

2023

Vol.72

Supplement

現代産婦人科

Modern Trends in Obstetrics & Gynecology



第75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 2023年9月17日(日)・18日(月・祝)

会場 松江テルサ

会長 京 哲 (島根大学医学部 産科婦人科学)

 中国四国産科婦人科学会

ご挨拶

中国四国産科婦人科学会の会員の皆様におかれましては、益々ご健勝のこととお慶び申し上げます。この度、第75回中国四国産科婦人科学会総会ならびに学術講演会を松江市の松江テルサにおきまして、2023年9月17日（日）から18日（月・祝）の2日間開催させていただきます。

本学術講演会は昭和24年に日本産科婦人科学会の中国・四国合同地方部会として第一回が松山で開催された、74年もの歴史のある講演会ですが、区切りとなる75回大会を当教室が担当させていただくことは大変光栄に存じます。

講演会ではわが国でhotな各領域のエキスパートをお招きする特別講演、教育講演、ランチョンセミナーの他、専門医機構の資格認定講習会、研修医、学生に向けたPlus Oneセミナーや、より専門的な産科救急コースとしてPC³なども計画しております。

本学術講演会は特に若手の発表の場として登竜門的な役割を担ってきたと思います。また中国、四国地方の産婦人科医が一同に会する機会中は中々なく、親交を深める大変貴重な機会であると思います。島根県は交通の利便性が悪く、会員の先生方にはご不便をおかけすると思いますが、幸い会場の松江テルサはJR松江駅に隣接しており、移動は最小限で済みます。また県内には出雲大社、足立美術館、国宝松江城、世界遺産石見银山、玉造温泉を始めとする多数の温泉群があり、連休を利用して観光もお楽しみいただければ幸いです。皆様のご参加を心よりお待ちしております。

2023年8月吉日

第75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 京 哲

(島根大学医学部 産科婦人科学 教授)

第75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：京 哲（島根大学医学部 産科婦人科学）

開 催 日：令和5年9月17日（日）・18日（月・祝）

会 場：松江テルサ
（〒690-0003 島根県松江市朝日町478-18（JR松江駅前） TEL：0852-31-5550）

学 術 委 員 会：9月17日（日）10：30～11：00（4F 特別会議室）

理 事 会：9月17日（日）11：00～12：00（4F 特別会議室）

評 議 員 会：9月18日（月）8：10～8：50 第1会場（1F テルサホール）

総 会：9月18日（月）13：05～13：25 第1会場（1F テルサホール）

【大会事務局】

〒693-8501 島根県出雲市塩冶町89-1

島根大学医学部 産科婦人科学

TEL：0853-20-2268

参加者へのご案内

1. 参加受付

日	時間	場所
9月17日(日)	11:00～17:30	総合受付 (松江テルサ 1F アトリウムチャラ)
9月18日(月)	8:00～15:00	

2. 参加費、プログラム・講演抄録販売など(現金受付のみ)

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

※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. 情報交換会

日時:9月17日(日)18:00～20:00

会場:松江エクセルホテル東急 2F 大宴会場「オーク」

参加費:無料

4. 単位取得

第75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、新しいJSOGカードもしくは、デジタル会員証をご使用いただきますので、必ずご持参ください。



※e医学会カードは、2023年1月以降、本会・機構単位取得にはご利用いただけません。

〈専門医資格の単位付与について〉

- 1) 日本産科婦人科学会会員の方は、1F 総合受付の「単位受付」にてJSOGカードもしくは、デジタル会員証をご呈示ください。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、1F 総合受付の「単位受付」にて医会シールをお受け取りください。

〈日本専門医機構の単位付与について〉

機構専門医の認定講習は、各会場前で対象セッション開始の10分前から参加受付をJSOGカードもしくは、デジタル会員証で行います。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。

日本専門医機構 単位付与講習一覧

9月17日(日)・ 9月18日(月)	学術集会参加	3単位	-
9月17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1 「進行卵巣癌の初回治療と再発治療 update」
9月17日(日) 13:50～14:50	産婦人科領域講習	1単位	特別講演1 「胎児心拍数陣痛図の判読と急速遂娩」
9月17日(日) 15:00～16:00	専門医共通講習 (医療安全)	1単位	教育講演1 「乳腺外科医事件から見た医療安全」
9月17日(日) 16:10～17:10	産婦人科領域講習 (指導医講習会)	1単位	特別講演2 「次世代のがん治療のための遺伝子工学に基づく 生物製剤の創薬研究」
9月18日(月) 9:40～10:40	産婦人科領域講習	1単位	教育講演2 「妊娠関連 TMA の診断・治療のポイント -HELLP 症候群と補体介在性 TMA (aHUS) -」
9月18日(月) 10:50～11:50	産婦人科領域講習	1単位	教育講演3 「進行卵巣癌の初回治療 up to date」
9月18日(月) 10:50～11:50	産婦人科領域講習	1単位	教育講演4 「女性の鉄欠乏性貧血に対する診断と治療」
9月18日(月) 10:50～11:50	専門医共通講習 (感染対策)	1単位	教育講演5 「日本における子宮頸がん対策 ～HPV ワクチンの課題と展望～」
9月18日(月) 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 「子宮頸がん薬物療法の UPDATE」
9月18日(月) 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 「排卵障害の治療に役立つ漢方薬」
9月18日(月) 12:00～13:00	産婦人科領域講習	1単位	ランチョンセミナー4 「プロゲステンの婦人科疾患における役割」

5. ランチョンセミナー

整理券の配布はございません。セミナー入場時にお弁当をお受け取りください。

6. クローク

場所	受付日時
松江テルサ 1F テルサホール前ロビー	9月17日(日) 11:00～17:30
	9月18日(月) 8:00～16:00

7. 託児室

会期中は託児室を設置いたします。(事前予約制)

詳細は大会ホームページをご覧ください。

8. PC 発表データの受付

学会当日に発表データの受付を行います。セッション開始30分前までに1F アトリウムチャラ 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。

9. 受付時間

9月17日(日) 11:00～17:00

9月18日(月) 8:00～15:00

10. 会期中の問い合わせ先

場所：松江テルサ 1F 総合受付

TEL：080-6270-6474 ※会期中のみ有効です。

11. 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. 参加受付

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。
- 演台上には、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) 発表はすべてPC発表（Windows PowerPoint）のみといたします。
- 2) 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。

〈発表データ持込みの場合〉

- 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) 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。
- 4) 発表データは学会終了後、事務局で責任を持って消去いたします。

〈PC本体持込みによる発表の場合〉

- 1) Macintoshで作成したものと動画・音声データを含む場合は、ご自身のPC本体をお持込みください。
- 2) 会場で用意するPCケーブルコネクタの形状は、HDMI（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。（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）



松江テルサ

- 電車でお越しの場合
JR 山陰本線松江駅北口から徒歩 1 分
- お車でお越しの場合
松江中央ランプより車で 10 分
※施設併設の地下駐車場（有料）もしくは近隣の駐車場（有料）をご利用ください。
※駐車券サービスはございませんので各自でご負担願います。

くにびきメッセ

- 電車でお越しの場合
JR 山陰本線松江駅北口から徒歩 7 分
- お車でお越しの場合
松江中央ランプより車で 5 分

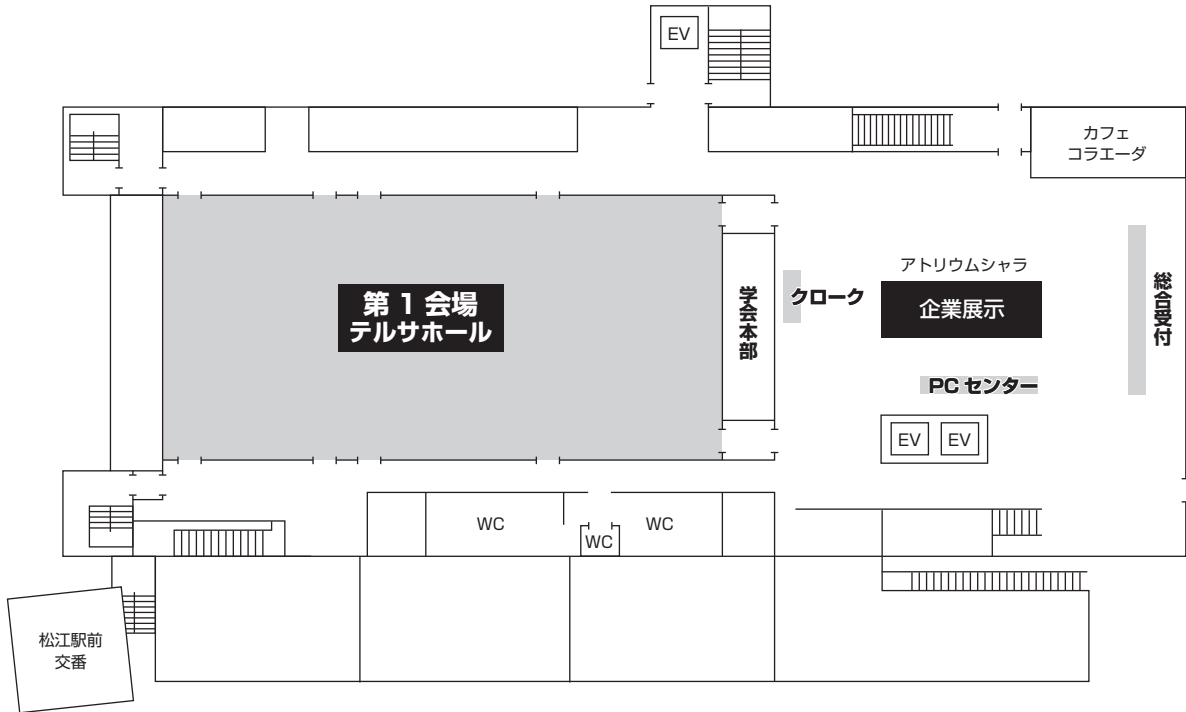
松江エクセルホテル東急

- 電車でお越しの場合
JR 山陰本線松江駅北口から徒歩 3 分
- お車でお越しの場合
松江中央ランプより車で 10 分

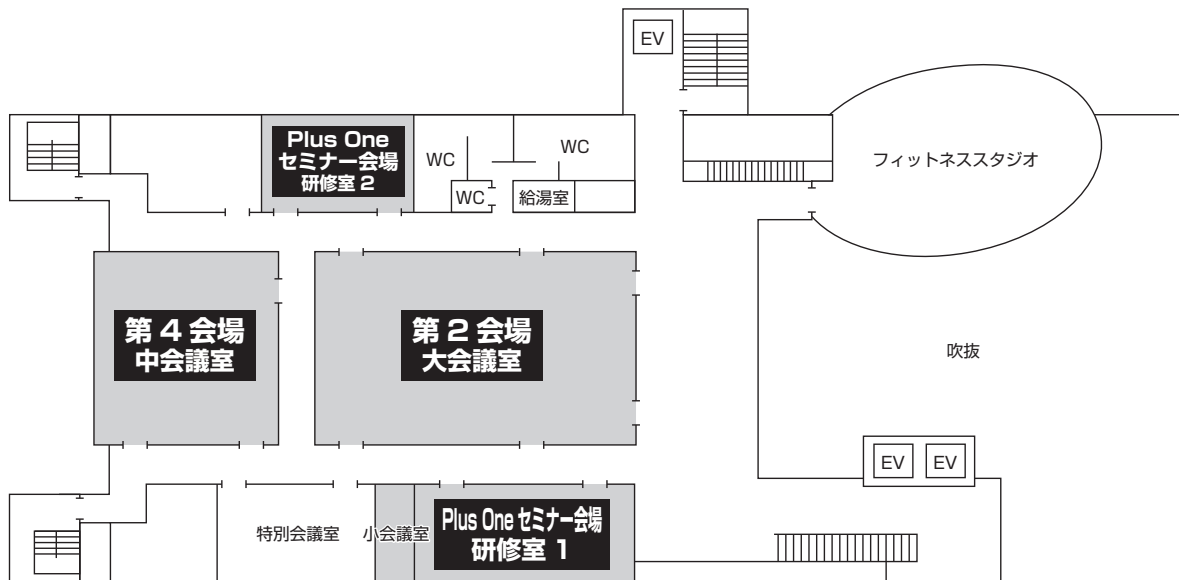
会場案内図

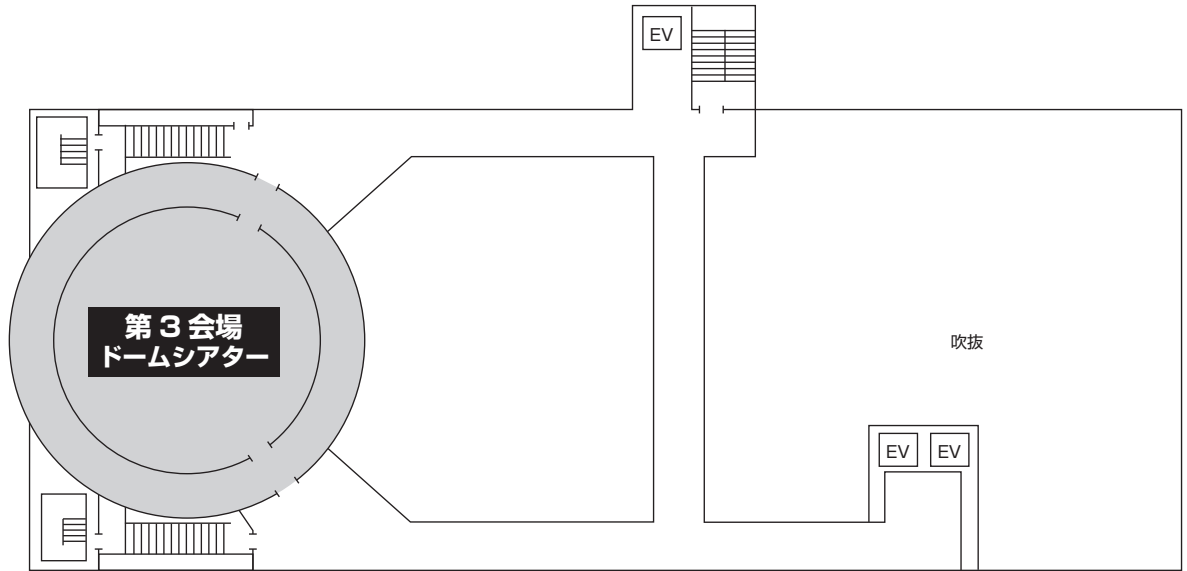
松江テルサ

1F



4F





日程表

【1日目】9月17日(日)

		松江テルサ		くにびきメッセ	松江エクセルホテル東急
第1会場 1F テルサホール		Plus One セミナー会場 4F 研修室1	関連会議 4F 特別会議室	Plus One セミナー会場 3F 302 商談室ほか	情報交換会 2F 大宴会場「オーク」
8:00					
9:00					
10:00		9:00 - 11:30 Plus One セミナー1 腹腔鏡手術 ハンズオンセミナー 「基本的操作から縫合まで」			
11:00			10:30 - 11:00 学術委員会		
12:00			11:00 - 12:00 理事会		
13:00	12:00 - 13:00 ⑤ランチョンセミナー1 「進行卵巣癌の初回治療と再発治療 update」 座長：京 哲（鳥根大学） 演者：吉野 潔（産業医科大学） 共催：アストラゼネカ株式会社 ※領域講習			8:30 - 17:30 Plus One セミナー2 PC ³ ピーシーキューブ 「産科救命を戦略的に学ぼう！」 インストラクター： 渡部広明（鳥根大学） 萩田和秀（りんくう総合医療センター）	
	13:05 - 13:10 開会式 13:10 - 13:40 臨床公衆研究 「進行・再発卵巣癌におけるPARP阻害剤維持療法の安全性および有効性の検討」 座長：増山 寿（岡山大学） 演者：松岡敬典（岡山大学）				
14:00	13:50 - 14:50 ⑥特別講演1 「胎児心拍数陣痛図の判読と急速遂娩」 座長：工藤美樹（広島大学） 演者：牧野真太郎（順天堂大学） 共催：トオイツ株式会社 ※領域講習				
15:00	15:00 - 16:00 ⑦教育講演1 「乳腺外科医事件から見た医療安全」 座長：岩佐 武（徳島大学） 演者：水沼直樹（東京神楽坂法律事務所） ※共通講習（医療安全）				
16:00	16:10 - 17:10 ⑧特別講演2 「次世代のがん治療のための遺伝子工学に基づく生物製剤の創薬研究」 座長：京 哲（鳥根大学） 演者：藤原俊義（岡山大学） ※領域講習（指導医講習会）				
17:00					
18:00					
19:00					18:00 - 20:00 情報交換会
20:00					

【2日目】9月18日(月・祝)

松江テルサ					
第1会場 1F テルサホール	第2会場 4F 大会議室	第3会場 7F ドームシアター	第4会場 4F 中会議室	Plus One セミナー会場 4F 研修室1・研修室2	
8:00					8:00
8:10 - 8:50 評議員会					
9:00					9:00
9:00 - 9:32 一般講演 第1群 異常妊娠・多胎妊娠 座長: 原田 崇 (鳥取大学)	9:00 - 9:48 一般講演 第5群 がん遺伝子検査 座長: 鶴田智彦 (香川大学)	9:00 - 9:40 一般講演 第10群 腫瘍一般 座長: 佐藤慎也 (鳥取大学)	9:00 - 9:48 一般講演 第15群 女性医学 座長: 吉田加奈子 (徳島大学)		
9:40 - 10:40 ①教育講演2 「妊娠関連TMAの診断・治療のポイント -HELLP症候群と播種性血栓性TMA (aHUS)-」 座長: 増山 寿 (岡山大学) 演者: 味村和哉 (大阪大学) 共催: アレクシオンファーマ合同会社 ※領域講習	9:48 - 10:36 一般講演 第6群 卵巣癌1 座長: 古宇家正 (広島大学)	9:40 - 10:28 一般講演 第11群 その他の腫瘍 座長: 石川雅子 (高根大学)	9:48 - 10:28 一般講演 第16群 手術 座長: 菅野 潔 (倉敷成人病センター)		
10:00					10:00
10:50 - 11:50 ②教育講演3 「進行卵巣癌の初回治療 up to date」 座長: 京 哲 (高根大学) 演者: 松村謙臣 (近畿大学) 共催: 武田薬品工業株式会社 ※領域講習	10:50 - 11:50 ②教育講演4 「女性の鉄欠乏性貧血に対する 診断と治療」 座長: 谷口文紀 (鳥取大学) 演者: 和田秀穂 (川崎医科大学) 共催: 日本新薬株式会社 ※領域講習	10:50 - 11:50 ②教育講演5 「日本における子宮頸がん対策 ～HPVワクチンの課題と展望～」 座長: 杉山 隆 (愛媛大学) 演者: 八木麻未 (大阪大学) 協賛: MSD 株式会社 ※共通講習 (感染対策)		9:00 - 13:00 Plus One セミナー 3 J-CIMELS 「産科救命を基礎から学ぶ」 インストラクター: 深見達弥 (鳥根大学) 山畑佳篤 (京都府立医科大学)	11:00
11:00					11:00
12:00					12:00
12:00 - 13:00 ③ランチョンセミナー2 「子宮頸がん薬物療法の UPDATE」 座長: 金西賢治 (香川大学) 演者: 岡本愛光 (東京慈恵会医科大学) 共催: サノフィ株式会社 ※領域講習	12:00 - 13:00 ③ランチョンセミナー3 「排卵障害の治療に役立つ 漢方薬」 座長: 下屋浩一郎 (川崎医科大学) 演者: 兄玉尚志 (県立広島病院) 共催: 株式会社ツムラ ※領域講習	12:00 - 13:00 ③ランチョンセミナー4 「プロゲステロンの婦人科疾 患における役割」 座長: 杉野法広 (山口大学) 演者: 太田郁子 (太田母子ウイメンズクリニック) 共催: 持田製薬株式会社 ※領域講習			12:00
12:00					12:00
13:00					13:00
13:05 - 13:25 総会					
13:30 - 14:10 一般講演 第2群 周産期管理 座長: 村田 晋 (山口大学)	13:30 - 14:10 一般講演 第7群 子宮頸癌 座長: 本郷淳司 (川崎医科大学)	13:30 - 14:10 一般講演 第12群 胎児診断 座長: 加地 剛 (徳島大学)	13:30 - 14:02 一般講演 第17群 生殖医療 座長: 田村博史 (山口県立総合医療センター)		
13:00					13:00
14:00					14:00
14:10 - 14:50 一般講演 第3群 分娩管理 座長: 衛藤英理子 (岡山大学)	14:10 - 14:50 一般講演 第8群 子宮体癌 座長: 長尾昌二 (岡山大学)	14:10 - 14:50 一般講演 第13群 産後出血 座長: 花岡有為子 (香川大学)	14:02 - 14:34 一般講演 第18群 妊孕性温存他 座長: 谷口佳代 (高知大学)		
14:00					14:00
14:50 - 15:38 一般講演 第4群 合併症妊娠 座長: 松原裕子 (愛媛大学)	14:50 - 15:30 一般講演 第9群 卵巣癌2 座長: 松元 隆 (愛媛大学)	14:50 - 15:30 一般講演 第14群 感染症他 座長: 三好博史 (県立広島病院)	14:34 - 15:14 一般講演 第19群 感染・筋腫 座長: 平野浩紀 (高知赤十字病院)		
14:00					14:00
15:00					15:00
15:40 - 15:50 閉会式					
15:00					15:00
16:00					16:00

9月17日（日） 第1日目

第1会場

ランチョンセミナー1

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

「進行卵巣癌の初回治療と再発治療 update」

演者：産業医科大学 産婦人科学 吉野 潔

開会の挨拶

13:05 - 13:10 京 哲 島根大学医学部 産科婦人科学

臨床公募研究

13:10 - 13:40 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

「進行・再発卵巣癌における PARP 阻害剤維持療法の安全性および有効性の検討」

演者：岡山大学学術研究院医歯薬学域 産科・婦人科学 松岡敬典

特別講演1

13:50 - 14:50 座長：工藤美樹 広島大学大学院医系科学研究科 産科婦人科学
共催：トーイツ株式会社

「胎児心拍数陣痛図の判読と急速遂娩」

演者：順天堂大学医学部・大学院医学研究科 産婦人科学講座 牧野真太郎

教育講演1

15:00 - 16:00 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

「乳腺外科医事件から見た医療安全」

演者：東京神楽坂法律事務所 水沼直樹

特別講演2

16:10 - 17:10 座長：京 哲 島根大学医学部 産科婦人科学

「次世代のがん治療のための遺伝子工学に基づく生物製剤の創薬研究」

演者：岡山大学学術研究院医歯薬学域 消化器外科学 藤原俊義

松江テルサ 4F 研修室 1
Plus One セミナー会場

Plus One セミナー 1 腹腔鏡手術 ハンズオンセミナー

9:00 – 11:30

「基本的操作から縫合まで」

くにびきメッセ 3F 302 商談室ほか
Plus One セミナー会場

Plus One セミナー 2 PC³ ピーシーキューブ

8:30 – 17:30

「産科救命を戦略的に学ぼう！」

インストラクター：渡部広明（島根大学医学部 Acute Care Surgery 講座 /
島根大学医学部附属病院高度外傷センター）
荻田和秀（りんくう総合医療センター 産婦人科）

9月18日（月・祝） 第2日目

第1会場

一般講演 第1群 異常妊娠・多胎妊娠

9:00 - 9:32 座長 原田 崇 鳥取大学医学部 産科婦人科

101. Nager 症候群に対して EXIT により救命した 1 例

山口県立総合医療センター

伊藤麻里奈、三輪一知郎、藤井菜月美、松井風香、西本裕喜、浅田裕美、讚井裕美、田村博史、佐世正勝、中村康彦

102. 胎児期から診断・管理した双胎貧血多血症の一例

山口大学医学部附属病院

末田充生、村田 晋、田村雄次、三原由実子、品川征大、前川 亮、杉野法広

103. 一絨毛膜二羊膜双胎 1 児死亡の生児に先天性皮膚欠損を認めた 1 例

益田赤十字病院 産婦人科

片桐 浩、波多野 渚、澤田希代加、片桐敦子

104. 当院における三胎および四胎妊娠の周産期予後

鳥取大学医学部 産科婦人科

中嶋真大、元村衣里、川部早英子、牧尾 悟、宮本圭輔、柳楽 慶、原田 崇、谷口文紀

教育講演 2

9:40 - 10:40 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
共催：アレクシオンファーマ合同会社

「妊娠関連 TMA の診断・治療のポイント—HELLP 症候群と補体介在性 TMA (aHUS)—」

演者：大阪大学大学院医学系研究科 遺伝子診療部 / 産科学婦人科学講座 味村和哉

教育講演 3

10:50 - 11:50 座長：京 哲 鳥根大学医学部 産科婦人科学
共催：武田薬品工業株式会社

「進行卵巣癌の初回治療 up to date」

演者：近畿大学医学部 産科婦人科 松村謙臣

ランチオンセミナー 2

12:00 - 13:00 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
共催：サノフィ株式会社

「子宮頸がん薬物療法の UPDATE」

演者：東京慈恵会医科大学 産婦人科学講座 岡本愛光

総会

13:05 - 13:25

一般講演 第2群 周産期管理

13:30 - 14:10 座長 村田 晋 山口大学大学院医学系研究科 産科婦人科学講座

105. 娩出時期決定に苦慮した巨大絨毛膜板下血腫 (Breus' mole) 合併胎児発育不全の1例
四国こどもとおとなの医療センター
杉本達朗、森根幹生、前田崇彰、長尾亜紀、檜尾健二、前田和寿

106. 胸腹水を伴う胎児徐脈を呈した胎児発作性上室性頻拍の一例
徳島大学医学部 産婦人科
山中絵里加、白河 綾、峯田あゆか、吉田あつ子、岩佐 武、加地 剛

107. 胎児甲状腺腫大をみとめた子宮卵管造影後妊娠の1例
広島市立広島市民病院
保崎憲人、上野尚子、濱田真彰、藤川 淳、徳本祐奈、坂井裕樹、田中奈緒子、築澤良亮、
森川恵司、植田麻衣子、玉田祥子、依光正枝、石田 理、児玉順一

108. 子宮収縮抑制剤の使用方法和周産期予後の検証
高知大学医学部 産科婦人科
平川充保、永井立平、岡 真萌、下元優太、大黒太陽、前田長正

109. 山口県の妊産婦の COVID19 への感染状況と当院における管理体制と周産期予後の報告
2019年からの3年間を振り返って
山口県立総合医療センター
西本裕喜、佐世正勝、藤井菜月美、伊藤麻里奈、浅田裕美、三輪一知郎、讃井裕美、
田村博史、中村康彦

110. 無痛分娩後に非癒痕不完全子宮破裂をきたし出血性ショックとなった1例

香川大学医学部 周産期科女性診療科

合田亮人、新田絵美子、宮井瑛子、山本健太、石橋めぐみ、田中圭紀、伊藤 恵、
花岡有為子、鶴田智彦、田中宏和、金西賢治

111. 当院における無痛分娩の検討

¹⁾ 独立行政法人地域医療機能推進機構 徳山中央病院 産婦人科、

²⁾ JA 山口厚生連 周東総合病院

新井響子¹⁾、高木遥香¹⁾、平田博子²⁾、松尾美結¹⁾、樫部真央子¹⁾、澁谷文恵¹⁾、中川達史¹⁾、
山縣芳明¹⁾、平林 啓¹⁾、沼 文隆¹⁾

112. 妊娠中に子宮脱を発症しコルポイリントル併用による分娩誘発で経膈分娩に至った1例

倉敷中央病院 産婦人科

手塚 聡、寺井悠朔、福原 健、橋本阿実、細部由佳、佐伯綾香、深江 郁、黒田亮介、
原 理恵、西村智樹、田中 優、伊藤拓馬、加藤 慧、堀川直城、清川 晶、楠本知行、
中堀 隆、長谷川雅明、本田徹郎

113. 妊娠38週に急性呼吸不全で救急搬送された周産期心筋症の1例

県立広島病院 産婦人科

綱掛 恵、影山優花、北村美緒、平野章世、友野美穂、中島祐美子、白山裕子、三好博史

114. 母体搬送における当院での産科・救急医の連携体制

島根大学医学部 産科婦人科

原賀 光、皆本敏子、槇原 貫、中川恭子、岡田裕枝、山下 瞳、石橋朋佳、
折出亜希、中山健太郎、金崎春彦、京 哲

一般講演 第4群 合併症妊娠

14:50 - 15:38

座長 松原裕子 愛媛大学大学院医学系研究科 産科婦人科学講座

115. 当院で経験した虫垂炎合併妊娠の2例

福山医療センター 産婦人科

坂田周治郎、小川麻理子、岡田真紀、藤田志保、今福紀章、山本 暖

116. 経膈分娩に至った汎下垂体機能低下症合併妊娠の一例

岡山大学病院 産科婦人科

福武功志朗、牧 尉太、大羽 輝、白河伸介、三苦智裕、三島桜子、桐野智江、
大平安希子、櫻野千明、谷 和祐、光井 崇、衛藤英理子、増山 寿

117. 妊娠中にコイル塞栓術を施行した未破裂脳動脈瘤の1例

鳥取県立中央病院 産婦人科

圓井孝志、山根恵美子、上垣 崇、野中道子、竹中泰子、高橋弘幸

118. シェーグレン症候群とSLEを背景にもつ腎移植後妊娠において妊娠終結時期の決定に苦慮した一例

県立広島病院 産婦人科

豊山優花、北村美緒、平野章世、友野美穂、綱掛 恵、中島祐美子、白山裕子、三好博史

119. 新生児マススクリーニング異常で判明した抗内因子抗体陽性ビタミンB12欠乏性貧血合併妊娠の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、清川 晶、手塚 聡、細部由佳、佐伯綾香、深江 郁、黒田亮介、原 理恵、
西村智樹、田中 優、伊藤拓馬、加藤 慧、堀川直城、楠本知行、福原 健、中堀 隆、
長谷川雅明、本田徹郎

120. 妊娠を契機に診断された筋強直性ジストロフィー（dystrophia myotonica: DM）の2例

香川大学医学部 母子科学講座 周産期学婦人科学

向井健人、新田絵美子、喜多美里、古市 愛、國友紀子、宮井瑛子、香西亜優美、
山本健太、田中圭紀、伊藤 恵、花岡有為子、鶴田智彦、田中宏和、金西賢治

第2会場

一般講演 第5群 がん遺伝子検査

9:00 - 9:48

座長 鶴田智彦 香川大学医学部附属病院 周産期科女性診療科

121. 当院におけるRRSOの現状

徳島大学病院 産科婦人科

棚野梨沙、加藤剛志、新垣亮輔、乾 宏彰、鎌田周平、香川智洋、木内理世、
吉田加奈子、西村正人、岩佐 武

122. 卵巣癌におけるリンチ症候群のユニバーサルスクリーニングの検討—preliminary report—

¹⁾ 高知大学医学部附属病院 産科婦人科、²⁾ 高知県立あき総合病院 産婦人科、

³⁾ 高知大学医学部附属病院 臨床遺伝診療部、⁴⁾ 高知大学医学部附属病院 病理診断部

氏原悠介¹⁾、泉谷知明¹⁾、松浦拓也¹⁾、牛若昂志¹⁾、樋口やよい²⁾、田代真理³⁾、高野 隼⁴⁾、
杉本健樹³⁾、村上一郎⁴⁾、前田長正¹⁾

123. 緩和医療のデータと当院でのがんゲノムパネル検査のデータからゲノム医療の実態と問題点をさぐる

香川大学医学部附属病院 周産期科女性診療科

鶴田智彦、古市 愛、向井健人、喜多美里、國友紀子、香西亜優美、新田絵美子、
田中圭紀、花岡有為子、田中宏和、金西賢治

124. 当院における婦人科悪性腫瘍に対するがん遺伝子パネル検査の現状

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

松尾美結¹⁾、平林 啓¹⁾、山縣芳明^{1) 2)}、新井響子¹⁾、檜部真央子¹⁾、高木遥香¹⁾、
澁谷文恵¹⁾、中川達史¹⁾、沼 文隆¹⁾

125. 家族歴から遺伝性腫瘍が疑われた超高齢卵管癌の一例

¹⁾ 松江市立病院 産婦人科、²⁾ 松江市立病院 ゲノム診療部

中曾崇也¹⁾、大石徹郎^{1) 2)}、竹下美保²⁾、田代稚恵¹⁾、高橋正国¹⁾、入江 隆¹⁾

126. 若手医師を対象とした HBOC に関するロールプレイ形式の学習

広島大学医学部 産科婦人科

中本康介、友野勝幸、真田ひかり、大谷麻由、豊田裕里子、宮原 新、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、関根仁樹、野坂 豪、
山崎友美、向井百合香、古宇家正、工藤美樹

一般講演 第6群 卵巣癌 1

9:48 - 10:36

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

127. 卵巣チョコレート嚢胞癌化術後7年目に膀胱子宮窩腹膜深部子宮内膜症が癌化した症例

¹⁾ 川崎医科大学 産婦人科学、²⁾ 川崎医科大学 病理学

岡本 華¹⁾、太田啓明¹⁾、森本裕美子¹⁾、河村省吾¹⁾、齋藤 渉¹⁾、松本 良¹⁾、
松本桂子¹⁾、杉原弥香¹⁾、塩田 充¹⁾、下屋浩一郎¹⁾、佐貫史明²⁾、森谷卓也²⁾

128. 子宮内膜症上皮細胞における癌遺伝子変異の臨床、生物学的意義について

島根大学医学部 産婦人科

菅野晃輔、中山健太郎、楨原 貫、原賀 光、中川恭子、山下 瞳、石橋朋佳、石川雅子、京 哲

129. G-CSF 産生卵巣成熟奇形腫の悪性転化の 1 例

広島大学病院 産科婦人科

真田ひかり、森岡裕彦、大谷麻由、豊田祐里子、宮原 新、宇山拓澄、野村有沙、
榎園優香、佐藤優季、中本康介、大森由里子、寺岡有子、野坂 豪、関根仁樹、
友野勝幸、山崎友美、古宇家正、向井百合香、工藤美樹

130. 卵巣未熟奇形腫術後の対側卵巣再発に対して妊孕性温存のため腫瘍核出術を施行し、その後自然妊娠で生児を獲得した一例

岡山済生会総合病院 産婦人科

田中佑衣、春間朋子、道満佳衣、秋定 幸、平野由紀夫

131. 腹腔鏡下手術後に判明した上皮内癌を有する成熟嚢胞性奇形腫の 1 例

山口大学医学部附属病院 産婦人科

田村雄次、竹谷俊明、米田稔秀、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

132. 初回手術から 9 年後に腹腔内再発とリンパ節転移を認めた、sex cord tumor with annular tubules (SCTAT) の一例

長門総合病院 産婦人科

今川天美、中島博子、中島健吾

教育講演 4

10:50 – 11:50 座 長：谷口文紀 鳥取大学医学部 産科婦人科学
共 催：日本新薬株式会社

「女性の鉄欠乏性貧血に対する診断と治療」

演 者：川崎医科大学附属病院 血液内科 和田秀穂

ランチョンセミナー 3

12:00 – 13:00 座 長：下屋浩一郎 川崎医科大学 産科婦人科学教室
共 催：株式会社ツムラ

「排卵障害の治療に役立つ漢方薬」

演 者：県立広島病院 生殖医療科 児玉尚志

一般講演 第7群 子宮頸癌

13:30 - 14:10 座長 本郷淳司 川崎医科大学 産婦人科学

133. AMIGO2 expression as a predictor of recurrence in cervical cancer with intermediate risk

鳥取大学医学部

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、谷口文紀

134. 骨盤内放線菌症を合併し診断に苦慮した子宮頸癌の一例

鳥取大学医学部 産科婦人科

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

135. 当院における子宮頸癌IVB 期治療の後方視的検討

山口大学医学部附属病院 産婦人科

鷹巣 剛、梶邑匠彌、坂井宜裕、爲久哲郎、岡田真紀、竹谷俊明、末岡幸太郎、杉野法広

136. 当科で経験した子宮頸部胃型粘液性癌の3症例

松江赤十字病院 産婦人科

石原とも子、澁川昇平、池野屋美智子、藤脇律人、真鍋 敦、澤田康治

137. 再発子宮頸癌に対する Pembrolizumab 投与中に irAE による髄膜炎を発症した1例

広島市立広島市民病院

藤川 淳、植田麻衣子、濱田真彰、徳本佑奈、保崎憲人、坂井裕樹、築澤良亮、
田中奈緒子、森川恵司、玉田祥子、依光正枝、上野尚子、石田 理、児玉順一

一般講演 第8群 子宮体癌

14:10 - 14:50 座長 長尾昌二 岡山大学学術研究院医歯薬学域 産科・婦人科学

138. パゾパニブ投与が有効であった FGF 受容体増幅を伴った再発子宮癌肉腫

広島市立北部医療センター安佐市民病院 産婦人科

伊勢田侑鼓、本田 裕、福田修司、梅木崇寛、隅井ちひろ

139. 術後 TC 療法中に増悪した進行子宮体癌に対してレンバチニブ+ペンブロリズマブ療法が奏効した一例

徳山中央病院

高木遥香、新井響子、松尾美結、樫部真央子、澁谷文恵、中川達史、山縣芳明、平林 啓、沼 文隆

140. 当院での進行・再発子宮体癌症例 15 症例に対するペムブロリズマブ+レンバチニブ療法の使用経験

愛媛大学医学部附属病院

加藤宏章、松元 隆、村上祥子、安岡稔晃、森本明美、宇佐美知香、松原裕子、
藤岡 徹、松原圭一、杉山 隆

141. 絨毛癌に分化した子宮体部類内膜癌の一例

岡山大学病院 産科婦人科学教室

白河伸介、松岡敬典、谷 佳紀、杉原花子、入江恭平、依田尚之、原賀順子、
小川千加子、中村圭一郎、長尾昌二、増山 寿

142. 子宮体癌卵巣転移が多彩な組織像を呈した 1 例

岡山大学病院 産科婦人科

花谷智美、原賀順子、大石恵一、白河伸介、谷 佳紀、杉原花子、入江恭平、依田尚之、
松岡敬典、小川千加子、中村圭一郎、長尾昌二、増山 寿

一般講演 第 9 群 卵巣癌 2

14 : 50 – 15 : 30

座長 松元 隆 愛媛大学大学院医学系研究科 産科婦人科学講座

143. センダイウイルスを用いた卵巣上皮および卵管采由来細胞株の樹立と性状解析

¹⁾ 鳥取大学 産科婦人科、²⁾ 鳥取大学医学部附属病院

大川雅世¹⁾、小松宏彰¹⁾、曳野耕平¹⁾、飯田祐基¹⁾、細川雅代¹⁾、澤田真由美¹⁾、工藤明子¹⁾、
佐藤慎也¹⁾、谷口文紀¹⁾、原田 省²⁾

144. 初回治療終了後に gBRCA2 変異が判明し、PARP 阻害剤を投与した腹膜癌の症例

公立学校共済組合 四国中央病院 産婦人科

青木秀憲、田村 公、田村貴央

145. ペムブロリズマブが著効したプラチナ抵抗性再発卵巣癌の 1 例

岡山大学病院

檜原佳穂、松岡敬典、谷 佳紀、杉原花子、白河伸介、入江恭平、依田尚之、原賀順子、
小川千加子、中村圭一郎、長尾昌二、増山 寿

146. Bevacizumab により腹水コントロールが可能であった再発腹膜癌の 2 例

山口県立総合医療センター

藤井菜月美、三輪一知郎、伊藤麻里奈、松井風香、西本裕喜、浅田裕美、讃井裕美、
田村博史、佐世正勝、中村康彦

**147. 当院で産婦人科良性疾患手術時の追加卵管切除により発見された STIC 症例 2 例
(当院での予防的卵管切除の現況をふまえて)**

¹⁾ 四万十町国民健康保険大正診療所 内科、²⁾ 高知医療センター 産婦人科

徳橋理紗¹⁾、南 晋²⁾、若槻真也²⁾、難波孝臣²⁾、中澤彩花²⁾、塩田さあや²⁾、
上野晃子²⁾、渡邊理史²⁾、川瀬史愛²⁾、山本寄人²⁾、林 和俊²⁾

第3会場

一般講演 第10群 腫瘍一般

9:00 - 9:40

座長 佐藤慎也 鳥取大学医学部 産科婦人科

148. 当院における子宮頸部上皮内病変に対する治療選択～閉経後女性について～

愛媛大学医学部 産婦人科

井上奈美、森本明美、大塚沙織、河端大輔、田口晴賀、中橋一嘉、加藤宏章、宮上 眸、村上祥子、安岡稔晃、内倉友香、宇佐美知香、松原裕子、松原圭一、松元 隆、杉山 隆

149. 当院における Bevacizumab 投与症例の合併症の検討

徳島大学病院 産科婦人科

新垣亮輔、乾 宏彰、香川智洋、西村正人、岩佐 武

150. シスプラチンにより冠攣縮性狭心症を発症したが癌治療を継続した2例

¹⁾ 高知大学 産科婦人科学講座、²⁾ 高知県立あき総合病院 産婦人科

岡 眞萌¹⁾、牛若昂志¹⁾、松浦拓也¹⁾、樋口やよい²⁾、氏原悠介¹⁾、泉谷知明¹⁾、前田長正¹⁾

151. 婦人科悪性腫瘍に合併した Trousseau 症候群の3例

愛媛大学医学部附属病院 産婦人科

田口晴賀、森本明美、河端大輔、大塚沙織、井上奈美、中橋一嘉、井上 唯、恩地裕史、井上翔太、加藤宏章、宮上 眸、村上祥子、安岡稔晃、内倉友香、宇佐美知香、松原裕子、藤岡 徹、松元 隆、松原圭一、杉山 隆

152. 婦人科医による横隔膜ストリッピングの導入と治療成績

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院 産婦人科

黒田亮介、堀川直城、手塚 聡、寺井悠朔、橋本阿実、細部由佳、佐伯綾香、深江 郁、西村智樹、原 理恵、田中 優、伊藤拓馬、加藤 慧、清川 晶、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 その他の腫瘍

9:40 - 10:28

座長 石川雅子 島根大学医学部 産科婦人科

153. 奇胎娩出後早期に卵管・肺転移を来し、初回治療に抵抗性を示した臨床的侵入奇胎の一例

香川大学医学部 周産期学婦人科学

古市 愛、香西亜優美、國友紀子、喜多美里、向井健人、山本健太、田中圭紀、伊藤 恵、新田絵美子、花岡有為子、鶴田智彦、田中宏和、金西賢治

154. 胞状奇胎で甲状腺中毒症を発症した1例

¹⁾ 島根県立中央病院、²⁾ 国立病院機構 浜田医療センター 産婦人科

島田愛里香¹⁾、奈良井曜子¹⁾、西木正明¹⁾、障子章大¹⁾、宮本純子¹⁾、田中綾子¹⁾、坪倉かおり²⁾、森山政司¹⁾、岩成 治¹⁾

155. 子宮原発骨肉腫のため術後 4 週間で再発し術後 10 週間で死亡した一例

中国中央病院 産婦人科

西田康平、大塚由有子、荒川愛奈、川井紗耶香、山本昌彦

156. 子宮体部原発 primitive neuroectodermal tumor (PNET) の 1 例

¹⁾ 広島大学病院 産科婦人科、²⁾ 広島大学病院 がん化学療法科、³⁾ JA 尾道総合病院 産婦人科

宇山拓澄¹⁾、古宇家正¹⁾、野村有沙¹⁾、榎園優香¹⁾、佐藤優季¹⁾、中本康介¹⁾、森岡裕彦¹⁾、

大森由里子¹⁾、寺岡有子¹⁾、野坂 豪¹⁾、関根仁樹¹⁾、友野勝幸¹⁾、山崎友美¹⁾、

向井百合香¹⁾、徳毛健太郎²⁾、難波将史²⁾、山内理海²⁾、坂下知久³⁾、工藤美樹¹⁾

157. 不妊治療のための子宮鏡下手術で子宮ポリープ状異型腺筋腫を認め、その後生児を得た 1 例

高知県・高知市病院企業団立 高知医療センター

渡邊理史、若槻真也、中澤彩花、難波孝臣、塩田さあや、山本真緒、森田聡美、

上野晃子、松島幸生、川瀬史愛、小松淳子、南 晋、林 和俊

158. 子宮鏡下手術にて子宮ポリープ状異形腺筋腫と診断し、子宮全摘出後に子宮内膜異形増殖症を認めた一例

岡山大学病院 産科・婦人科

上木一朗、依田尚之、谷 佳紀、杉原花子、白河伸介、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

教育講演 5

10 : 50 - 11 : 50

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 : MSD 株式会社

「日本における子宮頸がん対策～ HPV ワクチンの課題と展望～」

演 者 : 大阪大学 医科学研究科・産科婦人科学 八木麻未

ランチョンセミナー 4

12 : 00 - 13 : 00

座 長 : 杉野法広 山口大学大学院医学系研究科 産科婦人科学講座

共 催 : 持田製薬株式会社

「プロゲステンの婦人科疾患における役割」

演 者 : 太田郁子 ウィメンズクリニック 太田郁子

一般講演 第 12 群 胎児診断

13 : 30 - 14 : 10

座長 加地 剛 徳島大学病院 産科婦人科

159. AI による胎児脳活動評価

¹⁾ 三宅おおふくクリニック 婦人科、²⁾ Medical Data Labo、

³⁾ 三宅医院 産婦人科、⁴⁾ 三宅医院問屋町テラス 産婦人科

宮木康成^{1) 2)}、佐野力哉¹⁾、小田隆司³⁾、伊藤 綾³⁾、高吉理子³⁾、清川麻知子³⁾、

酒本あい³⁾、小國信嗣⁴⁾、橋本 雅³⁾、高田智价³⁾、秦 利之³⁾、三宅貴仁^{1) 3) 4)}

160. 人工知能を用いた妊娠高血圧症候群の発症リスクの予測モデル

¹⁾ 山口大学医学部附属病院 総合周産期母子医療センター、²⁾ 山口大学医学部附属病院 産婦人科、
³⁾ 山口大学大学院医学系研究科 産科婦人科
前川 亮¹⁾、品川征大¹⁾、三原由実子¹⁾、末田充生¹⁾、村田 晋²⁾、杉野法広³⁾

161. 胎児無名静脈異常についての検討

徳島大学 産婦人科
白河 綾、峯田あゆか、吉田あつ子、岩佐 武、加地 剛

162. 超音波検査で胎児異常を認め、環状染色体を診断した 2 例

独立行政法人国立病院機構 呉医療センター
小原颯太、好澤菜由、山根尚史、菅 裕美子、佐川麻衣子、中村紘子、水之江知哉

163. Multiple drainage を有する総肺静脈還流異常症の一例

四国こどもとおとなの医療センター
前田崇彰、森根幹生、杉本達郎、長尾亜紀、立花綾花、米谷直人、檜尾健二、前田和寿

一般講演 第 13 群 産後出血

14 : 10 – 14 : 50 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

164. 救命し得た臨床的羊水塞栓症の 1 症例

山口県済生会下関総合病院
具嶋洸之、折田剛志、平岡あきね、関谷 彩、中村真由子、田邊 学、丸山祥子、森岡 均、嶋村勝典

165. 妊娠 37 週に妊娠中の特発性腹腔内出血 (SHiP) による母体出血性ショック、子宮内胎児死亡を来した一例

広島市立広島市民病院 産婦人科
濱田真彰、築澤良亮、藤川 淳、徳本佑奈、保崎憲人、坂井裕樹、田中奈緒子、森川恵司、植田麻衣子、玉田祥子、関野 和、依光正枝、上野尚子、石田 理、児玉順一

166. 分娩後異常出血で認める凝固障害の分類と凝固線溶系分子マーカー動態ならびに出血プロファイルの特徴

¹⁾ 独立行政法人国立病院機構 (NHO) 岡山医療センター、
²⁾ NHO 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
多田克彦^{1) 2)}、宮木康成^{3) 4)}、吉田瑞穂^{1) 2)}、安田一郎²⁾、野見山 亮²⁾、江本郁子²⁾、水之江知哉²⁾、児玉尚志²⁾、田中教文²⁾、前川有香²⁾、前田和寿²⁾、大蔵尚文²⁾

167. 帝王切開術後筋膜下血腫に対して手術加療にて止血が得られず IVR にて止血を得た 2 例

倉敷中央病院 産婦人科
西村智樹、手塚 聡、寺井悠朔、橋本阿実、細部由佳、深江 郁、佐伯綾香、黒田亮介、原 理恵、田中 優、伊藤拓馬、加藤 慧、堀川直城、清川 晶、楠本知行、福原 健、中堀 隆、長谷川雅明、本田徹郎

168. 当院における産後出血緊急搬送事例の検討

川崎医科大学 産婦人科学

森本裕美子、齋藤 渉、岡本 華、河村省吾、松本桂子、松本 良、杉原弥香、太田啓明、下屋浩一郎

一般講演 第14群 感染症他

14:50 - 15:30

座長 三好博史 県立広島病院 産婦人科

169. 傍卵巣嚢腫へ異所性妊娠を認めた一例

¹⁾ 倉敷中央病院 産婦人科、²⁾ ハシイ産婦人科、³⁾ 高松赤十字病院 産婦人科

細部由佳¹⁾、佐藤幸保²⁾、吉田晶琢³⁾、赤松巧将³⁾、門元辰樹³⁾、森 陽子³⁾、原田龍介³⁾、後藤真樹³⁾

170. 敗血症を伴った流産の3症例

愛媛県立中央病院 産婦人科

城戸香乃、池田朋子、島瀬奈津子、伊藤 恭、山内雄策、大木悠司、横畑理美、
上野愛実、田中寛希、森 美妃、阿部恵美子、近藤裕司

171. 帝王切開術後に ESBL 産生菌感染の管理に難渋した一例

国立病院機構 高知病院 産科婦人科

野口拓樹、甲斐由佳、滝川稚也、木下宏実

172. 母体及び新生児が G 群溶連菌を保菌していた新生児仮死、絨毛膜羊膜炎の一例

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

173. 広汎子宮頸部摘出術後妊娠における子宮腔吻合部出血に苦慮した一例

愛媛大学医学部附属病院 産婦人科

河端大輔、森本明美、田口晴賀、大塚沙織、井上奈美、中橋一嘉、矢野晶子、宮上 眸、
今井 統、加藤宏章、村上祥子、安岡稔晃、内倉友香、宇佐美知香、松原裕子、
藤岡 徹、松元 隆、松原圭一、杉山 隆

第4会場

一般講演 第15群 女性医学

9:00 - 9:48

座長 吉田加奈子 徳島大学大学院医歯薬学研究部 産科婦人科学分野

174. 単一前方メッシュを用いた LSC または RSC による P-QOL の改善についての検討

¹⁾ 徳島大学大学院医歯薬学研究部 産科婦人科学分野、²⁾ 高知赤十字病院 産婦人科、
³⁾ 徳島県立中央病院 産婦人科、⁴⁾ 徳島大学大学院医歯薬学研究部 生殖・更年期医療学分野
木内理世¹⁾、加藤剛志¹⁾、村山美咲²⁾、香川智洋¹⁾、門田友里¹⁾、峯田あゆか¹⁾、河北貴子³⁾、
吉田加奈子¹⁾、安井敏之⁴⁾、岩佐 武¹⁾

175. 排尿時の陰部痛を契機に診断した陰唇癒着症の一例

愛媛県立中央病院 産婦人科

島瀬奈津子、森 美妃、城戸香乃、伊藤 恭、山内雄策、大木悠司、横畑理美、上野愛実、
池田朋子、田中寛希、阿部恵美子、近藤裕司

176. 配偶者の同意なしに中絶を施行した症例の検討

岡山市民病院

徳毛敬三、根津優子、大村由紀子、平松祐司

177. HPV ワクチン接種後症状診療の現状と課題

¹⁾ 岡山大学医学部 医学科、²⁾ 岡山大学病院 産科婦人科

廣幡絢子¹⁾、小川千加子²⁾、原賀順子²⁾、入江恭平²⁾、白河伸介²⁾、依田尚之²⁾、松岡敬典²⁾、
中村圭一郎²⁾、長尾昌二²⁾、増山 寿²⁾

178. 母親への母乳育児アンケートと1か月での栄養方法について

吉野産婦人科医院

吉野和男

179. 抗トキソプラズマ抗体検出キットの違いによる検査値の差の検討

独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター 産婦人科

杉原百芳、多田克彦、甲斐憲治、大岡尚実、吉田瑞穂、塚原紗耶、沖本直輝、政廣聡子、熊澤一真

一般講演 第16群 手術

9:48 - 10:28

座長 菅野 潔 倉敷成人病センター 婦人科

180. ロボット支援腹腔鏡下子宮全摘出術の術中に重複腎盂尿管と判明した2症例

倉敷成人病センター

岡田貴行、坂手慎太郎、福森史也、下村優莉奈、仙波恵樹、越智良文、澤田麻里、
菅野 潔、柳井しおり、安藤正明

**181. 技術認定医が不在となった後の全腹腔鏡下子宮全摘出術（TLH）再導入に関する検討
～安全な再開を目指した対応を振り返って～**

1) 県立広島病院 産婦人科、2) 東広島医療センター 産婦人科、
3) 広島大学病院 広島中央地域・小児周産期医療支援講座
友野美穂^{1) 2)}、増成寿浩²⁾、菰下智貴²⁾、野村奈南²⁾、佐藤優季^{2) 3)}、浦山彩子²⁾、定金貴子²⁾、田中教文²⁾

182. 専攻医による腹腔鏡下子宮全摘術（TLH）のラーニングカーブに関する検討

1) 愛媛県立今治病院、2) 愛媛県立中央病院
石村景子¹⁾、田中寛希²⁾、城戸香乃²⁾、島瀬奈津子²⁾、伊藤 恭²⁾、山内雄策²⁾、大木悠司²⁾、
横畑理美²⁾、上野愛実²⁾、池田朋子²⁾、森 美妃²⁾、阿部恵美子²⁾、近藤裕司²⁾

183. 腹腔鏡下手術における蛍光尿管カテーテルと Overlay 蛍光イメージングの併用は尿管同定を容易にする

鳥取大学医学部 産科婦人科学分野
山本康嗣、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

184. cadaver トレーニングにおける骨盤内大血管虚脱に対する工夫

愛媛大学医学部附属病院
中橋一嘉、藤岡 徹、井上奈美、井上翔太、井上 唯、今井 統、恩地裕史、
矢野晶子、加藤宏章、宮上 眸、村上祥子、安岡稔晃、森本明美、内倉友香、
宇佐美知香、松原裕子、松元 隆、松原圭一、杉山 隆

一般講演 第17群 生殖医療

13:30 - 14:02 座長 田村博史 山口県立総合医療センター 産婦人科

185. 当院での6年間の複数胚移植についての検討

島根大学医学部 産科婦人科
岡田裕枝、金崎春彦、折出亜希、京 哲

186. 顕微授精時の卵細胞膜の伸展性と受精率、胚発育との関係

山口大学医学部附属病院 産婦人科
高崎ひとみ、三原由実子、田村 功、米田稔秀、藤村大志、白蓋雄一郎、杉野法広

187. 本邦の多嚢胞性卵巣症候群の診断における抗ミュラー管ホルモンの有用性の検討

1) 国立病院機構 高知病院 産科婦人科、2) 徳島大学大学院医歯薬学研究部 産科婦人科学分野、
3) 群馬大学大学院医学系研究科 産科婦人科学講座、4) 島根大学医学部 産科婦人科、
5) 奈良県立医科大学 産婦人科、6) 国際医療福祉大学成田病院、
7) 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 茨城県小児・周産期地域医療学講座、
8) 札幌医科大学 産婦人科、9) 県立広島病院 生殖医療科、
10) JA 徳島厚生連 吉野川医療センター 産婦人科
野口拓樹^{1) 2)}、岩佐 武²⁾、岩瀬 明³⁾、金崎春彦⁴⁾、木村文則⁵⁾、久具宏司⁶⁾、齊藤和毅⁷⁾、
馬場 剛⁸⁾、原 鐵晃⁹⁾、湊 沙希²⁾、松崎利也¹⁰⁾

188. 多嚢胞性卵巣症候群診断基準の検証のための症例調査と内分泌異常に関する検討結果

¹⁾ JA 徳島厚生連 吉野川医療センター 産婦人科、²⁾ 国立病院機構 高知病院 産科婦人科、
³⁾ 徳島大学大学院医歯薬学研究部 産科婦人科学分野、
⁴⁾ 群馬大学大学院医学系研究科 産科婦人科学講座、
⁵⁾ 島根大学医学部 産科婦人科、⁶⁾ 奈良県立医科大学 産婦人科、⁷⁾ 国際医療福祉大学成田病院、
⁸⁾ 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 茨城県小児・周産期地域医療学講座、
⁹⁾ 札幌医科大学 産婦人科、¹⁰⁾ 県立広島病院 生殖医療科
松崎利也¹⁾、野口拓樹²⁾³⁾、湊 沙希³⁾、岩佐 武³⁾、岩瀬 明⁴⁾、金崎春彦⁵⁾、木村文則⁶⁾、
久具宏司⁷⁾、齊藤和毅⁸⁾、馬場 剛⁹⁾、原 鐵晃¹⁰⁾

一般講演 第18群 妊孕性温存他

14:02 - 14:34 座長 谷口佳代 高知大学医学部 産科婦人科学講座

189. 生殖補助医療により妊娠が成立したモザイク型ターナー症候群の1例

¹⁾ 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科婦人科学、²⁾ 岡山大学大学院 保健学研究科
佐久間美帆¹⁾、光井 崇¹⁾、岡本遼太¹⁾、檜野千明¹⁾、久保光太郎¹⁾、鎌田泰彦¹⁾、中塚幹也²⁾、増山 寿¹⁾

190. 子宮内膜ポリープを契機に子宮体がんと診断され、妊孕性温存治療後に生殖補助医療で妊娠が成立した2例

¹⁾ 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科婦人科学、²⁾ 岡山大学大学院保健学研究科
組橋佳純¹⁾、檜野千明¹⁾、岡本遼太¹⁾、久保光太郎¹⁾、光井 崇¹⁾、鎌田泰彦¹⁾、中塚幹也²⁾、増山 寿¹⁾

191. 当院における子宮内膜癌・子宮内膜異型増殖症に対する妊孕性温存治療の治療成績、妊娠成績、周産期予後

徳島大学大学院医歯薬学研究部 産科婦人科学分野
武田明日香、山本由理、内芝舞実、湊 沙希、鎌田周平、新垣亮輔、乾 宏彰、香川智洋、
西村正人、岩佐 武

192. 高知県のがん生殖医療に対する取り組みの現状と課題

¹⁾ 高知大学医学部 産婦人科、²⁾ 高知大学医学部附属病院 がん相談支援センター、
³⁾ 高知医療センター 生殖医療科、⁴⁾ レディースクリニックコスモス
山本槇平¹⁾、都築たまみ¹⁾、前田英武²⁾、谷口佳代¹⁾、小松淳子³⁾、泉谷知明¹⁾、桑原 章⁴⁾、
南 晋³⁾、坂本康紀⁴⁾、前田長正¹⁾

一般講演 第19群 感染・筋腫

14:34 - 15:14 座長 平野浩紀 高知赤十字病院 産婦人科

193. サルモネラ感染による付属器炎・骨盤腹膜炎の一例

JA 尾道総合病院 産婦人科
柴村奈月、上田明子、野田 望、松島彩子、坂下知久

194. 当院で経験した骨盤内膿瘍の検討

香川県立中央病院 産婦人科
堀口育代、矢野友梨、早田 裕、永坂久子、高田雅代、米澤 優、中西美恵

195. 高度肥満を伴う血液透析患者に発生した巨大子宮筋腫の一例

市立三次中央病院 産婦人科

西本祐美、藤田真理子、張本 姿、熊谷正俊

196. 演題取り下げ

197. 漿膜下筋腫が分娩後に筋腫分娩となった一例

福山市民病院 産婦人科

兼森美帆、青江尚志、早田 桂、高原悦子、篠崎真里奈

198. トルソー症候群様の病態を呈した CA125 高値を伴う子宮腺筋症の 1 例

山口大学医学部附属病院

城下亜文、白蓋雄一郎、米田稔秀、高崎ひとみ、藤村大志、三原由実子、田村 功、

前川 亮、竹谷俊明、杉野法広

松江テルサ 4F 研修室 1・研修室 2
Plus One セミナー会場

Plus One セミナー 3 J-CIMELS

9 : 00 – 13 : 00

「産科救命を基礎から学ぶ」

インストラクター：深見達弥（島根大学医学部附属病院 医療安全管理部）

山畑佳篤（京都府立医科大学医学研究科 救急・災害医療システム学 救急医療学教室）

進行・再発卵巣癌における PARP 阻害剤維持療法の安全性および有効性の検討

岡山大学学術研究院医歯薬学域 産科・婦人科学

松岡敬典

近年、卵巣癌治療に PARP 阻害剤維持療法が導入され、薬剤の種類および適応が拡大されている。長期間の奏功を維持できる症例を経験する一方で、従来の殺細胞性抗癌剤とは異なる有害事象を経験することも少なくない。各 PARP 阻害剤の薬剤ごとの有害事象の発生頻度については使用後調査に示されているが、それぞれの薬剤の副作用発症とそのリスクについての詳細な比較検討・解析についての本邦での報告はない。そのため、実臨床においては症例ごとに有害事象の発生リスクを予測することができず、維持療法開始後に重症化した副作用をしばしば経験する。我々は中国産科婦人科学会臨床公募研究として、進行・再発卵巣癌患者に対する PARP 阻害剤維持療法の多施設でのリアルワールドデータを集計し、患者プロファイリング、維持療法開始前の白金系抗悪性腫瘍剤投与時の実施状況および有害事象の発生因子を検証することにより、最適な PARP 阻害剤維持療法の確立を目的とした。

方法として、中国四国地方のがん診療拠点病院および連携拠点病院に協力を依頼し、2018年7月1日から2022年6月30日までの4年間において、進行・再発卵巣癌に対して PARP 阻害剤を用いた維持治療（オラパリブ単剤、オラパリブ＋ベバシズマブ併用、ニラパリブ単剤）を施行した症例データを集積し後方視的に検討した。15施設から初回治療症例123例、再発治療症例229例についての症例データが得られ、予後及び有害事象の発生の予測因子を解析した。

その結果、維持療法における血液毒性の発症が、先行する化学療法中の有害事象発生と相関していることが新たな知見として得られたため、本学会において詳細を発表する。

【略歴】

松岡 敬典（まつおか ひろふみ）

2011年3月 岡山大学医学部卒業

2013年4月 岡山大学産科婦人科入局

2013年10月 中国中央病院 産婦人科

2014年10月 広島市民病院 産婦人科

2015年10月 岡山大学 産科婦人科 医員

2020年6月 博士（医学）取得

2021年4月 岡山大学病院 産科婦人科 助教

【資格】

日本産科婦人科学会専門医・指導医

日本婦人科腫瘍学会専門医

日本がん治療認定機構がん治療認定医

胎児心拍数陣痛図の判読と急速遂娩

順天堂大学医学部・大学院医学研究科 産婦人科学講座

牧野真太郎

分娩経過中の胎児は、陣痛すなわち子宮収縮の繰り返しによって、常に低酸素ストレスにさらされている。また、子宮内の胎児は、臍帯を介した胎盤循環によって血液の酸素化が行われているため、胎動や子宮収縮に伴う臍帯圧迫等の臍帯血流障害は酸素化不良の原因となる。現在のところ、子宮内の胎児の健全性 (well-being) についてリアルタイムに判断できる方法は胎児心拍数陣痛図 (CTG) である。CTG の評価に関する問題点としては、CTG 所見は胎児機能不全 (NRFS) の診断についての特異度は高いものの、陽性的中率は必ずしも高くはないことが挙げられている。しかしながら、これまで分娩経過中の低酸素・酸血症が脳性麻痺発症の原因とされた児の CTG では、ほとんどの例で分娩経過中に何らかの異常所見が確認されており、さらに、必ずしも全ての児がレベル 5 の状態を呈しているわけではない。CTG の評価と分類に基づく対応・処置として、レベル 1 であれば経過観察、レベル 5 であれば急速遂娩の実行ということに異論はないと考えるが、これらの中間的な所見、特にレベル 3・4 が認められた場合の対応をどうするかが問題となる。産婦人科診療ガイドラインでは、それぞれのレベル分類に対応する処置として、レベル 3 では、監視の強化に加え、原因検索および考える原因に対応した保存的処置の施行、保存的処置で改善せず、レベル 4 となった場合は急速遂娩の準備・実行が推奨されている。さらに、NRFS の持続時間長と胎児血 pH との間には負の相関を示すとされており、我々は正常分娩経過の中でレベル 3 を呈した事例を対象に、CTG がレベル 3 を呈してから分娩に至るまでの時間について検討した結果、VD および PD を認めてからそれぞれ 33.5 分、34.5 分を過ぎると出生時の臍帯動脈血 pH が 7.2 未満となる可能性が高いと述べている。つまり CTG のレベル分類上レベル 3 と判断された場合、出生時の低酸素・酸血症を避けるためには 35 分以内に分娩とするか、保存的処置の実施により胎内蘇生をはかる必要があると考えることができる。

基線細変動の減少を伴った一過性徐脈や高度徐脈をみるなどレベル 4 以上と判断される場合は急速遂娩を検討することになる。分娩第 2 期で吸引・鉗子娩出術の要約を満たしている場合、吸引・鉗子娩出術の実行となるが、これらの器械分娩は、子宮収縮に加え、児頭下降に伴う臍帯牽引・圧迫の可能性など、器械分娩それ自体が胎児に対しては大きなリスクとなることを忘れるべきではなく、特に吸引分娩では、鉗子分娩に比べて牽引力が弱いことから娩出不成功となる可能性があり、注意が必要である。

略歴

牧野 真太郎 (まきの しんたろう)

学歴

平成 13 年 3 月 順天堂大学医学部卒業

平成 20 年 3 月 順天堂大学大学院医学研究科博士課程修了

職歴

平成 13 年 4 月 順天堂大学医学部附属順天堂医院 産婦人科 臨床研修医

15 年 4 月 順天堂大学医学部 産科婦人学講座 専攻生

17 年 6 月～18 年 10 月 カナダ アルバータ大学 産婦人科 留学 (PhD student)

20 年 4 月 順天堂大学医学部 産科婦人学講座 助教

23 年 1 月 順天堂大学医学部附属順天堂医院 産科病棟医長

24 年 1 月 順天堂大学医学部附属順天堂医院 産婦人科准教授

26 年 1 月 順天堂大学医学部附属順天堂医院 産婦人科医局長

26 年 4 月 埼玉医科大学総合医療センター 非常勤講師

30 年 11 月 順天堂大学医学部附属順天堂医院 産婦人科先任准教授

令和 2 年 4 月 順天堂大学医学部附属浦安病院 産婦人科 教授

現在に至る

賞 罰：2008 年・2010 年 順天堂大学産婦人科学講座同窓会学術奨励賞

2013 年 日本産婦人科学会ボランティア賞 (気仙沼市立病院勤務)

2019 年 順天堂大学同窓会学術奨励賞

2020 年 東京産科婦人科学会 ベストレビュー賞

学会活動：日本産科婦人科学会代議員 産婦人科ガイドライン産科編作成委員、日本周産期新生児医学会 評議員、日本妊娠高血圧学会理事、日本周産期メンタルヘルス学会理事、SRI member など

専攻領域：周産期医学

乳腺外科医事件から見た医療安全

東京神楽坂法律事務所

水沼直樹

2016年5月、右側の良性腫瘍摘出術後30分ほどして、4人部屋にいた患者が「回診に来た医師から（健側の）胸を舐められた」等の性被害を訴えた。同日臨場した警察官が微物採取したところ、amylase (+)、医師と同型のDNA型が検出されたことから、医師は準強制わいせつとして逮捕・起訴された。この事件では、①amylase検査及びDNA定量検査の適切性と②患者の性被害が術後せん妄に基づく幻覚であるか、が争われた。①については、amylase (+)を示す写真はなく、amylaseとDNAの検査ノートが鉛筆書きされ、かつ、消しゴムで消し書きされた痕跡があった。また、real time PCR定量検査が検査プロトコルに反して実施されていた。②については、鎮静・麻酔時に、プロポフォール、セボフルラン、ペンタジン等の薬剤が使用されていたが、これらの薬物に起因した術後せん妄とそれに起因した幻覚体験の有無が争点となった。

東京地裁は術後せん妄による幻覚の可能性を認めて無罪判決としたが、東京高裁は術後せん妄の可能性が乏しいとして懲役2年の実刑判決とした。これに対し、最高裁第二小法廷は、術後せん妄を認めた検察側医師の証言が医学的に一般的ではないとして、東京高裁判決を取り消し、東京高裁に差し戻した。現在、胸部に付着したDNAに関して審理が続いている（小田原良治「【識者の目】乳腺外科医事件差戻審の行方はどうなるであろうか」日本医事新報No.5160（2023年3月18日発行）60頁）。

先行研究によれば、プロポフォールをはじめとした薬剤が術後せん妄を誘発する可能性が指摘され、若年女性の胸部手術が術後興奮を誘発することが知られている。しかも、せん妄はsubtypeによらず幻覚体験する可能性が知られている（Meagher D. J Psycho Res 2011）。本邦のプロポフォールの添付文書にも、副作用として、多幸感、制欲抑制不能、譫妄との記載がある。医療者単独での院内での回診や巡回においては対策が必要であり、また患者、家族に対して、せん妄に関するパンフレットや動画を用いて十分な事前説明が必要である。他方で、患者の胸部に医師のamylaseやDNAは触診した医師の手指を介して付着した可能性がある。現に、ヒトは無意識に頭部・顔面（特に粘膜部分）を手で接触することや、手指に付着するウイルス、雑菌が接触を介して伝播することが知られており、DNAはこの様な機序で転写された可能性がある。この知見は、手指衛生が院内感染等の対策にも有益であることの一証左である。

水沼 直樹（みずぬま なおき）

略 歴 2004年 東北大学法学部卒業

2007年 日本大学大学院法務研究科卒業（法務博士）

2011年 弁護士登録

2013年 海事補佐人

2013年 亀田総合病院（専属内部弁護士。2018年1月迄）

2017年 鳥取大学医学部 非常勤講師（現）

2019年 東邦大学医学部 非常勤講師（現）

2020年 東京神楽坂法律事務所（現）

埼玉医科大学医学部 非常勤講師（現）

所属学会 日本生殖医学会（倫理委員）、日本がん・生殖医療学会（理事）、日本女性医学学会（顧問）、日本睡眠歯科学会（倫理委員）、日本法医学会、日本DNA多型学会、日本医事法学会（企画委員）、日本賠償科学会（評議員）、日本医療安全学会（評議員）、日本子ども虐待医学会、日本臨床リスクマネジメント学会、日本医療機関内弁護士協会（代表）ほか

次世代のがん治療のための遺伝子工学に基づく生物製剤の創薬研究

岡山大学学術研究院医歯薬学域 消化器外科学

藤原俊義

遺伝子工学技術の進歩は、ウイルスゲノムに改変を加えることで多彩な生物学的機能を付加したり、増殖を制御して安全性を確保したりすることを可能としてきた。私たちは、この遺伝子改変ウイルスをプラットフォームとする、新たな探索的創薬研究を行ってきた。

ウイルスはその生活環として、本来ヒトの細胞に感染、増殖し、その細胞を様々な機序により破壊する。遺伝子工学の進歩により、この増殖能にがん選択性を付加することで、ウイルスをがん細胞のみを殺傷する治療用医薬品として用いることができる。私たちは、極めて多くのがん細胞でその活性の上昇がみられるテロメラーゼ・プロモーターを用いて、がん治療用ウイルス製剤（OBP-301: Telomelysin）を開発した。まず、米国食品医薬品局（US FDA）の承認のもと、米国で固形がんに対する第Ⅰ相臨床試験を終了した。本邦では、2019年4月に Telomelysin は厚生労働省の「先駆け審査指定制度」の対象品目に指定され、高齢者や全身状態不良の食道癌患者を対象として、全国17施設にて Telomelysin の内視鏡的投与と放射線治療を併用する多施設共同第Ⅱ相臨床試験の症例登録が終了したところである。

遺伝子改変によりがん指向性となったウイルスは、薬剤や核酸を運ぶ drug delivery system（DDS）と同様に、ゲノムに様々な機能遺伝子を組み込むことで特殊機能の付加や抗腫瘍活性の増強を期待することができる。OBP-702 は Telomelysin に p53 がん抑制遺伝子を搭載した次世代型武装化（armed）ウイルス製剤であり、Telomelysin 抵抗性のがん細胞を含めた広範な治療域を有する。現在、臨床試験（医師主導治験あるいは企業治験）を目指して、日本医療研究開発機構（AMED）の支援で Good Manufacturing Practice（GMP）製造を行っているところである。

テロメラーゼ特異的遺伝子改変ウイルスのプラットフォームは、新たな消化器がんの低侵襲治療技術であり、次世代の生命科学や医療分野での大きな貢献が期待される。

【略歴】

藤原 俊義（ふじわら としよし）

1985年3月 岡山大学医学部医学科卒業

1990年9月 岡山大学大学院医学研究科（第一外科学講座）修了

1991年1月 米国テキサス大学 MD アンダーソン癌センター留学

1994年1月 岡山大学医学部附属病院（第一外科）

2003年5月 岡山大学医学部附属病院 助教授（遺伝子・細胞治療センター）

2007年4月 岡山大学医学部・歯学部附属病院 准教授（遺伝子・細胞治療センター）

2010年4月 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 消化器・腫瘍外科学 教授

2011年4月 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 消化器外科学 教授

岡山大学病院 副病院長（研究担当）（併任）

2017年4月 岡山大学病院 副病院長（研究・国際担当）（併任）

妊娠関連 TMA の診断・治療のポイント –HELLP 症候群と補体介在性 TMA (aHUS)–

大阪大学大学院医学系研究科 遺伝子診療部 / 産科学婦人科学講座
味村和哉

妊娠高血圧症候群や HELLP 症候群は稀ではあるが、極めて重篤な腎機能障害などの臓器障害が妊娠終了後も遷延し、血漿交換や人工透析を要する症例がある。このような症例では血栓性微小血管症 (Thrombotic microangiopathy: TMA) に分類される種々の疾患の鑑別が必要となるが、検査法や診断法は必ずしも確立されていない。とくに HELLP 症候群はその診断基準からすでに TMA と扱ってよいと考えられるが、その中に補体関連疾患である非典型溶血性尿毒症症候群 (atypical Hemolytic uremic syndrome: aHUS) として治療を再検討すべき症例も含まれる。また、妊娠高血圧腎症や HELLP 症候群においても補体の活性化が報告されており、その発生機序に少なからず補体が関与しているとも考えられている。HELLP 症候群は aHUS と必ずしも切り分けられるものでもなく、ある程度連続した疾患概念かもしれない。時に母児に重篤な障害をあたえる HELLP 症候群は発生する。産科医一人一人が経験することは決して多くはないかもしれないが、そのような症例を知っておくことは重要である。そのような症例をいくつか紹介しつつ、疾患の病態解明や新たな管理法の展開を考察したい。

略歴

味村 和哉 (みむら かずや)

【学歴】 2003 年 大阪大学医学部医学科卒業

【職歴】 2003 年 大阪大学医学部産科学婦人科学教室研修医

2004 年 りんくう総合医療センター市立泉佐野病院産婦人科研修医

2006 年 大阪大学医学部附属病院医員

2009 年 大阪府立母子保健総合医療センター研究所免疫部門研究員

2010 年 エコチル調査・大阪ユニットセンター特任助教

2011 年 大阪大学医学系研究科産科学婦人科学教室助教

2019 年 大阪大学医学系研究科産科学婦人科学教室学内講師

2023 年 大阪大学医学部附属病院遺伝子診療部特任准教授

【所属学会・資格など】

日本産科婦人科学会 専門医 / 指導医、日本周産期・新生児医学会 評議員 専門医 / 指導医、日本超音波医学会 専門医 / 指導医、日本人類遺伝学会 臨床遺伝専門医、日本妊娠高血圧学会 代議員・幹事長、日本胎児治療学会、日本胎盤学会、PC3 (ピーシーキューブ) インストラクター・理事、J-CIMELS インストラクター、NCPR インストラクター、母体保護法指定医

進行卵巣癌の初回治療 up to date

近畿大学医学部 産科婦人科

松村 謙臣

近年、卵巣癌に対してPARP阻害剤が用いられるようになり、卵巣癌の治療が大きく変わってきた。しかしPARP阻害剤の抵抗性メカニズムの多くは殺細胞性化学療法剤と共通しているため、PARP阻害剤使用後に増悪した場合には化学療法抵抗性となりやすい。したがって、PARP阻害剤は治癒や長期奏効が期待できる症例のみで使用するメリットがあると考えられる。PAOLA-1試験では、PDSで残存腫瘍なし(R0)とした症例においてベバシズマブとオラパリブを併用による維持療法を行った場合、維持療法開始からの2年PFSはBRCA変異症例では96%、BRCA野生型かつHRD陽性症例では80%であり、十分に治癒が期待できる結果であった。ニラパリブ維持療法の効果を調べるPRIMA試験では、Ⅲ期のPDS R0症例が除外されており、手術成績とニラパリブの効果の関連について検討しづらい。しかし最近報告されたPRIME試験では、Ⅲ期PDS R0やoptimal症例も多く登録されており、増悪リスクのハザード比からみたニラパリブの効果は手術時残存腫瘍の有無によって変わらないが、PDS症例0.63、IDS症例0.32とIDS症例の方が効果が高かった。さらにPRIME試験ではHRD陰性症例でもハザード比0.41とニラパリブによる十分な効果が得られた。また、化学療法レジメンとして、通常のTC療法に比してdose-dense(dd)TC療法は4年PFSを約15%上昇させ、さらにカルボプラチンを腹腔内投与するddTCip療法は、ddTCに比して5年PFSを約10%上昇させた。一方、BRCA変異を有さない症例を対象とするDUO-O試験において、TC+ベバシズマブに比してTC+ベバシズマブ+デュルバルマブ+オラパリブは、ITT集団でハザード比0.63、HRD陽性症例で0.49、HRD陰性症例で0.68といずれもPFSを延長させた。これまでの臨床試験の結果を正しく解釈して適切な治療選択を行うためには、臨床試験のデータをよく検討して、統計学のみならず薬剤の作用メカニズムからも理解する必要がある。本講演では様々な臨床試験や基礎研究のデータを振り返り、進行卵巣癌初回治療における患者本位のベストな診療指針について考えてみたい。

松村 謙臣 (まつむら のりおみ)

1971年生まれ

- [学歴] 1996年 京都大学医学部医学科卒業
2007年 京都大学大学院医学研究科修了
- [職歴] 1996年 京都大学医学部附属病院 産科婦人科 研修医
1998年 兵庫県立尼崎病院 産婦人科 医員
2000年 公立豊岡病院 産婦人科 医員
2002年 京都大学医学部附属病院 産科婦人科 医員
2005年 Duke University 客員研究員
2007年 京都大学医学部附属病院 産科婦人科 特定病院助教
2008年 京都大学医学部附属病院 産科婦人科 助教
2012年 京都大学医学部附属病院 周産母子診療部 講師
2013年 京都大学大学院医学研究科 医学専攻 准教授
2017年 近畿大学医学部 産科婦人科学 教授 (現職)

[専門医等] 日本産科婦人科学会専門医・指導医、がん治療認定医、日本婦人科腫瘍学会婦人科腫瘍専門医、産婦人科内視鏡技術認定医、ロボット外科学会専門医 (国内B)、日本周産期・新生児医学会周産期専門医 (母体・胎児)

[社会活動]

タカラバイオ株式会社；社外取締役
日本産科婦人科学会；中央専門医制度委員会副委員長、研修委員会委員長
日本婦人科腫瘍学会；理事、専門医試験作成小委員会委員長
近畿産科婦人科学会；理事、「産婦人科の進歩」誌；編集委員長
婦人科悪性腫瘍研究機構 (JGOG)；理事、TR委員会委員、将来計画委員会委員長
日本癌治療学会；編集委員会副委員長 / International Cancer Conference Journal 誌；Editor in Chief
Scientific Reports 誌；Editorial Board Member
Cancers 誌；Editorial Board Member
「産婦人科の実際」誌；編集委員
日本癌学会；評議員

女性の鉄欠乏性貧血に対する診断と治療

川崎医科大学附属病院 血液内科

和田秀穂

鉄欠乏性貧血（IDA）は、鉄の需要の増大または供給量の減少により、鉄の需要と供給のバランスが崩れ発症する。特徴的な症状があり、朝に酷く夕方から改善する倦怠感や脱力感、口腔内を熱く感じることによる水食症、むずむず脚症候群などである。月経のある女性では、経血により0.5～0.8mg/日に相当する鉄を喪失しており、女性のIDA、鉄欠乏の原因として最も多いのが過多月経である。また、妊娠・分娩・出産というライフイベントでは最大1,240mgの鉄が必要となるため、意図的に鉄の補給をしない場合には最大630mgの鉄が不足することになる。鉄欠乏の指標にはトランスフェリン飽和度率（TSAT）と血清フェリチン値がある。正常腎機能ではTSAT < 16%、フェリチン < 12 ng/ml、CKDではTSAT < 20%、フェリチン < 100 ng/mlで診断する。鉄剤不応性のIDAの一つに慢性疾患に伴う貧血がある。フェリチン以外の鑑別法に、血中ヘプシジン値があり臨床応用が期待されている。生体内の鉄制御に重要なヘプシジンはIDAでは低下し、鉄の補充により回復することが知られている。IDA治療の基本は貧血の原因を特定し、その原因に応じた治療を行うと同時に鉄剤の投与を開始することである。経口鉄剤（非ヘム鉄）から始めるのが一般的であり、2価鉄である第一鉄と硫酸鉄、3価鉄である第二鉄に分類され、両者の使い分けが重要となる。本邦で処方可能な静注鉄剤はこれまで含糖酸化鉄が主流であったが、カルボキシマルトース第二鉄（2020年薬価収載）、デルイソマルトース第二鉄（2023年薬価収載）が登場し大用量の鉄剤投与が可能な時代になっている。

【学歴・職歴】

和田 秀穂（わだ ひでほ）

1984年 川崎医科大学医学部医学科卒業

1992年 川崎医科大学大学院医学研究科修了

1994年 川崎医科大学内科学（血液）講師

2002年 川崎医科大学内科学（血液）助教授

2007年 川崎医科大学 血液内科学 教授

2018年 川崎医科大学 血液内科学 主任教授

2019年 川崎医科大学附属病院 副院長 兼任

【所属学会】

日本内科学会（評議員）、日本血液学会（評議員）、日本輸血・細胞治療学会：（評議員 / 中国四国支部支部長）、日本エイズ学会（代議員）、日本性感染症学会（代議員）

【専門医など】

日本内科学会（内科認定医・総合内科専門医・指導医）、日本血液学会（血液専門医・指導医）、日本輸血・細胞治療学会（輸血認定医）、日本感染症学会（感染症専門医・指導医・ICD認定医）、日本エイズ学会（認定医・指導医）、日本性感染症学会（認定医）

日本における子宮頸がん対策～ HPV ワクチンの課題と展望～

大阪大学 医科学研究科・産科婦人科学

八木麻未

日本において、HPV ワクチンは 2009 年 10 月に 2 価ワクチンが承認され、2011 年 7 月に 4 価ワクチンが承認された。2010 年 11 月から中学 1 年生～高校 1 年生相当を対象にした緊急対策推進事業による公費助成が開始され、2013 年 4 月には小学校 6 年生～高校 1 年生相当を対象とした定期接種が開始された。しかし、定期接種開始前後にいわゆる副反応報道が頻回にあり、同年 6 月に厚生労働省は「HPV ワクチンの接種の積極的な勧奨の一時差し控え」を発表した。

WHO ワクチン安全性諮問会は 2015 年 12 月に HPV ワクチンの安全性についての声明を発表し、「弱い根拠に基づいた政策決定は、安全かつ効果的なワクチンの使用の欠如につながり、真の被害につながる」と日本政府の対応に警報を鳴らしたが、積極的勧奨の差し控えはその後にも継続され、2021 年 11 月にようやく終了された。約 8 年 5 か月という長期間の継続により、2000 年度以降生まれの女子は低迷した接種率のまま定期接種の対象年齢を越え性経験率が高まってしまった。これらの生まれ年度においては、将来の子宮頸がんの罹患リスクの増加が懸念されており、実効性のある子宮頸がん対策が必須である。2022 年 4 月から 1997 年度生まれ以降を対象とした 3 年間のキャッチアップ接種が開始され、また、2023 年 4 月より 9 価ワクチンが定期接種に導入された。これらの動きによって、日本の子宮頸がん予防が大きく改善されることが期待される。

日本の子宮頸がん対策が停滞している間に、海外では HPV ワクチン導入後の子宮頸がん発生率の減少が報告された。本邦では、組織診異常の予防効果までが報告されている。安全性に関しても、諸外国で多くの報告があった。本邦では、厚労省の指定研究班（祖父江班）より「多様な症状が非接種者においても一定の程度認められた」と報告された。また、地域における HPV ワクチン接種にかかる診療・相談体制が構築され、安心して接種できる環境が整備された。

本邦において如何に HPV ワクチンの再普及を図れるかが子宮頸がん対策の大きな課題である。本公演では現状を確認し、今後の展望のための手がかりについて論じたい。

略歴

八木 麻未（やぎ あさみ）

2012 年 4 月～2016 年 3 月 大阪大学大学院医学系研究科 産科学婦人科学教室 非常勤職員

2016 年 4 月～2019 年 3 月 同 特任研究員（常勤）

2019 年 4 月～現在 同 特任助教（常勤）

進行卵巣癌の初回治療と再発治療 update

産業医科大学 産婦人科学

吉野 潔

近年、卵巣癌の治療は新たな治療選択肢が増え、患者に大きなメリットを生み出している。初回治療では手術療法と TC 療法の組み合わせに分子標的薬を併用あるいは維持療法として加えることにより、飛躍的に患者の予後の改善が期待できるようになった。

血管新生阻害薬であるベバシズマブは TC 療法に併用および単剤維持として有効性が示され実臨床において使用されてきた。本邦初の PARP 阻害薬オラパリブは単剤で BRCA1/2 変異陽性症例の初回治療後の維持療法が行われている。また HRD 陽性進行期卵巣癌の初回治療後には PAOLA-1 試験によって有効性、安全性が示されたベバシズマブ+オラパリブを用いた強力な併用維持療法が行われている。さらに本邦 2 番目となる PARP 阻害剤ニラパリブによる維持療法は PRIMA 試験により保険適応となっている。プラチナ感受性再発癌に対するオラパリブによる維持療法は Study19 試験、SOLO-2 試験において有効性が報告されてきている。NOVA 試験においては BRCA1/2 変異の有無および HRD の有無にかかわらずニラパリブによる維持療法が有効であることが示された。本セミナーではこれまでの初回・再発治療をレビューし最新の学会報告の結果も合わせて卵巣癌治療を解説したい。

【略歴】

吉野 潔 (よしの きよし)

1991 年 産業医科大学医学部医学科 卒業

1991 年 大阪労災病院 産婦人科 研修医

1994 年 大阪大学医学部附属病院 医員

1998 年 米国 NCI 研究員

2002 年 大阪府立母子保健センター 産科 医員

2007 年 大阪府立成人病センター 婦人科 副部長

2010 年 大阪大学医学部 産婦人科 助教・講師

2014 年 大阪大学医学部 産婦人科 准教授

2018 年 産業医科大学医学部産科婦人科学 教授

【専門医等】

日本産婦人科学会認定医・指導医・理事 (2023 年 -)

日本婦人科腫瘍学会認定専門医・指導医

日本臨床細胞学会細胞診専門医・指導医・評議員

子宮頸がん薬物療法の UPDATE

東京慈恵会医科大学 産婦人科学講座

岡本愛光

本邦において、2022年9月、抗PD-1抗体ペムブロリズマブが「進行または再発の子宮頸がん」の適応症で、また2023年3月には、「がん化学療法後に増悪した進行又は再発の子宮頸がん」の適応でセミプリマブの使用が可能となった。免疫チェックポイント阻害剤の登場で子宮頸がん薬物療法も新たな時代を迎えている。

これまでの進行再発の子宮頸がん薬物治療の歴史的な変遷と、今後の展望について検討していきたい。

【略歴】

岡本 愛光（おかもと あいこう）

東京慈恵会医科大学 産婦人科学講座 主任教授

- 昭和61年3月 東京慈恵会医科大学卒業
- 昭和61年6月 東京慈恵会医科大学 産婦人科講座 研修医
- 昭和63年5月 東京慈恵会医科大学 産婦人科講座 助手
- 平成元年4月 財団法人がん研究振興財団 リサーチレジデント
- 平成2年2月 国立がんセンター研究所 がん転移研究室 研究員
- 平成3年4月 東京慈恵会医科大学 産婦人科講座 助手
- 平成4年12月 Laboratory of Human Carcinogenesis, National Cancer Institute,
National Institutes of Health, Bethesda, MD, U.S.A.
Guest Researcher（米国国立がん研究所招待研究員）
- 平成7年2月 東京慈恵会医科大学 産婦人科講座 助手
Laboratory of Chemoprevention, National Cancer Institute,
National Institutes of Health, Bethesda, MD, U.S.A.
Guest Researcher 兼任
- 平成9年4月 東京慈恵会医科大学 DNA 研究所 遺伝子治療部門兼任
- 平成13年6月 東京慈恵会医科大学 産婦人科講座 講師、診療医長
- 平成21年2月 東京慈恵会医科大学 産婦人科講座 准教授
- 平成24年4月 東京慈恵会医科大学 産婦人科講座 主任教授
- 現在に至る

排卵障害の治療に役立つ漢方薬

県立広島病院 生殖医療科

兒玉尚志

不妊原因の一つである排卵障害は不妊原因の約 25% を占めるとされます。排卵障害の治療においては、その原因を正確に診断し、適切な治療法の選択を行うことが重要です。卵胞発育に続く排卵、黄体形成は自然妊娠成立の必須プロセスですが、視床下部-下垂体-卵巣系の内分泌性の制御の異常により、黄体機能不全を含む排卵障害が起こります。世界保健機関（WHO）によると排卵障害は大きく 3 つのグループに分類されており、Group I（視床下部下垂体不全）、Group II（視床下部下垂体機能低下や多のう胞性卵巣症候群（PCOS）など）、Group III（卵巣機能不全）とされています。ホルモン検査などによる排卵障害の原因部位の診断が重要です。

原因別に適切な治療の選択が必要となりますが、多くの症例で排卵誘発が必要となります。排卵誘発においては排卵障害の種類により適切な誘発方法の選択を行うことが重要です。内服薬としてはクロミフェン、昨年より保険収載されたフェマラ、メトフォルミンなどが使用可能で、それぞれの適応や特徴に合わせた使用方法の選択が重要です。

一方、漢方学的には排卵障害を血気水の異常と考え、いわゆる“血の道”としてとらえた治療がされており、当帰芍薬散、温経湯、桂枝茯苓丸、加味逍遙散などの漢方薬が代表的な薬剤となります。特に当帰芍薬散、温経湯はその基礎的、臨床的検討が行われその作用機序が解明されつつあり、視床下部の機能調節作用、卵巣への直接作用による排卵の促進効果、黄体機能の賦活効果が報告されています。また、多のう胞性卵巣症候群に対しては温経湯、芍薬甘草湯、柴苓湯の有効性が報告されています。漢方薬の多くは一般の排卵誘発剤とは作用機序が異なると考えられているため、単剤での有効性のみでなく、排卵誘発剤との併用による有用性も報告されており、排卵誘発剤の効果が不十分な場合などの併用薬としての効果が期待されます。

■略歴

兒玉 尚志（こだま たかし）

現職：県立広島病院 生殖医療科	主任部長
昭和 61 年 3 月	広島大学医学部医学科卒業
昭和 61 年 6 月 - 昭和 62 年 3 月	広島大学附属病院 医員（研修医）
昭和 62 年 4 月 - 平成 元年 3 月	県立安芸津病院
平成 元年 4 月 - 平成 3 年 3 月	広島大学附属病院 医員
平成 3 年 4 月 - 平成 3 年 5 月	国立大田病院
平成 3 年 6 月 - 平成 4 年 8 月	広島大学医学部附属病院 医員
平成 4 年 9 月 - 平成 7 年 3 月	広島大学医学部附属病院 助手
平成 7 年 4 月 - 平成 9 年 4 月	広島県立瀬戸田病院
平成 9 年 5 月 - 平成 18 年 6 月	広島市立安佐市民病院
平成 18 年 7 月 - 平成 20 年 3 月	東広島医療センター（医長）
平成 20 年 4 月 - 平成 25 年 9 月	県立広島病院 生殖医療科
平成 25 年 10 月 - 令和 3 年 9 月	東広島医療センター（医長）
令和 3 年 10 月 - 令和 4 年 4 月	県立広島病院 生殖医療科 部長
令和 4 年 4 月 -	県立広島病院 生殖医療科 主任部長

■免許・資格

- ・平成 30 年 10 月 日本産婦人科学会専門医・指導医
- ・平成 元年 9 月 学位（医学博士）取得
- ・平成 16 年 8 月 日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医
- ・平成 27 年 4 月 日本生殖医学会 生殖医療専門医
- ・令和 3 年 4 月 日本生殖医学会 代議員
- ・平成 26 年 4 月 広島大学 臨床教授
- ・令和 5 年 4 月 広島大学 客員教授

■所属学会

- ・日本産婦人科内視鏡学会
- ・日本生殖医学会
- ・日本産科婦人科学会
- ・日本受精着床学会
- ・日本産科婦人科医会
- ・日本エンドメトリオーシス学会
- ・日本がん・生殖医学会

プロゲステンの婦人科疾患における役割

太田郁子ウィメンズクリニック

太田郁子

月経困難症は思春期から多く認められる症候である。Primary dysmenorrhea は初潮から半年以内に認められる月経困難症で出血に際して起こるプロスタグランジンの合成が原因とされる。また secondary dysmenorrhea は子宮内膜症を代表とする疾患が背景となる月経困難症である。思春期から、これらの月経困難症に早期介入することは子宮内膜症の発症を予防したり、10代のキャリア形成を充実させるために非常に重要である。

また secondary dysmenorrhea は子宮内膜症のみに起因するわけではなく、無排卵周期症や PCOS 等の背景があることもある。子宮内膜症も PCOS も背景は同じで、エストロゲン優性、プロゲステロン抵抗性に起因する。この機序について詳しく解説する。

さらに抗エストロゲン・抗アンドロゲン作用をもつプロゲステン製剤をいかに有効に使用するのが非常に重要である。使用中に起こる不正出血の機序や対処法について解説・考察する。NICE や ESHRE のガイドラインでは思春期の月経困難症治療の第一選択はエストロゲン・プロゲステン配合剤（LEP 剤）とされているが、近年 LEP 剤を初潮から早期に使用すると peak bone mass の低下など骨への影響が無視できないと指摘されている。思春期の月経困難症に対する治療は LEP 剤の他にジェノゲスト等のプロゲステン単剤が選択肢としてあげられる。今回思春期の骨について詳しく解説する。骨の成長は骨伸長期と骨量上昇期に分けられる。骨伸長期は 11 歳から 13 歳を中央値として、骨が伸長する時期である。この時期の骨密度は骨粗鬆症の老年期女性と同量である。その後骨量上昇期は、骨伸長が停止し、骨端線が閉鎖すると開始となる。骨量上昇期は 25 歳以降まである女性があるが、終わりは中央値が約 21 ~ 23 歳とされている。そして peak bone mass に至ると骨成熟期となり、年間 1% 骨量は低下していく。このダイナミックな思春期の骨代謝の変化に、薬剤がどう影響するかを十分考慮する必要がある。今後月経関連疾患に対してさらに詳細な理解とプロゲステン単剤の使用法や特性を理解することは重要であると考えられる。

【略歴】

太田 郁子（おおた いくこ）

平成 12 年 3 月 日本大学医学部卒業

平成 12 年 5 月 日本大学産婦人科学教室入局

平成 18 年 3 月 日本大学大学院生理系発生生殖学卒業 医学博士

平成 19 年 4 月 倉敷平成病院 医員

平成 25 年 10 月 倉敷平成病院 婦人科 医長

平成 29 年 4 月 倉敷平成病院 婦人科 部長

令和 4 年 10 月 太田郁子ウィメンズクリニック 院長

【資格】

日本産科婦人科学会専門医

骨粗鬆症学会認定医

【所属学会】

日本エンドメトリオーシス学会

日本産科婦人科学会

日本女性医学学会

日本骨粗鬆症学会

【賞与】

第 30 回日本エンドメトリオーシス学会 臨床部門 学会賞 受賞

2018 年 日本女性医学学会優秀演題賞 受賞

【専門】

子宮内膜症、子宮腺筋症、更年期、ホルモン療法

101. Nager 症候群に対して EXIT により救命した 1 例

山口県立総合医療センター

伊藤麻里奈、三輪一知郎、藤井菜月美、松井風香、西本裕喜、浅田裕美、讚井裕美、田村博史、佐世正勝、中村康彦

Nager 症候群は上肢の低形成に加え下顎低形成を伴う稀な疾患である。我々は分娩前に臨床的に本疾患を疑い、分娩時の呼吸障害と挿管困難を想定した新生児科、小児外科とチーム編成をし EXIT による早期の治療介入が施行できた 1 例を経験したので報告する。

母体は 28 歳、2 妊 1 産。特筆すべき既往歴や内服歴はなし。前医にて妊娠の診断を受け、妊娠 22 週時の超音波検査にて下顎低形成の疑い、さらに妊娠 29 週時に上肢の短縮も指摘されたため精査加療目的に当院へ紹介となった。超音波検査と 3D-CT 検査にて下顎低形成と上肢短縮、母指欠損の診断となった。妊娠 32 週頃より著明な羊水過多と子宮収縮を認めたため入院管理となった。臨床的に Nager 症候群を疑い、分娩前より新生児科、小児外科、麻酔科医と情報共有を行い、EXIT を予定した。妊娠 37 週 1 日に選択的帝王切開術施行したが、下顎低形成に伴う高度の開口障害を認めた。新生児科医にて挿管困難と判断されたため、引き続き新生児科による気管切開術を行った。新生児は下顎低形成と上肢短縮、耳介低位や外耳道閉鎖に加えての右母指欠損を伴っていた。遺伝子検査にて Nager 症候群の責任遺伝子変異である SF3BF4 変異が確認されたため確定診断となった。

Nager 症候群などの下顎低形成をきたす疾患は、分娩時の呼吸障害と挿管困難になる可能性がある。下顎低形成の出生前診断は困難である場合も多いが、胎児診断により早期の治療介入が可能であると考えた。

102. 胎児期から診断・管理した双胎貧血多血症の一例

山口大学医学部附属病院

末田充生、村田 晋、田村雄次、三原由実子、品川征大、前川 亮、杉野法広

【緒言】自然発症の双胎貧血多血症（TAPS）は一絨毛膜性双胎の数%に認め、極めて細い吻合血管を介した緩徐な血流移動により発症するとされる。羊水差が無いため胎児期診断例は少なく、適切な管理方法は不明である。今回、待機的管理を行った TAPS 症例を報告する。【症例】妊娠 8 週に一絨毛膜二羊膜性双胎の診断で紹介となり、妊娠 29 週 3 日に切迫早産で入院となった。入院時、一児発育不全と中大脳動脈最高血流速度（MCA PSV）の高値（1.60～1.92MoM）を認めた。妊娠 30 週 5 日に羊水差は認めず同児の MCA PSV が 1.54MoM（基準値 1.5MoM 以上）、もう一児の MCA PSV が 0.79MoM（基準値 1.0MoM 未満）であったため TAPS stage I と診断した。さらに、同時期から超音波画像上、胎盤のエコー輝度差や多血児の肝臓に starry sky sign という特徴的な所見も認めた。他の異常所見は無いものの、妊娠 34 週 5 日に胎児心拍モニタリングで貧血児に sinusoidal pattern 様の所見と明らかな胎動減少を認め、BPS 2 点のため胎児機能不全で緊急帝王切開を施行した。出生時、貧血児 Hb 5.9mg/dl、多血児 Hb 25.4mg/dl であり TAPS の確定診断に至った。両児とも部分交換輸血などの集中治療を受けた。【考察】TAPS は胎児治療が可能な時期であれば胎児鏡下レーザー手術も報告されている。しかし、今回のように胎児治療の適応がない時期の診断事例は待機的な管理を行うしかない。TAPS の適切な娩出時期については、今後の検証が必要である。

103. 一絨毛膜二羊膜双胎 1 児死亡の生児に先天性皮膚欠損を認めた 1 例

益田赤十字病院 産婦人科

片桐 浩、波多野 渚、澤田希代加、片桐敦子

【緒言】

先天性皮膚欠損症は、先天性に皮膚の一部が欠損する疾患であり母体の抗甲状腺薬内服や染色体異常のほか、双胎一児死亡に関連した発症例の報告も認める。今回我々は一絨毛膜二羊膜双胎 1 児死亡の生児に先天性皮膚欠損症を認めた 1 例を経験した。

【症例】 31 才女性 2 妊 0 産、他院での融解胚移植により妊娠成立した。妊娠 6 週に性器出血のため当科受診、超音波検査で巨大絨毛膜下血腫を認めた。妊娠 12 週から性器出血増量したため管理入院の方針としたが、妊娠 14 週の超音波検査で双胎 1 児死亡を認めた。本人、家族に生児について妊娠経過中にもう 1 児に IUFD、その他脳神経障害出現の可能性もあることを説明の上、妊娠継続を行った。その後絨毛膜下血腫は増大を認めず、性器出血も消失したため妊娠 18 週に退院、外来通院とした。妊娠 35 週に性器出血のため管理入院となり 2 日後に陣痛発来し経膈分娩で生児を出産した。死産児は紙様児として胎盤と共に娩出された。生児は出生時の診察で両側腹部の皮膚の一部に左右対称性の欠損あり、頭部 MRI では異常所見は認めなかった。皮膚欠損部については生後 1 か月で保存的療法により瘢痕治癒を認めた。

【結語】

一絨毛膜二羊膜双胎での初期の双胎 1 児死亡において、生児の予後、合併症の頻度についての報告は多くはない。妊娠経過中双胎 1 児死亡を認めた場合に生児に起こりえる合併症、特に先天性皮膚欠損症について文献学的考察を加えて報告する。

104. 当院における三胎および四胎妊娠の周産期予後

鳥取大学医学部 産科婦人科

中嶋真大、元村衣里、川部早英子、牧尾 悟、宮本圭輔、柳楽 慶、原田 崇、谷口文紀

【目的】 三胎および四胎の出生による早産児の管理が地域の周産期医療体制を負担となるため、現状の把握を行った。【方法】 2013 年からの 10 年間に、当院で周産期管理した三胎 14 例と四胎 1 例について、後方視的に検討した。【成績】 自然妊娠は三胎の 5 例に認め、排卵誘発による三胎妊娠は 9 例、四胎妊娠は 1 例であった。全体の 2/3 の症例が排卵誘発による妊娠であったが、ART 妊娠はなかった。全症例において妊娠 15 週頃の予防的子宮頸管縫縮術と妊娠 25 週頃からの入院管理を行った。妊娠 20 週で双胎間輸血症候群と診断された三胎の一例は、胎児鏡治療を受けずに中絶となった。三胎症例の分娩週数の中央値は、33 [26-35] 週であり、出血量は 1,885 [940-3,895] g であった。四胎の症例は、妊娠 29 週に陣発して緊急帝王切開となった。破水や陣発のため緊急帝王切開で分娩した三胎妊娠 5 例の母体の身長は、選択的帝王切開となった三胎妊娠 8 例の身長に比べて低かった (155 vs. 162cm : p = 0.04)。全 43 症例の新生児のうち 26 週台で分娩となった 3 例は、慢性肺疾患のため 38-55 日の人工呼吸器管理を要した。【結論】 低身長の三胎妊婦においては早産リスクがより高いことが示された。三胎および四胎であっても、予防的子宮頸管縫縮術と妊娠中期以降の慎重な入院管理により周産期合併症リスクを低減できると考えられた。

105. 娩出時期決定に苦慮した巨大絨毛膜板下血腫（Breus' mole）合併胎児発育不全の1例

四国こどもとおとなの医療センター

杉本達朗、森根幹生、前田崇彰、長尾亜紀、檜尾健二、前田和寿

【緒言】 早産期における胎児発育不全（FGR）の至適娩出時期は、胎児の未熟性や母児合併症によりその決定に苦慮することがある。今回妊娠20週より severeFGR を呈し、24週には胎盤胎児側の巨大絨毛膜板下血腫（Breus' mole）の合併も認め、娩出時期に苦慮した1例を経験したので報告する。【症例】 41歳1妊0産。特記すべき既往歴なし。自然妊娠にて妊娠成立し、妊娠初期より当院で管理していた。妊娠20週4日、児推定体重227g（-2.2SD）とFGRを認めた。胎児奇形はなく、両側子宮動脈の notch、臍動脈血流拡張末期途絶などの高度血流障害を呈していた。またTORCH症候群、不育症のスクリーニング検査も全て陰性であった。24週頃より胎児発育の停滞と、胎盤肥厚・絨毛膜板下血腫も認めた。26週4日、胎児機能不全のため緊急帝王切開術を施行した。児は438gの男児、Apgar score 5/7（1分値/5分値）、pH7.15であった。螺旋動脈の高度 atherosclerosis と末梢絨毛低形成、巨大絨毛膜板下血腫を認めた。【考察】 今症例は妊娠早期から胎児は低酸素状態にさらされており、巨大絨毛膜板下血腫の形成によりさらに胎盤機能不全が進行したと考えられる。当院で過去に経験した、FGRに胎盤肥厚・絨毛膜板下血腫を合併した症例を含めその妊娠経過・予後を検討する。

106. 胸腹水を伴う胎児徐脈を呈した胎児発作性上室性頻拍の一例

徳島大学医学部 産婦人科

山中絵里加、白河 綾、峯田あゆか、吉田あつ子、岩佐 武、加地 剛

【緒言】 遷延する胎児徐脈を偶発的に認めた場合、胎児機能不全を含め、徐脈の原因探索をすることは重要である。今回、胸腹水を伴う胎児徐脈を呈した胎児発作性上室性頻拍の一例を経験したので報告する。

【症例】 30歳、3妊2産。既往歴なし。妊娠25週の健診時の超音波検査にて持続的な胎児徐脈と胸腹水を認め、胎児機能不全疑いにて当院搬送となった。当院到着時も100bpm前後の徐脈が持続していたが、徐脈はブロックを伴った心房性期外収縮（blocked PAC）の2～3段脈によるもので、BPSも保たれており、胎児機能不全は否定的であった。この時点ではblocked PACのみ認めていたが、数時間後に行った超音波検査ではPACから上室性頻拍への移行を認め、以後これが持続した。このことから、上室性頻拍が胎児胸腹水の原因と考えられた。翌日より母体にジゴキシン投与を開始、治療後9日目には上室性頻拍や期外収縮はほぼ消失し、14日目には胸腹水も消失した。里帰り後、妊娠39週に経膈分娩に至った。

【結論】 妊娠中期に偶発的に胎児徐脈を認めた場合、PACを念頭に置くことが重要である。一方、PACでは発作性上室性頻拍が潜在している可能性があり、注意を要する。

107. 胎児甲状腺腫大をみとめた子宮卵管造影後妊娠の1例

広島市立広島市民病院

保崎憲人、上野尚子、濱田真彰、藤川 淳、徳本祐奈、坂井裕樹、田中奈緒子、築澤良亮、森川恵司、植田麻衣子、玉田祥子、依光正枝、石田 理、児玉順一

症例は35歳女性。1妊0産。近医産婦人科にて子宮卵管造影施行後に自然妊娠成立し、前医にて妊婦健診施行されていた。妊娠31週2日、妊婦健診にて羊水過多を認めた際に胎児甲状腺腫大が疑われ当科紹介入院となった。妊娠33週1日より管理入院を開始した。母体に甲状腺疾患はなく、胎児超音波検査では胎児甲状腺辺縁

に血流を認め、胎児甲状腺スコアは合計1点（甲状腺血流0点、胎児心拍0点、大腿骨成熟0点、胎動1点）から胎児甲状腺機能低下症の可能性があり、原因としては子宮卵管造影に伴うヨード過剰が考えられた。胎児超音波検査では胎児甲状腺39×17mm, ellipse10.6cm, AFI27cmであった。母体の血液検査はTSH 8.89mIU/L, fT3 2.28pg/mL, fT4 0.81ng/dL, 尿中ヨウ素濃 2203μg/Lであり、軽度の甲状腺機能低下症を認め当院内科併診のもと、妊娠33週2日よりチラーゼン 50μg1錠内服を開始した。入院開始後は甲状腺腫大も増悪なく縮小傾向にあり羊水過多も改善され、治療介入は不要と判断した。経過良好であり外来管理とし、妊娠38週5日に経膈分娩となった。出生後、児の呼吸状態は安定しており甲状腺機能異常は認めなかった。経過良好であり産褥1ヶ月後の健診でも明らかな甲状腺機能異常は認めなかった。

108. 子宮収縮抑制剤の使用法と周産期予後の検証

高知大学医学部 産科婦人科

平川充保、永井立平、岡 眞萌、下元優太、大黒太陽、前田長正

【目的】本邦の切迫早産に対する子宮収縮抑制剤の使用法は施設毎に異なっており、諸外国の管理方針と大きく異なる。子宮収縮抑制剤の投与方法毎の治療効果を検証することを目的とした。

【方法】2021年4月1日～2023年3月31日の期間に切迫早産の診断で当院に入院した妊婦を対象とした。リトドリン塩酸塩長期使用群（前期群）と短期使用群（後期群）に分類し、早産率と分娩週数を主要評価項目とし、入院期間、子宮収縮抑制剤点滴の使用量および使用期間、母体合併症、出生児のApgar score、NICUの入院頻度、新生児慢性肺疾患の有無を副次評価項目とした。これらを診療録から後方視的に抽出し両群間の周産期予後を比較した。

【結果】対象患者数と分娩数は前期68例/266例、後期44例/267例であった。早産率および分娩週数は前期と後期で22～27週：0.3%/1.49%、28～33週：6.3%/4.5%、34～36週：12.4%/7.8%と差を認めなかった。前期、後期においてリトドリン塩酸塩の使用量は3153本/532本、硫酸マグネシウムの使用量は2962本/2105本、入院期間は25.7日/23.2日、子宮収縮抑制剤点滴使用期間は22.6日/15.6日と使用量、期間ともに後期で少なかった。母体合併症、新生児合併症は両群で差を認めなかった。

【考察】両群間において母児への影響に差は認めなかった。子宮収縮抑制剤点滴の使用量および使用期間は減らせる可能性がある。

109. 山口県の妊産婦のCOVID19への感染状況と当院における管理体制と周産期予後の報告 2019年からの3年間を振り返って

山口県立総合医療センター

西本裕喜、佐世正勝、藤井菜月美、伊藤麻里奈、浅田裕美、三輪一知郎、讃井裕美、田村博史、中村康彦

新型コロナウイルス（SARS-CoV-2）感染症は2023年5月8日に5類感染症に移行となった。これまでの約3年間の山口県内における妊産婦のCOVID19への感染状況を明らかにするとともに、指定病院として対応してきた当院の管理体制と当院での周産期予後を報告することを目的とした。2020年3月から2023年3月までにおける県内COVID19陽性妊産婦は合計2029人であった。感染時期にもよるが入院管理となった人数が756人であり、その内当院では264人（34.9%）の入院管理を担当した。妊娠期別にみると初期75人、中期87人、後期89人であり、分娩後に陽性が判明し搬送となったものが13人であった。全例が隔離期間を迎え、大きな合併症なく退院となっていた。

山口県内では、妊娠37週以降の患者は基本的に帝王切開による分娩の方針となっていた。帝王切開症例68人、経膈分娩となってしまった症例が2人であった。帝王切開症例の内、1例がCT検査で肺炎所見を認め中等症であったが、その他は全て軽症域であった。新生児への感染例は1例も認めなかった。

COVID19 への感染対策は基本的にフル PPE で対応した。COVID19 診療業務に伴った院内クラスターは 1 例もなかった。

3 年間に渡る COVID19 への診療経験から、周産期予後には大きく影響しなかったこと、これまでの感染対策が十分に機能していたことが確認できた。

110. 無痛分娩後に非瘢痕不完全子宮破裂をきたし出血性ショックとなった 1 例

香川大学医学部 周産期科女性診療科

合田亮人、新田絵美子、宮井瑛子、山本健太、石橋めぐみ、田中圭紀、伊藤 恵、
花岡有為子、鶴田智彦、田中宏和、金西賢治

【症例】33 歳、G2P1。前医で無痛分娩・オキシトシンにて誘発・子宮底圧出法で経膈分娩となった。分娩後 5 時間半にギョギョアップし気分不良、性器出血増加、ショックバイタル、総出血量約 3000ml となり当院へ緊急搬送となった。到着時 Hb：2.1g/dl、産科 DIC スコア 15 点、腹部超音波検査でモリソン窩に少量の echo free space を認めた。子宮底は臍上 1 横指で硬度良好であった。気管挿管し、造影 CT で子宮破裂が疑われ、子宮動脈塞栓術後に開腹術に移行した。子宮頸部が約 15cm 膨隆し、子宮漿膜まで凝血塊が貯留していた。子宮は弛緩しており、臨床経過から羊水塞栓症を疑い子宮摘出を考慮したが、子宮筋層が脆弱で切開部位の同定が困難・DIC の状況から、子宮筋層縫合術を行なった。前医から手術終了時までの総出血量は 7000ml を超え、RBC26 単位、FFP22 単位、PC20 単位、フィブリノーゲン 3g を輸血し、術後 9 日目に退院となった。

【考察】浜松医科大学での「弛緩出血・羊水塞栓症の病態に関する研究」事業で、C4・C1 インヒビターが基準外で、臨床的羊水塞栓症（子宮型）による子宮弛緩から非瘢痕不完全子宮破裂をきたしたが、出血が漿膜内に留まり腹腔内出血が少量であったと考えた。

本症例では子宮手術の既往はなかったが、無痛分娩、分娩誘発、子宮底圧出法が子宮破裂のリスクとして考えられた。

【結語】産科危機的出血において、子宮手術既往が無くとも子宮破裂の可能性は念頭に置くべきである。

111. 当院における無痛分娩の検討

¹⁾ 独立行政法人地域医療機能推進機構 徳山中央病院 産婦人科、

²⁾ JA 山口厚生連 周東総合病院

新井響子¹⁾、高木遥香¹⁾、平田博子²⁾、松尾美結¹⁾、檜部真央子¹⁾、澁谷文恵¹⁾、
中川達史¹⁾、山縣芳明¹⁾、平林 啓¹⁾、沼 文隆¹⁾

【目的】当院では 2020 年より計画分娩での硬膜外無痛分娩を施行している。当院における 2022 年の硬膜外無痛分娩症例における周産期転機について検討した。

【方法】正期産で分娩となった妊婦を対象とし、無痛分娩群および非無痛分娩群の 2 群間で診療録を後方的に検討した。選択的帝王切開、多胎妊娠、子宮内胎児死亡の症例は除外した。

【結果】2022 年 1 月から 12 月までの総分娩数は 461 件であった。除外例を除き無痛分娩は 54 件、非無痛分娩群は 187 例であった。無痛分娩群では器械分娩 35% (18/54 例)、分娩時出血量 672ml (111-3388)、緊急帝王切開率 10% (6/60 例) であったのに対し、非無痛分娩群ではそれぞれ 19% (36/187 例)、577ml (52-2856)、9.2% (19/206 例) と無痛分娩群で有意に器械分娩率が高く、分娩時出血量および緊急帝王切開率には有意な差を認めなかった。無痛分娩群の初産婦、経産婦の分娩第 2 期遷延率はそれぞれ 2.8% (1/36 例)、8.3% (2/24 例) であり、非無痛分娩群ではそれぞれ 17% (16/95 例)、8.7% (8/92 例) と分娩第 2 期遷延率には有意な差を認めなかった。新生児の Apgar score、臍帯動脈 pH には有意差を認めなかった。

【結論】2020 年から開始している無痛分娩であるが、自然分娩と比較しても安全に無痛分娩を行うことができていた。

112. 妊娠中に子宮脱を発症しコルポイリントテル併用による分娩誘発で経膣分娩に至った1例

倉敷中央病院 産婦人科

手塚 聡、寺井悠朔、福原 健、橋本阿実、細部由佳、佐伯綾香、深江 郁、黒田亮介、原 理恵、西村智樹、田中 優、伊藤拓馬、加藤 慧、堀川直城、清川 晶、楠本知行、中堀 隆、長谷川雅明、本田徹郎

【緒言】

子宮脱合併妊娠は10000～15000分娩に1例と稀であり、分娩方法が経膣分娩と帝王切開のどちらがよいかは未だに議論の余地がある。妊娠36週に子宮脱を発症し、コルポイリントテル併用による分娩誘発で経膣分娩に至った1例を経験したので報告する。

【症例】

33歳女性、G3P2。前回妊娠時も子宮脱を認めたと、速やかに改善した既往があった。今回の妊娠経過は順調だったが、妊娠36週に子宮下垂感と不正性器出血のため紹介医を受診した。POP-Q stage IIIの子宮脱と子宮頸部の嵌頓に伴う著明な浮腫を認め当科搬送され、同日入院となった。子宮脱は用手還納され、感染所見なく退院し、その後は自身で還納が可能な程度で経過した。分娩時に子宮脱を発症すると難産となる懸念があったため、妊娠39週5日にコルポイリントテルに蒸留水200mlを注入して分娩誘発したところ、子宮脱の発症なく子宮口が開大し経膣分娩に至った。新生児は3250gであった。産後に子宮頸管内より持続出血を認めたが、子宮内バルーンタンポナーデおよび膣内ガーゼ留置で止血した。産褥経過は良好だった。

【考察】

子宮脱合併妊娠で分娩時に子宮頸部が嵌頓した場合は帝王切開となることがあるため、経膣分娩を遂行するには嵌頓の防止が重要と考えられる。本症例においてはコルポイリントテル留置が経膣分娩に寄与した可能性がある。

113. 妊娠38週に急性呼吸不全で救急搬送された周産期心筋症の1例

県立広島病院 産婦人科

綱掛 恵、影山優花、北村美緒、平野章世、友野美穂、中島祐美子、白山裕子、三好博史

【緒言】周産期心筋症は心疾患の既往のない女性が妊娠、産褥期に心不全を発症し拡張型心筋症に類似した病態を示す疾患である。

【症例】36歳、1妊0産。心疾患の既往なし。自然妊娠成立しクリニックで妊婦健診を受けていた。妊娠20週頃から下腿浮腫を認め、妊娠32週頃から血圧が徐々に上昇していた。妊娠34週にCOVID-19感染症となったが隔離解除後も咳嗽が持続していた。妊娠37週の健診で血圧130/90mmHg、蛋白尿、全身の浮腫、体重増加を認めた。妊娠38週0日に労作時の動悸、息切れ、起坐呼吸を認め、妊娠38週1日に呼吸困難感増悪のため救急要請し、当院救急外来に搬送された。受診時所見はJCS300、血圧179/144mmHg、心拍数153回/分、呼吸数40回/分、SpO₂45%であり、超音波検査で胎児心拍は徐脈であった。直ちに気管挿管を施行し、母体の救命目的に緊急帝王切開術を行った。児は体重2784g、Apgar score (1分/5分) 2点/6点、臍帯動脈血pH6.973だった。術後の造影CTで肺塞栓はなく、心拡大と両肺野に著明な肺水腫、胸水があり、心臓超音波検査で左室収縮機能の低下を認めた。周産期心筋症による急性心不全が疑われ、循環器内科で心不全治療と抗プロラクチン療法を行い、術後17日目に退院した。

【結語】周産期心筋症は妊産婦死亡につながる重篤な疾患であり、早期診断、加療が重要である。妊娠高血圧症候群はリスク因子であり、心不全兆候に留意した管理を行う必要がある。

114. 母体搬送における当院での産科・救急医の連携体制

島根大学医学部 産科婦人科

原賀 光、皆本敏子、榎原 貫、中川恭子、岡田裕枝、山下 瞳、石橋朋佳、折出亜希、中山健太郎、金崎春彦、京 哲

【背景】母体搬送は対象が母児であること、病態によって主科が異なること等の理由で、複数科のスムーズな連携や情報共有が重要であるが、困難な事例も多い。島根県の母体搬送は兼ねてより産科が主体であったが、近年は救急医（高度外傷センター医師）と密に連携することで、より効率が上がっている。当院では救急医が搬送全体のマネージメント及び合併症のコマンダー、産科合併症の全身管理、産科医が母胎管理及び産科疾患のコマンダーを務める。常にダブルコマンダーを置くことでスムーズに搬送・治療を行っている。今回、産科医と救急医がドクターヘリに同乗することで母体を救命し得た一例について報告する。【症例】36歳、1妊1産。妊娠40週3日に吸引分娩にて搬送元で娩出。産科危機的出血のため、ショック状態となり当院への母体搬送依頼あり。ドクターヘリで40分かけて現場に向かい、到着後に救急医の全身管理のもと、産科医が処置を行った。総出血量3640mlと大量輸血（MAP12単位、FFP10単位）を要した症例であったが、その後の経過は良好であり、産褥7日目に退院した。【結論】迅速に様々な病態に対応しなければならない母体搬送においては、産科医と救急医がスムーズに連携できるシステム構築が重要である。当院における母体搬送は、24時間体制で産科医と救急医が現場に向かえるシステムであり非常に画期的であるといえる。

115. 当院で経験した虫垂炎合併妊娠の2例

福山医療センター 産婦人科

坂田周治郎、小川麻理子、岡田真紀、藤田志保、今福紀章、山本 暖

【緒言】妊娠中の虫垂炎の合併は非常に稀であり、診断に苦慮することが多い。今回、虫垂炎合併妊娠の2例を経験したので報告する。【症例1】35歳、34週1日経産婦。腹痛を主訴に前医を受診された。陣痛発来と判断され、当院へ救急搬送となった。受診時、持続的な左下腹部痛を認めたが、バイタルサイン・血液検査で異常所見を認めなかった。また、診察で産科疾患を疑う所見も認めなかった。しかし、腹痛は継続したため追加検査を施行。MRI検査では異常所見を認めなかったが、CT検査で虫垂炎と診断、保存的加療の方針となった。翌日、腹痛は改善せず、血液検査で炎症反応の上昇を認めたため、緊急帝王切開・虫垂切除術を施行した。術後も抗生剤投与し、術後6日目に退院。【症例2】31歳、37週5日初産婦。腸炎疑いのため内科入院となっていた。腹痛は改善傾向と考えられていたが、2日後に突然の上腹部痛を認めた。産科疾患を疑う所見はなかった。血液検査で炎症反応の上昇を認め、CT検査を行い虫垂炎と診断。分娩進行は乏しく、緊急帝王切開・虫垂切除術を行った。術後も抗生剤を投与し、術後14日目に退院。【考察】妊娠中の虫垂炎は病勢が早いことから母児への影響が深刻である。そのため早期の診断が望ましく、超音波で診断できない急性腹痛は虫垂炎を疑い、CT検査やMRI検査を施行することが推奨されている。【結語】虫垂炎合併妊娠の2例を経験した。

116. 経膈分娩に至った汎下垂体機能低下症合併妊娠の一例

岡山大学病院 産科婦人科

福武功志朗、牧 尉太、大羽 輝、白河伸介、三苦智裕、三島桜子、桐野智江、大平安希子、樫野千明、谷 和祐、光井 崇、衛藤英理子、増山 寿

【緒言】汎下垂体機能低下症は下垂体ホルモン分泌不全をきたす大変稀な疾患である。本症合併妊娠例の報告では、オキシトシン分泌不全を理由に帝王切開を選択することが多いが、我々は自然陣痛発来し分娩に至った本症を経験した。妊娠から分娩後までの下垂体ホルモンのコルチゾールモニタリングを施行したので、その結果も報告

する。

【症例】

32歳、G1P0。2歳、12歳時に頭蓋咽頭腫に対して開頭腫瘍摘出術を施行され、レボチロキシンナトリウム水和物、ヒドロコルチゾン、デスマプレシン酢酸塩水和物、ソマトロピン、ソマブシタン、エストラジオール、ジドロゲステロンにてホルモン補充療法を施行。挙児希望にてホルモン補充周期の凍結胚移植で妊娠し、経過順調であった。妊娠41週2日に予定日超過のため頸管拡張し、オキシトシンで誘発としたが陣痛発来せず。その夜に自然陣痛発来し、陣痛強化の上、分娩に至った。3216g、女児、臍帯動脈血 pH7.20、出血量700ml。血清コルチゾール測定は早朝、分娩直前、分娩直後、翌日に行い、最低値は陣痛発来後の12.5 μ g/dlであった。産直前ステロイド100mgIV投与を施行した。

【考察】

本症では下垂体摘出後も、自然陣痛発来を認め内因性オキシトシンの分泌が示唆され経膈分娩を遂行することができた。加えて、ACTHの分泌不全により陣痛ストレス下でコルチゾール低下を顕著に認めたことを確認でき新知見を得ることができた。

117. 妊娠中にコイル塞栓術を施行した未破裂脳動脈瘤の1例

鳥取県立中央病院 産婦人科

圓井孝志、山根恵美子、上垣 崇、野中道子、竹中泰子、高橋弘幸

【緒言】妊娠中の脳動脈瘤は破裂によるクモ膜下出血により診断されることが多く、未破裂で見つかることは稀である。我々は妊娠中に未破裂で発見された脳動脈瘤に対し、破裂予防目的のコイル塞栓術を施行した症例を経験したので報告する。

【症例】35歳、2妊1産、前回は31週に常位胎盤早期剥離を発症し緊急帝王切開を施行した。その5か月後、妊娠のため受診。元来高血圧で、11週に血圧140/80で α -methyldopaを375mgから開始した。23週には179/126と増悪、 α -methyldopaを750mgに増量した。26週、左目がかすむとの訴えがあり、眼科に紹介したところ視神経炎が疑われ神経内科に紹介された。頭部MRI検査で左内頸動脈・眼動脈分岐部に14×12×14mmの嚢状動脈瘤が発見された。産科、小児科、脳外科でカンファレンスを実施し、破裂すると母児とも生命の危険性があることから、コイル塞栓術を提案した。29週から破裂予防目的で入院安静とし、ニフェジピンL20mg併用。32週0日、全身麻酔下にコイル塞栓術を施行した。術後も眼の症状は改善しなかった。35週0日、脊椎・硬膜外麻酔下に選択帝王切開を施行し、1879gの男児をApgar score 8/9で出生した。産褥6日、脳外科がバルーン閉塞試験を施行したところ血栓を形成し、可及的に回収するも脳梗塞をきたし脳外科に転科となった。

【考察】妊婦や褥婦に血管内治療を施行する場合は血液凝固能の亢進に嚴重な注意が必要である。

118. シェーグレン症候群とSLEを背景にもつ腎移植後妊娠において妊娠終結時期の決定に苦慮した一例

県立広島病院 産婦人科

影山優花、北村美緒、平野章世、友野美穂、綱掛 恵、中島祐美子、白山裕子、三好博史

【緒言】腎移植後妊娠において妊娠許可基準は定められているが、腎機能増悪時の妊娠終結の基準はなく、個別に判断が必要となる。今回、腎機能悪化と血小板減少を合併した腎移植後妊娠の一例を報告する。

【症例】30代、1妊0産。背景疾患に抗SS-A抗体と抗SS-B抗体強陽性のシェーグレン症候群とSLEがある。間質性腎炎による慢性腎不全のため生体腎移植を受けた。シェーグレン症候群やSLEの胎児への影響を説明した上で挙児希望があり、血清Cr値1.5mg/dl未満や尿蛋白陰性等の基準を満たしたため、腎移植から8年後

に凍結胚盤胞移植により妊娠成立した。妊娠前は血清 Cr 値 1.2～1.3mg/dl であったが、妊娠 28 週頃から徐々に腎機能低下を認め、妊娠 34 週 3 日には血清 Cr 値 2.2mg/dl に上昇したため移植腎機能保護の観点から妊娠終結が望ましいと考えた。また妊娠を契機に血小板減少を認めており、血小板数 5 万 / μ l となったため血小板輸血の上、妊娠 35 週 0 日に低置胎盤の適応で帝王切開の方針とした。児は新生児ループス症候群や房室ブロックを呈さなかったが、免疫抑制剤の影響か B 細胞欠損症が疑われた。分娩後、移植腎機能は妊娠前と同程度まで改善した。

【結語】腎移植後妊娠における腎機能増悪時の介入に関して一定の見解はなく、移植腎機能や移植背景因子、合併症に応じて慎重に検討していく必要がある。

119. 新生児マススクリーニング異常で判明した抗内因子抗体陽性ビタミン B12 欠乏性貧血合併妊娠の 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、清川 晶、手塚 聡、細部由佳、佐伯綾香、深江 郁、黒田亮介、原 理恵、西村智樹、田中 優、伊藤拓馬、加藤 慧、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】妊娠中の貧血のほとんどは鉄需要増大に対する摂取不足による妊娠性鉄欠乏性貧血であるが、ビタミン B12 (VB12) 欠乏などその他の原因も念頭にあげる必要がある。今回、新生児マススクリーニング異常で判明した抗内因子抗体陽性 VB12 欠乏性貧血合併妊娠の 1 例を経験したため報告する。

【症例】36 歳初産婦。体外受精で妊娠成立し、当科で妊娠管理を行っていた。妊娠前より鉄欠乏性貧血を認めており、妊娠 19 週で小球性貧血を認め、鉄剤内服を行い改善した。妊娠 41 週 1 日に胎児機能不全の適応で緊急帝王切開術を施行した。同日の血液検査で大球性貧血を認めていた。産後 1 か月時点で貧血は改善していたが MCV は高値であった。新生児マススクリーニングでメチルマロン酸血症もしくはプロピオン酸血症が疑われたため、VB12 欠乏を疑った。血液検査にて児と母体に VB12 欠乏を認め、補充により血清 VB12 は改善した。妊娠中体重増加はほぼなく摂取不足による VB12 欠乏が疑われたが、抗内因子抗体陽性であり、悪性貧血について今後精査予定である。

【結語】新生児マススクリーニング異常で判明した VB12 欠乏性貧血の 1 例を経験した。妊娠中の貧血は妊娠性鉄欠乏性貧血のみならず、VB12 や亜鉛、葉酸欠乏、消化管出血などその他の可能性も考え、適切な診断、治療介入が必要である。

120. 妊娠を契機に診断された筋強直性ジストロフィー (dystrophia myotonica: DM) の 2 例

香川大学医学部 母子科学講座 周産期学婦人科学

向井健人、新田絵美子、喜多美里、古市 愛、國友紀子、宮井瑛子、香西亜優美、山本健太、田中圭紀、伊藤 恵、花岡有為子、鶴田智彦、田中宏和、金西賢治

緒言：

DM は常染色体優性遺伝で、筋強直と進行性の筋萎縮・筋力低下を特徴とする。今回、妊娠を契機に診断された DM を経験したので報告する。

症例 1：

40 歳、初産婦。妊娠 28 週 2 日、羊水過多で当院紹介。消化管閉鎖は否定的で切迫早産でリトドリンを開始。妊娠 31 週 0 日に CPK 上昇から横紋筋融解症を疑いリトドリン中止、硫酸マグネシウムへ変更。斧様顔貌、羊水過多を考慮して神経内科へ相談し、DM が疑われた。筋力低下が強く、31 週 1 日に硫酸マグネシウム中止。31 週 2 日に陣痛発来し、骨盤位のため緊急帝王切開術施行。児は 1300g、女児、Apgar score 1/6 (1/5 分後)、

floppy infant で DM が疑われ、現在人工呼吸管理中。患者は徐々に離床進み 15 日目に退院、遺伝子検査で DM の診断となった。

症例 2 :

34 歳、初産婦。妊娠 34 週 2 日、妊娠高血圧腎症で当院紹介。同日、HELLP 症候群の所見を認め、血小板 9 万 / μ L だったため全身麻酔下での緊急帝王切開術施行。抜管後、自発呼吸弱く再挿管。術前の CPK 1444U/L、父が DM であったことを踏まえ、神経内科へ相談し、DM の診断となった。児は 1823g、男児、Apgar score 7/9。術後 40 日目に児とともに退院。

考察 :

妊娠中の羊水過多・リトドリン使用および帝王切開術を契機に診断された DM を経験した。いずれも CPK は著明に高値であった。羊水過多やリトドリン使用による横紋筋融解症では本症を鑑別する必要がある。また、本症は術後に抜管困難などで判明することがあり、念頭に置いておく必要がある。

121. 当院における RRSO の現状

徳島大学病院 産科婦人科

棚野梨沙、加藤剛志、新垣亮輔、乾 宏彰、鎌田周平、香川智洋、木内理世、吉田加奈子、西村正人、岩佐 武

【目的】リスク低減卵管卵巣摘出術（RRSO）は、2020 年 4 月から乳癌患者で遺伝性乳癌卵巣癌症候群（HBOC）に対し保険収載された。当院における RRSO の現状について報告する。

【方法】2020 年 4 月～2023 年 3 月に当院で RRSO を施行した 16 例について、患者背景、手術成績および術後経過について後方視的に検討した。

【結果】平均年齢 48（37-67）歳で、gBRCA1 変異 5 例、gBRCA2 変異 11 例であった。8 例は RRSO のみ施行、8 例では子宮筋腫などの良性病変を認め、かつ子宮悪性腫瘍予防の希望もあり単純子宮全摘術を併施した。平均在院日数は 6.5（5-8）日で、全例で周術期合併症は認めなかった。摘出付属器の術後病理診断にて、漿液性卵管上皮内病変（serous tubal intraepithelial lesion: STIL）1 例、漿液性卵管上皮内癌（serous tubal intraepithelial carcinoma: STIC）1 例、両側卵管癌 + 右卵巣癌 1 例と 16 例中 3 例に病変を認めた。STIL の症例は転居のため転院、STIC の症例は子宮全摘術を併施しており経過観察中である。両側卵管・右卵巣癌の症例では、RRSO の 5 週後に単純子宮全摘出 + 骨盤リンパ節郭清 + 大網切除術を施行したところ骨盤リンパ節転移を認め stage III と診断し、化学療法中である。

【結語】

全例で合併症なく安全に RRSO を施行できたが、術後に悪性と診断された症例もあり、術前の十分な説明と悪性を念頭に置いた手術を心がけることが必要である。

122. 卵巣癌におけるリンチ症候群のユニバーサルスクリーニングの検討 —preliminary report—

1) 高知大学医学部附属病院 産科婦人科、2) 高知県立あき総合病院 産婦人科、
3) 高知大学医学部附属病院 臨床遺伝診療部、4) 高知大学医学部附属病院 病理診断部
氏原悠介¹⁾、泉谷知明¹⁾、松浦拓也¹⁾、牛若昂志¹⁾、樋口やよい²⁾、田代真理³⁾、
高野 隼⁴⁾、杉本健樹³⁾、村上一郎⁴⁾、前田長正¹⁾

【目的】Lynch 症候群（LS）は、MMR 遺伝子の生殖細胞系列病的バリエントに起因する腫瘍易罹患性症候群で、LS の拾い上げでは臨床情報に基づくアムステルダム基準 II や改訂ベセスダ基準（第 1 次スクリーニング）が用いられてきたが、近年では分子学的分析法としてユニバーサルスクリーニング（UTS）が推奨されるようになってきている。LS の卵巣癌生涯発症率は 4-12% と大腸癌や子宮体癌より低いが、これらに先行して発症

する可能性があり、本研究では卵巣癌における UTS の有用性について検討することを目的とした。

【方法】2018年7月以降に当院で卵巣癌と診断した症例のうち、文書による同意が得られた10例を対象とした。まず、IHCとMSI検査によるUTSを実施し、MMR蛋白発現消失もしくはMSI-highであった症例に対して、遺伝カウンセリング後、MMR遺伝子の遺伝学的検査を行った。結果開示も遺伝カウンセリング担当者が行い、再度カウンセリングを行っている。

【結果】10例のうち2例(20%)がIHC陽性(MSH2 1例、MSH6 1例)で、2例中1例はMSI-Hであった。2例ともMMR遺伝子の遺伝学的検査を行い、1例でMSH6に病的バリエーションを認め、LSと診断した。本症例はLS関連腫瘍の家系内集積はなかった。

【考察】開始したばかりでまだ10例ではあるが、第1次スクリーニングに該当しない1例を拾い上げることができた。卵巣癌においてもUTSは有用な可能性があり、症例を蓄積し検討を進めたい。

123. 緩和医療のデータと当院でのがんゲノムパネル検査のデータからゲノム医療の実態と問題点をさぐる

香川大学医学部附属病院 周産期科女性診療科

鶴田智彦、古市 愛、向井健人、喜多美里、國友紀子、香西亜優美、新田絵美子、田中圭紀、花岡有為子、田中宏和、金西賢治

2019年6月から保険適応となったがんゲノムパネル検査は本邦で数万件が施行されている。C-CAT20000人のデータでは薬剤到達率は7.8%と報告された。この数字を考えると満足とは言い難い。理由は大きく二つあり、適応や施行時期の課題があると考えられる。適応は「標準治療終了の見込み」が一つある。何をもちいて標準治療終了見込みであるか判断は難しい。婦人科がん治療において実際の最終治療日とBSC提案日の間がどのくらいあるのか、平均の化学療法レジメ数やBSC以降どのくらいで死亡するか等緩和医療の実際を知る必要があるのではないかと考える。また当院で施行されたがんゲノムパネル検査の実態(2020-2022年の期間における320件)からMSI-H、TMB-H、二次的所見有、保険適応薬剤到達率を算出し、それぞれ2.0%、8.2%、12%、4.8%であった。婦人科がんに限るとそれぞれ4%、8%、20%、8%であり二次的所見有がやや多かった。婦人科がんはHRDに関わる遺伝子変異であることが他のがん種に比較的多いと推察された。薬剤投与に結び付いたものはペンブロリズマブが大半であった。これらのデータを示し実態と問題点をさぐっていききたい。がんゲノムパネル検査自体の課題もそうだが、適応がBSCに傾きつつある病勢であることを考えると、緩和医療の実態を知りより良い適切な提案時期、施行時期ならびに適応を考える必要があると考える。

124. 当院における婦人科悪性腫瘍に対するがん遺伝子パネル検査の現状

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

松尾美結¹⁾、平林 啓¹⁾、山縣芳明^{1) 2)}、新井響子¹⁾、檜部真央子¹⁾、高木遥香¹⁾、澁谷文恵¹⁾、中川達史¹⁾、沼 文隆¹⁾

【目的】婦人科悪性腫瘍に対する遺伝子パネル検査の現状と課題について検討する。

【対象および方法】2019年7月から2022年9月までの期間に、再発もしくは進行婦人科悪性腫瘍に対し当院で遺伝子パネル検査を施行した症例を対象とした。対象となった17例について、検査の結果や治療選択について検討した。腫瘍の内訳は子宮頸癌5例、子宮体癌2例、卵巣癌10例であった。パネル検査はF1CDx 12例、F1 Liquid 4例、他1例であり、組織検体は原発巣8例、転移巣5例であった。提出時期は初回治療不応時もしくは初回再発時が2例、初回再発治療中が4例、初回再発治療後が9例、再再発後が2例であった。

【結果】遺伝子パネル検査の結果では、バイオマーカーはTMB high 6例(35%)、MSI high 2例(12%)であった。治療の提案として、遺伝子変異に関わる治療ありが14例(82%)、保険適応薬ありが4例(24%)、未投与保険適応薬が2例(12%)であった。治療の提示の確率は高かったものの実際の参加へのハードルは高く、1

例のみ患者申し出療法として施行している。保険適応薬として提案したものは、TMB high、MSI high および BRCA 変異に対する、Pembrolizumab および PARP 阻害薬であった。

【結語】個別化医療の実施において遺伝子パネル検査は必須の検査である。検査を施行するにあたり、患者への提案、提出方法、結果説明と実臨床へのフィードバックの確率等について十分理解しておくことが必要である。

125. 家族歴から遺伝性腫瘍が疑われた超高齢卵管癌の一例

¹⁾ 松江市立病院 産婦人科、²⁾ 松江市立病院 ゲノム診療部

中曾崇也¹⁾、大石徹郎^{1) 2)}、竹下美保²⁾、田代稚恵¹⁾、高橋正国¹⁾、入江 隆¹⁾

【はじめに】超高齢社会を迎え、高齢者のがん対策が喫緊の課題となった。HBOC 関連癌の累積発生率は 85 歳に至るまで上昇し続けることが示され、HBOC 診断の確定は患者のみならず、遺伝情報を共有する血縁者にとっても健康管理上重要となる。同一家系内に BRCA1/2 病的バリエーション保持者が存在し、関連癌の濃厚な家族歴を有する超高齢卵管癌の症例を経験したので報告する。

【症例】91 歳、6 妊 3 産、閉経 50 歳。腹部膨満感を主訴に受診した。MRI 検査では骨盤内左側に嚢胞状の領域および充実部が混在する 9cm 大の腫瘤を認め、左卵巣癌が疑われた。家族歴としては、乳癌で死亡した母、姉、姪、乳癌治療後の妹、前立腺癌と膀胱癌で死亡した弟があった。PS もよく健康寿命にも期待できることから、診断および腫瘍減量目的に両側付属器摘出術を行った。腹腔内に播種病変はなく、腫瘍は左付属器に局限していた。術後病理組織診断は高異型度漿液性癌であり、左卵管癌 II a 期と診断した。乳癌治療後の妹について BRCA2 病的バリエーションが判明していたが、患者には知らされていなかった。その後の親族間での情報共有の有無に配慮しながら、遺伝学的検査を提案する予定である。

【結語】遺伝性腫瘍に関する近親者間での情報共有の在り方について考えさせられる症例であった。

126. 若手医師を対象とした HBOC に関するロールプレイ形式の学習

広島大学医学部 産科婦人科

中本康介、友野勝幸、真田ひかり、大谷麻由、豊田裕里子、宮原 新、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、関根仁樹、野坂 豪、山崎友美、向井百合香、古宇家正、工藤美樹

【緒言】遺伝性乳癌卵巣癌 (HBOC) に対するリスク低減手術や卵巣癌におけるコンパニオン診断などを説明する機会が増え、若手医師においても必須の知識となってきた。しかし、説明には知識だけでなく、症例ごとの心理・社会的影響にも配慮したコミュニケーションスキルも求められる。そこで、若手医師を対象にロールプレイ形式のセミナーを開催し、その効果について検討した。【方法】HBOC に関する事前学習と複数症例のシナリオを用意した。オブザーバーとして婦人科腫瘍専門医、乳腺専門医、臨床遺伝専門医が参加した。本セミナーの前後にアンケートを実施し、評価した。【結果】参加者は卒後 3～9 年目の医師が 23 名で、そのうちオンライン参加が 13 名であった。参加者全員が知識の定着とコミュニケーションスキルの向上を実感していた。また、参加者が同世代であったことから、初学者でも参加しやすく、説明時の工夫も共有しやすい環境であった。事前学習やシナリオの作成、オブザーバーの参加は、知識不足が危惧される若手医師の活発な議論を可能にした。【結語】ロールプレイ形式での学習は、HBOC に関する知識の定着とコミュニケーションスキルの向上に繋がり、若手医師に対して有用であった。

127. 卵巣チョコレート嚢胞癌化術後 7 年目に膀胱子宮窩腹膜深部子宮内膜症が癌化した症例

1) 川崎医科大学 産婦人科学、2) 川崎医科大学 病理学

岡本 華¹⁾、太田啓明¹⁾、森本裕美子¹⁾、河村省吾¹⁾、齋藤 渉¹⁾、松本 良¹⁾、松本桂子¹⁾、杉原弥香¹⁾、塩田 充¹⁾、下屋浩一郎¹⁾、佐貫史明²⁾、森谷卓也²⁾

【緒言】

子宮内膜症の悪性化は 0.7～1% に起こり、約 80% は卵巣に発生するとされ深部子宮内膜症 (DE) の癌化は稀である。卵巣チョコレート嚢胞癌化術後 7 年目に膀胱子宮窩腹膜の DE から発生した類内膜癌の症例を報告する。

【症例】

50 歳代 GOP0。前医にて 7 年前に右卵巣チョコレート嚢胞 6cm を認め、悪性を示唆する所見はなく腹腔鏡手術を行った。嚢胞周囲は癒着が強く腫瘍破綻したが両側付属器を摘出した。病理診断は右卵巣子宮内膜症、粘液性境界悪性腫瘍、4 × 2mm 高分化型類内膜癌であった。術後診断を右卵巣癌 1C 期とし、微小浸潤癌相当であったため経過観察となった。右下腹部痛を主訴に当院を受診、造影 CT および MRI で右外腸骨動脈の内側で膀胱に接する腫瘍を認めた。また PET-CT でも同部位に集積を認め審査腹腔鏡を行った。腫瘍は 3cm 大で右側臍靭帯と膀胱の間に存在し、病理診断は子宮内膜症を背景に新たに発生した類内膜癌であった。術後診断を腹膜癌 II B 期 (腹水洗浄細胞診 class4) とし、complete surgery を予定している。

【考察】

DE の癌化は稀で、最近 10 年間では 8 症例が報告され、平均発症年齢は 48.75 歳、87.5% が類内膜癌であった。約 50% の症例が外科治療後に補助化学療法を受けており文献上の再発はなかった。本症例も術後補助化学療法を予定している。

【結語】

本症例のように子宮内膜症癌化は再発する可能性があり、初回発症時に卵巣のみならず子宮とそれに伴う DE 摘出を考慮すべきである。

128. 子宮内膜症上皮細胞における癌遺伝子変異の臨床、生物学的意義について

島根大学医学部 産婦人科

菅野晃輔、中山健太郎、榎原 貫、原賀 光、中川恭子、山下 瞳、石橋朋佳、石川雅子、京 哲

卵巣子宮内膜症上皮細胞には *KRAS*、*PIK3CA* 等のがん遺伝子の変異が報告されているものの、その意義については明らかにされていない。我々はこれらの変異が子宮内膜症に及ぼす臨床的・生物学的意義について検討した。卵巣子宮内膜症核出術の検体を用いて子宮内膜症性嚢胞上皮細胞を初代培養した。次にレンチウイルスベクターによる *cyclin D1*、*CDK4*、*hTERT* の遺伝子導入で不死化を行い HMOsisEC10 細胞を樹立した。次にこの HMOsisEC10 に *KRAS* 変異 (G12V)、*PIK3CA* 変異 (E545K) 遺伝子を導入した。これらは細胞増殖能、遊走能、浸潤能いずれも親株より優位に能力が増強しており、臨床的にアグレッシブな病態と関連していると考えた。次にプロゲステロン受容体 B を導入しジエノゲスト (DNG) への感受性も評価したが、細胞増殖能、遊走能、浸潤能はいずれも親株と有意差は認められなかった。また炎症性サイトカインの発現レベルについても評価したが、DNG 投与による有意差は見られなかった。以上からがん遺伝子変異を有する子宮内膜症は臨床的にはアグレッシブな可能性があるが DNG に対する抵抗性には関連していないことが示唆された。

129. G-CSF 産生卵巣成熟奇形腫の悪性転化の 1 例

広島大学病院 産科婦人科

真田ひかり、森岡裕彦、大谷麻由、豊田祐里子、宮原 新、宇山拓澄、野村有沙、
榎園優香、佐藤優季、中本康介、大森由里子、寺岡有子、野坂 豪、関根仁樹、
友野勝幸、山崎友美、古宇家正、向井百合香、工藤美樹

Granulocyte-colony stimulating factor (G-CSF) 産生腫瘍は、腫瘍細胞が G-CSF を産生し、明らかな感染徴候がない白血球増多、血清 G-CSF 値の上昇を認め、一般的に予後不良である。今回 G-CSF 産生を伴う卵巣成熟奇形腫の悪性転化症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。症例は 56 歳、著明な白血球増多を伴う卵巣癌の疑いで当科へ紹介受診となった。画像検査で骨盤内に充実成分を伴う 13cm 大の卵巣腫瘍を認め、子宮と S 状結腸への浸潤が疑われた。卵巣癌の疑いで子宮全摘術と両側付属器切除術、S 状結腸切除術と人工肛門造設術を施行した。病理組織診断は、成熟奇形腫の扁平上皮癌への悪性転化だった。G-CSF 抗体による免疫組織化学染色は陽性であった。術前の発熱と白血球数 87,510/ μ L (好中球 94.1%) が術直後より低下したが、術後 6 日目には白血球数の再上昇を認め、CT 検査で多発肝転移と腹膜播種が疑われた。術後 TC 療法を開始し、2 サイクル目よりベバシズマブを併用したところ白血球数は減少し転移病変も縮小した。MyChoice 診断システムの結果は HRD であった為、PARP 阻害薬を追加して維持療法を行う予定である。本症例では、G-CSF 産生を伴う卵巣成熟奇形腫の悪性転化に対して、手術療法とベバシズマブを用いた術後療法が有効であったと考える。

130. 卵巣未熟奇形腫術後の対側卵巣再発に対して妊孕性温存のため腫瘍核出術を施行し、その後自然妊娠で生児を獲得した一例

岡山済生会総合病院 産婦人科

田中佑衣、春間朋子、道満佳衣、秋定 幸、平野由紀夫

【緒言】卵巣未熟奇形腫は妊孕性温存治療を行うことも多いが、患側卵巣摘出後に対側卵巣に再発した場合、治療方針に苦慮することが多い。今回、我々は未熟奇形腫術後の対側卵巣再発に対して腫瘍核出術を施行し、その後自然妊娠で生児を獲得した一例を経験したので報告する。【症例】初発時 15 歳、未経妊。12cm 大の右卵巣腫瘍に対して開腹右付属器摘出術、大網部分切除術、腹腔内生検を施行し、未熟奇形腫 IC2 期 (grade1, pT1C2NXM0) の診断であった。後療法なしで経過観察中、20 歳時に左卵巣再発が疑われた。妊孕性温存希望のため開腹腫瘍核出術を施行し、未熟奇形腫 (grade1) の診断であった。術後、卵子凍結保存を提案したが希望されなかった。後療法なしで経過観察中、二度 (23、26 歳) 卵巣腫瘍を認めたが、MRI 検査で成熟奇形腫が疑われたため腹腔鏡下腫瘍核出術を施行し、いずれも成熟奇形腫の診断であった。左卵巣は計 3 回核出術を施行したが卵巣機能は温存され、28 歳で自然妊娠し生児を獲得した。【考察】卵巣未熟奇形腫の妊孕性温存治療では通常患側付属器摘出が推奨されるが、I 期で付属器摘出と腫瘍核出を比較した研究で、5 年無病生存率に有意差がなかったとの報告があり、腫瘍核出術に留めることも考慮できる。【結語】卵巣未熟奇形腫術後の対側卵巣再発に対して、妊孕性温存の観点から腫瘍核出術に留めることも選択肢の一つになり得ると考えられた。

131. 腹腔鏡下手術後に判明した上皮内癌を有する成熟嚢胞性奇形腫の 1 例

山口大学医学部附属病院 産婦人科

田村雄次、竹谷俊明、米田稔秀、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

成熟嚢胞性奇形腫は全卵巣腫瘍の約 20% を占める良性腫瘍であり、治療としては腹腔鏡下手術が選択される

ことが多い。悪性転化は約1～2%に認めると報告されているが、中でも悪性腫瘍成分が浸潤を伴わず上皮内癌として認められることは非常に稀である。今回我々は腹腔鏡下付属器切除術後に上皮内癌を有する成熟嚢胞性奇形腫と診断された症例を経験したため報告する。

症例は46歳、1妊0産。既往歴に特記事項なし。前医で8cm大の右卵巢腫瘍を指摘され精査加療目的に当院紹介受診となった。経膈超音波検査やMRI検査などから右卵巢成熟嚢胞性奇形腫を疑い、腹腔鏡下右付属器切除術を施行した。腹腔内に癒着や腹水は認めなかった。腫瘍内容液を吸引した後に右付属器切除を行った。術後病理所見は、大部分が脂肪を含む成熟嚢胞性奇形腫であり未熟成分も認めなかったが、嚢胞内の上皮の一部でSquamous cell carcinoma in situ相当の像を認めた。病理医を含めてカンファレンスを行い、追加治療は行わずに経過観察の方針とした。現在、術後1年も再発兆候なく経過している。

上皮内癌を有する成熟嚢胞性奇形腫の予後については症例数も少なく明らかになっていない。今後も慎重な経過観察が必要である。

132. 初回手術から9年後に腹腔内再発とリンパ節転移を認めた、sex cord tumor with annular tubules (SCTAT) の一例

長門総合病院 産婦人科

今川天美、中島博予、中島健吾

卵巢腫瘍はその発生の起源によって上皮性腫瘍、胚細胞腫瘍、性索間質性腫瘍の3つに大別される。今回、我々は性索間質性腫瘍の中でも稀な良性卵巢腫瘍の症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。症例は41歳、女性。34歳時に右卵巢腫瘍の診断に対して開腹下右卵巢腫瘍摘出術を施行した。病理組織はsex cord tumor with annular tubules, no malignancy (SCTAT)であり、良性卵巢腫瘍の診断で終診となった。手術から9年後に腹部膨満感を主訴に近医を受診し、腹部腫瘍の診断で当院に紹介となった。腹部CT検査にて径8cm大の後腹膜腫瘍を指摘され、開腹で腫瘍摘出術と隣接のリンパ節郭清術を施行された。病理結果にて腫瘍とリンパ節にSCTATの転移所見あり、再発の診断となった。その後の画像検査ではその他の転移・再発所見は認めなかった。本人の希望で追加治療は行わず、経過観察を行っているが、現時点で再発所見はなく経過している。SCTATは稀な卵巢腫瘍で、治療方針が定まっておらず、個別の症例でそれぞれ対応している。SCTATはPeutz-Jeghers症候群合併例でない場合、20%は臨床的に悪性の経過をとるlow malignant potentialを有するとの報告があり、SCTATの診断に至った場合は悪性腫瘍に準じた管理を行う必要があると考えられた。

133. AMIGO2 expression as a predictor of recurrence in cervical cancer with intermediate risk

鳥取大学医学部

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、谷口文紀

Amphoterin-induced gene and open reading frame 2 (AMIGO2) is a prognostic factor for some cancers, thus we aimed to elucidate whether it is a prognostic factor for cervical cancer. Patients with primary cervical cancer who underwent radical hysterectomy were enrolled. Immunohistochemical analysis using a specific antibody against AMIGO2 was performed on 101 tumor samples and the clinical characteristics, disease-free survival (DFS), and overall survival (OS) of the patients were examined. Patients in the AMIGO2-High group had shorter 5-year DFS and OS than those in the AMIGO2-Low group. Furthermore, AMIGO2 was an independent prognostic factor for DFS in multivariate analysis. Patients in the AMIGO2-High group exhibited obvious recurrence compared to those in the AMIGO2-Low group in the high-and intermediate-risk

groups. Positive lymph node metastasis and parametrial, stromal, and lymph vascular space invasion were significantly more common in AMIGO2-High patients. AMIGO2 expression would be a prediction marker of recurrence for cervical cancer. Especially, it would be an indicator to determine the need for postoperative adjuvant therapy in intermediate-group patients.

134. 骨盤内放線菌症を合併し診断に苦慮した子宮頸癌の一例

鳥取大学医学部 産科婦人科

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

【緒言】放線菌症は、浸潤性腫瘍を形成する慢性化膿性肉芽腫性感染症である。IUD の長期留置症例で骨盤内腫瘍を呈し、婦人科癌との鑑別を要した報告が散見される。今回、骨盤内放線菌症と子宮頸癌を合併した稀な症例を経験したので報告する。

【症例】78歳4経産。呼吸苦と浮腫を主訴に前医へ救急搬送され、両側水腎症によるうっ血性心不全と診断された。左腎瘻造設後、水腎症の原因検索で子宮頸癌が疑われ、当院へ紹介された。腔鏡診では、子宮頸部から腔壁にかけて全周性に発育する黒色乳頭状腫瘍を認めたが、組織診では明らかな悪性所見が得られなかった。骨盤部MRIにて、子宮下部から腔に至る腫瘍と全周性の子宮傍組織浸潤を疑う所見を得た。さらに子宮内腔にはIUDを認め、膀胱腔瘻を形成していた。血清SCCは1.6ng/mLと軽度上昇していた。40年以上IUDを長期留置していたことが判明した。子宮頸部組織培養検査にて放線菌を検出し骨盤内放線菌症と診断し、同時に再検した子宮頸部組織診で扁平上皮癌の所見を得た。骨盤内放線菌症と子宮頸癌ⅣA期の診断にて、高用量ペニシリンの長期投与と放射線単独療法で治療をおこなった。

【結語】骨盤内放線菌症と子宮頸癌を合併した症例を経験した。放線菌症を伴う場合には、瘻孔形成等の構造異常により組織採取が難しい場合があることを念頭に置いて、組織診の再検を考慮すべきである。

135. 当院における子宮頸癌ⅣB期治療の後方視的検討

山口大学医学部附属病院 産婦人科

鷹巢 剛、梶邑匠彌、坂井宜裕、爲久哲郎、岡田真紀、竹谷俊明、末岡幸太郎、杉野法広

【目的】子宮頸癌ⅣB期症例は定型的な治療が存在せず、治療法の選択肢も少ない。2020年患者年報によると、本邦での子宮頸癌ⅣB期症例の治療として主に化学療法（CT）（34.9%）や同時化学放射線療法（26.1%）などが行われていた。当科では子宮頸癌ⅣB期の治療方針として、CTを先行し、3～4サイクルで遠隔病変が制御された症例に対して局所に放射線療法（RT）を施行し、その後さらにCTを行っている。今回当科における過去14年間の子宮頸癌ⅣB期症例を検討し、治療方針の妥当性を評価した。

【方法】2009年から2023年の当科の子宮頸癌ⅣB期症例の無増悪生存期間（PFS）、全生存期間（OS）を後方視的に検討した。なお傍大動脈リンパ節転移のみであった症例は検討から除外した。

【結果】対象となった症例は18例。CT+RT群が7例（38.9%）。遠隔制御不良でRTを追加できなかった群（CT単独群）が11例（61.1%）で、このうち8例は3～4サイクルの判定時にPDとなり初回治療が中止されていた。全18症例のPFSは10.6か月、OSは28.5か月、5年生存率は20.1%であった。CT+RT群のPFSは23.4か月、OSは30.9か月、5年生存率は40.0%であった。

【結語】当科の子宮頸癌ⅣB期症例に対するCT+RT群の治療成績は、第63回治療年報（2015年治療開始例）における5年生存率17.2%と比較すると良好であったが、先行CTで遠隔病変が制御不能できず予後が不良であった症例も多く、こうした症例に対する新たな治療戦略が必要である。

136. 当科で経験した子宮頸部胃型粘液性癌の3症例

松江赤十字病院 産婦人科

石原とも子、澁川昇平、池野屋美智子、藤脇律人、真鍋 敦、澤田康治

【緒言】子宮頸部胃型粘液性癌（mucinous carcinoma, gastric type: GAS）は、40歳代に好発し、水溶性帯下や子宮頸部の嚢胞性病変を特徴とし早期に転移や浸潤をきたし予後不良な疾患である。分葉状頸管腺過形成（Lobular endocervical glandular hyperplasia: LEGH）との鑑別は非常に困難である。今回、当科で経験した子宮頸部GASの3症例を報告する。【症例1】48歳 健診で子宮頸部嚢胞を指摘され紹介初診。骨盤MRIでLEGH疑いで経過観察していたが水溶性帯下の増加あり、再度骨盤MRIでLEGH疑いだがGAS否定できず。頸部細胞診はNILM。腹腔鏡下子宮全摘術施行し、最終病理組織診断はGAS I B1期。骨盤リンパ節郭清後、同時化学放射線療法を行った。【症例2】45歳 健診で子宮頸部嚢胞指摘され紹介初診。骨盤MRIでLEGH疑い腹腔鏡下子宮全摘術施行し、最終病理組織診断で1mm大のGASを認めた。【症例3】85歳 子宮頸部細胞診ASC-H精査目的に当科紹介。経膈超音波検査で子宮頸部に3cm大の嚢胞性病変を認めた。骨盤部MRIでGAS疑い。単純子宮全摘術・両側付属器切除術を行い、最終病理組織診断GAS I A2期であった。【結論】子宮頸部嚢胞病変のほとんどは良性疾患であるが、頻度は低いもののGASの可能性も考慮が必要である。子宮頸部GASはLEGHと臨床的にも組織学的にも類似している。子宮頸部嚢胞性病変の管理においてGASとLEGHの鑑別は非常に重要であると考えられる。

137. 再発子宮頸癌に対する Pembrolizumab 投与中に irAE による髄膜炎を発症した1例

広島市立広島市民病院

藤川 淳、植田麻衣子、濱田真彰、徳本佑奈、保崎憲人、坂井裕樹、築澤良亮、田中奈緒子、森川恵司、玉田祥子、依光正枝、上野尚子、石田 理、児玉順一

【緒言】Pembrolizumab 投与中の irAE（immune-related adverse events）は多岐に渡って知られてはいるが、髄膜炎は非常に稀で、KEYNOTE-826 試験で1例報告があるのみである。今回当院において、再発子宮頸癌に対する Pembrolizumab 投与中に irAE による髄膜炎を発症した1例を経験したので報告する。

【症例】67歳女性。子宮頸癌 I B3期扁平上皮癌に対して、同時化学放射線療法を施行した。治療終了後7ヶ月で局所再発に対して TC（CBDCA + PTX）+ Bevacizumab 療法6コース施行し Bevacizumab による維持療法を行っていたが局所増悪と傍大動脈リンパ節再発を認めた。TC + Pembrolizumab 療法を開始し、Pembrolizumab2コース投与後、頭痛・嘔吐のため救急受診された。受診時、発熱なく経過観察入院としたが、翌日39.6℃の発熱あり、神経内科コンサルトし髄液検査にて無菌性髄膜炎と診断された。病歴から irAE による髄膜炎を疑いステロイドパルス療法を開始した。後に髄液ヘルペス PCR は陰性であり、ステロイドの著効からも irAE による髄膜炎と考えられた。現在外来にてステロイド内服で経過観察中である。

【結語】

irAE による脳炎・髄膜炎の大部分は投与から8週間以内に発生するとされている。担癌患者は免疫抑制状態であり、一般的に髄膜炎のリスクも高まるが、免疫チェックポイント阻害薬の使用開始8週以内は irAE による髄膜炎も念頭におき、専門科コンサルトや各種検査を積極的に行うべきである。

138. パゾパニブ投与が有効であった FGF 受容体増幅を伴った再発子宮癌肉腫

広島市立北部医療センター安佐市民病院 産婦人科

伊勢田侑鼓、本田 裕、福田修司、梅木崇寛、隅井ちひろ

【緒言】子宮癌肉腫は予後不良な子宮悪性腫瘍で、再発例には治療の選択肢が少ない。一方、標準治療後の固

形癌に対しがん遺伝子パネル検査が行われ、臓器横断的に治療薬を探索できるようになった。今回標準治療後のがん遺伝子パネル検査で推奨とされたパゾパニブの投与で奏功を認めた再発子宮癌肉腫を報告する。

【症例】46歳、4妊3産。主訴は不正性器出血。子宮内膜細胞診陽性で前医より当科紹介となった。子宮内膜組織診では類内膜癌 Grade3 を認め、画像診断と併せて子宮内膜癌 IB 期相当と診断、開腹術を施行した。腹腔内に播種巣が散在しており、手術は単純子宮全摘、両側付属器摘出、大網部分切除に留めた。術後病理組織診断で子宮癌肉腫 IVB 期と診断され、パクリタキセル・カルボプラチン療法を開始した。3 サイクル後に多発肺転移、肝転移、腹膜播種増大を認め増悪と判定、イホスファミド・パクリタキセル療法に変更した。部分奏功を認めたため投与を継続したが、18 サイクル後に再増悪となった。がん遺伝子パネル検査を行ったところ FGF 受容体増幅を認め、パゾパニブが投与推奨となった。投与 2 ヶ月後の造影 CT で播種巣の縮小を認め現在もその状態を維持している。

【結語】近年、FGF 受容体増幅を伴った固形癌に対するパゾパニブ有効例が報告されるようになった。子宮癌肉腫では FGF 受容体増幅例は少数であるが、これを認めた場合にはパゾパニブ投与を考慮すべきである。

139. 術後 TC 療法中に増悪した進行子宮体癌に対してレンバチニブ+ペムブロリズマブ療法が奏効した一例

徳山中央病院

高木遥香、新井響子、松尾美結、樫部真央子、澁谷文恵、中川達史、山縣芳明、平林 啓、沼 文隆

【緒言】がん化学療法後に増悪した切除不能な進行・再発の子宮体癌に対する新たな治療法として、レンバチニブ+ペムブロリズマブの併用療法が 2021 年 12 月に薬事承認された。今回、術後 TC 療法中に増悪した進行子宮体癌に対してレンバチニブ+ペムブロリズマブ療法が奏効した 1 例を経験したので報告する。

【症例】65 歳、2 週間以上持続する血性帯下を主訴に近医産婦人科を受診。子宮体癌を疑われ当科紹介となった。子宮内腔に 55*34mm 大の腫瘤を認め、組織診では類内膜腺癌 G3、血液検査で CA125 150U/ml と上昇を認めた。MRI では子宮内腔に 50*40mm 大の腫瘤を認め、PET-CT では同部位に FDG 集積と肝外側の腫瘤にも FDG 集積を認めた。子宮体癌 4B 期の診断で、試験開腹術施行。子宮及び両側付属器は切除可能であったが、肝外側の腫瘤は癒着のため切除不可であった。術後 TC 療法を開始したが、5 コース終了後に CA125 の反転上昇を認め、画像上も肝外側の腫瘤は増大していた。TC 療法不応性と判断し、レンバチニブ+ペムブロリズマブ療法を開始。治療開始後、CA125 は速やかに低下し、画像上も腫瘍は縮小傾向であった。現在 15 コース終了後も部分奏効を維持している。

【考察】術後 TC 療法中に増悪した進行子宮体癌に対してレンバチニブ+ペムブロリズマブ療法が奏効した 1 例を経験した。TC 療法施行中の増悪例に対しても有効であると考えられた。

140. 当院での進行・再発子宮体癌症例 15 症例に対するペムブロリズマブ+レンバチニブ療法の使用経験

愛媛大学医学部附属病院

加藤宏章、松元 隆、村上祥子、安岡稔晃、森本明美、宇佐美知香、松原裕子、藤岡 徹、松原圭一、杉山 隆

【緒言】がん化学療法後に増悪した切除不能な進行・再発子宮体癌に対し、ペムブロリズマブ+レンバチニブ（以下、Pem + Len）療法が 2021 年 12 月に保険承認された。これら 2 剤は殺細胞性抗がん剤とは異なる機序による治療薬であり、従来の婦人科がん治療では経験されることがなかった irAE を含む有害事象に適切に対応する必要がある。当院では、Pem + Len 療法の適応承認の根拠となる KEYNOTE-775 試験への参加時から本療法の治療経験を蓄積しており、自験 15 症例の使用経験を今回報告する。

【対象】4例がKEYNOTE-775 治験登録症例、11例が保険承認後の症例であった。

【結果】Platinum-Free Intervalは、6ヶ月未満が10名、6か月以上12か月未満が1名、12ヵ月以上が4名であった。治療期間は中央値9ヶ月(2-44)、最良治療効果はCRが2名、PRが8名、SDが5名であった。主に血小板低下、消化器症状、倦怠感といった有害事象によって、全症例でレンバチニブの休薬と再開に伴う減量を要し、再開のタイミングの判断が困難な症例も存在した。

【結語】①Pem + Len療法は治療選択肢がなかったプラチナ既治療進行・再発子宮体癌患者においてもきわめて有効であった。②有害事象の的確な評価とレンバチニブの適切な休薬・減量により、2剤の相乗効果による抗腫瘍効果を可能な限り持続させることが、患者予後改善に重要と考えられる。

141. 絨毛癌に分化した子宮体部類内膜癌の一例

岡山大学病院 産科婦人科学教室

白河伸介、松岡敬典、谷 佳紀、杉原花子、入江恭平、依田尚之、原賀順子、小川千加子、中村圭一郎、長尾昌二、増山 寿

【症例】今回我々は絨毛癌に分化した類内膜癌の非常に稀な一例を経験した。症例は61歳、2妊2産。不正性器出血のため近医を受診し、子宮内膜組織診で子宮内膜癌、精査加療目的に当院紹介受診。当院での子宮内膜組織診で絨毛癌に分化した類内膜癌を認めた。β hCGは163337mIU/mL、画像検査で肺転移を認め、子宮体癌IVB期(絨毛癌成分を含む類内膜癌、グレード不明)と診断。子宮内膜組織診は絨毛癌成分が主体であり、転移巣が肺病変のみであったためEMACO療法を選択、6サイクル施行、β hCGは5.1mIU/mLに著名に減少。肺病変は消失し子宮内腔にわずかな腫瘤の残存を認めた。腹式単純子宮全摘術、両側付属器摘出術を施行し、摘出標本の子宮内腔には類内膜癌を認めるのみで絨毛癌は認めなかった。その後EMACO療法を3サイクル施行し現在経過観察中である。

【考察】絨毛癌成分を含む類内膜癌は稀で20例程度の報告しかなく治療法に一定の見解はない。これまでの報告の多くは、子宮内膜癌に則って治療を行われ、リンパ節郭清を含んだ根治術を行われ、その後再発時にEMACO療法が施行されていた。本症例はEMACO療法で絨毛癌成分を縮小させ、残存した腫瘍は子宮内膜癌に則り手術療法で切除した。

【結語】絨毛癌成分を含む混合癌の初期治療として、絨毛癌の化学療法が適切な場合があると考えられた。また本症例は治療終了して間もなく、慎重にフォローアップしていく。

142. 子宮体癌卵巣転移が多彩な組織像を呈した1例

岡山大学病院 産科婦人科

花谷智美、原賀順子、大石恵一、白河伸介、谷 佳紀、杉原花子、入江恭平、依田尚之、松岡敬典、小川千加子、中村圭一郎、長尾昌二、増山 寿

子宮体癌の卵巣転移が多彩な組織像を呈し、遺伝診療へつながった症例を経験したため報告する。症例は48歳、1妊1産。月経随伴性気胸のフォローアップ中に左卵巣腫瘍と子宮内膜肥厚を指摘され、精査加療目的に当院受診。BMI 20.4と痩せ型で、がん家族歴はなし。MRIで左卵巣腫大と体下部中心の子宮内膜肥厚を認め、子宮内膜組織診は類内膜癌 Grade1の結果であった。子宮体癌ⅢA期相当の術前診断にて腹式単純子宮全摘術、両側付属器切除術、骨盤内及び傍大動脈リンパ節郭清、大網部分切除を施行した。病理組織診断の結果、子宮体部病変は類内膜癌 Grade1であり、左卵巣腫瘍は類内膜癌を主体として、神経内分泌腫瘍に分化を示す部分や異型間葉系細胞の増殖がみられる部分が混在しており、卵巣の転移病変に二次的な変化が加わっていることが考えられた。肥満がなく、子宮体癌が体下部に存在し、また、卵巣が多彩な組織像を呈したことから、遺伝子修復機能異常の存在を疑い、患者に説明の上、ミスマッチ修復蛋白の免疫染色を実施した。その結果、子宮体部及び卵巣の腫瘍はいずれもMLH1タンパク欠損を有することが判明した。今後、リンチ症候群に関する

遺伝診療を実施する予定である。今回我々は、病理学的所見から遺伝子修復機能異常を有する腫瘍を疑った一例を経験した。子宮体癌の診療において分子生物学的特性を念頭に置くことは、遺伝性腫瘍の診断につながる可能性があり、重要と考えられた。

143. センダイウイルスを用いた卵巣上皮および卵管采由来細胞株の樹立と性状解析

¹⁾ 鳥取大学 産科婦人科、²⁾ 鳥取大学医学部附属病院

大川雅世¹⁾、小松宏彰¹⁾、曳野耕平¹⁾、飯田祐基¹⁾、細川雅代¹⁾、澤田真由美¹⁾、
工藤明子¹⁾、佐藤慎也¹⁾、谷口文紀¹⁾、原田 省²⁾

【目的】

センダイウイルス (SeV) ベクターを用いた不死化技術により、卵巣上皮・卵管采由来細胞株を樹立し、卵巣癌の発癌機構を明らかにすること。さらに各種不死化細胞樹立による細胞株ライブラリーを作成すること。

【方法】

正常卵巣：Ov n、gBRCA1 または gBRCA2 病的バリエーションを有する患者の正常卵巣：Ov BRCA1、Ov BRCA2、卵巣子宮内膜症性嚢胞：Ov endo、卵管采：FT からそれぞれ細胞を採取し、不死化遺伝子 (Bmi-1、h TERT、SV40T) を搭載した SeV を各細胞に感染させた。抗ヒト EpCAM 抗体に対する免疫反応をフローサイトメトリーにより確認した。QH 染色および mFISH 染色により染色体核型分析を行った。各種細胞の total RNA の Transcriptome sequencing 解析を行い、細胞株間の比較で高発現を示した遺伝子について、RT-qPCR を行った。

【結果】

各 SeV+ 細胞は 25 継代以上可能であった。各 SeV+ 細胞は長期継代後であっても、上皮がんマーカーである抗ヒト EpCAM 抗体に対して免疫反応を示さなかった。

Ov n に比して、Ov BRCA1、Ov BRCA2 および Ov endo では共通の遺伝子が高発現していた。これらを RT-qPCR にて確認し、同様の結果を得た。

【結論】

SeV による卵巣上皮・卵管采由来細胞株の樹立に成功した。卵巣子宮内膜症性嚢胞の癌化と HBOC の発癌メカニズムに共通する可能性のある候補遺伝子を同定した。

144. 初回治療終了後に gBRCA2 変異が判明し、PARP 阻害剤を投与した腹膜癌の症例

公立学校共済組合 四国中央病院 産婦人科

青木秀憲、田村 公、田村貴央

進行卵巣癌治療におけるコンパニオン診断として当初用いられた生殖細胞系の BRCA1/2 遺伝子検査は遺伝カウンセリングを必要としたため、PARP 阻害剤の普及は進まなかったが、腫瘍組織由来の BRCA1/2 遺伝子変異と相同組み換え修復欠損 (HRD) を検出する myChoice 診断システムの導入以降一気に加速し、進行卵巣癌の治療成績は飛躍的に向上した。今回、本邦での PARP 阻害剤導入移行期に治療を行った腹膜癌の症例を報告する。

71 歳、2 妊 2 産。進行卵巣癌の診断で PDS を施行し、直腸近傍に 5cm 大腫瘍が残存した。病理診断は腹膜癌 III C (高異型度漿液性癌) であった。腸管穿孔リスクを考慮し、術後化学療法にはペバシズマブを用いなかった。残存腫瘍は消失した。その後実娘が卵巣癌 (tBRCA1/2 変異あり) を発症したため、本人の遺伝子検査を行い、gBRCA2 変異が判明した。化学療法終了後 9 ヶ月からオラパリブによる維持療法を開始したが、副作用のためニラパリブに変更した。PFI 25 ヶ月で画像検査上骨盤内に再発を認め、ペバシズマブ併用 TC 療法で腫瘍消失を得た後、再度ニラパリブによる維持療法を開始した。

本邦における PARP 阻害剤導入の移行期症例に対し、途中から維持療法として PARP 阻害剤を投与したことが PFS 延長に寄与した可能性がある。再発治療後の維持療法として再度 PARP 阻害剤を選択したのは、本症例が gBRCA2 変異陽性のため効果が期待できることと、経口剤であるためアドヒアランスが良好であることによる。

145. ペムブロリズマブが著効したプラチナ抵抗性再発卵巣癌の 1 例

岡山大学病院

檜原佳穂、松岡敬典、谷 佳紀、杉原花子、白河伸介、入江恭平、依田尚之、原賀順子、小川千加子、中村圭一郎、長尾昌二、増山 寿

【緒言】今回がんゲノムプロファイリング検査によって高頻度マイクロサテライト不安定性 (MSI-H) が判明し、ペムブロリズマブが著効したプラチナ抵抗性卵巣癌の 1 例を報告する。

【症例】46 歳 2 妊 2 産。骨盤内腫瘍で当院紹介。子宮体癌の術前診断で子宮全摘 + 両側付属器切除 + 骨盤リンパ節生検を施行した。子宮および両側卵巣は腫瘍で一塊となり、腹膜播種病変も認め、一部病変が残存し手術終了した。病理組織検査で卵巣原発の類内膜癌と診断され、進行卵巣癌として triTC 療法を 8 サイクル施行した。その後ニラパリブによる維持療法を行ったが、9 カ月後に骨盤内病変が再増大した。リボソーム化ドキシソルビシン + カルボプラチン + ベバシズマブ併用療法 4 サイクル、ゲムシタピン単剤療法 2 サイクルを施行したが、新たに多発転移を認めた。がんゲノムプロファイリング検査を行い、MSI-H と判明したためペムブロリズマブを開始した。4 サイクル投与後の CT で複数の病変の著明な縮小を認めた。8 サイクル終了後には、最後まで残存した左外腸骨リンパ節を含む全病変が縮小し、現在投与開始から 9 ヶ月経過しているが病変の縮小を維持している。

【結語】卵巣癌において MSI-H を示す頻度は 1-3% 程度と低いが、本症例のようにペムブロリズマブが著効する症例もあるため、その適応を検討することが重要である。

146. Bevacizumab により腹水コントロールが可能であった再発腹膜癌の 2 例

山口県立総合医療センター

藤井菜月美、三輪一知郎、伊藤麻里奈、松井風香、西本裕喜、浅田裕美、讚井裕美、田村博史、佐世正勝、中村康彦

卵巣癌腹膜癌の終末期には約 6 割が腹水貯留を認め、治療に難渋することが多い。Bevericizumab (Bev) は VEGF と選択的に結合することで血管透過性を改善するといわれている。今回我々は、Bev が再発腹膜癌の腹水のコントロールに有用であった症例を経験したので報告する。症例 1: 65 歳、腹膜癌 IIIc 期、adenocarcinoma。初診時より著明な腹水貯留あり、Paclitaxel+Carboplatin を開始した。治療当初は一定の奏功が確認できたが、化学療法 4 レジメン施行も PD となった。再度腹水を多量に認め頻回な腹水穿刺を要したため、十分な説明と同意の上で Paclitaxel+Carboplatin + Bev を開始した。投与後より腹水は著明に減少し、以降 Bev 単独投与を 21 回施行でき、腹水穿刺が必要となったのは 2 回だけであった。副作用は尿蛋白、高血圧を認めたがコントロール可能であった。症例 2: 66 歳、腹膜癌 IIIc 期、adenocarcinoma。術前化学療法として Paclitaxel+Carboplatin を 3 コース施行後、手術を施行。再発後、化学療法 4 レジメン施行中に腹水増量をきたしたため、腹水コントロール目的に Paclitaxel+Carboplatin + Bev を開始した。投与後すみやかに腹水は減少し、以降増量は認めず、副作用も認めなかった。

Bev は腹水のコントロールに有用であった。重篤な副作用である消化管穿孔は認めなかったが、3 レジメン以上の化学療法前治療歴のある患者は慎重投与であるため、Bev の使用には十分な説明が必要である。

147. 当院で産婦人科良性疾患手術時の追加卵管切除により発見された STIC 症例 2 例（当院での予防的卵管切除の現況をふまえて）

1) 四万十町国民健康保険大正診療所 内科、2) 高知医療センター 産婦人科
徳橋理紗¹⁾、南 晋²⁾、若槻真也²⁾、難波孝臣²⁾、中澤彩花²⁾、塩田さあや²⁾、
上野晃子²⁾、渡邊理史²⁾、川瀬史愛²⁾、山本寄人²⁾、林 和俊²⁾

良性疾患手術時の追加卵管切除（OBS）により卵巣癌発症を予防することができる可能性が指摘されている。当科でも 2017 年より卵巣癌のリスク低減を目的とした OBS について説明し同意を得た症例で OBS を施行している。今回、当院での 6 年間の OBS を行った現況と、同期間に OBS により偶発的に発見された STIC 症例 2 例を経験したので報告する。尚、本発表は高知医療センター臨床研究審査会の承認を得ている。OBS を行った症例は 553 症例で、平均年齢は 48.0 ± 11.0 歳であった。手術適応疾患は、子宮筋腫・腺筋症のためが 53.1% であった。同期間に STIC 症例が 2 例に認められた。

症例 1：53 歳。CIN3 の診断で腹腔鏡下子宮全摘術＋両側卵管切除術を施行した。病理診断で両側卵管に STIC を認めたため、術後 2 か月後に腹腔鏡下両側卵巣摘出術を施行した。腹腔内には播種病変を認めなかった。病理診断で両側卵巣に悪性所見は認めず、腹腔洗浄細胞診も陰性であり追加治療は行わず、現在経過観察中である。

症例 2：74 歳。右卵巣嚢腫の診断で腹腔鏡下両側付属器切術を施行した。病理診断で右卵巣嚢腫は粘液性嚢胞腺腫であったが左卵管に STIC を認めた。腹腔洗浄細胞診が陰性であり追加治療は行わず、現在経過観察中である。

結語

良性疾患手術時の追加卵管切除は、卵巣癌好発年齢前に将来的な卵巣癌・卵管癌の発生リスクを低減できるだけでなく、今回のように STIC 症例が偶発的に同定される可能性もある。

148. 当院における子宮頸部上皮内病変に対する治療選択～閉経後女性について～

愛媛大学医学部 産婦人科

井上奈美、森本明美、大塚沙織、河端大輔、田口晴賀、中橋一嘉、加藤宏章、宮上 眸、村上祥子、安岡稔晃、内倉友香、宇佐美知香、松原裕子、松原圭一、松元 隆、杉山 隆

【緒言】

閉経後女性の子宮頸部上皮内病変（CIN）に対しては、術前検査で浸潤癌の併存がない場合、円錐切除（以下、円切）を省略した子宮摘出が考慮される。しかし閉経後は病変が頸管内に移動することが多く、生検による CIN の診断は困難な場合がある。そこで当院における閉経後女性の CIN 治療を後方視的に検討した。

【方法】

2014 年から 2022 年に当院で CIN に対して治療を施行した 50 歳以上かつ閉経後の 71 例を検討した。

【結果】

71 例中、16 例に円切を施行し（円切群）、55 例は円切を省略して子宮摘出を施行した（円切省略群）。円切群のうち、1 例は子宮頸癌 1b1 期であり、子宮摘出を施行した。また CIN と確定診断した 14 例中 9 例は経過観察を希望された。円切省略群では、浸潤癌の併存がないことを確認するために全例で MRI 検査を施行されていた。子宮摘出は腹腔鏡 36 例、開腹 19 例、膣式 1 例であった。円切省略群では、術後に 2 例が子宮頸癌 1b 期と診断され、放射線治療を追加した。現在のところ 71 例全て再発なく経過している。手術で浸潤癌と診断した症例は計 1 例（2.9%）であった。

【結論】

既報では、生検で CIN、円切で浸潤癌と診断される割合は 7.2% とされている。当院の検討は閉経後に限定しており、2.9% であった。閉経後の CIN に対する診断と治療においては、MRI 等での十分な術前診断により、

円切を省略できる可能性があり、さらなる検討を加えたい。

149. 当院における Bevacizumab 投与症例の合併症の検討

徳島大学病院 産科婦人科

新垣亮輔、乾 宏彰、香川智洋、西村正人、岩佐 武

【背景】 Bevacizumab (Bev) は卵巣癌術後・卵巣癌再発・子宮頸癌再発で適応があり、産婦人科医にとって使用する機会が多い。血管内皮増殖因子 (VEGF) に特異的に結合する分子標的薬であり、有害事象は高血圧・蛋白尿・腸穿孔・脳出血といった殺細胞性抗癌剤と違う特徴がある。特に腸穿孔と脳出血は場合によっては致命的な合併症であり、合併症リスクを予測するために様々な研究が行われている。【目的】 当院での Bev 投与症例の有害事象を調べ、Bev を控えるべき症例を明らかにする。【方法】 2014年から2023年の10年間に明らかな腸管への浸潤やイレウス症状のある症例を除いた症例で Bev を投与した127例 (卵巣癌・腹膜癌88例、子宮頸癌39例) に対して残存腫瘍の有無や部位、投与回数、合併症の有無を後方視的に検討した。【結果】 腹膜播種病変があったのは38例、脳転移症例は3例、肺転移症例は31例、平均投与回数は17.8回であった。重篤な合併症は腸穿孔3例 (2.4%)、脳出血1例 (0.8%)、喀血1例 (0.8%) であった。子宮頸癌で骨盤への放射線治療歴のある症例27例のうち、腸穿孔は2例でともにイレウスを先行し認めていた。脳出血症例は脳転移を認める症例であった。【結論】 イレウス症状を認める症例は腸穿孔のリスクが高まると考えられ、治療経過でイレウス症状が出現した症例や、脳転移が判明している場合は Bev の投与を中止することが望ましいと考える。

150. シスプラチンにより冠攣縮性狭心症を発症したが癌治療を継続した2例

¹⁾ 高知大学 産科婦人科学講座、²⁾ 高知県立あき総合病院 産婦人科

岡 真萌¹⁾、牛若昂志¹⁾、松浦拓也¹⁾、樋口やよい²⁾、氏原悠介¹⁾、泉谷知明¹⁾、前田長正¹⁾

【緒言】 シスプラチン (CDDP) による冠攣縮性狭心症 (CSA) は非常に稀で、低 Mg 血症が誘因とされる。今回、CDDP による CSA を2例経験したので報告する。

【症例1】 48歳、G0P0、Brinkman index ≥ 400 。子宮頸癌ⅢC1r期と診断し、CCRTを開始した。CDDP1コース目 day3 に数秒間の胸痛を認め、冠動脈造影検査 (CAG)、Ach 負荷試験で CSA と診断した。進行癌であり、一硝酸イソソルビド内服で CDDP を継続した。CDDP4 コース目 day5 に持続する胸痛あり、CAG で急性下壁心筋梗塞と診断、PCI を行った。以後、抗凝固療法を行いながら CCRT を完遂し、寛解を得た。【症例2】 71歳、G3P2、糖尿病、Brinkman index 124。子宮平滑筋肉腫ⅢC期の診断で AP 療法での NAC を開始。AP 療法1・2コース目 day5 に労作性胸痛を認めた。3コース目 day7 に持続する胸痛あり、CAG、Ach 負荷試験で CSA と診断した。血清 Mg 値 (s-Mg) は 1.0mg/dl と低値だった。一硝酸イソソルビド内服のうえ、RH を施行。術後、s-Mg を定期測定しながら AP 療法を継続している。

【考察】 2例とも CDDP 投与早期に CSA を発症した。2例目は CDDP による低 Mg 血症が CSA を誘発したと考える。

【結語】 CDDP による CSA は低 Mg 血症が関連するため、s-Mg 定期測定と補正が必要である。

151. 婦人科悪性腫瘍に合併した Trousseau 症候群の 3 例

愛媛大学医学部附属病院 産婦人科

田口晴賀、森本明美、河端大輔、大塚沙織、井上奈美、中橋一嘉、井上 唯、恩地裕史、井上翔太、加藤宏章、宮上 眸、村上祥子、安岡稔晃、内倉友香、宇佐美知香、松原裕子、藤岡 徹、松元 隆、松原圭一、杉山 隆

【緒言】

Trousseau 症候群は、悪性腫瘍による血液凝固亢進に伴い脳梗塞などの血栓症を生じる病態である。今回、Trousseau 症候群と診断した 3 例を経験したので報告する。

【症例 1】

61 歳。左上肢脱力と右手指の痺れが出現し近医を受診した。多発性脳梗塞と診断され、抗凝固薬が開始された。全身精査にて腹膜播種を伴う卵巣がんが疑われ、当院へ紹介された。子宮・付属器摘出＋大網切除＋播種切除を施行し、卵巣がんⅢC 期と診断した。術後は化学療法を施行し、神経症状の再燃なく経過している。

【症例 2】

60 歳。子宮体がんⅣB 期に対し、手術・放射線・化学療法による一次治療後、転移病巣の再発に対して化学療法を施行していた。初回治療前より無症候性肺塞栓と DVT に対して抗凝固薬を内服していたが、膣の再発部からの出血が持続し、抗凝固薬は中止された。その後、意識障害にて救急搬送され、脳梗塞と診断した。原疾患の状態を考慮し、BSC の方針とした。

【症例 3】

50 歳。子宮頸がんⅢC1 期に対し CCRT を施行した。精査で DVT を認め、抗凝固薬を内服していた。治療後も腫瘍が残存していたため、化学療法を予定していたところ、失語にて救急搬送され、MRI で脳梗塞と診断された。原疾患に対する化学療法は中止とし、失語・片麻痺のためリハビリを継続している。

【考察・結語】

Trousseau 症候群は、患者の QOL を低下させ、予後に直結する病態である。本症候群の疫学等に関し、文献的考察も加えて報告する。

152. 婦人科医による横隔膜ストリッピングの導入と治療成績

公益財団法人大原記念倉敷中央医療機構 倉敷中央病院 産婦人科

黒田亮介、堀川直城、手塚 聡、寺井悠朔、橋本阿実、細部由佳、佐伯綾香、深江 郁、西村智樹、原 理恵、田中 優、伊藤拓馬、加藤 慧、清川 晶、楠本知行、福原 健、中堀 隆、長谷川雅明、本田徹郎

【目的】 卵巣癌において横隔膜への転移は好発部位の一つであり、腫瘍完全切除のために横隔膜ストリッピングを要することが多い。婦人科単独で横隔膜ストリッピングを行う施設は少ないため、当科で導入した同術式の治療成績を報告する。【方法】2022 年 5 月から 2023 年 4 月までに施行した進行卵巣癌手術 15 例(3C 期 11 例、4A 期 2 例、4B 期 2 例)のうち、7 症例に横隔膜ストリッピングを実施した。初回手術は外科医の指導のもと行い、2 回目以降は婦人科単独で手術を行った。手術時間、出血量、術後入院日数、手術完遂度、術後合併症を抽出した。【成績】対象症例には PDS が 6 例、IDS が 9 例含まれた。全例で骨盤腹膜ストリッピングを行い、7 例に腸管合併切除を行った。横隔膜ストリッピングを行った全 7 例で R0 を達成した。横隔膜ストリッピングを行わなかった 8 例のうち R0 4 例、optimal surgery 4 例であった。横隔膜ストリッピングを併用した場合、手術時間は 535 分 (vs 279 分)、出血量は 1391ml (vs 950ml) で併用しなかった場合と比較し手術時間が長く、出血量が多い傾向にはあったが、入院日数は 10 日 (vs 10 日) と同等であった。横隔膜切除を行った症例のうち 2 例に術後胸水穿刺を要したが単回穿刺で対処可能であった。【結論】 婦人科医による横隔膜ストリッピングは安全に実施可能である。

153. 奇胎娩出後早期に卵管・肺転移を来たし、初回治療に抵抗性を示した臨床的侵入奇胎の一例

香川大学医学部 周産期学婦人科学

古市 愛、香西亜優美、國友紀子、喜多美里、向井健人、山本健太、田中圭紀、伊藤 恵、新田絵美子、花岡有為子、鶴田智彦、田中宏和、金西賢治

【緒言】全胎状奇胎は、侵入奇胎へ進展することがあるが、初回治療で寛解率が80%を超えるとされる。今回我々は、奇胎娩出後早期に肺転移および卵管転移を来たした経過非順調型臨床的侵入奇胎の一例を経験したため報告する。【症例】34歳1妊0産。妊娠反応陽性のため前医を受診し、胎状奇胎妊娠が疑われ当院に紹介となった。当院初診時の血中hCGは106058.7mIU/mlと高値であり、経膈超音波検査で子宮内に長径約27mmの腫瘤影を認めた。胎状奇胎を疑い、子宮内容除去術を施行し、病理組織診断は全胎状奇胎であった。再掻爬施行後5日で血中hCGは83024mIU/mlへと再上昇を認め、造影CTを施行すると5mmの右肺転移および60mmの左卵管転移を認め、絨毛癌診断スコア0点で臨床的侵入奇胎の診断に至った。アクチノマイシンD単剤療法を3サイクル施行するも血中hCGの再上昇と腫瘍の増大を認め、薬剤抵抗性と判断してMEA（メトトレキサート、エトポシド、アクチノマイシンD）療法に変更した。その後、血中hCGの著明な低下を認めており、現在治療継続中である。【考察】侵入奇胎は約30%の症例に肺転移を認めるとされるが、今回のように卵管に侵入奇胎病変を認めることは稀である。また、初回治療に対して薬剤抵抗性を示した場合には薬剤変更を速やかに行うことが重要と考える。【結語】奇胎娩出後早期に肺転移および卵管転移を来たし、初回治療に抵抗性を示した臨床的侵入奇胎の一例を経験した。

154. 胎状奇胎で甲状腺中毒症を発症した1例

¹⁾ 島根県立中央病院、²⁾ 国立病院機構 浜田医療センター 産婦人科

島田愛里香¹⁾、奈良井曜子¹⁾、西木正明¹⁾、障子章大¹⁾、宮本純子¹⁾、田中綾子¹⁾、坪倉かおり²⁾、森山政司¹⁾、岩成 治¹⁾

【緒言】ヒト絨毛性ゴナドトロピン（hCG: human chorionic gonadotropin）と甲状腺刺激ホルモン（TSH: thyroid stimulating hormone）のβサブユニットは相同性を有し、hCGがTSH受容体に結合することで甲状腺を刺激する。今回、甲状腺中毒症をきたした胎状奇胎の1例を経験した。

【症例】50歳台。5妊5産。月経不順。頭痛、嘔気、食欲不振、疲労感を主訴に近医を受診し、fT4 3.93ng/dl、TSH < 0.01μIU/mlのため当院へ紹介された。腹部超音波検査にて新生児頭大のmultivesicular patternを伴う子宮腫瘍を認め、妊娠反応陽性で絨毛性疾患が疑われた。血中hCGは699999mIU/mlと異常高値であった。胎状奇胎による甲状腺中毒症と診断し、甲状腺機能を安定化させたのち第5病日に子宮全摘および両側付属器切除術を施行した。病理組織検査は全胎状奇胎であった。術後に甲状腺機能は改善し、hCGも順調に低下した。

【考察】絨毛性疾患のhCGは通常妊娠のhCGと比べて強い甲状腺活性をもち、重篤な甲状腺中毒症をきたしやすい。本症例は甲状腺機能異常を契機に内科を受診して診断に至り、早期に抗甲状腺薬で治療開始となったが、月経異常や腹部腫瘍主訴で産婦人科初診となる可能性もある。絨毛性疾患を疑う場合は甲状腺評価もおこなうことが重要である。

155. 子宮原発骨肉腫のため術後4週間で再発し術後10週間で死亡した一例

中国中央病院 産婦人科

西田康平、大塚由有子、荒川愛奈、川井紗耶香、山本昌彦

子宮骨肉腫は子宮に発生する非常にまれな間葉系の悪性腫瘍であり報告数も少ない。一部の肉腫からの骨肉腫への転化もあるが子宮原発のものはさらに稀である。非常に希少な疾患であり治療法は確立されておらず予後

は不良である。今回我々は子宮原発骨肉腫のため急激な経過を辿った一例を経験したので報告する。症例は69歳女性、1カ月前より持続する不正出血を主訴に受診、骨盤MRIにて変性子宮筋腫または子宮肉腫も否定できない所見であった。手術の方針とし腹式単純子宮全摘術、両側付属器切除術を施行した。術後4週間で出血を主訴に受診、経膈超音波にて膈断端に3cm大の血流を伴う充実性腫瘤を認め再発が疑われた。病理検査にて子宮原発骨肉腫と診断され、術後5週間で大学病院へ紹介するも受診時には8cmまで増大しており膀胱、直腸への浸潤も疑われた。受診翌日から尿閉、腸閉塞症状を認め当院受診した。CTにて腫瘍の直腸圧排による腸閉塞、尿道・膀胱浸潤による尿閉が疑われた。現病の急速な進行、全身状態が不良であることから治療適応はなくBSCの方針となり緩和病棟へ転院し術後10週間で死亡した。子宮骨肉腫は非常にまれな疾患であり治療法は確立されておらず症例報告が散見される程度である。検索内の報告でも診断後の予後は最長10カ月と予後不良である。さらなる報告の蓄積により治療法の確立が待たれる。

156. 子宮体部原発 primitive neuroectodermal tumor (PNET) の1例

1) 広島大学病院 産科婦人科、2) 広島大学病院 がん化学療法科、

3) JA尾道総合病院 産婦人科

宇山拓澄¹⁾、古宇家正¹⁾、野村有沙¹⁾、榎園優香¹⁾、佐藤優季¹⁾、中本康介¹⁾、森岡裕彦¹⁾、大森由里子¹⁾、寺岡有子¹⁾、野坂 豪¹⁾、関根仁樹¹⁾、友野勝幸¹⁾、山崎友美¹⁾、向井百合香¹⁾、徳毛健太郎²⁾、難波将史²⁾、山内理海²⁾、坂下知久³⁾、工藤美樹¹⁾

【緒言】PNETは神経外胚葉性分化を呈するEwing肉腫ファミリー腫瘍の一つで、子宮原発の報告は少ない。今回、子宮体部原発PNETの1例を経験したので報告する。

【症例】57歳、2妊2産。不正性器出血を主訴に近医を受診した。超音波検査で10cm大の子宮体部悪性腫瘍が疑われ、前医に紹介となった。子宮内膜組織診では悪性腫瘍が疑われたが、組織型の確定は困難であった。造影CT検査で、明らかな遠隔転移や有意なリンパ節腫大は認めなかったが、子宮は短期間で増大していた。早期の手術が望ましいと判断し、単純子宮全摘出術、両側付属器摘出術を施行した。術中、右内腸骨リンパ節の腫大と膀胱子宮窩腹膜に直接浸潤を認めたため、骨盤リンパ節生検、膀胱子宮窩腹膜切除術を施行した。腹水細胞診は陽性、病理組織診断は子宮体部原発PNETであり、リンパ節転移を認めた。肉眼的に残存腫瘍はなかったが、術後補助療法としてEwing肉腫に準じてVDC-IE療法を4サイクル施行し、放射線治療を行った。初回治療後はCRを維持していたが、9ヶ月経過して右傍結腸溝に再発し、その後急速に腹腔内に増大した。初回治療の骨髄抑制が遷延していたため、化学療法の施行が困難であった。BSCを選択し、再発から1ヶ月で癌死した。

【結語】子宮体部原発PNETの確立された治療方法はないが、Ewing肉腫に準じて集学的治療を行った。PNETは悪性度が高く、早期の診断、治療が望ましい。

157. 不妊治療のための子宮鏡下手術で子宮ポリープ状異型腺筋腫を認め、その後生児を得た1例

高知県・高知市病院企業団立 高知医療センター

渡邊理史、若槻真也、中澤彩花、難波孝臣、塩田さあや、山本眞緒、森田聡美、上野晃子、松島幸生、川瀬史愛、小松淳子、南 晋、林 和俊

【緒言】子宮ポリープ状異型腺筋腫（以下APAM）は性成熟期の女性に発症する稀な腫瘍性病変である。良性腫瘍ではあるが子宮体癌を合併することがあり慎重な管理が求められる。今回、子宮鏡下子宮内膜ポリープ切除術後に、病理組織検査でAPAMと診断されたが、APAMの再発と子宮体癌を発症することなく経過し、生児を得た症例を経験したので報告する。【症例】38歳女性。20XX-6年に不妊症のために前医を受診した際に

子宮内膜ポリープを認めた。子宮内膜全面搔把術を行い、病理組織学診断は Endometrial polyp であった。その後も子宮内膜ポリープが多数再発したため、当院に紹介となった。当院で子宮鏡下子宮内膜ポリープ切除術を行った。病理組織診断では APAM と子宮筋腫であった。今後、子宮体癌を発症することも考えられ、定期的な子宮内膜細胞診を継続しながら不妊治療を行うこととした。20XX-4 年前に凍結融解胚移植で妊娠成立し、骨盤位のため選択的帝王切開術を行った。産後は定期的に子宮内膜細胞診を行ったが異常は認めなかった。20XX-1 年に自然妊娠を成立し、既往帝切後妊娠に対して選択的帝王切開術を行った。【結語】今回のように APAM が子宮内膜ポリープの治療で偶発的に発見される場合がある。子宮体癌との合併があることから、不妊治療を希望する患者であっても、癌のリスクを念頭に置きながら慎重にフォローアップしていく必要があると考える。

158. 子宮鏡下手術にて子宮ポリープ状異形腺筋腫と診断し、子宮全摘出後に子宮内膜異形増殖症を認めた一例

岡山大学病院 産科・婦人科

上木一朗、依田尚之、谷 佳紀、杉原花子、白河伸介、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】子宮ポリープ状異形腺筋腫 (atypical polypoid adenomyoma: APAM) は子宮体部下部に好発する稀なポリープ状病変である。今回、子宮鏡下手術にて APAM と診断し、その後の腹腔鏡下子宮全摘出術にて子宮内膜異形増殖症 (atypical endometrial hyperplasia: AEH) を認めた一例を経験したので報告する。

【症例】43 歳 0 経妊、性交渉歴なし。大量の不正性器出血を主訴に前医を受診し、子宮内膜肥厚およびポリープ脱出を認め、精査加療目的に当院紹介となった。MRI で子宮内腔に 6.2cm 大のポリープ状の腫瘤を認め、FDG-PET にて同部位に SUV-max 6.4 の異常集積を認めた。子宮内膜細胞診は異常なし。組織診でも確定診断に至らず、子宮鏡下手術を施行しポリープ様の腫瘤を認めるのみで明らかな異型血管はなし。生検組織より APAM と診断された。子宮体癌併存のリスクを説明したところ、挙児希望もなく腹腔鏡下子宮全摘出術の方針となった。病理組織学的診断から APAM と背景の子宮内膜に AEH を認めた。

【考察】APAM は子宮内膜ポリープや平滑筋腫に類似した肉眼、画像所見を呈し、術前診断は困難である。AEH や類内膜癌との関連がみられ、子宮内膜搔爬、ポリープ切除などの保存的治療では 44.8% に残存、再発を認める報告もあり、適切な切除と組織診断が重要である。今回の症例も術前の画像所見や組織診では診断に至らず、子宮鏡下手術、子宮全摘出術と段階を経ることで正確な APAM、AEH の診断に至った。

159. AI による胎児脳活動評価

1) 三宅おおふくクリニック 婦人科、2) Medical Data Labo、3) 三宅医院 産婦人科、4) 三宅医院問屋町テラス 産婦人科

宮木康成^{1) 2)}、佐野力哉¹⁾、小田隆司³⁾、伊藤 綾³⁾、高吉理子³⁾、清川麻知子³⁾、酒本あい³⁾、小國信嗣⁴⁾、橋本 雅³⁾、高田智价³⁾、秦 利之³⁾、三宅貴仁^{1) 3) 4)}

【目的】胎児表情は胎児脳活動に関係するとされており、人工知能 (AI) によって胎児表情を介し胎児の脳活動に関する新発見が得られるかどうか。

【方法】2021 年 2 月 1 日から 12 月 31 日の間に、通常診療を行っている妊娠 27 週から 37 週の単胎妊娠の外來患者から 4 次元超音波法による胎児の顔の画像を収集した。まず胎児の 7 種類の表情を認識する AI を deep learning を用いて独自に開発した。次にその AI を胎児の顔の動画ファイルに適用して、各表情カテゴリの確率を信頼度スコアの時系列データとして生成した。このスコアに対して各カテゴリにおける離散フーリエ変換、および 7 次元ベクトルを対象とする一般化次元計算などのカオス次元解析を行った。統計解析には、マン・ホイットニー検定、t 検定、分散検定、一元配置分散分析などを用いた。

【結果】AIによる胎児表情の精度値は0.996であった。表情変化は平均66～73秒の周期で観察された。パワースペクトルは胎児表情のmouthingとneutralで最も多く、カテゴリ間で差があった ($p < 0.01$)。信頼度スコアのdense(密)とsparse(疎)の2種類の状態を発見できた。相関次元は密の状態が 1.19 ± 0.22 、疎の状態が 1.33 ± 0.27 であった ($p < 0.05$)。

【結論】AIで胎児表情を評価しカオス次元解析をする方法は、胎児の脳活動を客観的かつ定量的に示すことができた。胎児が子宮内でどのように過ごしているかについての知見を得ることができると考えられる。

160. 人工知能を用いた妊娠高血圧症候群の発症リスクの予測モデル

1) 山口大学医学部附属病院 総合周産期母子医療センター、
2) 山口大学医学部附属病院 産婦人科、3) 山口大学大学院医学系研究科 産科婦人科
前川 亮¹⁾、品川征大¹⁾、三原由実子¹⁾、末田充生¹⁾、村田 晋²⁾、杉野法広³⁾

緒言：妊娠高血圧症候群(HDP)は発症早期での発見と治療介入が求められる。発症予測に基づく管理が望ましいが、未だその手法は確立していない。今回、妊婦健診データからHDPの発症を予測する予測器の作成を行なった。

方法：疾患発症予測モデルの構築と検証について、2009年10月から2017年12月までに当院で妊娠管理を行った4038例(非HDP発症3760例、HDP発症278例)、及び2018年1月から2020年3月までに同院で妊娠管理を行った847例(非HDP発症766例、HDP発症81例)を対象とし、健診毎の血圧、尿蛋白を取得した。マルコフ依存混合モデルを用い、各妊婦健診での収縮期血圧・拡張期血圧・タンパク尿を応答変数、妊娠週数を共変量として、妊婦健診時の状態を効率的に分類できる最適内部状態数を算出し、各健診回から次回健診時の状態を推定する遷移確率を算出した。予測では、収縮期/拡張期血圧が140/90mmHg以上となる状態の混合確率を求め、このスコアから実際のHDP発症の有無との比較を行い予測の精度を評価した。

結果：内部状態数を14と決定し、各妊娠週数における遷移確率を算出した。検証データにおいて、妊娠20週、30週、35週までのデータから、それ以後の週数でのHDP発症を予測するROC曲線のAUCは0.737、0.740、0.768であった。

結論：妊婦健診データからHDP発症を予測するプログラムを作成した。発症予測に基づく妊娠管理が可能となり、予後の改善に寄与する可能性がある。

161. 胎児無名静脈異常についての検討

徳島大学 産婦人科
白河 綾、峯田あゆか、吉田あつ子、岩佐 武、加地 剛

【目的】無名静脈は左内頸静脈と左鎖骨下静脈の結合部より上大静脈への流入部までを指し、大動脈弓の頭側を走行する。無名静脈の先天異常には欠損や走行異常があるが、胎児での報告は少ない。今回当院で胎児診断した無名静脈異常症例について検討した。

【方法】2017年～2022年9月に当院で胎児超音波を行った4985例から後方視的に無名静脈異常例(無脾症は除外)を抽出し、頻度および合併異常について検討した。無名静脈の描出はThree-vessel trachea viewから頭側にプローブを平行移動しパワー/カラードプラで描出した。

【結果】無名静脈の異常は31例(0.62%)で、欠損が28例(0.56%)、走行異常が3例(0.06%)であった。欠損は、全例左上大静脈遺残(PLSVC)であった。13例(48.3%)に合併異常を認め、心内異常6例(VSD3例、大動脈縮窄2例、ファロー四徴症1例)、心外異常は3例(食道閉鎖、口唇裂、くも膜嚢胞)、染色体異常を7例(21 trisomy 4例、5p-1例、不均衡型転座2例)であった(重複あり)。

走行異常は、3例ともに大動脈弓下を走行していた。1例で右側大動脈弓を合併していたが、染色体異常症例はなかった。

【考察】無名静脈の異常はPLSVCに伴う欠損が主で、走行異常は稀であった。無名静脈の異常では合併異常が多く詳細な観察を要する。

162. 超音波検査で胎児異常を認め、環状染色体を診断した2例

独立行政法人国立病院機構 呉医療センター

小原颯太、好澤茉由、山根尚史、菅 裕美子、佐川麻衣子、中村紘子、水之江知哉

【緒言】

環状染色体は染色体両腕の切断と癒合により生じ、重度の成長障害と小奇形や軽度の知的障害を示す希な染色体異常である。今回妊娠中期に胎児異常を認め、環状染色体の診断に至った2例を経験した。

【症例①】

38歳、1妊0産。体外受精にて妊娠成立。妊娠15週0日に後頸部に隔壁を伴う8.6mmの肥厚を認め、嚢胞性ヒグローム(CH)と診断した。羊水検査施行し、15番環状染色体と診断した。遺伝カウンセリングの結果、人工妊娠中絶希望し、20週4日に174gの男児を娩出した。児には両側耳介低位、overlapping finger、揺り椅子状足底、右膝関節の過伸展を認めた。

【症例②】

28歳、2妊1産。自然妊娠にて妊娠成立。妊娠18週2日に-2.2SDのFGRと胎児水腫、単一臍帯動脈を認め、羊水検査施行し、13番環状染色体と診断した。遺伝カウンセリングの結果、人工妊娠中絶を希望し、妊娠21週4日に422gの男児を娩出した。頭部から腹部の浮腫、単一臍帯動脈を認め、その他の外表奇形は見られなかった。

【考察】

環状染色体を持つ児の予後は胎内死亡例から長期生存例など様々である。今回CHや胎児水腫などの重症の胎児異常所見を認めたが、環状染色体の予後の多様さのために遺伝カウンセリングに難渋した。適切な情報提供を元に意思決定を行うことが重要であると考えられる。

163. Multiple drainage を有する総肺静脈還流異常症の一例

四国こどもとおとなの医療センター

前田崇彰、森根幹生、杉本達郎、長尾亜紀、立花綾花、米谷直人、檜尾健二、前田和寿

下心臓型総肺静脈還流異常症(total anomalous pulmonary venous connection: TAPVC)において垂直静脈(vertical vein: VV)の走行を同定することは出生後の治療方針の決定に有用となるが、これまでVVを複数(multiple drainage)有する下心臓型TAPVCを出生前診断できた症例は報告されていない。今回我々は、出生前にmultiple drainageを有するTAPVCを診断したので報告する。

29歳4妊2産。下心臓型TAPVC、右側相同、単心房、単心室、共通房室弁、完全大血管転位症、肺動脈狭窄症、左上大静脈遺残、右上大静脈欠損の診断で妊娠32週に当院に紹介となった。超音波検査では上記診断に加えてthree-dimensional (3D) high-definition (HD) live flowを使用することで共通肺静脈腔から分岐する2本のVVを特定できた。1本は門脈に流入し、もう1本は静脈管(ductus venosus: DV)近傍に流入していた。出生直後のTAPVC修復術が回避できると考えられ出生後はDVへステントを留置し待機的にTAPVC修復術を行う方針となった。妊娠39週1日に帝王切開を行い出生児に造影CT検査を行った。出生前診断に加え左肺静脈から上大静脈へ流入するVVを認め混合型TAPVCの診断となったが、左肺静脈から分岐するVVの血管径は細く出生前の方針通りDVへのステント留置術が行われ現在安定している。3D HD live flowでの超音波画像は出生後の造影CT画像と同等の血管構造や解剖学的関係を理解でき出生後の治療方針の決定に有用となる。

164. 救命し得た臨床的羊水塞栓症の1症例

山口県済生会下関総合病院

具嶋洸之、折田剛志、平岡あきね、関谷 彩、中村真由子、田邊 学、丸山祥子、森岡 均、嶋村勝典

救命し得た臨床的羊水塞栓症の1症例を経験した。症例は38歳初産婦。妊娠39週6日に高血圧を認め(144/97mmHg)、入院管理し安静で血圧は改善。妊娠40週5日にオキシトシン投与による分娩誘発を施行した。子宮口全開後に高度遷延一過性徐脈が出現したため、吸引娩出術(子宮底圧迫法併用)を試み、4回目の施行時に母体の意識消失・筋硬直が出現。顔面にチアノーゼが出現し呼吸停止を認めたため直ちにバックバルブマスク換気を行い、全身麻酔による緊急帝王切開術を開始した。術前の収縮期血圧153mmHgが、胎児胎盤娩出直後に突然収縮期血圧66mmHgに低下し低血圧が持続したが、腹腔内出血量は多くなく子宮収縮も良好であった。以前経験した羊水塞栓症例も児娩出後に突然血圧低下を認めたことから羊水塞栓症を疑い、血中フィブリノゲン(fib)採血と新鮮凍結血漿(FFP)の確保・投与準備を行った。手術終了直後に経腔的に多量出血(3668g)を認め、子宮収縮も不良となり、血中fib値は50mg/dl未満であった。臨床的羊水塞栓症と診断し、可及的速やかにFFP(合計5040ml)やフィブリノゲン濃縮製剤(3g)の投与を行い、出血は軽減するも持続するため子宮動脈塞栓術も施行し止血に成功した。分娩時に突然の血圧低下があれば羊水塞栓症を疑い、血中fib値の測定やFFPの確保投与、フィブリノゲン濃縮製剤投与を躊躇せず行うことが重要と考える。

165. 妊娠37週に妊娠中の特発性腹腔内出血(SHiP)による母体出血性ショック、子宮内胎児死亡を来した一例

広島市立広島市民病院 産婦人科

濱田真彰、築澤良亮、藤川 淳、徳本佑奈、保崎憲人、坂井裕樹、田中奈緒子、森川恵司、植田麻衣子、玉田祥子、関野 和、依光正枝、上野尚子、石田 理、児玉順一

【緒言】 Spontaneous hemoperitoneum in pregnancy (SHiP) とは妊娠中ないし産褥42日までに突然発症する特発性の非外傷性腹腔内出血であり、母児ともに重篤な転帰をたどることである。今回妊娠37週に発症したSHiPの一例を経験したため、文献的考察を含めて報告する。【症例】 26歳1妊0産。19歳時に右卵巢粘液性嚢胞腺腫に対して腹腔鏡下右付属器切除術を施行。自然妊娠成立し、妊娠経過は異常なく経過した。妊娠37週0日に突然の腹痛が出現し、当院へ救急搬送された。来院時JCS II-10、収縮期血圧80mmHg、心拍数140/分、顔面蒼白を認めた。経腹超音波検査にて胎児心拍消失、子宮周囲にEcho Free Spaceを認め、造影CT検査にて子宮体部右側漿膜面に造影剤漏出像を認めた。緊急開腹止血術、帝王切開による児娩出の方針とした。子宮体部右側の卵巣固有索切除部の血管表面に5mm大の穴を認め、動脈性の強出血を認めた。子宮後面、左卵巣、広間膜後葉に内膜症組織を認めた。胎児胎盤を娩出した後、出血点を縫合止血した。合計出血量3110ml、RBC12U、FFP6U、PC10Uを輸血した。【考察】 SHiPは関連因子として子宮内膜症や体外受精が報告されている。稀な疾患ではあるが重篤な場合母児死亡の原因となり得るため、慎重な妊娠管理を行う必要がある。

166. 分娩後異常出血で認める凝固障害の分類と凝固線溶系分子マーカー動態ならびに出血プロファイルの特徴

¹⁾ 独立行政法人国立病院機構 (NHO) 岡山医療センター、

²⁾ NHO 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

多田克彦^{1) 2)}、宮木康成^{3) 4)}、吉田瑞穂^{1) 2)}、安日一郎²⁾、野見山 亮²⁾、江本郁子²⁾、水之江知哉²⁾、兒玉尚志²⁾、田中教文²⁾、前川有香²⁾、前田和寿²⁾、大蔵尚文²⁾

【目的】分娩後異常出血 (PPH) で認める希釈性凝固障害 (DLC) と局所消費型凝固障害 (LCC) の凝固線溶系検査値ならびに臨床的特徴を明らかにすること。【方法】多施設共同研究データのうち、分娩時出血量 2000g 以上の 70 例を対象とした。我々が報告したフィブリノゲン (Fbg) および FDP 境界値を用い、それぞれの凝固障害の病態に従い $Fbg < 237\text{mg/dL}$, $FDP \leq 20\mu\text{g/mL}$ を DLC, $Fbg < 237\text{mg/dL}$, $FDP > 20\mu\text{g/mL}$ を LCC と定義し、各パラメーターを検討した。内科領域の線溶亢進型 DIC の基準値に準じ、トロンビン・アンチトロンビン複合体 (TAT) $\geq 20\text{ng/mL}$ を凝固系の、プラスミン・ $\alpha 2$ プラスミンインヒビター複合体 (PIC) $\geq 10\mu\text{g/mL}$ を線溶系の異常亢進とした。出血の重症度の指標として、初回採血時の出血量 (g) を分娩から採血までの時間 (h) で除した値を出血速度 (g/h) と定義した。【結果】DLC を 6 例、LCC を 28 例認めた。DLC 群の TAT, PIC の中央値 (8.3ng/mL , $0.45\mu\text{g/mL}$) は LCC 群 (45.2ng/mL , $6.8\mu\text{g/mL}$) より低かった ($P < 0.01$, $P < 0.0001$)。LCC 群では TAT, PIC の異常高値をそれぞれ 74%, 26% 認めたのに対し、DLC 群では共に 0% だった。DLC 群の出血速度 (2120g/h) は LCC 群 (1000g/h) より速かった ($P=0.052$)。輸液量は両群で差がなかった。【結論】TAT, PIC 値はそれぞれの凝固障害の病態を反映していた。PPH における DLC は短時間大量出血による凝固因子の喪失が原因で起こる可能性が示された。

167. 帝王切開術後筋膜下血腫に対して手術加療にて止血が得られず IVR にて止血を得た 2 例

倉敷中央病院 産婦人科

西村智樹、手塚 聡、寺井悠朔、橋本阿実、細部由佳、深江 郁、佐伯綾香、黒田亮介、原 理恵、田中 優、伊藤拓馬、加藤 慧、堀川直城、清川 晶、楠本知行、福原 健、中堀 隆、長谷川雅明、本田徹郎

術後の筋膜下血腫に対して、再手術を行うも出血点に分からず止血に難渋することがある。今回、再手術で止血ができず IVR による止血が奏功した 2 例を経験した。

症例 1: 37 歳、G3P1。常染色体優性多発性嚢胞腎合併妊娠であった。加重型妊娠高血圧腎症による母体胸腹水貯留、腎機能増悪にて妊娠 33 週 4 日に緊急帝王切開術を施行。術後 4 日目に頰脈と血圧低下、Hb 5.3g/dL の貧血を認めた。下腹部にエコーフリースペースを認め、造影 CT で筋膜下に造影剤漏出を伴う血腫を認め止血手術を行った。破綻血管は同定できず、出血部位をバイポーラーと結紮で止血した。術後 3 時間から 6 時間にかけて Hb 10.8 から 6.0 へと低下、皮下ドレーンから血性排液が持続した。造影 CT で、右下腹部腹膜前腔から骨盤内に造影剤漏出を伴う新たな血腫を認めた。IVR にて右下腹壁動脈・左子宮 / 閉鎖動脈・右閉鎖動脈に対する動脈塞栓術を行い止血を得た。

症例 2: 26 歳、G3P0。妊娠高血圧腎症に伴う HELLP 症候群に対して妊娠 33 週 2 日に緊急帝王切開術を施行。術後は、DIC をきたし輸血を要した。術後 8 時間頃から腹部創部右側の膨隆が出現、造影 CT で筋膜下に血腫および造影剤漏出を認め血腫除去術を行った。破綻血管は同定できず、出血部位を適宜バイポーラーおよび結紮で止血を行った。血腫除去術から 10 時間経過した時点で筋膜下血腫の再増大を疑い造影 CT を撮影、前日と同部位に造影剤漏出を認めた。IVR で下腹壁動脈を塞栓し止血を得た。

168. 当院における産後出血緊急搬送事例の検討

川崎医科大学 産婦人科学

森本裕美子、齋藤 渉、岡本 華、河村省吾、松本桂子、松本 良、杉原弥香、太田啓明、
下屋浩一郎

当院は地域周産期母子医療センターとして産後出血に対する母体搬送事例の受け入れを行っている。2019 年末以降世界に感染拡大を引き起こした COVID-19 感染症への対応のために入院時の検査対応、PPE 対応などが求められていた。周産期の緊急搬送の中には一刻を争う状況もあり、搬送時 COVID-19 感染の有無を確認することに一定の時間を要することが、緊急対応に影響を及ぼしていたかどうかを検証することは、今後発生する可能性がある新興感染症に対する対応を考える上でも重要である。

今回、COVID-19 感染症流行前後における緊急対応が必要な状況でどのくらいの時間差があるかを検討した。COVID-19 感染症流行前と流行後の産後出血の症例を比較したところ、当院では COVID-19 抗原検査には平均 52 分、COVID-19 PCR 検査には平均 77 分要していた。病院到着後、輸血施行までの平均は、流行前群 (9 例) : 106 分、流行後群 (15 例) : 124 分 (p 値 : 0.29) と両群の間で 18 分の差があった。また、両群の予後について差は認められなかった。

COVID-19 感染制御を緊急搬送でも怠らないように両立する場合、どうしても COVID-19 検査が律速段階となることは容易に想像できることであるが、今回実際に一定の時間を要した。幸い検査結果を待つことによる患者への実質的な不都合は見出せなかったが、多くの人員を要した。COVID-19 感染は感染症法第 5 類に変更後の各医療現場での対応にも注視する必要があると考えられる。

169. 傍卵巢囊腫へ異所性妊娠を認めた一例

¹⁾ 倉敷中央病院 産婦人科、²⁾ ハシイ産婦人科、³⁾ 高松赤十字病院 産婦人科

細部由佳¹⁾、佐藤幸保²⁾、吉田晶琢³⁾、赤松巧将³⁾、門元辰樹³⁾、森 陽子³⁾、
原田龍介³⁾、後藤真樹³⁾

【緒言】全妊娠の約 1% を占める異所性妊娠のほとんどは卵管に起こり、それ以外の部位に起こることは比較的まれである。卵巢および卵管とは離れた位置に存在する傍卵巢囊腫内に異所性妊娠した非常にまれな 1 例を経験したので報告する。

【症例】37 歳女性。G1P1。無月経と不正性器出血を主訴に前医を受診したが、子宮内腔に胎嚢や胎芽を認めず血中 hCG 値が高値のため、異所性妊娠疑いで当科紹介となった。初診時 (妊娠 6 週 3 日) には子宮近傍に明らかな腫瘍は検出できなかった。妊娠 6 週 5 日に自然流産の除外目的で子宮内容除去術を行った。除去組織に明らかな絨毛成分は認められず、その際の経腔超音波検査で左付属器領域に移動性の高い胎嚢様像を認めた。造影 MRI 検査で左卵管妊娠を疑われ、同日緊急腹腔鏡下手術を行った。

術中所見では、左付属器領域に妊娠性腫瘍を認めた。腫瘍は左卵管采と細い管状組織でつながっており、それを切離することで、腫瘍のみ摘出することができた。術後の血中 hCG 値は低下し術後 4 日目に退院となった。肉眼的にも病理学的にも摘出腫瘍には絨毛成分が認められ、卵管上皮に覆われていたため、傍卵巢囊腫への妊娠と診断した。

【結論】傍卵巢囊腫内への異所性妊娠した非常にまれな症例を経験した。今回の症例は、傍卵巢囊腫の中でも Morgagni 小胞への妊娠が最も考えられた。

170. 敗血症を伴った流死産の3症例

愛媛県立中央病院 産婦人科

城戸香乃、池田朋子、島瀬奈津子、伊藤 恭、山内雄策、大木悠司、横畑理美、
上野愛実、田中寛希、森 美妃、阿部恵美子、近藤裕司

【緒言】敗血症治療を必要とした流死産の3症例を報告する。

【症例1】35歳、G4P3。過多月経と発熱、頭痛にて受診、進行流産と診断した。翌日、頭痛と嘔吐、右肩痛を認め、血圧76/50mmHg、脈拍95回/分、体温38.0℃、呼吸23回/分、WBC 3950/μL、Hb 13.9g/dL、Plt 8.0万/μL、CRP 21.7mg/dL、腔分泌物培養と血液培養からGASを検出、敗血症と診断した。【症例2】40歳、G9P4。20週4日、発熱と腰痛にて前医受診、IUIDで搬送。血圧73/34mmHg、脈拍113回/分、体温36.7℃、呼吸20回/分、WBC 1740/μL、Hb 12.8g/dL、Plt 24.4万/μL、CRP 3.9mg/dL、敗血症を疑い、同日死産した。腔分泌物培養からE.coliを検出、血液培養は陰性。【症例3】33歳、G2P2。22週6日、破水感にて前医を受診、死産となり、胎盤遺残し出血多量で搬送。血圧70/50mmHg、脈拍110回/分、体温36.5℃、呼吸20回/分、WBC 32270/μL、Hb 8.8g/dL、Plt 10.0万/μL、CRP 10.1mg/dL、胎盤排出し、輸血と抗生剤投与したがvital signは改善せず、前医で発熱あり敗血症と診断した。腔分泌物培養からGBSを検出、血液培養は陰性。

【結語】感染が原因の流死産は、敗血症を伴う場合があり迅速な診断が重要である。

171. 帝王切開術後にESBL産生菌感染の管理に難渋した一例

国立病院機構 高知病院 産科婦人科

野口拓樹、甲斐由佳、滝川稚也、木下宏実

【緒言】近年、ESBL産生菌は増加傾向で、妊婦の腔内保菌は前期破水、早産等のリスクを高める。帝王切開術後にESBL産生菌感染の管理に難渋した一例を経験したので報告する。

【症例】26歳、1妊0産、自然妊娠。妊娠後期の腔培養検査では有意菌は検出されなかった。37週1日に前期破水のため入院し、AMPC内服を開始した。翌日より分娩誘発を行ったが分娩停止に至り、破水後65時間で緊急帝王切開術を施行した。臨床的絨毛膜羊膜炎を示唆する所見や羊水混濁は認めなかった。出生児の経過は良好であった。手術時よりCEZを使用した。術後2日より発熱、炎症反応の上昇を認め、CEZを継続するも改善が乏しく、児の鼻腔培養検査でESBL産生大腸菌が検出されたため、術後5日よりMEPMに変更した。しかし発熱、炎症反応の上昇が遷延し、画像検査で子宮縫合不全、子宮周囲、皮下の膿瘍形成が疑われ、術後9日に再手術を施行した。子宮創部の再縫合、十分なドレナージを行った。術翌日より解熱し再手術後の経過は良好であった。術中検体からも同様のESBL産生大腸菌が検出された。

【考察】直近2年間で前期破水等のため当院で児の鼻腔培養検査を施行した68症例のうち、44症例で有意菌（うち3症例でESBL産生大腸菌）が検出されたが、本症例以外に分娩後の感染管理に難渋した症例はなかった。

【結語】特に多剤耐性菌では抗生剤が無効の場合、積極的な外科的ドレナージ術を検討することが肝要である。

172. 母体及び新生児がG群溶連菌を保菌していた新生児仮死、絨毛膜羊膜炎の一例

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

【緒言】溶連菌感染症は時に劇症型の感染を引き起こし重篤な病態を呈する。G群溶連菌（GGS）は劇症型溶連菌感染症の原因菌として近年増加しており、皮膚科、整形外科領域で注目を集めているが、周産期領域での報告はほとんどない。GGS保菌妊婦が臨床的絨毛膜羊膜炎（CAM）、胎児機能不全を呈し、新生児もGGSを

保菌していた新生児仮死、CAMの一例を報告する。【症例】38歳、1妊0産。妊娠後期の膣分泌物培養でB群溶連菌を検出した以外は妊娠経過良好であった。妊娠40週3日に陣痛発来のため入院、子宮口は3cm開大であり、アンピシリンナトリウムの点滴を開始した。入院後1時間で39℃の発熱、白血球数は19,500/μlの高値を示し、臨床的CAMと診断した。胎児心拍数陣痛図では頰脈を伴うレベル3の波形が持続し、急速遂娩の準備をしていたところ、急速に分娩が進行し、発熱から約3時間後に2,708gの女児をApgar score(1/5/10分値)2/6/8点、臍帯動脈血pH 7.114で経膣分娩した。児はNICUでCPAPによる呼吸管理と抗菌薬治療を要したが速やかに状態は改善した。児の咽頭培養及び母体発熱時の膣分泌物培養からGGGのみを検出し、胎盤病理検査でBlanc分類Ⅲ度のCAM、臍帯炎を認めた。母児ともに経過良好で産褥5日目に退院した。【結語】母児共にGGG保菌状態であった新生児仮死、CAMの一例を経験した。産道のGGGの存在は子宮内感染の一因となる可能性があり、分娩時の予防的抗菌薬投与も考慮される。

173. 広汎子宮頸部摘出術後妊娠における子宮腔吻合部出血に苦慮した一例

愛媛大学医学部附属病院 産婦人科

河端大輔、森本明美、田口晴賀、大塚沙織、井上奈美、中橋一嘉、矢野晶子、宮上 眸、今井 統、加藤宏章、村上祥子、安岡稔晃、内倉友香、宇佐美知香、松原裕子、藤岡 徹、松元 隆、松原圭一、杉山 隆

【緒言】

広汎子宮頸部摘出術は早期浸潤子宮頸癌に対する妊孕性温存手術である。しかし術後の妊娠は、早産・前期破水・子宮腔吻合部出血など様々な合併症のためハイリスクとされている。今回、妊娠初期より持続する性器出血に苦慮した広汎子宮頸部摘出術後妊娠の一例を経験したので報告する。

【症例】

40歳、2妊0産。子宮頸癌1B1期に対して広汎子宮頸部摘出術を施行後、凍結胚移植にて妊娠成立。妊娠13週より少量の性器出血を認め、妊娠16週0日、性器出血増悪のため入院した。経膣超音波断層法にて子宮頸部周囲に血管増生を疑うドップラ像を認めた。頸管長は14mmであった。妊娠17週6日と27週1日子宮頸部怒張した静脈と、血管壁破綻によると思われる出血が見られた。圧迫止血が可能であったが、その後も性器出血を繰り返した。妊娠33週3日、完全破水のため緊急帝王切開を施行した。術後の経過は良好であり、術後8日目に退院した。児は1822g、Apgar Score 1分値8点、5分値8点の女児であり、NICUに入院、経過良好にて日齢34に退院した。

【考察】

子宮腔吻合部に血管の増生・静脈の怒張を認め、妊娠初期より性器出血が持続した広汎子宮頸部摘出術後妊娠の一例を経験した。広汎子宮頸部摘出後妊娠の管理に関する報告は少なく、一定の見解に達していないため、様々な合併症を念頭に個別化した周産期管理が求められる。

174. 単一前方メッシュを用いたLSCまたはRSCによるP-QOLの改善についての検討

¹⁾ 徳島大学大学院医歯薬学研究部 産科婦人科学分野、²⁾ 高知赤十字病院 産婦人科、

³⁾ 徳島県立中央病院 産婦人科、

⁴⁾ 徳島大学大学院医歯薬学研究部 生殖・更年期医療学分野

木内理世¹⁾、加藤剛志¹⁾、村山美咲²⁾、香川智洋¹⁾、門田友里¹⁾、峯田あゆか¹⁾、

河北貴子³⁾、吉田加奈子¹⁾、安井敏之⁴⁾、岩佐 武¹⁾

【緒言】骨盤臓器脱（POP）に悩む高齢女性は多い。当院ではPOPに対し従来法に加え、腹腔鏡下仙骨腔固定術（LSC）およびロボット支援下仙骨腔固定術（RSC）を行っている。仙骨腔固定術では、膣前後壁にメッシュ

を置く方法が基本であるが、安全性より、前方メッシュのみのシングルメッシュを採用する施設も散見される。しかし、単一前方メッシュ手術による Quality of life (QOL) の改善効果についての報告はほとんどない。【目的】そこで我々は、直腸瘤を伴わない POP 患者に対し、単一前方メッシュを使用した LSC および RSC による QOL の変化を後方視的に検討した。【方法】2018 年 8 月から 2022 年 10 月までに、直腸瘤がなく単一前方メッシュによる LSC または RSC を実施した 52 人の POP 患者に対して、prolapse quality of life questionnaire (P-QOL) の日本語版アンケートを使用して、手術前後の QOL を評価した。【結果】重篤な手術合併症は一例もなかった。アンケートの回収率は 63.5% (33/52) であった。QOL に関するすべての項目 (全般的健康度、生活への影響、仕事や家事の制限、睡眠や活力など) が有意に改善された。また、排尿、排便、性交、膣の違和感などに関する症状も多くが改善し、性交および排便に関わる症状の一部には変化がなかったが、悪化した項目はなかった。【結語】直腸瘤を伴わない POP 患者に対しての単一前方メッシュによる LSC または RSC は P-QOL を改善した。

175. 排尿時の陰部痛を契機に診断した陰唇癒着症の一例

愛媛県立中央病院 産婦人科

島瀬奈津子、森 美妃、城戸香乃、伊藤 恭、山内雄策、大木悠司、横畑理美、
上野愛実、池田朋子、田中寛希、阿部恵美子、近藤裕司

【緒言】陰唇癒着症は小陰唇が部分的又は全体的に癒着する外陰部異常で、低エストロゲン状態が一因とされる。乳幼児期と閉経後に好発し、後者の場合排尿障害や外陰部違和感を契機に診断される。今回、高齢者に発症した陰唇癒着症の一例を経験したので報告する。

【症例】73 歳、G2P2、排尿時の陰部痛を主訴に近医を受診し、陰唇の癒着を認めたため精査加療目的に当科紹介受診した。小陰唇が完全に癒着しており、膣入口部は 5mm 程度の小孔のみで、外尿道口は確認できなかった。陰唇癒着症と診断し癒着剥離術を行った。局所麻酔下に鋭的、鈍的に小陰唇の癒着を剥離した後縫合し、新たに小陰唇を形成した。外尿道口の視認と 3S サイズでの陰鏡診が可能となった。エストロゲン含有軟膏を塗布し、術後 5 ヶ月再発なし。

【考察】陰唇癒着症は低エストロゲン状態に外陰部の炎症や感染等が加わり発生する。成人例では主に外尿道口閉塞による症状が出現し、一般的に高度な癒着を認めるため外科的治療を行う。術後再癒着率は 14-20% で、再発防止には陰唇の接触を防ぐ縫合やエストロゲン含有軟膏の塗布が有用である。本症例も排尿時の陰部痛を契機に陰唇癒着症と診断され癒着剥離術を行った。術後エストロゲン含有軟膏を塗布し再発を認めていない。

【結語】陰唇癒着症は比較的稀な疾患であるが、外陰部の診察により診断可能である。下部尿路症状を訴える閉経後の女性の診察の際には陰唇癒着症を念頭におくことが重要である。

176. 配偶者の同意なしに中絶を施行した症例の検討

岡山市民病院

徳毛敬三、根津優子、大村由紀子、平松祐司

【はじめに】

中絶の同意は、母体保護法 14 条 1 項により原則本人配偶者の同意が必要とされているが、2 項で配偶者と連絡が取れないなどやむを得ない事情がある場合、本人の同意のみでよいと明記されている。当院で 2019 年よりパートナー (配偶者) 同意なしの中絶が 10 例あり、内訳は何らかの理由で相手の同意が取れないケース 6 例、性被害で中絶したのも 4 例あった。

【症例】

・未婚で相手の同意が取れないケース：5 例

同意が取れない理由は、「自分の子ではないので同意しない」が 2 例、「相手と連絡が取れない」が 1 例、「相

手が誰だかわからない」が2例であった。

・既婚で夫に知られたくないケース（いわゆる不倫）：1例

既婚の場合は原則配偶者の同意が必要で、単なる不倫での中絶は不可である。例外として、合併症など命の危険が高いケースでは、妊娠の継続が母体の健康状態を著しく害すると判断することがある。本症例は精神疾患を合併しており精神科医・弁護士と話し合い、母体の命の危険を回避するには中絶が必要と判断し行った。

・性被害：4例

4例とも未婚で、3例は警察が介入した症例であった。

【考察】過去に中絶後に配偶者の知ることとなり、トラブルに発展した事例があり、安易な本人の同意だけでは、訴訟に発展するリスクがある。しっかりとした診療録の作成がその後の裁判になった時に重要と思われる。

177. HPV ワクチン接種後症状診療の現状と課題

1) 岡山大学医学部 医学科、2) 岡山大学病院 産科婦人科

廣幡絢子¹⁾、小川千加子²⁾、原賀順子²⁾、入江恭平²⁾、白河伸介²⁾、依田尚之²⁾、松岡敬典²⁾、中村圭一郎²⁾、長尾昌二²⁾、増山 寿²⁾

【緒言】令和4年4月よりHPVワクチン（HPV）接種の積極的勧奨が再開されるにあたり、HPV接種後の多様な症状に対応するため、「ヒトパピローマウイルス感染症の予防接種に関する相談支援・医療体制強化のための地域ブロック拠点病院整備事業」が開始された。当院は中国四国ブロックの拠点病院として医療従事者対象の研修会を実施したので、結果と課題を報告する。

【方法】HPV接種に関する医療従事者対象の研修会を各県の協力医療機関および県庁へ周知を依頼した上で年度内に4回開催した。各回で、参加者を対象にアンケートを実施した。

【結果】研修会への参加者は、各回51～99名、延べ311名であった。40名は複数回視聴のあるリピーターだった。同意の得られた286名の内訳は、産婦人科医（31%）・内科医（27%）・小児科医（23%）であった一方で、整形外科・神経内科・ペインクリニックからの参加は計7名であった。所属施設は、協力医療機関以外が81%であった。アンケート結果からHPV接種に関連した困りごととして、「接種後症状が生じた際の対応（初期対応や紹介先など）」が最も多く挙げられた。

【結語】研修会参加者には偏りがあり、HPV接種後の多様な症状への対応の課題として、接種医療機関と協力医療機関の連携が未だ不十分であることが明らかとなった。今後、本研修会などを通して顔の見える関係を築くことが重要と考えられる。

178. 母親への母乳育児アンケートと1か月での栄養方法について

吉野産婦人科医院

吉野和男

I. 目的

「母乳育児成功のための10カ条」に関連する母親への母乳育児アンケートと1か月での栄養方法との関係について検討した。

II. 方法

2021、2022年に当院において経産分娩で出生した204名の母親を対象とし、1) 妊娠中の話し合い、2) 早期母子接触、3) 母子同室、4) 頻回授乳、5) 出生後24時間の授乳回数、6) 退院時の説明に「はい」「いいえ」でアンケートし、その比率と1か月での栄養方法について統計学的に処理した。

III. 成績

6つの質問の回答率は94.6～99.0%であり、1か月の栄養方法が母乳のみの割合は81.9%であった。6つの質問の「はい」「いいえ」と1か月での栄養方法についてクロス集計した結果、母子同室は母乳群の「はい」の

回答率が混合・人工栄養群より有意に高く ($p = 0.00487$)、他の5つは有意な差は認めなかった。

IV. 結論

1か月での栄養方法が母乳のみの率が高く、母乳育児アンケートは肯定的な回答が多かった。当院では全例母子同室としているが、混合・人工栄養では「いいえ」の確率が有意に高く、母親の意識では母子同室をしていないと受け取られていると思われた。1か月での栄養方法が母乳のみの率に差がある場合はアンケートの質問内容により差が出るのが予測され、多施設での検討が必要であると思われた。

179. 抗トキソプラズマ抗体検出キットの違いによる検査値の差の検討

独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター 産婦人科

杉原百芳、多田克彦、甲斐憲治、大岡尚実、吉田瑞穂、塚原紗耶、沖本直輝、政廣聡子、熊澤一真

【目的】 3種類の抗トキソプラズマ IgG・IgM 抗体検出キット間での検査値の差について検討すること。**【方法】** 過去10年間に当院に紹介されたトキソプラズマ IgM 抗体陽性例のうち、persistent IgM 例と IgM 偽陽性例を対象として、同一患者の同一時期に、異なる検査キットを用いて検査した IgG および IgM 抗体値を比較した。本研究で用いられた検査キットの測定原理は、ELISA 法、CLEIA 法、CLIA 法だった。連続変数は中央値(範囲)で示し、統計解析には Mann-Whitney 検定を用い、 $P < 0.05$ を有意とした。**【結果】** 24例の IgM 抗体陽性例のうち、急性感染1例、persistent IgM 15例、IgM 偽陽性8例だった。当院では ELISA キットのみ用いた。CLEIA + ELISA の組み合わせ ($n = 10$) のうち、IgG 値 ($n = 6$) は CLEIA と ELISA 間で差がなかったが、両者の間に正の相関 ($r = 0.64$) を認め $CLEIA = 1.89 \cdot ELISA - 8.33$ だった。IgM 値 ($n = 10$) も CLEIA と ELISA 間で差がなかったが、両者の間に正の相関 ($r = 0.90$) を認め $CLEIA = 3.20 \cdot ELISA - 2.57$ だった。CLIA + ELISA ($n = 3$) では、CLIA-IgG 陰性/ELISA-IgG 陽性例、および CLIA-IgM 陽性/ELISA-IgM 陰性例を認めた。**【結論】** 異なる検査キット間で IgG・IgM ともに検査値に差が出ることもあり、検査値の推移を検討する際に注意を要する。

180. ロボット支援腹腔鏡下子宮全摘出術の術中に重複腎盂尿管と判明した2症例

倉敷成人病センター

岡田貴行、坂手慎太郎、福森史也、下村優莉奈、仙波恵樹、越智良文、澤田麻里、菅野 潔、柳井しおり、安藤正明

【緒言】 鏡視下子宮全摘術における尿管損傷の頻度は0.35%と報告されている。重複腎盂尿管の頻度は1%と報告されており、鏡視下子宮全摘術において、重複した尿管の誤認により尿管損傷を来す可能性がある。当院でのロボット支援腹腔鏡下子宮全摘術中に偶発的に発見された重複腎盂尿管の2例を報告する。

【症例】 症例1は44歳、2経妊2経産。子宮筋腫と子宮腺筋症に対し、ロボット支援腹腔鏡下子宮全摘術を施行した。左子宮動脈を単離し尿管の蠕動を確認した際に、左尿管の尾側にも蠕動する管腔構造物を認め、左側の重複尿管と診断した。症例2は53歳、2経妊1経産。過多月経、貧血を伴う子宮腺筋症に対し、ロボット支援腹腔鏡下子宮全摘術を施行した。後腹膜腔を展開した際に左右両側に蠕動する2本の併走する管腔構造物を認め、両側重複尿管と診断した。いずれの症例も尿管の走行を十分確認し基靭帯を処理することで、損傷することなく手術を終了し、術後経過は良好であった。

【結語】 鏡視下子宮全摘術において、尿管の誤認やエネルギーデバイスによる熱損傷などの手術技術も尿管損傷を来す重要な要素となる。本症例のように術前に重複尿管と診断されていない症例もあり、解剖学的変位の可能性を認識し、また熱損傷を来さない手術手技を習得する必要がある。

181. 技術認定医が不在となった後の全腹腔鏡下子宮全摘出術（TLH）再導入に関する検討～安全な再開を目指した対応を振り返って～

¹⁾ 県立広島病院 産婦人科、²⁾ 東広島医療センター 産婦人科、

³⁾ 広島大学病院 広島中央地域・小児周産期医療支援講座

友野美穂^{1) 2)}、増成寿浩²⁾、菰下智貴²⁾、野村奈南²⁾、佐藤優季^{2) 3)}、浦山彩子²⁾、
定金貴子²⁾、田中教文²⁾

近年、婦人科での腹腔鏡手術の割合は増加しているが、腹腔鏡技術認定医（以下、認定医）の有無は腹腔鏡手術の実施状況に影響する。東広島医療センターでは2021年10月の診療科長の異動により認定医が不在となり、全腹腔鏡下子宮全摘出術（以下、TLH）を制限したが、TLHの需要は依然大きく、認定医不在でのTLHの再開を試みた。

安全にTLHを再開するため、①「症例の選択」、②「尿管損傷の回避」に留意した。①では帝王切開術の既往や強い腹腔内癒着、経腔回収に時間を要す症例は避け、②では全例で尿管ステント留置を行った。

TLH再開後の安全性評価のために、期間A（認定医在籍、2019～2021年、115例）と期間B（認定医不在、2022～2023年2月、20例）に分けて、患者背景、手術時間、出血量、摘出物の総重量、周術期合併症を後方視的に比較した。

期間AとBの中央値は各々、手術時間では158分（72-302分）、148分（112-225分）、出血量では30g（5-700g）、20g（5-180g）と有意差なく、摘出物の総重量では期間Aの166g（37-947g）に比し、期間Bの115g（56-315g）は有意に軽量であった。期間Bに重篤な周術期合併症はなく、1例で退院後の腔断端出血を認めしたが、保存的加療のみで治癒した。

認定医不在の状況下でも、上記①、②に留意し、大きな支障なくTLHの再導入ができた。また、主治医が執刀医等で積極的に手術に参加し、個々人が技術向上のために修練する意識や環境は、再導入に良い影響を与えたと考えられた。

182. 専攻医による腹腔鏡下子宮全摘術（TLH）のラーニングカーブに関する検討

¹⁾ 愛媛県立今治病院、²⁾ 愛媛県立中央病院

石村景子¹⁾、田中寛希²⁾、城戸香乃²⁾、島瀬奈津子²⁾、伊藤 恭²⁾、山内雄策²⁾、
大木悠司²⁾、横畑理美²⁾、上野愛実²⁾、池田朋子²⁾、森 美妃²⁾、阿部恵美子²⁾、
近藤裕司²⁾

【緒言】腹腔鏡下子宮全摘術（Total Laparoscopic Hysterectomy: TLH）は子宮良性疾患に対する標準的な治療法として広く普及している。今回、私が産婦人科専攻医として勤務した1施設で、2021年8月から2023年3月の間に行ったTLH執刀症例について後方視的に検討した。【方法】内視鏡技術認定医の指導のもと執刀したTLH32例について、1～10例目を期間A、11～20例目を期間B、21～32例目を期間Cとして、患者背景、手術時間、出血量、合併症などについて検討した。【成績】手術適応となった疾患は、子宮筋腫21例、子宮腺筋症4例、子宮頸部高度異形成6例、子宮内膜増殖症1例であった。患者背景は、年齢の中央値は47歳（39-70歳）、BMIの中央値は22.9kg/m²、（16.7-34.3kg/m²）、摘出した子宮重量の中央値は192g（42-494g）、経腔分娩既往ありは24例（75%）であった。手術時間の平均値は期間A：3時間6分（2時間23分-3時間48分）、期間B：2時間35分（1時間58分-3時間10分）、期間C：2時間11分（1時間45分-2時間39分）であった。術中出血量の平均値は期間A：45.4g（5-219g）、期間B：17.4g（5-129g）、期間C：13.8g（5-60g）であった。合併症は期間Cに腔断端離開が1例あった。

【結論】TLHのラーニングカーブの検討では20～30例を境に手術時間が安定し、合併症が減少すると報告がある。今回の検討でも執刀症例を重ねることで、手術時間は短縮傾向を示し、術中出血量が抑えられた。

183. 腹腔鏡下手術における蛍光尿管カテーテルと Overlay 蛍光イメージングの併用は尿管同定を容易にする

鳥取大学医学部 産科婦人科学分野

山本康嗣、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

腹腔鏡下子宮摘出術（TLH）は、開腹手術と比べ尿管損傷のリスクが上昇する。尿管損傷を回避する手段として尿管カテーテル留置の有用性が示唆されているが、癒着などで視野の制限がある状況では十分な効果を得られない。蛍光尿管カテーテルは、近赤外線カメラを用いた観察によりカテーテル自体が発光するため、従来法よりも尿管の同定を容易にする。また、Overlay 蛍光イメージング（Overlay 機能）を併用することで、フルカラー画像上に蛍光発色した尿管を表示することができる。高難度の TLH 症例において、蛍光尿管カテーテルと Overlay 機能の併用が有用であった経験を報告する。

症例

45 歳女性、2 妊 1 産。過多月経を主訴とし、最大で約 8cm の多発子宮筋腫を認め、手術療法を希望した。CT ウログラフィで、左重複尿管がみられた。腹膜炎既往による腹腔内の高度癒着が予想されたため、蛍光尿管カテーテルを留置し（重複した左尿管に 1 本ずつ、右尿管に 1 本）、Overlay 機能を併用して TLH を行った。骨盤内の広範囲に癒着がみられたが、蛍光発色した尿管を鮮明に観察することができ、重複した左尿管の同定も容易であった。尿管の位置を適宜確認することで、安全に TLH を完遂した。

結語

尿管損傷が懸念される高難度の腹腔鏡下手術において、蛍光尿管カテーテルと Overlay 機能の併用は有用であった。尿管カテーテル留置に伴う合併症が報告されているため、慎重な適用症例の選択が必要である。

184. cadaver トレーニングにおける骨盤内大血管虚脱に対する工夫

愛媛大学医学部附属病院

中橋一嘉、藤岡 徹、井上奈美、井上翔太、井上 唯、今井 統、恩地裕史、矢野晶子、加藤宏章、宮上 眸、村上祥子、安岡稔晃、森本明美、内倉友香、宇佐美知香、松原裕子、松元 隆、松原圭一、杉山 隆

【緒言】腹腔鏡下手術のトレーニングにおいて、当科では以前より Thiel 法固定 cadaver（以下 THCs）を用いた腹腔鏡下トレーニングを導入している。THCs は生体と比較した場合、骨盤内大血管が虚脱しており解剖的な構造把握が難しい。そこで、より生体に近い状態での手術トレーニングを可能にするため、血管虚脱に対する改善を試みたので報告する。

【方法】THCs を用いたトレーニングの前日に、大腿動静脈からシリコン（シラスコン®）と造影剤（硫酸バリウム）の混合液を注入した。血管長軸半径 - 血管短軸半径 / 血管長軸半径 = 扁平率と定義し、シリコン注入の前後で骨盤 CT 撮影を行い、血管虚脱の改善を扁平率にて検討した。また腹腔鏡下の術野において動静脈を観察して生体との比較を行い、さらに血管を切断してシリコンの充填具合を確認した。

【結果】虚脱した骨盤内大血管に対してシリコンを注入することで拡張した血管は生体に近い印象であった。シリコン注入は片側からのみでは対側血管の充填は不十分であり、左右両側大腿動静脈からの注入が必要であった。実際に血管を切断し、シリコンは内腸骨動静脈レベルまで充填されていることが確認できた。

【結論】THCs の骨盤内大血管における虚脱の改善には、大腿動静脈からのシリコン注入が有用であり、より生体に近い状態での手術トレーニングが可能になると思われた。さらに改善してより生体に近い状態とできるよう努めたい。

185. 当院での6年間の複数胚移植についての検討

島根大学医学部 産科婦人科

岡田裕枝、金崎春彦、折出亜希、京 哲

【目的】2個胚移植は同時に2個の分割期胚あるいは胚盤胞を子宮内に移植して妊娠率の向上を目指す。2段階胚移植は1回目の分割期胚移植における子宮内膜のconditioning効果により、2回目に移植する胚盤胞の着床率の向上を期待する手法である。当院では単一胚移植を複数回行っても妊娠に至らなかった場合、本人の希望で2個胚移植及び2段階移植を実施している。当院で行った過去6年間の複数胚移植について検討した。

【方法】2017年1月1日から2022年12月31日までに当院にて実施した複数胚移植について検討した。2個胚移植は初期胚あるいは胚盤胞を同時に2個移植した。2段階移植はまずday3初期胚を移植し、その後day5-7の胚盤胞を移植した。

【結果】当院で実施した単一胚移植は2209周期、2個胚移植は781周期、二段階胚移植は169周期であった。妊娠率はそれぞれ24.8%、23.4%、28.4%であり二段階胚移植で高い傾向があったが統計学的な有意差は認めなかった。全年代で単一胚移植と2個胚移植の妊娠率は同程度であったが、35歳以下及び40歳以上で二段階胚移植が単一胚移植及び2個移植の成績を上回った。2個胚移植、2段階胚移植の多胎率はそれぞれ17.5%、10.4%であった。流産率はそれぞれ30.1%、20.8%であった。

【結論】複数胚移植の有用性については更に検討が必要である。

186. 顕微授精時の卵細胞膜の伸展性と受精率、胚発育との関係

山口大学医学部附属病院 産婦人科

高崎ひとみ、三原由実子、田村 功、米田稔秀、藤村大志、白蓋雄一郎、杉野法広

【目的】生殖補助医療周期において、卵子の質の評価は受精率や胚発育能と関連しているため重要であるが、未だ確立されたものが存在しないのが現状である。顕微授精 (Intracytoplasmic sperm injection; ICSI) の方法の一つとして近年施行されている piezo-ICSI は、先端が平坦なインジェクションピペットを用いるため、穿刺時に卵細胞膜の伸展性を評価することが可能である。我々は卵細胞膜の伸展性と受精率、胚発育の関連について検討し、卵細胞膜の伸展性が卵子の質の評価方法として妥当であるかについて検討した。【方法】2022年9月～2023年3月に当院でICSIを施行した240卵子を対象とした。卵細胞膜から75%以上の伸展性を認めるものをA群(134卵子)、50%以上75%未満をB群(41卵子)、25%以上50%未満をC群(26卵子)、25%未満をD群(39卵子)として検討した。また、これまで卵子の質の改善効果が報告されているメラトニンを投与し、投与、非投与症例の卵細胞膜の伸展性の違いについて検討した。【結果】受精率はA群73.1%、B群80.5%、C群65.4%、D群15.4%であり、D群は有意に受精率が低かった。胚盤胞到達率はA群49.1%、B群32.4%、C群38.9%、D群0%であり、D群では胚盤胞を認めなかった。またメラトニン投与により、D群の割合は18.8%から12.1%に低下した。【結論】卵細胞膜の伸展性が低い卵子は受精率・胚盤胞到達率が低く、卵細胞膜の伸展性は卵子の質の評価方法として活用できる可能性がある。

187. 本邦の多嚢胞性卵巣症候群の診断における抗ミュラー管ホルモンの有用性の検討

- 1) 国立病院機構 高知病院 産科婦人科、
2) 徳島大学大学院医歯薬学研究部 産科婦人科学分野、
3) 群馬大学大学院医学系研究科 産科婦人科学講座、⁴⁾ 島根大学医学部 産科婦人科、
5) 奈良県立医科大学 産婦人科、⁶⁾ 国際医療福祉大学成田病院、
7) 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 茨城県小児・周産期地域医療学講座、
8) 札幌医科大学 産婦人科、⁹⁾ 県立広島病院 生殖医療科、
10) JA 徳島厚生連 吉野川医療センター 産婦人科
野口拓樹^{1) 2)}、岩佐 武²⁾、岩瀬 明³⁾、金崎春彦⁴⁾、木村文則⁵⁾、久具宏司⁶⁾、
齊藤和毅⁷⁾、馬場 剛⁸⁾、原 鐵晃⁹⁾、湊 沙希²⁾、松崎利也¹⁰⁾

【目的】血中抗ミュラー管ホルモン（AMH）値は多嚢胞性卵巣症候群（PCOS）の胞状卵胞数（AFC）と高い相関を示す。今回我々は、本邦のPCOS診断におけるAMHの有用性を検討した。

【方法】全国の国公私立大学病院、生殖補助医療登録施設を対象に症例調査を行った。対象症例は日産婦 2007で診断した症例（PCOS群）と、排卵障害がなく上記期間に生殖補助医療を開始した症例（コントロール群）で、調査項目は患者背景、AMH、AFC等とした。本研究は徳島大学病院研究倫理審査委員会による承認の下で実施した。

【成績】PCOS群は538症例、コントロール群は863症例の回答を得た。AMHはPCOS群が有意に高く、AFCと有意な正の相関を示した。AMHカットオフ値（感度95%）は、アクセス、ルミパルスにおいて20-29歳で4.4ng/mL、30-39歳で3.1ng/mL、エクルーシスにおいて20-29歳で4.0ng/mL、30-39歳で2.8ng/mLであった。なお、AFCのカットオフ値（感度95%以上）は10個以上と、現在の診断基準のカットオフ値を支持する結果であったが、施設間のばらつきが大きかった。

【結論】本邦の診断基準への採用を仮想したAMHカットオフ値を、年齢階層別、測定系別に設定した。AMHを採用することにより卵巣所見を客観的に評価でき、PCOSの診断精度が向上するものと思われる。

188. 多嚢胞性卵巣症候群診断基準の検証のための症例調査と内分泌異常に関する検討結果

- 1) JA 徳島厚生連 吉野川医療センター 産婦人科、²⁾ 国立病院機構 高知病院 産科婦人科、
3) 徳島大学大学院医歯薬学研究部 産科婦人科学分野、
4) 群馬大学大学院医学系研究科 産科婦人科学講座、⁵⁾ 島根大学医学部 産科婦人科、
6) 奈良県立医科大学 産婦人科、⁷⁾ 国際医療福祉大学成田病院、
8) 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科 茨城県小児・周産期地域医療学講座、
9) 札幌医科大学 産婦人科、¹⁰⁾ 県立広島病院 生殖医療科
松崎利也¹⁾、野口拓樹^{2) 3)}、湊 沙希³⁾、岩佐 武³⁾、岩瀬 明⁴⁾、金崎春彦⁵⁾、
木村文則⁶⁾、久具宏司⁷⁾、齊藤和毅⁸⁾、馬場 剛⁹⁾、原 鐵晃¹⁰⁾

【目的】多嚢胞性卵巣症候群（PCOS）の診断基準を検証し改定案を作成するために症例調査を行った（日産婦学会生殖・内分泌委員会、本邦におけるPCOSの診断基準の検証に関する小委員会）。今回は内分泌異常に関する検討結果を報告する。

【方法】全国の国公私立大学病院、生殖補助医療登録施設を対象に症例調査を行った。今回の解析対象は日産婦 2007で診断したPCOS症例で、アンドロゲン過剰症（AE）の発現率と集積状況、LH高値等の内分泌異常を検討した。LH、LH/FSH比の判定にはYanagihara（2023）のカットオフ値を用いた。本研究は徳島大学病院研究倫理審査委員会による承認の下で実施した。

【成績】895例のPCOSを解析した。テストステロン（T）高値率は33.2%で、臨床的AEの発現頻度は、多毛

(13.5%)、尋常性痤瘡、低声音、陰核肥大の順で高かった。生化学的 AE (T 高値) または臨床的 AE (多毛) のいずれかによる AE 判定では、従来の生化学的 AE 単独による AE 判定に比べ検出率が 30% 高かった。LH の高値率は 2007 年の調査報告と同等であり、T 高値を加えることで内分泌異常の検出率は上昇した。

【結論】 臨床的 AE の多毛を日産婦の PCOS 診断基準に採用し、生化学的 AE、臨床的 AE または LH 高値のいずれかにより内分泌異常を判定することで、PCOS の診断精度が向上するものと思われる。

189. 生殖補助医療により妊娠が成立したモザイク型ターナー症候群の 1 例

¹⁾ 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科婦人科学、²⁾ 岡山大学大学院保健学研究科
佐久間美帆¹⁾、光井 崇¹⁾、岡本遼太¹⁾、樫野千明¹⁾、久保光太郎¹⁾、鎌田泰彦¹⁾、
中塚幹也²⁾、増山 寿¹⁾

【緒言】 ターナー症候群は 1 本の X 染色体の一部または全体が欠失に起因した性分化疾患の総称であり、その発生頻度は 1/1000 ~ 2000 である。モザイク型では排卵周期を有することもあるが、自然妊娠率は低く、流産率は高いことが知られている。今回、モザイク型ターナー症候群に対し生殖補助医療を施行し妊娠成立した 1 例について報告する。

【症例】 33 歳，0 妊。身長 150cm，体重 43kg，BMI 19.1。初経 14 歳，月経 14-21 日周期。小児期に低身長 of 精査によりモザイク型ターナー症候群 (45, X [22] /47, XXX [8]) と診断された。結婚後，挙児希望のため前医を受診し，当科紹介となった。着床前診断に関して情報提供を行ったが希望されず。半年間ほど経過をみていたが妊娠しなかったため，生殖補助医療を希望された。調節卵巣刺激後に採卵を行い，体外受精で得られた 1 個の胚盤胞 (4AA) を凍結保存した。ホルモン補充周期での凍結融解胚移植を行い，妊娠が成立した。妊娠 13 週に切迫流産および絨毛膜下血腫のため一時入院管理となったが，現在は外来にて妊娠管理中である。

【考察】 モザイク型ターナー症候群に対し，生殖補助医療を行い妊娠が成立した 1 例を経験した。妊娠転帰につき文献的考察を加えて報告する。

190. 子宮内膜ポリープを契機に子宮体がんと診断され、妊孕性温存治療後に生殖補助医療で妊娠が成立した 2 例

¹⁾ 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科婦人科学、²⁾ 岡山大学大学院保健学研究科
組橋佳純¹⁾、樫野千明¹⁾、岡本遼太¹⁾、久保光太郎¹⁾、光井 崇¹⁾、鎌田泰彦¹⁾、
中塚幹也²⁾、増山 寿¹⁾

不妊症の精査の過程で子宮体癌と診断される例はしばしば遭遇する。子宮内膜に限局した類内膜癌 (EC) や子宮内膜異型増殖症 (AEH) では妊孕性温存治療として高用量メドロキシプロゲステロン (MPA) 療法が施行される。しかし寛解率は 76.0 ~ 85.6% であるのに対し，再発率は 26.3 ~ 40.6% と高いため，早期の不妊治療開始や生殖補助医療 (ART) への移行を検討すべきである。今回，子宮内膜ポリープを契機に子宮体がん と診断され，妊孕性温存希望のため MPA 療法施行後に ART で妊娠した 2 例を報告する。

【症例 1】 33 歳，0 妊。挙児希望で前医を受診し，子宮内膜ポリープおよび高度肥満の診断で紹介された。子宮鏡検査で子宮内膜ポリポーシスを認め，子宮内膜細胞診は陰性であった。外科での減量手術後に，子宮鏡下子宮内膜ポリープ切除術を施行したところ，病理診断は EC Grade1 であり子宮内膜全面搔爬でも同様の結果であった。MPA 療法後にタイミング指導，人工授精を行うも妊娠に至らず。ART で妊娠が成立し，妊娠 39 週で経膈分娩に至った。

【症例 2】 31 歳，0 妊。前医で不妊治療中に子宮内膜ポリープが疑われ紹介された。子宮鏡検査で子宮内膜ポリポーシスを認め，子宮内膜組織診は EC であった。子宮内膜全面搔爬を施行し，病理診断は AEH であった。MPA 療法後に排卵誘発を行ったが卵胞が多数発育し多胎となるリスクがあるため，ART へ移行し妊娠が成立した。現在，妊娠継続中である。

191. 当院における子宮内膜癌・子宮内膜異型増殖症に対する妊孕性温存治療の治療成績、妊娠成績、周産期予後

徳島大学大学院医歯薬学研究部 産科婦人科学分野

武田明日香、山本由理、内芝舞実、湊 沙希、鎌田周平、新垣亮輔、乾 宏彰、香川智洋、西村正人、岩佐 武

【緒言】子宮内膜癌 (EC) および子宮内膜異型増殖症 (AEH) に対する妊孕性温存は、MPA (medroxyprogesterone acetate, 400-600mg/日) 療法が保存適応されている。今回、徳島大学病院における MPA 療法の治療効果と、寛解後の妊娠成績および周産期予後について検討した。

【方法】2002年1月から2020年8月にかけて、徳島大学病院で AEH または EC (IA 期) と診断され、妊孕性温存を目的に MPA 療法を施行された 19 症例を検討した。

【成績】MPA 療法により 19 症例中 17 例で CR、2 例で PR が得られたが、その後 6 例に再発を認めた。その内 4 例では再度 MPA 療法が施行され CR が得られた。19 症例中 13 例には挙児希望があり、13 例全例に対して不妊治療が施行された。MPA 療法後直ちに生殖補助医療を施行した症例は 7 例で、他の 6 例では排卵誘発が選択された。これらの治療の結果、10 症例において合計 20 回の妊娠が成立し、9 症例において合計 12 名の生児が獲得された。7 例は流産、1 例は重症妊娠高血圧症を合併し妊娠 19 週で人工妊娠中絶となった。

【結論】MPA 療法により高い寛解率が得られ、寛解後に挙児希望患者の約 77% で妊娠が成立しており、妊孕性温存を希望する症例にとって MPA 療法は有効な治療法であると考えられる。一方、約 32% で再発を認めており、寛解後早期に積極的な介入により妊娠を図ることが望ましいと考えられた。MPA 療法後の妊娠において、流早産率が高い傾向にあり、今後さらなる検討が必要である。

192. 高知県のがん生殖医療に対する取り組みの現状と課題

1) 高知大学医学部 産婦人科、2) 高知大学医学部附属病院 がん相談支援センター、
3) 高知医療センター 生殖医療科、4) レディースクリニックコスモス
山本慎平¹⁾、都築たまみ¹⁾、前田英武²⁾、谷口佳代¹⁾、小松淳子³⁾、泉谷知明¹⁾、
桑原 章⁴⁾、南 晋³⁾、坂本康紀⁴⁾、前田長正¹⁾

【緒言】近年、若年がん患者においてがん治療前の妊孕性温存治療の重要性が注目されている。高知県では、2020 年度に県内のがん治療施設と生殖医療実施施設が参加するがん生殖医療部会を立ち上げ、さらにはがん治療医と県内外の生殖医療実施施設との連携を目的とした高知県がん生殖医療ネットワークの運用を開始した。今回、2020 年度以降の県内でのがん生殖医療の現状と課題について報告する。

【結果】がん生殖医療部会では定期的な部会開催でがん生殖医療に関する情報共有、県内における妊孕性温存治療の相談及び実施数の全数把握、医療従事者向けの学習会開催、県民に向けた啓発活動を行っている。県内での妊孕性温存治療の相談及び実施数は 2020 年度 10 例、2021 年度 16 例、2022 年度 18 例だった。学習会は講師を招いた医療従事者向けの講演会、がん診療科の症例提示を通じて課題を話し合う勉強会などを開催した。また、テレビ放送で県民向けの妊孕性温存治療の啓発活動を行った。一方で高知大学院内がん登録の全がん種の登録数を見ると、2021 年度は男性：27 名、女性：64 名（いずれも 43 歳未満）で、妊孕性温存治療実施数と乖離があった。

【結語】2020 年度以降、県内での妊孕性温存治療相談及び実施数は増加傾向にある。一方で妊孕性温存治療に関する情報提供がまだ不十分である可能性があり、今後治療対象者をもれなく抽出できるシステムの構築や、施設内外での啓発活動を継続していく。

193. サルモネラ感染による付属器炎・骨盤腹膜炎の一例

JA 尾道総合病院 産婦人科

柴村奈月、上田明子、野田 望、松島彩子、坂下知久

【緒言】サルモネラ菌は主に食中毒の原因菌であるが、子宮付属器への感染も報告されている。卵巣子宮内膜症性嚢胞に感染し、骨盤腹膜炎に及んだと考えられる症例を経験したので報告する。

【症例】44歳、1妊1経。急性腹症のため救急搬送された。超音波検査で6cmの右卵巣腫瘍・少量の腹水を認め、腫瘍は単房性で嚢胞内部の微細点状像から卵巣子宮内膜症性嚢胞を疑った。腫瘍部位の疼痛は強く、茎捻転や破裂、感染を考え腹腔鏡手術を施行した。淡々血性の腹水を細胞診・培養検査に提出し、右付属器を摘出した。術後2日目に37.7度の発熱があり、右下腹部痛が増強した。CRPは21mg/dlに上昇しAZMを開始したが、術後3日目は39.5度上昇した。この時点で腹水中のサルモネラ菌が判明し、LVFXに変更した。しかし、術後5日目となっても発熱が持続し、頻回な下痢を認めた。保存的治療は困難と判断しドレナージを施行した。骨盤内の緑褐色の腹水及び子宮骨盤内全体を覆うペラークを可能な限り除去した。洗浄後にドレーンを留置した。翌日から解熱し、術後7日目に抗生剤を終了、術後9日目に退院した。右卵巣腫瘍の病理検査結果は卵巣子宮内膜症性嚢胞であった。詳細な問診を行ったが、爬虫類との接触や鶏肉類の摂取はなく感染源は不明であった。

【結語】付属器炎や骨盤腹膜炎に対する通常の抗生剤治療が抵抗性である場合はサルモネラ菌も考慮する必要がある。

194. 当院で経験した骨盤内膿瘍の検討

香川県立中央病院 産婦人科

堀口育代、矢野友梨、早田 裕、永坂久子、高田雅代、米澤 優、中西美恵

【目的】骨盤内炎症性疾患（PID）の治療法には抗菌剤による保存的治療と外科的治療がある。子宮内膜症性嚢胞や直近の子宮内操作があり、膿瘍を形成した症例では抗菌剤による保存的治療にしばしば抵抗性で外科的処置が必要になる。今回我々は当院において2012年1月から2022年12月までの10年間で経験した入院を要したPID症例17例について検討したので報告する。

【結果】平均年齢は40.6歳、卵巣子宮内膜症性嚢胞を認めた症例が9例（52.9%）、直近に子宮内操作を行った症例が2例（11.8%）。入院中に外科的処置を要したものが10例（58.9%）あり、うち6例には開腹手術（主に付属器切除術）、4例には経皮（腔）的ドレナージ術を施行した。開腹手術施行例の平均入院日数は21.5日、経皮（腔）的ドレナージ術施行例は12日であった。

【考察・結論】骨盤内膿瘍を認めた場合、外科的処置の適応を検討する必要がある。当院では以前は抗菌薬投与で、改善のみられない症例に対して開腹ドレナージ（主に付属器切除術）を行ってきたが、最近では抗菌薬投与と同時に経皮的ドレナージ術を検討している。適切な症例に速やかにドレナージを行うことで原因菌の同定ができ、的確な抗菌薬治療を行うことができる。保存的加療後の開腹手術に比べ、経皮（腔）的ドレナージ術は侵襲性が低く、かつ入院日数が短縮できる可能性が示唆された。

195. 高度肥満を伴う血液透析患者に発生した巨大子宮筋腫の一例

市立三次中央病院 産婦人科

西本祐美、藤田真理子、張本 姿、熊谷正俊

近年血液透析の患者数は増加の一途をたどっており、婦人科領域においても透析患者が手術を受ける機会は増加している。血液透析患者は循環動態が不安定で、易感染性や組織脆弱性など多くの問題が存在し、特別な配慮を必要とする。今回、血液透析患者に発生した巨大子宮筋腫に対し、各診療科と協力して周術期コントロールを行いながら開腹手術を施行した一例を経験したため、若干の文献的考察も交えて報告する。症例は49歳

女性、1 経産、身長 155cm、体重 91kg。糖尿病性腎症による慢性腎不全のため 2 年前に血液透析を導入され、以降週 3 回の血液透析を継続している。腹部違和感・腹痛の訴えあり CT・MRI 撮影したところ、子宮体部と連続する 30cm 超の巨大な分葉状腫瘤を認めた。変性を伴う子宮筋腫が疑われたが肉腫の可能性も否定できず、手術の方針とした。手術前日に血液透析を行った後に腹式子宮全摘術および両側付属器摘出術を行った。腹壁ヘルニアを認め、同時にヘルニア嚢を切除した。術中適宜動脈血ガス分析を行い、重篤な貧血や電解質異常がないことを確認した。筋膜が脆弱であり、閉腹の際は腹壁癒着ヘルニアの防止に努めた。術中～術後の輸液は生理食塩水や 1 号液を選択し、高カリウム血症に注意しながら量を調節した。手術翌日から血液透析を再開し、摘出物の重量 (5.5kg) を加味し dry weight を再設定した。術後、再出血や感染を疑う所見なく経過し、術後 7 日目に退院した。

196. 演題取り下げ

197. 漿膜下筋腫が分娩後に筋腫分娩となった一例

福山市民病院 産婦人科

兼森美帆、青江尚志、早田 桂、高原悦子、篠崎真里奈

【緒言】 子宮筋腫は発生部位によって漿膜下筋腫・筋層内筋腫・粘膜下筋腫に分類される。今回我々は漿膜下子宮筋腫だったが分娩後に筋腫分娩となった症例を経験したため報告する。

【症例】 38 歳 4 妊 2 産、既往帝切後妊娠。既往歴・併存症として聴神経腫瘍と子宮後壁に直径 10cm 大の漿膜下筋腫あり。自然妊娠成立し、当院で周産期管理していた。胎盤が筋腫直下にあり自己血 600ml 貯血し妊娠 38 週 6 日に反復帝王切開を施行した。出血量は羊水込みで 630ml だった。児は出生体重 2955g、アプガースコア 1 分後 8 点、5 分後 8 点、UmApH: 7.31 だった。子宮腔内に明らかな腫瘤はみられなかった。術後経過良好のため術後 6 日に退院とした。術後 12 日に 37.7℃の微熱と腹痛を主訴に受診。子宮に一致して圧痛を認め、WBC: 7620/μl、Net: 79.6%、CRP: 14.03mg/dl と炎症反応を認めた。子宮内膜円または筋腫の変性による腹痛と判断し CTRX 点滴を 11 日間施行して発熱・腹痛・炎症反応は改善した。しかし、術後 74 日に膣の違和感を主訴に受診。膣鏡診では筋腫分娩を認め、MRI 検査で変性粘膜下筋腫を認め、筋腫核の一部が膣に下垂している所見であった。上記の所見から子宮全摘とした。病理検査結果は壊死を伴うが悪性を疑う所見を伴わない平滑筋腫であり、腫瘤の表面部分には明らかな内膜組織は認めなかった。漿膜下筋腫合併妊娠の場合でも産後は筋腫分娩となる可能性に留意する必要があると考えられる。

198. トルソー症候群様の病態を呈した CA125 高値を伴う子宮腺筋症の 1 例

山口大学医学部附属病院

城下亜文、白蓋雄一郎、米田稔秀、高崎ひとみ、藤村大志、三原由実子、田村 功、前川 亮、竹谷俊明、杉野法広

トルソー症候群は悪性腫瘍に伴う凝固能亢進を基盤とした静脈血栓塞栓症、および脳梗塞を含む全身性動脈塞栓症であるが、稀に良性婦人科腫瘍においても同様の病態を認めることがある。トルソー症候群様の病態を呈した子宮腺筋症の 1 例を経験したので報告する。症例は 47 歳女性、0 妊 0 産。右上肢の麻痺、右口唇周囲の異常感覚が出現したため、前医を受診し、多発性脳梗塞を指摘された。腫瘍マーカー高値 (CA125 905U/ml) を伴う子宮腫大を認め、当科紹介受診となった。CA125 497U/ml と低下しており、MRI 検査で悪性を疑う所見は乏しく、子宮腺筋症の診断となった。抗凝固剤内服開始となったが、5 ヶ月後に多発性脳梗塞の再発を認めた。なお脳梗塞発症時はいずれも月経中であった。CA125 1190U/ml と高値を認めており、子宮腺筋症に関連したトルソー症候群様病態の可能性が示唆された。根治治療に子宮摘出術が考慮されたが、腹腔内の高度癒着が想

定され、リュープロレリンによる偽閉経療法を開始した。開始後4ヶ月でCA125 31U/mlと低下し、脳梗塞の再発は認めていない。トルソー症候群は悪性腫瘍に伴う病態と認識されているが、良性婦人科疾患でも同様の病態を発症する可能性がある。子宮腺筋症に関連する同様の病態の報告が散見されるが、ほとんどの報告で本症例と同様にCA125高値を認めた。CA125高値を伴う子宮腺筋症では、トルソー症候群様病態の発症を考慮する必要性が示唆された。

あすか製薬株式会社	GE ヘルスケア・ジャパン株式会社
アストラゼネカ株式会社	株式会社ステムセル研究所
アトムメディカル株式会社	ゼリア新薬工業株式会社
Applied Medical Japan 株式会社	武田薬品工業株式会社
アレクシオンファーマ合同会社	中外製薬株式会社
HPV ワクチン拠点病院事業 中国ブロック	株式会社ツムラ
MSD 株式会社	トーイツ株式会社
科研製薬株式会社	日本新薬株式会社
キヤノンメディカルシステムズ株式会社	富士製薬工業株式会社
コニカミノルタジャパン株式会社	メロディ・インターナショナル株式会社
小西医療器株式会社	持田製薬株式会社
サノフィ株式会社	

2023年8月18日現在



R
RELUMINA

GnRHアンタゴニスト
劇薬 処方箋医薬品^{注)}

薬価基準収載

レルミナ[®]錠 40mg

RELUMINA[®] Tablets 40mg (レルゴリクス)

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、禁忌を含む注意事項等情報等については電子添文をご参照ください。



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

2023年4月作成



おかげさまで 70年

生命を未来につなげるために。

Challenge & Realize

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

 小西医療器株式会社

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

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

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

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



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



9. 特定の背景を有する患者に関する注意 9.7 小児等:小児を対象とした臨床試験は実施していない。

鉄欠乏性貧血治療剤

処方箋医薬品^{注)} 薬価基準収載

フェインジェクト[®] 静注500mg

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

注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

2. 禁忌(次の患者には投与しないこと)

- 2.1 鉄欠乏状態にない患者[鉄過剰を来すおそれがある]
- 2.2 本剤に対し過敏症の既往歴のある患者

4. 効能又は効果

鉄欠乏性貧血

5. 効能又は効果に関連する注意

本剤は経口鉄剤の投与が困難又は不適當な場合に限り使用すること。

6. 用法及び用量

通常、成人に鉄として1回あたり500mgを週1回、緩徐に静注又は点滴静注する。総投与量は、患者の血中ヘモグロビン値及び体重に応じるが、上限は鉄として1,500mgとする。

7. 用法及び用量に関連する注意

7.1 本剤の投与に際しては、以下を参考に、過量投与にならないよう、総投与量(投与回数)に注意すること。なお、本剤の投与は週1回、1回あたり鉄として500mg(1バイアル)とする。

本剤の鉄としての総投与量(投与回数)

		体重		
		25kg以上35kg未満	35kg以上70kg未満	70kg以上
血中ヘモグロビン値	10.0g/dL未満	500mg (500mgを1回投与)	1,500mg (週1回、1回あたり500mgを計3回投与)	1,500mg (週1回、1回あたり500mgを計3回投与)
	10.0g/dL以上		1,000mg (週1回、1回あたり500mgを計2回投与)	500mgを計3回投与)

7.2 本剤を希釈しないで使用する場合は、5分以上かけて緩徐に静注すること。本剤を希釈して使用する場合は、6分以上かけて点滴静注すること。

7.3 35kg未満の患者には点滴静注とすること。

7.4 血中ヘモグロビン値は本剤投与終了後4週程度まで上昇するため、再治療の必要性は、投与終了後4週以降を目安に血中ヘモグロビン値、血清フェリチン値、患者の状態等から、鉄過剰に留意して慎重に判断すること。[12.2, 17.1.1, 17.1.2 参照]

9. 特定の背景を有する患者に関する注意

9.1 合併症・既往歴等のある患者

9.1.1 発作性夜間ヘモグロビン尿症を合併している患者
溶血を誘発するおそれがある。

9.3 肝機能障害患者

本剤投与による肝機能の悪化に注意すること。鉄過剰により肝機能障害が悪化する可能性がある。肝機能障害患者を対象とした臨床試験は実施していない。[16.3.1 参照]

11. 副作用

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

11.1 重大な副作用

11.1.1 過敏症(頻度不明)

ショック、アナフィラキシー等の重篤な過敏症があらわれることがある。

21. 承認条件

医薬品リスク管理計画を策定の上、適切に実施すること。

●その他の使用上の注意につきましては、添付文書をご参照ください。

製品情報サイト

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

PC、スマホ、タブレットで
ご覧になれます。



製造販売元

ゼリア新薬工業株式会社

東京都中央区日本橋小舟町10-11 〒103-8351

【文献請求先及び問い合わせ先】 お客様相談室

TEL.(03)3661-0277 / FAX.(03)3663-2352

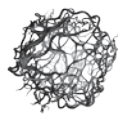
2021年8月作成

すべての革新は患者さんのために

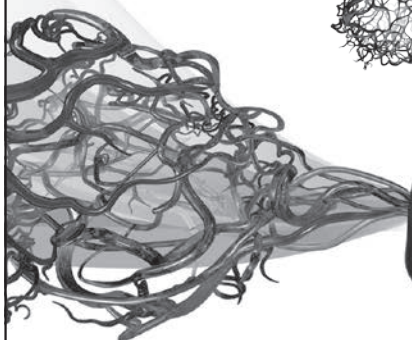


中外製薬

Roche ロシュグループ



AVASTIN[®]
bevacizumab



日本標準商品分類番号 874291

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

薬価基準収載

アバスタチン[®] 点滴静注用 100mg/4mL
400mg/16mL



ベバシズマブ(遺伝子組換え)注

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

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

製造販売元



中外製薬株式会社

〒103-8324 東京都中央区日本橋室町2-1-1

Roche ロシュグループ

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

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

2022年3月作成



子宮頸管熟化剤(プロスタグランジンE₂製剤)

プロウペス[®] 腔用剤10mg
Propess[®] DINOPROSTONE ジノプロストン腔内留置用製剤

【劇薬】 【処方箋医薬品】 注意—医師等の処方箋により使用すること

【薬価基準未収載】

●「効能又は効果」「用法及び用量」「警告・禁忌を含む注意事項等情報」等は、電子化された添付文書等をご参照ください。

製造販売元(輸入)



フェリング・ファーマ株式会社

〒105-0001 東京都港区虎ノ門二丁目3番17号

販売元



富士製薬工業株式会社

富山県富山市水橋辻ケ堂1515番地
文献請求先および問い合わせ先 富山工場 学術情報課
フリーダイヤル: 0120-956-792 FAX: 076-478-0336

プロウペス[®]はフェリング・ファーマB.V.の登録商標です
©2023 Ferring Pharmaceuticals Co., Ltd.

2023年2月作成

