗菌薬治療を開始した。発熱時に採取した血液培養と術中に採取した羊水中から AmpC 産生大腸菌が検出された。術後腹膜炎による麻痺性イレウスを発症したため、絶食管理を行った。感染症とイレウスは次第に軽快し術後15日目に母児共に退院となった。

【考察】今回我々は、周産期領域では稀な AmpC 産生大腸菌を起因菌として敗血症に至った絨毛膜羊膜炎を経験した。AmpC 産生大腸菌は多剤耐性菌であり、破水後の感染症予防として投与していた抗生剤投与が無効であったため重症化したものと考えられる。今後、周産期領域でも多剤耐性菌に難渋することが多くなることも想定される。感染症治療において、抗菌薬治療の効果が乏しい場合や非典型的な経過を辿る場合は耐性菌の存在を念頭に入れ、診療方針を再検討することが望ましいと考えられる。

Metamycoplasma hominis を起炎菌とする帝王切開術後骨盤内膿瘍の2例

○谷 英理、生水 貫人、津田 さやか、松井 望、新居 絵理ノエル、伊藤 実香、米田 徳子、
塩崎 有宏、中島 彰俊、米田 哲

富山大学 産科婦人科学教室

【緒言】Mycoplasma hominis (M.hominis) は稀に帝王切開を機に骨盤内膿瘍を形成し、敗血症に至ることもあり注意が必要である。M.hominis の検出には特殊培地での培養依頼が必要であり、通常的一般培養検査では診断できない。今回帝王切開術後に M.hominis による骨盤内膿瘍の症例を経験したため報告する。

【症例】1) 32歳、経産婦(既往CS3回、虫垂炎術後、腹腔鏡下右卵管切除術後)、妊娠23週1日より切迫早産のため入院管理していた。妊娠25週1日に陣痛発来し緊急帝王切開術を施行した。出生体重917g、アプガースコア1/1の女児を娩出した。術後2日目発熱を認め、造影CTで子宮切開創部上に12cm大の腹腔内膿瘍を認めた。複数回手術既往あり腹腔内癒着が強く、開腹術でのドレナージは困難と判断し empiric に TAZ/PIPC の投与を開始した。羊水培養検査から M.hominis が検出されたため、AZM の追加投与を行った。術後11日目解熱したが膿瘍縮小を得られなかったためエコーガイド下に膿瘍穿刺し、膿瘍からは M.hominis が検出された。その後炎症反応の低下を認め、術後16日目LVFX内服に切り替えた。2) 30歳、初産婦、妊娠39週1日、陣痛発来し入院した。妊娠39週2日に破水するも、胎児機能不全を認めたため緊急帝王切開術を施行した。出生体重3670g、アプガースコア8/9の女児を娩出した。術後7日目炎症反応の再上昇あり、造影CTで子宮切開創部左側に4cm大の骨盤内膿瘍、7cm大の腹直筋膿瘍を認めた。empiric に TAZ/PIPC の投与を開始した。術後8日目に腹直筋膿瘍の穿刺施行し、膿瘍から M.hominis が検出されたため、LVFX内服に切り替えた。

【考察】超早産の場合その原因に M.hominis が関与している可能性があるため、術後の感染兆候が軽快しない場合には積極的に M.hominis 感染を疑って対応する必要がある。また、正産期での帝王切開術後管理においても長引く感染兆候を認める場合には、同様の対応が必要と考えられた。

○外館 綾華、阿部 真璃奈、佐藤 貴紀、寺田 幸、川村 花恵、羽場 徹、岩動 ちず子、
 小山 理恵、馬場 長
 岩手医科大学 産婦人科

【緒言】 卵管間質部妊娠等に対して行う楔状切除はその後の妊娠において子宮破裂のリスクを高める。しかし、症状が出現するまでに子宮破裂のリスクの具体的な評価をすることは難しい。今回我々は、人工妊娠中絶術後の子宮筋層内妊娠に対して行った子宮筋層楔状切除術後に妊娠し、大きな症状なく経過したが、帝王切開術時に子宮筋層欠損を認めた一例を経験したため報告する。

【症例】 38歳、女性

【既往歴】 21歳 人工妊娠中絶 29歳 子宮頸部腺癌の診断で円錐切除術施行、その後再発なし 32歳 子宮底部筋層内妊娠に対し子宮動脈塞栓術野後に子宮筋層楔状切除施行 33歳 妊娠33週で前期破水のため帝王切開術施行、その際に子宮体部前壁に1cm大の筋層欠損部を認め、1層縫合にて閉鎖した。

【現病歴】 自然妊娠にて妊娠成立、妊娠初期より当科にて妊娠経過を見ていた。妊娠26週頃より頸管長の短縮を認め、妊娠30週6日より切迫早産の診断で入院管理となった。

【入院後経過】 入院後リトドリンの点滴を行い症状の増悪はなく経過していた。32週に行ったMRIではT2強調画像で子宮底部に癒着胎盤を疑う所見を認めたが、子宮底部から前壁の子宮壁の非薄化は明らかではなかった。エコーでも胎盤内にLacunaの所見を軽度認めたが、子宮底部の子宮筋層の明らかな非薄化、欠損などは認めていなかった。妊娠37週頃より子宮底部付近の軽い痛みを認めていた。妊娠37週5日に前期破水の診断となり、癒着胎盤の可能性も疑われたため、同日内腸骨動脈バルーンカテーテルを留置した上で帝王切開術を行った。児娩出後に子宮体部を観察すると、子宮体部前面に筋層及び漿膜の欠損部を認め、同部は卵膜を通して子宮内が見える状態であった。同部に胎盤の附着はなかった。胎盤は子宮底のマッサージのみで比較的容易に剥離され、剥離面からの出血は多くはなかったが、内子宮口付近からの出血が多く、出血のコントロールが付かなかったため、子宮全摘を行った。

○佐藤 珠希、松本 大樹、佐藤 萌里、佐藤 慎太郎、橋本 亮平、高橋 靖乃、宮野 菊子、
 齋藤 彰治、我妻 理重
 大崎市民病院 産婦人科

子宮腺筋症合併妊娠では、流産、早産が著明に増加することが判明しており、後期流産や30週未満の早産既往がある場合は子宮腺筋症が原因になっている可能性も考えられるため、子宮腺筋症核出術が考慮されても良いとされている。

今回、子宮腺筋症核出術後に妊娠し1児を得た後、再度妊娠し当院で周産期管理を行い、選択的帝王切開術で生児を得たが、不完全子宮破裂のため子宮温存が困難となり子宮摘出を施行した1例を経験したので報告する。

症例は43歳、4妊1産。妊娠16週と妊娠15週で2度自然流産歴あり。他院で開腹子宮腺筋症核出術を施行後、自然妊娠成立し、当院で周産期管理を行った。妊娠36週2日に選択的帝王切開術で1児を得た。4年後に再度自然妊娠成立し、当院で周産期管理を行った。妊娠27週で頸管長短縮と弱い子宮収縮あり、切迫早産のため管理入院の上、塩酸リトドリン内服開始とした。妊娠31週で子宮収縮増強あり、リトドリン塩酸塩の点滴を開始した。妊娠32週より自己血貯血を開始し、妊娠36週4日に選択的帝王切開術を施行した。2896gの女児をApgar score1点値8点、5分値9点で娩出した。一部胎盤が剥離困難であり、手手的剥離を施行した。子宮後壁正中部は子宮筋層がなく漿膜のみ残存しており、胎盤剥離面から持続出血を認めたため縫合止血困難と判断し、膈上部切断の方針となった。出血量は羊水込みで3808gであり、自己血900mlを返血した。術後経過は良好で、術後7日目に自宅退院した。児は早産児、日齢7日目に退院となった。

本症例では2児を得たが、子宮腺筋症核出術後妊娠では、妊娠中の子宮破裂や癒着胎盤は重大な合併症である。1児を得た後、再度妊娠となるとそのリスクは更に増加することが懸念される。子宮腺筋症核出術は近年増加傾向にあり、今後術後妊娠が増加することが考えられるため、症例の蓄積、検討を行い周術期管理について確立されることが望まれる。

帝王切開癒痕部妊娠に対して腹式単純子宮全摘術を施行した1例

○相田 桃奈¹⁾、吉原 弘祐¹⁾、明石 絵里菜¹⁾、鈴木 美保¹⁾、安達 聡介¹⁾、西野 幸治¹⁾、
関根 正幸¹⁾、生野 寿史²⁾、西島 浩二²⁾

1) 新潟大学大学院医歯学総合研究科 産科婦人科、2) 新潟大学医歯学総合病院 総合周産期母子医療センター

【目的】 近年の帝王切開術の頻度の増加は、帝王切開癒痕部妊娠の発生率の増加につながっている。今回、帝王切開癒痕部妊娠に対して腹式単純子宮全摘術、両側卵管摘出術を施行した1例を経験したので報告する。

【症例】 30歳女性。4妊3産（帝王切開3回）。自然妊娠成立後、妊娠7週0日に前医を受診。経膈超音波検査で胎児心拍を認めたが帝王切開癒痕部妊娠を疑われ、妊娠7週4日、精査目的に当科を紹介受診。経膈超音波検査で帝王切開癒痕部の菲薄化した筋層に胎嚢を認め、帝王切開癒痕部妊娠と診断した。妊娠8週6日、経膈超音波検査で帝王切開創部付近の筋層がほとんどなく、一部で絨毛組織が漿膜面に接していた。妊娠継続による子宮破裂のリスクが高いと判断し、妊孕性温存の希望がないことから、子宮摘出の方針とした。胎嚢径4.5 cm、胎児頭殿長2.68 cm（妊娠9週6日相当）で胎児心拍を認めた。hCGは171,300 mIU/mlと高値であった。妊娠10週0日、帝王切開癒痕部妊娠に対して腹式単純子宮全摘術、両側卵管摘出術を施行した。子宮体部前壁に膀胱と大網が広範囲に癒着していたが、剥離可能であった。帝王切開癒痕部と思われる子宮体下部筋層の菲薄化は著明であったが、かろうじて漿膜は保たれていた。術後hCGは徐々に低下し、術後7日目には1324 mIU/mlまで低下した。

【考察】 帝王切開癒痕部妊娠の治療法は一定の見解がなく確立していない。以前は単純子宮全摘術などの手術療法が一般的であったが、近年は癒痕部妊娠切除・修復術、methotrexateの投与や子宮動脈塞栓術などの妊孕性温存のための治療法が選択される。本症例は妊孕性温存の希望がなく、絨毛組織が子宮の漿膜面まで達していると予想されたため、単純子宮全摘術の方針となった。当院で経験した他の帝王切開癒痕部妊娠の症例と合わせて、治療法について文献的考察を加えて報告する。

○横山 万智、福原 理恵、赤石 麻美、淵之上 康平、大石 舞香、飯野 香理、伊東 麻美、
田中 幹二、横山 良仁
弘前大学 産婦人科

【目的】 子宮内膜症は不妊症との関連が知られているが、生殖医療の発展に伴い子宮内膜症既往妊娠、子宮内膜症合併妊娠が増加傾向にある。一方、近年子宮内膜症が周産期予後に影響するという報告が散見される。しかし、その機序などについてはまだ不明な点も多い。今回、子宮内膜症を有する女性の周産期予後、また妊娠前の子宮内膜症治療歴や不妊治療歴が周産期予後に与える影響について検討した。

【方法】 当院において2008年から2019年の間に分娩した女性のうち、子宮内膜症の治療歴がある、または妊娠前～妊娠第1三半期に子宮内膜症と診断された子宮内膜症群136例とコントロール群2,682例における周産期予後を後方視的に比較検討した。子宮内膜症群では、妊娠前の手術の有無や手術時所見と周産期予後との関連についても検討した。

【結果】 子宮内膜症群ではコントロール群と比較し、分娩時年齢が高く(34.3 vs 32.7歳)、不妊治療での妊娠が多く(49.3 vs 20.4%)、中でも生殖補助医療による妊娠が多かった(36.0 vs 12.2%)。周産期合併症に関する多重ロジスティック回帰分析では、子宮内膜症群で前置胎盤の発症が有意に高かった(OR: 2.61, 95%CI: 1.45-4.68)。一方、妊娠高血圧症候群、早産、常位胎盤早期剥離、死産では有意差を認めなかった。また、妊娠前の子宮内膜症に対する手術の有無、子宮内膜症の重症度(rASRM stage)、妊娠成立時の卵巣内膜症性嚢胞の合併の有無と前置胎盤の合併リスクとの関連は認められなかった。

【結語】 子宮内膜症は前置胎盤の独立したリスク因子であることが示唆された。妊娠前の手術の有無ではそのリスクは変わらず、諸家の報告からも内膜症症例での周産期合併症を予防するのは難しい現状にある。子宮内膜症既往もしくは合併する妊娠はハイリスク妊娠であり、慎重な管理が望ましい。

○鈴木 秀文
福井愛育病院 産婦人科

【目的】 遷延分娩の対応には時に難渋する。今回我々は当院の分娩データを元に遷延分娩のリスク因子を検討したので報告する。

【対象】 当院で1997年4月1日～2022年5月31日に分娩した単胎、頭位、初産婦、妊娠37週以上の症例のうち、経膈分娩例10667例、遷延分娩のみを適応として帝王切開を行った418例、計11085例を対象とした。

【方法】 母体年齢、身長(cm)、分娩時BMI、ART妊娠、分娩時週数、児体重(kg)、陣痛促進剤の使用、計7個の各因子が、分娩経過が遷延し帝切となる事象にどの程度寄与しているかを明らかにするべく、ロジスティック解析を用いて各因子による遷延分娩帝切率の修正オッズ比を算出した。またそれらの結果を用いて遷延分娩により帝切となる確率の予測式を提示する。

【結果】 各因子による遷延分娩帝切率の修正オッズ比は、年齢1.12、身長0.916、分娩時BMI1.13、ART妊娠2.68、週数1.52、児体重3.38、陣痛促進剤の使用2.37であった。

【考察】 以上の結果より遷延分娩帝切率の予測値をPとすると、以下ようになった(^は乗数)

$$P/(1-P) = 0.538 \times 10^{(-7)} \times 1.12^{\text{Age}} \times 0.916^{\text{Height}} \times 1.13^{\text{TermBMI}} \times 1.52^{\text{G.Weeks}} \times 3.38^{\text{FBW}} \times 2.68^{\text{ART (0 or 1)}} \times 2.37^{\text{Oxiotocics (0 or 1)}}$$

例えば母体年齢が10才高くなるとオッズ比は3.1倍に、身長が10cm高くなると0.41倍に分娩時BMIが5増えると1.8倍に、ART妊娠は非ARTに比べて2.68倍に、促進剤の使用が必要となる予定日超過例や微弱陣痛例では2.37倍になると予想され、個々の因子の独立した寄与が評価できた。

また、 $P/(1-P) = A$ と置いて、 $P = A/(1+A)$ から個々の症例で遷延分娩による帝切となる確率を予想することも可能であり、その精度はROC曲線の曲線下面積が0.836と高いことからある程度信頼できるものと考えられた。

○五十嵐 冬華、宇田 智浩、山口 景子、安藤 里沙、山本 竜太郎、山下 陽一郎
砂川市立病院

【諸言】 子宮頸管熟化不良例における薬物的頸管熟化法としてジノプロストン腔内留置製剤（プロウベス[®]）が2020年より新たに適応となった。当院も2020年4月よりプロウベス[®]を導入し、今回その効用に関して従来の薬物的頸管熟化法であるプロスタグランジン E2（PGE2）内服法と比較検討した。

【方法】 2020年4月から2021年12月の期間に頸管熟化を目的にプロウベス[®]を使用した35例をプロウベス[®]群、PGE2の内服を行った39例をPG内服群とし、後方視的に検討した。

【結果】 頸管熟化成功率は、プロウベス[®]群で10/25例（40%）、PG内服群で11/29例（38%）であり、有意差は認めなかった。プロウベス[®]群の平均投与時間は6.7時間であった。経膣分娩に至った割合は、プロウベス[®]群で26/35例（74%）、PG内服群で30/39例（77%）であり、また初産婦に限定するとプロウベス[®]群16/25例（64%）、PG内服群9/18例（50%）であり、いずれも有意差は認めなかった。投与開始から経膣分娩までの時間の中央値は、プロウベス[®]群で16時間 [10.5-31.5] で、PG内服群では23時間 [8.6-31.75] であり、有意差は認めなかった。なおプロウベス[®]群では6例で中断が必要となった。4例に過強陣痛を認め、そのうち3例が抜去後速やかに消失した。また4例で胎児機能不全を認め、3例が抜去後速やかに回復した。

【結語】 当院におけるプロウベス[®]の使用方法では、従来のPGE2内服法と比較し効果に有意差は認めなかった。今後プロウベス[®]の使用方法を検討していくとともに、器械的頸管熟化法とも比較検討していきたい。

○竹原 功、金子 宙夢、中村 文洋、中井 奈々子、高橋 杏子、松川 淳、永瀬 智
山形大学医学部 産科婦人科

【緒言】 生殖補助医療において、卵巣予備能が低い患者に対して調節卵巣刺激法として高刺激法を選択した場合、卵巣刺激に十分反応せず十分な採卵獲得数が得られないことがある。従来このような poor responder であるかを治療前に予測することは難しく、高刺激法を選択した場合に FSH 製剤の使用量が結果的に不必要に多くなる事を避けられなかった。そこで今回我々は、患者情報から治療前に poor responder を予測する人工知能 (AI) モデルを構築したので報告する。

【方法】 2017 年から 2020 年までに当院で採卵手術を行った 817 例を対象とし、治療前の血中 AMH 値が 2 未満の症例を抽出して治療前の患者情報と採卵獲得数の関連について後方視的に検討した。AI のプログラムは python の環境で作成し、ロジスティック回帰分析モデル、全結合型ニューラルネットワークモデルを適用して機械学習した。

【結果】 血中 AMH 値が 2 未満であった 477 例のうち、刺激方法と採卵獲得数から高刺激が良い群 (n=199) と低刺激が良い群 (n=278) に分類したところ、年齢、AMH、前胞状卵胞数、卵胞期血中 FSH 値などに有意差を認め、影響が強い因子と考えられた。ロジスティック回帰分析モデル (訓練用データ: 検証用データ = 8:2) で機械学習したところ、正解率 0.770 のモデルを構築することができた。一方、全結合型ニューラルネットワークモデルを用いた線形重回帰分析で構築したモデルでは正解率が 0.698 にとどまった。

【結論】 今回構築した予測モデルでは正解率として約 70% の結果が得られた。入力変数の種類や症例数を追加することにより、さらに性能のよい予測モデルを構築することも可能と考えられる。とくに初回の治療で調節卵巣刺激方法の選択に迷う場合、こうした予測モデルを利用することで適切な刺激法を提案できる可能性があると考えられた。

○佐藤 貴紀^{1, 2)}、竹下 亮輔²⁾、大塚 遥²⁾、小木田 勇人²⁾、田中 詩乃³⁾、金杉 知宣²⁾、
尾上 洋樹¹⁾、馬場 長¹⁾

1) 岩手医科大学 産婦人科、2) 岩手県立大船渡病院 産婦人科、3) 岩手県立中部病院 産婦人科

【目的】 気腹法による腹腔鏡手術では、術後 X 線検査において腹腔内 free air を認めることがある。free air を認めた場合、緊急を要する消化管穿孔との鑑別に苦慮するため、婦人科良性疾患の腹腔鏡手術後における free air の割合や関連する手術因子を検討した。

【方法】 2020 年 4 月から 2021 年 5 月までに施行した腹腔鏡下子宮全摘出術 46 例、付属器摘出術 (卵管切除術や卵巣腫瘍摘出術を含む) 22 例、子宮筋腫核出術 5 例、仙骨腔固定術 17 例の計 90 例を対象とした。気腹圧は 10mmHg、術後 3 日目に胸腹部 X 線検査を施行していることから、胸部 X 線検査での free air の有無、気腹時間、気腹量等を各術式について後方的に検討した。

【結果】 横隔膜下 free air を認めた割合は子宮全摘出術 47.8%、付属器摘出術 31.8%、子宮筋腫核出術 80.0%、仙骨腔固定術 41.2%、計 90 例では 44.4% であった。各術式間で free air 量に有意差はなく、気腹時間や気腹量と free air 量とに有意な相関はなかった。

【考察】 腹腔鏡手術後 44.4% に free air が認められ、各術式間で差はなかった。本検討後に癒着が強固であった腹腔鏡下子宮全摘出術後に小腸穿孔きたした症例を経験したが、腹部 CT 検査では肝表面に 8 mm の free air を認め白血球が不変であったことから気腹による free air か、消化管穿孔による free air かの鑑別に苦慮した。しかし、鎮痛薬が無効な腹痛、腹膜刺激症状、さらにはアミラーゼの経時的な上昇を認めたことから消化管穿孔と判断し緊急手術を施行したところ小腸穿孔の診断であった。腹腔鏡手術後の腹腔内 free air は気腹による影響が考慮されるが、消化管穿孔との鑑別の際には free air だけでなく腹膜刺激症状、白血球や CRP、アミラーゼ等の経時的変化にも注意する必要がある。

当院にて行っている HPV 感染と子宮頸部細胞診異常の関連性における疫学研究 (J-HERS2020)

○佐伯 吉彦、高田 さくら子、山之内 僚、島田 堯、高田 笑、坂本 人一、柴田 健雄、
藤田 智子、高倉 正博、高木 弘明、笹川 寿之
金沢医科大学 産科婦人科学

【目的】 当院では先行研究として、日本における HPV 感染と子宮頸部細胞診異常の関連性について中規模の疫学調査を行っている (J-HERS2011)。現在は、HPV ワクチン接種の効果の検証および日本人に多く感染している HPV 型の実態調査を目的とした疫学研究 (J-HERS2020) に取り組んでいる。今回はその報告を行う。

【方法】 2020 年 4 月より当院および研究協力施設を受診した 16～39 歳までの性交渉歴のある日本人女性を対象とし、子宮頸部細胞診および HPV タイピングを行うための検体を採取した。HPV タイピングは GENOSEARCH™ HPV31 および Uniplex-E6/E7 PCR 法を用いて行い、HR-HPV を 13 タイプ、pHR-HPV を 12 タイプ、LR-HPV を 13 タイプ、計 38 タイプのタイピングを行った。また、患者背景として年齢や CIN の既往や HPV ワクチンの接種状況等についての情報収集も行った。

【結果】 目標検体数は 1500 例であり、抄録作成段階で 1037 例が集まっており、結果が判明している 632 例について検討を行った。平均年齢は 30.3 歳、HPV ワクチン接種例が 133 例であった。受診理由の内訳は婦人科検診が 468 例、CIN のフォローが 74 例、他疾患の加療目的が 90 例であった。NILM が 476 例、L-SIL が 11 例、H-SIL が 3 例であった。HR-HPV 感染症例が 162 例であり、H-SIL 症例はすべて HR-HPV 感染症例であった。HPV ワクチン接種群では、H-SIL 症例は認めず、また HPV16、18 型の感染も認めなかった。

【結論】 現段階のデータでは HPV ワクチン接種群の内 H-SIL 症例、16、18 型の感染を認めた症例は認めず、HPV ワクチンの有効性を実感出来るデータであった。今後は検体の収集を進め、前研究である J-HERS2011 のデータと比較しながら、HPV ワクチン接種者と非接種者間の HPV 感染率、CIN 発症率の比較や HPV 感染型の変化などを検討していきたい。

○奥井 陽介、立花 由花、堀川 翔太、榊 宏論、清野 学、太田 剛、永瀬 智
山形大学医学部 産科婦人科

【目的】 プラチナ製剤感受性再発卵巣癌では PARP 阻害剤 (PARPi) による維持療法の有効性が示されている。プラチナ製剤感受性や BRCA variant を含めた相同組換え修復欠損 (HRD) が PARPi の効果を予測するバイオマーカーと報告されている。プラチナ感受性と強い相関がある Schlafen (SLFN) 11 の発現が臨床病理学的因子や PARPi 感受性と関連があるかを検討した。

【方法】 2018 年から 2021 年にプラチナ製剤感受性再発卵巣癌で PARPi 維持療法を行った 15 例を対象とした。PARPi 投与までに 4th ライン以上投与した症例は除外した。手術による摘出検体を SLFN11 抗体で免疫染色し、陽性群と陰性群で臨床病理学的因子と予後を後方視的に検討した。有意水準は 0.05 とした。

【成績】 SLFN11 陽性群は 5 例 (33%)、陰性群は 10 例 (67%) であった。陽性群の年齢中央値は 68 (45-71)、陰性群は 67 (61-82) だった。PARPi 投与前の化学療法に対する効果は陽性群が全例 PR であるのに対し、陰性群は PR9 例、SD1 例だった。PARPi 投与前のレジメン数は陽性群では 1 レジメンが 1 例、2 レジメンが 4 例、3 レジメンが 5 例、一方、陰性群は 2 レジメンが 3 例、3 レジメンが 2 例だった。高異型度漿液性癌は陽性群で 4 例 (75%)、陰性群で 8 例 (75%) であった。PARPi 投与開始後に PD となったのは陽性群で 2 例 (40%)、陰性群で 6 例 (60%) であり、死亡例は陽性群で 0 例、陰性群で 4 例 (40%) であった。SLFN11 発現と BRCA variant、HRD との間には関連がなく、PARPi 投与開始日からの無増悪生存期間および全生存期間との関連も認めなかった。

【結論】 SLFN11 発現と PARPi の効果には関連を認めず、PARPi の効果を予測する新たなバイオマーカーとはならなかったが、SLFN11 陽性群は化学療法に対する効果が高く、予後良好である可能性がある。

○田付 駿介¹⁾、庄子 忠宏¹⁾、千葉 洋平¹⁾、苫米地 英俊³⁾、斎藤 達憲¹⁾、高取 恵里子¹⁾、
海道 善隆¹⁾、永沢 崇幸¹⁾、利部 正裕¹⁾、會田 剛史²⁾、馬場 長¹⁾
1) 岩手医科大学 産婦人科、2) 八戸赤十字病院 産婦人科、3) 苫米地レディースクリニック

【緒言】 卵巣癌におけるプラチナ抵抗性再発と診断された場合の予後は極めて悪く、その治療は前治療と交差耐性のない単剤療法が推奨され、緩和医療も考慮されている。当院では、PFI が 6 か月以上経過したプラチナ抵抗性再発に対し、再度プラチナ併用療法を積極的に行ってきた。今回は、その有効性の検討を後方視的に行ったので報告する。

【対象及び方法】 2010 年 1 月から 2021 年 3 月までの期間に、岩手医科大学及び八戸赤十字病院産婦人科でプラチナ抵抗性再発と診断された卵巣癌・卵管癌・原発性腹膜癌に対し、再度プラチナ併用化学療法を行った 49 例を対象とした。これらの無増悪生存期間、全生存期間、奏効率、病勢コントロール率を算出した。また、有害事象の発生頻度も調査した。

【結果】 年齢中央値 59 歳 (Range:35 ~ 84 歳)、卵巣癌 42 例、卵管癌 1 例、原発性腹膜癌 6 例であった。組織型は漿液性癌 40 例、明細胞癌 5 例、粘液性癌 3 例、類内膜癌 1 例であった。既往化学療法レジメン数の中央値は 4 (Range:1 ~ 12)、PFI 中央値は 13 か月 (Range:6 ~ 55 か月) であった。化学療法は TC (+ Bev) 療法 24 例、TP (+ Bev) 療法 3 例、DC 療法 7 例、CPT-11/CDDP 療法 3 例、GC (+ Bev) 療法 7 例、PLDC 療法 4 例、その他 1 例であった。Bevacizumab (Bev) は 18 症例で併用した。なお、Bev 投与については我々が作成した「Bev の投与基準」に従った。無増悪生存期間及び全生存期間の中央値は、それぞれ 8.5 か月 (Range:0 ~ 32 か月)、35.5 か月 (Range:0 ~ 81 か月) であった。抗腫瘍効果は CR7 例、PR21 例、SD9 例、PD2 例であり、奏効率は 55%、病勢コントロール率は 76% であった。重篤な有害事象で化学療法の中止を余儀なくされた症例 7 例であった。また、治療関連死は 1 例認めた。

【結論】 プラチナ抵抗性再発と診断され、PFI が 6 か月以上経過した症例に対するプラチナ併用化学療法は、1 つの治療選択肢となることが示唆された。

ペグフィルグラスチムの二次予防的投与が
化学療法のアドヒアランスに有用であった一例

○登内 恵里子、柳瀬 徹、小林 琢也、小川 裕太郎、上村 直美、森川 香子、常木 郁之助、
田村 正毅、倉林 工
新潟市民病院 産婦人科

【緒言】 抗癌化学療法時の最も重要な有害事象に発熱性好中球減少症 (FN) がある。G-CSF 適正使用ガイドラインでは、FN 発症リスクが 20% 以上の高リスクのレジメンなどでは一次予防投与としてペグフィルグラスチム (PEG) を 1 回投与することが推奨されている。また抗癌剤治療の前サイクルで FN を生じたり、遷延性好中球減少症で投与スケジュールが延期となった症例では次サイクルで PEG の二次予防的投与も考慮される。今回我々は、子宮体癌の術後補助化学療法の 1 サイクル目に grade 4 の好中球減少症と CRP 上昇を認めた症例に対し、2 サイクル目から PEG を投与して化学療法のアドヒアランスが良好となった症例を経験した。また過去の PEG の投与症例から、PEG 投与を考慮すべき化学療法のレジメンについて考察したので報告する。

【症例】 59 歳。子宮体癌Ⅱ期。術後補助化学療法として施行したドセタキセル+カルボプラチン (DC) 療法 1 サイクル目の 9 病日に強い倦怠感と Grade 4 の好中球減少、CRP の著明な上昇 (12mg/dL) を認めたため入院管理となった。従来から神経痛でアセトアミノフェンを頓用しており、入院時には発熱は認めなかった。9 および 10 病日にフィルグラスチム 150 μ g を投与。自覚症状および炎症兆候の改善を認めて 13 病日に退院した。2 サイクル目以降は二次予防として 2 病日に PEG を投与したところ、好中球減少や発熱などの FN 徴候は認めず、投与スケジュールの延期や有害事象による入院管理を行わずに 6 サイクルを完遂できた。

【考察】 当科で過去に PEG を投与した 19 例の後方視的検討では DC 療法を施行された症例で最も多く二次予防的投与がされていた。また化学療法のレジメンの中で、1 病日のみに抗癌剤が入るレジメンでは、1 病日以外にも抗癌剤を投与するレジメンと比較して FN 予防効果が高かった。FN 発症リスクが 20% 以下のレジメンであっても、レジメンの種類や患者さんの状態に応じて PEG を投与することで治療のアドヒアランスおよび患者さんの QoL を維持できると考えられた。

カルボプラチンによる過敏性反応発生後のプラチナ製剤再投与に関する後方視的検討

○山本 早姫、三田村 卓、櫻井 愛美、良川 大顕、松宮 寛子、山崎 博之、黒須 博之、
井平 圭、遠藤 大介、金野 陽輔、渡利 英道
北海道大学病院 産婦人科

【目的】 カルボプラチンは婦人科悪性腫瘍患者の予後改善に大きく寄与しており、過敏性反応 HSR により再投与を断念することは感受性患者にとって非常に大きな痛手となる。当院では HSR の重症度によらず同一薬の再投与は行わず、他のプラチナ製剤へ変更し、必要に応じて脱感作療法を行う方針としている。

【方法】 2010 年から 2022 年までの期間に当院において治療を受けた婦人科悪性腫瘍患者の中で、カルボプラチンによる HSR やアレルギーが発生した 31 人を対象とし、投与回数、プラチナ製剤再投与の試みと 2 回目のアレルギー発生状況を調査した。

【成績】 カルボプラチンによる HSR やアレルギーが発生した 31 人において、投与回数は、6 回以下が 6 人 (19.4%)、7-12 回が 16 人 (51.6%)、13-18 回が 6 人 (19.4%)、19 回以上が 3 人 (9.7%) であった。このうち 30 人でプラチナ再投与を試み (シスプラチン脱感作療法:20 人、シスプラチン通常投与:8 人、ネダプラチン通常投与:2 人)、27 人 (90%) において原疾患の寛解か病勢進行まで継続可能であった (2-25 サイクル、平均 6.4 サイクル)。しかし、シスプラチン脱感作療法 2 人とシスプラチン通常投与 1 人の計 3 人 (10%) で、4、5、7 サイクル目に再び重篤なアレルギーが発生した。この 3 人のうち 1 人では更にネダプラチンの通常投与を試み病勢進行まで 2 サイクル継続可能であり、他の 1 例はプラチナ製剤の再々投与を行わなかった。

【結論】 HSR やアレルギー発生後のプラチナ製剤再投与は成功率が高く、厳重な観察のもとで試みる価値があると思われる。一方、2 回目のアレルギーは重篤であり、心肺停止にも対応可能な体制で臨む必要があると思われる。

○三國 史嵩、野村 英司、三坂 琴美、中陳 哲也、勘野 真紀
王子総合病院

【緒言】 がん化学療法後に増悪した切除不能な進行・再発の子宮体癌に対し、2021年12月にレンバチニブ＋ペムブロリズマブ併用療法が承認された。当院で経験したレンバチニブ＋ペムブロリズマブ併用療法を施行した子宮体癌の3症例を報告する。

【症例1】 63歳。Stage I B期，病理診断 Endometrioid carcinoma G3の症例。術後 TP 4コース施行後2ヶ月で多発肺転移が出現し，レンバチニブ 20mg/day＋ペムブロリズマブを開始した。破壊性甲状腺炎により一時休薬後，レンバチニブ 4mg/day で減量再開した。4コース施行後，肺病変は縮小傾向で PR が得られ現在継続中である。

【症例2】 56歳。Stage III C1期，病理診断 Endometrioid carcinoma G3の症例。術後 TC 療法4コース施行したが，肺および肝転移認め術後2年4ヶ月後よりレンバチニブ 20mg/day＋ペムブロリズマブを開始した。3コース施行後，肺転移病変は縮小したもの全身状態悪化し術後2年8ヶ月で D O D となった。

【症例3】 77歳。Stage III A期，病理診断 Serous carcinoma の症例。術後 TC 療法4コース施行した。術後1年3ヶ月後に腹膜播種，肝転移，胸郭リンパ節転移を認め，抗がん剤治療再開するも P D となり，術後2年5ヶ月後にレンバチニブ 20mg＋ペムブロリズマブを開始した。1コース終了後に破壊性甲状腺炎を認め，現在レンバチニブを中止し経過観察中である。

【結語】 レンバチニブ＋ペムブロリズマブ併用療法はこれまで治療困難であった進行・再発の子宮体癌に対し有効な治療法であると考えられた。今後経験を蓄積していく必要がある。

○堀川 翔太、山内 敬子、國井 勝俊、立花 由花、奥井 陽介、榊 宏論、清野 学、太田 剛、永瀬 智

山形大学医学部 産科婦人科

【緒言】 高齢がん患者は臓器機能障害や合併症をもつ頻度が高く、がん治療の有害事象により、合併症の増悪やQOLの低下を引き起こす可能性がある。そのため、患者背景を評価する高齢者機能評価（Geriatric assessment: GA）を考慮した治療選択が注目されている。今回、われわれは当院における高齢婦人科がん患者に対するGAと治療による合併症や予後との関連について検討を行った。

【方法】 2020年7月～2021年9月に当院で手術目的のため入院した65歳以上の婦人科がん患者31例（子宮体癌22例、卵巣・卵管・腹膜癌7例、子宮頸癌2例）を対象とした。術前にGA（G8スコア：栄養、身体、気分、内服薬剤などの評価、IADL：身体的自立度の評価、居住状況、Mini-Cog：認知機能評価）を行い、周術期合併症（Clavien-Dindo分類）、予後と化学療法による有害事象等との関連を解析した。

【結果】 G8が14点以下（異常）は13例（41.9%）、IADL8点未満（低下）は7例（23.3%）、独居は8例（26.7%）、Mini-Cog陽性は5例（17.3%）であった。周術期合併症はGrade Iが17例（54.8%）、Grade IIが14例（45.2%）、Grade III以上が0例であった。術後原病悪化による死亡が2例（6.4%）、術後化学療法施行例は19例（61.3%）であった。GAと術後合併症および予後、化学療法の有害事象に有意な関連は見られなかったが、術前の独居が術後せん妄の発生率を有意に上昇させていた（ $p=0.048$ ）。

【結語】 高齢婦人科がん患者において、独居であることは術後せん妄の予測因子となる可能性がある。

○伊左治 柚子、津吉 秀昭、黒田 裕子、平田 悠起、井上 大輔、品川 明子、黒川 哲司、吉田 好雄

福井大学医学部附属病院 産科婦人科

【目的】 子宮頸癌進行期分類（日産婦2020, FIGO 2018）では、予後不良因子であるリンパ節転移が新たにIIIC期として分類されたことから、治療前の画像検査による正確な病期診断がより重要視されるようになった。しかしながら手術非施行例における画像所見でのリンパ節転移（IIICr期）が予後に及ぼす影響はまだまだ明らかにされていない。そこで子宮頸癌手術非施行例における¹⁸F-FDG PETならびにCT検査を用いたリンパ節転移の診断と予後の関連について後方視的に検討した。

【方法】 2006～2021年に子宮頸癌と診断された患者のうち、主治療として放射線治療を選択した55名に対し、¹⁸F-FDG PETならびにCT検査でリンパ節転移の有無を評価し、無増悪生存期間（PFS）、全生存期間（OS）を追跡し検討した。生存率の算出にはKaplan Meier法を用いた。多変量解析はCox比例ハザードモデルを用いた解析を行った。それぞれ $p<0.05$ を優位差ありとした。

【結果】 生存率の解析では、¹⁸F-FDG PET検査で腫大の有無にかかわらずリンパ節にFDG集積を認めた群では、認めなかった群と比較して有意にPFSが短かった（ $P<0.01$ ）。一方、CT検査で短径1cm以上のリンパ節腫大を認めた群では、1cm未満の群と比較して有意差は認められなかった。単変量解析では、FDG集積（ $P<0.01$ ）と密封小線源療法併用（ $P<0.05$ ）がPFSの予後因子として抽出され、多変量解析においてもFDG集積（ $P<0.01$ ）と密封小線源療法併用（ $P<0.05$ ）が独立した予後因子として抽出された。

【結論】 ¹⁸F-FDG PET検査を用いたリンパ節転移の診断は、子宮頸癌手術非施行例において有意な予後決定因子であることが示された。

71

盲腸癌の子宮転移の1例

○伏津 建太郎、小池 和生、前田 悟郎、青柳 有紀子、米原 利栄、東 正樹

釧路赤十字病院 産婦人科

【諸言】 大腸癌の遠隔転移は肝臓、肺が多いとされる。進行した大腸癌において子宮へ直接浸潤が見られることはあるが、寛解後の子宮への転移は非常に稀である。今回我々は、肉眼的には浸潤子宮頸癌と思われたが盲腸癌の再発だった1例を経験したため報告する。

【症例】 74歳。G2P2、46歳で閉経。X-1年5月に盲腸癌（pT4b pN0 M0 stage IIc）に対して右半結腸切除+S状結腸切除+膀胱部分切除術を施行された。術後は1年間テガフル・ウラシル配合カプセル剤を内服していた。術後フォロー中にCEAの上昇を認めたため、PET-CTを撮像したところ子宮への集積を認めたため、当科へ紹介となった。診察上子宮頸部に2cm大の腫瘤を認め、肉眼的には浸潤子宮頸癌を疑った。頸部細胞診ではadenocarcinomaが検出され、組織診では盲腸癌からの転移疑いという結果であった。子宮への転移以外は病巣を認めなかった。X年9月に準広汎子宮全的術および両側付属器切除術を施行した。腹腔内に播種病変は認めず、術中の洗浄腹水細胞診も陰性であった。手術検体の病理診断は盲腸癌の子宮転移であった。断端は陰性で、同時切除した両側付属器と後腹膜、左右子宮動脈節にも転移を認めなかった。術後経過は問題なく、定期フォローとしている。

【総括】 悪性腫瘍全体における子宮への転移は、0.88%と非常に稀である。そのうち大腸癌の子宮への転移は10.6%を占める。本邦の既報では体部と頸部では差が見られない。大腸癌の治療ガイドラインによると、治療法としては切除可能な場合は子宮の摘出が考慮される。今回我々は術式として準広汎子宮全摘術を選択したが、単純子宮全摘術や広汎子宮子宮全摘術を選択している報告もあり、術式に関しては定まったものはない。予後に関しては、子宮の転移巣を完全に切除できた場合は比較的良好とされているが、報告数が少ないため、今後の更なる症例の蓄積が望まれる。そのため本症例に関しても注意深く経過観察が必要である。

72

子宮頸癌再発と放射性腸炎の治療中に、カテーテル関連感染より敗血症性塞栓症に至ったと考えられる1例

○川畑 龍暉

札幌医科大学 産婦人科

【諸言】 敗血症性塞栓症（SPE）は、敗血症に伴う血液中の菌塊が肺動脈に塞栓をきたす疾患である。本邦での死亡率は14%程度で敗血症性ショック等より救命率は高いが、早期診断と適切な抗菌薬の長期投与が予後改善につながるとされる。

【症例】 63歳、G1P1。不正出血を主訴にX-2年に当科受診。精査にて子宮頸癌ⅢB期診断であった。CCRT（トルソー症候群を発症し中断）、TC6コースを施行し外来管理を続けていた。TC終了の10ヶ月後にPET-CTで異常集積、Hb 5.6g/dLの貧血を認めたため子宮頸癌再発、放射性腸炎による貧血の診断で入院となった。入院後ストマを造設したが下血が持続し、適宜輸血で対応していた。末梢ルート困難につき右正中よりPICC挿入2日後に発熱、CRP 27.8mg/dL、プロカルシトニン 13.3ng/mLを認めたことよりPICCを抜去し抗生剤を開始した。末梢血よりMSSAを認め、造影CTにて全身多発膿瘍とfeeding vessel signを認めたことよりSPEと診断しICU管理となった。ICUにてCEZ点滴、膿瘍に対するデブリドマンを試行し炎症反応が改善されたため入室9日目でICU管理終了となった。その後、抗生剤点滴を6週間以上継続した後に再評価を行う方針となった。

【考察】 子宮頸癌再発の治療中にSPEに至った症例を経験した。本症例のように化学療法施行後の骨髄抑制、出血性貧血の持続など易感染状態ではSPEなどの重症感染症に注意する必要がある。SPEは特徴的な画像所見（feeding vessel sign）により診断可能で、早期の感染源除去、抗生剤投与が予後を改善すると考えられる。本症例の起炎菌はMSSAでありCEZ投与で改善が得られたが、長期入院などでMRSA感染が否定できない場合は早期から抗MRSA薬を選択することも検討される。

○佐藤 七海、早坂 美紗、水崎 恵、板橋 彩、市川 英俊、高橋 知昭、片山 英人、加藤 育民
旭川医科大学 産婦人科

2021年12月24日ペムプロリズマブとレンバチニブの併用療法が「がん化学療法後に増悪した切除不能な進行・再発の子宮体癌」の適応で承認を取得した。今回我々はペムプロリズマブにより長期SDを維持できている再発子宮体癌に対し、ペムプロリズマブ単独からペムプロリズマブ+レンバチニブ併用療法に移行したところ、消化管穿孔を来した一例を経験したので報告する。

症例は63歳、0妊0産。他院で49歳時に腹式子宮全摘出術+両側付属器摘出術+骨盤リンパ節郭清+部分大網切除術施行、類内膜癌G1、左卵巢転移あり、子宮体癌FIGO IIIA期の診断となり、術後TC6コース施行。初診から7年後に腔断端再発し放射線療法、TC11コース施行、再度経過観察となったが、初診から9年後に下血あり大腸内視鏡検査の生検で類内膜癌認め再びTC3コース施行、カルボプラチンアレルギーとなりAP3コース施行。腔断端再発残存ある状態で当科紹介初診となった。MSI-highが判明しペムプロリズマブ開始したが腔断端の再発病巣は軽度縮小するも消失せず、ペムプロリズマブの投与は1年8ヶ月48回に及んだ。SD維持できているが患者本人の希望もあり、ペムプロリズマブ+レンバチニブ併用療法に移行した。レンバチニブ開始後34日目に消化管穿孔のため腹腔鏡下横行結腸双孔式人工肛門増設術施行、その他、嘔声、高血圧、創傷治癒遅延といった有害事象が発生した。レンバチニブ開始後149日目のCTで再発病巣の縮小が認められた。特段の有害事象なくペムプロリズマブ長期投与可能であった症例でもレンバチニブ併用で重篤な有害事象を来す場合があり、十分なインフォームドコンセントと慎重な管理が必要である。

74

当院における、山形県産科セミオープンシステムを利用した分娩の転帰についての検討

○阿部 夏未、杉山 晶子、川並 麟太郎、西 美智、大貫 毅、阪西 通夫
山形済生病院 産婦人科

【目的】 山形県では、2019年1月から産科セミオープンシステムの運用を開始した。当院も分娩施設の一つとして産科セミオープンシステムを利用した周産期管理を行っている。今回、当院におけるセミオープンシステムでの分娩の現状を把握することを目的として検討を行った。

【方法】 2019年7月から2022年5月に当院で分娩したすべての患者を対象とした。対象症例を院内群、セミオープン群（SO群）、セミオープン離脱群（SO離脱群）にわけ、周産期予後（帝王切開率、早産率、低出生体重児率）を比較した。また、SO離脱群における離脱の時期と理由について検討を行った。

【結果】 当該期間中の分娩数は1803例あり、院内群は1591例、SO群は145例、SO離脱群は67例であった。院内群、SO群、SO離脱群における帝王切開率はそれぞれ27.2%、13.8%、35.8%、早産率は10.3%、2.1%、13.4%、低出生体重児率は15%、3.4%、16.4%であった。いずれの項目も院内群とSO群、SO群とSO離脱群では統計学的な有意差を認められたが、院内群とSO離脱群では認めなかった。SO離脱の平均週数は23週で、離脱理由として最も多かったのは胎位異常（骨盤位）であった。

【結論】 もともとローリスク症例のみをセミオープンシステムの対象としているため、院内群とSO群で周産期予後が有意に変化するのとは当然の結果であるといえる。一方で、院内群とSO離脱群とで周産期予後に有意差がなかったことは、セミオープンシステムに紛れ込んだハイリスク症例や、妊娠経過の途中で病態に変化があった症例のリスク再評価が適切に行われ、セミオープンシステムを離脱していた結果でもある。以上から、セミオープンシステムはローリスク症例における安全な分娩管理方法であると考えられる。今後さらに地域の医療機関との連携を強化しセミオープンシステムを活用していきたい。

75

SGA 症例における胎児推定体重と出生体重の誤差に影響する因子の検討

○川並 麟太郎、杉山 晶子、阿部 夏未、西 美智、大貫 毅、阪西 通夫
山形済生病院 産婦人科

【目的】 胎児発育不全の管理において胎児推定体重（estimated fetal body weight: EFBW）は重要な情報となる。EFBWは10%程度の誤差が生じると言われているが、それ以上の誤差を経験することも多々ある。今回、small for gestational age: SGA 症例において EFBW と出生体重との誤差に関わる因子を明らかにすることを目的として研究を行った。

【方法】 2019年4月から2022年3月に当科で分娩したSGAの単胎105症例を対象とした。対象症例の患者背景（年齢、初産/経産、分娩様式）、EFBW、出生体重、分娩週数、妊娠高血圧症候群の有無、羊水過少の有無、胎位異常の有無、分娩時の母体BMI、検査医師の経験年数、最終検査からの日数を情報診療録から後方視的に調査した。

第一に EFBW と出生体重に10%以上の誤差を認めた症例に関連する因子を検討した。2群間の比較には Fisher の正確検定と Mann-Whitney U 検定を用い、多変量解析ではロジスティック回帰検定を使用した。第二に EFBW と出生体重の誤差の値と、出生体重の関連について線形回帰検定を行った。いずれの検定においても p 値 < 0.05 を有意差ありとした。

【結果】 対象の105症例中、28例に10%以上の誤差を認めた。単変量解析において、誤差が10%以上の群は有意に出生体重が小さく、分娩週数が早かった。多変量解析では出生体重のみが誤差の大きさに関与する因子であった。EFBW と出生体重の誤差の値と、出生体重の関連については、出生体重が小さいほど誤差の値が大きくなるという結果が得られた。

【結論】 胎児発育不全症例では早期の分娩を選択する場合がある。分娩週数が早く出生体重が小さいことが予想される症例では、出生体重が想定以上に小さい可能性があることを念頭におく必要があると考える。

○菅野 美沙、経塚 標、吉本 有希、伊藤 史浩、鈴木 大輔、野村 泰久
太田西ノ内病院

【目的】 妊娠時における母体栄養状態は周産期疾患と関連があるとされている。一方肥満女性の妊娠中体重増加と周産期疾患については不明な点が多い。今回、肥満女性に対し妊娠中の体重増加量と妊娠高血圧症候群の関係を解析した。

【方法】 当院にて過去8年間における妊娠前 BMI $\geq 30\text{kg/m}^2$ の単胎妊娠 257 例を抽出し、初産婦 116 例、経産婦 141 例に層別化解析した。妊娠中の体重増加と早発型妊娠高血圧症候群 (Eo-HDP)、遅発型妊娠高血圧症候群 (Lo-HDP) の発症の関連性を多変量解析で解析し、有意差を認めた場合に ROC 曲線を作成し Cut-Off 値を計算した

【結果】 初産婦では妊娠中の体重増加量と Eo-HDP の発症に有意な関係を認めた (aOR: 1.20, 95%CI: 1.03-1.39, $P < 0.05$)。初産婦における Eo-HDP 発症の体重増加カットオフ値は 3.85kg であった (Sensitivity:0.67, Specificity0.69, $p < 0.05$)。経産婦群では妊娠中の体重増加と妊娠高血圧症候群には有意な関連は認めなかった。

【考察】 肥満女性の妊娠中体重増加と妊娠高血圧発症のリスクは分娩歴でことなることが明らかになった。栄養状態と体重には密接な関連があり、今後はより個別化されたプレコンセプションケアが重要と考える

○米田 真子¹⁾、飯野 香理¹⁾、伊東 麻美¹⁾、田中 幹二²⁾、谷口 綾亮³⁾、佐藤 麻希子⁴⁾、丹藤 伴江⁵⁾、橋本 哲司⁶⁾、尾崎 浩士⁷⁾、丸山 英俊⁸⁾、横山 良仁¹⁾

- 1) 弘前大学医学部 医学科産科婦人科学講座、2) 弘前大学医学部附属病院 周産母子センター、
3) つがる総合病院 産婦人科、4) 大館市立総合病院 産婦人科、
5) 独立行政法人 国立病院機構 弘前総合医療センター 産婦人科、6) 青森市民病院 産婦人科、
7) 青森県立中央病院 総合周産期母子医療センター、8) 三沢市立三沢病院

【緒言】 常位胎盤早期剥離は喫煙や妊娠高血圧症候群、外傷などが発症のリスクとされているが、多くの場合突然発症し、母体 DIC や胎児機能不全を引き起こすため、速やかな診断、治療介入が必要である。

【方法】 当施設の近隣で分娩を取り扱っている総合病院7施設の診療記録から常位胎盤早期剥離と診断された130例の患者背景や臨床所見、母児の転帰に関する情報を収集した。また、診療録より臨床所見で常位胎盤早期剥離が疑われ、かつ娩出された胎盤に血腫が肉眼的もしくは病理学的に血腫が確認された症例を本研究の解析対象とした。

【結果】 常位胎盤早期剥離を発症した130名の平均年齢は32.7歳、平均分娩週数は33.6週であった。主な症状である腹痛、子宮収縮、出血を認めた症例はそれぞれ38例、23例、79例であった。約半数の62例がそれまでの妊娠経過に異常なく、突然常位胎盤早期剥離を発症していた。外傷による発症は3例だった。また妊娠高血圧症候群の関連が強く疑われる症例が26例であり、そのうち10例に子宮内胎児発育不全を認めた。娩出前の超音波検査では78例に胎盤後血腫などの画像的所見が確認された。母児の転帰は、妊産婦死亡が1例、子宮内胎児死亡が17例、新生児死亡が6例、母体 DIC が22例であった。

【結語】 今回解析した常位胎盤早期剥離を発症した130例のうち、約半数がそれまでの妊娠経過に問題なく順調に経過していた。本症は発症予測が難しいうえに重篤な転帰となる可能性がある。このため、妊娠管理中の全ての妊娠女性に対して常位胎盤早期剥離の症状(出血、腹痛、子宮収縮)について周知させることが重要である。

○石川 源、齋藤 彩、今井 紀昭、室月 淳

宮城県立こども病院産科

【目的】 当院における絨毛穿刺（CVS）症例を後方視的に検討すること。

【方法】 当院の診療記録から CVS 症例を抽出し、その適応、採取方法（経腹か経膣か）、転帰等について検討した。

【成績】 2010年1月から2022年3月までにのべ37例で施行されていた。母体年齢（中央値）は34歳（25～40）、妊娠週数は（中央値）11週5日（9-6～18-3）。のべ36例中8人（計16例）が検討期間内に2回CVS施行されていた。適応は神経筋疾患16例、先天代謝異常症7例、染色体疾患6例、中枢神経疾患3例、骨系統疾患3例、先天奇形1例で、採取方法は経腹が22例、経膣が15例だった。検体収量が得られないなどの失敗例は3症例認められ、1例は経腹から経膣法に変更し採取成功。他の2例は同一クライアントで経腹・経膣いずれも検体が得られず、羊水検査によって検査完遂した。全36例中CVSが原因でIUIDや流産に至った症例は無かった。2010年から2016年までの18例（前半）と2017年から2022年までの19例（後半）で比較すると、適応としては前半では神経筋疾患が11例（61%）を占め、後半では5例（27%）だった。また、前半では経膣法が2例（11%）で、後半では13例（68%）と最近では経膣法を選択することが多くなっていた。

【結論】 当院における2010年から現在までのCVS症例37例を後方視的に検討した。開始当初は経腹法が多くを占めていたが、経膣法の割合が増える傾向が認められた。CVSにより診断が得られない失敗例は3例あり、流産やIUIDに至った症例は無かった。前児既往疾患による保因者診断例が複数人で認められ、最近では神経筋疾患を適応とする症例が減少していた。最近では多彩な適応から遺伝子検査を要する例が増しており、今後CVSのニーズが増すことが示唆された。

○寶田 健平¹⁾、鈴木 尚子²⁾、早坂 美紗¹⁾、水崎 恵¹⁾、板橋 彩¹⁾、市川 英俊¹⁾、高橋 知昭¹⁾、
片山 英人¹⁾、加藤 育民¹⁾

1) 旭川医科大学 産婦人科、2) 遠軽厚生病院

内視鏡学会認定研修施設においては、通常は技術認定を取得するまでは修練医が執刀し上級医が助手を務め、修練医は助手に誘導されながら手術を行うことが多い。しかし技術認定取得後は、執刀は後輩の修練医に譲り技術認定医は上級医として助手を務めることが多くなり、手術においては術野展開からリカバリーなどを適切に行い、手術全体の流れをマネジメントする技量が必要になると考えられる。上級医ではない助手を相手に主体的に内視鏡手術を執刀することは、技術認定取得後の修練として重要なステップと考えられるが、それほど症例数の多くない認定研修施設では困難な場合があると思われる。今回、出張先の非認定研修施設においてオペレーションリーダーとしてTLHを行った試みを報告する。

【方法】 執刀は医師17年目、内視鏡技術認定取得後1年、第一助手は非認定研修施設の産婦人科常勤医（医師31年目、周産期専門医、腹腔鏡手術経験 助手6例）。手術に先立ち助手に手順、把持する場所、牽引の方向などを示したマニュアルを渡し、手術は原則マニュアルに則り定型化し再現性を重要視した。

【成績】 半年間に7例のTLHを施行した。症例は子宮筋腫5例と子宮腺筋症2例で、手術時間の中央値は242分（200-370）、出血量の中央値は15g（0-270）、子宮重量の中央値は200g（110-770）であった。1例は内膜症の直腸癒着症例であった。

【考察】 TLH症例がそれほど多くない認定研修施設においては、後輩修練医やロボット手術へ症例が回ることが多いため、技術認定取得後にTLHを執刀することは少ない状況がある。しかし常勤医の協力があれば非認定施設であっても修練が可能であり、第一助手のみならず、子宮マニピュレーターも術者が直接操作して視野確保する必要があるため、非常に良い修練になると感じた。手術時間は長くなるため、手術室と麻酔科の協力が必要と感じた。

○柴田 崇宏、平吹 信弥、山田 野々花、碓井 愛、尾山 量子、田中 良明、八代 憲司、
桑原 陽祐、黒岩 征洋、佐々木 博正、干場 勉

石川県立中央病院

【目的】 婦人科領域の腹腔鏡下手術では尿管損傷を予防する操作が必須であるが、子宮内膜症など癒着のある症例では尿管の同定が困難である。癒着の剥離操作で尿管損傷をきたす可能性があるため、剥離操作を伴わず尿管を同定できることが理想的である。子宮トランスイルミネーター（SecuFix）は、膣円蓋が光ることで、膣切開ラインと基靭帯の適切な切断部位が可視化される。蛍光尿管カテーテル（NIRC：Near Infrared Ray Catheter）は近年開発された ICG と類似した傾向材料を含んだ尿管カテーテルであり、近赤外線波を投射することにより青く発光し、尿管の同定が極めて容易になる。今回、子宮内膜症による癒着が予想される症例に対し、SecuFix と NIRC を併用した TLH 症例を経験したので報告する。

【方法】 症状、既往歴、画像所見から帝王切開、子宮内膜症による癒着が予想される子宮筋腫、子宮腺筋症の症例2例に実施した。麻酔導入し砕石位に変更後、手術直前に NIRC を挿入した。SecuFix を留置したのち、ストルツ社製 ICG スコープ 10 mm を使用し TLH を施行した。

【結果】 2例とも尿管を露出することなく同定でき、TLHを行うことが可能であった。予想よりも癒着の軽い症例では NIRC は鮮明に見えたが、癒着が高度な frozen pelvis 症例では組織肥厚によりややわかりにくかった。また SecuFix も子宮内膜症や既往手術により円蓋部の癒着組織が厚い症例で光が見えにくくなるが、蛍光モードへの切り替えにより明瞭になり、ICG スコープとの相性が良いことも分かった。

【考察】 尿管を NIRC で、膣円蓋を SecuFix で共に光ナビゲーションシステムを使用することで、癒着症例においても尿管を露出せずに TLH は可能であった。手術遂行難易度を下げ、安全に TLH を行うためのツールであると考えられた。

○田口 ころ、田村 良介、田中 誠悟、武田 愛紗

むつ総合病院 産婦人科

【緒言】 従来の経膈分娩後卵管不妊手術では、臍部小切開から直視下で卵管を検索し、腹腔外に引き出して結紮している。この手術は近年件数が減少してきているため、特に若手産婦人科医師は手技に抵抗を感じる場合も少なくないと考えられる。そこで、腹腔鏡下手術システムを補助的に用いることで、「卵管を検索し臍部小切開創まで引き出す」という部分を容易にする方法を考案したので報告する。

【方法】 経膈分娩翌日に腰椎麻酔下で手術を行った。臍部の小切開で開腹し、臍小切開創より筋鈎で腹壁を挙上し、5 mm スコープと鉗子を挿入した。卵管を鏡視下で検索し把持した。そのまま卵管を臍部まで牽引し、直視下に卵管を結紮した。

【結果】 臍小切開創より鏡視下に卵管を把持し臍部まで牽引することは技術的に可能であり、本法で卵管不妊手術を施行し得た。

【考察】 本法では、従来法と比較し腹腔鏡下手術に近い視野で、卵管を見つけ腹腔外に牽引することが可能であった。若手産婦人科医師は日常的に腹腔鏡下手術システムに触れる機会が多く、従来法よりも抵抗感が少なくこの方法を試みることができるのではないかと考えられた。

全身麻酔下でポート挿入と気腹をした上での手術であれば、最も容易に卵管不妊手術が施行可能かもしれない。しかし、この方法ではコストがかかるため、私費手術で行うことが多い本手術では相応しくない。一方で本法は、腹腔鏡下手術システムは使用するものの、気腹を行わず小切開創からの筋鈎持ち上げで単孔式のように行うため、腰椎麻酔下で施行可能であり、かつポートなどの消耗品や新規の器具を使用しないため、余計なコストがかからない方法であるとも考えられた。

【結語】 経膈分娩後の卵管不妊手術に腹腔鏡下手術システムを補助として用いる方法は、手技の容易さ・費用の観点から有用であると考えられた。

○田邊 康次郎¹⁾、安藤 宏輔¹⁾、大山 喜子¹⁾、藤田 信弘²⁾、永井 智之³⁾、新倉 仁¹⁾

1) 仙台医療センター 産婦人科、2) 宮城県立がんセンター、3) 東北大学病院

【背景/目的】 当院では2020年11月から腹腔鏡下仙骨腔固定術 (Laparoscopic sacrocolpopexy; LSC) を、2021年5月からロボット支援下仙骨腔固定術 (Robotic assisted sacrocolpopexy; RSC) を導入した。2022年5月現在までLSC9例、RSC12例を経験した。手術時間および各手術工程にLSCまたはRSCがどのように影響するかを検討した。

【方法】 ビデオ動画および麻酔記録を参照し、腹腔内操作時間 (LSC: トロッカー刺入後～抜去開始まで、RSC: コンソール時間) および各手術操作 (子宮腔上部切断術、直腸剥離、膀胱剥離、後メッシュ縫合、前メッシュ縫合、仙骨岬角操作、腹膜連続縫合) に要した時間を記録した。上記の各時間を従属変数とし、術式 (LSC/RSC)、POP-Q stage (II、III / IV)、BMI、患者年齢、手術時期 (前期: 1-10 例目、後期: 11-21 例目) を独立変数として重回帰分析を行い、各手術操作時間の独立因子を検討した。p 値 < 0.05 を統計学的有意差ありとした。子宮全摘既往や前メッシュ縫合のみ行った症例は腹腔内操作時間の検討から除外した。

【結果】 RSC は LSC と比べ腹腔内操作時間 (-35 分、p<0.05)、子宮腔上部切断術 (-14 分、p<0.05)、仙骨岬角操作 (-12 分、p<0.01)、腹膜縫合操作 (-6 分、p<0.05) で短縮した。POP-Q stage (II - III / IV) は stage IV の場合腹腔内操作、膀胱剥離を有意に延長した。BMI 上昇は膀胱剥離、仙骨岬角操作の時間を有意に延長した。手術時期後期が前期よりも有意に短縮したのは腹膜連続縫合のみだった。

【考察】 手術操作が頭側、カメラ直下の操作が多い子宮腔上部切断術、仙骨岬角操作、腹膜連続縫合でロボット手術の利点が高まる可能性が示唆された。

○海道 善隆、千葉 洋平、高取 恵里子、永沢 崇幸、利部 正裕、庄子 忠宏、馬場 長
岩手医科大学 産婦人科

【目的】 2012年3月より先進医療として、早期子宮体癌に対する腹腔鏡手術が開始された。保険適応となった現在、腹腔鏡下手術は標準治療となっている。当院では2018年より当手術を行っており、自施設におけるその治療成績を解析することを目的とした。

【方法】 2018年12月から2022年5月において、早期子宮体癌に対し、腹腔鏡下手術を行った83例について、診療録をもとに後方視的に検討を行った。

【成績】 年齢中央値は57歳(30-84)、BMI中央値は25(17-45)であった。術前の臨床進行期は、全例類内膜癌G1もしくはG2のIA期であり、画像上遠隔転移やリンパ節腫大を疑う所見は認めなかった。初診から手術までの待機期間中央値は68日(20-224)であった。基本術式は単純子宮全摘+両側付属器摘出+骨盤内リンパ節郭清で54例、骨盤内リンパ節生検としたものが28例、リンパ節を摘出しなかったものが1例であった。摘出リンパ節数の中央値は10個(0-50)であった。手術時間の中央値は219分(111-332)、出血量の中央値は21ml(0-472)であった。輸血を必要とした症例はなかった。合併症は2例、1例でポート部血腫及び感染による発熱、1例で外腸骨静脈損傷を認めた。術後入院期間の中央値は5日(4-12日)であった。術後病理組織学的診断では、2例が脱分化癌及び癌肉腫の診断となったが、81例は類内膜癌(G1が76例、G2が7例)であった。手術進行期はIA期が65例、IB期が6例、II期が4例、IIIA期が4例、IIIC1期が2例と16例でアップステージした。追加手術は行わず、再発リスクに応じ、12例で術後化学療法を実施した。観察期間の中央値は、16ヶ月(0-41)であり、1例で再発を認め、再発部位はリンパ節及び腹膜播種であった。現時点で原病死は認めていない。

【結論】 早期子宮体癌に対する腹腔鏡手術導入開始後の83例について検討した。合併症を2例認めたが、比較的安全に手術を行えた。一方で現時点での再発は1例であるが、術後IB期以上と診断されたものが16例(19%)であり、術前診断や手術待機期間に課題があると考えられた。またリンパ節郭清群において摘出リンパ節が0個であった3例が認められ、技術的な課題もあると考えられた。今回明らかとなった課題の検討及び改善を行い、腹腔鏡下悪性腫瘍手術の安全性と根治性を高めていきたい。

○中村 真彰¹⁾、今田 冴紀¹⁾、石田 久美子¹⁾、竹内 肇¹⁾、大石 由利子¹⁾、野澤 明美¹⁾、山下 孝典²⁾

1) 名寄市立総合病院 産婦人科、2) 名寄市立総合病院 泌尿器科

【緒言】 稀少部位子宮内膜症の発生部位は腸管、膈、尿管、膀胱、鼠径部、臍部、胸腔などであり、発生頻度は0.5%から数%程度とされている。今回我々は膀胱に発生した稀少部位子宮内膜症の1例を経験したため報告する。

【症例】 40代女性、1妊0産。既往歴：2度の筋腫核出術を受けている。

現病歴：多発子宮筋腫の診断にて数年前からフォローされていた。子宮癌検診目的に当科受診したところ子宮筋腫が増大しており子宮底は臍上一横指で触れた。自覚症状として月経時の頻尿と腹部腫瘤感を訴えた。MRI検査では多発子宮筋腫を認めると共に膀胱左後壁に2.6×2.2×2.1cmの不整形腫瘤を認めた。挙児希望ないため子宮全摘術の方針とした。膀胱鏡では左尿管口内側に2cm大の浮腫状隆起を認め、TUR-BTにて膀胱子宮内膜症と診断した。尿管損傷防止のため両側尿管ステント留置を行い2週間後に腹式子宮全摘術を行った。

術中所見：左側の子宮体下部から頸部にかけて子宮と膀胱が子宮内膜症のため強固に癒着しており、泌尿器科の協力のもと癒着を慎重に剥離し子宮を摘出した。術中に膀胱損傷は認めなかった。術後の経過は良好にて術後7日目に退院となった。退院後は病巣縮小と再燃予防のためジェノゲストを投与開始し現在も継続中である。術後3年が経過したが再燃徴候を認めない。

【考察】 膀胱に腫瘤を認める場合には膀胱子宮内膜症も念頭に置き診療に当たることが肝要である。患者のライフステージに配慮し薬物療法と手術療法をうまく組み合わせ治療を行う。また泌尿器科との緊密な連携が必要である。

○阿部 真璃奈、佐藤 千絵、村上 一行、尾上 洋樹、馬場 長

岩手医科大学 産婦人科

【緒言】 子宮頸管閉鎖は比較的稀な疾患であり、Muller管の発生異常が原因と考えられている。子宮頸管閉鎖などの内生殖器形態異常の多くは、思春期に原発性無月経とモリミナ症状を契機に発見され、診断に至る。治療として開腹や腹腔鏡、子宮鏡での開通術が報告されているが、術後再狭窄のリスクが高いのが現状である。今回我々は、機能性子宮を有する子宮頸管閉鎖に対し、薬物療法としてジェノゲストが奏功した一例を経験したため報告する。

【症例】 12歳、中学生。月経歴：初潮発来なし。既往歴：0歳時に鎖肛手術。現病歴：周期的に繰り返す下腹部痛を主訴に近医受診した。精査のMRIで子宮留血腫および右卵管留血腫と子宮頸管閉鎖が疑われ、当院へ紹介となった。初診時所見：外陰部は正常女性型、膈は盲端であった。子宮頸管の開通術が考慮されたが、術後の再狭窄を懸念してジェノゲスト内服の方針とした。内服開始3ヶ月で経血の逆流によると思われる周期的な腹痛は改善し、内服6ヶ月後に施行したMRIでは子宮腫大の軽減、卵管留血腫の改善を認めた。その後も症状再燃なく、治療を継続している。

【考察】 子宮頸管閉鎖は留血腫や感染合併のために、子宮全摘が推奨されていたが、近年では妊孕性温存のため開通術が行われる傾向にある。しかし、術後の頸管保持に難渋している報告が散見される。本症例においては、症状緩和が治療目的であり、思春期における手術では術後再狭窄のリスクが高いことを考慮し、薬物療法の方針とした。低用量ピルも選択肢であったが、骨成長の観点からエストロゲン成分を含有していないジェノゲストを選択した。治療開始3ヶ月で症状の軽快を認め、十分な治療効果が得られている。今後、性生活の充実や自然妊娠の希望があった場合には手術療法が検討されるが、本人の希望や治療目的、社会的背景を考慮して、薬物治療を継続することも選択肢の一つとなる。

○田中 誠悟、武田 愛紗、田口 こころ、田村 良介
むつ総合病院 産婦人科

【目的】 ジエノゲスト錠 0.5 mg (国内販売名: ディナゲスト錠 0.5 mg) は 2020 年 1 月に「月経困難症」の効能・効果及び 0.5 mg 錠 × 2 回 / 日内服の用量・用法で製造販売承認を取得している。以来、LEP 投与が悩ましい若年女性の月経困難症に対して、第一選択薬として使用されることも多くなっている。しかし、若年女性に対するジエノゲスト錠 0.5 mg の長期投与による女性ホルモンへの影響は明らかではない。今回当院で若年女性に対してジエノゲスト錠 0.5 mg を投与した症例について検討し、その影響を明らかにすることを目的とした。

【方法】 2020 年以降にジエノゲスト錠 0.5 mg 内服を開始した 10 歳代女性で、投与中にエストラジオール (E2) 及び FSH を検査した計 6 症例について、E2、FSH、投与期間、不正性器出血の有無などを後方視的に検討した。

【結果】 検査時の年齢は平均 16.2 歳 (13-18)、E2 は平均 29.9 pg/ml (14.5-46.3)、30 pg/ml 未満は 3 例 (50%) であり、うち 20 pg/ml を下回ったのは 1 例 (16.7%) であった。なお、FSH は平均 5.78 mIU/ml (4.1-10.4)、ジエノゲスト錠 0.5 mg 投与期間は平均 11.7 ヶ月 (4-18) であった。投与中に不正性器出血を認めた症例は 1 例のみで、その症例の E2 は 33 pg/ml、FSH 10.4 mIU/ml、投与期間は 18 ヶ月であった。

【考察】 E2 が 20 pg/ml を下回ったのは 6 例中 1 例で、LEP への変更の検討を要した。E2 とジエノゲスト錠 0.5 mg の投与期間、不正性器出血の有無には明らかな相関を認めず、それらが E2 低下を疑う根拠とはならない可能性が示唆された。今回は症例数の少ない中での検討であり、今後更に症例を重ねて、若年女性に対するジエノゲスト錠 0.5 mg 長期投与の影響を検討していく必要があると考えられた。

○山田 野々花、平吹 信弥、碓井 愛、柴田 崇宏、尾山 量子、田中 良明、八代 憲司、
黒岩 征洋、桑原 陽祐、佐々木 博正、干場 勉
石川県立中央病院 産婦人科

【目的】 重複子宮に重複腔の片側腔閉鎖、同側腎形態異常を伴う疾患を OHVIRA 症候群 (Obstructed Hemivagina and Ipsilateral Renal Anomaly syndrome) という。OHVIRA 症候群は Wolff 管の発生異常により、Müller 管の癒合と腎形成に異常を来すと考えられ、2000 例に 1 例と稀な疾患である。当院では OHVIRA 症候群に対し、内視鏡下腔中隔切除術が有効であった症例を 2 例経験したためその検討を行った。

【方法】 2019 年から 2022 年の間に当院で施行した内視鏡下腔中隔切除術 2 例の臨床経過、術中所見を後方視的に検討した。

【結果】 症例 1 は 12 歳の女兒で初潮が 3 週間持続するため近医婦人科受診し先天的な奇形が疑われたため当院紹介となった。症例 2 は 11 歳の女兒で右膀胱尿管逆流症と漏斗胸の既往があった。初経を迎えてから 4 回目の月経時に下腹部に著大な腹痛を認め近医婦人科受診し CT、MRI の結果 OHVIRA 症候群が疑われたため当院紹介となった。2 例はいずれも画像所見で重複子宮腔、片側の腔閉鎖、同側の子宮腔留血腫、同側腎欠損を認め、OHVIRA 症候群 (Rock and Jones 分類 第 1 群 完全閉鎖型) の診断に至り、内視鏡下腔中隔切除術を行ったところ症状が軽快した。症例 1 に関しては術後約 2 か月後の MRI にて患側の腔閉鎖解除を確認することができた。

【考察】 OHVIRA 症候群は性交渉経験の乏しい年齢で発症することが多く腔が狭いことが多い。腔鏡単独で行う従来の術式では、術野の展開や操作が困難であることが多く術中に外陰部や腔壁を損傷することがある。そこで内視鏡を併用する事で、容易に腔や子宮口などの詳細な位置関係を確認することができ、合併症なく十分に腔中隔を切除することが可能となる。

【結論】 OHVIRA 症候群に対する内視鏡下腔中隔切除術は非常に有効であることが確認できた。

巨大嚢胞化し、子宮留膿腫を繰り返した帝王切開癒痕部症候群の1例

○仁木 舜一¹⁾、嶋田 浩志^{1, 2)}、玉手 雅人²⁾、杉山 芽¹⁾、今 沙織¹⁾、鈴木 美紀¹⁾、松浦 基樹²⁾、齋藤 豪²⁾

1) 日鋼記念病院 産婦人科、2) 札幌医科大学医学部 産婦人科学講座

帝王切開癒痕部症候群は、子宮創部に陥凹性癒痕を形成し、そこに月経血の貯留や、癒痕部自体からの出血により不正性器出血や月経困難などが生じる疾患である。今回我々は、帝王切開癒痕部が巨大嚢胞化し、子宮留膿腫を繰り返した症例を経験し、報告する。

症例は44歳、2妊2産、帝王切開2回の既往があった。42歳時から単頸双角子宮の片側子宮留膿腫と診断され、ドレーナージを繰り返しながら経過観察とされていた。1年以上の外来自己中断を経て44歳時に発熱と排尿痛で再診となった。超音波検査では、強く後屈した子宮を認め、その子宮前壁側に直径15cm大の巨大な嚢胞を形成し、そこに留膿腫を伴っていた。MRIでは後屈した子宮の前壁筋層の一部が完全に離開、連続して巨大嚢胞を形成している所見を認めていた。また後屈した子宮にのみ両側卵巣が連続していた。双角子宮としては非典型的な所見であることから、帝王切開癒痕部に偽腔を形成し、そこに月経血の貯留を繰り返すことで徐々に嚢胞が巨大化したと考えられ、帝王切開癒痕部症候群と診断した。嚢胞内の約1200mlの緑色の異臭を伴う内容液を排液し、抗生剤により症状は改善した。嚢胞内に留膿腫の貯留を繰り返していることから全腹腔鏡下子宮全摘術の方針となった。術中所見では、後屈した子宮に円靭帯・両側付属器・卵巣固有靭帯や基靭帯などの脈管組織が連続していた。一方で巨大な嚢胞はそれらの組織とは一切連続性は認めず、子宮体下部から発生し、膀胱子宮窩腹膜内に広く進展していた。検体の肉眼所見では、嚢胞を筋層が被覆するような形態であり、病理では子宮内膜症を認めなかった。術後に寛解を得た。我々の知見では他に嚢胞化した帝王切開癒痕部症候群の報告はないが、留膿腫を繰り返し患者のQOLを低下させる場合があり、適切な対応が求められる。

子宮内膜症、異型子宮内膜症（境界悪性類内膜腫瘍）、類内膜癌を同時に認めた腹膜癌の1例

○高田 笑、柴田 健雄、高倉 正博、山之内 僚、島田 董、佐伯 吉彦、坂本 人一、藤田 智子、高木 弘明、笹川 寿之
金沢医科大学 産科婦人科学

【目的】 今回我々は子宮内膜症に対し子宮全摘、左付属器摘出、右卵管摘出施行後に後腹膜発生の類内膜癌が出現した症例を経験したため報告する。

【症例】 49歳女性、4妊3産。42歳時に子宮内膜症に対し当科にて腹式単純子宮全摘術＋左付属器摘出術＋右卵管摘出術を施行し病理結果より子宮腺筋症、左卵巣子宮内膜症性嚢胞と診断した。術後よりジェノゲスト内服開始しフォローしていたが、ジェノゲスト開始9か月後より通院は自己中断された。49歳時に下腹部痛にて当科受診、入院管理となる。MRI検査にて骨盤内に右卵巣腫瘍を疑う単胞性嚢胞性腫瘍、骨盤内左側には分葉上腫瘍を認めた。骨盤内腫瘍に対し開腹手術を行った。骨盤内左側腫瘍は後腹膜内腫瘍であり、内容物はチョコレート様であった。左後腹膜内腫瘍は術中病理迅速検査を行い、子宮内膜成分で異型を伴う境界悪性腫瘍と診断された。右卵巣腫瘍摘出、左後腹膜内腫瘍摘出、左骨盤リンパ節摘出を行い手術終了した。病理検査は日本病理学会コンサルテーションシステムにて Endometrioid carcinoma, well differentiated in endometriosis, retroperitoneum と診断された。術後はパクリタキセル、カルボプラチン、ペバシズマブにて化学療法を6コース行った。BRCA1/2 遺伝学的検査では陰性だった。パクリタキセル、カルボプラチン、ペバシズマブでの化学療法後はペバシズマブ維持療法を開始し、現在も継続中であり再発を認めていない。

【結論】 子宮内膜症術後7年後に後腹膜類内膜癌を認めた症例を経験した。今回の手術検体では子宮内膜症、子宮内膜増殖部位、異型子宮内膜症、類内膜癌を認め、子宮内膜症が類内膜癌へと進展する過程を同一検体で認められる貴重な症例となった。今後は遺伝子学的検討を行いより詳細な背景を明らかにする。

当院で経験した卵巢癌肉腫の一例

○當麻 絢子、杉本 里奈、門ノ沢 結花、横田 恵、丹藤 伴江
弘前総合医療センター

【緒言】 卵巢癌肉腫は卵巢原発悪性疾患の中で1.4%と稀な疾患である。上皮性成分と肉腫成分から構成されるが、術前に癌肉腫と診断することは困難である。ほとんどの症例が1年以内に再発し、5年生存率は30%以下と予後不良であることが知られている。

【症例】 症例は77歳女性、血尿を主訴に近医を受診、単純CTで骨盤内腫瘍を認め当科に紹介となる。CA19-9、CA125の上昇を認め、画像検索では著明な腹水貯留と約8cm大の骨盤内腫瘍を認め、鎖骨上窩、縦郭、傍大動脈、骨盤内のリンパ節腫大を認めた。卵巢原発の悪性腫瘍とリンパ節転移を疑い、試験開腹術を行った。右付属器腫瘍の一部を摘出し病理検査に提出したところ高異型度漿液性癌の診断となった。卵巢癌としてTC療法4クール施行後腫瘍減量術（子宮＋両側付属器＋虫垂＋腹腔内播種病変摘出術）を行った。病理検査では漿液性癌の他に横紋筋肉腫や軟骨様肉腫の成分も認められ卵巢癌肉腫IVB期の診断となった。

現在化学療法継続中であるが、腫瘍マーカー値は正常化し造影CTでも残存病変の縮小を認めており、今後も化学療法継続の方針となっている。

【結論】 卵巢癌肉腫は卵巢癌に準じて腫瘍減量術と術後化学療法が行われることが多いが、有効な治療法は確立されていない。今回当院で経験した卵巢癌肉腫の一例を文献的考察とともに報告する。

大量出血をきたした付属器発生が疑われる血管肉腫の1例

○佐藤 仁美、山田 大輔、登内 恵里子、黒澤 めぐみ、石黒 竜也、南川 高廣、小林 暁子、
吉原 弘祐、西野 幸治、関根 正幸
新潟大学病院 産婦人科

【諸言】血管肉腫は血管内皮細胞から発生する稀な腫瘍で、5年生存率は10-35%と予後は非常に不良である。今回、術前診断と治療方針の選択に難渋した付属器発生が疑われる血管肉腫の一例を経験した。

【症例】47歳、2妊2産（正常分娩）。X-1年12月28日発熱と下腹部痛を主訴に近医受診し、虫垂炎を起因とした付属器膿瘍の診断で当院にて抗生剤点滴が行われ、その後保存的に経過観察がされていた。X年2月25日、外来受診時に気分不快を訴えショック状態になった。経腔エコー及びCTにて腹腔内出血と右側大量胸水を認め緊急開腹術を施行した。腹腔内を観察すると、回盲部膿瘍と右付属器周囲からの出血を認め、右付属器及び回盲部摘出術を施行した。出血量は、腹腔内への貯留を含め7690ml、胸腔ドレーンから約2000mlの血性排液があった。摘出した付属器の病理所見では、高度の血管増生と血管内皮細胞に高度異型を認め、Ki67 40%陽性、内部に壊死を認めた。免疫染色はCD31・CD34陽性であり血管肉腫の診断であった。また、腫瘍内にカルレチニン陽性を示すセルトリ様の腺管を認めたことから、罹患臓器は右付属器と考えられた。術後1ヶ月後のCTでは、ダグラス窩に10cm大の腫瘤、胸膜播種、胸腹水貯留を認め、weekly PTX療法を選択した。2コース施行後のRECIST評価はPDであった。経過中、2回の腹腔内出血によりショック状態となり、感染の合併により全身状態が不良となり、2コース施行後にBest supportive careに移行し、X年6月6日永眠された。

【考察】今回、急速な経過をたどった血管肉腫症例を経験したが、血管肉腫は腫瘍内の豊富かつ未熟な血管の増生により大量出血をきたしやすく、かつ抗癌剤抵抗性であり治療法の選択に難渋した。本症例の経験をふまえ、病理診断と化学療法の選択について詳細な検討を報告したい。

傍大動脈リンパ節転移から発見に至った漿液性卵管上皮内癌及び微小な浸潤を示す卵管癌の2症例

○佐多 綜一郎、三國 史嵩、三坂 琴美、勘野 真紀、野村 英司、中陳 哲也
王子総合病院

漿液性卵管上皮内癌（以下STIC）は、卵管上皮に限局する漿液性癌である。

リスク低減卵管卵巣摘出術（以下RRSO）を実施された患者の8%でSTICが確認されることや、高異型度漿液性癌（以下HGSC）にSTICを伴う例では両者に共通のTP53変異がみられること等から、STICはHGSCの前駆病変とされる。

今回、我々は傍大動脈リンパ節転移から婦人科系腫瘍を疑われ、付属器切除によりSTICおよび微小な浸潤を示す卵管癌を認めた2症例を経験した。

STICや微小な浸潤癌から直接遠隔転移する事例は稀と思われ、報告する。

○佐藤 萌里、松本 大樹、佐藤 珠希、佐藤 慎太郎、橋本 亮平、高橋 靖乃、宮野 菊子、
齋藤 彰治、我妻 理重
大崎市民病院 産婦人科

【諸言】 皮膚筋炎は、特徴的な皮疹を伴う炎症性筋疾患であり、しばしば悪性腫瘍を合併する。皮膚筋炎の患者血清中に出現する特異的自己抗体のひとつである抗 transcriptional intermediary factor 1 (以下 TIF1) γ 抗体を有する症例では、高率に内臓悪性腫瘍を合併するとされている。一般的に、悪性腫瘍合併皮膚筋炎では、両者を同時に認める例が多いが、今回我々は、卵巢癌が先行した抗 TIF1 γ 抗体陽性皮膚筋炎の 1 例を経験したので報告する。

【症例】 42 歳、女性。腹部膨満感を主訴に近医受診、卵巢癌が疑われ当科紹介。右卵巢癌の診断で開腹子宮全摘術＋両側付属器切除術＋大網切除術を施行し、卵巢癌Ⅲ B 期、子宮体癌 I A 期の診断となった。手術 3 週間後、顔面・体幹・四肢に掻痒感を伴う紅斑が出現。筋原性酵素の上昇、近位筋優位の筋力低下があり、皮膚筋炎が疑われた。皮膚生検で苔癬反応の所見を認め、免疫沈降法で抗 TIF1 γ 抗体陽性。以上より卵巢癌が先行した抗 TIF1 γ 抗体陽性皮膚筋炎と診断した。手術 1 ヶ月後より卵巢癌に対する化学療法（パクリタキセル＋シスプラチン＋ペバシズマブ併用療法）を開始した。皮膚筋炎が疑われた時点（Day1）からプレドニゾン（PSL）30mg/ 日内服を開始し皮膚症状は改善した。化学療法 1 コース目終了後（Day11）より PSL70mg/ 日へ増量したが、筋原性酵素低下せず炎症反応は増悪した。Day15 よりメチルプレドニゾン 1000mg/ 日のステロイドパルス療法を 3 日間施行したところ、筋原性酵素・炎症反応の改善を認めた。今後は化学療法を継続、ステロイドを漸減する方針である。

【結語】 卵巢癌術後に抗 TIF1 γ 抗体陽性皮膚筋炎の 1 例を経験した。稀ではあるが、悪性腫瘍が先行して皮膚筋炎を発症する例があり、悪性腫瘍患者の皮膚症状出現時には皮膚筋炎も鑑別に挙げる必要がある。

北日本産科婦人科学会 担当校および特別講演担当一覧

年度	回	学 会		特別講演	
		担当大学	会 長	担当大学	演 者
昭和28 11月1日	1	東北大学 (東北大学医学部中央講堂)	篠田 札	東北大学 北海道大学 新潟大学	貴家 寛而 田畑 武夫 中山栄之助
昭和29 9月12日	2	北海道大学 (北大附属病院大講堂)	大野 精七	福島県立医科大学 新潟大学 札幌医科大学	鈴木 泰三 小坂 清石 明石 勝英
昭和30	3	東北大学 (東北大学医学部東講堂)	篠田 札	弘前大学 北海道大学	品川 信良 松田 正二
昭和31 10月14日	4	岩手医大 (岩手県教育会館)	秦 良麿	岩手医科大学 札幌医科大学	石浜 淳美 赤石 勝英
昭和32 9月21・22日	5	東北大学 (東北大学医学部中央講堂)	九嶋 勝司	東北大学 新潟大学	鈴木 雅洲 野口 正
昭和33 8月3日	6	新潟大学 (大和デパートホール)	中山栄之助	東北大学 北海道大学	山口 竜二 小国 親久
昭和34 7月14・15日	7	札幌医大 (札幌医大講堂)	赤石 勝英	札幌医科大学 東北大学 日母会長	小六 義久 野田起一郎 矢口彌三郎
昭和35 11月15・16日	8	東北大学 (東北大学医学部中央講堂)	九嶋 勝司	北海道大学 旭川赤十字病院 東北大学 新潟大学	一戸喜兵衛 松田 禎夫 吉崎 宏 中山栄之助
昭和36 10月14・15日	9	福島医大 (福島県蚕糸会館)	貴家 寛而	福島県立医科大学 札幌医科大学 弘前大学 東北大学	秋山 精治 橋本 正淑 真木 正博 安達 寿夫
昭和37 10月6・7日	10	北海道大学 (クラーク会館)	小川 玄一	新潟大学 岩手医科大学 小樽市	鈴木 正彦 佐藤 友義 石井 碩
昭和38 10月12日	11	岩手医大 (盛岡市県産業会館)	秦 良麿	札幌医科大学 弘前大学 東北大学	森 和郷 菊池 岩雄 一條 元彦
昭和39 8月15・16日	12	弘前大学 (十和田市観光ホテルホール)	品川 信良	北海道大学 新潟大学 福島県立医科大学	林 義夫 渡辺 重雄 大川 知之
昭和40 8月29日	13	新潟大学 (新潟市東映ホテル)	鈴木 雅洲	札幌医科大学 弘前大学 東北大学	小森 昭 永山 正剛 長谷川直義
昭和41 9月3・4日	14	札幌医大 (札幌医大大講堂, 北海新聞社ホール)	明石 勝英	岩手医科大学 新潟大学 北海道大学	飯田 肇 関塚 正昭 清水 哲也
昭和42 8月19・20日	15	東北大学 (東北大記念講堂)	九嶋 勝司	東北大学 弘前大学 福島県立医科大学 札幌医科大学	福島 峰子 長沢 一磨 森田 恒之 小森 昭人
昭和43 8月24日	16	福島医大 (飯坂 東亜栄養講堂)	貴家 寛而	岩手医科大学 新潟大学 北海道大学	国本 恵吉 岡田 正俊 福島 務敦
昭和44 8月10日	17	北海道大学 (クラーク会館)	松田 正二	弘前大学	高野 敦
昭和45 11月15日	18	岩手医大 (岩手医大臨床講堂)	秦 良麿	札幌医科大学 東北大学	佐竹 実篤 村中 啓
昭和46 9月25日	19	弘前大学 (ホテル青森)	品川 信良	新潟大学 岩手医科大学	本多 啓輝 利部 輝雄
昭和47 9月16日	20	新潟大学 (新潟県民会館)	竹内 正七	北海道大学 福島県立医科大学	西谷 巖 関本 昭治
昭和48 10月20・21日	21	秋田大学 (秋田教育会館)	九嶋 勝司	弘前大学 札幌医科大学	高沢 哲也 川瀬 哲彦

年度	回	学 会		特別講演	
		担当大学	会 長	担当大学	演 者
昭和49 10月26・27日	22	札幌医大 (札幌医師会館)	橋本 正淑	東 北 大 学 秋 田 大 学	高橋 克幸 齋藤 良治
昭和50 10月18・19日	23	福島医大 (福島文化センター)	福島 務	新 潟 大 学 岩 手 医 科 大 学 福島県立医科大学	布川 修 西島 光彦 加藤 敬三
昭和51 11月6・7日	24	東北大学 (仙台市民会館)	鈴木 雅洲	札幌医科大学 北海道大学 山 形 大 学	工藤 隆一 藤本征一郎 広井 正彦
昭和52 9月24・25日	25	北海道大学 (札幌教育文化会館)	一戸喜兵衛	旭川医科大学 金 沢 大 学 弘 前 大 学	芳賀 宏光 赤祖父一知 齋藤 勝
昭和53 9月16・17日	26	岩手医大 (盛岡県民会館)	秦 良麿	金 沢 医 科 大 学 東 北 大 学 秋 田 大 学	桑原 惣隆 東岩井 久 樋口 誠一
昭和54 9月1・2日	27	新潟大学 (新潟県民会館)	竹内 正七	岩手医科大学 福島県立医科大学 新 潟 大 学	小見 克夫 武市 和之 高橋 威
昭和55 8月30・31日	28	弘前大学 (パレス瑞祥)	品川 信良	北 海 道 大 学 札幌医科大学 山 形 大 学 金 沢 大 学 北 海 道 大 学 東 北 大 学	鈴木 重統 田中 昭一 千村 哲朗 西田 悦郎 一戸喜兵衛 鈴木 雅洲
昭和56 10月2・3日	29	札幌医大 (札幌教育文化会館)	橋本 正淑	富山医科薬科大学 旭川医科大学 弘 前 大 学	柳沼 恣 石川 睦男 佐藤 重美
昭和57 9月10・11日	30	秋田大学 (秋田文化会館)	真木 正博	秋 田 大 学 東 北 大 学 金 沢 大 学	曾我 賢次 佐藤 章 山田 光興
昭和58 10月10・11日	31	金沢大学 (金沢文化ホール)	西田 悦郎	金 沢 医 科 大 学 岩 手 医 科 大 学 福島県立医科大学 新 潟 大 学	杉浦 幸一 井筒 俊彦 本田 任 小幡 憲郎
昭和59 10月6・7日	32	山形大学 (ホテルキャッスル)	広井 正彦	山 形 大 学 弘 前 大 学 札幌医科大学 北 海 道 大 学	川越慎之助 野村 雪光 郷久 鉞二 沓沢 武
昭和60 8月24・25日	33	旭川医科大 (ニュー北海ホテル)	清水 哲也	東 北 大 学 秋 田 大 学 富山医科薬科大学 旭川医科大学	古橋 信晃 平野 秀人 長阪 恒樹 山下 幸紀
昭和61 10月5・6日	34	金沢医科大学 (教育自治会館)	桑原 惣隆	金 沢 大 学 新 潟 大 学 岩 手 医 科 大 学 福 井 医 科 大 学	寺田 督 吉沢 浩志 善積 昇 富永 敏朗
昭和62 9月26・27日	35	東北大学 (戦災復興記念館)	矢嶋 聰	金 沢 医 科 大 学 弘 前 大 学 福島県立医科大学 北 海 道 大 学	高林 晴夫 鍵谷 昭文 星 和彦 田中 俊誠
昭和63 9月24・25日	36	富山医科薬科大学 (名鉄トヤマホテル)	泉 陸一	東 北 大 学 秋 田 大 学 山 形 大 学 札幌医科大学	岡村 州博 設楽 芳宏 斉藤 憲康 福島 道夫
平成元年 9月30日・10月1日	37	福島県立医科大 (グリーンパレス)	佐藤 章	新 潟 大 学 岩 手 医 科 大 学 旭川医科大学 富山医科薬科大学	本間 滋 西島 光茂 千石 一雄 新居 隆
平成2 9月29・30日	38	北海道大学 (グリーンホテル札幌)	藤本征一郎	福島県立医科大学 福 井 医 科 大 学 弘 前 大 学 金 沢 大 学	遠藤 力 小辻 文和 中村 幸夫 橋本 茂

年度	回	学 会		特別講演	
		担当大学	会 長	担当大学	演 者
平成3 9月28・29日	39	福井医科大学 (フェニックスプラザ)	富永 敏朗	札幌医科大学 北海道大学 金沢医科大学 山形大学	伊東 英樹 牧野田 知 井浦 俊彦 斉藤 英和
平成4 10月16・17日	40	岩手医科大学 (岩手県民会館)	西谷 巖	旭川医科大学 秋田大学 東北大学 岩手医科大学	笠茂 光範 後藤 薫 深谷 孝夫 松田 壮正
平成5 9月17日・18日	41	新潟大学 (ホテル新潟)	田中 憲一	富山医科薬科大学 福島県立医科大学 新潟大学 福井医科大学	岡 秀明 柳田 薫 児玉 省二 紙谷 尚之
平成6 10月7・8日	42	弘前大学 (弘前市文化センター)	齋藤 良治	金沢大学 金沢医科大学 北海道大学 弘前大学	生水真紀夫 国部 久也 佐川 正 丸山 英俊
平成7 9月14・15日	43	札幌医科大学 (厚生年金会館)	工藤 隆一	東北大学 札幌医科大学 山形大学 秋田大学	上原 茂樹 寒河江 悟 平山 寿雄 児玉 英也
平成8 9月20・21日	44	秋田大学 (秋田ビューホテル)	田中 俊誠	新潟大学 岩手医科大学 旭川医科大学 富山医科薬科大学	吉谷 徳夫 吉崎 陽 玉手 健一 伏木 弘
平成9 10月31日・11月1日	45	金沢大学 (金沢市文化ホール)	井上 正樹	福島県立医科大学 福井医科大学 弘前大学 金沢大学	片寄 治男 後藤 健次 佐藤 秀平 笹川 寿之
平成10 10月2・3日	46	山形大学 (山形市中央公民館)	廣井 正彦	北海道大学 金沢医科大学 秋田大学 山形大学	櫻木 範明 金子 利朗 高橋 道 手塚 尚広
平成11 8月27・28日	47	旭川医科大学 (旭川市大雪クリスタルホール)	石川 睦男	東北大学 新潟大学 札幌医科大学 旭川医科大学	今野 良 高桑 好一 小泉 基生 林 博章
平成12 9月1・2日	48	金沢医科大学 (ホテル日航金沢・金沢市アートホール)	牧野田 知	岩手医科大学 福島県立医科大学 富山医科薬科大学 福井医科大学	福島 明宗 大川 敏昭 藤村 正樹 細川久美子
平成13 9月21・22日	49	東北大学 (勝山館)	岡村 州博	秋田大学 弘前大学 金沢大学 金沢医科大学	福田 淳 藤井 俊策 村上 弘一 吉田 勝彦
平成14 9月20・21日	50	富山医科薬科大学 (富山国際会議場(大手町フォーラム))	齋藤 滋	北海道大学 札幌医科大学 東北大学 山形大学	山田 秀人 斉藤 豪 伊藤 潔 中原 健次
平成15 10月10・11日	51	福島県立医科大学 (福島県文化センター)	佐藤 章	富山医科薬科大学 新潟大学 福井医科大学 旭川医科大学	酒井 正利 青木 陽一 吉田 好雄 山下 剛
平成16 9月10・11日	52	北海道大学 (ロイトン札幌)	水上 尚典	秋田大学 金沢大学 福島県立医科大学 岩手医科大学	佐藤 宏和 田中 政彰 藤森 敬也 小山 理恵
平成17 9月30日・10月1日	53	福井大学 (福井県自治会館)	小辻 文和	弘前大学 北海道大学 山形大学 金沢医科大学	横山 良仁 工藤 正尊 高橋 一広 藤井 亮太

年度	回	学 会		特別講演	
		担当大学	会 長	担当大学	演 者
平成18 9月1・2日	54	岩手医科大学 (ホテルメトロポリタン盛岡 NEW WING)	杉山 徹	札幌医科大学 東北大学 富山大学 旭川医科大学	林 卓宏 新倉 仁 中村 隆文 田熊 直之
平成19 10月5・6日	55	新潟大学 (新潟コンベンションセンター 「朱鷺メッセ」)	田中 憲一	金沢大学 福井大学 秋田大学 新潟大学	高倉 正博 田嶋 公久 藤本 俊郎 藤田 和之
平成20 9月13・14日	56	弘前大学 (弘前文化センター)	水沼 英樹	岩手医科大学 福島県立医科大学 北海道大学 山形大学	西郡 秀和 高橋 秀憲 森川 守 高橋 俊文
平成21 8月29・30日	57	札幌医科大学 (札幌市教育文化会館)	齋藤 豪	旭川医科大学 金沢医科大学 東北大学 弘前大学	宮本 敏伸 宮澤 英樹 室月 淳 福井 淳史
平成22 9月18・19日	58	金沢大学 (金沢市文化ホール)	井上 正樹	札幌医科大学 富山大学 金沢大学	鈴木 孝浩 日高 隆雄 中村 充宏
平成23 9月24・25日	59	秋田大学 (秋田キャッスルホテル)	寺田 幸弘	秋田大学 新潟大学 福井大学	熊谷 仁 八幡 哲郎 折坂 誠
平成24 9月8・9日	60	山形大学 (山形テルサ)	倉智 博久	山形大学 岩手医科大学 北海道大学	堤 誠司 利部 正裕 金内 優典
平成25 9月7・8日	61	旭川医科大学 (旭川グランドホテル)	千石 一雄	福島県立医科大学 東北大学 旭川医科大学	渡辺 尚文 宇都宮裕貴 片山 英人
平成26 9月27・28日	62	金沢医科大学 (金沢市アートホール, ホテル金沢)	牧野田 知	金沢医科大学 弘前大学 札幌医科大学	高木 弘明 田中 幹二 岩崎 雅宏
平成27 9月5・6日	63	福島県立医科大学 (ザ・セレクトン福島)	藤森 敬也	金沢大学 富山大学 福井大学	水本 泰成 中島 彰俊 黒川 哲司
平成28 9月17・18日	64	北海道大学 (ロイトン札幌)	櫻木 範明	秋田大学 新潟大学 岩手医科大学	佐藤 直樹 関根 正幸 金杉 知宣
平成29 9月2・3日	65	東北大学 (仙台国際センター)	八重樫 伸生	北海道大学 山形大学 福島県立医科大学	渡利 英道 川越 淳 菅沼 亮太
平成30 9月29・30日	66	富山大学 (ANA クラウンプラザホテル富山)	齋藤 滋	旭川医科大学 東北大学 弘前大学	加藤 育民 島田 宗昭 二神 真行
2019年 9月28・29日	67	福井大学 (ザ・グランユアーズフクイ)	吉田 好雄	札幌医科大学 金沢医科大学 福井大学	郷久 晴朗 坂本 人一 津吉 秀昭
2020年		延 期			
2021年 8月28・29日	68	新潟大学 WEB 開催	榎本 隆之	金沢大学 富山大学 岩手医科大学	山崎 玲奈 米田 徳子 永沢 崇幸
2022年 10月15・16日	69	岩手医科大学 (いわて県民情報交流センター アイーナ)	馬場 長	秋田大学 新潟大学 福島県立医科大学	三浦 広志 吉原 弘祐 添田 周
2023年 9月9・10日	70	弘前大学 (アートホテル弘前市シティ)	横山 良仁	北海道大学 山形大学 旭川医科大学	未 定 太田 剛 水無瀬 学
2024年	71	札幌医科大学	齋藤 豪	弘前大学 東北大学 未 定	未 定
2025年	72	山形大学	永瀬 智		

北日本産科婦人科学会会則

(名称)

1. 本会は、北日本産科婦人科学会と称する。

(事務局等)

2. 本会は、事務局を東北大学医学部産科学婦人科学教室に置く。

(目的)

3. 本会は、産科婦人科学の進歩発展、国民の健康と福祉に貢献し、会員の親睦を図ることを目的とする。

(事業)

4. 本会は、学術集会を開催する。
5. 本会は、他の学会・研究会と連合して学会を開催することができる。

(会員)

6. 本会の会員は、北海道、東北6県、北陸4県の産科婦人科学会員とする。
7. 北海道、東北6県、北陸4県に所属する日本産科婦人科学会の名誉会員は、本学会の名誉会員とする。
8. 前項の他に本会役員会の推薦により名誉会員を置くことができる。
9. 北海道、東北6県、北陸4県に所属する日本産科婦人科学会の功労会員は、本会の功労会員とする。

(役員)

10. 本会には、次の役員をおく。
学術集会長 1名
委員 若干名
幹事 若干名
11. 学術集会長は、役員会で決定し、任期は次回総会までとする。
12. 委員は、北海道、東北6県、北陸4県に所属する日本産科婦人科学会役員（理事、監事、名誉会員、功労会員、代議員、幹事）および医系大学産婦人科教授等、本会の名誉会員とする。
13. 幹事は、東北大学産科学婦人科学教室員の中から同教室教授が若干名指名する。

(役員会)

14. 役員会は、以下の事項について議決する。
 - (1) 次期学術集会長
 - (2) 次期特別講演者
 - (3) 会則の変更
 - (4) 名誉会員の推薦
 - (5) その他運営に関する重要事項
 - (6) 議決は出席者の過半数以上の議決をもって決する。

(総会)

15. 総会は、役員会での議決事項の報告などを行う。

(学術集会)

16. 本会は、毎年1回学術集会を開く。
17. 学術集会では、研究発表や調査報告などを行う。
18. 学術集会開催費および総会開催費、各種事務経費は、開催道県の産科婦人科学会が負担する。

平成元年9月30日改定

平成24年9月9日改定

謝 辞

第 69 回北日本産科婦人科学会総会・学術講演会を開催するにあたり、皆様より多数のご支援をいただきました。深く感謝し、心より御礼申し上げます。

第 69 回北日本産科婦人科学会 総会・学術講演会

会長 **馬場 長**

(岩手医科大学医学部 産婦人科学講座 教授)

共 催

ランチョンセミナー 1	ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社
ランチョンセミナー 2	持田製薬株式会社／持田製薬販売株式会社
イブニングセミナー 1	武田薬品工業株式会社
イブニングセミナー 2	GE ヘルスケア・ジャパン株式会社／丸木医科器械株式会社
モーニングセミナー 1	中外製薬株式会社
モーニングセミナー 2	科研製薬株式会社
モーニングセミナー 3	大塚製薬株式会社ニュートラシューティカルズ事業部
スポンサードセミナー 1	あすか製薬株式会社
スポンサードセミナー 2	テルモ株式会社
スポンサードセミナー 3	MSD 株式会社／エーザイ株式会社

協 賛

株式会社ツムラ

広 告

あすか製薬株式会社	大鵬薬品工業株式会社
アストラゼネカ株式会社	トーイツ株式会社
アトムメディカル株式会社	日本化薬株式会社
江崎グリコ株式会社	日本新薬株式会社
オリンバスマーケティング株式会社	富士製薬工業株式会社
カシオ計算機株式会社	株式会社ベアーメディック
共立医科器械株式会社	丸木医科器械株式会社
コヴィディエンジャパン株式会社	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	森永乳業株式会社
株式会社三櫻	レジットメディカル株式会社

(五十音順)

第 69 回北日本産科婦人科学会 総会・学術講演会
プログラム・抄録集

発行日：令和 4 年 10 月 1 日

編集・発行：第 69 回北日本産科婦人科学会 総会・学術講演会
会長 馬場 長

事務局：岩手医科大学医学部 産婦人科学講座
〒 028-3695 岩手県紫波郡矢巾町医大通二丁目 1 番 1 号

運営事務局：有限会社ヤマダプランニング
〒 020-0857 岩手県盛岡市北飯岡 1 丁目 5-5
TEL：019-635-6011 FAX：019-635-6033
Email：kitanihon69@yamada-planning.co.jp

DARE TO DREAM

卵巣がん*の個別化医療に新たな選択肢。

*効能又は効果(卵巣癌)：白金系抗悪性腫瘍剤感受性の再発卵巣癌における維持療法
BRCA遺伝子変異陽性の卵巣癌における初回化学療法後の維持療法
相同組換え修復欠損を有する卵巣癌におけるペバシズマブ(遺伝子組換え)を含む初回化学療法後の維持療法

抗悪性腫瘍剤／ポリアデニン5'ニリン酸リボースポリメラーゼ (PARP) 阻害剤

リムパーザ錠

100mg
150mg
(オラパリブ錠)

薬価基準収載

劇薬 処方箋医薬品(注意-医師等の処方箋により使用すること)

1. 警告

本剤は、緊急時に十分対応できる医療施設において、がん化学療法に十分な知識・経験を持つ医師のもとで、本剤の使用が適切と判断される症例についてのみ投与すること。また、治療開始に先立ち、患者又はその家族に有効性及び危険性を十分説明し、同意を得てから投与すること。

2. 禁忌(次の患者には投与しないこと)

本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

4. 効能又は効果

- 白金系抗悪性腫瘍剤感受性の再発卵巣癌における維持療法
- BRCA遺伝子変異陽性の卵巣癌における初回化学療法後の維持療法
- 相同組換え修復欠損を有する卵巣癌におけるペバシズマブ(遺伝子組換え)を含む初回化学療法後の維持療法
- がん化学療法歴のあるBRCA遺伝子変異陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌
- BRCA遺伝子変異陽性の遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌
- BRCA遺伝子変異陽性の治療不能な肺癌における白金系抗悪性腫瘍剤を含む化学療法後の維持療法

5. 効能又は効果に関連する注意

- (白金系抗悪性腫瘍剤感受性の再発卵巣癌における維持療法)
- 再発時の白金系抗悪性腫瘍剤を含む化学療法で奏効が維持されている患者を対象とすること。
 - 臨床試験に組み入れられた患者における白金系抗悪性腫瘍剤を含む化学療法終了後から再発までの期間(PFI)等について、「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと。
(BRCA遺伝子変異陽性の卵巣癌における初回化学療法後の維持療法)
 - 国際産婦人科連合(FIGO)進行期分類Ⅲ期又はⅣ期の卵巣癌と診断され、白金系抗悪性腫瘍剤を含む初回化学療法で奏効が維持されている患者を対象とすること。
 - 承認された体外診断用医薬品又は医療機器³⁾を用いた検査により、BRCA遺伝子変異を有することが確認された患者に投与すること。
 - 臨床試験に組み入れられた患者における前治療歴等について、「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと。
(相同組換え修復欠損を有する卵巣癌におけるペバシズマブ(遺伝子組換え)を含む初回化学療法後の維持療法)
 - 国際産婦人科連合(FIGO)進行期分類Ⅲ期又はⅣ期の卵巣癌と診断され、白金系抗悪性腫瘍剤及びペバシズマブ(遺伝子組換え)を含む初回化学療法で奏効が維持されている患者を対象とすること。
 - 承認された体外診断用医薬品又は医療機器³⁾を用いた検査により、相同組換え修復欠損を有することが確認された患者に投与すること。
(がん化学療法歴のあるBRCA遺伝子変異陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌)
 - 本剤の術前・術後補助療法としての有効性及び安全性は確立していない。
 - 本剤の投与を行う場合には、アントラサイクリン系抗悪性腫瘍剤及びタキサン系抗悪性腫瘍剤を含む化学療法歴のある患者を対象とすること。
 - 承認された体外診断用医薬品又は医療機器³⁾を用いた検査により、生殖細胞系列のBRCA遺伝子変異(病的変異又は病的変異疑い)を有することが確認された患者に投与すること。
(BRCA遺伝子変異陽性の遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌)
 - 本剤の術後補助療法としての有効性及び安全性は確立していない。
 - 承認された体外診断用医薬品又は医療機器³⁾を用いた検査により、BRCA遺伝子変異を有することが確認された患者に投与すること。
 - 臨床試験に組み入れられた患者の内分泌療法歴等について、「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと。
(BRCA遺伝子変異陽性の治療不能な肺癌における白金系抗悪性腫瘍剤を含む化学療法後の維持療法)
 - 本剤の手術の補助療法としての有効性及び安全性は確立していない。
 - 白金系抗悪性腫瘍剤を含む化学療法で疾患進行が認められていない患者を対象とすること。
 - 臨床試験に組み入れられた患者の病期、白金系抗悪性腫瘍剤を含む化学療法の投与期間等について、「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で、適応患者の選択を行うこと。
 - 承認された体外診断用医薬品又は医療機器³⁾を用いた検査により、生殖細胞系列のBRCA遺伝子変異(病的変異又は病的変異疑い)を有することが確認された患者に投与すること。
- 注) 承認された体外診断用医薬品又は医療機器に関する情報については、以下のウェブサイトから入手可能である：
<https://www.pmda.go.jp/review-services/drug-reviews/review-information/cd/0001.html>

6. 用法及び用量

通常、成人にはオラパリブとして1回300mgを1日2回、経口投与する。なお、患者の

状態により適宜減量する。
相同組換え修復欠損を有する卵巣癌におけるペバシズマブ(遺伝子組換え)を含む初回化学療法後の維持療法の場合、ペバシズマブ(遺伝子組換え)との併用において、通常、成人にはオラパリブとして1回300mgを1日2回、経口投与する。なお、患者の状態により適宜減量する。

7. 用法及び用量に関連する注意

- (効能共通)
- 100mg錠と150mg錠の生物学的同等性は示されていないため、300mgを投与する際には100mg錠を使用しないこと。
 - 本剤投与により副作用が発現した場合には、以下の基準を考慮して、休薬・減量すること。

副作用	程度 ²⁾	副作用発現時の用量調節基準	
		処置	再開時の投与量
貧血	ヘモグロビン値がGrade 3又は4の場合	ヘモグロビン値 $\geq 9g/dl$ に回復するまで最大4週間休薬する。	1回目の再開の場合、減量せずに投与する。 2回目の再開の場合、1回250mgを1日2回で投与する。 3回目の再開の場合、1回200mgを1日2回で投与する。
好中球減少	Grade 3又は4の場合	Grade 1以下に回復するまで休薬する。	減量せずに投与する。
血小板減少	Grade 3又は4の場合	Grade 1以下に回復するまで最大4週間休薬する。	
上記以外の副作用	Grade 3又は4の場合	Grade 1以下に回復するまで休薬する。	

- 注) GradeはNCI-CTCAE ver4.0に準じる。
(白金系抗悪性腫瘍剤感受性の再発卵巣癌における維持療法、がん化学療法歴のあるBRCA遺伝子変異陽性かつHER2陰性の手術不能又は再発乳癌、BRCA遺伝子変異陽性の治療不能な肺癌における白金系抗悪性腫瘍剤を含む化学療法後の維持療法)
- 他の抗悪性腫瘍剤との併用について、有効性及び安全性は確立していない。
(BRCA遺伝子変異陽性の卵巣癌における初回化学療法後の維持療法)
 - 他の抗悪性腫瘍剤との併用について、有効性及び安全性は確立していない。
 - 本剤の投与開始後2年を経過した時点で完全奏効が得られている患者においては、本剤の投与を中止すること。
(相同組換え修復欠損を有する卵巣癌におけるペバシズマブ(遺伝子組換え)を含む初回化学療法後の維持療法)
 - 本剤の投与開始後2年を経過した時点で完全奏効が得られている患者においては、本剤の投与を中止すること。
 - ペバシズマブ(遺伝子組換え)の投与期間等について、「17. 臨床成績」の項の内容を熟知し、本剤の有効性及び安全性を十分に理解した上で投与すること。
(BRCA遺伝子変異陽性の遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌)
 - 他の抗悪性腫瘍剤との併用について、有効性及び安全性は確立していない。
 - 外科的又は内科的去勢術と併用しない場合の有効性及び安全性は確立していない。

8. 重要な基本的注意

- 骨髄抑制があらわれることがあるので、本剤投与開始前及び投与中は定期的に血液検査を行い、患者の状態を十分に観察すること。【11.1.1. 骨髄抑制】

10. 相互作用

- 本剤は、主にCYP3A4により代謝される。【16.4 薬理】
- 10.2 併用注意(併用に注意すること)

	薬剤名等
強いCYP3A阻害剤	イトラコナゾール、トリナビル、ポリコナゾール等【16.7.1 参照】
中程度のCYP3A阻害剤	シプロフロキサシン、ジフルチアゼム、エリスロマイシン、フルコナゾール、ペラパミル等【16.7.1 参照】
グレープフルーツ含有食品	
CYP3A誘導剤	リファンピシン、カルバマゼピジン、フェニバルビタール、フェニトイン、セイヨウオトギリソウ(St. John's Wort) 含有食品等【16.7.2 参照】

11. 副作用

次の副作用があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

- 11.1 重大な副作用
(白金系抗悪性腫瘍剤感受性の再発卵巣癌における維持療法)
- 11.1.1 骨髄抑制
貧血(33.7%)、好中球減少(14.4%)、白血球減少(12.1%)、血小板減少(8.8%)、リンパ球減少(7.4%)等があらわれることがある。【8.1 参照】
- 11.1.2 間質性肺疾患(0.9%)
- 11.2 その他の副作用

	10%以上
消化器	悪心(53.2%)、嘔吐、下痢、食欲減退、味覚異常
全身	疲労・無力症

21. 承認条件

- 医薬品リスク管理計画を策定の上、適切に実施すること。
(白金系抗悪性腫瘍剤感受性の再発卵巣癌における維持療法)
- 国内での治験症例が極めて限られていることから、製造販売後、一定数の症例に係るデータが集積されるまでの間は、全症例を対象に使用成績調査を実施することにより、本剤使用患者の背景情報を把握するとともに、本剤の安全性及び有効性に関するデータを早期に収集し、本剤の適正使用に必要な措置を講じること。

- 詳細は添付文書をご参照下さい。
- 添付文書の改訂にご留意下さい。

製造販売元【文献請求先】

アストラゼネカ株式会社

大阪市北区大深町3番1号

TEL 0120-189-115

(株) 住友化学フーズ(株) メディカルインフォメーションセンター

2021年11月作成

OLYMPUS

Reborn Flex Gives You Insight



製造販売元: オリンパスメディカルシステムズ株式会社
販売名: ENDOEYE FLEX 3D 先端湾曲ビデオスコープ OLYMPUS LTF-S300-10-3D 229ABBZX00107000 医療機器番号

HD画質で3D観察が可能な先端湾曲ビデオスコープ

ジョイスティックハンドルの採用

- ・直感的な操作とスムーズな視野展開が可能
- ・エルゴノミックデザインにより、両手でも片手でも安定した操作が可能

ホールド機能

- ・快適でスムーズな操作性を実現

ENDO EYE FLEX 3D

オリンパスマーケティング株式会社

www.olympus.co.jp

子宮頸部の撮影をはやく、簡単に、精細に

臨床現場の声から生まれた子宮頸部観察／撮影用カメラ。

コンパクトかつ利便性を追求した専用スタンドと一緒に使うことにより操作性が高まります。

手軽に扱える診療ツールとして医師をサポートします。

子宮頸部観察／撮影用カメラ

コルポカメラ

DZ-C100

●一般医療機器(クラスI) 特定保守管理医療機器
医療機器届出番号:06B2X10006000003

■ワンシャッターで通常/グリーン/偏光の3種類の画像を撮影

■液晶モニターのタッチ操作でピント合わせ、撮影操作が簡単

新発売



[収納時]



高さ
924mm

直径513mm

フリーアーム付専用スタンド

カメラスタンド

CST-100M

- アーム可動範囲300mmで上下左右前後スムーズに可動
- キャスター(ストッパー付)で移動・固定が簡単
- 収納しやすいコンパクト設計

コルポカメラ+カメラスタンド同時購入

同時購入価格 ¥1,867,800 (税抜 ¥1,698,000)

■コルポカメラ DZ-C100単体価格 ¥657,800 (税抜 ¥598,000)

■カメラスタンド CST-100M単体価格 ¥1,427,800 (税抜 ¥1,298,000)



[使用イメージ]

コルポカメラ 試用貸出キャンペーン WEBにて受付中!

カシオ計算機株式会社
〒151-8543 東京都渋谷区本町1-6-2

機能・操作・
購入先等のご相談

03-5334-4613

(受付時間) 月曜日～金曜日
AM9:00～PM5:00 (土・日・祝日・弊社指定休業日は除く)

貸出受付および製品の詳細・ご購入はこちら
https://dz-image-store.casio.jp/ob_gyn

コルポカメラ

検索



クオリティーの向上



人がいる、
心がある、
医療に貢献。

ISO 9001:登録企業



Registered
to ISO 9001



誠実・医療に奉仕

共立医科器械株式会社

●本社 〒020-0013 岩手県盛岡市愛宕町15-9 TEL (019) 623-1205 (代) FAX (019) 653-5301

水沢支店 〒023-0826 岩手県奥州市水沢中田町4-38 TEL (0197) 25-6221 (代) FAX (0197) 25-6223

さんりく営業所 〒026-0046 岩手県釜石市桜木町1-6-41 TEL (0193) 23-0491 (代) FAX (0193) 23-0976

八戸支店 〒039-1166 青森県八戸市根城3-18-3 TEL (0178) 43-2923 (代) FAX (0178) 44-1957

弘前営業所 〒036-8062 青森県弘前市大字青山4-20-3 TEL (0172) 55-5081 FAX (0172) 55-5082

青森営業所 〒030-0811 青森県青森市青柳1-8-19 TEL (017) 718-3205 FAX (017) 718-3206

六ヶ所営業所 〒039-3212 青森県上北郡六ヶ所村大字尾駁字野附1-35 TEL (0175) 71-1170 FAX (0175) 71-1171

秋田営業所 〒010-0041 秋田県秋田市広面字川崎107-3 TEL (018) 884-7464 FAX (018) 884-7465

共立サポートセンター

〒020-0813 岩手県盛岡市東山2-3-12 TEL (019) 652-8988 FAX (019) 623-4161

矢巾営業所 〒028-3609 岩手県紫波郡矢巾町医大通二丁目1番12号 TEL (019) 613-6771 FAX (019) 613-6772

■医療機器 ■医療情報システム ■病・医院諸設備 ■理化学分析機器
■バイオテクノロジー機器 ■環境分析機器 ■実験動物機器

<http://www.kmic.co.jp/>

INNOVATING
WITH
**PATIENTS
AND
PROVIDERS**
IN MIND



より良い医療の実現を目指して

Further, Together
共に医療を次のレベルへ

medtronic.co.jp

コヴィディエンジャパン株式会社

Medtronic



KONICA MINOLTA

コンパクトとユーザビリティを追求した
女性診療用の新スタンダードエコー

誕 | 生



SONOVISTA GX30

SONOVISTA FX premium editionのワークフローと視野角220度の経腔プローブを継承、
さらにコニカミノルタらしさを加え、患者様の負担軽減と検査効率の向上を目指しました。

やさしい
かたち

限られたスペースでも
最適なレイアウトを実現する

**コンパクト
デザイン**

使い
やすさ

スループットの向上を
サポートする

**直感的な
インターフェイス**

高画質

ワンクラス上の
画像性能を実現する

**独自開発のプローブと
画像エンジン**

一般的名称：汎用超音波画像診断装置 販売名：超音波診断装置 SONOVISTA GX30 医療機器認証番号：231ABBZX00001000

●改良のため、仕様および外観は予告なく変更する場合がございます。●ご使用の際は添付文書および取扱説明書を必ずお読みください。●「SONOVISTA」「ソノビスタ」は、日本におけるコニカミノルタ株式会社の登録商標です。

製造販売元 **コニカミノルタ株式会社** 販売元 **コニカミノルタジャパン株式会社** 〒105-0023 東京都港区芝浦1-1-1 TEL : 03-6324-1080 <https://www.konicaminolta.jp/healthcare/index.html>

新発売



天然型黄体ホルモン製剤

薬価基準収載

エフメノ[®] カプセル100mg

F-meno[®] capsules **100mg** プロゲステロンカプセル

処方箋医薬品 (注意一医師等の処方箋により使用すること)

®: 登録商標 (BESINS HEALTHCARE LUXEMBOURG S.A.R.L. 所有)

「効能又は効果」「用法及び用量」「禁忌を含む使用上の注意」等につきましては、添付文書をご参照ください。



製造販売元(輸入)、文献請求先及び問い合わせ先

富士製薬工業株式会社

富山県富山市水橋辻ケ堂1515番地

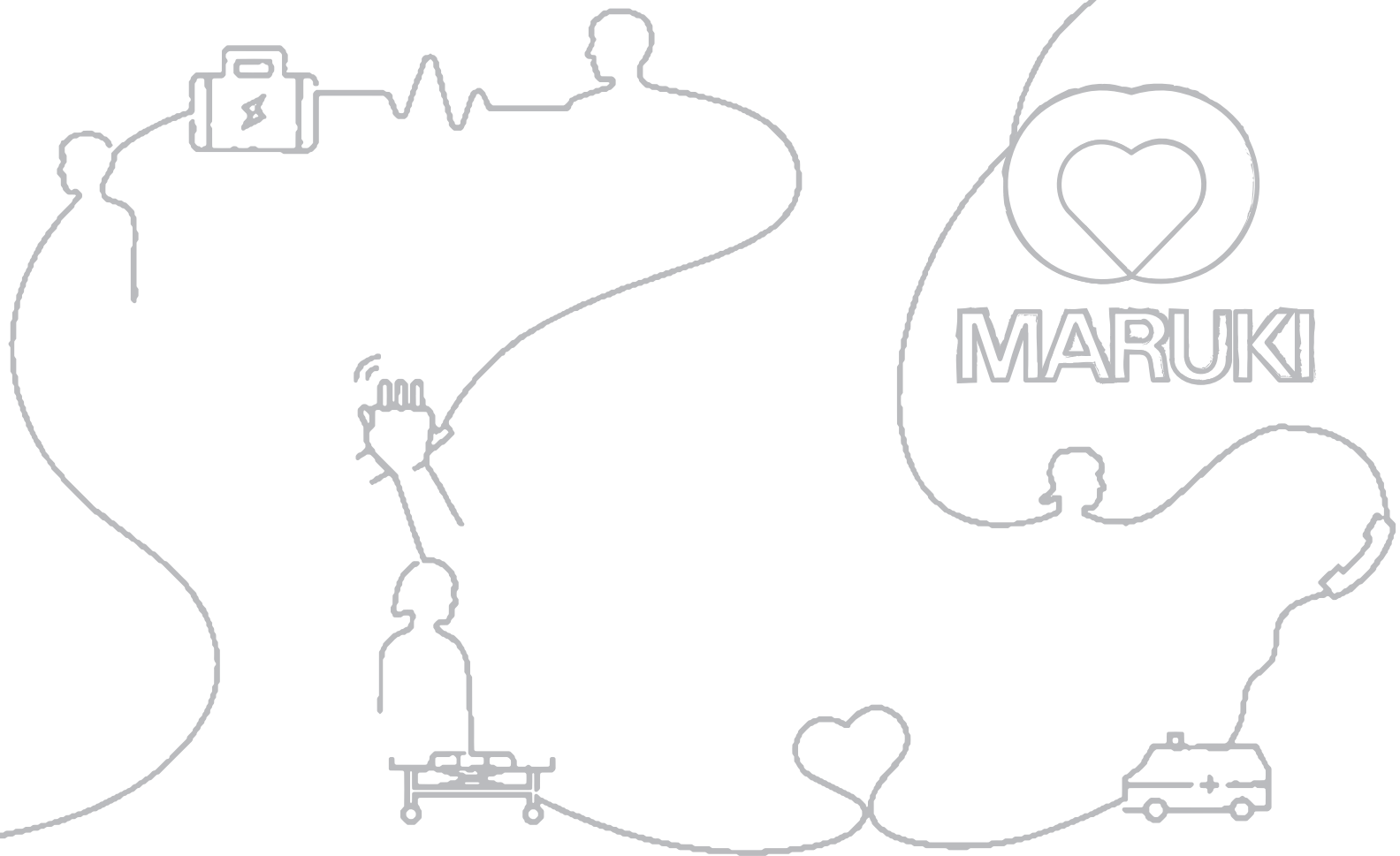
TEL.0120-956-792(富山工場 学術情報課)

2021年11月作成

MARUKIは、

最新の情報と質の高いサービスの提供を通して

地域医療の発展に貢献して参ります



丸木医科器械株式会社

Maruki Medical Systems Inc.

- | | |
|--|----------------------|
| ■仙台支店 / 〒981-1105 宮城県仙台市太白区西中田3-20-7 | TEL 022-242-6001 (代) |
| ■山形支店 / 〒990-2338 山形県山形市蔵王松ヶ丘2-2-22 | TEL 023-695-3000 (代) |
| ■庄内営業所 / 〒998-0875 山形県酒田市東町1-26-8 | TEL 0234-23-7566 (代) |
| ■鶴岡営業所 / 〒997-0046 山形県鶴岡市みどり町12-10 コアビル202 | TEL 0235-29-1377 (代) |
| ■岩手支店 / 〒028-3621 岩手県紫波郡矢巾町大字広宮沢第五地割313番 | TEL 019-698-1567 (代) |
| ■水沢営業所 / 〒023-0003 岩手県奥州市水沢佐倉河字電神2-3 | TEL 0197-25-7703 (代) |
| ■秋田営業所 / 〒010-1417 秋田県秋田市四ツ小屋字中野64-1-B-13 | TEL 018-889-6400 (代) |
| ■秋田南営業所 / 〒013-0043 秋田県横手市安田字越廻37 | TEL 0182-33-4751 (代) |
| ■八戸営業所 / 〒039-1165 青森県八戸市石堂2-29-6-102 | TEL 0178-21-8009 (代) |
| ■気仙沼出張所 / 〒988-0053 宮城県気仙沼市田中前3丁目6-8 メイプルハイツB号 | FAX 0226-22-0880 |

Life

with



ASKA

あすか製薬は1920年の創立以来、産婦人科領域の医薬品を積極的に開発してきました。

これからも、よりよい医薬品の提供を通じ、医療関係者の皆さまとともに、

女性の健康を、ご家族のしあわせを、力強くサポートします。



〒108-8532 東京都港区芝浦二丁目5番1号

2018年4月作成

産科出血の初期対応に大切なこと。

バルケア[※]

バルーン&フィブケア

アトムメディカルは、出血による妊産婦死亡リスクの減少を目指した製品開発をしております。

※バルケアは、「アトム子宮止血バルーン」と「FibCare」を合わせた造語です。

まず
入れる



子宮用止血バルーンカテーテル

アトム子宮止血バルーン

製品ページをご覧ください ▶

販売名:アトム子宮止血バルーン
承認番号:30100BZX00075000



すぐ
測る



POCT フィブリノゲン分析装置

FibCare

製品ページをご覧ください ▶

販売名:血液凝固分析装置FibCare
届出番号:14B3X000010000KP
製造販売元:株式会社エイアンドティー



アトムメディカル株式会社

本社:〒113-0033 東京都文京区本郷3-18-15
<https://www.atomed.co.jp>

お問い合わせ総合窓口【カスタマーサポート】

☎ 0800-111-6050
03-6388-9887

受付時間 平日9:00~17:00

おいしさと健康

Glico



赤ちゃんのために、
ミルクにこめた
10の愛。



1. 母乳のように飲んでほしいから、母乳をお手本にした「味」

2. 赤ちゃんの発育を考えた、「母乳に近い栄養成分^{※1}」

※1 脂質、炭水化物、ナトリウム

3. 母乳と同程度の赤ちゃんにやさしい「塩分量」

4. 日本初!^{※2}発育に大切な「ヌクレオチド」^{※3}配合

※2 国内のメーカーで初めて

※3 5'-シチジル酸、5'-ウリジル酸ナトリウム、5'-アデニル酸、5'-イノシン酸ナトリウム、5'-グアニル酸ナトリウム

1. 幼児期にとってほしい! 栄養を「フォロー」

2. 牛乳にはわずかししか含まれない「鉄分」配合

3. 食事ではとりづらい「カルシウム」配合

4. カルシウムの吸収を助ける「ビタミンD」配合

＼他にもいろいろ! / 10のアイオリティ公開中!

アイクレオ

検索

◎商品に関するお問い合わせ先: グリコお客様センター ☎ 0120-964-369 (受付時間 9:00~18:30)

江崎グリコ株式会社

san-ou
medical equipment

医科器械 医院設備・健康機器・福祉機器関連

株式会社 三 櫻

盛岡営業所

盛岡市門二丁目18番8号 TEL019-625-3030

秋田営業所

秋田市川尻新川町6番14号 TEL018-824-6771

本 社

盛岡市名須川町24番1号 TEL019-624-1488

Quick
&
Correct

医学の進歩と未来を支える、

信頼の医療パートナー

いつも身近にお手伝い

san-ou.co.jp

いつもを、いつまでも。

あたり前のようにつづく毎日ほど、

かけがえのないものはない。


私たちは、“いつも”を支える力になりたい。

大切な“いつも”が失われた時、

強く取り戻す力を届けたい。

いつもを、いつまでも。

私たち大鵬薬品ひとりひとりの願いです。

 大鵬薬品



HEART TO HEARD

Serioなら産科部門の
業務をスムーズに変える


トイツ

Toitu Perinatal Management System
周産期管理システム

—— セリオ ——
Serio

HM-8000

基幹電子カルテと連携し
業務フローに適した
運用・管理を実現します。

トイツ株式会社

<http://www.toitu.co.jp>

※トイツのSerioは産科特有の情報を同一メーカーで
一元管理できるシステムです

☎150-0021 東京都渋谷区恵比寿西1-5-10 TEL.(03)3496-1121(代)



NK

Speciality, Biosimilar & Generic

婦人科領域の製品

抗悪性腫瘍剤 創薬・処方薬医薬品*

ハイカムチン[®]注射用 1.1mg

ノギデカン塩酸塩製剤



抗悪性腫瘍剤 創薬・処方薬医薬品*

ランダ[®]錠

10mg/20mL
25mg/50mL
50mg/100mL

シスプラチン製剤



抗悪性腫瘍剤 創薬・処方薬医薬品*

ラストレット[®]S

50mg・50mg

エトシド製剤

抗悪性腫瘍剤 創薬・処方薬医薬品*

カルボプラチン点滴静注液 50mg・150mg・450mg「NK」

日本薬局方 カルボプラチン注射液

抗悪性腫瘍剤 創薬・処方薬医薬品*

パクリタキセル[®]注 30mg/5mL

100mg/16.7mL 「NK」

パクリタキセル製剤

代謝拮抗性抗悪性腫瘍剤 創薬・処方薬医薬品*

ゲムシタピン点滴静注用 200mg・1g「NK」

点滴静注用ゲムシタピン塩酸塩

ゲムシタピン点滴静注液 200mg/5mL「NK」

1g/25mL 「NK」

ゲムシタピン塩酸塩注射液

抗悪性腫瘍剤 創薬・処方薬医薬品*

ドキシルピリン[®]塩酸塩注射用 10mg・50mg「NK」

日本薬局方 注射用ドキシルピリン塩酸塩

*注意・医師等の処方箋により使用すること



文献請求先及び
問い合わせ先

日本化薬株式会社

東京都千代田区丸の内二丁目1番1号

日本化薬 医薬品情報センター

日本化薬 医療従事者向け情報サイト

0120-505-282 (フリーダイヤル)

<https://mink.nipponkayaku.co.jp>

※効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

薬価基準収載

'20.10作成

新しい 生きるを、 創る。

独自技術で難病に挑み、
ひとりの「生きる」に希望をとどける。
ユニークな機能性食品で、
みんなの「生きる」を健やかにする。
新しい時代の、新しい生きるを、
わたしたちは、創っていく。

健康未来、創ります
日本新薬



～鏡視下手術用 臓器牽引補助器具～

ベアパックスル

用途 臓器を牽引する縫合糸を体外へ誘導する器具です。



監修:愛知県がんセンター 消化器外科
三澤 一成 先生



先端のループ
ワイヤー画像

3つの特徴

- ①低価格:1個3,600円(標準価格)を実現しました。
- ②低侵襲:針は18Gで、体表の皮膚切開が不要ですので、傷跡を最小限にすることができます。
- ③操作性:日本人の腹壁の厚さと腹腔内操作をより安全に行えるよう針の長さを7cmにしました。



株式会社ベアーメディック

本社工場 〒319-3526 茨城県久慈郡大子町大子1361
東京営業所 〒113-0034 東京都文京区湯島2-31-24 湯島ベアービル
TEL. 03-3818-4041 (代) FAX. 03-3818-4042
<http://www.bearmedic.co.jp>
e-mail: info@bearmedic.co.jp

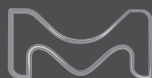


その他の商品に関する情報はホームページをご覧ください。

MERCK FERTILITY PORTFOLIO CONNECTING THE DETAILS FOR LIFE

わたしたちが提供する
治療法、テクノロジー、そしてサポートサービス

わたしたちは、新しいのちへとつながる、
そのすべての大切なディテールに全力で取り組んでまいりました。
これまでの不妊治療領域で培った経験をもとに、
今後も実績に裏づけされた革新的ソリューションの提供を通じ、
不妊治療のあらゆるシーンをサポートしていきます。



2021年10月作成
JP-FERT-00076

MERCK



牛乳たんぱく質の消化負担を母乳に近づけた

「母乳のようにやさしいミルク」です。

全国13大学20施設で大規模な哺育試験を実施し、栄養学的な有用性を確認しています。

E赤ちゃんの特長

- ① すべての牛乳たんぱく質をペプチドとすることで、ミルクのアレルゲン性を低減し、乳幼児の消化負担に配慮。
- ② 当社独自の製造方法により、風味良好なペプチドを配合。
- ③ 母乳に含まれるラクトフェリン(消化物)、ルテイン、3種類のオリゴ糖など、母乳に近づけた成分組成。※「森永はぐくみ」と同等
- ④ 乳清たんぱく質とカゼインとの比率を母乳と同等とし、母乳に近いアミノ酸バランスを実現。
- ⑤ 乳糖主体の糖組成で、浸透圧も母乳と同等。

ママたちの投票で選ばれました / ☆2016年マザーズセレクション大賞受賞☆



大缶 800g



エコらくパックつかえ用 800g(400g×2個)

森永 E赤ちゃん 0カ月~1歳頃まで

*本品はすべての牛乳たんぱく質を消化してありますが、ミルクアレルギー疾患用ではありません。

妊娠・育児情報サイト「はぐくみ」 <https://ssl.hagukumi.ne.jp>

森永乳業



地域医療に貢献

医療設備・医療機器・医薬品・介護福祉機器の販売及びアフターサービス

レジットメディカル株式会社

- | | | |
|----------|----------------------------------|------------------|
| ◆本社 | 〒030-0948 青森県青森市虹ヶ丘 1-5-6 | TEL 017-744-5555 |
| ◆岩手支店 | 〒020-0891 岩手県紫波郡矢巾町流通センター南 1-7-7 | TEL 019-637-0541 |
| ◆青森営業所 | 〒030-0941 青森県青森市自由ヶ丘 2-20-40 | TEL 017-743-0052 |
| ◆弘前城東営業所 | 〒036-8095 青森県弘前市城東 4-5-1 | TEL 0172-28-5555 |
| ◆弘前相良営業所 | 〒036-8211 青森県弘前市相良町 3-1 | TEL 0172-33-0600 |
| ◆八戸営業所 | 〒031-0803 青森県八戸市諏訪 1-1-5 | TEL 0178-47-1033 |
| ◆五所川原営業所 | 〒037-0033 青森県五所川原市鎌谷町 14-1 | TEL 0173-26-6758 |