

2024

Vol.73

Supplement

現代産婦人科

Modern Trends in Obstetrics & Gynecology



第76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

2024年9月22日(日)・23日(月・祝)

会場

あわぎんホール(徳島県郷土文化会館)

会長

岩佐

武

(徳島大学大学院医歯薬学研究所 産科婦人科学分野)



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、益々ご清祥のこととお喜び申し上げます。この度、2024年9月22日（日）から9月23日（月・祝）にかけて、第76回中国四国産科婦人科学会ならびに学術講演会を徳島市で開催させていただき運びとなりました。このような貴重なご機会をいただいたことに、教室員一同深く感謝申し上げます。

本学術講演会は貴重な学びの場である以外に、若手にとっては登竜門的、中堅にとってはステップアップの場としての役割を果たしてきました。また、中四国の産婦人科医が一同に会して親交を深めるという意味で、本学術講演会はとても大きな意義をもつと考えられます。私自身、若手の時代から現在に至るまでほぼ毎年参加し、多くを学び成長させていただきました。せっかくいただいたご機会ですので、少しでも皆様のお役に立てるよう、また中国四国産科婦人科学会のさらなる発展に寄与できるよう教室員一丸となって企画を進めて参ります。皆様にとって記憶に残る二日間となれば幸いです。

近年では観光不人気県のレッテルが貼られている徳島県ですが、実は魅力的な観光スポットが複数存在します。また、徳島ラーメンなど、唯一無二のグルメも少なからず存在します。学術活動だけにとどまらず、観光や食事を通じて徳島の魅力を存分に体感していただければと思います。ご参加を心よりお待ちしております。

2024年8月吉日

第76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 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 教授)

第76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：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）
開 催 日：2024年9月22日（日）・23日（月・祝）

会 場：あわぎんホール（徳島県郷土文化会館）
（〒770-0835 徳島県徳島市藍場町2丁目14番地）

学術委員会：9月22日（日）10：30～11：00

理 事 会：9月22日（日）11：00～12：00

評 議 員 会：9月23日（月・祝）9：00～9：40

総 会：9月23日（月・祝）14：40～15：00

【主催事務局】

〒770-8503 徳島市蔵本町3丁目18-5
徳島大学大学院医歯薬学研究部 産科婦人科学分野
TEL：088-633-7177 FAX：088-631-2630

参加者へのご案内

1. 参加受付・総合受付

受付日	受付時間	場所
9月22日(日)	10:30～17:00	あわぎんホール 3F 大展示室
9月23日(月)	8:30～15:00	

2. 参加費、プログラム・講演抄録販売など（現金受付のみ）

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

- 参加費、プログラム・講演抄録は不課税です。
- 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22日(日) 18:30～20:00

会 場：ホテルクレメント徳島 4F クレメントホール

参加費：無料（本会参加者）

4. 単位

本会の参加および専門医研修出席証明は、**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。



〈日本産婦人科医会の単位付与について〉

日本産婦人科医会会員の方は、3F 総合受付の「単位受付」で医会シールをお受け取りください（参加日数に関わらず1名様1枚の交付になります）。

〈日本専門医機構の単位付与について〉

1) 日本専門医機構 学術集会参加単位

3単位取得できます。

3F 総合受付の「単位受付」のQRコードリーダーで来場時に1回参加受付を行ってください。

2) 日本専門医機構 受講単位（産婦人科領域講習）

下記対象セッション開始の10分前から各講演会場設置のQRコードリーダーで講習参加受付を開始します。

セッション開始後10分を過ぎた場合、聴講は可能ですが、単位付与はされません。ご了承ください。

産婦人科領域講習（指導医講習会）【1単位】

開催日	時間	会場	プログラム
9月22日（日）	17：00～18：00	第1会場	教育講演1「医療安全・働く環境に配慮した教育を目指して」

産婦人科領域講習【各1単位】

開催日	時間	会場	プログラム
9月22日（日）	12：00～13：00	第1会場	ランチョンセミナー1「月経前の不調に対し、産婦人科医ができること、すべきこと」
	14：10～15：40		シンポジウム「ロボット手術」
	15：50～16：50		特別講演「オキシトシンと加味帰脾湯の可能性」
9月23日（月）	12：20～13：20	第1会場	ランチョンセミナー2「卵巣癌におけるバイオマーカー TFPI2の臨床的有用性」
		第2会場	ランチョンセミナー3「鉄欠乏性貧血治療」
		第3会場	ランチョンセミナー4「最新の情報に基づいた進行上皮性卵巣癌治療に対する治療選択」
	13：30～14：30	第1会場	教育講演2「社会的卵子凍結の課題」
		第3会場	教育講演3「HPVワクチン－当院の取り組みと工夫－」

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等をお受け取りください。

先着順で受付いたしますので、満席の場合はご容赦ください。

6. クローク

受付日	受付時間	場所
9月22日（日）	10：30～18：10	あわぎんホール 3F 大展示室
9月23日（月）	8：30～16：40	

※9月22日（日）情報交換会にご参加される方は必ず荷物をお引き取りの上、会場へ移動してください。

7. 託児室

会期中、託児室を設置します（完全予約制）。

詳細は学会ホームページをご確認ください。

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 下記PCセンターで発表データの試写ならびに受付をお済ませください。

受付日	受付時間	場所
9月22日（日）	10：30～18：00	あわぎんホール 4F 会議室2
9月23日（月）	8：30～15：30	

9. その他

1) 会場内では、携帯電話をマナーモードに設定してください。

2) 会長の許可の無い掲示・展示・印刷物の配布・録音・写真撮影・ビデオ撮影は固くお断りいたします。

座長・発表者へのご案内

1. 進行情報

セッション	発表	質疑
一般演題以外	個別のご案内をご確認ください	
一般演題	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。利益相反開示例は、学会ホームページよりダウンロードしてください。

II. 試写・発表方法

- 1) 口演発表はすべてPC発表(PowerPoint)のみといたします。
- 2) 発表データは、Microsoft PowerPoint 2010以降のバージョンで作成してください。
- 3) PowerPointの「発表者ツール」は使用できません。発表用原稿が必要な方は各自ご準備ください。
- 4) PCセンターで受付後、ご発表のセッション開始10分前までに会場内次演者席に必ずお越しください。

〈USBメモリでデータをお持ち込みの方〉

- 1) 会場で用意するPCの仕様は下記のとおりです。
【パソコンOS】：Microsoft Windows10
【アプリケーションソフト】：Microsoft365
※ Macintoshをご使用の方、動画ファイルをご使用の方は、ご自身のPCをお持ち込みください。
※ iPad等タブレットPCはご使用できません。
- 2) フォントはOS標準のもののみご使用ください。これ以外のフォントを使用した場合は、文字・段落のずれ、文字化け、表示されないなどのトラブルが発生するおそれがあります。
- 3) 画面の解像度は、Full HD(1920×1080)16:9まで対応いたします。
- 4) アニメーション・動画は使用可能です。ただし、PowerPointに貼り付けている動画は以下のもので再生できるようにお願いいたします。
【Windows】Media Player(*.mp4形式を推奨)
PowerPointデータとともに動画ファイルも必ずご持参ください。
※動画を使用の場合、バックアップ用としてご自身のノートパソコンを必ずご持参ください。プレゼンテーションにはほかのデータ(静止画・動画・グラフなど)をリンクされている場合でも、元のデータを保存していただき、必ず事前にほかのパソコンでの動作確認をお願いいたします。

〈PC本体をお持ち込みの方〉

- 1) Macintoshで作成された場合、また動画・音声を含む発表の場合は、必ずご自身のPC本体をお持ち込みください。動画データ使用の場合は、Windows Media Playerで再生可能なものに限定いたします。

- 2) PC 持ち込みの場合も、必ず PC センターにお立ち寄りください。
- 3) 会場でご用意する PC ケーブルコネクタの形状は、HDMI または VGA の外部出力端子です。ご自身の PC をお持ち込みいただく際は、出力の形状をご確認いただき、その他の出力の場合、外部出力端子変換コネクタを必ずご持参ください。
- 4) AC アダプターをお忘れなくご持参ください。
- 5) スクリーンセーバー、省電力設定、ならびにパスワードはあらかじめ解除してください。
- 6) 念のため、バックアップデータを保存した USB メモリをご持参ください。
- 7) お預かりした PC は講演終了後に会場前方のオペレータ席で返却いたしますので、忘れずにお持ち帰りください。

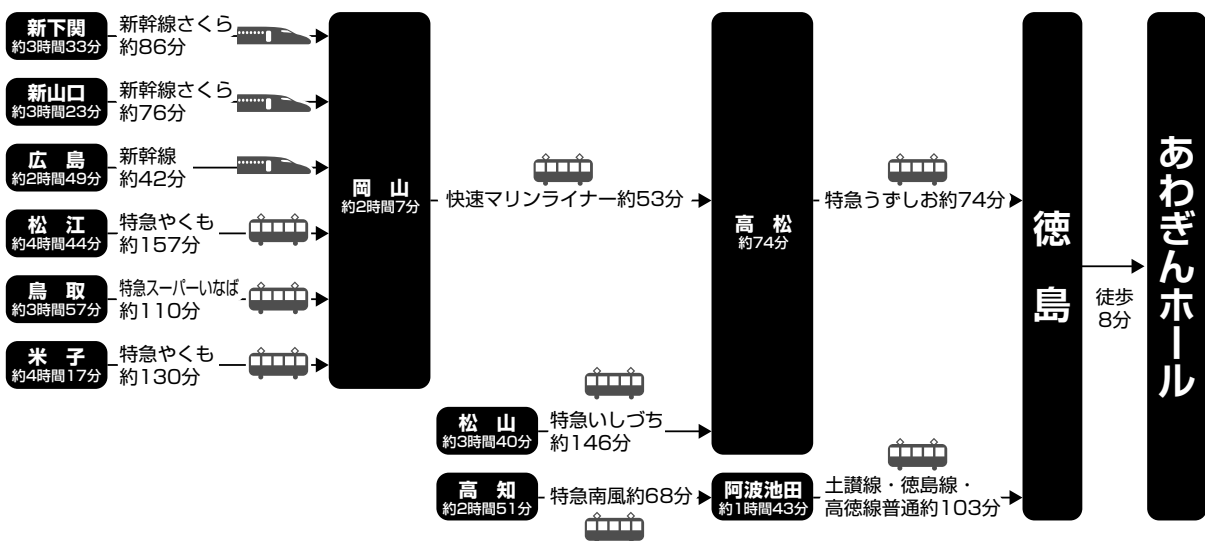
交通のご案内

会場：あわぎんホール (〒770-0835 徳島県徳島市藍場町2丁目14番地 TEL：088-622-8121)

交通案内図



会場へのアクセス

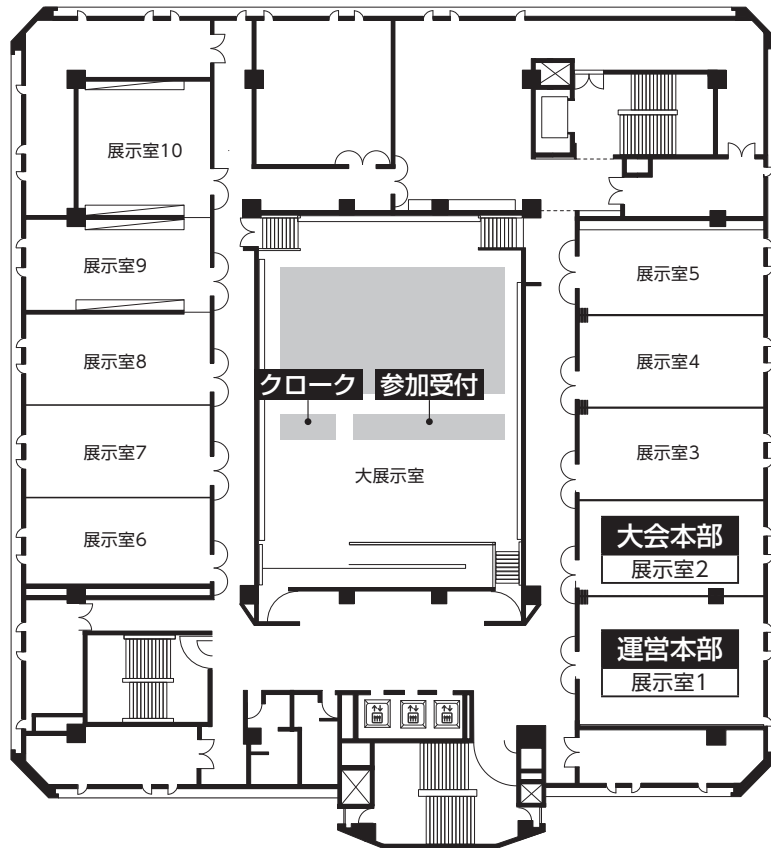


車でお越しの方へ

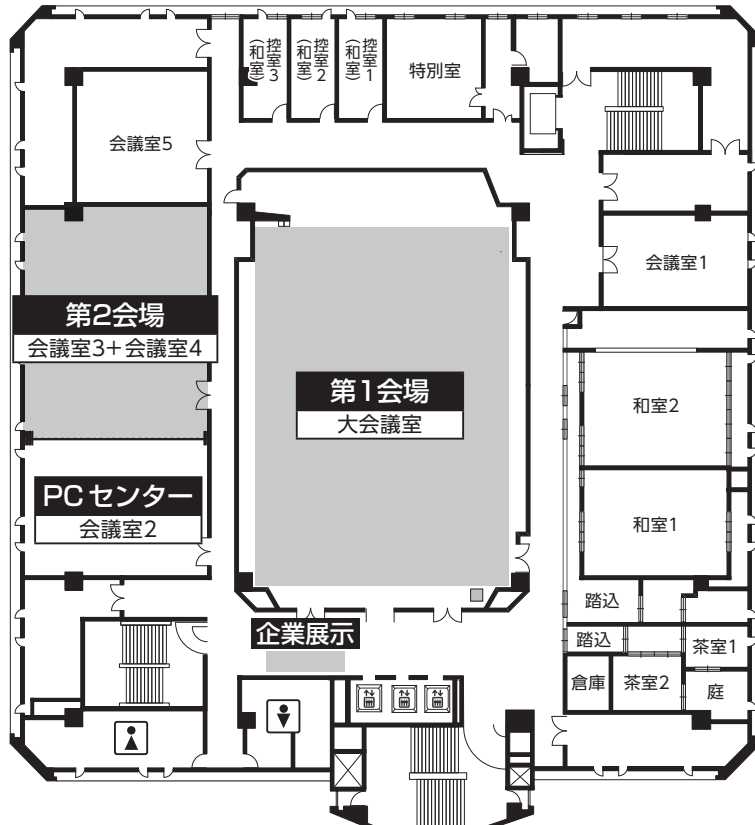
あわぎんホールは専用の駐車場がありません。
隣接の藍場町地下駐車場(有料)、または近隣の有料駐車場をご利用ください。

会場案内図

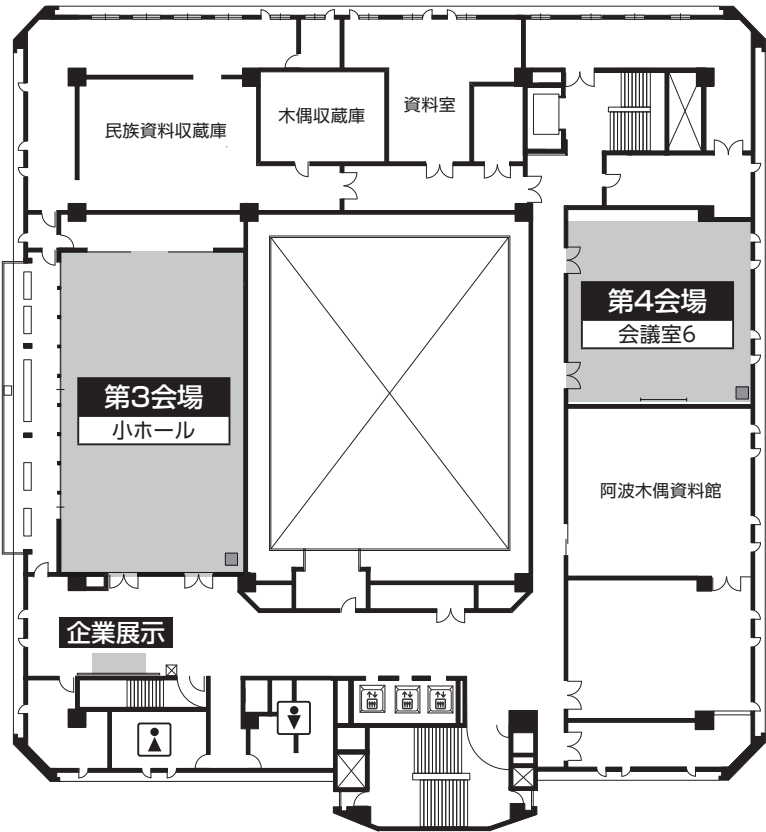
3F



4F



5F



日程表

【1日目】9月22日(日)

		あわぎんホール		ホテルクレメント徳島		
		第1会場 4F 大会議室	第3会場 5F 小ホール	第4会場 5F 会議室6	情報交換会 4F クレメントホール	
9:00						9:00
10:00						10:00
11:00			9:30 - 12:00 Plus One セミナー 「新しい産科のリーダーに！ ～初日から使える 胎児超音波と分娩手技～」 講師：加地 剛 (徳島大学) 峯田あゆか (徳島大学) 吉田あつ子 (徳島大学)	10:30 - 11:00 学術委員会		11:00
12:00				11:00 - 12:00 理事会		12:00
13:00		12:00 - 13:00 ランチョンセミナー1 「月経前の不調に対し、産婦人科医ができること、すべきこと」 座長：金西賢治 (香川大学) 演者：小川真生子 (福島県立医科大学 ふくしま子ども・女性医療支援センター) 共催：大塚製薬株式会社 ニュートラシューティカルズ事業部 ※領域講習				13:00
14:00		13:10 - 13:20 開会式				14:00
15:00		13:20 - 13:55 臨床公衆研究 「IV期卵巣癌に対する初回手術の術式および 手術完遂度と予後に関する調査研究」 座長：杉野法広 (山口大学) 演者：末岡幸太郎 (山口大学)				15:00
16:00		14:10 - 15:40 シンポジウム「ロボット手術」 座長：谷口文紀 (鳥取大学) 阪埜浩司 (広島大学) 演者：上野晃子 (高知県・高知市病院企業団立 高知医療センター) 前川正彦 (徳島検診クリニック) 太田啓明 (川崎医科大学) 小松宏彰 (鳥取大学) ※領域講習				16:00
17:00		15:50 - 16:50 特別講演 「オキシトシンと加味帰脾湯の可能性」 座長：岩佐 武 (徳島大学) 演者：下村健寿 (福島県立医科大学) 共催：株式会社ツムラ ※領域講習				17:00
18:00		17:00 - 18:00 教育講演1 (指導医講習会) 「医療安全・働く環境に配慮した 教育を目指して」 座長：菅原 稔 (徳島大学) 演者：下屋浩一郎 (川崎医科大学) ※領域講習				18:00
19:00						19:00
20:00					18:30 - 20:00 情報交換会	20:00

【2日目】9月23日(月・祝)

あわぎんホール					
	第1会場 4F 大会議室	第2会場 4F 会議室3・4	第3会場 5F 小ホール	第4会場 5F 会議室6	
9:00	9:00 - 9:40 評議員会				9:00
10:00	10:00 - 10:40 一般講演 第1群 周産期1 座長:村田 晋 (山口大学)	10:00 - 10:40 一般講演 第6群 手術1 座長:柳井しおり(倉敷成人病センター)	10:00 - 10:40 一般講演 第10群 腫瘍1 座長:中村圭一郎 (岡山大学病院)	10:00 - 10:32 一般講演 第15群 生殖・女性医学1 座長:太田邦明 (川崎医科大学)	10:00
11:00	10:40 - 11:20 一般講演 第2群 周産期2 座長:永井立平 (高知大学)	10:40 - 11:20 一般講演 第7群 手術2 座長:吉田加奈子 (徳島大学)	10:40 - 11:12 一般講演 第11群 腫瘍2 座長:佐藤慎也 (鳥取大学)	10:32 - 11:12 一般講演 第16群 生殖・女性医学2 座長:折出亜希 (島根大学)	11:00
	11:20 - 12:00 一般講演 第3群 周産期3 座長:衛藤英理子 (岡山大学)	11:20 - 12:00 一般講演 第8群 周産期4 座長:花岡有為子 (香川大学)	11:12 - 11:44 一般講演 第12群 腫瘍3 座長:古宇家正 (広島大学)	11:12 - 11:44 一般講演 第17群 生殖・女性医学3 座長:谷口佳代 (高知大学)	
12:00					12:00
13:00	12:20 - 13:20 ランチョンセミナー2 「卵巣癌におけるバイオマーカー TFPI2の臨床的有用性」 座長:京 哲 (島根大学) 演者:川口龍二(奈良県立医科大学) 共催:東ソー株式会社 ※領域講習	12:20 - 13:20 ランチョンセミナー3 「鉄欠乏性貧血治療」 座長:増山 寿 (岡山大学) 演者:竹田 純 (順天堂大学) 演者:山口 建 (京都大学) 共催:日本新薬株式会社 ※領域講習	12:20 - 13:20 ランチョンセミナー4 「最新の情報に基づいた進行上皮性 卵巣癌治療に対する治療選択」 座長:工藤美樹 (広島大学) 演者:長尾昌二 (岡山大学) 共催:アストラゼネカ株式会社 ※領域講習		13:00
14:00	13:30 - 14:30 教育講演2 「社会的卵子凍結の課題」 座長:杉野法広 (山口大学) 演者:中川浩次(杉山産婦人科新宿) 共催:フェリノ・ファーマ株式会社 ※領域講習	13:30 - 14:30 教育セミナー 「多嚢胞性卵巣症候群の診断と治療 Update 2024」 座長:金崎春彦 (島根大学) 松崎利也 (吉野川医療センター) 演者:松崎利也 (吉野川医療センター) 野口拓樹 (徳島大学) 金崎春彦 (島根大学) 原 鐵晃 (県立広島病院)	13:30 - 14:30 教育講演3 「HPVワクチン -当院の取り組みと工夫-」 座長:杉山 隆 (愛媛大学) 演者:毛山 薫 (けやまクリニック) 共催:MSD 株式会社 ※領域講習		14:00
15:00	14:40 - 15:00 総会				15:00
	15:00 - 15:40 一般講演 第4群 周産期5 座長:吉田あつ子 (徳島大学)	15:00 - 15:40 一般講演 第9群 腫瘍4 座長:牛若昂志 (高知大学)	15:00 - 15:40 一般講演 第13群 腫瘍5 座長:坂井美佳 (四国がんセンター)		
16:00	15:40 - 16:20 一般講演 第5群 周産期6 座長:森根幹生 (四国こどもと となの医療センター)		15:40 - 16:20 一般講演 第14群 腫瘍6 座長:宇佐美知香 (愛媛大学)		16:00
	16:20 - 16:30 閉会式				
17:00					17:00

9月22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: 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: 大塚製薬株式会社 ニュートラシューティカルズ事業部

「月経前の不調に対し、産婦人科医ができること、すべきこと」

演者: 福島県立医科大学 ふくしま子ども・女性医療支援センター 小川真里子

臨床公募研究

13:20 - 13:55 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

「IV期卵巣癌に対する初回手術の術式および手術完遂度と予後に関する調査研究」

演者: 山口大学大学院医学系研究科 産科婦人科学
末岡幸太郎、爲久哲郎、岡田真希、高木遥香、梶邑匠彌、竹谷俊明、杉野法広

シンポジウム「ロボット手術」

14:10 - 15:40 座長: 谷口文紀 鳥取大学 器官制御外科学講座 産科婦人科学分野
阪埜浩司 広島大学大学院医系科学研究科 産科婦人科学教室

「当院におけるロボット手術の導入について」

演者: 高知県・高知市病院企業団立 高知医療センター 産婦人科
上野晃子、難波孝臣、塩田さあや、渡邊理史、松島幸生、川瀬史愛、小松淳子、山本寄人、
林 和俊

「婦人科良性疾患のロボット手術」

演者: 徳島検診クリニック 前川正彦
徳島県立中央病院 産婦人科 宮谷友香
吉野川医療センター 産婦人科 三谷龍史
四国こどもとおとなの医療センター 産婦人科 米谷直人
徳島県立中央病院 産婦人科 河北貴子
徳島県立中央病院 産婦人科 正木理江
徳島県立中央病院 産婦人科 西村正人

「早期子宮体がんに対する Semi Pure Robot Surgery の方法と臨床成績」

演者: 川崎医科大学 産婦人科学
太田啓明、藤原 瞳、田坂佳太郎、岡本 華、森本裕美子、河村省吾、齋藤 渉、松本 良、
杉原弥香、太田邦明、小池英爾、塩田 充、下屋浩一郎

「ロボット手術を安全に行うために～未来はすべてロボット手術になる??～」

演 者：鳥取大学医学部 産科婦人科学分野 小松宏彰

特別講演

15：50 – 16：50 座 長：岩佐 武 徳島大学大学院医歯薬学研究部 産科婦人科学分野
共 催：株式会社ツムラ

「オキシトシンと加味帰脾湯の可能性」

演 者：福島県立医科大学医学部 病態制御薬理医学講座 下村健寿

教育講演 1 (指導医講習会)

17：00 – 18：00 座 長：苛原 稔 徳島大学大学院医歯薬学研究部 産科婦人科学分野

「医療安全・働く環境に配慮した教育を目指して」

演 者：川崎医科大学 産婦人科学 下屋浩一郎

第 3 会場

Plus One セミナー

9：30 – 12：00

「新しい産科のリーダーに！～初日から使える胎児超音波と分娩手技～」

〈第 1 部〉「胎児超音波セミナー」

- ・スクリーニングとプローブ操作 ミニレクチャー
- ・スクリーニングの実践 グループ対抗

〈第 2 部〉「使える！分娩時手技実践編～分娩、出産、産後処置シミュレーション～」

- ・吸引分娩
- ・肩甲難産
- ・緊急帝王切開
- ・産後出血

講 師：加地 剛 (徳島大学)
峯田あゆか (徳島大学)
吉田あつ子 (徳島大学)

9月23日（月・祝） 第2日目

第1会場

一般講演 第1群 周産期1

10:00 - 10:40 座長 村田 晋 山口大学医学部附属病院 産科婦人科

101. 左肺無形成を伴う下部食道拡張および盲端化を認め胎児診断に苦慮した1例

岡山大学病院 産科婦人科

手島早希、三島桜子、栗山千晶、坂田周治郎、大石恵一、末森彩乃、中藤光里、大羽 輝、三苦智裕、加藤正和、大平安希子、桐野智江、牧 尉太、衛藤英理子、増山 寿

102. 胎児心不全を契機に娩出した二絨毛膜三羊膜品胎の一例

広島市立広島市民病院 産婦人科

岡田秀治、谷 和祐、伊藤佑奈、川口優里香、坂井裕樹、築澤良亮、横畑理美、田中奈緒子、森川恵司、植田麻衣子、関野 和、依光正枝、上野尚子、児玉順一

103. サイトメガロウイルス IgM 抗体が陽性であった3症例

鳥取大学医学部 産科婦人科

松本芽生、原田 崇、宮本圭輔、柳樂 慶、谷口文紀

104. 人工知能と自由エネルギー原理に基づく胎児意識の発見

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

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

105. 糖代謝異常合併妊婦の個別化栄養療法に向けた個人代謝量の推移調査

¹⁾ 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学、

²⁾ 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 周産期医療学講座

衛藤英理子¹⁾、栗山千晶¹⁾、坂田周治郎¹⁾、大石恵一¹⁾、末森彩乃¹⁾、中藤光里¹⁾、大羽 輝¹⁾、三苦智裕¹⁾、加藤正和¹⁾、三島桜子¹⁾、桐野智江¹⁾、大平安希子²⁾、牧 尉太¹⁾、増山 寿¹⁾

一般講演 第2群 周産期2

10:40 - 11:20 座長 永井立平 高知大学医学部 産科婦人科

106. 先天性アンチトロンビン欠乏症合併妊娠の一例

¹⁾ 高知医療センター 総合診療科、²⁾ 高知医療センター 産科婦人科

鎌田栞穂¹⁾、渡邊理史²⁾、難波孝臣²⁾、山本真緒²⁾、塩田さあや²⁾、上野晃子²⁾、松島幸生²⁾、川瀬史愛²⁾、山本寄人²⁾、小松淳子²⁾、林 和俊²⁾

107. ステロイド抵抗性のため免疫グロブリン大量療法を要した ITP 合併妊娠の 2 例

広島市立広島市民病院

川口優里香、上野尚子、岡田修治、伊藤佑奈、坂井祐樹、横畑理美、田中奈緒子、築澤良亮、森川恵司、植田麻衣子、谷 和祐、関野 和、依光正枝、児玉順一

108. 妊娠中に発症し、分娩後に診断された中枢性尿崩症の一例

山口大学医学部附属病院 産科婦人科

松井風香、村田 晋、古霜冴夏、新井響子、平岡あきね、三原由実子、品川征大、杉野法広

109. 妊娠 38 週 4 日に胎児甲状腺腫大を認めたバセドウ病合併妊娠の一例

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

戸田愛理、清川 晶、中野秀亮、平松 桜、山中智裕、手塚 聡、深江 郁、黒田亮介、門元辰樹、原 理恵、澤山咲輝、田中 優、堀川直城、楠本知行、本田徹郎、中堀 隆、長谷川雅明、福原 健

110. 急速な経過をたどった妊娠合併肺癌の 1 例

済生会下関総合病院 産婦人科

兼安諒子、西本裕喜、藤井菜月美、関谷 彩、田邊 学、丸山祥子、森岡 均、嶋村勝典

一般講演 第 3 群 周産期 3

11:20 - 12:00

座長 衛藤英理子 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学

111. 肺水腫を合併した周産期心筋症の 1 例

独立行政法人国立病院機構 福山医療センター

上木一朗、中村一仁、藤田志保、今福紀章、山本 暖

112. 産後に周産期心筋症を発症した 1 例

つるぎ町立半田病院 産婦人科

笠井可菜、谷口実佑、土肥直子、沖津 修

113. 外科的介入により妊娠継続可能であった妊娠 30 週発症 SHiP の 1 例

山口大学医学部附属病院

古霜冴夏、品川征大、新井響子、平岡あきね、松井風香、村田 晋、杉野法広

114. 分娩後異常出血と DIC. 第 1 報: 分娩後異常出血症例における血尿合併例の凝固線溶系検査値の特徴

¹⁾ 独立行政法人国立病院機構 (NHO) 岡山医療センター、²⁾ Medical Data Labo、

³⁾ 三宅おおふくクリニック、⁴⁾ NHO 小児・周産期医療ネットワーク研究グループ

福武功志朗^{1) 4)}、多田克彦^{1) 4)}、吉田瑞穂^{1) 4)}、宮木康成^{1) 2) 3) 4)}、熊澤一真^{1) 4)}、政廣聡子^{1) 4)}、
沖本直輝^{1) 4)}、塚原紗耶^{1) 4)}、大岡尚実^{1) 4)}、甲斐憲治^{1) 4)}、管 幸恵⁴⁾、古賀 恵⁴⁾、津村圭介⁴⁾、
江本郁子⁴⁾、水之江知哉⁴⁾、田中教文⁴⁾、山口恭平⁴⁾、前田和寿⁴⁾、川上浩介⁴⁾

115. 分娩後異常出血と DIC. 第 2 報 : AI を用いた DIC に進展するフィブリノゲンおよび FDP 境界閾値の決定方法

¹⁾ 独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター、²⁾ Medical Data Labo、³⁾ 三宅おおふくクリニック、⁴⁾ NHO 小児・周産期医療ネットワーク研究グループ
多田克彦^{1) 4)}、宮木康成^{1) 2) 3) 4)}、吉田瑞穂^{1) 4)}、熊澤一真^{1) 4)}、政廣聡子^{1) 4)}、沖本直輝^{1) 4)}、塚原紗耶^{1) 4)}、大岡尚実^{1) 4)}、甲斐憲治^{1) 4)}、福武功志朗^{1) 4)}、管 幸恵⁴⁾、古賀 恵⁴⁾、津村圭介⁴⁾、江本郁子⁴⁾、水之江知哉⁴⁾、田中教文⁴⁾、山口恭平⁴⁾、前田和寿⁴⁾、川上浩介⁴⁾

ランチョンセミナー 2

12 : 20 – 13 : 20 座 長 : 京 哲 島根大学医学部 産科婦人科学講座
共 催 : 東ソー株式会社

「卵巣癌におけるバイオマーカー TFPI2 の臨床的有用性」

演 者 : 奈良県立医科大学 産婦人科学講座 川口龍二

教育講演 2

13 : 30 – 14 : 30 座 長 : 杉野法広 山口大学
共 催 : フェリング・ファーマ株式会社

「社会的卵子凍結の課題」

演 者 : 杉山産婦人科新宿 中川浩次

一般講演 第 4 群 周産期 5

15 : 00 – 15 : 40 座長 吉田あつ子 徳島大学大学院医歯薬学研究部 産科婦人科学分野

116. 診断に難渋した正常卵巣捻転合併妊娠の 1 例

山口県立総合医療センター

今川天美、三輪一知郎、末田充生、浅田裕美、讃井裕美、田村博史、佐世正勝、中村康彦

117. 自然妊娠後に発症した正所異所同時妊娠の 1 例

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室

高谷 優、大平安希子、栗山千晶、坂田周治郎、大石恵一、末森彩乃、中藤光里、大羽 輝、三苦智裕、加藤正和、三島桜子、桐野智江、牧 尉太、衛藤英理子、増山 寿

118. 当院で経験した希少部位異所性妊娠 5 例の検討

¹⁾ 独立行政法人国立病院機構 東広島医療センター 産婦人科、

²⁾ 広島大学 広島中央地域・産科周産期医療支援講座

野村奈南¹⁾、土本紘子¹⁾、増成寿浩¹⁾、宮原 新¹⁾、佐藤優季¹⁾、定金貴子¹⁾、山崎友美^{1) 2)}、田中教文^{1) 2)}

119. 双胎妊娠に伴う hCG 高値の影響で妊娠一過性甲状腺中毒症を発症し、肝機能異常を呈したと考えられる一例

香川大学医学部附属病院 周産期学産婦人科学

谷川りか、辻 佳世、松井佳子、向井健人、古市 愛、喜多美里、國友紀子、鎌田恭輔、山本健太、天雲千晶、伊藤 恵、新田絵美子、花岡有為子、鶴田智彦、金西賢治

120. 心拍動を有する無心体に対してラジオ波血管凝固術を施行した一絨毛膜二羊膜性双胎の一例

¹⁾ 県立広島病院、²⁾ 母と子のまきクリニック

鳥居恵梨子¹⁾、影山優花¹⁾、好澤茉由¹⁾、平野章世¹⁾、友野美穂¹⁾、綱掛 恵¹⁾、中島祐美子¹⁾、白山裕子¹⁾、兵頭麻希²⁾、三好博史¹⁾

一般講演 第5群 周産期6

15:40 - 16:20

座長 森根幹生 四国こどもとおとなの医療センター 産婦人科

121. Mega jet flow を伴う Huge placental lake を認めるも経膈分娩に至った1例

四国こどもとおとなの医療センター 産婦人科

杉本達朗、森根幹生、大西美嘉子、前田崇彰、長尾亜紀、米谷直人、檜尾健二、前田和寿

122. 臍帯潰瘍への進展を疑う超音波所見：臍帯潰瘍による子宮内胎児死亡の1例

四国こどもとおとなの医療センター 産科

前田崇彰、森根幹生、大西美嘉子、杉本達朗、長尾亜紀、米谷直人、檜尾健二、前田和寿

123. 当院で経験した fetal brain death syndrome の一例

倉敷中央病院 産婦人科

深江 郁、平松 桜、中野秀亮、山中智裕、手塚 聡、戸田愛理、黒田亮介、田中 優、澤山咲輝、清川 晶、堀川直城、楠本知行、中堀 隆、本田徹郎、長谷川雅明、福原 健

124. 可逆性脳梁膨大部病変を有する脳炎・脳症（MERS）を発症した子宮内胎児死亡の1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、西野由衣、中橋一嘉、井上翔太、上野愛実、池田朋子、田中寛希、阿部恵美子、近藤裕司

125. 治療方針の異なる胎児仙尾部奇形腫の2症例

高知大学医学部附属病院 産科婦人科学教室

下元優太、平川充保、永井立平、前田長正

第2会場

一般講演 第6群 手術1

10:00 - 10:40 座長 柳井しおり 倉敷成人病センター 産科婦人科

126. Zoom ミーティングを用いた腹腔鏡遠隔教育システムの経験

愛媛県立中央病院 産婦人科

城戸香乃、田中寛希、島瀬奈津子、西野由衣、中橋一嘉、井上翔太、上野愛実、池田朋子、森 美妃、阿部恵美子、近藤裕司

127. 育児中医師に対する腹腔鏡手術トレーニングの重要性～イクドクセミナー参加経験を振り返って～

¹⁾ 広島市立北部医療センター安佐市民病院 産婦人科、²⁾ 大浜第一病院 女性腹腔鏡センター、

³⁾ 東広島医療センター 産婦人科

隅井ちひろ¹⁾、高橋美奈子²⁾、小原颯太¹⁾、福田修司¹⁾、伊勢田侑鼓¹⁾、野村奈南³⁾、甲斐一華¹⁾、本田 裕¹⁾

128. 当院で導入した第一選択術式としてのvNOTES Hysterectomy (VANH) の治療成績

JA 徳島厚生連 吉野川医療センター

三谷龍史、佐藤美紀、松崎利也

129. ロボット支援下手術におけるコンソール開始までに要する時間の検討

¹⁾ 徳島大学大学院医歯薬学研究部 産科婦人科学分野、²⁾ 紀南病院 産婦人科、

³⁾ 高松市立みんなの病院

木内理世¹⁾、吉田加奈子¹⁾、中川奉宇¹⁾、田村 公¹⁾、武田明日香¹⁾、新垣亮輔²⁾、湊 沙希¹⁾、乾 宏彰¹⁾、香川智宏¹⁾、門田友里¹⁾、峯田あゆか¹⁾、山本由理¹⁾、加藤剛志³⁾、岩佐 武¹⁾

130. Mixed Reality を用いた腹腔鏡下子宮筋腫核出術に対する画像手術支援

倉敷成人病センター 産科婦人科

越智良文、樋口尚史、恩地裕史、谷口 僚、榊田沙也加、黒瀬喜子、澤田麻里、菅野 潔、柳井しおり、干場 勉、安藤正明

一般講演 第7群 手術2

10:40 - 11:20 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

131. 特徴的な画像所見によって術前診断可能であった閉経後高齢女性の子宮捻転の一例

NHO 呉医療センター 産婦人科

八田夏渚子、佐川麻衣子、北村美緒、菅 裕美子、綱掛 恵、中村絃子、熊谷正俊

132. 広汎性子宮全摘術後に下肢コンパートメント症候群を発症し筋膜減張切開術に至った1例

¹⁾ 高知医療センター 総合診療科、²⁾ 高知医療センター 産婦人科

藤井渚々子¹⁾、山本寄人²⁾、難波孝臣²⁾、塩田さあや²⁾、山本眞緒²⁾、森田聡美²⁾、上野晃子²⁾、渡邊理史²⁾、松島幸生²⁾、川瀬史愛²⁾、小松淳子²⁾、林 和俊²⁾

133. 子宮頸部円錐切除後の完全子宮口閉鎖に対して腹腔鏡下子宮全摘出術を行った2例
総合病院山口赤十字病院 産婦人科
井上浩太郎、南 星旭、平塚由貴、高石清美、月原 悟、申神正子、金森康展

134. 妊娠中の付属器腫瘍に対する腹腔鏡下手術症例の考察
鳥取大学医学部 産科婦人科
和田郁美、東 幸弘、松本芽生、長田広樹、佐藤絵理、谷口文紀

135. 腹腔鏡下子宮筋腫核出術と腹式子宮筋腫核出術の後方視的検討
JCHO 徳山中央病院
津永礼門、山縣芳明、具嶋洸之、樫部真央子、坂井宜裕、澁谷文恵、中川達史、平林 啓、沼 文隆

一般講演 第8群 周産期4

11:20 - 12:00 座長 花岡有為子 香川大学医学部附属病院 周産期学産婦人科学

136. 働き方改革の観点からみた当院における周産期診療の状況についての検討
徳島県鳴門病院 産婦人科
篠原文香、山田正代、漆川敬治

137. 中国四国地方における無痛分娩の実施状況について-アンケート調査結果から-
つるぎ町立半田病院 産婦人科
谷口実佑、沖津 修、笠井可菜、土肥直子

138. 院外発生の妊婦心肺停止症例を経験して取り組んだ当院の妊産婦蘇生体制整備
市立宇和島病院
高崎 萌、加藤宏章、平山亜美、石村景子、清村正樹

139. 当院における Extended-spectrum β -lactamase (ESBL) 産生菌保菌妊婦の現状
徳島大学大学院医歯薬学研究部 産科婦人科学分野
吉田あつ子、加地 剛、田村 公、峯田あゆか、岩佐 武

140. 妊娠中にはじめて精神障害を発症した妊婦に対しての適切な精神科医療機関との連携について
岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学
加藤正和、桐野智江、栗山千晶、坂田周治郎、大石恵一、末森彩乃、中藤光里、大羽 輝、三苫智裕、三島桜子、大平安希子、牧 尉太、衛藤英理子、増山 寿

ランチオンセミナー3「鉄欠乏性貧血治療」

12:20 - 13:20 座長：増山 寿 岡山大学 産科婦人科学教室
共催：日本新薬株式会社

「産科領域における鉄欠乏性貧血の up to date」

演者：順天堂大学医学部 産婦人科学講座 竹田 純

「生命体における鉄の役割と婦人科がん治療における鉄の取扱い」

演者：京都大学大学院医学研究科医学部 婦人科学産科学 山口 建

教育セミナー「多嚢胞性卵巣症候群の診断と治療 Update 2024」

13:30 - 14:30 座長 金崎春彦 島根大学医学部 産科婦人科
松崎利也 吉野川医療センター 産婦人科

「日本の多嚢胞性卵巣症候群患者の特徴と新しい診断基準（2024）」

演者：吉野川医療センター 産婦人科 松崎利也

「多嚢胞性卵巣症候群の診断における卵巣所見と AMH の位置付けと判定」

演者：徳島大学大学院医歯薬学研究部 産科婦人科学分野 野口拓樹

「多嚢胞性卵巣症候群における多毛の取り扱いと思春期例の管理」

演者：島根大学医学部 産科婦人科 金崎春彦

「多嚢胞性卵巣症候群の治療指針改定の進捗状況について」

演者：県立広島病院 生殖医療科 原 鐵晃

一般講演 第9群 腫瘍4

15:00 - 15:40 座長 牛若昂志 高知大学医学部 産科婦人科学教室

141. 妊娠21週で診断された子宮頸がん合併妊娠に対して Neoadjuvant Chemotherapy (NAC) で妊娠週数を延長し生児を得た一例

¹⁾ 徳島大学病院 産科婦人科学分野、²⁾ 徳島赤十字病院 産婦人科

中川奉宇¹⁾、乾 宏彰¹⁾、棚野梨沙²⁾、香川智洋¹⁾、西村正人¹⁾、岩佐 武¹⁾

142. 胃型 HPV 非依存性腺癌の一例

¹⁾ 川崎医科大学 産婦人科学、²⁾ 川崎医科大学 病理学

藤原 瞳¹⁾、岡本 華¹⁾、田坂佳太郎¹⁾、森本裕美子¹⁾、河村省吾¹⁾、齋藤 渉¹⁾、松本 良¹⁾、杉原弥香¹⁾、
太田邦明¹⁾、太田啓明¹⁾、塩田 充¹⁾、藤本康人²⁾、塩見達志²⁾、森谷卓也²⁾、下屋浩一郎¹⁾

143. 子宮頸部高度異形成に対する円錐切除後に頸管狭窄を来し浸潤癌に進展した2例

¹⁾ 松山赤十字病院、²⁾ 愛媛大学大学院医学系研究科 産科婦人科学講座

大塚沙織¹⁾、森本明美²⁾、藤井貴頌²⁾、伊藤 恭²⁾、市川瑠理子²⁾、井上 唯²⁾、今井 統²⁾、矢野晶子²⁾、吉田文香²⁾、宮上 眸²⁾、横山真紀²⁾、村上祥子²⁾、安岡稔晃²⁾、内倉友香²⁾、宇佐美知香²⁾、松原裕子²⁾、松元 隆²⁾、松原圭一²⁾、杉山 隆²⁾

144. 局所進行子宮頸癌に対する後腹膜鏡下傍大動脈リンパ節生検の有効性

倉敷中央病院 産婦人科

堀川直城、平松 桜、山中智裕、中野秀亮、手塚 聡、戸田愛理、深江 郁、澤山咲輝、黒田亮介、門元辰樹、田中 優、清川 晶、楠本知行、福原 健、本田徹郎

145. 進行・再発子宮頸部神経内分泌癌に対する Pembrolizumab の使用経験

岡山大学病院 産婦人科

杉原花子、依田尚之、谷岡桃子、谷 佳紀、白河伸介、入江恭平、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

第3会場

一般講演 第10群 腫瘍1

10:00 - 10:40 座長 中村圭一郎 岡山大学病院 産婦人科

146. 子宮内膜ポリープ内に発生した漿液性子宮内膜上皮内癌 (SEIC) の一例

¹⁾ レディスクリニックコスモス、²⁾ 高知赤十字病院 産婦人科、

³⁾ 徳島大学大学院医歯薬学研究部 産科婦人科学分野、⁴⁾ 高知赤十字病院 病理診断科
瀬戸さち恵¹⁾、村山美咲²⁾、中川奉宇³⁾、高橋洋平²⁾、平野浩紀²⁾、頼田顕辞⁴⁾

147. 多発骨転移、多臓器転移を認めるも集学的治療によって長期生存を得られた子宮体部原発小細胞神経内分泌癌の一例

福山市民病院 産婦人科

組橋佳純、早田 桂、兼森美帆、高原悦子、青江尚志

148. 術後再発を認めた低異型度子宮内膜間質肉腫の2例

徳島赤十字病院

棚野梨沙、新家朱理、田中 優、名護可容、別宮史朗

149. 当院における早期子宮体癌に対する腹腔鏡下手術とロボット支援下手術の比較検討

山口大学医学部 産科婦人科

高木遥香、竹谷俊明、米田稔秀、爲久哲郎、岡田真希、梶邑匠彌、末岡幸太郎、杉野法広

150. 術前再発中リスク群と推定される子宮体癌 1A 期に対する傍大動脈リンパ節郭清の検討

川崎医科大学 産婦人科学

岡本 華、太田啓明、藤原 瞳、田坂佳太郎、森本裕美子、河村省吾、齋藤 渉、松本 良、杉原弥香、太田邦明、塩田 充、下屋浩一郎

一般講演 第11群 腫瘍2

10:40 - 11:12 座長 佐藤慎也 鳥取大学医学部 産科婦人科学分野

151. 放射線治療から長期経過後に発症した放射線恥骨壊死の1例

高知大学医学部 産科婦人科学教室

岡 眞萌、牛若昂志、木村華捺、松浦拓也、樋口やよい、永井立平、前田長正

152. オラパリブ使用中の薬剤性間質性肺炎発症後に再開できた2例

益田赤十字病院

山崎菜々子、福島瑠璃子、片桐敦子、片桐 浩

153. レンバチニブ・ペムブロリズマブ併用薬物療法中に消化管穿孔をきたした2例

広島大学大学院医系科学研究科 産科婦人科学

吉原奏子、中本康介、柴村奈月、野田 望、西本祐美、大原 涼、宇山拓澄、野村有沙、榎園優香、山根尚史、寺岡有子、大森由里子、野坂 豪、友野勝幸、山崎友美、古宇家正、向井百合香、阪埜浩司、工藤美樹

154. 当院における免疫有害事象の現状とステロイド治療を要した2例

広島市立広島市民病院 産婦人科

伊藤佑奈、植田麻衣子、岡田秀治、川口優里香、坂井裕樹、横畑理美、田中奈緒子、築澤良亮、森川恵司、谷 和祐、関野 和、依光正枝、上野尚子、児玉順一

一般講演 第12群 腫瘍3

11:12 - 11:44 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

155. 皮膚筋炎発症を契機に、初回手術から30年後に子宮頸癌の骨盤内再発と診断された1例

愛媛大学大学院医学系研究科 産科婦人科学

藤井貴頌、横山真紀、田口晴賀、市川瑠里子、伊藤 恭、今井 統、矢野晶子、吉田文香、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

156. 両側水腎症とAGCを契機に胃癌子宮転移の診断に至った1例

JA徳島厚生連 阿南医療センター

炬口恵理、山崎幹雄、牛越賢治郎、和泉佳彦

157. 偶発的に発見され診断された卵管発生の高分化乳頭状中皮腫の一例

岡山大学病院 産科婦人科学教室

白河伸介、杉原花子、谷 佳紀、入江恭平、依田尚之、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

158. 腸管子宮内膜症による腸閉塞の診断で腹腔鏡下手術を施行したところ myeloid sarcoma と術後診断された一例

¹⁾ 岡山大学医学部 産科婦人科学、²⁾ 岡山大学大学院保健学研究科

西田康平¹⁾、鎌田泰彦¹⁾、ヴ トゥイハ¹⁾、櫻野千明¹⁾、光井 崇¹⁾、中塚幹也²⁾、増山 寿¹⁾

ランチオンセミナー 4

12:20 - 13:20 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：アストラゼネカ株式会社

「最新の情報に基づいた進行上皮性卵巣癌治療に対する治療選択」

演者：岡山大学大学院医歯薬総合研究科 周産期医療学講座 長尾昌二

教育講演 3

13:30 - 14:30 座長：杉山 隆 愛媛大学大学院医学系研究科 産科婦人科学講座
共催：MSD 株式会社

「HPV ワクチン-当院の取り組みと工夫-」

演者：けやまクリニック 産婦人科 毛山 薫

一般講演 第13群 腫瘍 5

15:00 - 15:40 座長 坂井美佳 四国がんセンター 婦人科

159. AFP 産生上皮性卵巣腫瘍の1例

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科婦人科学教室

谷 佳紀、谷岡桃子、杉原花子、白河伸介、入江恭平、松岡敬典、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

160. 卵巣明細胞癌で脳梗塞を繰り返した Trousseau 症候群の一例

JA 尾道総合病院 産婦人科

宮野音沙也、上田明子、影山優花、豊田祐里子、坂下知久

161. 多発脳梗塞を併発し Trousseau 症候群と診断された卵巣腫瘍の1例

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室

瀬尾里奈、松岡敬典、今谷稜子、谷岡桃子、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

162. 初発進行卵巣癌における PARP 阻害薬維持療法についての検討

山口大学医学部附属病院 産科婦人科

新井響子、梶邑匠彌、為久哲郎、高木遥香、竹谷俊明、末岡幸太郎、杉野法広

163. プラチナ感受性再発卵巣がんに対する PARP 阻害薬と platinum free interval への影響

鳥取大学医学部 産科婦人科学分野

山本康嗣、小松宏彰、大川雅世、曳野耕平、飯田祐基、澤田真由美、佐藤慎也、谷口文紀

一般講演 第14群 腫瘍6

15:40 - 16:20 座長 宇佐美知香 愛媛大学医学部 産科婦人科

164. 大網に成熟嚢胞奇形腫を認めた一例

高松市立みんなの病院 産婦人科

山下瑞穂、三宅すずか、徳井貴子、加藤剛志

165. 術前に診断できなかったガーゼ遺残による異物肉芽腫の1例

¹⁾ 高知大学医学部 産科婦人科学教室、²⁾ あき総合病院

高島田君平^{1) 2)}、牛若昂志¹⁾、木村華捺¹⁾、松浦拓也¹⁾、樋口やよい¹⁾、永井立平¹⁾、前田長正¹⁾

166. 術前診断で再発卵巣腫瘍が疑われた消化管外アニサキス症による骨盤内腫瘍の1例

¹⁾ 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、

²⁾ 宮崎大学医学部 感染症学講座 寄生虫学分野

山中智裕¹⁾、福原 健¹⁾、手塚 聡¹⁾、橋本阿実¹⁾、戸田愛理¹⁾、深江 郁¹⁾、黒田亮介¹⁾、門元辰樹¹⁾、澤山咲輝¹⁾、田中 優¹⁾、堀川直城¹⁾、清川 晶¹⁾、楠本知行¹⁾、中堀 隆¹⁾、長谷川雅明¹⁾、田中美緒²⁾、田中龍聖²⁾、丸山治彦²⁾、本田徹郎¹⁾

167. 卵管角付近の発生と推測される胞状奇胎に対して子宮内吸引術を施行したものの、治療に難渋した一例

福山市民病院 産婦人科

宮地 葵、早田 桂、組橋佳純、兼森美帆、高原悦子、青江尚志

168. 当院で経験した胞状奇胎17症例の検討

香川県立中央病院

合田亮人、早田 裕、矢野友梨、堀口育代、永坂久子、米澤 優、高田雅代、中西美恵

第4会場

一般講演 第15群 生殖・女性医学1

10:00 - 10:32 座長 太田邦明 川崎医科大学 産婦人科学

169. 人工授精1380周期の精液所見と妊娠例の検討

島根大学医学部 産科婦人科

岡田裕枝、折出亜希、金崎春彦、京 哲

170. 累積生産率からみた体外受精における至適採卵数の検討

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、荒田萌花、大和田陽菜、田村 公、湊 沙希、山本由理、岩佐 武

171. 卵細胞質のgranulation patternsと受精率、胚発育、妊娠率との関係

山口大学医学部附属病院 産婦人科

高崎ひとみ、城下亜文、田村 功、米田稔秀、藤村大志、三原由実子、杉野法広

172. 山口県がん・生殖医療ネットワーク（YOF-net）設立からの成績と現状

山口県立総合医療センター

末田充生、田村博史、今川天美、浅田裕美、三輪一知郎、讚井裕美、佐世正勝、中村康彦

一般講演 第16群 生殖・女性医学2

10:32 - 11:12

座長 折出亜希 島根大学医学部 産科婦人科

173. Wunderlich 症候群に腔壁への異所性尿管開口を合併し感染を契機に治療に至った 1 例

徳島市民病院 産婦人科

立花綾香、山本哲史、片山幸子、柳原里江、福井理仁、古本博孝

174. 閉塞性腸閉塞を発症した回盲部子宮内膜症の一例

JA 広島総合病院

宮岡 愛、菰下智貴、平井雄一郎、高本晴子、中西慶喜

175. 稀少部位子宮内膜症に対して GnRH アンタゴニスト内服後外科的切除で軽快した 2 例

¹⁾ 徳島県立中央病院 臨床研修センター、²⁾ 徳島県立中央病院 産婦人科

中村成穂¹⁾、河北貴子²⁾、正木理恵²⁾、宮谷友香²⁾、西村正人²⁾

176. 低位前方切除術後に正常産児が得られた直腸子宮内膜症合併不妊症の 1 例

高知大学医学部 産科婦人科学教室

山本槇平、都築たまみ、谷口佳代、前田長正

177. 子宮内膜症合併不妊患者に Dienogest 投与下での調節卵巣刺激を行い良好胚を得た 1 例

山口大学大学院医学系研究科 産科婦人科学講座

米田稔秀、藤村大志、田村 功、高崎ひとみ、城下垂文、三原由実子、杉野法広

一般講演 第17群 生殖・女性医学3

11:12 - 11:44

座長 谷口佳代 高知大学医学部 産科婦人科学教室

178. 本邦の多嚢胞性卵巣症候群の診断基準（日産婦 2024）における抗ミュラー管ホルモンの位置付けの検討

¹⁾ 徳島大学大学院医歯薬学研究部 産科婦人科学分野、

²⁾ 群馬大学大学院医学系研究科 産科婦人科学講座、³⁾ 島根大学医学部 産科婦人科、

⁴⁾ 奈良県立医科大学 産婦人科、⁵⁾ 国際医療福祉大学 成田薬学部、

⁶⁾ 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、

⁷⁾ 札幌医科大学 産婦人科、⁸⁾ 県立広島病院 生殖医療科、

⁹⁾ JA 徳島厚生連 吉野川医療センター 産婦人科

野口拓樹¹⁾、岩佐 武¹⁾、岩瀬 明²⁾、金崎春彦³⁾、木村文則⁴⁾、久具宏司⁵⁾、齊藤和毅⁶⁾、馬場 剛⁷⁾、原 鐵晃⁸⁾、湊 沙希¹⁾、松崎利也⁹⁾

179. モデルマウスを用いた子宮内膜症合併妊娠時の腹腔内微小環境についての検討

徳島県立中央病院 産婦人科

河北貴子、正木理恵、宮谷友香、西村正人

180. 月経カップを用いた現代日本人女性の月経重量に関する前向き観察研究

現代女性の月経重量はどのぐらいですか？

香川大学医学部 周産期学婦人科学

鶴田智彦、塩田敦子、金西賢治

181. HPV ワクチンの接種普及を目指した当院での取り組み：集団接種と被接種者へのアンケート調査結果を含めて

愛媛大学医学部 産科婦人科

田口晴賀、宇佐美知香、藤井貴頌、伊藤 恭、市川瑠里子、矢野晶子、今井 統、吉田文香、宮上 眸、横山真紀、村上祥子、安岡稔晃、森本明美、内倉友香、松原裕子、松元 隆、松原圭一、杉山 隆

オキシトシンと加味帰脾湯の可能性

福島県立医科大学医学部 病態制御薬理医学講座

下村健寿

加味帰脾湯は不眠症、精神不安、神経症改善等の効果があると古くから知られ、処方されてきた。一方、泌乳、子宮収縮ホルモンとして知られるオキシトシンの新しい機能が2000年代になって報告されており、その中には信頼を高めることや、自閉症症状の改善、ストレスの緩和作用などが明らかとなってきた。加味帰脾湯とオキシトシンの効果は共通する点が認められることから、加味帰脾湯の薬理機序にオキシトシンが関与していることが考えられる。

今回、脳視床下部のオキシトシンニューロンに対して加味帰脾湯の効果を c-Fos 発現、電気生理学的手法、細胞内カルシウム測定さらには脳スライスからのオキシトシン分泌測定によって検討を行った。

加味帰脾湯の経口ならびに腹腔内投与は脳室傍核のオキシトシンニューロンに c-Fos の発現を促すことが確認された。また脳スライスパッチクランプによる検討から加味帰脾湯は室傍核オキシトシンニューロンの活性化を促し、また細胞内カルシウム濃度の上昇も認められた。これらの細胞レベルの効果に加えて、オキシトシンニューロンの存在する室傍核を含む脳スライスに加味帰脾湯を添加したところ、1時間の batch incubation 後にオキシトシンの分泌が実際に確認された。

以上の結果から加味帰脾湯は脳のオキシトシンニューロンに作用してその薬理効果を発揮している可能性が示唆された。

下村 健寿（しもむら けんじゅ）

1997年：福島県立医科大学医学部 卒業

1997年：群馬大学医学部附属病院第一内科 入局

2004年：群馬大学医学部博士課程 修了（医学博士）

2004年：英国オックスフォード大学 生理学講座シニア研究員

2012年：自治医科大学 生理学講座 講師

2014年：福島県立医科大学 腫瘍生体エレクトロニクス講座 特任教授

2017年：福島県立医科大学 病態制御薬理医学講座 主任教授

2023年：福島県立医科大学 副理事

IV期卵巣癌に対する初回手術の術式および手術完遂度と予後に関する調査研究

山口大学大学院医学系研究科 産科婦人科学

末岡幸太郎、爲久哲郎、岡田真希、高木遥香、梶邑匠彌、竹谷俊明、杉野法広

卵巣がん・卵管癌・腹膜癌治療ガイドライン 2020 年度版の記載によると、II B 期以上の卵巣癌に対しては PDS による complete surgery を目指した最大限の腫瘍減量術が推奨されている。また、進行例に対しては optimal surgery が困難あるいは不可能と予測される症例に対して、NAC+IDS が推奨されている。実臨床では腹腔外病変が存在する IV 期卵巣癌においては、PDS でも IDS でも腹腔内の腫瘍減量をどの程度にするべきか術式の選択に苦慮することがしばしばある。当院での 26 例の後方視的な検討では、腹腔内手術の完遂度による予後の差はなく、抗癌剤治療の重要性が示唆される結果であった（中野仁美ら 現代産婦人科 2022；71：43-49）。さらに今後初回治療に PARP 阻害剤での維持療法が標準化され予後改善が見込まれる中で、初回手術の位置付けが異なってくる可能性もある。そこで本研究は IV 期卵巣癌の初回手術の術式や手術完遂度と予後との関係を多数例で后方視的に検討し、初回治療での最適な手術術式を明らかにすることを目的とする。

2009 年 1 月から 2018 年 12 月までの間に IV 期卵巣癌・卵管癌・腹膜癌と診断し、初回治療を開始した患者を対象とし、当院と中国四国地方の日本産科婦人科学会腫瘍登録施設から研究協力が得られた 22 施設から后方視的に臨床データを集積した。PDS 群と IDS 群のそれぞれの群において手術術式、手術完遂度あるいは化学療法レジメンごとの予後などを比較検討する。

末岡 幸太郎（すえおか こうたろう）

1999 年 3 月 鳥取大学医学部医学科 卒業

1999 年 4 月 山口大学産婦人科 入局

2001 年 4 月 山口大学大学院 入学

2005 年 3 月 山口大学大学院 卒業

2005 年 4 月 社会保険総合病院 徳山中央病院 医員

2007 年 4 月 山口大学産婦人科 助教

2012 年 4 月 がん研有明病院 医員

2013 年 4 月 山口大学産婦人科 講師

2015 年 4 月 山口大学医学部附属病院 総合周産期母子医療センター 准教授

2023 年 4 月 山口大学大学院医学系研究科 産科婦人科学 准教授

医療安全・働く環境に配慮した教育を目指して

川崎医科大学 産婦人科学

下屋浩一郎

2024年からの“医師の働き方改革”が始まり、研修医教育にも大きな岐路に立たされています。私が経験してきた「昭和な」教育・研修体制から脱却して「令和の」教育・研修体制を目指していく必要があります。そのために教育・研修体制の整備の背景には医療安全と研修医の働く環境への配慮が欠かすことができないと考えられます。

医療の現場で治療の指針を決めていくうえで重視されるのが、診療ガイドラインです。さらに、周産期領域では産科医療保障制度の再発防止の提言も治療方針を決める上で理解すべき重要な指針となっています。いわば、診療ガイドラインと再発防止の提言が車の両輪のように周産期医療を支えるツールとなっています。一方で、ガイドラインを非常に簡便なツールであるだけにガイドラインの背景にあるエビデンスやその限界を理解することも指導していく必要があると考えます。

一方で、研修医の安全を守ることも指導医としての重要なミッションとなっています。医師の働き方改革はまさにこの点を重視しているものであり、過重労働を回避するような配慮が必要です。さらに研修医－患者、研修医－上級医の間の様々な問題を生じさせないようにするとともに両者の間に生じた軋轢について事が大きくなる前に解決していくことも重要です。いわゆるハラスメントについての理解をするとともにそれを生まない環境を作っていく必要があります。「心理的安全性」が強調されていますが、ごく当たり前のオープンな医局の環境を作っていくことが重要と考えます。本講演では医療安全と働きやすい環境に配慮した教育について概説したい。

下屋 浩一郎 (しもや こういちろう)

1986年 大阪大学医学部卒業

1986年 大阪大学医学部産婦人科学教室入局

大阪大学医学部附属病院、市立貝塚病院、大阪府立母子保健総合医療センターにて研修

1990年 大阪大学医学部産婦人科

2年間の米国 Thomas Jefferson 大学留学、大阪警察病院 産婦人科医長を経て

2006年 川崎医科大学 産婦人科主任教授

現在に至る

社会的卵子凍結の課題

杉山産婦人科新宿

中川浩次

卵子凍結とは、書いて字の如く「卵子」を凍結保存することである。悪性腫瘍の化学療法前に行う妊孕性の温存方法の一つとして15年ほど前より施行されている方法である。それまでの悪性腫瘍の治療前に実施される妊孕性温存の方法は卵巣組織そのものを凍結する方法であったが、外科的処置が必要であり、卵巣組織そのものの凍結が必要であることから実施可能な施設が限定され、さらに卵巣凍結の融解・移植後の成績があまり良いものではない、等の理由より卵子凍結が実施されるようになっていった。その背景には卵子の凍結・融解方法の技術の改善されたこと、さらに技術が普及してきたことが挙げられる。これらの卵子凍結を「医学的卵子凍結」と呼び、現在、本邦を含め諸外国で広く行われている non-medical な卵子凍結「社会的卵子凍結」とは区別した用語値して使用されている。社会的卵子凍結は、妊娠に適した年齢(20-30歳代)にも関わらず、パートナーが居ないか、居ても直近での妊娠を望んでいない女性が希望するケースが多く、また医療機関やプライマルチェックにてAMH値を測定し、年齢に比して低値であった女性が希望するケースが多い。本講演では、社会的卵子凍結に関して、その有効性や安全性を文献的考察により概説し、世界および本邦における社会的卵子凍結の現状を説明する。さらに昨年より東京都で開始された社会的卵子凍結を希望される女性への費用助成制度、凍結卵子をし使用した生殖補助医療への助成制度についても概説する。

中川 浩次 (なかがわ こうじ)

1990年3月 自治医科大学卒業
5月 徳島大学医学部産婦人科にて研修開始
10月 徳島県立中央病院(研修医)
1992年4月 徳島県立三好病院産婦人科 医員
1994年4月 木沢村国保木沢診療所 所長
1996年4月 徳島大学医学部産婦人科 医員
2000年4月 徳島大学医学部付属病院 助手
2001年4月 愛媛県立中央病院産婦人科 医長
2002年5月 国立成育医療センター 不妊診療科 医員
2008年4月 医療法人杉四会社団 杉山産婦人科生殖医療科
2018年1月 医療法人社団杉一会 杉山産婦人科 院長
現在に至る

資格

1990年 医師免許
1995年 産婦人科専門医
2000年 学位取得
2007年 生殖医療専門医
2021年 Fellow, Clinical Reproductive Immunology, ASRI

所属学会

日本産科婦人科学会
日本生殖医学会
日本受精着床学会(理事)
日本IVF学会
日本卵子学会
日本産婦人科遺伝学会
日本遺伝カウンセリング学会
日本生殖免疫学会(評議員)
ヨーロッパヒト生殖会議(ESHRE)
アメリカ生殖免疫学会(ASRI)
世界生殖免疫学会
ASPIRE(Asia Pacific Initiative on Reproduction)

HPV ワクチン—当院の取り組みと工夫—

けやまクリニック 産婦人科

毛山 薫

HPV ワクチンは平成 25 年に積極的勧奨が差し控えられたのち、約 9 年間を経て令和 4 年より接種勧奨が再開された。この間に接種の機会を逃した方を対象として、令和 4 年 4 月から 3 年間キャッチアップ接種が設けられることになった。接種対象者は平成 9 年 4 月生まれ以降の女性で、令和 5 年 4 月からは 9 価ワクチンも公費助成の対象となった。HPV ワクチンの有効性、安全性については既に国内外から多くの研究、調査結果が出ており述べるまでもないが、キャッチアップ接種対象者のワクチン接種率は伸び悩んでいる。

当院では令和元年ごろより外来診療中に HPV ワクチンに関する説明を行っている。説明を行う対象者は、公費接種の対象となる 11 歳～27 歳の女性と、公費接種の対象となる年齢の娘をもつ母親である。積極的勧奨再開後、自治体から接種券の配布や情報提供が行われているが、HPV ワクチンの有効性や安全性に関する理解は広まっておらず、未だに「副反応が強い危ないワクチン」「検診を受けていれば大丈夫」といった誤った認識を持っている方が非常に多い。対象者ひとりひとりに、子宮頸がんの疾患に関すること、検診とワクチンの目的の違い、ワクチンの有効性や安全性について説明を行っている。説明の際には企業の作成しているリーフレットが大いに役立つので積極的に活用している。一度きりの説明で終わるのではなく、定期的な受診をしている方に対しては受診のたびに接種したかどうかを確認し、未接種の場合には繰り返し接種を勧めている。外来診療中に通常の診療に加えて説明の時間を取ることは、当然のことながらほかの患者さんの待ち時間が増えるなど患者満足度の低下を招く可能性も否定できないが、時間を取って丁寧に説明を行うことで誤った認識を解いて正しい情報を届けることができ、接種につながると感じている。当院ではこのような説明を繰り返し行うことで、これまでにのべ 1800 名以上接種につなげることができた。

当院での取り組みはただひたすら地道に情報を繰り返し伝えるという、非常に泥臭い方法である。キャッチアップ接種期間が残り半年となった今、それぞれの立場でできることを全力で行う必要があり、当院での取り組みが先生方の接種勧奨に関する活動のご参考になれば大変幸いである。

毛山 薫（けやま かおる）

【学歴】 2000（平成 12）年 土佐高等学校卒業

2006（平成 18）年 川崎医科大学卒業

【職歴】 2006（平成 18）年 京都第二赤十字病院 初期臨床研修

2008（平成 20）年 徳島大学病院 産科婦人科

2009（平成 21）年 高知赤十字病院 産婦人科

2013（平成 25）年 四国こどもとおとなの医療センター 産婦人科

2013（平成 25）年 徳島大学病院 産科婦人科

徳島大学地域産婦人科診療部 特任助教

2016（平成 28）年 医療法人薫風会 毛山病院

2017（平成 29）年 医療法人薫風会 毛山病院 産婦人科開設

2023（令和 5）年 医療法人薫風会 けやまクリニック

【所属学会】 日本産科婦人科学会、日本女性医学学会、日本周産期・新生児医学会

【専門医等】 産科婦人科専門医、周産期専門医（母胎・胎児）、女性医学専門医、母体保護法指定医、日本医師会認定産業医、日本スポーツ協会公認スポーツドクター

日本の多嚢胞性卵巣症候患者の特徴と新しい診断基準（2024）

吉野川医療センター 産婦人科

松崎利也

多嚢胞性卵巣症候群（PCOS）は生殖年齢女性の10%前後に見られる頻度の高い症候群である。PCOSの症状や所見には人種差があり、また、肥満の有無により病態に異なる部分がある。日本のPCOS患者の多くは欧米のPCOS患者と異なり、肥満、多毛および高アンドロゲン血症が少ない特徴があるため、日本人に適した日本産婦人科学会の診断基準が用いられてきた。日本の診断基準は実際の診療の流れに沿った、問診、超音波検査、血液検査の3ステップで構成されている。まず慢性的な月経周期異常からPCOSを想起し、次に超音波検査で多嚢胞パターンが見られたらPCOSを強く疑い、LH、FSH、テストステロンを検査して、その結果から診断を確定する。日本の診断基準は月経周期異常を必須の症状として位置付ける点で、国際基準（Rotterdam2003）とは本質的に異なっている。以上のように、国内外の診断基準の構造の相違は、発現型の人種差のみによるものではなく、PCOSの概念の相違にも基づいたものである。このたび、日本産科婦人科学会会員アンケートで診断基準に関する意向を調査し、全国症例調査を実施した（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」令和3年度～4年度）。症例調査のデータを元に、日本産科婦人科学会の診断基準が改定された（日産婦2024）。今回の改定の要点として、卵巣所見の判定の補助診断にAMHを採用、アンドロゲン過剰症に多毛を採用、および思春期症例の診断に関する記載の追加が挙げられる。また各項目の具体的なカットオフ値も明記した。

全国症例調査は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行われた。2020年4月から2022年3月までに日産婦2007で診断したPCOS症例を対象とし、データの偏りを防ぐため1施設からの登録症例数の上限を10症例とした。本講演では主に症状や内分泌異常に関する成績、肥満の有無による差異の解析などから日本のPCOSの特徴について解説する。肥満群233例、非肥満群662例の計895例の解析で、テストステロン（T）高値率は肥満群で43.0%、非肥満群で29.4%と、肥満群で有意に高く、多毛、尋常性ざ瘡、低声音の頻度も肥満群が有意に高かった。LHの高値率は肥満群で有意に低く、LHとBMIは有意な負の相関を示した。LH/FSH比の高値率は両群間で差を認めず、LH/FSH比とBMIは相関を示さなかった。新診断基準は日本のPCOSの診断精度を上昇させる改定がなされており、PCOSの診療をupdateするものと思われる。

松崎 利也（まつざき としや）

1988年 徳島大学医学部医学科卒業

1988年 徳島大学医学部附属病院産科婦人科医員

1995年 徳島大学大学院医学研究科修了

1997年 徳島大学医学部附属病院産科婦人科助手

2000年 米国マサチューセッツ総合病院 Reproductive Endocrine Unit 研究員

2001年 徳島大学医学部附属病院産科婦人科助手

2002年 徳島大学医学部産科婦人科学分野講師

2010年 徳島大学大学院産科婦人科学分野准教授

2019年 JA 徳島厚生連吉野川医療センター産婦人科主任部長

2022年 JA 徳島厚生連吉野川医療センター副院長

現在に至る

多嚢胞性卵巣症候群の診断における卵巣所見と AMH の位置付けと判定

徳島大学大学院医歯薬学研究部 産科婦人科学分野

野口拓樹

抗ミュラー管ホルモン (AMH) は小卵胞の顆粒膜細胞から分泌され、胞状卵胞数 (AFC) と高い相関性を示す。2023 年に欧米の診断基準 (Rotterdam/IEBG 2023 update) において、AFC を補完する位置付けで「AMH 高値」が組み込まれたが、そのカットオフ値は明示されていない。一方で、2024 年に本邦の診断基準「日産婦 2024」において、世界で初めて、年齢階層・測定系別のカットオフ値を明示した上で、「AMH 高値」が診断基準に採用された。そのカットオフ値は、全国の国公私立大学病院、生殖補助医療 (ART) 登録施設 (643 施設) を対象とした全国症例調査のデータに基づき設定された。今回の解析は、日産婦 2007 で診断した PCOS 群 538 例と、排卵障害がないコントロール群 863 例を対象とした。

AMH は全年齢階層で PCOS 群が有意に高かった。AMH は両群で年齢と有意な負の相関を、AFC と有意な正の相関を示したが、BMI とは相関しなかった。重回帰分析では AFC と総テストステロンが AMH に独立した影響を与え、標準化偏回帰係数はそれぞれ 0.434、0.176 であった。血中 AMH 濃度を規定する主要な因子は AFC であり、AMH は卵巣所見を補完し得ると思われる。「日産婦 2024」で採用した AMH カットオフ値 (感度 $\geq 95\%$) は、アクセス、ルミパルスでは 20-29 歳が 4.4ng/mL、30-39 歳が 3.1ng/mL、エクルーシスではそれぞれ 4.0ng/mL、2.8ng/mL であった。Rotterdam 基準用のカットオフ値 (特異度 $\geq 95\%$) も別途設定した。

AFC カットオフ値は全年齢階層で 10 個以上 (日産婦基準)、20 個以上 (Rotterdam 基準) 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。それは超音波診断装置の性能、測定者の技術等の影響を受けやすいことが要因と思われる。一方で、AMH は卵巣所見を客観的に評価できる生化学的な指標であり、診断基準への AMH 採用は PCOS の診断精度の向上に資するものと思われる。ただし AMH 測定は PCOS 診断に必須ではなく、「日産婦 2024」における卵巣所見の項目は「多嚢胞卵巣または AMH 高値」である。従って「AMH 高値」は従来の多嚢胞卵巣を補完する位置付けであることに留意する必要がある。

今後の課題として、現在のところ PCOS の診断を目的とした AMH 測定には保険適用がないことが挙げられる。令和 6 年度診療報酬改定で、「ART」患者のみならず、「一般不妊治療」患者にも保険適用が拡大されたが、今後は不妊症の患者以外にも保険適用が拡大されることが望まれる。

本講演では「日産婦 2024」の骨子の一つである「AMH 高値」の採用に至るプロセスやエビデンス、また診断基準における位置付けについて概説したい。

野口 拓樹 (のぐち ひろき)

2019 年 徳島大学医学部医学科 卒業

2019 年 総合病院 聖隷浜松病院 臨床研修医

2021 年 徳島大学病院 産科婦人科 医員

2022 年 徳島大学大学院医学研究科博士課程 入学

2022 年 徳島大学病院 産科婦人科 特任助教

2023 年 国立病院機構高知病院 産科婦人科 医員

2024 年 徳島大学大学院医師薬学研究部 産科婦人科学分野 助教

多嚢胞性卵巣症候群における多毛の取り扱いと思春期例の管理

島根大学医学部 産科婦人科

金崎春彦

PCOSの診断におけるアンドロゲン過剰症の取り扱いについては国際基準に準拠する必要性が長らく議論されてきた。2007年診断基準では「血中男性ホルモン高値」又は「LH基礎値高値かつFSH基礎値正常」が診断に必要とされたが、臨床的アンドロゲン過剰症状については診断基準に入っていない。多毛、ニキビ、低音声、陰核肥大などのアンドロゲン過剰症状は治療対象となる症状であり、新しい診断基準では血中アンドロゲン高値またはアンドロゲン過剰症状の存在を「アンドロゲン過剰症」とし、臨床的アンドロゲン過剰症を導入することでより欧米の診断基準に準じたPCOSの診断基準となった。尚、新しい診断基準ではアンドロゲン過剰症状を多毛で判断することとした。新たな診断基準ではPCOSの診断基準に思春期条項が加わった。これはPCOS疑い例を早期に発見し、月経周期異常を端緒とした子宮体癌の発生予防、メタボリック症候群・生活習慣病の発症リスクの軽減、うつ病などの精神疾患の発症リスクの軽減、予防を目的とするものである。本セミナーではPCOSの新しい診断基準における多毛の取り扱いと思春期例の管理について説明させて頂く。

金崎 春彦（かなさき はるひこ）

2000年3月 島根医科大学大学院医学研究科修了

2000年4月 島根医科大学医学部 助手

2002年5月 ハーバード大学 Brigham and Women's Hospital 博士研究員

2004年10月 島根大学医学部付属病院産科婦人科 講師

2016年4月 島根大学医学部付属病院周産期母子医療センター 准教授

2021年4月 島根大学医学部付属病院総合周産期母子医療センター 准教授

多嚢胞性卵巣症候群の治療指針改定の進捗状況について

県立広島病院 生殖医療科

原 鐵晃

多嚢胞性卵巣症候群 (polycystic ovary syndrome: PCOS) は、生殖と代謝機能に関与する複数のシステムに異常をきたした状態で、研究とともにその定義は変化してきた。主な臨床症状は、アンドロゲン過剰症、月経周期異常とそれに伴う不妊であり、これらの症状を示す女性の卵巣は特徴的な形態を示す。関連する代謝異常として、インスリン抵抗性、耐糖能異常、脂質異常と肥満の増加があり、視床下部-下垂体-卵巣-副腎機能の異常が同時に存在する。これらの因子が複雑に組み合わせたり長期的には様々な健康リスクが増加し、PCOS 女性に対する治療的介入が必要となる。こうした基本認識の元に日本産科婦人科学会 (日産婦) PCOS 診断基準は 17 年ぶりに改定され、日産婦 PCOS 診断基準 2024¹⁾ となった。その詳細は本教育セミナーの、他の講演において示される。

一方、わが国における PCOS 治療は、日産婦診断基準 2007²⁾ に準拠して作成された PCOS 治療指針 2009³⁾ に従って行われてきたが、診断基準の改定に伴い PCOS と診断される対象が広がったこと、この 14 年間の間に新しい治療方法が開発されてきたことにより、「本邦における多嚢胞性卵巣症候群の治療指針の検証に関する小委員会」が 2023 年度に組織され、現在、改定に向け作業を続けている。本疾患治療に関するエビデンスとリアルワールドにおける状況を勘案した治療指針の作成を最終的な目的としているが、2023 年度は、現在の本邦における PCOS 患者に対する治療について、リアルワールドの状況を把握するためアンケート調査を行った。その結果、日産婦 PCOS 治療指針の必要性に関する設問では、必要、どちらかといえば必要、を合わせ、87.6% の会員が必要と考えており、不必要およびどちらかといえば不必要、を合わせた 1.7% を大きく上回っていた。

本講演では、小委員会におけるこれまでの治療指針改定の進捗状況を提示するとともに、PCOS に対する排卵誘発薬としてアロマターゼ阻害薬とメトホルミン、また、調節卵巣刺激における卵巣過剰刺激症候群を軽減するためのメトホルミンとカベルゴリン、アンドロゲン過剰症に対する抗アンドロゲン作用を有する黄体ホルモン剤等についても説明する。

- 1) 松崎利也、岩佐 武、他：多嚢胞性卵巣症候群の診断基準 (2024) について。日産婦誌 2024；76：97-100。
- 2) 水沼英樹、苛原 稔、他：本邦における多嚢胞性卵巣症候群の新しい診断基準の設定に関する小委員会 (平成 17 年度～平成 18 年度) 検討結果報告。日産婦誌 2007；59：868-886。
- 3) 久保田俊郎、苛原 稔、他：生殖・内分泌委員会報告「本邦における多嚢胞性卵巣症候群の治療法に関する治療指針作成のための小委員会」報告。日産婦誌 2009；61：902-912。

原 鐵晃 (はら てつあき)

【学 歴】

- 昭和 47.3.1 広島学院高等学校卒業
- 昭和 49.4.1 広島大学医学部医学進学課程入学
- 51.4.1 広島大学医学部医学科進学
- 55.4.1 広島大学医学部附属病院において見学

【専門医】

- 平成 4 年 日本産科婦人科学会 専門医
- 平成 15 年 日本産科婦人科内視鏡学会 技術認定医
- 平成 19 年 日本生殖医療学会 生殖医療専門医
- 平成 20 年 日本産科婦人科内視鏡学会 技術認定医 (腹腔鏡 / 子宮鏡下手術)
- 平成 27 年 日本人類遺伝学会臨床遺伝専門医

【職 歴】

- 昭和 55.4.1 広島大学医学部附属病院において見学
- 55.6.1 医員 (研修医) 広島大学医学部附属病院に採用
- 55.8.1 県立広島病院臨床研修医 (麻酔科) に採用
- 56.4.1 医員 (研修医) 広島大学医学部附属病院 (麻酔科) に採用
- 56.10.1 北九州湯川総合病院 (麻酔科) 医師に採用
- 57.8.1 医員 広島大学医学部附属病院 (産婦人科) に採用
- 58.4.1 呉共済病院 (産婦人科) 医師に採用
- 60.5.1 医員 広島大学医学部附属病院に採用
- 62.7.1 文部教官 広島大学助手医学部附属病院に採用
- 63.5.24 米国コロンビア大学産婦人科麻酔科留学 (平成元.6.10. まで)
- 平成 元.6.12 広島共立病院 (婦人科) 医長に採用
- 3.5.1 文部教官 広島大学助手医学部に採用
- 8.4.1 広島大学医学部学内講師
- 9.4.1 広島大学講師医学部附属病院に昇任
- 11.1.1 広島大学助教授医学部附属病院に昇任
- 19.6.1 県立広島病院生殖医療科主任部長に就任
- 令和 4.4.1 広島大学遺伝子診療科客員教授、県立広島病院生殖医療科・ゲノム診療科 (診療専門医)、広島中央通り香月産婦人科生殖遺伝部採用、土谷総合病院産婦人科採用

【学会活動】

- 日本産科婦人科内視鏡学会 功労会員
- 日本生殖学会 功労会員
- 日本受精着床学会 評議員

当院におけるロボット手術の導入について

高知県・高知市病院企業団立 高知医療センター 産婦人科

上野晃子、難波孝臣、塩田さあや、渡邊理史、松島幸生、川瀬史愛、小松淳子、山本寄人、林 和俊

本年度よりロボット手術技術認定医制度も始まり、新しく、ロボット手術の導入を検討される施設が増えていと推察される。本発表では、当施設の導入期から現状の課題を共有させていただき、導入を検討されている施設の参考になれば幸いである。

当院は2022年8月にIntuitive社のDa Vinci Xiを1台導入した。全科含めて、ロボット手術の経験がなかったため、初めは、ロールイン配置が似ている骨盤外科である泌尿器科、大腸外科、婦人科の3科から先行導入になった。当科は大腸外科に続き、2022年10月に初回症例を施行した。最初は、2週間に1度の手術枠で運用開始した。術者のlearning curveの短縮、またチーム全体の機器への慣れでロールインまでの時間短縮が進んだことで、総手術時間が3時間以内に収まるようになった。その結果、開始3か月目に、1日2件を施行するようになった。現在は、6科が参入し、当科は年間70件弱のペースで、子宮全摘術と仙骨腔固定術を施行している。

当院ならではの導入時の特徴は2点ある。まず機器購入から現在まで各工程で、関連する手術科の医師、麻酔科医、臨床工学技士、手術室看護師、滅菌担当者、病院事務職員とで構成するロボットワーキンググループ(WG)で話し合い、会議により決定してきた点である。購入前に3回、購入後16回、2～3か月毎に会議を行った。機器購入の際には、各科プレゼン資料作成を協力し合い、購入後も、初回手術の準備、振り返り、インシデントの共有、また手術実績に沿った手術枠の再編成を行った。もう一つは、当院が総合周産期母子医療センターであり、分娩が年700件あり、緊急帝王切開術が多いことである。流動的な人的配置に対応できるよう、当初より、メンバー固定のロボットチームを作らずに科内全員にアシスタントを取得してもらい、誰もが手術に入れる体制にした。ロボット手術は、ソロサージェリーと言われるが、高度なチーム医療を要するため、ロボットWG会議と科内メンバーの手術理解のプロセスが不可欠であった。

ロボット手術の導入に際しては、最初の術者がシミュレーターでの練習、見学やプロクタリングを経て準備するのに加えて、手術助手、臨床工学技士、看護スタッフが、求められる各役割を理解し機能するためのロボットチームビルディングが、最も重要な工程と考えられた。

上野 晃子 (うへの あきこ)

2008年3月	高知大学医学部医学科卒業
2008年4月～2014年3月	沖縄県立中部病院 産婦人科 初期・後期研修
2014年4月～2015年3月	沖縄県立宮古病院 産婦人科 常勤
2015年4月～2019年3月	高知医療センター 産婦人科 常勤
2019年4月～2020年3月	松山赤十字病院 産婦人科 常勤(婦人科内視鏡研修)
2020年4月～2024年3月	高知医療センター 産婦人科 医長
2024年4月～	同 婦人科長
2024年4月～	高知大学医学部大学院 入学(社会人入学)
	研究テーマ 婦人科内視鏡手術における蛍光技術の応用

専門 婦人科内視鏡手術、婦人科ロボット手術、女性ヘルスケア、周産期医学

資格 日本産科婦人科専門医・指導医
女性ヘルスケア専門医・指導医
がん治療認定医
周産期専門医・指導医
母体保護法指定医
日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医
日本内視鏡外科学会技術認定医
日本ロボット外科学会専門医 国内B級

婦人科良性疾患のロボット手術

¹⁾ 徳島検診クリニック、²⁾ 徳島県立中央病院 産婦人科、³⁾ 吉野川医療センター 産婦人科

⁴⁾ 四国こどもとおとなの医療センター 産婦人科

¹⁾ 前川正彦、²⁾ 宮谷友香、³⁾ 三谷龍史、⁴⁾ 米谷直人、²⁾ 河北貴子、²⁾ 正木理江、²⁾ 西村正人

婦人科領域でも2018年4月にロボット支援下手術が保険適応となり手術件数は年々増加傾向にあるが、導入・普及の状況は施設によって異なっている。徳島県立中央病院産婦人科は2008年にTLHを開始し、子宮良性疾患の全症例をTLHで行うことを目指して手技の習熟、手術適応の拡大を図ってきたが、TLH導入後の手術成績を現代産婦人科(65:95-101, 2016)で報告した。当科の過去10年間の腹腔鏡下手術件数は136-182件/年、TLHは31-88件/年と手術件数で見ると依然 low volume hospital であるが、2016年以降良性子宮腫瘍の98%以上をTLHで行っており(2017, 2020, 2023年は100%)、2020年10月のロボット支援下子宮全摘術(RASH)導入時点で演者を含めて5名が日本産科婦人科内視鏡技術認定医を取得してきた(導入後の2022年に1名取得)。2024年4月までに施行したRASHの症例数は38例と少ないが当科の取り組みについて報告する。

第1例目はプロクターを招聘してda Vinci Siで開始し、3例目以降da Vinci Xiで施行した。RASHは腹壁のロボットアームによる挙上が肥満症例に有利に働くことから当初よりRASHを勧めており11例目までのうち6例はBMI 30以上であった。レピテータII[®]で体位をとり、ソフトナース[®]やピュアフィックス[®]で体圧分散し、携帯型接触圧力測定器(パームQ[®])でブーツ内圧を測定した。4つのポートはda Vinci Xiでは臍高レベルに設置し、左下腹部に5mmの補助ポートを留置した。4症例目より第4アームをカディエールからベッセルシーラーに、12症例目よりダブルバイポーラ法を導入したため第3アームをモノポーラカーブドシザーズからメリーランドバイポーラに変更し、14例目から第1アームをフェネストレイテッドバイポーラからフォースバイポーラに変更してラージニードルドライバーを省略した。術後はパスを用いて術後3日目の退院とした。38症例をBMI 30で分類するとBMI 30以上群が14例であった。演者が施行した33症例で検討すると摘出子宮重量はBMI 30未満群214g(60-460)、BMI 30以上群371g(70-985)で有意差を認めなかったが、出血量はBMI 30未満群34ml(10-156)、BMI 30以上群174ml(10-550)、コンソール時間はBMI 30未満群154分(119-197)、BMI 30以上群212分(149-282)でそれぞれ有意差を認めた。合併症は500ml以上の出血が2例、術後頭部脱毛が2例あった。

BMI 30以上群はコンソール操作により時間を要し出血量が多かったが安全にRASHを施行できていた。今後もロボット支援下手術の手技の習熟に努めるとともに、内視鏡技術認定医の育成にも力を注ぎ、さらに早期子宮体癌に対する悪性子宮腫瘍手術にも取り組んでいきたい。

前川 正彦(まえがわ まさひこ)

1984年3月 徳島大学医学部医学科卒業

1984年4月 徳島大学医学部第二解剖学教室で研究に従事

1986年4月 徳島大学医学部産婦人科入局

1986年7月 高知市立市民病院産婦人科研修医

1987年4月 香川県立津田病院産婦人科医員

1989年4月 徳島県立三好病院産婦人科医員

1992年4月 徳島大学附属病院産婦人科医員

1993年4月 徳島大学附属病院分娩部助手

1994年4月 米国バンダービルト大学研究員

1995年12月 徳島大学附属病院産婦人科助手

2001年10月 徳島大学附属病院産婦人科講師

2006年4月 徳島県立中央病院産婦人科部長

2017年4月 徳島県立中央病院副院長

2024年4月 徳島検診クリニック

日本産科婦人科学会専門医

日本生殖医学会生殖医療専門医

日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医

早期子宮体がんに対する Semi Pure Robot Surgery の方法と臨床成績

川崎医科大学 産婦人科学

太田啓明、藤原 瞳、田坂佳太郎、岡本 華、森本裕美子、河村省吾、齋藤 渉、松本 良、杉原弥香、太田邦明、小池英爾、塩田 充、下屋浩一郎

「はじめに」 2000年6月より早期子宮体がんに対するロボット子宮悪性腫瘍手術を開始した。当初はロボットポート4つ+アシストポート1つの5ポートで手術を行っていた。我々は良性子宮疾患に対するロボット子宮全摘、骨盤臓器脱に対するロボット仙骨腔固定術でアシストポートを使わずにロボットポートのみで行う pure robot surgery を2020年9月より開始した。同時期に行われた腹腔鏡手術と比べ遜色がなく、現在はすべて pure robot surgery を行っている。そこで子宮体癌でもアシストポートを廃止し、トロッカーを使用せずに経皮挿入が可能な24mm径の補助鉗子を利用した Semi Pure Robot Surgery を導入した、その方法と臨床成績を示す。

「方法」 術式はロボット準広汎子宮全摘および骨盤リンパ節郭清を行った。臍上2cmの高さでロボットトロッカー4本を横並び7cm間隔で、2番アームをカメラポートとしドッキングし、その後1番アームトロッカーの外側7cmに経皮挿入が可能な補助鉗子を設置した。糸やガーゼの出し入れ、吸引・送水は3番インストルメント除去後にロボットトロッカーを使用し行った。

「結果」 早期子宮体がんに対して、2020年6月から2023年12月、5ポート手術が27例、Semi Pure Robot は23症例でおこなわれた。年齢やBMIに有意差のない2群間で手術時間、コンソール時間、出血量、摘出リンパ節数に有意差は見られなかった。また両群ともに開腹移行例や輸血症例はなかった。

「結語」 子宮体がんに対してアシストポートは廃止した Semi Pure Robot Surgery は低侵襲かつ従来法に比べ遜色はなく、当科では定型化した。

太田 啓明（おおた よしあき）

1999年5月 日本大学医学部卒業、日本大学産婦人科学教室入局

2005年3月 日本大学大学院発生殖学卒業、医学博士（第3445号）

2006年7月 倉敷成人病センター医員

2009年4月 同医長

2016年4月 同主任部長

2018年11月 日本大学医学部産婦人科兼任講師

2020年2月 川崎医科大学産婦人科腫瘍学教室准教授

2023年4月 川崎医科大学産婦人科学准教授

資格：

日本産科婦人科学会指導医・専門医

日本婦人科腫瘍学会腫瘍専門医

日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医

日本外科内視鏡学会技術認定医（産科婦人科）

日本ロボット外科学会専門医（国際B級）

日本婦人科ロボット手術学会認定プロクター（良性・RSC）

日本がん治療認定医機構がん治療認定医

役職：

日本産科婦人科内視鏡学会評議員

日本産科婦人科内視鏡学会技術認定担当幹事・審査委員

日本外科内視鏡学会評議員

日本外科内視鏡学会規約委員・編集委員

日本女性骨盤底医学会幹事

賞与：

2007年・2012年日本産科婦人科内視鏡学会 学会賞（ビデオ部門）

2009年日本内視鏡学会外科 カールストルツ賞

2010年 European Society for Gynecological Endoscopy (ESGE) “Lilo Mettler Prize”

2013年日本エンドメトリーシス学会 演題発表賞（臨床部門）

ロボット手術を安全に行うために～未来はすべてロボット手術になる??～

鳥取大学医学部 産科婦人科学分野

小松宏彰

近年、低侵襲手術が増加し、ロボット支援手術件数は年々増加している。手術の低侵襲化とともに手術手技は高難度化され、周術期管理法も変化がみられはじめている。開腹手術では見られなかった合併症が腹腔鏡やロボット支援手術で起こる可能性があり、手術体位や緊急時の対応などは熟知しておく必要がある。時代とともに変化する医療の在り方は医師育成にも影響し、10年先の婦人科医療は想像できないほど変化していると思われる。限られた勤務時間で高度な医療を提供するためにはAIや医療機器をうまく活用し、治療の均霑化が求められる。都会であっても、地方であっても、同じ質の医療が受けられるようにするためには、地方であっても先進的な医療機器の導入を行う必要がある。鳥取大学医学部附属病院ではda Vinci X、Xiに加えて、国産ロボットのhinotori、そしてMedtronic社が開発したHugo RAS Systemの3社4機種体制でロボット支援手術を行っている。産科婦人科学分野では2023年3月にHugoを国内初症例で実施し、同年7月にはhinotoriを国内12施設目として導入・実践した。新機種導入に際して、起こる可能性がある合併症や機器の特性を十分に理解し、da Vinciと同じ手術時間や手術クオリティを担保するためには術者・助手の連携が重要となる。機器ごとの特徴は異なるが、術式に大きな変化がない場合は、各機種で異なる点を確実に理解さえしておけば安全に実施可能となる。実際、どの術式においても手術時間などの手術成績に差はない。さらに、当科では術者育成の観点から腹腔鏡とロボット手術を癒合したHybrid Hysterectomyという術式を新に考案し、実用化した。また、日本産科婦人科内視鏡学会ではロボット手術の技術認定制度が策定され、今年度から審査が行われることになっている。開腹から腹腔鏡、そしてロボット手術へ移行してきた婦人科手術は今後、どこに向かっていくのか、私見を踏まえて概説する。

小松 宏彰（こまつ ひろあき）

学 歴

平成22年3月5日 鳥取大学医学部医学科 卒業

平成29年9月30日 鳥取大学大学院医学系研究科医学専攻博士課程 修了

職 歴

平成24年4月1日 鳥取大学医学部附属病院 女性診療科 医員

平成24年11月1日 山口赤十字病院 産婦人科 医師

平成25年11月1日 鳥取大学医学部附属病院 女性診療科 医員

平成29年4月1日 山口赤十字病院 産婦人科 副部長

平成31年4月1日 鳥取大学医学部附属病院 総合周産期母子医療センター 助教

令和2年4月1日 鳥取大学医学部 器官制御外科学講座産科婦人科学分野 助教

令和3年4月1日 鳥取大学医学部附属病院 女性診療科群 講師

免許・資格等

日本臨床細胞学会 細胞診専門医・指導医、日本産科婦人科学会 産婦人科専門医・指導医、日本産科婦人科内視鏡学会内視鏡技術認定医、日本内視鏡外科学会技術認定医、日本婦人科腫瘍学会 婦人科腫瘍専門医、日本婦人科ロボット手術学会 da Vinciプロクター、hinotoriプロクター、Hugoファーストインストラクター、日本ロボット外科学会 Robo Doc certificate 国内A級

月経前の不調に対し、産婦人科医ができること、すべきこと

福島県立医科大学 Fukushima子ども・女性医療支援センター

小川真里子

月経前症候群（PMS）を訴える女性が来院したとき、漫然とOC・LEPを処方していませんか？

近年、PMSを含む女性特有の疾患が、女性の仕事のパフォーマンスに影響し、大きな経済損失につながっていることが相次いで報告され、それらの疾患を「きちんと治療するもの」という意識が当事者女性の中にも広がってきました。それに伴い、月経前の不調を主訴に産婦人科を訪れる女性も増えているのではないのでしょうか。

PMSは、「月経前の3～10日の黄体期のあいだ続く精神的あるいは身体的症状で、月経発来とともに減退ないし消失するもの」と定義され、「産婦人科ガイドライン 婦人科外来編」にも、その診断と治療について記載されています。

月経前の不調を訴える女性が来院したら、まず行うことはその不調が月経前に生じているかを確認することになります。薬物療法としては、ドロスピレノン・エチニルエストラジオール配合錠をはじめとするOC・LEP以外にも、加味逍遙散や抑肝散などの漢方薬、利尿薬、選択的セロトニン再取り込み阻害薬（SSRI）などから、患者さんの状態や希望も加味して選択します。特に、SSRIは欧米ではPMSに対して第一選択であり、精神症状には月経前に少量を内服するだけでも効果があります。

また、月経前症状を軽減するためには、生活習慣改善を含むセルフケアも重要です。適度な運動や禁煙、規則正しい食生活をおすすめします。ほかに自分で始められる対処法として、サプリメントも選択肢に上がります。月経前に水分の貯留感をおぼえる女性が多いですが、近年、ビタミンEのひとつであるγ-トコフェロールとγ-トコトリエノールが、ナトリウム利尿作用をもつことから、月経前の諸症状を緩和することが報告されました。これら2つのビタミンEと、エクオール、カルシウムを含むサプリメントは、月経前の7日間摂取することで、月経前のむくみだけでなく、イライラや気分の落ち込みも軽減することが確認され、市販されています。

現代では、月経前の不調を訴える女性に対し、私達産婦人科医が適切な選択肢を提供することが求められているといえます。サプリメントを含む選択肢の中から、それぞれの女性におけるベストを見つけることで、より多くの女性が毎日を健やかに過ごせるようになることを期待します。

小川 真里子（おがわ まりこ）

【学歴】 1995年 福島県立医科大学卒業

【職歴】 1995年 慶応義塾大学産婦人科 研修医

2007年 東京歯科大学市川総合病院産婦人科 助教

2011年 同 講師、2015年 同 准教授を経て、

2024年 福島県立医科大学 特任教授（常勤）

【所属学会】

日本産科婦人科学会、日本女性心身医学会 幹事長、日本女性医学学会 幹事、日本東洋心身医学研究会 理事、日本心身医学会 代議員、日本サイコオンコロジー学会 代議員

【専門医等】

日本産科婦人科学会専門医、指導医、日本女性医学学会女性ヘルスケア専門医、指導医

日本女性心身医学会認定医師、日本心身医学会 心身医療専門医、指導医 など

卵巣癌におけるバイオマーカー TFPI2 の臨床的有用性

奈良県立医科大学 産婦人科学講座

川口龍二

組織因子経路インヒビター 2 (Tissue Factor Pathway Inhibitor-2; TFPI-2) は卵巣明細胞癌の培養上清のプロテオーム解析から発見された卵巣癌の新規バイオマーカーであり、2021 年 4 月に保険収載となった。TFPI2 は高い明細胞判別性能を有しており、試薬添付文書には悪性腫瘍と良性腫瘍を鑑別する TFPI2 のカットオフ値は 191 pg/mL、明細胞癌と非明細胞癌を鑑別するカットオフ値として 270 pg/mL と記載されている。

しかし、TFPI2 が保険収載となった後のリアルワールドでの TFPI2 のデータ蓄積はまだ少ない。われわれは、TFPI2 が保険収載されてから 2023 年 5 月までの期間に卵巣腫瘍にて手術を行い、病理組織学的診断の確定した 124 例において TFPI2 の有用性について、CA125 と比較して検討を行った。

その結果、良性腫瘍群と境界悪性腫瘍および悪性腫瘍を合わせた群との比較、良性腫瘍および境界悪性腫瘍を合わせた群と悪性腫瘍群との比較、明細胞癌群と非明細胞癌群との比較ではそれぞれ CA125、TFPI2 ともに有意差をもって鑑別可能であり、明細胞癌群と卵巣子宮内膜症性嚢胞群との比較では CA125 では有意差を認めないものの TFPI2 では有意差をもって鑑別可能であった。また術後 TFPI2 の上昇が卵巣癌増悪を反映していた症例も経験した。これらの結果より実臨床においても TFPI2 は既存の腫瘍マーカー同様に有用であることが分かった。さらに、TFPI2 が卵巣癌における予後予測マーカーになりうるかも検討を行い、術前の TFPI2 が高値である症例の予後は有意に不良であった。

以上のように、TFPI2 は明細胞癌、卵巣腫瘍の良悪性の鑑別する診断マーカーだけでなく、予後予測因子になるバイオマーカーとなりうることがリアルワールドのデータとして明らかとなった。

川口 龍二 (かわぐち りゅうじ)

【学歴】

1996 年 3 月 奈良県立医科大学卒業

2002 年 3 月 奈良県立医科大学大学院医学研究科 (医学博士) 修了

【職歴】

1996 年 4 月 奈良県立医科大学産科婦人科学講座入局

2004 年 4 月 奈良県立医科大学産科婦人科学講座助手

2007 年 7 月 静岡県立静岡がんセンター副医長

2009 年 7 月 奈良県立医科大学産科婦人科学講座助教

2015 年 4 月 奈良県立医科大学産科婦人科学講座講師

2019 年 4 月 奈良県立医科大学産科婦人科学講座准教授

【専門医】

医学博士、日本産科婦人科学会 産婦人科専門医・指導医、日本専門医機構 産婦人科専門医、母体保護法指定医、日本婦人科腫瘍学会 婦人科腫瘍専門医・指導医、日本臨床腫瘍学会 がん薬物療法専門医・指導医、日本臨床細胞学会 細胞診専門医・教育研修指導医、日本がん治療認定医機構 がん治療認定医、ダヴィンチ (ロボット手術) 術者 サーティフィケート、日本ロボット外科学会専門医 国内 B、日本婦人科ロボット手術学会 認定プロクター、日本血栓止血学会 認定医

産科領域における鉄欠乏性貧血の up to date

順天堂大学医学部 産婦人科学講座

竹田 純

様々な領域で世界をリードしている日本だが、鉄欠乏性貧血の治療に関しては諸外国と比べて遅れている。先進国における女性の鉄欠乏性貧血の頻度はおおむね 10% 以下であるが、本邦においては 20% を超えている現状である。Global nutrition targets2025 という WHO からの栄養に関するポリシーが発表されているが、これは貧血の頻度が 20% を超えている地域は 2025 年までに生殖年齢の女性の貧血を半減させることを目標としている。日本において貧血の頻度が高い原因の一つとして“やせ”の割合が多いことが関連している可能性がある。また治療に関しても患者本人のみならず医療者の知識も低いと思われる。

妊娠中に貧血があることで低出生体重児や早産の発生率が高くなる可能性が指摘されている。特に妊娠初期に貧血がある場合には、その後の血液希釈も相まってさらにヘモグロビン値が低くなっていく傾向があるが、妊娠初期のつわりや悪阻の時期には内服による鉄の補充が困難であることもある。近年では高容量の静注鉄剤が使用可能となってきたため、これらも組み合わせることで妊娠初期の貧血の解決につながる可能性がある。また、分娩時異常出血のリスクも貧血により増加することがわかっている。この機序は完全には解明されていないが、一酸化窒素の産生量が増えることが原因である可能性がある。

貧血は産後にも大きく影響を与える。特に産後うつ発症率が高くなることや母乳育児の導入失敗は母児に大きな影響を与えるため、出産を終えたのちにも貧血に注意を払う必要がある。

このように鉄欠乏性貧血は多くの悪影響をもたらすため、我々産婦人科医は、まずしっかり診断をつけ、治療対象と認識する必要があり、診断後は鉄補充を行うことにより様々な合併症を回避・予防できる可能性があると言える。

竹田 純 (たけだ じゅん)

【学歴・職歴】

2008年3月 順天堂大学卒業
 2010年3月 埼玉医科大学総合医療センター初期臨床研修 修了
 2010年4月 順天堂大学産婦人科学講座 助手
 2012年4月 順天堂大学院博士課程 (Post-doctoral fellow at University of Alberta)
 2017年3月 順天堂大学産婦人科学講座 助教
 2017年8月 順天堂大学附属順天堂医院 産科外来医長
 2018年10月 同 産科病棟医長
 2019年1月 順天堂大学産婦人科学講座 准教授
 2024年4月 順天堂大学産婦人科学講座 医局長

【賞罰】

- ・埼玉医科大学総合医療センター 優秀研修医賞 平成 22 年 3 月 29 日
- ・日本産科婦人科学会 学会ボランティア活動賞 平成 23 年 8 月 28 日
- ・平成 29 年度 順天堂大学医学部同窓会 学術奨励賞
- ・Hypertension research in pregnancy Best reviewer award of 2018-2019
- ・日本産科婦人科学会 令和 2 年度 教育奨励賞
- ・令和 3 年度 順天堂大学医学部後援会 学術奨励賞

【その他】

日本周産期新生児学会 評議員、日本妊娠高血圧学会 代議員 刊行編集委員、日本産婦人科手術学会 幹事、第 9 回サマースクール若手委員 2015-2016、日本産科婦人科学会 周産期委員会 2015-2016、2019-、産科危機的出血への対応指針 2017 作成協力員 2022 作成委員、SLE, RA, JIA, IBD 罹患女性患者の妊娠・出産を考えた治療指針 作成協力員、周産期メンタルヘルスコンセンサスガイド 2018 作成委員、心疾患患者の妊娠・出産の適応・管理に関するガイドライン 2018 作成委員、Editorial Board Member of Obstetrics & Gynecology Science 2018-、Board Member of Preterm birth international collaborative Asia-Australasia branch、日本産婦人科医会 研修委員会 2018-、JRC 蘇生ガイドライン 2020、2024 作成委員、Journal of obstetrics and Gynaecology Research Associate Editor 2020-、産科医療補償制度 原因分析委員会 第 5 部会 2020-、産婦人科診療ガイドライン産科編 2023、2026 作成委員 など

生命体における鉄の役割と婦人科がん治療における鉄の取扱い

京都大学大学院医学研究科医学部 婦人科学産科学

山口 建

生命体は鉄をエネルギーの供給源として利用する一方で、鉄の過剰は様々な疾患を誘発するために、鉄の重要と供給のバランスを保つ必要がある。鉄の欠乏は貧血の原因になり、疲労・倦怠感、ふらつき、免疫の低下、認知機能の低下につながる。婦人科がんは月経のために貧血になりやすい生殖年齢の女性に発症することが多い。がん治療においては手術による出血や化学療法による骨髄抑制などから貧血（Chemotherapy-Induced Anemia: CIA）になりやすく、がん関連貧血（Cancer-Associated Anemia: CAA）と言われている。よって、婦人科がん患者に対するがん関連貧血への対応は、がん治療を安全に行うため、がん患者のQOL維持のためには大変重要である。

がん治療における貧血、鉄の取扱いについて全米のがんセンターで結成されたガイドライン策定組織 NCCN（National Comprehensive Cancer Network）や欧州臨床腫瘍学会 ESMO（European Society for Medical Oncology）などがガイドラインを発表している。これらのガイドラインを遵守することで安全な治療の遂行やがん患者のQOL改善だけでなく予後にも関わる可能性がある。

本セミナーにおいて、生命体における鉄の役割とがん関連貧血における鉄の取扱いを一緒に学び、婦人科がん患者のQOLや予後改善を目指したい。

山口 建（やまぐち けん）

【学歴】

1993年 4月 大阪市立大学医学部医学科入学

1999年 3月 大阪市立大学医学部医学科卒業

2005年 4月 京都大学大学院医学研究科博士課程器官外科学分野婦人科学産科学入学

2009年 3月 京都大学大学院医学研究科博士課程器官外科学分野婦人科学産科学卒業

【職歴】

1999年 5月～ 京都大学医学部附属病院 産科婦人科 研修医

2000年 10月～ 大津赤十字病院 産婦人科 医師

2003年 4月～ 市立長浜病院 産婦人科 医師

2004年 4月～ 京都大学医学部附属病院 産科婦人科 医員

2009年 2月～ Duke University Medical Center 研究留学生

2011年 4月～ 京都大学医学部附属病院 産科婦人科 特定病院助教

2011年 10月～ 日本バプテスト病院 産婦人科 部長

2013年 6月～ 京都大学医学部附属病院 産科婦人科 特定病院助教

2013年 11月～ 京都大学医学部附属病院 産科婦人科 助教

2016年 6月～ 京都大学医学部附属病院 産科婦人科 院内講師

2017年 4月～ 独立行政法人国立病院機構 京都医療センター 産科婦人科病棟医長

2019年 3月～ 京都大学大学院医学研究科 婦人科学・産科学 講師

【所属学会】

日本産科婦人科学会、日本がん治療学会、日本癌学会、日本婦人科腫瘍学会、日本産科婦人科内視鏡学会、日本周産期新生児学会、日本人類遺伝学会、日本女性医学学会、日本婦人科ロボット手術学会、日本エンドメトリオーシス学会、日本臨床分子形態学会、日本遺伝カウンセリング学会、日本肉腫学会、日本臨床肉腫学会、日本内視鏡外科学会、日本医師会、日本産婦人科医会

【専門医等】

日本産科婦人科学会幹事、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代議員、日本婦人科腫瘍学会専門医、日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医（腹腔鏡）、日本エンドメトリオーシス学会幹事、日本臨床分子形態学会評議員、日本肉腫学会専門医・指導医（婦人科医：骨盤部外科、薬物治療）、近畿産科婦人科学会幹事

最新の情報に基づいた進行上皮性卵巣癌治療に対する治療選択

岡山大学大学院医歯薬総合研究科 周産期医療学講座

長尾昌二

PARP 阻害薬が進行・再発卵巣癌に対する維持療法として広く使用されるようになり、上皮性卵巣癌患者の長期生存が可能になりつつある。このような中、我々臨床医が手元にある多くの選択肢をいかにうまく使いこなすかがますます重要になっている。本セミナーでは、進行上皮性卵巣癌に対する治療選択に必要な考え方を最新の情報に基づいて整理したい。

triweekly TC 療法への PARP 阻害薬維持療法の上乗せ効果は、BRCA1/2 の病的バリエーションの有無や HRD の有無などの腫瘍の分子生物学的性質に強く影響される。一方、血管新生阻害薬のベバシツマブの上乗せ効果は、病変の進行度や手術後の残存腫瘍などの臨床的リスクの影響を受ける。同じく血管新生阻害効果を狙った治療戦略である dose dense TC 療法は臨床的リスクに関係なく上乗せ効果が発揮される。このように薬剤ごとにその効果が影響を受ける因子は異なっている。最近では、KELIM などの新しい指標も提案されており、これら臨床的リスクと腫瘍の分子生物学的性質をもとに個々の患者にとって適切な治療を選択していくことが非常に重要である。なお、最近、カルボプラチンの腹腔内投与の有効性が明らかになっており、その臨床導入も今後の課題である。

腫瘍の分子生物学的性質を評価するにはケモ naive な組織が必要となる。PDS 実施不能な場合には、化学療法開始前に審査腹腔鏡で biopsy を行うのが一般的ではあるが、手術枠の不足、合併症、全身状態などの理由で審査腹腔鏡を行えない場合も多い。その代替手段としての超音波ガイド下針生検という選択肢もある。

PARP 阻害薬が failure した際、それに続く適切な治療選択はまだ明らかになっていない。その中で、プラチナ製剤の再投与や PARP 阻害薬再投与の役割が徐々に明らかになりつつある。両薬剤ともにその効果は PARP 阻害薬投与終了からの期間（あるいは PARP 阻害薬投与中か否か）に強い影響を受ける。また、PARP 阻害薬再投与の効果は、直前のプラチナ製剤への奏効と強く相関する。

以上の内容に手術に関する情報も加え、進行上皮性卵巣癌の治療選択について包括的に考え方を整理する。

長尾 昌二（ながお しょうじ）

1993 年 3 月 岡山大学医学部医学科卒業

1993 年 4 月 岡山大学医学部附属病院産婦人科

1993 年 9 月 姫路赤十字病院産婦人科

1994 年 9 月 鳥取市立病院産婦人科

1995 年 4 月 津山中央病院産婦人科

1995 年 9 月 岡山大学医学部附属病院手術部

1996 年 4 月 愛媛県立中央病院産婦人科

1999 年 4 月 土庄中央病院産婦人科

1999 年 9 月 岡山大学医学部産婦人科

2002 年 4 月 岡山大学医学部産婦人科助手

2004 年 4 月 川崎医科大学産婦人科助手

2006 年 8 月 埼玉医科大学産婦人科講師

2007 年 4 月 埼玉医科大学国際医療センター包括的がんセンター婦人科腫瘍科講師

2009 年 10 月 埼玉医科大学国際医療センター包括的がんセンター婦人科腫瘍科准教授

2013 年 4 月 兵庫県立がんセンター婦人科部長

2021 年 10 月 岡山大学大学院医歯薬総合研究科周産期学講座教授

101. 左肺無形成を伴う下部食道拡張および盲端化を認め胎児診断に苦慮した 1 例

岡山大学病院 産科婦人科

手島早希、三島桜子、栗山千晶、坂田周治郎、大石恵一、末森彩乃、中藤光里、大羽 輝、三苫智裕、加藤正和、大平安希子、桐野智江、牧 尉太、衛藤英理子、増山 寿

【緒言】 気管支肺前腸奇形は消化管と連続する肺分画症である。超音波検査や胎児 MRI で食道と気管の連続性を診断することは容易ではないが、出生後に呼吸管理が必要となる場合もあり胎児期に鑑別することは重要である。気管支肺前腸奇形も疑われ胎児診断に苦慮した 1 例を経験したので報告する。

【症例】 35 歳、1 妊 0 産。妊娠 27 週時に前医で羊水過多、下部食道の拡張と盲端化、その胃側に蠕動する管腔構造、左肺低形成を認め気管支肺前腸奇形を疑われ、32 週当院受診。35 週時の胎児 MRI では左肺無形成と下部食道閉鎖が疑われたが、気管と食道に交通は認めなかった。新生児科・小児外科とカンファレンスを行い、気管支肺前腸奇形も想定し児の呼吸成立に向けて方針を共有した。37 週 1 日に母体適応での緊急帝王切開で出産。児は 3002g、男児、Apgar score 4 点 / 8 点、日齢 1 で自発呼吸が成立した。左肺無形成と左胸腔に拡張した食道・小胃を認めたが右気管支との交通はなく、十二指腸狭窄に対して日齢 7 に胃空腸吻合術を行い経過良好である。出生後診断は左肺無形成を伴う十二指腸狭窄、小胃症であった。

【考察】 左肺無形成を伴う下部食道閉鎖を疑い胎児診断に苦慮した 1 例を経験した。超音波検査では非典型的な所見であり、胎児 MRI を併用して管理方針を決定した。あらゆる可能性を想定し他科と連携して児の出生に備えられた経験は今後同様の症例にも活かされる。

102. 胎児心不全を契機に娩出した二絨毛膜三羊膜品胎の一例

広島市立広島市民病院 産婦人科

岡田秀治、谷 和祐、伊藤佑奈、川口優里香、坂井裕樹、築澤良亮、横畑理美、田中奈緒子、森川恵司、植田麻衣子、関野 和、依光正枝、上野尚子、児玉順一

【緒言】 今回我々は二絨毛膜三羊膜 (DT) 品胎で早産期に胎児心不全により速やかに娩出し良好な経過を辿った一例を経験したので報告する。

【症例】 33 歳、3 妊 0 産。凍結融解胚移植にて妊娠成立。DT 品胎であり妊娠 8 週に当科紹介。妊娠 11 週に予防的頸管縫縮術を施行。妊娠 17 週に一絨毛膜 (MC) 関係の 2 児に最大羊水深度 7/2.5cm と羊水差を認め双胎羊水不均平衡症 (TAFD) の診断となり、双胎間輸血症候群への進行、胎児鏡下胎盤吻合血管レーザー凝固術 (FLP) の適応の可能性を考慮し胎児治療施設に紹介した。MC 関係の 2 児は体重差 30% で sFGR type I、TAFD の診断で FLP の適応なく妊娠 20 週に当院に転院した。供血児は羊水量は正常化、受血児は徐々に羊水過多、HFD を、母体は切迫早産を認めた。妊娠 26 週に羊水過多の適応で受血児の羊水除去を施行。受血児は妊娠 28 週に三尖弁逆流、心筋肥厚と心拡大傾向、妊娠 29 週 0 日に心嚢液貯留を認めた。同日合同カンファレンスを行い、品胎で未熟性が強いが受血児の状態を考慮すると速やかな娩出が望ましいと判断、妊娠 29 週 1 日に緊急帝王切開術を施行した。第 1 子 1191gAS5/8、第 2 子 (受血児) 1498gAS7/7、第 3 子 (供血児) 1017gAS8/9 であった。3 児とも NICU に入院管理中経過良好である。

【結語】 早産期の品胎は娩出時期の決定に難渋することが多い。娩出の判断は他科とも連携し週数、児の状態を考慮し総合的な判断が求められると考えられた。

103. サイトメガロウイルス IgM 抗体が陽性であった 3 症例

鳥取大学医学部 産科婦人科

松本芽生、原田 崇、宮本圭輔、柳樂 慶、谷口文紀

【緒言】先天性ヒトサイトメガロウイルス (CMV) 感染は、TORCH 症候群の中でも最も頻度が高い母児感染症である。2023 年 3 月より症候性先天性 CMV 感染児に対する抗ウイルス療法が保険適応となった。【症例】症例 1 は、30 歳の 1 経産婦。妊婦健診時に胎児腹水を指摘されたことから、妊娠 23 週に当院を受診した。血清学的検査の結果は、CMV IgG ≥ 250 AU/ml、IgM 0.86 Index であった。妊娠 25 週に提出した羊水検査の結果より CMV 陽性と診断された。妊娠 38 週に男児を経膈分娩した。症例 2 は、32 歳の 1 経産婦。妊娠初期検査として提出された血液検査結果が CMV IgG < 6.0 AU/ml、IgM 1.81 Index であったことから当院を紹介受診した。妊娠 17 週の血清学的検査の結果は、CMV IgG < 6.0 AU/ml、IgM 1.81 Index であった。超音波検査で胎児の形態変化を認めなかった。妊娠 37 週に女児を分娩した。症例 3 は、19 歳の初産婦。妊娠 32 週の妊婦健診時に配偶者が CMV 感染症と診断されたことを申し出た。自身の感冒様症状はなかった。血清学的検査の結果は CMV IgG < 6.0 AU/ml、IgM 1.07 Index であった。妊娠 39 週に男児を経膈分娩した。【結語】血清学的検査による CMV の診断は偽陽性を示すことが多いことから、事前に検査意義と診断精度を十分に説明した上で行うべきである。

104. 人工知能と自由エネルギー原理に基づく胎児意識の発見

¹⁾ 三宅おおふくクリニック、²⁾ Medical Data Labo、³⁾ 三宅医院、⁴⁾ 三宅医院問屋町テラス
宮木康成^{1) 2)}、佐野力哉¹⁾、酒本あい³⁾、伊藤 綾³⁾、高吉理子³⁾、江口武志³⁾、
清川麻知子³⁾、小田隆司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】人工知能 (AI) を利用して胎児表情から算出したカオスの次元を介して、胎児の意識の存在を自由エネルギー原理にて説明する。

【方法】まず 2020 年 1 月から 9 月までの妊娠 19 ~ 38 週の 93 例の胎児から 4 次元超音波技術を用いて 922 枚の胎児表情画像を収集し、表情認識 AI を開発した。次に 2021 年 2 月から 12 月までの妊娠 27 ~ 37 週の 33 例の胎児からの 37 本の表情ビデオにこの AI を適用し、各表情カテゴリの信頼度スコアから構成された 7 次元時系列データを生成した。ついでカオスの次元を計算し、自由エネルギー原理の数理モデルを作成した。統計解析には、マン・ホイットニー検定、共分散分析を用いた。

【結果】表情認識 AI の正診率は 0.996 だった。時系列データから密と疎の状態の存在とその変動とを発見した。カオスの次元値の平均 \pm SD 値は密と疎のそれぞれで 1.19 ± 0.22 、 1.33 ± 0.27 ($P < 0.05$) だった。胎児表情とカオスの次元値と自由エネルギーの関連性を Kullback Leibler divergence、generative density、recognition density の概念などを用いて解釈できる数理モデルを作成できた。

【考察】AI によって計算された脳活動に関連するカオスの次元は自由エネルギー原理に関連していると考え、得られた定量的脳活動状態は密と疎の状態間を変動しており変分自由エネルギーが変化する過程が検出された。これは能動的推論の存在が示唆され少なくとも妊娠 27 週以降の胎児には意識が存在すると解釈できる。

105. 糖代謝異常合併妊婦の個別化栄養療法に向けた個人代謝量の推移調査

¹⁾ 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学、

²⁾ 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 周産期医療学講座

衛藤英理子¹⁾、栗山千晶¹⁾、坂田周治郎¹⁾、大石恵一¹⁾、末森彩乃¹⁾、中藤光里¹⁾、大羽 輝¹⁾、三苫智裕¹⁾、加藤正和¹⁾、三島桜子¹⁾、桐野智江¹⁾、大平安希子²⁾、牧 尉太¹⁾、増山 寿¹⁾

【目的】

糖代謝異常合併妊婦の安静時代謝量（REE）の推移調査、個々の代謝量に影響を与える因子の検索、個別化医療の対象群の抽出を目的とした。

【方法】

岡山大学病院で妊娠 22 週以降に単胎分娩に至った妊婦を対象に、妊娠初期、中期、後期、産後に間接熱量計 Med Gem を使用して REE を測定した。診療録から患者背景、周産期予後を抽出して統計学的解析を行った。

【結果】

対象は 227 名で、糖代謝正常群 163 名、糖代謝異常群 64 名であった。糖代謝異常群は正常群に比べて非妊時 BMI が有意に高値であった。糖代謝正常群の REE は妊娠後期に初期、中期より有意に増加し、産後は減少していた。一方、糖代謝異常群では全期間で有意な変化を認めなかった。糖代謝異常群のうち、非肥満群では糖代謝正常群と同様の代謝動態を示したのに対し、肥満群では全期間有意な変化を認めなかった。血糖コントロール達成群では、糖代謝正常群と REE が同等であったのに対し、血糖コントロール未達成群では糖代謝正常群より全期間有意に高値であった。糖代謝異常群のうち周産期合併症を有する群は有しない群に比べて REE が有意に高値であった。REE に影響を与える因子は初期と中期が非妊時 BMI、後期が HbA1c であった。

【考察】

糖代謝異常群では妊娠中期までは妊娠前からの母体肥満度が、後期からは血糖コントロールが、REE に影響する因子である。肥満・血糖コントロール未達成群は個別化医療の対象と考えられた。

106. 先天性アンチトロンビン欠乏症合併妊娠の一例

¹⁾ 高知医療センター 総合診療科、²⁾ 高知医療センター 産科婦人科

鎌田栞穂¹⁾、渡邊理史²⁾、難波孝臣²⁾、山本眞緒²⁾、塩田さあや²⁾、上野晃子²⁾、松島幸生²⁾、川瀬史愛²⁾、山本寄人²⁾、小松淳子²⁾、林 和俊²⁾

【緒言】先天性アンチトロンビン（以下 AT）欠乏症合併妊娠は、妊娠に伴う凝固能の亢進で、より血栓症のリスクが高まるため慎重な管理が必要となる。今回、妊娠中に抗凝固療法に加え、定期的に AT 製剤を補充し、血栓症を起こすことなく経過した先天性 AT 欠乏症合併妊娠の 1 例を経験したので報告する。【症例】35 歳、2 妊 0 産。17 歳で突発性側弯症の術後に大腿静脈血栓症を発症し、先天性 AT 欠乏症の診断となった。原発性不妊のため当院紹介となり、タイミング法で妊娠成立した。妊娠前からヘパリン在宅自己注射を継続し、AT 活性が 50% 以上となるように定期的に AT 製剤を補充し妊娠継続をした。分娩前後では AT 活性を 70% 以上に保ち血栓予防を行う方針とし、妊娠 38 週から入院管理し、AT 製剤を補充した。妊娠 39 週 4 日から分娩誘発を開始したが妊娠 40 週 1 日に胎児機能不全のため緊急帝王切開を施行した。術後血栓症を起こすことなく術後 7 日目に退院した。【考察】これまでの同疾患の報告等を参考に、妊娠中は AT 活性 50% 以上、分娩前後で 70% 以上を保つように管理したが、一定の見解が得られた方法ではない。幸い血栓症は発症しなかったが本人の自覚症状や血液検査、画像検査を含めた総合的な管理が求められると考える。【結語】妊娠中、分娩時にそれぞれの時期に応じた AT 製剤の補充を行うことで血栓症を発症することなく経過できたと考えられる。

107. ステロイド抵抗性のため免疫グロブリン大量療法を要した ITP 合併妊娠の 2 例

広島市立広島市民病院

川口優里香、上野尚子、岡田修治、伊藤佑奈、坂井祐樹、横畑理美、田中奈緒子、
築澤良亮、森川恵司、植田麻衣子、谷 和祐、関野 和、依光正枝、児玉順一

【緒言】特発性血小板減少性紫斑病(ITP)は若年女性に多く、ITP 合併妊娠の頻度は1-2/1000 妊娠とされている。今回、妊娠契機に ITP と診断され、ステロイド抵抗性のため分娩前に免疫グロブリン (IVIg) 大量療法を行った 2 例を経験したため報告する。

【症例 1】29 歳, G1P0. ICSI で妊娠成立し前医で妊婦健診を施行。妊娠 30 週での血液検査で PLT1.2 万 / μ L と著明な低下を認め、当院紹介。骨髓検査施行後に ITP 合併妊娠と診断。ステロイド内服開始するも PLT 上昇乏しく、妊娠 35 週 3 日より IVIg 大量療法開始した。PLT が 8.1 万 / μ L まで上昇したため、分娩誘発し妊娠 37 週 0 日に経膈分娩で 2892g の男児を出産した。分娩時出血量は 384g であった。児は、出生時 PLT0.8 万 / μ L と著明な低下と出血症状を認め、IVIg 大量療法、PLT 輸血、ステロイド療法を要した。

【症例 2】26 歳, G1P0. 妊娠前より近医内科で甲状腺機能低下症加療中。自然妊娠成立し、前医で妊婦健診を施行。内科の定期検査で PLT1.6 万 / μ L と低下を認め当院紹介。ステロイド反応性の PLT 増加があり ITP 合併妊娠と診断。ステロイド内服開始し、PLT6.0 万 / μ L まで上昇したが、徐々に減少し妊娠 36 週 0 日に PLT1.0 万 / μ L まで低下したため、IVIg 投与開始した。PLT が 13.3 万 / μ L まで上昇したため、分娩誘発し妊娠 37 週 3 日に経膈分娩で 2888g の男児を出産した。分娩時出血量は 868g であったが、圧迫により止血を得た。児に PLT 低下はなかった。

108. 妊娠中に発症し、分娩後に診断された中枢性尿崩症の一例

山口大学医学部附属病院 産科婦人科

松井風香、村田 晋、古霜冴夏、新井響子、平岡あきね、三原由実子、品川征大、
杉野法広

【緒言】

妊娠中の尿崩症は 3-4 人 /10 万と極めて稀である。今回分娩後の意識消失発作のため他院から搬送され、中枢性尿崩症と診断された症例を報告する。

【症例】

31 歳、2 妊 1 産、前医にて妊娠管理されていた。妊娠後期より口渇・多飲と 15 分毎の頻尿があったが経過観察となっていた。妊娠 39 週 3 日自然経膈分娩に至った。産褥 2 日目、下腹部痛と頭痛を認めその後意識消失発作を来し、子癇発作が疑われ当院へ救急搬送となった。搬送時、意識レベルは改善したが BP 152/103mmHg と高血圧を認めた。CT 検査で頭蓋内病変は認めないが、過度の尿貯留像を認め、導尿すると約 2500ml の希釈尿(尿浸透圧 123mOsm/kg) が排出された。その後も尿量は 350ml/hr 以上で、高 Na 血症 (151mEq/mL) も認めた。MRI 検査で下垂体後葉の T1WI 高信号が減弱しており、内科精査にて中枢性尿崩症と診断された。バソプレシン内服にて症状の改善を認め、産褥 6 か月、現在も点鼻薬での加療中である。

【考察】

妊娠後期の妊婦では児頭下降と子宮増大により頻尿の症状を来しやすく、更に妊娠糖尿病等の疾患でも口渇・多飲の症状を来しうる。よって尿崩症であっても見逃される可能性があるが、放置された場合高 Na 血症や重度の脱水により、母児ともに重篤な状態を引き起こす危険性がある。尿崩症を疑う症状を認める妊婦へは、積極的に内科精査を行うべきである。

109. 妊娠 38 週 4 日に胎児甲状腺腫大を認めたバセドウ病合併妊娠の一例

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

戸田愛理、清川 晶、中野秀亮、平松 桜、山中智裕、手塚 聡、深江 郁、黒田亮介、門元辰樹、原 理恵、澤山咲輝、田中 優、堀川直城、楠本知行、本田徹郎、中堀 隆、長谷川雅明、福原 健

【諸言】

バセドウ病合併妊娠では 19% に胎児甲状腺腫大が見られ、羊水過多や分娩障害の他、呼吸障害を来す危険性があり、出生前の適切な診断と治療介入が必要とされる。今回、妊娠 38 週に甲状腺腫大を認めた症例を経験したため報告する。

【症例】

20 歳、1 妊 0 産。19 歳時にバセドウ病と診断後、治療を自己中断。約 3 ヶ月後に自然妊娠。妊娠 6 週でプロピルチオウラシル (PTU) 150mg+KI 100mg で治療開始。妊娠 15 週で MMI 15mg+KI 150mg へ変更、妊娠 25 週で MMI 15mg+KI 100mg、妊娠 28 週で KI 中止し MMI 15mg のみとなったが、甲状腺機能悪化し妊娠 30 週で KI 150mg が再び追加された。

妊娠 33 週に帰省分娩のため当院受診、胎児甲状腺は正常大。妊娠 38 週に胎児甲状腺腫大を認め、胎児甲状腺機能スコア 1 点より甲状腺機能低下症が疑われたが、満期かつ胎盤前壁付着であったため胎児治療施行せず、母体 KI 投与中止とした。妊娠 41 週、誘発分娩中に胎児徐脈持続したため、超緊急帝王切開施行し 3345g の男児を分娩。出生後の児の甲状腺腫大は不明瞭、甲状腺機能低下は改善し、治療介入なく外来経過観察となった。

【考察】

母体甲状腺機能が ethyroid でコントロールできている症例において、満期以降に胎児甲状腺腫大を認めた一例である。当院で以前に経験した胎児甲状腺腫大 3 症例と文献的考察を加え報告する。

110. 急速な経過をたどった妊娠合併肺癌の 1 例

済生会下関総合病院 産婦人科

兼安諒子、西本裕喜、藤井菜月美、関谷 彩、田邊 学、丸山祥子、森岡 均、嶋村勝典

急速な経過をたどった妊娠合併肺癌の 1 例を経験したので報告する。症例は 28 歳初産婦。前医で妊娠管理されていたが、妊娠 26 週頃より咳嗽が出現し持続するため妊娠 30 週 3 日に前医に近い呼吸器内科医院を受診し、肺機能検査で気管支喘息と診断された。投薬を受けるも症状改善せず右前胸部痛も出現し、妊娠 31 週 2 日に行なった単純 CT 検査で肺炎を疑われ抗菌薬投与が開始された。妊娠 32 週 2 日に里帰り分娩目的で当科と当院呼吸器内科を受診した。単純 CT 検査で右肺上葉に径 77mm の腫瘤陰影、右縦隔リンパ節腫脹、右側大量胸水を認め、肺癌を疑い胸腔穿刺で胸水細胞診検査を行い、本人希望で入院管理した。妊娠 32 週 5 日に母体呼吸状態増悪と NST で基線細変動の減弱を認めたためベタメタゾン投与した。翌日、胸水細胞診で腺癌が判明し、緊急帝王切開を行い、2053g、Appgar score 9/10 (1/5 分値) の児を娩出した。術後の造影 CT 検査と MRI 検査で両側腎転移と多発骨転移も認め、術後 16 日目から化学療法 (CBDA+PTX+BEV+atezolizumab) を 2 サイクル行なったが PD のため、がん遺伝子パネル検査目的に近隣がんセンターに紹介の方針となったが、術後 58 日目の紹介受診日に全身状態が急変し同日永眠された。他にも急速に進行した妊娠合併肺癌の報告があり、呼吸器症状が遷延する場合には積極的な画像診断が望ましい。

111. 肺水腫を合併した周産期心筋症の 1 例

独立行政法人国立病院機構 福山医療センター

上木 一郎、中村 一仁、藤田 志保、今福 紀章、山本 暖

周産期心筋症は、心疾患既往のない女性が妊娠・産褥期に心不全を発症し、重症例では死に至る重篤な疾患である。今回、心不全兆候・血圧上昇で帝王切開を行い、肺水腫を合併した周産期心筋症として管理した症例を経験したので報告する。症例は 36 歳経産婦で、妊娠 18 週に妊娠高血圧症候群の既往と高度肥満があり当院に紹介となった。妊娠 36 週に呼吸困難感、急激な体重増加、高血圧がみられた。胸部 X-P で心拡大、両側下肺野の透過性低下の所見があり、肺水腫と診断し、妊娠高血圧症候群もあるため、同日緊急帝王切開術を施行した。術後は呼吸状態不安定で、気管内挿管下で ICU 管理を行い、肺水腫治療としてフロセミドを投与した。術後 2 日目の心エコーで左室駆出率 42.5% と低値、心拡大が認められ、周産期心筋症が疑われた。その後、拡張機能障害および肺水腫も改善したため術後 10 日目に退院となった。退院後 6 日目に冷汗、頻脈、血圧上昇があり、心不全再増悪がみられ、当院内科に入院となった。周産期心筋症として利尿薬、強心薬が投与された。その後、症状・心機能の改善がみられた。本邦の周産期心筋症の発症率は 1-2 万出生に 1 例といわれている。多産、高齢、多胎、妊娠高血圧症候群が危険因子として報告されている。本症例も高齢、妊娠高血圧症候群の既往があり、そういう背景を有する妊婦を管理する上で、周産期心筋症にも注意を払うことが必要である。

112. 産後に周産期心筋症を発症した 1 例

つるぎ町立半田病院 産婦人科

笠井 可菜、谷口 実佑、土肥 直子、沖津 修

【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する稀な疾患である。今回、産後に心機能低下を認め、同疾患の診断に至った症例を経験したため報告する。

【症例】27 歳、1 妊 0 産。心疾患の既往なし。自然妊娠し、妊娠 34 週から当院で周産期管理を行い、経過は良好であった。妊娠 40 週 1 日に発熱のため入院した。同日夜に、自然陣痛が発来したが、翌日には微弱陣痛となり、児頭骨盤不均衡も疑われ、緊急帝王切開術となった。術後一時は解熱し、全身状態も軽快していたが、術後 5 日目より再度発熱あり、感染のコントロールに難渋した。また貧血の改善も乏しく、術後 6 日目より下腿浮腫の増悪と起坐呼吸を認めた。心不全を疑い、心臓超音波検査を行ったところ、左室収縮機能の低下を認めた。院内循環器内科に相談しながら経過観察したが、その後も心機能は改善を認めず、産後 10 日目に高次医療施設へ転院となった。転院後は、利尿剤と心保護剤による治療が開始された結果、全身状態は改善した。現在も外来通院は続けられているが、内服薬は減量され、心機能は正常域となっている。

【結語】周産期心筋症は対応が遅れると死に至ることもある重篤な疾患である。一方で心不全兆候は、健康な妊産婦にもよく見られる諸症状と類似しており、診断が遅延することも少なくない。周産期心筋症の可能性を疑いながら診察を行うことが重要である。

113. 外科的介入により妊娠継続可能であった妊娠 30 週発症 SHiP の 1 例

山口大学医学部附属病院

古霜 冴夏、品川 征大、新井 響子、平岡 あきね、松井 風香、村田 晋、杉野 法広

【緒言】Spontaneous hemoperitoneum in pregnancy (SHiP) は、妊娠中、産褥期に発症する外傷、子宮破裂、卵巣出血、異所性妊娠を除く急性腹腔内出血である。母体死亡率 1.7%、周産期死亡率 27% と周産期予後不良である。今回外科的介入により妊娠継続が可能であった SHiP の 1 例を経験した。

【症例】26 歳、3 妊 1 産。既往歴は特になし。妊娠初期から当院で妊婦健診を行っていた。妊娠 30 週 3 日に心窩部痛を自覚し救急要請、当院へ救急搬送となった。来院時 JCS0、体温 36.8℃、血圧 107/57mmHg、

脈拍数 100 回 / 分。腹部はやや硬、臍部に圧痛を認めた。経腹超音波検査では胎盤後血腫を認めず、NST は reassuring pattern であった。WBC 16,030/ μ L と上昇を認め、虫垂炎を疑い造影 CT を実施したところ血性腹水を疑う腹水貯留を認めた。Hb 8.5 g/dL から 7.6 g/dL と貧血の進行を認め、SHiP を疑った。再度 Dynamic CT を撮影したが出血源は同定できなかった。出血源検索、止血目的に開腹止血術を行なった。腹腔内に約 300ml の血液貯留と子宮表面の内膜様組織からの出血を認めたため SHiP の診断となった。術後 10 日目に退院し、妊娠 40 週 3 日に陣痛発来、経膈分娩に至った。

【結語】妊婦の急性腹症、短時間で進行する貧血および血性腹水の所見から SHiP を疑い、早期の治療介入が可能であった。稀な症例ではあるが周産期予後不良の転機をたどる例もあるため妊婦の急性腹症の鑑別疾患として SHiP を念頭に置く必要がある。

114. 分娩後異常出血と DIC. 第 1 報：分娩後異常出血症例における血尿合併例の凝固線溶系検査値の特徴

¹⁾ 独立行政法人国立病院機構 (NHO) 岡山医療センター、²⁾ Medical Data Labo、
³⁾ 三宅おおふくクリニック、⁴⁾ NHO 小児・周産期医療ネットワーク研究グループ
福武功志朗^{1) 4)}、多田克彦^{1) 4)}、吉田瑞穂^{1) 4)}、宮木康成^{1) 2) 3) 4)}、熊澤一真^{1) 4)}、
政廣聡子^{1) 4)}、沖本直輝^{1) 4)}、塚原紗耶^{1) 4)}、大岡尚実^{1) 4)}、甲斐憲治^{1) 4)}、管 幸恵⁴⁾、
古賀 恵⁴⁾、津村圭介⁴⁾、江本郁子⁴⁾、水之江知哉⁴⁾、田中教文⁴⁾、山口恭平⁴⁾、
前田和寿⁴⁾、川上浩介⁴⁾

【目的】分娩後異常出血例を対象として、血尿例と非血尿例において凝固線溶系検査値の分娩後の推移を比較すること。【方法】多施設共同研究データのうち分娩時出血量 2000g 以上の症例を対象とし、血尿例と非血尿例とでフィブリノゲン (Fbg)、フィブリン/フィブリノゲン分解産物 (FDP)、D ダイマー、トロンビン・アンチトロンビン複合体 (TAT)、プラスミン・ α_2 プラスミンインヒビター複合体 (PIC) などの分娩後の推移を比較した。【結果】該当症例は 107 例だった。分娩以降に出現した血尿例は 3 例で、症例 1 は癒着胎盤、症例 2 は多胎、症例 3 は妊娠高血圧症候群を合併していた。初回採血時間 (H)/出血量 (g)/Fbg 値 (mg/dL) は症例 1, 2, 3 でそれぞれ 1.5/2215/62, 4/1300/38, 1.3/2215/79 であった。血尿例と非血尿例とで統計学的に有意に異なる動態を示した項目は FDP, D ダイマー, PIC であった。症例 1, 2 の FDP は分娩後 10 時間後まで 70 mg/dL 以上の異常高値を示した。全血尿例の TAT は 12×10^{-3} mg/dL と異常高値を示した。【結論】血尿例における出血量に見合わない Fbg 値の低下は、プラスミンの異常活性化に伴う一次線溶の異常亢進に起因することが PIC および FDP 動態から説明でき、これは線溶亢進型 DIC の病態に一致していた。DIC の臨床診断に血尿と凝固線溶系の異常亢進は必須項目と考えられた。

115. 分娩後異常出血と DIC. 第 2 報：AI を用いた DIC に進展するフィブリノゲンおよび FDP 境界閾値の決定方法

¹⁾ 独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター、²⁾ Medical Data Labo、
³⁾ 三宅おおふくクリニック、⁴⁾ NHO 小児・周産期医療ネットワーク研究グループ
多田克彦^{1) 4)}、宮木康成^{1) 2) 3) 4)}、吉田瑞穂^{1) 4)}、熊澤一真^{1) 4)}、政廣聡子^{1) 4)}、
沖本直輝^{1) 4)}、塚原紗耶^{1) 4)}、大岡尚実^{1) 4)}、甲斐憲治^{1) 4)}、福武功志朗^{1) 4)}、管 幸恵⁴⁾、
古賀 恵⁴⁾、津村圭介⁴⁾、江本郁子⁴⁾、水之江知哉⁴⁾、田中教文⁴⁾、山口恭平⁴⁾、
前田和寿⁴⁾、川上浩介⁴⁾

【目的】人工知能を用いて、分娩後異常出血 (PPH) において播種性血管内凝固 (DIC) に進展するフィブリノゲン (Fbg) およびフィブリン/フィブリノゲン分解産物 (FDP) 境界閾値を決定すること。【方法】分娩時出血量 2000g 以上の PPH を対象とした多施設共同前向き症例集積研究データにおいて、15 種類の凝固線

溶因子が測定された107例のうち、我々の報告に基づき、凝固の亢進が悪化するFbg < 170mg/dLを満たす23例を対象とした。本研究では、血尿を合併し凝固線溶系が異常亢進したPPH例をDICと定義し、23例中に3例のDICを認めた。対象となった23例にDICおよび非DICのラベリングを行い、15種類の凝固線溶因子から多重共線性を考慮した因子を抽出してから教師あり機械学習にてFbg/FDP平面を分ける境界基準を同定した。機械学習にはsupport vector machineを用いた。本研究の解析にはMathematica 13.0 (Wolfram Research; Champaign, IL, USA)を用いた。【結果】Fbg/FDP平面上でDICに進展する大まかな境界は、 $FDP - Fbg/3 - 60$ (mg/dL) 値が正の場合はDICを、そうでなければ非DICであった。Fbg ≥ 0 mg/dLなのでDICとなるためにはFDP > 60mg/dLである必要がある。【結論】今後さらにDIC例のデータが追加されることで、より信頼性の高いDICへの進展領域が得られると考えられる。

116. 診断に難渋した正常卵巣茎捻転合併妊娠の1例

山口県立総合医療センター

今川天美、三輪一知郎、末田充生、浅田裕美、讃井裕美、田村博史、佐世正勝、
中村康彦

【緒言】卵巣茎捻転の多くは卵巣腫瘍に伴って発生するが、稀に正常卵巣が捻転することがある。今回我々は、妊娠後期に急性腹症を発症し、診断に難渋した正常卵巣茎捻転の1例を経験したので報告する。

【症例】35歳、4妊2産。妊娠36週4日に左下腹部痛が出現したため、当院へ救急搬送となった。超音波検査、血液検査、尿検査、単純CT検査で明らかな異常は指摘されなかった。胎児のreassuringも確認できたため、経過観察の方針とし、硬膜外麻酔による疼痛コントロールを行った。その後、左下腹部痛は消失したので、妊娠36週6日に一旦退院となった。妊娠37週0日に再び左下腹部痛が出現し、38°C台の発熱を認めた。血液検査で著明な炎症反応の上昇を認めたため、再度単純CT検査を行ったところ、左卵巣の軽度腫大およびS状結腸の著明な拡張を認めた。正常卵巣茎捻転や腸疾患の可能性を考慮し、緊急帝王切開を行った後に腹腔内を精査する方針となった。児を娩出した後に腹腔内を観察したところ、正常大の左卵巣が捻転していたので、左付属器摘出術を行った。S状結腸は著明に拡張していたが、穿孔などは認めなかった。術後に麻痺性イレウスの治療を要したが、術後11日目に退院となった。病理検査で、浮腫と壊死を伴った正常卵巣組織と診断された。

【結語】診断に難渋した正常卵巣茎捻転合併妊娠の1例を経験した。妊娠中の急性腹症の鑑別疾患として、本疾患に留意することが必要である。

117. 自然妊娠後に発症した正所異所同時妊娠の1例

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室

高谷 優、大平安希子、栗山千晶、坂田周治郎、大石恵一、末森彩乃、中藤光里、
大羽 輝、三苦智裕、加藤正和、三島桜子、桐野智江、牧 尉太、衛藤英理子、
増山 寿

【緒言】正所異所同時妊娠 (HP ; Heterotopic Pregnancy) は、子宮内妊娠と異所性妊娠が共存している状態である。生殖補助医療 (ART) が要因の1つと考えられており、近年発生率が増加傾向にあるが、自然妊娠後に発生したHPの1例を経験したので報告する。【現病歴】30歳、4妊1産。自然妊娠にて妊娠成立し前医で妊娠管理していた。妊娠8週2日に急激な右下腹部痛が出現し前医に救急搬送された。子宮内に週数相当の胎芽と、ダグラス窩に液体貯留、右卵巣周囲に血腫像が疑われ、一時的に血圧低下を認めたため当院へ転院。卵巣出血に対して保存的加療を開始した。しかし翌日に血圧低下と腹腔内出血の増悪を認め、循環血液量減少性ショックと診断し緊急手術となった。術中所見より右卵管妊娠破裂と診断、右卵管切除術が施行された。術後経過良好で術後5日目に退院となった。その後の妊娠経過は良好であり、妊娠40週6日に経陰分娩にて男児を出産した。【考察】HPは子宮内妊娠の存在により子宮外の嚢胞を黄体嚢胞と間違えやすく、診断が困難であ

る。ART 後妊娠の他に骨盤内炎症性疾患、卵管手術歴、卵巣刺激などが HP のリスク因子と考えられているが、本症例は該当せず診断に苦慮した 1 例であった。妊娠初期に子宮内妊娠を確認した後の急性腹痛、循環血液量減少性ショックの原因として、HP の可能性を考慮する必要があると考えられた。【結語】自然妊娠後に発症した HP の 1 例を経験した。

118. 当院で経験した希少部位異所性妊娠 5 例の検討

¹⁾ 独立行政法人国立病院機構 東広島医療センター 産婦人科、

²⁾ 広島大学 広島中央地域・産科周産期医療支援講座

野村奈南¹⁾、土本紘子¹⁾、増成寿浩¹⁾、宮原 新¹⁾、佐藤優季¹⁾、定金貴子¹⁾、
山崎友美^{1) 2)}、田中教文^{1) 2)}

【はじめに】卵管間質部、卵巣、腹腔への妊娠は希少部位異所性妊娠（以下 EPIUL と略す）に含まれ、治療のタイミングの遅れや術中の見逃し、大量出血等により重症度が増す可能性がある。2020～2023 年に当院で腹腔鏡手術を行った EPIUL 5 例（卵管間質部 1 例、卵巣 1 例、腹腔 3 例）について、治療週数、出血量、手術時間、入院日数、術後合併症を同時期の間質部を除く卵管妊娠 24 例と比較し、検討した。【結果】EPIUL と間質部を除く卵管妊娠の治療週数の中央値（最小値－最大値）は各々 6（5-7）、7（4-10）週 [P=0.319]、出血量は 600（200-1800）、100（0-2850）mL [P=0.056]、手術時間は 73（64-90）、49（28-85）分 [P=0.019]、入院日数は 6（6-8）、7（4-11）日 [P=0.976] であった。術中の見逃しによる再手術や麻酔合併症を除く術後合併症はなかった。【結語】今回経験した EPIUL 5 例では、出血量増加、見逃しや手術合併症による再手術、入院期間の延長等の重篤な転機を辿ることなく全例で腹腔鏡下に治療を完遂した。腹腔内の EPIUL は初見時には視認できない部位に潜む症例も多く、その可能性を疑い、診断のために腹腔内を十分に検索することが重要である。検索に時間を要し、縫合・結紮などの追加手技が必要であり、今回の検討でも手術に時間を要していた。EPIUL に対してはタイミングを逃さない迅速な手術介入に加え、その可能性を念頭におき、腹腔内を入念に検索する姿勢が必要と考える。

119. 双胎妊娠に伴う hCG 高値の影響で妊娠一過性甲状腺中毒症を発症し、肝機能異常を呈したと考えられる一例

香川大学医学部附属病院 周産期学産婦人科学

谷川りか、辻 佳世、松井佳子、向井健人、古市 愛、喜多美里、國友紀子、鎌田恭輔、
山本健太、天雲千晶、伊藤 恵、新田絵美子、花岡有為子、鶴田智彦、金西賢治

【緒言】妊娠一過性甲状腺機能中毒症は、hCG の影響で一過性の甲状腺機能亢進症である。hCG は妊娠初期に上昇し、妊娠中期には自然消退する。今回我々は、双胎妊娠に伴う hCG 高値の影響で妊娠後期に妊娠一過性甲状腺中毒症をきたした症例を経験したので報告する。

【症例】32 歳、3 妊 1 産。排卵誘発により二絨毛膜二羊膜双胎妊娠が成立。妊娠 32 週 6 日に切迫早産にて前医に入院し、肝機能異常を認め、当院に母体搬送となった。AST 316U/L、ALT 266U/L、TSH 0.005（感度以下）、freeT3 4.45pg/mL、freeT4 2.00pg/mL と甲状腺機能亢進を認め、KI とステロイドで加療を開始した。嘔気、食欲不振あり、hCG 198396.1mIU/mL で hCG 関連一過性甲状腺機能亢進症が疑われた。その後、貧血増悪、低 Alb 血症と胸水貯留、著明な体重増加（搬送時から 10.8kg 増加）を認め、妊娠 34 週 5 日で選択的帝王切開術となった。その後、浮腫は改善し、甲状腺機能や肝機能は正常範囲内で経過している。

【考察】双胎妊娠により胎盤からの hCG 産生が多量となり、妊娠一過性甲状腺中毒症が出現したことが考えられた。肝障害は甲状腺中毒症による影響と考えられた。

【結語】hCG は双胎妊娠では単胎妊娠と比較して高値になりやすく妊娠後期に再上昇を来すことがある。妊娠後期に悪阻症状が出現する場合は、甲状腺機能について確認する必要がある。

120. 心拍動を有する無心体に対してラジオ波血管凝固術を施行した一絨毛膜二羊膜性双胎の一例

1) 県立広島病院、2) 母と子のまきクリニック

鳥居恵梨子¹⁾、影山優花¹⁾、好澤茉由¹⁾、平野章世¹⁾、友野美穂¹⁾、綱掛 恵¹⁾、
中島祐美子¹⁾、白山裕子¹⁾、兵頭麻希²⁾、三好博史¹⁾

【緒言】 TRAP (twin reversed arterial perfusion) sequence は、一絨毛膜性の多胎妊娠において一方が無心体であり、健常児から動脈-動脈吻合を介して血流供給を受けている状態と定義される。通常は無心体は心臓が欠損するか痕跡的で心拍動は認めない。今回、心拍動を有する無心体の TRAP sequence を早期に診断し胎児治療を施行した一例を経験したので報告する。

【症例】 30歳、2妊0産。一絨毛膜二羊膜性双胎で妊娠8週より発育差を指摘され紹介となった。妊娠11週に一児には明らかな形態異常はなかったが、もう一児は無頭蓋、胎児水腫、腹壁形成不全を認め、心拍動を有するが痕跡的な心臓であった。無頭蓋児は徐々に増大し、妊娠14週に心拍動に伴って両方向性の血流が認められ、有心拍の無心体及び TRAP sequence と診断した。近医で施行した健常児側の羊水染色体検査は46,XYで正常核型であり、妊娠継続を希望された。高次施設へ紹介し、妊娠16週3日にラジオ波血管凝固術を施行され無心体への血流は遮断された。以後の妊婦健診で健常児の発育を認めた。妊娠32週5日に無心体側が破水し、翌日無心体を経腔分娩した。健常児は妊娠33週3日に性器ヘルペス再発を適応として帝王切開術で分娩となった。胎盤に動脈-動脈吻合を認めた。

【結語】 無心体に心拍動を認める場合、無頭蓋症との鑑別が難しい場合がある。診断の遅れは健常児の死亡に繋がる場合もあるため、早期の診断・治療介入が重要である。

121. Mega jet flow を伴う Huge placental lake を認めるも経腔分娩に至った1例

四国こどもとおとなの医療センター 産婦人科

杉本達朗、森根幹生、大西美嘉子、前田崇彰、長尾亜紀、米谷直人、檜尾健二、
前田和寿

【諸言】 Placental lake は胎盤内に認める echo free space で、早期から認める、サイズが大きい、複数個認める際は、癒着胎盤や FGR を来すとの報告があるが、周産期管理に関して一定の指針はない。今回、Huge placental lake を認め経腔分娩にて生児を得た症例を経験したので報告する。【症例】 29歳、1経産婦、自然妊娠。既往歴・家族歴に特記事項なし。妊娠16週に FGR のため当院紹介となり胎盤背面に Placental lake を認めた。妊娠17週には母体側から lake 内部へ流入する拍動性の jet flow を認めた。その後 lake は拡大し、jet flow も複数認めるようになった。妊娠38週2日に胎児発育停止のため誘発分娩を施行した。男児 1936g Ap 8/9 点を経腔分娩し、総出血量は 495g であった。児娩出後は lake の縮小と jet flow の減少を認めた。胎盤は重量 375 g、径 19 × 16cm であり 7.5 × 8cm の欠損を母体側に認めた。【考察】 Huge placental lake を認めた場合、常位胎盤早期剥離や血管奇形、仮性動脈瘤等との鑑別が重要となる。妊娠・分娩管理としては内圧上昇による血管破綻を防ぐための子宮収縮抑制薬投与や、分娩時は大量出血への対応のため帝王切開術が選択されることが多い。今症例では分娩中も、経腹超音波検査で胎盤を注意深く観察しながら、大量出血を来すことなく経腔分娩を完遂した。また胎盤組織検査では原因となる明らかな異常は認めなかった。今後の症例蓄積による病態の解明・管理指針の確立が望まれる。

122. 臍帯潰瘍への進展を疑う超音波所見：臍帯潰瘍による子宮内胎児死亡の1例

四国こどもとおとなの医療センター 産科

前田崇彰、森根幹生、大西美嘉子、杉本達朗、長尾亜紀、米谷直人、檜尾健二、前田和寿

消化管（十二指腸・小腸）閉鎖を有する胎児は臍帯潰瘍を合併することがあり、さらに臍帯潰瘍が穿孔すると子宮内胎児死亡（Intrauterine fetal death: IUFD）に至ることがある。一方、臍帯潰瘍に関して確立した胎内診断・管理方法は存在しない。今回、臍帯潰瘍への進展過程と考えられる超音波所見を認めその後 IUFD に至った症例を経験したので報告する。

28歳、3妊2産、自然妊娠。妊娠33週4日に胎児消化管閉鎖、羊水過多のため紹介となった。初診時、胎児超音波検査にて胃・十二指腸と連続的な消化管拡張・蠕動亢進、羊水過多（Amniotic fluid index 30cm）を認め空腸閉鎖と診断した。また臍帯表面に浮遊する線状陰影を認めた。臍帯潰瘍などによる IUFD の予測は困難であることを説明の上、外来管理となった。

妊娠34週0日 IUFD となり妊娠34週3日に1950gの男児を人工死産とした。羊水色調は緑黄色で頸部に強い臍帯巻絡と複数の臍帯動静脈の露出を認めた。児の病理解剖にて空腸閉鎖、横行結腸閉鎖を認め、臍帯病理検査からは臍帯血管の露出はあるも穿孔は認めなかった（臍帯潰瘍 Ichinose の grading : grade 4）。死因は露出した臍帯血管が強い巻絡による血流障害と考えた。出生前の臍帯超音波所見はワルトン膠質の変性、上皮剥離を示し臍帯潰瘍への進展過程であった可能性がある。

臍帯表面の線状陰影を認めた際には臍帯潰瘍への進展過程である可能性があり早期娩出を考慮する必要がある。

123. 当院で経験した fetal brain death syndrome の一例

倉敷中央病院 産婦人科

深江 郁、平松 桜、中野秀亮、山中智裕、手塚 聡、戸田愛理、黒田亮介、田中 優、澤山咲輝、清川 晶、堀川直城、楠本知行、中堀 隆、本田徹郎、長谷川雅明、福原 健

【緒言】

妊娠26週に突然の胎動減少を認め、経過から fetal brain death syndrome (FBDS) と考え管理を行った症例を報告する。

【症例】

22歳、2妊0産（1回人工妊娠中絶）、自然妊娠成立し妊娠経過は良好であったが、妊娠26週3日に胎動減少を主訴に前医を受診。NSTで基線細変動減少を認め改善なく、当院紹介となった。

当院も同様に胎動消失、基線細変動減少を認め、BPSは羊水量のみ陽性で2点であった。超音波で臍帯卵膜付着、胎児胃泡描出不良であったが臍帯動脈や中大脳動脈の血流異常はなかった。

胎児MRIで横隔膜の挙上とそれに伴う肺低形成を認めたが、頭部に異常所見はなかった。血液検査、羊水検査は異常なかった。FBDSと考え、早期娩出による胎児状態の改善は見込めないと判断し子宮内胎児死亡のリスクを説明した上で妊娠を継続した。

妊娠28週2日に破水を認め、子宮収縮抑制剤、抗菌薬を投与したが、妊娠29週6日に陣痛発来し経陰分娩となった。1145gの女児、自発呼吸や筋緊張なく、生後2時間で児死亡。胎盤付着部臍帯の強い狭窄を認め、FBDSの原因は臍帯因子と考えた。

【考察】

FBDSは胎児基線細変動の減少や消失、四肢体幹運動の消失が見られ、出生後重度の脳機能障害を認める症候群である。本症例も特徴的な所見が得られたが、出生前には胎児機能不全との鑑別が容易ではなく、今後更なる症例の蓄積による病態解明が望まれる。

124. 可逆性脳梁膨大部病変を有する脳炎・脳症（MERS）を発症した子宮内胎児死亡の1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、西野由衣、中橋一嘉、井上翔太、上野愛実、池田朋子、田中寛希、阿部恵美子、近藤裕司

【緒言】可逆性脳梁膨大部病変を有する脳炎・脳症（MERS）は脳梁膨大部に左右対称病変を示し、さまざまな神経症状を伴い感染などを契機に発症するが一過性で機能障害を残さないとされる。今回子宮内感染を契機に MERS を発症した子宮内胎児死亡の1例を経験したため報告する。【症例】32歳 G1P0 凍結融解胚移植後妊娠成立し、妊娠13週2日頸管ポリープ合併のため紹介となった。妊娠13週4日より発熱を認め、妊娠14週0日性器出血増量と腹痛のため受診、子宮内胎児死亡と診断し入院管理を開始した。血液検査で炎症反応の上昇を認め子宮内感染が疑われた。また右不全麻痺を認めたため頭部MRI検査を行い、脳梁膨大部に拡散強調像で高信号な病変を認めたため、脳梗塞を疑いエダラボン投与を開始した。妊娠14週2日ゲメプロスト腔坐剤を挿入し同日死産した。死産後より神経症状は改善したため、エダラボンを中止しシロスタゾールに変更した。抗生剤投与にて炎症反応は低下し死産後4日目に退院した。退院後24日目に頭部MRI検査を行い脳梁病変は消失しており感染を契機に発症した MERS と診断しシロスタゾールを中止しフォロー終了となった。【考察】脳梗塞を疑い治療を行ったが、退院後の頭部MRIで病変が消失していたことより子宮内感染を契機に発症した MERS と考えた。【結語】感染に伴い頭痛や不全麻痺を認める際には MERS も鑑別に挙がると思われる。

125. 治療方針の異なる胎児仙尾部奇形腫の2症例

高知大学医学部附属病院 産科婦人科学教室

下元優太、平川充保、永井立平、前田長正

【緒言】仙尾部奇形腫（SCT）は仙骨前面から尾側に発生する奇形腫で、27000出生に1人と比較的希な胎児疾患である。当科で経験した経過の異なる SCT の2例について報告する。

【症例】

〈症例1〉33歳。2妊1産。自然妊娠成立。妊娠16週の妊婦健診で胎児仙骨部に2cmの腫瘍を指摘され当科紹介受診した。超音波検査およびMRI検査にてSCTと診断、腫瘍は嚢胞性成分に一部充実性成分と血流を認めた。予後予測と説明を行い、妊娠継続を選択された。妊娠20週頃から増大傾向を認め、妊娠31週には11cmとなった。腫瘍増大に伴い胎児心拍出量は増加したが、心肥大、弁逆流や浮腫など心不全の所見なく経過した。腫瘍血管破綻を回避するため妊娠37週3日に選択的帝王切開にて3123gの女児を娩出した。生後1日にSCT、AltmanI型に対して腫瘍摘出術を施行した。

〈症例2〉33歳。4妊3産。自然妊娠成立。前医にて妊娠24週の妊婦健診で胎児尾骨に腫瘍を認め当科紹介受診した。超音波検査およびMRI検査にてSCTと診断、SCTは3cmだったがほぼ嚢胞成分で血流に乏しく、経過中増大はほぼ認め無かった。胎児循環に異常を認めず腫瘍の破裂のリスクは低いと判断し、経膈分娩の方針とした。妊娠40週3日に3816gの男児を経膈分娩した。生後14日にSCT、AltmanII型に対して腫瘍摘出術を施行した。

【結語】STCでは、診断時の腫瘍の大きさや位置の評価に加え、診断後の大きさや胎児循環の変化を予測し管理方法を検討する必要がある。

126. Zoom ミーティングを用いた腹腔鏡遠隔教育システムの経験

愛媛県立中央病院 産婦人科

城戸香乃、田中寛希、島瀬奈津子、西野由衣、中橋一嘉、井上翔太、上野愛実、池田朋子、森 美妃、阿部恵美子、近藤裕司

【緒言】 地域病院における腹腔鏡技術認定医の数は限られており、専攻医をはじめとする若手医師への指導が十分とは言えない現状がある。今回我々は、Web 会議サービスである Zoom を用いて 2 施設間での腹腔鏡遠隔教育システムを構築し、ドライボックストレーニングを行ったのでここに報告する。【方法】 ドライボックスに設置したビデオカメラ（出力）をキャプチャーボード（入力）に接続し、キャプチャーボード（出力）とモニター（入力）、PC（入力）をそれぞれ接続することで通常のトレーニング環境を保ちながら映像を PC に出力することができる。また、会場全体を撮影するビデオカメラを PC に接続することで、各会場の様子を見られるようにした。それぞれの PC で Zoom ミーティングに参加することで、ドライボックストレーニングの様子を指導医がリアルタイムに見ながら指導する。【結果】 2 施設で計 9 人が参加し、用意していた 3 つのタスクを特にトラブルなくこなすことができた。【結語】 Zoom を用いることで、ドライボックストレーニングの遠隔指導が可能であった。オンラインでリアルタイムに指導を受けられることで、若手医師の腹腔鏡の技術向上や腹腔鏡トレーニングのモチベーションアップにつながると考える。遠隔地にいる指導医が若手医師を指導することが可能となるため、特に指導医の少ない地域病院においては、今後このようなシステムを用いた教育は有用であると考えられる。

127. 育児中医師に対する腹腔鏡手術トレーニングの重要性～イクドクセミナー参加経験を振り返って～

¹⁾ 広島市立北部医療センター安佐市民病院 産婦人科、²⁾ 大浜第一病院 女性腹腔鏡センター、³⁾ 東広島医療センター 産婦人科
隅井ちひろ¹⁾、高橋美奈子²⁾、小原颯太¹⁾、福田修司¹⁾、伊勢田侑鼓¹⁾、野村奈南³⁾、甲斐一華¹⁾、本田 裕¹⁾

【緒言】 産婦人科女性医師は卒後 9 年以後に非常勤勤務や他科への転科などを選択する割合が約 50% にのぼっており、キャリア形成時期と出産育児時期の関連は無視できない。日常業務に家事育児をこなしながら、更に修練の時間を捻出することは並大抵ではない。今回、イクドク（育児中医師）を対象に腹腔鏡手術とキャリア形成を学ぶイクドクセミナーに参加した。本セミナーの有用性について報告する。

【方法】 セミナーは約 2 ヶ月のハイブリッド形式で行われた。2021 年～2023 年の期間に広島大学医局から 3 名が参加した。3 名のセミナー前後でのドライボックストレーニングおよび腹腔鏡手術（右基靭帯集束結紮）での縫合結紮時間、生活面や精神面での変化について比較した。

【結果】 ドライボックスの平均結紮時間はセミナー開始時 74 秒から終了時 36 秒、右基靭帯の平均結紮時間はセミナー開始時 178 秒から終了時 81 秒と明らかに短縮した。セミナーを通して同じ境遇の仲間や目標となるロールモデルに出会い、イクドクにとって有益な情報共有や助言を受けることで、生活面では家事代行サービスやシッターを積極的に導入するようになった。精神面ではイクドクの無意識バイアスを認知し、イクドクであるメリットを自覚することで、前向きに修練に向き合えるようになった。

【結論】 イクドクにはこのような機会を作ることが、手術技術向上と長期間のモチベーション維持に有用だと考える。

128. 当院で導入した第一選択術式としての vNOTES Hysterectomy (VANH) の治療成績

JA 徳島厚生連 吉野川医療センター

三谷龍史、佐藤美紀、松崎利也

【目的】自然孔である膣を用いた vNOTES は従来の腹腔鏡下手術以上に低侵襲性、整容性に優れた術式である。当院にて 2023 年 1 月に第一選択術式として導入した vNOTES Hysterectomy (VANH) の成績を検討した。【方法】2023 年 1 月から 12 月に良性疾患で子宮摘出術を実施した 23 例の内、膣式子宮全摘術の 1 例を除き、VANH を選択した 22 例を解析した。手術手技は、直視下にダグラス窩及び膀胱子宮窩を開放し、仙骨子宮靭帯、子宮傍組織の一部を処理し、95mm の GelPOINT V-Path を挿入して内視鏡下に残りの処理を行い、予防的卵管摘出 (BS) も併施する方針とした。【成績】適応疾患は子宮筋腫 14 例、CIN 5 例、子宮腺筋症 3 例で、経膣分娩歴があるのは 15 例 (68.2%)、性交経験や経膣分娩のない症例が 5 例、帝切既往例が 2 例であった。年齢 46.4 歳、手術時間 84.9 分、出血量 88.1ml、摘出子宮重量 191.7g (平均値) であり、VANH 完遂率は 100% で開腹や従来の腹腔鏡下手術への移行例はなく、BS 実施率は 100% だった。重篤な周術期合併症はなかった。【結論】VANH の導入は膣式手術の素養があればスムーズと思われ、当院では VANH+BS は良性疾患に対する第一選択術式として安全に実施できている。vNOTES は経膣分娩未経験例や骨盤腔癒着例にもある程度は可能で、有用な術式である。

129. ロボット支援下手術におけるコンソール開始までに要する時間の検討

¹⁾ 徳島大学大学院医歯薬学研究部 産科婦人科学分野、²⁾ 紀南病院 産婦人科、

³⁾ 高松市立みんなの病院

木内理世¹⁾、吉田加奈子¹⁾、中川奉宇¹⁾、田村 公¹⁾、武田明日香¹⁾、新垣亮輔²⁾、
湊 沙希¹⁾、乾 宏彰¹⁾、香川智宏¹⁾、門田友里¹⁾、峯田あゆか¹⁾、山本由理¹⁾、
加藤剛志³⁾、岩佐 武¹⁾

【緒言】徳島大学病院産科婦人科ではロボット支援下手術を 2021 年 5 月より積極的に導入している。術者助手は 2 名で開始し、人数を増やしつつある。【目的】ロボット支援下手術時のロールインまでの時間 (①)、ドッキングに要する時間 (②)、手術開始からコンソール開始までの時間 (③) を術者や助手毎に評価し、新しい術者・助手の参入による手術時間への影響、安全性についての評価を目的とした。【方法】2021 年 5 月から 2024 年 3 月までに行った 141 例において、導入時からの 2 人の術者 (A, B) の①、②、③、新たに助手を開始した 3 人 (C, D, E) が A または B と施行した際のそれぞれについて検討した。【成績】A と B での最初の 4 例と直近の 5 例の平均時間はそれぞれ、① 15.5 分・9.4 分、② 15.5 分・4.5 分、③ 31 分・15 分であった。最初の 4 例の平均時間は、C と A (B) では① 16 分、② 12 分、③ 25.3 分、D と A (B) では① 14.5 分、② 9 分、③ 23.5 分、E と A (B) では① 16 分、② 10.5 分、③ 26.5 分であった。コンソール開始まで全症例で合併症は認めなかった。【結論】ロボット支援下手術導入当初はコンソール開始までに時間を要したが、件数を重ねることで短縮された。また、新しい助手参入時は、熟練した術者が立ち会うことでコンソール開始までの時間が著明に延長することではなく、安全性も担保できると考えられた。

130. Mixed Reality を用いた腹腔鏡下子宮筋腫核出術に対する画像手術支援

倉敷成人病センター 産科婦人科

越智良文、樋口尚史、恩地裕史、谷口 僚、榊田沙也加、黒瀬喜子、澤田麻里、
菅野 潔、柳井しおり、干場 勉、安藤正明

【目的】Mixed Reality は現実空間にデジタル情報を投影する技術であり、我々はこの技術が実質臓器内の対象

物の位置評価に有用と考え、腹腔鏡下子宮筋腫核出術（LM）に応用した。【方法】LMの術前に撮影したMRI画像のAxial断面に、医用画像処理ワークステーションであるZionstation2を用いて、子宮筋腫、子宮内膜、子宮をそれぞれ関心領域として設定する。このデータをHoloeyes MD（Holoeyes社）を用いて3次元画像に変換する。ウェアラブルコンピュータHoloLens2（Microsoft社）を用い手術モニターに隣接した位置にホログラムを表示させ、鏡視下画像と比較しながら筋腫を同定する。この手法を用いて当院で2022年8月－2024年3月に7例手術を実施した。【成績】患者背景および手術成績の中央値（範囲）は、年齢36（31-42）歳、BMI23.0（19.6-29.7）、手術時間140（78-215）分、出血150（0-200）ml、術前の推定筋腫個数8（3-10）、実際の核出個数8（3-10）個でClavien-Dindo分類Grade3以上の周術期合併症は認めなかった。【考察】Mixed Realityの活用により子宮筋腫と子宮内膜の位置が明瞭となる。子宮表面から位置同定が困難なLMに有用だが、厳密な位置合わせ機能は持たないため、メルクマールとなる筋腫を頼りに隣接する筋腫を特定する状況において最も恩恵が期待できる。【結論】LMにおけるMixed Realityの活用は子宮筋腫の3次元的位置関係が明瞭となる有用な技術である。

131. 特徴的な画像所見によって術前診断可能であった閉経後高齢女性の子宮捻転の一例

NHO 呉医療センター 産婦人科

八田夏渚子、佐川麻衣子、北村美緒、菅 裕美子、綱掛 恵、中村絃子、熊谷正俊

子宮捻転は子宮が長軸を中心に45度以上回転したものと定義される稀な疾患であり、非妊娠子宮の捻転はさらに稀である。急性腎不全や出血性ショックなどをきたすこともあるため、早期の診断、治療が重要である。特徴的な画像所見から術前に子宮捻転と診断した閉経後高齢女性の一例を報告する。

症例は65歳、未妊、統合失調症のため15年前より前医に任意入院していた。1週間前より排便がなく、下腹部痛、発熱が出現し、血液検査で炎症反応高値（CRP 20.12mg/dL、WBC 20,230/uL）であり、精査、加療目的に当院に救急搬送された。触診では臍高に及ぶ固い腫瘍を触知し、同部位に強い圧痛を認めた。骨盤造影MRIでは子宮底部に13cm大の子宮筋腫を認め、子宮体部に「渦巻き所見（whirl sign）」があり子宮捻転と診断した。本人から手術の同意がすぐには得られず、第4病日に腹式単純子宮全摘術と両側付属器摘出術を施行した。子宮体部左側より発生した新生児頭大の漿膜下筋腫を認め、子宮体部で360度捻転していた。提出物の病理診断は平滑筋腫で悪性所見は認めなかった。術後、腹膜炎とそれに伴う麻痺性イレウスを認めたが、抗菌薬継続により症状は改善し、第22病日に転院となった。

子宮捻転の症状は非特異的で術前診断は困難とされるが、本症例のように特徴的な画像所見から診断可能な症例もある。

132. 広汎性子宮全摘術後に下肢コンパートメント症候群を発症し筋膜減張切開術に至った1例

¹⁾ 高知医療センター 総合診療科、²⁾ 高知医療センター 産婦人科

藤井渚々子¹⁾、山本寄人²⁾、難波孝臣²⁾、塩田さあや²⁾、山本眞緒²⁾、森田聡美²⁾、上野晃子²⁾、渡邊理史²⁾、松島幸生²⁾、川瀬史愛²⁾、小松淳子²⁾、林 和俊²⁾

【緒言】手術後の合併症の1つである下肢コンパートメント症候群（以下WLCS）は長時間の手術や碎石位などがリスク因子であり、婦人科や泌尿器科、外科での発症例が多い。今回、当院において広汎性子宮全摘術後にWLCSを発症し、筋膜減張切開術に至った症例を経験したため報告する。【症例】症例は45歳女性、3妊3産、身長160cm、体重86.3kg、BMI 36.6kg/m²、既往歴に高血圧、喫煙歴があった。子宮頸癌IB期に対して硬膜外麻酔併用の全身麻酔下で広汎性子宮全摘術＋両側卵管切除術＋骨盤リンパ節郭清術を施行した。術中体位は碎石位で弾性ストッキング・間欠的空気圧迫装置を併用していた。手術時間は5時間53分、出血量235mlであっ

た。帰室後から右下腿に疼痛の訴えがあり、発赤、硬結を認めた。右足背動脈は触知良好であったが足関節背屈の運動障害、足部の軽度感覚障害を認めたため、WLCSを疑い整形外科に紹介した。筋区画内圧の上昇、クレアチニンキナーゼ値3162U/Lと上昇し、造影CTで下肢動脈閉塞、血栓症を認めなかった。WLCSの診断となり、同日、下腿筋膜減張切開術（婦人科手術終了してから3時間54分後）を施行した。術後23日目に跛行残存するものの独歩可能にまで改善し自宅退院となった。【結語】碎石位や長時間の手術はWLCSの発症リスクが高いことを認識し、発症予防に務めると共に、発症時には早期発見および適切な管理が必要である。

133. 子宮頸部円錐切除後の完全子宮口閉鎖に対して腹腔鏡下子宮全摘出術を行った2例

総合病院山口赤十字病院 産婦人科

井上浩太郎、南 星旭、平塚由貴、高石清美、月原 悟、申神正子、金森康展

子宮頸部円錐切除術の合併症である完全子宮口閉鎖の発症頻度は1%以下と稀な合併症である。今回、子宮頸部円錐切除後の完全子宮口閉鎖に対して、当科独自の工夫で腹腔鏡下子宮全摘術を行った2例を経験したので報告する。

症例1は授乳期にHSIL/CIN3に対して子宮頸部円錐切除術を施行し、術後6か月目より下腹部痛を認めるようになった。子宮腔内に液体貯留を認め、月経モリミナと診断し、子宮摘出術の方針とした。症例2はHSIL/CIN3 (carcinoma in situ) に対して子宮頸部円錐切除術を施行した。断端陰性であったが、病変からの距離が1mmであり子宮摘出を希望された。

両症例とも、子宮口完全閉鎖であり、外科ゾンデ挿入も困難であったため、術中にマニピュレーター挿入はできなかった。そこでダイヤモンド配置4ポートに加えさらに左上腹部にトロッカーを留置し、ラチェット付き把持鉗子で子宮を把持し、エンドスコープホルダーに固定した。また、VAGIパイプを使用する際に、経腔的に子宮頸部を絹糸で縫合し、縫合糸をVAGIパイプ内に通し、子宮を牽引した。把持鉗子による子宮操作により十分は術野視野を確保することができ、VAGIパイプ内の縫合糸を牽引することにより、腔切断ラインを明確にすることができた。

マニピュレーター挿入困難な完全子宮口閉鎖症例に対する腹腔鏡下子宮全摘術でも、術前・術中の工夫により安全に手術を遂行することができると考えられた。

134. 妊娠中の付属器腫瘍に対する腹腔鏡下手術症例の考察

鳥取大学医学部 産科婦人科

和田郁美、東 幸弘、松本芽生、長田広樹、佐藤絵理、谷口文紀

【目的】

妊娠中の付属器腫瘍の取扱いについて、良性であれば原則的に非妊娠時に準じて対応することが産婦人科診療ガイドラインにおいて推奨されている。本検討では、付属器腫瘍に対して妊娠中に施行した腹腔鏡下手術症例の特徴を後方視的に考察した。

【方法】

2019年から2024年に、当院で付属器腫瘍に対して妊娠中に腹腔鏡下手術を行った症例を対象とし、患者背景および手術成績を比較検討した。

【成績】

手術症例は3例(付属器腫瘍合併妊娠例の12%)で、妊娠前から付属器腫瘍を指摘されていたのは1例のみであった。手術適応は、卵巣腫瘍莖捻転に伴う緊急手術が2例、本人の希望による待機的手術が1例であった。付属器腫瘍は3例とも成熟嚢胞性奇形腫であり、患側卵巣はいずれも長径8cm程度に腫大していた。手術は妊娠14～16週に全身麻酔下に気腹法(気腹圧10mmHg)で行われ、破綻させることなく腹腔鏡下に卵巣腫瘍を核

出し、全例で卵巣を温存することができた。妊娠子宮の影響で付属器は通常よりも頭側に位置していたため、鉗子操作に難渋した。対策として、全てのトロッカーを通常より約3cm頭側に配置することで十分なワーキングスペースを確保することが可能となった。術後の流産症例はなく、妊娠経過は良好であった。

【結論】

付属器腫瘍合併妊娠に対して腹腔鏡下手術を検討する際は、現病歴や施設環境からその適応を慎重に判断することにより、妊娠中でも安全に遂行することが可能である。

135. 腹腔鏡下子宮筋腫核出術と腹式子宮筋腫核出術の後方視的検討

JCHO 徳山中央病院

津永礼門、山縣芳明、具嶋洸之、樫部真央子、坂井宜裕、澁谷文恵、中川達史、平林 啓、沼 文隆

【目的】近年晩婚化に伴い子宮筋腫に対する子宮筋腫核出術は増加傾向にある。当院での腹腔鏡下子宮筋腫核出術（LM）と腹式子宮筋腫核出術（AM）の術式別の手術成績と術後妊娠予後について比較検討を行った。【方法】2020年1月～2022年12月の期間におけるLM、AM症例について後方視的検討を行った。当院で管理した術後妊娠例については周産期予後も検討を加えた。【成績】子宮筋腫核出術を実施した72例のうち、LMは38例、AMは34例であった。LMとAMで年齢、手術時間、出血量、最大筋腫径、摘出筋腫数、筋腫総重量等を比較したが、AMに比較し、LMでは出血量は少なく、手術時間は短く、最大筋腫径は小さく、摘出筋腫数は少なく、筋腫総重量は少ない結果であった（以上有意差あり）。術後挙児希望があり、現時点で妊娠の有無・出産の転帰が判明している21例においては、13例（61.9%）が出産に至っていた。分娩週数中央値：38週0日、全例が帝王切開であり、子宮破裂などの重篤な合併症は認めず、LM、AM間で種々の観測値に有意差は認めなかった。【結論】子宮筋腫合併不妊症に対するLM及びAMが有効である可能性が示された。またその後の妊娠・周産期予後における安全性も示された。

136. 働き方改革の観点からみた当院における周産期診療の状況についての検討

徳島県鳴門病院 産婦人科

篠原文香、山田正代、漆川敬治

【目的】全国的に出生数が減少している中、周辺の産婦人科開業医の分娩取り扱い停止の影響をうけ、当院の分娩数は2017年以降増加している。分娩数の増加に伴い、出生直後に小児科医の診療を要する新生児の数も増加し、周産期母子医療センターではない当院では、小児科サイドから分娩数制限の要望がでた。この要望に対応するため、周産期母子医療センターに紹介する妊婦の適応を拡大した。一方、当院の特色のひとつである無痛分娩を希望して、広域から妊婦が来院している。硬膜外チューブの挿入は平日日勤帯に制限しており、希望する経産婦には計画無痛分娩を実施している。これらの対応が、医療者の負担の軽減につながっているか検討した。【方法】後方視的に、2023年の1年間の時間帯ごとの分娩数を、分娩数が反転増加する前の2016年と比較した。【結果】2023年は、既往帝王切開などの予定帝王切開を除いた分娩数257件中、時間外の分娩数は144件（56%）であった。対象とした2016年は、分娩数が235件、そのうち時間外は169件（72%）であった。【結論】周産期母子医療センターに紹介する妊婦の適応の拡大、および患者の希望に沿った計画分娩などにより、分娩数が増加しているにもかかわらず時間外の分娩数が減少しており、スタッフの負担が軽減され、働き方改革の観点からも有用であると考えられた。

137. 中国四国地方における無痛分娩の実施状況について—アンケート調査結果から—

つるぎ町立半田病院 産婦人科

谷口実佑、沖津 修、笠井可菜、土肥直子

近年は全国的に無痛分娩に関する需要の増加が著しく、とくに東京都ではすでに無痛分娩の割合が28%に達したとのことである。また一方で、2026年度からの出産費用の保険適応化に合わせて、無痛分娩も保険適応になるといわれている。そのような変革の後には、ますます無痛分娩の需要が増えるものと推察される。ここで産科施設に要求されるのは母児の安全性をおろそかにすることなく、また、医療従事者のやる気を損なうことなく受け入れ体制を強化すること、そしてそのための情報共有ではないかと思われる。また、今後新たに無痛分娩を導入する施設も増えることが予想され、それらの施設に対する情報提供が望まれる。

そこで今回、我々はこのような目的に沿った情報を収集すべく、すでに無痛分娩を実施し、JALAに登録されている中四国地方の産科施設に対してアンケート調査を実施した。無痛分娩の方法、適応条件、使用薬剤、金銭的側面などの項目を調査し、その結果について考察を加え発表する。

138. 院外発生 of 妊婦心肺停止症例を経験して取り組んだ当院の妊産婦蘇生体制整備

市立宇和島病院

高崎 萌、加藤宏章、平山亜美、石村景子、清村正樹

【緒言】妊産婦の心肺停止（CPA）は稀であるが、今も年間40人程の妊産婦が死亡している。救命には関連部署との連携が不可欠であり、妊産婦 CPA 症例に対するプロトコルを作成、周知して運用する事が重要である。今回我々は分娩中 CPA となり、当院搬送されたものの母体死亡に至った症例を経験し、妊産婦蘇生体制の見直しを行なったので報告する。

【症例】32歳、3妊1産。既往歴に特記なし。妊娠39週5日に陣痛発来で入院したが、微弱陣痛のため陣痛促進が行われた。開始から約4時間後に子宮口4cm開大で人工破膜、その約2時間後に CPA となった。心肺蘇生（CPR）を行いながら救急車を要請、CPA から25分後に当院搬送された。初期波形は無脈性電気活動（PEA）、動脈血液ガス pH 6.62、高度の凝固障害を認めた。CPR を継続し、CPA から45分後に自己心拍再開、CPA から52分後（病着27分後）に死戦期帝王切開（PMCD）として帝王切開を施行した。児娩出後まもなく再度 PEA となり CPR を再開した。ICU 入室後、PCPS を確立したが翌日死亡した。病理解剖は実施されなかったが、羊水塞栓症が原因である可能性が高いと思われた。本症例の経験を踏まえ、院内で症例検討会を重ね、プロトコルを作成、運用中である。

【結語】今回我々は院外発生 of 妊婦 CPA 症例を経験した。妊産婦 CPA 症例に対しては関連部署との治療協力体制が重要であり、施設毎の体制を考慮した対応を定め、運用することが救命に繋がると考えられる。

139. 当院における Extended-spectrum β -lactamase（ESBL）産生菌保菌妊婦の現状

徳島大学大学院医歯薬学研究部 産科婦人科学分野

吉田あつ子、加地 剛、田村 公、峯田あゆか、岩佐 武

目的：Extended-spectrum β -lactamase（ESBL）産生菌は多剤耐性感染症の原因となり、特に長期入院や免疫抑制状態の患者で注意を要する。ESBL 産生菌は増加しており、妊婦の保菌や出生児への母子感染も報告されている。新生児の重症感染例も存在するが、ESBL 産生菌が検出された妊婦の周産期学的検討は殆どなく、母子感染のリスクは分かっていない。そこで当院の ESBL 産生菌保菌妊婦について検討した。

方法：2018年4月から2020年3月に当院で出産した妊婦1235人を対象に、電子カルテを用いて後方視的に検討した。なお、当院では ESBL 産生菌保菌妊婦の場合、標準感染予防策に加え、入院中の個室管理と分娩直後

の児の沐浴、母児同室を行っている。また児がGCU/NICU入院となる際は児の培養検査も行っている。
結果：ESBL産生菌保菌妊婦は46人（3.7%）で、全例膣・肛門の培養検体であった。15人（33%）に妊娠中の入院歴があり、9人（20%）にGDM/DMを認めた。6人（13%）に早産を認め、GCU/NICU入院児17人中6人（35%）がESBL産生菌を保菌していたが感染は認めなかった。
考察：当院で出産した妊婦の3.7%にESBL産生菌の保菌を認め、入院既往や糖代謝異常を有する妊婦が多かった。GCU/NICU入院児の35%に保菌が確認され、未熟児など免疫弱者への影響について更なる検討が望まれる。

140. 妊娠中にはじめて精神障害を発症した妊婦に対しての適切な精神科医療機関との連携について

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学

加藤正和、桐野智江、栗山千晶、坂田周治郎、大石恵一、末森彩乃、中藤光里、大羽 輝、三苫智裕、三島桜子、大平安希子、牧 尉太、衛藤英理子、増山 寿

【緒言】周産期のメンタルヘルスに悩む妊産婦の割合は増加している、不調の多くはうつ病で、全妊産婦の10～15%が発症すると言われている。中でも妊娠中にはじめて発症した妊婦の周産期管理では、紹介先の選定や紹介時期など、精神科医療機関との連携に苦慮するケースが多い。

【目的】当院において、妊娠中にはじめて精神障害を発症した妊婦に対しての適切な精神科医療機関との連携について考察する。

【症例1】39歳初産婦。人工授精により妊娠成立。妊娠30週頃、助産師が抑うつに気づいたが精神科に連携されていなかった。妊娠35週、自殺企図のため包丁を持っているところを警察に保護された。かかりつけの精神科が無く、受け入れ先に苦慮したのち、精神科救急に対応している公立の精神科専門病院に措置入院となった。翌未明に前期破水となったため当院へ搬送され、早産となった。

【症例2】30歳初産婦。妊娠中期に夫と離婚調停となり、抑うつ症状、不眠を主訴に精神科クリニックを受診したが、主治医との関係性をうまく構築できなかった。症状改善に乏しく31週に当院産科医と助産師で協働して精神保健福祉センターに介入を依頼。現在経過は順調である。

【結論】妊娠中にはじめて発症した精神疾患患者への対応においては、産科医療機関が妊婦のメンタルヘルスの不調を早期に把握することが重要である。適切な介入を依頼することで、軽症のまま精神科の外来管理下で対応できる可能性がある。

141. 妊娠21週で診断された子宮頸がん合併妊娠に対して Neoadjuvant Chemotherapy (NAC) で妊娠週数を延長し生児を得た一例

¹⁾ 徳島大学病院 産科婦人科学分野、²⁾ 徳島赤十字病院 産婦人科

中川奉宇¹⁾、乾 宏彰¹⁾、棚野梨沙²⁾、香川智洋¹⁾、西村正人¹⁾、岩佐 武¹⁾

【緒言】妊娠関連がんは妊娠中～分娩後12カ月以内に診断された悪性腫瘍と定義される。その頻度は約0.1%とされているが近年増加傾向にある。今回、妊娠21週で子宮頸がんを診断された症例を経験したので報告する。

【症例】32歳、1妊0産、自然妊娠。他院での初期検査の頸部細胞診でASC-US、ハイリスクHPV検査で陽性を指摘された。初期に子宮腔部の異常は認めなかった。妊娠19週時に不正性器出血を主訴に同院を受診。子宮腔部に子宮頸がんを疑う乳頭状腫瘍を認め当院へ紹介された。頸部組織診でSCC、MRIで5cmの子宮頸部腫瘍を指摘され、妊娠21週時に子宮頸癌IB3期と診断。妊娠継続の希望を考慮してNACを3サイクル先行した。妊娠32週時に帝王切開術、引き続き広汎子宮全摘術+両側卵管切除術+骨盤リンパ節郭清を施行。出生児は1446g(-1.3SD)、アプガースコア6/9点であった。摘出子宮の病理結果から後療法を追加せず経過観察の方針とした。児は少量のO2依存性を認めるも発育良好で日齢57で小児科を退院した。術後3か月で再発し、現在再発治療継続中である。

【考察】胎児が子宮外生存不可能な時期に診断された子宮頸がん合併妊娠に対して生児を得た1例を経験した。妊娠中の化学療法はエビデンスが蓄積され選択肢となりうるが、母体の腫瘍学的 outcomeなどを十分に検討して治療方針を決定する必要があると考えられた。

142. 胃型 HPV 非依存性腺癌の一例

1) 川崎医科大学 産婦人科学、2) 川崎医科大学 病理学

藤原 瞳¹⁾、岡本 華¹⁾、田坂佳太郎¹⁾、森本裕美子¹⁾、河村省吾¹⁾、齋藤 渉¹⁾、松本 良¹⁾、杉原弥香¹⁾、太田邦明¹⁾、太田啓明¹⁾、塩田 充¹⁾、藤本康人²⁾、塩見達志²⁾、森谷卓也²⁾、下屋浩一郎¹⁾

【緒言】子宮頸部胃型粘液性腺癌は本邦に多く子宮頸部腺癌全体の20-25%を占め予後不良な疾患である。子宮頸癌取扱い規約病理編第5版より胃型 HPV 非依存性腺癌に名称が変更された。胃型 HPV 非依存性腺癌の周辺に分葉状頸管腺過形成 (LEGH) を伴う報告から、LEGH が前駆病変である可能性も指摘されている。今回、LEGH からフロント形成を認める胃型 HPV 非依存性腺癌を経験したので報告する。

【症例】58歳 G0P0。約1年間の不正性器出血を主訴に前医を受診した。子宮頸部に腫瘍性病変を認め、子宮頸部部細胞診、頸部組織診で Adenocarcinoma の診断となり精査目的に当科紹介となった。当院にて子宮頸管組織診を追加し腺癌の像で、組織像から p16 陰性の子宮頸部腺癌の可能性が示唆された。骨盤部 MRI 検査で子宮頸部に43mm大の腫瘍性病変を認め、子宮傍組織浸潤が疑われた。術前診断子宮頸癌ⅡB期に対し広汎子宮全摘術を実施し、腔壁浸潤・子宮傍組織浸潤はなく腫瘍径68×43mm大の胃型 HPV 非依存性腺癌ⅠB3期の診断となった。再発中リスク群であり本人と相談の上 CCRT を実施中である。

【結果】本症例は p16 陰性かつ幽門腺化生の良性上皮から癌への移行部分が確認でき、LEGH から発生した胃型 HPV 非依存性腺癌であると考えられた。

【結語】胃型 HPV 非依存性腺癌は稀であり、前癌病変と考えられる LEGH の悪性転化率は1-2%と報告されるが現時点で確立された管理方法はなく、今後更なる症例の蓄積が望まれる。

143. 子宮頸部高度異形成に対する円錐切除後に頸管狭窄を来し浸潤癌に進展した2例

1) 松山赤十字病院、2) 愛媛大学大学院医学系研究科 産科婦人科学講座

大塚沙織¹⁾、森本明美²⁾、藤井貴頌²⁾、伊藤 恭²⁾、市川瑠理子²⁾、井上 唯²⁾、今井 統²⁾、矢野晶子²⁾、吉田文香²⁾、宮上 眸²⁾、横山真紀²⁾、村上祥子²⁾、安岡稔晃²⁾、内倉友香²⁾、宇佐美知香²⁾、松原裕子²⁾、松元 隆²⁾、松原圭一²⁾、杉山 隆²⁾

【緒言】

円錐切除術は CIN3 に対する標準治療であるが、術後合併症として頸管狭窄が生じる可能性がある。頸管狭窄後は頸部細胞診が困難となり、不正性器出血などの症状が出にくいため、子宮頸がんや子宮体がんの早期診断が困難となる可能性がある。今回、閉経後の CIN3 に対する円錐切除後、頸管狭窄を来し浸潤癌に進展した2例を経験したので文献的考察を含めて報告する。

【症例1】

68歳、3妊3産。CIN3 に対し5年前に円錐切除術を施行し、以後頸部細胞診は異常なし。経膈超音波断層法で内子宮口に38mm大の腫瘤を指摘され、頸管狭窄のため経膈的針生検を行なった。子宮頸癌ⅠB3期(扁平上皮癌)と診断し、広汎子宮全摘術および両側付属器切除術、骨盤リンパ節郭清術を施行した。骨盤リンパ節転移を認め、子宮頸癌ⅢC1期と診断し、術後追加治療を要した。

【症例 2】

80 歳，3 妊 2 産，CIN3 に対し 8 年前に円錐切除術を施行．以降の頸部細胞診にて ASC-H から HSIL であり子宮全摘を勧めるも同意されず経過観察中であった．経膈超音波断層法で子宮内腔の液体貯留を指摘され，精査にて子宮頸癌及び子宮留血症が疑われた．頸管狭窄のため経膈的針生検を行い，子宮頸癌 I B2 期（扁平上皮癌）と診断し，放射線治療を施行した．

【結語】

閉経後の円錐切除術では頸管狭窄を来す可能性が高く，浸潤癌に進展するリスクも考慮して治療方針を決定する必要があると思われる．

144. 局所進行子宮頸癌に対する後腹膜鏡下傍大動脈リンパ節生検の有効性

倉敷中央病院 産婦人科

堀川直城、平松 桜、山中智裕、中野秀亮、手塚 聡、戸田愛理、深江 郁、澤山咲輝、黒田亮介、門元辰樹、田中 優、清川 晶、楠本知行、福原 健、本田徹郎

【目的】

放射線治療を予定する局所進行子宮頸癌において、傍大動脈リンパ節（PAN）に転移を有する場合は PAN 領域を含む拡大照射が必要となる。しかし、PAN 転移の画像診断には限界があるため、正確な転移診断には生検による病理学的評価が望ましい。

【方法】

院内倫理委員会の承認のもと局所進行子宮頸癌 5 症例に対し、放射線治療前後腹膜鏡下傍大動脈リンパ節郭清を実施し病理学的検索を行った。CT 画像における骨盤リンパ節と傍大動脈リンパ節の最大短径を計測した。

【結果】

5 症例は全例扁平上皮癌で、T2b 3 例、T3b 2 例であった。骨盤リンパ節サイズ中央値 10.1mm（5.9～18.8）、傍大動脈リンパ節サイズ中央値 5.5mm（4.7～7.5）であった。後腹膜鏡下傍大動脈リンパ節郭清の手術時間は 266 分、術後入院日数は 4 日、リンパ節摘出個数は 19 個であった。1 例に症候性リンパ嚢胞を認めたが、それ以外に周術期合併症は認められなかった。初診から手術までの日数は 23 日、初診から放射線治療開始までの日数は 34 日であった。1 例に病理学的転移を認めたため、照射野を PAN 領域まで拡大し放射線治療を実施した。

【考察】

PAN 生検により画像上リンパ節腫大がない症例の病理学的転移を診断し、放射線照射野を拡大することが可能であった。手術は安全に実施されており、後腹膜鏡下 PAN 郭清は放射線照射野を調整するための有効な手段である。

145. 進行・再発子宮頸部神経内分泌癌に対する Pembrolizumab の使用経験

岡山大学病院 産婦人科

杉原花子、依田尚之、谷岡桃子、谷 佳紀、白河伸介、入江恭平、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】 子宮頸部神経内分泌癌（NEC: neuroendocrine carcinoma）は、子宮頸癌の 1-5% と稀で、予後不良な組織型である。標準治療が確立しておらず、肺小細胞癌に準じた治療が行われる。肺小細胞癌では、化学療法に免疫チェックポイント阻害剤を併用することで奏効に上乘せ効果が得られるという報告が多い。今回我々は進行・再発子宮頸部 NEC に対し TC 療法と Pembrolizumab（Pem）を併用した 4 例の使用経験について報告する。【症例 1】 64 歳、子宮頸癌 IVB 期、初発。TC+Pem 併用療法を 6 サイクル施行し、遠隔病変は消失し、原発巣は縮小した。その後維持療法を 3 サイクル施行したが、増悪した。【症例 2】 70 歳、子宮頸癌 IVB 期、初発。TC+Pem+ベバシズマブ（Bev）併用療法を 6 サイクル施行し、完全奏効した。維持療法中に、治療開

始後 10 か月で再発した。有害事象として甲状腺機能低下症を認めた。【症例 3】37 歳、子宮頸癌 IVB 期、初発。TC+Pem+Bev 併用療法を施行中である。原発巣および転移巣の著明な縮小を認めている。【症例 4】54 歳、子宮頸癌 I B2 期、初回治療後 6 か月での再発。TC+Pem+Bev 併用療法を 6 サイクル施行し、維持療法継続中である。治療開始後 10 か月経過するが、病巣縮小維持の状態である。有害事象として破壊性甲状腺炎、下垂体性副腎不全を認めた。【考察】今回、子宮頸部 NEC に対する TC+Pem 併用療法の奏効割合は 100% であった。長期予後に関してはさらなる症例の蓄積が必要である。

146. 子宮内膜ポリープ内に発生した漿液性子宮内膜上皮内癌 (SEIC) の一例

1) レディースクリニックコスモス、2) 高知赤十字病院 産婦人科、
3) 徳島大学大学院医歯薬学研究部 産科婦人科学分野、4) 高知赤十字病院 病理診断科
瀬戸さち恵¹⁾、村山美咲²⁾、中川奉宇³⁾、高橋洋平²⁾、平野浩紀²⁾、頼田顕辞⁴⁾

緒言：SEIC は漿液性癌の前駆病変あるいは初期の段階とされる癌で、子宮内膜ポリープや萎縮性内膜に発生することが多い。周囲に浸潤癌を伴うことや卵管を介し子宮外へ播種性転移をきたすことがあり予後不良とされる。今回、子宮内膜ポリープ内に発生した SEIC の一例を経験したので報告する。

症例：54 歳、3 経妊 3 経産。閉経 45 歳。乳癌既往でアナストロゾール内服中。婦人科検診で子宮内膜ポリープを疑い紹介受診した。経腔超音波断層法で子宮内膜肥厚を認めたが子宮内膜細胞診が陰性であった為 3 か月後再診とした。再診時も子宮内膜肥厚を認め吸引用子宮カテーテルを用いた子宮内膜全面搔爬術を施行したところ子宮内膜ポリープを覆う上皮に SEIC を認めた。造影 MRI・CT では子宮内膜肥厚以外の異常所見は認めなかった。腹式子宮全摘術+両側付属器切除術+大網切除術を施行した。病理組織検査では子宮内膜ポリープの表層上皮に p53 強陽性、p16 強陽性、IMP3 陽性、ER 弱陽性、PR 陰性の異型を認めたが浸潤像は認めなかった。両側付属器、大網、腹腔細胞診には悪性所見は認めなかった。進行期は pTisN0M0 と診断し、術後予防的化学療法は施行せず経過観察中である。

結論：SEIC の一例を経験した。本症は病変が微小であり臨床的診断が困難であるが悪性度が高く予後不良である。高齢者の子宮内膜ポリープや、子宮内膜細胞診または組織診で異常を認める場合には SEIC も念頭において診療にあたることが大切である。

147. 多発骨転移、多臓器転移を認めるも集学的治療によって長期生存を得られた子宮体部原発小細胞神経内分泌癌の一例

福山市民病院 産婦人科

組橋佳純、早田 桂、兼森美帆、高原悦子、青江尚志

【緒言】子宮体部原発の小細胞神経内分泌癌 (SCNEC) は極めて稀であり、子宮体部悪性腫瘍の約 0.2% と報告されている予後不良な疾患である。今回、頸椎を含む多発骨転移、多臓器転移を認めるも集学的治療によって長期生存を得られた子宮体部原発 SCNEC の 1 例を経験したので報告する。

【症例】72 歳、3 妊 2 産。頸部痛と上肢のしびれを主訴に近医整形外科を受診し、CT で子宮体癌、肺・肝臓・骨転移が疑われ、当科紹介初診。子宮内膜組織診では Adenocarcinoma、造影 MRI、PET-CT 検査より cT4N1M1、子宮体癌 IVB 期と診断した。まず疼痛緩和目的に頸椎転移に対して放射線照射、次いで頸椎後方固定術を施行した。手術 2 週間後より TC 療法を開始し、脳転移と坐骨転移に対して放射線治療を施行した。頸部痛は次第に軽快し、TC 療法 6 コース施行後の造影 CT で PR であったため、子宮全摘+両側付属器切除+大網切除術を施行し、病理組織検査で SCNEC+high-grade serous carcinoma という結果であった。術後は小細胞肺癌に準じて CBDCA+VP-16 療法を 6 コース施行する方針とし、現在全身状態は良好で化学療法継続中である。

【考察】子宮体部原発の SCNEC は臨床病期 III 期以降の進行例で発見され、急速な臨床経過を辿るため、多く

の症例で1年以内に原病死するとされている。そのため、予後は極めて不良とされているが本症例のように全身転移ある進行例であっても1年以上の長期生存例の報告もあり、有効な治療法確立が望まれる。

148. 術後再発を認めた低異型度子宮内膜間質肉腫の2例

徳島赤十字病院

棚野梨沙、新家朱理、田中 優、名護可容、別宮史朗

【諸言】低異型度子宮内膜間質肉腫 (low-grade endometrial stromal sarcoma: LG-ESS) は、他の子宮肉腫と比べ比較的予後良好な疾患と言われている。しかし、他の良性疾患と異なり再発する疾患であり、再発時にどう治療を行うか明確な指針がない。良性疾患として手術を行ったのちに再発した症例について報告する。

【症例①】62歳、G2P2、腹式子宮筋腫核出術後。子宮筋腫に対しX年ATH施行、LG-ESSの診断となり1ヶ月後にBSO施行した。術後ホルモン療法施行しX+10年終診となるもX+12年腹壁再発のため手術施行。X+14年再々発、骨盤内播種、多発肺転移を認めた。MPA大量療法を行うも著効せず、アロマターゼ阻害薬内服を開始し経過観察中である。

【症例②】63歳、G2P2。X年子宮筋腫に対してATH施行、術後LE-GSS成分を一部認め経過観察、終診となっていた。X+15年7月左卵巣嚢腫精査目的に当科再診。同年9月より膣断端9時に嚢胞を認めた。X+19年7月左卵巣嚢腫と膣腫瘍に対してLap-BSO+膣腫瘍摘出術施行、術後組織診にて膣腫瘍はLE-GSSの再発であった。術後アロマターゼ阻害薬内服を開始した。

【結語】再発LG-ESSに対してアロマターゼ阻害薬を使用した2例を経験した。アロマターゼ阻害薬投与により病勢進行は抑えられている。アロマターゼ阻害薬による治療開始時期および投与期間に関するエビデンスはまだ報告されておらず、引き続き検討が必要である。

149. 当院における早期子宮体癌に対する腹腔鏡下手術とロボット支援下手術の比較検討

山口大学医学部 産科婦人科

高木遥香、竹谷俊明、米田稔秀、爲久哲郎、岡田真希、梶邑匠彌、末岡幸太郎、杉野法広

目的

早期子宮体癌に対する手術療法は、近年は鏡視下手術が主流となってきたが、現在まで、腹腔鏡手術とロボット支援下手術の優劣は不明である。今回我々は、当院で経験した鏡視下手術の成績について後方視的に比較検討を行ったので報告する。

方法

2017年3月から2024年3月に早期子宮体癌に対し鏡視下手術を行った107例について、腹腔鏡手術群 (La群; n=85) とロボット支援下手術群 (Ro群; n=22) にわけ、年齢、BMI、手術時間、出血量、合併症について後方視的に比較検討した。

結果

La群とRo群において、年齢、BMIに有意差は認めなかった。手術時間は、La群が272分(135-557分)、Ro群が294分(158-445分)と有意差は認めなかった。出血量は、La群が50ml(5-1370ml)、Ro群が36ml(9-395ml)とRo群で有意に少なかった ($p < 0.01$)。

合併症は、La群で500ml以上の出血が2例、骨盤内感染が2例、リンパ浮腫6例を認め、Ro群では500ml以上の出血や骨盤内感染、リンパ浮腫は認めなかったが、腸管穿孔1例を認めた。開腹移行はLa群で1例認めたが、Ro群では認めなかった。

結語

腹腔鏡手術とロボット支援下手術の成績は概ね同等であった。引き続き術後経過を追跡し、またさらに症例を集積し、根治性や安全性を確認していくことが必要である。

150. 術前再発中リスク群と推定される子宮体癌 1A 期に対する傍大動脈リンパ節郭清の検討

川崎医科大学 産婦人科学

岡本 華、太田啓明、藤原 瞳、田坂佳太郎、森本裕美子、河村省吾、齋藤 渉、松本 良、杉原弥香、太田邦明、塩田 充、下屋浩一郎

【緒言】再発中・高リスクと推定される患者に対し、骨盤リンパ節郭清に加えて腎静脈下までの大動脈リンパ節郭清 (PAND) を施行することがガイドラインで推奨されている。当科では術前診断で子宮体癌 1A 期類内膜癌 G3 や漿液癌、明細胞癌、癌肉腫の症例にはロボット・腹腔鏡準広汎子宮全摘 (mRH) および骨盤リンパ節郭清 (PLND) に加えて後腹膜鏡傍大動脈リンパ節郭清 (Retro-PAND) を行っている。その結果について後方視的に検討した。

【方法】2020 年 12 月から 2024 年 3 月までに術前再発中リスク群と推定される子宮体癌 1A 期に対して Retro-PAND を 16 症例施行した。後腹膜腔に 4 本のトロッカーを配置し、腎静脈下まで郭清後経腹膜的にロボットもしくは腹腔鏡で PLND および mRH を行った

【結果】経腹膜手術にロボット使用が 12 例 (平均手術時間 381 分、出血量 110ml)、腹腔鏡 3 例 (平均手術時間 107 分、出血量 355ml)、2 期的な Retro-PAND は 1 例 (平均手術時間 170 分、出血量 10ml) であった。病理診断は漿液性癌 7 例、混合癌 3 例、G3 2 例、癌肉腫 2 例、明細胞癌 1 例、神経内分泌腫瘍 1 例であった。1B 期へのアップグレードが 3 例、傍大動脈転移が 2 症例、骨盤部リンパ節転移が 2 症例あり、いずれも単独転移であった。2 例に認め再発を認め術後 541 日、352 日での再発であった。【結論】術前再発中リスク群 1A 期ではリンパ節転移の分布は骨盤と傍大動脈リンパ節は同等であったことから PAND を省略すべきではないと考える。

151. 放射線治療から長期経過後に発症した放射線恥骨壊死の 1 例

高知大学医学部 産科婦人科学教室

岡 眞萌、牛若昂志、木村華捺、松浦拓也、樋口やよい、永井立平、前田長正

【緒言】放射線骨壊死は放射線治療部位に生じる骨壊死で、発症の中央値は治療後 16.9 ヶ月とされている。今回、放射線治療から 9 年と長期経過後に発症した放射線恥骨壊死の 1 例を経験したので報告する。

【症例】84 歳、G2P2、BMI 19.3。9 年前に、陰癌ⅢA 期 (T2N1M0) 扁平上皮癌に対し、CCRT を施行し、再発なく経過していた。外陰部の腫脹と疼痛を主訴に外来受診した。診察で外陰部浮腫、左側に発赤と疼痛を認めた。血液検査で WBC 13,500 / μ L、CRP 17.88 mg/dL と感染が疑われた。CT 検査で恥骨周囲に 4 cm 大の膿瘍が形成され、恥骨は骨溶解性変化を認めた。以上より放射線恥骨壊死および恥骨周囲膿瘍と診断し、CEZ 投与と CT ガイド下膿瘍ドレナージで治療した。膿瘍内容液の培養検査では C 群溶連菌が検出された。

【考察】放射線骨壊死は、子宮癌に対する骨盤部への治療後の発症頻度が 20.8% と比較的高い。発症の中央値は治療後 16.9 ヶ月とされているが、本症例は治療後 5 年の CT 検査では骨壊死を認めず、それ以降に発症したと考えられた。

【結語】放射線骨壊死は一般的な腫瘍管理の 5 年を経過しても発症することがあり、それを念頭に置いた長期的な晩期有害事象の管理と患者への十分な事前説明が必要である。

152. オラパリブ使用中の薬剤性間質性肺炎発症後に再開できた 2 例

益田赤十字病院

山崎葉々子、福島瑠璃子、片桐敦子、片桐 浩

【緒言】 オラパリブによる間質性肺炎の発症数は全体で約 0.6%と少ないが、発症すると非常に重篤となること
があり薬剤を中止する例もある。当院では卵管癌・卵巣癌に対してオラパリブ使用中に間質性肺炎を発症した
が治療により改善後、オラパリブを安全に再開できた症例を経験したため報告する。

【症例】 1 例目は 73 歳の卵管癌 I B 期に対してパクリタキセル・シスプラチン療法にオラパリブ 600mg を維
持療法で追加したところ、約 4 ヶ月後に発熱、乾性咳嗽をみとめ、間質性肺炎と診断された。呼吸器内科専門
医のもと約 2 ヶ月間のステロイド治療により改善し、CTCAE v4.0 で Grade3 の貧血をみとめていたためオラ
パリブ 500mg に減量が必要であったが約 2 ヶ月の休薬期間を経て再開した。2 例目は 57 歳の再発卵巣癌に
対してパクリタキセル・カルボプラチン療法後にオラパリブ維持療法を開始したところ、約 4 ヶ月後に発熱、呼
吸困難の症状が出現した。同様に間質性肺炎の診断で、約 1 ヶ月半のステロイド治療により改善したため 4 ヶ
月程度の休薬期間を経てオラパリブを再開した。

【結語】 両例ともにオラパリブ投与開始後しばらく経過してからの発症であり、なおかつ非特異的な症状で発
症していた。投与開始後、数ヶ月経過していても副作用発現には注意して経過観察をする必要がある。早期介
入により早期に、安全に投与再開が可能であると 2 例をもとに報告する。

153. レンバチニブ・ペムプロリズマブ併用薬物療法中に消化管穿孔をきたした 2 例

広島大学大学院医系科学研究科 産科婦人科学

吉原奏子、中本康介、柴村奈月、野田 望、西本祐美、大原 涼、宇山拓澄、野村有沙、
椋園優香、山根尚史、寺岡有子、大森由里子、野坂 豪、友野勝幸、山崎友美、
古宇家正、向井百合香、阪埜浩司、工藤美樹

【緒言】 レンバチニブとペムプロリズマブの併用療法（LP 療法）が保険適応となり、進行・再発子宮体癌に
対する治療選択肢が増えた一方、多様な有害事象を認め管理に難渋することがある。消化管穿孔の頻度は約 1%
と報告されているが、日本人集団ではさらに高い可能性が指摘されている。今回、当院で実施した LP 療法中
に消化管穿孔をきたした 2 例を経験したので報告する。

【症例 1】 59 歳、腹膜播種を認めた子宮体癌 IV B 期に対して手術と化学療法を施行した。初回治療後 7 ヶ月で
再発（腹膜播種、リンパ節転移）し、LP 療法を選択した。初回投与の 6 日目に発熱と腹痛を訴え、CT 検査で
消化管穿孔が疑われた。同日、小腸穿孔に対して人工肛門造設術を施行した。【症例 2】 69 歳、子宮体癌 I A 期、
類内膜癌 G3 に対して手術と化学療法を施行した。初回治療後 3 ヶ月で再発（腹膜播種、リンパ節転移、肺転移）
し、LP 療法を選択した。5 サイクル後にペムプロリズマブによる自己免疫性腸炎を認め、ステロイドによる加
療を行った。レンバチニブ単剤で継続し、2 ヶ月後に腹痛のため来院した。小腸穿孔と診断し、人工肛門造設
術を施行した。術後 23 日目、敗血症による急性腎不全のため死亡した。

【結語】 消化管穿孔のリスク因子として、腹膜播種や合併症による組織脆弱性などが知られており、投与開始
早期から発症する可能性もある。LP 療法の適応症例は、消化管穿孔のリスクを考慮した選択や管理が重要で
ある。

154. 当院における免疫有害事象の現状とステロイド治療を要した 2 例

広島市立広島市民病院 産婦人科

伊藤佑奈、植田麻衣子、岡田秀治、川口優里香、坂井裕樹、横畑理美、田中奈緒子、
築澤良亮、森川恵司、谷 和祐、関野 和、依光正枝、上野尚子、児玉順一

【背景】免疫チェックポイント阻害薬（ICI）が様々ながん腫で適応となっているが、ICI では免疫関連有害事象（irAE）の発現に注意が必要である。当院における irAE の現状とステロイド治療を要した 2 例について報告する。

【症例】当院において 2021 年 12 月から 2023 年 8 月までの期間で ICI は 34 例に使用されている。irAE 発症は 67.6%（23/34 例）にみられ、その内訳（同一患者を含む）は甲状腺機能障害 44.1%（15 例）、肝機能障害 32.4%（11 例）、下垂体性副腎障害 14.7%（5 例）、大腸炎 5.9%（2 例）、infusion reaction 2.9%（1 例）、髄膜炎 2.9%（1 例）、ぶどう膜炎 2.9%（1 例）であった。この内、Grade3 以上の症例は 17.6%（6 例）にみられ、ステロイド治療を要した症例は以下の 2 例であった。

（症例 1）47 歳 TMB-high の原発不明な明細胞癌に対して Pembrolizumab 投与開始 4 時間後に発熱を認めた。Infusion reaction と診断し、ステロイド投与を行い解熱をえた。ステロイド併用し Pembrolizumab 投与継続とした。

（症例 2）67 歳 再発子宮頸癌に対して Pembrolizumab 初回投与後 30 日目に髄膜炎を発症した。ステロイドパルス療法が著効したが、以後 Pembrolizumab 投与中止とした。

【結語】irAE は様々な時期に発症しうるため、定期的な検査に加え症状発症時の適切な検査が有用である。また、発症時は他科との連携により早急な治療介入が必要であると考ええる。

155. 皮膚筋炎発症を契機に、初回手術から 30 年後に子宮頸癌の骨盤内再発と診断された 1 例

愛媛大学大学院医学系研究科 産科婦人科学

藤井貴頌、横山真紀、田口晴賀、市川瑠里子、伊藤 恭、今井 統、矢野晶子、
吉田文香、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

皮膚筋炎は特徴的な皮膚病変と筋力低下を認める自己免疫性疾患で、悪性腫瘍を合併しやすいことが知られている。一方、子宮頸癌の再発は 2 年以内が多く、5 年以上経過して見つかるケースは少ないとされる。今回、我々は皮膚筋炎発症を契機に判明した傍直腸腫瘤が、初回治療から 30 年経過し再発した子宮頸癌と診断した 1 例を経験したため報告する。

【症例】67 歳、女性。両側上肢の筋力低下、顔面紅斑、嚥下障害のため当院内科を紹介受診し、Gottoron 徴候や血液検査で筋原性酵素の上昇を認め皮膚筋炎と診断された。抗 TIF1- γ 抗体陽性であった。悪性腫瘍スクリーニングのために施行した CT 検査で傍直腸腫瘤を指摘され、下部消化管内視鏡下に経直腸生検を施行し HPV 関連扁平上皮癌と診断された。患者は当院で約 30 年前に円錐切除術の既往があり、当時の病理組織検体の再診断を行ったところ子宮頸部微小浸潤癌の結果であった。肉眼的に子宮頸部に異常を認めず、MRI 検査や PET-CT 検査でも子宮・付属器に異常は認められなかったが、臨床的に子宮頸癌再発と診断し同時化学放射線療法を開始した。

【考察】腫瘍随伴性皮膚筋炎の正確な分子メカニズムはいまだ不明であるが、抗 TIF1- γ 抗体などの関与が示唆されており、悪性腫瘍の病勢を制御することが皮膚筋炎の改善に繋がることから、皮膚筋炎患者では悪性腫瘍を疑い積極的に全身検索を行う必要がある。

156. 両側水腎症と AGC を契機に胃癌子宮転移の診断に至った 1 例

JA 徳島厚生連 阿南医療センター

炬口恵理、山崎幹雄、牛越賢治郎、和泉佳彦

胃低分化型腺癌は若年女性に多く、高率にリンパ節転移や腹膜播種をきたし遠隔転移を認める場合の 5 年生存率は 7% 未満と予後不良である。胃癌は卵巣、子宮へ転移することが知られている。今回両側水腎症のため婦人科受診し、AGC を契機に胃癌子宮転移の診断に至った症例を経験したため報告する。症例は 57 歳、2 妊 2 産、既往歴、家族歴に特記事項なし。嘔気症状を主訴に近医内科受診。腹部 CT 検査にて両側水腎症および腎機能障害 (BUN: 20.7mg/dl, Cr: 2.36mg/dl) を認めたため原因検索目的に当院消化器内科、泌尿器科および産婦人科紹介受診。経膈超音波検査及び MRI 検査上、子宮、卵巣に明らかな悪性を疑う病変は認めなかった。ダグラス窩に腹水を認め採取、Class I であった。子宮頸部細胞診は AGC、コルポスコピーでは明確な病巣は認めなかったが、生検にて malignant neoplasm の診断であった。子宮体部細胞診 Class III、子宮内膜組織検査では子宮頸部と同様の異型細胞を認めた。上部消化管内視鏡検査で胃癌を認め、審査腹腔鏡を行った。壁側腹膜全体に白色小結節病変を認め、左右卵管根部が硬く尿管を巻き込んでいた。免疫組織学検査もふまえ、胃癌の子宮転移との診断に至った。水腎症を来す原因として婦人科悪性腫瘍を疑うが、本症例のように転移性腫瘍も念頭におくことが重要である。また AGC で明らかな病変が断定できない場合でも生検をしておくことで診断の一助となることを認識した。

157. 偶発的に発見され診断された卵管発生の高分化乳頭状中皮腫の一例

岡山大学病院 産科婦人科学教室

白河伸介、杉原花子、谷 佳紀、入江恭平、依田尚之、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

【症例】 高分化乳頭状中皮腫 (WDPMT) は増大することは少なく術前診断されることは稀で手術中に偶発的に発見された報告が多く良性の経過を辿る事が多い一方で、浸潤所見や播種病変がある症例は再発リスクがあるとの報告もあるが、稀な疾患のため治療法に一定の見解はない。今回我々は他疾患の手術中に偶発的に発見・診断された卵管発生の高分化乳頭状中皮腫 (WDPMT) の非常に稀な一例を経験した。

症例は 46 歳、癌検診で近医を受診し子宮頸部高度異形成の診断、精査加療目的に当院紹介受診。ロボット支援下子宮全摘術＋両側付属器切除術を施行、右卵管に 2.5mm 大の乳頭状腫瘤を認めた。卵管の乳頭状腫瘤は病理検査で、均一な立方体細胞が密に増殖し複雑な乳頭状構造。免疫染色で Calretinin、WT-1、PAX-8 陽性で EMA 陰性。複雑な構造が非典型ではあるが異型細胞なく WDPMT と診断した。他に播種病変なく完全切除できており経過観察中である。

【結語】 手術中に偶発的に乳頭状病変を発見した場合は完全切除し病理学的診断をする事が重要である。

158. 腸管子宮内膜症による腸閉塞の診断で腹腔鏡下手術を施行したところ myeloid sarcoma と術後診断された一例

¹⁾ 岡山大学医学部 産科婦人科学、²⁾ 岡山大学大学院保健学研究科

西田康平¹⁾、鎌田泰彦¹⁾、ヴ トゥイハ¹⁾、樫野千明¹⁾、光井 崇¹⁾、中塚幹也²⁾、増山 寿¹⁾

【緒言】 腸閉塞の発症を契機に腸管子宮内膜症と診断される症例は少なくない。また腸閉塞の原因は多岐にわたるため、発症早期に原因を特定することは容易ではない。今回、腸管子宮内膜症による腸閉塞を強く疑い、腸管切除術を施行したところ、術後の病理組織学的検査にて myeloid sarcoma と診断された一例を経験したので報告する。

【症例】30代、2妊1産。腹痛、嘔吐を主訴に前医内科を受診し、小腸腫瘍が疑われたため当院消化器内科に紹介された。小腸内視鏡検査は異常所見なし。腹部造影CTにて腸間膜に造影効果を伴う軟部影を認め、悪性リンパ腫が疑われたが、MRI検査にて腸管子宮内膜症の可能性も指摘されたため精査加療目的に当科紹介となった。その時点で再度激しい腹痛、嘔吐症状が出現したため入院管理とした。内診ではダグラス窩に硬結を触れ、経膈超音波検査で特徴的な低エコー像を認めたことから直腸子宮内膜症の合併も疑われた。以上より小腸子宮内膜症による腸閉塞の術前診断で、消化管外科と合同で腹腔鏡下小腸部分切除術を施行した。主病変は回腸であり、高度に狭窄していた。またダグラス窩の直腸漿膜はピロード状であったが、術中迅速腹水細胞診は陰性であった。回腸子宮内膜症の診断で手術を終了したが、術後の病理組織学的診断はmyeloid sarcomaであり、子宮内膜症は明らかでなかった。術後経過は良好であり、退院後は血液内科に転科し化学療法を施行中である。

159. AFP 産生上皮性卵巣腫瘍の1例

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科婦人科学教室

谷 佳紀、谷岡桃子、杉原花子、白河伸介、入江恭平、松岡敬典、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】AFPは卵巣胚細胞腫瘍で上昇することが多いが、上皮性卵巣腫瘍においてAFP産生を認めるものは稀である。今回、AFP産生上皮性卵巣腫瘍の1例を経験したので報告する。【症例】71歳3妊2産。近医で多量腹水貯留とAFP上昇を指摘され、前医内科を受診した。肝硬変疑いで精査が進められていたが、CTで両側卵巣の腫瘍性病変と腹腔内の多発結節像が認められ、腹腔内播種を伴った卵巣悪性腫瘍の疑いで当科紹介となった。AFPおよびhCGの上昇を認めており胚細胞腫瘍を疑ったが、針生検でAFP産生上皮性卵巣腫瘍と確認され、臨床進行期ⅢC期と診断した。PDSは困難と判断し、化学療法を先行した。TC療法が奏効し、8サイクル終了後に腫瘍減量手術（子宮全摘＋両側付属器切除＋部分大網切除＋播種病変切除術）を施行し、complete surgeryとなった。分子生物学的特徴として、MyChoice診断システムでBRCA2遺伝子の病的バリエーションを認め、BRCAAnalysisで生殖細胞系列のBRCA2遺伝子の病的バリエーションを認めた。術後はオラパリブ維持療法を実施し、開始後6か月再発なく経過している。【考察】AFPを産生する上皮性卵巣腫瘍は若年に好発する胚細胞腫瘍とは対照的に閉経後の発生が多く、予後不良とされる。高年者にAFPを産生する卵巣腫瘍を認めた場合は上皮性卵巣腫瘍を念頭に置き、積極的に組織診断を行うことが重要と考えられ、また分子生物学的特徴によっては良好な治療効果が得られる可能性があると考えられた。

160. 卵巣明細胞癌で脳梗塞を繰り返した Trousseau 症候群の一例

JA尾道総合病院 産婦人科

宮野音沙也、上田明子、影山優花、豊田祐里子、坂下知久

【緒言】Trousseau 症候群は悪性腫瘍により血液凝固能が亢進し、脳梗塞などの血栓症を生じる病態である。今回、卵巣明細胞癌に Trousseau 症候群を合併し、抗凝固療法にも関わらず脳梗塞を繰り返した症例を経験したので報告する。【症例】40歳。1妊0産。背部痛を主訴に前医を受診し、CTで充実成分を伴う卵巣腫瘍、腹腔内の多発する結節を認め進行卵巣癌が疑われた。同時に両側の腎梗塞、左下腿の深部静脈血栓症を認め、DOAC (Direct Oral Anticoagulant) を開始した。審査腹腔鏡で卵巣癌ⅢC期 (明細胞癌) と診断し、TC療法を開始した。3 cycle 後のCTはSDで、右腎背側や左下肢の静脈に新たな梗塞巣を認めた。さらに6 cycle 後に左中大脳動脈領域の脳梗塞を発症し失語症となった。血栓回収のみでは虚血の改善が不十分であったため、浅頭動脈-中大脳動脈吻合術を行った。失語症・上肢の麻痺の改善を待ち、単純子宮全摘出術、両側付属器摘出術、大網全摘術を行い、その後も化学療法およびDOACを継続していたが、小脳梗塞を発症し腹膜播種・多発リンパ節転移を認めた。抗凝固療法はヘパリン皮下注に変更し化学療法を継続したが、頭頂葉の脳梗塞も

出現した。骨・肝転移も認め、てんかん発作を繰り返し、4th line も PD で BSC の方針とした。【結語】脳梗塞を発症するたびに卵巣癌の治療が遅れ、更に脳梗塞が増悪するという悪循環により1年5ヶ月でBSCとなった症例であった。

161. 多発脳梗塞を併発し Trousseau 症候群と診断された卵巣腫瘍の1例

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室

瀬尾里奈、松岡敬典、今谷稜子、谷岡桃子、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】Trousseau 症候群は悪性腫瘍に伴う血液凝固能亢進により静脈血栓症、多発脳梗塞を呈する病態であり、原因疾患としては卵巣明細胞癌が多く報告される。今回、卵巣腫瘍の精査中に左上下肢の不全麻痺を契機に Trousseau 症候群と診断した卵巣類内膜癌と子宮内膜癌の重複癌の1例を報告する。

【症例】46歳 2妊2産 過多月経と下腹部膨隆を主訴に近医産婦人科クリニックを受診し、経腹超音波での骨盤内腫瘍(11cm大)所見と血清CA125高値(4900U/mL)のため卵巣悪性腫瘍が疑われた。当科初診までの待機期間に頭痛と左上下肢の不全麻痺を訴え前医救急外来を受診し、D-dimer高値(39.1 μ g/mL)を伴った多発脳梗塞と肺動脈血栓症を認めたため、当院に搬送となった。卵巣悪性腫瘍を契機に発症した Trousseau 症候群と判断し、速やかに抗凝固療法を開始した。しかし、その後新規の脳梗塞による口角麻痺が出現したため、搬送後8日に急遽、開腹下に単純子宮全摘出+両側付属器切除+大網部分切除術を施行した。病理結果は右卵巣類内膜癌および子宮内膜癌(いずれもG1)であった。術後徐々に麻痺症状は改善し、画像検査でも陳旧性脳梗塞が残るのみとなっている。現在、後療法の化学療法を施行中で、神経学的後遺症は認めていない。

【結語】卵巣悪性腫瘍患者において神経症状を合併した Trousseau 症候群を認めた場合、迅速な手術が神経学的予後の改善のために必要である。

162. 初発進行卵巣癌における PARP 阻害薬維持療法についての検討

山口大学医学部附属病院 産科婦人科

新井響子、梶邑匠彌、為久哲郎、高木遥香、竹谷俊明、末岡幸太郎、杉野法広

目的

当院における初発進行卵巣癌に対する PARP 阻害薬の治療成績や有害事象について後方視的に検討する。

方法

2019年4月から2024年4月までに初発進行卵巣癌で術後抗癌剤治療後に維持療法として PARP 阻害薬を使用した16例について、その背景、使用期間、有害事象、再発後の経過について検討した。

結果

いずれの症例も直前に dose-denseTC 療法を4-6コース施行し奏功を得ていた。遺伝子変異について tBRCA1/2mut; 7/16 (43.8%)、tBRCA1/2 wt かつ HRD; 3/16 (18.8%)、HRP; 6/16 (37.5%) であった。再発を来し治療中止となった症例は3例で全て HRP 症例であった。その他の症例では増悪を認めず治療継続可能であった。有害事象は13/16症例に認められた。内訳は倦怠感3/16 (G1-2; 3)、貧血7/16 (G1-2; 2、G3-4; 5)、血小板減少4/16 (G1-2; 0、G3-4; 4)、及び好中球減少2/16 (G3; 2) であった。6例では投与量の減量が必要であったが休薬、減量により投与継続が可能であった。

結論

初回卵巣癌治療における PARP 阻害薬による維持療法は BRCA 遺伝子変異症例や HRD 症例では増悪を認めず予後を改善し得る。またその有害事象は諸家の報告とほぼ同等で投与量やスケジュールの調節で安全に使用が可能であると考えられた。

163. プラチナ感受性再発卵巣がんに対する PARP 阻害薬と platinum free interval への影響

鳥取大学医学部 産科婦人科学分野

山本康嗣、小松宏彰、大川雅世、曳野耕平、飯田祐基、澤田真由美、佐藤慎也、谷口文紀

【目的】

プラチナ感受性再発卵巣癌患者に対する、PARP 阻害薬 (PARPi) 維持療法の効果と platinum free interval (PFI) への影響について知ること。

【方法】

2018 年 5 月から 2023 年 10 月に当科でプラチナ感受性再発卵巣癌に対して PARPi を投与した 34 例と、再々発に対して再度プラチナ製剤を投与した 14 例を対象とし、予後について後方視的に検討した。

【成績】

プラチナ感受性再発卵巣癌に対して PARPi を投与した 34 例の年齢の中央値 (範囲) は 66 (44-82) 歳、組織型は高異型度漿液性癌であった。PARPi は Olaparib 32 例、Niraparib 2 例であった。24 例 (70.6%) は初回再発時に PARPi を使用していた。PARPi 開始前の PFI (PFI1) は 18.2 (6.1-84.3) ヶ月であり、PARPi 維持療法中の PFI (PFI2) は 9.6 (2.9-57.6) ヶ月であった。10 例 (29.4%) は PFI2 が PFI1 を上回った。

PARPi 投与後に再発を認め、再度プラチナ製剤を投与した 14 例の PFI1 は 17.7 (6.1-48.0) ヶ月、PFI2 は 8.1 (3.6-30.7) ヶ月であり、PARPi 使用後再発に対して行った治療の PFI (PFI3) は 4.1 (0.2-9.4) ヶ月であった。13 例 (92.8%) で PFI3 が PFI2 を下回り、10 例 (71.4%) で PFI3 は 6 ヶ月未満となりプラチナ抵抗性を示した。

【結論】

PARPi は一部のプラチナ感受性再発卵巣癌患者には奏効するものの、PARPi 維持療法中に再発を認めた場合、その後の PFI は短縮しプラチナ抵抗性を示す可能性が示唆された。PARPi 投与後の再発に対する新たな治療戦略が必要と考えられた。

164. 大網に成熟嚢胞奇形腫を認めた一例

高松市立みんなの病院 産婦人科

山下瑞穂、三宅すずか、徳井貴子、加藤剛志

成熟嚢胞奇形腫が卵巣外に発生することは少なく、特に消化管からの発生は極めてまれである。今回われわれは、大網に存在した成熟嚢胞奇形腫を腹腔鏡下に摘出したため報告する。症例は 37 歳女性、1 妊 1 産。29 歳時に腹膜炎の既往あり。急性腹症で当院内科を受診、腹部 CT にて PID と両側付属器腫瘍を指摘されて当科紹介となった。超音波検査で両側卵巣に内部粗造の嚢胞性腫瘍と腹膜直下に液面形成を伴う腫瘍を認めた。MRI では両側付属器領域及び腹壁直下に脂肪成分を含む腫瘍を指摘された。PID に対しては CMZ 点滴及び CCL 内服にて軽快した。腹壁直下の腫瘍は可動性があることから、腸間膜奇形腫を疑い腹腔鏡下手術を行った。術中所見は大網に腫瘍が発育しており、腸管との癒着は認めなかった。ハーモニックにて大網の血管を処理して大網腫瘍を摘出した。病理検査の結果、腹壁腫瘍の周囲に肉芽腫性の炎症性異物反応を認め一部に毛髪成分あり、過去に腹膜炎の既往があるため奇形腫の破裂に関連した病変の可能性が考えられた。また、腸間膜奇形腫の可能性も否定できなかった。今回は良性腫瘍で癒着もなく容易に摘出できたが、摘出困難だった可能性もあり術前に画像検査で発生母地を検索することは重要である。

165. 術前に診断できなかったガーゼ遺残による異物肉芽腫の1例

¹⁾ 高知大学医学部 産科婦人科学教室、²⁾ あき総合病院

高島田君平^{1) 2)}、牛若昂志¹⁾、木村華捺¹⁾、松浦拓也¹⁾、樋口やよい¹⁾、永井立平¹⁾、前田長正¹⁾

【緒言】 ガーゼ遺残による異物肉芽腫は医療安全対策により近年減少傾向であり、臨床で経験することは稀である。今回、術前に診断できなかったガーゼ遺残による異物肉芽腫の1例を経験したため報告する。

【症例】 80歳、女性。39歳に帝王切開の既往がある。腹部CT検査で偶発的に右傍結腸溝に8cm大の充実性腫瘍を認め、当院外科へ紹介となった。造影CT検査で卵巣動静脈の血流があり、右卵巣腫瘍が疑われ当科紹介となった。造影MRI検査でT2・T1強調画像で低信号、FDG/PET-CT検査で腫瘍辺縁に淡い集積があり、性索間質性腫瘍が疑われた。血液検査では、CEA 5.8ng/mL以外の腫瘍マーカーは陰性、E2 5.78pg/mLであった。術中所見で腫瘍は右傍卵巣腫瘍所見で右傍結腸溝に存在し、周囲と膜状の癒着を伴っていた。腹腔鏡下両側付属器切除を行った。病理検査で広範な糸状物質を認め、病歴と併せ41年前の帝王切開時のガーゼ遺残による異物肉芽腫と診断した。

【考察】 腫瘍への卵巣動静脈の血流やE2分泌から卵巣腫瘍を想起した。本症例は、whirl-like spongiform patternやfolded fabric appearanceなどのガーゼ遺残の特徴的所見を認めなかった。また、41年前の手術でX線造影剤入りガーゼが使用されていない可能性が高く、術前にガーゼ遺残による異物肉芽腫を疑うことがより困難であった。

【結語】 手術既往のある充実性腫瘍ではガーゼ遺残も術前の鑑別としてあげる必要がある。

166. 術前診断で再発卵巣腫瘍が疑われた消化管外アニサキス症による骨盤内腫瘍の1例

¹⁾ 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、

²⁾ 宮崎大学医学部 感染症学講座 寄生虫学分野

山中智裕¹⁾、福原 健¹⁾、手塚 聡¹⁾、橋本阿実¹⁾、戸田愛理¹⁾、深江 郁¹⁾、黒田亮介¹⁾、門元辰樹¹⁾、澤山咲輝¹⁾、田中 優¹⁾、堀川直城¹⁾、清川 晶¹⁾、楠本知行¹⁾、中堀 隆¹⁾、長谷川雅明¹⁾、田中美緒²⁾、田中龍聖²⁾、丸山治彦²⁾、本田徹郎¹⁾

【緒言】 アニサキス症のほとんどは胃アニサキス症や腸アニサキス症であるが、全体の約0.5%は消化管外アニサキス症として発見される。消化管外アニサキス症の多くは自覚症状に乏しく、術後診断で明らかになることがほとんどである。今回、再発卵巣腫瘍を疑い手術を行い、消化管外アニサキス症の診断となった1例を経験したため報告する。

【症例】 63歳。検診受診時に左付属器領域に5cm大の多房性嚢胞を指摘されて当科紹介となり、急速な増大を認めていた。予定手術の待機中に下腹部痛のため当院救急外来を受診し、腫瘍の破裂を疑い入院し、腹式単純子宮全摘+両側付属器切除+大網部分切除術を施行した。病理学的検査ではmucinous borderline tumorの診断だった。術後7か月で撮像されたCTで骨盤内結節を認め、腫瘍の再発が疑われた。明らかなリンパ節転移や遠隔転移は指摘されず、腫瘍摘出術を施行した。開腹所見では回盲部から30cm程度口側の腸間膜に拇指頭大、弾性硬の腫瘍を認めた。周辺臓器の炎症所見を踏まえて虫垂および小腸部分切除を行った。病理学的検査では脂肪壊死巣であり、少なくとも長さ5mmの寄生虫体を認めた。精査の結果、消化管外アニサキス症の診断となった。

【結語】 消化管外アニサキス症の多くは無症状であるが、病変の進行に伴い腸閉塞に至る症例も報告があり、安易な経過観察は推奨できない。一方で術前診断は困難であり、患者背景を鑑みて治療方針を決定する必要がある。

167. 卵管角付近の発生と推測される胞状奇胎に対して子宮内吸引術を施行したものの、治療に難渋した一例

福山市民病院 産婦人科

宮地 葵、早田 桂、組橋佳純、兼森美帆、高原悦子、青江尚志

【緒言】異所性胞状奇胎の多くは、卵巣・卵管・卵管角などを病変部位とし、その頻度は50,000妊娠に1～2回と推測されている。今回、卵管角発生か子宮内腔発生かの判断が困難であり、また妊孕性温存のために初回治療として子宮内吸引法を選択したが、治療に難渋した胞状奇胎の1例を報告する。【症例】30歳1妊0産。前医にて不妊治療中、タイミング法にて妊娠したが、卵管角付近に卵黄嚢を認め異所性妊娠が疑われた。しかし妊娠7週時点で血中hCG 133,174mIU/mlであり、胞状奇胎として子宮内吸引術を施行した。2週間後、超音波検査にて胞状奇胎の再増殖あり、hCGも74,029mIU/mlと再上昇を認め、再度吸引術施行した。しかし再々度胞状奇胎は増殖し、hCGも125,445mIU/mlと上昇をきたしたため、3度目の吸引術施行後に臨床的侵入奇胎に準じてMTX単剤療法導入した。現在も治療継続中であるが、hCGの下降も良好である。【結論】卵管角に発生した胞状奇胎についての報告は稀であり、ケースレポートの範疇を出ないが、治療法としては基本的に腹腔鏡下卵管角切除が選択されており、またその後の妊孕性温存に関しては検討されていない。卵管角付近の胞状奇胎を、妊孕性温存した上で治療する方法として、子宮内吸引術と化学療法の併用が有用である可能性がある。

168. 当院で経験した胞状奇胎17症例の検討

香川県立中央病院

合田亮人、早田 裕、矢野友梨、堀口育代、永坂久子、米澤 優、高田雅代、中西美恵

胞状奇胎は受精異常により栄養膜細胞の異常増殖をきたす疾患であり、初期の人工妊娠中絶に準じた方法で子宮内容除去術が施行される。治療法として世界保健機関（WHO）は手動真空吸引法（manual vacuum aspiration: MVA）を推奨しているが、わが国では従来の子宮内搔爬術が広く施行されてきた。産婦人科診療ガイドライン 産科編 2023からは吸引法が推奨されており、更には形式的な再搔爬は不必要である可能性が指摘されている。当院で2014年1月から2023年3月までの10年間で経験した胞状奇胎17症例について検討を行った。治療法は全17症例で吸引法が選択され、再搔爬を行なったのは8症例（49%）あった。5症例は形式的に再搔爬が行われたがいずれの症例でも組織学的に遺残は認めなかった。遺残が疑われて再搔爬したものは3症例あり、そのうち実際に遺残を認めたのは2症例あった、術後hCGがカットオフ値未満に低下するまでの期間の中央値は術後8週であり、比較的速やかに低下している症例が多く、術後24週を超えてhCG高値が持続する症例はなく、全例が経過順調型であった。当院の症例の検討からも、胞状奇胎の治療は吸引法でも十分な治療成績が得られるといえる。また、形式的に再搔爬を行った症例では実際には遺残を認めなかったことから、術後の経過で遺残を疑うときのみ再搔爬を行うことが望ましいと考えられる。

169. 人工授精1380周期の精液所見と妊娠例の検討

島根大学医学部 産科婦人科

岡田裕枝、折出亜希、金崎春彦、京 哲

【目的】人工授精（夫婦間）実施時の調整前及び調整後精液所見と妊娠率の関連について検討した。
【方法】2018年1月から2021年12月までに島根大学医学部附属病院で人工授精を施行した421名、1380周期の精液所見と妊娠率を後方視的に検討した。精液所見の正常下限基準値は2021年WHO基準を用いた。
【結果】1380周期の人工授精中87周期で妊娠が成立した（6.3%）。妊娠群と非妊娠群では女性、男性共に年齢に有意差を認めた。調整前及び調整後精液所見は妊娠群、非妊娠群で量、濃度、総精子数、運動率、総運動精

子数ともに差を認めなかった。調整前精液所見において運動率が WHO 基準を満たしていない場合、基準値内にあった場合に比べて有意に妊娠率が低かったが、量、濃度が基準以下の場合と基準値内の場合で妊娠率に有意な差は無かった。調整後精子運動率が 42% を超えない場合の妊娠例は無かった。調整前精液運動率と男性の年齢に負の相関を認めた。調整後運動率が基準を下回る場合の妊娠例は無かったが、調整前後共に基準値内である場合の妊娠率が他と比べて高かった。

【考察】人工授精においては調整前後の精液所見のパラメーターは妊娠群、非妊娠群で差を認めなかったが、調整前精子の運動率が WHO 基準を下回る場合の妊娠率は悪く、また調整後精子の運動率が WHO 基準の 42% 下回る場合の妊娠例は無かった。人工授精においては精子運動率が重要であると考えられた。

170. 累積生産率からみた体外受精における至適採卵数の検討

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、荒田萌花、大和田陽菜、田村 公、湊 沙希、山本由理、岩佐 武

生殖補助医療において刺激周期で採率を目指すべき最適な卵子数に関するコンセンサスは得られていない。至適採卵数を検討するため、採卵数と累積妊娠率および生産率との関連を年代別に評価した。

2020-2022 年に当院で卵巣刺激を実施した 45 歳未満の患者の総採卵周期、総移植周期数を対象とした。採卵個数の中央値は 8.3 ± 0.2 個、患者の年齢は 37.4 ± 0.2 歳だった。30 歳未満 (39 周期)、30-34 歳 (161 周期)、35-39 歳 (316 周期)、40 歳以上 (286 周期) の 4 群に分け採卵個数別の累積妊娠率および累積生産率を検討した。採卵数 6-10 個、11-15 個、16 個以上で累積生産率はそれぞれ、30 歳未満で 62.5%、87.5%、93.3%、30-34 歳は 62.2%、61.9%、64.7%、35-39 歳は 31.6%、37.7%、73.0%、40 歳以上は 13.2%、28.6%、40% だった。35-39 歳では採卵数 17 個以上、40 歳以上では 22 個以上で 1 回の採卵で半数の患者が生産に至った。40 歳以上では累積妊娠率と累積生産率との乖離が大きかった。

若年では少ない採卵数でも一定の生産率が見込めるが、35 歳以上では採卵数の増加に比例して生産率が上昇していた。このように年齢により生産に必要とする採卵個数が異なるため、画一的な卵巣刺激ではなく、年代に応じた卵巣刺激を意識して実施することが必要である。

171. 卵細胞質の granulation patterns と受精率、胚発育、妊娠率との関係

山口大学医学部附属病院 産婦人科

高崎ひとみ、城下亜文、田村 功、米田稔秀、藤村大志、三原由実子、杉野法広

【目的】卵子の質は受精率や胚発育に影響するが、未だ確立された評価方法が存在しない。近年、卵細胞質の granulation が卵子の未熟性と関連していると報告された。我々は、既報の卵細胞質の granulation patterns (GP) と受精率、胚発育、妊娠率との関係を、体外受精 (IVF) と顕微授精 (ICSI) に分けて検証した。【方法】当院で採卵した 771 卵子 (MII 卵) を対象とした。卵細胞質の granulation を認めない、またはわずかな卵子を fine granulation (FG)、中央にのみ存在する卵子を central granulation (CG)、不均一に存在する卵子を uneven granulation (UG)、全体に存在する卵子を dispersed granulation (DG) に分類し、受精率、胚発育、妊娠率との関係を検討した。【結果】GP の割合は、FG 58.0%、CG 21.8%、UG 11.4%、DG 8.8% であった。IVF 施行 416 卵子では、受精率は FG 62.7%、CG 59.8%、UG 26.7%、DG 35.7% であり、UG、DG は受精率が低かった。ICSI 施行 355 卵子では、受精率は FG 69.7%、CG 73.7%、UG 74.0%、DG 59.3% であり、差を認めなかった。また、ICSI で受精した UG、DG 卵の胚盤胞到達率は 63%、59.4% と FG、CG 卵の 53.8%、50% と同等であったが、妊娠率は UG+DG 卵では 25% と FG+CG 卵の 64% に比べて低かった。【結論】卵細胞質の GP は受精能の予測に有用である。また、UG、DG を呈する卵子は ICSI を行えば、FG、CG 卵と同様に胚盤胞に到達する。卵細胞膜の GP は移植胚盤胞の選択に有用である。

172. 山口県がん・生殖医療ネットワーク（YOF-net）設立からの成績と現状

山口県立総合医療センター

末田充生、田村博史、今川天美、浅田裕美、三輪一知郎、讃井裕美、佐世正勝、中村康彦

【目的】山口県がん・生殖医療ネットワーク（YOF-net）は、2018年11月1日より設立運営されている。これまでの活動実績について検証する。

【方法】2018年11月発足から2023年8月までにYOF-netを介してがん生殖カウンセリングを受けた症例を対象とし、妊孕能温存治療の実施、方法、保存配偶子および胚の使用について調査した。

【結果】男性患者は28名（15-68歳：中央値27.5歳）、原疾患は造血器腫瘍12例、精巣腫瘍6例、骨軟部腫瘍5例、その他5例であった。26例（92.9%）に精子凍結を施行した（1例は希望なし、1例は無精子症）。女性患者は36名（11-44歳：中央値32.5歳）、原疾患は乳癌20例、造血器腫瘍8例、卵巣癌4例、その他4例であった。17例（47.2%）に未受精卵子（12例）または胚凍結（5例）を施行した。凍結配偶子および胚の使用は、男性は2例において凍結精子を用いてARTを行い、妊娠が成立し生児を得ている。女性は1例で凍結胚を用いた融解胚移植を施行も妊娠に至っておらず、凍結未受精卵子を使用した症例は未だ認めていない。

【考察】カウンセリング後の妊孕能温存治療実施率は男性が92.9%であったのに対し、女性では47.2%であった。症例数は増加傾向にあるが、医療従事者へのYOF-net周知普及、がん患者へのがん生殖に関する情報提供のさらなる推進が望まれる。

173. Wunderlich 症候群に腔壁への異所性尿管開口を合併し感染を契機に治療に至った1例

徳島市民病院 産婦人科

立花綾香、山本哲史、片山幸子、柳原里江、福井理仁、古本博孝

【緒言】Wunderlich 症候群は重複子宮に子宮頸部の閉鎖腔および患側腎無形成を伴う先天的な症候群である。稀な疾患で月経困難症や妊娠を契機に診断されることもあるが、今回我々は腔壁への異所性尿管開口を合併し感染を起こしたことで治療に至った症例を経験したため報告する。

【症例】45歳、女性。4妊3産（帝王切開3回）。20代で双角子宮と右腎欠損を指摘されていた。今回、腔からのポリープ状腫瘍が増大し疼痛を伴うため、前医より当院紹介となった。血液検査で炎症反応上昇あり入院とした。内診と画像検査より右腹部に腫大した管状構造があり、腔壁腫瘍との連続性を疑った。さらに重複子宮だが右側の子宮腔部が確認できず、右子宮頸部と思われる部位に留血腫を認めた。入院後、腔壁腫瘍が自壊し排膿したため、症状は軽減したが、今後再燃する可能性を考慮し、全身麻酔下に右腔壁腫瘍および右子宮留血腫に対して閉塞術を行った。子宮鏡を用いて右子宮内腔を観察し、閉鎖部位頭側を生検し、円柱上皮であった。右腔壁腫瘍の生検では内腔に尿路上皮を認めた。以上より Wunderlich 症候群と腔壁への異所性尿管開口合併と思われた。術後3か月経過するが、感染の再燃など認めていない。

【結語】子宮奇形に腎欠損を伴う症候群には様々な亜型が存在し、本症例のように妊娠出産を経た後に、感染などの症状を来して治療に至るケースもあり長期的な経過観察が必要である。

174. 閉塞性腸閉塞を発症した回盲部子宮内膜症の一例

JA 広島総合病院

宮岡 愛、菰下智貴、平井雄一郎、高本晴子、中西慶喜

腸管子宮内膜症は多くが直腸とS状結腸に認められ、回盲部の腸管子宮内膜症は比較的稀である。今回、回盲部腫瘍を形成し閉塞性腸閉塞を発症した一例を経験したので報告する。症例は44歳、1妊1産。元来月経困

難症があり7年前に右卵巣子宮内膜症性嚢胞を指摘されていたが、無治療で通院を自己中断していた。月経周期9日目に下腹部痛が出現し徐々に増悪し、5日後に当院消化器内科へ救急搬送された。造影CT検査で回盲部に5cm大の腫瘤を認め、回盲部腫瘍の疑いで入院したが、翌日症状が改善したため一度退院した。退院後8日目にかけて疼痛が増強し、食事摂取不良となったため近位内科より当院消化器外科へ紹介受診となった。回盲部腫瘍による閉塞性腸炎が疑われ入院し、絶食・補液で保存的加療が開始された。以前より子宮内膜症の指摘があったことから異所性子宮内膜症の可能性が疑われ、同日当科へ紹介となった。経膈超音波検査では3cm大の右卵巣子宮内膜症性嚢胞を認めており、GnRHアンタゴニストの投与を開始した。その後も症状は改善せず、回盲部腫瘍による閉塞性腸閉塞が疑われたため消化器外科で回盲部切除術施行の方針となった。病理組織診断では回盲部腫瘍に子宮内膜症の像を認め、回盲部の腸管子宮内膜症による閉塞性腸閉塞であったと診断した。術後経過は良好で術後8日目に退院となり、現在は当科外来でジエノゲスト内服による治療を継続している。

175. 稀少部位子宮内膜症に対してGnRHアンタゴニスト内服後外科的切除で軽快した2例

1) 徳島県立中央病院 臨床研修センター、2) 徳島県立中央病院 産婦人科
中村成穂¹⁾、河北貴子²⁾、正木理恵²⁾、宮谷友香²⁾、西村正人²⁾

稀少部位子宮内膜症は子宮内膜症において比較的発生頻度の低い病態である。膀胱子宮内膜症や直腸子宮内膜症に代表される。今回我々は、稀少部位内膜症を2症例経験したので報告する。症例1は44歳、2妊2産、EMR後の腸穿孔により左傍腹直筋切開歴あり。X年8月より月経周期に変化する臍部の硬結を伴った腫瘤を自覚し受診。生検にて異所性子宮内膜症と診断しGnRHアンタゴニスト内服後外科的切除を行い軽快した。症例2は35歳、6妊3産、3度の帝王切開の既往あり。恥骨前面に5×6cm大の皮下腫瘤があり、月経時に疼痛、圧痛を認め受診。MRI、生検にて稀少部位子宮内膜症と診断し、切除範囲が広範囲のため縮小効果目的にGnRHアンタゴニスト投与後、外科的切除術を行い軽快した。異所性子宮内膜症の治療は薬物コントロールが症状のコントロールに有効とする報告もあるが、根治は手術療法が必要となる場合が多く、上記2例のように形成外科医と協力した外科的治療が有効である。

176. 低位前方切除術後に正期産児が得られた直腸子宮内膜症合併不妊症の1例

高知大学医学部 産科婦人科学教室

山本楨平、都築たまみ、谷口佳代、前田長正

【緒言】直腸子宮内膜症は、ART前の外科的病巣切除により妊娠率が向上するとの報告がある。一方で病巣切除に伴う腸管穿孔や、妊娠脱落膜変化による腸管穿孔など重篤な合併症があり、その治療は慎重を要する。今回、直腸子宮内膜症合併の不妊症に対し、ART前に低位前方切除術を行い、妊娠経過良好で正期産児を得た1例を経験したので報告する。

【症例】36歳未妊。27歳時、子宮内膜症・ダグラス窩完全閉鎖・左卵巣チョコレート嚢胞に対し当科で腹腔鏡下左卵巣嚢腫摘出術を施行した。以後受診が途絶えたが、30歳時に月経困難症の再燃と新たに右卵巣チョコレート嚢胞を認めたため、ジエノゲスト内服を開始した。33歳で結婚し、一般不妊治療を開始したが妊娠成立には至らなかった。その後、月経随伴の排便痛と下血が出現・増悪し、MRI検査により子宮内膜症病変を疑う直腸壁腫瘤を認めた。外科的切除の方針とし、GnRH agonist療法3クール施行後に、当院外科と共に子宮内膜症病巣除去術および腹腔鏡下低位前方切除術を施行した。術後は症状軽快し、体外受精により妊娠が成立した。妊娠経過は良好であり、妊娠37週6日に選択的帝王切開で3228gの生児を得た。

【結語】強い自覚症状、そして画像検査で広範な病変を示す直腸子宮内膜症は、妊孕能向上・良好な妊娠経過・安全な出産のため、妊娠前に薬物療法を併用した外科的治療を施行することも考慮すべきと考える。

177. 子宮内膜症合併不妊患者に Dienogest 投与下での調節卵巣刺激を行い良好胚を得た 1 例

山口大学大学院医学系研究科 産科婦人科学講座

米田稔秀、藤村大志、田村 功、高崎ひとみ、城下亜文、三原由実子、杉野法広

【緒言】子宮内膜症の治療として広く使用されている Dienogest (DNG) は、不妊治療中は中断を余儀なくされ、子宮内膜症の悪化や疼痛コントロールが問題となる。近年、ART における調節卵巣刺激方法として黄体ホルモン併用誘発法 (Progestin-primed Ovarian Stimulation; PPOS) が広く施行されている。子宮内膜症合併不妊患者に対し DNG を用いて PPOS を行なった報告が散見され、良好胚を得られる可能性が示唆されている。今回、DNG 投与下で調節卵巣刺激法を施行した子宮内膜症合併不妊症例を報告する。【症例】39 歳 0 妊。1 年前に右子宮内膜症性嚢胞核出術施行。その後の再発に対して DNG 投与中であった。ART 開始時、両側に子宮内膜症性嚢胞 (右 25mm 大、左 55mm 大) を認め、また高度の慢性骨盤痛・月経困難を認めていた。月経誘発することなく、DNG 継続したまま調節卵巣刺激を行い 2 個の卵子を得たが、成熟卵は得られなかった。引き続き DNG を投与し、次周期に再度調節卵巣刺激を行なったところ、良好胚盤胞を凍結することができた。両周期とも GnRH アナログを用いることなく、DNG により早発 LH サージが抑制できていた。【結語】DNG を用いた PPOS では、内膜症の治療を中断することなく採卵することができた。DNG 治療中の子宮内膜症合併不妊患者では有用な卵巣刺激方法と考えられた。

178. 本邦の多嚢胞性卵巣症候群の診断基準 (日産婦 2024) における抗ミュラー管ホルモンの位置付けの検討

- 1) 徳島大学大学院医歯薬学研究部 産科婦人科学分野、
 - 2) 群馬大学大学院医学系研究科 産科婦人科学講座、³⁾ 島根大学医学部 産科婦人科、
 - 4) 奈良県立医科大学 産婦人科、⁵⁾ 国際医療福祉大学 成田薬学部、
 - 6) 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、
 - 7) 札幌医科大学 産婦人科、⁸⁾ 県立広島病院 生殖医療科、
 - 9) JA 徳島厚生連 吉野川医療センター 産婦人科
- 野口拓樹¹⁾、岩佐 武¹⁾、岩瀬 明²⁾、金崎春彦³⁾、木村文則⁴⁾、久具宏司⁵⁾、齊藤和毅⁶⁾、馬場 剛⁷⁾、原 鐵晃⁸⁾、湊 沙希¹⁾、松崎利也⁹⁾

【目的】2024 年に本邦の多嚢胞性卵巣症候群 (PCOS) の診断基準「日産婦 2024」において、世界で初めて、年齢階層・測定系列のカットオフ値を明示した上で、「抗ミュラー管ホルモン (AMH) 高値」が診断基準に採用された。今回我々は、診断基準における AMH の位置付けを検討した。

【方法】全国の国公立大学病院、生殖補助医療登録施設 (643 施設) を対象とした全国症例調査を行い、日産婦 2007 で診断した PCOS 群 538 例を解析対象とした。AMH と AFC、年齢、BMI、LH、総テストステロン (T) 等との相関を検討し、それらを説明変数として AMH の重回帰分析を行った。アクセス、エクルーシスの測定値は回帰式からルミパルスに換算して検討した。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。

【結果】AMH は肥満 (BMI $\geq 25\text{kg/m}^2$)、非肥満群間で有意差はなく、BMI との有意な相関関係は認めなかった。一方で、AMH は年齢と有意な負の相関を、AFC、LH、LH/FSH 比、T、遊離 T と有意な正の相関を示した。重回帰分析では AFC と T が AMH に独立した影響を与え、標準化偏回帰係数はそれぞれ 0.434、0.176 であった。また AMH は AFC に比して施設間のばらつきが有意に小さかった。

【考察】血中 AMH 濃度を最も規定する因子は AFC であり、AMH は卵巣所見を補完し得る生化学的な指標で、PCOS の診断精度の向上に寄与すると思われる。今後、不妊症の患者以外にも AMH 測定の保険適用が拡大されることが望まれる。

179. モデルマウスを用いた子宮内膜症合併妊娠時の腹腔内微小環境についての検討

徳島県立中央病院 産婦人科

河北貴子、正木理恵、宮谷友香、西村正人

【緒言】

近年、子宮内膜症合併妊娠においては、流早産、前置胎盤、常位胎盤早期剥離、spontaneous-hemoperitoneum in pregnancy (SHiP) などの合併症との関連が報告されている。しかし、内膜症がこれらの合併症と関連している機序については不明である。

今回我々は、モデルマウスを用いて内膜症合併妊娠における腹腔内の微小環境について検討した。

【方法】

6週令のC57BL/6Jマウスを用いて子宮内膜症モデルを作成した。ホルモン補充にて調整したドナーマウスより子宮内膜と血液を採取し、レシピエントマウスの腹腔内に移植した。

移植後1週間経過したのち、雄と1日のみ同ゲージにいれ、その後2週間目に妊娠の有無についての確認と内膜症様病変、洗浄腹水、血液を採取した(内膜症合併妊娠群)。非内膜症妊娠群に関しては、腹腔内に生食を投与し、その後同様に妊娠経過を観察した。内膜症群に関しては、子宮内膜を移植後3週間目に腹腔内の確認と検体採取を行った。

【結果】

内膜症合併妊娠群と非内膜症妊娠群において、妊娠率、胎盤重量に有意差は認めなかった。

内膜症群と比較して、内膜症合併妊娠群においては、血清中のIL-1の有意な減少を認めた。また内膜症合併妊娠群において、血清中のIL-5の有意な増加を認めた。

【結論】

内膜症発症直後においては、妊娠率等に影響はないものと考えられた。

内膜症合併妊娠における周産期合併症においては、血清中のIL-5が影響している可能性も示唆された。

180. 月経カップを用いた現代日本人女性の月経重量に関する前向き観察研究 現代女性の月経重量はどのくらいですか？

香川大学医学部 周産期学婦人科学

鶴田智彦、塩田敦子、金西賢治

【目的】 正常月経量は20～140gとされ140g以上が過多月経と定義されている。女性の月経量の報告は少なく月経カップを用いて月経重量測定することを目的とした。【方法】 18～49歳の月経カップユーザーにアンケート調査を施行し被検者を募集。適格基準(婦人科疾患を指摘なし、定日内服薬剤なし等)に適合した70名を対象とした。3サイクル月経周期を連続して月経重量を被検者が専用フォームに記録した。主要評価項目は1サイクルの月経重量平均値と中央値とした。副次評価項目は未/経産婦、年齢別に分けそれぞれで月経重量を検討した。また自己申告月経量について実際量との評価を行った。【成績】 68名、202月経が解析対象となった。年齢別20代/30代/40代でそれぞれ14/33/21名、未/経産婦別28/40名。自己申告月経量は少/普通/多でそれぞれ2/47/19名。1サイクル月経重量の平均値±SD: 98.4 ± 52.7g、中央値82.3gであった。未/経産婦の検討ではそれぞれ平均値±SD: 110.0 ± 54.2g、中央値95.5g/平均値±SD: 90.5 ± 50.1g、中央値75.2gであり未経産婦が有意に多かった(p < 0.01)。年齢別月経重量に有意差を認めなかった。申告月経量の普通と多い群の実際の月経重量平均値は同等であった。普通の正答率は77%であり23%は過少評価し、多いの正答率は21%であり79%は過大評価だった。【結論】 正常とされる月経重量が明らかになった。自己申告月経量の主観は実際量と比較すると過小評価が問題である。

181. HPV ワクチンの接種普及を目指した当院での取り組み：集団接種と被接種者へのアンケート調査結果を含めて

愛媛大学医学部 産科婦人科

田口晴賀、宇佐美知香、藤井貴頌、伊藤 恭、市川瑠里子、矢野晶子、今井 統、吉田文香、宮上 眸、横山真紀、村上祥子、安岡稔晃、森本明美、内倉友香、松原裕子、松元 隆、松原圭一、杉山 隆

【緒言】 HPV ワクチンの積極的勧奨が再開になったが、全国的に定期接種・キャッチアップ接種ともに実施率が低いのが現状である。当院では HPV ワクチンの普及を目指し、医学部生および病院職員を対象にキャッチアップの集団接種を行い、3 回目接種時にアンケート調査を行ったため報告する。

【方法】 愛媛大学医学部医学科・看護学科の学生および病院職員のうち、1997 年 4 月 2 日から 2007 年 4 月 1 日生まれの女性で HPV ワクチンを 1 回も受けていない者、県内に住民票がある者を対象とし希望者を募り、2023 年 6 月より 3 回の 9 価ワクチンの接種を行った。また、3 回目接種時に被接種者の意識調査および接種後の体調変化のアンケート調査を行った。

【結果】 対象者のうち希望のあった 85 名に対してキャッチアップの集団接種を行った。また 3 回目被接種者 79 名のうち 75 名よりアンケートの回答を得た。現時点で問題となる接種後症状の出現は認めていない。「キャッチアップ接種についてどのように知りましたか」では、大学からのお知らせが 89%、市町村からのお知らせが 20%であった。「もし今回の集団接種がなかったら、キャッチアップ接種を受けていましたか」では、受けていたが 33%、受けていなかったが 29%であった。

【結論】 集団接種がキャッチアップ接種のきっかけとなったことが示唆された。定期接種に加え、2024 年度末までのキャッチアップのさらなる接種普及を目指し、今後も取り組んでいきたい。

アストラゼネカ株式会社	タック株式会社
アトムメディカル株式会社	株式会社ツムラ
株式会社アムコ	テルモ株式会社
H.U. フロンティア株式会社	東ソー株式会社
株式会社エスアールエル	トーイツ株式会社
MSD 株式会社	日新器械株式会社
大塚製薬株式会社 ニュートラシューティカルズ事業部	日本新薬株式会社
科研製薬株式会社	株式会社 P・マインド
キヤノンメディカルシステムズ株式会社	フェリング・ファーマ株式会社
コヴィディエンジャパン株式会社	ベックマン・コールター株式会社
コニカミノルタジャパン株式会社	株式会社ホギメディカル
GE ヘルスケア・ジャパン株式会社	株式会社ミトラ
ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社	メロディ・インターナショナル株式会社
株式会社大一器械	ラインファーマ株式会社
大鵬薬品工業株式会社	ロシユ・ダイアグノスティックス株式会社

2024年7月25日現在

Healthcare for You



私たちエスアールエルは、
医療機関から預かる、患者さまの検体を通して、
いのちの未来を見つめています。

SIRIL
Communication for Health

HU H.U.フロンティア

「H.U.フロンティア株式会社」は、エスアールエル、富士レビオ、日本ステリの営業機能をひとつに統合した、H.U.グループの営業統合会社です。

FUJIREBIO **NS Nitoco Diary**

株式会社エスアールエル 本社 〒107-0052 東京都港区赤坂1-8-1 赤坂インターシティ AIR TEL.03-6279-0900 www.srl-group.co.jp

卵巢癌の診断の補助に…

TFPI2キット

体外診断用医薬品

承認番号 30500EZX00060000

AIA-パックCL® TFPI2

TFPI2キット

体外診断用医薬品

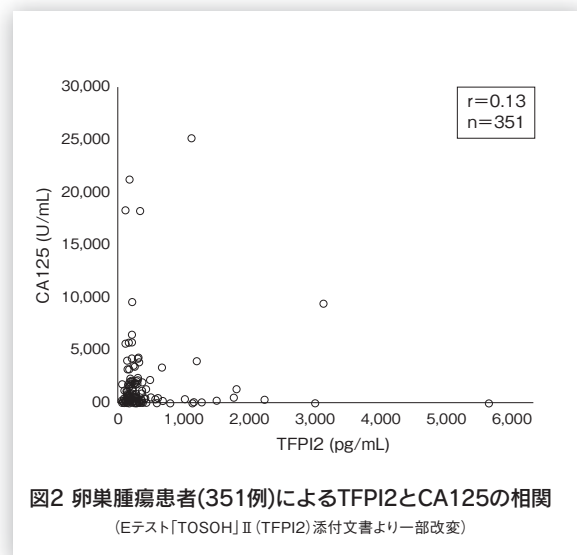
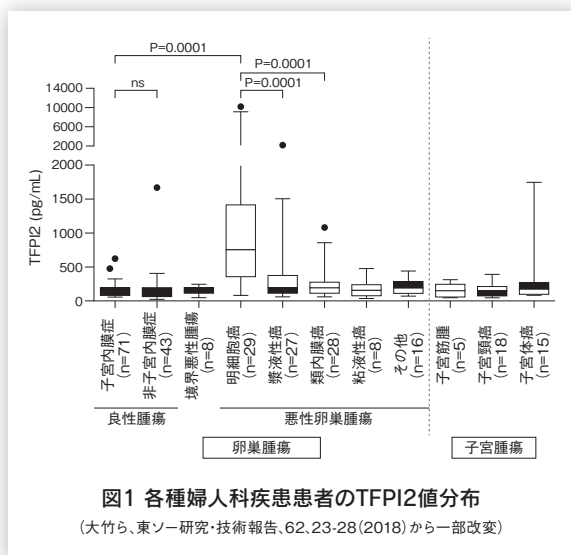
承認番号 30200EZX00040000

Eテスト「TOSOH」II (TFPI2)

特長

- ◆ 卵巢悪性腫瘍、とりわけCA125では陽性率が低い卵巢明細胞癌*において高値を示すことが報告されています。
※子宮内膜症を発生母地とし、他の組織型と比較して化学療法が効きにくい特徴を有します。
- ◆ 子宮内膜症を含む良性疾患ではほとんど濃度の上昇を認めません。
- ◆ CA125との間に相関を認めないことから、CA125とは補完関係にあると考えられます。
TFPI2はHE4とも相関を認めないことが報告されています。(引用: H. Kobayashi et al, J. Obstet. Gynaecol. Res. 2022 より)

CA125と組み合わせて評価することで、
卵巢癌の診断および治療方針の選択に貢献できます。



東ソー株式会社
バイオサイエンス事業部

東京本社 ☎(03)6636-3734 大阪支店 ☎(06)6209-1948
名古屋支店 ☎(052)211-5730 福岡支店 ☎(092)710-6694
仙台支店 ☎(022)266-2341
カスタマーサポートセンター ☎(0467) 76-5384
ホームページ <https://www.diagnostics.jp.tosohbioscience.com/>



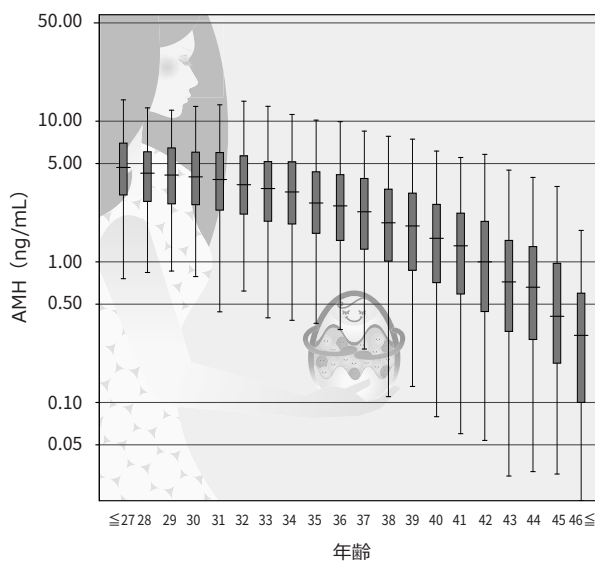
アクセス AMH (IVD)

測定値の年齢別分布 (中央値)

ノンパラメトリック法、多嚢胞性卵巣 (PCO) と早発卵巣不全 (POI) を除く

年齢 (歳)	AMH (ng/mL)		n
	中央値	95% RI*	
≤ 27	4.69	0.76 - 14.18	558
28	4.27	0.84 - 12.44	387
29	4.14	0.86 - 11.97	555
30	4.02	0.79 - 12.74	663
31	3.85	0.44 - 13.08	865
32	3.54	0.62 - 13.87	872
33	3.32	0.40 - 12.76	959
34	3.14	0.38 - 11.16	1,064
35	2.62	0.37 - 10.18	1,191
36	2.50	0.33 - 9.93	1,122
37	2.27	0.24 - 8.50	1,154
38	1.90	0.11 - 7.81	1,230
39	1.80	0.13 - 7.45	1,176
40	1.47	0.08 - 6.13	1,057
41	1.30	0.06 - 5.52	888
42	1.00	0.05 - 5.81	715
43	0.72	0.03 - 4.49	509
44	0.66	0.03 - 3.98	309
45	0.41	0.03 - 3.43	144
46 ≤	0.30	0.02 - 1.67	127
全群	2.36	0.12 - 10.67	15,545

* Reference Interval (基準範囲)



参考資料

1. アクセス AMH (IVD) 添付文書 第3版 (2023年6月改訂)

対象および方法

JISART (日本生殖補助医療標準化機関) の各施設に通院する不妊症患者で本品を用いて測定した16,526例のうち、多嚢胞性卵巣 (PCO) (939例) 及び早発卵巣不全 (POI) (42例) と診断された症例を除外した後の、女性15,545例のAMH測定値の年齢別分布 (中央値) をノンパラメトリック法により求めました (JISART 多施設共同研究での国内検討データ)¹

©2024 ベックマン・コールター株式会社
Beckman CoulterおよびBeckman Coulterロゴは、Beckman Coulter, Inc. の登録商標です。



ベックマン・コールター ダイアグノスティックス

ベックマン・コールター株式会社

〒135-0063 東京都江東区有明3-5-7 TOC有明ウエストタワー 12F・13F

お客様専用 ☎ 0120-566-730 URL www.beckmancoulter.co.jp



danaher

ENDOPATH®
XCEL Trocar series



PDS PLUS®



STRATAFIX®
Spiral PDS Plus®



Powered ECHELON FLEX®+
GST® System



Reimagining how we heal™

ENSEAL®
X1 Curved Jaw Tissue Sealer



DERMABOND PRINEO®



SURGIFLO®



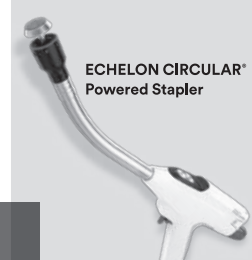
SURGICEL® Powder
Absorbable Hemostat



HARMONIC® 1100



ECHELON CIRCULAR®
Powered Stapler



HARMONIC
FOCUS®+

SURGICEL SNOW®
Absorbable Hemostat



SURGICEL®
ABSORBABLE HEMOSTAT

ETHICON

Johnson & Johnson SURGICAL TECHNOLOGIES

製造販売元：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社 メディカルカンパニー
〒101-0065 東京都千代田区西神田 3-5-2 TEL.0120-160-834

231371-221031
©J&JKK 2022

販売名：エンドスコピック パワード リニヤー カッター 認証番号：22500BZX00396000
販売名：GSTカートリッジ 承認番号：22700BZX00155000
販売名：エシロン サーキュラー パワードステイプラー 承認番号：30100BZX00156000
販売名：エンドバス トロッカーシステム 承認番号：21900BZX00882000
販売名：ハーモニック 1100 シアーズ 承認番号：30300BZX00138000
販売名：エンシール X1 ティッシュシーラー 承認番号：30200BZX00391000
販売名：ハーモニック FOCUS プラス 承認番号：22700BZX00411000

販売名：STRATAFIX Spiral PDS プラス
販売名：PDS プラス
販売名：ダーマボンド プリネオ
販売名：サージフロー®
販売名：サージセル®・パウダー・アブソーバブル・ヘモスタット
販売名：サージセル スムーアブソーバブル・ヘモスタット
販売名：サージセル・アブソーバブル・ヘモスタット

承認番号：22900BZX00123000
承認番号：22300BZX00333000
届出番号：13B1X00204ME0010
承認番号：23100BZX00112000
承認番号：30200BZX00082000
承認番号：30300BZX00042000
医薬品承認番号：14700AMY00205000



sFlt-1/PlGF ratio test

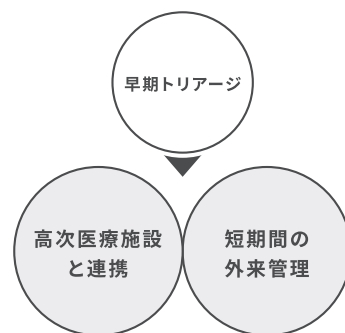
「sFlt-1/PlGF比」で妊娠高血圧腎症のリスクが見えてくる。



新たな指標で ハイリスク妊婦をトリアージ。

妊婦の代表的な救急疾患であり、胎児死亡・母体死亡の主な原因となる妊娠高血圧腎症(Preeclampsia:PE)。

そのPEのサインを見つけるために、ロシュは血清中の「sFlt-1」と「PlGF」の比率に着目しました。これまでにはない新たな指標でPE発症の兆候を捉え、ハイリスク妊婦のトリアージや早期治療介入に貢献します。



diagnostics.roche.com

ロシュ・ダイアグノスティックス株式会社
<https://www.roche-diagnostics.jp>
☎0120-600-152



生命(いのち)を守るために、私たちができること

MEDICAL
医療機器部門

SCIENCE
科学機器部門

WELFARE
福祉機器部門

株式会社 大一器械

www.daiichi-kikai.co.jp

本社	〒771-0185	徳島県徳島市川内町平石若宮 340 番地	TEL.088-656-8101 (代)	FAX.088-656-8109
香川営業所	〒761-8071	香川県高松市伏石町 2128 番地 1	TEL.087-865-7233 (代)	FAX.087-865-3289
東京営業所	〒130-0024	東京都墨田区菊川 3丁目17番2号	TEL.03-6231-6296	FAX.03-6231-6293
大阪営業所	〒562-0035	大阪府箕面市船場東1丁目10番9号	TEL.072-737-6203	FAX.072-737-6253



選択的NK₁受容体拮抗型制吐剤

ホスネツピタント塩化物塩酸塩注射剤

劇薬、処方箋医薬品 (注意—医師等の処方箋により使用すること)

薬価基準収載

アロカリス® 点滴静注 235mg

Arokaris® I.V. infusion

効能又は効果、用法及び用量、禁忌を含む注意事項等情報は電子添文をご確認ください。



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

提携先 **HELINN** スイス

2023年4月作成

1928年創立

医療現場に最先端の安心

私たちは高い技術力と徹底したアフターフォローで地域医療の
支えとなり、地域社会への貢献を目指します。

医療機器

- 診断用機器
- 治療用機器
- 病院設備機器
- 手術用機器
- その他

科学機器

- バイオ関連機器・装置
- 分析機器・装置
- 環境関連機器・装置
- 汎用科学機器・装置
- 実験動物及び飼育関連機器・装置
- 特殊機器



日新器械株式会社

本社

〒771-1156 徳島県徳島市応神町応神産業団地12番1
TEL.088-641-5111 FAX.088-641-5511

埼玉営業所

〒350-1249 埼玉県日高市高麗川1丁目13番地2
TEL 042-985-9061 FAX 042-985-9063

Seprafilm
ADHESION BARRIER



承認番号20900BZY00790000

高度管理医療機器 保険適用

癒着防止吸収性バリア

セプラフィルム®

ヒアルロン酸ナトリウム/カルボキシメチルセルロース癒着防止吸収性バリア

- 禁忌・禁止を含む使用上の注意等については
電子化された添付文書をご参照ください。

製造販売元(輸入) **バクスター・ジャパン株式会社**
東京都港区芝浦三丁目4番1号グランパークタワー30階

発売元
[文献請求先]
及び問い合わせ先



科研製薬株式会社

〒113-8650 東京都文京区本駒込二丁目28番8号
医薬品情報サービス室

JP-AS30-220198 V3.0
SPF08CP (2024年1月作成)



PREMIUM KIT.

医療の現場に、未来に、安全を
HOGY®

「医療安全」と「業務効率化」の両立を プレミアムキットがサポートします

- ・術式別細分化キットで無駄のないキット設計
- ・SSI低減を目指した安全パッケージ
- ・医療スタッフの業務の低減

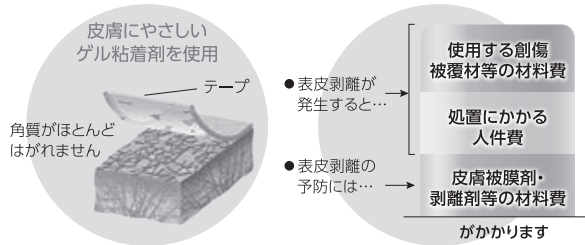


透明翼 ドレープ

患者の安全を第一に考えた形状のドレープ



スキンテア対策で、コスト削減にも貢献



株式会社 **ホギメディカル**

〒107-8615 東京都港区赤坂 2-7-7 TEL: 03-6229-1300(代表) FAX: 03-6229-1344 <https://www.hogy.co.jp>



Melody International

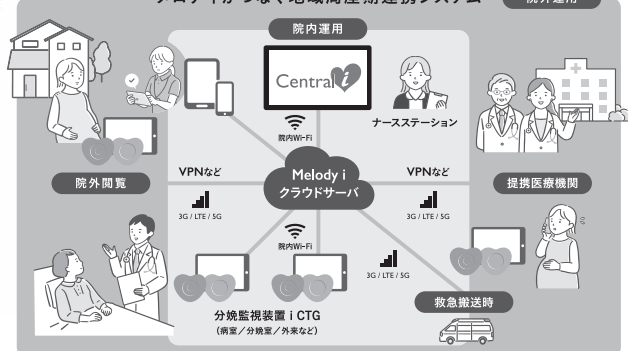
いつでも、どこでも 地域の医療現場をサポート



iCTG

- タブレット等で、遠隔でデータを確認
- 計測データはクラウドサーバに長期保管
- ワイヤレスで、水洗いや消毒も簡単

メロディがつなぐ地域周産期連携システム



※クラウドタイプの場合は別途Melodyクラウドサービス(通信SIMカード、データ保存・送信機能利用サービス)契約が必要です。サービスには日額利用料がかかります。

販売名称: 分娩監視装置 iCTG 型名: MI1001A 医療機器認証番号: 230AFBZX00024000
 一般的名称: 分娩監視装置 JMDN 37796000 種別: 器械器具21 内臓機能検査用器具
 クラス分類: 管理医療機器(クラスII) 特定保守管理医療機器



【製造販売業者】

メロディ・インターナショナル株式会社

医療機器製造業登録 / 第二種医療機器製造業許可 / 医療機器等販売業・貸与業許可

〒761-0301 香川県高松市林町2217番地44ネクスト香川304

TEL: 087-813-7362 FAX: 087-813-7361

E-mail: support@melody.international

製品詳細・導入事例・
デモ機のお申込みはこちら

