

2021

Vol.69

Supplement

現代産婦人科

Modern Trends in Obstetrics & Gynecology



第73回 中国四国産科婦人科学会総会ならびに学術講演会 プログラム・講演抄録

会期 2021年9月18日(土)・19日(日)

開催形式 Web開催

会長 増山 寿 (岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室)



中国四国産科婦人科学会

ご挨拶

昨年、新型コロナウイルス感染症の状況を踏まえて1年延期させていただきました第73回中国四国産科婦人科学会総会並びに学術講演会は、2021年9月18日（土）・19日（日）に開催させていただきます。伝統ある本会を担当させていただき誠に光栄に存じます。

一般演題は、104題と本当に多くのご応募をいただきありがとうございました。本学会は、私自身がそうであったように若手医師の登竜門であり、中堅、ベテランの先生方との意見交換は、明日からの診療につながります。是非、活発な討論をお願いいたします。

特別講演は、慶應義塾大学医学部産婦人科学の青木大輔教授にお願いし、「卵巣癌治療に関する最近の話題」というタイトルでご講演を賜ります。また、岡山大学小児科学 塚原宏一教授による新型コロナウイルス感染症をテーマとした教育講演（指導医講習会）や各専門領域の教育講演・ランチョンセミナーに加えて、特別企画としては、それぞれ岡山大学臨床遺伝子医療学分野 平沢晃教授、東北大学胎児医学分野 室月淳教授、旭中央病院 鈴木真先生にご参加いただき、「模擬パネルセミナー『がんゲノム』」、「シンポジウム『死戦期帝王切開』」、そして「ワークショップ『災害医療』」といったセッションを計画しています。

各地域の中堅・若手の先生方の交流の機会を作り、さらに発表時の緊張感・高揚感を味わっていただきたく、現地開催にこだわって、ぎりぎりまで新型コロナウイルス感染症の蔓延状況をみてまいりましたが落ち着かず、残念ながらWEB開催に舵を切らせていただきました。直前の変更でご迷惑をお掛けしますが、教室員一同鋭意準備を進めております。皆様のご参加を心よりお待ちしております。

2021年8月12日

第73回中国四国産科婦人科学会総会並びに学術講演会

会長 増 山 寿

（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室 教授）

第73回中国四国産科婦人科学会総会ならびに学術講演会

会 長：増山 寿（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室）

開 催 日：2021年9月18日（土）・19日（日）

会 場：WEB開催（Live配信）※オンデマンド配信無し

学 術 委 員 会：9月18日（土） 10：00～10：45 各種委員会会場（WEB開催）

理 事 会：9月18日（土） 10：45～11：30 各種委員会会場（WEB開催）

評 議 員 会：9月19日（日） 7：40～8：20 各種委員会会場（WEB開催）

総 会：9月19日（日） 8：30～8：50 第1会場（WEB開催）

【大会事務局】

〒700-8558 岡山県岡山市北区鹿田町2-5-1

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室

TEL：086-235-7320 FAX：086-225-9570

参加者へのご案内

1. 参加受付

＜受付期間＞

銀行振込：2021 年 7 月 28 日（水）～ 2021 年 8 月 24 日（火）

クレジットカード決済：2021 年 7 月 28 日（水）～ 2021 年 9 月 7 日（火）

＜受付場所＞

本会 HP 上

2. 参加費、プログラム・講演抄録販売など（現金受付のみ）

医師・一般	10,000 円
医学部学生・初期研修医 ※証明書を呈示してください	無料
プログラム・講演抄録	2,000 円

- ・参加証（兼領収書）は、学会会期までにご登録いただいた住所へ送付いたします。
- ・参加証（兼領収書）の再発行はできませんので大切に保管してください。
- ・学会員にはプログラム・講演抄録を事前にお送りいたします。
- ・プログラム・講演抄録の購入を御希望の方は、運営事務局（jsog-cs73@med-gakkai.org）までお問い合わせください。

3. 単位取得

今回の WEB 開催では、e 医学会カードの使用はございません。

日本産科婦人科学会の会員番号（8 桁）が必要となります。

＜専門医資格の単位付与について＞

1) 日本産科婦人科学会会員の方

ご参加（視聴）が確認できた方には、参加単位として日本産科婦人科学会専門医研修 10 単位が付与されます。

2) 日本産婦人科医会会員の方

会期終了後、ご参加（視聴）が確認できた方には、研修参加証（医会シール）を送付いたします。

＜日本専門医機構の単位付与について＞

1) 参加単位

ご参加（視聴）が確認できた方には、参加単位として 3 単位が付与されます。

2) 産婦人科領域講習

対象セッションの最初から最後まで視聴された方に、単位が付与されます。

※事務局で視聴記録管理をさせていただいております。

3) 専門医共通講習

対象セッションの最初から最後まで視聴ならびに設問回答（80%以上正解）をもって単位を付与いたします。

（視聴のみでは単位付与対象となりませんのでご注意ください。）

※事務局で視聴記録管理をさせていただいております。

9月18日(土)・ 9月19日(日)	学術集会参加	3単位	—
9月18日(土) 14:15～15:15	産婦人科領域講習	1単位	教育講演1 「卵巢癌の初回治療戦略」
9月18日(土) 15:50～16:50	産婦人科領域講習	1単位	教育講演(指導医講習会) 「新型コロナウイルス感染症(COVID-19)流行の現況と展望」
9月18日(土) 17:00～18:00	産婦人科領域講習	1単位	特別講演 「卵巢癌治療に関する最近の話題」
9月18日(土) 14:10～15:40	専門医共通講習 (医療安全)	1単位	ワークショップ 「災害医療」
9月18日(土) 15:30～16:50	専門医共通講習 (医療倫理)	1単位	模擬パネルセミナー 「がんゲノム」
9月19日(日) 10:40～11:40	産婦人科領域講習	1単位	教育講演2 「帝王切開に起因する合併症の軽減に向けて —帝王切開創部菲薄化を回避するために—」
9月19日(日) 9:00～10:30	専門医共通講習 (医療安全)	1単位	シンポジウム 「死戦期帝王切開」

4. 共催セミナー

学会当日、Live 配信を行います。本会はオンデマンド配信の予定はございませんので、学会当日にぜひともご視聴いただきますようお願いいたします。

開催日時につきましては、日程表をご覧ください。

5. 会期中の問い合わせ先

第73回中国四産科婦人科学会総会ならびに学術講演会 運営事務局 株式会社 メッド

〒701-0114 岡山県倉敷市松島 1075-3

TEL: 080-6270-6475 ※学会当日以外はつながりません。

E-mail: jsog-cs73@med-gakkai.org

6. その他

1) 本学会はWEB 配信にて行います。WEB 視聴ページよりご視聴ください。

2) インターネットのつながる、通信環境の良い場所でご参加ください。(有線 LAN 推奨)

3) 視聴にはログイン用 ID・パスワードが必要です。参加者様へご登録のメールアドレス宛にメールにてお知らせいたします。

※メール受信設定環境により、迷惑メールに振り分けられたり、受信拒否される場合もございますので、会期3日前までに案内メールが届かない場合には、運営事務局(jsog-cs73@med-gakkai.org)までお問い合わせください。

4) 視聴方法等につきましては、別途大会ホームページやメール等でご案内させていただきます。

5) 大会長の許可のない録音・撮影は固くお断りいたします。

座長・発表者へのご案内

1. 進行情報

セッション	発表	質疑
一般（口演）	5 分	3 分

- 担当セッションの Zoom URL・入室時間等の詳細は予め運営事務局よりご案内いたします。
※インターネットのつながる、通信環境の良い場所でご参加ください。（有線 LAN 推奨）

2. 座長の皆さまへ

- セッション開始時刻に、Zoom を使用し、Live 配信をさせていただきます。
- 進行は座長に一任しますが、時間厳守にご協力をお願いいたします。

3. 発表者の皆さまへ

- セッション開始時刻に、Zoom を使用し、Live 配信をさせていただきます。
- 利益相反の開示

発表者の皆様は、発表当日に、筆頭演者自身の過去 3 年間における発表内容に関連する企業や営利を目的とする団体にかかわる利益相反状態を発表スライドの冒頭部にて開示していただきますようお願いいたします。専用の書式は、学会ホームページよりダウンロードしてください。

※自己申告書の提出は不要です。

日程表

【1日目】9月18日（土）

WEB 会場				
第1会場		第2会場	プラスワンセミナー	各種委員会会場
8:30				8:30
9:00				9:00
10:00			8:30～11:30 プラスワンプロジェクト 「経産分岐の実況中継、 ラバロスコピストに向けて」 開催方法：オンライン（Zoom） 共催：ジョンソン・エンド・ ジョンソン株式会社 協力：株式会社京都科学・ 株式会社十字屋 （参加対象者のみに配信）	10:00～10:45 学術委員会
11:00				10:45～11:30 理事会
12:00	11:50～12:50 ランチョンセミナー1 「卵巣がん治療戦略2021」 座長：原田 省（鳥取大学） 演者：角 俊幸（大阪市立大学） 共催：中外製薬株式会社	11:50～12:50 ランチョンセミナー2 「女性に有用な漢方処方とそのナカミ」 座長：工藤美樹（広島大学） 演者：梶山広明（名古屋大学） 共催：株式会社ツムラ		12:00
13:00	12:55 開会式 13:00～13:30 教授就任講演 徳島大学「生殖内分泌学に関するこれ までの研究と研究を通じて学んだこと」 座長：吉原 稔、演者：岩佐 武			13:00
14:00	13:35～14:05 臨床公募研究「妊娠高血圧症候群の母体 より出生した児の3歳までの身体発育の調査 －SGA児の発育への影響因子の検討－」 座長：増山 寿（岡山大学） 演者：光井 崇（岡山大学）			14:00
15:00	14:15～15:15 ①教育講演1 「卵巣癌の初回治療戦略」 座長：京 哲（鳥根大学） 演者：佐藤豊実（筑波大学） 共催：アストラゼネカ株式会社 ※領域講習	14:10～15:40 ①ワークショップ「災害医療」 演者：鈴木 真（旭中央病院） 渡邊理史（高知大学） 塚原紘平（岡山大学） 牧 尉太（岡山大学） 90分（演者4名×15分） 質疑・討論30分 ※共通講習（医療安全）		15:00
16:00	15:30～16:50 ①模擬パネルセミナー 「がんゲノム」 座長：竹原和宏（四国がんセンター） 演者：平沢 晃（岡山大学） 小川千加子（岡山大学） 60分（演者2名） 質疑・討論20分 ※共通講習（医療倫理）	15:50～16:50 ①教育講演（指導医講習会） 「新型コロナウイルス感染症 （COVID-19）流行の現況と展望」 座長：下屋浩一郎（川崎医科大学） 演者：塚原 宏一（岡山大学） ※領域講習		16:00
17:00				17:00
18:00	17:00～18:00 ①特別講演 「卵巣癌治療に関する最近の話題」 座長：増山 寿（岡山大学） 演者：青木大輔（慶應義塾大学） ※領域講習			18:00

【2日目】9月19日（日）

WEB 会場				
第 1 会場		第 2 会場	第 3 会場	第 4 会場・各種委員会会場
7:00				7:00
8:00				7:40～8:20 評議員会 (中四)
	8:30～8:50 総会			
9:00				9:00
	9:00～10:30 ⑨シンポジウム 「死戦期帝王切開」 座長：前田和寿 (四国こどもとおとなの医療センター) 林 和俊 (高知医療センター) 演者：室月 淳 (東北大学) 金澤伴幸 (岡山大学) 渡部広明 (島根大学) 谷 和祐 (岡山大学) 90分 (演者4名) ※共通講習 (医療安全)	9:00～9:40 一般講演 第3群×5演題 腫瘍1 子宮腫瘍 座長：小川千加子 (岡山大学)	9:00～9:40 一般講演 第9群×5演題 周産期3 合併症妊娠 座長：原田 崇 (鳥取大学)	9:00～9:40 一般講演 第15群×5演題 腫瘍7 良性腫瘍・手術 座長：佐藤慎也 (鳥取大学)
10:00		9:40～10:20 一般講演 第4群×5演題 腫瘍2 化学療法・プラチナ製剤 座長：大亀真一 (四国がんセンター)	9:40～10:20 一般講演 第10群×5演題 周産期4 先天性疾患 座長：加地 剛 (徳島大学)	9:40～10:20 一般講演 第16群×5演題 女性医学 座長：村田卓也 (川崎医科大学総合医療センター)
		10:20～11:00 一般講演 第5群×5演題 腫瘍3 悪性腫瘍手術 座長：西村正人 (徳島大学)	10:20～11:00 一般講演 第11群×5演題 周産期5 先天性疾患 座長：村田 晋 (山口大学)	10:20～11:00 一般講演 第17群×5演題 生殖内分泌1 座長：羽原俊宏 (岡山二人クリニック)
11:00	10:40～11:40 ⑩教育講演2 「帝王切開に起因する合併症の軽減に向けて」 座長：杉山 隆 (愛媛大学) 演者：増山 寿 (岡山大学) 共催：ジョンソン・エンド・ ジョンソン株式会社 ※領域講習	11:00～11:32 一般講演 第6群×4演題 腫瘍4 HBOC 座長：鶴田智彦 (香川大学)	11:00～11:40 一般講演 第12群×5演題 周産期6 周産期統計 座長：熊澤一真 (岡山医療センター)	11:00～11:56 一般講演 第18群×7演題 生殖内分泌2 座長：谷口文紀 (鳥取大学)
12:00				12:00
	12:00～13:00 ランチョンセミナー3 「子宮内膜症と産婦人科のSDGs」 座長：杉野法広 (山口大学) 演者：村上 節 (滋賀医科大学) 共催：持田製薬株式会社	12:00～13:00 ランチョンセミナー4 「女性特有の諸症状に寄り添うイン フラボンスupplementの可能性」 座長：前田長正 (高知大学) 演者：小川真里子 (東京歯科大学市川総合病院) 共催：大塚製薬株式会社ニュート ランシューティカルズ事業部	12:00～13:00 ランチョンセミナー5 「婦人科診療におけるMSI-High 癌 とペムプロリズマブ療法について」 座長：金西賢治 (香川大学) 演者：竹原和宏 (四国がんセンター) 共催：MSD 株式会社	
13:00				13:00
	13:10～13:50 一般講演 第1群×5演題 周産期1 帝王切開 座長：皆本敏子 (鳥根大学)	13:10～13:50 一般講演 第7群×5演題 腫瘍5 腹腔鏡・ロボット手術 座長：中山健太郎 (鳥根大学)	13:10～13:50 一般講演 第13群×5演題 周産期7 分娩管理 座長：衛藤英理子 (岡山大学)	13:10～13:50 一般講演 第19群×5演題 腫瘍8 卵巣悪性腫瘍 座長：松元 隆 (愛媛大学)
14:00	13:50～14:30 一般講演 第2群×5演題 周産期2 産科出血 座長：松原裕子 (愛媛大学)	13:50～14:38 一般講演 第8群×6演題 腫瘍6 良性腹腔鏡手術 座長：古宇家正 (広島大学)	13:50～14:46 一般講演 第14群×7演題 周産期8 その他 座長：向井百合香 (広島大学)	13:50～14:30 一般講演 第20群×5演題 腫瘍9 卵巣腫瘍・その他 座長：末岡幸太郎 (山口大学)
15:00	14:50～15:00 閉会式			15:00
16:00				16:00

9月18日(土) 第1日目

第1会場

ランチョンセミナー 1

11:50 - 12:50 座長：原田 省 鳥取大学医学部附属病院
共催：中外製薬株式会社

「卵巣がん治療戦略 2021」

演者：大阪市立大学大学院医学研究科 女性病態医学 角 俊幸

開会の挨拶

12:55 - 13:00 増山 寿 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室

教授就任講演

13:00 - 13:30 座長：苛原 稔 徳島大学大学院医歯薬学研究部 産科婦人科学分野

「生殖内分泌学に関するこれまでの研究と研究を通じて学んだこと」

演者：徳島大学大学院医歯薬学研究部 産科婦人科学分野 岩佐 武

臨床公募研究

13:35 - 14:05 座長：増山 寿 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室

「妊娠高血圧症候群の母体より出生した児の3歳までの身体発育の調査 －SGA児の発育への影響因子の検討－」

演者：岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学

光井 崇、三島桜子、谷 和祐、増山 寿

教育講演 1

14:15 - 15:15 座長：京 哲 島根大学医学部 産科婦人科学
共催：アストラゼネカ株式会社

「卵巣癌の初回治療戦略」

演者：筑波大学医学医療系産科婦人科学 佐藤豊実

模擬パネルセミナー「がんゲノム」

15:30 - 16:50 座 長：竹原和宏 国立病院機構 四国がんセンター 婦人科

「婦人科がんゲノム医療」

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

「がんゲノム入門-がんゲノムプロファイリング検査を行うために必要な知識と事例-」

演 者：岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科婦人科学分野
小川千加子、入江恭平、岡本和浩、松岡敬典、依田尚之、中村圭一郎、増山 寿

特別講演

17:00 - 18:00 座 長：増山 寿 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室

「卵巣癌治療に関する最近の話題」

演 者：慶應義塾大学医学部 産婦人科学 青木大輔

第2会場

ランチョンセミナー2

11:50 - 12:50 座 長：工藤美樹 広島大学大学院医系科学研究科 産科婦人科学
共 催：株式会社ツムラ

「女性に有用な漢方処方とそのナカミ」

演 者：名古屋大学大学院医学系研究科 産婦人科学 梶山広明

ワークショップ「災害医療」

14:10 - 15:40

「災害時に必要なこと、必要な準備するために」

演 者：国保旭中央病院 産婦人科 鈴木 真

「高知県の周産期診療における南海トラフ地震対策」

演 者：高知大学医学部附属病院 渡邊理史

「今後起こる大規模災害に向けて、小児周産期ができること 災害時小児周産期リエゾン、救急医の立場から」

演 者：岡山大学病院 救命救急災害医学科 塚原紘平

「妊産婦緊急搬送システム“iPicss”を用いた情報収集の有用性～被災時の連携体制構築と災害想定訓練～」

演 者：岡山大学病院 産科・婦人科 牧 尉太、増山 寿

教育講演（指導医講習会）

15：50－16：50

座 長：下屋浩一郎 川崎医科大学 産婦人科学 1

「新型コロナウイルス感染症（COVID-19）流行の現況と展望」

演 者：岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 小児医科学 塚原宏一

9月19日（日） 第2日目

第1会場

シンポジウム「死戦期帝王切開」

9:00 - 10:30 座 長：前田和寿 四国こどもとおとなの医療センター 産科
林 和俊 高知医療センター 産婦人科

「死戦期帝王切開の国内での実施状況とレビュー」

演 者：宮城県立こども病院産科/ 東北大学大学院医学系研究科先進成育医学講座胎児医学分野
室月 淳

「死戦期帝王切開における麻酔科医の果たす役割」

演 者：岡山大学病院 小児麻酔科 金澤伴幸

「死戦期帝王切開を円滑に実施するためには～PC3に基づく対応の重要性～」

演 者：島根大学医学部附属病院 高度外傷センター 渡部広明
関西ろうさい病院 産婦人科 後藤摩耶子
りんくう総合医療センター 産婦人科 荻田和秀
りんくう総合医療センター 大阪府泉州救命救急センター 松岡哲也

「死戦期帝王切開を院内で考える時代の到来～PMCDシミュレーションの有用性～」

演 者：岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室
谷 和祐、三苫智裕、横畑理美、三島桜子、大平安希子、牧 尉太、衛藤英理子、早田 桂、
増山 寿

教育講演2

10:40 - 11:40 座 長：杉山 隆 愛媛大学大学院医学系研究科 産科婦人科学
共 催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

「帝王切開に起因する合併症の軽減に向けて一帝王切開創部菲薄化を回避するために」

演 者：岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学 増山 寿

ランチョンセミナー3

12:00 - 13:00 座 長：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
共 催：持田製薬株式会社

「子宮内膜症と産婦人科のSDGs」

演 者：滋賀医科大学 産科学婦人科学講座 村上 節

一般講演 第1群 周産期1 帝王切開

13:10 - 13:50

座長 島根大学 皆本敏子

101. 胎位が背屈位のため帝王切開に至った一例

¹⁾ 川崎医科大学 産婦人科 1、²⁾ 倉敷成人病センター 産科、³⁾ 川崎医科大学 小児科、

⁴⁾ 川崎医科大学 新生児科

岡本 華^{1) 2) 3) 4)}、齋藤 渉¹⁾、松本 良¹⁾、中井祐一郎¹⁾、杉原弥香¹⁾、石田 剛¹⁾、中村隆文¹⁾、
真嶋允人²⁾、山崎史行²⁾、加藤 敦³⁾、荻田聡子³⁾、川本 豊⁴⁾、下屋浩一郎¹⁾

102. 子宮腺筋症核出術後妊娠に対して早産期帝王切開を行い、子宮破裂及び癒着胎盤のため子宮摘出を施行した一例

県立広島病院 産婦人科

松島彩子、浦山彩子、伊勢田侑鼓、山根尚史、加藤俊平、中島祐美子、白山裕子、三好博史

103. 子宮筋腫核出後妊娠の妊娠・分娩経過

岡山市立市民病院

川西貴之、平松祐司、根津優子、大道千晶、佐々木佳子、徳毛敬三

104. 帝王切開時に行う頸部筋腫核出手術の工夫

岡山市立市民病院

根津優子、平松祐司、川西貴之、大道千晶、佐々木佳子、徳毛敬三

105. 当院における超緊急帝王切開術－ Grade A 対応マニュアルの導入とその後の検討－

広島市民病院 産婦人科

築澤良亮、玉田祥子、伊藤祐奈、大石恵一、坂井裕樹、岩間かれん、田中奈緒子、久保倫子、森川恵司、
植田麻衣子、片山陽介、関野 和、依光正枝、上野尚子、石田 理、児玉順一

一般講演 第2群 周産期2 産科出血

13:50 - 14:30

座長 愛媛大学 松原裕子

106. 産科危機的出血搬送例に救急外来で緊急大動脈内バルーン遮断を使用し救命し得た2症例

岡山大学病院 産科婦人科

栗山千晶、牧 尉太、三苫智裕、横畑理美、三島桜子、大平安希子、谷 和祐、衛藤英理子、早田 桂、
増山 寿

107. 子宮型羊水塞栓症に対してフィブリノゲン製剤を使用し救命しえた1例

JA 尾道総合病院 産婦人科

宇山拓澄、藤田真理子、加藤俊平、田中教文、坂下知久

108. 常位癒着胎盤のため全胎盤が遺残したが待機療法にて子宮温存可能であった4例の検討

広島市立広島市民病院 産婦人科

坂井裕樹、上野尚子、伊藤祐奈、大石恵一、岩間かれん、田中奈緒子、築澤良亮、久保倫子、森川恵司、
植田麻衣子、片山陽介、玉田祥子、関野 和、依光正枝、石田 理、児玉順一

109. 心機能予後良好であった周産期心筋症の2例

広島大学病院 産科婦人科

張本 姿、山崎友美、野村有沙、八幡美穂、中本康介、綱掛 恵、森岡裕彦、大森由里子、寺岡有子、
定金貴子、野坂 豪、関根仁樹、友野勝幸、向井百合香、古宇家正、工藤美樹

110. 待機療法で自然消失・排出した臨床的胎盤ポリープ症例の検討

高知県立幡多けんみん病院 産婦人科

森 亮、濱田史昌、中野祐滋

第2会場

一般講演 第3群 腫瘍1 子宮腫瘍

9:00 - 9:40

座長 岡山大学 小川千加子

111. 当科で経験した子宮腺肉腫の一例

香川大学医学部 母子科学講座 周産期学婦人科学

香西亜優美、鎌田恭輔、山本健太、石橋めぐみ、田中圭紀、天雲千晶、伊藤 恵、森 信博、
新田絵美子、花岡有為子、鶴田智彦、田中宏和、金西賢治

112. 分葉状頸管腺過形成 (lobular endocervical glandular hyperplasia: LEGH) の4症例の検討

山口県立総合医療センター 産婦人科

今川天美、大谷恵子、高崎ひとみ、西本裕喜、三輪一知郎、浅田裕美、讃井裕美、佐世正勝、中村康彦

113. 子宮筋腫に転移を認めた再発乳癌の一例

¹⁾ 香川県立中央病院 産婦人科、²⁾ 香川県立中央病院 病理診断科

谷 佳紀¹⁾、矢野友梨¹⁾、堀口育代¹⁾、永坂久子¹⁾、高田雅代¹⁾、中西美恵¹⁾、小野早和子²⁾

114. 肝血管腫や肝膿瘍との鑑別に苦慮した子宮頸癌肝転移の一例

倉敷成人病センター

榊原洸太、柳井しおり、金城国俊、戸枝 満、仙波恵樹、安井みちる、越智良文、加藤 慧、島田京子、
吉野育典、澤田麻里、菅野 潔、坂手慎太郎、羽田智則、安藤正明

115. Trousseau 症候群様症状を認めたが良性疾患であった2例の報告

福山市民病院 産婦人科

谷村吏香、中村一仁、平野友美加、青江尚志

一般講演 第4群 腫瘍2 化学療法・プラチナ製剤

9:40 - 10:20

座長 四国がんセンター 大亀真一

116. 進行子宮頸部腺癌に対する weekly TP を用いた CCRT の治療成績

¹⁾ 徳島大学病院、²⁾ 高知赤十字病院

香川智洋¹⁾、西村正人¹⁾、前田崇彰²⁾、峯田あゆか¹⁾、阿部彰子¹⁾、岩佐 武¹⁾

117. 当科におけるペムブロリズマブ治療の有効性と安全性の検討

国立病院機構 四国がんセンター 婦人科

日比野佑美、竹原和宏、横山貴紀、藤本悦子、坂井美佳、大亀真一

118. プラチナ製剤抵抗性再発卵巣癌に対する新規治療戦略の開発

愛媛大学医学部 産婦人科

井上翔太、松元 隆、宇佐美知香、加藤宏章、安岡稔晃、横山真紀、山内勇策、中野志保、丹下景子、吉田文香、上野愛実、内倉友香、高木香津子、松原裕子、藤岡 徹、松原圭一、杉山 隆

119. MSI-High を有する再発子宮体癌に対してペムブロリズマブを使用し、髄膜脳炎を発症した一例

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科

長谷井稜子、松岡敬典、入江恭平、岡本和浩、依田尚之、小川千加子、中村圭一郎、増山 寿

120. 婦人科癌骨転移の2例

市立三次中央病院 産婦人科

平野章世、小西晴久、益野麻由、平井雄一郎、藤本英夫

一般講演 第5群 腫瘍3 悪性腫瘍手術

10:20 - 11:00

座長 徳島大学 西村正人

121. 当院における腹腔鏡下広汎子宮全摘術および腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清術の導入

倉敷中央病院

伊藤拓馬、小林紀子、細部由佳、村越まどか、山野和紀、寺林博之、藤塚 捷、赤松巧将、荒武淳一、黒田亮介、高橋小百合、露木大地、西村智樹、原 理恵、田中 優、楠本知行、中堀 隆、福原 健、本田徹郎、長谷川雅明

122. 当科における LACC study 後の腹腔鏡下広汎子宮全摘術の現状

島根大学医学部 産科婦人科

横原 貫、中山健太郎、菅野晃輔、榊田沙也加、澤田希代加、野々村由紀、岡田裕枝、山下 瞳、石橋朋佳、石川雅子、佐藤誠也、折出亜希、皆本敏子、金崎春彦、京 哲

123. 子宮腺筋症を発生母地とした子宮体癌の2例

¹⁾ 鳥取大学 産科婦人科、²⁾ 鳥取大学 病理診断科

中曾崇也¹⁾、工藤明子¹⁾、大川雅世¹⁾、飯田裕基¹⁾、小作大賢¹⁾、小松宏彰¹⁾、千酌 潤¹⁾、佐藤慎也¹⁾、大石徹郎¹⁾、谷口文紀¹⁾、野坂加苗²⁾、原田 省¹⁾

124. ロボット手術による子宮体癌の克服

鳥取大学医学部 産科婦人科学分野

小松宏彰、大川雅世、飯田祐基、中曾崇也、小作大賢、東 幸弘、工藤明子、千酌 潤、佐藤慎也、大石徹郎、谷口文紀、原田 省

125. 高度肥満症例へのロボット子宮悪性腫瘍手術の工夫

¹⁾ 川崎医科大学 婦人科腫瘍学、²⁾ 川崎医科大学 病理学

森本裕美子¹⁾、太田啓明¹⁾、鈴木聡一郎¹⁾、佐野力哉¹⁾、森谷卓也²⁾、塩田 充¹⁾

一般講演 第6群 腫瘍4 HBOC

11:00 – 11:32

座長 香川大学 鶴田智彦

126. 当院での遺伝性乳癌卵巣癌症候群（HBOC）診療 RRSO を中心に

徳島大学 産婦人科

阿部彰子、香川智洋、峯田あゆか、吉田加奈子、加藤剛志、岩佐 武

127. 当院におけるリスク低減卵管卵巣摘出術の現状と課題

¹⁾ 高知大学医学部 産科婦人科、²⁾ 高知大学医学部附属病院 臨床遺伝診療部

松浦拓也¹⁾、泉谷知明¹⁾、樋口やよい¹⁾、氏原悠介¹⁾、田代真理²⁾、杉本健樹²⁾、前田長正¹⁾

128. 当院における RRSO の現状～開腹から腹腔鏡へ～

¹⁾ 国立病院機構 四国がんセンター 婦人科、

²⁾ 国立病院機構 四国がんセンター 遺伝性癌診療科

藤本悦子¹⁾、日比野佑美¹⁾、横山貴紀¹⁾、坂井美佳¹⁾、大亀真一¹⁾、山本弥寿子²⁾、竹原和宏¹⁾

129. 当院における BRCA 遺伝子検査の現状と課題

¹⁾ JCHO 徳山中央病院 産婦人科、²⁾ JCHO 徳山中央病院 遺伝子診療科

山縣芳明^{1) 2)}、田村雄次¹⁾、高木遥香¹⁾、平田博子¹⁾、澁谷文恵¹⁾、中川達史¹⁾、平林 啓¹⁾、沼 文隆¹⁾

ランチョンセミナー 4

12:00 – 13:00

座 長：前田長正 高知大学医学部 産科婦人科学講座

共 催：大塚製薬株式会社ニュートラシューティカルズ事業部

「女性特有の諸症状に寄り添うイソフラボンサプリメントの可能性」

演 者：東京歯科大学市川総合病院 産婦人科 小川真里子

一般講演 第7群 腫瘍5 腹腔鏡・ロボット手術

13:10 – 13:50

座長 島根大学 中山健太郎

130. 修練医から見た Google Classroom を用いた腹腔鏡指導の有用性

広島大学病院 産科婦人科

野村有沙、友野勝幸、張本 姿、八幡美穂、中本康介、綱掛 恵、森岡裕彦、大森由里子、寺岡有子、定金貴子、野坂 豪、関根仁樹、山崎友美、古宇家正、向井百合香、工藤美樹

131. 施設間の垣根を超えてラパロスコピストを育成するためのトレーニングシステムの構築

広島大学 産婦人科

関根仁樹、古宇家正、八幡美穂、張本 姿、野村有沙、中本康介、森岡裕彦、綱掛 恵、大森由里子、寺岡有子、定金貴子、野坂 豪、友野勝幸、山崎友美、向井百合香、工藤美樹

132. 婦人科良性疾患に対して導入されたロボット手術は、従来の腹腔鏡下手術を上回ることが可能か
鳥取大学医学部 産科婦人科
飯田祐基、小松宏彰、長田広樹、中曾崇也、小作大賢、東 幸弘、谷口文紀、原田 省

133. ロボット支援手術における第一助手の心得
鳥取大学 産科婦人科
中曾崇也、小松宏彰、小作大賢、東 幸弘、佐藤慎也、大石徹郎、谷口文紀、原田 省

134. ロボット支援下腹腔鏡下子宮全摘術への pure robot surgery の手術成績
川崎医科大学
鈴木聡一郎、太田啓明、森本裕美子、佐野力哉、塩田 充

一般講演 第8群 腫瘍6 良性腹腔鏡手術

13:50 – 14:38 座長 広島大学 古宇家正

135. 経済的な腹腔鏡下子宮全摘術（TLH）を目指したエネルギーデバイス選択とその成績
¹⁾ 川崎医科大学 婦人科腫瘍学教室、²⁾ 医療法人秀明会小池病院、³⁾ 倉敷平成病院 婦人科
太田啓明¹⁾、小池英爾²⁾、森本裕美子¹⁾、鈴木聡一郎¹⁾、佐野力哉¹⁾、太田郁子³⁾、塩田 充¹⁾

136. 診断に苦慮した placental site trophoblastic tumor
広島市民病院 産婦人科
大石恵一、植田麻衣子、伊藤佑奈、坂井裕樹、岩間かれん、田中奈緒子、築澤良亮、久保倫子、
森川恵司、片山陽介、玉田祥子、関野 和、依光正枝、上野尚子、石田 理、児玉順一

137. 臨床症状と MRI 所見から術前診断し得た鼠径部子宮内膜症の一例
高知大学医学部 産科婦人科
黒川早紀、谷口佳代、山本慎平、泉谷知明、前田長正

138. 審査腹腔鏡により確定診断ができた結核性腹膜炎の1例
高知大学医学部 産科婦人科学講座
大黒太陽、泉谷知明、山本眞緒、松浦拓也、樋口やよい、氏原悠介、前田長正

139. 腹腔鏡下に摘出を行なった骨盤内交感神経鞘腫の一例
倉敷成人病センター
金城国俊、菅野 潔、榊原洸太、戸枝 満、仙波恵樹、安井みちる、越智良文、加藤 慧、島田京子、
吉野育典、澤田麻里、坂手慎太郎、柳井しおり、羽田智則、安藤正明

140. 完全中隔子宮、腔中隔に対する腹腔鏡下子宮全摘出術の経験
愛媛県立中央病院 産婦人科
行元志門、田中寛希、市川瑠里子、伊藤 恭、井上 唯、今井 統、瀬村肇子、阿南春分、池田朋子、
森 美妃、阿部恵美子、近藤裕司

第3会場

一般講演 第9群 周産期3 合併症妊娠

9:00 - 9:40

座長 鳥取大学 原田 崇

141. 母体骨形成不全症合併妊娠の1症例

¹⁾ 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学、²⁾ 岡山大学大学院保健学研究科
谷岡桃子¹⁾、檜野千明¹⁾、横畑理美¹⁾、久保光太郎¹⁾、長谷川徹¹⁾、光井 崇¹⁾、衛藤英理子¹⁾、鎌田泰彦¹⁾、
中塚幹也²⁾、増山 寿¹⁾

142. トムゼン病合併妊娠の周産期管理

島根大学医学部附属病院 産科婦人科
榊田沙也加、皆本敏子、菅野晃輔、槇原 貫、野々村由紀、澤田希代加、岡田裕枝、石橋朋佳、
折出亜希、金崎春彦、京 哲

143. 当院で経験した肥大型心筋症合併妊娠の3例

高知大学医学部附属病院 産科婦人科
下元優太、渡邊理史、堅田千晶、松島幸生、前田長正

144. 胎児輸血を要した抗 Jra 抗体陽性妊娠の一例

¹⁾ 徳島大学医学部 産科婦人科、²⁾ 徳島大学病院 輸血・細胞治療部
谷口実佑¹⁾、加地 剛¹⁾、今泉絢貴¹⁾、白河 綾¹⁾、吉田あつ子¹⁾、李 悦子^{1) 2)}、苛原 稔^{1) 2)}、岩佐 武¹⁾

145. 妊娠中の再発性急性膵炎に対して中心静脈栄養を行い妊娠継続した一例

独立行政法人国立病院機構 呉医療センター 中国がんセンター 産婦人科
豊田祐里子、荒木ゆみ、木山泰之、菅裕美子、上田明子、中村紘子、本田奈央、水之江知哉

一般講演 第10群 周産期4 先天性疾患

9:40 - 10:20

座長 徳島大学 加地 剛

146. NIPT 認定施設登録後1年間における当院でのNIPTの実際

広島赤十字・原爆病院 産婦人科
甲斐一華、児玉美穂、三春範夫、正路貴代、中前里香子、伊達健二郎

147. 当院でのNIPT開始前後における羊水染色体検査についての比較検討

香川大学医学部 母子科学講座 周産期学婦人科学
鎌田恭輔、香西亜優美、山本健太、石橋めぐみ、田中圭紀、天雲千晶、伊藤 恵、森 信博、
新田絵美子、花岡有為子、鶴田智彦、田中宏和、金西賢治

148. 当院で妊娠中に診断したMeckel-Gruber症候群の一例

愛媛県立中央病院 産婦人科
市川瑠里子、池田朋子、伊藤 恭、行元志門、井上 唯、今井 統、瀬村肇子、阿南春分、田中寛希、
森 美妃、阿部恵美子、近藤裕司

149. 先天性横隔膜ヘルニアを合併した非モザイク型 9p テトラソミー症候群の 1 例

四国こどもとおとなの医療センター 産婦人科

林 亜紀、森根幹生、立花綾香、近藤朱音、檜尾健二、前田和寿

150. 二卵性一絨毛膜性双胎（MCDZ-T）の一症例

山口県済生会下関総合病院 産婦人科

松井風香、品川征大、鷹巣 剛、矢壁和之、田邊 学、丸山祥子、森岡 均、嶋村勝典

一般講演 第 11 群 周産期 5 先天性疾患

10：20－11：00

座長 山口大学 村田 晋

151. 妊娠中に頸部嚢胞を認めた先天性梨状窩瘻の 1 例

県立広島病院 産婦人科

伊勢田侑鼓、中島祐美子、松島彩子、山根尚史、加藤俊平、浦山彩子、白山裕子、三好博史

152. 出生後に総肺静脈還流異常症と診断された児の妊娠 30 週の胎児心エコー所見

¹⁾ 医療法人 サン・クリニック、²⁾ 独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター

萬 もえ¹⁾、沖本直輝²⁾、多田克彦²⁾

153. 当院における総肺静脈還流異常症 2 症例の経験

済生会下関総合病院 産婦人科

品川征大、松井風香、鷹巣 剛、矢壁和之、田邊 学、丸山祥子、森岡 均、嶋村勝典

154. 胎児期に肺静脈狭窄を合併した総肺静脈還流異常Ⅲ型と診断し、出生早期に治療介入した一例

¹⁾ 広島市立広島市民病院 産科婦人科、²⁾ 広島市立広島市民病院 循環器小児科、

³⁾ 山口県立総合医療センター 産婦人科

田中奈緒子¹⁾、関野 和¹⁾、伊藤佑奈¹⁾、大石恵一¹⁾、坂井裕樹¹⁾、岩間かれん¹⁾、築澤良亮¹⁾、久保倫子¹⁾、森川恵司¹⁾、植田麻衣子¹⁾、片山陽介¹⁾、玉田祥子¹⁾、依光正枝¹⁾、上野尚子¹⁾、石田 理¹⁾、児玉順一¹⁾、中川直美²⁾、佐世正勝³⁾

155. 心室性期外収縮を契機に診断に至った胎児心室瘤の 2 例

¹⁾ 徳島大学 産科婦人科、²⁾ 徳島大学 小児科

今泉絢貴¹⁾、加地 剛¹⁾、早瀬康信²⁾、白河 綾¹⁾、吉田あつ子¹⁾、苛原 稔¹⁾、岩佐 武¹⁾

一般講演 第 12 群 周産期 6 周産期統計

11：00－11：40

座長 岡山医療センター 熊澤一真

156. 妊娠年齢上昇と周産期合併症の頻度の検討

山口大学医学部 産婦人科

城下亜文、前川 亮、村田 晋、三原由実子、関谷 彩、津永仁美、米田稔秀、中村真由子、川崎真奈、杉野法広

157. BeWo 細胞におけるニコチンの輸送機序と栄養輸送への影響の解析

広島大学 産科婦人科

定金貴子、向井百合香、古宇家正、工藤美樹

158. 東広島市に居住する妊産婦における産後うつ病のリスク因子についての検討

¹⁾ 市立三次中央病院、²⁾ 倉敷成人病センター、³⁾ 独立行政法人国立病院機構 東広島医療センター
益野麻由 ^{1) 3)}、仙波恵樹 ^{2) 3)}、野村奈南 ³⁾、佐藤優季 ³⁾、平田英司 ³⁾、兒玉尚志 ³⁾

159. 人工知能（AI）を用いた分娩時大出血でのフィブリノゲンと FDP の閾値決定の新方法

¹⁾ 三宅おおふくクリニック、²⁾ Medical Data Labo、³⁾ 埼玉医科大学国際医療センター、
⁴⁾ 独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター、⁵⁾ 三宅医院
宮木康成 ^{1) 2) 3)}、多田克彦 ⁴⁾、三宅貴仁 ^{1) 5)}

160. 新しい FDP 基準値の適用による常位胎盤早期剥離における既存の DIC 診断基準の診断能力の比較

¹⁾ 独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター 産婦人科、²⁾ Medical Data Labo、
³⁾ 三宅おおふくクリニック、⁴⁾ 埼玉医科大学国際医療センター 婦人科腫瘍科
多田克彦 ¹⁾、宮木康成 ^{2) 3) 4)}、熊澤一真 ¹⁾、大岡尚実 ¹⁾、吉田瑞穂 ¹⁾、沖本直輝 ¹⁾、塚原紗耶 ¹⁾、立石洋子 ¹⁾、
政廣聡子 ¹⁾

ランチョンセミナー 5

12:00 – 13:00

座 長：金西賢治 香川大学医学部 周産期学婦人科学

共 催：MSD 株式会社

「婦人科診療における MSI-High 癌とペムブロリズマブ療法について」

演 者：国立病院機構 四国がんセンター 婦人科 竹原和宏

一般講演 第 13 群 周産期 7 分娩管理

13:10 – 13:50

座長 岡山大学 衛藤英理子

161. 当院における無痛分娩についての検討

岡山大学医学部 産婦人科

坂田周治郎、谷 和祐、三苫智裕、横畑理美、三島桜子、大平安希子、牧 尉太、衛藤英理子、早田 桂、
増山 寿

162. 計画的無痛分娩の分娩転帰

岡山愛育クリニック 産婦人科

野口聡一、菊井敬子、中田高公

163. 子宮内膜症または子宮腺筋症の既往がある妊婦は産科合併症リスクが高い

鳥取大学医学部 産科婦人科

元村衣里、原田 崇、東 幸弘、経遠孝子、谷口文紀、原田 省

164. 当院におけるジノプロストン腔剤初期導入成績の検討

倉敷中央病院 産婦人科

村越まどか、福原 健、小林紀子、細部由佳、山野和紀、寺林博之、藤塚 捷、赤松巧将、荒武淳一、黒田亮介、高橋小百合、露木大地、西村智樹、原 理恵、田中 優、伊藤拓馬、楠本知行、中堀 隆、長谷川雅明、本田徹郎

165. ジノプロストン腔内留置製剤（プロウペス[®]）投与による分娩誘発症例の検討

¹⁾ 中国労災病院 産婦人科、²⁾ 県立広島病院、³⁾ 四国がんセンター

宮岡 愛¹⁾、卜部理恵¹⁾、伊勢田侑鼓²⁾、榎園優香¹⁾、日比野佑美³⁾、勝部泰裕¹⁾、藤原久也¹⁾

一般講演 第14群 周産期8 その他

13:50 – 14:46

座長 広島大学 向井百合香

166. 双胎間輸血症候群（TTTS）に対するレーザー凝固術の治療成績

¹⁾ 山口大学医学部附属病院 産科婦人科、²⁾ 川崎医科大学 産婦人科学 1

中村真由子¹⁾、村田 晋¹⁾、末田充生¹⁾、藤井菜月美¹⁾、川崎真奈¹⁾、前川 亮¹⁾、杉野法広¹⁾、松本 良²⁾、中井祐一郎²⁾、下屋浩一郎²⁾

167. 前置血管診断における二段階超音波スクリーニング検査法の提案

高知医療センター 産婦人科

高橋成彦、永井立平、山本眞緒、森田聡美、上野晃子、脇川晃子、川瀬史愛、山本寄人、小松淳子、林 和俊、南 晋

168. 卵巣嚢腫合併妊娠に対する単孔式腹腔鏡下卵巣嚢腫摘出術の手術安全性、周産期予後の検討

高知赤十字病院 産婦人科

高橋洋平、田村 公、前田崇彰、瀬戸さち恵、平野浩紀

169. 帝王切開後硬膜下血腫及び SIADH を来し reversible cerebral vasoconstriction syndrome が疑われた一例

独立行政法人国立病院機構 福山医療センター

白河伸介、今福紀章、中藤光里、山本梨沙、藤田志保、岡田真紀、山本 暖

170. 妊娠後期の高度肥満妊婦に生じた卵巣腫瘍茎捻転に対して腹腔鏡手術を施行した一例

愛媛県立中央病院 産婦人科

伊藤 恭、阿南春分、市川瑠里子、行元志門、井上 唯、今井 統、瀬村肇子、池田朋子、田中寛希、森 美妃、阿部恵美子、近藤裕司

171. 不明熱で帝王切開したが、術後に血球貪食症候群と判明した一例

倉敷中央病院 産婦人科

小林紀子、西村智樹、細部由佳、山野和紀、村越まどか、寺林博之、藤塚 捷、黒田亮介、赤松巧将、荒武淳一、高橋小百合、露木大地、原 理恵、田中 優、伊藤拓馬、楠本知行、福原 健、中堀 隆、長谷川雅明、本田徹郎

172. 当院における COVID-19（疑い含む）妊産婦 10 例の診療経験

岡山赤十字病院 産婦人科

道満佳衣、江口武志、角南華子、柏原麻子、大村由紀子、高取明正

第 4 会場

一般講演 第 15 群 腫瘍 7 良性腫瘍・手術

9 : 00 – 9 : 40

座長 鳥取大学 佐藤慎也

173. 当院でのモルセレーション式子宮鏡 TruClear™ の導入と使用経験

つばきウイメンズクリニック

須賀真美、鵜久森夏世、金石 環、兵頭慎治、鍋田基生

174. 子宮腺筋症核出術後に不妊治療を行うも妊娠せず子宮全摘術をおこなった 1 例

¹⁾ 高松市立みんなの病院 初期研修医、²⁾ 徳島大学病院 産科婦人科

川真田紗也 ^{1) 2)}、山本由理 ²⁾、加藤剛志 ²⁾、苛原 稔 ²⁾、岩佐 武 ²⁾

175. HCG 異常高値から異所性 HCG 産生腫瘍が疑われた 1 例

倉敷中央病院 産婦人科

細部由佳、荒武淳一、小林紀子、山野和紀、村越まどか、寺林博之、藤塚 捷、黒田亮介、赤松巧将、高橋小百合、露木大地、原 理恵、西村智樹、田中 優、伊藤拓馬、楠本知行、福原 健、中堀 隆、長谷川雅明、本田徹郎

176. 閉経後に子宮捻転をきたした子宮筋腫の 2 例

島根県立中央病院 産婦人科

西木正明、江川恵子、障子章大、田中綾子、山上育子、坪倉かおり、奈良井曜子、森山政司、岩成 治、栗岡裕子

177. 妊娠中に左卵巢腫瘍と考えられていた後腹膜神経鞘腫の一例

広島市立安佐市民病院

大原 涼、本田 裕、梅木崇寛、隅井ちひろ、熊谷正俊

一般講演 第 16 群 女性医学

9 : 40 – 10 : 20

座長 川崎医科大学総合医療センター 村田卓也

178. 卵管癌が疑われたが腹腔鏡検査によりクラミジア性骨盤腹膜炎と診断した 1 例

岡山済生会総合病院 産婦人科

秋定 幸、杉原花子、假谷奈生子、春間朋子、小池浩文、坂口幸吉、江尻孝平、平野由紀夫

179. 放線菌治療中に薬物アレルギーを発症した 2 例

香川県立中央病院 産婦人科

堀口育代、矢野友梨、谷 佳紀、永坂久子、高田雅代、米澤 優、中西美恵

180. Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser 症候群の痕跡子宮に巨大子宮筋腫を生じた 1 例

鳥取大学医学部附属病院 産科婦人科

和田郁美、東 幸弘、長田広樹、中曾崇也、池淵 愛、森山真亜子、山根恵美子、佐藤絵理、谷口文紀、
原田 省

181. 高齢者に発症した排尿障害を伴う会陰癒着症の 1 例

岡山大学病院 産婦人科

西田康平、岡本和浩、入江恭平、松岡敬典、依田尚之、小川千加子、中村圭一郎、増山 寿

182. 卵巣滑脱に捻転を伴った鼠径ヘルニアの一例

鳥取県立中央病院 産婦人科

圓井孝志、上垣 崇、野中道子、荒田和也、竹中泰子、高橋弘幸

一般講演 第 17 群 生殖内分泌 1

10:20 – 11:00

座長 岡山二人クリニック 羽原俊宏

183. 徳島県内における不妊治療による多胎妊娠の発生状況に関する調査

¹⁾ 徳島大学大学院医歯薬学研究部 産科婦人科学分野、

²⁾ JA 徳島厚生連 吉野川医療センター 産婦人科

野口拓樹¹⁾、柳原里江¹⁾、湊 沙希¹⁾、鎌田周平¹⁾、谷口友香¹⁾、山本由理¹⁾、松崎利也²⁾、苛原 稔¹⁾、
岩佐 武¹⁾

184. 当院における 2 年間の人工授精についての検討

島根大学医学部 産科婦人科

岡田裕枝、金崎春彦、折出亜希、京 哲

185. ホルモン補充周期凍結融解胚移植は周産期合併症を増加させるか

山口大学医学部 産科婦人科

関谷 彩、三原由実子、城崎 舞、藤村大志、田中結美子、白蓋雄一郎、田村 功、竹谷俊明、
田村博史、杉野法広

186. Rescue ICSI の有用性の検討

山口県立総合医療センター 産婦人科

高崎ひとみ、浅田裕美、田尻翔太、長弘由美子、今川天美、西本裕喜、大谷恵子、三輪一知郎、
讃井裕美、佐世正勝、中村康彦

187. 徳島大学病院における TESE-ICSI の治療成績と周産期予後の検討

¹⁾ 徳島大学 産科婦人科、²⁾ 徳島大学 泌尿器科

湊 沙希¹⁾、山本由理¹⁾、鎌田周平¹⁾、柳原里江¹⁾、河北貴子¹⁾、大豆本圭²⁾、苛原 稔¹⁾、岩佐 武¹⁾

一般講演 第18群 生殖内分泌2

11:00 - 11:56

座長 鳥取大学 谷口文紀

188. 不正出血を繰り返すも診断に苦慮し、融解胚移植により妊娠に至った子宮内膜症の一例

鳥取県立中央病院

上垣 崇、圓井孝志、野中道子、荒田和也、竹中泰子、高橋弘幸

189. 月経直後の子宮ファイバースコピー所見と病理組織学的な慢性子宮内膜炎診断との関連

¹⁾ 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科婦人科学、²⁾ 岡山大学大学院 保健学研究科

澤井雄大¹⁾、光井 崇¹⁾、檜野千明¹⁾、久保光太郎¹⁾、長谷川徹¹⁾、鎌田泰彦¹⁾、中塚幹也²⁾、増山 寿¹⁾

190. 不妊症患者における子宮内膜脱落膜化不全について

¹⁾ 山口大学大学院医学系研究科 産科婦人科学、²⁾ 済生会下関総合病院

田中結美子¹⁾、田村 功¹⁾、藤村大志¹⁾、白蓋雄一郎¹⁾、三原由実子¹⁾、竹谷俊明¹⁾、田村博史¹⁾、嶋村勝典²⁾、高崎彰久²⁾、杉野法広¹⁾

191. 卵巣腫瘍茎捻転疑いにより発見された性分化疾患の1例

山口県済生会下関総合病院 産婦人科

鷹巣 剛、丸山祥子、松井風香、品川征大、矢壁和之、田邊 学、森岡 均、嶋村勝典

192. 腹腔鏡下に予防的性腺摘出術を施行した完全型アンドロゲン不応症 (complete androgen insensitivity syndrome, CAIS) の1例

¹⁾ 岡山大学病院 産婦人科、²⁾ 岡山大学大学院 保健学研究科

篠崎真里奈¹⁾、久保光太郎¹⁾、檜野千明¹⁾、光井 崇¹⁾、長谷川徹¹⁾、鎌田泰彦¹⁾、中塚幹也²⁾、増山 寿¹⁾

193. 原発性無月経を契機に混合性性腺異形成を診断し、予防的性腺摘出にて性腺芽細胞腫を認めた一例

広島大学病院 産科婦人科

中本康介、関根仁樹、野村有沙、張本 姿、八幡美穂、綱掛 恵、森岡裕彦、大森由里子、寺岡有子、友野勝幸、定金貴子、山崎友美、野坂 豪、向井百合香、古宇家正、工藤美樹

194. Wunderlich 症候群術後患側子宮妊娠の2例

愛媛大学医学部附属病院 産婦人科

丹下景子、松原裕子、安岡稔晃、森本明美、内倉友香、宇佐美知香、高木香津子、藤岡 徹、松原圭一、松元 隆、杉山 隆

一般講演 第19群 腫瘍8 卵巣悪性腫瘍

13:10 - 13:50

座長 愛媛大学 松元 隆

195. 若年女性の重複癌の一例

高知県・高知市病院企業団立高知医療センター 医療局 産婦人科

難波孝臣、林 和俊、山本真緒、塩田さあや、高橋成彦、森田聡美、脇川晃子、上野晃子、川瀬史愛、永井立平、山本寄人、小松淳子、南 晋

196. 若年発症の悪性転化を伴う成熟奇形腫の1例

広島市民病院 産婦人科

伊藤佑奈、久保倫子、森川恵司、片山陽介、植田麻衣子、玉田祥子、関野 和、依光正枝、上野尚子、石田 理、児玉順一

197. 卵巣癌の Sister Mary Joseph's nodule (SMJN) に対して臍切除を行った3例

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学

小川麻理子、依田尚之、入江恭平、岡本和浩、松岡敬典、小川千加子、中村圭一郎、増山 寿

198. 当院におけるIV期卵巣癌の治療成績

山口大学医学部附属病院 産婦人科

津永仁美、末岡幸太郎、米田稔秀、坂井宜裕、爲久哲郎、岡田真希、竹谷俊明、杉野法広

199. 著明な男性化徴候をきたした卵巣ステロイド細胞腫瘍の一例

高松赤十字病院 産婦人科

宮井瑛子、櫻井 梓、山内綱大、原田由里子、森 陽子、原 裕子、原田龍介、佐藤幸保、後藤真樹

一般講演 第20群 腫瘍9 卵巣腫瘍・その他

13:50 - 14:30

座長 山口大学 末岡幸太郎

200. 浸潤性腹膜インプラントを伴う卵巣漿液性境界悪性腫瘍の1例

徳島大学病院 産科婦人科

中川奉宇、香川智洋、峯田あゆか、阿部彰子、西村正人、岩佐 武

201. 高異型度漿液性癌および漿液性境界悪性腫瘍を伴った低異型度漿液性卵巣癌の遺伝子解析

島根大学医学部 産科婦人科

菅野晃輔、中山健太郎、山下 瞳、石橋朋佳、野々村由紀、槇原 貫、佐藤誠也、京 哲

202. 婦人科癌治療中の低ナトリウム血症についての検討

山口大学医学部 産科婦人科

米田稔秀、竹谷俊明、津永仁美、坂井宜裕、爲久哲郎、岡田真希、末岡幸太郎、杉野法広

203. 卵巣から発生した mesonephric-like tumor の1例

国立病院機構 高知病院 婦人科

木下宏実、滝川稚也、青木秀憲、甲斐由佳

204. 診断に難渋した腹膜黒色色素沈着の一例

徳島大学病院

村山美咲、白河 綾、門田友里、吉田あつ子、河北貴子、吉田加奈子、加藤剛志、岩佐 武

生殖内分泌学に関するこれまでの研究と研究を通じて学んだこと

徳島大学大学院医歯薬学研究部 産科婦人科学分野

岩佐 武

近年の生殖医学・女性医学の発展は目覚ましく、以前では治療が困難であった疾患についても対処可能な状況となっている。このような医療の発展を支えてきたのは生殖内分泌学の進歩に他ならず、我々産婦人科医はこれらについての知識・経験を持ち合わせておく必要がある。このような考えのもと、我々はこれまで生殖内分泌学に関する研究を一貫して行なってきた。具体的には、「生殖内分泌機能と栄養代謝・ストレス制御機構の相互作用の解明」という目標を掲げ、視床下部機能の解明を中心に据えつつ、様々な角度から基礎検討を重ねてきた。一連の研究によって、①低栄養やストレスによって視床下部で作用する神経ペプチドの活動性が変化し、これが食行動やストレス反応を促進する一方で生殖機能を抑制すること、②これとは逆に生殖機能が栄養代謝・ストレス制御機構に対して影響を及ぼすこと、および③胎児期や出生前後の栄養・ストレス反応はこれらの相互作用に影響を及ぼすことを明らかにした。以上の結果から、生殖機能を含む様々な機能はお互いを制御することで生体を適切な状態に保っていること判明した。また、出生前後の環境はこれらの作用に長期的な影響を及ぼし、将来における疾患の発症リスクを高める可能性が示唆された。このような視点から研究を続けることで、さらなる病態の解明や新たな治療法の開発につなげていけるのではないかと期待している。

本講演ではこれら一連の研究成果を概説するとともに、自身が研究を始めたきっかけや、研究を進める中で学んだことについて紹介する。

略歴

岩佐 武（いわさ たけし）

平成 14 年 5 月 徳島大学医学部附属病院 医員（研修医）

平成 19 年 4 月 徳島赤十字病院 産婦人科

平成 20 年 6 月 徳島大学病院 医員

平成 22 年 4 月 徳島大学病院 地域産婦人科診療部 特任助教

平成 23 年 6 月 カリフォルニア大学バークレー校 客員研究員

平成 25 年 4 月 徳島大学病院 地域産婦人科診療部 特任准教授

令和元年 10 月 徳島大学病院周産母子センター 講師

令和 2 年 8 月 徳島大学大学院医歯薬学研究部 産科婦人科学分野 教授

受賞など

1. 平成 27 年度中国四国産科婦人科学会学会賞（八木賞）
2. 第 38 回日本内分泌学会研究奨励賞（平成 30 年 4 月 26 日）
3. 日本産科婦人科学会平成 30 年度学術奨励賞

妊娠高血圧症候群の母体より出生した児の3歳までの身体発育の調査 — SGA 児の発育への影響因子の検討 —

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学

光井 崇、三島桜子、谷 和祐、増山 寿

【緒言】妊娠高血圧症候群（hypertensive disorder of pregnancy; HDP）は子宮胎盤循環不全に伴う胎児期の血流障害により small-for gestational age; SGA の原因となる。SGA で出生した児は、その約 10% が2歳までに身長が $-2.0SD$ 以上に catch-up せず、SGA 性低身長症となる。SGA の原因は多岐にわたるが、HDP を発症した母体より出生した SGA 児の SGA 性低身長症の発症率や危険因子などの報告はない。また、HDP の母体から出生した児は、将来的に肥満症などの生活習慣病を発症する頻度が高いことが報告されているが、乳幼児期の body mass index; BMI や小児肥満の有病率なども未だ不明である。

本研究では、検討①として、HDP の母体より出生した児の SGA 性低身長症の発症率や危険因子を検討した。また、検討②として、HDP の母体より出生した児の3歳時の BMI や肥満有病率を検討した。

【方法】検討① 2009 年から 2015 年の間に中国四国地方の周産母子センター 13 施設で HDP と診断され、出産した妊婦とその出生児を対象とした。2歳時の体重と身長データを有する SGA 児 194 例で SGA 性低身長症の発症率を調査した。続いて、3歳時に身長が $-2.0SD$ 以上に catch-up した群（catch-up 群）としなかった群（non-catch-up 群）で母体背景および出生児背景を比較し、catch-up に最も影響する因子を多変量解析で検討した。検討② HDP の母体より出生した児において、3歳時の体重および身長、BMI のデータを有する 383 例を対象とした。出生児の3歳時 BMI により、やせ群（BMI 5%ile 未満）、標準群（BMI 5%ile 以上から 85%ile 未満）、過体重および肥満群（BMI 85%ile 以上）に分類し、3歳時の過体重および肥満の発症率を検討した。また、母体背景と出生児背景を比較し、3歳時の BMI に最も影響する因子を特定するため、標準群 vs. 過体重および肥満群で多変量解析を行った。

【結果】検討① 2歳時の体重と身長データを有する SGA 児 194 例中 80 例（41.2%）が SGA 性低身長症であった。3歳時の non-catch-up 群と catch-up 群の比較において、多変量解析で検討した結果、3歳までの catch-up に最も影響する因子は、分娩日数（non-catch-up 群 vs. catch-up 群 209.5 日 vs. 227.0 日 OR 2.73, 95% CI 1.47-5.08, $P=0.001$ ）であった。検討② 3歳時に過体重および肥満となっていたのは、383 例中 55 例（14.3%）であった。標準群、過体重および肥満群の比較において、過体重および肥満群では標準群に比較し、母体の非妊娠時体重、非妊娠時 BMI、分娩時体重が有意に大きかった。標準群 vs. 過体重および肥満群で多変量解析を行った結果、3歳時の過体重や肥満に最も影響する因子は母体の非妊娠時 BMI であった（標準群 vs. 過体重および肥満群 21.4kg/m^2 vs. 23.2kg/m^2 OR 1.07, 95% CI 1.01-1.12, $P=0.01$ ）。

【結論】本研究では、HDP の母体から生まれた児の SGA 性低身長の発症率は 41.2% と非常に高く、出生後の catch-up に最も影響を与える因子は分娩日数であった。また、3歳時の過体重および肥満に影響を与える因子は、母体の非妊娠時 BMI であった。HDP の母体より出生した児の乳幼児期の身体発育は、分娩週数や母体の背景因子に大きく影響される可能性が示唆された。

【略歴】

光井 崇（みつゐ たかし）

平成 21 年 3 月 川崎医科大学医学部医学科卒業

平成 21 年 4 月～ 国立病院機構岡山医療センター 初期研修医

平成 23 年 4 月～ 岡山大学病院 産科・婦人科学 後期研修医

平成 23 年 10 月～ 香川労災病院 産婦人科

平成 24 年 10 月～ 中国中央病院 産婦人科

平成 25 年 10 月～ 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学 医員

平成 30 年 4 月～ 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学 助教

卵巣癌の初回治療戦略

筑波大学医学医療系産科婦人科学

佐藤豊実

日本産科婦人科学会婦人科腫瘍委員会の報告によれば新規卵巣がん患者の登録数は、1998年には2,043名であったものが、2018年には7,031名と約3.5倍になっている。国立がん研究センターがん対策情報センターの2020年のがん統計予測では、新規罹患患者を13,400名と推計、生涯罹患率は1/62（2017年全国推計値データに基づく）である。卵巣がん患者数は今後も増えると予測され、我々は可能な限りエビデンスに基づいた治療戦略をたて、個々の患者に最適な医療を届けなければならない。

近年、卵巣癌の初回治療では手術療法においても薬物療法においても、ランダム化比較試験による新しいエビデンスが出てきており、5年前10年前とは治療戦略が大きく異なっている。今回は手術療法、薬物療法に分けてお話をさせて頂く。

2020年版の卵巣がん・卵管癌・腹膜癌治療ガイドラインではLION試験およびガイドライン作成において導入されたシステムaticレビューとメタアナリシスの結果を受けて、「IIB期以上と考えられる患者に対する初回手術で、骨盤・傍大動脈リンパ節郭清は奨められるか?」というCQ 03に対する推奨は「画像検査および術中の触診と視診により臨床的にリンパ節転移を認めない場合は、骨盤・傍大動脈リンパ節郭清を実施しないことを提案する。」となった。また、「腹腔内播種を有すると考えられる患者に対して、診断目的の腹腔鏡下手術は奨められるか?」とのCQ 09が立てられ、これに対する推奨は「手術完遂度の予測、あるいは進行期の決定や組織採取を目的として実施することを提案する。」で、解説には「昨今のがんゲノム診療の進歩を考慮すると、化学療法前の腫瘍組織を採取しておくことは、適切な分子標的治療薬の選択に有用」との記載があり、薬物療法の治療戦略を立てる上でも組織採取が重要であるとの見解である。

薬物療法は分子標的治療薬を維持療法まで含めた初回治療にどの様に組み込んでいくかが鍵となる。血管新生阻害薬であるBevacizumab、PARP阻害薬であるOlaparib、Niraparib、あるいはその組み合わせという選択肢から、コンパニオン診断の結果（コンパニオン診断を受けないという場合を含む）に基づき、患者の状態などを加味した上で決定する。

進行卵巣癌は、手術や化学療法を行うことで一時的に寛解することがあっても、その多くは再発し治癒は難しいと考えてきた。近年の臨床試験結果をみても、完治が難しい疾患であることには変わりはない。しかし、分子標的薬が日常診療で使えるようになり生存期間は改善し、一定の条件を満たした患者では治癒を期待できる時代に入ったことは間違いなさそうである。だからこそ、個々の患者に最適な治療戦略を立てることが我々の責務である。

〈略歴〉

佐藤豊実（さとう とよみ）

1989年 筑波大学医学専門学群卒業 筑波大学附属病院産婦人科で研修開始

1996年4月 茨城西南医療センター病院 科長

2002年3月 筑波大学医学医療系産科婦人科学 講師

2011年3月 筑波大学医学医療系産科婦人科学 准教授

2015年7月 筑波大学医学医療系産科婦人科学 教授

〈役職など〉

日本産科婦人科学会 代議員・中央専門医制度委員会副委員長

日本専門医機構 理事

日本婦人科腫瘍学会 理事

婦人科がんゲノム医療

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

平沢 晃

がんゲノム医療は「がん患者の腫瘍部および正常部のゲノム情報を用いて治療の最適化・予後予測・発症予防をおこなう医療（未発症者も対象とすることがある。またゲノム以外のマルチオミックス情報も含める）」と定義される（がんゲノム医療推進コンソーシアム懇談会 報告書平成 29 年）。これまでのがん治療は、おもに発症した臓器や組織型に基づく分類をもとに治療法の選択が行われてきた。一方でがんは様々な遺伝子の変化の蓄積で発症し、発症臓器が同じであってもそのゲノム情報は個々の患者や病巣ごとに異なる。がん遺伝子パネル検査は、がん関連遺伝子を含む多くの遺伝子を網羅的に調べることで、がん細胞の特徴をゲノム解析によって網羅的に調べ、がんに関連する多数の遺伝子変化などを確認することを通して、適切な薬剤や治療法、対象となる可能性のある臨床試験・治験の有無を専門家チームが検討し、その結果を患者に伝える検査である。

がん遺伝子パネル検査では腫瘍の体細胞病的バリエーションの検出と同時に生殖細胞系列病的バリエーションが検出される場合がある。現在のがん遺伝子パネル検査に搭載されている遺伝子の多くががん関連遺伝子であり、遺伝性腫瘍が推定・検出されることがある。海外の報告では、がん遺伝子パネル検査実施例のおおよそ 1 割の例で生殖細胞系列病的バリエーションが同定されるが、とくに婦人科腫瘍は遺伝性腫瘍の頻度が高い。

遺伝性腫瘍に関する情報は本人の治療の最適化・予後予測・発症予防において有用であるのみならず、その血縁者に対しても利活用可能な情報となりうる。2020 年からは遺伝性疾患としての HBOC が保険病名として採用され、BRCA1/2 の遺伝学的検査、サーベイランス、リスク低減手術などの一部が保険収載されたが、今後はがん既発症者に限定されない保険適用が臨まれる。

我が国では経済財政運営と改革の基本方針 2019（骨太方針 2019：閣議決定）を踏まえ、令和 2 年度から開始する健康・医療戦略のもと、2019 年 10 月の第 1 回ゲノム医療協議会において、発がんの原因遺伝子特定に向けた全ゲノム解析を行うことが示された。

産婦人科腫瘍領域はゲノム情報を当事者と共有することで、未発症者も含めた個別化がん治療や予防が可能となることが多く、今後の全ゲノム解析時代を念頭ににおいた対応が必要である。

【略歴】

平沢 晃（ひらさわ あきら）

1995 年 慶應義塾大学医学部卒業、慶應義塾大学病院 産婦人科研修医

2000 年 東京医科歯科大学難治疾患研究所遺伝疾患研究部門（分子細胞遺伝）（稲澤譲治教授）で婦人科がんゲノム異常の研究に従事。

2005 年 慶應義塾大学医学部産婦人科 助教（助手）

2011 年 フィンランド分子医学研究所に留学。フィンランドアカデミー上級研究員

2015 年 慶應義塾大学医学部産婦人科専任講師

2018 年 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 病態制御科学専攻 腫瘍制御学講座（臨床遺伝子医療学分野）教授

【専門医等】

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

がんゲノム入門ーがんゲノムプロファイリング検査を行うために必要な知識と実例ー 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科婦人科学分野

小川千加子、入江恭平、岡本和浩、松岡敬典、依田尚之、中村圭一郎、増山 寿

2019年6月にがんゲノム医療の一環として包括的ゲノムプロファイリング（CGP）検査が保険収載され、2種類のがん遺伝子パネルが使用可能になった。施行から2年余りが経過するが、CGPの活用には施設間の温度差が感じられる。多くの産婦人科医師にとってCGPは、高額な割に推奨治療は見つからず、臨床で活用することが難しいイメージがあるのではないだろうか。本講演では主にCGPを使用した事のない医師を対象に、CGPを実際に出検するためのhow toから、結果を理解するために学んでおきたい事項の解説、そして後半では治療や医学的管理につながった実例を提示し、がんゲノム医療をより身近に感じていただきたいと思う。

CGPは全国約200の指定医療機関で施行でき、それ以外の施設では指定医療機関への紹介が必要となる。標準療法が終了（見込み）である程度の予後が見込める患者が対象となるが、「標準療法」や「終了」の判断が難しい場合もあり、迷うときには実施施設に事前に相談することが望ましい。結果が返却されると、多職種によるエキスパートパネル（EP）が開催され、結果の医学的解釈と臨床的意義づけから推奨される治療方針について話し合われる。当院のEPでは実際に患者の治療にあたっている主治医の参加を原則としており、オンラインで参加可能である。この時に腫瘍分子生物学の基礎知識とレポート解説の指南がないとEPが“宇宙語”に聞こえてしまうので、多少の準備が必要である。腫瘍分子生物学と聞くと身構えてしまいそうだが、ドライバー遺伝子となることが多いがん遺伝子・抑制遺伝子の代表格や、がん細胞の形質（自律増殖、細胞周期の非抑制、ゲノム不安定性など）に関わる遺伝子、遺伝性腫瘍について大まかな理解ができていると、議論がグッと面白く感じられるだろう。

実情として、CGPから治療に到達する例は多くはなく、2019年の厚生労働省の調査では約10%であった。治験の多くが都市部に集中していることに加え、昨今の感染症事情もあり、地方での到達割合はさらに低下する。新規薬剤の開発や患者申出療法などの出口戦略の拡充が重要であるが、我々医師も医師主導治験や企業治験に積極的に関わる姿勢が求められる。

【略歴】

小川 千加子（おがわ ちかこ）

2003年 山口大学医学部附属病院 産科婦人科 医員

2010年 山口大学医学部附属病院 産科婦人科 助教

2011年 岡山大学病院 産科婦人科 医員

2012年 岡山大学病院 産科婦人科 助教

2015年 福山医療センター 婦人科 医師

2017年 岡山大学病院 産科婦人科 医員

2018年 岡山大学病院 産科婦人科 助教

2021年 岡山大学病院 産科婦人科 講師

卵巣癌治療に関する最近の話題

慶應義塾大学医学部 産婦人科学

青木大輔

卵巣癌の一部は遺伝性腫瘍として認識されており、*BRCA1* または *BRCA2* (*BRCA*) の生殖細胞系列 (*gBRCA*) の病的バリエーション (変異) が原因である。近年 *BRCA* の病的バリエーションや相同組み換え修復欠損 (homologous recombination repair deficiency; HRD) が生じている癌細胞に対してより効果が期待される PARP 阻害薬が開発され、わが国でも使用可能となった。

プラチナ感受性の卵巣癌再発にプラチナ製剤を含む多剤併用療法を行い効果の確認された場合に PARP 阻害薬である olaparib や niraparib の維持療法を行うと有意に無増悪生存期間 (PFS) が延長することが RCT (SOLO2、NOVA) によって検証されたことから、olaparib と niraparib が再発癌の維持療法として使用可能となった。また、*gBRCA* 病的バリエーション陽性進行卵巣癌の術後化学療法 (first-line) 後に olaparib 維持療法を行うと有意に PFS を延長することが報告された (SOLO1)。また PRIMA の結果によって niraparib は *BRCA1/2* の状態によらず術後化学療法のプラチナ感受性が確認できれば使用可能となった。さらに術後化学療法に bevacizumab が併用された場合、HRD 検査 (myChoice) が陽性であれば維持療法として bevacizumab と olaparib による維持療法を行うことができる (PAOLA1)。*gBRCA* や腫瘍 (t) *BRCA*, HRD の状態は、薬物選択の観点から重要性は高いと考えられる。

現在わが国で卵巣癌に対して使用が認められている主な分子標的薬は bevacizumab と olaparib, niraparib であるが、今後 immune checkpoint inhibitor も加え、これらのコンビネーションの有効性の評価がすでに始まっている。また、最近、がんゲノム医療の推進に伴って遺伝子パネルによる検査 (がんクリニカルシーケンス) が行われるケースが増加している。他がんにこの検査を実施した場合に偶発的に発見される生殖細胞系列病的バリエーションに *gBRCA* をはじめとする HRD 関連遺伝子の病的バリエーションが含まれることが多いことからその家系員も含め対応を迫られるケースが多くなることが予想される。

略歴

青木 大輔 (あおき だいすけ)

【学歴・職歴】

1982 年 慶應義塾大学医学部卒業

1982 年 慶應義塾大学医学部産婦人科 研修医

1988 年 米国 La Jolla Cancer Research Foundation, Postdoctoral fellow

1990 年 国立東京第二病院 (現 独立行政法人国立病院機構東京医療センター) 医員

1991 年 慶應義塾大学 助手 (医学部産婦人科学)

1996 年 慶應義塾大学 専任講師 (医学部産婦人科学)

2005 年 慶應義塾大学 教授 (医学部産婦人科学)

【所属学会】日本産科婦人科学会 (副理事長)、婦人科悪性腫瘍研究機構 (副理事長)、日本婦人科腫瘍学会 (理事)、日本産科婦人科遺伝子診療学会 (副理事長)、日本遺伝性腫瘍学会 (副理事長)、日本産婦人科手術学会 (常務理事)、日本産科婦人科内視鏡学会 (常務理事)、日本臨床細胞学会 (理事)、日本女性医学学会 (理事)、日本がん治療認定医機構 (理事)、日本癌治療学会 (代議員)、日本癌学会 (評議員)、Asian Society of Gynecologic Oncology (President)、International Academy of Cytology (Council member) 等

【専門医】日本産科婦人科学会産婦人科専門医、日本婦人科腫瘍学会婦人科腫瘍専門医、日本臨床細胞学会細胞診専門医、日本女性医学学会女性医学専門医

災害時に必要なこと、必要な準備するために

国保旭中央病院 産婦人科

鈴木 真

「災害は忘れたころにやってくる」とよくいわれるが、昨今、日本各所で台風、豪雨、地震などの災害が起こっており、忘れる暇もなく常に災害対策にかかわる部署は臨戦態勢である。ひとたび災害が起こると建物、道路、電気などの生活に直結するものが消失することはもちろんであるが、生命が失われることさえある。我々が担っている医療提供の機能不全は助けられる生命を危機的状況から救うことを困難にする。それは周産期分野においても同様である。

災害時に医療機能低下を最小限とするためには、災害の被害状況とともにその時点で利活用できる医療資源を正確に把握し、医療提供体制の再構築を早急に行う必要がある。必要な情報を集めることは簡単ではなく、EMIS、PEACE といった緊急時医療情報収集システムを活用することはもちろんではあるが、日ごろの母体搬送ネットワークを活用することは極めて重要な情報収集方法である。それらの情報をもとに災害時小児周産期リエゾンのメンバーが各自治体の医療調整本部の中で統括災害医療コーディネーターを中心として、行政、医療機関、消防、民間と協働して電力供給、自家発電機および燃料の確保、医薬品・診療材料・食料の確保など医療提供体制の維持と復旧にかかわる計画立案し、実行していくことが求められる。これらを円滑におこなうためには、訓練を繰り返し行い、そこから得られた問題点を改善し続け、日々準備することである。

【略歴】

鈴木 真（すずき まこと）

1988 年 昭和大学医学部卒業

昭和大学医学部産婦人科

昭和大学病院および関連施設にて研修（NICU 研修、海外研修含む）

2004 年 亀田総合病院 産婦人科

総合周産期母子医療センター 医療安全管理室

2021 年 総合病院 国保旭中央病院 産婦人科 医療安全管理推進室

〈災害関連〉

資格 地域災害医療コーディネーター（2016.10-）

災害時小児周産期リエゾン（2018.1-）

院外 日本周産期新生児医学会 災害対策委員会 委員

千葉県救急ネットワーク会議 委員

千葉県 DMAT 検討会 委員

災害時小児周産期リエゾン連絡協議会 委員

高知県の周産期診療における南海トラフ地震対策

高知大学医学部附属病院

渡邊理史

はじめに

高知県では近い将来、南海トラフ地震による甚大な被害が想定され、その対策は喫緊の課題である。これまでの過去の大規模災害においては、妊産婦被災者の情報や状況がDMAT等にほとんど伝わらず、妊産婦への医療提供や保健支援が行き届かなかった。

本県の対策

本県では、平成28年から周産期における災害対策を議論するワーキンググループを設置し、検討を進めている。このワーキンググループを中心に、災害時小児周産期リエゾン（以下リエゾン）が高知県災害時保健医療調整本部内に参集できるよう既存の計画を改定した。そして小児周産期医療領域の情報を集約し、得られた情報から支援の必要性や具体的な方策について、災害医療コーディネーターと連携し、助言や調整を行う役割を担うことができるよう位置付け、活動時の補償を盛り込んだ。さらに、具体的な災害対策を講じるためには、予想される妊産婦被災者数や医療需要数が必要と考え、その定量化を試みた。その結果、被災時には高知全県で早急な治療を要する妊産婦が約40名、避難所生活を強いられる妊産婦が約1,200人で、その約9割が県庁所在地の高知市で発生することが明らかとなった。この結果から、災害時には①高知市を3つのエリアに分け、そのエリア内で医療完結できるよう体制整備を行った。②各3つのエリアの災害拠点病院に1名以上の災害時小児周産期リエゾンを配置した。③各エリア内において、診療所と災害拠点病院の連携・役割を明確化し、速やかな災害時活動が可能となるよう、緊急連絡網を付記したアクションカードを作成し配布した。

今後の課題

妊産婦が、被災時に平時と異なる周産期施設を受診した際にどのように妊婦情報を取得共有するのか、またその共通言語をどうするのか等検討する必要がある。これらの課題に対して、訓練の検証と対策の検討を重ね、体制を作っていく予定である。

【略歴】

渡邊 理史（わたなべ たかふみ）

平成20年3月 高知大学医学部医学科卒業

平成20年4月 高知大学医学部附属病院 初期臨床研修医

平成22年4月 高知大学医学部附属病院 産科婦人科 医員（レジデント）

平成25年4月 高知県立幡多けんみん病院 産婦人科

平成27年4月 高知大学医学部附属病院 産科婦人科 特任助教

平成29年4月 高知医療センター 産科婦人科

平成30年4月 政策研究大学院大学 留学

平成31年4月 高知大学医学部附属病院 産科婦人科 助教 現在に至る

【資格・学会活動・その他】

日本産科婦人科学会 専門医

日本災害医療派遣チーム（DMAT）隊員

厚生労働省災害時小児周産期リエゾン

BLSO（病院前産科救急シミュレーション）キャンディデート

【所属学会】

日本周産期新生児医学会 会員

日本災害医学会 会員

今後起こる大規模災害に向けて、小児周産期ができること 災害時小児周産期リエゾン、救急医の立場から

岡山大学病院 救命救急災害医学科

塚原紘平

岡山県は平成30年7月豪雨で倉敷市真備を中心に甚大な水害被害を経験した。改めて災害の備えが重要であることを思い知らされた。真備では11の医療機関が被害にあい、真備記念病院の病院避難が行われた。小児周産期領域では冠水にて一時的に機能停止した産院や移転を予定した小児科クリニックの機材がすべて流されるなどの被害があったが、急性期の医療的需要に関しては既存の医療体制で対応可能であった。重急性期、復旧期に関しては、小児周産期リエゾンが県内に5名在籍しており、密な連絡と県庁保健医療調整本部内にリエゾン本部を立ち上げ、情報発信、情報収集を行った。

災害において小児周産期の患者は弱者であり、リエゾンの存在は重要である。しかし、その需要は自ら上がってくることは少なく、いわゆるプッシュ型支援のもと、自らが情報発信を行い、拾い集めていく必要がある。そのため、平時からの連絡体制が災害時では大きな役割を果たす。また、情報を統括する本部を立ち上げることが重要で、CSCATTTの概念が必須であり、災害教育はもちろんのこと日頃から指揮命令系統を使った医療を行っている救急医はその中心になることが多い。救急医の役割は、日頃から培った交渉能力、連携力であり、専門領域である小児科、産婦人科を災害医療体制に組み込むことで、強力な災害時小児周産期体制を構築することであると考えている。

今後、起こるべく災害に備えて、訓練を含めて、備えていくべき点を災害時周産期リエゾンの立場で議論できればと考える。

略歴

塚原 紘平（つかはら こうへい）

2004年3月31日 札幌医科大学医学部医学科 卒業
2004年4月1日 国立病院機構岡山医療センター 初期研修医
2006年4月1日 同病院 小児科後期研修医
2009年4月1日 国立成育医療研究センター
手術集中治療部フェロー
2012年1月1日 岡山大学病院 高度救命救急センター 助教
2020年5月21日 岡山大学大学院卒

資格、免許等履歴

2011年7月10日 JATEC プロバイダー
2011年10月1日 小児科専門医
2013年3月8日 日本統括DMAT 隊員
2013年10月6日 JPTEC プロバイダー
2013年10月12日 PALS インストラクター
2014年1月1日 救急専門医
2015年4月 集中治療専門医
2015年12月18日 大学災害管理技能者
2016年4月1日 PALS 中四国 TS 副代表
2016年10月1日 小児科指導医
2017年4月1日 災害時小児周産期リエゾン

妊産婦緊急搬送システム“iPicss”を用いた情報収集の有用性 ～被災時の連携体制構築と災害想定訓練～

岡山大学病院 産科・婦人科

牧 尉太、増山 寿

【はじめに】iPicss（アイピクス）がインストールされている通信端末が2019年5月から岡山県下の全分娩取扱施設（助産院含）に配備されている。iPicssは、妊産婦を搬送する際、施設内・間の情報共有を補助するシステムである。平成30年7月豪雨災害では、妊産婦に関する種々の災害情報システムの未入力や情報収集方法の欠如・錯綜・誤情報の流言など多くの課題点が浮き彫りにされた。災害時の対策として「iPicss 災害モード」を作成し、被災後の問題点の解決にむけ、災害対策本部と病院間の情報連携システムとして機能を拡充させた。2019年9月、岡山県北部を震源とした災害想定訓練が実施され、岡山県小児・周産期リエゾンも参加し、分娩取扱施設の被災状況収集にiPicss 災害モードを用いて有用性を検討した。

【実施内容】普段から緊急搬送用で使用しているiPicssは、災害時でも“繋がりやすい電話”として設置しており、周産期リエゾン専門ダイヤルを設定した。発災直後の施設の被害状況を「最低限だけど最大限必要な情報」に絞り、各分娩取扱施設から、災害本部のリエゾン宛てにiPicssで動画・画像・情報を安全に送付する。また受信情報を災害情報システムにリエゾンが代行入力する。着信情報や集約化された情報を各責任者へ定時に伝達し、派遣・物資供給の必要性について協議した。

【結果】iPicssの操作性に慣れており40/42施設の被災情報を訓練開始後2時間で共有することができた。また広域搬送症例においてDMATと病院の選定や搬送決定までを、迅速に行うことができた。避難所の広域搬送患者の情報をかかりつけ医療機関から電子・紙カルテを撮影し、必要時提供していただけた。災害本部からも「情報収集が圧倒的に早い」とシステムに高評価をいただいた。一方で、事務局の保有するiPicss端末を増やすこと、一斉に各所へ音声通知ができること、災害後の時間経過に合わせた収集項目を提示変更する対応が必要であることが分かった。

【結語】iPicssは2021年、病院間に加え救急隊も患者情報共有を行えるシステムに拡大を予定している。さらにCOVID-19陽性妊婦の搬送対応は「COVID-19モード」が完成し、現在稼働中である。平時に利活用できているからこそ、災害やCOVID-19対応時の緊急情報収集に利用者の負担やストレスなく用いられる。緊急事態にこそ、情報のバンドルを各方面に届けることをテーマに、iPicss利用者が手間にならず使いたいシステムの構築を今後も継続していく所存である。

牧 尉太（まき じょうた）

略歴：平成23年 金沢医科大学卒業

平成25年4月 福井県立病院 産婦人科

平成26年4月 董仙会 恵寿総合病院 家族みんなの医療センター 産婦人科

平成27年4月 岡山大学病院 産科・婦人科 医員

平成31年4月 岡山大学病院 産科・婦人科 助教

資格：医学博士

日本産科婦人科学会専門医・指導医

日本周産期・新生児学会 周産期（母体・胎児）専門医

日本女性医学学会認定女性ヘルスケア専門医

女性心身医学会認定医

日本医師会認定産業医

災害時小児周産期リエゾン

日本DMAT隊員

新型コロナウイルス感染症（COVID-19）流行の現況と展望

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 小児医科学

塚原 宏一

COVID-19については、5月23日時点で日本の累計感染者は709,527人で昨年末までの3.1倍、死亡率は年末の1.5%から1.7%になった。岡山県の累計感染者は6,742人で昨年末までの4.9倍、死亡率は年末の1.1%から1.2%になった（国内で8番目に低い）。イギリス型変異株は40～50代の死亡率を上げるものの、全体の約90%を占める60代以上の死亡数はあまり上げないようである。

実際の感染者をPCR陽性者の約10倍と推定した場合、現時点での岡山県の伝播可能者は0.5%、免疫獲得者は自然感染で3.6%、ワクチン接種と合わせても約6%と計算される（高齢者へのワクチン接種率は2番目に低い）。その地域の流行抑止に必要とされる「免疫獲得者30%」の1/5までしか達成できていない。

SARS-CoV-2は武漢型→ヨーロッパ型（D614G）→イギリス型（B.1.1.7: N501Y）；ブラジル型（P.1: N501Y, E484K, K417T）；南アフリカ型（B.1.351: N501Y, E484K）→インド型（B.1.617: L452R, E484Q, P681R）と変異を重ね、前2者はすでに淘汰された。インド型は現在蔓延中のイギリス型よりもさらに伝播力が強く（イギリスでもインド型に移行しつつある）、日本の変異株スクリーニング（N501Y）では検出できない。日本でもインド型への移行が予想されるが、その実態を把握できるくらいの検査体制強化が急務である。

ファイザー、モデルナの両ワクチンはイギリス型、インド型にも有効そうであるが、現時点で、日本の医療関係者、高齢者のワクチン完遂率は48%、0.4%にとどまる。国民の完遂率で日本の2%はイスラエルの56%、アメリカの38%、イギリスの31%に比べてかなり低い。インフルエンザへのタミフルのような強力な抗ウイルス薬が存在しない中、ワクチン接種を推進することが、COVID-19流行阻止への唯一最高の打開策である。

日本、岡山県、岡山大学病院でのCOVID-19対応については、第一波、第二波、第三波についてそれぞれ、塚原（岡山医学会雑誌 2020）、東恩納・塚原ら（岡山医学会雑誌 2021）、Tsukaharaら（Global Health & Medicine 2021；フリーダウンロード）が分析し、その時点での対応策を論じた。今回の講演では、岡山県でCOVID-19の当初（昨年1月末）よりかかわってきた本発表者の経験をもとに、数値的指標を活用しながら、COVID-19流行の現況と展望について述べる。

【略歴】

塚原 宏一（つかはら こういち）

1985年 京都大学医学部医学科卒業

1985年 京都大学医学部附属病院 小児科

1986年 福井赤十字病院 小児科 医師

1988年 福井医科大学医学部小児科学 助手

（1992年～1994年 米国ニューヨーク州立大学医学部腎臓・高血圧部門留学）

2002年 福井医科大学医学部附属病院 小児科 講師

2010年 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 小児医科学 准教授

2014年 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 小児医科学 教授（現在に至る）

2017年 岡山大学病院 副院長（医療安全管理部門）（現在に至る）

2017年 岡山大学病院 感染制御部 部長（現在に至る）

【現在の役職】

日本小児保健協会・日本小児感染症学会・日本小児腎臓病学会：理事

日本感染症学会・日本腎臓学会：評議員

岡山県小児科学会・岡山県小児保健協会：会長

死戦期帝王切開の国内での実施状況とレビュー

宮城県立こども病院産科 / 東北大学大学院医学系研究科先進成育医学講座胎児医学分野

室月 淳

【目的】死戦期帝王切開 perimortem cesarean section (PCS) とは、なんらかの原因によって心肺停止をおこした妊婦に対して、心肺蘇生処置の一環としておこなう緊急帝王切開を指す。PCS の概念をガイドラインとしてはじめてとりあげたのは AHA の Consensus 2005 であり、わが国では 2011 年にだされた「母体安全への提言 2010」によって広く知られるようになった。国内で実際におこなわれている PCS の実態や成績、問題などを調査し、母体救命のために適切なプロトコルなどをあきらかにすることを目的とした。

【方法】全国 MFICU 連絡協議会加盟の 187 施設に一次調査をおこない、またハンドサーチによって症例を集め、PCS の施行施設より二次調査票を回収して詳細を検討した。母体の心停止と関連した緊急帝王切開と広く定義して症例の収集をおこなった。

【結果】17 施設 21 症例が集まった。そのなかで 3 例は母体の心肺停止蘇生後に帝王切開をおこなったものであり、狭義の PCS は 18 例であった。児の救命を目的とした死後帝王切開 postmortem cesarean section はなかった。死戦期帝王切開 18 例のなかで院内発生は 10 例、院外発生は 8 例であった。母体蘇生が成功したのは 18 例中 12 例 (67%) で、院内発生 10 例中 8 例、院外発生 8 例中 4 例であった。母体退院までいたったのは 18 例中 5 例 (28%) で、院内発生 10 例中 3 例、院外発生 8 例中 1 例であった。母体心肺停止の原因は、蘇生群 12 例ではリトドリンによる肺水腫 2 例、周産期心筋症 2 例、脳幹梗塞・心肺虚脱型羊水塞栓・WPW 症候群・子宮破裂・硬膜外麻酔薬のくも膜腔誤注入がそれぞれ 1 例ずつ、不明が 3 例、非蘇生群 6 例では大動脈解離 2 例、心肺虚脱型羊水塞栓・MCTD 増悪による肺出血・飛び降りがそれぞれ 1 例ずつ、不明が 1 例であった。心肺停止から PCS までの時間は、院内発生では 9.7 分 (0-52)、院外発生では 40.3 分 (22-58) であった。蘇生に成功した 12 例のその後の予後を見ると、4 例は蘇生後死亡 (DIC の増悪 3 例、感染症 1 例)、4 例は低酸素性脳症、1 例は下肢廃用障害で、後遺症なしで退院したのは 3 例であった。18 例の児の予後は、正常が 3 例、死亡が 5 例、脳性麻痺が 8 例であった。一方、蘇生後帝王切開は、重症 PIH によって心肺停止がおこり 9 分後に蘇生、その後帝切したが DIC、MOF で死亡した例、冠動脈解離によって心肺停止後 2 踏んで蘇生、その後帝切して後遺症なしで生存した例、急性白血病による血球貪食症候群により心停止 14 分で蘇生、帝切後にいったんは循環改善するも 3 時間後に死亡した例の 3 例であった。

【考察】PCS は母体の心肺蘇生に有効であることが示唆された。しかし PCS 後の DIC や大量出血はきわめて高い確率でおこるので、あらかじめその対応を考えておくべきである。PCS は基本的に児の予後について考慮をいれないが、母体心肺停止後からすみやかに PCS によって児を娩出すれば intact survival が期待できる。経皮的な心肺補助 (PCPS) は心肺蘇生後に有用であり、PCS 終了と同時に PCPS をはじめることが望まれる。

【略歴】

室月 淳 (むろつき じゅん)

1986 年 3 月 東北大学医学部医学科卒業

1993 年 7 月 - 1996 年 6 月 カナダ・ウェスタンオンタリオ大学ローソン研究所

1996 年 10 月 大崎市民病院 産婦人科 科長

1999 年 4 月 東北大学医学部 助手

2000 年 8 月 東北大学附属病院 講師

2002 年 1 月 国立仙台病院 産婦人科 医長

2004 年 7 月 岩手医科大学医学部 講師

2007 年 1 月 順天堂大学大学院環境医学研究所 研究員

2007 年 4 月 東北大学病院 准教授

2009 年 9 月 宮城県立こども病院 産科部長

2010 年 4 月 東北大学大学院医学系研究科先進発達医学講座胎児医学分野 教授を併任、現在にいたる

死戦期帝王切開における麻酔科医の果たす役割

岡山大学病院 小児麻酔科

金澤伴幸

死戦期帝王切開は、近年妊婦に対する心肺蘇生法の一環として認識されつつある。通常的心肺蘇生に反応しない妊婦に対し、胎児を娩出することにより心拍再開の可能性を高めることを目的とする。

心肺蘇生の場面で求められる重要な事項としてチームとしての機能があり、心肺蘇生の場においてコマンダーを決定し、役割分担を行うことはすでに常識である。麻酔科医は心肺蘇生を頻繁に行う診療科として認識されており、胸骨圧迫や人工呼吸、薬剤投与、原因検索などの実務を行うことはもちろん、コマンダーとして位置することも多い。妊婦の心肺蘇生は、①頻度が低く、②母体、胎児それぞれの救命に注力せねばならず、さらに③産科危機的出血の併発に対する輸血方針、④体外式膜型人工肺（ECMO）による呼吸・循環サポートの導入決定など患者バイタル維持に加え、関連診療科との連携、医療資源の準備などコマンダーの能力が問われる。死戦期帝王切開では産科、新生児科、救急科、心臓血管外科、麻酔科、助産師、看護師、臨床工学技士など携わる診療科やコメディカルスタッフが多いため、各分野での診療が独立して進行し、全体的な統率が取れなくなることが多く、診療科のレベルは別にしてチームとして機能を果たせなくなる可能性がある。特に危機的出血への対応や心拍再開が得られない場合の母体救命のための ECMO 導入の決定などは意思決定とスムーズな介入が必須でありチームとしての機能が問われる。麻酔科医は、手術室における患者の生命維持を主な診療の一つとし、安全管理にも精通している。さらに呼吸循環に対し薬剤サポートはもちろん、人工呼吸や ECMO などの機械的サポートに関しても精通しているため死戦期帝王切開ではコマンダーとして従事することを求められることも想定される。本講演では、当院で経験した死戦期帝王切開からあげられたチーム医療の問題点、さらにシミュレーションによるチーム医療のレベルアップなどに関して死戦期帝王切開における麻酔科医の果たす役割を当院の取り組みなどを踏まえてのべることとする。

【略歴】

金澤 伴幸（かなざわ ともゆき）

平成 13 年 3 月 神戸大学医学部卒業

平成 13 年 6 月 姫路赤十字病院 初期研修医

平成 15 年 6 月 姫路赤十字病院 麻酔科

平成 16 年 7 月 岡山大学病院 麻酔科入局

国立成育医療センター手術集中治療部 レジデント

平成 16 年 10 月 国立成育医療センター手術集中治療部 スタッフ

平成 18 年 10 月 岡山大学病院 麻酔科 医員

平成 20 年 10 月 国立成育医療センター手術集中治療部 スタッフ

平成 21 年 10 月 Canada, British Columbia 小児病院 Critical Care Unit, Visiting Specialist of Physician

平成 22 年 10 月 岡山大学病院 麻酔科 医員

平成 24 年 4 月 岡山大学病院 集中治療部 助教

（平成 29 年から小児麻酔科 助教）

死戦期帝王切開を円滑に実施するためには～ PC3 に基づく対応の重要性～

¹⁾ 島根大学医学部附属病院 高度外傷センター、²⁾ 関西ろうさい病院 産婦人科

³⁾ りんくう総合医療センター 産婦人科、⁴⁾ りんくう総合医療センター 大阪府泉州救命救急センター

¹⁾ 渡部広明、²⁾ 後藤摩耶子、³⁾ 荻田和秀、⁴⁾ 松岡哲也

死戦期帝王切開は、心肺停止に陥った妊婦の蘇生を達成するための一手法であり、AHA 蘇生ガイドラインにも記載のある治療法である。しかし、院外心肺停止症例においてこれを迅速に実施するのは容易ではなく、ガイドラインが示すようなスピード感を持って実施するためには院内システムの構築が重要と考えられる。これまでに我々は2例の死戦期帝王切開を実施し報告してきた。今回、実際に死戦期帝王切開を実施した経験に基づき、どのような体制を構築するのが理想的かについて考察を行う。我々は周産期救急患者の初期診療に対して、確実な救命を目的とした周産期初期診療アルゴリズムを提唱し、教育コースとしての Perinatal Critical Care Course (PC3: ピーシーキューブ) を開発して初期診療への導入を推奨している。本 PC3 は、外傷初期診療の考え方を援用してアルゴリズムを構築し、患者の生理学的安定を主眼にした primary survey (PC3-PS) と産科的専門診療である secondary survey (PC3-SS) の2つのステップに分けて診療を進めることが救命率の向上に寄与するとしている。死戦期帝王切開を必要とする妊婦心肺停止症例も本アルゴリズムに沿って診療することを基本としてきた。心肺停止の妊婦が搬送となる場合、患者搬送前に救急医と産科医、さらには関係する職種（新生児科、看護師、診療工学技士など）を招集してブリーフィングを実施する。この際に必ずコマンダーを設置してチーム員はこれの指揮下で業務に当たることを共有する。患者搬送前にスタッフを招集しブリーフィングを実施することが迅速な死戦期帝王切開には欠かすことができない。患者到着後は救急医による迅速な PC3-PS と蘇生を実施する。初期蘇生に反応がないと判断した場合は、コマンダーの決断により直ちに VA-ECMO を導入して循環の確立を優先する。VA-ECMO 確立後は直ちに死戦期帝王切開を実施する。これにより胸骨圧迫を中止して帝王切開を実施することができる。多くの場合は凝固障害を伴うことから damage control resuscitation を実施しての damage control surgery を行い、短時間に患者を ICU へと収容する。これまでに既報のごとく2例の死戦期帝王切開を実施した。1例は死戦期帝王切開を優先するも循環維持ができず救命できなかったが、2例目は来院から4分で VA-ECMO の導入を開始し、19分でこれを確立し、21分で死戦期帝王切開を開始し母児ともに救命し得た。本症例の経験から、死戦期帝王切開を行うにはコマンダーを頂点とした指揮命令系統の中で PC3 に沿った初期蘇生を実施し、循環確立のための VA-ECMO を優先して導入するとともに死戦期帝王切開を実施することが救命に寄与するものと考えられた。

渡部 広明（わたなべ ひろあき）

略歴

1994年3月 島根医科大学医学部（現 国立大学法人 島根大学医学部）卒業

1994年4月 島根医科大学 第一外科 研修医

1995年4月 島根県立中央病院 外科 研修医

1996年4月 島根医科大学医学部大学院 入学（2000年9月 学位（医学）取得）

2000年7月 津和野共存病院 外科 医長

2002年8月 The University of Texas Medical Branch (UTMB), Department of Surgery (Dr. Evers lab.)
Research fellow 兼 University teaching staff

2005年7月 大阪府立泉州救命救急センター 医長

2013年4月 地方独立行政法人 りんくう総合医療センター
大阪府泉州救命救急センター

Acute Care Surgery センター長 兼 外傷外科部長

2016年1月 島根大学医学部 Acute Care Surgery 講座 教授（現職）

2016年4月 島根大学医学部附属病院 高度外傷センター センター長（兼務）

2021年4月 島根大学医学部附属病院 病院長補佐（兼務）

死戦期帝王切開を院内で考える時代の到来～PMCD シミュレーションの有用性～

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室

谷 和祐、三苫智裕、横畑理美、三島桜子、大平安希子、牧 尉太、衛藤英理子、早田 桂、増山 寿

死戦期帝王切開（perimortem cesarean delivery：PMCD）とは、心肺停止となった妊婦に対して行う母体蘇生処置の1つである。産婦人科診療ガイドライン：産科編 2020 においてもその旨が明記されているが、発生時には産科単独での対応は困難であり、多職種連携が必須となる。

当院では、2015 年より救命強化と院内連携を高めるためグレード A カイザー（GradeA）を題材にした多職種合同シミュレーション（Sim）や、様々な周産期関連の Sim 講習会の開催を多数行ってきた。Grade A 以上に迅速な対応が必要とされ、ECMO 導入のため心臓血管外科、臨床工学技士も含めた多職種連携が必要となる PMCD の実行には多くの課題や考え方の相違を認めた。また、他院発生の PMCD を経験したことを契機に、Grade A と PMCD の違いに対する共通認識の定着化に向けた機会の必要性が浮き彫りとなり、多職種連携 PMCD-Sim を施行した。参加部署は産婦人科、新生児科、救急科、麻酔科、心臓血管外科、臨床工学センター、手術部、助産師、NICU 看護師である。3 か月前より各部署のコアメンバーでカンファレンスを行い、「絶え間ない良質な CPR から 10 分以内に PMCD を施行し児を娩出する」ことを目標とし PMCD 運用マニュアルの作成を開始。平日日勤帯、分娩室で分娩誘発中の CPA 妊婦に対し手術室で PMCD 施行後 ECMO まで導入するシナリオを作成、患者役は当科で共同開発中の全身シミュレータ“Konoha”を使用し、PMCD 用のプログラミングを構築した。また PMCD に対する共通認識を強化・定着化するために事前講義を行い、Sim 前後でアンケートを施行した。

Sim 当日は全部署の振り返りに向けて各部署に動画撮影者を準備した。Sim では、心肺停止後分娩室から手術室まで移動し 7 分で児娩出に至った。またその後 9 分で ECMO の稼働となった。同日各部署で、また後日コアメンバーでデブリーフィングを行い、今回の Sim を通して各部署の役割を明確化でき、全体の流れの把握、問題点が抽出できた。またアサーションの解決により、全部署の総意が得られ、当院での PMCD 運用マニュアルの運用を開始した。

その後、実際に PMCD の症例を経験することになった。分娩誘発中に呼吸困難感を認め、応援を依頼、さらに急激に進行する Critical な状況に対し、Grade A を宣言した。しかし、その 9 分後の搬入中に心肺停止となり PMCD を宣言した。心肺停止から 2 分で児は娩出となり、母体は CPA 開始後 3 分、児娩出により心拍再開し、その後は順調に経過し、産後 16 日で退院となった。PMCD-Sim により Grade A との違い・各部署の行うべきことが明確化されていたことが好転し、非常にスムーズな対応を行うことができた。

PMCD が起きないに越したことはないが、妊婦の高齢化により何とか一命を取り留めるようなハイリスク妊娠・分娩は既に増加の一途を辿っているのが現状であり、我々が行った PMCD-Sim の重要性を各施設で考える時である。PMCD-Sim の実行には、産婦人科が主体となり、綿密なカンファレンス・シナリオ作成・目標設定などを行い、絶え間なくコミュニケーションをとり続ける必要がある。当日は、シミュレーションの実際を動画等で示しながら詳細に報告する。

【略歴】

谷 和祐（たに かずまさ）

2011 年 3 月 愛媛大学医学部医学科卒

2011 年 4 月 岡山大学病院 初期研修医

2013 年 4 月 岡山大学病院 産婦人科

2013 年 10 月 津山中央病院 産婦人科

2014 年 10 月 岡山医療センター 産婦人科

2016 年 6 月 兵庫県立こども病院 新生児科

2016 年 12 月 岡山大学病院 周産母子センター（NICU）

2018 年 4 月 岡山大学病院 産婦人科

2021 年 7 月 同 助教

帝王切開に起因する合併症の軽減に向けて ―帝王切開創部菲薄化を回避するために―

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学

増山 寿

帝王切開は、我々産婦人科医が最も日常的に行う基本的な手術の一つである。近年、医学的そして社会的な状況の変化に伴い、その頻度は増加しており、帝王切開に起因する様々な術後合併症がクローズアップされている。

子宮筋層縫合部の癒合不全や瘢痕による菲薄化は、次回妊娠時の周産期管理に注意を要する場合がある。TOLACにおける創部菲薄化の程度による子宮破裂のリスク評価も定まったものはないのが現状である。また陥凹部に着床した帝王切開瘢痕部妊娠は、帝王切開の増加を背景に急増しており、大量出血、癒着胎盤から子宮全摘にいたる場合もある。さらに子宮切開縫合部の菲薄化・陥凹は、非妊時にはいわゆる帝王切開瘢痕症候群を惹起し、不正出血、過長月経、月経困難症や続発性不妊症の原因となることがある。

帝王切開時の子宮切開創の縫合は古くから様々な縫合糸や方法にて行われてきた。創部の菲薄化・陥凹形成を防ぐために多くの工夫が報告されているが、確立したものはない。我々は、妊娠子宮が短期間に収縮することを考慮し、Spiral糸（単一方向の返しを有すモノフィラメント吸収糸）を子宮創部連続縫合に用い、連続縫合や単結節縫合、そしてモノクリルの利点を同時に達成出来る可能性を本邦において初めて報告した。バーブ（返し）が筋層に密着し止血効果に優れ、過度な牽引を行わず創を閉鎖でき、糸玉が生じないため縫合不全の予防になる可能性が示唆された。

さらに、Spiral糸がVicryl糸に対し筋層菲薄化の予防に寄与するかを後方視的に比較したところ、Spiral糸を用いた子宮の連続縫合は子宮筋層の菲薄化予防に明らかに寄与する可能性が示唆された。2020年5月よりJRCT認定の多施設共同前向きランダム化比較試験（SPIRAL Trial）がスタートしており、その結果も一部紹介したい。

Spiral糸を用いた子宮切開層の縫合は、帝王切開創部の菲薄化・陥凹を予防し、帝王切開に起因する合併症減少に寄与する可能性があると考えている。

【略歴】

増山 寿（ますやま ひさし）

昭和 62 年 岡山大学医学部医学科卒業

昭和 62 年－平成 3 年 臨床研修

平成 3－7 年 岡山大学大学院医学研究科（医学博士授与）

平成 7－9 年 米国セントルイス大学 客員研究員

平成 10 年 鹿児島市立病院 医員（NICU 研修）

平成 11－12 年 岡山大学医学部附属病院産科婦人科 助手、外来医長

平成 12－13 年 文部科学省 在外研究員（米国ケースウエスタンリザーブ大学）

平成 13－17 年 岡山大学医学部附属病院 産科病棟 医長

平成 17－20 年 岡山大学医学部産科婦人科学教室 医局長

平成 18－20 年 岡山大学医学部・歯学部附属病院 講師

平成 20－24 年 岡山大学病院 准教授、周産母子センター 副センター長

平成 24－29 年 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学 准教授

平成 29 年－現在 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学 教授

平成 29 年－現在 岡山大学病院 周産母子センター センター長

平成 31 年－現在 岡山大学病院 副病院長、手術部長

卵巣がん治療戦略 2021

大阪市立大学大学院医学研究科 女性病態医学

角 俊幸

2015年1月20日に当時のアメリカ合衆国大統領オバマ氏の一般教書演説で“Precision Medicine Initiative”が発表され、一躍がんゲノム診療が脚光を浴びるようになった。わが国でも2018年に閣議決定された第3期がん対策推進基本計画での重点項目として取り上げられ、FoundationOneCDxとNCCオンコパネルが保険収載されたが、末期がん患者に適用されているのが現状で個別化医療はまだまだ発展途上である。このような状況のなか婦人科がんでも、遺伝子の病的バリエーションをターゲットとした薬剤が開発されつつある。BRCAやHRDに対するPARP阻害剤やMSIに対する免疫チェックポイント阻害剤がわが国でも承認され、婦人科がんに対する治療戦略も多岐を極めるようになってきた。卵巣がんの治療戦略は、従来通りの欧米の大規模臨床研究のエビデンスをもとにガイドラインが策定され、わが国でも2020年に治療ガイドラインが日本婦人科腫瘍学会編で発刊されたが、これはタイトルが「卵巣がん・卵管癌・腹膜癌治療ガイドライン」と変更になっただけでなく、その内容も昨今の変化に応じて大幅改定されている。本講演では、以下の2点についてガイドラインの変更点や近年のエビデンスを中心に解説し、2021年以降の卵巣がん治療戦略としてまとめてみたい。

1点目は、手術療法である。Primary Debulking Surgery (PDS) でのResidual Disease=0 (R=0) の重要性、PDSでのR=0となるかどうかの診断目的の腹腔鏡下手術の意義、PDSでR=0が不可能と判断された場合のNeoadjuvant Chemotherapy + Interval Debulking Surgery、進行卵巣がんに対するリンパ節郭清の意義などを解説する。また、再発卵巣がんに対する手術療法の意義についてもエビデンスだけでなく自験例も混じえて解説する。

2点目は、薬物療法である。特に、進行卵巣がんに対する初回薬物療法は2011年のGOG0218試験からPacitaxel+Carboplatin+Bevacizumab (TC+Bev) が標準治療とされてきたが、SOLO-1試験やPRIMA試験の結果からTC+PARP阻害剤の有効性が証明され、さらにはPAOLA-1試験からHRDを認める症例に対してはTC+Bev+PARP阻害剤の有効性が証明され、これらの治療法が2020年から2021年にかけて次々と保険収載された。再発卵巣がんに対する薬物療法も同様に、PARP阻害剤やMSIを認める症例に対する免疫チェックポイント阻害剤であるPembrolizumabの有効性が証明され保険収載されてきた。これらの多様化した薬物療法については確固たるものはなく、各施設で様々な適応のもと選択されているものと思われる。進行卵巣がんに対する薬物療法について、いろいろなエビデンスを紹介するだけでなく、私見とはなるかもしれないが当施設の選択基準を示して解説する。

多様化する卵巣がん治療戦略で賛否両論の講演となるかもしれないが、活発な意見交換のもと何らかの結論が導くことができれば幸いである。

【略歴】

角 俊幸 (すみ としゆき)

1991年3月	大阪市立大学医学部 卒業
1998年3月	大阪市立大学大学院医学研究科 修了 (医学博士学位取得)
1999年7月～2003年12月	大阪市立大学医学部 産科婦人科学 助手
2004年1月～2011年3月	大阪市立大学大学院医学研究科 女性病態医学 講師
2011年4月～2013年3月	大阪市立大学大学院医学研究科 女性病態医学 准教授
2013年4月～	大阪市立大学大学院医学研究科 女性病態医学 教授
2018年4月～	大阪市立大学医学部附属病院 ゲノム医療センター長
2020年4月～	大阪市立大学医学部附属病院 副院長

女性に有用な漢方処方とそのナカミ

名古屋大学大学院医学系研究科 産婦人科学

梶山広明

女性は思春期、妊娠・出産、更年期、閉経という段階を経ながら年齢を重ねていく。また女性は解剖学的、内分泌学的、および神経学的特徴から特有の愁訴を呈しやすい。それらの愁訴は特にホルモンバランスが大きく変動する上述の各ライフステージの移行期に生じやすい。気血水で考えた場合、気のめぐりの異常（気鬱、気逆）、お血、および水滯などの各異常の組み合わせとその相互作用として理解できる。

女性の下腹部症状としてよく見られる症状として過多・過長月経、月経困難症などを主体とした月経異常、あるいは骨盤内不快感や抵抗・圧痛などがあげられる。これらの一因として気血水理論から導かれるお血があげられる。お血とは血液の流れが滞っている状態でその本態は静脈系のうっ血である。全身性の症状としてはのぼせ、冷え、易疲労感、倦怠感、肩こり、頭痛、腰背部痛、腹痛および便秘などがあげられる。また、これらの症状にはお血を改善し、補血作用のある生薬を含む漢方薬が用いられる。妊娠初期はプロゲステロンやヒト胎盤性ゴナドトロピンの分泌が亢進するため、体全体が水分貯留に傾く。従って妊娠中は妊娠悪阻、めまい、頭痛、重だるさ、立ちくらみといった水滯状態を示唆する症状が多くなるのもこれらの影響が考えられる。さらに産後は分娩や育児による身体的疲労やメンタル的抑鬱状態から、いわゆる「鬱々として疲れやすく元気の出ない状態」になりやすい。東洋医学的には元気の源である「気」と体内の物質的なエネルギーである「血」が不足している状態である。更年期障害にはホットフラッシュ、冷え症、発汗異常、動悸、めまい、うつ状態、イライラ感、不眠、頭痛および手足のしびれなどの症状が現れる。更年期障害は程度の差はあれ「気」、「血」、「水」のすべて異常が現れ、不調の原因となる。

本講演では西洋医学的にフォーマットされた思考回路に漢方薬理解の一助とすべく、基本生薬（ナカミ）と漢方薬の基本骨格について解説を加える。さらに女性のライフステージにおいて生じる気血水の異常を西洋医学的病態に変換しながら、女性の3大漢方薬を中心に有用な処方を解説する。

梶山 広明（かじやま ひろあき）

【学歴】

1995年 名古屋大学医学部卒業

1999年 名古屋大学大学院医学系研究科 産婦人科入学（2002年6月修了 医学博士）

【職歴】

1995年 豊橋市民病院（研修および産婦人科医）

2002年 名古屋大学医学部附属病院 産婦人科 助手（助教）

2007年 名古屋大学医学部附属病院 産婦人科 講師

2011年 名古屋大学大学院医学系研究科 産婦人科学講座 准教授

2014年 米国国立衛生研究所（NIH）National Cancer Institute 特別研究員（2015年復職）

2020年 名古屋大学大学院医学系研究科 産婦人科学 教授（現職）

子宮内膜症と産婦人科の SDGs

滋賀医科大学 産科学婦人科学講座

村上 節

子宮内膜が異所性に増殖するという子宮内膜症の発生については、化生説や移植説、ミューラー管の遺残説など諸説がある。体腔上皮（腹膜中皮）はミューラー管臓器と発生学的に同一であり、これが子宮内膜細胞あるいは組織へと化生するポテンシャルを持つというのは十分考えられることであり、機能する子宮内膜のない Turner 症候群や Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser 症候群、あるいは子宮そのものを持たない男性にも発症することがあるという事実を説明するには、ミューラー管の遺残説を含め、こうした考え方が必要となる。

しかしながら、腹腔内に逆流した月経血に含まれる子宮内膜組織が腹腔内に生着して子宮内膜症が発生するという Sampson が唱えた移植説は、多くのケースを説明することのできる有力な説であり、帝王切開術や子宮内に達する子宮筋腫核出術などで後に腹壁切開創に生じる腹壁子宮内膜症の存在はこの仮説を裏付ける有力な事実と言えよう。

ところで、この移植説に立つ場合においても、月経血の逆流が多くの婦人に見られるにもかかわらず、そのすべての婦人に子宮内膜症が発生するわけではないという点については、別の説明が求められることになる。これには、子宮内膜側と腹腔内の免疫側のふたつの側面が考えられる。腹腔内に流入した子宮内膜を排除する免疫機能に差異があるというのは、子宮内膜症と自己免疫疾患の関連性を考えてもあり得ることである。一方、流入する子宮内膜そのものに性質変化が生じているという考え方も無視はできない。すなわち、腹腔内に生着して子宮内膜症を形成する正所性子宮内膜は、逆流する前からすでにその性質、特性に変化が生じており、生着能、増殖能を高めているのかもしれない。そして、もちろん、このふたつの要因がともに関与している可能性も十分に考えられる。

今回の講演では、低用量エストロゲン・プロゲスチン配合薬やジェノゲストなど薬物療法の選択肢は広がったが、いまだ根治手術以外に完治の手段がなく、上述したように、成因に関しても解明されていない子宮内膜症と、様々な問題が山積している産婦人科の Sustainable Development Goals について考えたい。

【略歴】

村上 節（むらかみ たかし）

1986 年 東北大学医学部卒業

1999 年 東北大学医学部産婦人科（講師）

2001 年 東北大学大学院医学系研究科 助教授（2007 年から准教授）

2008 年～ 滋賀医科大学 産科学婦人科学講座 教授

女性特有の諸症状に寄り添うイソフラボンサプリメントの可能性

東京歯科大学市川総合病院 産婦人科

小川真里子

女性の心身の不調は、エストロゲンが大きく変動する月経前、産後、そして更年期に起こりやすいことが知られている。

月経前の不調は月経前症候群（PMS）および月経前不快気分障害（PMDD）として知られ、産婦人科では主に、低用量エストロゲン・プロゲスチン配合薬や漢方薬、向精神薬などが治療に用いられている。しかし実際PMS症状は軽症のものを含めると大多数の女性が経験していることから、まずは日常の栄養や生活習慣の見直しを行うことが重要である。さらに代替補完療法として、PMS/PMDD に対し、以前より多くのビタミンやミネラル、ハーブなどが試みられてきたが、中でも大豆イソフラボンは月経前の頭痛や浮腫の軽減といった効果が確認されていた。

一方、更年期は日本では閉経前後の計 10 年間を指し、この時期に発現する多様な症状のうち器質的变化に起因しない症状を更年期症状、そのうち生活に支障をきたすものを更年期障害と定義されている。更年期は女性にとってエストロゲンレベルの大きな変動と低下を経験する時期であり、これが更年期障害発症の要因の一つとなっている。更年期障害の治療法としては、本邦ではホルモン補充療法（HRT）、漢方薬および向精神薬が主に使用される。しかし、やはり未だホルモン製剤を好まない女性は多く、また乳がんなどの合併症により HRT を使用できないこともある。そのため、サプリメントによる効果が期待され、それについての根拠に基づいた知識が医療者側にも求められる。

エクオールは大豆イソフラボンであるダイゼインの代謝産物であり、閉経後のエストロゲン欠乏状態では、エストロゲン受容体（ER）にアゴニストとして作用する。更年期女性に期待される効果としては、更年期諸症状の緩和、関節痛や骨粗鬆症予防などがあげられる。また同時に乳癌の予防効果も確認されているため、乳癌術後の女性に対しても安心して使用できる。一方、閉経前女性においては ER に対しアンタゴニストとして作用し、エストロゲンレベルの急激な変動を和らげるとされ、月経前症候群の症状緩和にも期待されている。

本講演では、女性特有の諸症状に対するエクオールサプリメントの有効性などについて、エビデンスを交えて解説する。

【略歴】

小川 真里子（おがわ まりこ）

1995 年 福島県立医科大学卒業

1995 年 慶應義塾大学 産婦人科 研修医

2007 年 東京歯科大学市川総合病院 産婦人科 助教、講師を経て、

2015 年 同 准教授

【所属学会】

日本女性心身医学会 副幹事長

日本女性医学学会 主担当幹事

日本心身医学会 代議員

その他、日本臨床細胞学会、日本婦人科腫瘍学会、日本生殖医学会、日本性科学会、日本摂食障害学会など

【専門医等】

日本産科婦人科学会専門医、指導医

日本女性医学学会女性ヘルスケア専門医、指導医

日本心身医学会 産婦人科専門医、指導医

日本女性心身医学会認定医師

日本臨床細胞学会細胞診専門医、指導医

日本がん治療認定医機構がん治療認定医

婦人科診療における MSI-High 癌とペムブロリズマブ療法について

国立病院機構 四国がんセンター 婦人科

竹原和宏

個別化医療を目標としたがんゲノム医療が臨床現場に導入され、臓器横断的に共通のバイオマーカーを標的とする新規薬剤の導入がすすめられている。

MSI 検査はミスマッチ修復機能の破綻 (dMMR: mismatch repair deficiency) を予測し、腫瘍の mutation burden を反映する検査である。dMMR 状態の腫瘍細胞では、遺伝子変異が蓄積することで腫瘍抗原 (ネオアンチゲン) が提示され、それを T 細胞が認識することで腫瘍排除がなされるわけだが、腫瘍細胞は宿主の免疫監視機構より逃れるため PD-1/PD-L1 (または PD-L2) 結合により T 細胞を不活化している。ペムブロリズマブは PD-1 を阻害する抗体薬である。

最近、本邦の real world のがん腫別 MSI-High 頻度が報告された。女性が 4.75% で、男性 2.62% と比較すると有意に高頻度で、がん種別では子宮内膜癌が 16.85% と最多で、卵巣癌 2.22%、子宮頸癌 1.81% であった。また、卵巣癌では BRCA や HRD をバイオマーカーとした治療の個別化がなされているが、ASCO のガイドライン “Germline and Somatic Tumor Testing in Epithelial Ovarian Cancer” では、「明細胞、類内膜、粘液性卵巣癌と診断された女性には、dMMR の体細胞腫瘍検査を提供すべきである」との recommendation が提示されており、婦人科がん診療で MSI 検査を実施する意義は高まっている。

MSI-High 固形癌*に対するペムブロリズマブ単剤療法の効果は、国際共同非無作為化非盲検第Ⅱ相試験として実施された KEYNOTE-158 試験で示されている。本試験の対象は「一次治療として標準的な化学療法歴のある切除不能な局所進行又は転移性のミスマッチ修復 (MMR) 欠損又は MSI-High を有する固形癌 (non-CRC) 患者」で、その中で婦人科癌は子宮内膜癌 21.0%、卵巣癌 6.4%、子宮頸癌 2.6% を占めていた。MSI-High 癌全体の奏効率が 34.3% (CR 28.8%, PR 71.2%) であったのに対し子宮内膜癌は 57.1% (CR 28.6%, PR 71.4%) で、現時点で効果の期待できる化学療法の選択肢が少ない子宮内膜癌にとっては期待できる結果であった。

一方でペムブロリズマブなどの免疫療法では、内分泌障害や間質性肺炎など、過度の免疫反応に起因すると考えられる様々な病態 (irAE) が現れることがあるので、使用にあたっては診療体制の整備など、十分な注意が必要である。

本講演では自験例も含め婦人科診療における MSI-High 癌とペムブロリズマブ療法について解説する。

*：効能又は効果 (抜粋)：がん化学療法後に増悪した進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性 (MSI-High) を有する固形癌 (標準的な治療が困難な場合に限る)

竹原 和宏 (たけはら かずひろ)

【学歴】

1988 年 広島大学医学部医学科卒業

【職歴】

1999 年 国立病院機構 呉医療センター・中国がんセンター

2012 年 広島大学大学院医歯薬保健学研究院 産科婦人科 准教授

2013 年 国立病院機構 四国がんセンター 婦人科 医長

2018 年 同 手術部長

【所属学会など】

日本産科婦人科学会、日本癌治療学会、日本婦人科腫瘍学会、日本臨床細胞学会、日本サルコーマ治療研究学会、日本遺伝性腫瘍学会、日本婦人科悪性腫瘍研究機構 (JGOG)、三海婦人科癌スタディグループ (SGSG)、他

101. 胎位が背屈位のため帝王切開に至った一例

¹⁾ 川崎医科大学 産婦人科 1、²⁾ 倉敷成人病センター 産科、³⁾ 川崎医科大学 小児科、
⁴⁾ 川崎医科大学 新生児科

岡本 華^{1) 2) 3) 4)}、齋藤 渉¹⁾、松本 良¹⁾、中井祐一郎¹⁾、杉原弥香¹⁾、石田 剛¹⁾、
中村隆文¹⁾、真嶋允人²⁾、山崎史行²⁾、加藤 敦³⁾、荻田聡子³⁾、川本 豊⁴⁾、
下屋浩一郎¹⁾

【緒言】

妊娠後期に腹部が先進する背屈位を認め、帝王切開に至った症例を経験したため報告する。

【症例】

症例は27歳、初産婦。タイミング法にて妊娠成立し初期妊婦健診では子宮底部と子宮前壁に最大5cmの子宮筋腫を数個認めたが、その他の異常は認めず経過していた。妊娠25週時の胎児超音波検査で脊椎側彎症が疑われ、妊娠29週時のMRI検査で腰椎の背屈を指摘され妊娠管理目的に当科紹介となった。その後も胎児発育は良好であったが胎位異常は持続し、経膈分娩は不可能と判断した。妊娠38週5日に帝王切開を施行し2905gの女児をアプガースコア8/9点にて娩出した。腹部が先進する胎位異常である場合は胎児腹部と子宮内膜が非常に近いため、帝王切開を施行する上で児娩出に苦慮した。母体の術後経過は良好であり産褥7日目に自宅退院した。児はNICUへ入室し精査を行なったが染色体を含めて異常は認めなかった。日齢4日目以降徐々に姿勢は改善し啼泣時に反屈姿勢となる事はあるが日齢13日目に退院した。

【考察】

胎位異常の要因として染色体異常や発生異常、子宮筋腫の影響などを疑った。しかし、何らかの症候群を想起させるような所見は得られなかった。明かな原因がないことから子宮内での胎位異常によるものと考え、今回ほどの胎位異常がある場合でも必ずしも胎児に疾患が合併するとは限らない可能性がある。

102. 子宮腺筋症核出術後妊娠に対して早産期帝王切開を行い、子宮破裂及び癒着胎盤のため子宮摘出を施行した一例

県立広島病院 産婦人科

松島彩子、浦山彩子、伊勢田侑鼓、山根尚史、加藤俊平、中島祐美子、白山裕子、
三好博史

子宮腺筋症核出術は妊孕性温存希望のある患者に対して一部の施設で行われているが、その有効性、安全性は確立されていない。今回我々は子宮腺筋症核出後妊娠において早産期帝王切開で生児を得たが、子宮破裂と癒着胎盤により子宮摘出を要した一例を経験したので報告する。

症例は37歳、1妊0産。33歳時に子宮腺筋症と診断され、34歳時に他院で子宮腺筋症核出術を受けた。原発性不妊症に対して当院で凍結融解胚移植を施行し妊娠が成立した。妊娠20週より子宮収縮と頸管長短縮を認め、妊娠24週に腹痛を伴う子宮収縮が増強したため管理入院とした。画像検査では子宮底部筋層の菲薄化と外方への膨隆所見を認め、子宮収縮が頻回にあることから子宮破裂のリスクが高いと判断し、妊娠28週5日に選択的帝王切開を施行した。995gの男児をApgar score1分値6点、5分値8点で娩出した。子宮底部は筋層が菲薄化し子宮内が透見できる状態であり、無症候性子宮破裂と癒着胎盤のため膈上部切断術を施行した。術後経過は良好で術後7日目に退院した。児は早産児のためNICUに入院し、合併症なく日齢73（修正39週1日）に退院した。

子宮腺筋症核出後妊娠は、子宮腺筋症合併妊娠としてのリスクと子宮腺筋症核出術後としてのリスクの両面で特に厳重な管理を要する。早産期での子宮破裂の報告が散見されるため、臨床経過や画像検査から分娩至適時

期を慎重に判断する必要がある。

103. 子宮筋腫核出後妊娠の妊娠・分娩経過

岡山市立市民病院

川西貴之、平松祐司、根津優子、大道千晶、佐々木佳子、徳毛敬三

【緒言】 難易度の高い筋腫核出症例を紹介いただいております、術後に妊娠・分娩報告のあった症例につき検討した。

【症例 1】 36 歳、0 妊 0 産。多発子宮筋腫で 8 個の筋腫を核出した。術後 1 年 9 か月後に凍結融解胚移植で妊娠成立し、妊娠 38 週で選択的帝王切開により児を娩出した。

【症例 2】 36 歳、0 妊 0 産。4.5cm の粘膜下筋腫他、筋腫、腺筋症を核出。術後 7 か月後に自然妊娠し、妊娠 38 週で選択的帝王切開した。

【症例 3】 33 歳、0 妊 0 産。10cm 大の仙骨子宮靱帯部から発生した筋腫を核出した。術後 4 か月後に自然妊娠成立し、妊娠 40 週で経膈分娩した。

【症例 4】 42 歳、1 妊 0 産。30 歳時、子宮筋腫核出施行。びまん性筋腫症で 47 個の筋腫を核出した。術後 1 年 2 か月後に凍結融解胚移植で妊娠。妊娠 22 週から切迫早産で入院となる。妊娠 25 週 6 日に陣痛発来し、NICU のある施設で緊急帝王切開施行した。

【症例 5】 42 歳、0 妊 0 産。びまん性筋腫症で 34 塊の筋腫を核出した。術後 10 か月に凍結融解胚移植で妊娠し、選択的帝王切開を施行。癒着胎盤と弛緩出血を合併した。

【症例 6】 41 歳、0 妊 0 産。びまん性筋腫症で、106 個の子宮筋腫を核出した。術後 1 年 4 か月後に凍結融解胚移植で妊娠成立。現在妊娠継続中である。

【結語】 核出筋腫の大きさや個数が増すほど、切迫早産、癒着胎盤、弛緩出血などのリスクが増加する。筋腫核出後の妊娠は、分娩施設と情報共有し高次医療施設で慎重に管理を行うのが望ましい。

104. 帝王切開時に行う頸部筋腫核出手術の工夫

岡山市立市民病院

根津優子、平松祐司、川西貴之、大道千晶、佐々木佳子、徳毛敬三

【緒言】 当院では選択的帝王切開時に筋腫核出術を行っており、2017 年 4 月～2021 年 3 月までの 4 年間で 14 例施行している。手術の難易度は筋腫の位置や大きさによって変わる。今回は難易度の高い頸部側壁筋腫の核出 2 例と頸部後壁筋腫 1 例について報告する。

【症例 1】 34 歳、1 妊 0 産。妊娠 15 週に当院紹介。初診時の超音波検査で 10cm 大だった子宮右側の頸部筋腫は、37 週時には 13cm 大に増大した。開腹すると広間膜内に入り込んだ後壁漿膜下筋腫であり、筋腫の茎部周囲に怒張した血流を遮断して核出した。自己血 800ml 貯血、腰椎麻酔下に施行した。手術時間は 1 時間 51 分、筋腫核出時の出血量 680ml だった。

【症例 2】 34 歳、1 妊 0 産。10cm 大の頸部筋腫のため、妊娠 13 週に当院紹介。筋腫表面に怒張した血管が束になって走行していたが、手術時の工夫で筋腫核出時の出血量 110ml で核出できた。

【症例 3】 35 歳、1 妊 0 産。ダグラス窩に 11cm 大の頸部筋腫とほか 4 つの筋腫を核出した。子宮頸部をネラトンチューブで一時的に結紮し、核出時の出血量の軽減を図った。手術時間は 1 時間 43 分、筋腫核出時の出血量 240ml であった。

【結語】 筋腫核出時の出血量を減らし、また尿管損傷回避のためには、①筋腫の牽引方法、②栄養血管の結紮、③子宮 / 血管収縮剤の使用、④正しい層での処理、⑤筋腫を核出する操作の工夫などが重要である。

105. 当院における超緊急帝王切開術－ Grade A 対応マニュアルの導入とその後の検討－

広島市民病院 産婦人科

築澤良亮、玉田祥子、伊藤祐奈、大石恵一、坂井裕樹、岩間かれん、田中奈緒子、久保倫子、森川恵司、植田麻衣子、片山陽介、関野 和、依光正枝、上野尚子、石田 理、児玉順一

【目的】超緊急帝王切開では、一刻も早く全身麻酔下での帝王切開術を行う必要がある。より円滑で迅速な超緊急帝王切開を行うため、当院では2019年11月1日より①「Grade A 帝王切開」として院内で共通認識を持つこと、②平日日勤帯における産科病棟手術室での Grade A 帝王切開の運用開始、③各部署ごとに具体的な Grade A 対応マニュアルを作成し、マニュアルに沿って Grade A 帝王切開の準備を行うこと、④「Grade A 帝王切開」の運用開始にあたって各部署合同でのシミュレーションを複数回行った。今回、「Grade A 帝王切開」運用開始前後での変化を検討した。

【方法】2017年1月から2021年3月までの間に施行された超緊急帝王切開のうち、2017年1月から2019年10月までをⅠ期、2019年11月から2021年3月までをⅡ期とし、その前後での変化について検討した。

【結果】超緊急帝王切開はⅠ期で49例、Ⅱ期で33例であった。手術決定から児娩出までの中央値はⅠ期で26分（15分-47分）、Ⅱ期で20分（7-39分）と有意に短かった。30分以内に児を娩出できた症例はそれぞれ61.2%、93.9%であった。Ⅱ期では42.4%が産科病棟手術室での Grade A 帝王切開であった。

【結論】「Grade A 帝王切開」運用開始後では安定して発症から30分以内に児を娩出することができていた。各部署が共通認識を持ち、具体的なマニュアルに沿って準備を行うことで、安定した結果を出すことができたと考えられた。

106. 産科危機的出血搬送例に救急外来で緊急大動脈内バルーン遮断を使用し救命し得た2症例

岡山大学病院 産科婦人科

栗山千晶、牧 尉太、三苫智裕、横畑理美、三島桜子、大平安希子、谷 和祐、衛藤英理子、早田 桂、増山 寿

【緒言】

大動脈内バルーン遮断（以下 REBOA）は外傷性ショックに対する出血の制御手段である。今回、産科危機的出血搬送例に救急外来で REBOA を使用し救命し得た2症例を報告する。

【症例】

43歳 2妊1産。妊娠41週1日に分娩誘発開始。胎児心音低下、徐脈継続し吸引1回施行にて児娩出。娩出直前より母体の酸素化不良、血圧低下、出血2700mlを認め羊水塞栓症が疑われ前医より救急搬送。初療時血圧46/36mmHg、子宮は弛緩状態で大量出血が持続していた。輸血製剤や子宮用手圧迫にて対応しつつ、現発から40分で REBOA を挿入。緊急開腹下で単純子宮全摘＋両側卵管切除術を施行。総出血量9000ml。

37歳 7妊5産。妊娠37週3日に前期破水。誘発開始後2時間で児は娩出。分娩直後より血圧低下、不穏状態と2500mlの大量出血を認め、前医から救急搬送。橈骨動脈触知不可、E3V3M5、出血の持続と急速に増大する腹部緊満化を認め、大量輸血、各種昇圧薬を用い、現発から40分で REBOA を挿入。分娩経過と身体所見から子宮破裂による腹腔内出血と推定。止血目的に緊急開腹下単純子宮全摘＋両側卵管切除術を施行。総出血量10000ml。

【結語】

産科危機的出血は外傷性ショックに類似した対応が求められる。県内で配備される搬送補助システムを利用し他科と妊産婦情報を到着前に共有し、REBOA や大量輸血の事前準備を行い適切な応急処置が可能となった。

107. 子宮型羊水塞栓症に対してフィブリノゲン製剤を使用し救命しえた 1 例

JA 尾道総合病院 産婦人科

宇山拓澄、藤田真理子、加藤俊平、田中教文、坂下知久

羊水塞栓症は母体血中に流入した羊水に対するアナフィラクトイド反応が主病態とされている。子宮局所にアナフィラクトイド反応が発症し、重症の子宮弛緩症と短時間で進行する播種性血管内凝固症候群 (Disseminated intravascular coagulation: DIC) を特徴とする子宮型羊水塞栓症は、輸血や抗 DIC 療法を施行しても妊産婦死亡に至る場合がある。今回子宮型羊水塞栓症による産科危機的出血に対してフィブリノゲン製剤を使用することで子宮動脈塞栓術 (UAE) が可能となり救命できた症例を経験したので報告する。症例は 37 歳初産婦、妊娠糖尿病のため妊娠 39 週 3 日に分娩誘発を施行した。分娩直前に突然、胎児機能不全となり吸引分娩とクリステレル圧出法で娩出した。娩出後より大量の子宮出血が始まり、子宮収縮剤投与を行うも止血に至らなかった。フィブリノゲン値が測定感度以下であり新鮮凍結血漿 (FFP) 投与を行うも、十分な止血は得られなかったためフィブリノゲン製剤 3 g 投与したところ、出血の勢いが低下したため UAE を施行でき救命に成功した。分娩直後の出血量は約 5,500g、使用した血液製剤は赤血球濃厚液 32 単位、FFP 30 単位、濃厚血小板 30 単位、フィブリノゲン製剤 3g、AT-Ⅲ製剤 1,500 単位であった。止血困難な産科危機的出血例、特に低フィブリノゲン血症においてフィブリノゲン製剤の使用は有効であり、特に FFP 投与が大量に必要な症例に対しての投与は有用と考えられた。

108. 常位癒着胎盤のため全胎盤が遺残したが待機療法にて子宮温存可能であった 4 例の検討

広島市立広島市民病院 産婦人科

坂井裕樹、上野尚子、伊藤佑奈、大石恵一、岩間かれん、田中奈緒子、築澤良亮、久保倫子、森川恵司、植田麻衣子、片山陽介、玉田祥子、関野 和、依光正枝、石田 理、児玉順一

【緒言】常位癒着胎盤は 1/22,000 例の発症頻度であるとされ分娩前の予測が困難である。危機的出血を伴う際には UAE・子宮摘出を要するため迅速な対応が必要である。【方法】2014 年～2020 年に当院で分娩管理した 6758 症例のうち、全胎盤が遺残した常位癒着胎盤 4 例 (単胎 3 例、双胎 1 例) を対象とし、リスク因子の有無、治療経過について診療録を基に後方視的に検討した。【結果】年齢の中央値は 33.5 歳 (22-40)、4 例全て初産婦。癒着胎盤のリスク因子として、高齢、流産歴、ART 妊娠、複数回の羊水除去術施行歴、角部妊娠 (妊娠初期未受診であり分娩後に判明) が抽出され、4 例全ての患者が 1 つまたは複数のリスク因子を有していた。分娩方法 (分娩時出血量) は経陰分娩 3 例 (661ml, 762ml, 932ml)、帝王切開分娩 1 例 (2632ml) であった。持続出血を契機に 3 例で UAE 施行 (産褥当日、16 日、35 日)、うち 2 例で輸血を要した。持続出血を認めなかった 1 例は、感染兆候に対して加療を行い産褥 53 日に胎盤消失を確認。UAE 施行 3 例のうち 2 例はそれぞれ施行後 4 日 (産褥 20 日)、23 日 (産褥 58 日) に胎盤排出を確認した。1 例は産褥約 5 か月経過した現在も外来管理中であり、産褥 70 日で血中 β -hCG は陰性化し、再出血や感染徴候なく胎盤の縮小を認めている。【結論】分娩前に予測されていない常位癒着胎盤で、全胎盤が遺残した 4 例を経験した。子宮温存希望例では長期的な管理にはなるが、十分な IC、緊急時の体制を整えた上で待機療法が可能である。

109. 心機能予後良好であった周産期心筋症の2例

広島大学病院 産科婦人科

張本 姿、山崎友美、野村有沙、八幡美穂、中本康介、綱掛 恵、森岡裕彦、大森由里子、寺岡有子、定金貴子、野坂 豪、関根仁樹、友野勝幸、向井百合香、古宇家正、工藤美樹

【緒言】周産期心筋症は、心疾患既往のない妊産婦が妊娠中から分娩後にうつ血性心不全を発症する疾患である。心機能予後良好であった周産期心筋症の2例を経験したので報告する。【症例】症例1：妊娠36週4日に呼吸困難感あり前医を受診し、SpO₂ 88%のため当院へ搬送された。来院時の血圧214/121mmHg、胸部X線検査で著明な心拡大と肺野透過性低下の所見があり、心臓超音波検査で左室駆出率（EF）40%と左室収縮機能障害を認め、周産期心筋症と診断した。胎児発育不全であり胎児心拍数陣痛図で波形レベル4であったため、緊急帝王切開術を施行した。術後は周産期心筋症に対して集学的治療を行い、発症8日目にはEF 56%と心機能は改善した。症例2：妊娠41週に重症妊娠高血圧腎症と分娩停止のため前医で緊急帝王切開術を施行した。産褥4日目に呼吸状態が悪化しSpO₂ 80%未満であったため当院へ搬送された。血栓症を疑い施行した胸部CT検査で肺水腫の所見があり、心臓超音波検査でEF 20%と高度の左室収縮機能障害を認め、周産期心筋症と診断し加療を行った。発症8日目にはEF 56%と心機能は改善した。【結語】今回経験した2症例は早期に周産期心筋症と診断・治療介入により、2症例とも心機能は改善した。周産期心筋症は稀な疾患であるが、急激に増悪し母体死亡に至ることもあり、発症早期に診断し治療介入することが重要である。

110. 待機療法で自然消失・排出した臨床的胎盤ポリープ症例の検討

高知県立幡多けんみん病院 産婦人科

森 亮、濱田史昌、中野祐滋

【緒言】胎盤ポリープの治療法には、子宮鏡手術や子宮動脈塞栓術などがあげられるが、明確な指針は確立されていない。また近年では、自然消失・排出を認めた報告も多く、待機療法で良好な結果を得る場合もある。今回われわれは、2011～2021年の間に、当院で経験した胎盤ポリープ症例のうち、待機療法で自然消失・排出した臨床的胎盤ポリープ5症例の臨床経過について検討した。【症例】5症例の先行妊娠は自然流産が4例、中期中絶が1例であり、処置後、子宮内に明らかな組織遺残は認めていなかった。【結果】胎盤ポリープの最大径は中央値22mmであった。性器出血の消失及び胎盤ポリープの自然消失・排出までの期間は、妊娠終了時から各々、中央値71日、86日であった。全例、診断時に胎盤ポリープ内に血流を認め、5例中4例が経過観察中に血流が消失し、その後、胎盤ポリープは自然消失・排出に至った（中央値8日）。【結語】中期中絶や流産後に性器出血が持続する場合は、胎盤ポリープを考慮する必要がある。今回の結果より、経過観察中に胎盤ポリープ内の血流が消失した症例では、自然消失・排出に期待できる可能性が示唆された。しかし、待機療法を選択する場合は、大量出血をおこすリスクがあるため、患者への十分な説明と共に、緊急処置が可能な施設での管理が望ましい。

111. 当科で経験した子宮腺肉腫の一例

香川大学医学部 母子科学講座 周産期学婦人科学

香西亜優美、鎌田恭輔、山本健太、石橋めぐみ、田中圭紀、天雲千晶、伊藤 恵、森 信博、新田絵美子、花岡有為子、鶴田智彦、田中宏和、金西賢治

【緒言】子宮腺肉腫は良性腺上皮と肉腫成分から構成される比較的稀な腫瘍である。今回我々は当科で初めて経験した子宮腺肉腫の一例について報告する。

【症例】61歳、2妊2産。20XX年11月から不正性器出血を認めていた。同年12月の婦人科検診にて8cm大

の子宮腫瘍を指摘され当科へ精査加療目的に紹介となる。子宮内膜細胞診は Class III、骨盤部造影 MRI にて造影効果を伴う多房性の cystic lesion を認めた。子宮肉腫の可能性も否定できず 20XX+1 年 1 月に腹式子宮全摘術、両側付属器摘出術を施行した。病理組織診断は子宮腺肉腫であった。PET-CT ではリンパ節や他臓器への異常集積を認めず、IC 期と診断した。術後ドキソルビシンとイフォスファミドによる術後補助化学療法を 3 クール施行し現在経過観察中である。

【考察】子宮腺肉腫は画像所見上、変性筋腫やポリープとの鑑別が難しく、子宮内膜細胞診や組織診を繰り返し行っても術前診断に至らないケースも多い。本疾患は早期であれば治療成績が良いため、子宮内腫瘍が増大傾向を示す場合や画像にて子宮筋腫やポリープとしては非典型的な見え方をしている場合には、確定診断のため子宮全摘術を行うことが望ましいと考える。また、今回は sarcomatous overgrowth を認めたため再発リスクが高いと考え術後補助化学療法を選択したが、その有効性は定かではない。本疾患における有効な薬物療法はまだ確立しておらず、今後さらなる症例の蓄積が必要である。

112. 分葉状頸管腺過形成 (lobular endocervical glandular hyperplasia: LEGH) の 4 症例の検討

山口県立総合医療センター 産婦人科

今川天美、大谷恵子、高崎ひとみ、西本裕喜、三輪一知郎、浅田裕美、讃井裕美、佐世正勝、中村康彦

子宮頸部に嚢胞を形成する疾患の一つに分葉状頸管腺過形成 (lobular endocervical glandular hyperplasia: LEGH) がある。LEGH は基本的には良性の疾患だが、最少偏倚腺癌 (minimal deviation adenocarcinoma: MDA) と鑑別が困難な症例もあり診断に苦慮することがある。2016 年 4 月から 2020 年 8 月に当科を受診し、病理組織検査で LEGH と診断された 4 症例を検討した。症例 1、2: 子宮頸部に多発嚢胞性病変あり、子宮頸部細胞診で LEGH が疑われ円錐切除を行った。病理組織診断は LEGH であった。症例 3: 水様性帯下があり、経膈超音波にて子宮頸部に多発する嚢胞性病変を認めたが、子宮頸部細胞診は陰性であった。MRI 検査にて MDA の可能性が否定できず、円錐切除を施行し、病理組織診断は LEGH、一部 MDA が疑われるとの結果であった。準広汎子宮全摘出術を施行し、最終病理組織検査の結果は LEGH であった。症例 4: 子宮筋腫で腹腔鏡下子宮全摘術を施行し、摘出組織で LEGH を認めた。術前の自覚症状なく、子宮頸部細胞診は陰性、MRI 検査も筋腫が頸部を圧排し読影は困難であった。LEGH と診断された症例でも異型 LEGH や MDA が存在する可能性が指摘されており、正確な診断と慎重な管理が求められる。当院では子宮頸部細胞診、MRI、円錐切除を基に診断を行っているが、今回の検討でも術前診断と最終診断が一致しない症例を認めた。LEGH の管理についてはガイドラインにも記載されておらず、今後の更なる検討が望まれる。

113. 子宮筋腫に転移を認めた再発乳癌の一例

¹⁾ 香川県立中央病院 産婦人科、²⁾ 香川県立中央病院 病理診断科

谷 佳紀¹⁾、矢野友梨¹⁾、堀口育代¹⁾、永坂久子¹⁾、高田雅代¹⁾、中西美恵¹⁾、小野早和子²⁾

【緒言】乳癌の遠隔転移は骨、肺、肝臓、脳などが好発部位であり、女性生殖器への転移は比較的稀とされる。今回、我々は子宮筋腫に転移した再発乳癌の一例を経験したので報告する。【症例】51 歳、2 妊 2 産。当院乳腺外科にて 44 歳時に乳癌 cIIIc 期、cT3N3cM0 (浸潤性乳管癌) と診断、術前化学療法後、左側乳房切除 + 腋窩リンパ節郭清術を施行された。術後補助療法として放射線照射を行い、内分泌療法を継続していた。術後 4 年 1 カ月で骨、肝臓および縦郭リンパ節に転移を認め、内分泌療法併用化学療法にて臨床的完全奏効 (CR: complete response) を維持していた。再発治療開始後 2 年で施行した FDG-PET/CT 検査で子宮体部筋層内に集積を認め、精査目的に当科紹介となった。FDG 集積部位には経膈超音波検査で境界明瞭な等エコー輝度の筋層内腫

瘤を認め、MRI 検査では子宮筋腫の変性が疑われた。しかし、閉経後に関わらず緩徐な増大傾向が疑われたため、組織学的検索目的に腹腔鏡下单純子宮全摘 + 両側付属器切除術を行い、術後病理検査で平滑筋腫および筋層内の乳癌転移と診断された。当科術後も乳癌治療を継続、CR を維持している。【考察】変性筋腫は画像所見が多彩であり悪性腫瘍との鑑別が重要であるが、FDG 集積は子宮筋腫でも認めることから術前診断が困難であった。【結語】子宮筋腫への乳癌転移を来した症例を経験した。転移部位として稀であるが、鑑別として考慮しておく必要がある。

114. 肝血管腫や肝膿瘍との鑑別に苦慮した子宮頸癌肝転移の一例

倉敷成人病センター

榊原洸太、柳井しおり、金城国俊、戸枝 満、仙波恵樹、安井みちる、越智良文、加藤 慧、島田京子、吉野育典、澤田麻里、菅野 潔、坂手慎太郎、羽田智則、安藤正明

【緒言】子宮頸癌の肝転移は 1.2 ~ 2.2% と稀であり、また画像上鑑別が困難なことがある。今回我々は子宮頸癌根治術後に肝転移と診断した症例を経験したので報告する。

【症例】50 歳、G2P1。不正出血を主訴に婦人科受診し、子宮頸部に 4cm 大の腫瘤を認め、頸部組織診で扁平上皮癌 (SCC) と診断した。MRI では腔壁浸潤や傍組織浸潤は認めず、CT で右閉鎖リンパ節腫大を認め転移が疑われた。肝 S8 に 2.1cm 大の低吸収域を認めたが辺縁からの造影効果を伴っていたことから肝血管腫が疑われた。その他明らかな遠隔転移は認めなかった。子宮頸癌ⅢC1 期疑い (FIGO2018) の診断で、開腹広汎子宮全摘術、骨盤リンパ節郭清、両側付属器切除、傍大動脈リンパ節生検を行った。術後診断は子宮頸癌ⅢC1 期 SCC であった。術後、発熱と肝酵素の上昇を認めたため CT 施行したところ増大した肝腫瘤を認め、早期相で周囲に楔状に濃染し後期相で周囲に造影効果を認めたことから肝膿瘍と診断された。抗菌薬加療を行ったが炎症反応が改善せず、肝膿瘍ドレナージを行ったところ、膿瘍に加えて排液細胞診にて SCC を認め、子宮頸癌の肝転移 (IVB 期) と診断した。ドレナージ後は感染コントロール可能となり、現在 TC 療法施行中である。【結論】転移性肝癌は画像上鑑別が困難であることがしばしばあるため、肝内占拠性病変を認めた場合は常にその可能性を念頭におく必要がある。

115. Trousseau 症候群様症状を認めたが良性疾患であった 2 例の報告

福山市民病院 産婦人科

谷村吏香、中村一仁、平野友美加、青江尚志

Trousseau 症候群とは、悪性腫瘍により凝固亢進状態を来たし脳卒中を生じる傍腫瘍性神経症候群の 1 つである。中でも婦人科系悪性腫瘍は Trousseau 症候群を発症しやすい悪性腫瘍として知られている。今回多発性脳梗塞を認め、経過から Trousseau 症候群が最も疑われたが、手術病理組織診断にて良性疾患であった 2 例を経験したので報告する。症例 1 は 47 歳、多発性脳梗塞を繰り返し前医で加療されており、前医初診時の精査で子宮筋腫と左卵巣囊腫を指摘されていた。過去の喫煙歴以外は明らかな脳梗塞のリスクは認めず、脳梗塞発症日が月経周期と重なっており高度の貧血を呈していたことから、子宮筋腫による過多月経が凝固異常を引き起こしたと推定された。子宮筋腫の手術を予定されていた矢先、再度脳梗塞を発症し CA125、CA19-9 が上昇傾向であり Trousseau 症候群が疑われ手術目的に当院へ転院となった。症例 2 は 52 歳、多発性脳梗塞を発症し近医で治療を開始されたが、その際月経周期と重なっており過多月経と高度貧血を認めたため婦人科のある前医へ転院となった。精査では子宮腺筋症のみで悪性所見は認めなかったが CT、MRI にて傍大動脈、両側外腸骨、両側鼠径リンパ節腫大を認めた。Trousseau 症候群が否定できないため手術目的に当院へ転院となった。上記 2 例の経過を文献的考察を加えて報告する。

116. 進行子宮頸部腺癌に対する weekly TP を用いた CCRT の治療成績

¹⁾ 徳島大学病院、²⁾ 高知赤十字病院

香川智洋¹⁾、西村正人¹⁾、前田崇彰²⁾、峯田あゆか¹⁾、阿部彰子¹⁾、岩佐 武¹⁾

緒言

進行子宮頸部腺癌に対して推奨されている治療は CDDP 併用同時化学放射線療法 (P-CCRT) であるが、腺癌に対する治療効果は十分ではない。子宮頸部腺癌に対するシスプラチン・パクリタキセル併用同時化学放射線療法 (TP-CCRT) で局所制御率 90% と有用性を示唆する報告がある。当院での治療成績をまとめた。

方法

2011 年 8 月～2020 年 8 月の期間で進行子宮頸部腺癌に対して P-CCRT (以下 P 群; n=11) と TP-CCRT 療法 (以下 TP 群; n=15) の治療効果・有害事象の比較を後方視的に行った。

成績

P 群では局所制御率 73%、骨盤内再発率 36%、照射野外再発率 36% で、grade3 以上の好中球減少を 18%、grade3 以上の下痢を 18% に認めた。TP 群では局所制御率 73%、骨盤内再発 20%、照射野外再発 20% で、grade3 以上の好中球減少を 20%、grade3 以上の貧血を 7%、grade3 以上の下痢を 27%、放射線直腸炎を 20% に認めた。輸血を要する重度の放射線直腸炎の発症が 2 例あったが、ともに血液疾患を有する症例であった。

結語

TP 群は P 群と比較して局所制御率に差はなかったが、照射野内・外での再発が低くなる可能性が示唆された。粘液性癌ではどちらの治療に対しても抵抗性を示す症例が多かった。有害事象は TP 群で多く、特に重度の放射線直腸炎は血液疾患を合併する症例に発生しており注意が必要であると考えられた。

117. 当科におけるペムブロリズマブ治療の有効性と安全性の検討

国立病院機構 四国がんセンター 婦人科

日比野佑美、竹原和宏、横山貴紀、藤本悦子、坂井美佳、大亀真一

【緒言】2018 年 12 月より「がん化学療法後に増悪した進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性 (MSI-High) を有する固形癌」にペムブロリズマブ単剤療法が保険適応となった。現時点での治療成績を総括する。

【方法】2019 年 2 月から 2020 年 12 月までに当科で MSI 検査を施行した 95 例 (子宮体癌 34 例、子宮肉腫・癌肉腫 6 例、卵巣癌・腹膜癌 30 例、子宮頸癌 22 例、その他 3 例) のうち、MSI-High でペムブロリズマブによる加療を行った 7 例の治療経過について検討した。

【結果】(1) 疾患: 子宮体癌 5 例 (うち 1 例は卵巣癌との重複癌)、子宮肉腫 2 例、(2) 効果: CR1 例、PR3 例、SD1 例、PD2 例で、奏効率は 71%、平均投与期間は 8.4 か月、平均奏効期間は全体で 10 か月 (0～22 か月)、CR・PR・SD 症例で 14 か月 (9～22 か月) だった。(3) 有害事象: 病状コントロールできた 5 例のうち 3 例で免疫関連有害事象 (irAE) を認めた。内訳は、間質性肺疾患 (Grade3)、副腎機能不全 (Grade3)、下痢 (Grade3) と耳下腺炎・肩周囲炎 (Grade2) であった。

【結論】当科の経験では、MSI-High は子宮体部腫瘍に多くペムブロリズマブで高い奏効率を示した。一方、奏効例では高頻度に irAE が出現した。使用に際しては免疫チェック阻害剤の特徴を理解しておくことが重要である。

118. プラチナ製剤抵抗性再発卵巣癌に対する新規治療戦略の開発

愛媛大学医学部 産婦人科

井上翔太、松元 隆、宇佐美知香、加藤宏章、安岡稔晃、横山真紀、山内勇策、中野志保、丹下景子、吉田文香、上野愛実、内倉友香、高木香津子、松原裕子、藤岡 徹、松原圭一、杉山 隆

【目的】 プラチナ製剤 (Pt) 抵抗性再発卵巣癌患者の予後は不良であり、標準治療は依然として単剤化学療法である。我々は Pt 抵抗性を獲得した後、Pt を投与していない期間が長期間となった症例に Pt の再投与を試み (Pt リチャレンジ)、奏効例にオラパリブ維持療法を導入している。今回治療成績を報告する。【方法】 Pt リチャレンジ・奏効後にオラパリブ維持療法を導入した Pt 抵抗性卵巣癌 4 例を後方視的に解析した。【結果】 [年齢] 中央値: 62 歳 (47 ~ 80 歳)。【病理診断】 高異型度漿液性癌: 3 例, 高異型度類内膜癌: 1 例。【既往レジメン数】 中央値: 3 レジメン (3 ~ 5 レジメン)。【Pt 抵抗性獲得までの PFI (Platinum-Free Interval)】 中央値: 5 ヶ月 (3 ~ 5 ヶ月)。【Pt リチャレンジまでの期間】 中央値: 19 ヶ月 (12 ~ 25 ヶ月)。【Pt リチャレンジレジメン】 パクリタキセル + カルボプラチン + ベバシズマブ療法: 1 例, ゲムシタビン + カルボプラチン療法: 1 例, カルボプラチン単剤療法: 1 例, ネダプラチン単剤療法: 1 例。【Pt リチャレンジ後のオラパリブの投与期間】 中央値: 9.5 ヶ月 (2 ~ 19 ヶ月)。2 例では PD, オラパリブ投与を中断したが (期間: 2 ヶ月および 4 ヶ月), 2 例では PR を維持できており, オラパリブを投与継続中である (期間: 15 ヶ月および 19 ヶ月)。【結語】 Pt リチャレンジおよび奏効後のオラパリブ維持療法は Pt 抵抗性再発卵巣癌に対する新しい治療オプションである。

119. MSI-High を有する再発子宮体癌に対してペムブロリズマブを使用し、髄膜脳炎を発症した一例

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科

長谷井稜子、松岡敬典、入江恭平、岡本和浩、依田尚之、小川千加子、中村圭一郎、増山 寿

【緒言】 2018 年 12 月、高頻度マイクロサテライト不安定性 (MSI-H) を有する固形癌に対し、抗 PD-1 抗体であるペムブロリズマブ (PEM) が保険診療可能となった。抗 PD-1 抗体は MSI-H 症例に奏功する反面、重篤な免疫関連有害事象 (immune related adverse events: irAE) が生じ得ることが知られている。今回我々は再発子宮体癌に対して PEM を使用し、irAE による髄膜脳炎を発症した一例を経験したので報告する。【症例】 52 歳、1 妊 1 産。子宮体癌 II 期 (pT2N0M0、類内膜癌 Grade1) に対して手術し、後療法としてドセタキセル・カルボプラチン (DC) を 3 コース行った。治療後 3 年 1 ヶ月の CT で腹膜播種、多発リンパ節転移を認め、Second line therapy として DC を再開した。3 コース後の CT で Progressive Disease と判断し、Third line therapy (TLT) 選択のため MSI-H 検査を行い、陽性であり PEM を選択した。PEM4 コース終了時の CT にて Partial Response と判断し、5 コース目を投与するも 8 日目に JCS I-3 の意識障害、幻視・幻聴、眼球運動制限を認めた。神経内科併診で精査し、irAE による髄膜脳炎と診断した。ステロイドパルスを計 3 回施行し、その後症状は改善を認めたが、PEM の継続は困難と判断し終了とした。その後 1 年無治療で増悪を認めず経過している。【結語】 抗 PD-1 抗体による髄膜脳炎の発症率は 0.1% 未満と非常に稀であるが、今回のような神経症状を認めた場合は本疾患を念頭に挙げ、専門科と協力し迅速に対応する必要がある。

120. 婦人科癌骨転移の 2 例

市立三次中央病院 産婦人科

平野章世、小西晴久、益野麻由、平井雄一郎、藤本英夫

婦人科癌では骨転移は比較的稀な病態である。今回我々は、発見の契機や症状が異なる婦人科癌の骨転移 2 例

を経験したので報告する。【症例 1】62 歳，2 妊 2 産，PS0. 子宮平滑筋肉腫 IVB 期 T3bN1M1.8 回にわたる再発治療（手術療法，化学療法，放射線治療）を繰り返し，初回治療から 5 年経過した現在，肝 S6 および多発肺転移を認めるも無症状で経過観察中。フォローアップの FDG-PET/CT で L4 骨転移の新規病変あり。その他の病変は SD であった。放射線治療（30Gy/10Fr）後 2 ヶ月現在，無症状でデノスマブを投与継続中である。【症例 2】63 歳，2 妊 2 産，PS0. 卵巣癌 IVB 期 T2bNXM1，混合癌（漿液性癌 / 明細胞癌）に対して初回治療（術前化学療法，手術，術後化学療法）の 1 年 1 ヶ月後に傍大動脈リンパ節および肺転移再発を認めた。手術で完全摘出し，パクリタキセルとカルボプラチンによる化学療法 10 サイクル後にカルボプラチンアレルギーを認め，オラパリブによる維持療法を開始した。維持療法開始 1 年 7 ヶ月後，左上腕部痛および左手指のしびれが出現し MRI で C7 骨転移再発を認めた。その他の再発病変は認めなかった。神経症状があるため診断翌日より放射線治療（30Gy/10Fr）を開始した。治療後 2 ヶ月現在，症状は軽快傾向で化学療法（パクリタキセル，シスプラチン，ペバシズマブ）およびデノスマブを投与継続中である。骨転移は稀な病態だが早急な治療が望ましい場合もあり，患者の症状をくみ取ったフォローアップが必要である。

121. 当院における腹腔鏡下広汎子宮全摘術および腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清術の導入

倉敷中央病院

伊藤拓馬、小林紀子、細部由佳、村越まどか、山野和紀、寺林博之、藤塚 捷、赤松巧将、荒武淳一、黒田亮介、高橋小百合、露木大地、西村智樹、原 理恵、田中 優、楠本知行、中堀 隆、福原 健、本田徹郎、長谷川雅明

【目的】婦人科悪性腫瘍に対する低侵襲手術（Minimally invasive surgery: MIS）として、腹腔鏡下広汎子宮全摘術（Laparoscopic radical hysterectomy: LRH）が 2018 年 4 月より保険収載となった。また、LRH とともに、腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清術（lapPAN）が 2020 年 12 月に産婦人科の高難度新規医療技術に指定された。当院でも LRH および lapPAN を導入したため報告する。【方法】当院で 2019 年 12 月から子宮頸癌 I A2/ I B1 期に対して LRH を施行した 5 例、および 2020 年 3 月から子宮体癌術前診断 I A/ I B 期に対して lapPAN を含む腹腔鏡下子宮体癌根治術を行った 4 例（うち 1 例は開腹移行）を検討した。術式導入にあたり、複数の施設に手術見学に行き、初回手術にはプロクターとして経験豊富な医師を招聘し指導を受けた。【成績】LRH の 5 例は全て腫瘍径 2cm 未満で、年齢 62 歳、BMI 23.1、手術時間 530 分、出血量 60g、術後在院日数 10 日（いずれも中央値）であった。周術期合併症を 4 例（下肢の圧挫症候群 3 例、皮下気腫 1 例、神経因性膀胱 1 例）に認めたが、全て自然軽快した。lapPAN の 4 例は、年齢 59 歳、BMI 23.8、手術時間 535 分、出血量 88g、術後在院日数 7 日（いずれも中央値）であった。IVC からの出血制御困難のため 1 例開腹移行したが、輸血は要さなかった。いずれの症例も現在のところ再発を認めていない。【結論】当院における婦人科悪性腫瘍に対する MIS 導入の取り組みを振り返り、今後の課題を検討した。

122. 当科における LACC study 後の腹腔鏡下広汎子宮全摘術の現状

島根大学医学部 産科婦人科

横原 貫、中山健太郎、菅野晃輔、榊田沙也加、澤田希代加、野々村由紀、岡田裕枝、山下 瞳、石橋朋佳、石川雅子、佐藤誠也、折出亜希、皆本敏子、金崎春彦、京 哲

【緒言】

当科では 2015 年から早期子宮頸癌に対して MIS（腹腔鏡下 / ロボット支援広汎子宮全摘術）を導入し、2018 年までに 34 例施行した。MIS 導入期は cancer spillage に留意していなかったが、2018 年の LACC study の結果以後、子宮マニピュレーターは使用せず、膣カフを形成し cancer spillage の予防に努めている。さらに MIS

の適応は stage II A1 までの症例で腫瘍径 2cm 以内、リンパ節転移がないものを対象にした。当科の腹腔鏡下広汎子宮全摘術の手順としては（1）腹腔鏡開始前に腔カフ形成（2）両側円靱帯をつり上げ、対側のポートから牽引糸にテンションをかけ、術野にカウンタートラクションがかかるように工夫している。上記の両側円靱帯の対側つり上げアプローチを取り入れた腹腔鏡下広汎子宮全摘術について動画を供覧しながら解説していきたい。

また、MIS 導入初期群の腹腔鏡下広汎子宮全摘術（11 例）と LACC 以後群（9 例）で手術時間、出血量、摘出リンパ節個数、術後入院日数を比較したが、両群に有意な差は認めなかった。MIS 導入初期群に 2 例再発を認めたが、LACC 以後群では再発例は認めなかった。今後は SCCOR study の結果も加味しながら、腹腔鏡下広汎子宮全摘術の適応症例の拡大を検討していく予定である。

123. 子宮腺筋症を発生母地とした子宮体癌の 2 例

¹⁾ 鳥取大学 産科婦人科、²⁾ 鳥取大学 病理診断科

中曾崇也¹⁾、工藤明子¹⁾、大川雅世¹⁾、飯田裕基¹⁾、小作大賢¹⁾、小松宏彰¹⁾、
千酌 潤¹⁾、佐藤慎也¹⁾、大石徹郎¹⁾、谷口文紀¹⁾、野坂加苗²⁾、原田 省¹⁾

【はじめに】子宮腺筋症合併子宮体癌は、子宮腺筋症から発生した endometrial carcinoma arising in adenomyosis (EC-AIA) と腺筋症と共存した endometrial carcinoma with adenomyosis (EC-A) の二つの概念がある。前者は極めて稀で、診断が困難とされている。EC-AIA と考えられる子宮体癌 2 例について報告する。

【症例 1】60 歳代、2 産。内膜細胞診および MRI 検査で子宮体癌が疑われた。内膜全面搔把術を 3 回施行するも、確定診断に至らず、その後も内膜細胞診異常が持続するため、診断的子宮摘出の方針とした。術後病理組織診断は類内膜癌 G1 が子宮底部に局限し、背景に広汎な腺筋症を伴っていた。腫瘍は腺筋症内を主座として増生し、筋層へ直接浸潤はなく、EC-AIA と考えられた。(I A 期 pT1aNxM0)。

【症例 2】30 歳代、0 産。20 歳代で PCOS と診断。不正出血を主訴に受診した。内膜組織診で異型増殖症、MRI 検査で内膜増殖症を合併する子宮体癌が疑われた。子宮内膜全面搔把術を 2 回施行し、異型増殖症を背景とした類内膜癌 G1 の診断を得た。ロボット支援下子宮悪性腫瘍手術を行い、術後病理組織診断も同様の結果であった。深部病変は腺筋症病巣内に局限し、EC-AIA と考えられた。(I A 期 pT1aN0M0)。

【まとめ】腺筋症が背景にある症例では EC-AIA を念頭におき、診断的子宮摘出を含めた積極的な精査を行う必要があると考えられた。

124. ロボット手術による子宮体癌の克服

鳥取大学医学部 産科婦人科学分野

小松宏彰、大川雅世、飯田祐基、中曾崇也、小作大賢、東 幸弘、工藤明子、
千酌 潤、佐藤慎也、大石徹郎、谷口文紀、原田 省

当院では 2019 年より子宮体癌に対するロボット支援下手術を導入した。難症例、特に高齢、高度肥満、子宮奇形、筋腫合併、手術既往などその都度、手順や子宮の回収方法など工夫を凝らしてきた。また、悪性手術と並行して良性手術を経験することでコンソールでの操作性は明らかに向上するが、実際、子宮体癌を 30 例施行する間に良性疾患に対するロボット手術 40 例を実施、計 70 例（施設経験数は 110 例）を経験した。

子宮体癌に対して行ったロボット手術において、CD 分類 Grade III 以上の周術期合併症はなく、術後進行期は術後に腹膜播種を認めた一例を除いてすべて I A 期であった。すべての症例が再発なく経過している。

ロボット手術では 3rd arm の操作が最も重要で、様々な角度に変えながら、組織や臓器の牽引、圧排、捻転を行うことで基本的には solo surgeon で完遂できる。カメラ操作は固定しつつ角度や距離を意識しながら頻回に移動させることが安全面からも重要となる。第 1、2 助手と息を合わせて手術操作を行う場面も多々あることから、手術に関わる者すべてが進行手順を理解しておく必要がある。またコンソール操作に至るまでのポート

配置、ロールイン・アウト、ドッキングでは助手との連携が必須であることから、術者とともに助手の成長が肝要である。特に難症例に対しては術前評価や術中の臨機応変な対応が重要となる。今回、子宮体癌に対するロボット支援子宮悪性腫瘍手術について概説する。

125. 高度肥満症例へのロボット子宮悪性腫瘍手術の工夫

¹⁾ 川崎医科大学 婦人科腫瘍学、²⁾ 川崎医科大学 病理学

森本裕美子¹⁾、太田啓明¹⁾、鈴木聡一郎¹⁾、佐野力哉¹⁾、森谷卓也²⁾、塩田 充¹⁾

はじめに

子宮体癌に対するロボット子宮悪性腫瘍手術は2018年に保険収載され、当院では2020年6月より開始した。今回BMI42の高度肥満症例を経験した。その経験と当院での工夫を報告する。

症例

56歳 1妊0産 身長156cm 体重104kg BMI42。20年前に左卵巣嚢腫に対し開腹左付属器切除術の既往があった。内膜組織診で類内膜癌G1を認め、画像より子宮体癌IA期とし、高度肥満を考慮して子宮全摘と付属器摘出の方針とした。挿管困難・末梢ルート確保困難のため、前日に中心静脈カテーテルを挿入し、意識下挿管で麻酔導入した。頭低位の角度は換気量に留意しながら20度で行った。ポート配置は臍上3cmの高さでの横並び4ポートでassist portのないpure robot手術を行った。整形外科用骨鉗子で皮膚・皮下組織を牽引しながら腹腔鏡用のtrocar（径12mm 長さ150mm）を挿入し、その中にロボット用の8mm trocarを挿入するtrocar in trocarの状態でカメラポートを使用した。SynchroSealとMarylandBipolar、CadereForeseps、縫合時にはLargeNeedleDriverを使用した。術後の高度癒着と脂肪による作業スペースの低下のため、卵管をシール後にManipulatorを使用するもロボット手術で完遂し得た。手術時間270分 出血量150mlであった。術後3日目に退院した。

結語

子宮体癌へのロボット支援手術は、腹腔鏡手術に比して入院時間が短く出血が少ないとされる。腹壁をアームが支える特性から高度肥満症例に有効かもしれない。

126. 当院での遺伝性乳癌卵巣癌症候群（HBOC）診療 RRSO を中心に

徳島大学 産婦人科

阿部彰子、香川智洋、峯田あゆか、吉田加奈子、加藤剛志、岩佐 武

【目的】BRCA 遺伝学的検査が保険適応拡大され、HBOC 診療は飛躍的に身近な診療となった。当院でのHBOC 家系について報告をする。

【方法】BRCA 遺伝学的検査を保険収載以前は研究及び自費診療で行い、現在は保険診療で行っている。

【成績】当院ではこれまで47家系でHBOC（gBRCA1m；16家系、gBRCA2m；31家系）の診断にいた。同一variantを複数の家系で認めた。発端者卵巣癌罹患から診断にいたったのは30家系、乳癌罹患からは17家系であった。2020年10月から乳癌罹患患者に対して保険診療でRRSOを開始、これまでに9例施行、内6例で子宮摘出も施行した。1例は多発筋腫を有しており開腹手術、他8例は腹腔鏡下手術を行った。RRSO 施行時年齢は43～71歳（中央値48歳）、gBRCA1m 3例、gBRCA2m 6例であった。乳癌治療とRRSO 時期については、乳癌同時手術2例、乳癌術後同年が4例、乳癌術後複数年経過して3例であった。これまでoccult がんやSTICは認めなかったが、1例に腹水細胞診偽陽性を認めた。

【結論】今後RRSOに関連して予想される事としては、乳癌手術との同時手術希望者の増加、子宮摘出に対する是非、未発症保因者に対する診療体制、また家系内の原疾患進行相違による心理サポートなど多岐に渡る。このため、当院では特にRRSO に対しては多職種でサポートが行うべく臨床研究として実施しており、その詳細を報告する。

127. 当院におけるリスク低減卵管卵巣摘出術の現状と課題

¹⁾ 高知大学医学部 産科婦人科、²⁾ 高知大学医学部附属病院 臨床遺伝診療部
松浦拓也¹⁾、泉谷知明¹⁾、樋口やよい¹⁾、氏原悠介¹⁾、田代真理²⁾、
前田長正¹⁾

【緒言】 遺伝性乳癌卵巣癌症候群（HBOC）における卵巣癌・卵管癌への対策として現在最も有効とされるのがリスク低減卵管卵巣摘出術（RRSO）である。当院では2017年に倫理委員会の承認を得て自費診療でRRSOを導入し、2020年4月に保険診療での乳癌既発症者に対するRRSOを開始した。

【目的】 当院でのRRSOの現状について報告し今後の課題について考察する。

【対象と方法】 2017年6月から2021年4月までRRSOを希望した20例を対象とし、後方視的に解析した。

【結果】 現在まで13症例でRRSOを実施、自費診療2例、保険診療11例であった。今後実施を予定している症例は4例である。RRSOを計画しながらも中止した症例が3例あり、2例は術前に行ったPET-CT検査で乳癌再発を認めたため、1例は術前日にRRSO中止を希望したためであった。RRSO実施症例は全例乳癌既発症であり、BRCA1病的バリエーション陽性者が4例、BRCA2が9例であった。全例腹腔鏡手術で行い、子宮摘出を併施したものは4例、リスク低減乳房切除術（RRM）を併施したものは2例で、いずれも病理診断の結果、潜在癌は認めなかった。術後は6ヵ月毎に腹膜癌のサーベイランスとして経膈超音波検査と血中CA125測定を行っている。

【考察】 RRSO導入当初、術前のPET-CT検査については検討課題であったが、2例で乳癌再発を認めたことから、乳癌既発症例では必要と考えている。また、術後のフォローについては明確なエビデンスはなく、今後有用性を評価する必要がある。

128. 当院におけるRRSOの現状～開腹から腹腔鏡へ～

¹⁾ 国立病院機構 四国がんセンター 婦人科、
²⁾ 国立病院機構 四国がんセンター 遺伝性癌診療科
藤本悦子¹⁾、日比野佑美¹⁾、横山貴紀¹⁾、坂井美佳¹⁾、大亀真一¹⁾、山本弥寿子²⁾、
竹原和宏¹⁾

【緒言】 2020年4月より乳癌既発症者の中で遺伝性乳がん卵巣がん（HBOC）と診断された人に対して、リスク低減卵管卵巣摘出術（RRSO）が保険収載となった。当院では、2013年よりRRSOを開始し、約8年間に経験したRRSO29例について報告する。

【方法】 2013年1月から2021年3月の間に、当院でRRSOを施行した29例（保険適応後6例）における患者背景や手術結果について検討した。

【結果】 ①手術施行年齢は50歳（36-72歳）、②BRCAバリエーション：*BRCA1* 14例、*BRCA2* 15例、③乳癌既往：既発症25例、未発症4例、④術式：開腹9例、腹腔鏡20例（保険適応症例6例）、⑤子宮摘出16例、⑥手術時間：（子宮摘出を含）開腹120分（103-131）、腹腔鏡149分（106-250）、（付属器切除のみ）開腹73分（55-127）、腹腔鏡54分（25-90）、⑦出血量：（子宮摘出を含）開腹70ml（20-220）、腹腔鏡60ml（少量-200）、⑧術後在院日数：（子宮摘出を含）開腹13日（10-15）、腹腔鏡9日（5-10）、（付属器切除のみ）開腹9日（8-9）、腹腔鏡5.5日（4-9）、⑨p53signature：片側5例、両側2例、STICやオカルト癌症例は認めなかった。

【結語】 RRSOが保険収載された事で、RRSO希望者の増加に併せて腹腔鏡希望者が増加傾向にある。当院における手術結果（手術時間や出血量、在院日数）では、腹腔鏡手術は開腹手術と比して遜色ない術式であると考えられる。

129. 当院における BRCA 遺伝子検査の現状と課題

¹⁾ JCHO 徳山中央病院 産婦人科、²⁾ JCHO 徳山中央病院 遺伝子診療科

山縣芳明^{1) 2)}、田村雄次¹⁾、高木遥香¹⁾、平田博子¹⁾、澁谷文恵¹⁾、中川達史¹⁾、
平林 啓¹⁾、沼 文隆¹⁾

【目的】我が国では2019年6月からPARP阻害薬のコンパニオン診断として、2020年4月からは遺伝性乳癌卵巣癌症候群（HBOC）診断のためにBRCA遺伝子検査が保険適用となった。当院におけるBRCA遺伝子検査の実施状況と課題について検討する。

【方法】2018年3月から2021年4月の期間に当院でBRCA遺伝子検査を施行した症例の臨床背景、遺伝子解析結果、遺伝学的対応等について検討した。

【結果】合計115例に対してBRCA1/2遺伝子検査を実施した。HBOC診断目的が60例（保険診療（BRCAAnalysis: B）：51例、自費診療：9例）、コンパニオン診断目的が55例（乳癌38例、卵巣癌16例、膀胱癌1例）、変異陽性患者の血縁者に対するシングルサイト解析が3例であった。コンパニオン診断、BによるHBOC診断は乳腺外科、婦人科、消化器内科主治医が検査の事前説明と検査を実施した。自費のHBOC診断、病的バリエーション陽性例、血縁者診断は遺伝子診療科が担当した。コンパニオン診断では乳癌4例（BRCA1:2例、BRCA2:2例）、卵巣癌4例（BRCA1:3例、BRCA2:1例）に病的バリエーションが検出された。HBOC診断では6例（全てB）に、血縁者1例に病的バリエーションを認めた。全体の6例にVUS（病的意義不明）を認めた。

【考察】近年BRCA遺伝子検査を取り巻く環境は急激に変化している。検査件数は増加しているが、出検状況は主治医による濃淡がある。また変異陽性患者の血縁者診断が十分に実施できていないことも課題である。

130. 修練医から見た Google Classroom を用いた腹腔鏡指導の有用性

広島大学病院 産科婦人科

野村有沙、友野勝幸、張本 姿、八幡美穂、中本康介、綱掛 恵、森岡裕彦、
大森由里子、寺岡有子、定金貴子、野坂 豪、関根仁樹、山崎友美、古宇家正、
向井百合香、工藤美樹

近年、産婦人科領域の腹腔鏡手術の適応疾患は拡大しており、修練医の腹腔鏡技術の習得は必須である。腹腔鏡技術の習得には実際の手術室で行う on the job training に加えて、職場外で行う off the job training による自己研鑽も重要である。一方、off the job training には腹腔鏡セミナー参加やセルフトレーニングがあるが、新型コロナウイルスの蔓延により他施設開催のセミナー参加は困難となり、施設内でも指導医数が不足しているため直接指導を受ける機会が限られている。指導環境や人材の確保が困難な場合でも継続的に教育を受ける手段として Information and Communication Technology (ICT) の活用が有用である。ICT のツールとして Google Classroom (GC) という学習支援システムを使用し、若手医師を対象に集団教育を行っている。修練医の動画投稿に対して指導者だけでなく、他の修練医も動画に対して助言が出来るようにしている。修練医単独のセルフトレーニングに比べて、指導者のリアルタイムの助言や同世代の修練医の投稿が確認出来ることでモチベーションの維持に繋がった。また、課題を繰り返すことにより腹腔鏡技術は向上し、修練医の執刀機会が少ない環境下でもスムーズに腹腔鏡下子宮全摘出術を執刀することが出来た。修練医の立場から GC を用いた off the job training は有効な方法と考えられた。

131. 施設間の垣根を超えてラパロスコピストを育成するためのトレーニングシステムの構築

広島大学 産婦人科

関根仁樹、古宇家正、八幡美穂、張本 姿、野村有沙、中本康介、森岡裕彦、
綱掛 恵、大森由里子、寺岡有子、定金貴子、野坂 豪、友野勝幸、山崎友美、
向井百合香、工藤美樹

若手産婦人科医の多くは内視鏡手術技術の習得に対する意欲を持っているが、勤務している施設によって、内視鏡手術件数や指導環境に差があるため、技術習得の意欲の維持が難しい場合がある。また若手医師には内視鏡技術の習得だけでなく、手術全体を統括する技量を持つ優れた術者になることも求められている。そこで当科では施設間の垣根を超えて優れた術者を育成することを目的としたトレーニングシステムを構築したのでこれを紹介する。まず、関連病院の医師に向けて内視鏡技術認定医取得のためのトレーニングコースを提示し、希望者には技術指導・発表・論文作成のためのメンターを割り当てた。これらにより目標が明確となり若手医師の意欲を継続できている。また google classroom を用いた遠隔指導や技術認定医が勤務施設外でも通常勤務に影響が少ない形で直接指導を行える環境を整備したことで若手医師の手術技量の評価が可能となっている。さらに、objective structured assessment of technical skill (OSATS) を応用した評価用紙を用いて手術技量の評価を行なっている。OSATS では、術者と指導医の評価に差が見られた項目が学習課題項目となるため、繰り返すことで効率的に優れた術者に近づくことができる。このトレーニングシステムの効果をみるのはまだ先だが、今後も継続していくことが重要である。

132. 婦人科良性疾患に対して導入されたロボット手術は、従来の腹腔鏡下手術を上回ることが可能か

鳥取大学医学部 産科婦人科

飯田祐基、小松宏彰、長田広樹、中曽崇也、小作大賢、東 幸弘、谷口文紀、原田 省

【目的】

婦人科良性疾患に対するロボット支援下子宮全摘出術 (RATLH) と、腹腔鏡下子宮全摘出術 (TLH) との手術成績を比較検討すること。

【対象と方法】

2018 年からの 3 年間に、当院で 2 名の術者が婦人科良性疾患に対して行った 127 例のうち、r-ASRM スコア IV 期の症例を除外し、摘出重量が 100-300g の 65 例 (RATLH 群: 22 例と TLH 群: 43 例) の手術成績を後方視的に検討した。

【成績】

年齢の平均値 (範囲) は、RATLH 群で 48 (34-60) 歳、TLH 群では 45 (33-52) 歳であった。対象疾患、BMI、未産婦および腹部手術既往の割合に差はみられなかった。手術時間の中央値は、RATLH 群で 137 (99-221) 分、TLH 群では 120 (70-200) 分で、RATLH 群で有意に長かった ($p < 0.01$)。腹腔内操作 (コンソール) 時間は RATLH 群で 101 (61-190) 分、TLH 群で 100 (52-185) 分であり、同等であった。手術準備時間は、RATLH 群で 37 (17-64) 分、TLH 群では 19 (8-47) 分で、RATLH 群は TLH 群の約 2 倍であった ($p < 0.01$)。RATLH 群 22 例を半数に分けて検討したところ、手術時間とコンソール時間は後半で短縮したが ($p < 0.01$)、手術準備時間の短縮はみられなかった。

RATLH 群の後半 11 例と TLH 群の全 43 例を比較すると、腹腔内操作時間の短縮が可能となり、手術時間に差がなくなった。摘出標本重量および出血量、合併症の頻度については、両群で差はみられなかった。

【結論】

RATLH は、症例の蓄積により腹腔内操作時間が短縮し、TLH と同等の手術時間で行うことが可能であった。

133. ロボット支援手術における第一助手の心得

鳥取大学 産科婦人科

中曾崇也、小松宏彰、小作大賢、東 幸弘、佐藤慎也、大石徹郎、谷口文紀、原田 省

当科では2021年4月までに良性腫瘍72例、悪性腫瘍31例のロボット手術を経験した。演者は第一助手として良性21例、悪性19例を経験した。ロボット手術では、カメラと2本の鉗子に加えて、3rdアームを単独の術者で操作し完遂できる。ロボット手術において第一助手を務めるには、次に示す3つの役割が重要と考えている。(1) 手術進行中の安全面への配慮。患者に最も近い第一助手は術中に発生するアーム同士の干渉、アームと助手鉗子との干渉、アームと患者との接触を避け、それらを予測し速やかに術者に示す必要がある。術者がコンソールモニターに注視する一方で、全体を客観視することが可能な第一助手の役割は極めて重要である。(2) 体腔内操作における手術手順の予測と準備。ロボット操作で作り切れない視野展開のサポート、出血時の吸引や圧迫、腸管の圧排、迅速な鉗子の交換、ガーゼ、糸針の搬入など、術者の次の動作を予測し、手順を十分に把握しておくことが、安全性の高い手術および手術時間の短縮につながる。また、助手の鉗子操作は視野外で行う場合もあり、空間認知能力は不可欠となる。(3) 適切な術者とのコミュニケーション。マイク・スピーカーを通して、常に調和した連携を保つことにより、安全かつ高度な手術が可能になると考えられた。

134. ロボット支援下腹腔鏡下子宮全摘術への pure robot surgery の手術成績

川崎医科大学

鈴木聡一郎、太田啓明、森本裕美子、佐野力哉、塩田 充

はじめに

子宮疾患に対するロボット支援下腹腔鏡下子宮全摘術は2018年に保険収載され、当院では2020年4月より開始した。当初、assist portを使用したRobot Assisted Simple Hysterectomy (RASH) で実施していた。しかし、Xiではassistantの鉗子はrobotと干渉が強く効果的ではなかった。4本のrobot armのみ使用するpure robot surgery、Robot Simple Hysterectomy (RSH) を実践している。手術成績を検討した。

方法

pure robot surgeryではassistantの役割をrobotで担う必要がある。そこで吸引はinstrumentを抜いて行い、針やガーゼの出し入れもrobot portを通して実施した。糸切りはLarge Needle Driver Suture Cutを採用した。子宮のマニピレーションは4番アームが行うが、腸管受動が必要な時は子宮マニピレータを使用した。RASH32例、RSH31例で手術成績を検討した。

結果

平均BMIはRSHが26.2、RASHは25.3と有意差なし。手術時間は143分と129分で14分有意に延長。コンソール時間も111分、98分と13分有意に延長。子宮重量は232g、272gで、出血量も37mlと51gで有意差なし。

結語

RSHは、RASHと比較して出血量や子宮重量、BMIに差がない中で、手術時間は14分の延長となった。pure robot surgeryはinstrumentの着脱が影響し、手術時間が延長している可能性があり改善策を検討している。ロボット4番アームを生かし、従来腹腔鏡の4portを維持し、安全に施行できるRSHも選択肢になりえると考えられた。

135. 経済的な腹腔鏡下子宮全摘術（TLH）を目指したエネルギーデバイス選択とその成績

¹⁾ 川崎医科大学 婦人科腫瘍学教室、²⁾ 医療法人秀明会小池病院、³⁾ 倉敷平成病院 婦人科
太田啓明¹⁾、小池英爾²⁾、森本裕美子¹⁾、鈴木聡一郎¹⁾、佐野力哉¹⁾、太田郁子³⁾、
塩田 充¹⁾

「はじめに」腹腔鏡手術は整容性に優れ社会復帰も早く低侵襲な手術である一方、ディスポーザブルの使用も多く、安全性と経済面の両立を考える必要がある。今回、超音波凝固切開装置で行った U-TLH と、低コストなバイポーラ切開凝固装置を選択した B-TLH の成績とコストの比較検討を行った。

「方法」対象は 2020 年 7 月から 10 か月間に良性子宮疾患に対して TLH を行った 114 例とした。U-TLH（75 例）はディスポーザブル超音波凝固切開装置（定価 98000-87000 円）とバイポーラを使用した。B-TLH（39 例）に関して使用回数制限のないバイポーラ切開凝固装置（バイセクト）とシーリングデバイス（バイクランプ）を使用した。

「結果」エネルギーデバイスの比較では両群ともに超音波凝固加算が使用でき、U-TLH では 62500 円の損益となり、平均 BMI は 22.7、時間：99.6 分、出血：214.5ml、摘出重量：210.8g であった。B-TLH はバイセクトを破損なども考慮し使用を 25 回（18000 円／回）、バイクランプは使用制限である 50 回使用（9260 円／回）したとすると 2740 円の利益となった。平均 BMI は 22.2、時間：129.7 分、出血：98.9ml、摘出重量：306.9g であった。両群で BMI と摘出重量は有意差がないが、B-TLH では有意に手術時間が短く、出血量が多かった（ $P < 0.001$ Mann-Whitney U test）。

「結語」B-TLH は経済面で有利であり、出血量も輸血症例もなく許容範囲であった。economical TLH として安全に行える術式の一つと考える。

136. 診断に苦慮した placental site trophoblastic tumor

広島市民病院 産婦人科

大石恵一、植田麻衣子、伊藤佑奈、坂井裕樹、岩間かれん、田中奈緒子、築澤良亮、
久保倫子、森川恵司、片山陽介、玉田祥子、関野 和、依光正枝、上野尚子、
石田 理、児玉順一

placental site trophoblastic tumor（PSTT）は中間型栄養膜細胞が主体となり、子宮内腔や子宮筋層に腫瘍形成をする非常に稀な絨毛性疾患である。hCG 値が比較的低値であり、化学療法抵抗性を示すことが特徴で、症状としては臨床症状に乏しく画像所見でも特異的な所見がないため、診断に苦慮することが多い。今回我々は PSTT の 1 例を経験したので報告する。

症例は 28 歳、2 妊 1 産。無月経を主訴に前医を受診。血中 β -hCG 陽性持続のため当科紹介となった。超音波検査にて明らかな異所性妊娠の所見はなく、子宮底部に 32mm 大の腫瘍を認めた。MRI で妊娠部位は特定できず、腫瘍は赤色変性筋腫疑いと診断された。CT でも異常所見は指摘できなかった。hCG 値が徐々に上昇したため、メトトレキサートを投与したが、hCG 値低下は認めなかった。ホルモン産生腫瘍を疑い頭部 MRI、上下部内視鏡検査施行するも異常所見はなく、再度骨盤 MRI を施行した。子宮底部の腫瘍は縮小しており、左卵管角部に突出していた。この際に本人より卵管妊娠の手術既往と発言があり、診断目的に腹腔鏡手術を施行した。赤色変性筋腫とされていた部分には腫瘍があり、肉眼的には周囲の筋層に浸潤している所見を認めたため部分切除を行った。術後病理組織検査にて PSTT、断端陽性の診断であったため、腹腔鏡下膣式単純子宮全摘術を行った。摘出子宮には残存病変は認めなかった。術後 hCG 値は陰性化した。今後は経過観察予定である。

137. 臨床症状と MRI 所見から術前診断し得た鼠径部子宮内膜症の一例

高知大学医学部 産科婦人科

黒川早紀、谷口佳代、山本槇平、泉谷知明、前田長正

【緒言】 鼠径部子宮内膜症（以下鼠径部内膜症）は稀少部位子宮内膜症の1つで、鼠径部腫瘍として他科でCT精査後に摘出され診断に至るケースが多い。今回、臨床症状とMRI所見から、腫瘍摘出術前に鼠径部内膜症と診断し得た一例を経験した。

【症例】 38歳、未婚。月経困難に対しLEP加療歴があり、挙児希望のため36歳から中止した。LEP中止1年後に右鼠径部皮下腫瘍を触知し、その後月経期に同部位の疼痛と腫瘍増大を自覚した。近医でNuck管水腫を疑われ当院外科を受診したが、症状から鼠径部内膜症が疑われ当科紹介となった。不妊と月経困難があり、MRIではT1強調像で腫瘍内に点状高信号を認め内膜症を強く疑った。これより腫瘍摘出術時に腹腔鏡検査を併施し、右鼠径ヘルニア門開存と骨盤内膜症（rASRM I期・red100%）を認めた。腫瘍は鼠経管内のヘルニア囊末端に発生し、病理では子宮内膜腺と内膜間質を認め鼠径部内膜症と診断した。骨盤内膜症に対しては癒着剥離と焼灼術を施行した。

【考察】 鼠径部内膜症は他科で術後に診断されることが多いため、術前MRI検査の報告例は少ない。本例はMRI所見から鼠径部内膜症の術前診断をし得た。また、鼠径部内膜症の発生機序の統一した見解はないが、本例は鼠経ヘルニア囊末端から鼠径部皮下へ内膜症病変が増殖し腫瘍を形成したと推察した。

【結語】 月経時に症状が増強する鼠径部腫瘍では、鼠径部内膜症の可能性を考慮した術前MRIが有用である。

138. 審査腹腔鏡により確定診断ができた結核性腹膜炎の1例

高知大学医学部 産科婦人科学講座

大黒太陽、泉谷知明、山本眞緒、松浦拓也、樋口やよい、氏原悠介、前田長正

結核性腹膜炎は全結核患者の1%未満と稀であり、特異的な臨床所見が乏しく、また、腹水貯留と腹膜に多発する小結節を認めることから、癌性腹膜炎と鑑別を要することが多い。今回、審査腹腔鏡により結核性腹膜炎と診断が確定できた症例を経験した。74歳、2妊1産、41歳で子宮筋腫のため子宮全摘を受けた。腹部膨満と食思不振を主訴に近医内科を受診し、腹部CTで腹水貯留と腹膜に多発する小結節像を認めた。癌性腹膜炎が疑われ、同院産婦人科に紹介となった。MRIで付属器に異常は認めず、腹水細胞診は陰性だったが、CA125 1060U/mlであり、癌性腹膜炎が疑われ、精査加療目的に当科紹介となった。PET-CTで胸腹水貯留、左鎖骨窩リンパ節と胸腹膜にFDG集積を認めた。腹水穿刺を再施行し、細胞診は陰性、腹水ADA値高値を認め、結核性胸腹膜炎が疑われた。診断確定のため、呼吸器外科が胸腔鏡下胸膜生検、前縦隔リンパ節摘出を、当科が審査腹腔鏡を行った。腹膜に多発する粟粒状腫瘍を認め、一部生検した。両側付属器は正常だったが、両側付属器切除も施行した。病理組織では、壊死を伴う肉芽腫および抗酸菌を認め、結核性胸腹膜炎と診断した。術後8日目に呼吸器内科に転科し、多剤併用による抗結核治療が行われ、胸腹水は消失した。結核性腹膜炎の診断において、癌性腹膜炎との鑑別には腹腔鏡下での観察と生検が有用と考えられた。

139. 腹腔鏡下に摘出を行なった骨盤内交感神経鞘腫の一例

倉敷成人病センター

金城国俊、菅野 潔、榊原洸太、戸枝 満、仙波恵樹、安井みちる、越智良文、加藤 慧、島田京子、吉野育典、澤田麻里、坂手慎太郎、柳井しおり、羽田智則、安藤正明

【緒言】 神経鞘腫は末梢神経の軸索周囲を取り巻くSchwann細胞から発生する腫瘍であり、後腹膜に発生するものは0.3～3.2%と稀である。約2%は悪性とされており組織学的な診断が必要となる場合もあるが、神経原

性腫瘍の由来神経によっては術後に重篤な神経障害を来すこともあるため、切除の適応や摘出範囲については慎重な判断が求められる。今回、腹腔鏡下に下腹神経由来の神経鞘腫を疑い、合併症なく摘出し得た一例を経験したので報告する。

【症例】35歳2妊2産。月経困難症、頻尿、排尿時痛を主訴に来院した。MRIで膀胱子宮内膜症および右後腹膜に1.8×1.5cmの拡散制限と造影効果のある境界明瞭な腫瘤を認め、神経鞘腫が疑われた。悪性を疑う所見は認めなかった。術中所見で神経原性腫瘍は右下腹神経由来であることを確認し、重篤な神経学的合併症の可能性は低いと考えられたため、腹腔鏡下膀胱部分切除に加え神経腫瘍摘出術を行なった。可及的に下腹神経は温存した。病理組織学的診断は、免疫染色でS100陽性を示す良性神経鞘腫であった。術後は明らかな自律神経障害もなく経過良好である。

【結論】神経鞘腫が疑われる後腹膜腫瘍に対しては神経障害を回避しつつ悪性疾患の除外を行う事が重要である。MRIで神経原性腫瘍の由来を鑑別することは難しい場合もあり、腹腔鏡による観察が摘出の判断や合併症回避に有用である可能性が示唆された。

140. 完全中隔子宮、腔中隔に対する腹腔鏡下子宮全摘出術の経験

愛媛県立中央病院 産婦人科

行元志門、田中寛希、市川瑠里子、伊藤 恭、井上 唯、今井 統、瀬村肇子、
阿南春分、池田朋子、森 美妃、阿部恵美子、近藤裕司

【緒言】女性性器奇形の発生頻度は0.06～3%とされ、完全中隔子宮は腔中隔を伴うことが多い。今回我々は完全中隔子宮、腔中隔に対して腹腔鏡下子宮全摘出術を施行した一例を経験したので報告する。【症例】47歳。3妊3産（帝王切開3回）。不正出血を主訴に前医受診し、精査加療目的で当院紹介となった。精査にて、完全中隔子宮、腔中隔、多発子宮筋腫、子宮腺筋症、右卵巢成熟嚢胞性奇形腫と診断し、腹腔鏡下子宮全摘出術・右付属器摘出術・左卵管切除術を施行した。腔入口部の広さは左右同程度に狭く、Kohカップを装着できなかったため、左側の子宮内腔にマニピュレーターを挿入した。腹腔内は広範囲に癒着を認め、子宮は多発子宮筋腫のため男性手拳大に腫大していた。その他両側傍卵巢嚢腫、右卵巢成熟嚢胞性奇形腫を認めた。子宮動脈及び尿管の同定は側方アプローチで行った。腔管切開は前腔円蓋部にスパーテルを挿入し、それを目印として切開した。リガシユアで、腹腔内側より確認できた腔中隔を切断し、以降は腔パイプを挿入して腔管切開を続け、経腔的に分割切除して子宮を摘出した。手術時間4時間11分、出血量473g、子宮重量339gであった。術後経過は良好で、術後3日目に退院した。【結語】完全中隔子宮、腔中隔に対する腹腔鏡下子宮全摘出術において、腔管切開を工夫し、通常術式に近く安全な手術が可能であった。

141. 母体骨形成不全症合併妊娠の1症例

¹⁾ 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学、²⁾ 岡山大学大学院保健学研究科
谷岡桃子¹⁾、檜野千明¹⁾、横畑理美¹⁾、久保光太郎¹⁾、長谷川徹¹⁾、光井 崇¹⁾、
衛藤英理子¹⁾、鎌田泰彦¹⁾、中塚幹也²⁾、増山 寿¹⁾

骨形成不全症（Osteogenesis Imperfecta: OI）は、結合組織症状を呈し、全身の骨脆弱性に伴う易骨折性や骨変形を生じる疾患で、多くは常染色体優性（顕性）遺伝である。OI患者の妊娠では、切迫早産、子宮破裂、妊娠高血圧症候群や、妊娠子宮の増大に伴う呼吸障害、骨折の発症にも注意が必要である。症例は35歳、0妊。出生後の骨脆弱性によりOIと診断され、頻回の骨折既往があった。身長111cm、非妊娠時体重34.3kg、日常生活動作は可能だが主な移動手段は車いすであった。挙児希望にて当科を紹介初診。OIは分類上Sillence IV型であり、妊娠時の母体リスクやOIの児への遺伝について夫婦に十分説明を行った上で妊娠を許可し、クロミフェン療法により妊娠成立した。腹部緊満感があり妊娠27週より切迫早産管理目的に入院となった。超音波・CT検査ともに胎児のOIを示唆する所見は認めなかったが、母体の重度骨変形や側弯もあり、麻酔科と

も協議し分娩方法は全身麻酔下での帝王切開とした。子宮増大による呼吸困難感や切迫症状の悪化もあり、妊娠 31 週にベタメタゾンを投与し、妊娠 32 週 2 日に帝王切開術を施行した。臍下から恥骨まで十分距離があり、通常の下腹部縦切開と子宮体下部横切開を行い、母体骨折予防のため腹部圧迫は避け、1677g の男児を Apgar score 4/6 点で出産した。母体は術後問題なく産褥 6 日に退院。児は NICU 管理となったが、OI の所見は認めず経過良好であり、日齢 40 日に退院した。

142. トムゼン病合併妊娠の周産期管理

島根大学医学部附属病院 産科婦人科

榊田沙也加、皆本敏子、菅野晃輔、榎原 貫、野々村由紀、澤田希代加、岡田裕枝、石橋朋佳、折出亜希、金崎春彦、京 哲

【緒言】トムゼン病とは筋肉のこわばりといったミオトニーを主徴とする常染色体優性遺伝筋疾患であり、これまで妊娠と合併した症例報告は少ない。今回トムゼン病合併妊娠の周産期管理を経験したため当院での臨床経過を報告する。

【症例】26 歳 1 妊 0 産。自然妊娠にて成立し、妊娠 12 週で当院紹介となった。妊娠前から筋肉のこわばりを自覚し、妊娠中期から症状が増強するようになった。同様の症状を有した血縁関係者が多数いることから遺伝性筋疾患が疑われ、妊娠 24 週で脳神経内科へ紹介となった。臨床症状、家族歴からトムゼン病が疑われ、症状緩和目的に妊娠 32 週からメキシレチン塩酸塩の内服を開始した。治療開始後ミオトニーはコントロール良好となった。産科、小児科、脳神経内科、麻酔科での合同カンファレンスの結果、分娩様式は無痛分娩となった。妊娠 37 週 5 日に陣痛発来で入院、無痛分娩を開始し、妊娠 37 週 6 日吸引分娩での娩出に至った。出生児は女児、出生体重 2952g、Apgar score 8/9 点、UmA-pH 7.287 であった。産後ミオトニーの増悪なく、母児ともに産後 5 日に退院となった。

【結語】トムゼン病は妊娠中にミオトニーが増悪することがあり、症状に応じて治療介入することが望ましい。分娩様式は筋力負荷を極力避けるために選択的帝王切開または無痛分娩がよいとされ、産科、小児科、脳神経内科、麻酔科が連携して分娩管理を行うことが肝要である。

143. 当院で経験した肥大型心筋症合併妊娠の 3 例

高知大学医学部附属病院 産科婦人科

下元優太、渡邊理史、堅田千晶、松島幸生、前田長正

【緒言】肥大型心筋症（HCM）は 500 ～ 1000 人に 1 人の頻度で、妊娠可能年齢の女性の診断例が増えてきた。妊娠経過は概ね良好とされるが、不整脈や左室流出路狭窄の程度によっては慎重な管理が求められる。今回当院で経験した HCM 合併妊娠の 3 例について報告する。

【症例】〈症例 1〉25 歳。1 妊 0 産。18 歳時に HCM と診断され、当院循環器内科で管理していた。NYHA 分類はⅡ度であった。自然妊娠成立し、妊娠経過中に心室頻拍の増加と左室流出路狭窄の進行を認めた。致死性不整脈の発生を危惧し、選択的帝王切開術で分娩した。胎盤娩出直後に急性心不全となり集約的治療が必要となったが救命し得た。〈症例 2〉31 歳。3 妊 1 産。症例 1 の出産後、除細動器植え込み術、心筋切除術を経て、自然妊娠成立した。NYHA 分類はⅡ度で、左室流出路狭窄は認めなかった。妊娠 37 週で反復帝王切開により生児を得た。術中や産褥期に心血管イベントは認めなかった。〈症例 3〉37 歳。2 妊 0 産。35 歳時に HCM と診断された。NYHA 分類はⅠ度であった。妊娠成立後も不整脈は認めず、左室流出路狭窄も軽度であった。妊娠 40 週 1 日に経膈分娩した。妊娠・分娩・産褥期に心血管イベントは認めなかった。

【結語】HCM 合併妊娠は、不整脈や左室流出路狭窄の悪化などを認める場合、妊娠や分娩による循環血流量の変化に対応できず、心不全に至る症例がある。そのため、妊娠・分娩・産褥の全期間で、循環器内科との連携が重要と考える。

144. 胎児輸血を要した抗 Jra 抗体陽性妊娠の一例

¹⁾ 徳島大学医学部 産科婦人科、²⁾ 徳島大学病院 輸血・細胞治療部

谷口実佑¹⁾、加地 剛¹⁾、今泉絢貴¹⁾、白河 綾¹⁾、吉田あつ子¹⁾、李 悦子^{1) 2)}、
苛原 稔^{1) 2)}、岩佐 武¹⁾

血液型不適合妊娠は胎児貧血を起こしうるが、通常、抗体が赤血球を破壊（溶血）することによる。一方、抗 Jra 抗体は赤血球の産生を抑制することで、胎児貧血を起こすとされる。今回、胎児輸血を要した抗 Jra 抗体陽性妊娠を経験したので報告する。【症例】37 歳、3 妊 1 産、抗 Jra 抗体陽性。前回妊娠は、胎児貧血および胎児機能不全のため 31 週に帝王切開を行い、児は輸血を要した。今回の妊娠では抗 Jra 抗体価 512 倍で、25 週より胎児中大脳動脈血流速度（MCA-PSV）の上昇を認めた。28w6d MCA-PSV がさらに上昇（77.6cm/s 2.1MoM）し心拡大も増悪したため、29w0d 臍帯穿刺にて貧血（Hb 5.7g/dl）を確認し、Jra 陰性血 46ml を胎児輸血した。輸血後 MCA-PSV は正常化したものの、すぐに再上昇したため、30w4d に再度臍帯穿刺を行い（Hb 9.2g/dl）、36ml の胎児輸血を行った。その後は MCA-PSV は 1.5MoM 前後で推移し、36w4d 帝王切開を施行した。出生時の臍帯血は、Hb 11.3g/dl で、赤血球の 38% は輸血由来であった。児は輸血を要さず、T-bil の上昇など溶血の所見を呈さなかった。【考察】抗 Jra 抗体による胎児貧血において 29 週と 30 週に胎児輸血を要したものの、過去の報告同様、妊娠後期になると貧血の増悪所見を認めなかった。また出生後、溶血の所見も認めなかった。抗 Jra 抗体による胎児貧血は、妊娠後期は比較的安定していること、出生後溶血を呈さないことを知っておくことは周産期管理において重要と考えられた。

145. 妊娠中の再発性急性膵炎に対して中心静脈栄養を行い妊娠継続した一例

独立行政法人国立病院機構 呉医療センター 中国がんセンター 産婦人科

豊田祐里子、荒木ゆみ、木山泰之、菅裕美子、上田明子、中村紘子、本田奈央、
水之江知哉

【緒言】妊娠中の急性膵炎は極めて稀であるが、早産や子宮内胎児死亡、母体死亡の原因となりうるため厳格な管理が必要である。今回、中心静脈栄養（total parental nutrition: TPN）が妊娠継続に有用であった再発性急性膵炎の一例を経験したので報告する。【症例】35 歳、2 妊 0 産（自然流産 1 回）、妊娠 25 週 2 日に左上腹部痛のため当科を受診し、急性膵炎と診断された。3 日間の絶食、大量捕液で軽快し退院したが、妊娠 27 週 1 日に再び急性膵炎を発症し再入院した。脂質異常症や胆石症は認めず、妊娠子宮増大による膵管内圧上昇が膵炎の原因と考えられた。絶食捕液で改善したが、食事を再開すると膵炎が再燃したため経口摂取困難と判断し、妊娠 29 週 1 日より TPN を開始した。以降は膵炎の再燃なく経過し、胎児発育も良好であった。TPN の長期化によるリスクを考慮し妊娠 35 週 3 日に選択的帝王切開術を施行した。児は 2332g の男児、Apgar score 1 分値 5 点 / 5 分値 9 点であり、新生児一過性多呼吸を認めたが酸素投与のみで改善した。母体の産褥経過は問題なく、術後 1 日目より食事開始し、術後 11 日目に退院した。【結語】妊娠中の再発性急性膵炎に対して TPN 管理を行い、母児ともに良好な臨床経過を得られた。妊婦の栄養管理は妊娠継続と胎児発育のために重要であり、長期間の絶食が必要な妊婦に対して TPN は有用な手段であると考えられた。

146. NIPT 認定施設登録後 1 年間における当院での NIPT の実際

広島赤十字・原爆病院 産婦人科

甲斐一華、児玉美穂、三春範夫、正路貴代、中前里香子、伊達健二郎

【緒言】無侵襲的出生前遺伝学的検査（NIPT）が広く認知されてきたが、検査に際しては適切な遺伝カウンセリングの実施が必須とされている。当院は 2020 年 4 月より日本医学会による NIPT 認定施設として臨床遺伝専門医（常勤 2 名、非常勤 1 名）による遺伝カウンセリングを行っている。認定施設登録後 1 年間の当院での

検査の実際を報告する。

【対象と方法】2020年4月から2021年3月までの1年間に当院でNIPTを受検した症例を対象として適応、結果などを後方視的に検討した。

【結果】対象期間にNIPTを受検したのは295例で、受検時平均年齢は38.1歳（22-47歳）であった。適応は高年妊娠271件、胎児超音波検査異常11件、染色体異常児妊娠既往4件、その他15件であった（重複含む）。検査結果は陰性288例（97.6%）、陽性4例（1.4%）（21トリソミー：1例、13トリソミー：1例、18トリソミー：2例）、判定保留3例（1.0%）であった。陽性例はいずれも羊水検査を行い、vanishing twinであった1例が正常核型であった。判定保留のうち2件は正常核型、1件で3番染色体のduplicationを認めた。これまで転機が確認できた症例では偽陰性例は認めていない。

【結語】当院での検査においても陽性例や判定保留例は一定数認められ、適切な遺伝カウンセリングや対応の重要性が再認識された。

147. 当院での NIPT 開始前後における羊水染色体検査についての比較検討

香川大学医学部 母子科学講座 周産期学婦人科学

鎌田恭輔、香西亜優美、山本健太、石橋めぐみ、田中圭紀、天雲千晶、伊藤 恵、森 信博、新田絵美子、花岡有為子、鶴田智彦、田中宏和、金西賢治

【背景】

当院では、出生前診断において一貫して超音波検査ならびに羊水検査を行っており、NIPTは施行していない。

【目的】

NIPTが施行された前後の期間における、羊水検査の動向を解析することを目的とした。

【対象と方法】

対象は、2003年1月から2020年12月の期間に当院で施行された470例の羊水検査である。方法は、国内でNIPTが開始された2013年の前後に分け、検査数の推移、年齢、検査理由、検査結果に関し、後方視的に検討した。

【結果】

NIPT開始前後での検査総数は、それぞれ346例と124例であった。NIPT開始前は、35歳未満が86例（24.9%）、35歳以上が260例（75.1%）、NIPT開始後では、35歳未満が45例（36.3%）、35歳以上が79例（63.7%）であった。NIPT開始前後での検査理由は、高齢妊娠がそれぞれ188例（54.3%）と54例（43.5%）、NT肥厚が44例（12.7%）と24例（19.4%）、その他の超音波検査異常が36例（10.4%）と18例（14.5%）、染色体異常児分娩既往が20例（5.8%）と8例（6.5%）であった。なお、NT肥厚の17.6%、その他の超音波検査異常の42.6%に染色体異常を認めた。

【結論】

NIPTが開始された2013年4月以降は、検査数が減少していた。高齢を理由にした受検者が減少した一方、超音波検査異常を理由とした受検者が増加していた。NT肥厚よりもその他の超音波異常所見を認めた場合は染色体異常の頻度が高かったため、検査前後を通して十分なカウンセリングが必要と思われた。

148. 当院で妊娠中に診断した Meckel-Gruber 症候群の一例

愛媛県立中央病院 産婦人科

市川瑠里子、池田朋子、伊藤 恭、行元志門、井上 唯、今井 統、瀬村肇子、阿南春分、田中寛希、森 美妃、阿部恵美子、近藤裕司

【緒言】

Meckel-Gruber 症候群は後頭部脳瘤、嚢胞腎、多指趾症を三主徴とする常染色体劣性遺伝疾患である。今回、妊娠中に同症候群と診断した症例を経験したので報告する。

【症例】

38歳、G3P2。既往歴、家族歴に特記すべき事項なし。自然妊娠成立し、妊娠21週時に小頭症、腎嚢胞および腹囲増大を認め、精査目的に妊娠22週4日に当院を紹介受診した。超音波検査では脳瘤、多発性嚢胞腎、多指趾症、四肢の変形を認め、Meckel-Gruber症候群を強く疑った。その後、羊水過少、口蓋裂、心奇形、胸郭低形成を認めた。妊娠35週0日のMRI検査でも、超音波検査と同様の所見を認めた。肺低形成、腎所見から生命予後は厳しいことが予想され、疾患に関する説明を新生児内科医師と共に行い、児は出生後自然経過観察の方針となった。児の腹囲増大のため経膈分娩は困難と判断し、妊娠38週5日に選択的帝王切開術を行なった。女児、体重2427g、身長42cm、Apgar score 1/1、臍動脈血pH 7.29で、脳瘤、腹部緊満、多指趾症を認め、超音波検査で多数の嚢胞を伴い腫大した腎臓を確認した。臨床所見からMeckel-Gruber症候群と診断し、家族に説明を行い看取りの方針となった。児は出生後、自発呼吸を認めず生後7分で永眠した。

【結語】

稀な疾患であるMeckel-Gruber症候群を経験した。生命予後不良な疾患であり、妊娠中に家族に対する十分な情報提供を行う必要があると考えられた。

149. 先天性横隔膜ヘルニアを合併した非モザイク型9pテトラソミー症候群の1例

四国こどもとおとなの医療センター 産婦人科

林 亜紀、森根幹生、立花綾香、近藤朱音、檜尾健二、前田和寿

【緒言】9pテトラソミー症候群は特異顔貌、精神発達遅滞、口唇口蓋裂、先天性心疾患など多彩な症状を呈する非常に稀な染色体異常症である。今回、先天性横隔膜ヘルニア（CDH）を合併した非モザイク型9pテトラソミー症候群の1例を経験したので報告する。

【症例】41歳、1妊0産。子宮筋腫核出術の既往歴があった。自然妊娠後、前医にて妊娠24週に小脳低形成が疑われ、当院に紹介となった。初診時の胎児超音波検査では、中枢神経系（脳梁完全欠損、脳室拡大、小脳虫部欠損）、口唇口蓋裂、耳介低位、先天性心疾患（膜様部心室中隔欠損、両側上大静脈）、左CDH、両側水腎症、揺り椅子様足底、胎児発育不全、羊水過多を認めた。妊娠28週に羊水検査を施行し、47, XY, +idic (9) (q21.1)であった。非モザイク型9pテトラソミー症候群は早期死亡や重度の精神発達遅滞が予測されるため、小児外科・新生児科と出生後の児の管理についてカンファレンスを行った。妊娠37週2日に帝王切開術を施行した。児は1996g、男児、Apgar score 5/8にて出生し、日齢3に横隔膜ヘルニア縫合術、日齢57に気管切開術を施行した。現在、在宅加療に向けて治療を継続中である。

【結語】非モザイク型9pテトラソミー症候群は予後不良で重度の精神発達遅滞を来す染色体異常症である。予後不良な染色体異常症において、出生前からの診断や家族への情報提供、他科との連携は家族にとって児の受け入れの一助になると考えられた。

150. 二卵性一絨毛膜性双胎（MCDZ-T）の一症例

山口県済生会下関総合病院 産婦人科

松井風香、品川征大、鷹巣 剛、矢壁和之、田邊 学、丸山祥子、森岡 均、嶋村勝典

【緒言】

一絨毛膜性双胎は従来一卵性であり性別や遺伝子は一致すると認識されていたが、近年二卵性一絨毛膜性双胎（以下MCDZ-T）の報告が散見される。今回体外受精胚移植後にMCDZ-Tと診断した症例を経験した。

【症例】

36歳初産婦。前医で体外受精（胚盤胞2個移植）により妊娠し、妊娠初期の膜性診断で一絨毛膜二羊膜性（MD）双胎と診断され、妊娠管理目的に当科紹介。妊娠20週時に超音波検査で両児の性別が異なる所見を認めた。二絨毛膜二羊膜性双胎の可能性を疑ったが、羊膜厚や隔壁附着部の超音波所見から、MCDZ-Tと考え管理を

継続した。双胎間輸血症候群は発症しなかったが、妊娠 30 週で一児の子宮内胎児発育遅延を認め、慎重に管理を行った。妊娠 37 週で選択的帝王切開にて分娩に至った。出生児は第一子女児、第二子男児で、ともに形態学的異常は認めなかった。胎盤に吻合血管を認め胎盤病理で MCDZ-T の診断が確定した。

【結語】

MCDZ-T は生殖補助医療後妊娠で生じるとする報告が多い一方で約 18% 自然妊娠でも発生し、胎児期の性別不一致や出生後の血液型や遺伝子型の不一致で診断されることが多い。MCDZ-T では胎盤に吻合血管が存在することから、MD 双胎と同様の入念な妊娠管理が必要となる。膜性診断は妊娠週数が進むにつれ困難となるため、妊娠 10 週頃までに行うことが推奨されている。一絨毛膜性双胎で両児の性別が異なるときには、MCDZ-T として管理することが望ましいと考えられた。

151. 妊娠中に頸部嚢胞を認めた先天性梨状窩瘻の 1 例

県立広島病院 産婦人科

伊勢田侑鼓、中島祐美子、松島彩子、山根尚史、加藤俊平、浦山彩子、白山裕子、三好博史

【緒言】

先天性梨状窩瘻は第 3～4 咽頭嚢遺残による先天異常で、新生児期は呼吸障害や哺乳不良で緊急処置が必要となることがある。今回、妊娠 36 週に胎児頸部嚢胞を認め、出生後に先天性梨状窩瘻と診断した 1 例を経験したので報告する。

【症例】

38 歳、3 妊 0 産、人工授精で妊娠成立後、近医で妊婦健診を受診し、問題なく経過していた。妊娠 36 週 4 日、4cm 大の胎児頸部嚢胞を認められ、妊娠 37 週 1 日に当科初診した。初診時の超音波検査、MRI 検査で、後頸間隙から右顎下部にかけて 64 × 42 × 35mm 大の嚢胞性病変を認め、嚢胞性リンパ管腫が考えられた。嚢胞により気道が圧排されていたが、羊水過多はなく胸部病変やその他の奇形は認めなかった。産婦人科、新生児科、小児感覚器科、小児外科、麻酔科合同で協議し、通常の気管内挿管が可能と判断して、EXIT (Ex utero intrapartum treatment) は行わなかった。出生後挿管困難であった場合直ちにファイバー挿管や気管切開を行える状態で、妊娠 37 週 4 日選択的帝王切開術を施行した。児は出生体重 2898g の男児で生後すぐに挿管可能であり、Apgar score 8/9 点であった。児は生後先天性梨状窩瘻と診断され、日齢 37 に左梨状窩瘻および嚢胞摘出術を施行し、日齢 55 に退院した。

【結語】

胎児頸部嚢胞を認めた場合には先天性梨状窩瘻も鑑別に挙げることが必要であり、出生後の気道確保について診療科間での検討、連携が重要である。

152. 出生後に総肺静脈還流異常症と診断された児の妊娠 30 週の胎児心エコー所見

¹⁾ 医療法人 サン・クリニック、²⁾ 独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター

萬 もえ¹⁾、沖本直輝²⁾、多田克彦²⁾

症例：母体は分娩時 36 歳、2 経妊 0 経産。妊娠 30 週 4 日に実施した胎児心エコースクリーニングにて、post LA space index (PLAS-index) は 1.26 (7.7mm/6.1mm) と高値だった。パルスドプラ法で肺静脈の血流速度波形は一峰性～平坦化を認め、S 波、D 波を認めなかった。肺静脈の左房への還流はカラードプラでは描出できず、B モードで左心房との接続が描出できたため、当院にて妊娠を継続した。妊娠 37 週 0 日に自然陣痛発来し経膈分娩となった。出生児は男児、出生体重 2648g、Apgar スコアは 1 分 7 点、5 分 6 点だった。臍帯動脈血 pH は 7.23 だった。出生後 SpO₂ 76% 前後 (room air) が持続するため、新生児科医により蘇生を開始したが状態は変わらず、胎児超音波所見より TAPVC が否定できないことから O₂ の投与を中止し、気管挿管

を行い周産期センター新生児科へ搬送した。NICU 転院後、児は超音波検査で TAPVC 上心臓型 (Ia) と診断され、同日中に新生児心臓外科のある病院へと転院となり、日齢 3 に TAPVC repair, PDA ligation, PFO direct closure が行われた。PLAS-index と肺静脈血流速度波形のチェックが TAPVC の出生前診断に有用である可能性が示唆された。本症例は胎児期に心臓精査目的で高次施設に紹介すべきであった。

153. 当院における総肺静脈還流異常症 2 症例の経験

済生会下関総合病院 産婦人科

品川征大、松井風香、鷹巢 剛、矢壁和之、田邊 学、丸山祥子、森岡 均、嶋村勝典

【緒言】

総肺静脈還流異常症 (TAPVC) は先天性心疾患の 0.3 ~ 2% と非常に頻度が低く、かつ胎児診断が困難とされる疾患である。当院で 2019 年度に 2 例の TAPVC を経験した。症例 1 は胎児超音波スクリーニングで異常は指摘されず、出生後に呼吸障害を呈したことで診断された。この際にはカラードプラで両側肺静脈の左房への還流を確認する方法 (方法 1) でスクリーニングを行っていた。症例 1 の経験から四腔断面像における下行大動脈と左房後壁の最短距離を計測する方法 (方法 2) を追加した。症例 2 は方法 2 を追加したことで胎児診断に至った。今回、TAPVC での方法 2 の有用性について報告する。

【症例】

症例 1: 妊娠 25 週時にスクリーニング検査施行し異常は認めなかった。妊娠 39 週経陰分娩で出生。出生 7 分後も SpO₂ 70% 台で推移した。酸素投与で改善なく小児科医師の超音波検査で TAPVC と診断され高次施設へ新生児搬送となった。

症例 2: 妊娠 24 週時にスクリーニング検査施行し異常は認めなかった。妊娠 34 週時に方法 2 を追加して検査を行ったところ、下行大動脈と左房後壁の最短距離が 6.4mm と長く、スクリーニング異常が指摘された。精査で TAPVC の胎児診断となり、小児循環器外科手術可能な施設へ紹介。同院にて出生し同様の診断であった。

【考察】

当院ではこれまで方法 1 を用いて TAPVC のスクリーニングを行っていた。しかし症例 1 を経験し方法 2 を追加した。症例 2 では方法 2 を追加したことで TAPVC の検出が可能であった。

154. 胎児期に肺静脈狭窄を合併した総肺静脈還流異常 III 型と診断し、出生早期に治療介入した一例

¹⁾ 広島市立広島市民病院 産科婦人科、²⁾ 広島市立広島市民病院 循環器小児科、

³⁾ 山口県立総合医療センター 産婦人科

田中奈緒子¹⁾、関野 和¹⁾、伊藤佑奈¹⁾、大石恵一¹⁾、坂井裕樹¹⁾、岩間かれん¹⁾、
築澤良亮¹⁾、久保倫子¹⁾、森川恵司¹⁾、植田麻衣子¹⁾、片山陽介¹⁾、玉田祥子¹⁾、
依光正枝¹⁾、上野尚子¹⁾、石田 理¹⁾、児玉順一¹⁾、中川直美²⁾、佐世正勝³⁾

総肺静脈還流異常 (Total Anomalous Pulmonary Venous Drainage: TAPVD) は、新生児期発症頻度の高い重症心疾患にもかかわらず胎内診断率が低い。特に III 型では肺静脈狭窄 (Pulmonary venous obstruction: PVO) を合併しやすく、生後すぐに緊急手術が必要になることが多い。今回、胎児期に TAPVD III 型と診断し、出生早期に治療介入した一例を経験したので特に超音波画像に着目して報告する。症例は 37 歳、5 妊 3 産。帝王切開既往 3 回。前回妊娠 32 週で早期産。前医にて妊娠 26 週に TAPVD が疑われ、妊娠 31 週に当院紹介。胎児超音波検査では、四腔断面で左房後壁と下行大動脈間の距離の拡大 (post-LA space index 1.16) を認め、左房後壁に並行な隔壁を認めた。腹部断面では腹部大動脈の同側前方に下大静脈以外の管腔構造を認めた。矢状断面でもこの管腔構造が横隔膜を通過し肝内の血管に流入しており、垂直静脈、TAPVD III 型と診断された。肺静脈、垂直静脈に一峰性の血流波形を認め PVO 合併が疑われた。妊娠 36 週 6 日に緊急手術の待機をした状態

で選択的帝王切開術を施行。出生体重 3204g, 女児, ApS8/8/9.TAPVD Ⅲ型と診断され同日に心内修復術が行われた。生後 3 カ月現在経過良好である。

本症例では胸部から肝内へ向かう垂直静脈が容易に認識できた。特に腹部断面は産婦人科医がよく計測する断面であり、日頃から下行大動脈や下大静脈を意識することで、胸腹部の異常血管を認識し TAPVD Ⅲ型を疑うきっかけになると考えられた。

155. 心室性期外収縮を契機に診断に至った胎児心室瘤の 2 例

¹⁾ 徳島大学 産科婦人科、²⁾ 徳島大学 小児科

今泉絢貴¹⁾、加地 剛¹⁾、早瀬康信²⁾、白河 綾¹⁾、吉田あつ子¹⁾、苛原 稔¹⁾、
岩佐 武¹⁾

【緒言】胎児期外収縮は約 1-2% に認められるとされるが、その多くは心房性であり、心室性はまれとされる。今回、心室性期外収縮（VPC）を契機に心室瘤を診断した 2 症例を経験したため報告する。

【症例 1】34 歳、5 妊 3 産。前医の 31 週の健診で胎児不整脈（期外収縮）が疑われ当科に紹介となった。超音波検査で VPC が頻発していた。右室の一部の心筋が薄く瘤状を呈しており、心室瘤を疑った。HFD のため誘発分娩を施行し、分娩となった。児は右室壁部分の非薄化・心室瘤を認め、心室性期外収縮が起こっており、先天性右室心筋形成不全症が疑われた。現在は定期的に心電図でフォローされている。

【症例 2】31 歳、3 妊 2 産。前医の 34 週の健診で胎児期外収縮を認め、当科に紹介となった。超音波検査で VPC が頻発していた。左室の心尖部の壁が薄く、心室瘤を疑った。帝王切開後妊娠のため選択的帝王切開で分娩となった。児は左室に心室瘤が確認された。VPC が頻発するため、プロプラノロールの内服を開始した。開始後は安定して経過し、現在は外来でフォローされている。

【結語】心筋疾患が原因と思われる胎児心室性期外収縮を経験した。頻発する期外収縮では心房性か心室性かの鑑別が重要であり、心室性であれば心筋の観察が必要であると考えられた。

156. 妊娠年齢上昇と周産期合併症の頻度の検討

山口大学医学部 産婦人科

城下亜文、前川 亮、村田 晋、三原由実子、関谷 彩、津永仁美、米田稔秀、
中村真由子、川崎真奈、杉野法広

日本では、女性を取り巻くライフスタイルの変化などの影響により妊娠年齢の上昇が顕著であり、35 歳以上の妊娠および出産は年々増加している。今回、年齢の上昇が周産期予後に与える影響について検討した。

当総合周産期センターの自然単胎妊娠 3321 例データ（2009-2017 年）について、年齢の上昇と周産期合併症（早産、前期破水、前置胎盤、絨毛膜羊膜炎、羊水過多・過少、常位胎盤早期剥離、妊娠高血圧症候群、妊娠糖尿病、子宮頸管無力症、帝王切開頻度、低出生体重児、SGA、Apgar score 5 分値 7 未満、臍帯動脈血 pH7.1 未満）の頻度について検討した。妊娠糖尿病の発症率と帝王切開の頻度は年齢と共に増加傾向を呈し、35 歳以上では有意に増加した。早産と低出生体重児、SGA は年齢の上昇とともに減少傾向を示した。前期破水、前置胎盤、絨毛膜羊膜炎、羊水過多・過少、常位胎盤早期剥離、妊娠高血圧症候群、子宮頸管無力症、Apgar score（A/S）5 分値 7 点未満、臍帯動脈血 pH7.1 未満の項目では年齢による有意な差は認めなかった。

本結果は、国内外の諸家の報告と比較すると年齢の上昇に伴う周産期合併症の増加は軽度な傾向であった。当施設は周産期センターであり、高齢妊婦が厳重な管理を求め、医療者が応じる傾向がある。この結果は、年齢上昇に伴う周産期合併症のリスクは医療管理によって軽減できる可能性があることを示している。

157. BeWo 細胞におけるニコチンの輸送機序と栄養輸送への影響の解析

広島大学 産科婦人科

定金貴子、向井百合香、古宇家正、工藤美樹

【目的】母体の喫煙によるニコチン曝露は、子宮内胎児発育不全など様々な産科合併症に関与するとされているが、ニコチンの経胎盤性移行の機序や栄養輸送への影響は明らかとなっていない。本研究では、ヒト胎盤トロホブラストのモデル細胞である BeWo 細胞におけるニコチン輸送を解析し、胎児発育にとって重要な栄養素であるグルコースとアミノ酸輸送に対してニコチンが及ぼす影響を検討した。

【方法】BeWo 細胞を用い放射性標識ニコチンを基質としたトレーサー実験を行い、ニコチン輸送の解析を行った。次に基質を放射性標識 3-O メチル D グルコース (3-OMG) およびアミノイソ酪酸 (AIB) とし、ニコチンがこれらの栄養代謝物輸送に及ぼす影響を検討した。

【結果】BeWo 細胞におけるニコチン輸送は、時間、温度、pH 依存性を認め、飽和性を示した。Michaelis-Menten 式における Km 値は 300.6 μ M であり、ニコチン輸送がトランスポーターを介した輸送系であることが示唆された。また、ニコチンは 3-OMG 輸送を容量依存的に抑制し、3-OMG の Vmax 値はニコチン存在下で有意に低下した。一方、AIB 輸送はニコチン存在下で抑制されなかった。

【結論】BeWo 細胞におけるニコチン輸送には、特定のトランスポーターを介した輸送系が関与していることが示唆される。また、ニコチンは胎児へのグルコースの輸送を抑制する可能性がある。

158. 東広島市に居住する妊産婦における産後うつ病のリスク因子についての検討

¹⁾ 市立三次中央病院、²⁾ 倉敷成人病センター、³⁾ 独立行政法人国立病院機構 東広島医療センター
益野麻由 ¹⁾ ³⁾、仙波恵樹 ²⁾ ³⁾、野村奈南 ³⁾、佐藤優季 ³⁾、平田英司 ³⁾、兒玉尚志 ³⁾

【目的】産後うつ病のリスク因子は研究者間で大きく異なり、母集団の規模や居住地域による影響があると考えられる。今回、外国人居住率が 3.8% と高い点で他地域と異なる東広島市に居住する妊産婦における産後うつ病のリスク因子を明らかにし、該当因子を有する妊産婦に対し介入の余地があるか検討する目的で本研究を行った。【方法】東広島市に居住し当院で分娩した産褥婦のうち、2017 年 5 月～2020 年 4 月に 2 週間健診と 1 か月健診でエジンバラ産後うつ病自己評価票 (Edinburgh Postnatal Depression Scale: EPDS) を取得した 997 例を対象とし、診療録を用いてリスクとなりうる因子を抽出した。EPDS9 点以上の者を産後うつ病の高リスク者と判断し、 χ^2 乗検定を用いて統計解析を行った。【結果】対象期間中、2 週間健診で 953 名、1 か月健診で 997 名が EPDS に回答し、EPDS9 点以上は 2 週間健診で 12.7% (121 名)、1 か月健診で 5.9% (59 名) だった。EPDS9 点以上である割合を精神疾患既往者と既往がない者で比較した所、有意に高率であった (2 週間健診: 45.8 vs 11.6% ($p < 0.0001$), 1 か月健診: 20.0 vs 5.6% ($p < 0.005$)). 外国籍者は 12.0% を占めたが、日本国籍者と比較し EPDS9 点以上である割合に有意差はなかった。その他の産科的因子や児に関する因子でも有意差を認めなかった。【考察】当地域での産後うつ病のリスク因子を医療者間で共有し認識を深めることで産前からの更なる介入に繋げられる可能性がある。

159. 人工知能 (AI) を用いた分娩時大出血でのフィブリノゲンと FDP の閾値決定の新方法

¹⁾ 三宅おおふくクリニック、²⁾ Medical Data Labo、³⁾ 埼玉医科大学国際医療センター、
⁴⁾ 独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター、⁵⁾ 三宅医院
宮木康成 ¹⁾ ²⁾ ³⁾、多田克彦 ⁴⁾、三宅貴仁 ¹⁾ ⁵⁾

【目的】

フィブリノゲンと FDP との定量的関係に注目して AI を用いて新たに開発した正常と異常との境界閾値設定方

法の有用性を調べる。

【方法】

2011 から 2015 年にかけて 8 施設の国立病院機構で 2000g 以上の出血があった症例（ただし DIC は除外）を対象とした。データは完全匿名化され Medical Data Labo にて解析した。まず AI にて AIC, BIC 値を指標として FDP 値データへの最適分布関数を決定することでフィブリノゲンの閾値を求めた。次にこの閾値以下の状態における FDP 産生を連立微分方程式で記述し、これを数値解法することで FDP 閾値を求めた。

【結果】

分娩総数 23, 330 例のうちで対象症例数は 154 例だった。得られたフィブリノゲン閾値は 237 mg/dl だった。最適分布関数についてはこの閾値未満での FDP 値分布は Weibull 分布 $(x-0.126)^{-0.443} \exp(-((x-0.126)/8.67)^{10.557})$ 、閾値以上では log normal 分布 $1/(0.928 \times \sqrt{2\pi}) \exp(-0.581(\log(x)-0.672)^2)$ だった。coagulopathy 開始となる FDP 閾値は 2.0 mg/dl で、coagulation system 崩壊開始となる FDP 閾値は 8.51mg/dl だった。

【結論】

分娩時大出血でのフィブリノゲンと FDP の閾値は AI を利用した新方法で求めることができた。

(Miyagi Y, Tada K, et al. New method for determining fibrinogen and FDP threshold criteria by artificial intelligence in cases of massive hemorrhage during delivery. *J Obstet Gynaecol Res.* 46: 256-65, 2020)

160. 新しい FDP 基準値の適用による常位胎盤早期剥離における既存の DIC 診断基準の診断能力の比較

¹⁾ 独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター 産婦人科、²⁾ Medical Data Labo、
³⁾ 三宅おおふくクリニック、⁴⁾ 埼玉医科大学国際医療センター 婦人科腫瘍科
多田克彦¹⁾、宮木康成^{2) 3) 4)}、熊澤一真¹⁾、大岡尚実¹⁾、吉田瑞穂¹⁾、沖本直輝¹⁾、
塚原紗耶¹⁾、立石洋子¹⁾、政廣聡子¹⁾

【目的】 常位胎盤早期剥離（早剥）を対象に我々が提唱した FDP 基準値（Miyagi et al. *J Obstet Gynaecol Res* 46: 256, 2020）を既存の DIC 診断基準に適用し、その有用性を検討した。【方法】 過去 13 年間の当院での早剥症例を対象に以下の 3 項目を満たすものを DIC とした：フィブリノゲン < 100mg/dL、出血量 ≥ 2000g、赤血球および新鮮凍結血漿輸血。Miyagi の報告から FDP の正常上限、中等度上昇、著明上昇の境界値を 20、32、80 (μg/mL) と定義し、旧厚生省基準と急性期基準では現行基準とこの境界値を用いた改定案とで診断能力を比較した。FDP が名義変数である国際血栓止血学会（ISTH）基準ではこの境界値を適用した改定案で、FDP が含まれない pregnancy-modified DIC score（PMD）では現行基準で比較した。統計解析には比率の差の検定を用い、 $p < 0.05$ を有意とした。【結果】 早剥 68 例中 9 例が DIC と診断された。各診断基準の感度、特異度は、旧厚生省現行基準 1.00、0.864；同改定案 1.00、0.864；急性期現行基準 1.00、0.678；同改定案 1.00、0.797；ISTH 改定案 1.00、0.864；PMD 現行基準 1.00、0.424 だった。旧厚生省改定案と ISTH 改定案の特異度は急性期現行基準 ($p < 0.05$) および PMD 現行基準 ($p < 0.0001$) より高かった。【結論】 新しい FDP 基準の適用により急性期基準の診断能力が向上し、旧厚生省改定案と ISTH 改定案で良好な結果だった。新たな FDP 基準値は早剥の DIC の診断に有用である可能性が示された。

161. 当院における無痛分娩についての検討

岡山大学医学部 産婦人科

坂田周治郎、谷 和祐、三苫智裕、横畑理美、三島桜子、大平安希子、牧 尉太、
衛藤英理子、早田 桂、増山 寿

【目的】当施設では2004年以降、医学適応に加え、妊婦の希望に基づく無痛分娩を施行している。当院では麻酔科外来を受診し麻酔について説明と同意を取得後、24時間体制で硬膜外麻酔を行っている。当院における無痛分娩症例における周産期予後について検討した。

【方法】2018年1月から2020年12月までの総分娩数1309件のうち、帝王切開を除く経陰分娩を対象とした。本検討では多胎妊娠、子宮内胎児死亡は除外した。無痛あり経陰分娩（144例）を無痛分娩群、無痛なし経陰分娩（691例）を非無痛分娩群とし、診療録を後方視的に検討した。

【結果】器械分娩の割合は無痛分娩群が19.4%（28/144）、通常分娩群が7.8%（54/691）と無痛分娩群で有意に高かった。出血量は無痛分娩群が通常分娩群と比べて有意に多かった。無痛分娩群の帝王切開率は5.3%（8/152）であり、通常分娩群の8.8%（67/758）と比べ有意差を認めなかった。新生児のApgar score、臍帯動脈pHには有意差を認めなかった。

【結論】本検討では非無痛群と比較して母児の予後は大きく変わらなかった。分娩時出血は無痛分娩群で有意に多かったが、器械分娩率が非無痛群より高かったことが原因である可能性が示唆された。麻酔科の協力を得て周産期センターならではの安全な無痛分娩を提供できていると考えられる。

162. 計画的無痛分娩の分娩転帰

岡山愛育クリニック 産婦人科

野口聡一、菊井敬子、中田高公

【緒言】欧米で一般的な無痛分娩は本邦でも増加傾向であり、当院でも同様に増加傾向である。当院では麻酔科医が常勤しておらず、主に2名の産婦人科医が麻酔を担当しており、基本的には陣痛発来前の計画的無痛分娩を推奨している。計画的無痛分娩は欧米では一般的ではなく、その安全性に関してはまだ明確ではない。今回、計画的無痛分娩の分娩転帰に与える影響を検討した。

【対象・方法】2018年1月から2020年12月までに当院で分娩となった正期産・単体・頭位分娩の中で、前回帝王切開および前置・低置胎盤を除いた2596例（初産1027例・経産1569例）を対象とした。無痛分娩1659例（初産630例・経産1029例）は「計画無痛」1431例（初産512例・経産919例）と、陣痛発来後に無痛希望となった例および計画的無痛予定であったが自然陣痛発来した例の「緊急無痛」228例（初産118例・経産110例）に分類し、後方視的に周産期予後を比較・検討した。

【成績】初産では計画無痛群で有意に分娩年齢が高く、分娩週数・分娩時間は有意に短かった。経産では計画無痛群で分娩週数・分娩時間は有意に短かったが分娩年齢は有意差がなかった。初産・経産とも計画無痛群は臍帯動脈血pH・Apgar score（1分/5分）・緊急帝王切開率・出血量・輸血率に影響を与えなかった。

【結論】計画的無痛分娩は分娩時間を短くする可能性があるが、帝王切開率や出血量および新生児予後に影響を与えなかった。

163. 子宮内膜症または子宮腺筋症の既往がある妊婦は産科合併症リスクが高い

鳥取大学医学部 産科婦人科

元村衣里、原田 崇、東 幸弘、経遠孝子、谷口文紀、原田 省

【目的】子宮内膜症または子宮腺筋症を合併した不妊患者は生殖補助医療（ART）によって妊娠することが多く、ART妊娠は産科合併症リスクが高いことが知られている。本研究は、子宮内膜症または子宮腺筋症の既往が

ある妊婦の産科合併症リスクを調査することを目的とした。【方法】子どもの健康と環境に関する全国調査（エコチル調査）の出産時全固定データに登録された 96,655 例を対象とした。本研究は、倫理審査の承認を取得したエコチル調査の研究計画に従い、エコチル調査コアセンターの許可を得て実施した。【成績】子宮内膜症の既往がある妊婦は 3,517 例であり、子宮腺筋症既往を持つ妊婦は 325 例であった。これらの既往歴がない妊婦に対する産科合併症のオッズ比は、子宮内膜症既往がある妊婦が 1.32 であり子宮腺筋症既往を持つ妊婦が 1.72 であった。年齢や ART の有無を調整して解析すると、これらの既往歴がある妊婦は早産と前期破水のリスクが高かった。子宮内膜症既往がある妊婦は前置胎盤のリスクが高く（OR=2.11, CI=1.51-2.94）、子宮腺筋症既往を持つ妊婦は常位胎盤早期剥離（OR=3.29, CI=1.22-8.89）と FGR（OR=2.88, CI=1.7-4.86）のリスクが高かった。【結論】子宮内膜症または子宮腺筋症の既往がある妊婦は、ART ではない妊娠であっても産科合併症リスクが高い。

164. 当院におけるジノプロストン腔剤初期導入成績の検討

倉敷中央病院 産婦人科

村越まどか、福原 健、小林紀子、細部由佳、山野和紀、寺林博之、藤塚 捷、
赤松巧将、荒武淳一、黒田亮介、高橋小百合、露木大地、西村智樹、原 理恵、
田中 優、伊藤拓馬、楠本知行、中堀 隆、長谷川雅明、本田徹郎

【背景】ジノプロストン腔剤は 2020 年 1 月に本邦で承認され、当院も 2020 年 9 月よりジノプロストン腔剤を導入した。

【目的 / 方法】対象は 2020 年 3 月～8 月に従来法（器械的拡張法）、2020 年 9 月～2021 年 2 月にジノプロストン腔剤を使用し当院で分娩誘発された妊婦（単胎、妊娠 37 週以降、誘発前の Bishop Score ≤ 4 点）とし、分娩誘発の成績を比較した。

【結果】初産婦でジノプロストン腔剤と従来法を比較すると、経腔分娩までの平均期間は前者で長かった（2.2 日 VS. 1.7 日）が、分娩前の頸管熟化不良例の経腔分娩率は前者で高かった。（50% VS. 38%）誘発理由別の経腔分娩率は、両者とも妊娠高血圧 / 糖尿病合併 / 前期破水は良好であり、ジノプロストン腔剤群で羊水過少 / 胎児発育不全は不良だった。ジノプロストン腔剤使用の主な有害事象は胎児機能不全（1 例）、血圧上昇（1 例）であった。

【考察】当院のジノプロストン腔剤使用群と国内の臨床試験（第Ⅲ相多施設共同試験）を比較すると、経腔分娩率は低い結果になった。（64% VS. 81.6%）これは、当院では高齢、誘発前 Bishop Score 低値の妊婦が多かったことや、誘発理由が多岐にわたることが一因であると考えられる。

【結語】当院においてジノプロストン腔剤使用群の経腔分娩率は国内の治験成績より低かった。初産婦の頸管熟化不良例での経腔分娩率は比較的良好であった。ジノプロストン留置中の胎児機能不全、血圧上昇例を各 1 例認めた。

165. ジノプロストン腔内留置製剤（プロウペス®）投与による分娩誘発症例の検討

¹⁾ 中国労災病院 産婦人科、²⁾ 県立広島病院、³⁾ 四国がんセンター

宮岡 愛¹⁾、卜部理恵¹⁾、伊勢田尚鼓²⁾、榎園優香¹⁾、日比野佑美³⁾、勝部泰裕¹⁾、
藤原久也¹⁾

【目的】新しい子宮頸管熟化促進方法として、ジノプロストン腔内留置製剤（プロウペス®、以下 PGE₂ 経腔製剤）の使用が始まり、その有用性について検討した。

【方法】当院で 2020 年 7 月から 2021 年 3 月までに PGE₂ 経腔製剤を投与し分娩誘発を行った症例を対象とし、誘発開始から分娩に至るまでに要した処置や時間、出生児の状態について検討した。

【結果】2020 年 7 月から 2021 年 3 月までの総分娩数は 272 件、そのうち既往帝切後妊娠や骨盤位等で選択的

帝王切開術を施行した以外の分娩数は195件、分娩誘発を行った症例は57件、PGE₂経腔製剤の投与を行ったのは29症例。妊娠週数の平均値は39週4日(37週2日～41週2日)、母体年齢の平均値は31.0歳(23～40歳)、経産回数の中央値は0(0～2経産)、誘発成功率は66%(初産婦44%、経産婦92%)、誘発に成功した19症例中17症例はPGE₂経腔製剤の投与のみで経腔分娩に至り、2症例はプロスタグランジンE₂錠内服とオキシトシンの投与を必要とした。また、誘発開始から児娩出までに要した時間の中央値は10時間7分であった。胎児機能不全を生じ製剤を抜去した症例は全体の20%で、緊急帝王切開術施行の原因として最も多く50%を占めた。また、児の状態は、Apgar scoreの平均値は8.27/9.48(1分值/5分值)、臍帯動脈血pHの平均値は7.278であった。

【結論】出生児の状態に異常はなく、今後症例数を増やし、より効果的な使用方法についての検討が必要である。

166. 双胎間輸血症候群(TTTS)に対するレーザー凝固術の治療成績

¹⁾ 山口大学医学部附属病院 産科婦人科、²⁾ 川崎医科大学 産婦人科学 1

中村真由子¹⁾、村田 晋¹⁾、末田充生¹⁾、藤井菜月美¹⁾、川崎真奈¹⁾、前川 亮¹⁾、
杉野法広¹⁾、松本 良²⁾、中井祐一郎²⁾、下屋浩一郎²⁾

【緒言】TTTSに対する胎児鏡下胎盤吻合血管レーザー凝固術(以下FLP)を2015年から開始し、約5年を経過した。これまでの治療成績を後方視的に検討した。

【対象】2015年8月～2020年12月まで川崎医科大学、山口大学においてTTTSの診断で妊娠26週未満にFLPを実施し、分娩までの成績が判明している症例を対象とした。

【結果】対象となった55例について、Quintero分類はstage I 16例(29.1%)、stage II 12例(21.8%)、stage III 23例(41.8%)、stage IV 4例(7.3%)であった。さらにstage IIIのうち、stage3 donorの症例が16例と最も多かった。FLPを施行した妊娠週数の中央値は20.8週(16.0-27.4)であった。治療後の成績は、FLP後供血児死亡が8例(14.5%)、受血児死亡が2例(3.6%)であった。希望による妊娠中断は3例であった。分娩週数の中央値は33.4週(16.3-40.9)であった。分娩時点での両児生存は43例(78.2%)、少なくとも一児以上の生存は51例(92.7%)であった。供血児生存44例(80.0%)、受血児生存50例(90.9%)であった。生存率には両児間で有意差を認めなかった(p=0.18)が、受血児では高い生存率であった。

【結論】FLPの治療成績は諸家の報告と同程度であり、本院におけるFLPは有効かつ安全に実施されている。

167. 前置血管診断における二段階超音波スクリーニング検査法の提案

高知医療センター 産婦人科

高橋成彦、永井立平、山本真緒、森田聡美、上野晃子、脇川晃子、川瀬史愛、
山本寄人、小松淳子、林 和俊、南 晋

【緒言】

前置血管は破水時の卵膜血管断裂による急激な胎児循環不全の結果、児に重篤な後遺症や胎児死亡を引き起こす疾患であり、分娩及び破水前の診断が重要である。当院で経験した4例の前置血管症例において、二段階超音波スクリーニング検査法(以下スクリーニング)が有用と考えられたため報告する。

【結果】

2020年1月～2021年5月に当院で妊娠管理を行った単胎妊婦の758例を対象とした。スクリーニングは、1) 妊娠初期(11-14週頃)に経腹超音波で胎盤の位置および臍帯付着部位を確認、2) 妊娠17週～24週に経腔超音波で卵膜上の管腔構造を確認することとした。1)で胎盤が低置だった症例はカラードプラ法を用いて内子宮口付近の観察を行った。この期間に前置血管を認めた4例すべてにおいて妊娠初期の超音波検査で胎盤付着部位が低く臍帯付着部位が同定困難であり、妊娠中期の経腔超音波で内子宮口付近にある卵膜血管を同定可能だった。また、経腹超音波検査で臍帯付着部位を確認しカラードプラを用い臍帯血管の走行を確認する事で

前置血管のタイプも診断可能だった。

【考察】

妊娠初期と妊娠中期のスクリーニングによりすべての前置血管症例で分娩前に確定診断可能だった。検査時間は数分と短く手技も比較的容易なことから、妊娠初期と妊娠中期に胎盤と臍帯付着部位置を同定するスクリーニングは分娩前にもれなく前置血管を診断するために有用と考える。

168. 卵巣嚢腫合併妊娠に対する単孔式腹腔鏡下卵巣嚢腫摘出術の手術安全性、周産期予後の検討

高知赤十字病院 産婦人科

高橋洋平、田村 公、前田崇彰、瀬戸さち恵、平野浩紀

【目的】

卵巣嚢腫合併妊娠に対する全身麻酔、気腹下での腹腔鏡手術の安全、有効性が報告されているが、母児への影響に議論が依然存在する。当科では脊椎硬膜外麻酔下に吊り上げ法で単孔式腹腔鏡手術(単孔法)を行っており、同様式の手術安全性、周産期予後の報告が乏しいため検討した。

【対象と方法】

診療録から 2011/4 月～2020/3 月の 10 年間で妊娠中の卵巣嚢腫に同一術者が単孔法で卵巣嚢腫摘出術した 12 例(妊娠群)の麻酔時間、手術時間、出血量を同期間で非妊娠女性の卵巣嚢腫に全身麻酔下に妊娠群と同一術者が同術式を行った 138 例(対照群)を対照とし t 検定、Mann-Whitney U 検定で検討した。妊娠群の内、当科で分娩管理した 9 例(周産期群)の周産期予後をまとめた。

【結果】

対照群と比し妊娠群では手術時間(分)に有意差はない(妊娠群 36.5 ± 8.8 vs 対照群 45.2 ± 16.5) が、麻酔時間(分)は有意に短く(43.6 ± 8.6 vs 77.0 ± 19.6) ($p < 0.0001$)、出血量(ml)は有意に少なかった($5 [5 \text{ to } 5]$ vs $5 [5 \text{ to } 20]$) ($p < 0.05$)。周産期群の分娩時週数(週)は 38.8 ± 1.2 、出生時児体重(g)は 2986.7 ± 380.7 、Apgar score 1/5 分值 $8.9 \pm 0.3/9.9 \pm 0.3$ 、臍帯動脈血 pH は 7.33 ± 0.06 で、全例 1 ヶ月健診時点で児異常を認めなかった。

【結論】

非妊娠時と同様に卵巣嚢腫合併妊娠での単孔式腹腔鏡下卵巣嚢腫摘出術は安全で、周産期予後も良好であった。

169. 帝王切開後硬膜下血腫及び SIADH を来し reversible cerebral vasoconstriction syndrome が疑われた一例

独立行政法人国立病院機構 福山医療センター

白河伸介、今福紀章、中藤光里、山本梨沙、藤田志保、岡田真紀、山本 暖

【背景】今回我々は帝王切開後に低ナトリウム血症や頭痛を来し、SIADH 及び急性左硬膜下血腫と診断され、その後の経過で reversible cerebral vasoconstriction syndrome (RCVS) が疑われた一例を経験したので報告する。

【症例】38 歳、女性、経産婦。近医で妊婦健診を受けていたが低置胎盤のため周産期管理目的に妊娠 26 週で紹介受診。母体や胎児発育問題なく妊娠 37 週 6 日で選択的帝王切開術の方針となり女兒、2552g、Apgar Score 8/9 点の生児を得た。術中出血は羊水込みで約 900g。手術直後は問題なかったが、術後 5 日目より頭痛が出現、術後 6 日目に頭痛が増悪、低ナトリウム血症を認めた。採血検尿より SIADH、頭部 MRI で左急性硬膜下血腫の所見であった。他科と協議の上、硬膜下血腫は経過観察、SIADH は水分制限で加療の方針とした。その後症状は改善し術後 16 日目に退院となった。その後硬膜下出血は増悪傾向無く改善傾向であり RCVS が疑われた。

【考察】RCVS は 2007 年に提唱された疾患である。激しい頭痛、多発性の可逆性の脳血管攣縮を伴う症候群で

ある。血管攣縮に伴い頭蓋内出血を来し、時に神経症状やけいれんを引き起こす。しかし3カ月程度で自然退縮し予後良好な疾患である。若年女性に多く、産後に発症した例も報告されている。本症例はRCVSによる頭痛、硬膜下血腫が起こりSIADHとなったと考慮された。当日は文献の考察を含め報告する。

170. 妊娠後期の高度肥満妊婦に生じた卵巢腫瘍茎捻転に対して腹腔鏡手術を施行した一例

愛媛県立中央病院 産婦人科

伊藤 恭、阿南春分、市川瑠里子、行元志門、井上 唯、今井 統、瀬村肇子、池田朋子、田中寛希、森 美妃、阿部恵美子、近藤裕司

【緒言】高度肥満患者の腹腔鏡手術では視野確保に難渋する事があり、また妊婦では妊娠子宮に留意してトロッカーの位置を決定する必要がある。今回、妊娠後期の高度肥満妊婦に腹腔鏡手術を行ったので報告する。

【症例】32歳、4妊1産。BMI 40.5。妊娠33週4日に右下腹部痛が出現し、前医受診後に虫垂炎疑いの精査加療目的に当院へ搬送された。来院時に右下腹部圧痛、反跳痛を認め、単純CT検査で子宮右側の上腹部に強く圧排された径6.4cmの腫瘍を認めた。右卵巢奇形腫の茎捻転を疑い、腹腔鏡手術の方針とした。トロッカー位置を外科と協議し、術野でも超音波検査で腫瘍、子宮底の位置を確認した。患者を30度左側臥位とし、右季肋部正中やや外側に第1トロッカーを留置した。その後、腹腔内を観察しながら臍下1横指の高さで、右腋窩中線上に第2トロッカー、右季肋部正中線上に第3トロッカーを順次留置した。右卵巢は鬱血していたが、捻転解除で血流の回復を認め、体外法で右卵巢腫瘍核出術を行った。病理診断は成熟奇形腫であった。術後は抗凝固療法を行った。術直後より子宮収縮増強を認め、子宮収縮抑制剤投与を行ったが、その他の周術期合併症は認めなかった。術後13日目（妊娠35週3日）に自宅退院し、妊娠40週3日に前医で経膈分娩に至った。

【結語】妊娠後期の高度肥満妊婦で視野確保に難渋したが、患者体位、トロッカー位置を工夫し、周術期合併症なく腹腔鏡手術を施行することができた。

171. 不明熱で帝王切開したが、術後に血球貪食症候群と判明した一例

倉敷中央病院 産婦人科

小林紀子、西村智樹、細部由佳、山野和紀、村越まどか、寺林博之、藤塚 捷、黒田亮介、赤松巧将、荒武淳一、高橋小百合、露木大地、原 理恵、田中 優、伊藤拓馬、楠本知行、福原 健、中堀 隆、長谷川雅明、本田徹郎

背景

血球貪食症候群（hemophagocytic syndrome: HPS）とは網内系（骨髄、肝、脾、リンパ節）における血球貪食性の組織球増殖、複数系統の血球減少、発熱、肝障害、肝脾腫、血清フェリチン著増、DICで特徴づけられる。妊娠中に血球貪食症候群を合併することは稀であり、その臨床症状から感染症やHELLP症候群などとの鑑別が必要なため診断が遅れやすい。今回われわれは、妊娠32週に血球貪食症候群を発症した症例を経験したので報告する。

症例

37歳、経産婦、妊娠20週1日、円錐切除後切迫流産／頸管無力症疑いのため、当院へ紹介入院となり、妊娠20週5日にMcDonald縫縮術施行され、塩酸リトドリン投与しながら周産期管理を行った。妊娠32週5日目に38度以上の発熱および頻脈を認め、熱源精査目的で、血液検査、尿検査および羊水検査実施するも明らかな異常を認めなかった。その後も発熱持続および酸素需要の出現を認め、胎児の低酸素血症が懸念されたため、妊娠33週0日に緊急帝王切開術施行された。妊娠終了後も症状は改善せず、血液検査で汎血球減少、凝固異常、高フェリチン血症、高sIL-2R血症を認めたため、感染症以外の疾患を鑑別にあげ、血液内科およびリウマチ・膠原病内科で精査を行ったところ、HPSと診断された。

結語

妊娠中の発熱は子宮内感染を鑑別に挙げ、精査および分娩管理を行う必要があるが、不明熱の鑑別として内科的疾患が隠れている可能性を忘れずに念頭に置く必要がある。

172. 当院における COVID-19（疑い含む）妊産婦 10 例の診療経験

岡山赤十字病院 産婦人科

道満佳衣、江口武志、角南華子、柏原麻子、大村由紀子、高取明正

【緒言】2021 年 5 月現在、岡山県の COVID-19 の感染拡大は著しく、人口 10 万人あたりの新規感染者数は 58.0 人（2021 年 5 月 7～13 日）と全国 4 位であり、緊急事態宣言が発令されても尚、新規感染者数は高い水準のままである。当科で経験した COVID-19（疑い含む）妊産婦 10 例の診療経験について報告する。

【症例】10 例の内訳は、中等症Ⅱ 1 例、中等症Ⅰ 1 例、軽症 6 例、濃厚接触者 2 例で、感染経路は家庭内感染（疑いを含む）が 8 例であった。中等症Ⅱの症例は、酸素療法、ステロイド療法、抗ウイルス薬（レムデシビル）を投与し、発症から 16 日で退院となった。濃厚接触者を除く COVID-19 妊産婦のうち母体発熱を認めた 6 例中 5 例で胎児心拍数波形レベル 2 の胎児頻脈を認めたが、胎児機能不全は認めなかった。また、妊娠 26 週に発症した軽症 1 例で -3.0SD 程度の小頭症が新規で出現した。予防的抗凝固療法として全例で弾性ストッキングを着用したが中等症Ⅱ、中等症Ⅰの症例と D-Dimer 高値であった軽症 1 例、帝王切開を行った濃厚接触者に対してヘパリンカルシウムもしくはエノキサパリンナトリウムの皮下注射を行い血栓形成は認めなかった。濃厚接触者 1 例で隔離解除まで妊娠継続が困難な症例に対して COVID-19 対応の帝王切開を行った。

【結語】

岡山県の第 4 波の特徴として若年者に多く、それにより妊産婦の感染も増加している。引き続き岡山県と連携して受け入れ体制を強化して対応する必要がある。

173. 当院でのモルセレーション式子宮鏡 TruClear™ の導入と使用経験

つばきウイメンズクリニック

須賀真美、鵜久森夏世、金石 環、兵頭慎治、鍋田基生

【目的】当院では、子宮内膜ポリープに対しレゼクトスコープを使用して日帰り入院で子宮鏡下ポリープ切除術を行っていたが、術前に十分な頸管拡張を要するため、手術前日から頸管拡張が必要であった。患者・医療者の負担軽減と電気デバイスによる子宮内膜への熱損傷をなくすことを目的に、2020 年 6 月末からモルセレーション式硬性子宮鏡 TruClear™ を導入した。【方法】TruClear™ は子宮内膜ポリープを細切・吸引しながら組織を回収するため、機器の出し入れの必要がなく、効率よく手術ができる。また、最小限の子宮頸管拡張で手術が可能であり、熱損傷を加えないため内膜にダメージが少ないという特徴がある。当院での TruClear™ を用いた日帰り子宮鏡手術の方法について報告し、手術開始から 7 か月間に施行した 34 例について検討した。【結果】手術に伴う合併症の発症はなかった。TruClear™ はシンプルな操作で、子宮穿孔のリスクがなく安全に手術が可能であった。手術を施行した 34 例中、不妊症例は 26 例（未産婦 21 例、経産婦 5 例）で、術後 7 例が次周期で妊娠成立した。【考察】当院では子宮鏡手術を行う患者が未産婦の不妊患者が多いため、TruClear™ の特徴が十分に発揮され、患者・医療者双方にとって利点が多かった。今後も、経験を重ねより簡便で安全に手術ができるように検討を続けていく。

174. 子宮腺筋症核出術後に不妊治療を行うも妊娠せず子宮全摘術をおこなった 1 例

¹⁾ 高松市立みんなの病院 初期研修医、²⁾ 徳島大学病院 産科婦人科
川真田紗也^{1) 2)}、山本由理²⁾、加藤剛志²⁾、苛原 稔²⁾、岩佐 武²⁾

【緒言】

妊孕性温存希望の子宮腺筋症に対する外科治療として子宮腺筋症核出術が挙げられる。術後の妊娠・周産期予後の報告は増加傾向にあるが、術後の腹腔内環境についての報告は少ない。我々は、子宮腺筋症核出術後に腹腔鏡下子宮全摘術を施行した症例を経験したので報告する。

【症例】

39 歳、1 妊 1 産。33 歳時に挙児希望、びまん型全周性の子宮腺筋症を主訴に受診した。体外受精で妊娠するも子宮内胎児発育不全、子宮内感染のため 22 週で死産となった。2 年後の 36 歳時に他院で腹式子宮腺筋症核出術を受けた。1 年後体外受精を再開するも卵巢機能低下が顕著になり妊娠に至らず、治療を断念した。その後保存的治療をおこなっていたが手術希望となり 39 歳時に腹腔鏡下子宮全摘術を施行した。

腹壁と子宮前面の広範囲な癒着があり、両側付属器はダグラス窩で子宮後面、直腸と一塊となり観察できず、完全ダグラス窩閉鎖であった。手術時間は 3 時間 3 分、出血量 220ml、合併症は認めなかった。

【考察】

子宮腺筋症核出手術、特にびまん全周性の腺筋症では子宮創部が大きくなり術後の腹腔内癒着も高度になりやすいのではないかと考えられた。子宮付属器を含む腹腔内癒着を伴っていることも少なくないと考えると、術後に自然妊娠しない場合は早めの体外受精の検討が必要と考えられた。また、体外受精を実施している場合は手術前後の待機時間に胚凍結を行い、加齢による卵巢機能低下を減少させた方がよいと思われた。

175. HCG 異常高値から異所性 HCG 産生腫瘍が疑われた 1 例

倉敷中央病院 産婦人科

細部由佳、荒武淳一、小林紀子、山野和紀、村越まどか、寺林博之、藤塚 捷、
黒田亮介、赤松巧将、高橋小百合、露木大地、原 理恵、西村智樹、田中 優、
伊藤拓馬、楠本知行、福原 健、中堀 隆、長谷川雅明、本田徹郎

緒言：異所性妊娠の疑いで当科紹介となったが、HCG 異常高値から異所性 HCG 産生腫瘍が疑われ原発不明癌で死亡に至った 1 例を経験したので報告する。

症例：36 歳、2 妊 2 産。突然の下腹部痛を主訴に当院救急外来を受診した。受診 6 週間前より無月経となり妊娠反応検査が陽性であったため異所性妊娠の疑いで当科紹介となった。子宮内に胎嚢は確認できずダグラス窩に液体貯留を認めたが、両側付属器に多房性嚢胞性病変を認め異所性妊娠として非典型的な所見であった。黄疸と腹部超音波検査で肝内に多発の腫瘍影を認めたため、単純 CT 検査を追加した。S 状結腸腫瘍と穿孔所見あり肝内に多数の腫瘍を認めた。その後、血中 HCG 値の異常高値（104 万 mIU/mL）が判明し、HCG 産生 S 状結腸癌・穿孔の疑いで緊急手術を施行した。S 状結腸周囲の癒着は強固であり組織生検すら難しく人工肛門造設のみ施行した。組織型確定のため肝生検も施行したが carcinoma の診断のみで原発臓器診断は不明だった。多発肝病変は急速に増大し肝不全のため約 1 か月後に死去した。原発巣究明のため病理解剖を行った。

考察：本症例は妊娠反応検査陽性・突然発症の下腹部痛から異所性妊娠も疑われたが、HCG 異常高値・CT 検査所見より異所性 HCG 産生腫瘍を疑う所見だった。HCG 高値の際には非常に稀であるが HCG 産生腫瘍も鑑別に挙げることが重要である。

結語：HCG 異常高値では異所性 HCG 産生腫瘍も鑑別に診療を行うことが必要である。

176. 閉経後に子宮捻転をきたした子宮筋腫の2例

島根県立中央病院 産婦人科

西木正明、江川恵子、障子章大、田中綾子、山上育子、坪倉かおり、奈良井曜子、森山政司、岩成 治、栗岡裕子

【緒言】 子宮捻転は比較的稀な疾患であり、子宮が長軸方向を中心として捻転している疾患である。今回我々は子宮捻転を2症例経験したため報告する。

【症例1】 62歳女性 G1P1、突然の下腹部痛を自覚し近医へ救急搬送された。巨大腫瘍による腹部全体の膨満、同部位の圧痛があり、腹部単純CT検査で下腹部に150mm大の巨大な腫瘍を認めた。当院へ転院搬送となり、腹部エコー検査では石灰化を伴う充実性腫瘍病変を認め、子宮筋腫茎捻転の疑いで緊急手術となった。開腹時、子宮は小児頭大であり、細く延長した子宮頸管を中心に子宮頸部が捻転していた。単純子宮全摘術と両側付属器切除術を行ったところ、摘出した子宮の病理所見では硝子変性の平滑筋腫を認めた。

【症例2】 73歳女性、G0P0。夕食後の激しい嘔吐のため、近医へ救急搬送され、腹部単純CT検査で巨大結腸と20cm大の巨大筋腫を伴う子宮筋腫茎捻転を疑い、当院へ転院搬送となった。開腹時、血性腹水貯留と巨大S状結腸を認めたため、術野確保のため経肛門的にカテーテルを挿入し排ガスを行った。子宮は成人頭大で頸部が捻転しており、単純子宮全摘術、両側付属器切除術を行った。

【結語】 今回経験した2症例は、子宮筋腫が原因となった子宮捻転であった。閉経後女性の急性腹症の原因疾患として、巨大子宮筋腫に伴う子宮捻転の可能性も念頭に置いて診療にあたることが必要と考えられる。

177. 妊娠中に左卵巢腫瘍と考えられていた後腹膜神経鞘腫の一例

広島市立安佐市民病院

大原 涼、本田 裕、梅木崇寛、隅井ちひろ、熊谷正俊

【目的】 神経鞘腫（Schwannoma）は末梢神経の構成細胞である Schwann cell 由来と考えられる良性腫瘍である。多くは皮下組織や筋肉といった軟部組織に発生するが、脳脊髄神経に発生するもののうち聴神経や三叉神経に発生することが多いとされている。婦人科領域で神経鞘腫を認めることは非常に稀であり、我々は妊娠中に卵巢腫瘍として経過観察していた腫瘍が画像診断にて後腹膜腫瘍と診断され、病理診断にて神経鞘腫と診断された一例を経験したため報告する。【背景】 25歳、2妊2産。妊娠中より6cm大の左卵巢腫瘍を認め、分娩後に精査目的に紹介となった。内診にてダグラス窩に腫瘍を触知、経膈超音波検査では左付属器領域に充実成分と嚢胞成分が混在する腫瘍を認めた。MRIでは両側の正常卵巢を認め、後腹膜腔内に63mmの、充実部は拡散強調画像で高信号を呈す腫瘍を認め、神経原性腫瘍や悪性リンパ腫などの可能性が示唆された。開腹所見では右子宮広間膜後葉の腹膜下に鶏卵大の腫瘍を認めたため摘出した。摘出した腫瘍は神経鞘腫であり、悪性所見は認めなかった。【考察】 我々は、妊娠中に卵巢腫瘍と考えられていた後腹膜神経鞘腫の一例を経験した。本症例は画像診断によって神経鞘腫などの後腹膜腫瘍が疑われた。後腹膜腫瘍には神経鞘腫の他に悪性神経鞘腫やGIST、悪性リンパ腫などの悪性腫瘍が鑑別に挙がるため、腫瘍摘出による診断が望ましい。

178. 卵管癌が疑われたが腹腔鏡検査によりクラミジア性骨盤腹膜炎と診断した1例

岡山済生会総合病院 産婦人科

秋定 幸、杉原花子、假谷奈生子、春間朋子、小池浩文、坂口幸吉、江尻孝平、平野由紀夫

クラミジア性骨盤腹膜炎はCA125の異常高値、大量の腹水貯留や腹膜炎の炎症性変化を呈し、癌性腹膜炎と鑑別が困難な場合がある。今回われわれは腹腔鏡検査がクラミジア性骨盤腹膜炎と癌性腹膜炎の鑑別に有用であった1例を経験した。症例は22歳、1妊0産で5ヶ月前に人工妊娠中絶の既往があった。前医での超音波検

査で大量の腹水貯留を指摘され当科を受診した。CA125 は 532 U/ml と上昇しており、造影 MRI 検査では壁肥厚と結節を伴う左卵管留水腫、腹膜肥厚と大網の軟部組織の増生が疑われた。造影 CT 検査では傍大動脈周囲のリンパ節が多数腫大していた。子宮頸管クラミジアリアルタイム PCR 法で陽性であり、クラミジア性骨盤腹膜炎も疑われたが、左卵管癌による癌性腹膜炎も否定できず、腹腔鏡検査を施行した。骨盤内には血性腹水が貯留しており、子宮付属器周囲、肝臓表面に膜状の癒着を認めた。左卵管は腫脹しており、膨大部に充実部分を伴う腫瘤を認めた。癒着剥離と腹膜生検、左卵管切除を施行した。術後病理検査では左卵管に異形卵管上皮を認めるものの、破壊性増殖や浸潤像はなく炎症に伴った変化と考えられた。クラミジア性骨盤腹膜炎と診断し、アジスロマイシンを投与した。その後腹水は消失し、腹膜肥厚やリンパ節腫大も改善した。CA125 も陰性化した。腹腔鏡検査は低侵襲で確実な組織採取が可能であり、癌性腹膜炎との鑑別に有用と考えられた。

179. 放線菌治療中に薬物アレルギーを発症した 2 例

香川県立中央病院 産婦人科

堀口育代、矢野友梨、谷 佳紀、永坂久子、高田雅代、米澤 優、中西美恵

【緒言】薬物アレルギーとは、薬物の投与を受けた生体で発生する、薬物またはその代謝産物を抗原とする免疫反応である。抗菌薬や解熱鎮痛剤などの様々な薬物が原因となり、多様な症状を生じる。今回、放線菌症治療中に薬物アレルギーを発症した 2 例を経験したので報告する。【症例 1】49 歳、約 20 年前に子宮内避妊具(IUD)挿入。発熱、左下腹部痛を主訴に受診。画像検査で左卵管膿瘍を認めた。IUD を抜去し TAZ/PIPC 投与を開始。投与 10 日目で一旦解熱したが、翌日から再度発熱を認めた。薬物アレルギーを疑い TAZ/PIPC 投与を中止したところ、その翌日に解熱した。【症例 2】47 歳、約 10 年前に IUD 挿入。発熱あり、CT 検査で腹腔内および付属器周囲に膿瘍を認めた。IUD を抜去し、TAZ/PIPC を 14 日間投与後 AMPC を維持内服とした。4 日目に再度発熱したため、感染の再燃を疑い TAZ/PIPC 再開するも解熱せず。再開 4 日目に浮腫、腎機能低下が出現した。薬物アレルギーと判断し投与を中止、中止後 5 日目に解熱、9 日目に腎機能の改善傾向を確認した。【考察】2 症例はともに抗生剤治療による感染症状改善後、発熱再燃を認めた。薬物アレルギーは原因薬剤中止で症状の速やかな改善が期待でき、症例 2 でも 2 回目の発熱時に投与を中止していれば他症状の出現を回避し得たと考える。【結語】抗菌薬治療で改善しない発熱において、抗菌薬適正使用の判断とともに薬物アレルギーの可能性を考慮する必要がある。

180. Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser 症候群の痕跡子宮に巨大子宮筋腫を生じた 1 例

鳥取大学医学部附属病院 産科婦人科

和田郁美、東 幸弘、長田広樹、中曾崇也、池淵 愛、森山真亜子、山根恵美子、佐藤絵理、谷口文紀、原田 省

【緒言】Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser 症候群 (MRKHS) は 5000 人に 1 人に生じる稀な疾患であり、Müller 管形成不全による先天的な陰や子宮欠損を生じる。MRKHS の痕跡子宮に巨大子宮筋腫を生じた症例を経験したので報告する。

【症例】49 歳、未婚の既婚女性で原発無月経であった。15 歳時に無月経を主訴に近医受診し、陰閉鎖を指摘されたが詳細は不明であった。

46 歳時に左乳癌手術を受け、術後にタモキシフェンを内服していた。

腹部腫瘤感を主訴に前医受診し、超音波検査で子宮筋腫が疑われた。外陰部は正常女性型で陰は 1cm の盲端であった。MRI 検査では、陰上部に索状の構造を認めるものの子宮内膜や頸管上皮は同定できなかった。T2 強調像で低信号を示す 20cm 大の腫瘤を認め、子宮筋腫を疑ったが子宮体部の構造を認めなかった。尿路造影検査で尿路奇形を認めなかった。

GnRH アンタゴニスト投与後に腹式単純子宮全摘術を施行した。

新生児頭大の腫瘤には連続する左付属器と円靱帯を認め、痕跡子宮に生じた巨大筋腫と考えられた。右付属器と連続する鶏卵大の腫瘤も認めたため、左右の痕跡子宮および筋腫、両側卵管を摘出した。

病理組織検査の結果、平滑筋と結合組織のみで構成され、子宮内膜組織を認めなかったため、MRKHS の痕跡子宮に発生した子宮筋腫と診断した。

【結語】MRKHS 患者の骨盤内に充実性腫瘤を認めた場合には、痕跡子宮より発生した子宮筋腫を念頭に置いた対応が必要である。

181. 高齢者に発症した排尿障害を伴う会陰癒着症の 1 例

岡山大学病院 産婦人科

西田康平、岡本和浩、入江恭平、松岡敬典、依田尚之、小川千加子、中村圭一郎、増山 寿

陰唇癒着症は低エストロゲンを背景に脆弱となった外陰部へ機械的刺激や炎症などが起こり、それらが誘因となり陰唇内面同士に癒着が生じたものである。今回、排尿障害を契機に診断された陰唇癒着症の一例を経験したので報告する。症例は 79 歳、1 妊 1 産、排尿障害を主訴に前医を受診され、陰唇癒着症の診断にて当院に紹介となった。外陰部は陰唇が完全に癒着しており、会陰部に尿の流出路と思われるピンホール状の孔を認めた。骨盤造影 MRI 検査を施行し、泌尿生殖器の解剖学的な異常は認めなかった。陰唇癒着症の診断にて外陰部癒着剥離術を行う方針となった。ピンホール状の孔を基点として孔を拡張、剥離展開し、腔、本来の尿道口を確認、陰唇の間を覆っている外陰部の皮膚様の組織を電気メスで陰核付近まで切開し、癒着を剥離した。大陰唇の皮膚と小陰唇の内側の粘膜面を再癒着防止のために全周性に縫合し、手術を終了した。術後経過は良好で術後 2 日目に退院となった。前医での創部洗浄、エストロゲン含有ゲルの塗布を指示した。術後 2 ヶ月の外来再診時に再癒着なきことを確認し、終診とした。高齢者の陰唇癒着症は報告例も少なく、明確な治療指針は示されていない。陰唇癒着症の症状はさまざまであるが、排尿障害、尿失禁を主訴とする高齢女性を診察する際には陰唇癒着症も鑑別に挙げ、外陰部の診察を行い、陰唇癒着症の場合には適切な介入を行う必要がある。

182. 卵巣滑脱に捻転を伴った鼠径ヘルニアの一例

鳥取県立中央病院 産婦人科

圓井孝志、上垣 崇、野中道子、荒田和也、竹中泰子、高橋弘幸

【緒言】

鼠径ヘルニアは鼠径部筋膜の脆弱性により腹膜の一部が脱出することにより発症する。ヘルニア門が拡大すると、主に小腸などの内臓臓器が脱出することが一般的である。今回、卵巣滑脱に捻転を伴い緊急手術に至った鼠径ヘルニアの一例を経験したので報告する。

【症例】

68 歳、G3P3。幼少期より左鼠径部の膨隆を自覚していたが、自身で用手的に還納していた。3 年前より還納が困難となった。突然の下腹部痛を主訴に近医を受診し、当院へ救急搬送となった。左鼠径部に手拳大の膨隆を認め、CT にて卵巣嵌頓を伴う左鼠径ヘルニアと診断した。用手的還納は困難であり、緊急手術とした。鏡視下に腹腔内を観察すると、左卵巣が捻転を伴い内鼠径輪より腹腔外に嵌頓していた。腹腔内への還納は困難であった。鏡視下に左卵巣支持靱帯を切断した。左付属器を摘出した後、ヘルニア修復術を施行した。摘出卵巣は充実性腫瘤により手拳大に腫大していた。病理組織診断は卵巣繊維腫であった。

【考察】

小児においては鼠径ヘルニアに卵巣滑脱を認める症例が散見されるが、成人例はまれである。本症例は拡大したヘルニア門より滑脱した卵巣が経時的に腫大したと考える。ヘルニア門に対して卵巣が著しく大きく、還納

に難渋した。

【結語】

卵巣滑脱に捻転を伴った鼠径ヘルニアの一例を経験した。ヘルニア門が拡大した症例では卵巣が嵌頓する可能性があることに留意する。

183. 徳島県内における不妊治療による多胎妊娠の発生状況に関する調査

¹⁾ 徳島大学大学院医歯薬学研究部 産科婦人科学分野、

²⁾ JA 徳島厚生連 吉野川医療センター 産婦人科

野口拓樹¹⁾、柳原里江¹⁾、湊 沙希¹⁾、鎌田周平¹⁾、谷口友香¹⁾、山本由理¹⁾、
松崎利也²⁾、苛原 稔¹⁾、岩佐 武¹⁾

【目的】 以前、徳島県内の多胎出生率は全国的に高く、一般不妊治療を含む多胎発生の詳細なデータはなかった。そこで、2012 年度より多胎を減らす取り組みを始め、2020 年まで県内で不妊治療により発生した多胎調査を実施したので報告する。

【方法】 2012 年から 2020 年の調査前年の不妊治療による多胎を対象とし、毎年県内の産婦人科施設にアンケート用紙を送付、無記名での回収とした。治療別不妊治療成績、多胎の内訳、妊娠・分娩転帰を調査項目とした。

【成績】 2012 年の多胎率は ART で 28%、一般不妊で 11% と高率であり、複産率は全国下位であった。その後胚移植数の減少、FSH 漸増療法などの普及により 2013 年に著明に減少し、2015 年は一時的に増加したが 2016 年以降は減少を維持していた。2018 年には全国で最も低い複産率を達成した。2019 年の多胎率は ART1%、一般不妊 4% であった。多胎の内訳としては、2012 年は双胎 25 例、品胎 6 例、4 胎 1 例であったが、2019 年は双胎 13 例、品胎 1 例であった。

【結論】 多胎減少の取り組みを始め一定の成果が得られた。少数ではあるが排卵誘発で品胎の発生があること、一般不妊治療の 6 割がクロミフェン使用によるものであったことより今後さらに慎重な排卵誘発・卵巣刺激治療が必要であると思われた。今後も調査を継続し、不妊治療による多胎発生の状況を注視していく。

184. 当院における 2 年間の人工授精についての検討

島根大学医学部 産科婦人科

岡田裕枝、金崎春彦、折出亜希、京 哲

【目的】 人工授精 (artificial insemination with husband's semen: AIH) は ART を行う前段階として行われており、比較的安価に行うことのできる治療である。当院でも挙児希望のある女性の年齢は以前と比較し上昇しており、不妊治療を開始する際に年齢によって AIH から開始するのか、最初から ART を検討するべきなのか迷う症例も増えてきた。今回の検討は今後の治療方針決定の一助として評価目的に行った。

【方法】 2018 年 1 月 1 日から 2020 年 5 月 22 日まで当院にて実施した人工授精について検討した。

【結果】 当院で実施された人工授精は 777 周期、妊娠は 45 例であり妊娠率は 5.79% であった。患者の平均年齢は 36.1 歳で、夫の平均年齢は 34.8 歳であった。年齢別の妊娠率は 24 歳以下で 22.2%、25-29 歳で 13.0%、30-34 歳で 7.6%、35-39 歳 4.3%、40-44 歳で 3.4% であった。42 歳以上では妊娠例は認めなかった。妊娠例での AIH 施行回数は 1-5 回であり、妊娠までの施行回数は平均 2.2 回であった。累積妊娠率は 1 回目で 44.4%、2 回目で 64.4%、3 回目で 80%、4 回目で 95.6% となった。

【結論】 AIH を行う場合は通常 5-6 周期を目途とされているが、当院の結果でも 5 周期まででの妊娠例が多かった。また、42 歳以上では妊娠例はみられず、本人たちの希望によっては AIH も検討されるが最初から ART が望ましいと考えられる。

185. ホルモン補充周期凍結融解胚移植は周産期合併症を増加させるか

山口大学医学部 産科婦人科

関谷 彩、三原由実子、城崎 舞、藤村大志、田中結美子、白蓋雄一郎、田村 功、竹谷俊明、田村博史、杉野法広

【目的】生殖補助医療（Assisted Reproductive Technology: ART）による出生児は増加傾向にある。しかし、ART 後の妊娠では、前置胎盤、癒着胎盤、妊娠高血圧症候群（HDP）、早産、低出生体重児が増加する可能性が報告されている。近年、特にホルモン補充周期による凍結融解胚移植（HRC-FET）においては、前置胎盤、癒着胎盤、HDP のリスクが増加することが報告されている。今回、HRC-FET が周産期予後に関与するかについて検討を行った。

【方法】まず、2018 年 1 月～2021 年 3 月に当院で分娩となった単胎症例のうち、ART 施行例（ART 群）と、ART 群と年齢、産科歴を適合させた ART 未施行例（non-ART 群）を対象とし、周産期合併症、新生児予後について後方視的に検討した。次に、ART 群を新鮮胚移植群（FRESH 群）、自然周期凍結融解胚移植群（NC-FET 群）、HRC-FET 群に分け、同様に検討した。

【結果】ART 群では non-ART 群と比較して有意に HDP、分娩時大量出血例が多かった。前置胎盤は両群に認めず、癒着胎盤は有意差が無いものの ART 群に多かった。早産率、新生児予後は有意差を認めなかった。ART 群において、分娩時大量出血例は、有意差はないものの HRC-FET 群で FRESH 群、NC-FET 群と比較して多かった。同様に HDP、癒着胎盤においても HRC-FET 群で他 2 群と比較して多かった。早産率や新生児予後については 3 群間で差を認めなかった。

【結論】ART 症例の中でも HRC-FET 症例では、HDP や胎盤異常、分娩時出血量が多い傾向にあり、リスクを把握した上での慎重な周産期管理が望まれる。

186. Rescue ICSI の有用性の検討

山口県立総合医療センター 産婦人科

高崎ひとみ、浅田裕美、田尻翔太、長弘由美子、今川天美、西本裕喜、大谷恵子、三輪一知郎、讃井裕美、佐世正勝、中村康彦

【目的】IVF 周期における媒精後早期の rescue ICSI（rICSI）は、不必要な ICSI を行うことなく予測困難な完全受精障害を回避できる方法として期待されている。今回、当院で施行した rICSI の有用性について検討した。

【方法】2019 年 1 月～2021 年 3 月に当院で rICSI を施行した 14 症例 15 周期 32 卵子（rICSI 群）と通常 ICSI を施行した 59 症例 79 周期 373 卵子（cICSI 群）を対象とし、臨床成績を検討した。

【結果】受精率は、rICSI 群 81.3%（26/32）と cICSI 群 83.6%（312/373）で有意差は認めなかったが、異常受精率は、rICSI 群 15.6%（5/32）で cICSI 群 3.2%（12/373）と比較して有意に高かった（ $p < 0.01$ ）。胚盤胞到達率は、rICSI 群 47.6%（10/21）と cICSI 群 45.7%（137/300）で有意差は認めなかった。3BB 以上の良好胚盤胞率は、rICSI 群 19.4%（4/21）で cICSI 群 26.0%（78/300）と比較して低値傾向であったが有意差は認めなかった。

【考察】rICSI 群では異常受精率が高かったが、正常受精となればその後の臨床成績は cICSI と同等であり、有用な方法であると思われた。

187. 徳島大学病院における TESE-ICSI の治療成績と周産期予後の検討

¹⁾ 徳島大学 産科婦人科、²⁾ 徳島大学 泌尿器科

湊 沙希¹⁾、山本由理¹⁾、鎌田周平¹⁾、柳原里江¹⁾、河北貴子¹⁾、大豆本圭²⁾、苛原 稔¹⁾、岩佐 武¹⁾

【目的】無精子症および射精障害に対して精巣内精子採取術（TESE）が行われている。TESE 実施あたりの治

療成績と周産期予後を後方視的に検討した。

【方法】2008年12月から2017年8月の間に当院でTESEを施行した75例の原因別治療成績と、分娩に至った29例について周産期予後を検討した。

【結果】対象とした症例のうち、TESEによる精子回収率は非閉塞性無精子症で29% (13/45)、閉塞性無精子症で94% (15/16)、射精障害で93% (13/14)であった。受精率はそれぞれ30% (71/236)、35% (133/377)、34% (95/278)、移植あたりの妊娠率はそれぞれ41% (4/17)、49% (17/35)、42% (11/26)、移植あたりの生産率はそれぞれ35% (6/17)、40% (14/35)、35% (9/26)であった。出産に至った29例のうち6例に周産期合併症を認めた。内訳は、非閉塞性無精子症でFGRが1例、閉塞性無精子症でHDP、絨毛膜羊膜炎、早産（重複）が1例、射精障害でFGR、前置胎盤、低置胎盤、早産がそれぞれ1例ずつの計4例であった。

【結論】非閉塞性無精子症では精子の回収率は低いが、回収できた場合には他の原因と同等の治療成績が得られていた。また、TESE-ICSIによる妊娠では周産期合併症の発症率が高い傾向にあった。

188. 不正出血を繰り返すも診断に苦慮し、融解胚移植により妊娠に至った腔子宮内膜症の一例

鳥取県立中央病院

上垣 崇、圓井孝志、野中道子、荒田和也、竹中泰子、高橋弘幸

【緒言】

腔子宮内膜症の発生頻度は極めて稀であるとされている。今回、不妊治療中に不正出血を繰り返し、融解胚移植キャンセルを余儀なくされるも、腔子宮内膜症の診断後に妊娠成立に至った症例を経験したので報告する。

【症例】

33歳、G0。骨盤痛と挙児希望を主訴に当院を受診した。MRIで左仙骨子宮靱帯周囲の軟部構造を認め、子宮内膜症と診断した。他院で両側卵管閉塞の診断を受けており、体外受精の方針とした。採卵後、OHSS回避のため全胚凍結とした。ホルモン補充周期で融解胚移植を計画したが、不正出血が持続するためキャンセルした。悪性疾患除外のため子宮頸部・内膜細胞診、子宮鏡検査を施行したが異常所見を認めなかった。その後、腔内を詳細に観察したところ、後腔円蓋部に約15mmの隆起性病変を認めた。生検により子宮内膜症と診断した。不正出血は持続していたが、ホルモン補充周期で融解胚移植を行い、妊娠が成立した。妊娠10週より不正出血はおさまり、妊娠経過は順調である。

【考察】

腔子宮内膜症は極めて稀であるとされる。本症例では腔内の観察が不十分であったため診断に苦慮した。診断後は融解胚移植により妊娠に至った。

【結語】

不正出血を繰り返すも診断に苦慮し、融解胚移植により妊娠に至った腔子宮内膜症の一例を経験した。不正出血を繰り返す患者、子宮内膜症患者において本症の存在に留意することが重要であると考えた。

189. 月経直後の子宮ファイバースコピー所見と病理組織学的な慢性子宮内膜炎診断との関連

¹⁾ 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科婦人科学、²⁾ 岡山大学大学院 保健学研究科
澤井雄大¹⁾、光井 崇¹⁾、樫野千明¹⁾、久保光太郎¹⁾、長谷川徹¹⁾、鎌田泰彦¹⁾、
中塚幹也²⁾、増山 寿¹⁾

【緒言】近年、慢性子宮内膜炎（chronic endometritis, CE）と不妊症・不育症の関連が注目されている。CEの診断は着床期の子宮内膜組織診で行われる。増殖期の子宮ファイバースコピー（hysteroscopy, HFS）によるCEの診断に関する報告は散見されるが、確立されたものではない。本研究では病理組織学的なCE診断

と HFS の所見を比較検討した。

【方法】2018 年 1 月から 2021 年 3 月までの間に外来で HFS および子宮内膜組織診を施行した 77 例を対象とした。高温期中期に吸引法で子宮内膜組織診を施行し、免疫組織化学染色で形質細胞（CD138 陽性細胞）を 1 個以上認める場合に CE と診断した。HFS は月経終了時から 7 日以内に施行し、CE に特徴的とされる所見（マイクロポリープ、子宮内膜の充血）の有無を 2 名以上の専任医で評価した。

【結果】HFS 施行患者は年齢 35 歳 [23-44]、不妊症 43 例、不育症 20 例、内膜ポリープ 9 例、子宮奇形 5 例であった。またクラミジア感染を 9 例に認めた。HFS で CE に特徴的な所見を認めたのは 29 例 (37.7%) であり、マイクロポリープ 12 例 (15.6%)、子宮内膜の充血 24 例 (31.2%) であった。HFS で所見のない 29 例中 5 例 (17.2%) が慢性子宮内膜炎と診断されたのに対し、HFS で慢性子宮内膜炎の特徴的な所見を認めた 29 例中 15 例 (51.7%) が慢性子宮内膜炎と診断された。(P=0.01)

【結論】CE の診断に子宮内膜組織診が必要だが、月経終了直後に施行する HFS は CE 診断の一助となりうる。

190. 不妊症患者における子宮内膜脱落膜化不全について

¹⁾ 山口大学大学院医学系研究科 産科婦人科学、²⁾ 済生会下関総合病院

田中結美子¹⁾、田村 功¹⁾、藤村大志¹⁾、白蓋雄一郎¹⁾、三原由実子¹⁾、竹谷俊明¹⁾、
田村博史¹⁾、嶋村勝典²⁾、高崎彰久²⁾、杉野法広¹⁾

【目的】これまで、子宮内膜間質細胞の脱落膜化異常が不妊症や習慣流産の原因となり得ることが報告されているが、実際にどの程度存在するかについての詳細な報告はない。今回、不妊症患者から採取した子宮内膜検体を用い、脱落膜化について形態的、機能的評価を行った。

【対象】32 名の不妊患者に対し、分泌期後期（排卵後 11 日-13 日）に子宮内膜を採取し、子宮内膜日付診を行った。間質の形態から、正常群（排卵後日数と日付診のずれが 1 日以内）と脱落膜化遅延群（ずれが 2 日以上）に分けた。黄体期中期、後期に血中のプロゲステロン（P4）値を測定した。脱落膜化に関与する転写因子（FOXO1, WT1, C/EBP β ）について免疫組織染色を行い、発現の状況をもとに機能的な評価を行った。

【結果】脱落膜化遅延が 20 例 (62.5%) に認められた。黄体期中期、後期の血中 P4 値に両群で有意差を認めなかった。転写因子の発現状況は、1 視野あたりの全間質細胞のうち、染色が陽性となった細胞の割合（陽性率）を各症例で調べ、比較した。FOXO1, WT1, C/EBP β の陽性率の中央値は、それぞれ正常群 83.3% vs 遅延群 2.45% ($p < 0.01$)、20.5% vs 1.3% ($p < 0.01$)、17.8% vs 2.0% ($p < 0.01$) と、いずれの転写因子も脱落膜化遅延群で陽性率が有意に低かった。

【結論】不妊症患者の 62.5% に脱落膜化遅延が認められた。脱落膜化遅延のある症例では脱落膜化に関与する転写因子の発現も有意に低く、機能的にも脱落膜化不全の状態であることが示された。

191. 卵巣腫瘍莖捻転疑いにより発見された性分化疾患の 1 例

山口県済生会下関総合病院 産婦人科

鷹巢 剛、丸山祥子、松井風香、品川征大、矢壁和之、田邊 学、森岡 均、嶋村勝典

【緒言】

原発性無月経の原因の一つとして性分化疾患（DSD）がある。DSD のうち 46, XY DSD では性腺からの腫瘍発生リスクが高いため、予防的性腺摘除術が強く勧められる。今回我々は卵巣腫瘍莖捻転を契機に見つかった DSD 症例を経験したので報告する。

【症例】

18 歳女性（表現型）。1 週間前より続く下腹部痛と、生来の無月経を主訴に当科を受診し、超音波検査で径約 15cm の骨盤内充実性腫瘍を認め、MRI 検査で右卵巣の悪性腫瘍の可能性を疑った。外性器は女性型で、画像上子宮は低形成で左付属器ははっきりせず、高ゴナドトロピン性無月経であった。開腹手術をしたところ、捻

転した暗紫色の右卵巢腫瘍を認め、右付属器摘出術を行った。左付属器領域には径 1.5cm の性腺を認めた。病理組織では、壊死のため判定不能部分もあったが、gonadoblastoma (IC1 期) で、悪性腫瘍の合併はなかった。gonadoblastoma が染色体異常に伴う異形成性腺より発生する頻度が高いことと原発性無月経より染色体検査を行ったところ、46, XY であった。予防的性腺摘除術及び境界悪性腫瘍根治術を行う方針とし、再開腹手術を行い子宮全摘術、左付属器摘出術、大網切除術を行った。病理検査の結果、左性腺に卵巢及び精巣組織は認めず、gonadoblastoma with dysgerminoma 1A 期と診断した。

【結語】

原発性無月経の一因である 46, XY DSD では悪性腫瘍合併リスクが高いことを念頭に、精査・治療を行う必要があると考えられた。

192. 腹腔鏡下に予防的性腺摘出術を施行した完全型アンドロゲン不応症 (complete androgen insensitivity syndrome, CAIS) の 1 例

¹⁾ 岡山大学病院 産婦人科、²⁾ 岡山大学大学院 保健学研究科

篠崎真里奈¹⁾、久保光太郎¹⁾、檜野千明¹⁾、光井 崇¹⁾、長谷川徹¹⁾、鎌田泰彦¹⁾、中塚幹也²⁾、増山 寿¹⁾

【緒言】 アンドロゲン不応症 (AIS) は、X 染色体長腕上の AR 遺伝子変異による 46, XY 性分化疾患である。アンドロゲン作用の障害の程度により、表現型は完全女性型から様々な程度の男性型を呈する。また将来的な性腺の悪性化についても知られている。CAIS と診断し、予防的性腺除去術を施行した 1 例につき報告する。

【症例】 17 歳、0 妊。初経遅延を主訴に前医を受診し、精査目的に紹介となった。身長 162cm、体重 59.7kg。MRI 検査で子宮は欠損し、膣は盲端に終わり、骨盤内に両側付属器を認めた。乳房 Tanner IV 度、恥毛 Tanner I 度で腋毛を欠き、男性型発毛は認めなかった。外性器は女性型で膣が存在した。血液検査にてエストラジオール 23.3 pg/mL であったが、テストステロン 566.6 ng/dL と異常高値であった。染色体検査は 46, XY であったが、性自認は女性であった。CAIS と診断し、高校卒業時に予防的性腺摘出術を腹腔鏡下に施行した。性腺は卵巢様であったが、円靭帯に連続して内鼠径輪へと向かうように存在し、正常女性のみならず、Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser 症候群の骨盤解剖とも異なっていた。病理組織診断は、精巣および卵管様管状構造物であった。術後経過は良好で、現在エストロゲン補充療法を施行中である。

【考察】 AIS では、告知や予防的性腺摘出術の時期など、慎重に個別対応する必要がある。性腺摘出術の際には、通常の付属器切除術とは骨盤解剖を異にすることに留意すべきである。

193. 原発性無月経を契機に混合性性腺異形成を診断し、予防的性腺摘出にて性腺芽細胞腫を認めた一例

広島大学病院 産科婦人科

中本康介、関根仁樹、野村有沙、張本 姿、八幡美穂、綱掛 恵、森岡裕彦、大森由里子、寺岡有子、友野勝幸、定金貴子、山崎友美、野坂 豪、向井百合香、古宇家正、工藤美樹

混合性性腺異形成は 45, X/46, XY に代表される Y 染色体のモザイクによる性分化疾患である。臨床像は男性から中間型、女性に至るまで極めて幅広く、幼少期より性腺芽細胞腫や未分化胚細胞腫を発症するリスクがあるため、診断後早期に予防的性腺摘出術が推奨されている。今回、我々は原発性無月経、挙児希望を主訴に当院を受診し、混合性性腺異形成と診断後に、予防的性腺摘出術により性腺芽細胞腫を認めた 1 例を経験したので報告する。症例は 21 歳、戸籍上女性、外性器は正常女性型であったが、子宮は萎縮し、卵巢は同定困難であった。E2 は 5.0 pg/mL 未満と低下し、LH は 25.5 mIU/mL、FSH は 98.4 mIU/mL と上昇を認めた。身長は 146cm で外反肘、翼状頸を認め、性分化疾患が疑われた。染色体検査にて 45, X/46, XY モザイクであり

混合性性腺異形成と診断した。約1年間にわたり十分なカウンセリングを行ったのちに、腹腔鏡下に予防的性腺摘出術を施行した。左側の卵巣は小指頭大で石灰化を認め、右側は性腺と考えられる索状構造物を認めた。病理組織診断にて左卵巣に性腺芽細胞腫を認めた。原発性無月経を認めた場合、本疾患も鑑別に入れ、診断をすることが重要であるとともに、混合性性腺異形成と診断後には速やかに予防的性腺摘出術を行う必要がある。

194. Wunderlich 症候群術後患側子宮妊娠の2例

愛媛大学医学部附属病院 産婦人科

丹下景子、松原裕子、安岡稔晃、森本明美、内倉友香、宇佐美知香、高木香津子、
藤岡 徹、松原圭一、松元 隆、杉山 隆

【緒言】Wunderlich 症候群は、重複子宮、傍頸部嚢腫、同側腎形成不全を合併する症候群である。稀な疾患であり、周産期予後は不明で管理について確立されたものはない。当院において Wunderlich 症候群術後患者の患側子宮妊娠2例を経験したので報告する。【症例1】22歳、G1P0、12歳時に Wunderlich 症候群開窓術施行した。左（患側）子宮に自然妊娠成立し、妊娠管理を行っていたが、妊娠34週5日切迫早産のため入院管理とし、妊娠38週0日選択的帝王切開を施行した。【症例2】32歳、G1P0、18歳時に Wunderlich 症候群開窓術施行した。左（患側）子宮に自然妊娠成立し、近医で妊娠管理を受けていたが、妊娠29週4日大量出血と子宮収縮を認めたため、当院に緊急母体搬送となった。妊娠30週0日にリトドリンが原因と考えられる肺水腫を認め、リトドリンを中止した。子宮収縮増強し緊急帝王切開となった。【考察】近年、本疾患と鑑別診断に挙げられる症候群を Herlyn Werner 症候群、OHVIRA 症候群と総称する傾向がある。しかし、妊娠時リスクが異なるため、一律に論ずることはできない。早期に正しく診断・治療を行えば、妊孕性は重複子宮と変わらないと考えられるが、感染・内膜症などが生じると不妊となる可能性がある。海外の報告のほとんどは組織による確定診断が行われておらず、詳細な妊娠・出産率は不明であり、周産期管理については確立されていない。病型に基づいた厳重な妊娠管理が必要である。

195. 若年女性の重複癌の一例

高知県・高知市病院企業団立高知医療センター 医療局 産婦人科

難波孝臣、林 和俊、山本眞緒、塩田さあや、高橋成彦、森田聡美、脇川晃子、
上野晃子、川瀬史愛、永井立平、山本寄人、小松淳子、南 晋

【緒言】

若年女性の子宮体癌では卵巣癌との重複癌の症例が数例報告されている。今回子宮体癌と卵巣癌の重複症例を経験したため報告する。

【症例】

（既往歴）甲状腺機能亢進症（家族歴）母：40歳後半で大腸癌、おば：大腸癌（経過）35歳。2017年に近医で不妊治療中に類内膜癌G1を認め当科紹介となる。MRI・CT検査で筋層浸潤、転移を認めず、ヒスロン内服を開始した。3・6ヶ月後の組織診は異常を認めず、終診とし近医で不妊治療継続した。2019年に近医での不妊治療中に異型内膜増殖症を認め、再度紹介されヒスロンを再開した。3ヶ月後の組織診で類内膜癌G1を認め、子宮摘出を提示した。重複癌の可能性もあり卵巣摘出についても提案、子宮全摘術と両側付属器切除術を施行した。

（術中所見）両側卵巣に肉眼的異常所見なし。

（病理検査）Uterine corpus cancer, endometrioid carcinoma, G1, Ovarian cancer, endometrioid carcinoma, G1: both ovaries

術後HRTを開始、化学療法はアレルギー症状のため完遂できず。術後1年経過するも再発所見を認めず外来管理中である。

【考察】

ガイドラインでは45歳以下の子宮体癌では29%で卵巣癌との重複症例を認めていると報告がある。若年女性の子宮体癌では卵巣温存を選択した場合には通常よりも慎重なフォローが必要になると考えられる。

【結語】

若年女性の子宮体癌を診療する際には常に重複癌の可能性を念頭に置きつつ治療に当たる必要がある。

196. 若年発症の悪性転化を伴う成熟奇形腫の1例

広島市民病院 産婦人科

伊藤佑奈、久保倫子、森川恵司、片山陽介、植田麻衣子、玉田祥子、関野 和、
依光正枝、上野尚子、石田 理、児玉順一

【背景】成熟奇形腫の悪性転化は稀な疾患であり、40歳以上が約80%を占めると報告されている。今回、若年発症の悪性転化を伴う成熟奇形腫の1例を経験したので報告する。

【症例】25歳、0妊0産。腹痛と発熱を主訴に前医受診、卵巣腫瘍を疑われ当科紹介となった。右下腹部圧痛あり、経腹超音波にて15cm大の充実部分を有する腫瘍を認めた。MRI検査では、右卵巣に充実成分を伴う13cm大の、左卵巣に10cm大の脂肪成分を伴う腫瘍を認め、両側卵巣成熟奇形腫と診断した。腫瘍マーカーはSCC 4.7ng/mLであった。腹痛増悪あり、右卵巣腫瘍の破裂を疑い、緊急手術を施行した。右卵巣腫瘍は膀胱・小腸と癒着し、腫瘍の自然破綻・充実成分の排出を認めた。右卵巣腫瘍を可能な範囲で摘出、左卵巣嚢腫は核出した。病理検査では右卵巣腫瘍に扁平上皮癌成分を認め、成熟奇形腫の悪性転化と診断した。術後腹膜炎を生じ、抗生剤加療を行っていたが改善なく、腹部CTにて骨盤内に腫瘍の再燃を認めたため、再手術を予定した。腫瘍は子宮・膀胱・小腸を巻き込み発育していた。膀胱・小腸との癒着部分は剥離困難であり、小腸及び膀胱部分切除を要した。病理検査では、右卵巣腫瘍と同様の扁平上皮癌成分を認め、小腸表面・大網・膀胱表面への播種と診断した。術後SCCは0.5ng/mLと低下した。TC療法6コース施行し、現在経過観察中である。

【結論】若年発症の悪性転化を伴う成熟奇形腫の1例を経験した。

197. 卵巣癌のSister Mary Joseph's nodule (SMJN) に対して臍切除を行った3例

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学

小川麻理子、依田尚之、入江恭平、岡本和浩、松岡敬典、小川千加子、中村圭一郎、
増山 寿

【緒言】SMJNは腹腔内または骨盤悪性腫瘍の臍転移で、その発生率は1-3%である。卵巣癌のSMJNは胃癌に次いで多く、女性では約45%が卵巣癌由来である。卵巣癌のSMJNの3例を経験したので報告する。【症例1】75歳女性。臍に搔痒感あり。卵巣癌IVB期（pT1cN0M1、類内膜癌）に対し手術（臍切除を含む）を行った。術中腹水細胞診は陽性で臍腫瘍は肉眼では判断できなかった。術後tri-PTX+CBDCA（TC）+bevacizumab（Bev）療法8コース施行し、現在、Bev維持療法中。術後10ヶ月再発なし。【症例2】74歳女性。浸出液を伴う臍腫瘍と皮膚転移あり。卵巣癌IVB期（pT1aN0M1、類内膜癌）に対し手術（臍切除を含む）を行った。後療法は本人希望で行わず、術後3ヶ月で死亡した。【症例3】50歳女性。卵巣癌IVB期（pT3bN0M1、類内膜癌）に対しweekly TC療法を14コース施行後、手術（臍切除を含む）を行った。臍部に搔痒感あり、術前皮膚生検を施行したが陰性であった。同レジメン再開し術後1ヶ月再発なし。【考察】全例に臍切除を行ったが、術後合併症は認めず。SMJNは腹膜播種から臍への直接浸潤が多いが、3例に腹膜播種は認めなかった。2例は腹水細胞診陰性であり、腫瘍からの直接浸潤やリンパ行性、血行性転移が示唆される。また全例に画像所見や自覚症状があるが、2例は目視や皮膚生検で確認できなかった。【結語】SMJNを疑った場合、症状緩和や確定診断のため積極的に臍切除を行い全身治療に移行することが重要である。

198. 当院における IV 期卵巣癌の治療成績

山口大学医学部附属病院 産婦人科

津永仁美、末岡幸太郎、米田稔秀、坂井宣裕、爲久哲郎、岡田真希、竹谷俊明、杉野法広

【目的】 当院における IV 期卵巣がん患者の治療成績を解析すること。

【方法】 当院で 2009 年 1 月から 2017 年 12 月までに治療した IV 期卵巣癌患者の治療成績を後方視的に検討した。

【結果】 26 名の患者が対象となり、年齢の中央値は 68 歳で、ステージ IV A が 7 例、ステージ IV B が 19 例であった。26 例中 11 例が PDS を実施し、6 例のみが子宮全摘術＋両側付属器切除＋大網切除術が施行されていた。20 人が NAC として TC 療法（そのうち 17 人は ddTC 療法）を受け、その奏効率は 95% であり、さらにそのうち 14 人の患者で IDS が施行できた。PDS と IDS を含む初回治療における手術完遂度は complete が 4 例、optimal が 11 例、sub-optimal が 9 例、手術未施行が 2 例であった。

全体の PFS 中央値は 17 カ月、OS 中央値は 49 カ月であった。23 例が再発し、そのうち 18 例は腹腔内播種のみであった。complete または optimal を達成した患者の PFS 中央値は 18 カ月で、sub-optimal または no surgery 患者の 15 カ月と有意差はなかった。optimal 以上の手術を達成した患者では、系統的なリンパ節郭清の有無による PFS 中央値の差は認められなかった（18 カ月 vs 17 カ月）。

【結論】 症例数は少ないが、4 期卵巣癌患者の予後は主に dose-dense TC の効果に依存しており、術式、特に IDS 時の系統的なリンパ節郭清の必要性については議論の余地がある。

199. 著明な男性化徴候をきたした卵巣ステロイド細胞腫瘍の一例

高松赤十字病院 産婦人科

宮井瑛子、櫻井 梓、山内綱大、原田由里子、森 陽子、原 裕子、原田龍介、
佐藤幸保、後藤真樹

【緒言】 卵巣ステロイド細胞腫瘍は非常に稀な腫瘍であり、卵巣腫瘍全体の 0.1% 以下とされている。今回、著明な男性化徴候をきたした卵巣ステロイド細胞腫瘍を経験したので報告する。

【症例】 症例は 37 歳、未妊妊。多嚢胞性卵巣症候群（22 歳から稀発月経）、糖尿病、高血圧、脂質異常症、睡眠時無呼吸症候群、肥満（BMI 39）を合併していた。半年ほど前から頭髪の脱毛や体毛の増加などの男性化徴候があったため、病院を受診した。血中男性ホルモンが高値（テストステロン 476.5ng/dL、DHEA-S 606ng/mL）であり、腹部 CT で 7cm 大の骨盤内腫瘍を認めた。卵巣ホルモン産生腫瘍と診断し、腹腔鏡下左付属器切除術を施行した。摘出標本の病理組織検査から卵巣ステロイド細胞腫瘍と診断した。核分裂像や核異型より悪性腫瘍の可能性が示唆された。術後、血中テストステロンは 37.1ng/dL に低下し、男性化徴候も軽減した。術後の PET-CT では転移巣は検出されなかった。調べた限り有効な化学療法のレジメンについての報告はなく、追加治療は行わず厳重に経過を観察する方針とした。

【結語】 男性化徴候をきたした卵巣ステロイド細胞腫瘍を経験した。悪性腫瘍が疑われた場合の管理方針は確立されておらず、さらなる症例集積が必要である。

200. 浸潤性腹膜インプラントを伴う卵巣漿液性境界悪性腫瘍の 1 例

徳島大学病院 産科婦人科

中川奉宇、香川智洋、峯田あゆか、阿部彰子、西村正人、岩佐 武

卵巣漿液性境界悪性腫瘍は漿液性腫瘍の 5～10% を占め、その中でも浸潤性腹膜インプラントを伴うものは予後不良である。今回我々は多発肺転移、腹水貯留、浸潤性腹膜インプラントを伴った漿液性境界悪性腫瘍の症例を経験したので報告する。

48 歳女性、下腹部膨満感で近医受診し、骨盤内腫瘍を指摘され当院紹介受診した。当院精査にて骨盤内に充実

性部分を伴う 5cm 大の腫瘍が認められ、低悪性度漿液性腫瘍が疑われた。化学療法の効果が低いことが予想されたため、腫瘍減量術を先行した。術中の腹水細胞診では反応性中皮細胞が散見されるが明らかな悪性細胞は認めなかった。病理検査結果では線維間質の表層で多層性～乳頭状構造をとりながら増殖を認めるが、間質浸潤は確認されず免疫染色では ER、PgR、WT-1 のびまん性陽性、p53 は wild-type の染色性を認めた。両側付属器周囲の間質、大網、膀胱後面、子宮前、S 状結腸漿膜には浸潤性腹膜インプラントを呈していたことから、漿液性境界悪性腫瘍Ⅳ期、pT3bNxM1b の診断となった。後療法として低異形度漿液性腫瘍の治療法に準じて TC + Bev6 コース施行したが、肺病変は縮小を認めなかった。現在、肺病変に対して Bev 単剤療法を継続している。

漿液性境界悪性腫瘍に対する化学療法の有効性は証明されていない。浸潤性インプラントを伴う漿液性境界悪性腫瘍に対する化学療法のエビデンスは不足しており、今後のさらなる症例の集積が必要と考え報告する。

201. 高異形度漿液性癌および漿液性境界悪性腫瘍を伴った低異形度漿液性卵巣癌の遺伝子解析

島根大学医学部 産科婦人科

菅野晃輔、中山健太郎、山下 瞳、石橋朋佳、野々村由紀、槇原 貫、佐藤誠也、
京 哲

上皮性卵巣癌はその発生過程から type I と type II とに大別される。Type I は嚢胞性腺腫を背景に境界悪性腫瘍を経て発生する低異形度卵巣癌である。一方で Type II は卵管采上皮から発生する高異形度卵巣癌である。Type I の多くは KRAS/BRAF/MEK/あるいは PI3K/mTOR 経路が活性化されており、Type II は p53 経路が不活化されている。このように発生経路や遺伝子学的特徴も異なる低異形度漿液性癌と高異形度漿液性癌とが混在した卵巣癌の報告例は極めて稀である。今回、我々は高異形度漿液性癌および境界悪性腫瘍部分を伴った低異形度漿液性癌を経験し、発癌メカニズムの解析を試みたので報告する。それぞれの部位で遺伝子パネル検査を行い本症例が遺伝子的に多段階発癌の様式をとっているか検討した。KRASG12V、NF2 の機能喪失型変異は漿液性境界悪性腫瘍の段階からみられ、低異形度漿液性癌、高異形度漿液性癌部分でも確認された。その他、遺伝子コピー数の低下が p53、ARID1A、SMARCB1 等にみられたが、いずれもすべての組織型の部位でみられ、遺伝子的な変化の蓄積は確認できなかった。本症例は漿液性境界悪性腫瘍から低異形度漿液性癌、高異形度漿液性癌部分へと段階的に脱分化したと考えられるが、この過程には genetic の要因は特定できず、epigenetic な異常が関与していることが示唆された。

202. 婦人科癌治療中の低ナトリウム血症についての検討

山口大学医学部 産科婦人科

米田稔秀、竹谷俊明、津永仁美、坂井宜裕、爲久哲郎、岡田真希、末岡幸太郎、
杉野法広

目的

婦人科癌治療における低ナトリウム血症について検討すること。

方法

2016 年 1 月から 2021 年 3 月までの間に、当院で治療した婦人科癌患者のうち、治療中に低ナトリウム血症を発症した 9 名を対象とした。癌の治療内容、低ナトリウム血症の発症や治療について後方視的に検討した。

結果

年齢の中央値は 66 歳で、頸癌 4 例 / 体癌 2 例 / 卵巣癌 3 例であり、癌治療内容は TC 療法 5 例 / CDDP-CCRT 3 例 / RT 単独 1 例であった。ナトリウム値の中央値は 127mmol/l (107 ~ 131) で、発症時の自覚症状は食思不振および倦怠感 9 例、下痢 3 例、意識消失、自覚なし 1 例であった (重複あり)。原因としては下痢や嘔吐

や経口摂取不良5例でそのうち3例は感染症も併発、抗利尿ホルモン不適合分泌症候群の疑い2例、腎不全1例、鉍質コルチコイド低反応1例であった。治療はICU入室し高張生理食塩水を要したもの2例、一般的な輸液4例、NaCl内服やOS-1飲用2例、自然軽快1例であった。回復までの期間は4～5日が5例、腎不全症例は10日、慢性化したもの1例、1週間後の自然軽快1例、翌日に軽快1例であった。

結語

ほとんどがプラチナベースの化学療法中の発症であったが、倦怠感や食思不振の自覚症状は副作用との区別が困難で重症化するケースもあった。多くは適切な補充治療により4～5日以内に回復するため早期の発見・治療介入が重要である。

203. 卵巣から発生した mesonephric-like tumor の1例

国立病院機構 高知病院 婦人科

木下宏実、滝川稚也、青木秀憲、甲斐由佳

【はじめに】mesonephric adenocarcinomaは子宮頸部原発の腫瘍であるが、その病理組織的な形態が類似した腫瘍が子宮体部や卵巣などから発生することがありmesonephric-like adenocarcinomaと称されている。本邦では子宮体部発生が散見される程度であるが今回卵巣原発の症例を経験したため報告する。【症例】70歳、子宮頸癌検診時の経膈超音波検査にて右側付属器に3.4cm大の内部エコー不均一な腫瘍を認め紹介された。MRI検査では嚢胞部と充実部が混在し充実部はDWIで高信号を呈した。CA125値22.3U/ml、CA19-9値297.7U/mlと上昇し卵巣悪性腫瘍が疑われたが、認知症があり家族などの強い希望もあり腹腔鏡下両側付属器切除術のみ行った。病理組織検査では中等度までの異型を示す非粘液性円柱腺上皮細胞からなる小腺管が線維性間質を背景に集簇し島状形成を認めた。免疫組織化学染色ではCK(+)、GATA3(+)、CD10(+)、calretinin(-)、WT-1(-)、ER(-)、TTF-1(-)を示した。卵巣のmesonephric-like adenocarcinomaでの報告はGATA3やTTF-1が陽性の報告が多い。本症例ではTTF-1は陰性であるがGATA3陽性であり組織形態も合わせるとmesonephric-like tumor/borderlineが最も近いと判断した。卵巣上皮性腫瘍としての悪性度については明らかな破壊の間質浸潤を指摘できないためadenocarcinomaとせずborderlineとした。

204. 診断に難渋した腹膜黒色色素沈着の一例

徳島大学病院

村山美咲、白河 綾、門田友里、吉田あつ子、河北貴子、吉田加奈子、加藤剛志、岩佐 武

婦人科手術時に腹膜に黒色色素沈着を認めることは稀である。今回我々は腹腔鏡下手術に際し偶発的に腹膜に多発する黒色色素沈着を認めた一例を経験したので報告する。症例は74歳、産科歴G2P2で、既往歴に大腸癌開腹術、虫垂摘出術があった。子宮下垂感を伴うPOP-Q stage IIの子宮脱、膀胱瘤に対して仙骨腔固定術を行うこととした。手術時に腹腔鏡下に観察したところ、小骨盤腔を中心に腹腔内に広く散在する黒色色素沈着を認めたために一部を生検し術中迅速病理組織診に提出した。メラニン顆粒の中に大型の核、核小体を有するメラノサイトが胞巣を形成しており悪性黒色種が疑われるとの結果であったため、肉眼所見と合わせて悪性黒色腫の腹膜播種を第一に考えた。腹腔内操作を伴わない方が望ましいと判断し、術式を子宮頸部切斷術、前腔壁形成術に変更した。術後の全身検索において明らかな原発巣を認めなかった。永久標本による病理組織学的検討では腹膜メラノースを含む何らかの色素沈着であり良性との結果であった。既往の大腸癌手術既往があることから、前医より手術記事を取り寄せたところ同様の所見が認められており、術前に行われた点墨が予期せず腹腔内に散布されたものと考えられた。退院後、経過は良好で患者の骨盤臓器脱の症状も改善されている。腹腔内に黒色色素沈着を認めた場合の鑑別診断として、悪性黒色腫や腹膜メラノースの他に医原性の色素沈着を念頭に置く必要がある。

アステラス製薬株式会社
アストラゼネカ株式会社
アトムメディカル株式会社
大塚製薬株式会社
オリンパス株式会社
株式会社カワニシ
キヤノンメディカルシステムズ株式会社
グラクソ・スミスクライン株式会社
コニカミノルタジャパン株式会社
ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社
ゼリア新薬工業株式会社
大鵬薬品工業株式会社
武田薬品工業株式会社

中外製薬株式会社
株式会社ツムラ
トーイツ株式会社
西日本メディカルリンク株式会社
ノーベルファーマ株式会社
バイエル薬品株式会社
メロディ・インターナショナル株式会社
持田製薬株式会社
ロシュ・ダイアグノスティックス株式会社
GE ヘルスケア・ジャパン株式会社
GeneTech 株式会社
MSD 株式会社

2021 年 7 月 15 日現在

OLYMPUS

Reborn Flex Gives You Insight



製造販売元: オリンパスメディカルシステムズ株式会社
販売名: ENDOEYE FLEX 3D 先端湾曲ビデオスコープ OLYMPUS LTF-S300-10-3D 229A8B20X0107000

HD画質で3D観察が可能な先端湾曲ビデオスコープ

ジョイスティックハンドルの採用

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

ホールド機能

- ・快適でスムーズな操作性を実現

ENDO EYE FLEX 3D

オリンパス株式会社

www.olympus.co.jp



長く厳しい、COVID-19との闘い。
最前線に立ち続ける医療従事者のみなさまへ
キヤノンメディカルシステムズは、
深い感謝を捧げます。
世界が、ふたたび輝きはじめる日の訪れを
全社員が自らの胸に描き、
みなさまと、ともに歩む企業として
これからも力の限り医療の現場を支えてまいります。



医療従事者のみなさまへの
かわらぬ感謝を
いつも、心に灯して。

無侵襲的出生前遺伝学的検査

GeneTech NIPT

着床前胚染色体異数性検査／着床前胚染色体構造異常検査

GeneTech PGT-A/SR

- 厳しい国際基準をクリアした国内検査所での検査
 - ▶ ISO 15189、米国臨床病理医協会 (CAP) の2つの認定を国内のNIPT検査所で唯一取得

GeneTech 株式会社 <https://www.genetech.co.jp/>

【本 社】 〒143-0006 東京都大田区平和島 4-1-23 JSプログレビル 9階 TEL:03-6447-2746

【検査所】 〒292-0818 千葉県木更津市かずさ鎌足 2-6-7 公益財団法人かずさ DNA 研究所研究棟 4階





Better Health, Brighter Future

一人でも多くの人に、かけがえのない人生を
より健やかに過ごしてほしい。

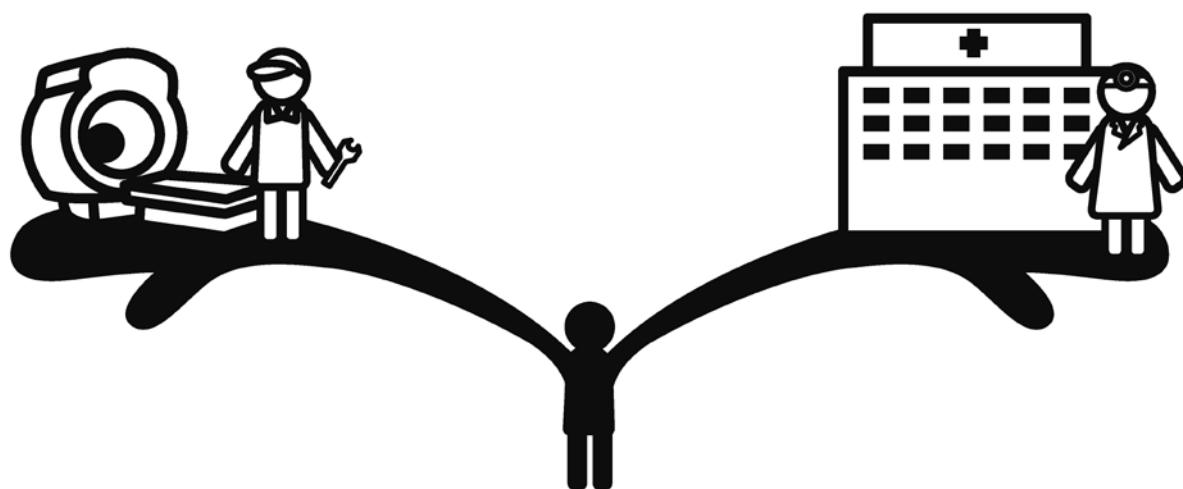
タケダは、そんな想いのもと、1781年の創業以来
人々の人生を変えうる革新的な医薬品の創出を通じて
社会とともに歩み続けてきました。

タケダはこれからも、グローバルなバイオ医薬品の
リーディングカンパニーとして、より健やかで輝かしい未来を
世界中の人々へお届けするために挑戦し続けます。

武田薬品工業株式会社
www.takeda.com/jp



つくる人と
つかう人を、
つなぐ人。



地域の「生きる」を支え続ける
「人生100年時代」に躍進する会社

JML 西日本 INK **西日本メディカルリンク株式会社**

- 本 社／〒700-8503 岡山県岡山市南区西市114番地2 TEL(086)241-0231
- 倉敷営業所／〒710-0052 岡山県倉敷市美和1丁目14番39号 TEL(086)426-0222
- 津山営業所／〒708-0842 岡山県津山市河辺717-1 TEL(0868)21-7366
- 福山営業所／〒721-0973 広島県福山市南蔵王町3丁目13番9号 TEL(084)931-4100
- 広島支店／〒733-0035 広島県広島市西区南観音6丁目12番27号 TEL(082)231-2601
- 三次営業所／〒728-0012 広島県三次市十日市中2丁目13-24 TEL(0824)64-0170
- 山口営業所／〒755-0039 山口県宇部市東梶返1-10-8 TEL(0836)37-1433

(<http://www.jml-west.jp>)

医療の「新しい」を 「今」届けたい。

刻々と変化し進化し続ける医療において、
創業 100 年間、変わらない思いがあります。
使っていただく方の「心」を聴きたい。聴診器が優しく胸に寄り添うように。
最先端の医療器材を、一刻も早く高度な情報と共に医療現場へ届けたい。
安心・安全・高品質な医療をサポートしたい。関わる方の笑顔のために。
カワニシの願いは変わることはありません。
100 年前も、100 年先も。

急性期医療分野のニーズにお応えするため、
循環器・整形・放射線科・眼科・手術室・ライフサイエンス分野などの
専門人材による営業活動のみならず、ICT を活用した次世代病院経営の
サポートまでお客様のニーズに最適なソリューションをご提供いたします。



株式会社 カワニシ

〒700-8528 岡山県岡山市北区今1-4-31

TEL: 086-241-1112

URL: <https://www.kawanishi-md.co.jp/kw/>



医療ICTでデジタル予約や
キャッシュレス決済など次世代の
病院経営をサポート

株式会社 カワニシ（ブームド）

URL: <https://kawanishi-bm.co.jp/>



機能性ディスペプシア (FD) 治療剤 〔医薬品承認〕

アコファイト[®]錠 100mg

アコチアミド塩酸塩水和物錠 処方箋医薬品
(注意 - 医師等の処方箋により使用すること)

H₂ 受容体拮抗剤 〔医薬品承認〕

アシノン[®]錠 75mg 錠 150mg

ニザチジン 錠剤

至約含有胃潰瘍治療剤 〔医薬品承認〕

プロマック[®]D錠 75 錠 15%

ボラブレンジク口腔内崩壊錠・顆粒

抗ヒトTNF α モノクローナル抗体製剤 〔医薬品承認〕

インフリキシマブ[®]BS

点滴静注用 100mg「日医工」

インフリキシマブ（遺伝子組換え）〔インフリキシマブ後続2〕製剤
生物由来製品、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)

潰瘍性大腸炎治療剤 〔医薬品承認〕

アサコール[®]錠 400mg

メサラジン錠 処方箋医薬品
(注意 - 医師等の処方箋により使用すること)

クローン病治療剤 〔医薬品承認〕

ゼンタコート[®]カプセル 3mg

ブデソニド腸溶性顆粒充填カプセル 処方箋医薬品
(注意 - 医師等の処方箋により使用すること)

経口腸管洗浄剤 〔医薬品承認〕

ビジクリア[®]配合錠

処方箋医薬品 (注意 - 医師等の処方箋により使用すること)

便秘治療剤 〔医薬品承認〕

新レシカルボン[®]坐剤

炭酸水素ナトリウム・無水リン酸二水素ナトリウム配合剤

鉄欠乏性貧血治療剤 〔医薬品承認〕

フェインジェクト[®] 静注 500mg

カルボキシマルトース第二鉄注射液 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・効果」、「用法・用量」、「警告・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。

ZERIA Medical Site <https://medical.zeria.co.jp/>

医療関係者向けサイト



ゼリア新薬工業株式会社

東京都中央区日本橋小舟町10-11 〒103-8351

〔文献請求先及び問い合わせ先〕お客様相談室 TEL: (03)3661-0277

2020年9月作成



5-HT₃ 受容体拮抗型制吐剤

薬価基準収載

パロノセトロン塩酸塩注射剤

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

アロキシ® 静注 0.75mg アロキシ® 点滴静注バッグ 0.75mg
Aloxi. I.V. injection · I.V. infusion bag

製造販売元 **TAIHO**
 文献請求先及び問い合わせ先
大鵬薬品工業株式会社
 〒101-8444 東京都千代田区神田錦町1-27
 TEL.0120-20-4527 <https://www.taiho.co.jp/>

提携先 **HELSINN** スイス

2020年11月作成



月経困難症治療剤

薬価基準収載

ジェミーナ® 配合錠
Jemina® tablets
 レボノルゲストレル・エチニルエストラジオール配合製剤
 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・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

製造販売元（資料請求先）

Nobelpharma

ノーベルファーマ株式会社

〒104-0033 東京都中央区新川1-17-24

提携

あすか製薬株式会社
 〒108-8532 東京都港区芝浦二丁目5番1号

2019年9月作成



薬価基準収載

子宮内膜症に伴う疼痛改善剤・月経困難症治療剤

ヤーズフレックス® YazFlex. 配合錠

ドロスピレノン・エチニルエストラジオール錠
処方箋医薬品[※] 注) 注意 - 医師等の処方箋により使用すること

※効能・効果、用法・用量、警告・禁忌を含む
使用上の注意につきましては製品添付文書
をご参照ください。

製造販売元 [文献請求先及び問い合わせ先]

バイエル薬品株式会社

大阪市北区梅田2-4-9 〒530-0001

<https://byl.bayer.co.jp/>

[コンタクトセンター]

0120-106-398

<受付時間> 9:00~17:30(土日祝日・当社休日を除く)

PP-YZF-JP-0666-25-02

2021年2月作成

周産期地域連携ネットワークをサポート

ワイヤレス

分娩監視装置

iCTG

ふたつのトランスデューサからなるワイヤレス分娩監視装置。
使用後は水洗いやアルコールやルビスタ®などで消毒可能です。
小さくても高性能で多機能、さまざまな医療現場に適応します。



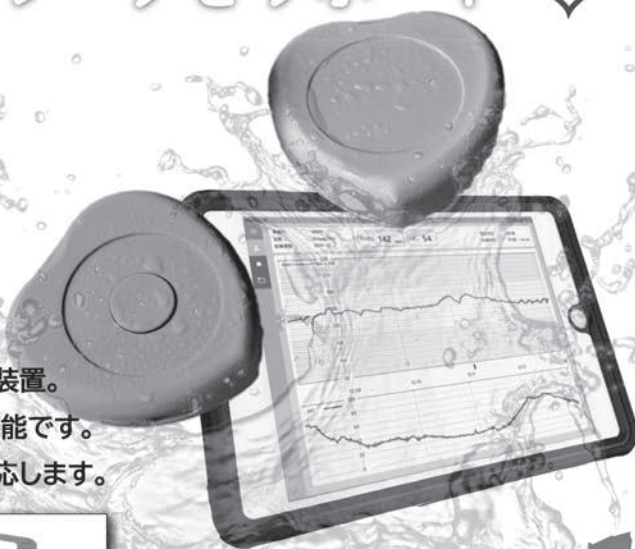
搬送中も搬送先とデータ共有可能



隣の部屋からも操作可能



水洗い・アルコール消毒可能



医療機器認証番号 230AFBZX00024000

※写真のタブレットには防水ケースを装着しています

made in
KAGAWA

香川県立大学ベンチャー開発&香川県内製造

メロディ・インターナショナル株式会社

Melody International Ltd.

〒761-0301 香川県高松市林町2217-44 ネクスト香川304 ☎087-813-7362

support@melody.international, <https://melody.international>