

2019

Vol.68

Supplement

現代産婦人科

Modern Trends in Obstetrics & Gynecology



第72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 令和元年9月21日(土)・22日(日)

会場 米子コンベンションセンター

会長 原田 省 (鳥取大学医学部生殖機能医学分野 教授)



中国四国産科婦人科学会

ご挨拶

この度、第72回中国四国産科婦人科学会の会長を務めさせて頂くことになりました。会員の皆様にご挨拶とご案内を申し上げます。総会ならびに学術講演会は2019年9月21日(土)から22日(日)、米子コンベンションセンターにて開催いたします。

本会は、中四国地方の身近な先生方の学会です。若手の先生は、日常診療で遭遇した貴重な症例や日々の研究成果を積極的に発表してください。指導医の先生方には、有意義かつ建設的な質問をお願いします。活発な討議がなされ、充実した情報交換の場になることを期待しております。プログラムでは、全領域を網羅した特別講演を計画しています。若手医師企画として「産婦人科医の将来のビジョン」について議論します。21日土曜日に学会へお越し頂いても十分に楽しんでいただける内容を立案しています。また、日本海や大山のグルメの他、温泉地や水木しげるロードなどの観光スポットもお楽しみください。

本学会が参加者全員に満足していただけるよう、現在、教室一同は鋭意準備を進めております。第72回中国四国産科婦人科学会へのご参加を心よりお待ちしております。

令和元年8月吉日

第72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 原 田 省

(鳥取大学医学部 生殖機能医学分野 教授)

第72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：原田 省（鳥取大学医学部 生殖機能医学分野 教授）

開 催 日：令和元年9月21日（土）・22日（日）

会 場：米子コンベンションセンター
（〒683-0043 鳥取県米子市末広町294 TEL：0859-35-8111）

学 術 委 員 会：9月21日（土）11：00～11：30 3F 第1会議室

理 事 会：9月21日（土）11：30～12：30 3F 第1会議室

評 議 員 会：9月22日（日）9：30～10：30 5F 第5会議室

総 会：9月22日（日）11：25～11：55 第1会場（2F 国際会議室）

情 報 交 換 会：9月21日（土）18：00～19：30 米子ワシントンホテルプラザ 2F らん

【運営事務局】

第72回中国四国産科婦人科学会学術講演会 事務局

鳥取大学医学部生殖機能医学分野 女性診療科

〒683-8504 米子市西町36-1

TEL 0859-38-6647、FAX 0859-38-6649

参加者へのご案内

1. 参加受付

9月21日（土） 11：00～17：00

9月22日（日） 8：30～13：00

場所 総合受付（1F エントランスロビー）

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	8,000 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
情報交換会	無料
プログラム・講演抄録	2,000 円

- ・会場内では必ず参加証（兼領収書）に所属・氏名を記入のうえ、携帯してください。
- ・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ので、忘れずご持参ください。

3. 情報交換会

日 時：9月21日（土）18：00～19：30

会 場：米子ワシントンホテルプラザ 2F らん

参加費：無料

4. 単位取得

第72回中国四国産科婦人科学会総会ならびに学術講演会の参加および専門医研修出席証明には、**e 医学会カード（UMIN カード）**をご使用いただきますので、必ずご持参ください。

当日、本カードをお忘れ等でお持ちでない方は、運転免許証等でご本人確認の上登録を行います。



<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は、1F 総合受付の「単位受付」にて e 医学会カードをご呈示ください。
- 2) 日本産婦人科医会会員の方は、1F 総合受付の「単位受付」にて医会シールをお受け取りください。

<日本専門医機構の単位付与について>

機構専門医の認定講習は、各会場前で対象セッション開始の10分前から参加受付を e 医学会カードで行います。開始時間10分を過ぎると、聴講いただくことは可能ですが、機構専門医単位付与はされません。ご了承ください。

9月21日（土）～9月22日（日） 学術集会参加 3単位

9月21日（土）14：30～15：30 指導医講習会 1単位

特別講演1 「女性医師のキャリア支援－ライフステージごとのワーク・ライフバランスとは？」

9月21日（土）15：20～16：30 産婦人科領域講習 1単位

Plus One セミナー2

ワークショップ 「変化する社会を楽しむために～未来ビジョン、つくりませんか～」

9月21日（土）16：30～17：30 共通講習（必須）感染対策 1単位

特別講演2 「産婦人科医のための感染制御と感染症診療～患者のためにできること～」

5. ランチョンセミナー

整理券の配布はございません。セミナー入場時にお弁当をお受け取りください。

6. クローク

場所 米子コンベンションセンター 2F 国際会議室前

受付時間

9月21日（土） 11：00～18：00

9月22日（日） 8：00～13：30

7. 託児所

託児所の準備はございません。

8. PC 発表データの受付

学会当日に発表データの受付を行います。PC 発表データの受付場所は1カ所のみです。

セッション開始30分前までにPC受付にて、発表データの試写ならびに受付をお済ませください。

受付場所： 総合受付の隣（1F エントランスロビー）

9月21日（土）11：00～17：30

9月22日（日）8：00～12：30

9. 会期中の問い合わせ先

場所：総合受付（1F エントランスロビー）

TEL：0859-35-8111

10. その他

1) 会場内では、携帯電話をマナーモードに設定してください。

2) 会場内は全館禁煙です。

3) 会長の許可の無い掲示・展示・印刷物の配布・録音・写真撮影・ビデオ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

- 発表終了1分前に黄色ランプ、終了・超過時には赤色ランプを点灯してお知らせします。
円滑な進行のため、時間厳守をお願いします。
- 舞台上には、モニター、キーボード、マウス、レーザーポインターを用意いたします。
演台に上がると最初のスライドが表示されますので、その後の操作は各自で行ってください。

2. 座長の皆さまへ

- 担当セッション開始予定時刻の15分前までに、会場内前方の「次座長席」にご着席ください。

3. 発表者の皆さまへ

I. 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。

II. 口演セッション 試写・発表方法

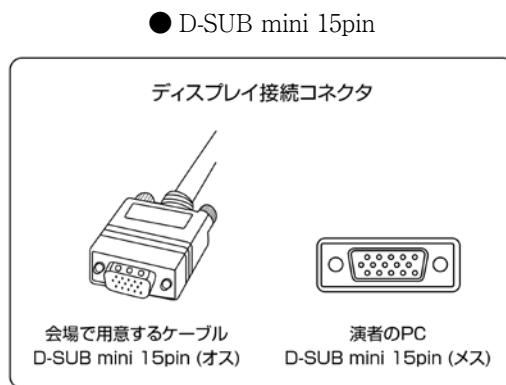
- 1) 口演発表はすべてPC発表（PowerPoint）のみといたします。
- 2) 発表データは、Windows PowerPoint 2007～2016のバージョンで作成してください。
- 3) PowerPointの「発表者ツール」は使用できません。発表用原稿が必要な方は各自ご準備ください。

<データ発表の場合>

- 1) 作成に使用されたPC以外でも必ず動作確認を行っていただき、USBフラッシュメモリーでご持参ください。
- 2) フォントは文字化け、レイアウト崩れを防ぐため下記フォントを推奨いたします。
MSゴシック、MSPゴシック、MS明朝、MSP明朝、
Arial、Century、Century Gothic、Times New Roman
- 3) 発表データは学会終了後、事務局で責任を持って消去いたします。

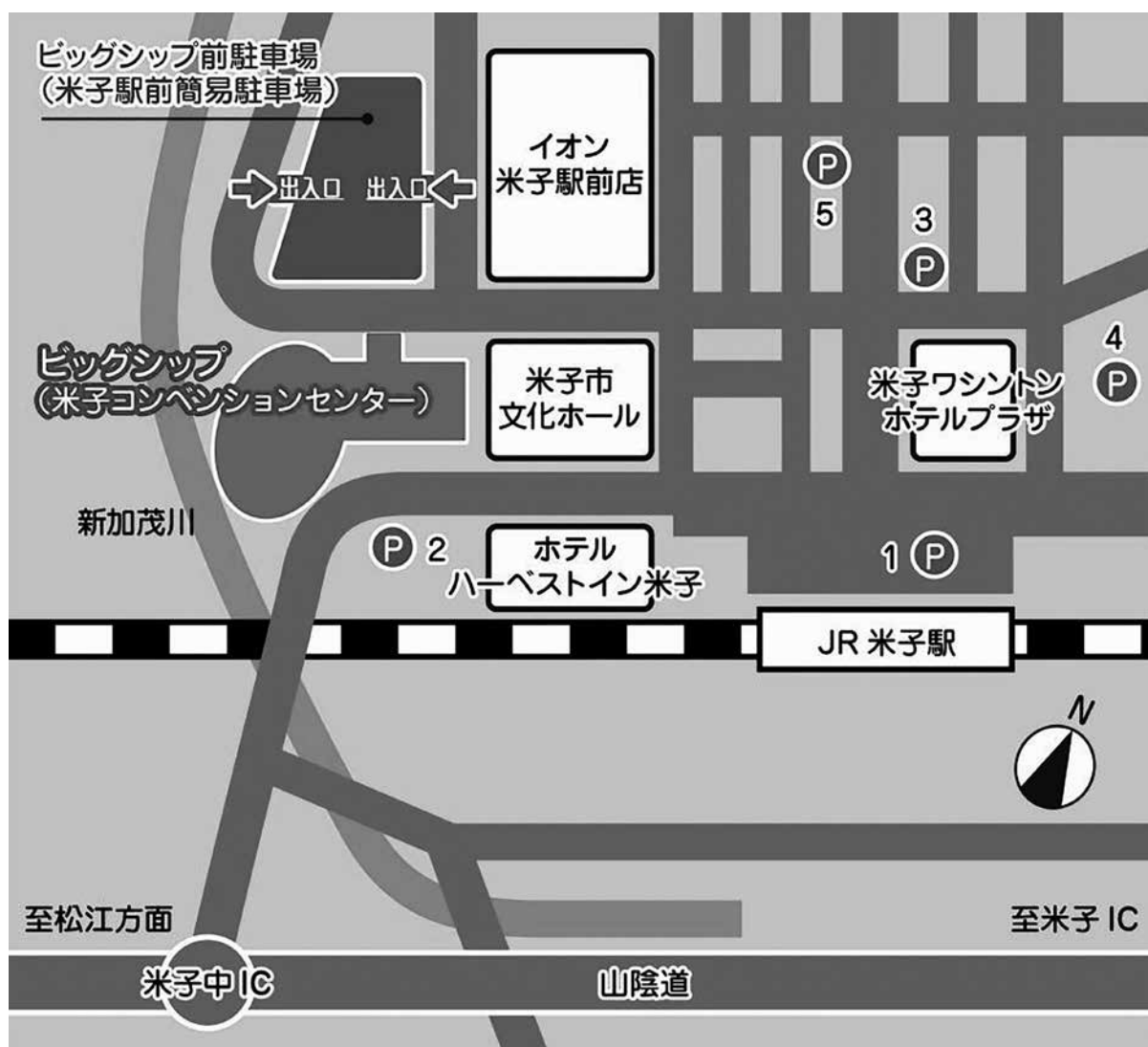
<PC本体持込みによる発表の場合>

- 1) Macintoshで作成したものと動画・音声データを含む場合は、ご自身のPC本体をお持込みください。
- 2) 会場で用意するPCケーブルコネクタの形状は、
D-SUB mini 15pin（図参照）です。この出力端子を持つPCをご用意いただくか、この形状に変換するコネクタを必要とする場合には必ずご持参ください。デジタル出力（HDMI）の出力端子しか無いPCはHDMI→D-SUBの変換アダプターも必要です。電源ケーブルもお忘れなくお持ちください。
- 3) 再起動をすることがありますので、パスワード入力は“不要”に設定してください。
- 4) スクリーンセーバーならびに省電力設定は事前に解除しておいてください。
- 5) 動画データ使用の場合は、Windows Media Playerで再生可能であるものに限定いたします。



（図）

交通のご案内



● 駐車場のご案内

※ビッグシップ前駐車場では、米子コンベンションセンターをご利用されたお客様の駐車料金が割引となります。ご参加される会場内まで駐車券をご持参下さい。出庫後で料金をお支払い済みの場合は対象となりませんのでご了承願います。

※P1～P5は近隣の有料駐車場です。米子コンベンションセンターの利用割引は適用されません。

BIG SHIP（ビッグシップ）米子コンベンションセンター

〒683-0043 鳥取県米子市末広町 294

TEL 0859-35-8111

● JR 米子駅から徒歩 5 分

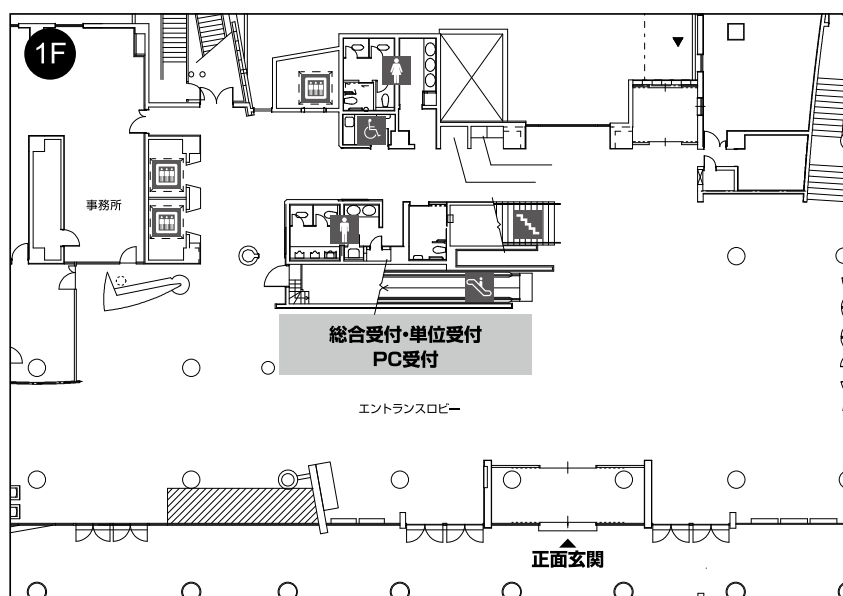
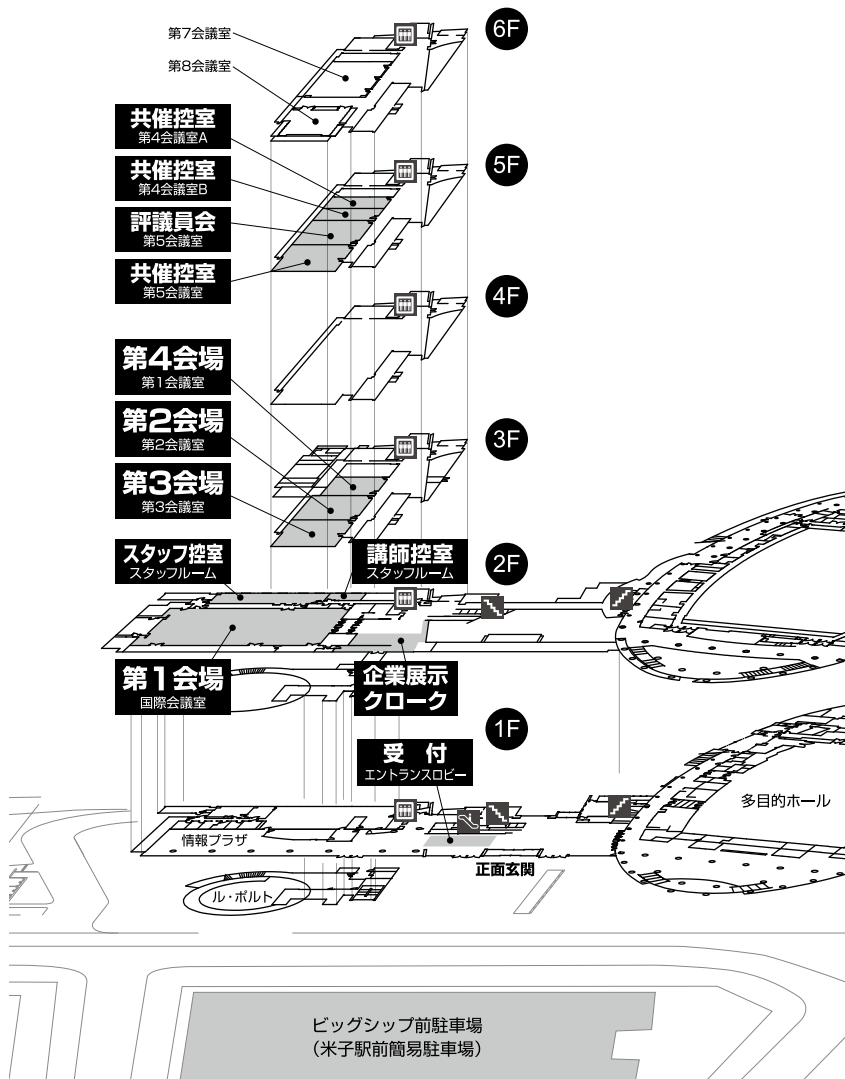
● 米子空港から車で約 25 分

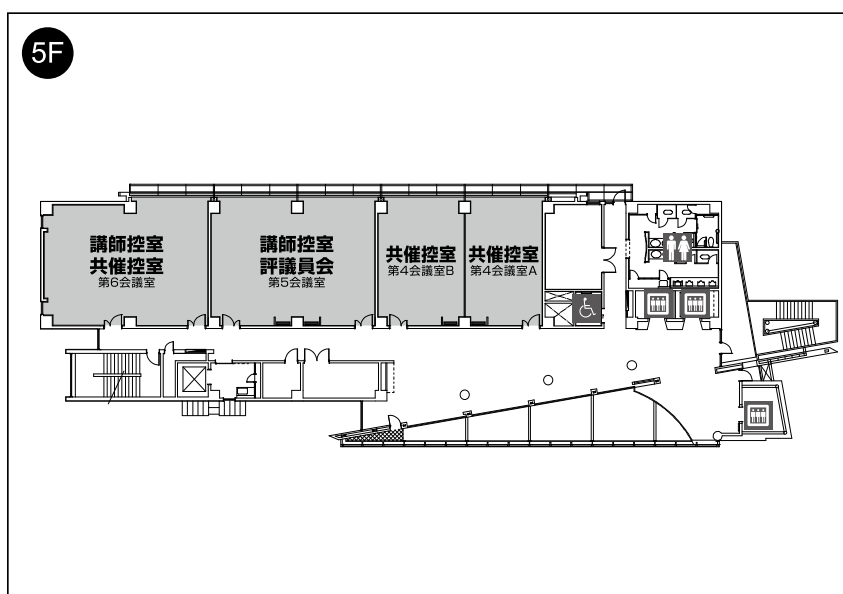
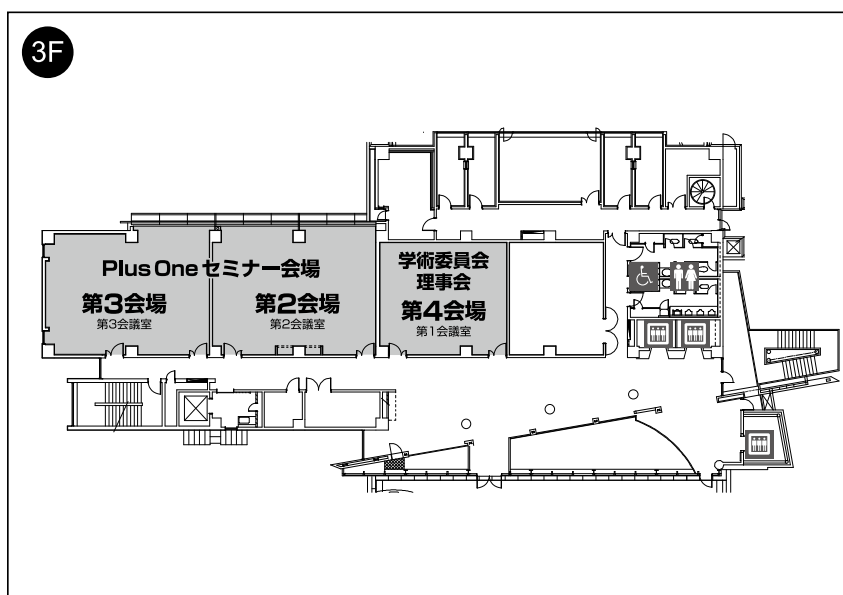
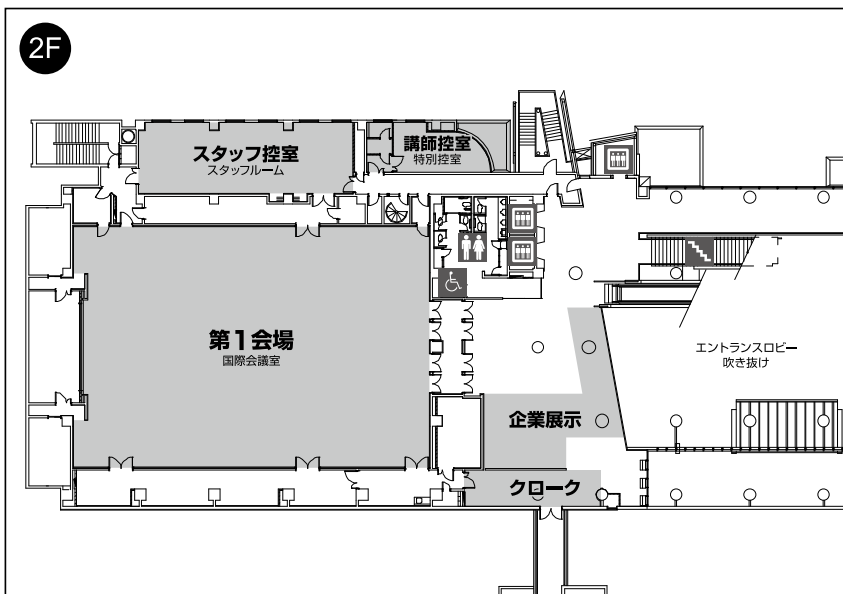
● 米子自動車道米子 I.C から

山陰自動車道（松江方面行き）経由 米子中 I.C から車で約 5 分

※松江方面からお越しの場合は、米子西 I.C を下りてください

米子コンベンションセンター





日程表

【1日目】9月21日（土）

コンベンションセンター							ワシントンホテル
第1会場 国際会議室（2F）	第2会場 第2会議室（3F）	第3会場 第3会議室（3F）	第4会場 第1会議室（3F）	第5会議室 （5F）	企業展示 国際会議室前 スペース（2F）	情報交換会場 らん（2F）	
10：00							10：00
11：00			学術委員会 11：00～11：30				11：00
12：00			理事会 11：30～12：30				12：00
13：00	12：30～13：20 ランチョンセミナー1 座長：前田長正（高知大学） 「LEP連続授与の意義」 演者：谷口文紀（鳥取大学） 「月経困難症に対する私のLEP処方」 演者：八田真理子（ジュノ・ウェスタリニク） 共催：あすか製薬株式会社、 ノーベルファーマ株式会社	12：30～13：20 ランチョンセミナー2 「閉経後女性の心血管疾患リスク に対するホルモン補充療法と エクオール」 座長：杉野法広（山口大学） 演者：若槻明彦（愛知医科大学） 共催：大塚製薬株式会社					13：00
14：00	13：30 開会式 13：35～13：50 学術賞授与式 （表彰チャペル）最優秀論文賞の山田恵子と最優秀論文賞の山田恵子 司会：野田 名（鳥取大学） 演者：野田 名（鳥取大学） 13：50～14：20 教授就任講演 「香川県における香川大学医学部附属 病院での周産期・分娩管理について」 座長：泰 利之（三宅医院） 演者：金西賢治（香川大学）						14：00
15：00	14：30～15：30 特別講演1 指導医講習会 「女性医師のキャリア支援－ライ フステージごとのワーク・ライフ バランスとは？」 座長：菅原 稔（徳島大学） 演者：安達知子（愛育病院） 共催：科研製薬株式会社	14：30～15：15 Plus One セミナー 1 ミニシンポジウム 「我々産婦人科医に未来はあるの か、いや未来しかない」 演者：中川 慧（大阪大学） 園田正樹（東京大学） 小松宏彰（鳥取大学）					15：00
16：00	15：30～16：20 教育講演 「卵巣癌治療における Bevacizumab の意義を再考する」 座長：京 哲（鳥根大学） 演者：島田宗昭（東北大学） 共催：中外製薬株式会社	15：20～16：30 Plus One セミナー 2 ワークショップ 「変化する社会を楽しむために～未 来ビジョン、つくりませんか～」 講師：石川雄一（日本ヘルスサイ エンスセンター） 司会：的場優介（慶應義塾大学）			13：30～17：30 展示		16：00
17：00	16：30～17：30 特別講演2 専門医共通講習 「産婦人科医のための感染制御と 感染症診療～患者のためにできる こと～」 座長：増山 寿（岡山大学） 演者：千鶴浩樹（鳥取大学）						17：00
18：00							18：00
19：00						18：00～19：30 情報交換会	19：00

【2日目】9月22日（日）

コンベンションセンター						ワシントンホテル 情報交換会会場
第1会場 国際会議室（2F）	第2会場 第2会議室（3F）	第3会場 第3会議室（3F）	第4会場 第1会議室（3F）	第5会議室 （5F）	企業展示 国際会議室前 スペース（2F）	らん（2F）
7:00						7:00
8:00						8:00
9:00	一般講演 第1群 8:50～9:30 FGR 胎児異常 座長：林 和俊（高知医療 センター）	一般講演 第6群 8:50～9:30 周産期3 座長：多田克彦（岡山医療 センター）	一般講演 第11群 8:50～9:30 子宮頸部 座長：藤岡 徹（愛媛大学）	一般講演 第16群 8:50～9:30 女性医学1 座長：桑原 章（徳島大学）		9:00
10:00	一般講演 第2群 9:30～10:10 胎盤の異常 座長：加地 剛（徳島大学）	一般講演 第7群 9:30～10:10 血液凝固異常 座長：前川 亮（山口大学）	一般講演 第12群 9:30～10:10 子宮体部 座長：西村正人（徳島大学）	一般講演 第17群 9:30～10:10 女性医学2 座長：金崎春彦（鳥根大学）	評議員会 9:30～10:30 8:50～13:00 展示	10:00
	一般講演 第3群 10:10～10:50 周産期1 座長：松原裕子（愛媛大学）	一般講演 第8群 10:10～10:50 早産、多胎 座長：占部 智（広島大学）	一般講演 第13群 10:10～10:50 良性疾患 座長：末岡幸太郎（山口大学）	一般講演 第18群 10:10～10:50 手術 座長：白山裕子（県立広島病院）		
11:00	一般講演 第4群 10:50～11:22 産科合併症 座長：岩部富夫（山陰労災病院）	一般講演 第9群 10:50～11:22 腫瘍1 座長：中山健太郎（鳥根大学）	一般講演 第14群 10:50～11:22 生殖医学、子宮内膜症 座長：鎌田泰彦（岡山大学）	一般講演 第19群 10:50～11:22 女性医学3 座長：田村博史（山口大学）		11:00
	総会 11:25～11:55					
12:00		12:00～12:50 ランチョンセミナー3 「子宮内膜症薬物療法における LEP 連続投与製剤の役割」 座長：下屋浩一郎（川崎医科大学） 演者：甲賀かをり（東京大学） 共催：バイエル薬品株式会社	12:00～12:50 ランチョンセミナー4 座長：杉山 隆（愛媛大学） 「まずは簡単な TLH からやってみま せんか～ with ENSEAL G2 without suturing and ligation～」 演者：柳井しおり（香川県人形センター） 「3分以内で尿管を固定する方法載せます」 演者：小松宏彰（鳥取大学） 共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社	12:00～12:50 ランチョンセミナー5 「慢性便秘症と私」 座長：工藤美樹（広島大学） 演者：原田馨太（岡山大学） 共催：持田製薬株式会社		12:00
13:00	一般講演 第5群 12:50～13:30 周産期2 座長：皆本敏子（鳥根大学）	一般講演 第10群 12:50～13:30 周産期4 座長：早田 佳（岡山大学）	一般講演 第15群 12:50～13:30 卵巣 座長：中村圭一郎（岡山大学）	一般講演 第20群 12:50～13:30 腫瘍2 座長：平田英司（広島大学）		13:00
	13:30 閉会式					
14:00						14:00
15:00						15:00
16:00						16:00
17:00						17:00
18:00						18:00

9月21日（土） 第1日目

第1会場

開会の挨拶

13:30 - 13:35 原田 省

学会賞受賞講演

13:35 - 13:50 座 長：鳥取大学医学部 生殖機能医学分野 原田 省

「卵巣チョコレート嚢胞摘出術後の AMH 低下と妊娠予後に関する検討」

演 者：鳥取大学医学部 生殖機能医学分野 谷口文紀

教授就任講演

13:50 - 14:20 座 長：三宅医院 特別顧問 秦 利之

「香川県における香川大学医学部附属病院での周産期・分娩管理について」

演 者：香川大学医学部 母子科学講座 周産期学婦人科学 金西賢治

特別講演 1（指導医講習会） ※機構専門医の単位付与セッション

14:30 - 15:30 座 長：徳島大学 大学院医歯薬学研究部 苛原 稔
共 催：科研製薬株式会社

「女性医師のキャリア支援—ライフステージごとのワーク・ライフバランスとは？」

演 者：恩賜財団母子愛育会 総合母子保健センター愛育病院 安達知子

教育講演

15:30 - 16:20 座 長：島根大学医学部附属病院 産科婦人科 京 哲
共 催：中外製薬株式会社

「卵巣癌治療における Bevacizumab の意義を再考する」

演 者：東北大学大学院医学系研究科 婦人科学分野 島田宗昭

特別講演 2（専門医共通講習） ※機構専門医の単位付与セッション

16:30 - 17:30 座 長：岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科婦人科学教室 増山 寿

「産婦人科医のための感染制御と感染症診療～患者のためにできること～」

演 者：鳥取大学医学部附属病院感染制御部 感染症内科 千酌浩樹

第2会場

ランチョンセミナー 1

12:30 - 13:20 座 長：高知大学医学部 産科婦人科学講座 前田長正
共 催：あすか製薬株式会社、ノーベルファーマ株式会社

「LEP 連続投与の意義」

演 者：鳥取大学医学部 生殖機能医学分野 谷口文紀

「月経困難症に対する私の LEP 処方」

演 者：ジュノ・ヴェスタ クリニック八田 八田真理子

Plus One セミナー 1

14:30 - 15:15 ミニシンポジウム 「我々産婦人科医に未来はあるのか、いや未来しかない」
座 長：鳥取大学医学部 生殖機能医学分野 佐藤慎也
山口大学医学部 産科婦人科 竹谷俊明
演 者：大阪大学大学院医学系研究科 産科学婦人科学 中川 慧
東京大学医学部 産婦人科 園田正樹
鳥取大学医学部 生殖機能医学分野 小松宏彰

Plus One セミナー 2 ※機構専門医の単位付与セッション

15:20 - 16:30 ワークショップ 「変化する社会を楽しむために～未来ビジョン、つくりませんか～」
司 会：慶應義塾大学医学部産婦人科学教室 的場優介
講 師：日本ヘルスサイエンスセンター、株式会社ヘルストラスト 石川雄一

第3会場

ランチョンセミナー 2

12:30 - 13:20 座 長：山口大学大学院医学系研究科 産科婦人科学講座 杉野法広
共 催：大塚製薬株式会社

「閉経後女性の心血管疾患リスクに対するホルモン補充療法とエクオール」

演 者：愛知医科大学 産婦人科教室 若槻明彦

第1会場

一般講演 第1群 FGR、胎児異常

8:50 - 9:30 座長 高知医療センター 林 和俊

101. 当院におけるFGRの原因と予後

島根大学 産婦人科

澤田希代加、皆本敏子、原 友美、辰巳 渚、黒瀬苑水、吉村由紀、山下 瞳、石橋朋佳、石川雅子、中山健太郎、京 哲

102. 子宮内胎児発育不全の早産児における新生児予後の検討

山口大学医学部附属病院 産科婦人科

清水真央子、村田 晋、今川天美、田村雄次、鷹巣 剛、中村真由子、三原由実子、品川征大、前川 亮、杉野法広

103. 胎児診断により動脈管閉鎖に伴う血行動態変化を観察できた左腕頭動脈孤立症（左腕頭動脈肺動脈起始）の1例

¹⁾ 徳島大学 産科婦人科、²⁾ 徳島大学 小児科、³⁾ 近畿大学 小児科

前田崇彰¹⁾、加地 剛¹⁾、早瀬康信²⁾、中川竜二²⁾、祖川英至¹⁾、吉田あつ子¹⁾、米谷直人¹⁾、須賀健一²⁾、稲村 昇³⁾、苛原 稔¹⁾

104. 胎児正常肛門像の構成成分の計測値の妊娠期間中の推移と出生前に低位鎖肛を強く疑った一例

¹⁾ 赤堀病院 産婦人科、²⁾ 独立行政法人国立病院機構岡山医療センター 産婦人科

赤堀洋一郎¹⁾、多田克彦²⁾、立石洋子²⁾、沖本直輝²⁾、相本法慧²⁾、熊澤一真²⁾

105. PHACE 症候群の一例

松江市立病院 産婦人科

田代稚恵、元村衣里、柳楽 慶、高橋正国、入江 隆、紀川純三

一般講演 第2群 胎盤の異常

9:30 - 10:10 座長 徳島大学 加地 剛

106. 当科における前置癒着胎盤症例の検討

岡山大学 産婦人科

上田菜月、玉田祥子、三島桜子、大平安希子、谷 和祐、牧 尉太、光井 崇、衛藤英理子、早田 桂、増山 寿

107. 異なる経過をたどった前置癒着胎盤の2例

香川大学医学部 母子科学講座 周産期学婦人科学

山下智也、森 亜優美、山本健太、石橋めぐみ、天雲千晶、伊藤 恵、新田絵美子、森 信博、花岡有為子、田中宏和、金西賢治

108. 羊水過多を合併した胎盤海綿状血管腫の 1 例

市立三次中央病院 産婦人科

野村奈南、相馬 晶、張本 姿、中本康介、小西晴久、藤本英夫

109. 後屈妊娠子宮嵌頓症に侵入胎盤を合併した 1 例

公益財団法人 大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院 産婦人科

黒田亮介、黒岩征洋、寺林博之、藤塚 捷、中村しほり、小嶋一司、船富爽子、西川貴史、西村智樹、
原 理恵、田中 優、障子章大、清川 晶、楠本知行、福原 健、中堀 隆、本田徹郎、長谷川雅明

110. 当院における固着胎盤症例の検討

松江赤十字病院 産婦人科

池野屋美智子、真鍋 敦、笹森博貴、石原とも子、澤田康治、藤脇律人

一般講演 第 3 群 周産期 1

10:10 – 10:50

座長 愛媛大学 松原裕子

111. 前置癒着胎盤の Cesarean hysterectomy に総腸骨動脈バルーン閉塞術（CIABO）を併用し総腸骨動脈解離を発症した一例

¹⁾ 岡山大学 産科婦人科、²⁾ 興生総合病院 産婦人科

築澤良亮^{1) 2)}、衛藤英理子¹⁾、牧 尉太¹⁾、玉田祥子¹⁾、光井 崇¹⁾、早田 桂¹⁾、中村圭一郎¹⁾、増山 寿¹⁾

112. 妊娠 24 週に急性大動脈解離を発症し、児の予後が不良であった一例

広島市立広島市民病院 産科婦人科

入江恭平、森川恵司、石田 理、坂井裕樹、片山沙希、田中奈緒子、久保倫子、依田尚之、片山陽介、
植田麻衣子、関野 和、依光正枝、上野尚子、中西美恵、児玉順一

113. 妊娠中に発症した結節性紅斑・関節炎を伴う肉芽腫性乳腺炎の一例

広島市立広島市民病院 産婦人科

田中奈緒子

114. 妊娠中に診断に苦慮した乳房腫瘍の 1 例

独立行政法人国立病院機構高知病院 産科

今泉絢貴、滝川稚也、木下宏実、福家義雄

115. 悪性リンパ腫に対して R-CHOP 療法を施行した約 5 年後に発症した周産期心筋症の一例

愛媛大学大学院医学系研究科 産科婦人科学講座

行元志門、安岡稔晃、松元 隆、恩地裕史、松本 唯、加藤宏章、横山真紀、井上 彩、内倉友香、
高木香津子、宇佐美知香、松原裕子、藤岡 徹、松原圭一、杉山 隆

一般講演 第4群 産科合併症

10:50 - 11:22 座長 山陰労災病院 岩部富夫

116. 劇症型 A 群溶血性連鎖球菌感染症妊婦の 1 例

香川大学 母子科学講座 周産期学婦人科学

伊藤 恵、森 亜優美、山下智也、山本健太、石橋めぐみ、天雲千晶、新田絵美子、森 信博、花岡有為子、
田中宏和、金西賢治

117. 妊娠ごとの風疹抗体価の推移と風疹ワクチンの効果

浜田医療センター 産婦人科

小林正幸

118. 当院での過去 4 年間における梅毒合併妊娠 7 例の検討

広島市立広島市民病院 産婦人科

坂井裕樹、森川恵司、入江恭平、片山沙希、田中奈緒子、久保倫子、依田尚之、片山陽介、植田麻衣子、
関野 和、依光正枝、上野尚子、中西美恵、石田 理、児玉順一

119. 妊娠糖尿病妊婦における産褥早期 75gOGTT に関する検討

徳島大学 産科婦人科

祖川英至、加地 剛、米谷直人、吉田あつ子、苛原 稔

総会

11:25 - 11:55 原田 省

一般講演 第5群 周産期2

12:50 - 13:30 座長 島根大学 皆本敏子

120. 胎児心拍数の数値診断による胎児新生児予後の改善

鳥取大学 産婦人科

前田一雄

121. 縦隔原発大細胞型 B 細胞リンパ腫合併妊娠の 1 例

鳥取県立中央病院 産婦人科

竹中泰子、上垣 崇、野中道子、木内 誠、高橋弘幸

122. 妊娠中に IgA 腎症再発が疑われ、妊娠 27 週で分娩に至った生体腎移植後妊娠の一例

県立広島病院 産婦人科

三浦聡美、浦山彩子、野村有沙、上田明子、中島祐美子、白山裕子、三好博史

123. 妊娠中にネフローゼ症候群を発症し、ステロイドを投与しながら妊娠を継続した一例

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 大学院医歯薬学総合研究科 腎・免疫・内分泌代謝内科学

假谷奈生子¹⁾、光井 崇¹⁾、上野麻美²⁾、西脇麻里子²⁾、北川正史²⁾、三島桜子¹⁾、大平安希子¹⁾、
谷 和祐¹⁾、牧 尉太¹⁾、玉田祥子¹⁾、衛藤英理子¹⁾、早田 桂¹⁾、増山 寿¹⁾、杉山 齊²⁾、和田 淳²⁾

124. 妊娠性エプーリスからの大量出血で母体管理のため帝王切開を選択した一例

岡山大学病院 産婦人科

白河伸介、牧 尉太、三島桜子、大平安希子、谷 和祐、光井 崇、玉田祥子、衛藤英理子、早田 桂、
増山 寿

第 2 会場

一般講演 第 6 群 周産期 3

8:50 - 9:30

座長 岡山医療センター 多田克彦

201. 胎児期に特異的顔貌から Williams 症候群を疑った 1 症例

四国こどもとおとなの医療センター 産婦人科

林 亜紀

202. 妊娠を契機に定期的な経過観察と遺伝カウンセリングを検討することになった von Hippel-Lindau 病合併妊娠の 1 例

¹⁾ 鳥取県立厚生病院 産婦人科、²⁾ あけしまレディースクリニック、³⁾ 野島病院 脳神経外科

木山智義¹⁾、飯田祐基¹⁾、周防加奈¹⁾、大野原良昌¹⁾、皆川幸久¹⁾、明島亮二²⁾、竹内啓九³⁾

203. 当院における 6 年間の無侵襲的出生前遺伝学的検査 (NIPT) 外来受診妊婦の推移と課題

愛媛大学医学部附属病院 産婦人科

松本 唯、松原裕子、松原圭一、行元志門、恩地裕史、加藤宏章、横山真紀、安岡稔晃、井上 彩、
内倉友香、宇佐美知香、高木香津子、藤岡 徹、松元 隆、杉山 隆

204. 子宮動脈塞栓術を施行した 19 症例に対する有効性の検討

高知医療センター 産婦人科

塩田さあや、山本真緒、原田 賢、平川充保、森田聡美、脇川晃子、川瀬史愛、永井立平、山本寄人、
小松淳子、南 晋、林 和俊

205. 当科における TOLAC の検討

香川大学医学部 母子科学講座 周産期学婦人科学

天雲千晶、森 亜優美、山下智也、山本健太、石橋めぐみ、伊藤 恵、新田絵美子、森 信博、花岡有為子、
田中宏和、金西賢治

一般講演 第7群 血液凝固異常

9:30 – 10:10

座長 山口大学 前川 亮

206. 妊娠中に原因不明の凝固異常を認め、分娩終了後に卵巣静脈血栓症と診断した一例

高知医療センター 産婦人科

山本眞緒、塩田さあや、原田 賢、平川充保、森田聡美、脇川晃子、川瀬史愛、永井立平、山本寄人、小松淳子、南 晋、林 和俊

207. 妊娠中に CPA となり母体を救命できた一症例

島根県立中央病院 産婦人科

大西 薫、奈良井曜子、江川恵子、田中綾子、山上育子、西村淳一、坪倉かおり、栗岡裕子、森山政司

208. 妊娠中の血中 SCC、C1 インアクチベーター活性による羊水塞栓症の発症予測

済生会下関総合病院 産婦人科

矢壁和之、高崎彰久、城下亜文、藤村大志、田邊 学、丸山祥子、嶋村勝典、森岡 均

209. 静脈血栓塞栓症（VTE）予防における分娩後抗凝固療法の有無と、D-dimer 値の関係について

岡山大学 産科・婦人科

川西貴之、早田 桂、谷 和祐、牧 尉太、江口武志、玉田祥子、光井 崇、衛藤英理子、増山 寿

210. 産科 DIC スコアが 8 点以上の分娩時大量出血症例に抗 DIC 療法をすることに妥当性はあるか？

¹⁾ 国立病院機構岡山医療センター 産婦人科、²⁾ 三宅おおふクリニック、

³⁾ Medical Data Labo、⁴⁾ 埼玉医科大学国際医療センター 婦人科腫瘍学、

⁵⁾ NHO ネットワーク共同研究

多田克彦^{1) 5)}、宮木康成^{2) 3) 4)}、安日一郎⁵⁾、野見山亮⁵⁾、藤原ありさ⁵⁾、大藏尚文⁵⁾、川上浩介⁵⁾、

林 公一⁵⁾、水之江知哉⁵⁾、兒玉尚志⁵⁾、前田和寿⁵⁾、江本郁子⁵⁾、前川有香⁵⁾、吉田瑞穂^{1) 5)}、

大岡尚実^{1) 5)}、相本法慧^{1) 5)}、中村一仁^{1) 5)}

一般講演 第8群 早産、多胎

10:10 – 10:50

座長 広島大学 占部 智

211. 慢性早剥羊水過少症候群の 6 症例

愛媛県立中央病院 産婦人科

中野志保、池田朋子、矢野晶子、井上翔太、井上翔太、吉田文香、上野愛実、三宅すずか、阿南春分、上野 繁、森 美妃、田中寛希、金石 環、阿部恵美子、近藤裕司

212. 腔分泌液ヒトβデフェンシン 2 濃度の有用性の検討

¹⁾ NTT 西日本松山病院、²⁾ 愛媛大学大学院医学系研究科、³⁾ 福島県立医科大学、⁴⁾ 岐阜薬科大学

甲谷秀子^{1) 2)}、松原圭一²⁾、錫谷達夫³⁾、金子久恵¹⁾、田坂美恵¹⁾、腰塚哲朗^{3) 4)}、西山恭子³⁾、杉山 隆²⁾

213. 当院で経腹的頸管縫縮を施行した 3 例の報告

倉敷中央病院 産婦人科

福原 健、西村智樹、寺林博之、藤塚 捷、黒田亮介、中村しほり、船富爽子、小嶋一司、西川貴史、
原 理恵、田中 優、障子章大、黒岩征洋、清川 晶、楠本和行、中堀 隆、本田徹郎、長谷川雅明

214. 胎胞膨隆症例に対し Bridge suture 法を併用した頸管縫縮術が有用であった一例

島根大学 産婦人科

吉村由紀、皆本敏子、原 友美、黒瀬苑水、辰巳 渚、澤田希代加、山下 瞳、石橋朋佳、石川雅子、
中山健太郎、京 哲

215. 胎児間輸血症候群を来した胎児鏡下胎盤吻合血管レーザー凝固術を行った品胎妊娠の 2 症例

¹⁾ 山口大学大学院医学系研究科 産科婦人科学、²⁾ 広島市民病院 産婦人科、

³⁾ 岡山医療センター 産婦人科

品川征大¹⁾、村田 晋¹⁾、清水真央子¹⁾、三原由実子¹⁾、前川 亮¹⁾、関野 和²⁾、沖本直輝³⁾、
杉野法広¹⁾

一般講演 第 9 群 腫瘍 1

10 : 50 - 11 : 22

座長 島根大学 中山健太郎

216. がん遺伝子パネル検査の pitfall

¹⁾ 徳島大学 産婦人科、²⁾ 徳島大学 臨床遺伝診療部、³⁾ 徳島大学 消化器内科、

⁴⁾ 徳島大学 乳腺外科

阿部彰子^{1) 2)}、宮本容子²⁾、吉田友紀子²⁾、藤野泰輝³⁾、森本雅美⁴⁾、香川智洋¹⁾、峯田あゆか¹⁾、西村正人¹⁾

217. 当院における AYA 世代 卵巣悪性腫瘍の検討—妊孕性温存手術症例に関し—

高知医療センター 産婦人科

南 晋、塩田さあや、山本真緒、原田 賢、平川充保、森田聡美、脇川晃子、川瀬史愛、永井立平、
山本寄人、小松淳子、林 和俊

218. 子宮内膜肥厚をきっかけに診断に至った卵巣顆粒膜細胞腫の 1 例

JA 廣島総合病院

八幡美穂、中西慶喜、日比野佑美、小西晴久、佐々木美砂、高本晴子

219. Seromucinous borderline tumor における術前検査所見の後方視的検討

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産婦人科学

清水かれん、原賀順子、松原侑子、松岡敬典、小川千加子、中村圭一郎、増山 寿

ランチョンセミナー 3

12 : 00 - 12 : 50

座 長：川崎医科大学 産婦人科学 1 下屋浩一郎

共 催：バイエル薬品株式会社

「子宮内膜症薬物療法における LEP 連続投与製剤の役割」

演 者：東京大学大学院医学系研究科 産婦人科学講座 甲賀かをり

一般講演 第10群 周産期4

12:50 - 13:30

座長 岡山大学 早田 桂

220. 子宮内膜異型増殖症・初期子宮体癌患者に対する黄体ホルモン療法の治療成績、妊娠成績および周産期予後

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、松崎利也、阿部彰子、Mayila Yiliyasi、柳原里江、山本由理、香川智洋、峯田あゆか、西村正人、桑原 章、苛原 稔

221. 子宮動脈塞栓術後の妊娠で子宮破裂、嵌入胎盤を発症した症例

中国中央病院 産婦人科

川井紗耶香、大塚由有子、山本昌彦

222. 外傷性小腸穿孔を起こした妊婦の1例

広島市立安佐市民病院 産婦人科

綱掛 恵

223. 帝王切開術後に外陰部血腫を発症した1例

倉敷中央病院 産婦人科

藤塚 捷、本田徹郎、寺林博之、中村しほり、黒田亮介、小嶋一司、船富爽子、西川貴史、西村智樹、原 理恵、田中 優、障子章大、黒岩征洋、清川 晶、楠本知行、福原 健、中堀 隆、長谷川雅明

224. 育児困難と予想された妊婦に対する行政機関との連携

中国中央病院 産婦人科

三苦智裕

第3会場

一般講演 第11群 子宮頸部

8:50 - 9:30

座長 愛媛大学 藤岡 徹

301. 子宮頸部胃型腺癌の一例

福山医療センター 産婦人科

田中梓菜

302. 再発・進行子宮頸癌に対するペバシズマブの治療効果および安全性の検討

JCHO 徳山中央病院 産婦人科

高崎ひとみ、平林 啓、中島博子、中島健吾、平田博子、中川達史、山縣芳明、沼 文隆

303. 子宮頸部小細胞神経内分泌癌の再発に対しペバシズマブ併用化学療法が著効した一症例

山口県立総合医療センター 産婦人科

川崎真奈、大谷恵子、坂井宜裕、三輪照未、浅田裕美、三輪一知郎、讃井裕美、佐世正勝、中村康彦

304. 子宮頸部小細胞癌 I B2 期の再発症例に対して CDDP+VP-16 が奏効した一例

呉医療センター・中国がんセンター 産婦人科

宇山拓澄、中村紘子、山根尚史、荒木ゆみ、佐川麻衣子、澤崎 隆、水之江知哉

305. 外科的治療および術後補助化学療法を施行した腔原発悪性黒色腫の 1 例

愛媛大学医学部附属病院 産婦人科

加藤宏章、藤岡 徹、行元志門、恩地裕史、松本 唯、横山真紀、安岡稔晃、井上 彩、内倉友香、高木香津子、宇佐美知香、松原裕子、松元 隆、松原圭一、杉山 隆

一般講演 第 12 群 子宮体部

9 : 30 - 10 : 10

座長 徳島大学 西村正人

306. 妊娠初期に合併した若年子宮内膜癌の 1 例

総合病院山口赤十字病院 産婦人科

長屋陽平、高石清美、内山美穂子、宮田知子、西村典子、月原 悟、申神正子、金森康展

307. 自然退縮がみられた子宮体がん術後肺転移の 1 例

済生会下関総合病院 産婦人科

藤村大志、嶋村勝典、城下亜門、矢壁和之、田邊 学、丸山祥子、高崎彰久、森岡 均

308. 子宮平滑筋腫から発生したと考えられる子宮平滑筋肉腫の一例

倉敷中央病院 産婦人科

西川貴史

309. 子宮体癌の化学療法中に発症した Pegfilgrastim 投与による大型血管炎

国立病院機構 四国がんセンター

藤本悦子、横山貴紀、友野勝幸、坂井美佳、大亀真一、竹原和宏

310. 帝王切開術後 1 ヶ月での多量出血を契機に発見された妊娠性絨毛癌の一例

広島大学 産科婦人科

菅 裕美子

一般講演 第 13 群 良性疾患

10 : 10 - 10 : 50

座長 山口大学 末岡幸太郎

311. 子宮筋腫からのエリスロポエチン産生が疑われた赤血球増加症の 2 例

¹⁾ 徳島県立中央病院 産婦人科、²⁾ 徳島県立中央病院 血液内科

前川正彦¹⁾、三谷龍史¹⁾、宮谷友香¹⁾、関本悦子²⁾

312. 播種性血管内凝固症候群を併発した子宮腺筋症の 2 例

広島市民病院 産婦人科

片山沙希、片山陽介、坂井裕樹、入江恭平、田中奈緒子、久保倫子、森川恵司、依田尚之、植田麻衣子、関野 和、依光正枝、上野尚子、中西美恵、石田 理、児玉順一

313. 抗 NMDA 受容体抗体脳炎を伴った卵巣奇形腫の 2 例

山口大学大学院医学系研究科 産婦人科学講座

岡部真由子、春瀬風香、梶邑匠彌、爲久哲郎、岡田真希、渋谷文恵、竹谷俊明、末岡幸太郎、杉野法広

314. メイグス症候群疑いで手術を施行した超高齢者の 1 例

¹⁾ 岡山済生会総合病院 産婦人科、²⁾ 岡山済生会総合病院 初期研修医

大石恵一^{1) 2)}、角南華子¹⁾、関 典子¹⁾、鈴井 泉¹⁾、小池浩文¹⁾、太田友香¹⁾、坂口幸吉¹⁾、江尻孝平¹⁾、平野由紀夫¹⁾

315. 嚢胞状帝王切開瘢痕部が着床部結節から成っていた一例

徳島大学病院 産科婦人科

香川智洋、阿部彰子、峯田あゆか、西村正人

一般講演 第 14 群 生殖医学、子宮内膜症

10:50 – 11:22

座長 岡山大学 鎌田泰彦

316. 当科において胚凍結保存後に子宮筋腫核出術を施行した不妊症例の検討

山口県立総合医療センター 産婦人科

三輪照未、浅田裕美、川崎真奈、坂井宜裕、大谷恵子、三輪一知郎、讃井裕美、佐世正勝、中村康彦

317. 妊孕性温存のため卵巣凍結を行った急性骨髄性白血病の 2 症例

¹⁾ 岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室、

²⁾ 岡山大学大学院 保健学研究科、³⁾ 三宅医院

兼森雅敏¹⁾、久保光太郎¹⁾、檜野千明¹⁾、岡田真紀¹⁾、酒本あい³⁾、鎌田泰彦¹⁾、中塚幹也²⁾、増山 寿¹⁾

318. 腹腔 NK 細胞の走化性低下は、子宮内膜症の術後再発に関連する

¹⁾ 高知大学医学部 産科婦人科、²⁾ 幡多けんみん病院、³⁾ 熊本大学 産科婦人科

山本槇平¹⁾、牛若昂志³⁾、都築たまみ¹⁾、橋元粧子¹⁾、谷口佳代¹⁾、泉谷知明²⁾、前田長正¹⁾

319. 網羅的発現データと遺伝子転写制御ネットワークデータの統合解析による卵巣チョコレート嚢胞のマスターレギュレータの同定

山口大学 産婦人科

三原由実子、前川 亮、清水奈都子、田中結美子、高木遥香、白蓋雄一郎、品川征大、田村 功、竹谷俊明、田村博史、杉野法広

ランチョンセミナー 4

12:00 – 12:50

座 長：愛媛大学大学院医学系研究科 産科婦人科学 杉山 隆

共 催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

「まずは簡単な TLH からやってみませんか～ with ENSEAL G2, without suturing and ligation～」

演 者： 倉敷成人病センター 産科婦人科 柳井しおり

「3 分以内で尿管を同定する方法教えます」

演 者： 鳥取大学医学部 生殖機能医学分野 小松宏彰

一般講演 第 15 群 卵巣

12:50 - 13:30

座長 岡山大学 中村圭一郎

320. 当科における卵巣癌に対する dose-dense TC 療法の治療成績

山口大学 産婦人科

鷹巢 剛、末岡幸太郎、今川天美、田村雄次、為久哲郎、岡田真希、梶邑匠彌、澁谷文恵、竹谷俊明、杉野法広

321. プラチナ感受性再発卵巣がんに対するオラパリブの使用経験

県立広島病院 産婦人科

白山裕子、野村有沙、三浦聡美、上田明子、浦山彩子、中島祐美子、三好博史

322. MSI-high を有する進行卵巣癌にペムブロリズマブを使用した 1 例

岡山赤十字病院 産婦人科

楠元理恵、渋川昇平、江口武志、片山典子、佐々木佳子、大村由紀子、林 裕治

323. 小児での初発時から 16 年間を経て再発した卵巣小細胞癌の一例

倉敷中央病院 産婦人科

船富爽子、寺林博之、藤塚 捷、黒田亮介、中村しほり、小嶋一司、西川貴史、西村智樹、原 理恵、田中 優、障子章大、黒岩征洋、清川 晶、楠本知行、福原 健、中堀 隆、本田徹郎、長谷川雅明

324. 卵巣腫瘍との鑑別が困難であった小腸 GIST の一例

岡山済生会総合病院 産婦人科

角南華子、関 典子、鈴井 泉、小池浩文、太田友香、坂口幸吉、江尻孝平、平野由紀夫

第 4 会場

一般講演 第 16 群 女性医学 1

8:50 - 9:30

座長 徳島大学 桑原 章

401. 術中超音波断層法が診断に有効であった卵管間質部妊娠の 1 例

愛媛県立中央病院 産婦人科

井上翔太

402. 多量出血を伴う巨大子宮頸部筋腫に対し、UAE を併用し待機手術を成し得た一例

¹⁾ 徳島大学病院 卒後臨床研修センター、²⁾ 徳島大学 産科婦人科

青木秀憲¹⁾、河北貴子²⁾、加藤剛志²⁾、武田明日香²⁾、香川智洋²⁾、門田友里²⁾、吉田加奈子²⁾、松崎利也²⁾、苛原 稔²⁾

403. 高度肥満患者に対する低侵襲子宮全摘術ーロボット支援下手術に従来法の腹腔鏡操作を併用したハイブリット手術

倉敷成人病センター 婦人科

榊田沙也加、安藤正明、安井みちる、手石方康宏、市川冬輝、愛甲 碧、吉津照見、菅野 潔、柳井しおり、澤田麻里、白根 晃、坂手慎太郎、紀平知久、太田啓明

404. スプレー式癒着防止剤の導入からみた内膜症症例に対する腹腔鏡手術後癒着の検討

¹⁾ 三宅医院 生殖医療センター、²⁾ 三宅おおふくクリニック 婦人科、³⁾ 三宅医院 産婦人科、⁴⁾ 三宅医院 問屋町テラス

小田隆司^{1) 2)}、宮木康成²⁾、高田智价³⁾、橋本 雅³⁾、小國伸嗣⁴⁾、清川麻知子¹⁾、酒本あい¹⁾、高吉理子³⁾、柴田真紀³⁾、秦 利之³⁾、三宅貴仁^{1) 2) 3) 4)}

405. 腹腔鏡下子宮全摘術の結果 Adenosarcoma of the endometrium, with heterologous element and sarcomatous overgrowth と診断された 1 例

川崎医科大学附属病院 産婦人科

村田卓也、河村省吾、鈴木聡一郎、松本 良、松本桂子、羽間夕紀子、田中圭紀、杉原弥香、佐野力哉、石田 剛、中井祐一郎、中村隆文、下屋浩一郎、塩田 充

一般講演 第 17 群 女性医学 2

9 : 30 – 10 : 10

座長 島根大学 金崎春彦

406. 月経困難症で受診した性器奇形の 3 例

山陰労災病院 産婦人科

宮本圭輔、岩部富夫、坂本靖子

407. 当院で経験した OHVIRA 症候群の一例

鳥取県立中央病院

上垣 崇、竹中泰子、野中道子、木内 誠、高橋弘幸

408. 長期間放置された分娩後難治性直腸腔瘻に対して人工肛門造設後に修復術を行った 1 例

¹⁾ 高知大学医学部 産科婦人科学講座、²⁾ 鹿児島大学医学部 産科婦人科学教室、

³⁾ 高知大学医学部 外科学講座外科 1

大黒太陽¹⁾、樋口やよい¹⁾、牛若昂志²⁾、福留惟行³⁾、岡本 健³⁾、前田長正¹⁾

409. 無月経にて発見された下垂体腫瘍を伴った Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser 症候群の一例

国立病院機構高知病院 婦人科

木下宏実、今泉絢貴、滝川稚也、福家義雄

410. 南海トラフ地震における高知県の被害想定数の分析とそれから得られた災害対策

高知大学 産科婦人科

渡邊理史、松島幸生、前田長正

一般講演 第18群 手術

10:10 - 10:50 座長 県立広島病院 白山裕子

411. 当科における早期子宮頸癌に対する腹腔鏡下広汎子宮全摘術とロボット支援広汎子宮全摘術の治療成績

島根大学医学部附属病院 産婦人科

辰巳 渚、中山健太郎、石川雅子、石橋朋佳、黒瀬苑水、澤田希代加、吉村由紀、山下 瞳、皆本敏子、京 哲

412. 当科での子宮体癌ⅠA期におけるMIS (minimum invasive surgery) の治療成績

島根大学医学部附属病院 産婦人科

黒瀬苑水、中山健太郎、石川雅子、石橋朋佳、山下 瞳、澤田希代加、吉村由紀、辰巳 渚、皆本敏子、京 哲

413. 腹壁癒着が予想される頻回手術既往患者に対する腹腔鏡下子宮全摘術を施行した一例

倉敷成人病センター 産婦人科

安井みちる、安藤正明、太田啓明、坂手慎太郎、柳井しおり、白根 晃、菅野 潔、澤田麻里、紀平知久、愛甲 碧、市川冬輝、手石方康宏、栢田沙也加

414. 腹腔鏡下筋腫核出術 (LM) におけるバーブ縫合糸の使用のコツ

倉敷成人病センター 産科婦人科

太田啓明、栢田沙也加、安井みちる、手石方康弘、市川冬輝、愛甲 碧、白根照見、澤田麻里、坂手慎太郎、紀平知久、菅野 潔、白根 晃、柳井しおり、安藤正明

415. 腹腔鏡下手術移行を要したロボット支援下子宮全摘術の2例

倉敷成人病センター 産婦人科

愛甲 碧、安藤正明、栢田沙也加、安井みちる、手石方康宏、市川冬輝、吉津照見、菅野 潔、柳井しおり、澤田麻里、白根 晃、坂手慎太郎、紀平知久、太田啓明

一般講演 第19群 女性医学3

10:50 - 11:22 座長 山口大学 田村博史

416. 当院における腺筋症合併妊娠の検討

徳島大学 産科婦人科

圓藤幸子、河北貴子、祖川英至、門田友里、吉田加奈子、加藤剛志、加地 剛、苛原 稔

417. 子宮内膜症に対するジエノゲスト長期投与症例の臨床的検討

JCHO 徳山中央病院

中島健吾、山縣芳明、高崎ひとみ、中島博子、平田博子、中川達史、平林 啓、沼 文隆

418. 漿膜下筋腫に伴う急性腹症の2例

福山市民病院 産婦人科

高原悦子、平野友美加、今福紀章、青江尚志

419. 巨大子宮筋腫の術後に posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) を発症した 1 例

鳥取県立中央病院 産婦人科

高橋弘幸、野中道子、上垣 崇、竹中泰子、木内 誠

ランチョンセミナー 5

12:00 – 12:50

座 長：広島大学大学院医系科学研究科 産科婦人科学 工藤美樹

共 催：持田製薬株式会社

「慢性便秘症と私」

演 者：岡山大学病院 消化器内科 原田馨太

一般講演 第 20 群 腫瘍 2

12:50 – 13:30

座長 広島大学 平田英司

420. 大量の血性腹水を伴い悪性腫瘍との鑑別に苦慮した Polypoid endometriosis の一例

広島大学 産科婦人科

榎園優香、関根仁樹、菅 裕美子、森岡裕彦、寺岡有子、大森由里子、野坂 豪、定金貴子、山崎友美、古宇家正、占部 智、平田英司、工藤美樹

421. 卵巣悪性腫瘍との鑑別に難渋した骨盤内放線菌症の 1 例

広島大学病院 産科婦人科

森岡裕彦、古宇家正、榎園優香、菅 裕美子、大森由里子、寺岡有子、定金貴子、野坂 豪、関根仁樹、山崎友美、占部 智、平田英司、工藤美樹

422. ディープラーニングによる人工知能の子宮頸部扁平上皮病変コルポスコピー診断

¹⁾ 三宅おおふくクリニック 婦人科、²⁾ 埼玉医科大学国際医療センター 婦人科腫瘍科、

³⁾ Medical Data Labo、⁴⁾ 国立病院機構 四国がんセンター、⁵⁾ 三宅医院、

⁶⁾ 三宅医院問屋町テラス

宮木康成^{1) 2) 3)}、竹原和宏⁴⁾、高吉理子⁵⁾、小田隆司⁵⁾、清川麻知子⁵⁾、酒本あい⁵⁾、橋本 雅⁵⁾、高田智价⁵⁾、秦 利之⁵⁾、小國信嗣⁶⁾、三宅貴仁^{1) 5) 6)}

423. 婦人科悪性腫瘍における DWIBS の有用性について

¹⁾ JA 尾道総合病院 臨床研修科、²⁾ JA 尾道総合病院 産婦人科

高田善章¹⁾、坂下知久²⁾、田中教文²⁾、佐々木 晃²⁾、木山泰之²⁾

424. 子宮頸部腫瘍からの出血に IVR が奏効したエホバの証人の 1 例

¹⁾ 岡山市立市民病院 産婦人科、²⁾ ウェルビーイングメディカ 女性・漢方外来

中藤光里¹⁾、徳毛敬三¹⁾、桐野智江¹⁾、根津優子¹⁾、新家朱理¹⁾、小橋勇二¹⁾、平松裕司¹⁾、奥田博之²⁾

卵巣チョコレート嚢胞摘出術後の AMH 低下と妊娠予後に関する検討

鳥取大学医学部生殖機能医学分野

谷口文紀

卵巣チョコレート嚢胞を有する不妊患者の取り扱いにおいて、待機療法、ART を含む不妊治療、手術療法の選択は単純ではない。腹腔鏡下手術は、子宮内膜症合併不妊に対して、確定診断と治療を同時にできる低侵襲手術という意味から第一選択とされてきた。疼痛が強い場合や悪性を除外する必要がある場合には、手術療法がよい適応になるが、正常卵巣組織への侵襲による卵巣予備能低下や再発リスクが懸念されることから、いつ手術を行うべきか、年齢、症状、治療歴、片側性か両側性か、卵管疎通性などを勘案して、治療方針を決定しなければならない。チョコレート嚢胞への外科処置は、感染リスク・破裂の予防、採卵の容易性の向上、癒着病変の処置による局所の炎症環境の改善などの利点があるが、一方で ART 成績を改善する効果はないことも示唆されている。

血中抗ミュラー管ホルモン (AMH) 値は、不妊治療の方針を決定する際の補助マーカーとして汎用されている。卵巣チョコレート嚢胞摘出術においては、卵巣予備能低下が必発であることから、手術適応決定については慎重を要する。チョコレート嚢胞摘出術における AMH 値と卵巣予備能について検討した。当科で腹腔鏡下嚢胞摘出術を行った 40 歳未満の患者を対象とし、チョコレート嚢胞 (C 群) とそれ以外の良性卵巣腫瘍 (non-C 群) における術前後の AMH 値を評価した。C 群では術前 AMH 値が低く、35 歳以上の症例では顕著であった。また、C 群においては術後 6 ヶ月時の AMH 値の低下率が大きく、術後 1 年で AMH 値の回復がみられた症例は 35 歳以上で少なかった (Taniguchi F, et al, JOGR, 2016)。次に、ART を施行した卵巣チョコレート嚢胞合併不妊患者の妊娠獲得率を後方視的に検討した。片側の嚢胞摘出術後には妊娠率低下はみられなかったが、両側の嚢胞摘出術を行った症例では妊娠率が低かった。特に直径 4-6cm のチョコレート嚢胞を有する場合においては、38 歳未満であれば嚢胞摘出術を行わなくても ART による妊娠が十分期待できることが示唆された。卵巣チョコレート嚢胞合併不妊患者の ART への移行に際しては、特に年齢因子を重視して、治療を開始するタイミングを逸しない配慮が重要である。

【略歴】

谷口 文紀 (たにぐち ふみのり)

1993 年 鳥取大学医学部卒業

1998 年 鳥取大学大学院修了

1999 年 鳥取大学助手

2004 年 米国 NIEHS/NIH リサーチフェロー

2007 年 鳥取大学講師

2015 年 鳥取大学准教授

香川県における香川大学医学部附属病院での周産期・分娩管理について

香川大学医学部母子科学講座周産期学婦人科学

金西賢治

当教室は昭和 55 年に周産（生）期学と婦人科学の 2 教室からなる母子科学講座として開設されました。それぞれの初代の教授を務められました神保利春教授、半藤保教授に続き、平成 10 年に周産（生）期学講座の 2 代目教授として秦利之教授が就任し、平成 13 年から 2 講座を統一し周産期学婦人科学講座とし新たな体制となり、平成 31 年 4 月 1 日付けで 3 代目教授を拝命することになりました。

当教室の開設当時からの理念として、周産期分野での母体搬送、新生児搬送を 24 時間体制で積極的に受け入れ母体、胎児および新生児を切れ目なく管理することを掲げてきました。産婦人科と小児科が常に密な連携を持ち、高度な知識と技術を持つスタッフによる出生前診断や周産期管理を行う診療体制が地域の 3 次医療機関として重要な役割を果たしてきたと考えます。このことが香川県の周産期死亡率を全国平均から見ても低い水準とし維持している結果につながっていると考えます（2015 年の周産期死亡率は 2.2 人と全国でもっとも低い値）。また、当教室の伝統として経陰分娩をより安全に管理することが挙げられます。世界的に見ても、近年帝王切開率の上昇は問題となり、2015 年には WHO が帝王切開の世界的「まん延」に警鐘を鳴らし、これを受け ACOG も帝王切開率低減のため積極的な器械分娩を奨励しています。当院でも 2012 年は 16.7% であった帝王切開率が 2015 年には 21.9% と増加していますが、総合周産期母子医療センターを有する高次医療機関で比較すると低い水準を維持しているといえます。これは急速逐娩術に積極的に鉗子分娩を取り入れ、また骨盤位分娩、双胎妊娠での経陰分娩および帝王切開既往の経陰分娩も積極的に行っている結果と考えています。今後も西日本ではあまり行われていない鉗子分娩の技術を継承し、より多くの施設で行われる急速逐娩の手技となるよう普及に努めたいと考えています。また、骨盤位牽出術も含め失われつつある産科技術を次の世代に継承し、教育、普及ができるシステム作りにも努力していきたいと考えています。

【略歴】

金西 賢治（かねにし けんじ）

1993 年 香川医科大学医学部医学科卒業

1993 年 香川医科大学医学部附属病院医員（研修医）（産婦人科）

1996 年 香川医科大学医学部大学院医学系研究科入学

2001 年 同上 修了、博士号取得

2001 年 香川医科大学医学部附属病院助手（産科婦人科）

2004 年 癌研究会癌研究所実験病理部

2005 年 香川大学医学部学内講師（周産期学婦人科学）

2011 年 香川大学医学部附属病院講師（周産期科女性診療科）

2012 年 香川大学医学部附属病院総合周産期母子医療センター准教授

2019 年 香川大学医学部母子科学講座周産期学婦人科学教授

女性医師のキャリア支援ーライフステージごとのワーク・ライフバランスとは？

恩賜財団母子愛育会 総合母子保健センター 愛育病院

安達知子

将来を考えたときに、女性は男性よりも不確定要素が大きく、どの時期にどのような生活をしているのか、キャリアを継続できるのかなど、不安を感じることが多い。

現在の女性医師の割合は医師全体の 21% 程度であるが、医師国家試験の合格者に占める割合は 2010 年より 30-34% の範囲にあるため、将来は医師の 1/3 が女性という時代になる。特に女性医師の割合が短期間に飛躍的に増えた産婦人科では、60% 以上が女性医師となるのも時間の問題であり、診療、教育、研究の場においても、女性の果たす役割は益々大きくなる。

女性医師の就労継続に最も影響するのは妊娠・出産・子育てということが種々の調査で明らかにされているが、生涯未婚率も男性は 30%、女性は 20% へ近づいており、子育てばかりがライフの中心ではなく、家族の健康、自身の健康や医師の仕事とは直接かかわらないプライベートに対してのことからもワーク・ライフバランス（WLB）を考えて、キャリアを継続していく必要がある。

ライフステージごとに、ワークにおいてもライフにおいても自身の目指すところや乗り越えなくてはならない課題が異なるために、いつも 50%-50% の割合で WLB を図るものではない。ある時期はワークへ、ある時期はライフへ重点を置きながらも、全体に両者の調和を取っていくことが上手な WLB となる。

さて、最も大きい要因として妊娠、子育てに話を戻すと、医療の現場から遠ざかる産休、育休からどのように現場復帰を果たすか、どうやってキャリアを継続するか、これについては、まずは自分の意識の在り方とモチベーション、次に配偶者、職場の同僚や上司の「女性に活躍してもらいたい／活躍させようとする意識」、最後に周囲に不公平感を抱かせない、本人のモチベーションを下げさせない、仕事と両立するための支援策ということになる。多様な働き方があることを本人も周囲も理解し、働き方を途中で修正・変更することは当たり前と受け入れる必要がある。また、キャリアアップや管理職への登用などについては、特に管理職の方には女性医師にチャンスを与えることを意識していただき、一方、女性医師自らも、与えられたチャンスを断ることは論外であり、あとから続いてくる後輩たちのためにも、チャンスをものにして前進していただきたい。まだまだ前途洋々、キャリアは未来に広がっていることを理解していただきたい。私自身が研究代表者となった厚生労働省科学研究の内容と現在の病院で実践していることなどを踏まえて、解説する。

【略歴】

安達 知子（あだち ともこ）

1978 年 東京女子医科大学医学部卒業 同大学産婦人科学教室入局

1985 年 博士号取得、米国ジョンス・ホプキンス大学産婦人科研究員（1 年半）

1987 年 東京女子医科大学産婦人科講師、1995 年 助教授を経て

2004 年 総合母子保健センター愛育病院産婦人科部長、2013 年副院長

2006 年 東京女子医科大学産婦人科 客員教授兼務

2014 年 徳島大学 客員教授兼務（4 年間）

2017 年 総合母子保健センター愛育病院院長 現在に至る

日本産婦人科医会常務理事、日本産科婦人科学会功労会員、日本周産期・新生児医学会評議員

日本産婦人科・新生児血液学会理事長、第 25 回学術集會会長

日本受精着床学会評議員、日本女性医学学会代議員、日本血栓止血学会代議員

日本糖尿病・妊娠学会監事・編集委員、コンプライアンス委員、日本妊娠高血圧学会理事

日本家族計画協会理事、ほか多数の学会に所属

厚生労働省、文部科学省、内閣府、東京都の各種審議会／委員会委員を歴任

卵巣癌治療における Bevacizumab の意義を再考する

東北大学大学院医学系研究科婦人科学分野

島田宗昭

日本（GOG Japan）からも参画した GOG218 試験の結果に基づき、2013 年 11 月 22 日、抗 VEGF ヒト化モノクローナル抗体ベバシズマブ（BEV）が婦人科がんに対して初めての分子標的治療薬として卵巣癌に対する保険収載を得た。5 年以上の年月を経て、BEV は卵巣癌のみならず、進行・再発子宮頸癌に対する保険収載も得て、婦人科悪性腫瘍の日常診療で広く用いられている分子標的治療薬となった。2018 年 1 月には再発卵巣癌に対して PARP 阻害剤が保険承認され、免疫チェックポイント阻害薬の治験も活発に行われ、進行・再発卵巣癌に対する治療選択肢が増えることが期待されている。

卵巣癌に対する BEV の使用用途は、①進行症例に対する初回治療、②再発症例（プラチナ製剤感受性、プラチナ製剤抵抗性）に対する薬物療法、③ PDS が困難な進行症例に対する術前化学療法に大別される。①に関しては GOG218 試験、ICON7 試験、ROSiA 試験、②に関しては、OCEANS 試験、GOG213 試験、MITO16B 試験、AGO-OVAR2.21 試験、AURELIA 試験、③については ANTHALYA 試験などが報告されている。最近、JGOG3022 試験が発表され、本邦における BEV の有害事象と効果が明らかとなった。

本セッションでは承認から 5 年を経た BEV の卵巣癌に対する臨床試験の結果を確認し、会場の皆様と卵巣癌治療における BEV の意義を再考したい。

【略歴】

島田 宗昭（しまだ むねあき）

平成 7 年 3 月 鳥取大学医学部医学科卒業

平成 7 年 4 月 鳥取大学医学部附属病院 産婦人科

平成 12 年 9 月 鳥取大学大学院医学系研究科博士課程修了 医学博士取得

平成 15 年 1 月 鳥取大学医学部附属病院 助手

平成 27 年 2 月 鳥取大学医学部産婦人科学教室 講師

平成 28 年 8 月 東北大学病院 婦人科 准教授

平成 30 年 7 月 東北大学大学院医学系研究科 婦人科学分野 准教授

東北大学病院 婦人科長、特命教授

【専門医・その他】

日本産科婦人科学会（専門医、指導医）、日本婦人科腫瘍学会（専門医、指導医）

日本癌治療学会認定医機構 がん治療認定医

日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医（腹腔鏡）

日本婦人科腫瘍学会 副幹事長、専門医制度委員会主幹事

特定非営利活動法人 婦人科悪性腫瘍研究機構（JGOG）卵巣がん委員会 委員長

日本臨床腫瘍研究グループ（JCOG）卵巣がん委員会 委員

産婦人科医のための感染制御と感染症診療～患者のためにできること～

鳥取大学医学部附属病院感染制御部 教授・感染症内科

千酌浩樹

「感染制御」と聞いて何を思い浮かべられるだろうか。

病棟で手を洗え、手を洗え、とうるさく言って回っている一団がいる。「あ、感染制御部のラウンドだ」少し身を硬くする先生はいらっしゃらないだろうか？

あるいは、抗生物質を使っていたら、ある日突然感染制御部から「先生、カルバペネム使いすぎですよ」という電話が入る。場合によっては「カルバペネムを使うと病院全体の耐性菌が増えて困ります」などのコメントまでされることがあるかもしれない。しかしながら患者さんのために最善の治療を考えて抗菌薬を処方された主治医の先生にとっては、「病院全体の耐性菌の問題より、今日の前にいる患者さんの問題解決が何より大切なだけだ」とそう思われたことはないだろうか？

私どもも「感染制御と感染症診療は相反するのではないですか」という質問を良く受ける。私達は、その度に「感染制御も感染症診療も目的は一緒ですよ。今日の前の患者さんを耐性菌の脅威から守ることで」と答えている。

カルバペネム薬のような広域抗菌薬は、使用すべき場面に使用すると非常に有効であるが、一方でそれを使用すると、どうしても耐性菌が選択されてしまう。それはいったん治癒にむかっていた患者さんの感染症が、抗菌薬使用中にも関わらず再増悪するという現象となって現れる。これを防ぐためには①患者さんに耐性菌を伝搬させない（感染制御の徹底）ことと、②患者さんの治療に、不必要に広域な抗菌薬を使用しない（感染症治療の適正化）ことを徹底することが重要である。

では、この広域抗菌薬を使用する際の必要（適正）と不必要（不適正）の判断基準は何であろうか？産婦人科領域感染症においては、嫌気性菌関与や、最近では大腸菌のキノロン耐性、基質特異性拡張型βラクタマーゼ（Extended spectrum β-lactamases: ESBL）産生腸内細菌科細菌などの頻度が増加しており、これらに有効なカルバペネム系薬を一律に「不必要」といってしまってよいのであろうか？これらの疑問に少しでも本講演でお答えできたらと考えている。

本邦の感染制御は、これまで MRSA 対策には一定程度の成功を収めてきた。現在はより多くの薬剤耐性菌克服を目指して、抗菌薬適正使用の取り組みを始めている。主治医の先生と一緒に「患者さんのために」を目指す感染制御と感染症診療について、その歴史もひとときながら概説したい。

【略歴】

千酌 浩樹（ちくみ ひろき）

1988 年 鳥取大学医学部卒業

1988 年 鳥取大学医学部第三内科入局

1994 年 鳥取大学大学院医学系研究科内科系専攻博士課程修了（医学博士）

1994 年 松江赤十字病院 医師

1996 年 鳥取大学医学部附属病院 助手

2000 年 米国 国立衛生研究所 visiting fellow

2002 年 鳥取大学医学部 助手

2005 年 鳥取大学医学部 講師（分子制御内科）

2013 年 鳥取大学医学部附属病院感染制御部 准教授

2014 年 鳥取大学医学部附属病院感染制御部 教授・感染症内科 科長

我々産婦人科医に未来はあるのか、いや未来しかない

¹⁾ 大阪大学大学院医学系研究科 産科学婦人科学

²⁾ 東京大学医学部 産婦人科

³⁾ 鳥取大学医学部 生殖機能医学分野

¹⁾ 中川 慧、²⁾ 園田正樹、³⁾ 小松宏彰

中川

「産婦人科医療とは、行政である！」

少し言い過ぎだが、行政の仕事と産婦人科とは非常に深いつながりがある。例えば、最近公表された2018年の出生数は91.8万人で年々減少を続けており、少子高齢化は国難と言われているが、これはまさに産婦人科医療が直結する部分である。しかし、1人の産婦人科医や1施設が頑張ったからどうにかなるような問題ではなく、妊娠、子育て支援、不妊治療助成など多角的な行政介入が初めて対策となる。マンパワーを提供する産婦人科医療体制と、お金を配分する行政のバランスが重要である。しかし、実は厚生労働省内には産婦人科経験者は片手で足りる人数しかない。患者の診療だけでなく、少し引いた立場で見る産婦人科のニーズ、外から見る産婦人科のニーズを考えながら産婦人科の未来を考えてみたい。

園田

「我々産婦人科医に未来はあるのか。」

これは反語であり、“未来しかない！”というポジティブな想いから提案されたテーマである。このシンポジウムは、未来をどれだけ明るいものにできるかと議論する時間だ。わたしが考えるベストな手段は「つながる」ことだ。産婦人科医のような専門家あるいはアカデミアの人間と官民が連携することで、課題解決を行い、社会を変えていける。そんな考えで動き回っている1人の産婦人科医のケースレポートを共有する。今回は、厚生労働省（官）、ビジネス（民）、日本産科婦人科学会（学）の3つのケースシリーズを一度に味わえるリッチな時間である。どの人間も、悩みながら、苦しみながら、でも笑顔で乗り越えてきている。あなたの考え、あなたの未来と照らし合わせながら、共に考えよう！

小松

「産婦人科医の未来、それは自分で道を切り開いていく中でこそ存在する。」

産婦人科は他科と比べて全国的なつながりが非常に強い。しかし、毎日院内での業務をしてもつながりが自然に作られていくわけではない。自ら足を外に向け、一歩踏み出すことが大切なのだ。5年前、日本産科婦人科学会未来委員会が運営するサマースクールの実行委員として参加することから始まった私自身の全国的な活動の経緯をもとに、全国のつながりがいかに充実したものであり、そこから生まれてきたことによっていかに未来を見据えた生き方ができているか、そして産婦人科医に未来はあるのかについて自分なりに分析してみた。

【略歴】

中川 慧（なかがわ さとし）

2007年 大阪大学医学部医学科卒業

2007年 大阪府立急性期・総合医療センター 初期・後期研修

2011年 国立循環器病研究センター周産期科レジデント

2012年 大阪大学大学院医学系研究科博士課程

2016年 堺市立総合医療センター 産婦人科 副医長

2017年 大阪大学医学部附属病院中央クオリティマネジメント部 助教

2017年 厚生労働省子ども家庭母子保健課課長補佐

(併) 医政局総務課医療安全推進室室長補佐
2018 年 大阪大学大学院医学系研究科産科婦人科学教室 助教
(併) 日本医療研究開発機構 (AMED) 科学技術調査員

園田 正樹 (そのだ まさき)

2011 年 東京大学附属病院 産婦人科 入局
2012 年 長野赤十字病院 入職
2014 年 公立昭和病院 入職
2015 年 東京大学大学院博士課程医学系研究科 入学 (公衆衛生学教室へ学内研究委託、休学中)
2017 年 CI Inc. 創業
2018 年 健康寿命をのばそう! アワード (母子保健分野)
厚生労働省子ども家庭局長賞 企業部門 優良賞
2019 年 総務省 & NICT 起業家万博 5つの企業賞
2019 年 MUFG ビジネスサポートプログラム (ソーシャルビジネス部門) 最優秀賞
2019 年 デジタルハリウッド大学大学院 修士課程 入学

小松 宏彰 (こまつ ひろあき)

2010 年 鳥取大学医学部医学科 卒業
2012 年 鳥取大学医学部附属病院 女性診療科医員採用
2012 年 総合病院 山口赤十字病院 産婦人科採用
2013 年 鳥取大学医学部附属病院 女性診療科医員採用
2016 年 日本産科婦人科学会 産婦人科未来委員会 若手委員
2017 年 総合病院山口赤十字病院 産婦人科副部長採用
2017 年 鳥取大学大学院医学系研究科医学専攻博士課程卒業 学位取得
2017 年 日本産科婦人科学会 産婦人科未来委員会 若手委員長
2019 年 鳥取大学医学部附属病院総合周産期母子医療センター助教採用
2019 年 日本産科婦人科学会幹事、未来委員会主務幹事、
編集委員、中央専門医制度委員会委員、会計委員

変化する社会を楽しむために～未来ビジョン、つくりませんか～

¹⁾ 慶應義塾大学医学部産婦人科

²⁾ 日本ヘルスサイエンスセンター代表取締役、株式会社ヘルストラスト代表取締役

¹⁾ 的場優介、²⁾ 石川雄一

「自分の仕事、プライベート、人生、未来に対して、不安や思うところ、ありませんか。」

この質問に、「いや、もう、全然ないです。」と回答された方は大丈夫です。本企画の対象からは外れますので、是非他の企画を見て回っていただければ幸いです。しかし、悩みが全くない人は非常に少数なのではないかと思ひ、本企画を企画いたしました。

国際連合関連組織が発表する「世界幸福度ランキング」というものがあります。各国の国民に「どれくらい幸せと感じているか」を評価してもらった調査に加え、GDP、平均余命、寛大さ、社会的支援、自由度、腐敗度といった要素を元に幸福度を計り、順位付けするものです。2019 年は世界の 156 カ国を対象に調査を行っていますが、日本は 2018 年の 54 位から 4 つ順位を下げ 58 位となっています。物質的に豊かな日本が、なぜこの順位なのでしょう。

我々日本人の特性として「協調性が高い」「ルールを守る」がよく挙げられます。逆を返せばそれは「自己主張をしない」と同義かもしれません。自己主張をせず、周囲と同調して暮らしていくことに、価値を見出しているのです。しかし、産婦人科領域や医学領域では、来年度から初期研修が必修化し、2024 年には働き方改革が施行され、と大きな変化が待っています。さらには、今、社会は大きな変革期を迎えており、キャリアの作り方、働き方、家族のあり方なども大きく変化しています。そのような変わりゆく社会で、我々は何を考え、行動しなければならないのでしょうか。私は、一人ひとりが「未来に対する自分のビジョン」を持つことが肝要ではないか、と考えています。

ビジョンを作るといっても、ひとりきりで悶々として考えてほしいわけではありません。それは非常に困難ですし、ひとりきりでビジョンを作り出すのは不可能と思います。本企画では、ファシリテーターに日本ヘルスサイエンスセンターの石川先生をお呼びし、ワークショップ形式で個々の価値観や思考の「スタイル」を探索したいと考えています。このワークショップの中で、自身のビジョンや価値観を見つめ直していただければ、と考えております。普段、自分自身の価値観や思いを他の人に話す機会は少ないと思います。本企画が、同地域で同業に従事する同世代同士がつながることの一助となり、地域ひいては日本の活性化につながれば大変嬉しく思います。

【略歴】

的場 優介（まとば ゆうすけ）

2011 年 慶應義塾大学医学部卒業

2011 年 医療法人鉄蕉会亀田総合病院にて初期研修開始

2013 年 医療法人鉄蕉会亀田総合病院初期研修修了

2013 年 慶應義塾大学医学部産婦人科学教室入局

2017 年 慶應義塾大学医学部医学研究科医療科学系専攻

日本産科婦人科学会未来委員会若手委員会委員

2018 年 日本産科婦人科学会未来委員会若手委員会委員長

【略歴】

石川 雄一（いしかわ ゆういち）

1978 年 自治医科大学卒業後、病院・保健所で僻地医療に従事。

1986 年 ハーバード大学で行動科学・医学教育を研究し、独自の健康学習理論を確立する。

メンタル・タフネス研究会委員（旧自治省）、生涯生活設計プログラムモデルガイドブック等に関する

る研究会委員（総務省）、医療関係者審議会専門委員、医師国家試験委員（厚生労働省）などを歴任。
現在、健康学習学会名誉会長。

医学の枠を越えた健康を目指し、全国各地で講演会活動を行いながら「自分らしい人生を過ごすための総合的な人間の健康」の啓蒙と普及につとめる。これまで全国 80 カ所以上の自治体で、まちづくりや人材育成を中心とした事業にも貢献。

【経歴】

1978 年 3 月	自治医科大学卒業
1978 年 4 月～1980 年 6 月	広島県立広島病院
1980 年 7 月～1982 年 3 月	双三中央病院
1982 年 4 月～1984 年 3 月	広島県立瀬戸田病院
1985 年 6 月～1986 年 6 月	ハーバード大学ベス・イスラエル病院留学
1986 年 7 月～1987 年 5 月	広島県三次保健所
1987 年 6 月～1988 年 4 月	自治医科大学地域医療学 助手
1988 年 5 月～1989 年 4 月	海神医院 院長
1988 年 8 月	日本ヘルスサイエンスセンター設立 代表取締役
1989 年 6 月～1991 年 3 月	アークヒルズクリニック 副院長
1991 年 3 月	株式会社ヘルストラスト設立 代表取締役
1991 年 4 月～2015 年 3 月	自治医科大学地域医療学 非常勤講師

「LEP 連続投与の意義」

鳥取大学医学部生殖機能医学分野

谷口文紀

低用量 EP 配合薬（Low dose estrogen and progestin: 以下 LEP と略す）は 2009 年に発売されて以来、子宮内膜症などに起因する器質性月経困難症と機能性月経困難症に対する有用性が認められて広く普及した。LEP により、子宮内膜の非薄化による月経量の減少と、それに伴う疼痛の緩和や子宮収縮の減少などが得られる。これまで LEP の内服法としては、28 日間を 1 周期とする周期投与法が一般的であった。海外では、以前より休薬期間をおかない連続投与が行われてきたが、最近わが国においても連続投与が可能な LEP が保険適用となった。連続投与では、周期投与に比して月経痛を伴う日数の減少がみられ、全般的な患者満足度も高いことが示されている。月経血逆流の頻度を減らすことで、子宮内膜症の発症・増悪を防ぐことができると考えられることから、海外のガイドラインにおいても LEP 連続投与が推奨されている。また、学校生活や日常の行事に合わせて、消退出血の時期をフレキシブルに調節することも可能となった。周期投与が無効な場合には、長期間の連続投与で改善される可能性もある。これまでに発売された LEP と同じように、血栓症リスクの説明や服薬指導の必要性、不正子宮出血への対応などの問題はあがあるが、女性の QOL 向上において、月経回数の減少が期待できる連続投与の特徴を紹介する。

【略歴】

谷口 文紀（たにぐち ふみのり）

平成 5 年 鳥取大学医学部卒業

平成 10 年 鳥取大学大学院修了

平成 11 年 鳥取大学医学部 助手

平成 16 年 米国 NIEHS/NIH リサーチフェロー

平成 19 年 鳥取大学医学部 講師

平成 27 年 鳥取大学医学部 准教授

平成 31 年 鳥取大学医学部附属病院総合周産期母子医療センター長

「月経困難症に対する私の LEP 処方」

ジュノ・ヴェスタ クリニック八田

八田真理子

月経困難症治療薬である低用量 EP 配合薬（Low dose Estrogen and Progestogen：以下 LEP 製剤）は、2008 年にエチニールエストラジオール（以下 EE2）と第 1 世代プロゲスチンであるノルエチステロン（以下 NET）を配合したルナベル[®] がはじめて登場した。それまでは、低用量経口避妊薬を月経困難症や過多月経の治療目的として使用してきたこともあっただけに、同じ成分の保険治療薬として上市した功績は大きい。

月経困難症に対して LEP は、プロゲスチン作用で子宮内膜の増殖を抑え症状を緩和する。2010 年に第 4 世代のドロスピレノン（以下 DRSP）を配合したヤーズ[®] が登場し、2018 年には第 2 世代のレボノルゲストレル（以下 LNG）配合のジェミーナ[®] が発売された。

LEP 製剤は現在、後発品も含めると 6 種類が上市されているが、EE2 はプロゲスチンの作用の発現・維持のため補助的役割を果たし、超低用量化が進んできた。臨床現場ではどの LEP 製剤でも月経困難症治療の効果に差はなく、製剤そのものより投与法の違いが影響すると感じている。つまり周期投与法よりも、不定期な出血があったとしても連続投与法の方が痛みをよくコントロールできている。しかし一方では、予期せぬ出血や妊娠の心配から連続投与法を嫌がる患者も存在する。

LEP 製剤のバリエーションが増えたことで月経困難症に対する治療の幅が広がったが、患者の体質やニーズに合った LEP 製剤を選択、投与法の提案をすることが求められる時代にもなった。今回、臨床現場における当院での LEP 処方の実際を紹介したい。

【略歴】

八田 真理子（はった まりこ）

1990 年 聖マリアンナ医科大学医学部卒業

1990 年 順天堂大学産婦人科 研修医

1992 年 千葉大学産婦人科 医員

1993 年 4 月～1998 年 3 月 松戸市立病院産婦人科 医長

1998 年 4 月～ 聖順会ジュノ・ヴェスタクリニック八田 院長

閉経後女性の心血管疾患リスクに対するホルモン補充療法とエクオール

愛知医科大学 産婦人科教室

若槻明彦

女性の場合、閉経を迎えると心血管疾患（CVD）リスクが上昇することが報告されている。閉経後のエストロゲン低下により、LDL コレステロールや中性脂肪が上昇するとともに、血管内皮機能も低下することが CVD リスク上昇の大きな要因であることがわかっている。エストロゲンには脂質代謝改善効果や血管内皮機能改善効果など抗動脈硬化作用を有することから、米国では CVD 発症予防の目的で多くの閉経後女性がホルモン補充療法（HRT）を施行していた。しかし、Women's Health Initiative の報告により、これまでとは逆に CVD リスクが上昇すると発表されたため、HRT に否定的な考えになった。一方、その後多くの研究により、エストロゲンの種類や投与経路・投与量、黄体ホルモンの種類によって CVD リスクへの影響は異なることが証明され、有害事象を最小限度に抑え、HRT の有益効果を最大限発揮できる方法が確立されつつある。

大豆イソフラボンの代謝物であるエクオールはエストロゲンと類似した骨格を持ち、更年期症状に効果的である以外に、脂質改善効果、降圧効果、血管内皮機能改善効果、抗酸化作用など多くの抗動脈硬化作用を有することが報告されている。これらの作用はエストロゲンよりも軽度であるが、HRT にみられる副作用は極めて少ないことも証明されている。

本稿では、CVD 発症予防の観点から、HRT 投与の時期や期間、エストロゲン投与経路の違いが脂質代謝に与える影響、さらには黄体ホルモンの種類による CVD リスクへの影響の差異について解説するとともに、エクオールの有する抗動脈硬化作用や、閉経後女性でエクオールが適応される症例についても紹介する予定である。

【略歴】

若槻 明彦（わかつき あきひこ）

昭和 59 年：愛知医科大学卒業

昭和 59 年：高知医科大学医学部附属病院 研修医（産婦人科）

昭和 61 年：高知医科大学医学部附属病院 助手（産婦人科）

平成元年～3 年：アメリカ合衆国カリフォルニア州

アーバインカリフォルニア大学 リサーチフェロー

平成 7 年：高知医科大学医学部附属病院周産母子センター 講師

平成 13 年：高知医科大学医学部附属病院周産母子セミナー 助教授・副部長

平成 16 年：高知大学医学部 生体機能・感染制御学講座

生殖・加齢病態学教室 助教授

平成 17 年：愛知医科大学 産婦人科学教室 主任教授

平成 23 年～30 年：愛知医科大学病院 副院長

平成 25 年：学校法人愛知医科大学 評議員

平成 26 年：愛知医科大学 副学長

平成 28 年：学校法人愛知医科大学 理事

平成 30 年：愛知医科大学 医学部長・医学研究科長

子宮内膜症薬物療法における LEP 連続投与製剤の役割

東京大学大学院医学系研究科 産婦人科学講座

甲賀かをり

子宮内膜症管理に LEP 製剤が有効であることは古くから知られている。この機序は、排卵抑制に伴うエストロゲン上昇抑制による子宮内膜症の病巣制御、プロゲステロンによる病巣への直接的抑制作用、子宮内膜の菲薄化による月経量の減少とそれに伴う月経痛の緩和などがあげられる。一方、従来の LEP 周期投与すなわち 1 ヶ月に 1 回の休薬期間（Hormone Free Interval, HFI）を設ける服用方法では、HFI 中の消退出血とそれに伴う骨盤痛、また頭痛や腹部膨満感、乳房痛などが発現することがしばしば問題となっていた。

そこで海外では以前より、経口避妊薬（OC）の HFI の期間・頻度を減らす試みが行われてきた。HFI の期間を減らす試みとして、28 日周期の中でも従来の 21 日実薬 7 日休薬（21/7 周期、以下同様）から、24/4 周期、26/2 周期が目指された。しかしそもそも OC/LEP 投与中に毎月 HFI が必要だという科学的根拠はなく、次に HFI の頻度を減らす方法として、連続投与（全く HFI をおかない）、延長周期投与（2-4 ヶ月に一度 HFI をおく）、フレキシブル投与（不正出血が起きた際に HFI をおき出血を管理する）といった投与方法が提唱された。European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE), American Congress of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) など海外の主要なガイドラインでも疼痛に対して連続投与が推奨されている。

我々の施設でも以前より HFI 中の痛みが問題となる症例には積極的に LEP 製剤の連続投与を行ってきたが、保険上の問題があり、服薬指導に苦慮することが多かった。そこへ 2017 年 4 月に本邦でも LEP 連続投与製剤が上市された。上市にあたっては、月経困難症患者を対象とした国内第Ⅲ相臨床試験が行われ、周期投与に比し評価期間中の月経痛を伴う日数の有意な減少が認められ、全般的満足度も高いこと、連続投与による独自の安全性の問題は認めないことなどが示されている。

LEP 連続投与製剤の登場により、子宮内膜症治療の選択肢が増え、恩恵を受ける患者が増えたことは間違いない。一方で、連続投与の中でのフレキシブル投与の妥当性、プロゲステロン単剤薬剤との使い分けなど、今後の課題も多い。本セッションでは本製剤の既知のエビデンスに加え、上市後の使用経験、さらに今後の展望について発表したい。

【略歴】

甲賀 かをり（こうが かをり）

【学歴】 1996 年 千葉大学卒業

【職歴】 1996 年 東京大学医学部附属病院、三井記念病院、国立霞ヶ浦病院にて研修

2003 年 東京大学大学院修了、武蔵野赤十字病院医員

2004 年 東京大学助手

2006 年 プリンズヘンリー研究所・イエール大学留学

2013 年 東京大学医学部 講師

2014 年 東京大学大学院 准教授

【専門医等】日本生殖医学会生殖医療専門医、日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医、日本内視鏡外科学会技術認定医、日本内分泌学会専門医・指導医、日本子宮内膜症啓発会議副実行委員長、World Endometriosis Society Ambassador

まずは簡単な TLH からやってみませんか～ with ENSEAL G2, without suturing and ligation ～

倉敷成人病センター 産科婦人科

柳井しおり

地方の、特に市中病院においては個人の subspecialty (周産期、内分泌、腫瘍 etc.) にかかわらず子宮摘出のニーズはあるが、それが、こと腹腔鏡下子宮全摘（以下 TLH）となると特にベテラン医師の苦手意識、食わず嫌い、プライド、様々な壁が邪魔して「行こう病院」「行かない病院」に二極化してしまう。TLH は今や達人が行う特殊な技術ではない。一昔前、産婦人科医が皆、開腹子宮全摘（以下、ATH）を登竜門として行ってきたのと同様に TLH を standard step として普及しなければならない時代にきている。さらに、ATH と TLH は全く異なるものではない。腹腔鏡が始めたくて仕方がない若手に、開腹で十分な知識を持ったベテランが教えることは山ほどある。幸い、手術機器の進歩は著しく、我々の技術や身体能力の不足分を補填してくれるだけの環境は整っている。今回は、そんな若手の先生もベテランの先生も、TLH はそれほど難しくないということをわかっていただけるように、安全重視、あえて徹底的に鋭的操作と縫合結紮操作を減らして Energy device による凝固切離と鈍的剥離を駆使した TLH を提示し、まずは仲良く安全に TLH を開始していただく一助となることを目的とする。

【略歴】

柳井 しおり（やない しおり）

2007 年 3 月 山口大学医学部医学科 卒業

2007 年 4 月 山口県立総合医療センター 初期研修医

2009 年 4 月 山口県立総合医療センター 後期研修医

2013 年 4 月 倉敷成人病センター 産科婦人科

【資格】

日本産科婦人科学会 指導医・専門医

日本産科婦人科内視鏡学会 技術認定医

日本内視鏡外科学会 技術認定医（産科婦人科）

日本ロボット外科学会 国内 B 級ライセンス

3 分以内で尿管を同定する方法教えます

鳥取大学医学部生殖機能医学分野

小松宏彰

婦人科腹腔鏡下手術における尿管損傷発症率は 0.19% と報告されている。2019 年、婦人科内視鏡技術認定医修練医が全腹腔鏡下子宮摘出（TLH）を行う際に、尿管同定・子宮動脈の処理が総手術時間に最も影響することを報告した。尿管の同定は各種アプローチ方法によって異なるが、周囲血管を損傷すると視野確保が困難となることから不慣れな手順で行うことは尿管損傷を起こすリスクが高まる。そこで本セミナーでは TLH を行う際に誰でも再現性がある手順で尿管を同定することが出来る方法を示す。開腹手術と同様にまず子宮円靱帯を凝固切断し、広間膜前葉を広く切開し、後腹膜腔を展開する。その際、広間膜後葉に沿って剥離を進める。尿管の解剖学的位置を理解し、統一した手順で剥離を進めることで 3 分以内かつほとんど出血することなく尿管を同定することが出来る。剥離に必要なパワーデバイスは ETHICON 社の PROBE PLUS II あるいはハーモニック® HD1000i のどちらでも可能だが、微細な血管の損傷を回避しながら容易に剥離できるのはハーモニック® HD1000i である。今回両デバイスを用いて、再現性のある手順で尿管を同定した手術動画を供覧する。本セミナーが中四国地方において TLH が安全かつ適切に行える一助となることを願っている。

【略歴】

小松 宏彰（こまつ ひろあき）

2010 年 3 月 鳥取大学医学部医学科 卒業

2012 年 4 月 鳥取大学医学部附属病院 女性診療科医員採用

2012 年 11 月 総合病院山口赤十字病院 産婦人科採用

2013 年 11 月 鳥取大学医学部附属病院 女性診療科医員採用

2016 年 11 月 日本産科婦人科学会 産婦人科未来委員会 若手委員

2017 年 4 月 総合病院山口赤十字病院 産婦人科副部長採用

2017 年 9 月 鳥取大学大学院医学系研究科医学専攻博士課程卒業 学位取得

2017 年 11 月 日本産科婦人科学会 産婦人科未来委員会 若手委員長

2019 年 4 月 鳥取大学医学部附属病院総合周産期母子医療センター 助教採用

2019 年 4 月 日本産科婦人科学会幹事、未来委員会主務幹事、
編集委員、中央専門医制度委員会委員、会計委員

慢性便秘症と私

岡山大学病院 消化器内科

原田馨太

最近、便秘に関する話を耳にすることが多くありませんか？我々消化器内科医だけでなく、産科婦人科の先生がたも、便秘を訴える患者さんに遭遇する機会は多いと思います。ところが意外なことに、患者さんの数が多い割に、これまで便秘診療に関する系統立った指針が示されたことはなく、医師の経験則に基づいて治療が行われることがほとんどでした。さらには、便秘を自覚しているのに、これを主訴として病院を受診する患者の割合も少なく、多くの便秘が市販薬や健康食品などによって治療されていると言われてきました。医者も患者も、便秘を病気であるとみなすことなく、体質のせいだとか、病院にかかるほどでもないと言って、軽んじてきたという歴史があります。

2017年10月に消化病学会関連研究会から、慢性便秘症に関する、本邦初のガイドラインが発行されました。それと呼応するように、これまでになかったタイプの瀉下薬が相次いで発売されました。便秘は患者のQOLを下げ、また労働生産性を下げるといった報告があり、便秘の患者さんが来たら、原因を正しく診断して、エビデンスに基づいた治療を行うべきという考え方が時代の潮流となっています。ここ2年ほど、消化管を専門に扱う医師はガイドラインの啓蒙活動を、製薬会社は新薬のプロモーション活動を活発に行っており、それで便秘に関する話を聞く機会が多くなっているというわけです。

女性は特に、若い時から便秘の人が多いということが知られています。また妊娠中は、実に7割もの女性が便秘を訴えると言われていています。女性ホルモンの働きによるところのみならず、意外な理由が隠れているのも若い女性の便秘の特徴です。さてその意外な理由とは何でしょうか。

以前産科婦人科の先生方を前に便秘についてのお話をした際に、ある男性医師から、普段の講演で聞く話は自分の仕事には関係あっても、自分自身の体には関係ない内容ばかりだが、今日は自分自身の健康にも役に立つと、喜びの声を頂いたことがありました。本日の講演では、自身が便秘症である演者の経験を通して、便秘診療の診断の流れから治療までを学びます。女性の先生はもちろん、男性の先生方も、是非自分自身の健康のためと思ってお聞き頂ければ幸いです。

【略歴】

原田 馨太（はらだ けいた）

1992年 岡山県立岡山操山高等学校卒業

1999年 岡山大学医学部医学科卒業

同年 岡山大学医学部 第一内科（現 消化器・肝臓内科学）入局

2000年 津山中央病院 内科

2002年 岡山大学医学部附属病院 第一内科

2008年 岡山大学大学院 医学研究科 博士課程修了

同年 福山市民病院 内科

2012年 岡山大学病院 光学医療診療部 助教

2017年 岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 消化器・肝臓内科学 教育医長（兼任）

2018年 岡山大学病院 消化器内科 助教（現職）

101. 当院における FGR の原因と予後

島根大学 産婦人科

澤田希代加、皆本敏子、原 友美、辰巳 渚、黒瀬苑水、吉村由紀、山下 瞳、石橋朋佳、石川雅子、中山健太郎、京 哲

【目的】胎児発育不全（FGR）は産科の代表的な疾患であるが、その要因としては、母体要因や胎児要因など様々な要因が考えられている。今回、当院での FGR 症例について正常群と比較し、その周産期的背景と児の予後について検討を行った。【方法】2016 年 4 月から 2018 年 3 月までに当院で出生した、双胎を除いて予後を確認しえた $-1.5SD$ 以下の FGR59 症例（FGR 群）と、同期間の正常発育症例をランダムに抽出し（正常群）、母体年齢、母体の非妊娠時の BMI、分娩方法、母体基礎疾患、産科合併症、児疾患、1 歳時の神経学的予後について比較検討した。【成績】2 群間で母体年齢、母体の非妊娠時 BMI に有意差は認めなかった。分娩方法は FGR 群は正常群と比較し有意に緊急帝王切開率が高かった。また、母体基礎疾患は 2 群間で差は認めなかったが、母体合併症は FGR 群（30.5%）が正常群（6.7%）と比較し有意に高く、FGR 群では妊娠高血圧症候群（HDP）が最多であった。児の予後においては、FGR 群で染色体異常や遺伝子疾患を 13.5%に認め、予後不良であった。正常群でも先天性疾患を 10.2%に認めたが、死亡や神経学的予後不良症例は認めなかった。【結論】FGR の要因としては HDP が最多であり、正常群と比較し緊急帝王切開率が高く、NRFS や母体合併症に留意した厳重な管理が必要であるが、当院においては予後不良例は認めなかった。しかし、染色体異常や遺伝子疾患が示唆される症例は予後不良であり、出生前の精査が重要である。

102 子宮内胎児発育不全の早産児における新生児予後の検討

山口大学医学部附属病院 産科婦人科

清水真央子、村田 晋、今川天美、田村雄次、鷹巣 剛、中村真由子、三原由実子、品川征大、前川 亮、杉野法広

【目的】胎児発育不全（fetal growth restriction: FGR）で早産となった児の新生児予後と予後規定因子を検討する。【方法】過去 7 年間に当院で周産期管理を行った FGR（胎児推定体重 $-1.5SD$ 以下、かつ出生体重 10 パーセントタイル以下）の早産児 45 例を対象とした。予後不良の結果（1 歳半における新版 K 式発達検査 70 未満、胎児死亡、入院管理中の新生児死亡）に対する、32 週未満の発症（early onset FGR: e-FGR）、臍帯動脈血流（pulsatility index (PI) と拡張期逆流）、Cerebroplacental ratio (CPR) 1 未満の関連について検討した。【結果】45 例中、胎児死亡を 4 例認めた。出生に至った 41 例中、予後良好 33 例（73%）、予後不良 8 例（18% うち新生児死亡 1 例）であった。予後良好、不良それぞれの分娩週数は 35.0（26.0-36.9）週 vs 29.6（24.1-36.0）週、出生体重は 1504（462-2044）g vs 673（456-1576）g で、不良群で有意に分娩週数は早く、出生体重は少なかった（ $p<0.05$ ）。32 週未満での出生は予後不良群で有意に多かった（33.3% vs 75%, $p<0.05$ ）。予後不良群では良好群と比較して e-FGR（42.4% vs 87.5%）、臍帯動脈逆流（15.1% vs 50%）の頻度が有意に多かった（ $p<0.05$ ）。一方、臍帯動脈 PI（1.19（0.56-2.40）vs 1.21（0.59-1.70））、CPR1 未満の頻度（33.3% vs 37.5%）には両群間に有意差は認めなかった。【結論】32 週未満での FGR 発症、臍帯動脈血流異常は FGR の早産児の予後規定因子となる。

103. 胎児診断により動脈管閉鎖に伴う血行動態変化を観察できた左腕頭動脈孤立症（左腕頭動脈肺動脈起始）の1例

¹⁾ 徳島大学 産科婦人科、²⁾ 徳島大学 小児科、³⁾ 近畿大学 小児科

前田崇彰¹⁾、加地 剛¹⁾、早瀬康信²⁾、中川竜二²⁾、祖川英至¹⁾、吉田あつ子¹⁾、米谷直人¹⁾、須賀健一²⁾、稲村 昇³⁾、苛原 稔¹⁾

左腕頭動脈孤立症（左腕頭動脈肺動脈起始）は稀な疾患で、左腕頭動脈が左動脈管を介し肺動脈から起始している。出生後は左動脈管が閉鎖するため、左腕頭動脈（鎖骨下動脈）の血流は、右側の脳血流がwillis 動脈輪を介して左内頸動脈や左椎骨動脈を逆行性に流れることで保たれる。今回胎児診断により出生後の循環動態の変化を確認し得た症例を経験したの報告する。（症例）36歳 G1 P0 妊娠経過は順調で里帰り分娩のため、妊娠32週に当院を初診した。初診時の超音波検査にて右大動脈弓と右動脈管を認めた。また右動脈管以外に左右肺動脈分岐部付近から起始する、もう1本の血管を認めた。この血管は頭側に走行した後、左上肢に向けて分岐（左鎖骨下動脈）し、さらに頸部を走行し頭部に入った（左内頸動脈）。以上から左腕頭動脈肺動脈起始と診断した。心内構築異常は認めなかった。他院にて診断が確認され、最終的に当院での分娩を希望された。児は38週2日骨盤位のため帝王切開にて出生し、造影CTにて胎児診断が確認された。また超音波検査にて左内頸動脈は、出生直後は順方向に流れていたが、左動脈管の閉鎖に伴い逆方向に変化した。動脈管閉鎖後も左上肢の循環は保たれており退院となった。染色体は正常核型で、22q.11.2の欠失も認めなかった。（まとめ）左腕頭動脈孤立症の胎児診断例を経験した。胎児診断により出生直後の左動脈管が閉鎖に伴ったダイナミックな循環動態の変化を観察し得た。

104. 胎児正常肛門像の構成成分の計測値の妊娠期間中の推移と出生前に低位鎖肛を強く疑った一例

¹⁾ 赤堀病院 産婦人科、²⁾ 独立行政法人国立病院機構岡山医療センター 産婦人科

赤堀洋一郎¹⁾、多田克彦²⁾、立石洋子²⁾、沖本直輝²⁾、相本法慧²⁾、熊澤一真²⁾

【目的】我々は一次施設での鎖肛の出生前診断を目的に、胎児正常肛門像（target sign, TS）の描出時期の妥当性について報告してきた。今回は、TSの構成成分の計測値の妊娠期間中の推移について検討し、経験した低位鎖肛例の計測値と比較した。【方法】TSは胎児会陰肛門部の水平断で、中心部に円形で高輝度に描出される肛門管粘膜下層を認め、その周囲をリング状で低輝度に描出される肛門括約筋群が取り囲む円形像として描出される。妊娠18～37週の単胎正常発育胎児58例を対象に、粘膜下組織面積（C）と筋肉組織の外周を円周とする面積（W）を計測し妊娠期間中の推移を検討した。次に、妊娠31週に当院に男児の外性器異常で紹介となり、TSの評価で低位鎖肛を強く疑った症例における各種計測値と作成した基準値とを比較した。【結果】Cは妊娠経過と共に増加し（ $y = 0.0109x - 0.0690$, $R = 0.605$, $P < 0.01$; y , C; x , 妊娠週数）、Wも妊娠経過と共に増加した（ $y = 0.0423x - 0.558$, $R = 0.814$, $P < 0.01$; y , W; x , 妊娠週数）。C/W比は妊娠経過と共に漸減した（ $y = -0.0121x + 0.736$, $R = -0.521$, $P < 0.01$; y , C/W比; x , 妊娠週数）。低位鎖肛例のTSは高輝度エコー部が小さく低輝度エコー部が大きいのが特徴で、C値は5%ile値を下回り、W値は逆に95%ile値を大きく上回り、結果C/W比は極めて小さかった。【結論】低位鎖肛の一部は出生前診断が可能であることがわかった。

105. PHACE 症候群の一例

松江市立病院 産婦人科

田代稚恵、元村衣里、柳楽 慶、高橋正国、入江 隆、紀川純三

【諸言】PHACE 症候群は、後頭蓋の先天奇形、顔面・頸部の血管腫、脳血管の形成異常、心奇形、眼球の異常を合併する神経皮膚症候群である。これらがすべてそろふことは少なく、多種多様な症状を示す。出生後に眼

球低形成から診断された PHACE 症候群の一例を報告する。【症例】38 歳 初産婦。自然妊娠で当院を初診され、順調に経過していた。妊娠 41 週に児頭骨盤不均衡の診断で選択的帝王切開術を施行された。新生児は、体重 3150g の男児、apgar score 7/8 であった。出生直後は CPAP を要したが、次第に呼吸安定し、クベース内酸素投与で管理できた。日齢 2 に、目が開かないことに気づき、眼科診察で眼球低形成の診断となった。頭部 MRI では、眼球異常のほかに左前大脳動脈の一部が低形成であった。出生後から痰の増量、無呼吸発作による SpO₂ の低下と嘔吐の持続があり、高度医療機関に搬送・転院となった。転院後、頭部血管腫と咽頭血管腫が出現し、咽頭血管腫が呼吸障害と嘔吐の原因と考えられた。これらの症状から PHACE 症候群と診断された。【結語】眼球異常によって、重大な合併症が想定される PHACE 症候群が診断された。心奇形や脳形成異常から診断されることもあり、その際も、鑑別として考えておく必要があると考えられた。

106. 当科における前置癒着胎盤症例の検討

岡山大学 産婦人科

上田菜月、玉田祥子、三島桜子、大平安希子、谷 和祐、牧 尉太、光井 崇、衛藤英理子、早田 桂、増山 寿

【緒言】近年の帝王切開率の上昇により、前置癒着胎盤の頻度は高くなっている。前置癒着胎盤は出血のリスクが大きく、分娩前の十分な評価と準備が必要である。今回、当科で経験した前置胎盤症例を後方視的に検討したので報告する。【方法】2014 年 4 月から 2019 年 4 月に当科で分娩となった前置胎盤症例 53 例について、術前の MRI 検査や超音波検査を用いて癒着胎盤が予測可能であったかどうかについて、後方視的に検討した。癒着胎盤の最終診断は、胎盤病理検査を用いて行った。【結果】前置胎盤症例 53 例のうち 14 例 (26.4%) が癒着胎盤であった。癒着胎盤 14 例のうち、術前に MRI 検査と超音波検査で癒着が疑われていた症例は 8 例 (57.1%) であった。癒着胎盤の診断精度は、感度 57.1%、特異度 97.4%、陽性的中率 88.9%、陰性的中率 86.4% であった。MRI T2 強調画像の矢状断で、基底脱着膜の怒張と胎盤の厚さの比を、癒着胎盤症例と非癒着胎盤症例と比較したところ、平均値はそれぞれ 0.3 ± 0.12 、 0.48 ± 0.16 であり、癒着胎盤症例で有意に比が小さくなっていた。ROC 曲線から算出した、比の cut-off 値は 0.414 (感度 80.0%、特異度 65.2%) であり、cut-off 値を用いると、癒着胎盤が疑われる症例は、10 例 (71.4%) に増加した。【結語】MRI 検査と超音波検査のみでは、癒着胎盤と診断されていない症例が散見された。基底脱着膜の怒張と胎盤の厚さの比を測定することで、診断精度を上げることができる可能性が示唆された。

107. 異なる経過をたどった前置癒着胎盤の 2 例

香川大学医学部 母子科学講座 周産期学婦人科学

山下智也、森 亜優美、山本健太、石橋めぐみ、天雲千晶、伊藤 恵、新田絵美子、森 信博、花岡有為子、田中宏和、金西賢治

【緒言】癒着胎盤は大量出血により出血性ショックや DIC を併発し、母体死亡に繋がるリスクの高い産科合併症である。今回我々は、異なる経過をたどり、共に子宮全摘術を要した癒着胎盤 2 例を経験したため報告する。【症例 1】37 歳、G6P2 (2 回経陰分娩、3 回自然流産)。既往歴に特記事項なし。自然妊娠後、妊娠 26 週で当院紹介。胎盤は前壁で内子宮口を完全に覆っていた。経腹エコーで癒着胎盤が疑われるも、本人の強い希望により、胎盤剥離する方針となった。妊娠 37 週に術前総腸骨動脈バルン留置後、選択的帝王切開術施行 (底部横切開)。胎盤剥離後に大量出血と DIC 併発を認めたため、子宮全摘術に移行した。病理結果は癒着胎盤であった。【症例 2】31 歳、G1P0。既往歴に腹腔鏡下子宮筋腫核出術と 2 度の子宮鏡下子宮筋腫核出術あり。自然妊娠後、妊娠 19 週で当院紹介。胎盤は前壁で内子宮口を完全に覆っていた。経腹エコーで癒着胎盤が疑われ、胎盤を剥離せず、保存的に経過をみる方針となった。妊娠 37 週に術前総腸骨動脈バルン留置後、選択的帝王切開術施行 (底部横切開)。その後外来で経過観察するも、術後 75 日大量出血あり当院救急搬送。子宮動脈塞栓術施行する

も止血得られず、子宮全摘術施行。病理結果は癒着胎盤であった。【結語】癒着胎盤が疑われる症例では、大量出血のリスクを説明し、選択的帝王切開術施行時に胎盤を剥がさず、そのまま子宮全摘術を行う選択肢も提示することが重要と思われた。

108. 羊水過多を合併した胎盤海綿状血管腫の1例

市立三次中央病院 産婦人科

野村奈南、相馬 晶、張本 姿、中本康介、小西晴久、藤本英夫

【緒言】胎盤血管腫は組織学的には全胎盤の約1%に認められるが、5cm以上の大型のものは稀であり、臨床的に診断される頻度は8000～50000例に1例とされている。我々は羊水過多を契機に発見された胎盤血管腫の1例を経験したので報告する。【症例】39歳、2妊1産（経陰分娩1回）。前医で妊娠管理中の妊娠34週頃より羊水量の増加を指摘され、36週6日にAFI22となったため、37週1日に当科紹介となった。初診時AFI26.4、胎盤の臍帯附着部近傍に50×42mm大の血流を伴う腫瘤を認め、胎盤血管腫を疑った。児の発育は良好で、消化管閉鎖などの奇形を疑う所見を認めず、母体の糖尿病も認めなかった。胎児貧血や胎児水腫、胎児心不全を疑う所見も認めなかったが、経過中にこれらが出現してくる可能性があることから、同日より分娩誘発を開始し、翌日経陰分娩に至った。児に明らかな異常はなく、母子共に経過良好で、産後5日目に退院した。胎盤は病理組織学的に胎盤海綿状血管腫と診断された。【結語】胎盤血管腫は羊水過多の原因として念頭に置くべき疾患であり、疑われた際には胎児の発育状態と胎児貧血や胎児水腫、胎児心不全などの出現に注意した慎重な周産期管理を行い、分娩時期を適切に決定する必要がある。

109. 後屈妊娠子宮嵌頓症に侵入胎盤を合併した1例

公益財団法人 大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院 産婦人科

黒田亮介、黒岩征洋、寺林博之、藤塚 捷、中村しほり、小嶋一司、船富爽子、西川貴史、西村智樹、原 理恵、田中 優、障子章大、清川 晶、楠本知行、福原 健、中堀 隆、本田徹郎、長谷川雅明

【緒言】後屈妊娠子宮嵌頓症とは妊娠後期においても後屈のまま子宮が増大し、子宮底部が小骨盤腔に嵌頓した状態である。分娩には帝王切開術が必要だが、子宮切開部位を決定するため術前の診断が重要である。また癒着胎盤も術前の評価が重要な疾患である。今回この2つを合併した1例を経験したので報告する。【症例】42歳、4妊2産。自然妊娠成立後、28週2日に性器出血があり切迫早産として当院に紹介され、入院管理を行った。内診で子宮頸部が確認できず、後屈妊娠子宮嵌頓症が疑われ、MRI検査で診断が確定した。また同時に辺縁前置胎盤を認め、癒着胎盤も強く疑われた。帝王切開時に子宮全摘を行う可能性についても同意を得た。29週6日に病室で約1000mLの性器出血があり、超緊急帝王切開術を施行した。臍上まで皮膚正中切開を行い、子宮後屈の整復をした。子宮体部下横切開で1276gの男児をApgar score1分8点、5分9点で娩出した。胎盤からの出血が多量にあり、子宮全摘を同時に施行した。術中出血量は4250mLで赤血球18単位、新鮮凍結血漿14単位、血小板10単位を輸血した。術後6日目に軽快退院した。子宮の病理診断は侵入胎盤であった。【考察】子宮頸管が観察できない場合は後屈妊娠子宮嵌頓症を疑い、超音波検査やMRI検査で診断することが重要である。今回、術前に産婦人科内で方針を確認できていたため、超緊急手術でありながら迅速に対応することができた。

110. 当院における固着胎盤症例の検討

松江赤十字病院 産婦人科

池野屋美智子、真鍋 敦、笹森博貴、石原とも子、澤田康治、藤脇律人

【目的】固着胎盤とは胎盤剥離の異常で、児娩出後に胎盤が子宮壁に付着して娩出されない状態で癒着胎盤でないものをいい、分娩第3期が延長し剥離出血が増強する原因にもなる。一方で胎盤用手剥離は大量出血や子宮損傷を起こしうるため慎重に実施する必要がある。産科診療ガイドラインでは固着胎盤の管理方針について記載はされていない。胎盤娩出遷延症例の管理について検討した。【方法】2014年1月から2018年12月までの5年間の経陰分娩症例のうち分娩第3期が30分以上であった症例を対象とした。胎盤が自然に娩出した自然娩出群、用手剥離を行った用手剥離群、待機中に出血の増量があり用手剥離を行った出血群に分けて分娩第3期の時間と出血量について検討した。【結果】対象期間中の経陰分娩は双胎、死産を除き1187例で、分娩第3期が遷延した症例は25例であった。自然娩出群は9例、用手剥離群は9例、出血群は7例であった。分娩第3期の時間と出血量は自然娩出群で34-117分（中央値81分）、平均867g（100-1845g）、用手剥離群で30-642分（中央値129分）、平均894g（330-1705g）、出血群では109-228分（中央値143分）、平均2332g（1755-2850g）であった。【考察】今回の検討では、自然娩出群は約120分までに娩出されていた一方で、出血群は約100分を超えると用手剥離を必要としていた。当院の診療体制を考慮すると児娩出後80分を目安に用手剥離を検討してもよいと思われた。

111. 前置癒着胎盤の Cesarean hysterectomy に総腸骨動脈バルーン閉塞術（CIABO）を併用し総腸骨動脈解離を発症した一例

¹⁾ 岡山大学 産科婦人科、²⁾ 興生総合病院 産婦人科

築澤良亮^{1) 2)}、衛藤英理子¹⁾、牧 尉太¹⁾、玉田祥子¹⁾、光井 崇¹⁾、早田 桂¹⁾、中村圭一郎¹⁾、増山 寿¹⁾

【緒言】前置癒着胎盤の Cesarean hysterectomy において、出血量軽減など総腸骨動脈バルーン閉塞術（CIABO）を併用するメリットは多く報告されている。一方で合併症に関する報告は少ない。今回 CIABO を併用し総腸骨動脈解離を発症した一例を経験したので報告する。【症例】30歳、6妊3産（3回帝王切開、2回人工妊娠中絶）、自然妊娠成立し、妊娠20週に前置癒着胎盤疑いのため当科紹介受診。その後の超音波検査およびMRI検査でも前置癒着胎盤が疑われた。手術時の危機的出血に至る可能性があったことから CIABO を併用し妊娠37週0日に Cesarean hysterectomy を施行した。総腸骨動脈バルーン、両側尿管ステントを留置し、体部横切開で児を娩出した。子宮全摘時に CIABO を併用し、拡張35分、インターバル15分、再度30分の拡張を行った。使用中は出血が減少したがインターバル時は再燃する状態であった。手術時間3時間25分、出血量6430ml、後壁は穿通胎盤の所見であった。術後右下肢のしびれ、疼痛を認めたが症状は改善傾向であり術後9日目に退院した。その後は麻酔科ペイン外来で保存的加療を行うも改善と増悪を繰り返し、術後35日目にサーモグラフィー検査での右下肢温度低下、造影CTでバルーン留置部位に右総腸骨動脈解離を認めた。術後54日目に右総腸骨動脈ステント留置術を施行し、現在概ね症状は改善している。【結語】前置癒着胎盤の Cesarean hysterectomy に CIABO を併用し、総腸骨動脈解離という稀な合併症を発症した一例を経験した。

112. 妊娠24週に急性大動脈解離を発症し、児の予後が不良であった一例

広島市立広島市民病院 産科婦人科

入江恭平、森川恵司、石田 理、坂井裕樹、片山沙希、田中奈緒子、久保倫子、依田尚之、片山陽介、植田麻衣子、関野 和、依光正枝、上野尚子、中西美恵、児玉順一

症例：35歳、1妊0産。妊娠24週2日に急激な胸背部痛を認め、かかりつけ産婦人科を受診、心血管疾患疑

いにて地域の医療センターを救急受診。急性大動脈解離を疑われ、当院へ緊急搬送された。造影 CT で上行大動脈から左総腸骨動脈に至る急性大動脈解離（Stanford A）および mild AR を認めた。既往歴に股関節脱臼および側弯症、気胸手術歴があり、Marfan 症候群に伴う大動脈解離と考えられた。緊急で Bio-Bentall 手術を施行。術直後には胎児心拍を確認し、胎児超音波検査にて形態異常や胎児 well-being の異常は認めなかった。術後 19 日目の胎児超音波検査および胎児 MRI にて脳室拡大・大脳萎縮、腎萎縮、羊水過少を認め、虚血に伴う変化が疑われた。母体の術後経過は良好であったが、妊娠継続のリスクも勘案し、術前ベタメタゾンを投与の上、Bentall 術後 36 日目（妊娠 29 週 3 日）に脊椎くも膜下麻酔下に古典的帝王切開術を施行した。児は 1,235g の男児、Apgar score（1 分/5 分）3/8 点で、出生時に啼泣は認めるも続かず、気管挿管を施行の上 NICU に入室となった。生後 28 時間後に症候性動脈管開存症によると思われる呼吸状態悪化および肺出血を認め、全身状態は徐々に増悪し日齢 2 日で新生児死亡となった。母体は心機能や血圧コントロールも問題ないことを確認の上、帝王切開術後 19 日目に退院となった。遺伝子検査や遺伝カウンセリングについては提案するも希望されず、当院外来管理を継続している。

113. 妊娠中に発症した結節性紅斑・関節炎を伴う肉芽腫性乳腺炎の一例

広島市立広島市民病院 産婦人科

田中奈緒子

肉芽腫性乳腺炎は、比較的稀な肉芽腫形成性の良性炎症性疾患である。最終出産より 5 年以内の妊娠可能な年齢の女性に多く、炎症性乳癌や乳腺膿瘍と類似した症状を呈するため鑑別を要する。発熱などの全身症状を伴うことがあるが、関節炎や結節性紅斑を合併することは非常に稀である。今回、妊娠中に発症した結節性紅斑・関節炎を伴う肉芽腫性乳腺炎の一例を経験したので報告する。症例は 35 歳、5 妊 3 産。既往歴に特記事項なし。自然妊娠成立後、妊娠経過は特に問題なし。妊娠 26 週より左乳房の腫瘍を自覚。下肢の関節痛を認めたため、近医整形外科を受診。関節炎の疑いで安静加療となるも、数日後に前腕や下腿に有痛性の結節性紅斑が出現。上下肢の関節痛の増悪を認め、自宅での生活が困難となり、妊娠 28 週に当科入院。感染や膠原病との関連を示唆する明らかな所見は認めなかった。左乳房腫瘍に対し針生検および乳房組織検査を行った結果、左肉芽腫性乳腺炎と診断。悪性所見は認めなかった。精査中に上下肢の関節痛や結節性紅斑は自然軽快したため、妊娠 29 週に退院。妊娠 35 週の健診時には関節炎や結節性紅斑の症状はほぼ消失していた。妊娠経過は順調であり、妊娠 39 週に自然陣痛発来、経陰分娩にて 3526g の女児を出産した。産後は右乳房のみで授乳を行った。左乳房は生検部位に潰瘍形成し、少量の膿汁分泌持続を認めたが、硬結は徐々に軽快傾向にある。

114. 妊娠中に診断に苦慮した乳房腫瘍の 1 例

独立行政法人国立病院機構高知病院 産科

今泉絢貴、滝川稚也、木下宏実、福家義雄

【緒言】妊娠中は乳腺が発達するため、診断に苦慮する乳房腫瘍を認めることがある。今回、診断に苦慮した乳房腫瘍を経験したため報告する。【症例】25 歳、2 妊 1 産。近医で妊娠確認された。結節性紅斑の治療のため当院皮膚科に紹介となり、産科管理も兼ねて当科に紹介受診となった。以降は当科で妊婦健診を行った。妊娠 18 週に右乳房に 5cm 程度の弾性硬の腫瘍を認めた。乳腺超音波では明らかな悪性所見は認めなかった。妊娠 30 週に再度乳腺超音波検査を施行すると、乳管拡張と低エコー域に血流を認め、非浸潤性乳管癌が疑われたため、乳腺外科に紹介となった。穿刺吸引細胞診で indeterminate（葉状腫瘍疑い）であり、吸引式針生検施行したところ肉芽腫病変が主体であり、腺房も保たれていることから猫ひっかき病による腫瘍形成と診断された。問診にて自宅に猫がおり、1 年前に猫ひっかき病によるリンパ節腫脹と言われたことがあるとのことで今回も同様と考えられた。腫瘍に炎症所見はなく、経過観察の方針となった。妊娠 34 週 2 日で前期破水となり、その後自然に陣痛発来し、34 週 5 日で経陰分娩となった。児は 2292g で NICU に入院となったが、経過は良

好であった。【結語】猫ひっかき病による乳房腫瘍の1例を経験した。猫ひっかき病で重症化することは少ないが、近年、ペットブームから猫を飼う妊婦が増えていると思われ、トキソプラズマ症以外にも猫ひっかき病にも注意が必要である。

115. 悪性リンパ腫に対して R-CHOP 療法を施行した約 5 年後に発症した周産期心筋症の一例

愛媛大学大学院医学系研究科 産科婦人科学講座

行元志門、安岡稔晃、松元 隆、恩地裕史、松本 唯、加藤宏章、横山真紀、井上 彩、内倉友香、高木香津子、宇佐美知香、松原裕子、藤岡 徹、松原圭一、杉山 隆

周産期心筋症は明らかな心疾患の既往のない妊産婦が、妊娠期～産褥期にかけて心不全を生じる原因不明の稀な心疾患である。また R-CHOP 療法に使用するアントラサイクリン系薬剤には、投与後 1 年以上経過した後に現れる慢性心毒性があるといわれている。今回我々は、悪性リンパ腫に対して R-CHOP 療法を施行した約 5 年後に発症した周産期心筋症の一例を経験したので報告する。症例は 40 歳、1 妊 0 産、自然妊娠後、近医にて妊婦健診を受けていた。妊娠 37 週 2 日より両下肢の浮腫を認め、徐々に増悪傾向を呈したが、妊娠 39 週 1 日、呼吸困難や起坐呼吸などの心不全症状を認め、前医へ母体搬送された。EF: 10 ~ 20% と重度の心機能低下、SpO₂<90% (室内気) を認めたため、同日母体適応で緊急帝王切開術を施行した。体重: 2,602g の男児、臍帯動脈血 pH: 6.784、Apgar score: 0/4 点であった。術後母体は ICU において人工呼吸器管理や昇圧剤、利尿剤の投与にて心不全の治療を受けた。術直後、EF は 30% 前後まで心機能の改善を認めたものの、胸部 X 線写真では著明な心陰影の拡大や肺野の透過性低下といった肺水腫の所見を認めた。術後 3 日目に肺炎の合併を疑って MEPM を投与し、経時的に改善を認めた。また肺水腫も改善したため、術後 5 日目に抜管した。その後一般病棟に転棟し、引き続き循環器内科により管理され、術後 16 日の時点で EF は依然 30% 前後であるが、心不全の経過としては概ね良好である。

116. 劇症型 A 群溶血性連鎖球菌感染症妊婦の 1 例

香川大学 母子科学講座 周産期学婦人科学

伊藤 恵、森 亜優美、山下智也、山本健太、石橋めぐみ、天雲千晶、新田絵美子、森 信博、花岡有為子、田中宏和、金西賢治

【緒言】A 群溶血性連鎖球菌は、時に劇症型 A 群溶血性連鎖球菌感染症 (streptococcal toxic shock syndrome: STSS) に発展し、ショックや多臓器不全を引き起こす疾患である。今回、分娩型 STSS を発症し、母児共に救命し得た 1 例を経験したので報告する。【症例】38 歳、1 回経産婦。妊娠 26 週に紹介初診後、母児共に妊婦健診の経過に問題はなかった。妊娠 40 週 1 日、高熱、悪寒、関節痛のため当院を受診。胎動減少の訴えと、CTG モニター上胎児頻脈を認め、入院管理とした。入院後、胎児頻脈と遅発性一過性徐脈を頻回に認めたため、胎児機能不全の診断で緊急帝王切開とした。羊水は混濁しており、児はアプガールスコア 1 点 / 9 点 (1 分 / 5 分) で出生、臍帯動脈 pH 7.083 であった。胎盤より A 群溶連菌を認めたが、児は感染兆候なく経過した。母体は術後 DIC を起こし、さらに子宮の創部より血腫形成となった。血液培養からも A 群溶連菌を認め、大量ペニシリン + クリンダマイシンによる抗生物質加療とともに、輸血、血液製剤による DIC 加療、血腫ドレナージ術を行った。腎機能障害も認めたが改善し、産褥 25 日目に後遺症なく母児共に退院となった。【結論】分娩型 STSS は妊娠末期の妊婦に高熱や上気道炎症状から発症する。子宮へと波及後は急速に病態が進行しうるため、症状や CTG 所見などで本症例を疑うことが重要である。

117. 妊娠ごとの風疹抗体価の推移と風疹ワクチンの効果

浜田医療センター 産婦人科

小林正幸

【はじめに】2018年度風疹は2013年度に次ぐ流行をみせ一人のCRS報告もあった。今回は妊娠ごとの風疹抗体価の推移と風疹ワクチンの効果について検討した。【方法】対象は分娩後の風疹ワクチン接種の有無が確認できた経産婦99例であり、その内分娩後風疹ワクチンを打ったことのある妊婦は34例であった。その妊娠毎の風疹抗体価を検討した。風疹罹患の既往、妊娠までに風疹ワクチンを投与したかどうかは不明例が多く今回は検討していない。【結果】分娩後風疹ワクチンを接種していない際の次回妊娠時の風疹抗体価（HI）は、2管低下が8.5%、1管低下が30.5%、不変45.1%、1管上昇が15.6%で風疹抗体価は若干低下する傾向にあったが、風疹抗体を有していた症例が8倍未満になった症例はなかった。風疹抗体価（HI）が16倍以下の人はワクチン接種が推奨されているが、今回分娩後に風疹ワクチン接種した患者の次回妊娠時の風疹抗体価は不変40.0%、1管上昇30.0%、2管上昇10.0%、3管上昇6.7%、4管上昇10.0%、5管上昇3.3%で抗体価は変わらない人も多いが低下する人はなく、ワクチンの効果が確認できた。今回の対象患者では妊娠中に風疹罹患した患者はいなかったが、風疹抗体が過去に確認できていたり、風疹ワクチン投与歴のある患者においても、風疹感染や先天性風疹症候群を発症した報告もあり、適切な風疹含有ワクチンの接種が望まれる。

118. 当院での過去4年間にける梅毒合併妊娠7例の検討

広島市立広島市民病院 産婦人科

坂井裕樹、森川恵司、入江恭平、片山沙希、田中奈緒子、久保倫子、依田尚之、片山陽介、植田麻衣子、関野 和、依光正枝、上野尚子、中西美恵、石田 理、児玉順一

【緒言】梅毒感染症は近年急速に増加しており、特に若年女性で顕著である。当院でも梅毒合併妊娠が2016年以降増加している。2016年から2019年の4年間で経験した、7例の梅毒合併妊娠の治療経過と予後について検討した。【症例】症例の母体年齢は中央値26歳（19-34）であった。5例は正期産に至っており、1例は梅毒合併妊娠の診断後に他院で人工妊娠中絶が行われており、1例は現在も妊娠中ではあるが初診後に未受診となった。診断時、無症候性梅毒は3例で、梅毒1期が1例、2期が3例であった。症状としてバラ疹は2例、扁平コンジローマは1例で認められた。妊婦健診初期検査にて発見された4例においては、妊娠11～15週の間に抗菌薬内服投与が開始され、いずれの症例も4週間以上の抗菌薬投与が継続され4例全例で分娩までに治療前RPR値の1/2以下まで減少を認めた。うち1例は抗菌薬内服終了後にRPR値の再上昇を認めたため分娩後に母体に対して追加治療が行われた。妊娠37週で梅毒と診断された1例は診断後直ちに抗菌薬内服が開始され、妊娠39週に帝王切開分娩となった。分娩に至った5例において先天梅毒の合併は認めていない。患者背景として5例に他の性感染症の合併があり、4例が経済的困窮、4例が未婚、2例に精神疾患の既往を認めた。【結語】梅毒合併妊娠では無治療の場合、流産や先天梅毒となるリスクは高く予後不良であるため、早期の診断と治療介入が必要である。

119. 妊娠糖尿病妊婦における産褥早期75gOGTTに関する検討

徳島大学 産科婦人科

祖川英至、加地 剛、米谷直人、吉田あつ子、苛原 稔

【目的】妊娠糖尿病（GDM）妊婦の産褥早期75gOGTTの結果及び、結果に関連する因子を検討した。【方法】2015年～2018年に当院で分娩したGDM妊婦のうち、産褥6～12週に75gOGTTを施行し、多胎やステロイド使用症例は除外した86症例を対象とした。産褥75gOGTTの結果は、正常群と耐糖能異常群（糖尿病型、境界型、60分値 $\geq$ 180mg/dLを呈した症例）に分類し、母体年齢、BMI（妊娠前と分娩時）、妊娠期間中10kg以

上の体重増加、初産か経産か、GDM 診断時期、GDM 陽性ポイント数、HbA1c の値（中期及び後期）、妊娠中 HFD の有無、羊水過多の有無、インスリン使用の有無について比較した。多重ロジスティック回帰分析を用いて、調整オッズ比（aOR）を算出した。【結果】86 例中、耐糖能異常群（境界型 23 例、糖尿病型 1 例、正常型であるが 60 分値 $\geq 180\text{mg/dL}$ を呈した 3 例）は 27 例（31.4%）であった。産褥早期の耐糖能異常と関連する項目として、GDM 2 ポイント以上陽性であることと関連を認めた。（ $p=0.04$, aOR:2.76, 95%CI:0.13-0.95）【結論】GDM 妊婦が産褥早期 75gOGTT で糖尿病型を呈することは稀であった。しかしながら、GDM 妊婦の約 30% が産褥早期より何らかの耐糖能異常を呈していた。妊娠中の 75gOGTT で 2 ポイント以上陽性であった妊婦は、産褥早期より注意が必要と考えられた。

120. 胎児心拍数の数値診断による胎児新生児予後の改善

鳥取大学 産婦人科

前田一雄

目的：胎児心拍数図形肉眼分類は 50 年間使われてきたが主観的で観察者間差があり脳性麻痺減少せず、判断容易で確実な数値的分別法が必要だった。方法と成績：1) Hypoxia Index (HI、低酸素指数) は監視中の全徐脈持続時間合計（分）/ 最低心拍数（bpm） $\times 100$ である。HI が 24 以下なら分娩障害による脳性小児麻痺が予防される。胎児死亡も防げる。HI が 25 以上は脳性麻痺になり脳性麻痺治療を早期に開始できる。分娩時に徐脈が発生したら産婦に側臥位を取らせ徐脈を除去して HI 値上昇を防ぐ。HI は全ての一過性徐脈と持続徐脈に適用されるから徐脈波形分類は無用になった。2) FHR スコア：一過性徐脈の 9 構成部分の、6 以下 Apgar スコア頻度によって 1～4 点の評価点を定め、5 分間の評価点合計を FHR スコアとし、分娩第 1 期から回帰式で Apgar スコアや臍帯血 pH を予知し、予後不良と予測したら早期娩出し治療する。3) 胎児心拍数周波数スペクトルを解析して瀕死の貧血による病的サイナソイダル心拍数を診断し、早期娩出し輸血する。1-3) の 3 法は前田らが開発した。診断はコンピュータ計算が正確である。他にも数値的診断はあるが成績が同一なので省略した。数値診断結果はコンピュータが直接迅速に医学語メールで主治医に報告し電子カルテに記入する。分娩監視の数値診断は正確で客観的であり初心者でも一定基準で判断する。専用コンピュータは利便性、客観性、確実性から必要で開発中である。

121. 縦隔原発大細胞型 B 細胞リンパ腫合併妊娠の 1 例

鳥取県立中央病院 産婦人科

竹中泰子、上垣 崇、野中道子、木内 誠、高橋弘幸

今回我々は妊娠 14 週に縦隔原発大細胞型 B 細胞リンパ腫（Primary Mediastinal Large B-cell Lymphoma；PMBL）と診断し、化学療法後に生児を得た 1 例を経験したので報告する。症例は 28 歳、G2P1。妊娠 14 週時に咳嗽と呼吸苦のため近医を受診し、胸部レントゲンで巨大縦隔腫瘍を認めたため当院紹介受診となった。CT ガイド下生検にて PMBL と診断された。患者の妊娠継続希望が強く、2nd trimester より化学療法を施行したのちに計画分娩とする方針となった。16 週より CHOP 療法を 3 コース施行し、効果が不十分であったため R-CHOP 療法に切り替え 3 コース施行した。計画分娩のため 36 週時に帝王切開術を予定したが、35 週 6 日の入院時採血で顕著な好中球減少を認めたため手術延期となった。G-CSF を投与し、好中球が回復した時点で帝王切開術を行う予定とした。手術待機中に自然陣痛が来し、36 週 1 日に 2087 g、Apgar score 7/8 点の女児を経膣分娩した。産褥 12 日より化学療法（DA-EPOCH-R 療法）を 2 コース施行し、CR となり現在再発なく経過している。児は Rituximab の影響と考えられる一過性 B 細胞減少を認め、免疫不全児として対応し、合併症なく経過した。近年悪性腫瘍合併妊娠の増加により、妊娠中の化学療法については徐々に情報の集積が行われているが、分子標的薬などの薬剤に関しては今後詳細な情報の解析が必要である。

122. 妊娠中に IgA 腎症再発が疑われ、妊娠 27 週で分娩に至った生体腎移植後妊娠の一例

県立広島病院 産婦人科

三浦聡美、浦山彩子、野村有沙、上田明子、中島祐美子、白山裕子、三好博史

臓器移植後の妊娠・出産に関しては多くの注意点と対処が必要である。今回我々は、妊娠中に IgA 腎症再発が疑われ妊娠 27 週で分娩に至った生体腎移植後妊娠の一例を経験した。症例は 33 歳、3 妊 0 産。24 歳時に IgA 腎症のため生体腎移植を受け、挙児希望のためアザチオプリンに薬剤を変更したところ IgA 腎症を再発した。1 年間治療を施行し、腎生検で病変の改善を確認後、再度内服薬を変更し自然妊娠が成立した。妊娠初期の尿蛋白クレアチニン比（UPC 比）は 0.20 g/gCre で、血圧は 110/80 mmHg 台だった。妊娠 25 週頃から UPC 比が 0.48 g/gCre、血圧 130/90 mmHg 台と上昇傾向であり、投薬調整を行いながら外来で慎重に経過を見ていた。妊娠 26 週 2 日に頭痛、倦怠感を主訴に救急受診し、血圧は 140/90 mmHg、UPC 比は 7.92 g/gCre であり管理入院とした。入院時の 1 日尿中蛋白量は 5.3 g、翌日の血清アルブミンは 2.8 g/dL と低下しており、ネフローゼ症候群と診断した。降圧剤で血圧コントロールを行いながら腎機能改善目的にステロイドパルス療法を行ったが治療効果を認めず、妊娠 27 週 4 日に緊急帝王切開術を施行した。術後の腎機能は軽度改善傾向であったため、術後 6 日目に退院した。今後は、内服薬の調整を行いながら、腎生検を予定している。生体腎移植後の妊娠では腎機能低下や腎機能廃絶、加重型妊娠高血圧腎症などの産科合併症のリスクが高い。そのため慎重に経過を追い、増悪時には適切な時期での娩出の判断が必要である。

123. 妊娠中にネフローゼ症候群を発症し、ステロイドを投与しながら妊娠を継続した一例

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 大学院医歯薬学総合研究科 腎・免疫・内分泌代謝内科学

假谷奈生子¹⁾、光井 崇¹⁾、上野麻美²⁾、西脇麻里子²⁾、北川正史²⁾、三島桜子¹⁾、
大平安希子¹⁾、谷 和祐¹⁾、牧 尉太¹⁾、玉田祥子¹⁾、衛藤英理子¹⁾、早田 桂¹⁾、増山 寿¹⁾、
杉山 齊²⁾、和田 淳²⁾

【緒言】ネフローゼ症候群（NS）は、尿中に大量の蛋白質が排泄されることにより浮腫・脂質異常・凝固異常といった一連の症状を引き起こす疾患群の総称である。今回、妊娠中に NS を発症し、腎生検にて微小変化型ネフローゼ症候群（MCNS）、非薄基底膜病（TBM）と診断され、ステロイド投与で加療しながら妊娠を継続した症例を経験したため、報告する。【症例】26 歳女性、初産婦。妊娠 13 週の妊婦健診時に尿蛋白陽性を指摘された。その後、尿蛋白は 7 g/gCr と著増し、両側下腿浮腫と低アルブミン血症をきたし、妊娠 17 週に NS の診断で紹介となった。小学校の頃や職場の健診でも毎回尿潜血を指摘されていたが、尿蛋白を指摘されたことはなかった。入院後、腎臓内科で腎生検を施行した結果、MCNS、TBM の診断となった。妊娠 20 週よりプレドニゾロン（PSL）60 mg を開始したところ、ステロイド抵抗性であったが、尿蛋白は 2.6 g/gCr まで徐々に減少し、高血圧も認めず経過している。【考察】NS の治療中で安定していない状態での妊娠は子宮内胎児発育不全や早産の頻度が増加し、また、妊娠後に腎機能が悪化するため、勧められていない。本症例は妊娠中に NS を発症した症例であり、妊娠継続の強い希望があったため、十分な IC のもとに腎生検を施行し、組織型を診断した上で PSL 60 mg を開始し、妊娠を継続した。【結語】妊娠中に NS を発症し、ステロイド投与で加療しながら妊娠を継続した一例を経験した。本症例の経過を文献的考察を加えて報告する。

124. 妊娠性エプーリスからの大量出血で母体管理のため帝王切開を選択した一例

岡山大学病院 産婦人科

白河伸介、牧 尉太、三島桜子、大平安希子、谷 和祐、光井 崇、玉田祥子、衛藤英理子、早田 桂、増山 寿

【背景】今回我々は妊娠性エプーリスが急性増悪し、口腔内大量出血をきたし耳鼻咽喉科による姑息的な止血手術を一時的に施行、その後の母体管理のため選択的帝王切開を施行した一例を経験したので報告する。【症例】19歳、女性。G1P0。自然妊娠にて妊娠11週に近医初診。同時期に歯肉腫脹を自覚。近医歯科で歯肉炎の診断。妊娠25週に歯肉腫脹が増悪し当院口腔外科を紹介受診。腫脹箇所の切除の選択肢も提示されたが希望されず。妊娠35週0日、歯肉腫脹の増悪と持続的な強出血を認め、止血困難で救急搬送。来院時ショックバイタルで、右下5舌側歯肉臼後部から動脈性の出血を認めた。病変は3cm程度で臨床所見から妊娠性エプーリスを疑った。止血困難なため緊急腫瘍摘出術を施行し止血は得られたが、術中所見で姑息的手術となった。その後再出血を認めず経過。当科は妊娠延長と経陰分娩を提案する一方、他科は病変の再出血時は止血困難となる可能性を示唆し早期の妊娠終了を提案。協議の上、35週4日に選択的帝王切開術を施行。女兒、2308g、ApS9/9の生児を得た。術後口腔内出血を認めず、残存腫脹は消退し産後9日目に退院した。【考察】妊娠性エプーリスは妊婦の1%程度に認め、その程度・出現時期・形態は多岐にわたる。本例では母体適応で35週の帝王切開術の方針としたが、分娩後は自然に縮小・消失することが特徴で正期産まで経過観察する選択肢も挙げられる。当日は文献的考察を含め報告する。

201. 胎児期に特異的顔貌から Williams 症候群を疑った 1 症例

四国こどもとおとなの医療センター 産婦人科

林 亜紀

【緒言】Williams 症候群は特徴的な妖精様顔貌、精神発達遅滞、特異な性格、大動脈弁上狭窄および末梢性肺動脈狭窄を主徴とする心血管病変、乳児期の高カルシウム血症などを有する隣接遺伝子症候群である。加齢により特に精神神経面の問題、高血圧が顕著になり、これらの症状に対し、生涯的に医療的、社会的介入が必要である。今回、胎児期より特異的顔貌から Williams 症候群を疑い、出生後、遺伝子検査にて診断した症例を経験した。【症例】30歳の経産婦、妊娠33週時に胎児発育不全のため、紹介となる。胎児超音波検査にて、軽度の発育不全(-2.0SD)と妖精様顔貌 elfin face (腫れぼったい眼瞼下部、厚い上唇・下唇、長い人中、常に開口しており、舌がでている。)を認めた。大動脈・肺動脈弁輪径は正常であるも、大動脈・肺動脈弁上部狭窄が疑われた。また、左側腎低形成あるいは無形成、左側停留睪丸を認め、Williams 症候群が疑われた。妊娠38週既往帝王切開の適応にて、選択的帝王切開を施行した。出生後、FISHにて7番染色体長腕11.23の微小欠失を認め、Williams 症候群と診断した。【結語】胎児期より診断された Williams 症候群の報告は少ないが、その特徴的顔貌は診断の一助になり、出生時からの介入が可能となるため、早期診断は重要であると考え。

202. 妊娠を契機に定期的な経過観察と遺伝カウンセリングを検討することになった von Hippel-Lindau 病合併妊娠の 1 例

¹⁾ 鳥取県立厚生病院 産婦人科、²⁾ あけしまレディースクリニック、³⁾ 野島病院 脳神経外科
木山智義¹⁾、飯田祐基¹⁾、周防加奈¹⁾、大野原良昌¹⁾、皆川幸久¹⁾、明島亮二²⁾、竹内啓九³⁾

【緒言】von Hippel-Lindau 病 (VHL 病) は、網膜や中枢神経の血管芽腫、腎腫瘍など、複数の臓器に腫瘍性あるいは嚢胞性病変を多発する常染色体優性遺伝の疾患で、本邦での推定患者数は 600 ~ 1000 名と稀な疾患である。今回、VHL 病の妊婦を経験したので報告する。【症例】24歳、1妊0産。13歳時、右小脳血管芽腫に対して他院脳外科で開頭腫瘍摘出術を施行。祖父・父・妹が同様の腫瘍で開頭術を受けており、担当医より

VHL 病について説明を受けていたが、定期的な診察はなかった。今回、他院より妊娠 31 週時に周産期管理目的に当科へ紹介。妊娠 33 週時に行った他院脳外科での MRI 撮像では、頭蓋内に腫瘍性病変を認めなかった。妊娠 34 週時に行った眼科での診察で右網膜血管腫の所見を認めた。分娩時の血圧上昇による網膜病変悪化を避けるために妊娠 38 週 0 日、選択的帝王切開術を施行した。児は 2495g の男児で、Apgar score 8/9 点であった。児は、低出生体重児及び低血糖にて小児科入院となったが糖輸液のみで管理できた。児の眼科診察では網膜血管腫の所見を認めなかった。母は、産後約 1 か月の時点で眼科再診予定である。児に関して、生後 2 か月時点で他施設での遺伝カウンセリングを検討している。【結語】VHL 病は多くの腫瘍が再発性であり、早期発見のため定期的な診察と遺伝性疾患としての適切な対応が望まれる。VHL 病合併妊娠の管理には他科と連携し、定期的な診察と適切な対応が必要であると考えられた。

203. 当院における 6 年間の無侵襲的出生前遺伝学的検査 (NIPT) 外来受診妊婦の推移と課題

愛媛大学医学部附属病院 産婦人科

松本 唯、松原裕子、松原圭一、行元志門、恩地裕史、加藤宏章、横山真紀、安岡稔晃、井上 彩、内倉友香、宇佐美知香、高木香津子、藤岡 徹、松元 隆、杉山 隆

【目的】当院では、無侵襲的出生前遺伝学的検査 (NIPT) 外来を 2013 年に開設以来 6 年が経過した。現在 NIPT は我が国で 1 年に約 10,000 件実施されているとされる。今回我々は当院での 6 年間の NIPT 外来受診妊婦の現状をまとめたので報告する。【方法】院内倫理委員会承認のもと、2013 年 4 月～2019 年 3 月までの当院 NIPT 外来を受診した妊婦 761 名を対象とした。年齢・適応・外来受診後の受検率・妊娠帰結・児の転帰・非受検妊婦のその他の出生前診断の結果などについて検討を行った。【成績】平均年齢は 38.3 歳 (20 歳～48 歳)、適応は 95.6% が高齢妊娠であった。外来受診後の NIPT 受検率は年々上昇していた。検査結果陰性率は 98.5% であった。検査陽性者は 9 名 (1.3%) であり、そのうち 3 名が 21 trisomy、6 名が 18 trisomy であった。うち 1 名は偽陽性であった。1 名は確定診断前に子宮内胎児死亡となった。陽性者の検査の適応は 67% が超音波異常であった。判定保留は 1 名だった。偽陰性は追跡可能範囲ででない。NIPT 非受検者の羊水検査率は 62.7% であった。当院の過去 7 年の羊水検査数に特に傾向はなかった。【結論】外来受診者数は 2015 年がピークであった。受検率は年々上昇しており、カウンセリング前の妊婦における NIPT 検査の理解度が高まっているものと考えられる。また疑陽性や判定保留例もあり、検査前後のカウンセリングの必要性を再認識した。

204. 子宮動脈塞栓術を施行した 19 症例に対する有効性の検討

高知医療センター 産婦人科

塩田さあや、山本眞緒、原田 賢、平川充保、森田聡美、脇川晃子、川瀬史愛、永井立平、山本寄人、小松淳子、南 晋、林 和俊

【目的】子宮動脈塞栓術 (uterine artery embolization: UAE) は産科危機的出血に対して有効な治療法であり、子宮を温存することが可能である。当院で UAE を施行した産科症例についてその有効性を検討した。【方法】2010 年 1 月～2019 年 1 月までに産科危機的出血に対して UAE を施行した 19 例を対象とし、母体背景、出血原因、分娩方法、母体の転帰などを診療録から後方視的に検討した。【結果】19 例の内訳は産後出血 12 例、異所性妊娠 3 例、中期中絶後 3 例、流産術後 1 例だった。産後出血 12 例のうち、出血原因は弛緩出血 4 例、胎盤遺残 2 例、癒着胎盤 2 例、胎盤ポリープ、DIC 先行型羊水塞栓症、腔壁血種縫合離開、全前置胎盤をそれぞれ 1 例認めた。分娩方法は経陰分娩 8 例、帝王切開 4 例だった。UAE を施行したタイミング別に妊娠後期 (A 群)、妊娠初期・中期 (B 群) に分け、それぞれの目的を A 群は母体救命、B 群は子宮温存とすると、両群ともそれぞれの目的別 UAE 施行は成功率 100% だった。また止血効果は全例に認め、Bakri バルーンで止血困難だった 4 例でも有効だった。合併症として UAE 施行後、子宮壊死のため子宮摘出を行った症例を 1 例認めた。【結論】UAE 施

行の適応やタイミングについては更なる検討が必要だが、UAE は全妊娠期間を通して産科危機的出血に対する止血成功率が高く、子宮温存が望める治療方法と言える。

205. 当科における TOLAC の検討

香川大学医学部 母子科学講座 周産期学婦人科学

天雲千晶、森 亜優美、山下智也、山本健太、石橋めぐみ、伊藤 恵、新田絵美子、森 信博、花岡有為子、田中宏和、金西賢治

【目的】 当院では患者希望あり施設の規定条件を満たす既往帝切後妊婦に対し、積極的に TOLAC (Trial of labor after cesarean delivery) を施行している。一般的に TOLAC の成功率は約 60% 程度とされているが、実施様式や成功率などは施設間で差がある。当院における TOLAC について検討した。【方法】 2014 年 1 月から 2018 年 12 月の 5 年間に分娩となった 1 回既往帝切後妊婦に対して TOLAC 希望率、TOLAC 成功率、不成功の要因、TOLAC 成功群と予定帝王切開希望群との周産期予後などについて後方視的に検討した。【結果】 対象期間中の 1 回既往帝切後妊婦は 282 例で、TOLAC 希望は 159 例 (56.4%) だった。TOLAC 希望群の中で TOLAC 成功 (VBAC) したのは 140 例 (88.1%) であり、TOLAC 不成功は 19 例 (11.9%) であった。オキシトシン使用は 44 例 (29.5%) だった。不成功例での帝王切開適応の内訳は胎児機能不全 7 例、母体血圧上昇 1 例、分娩停止 4 例、陣痛促進拒否が 4 例であった。2 回目 TOLAC の中で 2 例切迫子宮破裂、3 回目 TOLAC の中で 1 例子宮破裂を認めたが母児ともに重篤な後遺障害は認めなかった。VBAC 群と予定帝王切開群を比較すると、分娩時出血量は VBAC 群の方が有意に少なかった ($p < 0.001$)。【結論】 当院での TOLAC 成功率は種々の報告と比較してまずまず良好であった。既往帝切後妊婦にとって、TOLAC は反復帝王切開によるリスクを回避することができる合理的な選択と思われる。

206. 妊娠中に原因不明の凝固異常を認め、分娩終了後に卵巣静脈血栓症と診断した一例

高知医療センター 産婦人科

山本眞緒、塩田さあや、原田 賢、平川充保、森田聡美、脇川晃子、川瀬史愛、永井立平、山本寄人、小松淳子、南 晋、林 和俊

【緒言】 卵巣静脈血栓症は全分娩の 1/2000 で発生すると言われ、敗血症や肺塞栓症などの深刻な合併症を引き起こす。妊娠中に原因不明の凝固異常を認め、分娩終了後に卵巣静脈血栓症と診断した一例を経験したので報告する。【症例】 34 歳女性、2 妊 1 産、既往歴・家族歴に特記すべき事なし。自然妊娠成立、胎児消化管閉鎖および羊水過多を認め妊娠 31 週に羊水除去を施行したが、処置前後の経過は順調だった。妊娠 33 週 4 日に右下腿痛・嘔気・胃痛、規則的な子宮収縮を認め、切迫早産、下肢静脈血栓症、HELLP 症候群等を疑い入院管理とした。子宮頸管長短縮や下肢超音波検査で明らかな血栓を認めなかったが、血液検査で凝固異常、貧血、腎機能異常の増悪を認めた。妊娠による症状増悪を疑い妊娠終了の方針で緊急帝王切開術を施行した。臨床症状はなかったが、術後 1 日目の血液検査で凝固異常増悪 (D-dimer $30 \mu\text{g/mL}$, フィブリノーゲン 145 mg/dL , AT3 活性 55 %) あり、造影 CT 検査および腹部超音波検査を施行、卵巣静脈から下大静脈まで及ぶ血栓を認めた。ヘパリン + ワーファリン療法を開始し血栓の増大がないことを確認、術後 8 日目に退院とし、外来でのワーファリン内服管理となった。【考察】 妊娠後期～産褥期に母体凝固異常を認め下肢超音波検査で血栓を認めない場合には本疾患を考慮する必要がある。診断には超音波検査や造影 CT 検査が有用であり、検査施行の基準として D-dimer が一助となる可能性がある。

207. 妊娠中に CPA となり母体を救命できた一症例

島根県立中央病院 産婦人科

大西 薫、奈良井曜子、江川恵子、田中綾子、山上育子、西村淳一、坪倉かおり、栗岡裕子、森山政司

【緒言】妊娠中の静脈血栓塞栓症（Venous thromboembolism; VTE）は非妊娠時と比較し5倍以上も高率に発症するが、その救命率は高くない。妊娠15週で肺血栓塞栓症（pulmonary thromboembolism; PTE）による心肺機能停止（cardiopulmonary arrest; CPA）後、母体を蘇生救命できた症例を経験したので報告する。【症例】20代、1妊0産、自然妊娠成立後数回失神あり、前医産婦人科及び内科受診していた。妊娠15週に院内にて失神後CPAとなり心肺蘇生開始され、心エコーにて左室虚脱、Dダイマー $36.3\mu\text{g/ml}$ と上昇を認めたことからPTEが疑われ、ヘパリン治療が開始された。約1時間半にわたる蘇生後、当院へ搬送となった。造影CTでPTEと確定診断後ICUにて低体温療法及び組織プラスミノゲンアクチベーター治療を開始した。腹部エコーで胎児心拍を確認したが、翌日死産、分娩となった。子宮退縮不全が見られたが徐々に改善した。ショック腎にて腹膜透析を、感染兆候に対し抗生剤治療を施行し、18病日に抜管した。低酸素脳症のため高次脳・運動障害を認めたが、リハビリテーションの介入にて全身状態は改善し、約2ヶ月で転院となった。【考察】妊娠中は血液凝固能亢進、線溶系低下、血小板活性化等によりVTEを発症しやすい。妊娠中に院内にて重度PTEが発症し、早急に救命処置を開始され3次医療施設へ搬送、救命できた症例を経験した。日頃より母体の急変、救急疾患の対応をトレーニングすることが肝要である。

208. 妊娠中の血中 SCC、C1 インアクチベーター活性による羊水塞栓症の発症予測

済生会下関総合病院 産婦人科

矢壁和之、高崎彰久、城下亜文、藤村大志、田邊 学、丸山祥子、嶋村勝典、森岡 均

羊水塞栓症は母体死亡率37～80%と高く妊産婦死亡の原因のうち24.3%と最多であるが、その発症を予測する方法は確立されていない。羊水塞栓症の発症にはC1 インアクチベーター（C1）の低下、羊水の血管内流入およびそれに伴うアナキラクトイド反応が関与していると報告されている。これまでに我々はC1値と分娩時の出血に負の相関関係があることを報告したが、羊水塞栓症を予測することはできなかった。今回我々は羊水の血管内流入に着目し、そのマーカーの一つであるSCCを測定し、分娩中の血管内羊水流入の頻度を検討すると共に種々の羊水塞栓症のリスクファクターとの関連につき検討を加えた。目的および方法：当院で分娩した妊婦140症例において、妊娠初期、中期、後期、分娩前、分娩2時間後にSCCを測定し、①妊娠、分娩期間中の血中SCC値の推移、②分娩前後の血中SCC値の変化（ Δ SCC）が影響する因子を検討した。結果：妊娠期間中は血中SCC値に有意な変化はなかった。経陰分娩の方が帝王切開よりも有意に Δ SCCは高値であった（経陰分娩の中央値 1.9ng/ml 、帝王切開の中央値 0.1ng/ml ）。陣痛発来、破水から児娩出までの時間と Δ SCCに関連はなかった。 Δ SCC高値の方が、有意に分娩後出血量が多かったが、C1との関係は認められなかった。結語：SCCを用いて羊水塞栓症の発症の予測を行うのは困難であった。

209. 静脈血栓塞栓症（VTE）予防における分娩後抗凝固療法の有無と、D-dimer 値の関係について

岡山大学 産科・婦人科

川西貴之、早田 桂、谷 和祐、牧 尉太、江口武志、玉田祥子、光井 崇、衛藤英理子、増山 寿

【目的】分娩後の静脈血栓塞栓症（VTE）危険因子群に対し分娩後抗凝固療法が推奨されているが、血栓の指標とされるD-dimerの測定が有用か否かは依然議論の余地がある。そこで、当院で分娩した全症例を対象に産

褥期の D-dimer を測定し、抗凝固療法の有用性と D-dimer が VTE 早期発見の指標となり得るかを検討した。【方法】ACCP2012 を参考に分娩後 VTE 危険因子該当例に対して抗凝固療法を行った。2016 年 4 月から 2018 年 3 月に当院で分娩した 821 例に対し、経陰分娩は原則産褥 3 日目、帝王切開は原則産褥 5 日目に D-dimer を測定し、15 μ g/mL 以上で造影 CT を撮影し VTE の有無を検索した。【成績】期間中、経陰分娩 538 例 (65.5%)、帝王切開 277 例 (34.5%) であった。産後 D-dimer 値 15 μ g/mL 以上は、帝王切開抗凝固あり群 3/186 例、経陰分娩抗凝固あり群 4/189 例で、7 例とも造影 CT で VTE を認めなかった。一方、帝王切開抗凝固なし群 13/97 例、うち 3 例に造影 CT で VTE を認めた。経陰分娩抗凝固なし群 37/349 例、うち 2 例に VTE を認めた。VTE5 例は門脈血栓症 1 例、微小肺塞栓血栓症 4 例であり、4 例はワルファリンで、1 例はエドキサバンで加療した。【結論】産褥期の D-dimer 測定が VTE 発症予知に有用とは言われてはいないが、リスク該当例に抗凝固療法を施行した場合は D-dimer の上昇が抑制され、D-dimer が上昇しても VTE 発症を予防できた。一方でリスク該当なし 5 例に VTE を認め、抗凝固療法適応例の再検討を要する結果となった。

210. 産科 DIC スコアが 8 点以上の分娩時大量出血症例に抗 DIC 療法をすることに妥当性はあるか？

¹⁾ 国立病院機構岡山医療センター 産婦人科、²⁾ 三宅おおふくクリニック、

³⁾ Medical Data Labo、⁴⁾ 埼玉医科大学国際医療センター 婦人科腫瘍学、

⁵⁾ NHO ネットワーク共同研究

多田克彦^{1) 5)}、宮木康成^{2) 3) 4)}、安日一郎⁵⁾、野見山亮⁵⁾、藤原ありさ⁵⁾、大藏尚文⁵⁾、川上浩介⁵⁾、林 公一⁵⁾、水之江知哉⁵⁾、児玉尚志⁵⁾、前田和寿⁵⁾、江本郁子⁵⁾、前川有香⁵⁾、吉田瑞穂^{1) 5)}、大岡尚実^{1) 5)}、相本法慧^{1) 5)}、中村一仁^{1) 5)}

【目的】現行の産科 DIC スコアでは総得点が 8 点以上で DIC として治療を開始することになっている。しかし抗 DIC 療法は抗凝固療法であり、非 DIC 性の凝固障害に対しては反対の治療をすることになる。本研究の目的は、分娩時大量出血量例で産科 DIC スコアが 8 点以上を示す症例の凝固線溶系検査値を検討し、当該症例に抗 DIC 療法をする妥当性を検証することである。【方法】NHO ネットワーク共同研究に参加した多施設での過去 5 年間の 22,330 分娩を対象に行った後ろ向き観察研究である。分娩時出血量 ≥ 2000 g、フィブリノゲン (Fbg) < 200 mg/dL、新鮮凍結血漿投与のうち 1 つ以上を認める症例を分娩時大量出血例とし、臨床データの揃った 102 例の中から産科 DIC スコア 8 点以上例 (n=30) を抽出し、Fbg 値、フィブリン分解産物 (FDP) 値を検討した。産科 DIC スコアでは Fbg < 150 mg/dL、FDP ≥ 10 μ g/mL で得点が貰え、内科領域の線溶亢進型 DIC の診断基準は Fbg < 100 mg/dL かつ FDP ≥ 80 μ g/mL である。【成績】産科 DIC スコアの Fbg および FDP の診断基準値を満たすものは 15 例 (50%) で、内科の診断基準を満たすものは 7 例 (23%) のみであった。産科 DIC スコア 8 点以上群のうち 12 例 (40%) の Fbg 値は 150 mg/dL 以上で非凝固障害例だった。【結論】産科 DIC スコア 8 点以上症例の多くは非 DIC 型凝固障害あるいは非凝固障害例だった。分娩時大量出血時の凝固障害の病態の整理と、産科 DIC スコアの見直しが必要と考えられた。

211. 慢性早剥羊水過少症候群の 6 症例

愛媛県立中央病院 産婦人科

中野志保、池田朋子、矢野晶子、井上翔太、井上翔太、吉田文香、上野愛実、三宅すずか、阿南春分、上野 繁、森 美妃、田中寛希、金石 環、阿部恵美子、近藤裕司

【緒言】慢性早剥羊水過少症候群 (Chronic abruption-oligohydramnios sequence、以下 CAOS) は、(1) 分娩 7 日以上前から持続する原因不明の出血、(2) 当初は羊水量は正常、(3) 破水の所見なく羊水過少に至る、この 3 項目を満たすものと定義され、周産期予後不良な病態とされる。【方法】当院で 2010 年 1 月から 2018 年 12 月に経験した CAOS の 6 例において絨毛膜下血腫合併の有無、初発出血週数、分娩週数、子宮内胎児発育

遅延（FGR）の有無、児の予後、胎盤病理診断での絨毛膜羊膜炎（CAM）と絨毛膜板へのびまん性ヘモジデリン色素沈着（DCH）の有無について検討した。【結果】6例は全て単胎で、全例で生児を得た。絨毛膜下血腫は4例に認めた。平均初発出血週数は16週（9-23週）、平均分娩週数は26.5週（24-29週）、5例で28週未満の分娩となった。分娩方法は全例緊急帝王切開術であった。FGRを伴った症例は1例であった。出生児は4例に慢性肺疾患（CLD）を合併し、そのうちの1例には在宅酸素療法を要した。胎盤病理診断では4例にCAMを、2例にDCHを認めた。【結語】CAOSの病態や診断、管理について未だ統一した見解はないものの、CAOS症例の在胎期間は短く、出生児にはCLDを合併することが多く、周産期予後は不良である。当初、切迫流産、切迫早産として治療を開始されるが、出血が持続する場合や絨毛膜下血腫が持続する場合には、CAOSへの進行を念頭に羊水量などに注意した管理が必要である。

212. 腔分泌液ヒトβデフェンシン2濃度の有用性の検討

¹⁾ NTT 西日本松山病院、²⁾ 愛媛大学大学院医学系研究科、³⁾ 福島県立医科大学、

⁴⁾ 岐阜薬科大学

甲谷秀子^{1) 2)}、松原圭一²⁾、錫谷達夫³⁾、金子久恵¹⁾、田坂美恵¹⁾、腰塚哲朗^{3) 4)}、
西山恭子³⁾、杉山 隆²⁾

〔目的〕流早産や前期破水のリスクという観点から、妊婦の腔内環境は妊娠予後の重要な因子である。ヒトβデフェンシン2（HBD2）は主要な抗菌ペプチドの一つであり、下部生殖器官の感染防御に自然免疫として重要な働きを持つ。我々は腔分泌液のHBD2濃度を測定し、妊婦の腔内環境の指標としてその有用性を検討した。〔方法〕同意を得た妊婦28人の腔分泌液を妊娠第1および第3三半期に採取し、Nugent score基準の正常群、中間群、細菌性腔症群の3群に分類した。ELISA kitを用いてそのHBD2濃度を測定した。またUreaplasma urealyticum, Mycoplasma hominis, Micoplasma genitalium, Chlamydia trachomatis およびCandida spp.の有無とHBD2濃度との関連性を検討した。〔成績〕第1三半期では、腔分泌液HBD2濃度は正常群（350.1 ± 68.7pg/ml）に比べ細菌性腔症群（42.1 ± 19.8pg/ml）では有意に低値であった（P<0.05）。U. urealyticum, M. hominis, M. genitalium, C. trachomatisでは有意差は認めなかったが、Candida陽性例ではHBD2濃度は高値であった。第1三半期においては、前期破水症例（57.2 ± 31.9pg/ml）では非前期破水症例（375.9 ± 69.4pg/ml）に比べ腔分泌液HBD2濃度は有意に低値であった（P<0.05）。しかし第3三半期では有意差は認めなかった。症例がなかったため早産については検討できなかった。〔結論〕妊娠第1三半期における腔分泌液HBD2濃度の低値は、腔内環境の悪化を反映し、前期破水のリスク指標となる可能性がある。

213. 当院で経腹的頸管縫縮を施行した3例の報告

倉敷中央病院 産婦人科

福原 健、西村智樹、寺林博之、藤塚 捷、黒田亮介、中村しほり、船富爽子、小嶋一司、
西川貴史、原 理恵、田中 優、障子章大、黒岩征洋、清川 晶、楠本和行、中堀 隆、
本田徹郎、長谷川雅明

【緒言】経腹的頸管縫縮（TAC）は、経腔的頸管縫縮（TVC）が困難な症例に適応となる。当院でTACを施行した3例（4分娩）を報告する。【症例】1例は重複子宮で、初回妊娠は鎖肛手術既往の理由で他院で帝王切開をうけた。2回目は19週に胎胞脱出となり当院で緊急TVCを行ったが、翌日、対側の子宮口から胎胞脱出し流産した。3回目は13週に左右の子宮頸部それぞれに予防的TVCを行ったが、17週に縫縮糸が滑脱し流産した。4回目は12週のTAC後順調に経過し、37週に帝王切開と縫縮糸の抜糸を行った。残りの2症例はいずれもCISに対する円錐切除後の頸管閉鎖で頸管形成術の既往があった。妊娠初期の頸管長はそれぞれ11mm、12mmと著明に短縮しており、腔鏡診では子宮腔部は全く同定できなかった。TVCは困難と判断し両者とも13週にTACを行った。1例は37週に帝王切開と抜糸を行った。もう1例は、36週に帝王切開をしたが、第2子

の希望があり縫縮糸はそのまま留置した。次回の妊娠成立後、超音波所見で前回の縫縮糸の状態が良好と判断し妊娠を継続、36週で帝王切開と抜糸を行った。【考察】3例とも全身麻酔と臍部付近までの開腹を要したが、術後経過は良好だった。うち1例は留置した縫縮糸を第2子妊娠時にそのまま活用できた。母体の侵襲を考慮するとTACの適応は慎重を要するが、TVCが困難な症例に有効と考えられた。

214. 胎胞膨隆症例に対し Bridge suture 法を併用した頸管縫縮術が有用であった一例

島根大学 産婦人科

吉村由紀、皆本敏子、原 友美、黒瀬苑水、辰巳 渚、澤田希代加、山下 瞳、石橋朋佳、石川雅子、中山健太郎、京 哲

【背景】頸管無力症は無症状であることが多く、多くは頸管短縮や胎胞膨隆で発見される。頸管無力症の治療の一つに予防的または治療的頸管縫縮術があり、従来の Shirodkar 法または McDonald 法が主流とされている。今回、McDonald 法に Bridge suture 法を組み合わせた頸管縫縮術を行い、妊娠継続できた胎胞膨隆症例を経験したため報告する。【症例】40歳、1産婦。第1子は妊娠41週に経膈分娩で出産し切迫早産の既往はなかった。体外受精で妊娠成立し、妊娠16週の妊婦健診までは異常なく経過した。妊娠19週2日、外陰部にピンポン玉大の腫瘍が触れることを主訴に受診した。腔内に充満する胎胞膨隆を認めた。経腹超音波検査にて子宮口は1.7cm開大していた。感染兆候を認めず同日緊急頸管縫縮術を施行した。手術に際して胎胞を還納する目的でセボフルランを用いた全身麻酔とした。骨盤高位及び膀胱充満法を用いたが胎胞は還納できなかったため Bridge suture 法を用いたところ子宮口を閉鎖することができた。その後、McDonald 法を追加し手術を終了した。術後、頸管長は3.6cmで子宮収縮や破水はなく、現在も妊娠継続中である。【結論】胎胞膨隆を伴う頸管無力症症例は胎胞を陥入する操作が困難であり操作時に前期破水となる場合があるが、Bridge suture 法を加えることで頸管縫縮術を比較的容易に完遂できる可能性がある。

215. 胎児間輸血症候群を来した胎児鏡下胎盤吻合血管レーザー凝固術を行った品胎妊娠の2症例

¹⁾ 山口大学大学院医学系研究科 産科婦人科学、²⁾ 広島市民病院 産婦人科、

³⁾ 岡山医療センター 産婦人科

品川征大¹⁾、村田 晋¹⁾、清水真央子¹⁾、三原由実子¹⁾、前川 亮¹⁾、関野 和²⁾、沖本直輝³⁾、杉野法広¹⁾

【緒言】品胎妊娠の胎児間輸血症候群（FFTS）に対する胎児鏡下胎盤吻合血管レーザー凝固術（FLP）を施行した2症例を経験した。【症例】症例1：妊娠23週、一絨毛膜三羊膜性（MT）品胎、FFTS stage 3のため前医より紹介されFLP施行し吻合血管を焼灼凝固した。術後1日目に非受血かつ非供血の1児が胎児死亡となった。元受血児のEbstein病が疑われ、生後の管理可能な施設へ紹介した。元供血児は羊水量増加せず、臍帯動脈血流異常が出現し、胎児発育も認めず、妊娠31週に胎児死亡。元受血児は妊娠31週にcircular shuntを認め、その後胎児水腫を発症。32週で自然陣痛発来し経膈分娩。蘇生は行わず分娩当日に新生児死亡となった。症例2：妊娠21週、二絨毛膜三羊膜性（DT）品胎、FFTS stage 1のため前医より紹介されFLP施行。術後5日目に元受血児は双胎貧血多血症（TAPS）のため胎児死亡。元供血児は術後早期より羊水量増加し元受血児の胎児死亡後も変化なかった。非受血かつ非供血の児は術後変化なかった。妊娠22週に前医へ転院。妊娠31週に母体心不全のため、緊急帝王切開術施行。2児とも生存している。【結語】DT品胎へのFLPは有効性が確立されており、本例でも2児の生存を得た。一方、MT品胎に対しては未だ有効性の確立には至っていない。MT品胎に対しては更に症例を集積した検討が必要である。

216. がん遺伝子パネル検査の pitfall

¹⁾ 徳島大学 産婦人科、²⁾ 徳島大学 臨床遺伝診療部、³⁾ 徳島大学 消化器内科、

⁴⁾ 徳島大学 乳腺外科

阿部彰子^{1) 2)}、宮本容子²⁾、吉田友紀子²⁾、藤野泰輝³⁾、森本雅美⁴⁾、香川智洋¹⁾、
峯田あゆか¹⁾、西村正人¹⁾

【目的】 がん遺伝子パネル検査が実装化され、これまでヒトを対象とする遺伝子関連検査・遺伝医療の評価解釈に直接携わっていなかった臨床医が、日常診療としてこれらに関わる機会が求められる可能性がある。今回、当院でがんパネル検査における問題事例を経験したので報告する。【症例】 進行膵臓癌治療中の 30 歳代の患者。既往歴に異時性両側乳癌、家族歴に祖父肺癌、大腸癌あり。膵臓癌肝転移再発に対して抗癌剤治療も次に有効なレジメンなく、がん遺伝子パネル検査目的に当院紹介となった。膵臓癌手術摘出検体を検査に提出、ライブラリ濃度 (qPCR3.3nM) で解析、CDKN2A (アレル頻度 6.8%)、PDGFRA (5.1%)、ATM (4.8%)、CHEK2 (4.3%) の結果であった。既往歴から同時期に生殖細胞系列 BRCA 遺伝子検査を実施、BRCA 遺伝子の病的 variant を認めた。【問題点】 生殖細胞系列病的 variant 保持者であれば、全身の細胞にその遺伝子変異を認めるため、腫瘍組織のみで行うがんパネル検査であっても当該遺伝子変異が検出されるはずであるが、今回報告にあがってこなかった。更に一方では膵癌で検出が期待される体細胞 variant も検出されていなかった。【考察】 がん遺伝子パネル検査の臨床普及に伴い、品質及び検査結果の総合的な解釈が重要である。臨床情報 (家族歴既往歴含め) や病理診断から期待される結果予測とそれを加味したがんパネル検査の解釈と、検査会社へのフィードバックを臨床側が行う必要性を痛感した。

217. 当院における AYA 世代 卵巣悪性腫瘍の検討—妊孕性温存手術症例に関し—

高知医療センター 産婦人科

南 晋、塩田さあや、山本眞緒、原田 賢、平川充保、森田聡美、脇川晃子、川瀬史愛、
永井立平、山本寄人、小松淳子、林 和俊

【目的】 生殖年齢患者での悪性卵巣腫瘍 (境界悪性を含む) 患者に対しては、再発の可能性を考慮したうえで、妊孕性温存を残した患側の付属器切除を選択することが考慮される。しかし、癌治療による性腺機能不全や妊孕性消失、早発閉経等の可能性は否定できない。今回当院で扱った AYA 世代 (40 歳未満) の卵巣悪性腫瘍患者に対しての妊孕性温存手術症例を中心に、その後の経過、妊娠有無等を後方視的に検討した【対象】 対象は 2005 年 4 月より 2019 年 3 月までに、当院で扱った 40 歳未満の卵巣悪性腫瘍 (悪性腫瘍 24 症例、境界悪性 22 症例) を対象とした。【結果】 1) 胚細胞性腫瘍 7 症例、精索間質性腫瘍 3 症例、上皮性腫瘍 36 症例あり、うち、妊孕性温存 (患側付属器切除 & 子宮・健側付属器温存) を施行した症例は 36 症例であった。2) 治療後の妊娠症例は 2 症例のみであり、いずれも妊孕性温存手術のみで術後化学療法を施行しなかった症例であった。3) 術前・術後の女性ホルモン検査 (LH, FSH, E2, P, AMH) を行っている症例はなかった。【考察】 若年卵巣悪性腫瘍に対して妊孕性温存を図ることは患者の QOL の向上に必要であることは認識されているが、専門性を考慮し腫瘍医、生殖医療医を交えて個々の症例に適した治療法を選択する必要を認識した。

218. 子宮内膜肥厚をきっかけに診断に至った卵巣顆粒膜細胞腫の 1 例

JA 広島総合病院

八幡美穂、中西慶喜、日比野佑美、小西晴久、佐々木美砂、高本晴子

卵巣顆粒膜細胞腫は性索間質性腫瘍のうち境界悪性腫瘍に分類され、悪性卵巣腫瘍の 2-5% を占める比較的稀な腫瘍である。今回我々は、60 代女性に発症した成人型顆粒膜細胞腫の 1 例を経験したので報告する。不正性器出血のため前医を受診し、内膜肥厚が認められていたため頸部細胞診・内膜細胞診を施行したが、ともに

異常なく経過観察されていた。しかし4か月後に再度性器出血があり同医を受診した際に、子宮内膜は厚さ22mmと肥厚し右卵巣は直径40mm程度に腫大しており、精査目的で同月に当院紹介受診した。初診時、経腔超音波検査で子宮内膜は厚さ19mmと肥厚し、右卵巣は65mm大の充実性腫瘤を形成しており、再度頸部細胞診と内膜組織診を提出したがともに悪性所見はなかった。また腫瘍マーカーは有意な上昇はなかったが、MRI検査で子宮筋層および子宮内膜が年齢に比して厚いこと、充実成分を伴った増大傾向の卵巣腫瘍であることからホルモン産生腫瘍を疑い、エストラジオール・テストステロン値を測定したところ、エストラジオールの上昇を認めた。CT検査や消化管内視鏡検査等を施行し、転移性卵巣腫瘍や遠隔転移を除外した後、右卵巣腫瘍および子宮内膜増殖症疑いで、単純子宮全摘術・両側付属器切除術を施行した。病理組織診断では成人型卵巣顆粒膜細胞腫であった。術後、エストラジオールは正常域に復し、現在も上昇なく経過している。

219. Seromucinous borderline tumor における術前検査所見の後方視的検討

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産婦人科学

清水かれん、原賀順子、松原侑子、松岡敬典、小川千加子、中村圭一郎、増山 寿

2014年6月に女性生殖器腫瘍のWHO分類第4版が刊行され、新たにseromucinous tumorという分類が加えられた。改訂後5年が経過し、しばしば症例を経験するが、術前診断は容易ではない。そこで、我々はseromucinous borderline tumor (SMBT)の術前診断における画像検査や血液検査の特徴を示すことを目的とし、検討を行った。方法は、2006年3月から2019年4月までに当院で手術を行い、病理組織診断でSMBT、2014年改訂によりSMBTに包括されたmullerian mixed-epithelial borderline tumor、endocervical-like mucinous borderline tumorと診断された22例を対象とし、診療録を参照し後方視的に検討した。対象症例の年齢は中央値50歳、病期はI期20例、II期1例、III期1例、血清中CA125は中央値63.7U/mLであり、35U/mL以上の異常高値を示した例は14例であった。腫瘍サイズは中央値6.9cmであった。MRI所見では、全例において嚢胞内容液はT1WIで中等度から高信号を示し、子宮内膜症の存在を反映していた。T2WIでは充実部分の低信号のコアとその周囲の高信号がSMBTの特徴とされるが、その所見を認めたのは10例であった。造影効果については既存の報告と同様に、様々な造影強度であった。FDG-PETは15例で撮影されており、3例で集積がなく、11例で低集積であった。今回SMBT 22例の画像所見を中心に検討を行ったが、ある程度特徴はあるものの多様性があり、術前診断の難しさを再認識した。

220. 子宮内膜異型増殖症・初期子宮体癌患者に対する黄体ホルモン療法の治療成績、妊娠成績および周産期予後

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、松崎利也、阿部彰子、Mayila Yiliyasi、柳原里江、山本由理、香川智洋、
峯田あゆか、西村正人、桑原 章、苛原 稔

【目的】若年者で妊孕性温存を希望する子宮内膜異型増殖症・初期子宮体癌患者に対して、高用量黄体ホルモン(MPA)による温存治療が施行されている。当院における高用量MPA療法の治療成績と、寛解後の妊娠成績および周産期予後について検討した。【方法】当院で初回治療として高用量MPA(600mg/day)療法を行った40歳以下の19症例について後方視的に検討した。【成績】11例は不正性器出血、9例は内膜肥厚を契機として発見された(1例では両者を認めた)。これらのうち5例は不妊治療中であった。初診時の年齢中央値は34歳(27-40歳)、BMI中央値23.6(17.5-52)、未産婦は18例であった。【成績】19例中17例(89%)で寛解が得られたが、その後5例(29%)に再発を認めた。19例中挙児を希望する14例全例に対して不妊治療が施行され、このうち9症例(64%)で合計16例(中央値36歳)の妊娠が成立し、8例(57%)で合計11名の生児が獲得された。16妊娠中8例(50%)は正期産、5例(31%)は初期流産、3例(19%)は早産となった。再発または周産期事象により、合計4例(21%)において子宮摘出が施行された。【結論】高用量MPA療法後の生殖医療

により児希望患者の半数において生児が獲得されたが、流産率も高い傾向にあった。一方、再発率は30%前後と高く、本法施行にあたってはリスクについての十分なインフォームドコンセントと厳重な管理の上で、妊娠を希望する症例に対しては積極的な介入をはかる必要があると考えられた。

221. 子宮動脈塞栓術後の妊娠で子宮破裂、嵌入胎盤を発症した症例

中国中央病院 産婦人科

川井紗耶香、大塚由有子、山本昌彦

子宮動脈塞栓術（UAE）は、産褥期では産後危機的出血に対し有効な治療法である。しかし合併症として子宮内膜の萎縮や壊死、子宮壁の部分欠損や菲薄化が指摘されている。症例は37歳、2妊1産。前回の妊娠で重症妊娠高血圧腎症により緊急帝王切開後、DICを発症し、産科危機的出血に対しUAEを施行された。妊娠32週0日、里帰りのため当科紹介初診。前回塞栓した左子宮動脈と胎盤の位置が合致し、癒着胎盤のハイリスクとして管理された。胎児発育は良好。妊娠36週5日、腹痛主訴に受診。頻回の子宮収縮と持続痛を認め、切迫子宮破裂や常位胎盤早期剥離を疑い、同日緊急帝王切開を施行した。開腹時、腹腔内に血液貯留あり、子宮底部からの出血を認め子宮破裂と診断した。児娩出後、単純子宮全摘術を施行し、摘出子宮の病理組織検査では子宮破裂、嵌入胎盤と診断された。UAE施行後の妊娠では、子宮内膜の萎縮による癒着胎盤や、子宮壁の菲薄化による子宮破裂のリスクが高いことを念頭に置き、厳重に経過観察をする必要があると考えられた。

222. 外傷性小腸穿孔を起こした妊婦の1例

広島市立安佐市民病院 産婦人科

綱掛 恵

症例は31歳、妊娠11週の初産婦。受診2日前に転倒により下腹部を強打し、自宅で経過観察していたが、下腹部痛の増強を自覚し、前医を受診した。経腹超音波検査で子宮周囲に血腫の存在が疑われ、当院当科へ精査、加療目的に同日紹介となった。当院受診時の所見は、腹部全体に腹膜刺激症状を認め、経腹超音波および経膈超音波検査で骨盤内に高エコー域と低エコー域が混在した液体貯留を認めた。子宮内に絨毛膜下血腫はなく、胎児心拍、胎動は良好であった。血液検査でWBC7030/ml、Hb18.8g/dl、CRP30.4mg/dlであり、血液濃縮と著明な炎症上昇を認めた。同意を得た上で腹部造影CTを施行し、造影剤の血管外漏出はなかったが、腹腔内に遊離ガス、多量の腹水貯留を認めた。以上から消化管穿孔および汎発性腹膜炎が疑われ、当院外科に紹介し、緊急手術を施行した。開腹所見では、腹腔内に黄色胆汁様の混濁した腹水を多量に認め、Treitz靱帯から約30cm 肛門側の空腸に1cm径の穿孔を認めた。子宮および両側付属器に血腫はなかった。穿孔部位を単純縫合閉鎖し、洗浄ドレナージを施行した。術後2日目、9日目の診察では胎児に異常を認めなかった。徐々に全身状態は改善し、術後9日目に退院した。妊娠中の急性腹症は軽症から重症まであり、その原因は多岐にわたる。本症例では腹部外傷による消化管穿孔を来していた。妊娠中の消化管穿孔についての報告は少なく、文献的考察を加えて報告する。

223. 帝王切開術後に外陰部血腫を発症した1例

倉敷中央病院 産婦人科

藤塚 捷、本田徹郎、寺林博之、中村しほり、黒田亮介、小嶋一司、舩富爽子、西川貴史、西村智樹、原 理恵、田中 優、障子章大、黒岩征洋、清川 晶、楠本知行、福原 健、中堀 隆、長谷川雅明

【諸言】経膈分娩や外傷以外において、外陰部血腫は稀な事象である。今回、帝王切開術後に外陰部血腫を発症

した1例を経験したので報告する。【症例】33歳経産婦。妊娠34週3日に妊娠高血圧腎症の診断で管理入院とした。血液検査で肝胆道系酵素の上昇を認め、また頭痛が出現し、妊娠35週1日に緊急帝王切開術（下腹部正中皮膚切開）を行った。術後の血液検査では肝胆道系酵素の低下を認め、また血小板減少や凝固能の異常はなかった。術後3日目に急性発症の外陰部痛が出現し、腹部皮下出血は認めるものの膨隆はしていなかった一方、左外陰部に成人手拳大の血腫を認めた。造影CT検査で腹部創部からの出血の外陰部への下降を疑い、同日緊急手術を行った。腹部創部を開放すると皮下、筋膜上に血腫を認めた。外陰部血腫を解放すると腹部創部まで皮下で交通していた。動脈性出血はなく出血源の同定は困難であり、ドレーンを留置して手術を終了した。その後徐々に血腫は縮小し、血腫除去術後11日目に退院とした。【考察】経腹手術後の外陰部血腫の報告例は少なく、我々の検索では過去に5例であった。5例の全てが産婦人科手術であり、3例が腹腔鏡下卵巣嚢胞切除術、2例が帝王切開術であった。外陰部血腫発生時期は術後1～6日目にまたがっていた。腹腔鏡術後の2例では保存的治療で軽快していた。責任血管や発生時の対応などについて考察したが、症例数が少なく結論を出すのは困難と思われる。

224. 育児困難と予想された妊婦に対する行政機関との連携

中国中央病院 産婦人科

三苫智裕

【緒言】福山市では福山ネウボラとして、妊娠、出産、子育てに関し、切れ目のない支援を行うために、医療・保健・福祉等の相談体制を再構築し、安心して子育てができる環境を整備している。社会的ハイリスク妊婦に対して医療機関より行政に情報提供を行い、産前・産後に保健師が介入してサポートを行っている。その中で産後の育児が著しく困難と予想される症例では、妊娠中から母子分離を含めて検討することがある。今回当院では妊娠中からサポート体制を構築し、特別養子縁組や育児サポートへ繋がった症例を経験したため報告する。【症例1】18歳未婚初産婦、妊娠25週時まで妊娠に気づかず、中絶希望されたため特別養子縁組を提案した。妊娠38週時に子宮内感染のため緊急帝王切開術となり、児出生7日後に予定通り里親へ児の引き渡しを行った。【症例2】19歳未婚初産婦、妊娠初期より保健師によるサポートはあり、妊娠37週時に自ら特別養子縁組希望された。妊娠41週経陰分娩となった翌日に自分での子育てを希望され、早急に自宅養育に向けた準備を進めた。【症例3】25歳未婚初産婦、知的障害があり、育児能力や家庭でのサポート体制から乳児院等が考慮されたが、本人の強い希望もあり、出産後に院内で子育て指導や調整を繰り返し、自宅での養育の方針となった。【結語】育児困難である妊婦に関して、妊娠早期より医療機関及び行政によるサポート体制の構築は、母子安全のために必要であり、さらなる強化が求められている。

301. 子宮頸部胃型腺癌の一例

福山医療センター 産婦人科

田中梓菜

子宮頸部の胃型粘液性腺癌は、2014年の改訂WHO分類第4版に新たに記載された子宮頸部腺癌の組織亜型であり、通常型と比べて悪性度が高いと報告されている。今回我々は子宮頸部胃型腺癌の一例を経験したので報告する。【症例】69歳。2経妊2経産。子宮頸部細胞診異常を指摘されたため前医を受診し、子宮頸部組織診で腺癌と診断され、当院に紹介された。当院初診時、子宮頸部に長径41mm大の腫瘍を認め、右子宮傍組織に軽度の浸潤を認めた。画像検査でリンパ節転移は無く、腫瘍マーカーはいずれも陰性であった。子宮頸部腺癌ⅡB期の診断で、初診から1ヶ月後に広汎子宮全摘・骨盤内リンパ節郭清を施行した。術後病理診断で胃型腺癌と診断された。脈管侵襲・右子宮傍組織浸潤・右腔壁浸潤の所見がみられ、腔断端から腫瘍までの距離は1mm未満であった。術後放射線療法（外照射：60Gy、腔内照射：6Gy×2回）を行った後に、術後補助化学療法（TC, CBDCA：AUC = 6, PTX：180mg/m²）を施行中である。術後4ヶ月で、経過は良好である。【考察】

胃型腺癌は、進行例が多く、放射線療法・化学療法へ抵抗性であることや、組織浸潤能が高く、周囲境界明瞭な腫瘍を形成しないため、手術範囲の決定が難しく、断端陽性率が高いことが報告されており、通常型の内頸部腺癌とは異なった治療戦略が必要となる可能性があると思われた。

302. 再発・進行子宮頸癌に対するベバシズマブの治療効果および安全性の検討

JCHO 徳山中央病院 産婦人科

高崎ひとみ、平林 啓、中島博予、中島健吾、平田博子、中川達史、山縣芳明、
沼 文隆

【目的】GOG240 試験では再発・進行子宮頸癌に対して化学療法にベバシズマブ（BEV）を併用し、全生存期間、無増悪生存期間の延長を認めたが、有害事象の発現率も高く報告されている。今回、当科の自験例で治療効果および安全性について検討した。【方法】2017 年 4 月から 2019 年 5 月までに、当院で再発・進行子宮頸癌に対して BEV を投与した 9 例について、治療効果と安全性について検討した。【結果】9 例の年齢中央値は 52 歳（28～76 歳）、再発子宮頸癌は 67%（6 例）、進行子宮頸癌は 33%（3 例）であった。組織型は扁平上皮癌 7 例、腺癌 2 例であった。再発例はいずれも同時化学放射線療法後再発で、進行例はいずれも IV b 期であった。再発および転移部位は骨盤内 8 例、骨盤外リンパ節 5 例、肺転移 2 例であった。使用レジメンは TC+BEV 8 例、NGT（ノギテカン）+BEV 1 例で、そのうちの 2 例は BEV 維持療法へ移行した。BEV 投与回数中央値は 6 回（3～14 回）であった。RECIST による効果判定は PR 1 例、SD 6 例、PD 2 例で、奏効率は 11%、病勢制御率は 78% であった。有害事象は高血圧 4 例、蛋白尿 2 例、直腸腔瘻 1 例、腎被膜下出血 1 例であった。【考察と結論】再発・進行子宮頸癌に対して BEV を投与した結果、PR を得るまでの奏効率は難しいが、高い病勢制御率を得ることができた。しかし、侵襲的治療を要する直腸腔瘻、まれな合併症である腎被膜下出血等の有害事象も認められたため、BEV を使用する際には適切なモニタリングが必要である。

303. 子宮頸部小細胞神経内分泌癌の再発に対しベバシズマブ併用化学療法が著効した一症例

山口県立総合医療センター 産婦人科

川崎真奈、大谷恵子、坂井宜裕、三輪照未、浅田裕美、三輪一知郎、讃井裕美、佐世正勝、
中村康彦

子宮頸部小細胞神経内分泌癌は、本邦では子宮頸癌全体の 1.6%と稀な疾患であるため確立した治療法がなく、レジメンは各施設で異なっているのが現状である。今回我々は、術後補助療法後に再発した子宮頸部小細胞神経内分泌癌を経験し、ベバシズマブ併用化学療法が奏功したので報告する。50 歳、3 妊 1 産。不正性器出血を認め、子宮頸部に 3cm 大の腫瘍があり、術前診断で子宮頸部小細胞神経内分泌癌 stage I b1 期と判断し、広汎子宮全摘術を施行した。術後補助療法としてイリノテカン+シスプラチン療法を 6 コース施行した。以後、再発所見を認めなかったが、術後 38 ヶ月後の定期健診の内診にて膣壁 9 時方向に腫瘍性病変を認め、生検にて小細胞神経内分泌癌の診断であり、再発と診断した。CT ではその他、局所再発や遠隔転移を疑う所見は認めなかった。パクリタキセル+カルボプラチン+ベバシズマブ療法の方針とし、6 コースを施行した。1 コース目より腫瘍は縮小し、3 コース目で膣壁スメア陰性となった。現在 6 ヶ月が経過したが、再発を認めていない。化学療法とベバシズマブの併用療法は GOG240 試験において全生存期間、無増悪生存期間の延長を認めている。そのうちの 70%は扁平上皮癌であったが、本症例のような小細胞神経内分泌癌においてもベバシズマブ併用化学療法により無増悪期間の延長を得られる可能性がある。今後更なる症例の蓄積による評価が期待される。

304. 子宮頸部小細胞癌 I B2 期の再発症例に対して CDDP+VP-16 が奏効した一例

呉医療センター・中国がんセンター 産婦人科

宇山拓澄、中村紘子、山根尚史、荒木ゆみ、佐川麻衣子、澤崎 隆、水之江知哉

【背景】子宮頸部小細胞癌は子宮頸癌の数 % を占める稀な疾患で、早期から遠隔転移や再発が多いため予後が悪く、治療法は確立されていない。今回我々は子宮頸部小細胞癌 I B2 期に対して手術と CCRT を施行後に再発し、CDDP+VP-16 が奏効した一例を経験した。【症例】24 歳、未経妊、既往歴は特記なし。不正出血を主訴に前医を受診した。子宮頸部細胞診：class V、子宮頸部組織診：小細胞癌、MRI にて子宮頸部に 2.6cm 大の腫瘤を認め精査加療目的に当科紹介となった。当科初診時、腫瘍径は 4cm 大で約 2 週間で急速に増大していた。当院にて子宮頸部細胞診：小細胞癌、子宮頸部組織診：小細胞癌、初診から 12 日後の MRI にて腫瘍径は 5.7cm とさらに増大を認めた。全身 CT では遠隔転移や明らかなリンパ節転移は認めず、子宮頸癌 I B2 期と術前診断し広汎子宮全摘出術を施行した。術後病理診断は子宮頸部小細胞癌 I B2 期 (pT2a2N0M0) で、術後補助療法として CCRT (CDDP+VP-16 併用) を施行した。CCRT 後 7 ヶ月の CT で胸膜播種、多発リンパ節転移、左副腎転移を認めた。再発に対して CDDP+VP-16 を 4 コース施行し、病変は縮小、再発時に上昇していた NSE も正常範囲内となり病勢を抑えることができた。その後は再発なく現在 8 ヶ月経過している。【結語】子宮頸部小細胞癌の再発症例の報告例は少ないが、nedaplatin や CDDP+CPT-11、CDDP+VP-16 が有効との報告があり、本症例においても CDDP+VP-16 による化学療法が有効であった。

305. 外科的治療および術後補助化学療法を施行した腔原発悪性黒色腫の 1 例

愛媛大学医学部附属病院 産婦人科

加藤宏章、藤岡 徹、行元志門、恩地裕史、松本 唯、横山真紀、安岡稔晃、井上 彩、内倉友香、高木香津子、宇佐美知香、松原裕子、松元 隆、松原圭一、杉山 隆

【緒言】腔原発悪性黒色腫は稀な疾患とされており、悪性黒色腫全体のうち腔由来は 1% 未満であり、腔悪性腫瘍の 1～5% 程度を占めると言われている。また、5 年生存率は 0～30% と予後不良とされている。今回、我々は腔原発悪性黒色腫に対して手術療法及び術後補助療法としてニボルマブを投与した 1 例を経験したので報告する。【症例】61 歳女性、未産婦。不正性器出血のため前医を受診したところ、腔入口部前壁に 1cm 程度の黒色の隆起性病変を認めた。生検の結果、悪性黒色腫と診断され、当科に紹介された。骨盤部造影 MRI 検査及び PET-CT 検査では、明らかな腔壁外浸潤は否定的であった。膀胱鏡では外尿道口から 1cm 程度までの粘膜に黒色変化を認め、同部位の生検結果は悪性黒色腫であった。泌尿器科及び消化器外科と合同で腹腔鏡補助下前方骨盤臓器摘出術、回腸導管増設術を施行した。術後は骨盤底に膿瘍を形成したため抗生剤加療を要したが、経過良好で術後 38 日目に退院とした。現在は術後補助療法としてニボルマブを投与しており、術後 4 ヶ月を経過した現在、再発を認めていない。【結語】稀な疾患である腔原発悪性黒色腫に対し、外科的治療を施行し、術後補助療法としてニボルマブを投与した 1 例を経験した。再発率が高く予後不良な疾患であるため、今後も引き続き注意深いフォローアップが必要であると思われる。

306. 妊娠初期に合併した若年子宮内膜癌の 1 例

総合病院山口赤十字病院 産婦人科

長屋陽平、高石清美、内山美穂子、宮田知子、西村典子、月原 悟、申神正子、金森康展

近年、子宮体癌は罹患数と死亡数のいずれも増加傾向にあるが、妊娠に合併することは非常に稀である。今回、われわれは、妊娠初期の子宮内容物の摘出標本によって診断された若年子宮内膜癌症例を経験したので報告する。症例は 27 歳 1 妊未産女性である。自然周期で妊娠成立したが、近医で胎状奇胎が疑われたため、当院へ

紹介となった。初診時、最終月経から妊娠10週1日で不正出血を伴い、経腔超音波断層法で子宮内腔に不整な嚢胞性病変が認められた。胎状奇胎を否定できない所見であり、血中hCGは29,200mIU/mlであった。その後、胎児の発育がみられず、稽留流産の診断で妊娠11週0日に流産手術を施行した。摘出標本の肉眼所見では絨毛成分が確認され、病理組織学的所見においては、少量の絨毛組織と、内膜腺の篩状構築を含めた構造異型を呈する腺管が認められ、高分化型類内膜癌の診断に至った。骨盤造影MRI検査で筋層浸潤を疑う所見は認められず、CTでリンパ節腫大や遠隔転移はみられなかった。本人と家族の強い妊孕性温存の希望から、術後23日目よりmedroxyprogesterone acetate (MPA)による黄体ホルモン療法を開始した。治療開始から2か月半後の子宮内膜掻爬術では悪性所見はなく、さらに3か月を経て現在加療中である。高黄体ホルモン環境下である妊娠中に、子宮内膜癌の合併を認めた若年症例を経験したので、経過とともに文献的考察を含めて報告する。

307. 自然退縮がみられた子宮体がん術後肺転移の1例

済生会下関総合病院 産婦人科

藤村大志、嶋村勝典、城下亜門、矢壁和之、田邊 学、丸山祥子、高崎彰久、森岡 均

【緒言】がんの自然退縮は非常に稀である。今回、子宮体がん術後肺転移に対する抗がん剤治療中止後に、がんの自然退縮を認めた症例を経験したので報告する。【症例】78歳、3妊3産。74歳時に子宮内膜細胞診でadenocarcinomaを指摘され当院受診。MRI検査にて頸部浸潤が疑われ、子宮体がんⅡ期相当の診断にて準広汎子宮全摘術、両側付属器切除術、大網部分切除術、傍大動脈～骨盤内リンパ節郭清術を施行した。術後子宮体がんⅠA期、pT1apN0M0、Clear cell adenocarcinomaと診断、患者希望により術後補助化学療法は行わなかった。術後1年で左中肺葉に増大する結節病変を1箇所認めた。胸腔鏡下肺部分切除術施行し子宮体がんからのMetastatic carcinomaと診断した。胸腔鏡下手術1ヶ月後のCT検査にて多発肺結節影を認めたため、子宮体がん術後肺転移の診断にてTC（パクリタキセル、カルボプラチン）療法を開始した。TC療法開始後より結節影の縮小を認めたが、TC療法11コース終了後にPDとなり治療を終了した。TC療法終了後6ヶ月のCT検査では結節影の増大を認めた。その後も無治療で経過観察していたが、TC療法終了後12ヶ月後のCT検査で結節影の著大な縮小を認め、TC療法終了後18ヶ月後に結節影は消失し、TC療法終了後30ヶ月まで寛解を維持している。【考察】抗がん剤治療抵抗性の多発肺転移病変が自然退縮した子宮体がん症例を経験した。自然退縮の機序は不明であるが今後症例の集積による解明が望まれる。

308. 子宮平滑筋腫から発生したと考えられる子宮平滑筋肉腫の一例

倉敷中央病院 産婦人科

西川貴史

【緒言】子宮平滑筋肉腫は大部分がde novoに発生すると考えられており、子宮平滑筋腫から発生したという報告は少ない。今回、子宮平滑筋腫から発生したと考えられる平滑筋肉腫の症例を経験したので報告する。【症例】59歳、2妊2産。3ヶ月前から不正性器出血を認め2ヶ月前に前医を受診した。下腹部に腫瘤を触知し子宮筋腫が疑われた。子宮内膜細胞診や腫瘍マーカーは陰性だった。その後通院を自己中断していたが、2週間前に前医を再受診した際に腫瘤の増大が認められた。精査加療目的に当科へ紹介となった。MRI検査で平滑筋肉腫が疑われた。明らかな転移や播種病変は認めず、腹式単純子宮全摘術および両側付属器摘除術を行った。術中S状結腸間膜に小腫瘤を認め切除した。病理検査では同一腫瘍の内部に平滑筋腫組織と平滑筋肉腫組織が混在し、既存の平滑筋腫を巻き込む形で平滑筋肉腫が増生していた。平滑筋腫と平滑筋肉腫の移行像と考えられ、子宮筋腫の悪性転化によって発生した子宮平滑筋肉腫と推察された。なお切除した腫瘤にも肉腫病変を認め、leiomyosarcoma、pT2bNXM0、StageⅡB期との診断に至った。術後はゲムシタビンとドセタキセルの2剤併用化学療法を行っている。【考察】子宮平滑筋腫から悪性転化したと考えられた子宮平滑筋肉腫の症例を経験した。平滑筋腫から発生する平滑筋肉腫は比較的稀だが、子宮筋腫の急速な増大があれば悪性化を疑う必要性を

再認識した。

309. 子宮体癌の化学療法中に発症した Pegfilgrastim 投与による大型血管炎

国立病院機構 四国がんセンター

藤本悦子、横山貴紀、友野勝幸、坂井美佳、大亀真一、竹原和宏

【緒言】 Pegfilgrastim は従来の G-CSF 製剤を PEG 化することで血中半減期を延長させ、FN の予防や dose intensity 維持のために使用されている。副作用は従来の G-CSF 製剤同様であるが、今回 Pegfilgrastim 投与による大型血管炎を経験したので報告する。【症例】 52 歳、2 経産。子宮体癌 IIIA 期 (pT3aN0M0, undifferentiated carcinoma) の術後化学療法として TC 療法 (PTX 180mg/m², CBDCA AUC6) 6 サイクルを予定した。1 サイクル目で好中球減少による投与延期を来したため、2 サイクル目 day3 に Pegfilgrastim (Peg) を投与した。Peg 投与 5 日目より発熱、咽頭～心窩部痛を訴え、Peg 投与 7 日目に入院となった。身体所見、胸部 Xp に異常所見は無く、血液検査では WBC 10840 μ /L, CRP 3.4mg/dL と軽度炎症反応の上昇のみ確認された。感染症を疑い抗生剤を開始したが、解熱傾向になく原因検索のために CT を施行したところ、縦隔内脂肪織濃度の上昇を認めた。縦隔炎を疑い、抗生剤を継続するも解熱に乏しく、再度施行した CT で、胸部～腹部動脈壁が著明に肥厚しており、各種培養検査が陰性であったことから大型血管炎と診断し、経口 PSL 投与を開始した。翌日より解熱、症状も軽快し PSL 投与 7 日目の CT では、動脈壁肥厚の改善が確認された。PSL を漸減し、治療を再開した。【結論】 Pegfilgrastim は 2018 年 6 月に新たな有害事象として大型血管炎が追加され、使用にあっては念頭に入れておく必要がある。

310. 帝王切開術後 1 ヶ月での多量出血を契機に発見された妊娠性絨毛癌の一例

広島大学 産科婦人科

菅 裕美子

【緒言】 絨毛癌は稀な疾患であり、悪性度が高く全身に血行性転移をきたすため早期の診断・治療が望まれる。今回、帝王切開術後の繰り返す性器出血を契機に発見された妊娠性絨毛癌の一例を経験したので報告する。【症例】 35 歳、1 妊 1 産。前医で妊娠 42 週 1 日、分娩誘発中の NRFS に対して緊急帝王切開術を施行された。児は 3184g の男児で Apgar score 9/10 点にて出生し、母児共に産後の経過は良好であった。しかし術後 3 週間より性器出血を繰り返し、術後 5 週に多量の出血を認めたため当院へ搬送となった。来院時、Hb 6.5g/dL と貧血を認め、輸血を行った。経膈超音波及び造影 CT 検査で子宮内腔に 2cm 大の血流豊富な腫瘍を認め、同日に両側子宮動脈塞栓術を行った。血中 hCG 41,139mIU/mL と異常高値であり、第 3 病日に TCR を行い、小指頭大の腫瘍を子宮筋層も含め切除した。摘出病変の病理組織診断では子宮間質への浸潤を伴う絨毛癌で、前医で保存されていた胎盤の一部にも同様の病変を認め、胎盤内絨毛癌と診断した。画像検査では肺を含め転移巣を認めず、第 10 病日より MEA 療法を開始した。現在、MEA 療法 2 サイクルを施行し、血中 hCG は順調に低下している。児は当院小児科で経過観察中であるが、血中 hCG は測定感度以下であり、異常は認めていない。【結語】 妊娠性絨毛癌は稀な疾患であるが、性器出血や子宮内腫瘍等を認めた場合には、妊娠性絨毛癌の可能性を考慮し、hCG 測定や病理組織学的確認を行う必要がある。

311. 子宮筋腫からのエリスロポエチン産生が疑われた赤血球増加症の 2 例

¹⁾ 徳島県立中央病院 産婦人科、²⁾ 徳島県立中央病院 血液内科

前川正彦¹⁾、三谷龍史¹⁾、宮谷友香¹⁾、関本悦子²⁾

【緒言】 子宮筋腫によるエリスロポエチン (EPO) 産生が赤血球増加症を惹起することが知られている。今回我々

は、EPO 産生による赤血球増加症が疑われた巨大筋腫に対して、腹式子宮全摘出術あるいは腹腔鏡下手術を施行した2症例を経験したので報告する。【症例】症例1：69歳、3回経産婦。閉経60歳。10年前のMRI: 130×92 mmの筋腫。手術2か月前に下腹部腫瘍の精査目的で紹介。MRI: 171×103 mmの子宮筋腫。RBC 666万、Hb 20.3 g/dl, Ht 61.6%, 血中EPO 37.0 mIU/ml [9.2-32.8]。閉経後に増大していたため開腹手術を選択。摘出子宮重量2 kg、出血量126 ml、手術時間1時間50分。病理診断：平滑筋腫。術後4か月の検査はRBC 467万、Hb 13.9 g/dl, Ht 42%, EPO 24.3 mIU/mlと改善。症例2：77歳、2回経産婦。4年前に慢性硬膜下血腫で入院、CTで子宮筋腫を指摘されて紹介。MRI: 180×164 mmの巨大子宮筋腫。閉経後のため経過観察の方針。2年前のMRI: 筋腫核187×179 mm。手術4か月前に赤血球増加症の精査目的にて血液内科紹介。RBC 603万、Hb 16.7 g/dl, Ht 52.1%, 血中EPO 38.8 mIU/ml [4.2-23.7]。MRI: 筋腫核202×175 mm。EPO産生筋腫と判断し腹腔鏡下手術を選択。摘出子宮と両側付属器は下腹部横切開から体外搬出。摘出子宮重量5.3 kg、出血量110 ml、手術時間4時間30分。病理診断：平滑筋腫。退院4か月の血液検査でRBC 501万、Hb 14.2 g/dl, Ht 43.9%, EPO: 4.2 mIU/mlと改善。【考察】子宮筋腫を伴う赤血球増加症は筋腫によるEPO産生を念頭におく必要がある。

312. 播種性血管内凝固症候群を併発した子宮腺筋症の2例

広島市民病院 産婦人科

片山沙希、片山陽介、坂井裕樹、入江恭平、田中奈緒子、久保倫子、森川恵司、依田尚之、植田麻衣子、関野 和、依光正枝、上野尚子、中西美恵、石田 理、児玉順一

【緒言】子宮腺筋症は、子宮内膜様組織の腺上皮および間質組織が筋層内に存在する良性疾患であり、過多月経、月経困難症、不妊症などをきたすことで知られている。まれにDICを合併する症例の報告が認められており、発症契機としては人工妊娠中絶後や月経があげられる。今回我々は、ホルモン治療後に多量性器出血を認め、その後DICとなった症例を2例経験した。【症例】1例目の症例は43歳、3妊2産、月経痛、過多月経、不正性器出血の増悪のため近医受診しEP製剤を内服した。内服19日目に多量出血と腹痛が出現し、その後増悪したため当院へ救急搬送された。基準型でのDICスコア9点と著明なDICを認め、RBC, FFP, PCの輸血により全身状態の改善を図りつつ緊急子宮全摘術となった。2例目の症例は43歳、6妊4産、不正性器出血にてEP製剤内服し、多量出血にて近医を受診した。基準型でのDICスコア8点であり、DICと診断され当院搬送となった。RBC, FFPの輸血、トロンボモジュリンアルファの投与によりDICは改善し、その後待機的手術にて子宮全摘を施行した。どちらの症例も明らかな感染源は認めなかった。【結語】子宮腺筋症は月経や消退出血や妊娠中絶・流産などを契機に凝固線溶系が亢進し、DICを発症する可能性がある。DICを発症した場合、早期にFFP輸血などの治療に加え、場合によっては子宮全摘術を行う必要がある。

313. 抗NMDA受容体抗体脳炎を伴った卵巣奇形腫の2例

山口大学大学院医学系研究科 産婦人科学講座

岡部真由子、春瀬風香、梶邑匠彌、爲久哲郎、岡田真希、渋谷文恵、竹谷俊明、末岡幸太郎、杉野法広

【緒言】抗NMDA受容体抗体脳炎は非ヘルペス系辺縁系の自己免疫性脳炎であり、六割に卵巣奇形腫を合併する。抗NMDA受容体抗体脳炎を伴った卵巣奇形腫に付属器切除を行い改善を認めた2例を報告する。症例1:31歳。希死念慮を主訴に近医精神科入院。意識障害、徐脈、及び呼吸不全も出現し、当院脳神経内科紹介受診。受診時、JCS200、四肢運動はほぼ消失していた。CTで2cm大の右卵巣奇形腫を認めた。抗NMDA受容体抗体脳炎の可能性を考慮し（その後抗体陽性が判明）、腹腔鏡下右付属器切除術を施行し、ステロイドパルス療法を施行した。術後10日程度で意識レベルは改善し、免疫グロブリン療法を施行し、全身状態改善した。症例2:24歳。発熱・頭痛を初発症状として、発語・体動が消失し、当院脳神経内科紹介受診。痙攣、意識障害（JCS200）を

認め、人工換気管理の上、ステロイドパルス療法、免疫グロブリン療法を施行した。髄液検査で抗 NMDA 抗体を認め当科紹介。骨盤 MRI では腫瘍の指摘はなかったが、経膈超音波と thin slice CT で微細な脂肪成分と石灰化を認めた。腹腔鏡下左付属器切除術を施行し、シクロフォスファミドパルス療法を追加施行し、術後 2 ヶ月で全身状態の改善を認めた。術後病理診断は成熟嚢胞性奇形腫であった。【結論】抗 NMDA 受容体抗体脳炎において小さい病変でも奇形腫の摘出は有用であり、十分な検索及び外科的治療が重要である。

314. メイグス症候群疑いで手術を施行した超高齢者の 1 例

¹⁾ 岡山済生会総合病院 産婦人科、²⁾ 岡山済生会総合病院 初期研修医

大石恵一^{1) 2)}、角南華子¹⁾、関 典子¹⁾、鈴井 泉¹⁾、小池浩文¹⁾、太田友香¹⁾、坂口幸吉¹⁾、江尻孝平¹⁾、平野由紀夫¹⁾

メイグス症候群は良性の卵巣腫瘍に伴って胸腹水が出現する疾患で、腫瘍の摘出により胸腹水が消失する。また、昨今の長寿社会では超高齢者の手術適応に苦慮する機会も増えている。今回、著明な腹部膨満感と胸部苦悶感を主訴に救急受診し、多量腹水と巨大卵巣充実性腫瘍を認めてメイグス症候群が疑われるも、超高齢者のため手術適応の判断に苦慮した 1 例を経験したので報告する。症例は 90 才。2 妊 2 産。既往に虫垂炎手術、一過性脳虚血発作、頻脈発作、高血圧、高脂血症、骨粗鬆症を認める。今回、約 2 か月前から腹部膨満感を認め、胸部苦悶感も出現したため当院救急外来を受診。CT 検査で 18cm 大の卵巣充実性腫瘍と多量腹水を認め、当科紹介入院となった。骨盤 MRI 検査では卵巣線維腫、メイグス症候群が疑われた。全身精査により、軽度腎機能低下と両下腿に小血栓を認めた。保存療法のみでは十分な苦痛緩和が行えず、腹水貯留前は ADL が比較的保たれていたこともあり、ご本人、ご家族に周術期合併症のリスクにつき十分な IC の上、全身麻酔下に両側付属器切除術を施行した。術後は一時的なせん妄と気力低下、右眼球運動障害を認めたが、積極的なリハビリの介入と抗凝固療法継続により徐々に ADL 改善し、術後 14 日目に退院の見込みである。病理診断は左卵巣線維腫だった。超高齢者でも十分な全身評価と IC、リハビリを含めた積極的な周術期管理を行うことで、手術を検討することが肝要である。

315. 嚢胞状帝王切開瘢痕部が着床部結節から成っていた一例

徳島大学病院 産科婦人科

香川智洋、阿部彰子、峯田あゆか、西村正人

【緒言】近年、帝王切開創部子宮筋層の菲薄化に伴う不正出血や不妊症などを呈する帝王切開瘢痕症候群の認知が広まってきている。今回、帝王切開瘢痕部嚢胞を形成していた症例で、同部位が中間型栄養膜細胞から成っていた症例を経験したので報告する。【症例】40 歳、3 妊 3 産（帝王切開（CS）2 回）。周産期管理は前院で実施、胎盤は後壁付着であった。また 2 回目の CS 時に卵管結紮術も同時に施行されていた。CS 後 10 ヶ月目より不正性器出血を認め、13 ヶ月目に前院受診した。超音波で CS 創部に 3cm 大の血腫像を認め、帝王切開瘢痕症候群が疑われ、当科紹介となった。月経 16 日目の超音波で経時的に CS 瘢痕部創部への血液の流動影を認め、頸部離断しているように描出された。挙児希望なく子宮全摘術を行う方針となり、CS 後 18 ヶ月目に開腹下単純子宮全摘術を施行した。開腹所見は子宮頸部に 4cm 大の血腫を透見、穿孔は認めなかった。摘出子宮の前壁筋層は著明な菲薄化を認め、結節形成は認めていない。病理学的には残存筋層は 1-2mm 厚で、菲薄化した嚢胞状空隙の内膜に沿って中間型栄養膜細胞を認めた。【考察】不正出血を伴う嚢胞状帝王切開瘢痕症候群の一例を経験した。病理学的に着床部結節と考えられる特徴的な所見を認め、文献的考察を加え報告する。

316. 当科において胚凍結保存後に子宮筋腫核出術を施行した不妊症例の検討

山口県立総合医療センター 産婦人科

三輪照未、浅田裕美、川崎真奈、坂井宜裕、大谷恵子、三輪一知郎、讃井裕美、佐世正勝、中村康彦

【目的】子宮筋腫が不妊原因と考えられる症例に子宮筋腫核出術を行う際、妊娠までに数ヶ月の待機期間を要するため、特に高齢不妊患者では待機期間中に卵巣予備能が低下することが問題となる。今回、当科において胚凍結保存後に子宮筋腫核出術を施行した不妊症例について検討した。【方法】2012年1月～2018年12月に当科で子宮筋腫が不妊原因と考えられ、胚凍結保存後に子宮筋腫核出術を施行した9例を対象とし、治療成績について検討した。数値は中央値(最小値-最大値)で示した。【成績】年齢40(36-40)歳、不妊期間24(5-72)ヶ月、治療前AMH 2.75 (0.23-4.95) ng/mlであった。採卵周期数は4 (2-7) 回で、6 (3-9) 個凍結保存でき、そのうち良好胚は2 (0-7) 個であった。最終採卵日から筋腫核出術までは2 (1-3.5) ヶ月で、核出した筋腫の最大径は5 (5-10) cm、核出した筋腫は8 (4-38) 個であった。筋腫核出術後の避妊期間は6ヶ月以上とし、7例(15周期)に胚移植を施行した。5例に7妊娠が成立し(妊娠率71%)、流産は4妊娠(流産率57%)、生児獲得は3例(43%)であった。筋腫核出術から妊娠成立までは8.5 (7-15) ヶ月であった。【結論】手術適応となる子宮筋腫を合併した高齢不妊患者に対し、ARTを考慮する場合には、胚凍結保存後に子宮筋腫核出術を施行する方法は選択肢の一つとなり得ると思われた。

317. 妊孕性温存のため卵巣凍結を行った急性骨髄性白血病の2症例

¹⁾ 岡山大学大学院 医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室、

²⁾ 岡山大学大学院 保健学研究科、³⁾ 三宅医院

兼森雅敏¹⁾、久保光太郎¹⁾、榎野千明¹⁾、岡田真紀¹⁾、酒本あい³⁾、鎌田泰彦¹⁾、中塚幹也²⁾、増山 寿¹⁾

【背景】癌治療患者における妊孕性温存治療として、受精卵凍結、卵子凍結、卵巣凍結がある。卵巣凍結は経腔的な操作が難しい若年女性や、治療の時間的猶予がない症例に行われるが、成功率は低くリスクも懸念される。今回、卵巣凍結を行った急性骨髄性白血病の2例を経験したので報告する。【症例】①31歳、既婚、未妊。サルモネラ腸炎を発症し受診した際に血球減少が指摘され、精査にてAMLと診断され、原疾患治療を速やかに開始された。寛解導入後の骨髄移植までの期間に、患者の強い希望があり卵巣凍結術を施行した。汎血球減少などのリスクを十分に説明した上で腹腔鏡下に両側卵巣部分切除を行った。術後に同種骨髄移植施行し、現在入院管理中である。②13歳、女児。出血傾向・倦怠感があり近医受診し汎血球減少を認めた。骨髄検査施行し、急性白血病と診断された。化学療法から骨髄移植までの流れはコンスタントに続ける必要があること、経腔的な処置が難しかったことから卵巣組織凍結術施行。腹腔鏡補助下に卵巣部分切除を行いガラス化法、緩慢凍結法で凍結を行った。術後に同種骨髄移植施行され、退院となっている。【結語】癌患者の妊孕性温存については治療開始までの短期間のうちに決定しなければならず、過度の期待や不安を抱かせてしまう可能性もある。癌治療に希望を持って臨めるように各診療科やコメディカルが密に連携をとってサポートしていくことが重要である。

318. 腹腔NK細胞の走化性低下は、子宮内膜症の術後再発に関連する

¹⁾ 高知大学医学部 産科婦人科、²⁾ 幡多けんみん病院、³⁾ 熊本大学 産科婦人科

山本槇平¹⁾、牛若昂志³⁾、都築たまみ¹⁾、橋元粧子¹⁾、谷口佳代¹⁾、泉谷知明²⁾、前田長正¹⁾

【目的】子宮内膜症(内膜症)の病因には、免疫応答の脆弱性が指摘されている。教室では、内膜症の腹腔免疫細胞の動態をタイムラプスシステム解析し、その走化性について検討している。今回、腹腔NK細胞の走化

性と内膜症進行期、術後再発との関連性について検討した。【方法】2012年6月～2018年2月に子宮内膜症に対して当院で腹腔鏡手術を行った内膜症群（E群）41例と非内膜症対照群（C群）22例を対象とした。腹腔内貯留液中のNK細胞をタイムラプス撮影し、細胞の移動距離と撮像時間から移動スピードを測定し、走化性の指標とした。1. E群とC群の走化性の比較 2. E群における進行期と走化性との関連性 3. E群における術後再発・再燃の有無と走化性との関連性を検討した。【成績】1. E群ではC群に比較して有意にNK細胞走化性が低下していた。2. E群では、軽症群と重症群で走化性に有意差はなかった。3. E群では4症例が再発し、再発群は非再発群と比較しNK細胞の走化性が有意に低下していた（ $p < 0.05$ ）。マクロファージ、リンパ球の走化性は全ての検討で有意差を認めなかった。【結論】E群においてNK細胞の走化性は低下している。この現象は内膜症初期の段階から認められ、内膜症発症に関する可能性がある。また、走化性がより低い群に術後再発が多く、再発機序にも関与していると考えられる。本検討から、NK細胞の走化性を用いた本システムは、内膜症術後再発のリスク評価に有用と考えられた。

319. 網羅的発現データと遺伝子転写制御ネットワークデータの統合解析による卵巣チョコレート嚢胞のマスターレギュレータの同定

山口大学 産婦人科

三原由実子、前川 亮、清水奈都子、田中結美子、高木遥香、白蓋雄一郎、品川征大、田村 功、竹谷俊明、田村博史、杉野法広

目的：近年のiPS細胞やダイレクトリプログラミング研究で明らかにされているように、細胞の特異性は鍵となる少数の上流遺伝子により規定されている。そこで上流遺伝子が下流の遺伝子発現を変化させることで卵巣チョコレート嚢胞が発生するという仮説を立てて研究を行った。方法：(1) 卵巣チョコレート嚢胞の網羅的発現データと遺伝子転写制御ネットワークデータでネットワーク解析を行い、上流遺伝子候補を抽出した。子宮内膜間質細胞で上流遺伝子候補の過剰発現細胞を作成し、(2) マイクロアレイで網羅的発現解析を行った。(3) 細胞増殖、遊走及び創傷治癒アッセイで細胞増殖能、遊走能を、3次元コラーゲンゲルを用いた細胞収縮アッセイで癒着形成能を評価した。結果：(1) HOXC8が候補遺伝子として抽出された。(2) 過剰発現細胞において582遺伝子の発現が変化した。それら582遺伝子でKEGG pathwayを行ったところ、卵巣チョコレート嚢胞に特徴的で、細胞増殖や癒着形成に関与することが知られているTGF β -、MAPK-、TNF-signaling pathwayが活性化された。(3) 過剰発現細胞株で細胞増殖、遊走能と癒着形成能が亢進した。結論：HOXC8は、上流遺伝子として上流に位置し、下流の遺伝子発現を制御し、細胞増殖、細胞遊走や癒着形成能の亢進を介して卵巣チョコレート嚢胞の進展に関与していると推察される。

320. 当科における卵巣癌に対するdose-dense TC療法の治療成績

山口大学 産婦人科

鷹巢 剛、末岡幸太郎、今川天美、田村雄次、為久哲郎、岡田真希、梶邑匠彌、澁谷文恵、竹谷俊明、杉野法広

【緒言】dose-dense TC（ddTC）療法は本邦でのJGOG3016試験においてconventional TC療法に対する有用性が示されたが、その後の海外での2つの比較試験ではポジティブな結果は示されなかった。当科では一貫してddTC療法を施行してきたので、今回改めてその治療効果を再考することを目的とした。【方法】2012年1月1日から2017年12月31日に当科で初回治療を開始した、Ⅲ～Ⅳ期の上皮性卵巣・卵管・腹膜癌においてddTC療法を施行した50例を対象に、奏効率や予後について後方視的に検討した。【結果】原発巣は卵巣／卵管／腹膜が39/1/12例で、進行期はⅢ／Ⅳ期が27/23例であった。組織型は漿液性が41例（82.0%）であった。フロントライン治療において、奏効率はNAC/adjuvantでそれぞれ84.6%（22/26）/69.2%（9/13）であり、全体の5年無増悪生存期間は34.8%で、5年全生存率は62.7%であった。手術を含めた初回治療での寛解は32例

で得られ再発は22例で認めた。再発までのプラチナフリーインターバルの中央値は12.5ヶ月で、初回プラチナ感受性再発時の奏功率は78.6% (11/14) で、再発後の全生存期間の中央値は51ヶ月であった。【結語】 ddTC療法はNAC・adjuvant・再発のいずれのタイミングにおいても高い奏功率を示し、予後改善効果を認めた。

321. プラチナ感受性再発卵巣がんに対するオラパリブの使用経験

県立広島病院 産婦人科

白山裕子、野村有沙、三浦聡美、上田明子、浦山彩子、中島祐美子、三好博史

【目的】 プラチナ感受性再発卵巣がんに対して2018年1月PARP阻害薬オラパリブが維持療法薬として承認された。当科におけるオラパリブを投与症例について報告する。【方法】 2018年8月から2019年3月にオラパリブを投与した5症例とした。臨床情報を診療録より後方視的に調査した。嘔気対策として全例にメトクロプラミドを予防投与した。【結果】 年齢の中央値は69歳 (49-74歳)、原発は卵巣3例、卵管1例、腹膜1例であった。組織型は漿液性癌3例、類内膜癌1例、癌肉腫1例であり、前治療のレジメン数は2レジメン1例、3レジメン2例、5レジメン1例、6レジメン1例であった。有害事象は全例に認め、Grade3以上は貧血3例、好中球減少2例、血小板減少1例であった。2例に関血球輸血を行った。病状進行により2例、内服1日目に顔面発赤、浮腫が出現しアナフィラキシーと判断した1例は内服を中止した。休薬期間が必要であった症例は2例であった。現時点で2例が内服継続中である。【結論】 発現頻度の高い嘔気については制吐剤予防投与で制御できていた。しかし輸血を必要とする高度な貧血やアナフィラキシーの発現もあり十分な説明と慎重な管理を要する。

322. MSI-highを有する進行卵巣癌にペムブロリズマブを使用した1例

岡山赤十字病院 産婦人科

楠元理恵、渋谷昇平、江口武志、片山典子、佐々木佳子、大村由紀子、林 裕治

ペムブロリズマブはPD-1/PD-L1伝達経路に対する免疫チェックポイント阻害薬であり、2018年12月よりがん化学療法後に増悪した進行・再発のマイクロサテライト不安定性 (MSI-high) を有する固形癌に適応が拡大となった。今回MSI-highを有する若年性の進行卵巣癌に対してペムブロリズマブを使用し、治療効果を認めた症例を経験したため報告する。症例は34歳女性。頸部リンパ節腫脹を主訴に血液内科を受診され、リンパ節生検にて婦人科癌の転移が疑われたため、精査加療目的に紹介となった。MRI検査で左卵巣に充実成分と囊胞成分の混在した像を認め、CT検査では頸部/縦隔/傍大動脈/後腹膜腔リンパ節に明らかな腫大を認めた。卵巣癌stage IVと診断した。治療はドセタキセル/カルボプラチン療法を選択したが、治療中も腫瘍マーカーは上昇を続け、2コース施行後の治療効果判定でPDであったため、イリノテカン/カルボプラチン療法へ変更した。計3コース施行したが、腫瘍マーカーは更に上昇し、腹部膨満、嘔気、下肢痛などの症状も悪化した。その間にMSI検査を施行し、陽性であったためペムブロリズマブの使用に踏み切った。1コース施行後、38度を超える発熱と炎症反応の上昇を認め、入院管理とし抗生剤投与を行った。発熱は17日間継続したが自然に解熱した。その後は大きな副作用なく順調に経過し、5コース終了後の現時点で、腫瘍の縮小効果、症状の緩和、腫瘍マーカーの著明な低下を認めている。

323. 小児での初発時から 16 年間を経て再発した卵巢小細胞癌の一例

倉敷中央病院 産婦人科

船富爽子、寺林博之、藤塚 捷、黒田亮介、中村しほり、小嶋一司、西川貴史、西村智樹、原 理恵、田中 優、障子章大、黒岩征洋、清川 晶、楠本知行、福原 健、中堀 隆、本田徹郎、長谷川雅明

【緒言】 卵巢小細胞癌は 40 歳以下の卵巢未分化癌の中では最も頻度の高い組織型であるが、卵巢癌全体の 0.2% と非常に稀な腫瘍であり、予後は不良である。今回、16 年の期間を経て再発した一例を経験した。【症例】 30 歳、未妊。14 歳時に卵巢癌 primitive neuroectodermal tumor と診断され、左付属器切除術及び術後化学療法（シクロホスファミド/エトポシド/シスプラチン/ビンクリスチン）を施行された。以後再発なく通院を自己中断していた。30 歳時に腹痛と便秘を主訴に受診し、11cm 大の右卵巢腫瘍を指摘された。多数の腹膜播種や腹水も認めた。卵巢癌再発の診断に対して、直ちに単純子宮全摘＋右付属器切除＋大網部分切除＋播種切除を施行され、optimal surgery となったが、1cm 未満の播種病変は残存した。組織型は small cell carcinoma, hypercalcaemic type と診断された。改めて 14 歳時の病理組織を検討し、今回と同様の組織型と判断した。術後 1 か月で播種病変増大やリンパ節転移、腹水貯留を認め、病勢の強さが示唆された。シスプラチン/エトポシドでの化学療法を 2 コース施行されたが、病勢は進行し、当院受診から 4 か月で原病死に至った。【考察】 卵巢小細胞癌の予後は非常に不良だが、本症例では初発から 16 年間再発なく経過したという稀な転帰を辿っており、初発時の治療が奏功したと考えられた。一方、再発時には化学療法での病勢進行の抑制は困難であった。今後とも卵巢小細胞癌の症例の蓄積が望まれる。

324. 卵巢腫瘍との鑑別が困難であった小腸 GIST の一例

岡山済生会総合病院 産婦人科

角南華子、関 典子、鈴井 泉、小池浩文、太田友香、坂口幸吉、江尻孝平、平野由紀夫

女性の骨盤内に発生する腫瘍は多様であり、卵巢腫瘍との鑑別が困難な場合がある。今回我々は、卵巢腫瘍の術前診断で開腹したところ、術中に小腸 GIST が判明した一例を経験したので報告する。症例は 68 歳女性。2 妊 2 産。体重減少を主訴に受診。骨盤内に 7 cm 大の可動性良好な充実性腫瘍を認め、骨盤部 MRI 検査で左卵巢顆粒膜細胞腫の疑いであったため当科紹介、手術の方針となった。手術予定日の 1 週間前、突然の気分不良を認め、当院救急外来を受診。血圧低下と貧血の進行、タール便を認めたため、緊急上下部消化管内視鏡検査を施行したが、出血源は認めなかった。全身状態は落ち着いていたため、予定通りに手術を施行したところ、腫瘍は卵巢由来ではなく空腸由来であった。空腸の一部に穿孔を認め、外科とともに腫瘍切除術を施行した。病理組織検査は GIST (Gastrointestinal Stromal Tumor) の診断であった。GIST は消化管の粘膜下に発生する腫瘍で、胃での発生が最も多く、小腸での発生は 20-30% とされている。GIST に特徴的な臨床所見や画像所見はなく、本症例のように子宮や卵巢腫瘍との鑑別が困難な場合がある。術前に骨盤内腔の可動性良好な腫瘍を認めた場合、GIST も鑑別の一つに入れておく必要があると考える。

401. 術中超音波断層法が診断に有効であった卵管間質部妊娠の 1 例

愛媛県立中央病院 産婦人科

井上翔太

【緒言】 卵管間質部妊娠の発生頻度は全卵管妊娠の 2～4% と比較的稀な一型であり、その診断には苦慮することが多い。今回、術前の超音波断層法と腹腔鏡下検査では診断が確定できず、腹腔鏡下に超音波断層法を行うことで診断できた卵管間質部妊娠の 1 例を経験した。【症例】 27 歳、3 妊 2 産。最終月経より妊娠 7 週 3 日、

妊娠検査陽性にて前医を受診し、血清 hCG 3694 mIU/mL であったが子宮内に胎嚢を認めず、子宮外妊娠の疑いにて当院紹介受診となった。血液検査にて血清 hCG 4086 mIU/mL、超音波断層法にて子宮内に胎嚢を認めず、右付属器領域に 2 cm 大の胎嚢様陰影を認めたため右卵管妊娠を強く疑い同日緊急腹腔鏡下手術を施行した。術中所見は、左右の卵管膨大部に明らかな異常を認めず、右卵管間質部に軽度の膨隆を認めるも間質部妊娠と診断するのは困難であった。そこで、主に肝臓における腹腔鏡下手術で用いられる 10 mm 径の超音波プローブを用いて右卵管間質部を観察したところ、胎児心拍を認めたため右卵管間質部妊娠と診断し右卵管間質部および卵管切除術を施行した。術後は合併症無く経過し、術後 3 日目に退院した。その後も特に問題なく経過し、術後 54 日目で血清 hCG は感度以下となった。【結論】 卵管間質部妊娠の診断に術中超音波断層法が有用であった 1 例を経験した。異所性妊娠が強く疑われる症例で、腹腔鏡検査のみでは診断が困難な場合、術中超音波断層法が診断の一助となりうる。

402. 多量出血を伴う巨大子宮頸部筋腫に対し、UAE を併用し待機手術を成し得た一例

¹⁾ 徳島大学病院 卒後臨床研修センター、²⁾ 徳島大学 産科婦人科
青木秀憲¹⁾、河北貴子²⁾、加藤剛志²⁾、武田明日香²⁾、香川智洋²⁾、門田友里²⁾、吉田加奈子²⁾、松崎利也²⁾、苛原 稔²⁾

【緒言】 子宮動脈塞栓術 (Uterine arterial embolism: UAE) は、子宮筋腫の治療を始め、産科出血や悪性腫瘍による出血のコントロール目的に行われる。しかし、巨大筋腫に関しては、治療反応性が乏しく、子宮摘出や筋腫核出術が進められている。今回、我々は、多量性器出血のため重症貧血を来した巨大子宮筋腫に対し、術前に UAE を行い、待機手術を施行した症例を経験したので報告する。【症例】 50 歳 3 妊 3 産。半年前より続く不正出血を認め、前医を受診。子宮内血腫が疑われ当院紹介となった。当院受診時、易出血性の腫瘍が腔内を充満していた。精査が必要と考えたが、出血が多く、重症貧血を認めたため、輸血を施行の上 UAE を行った。UAE 後、すぐに性器血は消失し、MRI で子宮頸部後壁より発育する 7cm 大の筋腫が腔内に充満しているのが確認できた。経腔的なアプローチは不可能と判断し、後日、尿管ステント留置の上、単純子宮全摘術を施行した。術中出血量は 150g と少量であった。【考察】 UAE を行うことで、巨大子宮筋腫による出血時にも止血効果が得られ、精査を行い、待機的に手術を行うことが可能であった。【結語】 多量出血を伴うような巨大筋腫においても、UAE を行うことでより安全に手術することが可能であり、有用な手技であると考えられた。

403. 高度肥満患者に対する低侵襲子宮全摘術ーロボット支援下手術に従来法の腹腔鏡操作を併用したハイブリット手術

倉敷成人病センター 婦人科

榊田沙也加、安藤正明、安井みちる、手石方康宏、市川冬輝、愛甲 碧、吉津照見、菅野 潔、柳井しおり、澤田麻里、白根 晃、坂手慎太郎、紀平知久、太田啓明

【緒言】 肥満患者に対するロボット支援下手術では、ロボットアームによる腹壁の挙上により、気腹法のみでの通常の腹腔鏡下手術と比べ術中視野が確保され、また腹壁の重さが精密な鉗子操作に影響しないという利点がある。今回経腔回収に難渋し、一部操作を腹腔鏡下手術に変更して経腔回収を試みた、高度肥満患者における RASH (robotically assisted simple hysterectomy) の一例を経験したので報告する。【症例】 47 歳、0 妊 0 産、身長 157cm、体重 108kg、BMI43.8kg/m²。子宮底部 15cm 大の漿膜下子宮筋腫に対して da Vinci Si を用いた RASH を施行した。碎石位、サイドドッキング、頭低位、子宮マニピレーターを使用し、カメラポート、第 1、2 アーム用ポート、助手用ポートの 4 ポートで行った。経腔的に子宮摘出を試みたが筋腫が大きく、腔腔が狭いため経腔回収が困難であった。一旦ロールアウトして通常の腹腔鏡に変更し、下腹部正中に 5mm ポートを追加し、このポート孔からの長柄のメスで筋腫を体腔内で細切した後に経腔回収を行った。再度ドッキングを行い、

ロボット支援下に腔断端縫合を実施、手術を終了した。手術時間は190分、出血量300ml、子宮重量835gであった。術後合併症なく、術後4日目に退院した。【結語】ロボット支援手術と従来腹腔鏡手術ではそれぞれに長所短所がある。今回の症例のように状況によって、両者を併用することにより低侵襲性を維持しつつ安全性を担保した手術となる。

404. スプレー式癒着防止剤の導入からみた内膜症症例に対する腹腔鏡手術後癒着の検討

¹⁾ 三宅医院 生殖医療センター、²⁾ 三宅おおふくクリニック 婦人科、³⁾ 三宅医院 産婦人科、⁴⁾ 三宅医院 問屋町テラス

小田隆司^{1) 2)}、宮木康成²⁾、高田智价³⁾、橋本 雅³⁾、小國伸嗣⁴⁾、清川麻知子¹⁾、酒本あい¹⁾、高吉理子³⁾、柴田真紀³⁾、秦 利之³⁾、三宅貴仁^{1) 2) 3) 4)}

【目的】 当院で行ってきた広範囲骨盤内癒着を伴う内膜症患者に対する腹腔鏡手術で用いた癒着防止剤の効果を検討する。【方法】 当院で婦人科手術部門が開設された2007年1月から2019年4月までの間に当院において腹腔鏡手術が複数回施行された63名のうち主治療が内膜症であった患者17名を対象とし初回手術時の術式、腹腔内所見、癒着防止剤の有無、再手術時の癒着の有無等検討した。また使用した癒着防止剤と再癒着に対する手術の容易さについても検討を行った。【成績】 対象期間で3689件の鏡視下手術を行い、3149件(85.4%)の腹腔鏡手術が行われた。当院において複数回の腹腔鏡手術を行った患者のうち2回であったものが62名で3回が1名であった。主病名が筋腫で主治療が筋腫核出(LM)であったものが29名。内膜症が17名で奇形腫などその他のものが17名であった。2回目の手術時、内膜症を除く卵巣腫瘍症例では癒着症例は認めなかったが、内膜症患者では多少なりとも多くの患者で癒着を認めた。このうち骨盤内の広範囲癒着を伴う重度の内膜症症例7名にセカンドルックを行った。スプレー式製剤の導入により子宮後壁側の再癒着が激減し再癒着に対する処理も容易になった。【考察】 我々は症例に応じた癒着防止剤の選択を行ってきた。中でも広範囲な癒着剥離を必要とする重度内膜症症例に対するプレー式製剤の使用は術後の再癒着を軽減できるものと期待している。

405. 腹腔鏡下子宮全摘術の結果 Adenosarcoma of the endometrium, with heterologous element and sarcomatous overgrowth と診断された1例

川崎医科大学附属病院 産婦人科

村田卓也、河村省吾、鈴木聡一郎、松本 良、松本桂子、羽間夕紀子、田中圭紀、杉原弥香、佐野力哉、石田 剛、中井祐一郎、中村隆文、下屋浩一郎、塩田 充

患者さんは、47歳、G1P1。内科での年1回の腹部エコーにて以前から子宮腫大を指摘されていた。当院受診2か月前の月経から出血が続いていたため、前医紹介され、MRI検査にて子宮体がんを疑われ当院紹介となった。当院では、MRI診断で子宮内膜増殖症、また、子宮内膜組織診にて悪性所見なしであった。前医にて子宮内膜全面搔爬を行っており、その結果は壊死組織が採取されており、組織量が少なく診断には至らないとの所見であった。TLHを行った結果、マクロ所見は子宮内腔にポリープを認め、その先端に血腫を認めた。病理診断はAdenosarcoma of the endometrium, with heterologous element and sarcomatous overgrowthであった。本症例では子宮内膜全面搔爬では診断に至らず子宮全摘の結果その診断に至った。本症例における問題点について論ずる。

406. 月経困難症で受診した性器奇形の3例

山陰労災病院 産婦人科

宮本圭輔、岩部富夫、坂本靖子

性器奇形が原因と考えられた月経困難症を3例経験したので報告する。症例1は13歳。以前より月に1回程度の下腹部痛を認めていた。近医を受診しCTで卵巣のう腫を疑われ、当院を紹介初診した。超音波検査で右下腹部に7cmの血液貯留を認めた。MRIで処女膜閉鎖と診断した。同日、十字切開を行い翌日退院した。その後、腹痛は軽快し月経も順調に発来している。症例2は13歳。小学校2年から思春期早発症でGnRHアゴニスト治療を受けていた。中学校1年で月経は不規則ながら再開した。その後、腹痛を主訴に近医を受診し、卵巣のう腫を疑われ、紹介初診した。経腹超音波とCTで右腎臓の欠損と左の単頸単角子宮および右チョコレート嚢胞を疑った。翌日MRIで精査し、完全重複子宮と右の腔中隔閉鎖を認めOHVIRA症候群と診断した。同日、緊急で腔中隔の開窓術を行い、翌日退院した。その後は、月経困難症に対してLEP製剤を使用している。症例3は33歳。月経困難症に対してディナゲストで加療中であった。結婚の予定があり妊娠についての相談で当院を紹介初診した。前医のMRIで右の単頸単角子宮と機能性子宮内膜を有する非交通性の左副角子宮を認めた。翌月に左の副角子宮定期出術と右の附属器周囲の癒着剥離術を行った。その後、月経困難症は改善し、自然妊娠が成立し、妊娠37週2日で帝王切開術にて女兒を分娩した。月経困難症の原因として頻度は低いものの性器奇形を鑑別診断することが重要と考えられた。

407. 当院で経験したOHVIRA症候群の一例

鳥取県立中央病院

上垣 崇、竹中泰子、野中道子、木内 誠、高橋弘幸

【緒言】 Obstructed Hemivagina and Ipsilateral Renal Anomaly (OHVIRA) 症候群は重複子宮、片側腔閉鎖、同側腎欠損を合併する稀な疾患である。今回、当院で経験したOHVIRA症候群について報告する。【症例】29歳、0妊。初潮より強い月経痛を自覚していた。月経時より持続する下腹部痛を主訴に前医を受診した。重複子宮、右側の腔閉鎖を疑われ当院に紹介となった。腔鏡診では1つの子宮腔部を視認した。経腔超音波検査で完全重複子宮と右側の腔閉鎖および留血症を認めた。経腹超音波検査で右側腎臓を認めず、Wunderlich症候群あるいはOHVIRA症候群を疑った。【経過】閉鎖腔に対する経腔的開窓術を施行した。閉鎖腔の壁を切除し、摘出した組織を病理組織学的に検討した。閉鎖腔の内側に扁平上皮を認めたことよりOHVIRA症候群と診断した。術後は月経痛の改善を認め、再閉鎖なく経過している。挙児希望もあり、当院で引き続き経過観察としている。【結語】OHVIRA症候群は非常にまれな疾患であるが、強い腹部症状を来し、流早産などの産科合併症の原因となり得るため、正確な診断が求められる。

408. 長期間放置された分娩後難治性直腸腔瘻に対して人工肛門造設後に修復術を行った1例

¹⁾ 高知大学医学部 産科婦人科学講座、²⁾ 鹿児島大学医学部 産科婦人科学教室、

³⁾ 高知大学医学部 外科学講座外科1

大黒太陽¹⁾、樋口やよい¹⁾、牛若昂志²⁾、福留惟行³⁾、岡本 健³⁾、前田長正¹⁾

【緒言】分娩時4度会陰裂傷から直腸腔瘻をきたした場合、難治性である。今回、4度裂傷後14年間放置した直腸腔瘻に対し外科と連携し修復術を行った1例を経験したため報告する。【症例】38歳3妊3産。24歳の分娩時に4度裂傷を認め、直後から直腸腔瘻の自覚があったが、瘻孔が小さく、自己排泄していた。その後2回の分娩は4度裂傷歴・直腸腔瘻のため選択的帝王切開となった。半年前に会陰部痛を認め、前医肛門外科を受診した。痔瘻の診断で瘻孔閉鎖術を受けたが、創部離開で1週間後に再手術となった。再度創部離開となり、

加療目的に当科と当院外科へ紹介となった。初診時、膣入口部に直腸からの瘻孔を認め、瘻孔から会陰右側にかけて感染を伴っていた。感染制御のために腹腔鏡下人工肛門造設術を行い、二期的な修復術の方針とした。人工肛門造設術後2カ月で外科と経会陰的直腸腔瘻閉鎖術を施行した。現在瘻孔は閉鎖しており、人工肛門閉鎖術を予定している。【考察】会陰裂傷に伴う直腸腔瘻は難治性であり、創部離開などで再発を繰り返すため、治療は直腸外科と連携が必要である。本症例は感染を伴っており、まず人工肛門造設で感染制御を行った。感染管理により瘻孔は閉鎖し、局所の炎症も消失した。【結語】分娩時陰裂傷に伴う直腸腔瘻に対し、人工肛門造設後、二期的に修復術を行った症例を経験した。人工肛門造設は感染制御に有効であり、外科との連携が必要と考えた。

409. 無月経にて発見された下垂体腫瘍を伴った Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser 症候群の一例

国立病院機構高知病院 婦人科

木下宏実、今泉絢貴、滝川稚也、福家義雄

[緒言] Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser 症候群、以下 MRKH 症候群に下垂体腫瘍を合併した原発性無月経の症例を経験したので報告する。[症例] 16 歳 2 か月になっても月経発来がないため近医を受診し超音波検査にて子宮・卵巣欠損を疑われ紹介された。身長 150cm、体重 38kg。乳房発育は Tunner I 度、恥毛および腋毛を認めず。外性器は正常女性型で陰核肥大なく、膣を認め膣長は 5cm 程度であった。MRI 検査では両側卵巣を認めたが子宮は確認できなかった。尿路系の異常は認めなかった。当初は精巣女性化症候群を疑ったが、染色体検査は 46XX の正常核型であり MRKH 症候群による無月経と思われた。しかし第二性徴を認めないため精査を行ったところ LH 0.11mIU/ml、FSH 0.64mIU/ml、E2 < 5.0pg/ml と低値を示したが他の下垂体前葉ホルモン値は正常であった。GnRH 負荷試験は FSH、LH ともに低反応を示し下垂体性機能不全を認めた。器質的異常の有無を確認するため頭部 MRI 検査を行ったところ 3cm 大の下垂体腫瘍を認め、MRKH 症候群に下垂体腫瘍を合併していると診断した。その後、他院脳神経外科にて手術を行いケラト嚢胞と診断された。現在甲状腺などのホルモン療法が行われており、エストロゲンも投与開始予定である。[まとめ] 原発性無月経の原因を複数認めた。稀なことではあるが説明などにさらに慎重な対応が必要であると思われた。

410. 南海トラフ地震における高知県の被害想定数の分析とそれから得られた災害対策

高知大学 産科婦人科

渡邊理史、松島幸生、前田長正

【目的】高知県では、南海トラフ地震発生時の周産期災害対策を、周産期医療協議会の下部に産婦人科医・小児科医・行政で構成した災害ワーキンググループ（WG）を設置し検討を重ねている。具体的な災害対策を講じるには、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。そして、この分析結果から災害対策を立てる方法を構築したので報告する。【方法】国と高知県が公表している南海トラフ地震被害想定と統計データを用い、予測される妊産婦被災者数および発災後の医療需給数を定量化した。【結果】分析の結果、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 人、避難所生活を強いられる妊産婦が約 1200 人で、その約 9 割が県庁所在地の高知市での発生となった。この結果から、WG では高知市周辺の体制構築が最優先と判断し、①この地域にある災害拠点病院の産婦人科医 1 名以上が災害時小児周産期リエゾン（以下リエゾン）研修を修了することと、②リエゾンが県災害本部内に参集できるよう既存の計画を改定し、災害時の活動は県知事の委嘱と活動が補償されること、を盛り込んだ。全分娩取り扱い施設には、速やかな災害時活動が可能となるよう、アクションカードを作成した。【結語】被害想定や医療需給量の定量化は災害時の医療体制対策に寄与したと考える。今後、この分析を基に地域母子保健や避難所との相互連携に繋げていき

たい。

411. 当科における早期子宮頸癌に対する腹腔鏡下広汎子宮全摘術とロボット支援広汎子宮全摘術の治療成績

島根大学医学部附属病院 産婦人科

辰巳 渚、中山健太郎、石川雅子、石橋朋佳、黒瀬苑水、澤田希代加、吉村由紀、山下 瞳、皆本敏子、京 哲

【目的】 LACC trial で早期子宮頸癌における鏡視下手術の有用性については否定的な結果が報告されている。そこで、当科におけるロボット支援広汎子宮全摘術（RARH）と腹腔鏡下広汎子宮全摘術（LRH）症例について腹式広汎子宮全摘術（RH）と後方視的に比較検討し、早期子宮頸癌に対する鏡視下手術の有用性について自験例で検証した。【方法】 2008 年 4 月から 2019 年 1 月までに当科で施行した子宮頸癌に対する広汎子宮全摘術 [RH46 例・LRH14 例・RARH20 例] それぞれの術式における手術アウトカム、予後について検討した。【結果】 手術平均時間は RH329 分（ ± 74 ）、LRH365 分（ ± 52.5 ）、RARH429 分（ ± 89 ）と RARH で有意に手術時間の延長を認めた。出血量は RH1189ml（ ± 797 ）、LRH250ml（ ± 272 ）、RARH234ml（ ± 241 ）と開腹手術と比較し有意に減少したが、腹腔鏡下広汎子宮全摘術とは有意差は認めなかった。摘出リンパ節個数は RH32.7 個（ ± 12.0 ）、LRH33.4 個（ ± 9.5 ）、RARH40.4 個（ ± 13.4 ）と差を認めなかった。LRH の術中合併症は膀胱損傷 1 例、血管損傷 1 例の 2 例、また RARH の術中合併症は腸管損傷 1 例と血管損傷 1 例の 2 例を認めた。また RH, LRH, RARH 間の OS, PFS に有意差は認めなかった。【結論】 鏡視下手術は手術精度、予後において開腹手術と遜色なく、出血量において有意に手術侵襲を低下させた。

412. 当科での子宮体癌 I A 期における MIS（minimum invasive surgery）の治療成績

島根大学医学部附属病院 産婦人科

黒瀬苑水、中山健太郎、石川雅子、石橋朋佳、山下 瞳、澤田希代加、吉村由紀、辰巳 渚、皆本敏子、京 哲

目的：当科での子宮体癌 I A 期における MIS（minimum invasive surgery）と開腹の治療成績について後方視的に比較し、早期子宮体癌における MIS の有用性について検討した。方法：2008 年 4 月から 2019 年 5 月までに当科で施行した子宮体癌 I A に対する開腹手術（準広汎子宮全摘＋骨盤リンパ節郭清術）42 例と MIS：腹腔鏡下／ロボット支援（準広汎子宮全摘＋骨盤リンパ節郭清術）49 例（腹腔鏡下：40 例、ロボット支援：9 例）の手術時間、出血量、リンパ節郭清個数、術後入院日数を比較検討した。またカプランマイヤー法を用いて両群間の予後について検討した。結果：手術時間は両群間で差はなかった。開腹手術に比べて MIS では、出血量、入院日数の明らかな減少を認めた。また摘出リンパ節郭清個数については、MIS で多い傾向にあった。MIS の合併症として、皮下気腫が 49 例中 2 例（4.1%）にみられた。開腹手術と比較して、MIS では PFS、OS とともに明らかな有意差はなかった。結語：開腹と比較すると MIS の方が、低侵襲であり、かつ根治性も十分担保できていると考えられた。

413. 腹壁癒着が予想される頻回手術既往患者に対する腹腔鏡下子宮全摘術を施行した一例

倉敷成人病センター 産婦人科

安井みちる、安藤正明、太田啓明、坂手慎太郎、柳井しおり、白根 晃、菅野 潔、澤田麻里、紀平知久、愛甲 碧、市川冬輝、手石方康宏、栢田沙也加

【緒言】腹腔鏡下手術は、本邦においてもその低侵襲性が認知され、従来の開腹手術が腹腔鏡下手術に置き換えられつつある。一方で、既往開腹手術例では腹壁癒着のため視野確保に難渋することがあり、腸管損傷などの合併症や、術中の開腹移行の要因ともなりうる。今回、広範囲腹壁癒着症例に対し、腹腔鏡下子宮全摘術（TLH）を施行した一例を報告する。【症例】46歳、1妊0産。38歳時に腹式子宮筋腫核出術、右付属器切除術、39歳時に腹腔内異物除去を施行された。今回最大8cm大、20数個の多発筋腫に対して、TLHを施行した。臍上までの正中切開痕があり臍周囲の腹壁癒着が予想され、Palmar's point を第一穿刺とした。左上腹部から下腹部にかけて腸管と腹膜が広範囲に癒着しており、通常の4ポートのダイヤモンド配置では穿刺できず、癒着の無い右上腹部にポートを設置し癒着を剥離した。その上でダイヤモンド配置に4ポート設置し、計6ポート使用した。ここまでで120分を要したが合併症なく腹腔鏡下手術を完遂した。手術時間は202分、出血量は少量であった。術後経過は良好で、術後4日目に退院した。【結語】今回の症例は臍周囲も腸管が癒着しており、臍部からの第一穿刺では腸管穿孔のリスクがあったと思われる、Palmar's point からの第一穿刺が有用であった。第一穿刺を安全に行い、必要に応じてポートを追加することで頻回手術既往患者に対しても腹腔鏡手術の適応を安全に拡大することができる。

414. 腹腔鏡下筋腫核出術（LM）におけるバーブ縫合糸の使用のコツ

倉敷成人病センター 産科婦人科

太田啓明、栢田沙也加、安井みちる、手石方康弘、市川冬輝、愛甲 碧、白根照見、澤田麻里、坂手慎太郎、紀平知久、菅野 潔、白根 晃、柳井しおり、安藤正明

「はじめに」LMは他の術式に比べ縫合結紮の機会も多く、時間も要する。吸収性バーブ縫合糸はいったん縮まれば緩むことは少なく、結紮がないため術者の負担は軽減される。しかし創部表層をバーブ糸が露出することは、イレウスの報告もあり避けなければならない。LMでのバーブ縫合糸使用の工夫について報告する。「方法」2018年4月から1年間でLMを執刀した筋腫内筋腫7cm以上の女性に対して通常縫合糸群13例、バーブ縫合糸群13例で手術時間、出血量、合併症の有無を比較検討した。バーブ縫合糸群では筋腫核出後に創部中央から埋没連続で縫合を開始し、アンカーが付属しているため1から3針連続で縫合し、逆方向にスイッチバックすると、バーブ糸がロックされる。表層の縫合は創部内側から、創縁に出すようにベースボール縫合を行った。もう1層、創縁－創縁で連続縫合を追加すると表面がしっかり閉じ、バーブ縫合糸が表層に出ることなく縫合が可能であった。「結果」0号バーブ縫合糸導入後の13例で平均手術時間98分、出血量187ml、摘出個数4.7個、重量254gで通常縫合糸使用13例と比較したがいずれも有意差はなく、合併症はなかった。「結語」連続縫合を多用するLMで一度縮まったバーブ縫合糸は緩まないことは非常にメリットが高い。表層は創縁で運針することによりバーブが露出することが避けられる。バーブ縫合糸を45cmで使用したが、従来法に比べ導入直後でも遜色はなく合併症もなかった。

415. 腹腔鏡下手術移行を要したロボット支援下子宮全摘術の2例

倉敷成人病センター 産婦人科

愛甲 碧、安藤正明、榊田沙也加、安井みちる、手石方康宏、市川冬輝、吉津照見、菅野 潔、柳井しおり、澤田麻里、白根 晃、坂手慎太郎、紀平知久、太田啓明

【緒言】2018年4月より婦人科良性疾患に対するロボット支援下子宮全摘術(Robot-assisted simple hysterectomy: RASH)が保険収載され、今後症例は増加していくと考えられる。当科ではRASH193例を施行し、そのうち、腹腔鏡下手術移行を2例経験したので報告する。当科でのRASHは、da Vinci Si®を使用しサイドドッキングを行い、子宮マニピレーター®を併用した上で臍上部カメラポート、その両側に第1、2アーム、左下腹部にアシストポートを留置する4ポートで行っている。【症例1】50歳、BMI25.1、1妊1産。腹腔内に癒着は認めなかったが、最大径8cmの多発子宮筋腫により子宮は新生児頭大であった。助手用鉗子による子宮の牽引時にパラメトリウムの断裂をきたした。視野の展開が不良で止血が困難と考え、腹腔鏡下手術へ移行した。手術時間138分、出血量800ml、摘出子宮重量は875gであった。【症例2】44歳、BMI19.1、2妊2産。10cm大の靱帯内筋腫を周囲組織から剥離する際に、怒張した広間膜内の血管や、剥離面から多数の出血を認め、止血が困難であったため腹腔鏡下手術へ移行した。手術時間139分、出血量1000ml、摘出子宮重量は410gであった。【結語】腹腔鏡下手術移行を要した2例は多発子宮筋腫、靱帯内筋腫により術野確保に苦慮し、さらに止血が困難であったことが直接的な要因であった。しかしいずれの症例も腹腔鏡下手術へ移行することで開腹移行を要せず、手術を完遂することが可能であった。

416. 当院における腺筋症合併妊娠の検討

徳島大学 産科婦人科

圓藤幸子、河北貴子、祖川英至、門田友里、吉田加奈子、加藤剛志、加地 剛、苛原 稔

【背景】子宮腺筋症は20～40代の女性に好発し、子宮筋層内に異所性子宮内膜組織を認める疾患名である。子宮内膜症と同様に子宮内膜組織が月経のたびに増殖を繰り返し、様々な症状を呈する。妊娠の予後については明確にはなっていないが、びまん性で広範囲に渡る病巣を有する場合は妊娠中における子宮筋の伸展を阻害したり、壊死を起こし流早産になった報告や、逆に収縮を阻害し産褥期の子宮復古不全を起こす症例などが報告されている。今回、当院で経験した子宮腺筋症合併妊娠の予後について検討した。【症例】当院に2016年から2018年の3年間に不妊外来を受診した490人の不妊症患者のうち、子宮腺筋症を合併していた12人を後方視的に検討した。そのうち自然妊娠が1人、ARTによる妊娠が4人(妊娠回数としては5回)、子宮内膜症と子宮筋腫を合併しており、手術後自然妊娠したのが1人の計6人であった。ARTによる不妊治療の末に妊娠した4人中、3人が切迫早産を発症し、1人が流産した。【考察】子宮腺筋症を発症すると妊孕率は低下し、さらに妊娠したとしても切迫早産や流産を起こしやすい。さらには妊娠中に疼痛のため入院管理を余儀なくされる事もある。今回も6人(妊娠回数7回)中、5人が入院管理が必要となった。【結語】今回、子宮腺筋症合併妊娠について妊娠予後が悪いことが示唆された。子宮腺筋症合併妊娠はハイリスク妊娠として慎重な取り扱いが必要である。

417. 子宮内膜症に対するジエノゲスト長期投与症例の臨床的検討

JCHO 徳山中央病院

中島健吾、山縣芳明、高崎ひとみ、中島博予、平田博子、中川達史、平林 啓、沼 文隆

【目的】ジエノゲストは合成プロゲステン製剤の一つで、これまで子宮内膜症に対する比較的短期投与につい

ては有効性が報告されているが、長期投与については未だ報告に乏しい。ジェノゲスト長期投与症例の有用性、副作用の臨床的検討を目的とした。【方法】2016年から2018年までの3年間に当院でジェノゲストを1年以上長期投与した症例について、子宮腺筋症、卵巣子宮内膜症性嚢胞のサイズ変化を評価し、さらに有害事象のためジェノゲスト投与中止された症例を後方視的に検討した。副作用については、3年間に投与した症例のうち副作用にて中止された症例を抽出し、理由および転機を検討した。【結果】対象となる症例は22例（子宮腺筋症13例、卵巣子宮内膜症性嚢胞5例、両者合併4例）であった。子宮腺筋症17例においては投与前後で子宮体部面積は有意な変化を認めなかったが、卵巣子宮内膜症性嚢胞9例では投与前後で平均長径40.2mmから14.8mmと有意な嚢胞サイズの縮小をみとめた。投与中止の原因となった有害事象は更年期障害、性器出血の順に多く、多量の性器出血による中止症例は認めなかった。内服中止までの平均内服期間は更年期症状で15.7ヶ月、性器出血は5.3ヶ月であった。【考察】卵巣子宮内膜症性嚢胞に対してジェノゲストは病変の縮小効果が期待できる。長期投与症例においては更年期症状の出現に留意する必要がある。

418. 漿膜下筋腫に伴う急性腹症の2例

福山市民病院 産婦人科

高原悦子、平野友美加、今福紀章、青江尚志

子宮筋腫は婦人科で最もよく経験する疾患の一つである。月経過多、月経痛などの症状があり、大きさや症状によって治療適応となる。部位によって分類されているが、漿膜下筋腫は粘膜下筋腫や筋層内筋腫に比べ比較的症状が少ないとされている。今回漿膜下筋腫に伴う急性腹症を2例経験したので報告する。症例1:58歳 3経妊2経産 当院来院の2日前より左下腹部痛から腹部全体の痛みが出現。近医内科より当科へ紹介入院、抗生剤、鎮痛剤にて経過観察していた。MRI施行し入院より4日後、試験開腹を行い、漿膜下子宮筋腫が捻転しており、腹式単純子宮全摘術及び両側付属器切除術を施行した。術後経過は良好であった。症例2:33歳 女性 0経妊0経産 月経1日目、下腹部痛、嘔気、下痢を認め、近医内科を受診、右下腹部の圧痛及び肝周囲の腹水貯留を認め、前医受診CT施行したが、診察中に意識消失と血圧低下を認め、当院救急搬送となった。当院到着時意識は清明で、血圧92/53mmHg、HR65回/分、下腹部に疼痛、圧痛、反跳痛を認めた。第2病日、造影CT施行 血圧低下と貧血の進行を認め、緊急開腹手術施行。漿膜下筋腫表在血管より静脈性の出血が持続しており、子宮筋腫核出術を施行した。輸血RBC4単位施行したが術後経過は良好であった。今回経験した2例はどちらもまれな疾患であるが、産婦人科領域における鑑別の一つとしてどちらの疾患も念頭において日常診療を行っていく必要があると考える。

419. 巨大子宮筋腫の術後に posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) を発症した1例

鳥取県立中央病院 産婦人科

高橋弘幸、野中道子、上垣 崇、竹中泰子、木内 誠

posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) は後頭葉の白質を中心に一過性の浮腫をきたし、可逆性の意識障害、痙攣などを呈する症候群である。産科では子癇発作の病態としてよく知られている。今回、我々は巨大な子宮筋腫の術後にPRESを発症した症例を経験したので報告する。症例は55歳、上腹部に達する腹部腫瘍のため近医より紹介となり、腹部MRI検査では子宮筋腫と考えられた。初診時Hb4.6g/dlと高度の貧血が認められ、鉄剤の静注と内服を開始した。家庭の諸事情により早期の手術を希望され、Hb8.4g/dlまでしか改善していなかったが、輸血を準備して手術に臨んだ。術中出血は300gで摘出子宮は7.8kgであった。術後、貧血の進行は認めず輸血はしなかった。しかし嘔気・嘔吐が続き、術後3日目の朝、突然、意識障害、痙攣、視覚障害をきたした。緊急で頭部CT、MRI検査を施行し、その特徴的な所見よりPRESと診断した。ニカルジピンの持続静注により血圧を管理したところ、約1日で症状は軽快した。文献上は子宮筋腫や子宮体癌症例で貧

血の治療により PRES を発症した症例報告が散見され、合併症として注意が必要であると考えられた。

420. 大量の血性腹水を伴い悪性腫瘍との鑑別に苦慮した Polypoid endometriosis の一例

広島大学 産科婦人科

榎園優香、関根仁樹、菅 裕美子、森岡裕彦、寺岡有子、大森由里子、野坂 豪、定金貴子、山崎友美、古宇家正、占部 智、平田英司、工藤美樹

【緒言】 Polypoid endometriosis は組織学的に子宮内膜ポリープに類似し、嚢胞部と充実部が混在する腫瘤を形成し、悪性腫瘍との鑑別を要する稀な子宮内膜症である。今回、大量の血性腹水を伴い、悪性腫瘍との鑑別に苦慮した Polypoid endometriosis の一例を経験したので報告する。【症例】 47 歳、0 妊 0 産。2 か月前からの腹部膨満感を主訴に近医内科を受診し、経腹超音波検査で上腹部までおよぶ大量の腹水貯留をみとめ、当院紹介となった。骨盤部造影 MRI 検査で両側付属器に異常を認めず、ダグラス窩に造影効果を伴う 30 mm 大の充実性腫瘤と、腹膜全体の肥厚を認めた。腫瘍マーカーは CA125 が 90 U/mL と上昇していた。PET-CT 検査でダグラス窩腫瘤と腹膜に異常集積を認めた。腹水穿刺で血性腹水を認めたが、細胞診は陰性であった。臨床所見から腹膜癌が否定できず、試験開腹術を施行した。腹腔内には血性腹水が 6000 mL 貯留しており、腹膜全体は肥厚し易出血性であった。両側卵巣の腫大はなく、ダグラス窩腫瘤は黄白色の充実性腫瘍で、骨盤腹膜と強固に癒着していた。ダグラス窩腫瘤と両側付属器を摘出した。ダグラス窩腫瘤の術後病理診断は Polypoid endometriosis であった。両側付属器は表層に子宮内膜症をみとめた。術後 7 か月経過し、再燃なく経過している。【結語】 血性腹水をみとめた場合に悪性腫瘍を疑うが、本症例のように Polypoid endometriosis を含む内膜症性疾患も鑑別に挙げる必要がある。

421. 卵巣悪性腫瘍との鑑別に難渋した骨盤内放線菌症の 1 例

広島大学病院 産科婦人科

森岡裕彦、古宇家正、榎園優香、菅 裕美子、大森由里子、寺岡有子、定金貴子、野坂 豪、関根仁樹、山崎友美、占部 智、平田英司、工藤美樹

【緒言】 放線菌症は膿瘍や瘻孔を形成する慢性化膿性肉芽腫性疾患であり、婦人科領域では子宮内避妊器具 (intrauterine device: IUD) との関連が指摘されている。放線菌による骨盤内腫瘤は術前診断が困難であり、摘出して初めて放線菌症と診断されることがある。今回、画像検査では悪性腫瘍を否定できない卵巣腫瘍と診断し、腫瘤とともに多臓器合併切除を施行したところ術後病理診断で骨盤内放線菌症であった症例を経験したので報告する。【症例】 73 歳、4 妊 2 産、閉経 52 歳、IUD 挿入歴なし。帯下異常、腹痛を主訴に近医を受診した。骨盤部造影 MRI 検査で左付属器領域に長径 5cm 大の腫瘤を認め、PET-CT では腫瘤に一致して集積を認めた。その他骨盤内に異常集積を 2 箇所認めた。炎症反応の上昇を認め感染を否定できなかったが、画像検査では悪性腫瘍の可能性があるため、開腹手術を施行した。腫瘤を中心に消化管が強固に癒着しており、単純子宮全摘出術、両側付属器摘出術、直腸高位前方切除術、虫垂切除術を行った。術後の病理組織診断は骨盤内放線菌症であり、悪性所見を認めなかった。術後はアモキシシリン内服を 2 週間継続し、再発なく経過している。【結語】 骨盤内放線菌症は、画像だけでは卵巣悪性腫瘍との鑑別が困難な場合がある。炎症を伴う骨盤内腫瘤に対しては骨盤内放線菌症を念頭において精査・治療を行うことが重要である。

422. ディープラーニングによる人工知能の子宮頸部扁平上皮病変コルポスコピー診断

¹⁾ 三宅おおふくクリニック 婦人科、²⁾ 埼玉医科大学国際医療センター 婦人科腫瘍科、
³⁾ Medical Data Labo、⁴⁾ 国立病院機構 四国がんセンター、⁵⁾ 三宅医院、
⁶⁾ 三宅医院間屋町テラス
宮木康成^{1) 2) 3)}、竹原和宏⁴⁾、高吉理子⁵⁾、小田隆司⁵⁾、清川麻知子⁵⁾、酒本あい⁵⁾、
橋本 雅⁵⁾、高田智价⁵⁾、秦 利之⁵⁾、小國信嗣⁶⁾、三宅貴仁^{1) 5) 6)}

【目的】子宮頸部扁平上皮病変 (SIL) のコルポスコピー診断に対する人工知能 (AI) の診断能力を検討する。【方法】四国がんセンターにて倫理委員会の承認を得て 2012 年から 2017 年の期間で、コルポスコピー検査を受けパンチ生検で病理組織診が得られた low grade SIL (LSIL) 97 名と high grade SIL (HSIL) 213 名を対象とした後方視的研究を行った。独自の convolutional neural network architecture による deep learning を用いた AI システムを構築し、匿名化されたコルポ写真の画像を用いて AI 識別器を作成し診断性能を検討した。【成績】正診率、感度、特異度、Youden's J index は AI/ 婦人科腫瘍専門医のそれぞれで正診率 0.823/0.797、感度 0.80/0.83、特異度 0.88/0.77、Youden's J index 0.68/0.60 であり、Cohen's Kappa coefficient は 0.47 だった ($P<0.0005$)。AI での AUC 値は 0.83 ± 0.05 (mean $\pm$ SE) だった。【結論】有意差はなかったが、AI は婦人科腫瘍専門医よりもやや良好な診断成績を示した。AI による HSIL/LSIL の診断は有用性が期待できると考えられた。

423. 婦人科悪性腫瘍における DWIBS の有用性について

¹⁾ JA 尾道総合病院 臨床研修科、²⁾ JA 尾道総合病院 産婦人科
高田善章¹⁾、坂下知久²⁾、田中教文²⁾、佐々木 晃²⁾、木山泰之²⁾

目的：担癌患者の全身検索には造影 CT や PET-CT などが用いられてきたが、被曝がなく非侵襲的な MRI を用いた Diffusion-weighted Whole body Imaging with Background Suppression (DWIBS) の有用性が徐々に報告されてきている。2018 年から担癌患者に対して DWIBS を用いた全身スクリーニング検査を導入したため、その有用性について検討した。方法：対象は 2018 年 6 月から 2019 年 2 月までの 9 か月間に当院産婦人科領域の担癌患者 22 症例に対して施行した DWIBS のべ 27 件について、同時期に撮像した PET-CT (6 件)、造影 CT (22 件) と比較して後方視的に検討した。比較に際し、DWIBS、PET-CT、造影 CT の画像読影に関しては当院放射線科診断医の読影所見を用いた。結果：22 症例に対して合計 27 件の DWIBS を撮像した。撮像目的は全身転移検索 13 件、術前全身精査 9 件、治療効果判定 5 件であった。癌種は卵巣がん (腹膜癌含む) 12 件、子宮体がん 7 件、子宮頸癌 5 件、悪性腹膜中皮腫 2 件、腔癌 1 件であった。PET-CT で指摘された病変やリンパ節転移は DWIBS においても全例指摘されており、両者に差異は認めなかった。また造影 CT と DWIBS の比較では、造影 CT でのみ指摘されたリンパ節腫大を 1 件認めたが、画像所見は 95.6% (22 件中 21 件) で一致していた。結語：DWIBS は PET-CT や造影 CT と同等の診断能を有しており、婦人科悪性腫瘍の転移診断や治療効果判定において有用である可能性が示唆された。

424. 子宮頸部腫瘍からの出血に IVR が奏効したエホバの証人の 1 例

¹⁾ 岡山市立市民病院 産婦人科、²⁾ ウェルビーイングメディカ 女性・漢方外来
中藤光里¹⁾、徳毛敬三¹⁾、桐野智江¹⁾、根津優子¹⁾、新家朱理¹⁾、小橋勇二¹⁾、平松裕司¹⁾、
奥田博之²⁾

子宮頸部形成不全に伴う異型扁平上皮化生にて、子宮頸部ならびに腔壁からの易出血性の腫瘍に対し、子宮動脈塞栓術 (以下 IVR) を行ったエホバの証人の症例を経験したので報告する。61 歳でエホバの証人である。主訴は性器出血。性交歴なし。既往歴は甲状腺機能亢進症、緑内障。40 歳より、前医にて左側子宮頸部腫瘍からの不規則な出血に対し、ボスミンなどによる圧迫止血で経過観察していた。50 歳時に大量出血し Hb4.0g/dl ま

で低下した。A 大学病院にて手術を予定していたが、腫瘍が骨盤の深部に発育しており、輸血なしでの手術は不可能と判断され、IVR を施行した。その後約 10 年経過した X 年春ごろより再び出血し、X+1 年 1 月当科紹介となった。前医での病理組織は、腫瘍の表面しか採取できず、異型上皮扁平上皮化生であった。コルポスコピーにて、子宮頸部の左腔円蓋部に易出血性の怒張血管を伴った血流の豊富な腫瘍を認めた。経腔エコーで子宮の左側方に血流の豊富な 4.5cm 大の mass を認めた。MRI で腫瘍は 5.4cm 大で骨盤壁まで達し、直腸とも隣接していた。腫瘍マーカーは SCC:1.0ng/ml、CEA:2.1ng/ml と正常範囲であった。前回同様 IVR を行う方針とした。膀胱と直腸障害に注意し、左内陰部動脈分岐 4 本に対し、エンボスフィアを使用し塞栓した。塞栓後 3 か月経過し、少量の出血が時々あるが、MRI にて腫瘍は縮小傾向にあり、症状緩和を期待できると考えられた。

企業展示のご案内

会期中に企業展示を開催いたしますので、是非お立ち寄りください。

【2F 第1会場前】

企業展示

日時：9月21日（土）13：30－17：30／9月22日（日）8：50－13：00

出展社名

アトムメディカル株式会社

大塚製薬株式会社

キャノンメディカルシステムズ株式会社

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

トーイツ株式会社

メロディ・インターナショナル株式会社

GEヘルスケアジャパン株式会社

あすか製薬株式会社	日本ストライカー
アステラス製薬株式会社	ノーベルファーマ株式会社
アストラゼネカ株式会社	バイエル薬品株式会社
アトムメディカル株式会社	フクダ電子岡山販売株式会社
大塚製薬株式会社	富士製薬工業株式会社
科研製薬株式会社	メロディ・インターナショナル株式会社
株式会社ツムラ	持田製薬株式会社
株式会社日立製作所	GE ヘルスケアジャパン株式会社
キャノンメディカルシステムズ株式会社	MSD 株式会社
コニカミノルタジャパン株式会社	公益財団法人とっとりコンベンションビューロー
コヴィディエンジャパン株式会社	
小西医療器株式会社	
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	
第一三共製薬株式会社	
武田薬品工業株式会社	
中外製薬株式会社	
トーイツ株式会社	
日本新薬株式会社	

2019 年 7 月 5 日現在

がんに勝ちたい、もっと。

家族と一緒にいたい、もっと。

患者さんを笑顔にしたい、もっと。

革新的な薬を届けたい、もっと。



がんと向き合う 一人ひとりの想いに 応えたい。

私たちMSDは、革新的ながん治療薬を
開発する情熱を抱き、
一人でも多くの患者さんに
届けるという責任をもって
がん治療への挑戦を続けています。

WINNING

MORE

AGAINST

CANCER

MSD株式会社

〒102-8567 東京都千代田区九段北 1-13-12 北の丸スクエア
<http://www.msd.co.jp/>

まだないくすりを
創るしごと。

世界には、まだ治せない病気があります。

世界には、まだ治せない病気とたたかう人たちがいます。

明日を変える一錠を創る。

アステラスの、しごとです。

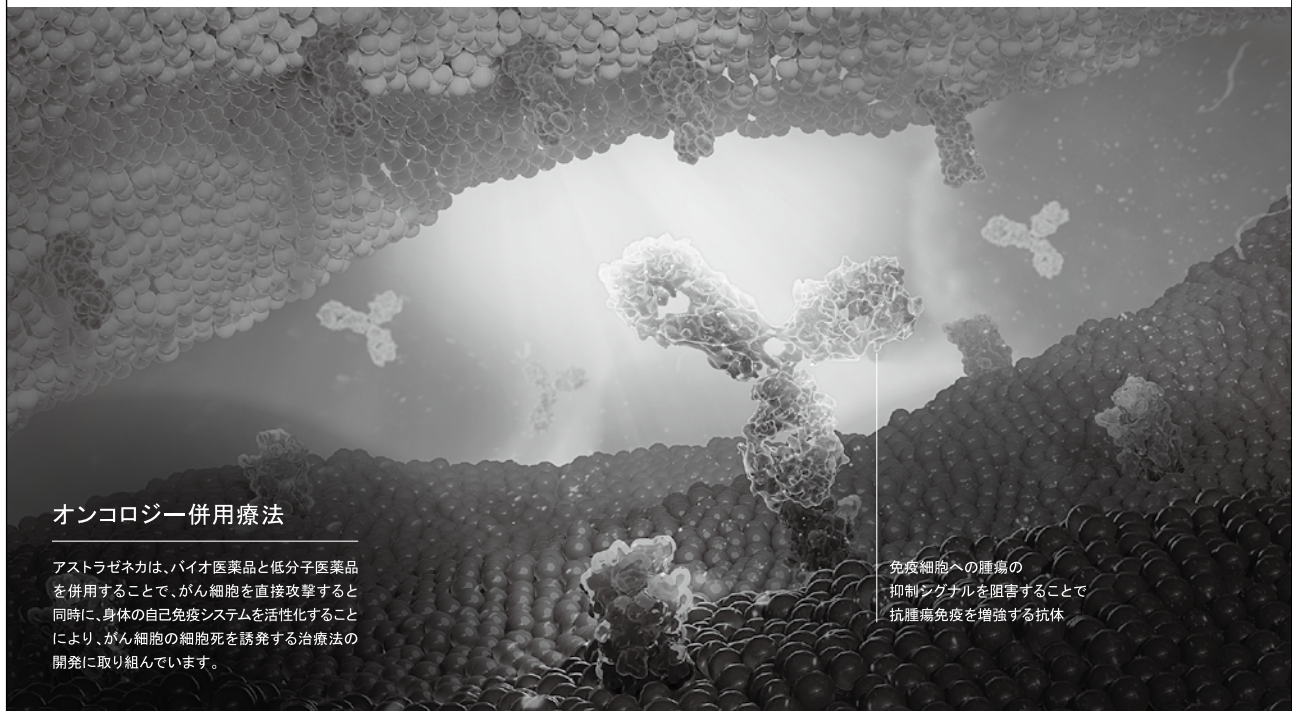
明日は変えられる。



アステラス製薬株式会社

www.astellas.com/jp/

What science can do



オンコロジー併用療法

アストラゼネカは、バイオ医薬品と低分子医薬品を併用することで、がん細胞を直接攻撃すると同時に、身体の自己免疫システムを活性化することにより、がん細胞の細胞死を誘発する治療法の開発に取り組んでいます。

免疫細胞への腫瘍の抑制シグナルを阻害することで抗腫瘍免疫を増強する抗体

アストラゼネカ株式会社

〒530-0011 大阪市北区大深町3番1号 グランフロント大阪タワーB
www.astrazeneca.co.jp/



INNOVATING
WITH
PATIENTS
AND
PROVIDERS
IN MIND

より良い医療の実現を目指して

Further, Together
共に医療を次のレベルへ

medtronic.co.jp

コヴィディエンジャパン株式会社

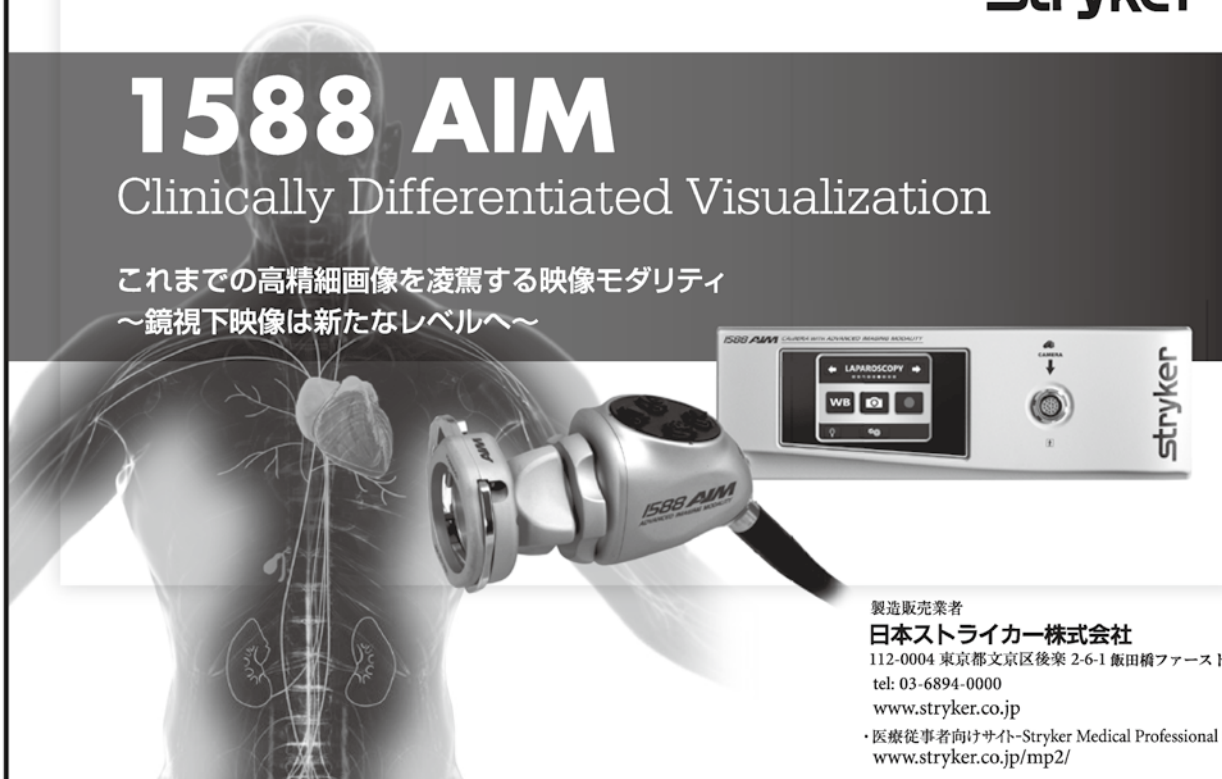
Medtronic

stryker

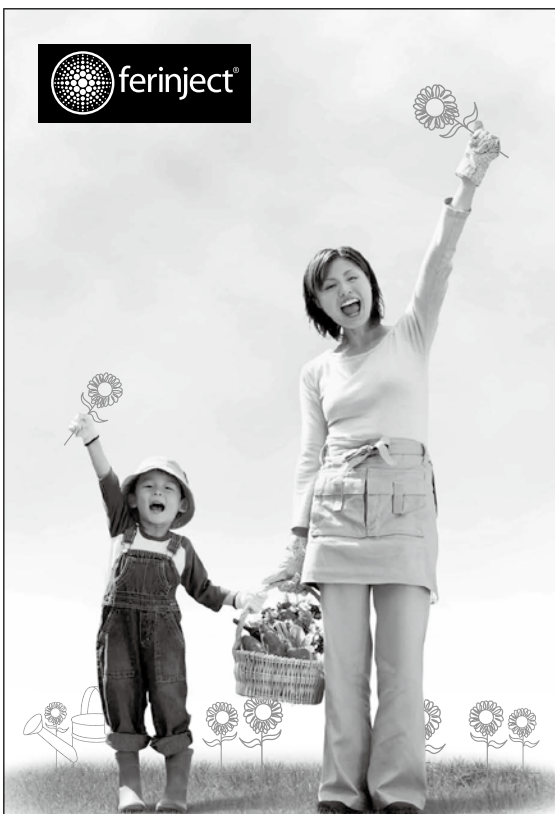
1588 AIM

Clinically Differentiated Visualization

これまでの高精細画像を凌駕する映像モダリティ
～鏡視下映像は新たなレベルへ～



製造販売業者
日本ストライカー株式会社
112-0004 東京都文京区後楽 2-6-1 飯田橋ファーストタワー
tel: 03-6894-0000
www.stryker.co.jp
・医療従事者向けサイト-Stryker Medical Professional Site
www.stryker.co.jp/mp2/



発売準備中

鉄欠乏性貧血治療剤

処方箋医薬品^(注) 薬価基準未収載

フェインジェクト[®] 静注500mg

Ferinject[®] solution for injection/infusion 500mg カルボキシミルトース第二鉄注射液

(注) 注意－医師等の処方箋により使用すること

「効能・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。



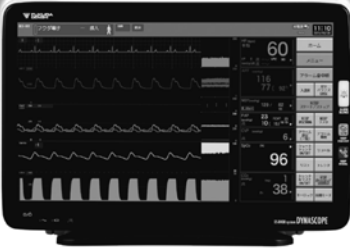
(製造販売元) 〒103-8351 東京都中央区日本橋小舟町10-11

ゼリア新薬工業株式会社

(資料請求先) お客様相談室 ☎03 (3661) 0277

2019年3月作成

ER～OR～搬送～ICUにおけるスムーズなモニタリング連携を実現



**ベッドサイドモニタ
DS-8400システム**
医療機器承認番号: 22800BZX00064000
販売名: ダイナスコープ8000シリーズ DS-8400システム
高度管理医療機器 特定保守管理医療機器

- ボーディング機能により患者移動をサポート
- 12誘導心電図表示・解析画面



**ベッドサイドモニタ
DS-8007システム**
医療機器承認番号: 22800BZX00063000
販売名: ダイナスコープ8000シリーズ DS-8007システム
高度管理医療機器 特定保守管理医療機器

- 7インチワイドカラー液晶表示器
- テレメータ送信モジュールを内蔵

フクダ電子岡山販売株式会社

本社 〒700-0973 岡山県岡山市北区下中野715-103 TEL. (086) 241-8688 (代)

フクダ電子株式会社 お客様窓口 (03) 5802-6600 受付時間: 月～金曜日 (祝祭日、休日を除く) 9:00～18:00

Q フクダ電子

検索

●岡山営業所 〒700-0973 岡山市北区下中野715-103

TEL. (086) 241-5400 (代)

●米子営業所 〒683-0035 米子市目久美町90-11

TEL. (0859) 38-1313 (代)

●出雲営業所 〒693-0211 出雲市馬木北町75

TEL. (0853) 48-2022 (代)

●鳥取出張所 〒680-0904 鳥取市晩稲431

TEL. (0857) 38-3018 (代)

●益田出張所 〒698-0026 益田市あけぼの町4-9 寺井ビル

TEL. (0856) 22-8560 (代)





「効能・効果」、「効能・効果に関連する使用上の注意」、「用法・用量」、「用法・用量に関連する使用上の注意」、「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。

5-HT₃ 受容体拮抗型制吐剤

劇薬、処方箋医薬品 (注意一医師等の処方箋により使用すること)

薬価基準収載

アロキシ® 静注 0.75mg
Aloxi® I.V. injection 0.75mg

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

パロノセトロン塩酸塩注射剤

製造販売元
資料請求先
(医薬品情報課)



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 FAX. 03-3293-2451
<https://www.taiho.co.jp/>

提携先 **HELSINN** スイス

2017年6月作成

NO BORDER

世界のあらゆるメディカルニーズに応え、
患者さんやご家族の未来を輝かせたい。
私たちは今日も、新薬開発に挑んでいます。

すべてを超えて
くすりの未来へ

健康未来、創ります
 **日本新薬**

がんばる女性を
やさしく応援します。

HITACHI
Inspire the Next



❁ 日立のWomen's Health ソリューションを紹介するWebサイト

<http://www.hitachi.co.jp/products/healthcare/products-support/contents/womenshealth/index.html>



超音波診断装置

ARIETTA 850



超音波診断装置

ARIETTA 65



◎ 株式会社 日立製作所 www.hitachi.co.jp/healthcare

販売名：超音波診断装置 ARIETTA 65 医療機器認証番号：第230AB8ZX00050000号
販売名：超音波診断装置 ALOKA ARIETTA 850 医療機器認証番号：第228AB8ZX00147000号



Better Health, Brighter Future

タケダから、世界中の人々へ。より健やかで輝かしい明日を。

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、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。

私たちは今、世界のさまざまな国や地域で、予防から支援活動にわたる多様な医療ニーズと向き合っています。その一つひとつに応えていくことが、私たちの新たな使命。よりよい医薬品を待ち望んでいる人々に、少しでも早くお届けする。それが、いつまでも変わらない私たちの信念。

世界中の英知を集めて、タケダはこれからも全力で、医療の未来を切り拓いていきます。

武田薬品工業株式会社
www.takeda.com/jp



経口FXa阻害剤 薬価基準収載

リクシアナ[®] 錠・OD錠
15・30・60mg

一般名：エドキサバントシル酸塩水和物
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・用量および警告・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。

製造販売元（資料請求先）
第一三共株式会社
東京都中央区日本橋本町3-5-1

2018年11月作成

漢方医学と西洋医学の融合により 世界で類のない最高の医療提供に貢献します



自然と健康を科学する

漢方の **ツムラ**

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

●お問い合わせは、お客様相談窓口まで。

【医療関係者の皆様】Tel.0120-329-970 【患者様・一般のお客様】Tel.0120-329-930



抗トリコモナス剤 薬価基準収載
メトロニダゾール錠

フラジール[®]錠250mg

経口黄体ホルモン剤 薬価基準収載

処方箋医薬品^(※)
クロルマジノン酢酸エステル錠

ルトラル[®]錠2mg

提携：Searle（米国）

排卵誘発剤 薬価基準収載

処方箋医薬品^(※)
日本薬局方 クロミフェンクエン酸塩錠

クロミッド[®]錠50mg

経口黄体ホルモン剤 薬価基準収載

処方箋医薬品^(※)
ノルエチステロン錠

ノアルテン[®]錠(5mg)

提携：Searle（米国）

ヒト下垂体性性腺刺激ホルモン剤 薬価基準収載

生物由来製品・処方箋医薬品^(※)
注射用ヒト下垂体性性腺刺激ホルモン

HMG筋注用75単位[F]

HMG筋注用150単位[F]

卵胞成熟ホルモン(FSH)製剤 薬価基準収載

生物由来製品・処方箋医薬品^(※)

フォリルモン[®]P注75

フォリルモン[®]P注150

Gn-RH誘導体制剤 薬価基準収載

処方箋医薬品^(※)
ブセレリン酢酸塩製剤

ブセレキュア[®]点鼻液 0.15%

Gn-RH誘導体制剤 薬価基準収載

劇薬・処方箋医薬品^(※)
酢酸ナファレリン点鼻液

ナファレリール[®]点鼻液 0.2%

※「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等の詳細は添付文書をご参照ください。
注) 注意-医師等の処方箋により使用すること。



〔資料請求先〕

富士製薬工業株式会社

〒102-0075 東京都千代田区三番町5番地7

<http://www.fujipharma.jp>

2015年10月作成



Challenge & Realize

私たちは「命の大切さ」を念頭に
真心をこめて信頼をお届けする企業をめざし
医療を通じて社会に貢献します。

生命を未来につなげるために。



小西医療器株式会社

<http://www.kns-md.co.jp/>

本社 ☎ 06-6941-1363
大阪営業所 ☎ 06-4805-7350
東京営業所 ☎ 03-5303-7887
京都営業所 ☎ 075-693-9225
神戸営業所 ☎ 078-686-0120
広島営業所 ☎ 082-501-3702

鳥取営業所 ☎ 0857-28-7107
米子営業所 ☎ 0859-33-4671
松江営業所 ☎ 0852-25-1590
出雲営業所 ☎ 0853-22-9255
浜田営業所 ☎ 0855-24-3533
栃木出張所 ☎ 0285-40-0091

大阪物流センター ☎ 06-4805-7231
近畿SPDセンター ☎ 06-4805-7281
山陰物流センター ☎ 0859-33-6611
山陰SPDセンター ☎ 0859-33-8080
松江SPDセンター ☎ 0852-25-1520



FS 516014 / ISO 9001:2015
MD 516015 / ISO 13485:2016