

集え！産科婦人科学の

醍醐味を語り合おう

第70回 北日本産科婦人科学会 総会・学術講演会

[2023.9.23^{SAT} - 24^{SUN}]

会長 **横山 良仁** 弘前大学大学院医学研究科
産科婦人科学講座 教授

会場 **アートホテル弘前シティ**
〒036-8004 青森県弘前市大町1丁目1-2

開催形式：現地開催

◆事務局
弘前大学大学院医学研究科 産科婦人科学講座
〒036-8562 青森県弘前市在府町5

◆運営事務局
日本コンベンションサービス株式会社 東北支社
〒980-0824 仙台市青葉区支倉町4-34丸金ビル6階
E-mail : kitanihon70@convention.co.jp

プログラム・抄録集

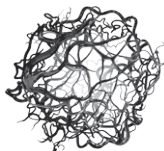
URL <https://site2.convention.co.jp/kitanihon70/>

すべての革新は患者さんのために



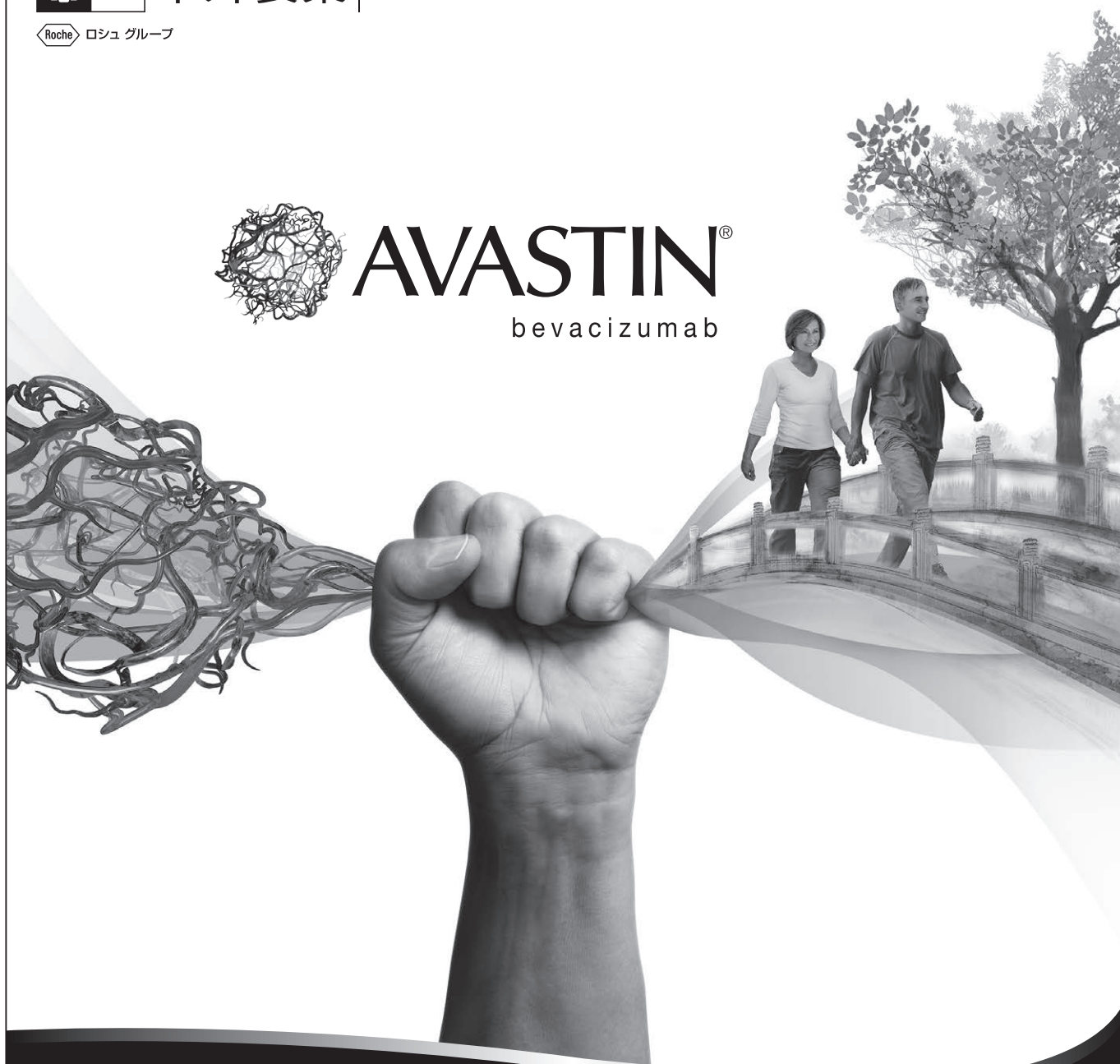
中外製薬

Roche ロシュグループ



AVASTIN®

bevacizumab



日本標準商品分類番号 874291

抗悪性腫瘍剤 抗VEGF^{注1)}ヒト化モノクローナル抗体
生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品^{注2)}

薬価基準収載

アバスタチン® 点滴静注用 **100mg/4mL**
400mg/16mL



ベバシズマブ(遺伝子組換え) 注

注1) VEGF: Vascular Endothelial Growth Factor(血管内皮増殖因子)

注2) 注意-医師等の処方箋により使用すること

※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は電子化された添付文書をご参照ください。

製造販売元



中外製薬株式会社

〒103-8324 東京都中央区日本橋室町2-1-1

〔文献請求先及び問い合わせ先〕 メディカルインフォメーション部
TEL.0120-189-706 FAX.0120-189-705

〔販売情報提供活動に関する問い合わせ先〕
<https://www.chugai-pharm.co.jp/guideline/>

Roche ロシュグループ

2022年3月作成

第70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 2023年9月23日^土・24日^日

会場 アートホテル弘前シティ

会長 横山 良仁 (弘前大学大学院医学研究科 産科婦人科学講座)

ご挨拶



第70回北日本産科婦人科学会 総会・学術講演会

会長 **横山 良仁** (弘前大学大学院医学研究科 産科婦人科学講座)

令和5年9月23日、24日に弘前市にて第70回北日本産科婦人科学会学術講演会を開催いたします。過去3年間は、中止(2020年)、完全WEB開催(2021年)、ハイブリット開催(2022年)でございました。コロナ禍にあり学術講演会のあり方が問われている昨今でございます。オンラインでも学習はできるものの人的交流は叶いません。学術講演会は、的を射る質問とスマートな回答、このやり取りが科学者としての医師の素質を伸ばす醍醐味だと確信しております。そこで本学会のテーマを、「集え！産科婦人科学の醍醐味を語り合おう」にしました。現地開催として鋭意準備中でございます。

産科婦人科学はいうまでもなく、周産期、生殖内分泌、婦人科腫瘍、女性医学の4分野からなりますが、各々の分野は密接に関連しています。生殖内分泌の代表的疾患である多嚢胞性卵巣症候群を例にすると、排卵障害から不妊症になりやすい病態であります。妊娠するとインスリン抵抗性があるため妊娠糖尿病になりやすい(周産期)、元々アンドロゲンが高いため将来2型糖尿病のリスクでもある(女性医学)、エストロゲン優位であるため内膜増殖症を経て高分化類内膜癌になる可能性がある(婦人腫瘍)、このように一つの疾患から女性の健康を守ることが産科婦人科医に課せられた使命と思っています。

コロナ感染が猛威を振るった3年間は、オンラインの利便性を学んだ貴重な期間であったことは否定しません。ITの発達と人間の知恵が結集された賜物と思います。日常では集いながらも黙食をし、マスクをして距離を置いて会話をする。手洗いとアルコール消毒を徹底する。このように感染症に打ち勝つ術も学びました。しかしながら、私たちは人間です。喜ばしい時は皆で祝福し、悲しい時は慰め合う。楽しい時は皆で笑い合う、面と向かって叱られてもなにクソと頑張る。この3年間は、人として喜怒哀楽が希薄になったのではと危惧しています。

学会テーマ「集え！産科婦人科学の醍醐味を語り合おう」によって産科婦人科の魅力伝える発信力の回復に貢献できることを願ってやみません。コロナ前の「普通の」学術集会を開催したいと純粹に思うところです。9月の弘前は、夏のねぶた祭りが終わり10月からの紅葉シーズンを前にして比較的のんびりとした雰囲気です。学術講演会の合間には城下町の風情も是非味わってほしいと願っております。皆様のご来弘を教室員一同お待ちしております。

第70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70回北日本産科婦人科学会総会・学術講演会は現地開催で行います。

2023年9月23日（土）～9月24日（日）

2. 会場

アートホテル弘前シティ

〒036-8004 青森県弘前市大町1丁目1-2

第1会場	3階	エメラルド
第2会場	3階	サファイヤ
第3会場	3階	ダイヤモンド・オパール
総合受付	3階	ホワイエ

3. 参加登録（オンライン登録・決済）

2023年7月3日（月）～9月24日（日）まで

現地参加には「事前参加登録」が必要です。大会HP（<https://site2.convention.co.jp/kitanihon70/index.html>）より参加登録手続きをお済ませください。当日現金での参加登録はできません。事前参加登録（クレジット決済後）をされた方には現地でネームカードを発行するためのQRコードをメールにてご連絡いたします。

参加証と領収書の発行について

	発行方法
ネームカード	取得したQRコードを受付機でスキャンしてお受け取りください。
参加証明書	取得したQRコードを受付機でスキャンしてお受け取りください。 現地でのみお渡しいたします。
領収書	決済完了～9月29日（金）正午までにサービスカウンターにログインの上ご自身でダウンロードしてください。 ※デジタル版のみの発行となります。紙媒体での発行や郵送はいたしかねますのでご了承ください。 ※ダウンロード期日を過ぎてからの発行はできません。決済完了時にダウンロードすることをおすすめします。

ネームカード・参加証明書 発行受付場所：アートホテル弘前シティ 3Fホワイエ

発行時間：9月23日(土) 7:15-19:00

9月24日(日) 7:15-14:30

4. 参加費

参加区分	参加登録
医師・企業	12,000円
初期研修医 ※要証明書必要	無料
学生 ※在学証明書または学生証必要	無料

※コメディカルの方で参加登録をご希望の場合は、運営事務局までメールでご連絡ください。
参加登録、参加費のお支払いについて個別にご案内申し上げます。
参加費は6,000円となります。

運営事務局：kitanihon70@convention.co.jp

メールをお送りいただく際には、メール本文に（所属先・氏名・所属先の郵便番号、住所）をご記載ください。

※初期研修医および学生の方は証明書のコピーをホームページ上でアップロードしてください。

5. 参加者へのお願いとご注意

専門医研修出席証明には、JSOGアプリのデジタル会員証またはJSOGカードをご使用いただきます。事前にJSOGアプリをダウンロードいただくか、JSOGカードを必ずご持参いただきますよう、お願いいたします。

※e医学会カード（UMINカード）はご使用できませんのでご注意ください。



6. 取得単位について

- 1) 事前にJSOGアプリをダウンロードいただくか、JSOGカードを必ずご持参ください。
- 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) 取得可能な単位の取得条件、最新情報は大会HPでご確認下さい。
- 4) 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：参加者

期 間：2023年9月23日（土）～9月24日（日）

■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：参加者

期 間：2023年9月23日（土）～9月24日（日）

■日本産婦人科医会研修

医会シールが配布されます 1 枚 / 会期に関わらず 1 人 1 枚となります

取得条件：希望者

期 間：2023 年 9 月 23 日（土）～9 月 24 日（日）現地開催

※総合案内でお受け取りください。

■日本産科婦人科学会（共通講習・領域講習・指導医講習会）

取得条件：希望者

期間：2023 年 9 月 23 日（土）～9 月 24 日（日）

単位数は各セッション 1 単位となります。

単位取得を希望される方へ

各セッションの会場入口で JSOG アプリのデジタル会員証または JSOG カードをリーダーにかざしてください。入退出管理をしていますので、開始 10 分までに入室してください。

セッションは最初から最後まで聴講することが必須となります。同時間に開催される別セッションと重複しての聴講はできません。

領域講習

【1 日目 9 月 23 日（土）】

時間	会場名	セッション種別	演題名	講師	承認分野
7:50 ～ 8:50	第 3 会場	東北婦人科腫瘍研究会	卵巣がん治療のマラソン化 ～産婦人科医は良き伴走者となれるか～	中島彰俊	婦人科腫瘍
12:00 ～ 13:00	第 1 会場	ランチオンセミナー 1	変化する月経困難症の診断・管理・薬物療法 ～婦人科特定疾患治療管理料導入から見えてきたもの～	甲賀かをり	生殖内分泌
12:00 ～ 13:00	第 2 会場	ランチオンセミナー 2	遺伝性腫瘍としての卵巣癌 ～ BRACAnalysis と MyChoice で、治療して予防する～	西野幸治	婦人科腫瘍
12:00 ～ 13:00	第 3 会場	ランチオンセミナー 3	PMS/PMDD にどう対応してる？ その実際と一歩前のアプローチ	小川真里子	女性ヘルスケア
14:15 ～ 15:15	第 1 会場	スポンサードセミナー 1	当院の ir-AE マネジメント ～多科・多職種一丸となって取り組む！～	久慈志保	婦人科腫瘍
			転移・再発子宮頸がんの薬物療法 ～セミプリマブの適正使用～	温泉川真由	
14:15 ～ 15:15	第 2 会場	スポンサードセミナー 2	これからの子宮全摘術アプローチ	田村良介	婦人科腫瘍
			これからの低侵襲手術教育 ～エキスパートじゃなくても手術は教えられる～	尾上洋樹	
17:40 ～ 18:40	第 1 会場	特別講演 (イブニングセミナー)	専門領域を横断して婦人科手術を深める	永井智之	婦人科腫瘍
			婦人科悪性腫瘍の難局に対するサルベージ療法の意義	添田周	

領域講習

【2日目 9月24日(日)】

時間	会場名	セッション 種別	演題名	講師	単位区分	承認分野
7:50 ～ 8:50	第1会場	モーニング セミナー1	卵巣がんを取り扱う	馬場長	領域講習	婦人科腫瘍
			PARP 阻害薬を用いた進行卵巣がんの治療戦略	松村由紀子		
7:50 ～ 8:50	第2会場	モーニング セミナー2	妊娠初期の胎児超音波検査	金井麻子	領域講習	周産期
9:00 ～ 10:00	第1会場	招請講演2	脱落膜化の分子メカニズム	杉野法広	領域講習	生殖内分泌
12:00 ～ 13:00	第1会場	ランチョン セミナー4	妊産婦における鉄欠乏性貧血管理の重要性	落合大吾	領域講習	周産期
12:00 ～ 13:00	第2会場	ランチョン セミナー5	臨床医が理解しておくべき婦人科がん取扱い規約改訂のポイント	山上亘	領域講習	婦人科腫瘍
12:00 ～ 13:00	第3会場	ランチョン セミナー6	婦人科疾患に対する GnRH 受容体を標的とした治療法と今後の展望	長阪一憲	領域講習	生殖内分泌

共通講習

【1日目 9月23日(土)】

時間	会場名	セッション 種別	演題名	講師	単位区分	承認分野
13:10 ～ 14:10	第1会場	招請講演1	健康行動に腰が重い人を動かすには？ ナッジのエビデンスと実践	竹林正樹	共通講習	医療安全 (10)以上の医療安全に関する項目と関連する事項
16:30 ～ 17:30	第1会場	教育講演	命とオカネ？命かオカネ？費用対効果評価と価値評価	五十嵐中	共通講習	医療経済(保健医療に関するものを含む)/ (6)上記以外の医療経済に関連する事項

指導医講習会

【2日目 9月24日(日) 13:35～15:05 第1会場】

演題名	講師	単位区分	承認分野
日本産科婦人科学会でなゼリプロダクティブヘルス普及推進委員会を立ち上げたのか	木村正	指導医講習会	女性ヘルスケア
SRHR と Gender equality ～ジェンダーギャップ116位に挑むのは誰か～	種部恭子		
経口中絶薬と母体保護法	石谷健		

■日本医師会 / 生涯教育制度

取得条件：希望者

期 間：2023年9月23日（土）～9月24日（日）現地開催

日本医師会生涯教育制度の単位を取得いただけます。取得可能なカリキュラムコードと単位数は以下をご確認ください。

会場名	日時	演題および講師	単位数	カリキュラム内容	
				コード	カリキュラム名
第1会場 エメラルド	9月23日(土) 13:10~14:10	招請講演 1 健康行動に腰が重い人を動かすには？ ナッジのエビデンスと実践 竹林 正樹	1	5	心理社会的アプローチ
	9月23日(土) 16:30~17:30	教育講演 命とオカネ？命かオカネ？費用対効果評価と価値評価 五十嵐 中	1	7	医療の質と安全
	9月24日(日) 9:00~10:00	招請講演 2 脱落膜化の分子メカニズム 杉野 法広	1	0	最新のトピックス・その他
	9月24日(日) 13:35~15:05	指導医講習会 日本産科婦人科学会でなぜリプロダクティブヘルス普及推進委員会を立ち上げたのか 木村 正 SRHR と Gender equality ～ジェンダーギャップ116位に挑むのは誰か～ 種部 恭子 経口中絶薬と母体保護法 石谷 健	1.5	9	医療情報

日本医師会の単位取得を希望される方へ

- 1) 各セッションの会場入口で「受講確認票」をお受け取りください。入退出管理をしていますので、開始10分までに入室してください。
- 2) 所属医師会県名、医籍登録番号、所属医療機関名、連絡先（電話番号、メールアドレス）をご記入いただき、会場退出時に係員に「受講確認票」を提出してください。引き換えに受講証をお渡しします。「受講確認票」を提出されない場合、単位付与が行われませんので、忘れずに提出をお願いします。

■関連会同等

■北日本産科婦人科学会役員会

日 時：2023年9月24日（日）7：00～7：40

会 場：アートホテル弘前シティ 12階 スカイバンケット

■北日本産科婦人科学会総会

日 時：2023年9月24日（日）13：10～13：30

会 場：アートホテル弘前シティ 3階 第1会場 エメラルド

■J-MELS 講習会

開催日時：2023年9月24日（日）10：00～14：00

※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してください。

会 場：アートホテル弘前シティ 12階 スカイバンケット

問い合わせ先：日本母体救命システム普及協議会

jcimels@gmail.com

■母体保護法指定医師研修会

開催日時：2023年9月23日（土）15：25～16：25

※事前登録は不要です。学会の参加登録があれば自由参加です。参加者には専門医共通講習-医療倫理（1単位）が付与されます。

会 場：アートホテル弘前シティ 3階 第1会場 エメラルド

■講演発表

1. 座長の皆様へ

1. 口演座長の受付はございません。担当セッション開始15分前までに会場内の「次座長席」へご着席ください。
2. セッション開始、終了のアナウンスはしませんので、定刻になりましたら、セッションの進行をお願いいたします。
3. セッション中は発表・討論時間を遵守いただき、円滑なプログラム進行にご協力いただきますようお願いいたします。

2. 演者の皆様へ

1. 発表時間

発表時間について

各セッションの発表・討論等の時間は下記のとおりです。

プログラムの進行に支障のないよう発表時間は厳守してください。

特別講演	個別にご案内いたします。
招請講演	
スポンサードセミナー	
一般演題（口演）	発表6分・質疑2分

2. 発表形式

PC プレゼンテーション（1面）のみとします。

ご口演は、データの持込み・PCの持込みどちらでも可能です。Macintoshをご利用の方は、ご自身のPC持込みを推奨します。

3. PC 受付

場 所：アートホテル弘前シティ 3階「エメラルド横」

日 時：9月23日（土） 7:15～17:30

9月24日（日） 7:15～13:30

※ご担当セッションの開始40分前までにPC受付にお越しいただき、発表データの試写を行い、データをお預けください。

4. 発 表

- ・演者は担当セッション開始時刻の10分前までに、講演会場左手前方の次演者席にご着席ください。
- ・演台にモニター、マウス、キーパッドを用意いたしますので、演者自身の操作で進めてください。
- ・発表時間の終了1分前に黄ランプ、終了は赤ランプでお知らせいたします。
- ・討論時間については座長の指示に従ってください。
- ・お預かりしたデータは会終了後に責任を持って消去させていただきます。

5. 口演発表データ作成方法

【PC 発表（PowerPoint）データ持込みによる発表の場合】

- 1) スライドのサイズは16:9で作成ください。口頭発表は、すべてPC発表（PowerPoint）のみといたします。
- 2) PC発表（PowerPoint）データは、Microsoft PowerPoint 2019以降のバージョンで作成してください。
※規定外のバージョンで作成された発表データは、表示に不具合が生じる可能性があります。
- 3) PC発表（PowerPoint）データは、作成に使用されたPC以外でも必ず動作確認を行っていただき、USBフラッシュメモリーにてご持参ください。
- 4) フォントは特殊なものではなく、PowerPointに設定されている標準フォントをご使用ください。また、ご自身のPC以外でも文字化け等がなくデータを読み込めるかどうかを事前にご確認ください。

〈データの作成環境〉

アプリケーション：Windows MS PowerPoint 2019、2021

フォント（日本語）：MSゴシック、MSPゴシック、MS明朝、MSP明朝

フォント（英語）：Arial、Century、Century Gothic、Times New Roman

- 5) 発表データは学会終了後、事務局で責任を持って消去します。
- 6) 発表者ツールはご使用できません。

動画を使用する場合、なるべくPowerPoint本体に埋め込み挿入し、動画ファイル単体はWindows標準状態のコーデックで再生できるものを使用してください。

- 7) COI の掲示についてスライドの 2 枚目に利益相反の有無、および利益相反がある場合は企業名を掲示してください。フォーマットはこちらからダウンロードをお願いいたします。<https://convention.box.com/s/g6pkxtcbixxc9ikrjgslualdeumxs0j9>

【パソコン 本体持込による発表の場合】

- 1) Macintosh で作成した場合は、ご自身の パソコン本体持ち込みを推奨します。
- 2) 会場で使用する PC ケーブルコネクタの形状は、HDMI です。この出力端子を持つ パソコンをご用意いただくか、この形状に変換するコネクタを必要とする場合には必ずご持参ください。電源ケーブルもお忘れなくお持ちください。
- 3) 再起動をすることがありますので、パスワード入力は“不要”に設定してください。
- 4) スクリーンセーバーならびに省電力設定は事前に解除しておいてください。

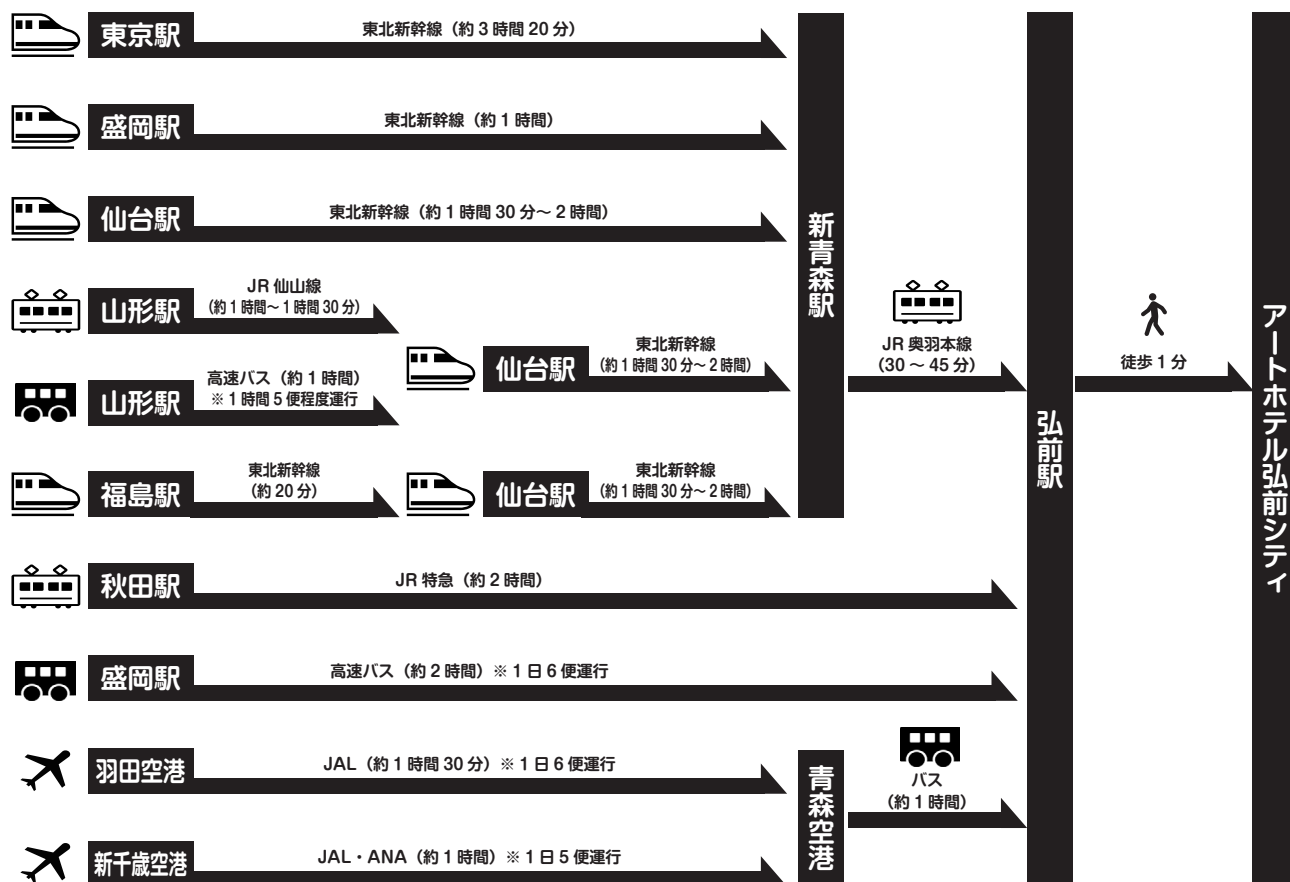
■クロークのご案内

下記の時間、会場 3 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。

2023 年 9 月 23 日（土）7：30～20：15

2023 年 9 月 24 日（日）7：30～15：15

会場までの交通機関



会場および周辺図



アートホテル弘前シティ
 〒 036-8004 青森県弘前市大町 1-1-2
 TEL : 0172-37-0700 (代表)

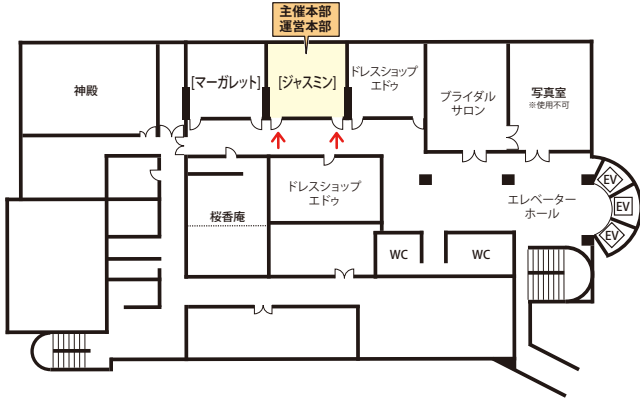
会場案内図

アートホテル弘前シティ 会場案内図

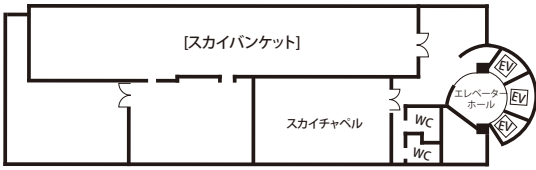
3階



4階



12階



日程表

1日目 9月23日

(領) 領域講習
 (共) 共通講習
 (医) 医師会生涯教育

	第1会場 3F エメラルド	第2会場 3F サファイヤ	第3会場 3F ダイヤモンド/オパール	役員会・講習会 12F スカイバンケット
8:00			7:50~8:50 (領) 東北婦人科腫瘍研究会/ モーニングセミナー 座長：永瀬 智 演者：中島 彰俊 共催：アストラゼネカ株式会社	
9:00	8:50~9:00 開会式 9:00~9:40 優秀演題 婦人科腫瘍 座長：高倉 正博	9:00~9:40 優秀演題 周産期 座長：西郡 秀和	9:00~9:40 優秀演題 手術・診断・生殖・女性医学 座長：渡辺 正	
10:00	9:45~10:25 特別講演1 卵巣痛に対する新規診断・治療法の開発 座長：島田 宗昭 演者：太田 剛			
	10:25~11:05 特別講演2 リンパ管腫瘍と向き合ってきた20年から見えてきたもの 座長：添田 周 演者：小林 範子			
11:00	11:10~11:50 特別講演3 妊娠前の母体の健康と周産期後との関連：エコチル調査より 座長：西島 浩二 演者：中西研太郎			
12:00	12:00~13:00 (領) ランチョンセミナー1 座長：藤原 浩 演者：甲賀かをり 共催：持田製薬株式会社	12:00~13:00 (領) ランチョンセミナー2 座長：八重樫伸生 演者：西野 幸治 共催：ミリアド・ジェネティクス合同会社	12:00~13:00 (領) ランチョンセミナー3 座長：加藤 育民 演者：小川真里子 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	
13:00	13:10~14:10 (共)(医) 招請講演1 健康行動に腰が重い人を動かすには？ ナッジのエビデンスと実践 座長：樋口 毅 演者：竹林 正樹	13:10~13:58 一般演題 周産期 多胎妊娠・分娩管理 座長：山口 明子	13:10~13:58 一般演題 婦人科 子宮頸癌Ⅰ 座長：石橋ますみ	
14:00	14:15~15:15 (領) スポンサードセミナー1 子宮頸がん薬物療法の治療戦略 座長：吉田 好雄 演者：久慈 志保 温泉川真由 共催：サノフィ株式会社	14:15~15:15 (領) スポンサードセミナー2 これからの低侵襲手術とは 座長：齋藤 豪 演者：田村 良介 尾上 洋樹 共催：テルモ株式会社	14:05~14:45 一般演題 婦人科 子宮頸癌Ⅱ 座長：幅田周太郎 14:50~15:30 一般演題 婦人科 子宮体部悪性腫瘍Ⅰ 座長：井平 圭	
15:00	15:25~16:25 (共) 母体保護法指定医師研修会 座長：樋口 毅 演者：木村 文則	15:25~16:13 一般演題 婦人科 鏡視下手術Ⅰ 座長：渡邊 憲和 16:13~16:53 一般演題 婦人科 鏡視下手術Ⅱ 座長：大沼 利通	15:30~16:10 一般演題 婦人科 子宮体部悪性腫瘍Ⅱ 座長：海道 善隆 16:15~17:19 一般演題 周産期 その他 座長：島 英里	
16:00	16:30~17:30 (共)(医) 教育講演 命とオカネ？命かオカネ？費用対効果 評価と価値評価 座長：田中 創太 演者：五十嵐 中			
17:00	17:40~18:40 (領) 特別講演(イブニングセミナー) 婦人科腫瘍の醍醐味 座長：渡部 洋 演者：永井 智之 添田 周 共催：科研製薬株式会社		17:25~17:57 一般演題 婦人科 卵巣・卵管・腹膜癌Ⅰ 座長：古川 茂宣 17:57~18:37 一般演題 婦人科 卵巣・卵管・腹膜癌Ⅱ 座長：片山 英人	
18:00				
19:00		18:45~ 全員懇親会		

第336回青森県
臨床産婦人科医会

日程表

2日目 9月24日(日)

領 領域講習
指 指導医講習会
医 医師会生涯教育

	第1会場 3F エメラルド	第2会場 3F サファイヤ	第3会場 3F ダイヤモンド/オパール	役員会・講習会 12F スカイバンケット
8:00	7:50～8:50 領 モーニングセミナー 1 座長：吉原 弘祐 演者：松村由紀子 馬場 長 共催：武田薬品工業株式会社	7:50～8:50 領 モーニングセミナー 2 妊娠初期の胎児超音波検査 座長：齋藤 昌利 演者：金井 麻子 共催：GEヘルスケア・ジャパン株式会社		7:00-7:40 役員会
9:00	9:00～10:00 領 医 招請講演 2 脱落膜化の分子メカニズム 座長：横山 良仁 演者：杉野 法広	9:00～9:48 一般演題 周産期 母体合併症 I 座長：馬詰 武		
10:00	10:05～10:53 一般演題 周産期 胎児合併症 座長：松岡 歩	9:48-10:28 一般演題 周産期 母体合併症 II 座長：柴田 健雄	10:05～11:01 一般演題 婦人科 悪性腫瘍・ その他/女性ヘルスケア I 座長：小林 暁子	10:00～14:00 J-MELS 講習会 ※事前申込要定員 18 名 詳しくは学会 HP を ご確認ください。
11:00	10:53～11:49 一般演題 周産期 産科出血 座長：松澤由記子	10:35～11:39 一般演題 婦人科 良性疾患 座長：清水 大	11:01～11:49 一般演題 婦人科 悪性腫瘍・ その他/女性ヘルスケア II 座長：島 友子	
12:00	12:00～13:00 領 ランチョンセミナー 4 座長：寺田 幸弘 演者：落合 大吾 共催：日本新薬株式会社	12:00～13:00 領 ランチョンセミナー 5 座長：渡利 英道 演者：山上 巨 共催：MSD 株式会社 / エーザイ株式会社	12:00～13:00 領 ランチョンセミナー 6 座長：藤森 敬也 演者：長阪 一憲 共催：あすか製薬株式会社	
13:00	13:10～13:30 総会			
14:00	13:35～15:05 指 医 指導医講習会 婦人科医必修！SRHRを知ろう —日本では何が問題なのか？— 座長：横山 良仁 演者：木村 正 種部 恭子 石谷 健 共催：ラインファーマ株式会社			
15:00	15:05～15:15 閉会式			
16:00				
17:00				
18:00				
19:00				

各演題名をクリックすると、該当の抄録ページが閲覧できます。

プログラム

第1日目 9月23日

9:45~10:25

特別講演1

第1会場 3F エメラルド

座長：島田 宗昭（東北大学高等研究機構 未来型医療創成センター / 東北大学病院 婦人科）

卵巣癌に対する新規診断・治療法の開発

太田 剛（山形大学 医学部 産婦人科）

10:25~11:05

特別講演2

第1会場 3F エメラルド

座長：添田 周（福島県立医科大学 産科婦人科学講座/地域婦人科腫瘍学講座）

リンパ浮腫患者と向き合って ～模索してきた20年から見えてきたもの～

小林 範子（北海道大学病院 婦人科）

11:10~11:50

特別講演3

第1会場 3F エメラルド

座長：西島 浩二（新潟大学医歯学総合病院 総合周産期母子医療センター）

妊娠前の母体の健康と周産期予後との関連：エコチル調査より

中西 研太郎（旭川医科大学 産婦人科学講座）

13:10~14:10

招請講演1

第1会場 3F エメラルド

座長：樋口 毅（弘前大学大学院 保健学研究科 看護学領域）

健康行動に腰が重い人を動かすには？ ナッジのエビデンスと実践

竹林 正樹（青森大学 社会学部）

7:50~8:50

東北婦人科腫瘍研究会/モーニングセミナー

第3会場 3F ダイヤモンド・オパール

座長：永瀬 智（山形大学医学部 産婦人科学講座）

卵巣がん治療のマラソン化～産婦人科医は良き伴走者となれるか～

中島 彰俊（富山大学学術研究部医学系 産科婦人科学教室）

共催：アストラゼネカ株式会社

12:00~13:00

ランチョンセミナー1

第1会場 3F エメラルド

座長：藤原 浩（金沢大学 医薬保健研究域医学系 産科婦人科学）

変化する月経困難症の診断・管理・薬物療法 ～婦人科特定疾患治療管理料導入から見えてきたもの～

甲賀 かをり（千葉大学大学院 医学研究院 生殖医学）

共催：持田製薬株式会社

12:00~13:00

ランチョンセミナー2

第2会場 3F サファイヤ

座長：八重樫 伸生（仙台赤十字病院 産科・婦人科）

遺伝性腫瘍としての卵巣癌 ～BRACAnalysis と MyChoice で、治療して予防する～

西野 幸治（新潟大学大学院 医歯学総合研究科 家族性・遺伝性腫瘍学講座）

共催：ミリアド・ジェネティクス合同会社

12:00~13:00

ランチョンセミナー3

第3会場 3F ダイヤモンド・オパール

座長：加藤 育民（旭川医科大学 産科婦人科学講座）

PMS/PMDD にどう対応してる？その実際と一歩前のアプローチ

小川 真里子（東京歯科大学市川総合病院 産婦人科）

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

子宮頸がん薬物療法の治療戦略

当院の ir-AE マネジメント

～多科・多職種一丸となって取り組む！～

久慈 志保（聖マリアンナ医科大学 産婦人科学）

転移・再発子宮頸がんの薬物療法 ～セミプリマブの適正使用～

温泉川 真由（がん研究会有明病院 婦人科 兼 総合腫瘍科）

共催：サノフィ株式会社

これからの低侵襲手術とは

これからの子宮全摘術アプローチ

田村 良介（青森県立中央病院 産婦人科）

これからの低侵襲手術教育

～エキスパートじゃなくても手術は教えられる～

尾上 洋樹（岩手医科大学 産婦人科学講座）

共催：テルモ株式会社

第 336 回青森県臨床産婦人科医会

15:25~16:25 **母体保護法指定医師研修会**

第1会場 3F エメラルド

座長：樋口 毅（青森県医師会常務理事）

木村 文則（奈良医科大学 産婦人科学講座）

16:30~17:30 **教育講演**

第1会場 3F エメラルド

座長：田中 創太（八戸市立市民病院 産婦人科）

命とオカネ？命かオカネ？費用対効果評価と価値評価

五十嵐 中（横浜市立大学医学群 データサイエンス研究科 / 東京大学大学院薬学系研究科・医薬政策学）

17:40~18:40 **特別講演（イブニングセミナー）**

第1会場 3F エメラルド

座長：渡部 洋（東北医科薬科大学 産婦人科学）

婦人科腫瘍の醍醐味

専門領域を横断して婦人科手術を深める

永井 智之（宮城県立がんセンター 婦人科）

婦人科悪性腫瘍の難局に対するサルベージ療法の意義

添田 周（福島県立医科大学医学部 産科・婦人科学講座 / 地域婦人科腫瘍学講座）

共催：科研製薬株式会社

第2日目 9月24日

9:00～10:00

招請講演2

第1会場 3F エメラルド

座長：横山 良仁（弘前大学大学院医学研究科 産科婦人科学講座）

脱落膜化の分子メカニズム

杉野 法広（山口大学大学院医学系研究科 産科婦人科学講座）

7:50～8:50

モーニングセミナー1

第1会場 3F エメラルド

座長：吉原 弘祐（新潟大学大学院医歯学総合研究科 産科婦人科学）

PARP 阻害薬を用いた進行卵巣がんの治療戦略

松村 由紀子（弘前大学大学院医学研究科 産科婦人科学講座）

卵巣がんを取り扱う

馬場 長（岩手医科大学医学部 産婦人科学講座）

共催：武田薬品工業株式会社

7:50～8:50

モーニングセミナー2

第2会場 3F サファイヤ

座長：齋藤 昌利（東北大学 医学系研究科）

妊娠初期の胎児超音波検査

～妊娠 11-13 にかける情熱～

金井 麻子（旭川医科大学 産婦人科）

共催：GEヘルスケア・ジャパン株式会社

12:00~13:00 **ランチオンセミナー4**

第1会場 3F エメラルド

座長：寺田 幸弘（秋田大学大学院医学系研究科 産婦人科学講座）

妊産婦における鉄欠乏性貧血管理の重要性

落合 大吾（北里大学医学部 産婦人科学「産科学」）

共催：日本新薬株式会社

12:00~13:00 **ランチオンセミナー5**

第2会場 3F サファイヤ

座長：渡利 英道（北海道大学大学院医学研究院 生殖・発達医学分野 産婦人科学教室）

臨床医が理解しておくべき婦人科がん取扱い規約改訂のポイント

山上 亘（慶應義塾大学医学部 産婦人科学教室）

共催：MSD 株式会社 / エーザイ株式会社

12:00~13:00 **ランチオンセミナー6**

第3会場 3F ダイヤモンド・オパール

座長：藤森 敬也（福島県立医科大学医学部 産科婦人科学講座）

婦人科疾患に対する GnRH 受容体を標的とした治療法と今後の展望

長阪 一憲（帝京大学医学部 産婦人科学講座）

共催：あすか製薬株式会社

婦人科医必修！SRHRを知ろうー日本では何が問題なのか？ー

日本産科婦人科学会でなぜリプロダクティブヘルス普及推進委員会を立ち上げたのか

木村 正（大阪大学大学院医学系研究科 産科学婦人科学講座）

SRHR と Gender equality

～ジェンダーギャップ 116 位に挑むのは誰か～

種部 恭子（女性クリニック We! TOYAMA / 富山県議会議員）

経口中絶薬と母体保護法

石谷 健（医療法人社団こうかん会 日本鋼管病院 産婦人科 / 公益社団法人 日本産婦人科医会）

共催：ラインファーマ株式会社

一般演題プログラム

第1日目 9月23日(土)

9:00~9:40

優秀演題 婦人科腫瘍

第1会場 エメラルド

座長：高倉 正博（金沢医科大学）
審査員：田中 創太（八戸市立市民病院 産婦人科）
丸山 英俊（三沢市立三沢病院）

- HS-1-1** 当院における子宮内膜癌・子宮内膜異型増殖症・ポリープ状異型腺筋腫に対する妊孕性温存療法の治療予後
津谷 明香里（秋田大学医学部附属病院 産婦人科）
- HS-1-2** 進行卵巣癌患者における KELIM score と相同組換え修復異常が予後に与える影響について
郷内 雄太（山形大学 医学部 産婦人科）
- HS-1-3** 卵巣癌、卵管癌および腹膜癌患者の難治性腹水成分の解析と腹水濾過濃縮再静注法（CART）による影響の検討
伊藤 理華子（岩手医科大学附属病院 産婦人科）
- HS-1-4** 当院における進行卵巣癌 56 症例の手術完遂度と Predictive index スコアに関する検討
鈴木 美保（新潟大学医歯学総合病院 産科婦人科）
- HS-1-5** 上皮性卵巣癌における plasma gelsolin 発現は NK 細胞機能を阻害する
大沼 利通（福井大学医学部産科婦人科）

9:00~9:40

優秀演題 周産期

第2会場 サファイヤ

座長：西郡 秀和（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）
審査員：田中 幹二（弘前大学医学部附属病院）
尾崎 浩士（青森県立中央病院）

- HS-2-1** 心疾患を有する女性のプレコンセプションケアを考える
- 拳児希望のハイリスク心疾患患者2例の診療経験から -
小川 風吹（富山大学 産科婦人科学教室 / 南砺市民病院 臨床研修センター）
- HS-2-2** 高血圧症を伴わず視覚障害で診断に至った脳幹型 PRES の一例
松井 優祐（JA 北海道厚生連帯広厚生病院産婦人科）
- HS-2-3** 双胎間輸血症候群を含めた一絨毛膜二羊膜双胎児の予後比較検討
田上 和磨（宮城県立こども病院 産婦人科）

HS-2-4 血管外漏出を認める 5cm 超の腔壁外陰血腫において動脈塞栓術は手術療法より有意に輸血量を抑える

高濱 純史 (東北大学病院 産婦人科)

HS-2-5 日本人における帝王切開後の経腔分娩 (VBAC) 予測モデルの適用性検証

菅井 駿也 (新潟大学医歯学総合病院 産科婦人科)

9:00~9:40

優秀演題 手術・診断・生殖・女性医学

第3会場 ダイヤモンドオパール

座長：渡辺 正 (東北医科薬科大学若林病院)

審査員：葛西 剛一郎 (八戸市立市民病院)

横田 恵 (弘前大学医学部附属病院 産科婦人科)

HS-3-1 CT 画像のテクスチャー解析に基づく未熟奇形腫の新たな鑑別診断法の確立

中森 あかり (福井大学医学部附属病院 産科婦人科)

HS-3-2 当院におけるロボット支援腹腔鏡手術と腹腔鏡手術後のクレアチニンキナーゼ上昇に対する検討

外館 綾華 (岩手医科大学 産婦人科学講座)

HS-3-3 当院における VANH 導入の経緯と意義について

氷室 裕美 (仙台市立病院 産婦人科)

HS-3-4 骨盤臓器手術に関わる 3 科合同での横断的 CST の試みについて

加茂 矩士 (福島県立医科大学 産科婦人科学講座)

HS-3-5 獲得採卵数不足は予測可能か

竹原 功 (山形大学)

13:10~13:58

周産期 多胎妊娠・分娩管理

第2会場 サファイヤ

座長：山口 明子 (福島県立医科大学医学部 産科・婦人科学講座)

01-1 出生前に一絨毛膜二羊膜双胎羊膜自然穿破を診断した 2 例

邑本 美沙希 (仙台赤十字病院)

01-2 当院で経験した一絨毛膜一羊膜双胎の 3 例

小葉松 斐 (釧路赤十字病院 産婦人科)

01-3 当院で経験した希少部位異所性妊娠 3 例

門ノ沢 結花 (弘前総合医療センター 産婦人科)

01-4 当院におけるジノプロストン腔内留置用製剤の使用経験

佐野 詩織 (山形大学医学部附属病院 産婦人科)

- 01-5** 超短期的新生児予後に与える Δ pH(臍帯動脈と静脈血液ガス分析値の pH の差)が与える影響
菅野 美沙 (公立岩瀬病院産科婦人科)
- 01-6** 当院の無痛分娩における周産期予後のまとめ
廣兼 綾華 (富山市民病院)

15:25~16:13

婦人科 鏡視下手術 I

第2会場 サファイヤ

座長：渡邊 憲和 (山形大学 医学部 産科婦人科学講座)

- 02-1** BMI 57.5 の高度肥満患者に対して緊急腹腔鏡下手術を行った一例
土川 恵 (旭川医科大学 産婦人科)
- 02-2** 卵巢移動術後に発生した卵巢腫瘍を腹腔鏡下に摘出した2例の検討
南 怜毅 (北海道社会事業協会帯広病院 産婦人科)
- 02-3** S 状結腸憩室炎の波及により生じた左卵管膿瘍から子宮留膿腫に至った1例
藤島 多佳子 (国家公務員共済組合連合会 東北公済病院 産婦人科)
- 02-4** 腹腔鏡下子宮全摘術終了時の腹腔内観察により発見された大腸癌の一例
山本 真 (福井赤十字病院 産婦人科)
- 02-5** 子宮筋層に貫入した LNG-IUS に対して子宮鏡下に摘出した1例
倉井 伶 (新潟県厚生連 長岡中央総合病院 産婦人科)
- 02-6** 子宮内容除去術中に腸管の脂肪垂が摘出され、子宮穿孔および腸管損傷を疑い、鏡視下に修復し得た一例
押切 実波 (岩手県立大船渡病院 産婦人科)

16:13~16:53

婦人科 鏡視下手術 II

第2会場 サファイヤ

座長：大沼 利通 (福井大学医学部 産科婦人科)

- 03-1** 当院におけるロボット支援手術の現状
牛島 倫世 (高岡市民病院 産婦人科)
- 03-2** 当科におけるロボット支援下手術の導入 -Learning curve の視点から
安田 真子 (王子総合病院 産婦人科)
- 03-3** 臍上まで至る巨大卵巢腫瘍に対して経腔的内視鏡手術 (vNOTEs) で付属器切除を行った症例
小山 諒人 (手稲溪仁会病院 初期臨床研修医)

03-04 当院での vNOTES (Transvaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery) の導入について

福長 健史 (山形県立中央病院 産婦人科)

03-05 当院における経腔的内視鏡手術 (vNOTES) の導入と今後の課題

金森 正紘 (津軽保健生活協同組合 健生病院 産婦人科)

13:10~13:58

婦人科 子宮頸癌 I

第3会場 ダイヤモンドオパール

座長：石橋 ますみ (東北大学 医学部 医学科)

04-1 膀胱浸潤を呈した子宮頸癌大細胞神経内分泌癌の一例

山本 早姫 (釧路赤十字病院 産婦人科)

04-2 術前化学療法後の骨盤内臓全摘術により無病生存を維持している子宮頸癌 IVA 期の 1 例

吉本 有希 (総合南東北病院 婦人科)

04-3 MRI が診断の一助となった急性骨髄性白血病寛解後に発生した子宮頸部骨髄肉腫の一例

山口 景子 (北海道大学病院 婦人科)

04-4 維持透析患者の進行子宮頸癌に対し同時化学放射線療法 (CCRT) を施行した一例

北倉 えり茅 (福井大学 産婦人科)

04-5 急速に進行した HPV 非依存性子宮頸部腺癌の 1 例

三上 智香 (弘前大学 医学部 産科婦人科学講座)

04-6 当院における子宮頸癌 II B 期の治療成績と手術症例に関する検討

広多 見和子 (金沢大学附属病院 産科婦人科)

14:05~14:45

婦人科 子宮頸癌 II

第3会場 ダイヤモンドオパール

座長：幅田 周太郎 (札幌医科大学 産婦人科)

05-1 当科における Benvicizumab 併用療法が施行された進行再発子宮頸がん 45 症例の検討

北川 裕太郎 (王子総合病院産婦人科)

05-2 pembrolizumab による薬剤性 Stevens-Johnson 症候群を発症した子宮頸癌再発の一例

成田 悠樹 (青森県立中央病院産婦人科)

05-3 当院における Pembrolizumab と化学療法の併用症例の検討

大塚 遥 (岩手医科大学 産婦人科)

- 05-4** ペムブロリズマブ投与後に SJS 発症しステロイド漸減中に血球貪食症候群を併発した子宮頸癌の一例
細見 信悟 (岩手医科大学 医学部 産婦人科学講座)
- 05-5** 進行再発子宮頸癌に対するペムブロリズマブ併用化学療法の検討
佐々木 秀 (新潟大学医歯学総合病院 産婦人科)

14:50~15:30

婦人科 子宮体部悪性腫瘍 I

第3会場 ダイヤモンドオパール

座長：井平 圭 (北海道大学病院 婦人科)

- 06-1** 外陰部腫瘍と鑑別を要した高異型度子宮内膜間質肉腫の 1 例
亀井 あつこ (岩手県立中央病院 産婦人科)
- 06-2** 子宮原発骨肉腫の 1 例
南 香穂 (日鋼記念病院)
- 06-3** 子宮鏡手術により診断し得た漿液性子宮内膜上皮内癌の 1 例
黒澤 大樹 (東北医科薬科大学若林病院 産婦人科 / 東北医科薬科大学病院)
- 06-4** 子宮体部原発の高分化型脂肪肉腫の一例
森 亘平 (八戸市立市民病院)
- 06-5** 整備不能完全子宮脱から診断された子宮体部癌肉腫の 1 例
松澤 由記子 (東北医科薬科大学 / 鶴岡市立荘内病院)

15:30~16:10

婦人科 子宮体部悪性腫瘍 II

第3会場 ダイヤモンドオパール

座長：海道 善隆 (岩手医科大学 産婦人科学講座)

- 07-1** 子宮鏡下筋腫核出術後に子宮胞巣状軟部肉腫と診断された一例
石井 顕徳 (八戸市立市民病院 産婦人科)
- 07-2** 当院での子宮腫瘍症例の術前 MRI 画像評価についての検討
—子宮肉腫を見逃さないために—
矢澤 里穂 (福島赤十字病院)
- 07-3** 当院における子宮体癌症例の手術待機期間における後方視的検討
古川 茂宜 (福島県立医科大学産科婦人科)
- 07-4** 当院におけるレンバチニブ・ペムブロリズマブ併用療法の使用経験
榊 宏諭 (山形大学 医学部 産科婦人科)

07-5 当院におけるペムプロリズマブ・レンバチニブ併用療法の使用経験

小丸 扶紗子（八戸市立市民病院 産婦人科）

16:15~17:19

周産期 その他

第3会場 ダイヤモンドオパール

座長：島 英里（新潟大学医学部産科婦人科学教室）

08-1 妊娠中期に発症した広汎小腸壊死を伴う絞扼性イレウスの1例

高岡 真佐人（苫小牧市立病院 産婦人科）

08-2 人工妊娠中絶後に発症した子宮動静脈奇形に対して子宮動脈塞栓術を行った一症例

金子 愛（長岡赤十字病院 産婦人科）

08-3 Long term tocolysis をフィブロンекチン測定から考える

佐藤 雄翔（福島県立医科大学 産科婦人科学講座）

08-4 自然分娩時に生じた新生児頭蓋内出血の1例

四釜 真子（仙台市立病院 産婦人科）

08-5 COVID-19 流行の前後における当院の若年妊娠の傾向

南川 太一（JA 厚生連 旭川厚生病院産婦人科）

08-6 妊娠後期に胎児機能不全による緊急帝王切開を契機に梅毒感染が判明した1例

中村 有里（JCHO 北海道病院 産婦人科）

08-7 当院で経験した梅毒合併妊娠の2例

鈴木 優希（石巻赤十字病院 産婦人科）

08-8 宮城県における妊婦の性器クラミジア感染症の実態

佐藤 慎太郎（仙台赤十字病院 産婦人科）

17:25~17:57

婦人科 卵巣・卵管・腹膜癌 I

第3会場 ダイヤモンドオパール

座長：古川 茂宜（福島県立医科大学医学部 産科・婦人科学講座）

09-1 直接経口抗凝固薬 (DOAC) 内服中に Trousseau 症候群を発症した進行卵巣癌の2例

小林 大暉（製鉄記念室蘭病院 産婦人科）

09-2 成熟嚢胞性奇形腫から卵巣原発悪性黒色腫が発生した Li-Fraumeni 症候群の1例

鎌田 奈都子（砂川市立病院 産婦人科）

09-3 卵巣癌術後に上腸間膜動脈症候群を発症した一例

村形 祐衣子（坂総合病院 産婦人科）

09-4 当科における Bevacizumab 併用療法が施行された進行再発子卵巣がん、
腹膜がん 111 症例の検討

佐多 綜一郎（王子総合病院 診療部 産婦人科）

17:57~18:37

婦人科 卵巣・卵管・腹膜癌Ⅱ

第3会場 ダイヤモンドオパール

座長：片山 英人（旭川医科大学 産婦人科）

010-1 当院における進行卵巣癌に対する NAC/IDS と HRD の検討

安田 一平（富山大学 学術研究部医学系 産科婦人科学教室）

010-2 当院の PARP 阻害薬内服後プラチナ感受性再発卵巣癌に対するベバシズマブ併用化学療法
の安全性と有効性の検討

竹下 亮輔（八戸赤十字病院 産婦人科）

010-3 PARP 阻害薬投与後または投与中のプラチナ感受性再発卵巣がんに対するプラチナ併
用化学療法の治療成績

高取 恵里子（岩手医科大学 産婦人科学講座）

010-4 再発卵巣がんに対する PARP 阻害薬リチャレンジに関する有用性の評価

佐藤 碧美（八戸赤十字病院 研修医）

010-5 当院の進行卵巣癌に対する初回治療について
～ BRCA1/2 遺伝子変異および HRD 検査を中心とした検討～

関根 優哉（八戸市立市民病院 産婦人科）

第2日目 9月24日(日)

10:05~10:53 周産期 胎児合併症

第1会場 エメラルド

座長：松岡 歩（金沢大学 産婦人科）

- 011-1** 当院における二分脊椎症例の後方視的検討 - 脊髄髄膜瘤の胎児治療を見据えて -
福岡 日向（秋田大学大学院医学系研究科 産婦人科学講座）
- 011-2** Cantrell 症候群類縁疾患の二例
堀井 駿（秋田大学医学部附属病院 産婦人科）
- 011-3** 特徴的な超音波所見を呈した胎児腸管膜裂孔ヘルニアの1例
廣川 真由子（新潟大学医歯学総合病院 産科婦人科）
- 011-4** 母児間輸血症候群が疑われた胎児貧血の2例
國井 勝俊（山形県立中央病院 産婦人科）
- 011-5** 胎児心拡大を機に診断し出生後に塞栓術を要した巨大肝血管腫の一例
齋藤 珠帆（岩手医科大学付属病院 医学部 産婦人科学講座）
- 011-6** 当院で経験した血管輪の予後とその検討
佐藤 真紀（弘前大学大学院医学研究科 産科婦人科学講座）

10:53~11:49 周産期 産科出血

第1会場 エメラルド

座長：松澤 由記子（東北医科薬科大学 産婦人科）

- 012-1** 妊娠 18 週で常位胎盤早期剥離を発症し中期中絶した 1 例
入江 勇介（市立釧路総合病院 産婦人科）
- 012-2** 低置・前置胎盤帝王切開症例における子宮用止血バルーン（OB バルーン）の有用性の検討
平谷 菜生（金沢大学附属病院 産科婦人科）
- 012-3** 当院における出血ハイリスク症例に対する自己血貯血の有効性の検討
松岡 亮（福島県立医科大学 産科・婦人科学講座）
- 012-4** 多量出血をきたした死産後の RPOC の一例
村竹 将太（済生会新潟病院 産婦人科）
- 012-5** 集学的治療で救命し得た心肺虚脱型羊水塞栓症の一例
若木 優（大原総合病院 産婦人科）

012-6 フィブリノゲン製剤が無効で子宮摘出に至った臨床的子宮型羊水塞栓症の一例
横山 万智 (大館市立総合病院)

012-7 妊娠 30 週に大量性器出血を来した前置血管の一例
吉川 栞 (帯広厚生病院 産婦人科)

9:00~9:48

周産期 母体合併症 I

第2会場 サファイヤ

座長：馬詰 武 (北海道大学病院 産科・周産母子センター)

013-1 脳梗塞を発症したが集学的治療が奏功した抗リン脂質抗体症候群合併妊娠の 1 例
石原 佳奈 (青森県立中央病院 産科)

013-2 生殖補助医療により妊娠した患者における、妊娠初期の血中 HCG 値と妊娠高血圧腎症の関連
伊藤 友理 (山形大学 医学部 産科婦人科学講座)

013-3 妊娠前肥満女性における妊娠中体重増加と妊娠高血圧症候群発症について
多施設共同研究
伊藤 百花 (太田西ノ内病院)

013-4 妊娠 35 週で脳梗塞を発症した 1 例
上野 洋誉 (石川県立中央病院 産婦人科)

013-5 意識障害をきたし劇症型 A 群溶連菌感染症が疑われた一例
佐藤 湊斗 (旭川医科大学 産科婦人科学講座)

013-6 HELLP 症候群と鑑別を要した宗教上の偏食による巨赤芽球性貧血の一例
野々垣 康秀 (苫小牧市立病院 産婦人科)

9:48~10:28

周産期 母体合併症 II

第2会場 サファイヤ

座長：柴田 健雄 (金沢医科大学 医学部 産科婦人科学)

014-1 妊娠 34 週で胎児貧血を疑い、緊急帝王切開で生児を得た間葉性異形成胎盤の一例
國井 基思 (八戸市立市民病院 産婦人科 / 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)

014-2 嘔吐を繰り返し妊娠管理に難渋した馬蹄腎合併妊娠の 1 例
水沼 月子 (JA 厚生連 旭川厚生病院 産婦人科)

014-3 結節性硬化症合併妊娠と子宮 PEComa の関連及び非癒痕子宮破裂のリスク管理：症例報告と文献的レビュー
新川 裕里 (東北大学 医学部)

014-4 妊娠中に発症した結節性紅斑を伴う肉芽腫性乳腺炎の1例

工藤 ひらり (JA 北海道厚生連帯広厚生病院 産婦人科)

014-5 妊娠中に診断された手術不能進行胃癌の一例

田畑 智章 (JA 厚生連 帯広厚生病院 産婦人科)

10:35~11:39

婦人科 良性疾患

第2会場 サファイヤ

座長：清水 大 (秋田大学 大学院医学系研究科 産婦人科学講座)

015-1 ホルモン療法中に増大を認めた解離性平滑筋腫 (Cotyledonoid Dissecting Leiomyoma : CDL) の一例

中村 百合子 (福井大学 産科婦人科)

015-2 リンパ腫との鑑別を要した、子宮頸部反応性過形成の一例

池添 祐貴 (福島県立医科大学 産科婦人科学講座)

015-3 腔閉鎖術後に子宮留膿症をきたし、腹腔鏡下子宮全摘術を行なった一例

村上 一行 (岩手医科大学 産婦人科学講座)

015-4 術前診断が困難であった嚢胞性子宮腺筋症の1例

中村 真彰 (名寄市立総合病院 産婦人科)

015-5 子宮動脈塞栓術の子宮筋腫への治療効果の解析

経塚 標 (太田西ノ内病院)

015-6 孤発性卵管捻転の一例

谷口 智紀 (気仙沼市立病院 産婦人科)

015-7 閉経後の不正性器出血を契機に診断されたエストロゲン産生卵巢粘液性腺線維腫の1例

渡邊 桜 (東北公済病院 産婦人科)

015-8 卵巢膿瘍に対し経腔卵巢穿刺による膿瘍ドレナージで卵巢を温存し得た2例

佐藤 綾華 (仙台市立病院 産婦人科)

10:05~11:01

婦人科 悪性腫瘍・その他/女性ヘルスケア I

第3会場 ダイヤモンドオパール

座長：小林 暁子 (新潟大学大学院 医歯学総合研究科 産科婦人科)

016-1 腹腔鏡下に診断し、制御に集学的治療を要した後腹膜扁平上皮癌の1例

加藤 麻美 (福島県立医科大学 産科婦人科学講座)

016-2 卵巢癌術後に発症した巨大リンパ嚢胞に対してリンパ管造影を施行した1例

中野 遥香 (製鉄記念室蘭病院 産婦人科)

- 016-3** 肺癌の卵巣転移の一例
寺西 穂波（黒部市民病院 産婦人科 医員）
- 016-4** 当院における抗がん剤アレルギー患者へのステロイド・抗ヒスタミン薬連日併用療法の有効性の検討
谷 英理（富山大学学術研究部医学系 産科婦人科）
- 016-5** 当科における Bevacizumab 併用療法が施行され消化管穿孔を起こした 7 症例の検討
宮城 正太（王子総合病院 産婦人科）
- 016-6** 子宮筋腫を契機に発見した腹腔内に多発する腸間膜リンパ管腫の一例
佐藤 理乃（東北大学病院 産婦人科）
- 016-7** 当院で経験した月経血流出障害を伴う子宮及び腔の形態異常に対する検討
内田 苑佳（弘前大学 産婦人科）

11:01~11:49

婦人科 悪性腫瘍・その他/女性ヘルスケアⅡ

第3会場 ダイヤモンドオパール

座長：島 友子（富山大学 産科婦人科学）

- 017-1** 癌性腹膜炎と鑑別を要した結核性腹膜炎の 1 例
浦郷 智恵理（大崎市民病院 産婦人科）
- 017-2** 子宮上行性に A 群溶血性レンサ球菌感染症を発症した 2 例
佐藤 直人（独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター 産婦人科）
- 017-3** 子宮体癌術後の病理検査でリンパ脈管筋腫症が診断された 1 例
佐藤 珠希（大崎市民病院 産婦人科）
- 017-4** 急性腹症で発症し、子宮動脈塞栓術が奏功した子宮仮性動脈瘤の一例
田口 こころ（青森県立中央病院 産婦人科）
- 017-5** 思春期早発症の月経困難症に対して GnRH アゴニストが有効であった一例
川並 麟太郎（山形県立新庄病院 産婦人科）
- 017-6** 早期神経梅毒合併第 2 期梅毒の 2 症例
山田 和佳（北海道大学病院 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。

卵巣癌に対する新規診断・治療法の開発

太田 剛

山形大学 医学部 産婦人科

卵巣癌の臨床上の問題点は、早期発見が困難であり、多発播種を来した進行期で発見されること、再発が多く再発例はいずれ薬剤耐性を獲得し完全治癒が困難なことがあげられる。卵巣癌の治療成績向上のためには、これらを克服する新規診断・治療法の開発が急務である。

卵巣癌の新たな早期診断法としてメタボロミクスに着目した。卵巣癌患者から癌組織と正常組織のペア検体を採取してメタボローム解析を行ったところ、癌組織では正常組織に比べてポリアミン代謝経路、解糖系、コリン経路が亢進していた。さらに癌患者と良性腫瘍患者から採取した生体試料（唾液、血漿、尿）の解析から、産生量に有意差のある代謝物が癌組織と最も共通し、診断モデルとして最も識別能力が高かった生体試料は血漿であった。メタボロミクスによる卵巣癌の早期診断法に用いる生体試料としては血漿の有用性が高いことが示唆された。

腹膜播種を制御する新規治療法の開発を目的に、3D 多孔膜であるハニカム膜の有効性を検討した。卵巣癌モデルマウスでハニカム膜は細胞接着、細胞増殖・遊走・浸潤、血管新生、細胞外マトリックス、上皮間葉転換に関連した遺伝子発現を抑制することで腫瘍組織の増殖を抑制することが明らかになった。ハニカム膜が残存腫瘍に対する新規治療法となる可能性が示唆された。

我々はこれまで潰瘍性大腸炎に対する既存薬であるスルファサラジンが卵巣癌明細胞癌細胞株においてパクリタキセルの感受性を増強することを明らかにしたが、この成果を受け、drug repositioning の観点から新規治療薬の探索を行っている。山形大学創薬研究拠点化合物ライブラリーを使用して PARP 阻害薬感受性増強薬のスクリーニングを行ったところ、17 種類の候補薬が同定された。これらの薬剤は新薬と異なり未知の副作用が少なく、臨床試験の簡略化も可能であり、将来的な卵巣癌患者への臨床応用も十分期待できる。

略 歴

- 2000 年 山形大学医学部 卒業
- 2008 年 山形大学大学院 卒業
- 2008 年 山形大学産婦人科 助教
- 2016 年 山形大学産婦人科 講師
- 2021 年 山形大学産婦人科 准教授

【所属学会】

日本産科婦人科学会、日本婦人科腫瘍学会、日本癌学会、米国癌学会、日本癌治療学会、日本臨床細胞学会、日本遺伝性腫瘍学会、日本産婦人科内視鏡学会

リンパ浮腫患者と向き合って ～模索してきた 20 年から見えてきたもの～

小林 範子

北海道大学病院 婦人科

リンパ浮腫の多くはがん術後に発症し、続発性下肢リンパ浮腫の原因疾患は婦人科がんが多数を占めている。リンパ浮腫はがんサバイバーの QOL を低下させる慢性疾患であるが、有効な治療法はないと長年看過されていた。しかし、20 年前に「リンパ浮腫外来」を開設した当時と比べると、2008 年度の診療報酬改定後はリンパ浮腫に関わる制度や取り巻く環境は着実に変化してきている。現在はリンパ節郭清術後早期からリンパ浮腫の指導管理を行うことがルーチンとなっており、早期発見・治療が可能になってきている。

外来では、国際的にリンパ浮腫の標準治療として承認されている「複合的理学療法」（用手的リンパドレナージ、圧迫療法、圧迫下の運動療法、スキンケア）を行っている。進行したリンパ浮腫の治療とがん術後早期の予防的指導の両方に軸足をおいて診療しているが、看護師、リハビリテーション専門職を中心とした多職種との連携がリンパ浮腫診療を根底から支えている。近年はリンパ管細静脈吻合術が保険適応になったことを契機に、患者の QOL 向上を目指して、保存的治療をベースに手術治療を導入する症例も増えてきている。並行して、北海道におけるリンパ浮腫治療体制の整備にも取り組んでおり、北海道リンパ浮腫診療ネットワークの構築、北海道がん対策推進条例に基づく北海道リンパ浮腫医療従事者研修、リンパ浮腫患者へのセルフケア指導研修、市民への啓発、と発展途上ながら歩をすすめている。

現状では、婦人科医としての枠を超えて、他のがん治療後（乳がん、泌尿器科がんなど）、原発性、小児・高齢者、静脈疾患、がんの再発・転移がみられる緩和症例など、多岐にわたるリンパ浮腫症例の紹介を受け、がん術後とは異なる難渋症例に遭遇することも少なくない。本講演では、20 年間のリンパ浮腫への取り組みを通して集積した貴重な臨床データから見えてきたもの～今後の検討課題についてお伝えしたい。

略 歴

1994 年福井医大卒，北海道大学医学部産婦人科入局。
2005～2008 年カナダ・オタワ大学ポスドクフェロー，
2009 年北海道大学病院婦人科助教，
2019 年講師。

[所属学会・資格・役職]

日本産科婦人科学会専門医 / 指導医 / 代議員，日本女性医学学会ヘルスケア専門医 / 指導医 / 幹事，日本東洋医学会漢方専門医 / 指導医，日本産婦人科乳腺医学会乳房疾患認定医 / 幹事，日本性差医学・医療学会認定医 / 評議員，国際リンパ浮腫フレームワークジャパン理事，日本リンパ浮腫治療学会評議員，厚労省後援リンパ浮腫研修運営委員，日本漢方医学教育協議会幹事，日本乳がん検診学会評議員，日本サイコオンコロジー学会代議員，日本抗加齢医学会専門医，日本骨粗鬆症学会認定医，日本女性心身医学会認定医，精中委マンモ読影医 / 超音波実施判定医，JSPO 公認スポーツ医，JPSA 公認パラスポーツ医，日医健康スポーツ医，温泉療法医 他

妊娠前の母体の健康と周産期予後との関連：エコチル調査より

中西 研太郎

旭川医科大学 産婦人科学講座

背景

妊娠前の母体の健康が周産期予後に影響を与えることが知られている。我々は、エコチル調査を用いて【研究①】母親の妊娠前の体格指数（BMI）および【研究②】母親の多疾患併存（Multimorbidity）が分娩週数および児の出生体重に及ぼす影響について調査することを目的とした。

方法

いずれも主要評価項目は早産、低出生体重児、Small for gestational age (SGA)とした。【研究①】妊娠前の BMI を 6 群（16.9 以下、17.0–18.4、18.5–19.9、20.0–22.9、23.0–24.9、25.0 以上）に分類し、正常高値群（20.0–22.9）を対照とした。【研究②】対象者を慢性疾患のない群、1 つの慢性疾患をもつ群、2 つ以上の慢性疾患をもつ（多疾患併存）群の 3 群に分類し、慢性疾患のない群を対照とした。

結果

【研究①】92,260 人の単胎妊婦のうち 15.7% は妊娠前 BMI が 18.5 未満であった。BMI の 6 分類でみると、正常高値群（20.0–22.9）の妊婦が 38.5% と最も多かった。妊娠前 BMI が 18.5 未満の妊婦は早産、低出生体重児、SGA の頻度が高かった。妊娠前 BMI が低い妊婦に注目すると、BMI が低いほど、早産、低出生体重児、SGA のリスクが増加した。【研究②】86,885 人の単胎妊婦のうち 40.2% が 1 つ以上の慢性疾患をもち、6.3% が多疾患併存だった。母親の多疾患併存は早産、低出生体重児、SGA のリスクと関連した。また、母親の慢性疾患数が増えるほど、早産、低出生体重児、SGA のリスクが増加する傾向が認められた。

結論

妊娠前のやせの重症度や母親の多疾患併存が早産、低出生体重児、SGA と関連することが明らかになった。妊娠する前の健康な身体作りが周産期予後を改善させる可能性が考えられた。

略 歴

2010 年 旭川医科大学医学部医学科 卒業
2010 年 旭川医科大学 初期臨床研修
2012 年 市立稚内病院産婦人科 医員
2014 年 旭川医科大学産婦人科学講座 医員
2015 年 名寄市立総合病院産婦人科 医員
2017 年 大阪母子医療センター産科 非常勤医師
2018 年 大阪母子医療センター産科 診療主任
2019 年 旭川医科大学産婦人科学講座 助教

[所属学会]

日本産科婦人科学会、日本周産期・新生児医学会、日本超音波医学会、日本母体胎児医学会、日本胎児治療学会、日本糖尿病妊娠学会、北海道母性衛生学会、日本疫学会

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。

健康行動に腰が重い人を動かすには？ ナッジのエビデンスと実践

竹林 正樹

青森大学 社会学部

ナッジ提唱者の R.Thaler がノーベル経済学賞を受賞したこともあり、世界的にナッジが注目されている。ナッジ (nudge) は「そっと後押しする」「ひじで軽くつつく」を意味する英語で、学術的には「選択を禁じることも経済的なインセンティブを大きく変えることもなく人々の行動を予測可能な形で変える選択的設計のあらゆる要素 (Thaler et al, 2008)」と定義される。厚生労働省が「健康寿命延伸プラン (2019)」でナッジを活用した健康環境づくりを推奨し、管理栄養士国家試験にナッジが出題されるなど、ナッジは健康支援に不可欠な手法となっている。

健康行動促進の介入は「情報提供」「ナッジ」「インセンティブ」「強制」の 4 段階に大別される。正しい情報を得て納得の上で行動するのが最も理想的である。しかし、多くの方は健康の大切さをわかっているにもかかわらず、認知バイアスに影響されるため、必ずしも健康行動できるわけではない。特に健康づくりは異時点間の選択（「面倒なのは今、効果出現は将来」という性格を持つ行動）のため、認知バイアスの影響を受けやすい。例えば喫煙者は現在バイアスが強い (Lawless et al, 2013) ため、「禁煙」という将来に関わる重要な決断より、「今すぐの一服」という目先の快楽を優先しやすくなる。

認知バイアスの特性が解明されたことに伴い、対象者の持つ認知バイアスを適切に刺激することで、望ましい行動へと促す設計が可能になった。これがナッジである。

これまでの健康支援では、情報提供で動かなかった対象者に対し、さらなる情報提供を重ね、それでも動かない場合にはインセンティブを付与することが多かった。ここでナッジを用いることで介入の選択肢が広がる。

本演題では、ナッジのエビデンスと実践事例を紹介しながら、医療現場で活用できるナッジを提案していく。

略 歴

立教大学経済学部、University of Phoenix MBA、青森県立保健大学大学院 (博士 (健康科学))

【所属学会】

行動経済学会、日本健康教育学会、日本健康支援学会、日本ヘルスプロモーション学会、日本栄養改善学会、日本相続学会

脱落膜化の分子メカニズム

杉野 法広

山口大学大学院医学系研究科 産科婦人科学講座

着床成立における脱落膜化の重要性は周知である。たとえば、脱落膜化はヒト栄養膜幹細胞の合胞体栄養膜細胞への分化を促進する。glucose や脂質の脱落膜細胞内への取り込みが増加し胚への栄養供給としての役割が示唆される。我々は、不妊症患者において脱落膜化の異常（遅延）を示した症例が 62.5% と高率に認められたため、脱落膜化の調節機構の解明に取り組んでいる。本講演では、脱落膜化過程における遺伝子の発現調節に関して最近の知見を報告する。

子宮内膜間質細胞は、脱落膜化という細胞分化の過程で、数千におよぶ多くの遺伝子の発現が増減することにより様々な機能を獲得する。この脱落膜化における遺伝子発現調節は、ヒストン修飾によるクロマチン構造変化に代表されるエピジェネティクス調節が関与する。転写活性化に働くヒストン修飾 H3K27ac が脱落膜化によってゲノムワイドに誘導され、多くの遺伝子発現の増加に関与している。このメカニズムは転写因子 CEBPb がクロマチン構造変化を開始させる pioneer factor としてゲノムワイドに転写調節領域に分布し、そこにヒストンアセチル化活性を持つ転写共役因子 p300 がリクルートされることによる。この CEBPb - p300 複合体により誘導される H3K27ac の領域は遠位領域（enhancer 領域）にも認められる。一方で、脱落膜化では細胞分化のため多くの細胞増殖関連遺伝子の発現が低下する。細胞骨格に参与するアクチンは活発に細胞内を移動することによって遺伝子発現にも関与する。実際に、脱落膜化過程では、核内においてアクチンが重合化した filamentous (F) アクチンが経時的に増加することが観察され、これは細胞増殖関連遺伝子の発現の低下に貢献している。脱落膜化における巧妙な遺伝子発現調節機構が垣間見れる。

略 歴

昭和 60 年 山口大学医学部 卒業
平成 6 年 山口大学医学部産科婦人科学・助手
平成 8 年 米国イリノイ大学医学部生理学講座 留学
平成 13 年 山口大学医学部産科婦人科学・講師
平成 15 年 山口大学医学部産科婦人科学・教授
平成 29 年 山口大学医学部附属病院 病院長（令和 5 年 3 月まで）

[学会活動等]

日本生殖内分泌学会・理事長
日本生殖医学会・副理事長
Reproductive Medicine and Biology (Editor-in-Chief)
Journal of Reproduction and Development
Molecular Human Reproduction
Journal of Ovarian Research
Endocrine Journal
Human Reproduction (2009 年 1 月 ~ 2013 年 1 月)



HS-1-1

当院における子宮内膜癌・子宮内膜異型増殖症・ポリープ状異型腺筋腫に対する妊孕性温存療法の治療予後

○津谷 明香里、坂口 太一、岩澤 卓也、尾野 夏紀、白澤 弘光、熊澤 由紀代、寺田 幸弘
秋田大学医学部附属病院 産婦人科

【緒言】 子宮内膜癌 (endometrioid adenocarcinoma : EC)、子宮内膜異型増殖症 (atypical endometrial hyperplasia : AEH)、ポリープ状異型腺筋腫 (atypical polypoid adenomyoma : APAM) の患者に対する妊孕性温存療法として MPA (medroxyprogesterone acetate) 療法または子宮内膜全面搔爬が適応されている。当院では既婚者においては妊孕性温存療法を進めるにあたり、寛解後には積極的に体外受精による治療を提案している。

【方法】 2010 年 1 月から 2022 年 12 月にかけて、EC、AEH、APAM の診断に対し当院で妊孕性温存療法を施行した 21 例を治療予後と妊娠予後について後方視的に検討した。

【成績】 21 例の発症年齢の中央値は 34 歳 (27 ~ 45 歳)、組織型は EC9 例、AEH9 例、APAM 3 例、MPA 投与期間の中央値は 6 ヶ月 (3 ~ 12 ヶ月) であった。17 例が既婚者で挙児希望あり、妊孕性温存療法を施行して 10 例が病変消失し、6 例が生児獲得に至った。妊娠形式は自然妊娠が 2 例、体外受精 - 胚移植で 4 例が妊娠に至った。周産期合併症は HELLP 症候群が 1 例、児頭骨盤不均衡が 1 例あり、それぞれ帝王切開となった。一方、治療により病変消失が得られなかった 3 例と副作用のため MPA 療法継続できなかった 1 例は子宮全摘となった。寛解後の再発は 5 例に認め、1 例は MPA 療法再開、4 例は子宮全摘となった。計 8 例子宮全摘となり、病理診断は EC G1 が 4 例、EC G2 が 1 例、AEH が 3 例であった。現在 1 例は治療中、5 例は寛解を維持している。

【結語】 当院における MPA 療法後の妊娠例は 10 例中 6 例であり、妊孕性温存を希望する症例にとって MPA 療法は有効な治療法であると考えられる。病変が一時的に消失しても再燃することが多いため、積極的な介入により早期の妊娠を図ることが望ましい。出産後、挙児希望がなくなった時点で速やかに子宮全摘が推奨される。

HS-1-2

進行卵巣癌患者における KELIM score と相同組換え修復異常が予後に与える影響について

○郷内 雄太、奥井 陽介、佐野 詩織、堀川 翔太、榊 宏諭、清野 学、太田 剛、永瀬 智
山形大学 医学部 産婦人科

【緒言】 卵巣癌における化学療法感受性の評価法として CA-125 kinetic elimination rate constant K(KELIM)があり、KELIM score ≥ 1.0 では化学療法に高感受性を示すことが報告されている。一方、相同組換え修復異常 (HRD) では PARP 阻害薬に高感受性であり、HRD の有無は卵巣癌の治療方針決定において重要な因子となっている。しかしながら KELIM score と HRD が予後に与える影響についての報告は少ない。そこで我々は卵巣癌患者において KELIM score を算出し、HRD の有無を含めた臨床病理学的因子と予後との関連を検討した。

【方法】 2019 年 1 月 1 日から 2023 年 3 月 31 日までに当科で HRD 検査を行った患者で術前化学療法を施行した進行卵巣癌患者 19 例を対象とした。KELIM score ≥ 1.0 (favorable 群) と KELIM score < 1.0 (unfavorable 群) における予後と両群における HRD の有無と予後との関連を検討した。

【結果】 組織型はすべて高異型度漿液性癌であった。KELIM score は favorable 群 12 例 (63%)、unfavorable 群 7 例 (37%) であった。favorable 群では HRD 9 例 (75%)、HRP 3 例 (25%) であり、unfavorable 群では HRD 3 例 (43%)、HRP 4 例 (57%) であった。観察期間の中央値は favorable 群、unfavorable 群でそれぞれ 456(229-1414) 日、339(128-923) 日であった。無増悪生存期間 (PFS) は両群で有意差を認めなかったが、全生存期間中央値は favorable 群で未到達 (死亡例なし)、unfavorable 群で 749 日 (死亡例 2 例) と favorable 群で有意に予後が良好であった ($p=0.03$)。サブグループ解析では PFS 中央値は favorable/HRD : 697 日 (再発 2 例)、favorable/HRP : 357 日 (再発 2 例)、unfavorable/HRD : 未到達 (再発なし)、unfavorable 群 /HRP : 273 日 (再発 3 例) であった ($p=0.82$)。

【結論】 術前化学療法を施行した卵巣癌患者では KELIM score ≥ 1.0 で全生存期間が有意に延長した。KELIM score < 1.0 であっても HRD であれば再発までの期間が延長する可能性が示唆された。

卵巣癌、卵管癌および腹膜癌患者の難治性腹水成分の解析と腹水濾過濃縮再静注法 (CART) による影響の検討

○伊藤 理華子¹⁾、利部 正裕¹⁾、千葉 洋平¹⁾、佐藤 翔¹⁾、高取 恵里子¹⁾、海道 善隆¹⁾、永沢 崇幸¹⁾、庄子 忠宏¹⁾、平山 貴士²⁾、寺尾 泰久²⁾、馬場 長¹⁾

1) 岩手医科大学附属病院 産婦人科、2) 順天堂大学医学部附属 順天堂医院 産婦人科

【目的】 腹水濾過濃縮再静注法 (cell-free and concentrated ascites reinfusion therapy ; CART) は、腹水中アルブミンを濃縮し戻すことで QOL 向上に有効であるとされているが、発熱や腹水再貯留などの課題がある。CART の効果や腹水成分に関する研究は不十分であり、サイトカインの発熱への関与の報告のみである。そこで、CART 前後の血清・腹水中のサイトカインを網羅的に測定し検討をした。

【方法】 2017 年 12 月 1 日から 2020 年 3 月 31 日までに順天堂大学医学部附属順天堂医院、岩手医科大学附属病院で CART を施行した患者 11 例を対象とした。血液は血液一般、生化学、サイトカイン 27 種類、腹水は生化学、サイトカイン 27 種類、エンドトキシンを測定した。血液は CART 施行前後、施行後 24 時間の 3 点で、腹水は原腹水と濃縮後の 2 点で検査した。サイトカインは Bio-Plex Pro ヒトサイトカイン GI アッセイキット 27Plex パネルを用いて測定。CART 施行前後でバイタルサインを記録しサイトカインの影響について検討した。(UMIN000034893)

【結果】 血清総タンパク値とアルブミン値は腹水採取前と比較し、再静注直後で上昇したが、24 時間後には同程度まで低下していた。体温は再静注直後は上昇したが、翌日には低下していた。腹水は濃縮後で IL-6、IP-10、VEGF、IL-1ra の上昇を認めた。血液は再静注終了直後で RANTES、PDGF の上昇を、再静注 24 時間後では RANTES、PDGF、IP-10、IL-1ra の上昇を認めた。

【結論】 IL-6 は炎症に、RANTES、PDGF、VEGF は炎症や血管新生に関与するサイトカインである。体温上昇は炎症性サイトカインに起因し、再静注直後で血清総タンパクとアルブミン値が上昇したが、24 時間後に低下したことは、炎症性サイトカインにより血管内皮障害が発生し、アルブミンが血管外へ漏出した可能性がある。炎症性サイトカインを除去することで CART の治療効果が向上することが示唆され、今後サイトカインの除去方法についても検討が必要である。

当院における進行卵巣癌 56 症例の手術完遂度と Predictive index スコアに関する検討

○鈴木 美保、安達 聡介、長谷川 順紀、明石 絵里菜、齋藤 宏美、谷地田 希、工藤 梨沙、石黒 竜也、小林 暁子、西野 幸治、関根 正幸、吉原 弘祐

新潟大学医歯学総合病院 産科婦人科

【背景】 進行卵巣癌では完全摘出率の向上を目標に、手術完遂度を推測する Predictive index, PI を用いた治療方針決定や手術成績の評価が行われるようになった。当院ではこれまで PI を用いた評価と治療方針決定を行っておらず、その導入に関して検討を行った。

【目的】 進行卵巣癌の初回治療における手術療法について、PI を用いて後方視的に検討し、今後の治療方針検討や手術評価に役立てること。

【対象・方法】 2017 年 01 月から 2021 年 12 月の 5 年間に当院で手術療法を行った、卵巣癌・卵管癌・腹膜癌Ⅲ / Ⅳ期 56 症例を対象に、PDS 群と IDS 群に分け、手術完遂度や治療方針、予後について PI を用いて検討した。

【結果】 56 症例のうち、PDS 施行群は 22 例 (39.3%)、診断的腹腔鏡下手術による腫瘍生検後に術前化学療法を行った 34 例 (60.7%) 中 IDS 施行群は 31 例 (55.4%) であった。腸管合併切除など他科との合同手術は 17 例 (30.4%)、リンパ節郭清術を施行した症例は 2 例 (3.6%) であった。Grade3 以上の手術合併症は PDS 群、IDS 群ともに 2 例ずつ認めた。手術完遂度は、PDS 群で Complete 7 例、optimal 8 例、suboptimal 7 例 (31.8%)、IDS 群で Complete 16 例、optimal 13 例、suboptimal 2 例 (6.5%) であった。PDS 群と IDS 群とで PFS と OS に有意差は認めなかった。PDS 群で suboptimal であった症例のうち、PI 8 点未満は 3 例、PI 8 点以上は 4 例であった。IDS 群で suboptimal であった 2 例は PI が 8 点以上で術前化学療法にて PR が得られなかった症例であった。

【結語】 手術完遂度とあわせて PI を用いることで、手術内容や治療方針に関する評価を行うことができた。

○大沼 利通¹⁾、Meshach Asare-Werehene^{2,3)}、藤田 優子¹⁾、Benjamin Tsang^{2,3)}、吉田 好雄¹⁾

1) 福井大学医学部産科婦人科、2) Chronic Disease Program, Ottawa Hospital Research Institute、

3) Department of Obstetrics & Gynecology, University of Ottawa

【目的】 卵巣癌における plasma gelsolin (pGSN) の過剰発現は、免疫機能を低下させ、化学療法抵抗性に寄与する。本研究では卵巣癌における pGSN 発現の NK 細胞機能抑制効果について検討する。

【方法】 初回手術で得られた上皮性卵巣癌組織 147 症例について、pGSN と活性化 NK 細胞マーカーである natural cytotoxicity triggering receptor 1 (NCR1) の免疫蛍光染色を行い、pGSN 発現と活性化 NK 細胞の浸潤が予後に与える影響を解析した。また、NK92MI 細胞と卵巣癌化学療法抵抗性 (A2780CP, OV90) 及び感受性細胞株 (A2780S, TOV3041G) を用いた共培養の実験系で、アポトーシス、サイトカイン分泌、免疫チェックポイントレセプター発現 (TIGIT、PD-1、LAG-3、CTLA-4、T cell immunoglobulin and mucin domain 3 (TIM-3))、pSTAT3 測定を行い、pGSN の NK 細胞に対する免疫制御効果を解析した

【成績】 卵巣癌の組織解析では、活性化 NK 細胞の浸潤が患者の良好な予後に関連していた。しかし、卵巣癌組織における pGSN の過剰発現は、活性化 NK 細胞浸潤の生存利益を相殺した。NK92MI 細胞は化学療法耐性細胞との共培養でアポトーシスを増加させた。この効果は化学療法耐性細胞での pGSN のノックダウンにより減弱した。また卵巣癌細胞株での pGSN 発現増加は、NCR1+ NK 細胞上の TIM-3 発現を増加させた。また、NCR1+TIM-3+NK 細胞における IFN- γ 産生を低下させ、抗腫瘍効果を減弱させた。これには pSTAT3 が関連していた。

【結論】 卵巣癌組織における pGSN 発現の増加は、NK 細胞の抗腫瘍機能を抑制する。本研究の結果は、一部の卵巣癌患者において単独の免疫療法が有効ではない理由についての洞察を与え、新規治療戦略を示唆するものである。

HS-2-1

心疾患を有する女性のプレコンセプションケアを考える
- 拳児希望のハイリスク心疾患患者2例の診療経験から -

○小川 風吹^{1,2)}、津田 竜広¹⁾、萩野 奈緒¹⁾、津田 さやか¹⁾、新居 絵理ノエル¹⁾、古田 惇¹⁾、伊東 雅美¹⁾、米田 徳子¹⁾、塩崎 有宏¹⁾、中島 彰俊¹⁾、米田 哲¹⁾

1) 富山大学 産科婦人科学教室、2) 南砺市民病院 臨床研修センター

【緒言】 心疾患合併妊娠では、循環動態の変化による母体心血管イベントリスクの増加や、投与薬物・遺伝による児への影響が生じうる。妊娠前からの慎重なリスク評価が求められるが、心疾患女性に対する妊娠前カウンセリングを実施する診療体制が確立されているとは言い難い。今回、心疾患を有する拳児希望女性2例の経験から得られた示唆をもとに、妊娠前カウンセリング戦略を検討する。

【症例】

症例 1) 30 歳、0 妊 0 産。21 歳時に僧帽弁逸脱症に対し機械弁による僧帽弁置換術を施行された。心保護薬とワルファリン服用下で LVEF 57%、NYHA I 度であった。主治医から機械弁での妊娠は推奨されないことを説明されていた。妊娠リスク評価希望にて当科受診した。妊娠後にヘパリン置換に変更する場合は胎児への影響はないが、母体の血栓リスクが上昇するため、母児双方にとって安全な管理方法は確立されていないことを情報提供した。生体弁に再置換しての拳児の可能性を検討することとなった。

症例 2) 39 歳、0 妊 0 産。35 歳時に拡張型心筋症と診断され、LVEF 32%、NYHA II 度であった。主治医から妊娠を許容できないと説明されていたが、本人の拳児希望が強く当科でのリスク評価を希望され受診した。modified WHO 分類による心血管イベント発生リスクは 19-27% と推定されること、既報から早産率は 14-43% と高率であることを情報提供した。当科受診後、夫と家族計画を再検討することとなった。

【考察】 2 例とも本邦のガイドライン上妊娠を避けることが望まれる心疾患を有しており、主治医からも妊娠が推奨される状況ではないことを説明されていたが、その根拠となる心血管イベントリスクの具体的な情報を求めていた。正確なリスク評価には主治医・産婦人科医の情報共有が必要であり、両診療科で連携をとるためのチェックリストを考案したため提示する。

HS-2-2

高血圧症を伴わず視覚障害で診断に至った脳幹型 PRES の一例

○松井 優祐、飯沼 洋一郎、工藤 ひらり、吉川 栞、田畑 智章、秋江 惟能、明石 大輔、森脇 征史

JA 北海道厚生連帯広厚生病院産婦人科

【緒言】 Posterior reversible encephalopathy syndrome(PRES) は、頭痛、意識障害、精神症状、痙攣、視力障害を臨床症状とし、画像上、後頭葉・頭頂葉・側頭葉・基底核などを中心に浮腫性変化を来し、臨床症状や画像所見が可逆的である事の特徴とする。ほとんどの症例で高血圧を伴い、子癇、腎不全などの関連性が報告されている。今回、高血圧症を伴わずに視覚障害から PRES の診断に至った症例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

【症例】 36 歳、2 妊 0 産。28 歳で CIN3 に対する円錐切除術を施行した他は内科的既往や手術歴はなかった。妊娠 30 週 0 日に 2.4cm と子宮頸管長短縮を認め、切迫早産の診断に対して入院加療の方針となった。塩酸リトドリン点滴による治療を開始し、妊娠期間の延長を図った。妊娠 35 週 4 日に体動で増強するめまい症状を自覚したため、塩酸リトドリン投与を中止した。妊娠 35 週 5 日には複視症状が出現したため、妊娠 35 週 6 日に脳 MRI 検査を施行した。橋正中部分に T2 強調像および FLAIR・核磁強調像で高信号を呈し、ADC 値は軽度低下を認めた。血圧は 126/69mmHg と異常は認められなかったものの、尿蛋白クレアチニン比が 0.5g/gCr と高値を示し、腎機能の悪化が疑われた。視覚障害を伴う PRES を疑ったが、細胞障害性浮腫を疑う所見を認めたため妊娠の終結を図る方針とした。妊娠 36 週 0 日に緊急帝王切開術を施行した。硫酸マグネシウムを 1g/時間で術後 24 時間投与した。産後 2 日目に MRI 検査を再実行し、橋病変の消退傾向を確認した。産後 8 日目に視覚障害は改善し、産後 10 日目に退院となった。産後 23 日目に MRI 検査を施行したところ異常所見を認めず、可逆病変であったことから PRES と診断した。

【考察】 PRES は高血圧を伴うことが多いが、その 15-20% に血圧正常例も存在するため注意が必要である。PRES そのものは予後良好な病態だが、妊娠中には血圧上昇、子癇発作などの存在から妊娠終結による治療が必要となることがある。

○田上 和磨、今井 紀昭、宮下 進、石川 源、室月 淳

宮城県立こども病院 産婦人科

【背景】 双胎間輸血症候群 (TTTS) に対する治療法として、胎児鏡下胎盤吻合血管レーザー凝固術 (FLP) が有効であるが、可能施設は全国に 10 ヶ所しかない。本研究は当院で管理した MD における児の生命予後と脳室周囲白質軟化症 (PVL) 発症について、TTTS 発症の有無と FLP 施行の有無で違いがあるか明らかにすることを目的とした。

【方法】 2018 年 1 月から 2023 年 5 月までに当院で管理した MD を対象として、症例対照研究を実施した。診療録のデータを用いて後方視的に TTTS 非発症群と TTTS 発症群に分け群間比較した。さらに TTTS 発症群を FLP 施行群と非施行群に分け、群間比較した。比較項目は、分娩週数、出生体重、生存退院の有無、Apgar score、生存児における PVL 発症の有無とした。

【結果】 MD55 例が対象となり、TTTS 非発症群は 32 例、発症群は 19 例、FLP 施行群は 13 例、非施行群は 6 例であった。TTTS 非発症群と発症群の分娩週数 (中央値) 35 週 vs 29 週 ($p < 0.05$)、出生体重 (中央値) 2016g vs 1149g ($p < 0.05$)、生存退院は 100% vs 82% ($p < 0.05$)、Apgar score (中央値) 1 分 8 点 vs 4 点 ($p < 0.05$)、5 分 9 点 vs 8 点 ($p < 0.05$)、PVL 発症 2% vs 16% ($p < 0.05$) であった。TTTS 発症群のうち FLP 施行群と非施行群の分娩週数 (中央値) 30 週 vs 26 週 ($p < 0.05$)、TTTS 発症時期 (中央値) 20 週 vs 26 週 ($p < 0.05$)、受血児出生体重 (中央) 1572g vs 830g ($p < 0.05$)、供血児出生体重 1207g vs 732g ($p < 0.05$)、生存退院 80% vs 83% 児 ($p=0.6$)、Apgar score (中央値) 1 分 4 点 vs 4 点 ($p=0.3$)、5 分 8 点 vs 7 点 ($p=0.3$)、PVL 発症 10% vs 30% ($p=0.2$) であった。

【考察】 本研究では、FLP による介入で TTTS の生命予後と PVL 発症において有意差は認めなかった。TTTS 発症時期は、FLP 施行群の方が有意に早く、分娩週数は有意に遅かった。早産予防の観点から、適応のある TTTS へ FLP を行うことは有用であると考えられた。TTTS は症例数に限りがあり、多施設での症例集積研究が必要である。

○高濱 純史、高橋 司、邑本 美沙希、齋藤 翔子、富田 美弥、濱田 裕貴、志賀 尚美、齋藤 昌利

東北大学病院 産婦人科

【背景】 腔壁外陰血腫は分娩時の約 0.5% に発生し、出血性ショックや産科的 DIC へと進展する危険がある。治療選択に一定の見解は無く、圧迫による保存的治療、血腫を切開し止血する外科的治療、および動脈塞栓術 (IVR) が挙げられる。そこで、症例毎の最適な治療選択を規定する因子を明らかにすることを目的とし、後ろ向きコホート研究を行った。

【方法】 2017 年 1 月から 2023 年 5 月までに分娩後腔壁外陰血腫で当院に搬送された症例を対象とし、診療録から項目を抽出した。まず保存的治療群と手術治療または IVR を行った治療介入群の 2 群に分類し、RBC と FFP を合わせた輸血量を Mann-Whitney U 検定で比較した。治療介入の必要性について来院時のショックインデックス (SI)、ヘモグロビン (Hb) 値、造影 CT での血腫のサイズ、血管外漏出の有無を独立因子としたロジスティクス回帰分析を行った。次に治療介入群の輸血量について SI、Hb、血腫のサイズ、治療方法を独立因子として重回帰分析を行った。

【結果】 対象は 49 例であり、保存的治療群は 14 例、治療介入群は 35 例であった。治療介入群では 1 例を除く全てに 5cm 以上の血腫がみられた。治療介入群で輸血量は有意に多かった (中央値: 2 単位 vs. 10 単位、 $p=0.003$)。治療介入の必要性については血管外漏出がみられることが唯一の因子であった (オッズ比 21 [2-202])。治療介入群のうち、手術治療群は 10 例、IVR 群は 25 例であった。輸血量が増える因子として、来院時の Hb 低値 ($p=0.003$)、大きな血腫 ($p < 0.001$)、手術療法 ($p=0.026$) が有意であった。

【考察・結論】 腔壁外陰血腫に対する治療介入の必要性の判断に造影 CT での血管外漏出の精査が有用であった。来院時の検査値や血腫のサイズ、介入方法が輸血量に関与しており、IVR で輸血量を抑えられる可能性がある。腔壁外陰血腫では、造影 CT 検査を行った上で十分な輸血を準備し、IVR を含めた治療選択が考慮される。

○菅井 駿也、錦織 瑞彩、廣川 真由子、山本 寛人、森 裕太郎、山脇 芳、須田 一暁、島 英里、
生野 寿史、西島 浩二、吉原 弘祐

新潟大学医歯学総合病院 産科婦人科

【目的】 2021年にGrobmanらによって開発された帝王切開後経膈分娩（VBAC）予測モデルは、人種や民族の要素を排除し、臨床データ（母体年齢、妊娠前の体重、身長、前回の帝王切開術の適応、経膈分娩の既往歴、慢性高血圧）のみで構築された点が特徴である。ROC解析に基づくAUCは0.75（95%信頼区間0.74-0.77）と良好な予測精度を示したが、予測モデルの構築に使用されたサンプルに、アジア人は2%しか含まれていなかった。本研究の目的は、人種や民族性に偏りのあるサンプルから構築されたGrobmanらのVBAC予測モデルが日本人に適用可能かを検証することである。

【研究デザイン】 本研究は後方視的観察研究である。対象は2012年1月から2021年12月までの期間に、新潟大学医歯学総合病院で分娩した妊娠37週以降の頭位単胎妊娠で、帝王切開後の経膈分娩試行（TOLAC）を選択した日本人とした。先行研究で使用された臨床データを診療録より抽出し、これらの変数を用いて予測モデルによる予測確率を計算した。ROC解析を行い、AUCを算出し、先行研究のAUCと比較することにより、予測モデルの日本人への適用性を評価した。

【結果】 対象期間中の総分娩数は4856件で、TOLACを選択したのは94人であった。その内70人が経膈分娩となり、TOLACの成功率は74.5%であった。予測確率から得られたAUCは0.76（95%信頼区間0.66-0.86）であり、日本人に対するVBAC予測精度は先行研究と同等であった。統計学的な検出力は99%であり、サンプルサイズは十分であった。

【結論】 本研究の結果から、GrobmanらのVBAC予測モデルが日本人でも有用であることが示された。VBACを個別に予測することで、分娩様式を選択に有用な情報を提供することができる。

HS-3-1

CT 画像のテクスチャー解析に基づく未熟奇形腫の新たな鑑別診断法の確立

○中森 あかり¹⁾、津吉 秀昭¹⁾、井上 大輔¹⁾、山田 しず佳¹⁾、品川 明子¹⁾、折坂 誠¹⁾、黒川 哲司¹⁾、吉田 好雄¹⁾

1) 福井大学医学部附属病院 産科婦人科、2) 杉田玄白記念公立小浜病院 産婦人科

【目的】 未熟奇形腫は、成熟奇形腫と比較し石灰化や脂肪の分布パターンが異なることが報告されているが、客観的に定量化した研究はこれまでに存在しない。テクスチャー解析は、放射線画像の空間パターンを数値化することで、腫瘍内不均一性の定量的評価に有用であることが報告されている。そこでCT 画像のテクスチャー解析による石灰化や脂肪の分布の評価が、両者の術前鑑別診断に有用であるかを後方視的に検討した。

【方法】 2008～2021年に未熟奇形腫および成熟奇形腫と診断された20歳未満の患者のうち、術前に超音波とCTを実施した32名に対し、患者背景、腫瘍サイズ、腫瘍マーカに加えて、腫瘍内の石灰化や脂肪の分布を主観的にかつCT画像のテクスチャー解析を用いて客観的に評価した。病理組織学的検査をgold standardとした。Mann-Whitney U検定とROC曲線を用いて統計学的に解析した。

【結果】 CT画像の主観的評価において、未熟奇形腫は成熟奇形腫と比較し腫瘍内石灰化の平均個数が有意に多かった(104.5 vs 6.8個、 $p < 0.01$ 、AUC0.975)。腫瘍内脂肪の平均個数も有意に多かった(63.5 vs 6.2個、 $p < 0.01$ 、AUC0.975)。CT画像のテクスチャー解析を用いた客観的評価では、腫瘍内石灰化の分布において未熟奇形腫では不均一性を示すDissimilarityが有意に高値であり($p < 0.05$)、一方成熟奇形腫では均一性を示すHomogeneityが有意に高値であった($p < 0.05$)。腫瘍内脂肪の分布においては有意な画像特徴量は抽出されなかった($p > 0.05$)。

【結論】 未熟奇形腫と成熟奇形腫の鑑別において、CT画像における石灰化分布の評価は簡便かつ有用なバイオマーカーとなることから、20歳未満の患者に対する迅速かつ最適な治療戦略を提供する可能性が示唆された。

HS-3-2

当院におけるロボット支援腹腔鏡手術と腹腔鏡手術後のクレアチニンキナーゼ上昇に対する検討

○外館 綾華、村上 一行、佐藤 千絵、尾上 洋樹、馬場 長

岩手医科大学 産婦人科学講座

【諸言】 Well leg compartment syndrome(WLCS)は骨格筋の区画の内圧が上昇し血行障害や神経障害をきたす外傷後に発症することが多い疾患である。しかし長時間の碎石位での腹腔鏡手術の合併症としても知られている。今回我々は長時間のロボット支援腹腔鏡下仙骨腔固定術後にWLCSをきたし保存加療で軽快した症例を経験した。また当院における腹腔鏡下手術後のクレアチニンキナーゼ(CK)上昇について検討したので報告する。

【方法】 当院で施行した2018年1月から2023年5月までの60分以上のロボット支援腹腔鏡手術を含む腹腔鏡手術530例を後方視的に検討した。統計学的評価のソフトウェアはRを使用し、手術時間、BMI、術後第1病日のCK値において統計学的解析を行なった。

【結果】 対象症例530例の各術式別の症例数はロボット支援腹腔鏡手術が65例、腹腔鏡下仙骨腔固定術が26例、腹腔鏡下子宮全摘術が336例、腹腔鏡下子宮筋腫核出術が63例、他手術が11例であった。手術時間の中央値は197分(64分～564分)、BMIの中央値は23.7(15.7～41.2)であった。CKが153U/L以下の症例は344例、154以上1000U/L未満の症例は141症例、1001U/L以上の症例は45症例であった。手術時間とCKに正の相関を認めた($r=0.5289$)。ロボット支援下のみ手術時間とCKに正の相関を認めた($r=0.54779$)。BMIとCKに弱い正の相関を認めた($r=0.224$)。ロボット支援腹腔鏡手術と腹腔鏡手術のCK値の比較については腹腔鏡下手術で平均217(中央値87)、ロボット支援下手術で平均1072(中央値420)となり有意差を認めた。 $(p < 0.01)$

【考察】 長時間の碎石位手術において下腿圧迫によるWLCSの発症を念頭に置く必要がある。ロボット手術では下肢のみならず腹壁の負担が強くなる可能性がありCK高値につながる可能性がある。発生予防策を十分に講じ、更なるデータ収集および解析を行い、腹腔鏡手術とWLCS発症に関して多角的な検証が必要である。

○氷室 裕美、宇賀神 智久、佐藤 綾華、小針 諄也、村川 東、佐々木 恵、早坂 篤、大槻 健郎
 仙台市立病院 産婦人科

近年、婦人科領域において内視鏡下手術が飛躍的に普及してきている。一方、腔式手術は低侵襲手術として長い歴史を有するも、腹腔鏡下手術の普及によりその数は減少している。子宮全摘術の術式変遷としては、腔式子宮全摘術 (VTH)、腹式子宮全摘術 (ATH)、腹腔鏡下腔式子宮全摘術 (LAVH)、全腹腔鏡下子宮全摘術 (TLH) といった段階を経て、最近では vNOTES による子宮全摘術 (VANH) が注目されている。

当院では、2022 年 4 月より、VANH を導入し、適応拡大に取り組んできた。導入にあたり、産婦人科医師向けのハンズオンセミナーの開催や手術室・婦人科スタッフ向けの院内勉強会を開催した。当初は、VANH の適応基準として、経産分産歴があり子宮可動性が良好であること、子宮内膜症を認めない症例としていたが、順次拡大し、現在は未経産婦も適応としている。また、限定的な視野や単孔式ゆえの角度による操作制限に対応可能である、シャフトが彎曲するシーリングデバイス (エンシール G2®) の導入を行った。手術成績としては、2022 年 4 月から 2023 年 3 月にかけて 68 例が施行され、平均手術時間 98 分 (50-170 分)、平均出血量 131ml (5-640ml)、平均標本重量 237g (87-1278g) であった。腹腔鏡移行例はなく、合併症としては術中膀胱損傷 2 例 (いずれも術中に修復) と術後腔断端出血 2 例 (1 例は保存的治療、1 例は腹腔鏡止血術を施行) を認めた。

技術面において VANH は、VTH や LAVH が未経験の専攻医であっても、熟練した指導者のもとで習得可能な手術である。実際、当院では前出の 68 例中 30 例を専攻医 1-4 年目の医師が執刀を行っている。最新の技術の習得、腹腔鏡の技術向上と同時に腔式手術の技術習得ができることは、腔式手術が減少している昨今において意義は非常に大きいと考えられる。腔式手術手技は産婦人科独自の技術であり、継承は重要な使命であるとも考えられる。VANH の普及が腔式手術の継承に大きく貢献できることが期待される。

○加茂 矩士¹⁾、添田 周^{1,2)}、加藤 麻美¹⁾、佐藤 哲¹⁾、遠藤 雄大^{1,2)}、古川 茂宜¹⁾、坂本 渉³⁾、
 門馬 智之³⁾、赤井 畑 秀則⁵⁾、片岡 政雄⁵⁾、八木 沼 洋行⁴⁾、藤森 敬也¹⁾

- 1) 福島県立医科大学 産科婦人科学講座、2) 福島県立医科大学 地域婦人科腫瘍学講座、
 3) 福島県立医科大学 消化管外科学講座、4) 福島県立医科大学 神経解剖・発生学講座、
 5) 福島県立医科大学 泌尿器科学講座

【緒言】 婦人科手術で主に対応する臓器は子宮、附属器、腔、外陰であるが、疾患及び解剖の位置の関係からどうしても消化管、尿路の理解が必要である。また、悪性腫瘍の再発病変に対する手術などの場合には、これらの臓器以外にも特に内腸骨血管及び背側の坐骨神経、そして骨盤底の筋肉の理解も非常に重要である。Cadaver surgical training (CST) は臨床手技の向上と解剖の理解に大変有用な研修である。当科では骨盤部の CST を行うにあたり、消化管外科、泌尿器科と合同で共通の目標を作成し骨盤内の解剖及び手術手技を横断的に理解する取り組みを行ったので報告する。

【方法】 サージカルスペース、筋膜、領域リンパ節についての用語及びその理解についてあらかじめ合同で検討した。引き続き、CST で腹腔鏡による直腸の低位前方切除術、側方リンパ節郭清術、膀胱全摘出術、広汎子宮全摘出術を 3 科合同で行い、解剖学的な用語の違い及び手術手技について理解を深める試みを行った。

【結果】 サージカルスペースや筋膜の理解はそれぞれ少しずつ異なることが明らかになった。また、各科で日常触れることのない解剖学的な構造と手術手技を共有することが出来た。

【結語】 横断的に CST を行うことで、骨盤外科医として安全な手術手技を習得する貴重な機会が得られると考える。

○竹原 功、日根 早貴、佐藤 藍、中村 文洋、中井 奈々子、西 美智、松川 淳、永瀬 智
山形大学

【緒言】 生殖補助医療における調節卵巣刺激法では、超音波による卵胞径や採血検査によるホルモン値から採卵日を決定する。しかし、実際の獲得採卵数が想定と乖離し減少する場面に遭遇することがある。以前当科で獲得採卵数が大きく乖離していた15症例を調査したが、約7割でその原因は不明であった。本研究では、獲得採卵数が想定より減少するリスクのある症例を、採卵決定までに予測することが可能であるか、対象を拡大して調査することとした。

【方法】 2017年1月から2021年12月までに当院で採卵した1,029例のうち、採卵決定時の血中E2値(以下DeE2とする)250 pg/mLごとに獲得採卵数1個を期待できると考えた場合に3個以上の獲得が期待された642例を対象とした。実際の獲得採卵数(OPU)とDeE2から $(OPU/DeE2) \times 250$ を計算し50%未満のものを「獲得採卵数が不十分だった群」と定義し、年齢、血中AMH値、調節卵巣刺激法の種類、採卵決定までの日数、採卵決定時の超音波による期待卵胞数、採卵決定時の血中FSH・LH・P4、ゴナドトロピン注射総量の各項目について獲得採卵数が十分だった群と比較検討した。

【結果】 獲得採卵数が不十分だった群は96例であった。獲得採卵数減少のリスク因子について多変量解析を行うと、ロジスティック回帰分析によって血中AMH値(オッズ比0.79, $p=0.001$)と採卵決定時の血中LH値(オッズ比1.04, $p=0.03$)が独立した関連因子と考えられた。線形回帰分析においても同様に、血中AMH値(回帰係数-0.01, $p=0.002$)と採卵決定時の血中LH値(回帰係数+0.007, $p=0.009$)が独立した関連因子と考えられた。

【考察】 採卵決定の判断は各施設、担当医に委ねられているが、従来の判断方法では十分な獲得採卵数を得られない場合がある。血中AMH値および採卵決定時の血中LH値は、採卵決定を判断する際に獲得採卵数が期待より減少するリスクを考慮するうえで補助的な指標となりうることが示唆された。

01-1

出生前に一絨毛膜二羊膜双胎羊膜自然穿破を診断した2例

○邑本 美沙希、千坂 泰、佐藤 慎太郎、圓山 晶子、笠原 祥子、柳田 純子、齋藤 美帆、太田 恭子、中里 浩樹、佐藤 多代、鈴木 久也

仙台赤十字病院

【緒言】 一絨毛膜二羊膜双胎（MD 双胎）には稀に羊膜自然穿破（SS）が起こり得る。両児が同じ羊膜腔となり臍帯相互巻絡が起こりやすいため一絨毛膜一羊膜双胎（MM 双胎）に準じた慎重な妊娠管理が必要になる。胎児超音波検査で早期に MD 双胎の SS を診断し健児を得た症例を経験したため報告する。

【症例 1】 28 歳。1 妊 0 産。クロミッドで妊娠成立。双胎妊娠のため妊娠 8 週で当科初診となった。初診時、絨毛膜は 1 つであったがそれぞれの児が羊膜を有し、MD 双胎の診断となった。以降 2 週間ごとに妊婦健診していた。妊娠 16 週の妊婦健診で両児間の羊膜が確認できず、臍帯相互巻絡を認めた。MD 双胎の SS と診断し、妊娠 28 週より管理入院とした。妊娠 33 週 5 日に選択的帝王切開術で 1772g と 1905g の男児が出生した。両児の臍帯が巻絡し、真結節を 2 個形成していた。臍帯付着部は非常に近接していた。

【症例 2】 38 歳。2 妊 0 産。自然妊娠。MD 双胎のため妊娠 11 週で当科初診となった。初診時、両児間に羊膜が確認され MD 双胎の診断となった。以降 2 週間ごとに当院で妊婦健診を施行していた。妊娠 23 週の妊婦健診で浮遊した羊膜と両児が同じ羊膜腔にいることが確認され、SS と診断した。妊娠 28 週より管理入院とし、妊娠 34 週 1 日に選択的帝王切開術で 1812g と 1862g の女児が出生した。臍帯は相互巻絡し、真結節を 1 個形成していた。臍帯付着部は 3cm 程度と近接していた。10cm ほど卵膜走行する胎児血管があった。

【考察】 MD 双胎の羊膜自然穿破という稀な症例を経験した。既存の報告で、臍帯付着部近接症例に自然穿破例が多いという報告があり、本症例 2 例も同様に臍帯付着部間距離は近接していた。臍帯付着部に着目することで早期診断の一助となる可能性がある。

01-2

当院で経験した一絨毛膜一羊膜双胎の3例

○小葉松 斐、米原 利栄、山本 早姫、伏津 建太郎、青柳 有紀子、東 正樹

釧路赤十字病院 産婦人科

【緒言】 一絨毛膜一羊膜双胎（MM 双胎）は一卵性双胎の約 1% 程度の頻度で発生するとされているが、周産期予後は双胎妊娠の中で最も不良でありより慎重な管理が必要である。今回当院で周産期管理を行なった MM 双胎の 3 例について報告する。

【症例】 症例 1 は 23 歳、1 妊 0 産、近医にて MM 双胎と診断され 10 週 3 日で当科紹介。22 週 5 日より入院とし子宮収縮抑制のためリトドリン静注を開始。子宮収縮抑制困難となり 31 週 4 日で帝王切開術を実施した。

症例 2 は 39 歳、1 妊 0 産、里帰り分娩のため 24 週 4 日に当科紹介。前医では一絨毛膜二羊膜双胎（MD 双胎）の診断であったが当院では MM 双胎と診断し、そのまま管理目的で入院とした。経過良好で 34 週 0 日で帝王切開術を実施した。

症例 3 は 29 歳、4 妊 3 産、近医で MD 双胎の診断であったが、当院では 17 週で MM 双胎と診断し 28 週 2 日より管理目的で入院とした。経過良好で 34 週 0 日で帝王切開術を実施した。

【結語】 症例 1 では子宮収縮が認められたため 31 週での分娩となったが症例 2、3 は小児科と協議の上娩出時期を決定した。MM 双胎は一般的な双胎の合併症に加えて臍帯巻絡による胎児死亡の可能性もあり、入院管理下で頻回に胎児心拍数モニタリングや臍帯血流の評価を行い娩出時期を決定していく必要がある。

○門ノ沢 結花、當麻 絢子、國井 基思、横山 美奈子、丹藤 伴江

弘前総合医療センター 産婦人科

【緒言】 異所性妊娠は全妊娠の約 1% に発生し、その約 95% は卵管妊娠である。その他卵巣、腹膜、卵管間質部、帝王切開瘢痕、子宮筋層内への妊娠が報告されているがいずれも 1% 程度で稀である。当院で経験した希少部位異所性妊娠の 3 例を報告する。

【症例 1】 30 歳、2 妊 1 産。妊娠反応陽性のため前医を受診した。子宮内に胎嚢を認めず、ダグラス窩に腹水を認めたため、異所性妊娠を疑い当科紹介となった。右付属器領域に胎嚢および胎児心拍を確認し、hCG 9,413 mIU/mL と上昇を認め、同日緊急手術を施行した。右卵管間質部に胎嚢を認め、同部位から出血を認めた。同部位に切開を加え絨毛を摘出し縫合した。術後の hCG 値は速やかに下降した。

【症例 2】 31 歳、2 妊 0 産。妊娠反応陽性のため、最終月経から妊娠 7 週 2 日に当科を受診した。子宮内に胎嚢を認めず、子宮角部周辺に不整な嚢腫を認めた。hCG 1,748 mIU/mL と軽度上昇していた。妊娠 7 週 5 日に再受診時、同部位の嚢腫は軽度増大、hCG 3,485 mIU/mL と上昇し、異所性妊娠が疑われ同日入院とした。MRI では子宮底部筋層内に嚢胞性病変を認め、子宮筋層内妊娠として、MTX 全身投与した。1 回目投与後も hCG の上昇を認めたため、2 回目投与を行い、hCG 2,116 mIU/mL と下降し、子宮筋層内の嚢胞性病変は縮小した。

【症例 3】 38 歳、3 妊 2 産、2 回の帝王切開の既往がある。妊娠反応陽性のため前医を受診した。帝王切開瘢痕部に胎嚢を認め最終月経から妊娠 5 週 1 日に当科紹介となった。MRI でも帝王切開瘢痕部に胎嚢を認め、帝王切開瘢痕部妊娠の診断となった。hCG 22,147 mIU/mL と上昇しており、子宮温存希望があったため、MTX 局所投与を選択した。1 回目投与後も hCG の上昇を認めたため、2 回目投与を行い、hCG 1,990 mIU/mL へ下降し、胎嚢も縮小した。

【考察】 希少部位異所性妊娠も卵管と同様に出血性ショックをきたす可能性があり、早期診断・治療が望ましい。今回それぞれの症例で異なる治療法を選択しており、文献的考察を交えて報告する。

○佐野 詩織、伊藤 友理、阿部 夏未、山口 理紗子、深瀬 実加、渡邊 憲和、山内 敬子、永瀬 智

山形大学医学部付属病院 産婦人科

【目的】 ジノプロストン腔内留置用製剤（プロウベス®）は、2020 年 1 月より新たに本邦で承認された子宮頸管熟化剤である。従来使用されていた内服薬と比較し、局所に集中的に作用するためより効率的な頸管熟化が期待される。有害事象が起こった場合は抜去により速やかに薬効が消失し安全性も期待できるが、承認から間もないためその使用経験の報告は多くない。そこで、当院でのプロウベス® の使用症例の特徴や分娩転帰、安全性などについて検討した。

【方法】 2022 年 3 月から 2023 年 4 月までの間、当院でプロウベス® を使用した症例の診療録を後方視的に調査した。

【結果】 対象症例は 20 例で、19 例は初産。分娩週数の中央値は 39 週 5 日で、プロウベス® 挿入時の Bishop Score の中央値は 4 点だった。分娩誘発の適応は計画無痛分娩、分娩予定日超過などだった。12 例 (60%) が経腔分娩に至り、7 例 (35%) はプロウベス® 挿入当日の分娩だった。経腔分娩の所要時間の中央値は 5 時間 56 分であった。プロウベス® 使用後に他の陣痛促進剤を必要としたのは 11 例 (55%) だった。帝王切開となったのは 8 例 (40%) で、適応は分娩停止が 5 例、胎児機能不全が 3 例だった。プロウベス® による有害事象は過強陣痛が 2 例 (10%)、胎児機能不全が 1 例 (5%) だった。児の Apgar score の中央値は 1 分値 8 点、5 分値 9 点だった。プロウベス® による重篤な有害事象は母児ともに発生しなかった。

【結論】 当院では器械的頸管拡張や内服剤による頸管熟化が不良なときにプロウベス® を使用することが多いため、単純に比較はできないが、使用当日の経腔分娩率や、追加の促進剤を使用した割合などの分娩転帰は過去の報告と同等かそれ以上の成績であった。有害事象の頻度は過去の報告と同等で、重篤な合併症は起こらずに安全に使用できた。しかし、当院での使用例はまだ少ないため、今後も症例を蓄積して、有効性や安全性を検討する必要がある。

超短期的新生児予後に与える Δ pH(臍帯動脈と静脈血液ガス分析値の pH の差) が与える影響

○菅野 美沙¹⁾、安田 俊²⁾、平岩 幹¹⁾、石橋 真輝帆¹⁾

1) 公立岩瀬病院産科婦人科、2) 福島県立医科大学産科婦人科学講座

【背景】 臍帯動脈血 (UmA) pH < 7.2 は、新生児の状態を懸念する状態である。しかし、全く蘇生行動 (酸素投与、CPAP、人工呼吸) を行わないで良好に出生時期を経過する UmApH < 7.2 の児と、濃厚な蘇生行動を必要とする児がおり、必ずしも分娩経過によらないことは不思議であった。

【目的】 本研究は、UmApH < 7.2 で出生した児が、超短期予後 (蘇生行動、Apgar score1 分 < 7 点) に与えるリスク因子を、臍帯血液ガス分析値から導き出すことである。

【結果】 当院で 2017 年 4 月 (開設) ~ 2022 年 12 月に分娩した 3006 の出生データから、正期産かつ経膈分娩で出生した単胎 1990 を得た。UmApH < 7.2 は 117/1990 (5.9%) であった。UmApH < 7.2 に与えるリスク因子を 2 項ロジスティック回帰分析を用いて検討した結果、分娩時間 8 時間以上、出生 30 分以内の CTG 上の胎児徐脈・高度変動一過性徐脈・軽度及び高度遷延一過性徐脈が見られることであった。UmApH < 7.2 を呈した 117 の 39 (33.3%) が蘇生行動を受けており、蘇生行動に与えるリスク因子を二項ロジスティック回帰分析で解析した結果、臍帯動静脈血の pH 値、Base excess、pO₂、pCO₂、乳酸などを投入しても、臍帯静脈と臍帯動脈の pH の差 (Δ pH) が 0.05 未満であることだけが、蘇生行動のリスク因子であることが判明し、さらに Apgar score1 分 < 7 点のリスク因子も同様に Δ pH < 0.05 のみであることが判明した。

【考察】 胎盤機能や臍帯圧迫で急性期には胎児から流出する UmApH が低下し UmVpH が保たれる相では Δ pH が開大し、時間経過とともに Δ pH が低下することが報告されているが、児の予後と結びつけた報告はほぼない。

【結論】 Δ pH は出生児の超短期予後と関連し、出生後の臨床状態と合わせて生理学的背景を検討する上で有用なマーカーである。

当院の無痛分娩における周産期予後のまとめ

○廣兼 綾華、西郡 高志、田中 智子、長谷川 徹

富山市民病院

【目的】 当院では 2010 年より硬膜外無痛分娩を開始し、年々増加している。今回、当院における硬膜外無痛分娩症例における周産期転帰をまとめ、分娩第二期遷延症例の分娩転帰、新生児予後について検討した。

【方法】 対象は 2019 年 3 月から 2023 年 5 月までに当院にて分娩となった 1189 例のうち、予定帝王切開 116 件を除いた 1073 例とした。無痛分娩 567 例と非無痛分娩 506 例で、母体背景、周産期、新生児予後について χ^2 検定、Student t-test を用いて後方視的に検討した。

【結果】 無痛分娩の母体背景は、高齢、初産、ART 妊娠が有意に多かった。無痛分娩群ではクリステレル胎児圧出法施行率、吸引分娩率、帝王切開率が 17.4% (89/510 例)、28.0% (143/510 例)、10.0% (57/567 例) と非無痛分娩群の 7.5% (36/476 例)、12.8% (61/476 例)、5.9% (30/506 例) と比べ、いずれも有意に高かった。(p < 0.05)。非介入で経膈分娩に至った症例は非無痛分娩群では 79.6% (379/476 例) に対し、無痛分娩群は 54.5% (278/510 例) と有意に少なかった。分娩第二期は無痛分娩群で 1 時間 29 分に対し、非無痛分娩群では 43 分と有意に無痛分娩群で長かった。(p < 0.001) 無痛分娩群において分娩第二期が 4 時間以上遷延した群では 79% が吸引分娩等の介入を要していた。新生児転帰は ApS、臍帯血ガスは有意差を認めなかったが、無痛分娩群で新生児黄疸の発症率が有意に高かった。(p < 0.05) 無痛分娩においては、十分な努責が困難なこと、回旋異常の増加から分娩第二期の延長が報告されるが、本検討でも同様の結果となった。胎児が well being である限り、二期短縮の目的で早期介入の必要はないと言われているが、遷延症例の新生児予後を検討し、適切な介入のタイミングについての検討を追加して報告する。

【結論】 本検討では硬膜外無痛分娩では吸引分娩などの介入、帝王切開が非無痛分娩群と比較して増加した。無痛分娩における第二期遷延症例に関し、さらなる検討を追加して報告する。

○土川 恵、水崎 恵、佐藤 湊斗、石川 雄大、林 なつき、板橋 彩、水無瀬 萌、上田 あかね、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

【緒言】 高度肥満症例の開腹手術では出血や感染のリスクが大きいのが、腹腔鏡手術も高い技術を要する。今回 BMI 57.5 の高度肥満症例に対する緊急腹腔鏡下手術を経験したので報告する。

【症例】 27 歳、0 妊、156 cm、140 kg。既往歴として喘息、2 型糖尿病、脂肪肝。

【治療経過】 X 日に急性腹症で近医に救急搬送。単純 CT で 19 cm 大の卵巣嚢胞を指摘。X+1 日の単純 MRI で左漿液性卵巣嚢腫疑い、悪性を疑う所見無し。子宮内膜組織診では Endometrial hyperplasia without atypia。その後も下腹部痛による救急搬送を繰り返し、X+45 日に手術目的に当院紹介初診。X+72 日に腹腔鏡下左付属器摘出術を予定し、X+54 日に術前検査と麻酔科受診を予定していたが、本人の都合で延期となった。その間も下腹部痛で近医救急搬送を繰り返していた。X+59 日にも同様の症状で近医受診。疼痛コントロール不良で手術目的に当院転院搬送され、同日緊急手術を施行。術中所見で傍卵管嚢腫であったことが明らかになり腹腔鏡下左卵管・傍卵管嚢腫切除術 + 子宮内膜全面搔爬術を施行。手術にあたり、術中体位や、気腹圧の設定などに工夫を要し、術中合併症無く終了した。術後は手術室で抜管できたものの、高度肥満で合併症も多数あるため ICU に入室。術後 1 日目に一般病棟に転棟、術後経過良好で術後 3 日目に退院。その後も術後合併症なく経過している。摘出検体の病理組織診断では左卵管は Serous cystadenoma、子宮内膜は Endometrial hyperplasia without atypia であった。

【結語】 リスクの高い高度肥満患者の緊急腹腔鏡下手術であったが、工夫することで合併症なく遂行することが出来た。

○南 怜毅¹⁾、鹿内 智史¹⁾、和田 渚¹⁾、杉田 奈穂子¹⁾、玉手 雅人²⁾、幅田 周太郎²⁾、齋藤 豪²⁾

1) 北海道社会事業協会帯広病院 産婦人科、2) 札幌医科大学 産婦人科学講座

【緒言】 卵巣移動術は子宮頸がん術後の放射線療法による卵巣の被曝を回避する目的で行われることが多いが、移動した卵巣に腫瘍が発生する可能性がある。発生した卵巣腫瘍を腹腔鏡で摘出した報告は少ない。

今回、卵巣移動後に発生した内膜症性嚢胞と卵巣嚢腫に対してそれぞれ腹腔鏡で治療を行った 2 例の検討を行った。

【症例】 ① 60 代女性、上腹部の違和感を主訴に前医を受診した。CT で移動後の卵巣に 8cm 大の嚢胞を認め、腹腔鏡下に嚢胞摘出術を行う方針となった。腫瘍を中心としたミラーイメージとならないようなポート配置とし、大網と結腸、卵巣との膜状癒着を剥離、卵巣動静脈を単離し処理した後、腫瘍を摘出した。② 40 代女性、左上腹部痛を主訴に当科を受診した。MRI で圧痛と一致する移動後の卵巣に 5cm 大の内膜症性嚢胞を認め、腹腔鏡下に高度癒着剥離及び嚢胞摘出術を行う方針となった。ポート配置は症例①と同様にして手術を行った。内膜症によって腫瘍が腹膜や周囲の組織を巻き込む形であったため癒着剥離に難渋したが、左腎傍腔より外側の腹膜ごと摘出することによって腫瘍全体を摘出することができた。

【考察】 今回、卵巣移動後の卵巣腫瘍の 2 例を経験した。どちらも非典型的な手術であり、手術の方法や注意点を含め、症例に応じて最適な方法を検討することが重要と考える。

症例①は卵巣嚢腫であり、癒着自体は膜状癒着のみで剥離は容易であったが通常とは異なる位置に卵巣動静脈が存在するため、確実に血管を同定、単離し処理する必要があった。症例②では上記の注意点に加え、内膜症によって腹膜、血管、腸管が巻き込まれる形で癒着していたため、症例①よりもさらに組織を丁寧に剥離し、他臓器損傷に注意をする必要があった。今回の 2 症例では術前に十分な病変の評価と術式の検討、シミュレーションを行うことで癒着の有無に関わらず安全に手術をすることが可能であった。

○藤島 多佳子¹⁾、早坂 真一¹⁾、井上 宰²⁾、渡邊 桜¹⁾、毛利 春希¹⁾、菅野 秀俊¹⁾、渡邊 マリア¹⁾、竹中 尚美¹⁾、柿坂 はるか¹⁾、鈴木 弘二¹⁾、小林 正臣¹⁾、田野口 孝二¹⁾

1) 国家公務員共済組合連合会 東北公済病院 産婦人科、2) 国家公務員共済組合連合会 東北公済病院 外科

【緒言】 結腸憩室炎は、高齢化および食生活の欧米化に伴い増加傾向にある。今回我々は S 状結腸憩室炎の波及により生じた左卵管膿瘍から子宮留膿腫に至ったと考えられる 1 例を経験した。難治性の子宮留膿腫の原因として S 状結腸憩室炎も鑑別に入れる必要があると考え報告する。

【症例】 68 歳女性。1 年前に膿性帯下と不正性器出血を主訴に前医受診。子宮留膿腫の診断で腔洗浄と薬物治療をしたが軽快に至らず、精査加療目的に紹介となった。初診時左下腹部に疼痛を認め、子宮内膜 7 mm の肥厚と左付属器に 28 mm 大の腫瘤を認めた。MRI 検査で子宮内に膿瘍腔と左付属器領域に 23 mm 大の腫瘤様構造を認め、CT 検査では S 状結腸の穿孔性憩室炎と壁外膿瘍、子宮筋層や膀胱への炎症波及、子宮筋層内との瘻孔形成が疑われた。下部消化管内視鏡検査では憩室炎による穿通が疑われた。以上より、S 状結腸憩室炎の穿通から子宮への炎症波及による結腸子宮瘻の疑いで、腹腔鏡下手術の方針とした。術中所見では S 状結腸は後腹膜と左付属器に強固に癒着しており、剥離操作により S 状結腸憩室炎の穿通から起因した炎症であることが明らかとなった。左卵管は腫脹し卵管炎の所見であり、卵巣はほぼ正常であった。子宮底部と S 状結腸は瘻孔の形成は認めなかった。S 状結腸憩室炎は直腸にまで及んでいた。腹腔鏡下 S 状結腸切除+左付属器切除術を行った。病理組織検査では S 状結腸に憩室炎の破綻と左卵管に化膿性炎症を認めた。以上より、S 状結腸憩室炎から左付属器炎が形成され、その後左卵管を介して炎症が波及し子宮留膿腫が形成されたと考えられた。

【結語】 悪性疾患が否定的で難治性の子宮留膿腫では、腔からの上行性感染以外に消化管由来の炎症の波及の可能性も考え早期に CT 検査を行うべきであると考えられた。

○山本 真、飯藤 弘光、江坂 有希恵、福田 真、辻 隆博、田嶋 公久

福井赤十字病院 産婦人科

【目的】 腹腔鏡下手術を行う際に、ポート留置直後と手術終了時に腹腔内の観察が行われる。これらは腹腔内の癒着やトロッカー挿入時の出血、損傷の確認や手術終了時の止血確認、遺残物の有無を確認することが主となるが、時に想定外の病変を発見する場合もある。手技がルーチン化されているため、ともすれば見逃してしまう可能性もある。今回、治療前や手術開始時には発見に至らず、手術終了時の確認で大腸癌病変を発見した症例を経験したため報告する。

【症例】 症例は 40 代後半、2 経産で巨大子宮筋腫のため前医より紹介初診となった。貧血以外の特記すべき自覚症状はなく、巨大子宮筋腫のため偽閉経療法施行後に腹腔鏡下子宮全摘術を予定した。型通りに子宮全摘を行った後、最後の腹腔内観察で盲腸に 5 cm 大の不整形腫瘤を認めたため消化器外科に対診した。術後の精査によりリンパ節転移、摘出子宮への転移を認め大腸癌 4 期の診断で治療が開始された。化学療法の効果が乏しく、治療開始 8 ヶ月で永眠された。

【考察】 本症例は、巨大子宮筋腫のため術前の MRI や手術開始直後の腹腔内観察では病変部の挙上により大腸癌の発見が困難であった。子宮全摘後、生理的な位置に上行結腸が戻ったため手術終了前の観察で発見することができた。本症例では、大腸癌の子宮転移という稀な病態であったため、病理診断がつく時点では発見が可能であったと考えられる。一方で子宮に病変を認めなかった場合、大腸癌の発見は更に遅れていたことが予想される。腹腔内観察は基本的な手技であるが、腹腔内を直接観察できる数少ない機会でもある。常に想定外の腹腔内病変が存在する可能性に留意して、細心の注意を払って腹腔内の観察を行うよう心がけたい。

○倉井 伶、古俣 大、深津 俊介、木谷 洋平、横田 有紀、加勢 宏明

新潟県厚生連 長岡中央総合病院 産婦人科

【症例】 レボノルゲストレル放出子宮内避妊システム (LNG-IUS) は、月経困難症や過多月経に対する有効な治療法の一つである。副作用としては、子宮穿孔や子宮筋層への部分的貫入が少数ではあるが報告されている。今回、子宮筋層に貫入した LNG-IUS に対して子宮鏡下に摘出した一例を経験した。症例は 39 歳、2 妊 2 産 (帝王切開 2 回)、4 歳時の大腸部分切除術の既往による腹腔内高度癒着があり、2 回目の妊娠時に尿管狭窄による両側水腎症や、帝王切開術時の膀胱損傷などの合併症を起こした。腹腔内癒着により術野の展開が困難であったため、子宮体部縦切開で児を娩出した。医学的に要避妊と判断し、月経困難症を合併していたため、分娩 14 週間後に LNG-IUS を挿入した。挿入 1 か月後の診察では正常な位置にあることを確認した。それ以降は受診せず、3 年後の診察で外子宮口に抜去糸を認めなかった。5 年後に抜去希望のため受診した際には、経腔超音波で子宮内腔に LNG-IUS を認めるが抜去困難であった。また、子宮前壁に縦走する帝王切開癒着部を認めた。子宮鏡下手術を施行し、LNG-IUS の一部が左卵管角近傍の筋層に貫入する所見を認めたため、ループ電極による切開および鈍的剥離にて遊離させ、胎盤鉗子で抜去した。その後、子宮内膜破壊術を施行した。

【考察】 LNG-IUS 挿入に伴う副作用として、子宮穿孔や子宮筋層への部分的貫入が報告されているが、発生頻度は稀で 1000 回の挿入あたり 0.4 ~ 1.6 とされている。子宮貫入のリスクとしては、子宮手術既往、流早産または分娩後、多産婦、子宮内腔の形態異常などが報告されている。本症例では、子宮筋層に陥没性の癒着が形成されたことが、LNG-IUS の位置異常・筋層内貫入の原因となった可能性がある。子宮鏡は子宮内腔の状態を確認する最良の方法であり、子宮内腔にある LNG-IUS が抜去困難である場合、子宮筋層への貫入を考慮し子宮鏡による診断・治療が有用である。

○押切 実波、阿部 真璃奈、玉田 春紫、伊藤 理華子、金杉 知宣

岩手県立大船渡病院 産婦人科

【緒言】 子宮内容除去術の重篤な合併症として子宮穿孔がある。保存的治療で軽快する症例も多いとされるが、腸管損傷から汎発性腹膜炎に進展すると致死的となる場合があり、早期の認識が望ましい。今回、我々は子宮内容除去術中に腸管の脂肪垂が摘出され、子宮穿孔および腸管損傷を疑い、鏡視下に修復し得た一例を経験したため報告する。

【症例】 症例は 33 歳、4 経妊 2 経産。既往歴や手術歴はない。最終月経から妊娠 7 週相当に妊娠反応検査陽性にて当院を受診した。経腔超音波検査では子宮全長は約 7cm、後傾後屈、子宮内にある胎嚢は約 14.5mm、胎児は認めず、両側付属器の異常所見や腹水は認めなかった。1 週間後の診察でも胎児を確認できず、稽留流産の診断にて子宮内容除去術の方針となった。術前に子宮頸管拡張目的に内子宮口に吸湿性子宮頸管拡張材を留置し、手動真空吸引法にて子宮内容除去術を施行した。術中に腸管の脂肪垂様の組織が摘出され、経腔超音波検査を施行した。子宮前壁の内腔から子宮漿膜にかけて高輝度の線状な echo 像が観察され、子宮穿孔を疑い、腹腔鏡手術を施行した。子宮前壁に 5mm 程度の穿孔所見を認め、Z 縫合し子宮筋層を修復した。外科医師に依頼し、S 状結腸の脂肪垂と腸管膜に損傷を認めたが、穿孔所見なく漿膜の損傷は認めなかった。漿膜筋層と脂肪垂及び腸管膜の損傷部を単結紮縫合にて補強し修復した。術後 1 ヶ月時点では有症状を認めず、経腔超音波検査では子宮前壁の高輝度線状 echo 像は狭小化を認めている。

【結論】 子宮内容除去術では、術前の子宮形状や内腔方向の確認や、麻酔後に子宮腔の方向と子宮腔長を再度確認することが重要である。子宮穿孔が生じた場合には子宮腔内に子宮外臓器を引き込むことがあり、摘出物の組織を確認することが子宮穿孔の診断に有用である。

03-1

当院におけるロボット支援手術の現状

○牛島 倫世、山崎 悠紀、八木 萌、生水 貫人、脇 博樹

高岡市民病院 産婦人科

当院は地方の中規模病院であり、2019年12月からロボット手術を開始した。婦人科では同時期から子宮良性疾患に対するロボット支援子宮全摘術を開始し、2022年からはロボット支援仙骨腔固定術も行なっている。今回、当院におけるロボット支援手術の現状について検討を行なった。

2019年12月から2023年5月までに、63例のロボット支援手術を行なった。子宮全摘術が58例、仙骨腔固定術が5例であった。子宮全摘術は、術前に子宮筋腫、子宮腺筋症、子宮頸部上皮内腫瘍、子宮内膜ポリープなどの良性疾患と診断した症例に行なった。摘出子宮重量は平均237g、出血量は平均40g、手術時間は平均193分、コンソール時間は平均143分であった。ロボット支援仙骨腔固定術の手術時間は平均202分、コンソール時間は平均145分、出血量は0gであり合併症は認めなかった。

上記同期間において、良性疾患で腹腔鏡子宮全摘術を試みた117例のうち、開腹移行となった2例を除いた115例についてロボット支援子宮全摘術との比較検討を行なった。腹腔鏡下子宮全摘術の摘出子宮重量は平均301g、出血量は平均42g、手術時間は平均202分であった。ロボット支援子宮全摘術と比較すると、腹腔鏡下子宮全摘術で有意に摘出子宮重量が重く、その他の項目では有意差は認めなかった。

上記期間におけるロボット支援子宮全摘術の術者は3名で、全員内視鏡技術認定医である。一方腹腔鏡下子宮全摘術は、可能な限り若手が執刀し指導する体制をとっており、50%が技術認定医取得前の術者が行なっていた。当院のような症例の少ない病院では、ロボット支援手術の技術向上と腹腔鏡手術の教育を並行して行なうことに課題を感じている。しかし、両方の手術を行う機会を持つことにより相乗効果が望めるとも思われ、今後も安全でスムーズな内視鏡手術を行う努力をしていきたい。

03-2

当科におけるロボット支援下手術の導入 -Learning curve の視点から

○安田 真子、北川 裕太郎、佐多 綜一郎、宮城 正太、勘野 真紀、野村 英司

王子総合病院 産婦人科

従来の内視鏡手術の欠点を克服すべく内視鏡手術支援ロボットが開発され、近年これを使用した手術が急速に増加している。婦人科領域でも2018年の診療報酬改定で良性子宮腫瘍に対するロボット支援下手術が保険適応となり急速に一般病院に普及しつつある。ロボット支援下手術は立体視可能であり鉗子の可動性が高いことより腹腔鏡手術よりむしろ開腹手術に近いといわれている。これら手術を執刀するためには日本産婦人科学会が定める要件を満たす施設において、術者は最低でも産婦人科専門医の資格が必要である。当科では2020年2月からロボット支援した手術を導入し、現在までに約160症例の経験を重ねてきた。

また若手医師にとって早くからロボット手術に慣れ親しんでおくことはその医師にとって将来的に大きなアドバンテージになりうることは容易に想像できるが、当科では現在までに専門医試験合格直後2名を含めた合計5名のライセンスホルダーを排出した。

ロボット支援下手術の複数術者の存在する施設において、その導入後の変遷を Learning curve の観点から考察したところ、執刀件数が30～40件に達した段階で手術時間の Learning curve は緩やかになっていた。また、術中出血量や術後トラブルはほぼなく経過しており、執刀件数に影響されずに安全に手術を遂行することができていた。

その他、様々な視点から考察を加え、ロボット支援腹腔鏡下仙骨腔固定術に関する Learning curve も含めて報告する。

臍上まで至る巨大卵巣腫瘍に対して経腔的内視鏡手術（vNOTEs）で付属器切除を行った症例

○小山 諒人¹⁾、西村 真唯²⁾、吉増 崇志²⁾、西島 純一²⁾、松本 沙知子²⁾、滝本 可奈子²⁾、中谷 真紀子²⁾、中島 亜矢子²⁾、福士 義将²⁾、和田 真一郎²⁾、藤野 敬史²⁾

1) 手稲溪仁会病院 初期臨床研修医、2) 手稲溪仁会病院 産婦人科

【緒言】 経腔的内視鏡手術（vNOTEs & brybar; vaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic surgery）は、整容性や術後疼痛軽減の観点から優れた術式である。巨大卵巣腫瘍の手術では、従来の腹腔鏡下手術であれば検体回収のために腹壁の切開創の延長が必要であったが、vNOTEs では経腔的に検体を回収するため、腫瘍の大きさに関わらず創の延長が不要であるといったメリットがある。臍上まで至る巨大卵巣腫瘍に対して経腔的内視鏡手術（vNOTEs）で付属器切除を行った症例を経験したので文献的考察を含め報告する。

【症例】 80歳女性、腹部圧迫感を主訴に近医を受診し卵巣腫瘍を指摘された。MRI検査で骨盤内を占拠し臍上まで至る巨大な卵巣腫瘍を認めた。術前診断は良性卵巣腫瘍であり、vNOTEsによる付属器切除を行う方針とした。後膣円蓋を切開し腹腔内に至った。ダグラス窩に卵巣腫瘍を認め、これを腹腔外で破綻させ腔から内容液を排出し、腫瘍の縮小を図った。型通り右付属器切除を行った。手術時間は49分、出血量は少量であった。術後経過は良好、術後4日目に退院となった。摘出検体の病理診断は粘液性嚢胞腺腫であった。

【結語】 卵巣腫瘍の内容液を腔から排出でき、大きな検体も切開創の延長なく回収できる点から、本症例のような巨大卵巣腫瘍こそ、vNOTEsの非常によい適応である。卵巣腫瘍がダグラス窩にはまり込んで腸管をよけているため、術前検査でダグラス窩の癒着がないことがほぼ確実に判断でき、腹腔内に到達する際に腸管を損傷するリスクも極めて低い。ダグラス窩が完全に閉塞している、悪性腫瘍を疑う、卵巣腫瘍と腸管や大網に高度な癒着を認める症例等を除けば、大きさに関わらず付属器病変の治療はvNOTEsの適応があると考えられた。

当院でのvNOTES（Transvaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery）の導入について

○福長 健史、小幡 美由紀、國井 勝俊、武士 ゆい、丸山 真弓、堤 誠司

山形県立中央病院 産婦人科

【緒言】 Transvaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery（vNOTES）は経腔的に腹腔鏡下手術を行う方法であり、従来の腔式手術と比較して付属器へのアプローチが可能なことと、体表に手術創がないため腹腔鏡下手術より術後疼痛が軽減することが利点とされている。当科では、倉敷成人病センターで技術指導を受けた後、2023年2月からvNOTESでの子宮全摘術（Vaginally Assisted NOTES Hysterectomy: VANH）を開始した。当院におけるvNOTES症例の治療成績について報告する。

【方法】 vNOTESを導入した2023年2月以降のすべてのVANH症例を対象として、患者背景、手術時間、出血量、摘出子宮重量、周術期合併症、術後疼痛について診療録から後方視的に検討した。術後疼痛はNumerical Rating Scale（NRS）を用い、術後1日目と3日目に評価した。

【結果】 VANHは6例あり、うち1例は臍部から5mm腹腔鏡を併用したhybrid vNOTESであった。6例すべて経産婦で開腹手術歴はなく、症例の内訳は子宮筋腫3例、子宮頸部高度異形成3例で、うち1例で卵巣腫瘍を合併していた。手術時間は中央値121分（97～182分）、出血量は中央値106ml（60～719ml）、摘出子宮重量は中央値176g（88～220g）で、特筆すべき周術期合併症はなかった。術後疼痛は、術後1日目のNRSは0点から2点がそれぞれ2例ずつで、術後3日目のNRSは2例が0点で4例が1点だった。

【結論】 vNOTESを施行したすべての症例で大きな合併症はなく疼痛コントロールは良好であった。導入初期のためか、手術時間は他の報告と比較して長い傾向にあるため、より安全性の高い術式を確立するために更なる症例の蓄積が必要と考える。

○金森 正紘、橋本 吏可子、齋藤 美貴

津軽保健生活協同組合 健生病院 産婦人科

経腔的に気腹して内視鏡手術を行う vaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery (vNOTES) は自然腔である腔からアクセスプラットフォームを挿入することで、腹部に術創を施さずに行えるため、従来の腹腔鏡手術よりも術後の痛みが少なくより低侵襲な手術と考えられている。本邦では2020年1月より GelPOINT® V-Path (Applied Medical 社) が使用可能となり、当院では、vNOTES による子宮全摘術 (VANH : vaginally assisted NOTES hysterectomy) および付属器切除術を①経産婦で、②著明な肥満がなく (BMI < 30)、③手術歴および内膜症のない子宮筋腫、骨盤臓器脱、卵巣嚢腫、CIN3/CIS を対象に2022年12月より導入した。腹腔鏡技術認定医がいない当院では、これまで腹腔鏡手術は卵巣嚢腫、異所性妊娠および腹腔鏡補助下の子宮筋腫核出術、卵巣嚢腫核出術、腔式子宮全摘術に限定していたが、腔式手術は年間40例ほどの骨盤臓器脱手術を施行しており、腔式にアプローチする vNOTES の導入をスムーズに行うことができた。vNOTES の手技では膀胱子宮窩・ダグラス窩を開放し、両側仙骨子宮靭帯を処理した後に、Alexis リトラクターをしっかりと装着することがその後の腹腔鏡操作を円滑に行うために必要となる。この過程で膀胱損傷、直腸損傷、傍腔組織からの出血などが問題となるため特に注意する必要がある。この過程で膀胱損傷、直腸損傷、傍腔組織からの出血などが問題となるため特に注意する必要がある。腔式手術の経験は vNOTES を安全に行う上で重要であると感じた。vNOTES の導入として、子宮脱を伴う子宮筋腫や卵巣嚢腫は比較的取り組みやすいと思われるが、症例によっては膀胱子宮窩腹膜の下垂で術野確保が困難となる場合があり、より安全に手術を行えるように膀胱吊り上げなどの手技の習得や工夫が必要であると感じた。今後は、腔断端挙上術や子宮温存の付属器切除術など適応を拡大していきたい。

04-1

膀胱浸潤を呈した子宮頸癌大細胞神経内分泌癌の一例

○山本 早姫、伏津 建太郎、小葉松 斐、青柳 有紀子、米原 利栄、東 正樹

釧路赤十字病院 産婦人科

【緒言】大細胞神経内分泌癌(LCNEC; Large cell neuroendocrine carcinoma)は子宮頸癌の中で稀な組織型である。今回、膀胱内腫瘍を生検し、子宮頸癌 LCNEC の診断に至った一例を経験したので報告する。

【症例】70代女性。自覚症状なく、がん検診希望で当科を受診した。不正出血、血尿は認めなかった。経膈エコーで子宮頸部に腫瘍を認め、膀胱壁は不整であった。MRI で子宮頸部に腫瘍性病変を認め、膀胱内腔に突出していることから膀胱浸潤が疑われた。子宮頸癌の体部浸潤、膀胱浸潤、尿管浸潤が示唆され、閉鎖リンパ節の腫大を認めた。子宮頸部細胞診、体部細胞診は陰性で、頸部組織診は採取困難であったが、子宮頸癌が強く疑われる所見であり、泌尿器科コンサルトの上、経尿道的膀胱腫瘍切除術で膀胱内の腫瘍を採取した。病理結果で、p63 陰性、CK7 陽性、CK20 陰性、p16 陽性、CD56 陽性の結果より LCNEC の診断となった。CT、MRI で遠隔転移を認めず、子宮頸癌ⅣA期の診断で、化学療法エトポシド+シスプラチン(EP)療法を開始した。eGFR 33 ml/min/1.73m²であり、シスプラチンは減量投与とした。治療開始後に発熱性好中球減少症認めため、エトポシドも減量の上、4週間毎に化学療法を継続している。NSE は治療前から陰性であり、CA125 は治療開始前と比較して漸減している。4コース施行後の治療効果判定のMRIで腫瘍の縮小を認め、画像上、膀胱浸潤は消失し、EP療法継続の方針とした。

【考察】今回子宮頸癌の中で稀な組織型である LCNEC の症例を経験した。子宮頸癌ⅣA期の標準療法ではないが、LCNEC の組織型を考慮し、神経内分泌癌のレジメンとして一般的な EP 療法の方針とした。また、ペバシズマブ投与についても検討したが、膀胱浸潤認めていることから瘻孔のリスクを考慮し投与を行わなかった。現在腫瘍の縮小を認め、EP療法の効果を認めている。

04-2

術前化学療法後の骨盤内臓全摘術により無病生存を維持している子宮頸癌ⅣA期の1例

○吉本 有希¹⁾、遠藤 雄大^{1,5)}、外館 幸敏^{2,6)}、古川 茂宜⁴⁾、添田 周^{4,5)}、橋本 樹³⁾、寺西 寧²⁾、藤森 敬也^{4,5)}

- 1) 総合南東北病院 婦人科、2) 総合南東北病院 外科、3) 総合南東北病院 泌尿器科、
- 4) 福島県立医科大学 産科婦人科学講座、5) 福島県立医科大学 地域婦人科学講座、
- 6) 福島県立医科大学 低侵襲腫瘍制御学講座

【諸言】子宮頸癌ⅣA期の標準治療は同時化学放射線療法(CCRT)である。TMN分類でのT3及びT4子宮頸癌に対する、手術を前提とした術前化学療法(NAC)の有用性を検討した研究は限定的であり、CCRTと比較検討した臨床試験は見られていない。今回直腸浸潤を伴う子宮頸癌ⅣA期に対し、術前化学療法後に骨盤内臓全摘術を行い、無病生存を維持している症例を経験したため報告する。

【症例】症例は51歳、3妊2産で、血便と排便障害を主訴に前医を受診し、進行直腸癌の診断で当院外科に紹介された。直腸腫瘍生検でSquamous cell carcinomaの組織診断であり、子宮頸癌の直腸浸潤を疑われ、当科を受診した。経膈超音波で子宮頸部に腫瘍を認め、内診で直腸への連続性を認めたが、傍結合織への明らかな浸潤は認めなかった。造影CT検査では左内腸骨リンパ節の腫大を認めたが、遠隔転移は認めなかった。骨盤部MRI検査では、子宮頸部から直腸とS状結腸へ浸潤し一塊となった91mm×73mm大の腫瘍を認めた。子宮頸癌cT4N1M0,stageⅣA(FIGO 2018)と診断し、CCRTを提案した。しかし患者は手術の希望が強く、提案したCCRTに同意しなかったため、慎重な検討の上、NAC後の骨盤内臓全摘術の方針とした。パクリタキセルとシスプラチンによるNACを2サイクル施行したところ、腫瘍は著明に縮小を認め、婦人科と外科、泌尿器科合同で骨盤内臓全摘術、回腸導管造設術、人工肛門造設術を行なった。術後化学療法を4サイクル行い、定期的にフォローしているが、術後28ヶ月経過した現在も無病生存を維持している。

【結語】これまで子宮頸癌に対してCCRTとNACの手術療法を比較した臨床試験はIIB期までを対象としたものであり、T3、T4を対象としたものは現在進行していない。腫瘍径が大きいことはCCRTの奏功不良因子の1つであり、内診所見や施設環境によっては、本症例のようにNAC後の手術療法も選択肢になりうる。

MRI が診断の一助となった急性骨髄性白血病寛解後に発生した子宮頸部骨髄肉腫の一例

○山口 景子、金野 陽輔、大中 一矢、櫻井 愛美、山崎 博之、松宮 寛子、遠藤 大介、井平 圭、三田村 卓、渡利 英道
北海道大学病院 婦人科

【緒言】 骨髄肉腫 (myeloid sarcoma) は、骨髄芽球ないし未熟骨髄細胞から構成され、髄外に腫瘤を形成する骨髄増殖性疾患と定義されている。好発部位は皮膚、骨、軟部組織、リンパ節とされ、子宮発生は非常に稀である。今回、急性骨髄性白血病 (AML) 寛解後に発生した子宮頸部骨髄肉腫の症例を経験し、その診断に MRI 検査が有用であったため、自験例と文献的考察を交えて報告する。

【症例】 66 歳、2 経妊 2 経産、50 歳閉経。6 年前に AML と診断され、治療により寛解状態であった。不正出血を主訴に前医受診され、子宮頸部に硬性腫瘤を触れたため当科紹介受診された。子宮頸部細胞診では atypical cells の診断で血液由来成分と考えられる細胞が見られた。腫瘤が硬く、外来での生検鉗子を用いた組織診は施行困難であった。MRI 画像では子宮頸部腫瘤は大きさに比して内部が均一であり壊死所見がないこと、拡散強調像で強い高信号、ADC 値の著明な低下を示したことから血液疾患関連の腫瘍が疑われた。AML の既往もあったため、血液疾患の精査も念頭に麻酔下でコールドナイフでの組織生検を行い、病理組織検査の結果 myeloid sarcoma と診断された。

【結語】 細胞診や臨床所見で婦人科疾患として非典型的である場合には血液系由来の腫瘍も鑑別にあげて精査すべきである。血液由来の腫瘍に特徴的な高い細胞密度や腫瘍の均一性を反映した MRI 所見を認めること、また ADC 値の測定はその診断に有用である可能性が示唆された。

維持透析患者の進行子宮頸癌に対し同時化学放射線療法 (CCRT) を施行した一例

○北倉 えり茅¹⁾、大沼 利通¹⁾、黒田 裕子²⁾、井上 理史¹⁾、中村 百合子¹⁾、南部 仁美¹⁾、品川 明子¹⁾、折坂 誠¹⁾、吉田 好雄¹⁾
1) 福井大学 産婦人科、2) 福井県立病院 産婦人科

【諸言】 近年維持透析患者数は徐々に増えつつあり、それに伴い透析患者の担癌患者数も増加傾向である。維持透析患者は抗癌剤を尿中に排泄することができず、副作用の軽減のため薬剤の減量が必要である。進行子宮頸癌に対する同時化学放射線療法 (CCRT) において、シスプラチン (CDDP) は治療効果の鍵となる薬剤であるが、維持透析患者において適切な減量方法は確立されていない。

【症例】 72 歳、2 妊 2 産。個別検診で要精査となり前医受診し、進行子宮頸癌が疑われたため精査加療目的に当科紹介初診となった。71 歳時に常染色体優性多発嚢胞腎による慢性腎不全に対し、維持透析が導入されている。精査の結果、子宮頸癌 III C1r 期、T1b2,N1,M0、扁平上皮癌の診断となり、週 3 回の透析療法と併用して CCRT を行う方針とした。CDDP の投与量は、M. A. Zahra らの報告に従い、 $25\text{mg}/\text{m}^2(62.5\%)$ で毎週投与、7 サイクルの方針とした。また、放射線治療として外照射 (49.6Gy) + 腔内照射 (6.0Gy × 3 ~ 4Fr) を施行の方針とした。本症例では CDDP に対するハイドレーションは不要のため、前投薬は制吐剤のみとした。さらに、CDDP 投与終了後 30-60 分以内に透析を施行した。腫瘍は著明に縮小し、治療終了時点では子宮頸部の腫瘍は CR と考えられる程度となった。副作用は軽度の食欲不振と好中球減少 (Grade2)、血小板減少 (Grade3)、白血球減少 (Grade1) のみで、治療を延期することは無く入院後 58 日目に退院となった。

【考察】 本症例では CDDP を通常の 62.5% へ減量して CCRT を行い、軽度の副作用でありながら最大限の腫瘍縮小を達成することができた。しかし、より多くの症例を集積し、さらに臨床試験により維持透析患者の CDDP 投与量の標準化を行う必要がある。

○三上 智香、重藤 龍比古、追切 裕江、松村 由紀子、横山 良仁

弘前大学 医学部 産科婦人科学講座

【緒言】 今回我々は定期的な検診を受けていたにもかかわらず、発見された後に急激な進行を辿った HPV 非依存性の子宮頸部腺癌の一例を経験したため、報告する。

【症例】 52 歳、4 妊 3 産。これまで検診で異常の指摘はなかったが、X 年 Y 月 癌検診ではじめて ASC-H を指摘され、Y+1 月 前医受診した。子宮内膜細胞診で異型内膜細胞を認め、内膜組織診で類内膜癌 G2 の診断となり、Y +2 月 精査加療目的に当科紹介となった。腫瘍マーカーは CEA 0.8 ng/mL、CA19-9 6.6 U/mL、CA125 10.2 U/mL といずれも基準値内であった。造影 MRI 検査で子宮頸管内に長径 5cm の腫瘤を認め、子宮傍結合織に浸潤は認めなかった。造影 CT 検査、PET-CT 検査では遠隔転移を疑う所見はなかった。画像検査から子宮頸部腺癌もしくは子宮体癌 II 期が考えられ、広汎子宮全摘術、両側付属器切除術を施行した。術後病理結果は子宮頸部の低分化腺癌 (pT2bN1M0) の診断となった。免疫染色では p16 陰性であり、胃型腺癌や他の組織型の条件を満たす結果は得られなかった。術前評価よりも進行していたため、術後 22 日目に造影 CT 検査を施行したところ、骨盤底右側に播種病変の可能性と傍大動脈リンパ節腫大を認め、術後同時化学放射線療法を施行した。治療終了後の造影 CT 検査で腹膜播種、傍大動脈リンパ節腫大は消失したが、右鎖骨上リンパ節、気管傍リンパ節転移、多発肝転移を認め、同部位に放射線照射をしながら TP 療法を施行したが PD である。

【考察】 子宮頸部腺癌は頸癌全体の 20% を占め、HPV 関連と HPV 非依存性に分類される。HPV 非依存性腺癌は関連腺癌に比べると予後不良とされている。本症例では細胞診異常を指摘されてから比較的早期に手術施行したにもかかわらず、急速に進行していた。当科での子宮頸部腺癌の成績を踏まえ考察する。

○広多 見和子¹⁾、山本 恵¹⁾、松本 多圭夫¹⁾、飯塚 崇¹⁾、中山 みどり¹⁾、茅橋 佳代¹⁾、野村 学史¹⁾、鈴木 香月¹⁾、松井 俊一郎¹⁾、岩垂 純平^{1,2)}、水本 泰成^{1,3)}、藤原 浩¹⁾

1) 金沢大学附属病院 産科婦人科、2) 浅ノ川総合病院、3) 石川県立中央病院

【背景】 欧米では子宮頸癌 IIB 期に対する主治療は同時放射線化学療法 (CCRT) である。2022 年版子宮頸癌治療ガイドラインでも CCRT が推奨となったが、本邦における手術療法の治療成績は比較的良好であるため、手術手技に習熟した婦人科腫瘍専門医による手術療法も選択肢となっている。今回我々は、当院における手術療法選択の妥当性を評価する目的で IIB 期の治療成績を後方視的に検討した。

【方法】 IIB 期 (FIGO2008) に対して、2014 年 4 月から 2022 年 12 月に当院で治療を行った 48 例を対象とし、治療別に治療成績を Kaplan-Meier 法にて検討した。また 70 歳以下の 34 例に限り、因子別 (術前評価での膀胱筋層浸潤・リンパ節転移の有無、腫瘍径、組織型) に治療成績の検討を加えた。手術療法群における再発リスク因子: 年齢、リンパ節転移、腫瘍径、脈管侵襲、切除断端、術後治療の有無について Fisher の直接確率検定にて検討した。本発表は当院倫理委員会の承認を得ている。

【結果】 手術療法群 32 例 (66.7%)、放射線療法群 16 例 (33.3%) であり、5 年 PFS は各々 81.5%、82.5% であった。70 歳以下では、膀胱筋層浸潤、リンパ節転移がある場合に、手術療法群で PFS が有意に延長していた ($p = 0.037, 0.002$)。手術療法群の再発リスク因子として、切除断端陽性が抽出された ($p = 0.03$; 陽性、3/6、50%; 陰性、2/26、7.7%)。手術療法群では、後療法として 27 例 (84.4%) に放射線療法、3 例 (9.4%) に化学療法を施行していた。

【考察】 当院における II B 期に対する手術療法は、比較的予後良好であり、治療選択肢となり得る。膀胱筋層浸潤やリンパ節転移が予想される症例では、手術療法で予後良好である可能性があるが、切除断端陽性は再発リスク因子であり、切除範囲について十分に術前検討を行う必要がある。

当科における Bevcizumab 併用療法が施行された進行再発子宮頸がん 45 症例の検討

○北川 裕太郎、佐多 綜一郎、安田 真子、宮城 正太、勘野 真紀、野村 英司
王子総合病院産婦人科

2013年10月に卵巣がん治療における Bevasizumab（以下 BEV）の抗がん剤併用療法および維持療法の保険収載がなされ、2016年5月には子宮頸がんに対する抗がん剤併用療法の保険収載がなされた。

今回我々は当科において BEV 併用抗がん剤治療が施行された子宮頸がんの全症例に対して BEV 使用状況等の検討を行った。

症例は BEV 併用抗がん剤治療、BEV 単剤での維持療法、あるいはその両方が施行された進行再発子宮頸がん症例 45 症例である。それら症例に対して BEV 併用抗がん剤治療の奏効率（ORR）、病性制御率（DCR）維持療法の無増悪生存期間（PFS）を主要評価項目とし、消化管穿孔などの副作用に関して評価を行った。本研究は case series study であり他研究と比較し文献的考察を行い報告する。

pembrolizumab による薬剤性 Stevens-Johnson 症候群を発症した子宮頸癌再発の一例

○成田 悠樹¹⁾、田口 ころ¹⁾、石原 佳奈¹⁾、田村 良介¹⁾、千葉 仁美¹⁾、三浦 理絵¹⁾、尾崎 浩士¹⁾、原田 研²⁾

1) 青森県立中央病院産婦人科、2) 青森県立中央病院 皮膚科

【緒言】 Stevens-Johnson 症候群は発熱と粘膜移行部の粘膜疹を伴い、皮膚の紅斑、表皮の壊死性障害に基づく水泡・びらん形成を特徴とする重症薬疹である。今回、子宮頸癌再発に対して PTX+CBDCA(TC)+bevacizumab(BEV)+pembrolizumab による治療を行い、Stevens-Johnson 症候群を発症した一例を経験した。薬剤誘発性リンパ球刺激試 (DLST) から原因薬剤は Pembrolizumab と判定された。

【症例】 37歳、1経産。3年前子宮頸癌(adenocarcinoma, usual type)にて当科で広汎子宮全摘、両側付属器切除術を施行し、pT2a1N1M0 III C1期の診断で術後放射線同時化学療法を施行した。治療終了後は紹介元で定期フォローされていた。治療終了から2年半で右背部痛と骨盤痛が出現し、CT検査及びPET/CT検査で右尿管を圧迫し腸腰筋に一部浸潤する骨盤内腫瘍を認め、照射野内再発として加療目的に当科紹介となった。TC+BEV+ pembrolizumab療法1コース目の6日目に発熱があり、7日目に体幹・四肢の発疹、嘔吐、下痢が出現して外来受診し、肝逸脱酵素上昇とCRP上昇を認め入院となった。入院翌日(8日目)に口唇・舌にびらんを認め皮膚科に頼診、臨床的にStevens-Johnson症候群の診断となる。ステロイド投与で症状は徐々に軽快し、入院28日目に退院となった。皮膚病理所見は薬剤性皮膚障害として矛盾なく、DLSTではPTX、CBDCA、BEVは陰性であり本症例の原因薬剤はpembrolizumabと考えられた。

【考察】 Stevens-Johnson 症候群は稀な疾患であり、初発症状は本症例のような発熱、ドライアイや咽頭痛など非特異的であり、経過中に改善しない、増悪を認めた場合は本症を疑う一因になる。確定診断には皮膚生検を要し、疑われた時点で被疑薬の投与中止と迅速な専門的加療を行う必要がある。KEYNOTE-826試験のpembrolizumab併用群において、投与中止に至った副作用のうち皮膚障害は約1%であり頻度は高くないものの注意すべき副作用であることが再認識された。

○大塚 遙、千葉 洋平、佐藤 翔、高取 恵里子、海道 善隆、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

【背景】 KEYNOTE826 試験の成績に基づいて、2022 年 9 月から我が国でも切除不能な進行・再発子宮頸癌に対して一次治療から免疫チェックポイント阻害剤とタキサンおよびプラチナ製剤を含む化学療法との併用が可能となった。

【目的】 Pembrolizumab と化学療法併用療法の実臨床での有効性と安全性を検討すること。

【方法】 2022 年 9 月から 2023 年 3 月までに、当科で進行・再発子宮頸癌に対して Pembrolizumab 併用療法を行った 15 症例について診療録を用いて後方視的に解析した。

【結果】 年齢中央値は 50 歳 (37-73 歳)、組織型の内訳は扁平上皮癌 9 例、腺癌 5 例、神経内分泌癌 1 例であった。1 次治療からの併用が 6 例、2 次治療以降での併用が 9 例あり、8 例 (53.3%) で Bevacizumab が併用されていた。前治療レジメン数の中央値は 1 レジメン (0-5) で、最良総合効果は CR: 1 例、PR: 4 例、SD: 3 例、PD: 5 例、未評価: 2 例であり、全体の奏効率は 33.3%、病勢コントロール率は 53.3% であったが、1 次治療においては 6 例中 4 例で奏効を認めた (66.7%)。化学療法を 6 サイクル投与できた症例は 7 例 (46.7%) で、そのうち 5 例 (33.3%) は維持療法継続中である。観察期間中央値 4.8 ヶ月 (95% 信頼区間 3.5-6.1) における PFS 中央値は、5.7 ヶ月 (95% 信頼区間 2.8-8.7) で、OS は未到達であった。免疫関連有害事象により Pembrolizumab が休薬または中止となった症例は 2 例 (13.3%) であり、治療関連死亡は認めなかった。

【結語】 化学療法既治療例を含む進行・再発子宮頸癌に対する Pembrolizumab 併用療法の奏効割合は 33.3% であり、管理可能な安全性プロファイルを示した。

○細見 信悟、佐藤 翔、千葉 洋平、高取 恵里子、海道 善隆、永沢 崇幸、利部 正裕、庄子 忠宏、馬場 長

岩手医科大学 医学部 産婦人科学講座

【緒言】 免疫チェックポイント阻害薬の副作用として免疫関連有害事象 (irAE: Immune-related adverse event) が知られている。今回ペムブロリズマブの投与にて Stevens-Johnson 症候群 (SJS) を発症し、ステロイド投与により症状改善を認めたが、漸減経過中に血球貪食症候群 (HPS: hemophagocytic syndrome) を発症した子宮頸癌の一例を経験したので報告する。

【症例】 69 歳。既往歴: 59 歳 高血圧症, 69 歳 肺血栓塞栓症, 深部静脈血栓症のためエリキユース 10mg 内服中。子宮頸部腺癌 IV B 期 T2bN1M1 (腹膜播種)。PS (performance status): 0。初回治療として、化学療法 (パクリタキセル, シスプラチン, ペムブロリズマブ) を投与した後、10 日目より発熱, 全身性紅斑, 口腔粘膜びらんが出現した。皮膚科に紹介し SJS の診断で直ちにメチルプレドニゾロン 500mg を 2 日間投与後、プレドニゾロン (PSL) 1mg/kg の投与を開始した。SJS 発症後 39 病日, PSL を 0.3mg/kg まで漸減したところ, Grade3 の血小板減少を認めた。血液内科紹介の下、骨髓生検の結果 HSP と診断された。PSL を 1mg/kg まで増量し、輸血と抗 DIC 療法を行い、第 47 病日に血小板減少 Grade1 まで回復した。現在もステロイドを漸減中であるが、画像上病変増悪はみられていない。

【考察】 化学療法中には骨髓抑制により汎血球減少が生じやすい背景があるが、本症例は骨髓抑制が回復した後に治療を行っていないにもかかわらず、Day39 で高度の血球減少が生じたことから HPS による血小板減少を考えた。免疫チェックポイント阻害剤によって複数の irAE を併発することが報告されており、ステロイドの減量中は特に慎重な観察が必要である。

○佐々木 秀、西野 幸治、齋藤 宏美、谷地田 希、鈴木 美保、工藤 梨沙、石黒 竜也、安達 聡介、小林 暁子、関根 正幸、吉原 弘祐

新潟大学医歯学総合病院 産婦人科

【諸言】 2022年9月、進行再発子宮頸癌に対して、これまでの標準治療であったTC/TP ± BEV と併用する形でペムプロリズマブが保険承認された。TC/TP と併用する形での承認は婦人科領域では初めてであり、実地臨床上では未だ手探りの部分も多い。

【方法】 当院でペムプロリズマブ併用化学療法を実施した進行再発子宮頸癌症例の臨床病理学的因子や経過、有効性・安全性等について、診療録から後方視的に検討した。

【結果】 2023年6月までの間に、再発子宮頸癌8例に対して、入院治療としてTC(+BEV)+ ペムプロリズマブ療法を中央値5サイクル(1-9)、延べ40サイクルを投与した。全例TC療法をベースとして、2例にはBEVを併用した。年齢は39～73歳(中央値56)、診断時の進行期(FIGO2018)はⅡ期2例・Ⅲ期4例・Ⅳ期2例で、全て扁平上皮癌であった。初回治療として全例にCCRTが行われ、全例でPRを得ており、その後の初回再発に対して本レジメンを投与した。再発・増悪までの期間は1～21か月(中央値6)で、再発部位は照射野内が6例、照射野外が1例であった。

治療効果としては、甲状腺障害のため1サイクルで投与中止となった1例を除き、中央値5ヶ月(1～8)の観察期間において7例で縮小傾向のSD判定を得ており、5例は投与継続中、2例はペムプロリズマブ(+BEV)による維持療法に移行している。irAEとしては、上記の甲状腺障害を1例に認めた。

【結論】 再発子宮頸癌8例に対してTC(+BEV)+ペムプロリズマブ療法を投与した。irAEのため1サイクルで投与中止となった1例を除き、全例でclinical benefitを得ながら、比較的安全に治療を継続できている。今後はさらなる症例の蓄積と観察期間の延長、さらにはCombined positive scoreとの関連を検討したい。

○亀井 あつこ、深川 智之、菊池 悠理乃、吉田 光法、小原 剛、三浦 史晴、葛西 真由美
岩手県立中央病院 産婦人科

【緒言】 高異型度子宮内膜間質肉腫 (High grade Endometrial Stromal Sarcoma : HGESS) は子宮体部悪性腫瘍の中でも稀な発生頻度の腫瘍であり、標準的な治療法はいまだ確立していない疾患の一つである。今回我々は、外陰部腫瘍との鑑別を要した一例を経験したため報告する。

【症例】 63 歳, 0 妊 0 産。1 ヶ月前から外陰部腫瘍感を主訴に前医を受診した。肉眼所見では腔腔より突出する亜鶏卵大の暗赤色腫瘍を認めた。腔腔も狭く、腫瘍が占拠しており、経腔的診察は不可能な状態であった。経直腸超音波検査において長径 18cm 大の腫瘍影を認めた。骨盤部 MRI で子宮内から外陰部へ突出する 15cm 大の造影効果のある腫瘍を認めた。

中心部に腫瘍内出血を示唆する所見を認めた。造影 CT ではリンパ節転移や他臓器へ転移を疑う所見は認めなかった。CA125 値 178.4U/ml, CA19-9 84.8U/mL と上昇していた。腫瘍の擦過細胞診では壊死が強く、判定不能の結果であった。子宮原発の間葉性腫瘍を強く疑い、加療、診断目的に子宮全摘術、両側付属器摘出術の方針とした。開腹時、子宮は小児頭大に腫大しており、子宮内腔を腫瘍が占拠していた。腹腔内への転移、播種様所見は認めなかった。摘出標本の病理組織診断では、核分裂像が多数見られ、一部に壊死を認めた。免疫組織化学染色では AE1/AE3(-), ER(-), PgR(-), cyclinD1(+), c-kit(focal +), CD10(+), S-100(-), α SMA(+/-), MIB-1 index 51.6 ~ 62.8% (+) であったため高異型度子宮内膜間質肉腫と診断した。現在術後 2 ヶ月が経過しており、慎重に経過観察する方針である。

【結語】 高異型度子宮内膜間質肉腫は稀な疾患であり、日常診療でも遭遇する機会が少ない。高異型度子宮内膜間質肉腫に関して、臨床的特徴と文献的考察を含め、本症例を報告する。

○南 香穂¹⁾、嶋田 浩志¹⁾、今 沙織¹⁾、鈴木 美紀¹⁾、玉手 雅人²⁾、幅田 周太郎²⁾、松浦 基樹²⁾、岩崎 雅宏²⁾、齋藤 豪²⁾

1) 日鋼記念病院、2) 札幌医科大学付属病院 婦人科

骨外性骨肉腫は骨や骨膜に病変がなく、骨質、骨、軟骨を形成する悪性腫瘍で、軟部組織に好発し実質臓器に発生する例は非常に稀である。子宮原発骨肉腫の頻度は全子宮悪性腫瘍の約 1-2% で、放射線や化学療法に抵抗的で急激に進行する予後不良な疾患である。今回、子宮原発骨肉腫の症例を経験し、報告する。

症例は 63 歳、0 妊 0 産。当初右側腹部に「硬いもの」を自覚していたが、3 か月で急激に腹部が膨隆し受診となった。造影 CT で最大径 29cm の巨大な子宮を認め、子宮体部に多房性で、隔壁の肥厚と一部石灰化した不均一に造影される腫瘍を認めた。さらに多発肺転移、右胸水貯留、多発リンパ節転移を認めた。MRI で腫瘍は T2 強調像で不均一な高信号、T1 強調像で淡い高信号を示し、拡散強調で高信号、ADC で低信号を示した。子宮腔部、内膜細胞診で悪性所見を認めなかったが、子宮肉腫の疑いとなった。遠隔転移を伴うが腹部膨満感と呼吸困難感が強く、症状緩和目的に子宮全摘出術、両側付属器切除術を行った。病理組織では、紡錘形腫瘍細胞の不整な増殖と腫瘍成分の間に線維化・石灰化・骨化を認め、一部では類骨形成様の所見も認めた。さらに免疫染色では AE1/AE3 陰性、 α -SMA 陽性、h-caldesmon 陰性、desmin 陰性、CD10 陽性、vimentin 陽性、Ki-67 60% であった。平滑筋肉腫や他の上皮性悪性腫瘍は否定的で、骨原発の骨肉腫は画像上認めず、子宮原発骨肉腫と診断した。術後 1 か月で右胸水が急激に増悪し、左胸膜転移と少量の左胸水も認めた。進行抑制目的にドキソルビシン単剤投与としたが、胸膜転移が急速に進行したため 1 サイクルで終了となった。その後も急速に進行し、最初の来院から 3 か月で原病死となった。

子宮原発骨肉腫の 1 例を経験したが、急激に増悪し初回診断から短期間で原病死となった。子宮原発骨肉腫は進行後に発見されることが多く、また進行が急激であり今後も症例の蓄積と有効な治療法の確立が求められる。

○黒澤 大樹^{1,2)}、渡辺 正¹⁾、工藤 友希乃¹⁾、松澤 由記子²⁾、中西 透²⁾、酒井 啓治²⁾、渡部 洋²⁾

1) 東北医科薬科大学若林病院 産婦人科、2) 東北医科薬科大学病院

漿液性子宮内膜上皮内癌 (serous endometrial intraepithelial carcinoma、以下 SEIC) は、漿液性癌の前駆病変あるいは初期段階とされる病変で、子宮内膜ポリープや萎縮性内膜に発生することが多い。今回、子宮鏡下に萎縮内膜を生検することにより SEIC と診断した1例を報告する。

77歳、2経産。66歳時に左乳癌の既往あり、術後9年間トレミフェンクエン酸塩内服歴がある。74歳時に性器出血、子宮内膜肥厚のため当科紹介。子宮内腔に腫瘤性病変を認め、子宮内膜全面搔爬を行ったところ子宮内膜ポリープの病理診断だった。この1年後および2年後の子宮内膜細胞診では異型細胞がみられなかったが、3年後の内膜細胞診で疑陽性との結果だった。内膜生検では悪性所見はみられなかった。子宮鏡検査で体部左側壁に1.5cmの内膜腫瘤を認めたため、子宮鏡手術の方針とした。内膜腫瘤には表面不整や異型血管を認めず、ほかには腫瘤性病変を認めなかった。内膜腫瘤切除後に全面搔爬を行ったものの組織が採取できなかったため、年齢相応の萎縮内膜にみえる前壁、後壁、右側壁の3か所を生検として筋層を含めて切除した。病理検査で内膜腫瘤には悪性所見を認めなかったが、内膜生検標本の一部に異型腺管を認めた。確定診断には至らず経過観察となったが、術後の内膜細胞診でも異型細胞がみられたため、内膜生検標本の免疫染色を追加し再検討したところ ER 陰性、p16 陽性、かつ p53 と Ki-67 がびまん性に陽性であり、SEIC の診断に至った。子宮全摘、両側付属器切除、大網切除術を施行し、病理学的に検討中である。

SEIC は内膜細胞診異常を伴うことは比較的多いが、内膜生検で診断に至った報告は少なく、診断までに時間を要したり、子宮全摘術後に診断された症例の報告が散見される。萎縮内膜から発生した場合、通常の搔爬では十分な組織量を採取できないことが多く、子宮鏡を用いた内膜切除による生検が診断に有効である可能性が示唆された。

○森 亘平、石井 顕徳、関根 優哉、小丸 扶紗子、湊 敬道、田中 宏典、高橋 聡太、吉田 瑤子、葛西 亜希子、葛西 剛一郎、田中 創太

八戸市立市民病院

【緒言】 子宮から発生する脂肪腫瘍は稀で、子宮腫瘍のうち0.03～0.2%を占める。多くは脂肪平滑筋腫で、脂肪肉腫は非常に稀である。子宮体部原発の脂肪肉腫はこれまで9例の報告のみである。今回5年以上脂肪平滑筋腫としてフォローされ、不正性器出血を契機に手術を行ったことで診断された子宮体部原発の脂肪肉腫の一例を経験したので報告する。

【症例】 59歳、2妊2産。X-11年より子宮筋腫が指摘されていた。X-5年、骨盤MRIでT1強調脂肪抑制画像が信号抑制を呈し、造影効果を認めない63mm大の子宮体部腫瘤を認め、子宮脂肪平滑筋腫の診断となった。X-1年に骨盤MRIを再検し、腫瘤は著変なし～わずかに増大程度であった。X-1年秋より不正性器出血を認めたが、子宮内膜細胞診は陰性で、腫瘍マーカーの上昇はなかった。悪性腫瘍の可能性を否定できず、腹式単純子宮全摘術+両側付属器切除術を施行した。病理検査で子宮体部の腫瘍は、成熟した脂肪細胞と幼若な lipoblast が混在し、免疫染色にてMDM2及びCDK4が弱い染色性を示し、子宮体部原発の高分化型脂肪肉腫の診断となった。

【考察】 高分化型脂肪肉腫は、一般的に予後良好な低悪性度の腫瘍であり、大腿などの深部軟部組織や後腹膜に好発する。10～15%の割合で脱分化が生じ、予後不良となる。12番染色体の長腕13-15領域の異常がみられ、脱分化型脂肪肉腫でも同様の異常が見つかる、との報告がある。造影MRIで特徴的な所見を認めたという報告もあるが、本症例では特徴的な所見を認めず、術前診断は脂肪平滑筋腫であった。ガイドライン等で脂肪平滑筋腫は積極的な手術療法が勧められておらず、治療が遅れる可能性がある。

【結語】 術前診断が困難であった子宮体部原発の高分化脂肪肉腫の一例を経験した。術前に画像検査で子宮の脂肪平滑筋腫と診断される場合、本症例のように脂肪肉腫の可能性を念頭に置いて治療方針を検討する必要がある。

○松澤 由記子^{1,2)}、中西 透¹⁾、村岡 由真¹⁾、高山 圭介²⁾、酒井 啓治¹⁾、渡部 洋¹⁾

1) 東北医科薬科大学、2) 鶴岡市立荘内病院

【緒言】 子宮癌肉腫は子宮体部悪性腫瘍の中で比較的稀な腫瘍であり、症状としては比較的早期より性器出血をきたすと言われている。今回、整復不能の完全子宮脱として受診し子宮体部癌肉腫と診断された1症例について報告する。

【症例】 81歳、2妊1産（双胎経膈分娩）、子宮脱出および少量の性器出血を自覚していたが半年以上、自己整復で対応していた。2ヶ月前から脱出した子宮が自己整復不能となり出血の増悪を認めたため当科受診となった。子宮は超手拳大で完全脱出しており用手的に整復を試みたが不能であった。骨盤部MRIや腹部骨盤部CTでは子宮腔内に腫瘍と共に両側水腎症が認められ、子宮内膜細胞診はadenocarcinomaであった。術式は開腹両側付属器切除術、部分大網切除術、腔式子宮全摘術を行った。術後病理診断からcarcinosarcoma heterologous, FIGO stage 1B期と診断された。術後は化学療法を施行し現在経過観察中である。

【結語】 完全子宮脱の整復が不能な場合、本症例のように子宮体部悪性腫瘍による子宮増大がその原因の一つになっている可能性も鑑別に入れ、診察や精査を進めていくことを留意する必要があると考えた。

07-1

子宮鏡下筋腫核出術後に子宮胞巣状軟部肉腫と診断された一例

○石井 顕徳、湊 敬道、関根 優哉、森 亘平、小丸 扶紗子、高橋 聡太、田中 宏典、吉田 瑤子、葛西 亜希子、葛西 剛一郎、田中 創太

八戸市立市民病院 産婦人科

【緒言】 胞巣状軟部肉腫 (alveolar soft part sarcoma、以下 ASPS) は四肢の筋肉内や深部軟部組織に好発する軟部肉腫疾患であり、女性器原発は非常に稀である。今回、粘膜下子宮筋腫に対して子宮鏡下筋腫核出術 (以下 TCR) 後に ASPS の診断となった一例を経験したので、本疾患を病理学的視点から文献的考察を加え報告する。

【症例】 患者は 30 歳、1 妊 0 産。過多月経、過長月経を主訴に前医を受診、ホルムストロール療法、低容量ピル内服で経過観察されていた。X 年 11 月より消退出血多く、前医で経膈超音波検査施行したところ、頸管内に 1cm ほどの腫瘤を確認、精査加療目的に当科紹介となった。単純 MRI 施行し 2cm ほどの腫瘤認めたが悪性所見を積極的に疑う所見は乏しく、内膜ポリープの術前診断として同年 Y 月に当科で TCR 施行した。TCR の術中所見では粘膜下筋腫様であり肉眼的に遺残なく切除した。手術後の病理検査では、外部コンサルテーションを経て子宮頸部が原発と考えられる ASPS の診断となった。

【考察】 ASPS は全軟部肉腫の 1% 程度の稀な疾患であり、子宮頸部原発に限定するとさらに稀な疾患であり、十数例の症例報告が確認できる程度である。ASPS は緩徐に発育し、機能障害を示すことが稀であるため、多臓器に転移が出現してから発見されることもある。治療方法としては、化学療法や放射線療法の有用性は確立されておらず、局所に病変が限局していれば手術療法が第一選択となる。

本疾患の病理所見は悪性黒色腫やユーイング肉腫、腎細胞癌など様々な腫瘍と類似するため診断に苦慮するが、腫瘍特異的な遺伝子転座 $der(17)t(X;17)(p11;25)$ を示すため、TFE3 の核内発現を確定することで本疾患を確定することができる。

07-2

当院での子宮腫瘍症例の術前 MRI 画像評価についての検討
—子宮肉腫を見逃さないために—

○矢澤 里穂、矢澤 浩之、大原 美希

福島赤十字病院

【目的】 子宮肉腫は子宮体部悪性腫瘍の 3～8% と稀な腫瘍ではあるが予後不良な疾患であり、良性疾患である子宮筋腫との鑑別は治療法や術式選択のためにも重要である。今回、当院における子宮腫瘍の手術症例に対し術前 MRI 画像を後方視的に検討し、画像所見から子宮肉腫と子宮筋腫の鑑別に有用な所見について考察した。

【方法】 令和 4 年 1 月～令和 5 年 1 月までの子宮腫瘍の手術症例 170 例について術前の MRI 所見と組織型との関連と、富細胞性平滑筋腫、変性筋腫、平滑筋腫について MRI での異常所見発現頻度等を検討した。

【結果】 上記期間で 4 例の子宮肉腫症例を経験した。平滑筋肉腫 2 例、悪性度不明の平滑筋腫瘍 (STUMP) 1 例、低異形度間質肉腫 1 例であった。子宮肉腫症例では T1、T2、拡散強調画像での高信号を全症例に認めた。T 2 高信号は富細胞性平滑筋腫、変性筋腫でも 64%、75% と高頻度に認めた。拡散強調画像での高信号は富細胞性平滑筋腫の 64% にも認められた。一方 T1 高信号は変性筋腫の 25% に認めるもののその他では認めず比較的特異度が高いと思われた。

【考察】 文献的に肉腫の鑑別には T1 高信号、拡散強調画像で高信号、ADC 低値、造影 MRI での造影欠損等の所見が有用であると報告されているが、一方で変性筋腫や富細胞性平滑筋腫にも同様の所見を示す症例が散見されるため、画像所見のみで完全に肉腫を鑑別することは困難であることが再認識された。子宮肉腫を疑うべき所見について熟知し念頭に置くことで肉腫症例を見落とさずに拾い上げることは可能であり、術前の患者への説明や適切な術式選択に有用であると考える。

○古川 茂宜¹⁾、池添 祐貴¹⁾、佐藤 雄翔¹⁾、鴻地 由大¹⁾、加藤 麻美¹⁾、岡部 慈子¹⁾、佐藤 哲¹⁾、三浦 秀樹¹⁾、加茂 矩士^{1,2)}、添田 周¹⁾、渡邊 尚文¹⁾、藤森 敬也¹⁾

1)福島県立医科大学産科婦人科、2)白河厚生総合病院産婦人科

【緒言】 子宮体癌の手術待機期間と全生存期間の相関を検討した報告は散見されるが、待機期間が短いと予後不良とする報告と、そうでない報告とがあり一定しない。今回子宮体癌症例のデータを観察し、当科の現状を把握することを目的とした。

【方法】 2017年1月から2021年12月に、当院で子宮体癌にて初回治療に手術を施行した242例を対象とした。手術待機期間を病理診断日から手術日までの日数と定義し、待機期間、全生存期間、年齢、BMI、進行期、病理組織（類内膜癌G1-G2とそれ以外に分類）、再発リスクの有無についてデータを集積して検討した。242例を手術待機期間で0-30日（69例）、31-60日（92例）、61-90日（61例）、90日以上（20例）の群に分類した。年齢、BMIはTukeyの多重比較検定を用い、進行期、病理組織、再発リスクはカイ2乗検定を用いて各群で比較検討し、 $p < 0.05$ をもって有意とした。また、各群間のKaplan-Meier曲線を作成し、log-rank検定で比較した。

【結果】 待機期間は中央値49日（0-500）、年齢は中央値59歳（31-89）、待機期間0-30日の群で有意に高く、より高齢の症例を早期対応している傾向がみられた。BMI中央値は24kg/m²（16-46）、待機期間61-90日の群で有意に高く、BMIの高い症例の待機期間が長かった。Ⅱ～Ⅳ期の症例、類内膜癌G1-G2以外の特殊組織型、再発リスクを有する症例は0-30日、31-60日の群に有意に多かった。各群の生存曲線を比較すると、待機期間の長い群でOSが有意に長かった。Ⅰ期症例、類内膜癌G1-G2症例では待機期間によるOSの有意差は認められなかったが、Ⅱ～Ⅳ期症例、特殊組織型症例では待機期間が長い群でOSが有意に長かった。

【考察】 待機期間の長い症例、特にリスクのより低い症例でOSが長く、手術の待機が許容される可能性が示唆された。一方待機期間の短い、OSの短い症例には予後不良と考えられる症例や緊急手術例が含まれており、さらなる検討を要すると考えられる。

○榊 宏諭、佐野 詩織、郷内 雄太、堀川 翔太、奥井 陽介、清野 学、太田 剛、永瀬 智

山形大学 医学部 産科婦人科

【緒言】 近年レンバチニブ・ペムブロリズマブ併用療法（Len+Pem療法）が進行・再発子宮体癌へ保険適用となり、治療選択肢が増えている。当院でのLen + Pem療法の治療経験を報告する。

【対象】 2022年3月から2023年5月までに当院でLen + Pem療法を施行した22例を対象とした。

【結果】 患者年齢の中央値は72.5歳（42 - 78歳）。初発時の病期はⅠ期:9例（41%）、Ⅱ期:2例（9%）、Ⅲ期:7例（31.8%）、Ⅳ期:(18.2%)だった。組織型は類内膜癌が10例（45%）で最多だった。MSI検査は12例で施行し、MSI-Highは2例（16%）だった。初回治療は21例で手術療法が施行され、開腹手術が15例（71%）、ロボット手術が6例（29%）だった。リンパ節郭清は9例（43%）で施行された。Len + Pem療法前の化学療法レジユメ数は1レジユメ:8例（36.4%）、2レジユメ:7例（31.8%）、3レジユメ:3例（13.6%）、4レジユメ:4例（18.2%）だった。Len+Pem療法の施行コース数の中央値は4コース（1-18）だった。転帰としてはPR:2例、SD:4例、PD:11例、評価未:2例、副作用で中止:3例であった。原病死は4例であった。観察期間は短いもののPFSの中央値は8.5か月（95%信頼区間:4.4-12.6）だった。Grade3以上の副作用は高血圧症:7例（31.8%）、甲状腺機能低下症:13例（59.1%）、甲状腺機能亢進症:1例（4.5%）、血小板低下症:3例（13.6%）、下痢:3例（13.6%）、口内炎:2例（9%）であった。稀な副作用として、副腎機能低下症:2例（9%）、心筋炎:1例（4.5%）、消化管穿孔:1例（4.5%）があった。

【考察】 PFS中央値に関しては、既存の報告7.2か月（95%信頼区間:5.7-7.6か月）と同程度だった。副作用に関しても、これまでの報告とほぼ同程度だった。PR症例はいずれも、前治療レジユメ数は1レジユメ、つまり再発後初回治療でLen + Pem療法を施行していた。一方でPD症例の前治療レジユメ数の中央値は2レジユメであった。以上より、既存の報告と同様、Len + Pem療法は再発早期に使用の方が予後が良い可能性が示唆された。

○小丸 扶紗子、田中 創太、石井 顕徳、関根 優哉、湊 敬道、田中 宏典、高橋 聡太、吉田 瑤子、
荒井 真衣子、葛西 亜希子、葛西 剛一郎、河野 順子

八戸市立市民病院 産婦人科

【目的】 当院で進行または再発子宮体癌に対してペムブロリズマブ・レンバチニブ併用療法を行った8例の治療成績及び有害事象を検証することを目的とした。

【方法】 2022年2月～2023年6月に当科でペムブロリズマブ・レンバチニブ併用療法を開始した症例を診療録より抽出し、後方視的に検討した。

【結果】 対象は8例で、進行症例が3例、再発症例が5例だった。年齢の中央値は58.5歳(49-65歳)、組織型は類内膜癌6例(G1:3例、G2:2例、G3:1例)、漿液性癌1例、明細胞癌1例、MSI検査は7例で施行され、うち2例がMSI-Highだった。前治療レジメン数の中央値は1.5(1-3)、治療期間中央値は3ヶ月(0-9ヶ月)、治療効果はCR1例、PR2例、SD2例、PD3例であり、奏功率は全体で37.5%、MSI-High群で100%(2/2)、MSS又は未検群で16.7%(1/6)だった。病勢制御率は全体で62.5%、MSS又は未検群で50%(3/6)だった。有害事象は甲状腺機能障害が6例(G2:4例、G1:2例)、高血圧症が4例(G3:2例、G2:2例)、嘔声4例(G1:4例)、尿蛋白が3例(G2)、倦怠感2例(G3:1例、G2:1例)、血小板低下2例(G3:1例、G1:1例)、手足症候群2例(G3:1例、G1:1例)、下痢が2例(G2:2例)などだった。

【考察】 MSI-High症例はレンバチニブ投与中止後も治療の奏功が継続し、ペムブロリズマブの治療効果と思われた。有害事象において甲状腺機能障害が高率に出現していたが、いずれもG2以下で内服治療等により治療継続可能だった。G3以上の有害事象はレンバチニブによると考えられるものが多かった。レンバチニブは全例で休薬、減量を必要とし、適正量の調整を必要とした。レンバチニブは初回投与減量でも奏功率、無増悪期間、全生存期間に有意差を認めない、という報告がある。

【結論】 症例数は少ないが、当院でもペムブロリズマブ・レンバチニブ療法の有効性が確認できた。レンバチニブはG3以上の有害事象の出現が多いため、その点を留意した投与が必要と思われた。

08-1

妊娠中期に発症した広汎小腸壊死を伴う絞扼性イレウスの1例

○高岡 真佐人¹⁾、山田 恭子¹⁾、野々垣 康秀¹⁾、宮城 正太²⁾、島畑 顕治¹⁾、佐藤 修¹⁾、藤本 敏郎¹⁾
 1) 苫小牧市立病院 産婦人科、2) 王子総合病院 産婦人科

【緒言】 妊娠中のイレウスは比較的まれな合併症である。今回我々は、急性の上腹部痛で受診した妊娠中期の妊婦が絞扼性イレウスによる広汎小腸壊死を来していた一例を経験したためここに報告する。

【症例】 23歳、2妊1産。自然妊娠、他院にて妊娠経過は問題なし。手術歴はなかった。妊娠18週2日、急性の強い心窩部～上腹部痛のため当院に救急搬送された。腹部単純CTを実施後、鎮痛剤を投与するも腹痛は改善せず当科紹介となった。

超音波検査、血液検査では切迫流産、HELLP症候群等の産科的疾患の可能性は低く、アニサキス症等、上部消化管の疾患を疑い消化器内科に紹介。消化器内科の腹部エコーで空腸の拡張に加え、単純CTでclosed loopが疑われたため、小腸イレウス・内ヘルニア疑いとして外科にて審査腹腔鏡手術を実施した。手術開始は発症から約8時間後であった。術中、腹水及び腸管虚血を認め開腹手術に移行した。Treitz靭帯の近辺で空腸間膜が反時計回りに回転しており、空腸から回腸末端の腸間膜が絞扼された事による広汎な小腸壊死を認め小腸切除となった。

術後経過は良好であり、術後11日目(妊娠19週6日)に退院となった。

以降の妊娠経過は順調であり、妊娠39週4日に経膈分娩となった。児は3481gの女兒、Apgar scoreは8-8(1分値-5分値)。産後経過は順調で母児ともに産後5日で退院となった。

【結語】 開腹歴のない妊婦に対する腸管膜の絞扼に伴う広汎小腸壊死を経験した。妊娠中のイレウスはまれであるが本症例のように重症化し緊急の外科的介入を要する場合もあるため、慎重かつ迅速な診断が必要である。

08-2

人工妊娠中絶後に発症した子宮動静脈奇形に対して子宮動脈塞栓術を行った一症例

○金子 愛、笹川 輔、相田 桃奈、今井 諭、春谷 千智、堀内 綾乃、八幡 夏美、能仲 太郎、本多 啓輔、安田 雅子
 長岡赤十字病院 産婦人科

【緒言】 子宮動静脈奇形は、子宮内容除去術後や分娩後に発生する稀な疾患であり、突発性の多量性器出血を認め受診することが多い。妊孕性温存を希望する場合には、薬物療法や子宮動脈塞栓術が有効とされている。今回、人工妊娠中絶後に発症した子宮動静脈奇形に対して、子宮動脈塞栓術が有効であった症例を経験したので報告する。

【症例】 26歳、1妊0産。自然妊娠成立後、妊娠6週時に前医にてD & Cによる人工妊娠中絶術を施行した。その後月経発来なく、中絶術後25日目に不正性器出血を認め前医受診、経膈超音波にて子宮内腫瘍を指摘され当科紹介受診となった。当科での超音波カラードプラ法にて腫瘍方向への豊富な血流を認め、RPOCと診断したが、当科受診時は性器出血少量のみで血清HCG値も低下傾向であったため、待機療法の方針とした。その後HCG値は陰性化し、中絶術後71日目には月経再開したが、中絶術後135日目に突然多量性器出血を認め当科受診、経膈超音波にて明らかな子宮内腫瘍は認めないものの、子宮筋層から内腔にかけて管状の低エコー域を認め、カラードプラ法にて同部における豊富な血流を認めた。造影MRIでは、T2強調像にて子宮体部筋層内から内膜にかけてflow voidを認め、子宮動静脈奇形と診断した。妊孕性温存希望と多量出血を考慮し子宮動脈塞栓術を実施した。塞栓後7日目にはほぼ止血が得られ、塞栓後30日目に月経再開した。

【考察】 人工妊娠中絶後に発症した子宮動静脈奇形の症例を経験した。妊孕性温存を希望する子宮動静脈奇形においては、多量出血を認める場合は子宮動脈塞栓術が有効な選択肢の一つとなる可能性が示唆された。

○佐藤 雄翔、福田 冬馬、大越 千弘、磯上 弘貴、安田 俊、山口 明子、藤森 敬也

福島県立医科大学 産科婦人科学講座

Long term tocolysis の有用性は controversial だが、一部の症例では有効と考えられている。当院も Long term tocolysis を実施しているが、不要な症例に対する tocolysis の継続は可能な限り避けるべきであり、tocolysis が有用な症例を選択することが重要である。当院では切迫早産患者に対して、入院時と2週間後にフィブロネクチン測定を行っており、その結果から、Long term tocolysis が有用な症例を検討した。2017年から2022年までに切迫早産に対してフィブロネクチン測定を行った例を対象とした。母体あるいは胎児合併症のために人工早産が必要であった症例は除外した。tocolysis 中に自然早産となった、もしくは tocolysis 中止後2日以内に分娩に至った症例を、tocolysis 有効例と定義した。フィブロネクチン測定は全例で24週から33週までに行われていた。2回ともフィブロネクチンが陽性であった群は全例が早産となっていた。フィブロネクチンが1回でも陽性であった群は、フィブロネクチンが2回とも陰性であった群よりも、早産および tocolysis 有効例の割合が優位に高かった。フィブロネクチンが2回陰性でも、経過中に性器出血を認めた症例はそうでない症例よりも tocolysis 有効例が多かった。Long term tocolysis を実施する施設としては、フィブロネクチンが2回陰性を確認できた出血のない切迫早産の場合には、tocolysis の中止を検討してもよいと考えられる。

○四釜 真子、星合 哲郎、小林 咲菜、佐藤 綾華、小針 諄也、笹瀬 亜弥、佐々木 恵、氷室 裕美、平山 亜由子、宇賀神 智久、早坂 篤、大槻 健郎

仙台市立病院 産婦人科

【緒言】 正期産の新生児において無症状であっても偶発的に頭蓋内出血が発見されることがある。今回、遷延分娩ではあったが自然分娩で生じた頭蓋骨陥没骨折の精査を機に発見された、新生児の頭蓋内出血を経験したため考察をふまえて報告する。

【症例】 症例は35歳、初産婦。妊娠経過に特に問題はなかった。妊娠39週3日前期破水のため入院後、陣痛発来しないため陣痛促進剤を使用し分娩誘発を開始した。分娩遷延し、後方後頭位のため内回旋を施行し前方後頭位とした。その後分娩進行し、自然分娩に至った。児の出生体重は2780g、Apgar scoreは8/9(1分値/5分値)と仮死は認めなかった。出生後、児の右頭頂骨に直径約4cm大の陥凹を認め、CT検査施行し、右頭頂骨陥没骨折と左頭頂葉皮質下出血および帽状腱膜下血腫を認めた。右頭頂葉陥没骨折部位直下の脳実質には出血を認めなかった。児の精査で易骨折性、易出血性の疾患は否定された。入院後神経学的異常所見を認めず全身状態良好のため、経過観察の方針とし、児は日齢12で退院となった。自宅療養で経過しているが、生後3か月時点では神経学的後遺症や発達遅滞は認めていない。

【考察】 頭蓋内出血のリスク因子のうち、本症例では遷延分娩、母体年齢、オキシトシンの使用、初産婦、男児であることなどが挙げられる。また頭蓋内出血は頭蓋骨陥没骨折によっても起こりうるため、関連性は否定できないが、出血部位は陥没骨折の部位とは離れているため、出血は別の機序で発生したと考えられた。分娩時発症の頭蓋内出血は全分娩の6.1-26%に生じるとされ、自然分娩でも生じることが報告されており、無症状の新生児においても偶発的に発見されることがある。新生児仮死や凝固異常に合併する場合は予後不良であるが、一方で本症例のように背景が明らかでなく仮死のない正期産の正常分娩での出血は予後良好な場合もありうる。

○南川 太一、中嶋 えりか、水沼 月子、麩澤 章太郎、中陳 哲也、村上 幸治、杉山 沙織、野崎 綾子、中田 俊之、光部 兼六郎

JA 厚生連 旭川厚生病院産婦人科

【背景】 若年妊婦はサポートが希薄で経済的にも不安定であり、性感染症や切迫流産、未受診飛び込み分娩、また産後の育児困難や児童虐待のリスクが高い。COVID-19 により様々なサービスが機能不全となり、若年妊産婦への影響が懸念されるが、現状の評価は不十分である。

【目的】 当院において、COVID-19 流行前後の若年妊婦の背景や妊娠転帰の変化について検討する。

【対象】 20 歳未満で妊娠し当科で分娩した妊婦とし、2020-2022 年の分娩者を“PC 群”、2017-2019 年を“対象群”とした。

【方法】 後方視的コホート研究として、母体背景、分娩転帰、児の養育状況について診療録から情報収集し、一部の項目については 2 群間比較を行う。

【結果】 PC 群 18 例 (総分娩数 1725 件中 1.0%)、対象群 32 例 (2385 件中 1.3%) であった。母体年齢は差がないが、PC 群では初回の妊娠、妊娠 12 週以降の初診、無職が有意に多かった。合併症、早産、児の重症合併症の発症数に差はなかった。児出生体重は有意に低かった。養育不能や発達問題の発症率は差がなかったが、PC 群に生後 2 か月児の死亡が 1 例あった。

【考察】 分娩数は COVID-19 流行を境に大幅に減少したが、流行以降も若年妊婦の割合や年齢層には変化は認めず、若年妊娠における早産や施設外分娩などの合併症も同等であった。しかし、妊娠中絶既往者は減り、人的交流の減少による変化と推測される。一方で医療機関の受診は顕著に遅れており、望まない妊娠へのセーフティネットが脆弱化している可能性がある。また妊娠時の就業率は低く、虐待死が疑われる症例も発生しており、人的・金銭的な育児環境の悪化が示唆された。

【結論】 COVID-19 の流行以降、若年妊婦の背景や転帰に変化が生じており、社会のサポート体制の立て直しが望まれる。

○中村 有里、藤井 タケル、小山 貴弘、佐々木 瑞恵、山田 俊、小田 泰也

JCHO 北海道病院 産婦人科

【緒言】 妊娠中の梅毒感染は死産や先天梅毒を引き起こすため、全例で妊娠初期にスクリーニング検査を行っている。今回、初期検査で梅毒感染を認めず、妊娠後期に胎児機能不全による緊急帝王切開を契機に梅毒感染が判明した 1 例を経験したので報告する。

【症例】 26 歳、3 妊 1 産。妊娠初期の感染症スクリーニングは陰性であったが、妊娠 25 週頃から腹部と下腿に皮疹が出現し、皮膚科で蕁麻疹や妊娠性痒疹として加療されていた。妊娠 36 週 4 日の妊婦健診までの胎児超音波検査やノンストレステスト (NST) で異常は指摘されなかった。妊娠 37 週 4 日の妊婦健診時に胎動減少の訴えと NST で高度遅発一過性徐脈があり、胎児超音波検査では胎児の腹水貯留と心嚢液貯留を認め、同日緊急帝王切開で児を娩出した。2576g の男児で Apgar score は 8/8/9 点 (1/3/5 分値) だった。母体の RPR, TPLA が陽性であることが術後に判明し、妊娠後梅毒と診断した。明らかな鼠経リンパ節の腫脹や外陰部・腔粘膜病変は認めず、皮疹以外の所見に乏しかった。児は出生後、腹部膨満と呼吸障害を認め、挿管、利尿薬により全身管理を行い、児の RPR も上昇しており先天梅毒の診断でペニシリン G カリウムで治療した。児の IgM FTA-ABS は陽性であった。母体は感染判明日からアンピシリンナトリウム、アモキシシリンで治療を開始し、産後 5 週間後に RPR 値の低下により治癒と判定した。

【考察】 感染症スクリーニングは妊娠初期に行われるが、以降の新規感染に注意する必要がある。本症例は母体の皮膚所見はあったが、非特異的な症状であったため感染を疑われず手術当日に気付かれることとなった。母体に疑わしい症状がある場合は梅毒の追加検査を考慮すべきである。

○鈴木 優希、鶴田 光将、遠藤 祐介、山口 峻史、櫻田 尚子、黒澤 靖大、市川 さおり、
吉田 祐司

石巻赤十字病院 産婦人科

【緒言】梅毒感染症は本邦でも2012年以降急速に増加傾向である。妊娠初期における梅毒血清反応検査が推奨されているが、未治療の先天梅毒の報告もある。今回先天梅毒が疑われる2例を経験したので報告する。

【症例1】24歳、1妊0産。妊娠12週近医より分娩管理目的に当科紹介。妊娠初期検査でRPR6.2倍、TPHA85.2倍であった。全身皮膚症状などはなく、梅毒第1期と診断しアモキシシリン500mg3錠分3、6週間の内服治療を開始した。妊娠32週母体血液検査でRPR2.8倍、TPHA87.7倍とRPR値が治療前値の2分の1まで低下しており、治癒と判断した。妊娠性血小板減少症も認め計画分娩の方針とし、妊娠38週2日より分娩誘発を開始し、妊娠38週4日経陰分娩となった。児は2762g、女児、Apgar score 8/9。生後15日目児の右頸部と左鼠径部に腫瘤を認め、FTA-ABS IgMは陰性であったものの、先天性梅毒否定できずペニシリンG静脈注射での治療を10日間施行し、外来経過観察中である。

【症例2】36歳、6妊5産。妊娠を自覚していたが医療機関を受診せず、妊娠31週6日に近医を受診。総合病院産婦人科への受診を勧められるも受診せず、妊娠33週3日自宅分娩後児と共に当院へ救急搬送となった。入院時の母体血液検査でRPR22.3倍、TPHA \geq 100.0倍であり梅毒と診断した。ベンジルペニシリンベンザチン水和物240万単位1週間毎に計3回筋肉注射し治療を行っている。児は重症新生児仮死、先天梅毒で入院加療中である。

【考察】先天梅毒は妊娠初期の治療により多くが予防可能であり、妊娠中の梅毒感染は早期診断・適切な治療が重要である。妊娠中の梅毒の管理および先天梅毒について文献的考察を含め報告する。

○佐藤 慎太郎¹⁾、鈴木 久也¹⁾、千坂 泰¹⁾、佐藤 多代²⁾、羽根田 敦²⁾、齋藤 昌利³⁾、
八重樫 伸生²⁾、谷川原 真吾²⁾

1) 仙台赤十字病院 産婦人科、2) 宮城県産婦人科医会、3) 東北大学病院 産婦人科

【緒言】妊婦のクラミジア感染の陽性率は施設の規模や機能、地域、年齢層などにより大きく異なり、経年的な陽性率の変化の把握は困難である。宮城県産婦人科医会では県内全妊婦を対象に性器クラミジア抗原検査を行ったので文献的考察を交えて報告する。

【目的】長期間の悉皆的調査により妊婦性器クラミジア感染症の実態と年次推移を明らかにする。

【対象および方法】調査期間は2010年から2021年の12年間。宮城県内で妊婦健診を施行する全施設が調査に参加。妊娠初期に子宮腔部から検体を採取し、性器クラミジア抗原検査を施行した(検査方法は各施設任意)。有意差検定はカイニ乗検定法で行い危険率1%未満を有意とした。

【結果】

①検査の施行割合は91.1%(妊婦224,846名中、検査施行204,835例)であった。

②クラミジア陽性率は全体で1.57%であった。

③年代別陽性率は10歳代群14.5%、20歳代群2.5%、30歳代群0.74%、40歳以上群0.48%で、年代上昇とともに有意に低下傾向であった($p < 0.01$)。

④年代別陽性者数の割合は10歳代群と20歳代群が年々減少し、30歳代群と40歳以上群が増加していた。

⑤調査期間中の陽性率は減少傾向であった($p < 0.01$)。

⑥年代別陽性率の年次推移は30歳代群が有意に減少傾向($p < 0.01$)にあり、他群では変化がなかった。

【考察】宮城県全体の妊婦クラミジア陽性率は過去の報告に比較し低かった。

陽性率は年々低下傾向にあったが、母数が最も多い30歳代の陽性率低下が要因と考えられた。第二に不妊治療の普及に伴いクラミジア感染の検査・治療後に妊娠成立する高齢妊婦の増加も考えられる。第三に陽性率の高い10歳代や20歳代の分娩数の減少も影響していると思われる。

【結語】宮城県での妊婦の性器クラミジア感染症の陽性率の低下が明らかになったが、10歳代や20歳代の陽性率には低下傾向がみられず、社会全体の啓発活動が今後も必要と考える。

09-1

直接経口抗凝固薬 (DOAC) 内服中に Trousseau 症候群を発症した進行卵巣癌の2例

○小林 大暉¹⁾、春日 美貴子¹⁾、中野 遥香¹⁾、足立 岳貴¹⁾、萬 和馬¹⁾、木嶋 紗弓¹⁾、小川 栞¹⁾、長尾 沙智子¹⁾、齋藤 豪²⁾

1) 製鉄記念室蘭病院 産婦人科、2) 札幌医科大学附属病院 産婦人科

【緒言】 Trousseau 症候群は悪性腫瘍による血液凝固亢進により血栓塞栓症を引き起こす病態であり、狭義にはそれによる脳梗塞の発症を指す場合が多い。本症候群は婦人科癌の中でも特に卵巣癌に合併しやすい。今回我々は、直接経口抗凝固薬 (DOAC) 内服中に Trousseau 症候群を発症した進行卵巣癌の2例を経験したので報告する。

【症例】 ① 62 歳、2 妊 2 産、卵巣低異型度漿液性癌のⅣ期疑いで、術前化学療法後に腫瘍減量術の方針となっていた。下肢静脈血栓症合併のため、エドキサバンを内服していたが、化学療法中に2度の脳梗塞を発症し、Trousseau 症候群が強く疑われた。原疾患に対しては BSC の方針となったが、脳梗塞に対して速やかな集学的治療を行い、現在ヘパリン投与により再発なく管理している。② 53 歳、1 妊 1 産、卵巣明細胞癌Ⅲ C 期に対して、術後の化学療法中に下肢静脈血栓症と肺動脈血栓症を発症したため、アピキサバンを内服開始したが、その5か月後に同名半盲にて多発脳梗塞の発症が明らかになり、Trousseau 症候群が疑われた。現在化学療法によって原疾患の制御ができており、脳神経外科と共に慎重に経過をみながら治療を継続している。

【考察】 今回我々は、DOAC 内服中に Trousseau 症候群を発症した進行卵巣癌の2例を経験した。本症候群の治療においては、原疾患の制御が前提といえるが、原疾患が進行している場合も多く、その対応に難渋する。QOL の維持を目標としつつ、症例毎に総合的に対応を検討することが重要である。

09-2

成熟嚢胞性奇形腫から卵巣原発悪性黒色腫が発生した Li-Fraumeni 症候群の1例

○鎌田 奈都子¹⁾、三田村 卓²⁾、五十嵐 冬華¹⁾、櫻井 愛美¹⁾、宇田 智浩¹⁾、千葉 健太郎¹⁾、山崎 博之²⁾、黒須 博之²⁾、松宮 寛子²⁾、金野 陽輔²⁾、渡利 英道²⁾、山下 陽一郎¹⁾

1) 砂川市立病院 産婦人科、2) 北海道大学病院 産婦人科

【緒言】 Li-Fraumeni 症候群 (LFS) はがん抑制遺伝子である TP53 の生殖細胞系列における病的バリエーションにより、家族性に悪性腫瘍を発症する比較的稀な遺伝性腫瘍症候群である。

【症例】 24 歳、0 妊。便秘を主訴に当院内科を受診した。CT 検査で骨盤内腫瘍による S 状結腸狭窄、右胸水貯留、腹水貯留を認めたため当科へ紹介となった。MRI 検査で 130 × 85 × 93mm の充実成分を伴う不整形な骨盤内腫瘍を認め、左卵巣がんが疑われた。症状緩和目的に胸水除去を行い、第8病日に試験開腹術を施行した。腹腔内に大量の腹水貯留を認め、左卵巣腫瘍は被膜破綻していた。右卵巣にも腫瘍性病変を認めたため両側子宮付属器切除術を施行した。その他明らかな播種病変は認めなかった。病理組織学的検査で左卵巣成熟嚢胞性奇形腫から発生した悪性黒色腫の診断となった。若年であり、母親が乳がん、大腸がん、睪がん罹患していたことから遺伝性疾患を疑い高次医療機関に紹介した。腫瘍遺伝子解析の結果 TP53 遺伝子バリエーションが検出され、確認検査で LFS の診断となった。他臓器に原発腫瘍を疑う所見はなく、卵巣原発の悪性黒色腫の診断でニボルマブによる加療が開始された。本患者には同胞がおり、現在精査中である。

【考察】 LFS では、閉経前乳がん、軟部肉腫、骨肉腫、脳腫瘍、副腎皮質がんが頻度の高い関連腫瘍として知られており、卵巣悪性黒色腫の報告は極めて稀である。そのため、本人の診療情報のみでは遺伝性腫瘍と気づけなかった可能性があるが、本症例では母親の既往歴から何らかの遺伝性腫瘍が想起されたため高次医療機関での遺伝カウンセリングを勧めた。最終的に、卵巣悪性黒色腫が LFS の表現型として発生した可能性が示唆され、LFS の診断確定に繋げることができた。

【結論】 若年発症や濃厚な悪性腫瘍の家族歴を有する場合は、遺伝性悪性腫瘍を考慮し、適切な遺伝カウンセリング、診断および医療介入がなされるべきである。

○村形 祐衣子、片平 敦子、成重 さつき、後藤 恵、佐藤 孝洋、藤本 久美子、船山 由有子

坂総合病院 産婦人科

【緒言】 上腸間膜動脈症候群（以下 SMA 症候群）とは、十二指腸水平脚が上腸間膜動脈（以下 SMA）と腹部大動脈に挟みこまれることで通過障害を引き起こす病態である。今回、卵巣癌に対する単純子宮全摘術、骨盤・傍大動脈リンパ節郭清術、大網切除術を施行後、SMA 症候群を発症した症例を経験した。

【症例】 45 歳、0 妊 0 産、性交渉歴なし、BMI 28.0。腹痛と便秘を主訴に前医受診時、血液検査にて炎症反応上昇と貧血を認めたことから撮影した体幹部単純 CT にて両側卵巣腫瘍を認め当科紹介となった。MRI より悪性腫瘍の可能性もあり、生検・診断目的に両側子宮付属器摘出術を施行した。病理結果からは卵巣癌（類内膜癌 Grade2）の診断となり、TC 療法 3 コース後、単純子宮全摘術、骨盤・傍大動脈リンパ節郭清術、大網切除術を施行した。病理結果からはリンパ節転移は認めず、卵巣癌 I C3 期（類内膜癌 Grade2）の診断となった。術後より嘔吐・腹部膨満を認め、術後 6 日目の腹部 X 線写真・CT より麻痺性イレウスと診断した。保存的加療にて腹部症状・腹部 X 線写真での小腸拡張・niveau 像は消失し食事開始した。術後 12 日目より頻回な胆汁性嘔吐を認めたため、術後 14 日目に再度腹部単純 CT 撮影したところ、SMA と腹部大動脈に圧迫される十二指腸水平脚とそれより高位の消化管拡張を認め、SMA 症候群と診断した。経鼻胃管挿入し、保存的に加療することとなった。術後 27 日目、消化管造影施行し通過していることを確認した。

【考察】 SMA 症候群は臨床的にはやせ型の若年女性に多いとされており、大腸癌等の腹部手術後にも認めることはあるが、婦人科腫瘍術後に発症した報告は少ない。しかし、腸間膜の牽引を伴うような悪性腫瘍手術の場合は術後合併症として考慮されるべきである。治療としては絶食、経鼻胃管挿入による減圧といった保存的加療がまず選択され、難治性の場合には外科的治療も考慮される。

○佐多 綜一郎、北川 裕太郎、安田 真子、宮城 正太、勘野 真紀、野村 英司

王子総合病院 診療部 産婦人科

卵巣がん治療において 2011 年、血管内皮増殖因子阻害剤である Bevacizumab（以下 BEV）を抗がん剤併用および維持療法として投与することで、無増悪生存期間（PFS）、全生存期間（OS）がともに非併用群と比較して有意に延長することが、第 III 相試験において示された。本邦では 2013 年 10 月に卵巣がん治療における BEV の抗がん剤併用療法および維持療法の保険収載がなされ、まもなく 10 年が経過しようとしている。

今回我々は当科において BEV 併用抗がん剤治療が施行された卵巣がん、腹膜がんの全症例 111 例に対して BEV 使用状況等の検討を行った。

症例は BEV 併用抗がん剤治療、BEV 単剤での維持療法、あるいはその両方が施行された卵巣がん、腹膜癌症例 111 症例である。

それらの症例に対して BEV 併用抗がん剤治療の奏効率（ORR）、病性制御率（DCR）、維持療法の無増悪生存期間（PFS）を主要評価項目とし、消化管穿孔などの副作用に関しても評価を行った。文献的考察を行い、報告する。

O10-1

当院における進行卵巣癌に対する NAC/IDS と HRD の検討

○安田 一平、森田 章嗣、谷 英理、吉田 美保子、竹村 京子、島 友子、中島 彰俊

富山大学 学術研究部医学系 産科婦人科学教室

【目的】 近年、完全切除不能な進行卵巣癌には化学療法先行後の腫瘍縮小手術 (NAC/IDS) が増加している。更には、進行卵巣癌 (卵管癌・腹膜癌を含む) に対して DNA 相同組換え修復異常 (HRD) の有無により、異なる維持療法が選択されうる。今回、HRD の有無と NAC/IDS 成績の検討を行ったので報告する。

【方法】 2021 年 1 月から 2023 年 3 月までに、当院で TC 療法による NAC/IDS 加療した進行卵巣癌 (漿液性癌) 症例から HRD を提出した 13 例について後方視的に検討した。

【結果】 年齢中央値は 66 歳 (53 ~ 74 歳)、進行期は III 期と IV 期が各 10、3 例であった。HRD 陽性は 9 例 (69%) であった。HRD 陽性群と陰性群の比較では、NAC サイクル数は 5(3 ~ 6) vs 5(4 ~ 8) と同等であり、それぞれ IDS における Complete surgery (CS) の症例は 4/9 例 (44.4%) vs 1/4 例 (25%)、腫瘍縮小率は 59.4%(29.1 ~ 73.9) vs 60.4(55.5 ~ 71)、NAC 4 コースまでの腫瘍マーカー (TM) 減少指数 (4 コース後 TM/ 治療前 TM) は 46.2(17.4 ~ 108.4) vs 46.2(31.7 ~ 217.1) において、それぞれ有意差を認めなかった。一方、CS 群 (6 例) と Optimal/ Suboptimal surgery 群 (7 例) 間での TM 減少指数の比較では、99.1(55.4 ~ 217.1) vs 31.7(17.4 ~ 67.3) と CS 群で有意に高かった。

【考察】 HRD 陽性例では化学療法反応性が良好であるとする報告もあるが、本検討では数は少ないものの HRD の有無による有意な差は認めなかった。当科では CA125 の正常化を IDS 移行基準としているが、HRD 結果よりも CA125 減少指数が CS 可能かの判断に有用である可能性があった。一方、HRD 陰性や CA125 減少指数の緩慢な症例には、NAC への Bevacizumab 追加等の治療戦略を検討する必要があると考えられた。

O10-2

当院の PARP 阻害薬内服後プラチナ感受性再発卵巣癌に対するベバシズマブ併用化学療法の安全性と有効性の検討

○竹下 亮輔¹⁾、佐藤 碧美¹⁾、川村 秀生¹⁾、會田 剛史¹⁾、庄子 忠宏²⁾、馬場 長²⁾

1) 八戸赤十字病院 産婦人科、2) 岩手医科大学附属病院 産婦人科

【諸言】 プラチナ感受性再発卵巣癌に対して PARP 阻害薬の維持療法による PFS が有意に延長することは知られている。PARP 阻害薬投与後のプラチナ感受性再発に対する治療に関する報告は少ない。今回我々は、当院での PARP 阻害薬維持療法後のプラチナ感受性再発に対するベバシズマブ (BEV) を併用した化学療法について安全性と有効性について検討した。

【対象】 2020 年 4 月 1 日から 2023 年 6 月 31 日までに PARP 阻害薬投与後にプラチナ感受性再発と診断された卵巣がん・原発性腹膜がんで、BEV 併用化学療法を行った症例 5 例を対象とした。化学療法が奏効した場合は原則 BEV の維持療法を行った。

【結果】 年齢中央値は 53 歳 (49-74 歳)、PS は全例 0 であった。組織型は漿液性癌 4 例、明細胞癌 1 例であった。前治療レジメン数は全て 2 レジメンで、PARP 阻害薬投与期間の中央値は 6 か月 (1-21)、PFI 中央値は 13 か月 (6-21) であった。化学療法レジメンは、TC+BEV 療法 4 例、TC+BEV 療法 3 サイクル目でカルボプラチン過敏症による Tri-weekly PTX+BEV 療法に変更となった 1 例であり、投与サイクル数中央値は 6 サイクル (5-6) であった。BEV の投与サイクル数中央値は 11 サイクル (6-16) であった。PFS 中央値は 11 か月 (9-19)、OS 中央値は 26 か月 (9-30)、奏効率は 80% であった。Grade3 以上の血液毒性は、白血球減少 2 例、好中球減少 2 例に認められた。非血液毒性は高血圧が 1 例、カルボプラチン過敏症が 1 例に認められた。

【結語】 現時点でカルボプラチンのアレルギーによるレジメンの変更は認めしたが、BEV による腸管穿孔などの重篤な有害事象は認めず、安全に投与出来る可能性が高いと考えられた。PARP 阻害薬投与後のプラチナ感受性再発に対する BEV 併用化学療法は既報と同等の治療効果が得られると考えられた。今後は症例を増やしさらに検討していく予定である。

PARP 阻害薬投与後または投与中のプラチナ感受性再発卵巣がんに対するプラチナ併用化学療法の治療成績

○高取 恵里子、細見 信悟、千葉 洋平、佐藤 翔、海道 善隆、永沢 崇幸、利部 正裕、庄子 忠宏、馬場 長

岩手医科大学 産婦人科学講座

【目的】 近年、PARP 阻害薬投与後のプラチナ感受性再発卵巣がんに対して、再度プラチナ併用化学療法をおこなっても奏効率は低く、PFS も短いという報告が散見される。今回我々は、当院での治療成績を後方視的に調査した。

【対象・方法】 2019年4月1日から2023年3月31日までにPARP 阻害薬投与後にプラチナ感受性再発と診断された卵巣がん・卵管がん・原発性腹膜がんで、プラチナ併用化学療法を行った17例を対象とし、有効性および安全性を評価した。なおBEVを併用した症例は今回の調査から除外した。

【成績】 年齢中央値は61歳(49-81歳)、PSは0が14例、1は3例であった。組織型は漿液性癌16例、類内膜癌1例であった。前治療レジメン数の中央値は2レジメン(1-8)で、PARP 阻害薬投与期間の中央値は9ヶ月(5-35か月)、プラチナフリー期間(platinum-free interval: PFI)中央値は12ヶ月(8-38か月)であった。化学療法レジメンは、PLDC療法7例、TC療法5例、TP療法2例、DC療法2例、NDP + PTX療法1例で、投与サイクル数中央値は5サイクル(3-6)であった。PFS中央値は5ヶ月(2-13か月)、OS中央値は16ヶ月(4-36か月)であり、奏効率は23.5%、病勢コントロール率は47.1%であった。奏効した4例はすべてPARP 阻害薬リチャレンジを行った。Grade3以上の血液毒性は、白血球減少症8例、好中球減少症10例、貧血4例、血小板減少症5例に認められた。一方、非血液毒性は、たこつぼ心筋症、カルボプラチン過敏症がそれぞれ1例に認められた。なお、治療関連死は認めなかった。

【結論】 PARP 阻害薬投与後のプラチナ感受性再発に対するプラチナ併用化学療法の治療成績は不良であった。PARP 阻害薬投与後プラチナ感受性再発におけるPFIの概念は再考する必要があると考えられた。

再発卵巣がんに対する PARP 阻害薬リチャレンジに関する有用性の評価

○佐藤 碧美¹⁾、川村 英生²⁾、竹下 亮輔²⁾、会田 剛史²⁾、千葉 洋平³⁾、佐藤 翔³⁾、高取 恵里子³⁾、海道 善隆³⁾、長沢 崇幸³⁾、利部 正祐³⁾、庄子 忠宏³⁾、馬場 長³⁾

1) 八戸赤十字病院 研修医、2) 八戸赤十字病院 産婦人科、3) 岩手医科大学 産婦人科学講座

【緒言】 近年、学会レベルでは再発卵巣がんに対するPARP 阻害薬リチャレンジの有用性が報告されているが、我々産婦人科医にとってはいまだ未知の領域である。我々はPARP 阻害薬リチャレンジの安全性と有効性について当院での臨床経過を後方視的に検討した。

【対象および方法】 2020年4月1日から2023年5月31日までにPARP 阻害薬リチャレンジを施行した卵巣がん10例、卵管がん1例、原発性腹膜がん2例を対象とし、その安全性および有効性を評価した。

【成績】 年齢中央値は65歳(49-82歳)、PSは0が12例、1は1例であった。組織型は漿液性癌13例、類内膜癌1例であった。前治療レジメン数は2が4例、3が7例、4以上が2例であった。前PARP 阻害薬はオラパリブが10例、ニラパリブが2例、ルカパリブが1例に投与され、投与期間中央値は8か月(1-28か月)であった。リチャレンジにはオラパリブが7例、ニラパリブは6例に投与され、投与期間中央値は2か月(1-24か月)であった。減量は5例、休薬は4例におこなわれた。Grade3以上の血液毒性は白血球減少1例、好中球減少4例、貧血2例、血小板減少1例に認めた。またGrade3以上の非血液毒性、治療関連死は認めなかった。観察期間中央値は16か月であり、PFS、OS中央値はそれぞれ2か月(1-24か月)、16か月(2-32か月)であった。

【結論】 PARP 阻害薬リチャレンジはGrade3以上の血液毒性は認めるものの、減量、休薬をおこなうことで管理可能であり安全に投与することが可能であった。しかし有効性については今後の検討課題となると考えられた。

当院の進行卵巣癌に対する初回治療について ～ BRCA1/2 遺伝子変異および HRD 検査を中心とした検討～

○関根 優哉、湊 敬道、石井 顕徳、小丸 扶紗子、田中 宏典、高橋 聡太、吉田 瑤子、荒井 真衣子、
葛西 亜希子、葛西 剛一郎、河野 順子、田中 創太

八戸市立市民病院 産婦人科

【目的】 進行卵巣癌の初回治療における維持療法として poly ADP-ribose polymerase (PARP) 阻害薬の重要性が増し、そのコンパニオン検査として BRCA1/2 遺伝子検査および相同組換え修復欠損 (Homologous Recombination deficiency:HRD) 検査の有用性が注目されている。そこで当院での進行卵巣癌の初回維持療法での BRCA1/2 遺伝子検査・HRD 検査の結果と PARP 阻害薬の効果について検討した。

【方法】 2019年1月から2023年1月の間に初回維持療法で PARP 阻害薬を用いた進行卵巣癌 22 症例における HRD 検査・BRCA1/2 遺伝子検査の結果と維持療法の効果について抽出し、後方視的に検討を行った。

【結果】 22 例中オラパリブ使用例は 12 例、ニラパリブ使用例は 10 例だった。オラパリブ使用例の年齢中央値は 62.5 歳 (44-71 歳)、組織型は全例で高異型度漿液性癌だった。BRCAAnalysis を 9 例に施行し全例で gBRCA1 変異陽性、myChoice を 7 例に施行し全例 HRD かつ sBRCA1 変異陽性だった。投与期間は 6-36 ヶ月 (中央値 11.5 ヶ月) で治療開始後 stable disease(SD) ～ complete response (CR) は 10 例、progressive disease(PD) は 2 例だった。3 年間の無増悪生存期間 (Progression Free Survival:PFS) は 72.9% だった。ニラパリブ使用例の年齢中央値は 62 歳 (48-82 歳)、組織型は高異型度漿液性癌 7 例、低異型度漿液性癌 1 例、類内膜癌 1 例、癌肉腫 1 例だった。BRCAAnalysis を 3 例に施行し陰性 2 例、gBRCA1 変異陽性 1 例だった。myChoice を 8 例に施行し、HRD4 例 (内 2 例は sBRCA1 変異陽性)、homologous recombination proficiency(HRP)2 例、解析不可 2 例だった。投与期間は 1-23 ヶ月 (中央値 4 ヶ月) で治療開始後 SD ～ CR が 6 例、PD が 2 例、判定不能が 2 例だった。20 ヶ月の PFS は 52.5% だった。

【結論】 症例数は小規模ではあるが、当院での進行卵巣癌の初回維持療法における PARP 阻害薬使用例でも、先行する研究である SOLO-1 試験と PRIMA 試験と比較しても概ね同等な PFS を得ることが出来た。

○福岡 日向、小野寺 洋平、堀井 駿、藤嶋 明子、三浦 広志、寺田 幸弘

秋田大学大学院医学系研究科 産婦人科学講座

【緒言】二分脊椎のうち、出生前診断が望まれる疾患として脊髄髄膜瘤（myelomeningocele：MMC）と脊髄脂肪腫が挙げられる。MMCを持つ胎児では、二分脊椎により露出された脊髄が子宮内で物理的・化学的的刺激を受けることで神経損傷し、妊娠後期に非可逆的な神経障害を生じうる。脊髄神経機能の温存を目的としたMMC胎児手術の臨床研究が本邦で開始され、今後の普及が期待されている。今回我々は当院でのMMC及び脊髄脂肪腫症例の後方視的検討と、MMCの胎児治療を見据え課題を考察した。

【方法】2018年1月から2023年5月に当院でMMCまたは脊髄脂肪腫と診断された症例を対象とし、出生前診断の有無、診断時期、診断の契機となった胎児超音波所見、転帰について検討した。

【結果】対象は7症例、内訳はMMCが4例、脊髄脂肪腫が3例だった。MMCは4例、脊髄脂肪腫は1例で出生前診断された。診断の契機となった胎児超音波所見は腰部嚢胞が3例（MMC2例、脊髄脂肪腫1例）、側脳室拡大が2例（MMC2例）だった。MMC診断週数は15週が2例、25週、36週が1例ずつだった。15週で診断された2例は人工妊娠中絶を選択、ほか2例は新生児治療が可能な施設へ転院し出生後髄膜瘤閉鎖術を受けた。

【考察】二分脊椎症例の出生前診断のためには、頭蓋内及び脊椎の系統的な観察が必要である。MMCの胎児治療を考慮すると、妊娠20週頃までに診断されていることが望ましい。今回の検討では22週未満の診断症例では人工妊娠中絶が選択されていた。胎児治療施設が都市部に限られている現状では、特に地方在住の妊婦には胎児治療の選択が困難となっている可能性がある。

【結論】胎児超音波で早期発見することで、妊婦に治療の選択肢を提供することができる。妊娠初期及び中期における胎児形態スクリーニング超音波検査が重要であると考えた。

○堀井 駿、小野寺 洋平、福岡 日向、藤嶋 明子、三浦 広志、寺田 幸弘

秋田大学医学部附属病院 産婦人科

【緒言】Cantrell 症候群は胸骨下部欠損、上腹部正中の腹壁欠損、横隔膜前方部欠損、横隔膜部の心膜欠損、先天性心疾患をきたす複雑奇形症候群である。頻度は出生100万人に対し約5人とされるが、全ての症候が揃わない症例も含めると更に多く予想される。5徴全てを満たす場合、過半数が生後1ヶ月以内に死亡すると報告される予後不良の疾患であるが、5徴の一部を満たすCantrell 症候群類縁疾患の予後は先天性心疾患の程度や心臓脱の有無などにより左右され予後の予測は難しい。当院におけるCantrell 症候群類縁疾患の2例を報告する。

【症例1】36歳、1妊0産。妊娠17週2日、胎児多発奇形（胸骨欠損、心臓脱、臍帯ヘルニア、脊椎彎曲、横隔膜ヘルニア）を認めた。出生後予後を説明し、人工妊娠中絶を選択された。児の肉眼的所見では胎児超音波所見に加え、左肋骨下部欠損、左合趾症を認めた。

【症例2】35歳、4妊1産。妊娠13週5日、Nuchal Translucency (NT) 肥厚の精査のため当科紹介受診した。NTは7.4mmだった。妊娠15週4日、胎児心臓心尖部の胸壁への接近と胎児心臓流出路の異常が疑われたが確定診断には至らず、その時点では妊娠継続を選択された。同日の羊水染色体検査結果は正常核型だった。妊娠20週0日、胸骨欠損、両大血管右室起始症、心室中隔欠損、三心房心あるいは総肺静脈還流異常症、口唇口蓋裂の診断に至り、人工妊娠中絶を選択された。

【考察】今回経験した2例はいずれも比較的早期にCantrell 症候群を疑う所見を認めた。しかし、症例2では先天性心疾患精査に時間を要した。胸骨欠損に伴う心臓偏位により、描出が困難であったことが一因と考えられた。Cantrell 症候群類縁疾患の予後予測には詳細な構造評価が必要であり、胎児診断技術の向上が早期診断に繋がる可能性がある。

【結語】Cantrell 症候群類縁疾患では症例毎に予後を予測する必要があり、正確な超音波診断が欠かせない。

○廣川 眞由子¹⁾、森 裕太郎¹⁾、錦織 瑞彩¹⁾、菅井 駿也¹⁾、山本 寛人¹⁾、山脇 芳¹⁾、島 英里¹⁾、須田 一暁¹⁾、生野 寿史¹⁾、西島 浩二²⁾

1) 新潟大学医歯学総合病院 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

【緒言】胎児期の腸間膜裂孔ヘルニアは絞扼性イレウスにより急激にアシドーシスが進行し、胎児死亡に至る可能性がある。今回、妊娠34週で腸間膜裂孔ヘルニアを発症し、胎児機能不全のため急速遂娩を行い救命に至った一例を経験したので報告する。

【症例】24歳女性、1妊0産。妊娠34週4日、胎動減少を主訴に前医を受診した。胎児心拍数陣痛図(CTG)で基線細変動減少を認め、妊娠34週5日に胎児機能不全の疑いのため当院へ母体搬送された。当院における胎児評価では、Biophysical Profile Score(BPS)は6点(呼吸様運動あり)であり、その時点では胎児評価継続の方針となった。同日再検時、CTGで胎児頻脈および基線細変動減少を認め、胎児超音波所見では、渦巻状の腸管拡張・腸管壁肥厚・胎児腹水を認めた。BPS:4点であり、胎児機能不全(胎便性腹膜炎疑い)と診断し、緊急帝王切開術の方針とした(女児、2172g, Apgar score: 7/7点, 臍帯動脈血pH:7.32)。児は、出生後精査により絞扼性イレウスが疑われたため、同日緊急手術となった。手術所見では、回盲部の腸管膜裂孔(2×2cm大)を認め、同部位に小腸が嵌入し、捻転・壊死していた。腸間膜裂孔ヘルニアによる絞扼性イレウスと診断され、嵌入・捻転解除後に壊死した腸管切除、人工肛門造設術が施行された。術後に感染性腸炎を発症したが、保存的治療で改善し、現在もNICU入院中であるが大きな合併症なく経過している。

【結語】胎児期の腸管膜裂孔ヘルニアは稀であり、胎児診断は困難とされているが、腸管拡張・腹水貯留などの超音波所見を伴う胎児機能不全においては、本疾患も念頭に置き、適切な新生児治療につなげることが重要と考えられた。

○國井 勝俊、丸山 真弓、小幡 美由紀、武士 ゆい、福長 健史、堤 誠司

山形県立中央病院 産婦人科

【緒言】胎児貧血の原因の一つに母児間輸血症候群があり、母体血中HbF分画やAFPの測定が診断に有用とされている。今回これらの有意な上昇はないものの、母児間輸血症候群が疑われた胎児貧血2例を経験したため報告する。

【症例1】33歳、4妊2産。A型Rh陽性、不規則抗体陰性。妊娠27週4日の妊婦健診で胎児水腫を認め、母体搬送された。胎児の著明な腹水、皮下浮腫を認め、中大脳動脈最高血流速度が107cm/sと上昇していたため、胎児貧血が疑われた。胎児心拍数陣痛図で基線細変動の消失、繰り返す遅発一過性徐脈を認め、胎児機能不全の診断で緊急帝王切開を行った。児は1,230gでApgar scoreは1分値1点、5分値1点だった。Hb 1.3g/dLの貧血を認め、交換輸血を行ったが、日齢3で死亡した。母体のHbFは0.4%、AFPは251.19ng/mlで、妊娠中として正常範囲だった。母児ともにパルボウイルスIgMは陰性だった。

【症例2】32歳、4妊2産。A型Rh陽性、不規則抗体陰性。胎児発育不全のため当院で管理していた。妊娠33週4日に切迫早産と高血圧のため入院した。胎児心拍数陣痛図で繰り返す遅発一過性徐脈を認め、同日緊急帝王切開を行った。児は1,360gでApgar scoreは1分値5点、5分値8点だった。Hb 9.2g/dLの貧血を認め、輸血を行った。母体のHbFは1.5%、AFPは481.1ng/mlで、妊娠中として正常範囲だった。母児ともにパルボウイルスIgMは陰性だった。

【結語】2症例ともに溶血や造血障害による胎児貧血は否定的であり、母児間輸血症候群による胎児貧血が強く疑われた。両児とも早産児で体格が小さいことから母体に流入する血液量が少なく、HbF分画やAFPが変化しなかった可能性が考えられた。

○齋藤 珠帆、佐藤 貴紀、川村 花恵、寺田 幸、羽場 巖、岩動 ちず子、小山 理恵、馬場 長
岩手医科大学付属病院 医学部 産婦人科学講座

【緒言】 肝血管腫は乳幼児肝腫瘍の約 60% を占める。4 cm を超えるものは巨大血管腫と呼ばれ、近年は腹腔内出血やショックなどの重篤な病態を示す難治性肝血管腫と考える概念が海外で提唱されている。今回、胎児心拡大を機に診断した胎児肝血管腫の一例について報告する。

【症例】 26 歳、3 妊 2 産 (帝王切開術 2 回)。自然妊娠成立後、前医で妊婦健診を行っていた。妊娠 27 週 0 日の妊婦健診にて胎児の心胸郭面積比 40% と心拡大を疑い精査目的に当科紹介された。胎児超音波検査による精査では心奇形を認めなかったが、肝内に豊富な血流を有する腫瘤がみられた。また、妊娠 30 週に施行した MRI 検査でも肝左葉に長径 4.3 cm の腫瘤を認めた。出生前画像診断はその後、心拡大の増悪や胎児水腫の出現はなく経過し、胎児発育も良好であった。妊娠 38 週 1 日に既往帝切を適応に選択的帝王切開術を施行した。児は (2678g、Apgar スコア 1 分値 /4 点、5 分値 /6 点、10 分値 /7 点、女児) 出生後啼泣なく手術室で挿管後、新生児集中治療室へ入室した。生後 5 日目に MRI 検査、生後 7 日目に造影 CT を行い最大径 7.1 cm の巨大肝血管腫と診断された。生後 11 日目にコイル塞栓術を行い、腫瘍は縮小傾向となった。

【考察】 胎児心拡大を認めた場合、心奇形だけでなく動静脈奇形や血管腫等の多血性腫瘍も鑑別に挙げる必要がある。本症例では心拡大を機に画像にて巨大肝血管腫と診断することができた。巨大肝血管腫は血管床の増大に伴う右心系負荷による高拍出性心不全や消費性凝固障害をきたすだけでなく、出生後に腹部内圧上昇によって呼吸障害を誘発することがある。よって、出生前に経時的な腫瘍形態および胎児血行動態の評価し、経産分娩中の血管腫破裂や胎児機能不全を回避すべく分娩方法の検討することで新生児治療へつなげていくことが重要である。

○佐藤 真紀¹⁾、飯野 香理¹⁾、大石 舞香¹⁾、伊東 麻美²⁾、田中 幹二²⁾、横山 良仁¹⁾

1) 弘前大学大学院医学研究科 産科婦人科学講座、2) 弘前大学医学部付属病院 周産母子センター

【緒言】 血管輪は、気管と食道の周囲を血管が取り囲む大動脈弓の先天異常である。多くが生後無症状で経過することから、胎児診断された場合でも出生後の新生児科紹介で良いとする考えもある。しかし、ごく一部症例では出生後に児が呼吸障害を生じ早期に外科的治療を要する場合もあることから、胎児診断例については病的新生児への対応可能施設での分娩が望ましいとする考え方が一般的であろう。そこで今回、当院で出生した血管輪症例の新生児予後を振り返ることで、胎児診断例についてのあるべき対応について再検討することを目的とした。

【方法】 2012 年 8 月～2023 年 6 月に当院で経験した、血管輪の胎児診断例 8 例の児について、診療録から出生後の経過について情報を収集した。

【結果】 8 例中、分娩直後に早急な外科的治療を要するような重症な呼吸障害は見られなかった。2 例は生後半年以内に外科的治療を要していた。1 例は右側大動脈弓と左鎖骨下動脈起始異常の症例で、啼泣時の吸気性喘鳴を呈し生後 2 か月で動脈管索と左鎖骨下動脈の結紮切離術を施行されていた。もう 1 例は重複大動脈弓の症例で、明らかな呼吸障害は認めなかったが精査の結果、生後 5 か月で大動脈弓再建術を施行されていた。他の 6 例は無治療で経過していた。また、心室中隔欠損症合併が 1 例、ファロー四徴症合併が 1 例であった。

【考察】 血管輪の中でも、一般的には重複大動脈弓症例が気道狭窄による呼吸障害を生後起こしやすいと言われている。しかし、我々が経験した血管輪 8 例ではそのような傾向は明らかではなかった。今回、分娩直後に早急な外科的治療を要する重症例はなかったが、2 症例でその後手術を要しており、やはり胎児診断例では病的新生児への対応可能な高次施設での分娩が望ましいと考えられた。

012-1

妊娠 18 週で常位胎盤早期剥離を発症し中期中絶した 1 例

○入江 勇介¹⁾、神 未央奈¹⁾、中野 遥香¹⁾、小川 栞¹⁾、梅本 美菜²⁾、西村 庸子¹⁾、染谷 真行²⁾、岡村 直樹¹⁾、齋藤 豪²⁾

1) 市立釧路総合病院 産婦人科、2) 札幌医科大学 産婦人科学講座

【緒言】常位胎盤早期剥離(早剥)は、母児共に重篤な障害をもたらす疾患である。発症頻度としては全妊娠の1%程度で、妊娠中期に発症した早剥の報告は少ない。今回、当院で経験した妊娠18週で早剥を発症し妊娠中絶を行った症例を報告する。

【症例】32歳、1妊0産。既往歴に特記事項なし。喫煙歴なし。自然妊娠し当科受診したところ、初期の超音波検査で最大48mmの子宮筋腫を多数認めた。妊娠18週6日に腹痛を主訴に受診した。出血は認めず、板状硬だが圧痛は認めなかった。経腹超音波では胎児心拍は確認され、胎盤が筋腫に重なっており胎盤肥厚の評価は困難であった。来院時の血液検査ではフィブリノゲン78mg/dLなど産科DICスコア7点であった。早剥を第一に疑ったが、他疾患を鑑別するため造影CT検査を施行した。左肺動脈に微小血栓を認めたが、凝固異常の直接的な原因とは考え難かった。来院2時間後の血液検査では血小板9.3万/ μ Lと産科DICスコア8点となり、DICを伴う早剥の診断で母体救命のため妊娠中絶が必要と判断した。頸管拡張処置を施行するとともに、出血リスク低減のため子宮動脈塞栓術(UAE)を施行した。FFP10単位とフィブリノゲン製剤4g投与によりDICは改善したため経陰分娩の方針とし、同日244gの児を娩出した。分娩時の出血量は104mlであった。胎盤の病理は早剥の診断に矛盾ない所見だった。分娩後はPC20単位輸血し凝固能は改善した。ヘパリンを投与していたが翌日のCTでは両側に肺塞栓を認めたためアピキサパンを内服開始し、分娩後6日目に退院となった。

【結語】妊娠18週でも早剥を発症することがあり、早剥の診断や分娩方式の決定について、一定の方針は示されておらず判断が難しいと考える。今回の症例では、UAEにより凝固能が改善し、経陰分娩が可能となった。DIC合併の早剥症例において、DICの改善と出血コントロール目的のUAEは早剥の分娩方式決定に影響を与える治療選択肢の一つであると考えられた。

012-2

低置・前置胎盤帝王切開症例における子宮用止血バルーン(OBバルーン)の有用性の検討

○平谷 菜生、松岡 歩、齋藤 実穂、細野 隆、鏡 京介、飯塚 崇、折坂 俊介、山崎 玲奈、藤原 浩
金沢大学附属病院 産科婦人科

【背景】低置・前置胎盤の帝王切開時の出血に対し、バルーンタンポナーデは止血コントロールを目指すうえで重要な治療戦略である。最近子宮内と腔内のダブルバルーンで頸管を挟み込むことで滑脱しにくい工夫がなされた子宮用止血バルーン(OBバルーン)が開発された。

【目的】低置・前置胎盤の帝王切開時の出血に対するOBバルーンの有効性をバクリバルーンと比較し検証する。

【方法】2019年1月から2023年3月の間に当院でバルーンタンポナーデを行った低置・前置胎盤帝王切開症例計37例を対象に、後方視的に検討した。

【結果】OBバルーン群7例、バクリバルーン群30例であった。術中子宮内へのバルーン挿入平均所要時間は、OBバルーン群53秒、バクリバルーン群1分13秒で、バルーンを拡張し留置するまでの平均所要時間は、OBバルーン群2分44秒、バクリバルーン群2分19秒であった。OBバルーンは腔内と子宮内との2個のバルーンを拡張させるため、挿入から留置までの全体の時間はバクリバルーンより要す傾向であったが、シャフトが硬めであり子宮内への挿入はスムーズであった。OBバルーンは仰臥位で術野からの処置のみで留置可能であるのに対し、バクリバルーンは開脚位で術野外から経腔的にバルーンを拡張する処置や、滑脱予防目的の腔内ガーゼ充填処置を追加で要した。バルーン滑脱症例は、OBバルーン群0例に対し、バクリバルーン群は6例(20%)に認めた。術後止血が得られた症例は、OBバルーン群7例(100%)、バクリバルーン群27例(90%)であり、OBバルーンはバクリバルーンと同等の止血に対する有効性が示された。

【結論】OBバルーンはバクリバルーンと比較しスムーズに挿入可能で、仰臥位で術野からの操作のみで腔内と子宮内に留置可能である。また滑脱予防の腔内ガーゼ充填処置不要で、より簡便により確実に止血を得ることが可能である。

○松岡 亮、磯上 弘貴、神 季、大越 千弘、福田 冬馬、山口 明子、安田 俊、藤森 敬也

福島県立医科大学 産科・婦人科学講座

【緒言】 貯血式自己血輸血は、同種血輸血に伴う感染性/免疫性副作用を回避し得るメリットがあるが、合併症や術後貧血がないため廃棄されるなどの問題点もあり、近年の同種血輸血の安全性の向上から、その意義について論じられている。当院では、出血リスクの高い周産期症例に対して、総貯血量を 900～1200ml を目標として周術期管理を行ってきたが、手術技術の進歩による術中出血量の減少などを考慮し、自己血貯血の有効性や貯血目標量の見直しを行った。

【方法】 2003 年から 2023 年に当院で帝王切開子宮摘出術を要した前置癒着胎盤の 44 症例、および、その中から術中に大動脈血管内バルーン閉鎖術 (REBOA: Resuscitative endovascular balloon occlusion of the aorta) を併用した 14 症例を対象とし、カルテから情報を抽出し、後方視的検討を行った。

【結果】 44 症例のうち、自己血貯血を行った群は 36 症例であった。自己血貯血群では貯血量の中央値 600ml (200～1200ml) で、術中出血量の中央値 1875g (520～17050g) であった。同種血輸血を要した症例は 15 例 (41.6%) であり、自己血貯血なしの群と比較すると、照射赤血球製剤の輸血量を減らした可能性が考えられたが、有意差は得られなかった ($p=0.06$)。自己血を一部廃棄した症例が 4 例、全て廃棄した症例が 2 例あり、貯血バッグの凝固や感染といった理由を除くと、自己血を廃棄した症例は、全て REBOA を術中に併用していた。REBOA 併用あり群では、術中出血量は中央値 1020 g (520～3140 g) で、REBOA 併用なし群と比較して有意差 ($p = 0.004$) を持って出血量は少なかった。

【考察】 REBOA 併用による術中出血量減少に伴い、自己血輸血が不要 (廃棄) となった例が認められた。予想出血量に応じた自己血貯血の目標量を設定することが、廃棄率を減らす工夫につながると考えられた。双胎妊娠など、自己血貯血が適応となる他の周産期症例に関しても、検討を行う必要性がある。

○村竹 将太、長谷川 功、登内 恵里子、甲田 有嘉子、山田 京子、芹川 武大、藤田 和之、吉谷 徳夫

済生会新潟病院 産婦人科

【諸言】 RPOC(Retained products of conception) は、流産や死産を含む妊娠終了後に子宮内妊娠組織が遺残することであり、時に産後大出血を引き起こす。流産後の RPOC は高い確率で自然消失が期待できるため待機療法が選択されうるが、出血量が持続した場合などでは、子宮内容除去術、子宮鏡下切除、子宮動脈塞栓術、子宮全摘除術を行うこともある。今回、大出血をきたした RPOC が待機療法で消失後、妊娠に至った症例を経験したので報告する。

【症例】 34 歳、3 妊 0 産 (自然流産 2 回)、ホルモン補充周期での凍結胚移植で妊娠成立。妊娠 16 週で羊膜素症候群の診断、妊娠 18 週で人工妊娠中絶を実施した。プロスタグランジン E1 錠を投与し、死産に至った。経膈超音波検査 (TVUS) で明らかな遺残を認めなかった。産褥 12 日目、多量の性器出血を訴え救急外来を受診、TVUS では子宮腔内に 48 × 18mm の高輝度腫瘤を認めた。血液検査では Hb 8.0 g/dL、 β -hCG 674 mIU/mL。RPOC による出血が疑われ入院となった。桂枝茯苓丸 (7.5g/日) を開始し、単純 MRI で RPOC と診断された。産褥 15 日目、明らかな性器出血なく、退院となった。産褥 18 日目、再び性器出血が増加し、入院。血液検査では Hb 4.9 g/dL と貧血が進行したため、濃厚赤血球 4 単位を輸血した。次第に性器出血が減少、退院とした。産褥 3 ヶ月で β -hCG はカットオフ以下になり、TVUS で子宮腔内の腫瘤が消失を確認した。8 ヶ月後、ホルモン補充周期での凍結胚移植で妊娠し、妊娠 38 週で経膈分娩に至った。

【結語】 今回の症例は輸血を要したが、漢方を始めとした保存的治療により、妊孕性を温存し、次回の妊娠、分娩に繋げることができた。凍結胚移植 (特にホルモン補充周期) 後の妊娠は、癒着胎盤の頻度が高いとされ、RPOC にも注意が必要である。

○若木 優¹⁾、渡邊 健史¹⁾、福田 薫¹⁾、菅野 亜矢¹⁾、渡邊 佳織¹⁾、福田 冬馬²⁾、安田 俊²⁾

1) 大原綜合病院 産婦人科、2) 福島県立医科大学 産科婦人科学講座

【はじめに】 羊水塞栓症は頻度 1.2-7.7 人 /10 万分娩と稀な疾患であるが、母体死亡率が極めて高く、生存例でも低酸素脳症による神経学的後遺症を発症する。重篤な後遺症なく救命し得た心肺虚脱型羊水塞栓症の一例を経験したので報告する。

【症例】 30 歳、1 妊 0 産、自然妊娠、妊娠経過に異常なし。妊娠 40 週 5 日に分娩予定日超過のため分娩誘発（プロスタグランジン E2 内服後オキシトシン持続点滴静注）を施行した。子宮口 8cm 開大、オキシトシン投与開始後 6 時間の時点で突然多量の嘔吐があり、収縮期血圧が 75mmHg に低下し、意識消失す。同時に胎児心拍モニタリングにて遷延徐脈を認め、胎児機能不全と診断し、超緊急帝王切開の方針となった。全身麻酔下に帝王切開施行、発症から 23 分後に児娩出す。胎盤娩出後に収縮期血圧 50 台 mmHg まで低下し、アドレナリンを投与するも血圧上昇せず、胸骨圧迫開始す。子宮収縮不良、非凝固性出血があり、この時点で播種性血管内凝固症候群（DIC）及び羊水塞栓症と診断した。血圧上昇不良のため、循環維持目的に循環器内科医師より VA-ECMO（Veno-Arterial extracorporeal membrane oxygenation）を導入された。その後も DIC による出血は持続し子宮温存は不可と判断した。輸血、凝固因子製剤、C1 インヒビター製剤、循環作動薬を投与しながら膣上部切断を施行、その後も腹腔内出血は持続し、止血に難渋した。手術時間 4 時間 52 分、総出血量 6,715g、RBC22 単位、FFP20 単位、血小板 15 単位輸血した。術後は全身管理目的に福島県立医科大学病院へ転院搬送、搬送 22 時間後に VA-ECMO を離脱、2 日後に抜管、29 日後に退院した。術後 6 か月の時点で明らかな神経学的異常は認められなかった。

【まとめ】 分娩中に心肺虚脱型羊水塞栓症を発症した症例を経験した。麻酔科、循環器内科および臨床工学科など、複数科および多職種で対応し集学的治療を行い後遺症なく救命することが可能であった。

○横山 万智、竹ノ子 健一、前田 寿里亜、小山 文望恵

大館市立総合病院

【緒言】 羊水塞栓症は羊水に対し母体がアナフィラクトイド反応を起こすことで急激に血管透過性が亢進し、子宮弛緩や肺水腫を発症すると考えられている。今回、帝王切開後に臨床的子宮型羊水塞栓症と判断してフィブリノゲン製剤を投与したが、改善を認めず子宮摘出に至った症例を経験した。

【症例】 37 歳、1 妊 0 産。両側卵巣内膜症性嚢胞核出術の既往あり。他院での体外受精により妊娠成立後、当院で妊婦健診を施行していた。部分前置胎盤のため自己血貯血を行ったが、他産科合併症はなく経過していた。妊娠 37 週 6 日に腰椎麻酔下に選択的帝王切開術を施行した。ID time は 9 分、児は 2550g、女兒、臍動脈血ガスは pH 7.32 だった。子宮下節部の縫合途中より子宮弛緩を認め、弛緩出血に対し子宮収縮剤を使用するも子宮収縮は十分ではなかった。その後、腹痛を訴え、出血も多くなったため、自己血を返血しながら全身麻酔管理に移行し、子宮腔内へバルーンタンポナーデを挿入した。子宮収縮不良が持続しており、産科危機的出血としてフィブリノゲン製剤 3g を投与するも改善しなかった。臨床的子宮型羊水塞栓症を疑い、フィブリノゲン製剤は追加で 6g、トラネキサム酸 3g、大量輸血（照射赤血球液 8 単位、新鮮凍結血漿 8 単位）を施行しながら、子宮圧迫縫合、子宮動脈上行枝の結紮を行ったが、状態は改善せず最終的にご家族の同意を得て子宮摘出術を施行した。術中出血量は 4980mL、手術時間は腰椎麻酔開始より 5 時間 20 分であった。摘出した子宮は全体的に浮腫状に腫大を認めた。術後 1 日目より離床を開始し、術後経過は良好である。

【結語】 羊水塞栓症は対応が遅れると母体死亡率が高い重篤な病態である。フィブリノゲン製剤の使用により子宮摘出をせずとも救命できる症例が増えたと思われるが、本症例は効果が得られず、子宮全摘を行うことで母体の救命が得られた。文献的考察を加えて報告する。

○吉川 栞、飯沼 洋一郎、工藤 ひらり、田畑 智章、松井 優祐、秋江 惟能、明石 大輔、
森脇 征史

帯広厚生病院 産婦人科

【緒言】前置血管は、陣痛発来や破水時に臍帯血管の断裂、胎児死亡のリスクがきわめて高い。今回、妊娠 30 週 1 日に大量出血を来し、前置血管の診断に至った一例を経験した。

【症例】33 歳，G1P0。9 歳時に両眼の網膜剥離に対して手術既往あり。自然妊娠，妊娠初期より当科にて管理を行っていた。妊娠 19 週 4 日，スクリーニングで子宮頸管長 11.3mm と短縮を認め，早産ハイリスクとして週 1 回の外来管理を行った。その後，頸管長短縮は進行なく経過した。妊娠 29 週 3 日，性器出血で救急外来を受診した。頸管長短縮の進行なく，胎盤位置異常や常位胎盤早期剥離を疑う所見は認めなかった。切迫早産と診断し，入院の上リトドリン塩酸塩と抗菌薬の投与，バタメタゾン 12mg の筋注投与を計 2 回行った。妊娠 30 週 1 日 11 時 00 分にリトドリン塩酸塩の投与を中止した。同日 18 時 00 分，性器出血があり超音波検査を行ったところ，内子宮口近くから高度の出血が確認された。前置血管の破綻出血と診断し，緊急帝王切開の方針とした。手術準備中の 18 時 12 分に心拍数 123bpm，血圧 57/37mmHg (SI 2.1) のショックバイタルとなり，胎児心拍も最下点 70bpm と高度徐脈を呈したため，超緊急帝王切開術の方針に変更し，18 時 25 分，児娩出となった (1622g 女児 Apgar score 1 分値 3 点 -3 分値 5 点 -5 分値 6 点)。胎盤剥離は容易であった。術中に RBC4 単位，FFP4 単位，術後に FFP6 単位の輸血を行った。術後は Hb 9g/dl 台と貧血の進行なく経過良好で，術後 7 日目に退院となった。児は早産低出生体重児，新生児呼吸窮迫症候群に対して NICU にて全身管理を行い，日齢 52 (修正 37 週 4 日) に明らかな後遺症なく退院となった。

【考察】妊娠後期の性器出血では，前置胎盤や常位胎盤早期剥離に加えて，前置血管の存在に留意する必要がある。本症例のように，妊娠 30 週で前置血管の破綻による大量出血を来す場合があるため，早期の診断と，切迫早産合併の場合には早期の入院管理が必要である。

013-1

脳梗塞を発症したが集学的治療が奏功した抗リン脂質抗体症候群合併妊娠の 1 例

○石原 佳奈¹⁾、千葉 仁美¹⁾、三上 智香²⁾、小山 文望恵³⁾、平川 八大⁴⁾、三浦 理絵¹⁾、尾崎 浩士¹⁾

1) 青森県立中央病院 産科、2) 弘前大学医学部附属病院 産婦人科、3) 大館市立総合病院 産婦人科、
4) つがる総合病院 産婦人科

【緒言】 抗リン脂質抗体症候群 (APS) は、妊娠を契機に血栓症を発症するリスクが高い。妊娠前に APS 疑いとして抗凝固療法が導入されていたが、妊娠 29 週に右内頸動脈血栓に伴う重篤な脳梗塞を発症した症例を経験した。集学的治療が奏功し妊娠 38 週に自然分娩となった 1 例を報告する。

【症例】 35 歳 2 妊 1 産で血栓症や流産既往はないが抗リン脂質抗体が陽性のため、前回妊娠時は APS 疑いとして妊娠 28 週までの低用量アスピリン内服、分娩まで未分画ヘパリン皮下注射で管理し、妊娠 40 週で自然分娩していた。今回は凍結胚移植で妊娠成立し、低用量アスピリン内服、未分画ヘパリン皮下注射が開始され、周産期管理目的に当科紹介となった。前回同様に妊娠 28 週で低用量アスピリンが終了となり未分画ヘパリンのみ継続していた。妊娠 29 週 1 日、仕事に突然構音障害が出現し、当院に救急搬送となった。JSC1、右共同偏視、左片麻痺を認めた。頭部 CT 検査で脳出血はなく、急性脳梗塞が疑われ、rt-PA 投与も検討されたが、頭部 MRI 検査で右内頸動脈閉塞の診断となり、梗塞範囲が広く出血リスクが高いと判断され、血栓回収療法が選択された。血栓回収療法後から未分画ヘパリンの持続静注、低用量アスピリン内服、エダラボンなどが開始され、脳神経内科入院となった。治療開始後、一度改善した麻痺が第 3 病日に再増悪し、頭部 MRI 検査で右中大脳動脈の狭窄を認め、クロピドグレル内服が追加された。妊娠 30 週 2 日に産婦人科に転科となった。妊娠 35 週でクロピドグレルは終了し、低用量アスピリン、未分画ヘパリンは継続の方針とした。妊娠経過中出血の合併症は認めなかった。妊娠 38 週 6 日分娩誘発を行い、自然分娩となった。児は 2,842g の男児で特に異常は認めなかった。動脈血栓発症から APS の診断に至り、産後はヘパリンからワルファリン内服に切り替え PT-INR 延長を確認してから退院となった。

013-2

生殖補助医療により妊娠した患者における、妊娠初期の血中 HCG 値と妊娠高血圧腎症の関連

○伊藤 友理、渡邊 憲和、山口 理紗子、中村 文洋、中井 奈々子、深瀬 実加、松川 淳、竹原 功、山内 敬子、永瀬 智

山形大学 医学部 産科婦人科学講座

【背景】 妊娠高血圧腎症 (PE) の発症予測として、妊娠初期の血液検査による方法は確立されていない。しかし、血中ヒト絨毛性ゴナドトロピン (HCG) 高値は、PE の病態の初期状態を捉えており、PE 発症と関連するという報告がある。生殖補助医療は PE のリスク因子だが、妊娠判定のために測定する血中 HCG 値と PE の発症に相関があるとすれば、PE の予防法である低用量アスピリン療法をするべき妊婦の選択に役立つと考える。

【目的】 当院での胚移植患者における妊娠初期の血中 HCG 高値が、PE 発症と関連するかを検討すること。

【方法】 2012 年から 2020 年に当院で単一胚移植により単胎を妊娠し、分娩した妊婦を対象とした。診療録より妊娠 4 ~ 5 週の血中 HCG 値、妊娠・出産情報を抽出した。妊娠 4 週、5 週のそれぞれの血中 HCG 値を基に、対象を低値群：1.5MoM(multiples of the median) 未満と高値群：1.5MoM 以上の 2 群に分け、PE の発症率を比較した。HCG 測定日の違いは、測定日の中央値 (4 週：胚移植後 9 日、5 週：胚移植後 17 日) を基準にした計算式を用いて調整した。統計ソフトは EZR を使用し、Mann-Whitney の U 検定と Fisher の正確検定で P 値 <0.05 を有意差ありとした。

【成績】 全対象妊婦は 209 人で、全体での PE 発症は 8 人 (3.8%) だった。妊娠 4 週の血中 HCG 値を測定した妊婦は 208 人で、低値群 156 人、高値群 52 人だった。年齢、妊娠前 BMI、妊娠歴、高血圧合併、糖尿病合併、PE の既往歴、アスピリン内服の有無などの患者背景に 2 群間の有意差を認めなかった。PE 発症は低値群で 5 人 (3.2%)、高値群で 3 人 (5.8%)、P 値 0.41 と有意差を認めなかった。妊娠 5 週の血中 HCG 値を測定した妊婦は 160 人で、低値群 116 人、高値群 44 人だった。2 群間の患者背景は、4 週の測定者と同様に有意差を認めなかった。PE 発症は低値群で 5 人 (4.3%)、高値群で 2 人 (4.5%) と有意差を認めなかった。

【結論】 当院での胚移植患者における妊娠初期の血中 HCG 高値は、PE 発症と関連しなかった。

○伊藤 百花¹⁾、経塚 標¹⁾、山口 朋子¹⁾、菅野 美沙²⁾、伊藤 史浩¹⁾、鈴木 大輔¹⁾、平岩 幹²⁾、野村 泰久¹⁾

1) 太田西ノ内病院、2) 公立岩瀬病院

【目的】 妊娠前肥満の女性における妊娠中の体重増加と妊娠高血圧症候群の発症との関連は明らかではない。今回多施設共同研究にて、妊娠前 BMI25.0 kg/m² 以上の妊婦における妊娠中の体重増加が妊娠高血圧症候群に及ぼす影響を調査した。

【方法】 多施設共同研究にて 2013 年 1 月 1 日から 2020 年 12 月 31 日までに福島県内の 2 施設で分娩した初産女性を対象とした。単胎初産 (n=3040) を、妊娠前 BMI グループ: 25.0 to < 30.0、および ≥ 30.0 kg/m² の 2 つに分類した。多変量解析を用いて妊娠中の体重増加が妊娠高血圧症候群 (HDP)、妊娠高血圧症 (GH)、および preeclampsia (PE) に与える影響を解析した。

【結果】 BMI 25.0 to < 30.0 kg/m² のグループでは、妊娠中の体重増加はと HDP (aOR1.09、95%CI:1.03-1.16、P < 0.05) および PE のリスク (1.10、1.01-1.20、P < 0.05) に関連が見られ、BMI ≥ 30.0 kg/m² グループでは妊娠中の体重増加と HDP の発症リスクに関連が見られた (aOR:1.07、95%CI: 1.00-1.05、P < 0.05)。ROC 分析により、BMI 25.0 to < 30.0 kg/m² グループでは、HDP (AUC:0.63、P < 0.05) および PE (AUC、0.62 ; P < 0.05) のための体重増加のカットオフ値は、それぞれ感度 / 特異度が 0.47/0.73 および 0.50/0.73 で 10.5kg および 10.6kg であった。一方 BMI ≥ 30.0 kg/m² グループでは HDP のカットオフ値は 3.5kg (AUC、0.63、P < 0.05、感度 / 特異度、0.75/0.49) であった。

【結論】 本邦のガイドラインでは妊娠前 BMI25 以上の女性の体重増加は個別相談となっている。今回の解析結果は、妊娠前 BMI > 25 kg/m² の女性における妊娠高血圧症候群のリスクを減らすための個別化されたプレコンセプションケアを提供すると思われる。

○上野 洋誉、平吹 信弥、伊左治 柚子、道倉 瑛理奈、東 恭子、八代 憲司、桑原 陽祐、黒岩 征洋、津吉 秀昭、水本 泰成、佐々木 博正

石川県立中央病院 産婦人科

【緒言】 日本における妊産婦脳梗塞の発症頻度は分娩 10 万に対し 4 ~ 10 件程度と推測される。その後の QOL に多大な影響を及ぼすことから、発症予防や管理は重要である。今回我々は、妊娠 35 週に脳梗塞を発症した症例を経験したため報告する。

【症例】 29 歳、3 妊 2 産 (2 経膈分娩)。自然妊娠成立後、前医で妊婦健診を受けており、妊娠経過は良好であった。妊娠 34 週 1 日、持続する回転性めまいを発症し近医耳鼻咽喉科へ受診、抗めまい薬の内服で経過を見ていた。妊娠 35 週 2 日、左半身の運動失調、顔面左側の感覚異常、頭痛が出現したため前医へ受診、頭蓋内疾患が疑われ当院へ転院搬送となった。頭部 MRI 画像で右後頭葉、左小脳半球の脳梗塞と診断した。梗塞巣は MRI T2 FLAIR 画像で高信号を呈し、発症が 10 日前であったことから、急性期治療の適応はなく、早期に妊娠終結した上で再発予防治療を行う方針とした。転院搬送同日に緊急帝王切開術を施行した。新生児は 2726g、男女児、Ap 8/9、UmA-pH 7.368 であった。産後過多出血なく経過し、術後 3 日目からアスピリン 100mg の投与を開始した。めまいや左半身の運動失調は自然軽快し、新たな梗塞の発症なく経過した。母児ともに術後 6 日目に自宅退院した。

【考察】 妊産婦脳梗塞の危険因子として脳動静脈奇形や Protein S 欠損症等の血栓性素因、抗リン脂質抗体症候群、自己免疫性疾患、不整脈、妊娠高血圧症候群などがあり、好発時期は妊娠初期、妊娠末期、産褥期の 3 つの時期にピークを占めるとされている。本症例では、帝王切開術後に危険因子の検索を行ったが、脳動静脈奇形、血栓性素因、不整脈等の脳梗塞発症の原因となる基礎疾患を認めなかった。妊娠中に発症する脳梗塞は稀であり、その治療や分娩時期、分娩方法は症例毎に検討する必要がある。当院における過去の症例や文献的に考察を加えて報告する。

○佐藤 湊斗、石川 雄大、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 産婦人科学講座

A 群溶連菌 (GAS) 感染症は急激に全身状態が悪化し予後不良である。特に妊婦が感染した場合、症状はより急速かつ重篤で母児ともに致死的となる。我々は、妊娠中期の GAS 感染症が疑われた一例を経験した。

症例は 33 歳、2 妊 1 産、既往帝王切後妊娠。妊娠経過に異常はなし。発熱、嘔気、下痢、発疹、意識障害のため妊娠 25 週 6 日に前医に救急搬送された。血圧 79/59mmHg、脈拍 120 回 / 分とショックを認め、アナフィラキシー疑いでステロイドが投与された。左片麻痺も疑われ、脳神経外科対応のできる当院へ搬送となった。

頭部 MRI で異常はなかった。GAS 迅速検査陽性が判明しアンピシリン 8g / 日、クリンダマイシン 1800mg / 日の点滴を開始し入院となった。入院時の超音波検査では胎児徐脈なく胎盤に異常はなかった。意識障害のため体動が激しく血液培養検体の採取は困難だった。胎児心拍数陣痛図の連続モニタリングも困難だったため、医師が経腹超音波を繰り返し胎児心拍を確認した。繰り返す遅発一過性徐脈や最下点 60bpm 台の遷延一過性徐脈が見られるようになったが体位変換や酸素投与の協力が得られず、超緊急帝王切開術の方針とした。全身麻酔を施行し、ニトログリセリンで緊急子宮弛緩後に子宮を U 字切開し児を半皮膜児として娩出した。児は 903g、Apgar score 4 点 / 5 点 (1 分値 / 5 分値) で、気管挿管の上 NICU に入院となった。術中採取の羊水培養では GAS 陰性だった。

手術後数時間で意識状態は回復したが入院後の記憶はなかった。搬送前に咽頭痛があったことが聴取された。術後発熱はなく、両側胸水が認められたが酸素投与し徐々に軽快した。抗菌薬は術後 3 日目からアモキシシリン 100mg / 日、クリンダマイシン 600mg / 日の内服とし術後 10 日目まで継続した。術後 11 日目に本人は退院、児は NICU に入院継続となった。

今回、母体に意識障害ある中でも施行可能な精査を迅速に行うことで母児救命につなげることができた。

○野々垣 康秀、山田 恭子、高岡 真佐人、島畑 顕治、佐藤 修、藤本 俊郎

苫小牧市立病院 産婦人科

【緒言】 妊娠中の貧血の多くは鉄欠乏による小球性貧血である。今回我々は、妊娠後期の健診で貧血、血小板減少、高 LDH 血症を認め、HELLP 症候群と鑑別を要した巨赤芽球性貧血の一例を経験したので報告する。

【症例】 23 歳、1 妊 0 産、ネパール国籍、妊娠初期より当院で健診を行い、妊娠中期の血液検査で貧血は認めていなかった。妊娠 36 週 4 日の健診で骨盤位であるため帝王切開術前検査を行ったところ、血液検査にて Hb 8.9g/dL、PLT 11 万 / μ L、LDH 3008 IU/L と異常所見を認め、HELLP 症候群を疑い入院管理とした。血圧 118/81mmHg、尿蛋白 1 +、血液検査で血小板低下と高 LDH 血症は認めしたが、AST 上昇や凝固系検査に異常を認めず、HELLP 症候群の診断基準は満たさなかった。超音波検査で胎児や胎盤に異常所見は認めず、NST で胎児 well-being も保たれており、慎重に経過観察とした。妊娠 36 週 6 日、Hb 7.6g / d L、PLT 9.3 万 / μ L と貧血と血小板低下が進行したため帝王切開術を施行した。児は 2701g(+0.28SD) 女児、Apgar Score 8 点 (1 分) - 8 点 (5 分)、(臍動脈 pH 7.301)、外表奇形は認めなかった。入院後の精査では、血清鉄とフェリチンは高値で MCV 100fL の大球性貧血であり、ビタミン B12 と葉酸は著名な低下を認めていた。宗教上の偏食が原因と考えられる巨赤芽球性貧血と診断し、術後はビタミン B 12 と葉酸の内服を開始した。血小板低下と高 LDH 血症も術後は徐々に改善した。術後 7 日目に退院となり、産後 1 か月健診では Hb 12.2g/dl まで上昇し内服を終了した。

【考察】 妊娠中の巨赤芽球性貧血は無効造血による血小板低下や高 LDH 血症をきたすこともあり、HELLP 症候群と鑑別を要する。ビタミン B12 や葉酸欠乏の原因となる偏食や基礎疾患の確認が重要である。

014-1

妊娠 34 週で胎児貧血を疑い、緊急帝王切開で生児を得た間葉性異形成胎盤の一例

○國井 基思^{1,2)}、高橋 聡太¹⁾、田中 創太¹⁾

1) 八戸市立市民病院 産婦人科、2) 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

【緒言】 間葉性異形成胎盤 (Placental mesenchymal dysplasia; PMD) は超音波断層法検査で胎盤の嚢胞状変化を呈し、組織学的に胞状奇胎と異なる胎盤の形態異常である。PMD の 30% 以上は子宮内胎児死亡に、7% は新生児死亡に至ると報告されているが、その管理方法について統一された指針はない。今回我々は PMD として管理入院中に胎児貧血を疑う所見が出現したため、緊急帝王切開を施行し、生児を得た例を経験したので報告する。

【症例】 31 歳、1 妊 0 産。自然妊娠したが、前医で PMD が疑われ、妊娠 20 週時に当科紹介となった。超音波断層法検査では胎盤の肥厚、多発嚢胞があり、血中 HCG 72,496 mIU/ml であった。検査所見から PMD と診断し、妊娠 31 週から管理入院とした。妊娠 34 週 0 日に子宮の規則的収縮が出現した。その時の胎児心拍数モニタリングはサイナソイダルパターンを示し、超音波断層法検査では胎児の中大脳動脈収縮期血流最高速度が 80.4 cm/s (1.65 MoM) と上昇していたため、胎児機能不全および胎児貧血疑いと診断して、緊急帝王切開を施行した。児は 1875g の男児、Apgar score 6/7 (1 分 / 5 分)、臍帯静脈血液ガス pH 7.34 であり、早産低出生体重児のため NICU に入院となった。児の末梢血球数検査では Hb 12.4 g/dl と貧血があったが輸血は要さなかった。日齢 27 から鉄剤を内服開始し、日齢 38 に退院となった。胎盤は肉眼的に多嚢胞性構造を認めた。胎盤病理検査では槽形成、水腫化、増生した幹細胞の所見があり、PMD の確定診断となった。

【考察】 PMD における胎児貧血の頻度は 11% と報告されている。原因は母児間輸血症候群、異常な絨毛血管内の微小血栓などが推測されているが、一定の見解はない。

【結語】 胎児貧血を早期に発見し、急速遂娩することで児を救命できた PMD の一例を経験した。PMD が疑われる場合には、胎児貧血が出現する可能性があることを念頭に置いて管理することが必要である。

014-2

嘔吐を繰り返し妊娠管理に難渋した馬蹄腎合併妊娠の 1 例

○水沼 月子、中嶋 えりか、南川 太一、魅澤 章太郎、中陳 哲也、村上 幸治、杉山 沙織、野崎 綾子、中田 俊之、光部 兼六郎

JA 厚生連 旭川厚生病院 産婦人科

【背景】 馬蹄腎は両腎が癒合する腎奇形で 400 人に 1 人発生し、合併奇形がない場合は一般に妊娠出産への影響はない。しかし今回、馬蹄腎によると考えられる反復性嘔吐をきたし、妊娠管理に難渋した症例を経験したため報告する。

【症例】 28 歳初産婦。既往はなく、自然妊娠し初期の経過は順調であったが、腰痛と嘔吐症状が出現し妊娠 18 週に入院した。原因検索 CT で馬蹄腎および両側の水腎症が判明し、その他に異常は認めなかった。両側尿管ステントを留置したところ腰痛症状は消失したが、嘔吐症状はその後 1 か月間ほど遷延し、3 回の入院を要した。妊娠 24 週以降は無症状で経過したが、妊娠 32 週に尿管ステントの入れ替えを行ったところ嘔吐が再燃し、各 1～2 週間の絶食状態と入院補液治療を分娩までに 3 回にわたり繰り返した。母体の衰弱や電解質異常が悪化し、妊娠 37 週に帝王切開分娩で 2454g 男児を娩出した。母体は産後 1 か月で尿管ステントを抜去したが、2 年間経過しても症状の再燃はない。

【考察】 単独発生の馬蹄腎症例の多くは生涯無症状で経過するが、小児期に周期性嘔吐をきたし腎形成手術を要した報告もある。血管による癒合部の圧迫や、尿管走行異常に伴う尿管狭窄をきたして嘔吐を惹起すると考えられている。本症例は成人期まで無症状であったが、妊娠中期以降に嘔吐を繰り返したことや、尿管ステント留置により症状緩和した経過から、妊娠子宮により上部尿路のいずれかが圧迫されて断続的な水腎症を生じたと推測される。一旦症状が悪化すると尿管ステントの効果は限定的で、さらにステント交換後や後期の子宮の増大により症状が遷延・反復する場合もあり注意を要する。

【結語】 妊婦の原因不明の嘔吐に際しては尿路奇形を鑑別診断として挙げ、尿管ステント留置を検討してもよい。また絶食中の妊婦の栄養状態にも留意する。

○新川 裕里¹⁾、齋藤 翔子^{1,2)}、熊谷 祐作²⁾、濱田 裕貴²⁾、齋藤 昌利^{1,2)}

1) 東北大学 医学部、2) 東北大学病院 産科

【緒言】 妊娠中の非癒痕子宮破裂は非常に稀な疾患であり、その発症は予測困難である。結節性硬化症 (Tuberous Sclerosis Complex: TSC) 及び血管周囲上皮細胞腫 (Perivascular epithelioid cell tumor: PEComa) の関与が考えられた、妊娠 29 週での非癒痕子宮破裂を経験した。PEComa の病態及び TSC 合併妊娠における非癒痕子宮破裂を想定した周産期管理の必要性を文献的レビューを踏まえて提唱する。

【症例】 35 歳、1 妊 0 産。凍結融解胚移植にて妊娠。TSC 合併のため妊娠初期より当院で周産期管理。妊娠 29 週 3 日に自宅で激しい腹痛を訴え救急搬送。来院時 Shock Index: 1.9。経腹超音波検査にて胎児心拍は無く、腹腔内出血を認め、造影 CT 検査では出血源を同定できなかった。試験開腹術を施行し、子宮底部の完全破裂、胎児の腹腔内脱出を認め、子宮破裂創部修復を行った。術後 3 ヶ月で施行した造影 MRI 検査では、子宮腺筋症及び修復術後の筋層造影不良域を認めた。

【文献的レビュー】 PubMed にて「Uterine rupture PEComa pregnancy」で検索し、2 本の症例報告を抽出した。子宮破裂を発症した週数はそれぞれ妊娠 30 週、34 週であり、2 例とも病因として PEComa の病理学的診断に至っていた。また既知のリスクを有しない非癒痕子宮破裂 4 例の検討では、全て妊娠 30 週以降の破裂であった。本症例を含む 5 例において、子宮破裂を発症した週数の中央値は妊娠 30 週であった。

【考察】 TSC は子宮病変として稀な間葉系腫瘍である PEComa を合併することがある。本症例における子宮破裂の誘因は、浸潤性 PEComa 病変による子宮筋層の脆弱化と妊娠による腫瘍及び子宮内圧の増大が考えられた。TSC に合併する PEComa は画像診断が難しく画像上の異常所見がなくとも子宮破裂を起こし得る。既報及び本症例より、TSC 合併妊娠では非癒痕子宮破裂を想定し妊娠中期～末期からの管理入院が必要であると提言する。

○工藤 ひらり、秋江 惟能、田畑 智章、松井 優祐、吉川 栞、飯沼 洋一郎、明石 大輔、
森脇 征史

JA 北海道厚生連帯広厚生病院 産婦人科

【緒言】 肉芽腫性乳腺炎は比較的稀な良性炎症性疾患で、最終妊娠から 5 年以内の妊娠可能な年代の女性に好発し、乳癌や細菌性乳腺炎との鑑別を要する。今回妊娠中に肉芽腫性乳腺炎に結節性紅斑を併発した 1 例を経験した。

【症例】 33 歳、3 妊 1 産、既往歴なし、内服薬なし。自然妊娠で当科通院中。妊娠 17 週に右乳房腫瘍と熱感が出現し、乳腺炎として抗菌薬内服するが改善せず、妊娠 20 週に乳腺外科に紹介となった。超音波検査で膿瘍が疑われ、腫瘍の針生検と細菌培養検査が行われた。抗菌薬内服継続するも改善しなかった。妊娠 21 週に発熱、関節痛、下腿の有痛性紅斑が出現した。前回の腫瘍針生検では繊維性間質組織と膿瘍が認められ、腫瘍からの細菌培養で *Corynebacterium* 属菌が検出された。全身症状を伴う肉芽腫性乳腺炎と診断され、皮膚科、膠原病内科に紹介となった。皮膚生検では皮下脂肪織が採取されておらず結節性紅斑の有無は評価不能であったが、組織学的に真皮浅層に軽度の血管周囲性リンパ球浸潤を認め、皮膚生検と臨床像から結節性紅斑と判断し、プレドニゾロンを開始した。妊娠 23 週に関節痛、結節性紅斑は消退し、乳房腫瘍からは排膿がみられ、縮小傾向となり、現在妊娠継続中である。

【考察】 肉芽腫性乳腺炎の診断基準は、①最終出産から 5 年以内の妊娠可能な年代の女性に好発する、②好中球やリンパ球の浸潤と Langhans 細胞あるいは異物型巨細胞を伴った肉芽腫の形成、③肉芽腫の中心に形成されやすい膿瘍の存在、④乳腺小葉に限局した病変、⑤乾酪壊死は認めず抗酸菌や真菌が証明されない、とされている。結節性紅斑などの全身症状を伴うことがある。近年 *Corynebacterium kroppenstedtii* 感染との関与が推測されている。標準治療はなく、一般的にはステロイド投与を行い、ステロイド不応例では外科的切除やドレナージが考慮される。難治性の乳腺炎では肉芽腫性乳腺炎の可能性を考える必要がある。

○田畑 智章、田畑 智章、森脇 征史、明石 大輔、飯沼 洋一郎、秋江 惟能、松井 優祐、吉川 栞、
工藤 ひらり

JA 厚生連 帯広厚生病院 産婦人科

【緒言】 妊娠に胃癌を合併することは稀であり、報告も少ない。発見時には進行癌として診断されることが多く、病状の進行が早いとされ、予後不良である。診断が遅れる原因として、消化器症状が正常妊娠において見られる生理的変化と判断されてしまうことや、胎児への影響を恐れて検査がためらわれることなどが挙げられる。

【症例】 29歳、1年0産、自然妊娠。妊娠5週相当時期に初診され、妊娠管理を開始した。妊娠15週に腰背部痛が出現した。妊娠23週0日に腰痛に加え、上腹部痛や腹部緊満が出現し、入院の上で精査加療の方針とした。妊娠23週1日にCT検査を行ったところ、多発肝腫瘍、リンパ節腫脹、肺病変が確認され、悪性疾患による病態が疑われた。肝腫瘍より生検を行い、妊娠23週6日の時点で低分化癌と診断された。生検組織の免染結果から胃癌を疑い、妊娠24週2日に上部消化管内視鏡検査を行い、胃体部後壁に3型潰瘍を確認し、生検を行った。肝生検組織と同一性が確認され、IV期胃癌と診断された。治療方針についてカンサーボードを開催し、多職種を交えての検討し、積極的治療は不可能と判断され、胃癌治療はBSCの方針とした。胎児娩出については本人・家族の意向を確認しつつ、院内の臨床倫理委員会を開催し、妊娠継続の方針とした。緩和支援診療を継続し、コロナ禍ではあったが家族と過ごす機会の提供や、希望された院内挙式イベントを行うことができた。妊娠28週0日に一時帰宅となったが、同日に陣痛発来し、経膈分娩となった。分娩経過中に胎児心拍停止が確認された。死産ではあったが母児接触の時間を設けた。本人は満足そうに見え、家族の祝福を受けることができたが、分娩から12時間後、産褥1日目に死亡となった。

【結語】 悪性腫瘍合併妊婦は、短時間で様々な問題と向き合う必要があり、母児だけでなく家族への支援なども重要となるため、診療科・職種を超えたチーム医療が不可欠である。

O15-1

ホルモン療法中に増大を認めた解離性平滑筋腫 (Cotyledonoid Dissecting Leiomyoma : CDL) の一例

○中村 百合子、山田 しず佳、井上 理史、北倉 えり茅、南部 仁美、藤田 将行、井上 大輔、大沼 利通、品川 明子、折坂 誠、吉田 好雄

福井大学 産科婦人科

【緒言】 解離性平滑筋腫 (CDL) は良性平滑筋腫の稀な亜型で、筋層間や広間膜に胎盤分葉状に進展して発育する特徴をもつ。画像および肉眼的に悪性腫瘍との鑑別が困難であることが多い。治療として手術やホルモン療法を行った報告が散見される。

【症例】 34歳、未婚、妊娠歴なし。頻尿・腹部膨満感を主訴に前医受診し、MRIで長径30cmの腹腔内腫瘤を認めため、前医で開腹腫瘍摘出術を施行した。腫瘍は子宮体部より外向性分葉状に発育し、広間膜腔や膀胱、尿管周囲に進展していた。術中膀胱穿破となり、腫瘍の完全切除は困難と判断され、この時点では子宮温存の希望があったため、子宮部分切除+左付属器切除術で終了となった。腫瘍は組織学的に紡錘形細胞の束状増殖と粘液腫状増殖の混在を認め、核異型や核分裂像は目立たず壊死巣も認めなかった。以上よりCDLの診断となった。術後の超音波検査で残存腫瘍は8×6cm大であった。術後レルゴリクス内服を開始し、その間は腫瘍の増大は認めなかった。計6カ月内服後にジェノゲストに変更したところ、4カ月後のMRIで13×9cm大に増大した。再度レルゴリクス投与も提示したが、本人が子宮全摘術を希望し、開腹単純子宮全摘+右卵管切除術を施行した。腫瘍は柔らかく、腸管との区別が非常につきにくく、さらに前回の膀胱損傷部や左尿管、直腸との癒着が高度であったが、肉眼的な完全摘出ができた。術後経過良好で術後8日目に退院となった。

【考察】 本例では、腫瘍が残存したためホルモン療法を行ったが、急激な増大を認め子宮摘出の方針となった。CDLは周囲臓器を巻き込んで発育するため、完全摘出は時に困難である。しかし、腫瘍が残存した場合は、再増大する可能性が高いため、できるだけ完全切除を目指すことが望ましい。

O15-2

リンパ腫との鑑別を要した、子宮頸部反応性過形成の一例

○池添 祐貴¹⁾、古川 茂宜¹⁾、喜古 雄一郎²⁾、佐藤 雄翔¹⁾、鴻地 由大¹⁾、加藤 麻美¹⁾、岡部 慈子¹⁾、佐藤 哲¹⁾、添田 周¹⁾、渡邊 尚文¹⁾、橋本 優子²⁾、藤森 敬也¹⁾

1) 福島県立医科大学 産科婦人科学講座、2) 福島県立医科大学 病理病態診断学講座

反応性過形成は感染をはじめとした炎症を契機にして生じる、リンパ球の増殖性変化である。良性の変化とされるが、しばしば細胞像から悪性リンパ腫と鑑別を要する症例が散見される。今回子宮頸部悪性リンパ腫がコルポ下組織診で疑われ、最終的に反応性濾胞過形成と診断した1例を経験した。33歳、1妊0産。帯下異常を主訴に前医を受診し、クラミジア抗原陽性、同時採取した子宮腔部細胞診でASC-H、コルポ下組織診で子宮頸部間質に異型リンパ球の増生を認め、免疫染色でCD20陽性であったためびまん性大細胞性Bリンパ腫が強く疑われたため当科へ紹介された。コルポスコープでは軽度白色上皮を認め、同部位を生検した。組織診では頸管腺周囲に形質細胞とリンパ球の増殖を認めたが、腫瘍性の変化と断定できなかった。婦人科診察、超音波、MRIでは子宮頸部に明らかな悪性所見は認めなかった。診断目的に円錐切除術を施行すると、肉眼的には腫瘍性変化は認めなかった。組織診では扁平上皮、頸管腺細胞に異型を認めず、7時から9時方向の頸部間質において、形質細胞と小型のリンパ球の高度の集簇を認めた。免疫染色では大部分にCD3が陽性で、術前に指摘されたCD20陽性細胞は少なくTリンパ球が優位であった。HE染色では悪性リンパ腫にみられるmonotonousな変化を認めず、炎症による反応性のリンパ球過形成と診断された。術後3か月時点での子宮腔部細胞診ではNILMであり、再発なく経過している。円錐切除で診断がなされた、子宮頸部の炎症が契機と考えられる反応性過形成の一例を経験したため報告する。

○村上 一行、尾上 洋樹、外館 綾華、佐藤 千絵、馬場 長

岩手医科大学 産婦人科学講座

【緒言】 腔閉鎖術は、高齢者の子宮脱あるいは膣脱に対し、性交を必要としない場合やハイリスク患者に行われる低侵襲な手術である。今回我々は子宮腫大、卵管留膿症にて発見された腔閉鎖術後に子宮留膿症をきたした症例を経験したので報告する。

【症例】 症例は70歳。3年前に子宮脱に対し他院で腔閉鎖術を施行した。子宮頸がん検診目的に近医を受診し、経膣超音波検査で子宮内の液体貯留と子宮内腔の隆起性病変を認め子宮体癌と子宮体癌が疑われ当科紹介となった。膣鏡診で膣入口部より2cmの部位で前後膣壁が癒合し、子宮腔部は視認出来なかった。MRIで子宮体部から頸部にかけて多量の液体貯留を認め、子宮底部より内腔に突出する隆起性病変を認めた。超音波ガイド下に子宮内腔を穿刺したところ灰色膿汁の流出を認め一時的に改善したが、再度子宮内腔への膿汁の貯留を認めた。根治治療のため腹腔鏡下子宮全摘術を施行した。腔閉鎖術後であり膣パイプでの膣円蓋部の同定が出来ず、また膣内にも膿汁の貯留があり、膣壁の肥厚も認めたため膣管切開に難渋した。また膣分泌液の再貯留予防のために、経膣的に閉鎖部分の一部を開放した。摘出子宮を臍部より回収し、子宮内腔を確認すると子宮内避妊リングを認めた。術後の経過は良好で術後4日目に退院した。術後は膣断端部の離開は認めず、留膿症の再発はなく経過している。

【考察】 腔閉鎖術には完全腔閉鎖と部分腔閉鎖があるとされる。完全腔閉鎖は分泌液の排出ができず子宮留水症の増悪の一因となり得る。本症例は未診断の糖尿病、また本人の失念していた避妊リングの既往に加え完全腔閉鎖により惹起された子宮留膿症と考えられた。腔閉鎖術前は悪性病変の否定だけでなく、子宮内異物の有無の確認も重要である。

○中村 真彰、今田 冴紀、小野 方正、大石 由利子、野澤 明美

名寄市立総合病院 産婦人科

【緒言】 嚢胞性子宮腺筋症は子宮筋層内に内膜症性嚢胞が形成される稀な疾患である。今回我々は術前の画像検査で卵巣腫瘍やGISTとの鑑別が困難であったが手術を行い嚢胞性子宮腺筋症と診断した1例を経験したので報告する。

【症例】 症例は46歳女性、未経妊、糖尿病合併。度々腹痛を自覚していた。近医にて撮像されたCTにて骨盤内腫瘤を指摘され当科紹介となった。MRI検査にて子宮底部の左側にT1WI高信号、T2WI低信号の95×80mmの腫瘤性病変を認めた。両側卵巣は腫瘤から少し離れた所に同定でき子宮由来の腫瘍やGISTを疑った。CA125:37.0U/ml。腫瘤内部にはDWIにて高信号を示す壁在結節を認めた。悪性の可能性も否定できず手術を勧めたが、手術への不安が強く他医への受診を希望した。他医でのMRI検査にて左卵巣境界悪性腫瘍を疑われ当院での手術を勧められ再び当科受診し手術の方針となった。まず審査腹腔鏡にて腹腔内を観察。大網と腹膜の表面に古い血液成分が多数付着していた。腫瘤はS状結腸腸間膜に癒着しており下腹部正中切開にて開腹手術に移行。腫瘤は子宮体部原発と判明し、両側付属器は正常大であった。単純子宮全摘術、両側付属器摘出術、大網部分切除術を行った。腫瘤の内容液は古い血液様で腫瘤壁に多数の小結節を認めた。経過は比較的良好で術後10日目に退院となった。病理組織診断は嚢胞性子宮腺筋症、子宮内膜症であり悪性所見を認めなかった。

【考察】 嚢胞性子宮腺筋症は子宮腫瘍の0.35%といわれ、診断に苦慮したという報告が散見される。既報では若年の嚢胞性子宮腺筋症では腹腔鏡下嚢胞核出術が有用との報告がある。本症例は40代後半であり挙児希望が無く子宮全摘としたが、若年であれば妊孕能温存のため嚢胞核出術を検討できるため、本疾患を認知し治療前に診断することが重要であると考えられる。

○経塚 標、伊藤 百花、山口 朋子、伊藤 史浩、鈴木 大輔、野村 泰久

太田西ノ内病院

【目的】 子宮筋腫は多くの女性に影響を与える一般的な疾患であり、その治療法にはさまざまな選択肢がある。その中で子宮動脈塞栓術は、低侵襲的な治療法として注目されている。本研究では、子宮動脈塞栓術による子宮筋腫の臨床的効果について評価した。

【方法】 当院において2021年10月から2023年5月まで子宮筋腫へ子宮動脈塞栓術を施行した30例の背景、治療効果を解析した。患者背景は中央値(IQR)で表現した。

【結果】 母体年齢44.5(40.8-48.3)歳、BMI25.8(22.8-30.0)、筋腫の個数7(3-10)個、子宮縦径132(116-165)mm、子宮横径91(73-104)mm、最大筋腫半径71(56-96)mmであった。43(13/30)%は分娩歴のない女性であった。手技成功率は100%であり、治療後6カ月後の短期症状改善率は94.3(33/35)%であった。1例は子宮動脈塞栓術後2週間にて感染により子宮摘出を要した。また1例は筋腫の有意な縮小を認めたものの、過多月経の改善を認めなかった。

【結語】 子宮動脈塞栓術を中心とした産婦人科領域のIVRは今後の成長分野と考える。

○谷口 智紀¹⁾、西本 光男¹⁾、橋本 亮平¹⁾、渋谷 祐介²⁾

1) 気仙沼市立病院 産婦人科、2) 東北大学病院 婦人科

【緒言】 卵管捻転は、卵巣を含まない卵管のみの捻転を特徴とする稀な疾患である。特異的な症状に乏しく、超音波断層法、CT検査、MRI検査を用いても、術前診断は難しいとされる。今回我々は、卵管留水腫や卵管留血腫と術前に鑑別が困難であった孤発性左卵管捻転の一例を経験したため報告する。

【症例】 症例は23歳、0妊0産。左側腹部痛を主訴に前医を受診した。骨盤内に二房性の嚢胞を認め、精査加療目的に当科紹介となった。初診時、ダグラス窩に6cm程度の液体貯留、拡張した左卵管を認め、左卵管水腫、もしくは左卵管血腫が疑われた。血液検査上、WBC 10,800 / μ l、CRP 0.05 mg/dl と軽度の炎症所見を認めた。腹部造影CT検査を施行し、左卵管血腫が疑われた。自製内ではあったが左側腹部痛は継続し、緊急腹腔鏡手術の方針とした。オープン法で腹腔内にアプローチし、ダイヤモンド型にトロッカー配置した。左卵管は6cm程度に腫大しており、時計回りに1260度捻転していた。両側卵巣は母指頭大であり、異常所見は認めなかった。少量の血性腹水を認めた。左卵管の捻転を解除し、左卵管摘出術を施行した。また、右傍卵管嚢腫を認め摘出した。手術時間は1時間17分、出血量は56ml(血性腹水含む)であった。術後経過は良好で、術後3日目に退院となった。病理組織は左卵管に高度な浮腫と出血を認め、卵管捻転に矛盾しない所見であった。

【考察】 卵管は卵管間膜に固定されているため、解剖学的に捻転しづらく、卵管捻転は稀な疾患である。左側の卵管はS上結腸が近傍に存在するため、空間的に捻転する領域が狭く、卵管捻転は右側が多い。本症例は病理検査で、捻転に至った原因が同定されず、原因不明の左卵管捻転であった。卵管捻転は術前診断が難しく、腹腔鏡手術等で発症後速やかな卵管捻転の確認、治療が重要である。

○渡邊 桜、竹中 尚美、佐藤 理香子、毛利 春希、藤島 多佳子、菅野 秀俊、渡邊 マリア、柿坂 はるか、鈴木 弘二、早坂 真一、小林 正臣、田野口 孝二

東北公済病院 産婦人科

【緒言】 エストロゲン産生卵巣腫瘍の90%は顆粒膜細胞腫や莢膜細胞腫などの性索間質性腫瘍である。上皮性間質性卵巣腫瘍においてもホルモン産生腫瘍の報告が散見されるが粘液性腺線維腫の頻度は稀である。今回閉経後の不正性器出血を機に診断されたエストロゲン産生卵巣粘液性腺線維腫の症例を経験したため報告する。

【症例】 64歳女性、2妊2産（自然分娩）、閉経48歳。既往歴：開腹子宮筋腫核出術、高血圧。現病歴：2年前から認める不正性器出血の頻度が徐々に増加して前医を受診し、血中エストロゲン高値、増大する子宮筋腫、子宮内膜肥厚の指摘があり当院受診となった。検査所見：採血では血中エストラジオール（E2）85.5 pg/mlと高値であり、陰鏡診では月経様の暗赤色の持続出血を認めた。経腔超音波では子宮内膜は17mmと肥厚し、子宮頭側に卵巣腫瘍と思われる9cm大の充実性腫瘍と子宮に3cm大の粘膜下筋腫を認めた。造影MRIでは左卵巣腫瘍と考えられる嚢胞構造と充実様構造が混在した90mm大の腫瘍と、30mm大の粘膜下筋腫を認めた。造影CTでは腫瘍内部に造影効果を認め造影不良域が散見され、明らかな転移所見は認めなかった。子宮内膜組織診では子宮内膜増殖症や悪性所見は認めなかった。ホルモン産生卵巣腫瘍と粘膜下筋腫の診断となり腹式子宮全摘術、両側付属器切除術が施行された。病理診断は境界悪性には至らない左卵巣粘液性腺線維腫と子宮筋腫だった。術後28日目の血中E2値は検出感度以下だった。

【考察】 閉経後不正出血の原因としては子宮頸癌、体癌や萎縮性陰炎などの頻度が高いが、ホルモン産生腫瘍によるものも念頭におくべきである。今回経験した卵巣粘液性腺線維腫は極めて稀ではあるが悪性転化の報告もあり、また高エストロゲン状態が持続することで子宮内膜増殖症や子宮体癌が発生するリスクがあることから悪性疾患である可能性も考慮した上で術式を含めて治療方針を検討することが重要である。

○佐藤 綾華、宇賀神 智久、小林 咲菜、四釜 真子、村川 東、笹瀬 亜弥、佐々木 恵、氷室 裕美、平山 亜由子、星合 哲郎、早坂 篤、大槻 健郎

仙台市立病院 産婦人科

【緒言】 卵巣膿瘍の成因に子宮内操作を伴う婦人科処置による上行性感染がある。当院でART(Assisted Reproductive Technology)に伴う処置を契機に卵巣膿瘍を発症し、経腔卵巣穿刺による膿瘍ドレナージと抗菌薬の併用による治療で症状が改善し、卵巣温存が可能であった卵巣子宮内膜症性嚢胞合併不妊症の2例について報告する。

【症例1】 35歳。0経妊0経産。他院で経腔採卵を実施した2週間後から発熱が持続し、熱源精査で骨盤腹膜炎が疑われ当科紹介受診。右卵巣に10cm大の嚢胞を認め、卵巣膿瘍を疑い同日入院。広域抗菌薬治療と経腔卵巣穿刺による膿瘍ドレナージ計2回を行い保存的に治癒。

【症例2】 42歳。0経妊0経産。他院で子宮内膜刺激胚移植法を行った翌日から腹痛、発熱を認め骨盤腹膜炎の疑いで当科紹介受診、入院。7cm大の右卵巣膿瘍を認め、広域抗菌薬治療と経腔卵巣穿刺による膿瘍ドレナージを実施し保存的に治癒。

【考察】 子宮内膜症と卵巣膿瘍の関連性が指摘されている。その理由は、子宮内膜症では骨盤内に局所的な免疫不全があり易感染状態であること、嚢胞壁が脆弱で細菌が侵入しやすいこと、血性の内容液が細菌増殖の好培地で感染が拡大しやすいこととされている。本症例も子宮内膜症を有した不妊症例であり、ARTの処置を契機に発症したといえる。卵巣膿瘍の治療は、手術、抗菌薬治療、膿瘍穿刺ドレナージなどがある。経腔卵巣穿刺による膿瘍ドレナージは手技が比較的容易で合併症発生率が低く、高い奏効率と症状改善までの期間や入院期間の短縮が得られる。卵巣温存により妊孕性が大きく損なわれる心配もない。

【結語】 卵巣膿瘍は難治性であるが、膿瘍穿刺ドレナージと抗菌薬の併用で症状改善を認めることも多い。妊孕性温存の観点では経腔的卵巣穿刺は低侵襲で有効な治療であり、初めに選択されるべきと考えられる。

O16-1

腹腔鏡下に診断し、制御に集学的治療を要した後腹膜扁平上皮癌の1例

○加藤 麻美、古川 茂宜、佐藤 雄翔、鴻地 由大、岡部 慈子、佐藤 哲、三浦 秀樹、添田 周、渡邊 尚文、藤森 敬也

福島県立医科大学 産科婦人科学講座

後腹膜由来の扁平上皮癌は全悪性腫瘍の0.1%前後と稀少な腫瘍とされており、HPVの関与が報告されている。症例は51歳、4妊3産、特記既往なし、子宮癌検診受診歴なし。半年間持続する腹部膨満と右下肢浮腫を主訴に、前医を初診した。画像検査では子宮、両側付属器は正常大だが、充実性部分を伴う11cmの嚢胞性病変を右骨盤内に認めた。悪性腫瘍疑いで当院へ紹介され受診した。PET-MRIを施行すると、嚢胞にSUVmax=11.1のFDG集積を認め、嚢胞以外には集積を認めなかった。腫瘍は骨盤壁や外腸骨血管と近接し、右水腎症を合併していた。子宮腔部細胞診NILM、内膜細胞診陰性であった。診断目的に診査腹腔鏡を施行した。内性器は異常所見なく、右広間膜内に画像で指摘されていた腫瘍を認めた。淡黄色漿液性の液体を吸引すると白色乳頭状の病変が認められ、これを生検した。骨盤壁に広汎に病変が癒着しており、根治術は困難と判断し手術を終了した。組織診では扁平上皮癌であり、p16免疫染色がびまん性に陽性でHPVの関与が疑われた。内性器に明らかな病変を認めなかったことと、術前の細胞診から、婦人科由来の悪性腫瘍は否定的と考えた。頭頸部、呼吸器、消化器、腎泌尿器の検索を他科に依頼して施行したが悪性所見はすべて否定的とされ、原発不明の後腹膜扁平上皮癌として当科で治療を開始した。子宮頸癌に準じて同時化学放射線療法(全骨盤照射60Gy、CDDP 40mg/m²/w)を実施した。病変は縮小しPETでのFDG集積も認められなくなったが、治療終了後から半年後の画像で、病変の再増大と腫瘍内のFDGの再度の集積を認めた。再発と診断し、PTX+CBDC+Pembrolizumabを6サイクル施行し、病変の縮小を認めた後にPembrolizumabでの維持療法に移行した。後腹膜扁平上皮癌はその症例数の少なさから治療が確立されていないが、放射線療法と、免疫チェックポイント阻害剤を加えた化学療法により病変が制御できている1例を経験したので報告する。

O16-2

卵巢癌術後に発症した巨大リンパ嚢胞に対してリンパ管造影を施行した1例

○中野 遥香、春日 美貴子、萬 和馬、足立 岳貴

製鉄記念室蘭病院 産婦人科

【緒言】 症候性リンパ嚢胞は、婦人科悪性腫瘍手術における後腹膜リンパ節郭清後の合併症として生じることがあり、経皮的穿刺ドレナージ、エタノールやポピドノイドによる硬化療法などの保存的治療や、難治性の場合は外科的ドレナージが治療の選択肢として挙げられる。リピオドールを用いたリンパ管造影によりリンパ嚢胞が改善した症例報告が散見され、治療として有効である可能性が示唆されている。今回我々は卵巢癌術後に巨大リンパ嚢胞を発症し、リンパ管造影により改善を認めた一例を経験したので報告する。

【症例】 50歳、2妊2産。他院で卵巢癌I A期に対して腹式子宮全摘術+両側付属器摘出術+大網切除術+虫垂切除術+骨盤・傍大動脈リンパ節郭清術を施行した。術後23日目、腹痛と下痢の症状があり、翌日になっても改善しないため当院救急外来を受診した。腹部造影CTで18cm大のリンパ嚢胞を認めた。CRP7.78mg/L、WBC17770/μLと炎症反応が上昇しており、感染性リンパ嚢胞の診断で入院となった。同日、放射線科と合同で経皮的ドレナージ術を施行し700mlの漿液性排液を認めた。嚢胞内にドレーンを留置したものの、排液量の減少なく嚢胞も残存しており、改善に乏しいと考えられたため、術後30日目に両側鼠径リンパ節からリンパ管造影を施行した。造影後よりリンパ嚢胞は縮小を認め、排液量も徐々に減少した。

【考察】 本症例では、リピオドールによりリンパ液漏出部が塞栓されリンパ嚢胞の縮小に寄与したと考えられる。リンパ管造影は漏出部位の特定のみならず治療としても有効であることが示唆された。治療法として確立すべく今後も症例を積み重ねる必要がある。

○寺西 穂波、眞島 拓也、高森 さやか、才津 義亮、伊藤 実香、結城 浩良

黒部市民病院 産婦人科 医員

【緒言】 転移性卵巣腫瘍は、原発巣として大腸癌や乳癌が多く、肺・気管支原発は3.6%と稀である。今回我々は、肺癌卵巣転移の症例を経験したので報告する。

【症例】 75歳、G3P3。閉経52歳。X年2月15日不正性器出血のため当科に紹介となった。超音波検査で左卵巣は7cm大に腫大しており、子宮内膜は13mmと肥厚あるも吸引組織診で、明らかな悪性所見は認めなかった。腫瘍マーカーはCA125、CA19-9に上昇は認めず、CEAは高値であった。CTで右下肺野に43mm大の分葉状腫瘍を認め、その他の肺野にも小結節が散在していた。肋骨、椎体、骨盤に溶骨性変化を認め、左卵巣は8cm大に腫大し、縦郭リンパ節は多数の腫大を認めた。肺癌が疑われ、呼吸器内科にコンサルトとなり肺腺癌 Stage IV（多発リンパ節転移、多発骨転移、左卵巣転移の疑い）と診断された。EGFR 遺伝子変異陽性でありオシメルチニブを開始したが、CEAの上昇を認めたためX+1年8月からカルボプラチン、ペメトレキセド、ベバシズマブに変更した。副作用のため1コースで中止となり、アファチニブを開始し、維持療法を行っていたが、左卵巣の増大傾向と不正性器出血を認めたため、X+2年1月11日に当科を受診した。超音波検査で左卵巣は10cm大に腫大をしていた。腫瘍破綻の可能性があるので腫瘍減量及びPFS改善目的に手術の方針となった。腹式両側付属器切除術を施行し、開腹所見では明らかな播種はなく、左卵巣は手拳大に腫大、右卵巣は異常なし、子宮は底部に小筋腫を認めた。術後経過問題なく術後7日目に退院となった。病理組織像は腺癌、免疫染色でCK7+、CK20-、p53-、TTF-1+であり、肺癌組織と同様に肺腺癌の卵巣転移と診断された。CEAは術前の19,254 ng/mLから術後は854 ng/mLに低下した。現在も内科でアファチニブを継続中である。

【考察】 腺癌における原発巣の特定において、TTF-1、CK7、CK20の免疫組織学的検査が有用である。本症例でも、免疫組織学的検査を用いることによって肺癌卵巣転移と診断された。

当院における抗がん剤アレルギー患者へのステロイド・抗ヒスタミン薬連日併用療法の有効性の検討

○谷 英理、竹村 京子、森田 章嗣、島田 なつみ、吉田 美保子、安田 一平、島 友子、中島 彰俊

富山大学学術研究部医学系 産科婦人科

【背景】 婦人科領域において、プラチナ製剤を含む併用療法が主な治療となっているが、抗がん剤のアレルギーによって治療継続困難となる場合がある。特に卵巣がんにおけるプラチナ感受性は予後規定因子であり、CBDCAのアレルギーは回数を重ねることでアレルギー発症率が増加する傾向にあるため、治療の可否が生命予後にも関連する。広く知られている対策として脱感作療法がある。しかし、脱感作療法後でもアレルギーを再発症し、重篤な症状が発現するという問題点もあるため、当院では抗がん剤アレルギー患者に対し、脱感作療法およびステロイドと抗ヒスタミン薬を連日併用投与する long preparation(LP)法を採用している（抗がん剤投与前日から day5 までステロイド投与、day6 まで抗ヒスタミン薬を併用）。LP法について後方視的に有効性を検討した。

【方法・検討内容】 当院にて2015年4月1日から2023年3月31日までにLP法を行った抗がん剤アレルギー患者19名（アレルギー被疑薬CBDCA 8名、Paclitaxel 4名、CDDP 3名、その他4名）を後方視的にアレルギー対策成功率、化学療法完遂率を検討した。

【結果】 LP法併用下で、被疑薬再投与を行い、化学療法を完遂できた症例は10/12例（アレルギー被疑薬CBDCA 6名、Paclitaxel 2名、CDDP 3名）（83%）であった。アレルギー対策不応となりレジメン変更せざるを得なかったのは2/12例（17%）であった。どちらも、再度アレルギーが出た時の症状は、皮疹・掻痒感のみであった。また、LP併用下で、同系統薬剤継続できた症例は2例（被疑薬CBDCAに対しCDDP投与）あった。ステロイド・抗ヒスタミン薬投与に伴う副作用はどの症例でも認めなかった。

【結語】 LP法は通常アレルギー出現時に施行する対応を、数日間に渡って行っている治療法であり、安全かつ効果的に行えると考えられた。抗がん剤アレルギー患者に対してはレジメン変更ではなく、LP法を治療の選択肢として考慮できる。

当科における Bevacizumab 併用療法が施行され消化管穿孔を起こした 7 症例の検討

○宮城 正太、佐多 綜一郎、北川 裕太郎、安田 真子、勘野 真紀、野村 英司

王子総合病院 産婦人科

2011 年、血管内皮増殖因子阻害剤である Bevacizumab（以下 BEV）は卵巣がんに対する第 III 相試験において抗がん剤併用および維持療法として投与することで無増悪生存期間（PFS）、全生存期間（OS）が、ともに非併用群と比較して有意に延長することが示された。本邦では 2013 年 10 月に卵巣がん治療における BEV の抗がん剤併用療法および維持療法の保険収載がなされ、2016 年 5 月には子宮頸がんに対する抗がん剤併用療法の保険収載がなされた。また一方では創傷治癒機転の遅延により消化管穿孔という重篤な合併症を呈することも知られている。BEV が臨床応用されまもなく 10 年が経過しようとしているが、当科では現在までに卵巣がん、子宮頸がんの 156 症例に対して BEV を抗がん剤併用あるいは維持療法として活用してきた。そのうち 7 症例に消化管穿孔（子宮頸がん 2 例、卵巣がん 5 例）を経験した。今回我々は穿孔症例 7 例に対してその背景等を検討しリスク因子の抽出を試みたので文献的考察を含めて報告する。

子宮筋腫を契機に発見した腹腔内に多発する腸間膜リンパ管腫の一例

○佐藤 理乃¹、立花 眞仁¹、佐藤 壮樹¹、高橋 友梨¹、虎谷 惇平¹、平賀 裕章¹、横山 絵美¹、志賀 尚美¹、渡邊 善¹、渡邊 みか²、齋藤 昌利¹

1) 東北大学病院 産婦人科、2) 東北公済病院 病理部

【緒言】 腸間膜リンパ管腫は、腸間膜嚢胞の約 90 % といわれている。腹腔内に発生するリンパ管腫はリンパ管腫全体の 5.9 % と報告されている。発症機序としては先天的な要因と後天的な要因があるとされる。今回我々は子宮筋腫の精査中に発見した症例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

【症例】 40 歳、G0P0。既往歴特記事項なし。挙児希望、子宮筋腫のため前医で精査中に腹腔内嚢胞性病変を指摘された。精査目的に当院紹介となった。骨盤部造影 MRI 検査、胸腹部造影 CT 検査では、多発子宮筋腫を認めた。また腹腔内嚢胞性病変が横行結腸間膜や上行結腸周囲、S 状結腸、直腸周囲や大網、広間膜内へ多発しておりいずれも漿液性の嚢胞と考えられた。画像上は腸間膜リンパ管腫が最も疑われた。血液検査では、上皮性腫瘍マーカー（CEA, CA19-9, CA125）正常範囲、AMH 0.22 ng/ml であった。卵巣予備能低下を認めていたため、子宮筋腫核出後に体外受精の方針とした。消化器外科医の立ち会いのもと、腹式子宮筋腫核出術および嚢胞生検術を施行し、手術時間は 2 時間 42 分、出血量は 323 g（嚢胞内容液漏出分を含む）であった。経過は順調で術後 8 日目に自宅退院とした。病理組織診断では、核出した検体は平滑筋腫であった。嚢胞として提出した検体は腸間膜リンパ管腫の診断であった。腹腔内の嚢胞には明らかな増大傾向はなく経過している。

【結論】 本症例において画像検査では腸間膜リンパ管腫が鑑別の上位に挙がっていたが、腹腔内に嚢胞性病変を呈する疾患として、腹膜偽粘液腫や腹膜封入嚢胞などとの鑑別も重要である。本症例は術後の病理組織検査により診断し得た。リンパ管腫は悪性化の報告もあり、術後の経過観察が必要である。

○内田 苑佳、福原 理恵、横田 恵、横山 良仁

弘前大学 産婦人科

【諸言】 子宮や膣の形態異常はミューラー管の発生異常によって生じる稀な疾患である。これまでに当院で経験した月経血流出障害を伴う子宮及び膣・外陰の形態異常について報告する。

【方法】 2010年から2023年までの間に当院で月経血流出障害を伴う子宮及び膣の形態異常と診断した10例を後方視的に検討した。

【結果】 初診時の平均年齢は14.0歳(11-24歳)で、全例で下腹部痛や月経困難症などの症状がみられた。疾患の内訳はOHVIRA症候群が3例、Wunderlich症候群が1例、非交通性副角子宮を伴う単角子宮が1例、膣欠損が5例(内1例は子宮頸部欠損合併)であった。経腹・経直腸超音波検査、MRI検査、症例に応じて適宜子宮鏡検査も施行し、早期に診断の上、全症例で月経血流出路作成のため手術を施行した。手術アプローチは経膣が4例、腹腔鏡+経膣が5例、腹腔鏡+経膣から術中に開腹へ移行したものが1例であった。症例に応じて、術中に超音波検査や子宮鏡検査も併用した。腹腔内観察を行った6例中4例で子宮内膜症の合併を認めた。開腹手術となった症例では、月経血逆流による慢性炎症で腹腔内に高度な癒着を認め、手術に難渋した。全症例で、術後は定期的な外来通院にて流出路狭窄や内膜症再発の有無についてフォローを行った。

【考察】 月経血流出障害を伴う子宮及び膣の形態異常では、月経モリミナ症状により患者のQOLが低下しうることや子宮内膜症の合併が多いこと、治療の遅れは時として腹腔内の高度癒着を引き起こすこともあり、早期診断・治療が望ましい。

017-1

癌性腹膜炎と鑑別を要した結核性腹膜炎の1例

○浦郷 智恵理、松本 大樹、佐藤 珠希、佐藤 萌里、増井 紗帆、木村 翔太、竹澤 美紀、遠藤 俊、
宮野 菊子、齋藤 彰治、我妻 理重

大崎市民病院 産婦人科

【緒言】 結核性腹膜炎は結核患者の0.04%-0.5%にみられる稀な疾患である。特異的な臨床所見に乏しく、診断が困難な場合がある。当科で癌性腹膜炎と鑑別を要した1例を報告する。

【症例】 56歳、女性。腓尾部腫瘍疑いで当院消化器内科紹介となりCTで明らかな腫瘍性病変指摘されず、多量の腹水と腹腔内の脂肪織濃度の上昇を認めた。血液検査でCA125 122.3U/mLと上昇をみとめ、婦人科腫瘍による癌性腹膜炎を疑われ当科紹介となった。卵管癌・腹膜癌による癌性腹膜炎を否定できず子宮全摘術+両側付属器切除術+大網切除術を予定した。頸部細胞診NILM、内膜細胞診陰性。MRIで両側卵管腫大と軽度リンパ節腫大をみとめた。PET-CTでは両側卵管と腹膜に集積がみられた。初診時の腹水細胞診が陰性ではあるものの、精査の結果T-Spot陽性であり結核性腹膜炎を念頭に陰圧室でN95マスク装着し手術施行した。開腹時点で血性腹水と骨盤内腔全体に粟粒結節がみられた。臓器同士は強固に癒着していた。結核性腹膜炎として腹膜・卵管・大網を生検した。術後経過問題なく退院。病理所見で類上皮肉芽種と術中腹水ADA 119.6と高値をみとめ腹膜結核として呼吸器内科へ紹介。現在ヒドラジド・リファンピシン・エタンブトール・ピラジナミドで加療中である。

【考察】 本症例は呼吸器症状を伴わない結核性腹膜炎であり、画像検査で癌性腹膜炎と鑑別が困難であったため開腹生検し確定診断した。結核性腹膜炎について文献的考察を含めて報告する。

017-2

子宮上行性にA群溶血性レンサ球菌感染症を発症した2例

○佐藤 直人、片倉 康敬、田邊 康次郎、菅原 万紀子、星野 恭平、武蔵 実久、高橋 靖乃、鈴木 一誠、
大山 喜子、松浦 類、武山 陽一、新倉 仁

独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター 産婦人科

【緒言】 A群溶血性レンサ球菌（GAS）は感染症の原因菌として知られ、レンサ球菌トキシックショック症候群（STSS）などの重傷感染症を来す場合がある。今回我々は子宮上行性にGAS感染症を発症した2例を経験したため報告する。

【症例1】 61歳女性、2妊2産、47歳で閉経、既往歴は脂質異常症。子宮内膜細胞診を受けた翌日に下腹部痛のため当院救急搬送となった。腹部造影CT検査で骨盤腹膜炎が疑われた。セフメタゾールで加療開始し、2日目に腔分泌培養、血液培養2セットからS. pyogenesが検出されたため抗菌薬をペニシリンG(PCG)+ クリンダマイシン (CLDM)に変更し、免疫グロブリン大量療法 (IVIg) を施行した。状態改善し15日目に退院とした。

【症例2】 36歳女性、2妊2産、既往歴なし。当院搬送20日前に帯下増加で婦人科を受診しタンポンを腔内に挿入した。翌日腔培養からStreptococcusが検出され抗菌薬開始。搬送3日前から腹部全体の疼痛を自覚、その後体動困難となり当院救急搬送となった。クレアチニン4.28と腎機能障害を認め、全身CT検査や経腔超音波検査では後腹膜肥厚所見以外に感染源を考える所見は認めず、STSSとしてメロペネム、PCG、CLDM、IVIgで加療開始した。血液培養2セットからS. pyogenesが検出された。入院当日に一過性の心停止となり、12誘導心電図および心臓超音波検査より心筋炎の可能性が考えられ、エンドトキシン吸着療法・腎代替療法を開始した。入院4日目に腎代替療法を離脱、20日目に退院とした。

【考察】 GASの子宮上行性感染は比較的稀であり、時として致命的な経過を辿る。本疾患においては病歴より早期に疑うこと、疑いがあれば早期にPCGおよびCLDMを投与することが重要である。

【結語】 子宮内操作や腔内留置物を契機としたGAS感染の可能性に留意する必要がある。

○佐藤 珠希、遠藤 俊、浦郷 智恵理、佐藤 萌里、木村 翔太、増井 紗帆、竹澤 美紀、宮野 菊子、齋藤 彰治、松本 大樹、我妻 理重

大崎市民病院 産婦人科

【緒言】 リンパ脈管筋腫症 (Lymphangiomyomatosis:LAM) は、平滑筋様の腫瘍細胞が肺や体軸リンパ節などで増殖し、肺に多発性嚢胞を形成する、緩徐進行性かつ全身性の難治性疾患である。結節性硬化症に伴って発生するものと、単独で発生するものとに分類され、主として妊娠可能年齢の女性に発症し、進行に伴い労作時呼吸困難、咳嗽、血痰、乳び胸水などの症状や所見を認める。今回、子宮体癌の診断で開腹子宮全摘、両側付属器切除、大網切除、骨盤リンパ節郭清、傍大動脈リンパ節郭清術を施行し、摘出したリンパ節より病理検査で LAM の診断に至った症例を報告する。

【症例】 52 歳、0 妊 0 産。特記既往歴なく、多発性硬化症の家族歴なし。X-1 年 12 月に不正性器出血で前医受診し、内膜組織診で類内膜癌 G2 を認め当科紹介となった。X 年 1 月当科初診。MRI で子宮内腔を占拠し、わずかに筋層浸潤を認める腫瘍性病変あり。CT では総腸骨動脈から大動脈周囲に軽度腫大したリンパ節を認めたが遠隔転移を示唆する所見なし。子宮体癌 I A 期推定で手術の方針とした。呼吸機能検査を含めた術前検査は正常であった。X 年 4 月に手術を施行し、病理組織は Endometrioid carcinoma,G2,pT1a,pN0, I A 期 (FIGO2008)、多数のリンパ節に紡錘形細胞を認め、 α SMA、Desmin(focal)、 β カテニン、ER が陽性であった。紡錘細胞間に多数の脈管の介在を認め、内腔を覆う扁平な細胞は CD34、CD31、D2-40 陽性であり、免疫組織化学的にはメラノサイトへの分化は確認できなかったが総合的に LAM と判断した。術後 CT の再読影で、非特異的ではあるが両肺に薄壁嚢胞の散見を認めたため呼吸器内科へ紹介。呼吸器症状を認めず、定期フォロー中である。

LAM は肺疾患として知られるが、本症例のように肺外リンパ節の病変で診断がつくことがある。稀な疾患ではあるが、肺外リンパ節の LAM が肺 LAM の先触れとなる可能性もあり、今後の症例の蓄積や検討が望まれる。

○田口 こころ、石原 佳奈、成田 悠樹、田村 良介、千葉 仁美、三浦 理絵、尾崎 浩士

青森県立中央病院 産婦人科

【緒言】 子宮仮性動脈瘤は、頻度は稀であるが、破裂した場合には大量出血をきたし致命的となりうる疾患である。分娩後や子宮手術後に発症するケースが多く、主に医原性に生じるものと考えられている。今回我々は、急性腹症で発症した子宮仮性動脈瘤に対し、子宮動脈塞栓術 (Uterine Artery Embolization; UAE) で治療しえた症例を経験したため報告する。

【症例】 50 歳、2 妊 2 産 (帝王切開分娩 2 回 (24 歳、27 歳))、未閉経で既往歴に特記事項なし。下腹部痛で前医外科を受診し、単純 CT 検査・造影 MRI 検査で子宮筋腫・卵巣出血疑いとして後日当科紹介受診予定となったが、同日中に腹痛が増強したため当院へ救急搬送された。腹膜刺激徴候はないものの、Numerical Rating Scale 9/10 の強い腹痛を訴えていた。Hb 7.0 mg/dL と貧血を認めたが、性器出血は少量であった。当院で施行した造影 CT 検査では上腹部に及ぶ腹腔内出血に加え、右子宮動脈上行枝に約 3 cm の仮性動脈瘤を認めた。同部位より出血があったと考えられ、切迫仮性動脈瘤破裂として同日緊急で UAE を施行したところ、腹痛と貧血は徐々に改善した。第 6 病日の造影 CT 検査では仮性動脈瘤は描出されず、第 7 病日に退院となった。

【考察】 子宮仮性動脈瘤は経腔分娩や子宮手術後数日後に発症するケースが多く、また大量の性器出血で発症するケースが多い。本症例は帝王切開の既往はあるものの 20 年以上前であり、性器出血ではなく腹腔内出血で発症した非常に稀な症例である。診断には造影 CT 検査が有用であり、緊急 UAE で低侵襲に治療可能であった。

○川並 麟太郎、瀧田 徳勇、酒井 一嘉

山形県立新庄病院 産婦人科

【緒言】 思春期早発症は7歳未満での乳房発育、9歳未満での陰毛発生、10歳未満での初経発来と定義されている。今回、思春期早発症に月経困難症を合併した症例に対し、ゴナドトロピン放出ホルモン (GnRH) アゴニストを用いて治療を行った一例を経験したので報告する。

【症例】 10歳3カ月、未妊。帯下の増加と外陰部湿疹を主訴に当科を初診した。フラジール®内服で症状は改善し終診となったが、2か月後に症状再燃あり再受診となった。

【現症】 身長 148.2 cm、体重 51.9 kg。8歳から乳房発育あり、9歳4カ月で初経発来し、以降は28日周期で不順なし。乳房発育 Tanner 4度、陰毛発生 Tanner 1度、腋毛発生なし。

【採血】 Hb 9.3 g/dl、Ht 30.2%、MCV 74.8 fl。

【MRI】 頭部、骨盤部にあきらかな異常所見なし。

【経過】 帯下はフラジール®内服で再度改善を認めた。採血で小球性貧血を認めた。症状を繰り返しているため、皮膚科、小児科へもコンサルトし、これまでの経過から GnRH 依存性思春期早発症による帯下増悪と考えられた。月経困難症による過多月経も認めたため、GnRH アゴニスト療法の方針となった。投与後3回目以降は無月経となり、帯下量も減少した。身長発育も認めたため治療を継続した。11歳5カ月まで計12回の GnRH アゴニスト注射を行い、身長の発育がとまったため治療は中止とした。11歳8カ月で月経が再開した。月経困難症は認めなかったため、まずは経過観察とし症状増悪があれば LEP 処方を検討していく方針とした。

【結語】 GnRH 依存性思春期早発症に過多月経を合併した症例に対して GnRH アゴニストを用いて症状改善と低身長の回避を行えた一例を経験した。思春期早発症は治療の必要性や低身長の回避等について十分な検討を行って診療にあたるのが重要と考えた。

○山田 和佳、山田 和佳、井平 圭、櫻井 愛美、松宮 寛子、山崎 博之、遠藤 大介、三田村 卓、金野 陽輔、渡利 英道

北海道大学病院 婦人科

【諸言】 わが国では梅毒は1967年以降減少していたが2011年以降増加傾向にあり、2022年には10,000人を超える報告がある。梅毒は Treponema pallidum による慢性の全身性感染症であり、一般的に第1期梅毒、第2期梅毒、潜伏梅毒、晩期梅毒の順に進行する。神経梅毒は晩期梅毒の合併症と誤解されることもあるが、第1期～第2期梅毒にも中枢神経系に浸潤する。今回我々は早期梅毒で神経梅毒を合併した症例を経験したので報告する。

【症例】

(患者1)52歳女性、2妊2産、急性胆嚢炎による腹痛のため腹腔鏡下胆嚢摘出術施行。入院時の血液検査で血清 Treponema pallidum (TP) 抗体、急速血漿レアギン (RPR) 定量検査強陽性を指摘され、X年に当科初診し、脱毛、虹彩毛様体炎を認めた。また初診時には消失していたが3ヶ月前にばら疹が出現した。X-3年にパートナーとともに性感染症検査を受けたが、HIV、梅毒ともに陰性であった。神経梅毒の精査のため神経内科で髄液検査施行され、早期神経梅毒合併第2期梅毒の診断となり、ベンジルペニシリン静注による治療が開始された。

(患者2)54歳女性、4妊4産、X年に左眼の見えにくさを主訴に近医眼科受診し、ぶどう膜炎を認めた。原因検索のため血清 Treponema pallidum (TP) 抗体、急速血漿レアギン (RPR) 定量検査陽性で梅毒性ぶどう膜炎の診断となった。神経梅毒精査のため髄液検査施行し、早期神経梅毒合併第2期梅毒の診断でベンジルペニシリン静注による治療が開始された。

【考察】 早期神経梅毒は無症候性のことも多いが、症候性の場合は髄膜炎、脳梗塞、眼症状や脳神経症状が見られる。早期梅毒と診断するも、本症例のように神経梅毒を合併することもある。梅毒は様々な症状を呈するため、眼症状や頭痛などといった神経梅毒を念頭においた慎重な問診が必須であり、疑わしければ髄液検査やMRI検査などを積極的に考慮する必要があると考えられた。

北日本産科婦人科学会 担当校および特別講演担当者一覧

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 糺	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 糺	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 道大	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	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
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
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

(敬称略)

年度	回	学 会		特別講演	
		担当大学	会 長	担当大学	演 者
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 良磨	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 鉦二 杵沢 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 齊藤 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
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

(敬称略)

年度	回	学 会		特別講演	
		担当大学	会 長	担当大学	演 者
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 陽一 玉手 健弘
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 齊藤 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
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

(敬称略)

年度	回	学 会		特別講演	
		担当大学	会 長	担当大学	演 者
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 中岩崎 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 一人 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23・24日	70	弘前大学 (アートホテル弘前シティ)	横山 良仁	北海道大学 山形大学 旭川医科大学	小林 範子 太田 剛 中西研太郎
2024年 9月21・22日	71	札幌医科大学	齋藤 豪	弘前大学 東北大学 福井大学	未定
2025年	72	東北医科薬科大学	渡部 洋		
2026年	73	金沢大学			
2027年	74	秋田大学			

(敬称略)

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

第70回北日本産科婦人科学会学術講演会 実行委員会

大会長：横山良仁

委員長：伊東麻美

副委員長：重藤龍比古（兼プログラム委員長）

委員：飯野香理、上田克文、追切裕江、大石舞香、大澤有姫、尾崎浩士、葛西剛一郎、後藤高志、坂本知巳、佐藤秀平、武田愛紗、田中幹二、田中創太、谷口綾亮、田村一朗、丹藤伴江、千歳和哉、橋本哲司、蓮尾豊、樋口毅、福原理恵、松村由紀子、松本貴、真鍋麻美、丸山英俊、横田恵

謝 辞

第70回北日本産科婦人科学会 総会・学術講演会の開催に際しましては、下記の企業・団体よりご協力をいただきました。厚く御礼申し上げます。

第70回北日本産科婦人科学会 総会・学術講演会

会長 **横山 良仁**

(弘前大学大学院医学研究科 産科婦人科学講座 教授)

共 催

東北婦人科腫瘍研究会 モーニングセミナー	アストラゼネカ株式会社
モーニングセミナー1	武田薬品工業株式会社
モーニングセミナー2	GEヘルスケア・ジャパン株式会社
ランチョンセミナー1	持田製薬株式会社
ランチョンセミナー2	ミリアド・ジェネティクス合同会社
ランチョンセミナー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
ランチョンセミナー4	日本新薬株式会社
ランチョンセミナー5	MSD株式会社/エーザイ株式会社
ランチョンセミナー6	あすか製薬株式会社
スポンサーDセミナー1	サノフィ株式会社
スポンサーDセミナー2	テルモ株式会社
特別講演(イブニングセミナー)	科研製薬株式会社
指導医講習会	ラインファーマ株式会社

展 示

アトムメディカル株式会社
Applied Medical Japan 株式会社
コニカミノルタジャパン株式会社
GEヘルスケア・ジャパン株式会社
ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社
トーイツ株式会社
株式会社ネクサスエージェント

広 告


アストラゼネカ株式会社
阿部レディースクリニック
エフ.クリニック
株式会社大塚製薬工場
オリンパスマーケティング株式会社
株式会社シバタ医理科
ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社
ゼリア新薬工業株式会社
中外製薬株式会社
株式会社ツムラ
バイエル薬品株式会社
フェリング・ファーマ株式会社
富士製薬工業株式会社
婦人科 さかもとともみクリニック
メルクバイオフファーマ株式会社
森永乳業(株)東北支店

(五十音順)



抗悪性腫瘍剤／ポリアデノシン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)

「効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報」等については電子化された添付文書をご参照ください。

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

(問い合わせ先フリーダイヤル メディカルインフォメーションセンター)



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」「禁忌を含む注意事項等情報」等につきましては、
電子化された添付文書等をご参照ください。



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)

2022年9月作成



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



エコらくパックつめかえ用
800(400g×2個)

森永 **E赤ちゃん** 0か月~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。

ヤクルト史上最高密度※の乳酸菌 シロタ株

※1ml当たり10億個の「乳酸菌 シロタ株」が含まれており、これはヤクルト類で最高密度です。

一時的な精神的ストレスがかかる状況での

ストレス緩和 睡眠の質向上

腸内環境改善

【乳酸菌 シロタ株の研究報告】



ヤクルト Yakult 1000

機能性表示食品

機能性表示食品 (製品・成分評価)

【届出表示】本品には乳酸菌 シロタ株 (L. カゼイ YIT 9029) が含まれるので、一時的な精神的ストレスがかかる状況でのストレスをやわらげ、また、睡眠の質 (眠りの深さ、すっきりとした目覚め) を高める機能があります。さらに、乳酸菌 シロタ株 (L. カゼイ YIT 9029) には、腸内環境を改善する機能があることが報告されています。

・食生活は、主食、主菜、副菜を基本に、食事のバランスを。・本品は機能性表示食品です。特定保健用食品と異なり、消費者庁長官による個別審査を受けたものではありません。
・本品は、疾病の診断、治療、予防を目的としたものではありません。

人も地球も健康に

Yakult

青森ヤクルト販売株式会社

☎017(781)8960

[URL] <https://www.yakult-east.jp/aomori/>





ef.clinic

エフ.クリニックは
分娩
生殖医療
内視鏡下手術
婦人科がん検診
…などを行っている
産婦人科クリニックです

院長 藤井俊策
副院長 小口隆明

〒030-0843 青森市浜田3-3-7
tel 017-729-4103 fax 017-729-4108 www.efclinic.com

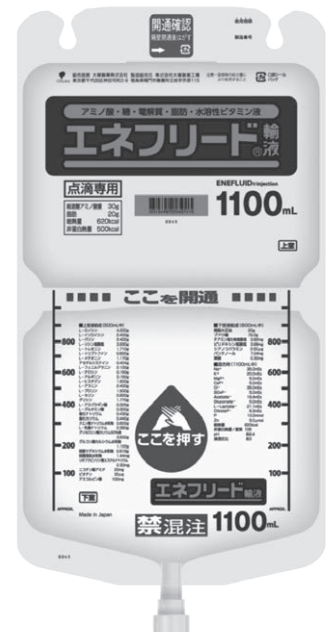
処方箋医薬品* 薬価基準収載

アミノ酸・糖・電解質・脂肪・水溶性ビタミン液

エネフリード® 輸液

ENEFLUID® Injection

*注意—医師等の処方箋により使用すること



◇効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む
使用上の注意等は、製品添付文書をご参照ください。



製造販売元 株式会社大塚製薬工場 徳島県鳴門市撫養町立岩字芥原115

販売提携 大塚製薬株式会社 東京都千代田区神田司町2-9

文献請求先及び問い合わせ先
株式会社大塚製薬工場 輸液DIセンター
〒101-0048 東京都千代田区神田司町2-2

<'21.03作成>

OLYMPUS

VISERA ELITE III



VISERA ELITE IIIは、従来のオリンパスの外科用内視鏡システムの利点を統合した内視鏡プラットフォームです。異なる診療科での機器共有を可能にするとともに、お客様のニーズに応じて機能をカスタマイズすることができます。またVISERA ELITE / VISERA ELITE IIシリーズのスコープとの高い互換性とソフトウェアアップグレードによる機能拡張により、効率的な機器投資に貢献します。

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 VISERA ELITE III ビデオシステムセンター OLYMPUS OTV-S700 医療機器番号 13B1X00277000699
 VISERA ELITE III 画像処理装置 OLYMPUS CLL-S700 13B1X00277000700
 4Kカメラヘッド OLYMPUS CH-S700-XZ-EA 13B1X00277000701

4K/3D/IR 観察の機能を統合した
 オールインワンビデオプロセッサー



より精密な臨床画像を実現する True 4K 画質

4K カメラヘッド CH-S700-XZ-EA



オリンパス マーケティング株式会社

www.olympus.co.jp

R872U

— 技術に生きる —



— 技術に生きる —



50th Anniversary



手術治療材料・医療設備機器・研究設備機器・介護福祉機器・物品物流管理



株式
 会社



医理科



Since 1967
 www.shibatairika.com

〒036-8084	弘前市大字高田3丁目7-1	☎ - 0172 (27) 2221(代)
	E-mail: info-hirosaki@shibatairika.com	☎ - 0172 (27) 1222
〒030-0964	青森市南佃1丁目14-10	☎ - 017 (743) 3322(代)
	E-mail: info-aomori@shibatairika.com	☎ - 017 (743) 3221
〒031-0822	八戸市大字白銀町字堀ノ内3-1	☎ - 0178 (34) 1122(代)
	E-mail: info-hatinohe@shibatairika.com	☎ - 0178 (34) 1123
〒017-0872	大館市片山町2丁目12-15	☎ - 0186 (45) 1222(代)
	E-mail: info-oodate@shibatairika.com	☎ - 0186 (44) 5222
〒035-0063	むつ市若松町2-54	☎ - 0175 (23) 8760(代)
	E-mail: info-mutsu@shibatairika.com	☎ - 0175 (23) 8761
〒037-0023	五所川原市大字広田榊森7-1	☎ - 0173 (38) 5222(代)
	E-mail: info-gosyogawara@shibatairika.com	☎ - 0173 (38) 5221

ETHICON
PART OF THE JONSON-JONSON FAMILY OF COMPANIES



7 INTERCEED DAYS

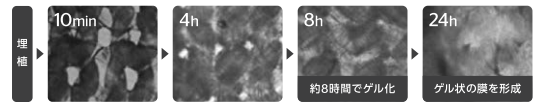
INTERCEEDは7日間患部を覆います

INTERCEED® Absorbable Adhesion Barrier

酸化再生セルロース・合成吸収性癒着防止材

体内に埋植後、24時間でゲル状の膜を形成、腹膜の再生に必要な7日から10日間患部を覆う

埋植後約4週間で完全吸収されます



製造販売元：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社 メディカルカンパニー 〒101-0065 東京都千代田区西神田3丁目5番2号 高度管理医療機器 販売名：インターシード 承認番号：20300BZY01058000

124811-191002 ©J&J/KK 2019



鉄欠乏性貧血治療剤

処方箋医薬品[※] 薬価基準収載

フェインジェクト® 静注500mg

Ferinject solution for injection/infusion 500mg カルボキシマルトース第二鉄注射液

注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

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



製造販売元

ゼリア新薬工業株式会社

(文献請求先及び問い合わせ先) お客様相談室

東京都中央区日本橋小舟町10-11 〒103-8351 TEL.(03)3661-0277 / FAX.(03)3663-2352

製品情報サイト

<https://medical.zeria.co.jp/di/ferinject/#tabRelation>

PC、スマホ、タブレットで
ご覧になれます。



2021年8月作成



// より良い明日へ

バイエルはイノベーションや治療法の提供を通じて、患者さんのための治療に変革をもたらす持続可能な取り組みを推進しています。私たちの目的“Science for a better life”に沿って、人々のクオリティ・オブ・ライフの向上に貢献していきます。

バイエル薬品株式会社 <https://pharma.bayer.jp>

Science for a better life

PP-GEN-JP-0349-29-11



遺伝子組換えヒト卵胞刺激ホルモン (FSH) 製剤 薬価基準収載

レコベル® 皮下注 12 μ g/36 μ g/72 μ g ペン

Rekovel® ホリトロピン デルタ (遺伝子組換え) 生物由来製品・処方箋医薬品^注
注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

本剤の効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報等については、電子化された添付文書をご参照ください。

製造販売元(輸入)
FERRING フェリング・ファーマ株式会社
PHARMACEUTICALS

〒105-0001 東京都港区虎ノ門二丁目3番17号
文献請求先および問い合わせ先 くすり相談室
フリーダイヤル：0120-093-168 FAX：03-3596-1107

レコベル®、Rekovel®はフェリング・ファーマB.V.の登録商標です
© 2022 Ferring Pharmaceuticals Co., Ltd.

F/348PA/02/22/J
2022年4月作成 (第3版)



婦人科 さがもと ともみクリニック

院長 坂本 知巳

〒036-8087 弘前市早稲田3丁目20-6

Tel: 0172-29-5080

Fax: 0172-29-5081

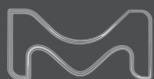
<http://www.sakamoto-t-clinic.jp>

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。

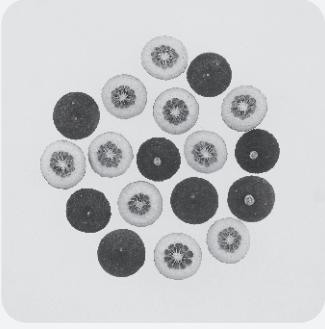
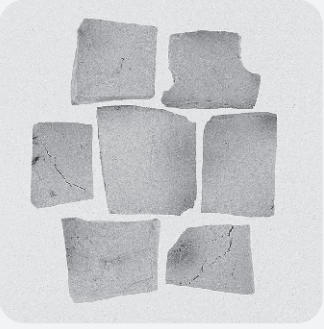


2021年10月作成
JP-FERT-00076

MERCK



生薬には、
個性がある。



漢方製剤にとって「良質」とは何か。その答えのひとつが「均質」である、とツムラは考えます。自然由来がゆえに、ひとつひとつに個性がある生薬。漢方製剤にとって、その成分のばらつきを抑え、一定に保つことが「良質」である。そう考える私たちは、栽培から製造にいたるすべてのプロセスで、自然由来の成分のばらつきを抑える技術を追求。これからもあるべき「ツムラ品質」を進化させ続けます。現代を生きる人々の健やかな毎日のために。自然と健康を科学する、漢方のツムラです。

良質。均質。ツムラ品質。

