

2022

Vol.71

Supplement

現代産婦人科

Modern Trends in Obstetrics & Gynecology



第74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 2022年9月17日(土)・18日(日)

開催形式 ザ クラウンパレス新阪急高知

会長 前田長正 (高知大学医学部産科婦人科学講座)

 中国四国産科婦人科学会

ご挨拶

この度、第74回中国四国産科婦人科学会総会ならびに学術講演会を開催させていただきます。

前回の学術集会は、COVID-19感染症の中、岡山大学の皆様におかれましては大変素晴らしい学会を開催されました。心より敬意を表します。今回も、感染状況を見据えながら運営したいと存じます。

今回は、Plus one セミナーは四国とくに高知では脅威である南海トラフ大震災のトリアージを初めて取り上げました。また、特別講演には、周産期のリスクマネージメントや、中国四国がんプロの教育システムなど、教育講演として女性ヘルスケア、高知大学が取り組んでいる臍帯血による新しい脳性麻痺治療の現状、積極的勧奨となるHPVワクチン、またHBOC、NIPT、生殖医療などもご講演いただく予定にしております。一般演題においては多くの若手の先生方にも状況が許せばご登壇いただき、久しぶりに心地良い緊張感の下、ご発表・ご討議いただけることを願っております。

今回の学術集회가、COVID-19感染が収束・終息して中国・四国の先生方の活発な議論の場になりますこと、また親交による幅広い人脈形成や若手医師への継承の場となりますことを祈念しております。久しぶりに秋宵の高知も楽しんでいただけることを祈りつつ、教室員一同鋭意準備を進めてまいります。皆様のご参加を心よりお待ちしております。

2022年8月吉日

第74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 前田長正
(高知大学医学部 産科婦人科学講座 教授)

第74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：前田 長正（高知大学医学部 産科婦人科学講座）

開 催 日：令和4年9月17日（土）・18日（日）

会 場：ザ クラウンパレス新阪急高知
（〒780-8561 高知県高知市本町4-2-50 TEL：088-873-1111）

学 術 委 員 会：9月17日（土）11：00～11：30 事務局本部（3F 薔薇の間）

理 事 会：9月17日（土）11：30～12：30 事務局本部（3F 薔薇の間）

評 議 員 会：9月18日（日）8：10～8：50 第2会場（3F 花の間①）

総 会：9月18日（日）13：05～13：25 第2会場（3F 花の間①）

【大会事務局】

〒783-8505 高知県南国市岡豊町小蓮

高知大学医学部 産科婦人科学講座

TEL：088-880-2383 FAX：088-880-2384

参加者へのご案内

1. 参加受付

受付日	受付時間	場所
9月17日(土)	11:00～17:30	総合受付 (ザ クラウンパレス新阪急高知 3F ロビー)
9月18日(日)	8:00～15:00	

2. 参加費、プログラム・講演抄録販売など

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

※感染予防の観点から現地での現金による支払いは原則受け付けません。

- 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、忘れずにご持参ください。

3. 単位取得

第74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、3F 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。日本産科婦人科学会専門医研修10単位が付与されます。
- 2) 日本産科婦人科医会会員の方は、3F 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17日(土)・ 9月18日(日)	学術集会参加	3単位	-
9月17日(土) 12:00～13:00	産婦人科領域講習	1単位	ランチョンセミナー1 「実践卵管学～卵管性不妊症にはARTか、生殖内視鏡か～」
9月17日(土) 14:30～15:30	専門医共通講習 (医療安全)	1単位	特別講演1 「- Google から学ぶ医療安全 - 周産期医療チームにおける心理的安全性」
9月17日(土) 15:30～16:30	産婦人科領域講習	1単位	教育講演1 「リスク低減を目的とした閉経後ホルモン補充療法 -エストロゲンと黄体ホルモンの選択-」
9月17日(土) 16:30～17:30	産婦人科領域講習 (指導医講習会)	1単位	特別講演2 「がんプロ15年高知大学の歩み “Glocal Medical Staff”の育成」
9月18日(日) 10:50～11:50	産婦人科領域講習	1単位	教育講演2 「脳性麻痺に対する臍帯血細胞輸血について」
9月18日(日) 10:50～11:50	専門医共通講習 (感染対策)	1単位	教育講演3 「なぜ日本はHPVワクチン接種を再開するのに8年以上を 費やしたのか? - HPVワクチンの真実とプライマリ HPV 検診の意義」
9月18日(日) 12:00～13:00	産婦人科領域講習	1単位	ランチョンセミナー2 「新しいNIPT認証制度とこれからの出生前診断」
9月18日(日) 12:00～13:00	産婦人科領域講習	1単位	ランチョンセミナー3 「遺伝性腫瘍診療の基本と診療連携 - HBOC を中心に -」

4. 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。

5. クローク

場所	受付日時
ザ クラウンパレス新阪急高知 3F ロビー	9月17日(土) 11:00～17:40
	9月18日(日) 8:00～15:30

6. 託児室

本会は、感染対策のため、託児室の設置はございません。ご了承ください。

7. 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。セッション開始30分前までに3FロビーPCセンターにて、発表データの試写ならびに受付をお済ませください。

受付日	データ受付場所	受付時間
9月17日(土)	3F ロビー	11:00～17:00
9月18日(日)	PCセンター	8:00～14:00

8. 会期中の問い合わせ先

場所：ザ クラウンパレス新阪急高知 3F 総合受付

TEL：080-6270-6475 ※会期中のみ有効です。

9. 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。
- 4) 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。

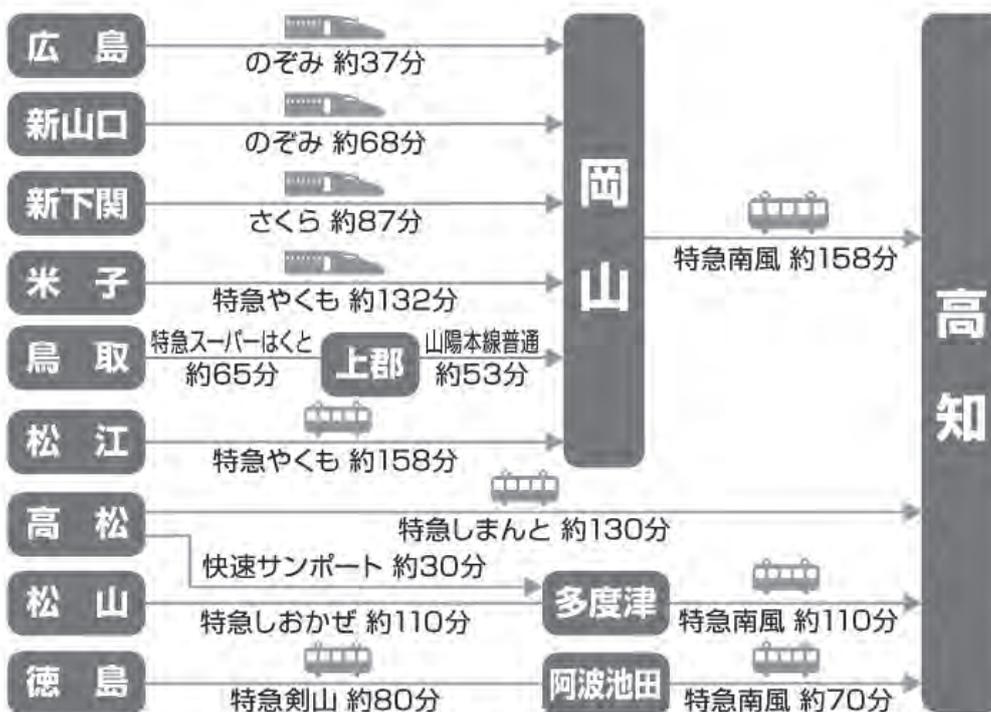
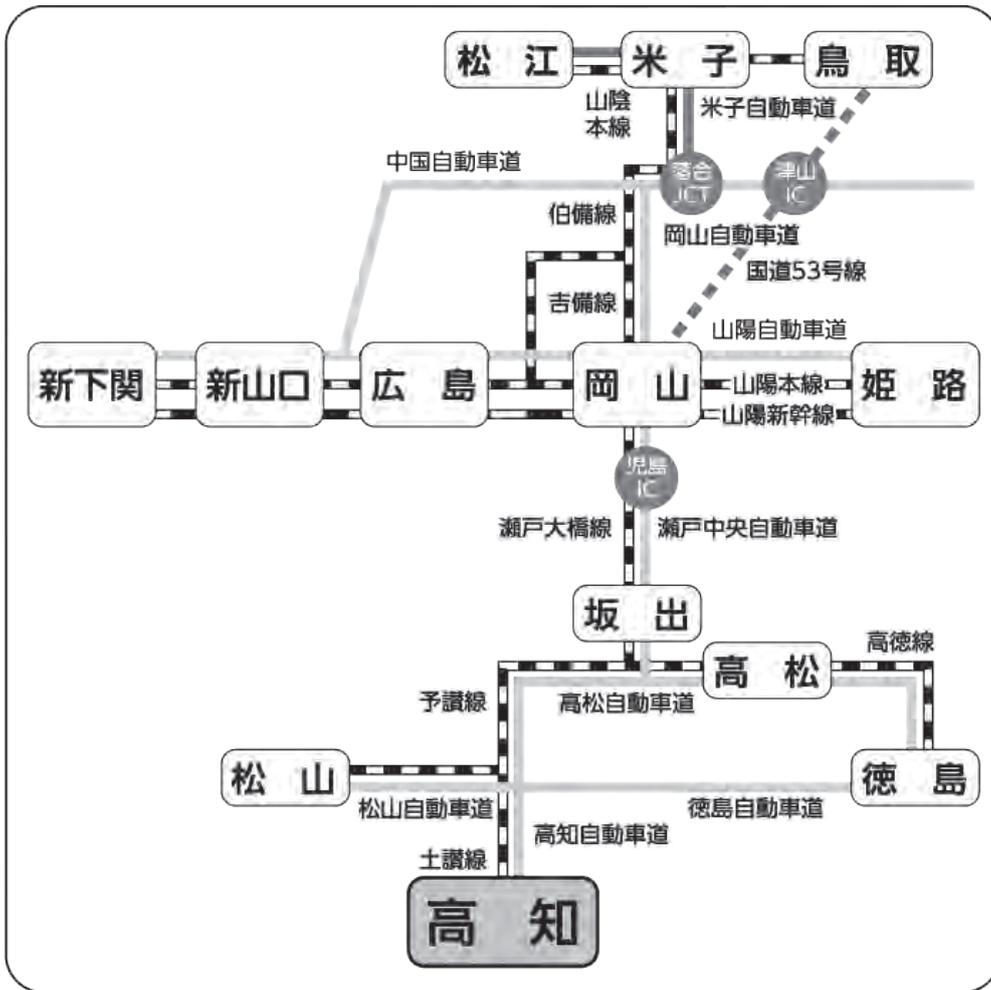
〈PC本体持込みによる発表の場合〉

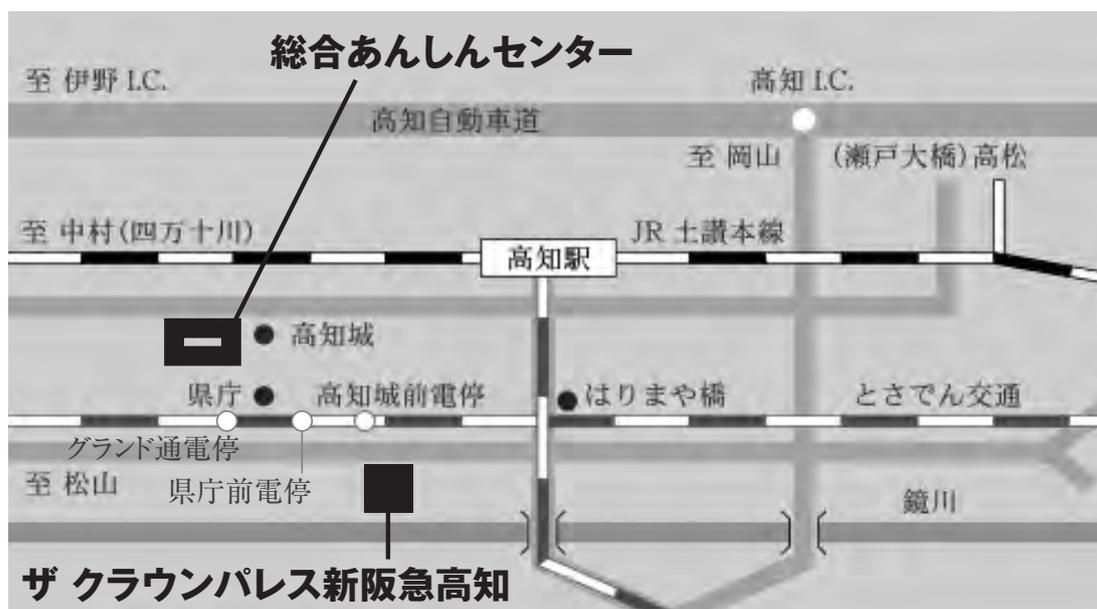
- 1) Macintoshで作成したものと動画・音声データを含む場合は、ご自身のPC本体をお持込みください。
- 2) 会場で用意するPCケーブルコネクタの形状は、D-SUB mini 15pin（図参照）です。この出力端子を持つPCをご用意いただくか、この形状に変換するコネクタを必要とする場合には必ずご持参ください。デジタル出力（HDMI）も可能です。（図参照）
また、電源ケーブルもお忘れなくお持ちください。
- 3) 再起動をすることがありますので、パスワード入力は“不要”に設定してください。
- 4) スクリーンセーバーならびに省電力設定は事前に解除しておいてください。



（図）

交通のご案内





ザ クラウンパレス新阪急高知

■お車でお越しの場合

高知自動車道南国 I.C. から約 30 分、高知 I.C. から約 20 分

■電車でお越しの場合

JR 高知駅から、とさでん（路面電車）乗車「高知城前」電停下車、徒歩約 1 分

■飛行機でお越しの場合

高知龍馬空港まで 東京から 70 分、大阪から 40 分、福岡から 50 分

・空港連絡バスで、ホテル目の前の「県庁前」バス停まで約 25 分

※「県庁前行き」バスは 1 日 2 便のため、ない場合は「高知駅行き」バスをご利用ください

総合あんしんセンター

■徒歩の場合

ザ クラウンパレス新阪急高知から総合あんしんセンターまで約 10 分

■電車の場合

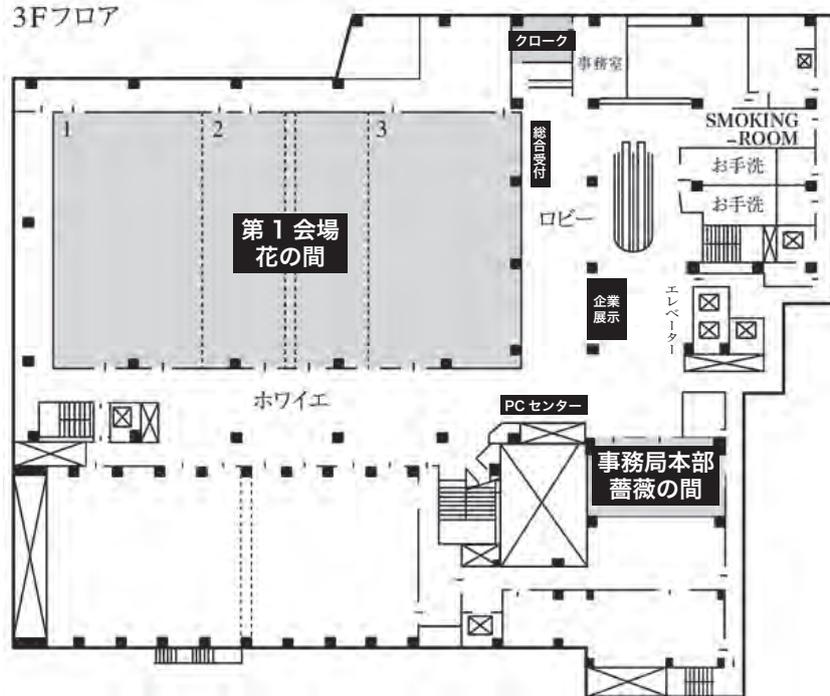
「県庁前」とさでん（路面電車）乗車「グランド通」電停下車、徒歩 4 分

会場案内図

ザ クラウンパレス新阪急高知

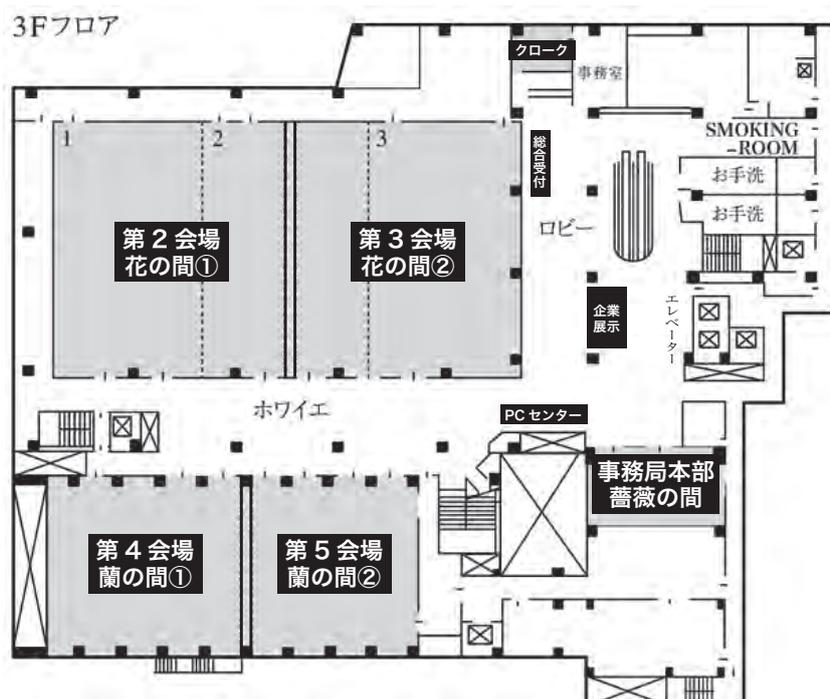
【1日目：9月17日（土）】

- ・ 終日「花の間」を第1会場として使用します。



【2日目：9月18日（日）】

- ・ 1日目の第1会場を分割し、「花の間①」を第2会場、「花の間②」を第3会場とします。
（※第1会場はなく、第2会場からとなります。）
- ・ 「蘭の間①」を第4会場、「蘭の間②」を第5会場とします。



日程表

【1日目】9月17日(土)

ザ クラウンパレス新阪急高知		総合あんしんセンター
第1会場 3F 花の間	事務局本部 3F 薔薇の間	Plus One セミナー 3F 大会議室
9:00		9:00
10:00		9:00 - 11:30 Plus One セミナー 「災害時の産婦人科医療を 考えよう！」 講師：西山謹吾（高知大学）
11:00	11:00 - 11:30 学術委員会	11:00
12:00	11:30 - 12:30 理事会	12:00
12:00 - 13:00 ④ランチョンセミナー1 「実践卵管学～卵管性不妊症には ARTか、生殖内視鏡か～」 座長：杉野法広（山口大学） 演者：柴原浩章（兵庫医科大学） 共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社 ※領域講習		
13:00		13:00
13:05 - 13:10 開会式		
13:10 - 13:25 学会賞受賞講演 「人工知能によるコルポスコピー診断」 座長：増山 寿（岡山大学） 演者：宮本康成（三宅おおふくクリニック）		
13:25 - 13:55 臨床公募研究 「卵巣癌治療に対する分子標的治療薬適応拡大に伴う使用薬剤、 遺伝子検査実施状況の調査研究～HBOC診療に及ぼす影響も含めて～」 座長：下屋浩一郎（川崎医科大学） 演者：田中圭紀（川崎医科大学）（現：香川大学）		
14:00	13:55 - 14:25 教授就任講演 鳥取大学「子宮内膜症研究の魅力」を次世代に伝える」 座長：原田 省 演者：谷口文紀	14:00
15:00	14:30 - 15:30 ④特別講演1 「- Google から学ぶ医療安全 - 周産期医療チームにおける心理的安全性」 座長：杉山 隆（愛媛大学） 演者：辰巳陽一（近畿大学） 協賛：トーイツ株式会社 ※共通講習（医療安全）	15:00
16:00	15:30 - 16:30 ④教育講演1 「リスク低減を目的とした閉経後 ホルモン補充療法-エストロゲンと黄体ホル モンの選択-」 座長：原田 省（鳥取大学） 演者：若槻明彦（愛知医科大学） 共催：富士製薬工業株式会社 ※領域講習	16:00
17:00	16:30 - 17:30 ④特別講演2 「がんプロ15年高知大学の歩み “Glocal Medical Staff”の育成」 座長：工藤美樹（広島大学） 演者：小林道也（高知大学） ※領域講習（指導医講習会）	17:00
18:00		18:00

【2日目】9月18日(日)

ザクラウンパレス新阪急高知					
	第2会場 3F 花の間①	第3会場 3F 花の間②	第4会場 3F 蘭の間①	第5会場 3F 蘭の間②	
8:00	8:10 - 8:50 評議員会				8:00
9:00	9:00 - 9:56 一般講演 第1群 周産期1 座長：早田 桂 (岡山大学)	9:00 - 10:04 一般講演 第5群 胎児診断・胎児治療 座長：杉原弥香 (川崎医科大学)	9:00 - 9:40 一般講演 第8群 子宮頸がん 座長：古宇家正 (広島大学)	9:00 - 9:56 一般講演 第12群 生殖内分泌 座長：山本由理 (徳島大学)	9:00
10:00	9:56 - 10:44 一般講演 第2群 周産期2 座長：前川 亮 (山口大学)	10:04 - 10:44 一般講演 第6群 COVID-19、デジタル 座長：皆本敏子 (鳥根大学)	9:40 - 10:44 一般講演 第9群 子宮体がん 座長：佐藤慎也 (鳥取大学)	9:56 - 10:44 一般講演 第13群 卵巣がん1 座長：石川雅子 (鳥根大学)	10:00
11:00	10:50 - 11:50 ①教育講演2 「脳性麻痺に対する臍帯血細胞輸血について」 座長：金西賢治 (香川大学) 演者：藤枝幹也 (高知大学) ※領域講習	10:50 - 11:50 ①教育講演3 「なぜ日本はHPVワクチン接種を再開するのに8年以上を費やしたのか？ - HPVワクチンの真実とプライマリ HPV検査の意義」 座長：岩佐 武 (徳島大学) 演者：今野 良 (自治医科大学) ※共通講習 (感染対策)			11:00
12:00	12:00 - 13:00 ①ランチョンセミナー2 「新しいNIPT認証制度とこれからの出生前診断」 座長：下屋浩一郎 (川崎医科大学) 演者：澤井英明 (兵庫医科大学) 共催：ラボコープ・ジャパン合同会社 ※領域講習		12:00 - 13:00 ①ランチョンセミナー3 「遺伝性腫瘍診療の基本と診療連携 - HBOCを中心に -」 座長：京 哲 (鳥根大学) 演者：杉本健樹 (高知大学) 共催：アストラゼネカ株式会社 ※領域講習		12:00
13:00	13:05 - 13:25 総会				13:00
14:00	13:30 - 14:10 一般講演 第3群 合併症妊娠 座長：原田 崇 (鳥取大学)		13:30 - 14:10 一般講演 第10群 異所性妊娠 座長：花岡有為子 (香川大学)	13:30 - 14:10 一般講演 第14群 卵巣がん2 座長：中村圭一郎 (岡山大学)	14:00
15:00	14:10 - 15:06 一般講演 第4群 良性腫瘍 座長：佐野力哉 (川崎医科大学)	14:00 - 14:56 一般講演 第7群 腹腔鏡・ロボット手術 座長：西村正人 (徳島大学)	14:10 - 14:58 一般講演 第11群 ヘルスケア 座長：加藤剛志 (徳島大学)	14:10 - 14:50 一般講演 第15群 卵巣がん3 座長：鶴田智彦 (香川大学)	15:00
	15:10 - 15:20 閉会式				
16:00					16:00

9月17日(土) 第1日目

第1会場

ランチョンセミナー1

12:00 - 13:00 座長：杉野法広 山口大学大学院医学系研究科 産科婦人科学講座
共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

「実践卵管学～卵管性不妊症にはARTか、生殖内視鏡か～」

演者：兵庫医科大学医学部 産科婦人科学講座 柴原浩章

開会の挨拶

13:05 - 13:10 前田長正 高知大学医学部 産科婦人科学講座

学会賞受賞講演

13:10 - 13:25 座長：増山 寿 岡山大学学術研究院医歯薬学域 産科・婦人科学

「人工知能によるコルポスコピー診断」

演者：三宅おおふくクリニック 宮木康成

臨床公募研究

13:25 - 13:55 座長：下屋浩一郎 川崎医科大学 産婦人科学1

「卵巢癌治療に対する分子標的治療薬適応拡大に伴う使用薬剤、遺伝子検査実施状況の調査研究～HBOC診療に及ぼす影響も含めて～」

演者：川崎医科大学 産婦人科学1（現：香川大学医学部 母子科学講座 周産期学婦人科学） 田中圭紀

教授就任講演

13:55 - 14:25 座長：原田 省 鳥取大学医学部附属病院

「子宮内膜症研究の魅力を次世代に伝える」

演者：鳥取大学医学部 産科婦人科学 谷口文紀

特別講演1

14:30 - 15:30 座長：杉山 隆 愛媛大学大学院医学系研究科 産婦人科学
協賛：トイイツ株式会社

「Googleから学ぶ医療安全－周産期医療チームにおける心理的安全性」

演者：近畿大学病院 安全管理部・医療安全対策室 辰巳陽一

教育講演 1

15:30 – 16:30 座 長：原田 省 鳥取大学医学部附属病院
共 催：富士製薬工業株式会社

「リスク低減を目的とした閉経後ホルモン補充療法－エストロゲンと黄体ホルモンの選択－」

演 者：愛知医科大学 産婦人科学講座 若槻明彦

特別講演 2

16:30 – 17:30 座 長：工藤美樹 広島大学大学院医系科学研究科 産科婦人科学

「がんプロ 15 年高知大学の歩み “Glocal Medical Staff” の育成」

演 者：高知大学医学部 医療学講座 医療管理学分野 小林道也

総合あんしんセンター 3F 大会議室

Plus One セミナー

9:00 – 11:30

「災害時の産婦人科医療を考えよう！」

講 師：西山謹吾 高知大学医学部 災害・救急医療学講座

9月18日(日) 第2日目

第2会場

一般講演 第1群 周産期1

9:00 - 9:56 座長 早田 桂 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科婦人科学教室

101. 子宮内膜症が術後に再発していない妊婦であっても早産と前置胎盤のリスクは高い
鳥取大学医学部附属病院 産科婦人科
圓井孝志、原田 崇、元村衣里、宮本圭輔、柳楽 慶、東 幸弘、佐藤絵里、谷口文紀
102. 血栓症を発症した卵巢癌合併妊娠の2例
徳島大学医学部 産婦人科
大西美嘉子、吉田あつ子、中川奉宇、今泉絢貴、白河 綾、香川智洋、西村正人、
岩佐 武、加地 剛
103. 著明な子宮腫大を呈し深部静脈血栓症を併発したびまん性子宮平滑筋腫症合併妊娠に対して子宮底部横切開を行い生児を得た一例
倉敷中央病院 産婦人科
松崎敬彦、福原 健、橋本阿実、新垣紀子、吉田旭輝、山野和紀、牧尾 悟、佐伯綾香、
藤塚 捷、黒田亮介、原 理恵、西村智樹、田中 優、伊藤拓馬、堀川直城、清川 晶、
楠本知行、中堀 隆、長谷川雅明、本田徹郎
104. 嵌頓子宮を繰り返し、自然整復した一例
愛媛大学医学部附属病院 産婦人科
西野由衣、内倉友香、安岡稔晃、森本明美、宇佐美知香、高木香津子、松原裕子、
藤岡 徹、松元 隆、松原圭一、杉山 隆
105. 当院における妊娠41週以降の分娩方法の検討
国立病院機構 高知病院
甲斐由佳、青木秀憲、滝川稚也、木下宏実
106. 子宮頸部円錐切除後妊娠の周産期予後に関する検討
JCHO 徳山中央病院
山縣芳明、檜部真央子、中野仁美、高木遥香、平田博子、澁谷文恵、中川達史、
平林 啓、沼 文隆
107. 妊娠初期稽留流産の転帰～待機的管理と外科的治療～
山口県立総合医療センター 産婦人科
平岡あさね、浅田裕美、松井風香、西本裕喜、大谷恵子、三輪一知郎、讀井裕美、
佐世正勝、中村康彦

一般講演 第2群 周産期2

9:56 - 10:44

座長 前川 亮 山口大学医学部附属病院 総合周産期母子医療センター

108. 当院におけるハイブリッド手術室を使用した帝王切開 15 例の検討

広島市立広島市民病院

保崎憲人、上野尚子、篠崎真里奈、坂井裕樹、岩間かれん、田中奈緒子、築澤良亮、久保倫子、森川恵司、植田麻衣子、玉田祥子、依光正枝、石田 理、児玉順一

109. 経膈分娩後の癒着胎盤に対して待機的管理を行った 3 症例

済生会下関総合病院 産婦人科

関谷 彩、品川征大、伊藤麻里奈、折田剛志、田邊 学、丸山祥子、森岡 均、嶋村勝典

110. 最近経験した前置血管症例と管理方針に関する検討

香川大学医学部 周産期学婦人科学

木村華捺

111. 常位胎盤早期剥離を除く分娩時大量出血における産科 DIC スコアの診断能力

¹⁾ 独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター 産婦人科、

²⁾ 独立行政法人国立病院機構 小児・周産期医療ネットワーク共同研究グループ、

³⁾ Medical Data Labo、⁴⁾ 三宅おおふくクリニック、

⁵⁾ 埼玉医科大学国際医療センター 婦人科腫瘍学

多田克彦^{1) 2)}、宮木康成^{3) 4) 5)}、児玉尚志²⁾、田中教文²⁾、水之江知哉²⁾、前田和寿²⁾、

安日一郎²⁾、野見山 亮²⁾、江本郁子²⁾、大蔵尚文²⁾、前川有香²⁾、熊澤一真^{1) 2)}

112. 当院にて集学的治療を行った臨床的子宮型羊水塞栓症 8 例についての検討

広島市立広島市民病院

坂井裕樹、上野尚子、篠崎真里奈、保崎憲人、岩間かれん、田中奈緒子、築澤良亮、久保倫子、森川恵司、植田麻衣子、玉田祥子、関野 和、依光正枝、石田 理、児玉順一

113. 希釈性凝固障害型の血液検査所見を示した臨床的に子宮型羊水塞栓が疑われた産科危機的出血の 2 例

¹⁾ 香川県立中央病院 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、

³⁾ 独立行政法人国立病院機構 呉医療センター 産婦人科、

⁴⁾ 独立行政法人国立病院機構 小児・周産期医療ネットワーク研究グループ

高田雅代¹⁾、多田克彦^{2) 4)}、水之江知哉^{3) 4)}、豊田祐里子^{3) 4)}、谷 佳紀¹⁾、堀口育代¹⁾、

米澤 優¹⁾、中西美恵¹⁾

教育講演 2

10:50 - 11:50

座長：金西賢治 香川大学医学部 母子科学講座 周産期学婦人科学

「脳性麻痺に対する臍帯血細胞輸血について」

演者：高知大学医学部 小児思春期医学 藤枝幹也

ランチオンセミナー 2

12:00 - 13:00 座長：下屋浩一郎 川崎医科大学 産婦人科
共催：ラボコープ・ジャパン合同会社

「新しいNIPT 認証制度とこれからの出生前診断」

演者：兵庫医科大学病院 遺伝子医療部 澤井英明

総会

13:05 - 13:25

一般講演 第3群 合併症妊娠

13:30 - 14:10 座長 原田 崇 鳥取大学医学部 産科婦人科

114. 妊娠中に広範囲の小腸大腸壊死を起こし劇症化した宿便性閉塞性大腸炎の1例

JCHO 徳山中央病院 産婦人科

中野仁美、山縣芳明、檜部真央子、高木遥香、平田博子、澁谷文恵、中川達史、
平林 啓、沼 文隆

115. 食道破裂を生じた重症妊娠悪阻の一例

呉医療センター

好澤茉由、山根尚史、菅 裕美子、佐川麻衣子、中村紘子、本田奈央、水之江知哉

116. 糖尿病性腎症第3期合併妊娠の一例

倉敷中央病院 産婦人科

佐伯綾香、田中 優、橋本阿実、新垣紀子、牧尾 悟、松崎敬彦、山野和紀、
吉田旭輝、藤塚 捷、黒田亮介、西村智樹、原 理恵、伊藤拓馬、清川 晶、
堀川直城、楠本知行、福原 健、中堀 隆、長谷川雅明、本田徹郎

117. 児の帽状腱膜下血腫から診断しえた血友病保因者の1症例

¹⁾ 医療法人国見会 国見産婦人科、²⁾ 高知医療センター 総合周産期母子医療センター
国見祐輔¹⁾、中田裕生²⁾、國見直樹¹⁾

118. 羊水過少を契機に診断された中枢性尿崩症合併妊娠の1例

高知医療センター 産婦人科

高橋成彦、松島幸生、山本真緒、塩田さあや、森田聡美、渡邊理史、上野晃子、
川瀬史愛、山本寄人、小松淳子、林 和俊、南 晋

14:10 - 15:06 座長 佐野力哉 川崎医科大学 婦人科腫瘍学

119. 当院における子宮筋腫症例に対する子宮動脈塞栓術の臨床的検討

島根県立中央病院 産婦人科

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

120. 子宮平滑筋腫における MED12 変異の有無による DNA メチローム、トランスクリプトームおよび組織学的特徴の差異

山口大学医学部附属病院 産科婦人科

爲久哲郎、前川 亮、佐藤 俊、坂井宜裕、三原由実子、竹谷俊明、田村博史、杉野法広

121. 変性筋腫との鑑別を要した巨大子宮頸部憩室の一例

鳥取大学医学部 産科婦人科

元村衣里、東 幸弘、松本芽生、長田広樹、和田郁美、池淵 愛、佐藤絵理、谷口文紀

122. 子宮留膿症を発症した子宮腺線維腫の一例

JA 尾道総合病院 産婦人科

松島彩子、上田明子、野田 望、張本 姿、坂下知久

123. 生体腎移植後患者に腹腔鏡下子宮全摘出術を行った 1 例

愛媛県立中央病院 産婦人科

市川瑠里子、田中寛希、島瀬奈津子、井上奈美、丹下景子、行元志門、上野愛実、
池田朋子、森 美妃、阿部恵美子、近藤裕司

124. 線維腫や莢膜細胞腫との鑑別を要した卵巢平滑筋腫の一例

¹⁾ 川崎医科大学 婦人科腫瘍学教室、²⁾ 秀明会小池病院

鈴木聡一郎¹⁾、小池英爾²⁾、田坂佳太郎¹⁾、森本裕美子¹⁾、河村省吾¹⁾、佐野力哉¹⁾、
太田啓明¹⁾、塩田 充¹⁾

125. 悪性腫瘍との鑑別に苦慮した若年の Meigs 症候群の一例

高知医療センター

塩田さあや、山本寄人、難波孝臣、山本眞緒、高橋成彦、森田聡美、渡邊理史、
上野晃子、松島幸生、川瀬史愛、小松淳子、南 晋、林 和俊

第3会場

一般講演 第5群 胎児診断・胎児治療

9:00 - 10:04 座長 杉原弥香 川崎医科大学 産婦人科学 1

126. 9トリソミー・モザイクの2例

愛媛大学附属病院 産婦人科

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

127. 胎児低ホスファターゼ症における治療方針決定の過程と課題

¹⁾ 高知大学医学部 産科婦人科学講座、²⁾ 高知県立幡多けんみん病院 産婦人科、
³⁾ 高知県立幡多けんみん病院 小児科、⁴⁾ 兵庫医科大学病院 遺伝子医療部・産科婦人科、
⁵⁾ 大阪母子医療センター研究所 骨発育疾患研究部門
大黒太陽¹⁾、永井立平¹⁾、平川充保¹⁾、濱田史昌²⁾、松下憲司³⁾、泉谷知明¹⁾、
中野祐滋²⁾、澤井英明⁴⁾、道上敏美¹⁾⁵⁾、前田長正¹⁾

128. 胎児期に診断され妊娠 33 週で頻脈性不整脈のため急速遂娩に至った心臓毛細血管腫の1例

¹⁾ 山口大学大学院医学系研究科医学専攻 産科婦人科学講座、
²⁾ 山口大学大学院医学系研究科医学専攻 小児科学講座、
³⁾ 地域医療機能推進機構 (JCHO) 九州病院 小児科、
⁴⁾ 地域医療機能推進機構 (JCHO) 九州病院 産婦人科
田村雄次¹⁾、前川 亮¹⁾、村田 晋¹⁾、三原由実子¹⁾、中村真由子¹⁾、坂本薫郁²⁾、
岡田清吾²⁾、大西佑治²⁾、川上晶子²⁾、村重皓齐²⁾、長谷川俊史²⁾、小林 優³⁾、
杉谷雄一郎³⁾、宗内 淳³⁾、川上剛史⁴⁾、杉野法広¹⁾

129. 臍帯ヘルニアと先天性心疾患に結合双胎を合併した一例

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室

杉原百芳、谷 和祐、大羽 輝、三苫智裕、三島桜子、大平亜希子、桐野智江、
牧 尉太、衛藤英理子、早田 桂、増山 寿

130. 臍帯潰瘍による早期新生児死亡をきたした胎児上部消化管閉鎖の1例

香川大学医学部附属病院 周産期科女性診療科

合田亮人、田中宏和、木村華捺、宮井映子、鎌田恭輔、香西亞優美、山本健太、
石橋めぐみ、田中圭紀、新田絵美子、金西賢治

131. 胎児期から疑うことができた重複子宮単独の一例

徳島大学病院

白河 綾、加地 剛、今泉絢貴、吉田あつ子、岩佐 武

132. 胎児頻脈性不整脈に対して胎内治療を施行した1例

四国こどもとおとなの医療センター 産婦人科

長尾亜紀、森根幹生、立花綾香、近藤朱音、檜尾健二、前田和寿

133. 双胎間輸血症候群に対する胎児鏡下レーザー治療後における早産予測因子の検討

山口大学医学部 産科婦人科

松尾美結、村田 晋、田村雄次、中村真由子、三原由実子、前川 亮、杉野法広

一般講演 第6群 COVID-19、デジタル

10:04 - 10:44

座長 皆本敏子 島根大学医学部 産科婦人科

134. 広島県および当院で管理を行った新型コロナウイルス感染症（COVID-19）妊婦の第6波の検討

県立広島病院 産婦人科

綱掛 恵、北村美緒、豊田祐里子、三浦聡美、加藤俊平、中島祐美子、白山裕子、三好博史

135. 山口県の産婦人科診療施設における妊産婦の COVID-19 ワクチン接種状況の調査

¹⁾ 山口県立総合医療センター、²⁾ 梅田病院、³⁾ 山口県周産期医療研究会、⁴⁾ 藤野産婦人科医院

松井風香¹⁾、佐世正勝¹⁾、平岡あさね¹⁾、西本裕喜¹⁾、大谷恵子¹⁾、浅田裕美¹⁾、

三輪一知郎¹⁾、讃井裕美¹⁾、中村康彦¹⁾、北川博之²⁾、森岡 均³⁾、藤野俊夫⁴⁾

136. デジタル田園健康特区での移動中の遠隔超音波検査システムの開発と実証調査（受信者側視点）

¹⁾ 岡山大学病院 産科婦人科、²⁾ 岡山大学病院 医療技術部放射線部門、

³⁾ 岡山大学学術研究院医歯薬学域 災害医療マネジメント学講座、

⁴⁾ 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 救急医学分野

大羽 輝¹⁾、三苫智裕¹⁾、牧 尉太¹⁾、三島桜子¹⁾、大平安希子¹⁾、桐野智江¹⁾、

谷 和祐¹⁾、衛藤英理子¹⁾、早田 桂¹⁾、赤木憲明²⁾、平山隆浩³⁾、上田浩平⁴⁾、

中尾篤典⁴⁾、増山 寿¹⁾

137. デジタル田園健康特区での移動中の遠隔超音波検査システムの開発と実証調査（救急車側視点）

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⁾ 岡山大学病院 医療技術部放射線部門、

³⁾ 岡山大学学術研究院医歯薬学域 災害医療マネジメント学講座、

⁴⁾ 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 救急医学分野

三苫智裕¹⁾、牧 尉太¹⁾、大羽 輝¹⁾、三島桜子¹⁾、大平安希子¹⁾、桐野智江¹⁾、

谷 和祐¹⁾、衛藤英理子¹⁾、早田 桂¹⁾、赤木憲明²⁾、平山隆浩³⁾、上田浩平⁴⁾、

中尾篤典⁴⁾、増山 寿¹⁾

138. 若手医師主導の ICT を用いたモチベーション維持のための取り組み

広島大学医学部 産科婦人科

中本康介、関根仁樹、宮原 新、伊勢田侑鼓、藤田真理子、宇山拓澄、野村有沙、

榎園優香、森岡裕彦、大森由里子、寺岡有子、友野勝幸、野坂 豪、山崎友美、

向井百合香、古字家正、工藤美樹

教育講演 3

10:50 - 11:50 座長：岩佐 武 徳島大学大学院医歯薬学研究部 産科婦人科学分野

「なぜ日本は HPV ワクチン接種を再開するのに 8 年以上を費やしたのか？ -
HPV ワクチンの真実とプライマリ HPV 検診の意義」

演 者：自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科 今野 良

一般講演 第 7 群 腹腔鏡・ロボット手術

14:00 - 14:56 座長 西村正人 徳島大学医学部 産科婦人科学分野

139. 当院での子宮体癌に対するロボット支援下子宮悪性腫瘍手術の導入と現状

広島大学病院 産科婦人科

森岡裕彦、友野勝幸、宮原 新、伊勢田侑鼓、藤田真理子、野村有沙、宇山拓澄、
榎園優香、中本康介、大森由里子、寺岡有子、野坂 豪、関根仁樹、山崎友美、
古宇家正、向井百合香、工藤美樹

140. 当科における良性腫瘍に対するロボット支援手術の現状と治療成績

島根大学医学部 産科婦人科

島田愛里香、中山健太郎、石橋朋佳、菅野晃輔、中川恭子、岡田裕枝、山下 瞳、
原 友美、石川雅子、佐藤誠也、折出亜希、皆本敏子、金崎春彦、京 哲

141. 子宮全摘出術における腹腔鏡手術とロボット手術の術後疼痛の比較

広島大学病院

藤田真理子、関根仁樹、宮原 新、伊勢田侑鼓、野村有沙、宇山拓澄、榎園優香、
中本康介、森岡裕彦、大森由里子、寺岡有子、野坂 豪、友野勝幸、山崎友美、
古宇家正、向井百合香、工藤美樹

142. 当院での腹腔鏡下子宮筋腫核出術における in-bag morcellation の検討

愛媛県立中央病院 産婦人科

丹下景子、森 美妃、島瀬奈津子、市川瑠里子、井上奈美、行元志門、上野愛実、
池田朋子、田中寛希、阿部恵美子、近藤裕司

143. Oscar Lambret 式後腹膜鏡下傍大動脈リンパ節郭清（Retro-PAND）導入後 9 症例の手術成績

¹⁾ 川崎医科大学 婦人科腫瘍学教室、²⁾ 川崎医科大学 産婦人科学 1

太田啓明¹⁾、佐野力哉¹⁾、田坂佳太郎¹⁾、森本裕美子¹⁾、河村省吾¹⁾、鈴木聡一郎¹⁾、
下屋浩一郎²⁾、塩田 充¹⁾

144. 卵巣癌における傍大動脈リンパ節再発に対して後腹腔鏡手術を施行し腫瘍摘出した 1 例

市立三次中央病院 産婦人科

平野章世、小西晴久、益野麻由、藤本英夫

145. VAIN3 に対する腹腔鏡下上部腔壁腫瘍切除術の一例

川崎医科大学 婦人科腫瘍学教室

河村省吾、鈴木聡一郎、田坂啓太郎、森本由美子、佐野力哉、塩田 充、太田啓明

第4会場

一般講演 第8群 子宮頸がん

9:00 - 9:40

座長 古宇家正 広島大学大学院医系科学研究科 産科婦人科学

146. Efficacy of the Systemic Immuno-inflammatory Index for Assessing the Prognosis of Elderly Patients with Cervical Cancer

鳥取大学医学部附属病院 女性診療科

曳野耕平、小松宏彰、大川雅世、飯田祐基、細川雅代、澤田真由美、工藤明子、千酌 潤、佐藤慎也、谷口文紀

147. 当院で経験した子宮頸癌合併妊娠2症例の検討

広島市民病院

篠崎真里奈、森川恵司、保崎憲人、坂井裕樹、岩間かれん、田中奈緒子、築澤良亮、久保倫子、植田麻衣子、片山陽介、玉田祥子、依光正枝、上野尚子、石田 理、児玉順一

148. MSI 検査は陰性で TMB-High を呈する子宮頸癌に対してペムブロリズマブが奏功した1例

広島市立北部医療センター安佐市民病院 産婦人科

梅木崇寛、本田 裕、大原 涼、隅井ちひろ、熊谷正俊

149. 腹部症状の緩和に苦慮した卵巣転移を伴う子宮頸部胃型腺癌の2症例

愛媛大学大学院医学研究科 産科婦人科学

大柴 翼、森本明美、宇佐美知香、上甲由梨花、西野由衣、中橋一嘉、安岡稔晃、内倉友香、高木香津子、松原裕子、藤岡 徹、松原圭一、松元 隆、杉山 隆

150. 当科で経験した子宮頸部神経内分泌癌の3例

香川大学医学部 母子科学講座 周産期学婦人科学

宮井瑛子、木村華捺、合田亮人、鎌田恭輔、香西亜優美、山本健太、石橋めぐみ、田中圭紀、天雲千晶、森 信博、新田絵美子、花岡有為子、鶴田智彦、田中宏和、金西賢治

一般講演 第9群 子宮体がん

9:40 - 10:44

座長 佐藤慎也 鳥取大学医学部 産科婦人科

151. レンバチニブ + ペムブロリズマブ併用療法中に無力症を発症した再発子宮体癌の1例

中国中央病院

谷 佳紀、大塚由有子、長谷井稜子、川井紗耶香、山本昌彦

152. 再発子宮体癌3例に対するペムブロリズマブ、レンバチニブ併用療法の使用経験

広島大学病院 産科婦人科

伊勢田侑鼓、森岡裕彦、宮原 新、藤田真理子、野村有沙、宇山拓澄、榎園優香、中本康介、大森由里子、寺岡有子、野坂 豪、友野勝幸、関根仁樹、山崎友美、古宇家正、向井百合香、工藤美樹

153. 晩期肺再発した子宮体癌の3例

JA 広島総合病院

平井雄一郎、中西慶喜、西本祐美、佐々木美砂、高本晴子

154. 当院で経験した子宮体部神経内分泌癌の3例

山口大学大学院医学系研究科 産科婦人科学講座

米田稔秀、竹谷俊明、坂井宜裕、爲久哲郎、岡田真希、梶邑匠彌、前川 亮、末岡幸太郎、杉野法広

155. 腫瘍の自然脱落により診断に至った子宮腺肉腫の一例

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室

田中佑衣、依田尚之、兼森雅敏、白河伸介、岡本和浩、松岡敬典、原賀順子、小川千加子、中村圭一郎、長尾昌二、増山 寿

156. 当院で経験した子宮腺肉腫の3例

福山医療センター

杉原花子、栗山千晶、山本梨沙、藤田志保、岡田真紀、今福紀章、山本 暖

157. 若年性子宮体癌を発症した Cowden 症候群の1例

県立広島病院 産婦人科

北村美緒、中島祐美子、豊田祐里子、三浦聡美、綱掛 恵、加藤俊平、白山裕子、三好博史

158. 肺転移巣の再燃を繰り返し外科的切除で寛解に至った難治性絨毛癌の一例

徳島大学 産科婦人科

天野雅文、峯田あゆか、新垣亮輔、香川智洋、西村正人、岩佐 武

ランチョンセミナー 3

12:00 - 13:00

座長：京 哲 島根大学医学部 産科婦人科学

共催：アストラゼネカ株式会社

「遺伝性腫瘍診療の基本と診療連携－HBOCを中心に－」

演者：高知大学医学部附属病院 乳腺センター / 臨床遺伝診療部 杉本健樹

一般講演 第10群 異所性妊娠

13:30 - 14:10

座長 花岡有為子 香川大学医学部 母子科学講座 周産期学婦人科学

159. 帝王切開瘢痕部妊娠に対して全腹腔鏡下子宮摘出術を施行した2例

総合病院山口赤十字病院 産婦人科

申神正子、小作大賢、南 星旭、高石清美、月原 悟、金森康展

160. 子宮筋層内妊娠に対して腹腔鏡下子宮筋層楔状切除術を施行した一例

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室

藤川 淳、久保光太郎、牧 尉太、大羽 輝、三苫智裕、三島桜子、大平安希子、桐野智江、谷 和祐、衛藤英理子、早田 桂、増山 寿

161. 妊娠 11 週相当まで発育した腹腔妊娠の 1 例

¹⁾ 香川県立中央病院 産婦人科、²⁾ 香川県立中央病院 病理診断科

坂田周治郎¹⁾、矢野友梨¹⁾、國友紀子¹⁾、早田 裕¹⁾、堀口育代¹⁾、永坂久子¹⁾、
高田雅代¹⁾、米澤 優¹⁾、中村聡子²⁾、中西美恵¹⁾

162. 腹腔鏡下卵巣切除を施行した卵巣妊娠の 1 例

岡山済生会総合病院

秋定 幸、澤井雄大、春間朋子、平野由紀夫

163. メトトレキサートで治療し子宮を温存し得た帝王切開瘢痕部妊娠の 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

橋本阿実、伊藤拓馬、新垣紀子、山野和紀、松崎敬彦、吉田旭輝、牧尾 悟、佐伯綾香、
藤塚 捷、黒田亮介、原 理恵、西村智樹、田中 優、清川 晶、堀川直城、楠本知行、
福原 健、中堀 隆、長谷川雅明、本田徹郎

一般講演 第 11 群 ヘルスケア

14 : 10 – 14 : 58

座長 加藤剛志 徳島大学病院 地域産婦人科診療部

164. 外尿道口周囲の病変を契機に見つかった尿道・膀胱内尖圭コンジローマの 1 例

¹⁾ 高知大学医学部 産婦人科、²⁾ 土佐市民病院 泌尿器科、³⁾ 高知大学医学部 泌尿器科

高田和香¹⁾、谷口佳代¹⁾、橋元粧子¹⁾、久野貴平²⁾、井上啓史³⁾、前田長正¹⁾

165. 骨盤臓器脱に対するロボット支援下仙骨腔固定術の初期成績

徳島大学

吉田加奈子、加藤剛志、今泉絢貴、香川智洋、門田友里、峯田あゆか、河北貴子、
苛原 稔、岩佐 武

166. 腹腔鏡下仙骨腔固定術と直腸固定術を一期的に施行した 2 例

広島大学 産科婦人科

大森由里子、関根仁樹、宮原 新、伊勢田侑鼓、藤田真理子、宇山拓澄、野村有沙、
榎園優香、中本康介、森岡裕彦、寺岡有子、野坂 豪、友野勝幸、山崎友美、
向井百合香、古宇家正、工藤美樹

167. 骨盤臓器脱による尿路閉塞を契機として膿瘍形成を伴う Urinoma を発症した 1 例

¹⁾ 国立病院機構 東広島医療センター 産婦人科、

²⁾ 広島大学病院 広島中央地域・小児周産期医療支援講座

菰下智貴¹⁾、田中教文¹⁾、八幡美穂¹⁾、野村奈南¹⁾、佐藤優季^{1) 2)}、浦山彩子¹⁾、定金貴子¹⁾

168. 子宮全摘を伴う鏡視下仙骨腔メッシュ固定術症例での子宮病理組織の検討

¹⁾ 川崎医科大学附属病院 婦人科腫瘍学教室、²⁾ 川崎医科大学附属病院 産婦人科学教室 1、

³⁾ 川崎医科大学附属病院 病理学教室

田坂佳太郎¹⁾、佐野力哉¹⁾、森本裕美子¹⁾、河村省吾¹⁾、鈴木聡一郎¹⁾、下屋浩一郎²⁾、
塩田 充¹⁾、森谷卓也³⁾、大田啓明¹⁾

169. 当科における膣壁形成術の成績

徳島大学

村山美咲、加藤剛志、吉田加奈子、門田友里、河北貴子、苛原 稔、岩佐 武

第 5 会場

一般講演 第 12 群 生殖内分泌

9 : 00 – 9 : 56

座長 山本由理 徳島大学医学部 産科婦人科学分野

170. 新鮮胚移植の至適条件の検討

徳島大学病院 産科婦人科

内芝舞実、山本由理、野口拓樹、湊 沙希、鎌田周平、苛原 稔、岩佐 武

171. メラトニン服用はどのような ART 不成功症例に有効か

山口大学医学部 産婦人科

城下亜文、田村 功、田村博史、藤村大志、白蓋雄一郎、三原由実子、杉野法広

172. 当院での悪性腫瘍患者の精子凍結の現況と課題

高知医療センター

南 晋、小松淳子、塩田さあや、山本真緒、林 和俊

173. 子宮内膜症に対する手術がジエノゲスト投与中の血中エストラジオール値に与える影響について

高知大学医学部 産科婦人科学教室

山本槇平、泉谷知明、黒川早紀、橋元粧子、谷口佳代、前田長正

174. 外科的治療を要した胎児共存部分胞状奇胎流産後に合併した Hyperreactio Luteinalis の 1 症例

¹⁾ 高知赤十字病院、²⁾ 公立学校共済組合 四国中央病院

瀬戸さち恵¹⁾、前田崇彰²⁾、田村 公¹⁾、高橋洋平¹⁾、平野浩紀¹⁾

175. 性成熟期に腹腔鏡下非交通性機能性子宮摘出術および膣再建術を施行した総排泄腔遺残症 (persistent cloaca) の 1 例

岡山大学医学部 産科婦人科

鎌田泰彦、杉原百芳、ヅトゥイハ、岡本遼太、檜野千明、久保光太郎、光井 崇、増山 寿

176. 先天性全膣欠損及び子宮頸部低形成症に対して造膣術・造頸術を行った一例

島根大学医学部 産科婦人科

岡田裕枝、折出亜希、金崎春彦、京 哲

一般講演 第13群 卵巣がん1

9:56 - 10:44

座長 石川雅子 島根大学医学部 産科婦人科

177. A Novel Case of Recurrent Mucinous Borderline Ovarian Tumor: Early Relapse and Fatal Outcome

¹⁾ 島根大学医学部 産婦人科、²⁾ 宇治徳州会病院 産婦人科

中川恭子¹⁾、中山健太郎¹⁾、中村秋穂¹⁾、波多野 渚¹⁾、黒瀬苑水²⁾、青木昭和²⁾、京 哲¹⁾

178. 当院で経験した傍卵巣漿液性境界悪性腫瘍の1例

岡山市立市民病院 産婦人科

佐久間美帆、徳毛敬三、大道千晶、根津優子、佐々木佳子、平松祐司

179. 初回到妊孕性温存手術を施行し22年後に再発した卵巣癌の一例

中国中央病院 産婦人科

長谷井稜子、大塚由有子、谷 佳紀、川井紗耶香、山本昌彦

180. 超高齢者の付属器膿瘍が術後に内膜症合併の卵巣癌と診断された1例

津山中央病院

片山沙希、河原義文、佐藤麻夕子、岡 真由子、石川陽子、片山菜月

181. 子宮内膜症からの悪性転化の検出における炎症反応マーカーの有効性

鳥取大学医学部 産科婦人科

飯田祐基、佐藤慎也、大川雅世、曳野耕平、細川雅代、澤田真由美、小松宏彰、
工藤明子、千酌 潤、谷口文紀

182. 卵巣明細胞癌細胞株における選択的LAT1阻害剤による細胞増殖抑制効果の検討

広島大学 産科婦人科

関根仁樹、中本康介、友野勝幸、杉本 潤、古宇家正、工藤美樹

一般講演 第14群 卵巣がん2

13:30 - 14:10

座長 中村圭一郎 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室

183. 低型度漿液性癌および漿液性境界悪性腫瘍を伴った高異型度漿液性卵巣癌の遺伝子およびエピゲノム解析

島根大学医学部 産婦人科

菅野晃輔、中山健太郎、佐藤誠也、石川雅子、石橋朋佳、山下 瞳、中川恭子、
島田愛里香、京 哲

184. 当院におけるプラチナ感受性再発卵巣癌に対するオラパリブの使用経験

山口大学医学部 産婦人科

今川天美、末岡幸太郎、坂井宜裕、爲久哲郎、岡田真希、梶邑匠彌、前川 亮、
竹谷俊明、杉野法広

185. 当院における PARP 阻害薬での卵巣癌維持療法の現状

徳島大学病院

新垣亮輔、香川智洋、峰田あゆか、西村正人、岩佐 武

186. 当院のプラチナ感受性再発卵巣癌維持療法におけるオラパリブの使用経験

高知大学医学部附属病院 産科婦人科

松浦拓也、牛若昂志、樋口やよい、氏原悠介、泉谷知明、前田長正

187. 当院における myChoice™ 診断システムの検査結果と治療方針

愛媛大学医学部 産婦人科

中橋一嘉、宇佐美知香、松元 隆、大柴 翼、上甲由梨花、西野由衣、安岡稔晃、
森本明美、内倉友香、高木香津子、松原裕子、藤岡 徹、松原圭一、杉山 隆

一般講演 第 15 群 卵巣がん 3

14 : 10 – 14 : 50

座長 鶴田智彦 香川大学医学部 母子科学講座 周産期学婦人科学

188. 当院における卵巣未熟奇形腫 10 例の考察と術後療法の検討

国立病院機構 四国がんセンター

日比野佑美、竹原和宏、横山貴紀、藤本悦子、坂井美佳、大亀真一

189. 当院で施行した進行卵巣癌に対する診断的腹腔鏡手術の臨床的意義の検討

広島大学 産婦人科

宮原 新、中本康介、伊勢田侑鼓、藤田真理子、野村有沙、宇山拓澄、榎園優香、
大森由里子、寺岡有子、野坂 豪、関根仁樹、山崎友美、古宇家正、向井百合香、
工藤美樹

190. 当科における婦人科がん患者の難治性腹水に対する腹水濾過再静注法施行状況

鳥取市立病院 産婦人科

木村英生、長治 誠、清水健治

191. RRSO 前の CA125 高値から迅速に審査腹腔鏡を行う事で R0 手術が可能であった HBOC の 1 例

高知大学 産科婦人科

岡 眞萌、樋口やよい、牛若昂志、松浦拓也、氏原悠介、泉谷知明、前田長正

192. 当院で施行した遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対するリスク低減卵管卵巣摘出術の 4 症例の検討

香川県立中央病院 産婦人科

國友紀子、矢野友梨、坂田周治郎、早田 裕、堀口育代、永坂久子、高田雅代、
米澤 優、中西美恵

人工知能によるコルポスコピー診断

三宅おおふくクリニック

宮木康成

人工知能（AI）とはコンピュータプログラムであり、医学や医療でも研究が進んできている。ヒトパピローマウイルス（HPV）の持続感染によって生じるとされる子宮腔部の癌や前癌病変の診断において、AIが診断補助ツールとして利用できれば有意義であり、より精度の高い診断が可能となれば臨床的意義が高い。そこで四国がんセンターにて倫理委員会の承認（No. 2017-81）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生検で病理組織診が得られた low grade SIL（LSIL）と high grade SIL（HSIL）の患者を対象とし、その完全匿名化されたデータを受け取ったのち後方視的研究にてAIの能力を検討した。AIについては Wolfram language 11.3 を用いて独自の neural network architecture を構築し、教師あり学習法で convolutional neural network による deep learning を用いた AI によって、コルポスコピー画像だけからの LSIL か HSIL かという分類（A-1）（Miyagi, Takehara, Miyake. Mol Clin Oncol 11: 583, 2019）、画像と HPV 型の併用学習による分類（A-2）（Miyagi, Takehara, Miyake, et al. Oncol Lett 19: 1602, 2020）、そして白色上皮と赤点斑というコルポスコピーの病的所見の局在領域の認識（B）という3項目について検討した。その結果、まず A-1 では対象患者は LSIL97 例と HSIL213 例で、正診率 0.823、感度 0.800、特異度 0.882、AUC 値 0.824 だった。有意差はなかったものの腫瘍専門医の成績を概ね上回るか同等だった。次に A-2 では、対象患者は LSIL43 例と HSIL210 例で、正診率 0.941、感度 0.956、特異度 0.833、AUC 値 0.963 だった。A-2 は A-1 より成績は良かった。B では 66 例を対象とし、白色上皮では intersection over union（IOU）の最大値は 0.804、mean IOU は 0.557 ± 0.247 （平均±標準偏差）であったが、赤点斑では検出率が低かった。今後、さらに別の病理組織型、より多くの症例、より多様なコルポスコピー画像が HPV 型などの関連情報とともに集積できればより精度が高い AI が開発される可能性は十分に高く、そうすれば臨床応用が可能となり、AI-assisted colposcopy が実用化できると思われた。

【学歴・職歴】

宮木 康成（みやぎ やすなり）

1985 年 岡山大学医学部卒業

1985 年 岡山大学医学部 産科婦人科 研修医

1992 年 米国 Wake Forest 大学 Bowman Gray 医学校 research fellow

1993 年 岡山大学医学部 産科婦人科 医員

1995 年 岡山大学医学部 産科婦人科 助手

2001 年 岡山赤十字病院 産婦人科 副部長

2008 年 三宅おおふくクリニック 院長（2018 年までの名称は岡山大福クリニック）

【所属学会】日本産科婦人科学会、日本婦人科腫瘍学会、日本癌治療学会、日本産科婦人科内視鏡学会、日本内視鏡外科学会、日本生殖医学会、日本メディカル AI 学会

【専門医、資格】医学博士。日本産科婦人科学会専門医、産婦人科指導医、婦人科腫瘍専門医、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、がん治療認定医、母体保護法指定医師、日本医師会認定産業医、日本メディカル AI 学会公認機械学習・深層学習基礎コース / メディカル AI 専門コース修了

【特許】日本国特許番号 6422142「受精卵の画像診断システム、受精卵の画像診断プログラム及び受精卵の画像診断方法」、日本国特許番号 6468576「受精卵の画像診断システム、受精卵の画像診断プログラム及び受精卵の画像診断用識別器の作成方法」

卵巣癌治療に対する分子標的治療薬適応拡大に伴う使用薬剤、遺伝子検査実施状況の調査研究～HBOC診療に及ぼす影響も含めて～

川崎医科大学 産婦人科学1（現：香川大学医学部 母子科学講座 周産期学婦人科学）

田中圭紀

近年、次々と分子標的治療薬が保険適用となる中で、多くの分子標的薬剤において関連遺伝子バリエーションの status や genetic hypermutability と治療効果との強い相関が示されている。実臨床では分子標的治療薬の使用にはその薬剤の適応論拠となった臨床試験を十分に理解した上で、適応症例を慎重に選択することが肝要である。進行卵巣癌維持療法の選択肢は広がり、それぞれの治療に必須とされる遺伝子検査、ひいては遺伝カウンセリングの実施状況も大幅に変わってくると考えられる。

本研究では、中四国のがん診療を行っている28施設のデータを収集し、初発進行卵巣癌の維持療法が多岐に亘るなかで、どの症例にどの薬剤が使用されているか、またどの遺伝子検査がどのタイミングで施行されているか、遺伝カウンセリングはどの程度行われているかを調査し、より適切なHBOC診療の在り方を検討することを第一の目的とする。

また、二番目の目的は再発卵巣癌治療において、プラチナ高感受性がどのような基準で判断されPARP阻害薬が処方されているか、またどのような症例に対してベバシズマブが使用されているかの現況調査を行い、その結果を踏まえてより適切な薬剤選択を啓発することである。

施設間の使用状況の違いを調査し、その情報を発信、共有することは地域ひいては本邦の婦人科癌治療をよりブラッシュアップすることにつながると考える。

田中 圭紀（たなか たまき）

平成22年4月1日 香川大学医学部附属病院にて初期研修

平成24年4月1日 香川大学 母子科学講座 周産期学婦人科学 医員

平成26年8月1日 独立行政法人四国がんセンターにて研修

平成26年11月1日 香川大学 母子科学講座 周産期学婦人科学講座 医員

平成27年4月1日 香川大学医学部 母子科学講座 周産期学婦人科学 助教

平成30年4月1日 独立行政法人四国がんセンター

平成30年12月1日 川崎医科大学附属病院 産婦人科学1 シニアレジデント

令和2年10月1日 川崎医科大学附属病院 産婦人科学1 講師

令和3年4月1日 香川大学医学部 母子科学講座 周産期学婦人科学 助教

子宮内膜症研究の魅力を次世代に伝える

鳥取大学医学部 産科婦人科学

谷口文紀

私どもの教室では、寺川直樹名誉教授、原田省教授がライフワークとされ、私が継承した「子宮内膜症の病態解明ならびに新しい治療の探索」について、研究成績を積み重ねてきました。本症は、疼痛と不妊を引き起こす「謎の疾患」であること、大多数の症例においては妊孕能の保持が求められること、さらには若年者の月経困難症、癌化や稀少部位子宮内膜症への対応も念頭に入れた治療法選択を要することが特徴であります。また、発症機序が不明であること、症状が多岐にわたり管理も複雑であることなど未解明な課題が多いことから、注力に値するのみならず、大きな可能性に満ちた魅力ある研究対象といえます。

鳥取大学における子宮内膜症研究の始まりは、原田先生が1997年に書かれた子宮内膜症合併不妊患者の腹腔内貯留液中に高濃度に存在するIL-6に関する論文(Harada T, et al. Am J Obstet Gynecol, 1997)であります。その後、主には卵巣チョコレート嚢胞由来の間質細胞を用いて、特にNFkBを中心とする炎症性サイトカインや抗アポトーシス因子の役割に着目して研究を進めました。また、ヒトおよび霊長類の一部にしか月経はみられませんが、約10年前からは逆流月経による子宮内膜移植説を模したモデルマウスを用いた実験も進行しております。最近では、子宮内膜症と卵巣癌、産科合併症との関連、さらには心血管系疾患などの炎症性疾患としての側面も注視されています。本講演では、これまで私が経験してきた研究内容について解説し、少しでも中国四国地区の若手産科婦人科医のリサーチマインドをインスパイアする機会になれば本望であると考えております。

【学歴・職歴】

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 鳥取大学医学部 助手

2004年 米国NIEHS/NIH リサーチフェロー (2年間)

2007年 鳥取大学医学部 講師

2015年 鳥取大学医学部 准教授

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長

2021年 鳥取大学医学部 教授

【所属学会】日本産科婦人科学会(代議員)、日本エンドメトリオーシス学会(幹事長)、日本産科婦人科内視鏡学会(調査普及委員会・代表幹事/評議員)、日本生殖医学会(代議員/倫理委員会・代表幹事/中四国ブロック・幹事)、日本女性医学会(幹事)、日本内分泌学会(評議員)、日本生殖内分泌学会(評議員)、日本内視鏡外科学会(学術委員会委員)、日本子宮鏡研究会(常任世話人)、日本子宮内膜症啓発会議実行委員会、Asian Society of Endometriosis and Adenomyosis(アンバサダー)

【専門医】日本産科婦人科学会専門医、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(腹腔鏡・子宮鏡)、日本内視鏡外科学会技術認定医、日本内分泌学会内分泌代謝科専門医

－ Google から学ぶ医療安全－周産期医療チームにおける心理的安全性

近畿大学病院 安全管理部・医療安全対策室

辰巳陽一

わが国における周産期医療の安全性は、世界的に見てもトップクラスであり、周産期死亡率は諸外国と比較して極めて低く、2020年で3.2%と報告されています。一方で、産婦人科における医療事故の発生件数は医療機能評価機構の2020年の報告からは、全体の3.3%とされており、外科の7.5%と比較して多くはないものの、産婦人科の医師数10,785人に対し、外科は27,778人であることを考慮すると、そのリスクは決して低いとは言えません。また、周産期母子医療センターでは16名以上の常勤産婦人科医師の確保が謳われているものの、この条件を満たす施設は少なく、周産期医療に従事する産婦人科医師は、他の診療科と比べ高いリスクに晒されながらも、その高い職業意識のもと、厳しい労働条件下で勤務しているというのが実情だと言えるでしょう。近年、産婦人科専攻医が増加に転じており、将来的には明るい兆しが見えつつあるものの、現状では、人数が少ない中で機能的な医療が必要とされ、そのためには、優れた、機能的な医療チームの形成は、極めて重要な鍵と言えます。米国に目を向けると、毎年390万人の出生のうち、12パーセントが有害事象を伴うと推定されており、少なくとも半分は潜在的に予防可能と考えられており、Joint Commissionの報告では、2004年から2014年の間に、コミュニケーション不足が母体の重大事故の48%、新生児の重大事故の70%の根本原因であるとされています。医療研究品質局（AHRQ）が提唱する周産期医療における医療安全文化の改善と有害事象減少のための周産期医療安全プログラム（SPPC）の根幹には、母体のモニタリングの質の向上、RRS（Rapid Response Systems）、安全な薬剤管理などの専門技術（テクニカルスキル）の向上とともに、チームワークとコミュニケーションに焦点を当てたTeamSTEPPS®をはじめとした非専門技術（ノンテクニカルスキル）の向上が掲げられています。TeamSTEPPS®は、AHRQで開発され、現在は全米病院協会（AHA）がサポートするチーム医療の強化プログラムで、その内容は、患者・家族を医療チームに迎え入れる患者・家族ケアチームの概念をはじめ、リーダーシップ/フォロワーシップの考え方、チームの状況や考え方を共有すること（メンタルモデルの共有）の重要性を説く状況モニター、その上での相互支援の考え方、そして医療安全上重要な項目が伝達される確率を向上するためのコミュニケーションなどのコンピテンシー（能力）から成り立っています。近年、この優れたチームの形成に欠かせない概念として、心理的安全性（Psychological Safety）の重要性が、2016年のGoogle社のNew York Timesでの報告を契機に注目を浴びています。本講演では、優れたチーム構築のためのプログラムである“TeamSTEPPS®”とGoogleにより脚光を浴びた、“心理的安全性”を中心に、周産期医療の未来について考えてみたいと思います。

【学歴・職歴】

辰巳 陽一（たつみ よういち）

1984年 近畿大学医学部卒業

1984年 近畿大学医学部 第三内科（現血液・膠原病内科）研修医

1986年 近畿大学医学部大学院入学

1986年 大阪大学医学部 バイオメディカルセンター腫瘍発生学教室・大学院国内留学

1990年 シカゴ大学病理免疫学部門 Ben May Institute post-doctoral fellow

1994年 近畿大学医学部 血液内科 助手

1998年 近畿大学医学部 血液内科 講師

2004年 近畿大学医学部附属病院 医療安全対策室 副室長

2007年 近畿大学医学部 血液内科 准教授、近畿大学医学部附属病院 医療安全対策室 室長

2011年 近畿大学医学部附属病院 安全管理部 教授、近畿大学医学部 血液内科 教授

2018年 近畿大学医学部附属病院 病院長補佐

【所属学会】医療の質安全学会理事、日本医療安全学会理事、医療安全調査機構 医療事故調査支援専門医、日本医療マネジメント学会代議員、南大阪医療安全ネットワーク代表幹事、医療機能評価機構教育プログラム部会員、病院機能評価サーベイヤー、大阪・奈良地方裁判所・高等裁判所専門委員、大阪府医師会医療事故調査支援委員会委員、私立医科大学医療安全連絡会議委員、TeamSTEPPS Master Trainer（AHRQ）等

【認定医・専門医等】日本内科学会認定医、日本血液学会専門医、日本血液学会指導医、日本臨床腫瘍学会専門医、日本移植学会専門医、日本血液学会・日本内科学会地方会評議員

リスク低減を目的とした閉経後ホルモン補充療法 －エストロゲンと黄体ホルモンの選択－

愛知医科大学 産婦人科学講座

若槻明彦

HRTは1990年代には心血管（CVD）リスク軽減の目的で欧米では約40%の閉経後女性が使用していたと言われている。しかし、Women's Health Initiative（WHI）により逆にCVDリスクを増加すると報告され、HRTに否定的な考えになってきた。また、WHIではHRTで乳癌リスクも上昇させることが報告されている。

しかし、最近の研究により、エストロゲンの投与方法あるいは黄体ホルモンの選択でこれらの悪影響をかなり低減できることもわかってきた。

今回は、その具体的方法について解説する。

1. HRTの開始時期と投与期間：HRTの開始時期は冠動脈疾患リスクと関連しており、閉経して長期間経過してからの開始はリスク増加につながる可能性がある。一方、50歳代あるいは閉経後10年以内にHRTを開始することにより、そのリスクを軽減することが可能である。また、HRTを開始して5年以内のCVDリスクはあまり変化ないが、それ以後急激なリスク低下が見られている。
2. エストロゲン投与ルートと動・静脈血栓リスク：経口の結合型エストロゲンはLDLコレステロールを低下させ、HDLコレステロールを上昇させる脂質代謝改善効果があるが、中性脂肪（TG）を上昇させ、LDLを超悪玉の小型粒子にさせる。また、炎症にも促進的に作用し、静脈血栓リスクも増加させる。一方、経皮エストロゲンはTGをむしろ低下させ、LDLを大型化させる。また、炎症には抑制的に作用し、静脈血栓リスクの増加はない。
3. 天然型プロゲステロンの子宮内膜増殖抑制効果：第3相試験ではエストロゲンに天然型プロゲステロンを併用した際の子宮内膜増殖症の発現は318例の中で認められず、安全性が確認されている。
4. 黄体ホルモンと動脈血栓リスク：エストロゲンのHDL上昇効果や血管内皮機能改善効果は、併用する合成型プロゲステンが含有する男性ホルモン作用により相殺されるが、天然型プロゲステロンは男性ホルモン作用がないのでエストロゲンの好影響が維持される。
5. 天然型プロゲステロンのGABA-A受容体促進作用：天然型プロゲステロンの代謝物であるアロプレグナロンはGABA-A受容体機能を促進的に制御する生理的機能を有する。例えば、抗不安作用、抗けいれん作用、鎮静作用などを有する。従って、総睡眠時間の延長や睡眠導入までの時間や覚醒時間が短縮されるとの報告がある。
6. 黄体ホルモンと乳がんリスク：HRTの乳がんリスクとしては、エストロゲン単独、黄体ホルモンとしてジドロゲストロンと天然型プロゲステロン併用した場合、リスク上昇は認めないが、他の合成型プロゲステンの場合には乳がんリスクが上昇するとの報告がある。また、小葉癌の場合、ジドロゲストロン併用で乳がんリスクの上昇を認めるが、天然型プロゲステロンを併用ではリスクのないことも報告されている。

このように、閉経後早期にHRTを開始し、できれば経皮エストロゲンと天然型プロゲステロンの組み合わせを選択することでHRTのリスクを低減できると考えられる。

職歴

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入局（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ンター 助教授・副部长

平成16年：高知大学医学部 生体機能・感染制御学講座 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26年～令和4年3月：愛知医科大学 副学長

平成30年～令和4年3月：愛知医科大学 医学部長・医学研究科長

賞罰

平成11年：第4回ノバルティスメノポーズアワード受賞

平成13年：平成12年度高知信用金庫・高知安心友の会学術賞受賞

平成15年：第18回日本更年期医学会学会賞受賞

平成19年：日本産婦人科学会 best reviewer award 2006

がんプロ 15 年高知大学の歩み “Glocal Medical Staff” の育成

高知大学医学部 医療学講座 医療管理学分野

小林道也

がん専門医療人を養成する文部科学省の補助事業、いわゆる「がんプロ」が平成 19 年から 5 年間の予定で開始された。中国四国地区では岡山大学を主幹校として 8 大学とその関連病院が参加するコンソーシアムによる事業が採択された。平成 24 年からの 5 年間に第 2 期がんプロ「がんプロフェッショナル養成基盤推進プラン」が行われた。参加大学はそれぞれが 1) がん研究者養成、2) がん教育改革、3) 地域がん医療貢献、の 3 つのいずれかに重点をおいて事業を展開した。高知大学は「地域がん医療貢献」を重点として活動してきた。さらにこの後、平成 29 年からの 5 年間は「多様な新ニーズに対応するがん専門医療人材養成プラン」が開始された。高知大学は「在宅がん医療ワーキンググループ」を率いて活動した。中国四国コンソーシアムはこれら 3 つすべてのがんプロ事業に採択され、各施設が協力してがん専門医療人の養成にあたってきた。本来であると令和 4 年度から第 4 期がんプロが計画される予定であった。がんプロ事業は先行する厚労省のがん対策推進基本計画と整合性をもって計画されてきた経緯があった。平成 28 年に施行された「改正がん対策基本法」によりがん対策推進基本計画がこれまでの 5 年毎の見直しから 6 年毎に変更されたことにより、第 3 期がん対策推進基本計画の見直しが令和 5 年となった。これによりがんプロの事業期間との間に齟齬が生じたため、令和 4 年度には文科省の補助事業としては行われなかったこととなった。中国四国コンソーシアムでは令和 4 年度は各大学の努力でこの事業を独自に継続することとした。この 15 年間の予算の推移についても触れる。

また、高知大学独自の特徴的な活動として 1. 国際協力・国際支援、2. 地域貢献、がある。1 については 1) 双方向の学生交流、2) ブラジルにおける内視鏡治療、腹腔鏡手術の教育、3) ウズベキスタンでの手術教育、4) ハワイ国際交流セミナー、5) 太平洋島嶼国への医療支援、6) 台湾の臨床検査技師・リハビリテーション技師の教育、などに取り組んできた。また 2 では若年者へのがん教育として積極的に小・中・高校へ出向いてのがん教育に早くから取り組んできた。現在では高知県全体をとりまとめながら推進している。最近のコロナ禍ではオンライン授業も取り入れながら工夫している。さらに、コロナ禍において対面での市民公開講座の開催が困難となっているが、高知県、地域がん診療連携拠点病院、RKC 高知放送などと協力し、令和 2 年度、3 年度にはがんについてのテレビ番組 (30 分) を企画、制作し、計 4 回の放送を行った。新しい市民公開講座の形としてこれからも継続していく予定である。

これらの具体的な活動について紹介する。

【学歴・職歴】

小林 道也 (こばやし みちや)

1984 年 高知医科大学医学部卒業 (第一期生) 高知医科大学医学部 第一外科学教室入局
 1986 年～1988 年 ハワイ大学医学部病理学教室留学 (Department of Pathology, Kuakini Medical Center)
 1988 年 3 月 高知医科大学医学部大学院卒業・医学博士
 2004 年 4 月 高知大学医学部 腫瘍局所制御学 助教授
 2006 年 4 月 高知大学医学部 外科学 (外科 1) 講座 助教授 (講座再編による)
 2006 年 10 月 高知大学医学部附属病院 がん治療センター長
 2006 年 11 月 高知大学医学部 医療学講座 医療管理学分野 教授
 2011 年 4 月 高知大学医学部附属 低侵襲手術教育・トレーニングセンター長
 2012 年 4 月 高知大学教育研究部 医療学系臨床医学部門 外科学臨床腫瘍・低侵襲治療学 教授 (兼任)
 2020 年 11 月 国立サマルカンド医科大学 (ウズベキスタン共和国) 名誉教授

【賞罰】

1999 年 9 月 日本臨床電子顕微鏡学会 平成 10 年度論文賞受賞
 2005 年 4 月 米国消化器内視鏡外科学会 (SAGES) Distinction Award 受賞
 2013 年 9 月 日本臨床分子形態学会 安澄記念賞受賞
 2014 年 6 月 Excellence in Reviewing 2013, European Journal of Surgical Oncology
 2015 年 1 月 Outstanding Contribution in Reviewing, European Journal of Surgical Oncology
 2015 年 2 月 国民健康保険中央会表彰
 2016 年 2 月 高知県国民健康保険団体連合会表彰
 2021 年 10 月 厚生労働大臣表彰 (国民健康保険事業)

【専門医・指導医】日本外科学会、日本消化器外科学会、日本消化器病学会、日本消化器内視鏡学会

【その他】日本内視鏡外科学会技術認定医、がん治療認定医、日本乳癌学会認定医

脳性麻痺に対する臍帯血細胞輸血について

高知大学医学部 小児思春期医学

藤枝幹也

脳性麻痺は、運動障害に対してはリハビリテーションを中心に行うが、運動機能の改善に限界があり、特異的治療法がなく、さらなる治療法の開発が望まれている。私たちは、脳性麻痺の生涯にわたる運動機能障害および神経発達障害と、付随する二次的な障害を軽減し、QOLを向上させることを目的とし、臍帯血とそのバンキングシステムを活用したアプローチによる新たな治療法の開発、ならびに、その医療普及を目的として臨床研究を行っている。

虚血再灌流による脳性麻痺モデルを作成し、その障害部位からは液性因子（ケモカインなど）が放出されており、内在性神経幹細胞が脳室下帯から障害局所に増殖しながら遊走することを観察した。このケモカインの産生は一過性であり、神経幹細胞の遊走も停止することを認めた。ヒト臍帯血細胞を静脈投与すると、臍帯血細胞の一部が障害部位に達しパラクライン作用によってレシピエントの内在性の組織修復能（神経幹細胞の障害部位への遊走等）を惹起し、障害部位の組織学的な修復や神経伝達性の向上といった仮説を立てた。

以上の基礎研究をもとに、これまで、厚労省の認可のもと、1-6歳の脳性麻痺児に対して、2017年から保存自家臍帯血細胞投与（第I相単群非盲検臨床研究:jRCTb060190039）および2021年から同胞臍帯血細胞投与（第I相単群非盲検臨床研究 jRCTa060200018 および jRCTa060200017）の臨床研究を実施している。自家臍帯血細胞投与においては、6症例における安全性を確認した他、各患者における運動能力の向上がリハビリテーション単独よりも認められ、かつその効果は3年間維持されていた（特定認定再生医療等委員会報告済み）。さらに、運動能力の改善の良い3例では言語能力の改善も顕著であった。同胞臍帯血細胞投与においては、現在実施中であるが、すでに5例の投与を終え、現在のところ急性反応や有害事象は観察されておらず、特に5例中3例においては、自家投与と同様に運動機能の向上が期待される結果が観察されている（未発表データ）。

本講演においては、私どもの基礎・臨床研究の結果を示しながら、脳性麻痺に対する新たな治療法の可能性について、概説していく予定である。

【学歴・職歴】

藤枝 幹也（ふじえだ みきや）

1984年 高知医科大学卒業

1988年 同上 大学院卒業

1990年 高知県立宿毛病院 小児科

1991年 東京女子医科大学腎センター 小児科

1992年 高知医科大学 小児科 助手

2002年 同上 助教授

2007年 高知大学医学部 小児思春期医学 准教授

2012年 同上 教授

【所属学会】日本小児科学会（理事、専門医）、日本腎臓学会（理事、専門医）、日本小児腎臓病学会（理事）、日本小児保険協会（代議員）、日本小児腎不全学会（幹事）、日本小児神経学会、日本再生医療学会、国際小児腎臓学会、米国腎臓学会、ヨーロッパ腎臓学会

なぜ日本は HPV ワクチン接種を再開するのに 8 年以上を費やしたのか？－ HPV ワクチンの真実とプライマリ HPV 検診の意義

自治医科大学附属さいたま医療センター 産婦人科

今野 良

子宮頸がん予防プログラムの「持続可能な」実施に関して、日本と世界の間には大きな違いがある。厚生労働省は、2013 年 6 月 14 日に「適切な情報が一般に提供されるまで、HPV ワクチンを積極的に推奨すべきではない（2013 年度通知）」と決定せざるを得なかった。WHO のワクチン安全性に関するグローバル諮問委員会（GACVS）が前日に安全性声明を報告した直後であった。その背景には、有害事象と副作用の用語の混乱、昔ながらの非デジタル化システム、予防接種、検診、疾患（背景発生率）、がん発生率データ間のナショナルレジストリデータやそのリンクの欠如などの問題があった。その結果、国はワクチンの安全性と有効性を一般市民、マスメディア、ソーシャルメディアに明確に伝えて説明することが出来なかった。「2013 年度通知」を廃止する決定までに 8 年以上を費やした。2022 年 4 月以降、国は再び HPV ワクチンを積極的に推奨し、この 9 年間にワクチン接種を完了していない女性にキャッチアップ接種を提供する（該当する女性は約 300 万人）。日本では、子供の健康記録やワクチン接種歴が全国的な文書として存在しない。親または保護者は、「母子健康手帳」を保管する必要がある、これを紛失すると予防接種の履歴を知ることができなくなる。また、一般的な個人の健康記録や予防接種記録も無く、電子カルテとのデジタル化されたリンクもない。これで、どうやって公衆衛生行政が出来るのか？2021 年以降、COVID-19 に対するワクチン接種のために政府によって導入された 2 つの独立したワクチン記録システムがある。V-SYS（ワクチン接種システム）は、国が製薬会社によって供給されるワクチン量を把握し、卸売業者、県、市町村、医療機関への供給量を決定するのに使う。一方、VRS（予防接種記録システム）は、予防接種を受けたことを記録する。これまでは「予防接種元帳」で管理されていたが、方法は市町村ごとに異なり、記録されるまでに数ヶ月かかった。VRS は操作が複雑で登録に時間がかかり、実際の状況を反映していないとの声がある。依然として、ペンと紙、ファックス、および手動入力での COVID-19 感染と戦っている。「マイナンバー」は V-SYS と VRS の両方で部分的に使用されているが、個人は過去の予防接種記録にアクセスできない。国は、HPV ワクチンに関しては「時が問題を解決する」という政治戦略を採ったが、上記の問題はまだ解決されていない。日本は子宮頸がんに対する効果的な HPV ワクチン接種の機会を逃し、かつ、効率的なプライマリ HPV 検診を導入せずにいることで、多くの子宮頸がん患者を生んでいるように、このままでは、将来、世界で重篤な疾患に対する画期的な医療が開発されても、国民はその恩恵を得られない可能性がある。

今野 良（Prof. Ryo Konno MD, PhD）自治医科大学附属さいたま医療センター産婦人科 教授。

1984 年自治医大卒業。東北大学産婦人科を経て、自治医大附属大宮（現さいたま）医療センター助教授、2008 年教授。医学博士（東北大学）1991 年「子宮頸部扁平上皮癌および異形成の進展とヒトパピローマウイルス感染－in situ hybridization と polymerase chain reaction（PCR）を用いて」。

米国臨床腫瘍学会（ASCO）子宮頸がん一次予防ガイドライン作成委員、ASCO 子宮頸がん二次予防ガイドライン外部評価委員。Progress and challenges on HPV vaccination and screening（ICO-WHO）日本語版編著、HPV Today 日本語版編者、e-oncologia（ICO-WHO イーラーニング）日本語版編集総括。AOGIN（アジアオセアニア生殖感染癌研究機構）日本代表理事、Tokyo meeting 2017 会長。埼玉産婦人科学会会長（2015-2017 年）、日本産婦人科医会がん対策委員（2001 年 -）、日本産婦人科内視鏡学会理事、日本婦人科がん検診学会理事、2012 年学術集会会長、日本エンドメトリーシス学会理事、他。日本臨床細胞学会細胞診専門医、日本婦人科腫瘍学会専門医、他。

実践卵管学～卵管性不妊症には ART か、生殖内視鏡か～

兵庫医科大学医学部 産科婦人科学講座

柴原浩章

体外受精・胚移植 (IVF-ET) 等の生殖補助医療 (ART) による不妊治療が軌道に乗って以来、reproduction の場で卵管は脇役として捉えられがちな状況にあることは否めません。しかしながら自然妊娠も含め ART 以外では、卵管采による卵子の pick-up、卵管膨大部における精子と卵子の受精、受精後の胚の子宮腔内への移動など、卵管の生理的役割はいまだ非常に重要です。

不妊症のカップルに検査を進めると、25～30% が卵管性不妊症に該当します。スクリーニング検査として一般に子宮卵管造影 (HSG) が行われますが、腹腔鏡による卵管通過性の診断と比較すると、HSG による卵管閉塞の検出感度は 65%、特異度は 83% という報告もあります。なお HSG 後の拡散像により卵管周囲癒着 (PTA) の有無の診断も可能で、不妊原因検索の一助となります。

卵管角部閉鎖は卵管鏡下卵管形成術 (FT) のよい適応ですが、HSG の診断に影響しうる粘液栓等による一時的な閉鎖や、子宮卵管口の攣縮の可能性もあり、注意を要します。卵管峡部までの近位部閉鎖も FT の適応となります。卵管遠位部の閉鎖ではクラミジア感染等による PID に起因する卵管留水腫や PTA が原因となります。軽度の卵管遠位部閉鎖は腹腔鏡下卵管開口・卵管采形成術の適応となりますが、術後の妊娠率は 40% 程度とされています。また卵管留水腫の存在は IVF-ET による妊娠率・生児獲得率の低下と関係し、ET 前の卵管切除術が着床率の改善に有効なことも経験します。

以上のように HSG による卵管性不妊症診断の有用性と限界を理解するとともに、FT の適応と有効性、卵管切除術等の外科的治療の意義については症例毎に検討を要し、また高年齢化している不妊女性に最も適切な治療方針を提案することが、生殖医療に携わる医師の役割であると言えます。

本講演では演者が 2021 年に出版した「実践卵管学」(中外医学社) に掲載された、これまでの卵管に関する基礎と臨床に関する興味ある知見についても紹介し、今後の卵管に関する研究の更なる発展を期待したいと考えています。

柴原 浩章 (しばはら ひろあき)

1984 年 高知医科大学 (現・高知大学) 医学部卒業 (第 1 期生)

1984 年 兵庫医科大学病院 産婦人科 研修医

1990 年 米国 Eastern Virginia Medical School 生殖免疫学講座 研究員 (半年)

1996 年 米国 University of Virginia 細胞生物学講座 助手 (1 年 4 カ月間)

1998 年 兵庫医科大学 産科婦人科学講座 学内講師

1999 年 自治医科大学 産科婦人科学講座 助教授

2007 年 自治医科大学 産科婦人科学講座 教授

自治医科大学附属病院 生殖医学センター 教授

2013 年 兵庫医科大学 産科婦人科学講座 主任教授

兵庫医科大学病院 生殖医療センター長

(2022 年 兵庫医科大学医学部 産科婦人科学講座に名称変更)

[主な役職]

日本産科婦人科学会 (理事)、日本生殖免疫学会 (常任理事、前理事長)、日本生殖医学会 (常任理事)、

日本受精着床学会 (常務理事)、日本卵子学会 (常任理事)、日本 IVF 学会 (常務理事)、

日本産婦人科内視鏡学会 (理事)、日本エンドメトリオーシス学会 (理事)、

日本生殖内分科学会 (理事)、せとうち ART 研究会 (代表世話人)

Journal of Reproductive Immunology (Chief Editor) 2019～

Reproductive Medicine and Biology (Editor-in-Associate Chief) 2002～

新しい NIPT 認証制度とこれからの出生前診断

兵庫医科大学病院 遺伝子医療部

澤井英明

日本での出生前遺伝学的検査の手法については、1988年頃から日本産科婦人科学会「先天異常の胎児診断、特に妊娠絨毛検査に関する見解」による羊水検査と絨毛検査が実施され、次いで1999年の厚生労働科学審議会の見解による母体血清マーカー検査が導入された。その後に超音波検査と妊娠初期の母体血清マーカー検査を組み合わせた combined test も導入されたが、欧米のように本格的な普及にまでは至らなかった。大きな変化としては2013年から開始された、21、18、13トリソミーを対象とした非侵襲性出生前遺伝学的検査（NIPT: Non Invasive Prenatal genetic Testing）である。当初は日本医学会が認定した施設で臨床研究として開始されて、NIPT コンソーシアムという中核となる研究グループを中心に順調に実施されてきた。

しかし2016年頃から日本医学会の認定を受けることなく、NIPTを実施する無認可施設が多数出現して、調査によると近年では認定施設を上回る件数を実施しているとされる。そこで2019年頃から日本医学会の認定制度を改定して、こうした状態を踏まえて適切な認定制度の体制作りの議論が始まった。そして本年（2022年）からようやく新たな認定制度が開始され、従来の認定施設を想定した基幹施設、新たな認定制度で追加されると想定される連携施設、認定制度に参加する検査分析機関（登録衛生検査所）の3つの枠組みでの実施が開始された。ここに至る状況と現状を概説する。

また、この新たな NIPT の認証制度に加えて、すでに海外では臨床応用されており、また日本でも上記の無認可施設の一部が提供している染色体の微小欠失やすべての染色体の異数性の検出や、海外でも一部は臨床応用されている特定の単一遺伝子疾患の遺伝子変異の検出などの、先端的な領域についても簡単に紹介し、今後の出生前診断の方向性なども提案する。

【学歴・職歴】

澤井 英明（さわい ひであき）

学歴

1984（昭和59）年3月 高知医科大学医学部卒業

職歴

1984（昭和59）年6月 兵庫医科大学 産科婦人科学 入局

1988（昭和63）年1月 九州大学生体防御医学研究所 感染防御学分野 国内留学

1991（平成3）年10月 アメリカ合衆国ペンシルバニア州 ピッツバーグ大学病理学 海外留学

2006（平成18）年1月 京都大学大学院医学研究科 社会健康医学系専攻

遺伝カウンセラー・コーディネータユニット 准教授

2017（平成29）年4月 兵庫医科大学病院 遺伝子医療部 教授（産科婦人科学兼任）

学位 医学博士

専門医等 産婦人科専門医 生殖医療専門医 臨床遺伝専門医 臨床細胞遺伝学認定士

遺伝性腫瘍診療の基本と診療連携－ HBOC を中心に－

高知大学医学部附属病院 乳腺センター / 臨床遺伝診療部

杉本健樹

本講演では、遺伝性乳癌卵巣癌症候群（HBOC）を中心に遺伝性腫瘍診療の基本について概説し、当院および高知県で行って来た遺伝性腫瘍診療ネットワークの構築とその現状について紹介する。

癌腫毎に頻度は異なるが多くの癌腫で5-10%が単一遺伝子の病的バリエーション（PV）に起因する遺伝性腫瘍であるため、がん診療では常に遺伝性腫瘍を念頭に置く必要がある。日本人女性の乳癌では4-5%に、卵巣癌では10%超にBRCA1/2のPV保持が予想されるが、2020年4月に保険収載されたHBOCの診断目的の遺伝学的検査（GT）の適応はPV検出率10%を基準とし、乳癌では1) 若年発症 2) 複数の原発乳癌 3) 乳癌・卵巣癌の家族歴 4) 男性乳癌で、卵巣癌では全例である。HBOCの視点で膀胱癌・前立腺癌がないこと、遺伝性腫瘍の視点で乳癌ではLi-Fraumeni症候群（LFS）、PALB2等、卵巣癌ではリンチ症候群等の高浸透率遺伝性腫瘍がなく問題点も多い。一方、日本の乳癌では保険適用だけでも年間9万人を超す罹患者4割以上にHBOCの情報提供とGTの説明を行う必要があり、遺伝に関わる現在の人的資源では限界にある。

本学では遺伝診療の普及を予測し、2011年に臨床遺伝診療部を設立して臨床遺伝専門医を育成し高知県内の複数の施設に派遣すると同時に、がん診療に関わる医療者に遺伝に関する啓発を継続してきた。また、診療が複数臓器にわたるため院内では多職種で取り組み、診療科間連携体制を構築した。職種・診療科間をコーディネートする役割を主に認定遺伝カウンセラー®が担っている。院内診療ネットワークによりがんゲノム医療の生殖細胞系列所見にも円滑に対応できている。一方、地域では遺伝診療施設を増やすと同時に、施設間連携で専門医ががん診療を行っているほとんどの施設で保険収載されたGTができる体制を構築した。

乳癌の遺伝性腫瘍はHBOC医学にもLFS, Cowden, Peutz-Jehgers等多岐にわたる。また、最近HBOCでも胃癌・胆管癌の罹患リスクが高いことが明らかになった。がん罹患したら多遺伝子パネル検査で複数の原因遺伝子を同時に検索する近未来に備えて、多種類の遺伝性腫瘍に対応できる診療ネットワークの構築が急務と考えている。

杉本 健樹（すぎもと たけき）

1985年 高知医科大学 卒業
 1989年 高知医科大学 大学院修了（医学博士）
 1989年 高知医科大学附属病院 助手（第1外科）
 1990-1995年 高知県立安芸病院 外科勤務
 1995年 高知医科大学医学部 助手
 2006年 高知大学医学部 講師
 2007年～ 同 准教授（外科学講座外科1）
 2007年～ 高知大学医学部附属病院 病院教授
 2011年～ 高知大学医学部附属病院 臨床遺伝診療部 副部長
 2015年～ 高知大学医学部附属病院 乳腺センター センター長
 2016年～ 高知大学医学部附属病院 臨床遺伝診療部 部長（併任）
 2019年～ 高知大学医学部附属病院 がんゲノム医療センター センター長（併任）
 現在に至る

専門医等の資格：外科専門医・指導医、乳腺専門医・指導医、臨床遺伝専門医、遺伝性腫瘍専門医・指導医、がん治療認定医、マンモグラフィ検診認定読影医（AS）、家族性腫瘍カウンセラー

101. 子宮内膜症が術後に再発していない妊婦であっても早産と前置胎盤のリスクは高い

鳥取大学医学部附属病院 産科婦人科

圓井孝志、原田 崇、元村衣里、宮本圭輔、柳楽 慶、東 幸弘、佐藤絵里、谷口文紀

【緒言】子宮内膜症と診断されたことがある妊婦は、早産、Preterm PROM (pPROM) および前置胎盤のリスクが上昇することが知られている。一般的に、挙児希望のある女性へのホルモン治療は適応とならず、卵巣チョコレート嚢胞が術後に再発する頻度は高い。【目的】子宮内膜症に対する保存的手術後の再発が、その後のART妊娠の産科合併症リスクに及ぼす影響を調査した。【対象】本研究は、鳥取大学の倫理審査で承認された。妊娠22週以降の分娩転帰が確認できた645例のART妊娠を対象とした。妊娠前に子宮内膜症と診断された116例のうち、65例が病理組織検査によって、51例は画像診断により子宮内膜症と診断された。術後のART治療中に子宮内膜症が再発した25例と、再発のない40例の産科合併症リスクを解析した。【結果】子宮内膜症が術後に再発した妊婦の早産、pPROMおよび前置胎盤の頻度は、再発がない妊婦と同程度であった。子宮内膜症既往がない529例の妊婦に対して、術後再発がみられなかった妊婦の産科合併症のオッズ比は、早産が2.89、pPROMが6.45、前置胎盤は13.87であった。【結論】子宮内膜症の術後再発がみられないART妊娠でも、過去に子宮内膜症既往があれば早産、pPROMおよび前置胎盤のリスクが高い。

102. 血栓症を発症した卵巣癌合併妊娠の2例

徳島大学医学部 産婦人科

大西美嘉子、吉田あつ子、中川奉宇、今泉絢貴、白河 綾、香川智洋、西村正人、
岩佐 武、加地 剛

【背景】妊娠や担癌は血栓症のリスクであり、中でも卵巣癌は血栓症のリスクが高い。我々は血栓症を来した卵巣癌合併妊娠を2例経験した。

【症例①】41歳G2P1、BMI 24。自然妊娠後、増大する左卵巣腫瘍を認めた。妊娠13週に腫瘍破裂を来し、腹式左付属器切除を実施、明細胞卵巣癌であった。術後は抗凝固療法を行っていなかった。妊娠14週に視野障害が出現、多発脳梗塞や下肢静脈血栓、非細菌性血栓性心内膜炎を認め、抗凝固療法を行った。人工妊娠中絶と卵巣癌の外科的加療を希望したため、妊娠18週で妊娠子宮摘出を含む卵巣癌根治術を施行した。術後はリバーロキサパンを内服した。

【症例②】36歳G1P0、BMI 20。妊娠前より内膜症性嚢胞を認めていたがIVF-ETで妊娠後、嚢胞は増大し充実部も出現した。妊娠17週に試験開腹術を行うも癒着や播種のため生検のみ実施、明細胞卵巣癌であった。術後はエノキサパリンナトリウムで血栓予防を行うも妊娠21週でD-dimerが上昇し、肺塞栓と下肢静脈血栓症を認めた。妊娠継続希望あり、ヘパリンによる抗凝固療法下に化学療法実施も、腫瘍増大が顕著となり妊娠26週で帝王切開術を行った。術後にエノキサパリンナトリウム投与も血栓は再発し、抗凝固療法を再開した。

【まとめ】妊婦の血栓症は母児の予後に影響しうる。担癌妊婦の管理では妊娠と癌治療の両立が重要だが、血栓症へも十分な留意が必要である。

103. 著明な子宮腫大を呈し深部静脈血栓症を併発したびまん性子宮平滑筋腫症合併妊娠に対して子宮底部横切開を行い生児を得た一例

倉敷中央病院 産婦人科

松崎敬彦、福原 健、橋本阿実、新垣紀子、吉田旭輝、山野和紀、牧尾 悟、佐伯綾香、藤塚 捷、黒田亮介、原 理恵、西村智樹、田中 優、伊藤拓馬、堀川直城、清川 晶、楠本知行、中堀 隆、長谷川雅明、本田徹郎

びまん性子宮平滑筋腫症は、子宮筋層内に小筋腫がびまん性に増生する子宮筋腫の特殊型であり、不妊症や流早産の原因となる。今回、稀な同疾患合併妊娠に対して帝王切開術を施行し生児を得た一例を経験したので報告する。

症例は38歳4妊0産、体外受精、胚移植で妊娠成立した。3回の子宮筋腫核出術既往による子宮破裂や、子宮腫大に伴う腹満等諸症状や血栓症、子宮内腔の拡張不全に伴う胎児発育不全、子宮筋腫による弛緩出血等複数のリスクを伴う周産期管理が予想された。妊娠13週に前期破水の疑いにて前医で入院管理が開始、妊娠15週に深部静脈血栓症を発症し抗凝固療法が開始され、妊娠21週に当院へ母体搬送となった。母児ともに経過順調であったが、妊娠継続に伴うリスクを考慮し妊娠34週での選択的帝王切開術とした。手術は、内腸骨動脈バルーンを留置後、全身麻酔下に、皮膚は臍上15cmまでの縦切開、びまん性の筋腫結節が比較的少ない子宮底部を横切開とし、2061g、APGAR3/8の生児を得た。術中出血量は1920gで術後弛緩出血なくバルーンは使用しなかった。術後1日目にヘパリンを再開しワーファリンへ移行中、術後7日目に突然の大量性器出血を認め、造影CT検査にて子宮腔内への動脈性出血を認めたため子宮動脈塞栓術を施行した。その後は性器出血の改善を認め帝王切開術後23日目に退院とした。現在は外来にてワーファリン管理中であり経過良好である。

104. 嵌頓子宮を繰り返し、自然整復した一例

愛媛大学医学部附属病院 産婦人科

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

【緒言】

嵌頓子宮は、過度に伸展した妊娠子宮が後屈し、子宮底部が骨盤腔に嵌頓した稀な病態である。原因として子宮筋腫や子宮内膜症、骨盤腹膜炎や子宮形態異常などが挙げられる。今回、明らかな原因なく嵌頓子宮を繰り返し、妊娠末期に再度自然整復した一例を経験したので報告する。

【症例】

32歳、2妊1産。

第一子妊娠時、明らかな誘因なく嵌頓子宮と診断されたが妊娠30週時に自然整復し、骨盤位のため帝王切開術にて第一子を出生した。今回、自然妊娠成立後、前医にて妊娠管理されていた。妊娠27週、前置胎盤を疑われ、当科外来を紹介受診した。受診時、子宮腔部が確認できず、経陰超音波検査で子宮頸管線の描出が困難であった。MRI検査にて骨盤内に子宮が嵌頓しており、嵌頓子宮と診断した。下腹部の疼痛を認めたため入院管理していたところ、妊娠29週時、自然整復したことを確認した。外来で経過観察していたところ前期破水を認め、妊娠30週に帝王切開術を施行した。体重1444g、Apgar score 1分値7点、5分値8点の男児を出生し、児は早産児のためNICUへ入院した。子宮は過度に後屈していたが、周囲に癒着等は認められなかった。

【考察】

嵌頓子宮を繰り返し、自然整復した一例を経験した。本症例のように、嵌頓子宮の既往があり、子宮筋腫や骨盤内癒着のような明らかなリスク因子が存在しない場合には、骨盤の形態学的特徴や子宮後屈の程度などを十分考慮し、診断する必要がある。

105. 当院における妊娠 41 週以降の分娩方法の検討

国立病院機構 高知病院

甲斐由佳、青木秀憲、滝川稚也、木下宏実

【はじめに】妊娠 42 週以降の妊婦の取り扱いについては、産婦人科診療ガイドラインにおいても「分娩誘発を行うか、陣痛発来を待機する」とされており、一定の結論は出ていない。当院では、以前は妊娠 41 週頃より分娩誘発を行ってきたが、分娩までに日数を要することが多く、身体的精神的負担の上、分娩停止で帝王切開になる症例も多く見られたため、2019 年度よりハイリスクを除く妊婦に対し、42 週 0 日まで待機する方針とした。よって、これ以前の症例と比較することで誘発分娩の有用性を検討した。

【方法】妊娠 41 週 0 日以降で分娩誘発を行う方針であった 2017 年 4 月から 2019 年 3 月の症例 161 例（I 群）と、待機的に管理を行なった 2019 年 4 月から 2021 年 3 月の症例 157 例（II 群）での、帝王切開率、吸引分娩率、羊水混濁率、新生児仮死率（Ap7 点未満）、小児科医師介入率、臍帯動脈血ガス pH、NICU 入室率を比較検討した。

【結果】帝王切開率、吸引分娩率について有意差は認めなかったが、帝王切開率は II 群の方が低く、吸引分娩率は I 群が低かった。小児科医師介入率は II 群が高かった（ $p = 0.01$ ）が、羊水混濁率、新生児仮死率、臍帯動脈血ガス pH、NICU 入室率には有意差はなかった。また 42 週まで待機しても羊水過少や HDP の新規発生率に差はなかった。

【まとめ】低リスク妊婦において妊娠 42 週まで待機的に管理することで児の状態が悪化することなく、帝王切開率を下げる可能性が考えられた。

106. 子宮頸部円錐切除後妊娠の周産期予後に関する検討

JCHO 徳山中央病院

山縣芳明、樫部真央子、中野仁美、高木遥香、平田博子、澁谷文恵、中川達史、平林 啓、沼 文隆

【目的】子宮頸癌及び前駆病変である子宮頸管異形成症例の若年化に伴い、子宮頸部円錐切除既往の妊婦も増加している。円錐切除後妊娠は流産のリスク因子として考えられているが、その妊娠管理についての一定の見解はない。円錐切除が周産期予後に及ぼす影響について検討した。

【方法】2012 年～2021 年の 10 年間に当科で分娩に至った円錐切除既往妊婦 132 例を対象とし、妊娠管理方法、周産期予後等について後方視的に検討した。

【結果】29 例（22.0%）が早産となり、切迫流産で入院管理を必要としたのは 35 例（26.5%）であった。分娩方法は、経膈分娩 86 例、選択的帝王切開術 26 例、緊急帝王切開術 20 例であった。24 例に予防的頸管縫縮術が施行され、4 例が早産となった。また 3 例に緊急頸管縫縮術が施行され、2 例が早産となった。予防的 + 緊急頸管縫縮術の有無と早産率には有意差を認めなかった。また予防的頸管縫縮術施行の有無と早産率及び切迫流産に対する入院率にも有意差は認めなかった。

【結論】一般的に早産率は 5%程度とされており、円錐切除後妊娠では早産率が上昇することが示された。今回の検討では円錐切除後妊娠において予防的頸管縫縮術が早産予防に寄与するとは言えなかった。円錐切除後妊娠においては、頸管長短縮、感染等により早産率が上昇することを念頭におき、入院を含め、より慎重に管理を行うことが必要と考えられる。

107. 妊娠初期稽留流産の転帰～待機的管理と外科的治療～

山口県立総合医療センター 産婦人科

平岡あきね、浅田裕美、松井風香、西本裕喜、大谷恵子、三輪一知郎、讃井裕美、佐世正勝、中村康彦

【目的】

現在、わが国での妊娠 12 週未満の稽留流産や不全流産の治療は、薬物療法が未認可であるため待機的管理と外科的治療のいずれかが選択されている。今回、当科における妊娠初期稽留流産の転帰を検討した。

【方法】

2017 年 1 月から 2020 年 12 月に当科で妊娠 12 週未満の稽留流産と診断した単胎妊娠 173 例を対象とした。待機的管理か外科的治療を行うかは患者の希望により決定し、治療成績を検討した。

【成績】

待機的管理（待機群）は 66 例、外科的治療（手術群）は 107 例であった。待機群では、52 例（78.8%）が完全流産となり、診断から完全流産に至るまでの期間は中央値 10（1～68）日で、34 例（65.4%）が 14 日以内に、49 例（94.2%）が 21 日以内に完全流産となった。待機群のうち 1 例は不全流産のため予定手術を施行し、13 例（19.7%）は患者希望で予定手術に変更した。手術群では、手術予定日までに 30 例（28.0%）が完全流産となった。合併症は、待機群で入院管理あるいは緊急手術を要した大量出血 3 例を認め、手術群で存続絨毛症 2 例と子宮穿孔 1 例を認めた。

【結論】

待機的管理も外科的治療もそれぞれ合併症を認めており、治療前の十分なインフォーム・ドコンセントが必要である。待機的管理では 3 週間以内に 9 割以上が完全流産に至っており、待機期間の参考になると思われた。

108. 当院におけるハイブリッド手術室を使用した帝王切開 15 例の検討

広島市立広島市民病院

篠崎憲人、上野尚子、篠崎真里奈、坂井裕樹、岩間かれん、田中奈緒子、築澤良亮、久保倫子、森川恵司、植田麻衣子、玉田祥子、依光正枝、石田 理、児玉順一

【目的】 当院でハイブリッド手術室を使用して帝王切開を行った前置癒着胎盤・癒着部妊娠 15 例について後方視的に検討を行った。

【方法】 2016 年～2021 年の間に、癒着胎盤を疑いハイブリッド手術室で IVR 併用の帝王切開を行った前置胎盤・癒着部妊娠 15 例について背景・出血量・帰結について検討した。

【結果】 年齢は 37 歳（22～44 歳）、初産婦が 2 例、経産婦が 13 例、癒着胎盤のリスク因子（CS 既往、高齢妊娠、不妊治療歴、D&C 歴）に関しては多くの例が重複していた。疾患は前置胎盤 12 例（80%）、癒着部妊娠 3 例（20%、うち 2 例前置胎盤合併）であった。総出血量は、1973（805～6600）ml であった。出血等の理由で、緊急となった例は 6 例（40%）であった。CIABO 施行群 9 例と緊急にて CIABO 未施行群 3 例では出血量（1430ml vs 2650ml）は有意差を認めなかった（ $p=0.11$ ）が、うち 1 例は夜間に産科病棟で危機的出血、ショックを来し超緊急帝王切開施行、CIABO 予定であったが行えず術中総出血量 6600ml となった例であった。最終的に癒着胎盤であった例は 13 例（87%）であり、1 例は部分的に胎盤剥離兆候があり一期的に子宮全摘施行、11 例は胎盤剥離兆候なく、UAE 後二期的に子宮全摘を行った。1 例は子宮温存希望のため待機療法を行い、術後 150 日目に胎盤は自然消失した。初産婦の 2 例は癒着胎盤ではなかった。IVR 合併症を併発した例はなかった。

【結論】 ハイブリッド手術室での帝王切開戦略を導入して以来、15 例の症例を経験した。

109. 経膈分娩後の癒着胎盤に対して待機的管理を行った 3 症例

済生会下関総合病院 産婦人科

関谷 彩、品川征大、伊藤麻里奈、折田剛志、田邊 学、丸山祥子、森岡 均、
嶋村勝典

【緒言】癒着胎盤は分娩後大量出血の原因となりうる疾患で、経膈分娩後に胎盤娩出に至らず胎盤遺残となる例が存在する。胎盤遺残に対し、待機的管理・MTX療法・予防的子宮動脈塞栓術・子宮全摘術等が施行されているが一定の管理指針は示されていない。今回、経膈分娩後に胎盤遺残となり、MRIで癒着胎盤が疑われ緊急娩出を要する出血を認めず待機的管理を行った3症例を経験した。

【症例1】38歳 2妊2産。第一子分娩時は胎盤自然剥離認めず用手剥離施行。今回、凍結融解胚移植にて妊娠成立。自然経膈分娩に至るも胎盤剥離徴候認めず待機的管理を行った。産褥13日目、子宮内感染あり抗生剤投与を行い感染は改善した。産褥54日目、胎盤自然娩出。

【症例2】36歳 2妊2産。第一子分娩時、胎盤自然剥離認めず用手剥離施行。今回、自然妊娠にて妊娠成立。自然経膈分娩に至るも胎盤剥離徴候認めず待機的管理を行った。産褥1日目、強出血を認め子宮動脈塞栓術施行。産褥7日目、胎盤自然娩出。

【症例3】38歳 1妊1産。凍結融解胚移植にて妊娠成立。前医で自然経膈分娩に至るも胎盤剥離徴候認めないため用手剥離試みたが胎盤娩出せず、当科で待機的管理を行った。産褥23日目、強出血を認め子宮動脈塞栓術施行。産褥100日目、胎盤自然娩出。

【結論】緊急子宮動脈塞栓術が可能な施設であれば、緊急娩出を要する出血を認めない癒着胎盤症例は待機的管理により胎盤自然娩出が期待できる。

110. 最近経験した前置血管症例と管理方針に関する検討

香川大学医学部 周産期学婦人科学

木村華捺

前置血管は、臍帯卵膜付着の血管が内子宮口上を走行する妊娠合併症である。今回2022年に出生した1例の報告とともに、本邦での報告例の検討により決定した当院の管理方針を提示する。

症例は、35歳、G1P0、体外受精によるMD双胎。妊娠21週の超音波検査で第1児の臍帯卵膜付着と前置血管を確認した。その後も内子宮口上の血管走行は変わらず、妊娠27週0日に管理入院とした。妊娠35週台での帝王切開術を予定していたが、妊娠35週1日に前期破水(高位破水)となったため同日緊急帝王切開を実施した。対象児は、2266g, UApH-7.279(第2児2050g, UApH-7.279)でNICU管理となったが、経過良好であった。当院で経験していた4例を含め、2011年以降本邦で報告された142例について事前に検討を行った。術前に診断され予定帝王切開が施行された症例は、妊娠中34週から38週で施行されており、妊娠35週が最多であった。一方、子宮収縮や出血等で予定外の分娩となった症例は57例で、妊娠30週以下が10例(17.5%)、妊娠35週未満が24例(67%)であった。予定帝王切開例はそれまで問題なく経過していたと考えられ、少なくとも妊娠34週未満は87%、妊娠35週未満は82%、妊娠36週未満は68%が問題なく経過していたと考えられる。これより当院では妊娠35週前半での選択的帝王切開の方針とした。

111. 常位胎盤早期剥離を除く分娩時大量出血における産科 DIC スコアの診断能力

- ¹⁾ 独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター 産婦人科、
²⁾ 独立行政法人国立病院機構 小児・周産期医療ネットワーク共同研究グループ、
³⁾ Medical Data Labo、⁴⁾ 三宅おおふくクリニック、
⁵⁾ 埼玉医科大学国際医療センター 婦人科腫瘍学
多田克彦^{1) 2)}、宮木康成^{3) 4) 5)}、兒玉尚志²⁾、田中教文²⁾、水之江知哉²⁾、前田和寿²⁾、
安日一郎²⁾、野見山 亮²⁾、江本郁子²⁾、大蔵尚文²⁾、前川有香²⁾、熊澤一真^{1) 2)}

【目的】 分娩時大量出血（PPH）症例における産科 DIC スコアの診断能力を検討すること。【方法】 現在進行中の多施設共同前向き症例集積研究の、2020年8月から2022年3月までの分娩時出血量2000g以上のPPH 69例を、我々の提唱したフィブリノゲン（Fbg）境界値を用い以下の3群に分類し、産科 DIC スコアを検討した：Fbg 正常（N）群、Fbg ≥ 237 mg/dL；軽度 Fbg 低下（M）群、 $170 \leq \text{Fbg} < 237$ mg/dL；高度 Fbg 低下（S）群、Fbg < 170 mg/dL。DIC はその病態に基づき、以下の4項目を満たすものとした：Fbg < 100 mg/dL、FDP ≥ 80 μ g/mL、分娩時出血量 ≥ 2000 g、血液製剤の輸血。【成績】 N群（n = 29）、M群（n = 27）、S群（n = 13）における主要な臨床・検査データはS群で有意な悪化を示した。DIC はS群で1例認めた。非 DIC 症例68例のうち産科 DIC スコア ≥ 8 点（高得点）症例は16例（24%）認めた。N群、M群、S群における高得点症例の割合は17、15、58%でS群で高かった（ $P < 0.01$ ）。産科 DIC スコアは臨床症状項目と検査項目から成り立つが、高得点症例において臨床症状項目の点数が総点数に占める割合の中央値（範囲）は75（56-100）%と高率だった。【結論】 非 DIC 症例の1/4に高得点症例を認め、その原因として、産科 DIC スコアでは凝固障害の病態とは関係のない臨床症状項目の配分が高いことが考えられた。PPHで認める凝固障害の適正な治療のために、産科 DIC スコアの見直しが必要かもしれない。

112. 当院にて集学的治療を行った臨床的子宮型羊水塞栓症 8 例についての検討

広島市立広島市民病院

坂井裕樹、上野尚子、篠崎真里奈、保崎憲人、岩間かれん、田中奈緒子、築澤良亮、
久保倫子、森川恵司、植田麻衣子、玉田祥子、関野 和、依光正枝、石田 理、
児玉順一

【緒言】 子宮型羊水塞栓症は発症直後より多量出血・凝固異常を認め、早期に集学的治療介入を行う必要がある。今回、産後危機的出血にて当院搬送となり、臨床的子宮型羊水塞栓症が疑われた症例について検討した。

【方法】

分娩後12時間以内に発症し、1500ml以上の大量出血（分娩後2時間以内）もしくはDICを認め、他の疾患で説明できない症例を臨床的子宮型羊水塞栓症と定義した。

過去7年間に当院で管理した8症例（院内発症例なし）を対象に、患者背景・臨床経過について診療録を基に後方視的に検討した。

【結果】

年齢は中央値35歳（27-40）、分娩時週数は中央値40週0日（39週4日 - 41週6日）、全例経膈分娩で、分娩誘発4例、吸引分娩3例であった。

分娩から当院到着までに要した時間は中央値112分（58-280）、当院到着時のShock Indexは中央値1.68（1.14-3.16）、血液検査でFib値は5例で測定感度以下、3例で異常低値（38、48、54mg/dL）を認め、産科 DIC スコアは中央値17.5点（10-28）、搬送前も含め合計出血量は中央値10200ml（3350-15978）であった。

治療法は全例で輸血療法、5例でFib製剤使用、3例でUAE、3例で子宮摘出を施行した。子宮温存可能であった症例は5例（62.5%）であった。

7例で血清マーカー検査を施行し、全例で補体系の低下を認めた。

【結語】

迅速な集学的治療介入により子宮温存可能な症例も認められた。

子宮型羊水塞栓症の治療として、発症後早期に凝固異常・循環不全の改善を図る必要がある。

113. 希釈性凝固障害型の血液検査所見を示した臨床的に子宮型羊水塞栓が疑われた産科危機的出血の2例

- ¹⁾ 香川県立中央病院 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、
³⁾ 独立行政法人国立病院機構 呉医療センター 産婦人科、
⁴⁾ 独立行政法人国立病院機構 小児・周産期医療ネットワーク研究グループ
高田雅代¹⁾、多田克彦^{2) 4)}、水之江知哉^{3) 4)}、豊田祐里子^{3) 4)}、谷佳紀¹⁾、堀口育代¹⁾、
米澤優¹⁾、中西美恵¹⁾

臨床的には子宮型羊水塞栓が疑われたが、フィブリン/フィブリノゲン分解産物(FDP)が上昇せず、播種性血管内凝固(DIC)ではなく希釈性凝固障害の病態を示した産科危機的出血の2例を経験したので報告する。【症例1, 2】両者に共通の臨床所見・病理所見は以下の通りだった：胎盤娩出後に短時間大量出血を認め(分娩後1時間の出血量2500g, 2200g)、出血性ショックに陥った(Shock index 2.1, 2.8)；重度の収縮不全のため子宮摘出を必要とし、摘出子宮で子宮血管内にムチン成分を認め、子宮型羊水塞栓と診断された。共通の血液検査所見：FDP値の上昇を認めなかった(最大値22, 19 μ g/mL)；フィブリノゲン値の低下は軽度だった(最小値170, 177mg/dL)。症例2ではトロロンビン・アンチトロロンビン複合体(17.2ng/mL)、プラスミン・ α 2プラスミンインヒビター複合体(2.5 μ g/mL)の異常上昇もなく、これらの血液検査所見は短時間大量出血による凝固因子の喪失を原因とする希釈性凝固障害の病態と矛盾しなかった。【考察】DICの基本病態は全身性持続性の凝固の異常活性であり、FDP値の高度上昇とフィブリノゲン値の高度低下で特徴付けられる。本報告で、子宮型羊水塞栓で認める凝固障害はDICのみではないことが示された。DICも含め、分娩時大量出血で認める凝固障害の病態に関するより一層の検討が望まれる。

114. 妊娠中に広範囲の小腸大腸壊死を起こし劇症化した宿便性閉塞性大腸炎の1例

JCHO 徳山中央病院 産婦人科

中野仁美、山縣芳明、檜部真央子、高木遥香、平田博子、澁谷文恵、中川達史、
平林啓、沼文隆

妊娠中に宿便性閉塞性大腸炎を発症し、劇症化した症例を経験したので報告する。

症例は35歳、3妊0産、20歳から2型糖尿病のためインスリン療法を受けていた。原発性不妊症に対し凍結融解胚移植を施行し、妊娠成立した。妊娠29週2日に腹痛のため緊急受診、入院となった。約5日間の便秘、炎症反応高値を認め、腹部単純X線等から便秘によるサブレウスと診断し、絶食、補液、抗菌剤投与を開始した。しかし、疼痛等の症状改善を認めず、炎症所見増悪、DIC、胎児機能不全、CTで著明な腸管拡張を認め、入院同日に緊急帝王切開術を施行した。胎児娩出後には癒着胎盤を認め、子宮膈上部切断術を施行した。切除断端縫合終了時にショック、心停止となり、蘇生実施し心停止4分後に自己心拍再開した。腸管は拡張浮腫著明であり、腹部開放管理を行う方針とした。集中治療後、術後2日目に小腸の色調不良を認め、2nd look surgeryを施行した。結腸全体が著明に拡張し、回腸を含め広範囲が壊死に陥っていた。結腸全摘除術、回腸部分切除術、回腸単孔式ストーマ造設を施行した。その後も集中治療を行い、徐々に全身状態改善、術後83日目に軽快退院となった。

宿便性閉塞性大腸炎はbacterial translocationにより劇症化する場合があります。腹部症状や他覚的所見の増悪を認めた場合は、速やかな手術を考慮する必要がある。また妊娠中の便秘は日常診療でしばしばみられるが、早めの便秘解消と予防が大切である。

115. 食道破裂を生じた重症妊娠悪阻の一例

呉医療センター

好澤茉由、山根尚史、菅 裕美子、佐川麻衣子、中村紘子、本田奈央、水之江知哉

【背景】 つわりは一般的に妊娠 12～16 週までに自然軽快するが、0.5～2%の妊婦では高度の体重減少や脱水、電解質異常を生じ、妊娠悪阻として治療を要する。今回は妊娠悪阻に合併し、食道破裂を来した症例を経験したため報告する。

【症例】 26 歳 1 妊 0 産、自然妊娠。妊娠悪阻のため前医を受診し、頻回の嘔吐と前胸部痛が増悪したため当科へ紹介となった。来院時、前胸部皮下の握雪感と圧痛を認め、胸部 X 線写真で皮下気腫、縦隔気腫を認めた。血液検査は白血球数 11400/ μ l、CRP 0.86mg/dl と上昇し、Na 120mEq/l、K 2.4mEq/l と電解質異常を認めた。画像所見、頻回の嘔吐歴から食道破裂が強く疑われたが、発熱なく全身状態が安定していたため保存的加療を開始した。第 11 病日に胸部 X 線写真で皮下気腫、縦隔気腫像の消失を認め、内視鏡検査を施行し、瘢痕化した裂傷部を認め食道破裂の確定診断とした。第 13 病日より食事を開始し、妊娠悪阻が改善したため第 36 病日に自宅退院とした。

【考察】 食道破裂の原因は妊娠悪阻による頻回な嘔吐と考えられた。食道破裂は比較的まれだが、早期診断・早期治療が予後を左右し、胸痛の鑑別として重要な疾患である。妊娠悪阻は多く経験する疾患だが、重篤な合併症の発症、重大な背景疾患の存在を常に意識して診療することが重要である。

【結語】 妊娠悪阻に前胸部痛を合併する症例では、食道破裂を鑑別にあげる必要がある。

116. 糖尿病性腎症第 3 期合併妊娠の一例

倉敷中央病院 産婦人科

佐伯綾香、田中 優、橋本阿実、新垣紀子、牧尾 悟、松崎敬彦、山野和紀、吉田旭輝、藤塚 捷、黒田亮介、西村智樹、原 理恵、伊藤拓馬、清川 晶、堀川直城、楠本知行、福原 健、中堀 隆、長谷川雅明、本田徹郎

緒言：糖尿病性腎症の妊娠許可は第 2 期までとされており、第 3 期以上で妊娠を希望する場合は十分な説明を行うことが求められる。今回、糖尿病性腎症第 3 期合併妊娠の一例を経験したので報告する。

症例：37 歳、G6P2SA3。本妊娠の 2 年前に他院にて 2 型糖尿病、糖尿病性腎症第 3 期、糖尿病性網膜症と診断されたが、通院を自己中断していた。自然妊娠成立し、他院にて妊娠管理を開始されたが、糖尿病の治療歴を申告しなかった。妊娠 12 週より高度の尿蛋白、非重症域の高血圧が持続した。妊娠 15 週に糖尿病合併妊娠と診断された。妊娠 17 週の時点で非妊時より 15kg の体重増加を認めた。ハイリスク妊娠のため、妊娠 19 週 4 日に当科紹介となった。翌日より管理入院とし、妊娠継続に伴う母児のリスクについて腎臓内科と合同で説明するも、妊娠継続を強く希望したため、入院管理を継続した。本人希望で妊娠 24 週に退院とした後は週 2 回の外来経過観察を行っていたが、妊娠 28 週 6 日の妊婦健診で母体の腹水貯留と重症域の高血圧を認めた。浮腫増強、尿量低下の訴えあり、同日緊急帝王切開術を行った。術後は内服薬を調整し、血圧が安定したことを確認して退院とした。児は出生体重 991g (AGA)、出生直後に気管挿管され NICU 入院となった。

考察：第 3 期以上の糖尿病性腎症症例において妊娠が判明した場合、母児ともにハイリスクであることを説明し、妊娠継続を希望する場合は合併症に留意した慎重な管理が必要となる。

117. 児の帽状腱膜下血腫から診断しえた血友病保因者の 1 症例

¹⁾ 医療法人国見会 国見産婦人科、²⁾ 高知医療センター 総合周産期母子医療センター
国見祐輔¹⁾、中田裕生²⁾、国見直樹¹⁾

【緒言】 血友病は X 連鎖劣性遺伝疾患であるが、血友病は家族例が明らかなもののほかに孤発例が知られてお

り、孤発例の母親は血友病の推定保因者とされる。今回われわれは、出生した男児に発症した帽状腱膜下血腫を契機に、男児の血友病 A、そして母親を血友病保因者と診断しえた 1 例を経験したので報告する。【症例】 32 歳。2 妊 0 産。分娩停止のため吸引分娩 2 回で 3330g の男児を娩出した。出血量は産後 2 時間で 855g であった。日齢 1 に児の頭部周囲の腫脹を認め、娩出直後 32.5cm であった頭囲が 37.5cm と増大していた。圧痕あり帽状腱膜下血腫を疑い緊急搬送。輸血を行い、頭部 CT 検査で帽状腱膜下血腫と診断した。同日測定した第Ⅷ因子活性の低下を認め、血友病 A と診断され、第Ⅷ因子製剤を投与し止血を得た。また母親の第Ⅷ因子活性の低下、フォンヴィルブランド因子の増加を複数回認め、母親も保因者と診断された。【考察】 血友病は通常、男性に症状が現れ、女性は保因者とされている。もし血友病孤発例が発見された場合に、その母親が血友病保因者と診断がされても、母親の管理がなされることは少なかった。一方、近年、凝固活性が低く出血症状を有する症候性保因者が存在することが注目されてきており、世界血友病連盟は多くの保因者は過多月経などの異常出血の経験があるとして注意喚起を促している。今後の妊娠出産にあたっての管理方法も含め産婦人科医とのかかわりが求められる。

118. 羊水過少を契機に診断された中枢性尿崩症合併妊娠の 1 例

高知医療センター 産婦人科

高橋成彦、松島幸生、山本眞緒、塩田さあや、森田聡美、渡邊理史、上野晃子、川瀬史愛、山本寄人、小松淳子、林 和俊、南 晋

【緒言】 尿崩症は多飲多尿を主な症状とする内分泌疾患である。妊娠中に尿崩症を合併する症例は 4 万～8 万妊娠に 1 例と報告されている。今回、羊水過少を契機に診断された中枢性尿崩症合併妊娠の 1 例を経験したので報告する。

【症例】 28 歳女性、1 妊 0 産。自然妊娠成立後、近医で妊娠管理されており、妊娠中期に GDM と診断されたため妊娠 31 週に当科紹介となった。妊娠 31 週 4 日に超音波検査で AFI: 4cm と羊水過少を認めたため、精査目的に入院管理とした。羊水過少は持続していたが、超音波検査では胎児発育不全や胎児血流異常は認めず、CTG 上も胎児心拍異常は認めなかった。妊娠 34 週時に子宮収縮増加に伴い、硫酸マグネシウム投与を開始した。同時期に施行した尿量測定で 4-5L/日と多尿を認め、尿浸透圧: 111mOsm/L、AVP: 0.6pg/ml であり頭部 MRI 検査で下垂体後葉の高信号の消失を認めたため中枢性尿崩症と診断され、デスマプレシン投与を開始した。開始翌日より AFI: 7cm と羊水の増加を認めたため妊娠継続を図り、妊娠 37 週 0 日で選択的帝王切開術を施行した。2704g の女児を Aps: 8/9 点、臍動脈血ガス pH: 7.313 で娩出した。母体は術後もデスマプレシン投与継続により尿量は安定している。

【結語】 母体の尿崩症が羊水過少の一因と考えられた症例を経験した。羊水過少を認めた場合、問診による多飲多尿の確認や尿量測定などを基に尿崩症を鑑別することが重要であると考えられた。

119. 当院における子宮筋腫症例に対する子宮動脈塞栓術の臨床的検討

島根県立中央病院 産婦人科

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

【目的】 子宮筋腫の治療として近年、子宮動脈塞栓術 (UAE) が保存的治療として選択肢となってきている。当院では 2018 年に子宮筋腫に対する治療として子宮動脈塞栓術 (UAE) を開始した。導入後 3 年半が経過し、症例の背景・治療経過などを検討したので報告する。

【方法】 2018 年 11 月に導入後、これまでに 31 例の子宮筋腫症例に UAE を行なった。このうち治療後 1 年目での経過フォローができた 23 例につき、解析を行なった。

【成績】 23 例のうち 46% が未産であった。施術時の平均年齢は 45.7 歳。

筋腫の個数は1個が7例、3～5個が8例、10個以上が8例。術前Hbの最低値の平均は9.5g/dLであった。平均入院日数は5日（2020年11月からパスの入院期間を4日に短縮）。治療前の最大筋腫の長径は平均67.7mm、治療後55.5mmに縮小した。体積縮小率は平均39%であった。治療による重度の合併症を起こした症例は見られなかった。導入初期の症例は施術後数年で閉経を迎えていた。1例で術後、子宮鏡下筋腫核出術を施行した。施術後の患者の満足度は87%と良好であった。

【結論】子宮筋腫の治療としてのUAEが保険適応となり、当院でも導入した。

過多月経を伴う筋腫や、サイズが大きい筋腫や多発筋腫の症例で、外科的切除を希望しない症例でUAEを行っている。

120. 子宮平滑筋腫におけるMED12変異の有無によるDNAメチローム、トランスクリプトームおよび組織学的特徴の差異

山口大学医学部附属病院 産科婦人科

爲久哲郎、前川 亮、佐藤 俊、坂井宜裕、三原由実子、竹谷俊明、田村博史、杉野法広

【背景】Mediator complex subunit 12 (MED12) 遺伝子の体細胞変異は子宮平滑筋腫の約70%と高率に認められることが報告されているが、子宮平滑筋腫の発症におけるその役割については明らかにされていない。そこで、我々はMED12変異のある筋腫 (MED12 (+)) とない筋腫 (MED12 (-)) のDNAメチローム、トランスクリプトームおよび組織学的な特徴の違いについて調べた。

【方法】MED12 (+)、MED12 (-)、正常子宮筋層 (MM) に対して、DNAメチロームおよびトランスクリプトーム解析を行った。1) DNAメチロームで階層的クラスタリングを行った。2) MMと比較してMED12 (+) またはMED12 (-) の発現異常の遺伝子を抽出しGene Ontology解析を行った。3) MED12 (+) とMED12 (-) それぞれについて共発現解析を行い、特徴的な細胞機能を同定した。4) 膠原線維量と血管数を組織学的に定量した。

【結果】1) MED12 (+)、MED12 (-)、MMはそれぞれ独立したクラスターとして区分された。2)、3) MED12 (+) では細胞外マトリックス産生活性の亢進と血管新生活性の低下を認めた。一方、MED12 (-) では平滑筋細胞増殖の亢進を認めた。4) MED12 (+) はMED12 (-) より豊富な膠原線維を認め、MED12 (-) はMED12 (+) より多数の血管を認めた。

【結論】MED12 (+) とMED12 (-) は異なるDNAメチル化、遺伝子発現および組織学的構造の特徴を持っていた。MED12変異は子宮平滑筋腫の組織構成に影響を与えていると考えられた。

121. 変性筋腫との鑑別を要した巨大子宮頸部憩室の一例

鳥取大学医学部 産科婦人科

元村衣里、東 幸弘、松本芽生、長田広樹、和田郁美、池淵 愛、佐藤絵理、谷口文紀

【緒言】子宮頸部憩室は、不妊、腹痛および不正子宮出血の原因となるが、非常に稀な疾患である。変性筋腫との鑑別に苦慮した巨大子宮頸部憩室の一例を経験したので報告する。

【症例】47歳、未妊の女性。11歳で初経を認め、30代から月経周期は不整であった。腹部の手術歴はなかった。下腹部膨満感を主訴に近医を受診し、子宮に連続する巨大腫瘤を指摘され、当院紹介となった。MRI検査で子宮頸部前壁から発生した長径20cm大の液体貯留を有する腫瘤を認め、腫瘤と子宮内腔との交通を疑った。膈中隔や尿路奇形はみられなかった。これらの所見により術前診断は子宮内腔と交通があり、水腫様変性を呈した変性子宮筋腫とした。経腔的に腫瘤内へネラトンカテーテルを挿入し、暗褐色の粘稠液を1,225mlドレナージしたが、1ヶ月時点で約700mlの再貯留を認めた。偽閉経療法後の子宮摘出の治療方針とし、4ヶ月間のGnRHアンタゴニスト投与により腫瘤は長径10cm大まで縮小した。腹腔鏡所見として、両側卵巣に2cm程度

の卵巣チョコレート嚢胞および骨盤腹膜に子宮内膜症病変が観察された。revised-ASRM スコアは 52 点であった。摘出子宮は 595g で、病理組織検査では変性子宮筋腫ではなく巨大子宮頸部憩室と診断された。

【結語】 子宮内腔と交通がある巨大腫瘤像を呈した真性子宮頸部憩室の一例を経験した。

122. 子宮留膿症を発症した子宮腺線維腫の一例

JA 尾道総合病院 産婦人科

松島彩子、上田明子、野田 望、張本 姿、坂下知久

子宮腺線維腫は非常に稀な良性の子宮体部上皮性・間葉性混合性腫瘍である。今回、子宮留膿症により敗血症を発症した子宮腺線維腫の一例を経験したので報告する。症例は 74 歳 未経妊。既往歴は特記なく、婦人科受診歴なし。10 日前からの発熱、腹痛、腰痛、不正出血を主訴に前医を受診し、精査目的に同日当院紹介となった。内診で腔内に腫瘤を触れ、強い悪臭を伴う暗赤色の排液がみられた。経腹超音波検査では子宮頸部に腫瘤を認め、子宮体部内腔には液体貯留を認めた。子宮腫瘍が原因の子宮留膿症と判断した。発熱に対して抗菌薬投与を開始したが解熱せず、敗血症を発症したため入院 5 日目に全身麻酔下でドナレージを試みた。腫瘍は頸管から腔内にあり、牽引すると容易に娩出し、同時に多量の膿汁が排出された。娩出した腫瘍は切除した。術後は速やかに解熱し、炎症反応も低下し入院 9 日目に退院した。

病理組織検査で子宮腺線維腫 (adenofibroma) であることが判明した。今後の再発・悪性化の可能性があること、その後も子宮内に腫瘤形成と留膿症を認めたことから、ドレナージから 73 日後に単純子宮全摘術、両側付属器摘出術を行った。子宮内腔には体下部右前壁から発育する 4cm の房状、一部乳頭状の腫瘤を認めた。病理組織診断は子宮腺線維腫であり悪性所見はなかった。今後は再発の可能性を念頭に経過観察の方針としている。

123. 生体腎移植後患者に腹腔鏡下子宮全摘出術を行った 1 例

愛媛県立中央病院 産婦人科

市川瑠里子、田中寛希、島瀬奈津子、井上奈美、丹下景子、行元志門、上野愛実、池田朋子、森 美妃、阿部恵美子、近藤裕司

【緒言】 近年、末期腎不全患者に対する腎移植件数は増加傾向にあり、2020 年には年間 1711 件の腎移植が行われた。そのレシピエントの女性比率は約 34.2% で、年齢分布では 40 歳代が約 24.0% を占め、腎移植既往の婦人科疾患による手術症例は今後増えると考えられる。今回、腎移植後 6 年経過した後、子宮筋腫のため腹腔鏡下子宮全摘出術を行った症例を経験したので報告する。

【症例】 46 歳、G2P2。慢性腎不全のため 39 歳より血液透析を行い、40 歳時に生体腎移植を施行された。過多月経を主訴に当科紹介受診し、長径 3cm 大の粘膜下筋腫を認めたため腹腔鏡下子宮全摘出術の方針となった。手術は、臍上から 5mm トロッカーをダイレクト法にて穿刺、気腹開始した。左下腹部 5mm トロッカーを穿刺した後、腹腔内を観察すると移植腎は右腸骨窩に位置しており、右下腹部のトロッカー穿刺が移植腎を損傷しないように右下腹部、および下腹部正中に 5mm トロッカーを穿刺した。移植腎からの尿管は視認できなかったが、腹壁に沿って走行しており手術に影響しないことを移植外科医の立ち会いにより確認した。また移植腎は内腸骨動脈に吻合されていたため右子宮動脈の結紮は行わなかった。その他は特に問題なく、定型的に手術可能であった。

【結語】 腎移植後患者の手術時には、移植による解剖学的差異を意識した手術手技、および腎機能障害、免疫抑制に伴う感染等に留意した周術期管理が必要となると考えられる。

124. 線維腫や莢膜細胞腫との鑑別を要した卵巢平滑筋腫の一例

1) 川崎医科大学 婦人科腫瘍学教室、2) 秀明会小池病院

鈴木聡一郎¹⁾、小池英爾²⁾、田坂佳太郎¹⁾、森本裕美子¹⁾、河村省吾¹⁾、佐野力哉¹⁾、太田啓明¹⁾、塩田 充¹⁾

【緒言】婦人科疾患で見られる平滑筋腫は子宮由来のものがよく知られている。今回、卵巢原発の充実性腫瘍を認め、手術を行い術後病理検査で卵巢平滑筋腫と診断された症例を経験した。良性充実性卵巢腫瘍のうち0.5%と稀な腫瘍であり、報告する。

【症例】33歳1妊1産、既往歴には特記事項を認めない。第一子分娩後の1カ月健診で子宮左側に5cmの腫瘤を認めた。外来では子宮漿膜下筋腫または卵巢充実性腫瘍が鑑別となった。MRIでは、卵巢線維腫や莢膜細胞腫、dysgerminomaが疑われた。組織診断のために腹腔鏡下片側付属器切除を実施した。

【術中所見】左卵巢が5cm大の腫大しており、子宮との連続は認めなかった。定型的に付属器を処理し、組織回収バッグに収納してダグラス窩から経腔回収した。手術時間1時間7分、出血量は少量で終了。術後4日目で退院とした。

【術後病理検査】境界明瞭な腫瘤を内包し、周囲には卵巢組織が確認された。腫瘤は紡錘形細胞の増殖からなり、異型や異常核分裂像、壊死は認めず、免疫組織学的にもアクチンとデスミンが陽性、S100、カルレチニン、HMB45が陰性で、平滑筋腫と診断された。

【考察】子宮近傍の腫瘤性病変では、時に原発が卵巢か子宮か鑑別に難渋することはある。また、卵巢腫瘤が平滑筋腫の場合、術前の組織型の推定は容易ではない。今回、良性充実性卵巢腫瘍のうち0.5%と稀な腫瘍を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

125. 悪性腫瘍との鑑別に苦慮した若年の Meigs 症候群の一例

高知医療センター

塩田さあや、山本寄人、難波孝臣、山本眞緒、高橋成彦、森田聡美、渡邊理史、上野晃子、松島幸生、川瀬史愛、小松淳子、南 晋、林 和俊

Meigs 症候群とは、良性の卵巢線維性腫瘍に胸腹水を伴い、腫瘍摘出によって胸腹水が消失するものと定義される。今回、卵巢腫瘍に胸腹水を伴い、画像検査で悪性腫瘍との鑑別に苦慮した一例を経験したので報告する。21歳女性、未妊。下腹部痛を自覚し近医受診し、CT検査で長径10cm大の骨盤内腫瘍、上腹部に及ぶ腹水を認め、CA125は1006U/mlと高値であり悪性腫瘍が疑われた。1週間後当科紹介受診し、腹部膨満感が強く同日緊急入院となった。MRI検査で左卵巢に長径11cm大の腫瘤を認め、T2強調での軽度高信号域と低信号域が混在していた。高信号域は造影効果は乏しいが、拡散強調で高信号を認め、低信号域は造影効果が強い部位を認め、腹膜肥厚や、造影効果のある結節を認めた。当院でのCT検査で腹水とともに少量の胸水も認めた。卵巢悪性腫瘍及び癌性腹膜炎を疑い、入院翌日に症状緩和、診断目的に緊急手術を行った。術中所見は左卵巢に連続する腫瘍を認め、腹膜病変を子宮、直腸周囲に認めた。左付属器切除、大網部分切除、腹膜腫瘍摘出、直腸病変の生検を行った。腹水は4800mlであった。病理診断は出血性壊死所見を伴う線維腫であった。腹膜病変は血液と滲出物、肉芽組織が器質化した組織であった。腹水細胞診も陰性であった。術後胸腹水は消失し、Meigs 症候群と診断した。

胸腹水を伴う卵巢腫瘍において、Meigs 症候群を鑑別に挙げる必要性を再認識した。本症例に対し文献的考察を加え報告する。

126. 9トリソミー・モザイクの2例

愛媛大学附属病院 産婦人科

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

【緒言】9トリソミー・モザイク (T9M) は多彩な症状を持つ生命予後不良な疾患であるが、55例ほどの報告しかなく、その詳細は不明である。今回我々は T9M の2症例を経験したので報告する。

【症例1】37歳の初産婦。胎児発育不全の為、妊娠26週当院へ紹介された。胎児超音波検査にて、明らかな胎児形態異常の所見は認められなかった。妊娠27週4日、胎児機能不全にて緊急帝王切開を試行し、体重532g (-3.5SD) の男児を出生した。胎盤の染色体検査では47,XY,+9、児の末梢血染色体検査は46,XYであった。月齢8で末梢血 FISH 検査を行い T9M と診断した。現在、7歳であり、難治性てんかん、喉頭軟化症、摂食障害、停留睾丸、黄斑低形成で外来通院中である。

【症例2】37歳の初産婦。羊水過多のため、妊娠37週当院へ紹介された。胎児超音波検査にて、心拡大、心室中隔欠損、肺動脈閉鎖、胸水、皮下浮腫、単一臍帯動脈を認めた。妊娠38週1日、2334g (-1.4SD) の男児を出生した。児の末梢血染色体検査は47,XY,+9 [8] /49,XY [12] であった。現在、月齢2で肺低形成、肺高血圧にてNICU入院管理中である。

【考察】症例1は月齢8で診断、モザイク率3.3%、症例2では、出生後診断、モザイク率40%であった。T9Mは、血液とその他の体細胞でモザイク率が異なることや、臨床症状が多彩であることが知られており、診断には、適切な時期及び適切な検査方法の選択が必要である。

127. 胎児低ホスファターゼ症における治療方針決定の過程と課題

¹⁾ 高知大学医学部 産科婦人科学講座、²⁾ 高知県立幡多けんみん病院 産婦人科、
³⁾ 高知県立幡多けんみん病院 小児科、⁴⁾ 兵庫医科大学病院 遺伝子医療部・産科婦人科、
⁵⁾ 大阪母子医療センター研究所 骨発育疾患研究部門
大黒太陽¹⁾、永井立平¹⁾、平川充保¹⁾、濱田史昌²⁾、松下憲司³⁾、泉谷知明¹⁾、
中野祐滋²⁾、澤井英明⁴⁾、道上敏美^{1) 5)}、前田長正¹⁾

【目的】低ホスファターゼ症 (HPP) はALP欠損による稀な遺伝性骨疾患である。同一妊婦において計2回胎児期にHPPと診断後、異なる方針を選択した症例を経験したので報告する。

【症例】33歳経産婦。30歳時に第1子を健常時で出産。第2子：妊娠20週時に胎児四肢短縮を認め、骨系統疾患を疑い精査。両親の低ALP、胎児超音波検査、胎児3DCT所見から妊娠21週胎児HPP(周産期良性型疑い)と診断した。産科、小児科から情報提供を行い最終的に妊娠中絶を選択した。出生児のALPL遺伝子解析から周産期良性型と診断した。第3子：前回の経過を受け妊娠初期から方針を相談、妊娠16週時に胎児大腿骨短縮(-4.0SD)を認めHPP罹患児と考えられた。産科、小児科、臨床遺伝診療部が関わり妊娠継続を選択された。

【考察】第2子では診断週数が妊娠21週と難しい週数であり、妊婦と家族は限られた時間で難しい方針決定を求められた。疾患についての理解は患者、医療者ともに十分とは言えず、児の具体的な経過観察方法などを適切に情報共有出来なかった可能性が考えられた。第3子では妊娠初期から早期に多職種チームを形成し、複数回、十分な時間をかけ情報提供と方針相談を行うことが出来た。HPPのような希少疾患では診断と方針決定に苦慮することが多く、情報共有の回数・方法により治療方針が異なる可能性を念頭に置く必要がある。

128. 胎児期に診断され妊娠 33 週で頻脈性不整脈のため急速遂娩に至った心臓毛細血管腫の 1 例

- 1) 山口大学大学院医学系研究科医学専攻 産科婦人科学講座、
- 2) 山口大学大学院医学系研究科医学専攻 小児科学講座、
- 3) 地域医療機能推進機構 (JCHO) 九州病院 小児科、
- 4) 地域医療機能推進機構 (JCHO) 九州病院 産婦人科

田村雄次¹⁾、前川 亮¹⁾、村田 晋¹⁾、三原由実子¹⁾、中村真由子¹⁾、坂本薫郁²⁾、岡田清吾²⁾、大西佑治²⁾、川上晶子²⁾、村重皓齊²⁾、長谷川俊史²⁾、小林 優³⁾、杉谷雄一郎³⁾、宗内 淳³⁾、川上剛史⁴⁾、杉野法広¹⁾

【背景】胎児心臓腫瘍は全出生児の 0.002%、胎児心臓疾患の 0.1% と稀な疾患である。その中でも血管腫は稀で、小児原発性心臓腫瘍の約 2% と極めて少ない。胎児期に診断し、管理中に頻脈性不整脈と胎児水腫が出現して急速遂娩に至った胎児心臓血管腫を報告する。【症例】母体 31 歳、2 妊 1 産。心臓腫瘍や結節硬化症の家族歴は無い。妊娠 28 週の胎児エコーで右房壁に接する 22 × 19mm の内部不均一な腫瘤と心嚢液貯留、三尖弁逆流 II 度を認めた。血流パターンは正常で不整脈や胎児水腫はなかった。胎児 MRI で奇形腫または血管腫が疑われ、定期的な胎児エコーにて胎児水腫の出現に留意しながら妊娠継続の方針とした。腫瘤および心嚢液は経時的に増大し、食道圧迫・嚥下障害によると考えられる羊水過多を認め、32 週 5 日に 3 : 1 の期外収縮と胎児腹水が出現。33 週 0 日に持続する頻脈性不整脈と胎児水腫のため急速遂娩を施行した。Apgar score 1 分値 3 点 (5 分値 挿管)、出生体重 2,430g。出生後から治療抵抗性の心房頻拍および心房粗動を認め、血行動態が不安定となり、日齢 2 に右房壁とともに腫瘍を亜全摘した。病理組織所見より毛細血管腫と診断した。頻拍は消失し、腫瘍の再増大や心嚢液の再貯留は認めていない。【考察】心臓血管腫は良性だが、本症例のように心嚢液貯留や不整脈を伴い、血行動態の破綻をきたすことがある。腫瘍の発生部位、大きさ、数および臨床症状から個々の症例に応じた管理が必要である。

129. 臍帯ヘルニアと先天性心疾患に結合双胎を合併した一例

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室

杉原百芳、谷 和祐、大羽 輝、三苫智裕、三島桜子、大平亜希子、桐野智江、牧 尉太、衛藤英理子、早田 桂、増山 寿

【背景】

結合双胎は 5 万～10 万出生に 1 例の頻度で非常に稀な疾患で、中でも Heteropagus は自生体と寄生体からなる非対称性結合双胎に分類されるさらに稀な先天異常である。今回、出生後に結合双胎と診断し外科的手術を要した一例を経験したため報告する。

【症例】

33 歳女性、G2P1。妊娠 20 週時の超音波検査にて臍帯ヘルニア及び胎児心構築異常が疑われ当院紹介。妊娠 27 週時の羊水検査は 46、XY 正常核型、妊娠 34 週に MRI 施行、肝及び腸管の一部が脱出した臍帯ヘルニア、両大血管右室起始、心室中隔欠損症の胎内診断となった。妊娠 38 週 0 日に選択的帝王切開を施行。2764g、Apgar score 6 点 / 8 点の男児で上腹部に寄生体を認めた。出生後 MRI 検査等の精査を行い、臍帯ヘルニアと両大血管左室起始、心室中隔欠損症、肺動脈狭窄に加え Heteropagus の診断となった。寄生体は下肢、陰茎、陰囊、精巣様の構造物を有し、日齢 11 に結合双胎切除術及び臍帯ヘルニアに対して一次的閉鎖術を施行。術後経過は良好、NICU にて管理継続中である。

【考察】

結合双胎の発生機序はいまだ十分に解明されていない。生命予後は結合部位・共有部位、併存症により様々であるが、本症例では寄生体との共有臓器を認めず切除が容易であり予後にも影響を与えなかった。死産や術後肺炎などにより死亡することもあり、診断した際には出生後の慎重な管理と家族への IC が重要である。

130. 臍帯潰瘍による早期新生児死亡をきたした胎児上部消化管閉鎖の1例

香川大学医学部附属病院 周産期科女性診療科

合田亮人、田中宏和、木村華捺、宮井映子、鎌田恭輔、香西亜優美、山本健太、石橋めぐみ、田中圭紀、新田絵美子、金西賢治

胎児期に発生する上部消化管閉鎖の最も重篤な合併症は臍帯潰瘍である。今回妊娠33週、CTGによる連続監視中に発生した臍帯潰瘍を経験した。

症例は33歳の初産婦、妊娠27週5日に当院紹介。閉塞部位は幽門から約13cmの部分で空腸閉鎖を想定した。翌日羊水過多（AFI 29.48cm）に伴う切迫早産で入院し、リトドリン持続点滴を開始した。妊娠29週6日、染色体検査及び逸脱消化酵素検索目的に羊水穿刺（500ml 抜去）を実施した。染色体は正常核型、羊水中アミラーゼ、リパーゼ等消化酵素の増加を確認した。臍帯潰瘍の危険性を考慮し妊娠35週での娩出の方針とした。妊娠33週1日に羊水過多に伴う腹痛のため、羊水穿刺にて1180ml 抜去した。羊水の中の消化酵素は概ねさらなる上昇を認めた。妊娠33週2日に前期破水（高位破水）となり、肺成熟目的にステロイド投与を行い持続モニタリングとした。

妊娠33週4日、急激な胎児徐脈が発生し超緊急帝王切開を施行した。羊水は濃い血性であり、胎児は徐脈発生後19分で娩出されたが蘇生の反応が極めて不良で、出生後25分で早期新生児死亡となった。臍帯は血管が露出し一部で血管からの出血が認められた。病理組織検査でワルトン膠質の変性と一部血管平滑筋の壊死と弾性繊維破綻があり、臍帯潰瘍と診断された。

臍帯潰瘍の予測は困難とされているが、その上で分娩至適時期について文献的な検討を行なった。

131. 胎児期から疑うことができた重複子宮単独の一例

徳島大学病院

白河 綾、加地 剛、今泉絢貴、吉田あつ子、岩佐 武

先天性子宮異常に、月経流出路閉鎖・狭窄を伴う場合、留血症や月経血の逆流による子宮内膜症を来しうる。そのため月経発来後、早期の治療が望ましいが、受診および診断に至るまでに時間がかかることが多い。今回、胎児期から単独の重複子宮を強く疑った症例を経験したので報告する。

（症例）41歳 G1P0 自然妊娠。妊娠11週、当院での周産期管理を希望し紹介受診した。29週の健診時の超音波にて、腹部横断像で子宮頸部が2つ描出された。留血症は認めなかった。外性器は正常女児で、両側腎臓も正常であった。その後、冠状断像でも子宮頸部は2つ確認された。子宮体部については描出できず評価不可能であったが、頸部が2つあることから重複子宮を疑った。40週0日に破水のため分娩誘発をしたが、胎児機能不全となり帝王切開を行った。児は特に異常を認めず、外性器も正常女性型であった。超音波検査で子宮頸部は2つあり、体部も2つに分かれており重複子宮と診断した。腔閉鎖など月経流出路閉鎖・狭窄については分からなかった。児の月経発来後、早期に産婦人科受診することを勧めた。

（結論）胎児超音波で子宮頸部が2つあることが描出でき、出生前に重複子宮を疑えた。通常、出生後に子宮の評価が行われることはないため、胎児超音波は月経発来前の子宮異常診断の機会となり、月経発来後の合併症の予防に寄与できる可能性がある。

132. 胎児頻脈性不整脈に対して胎内治療を施行した1例

四国こどもとおとなの医療センター 産婦人科

長尾亜紀、森根幹生、立花綾香、近藤朱音、檜尾健二、前田和寿

【緒言】

胎児不整脈は周産期管理により児の予後が左右されるため出生前診断・治療が重要となる。今回、胎児期に上

室性頻拍 (short VA) が疑われ、母体にジゴキシンを投与し、胎内治療が奏功した症例を報告する。

【症例】

30歳、6妊2産。第2子は妊娠32週で早産であった。タイミング指導にて妊娠成立後、妊娠13週に当院紹介となった。初診時に絨毛膜下血腫と中等量の出血を認めた。妊娠24週時に切迫早産のため入院となり、塩酸リトドリン点滴にて加療が開始された。妊娠28週1日の胎児超音波で心房：心室 = 1：1 (252/分) の上室頻拍であり、VA時間 0.041sec < AV時間 0.193sec より、short VA と診断した。胎児水腫や心不全を示唆する所見は認めず、心機能は良好であった。小児循環器内科共診の下、妊娠28週3日にジゴキシンを1回目 0.5mg 静注・8時間後 0.25mg 静注・8時間後 0.25mg 静注し、妊娠28週4日からジゴキシン内服を開始した。以降頻拍発作は認めず、妊娠33週に外来管理とした。妊娠38週5日に自然陣発し、経膈分娩に至った。児は2708g、女児、Apgar score 8/9にて出生し、PICUに入院となった。日齢6まで頻拍発作は認めていない。

【結語】

本症例では出生前に胎児頻脈性不整脈と診断し、胎内治療が有効であった。胎児頻脈性不整脈は胎内治療が有効であるとされており、適格な胎児診断・治療および周産期管理が児の予後につながると考えられた。

133. 双胎間輸血症候群に対する胎児鏡下レーザー治療後における早産予測因子の検討

山口大学医学部 産科婦人科

松尾美結、村田 晋、田村雄次、中村真由子、三原由実子、前川 亮、杉野法広

【目的】胎児鏡下レーザー凝固術 (以下 FLP) は双胎間輸血症候群 (以下 TTTS) に対する第一選択治療法である。FLP 後に早産に至る予測因子を検討した。

【方法】2014年4月以降に TTTS の診断で FLP を施行した症例を対象とした。FLP 術後、分娩転帰が不明の症例、両児胎児死亡となった症例、品胎妊娠の症例は除外した。検討項目は手術前 TTTS stage、FLP 前後の子宮頸管長、手術施行週数、両児間体重較差 (%)、術前供血児血流異常、胎盤位置、術後羊膜絨毛膜剥離、術後医原性破水 (術後7日以内)、術後一児死亡とした。なお、早産は32週未満と32週以降で分類した。統計は SPSS version20 を使用した。

【結果】対象症例は86例で、32週未満の早産 (早産群) 33例、32週以降の分娩 (対照群) 53例であった。早産群と対照群の分娩週数中央値は28.8週 vs 35.7週であった ($p < 0.0001$)。検討項目で2群間に有意差を認めた因子は術後医原性破水のみであった。 $p < 0.2$ を満たした検討項目 (羊膜絨毛膜剥離、術後医原性破水、術前頸管長、胎盤位置) を用いて多変量解析を行ったところ、術後医原性破水 (早産群 27.3%、対照群 7.5%) が有意な32週未満の早産予測因子として抽出された ($p = 0.03$ 、調整オッズ比 4.52 (1.17-17.4))。

【考察】FLP 後、32週未満の早産を予測する因子は術後医原性破水である。TTTS の多くは他施設からの紹介であり、今後、医原性破水の有無は治療後管理の指標となる可能性がある。

134. 広島県および当院で管理を行った新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) 妊婦の第6波の検討

県立広島病院 産婦人科

綱掛 恵、北村美緒、豊田祐里子、三浦聡美、加藤俊平、中島祐美子、白山裕子、三好博史

【緒言】広島県での COVID-19 陽性妊婦は広島県健康福祉局の指導の下、県立広島病院 (以下当院) を中心に対応してきた。日本国内では2019年1月に初めて患者が報告され、2021年9月までに5回の流行期を迎えたが、2022年1月からはオミクロン株の流行に伴い全国的に感染拡大し、現在第6波の渦中にある。第6波での広島県内の COVID-19 陽性妊婦について後方視的に検討した。

【結果】2022年1月1日から2022年4月26日までの COVID-19 陽性妊婦は424例であり、第5波までの総数

(134例)をはるかに上回る感染者数であった。424例のうち、入院患者は118例(27.8%)、在宅・ホテル療養患者は307例(72.2%)、入院患者は全員軽症であった。感染時期は妊娠12週未満が73例(17.2%)、妊娠12週～35週が294例(69.3%)、妊娠36週以降が52例(12.2%)、週数不明が5例(0.01%)であった。当院で入院加療となった40例中、入院中に分娩となったのは7例で全例帝王切開術での分娩となった。帝王切開の適応として胎動減少が2例、COVID-19適応が5例であった。早産は1例で、切迫早産管理中の既往帝切後妊娠の症例であり34週での分娩となった。半数以上は2回以上のワクチン摂取歴があり、未接種者は17例(42.5%)であった。

【結論】第6波の傾向として軽症ではあるが妊婦の感染者数は急増している。ワクチン接種妊婦は増加傾向にはあるが、まだ一定数で未接種妊婦がおり、引き続き感染予防についての啓蒙は必要である。

135. 山口県の産婦人科診療施設における妊産婦のCOVID-19ワクチン接種状況の調査

¹⁾ 山口県立総合医療センター、²⁾ 梅田病院、³⁾ 山口県周産期医療研究会、⁴⁾ 藤野産婦人科医院
松井風香¹⁾、佐世正勝¹⁾、平岡あきね¹⁾、西本裕喜¹⁾、大谷恵子¹⁾、浅田裕美¹⁾、
三輪一知郎¹⁾、讃井裕美¹⁾、中村康彦¹⁾、北川博之²⁾、森岡均³⁾、藤野俊夫⁴⁾

新型コロナウイルス感染症は、ウイルスの変異株の出現に伴って、流行の波を繰り返している。諸外国から妊婦におけるワクチン接種の有効性が報告され、本邦でも着実にワクチン接種率は上昇している。そこで、今回我々は妊婦における新型コロナウイルスワクチンの接種状況や副反応の出現、周産期転帰の状況を明らかにすることを目的とした。

方法：アンケート調査に同意の得られた、当院および県内の産婦人科診療施設で周産期管理を行った妊産婦計637人を対象とし、主にワクチン接種の有無やその理由、副反応の有無とその詳細、分娩様式を含む周産期転帰を調査した。

結果：ワクチン2回目まで接種完了している割合が84%で、多くの症例が妊娠初期から中期にかけて接種を行っていた。副反応の出現に関しては、局所反応が80%、発熱や全身倦怠感を含めた全身反応が39%であった。0.4%に呼吸障害やけいれん発作などの重篤な副反応を認めた。産科的な症状の出現に関しては0.4%の出現頻度であり、症状としては軽度下腹部痛のみであった。分娩様式に関しては、88%が経膈分娩であったが、8%が緊急帝王切開による分娩であった。新生児転帰について、8例がNICU管理となっており、その内7例がワクチン接種妊婦より出生した児であった。

結論：さらなるワクチンの有効性や副反応、長期的な副作用の実態調査が必要である。

136. デジタル田園健康特区での移動中の遠隔超音波検査システムの開発と実証調査(受信者側視点)

¹⁾ 岡山大学病院 産科婦人科、²⁾ 岡山大学病院 医療技術部放射線部門、
³⁾ 岡山大学学術研究院医歯薬学域 災害医療マネジメント学講座、
⁴⁾ 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 救急医学分野
大羽輝¹⁾、三苫智裕¹⁾、牧尉太¹⁾、三島桜子¹⁾、大平安希子¹⁾、桐野智江¹⁾、
谷和祐¹⁾、衛藤英理子¹⁾、早田桂¹⁾、赤木憲明²⁾、平山隆浩³⁾、上田浩平⁴⁾、
中尾篤典⁴⁾、増山寿¹⁾

【緒言】岡大発妊産婦緊急搬送補助システム iPicss は岡山県内全域で緊急搬送時の迅速な転院や COVID-19 妊婦の情報をサポートするシステムとして浸透している。また、岡山県吉備中央町は2022年4月にデジタル田園健康特区に指定され、当医局員がアーキテクトに任命を受け、地域の保健・医療に関する課題の解決に重点

的に取り組むデジタル化と規制改革を強力に推進することが可能となった。産婦人科と密接に関連する救急救命士の権限・役割の拡大という規制改革の命題に対して当院救急科と非侵襲あるいは低侵襲の生体情報収集が可能な映像伝送システムの実証調査業務を先行的に行ったため、受信者側の視点から報告する。

【方法】実証調査は救急車両から発信する側と本部である大学病院で受信する側に分かれ、実際の救急車両の搬送航路を走行中に同乗者は、ポータブルエコーのプロベ操作と動画伝送を、本部に駐在する医師らの指示に従った。本部では送付動画による診断の可能性や機材の性能についても調査を行った。

【結果】車内から発信されたエコー映像は概ね、遜色なく受信でき、診断が可能であった。一方、本部からのフィードバックを車内へ伝達する方法や電波状況に起因する送信者側との時間的ラグについては、受信者側の課題として挙げられた。実証調査で得られた情報から車内の人への指示や言葉の統一と明瞭さへの配慮、受信側システムの洗練された User Interface への対応が必要であった。

137. デジタル田園健康特区での移動中の遠隔超音波検査システムの開発と実証調査 (救急車側視点)

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) 岡山大学病院 医療技術部放射線部門、

3) 岡山大学学術研究院医歯薬学域 災害医療マネジメント学講座、

4) 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 救急医学分野

三苫智裕¹⁾、牧 尉太¹⁾、大羽 輝¹⁾、三島桜子¹⁾、大平安希子¹⁾、桐野智江¹⁾、
谷 和祐¹⁾、衛藤英理子¹⁾、早田 桂¹⁾、赤木憲明²⁾、平山隆浩³⁾、上田浩平⁴⁾、
中尾篤典⁴⁾、増山 寿¹⁾

【緒言】岡大発妊産婦緊急搬送補助システム iPicss は岡山県内全域で、緊急搬送時の迅速な転院や COVID-19 妊婦の情報をサポートするシステムとして浸透している。また、岡山県吉備中央町は 2022 年 4 月にデジタル田園健康特区に指定され、当医局員がアーキテクトとなり、地域の保健・医療の課題解決に向けたデジタル化と規制改革を強力に推進することが可能となった。産婦人科と密接に関連する救急救命士の権限・役割の拡大という規制改革の命題に、当院救急科と非侵襲あるいは低侵襲の生体情報収集が可能な映像伝送システム (iPicss の機能拡張) の実証調査業務を先行的に行ったので、救急車側の視点で報告する。

【方法】実証調査では、救急車両に搭乗し、実際に救急車両が通行する搬送航路を走行中に、本部に駐在する医師らの指示に従って同乗者がポータブルエコーを用いプロベの操作を行った。音声や映像によるやりとりを行い、エコー検査の施行環境の調査及び機材の実現可能性についても調査を行った。

【結果】エコー映像の鮮明さや通信環境について調査することができ、医師と救急車内とのやりとりによる臨床的な有効性が確認された。一方で、システムの操作や稼働の簡便性、ネット環境や、走行中の手技の安定性が求められる課題も散見された。実証調査で得られた映像により救命士へ VR を用いた疑似体験やシミュレーターの体験教育による効率化も確認ができた。

138. 若手医師主導の ICT を用いたモチベーション維持のための取り組み

広島大学医学部 産科婦人科

中本康介、関根仁樹、宮原 新、伊勢田侑鼓、藤田真理子、宇山拓澄、野村有沙、
榎園優香、森岡裕彦、大森由里子、寺岡有子、友野勝幸、野坂 豪、山崎友美、
向井百合香、古宇家正、工藤美樹

近年 COVID-19 感染症の蔓延に伴い、対面でコミュニケーションを取る機会が減ったことで若手医師の物理的・心理的孤立やモチベーションの低下が危惧されている。当教室では、若手医師との交流や若手医師同士の繋がりを維持するために、2021 年 4 月より若手医師主導で ICT (Information and Communication Technology)

を用いた取り組みを開始した。1年経過して、ICTを用いた取り組みによる若手医師への影響を検討したので報告する。基幹施設である当院と連携している12施設に所属する卒後3年目から9年目までの若手医師を対象に、取り組みによる意識の変化をアンケート調査した。若手医師は28名で、ICTを用いた月1～2回の交流への参加率は7割程度で、その9割以上が有益だったと回答した。取り組みのうち、経験症例の共有、各施設の治療方針についての討論は、知識の向上だけでなく、質疑応答による交流に有用であった。また、若手医師の悩みや近況を共有する場としても活用され、臨床業務、遠距離、産休・育休中などの理由で対面による交流が難しい若手医師にとってもモチベーションの維持に繋がった。一方で、交流回数の増加が負担となる場合や、対面と比較して相手の雰囲気を感じにくいことや発言するタイミングが難しい状況があった。ICTを用いた取り組みは交流する場を提供することでモチベーションの維持に有効であったが、改善すべき課題もあった。

139. 当院での子宮体癌に対するロボット支援下子宮悪性腫瘍手術の導入と現状

広島大学病院 産科婦人科

森岡裕彦、友野勝幸、宮原 新、伊勢田侑鼓、藤田真理子、野村有沙、宇山拓澄、榎園優香、中本康介、大森由里子、寺岡有子、野坂 豪、関根仁樹、山崎友美、古宇家正、向井百合香、工藤美樹

【目的】当院では2020年より良性婦人科疾患に対して、ロボット支援下手術を開始した。その後、2021年3月より子宮悪性腫瘍に対するロボット支援下手術を開始している。当院での子宮体癌に対するロボット支援下子宮悪性腫瘍手術の導入について、手術成績、安全性と有用性などについて検討する。【方法】2021年3月から2022年5月現在までにロボット支援下子宮悪性腫瘍手術18例を実施した。対象症例は術前進行期がIA期、組織型は類内膜癌G1またはG2に限定し、保険収載までの10例はリンパ節郭清を要さない症例とした。保険収載後は症例に応じてリンパ節郭清を追加した。子宮の摘出方法は単純子宮全摘とした。手術時間、コンソール時間、出血量、合併症などを後方視的に検討した。【結果】患者年齢の中央値は56歳(37-79)であった。リンパ節郭清を実施していない12症例の手術時間の中央値は133分(77-178)、コンソール時間の中央値は96分(50-146)、術中出血量の中央値は25g(5-130)であった。リンパ節郭清を追加した6症例の手術時間の中央値は240分(161-299)、コンソール時間の中央値は195分(127-249)、術中出血量の中央値は36g(10-70)であった。摘出リンパ節個数の中央値は19個(12-34)であった。輸血を要した症例は無く術中や術後に処置や加療を要するような合併症は認めていない。【結論】当院での子宮体癌に対するロボット支援下子宮悪性手術は比較的安全に導入出来たと考える。

140. 当科における良性腫瘍に対するロボット支援手術の現状と治療成績

島根大学医学部 産科婦人科

島田愛里香、中山健太郎、石橋朋佳、菅野晃輔、中川恭子、岡田裕枝、山下 瞳、原 友美、石川雅子、佐藤誠也、折出亜希、皆本敏子、金崎春彦、京 哲

目的：当科での良性疾患におけるロボット支援手術と腹腔鏡下手術の治療成績について後方視的に比較し、ロボット手術の有用性について検討した。

方法：2018年4月から2022年4月までに当科で施行した婦人科良性疾患（経腔的に摘出が可能な子宮筋腫、子宮腺筋症、子宮頸部異形成、子宮内膜ポリープ）で、ロボット支援手術50例と腹腔鏡下手術182例の手術時間、出血量、術後入院日数を比較検討した。

結果：出血量はロボット支援手術の方が腹腔鏡手術よりも少なかった（ $p < 0.05$ ）。また腹腔鏡手術に比べてロボット支援手術では手術時間が有意に長かった（ $p < 0.05$ ）。入院日数では両群間に明らかな有意差はなかったが、腹腔鏡下手術では術後の断端の血腫や感染の合併症が多い傾向がみられた。

結語：当院では巨大子宮筋腫などの難易度の高い症例は腹腔鏡手術で行う傾向があり、今回の結果に影響を

与えた可能性があるが、経膈的に摘出が可能な婦人科良性疾患において、ロボット支援手術では腹腔鏡下手術に比べて出血量が少なくかつ安全に行える手術法であることが明らかとなった。患者さんのロボット手術の認知度は低く敬遠されがちであるが、術式選択の際にロボット支援手術では出血量が少ないことをメリットとして説明することが重要と考えられた。

141. 子宮全摘出術における腹腔鏡手術とロボット手術の術後疼痛の比較

広島大学病院

藤田真理子、関根仁樹、宮原 新、伊勢田侑鼓、野村有沙、宇山拓澄、榎園優香、中本康介、森岡裕彦、大森由里子、寺岡有子、野坂 豪、友野勝幸、山崎友美、古宇家正、向井百合香、工藤美樹

【目的】子宮全摘出術において、ロボット支援下子宮全摘出術（RASH）と腹腔鏡下子宮全摘術（TLH）は侵襲性の低さから広く行われている。鏡視下手術の主な術後疼痛として、創部痛と肩部痛があり、術後のQOLを低下させる可能性があるが、RASHとTLHについて比較した報告は少ない。当院で実施したRASHとTLHの術後疼痛について比較検討したので報告する。【対象と方法】対象は2021年1月～2022年4月に当院で行ったRASHとTLHの症例で、術後1日目と術後4日目の創部痛と肩部痛を比較した。RASHではdaVinci Xiを使用し、臍上2横指にストレートラインの5カ所のトロッカーを配置した。TLHのトロッカーはダイヤモンド配置の4カ所で行った。評価方法はNRS（Numerical Rating Scale 0-10段階）を使用した。【結果】RASH群51例、TLH群29例で平均年齢と出血量に差はなかった。平均手術時間はRASH群が137(77-314)分、TLH群が162(71-258)分でありRASH群の方が有意に短かった。創部痛に関して、術後1日目のNRSはRASH群 4.3 ± 2.5 、TLH群 5.2 ± 2.3 、術後4日目で 1.1 ± 1.1 、 1.5 ± 1.5 であった。肩部痛に関して、術後1日目のNRSはRASH群 1.9 ± 2.6 、TLH群 2.5 ± 2.6 、術後4日目は 0.7 ± 1.7 、 0.7 ± 1.5 であった。創部痛と肩部痛のいずれも、有意な差はなかった。【結論】当院で実施したRASHとTLHの術後の創部痛と肩部痛は同等であった。RASHは、TLHよりも創部の数が増えたとしても術後疼痛の程度に影響を与えない可能性が示唆された。

142. 当院での腹腔鏡下子宮筋腫核出術における in-bag morcellation の検討

愛媛県立中央病院 産婦人科

丹下景子、森 美妃、島瀬奈津子、市川瑠里子、井上奈美、行元志門、上野愛実、池田朋子、田中寛希、阿部恵美子、近藤裕司

緒言；近年、婦人科領域において腹腔鏡下手術が広まり、腹腔鏡下子宮筋腫核出術の手術件数は増加している。核出した子宮筋腫を腹腔外へ摘出する方法は2016年以降 in-bag morcellation（IBM）が各施設で行われており、安全性・有効性が報告されている。当院では2017年2月以降、モルセーフ™（株式会社アダチ）を用いたIBMを行っており使用症例が蓄積されてきたため文献的考察を加え報告する。また、モルセーフ™を使用することで得たコツとピットフォールを紹介する。

方法；2017年2月から2022年4月までに腹腔鏡下子宮筋腫核出術を行った135症例のうち、モルセーフ™を用いてIBMを行った46症例を対象とし診療録を用いて後方視的に検討した。

結果；IBMに要した時間は子宮筋腫最大径と相関を認めた。サイズの大きいものや個数の多いものはモルセレーションに時間を要していたが、それ以外ではモルセーフ™の設置やトロッカー挿入の手技に時間を要していた。カメラポートをモルセーフ™に挿入する際にバッグの破損を1件認めたが、組織飛散などの合併症は認めず途中で使用を中止した症例も認めなかった。

結語；当院で経験したIBMを行った症例について検討し報告した。IBMは有意な合併症を認めず比較的安全に使用できると考えられた。

143. Oscar Lambret 式後腹膜鏡下傍大動脈リンパ節郭清 (Retro-PAND) 導入後 9 症例の手術成績

¹⁾ 川崎医科大学 婦人科腫瘍学教室、²⁾ 川崎医科大学 産婦人科学 1

太田啓明¹⁾、佐野力哉¹⁾、田坂佳太郎¹⁾、森本裕美子¹⁾、河村省吾¹⁾、鈴木聡一郎¹⁾、
下屋浩一郎²⁾、塩田 充¹⁾

「緒言」

子宮体癌 IA 期において特殊組織型では 40% に傍大動脈リンパ節転移を認めたとの報告があり、ステージングのための傍大動脈リンパ節郭清はガイドラインで推奨グレード A である。当教室ではフランスの Centre Oscar Lambret Cancer Center への留学経験から、子宮体癌 IA 期特殊組織型では Retro-PAND 導入した。その方法と手術成績を示す。

「方法」左下腹部に 15mm の皮切を行い、コッヘル鉗子で腹膜直上の層まで剥離行う。示指でその層を拡張し、さらに鉗子で後腹膜腔を拡大する。ここで腹腔内を脱気し後腹膜腔を気腹し、硬性鏡で後腹膜腔を広げながら合計 4 本のトロッカーを挿入する。その後左大腰筋・外腸骨血管をメルクマールに左尿管を上方に展開、その後最終的に頭側は腎静脈まで確認のちに PAN 郭清を完了する。準広汎子宮全摘 + 骨盤リンパ節郭清 (PLND) は経腹膜的に行った。

「結果」Retro-PAND 9 例を経験した。以降の処理を腹腔鏡手術で施行が 2 例、ロボット手術施行が 7 例であった。平均手術時間は 372 ± 66 分、出血は 120 ± 30 mL であった。腹膜穿破により縫合を有する症例が 2 例あったが、経腹膜移行、開腹症例はなかった。

「結論」今回の検討ではリンパ節転移症例は PAN もしくは PLN 単独で陽性だった。特殊組織型では IA 期であっても PAN 郭清の必要性を感じた。Oscar Lambret 式 Retro-PAND は指で正しい後腹膜層に入ることができ、導入初期から安全に実施できる方法であることが確認された。

144. 卵巣癌における傍大動脈リンパ節再発に対して後腹腔鏡手術を施行し腫瘍摘出した 1 例

市立三次中央病院 産婦人科

平野章世、小西晴久、益野麻由、藤本英夫

再発卵巣がんにおいて、完全切除が可能と判断される場合に手術療法が考慮されるが、一定のコンセンサスは得られていないのが現状である。今回我々は、卵巣癌における傍大動脈リンパ節再発に対して後腹腔鏡手術を施行し腫瘍を摘出した症例を経験したので報告する。【症例】75 歳、2 妊 2 産。PS0。右卵巣腫瘍に対し右付属器摘出後。卵巣癌 III c 期 pT3cNX0M0 高異型度漿液性癌。初回手術として、腹式単純子宮全摘出術・左付属器摘出術・大網切除術、さらに S 状結腸腸間膜に浸潤あり S 状結腸切除術、虫垂切除術を施行した。パクリタキセル、カルボプラチンによる化学療法にベバシズマブを併用し、計 4 コースの化学療法を行った後、ベマシズマブによる維持療法を行い、23 コース目で蛋白尿のため終了した。初回治療終了から 3 年 11 ヶ月後、フォローアップ目的の造影 CT にて約 2cm、約 1.5cm に腫大した傍大動脈リンパ節を 2 ヶ所認めた。FDG/PET-CT でも同部位に SUVmax14.2 の集積を認め、リンパ節転移と診断した。弧発性の再発であることから、泌尿器科と共同で左側腹部から後腹膜腔へアプローチする後腹腔鏡手術の方針となった。病巣は周囲脂肪組織との癒着を認めたが、完全摘出可能であった。手術時間は 141 分、出血量は 30g で癒着剥離時に損傷した下行結腸漿膜を修復したほか術中合併症なく終了した。病理組織診断は高異型度漿液性癌であった。今後は化学療法を施行予定である。

145. VAIN3 に対する腹腔鏡下上部腔壁腫瘍切除術の一例

川崎医科大学 婦人科腫瘍学教室

河村省吾、鈴木聡一郎、田坂啓太郎、森本由美子、佐野力哉、塩田 充、太田啓明

【緒言】

腔上皮内腫瘍 (VAIN) は腔癌の前がん病変として定義されており、異型の程度により分類される。今回 CIN2 に対して腹腔鏡下子宮全摘術後に発症した VAIN3 に対して腹腔鏡下上部腔壁腫瘍切除術を施行した症例を報告する。

【症例】

72歳2妊2産、20XX年にCIN2に対して腹腔鏡下子宮全摘術を施行。術後病理でCIN2、腔側断端陰性であった。術後6ヶ月後の腔断端細胞診にてClass IV、組織診にてVAIN3を認めたため当院へ紹介。コルポスコピーでは腔断端左付近にW1病変を認めた。腔壁組織診にてVAIN3と診断され、腹腔鏡下腔壁腫瘍切除術を実施した。前回手術痕に合わせ変形ダイヤモンドのポート配置、碎石位で手術を開始した。腔断端をサクロチップ用いて挙上し腔後面をはじめに剥離。次に膀胱内空気注入しながら前腔壁から膀胱を剥離した。両側尿管を尿管トンネル付近まで剥離し、事前にマーキングした部位を中心に2cmのmarginをとって摘出されるように腔壁を切除摘出した。手術時間は2時間11分、出血は少量。術後3日目で退院とした。術後病理検査は異型細胞が概ね2/3以上の範囲もしくはほぼ全層性に拡がっている状態であり、明らかな間質への浸潤は認めず、p16陽性でVAIN3と診断された。

【考察】

腹腔鏡下手術では、前回の手術で生じた膀胱と直腸の癒着は腔断端を十分に挙上させるで、腔からのアプローチよりも容易に剥離できた。本法により合併症が少なくなることが期待される。

146. Efficacy of the Systemic Immuno-inflammatory Index for Assessing the Prognosis of Elderly Patients with Cervical Cancer

鳥取大学医学部附属病院 女性診療科

曳野耕平、小松宏彰、大川雅世、飯田祐基、細川雅代、澤田真由美、工藤明子、千酌 潤、佐藤慎也、谷口文紀

[Purpose] To investigate the efficacy of the systemic immune-inflammation index (SII), in assessing the prognosis of elderly patients with cervical cancer. [Methods] Eighty-nine patients with cervical cancer over 65 years old treated in our hospital between 2002 and 2017 were enrolled. The cut-off SII was determined using the ROC curve, and the patients were classified either the high or low SII group. We examined the association between overall survival (OS) or progression-free survival (PFS). [Results] The median age was 75 (65–90) years. Both OS and PFS rates were significantly lower in the high SII group than those in the low SII group (5-year OS rate: 35% vs. 84%, $p \leq 0.01$; 5-year PFS rate: 21% vs. 78%, $p \leq 0.01$). Multivariate analysis showed that the high SII (hazard ratio; 2.67, 95% CI; 1.12–6.33, $p \leq 0.05$) and the advanced stage (FIGO stages III and IV) (hazard ratio; 6.65, 95% CI; 0.061–0.37, $p \leq 0.01$) were the independent prognostic factors. In terms of PFS, a high SII was also an independent prognostic factor (hazard ratio; 2.40, 95% CI; 1.06–5.41, $p \leq 0.05$). [Conclusion] High SII could be associated with the poor prognosis in elderly cervical cancer patients.

147. 当院で経験した子宮頸癌合併妊娠 2 症例の検討

広島市民病院

篠崎真里奈、森川恵司、保崎憲人、坂井裕樹、岩間かれん、田中奈緒子、
築澤良亮、久保倫子、植田麻衣子、片山陽介、玉田祥子、依光正枝、上野尚子、
石田 理、児玉順一

近年、晩婚化や出産年齢の上昇に加え若年者の子宮頸癌の増加に伴い、妊娠と子宮頸癌発症年齢が重なる傾向にある。妊娠中に診断される子宮頸癌は初期段階がほとんどであり、進行子宮頸癌合併妊娠は珍しい。当院にて同時化学放射線療法（CCRT）を施行した進行子宮頸癌合併妊娠 2 例を報告する。

症例 1：29 歳。6 経 4 産。不正出血にて前医を受診し、妊娠 5 週相当であったが、妊娠継続の希望はなかった。内診で浸潤癌の所見を認め、生検で SCC であったため、精査加療目的に紹介となった。子宮頸癌 IV A 期（cT4N0M0）の診断で CCRT を施行した。第 21 病日、RT19.8Gy 終了時点で胎児心拍消失を確認し、第 39 病日、RT36.6Gy 終了後に自然排出となった。治療後 4 年 5 ヶ月再発なく経過している。

症例 2：35 歳。2 経 0 産。自然妊娠成立後、中絶希望で前医を受診し、子宮頸部細胞診で SCC であったため、精査加療目的に紹介となった。子宮頸癌 III C1 期（cT1b3N1M0）の診断で CCRT を施行した。第 18 病日、RT21.6Gy 終了時点で胎児心拍消失を確認し、第 39 病日に不全流産に対して子宮内容除去術を施行した。初回治療後リンパ節転移を繰り返し、CCRT を合計 3 回、化学療法を 1 回施行するも診断後 2 年 3 ヶ月で死亡した。当院にて CCRT を施行した子宮頸癌合併妊娠を 2 症例経験した。2 症例とも妊娠継続の希望がなかったため、母体生命を優先し、in utero の状態で標準治療の CCRT を施行した。

148. MSI 検査は陰性で TMB-High を呈する子宮頸癌に対してペムブロリズマブが奏功した 1 例

広島市立北部医療センター安佐市民病院 産婦人科

梅木崇寛、本田 裕、大原 涼、隅井ちひろ、熊谷正俊

ペムブロリズマブは抗 PD-1 抗体を用いた免疫チェックポイント阻害薬であり、がん化学療法後に増悪した進行・再発固形癌のうち、マイクロサテライト不安定性（Microsatellite Instability（MSI））が陽性となるものや、高い腫瘍遺伝子変異量（Tumor Mutation Burden（TMB）-High）を呈するものにも使用できるようになった。今回、MSI 検査は陰性で TMB-High を呈する子宮頸癌に対してペムブロリズマブが奏功した 1 例を報告する。症例は 70 歳。右鼠径部痛を主訴に近医受診し、子宮頸癌疑いで当科紹介受診となった。子宮頸癌 IVB 期（扁平上皮癌）に対して同時化学放射線療法（CCRT）を行ったが、子宮頸部に腫瘍が残存した。その後パクリタキセル＋カルボプラチン（TC 療法）＋ベバシズマブ併用療法を 5 サイクル施行したが、副作用が強く治療を中断した。以後経過観察となったが、化学療法後 6 カ月に右肺中葉と縦隔リンパ節に転移を認めた。原発部位を用いたがん遺伝子パネル検査（FoundationOne CDx）を行ったところ、MSI 検査は陰性であったが、がん遺伝子パネル検査では TMB：16mut/Mb と高値であった。化学療法後 10 カ月からペムブロリズマブの投与を開始したところ、転移巣は縮小、腫瘍マーカーは陰性化し、6 コース終了後も転移巣は縮小を維持している。子宮内膜癌と違って子宮頸癌では MSI 検査陰性で TMB-High を呈する症例の割合が高く、標準治療後の症例には積極的に TMB 検査を行うべきである。

149. 腹部症状の緩和に苦慮した卵巣転移を伴う子宮頸部胃型腺癌の2症例

愛媛大学大学院医学研究科 産科婦人科学

大柴 翼、森本明美、宇佐美知香、上甲由梨花、西野由衣、中橋一嘉、安岡稔晃、
内倉友香、高木香津子、松原裕子、藤岡 徹、松原圭一、松元 隆、杉山 隆

【緒言】子宮頸部胃型腺癌は非典型的な進展形態をとり予後不良である。卵巣転移による腹部症状緩和に苦慮した2症例を報告する。

【症例1】68歳。X年8月に下腹部痛を自覚。CT検査で13cm大の骨盤内腫瘍を認め、子宮頸部生検にて胃型腺癌と診断した。卵巣転移・腹膜播種も認めた。X年9月よりDC+Bev療法6サイクルを施行し、子宮頸部腫瘍は縮小した。X+1年5月のCT検査で卵巣腫瘍は21cm大に増大し、CPT-11療法を開始した。その後も卵巣腫瘍は増大し、腹水も出現した。腹水穿刺にて症状緩和を図るも効果は一時的であり、X+2年1月に永眠された。病状再燃後も子宮頸部腫瘍は縮小を維持していた。

【症例2】58歳。Y年5月に胸部痛を自覚。CT検査で右胸水を認め、胸水細胞診で腺癌と判定。胸膜/腹膜播種・縦隔リンパ節転移・卵巣腫瘍・子宮頸部に小嚢胞の集簇を認め、頸部生検にて胃型腺癌と診断した。Y年7月、TC療法を開始。腫瘍は縮小し、胸水も減少した。TC療法5サイクル後、卵巣腫瘍増大による腹部症状が増悪し、経腔的に卵巣穿刺を施行。その後も腹部症状は制御困難であり、症状緩和目的に卵巣腫瘍を摘出することで腹部症状を制御しえた。

【結論】子宮頸部胃型腺癌は放射線療法・化学療法抵抗性であり、進行・再発症例では治療方法が限定されるため、患者QOLの向上のために症状緩和目的の手術や穿刺排液も選択肢であると考ええる。

150. 当科で経験した子宮頸部神経内分泌癌の3例

香川大学医学部 母子科学講座 周産期学婦人科学

宮井瑛子、木村華捺、合田亮人、鎌田恭輔、香西亜優美、山本健太、石橋めぐみ、
田中圭紀、天雲千晶、森 信博、新田絵美子、花岡有為子、鶴田智彦、田中宏和、
金西賢治

【緒言】子宮頸部神経内分泌癌（neuroendocrine carcinoma: NEC）は、急速に進展し遠隔転移を起こしやすく、極めて予後不良とされる。今回我々は、子宮頸部NECの3例を経験したため報告する。

【症例1】65歳、IVB期の診断で紹介。CCRT（weekly TC 4コース）施行もPRのためEC（VP-16+CBDCA）4コース追加し、残存腫瘍の増悪なく10カ月経過している。【症例2】80歳、I B1期で紹介。準広汎子宮全摘＋両側付属器摘出術を実施後、皮下転移再発したため手術・放射線療法を施行。その後、多発筋転移再発に対し、EC4コース実施し、残存腫瘍の増悪なく1年経過している。【症例3】53歳、不正出血にて前医受診し子宮頸癌にて当院紹介されてIVB期と診断。EP（VP-16+CDDP）2コース施行後画像で著明な腫瘍の縮小を認めた。

【考察】

1症例目はIVB期の進行子宮頸癌に対してCCRTに続き早期からEC療法を開始し、腫瘍病勢を制御できた。2症例目は早期の子宮頸癌に対し手術療法、再発に対して手術・放射線療法を実施し再発したが、その後EC療法を実施し腫瘍の病勢を制御できた。3症例目はIVB期の進行子宮頸癌に対して、EP療法から開始し、腫瘍の病勢を制御できた。いずれの症例でもプラチナ製剤とVP-16の併用が有効であったと考えられる。

151. レンバチニブ + ペムブロリズマブ併用療法中に無力症を発症した再発子宮体癌の1例

中国中央病院

谷 佳紀、大塚由有子、長谷井稜子、川井紗耶香、山本昌彦

【症例】症例は74歳女性、2妊2産、独居。子宮体癌IA期、明細胞癌に対して腹式単純子宮全摘＋両側付属器切除術を施行後、術後補助療法としてweekly TC療法を開始したが5コース目でアナフィラキシーショックが出現したため中止となり、その後経過観察としていた。術後3年2カ月、CT検査で腹腔内腫瘍として再発し、AP療法を6コース施行しPRとなった。その3カ月後に腫瘍マーカーの上昇と腹腔内腫瘍の増大を認めため、レンバチニブ＋ペムブロリズマブ併用療法を開始した。レンバチニブ20mgから開始したが、退院翌日のDay4より倦怠感、Day14よりGrade3の無力症が出現し、トイレ歩行時に転倒したため入院となった。休薬後、速やかに回復を認めたことからレンバチニブが起因薬と考えられ、2段階減量後に無力症は消失した。現在も化学療法を継続しPRで経過している。【考察】レンバチニブの有害事象である無力症の頻度は18.7%で、Grade3の発現率は4.2%とされる。本症例は退院後に無力症を発症していたが、転倒後になってようやく受診に至った。有害事象は高齢独居という社会的背景も考慮して対策が必要と考えられた。【結語】レンバチニブ＋ペムブロリズマブ併用療法の有害事象である無力症を経験した。治療継続のための適切な投薬管理だけでなく、有害事象に対する高齢者への患者教育も課題と考えられた。

152. 再発子宮体癌3例に対するペムブロリズマブ、レンバチニブ併用療法の使用経験

広島大学病院 産科婦人科

伊勢田侑鼓、森岡裕彦、宮原 新、藤田真理子、野村有沙、宇山拓澄、榎園優香、中本康介、大森由里子、寺岡有子、野坂 豪、友野勝幸、関根仁樹、山崎友美、古宇家正、向井百合香、工藤美樹

【目的】がん化学療法後に増悪した切除不能な進行・再発の子宮体癌に対してペムブロリズマブ、レンバチニブ併用療法が保険承認された。当科の同レジメンの使用経験を報告する。

【症例】〈症例1〉子宮体癌IA期（類内膜癌G1）、3回目の再発（多発リンパ節転移）に対して、ペムブロリズマブ、レンバチニブ併用療法を行った。1サイクル目に甲状腺機能低下症、血小板減少を認めレンバチニブのみ休薬した。血小板が改善した後にレンバチニブを1段階減量して内服再開し、現在も治療継続中である。〈症例2〉子宮体癌IA期（類内膜癌G3）、2回目の再発（リンパ節転移、肺転移）に対してペムブロリズマブ、レンバチニブ併用療法を行った。2サイクル目に甲状腺機能亢進症、心不全を認め、両剤とも休薬中である。〈症例3〉子宮体癌IVB期（類内膜癌G2）、2回目の再発（肺転移）に対してペムブロリズマブ、レンバチニブ併用療法を行った。1サイクル目に高血圧症を認め降圧薬内服を開始した。さらに血小板減少を認めレンバチニブを休薬とした。血小板が改善した後にレンバチニブを1段階減量して内服再開し、現在も治療継続中である。3症例とも2サイクル実施後の画像評価ではPRとなっている。

【結語】当科でのペムブロリズマブ、レンバチニブ併用療法の有害事象は制御可能であり、治療効果も認めた。再発子宮体癌に対する治療選択肢は少ないため同レジメンへの期待は大きい。

153. 晩期肺再発した子宮体癌の3例

JA 広島総合病院

平井雄一郎、中西慶喜、西本祐美、佐々木美砂、高本晴子

子宮体癌の再発は50～70%が骨盤外で、そのうち肺は5～23%と高頻度であり、約75%は原発巣診断から3年以内に発見されるが、晩期再発の報告は少ない。今回、晩期肺再発した子宮体癌を3例経験したので報告し、

本邦で報告のあった5例を合わせて、その特徴や治療の留意点を検討した。

症例1は65歳時に子宮体癌IA期（類内膜癌）に対して子宮全摘出術＋両側付属器摘出術（以下TAH＋BSO）を行った。術後8年目に肺転移を指摘され肺部分切除および術後化学療法を実施した。症例2は37歳時に子宮体癌IB期（類内膜癌）に対してTAH＋BSO＋術後補助化学療法を行った。術後13年目に肺転移を指摘され肺部分切除および術後化学療法を実施した。症例3は59歳時に子宮体癌IB期（組織型不明）に対してTAH＋BSO＋術後補助化学療法を行った。術後8年目に肺転移を指摘され肺部分切除および術後化学療法を実施した。

自験3例を含む8例をまとめると、初発年齢は30～60代、組織型は5例が類内膜癌であり、再発までの期間は7年～37年と幅があった。また、晩期再発の治療は、肺切除単独3例、化学療法単独1例、肺切除＋化学療法4例であった。

子宮体癌、特に類内膜癌は晩期再発の可能性を念頭に置き、長期間のフォローアップの重要性が示唆された。また、晩期再発では外科的治療が化学療法、放射線療法よりも予後良好とされており、肺部分切除により長期予後が見込める可能性もあり、切除の検討が必要である。

154. 当院で経験した子宮体部神経内分泌癌の3例

山口大学大学院医学系研究科 産科婦人科学講座

米田稔秀、竹谷俊明、坂井宜裕、爲久哲郎、岡田真希、梶邑匠彌、前川 亮、
末岡幸太郎、杉野法広

【目的】

子宮体部神経内分泌癌は非常に稀で、確立された治療法のない予後不良な疾患とされる。今回我々は子宮体部神経内分泌癌の3症例を経験したので報告する。

【症例】

症例1は61歳。主訴は不正性器出血、子宮内膜組織診で神経内分泌癌と診断、手術施行（単純子宮全摘、両側付属器切除、骨盤内・傍大動脈リンパ節郭清、大網切除、直腸部分切除）、肉眼的残存腫瘍はなかったが、術後1.5ヶ月で骨盤内再発、術後3ヶ月で原病死となった。病理組織診断は、小細胞と大細胞が混在する神経内分泌癌で、類内膜癌と明細胞癌の成分も認めた。

症例2は58歳。主訴は不正性器出血、子宮内膜組織診では悪性所見なし、画像検査で子宮肉腫と診断し手術施行（単純子宮全摘、両側付属器切除）、病理組織診断で大細胞癌であり追加手術を施行（大網切除、骨盤内・傍大動脈リンパ節郭清）、追加化学療法（イリノテカン・シスプラチン療法）を開始、術後4ヶ月無再発生存中である。

症例3は66歳。主訴は不正性器出血、子宮内膜組織診で小細胞癌と診断、画像検査で腹膜播種あり、化学療法（イリノテカン・シスプラチン療法）を2コース行い手術施行（単純子宮全摘、両側付属器切除、大網切除）、病理組織診断ではpathological CRで、追加化学療法を4コース行った。術後10年間無再発生存した。

【結語】

子宮体部神経内分泌癌にも予後良好例があり、どのような治療が適切か、さらなる症例の蓄積が期待される。

155. 腫瘍の自然脱落により診断に至った子宮腺肉腫の一例

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室

田中佑衣、依田尚之、兼森雅敏、白河伸介、岡本和浩、松岡敬典、原賀順子、
小川千加子、中村圭一郎、長尾昌二、増山 寿

【緒言】子宮腺肉腫は良性上皮性成分と肉腫成分から構成される上皮性・間葉性混合腫瘍で、子宮悪性腫瘍の約0.5%未満、肉腫の約5%を占める稀な疾患である。今回、我々は自然脱落した腫瘍組織から診断に至った

子宮腺肉腫の一例を経験したので報告する。【症例】69歳、2妊2産。骨盤臓器脱の疑いで前医を受診したが、診察上、子宮内膜ポリープの腔内脱出が疑われた。子宮内膜組織診で悪性所見を認めなかったが、子宮内膜細胞診ClassⅢ、MRIにて子宮体癌の可能性を指摘され当科紹介となった。経過観察中、自宅にて中等量の性器出血と腔外への腫瘍の脱出を認め、緊急入院となった。入院中に手拳大の暗赤色腫瘍が自然脱落し、病理組織検査にて凝固壊死を伴う子宮腺肉腫と診断した。子宮腺肉腫IA期相当に対し単純子宮全摘出術、両側付属器摘出術を施行し、術後診断は子宮腺肉腫IA期(pT1aNXM0)、異所性肉腫成分なし。後治療なしで経過観察の方針となった。【考察】子宮腺肉腫は特異的な臨床症状に乏しいが、53%に不正性器出血、35%に子宮口からの腫瘍突出を認める。術前画像診断で悪性を示唆できるものは63%で、術前生検組織診の正診率は33%程度との報告もある。【結語】本症例は大きな自然脱落組織のため早期確定診断ができた。不正性器出血や子宮口からの腫瘍脱出を伴う再発性のポリープ様病変を認めた際は、子宮内膜ポリープと過小評価せず、子宮腺肉腫を鑑別にあげることが重要である。

156. 当院で経験した子宮腺肉腫の3例

福山医療センター

杉原花子、栗山千晶、山本梨沙、藤田志保、岡田真紀、今福紀章、山本 暖

子宮腺肉腫は、良性腺上皮と肉腫成分から構成される混合腫瘍であり、頻度は子宮悪性腫瘍の0.5%未満、肉腫の5%を占める比較的稀な腫瘍である。今回我々は、当院で経験した子宮腺肉腫の3例を報告する。

【症例1】56歳、2経妊2経産。主訴は不正出血。治療は手術（子宮全摘、両側付属器切除、骨盤リンパ節郭清）を施行し、IA期の診断であった。術後4年目に腹腔内再発を認め、腫瘍摘出術を施行。以降他院で術後化学療法を施行された。【症例2】56歳、0経妊。主訴は下腹部痛と腫瘍感。肉腫疑いのため、治療は手術（準広汎子宮全摘、両側付属器切除、骨盤リンパ節・傍大動脈リンパ節郭清術）を施行しIB期の診断であった。再発を認めず術後7年目で終診となった。【症例3】51歳、0経妊。4年前に細胞診異常の指摘あり紹介受診。経過中に子宮内膜掻爬術を2回施行され、単純型子宮内膜増殖症の診断であった。以降フォローのMRIで悪性の可能性を指摘されたため、内膜掻爬術を施行し、子宮腺肉腫の診断であった。後日、手術（子宮全摘、両側付属器切除、骨盤リンパ・傍大動脈リンパ節郭清）を施行し、子宮腺肉腫IC期であった。【結語】子宮腺肉腫は術前診断が困難であり、内膜ポリープや頸管ポリープと診断されることが多い。I期の5年生存率は79%であり、早期例の予後は良好である。有効な薬物療法は確立しておらず、今後も薬物治療について検討していく必要がある。

157. 若年性子宮体癌を発症したCowden症候群の1例

県立広島病院 産婦人科

北村美緒、中島祐美子、豊田祐里子、三浦聡美、綱掛 恵、加藤俊平、白山裕子、三好博史

【緒言】Cowden症候群は皮膚や消化管など様々な臓器に過誤腫性病変を多発する常染色体優性遺伝性疾患であり、子宮をはじめ多臓器の悪性腫瘍を合併することも少なくない。今回、乳癌を契機にCowden症候群と診断され、その後、子宮体癌を発症した1例を経験したため報告する。

【症例】26歳、CTで左卵巣腫瘍を指摘されたため当科紹介となった。超音波検査、MRI検査で左卵巣成熟奇形腫と子宮内膜肥厚を認めたが、性交未経験のため精査は困難であった。血性乳頭分泌あり近医で右乳癌と診断され、当院外科へ紹介となった。乳癌手術時に子宮内膜組織検査を施行し、子宮内膜増殖症と診断した。BRCA遺伝子検査を施行したが陰性であり、他の遺伝性腫瘍の可能性もあったため、遺伝カウンセリング後、マルチ遺伝子パネル検査を行った。PTENに病的バリエーションあり、Cowden症候群と診断された。その後は3、4か月毎に子宮内膜組織検査を施行した。初回検査から8か月後に子宮内膜異型増殖症への移行が疑われ、そ

の2か月後に子宮内膜異型増殖症と診断した。本人、両親と相談の上、全腹腔鏡下子宮全摘出術および両側付属器摘出術を施行し、子宮体癌 IA 期と診断した。

【結語】 Cowden 症候群診療ガイドラインでは、子宮内膜癌のサーベイランスは30歳から年1回の頻度で検査を行うことが推奨されている。本症例は30歳未満での子宮体癌の発症であった。頻回に検査を施行したことにより早期癌の段階で治療を開始できた。

158. 肺転移巣の再燃を繰り返し外科的切除で寛解に至った難治性絨毛癌の一例

徳島大学 産科婦人科

天野雅文、峯田あゆか、新垣亮輔、香川智洋、西村正人、岩佐 武

【背景】 絨毛癌は肺、脳などに血行性転移をきたしやすいが約80%は多剤併用化学療法で寛解する。化学療法にて効果が得られない場合は子宮全摘出術や転移巣の外科的切除が考慮される。今回、繰り返し再燃する肺転移病変に対して肺部分切除を行い寛解に至った症例を経験したので報告する。【症例】 26歳、1妊0産、他院にて全胎状奇胎と診断され、子宮内膜搔爬術の半年後に血中hCGが上昇したことから存続絨毛症と診断された。MTX療法3コースとACD療法1コース施行した後に左肺下葉に5mmの結節影を指摘され、絨毛癌診断スコア9点、FIGO予後スコア7点で臨床的絨毛癌Ⅲ期（high risk GTN）の診断に至った。EMA/CO療法6コースにて寛解した後に、転居のため当院紹介となった。肺転移巣の増大とhCGの上昇を認め再燃と診断した。EP/EMA療法を行い一時的な寛解を得たがその後再燃と寛解を繰り返し、末梢神経障害や腎機能障害などの有害事象が遷延したため合計15コース施行した時点で化学療法継続困難となった。他臓器転移は認めず、片側の孤立性で手術可能病巣であることから、胸腔鏡下左肺部分切除を施行。手術後hCGは278 → < 0.5mIU/mlに低下。5か月時点で寛解状態を維持できている。【考察】 化学療法抵抗性の難治性絨毛癌に対しては、転移巣の外科的切除が可能な場合は積極的に考慮すべきである。

159. 帝王切開瘢痕部妊娠に対して全腹腔鏡下子宮摘出術を施行した2例

総合病院山口赤十字病院 産婦人科

申神正子、小作大賢、南 星旭、高石清美、月原 悟、金森康展

帝王切開瘢痕部妊娠（Cesarean scar pregnancy: CSP）は異所性妊娠の一つであり、近年増加傾向にある。今回、当科独自の工夫により、腹腔鏡下子宮全摘出術（Total Laparoscopic Hysterectomy: TLH）を施行した2症例を経験したので報告する。症例1は、36歳5妊4産、帝王切開2回。経膈超音波検査で子宮体下部の帝王切開瘢痕部付近と思われる位置に胎嚢が入り込んでいる像を認めCSPを疑いMRI検査にて確定診断し経膈回収が可能である妊娠9週でTLHを行った。症例2は、27歳6妊3産、帝王切開3回。他院よりCSPを疑い紹介され、妊娠8週でTLHを行った。

CSPは、マニピレーター挿入の際に、多量の出血をきたす可能性がある。そこでマニピレーター挿入は避け、経膈的に子宮頸部を絹糸で縫合し、牽引糸をVAGIパイプ内に通し、子宮を牽引した。ダイヤモンド配置4ポートに加えさらに左上腹部にトロッカー留置し、ラチェット付き把持鉗子で子宮を把持しエンドスコープホルダーに固定した。牽引と、把持鉗子による子宮上方引き上げにより左右への動作が容易になり、子宮傍組織処理を行う際に十分な術野を確保出来た。牽引することによりVAGIパイプは密着し、円蓋部での膈切断ラインも明らかにすることが可能であった。

CSPのTLHは、術前・術中の処置の工夫により安全性を高めることができると考えた。

160. 子宮筋層内妊娠に対して腹腔鏡下子宮筋層楔状切除術を施行した一例

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室

藤川 淳、久保光太郎、牧 尉太、大羽 輝、三苫智裕、三島桜子、大平安希子、桐野智江、谷 和祐、衛藤英理子、早田 桂、増山 寿

【緒言】

子宮筋層内妊娠は、非常に稀な異所性妊娠である。子宮筋層の損傷や、生殖補助医療の関与も指摘されるが、我々は、自然妊娠後の子宮底部筋層内妊娠の一例に対し、腹腔鏡下子宮筋層楔状切除術を施行し治療を完遂しえた症例を経験したので報告する。

【症例】

33歳、G3P0、人工妊娠中絶2回既往。自然妊娠成立、妊娠4週4日に前医初診、子宮内に胎嚢を認めず。6週2日の再診時、子宮筋層内に胎嚢様所見を認め異所性妊娠が疑われ当院へ紹介。経膈エコーで子宮底部前壁筋層内に26mmの胎嚢ならびに胎児心拍も認められた。随伴症状はなかったが血中hCG値は27655mIU/mLと上昇、MRIでも同様に胎嚢を認めた。妊孕性温存を希望され、腹腔鏡下子宮筋層楔状切除を施行し、腫瘍を残させずに核出できた。経過良好で術後4日目退院。血中hCG値は術後26日目正常化した。

【考察】

子宮筋層内妊娠は、子宮内腔と筋層に微細な瘻孔が形成されることによって起こると考えられている。本症では中絶術の既往から術中に子宮鏡で子宮内腔との交通を確認したが認めなかった。心拍陽性とhCG値、過去文献から、腹腔鏡下で胎嚢核出術を施行した。術中腹腔鏡下プローブにより胎嚢の位置情報をリアルタイムに確認し情報共有することで最小限の侵襲で核出の完遂が可能であった。

【結語】

子宮筋層内妊娠は世界的に報告例が少なく、治療法は確立されていない。個々の状況に応じたオーダーメイドな治療法を選択が望まれる。

161. 妊娠11週相当まで発育した腹腔妊娠の1例

¹⁾ 香川県立中央病院 産婦人科、²⁾ 香川県立中央病院 病理診断科

坂田周治郎¹⁾、矢野友梨¹⁾、國友紀子¹⁾、早田 裕¹⁾、堀口育代¹⁾、永坂久子¹⁾、高田雅代¹⁾、米澤 優¹⁾、中村聡子²⁾、中西美恵¹⁾

【緒言】 腹腔妊娠、卵巣妊娠はともに異所性妊娠の1%程度にみられ、着床部位の術前診断が困難とされている。今回、卵巣と大網に同時着床した症例を経験したため報告する。【症例】 25歳、2妊0産。異所性妊娠、双角子宮のため手術既往があるが詳細は不明であった。妊娠反応陽性にて前医受診、経膈超音波検査で双角子宮左側への妊娠と診断された。受診後3日目に人工妊娠中絶手術を施行されたが、絨毛組織の排出がなく、超音波検査で胎児の残存を認めたため異所性妊娠を疑い、当科紹介受診となった。子宮・卵管から離れた腹腔内に心拍を伴う妊娠11週相当の胎児を認め、腹腔妊娠を疑い同日開腹手術を行った。胎嚢は左卵巣とともに大網に被覆され、左卵巣切除+大網部分切除術を施行、病理学的検査で左卵巣と大網に着床する異所性妊娠と診断した。【考察】 稀少部位異所性妊娠は診断が遅れる場合が多く、卵管妊娠と比べ出血量が増え、致死率が高くなると報告されている。当院では過去7年間で47例の異所性妊娠を経験し、稀少部位着床は5例（間質部2例、卵巣2例、腹腔1例）、本例以外では術前診断が得られなかった。近年、異所性妊娠に対する術式は腹腔鏡が多く選択されているが、本症例は稀少部位異所性妊娠と診断、手術歴も考慮し開腹手術を選択した。【結語】 稀少部位異所性妊娠は診断が難しく、大量出血のリスクも高いため、慎重に評価、管理していく必要がある。

162. 腹腔鏡下卵巣切除を施行した卵巣妊娠の1例

岡山済生会総合病院

秋定 幸、澤井雄大、春間朋子、平野由紀夫

卵巣妊娠は全異所性妊娠の0.5～3%程度の稀な疾患である。発育様式によって外方発育型と腫瘤形成型の2種類に分類される。腫瘤形成型では正常卵巣の温存が困難な場合がある。われわれは腫瘤形成型の卵巣妊娠に対して腹腔鏡下卵巣切除を施行した症例を経験した。症例は2妊1産（経膈分娩1回）で、妊娠検査薬陽性のため前医を受診した。最終月経より妊娠6週0日であったが、子宮内に胎嚢を認めなかった。左右卵巣に黄体嚢胞を疑う腫大を認めたが、妊娠部位は明らかではなかった。血中hCG値は10,800mIU/mlであり、異所性妊娠が疑われ当科に紹介された。骨盤MRI検査で左卵管妊娠が疑われたため、腹腔鏡下手術を施行した。左卵巣は6cm大、右卵巣は4cm大に腫大しており、左右卵管は正常であった。左卵巣と後腹膜が癒着しており、癒着部位に胎嚢を疑う腫瘤を認めた。左卵巣切除を施行した。病理組織検査で絨毛組織を認め、左卵巣妊娠と診断した。術後血中hCG値は順調に下降し、右卵巣も正常大となった。卵巣妊娠に対する腹腔鏡下手術は診断治療に有用であるが、発育様式によっては正常卵巣の温存が困難な場合がある。

163. メトトレキサートで治療し子宮を温存し得た帝王切開癒痕部妊娠の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

橋本阿実、伊藤拓馬、新垣紀子、山野和紀、松崎敬彦、吉田旭輝、牧尾 悟、佐伯綾香、藤塚 捷、黒田亮介、原 理恵、西村智樹、田中 優、清川 晶、堀川直城、楠本知行、福原 健、中堀 隆、長谷川雅明、本田徹郎

【緒言】帝王切開癒痕部妊娠（cesarean scar pregnancy：CSP）は、1,800～2,500妊娠中1例と異所性妊娠の中でも稀な疾患である。今回、メトトレキサート（MTX）により治療し、子宮を温存し得たCSPの1例を経験したため報告する。

【症例】30歳、7経妊1経産（5回人工流産、1回帝王切開）。持続する性器出血を認め、切迫流産の診断で妊娠6週5日に当科紹介となった。経膈超音波検査で胎児心拍陽性であり、帝王切開癒痕部に着床を疑う所見を認めたが、CSPと確定できず経過観察とした。妊娠8週3日に多量性器出血に伴う出血性ショックを認め、当科入院となった。MRIで帝王切開癒痕部への着床所見を認めたことからCSPと診断した。血清hCG 175,465 mIU/mLと高値であり、妊娠8週4日よりMTX筋注を開始し、子宮動脈塞栓術を施行した。MTX投与7日目に胎児心拍消失を確認したが、血流豊富であり外科的処置を追加せず経過観察とした。計4回のMTX筋注を行いhCGは順調に低下したが、MTX投与32日目に多量性器出血を認め当院へ救急搬送となった。帝王切開癒痕部に血腫を認め、子宮内容除去術および子宮内バルーンタンポナーデを行った。MTX投与79日目に帝王切開癒痕部の血腫は消失した。

【結語】MTXにより治療し、子宮を温存し得たCSPの1例を経験した。CSPは大量出血を来しやすい疾患であり、早期の診断、迅速な治療介入が必要である。

164. 外尿道口周囲の病変を契機に見つかった尿道・膀胱内尖圭コンジローマの1例

¹⁾ 高知大学医学部 産婦人科、²⁾ 土佐市民病院 泌尿器科、³⁾ 高知大学医学部 泌尿器科
高田和香¹⁾、谷口佳代¹⁾、橋元粧子¹⁾、久野貴平²⁾、井上啓史³⁾、前田長正¹⁾

【緒言】尖圭コンジローマは外性器・肛門周囲・外尿道口に好発する。一方、尿道・膀胱内に発生することは稀とされている。今回、外尿道口周囲の病変を契機に見つかった尿道・膀胱内尖圭コンジローマの1例を経験したので報告する。

【症例】症例は19歳女性、未妊、摂食障害で当院精神科入院中に、他院での梅毒・淋菌・クラミジア感染症治

療後の判定目的で精神科より当科紹介受診した。前述の感染症は陰性化していたが、外尿道口を中心に小陰唇、陰壁、子宮腔部に広範囲に乳頭状腫瘤を認め、視診から尖圭コンジローマを疑った。子宮頸部細胞診はLSIL、子宮頸部コルポスコピー下生検はCIN1、HPV18・52・58型陽性であった。外尿道口周囲の病変と排尿障害を認めため泌尿器科にて尿道・膀胱鏡を施行し、尿道及び膀胱内に多発するコンジローマ病変を認めた。尿細胞診は陰性であった。診断及び治療として陰壁、子宮腔部、外尿道口、尿道・膀胱内病変に対して外科的切除及びレーザー蒸散術を施行した。術後病理組織診断は尖圭コンジローマであった。小陰唇の病変は広範囲のため外科的治療はせず、イミキモドクリームを16週間塗布し著明に縮小した。尿道・膀胱内は術後2か月で再発が見られたが、積極的な治療は行わず再発から5か月後に自然治癒した。

【結語】 外尿道口周囲にコンジローマがある場合、尿道・膀胱内コンジローマの可能性があるので、尿道・膀胱鏡検査を考慮すべきであると考えられる。

165. 骨盤臓器脱に対するロボット支援下仙骨腔固定術の初期成績

徳島大学

吉田加奈子、加藤剛志、今泉絢貴、香川智洋、門田友里、峯田あゆか、河北貴子、
苜原 稔、岩佐 武

【目的】 ロボット支援下仙骨腔固定術 (Robot-assisted sacrocolpopexy :RSC) は、2020年に保険収載されて以来全国的に普及しつつある。RSCの初期成績として、手術方法、治療成績や今後の課題を検討する。【方法】 2021年5月～2022年3月までに当科でRSCを施行した23例を対象として手術成績と術後の症状経過について検討した。【成績】 平均年齢64歳(52-78)で、POP-Q stage II 14例、stage III 9例であった。直腸瘤を認めなかった22例は前壁のみのシングルメッシュ法で行った。平均手術時間は195分(135-253)、コンソール時間147分(100-220)、出血量17g(5-150)で、周術期合併症は認めなかった。術後の症状経過は、下垂感は全例で改善し、腹圧性尿失禁(stress urinary incontinence: SUI)は6例中5例で改善した。De novo SUIの発症はなく、現在のところPOP-Q stage II以上の再発は認めていない。【結論】 RSCにより排尿障害を主とする症状は概ね改善され、諸家の報告と遜色ない結果が得られた。今後NTR(Native tissue repair)との比較や長期成績を検討し、骨盤臓器脱治療の個別化に取り組みたい。

166. 腹腔鏡下仙骨腔固定術と直腸固定術を一期的に施行した2例

広島大学 産科婦人科

大森由里子、関根仁樹、宮原 新、伊勢田侑鼓、藤田真理子、宇山拓澄、野村有沙、
榎園優香、中本康介、森岡裕彦、寺岡有子、野坂 豪、友野勝幸、山崎友美、
向井百合香、古宇家正、工藤美樹

支持組織・骨盤底筋群の脆弱化により生じる骨盤臓器脱は、しばしば直腸脱を合併することがある。これまで低侵襲手術として経膈手術・経肛門手術が広く行われてきたが、どちらも再発することが問題になっている。近年は、低侵襲かつ根治性の高い手術として腹腔鏡手術が普及しつつある。直腸脱を合併する骨盤臓器脱に対して、腹腔鏡下仙骨腔固定術と直腸固定術を一期的に施行した2症例を報告する。症例1は79歳、3妊3産。74歳時に子宮脱に対して腔式子宮全摘術と陰壁形成術を他院で行ったが、術後1年で陰脱を認めた。POP-Q stage IIの骨盤臓器脱の再発と完全直腸脱を認めたため、腹腔鏡下仙骨腔固定術と直腸固定術を一期的に行った。症例2は83歳、3妊2産。82歳時に直腸脱に対して経肛門手術であるAltemeier法を他院で行ったが、術後1年で直腸脱は再発し便失禁が出現した。完全直腸脱に加えてPOP-Q stage IIIの骨盤臓器脱も認めたため、腹腔鏡下仙骨腔固定術と直腸固定術を一期的に行った。2症例とも症状は改善し、術後1年が経過しても合併症や再発を認めていない。経膈手術・経肛門手術後の再発で、直腸脱と骨盤臓器脱が合併した症例を経験した。直腸脱と骨盤臓器脱に対し低侵襲かつ根治性の高い腹腔鏡手術を一期的に行うことは有用と考える。

167. 骨盤臓器脱による尿路閉塞を契機として膿瘍形成を伴う Urinoma を発症した 1 例

¹⁾ 国立病院機構 東広島医療センター 産婦人科、

²⁾ 広島大学病院 広島中央地域・小児周産期医療支援講座

菰下智貴¹⁾、田中教文¹⁾、八幡美穂¹⁾、野村奈南¹⁾、佐藤優季^{1) 2)}、浦山彩子¹⁾、
定金貴子¹⁾

Urinoma (尿管腫) は外傷や尿路閉塞などで尿路外に尿が流出する病態で、嚢腫内に膿瘍を形成することがある。Urinoma では、閉塞機転と尿の流出部位を同定し、膿瘍合併時には原因の解除に加えてドレナージや抗菌薬加療が行われる。婦人科領域での Urinoma 合併は非常に稀だが、膿瘍形成を伴う Urinoma を発症した骨盤臓器脱の症例を経験したので報告する。

症例は 76 歳、3 妊 2 産、Stage IV の骨盤臓器脱 (子宮脱、膀胱瘤) に対して 5 年間保存療法中であった。症状の増悪のため当科紹介となり手術療法を予定したが、手術待機中に下腹部痛と乏尿で受診した。ペッサリーの滑脱と、意識障害、SpO₂ 低下、血圧低下、発熱、左の尿管と腎盂の拡張を認め、腎盂腎炎による敗血症性ショックとして抗菌薬投与等の入院加療を開始した。病状は一時改善したが、第 12 病日に再増悪し、DIC も併発した。その際に行った造影 CT 検査で左腎盂の周囲に膿瘍形成を伴った Urinoma を認めたため、尿管ステント留置と CT ガイド下ドレナージを追加で行い、病状は改善した。後方視的確認で入院時の CT にも Urinoma を認めた。Urinoma 加療後のため、術式は低侵襲の Le Fort 手術を選択し、第 63 病日に実施した。尿管ステントは術後 3 週間で抜去し、Urinoma の再発なく経過している。

膿瘍形成を伴った Urinoma に対して抗菌薬投与のみでなくドレナージや尿管ステント留置が必要であった。Urinoma の発症時には、正確な診断と適切な管理が肝要である。

168. 子宮全摘を伴う鏡視下仙骨脛メッシュ固定術症例での子宮病理組織の検討

¹⁾ 川崎医科大学附属病院 婦人科腫瘍学教室、²⁾ 川崎医科大学附属病院 産婦人科学教室 1、

³⁾ 川崎医科大学附属病院 病理学教室

田坂佳太郎¹⁾、佐野力哉¹⁾、森本裕美子¹⁾、河村省吾¹⁾、鈴木聡一郎¹⁾、下屋浩一郎²⁾、
塩田 充¹⁾、森谷卓也³⁾、大田啓明¹⁾

はじめに

Robot-assisted Sacrocolpopexy (RSC) および Laparoscopic Sacrocolpopexy (LSC) を実施する多くの施設ではメッシュびらんを予防する目的で子宮脛上部切断術を併用することが多い。我々は子宮全摘を併用してもメッシュびらんが発生しないような工夫を試みている。今回、本術式で摘出された摘出子宮の病理結果を検討した。

方法

RSC および LSC どちらの術式も初めに前縦靭帯露出し、前後脛壁を剥離。子宮上部靭帯を先に切断したのちに脛式に子宮摘出した。脛断端を閉鎖し基本的には前後脛壁メッシュを合わせ、前縦靭帯に固定した。摘出子宮は全例、病理組織検査を行った。

結果

2020 年 6 月から 2022 年 4 月までに行った 98 例症例で子宮全摘を併用した LSC 38 件、RSC 51 件を対象とした。平均年齢は 72 ± 8 歳、手術時間は 158 ± 26 分、出血は 46 ± 50ml であった。平均摘出子宮重量は 64 ± 57g、病理組織検査では、平滑筋腫 30 件、子宮腺筋症 19 件、CIN3 が 2 件、LSIL1 件、異型子宮内膜増殖症が 1 件であった。

考察

子宮頸部異形成を有する症例は 3 例で、LSIL の 1 例は術前に診断がされ、CIN3 の 2 例では術前の子宮頸部細胞診は正常だった。メッシュ固定術は閉経後の症例が多い影響か、術前検査をすり抜ける CIN3 の症例が 2%

見られた。このことからメッシュびらんを予防する術式での子宮全摘併用の LSC/RSC は選択肢の一つと考える。ただしメッシュびらんに関する長期予後調査が今後の課題である。

169. 当科における膣壁形成術の成績

徳島大学

村山美咲、加藤剛志、吉田加奈子、門田友里、河北貴子、苛原 稔、岩佐 武

【目的】 骨盤臓器脱に対する手術はメッシュを用いない従来法 (Native tissue repair ; NTR) と仙骨脛固定術などのメッシュ手術に大別される。NTR は、メッシュの有害事象がなく手術時間も短い。当科では膣式子宮全摘 + 膣壁形成術、膣閉鎖術、仙骨脛固定術を症例に応じて選択している。今回、NTR のうち膣壁形成術の成績を後方視的に検討し今後の課題を踏まえて報告する。

【方法】 2019 年 4 月から 2022 年 3 月までに当科で膣壁形成術を施行した 35 例を対象として、年齢、手術適応、手術時間、出血量、入院期間、術後の症状について検討した。

【成績】 平均年齢 72 歳 (56-89)、BMI は 25kg/m² (15-34)、7 例は POP-Q stage II、19 例は stage III、6 例は stage IV であった。会陰形成術も行ったのが 4 例、手術時間は 112 分 (44-210) で出血量 67g (0-290) であった。入院期間は 7.7 日 (6-9) で周術期合併症は術後に脳梗塞が 1 例あった。1 例で術後血種・感染があったが、抗生剤加療で改善した。術後の骨盤臓器脱による症状悪化はなく、POP-Q stage II 以上の再発は認めていない。

【結論】 高齢、糖尿病などの合併症を持つ高リスクの患者でも、膣壁形成術の短期成績は比較的問題ないものと思われた。今後はメッシュ手術を含めて長期成績を調査し、検討を進めていきたい。

170. 新鮮胚移植の至適条件の検討

徳島大学病院 産科婦人科

内芝舞実、山本由理、野口拓樹、湊 沙希、鎌田周平、苛原 稔、岩佐 武

【緒言】

2017 年、日本では ART 出生児の 85% が凍結融解胚移植に由来し、45% が全凍結周期である。一方、低卵巣刺激 - 全凍結周期の増加により採卵あたりの出産率は海外と比較し低く、治療周期数の増加、治療期間の延長が懸念される。

【目的】

全症例に対して凍結胚移植をおこなった方がよいか、また新鮮胚移植を実施する場合はどのような症例で実施すべきか新鮮胚移植の至適条件の検討を行うことを目的とした。

【方法】

2008 年 1 月から 2019 年 12 月までの期間に徳島大学病院で胚盤胞移植を実施した 2750 周期 (新鮮胚盤胞移植 1022 周期、凍結融解胚盤胞移植 1728 周期) を対象に新鮮胚移植と凍結融解胚移植の成績の比較、新鮮胚移植の至適条件の検討をおこなった。

【結果】

新鮮胚移植と凍結胚移植の胚移植あたりの妊娠率は凍結周期 42.3% であり、新鮮周期 34.4% と比較して優位に妊娠率が高かった。39 歳以上では差は認めなかった。新鮮胚移植で妊娠率には採卵決定時 P4 と胚のグレードが独立した因子であった。採卵決定時の P4 が 1.0nmol/L 以上の症例で優位に妊娠率が低下していた。38 歳未満でも P4 が 1.0nmol/L 未満の症例で凍結周期と比較すると差を認めなかった。

【考察】

30 歳以上の症例においても、採卵決定時の P4 濃度が 1.0nmol/L 未満の症例であれば凍結周期と妊娠率の差がなく、新鮮胚移植を検討してもよいと思われた。

171. メラトニン服用はどのような ART 不成功症例に有効か

山口大学医学部 産婦人科

城下亜文、田村 功、田村博史、藤村大志、白蓋雄一郎、三原由実子、杉野法広

【背景】我々はメラトニンが、主に抗酸化作用により卵子や顆粒膜細胞を保護し卵子の質を改善し生殖補助医療（ART）の成績を改善することを報告してきた。一方でメラトニンの効果が得られない症例もしばしば経験する。そこで、メラトニン服用がどのような症例により有効なのかを検討した。

【方法・結果】

前回 ART 周期で妊娠しなかった症例のうち、①群：受精率が 50% 未満、②群：胚盤胞到達率が 50% 未満、③群：①、②群以外の反復不成功症例、に対してメラトニンを投与した。再度 ART を施行し、受精率、胚盤胞到達率の変化を調べた。全症例でのメラトニン服用前後の受精率、胚盤胞到達率に有意差を認めなかったが、サブグループ解析において、①群では受精率を 21.7% から 59.1% に、②群では胚盤胞到達率を 14.5% から 30.5% に有意に上昇させた。一方③群では変化を認めなかった。また、採卵時に採取した顆粒膜細胞の transcriptome を RNA-sequence により調べたところ、①、②群の transcriptome は、メラトニン投与により ART 成功症例の transcriptome により近いプロファイルを示すようになった。変化した遺伝子群は、細胞死や T 細胞活性の抑制、ステロイド新生と血管新生の活性化に関連していた。

【結語】メラトニン投与は、前回の ART 周期で受精率や胚盤胞到達率が悪かった症例に対して有効である。メラトニンは顆粒膜細胞の様々な細胞機能を変化させることで ART の成績を向上させる可能性が示された。

172. 当院での悪性腫瘍患者の精子凍結の現況と課題

高知医療センター

南 晋、小松淳子、塩田さあや、山本真緒、林 和俊

【諸言】AYA 世代の男性悪性腫瘍患者に対し、妊孕性温存のため精子を凍結保存する意識は学会等の啓蒙により産婦人科医のみならず各科腫瘍医にも浸透し、現在では積極的に紹介されるようになっている。当院でも男性腫瘍患者の精子保存に関しては約 20 年間行い、保管してきている。しかし、本邦では凍結検体の保管期限や保管体制は各施設に委ねられ一定の見解や指針が定められていないのが現況である。今回、当院での実績をふまえ、患者動向と、管理体制を再度検討したので報告する。【対象】2003 年 3 月より 2022 年 3 月までの期間で、悪性腫瘍のために凍結した患者 83 症例を対象とした。【結果】化学療法後のため運動精子が得られなかったため凍結自体を断念した症例 2 症例、射出精液中に精子を得られず TESE 提案するも TESE まで至らなかった症例 2 症例あった。また、若年で射精経験のない症例で他県にて TESE 保存を依頼した症例が 1 症例あった。保管期間中に保存精子使用し ICSI によって妊娠にいたった症例は 4 症例あった。【まとめ】妊孕性温存精子による妊娠成立症例はあったが、各種要因により保管できない症例等も散見された。今後も保存するにあたってより安全な長期保存体制を確立する必要があると思われる。

173. 子宮内膜症に対する手術がジエノゲスト投与中の血中エストラジオール値に与える影響について

高知大学医学部 産科婦人科学教室

山本慎平、泉谷知明、黒川早紀、橋元粧子、谷口佳代、前田長正

【目的】子宮内膜症（以下、内膜症）治療にジエノゲスト（以下 DNG）を用いる際、その代表的な副作用として不正性器出血がある。以前われわれは、DNG 使用中の不正性器出血とそのリスク因子について、BMI と治療中の血中エストラジオール（以下 E2）値が不正性器出血の程度に関連していることを報告した。今回、DNG 投与前に行った卵巣チョコレート嚢胞に対する手術が DNG 投与中の血中 E2 値に与える影響について検

討した。

【方法】2008年8月から2021年1月に当院で内膜症に対しDNGを6ヶ月以上投与した87例を対象とした。DNG投与前にチョコレート嚢胞に対し手術を施行した症例をO群、それ以外をC群とした。さらにO群は片側付属器摘出(SO)群、片側嚢胞摘出(LC)群、両側嚢胞摘出(BC)群に群別化し、各群間でDNG投与中の血中E2値について比較検討した。

【成績】血中E2値(pg/ml)は、C群:41.1、O群:29.7、術式別ではSO群:17.8、BC群:29.0、LC群:47.1だった。O群とC群に有意差はなかったが、SO群とC群ではSO群で有意に低値だった。術式別ではLC・BC群およびC群に有意差はなかった。

【結論】LC・BC群およびC群ではDNG投与中の血中E2値が高く、不正性器出血を起こしやすい可能性が示唆された。一方で、SO群では、血中E2値が低く、骨塩量低下等に留意した管理が重要である。

174. 外科的治療を要した胎児共存部分胞状奇胎流産後に合併した Hyperreactio Luteinalis の1症例

1) 高知赤十字病院、2) 公立学校共済組合 四国中央病院
瀬戸さち恵¹⁾、前田崇彰²⁾、田村 公¹⁾、高橋洋平¹⁾、平野浩紀¹⁾

黄体化過剰反応(Hyperreactio Luteinalis:HL)は妊娠や絨毛性疾患で血中HCGに反応し、両側性、多房性に卵巣腫大を呈する疾患である。産婦人科診療ガイドラインにも記述があるものの稀な疾患であり、急速に増大する卵巣腫瘍として外科的治療が選択される場合がある。今回胎児共存部分胞状奇胎流産後にHLと診断し、腹腔鏡下卵巣茎捻転のため捻転解除、両側卵巣穿刺吸引した症例を経験したので報告する。

症例は30歳、3妊1産。前医で妊娠14週に子宮内胎児死亡と診断され流産処置を行った。胎盤娩出時、胞状奇胎を疑う水腫様成分が胎盤と同時に娩出された。処置3日後に下腹部痛が出現し多房性の両側卵巣腫大を認め当院紹介となった。卵巣は7cmに腫大し、Spoke wheel appearanceを認めた。MRI撮像では卵巣茎捻転は否定的で胸腹水は認めなかった。血管内脱水は認めなかった。以上よりHLと診断し経過観察の方針とした。しかし翌日疼痛が増強し捻転を疑い腹腔鏡下手術を行った。両側卵巣は多房性に腫大し右卵巣は180度捻転していた。捻転解除後卵巣は温存した。また再捻転のリスクを考え卵巣嚢胞を穿刺吸引し卵巣容積を5cmまで小ささせた。術後、前医の病理で部分胞状奇胎と診断された。血中HCG値は経過順調型で現在経過観察中である。

HLは自然軽快する疾患であり診断が重要となる。術前にHLと診断し不要な外科的切除を避けることができた。次回妊娠時にHLが再度発症しないか経過観察が必要である。

175. 性成熟期に腹腔鏡下非交通性機能性子宮摘出術および膣再建術を施行した総排泄腔遺残症(persistent cloaca)の1例

岡山大学医学部 産科婦人科
鎌田泰彦、杉原百芳、ヴトゥイハ、岡本遼太、檜野千明、久保光太郎、光井 崇、
増山 寿

総排泄腔遺残症(persistent cloaca)は、稀な46, XX性分化疾患である。出生時に診断され、幼児期までに手術が施行されるが、2次性徴に伴う症状顕在化、または性的活動の開始に伴い、追加手術が必要になることがある。性成熟期に腹腔鏡下非交通性機能性子宮摘出術および膣再建術を施行した1例につき報告する。

【症例】19歳、未婚。総排泄腔遺残症の診断で、他院にて出生後早期に人工肛門および腎瘻造設術、2歳時にプルスルー法にて尿道、膣形成術および肛門形成術を施行されていた。月経困難症を主訴に前医を受診後、精査加療目的で紹介となった。初経15歳、月経30日周期、整。排泄機能は支障なし。乳房Tanner V度、恥毛Tanner IV度。CT検査にて側弯症、右腎欠損。MRI検査にて重複子宮を認め、右角は膣との交通がなく子宮

留血症, 右卵管留血症および右卵巢嚢胞を呈していた。膣は非常に狭く, 膣入口部より 4cm の狭窄と診断した。患者と相談の上, まずジェノゲスト療法を開始し, その後に根治術を施行した。腹腔内は腸管が広範囲に膜状癒着していた。右子宮付属器は一塊として子宮内膜症性嚢胞を形成し, 卵巢正常部分を可及的に残すよう摘出した。子宮右角は子宮腔部を残して摘出した。膣再建術は, 大陰唇を皮切後, 膣入口部の左右から膣壁を長軸方向に切開しながら拡張し, 上皮欠損部位は人工真皮で被覆した。術後経過は良好であり, 排泄機能も温存され, 現時点で性交可能な状態にある。

176. 先天性全膣欠損及び子宮頸部低形成症に対して造膣術・造頸術を行った一例

島根大学医学部 産科婦人科

岡田裕枝、折出亜希、金崎春彦、京 哲

【緒言】先天性子宮頸部低形成症はミューラー管形成異常によって生じる非常に稀な疾患であり、膣欠損を伴うことも多い。今回全膣欠損を伴う子宮頸部低形成に対し造膣術・造頸術を行った症例について報告する。

【症例】13歳、月経発来なし。腹痛のため近医を受診し経腹超音波検査で子宮内に液体貯留を認めた。前医産婦人科を受診し膣が盲端であることが確認された。MRI検査では子宮体部内に液体貯留を認め、子宮頸部は確認されなかった。ミューラー管形成異常が疑われ当院に紹介となった。全身麻酔下で診察及び腹腔鏡検査を行ったところ、腹腔内に血液腹水の貯留を認め、子宮体部は認められたが頸部が存在する場所は結合織のみであった。膣は処女膜から5mmで盲端となっていた。Tanner分類で乳房は第2度、恥毛は第3度であった。以上より先天性全膣欠損及び子宮頸部低形成症と診断し、二期的に手術を行った。造膣術は人工真皮を用いたMcIndoe変法で行い、造頸術は小開腹し、子宮体部前壁を縦切開して挿入したゾンデをガイドとして新生膣に開口した。開口部は内膜面を反転させて数か所新生膣と結紮縫合し、術後の頸管閉鎖を予防するため子宮カテーテルを頸管部に留置固定した。術後は膣拡張を行い、その後経血排出も問題なくできていることを確認し、現時点で合併症は生じてはいない。

【結語】機能性子宮を有する先天性全膣欠損及び子宮頸部低形成症に対して造膣術・造頸術を行った症例を経験した。

177. A Novel Case of Recurrent Mucinous Borderline Ovarian Tumor: Early Relapse and Fatal Outcome

¹⁾ 島根大学医学部 産婦人科、²⁾ 宇治徳州会病院 産婦人科

中川恭子¹⁾、中山健太郎¹⁾、中村秋穂¹⁾、波多野 渚¹⁾、黒瀬苑水²⁾、青木昭和²⁾、京 哲¹⁾

【緒言】卵巢境界悪性腫瘍は一般的に予後良好であるが、再発する割合は全体の5-7%、早期に診断された場合の生存率は97%と言われる。今回我々は術後早期に再発し死亡に至った粘液性境界悪性腫瘍の一例を経験したので報告する。

【症例】63歳、3妊3産、腹部膨満感を主訴に近医を受診し膣上に達する多房性腫瘍を認めた。MRIでは24cm大の卵巢粘液性境界悪性腫瘍が疑われた。術前の上部・下部消化管内視鏡検査では異常所見はなく転移性卵巢腫瘍は否定的であった。開腹単純子宮全摘術、両側付属器切除術、大網切除術を行い病理診断は間質浸潤のない粘液性境界悪性腫瘍Ic1期(T1cN0M0)であった。免疫染色ではCK7は強陽性、CK20は弱陽性、PAX-8は中等度陽性で卵巢原発腫瘍で矛盾しなかった。術後4ヶ月での血液検査でCA19-9は179.5U/mLと上昇し、CTにて多発肝転移、腹腔内播種、左尿管浸潤、癌性腹膜炎が疑われた。病理標本を再度、詳細に検鏡するも浸潤癌部分はみられず診断は同様であった。再発確定診断のために肝転移巣に対し生検を行ったが十分な組織が得られず病理学的な確定診断は得られなかった。しかしながら、臨床経過から粘液性境界悪性腫瘍の再発と判断しTC + Bev併用療法を施行した。2コース施行時にはSDであったが、その後PDとなり再発診断後5ヶ

月（手術から9ヶ月後）に永眠された。

【結論】 I期の粘液性境界悪性腫瘍であっても予後不良である例が稀に存在することが明らかとなった。

178. 当院で経験した傍卵巢漿液性境界悪性腫瘍の1例

岡山市立市民病院 産婦人科

佐久間美帆、徳毛敬三、大道千晶、根津優子、佐々木佳子、平松祐司

症例は、20代、未経妊。X年7月に前医にて左卵巢腫瘍を指摘され経過観察となっていた。X+1年12月に腫瘍の増大傾向を認め、MRIにて境界悪性～悪性が疑われたためX+1年1月当院紹介受診となった。CA125が269U/mLと高値であり、単純CTでは充実成分を伴う64mm大の低濃度腫瘍と子宮筋腫を認めた他、肺転移や肝転移を疑う所見はなく、傍大動脈領域のリンパ節腫大も認めなかった。PET-CTでは病変を含めて異常集積は認めなかった。左卵巢漿液性境界悪性腫瘍の臨床診断のもと、X+2年2月に開腹術を行った。術中、左右卵巢は正常であり、左卵巢端に超鶏卵大の囊腫が付着しており、傍卵巢囊腫と判断し、左傍卵巢腫瘍摘出術および子宮筋腫核出術を施行した。腫瘍内容は黄色粘液で、内腔に突出するカリフラワー状の病変を認めた。術中の腹水細胞診は陰性であった。病理組織診断は左傍卵巢漿液性境界悪性腫瘍 Stage Ia期であった。術後経過は良好であり、4年間明らかな再発所見なく経過している。傍卵巢腫瘍は主に腹膜を覆う中皮に由来し、付属器腫瘍の5～20%を占める。そのほとんどは良性で、境界悪性であることは文献的には症例報告にとどまる程度と稀である。術前診断には経膈超音波検査やMRIなどが用いられるが、卵巢囊胞や卵管水腫と誤診されることも少なくないため、付属器腫瘍が疑われた際に傍卵巢腫瘍の可能性も検討することが重要である。

179. 初回に妊孕性温存手術を施行し22年後に再発した卵巢癌の一例

中国中央病院 産婦人科

長谷井稜子、大塚由有子、谷 佳紀、川井紗耶香、山本昌彦

【緒言】 卵巢癌の晩期再発は稀である。我々は、初回に妊孕性温存手術を施行し22年後に再発した卵巢癌の一例を経験したので報告する。【症例】 0妊、既婚。26歳で両側卵巢腫瘍に対して右付属器切除術+左卵巢腫瘍核出術を施行した。病理は両側 Serous papillary adenocarcinoma で卵巢癌 IC期の診断であったが、強い挙児希望のためパクリタキセル・カルボプラチン（TC）を開始した。4コース後に左卵巢楔状切除術+骨盤内リンパ節郭清術を施行し、リンパ節転移は陰性であった。その後TC3コースを追加したが、その1年5カ月後に細胞診 class Vの腹水貯留をみとめ妊孕性温存は断念し、単純子宮全摘術+左付属器切除術+傍大動脈リンパ節郭清術+部分大網切除術+虫垂切除術+後腹膜播種切除術を施行した。病理は後腹膜転移陽性であった。術後TCの3コース目でカルボプラチンアレルギーが出現し、以後パクリタキセルのみ3コース投与した。その後再発なく経過していたが、初回治療21年後からCA125が緩やかに上昇し、22年後のCTで上行結腸、下行結腸、小腸に多発腫瘍をみとめ腹膜播種を疑った。試験開腹術の結果、初回検体と同様の組織像であったことから、既往の卵巢癌の腹膜播種と診断した。現在プラチナ系を含む化学療法を計6コース投与終了し、CT撮像予定である。【結語】 卵巢癌の晩期再発は稀であるが、本症例のように初回に標準術式を施行できなかった症例に関しては晩期再発にも注意する必要がある。

180. 超高齢者の付属器膿瘍が術後に内膜症合併の卵巢癌と診断された1例

津山中央病院

片山沙希、河原義文、佐藤麻夕子、岡 真由子、石川陽子、片山菜月

【緒言】 卵巢子宮内膜症が卵巢明細胞腺癌や膿瘍の発生源地あるいは危険因子であることも広く知られている。

今回、付属器膿瘍に対する術後に病理検査にて内膜症を伴う明細胞癌と診断された症例を経験したので報告する。【症例】患者は93歳女性、腹痛を主訴に当院救急へ搬送となる。腹部CTにて憩室炎が疑われ入院加療となり、卵巣の腫大も認めため内科より当科紹介となる。画像検査にて右卵巣に11cm大の粘性性嚢胞腺腫と卵管水腫を認めたが明らかな捻転所見は認めず、内科にて抗生剤加療がされた。その後症状の改善を認めないため再度施行された骨盤MRIにてS状結腸と右付属器に膿瘍形成が疑われ、当科に再紹介となった。手術を施行したところ右付属器に膿瘍を認め、周囲組織と強固に癒着していたことと小腸や腸間膜に膿瘍と腸管穿孔を認めたことから外科に応援依頼し子宮腔上部切除＋両側付属器切除＋腸管吻合＋人工肛門造設を行った。術後の病理診断では内膜症病変を伴う明細胞癌の診断であった。患者は現在まで再発を認めず経過している。【考察】本症例では卵巣癌と膿瘍形成の間に相互関係はなく、ともに内膜症を母地として偶然に合併したと考えられる。超高齢であることから追加の治療は行わなかったが、若年の場合でも卵巣子宮内膜症は卵巣癌にも膿瘍形成にもリスク因子であることを念頭において診療にあたるべきであると考えた。

181. 子宮内膜症からの悪性転化の検出における炎症反応マーカーの有効性

鳥取大学医学部 産科婦人科

飯田祐基、佐藤慎也、大川雅世、曳野耕平、細川雅代、澤田真由美、小松宏彰、
工藤明子、千酌 潤、谷口文紀

【背景】

近年、炎症反応マーカーが予後や抗がん剤耐性を予測する因子として注目されている。子宮内膜症は長期の経過で癌化し、明細胞癌や類内膜癌になる可能性があるが、それを発見する有用なマーカーは確立されていない。今回我々は、炎症反応マーカーが有用かどうかを検討した。

【方法】

2010年から2021年に当科で手術を行った卵巣明細胞癌（CCC）、類内膜癌（EC）I / II期と、子宮内膜症（EM）と診断のついた症例の術前採血を対象とした。炎症反応マーカーとして、白血球数、好中球 / リンパ球比（NLR）、血小板 / リンパ球比（PLR）、全身性炎症指数（SII）、CRP、赤沈、フィブリノゲン、D-dimerを調査した。また、腫瘍マーカーとして、CA125、CA19-9、CEAを調査し、それぞれの中央値とROC曲線のArea under the curve（AUC）を比較した。

【結果】

CCC、EC I / II期 59例とEM 270例を適格患者とした。CCC+ECの症例は、EMの症例に比較して、全検討項目の中央値が有意に高値であった（ $P < 0.01$ ）。AUCは、赤沈で0.82、NLR、D-dimerおよびCRPで0.79、SIIが0.78であり、CA125の0.65、CA19-9およびCEAの0.62に比較し、有意に大きかった（ $P < 0.01$ ）。

【結果】

腫瘍マーカーに比較して、炎症反応マーカーが子宮内膜症の悪性転化を発見するのに有用である可能性が示唆された。

182. 卵巣明細胞癌細胞株における選択的LAT1阻害剤による細胞増殖抑制効果の検討

広島大学 産科婦人科

関根仁樹、中本康介、友野勝幸、杉本 潤、古宇家正、工藤美樹

【目的】

卵巣癌のうち卵巣明細胞癌は化学療法に抵抗性であることが多く予後不良であり、新規治療戦略の開発が求められている。本研究では癌増殖に関わるとされるL-type amino acid transporter1（LAT1）に着目し、LAT1選択的阻害剤（JPH203）を用いて、卵巣明細胞癌に対する細胞増殖抑制効果を明らかにすることを目的とした。

【方法】

LAT1 の発現を確認した卵巣明細胞癌細胞株 (JHOC9) に対して JPH203 を添加し、 ^3H Leucine の細胞内取り込み抑制効果をシンチレーションカウンターにて観察した。次いで同細胞株に対して JPH203 を添加・培養し、Incucyte zoom[®] を用いて 72 時間後までの細胞増殖の動態を観察した。さらに JPH203 を添加した JHOC9 からタンパクを抽出し mTOR1 pathway (4EBP1、P70S6K) の動態をウェスタンブロットにて確認した。

【成績】

JHOC9 において JPH203 の添加により、濃度依存的に ^3H Leucine の細胞内取り込みと細胞増殖が抑制された。また、JHOC9 において JPH203 添加による mTOR1 pathway のリン酸化の抑制を認めた。

【結論】

JHOC9 における JPH203 による細胞増殖抑制には mTOR1 pathway の抑制によるタンパク合成阻害が関与している可能性が示唆された。

183. 低型度漿液性癌および漿液性境界悪性腫瘍を伴った高異型度漿液性卵巣癌の遺伝子およびエピゲノム解析

島根大学医学部 産婦人科

菅野晃輔、中山健太郎、佐藤誠也、石川雅子、石橋朋佳、山下 瞳、中川恭子、
島田愛里香、京 哲

上皮性卵巣癌はその発生過程から type I と type II とに大別される。Type I は境界悪性腫瘍 (SBT) を経て発生する低異型度卵巣癌 (LGSC) で、Type II は卵管采上皮から発生する高異型度卵巣癌 (HGSC) である。Type I の多くは KRAS/BRAF/MEK/あるいは PI3K/mTOR 経路が活性化されており、Type II は p53 経路が不活化されている。このように発生経路や遺伝子学的特徴も異なる LGSC と HGSC とが混在した卵巣癌の報告例は極めて稀である。今回、我々は LGSC および SBT を伴った HGSC を経験し、発癌メカニズムの解析を試みたので報告する。それぞれの部位で遺伝子パネル検査・エピゲノムパネル検査を行い本症例が遺伝子的に多段階発癌の様式をとっているか検討した。KRASG12V、NF2 の機能喪失型変異、p53、ARID1A、SMARCB1 の遺伝子コピー数減少はいずれの組織型の部位でもみられた。p53 を抑制する MDM2 は HGSC で増幅していた。また p53 に関与する ZNF385A はいずれでもメチル化されていたが、メチル化頻度は HGSC で増加していた。MDM2 の増幅や ZNF385A などのメチル化で p53 が間接的に抑制されたことで SBT、LGSC が HGSC に発展したものと考えられた。

184. 当院におけるプラチナ感受性再発卵巣癌に対するオラパリブの使用経験

山口大学医学部 産婦人科

今川天美、末岡幸太郎、坂井宜裕、爲久哲郎、岡田真希、梶邑匠彌、前川 亮、
竹谷俊明、杉野法広

目的

実臨床でのプラチナ感受性再発卵巣癌に対するオラパリブ維持療法の治療成績を検討する。

対象と方法

2018 年 7 月から 2021 年 8 月までにプラチナ感受性再発卵巣癌に対し、オラパリブを投与した 15 例を対象にし、投与状況や効果と副作用について後方視的に検討した。

結果

組織型は高異型度漿液性癌 13 例、類内膜癌 2 例であった。既往のレジメン数は 2 レジメン 1 例、3 レジメン 3 例、4 レジメン 1 例、6 レジメン 1 例であった。PFI は 6 ~ 12 か月が 4 例、12 か月以上が 11 例であった。直近の化学療法は ddTC 療法 14 例、CBDCA 療法 1 例で、投与サイクル数の中央値は 6 サイクル (4-9)、治療

効果はCR or NED7例、PR8例であった。オラパリブ内服期間の中央値は61週（6-145）であり、治療前のPFIを越えた症例が9例あった。中止例が6例あり、病勢増悪3例、患者希望2例、貧血1例であった。有害事象は、G2以上の非血液毒性は悪心3例、クレアチニン値上昇2例、倦怠感1例、肝酵素上昇1例、口内炎1例、肺炎1例であったが、G3以上のものはなかった。G3以上の血液毒性は貧血5例、好中球減少1例、血小板減少1例であった。休薬を要した症例は9例で、減量を要した症例は5例であった。

結語

今回の検討では重篤な有害事象はほぼ認めず、治療前のPFIを越えた症例が6割にあり、高い効果を認めた。副作用をいかにマネージメントして投薬を継続するかの工夫が必要と思われた。

185. 当院におけるPARP阻害薬での卵巣癌維持療法の現状

徳島大学病院

新垣亮輔、香川智洋、峰田あゆか、西村正人、岩佐 武

【目的】2018年1月から卵巣癌の治療にPARP阻害薬が導入された。当施設でのPARP阻害薬投与症例の臨床像、有害事象を検討した。【方法】2018年2月から2022年3月までの間にPARP阻害薬を投与した38例（初回維持26例、再発維持12例）の安全性および有効性について後方視的に検討した。【結果】組織型は高異型度漿液性癌が31例、臨床期分類はⅠ期1例、Ⅱ期2例、Ⅲ期23例、Ⅳ期12例、オラパリブ投与は21例、ニラパリブ投与は17例であった。オラパリブ群12/21（57%）、ニラパリブ群13/17（76%）で骨髄抑制のため減量を要し、うち3例は血液毒性のため投与を中止した。初回維持療法群26例中、治療後CRからの使用が23例、PRが3例であり、オラパリブ群2/10（20%）、ニラパリブ群8/16（50%）で再発または増悪を認め投与を中止した。再発維持療法群12例中CR後の開始が5例、PR後の開始が6例、SD後の開始が1例であり、オラパリブ群2/11（18%）、ニラパリブ群1/1（100%）で再発または増悪を認め投与を中止した。PR後の9例のうち6例ではPARP阻害薬治療中に病巣の縮小を認めた。【考察】PARP阻害薬は血液毒性により減量が必要になることが多く、どの維持療法が最適かは今後の検討が必要である。PARP阻害薬で腫瘍縮小効果を得られる場合があり、化学療法継続困難な症例では切り替えも考慮される。

186. 当院のプラチナ感受性再発卵巣癌維持療法におけるオラパリブの使用経験

高知大学医学部附属病院 産科婦人科

松浦拓也、牛若昂志、樋口やよい、氏原悠介、泉谷知明、前田長正

【緒言】一般的に卵巣癌のPlatina Free Interval（PFI）は再発の度に短縮する。近年、PARP阻害薬による再発維持療法の選択肢がふえ、前回PFIを超える症例を経験するようになった。今回、当院でオラパリブをプラチナ感受性再発卵巣癌維持療法に使用した症例に関して後方視的に検討したので報告する。

【対象・方法】

今回、当院で2018年4月から2022年4月までにオラパリブでの維持療法を行ったプラチナ感受性再発卵巣癌15例を対象とした。全例PARP阻害剤の投与歴はなかった。症例は高異型度漿液性癌13例、明細胞癌2例で、全例がⅢC期以上であった。

【結果】

前回のPFIより延長した症例は6例のうち3例は内服継続中であった（延長群）。PFIが短縮した症例は5例であった（短縮群）。内服継続中で前回PFIを超えていない症例は4例であった。延長群は短縮群に比べ今回のPFIが有意に長かったが、前回PFI、直前化学療法の治療効果、レジメン数、SDSの有無、BRCAstatus、前回治療のBEVの有無などは差を認めなかった。

【考察】

オラパリブ維持療法により 6/11 例で PFI が前回を超えて延長した。まだ延長していないが 4 例が内服継続中であり、さらに増える可能性がある。少数例のため統計学的に差は認めなかったが、延長群に SDS を行った症例が多かった。

【結語】

オラパリブの登場により前回より PFI を延長する症例を経験した。症例数を増やしてどのような症例が有効か検討していきたい。

187. 当院における myChoice™ 診断システムの検査結果と治療方針

愛媛大学医学部 産婦人科

中橋一嘉、宇佐美知香、松元 隆、大柴 翼、上甲由梨花、西野由衣、安岡稔晃、森本明美、内倉友香、高木香津子、松原裕子、藤岡 徹、松原圭一、杉山 隆

当院では進行卵巣がん症例については積極的に myChoice™ 診断システムによるコンパニオン診断検査を行い HR status を確認し、治療方針を決定している。今回、当院における検査結果とそれに基づいた治療について報告する。

現在までに結果が得られている症例は 17 例（再発症例も含む）であり、結果は陽性（HRD）11 例（64%）、陰性（HRP）5 例（29%）、検査不可 1 例（7%）であった。陽性 11 例のうち、組織の BRCA 変異を認めたものは 5 例（45%）であった。組織型と陽性率に関しては、high grade serous が 73%（11/13）、endometrioid tumors と seromucinous tumors では陽性例はなかった。治療方針については、HRD の症例については治療選択肢が複数あり議論となるところである。当院では、初回治療時の検査において HRD の 8 症例については、Bev. の適応のあった 4 症例は Bev. + Olaparib での維持療法を施行、Bev. 不適と判断した 4 症例は組織の BRCA 変異の有無によって Olaparib での維持療法を施行しているものが 1 例、Niraparib での維持療法を施行しているものが 3 例であった。

188. 当院における卵巣未熟奇形腫 10 例の考察と術後療法の検討

国立病院機構 四国がんセンター

日比野佑美、竹原和宏、横山貴紀、藤本悦子、坂井美佳、大亀真一

卵巣未熟奇形腫は全卵巣悪性腫瘍の約 1.5% に過ぎない希少疾患であるが、好発年齢が若年であることから頻度以上に臨床上の問題が大きい。当院で 2000 年～2020 年の 20 年間に経験した未熟奇形腫 10 例を提示し、術後療法について検討する。

年齢：13 歳～42 歳（中央値 24 歳）。10 例中 9 例に妊孕性温存手術を、1 例に根治術を行った。病期：IA 期 6 例、IC 期 3 例、ⅢB 期 1 例で、Grade1 が 5 例、Grade2 が 3 例、Grade3 が 2 例だった。術後 BEP 療法は Grade2、3 の 5 例に施行した。再発は 10 例中 2 例に認め、いずれも Grade1 で骨盤内再発と肝転移であった。前者は BEP 療法 6 コースで治癒、後者は BEP 療法 2 コースで PD となり肝部分切除を行い治癒した。現時点で全症例の非担瘤生存を確認している。

未熟奇形腫は悪性度の高い腫瘍であるが、術後 BEP 療法の導入により予後良好な疾患となった。だがその強い抗腫瘍効果の一方で副作用も強い。現在 I 期 Grade1 症例では術後化学療法を省略可能とされているが、より必要な患者にのみ投与することが望ましいと考えられ、治療決定のための有用なバイオマーカーが期待されている。このような中、原始胚細胞や ES 細胞に発現している転写因子である Oct4 の発現が未熟奇形腫における「真の悪性度」を表すバイオマーカーになり得るとの報告がなされ、検証のための共同研究が検討されている。

189. 当院で施行した進行卵巣癌に対する診断的腹腔鏡手術の臨床的意義の検討

広島大学 産婦人科

宮原 新、中本康介、伊勢田侑鼓、藤田真理子、野村有沙、宇山拓澄、榎園優香、大森由里子、寺岡有子、野坂 豪、関根仁樹、山崎友美、古宇家正、向井百合香、工藤美樹

Primary debulking surgery (PDS) が困難な進行卵巣癌に対して、Neoadjuvant chemotherapy (NAC) および Interval debulking surgery (IDS) の有用性が報告されている。Optimal surgery の可能性の判断や NAC 前の病理組織診断のために開腹手術を行うことがあるが、近年は診断的腹腔鏡手術の有用性が指摘されている。当科では進行卵巣癌に対して 2020 年 10 月から診断的腹腔鏡手術を導入した。2019 年 1 月から 2022 年 4 月までに施行した診断的腹腔鏡手術 20 症例と開腹手術 11 症例について、臨床的特徴を後方視的に検討した。腹腔鏡手術で生検のみ施行した症例は 15 例で、手術時間の中央値は 60 分 (31-78 分) だった。術後から初回化学療法開始までの日数の中央値は 4 日 (1-21 日) だった。開腹手術は 12 日 (7-19 日) であり、診断的腹腔鏡手術は重篤な合併症なく、早期に化学療法を導入できた。腹腔鏡手術で PDS 可能と判断したのは 5 例であった。開腹手術では触診で判断していた上腹部所見を、腹腔鏡手術では視覚的に共有し評価することができた。進行卵巣癌では全身状態から診断目的の開腹手術に躊躇することもあるが、コンパニオン診断やがん遺伝子検査目的に腫瘍組織を使用するため、腹腔鏡手術の導入以降は組織採取を行っている。進行卵巣癌に対しての診断的腹腔鏡手術は無益な開腹手術を避け、組織学的検査後に早期に化学療法を施行でき、がん遺伝子検査を含めた診断目的の組織採取にも有用と考える。

190. 当科における婦人科がん患者の難治性腹水に対する腹水濾過濃縮再静注法施行状況

鳥取市立病院 産婦人科

木村英生、長治 誠、清水健治

進行・終末期がん患者において、癌性腹膜炎による難治性腹水貯留は、腹部膨満感や嘔気・嘔吐、食欲不振、浮腫などの原因となり Quality of Life (QOL) を著しく低下させてしまう。症状緩和のための腹水穿刺排液は有効であるが、効果は一過性である。繰り返し腹水穿刺を行うことは、蛋白やアルブミンの消失により、栄養状態や免疫状態を低下させ、さらに腹水が貯留しやすくなる。これらの問題を改善するため、当科では難治性腹水貯留患者に対し、積極的に腹水濾過濃縮再静注法 (cell-free and concentrated ascites reinfusion therapy: CART) を行ってきた。今回当科にて癌性腹水に対し CART を施行した 24 症例を経験したので報告する。症例の内訳は卵巣癌 12 例、境界悪性卵巣腫瘍 1 例、卵黄嚢腫瘍 1 例、卵管癌 3 例、腹膜癌 5 例、子宮体癌 1 例、原発不明癌 1 例であった。年齢中央値は 72.5 歳 (20 ~ 87 歳)、CART 施行回数平均値は 2.08 回 (1 ~ 7 回)、腹水回収量中央値 3250ml (600 ~ 8500ml)、再静注量中央値 300ml (70 ~ 750ml) であった。初回手術、化学療法前の症状緩和、全身状態改善目的に 5 例に、再発時の治療前に 2 例に CART が施行され、17 例は終末期の QOL 改善目的に CART が施行された。当院での施行状況について報告する。

191. RRSO 前の CA125 高値から迅速に審査腹腔鏡を行う事で RO 手術が可能であった HBOC の 1 例

高知大学 産科婦人科

岡 真萌、樋口やよい、牛若昂志、松浦拓也、氏原悠介、泉谷知明、前田長正

遺伝性乳癌卵巣癌 (Hereditary Breast and Ovarian Cancer: HBOC) は *BRCA1/2* の生殖細胞系列病的バリエーションに起因するがんの易罹患者腫瘍症候群を指す。今回、リスク低減卵管卵巣摘出術 (risk reducing

salpingo-oophorectomy: RRSO) 前の CA125 高値から迅速に審査腹腔鏡を行う事で comeplete surgery (R0 手術) が可能であった HBOC の 1 例を経験したので報告する。症例は 67 歳、4 妊 4 産、55 歳で左乳癌、66 歳で右乳癌を発症し、乳腺外科で行った遺伝子検査で *BRCA1* 病的バリエントを認めた。両側乳腺全切除術施行後、卵巣癌サーベイランスおよび RRSO のため当科へ紹介となった。経膈超音波検査、MRI 検査、FDG-PET/CT 検査で明らかな腫瘍病変は認めなかったが、血清 CA125 が 81U/mL から 145U/mL と上昇していた。腹膜癌の可能性を考慮し、迅速に審査腹腔鏡を行った。腹腔内所見で長径 2.5cm 大の大網腫瘍、左卵巣周囲に播種病変を認めた。大網腫瘍の迅速病理は腺癌であり、子宮全摘出術・両側付属器切除術・大網切却全除術を追加し、R0 手術が可能であった。最終病理診断は左卵巣癌ⅢC 期 (pT3cN0M0)、高異型度漿液性癌であった。本症例は RRSO 目的に紹介になるもすでに CA125 が高値であった。画像検査で腫瘍病変を認めなかったが、審査腹腔鏡を行う事で診断に至り、R0 手術が可能であった。CA125 高値のみであったがⅢC 期であり、卵巣癌サーベイランスでは早期発見が困難であることを再認識した。

192. 当院で施行した遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対するリスク低減卵管卵巣摘出術の 4 症例の検討

香川県立中央病院 産婦人科

國友紀子、矢野友梨、坂田周治郎、早田 裕、堀口育代、永坂久子、高田雅代、米澤 優、中西美恵

【緒言】 卵巣癌において 10～15%は遺伝性素因をもつとされ、*BRCA1/2* 病的バリエントを保持する遺伝性乳癌卵巣癌症候群 (HBOC) の頻度が最も高い。*BRCA1/2* 病的バリエント保持者では生涯の卵巣癌発症率は高率であり、Ⅲ・Ⅳ期の進行症例が 8 割を占めるとの報告もあるが、未だ早期発見のための有効なサーベイランスは確立されていない。リスク低減卵管卵巣摘出術 (RRSO) は、卵巣癌、乳癌および全死因死亡率を低下させることが示されており、2020 年 4 月より保険収載された。当院でも 2020 年 7 月より RRSO を開始し、これまでに 4 症例を経験したため報告する。

【症例】 2021 年 12 月までに当院で RRSO を施行した 4 症例の臨床背景や手術結果について検討した。4 症例は乳癌発症症例で、無再発 3 例、再発 1 例であった。手術時年齢は 45 歳から 61 歳で、全例閉経後であった。病的バリエントは *BRCA1* に 2 例、*BRCA2* に 2 例認めた。RRSO 実施時期は、乳癌手術と同年が 1 例、複数年経過後が 3 例であった。RRSO は全例腹腔鏡下で実施され、腹腔洗浄細胞診は全例陰性、卵巣・卵管に病理学的悪性所見を認めなかった。

【結語】 当院で RRSO を実施した 4 症例について検討した。当院での RRSO の実施は始まって間もないが、今後術後のサーベイランスを継続し、近隣の拠点病院とも情報共有を行い、乳癌の再発や腹膜癌を含めた新規癌の発症の検討など、症例の集積を行っていきたいと考える。

あすか製薬株式会社
アストラゼネカ株式会社
アレクシオンファーマ合同会社
MSD 株式会社
カシオ計算機株式会社
キヤノンメディカルシステムズ株式会社
特定非営利活動法人高知医学研究・教育支援機構
GE ヘルスケア・ジャパン株式会社
Gene Tech 株式会社
四国医療器株式会社
四国理科株式会社
シスメックス株式会社
ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社
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
株式会社ナカメディカル
ノーベルファーマ株式会社
富士製薬工業株式会社
メロディ・インターナショナル株式会社
ラボコープ・ジャパン合同会社

(四国新薬会 25 社)
旭化成ファーマ株式会社
アステラス製薬株式会社
アストラゼネカ株式会社
エーザイ株式会社
大塚製薬株式会社
小野薬品工業株式会社
科研製薬株式会社
杏林製薬株式会社
協和キリン株式会社
塩野義製薬株式会社
ゼリア新薬工業株式会社
第一三共株式会社
大正製薬株式会社
大日本住友製薬株式会社
大鵬薬品工業株式会社
田辺三菱製薬株式会社
中外製薬株式会社
株式会社ツムラ
鳥居薬品株式会社
日本イーライリリー株式会社
日本新薬株式会社
バイエル薬品株式会社
扶桑薬品工業株式会社
Meiji Seika ファルマ株式会社
持田製薬株式会社

2022 年 7 月 21 日現在

低ホスファターゼ症 (HPP) は ALPの活性低下により、 骨・全身・生命に影響を及ぼす 遺伝性代謝性疾患です



*PPI(無機ピロリン酸)、PLP(ピリドキサル5'-リン酸)は現在日本では測定できません。

PEA: ホスホエタノールアミン

お問い合わせ | アレクシオンファーマ合同会社 | メディカル インフォメーション センター
受付時間: 9:00~18:00(土、日、祝日及び当社休業日を除く) | フリーダイヤル 0120-577657

ALEXION
AstraZeneca Rare Disease

HPP-AD1 (2) -2108



Better Health, Brighter Future

タケダは、世界中の人々の健康と、
輝かしい未来に貢献するために、
グローバルな研究開発型のバイオ医薬品企業として、
革新的な医薬品やワクチンを創出し続けます。

1781年の創業以来、受け継がれてきた価値観を大切に、
常に患者さんに寄り添い、人々と信頼関係を築き、
社会的評価を向上させ、事業を発展させることを日々の行動指針としています。

武田薬品工業株式会社
www.takeda.com/jp



GnRHアンタゴニスト
 劇薬 処方箋医薬品[※]

レルミナ[®]錠 40mg

RELUMINA[®] Tablets 40mg (レルゴリクス) 薬価基準収載

注)注意・医師等の処方箋により使用すること

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

製造販売元[文献請求先及び問い合わせ先]
あすか製薬株式会社
 東京都港区芝浦二丁目5番1号

販売元
武田薬品工業株式会社
 大阪市中央区道修町四丁目1番1号

2021年12月作成

がんを勝ちたい、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
 〒102-8667 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/>



Canon

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

医療従事者のみなさまへの
かわらぬ感謝を
いつも、心に灯して。

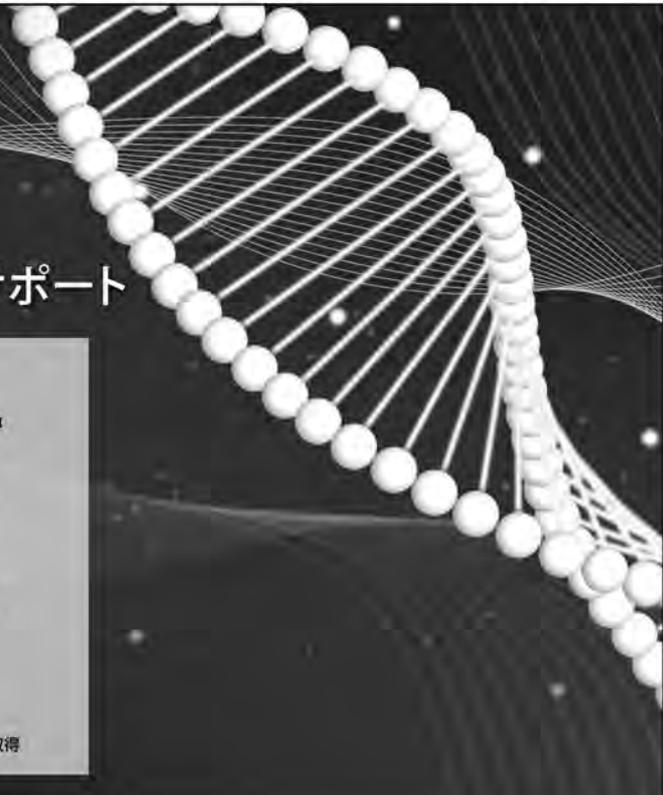
キヤノンメディカルシステムズ株式会社 <https://jp.medical.canon>

Made For life



eurofins

GeneTech



検体数国内 No.1 の実績で
検査の受診プロセスをトータルサポート

無侵襲的出生前遺伝学的検査

GeneTech NIPT

母体血漿中に含まれる胎児由来のcfDNAを解析し、
21トリソミー、18トリソミー、13トリソミーを検出

- NIPT 検体数国内 No.1 の実績 (89,833 件*) ※社内データ (2013年4月~2021年6月)
- NIPT の受診プロセスをトータルでサポート
 - 検査開始時、院内各部署のオペレーションをバックアップ
 - 検査結果は学術チーム・認定遺伝カウンセラーが詳しくご説明
- 厳しい国際基準をクリアした国内検査所での検査
 - ISO 15189、米国臨床病理医協会 (CAP) の2つの認定を国内のNIPT検査所で唯一取得

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

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

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



「研究機器オンライン」 「受託オンライン」

製品情報の充実
随時、追加・更新を
行っております。



HPトップから
目でラクラク
検索!



HPトップメニューから

研究機器オンライン
トップへ! 受託オンライン
トップへ!



研究機器オンラインの特徴

- ▶ 研究用途に合わせた検索もラクラク!
- ▶ 予算申請の金額に合わせた検索もラクラク!
- ▶ 予算申請に便利
 - .. 指定範囲の金額で検索が可能に!
- ▶ あのメーカーの製品を
 - .. フリーワード検索や
メーカーの絞り込み検索も可能!

気になる
ワードで検索!

受託オンラインの特徴

- ▶ 遺伝子発現解析や抗体作製から
病理標本作製まで幅広い受託サービスを掲載
- ▶ 研究用途から受託サービス検索
 - .. 遺伝子工学、シーケンス解析、タンパク質工学などの
カテゴリー検索!
- ▶ キャンペーン情報の確認も可能
- ▶ あのメーカーの受託サービスを
 - .. フリーワード検索やメーカーの絞り込み検索も可能!



四国理科株式会社
SHIKOKURIKA CO.,LTD

四国理科の研究機器オンライン・受託オンラインは、
PC、スマートフォンやタブレット端末からアクセス!

WEBサイト
随時更新中

<https://www.shikokurika.co.jp>

四国理科



四国理科ホームページ



hinotori サージカルロボットシステム

目指したのは
人に仕え、
人を支える存在



*外観、仕様等については改良のため予告なしに変更することがあります。 販売名: hinotori サージカルロボットシステム 承認番号: 302008ZX00256000

総代理店

シスメックス株式会社

本 社 神戸市中央区臨浜海岸通1丁目5番1号 〒651-0073

(お問い合わせ先)

支 店 仙 台 022-722-1710 北関東 048-600-3888 東京 03-5434-8550 名古屋 052-957-3821 大阪 06-6337-8300
 広島 082-248-9070 福岡 092-411-4314
 営業所 札幌 011-700-1090 静岡 019-654-3331 長野 0263-31-8180 新潟 025-243-6266 千葉 043-297-2701
 横浜 045-640-5710 静岡 054-287-1707 金沢 076-221-9363 京都 075-255-1871 神戸 078-251-5331
 高松 087-823-5801 岡山 086-224-2605 鹿児島 099-222-2788

日本夏野アパレル 03-5434-8565

製造販売元

株式会社メディカロイド

〒650-0047
兵庫県神戸市中央区港島南町一丁目 6-5
国際医療開発センター 6F



※ 本製品のソフトウェアの複製・改変は厳禁となります。
 詳細は www.sysmex.com の「お問い合わせ」をご覧ください。
 Note: Storage of data and software may vary depending on the software.
 For details, refer to the © copyright notice on www.sysmex.com

www.sysmex.co.jp

Copyright © Medicaroid Corporation All Rights Reserved.

すべての革新は患者さんのために



中外製薬

Roche ロシュグループ



AVASTIN®
bevacizumab



日本標準品分類番号 B74291

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

薬価基準収載

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



ベバシズマブ(遺伝子組換え)注

注1) VEGF : Vascular Endothelial Growth Factor(血管内皮増殖因子)
注2) 注意 - 医師等の処方箋により使用すること

※効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等は電子化された添付文書をご参照ください。

製造販売元



中外製薬株式会社
〒103-8524 東京都中央区日本橋区2-1-1

Roche ロシュグループ

【文庫版式及び問い合わせ先】 メディカルコミュニケーション部
TEL.0120-189-706 FAX.0120-189-705

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

2022年3月作成

闘うあなたを、
独りにしない。

必要なのに

顧みられない薬があります。

私たちが創ります。

あなたが待ち望むその薬を。



Nobelpharma

ノーベルファーマ株式会社

ノーベルファーマのフィロソフィー
必要なのに顧みられない医薬品・医療機器の提供を
通じて、社会に貢献する

〒104-0033 東京都中央区新川一丁目17番24号 NMF茅場町ビル

<https://www.nobelpharma.co.jp>

医療関係者向けサイト NobelPark <https://nobelpark.jp/>

製品に関するお問い合わせ 0120-003-140 (土・日・祝日、会社休日を除く)