

## 産婦人科の進歩

## ADVANCES IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Vol.75 No.2 2023

## 臨 床

## ■臨床の広場

Pelvimetry revisited ————— 千草 義継 117

## ■今日の問題

妊婦の交通外傷 ————— 大門 篤史 123

## ■会員質問コーナー

③③②血友病保因者女性の管理について ————— 回答／神谷 亮雄 125

③③③婦人科手術における新規ロボット機器について ————— 回答／長又 哲史 127

## ■会 告

第149回学術集会 1／腫瘍研究部会 2／周産期研究部会 3／生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会 4／日本産婦人科医会委員会ワークショップ 5／演題応募方法について 6／令和4年度学会賞受賞者のご報告 7／電子投稿・電子査読についてのお知らせ 8／著作権ポリシーについて 9／構成・原稿締切 10

■投稿規定他 ————— 129

## 第148回近畿産科婦人科学会 総会ならびに学術集会プログラム・講演抄録

会期：2023年6月17(土), 18日(日) 会場：ホテルアバローム紀の国

プログラム ————— 133

講演抄録 ————— 157

THE OBSTETRICAL GYNECOLOGICAL SOCIETY OF KINKI DISTRICT JAPAN

近 畿 産 科 婦 人 科 学 会

Adv Obstet Gynecol

産 婦 の 進 歩

第75巻2号(通巻400号)  
2023年5月1日発行

定 価／1,700円(本体)＋税

発行所／「産婦人科の進歩」編集室  
〒606-8305 京都市左京区吉田河原町14 近畿地方発明センタービル  
知人社内 TEL. 075-771-1373 FAX. 075-771-1510  
sanpu-sinpo@chijin.co.jpオンラインジャーナル  
(ONLINE ISSN 1347-6742)J-STAGE  
Medical Onlinehttp://www.jstage.jst.go.jp/browse/sanpunosinpo/-char/ja  
http://www.medicalonline.jp/

～学会へのお問合わせ先～  
近畿産科婦人科学会事務局  
〒606-8305 京都市左京区吉田河原町14 近畿地方発明センタービル  
TEL：075-751-6354 FAX：075-771-1510  
URL：http://www.kinsanpu.jp  
E-mail：kinsanpu@chijin.co.jp



GnRHアンタゴニスト  
劇薬 処方箋医薬品<sup>注)</sup> 薬価基準収載

**レルミナ<sup>®</sup>錠 40mg**

RELUMINA<sup>®</sup> Tablets 40mg (レルゴリクス) 注) 注意-医師等の処方箋により使用すること

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

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

販売元  
**武田薬品工業株式会社**  
大阪市中央区道修町四丁目1番1号

2021年12月作成

第149回近畿産科婦人科学会学術集会ご案内  
(第1回予告)

第149回近畿産科婦人科学会学術集会について、下記のとおりご案内申し上げます。  
多数のご参加をお願い申し上げます。

2023年度近畿産科婦人科学会 会長 矢本 希夫  
学術集会会長 松村 謙臣

記

会 期：2023年10月15日（日）

会 場：ホテルアゴーラリージェンシー大阪堺

〒590-0985 堺市堺区戎島町4-45-1

TEL：072-224-1121 FAX：072-224-1120

連絡先：〒589-8511 大阪狭山市大野東377-2

近畿大学医学部産科婦人科 医局

T E L：072-366-0221

F A X：072-368-3745

E-mail：sanfu@med.kindai.ac.jp

第149回近畿産科婦人科学会学術集会  
109回腫瘍研究部会ご案内  
(第1回予告)

代表世話人： 井 篁 一 彦  
当番世話人：

記

会 期：2023年10月15日（日）  
会 場：ホテルアゴーラリージェンシー大阪堺  
〒590-0985 堺市堺区戎島町4-45-1  
TEL：072-224-1121 FAX：072-224-1120

テーマ：「婦人科悪性腫瘍に対する免疫チェックポイント阻害剤の使用経験」

演題募集期間：2023年5月1日～7月7日

演題申込締切日：2023年7月7日（金）

<お願い>

各研究部会とも演題申込・抄録登録は、本学会のホームページトップ画面の「第149回演題申込み・新規登録」（オンラインシステム）よりお願いいたします。詳しくは後掲の<演題応募方法について>をご参照ください。

お問い合わせ先：〒641-8510 和歌山市紀三井寺811-1  
和歌山県立医科大学産科婦人科学講座  
担 当：馬淵 泰士  
T E L：073-441-0631  
F A X：073-445-1161  
E-mail：booyan@wakayama-med.ac.jp

第149回近畿産科婦人科学会学術集会  
周産期研究部会ご案内  
(第1回予告)

代表世話人：吉松 淳  
当番世話人：

記

会 期：2023年10月15日（日）  
会 場：ホテルアゴーラリージェンシー大阪堺  
〒590-0985 堺市堺区戎島町4-45-1  
TEL：072-224-1121 FAX：072-224-1120

テーマ：「内科合併症妊娠」

内科合併症妊娠の管理には疾患ごとの専門性と合併症妊娠管理の普遍性が求められます。疾患にかかわらず通底する合併症妊娠管理の要諦について、ディスカッションを通じて皆さんで見いだせればと思います。

演題募集期間：2023年5月1日～7月7日

演題申込締切日：2023年7月7日（金）

＜お願い＞

各研究部会とも演題申込・抄録登録は、本学会のホームページトップ画面の「第149回演題申込み・新規登録」（オンラインシステム）よりお願いいたします。詳しくは後掲の＜演題応募方法について＞をご参照ください。

お問い合わせ先：〒564-8565 吹田市岸部新町6-1  
国立循環器病研究センター 循環器病周産期センター 産婦人科  
担 当：中西 篤史  
T E L：06-6170-1070  
F A X：06-6170-1874  
E-mail：kouchan0327@ncvc.go.jp

第149回近畿産科婦人科学会学術集会  
生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会ご案内  
(第1回予告)

代表世話人：岡田 英孝

当番世話人：柴原 浩章

記

会 期：2023年10月15日（日）

会 場：ホテルアゴーラリージェンシー大阪堺

〒590-0985 堺市堺区戎島町4-45-1

TEL：072-224-1121 FAX：072-224-1120

テーマ：「ART反復不成功例への対応」

演題募集期間：2023年5月1日～7月7日

演題申込締切日：2023年7月7日（金）

<お願い>

各研究部会とも演題申込・抄録登録は、本学会のホームページトップ画面の「第147回演題申込み・新規登録」（オンラインシステム）よりお願いいたします。詳しくは後掲の<演題応募方法について>をご参照ください。

お問い合わせ先：〒663-8501 西宮市武庫川町1-1

兵庫医科大学医学部産科婦人科学講座

担 当：福井 淳史

T E L：0798-45-6481

F A X：0798-46-416

E-mail：obgy-hcm@hyo-med.ac.jp

**第149回近畿産科婦人科学会学術集会  
日本産婦人科医会委員会ワークショップご案内  
(第1回予告)**

日本産婦人科医会委員会研修部会 部会長：重根 俊彦

**記**

会 期：2023年10月15日（日）  
会 場：ホテルアゴーラリージェンシー大阪堺  
〒590-0985 堺市堺区戎島町4-45-1  
TEL：072-224-1121 FAX：072-224-1120

機構専門医の共通講習（必修A）単位が取得可能な【医療安全】と【医療倫理】の講演会を企画中。講演時間は未定。

【医療安全】三重大学医学部附属病院 病院長  
池田 智明 先生  
(演題名は未定)

【医療倫理】北海道大学病院 臨床遺伝子診療部 教授・部長  
山田 崇弘 先生  
(演題名は未定)

※ライブ配信やオンデマンド配信などのWEB配信は行わず、現地開催のみとなる予定です。

連絡先：〒642-0022 海南市大野中452-15  
しこねクリニック  
担 当：重根 俊彦  
T E L：073-482-1351  
F A X：073-484-3585  
E-mail：yorikoshikone@yahoo.co.jp

## ＜演題応募システム 申込方法について＞

### ■申込方法について

- 1) 本学会のホームページ、<http://www.kinsanpu.jp> トップ画面の新規登録より「演題応募の留意点」をご確認いただき、下部の「登録」ボタンをクリックし入力画面へ進んでください。
- 2) 入力した内容をご確認いただき、「送信」にて申込み完了後に、登録内容とともに受領メールを配信いたします。登録時には演題受付番号が自動発行され、ご自分で演題パスワードも設定していただきます。
- 3) 登録時にお送りする確認画面には、演題受付番号とご自分で設定した演題パスワードが掲載されています。紛失しないよう保存をお願いいたします。事務局では、演題受付番号とご自分で設定した演題パスワードの問い合わせには応じられませんのでご注意ください。
- 4) この演題受付番号とご自分で設定した演題パスワードにより、募集期間内に限り登録した内容（抄録本文、未入会の場合の仮会員番号、いろいろなチェック欄等）の修正が何度でも可能です。
- 5) 登録いただいた原稿はそのまま抄録集に掲載いたします。事務局では原稿訂正の対応は一切できませんので十分にご確認ください。
- 6) 演題募集締切後の修正は一切お受けできませんのでご注意ください。（募集期間内の内容修正は可能です。）

### ■注意事項

- 1) 演者・共同演者は最大120字まで、筆頭演者と異なる共同演者の所属先および診療科がある場合は120字まで入力可能です。
- 2) 演題名は最大40字まで、本文は最大430字まで入力可能です。
- 3) 英数字半角文字2文字を日本語全角文字1文字とします。不等号は全角でご入力ください。  
図・表は挿入できません。
- 4) 演題の採否については学術集会会長にご一任ください。
- 5) 学術集会プログラムは近畿産科婦人科学会ホームページ上で公開いたします。

#### ・個人情報について

個人を識別できる可能性がある情報については、「個人情報の保護に関する法律」施行に関連するお知らせをご参考ください。（学会誌 産婦人科の進歩に毎号掲載）

演題登録システムでは、Firefox, Google Chrome, Microsoft Edge, Safariの最新バージョンで動作確認を行っております。演題登録には各ブラウザの最新バージョンをご利用ください。

**【令和4年度学会賞 受賞者のご報告】**

令和4年度（本誌74巻1～4号）学会賞受賞者を下記のとおりご報告申し上げます。

**【学術奨励賞】**

「広汎子宮頸部摘出後妊娠症例の予後の検討」

須賀 清夏 先生 大阪大学大学院医学系研究科器官制御外科学講座 産科学婦人科学  
（産婦人科の進歩 第74巻3号447-453頁）

**【優秀論文賞】**

「子宮頸部細胞診におけるatypical glandular cells（AGC）に対する管理方法についての検討」

松原 慕慶 先生 天理よろづ相談所病院 産婦人科  
（産婦人科の進歩 第74巻1号12-20頁）

「過多月経に対するマイクロ波子宮内膜焼灼治療とlevonorgestrel-releasing intrauterine system（LNG-IUS）治療の比較」

舟木 馨 先生 新須磨病院 婦人科  
（産婦人科の進歩 第74巻3号301-308頁）

2022年度近畿産科婦人科学会 会長 柏木 智博

## 【電子投稿・電子査読についてのお知らせ】

会員各位

近畿産科婦人科学会へ投稿される論文について、WEBを利用したオンライン投稿システムを導入しております。

論文を投稿される際は、近畿産科婦人科学会ホームページから投稿フォームにアクセスし、表示される指示に従って投稿してください。

電子投稿・電子査読システムについてご不明の点がありましたら、下記、杏林舎へお問い合わせください。その他一般的なお問い合わせ等に関しては編集室までお願いいたします。

■システムの操作に関するお問い合わせ先  
株式会社 杏林舎  
E-mail : sl-support@kyorin.co.jp  
TEL : 03-3910-4517

■論文投稿に関するお問い合わせ先  
「産婦人科の進歩」編集室  
E-mail : sanpu-sinpo@chijin.co.jp  
(お問い合わせはメールにてお願いいたします。)

## 【近畿産科婦人科学会の著作権ポリシーについて】

会員各位

近畿産科婦人科学会の著作権ポリシーについて、編集委員会で審議し理事会の承認を経て下記の通り決定しましたのでご報告いたします。

近畿産科婦人科学会は、著作者本人が出典表示を明記することにより、査読後論文を機関リポジトリを通じてインターネット上で公開することを認める。

近畿産科婦人科学会  
編集委員会  
委員長 松村 謙臣

## 【著作物への複写権等委託済表示】

本誌は複写に関する権利を一般社団法人学術著作権協会（JAC）に委託しています。

著作権法で定められた例外を除き、本誌の無断複製は禁止されています。複写を希望される場合は事前にJACの許諾を受けてください。

一般社団法人学術著作権協会（JAC）  
〒107-0052東京都港区赤坂9-6-41乃木坂ビル  
Fax：03-3475-5619 E-mail：info@jaacc.jp

公益社団法人日本複製権センターと包括複写許諾契約を締結している企業等法人の場合、社内利用を目的とした複写については許諾を得る必要はありませんが、社外頒布を目的とした複写については許諾が必要です。

ただし、転載・翻訳等に関しては、直接「産婦人科の進歩」編集室へお問い合わせください。

近畿産科婦人科学会  
編集委員会  
委員長 松村 謙臣

「産婦人科の進歩」誌 構成・原稿締切日等のご案内（第75巻（2023年））

|                                  | 1号（2月1日号）<br>・論文   | 2号（5月1日号）<br>・春期学術集会<br>プログラム・抄録<br>（一般演題） | 3号（8月1日号）<br>・論文<br>・医会報告 | 4号（10月1日号）<br>・前年度秋期学術集会記録<br>（研究部会記録）<br>・秋期学術集会<br>プログラム・抄録<br>（研究部会演題）<br>・巻総目次<br>・総会記録 |
|----------------------------------|--------------------|--------------------------------------------|---------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|
| 会 告                              | 12月10日             | 3月10日                                      | 6月10日                     | 8月10日                                                                                       |
| 掲載対象論文<br>研究部会記録<br>（投稿システムにて受付） | 前年11月末までの受理論文<br>— | —                                          | 5月末までの受理論文<br>—           | —<br>7月20日                                                                                  |
| 「臨床の広場」<br>「今日の問題」<br>「会員質問コーナー」 | 10月20日             | 1月20日                                      | 4月20日                     | 6月20日                                                                                       |
| 学術集会<br>プログラム抄録                  | —                  | 2月末日                                       | —                         | 7月末日                                                                                        |
| 常任編集委員会<br>（査読審査）<br>開催日         | 10月                | 12月                                        | 2月                        | 6月                                                                                          |

投稿に際しましては、投稿規定をご一読のうえ、近畿産科婦人科学会HPから投稿フォームにアクセスし、表示される指示に従って投稿してください。

論文掲載号は1・3号となります。

ご論文受付後は修正依頼は、常任編集委員会での審議後にお送りいたします。

内容によっては審査に時間がかかり、掲載が遅れる可能性があることをご了承ください。

一般掲載で3月末までの受理を希望され、掲載される場合は、10月5日までにご投稿ください。

特別掲載は受理希望の2カ月前までにご投稿ください。

掲載につきましては、1号は前年11月末まで、3号は5月末までの受理論文が対象となります。

掲載証明書は受理後に発行させていただきます（希望者のみ）。

研究部会記録はシステム投稿となりました。秋期学術集会後、翌年7月20日まで受付いたします。

## 臨床の広場

## Pelvimetry revisited

千草義継

京都大学医学部婦人科学産科学教室

## はじめに

ヒトの分娩が、他の霊長類および哺乳類と決定的に異なる点は、分娩進行がスムーズでなく、難産となる可能性が高い点にある。プチハイエナのような一部の例外を除き、動物の分娩はおしなべてスムーズであり、その中にあってヒトだけが分娩に難渋することが多い。これはヒトが直立二足歩行を選択して進化したことと密接に関連する。直立によって頭部と上半身とを支えるべく骨盤形態が変化し、骨盤内には臓器が収納されて骨盤底筋が発達した。さらに脊椎が彎曲し、結果的に骨盤内の産道はS字状のカーブを伴う複雑な形態となった。また二足歩行によって自由になった上肢（手）を使うことで効率的な食糧（エネルギー）確保が可能となり、飛躍的な頭脳の発達と、頭部の増大とをきたした。すなわち、ヒトは進化と引き換えに分娩のスムーズさを犠牲にしてきたわけであり、それを介助、解決するために、その巧拙は知らず、産科は有史以来の伝統をもつArtとして存続してきたということができる。

## 狭骨盤

難産の原因を考察するうえで、それが解剖学的な骨盤の大きさそのものに求められたことは、

ごく自然な流れであった。いわゆる「狭骨盤」の概念である。1800年代以降、さまざまな骨盤計測研究が行われ、難産をきたしうる狭骨盤が諸家によって定義された。Litzmann (1815-1890) による狭骨盤分類、Bumm (1858-1925) による産科的真結合線 (Obstetric Conjugate : OC) による分類、などがそれである。しかしこれらの狭骨盤の多くは、例えばビタミンD、カルシウム不足などによる、くる病(骨軟化症)や、先天的あるいは後天的整形外科的疾患などに起因する、病的な狭骨盤であり、それらは現代においてはほとんど見られない。換言すれば、当時はこうした狭骨盤が一定の頻度で存在していたことに注意が必要である。加えて1895年にRöntgen (1845-1923) によってX線が発見され、1920年代にGuthmann (1893-1968), Martius (1885-1965) らがX線骨盤計測法を確立させるに及び、骨盤各部のみならず骨盤そのものの形態までもが一定の正確性と客観性をもって評価可能となった。

## 日本人の骨盤計測

意外なことに、本邦においては、信頼性のある大規模な産科的骨盤計測というものは、1972年の日本産科婦人科学会「骨盤の大きさに関す

## ◆ Clinical view ◆

## Pelvimetry revisited

Yoshitsugu CHIGUSA

Department of Gynecology and Obstetrics, Kyoto University Graduate School of Medicine

る小委員会報告」(以下、日産婦調査と呼ぶ)<sup>1)</sup>が唯一であり、それによると産科的真結合線(n=2,012)は115.2 mm, 骨盤入口部横径(Transverse Diameter of the pelvic inlet: TD) (n=1,452)は122.5 mmであった。爾来50年にわたって本邦における大規模な女性骨盤計測の報告は存在しない。この50年間でわが国では、ライフスタイル、食生活に大幅な変化が生じ、17歳女子の平均身長は1970年で155.6 cmであったところ、2020年には157.9 cmと2.3 cmの増大をみている(文部科学省学校保健統計調査)。これら事実を鑑みれば、骨盤の大きさにも50年間で変化が生じていることは想像に難しくなく、私たちは現代日本人女性の正確な骨盤計測を行うこととした。

2016年から2021年の期間に当院で、さまざまな医学的適応によって骨盤CTを撮像された20～40歳の非妊娠女性(日本人)を対象とし、そのCT画像を後方視的に3D構築し、産科的真結合線と、骨盤入口部横径とを測定した。病的な低身長をきたす疾患に罹患している症例、骨盤骨折既往のある症例は除外した。骨盤計測のためだけにCTを撮像した症例は存在しない。実際の計測に用いた画像を図1に示す。3D構築した画像は任意の方向から観察し、また断面を作

成することができるため、正確な骨盤計測が可能となる。

研究該当症例は1263名であり、年齢、身長、体重、Body Mass Indexはそれぞれ(平均±SD)は、 $32.7 \pm 6.2$  歳、 $158.8 \pm 5.8$  cm、 $54.8 \pm 11.7$  kg、 $21.7 \pm 4.4$  ( $\text{kg}/\text{m}^2$ )であった。図2に骨盤計測結果を示す。OCは平均127.0 mm (SD 9.5, 95% CI 126.5 to 127.5), TDは平均126.8 mm (SD 7.5, 95% CI 126.4 to 127.2)であった。表1は骨盤計測結果から得られたOCおよびTDの基準値である。身長とOC (Pearson相関係数 0.75 [95% CI 0.66 to 0.84],  $P < 0.001$ ,  $R^2 = 0.207$ ), および身長とTD (Pearson相関係数 0.63 [95% CI 0.56 to 0.70],  $P < 0.001$ ,  $R^2 = 0.230$ )の間には有意な相関が認められた(図3)。また、OCとTDの間にも統計的に有意な相関があったが、非常に小さなものであった(Pearson相関係数 0.17,  $P < 0.001$ ,  $R^2 = 0.036$ )。

CTあるいはMRIを用いた産科的な骨盤計測研究で近年publishされている結果を表2に示す。1000人以上を対象としたような大規模な調査は存在しないものの、興味深いことに、人種的な背景の差があるにもかかわらず、私たちの結果を含め、骨盤計測結果はいずれも比較的同様の

産科的真結合線(OC)



骨盤入口部横径(TD)



図1 3D-CTによる骨盤計測

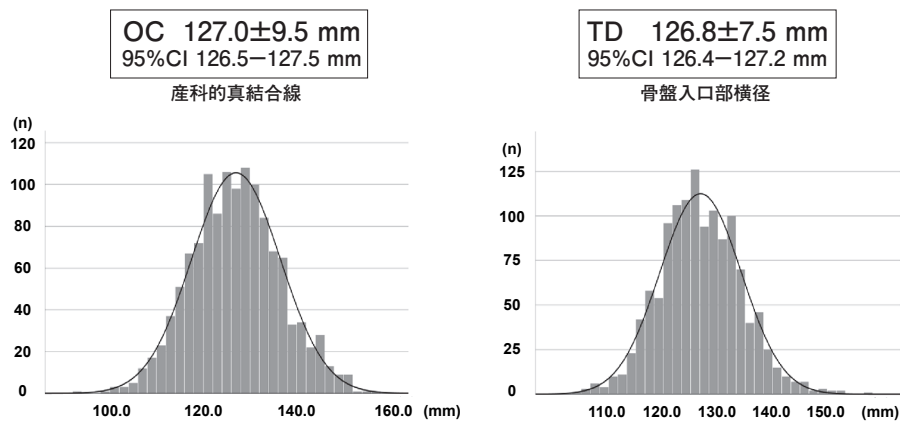


図2 骨盤計測結果

表1 産科的真結合線（OC）および骨盤入口部横径（TD）の基準値

| OC                                  |       | TD                                     |       |
|-------------------------------------|-------|----------------------------------------|-------|
| 127.0 ± 9.5 (95% CI 126.5-127.5) mm |       | 126.8 ± 7.5 (95% CI 126.4 to 127.2) mm |       |
| percentile                          | mm    | percentile                             | mm    |
| 3                                   | 109.5 | 3                                      | 113.4 |
| 10                                  | 115.0 | 10                                     | 117.5 |
| 50                                  | 126.8 | 50                                     | 126.4 |
| 90                                  | 139.4 | 90                                     | 136.4 |
| 97                                  | 145.4 | 97                                     | 141.5 |

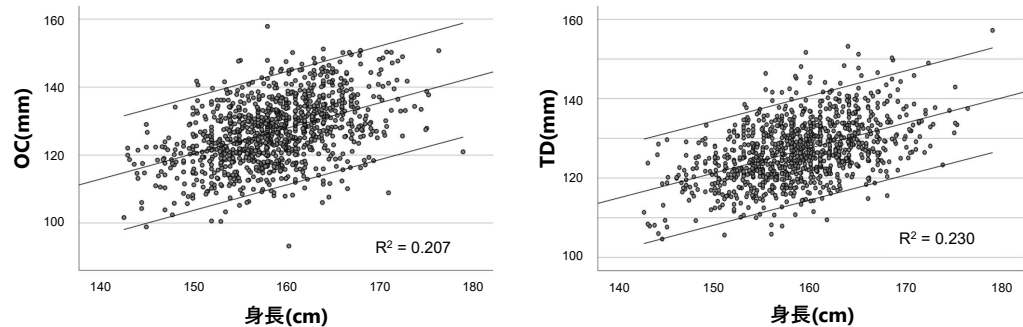


図3 産科的真結合線（OC）および骨盤入口部横径（TD）と身長との相関

表2 諸外国における近年の産科的骨盤計測結果と本邦における骨盤計測結果の比較

| 著者                       | 年    | 国    | 方法    | 症例数    | OC(SD) mm   | TD(SD) mm   | 備考                             |
|--------------------------|------|------|-------|--------|-------------|-------------|--------------------------------|
| Lenhard MS <sup>2)</sup> | 2010 | ドイツ  | 3D-CT | 20     | 120.0(9.0)  | 129.0(9.0)  | 正常経腔分娩群, 分娩後1週間以内に撮像           |
|                          |      |      |       | 20     | 120.0(12.0) | 127.0(11.0) | 難産(帝王切開, 吸引分娩など)群, 分娩後1週間以内に撮像 |
| Capelle C <sup>3)</sup>  | 2020 | フランス | 3D-CT | 63     | 124.6(10.7) | 125.1(10.9) | 妊娠中撮像                          |
| Franz M <sup>4)</sup>    | 2017 | ドイツ  | MRI   | 93     | 125.5(9.2)  | 133.6(9.2)  | 正常経腔分娩群, 妊娠中撮像                 |
|                          |      |      |       | 95     | 120.5(12.0) | 127.2(9.1)  | 選択的帝王切開群, 妊娠中撮像                |
| Liao KD <sup>5)</sup>    | 2018 | 中国   | MRI   | 210    | 126.8(8.4)  | 134.7(7.5)  | 正常経腔分娩群, 妊娠中撮像                 |
|                          |      |      |       | 13     | 122.2(9.7)  | 127.5(3.4)  | 難産による帝王切開群, 妊娠中撮像              |
| 日産婦調査 <sup>1)</sup>      | 1972 | 日本   | X線    | 2,012* | 115.2       | 122.5       | 正常経腔分娩既往のある女性, 妊娠中撮像           |
| 自験例                      | 2022 | 日本   | 3D-CT | 1,263  | 127.0(9.5)  | 126.8(7.5)  | 非妊娠女性                          |

\*TDの結果はn=1,452

ものであった。

### 50年間における変化

ここで、私たちの骨盤計測と1972年の日産婦調査の結果とを比較してみたい。日産婦調査の詳細な方法は記載がないので不明と言わざるを得ないが、「全国29病院から、2800g以上の成熟生児を経腔分娩した本邦成熟婦人の骨盤の大きさを集計した」とあり、おそらく骨盤X線撮影による計測を用いていると思われる。私たちの調査とは母集団および方法ともに異なるため、直接に比較して論じることは妥当ではないかもしれないが、OCについてはこの50年間で11.8 mmも増大していることが明らかになった。一方、TDについては4.3 mmの増大であり、その変化はわずかであった。さらに注目すべきは、狭骨盤と診断される頻度の変化である。そもそも本邦における狭骨盤は、この1972年の日産婦調査をもとに「帝王切開(全国11病院)の頻度が急激に増加する限界を狭骨盤の限界とし」て定義されており、OCが95 mm未満の場合あるいはTDが105 mm未満の場合の帝王切開率がそれぞれ40.0%、72.7%であったことから、OC<95 mmあるいはTD<105 mmのものを狭骨盤と定義した。この調査の母集団が、骨盤計測調査のそれと重複しているのかどうかはその報告

書の文面からは定かではないが、当時の結果によると、OC<95 mmの頻度は0.66% (15/2283)、TD<105 mmの頻度は0.65% (11/1690)であった。また、比較的狭骨盤(OC: 95~105 mmあるいはTD: 105~115 mm)の頻度は、OCで10.3% (56/2283)、TDで12.0% (202/1690)であった。さらに、1973年の昭和大学黒沢恒平の報告によれば、OCの平均値は記載がないものの、狭骨盤および比較的狭骨盤の頻度はそれぞれ1.07% (22/2058)、7.05% (145/2058)であったという<sup>6)</sup>。つまり、1970年代初頭において、日産婦学会の定義するところの狭骨盤の頻度は、おおむね1%弱であり、比較的狭骨盤は10%弱であったと推測できるのである。一方、私たちの調査においては、狭骨盤の定義を満たす症例はOCおよびTDにおいてそれぞれ1例ずつであり、頻度は0.08%となっていた。また比較的狭骨盤の定義を満たす症例は、OCで0.7% (9/1263)、TDで4.5% (57/1263)であり、いずれも1972年の調査に比して大きく減少していることがわかった。

### 骨盤形態の類型論

1930年代、Caldwell (1880-1943) と Moloy (1903-1953) は、骨盤入口部の形態に基づき、女性骨盤を大きく4つの型(女性型、類人猿型、

扁平型、男性型)に分類した(Caldwell-Moloy分類)<sup>7,8)</sup>。私たちの調査において、50年間でOCが11.8 mm増大したのに対して、TDの増大が4.3 mmのみであったということは、骨盤の大きさのみならず、骨盤入口部の形態そのものが変化しているのであろうか。2015年にNarumotoらは、類人猿型骨盤(やや縦長の楕円形入口部)の頻度が、1960年代では7.6%であったところ、1980年代には25%となり、2010年代には46.3%にまで増加したと報告している<sup>9)</sup>。TDに比してOCの増大が顕著であった私たちの結果は、これに矛盾していないようにも思われる。ところが、Caldwell-Moloy分類は今なお産科学、助産学の教科書に掲載されている歴史的事項ではあるものの、この類型論ほど理論と実際とが乖離したものはないという事実は、意外に知られていない。CaldwellとMoloyは「骨盤の形態と難産との間には何らかの関連がある」との仮説のもと、まず、268体の骨盤標本を調査し、類型を試みた。この時点では、それぞれ標本となった個人の分娩経験の有無、ましてやそれが難産であったかどうかなどは知るべくもなかったのである。ついで彼らは難産を経験した女性の骨盤X線撮影、または妊娠中の骨盤X線撮影を行い、特定の分娩転帰と骨盤の形態との関連を説いた。かかる理論は、当時において魅力こそあれ、奇異の感はなかったはずである。しかしながら、彼らの報告は、現代の科学的視点からみれば、症例の選択バイアス、難産の定義、正確な症例数などの点で多くのlimitationがあると言わざるをえない。また、そもそもヒト(女性)の骨盤入口部の形態は、わずか4つに分類できるほど単純ではない。いみじくもCaldwell, Moloyら自身がその論文で言及したように、4つの主要な型を中心としてその混合型も存在し、その類型は8~9種類に及んでいる<sup>8)</sup>。難産の原因探求への歩みの中で、橋頭堡的役割を果たした彼らの業績には十分な

敬意を表しつつも、現在に至るまで、特定の分娩転帰と骨盤の形態との関連は、科学的には証明されていないということをあえて附言しておく。

### 児頭骨盤不均衡

#### (cephalopelvic disproportion : CPD)

狭骨盤でない女性においても一定の頻度で難産が生ずることは、あらそわれない事実であった。そこで、骨盤の大きさだけではなく、そこを通過する児頭の大きさととの相対的關係に難産の原因を求める考えが生まれた。すなわち、CPDである。しかし、たとえ児頭と骨盤との間に十分な差が存在していたとしても、児の体重が一定以上に大きければ難産状態に陥りやすくなるであろうことは容易に想像がつき、それらも後方視的に診断されるCPDの概念に包括されてしまう。分娩の三要素の1つが児頭ではなく娩出物(胎児)そのものとされていることはこの事実を洞観しているというべきである。要するに、CPDは純粋に骨盤の大きさと児頭の大きさととの関係で成立するものではなく、児頭応径機能などの要因に加え、分娩の三要素が複雑に交絡するため、骨盤計測によって事前に診断できる可能性はきわめて低いと認識せねばならない。

### 骨盤計測の意義とは

2017年のCochrane reviewによれば、骨盤X線計測を施行した妊婦は帝王切開率が高まり(リスク比1.34)、母児の周産期予後に差はなかった、とされる<sup>10)</sup>。しかし、同reviewには同時に、「エビデンスがあまりに少なく、またその質が低い」とも記載されている<sup>10)</sup>。したがって、Cochrane reviewのみをもって骨盤計測全体の意義がないと結論することは、拙速に過ぎると言わざるをえない。実臨床上、十分な陣痛があるにもかかわらず分娩が進行せずにCPDとの診断で帝王切開を施行された女性が、次の分娩に際して経陰分娩を希望された場合(Try of

Labor After Cesarean section : TOLAC) の骨盤計測には、一定の意義があると私たちは考えている。その計測結果が、OC、TDにおいてそれぞれ私たちの調査における3パーセントایل未満であるならば、TOLAC中に分娩進行が思わしくない場合、早期に帝王切開に切り替えることが考慮される。帝王切開既往のない妊婦であれば、十分に分娩進行を見きわめ、また陣痛促進を行ったうえで分娩停止、あるいはCPDの診断の下に帝王切開を行えばよい。しかし帝王切開既往のある妊婦の分娩停止は、そうでない妊婦に比して、時として子宮破裂のリスクを極限にまで高める可能性があると考えられるからである。ただし、前回帝王切開の適応が難産(分娩停止、CPD)以外、つまり骨盤位、前置胎盤などであればこの限りではない。胎児への被ばく回避の観点からは、難産によって帝王切開となった場合には、将来のTOLACに備え、分娩後に骨盤X線撮影を行っておくという方法もなくはないが、現在のところ実施は困難である。

#### おわりに

現代日本人女性の骨盤計測結果(自験例)を提示しつつ、骨盤計測の歴史と臨床的な意義とを概説した。この50年間で日本人女性の骨盤の大きさに変化が生じ、また狭骨盤の定義を満たす女性の頻度がきわめて少なくなっていたことは、興味深い驚きであるが、これらの事実が実際の分娩転帰にどのような影響を及ぼし、また及ぼしつつあるのか、という解明すべき新たな課題が明らかとなった。児頭の大きさの個人差は高々数mmであるが、母体骨盤の大きさの個人差は数cmに及ぶ。骨盤入口部の形態はともかく、骨盤の大きさそのものが分娩進行やその成否に影響するであろうとの先人たちの直感、おそらく間違っていない。骨盤計測がその真

価を十分に発揮するためには、分娩転帰との間を埋める研究がどうしても必要であり、そこには、古典的なArtとしての産科学の、真のゴールがあると信じている。

#### 参考文献

- 1) 高知床志, 荒木日出之助, 尾島信夫, 他: 骨盤の大きさに関する小委員会報告. 日産婦会誌, 24(2): 172-173, 1972.
- 2) Lenhard MS, Johnson TR, Weckbach S, et al.: Pelvimetry revisited: analyzing cephalopelvic disproportion. *Eur J Radiol*, 74(3): e107-111, 2010.
- 3) Capelle C, Devos P, Caudrelier C, et al.: How reproducible are classical and new CT-pelvimetry measurements? *Diagn Interv Imaging*, 101(2): 78-89, 2020.
- 4) Franz M, von Bismarck A, Delius M, et al.: MR pelvimetry: prognosis for successful vaginal delivery in patients with suspected fetopelvic disproportion or breech presentation at term. *Arch Gynecol Obstet*, 295(2): 351-359, 2017.
- 5) Liao KD, Yu YH, Li YG, et al.: Three-dimensional magnetic resonance pelvimetry: A new technique for evaluating the female pelvis in pregnancy. *Eur J Radiol*, 102: 208-212, 2018.
- 6) 黒沢恒平: 骨盤位成立機序に関する骨盤の形態学的研究. 昭和医学会雑誌, 33(3): 406-418, 1973.
- 7) Caldwell WE, Moloy HC: Anatomical variations in the female pelvis and their effect in labor with a suggested classification. *Am J Obstet Gynecol*, 26(4): 479-505, 1933.
- 8) Caldwell WE, Moloy HC: Anatomical variations in the female pelvis: Their classification and obstetrical significance. *Proc R Soc Med*, 32(1): 1-30, 1938.
- 9) Narumoto K, Sugimura M, Saga K, et al.: Changes in pelvic shape among Japanese pregnant women over the last 5 decades. *J Obstet Gynaecol Res*, 41(11): 1687-1692, 2015.
- 10) Pattinson RC, Cuthbert A, Vannevel V: Pelvimetry for fetal cephalic presentations at or near term for deciding on mode of delivery. *Cochrane Database Syst Rev*, 3(3): CD000161, 2017.

## 今日の問題

## 妊婦の交通外傷

大門 篤 史

大阪医科薬科大学産婦人科学教室

交通事故は妊婦が受ける外傷の約7割を占めており、外因死の最多の原因である。2016年に札幌で行われた調査では、**妊婦の2.9%**が自動車乗車中に交通事故に遭遇していた<sup>1)</sup>。交通外傷による産科合併症として、**常位胎盤早期剥離**が最も発症率が高く、軽傷の外傷で1~5%、重傷の外傷で6~35%でみられ、母体の死亡率は1%以下だが、胎児死亡率は25~30%と高率である。また、**交通外傷による胎児死亡の直接的原因の70%以上が常位胎盤早期剥離**であると報告されている<sup>2)</sup>。

外傷による衝撃で子宮が前方に投げ出され、最大550 mmHgの圧力が発生し、子宮後部に強い陰圧がかかることで子宮壁から胎盤が剥離し、常位胎盤早期剥離が発症すると考えられている<sup>3)</sup>。軽傷の外傷でも発症することがあり、20週以降の妊婦の場合受傷後**少なくとも6時間のモニタリング**が推奨される。切迫徴候や子宮収縮を認める場合は受傷後のモニタリングを24時間に延長する必要がある。ほとんどの常位胎盤早期剥離は受傷後48時間以内に発症するが、受傷直後は症状を認めず、時間が経過してから症状が生じる症例もあり、注意深い経過観察が必要である。

妊娠中期以降は子宮が増大し骨盤外へ位置するため、**子宮破裂**が起こる可能性がある。子宮破裂は、ダッシュボードやハンドル外傷などの鈍的損傷では比較的多いが、骨盤骨折との関

連が深く、下部泌尿器系の損傷を合併することがある。子宮破裂の死亡率は母体で10%、胎児はほぼ100%と報告されている<sup>4)</sup>。ほぼ全例に腹腔内出血を認めるため、救急医が行う外傷の初期診察における迅速簡易超音波操作法のFAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) で陽性と判断された場合には子宮破裂も念頭に入れる必要がある。

以上のことを理解したうえで、妊婦の外傷初期診療にあたる必要がある。母体のprimary surveyと蘇生を優先したうえで同時に**胎児の評価 (Fetal assessment)**を行う。母体生命に関わる外傷（ショック、意識障害を伴う頭部外傷、母体適応による緊急開腹手術）では胎児死亡率は40~50%と高率であるが、軽傷の外傷の場合でも1~5%で子宮内胎児死亡を合併する。実際に妊婦の外傷による流死産の60~70%は軽傷で起きている<sup>3)</sup>。胎児心拍は母体の第5のバイタルサインといわれることもあり、母体の危機的な状態のサインとなる。母体のバイタルが安定していなければ胎児救命は不可能であり、まず**母体の状態の安定化が最優先**される。まず、妊婦のprimary surveyでは、日本外傷診療研究機構が行う外傷初期診療の研修プログラムであるJATEC (Japan Advanced Trauma Evaluation and Care) を遵守し、ABCDEを評価した後にF (Fetal assessment and Forward transfer) の評価をする。Fとして、胎動の有無、

## ◆Current topic◆

## Traumatic injuries during pregnancy

Atsushi DAIMON

Department of Obstetrics and Gynecology, Osaka Medical and Pharmaceutical University

腹部診察（圧痛、板状硬の有無など）、超音波による胎児心拍数確認、子宮収縮の有無や内診（破水、性器出血の有無など）を行う。Primary surveyに続いて、身体所見と諸検査からなるsecondary surveyを行う。妊婦特有の全身状態として妊娠中は咽頭の浮腫やfull stomachのため挿管困難（Airway）、酸素消費量の増大と生理的過換気による呼吸性アルコーシス（Breathing）や循環血漿量が約40%程度増加しているためショック徴候を呈しにくい（Circulation）とprimary surveyに影響を与えることを理解しておく必要がある。母体のsecondary surveyで必要な全身評価のレントゲンやCT検査をためらう必要はないが、この検査による胎児被曝では、形態異常や精神発達遅滞の原因とはなり得ないことを説明する必要がある。

加えて、妊娠中の交通外傷後は妊娠経過に長期的な影響を与える可能性がある。交通外傷後時に部分的な胎盤早期剥離を起こしたが、無症状であり、分娩時に初めて影響を認める場合がある。妊婦の交通外傷後に直後は問題ない場合でも、早産や常位胎盤早期剥離が増加するため、妊娠期間を通して注意深く観察を続ける必要が

ある<sup>3)</sup>。

産婦人科診療ガイドライン 産科編2020には、災害時や事故時に一次トリアージにおいて妊婦は黄タグ（待機治療群）とし、さらに妊娠22週以降妊婦で破水、性器出血、腹痛、胎児死亡のいずれか1つでも異常を認めれば緊急治療の必要な赤タグ（最優先治療群）に分類されている<sup>5)</sup>。

## 参考文献

- 1) Morikawa M, Yamada T, Kato-Hirayama E, et al. : Seatbelt use and seat preference among pregnant women in Sapporo, Japan, in 2013. *J Obstet Gynaecol Res*, 42 : 810-815, 2016.
- 2) Pepperell RJ, Rubinstein E, MacIsaac IA : Motor-car accidents during pregnancy. *Med J Aust*, 12 : 203-205, 1977.
- 3) EL Kady D : Perinatal Outcomes of Traumatic Injuries During Pregnancy. *Clin Obstet Gynecol*, 50 : 582-591, 2007.
- 4) Williams JK, McClain L, Rosemurgy AS, et al. : Evaluation of blunt abdominal trauma in the third trimester of pregnancy : maternal and fetal considerations. *Obstet Gynecol*, 75 : 33-37, 1990.
- 5) 日本産科婦人科学会, 日本産婦人科医会 : 産婦人科診療ガイドライン 産科編2020, CQ902「大規模災害や事故に遭遇した女性の救護は？」: 372-375, 2020.

**(332) 血友病保因者女性の管理について**

What OB/GYNs should know about managing hemophilia carriers

回答／神谷 亮雄

Akio KAMIYA

会員質問コーナー Q&amp;A

**Q:** 産婦人科医が知っておくべき血友病保因者女性の管理について教えてください。

(大阪府 Y. F.)

**A:** はじめに  
血友病は、先天性凝固障害症の中で最多の疾患である。罹患者は関節内出血、鼻出血、皮下出血といった出血症状が幼少期から反復する。X連鎖遺伝性であり、男性が罹患者、女性が保因者となる。約30%は新生変異による孤発例とされる。血友病の父親をもつか、2人以上の血友病患児を出産するか、1人の血友病患児を出産し、かつ母方家系に確実な血友病患者がいれば、保因者と確定することができる。その条件を満たさない場合は、推定保因者となる。血友病は決して女性に無縁の疾患ではない。X染色体不活性化の関与により、保因者の凝固因子活性値は実に多様であり<sup>1)</sup>、少なくない割合の保因者女性が出血症状を経験している<sup>2)</sup>。厚生労働省委託事業の「血液凝固異常症全国調査」令和2年度報告書によると、わが国の患者数は血友病Aが5533例、血友病Bが1205例であった<sup>3)</sup>。血友病保因者の正確な総数は把握されていないが、血友病患者のおよそ1.6~5.0倍存在し、そのうち2割が凝固因子活性30%未満の有症

状保因者であると推定されている<sup>4)</sup>。

**過多月経の管理**

月経はしばしば保因者女性にとって初めての大量出血のエピソードとなる。薬物治療には、トラネキサム酸、エストロゲン・プロゲステン配合薬、レボノルゲストレル放出子宮内システムなどが用いられる。中等症と軽症の血友病Aに対しては酢酸デスマプレシンの投与が考慮されるが、わが国での血友病Aに対する保険適応は注射用製剤の静脈内投与のみである。海外では携帯可能なスプレー製剤が簡便な対処方法として承認されており、わが国においても適応拡大が待たれる。薬物療法が無効な場合は、子宮内膜アブレーション、子宮内搔爬術、子宮摘出術などの外科的治療が考慮される。

**妊娠・分娩の管理**

周産期管理については、日本産婦人科・新生児血液学会より「エキスパートの意見に基づく血友病周産期管理指針2017年版」が示された<sup>5)</sup>。要点を以下にまとめる。まず、妊娠初期、後期(28週ごろ)、末期(35週ごろ)にAPTT、凝固因子活性値を確認する。出血症状、流産、人工妊娠中絶、分娩の際に凝固因子活性が50%未満の場合は、

凝固因子製剤により補充することで50%以上に上昇させる。血友病罹患児にとってのリスクとして、帽状腱膜下血腫、頭蓋内出血がある。発症を避けるためにも、罹患児である可能性が排除できない場合は、吸引分娩や鉗子分娩は避ける必要がある。男児の場合、出生後に臍帯血を用いてAPTT、凝固因子活性を確認し、速やかに血友病診断を行う。分娩第3期は凝固因子製剤、トラネキサム酸の使用を含めた積極的止血管理を行う。以上のことから、血友病保因者には、凝固因子製剤による補充療法・止血管理を行うことのできる高次施設における集学的な周産期管理が望ましい。

**保因者診断について**

保因者診断には、血液凝固検査と遺伝子検査が用いられる。APTT、凝固因子活性を含む血液凝固検査は簡便だが、複数回施行する必要があるものの信頼度は低く、確定診断はできない。確定診断には遺伝子検査が必要だが、非保険診療であり、血縁罹患者の協力が必要という点もハードルとなり、容易に実施できるものではない。保因者であるとわかることで、自身の健康管理や、周産期リスクに対処することができる一方、保因者という烙印から結婚や出産に消極

的になってしまう可能性がある。保因者診断は全員に必ずしも勧められるわけではなく、**十分な遺伝カウンセリングの下、行われる必要がある。**

#### おわりに

これまで「保因者にも出血傾向がある」という認識が多くの医療者や患者、家族に欠如していたため、十分な情報提供や止血管理がなされていなかった。産婦人科医は女性にまつわるさまざまな出血イベントの専門家である。血友病を含めた先天性凝固異常症についての知識を深めておかなければならない。

#### 参考文献

- 1) Osoli M, Donfield SM, Carlsson KS, et al. : Joint comorbidities among Swedish carriers of haemophilia : A register-based cohort study over 22 years. *Haemophilia*, 25 : 845-850, 2019.
- 2) 西田恭治 : 保因者. 血栓止血誌, 32 (1) : 33-41, 2021.
- 3) 厚生血液凝固異常症全国調査運営委員会 : 労働省委託事業 血液凝固異常症全国調査 令和2年度報告書. 公益財団法人エイズ予防財団, 2021.
- 4) World Federation of Hemophilia : Carriers and Women with Hemophilia. <https://www1.wfh.org/publication/files/pdf-1471.pdf> (Accessed January 18, 2023)
- 5) 日本産婦人科・新生児血液学会 血友病周産期管理指針作成ワーキンググループ : エキスパートの意見に基づく血友病周産期管理指針 2017年版. 日産婦新生児血会誌, 27 (1) : 53-66, 2017.

**333 婦人科手術における新たな手術支援ロボット機器について**

About the new robotic device for gynecological surgery

回答／長 又 哲 史

Satoshi NAGAMATA

会員質問コーナー Q&amp;A

**Q:** 婦人科領域における新たな手術支援ロボット機器について教えてください。

(兵庫県 K. Y.)

**A:** 婦人科領域におけるロボット手術は、2018年に「da Vinci」を使用した「腹腔鏡下陰式子宮全摘術（内視鏡手術用支援機器を用いる場合）」および「腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術（子宮体がんに対して内視鏡手術用支援機器を用いる場合）」が初めて保険適用となりました。また2020年4月に「腹腔鏡下仙骨腔固定術（内視鏡手術用支援機器を用いた場合）」が保険適用となり、婦人科疾患に対するロボット手術は本邦においても広く普及するようになってきています。そして2022年に新たな手術支援ロボットとして、「hinotoriサージカルロボットシステム（メディカロイド社）」「Hugo RASシステム（コヴィディエンジャパン株式会社）」が薬事承認を経て、保険診療でも使用できる状況となりました。

それぞれの機器の特徴ですが、「hinotoriサージカルロボットシステム」は国産初の手術支援ロボットであり、2020年に泌尿器科領域で保険収載され普及し、2022年12月から婦人科領域においても実臨床で使用され始めま

した。オペレーションユニットのアームはヒトの腕に近いコンパクトな設計となっているため、アーム同士や助手との干渉軽減が期待できます。またインストゥルメントの動作支点をソフトウェアによって設定する「ピボット機構」を用いているため、アームとトロカールのドッキングが不要となっており、トロカー周辺に十分なワーキングスペースを確保することができます。執刀医が操作するサージョンコックピットについては、フルハイビジョン3Dで画角が16:9とワイドな設計になっています<sup>1)</sup>。

「Hugo RASシステム」については、サージョンコンソールが特徴的なオープン型となっており、術者と手術室内スタッフとのコミュニケーションが円滑にとれるデザインとなっています。また術者のモーションスケールリング機能だけでなくインストゥルメントのローテーションについても増幅調整機能を有しており、よりエルゴノミックな操作を可能としています。そしてアームは4つの独立したアームカートを用いており自由度が高く、アーム同士の干渉軽減や、ラパロのようなポート配置を用いてロボット支援手術を執り行える可能性をもっています。システムタワーにはFT10が搭載

されているのも特徴の1つです<sup>2)</sup>。

これら新規ロボットの登場に伴い、日本産科婦人科学会では「婦人科疾患に対するロボット手術に関する指針」が改訂されました<sup>3)</sup>。すでにda Vinciを用いて手術を行っている施設が新たに別機種のロボットを用いた手術を初めて行う際には、その製造販売会社のトレーニングプログラム（コンバージョントレーニング）を終了し、その機種の指導者の執刀手術見学と招聘手術を少なくとも1例は経験しておくことが条件となっています。da Vinciの場合は指導者としてプロクターが推奨されていますが、新規ロボット機器においては、プロクター制度がスタートするまでは、日本婦人科ロボット手術学会が推奨するファーストインストラクターがその役割を果たすこととなります。いずれは新規ロボット機器においても均てん化されたプロクター制度を確立させ、安全な普及を目指していく形になる予定ですので、新規ロボット手術機器を用いた手術を実施する場合は最新の学会指針などを確認のうえ、指針に基づいて施行する必要があります。

### 参考文献

- 1) **Medicaroid社HP** : <https://www.medicaroid.com/product/hino-tori/>
- 2) **Medtronic社HP** : <https://www.medtronic.com/covidien/en-gb/robotic-assisted-surgery/hugo-ras-system/products-and-system.html>
- 3) 日本産科婦人科学会 : 「婦人科領域におけるロボット手術に関する指針」の改訂について. 2022年6月25日.

## 投稿規定

論文投稿の際の必要書類は近畿産科婦人科学会のホームページに掲載 (<http://www.kinsanpu.jp>)

### 1. 投稿資格

原則として本会会員に限る。ただし会員以外のもので、編集委員会が承認され、所定の掲載料を支払ったものは受けつける。

### 2. 投稿内容

本誌は産科学、婦人科学、これらと関連のある領域ならびに本会に関係のある原稿を広く受けつける。

- 投稿原稿の種類：論文（原著：臨床研究・基礎研究他、症例報告、総説）、依頼原稿（「臨床の広場」、「今日の問題」、「会員質問コーナー」）、学会ならびに各府県医会の事項、研究部会記録、学術集会プログラム・抄録、その他。
- 論文（原著：臨床研究・基礎研究他、症例報告、総説）は、複数の外部査読者や常任編集委員が査読を行う。依頼原稿は常任編集委員が査読を行う。研究部会記録は研究部会世話人が査読を行う。
- 投稿原稿は倫理的観点から十分考慮されたものでなければならない。倫理的に注意すべき点がある場合、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を参照し、各著者の所属する大学・病院等での倫理委員会等の審査を受けなければならない。なお、編集委員会よりその証明を請求される場合がある。

投稿原稿について開示すべき利益相反があるときは、投稿時にその内容を明記する。利益相反状態の有無の基準は、公益社団法人日本産科婦人科学会の「利益相反に関する指針」による。

### 3. 論文原稿送付について

- 1) 投稿の方法は電子投稿に限る。

<https://mc.manuscriptcentral.com/kinsanpu>にアクセスし、必須事項を入力の上、表示される指示に従って投稿すること。

- 2) 必ず投稿前にファイル内の文字化け、画像の鮮明度などを確認すること。
- 3) すべての著者は所定の誓約書と著作権移譲書をpdf形式の電子ファイルとして、アップロードすること。

### 4. 論文の受理

他誌に未発表の論文で、その原稿は以下に述べる投稿規定を満足し、直ちに印刷できる状態にあるものでなければならない。論文の採否は査読のうえ、常任編集委員会で決定する。

### 5. 論文の著作権について

論文の著作権は、近畿産科婦人科学会に所属する。

### 6. 論文の掲載

論文は、印刷雑誌およびオンラインジャーナルに掲載する。論文の掲載は受理順によるが、速やかな掲載

を希望するときは、特別掲載として取り扱う。希望者は投稿時に「特別掲載」を選択すること。

### 7. 論文作成

論文は和文または英文とする。

論文作成には次の諸点に留意されたい。

#### 1) 和文論文の場合

- a. 記載事項：表題、著者名（症例報告は筆頭著者を含め8名までとする）、所属、緒言、研究（実験）方法、結果（成績）、考察、総括または結論、参考文献、付図・表説明の順に記載し、別に図表と、800字以内の和文抄録および和文キーワード（5語以内）を付す。また英語にて、表題（文頭のみ大文字とする）、著者名、所属を表記し、200ワード以内の英文抄録および英文Key words（5ワード以内）を付す。

また、症例について記載する際には、プライバシー保護の観点から必要最小限の情報のみを記載すること（来院日や手術日などの具体的な記述はしない等）。

- b. 体裁：当用漢字、現代かなづかいで、横書きとする。原稿の長さは原則として、本誌20頁以内（1頁約1600字）とする。文字原稿作成にはMicrosoft Wordを用い、必ず連続で行番号を付記する。

#### 2) 英文論文の場合

- a. 記載項目：表題、著者名（症例報告は筆頭著者を含め8名までとする）、所属（公式に定められた英訳名）、Abstract（200ワード以内）、Key words（5ワード以内）、Introduction, Materials and Methods, Results, Discussion, References, Figure Legends, Table Legendsの順に記載し、別に図表と800字以内の和文抄録を同時に提出すること。

- b. 体裁：原稿の長さは原則として、本誌10頁以内とする。文字原稿はMicrosoft Wordを用いて作成し、連続で行番号を付記する。

- 3) 学術用語：日本医学会の所定に従い、動物名はカタカナで（例：ラット、モルモット）、化学物質名、薬品名は原語を活字体またはカタカナで、外国の人名、地名は原語のまま活字体で書くこと。なお、治療薬の表記は、原則として一般名で表現すること。また、利益相反の問題に十分配慮すること。

- 4) 単位、記号：メートル法または公式の略語を用いる。

例：m, cm, mm, g, mg,  $\mu$ g, ng, pg, L, mL,  $^{\circ}$ C, pH, M, IU, cpmなど。

- 5) 参考文献：本文中では、参考箇所の右肩に上付き

で出典順に番号を打って記載する(例: <sup>1)</sup>, <sup>1,5)</sup>, <sup>1,5)</sup>).  
 篇末には出典順に次の要領でまとめる.

a. 雑誌: 雑誌名は, 和文誌は医学中央雑誌略名(医学中央雑誌刊行会編), 欧文誌は Quarterly Cumulative Index Medicus等に従って略する.

著者は3人までは全員, 4人以上の場合は3人と他(et al.)とする. 欧文著者は姓を先に, 名は略記で後に付す. 著者名: 題名. 雑誌名, 巻: 開始頁-終了頁, 発表西暦年.

例: 小西郁生, 伊東和子, 堀内晶子: 内臓症を母地とする卵巣癌の特徴と予後. 臨婦産, 60: 134-139, 2006.

East N, Alobaid A, Goffin F, et al.: Granulosa cell tumour: a recurrence 40 years after initial diagnosis. J Obstet Gynecol Can, 27: 363-364, 2005.

b. 単行本: 著者名: 書名. 開始頁-終了頁, 出版社, 発行地, 発行西暦年.

例: 大熊輝夫: 現代臨床精神医学. p57-71, 金原出版, 東京, 2005.

Cunningham FG, Gant NF, Leveno KJ: Williams Obstetrics 21st. p681-682, McGraw-Hill, New York, 2001.

c. 全集または分担執筆: 執筆者名: 題名. “全書名” 編者名, (巻数), 開始頁-終了頁, 出版社, 発行地, 発行西暦年.

例: 森 崇英: 着床の基礎組織. “図説 ARTマニュアル” 森 崇英, 久保春海, 岡村 均編, p171-186, 永井書店, 大阪, 2002.

Patrick D: Maternal and perinatal infection. “Obstetrics; normal and problem pregnancies” 4 ed. Ed by Gabbe SG, Niebyl JR, Simpson JL, p1293-1345, Churchill Livingstone, New York, 2002.

d. 欧文原稿の文献引用で和文誌を引用するときは, 公式欧文略号を用い, それがない場合は日本語名をそのままローマ字書きとする. いずれの場合も(In Japanese)と註記すること.

6) 図表: 適切なソフト(Excel, Power Point, Photoshop等)を用いて作成し, 通しナンバーを付ける. 図表にはタイトルを付ける. また写真は図(Fig)として取り扱う. 光顕写真には撮影倍率を明記し, 電顕写真にはスケールを入れること. また図表の挿入位置を文中に明記すること.

## 8. 研究部会記録投稿形式

1) 投稿の方法は電子投稿に限る.

<http://mc.manuscriptcentral.com/kinsanpu>にアクセスし, 必須事項を入力の上, 表示される指示に従って投稿すること.

2) 記載事項は和文論文に準ずる.

3) 掲載料は投稿規定に定めるところによる.

4) 表題, 著者名, 所属を和文と英文の両方で表記する.

## 9. 校 正

掲載論文は初校のみ著者校正とする. この際には組版面積に影響を与えるような改変は許されない.

## 10. 別 冊

別冊の希望部数は著者校正の際に, 校正紙に朱書のこと.

## 11. 掲載料

投稿料, 掲載料は無料である. しかし, 下記に対しては実費を申し受ける.

1) 特別掲載は全額著者負担

2) 表組み, 写真版, 図・スケッチ, 原色版, 特別印刷などの費用

3) 本誌6頁以上の超過頁

4) 別冊代およびその郵送料(電子メールによるPDFファイル送信は無料)

5) 研究部会記録

各研究部会につき5頁までは無料とし, それ以上の超過頁については, 上記2)と3)に基づいた計算額の2分の1を徴集する. なお, その負担者については世話人が決定する.

これらの費用は論文が掲載されたときに徴集する.

## 12. 論文原稿の掲載順位, 体裁等について

これについては, 常任編集委員会に一任する.

## 13. 電子投稿・登録者情報について

電子投稿システムへ登録された情報は, 近畿産科婦人科学会の会員情報として登録される.

投稿者がそれを希望しない場合は別途事務局に連絡して会員情報として登録されないようにすることができ.

## 14. 投稿規定の改変

投稿規定の改変は, そのつど編集委員会によって行い, 理事会の承認を得る.

|               |               |
|---------------|---------------|
| 昭和58年6月1日改定   | 平成24年5月13日改定  |
| 昭和61年7月16日改定  | 平成24年12月6日改定  |
| 平成4年2月23日改定   | 平成25年12月12日改定 |
| 平成10年5月24日改定  | 平成27年12月10日改定 |
| 平成13年12月13日改定 | 平成30年10月30日改定 |
| 平成14年12月12日改定 | 令和4年6月3日改定    |
| 平成15年12月11日改定 | 令和5年1月13日改定   |
| 平成22年2月10日改定  |               |

### (注意事項)

\* 1 研究部会記録の内容を他誌に投稿する場合は, 二重投稿にご注意ください.

\* 2 「個人情報の保護に関する法律」を熟読の上投稿してください.

**「個人情報の保護に関する法律」施行に関連するお知らせ**

平成17年4月から「個人情報の保護に関する法律」が施行されています。また厚生労働省からは「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」が公表され、その中では「特定の患者・利用者の症例や事例を学会で発表したり、学会誌で報告したりする場合等は、氏名、生年月日、住所等を消去することで匿名化され则认为られるが、症例や事例により匿名化が困難な場合は、本人の同意を得なければならない」とされています。

本誌に掲載されている、論文、研究部会報告、学会抄録などに含まれる患者個人情報については、個人を識別できる情報を除外して匿名化されていればこの法律でいう個人情報には該当しませんし、匿名化が困難な症例についても、発表の同意を個別に得ておられれば問題はありません。

編集委員会では平成15年の電子ジャーナルとの併用化を契機として、個人を識別できる可能性があり学術的に必須でない、診療日時、患者イニシャル、人種・国籍などを、また不要な場合は年齢についても、編集作業の過程で本文、図表、写真などから削除あるいは修正してきました。しかし、研究部会報告や学会抄録においては修正が困難あるいは不可能ですので、個人を特定できる情報の修正については慎重な対応をお願いいたします。

この新法施行を機に、会員皆様の施設においても個人情報保護に関する宣言（プライバシーポリシー、プライバシーステートメント等）や個人情報を適正に取り扱うための各種規定を策定・公開されていることと存じます。本誌へ投稿される論文、研究部会報告、学術集会抄録要旨の記載などに際しましては、著者の責任において、それらに沿って患者個人情報の取り扱いを配慮されるよう重ねてお願い申し上げます。

令和5年5月1日

近畿産科婦人科学会編集委員会  
委員長 松村 謙臣

## 電子ジャーナルのご案内

### 「J-STAGE」(独立行政法人科学技術振興機構)

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 掲載内容 | 1 巻 1 号以降：原著論文，臨床研究論文，総説，症例報告論文，診療論文，研究部<br>会論文，臨床の広場，今日の問題<br>62 巻 1 号以降：会員質問コーナー<br>66 巻 3 号以降：原著論文（臨床研究・基礎研究他），症例報告論文，総説，研究部<br>会論文，臨床の広場，今日の問題                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 掲載画面 | 目次一覧，抄録，引用文献，全文閲覧用 PDF                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 公開日  | 刊行月の翌月予定                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| 費用   | 無料                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| 閲覧   | 入会等手続き なし<br>直接 <a href="https://www.jstage.jst.go.jp/browse/sanpunosinpo/-char/ja">https://www.jstage.jst.go.jp/browse/sanpunosinpo/-char/ja</a> へアクセス<br>全文閲覧には，53 巻 1 号以降は，ID ナンバー（購読者番号）とパスワードが必要。<br>★ ID ナンバー（購読者番号）：各人の日産婦学会員コード（数字のみで 8 桁）の<br>前に k（小文字）をつけたもの（例 k19000000 k20000000）。<br>★ パスワード：sanpunosinpo<br>このパスワードは全会員共通で初回のみ使用し，その後は会員ご自身でパス<br>ワードを設定・管理してください。<br>新しいパスワードは，半角英数字 4 ～ 32 文字で設定し，「産婦人科の進歩」ト<br>ップ画面にあるパスワード変更欄で登録すること。 |
| リンク  | Pub Med，Chem Port，Cross Ref，JOIS Link                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |

### 「Medical Online」(株式会社メテオ)

|      |                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 掲載内容 | 15 巻 1 号以降（一部脱落あり）：原著論文，臨床研究論文，総説，症例報告論文，<br>診療論文，学術集会抄録（一般演題）<br>66 巻 3 号以降：原著論文（臨床研究・基礎研究他），症例報告論文，総説，学術集<br>会抄録（一般演題）                                                                                                                                                  |
| 掲載画面 | 目次一覧，抄録，全文閲覧用 PDF                                                                                                                                                                                                                                                         |
| 公開日  | 刊行月の翌月予定                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| 費用   | 1 論文全文ダウンロード 726 円（税込），その他はホームページ参照                                                                                                                                                                                                                                       |
| 閲覧   | 会員入会手続き必要（入会無料）<br>アドレス <a href="http://www.medicalonline.jp/">http://www.medicalonline.jp/</a><br>会員登録 上記ホームページより登録<br>総合問合せ <a href="mailto:info@medicalonline.jp/">info@medicalonline.jp/</a><br>料金窓口 <a href="mailto:fee@medicalonline.jp/">fee@medicalonline.jp/</a> |

# 第148回近畿産科婦人科学会総会ならびに学術集会 プログラム・講演抄録

会 期：2023年 6 月17日（土），18日（日）

会 場：ホテルアバローム紀の国

近畿産科婦人科学会 会長  
学術集会会長

矢本 希夫  
井篁 一彦

## 第148回近畿産科婦人科学会総会ならびに学術集会 ご 案 内

開催方式：現地開催，オンデマンド配信（6月30日（金）0：00～7月6日（木）24：00）

会 期：2023年6月17日（土）11：50～17：50

6月18日（日）8：50～16：10

会 場：ホテルアバローム紀の国

〒640-8262 和歌山市湊通丁北2-1-2 TEL：073-436-1200

受付時間：6月17日（土）11：00～17：00

6月18日（日）8：00～14：30

参加受付：2階 ホワイエ

PC受付：2階 ホワイエ

第1会場：孔雀の間（3階）

（開会式，ランチョンセミナー1・4，教育セミナー1・2・4・5，専門医共通講習，  
指導医講習会，学術奨励賞受賞講演，優秀演題賞1・2，総会，閉会式）

第2会場：鳳凰の間1/3（東）（2階）

（ランチョンセミナー2・5，教育セミナー3・6）

第3会場：鳳凰の間1/3（中）（2階）

（ランチョンセミナー3・6）

### <評議員会>

日 時：6月18日（日）12：00～13：00

会 場：羽衣の間（4階）

### <総 会>

日 時：6月18日（日）13：05～13：35

会 場：第1会場：孔雀の間（3階）

### <学術奨励賞受賞講演>

日 時：6月18日（日）11：30～11：50

会 場：第1会場：孔雀の間（3階）

### <優秀演題賞表彰式>

日 時：6月18日（日）16：00～16：10

会 場：第1会場：孔雀の間（3階）

## ＜学会参加者へのご案内＞

1. 当日、会場での参加登録（参加費支払い）はできません。  
必ず事前に近畿産科婦人科学会HP（<https://www.kinsanpu.jp/conference/index.html>）より事前参加登録を完了のうえご来場ください。  
参加費決済後、参加登録システムより「予約確認書」を各自プリントアウトし、当日受付にてご提示ください。

日本産科婦人科学会専門医出席証明は、JSOGカードやJSOGアプリなどの会員証で受け付けを行います。日本産科婦人科学会の会員はJSOGカードやJSOGアプリなどの会員証を忘れずにご持参ください。



JSOGカード・デジタル会員証

|             | 事前参加登録 | Web視聴参加登録 |
|-------------|--------|-----------|
| 一般          | 5,000円 | 5,000円    |
| 初期研修医・医学部学生 | 無料     | 無料        |

- ※1 初期研修医の方は、登録時に初期研修医証明書の添付が必要となります。
- ※2 医学部学生の方は、登録時に学生証のスクランデータの添付が必要となります。  
それぞれご準備の上、参加登録を開始してください。

## 2. 参加登録期間

|        |                        |
|--------|------------------------|
| 参加登録期間 | 2023年5月1日（月）～6月5日（月）予定 |
|--------|------------------------|

※Web視聴参加登録期間はHPでご確認ください。

## ＜お支払い方法＞

- ・クレジットカード決済、コンビニ決済（現金支払い）から選択可能です。
- ・コンビニ決済（現金支払い）の方は、事前参加登録後、お支払い画面よりコンビニ決済をお選びください。（支払い期限は、お申込み日の翌日から3日間となり、期限を過ぎますと自動でキャンセルとなります）
- ※いずれの支払方法につきましても、決済完了後の返金はいたしませんので、ご了承ください。

## ＜参加登録が完了された方＞

- ・参加登録完了後、自動配信メールが送信されます。メールが届かない場合は、ホームページ内、参加登録デスクまでお問合せください。
- ・現地参加の方は、Web視聴もご参加可能です。

## ＜各種研修証明について＞

現地参加、Web参加、いずれにおいても以下の取得が可能です。

- （1）学会参加証明書
- （2）日本産科婦人科学会専門医研修出席証明（10単位）
- （3）日本専門医機構学術集会参加単位

※単位取得には、オンライン参加登録時に日本産科婦人科学会の会員番号入力が必要となりますのでご注意ください。

(4) 日本産婦人科医会研修参加証：1枚配布

ご希望の方は、オンライン参加登録時に入力してください。後日郵送予定です。

### ＜一般講演者へのお願い＞

1. 講演時間は以下のとおりです。

優秀演題賞候補演題：講演時間8分、討論時間3分

一般演題：講演時間6分、討論時間2分

(講演時間終了1分前に黄ランプ、終了時に赤ランプでお知らせします。)

2. 講演者をご発表セッション開始30分前までにPC受付：2階 ホワイエにてご発表データの試写受付をお済ませください。

PCを持参される方もセッション開始30分前までにPC受付をお済ませください。

データは専用のPCに保存させていただきますが、学会終了後に適切に削除いたします。

会場に用意してあるPCでは、パワーポイントの「発表者ツール」機能は使用できません。

スライドのサイズはワイド画面(16:9)でお願いします。

3. 発表10分前には、各会場内前方の「次演者席」に着席し、待機してください。

#### 【発表データをお持ち込みの方へ】

・ソフトはWindows版Power Pointをご使用ください。

※Macintoshをご使用の方は、PC本体とHDMI変換アダプターを必ずお持ち込みください。

※動画ファイルをご使用の方は、PC本体をお持ち込みください。

・フォントはOS標準のもののみご使用ください。

・会場スピーカーに音声は流せません。

・スライドのサイズはワイド画面(16:9)でお願いします。

・発表データはUSBメディアに保存してお持ちください。

#### 【ノートPC本体をお持ち込みの方へ】

・バックアップとして、必ずUSBメディアもご持参ください。

・会場スピーカーに音声は流せません。

・スライドのサイズはワイド画面(16:9)でお願いします。

・PC受付の液晶モニターに接続し、映像の出力チェックを行ってください。

※PCの機種やOSによって出力設定方法が異なります。

・プロジェクターとの接続ケーブルの端子は、HDMIです。

・PCによっては専用のコネクタが必要となりますので、必ずお持ちください。

※特に薄型ノートPCは別途付属コネクタが必要となりますので、ご注意ください。

・スクリーンセーバー、省電力設定は事前に解除願います。

・コンセント用電源アダプターを必ずご持参ください。

※内臓バッテリー駆動ですと、発表中に映像が切れる恐れがあります。

### ＜講習単位のご案内＞

※下記内容は2023年4月7日時点の情報となります。

申請中のため、対象セッションの最新情報は学会ホームページを随時ご確認ください。

| *単位認定申請中 | セッション名                                                                                                   | 現地参加 | オンデマンド<br>配信 |
|----------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|------|--------------|
| 産婦人科領域講習 | 第1会場（6月17日（土） 12：00～13：00）<br>ランチョンセミナー1<br>「帝王切開術に関する最近の話題」                                             | ○    | ○            |
| 産婦人科領域講習 | 第2会場（6月17日（土） 12：00～13：00）<br>ランチョンセミナー2<br>2-1「腹腔鏡技術認定試験・合格体験記」<br>2-2「TLH困難症例への対応 内膜症合併<br>～その時どうする？」  | ○    | ×            |
| 産婦人科領域講習 | 第3会場（6月17日（土） 12：00～13：00）<br>ランチョンセミナー3<br>「卵巣癌における個別化医療を考える」                                           | ○    | ×            |
| 産婦人科領域講習 | 第1会場（6月18日（日） 12：00～13：00）<br>ランチョンセミナー4<br>「子宮体癌治療の今後の展望～レンパチニブ<br>+ベムプロリズマブ併用療法を含めて～」                  | ○    | ×            |
| 産婦人科領域講習 | 第2会場（6月18日（日） 12：00～13：00）<br>ランチョンセミナー5<br>「整形外科医から見た女性の手の悩み」                                           | ○    | ○            |
| 産婦人科領域講習 | 第3会場（6月18日（日） 12：00～13：00）<br>ランチョンセミナー6<br>「治癒を目指した初回進行卵巣癌の維持療法」                                        | ○    | ×            |
| 産婦人科領域講習 | 第1会場（6月17日（土） 13：10～14：10）<br>教育セミナー1<br>「卵巣がん治療戦略2023」                                                  | ○    | ×            |
| 産婦人科領域講習 | 第1会場（6月17日（土） 15：30～16：30）<br>教育セミナー2<br>「再現性・安全性の高い子宮全摘出術を行う<br>にあたっての手術コンセプトとその実践<br>～高難度TLHからTLRHまで～」 | ○    | ○            |
| 産婦人科領域講習 | 第2会場（6月17日（土） 15：30～16：30）<br>教育セミナー3<br>「周産期における鉄欠乏性貧血の管理」                                              | ○    | ×            |
| 産婦人科領域講習 | 第1会場（6月18日（日） 9：10～10：10）<br>教育セミナー4<br>「生涯にわたる女性のヘルスケアを担う産婦<br>人科から鉄欠乏対策の実践と発信を！」                       | ○    | ×            |
| 産婦人科領域講習 | 第1会場（6月18日（日） 13：40～14：40）<br>教育セミナー5<br>「性ステロイドホルモンから子宮内膜症につ<br>いて考える」                                  | ○    | ×            |

| * 単位認定申請中  | セッション名                                                             | 現地参加 | オンデマンド配信 |
|------------|--------------------------------------------------------------------|------|----------|
| 産婦人科領域講習   | 第1会場（6月18日（日） 13:40～14:40）<br><b>教育セミナー6</b><br>「女性の不定愁訴について」      | ○    | ×        |
| 共通講習（感染対策） | 第1会場（6月17日（土） 16:50～17:50）<br>「見えていますか、今そこにある危機<br>～院内感染対策の基本と実際～」 | ○    | ○        |
| 指導医講習会     | 第1会場（6月18日（日） 15:00～16:00）<br>「医師の働き方改革と産婦人科専門医制度」                 | ○    | ○        |

### 【現地参加の方】

各講習の単位は、入室時にJSOGカードやJSOGアプリなどの会員証のQRコードを読み取り、受講証明をします。

日本専門医機構の認定講習は、各講習会場で対象セッション開始前に受付を開始します。開始時刻から10分を過ぎた場合、聴講は可能ですが、日本専門医機構単位は付与されませんのでご了承ください。

また、原則途中退出は認められません。

会員の皆様は、JSOGカードやJSOGアプリなどの会員証を忘れずにご持参ください。

※同一時間帯のポイントを両方取得することはできません。

### 【オンデマンド配信視聴の方】

単位付与期間内にオンデマンド配信を視聴した場合に、単位取得が可能となる予定です。

単位付与期間：6月30日（金）0:00～7月6日（木）24:00まで

※参加単位、日本専門医機構単位が必要な方は、Web視聴参加登録の上、上記期間内にWeb視聴を必ずお済ませください。

※単位付与期間内に最後まで視聴完了し受講証明書のダウンロードを行い保管ください。

受講完了していない講演は、単位取得ができませんのでご注意ください。視聴完了までお時間に余裕をお持ちください。

#### ・共通講習について

日本専門医機構の単位取得のためには、対象セッションを最後まで視聴し、設問への回答（5問5択に80%以上正解すること）が必要となります。併せて受講証明書のダウンロードを行い保管ください。視聴だけでは、単位付与対象になりませんので、ご注意ください。

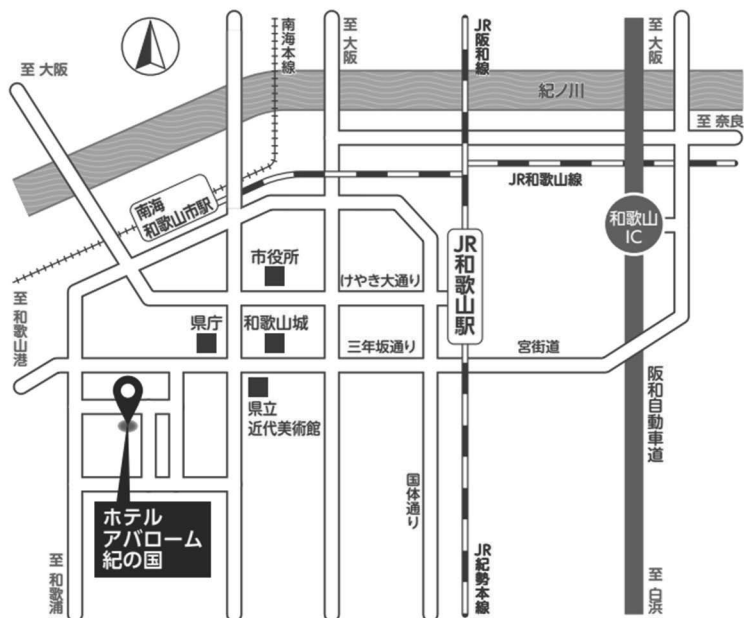
#### ・産婦人科領域講習について

対象セッションを最初から最後まで視聴していただくと、単位が付与されます。

## <学 会 場 案 内 図>

### ■会 場：ホテルアバローム紀の国

〒640-8262 和歌山市湊通丁北2-1-2 TEL：073-436-1200



### ■アクセス方法

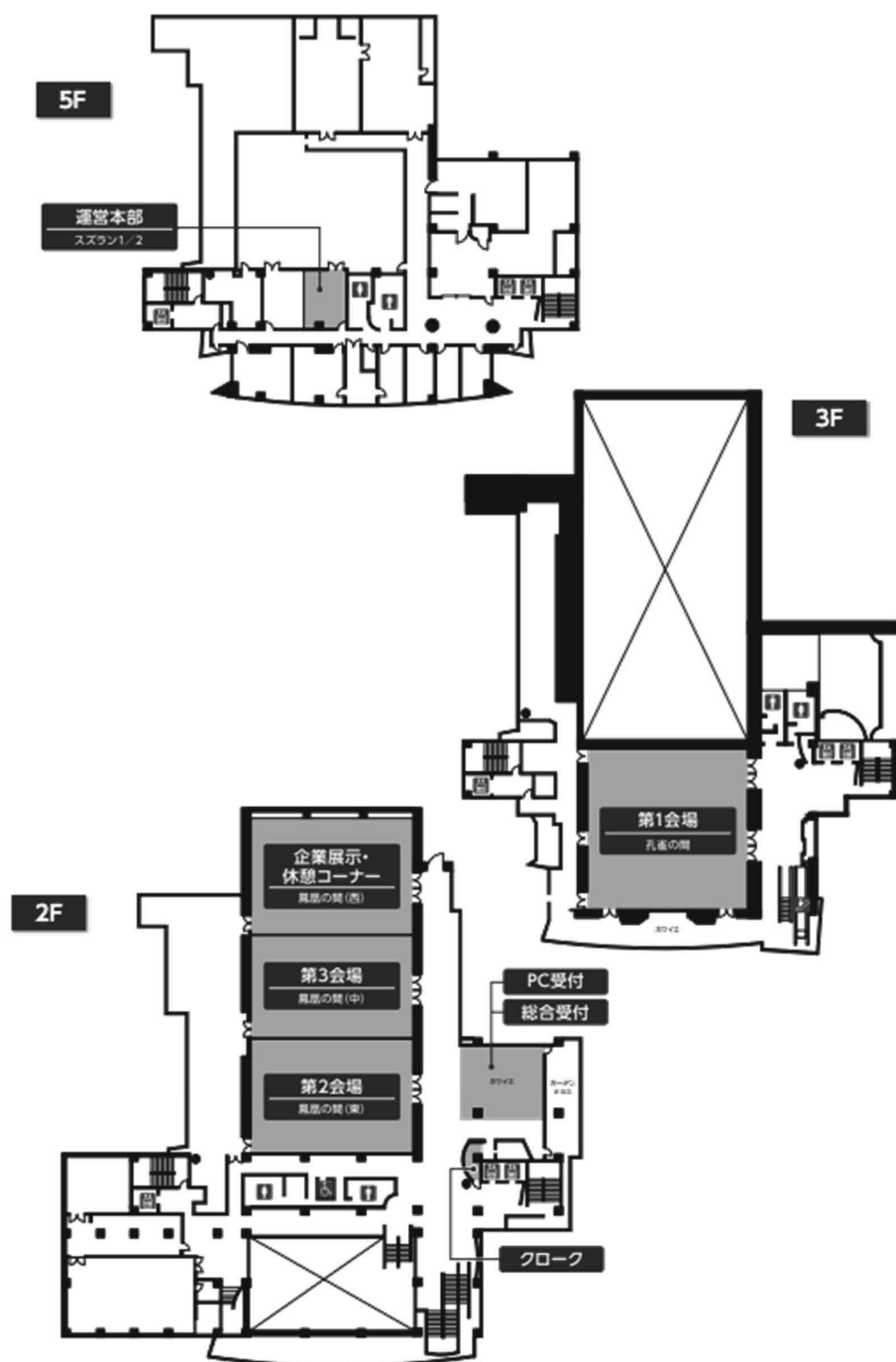
電車でお越しの場合



# <各会場案内図>

## 第148回近畿産科婦人科学会学術集会

ホテルアバローム紀の国



# 学会進行表

## ■2023年 6 月17日（土） ホテルアバローム紀の国

|       | 第1会場（3F）<br>孔雀の間                                                             | 第2会場（2F）<br>鳳凰の間 東                                                    | 第3会場（2F）<br>鳳凰の間 中                                                          |
|-------|------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|
| 9:00  |                                                                              |                                                                       |                                                                             |
| 10:00 |                                                                              |                                                                       |                                                                             |
| 11:00 |                                                                              |                                                                       |                                                                             |
| 11:50 | 開 会 式                                                                        |                                                                       |                                                                             |
| 12:00 | 12:00-13:00 ㊦<br>ランチョンセミナー1<br>座長：柴原 浩章<br>演者：池田 智明<br>共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン(株) | 12:00-13:00 ㊦<br>ランチョンセミナー2<br>座長：橘 大介<br>演者：市川 冬輝／橋本奈美子<br>共催：テルモ(株) | 12:00-13:00 ㊦<br>ランチョンセミナー3<br>座長：井篁 一彦<br>演者：伊藤 公彦<br>共催：アストラゼネカ(株)/MSD(株) |
| 13:10 | 13:10-14:10 ㊦<br>教育セミナー1<br>座長：大道 正英<br>演者：角 俊幸<br>共催：中外製薬(株)                | 13:10-14:10<br>周産期1<br>(6-12)<br>座長：石井 桂介                             | 13:10-14:10<br>腫瘍1<br>(20-26)<br>座長：濱西 潤三                                   |
| 14:20 | 14:20-15:20<br>優秀演題候補1<br>(1-5)<br>座長：森川 守                                   | 14:20-15:20<br>周産期2<br>(13-19)<br>座長：遠藤 誠之                            | 14:20-15:20<br>腫瘍2<br>(27-33)<br>座長：澤田健二郎                                   |
| 15:30 | 15:30-16:30 ㊦<br>教育セミナー2<br>座長：村上 節<br>演者：志岐 保彦<br>共催：科研製薬(株)                | 15:30-16:30 ㊦<br>教育セミナー3<br>座長：井篁 一彦<br>演者：川崎 薫<br>共催：日本新薬(株)         | 15:30-16:50<br>腫瘍3<br>(34-42)<br>座長：田中 智人<br>川口 龍二                          |
| 16:50 | 16:50-17:50 ㊦<br>共通講習（感染対策）<br>座長：南 佐和子<br>演者：小泉 祐介                          |                                                                       |                                                                             |
| 17:50 |                                                                              |                                                                       |                                                                             |

# ■2023年6月18日（日） ホテルアバローム紀の国

|       | 第1会場（3F）<br>孔雀の間                                                         | 第2会場（2F）<br>鳳凰の間 東                                                                    | 第3会場（2F）<br>鳳凰の間 中                                                  | 評議員会会場（4F）<br>羽衣の間  |
|-------|--------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|---------------------|
| 8:50  |                                                                          |                                                                                       |                                                                     |                     |
| 9:10  | 9:10-10:10 ㊦<br>教育セミナー4<br>座長：木村 文則<br>演者：江川 美保<br>共催：ゼリア新薬工業(株)         | 8:50-10:10<br>周産期3<br>(48-56)<br>座長：出口 雅士<br>辻 俊一郎                                    | 8:50-10:10<br>婦人科手術1<br>(64-72)<br>座長：小谷 泰史<br>山西優紀夫                |                     |
| 10:20 | 10:20-11:20<br>優秀演題賞候補2<br>(43-47)<br>座長：森 泰輔                            | 10:20-11:20<br>周産期4<br>(57-63)<br>座長：吉松 淳                                             | 10:20-11:20<br>婦人科手術2<br>(73-79)<br>座長：北 正人                         |                     |
| 11:30 | 11:30-11:50<br>学術奨励賞受賞講演<br>座長：柏木 智博                                     |                                                                                       |                                                                     |                     |
| 12:00 | 12:00-13:00 ㊦<br>ランチョンセミナー4<br>座長：万代 昌紀<br>演者：松村 謙臣<br>共催：MSD(株)/エーザイ(株) | 12:00-13:00 ㊦<br>ランチョンセミナー5<br>座長：岡田 英孝<br>演者：下江 隆司<br>共催：大塚製薬(株)ニュートラ<br>シューティカルズ事業部 | 12:00-13:00 ㊦<br>ランチョンセミナー6<br>座長：寺井 義人<br>演者：中井 英勝<br>共催：武田薬品工業(株) | 12:00-13:00<br>評議員会 |
| 13:05 | 13:05-13:35<br>総 会                                                       |                                                                                       |                                                                     |                     |
| 13:40 | 13:40-14:40 ㊦<br>教育セミナー5<br>座長：木村 正<br>演者：森 泰輔<br>共催：持田製薬(株)             | 13:40-14:40 ㊦<br>教育セミナー6<br>座長：南 佐和子<br>演者：武田 卓<br>共催：(株) ツ ム ラ                       | 13:30-15:00<br>生殖内分泌・女性ヘルスケア<br>(80-89)<br>座長：馬淵 泰士<br>八幡 環         |                     |
| 15:00 | 15:00-16:00 ㊦<br>指導医講習会<br>座長：井篁 一彦<br>演者：松村 謙臣                          |                                                                                       |                                                                     |                     |
| 16:00 | 優秀演題賞表彰式，閉会式                                                             |                                                                                       |                                                                     |                     |
| 16:10 |                                                                          |                                                                                       |                                                                     |                     |

## ランチョンセミナー 1～3

■ 6月17日（土）12：00～13：00 第1会場 孔雀の間（3階）

### 1. 「帝王切開術に関する最近の話題」

座長：兵庫医科大学産科婦人科学講座 教授

柴原 浩章先生

演者：三重大学医学部産婦人科学 教授・同附属病 院長

池田 智明先生

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

■ 6月17日（土）12：00～13：00 第2会場 鳳凰の間1/3（東）（2階）

### 2-1. 「腹腔鏡技術認定試験・合格体験記」

座長：大阪公立大学大学院医学研究科女性生涯医学 教授

橘 大介先生

演者：市立貝塚病院産婦人科 医長

市川 冬輝先生

共催：テルモ株式会社

### 2-2. 「TLH困難症例への対応 内膜症合併～その時どうする？」

座長：大阪公立大学大学院医学研究科女性生涯医学 教授

橘 大介先生

演者：日本生命病院産婦人科 部長

橋本奈美子先生

共催：テルモ株式会社

■ 6月17日（土）12：00～13：00 第3会場 鳳凰の間1/3（中）（2階）

### 3. 「卵巣癌における個別化医療を考える」

座長：和歌山県立医科大学産科婦人科学講座 教授

井篁 一彦先生

演者：関西ろうさい病院産婦人科・遺伝子診療科 部長・副院長

伊藤 公彦先生

共催：アストラゼネカ株式会社／MSD株式会社

## 教育セミナー 1～3

■ 6月17日（土）13：10～14：10 第1会場 孔雀の間（3階）

### 1. 「卵巣がん治療戦略2023」

座長：大阪医科薬科大学産婦人科学教室 教授

大道 正英先生

演者：大阪公立大学大学院医学研究科女性病態医学 教授

角 俊幸先生

共催：中外製薬株式会社

■ 6月17日（土）15：30～16：30 第1会場 孔雀の間（3階）

### 2. 「再現性・安全性の高い子宮全摘出術を行うにあたっての手術コンセプトとその実践～高難度TLHからTLRHまで～」

座長：滋賀医科大学産科学婦人科学講座 教授

村上 節先生

演者：独立行政法人労働者健康安全機構 大阪ろうさい病院産婦人科 部長

志岐 保彦先生

共催：科研製薬株式会社

■ 6月17日（土）15：30～16：30 第2会場 鳳凰の間1/3（東）（2階）

### 3. 「周産期における鉄欠乏性貧血の管理」

座長：和歌山県立医科大学産科婦人科学講座 教授

井篁 一彦先生

演者：近畿大学医学部産科婦人科学教室 医学部講師

川崎 薫先生

共催：日本新薬株式会社

## ランチョンセミナー 4～6

■ 6月18日（日）12：00～13：00 第1会場 孔雀の間（3階）

### 4. 「子宮体癌治療の今後の展望～レンバチニブ+ペムブロリズマブ併用療法を含めて～」

座長：京都大学医学部婦人科学産科学教室 教授

万代 昌紀先生

演者：近畿大学医学部産科婦人科学教室 教授

松村 謙臣先生

共催：MSD株式会社／エーザイ株式会社

■ 6月18日（日）12：00～13：00 第2会場 鳳凰の間1/3（東）（2階）

### 5. 「整形外科医から見た女性の手の悩み」

座長：関西医科大学医学部産科学 婦人科学 教授

岡田 英孝先生

演者：和歌山県立医科大学整形外科学講座 講師

下江 隆司先生

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

■ 6月18日（日）12：00～13：00 第3会場 鳳凰の間1/3（中）（2階）

### 6. 「治癒を目指した初回進行卵巣癌の維持療法」

座長：神戸大学大学院医学研究科外科系講座 産科婦人科学分野 特命教授

寺井 義人先生

演者：近畿大学病院産科婦人科 講師

中井 英勝先生

共催：武田薬品工業株式会社

## 教育セミナー 4～6

■ 6月18日（日）9：10～10：10 第1会場 孔雀の間（3階）

### 4. 「生涯にわたる女性のヘルスケアを担う産婦人科から鉄欠乏対策の実践と発信を！」

座長：奈良県立医科大学産科婦人科学教室 教授

木村 文則先生

演者：京都大学大学院医学研究科婦人科学産科学 助教

江川 美保先生

共催：ゼリア新薬工業株式会社

■ 6月18日（日）13：40～14：40 第1会場 孔雀の間（3階）

### 5. 「性ステロイドホルモンから子宮内膜症について考える」

座長：大阪大学大学院医学系研究科器官制御外科学講座 産科学婦人科学 教授

木村 正先生

演者：京都府立医科大学大学院医学研究科女性生涯医科学 教授

森 泰輔先生

共催：持田製薬株式会社

■ 6月18日（日）13：40～14：40 第2会場 鳳凰の間1/3（東）（2階）

### 6. 「女性の不定愁訴について」

座長：和歌山県立医科大学総合周産期母子医療センター 病院教授

南 佐和子先生

演者：近畿大学東洋医学研究所 所長・教授

武田 卓先生

共催：株式会社ツムラ

## 学術奨励賞受賞講演

■ 6月18日（日）11：30～11：50 第1会場 孔雀の間（3階）

### 「当院で子宮動脈塞栓術を実施した11症例の月経再開についての検討」

座長：2022年度 近畿産科婦人科学会 会長

柏木 智博先生

演者：大阪大学大学院医学系研究科産科学婦人科学

須賀 清夏先生

## 専門医共通講習：感染対策

■ 6月17日（土）16：50～17：50 第1会場 孔雀の間（3階）

「見えていますか、今そこにある危機 ～院内感染対策の基本と実際～」

座長：和歌山県立医科大学総合周産期母子医療センター 病院教授

南 佐和子先生

演者：和歌山県立医科大学臨床感染制御学講座 教授

小泉 祐介先生

## 指導医講習会

■ 6月18日（日）15：00～16：00 第1会場 孔雀の間（3階）

「医師の働き方改革と産婦人科専門医制度」

座長：和歌山県立医科大学産科婦人科学講座 教授

井篁 一彦先生

演者：近畿大学医学部産科婦人科学教室 教授

松村 謙臣先生

## 一般講演プログラム

■ 6月17日（土）（14：20－16：50）

### [第1会場 孔雀の間（3階）]

優秀演題候補1（14：20－15：20）

座長：森川 守

1. 一過性羊水過少の周産期予後 ケースシリーズ研究  
山田 拓馬, 山本 亮, 和形麻衣子, 石井 桂介 (大阪母子医療センター)
2. 産科危機的出血（PPH）に対するdamage control resuscitation（DCR）  
金 蒼美, 中村 幸司, 川西 陽子, 角田 守, 三宅 達也, 平松 宏祐,  
味村 和哉, 木村 敏啓, 遠藤 誠之, 木村 正 (大阪大学)
3. 頸管縫縮術後における縫縮糸前後の子宮頸管長の短縮は早産予測に有用である  
脇 啓太, 竹田 佳奈, 美並 優希, 西川 恭平, 前花 知果, 山尾 佳穂,  
三宅 龍太, 山中彰一郎, 杉本澄美玲, 市川麻祐子, 赤坂珠理晃, 木村 文則  
(奈良県立医科大学)
4. 子宮内バルーンタンポナーデ導入前後での産後子宮出血への子宮動脈塞栓術実施率の変化  
前田 美亜, 今福 仁美, 谷村 憲司, 富本 雅子, 施 裕徳, 出口 雅士,  
寺井 義人 (神戸大学)
5. 冠攣縮性狭心症合併妊娠の周産期予後  
胡 脩平, 澤田 雅美, 神谷千津子, 直 聖一郎, 松村 有起, 小永井奈緒,  
須賀 清夏, 小川 紋奈, 手向 麻衣, 中西 篤史, 柿ヶ野藍子, 岩永 直子,  
金川 武司, 吉松 淳 (国立循環器病研究センター)

### [第2会場 鳳凰の間1/3（東）（2階）]

周産期1（13：10－14：10）

座長：石井 桂介

6. NIPTが普及する中で、超音波検査による出生前診断が重要であった症例  
久川 豊, 宇藤 友里, 永尾 友香, 木下美乃梨  
(ゆたかマタニティ超音波クリニック)
7. 胎児期に軟骨無形成症（ACH）と診断し出生後ボソリチド投与に至った1例  
三浦 深仁, 上東真理子, 島田 崇広, 山口 桃李, 武田 和哉, 竹山 龍,  
田中 宏幸, 澤井 英明, 柴原 浩章 (兵庫医科大学)
8. 当院で経験したfetal brain death syndromeの3例  
大西 和哉, 城 道久, 安田 立子, 北 采加, 村越 誉, 岡田 十三,  
吉田 茂樹 (千船病院)

## 9. Cornelia de Lange症候群の1例

細田 尚哉, 沖村 浩之, 藤岡 悠介, 長澤 友紀, 志村 光揮, 田中佑輝子,  
藁谷深洋子, 森 泰輔 (京都府立医科大学)

## 10. 免疫グロブリン療法により重篤な新生児同種免疫性血小板減少症の発症を回避できた1例

山形 知央<sup>1)</sup>, 小松 摩耶<sup>1)</sup>, 川村 洋介<sup>2)</sup>, 松坂 直<sup>1)</sup>, 山口 綾香<sup>1)</sup>, 上田 優輔<sup>1)</sup>,  
千草 義継<sup>1)</sup>, 最上 晴太<sup>1)</sup>, 万代 昌紀<sup>1)</sup> (京都大学<sup>1)</sup>, 滋賀県立総合病院<sup>2)</sup>)

## 11. 異なる臨床経過をたどった胎盤血管腫の2例

前田 杏樹, 布出 実紗, 松本 知子, 大門 篤史, 永易 洋子, 杉本 敦子,  
佐野 匠, 藤田 太輔, 大道 正英 (大阪医科薬科大学)

## 12. 当院におけるオプショナルスクリーニングの取り組み

西松 謙一, 豊福 彩, 吉田 隆昭, 坂田 晴美, 山村 省吾, 横山 玲子,  
山西優紀夫, 山西 恵, 日野 麻世, 春日 摩耶, 大西 佑実, 恩地 孝尚,  
山本美紗子 (日本赤十字社和歌山医療センター)

## 周産期2 (14:20-15:20)

座長: 遠藤 誠之

## 13. 妊娠中にCOVID-19に感染した心疾患合併妊婦の転帰

松村 有起, 柿ヶ野藍子, 胡 脩平, 直 聖一郎, 須賀 清夏, 小川 紋奈,  
手向 麻衣, 小永井奈緒, 澤田 雅美, 中西 篤史, 神谷千津子, 岩永 直子,  
金川 武司, 吉松 淳 (国立循環器病研究センター)

## 14. COVID-19感染後子宮内胎児死亡した1例

濱田 寛子, 濱田 盛史 (はまだ産婦人科)

## 15. 羊水検査にて絨毛膜羊膜炎を否定し妊娠期間を延長できた切迫早産の1例

谷口健太郎, 桂 大輔, 林 香里, 所 伸介, 天野 創, 辻 俊一郎,  
村上 節 (滋賀医科大学)

## 16. 当院における緊急頸管縫縮術の現況

谷村 吏香, 中山 朋子, 谷岡 桃子, 相本 法慧, 平田 智子, 西條 昌之,  
河合 清日, 関 典子, 小高 晃嗣, 水谷 靖司 (姫路赤十字病院)

## 17. 頸管長短縮を伴う前置血管に対して頸管縫縮術を施行した3症例

関 莉穂, 三枚 卓也, 北田 紘平, 栗原 康, 田原 三枝, 羽室 明洋,  
中野 朱美, 橘 大介 (大阪公立大学)

## 18. 妊娠中の子宮頸管ポリープと自然早産の関連

脇本 哲, 林 周作, 山本 亮, 石井 桂介 (大阪母子医療センター)

## 19. 初産時の分娩時期から次回妊娠時の分娩時期を予測できるか

志水香保里, 酒井 理恵, 岩本真理子, 龍見 信哉, 山崎 峰夫 (パルモア病院)

## [第3会場 鳳凰の間1/3 (中) (2階)]

## 腫瘍1 (13:10-14:10)

座長：濱西 潤三

## 20. がん遺伝子パネル検査の導入により婦人科がんの予後は改善したか？

上田 友子, 鰐本 浩志, 瀧本 裕美, 谷口 路善, 成田 幸代, 中川 公平,  
脇本 裕, 澤井 英明, 柴原 浩章 (兵庫医科大学病院)

## 21. 卵巣癌における手術前後のデータを用いた予後予測スコアの確立と有効性

河原 直紀, 山本皇之祐, 福井 陽介, 山中彰一郎, 山田 有紀, 岩井 加奈,  
川口 龍二, 木村 文則 (奈良県立医科大学)

## 22. 進行卵巣癌におけるNAC+IDS後の予後予測因子

倉橋 寛樹, 増田 達郎, 戸田有朱香, 中川 慧, 木瀬 康人, 瀧内 剛,  
三好 愛, 小玉美智子, 小林 栄仁, 橋本 香映, 上田 豊, 澤田健二郎,  
木村 正 (大阪大学)

## 23. 再発卵巣癌腫瘍減量術へのPARP阻害剤の影響

若園 依未, 滝 真奈, 奥宮明日香, 寒河江悠介, 砂田 真澄, 北村 幸子,  
古武 陽子, 山ノ井康二, 村上 隆介, 山口 建, 堀江 昭史, 濱西 潤三,  
万代 昌紀 (京都大学)

## 24. 当院でのPembrolizumabの使用経験について

坂元 優太, 穂西 実加, 中野 和俊, 長安 実加, 安川 久吉, 赤田 忍  
(大阪はびきの医療センター)

## 25. 転移再発子宮体癌の初回治療に対するメドロキシプロゲステロン(MPA)の後方視的検

頃末真惟子<sup>1)</sup>, 中川 公平<sup>1)</sup>, 吉安加奈子<sup>2)</sup>, 成田 幸代<sup>1)</sup>, 瀧本 裕美<sup>1)</sup>, 谷口 路善<sup>1)</sup>,  
上田 友子<sup>1)</sup>, 脇本 裕<sup>1)</sup>, 鰐本 浩志<sup>1)</sup>, 廣田 誠一<sup>2)</sup>, 柴原 浩章<sup>1)</sup>  
(兵庫医科大学<sup>1)</sup>, 同・病理診断科<sup>2)</sup>)

## 26. 子宮体癌の子宮摘出後継続管理における腔断端細胞診の成績と費用対効果について

豊田 進司, 伊東 史学, 杉浦 敦, 中澤 遼, 中谷 真豪, 福井 寛子,  
竹田 善紀, 新納恵美子, 谷口真紀子, 佐道 俊幸, 喜多 恒和  
(奈良県総合医療センター)

## 腫瘍2 (14:20-15:20)

座長：澤田健二郎

## 27. 子宮頸癌, 卵巣癌に対し, ペバシズマブ長期維持療法にて病勢制御が可能であった3例

清水香陽子, 長又 哲史, 豊永 絢香, 鷲尾 佳一, 内田 明子, 笹川 勇樹,  
西本 昌司, 山崎 友維, 寺井 義人 (神戸大学)

## 28. ベムプロリズマブ使用中に腫瘍の一過性偽増大を認めた再発子宮体癌の1例

田中 良知<sup>1)</sup>, 永瀬 慶和<sup>1)</sup>, 中前亜季子<sup>1)</sup>, 小松 直人<sup>1)</sup>, 仲尾 有美<sup>1)</sup>, 谷口 翠<sup>1)</sup>,  
市川 冬輝<sup>1)</sup>, 甲村奈緒子<sup>1)</sup>, 田中あすか<sup>1)</sup>, 増田 公美<sup>1)</sup>, 岡 藤博<sup>1)</sup>, 荻田 和秀<sup>2)</sup>,  
横井 猛<sup>1)</sup> (市立貝塚病院<sup>1)</sup>, りんくう総合医療センター<sup>2)</sup>)

## 29. ニラバリブ投与後に生じた間質性肺炎の1例報告; 症例報告および文献的考察

庄野 允人, 太田真見子, 松村 謙臣 (近畿大学)

## 30. オラパリブ投与中に間質性肺炎を発症した2症例

小松 直人, 増田 公美, 中前亜季子, 田中 良知, 仲尾 由美, 栗谷 翠,  
黒田実紗子, 市川 冬輝, 永瀬 慶和, 甲村奈緒子, 田中あすか, 岡藤 博,  
横井 猛 (市立貝塚病院)

## 31. 子宮体部脱分化癌に対して術後ペムブロリズマブ・レンバチニブを投与した1例

岡木 啓, 岩宮 正, 栗谷 佳宏, 浅野 啓太, 久林 侑美, 大柳 亮,  
中谷沙也佳, 加藤 愛理, 海野ひかり, 武藤はる香, 松崎 聖子, 久保田 哲,  
笹野 恵, 島津由紀子, 田口 貴子, 隅蔵 智子, 森重健一郎, 竹村 昌彦  
(大阪急性期・総合医療センター)

## 32. 多発リンパ節転移を認めた子宮頸部上皮内癌(CIS)既往の1例

恩地 孝尚, 山西優紀夫, 西松 謙一, 山本美紗子, 大西 佑実, 春日 摩耶,  
日野 麻世, 山西 恵, 横山 玲子, 山村 省吾, 坂田 晴美, 豊福 彩,  
吉田 隆昭 (日本赤十字社和歌山医療センター)

## 33. 子宮頸癌放射線治療後42年経過して発症した子宮頸部腺癌の1症例

堀内 優子<sup>1)</sup>, 谷本 敏<sup>2)</sup>, 竹中 由夏<sup>2)</sup>, 久米川 綾<sup>2)</sup>, 南野 有紗<sup>2)</sup>, 矢本 希夫<sup>2)</sup>,  
坪田ゆかり<sup>3)</sup>, 村垣 泰光<sup>3)</sup>, 井篁 一彦<sup>1)</sup>  
(和歌山県立医科大学<sup>1)</sup>, 和歌山ろうさい病院<sup>2)</sup>, 同・病理診断科<sup>3)</sup>)

## 腫瘍3 (15:30-16:50)

座長: 田中 智人, 川口 龍二

## 34. 生殖年齢期に発症した卵黄囊腫瘍を含む混合型胚細胞腫瘍と類内膜癌の混合がんの1例

一尾 成美, 垂水 洋輔, 青山 幸平, 片岡 恒, 古株 哲也, 寄木 香織,  
森 泰輔 (京都府立医科大学)

## 35. 画像では検出困難であった閉経後の卵巣Sertoli-Leydig細胞腫の1例

山本 円<sup>1)</sup>, 曾和 正憲<sup>1)</sup>, 西村 美咲<sup>2)</sup>, 中田久実子<sup>1)</sup>, 西森 敬司<sup>1)</sup>  
(ひだか病院<sup>1)</sup>, 橋本市民病院<sup>2)</sup>)

## 36. Gliomatosis peritoneiを伴う卵巣未熟奇形腫の1例

藤東 温子, 市村 友季, 今井 健至, 山内 真, 福田 武史, 安井 智代,  
角 俊幸 (大阪公立大学)

## 37. 外向性発育病変を伴う漿液粘液性境界悪性腫瘍の1例

仲尾 有美<sup>1)</sup>, 増田 公美<sup>1)</sup>, 中前亜季子<sup>1)</sup>, 小松 直人<sup>1)</sup>, 田中 良知<sup>1)</sup>, 谷口 翠<sup>1)</sup>,  
市川 冬輝<sup>1)</sup>, 永瀬 慶和<sup>1)</sup>, 甲村奈緒子<sup>1)</sup>, 田中あすか<sup>1)</sup>, 岡藤 博<sup>1)</sup>, 荻田 和秀<sup>2)</sup>,  
横井 猛<sup>1)</sup> (市立貝塚病院<sup>1)</sup>, りんくう総合医療センター<sup>2)</sup>)

## 38. 左卵巣から発生した悪性壁に結節を伴った粘液性囊胞腺腫の1例

中本 江美, 福田 武史, 今井 健至, 山内 真, 市村 友季, 安井 智代,  
角 俊幸 (大阪公立大学)

## 39. 急速な経過をたどった, 退形成癌を伴った卵巣粘液性境界悪性腫瘍の1例

藤井 健太, 永井 景, 日野友紀子, 植田 陽子, 松浦 美幸, 重光 愛子,  
佐々木高綱, 山田 嘉彦 (八尾市立病院)

## 40. 集学的治療が奏効した、原発性卵巣小細胞癌（肺型）の1例

泉 尚志, 古形 祐平, 村上 暉, 西江 瑠璃, 土橋 裕允, 田路 明彦,  
上田 尚子, 橋田 宗祐, 宮本 瞬輔, 寺田 信一, 藤原 聡枝, 田中 良道,  
田中 智人, 大道 正英 (大阪医科薬科大学)

## 41. 多発脳転移を伴う子宮体癌の大細胞神経内分泌癌の1例

苦居英梨彩, 原理 紗子, 食野 真美, 寺田美希子, 塩見 真由, 祝 小百合,  
徳川 睦美, 塚原稚香子, 細井 文子, 西尾 幸浩, 香山 晋輔 (大阪警察病院)

## 42. 腔原発を疑うeGISTの1例～臨床経過と診断過程～

福岡 泰教, 中後 聡, 大石 哲也, 加藤 大樹, 柴田 貴司, 徳田 妃里,  
細野佐代子, 西川 茂樹, 飯塚 徳昭, 新田 勇人, 伊藤 弘樹, 森本 始  
(高槻病院)

## ■ 6月18日（日）（10：20—15：00）

### [第1会場 孔雀の間（3階）]

## 優秀演題候補2（10：20—11：20）

座長：森 泰輔

## 43. VANHの低侵襲性についての検討

高橋 顕雅, 北澤 純, 鯉川 彩絵, 平田貴美子, 中多 真理  
(東近江総合医療センター)

## 44. 当施設における腹腔鏡下子宮全摘術後の膀胱鏡の経験と考察

日野 麻世, 山西優紀夫, 西松 謙一, 山本美紗子, 恩地 孝尚, 大西 佑実,  
春日 摩耶, 山西 恵, 横山 玲子, 山村 省吾, 坂田 晴美, 豊福 彩,  
吉田 隆昭 (日本赤十字社和歌山医療センター)

## 45. 帝王切開癒痕症候群に対する腹腔鏡下子宮癒痕部修復術の効果

信田 侑里, 辻 俊一郎, 竹林 明枝, 花田 哲郎, 笠原真木子, 松田 淑恵,  
村上 節 (滋賀医科大学)

## 46. 子宮頸癌におけるctDNA-Liquid biopsyの有用性の検討

西岡 香穂, 岩橋 尚幸, 八幡 環, 堀内 優子, 馬淵 泰士, 八木 重孝,  
南 佐和子, 井篁 一彦 (和歌山県立医科大学)

## 47. 子宮平滑筋肉腫の診断・治療に関する自験例に基づく考察

江上 有沙, 楳村 史織, 青木 康太, 小川佳奈絵, 秋山 鹿子, 加藤 聖子,  
藤田 宏行 (京都第二赤十字病院)

**[第2会場 鳳凰の間1/3 (東) (2階)]**

周産期3 (8:50-10:10)

座長: 出口 雅士, 辻 俊一郎

48. 妊娠37週までに改善した低置胎盤における経膈分娩の安全性に関する検討

中津舞利愛<sup>1)</sup>, 神谷 亮雄<sup>1)</sup>, 安原 由貴<sup>2)</sup>, 西端 修平<sup>2)</sup>, 坪倉 弘晃<sup>2)</sup>, 吉田 彩<sup>2)</sup>,  
森川 守<sup>2)</sup>, 岡田 英孝<sup>2)</sup> (関西医科大学医学部医学科<sup>1)</sup>, 関西医科大学<sup>2)</sup>)

49. 胎盤位置異常症例に対する貯血式自己血輸血の安全性と有用性に関する後方視的検討

黄 彩実, 川崎 薫, 城 玲央奈, 森内 芳, 葉 宜慧, 松村 謙臣

(近畿大学)

50. 後期分娩後異常出血において子宮動脈塞栓術を施行した1症例

黒部 貴子, 佐藤 孝憲, 下向 麻由, 内田 学, 瀧口 義弘, 松岡 智史,  
高木 力, 松原 侑子, 坂本 能基 (耳原総合病院)

51. 救急科と連携し救命し得た全身虚脱型羊水塞栓症の1例

高木江利華, 中村 幸司, 川西 陽子, 角田 守, 三宅 達也, 平松 宏祐,  
味村 和哉, 木村 敏啓, 遠藤 誠之, 木村 正 (大阪大学)

52. 妊娠中に発熱, 頭痛を生じた無菌性髄膜炎の1例

原 理紗子, 塩見 真由, 苫居英梨彩, 食野 真美, 寺田美希子, 祝 小百合,  
徳川 睦美, 塚原稚香子, 細井 文子, 西尾 幸浩, 香山 晋輔 (大阪警察病院)

53. 円錐切除術後妊娠で頸管狭窄のため帝王切開となった症例

竹尾 幸恵, 小川 萌, 宮武 崇, 清水 優作, 安井 友紀, 藤田 葵,  
松山佳奈子, 松木 貴子, 吉村 明彦, 濱田 真一, 山崎 正人, 村田 雄二

(ベルランド総合病院)

54. 胎胞脱出の管理中に絨毛膜羊膜炎をきたし敗血症性ショックに至った1例

穂西 実加, 中野 和俊, 坂元 優太, 長安 実加, 安川 久吉, 赤田 忍

(大阪はびきの医療センター)

55. 陣痛発来との鑑別に苦慮した妊娠38週の重症急性腓炎の1例

谷口 実佑, 林 子耕, 武田真一郎, 平山 純也, 野口 智子 (紀南病院)

56. 有棘縫合糸を用いて安全に妊娠中の子宮筋腫核出術を行った1例

根来 柚衣<sup>1)</sup>, 城 道久<sup>1)</sup>, 牧 尉太<sup>2)</sup>, 荅原つばさ<sup>1)</sup>, 岡田 十三<sup>1)</sup>, 増山 寿<sup>2)</sup>,  
吉田 茂樹<sup>1)</sup> (千船病院<sup>1)</sup>, 岡山大学<sup>2)</sup>)

周産期4 (10:20-11:20)

座長: 吉松 淳

57. 妊娠高血圧腎症と慢性腎臓病に伴う加重型妊娠高血圧腎症の鑑別を要した1例

仲嶺 滂, 松木 厚, 神農 円香, 岡嶋 晋加, 駿河まどか, 沖 絵梨,  
柳井 咲花, 三田 育子, 片山 浩子, 西本 幸代, 中村 博昭, 中本 収

(大阪市立総合医療センター)

58. 妊娠高血圧症候群に漿液性網膜剥離を合併した1例

赤澤 美保, 高岡 宰, 小嶋 哲, 太田 早希, 山田 敦之, 川俣 まり,  
明石 京子, 松本真理子, 大久保智治 (京都第一赤十字病院)

59. 痙攣重積発作による救急搬送後に妊娠後期の未受診妊婦であることが判明した1例  
中井 麻稀, 平松 宏祐, 川西 陽子, 角田 守, 中村 幸司, 三宅 達也,  
味村 和哉, 木村 敏啓, 遠藤 誠之, 木村 正 (大阪大学)
60. 大血管近傍に腫瘍を認めるパラガングリオーマに対し内科的管理で良好な予後を得た1例  
竹田 佳奈, 前花 知果, 美並 優希, 西川 恭平, 脇 啓太, 山尾 佳穂,  
三宅 龍太, 山中彰一郎, 杉本澄美玲, 市川麻祐子, 赤坂珠理晃, 木村 文則  
(奈良県立医科大学)
61. 血液凝固第IX因子活性低値を呈する血友病B保因者の分娩例  
西森 敬司<sup>1)</sup>, 山本 円<sup>1)</sup>, 中田久実子<sup>1)</sup>, 西村 美咲<sup>1)</sup>, 曾和 正憲<sup>1)</sup>, 五嶋 文彦<sup>2)</sup>,  
中井 晶子<sup>2)</sup>, 津野 嘉伸<sup>2)</sup> (ひだか病院<sup>1)</sup>, 同・小児科<sup>2)</sup>)
62. 母児の男性化兆候により発覚した妊娠中ステロイド産生腫瘍の1例  
辻 麻亜子<sup>1)</sup>, 出口 雅士<sup>1)</sup>, 神澤 真紀<sup>2)</sup>, 三木 満帆<sup>1)</sup>, 施 祐徳<sup>1)</sup>, 富本 雅子<sup>1)</sup>,  
益子 尚久<sup>1)</sup>, 長又 哲史<sup>1)</sup>, 尾崎 可奈<sup>1)</sup>, 今福 仁美<sup>1)</sup>, 谷村 憲司<sup>1)</sup>, 寺井 義人<sup>1)</sup>  
(神戸大学<sup>1)</sup>, 同・病理診断科<sup>2)</sup>)
63. Klippel-Trenaunay-Weber症候群合併妊娠の1例  
八木真里奈, 栗原 康, 柴田 悟, 菊池 太貴, 山本将太郎, 吉田 智弘,  
北田 紘平, 田原 三枝, 羽室 明洋, 三枚 卓也, 中野 朱美, 橘 大介  
(大阪公立大学)

### [第3会場 鳳凰の間1/3 (中) (2階)]

- 婦人科手術1 (8:50-10:10) 座長: 小谷 泰史, 山西優紀夫
64. 成熟嚢胞性奇形腫に腹腔鏡手術を施行した1例 -術後のSCC異常高値と免疫組織学的-  
浅見 里紗, 武内 享介, 澤田 幸介, 嘉納 萌, 白國あかり, 吉田 愛,  
杉本 誠 (神戸医療センター)
65. 9歳の左卵巢腫瘍茎捻転に対して腹腔鏡下手術を施行した1例  
中前亜季子<sup>1)</sup>, 田中あすか<sup>1)</sup>, 小松 直人<sup>1)</sup>, 田中 良知<sup>1)</sup>, 仲尾 有美<sup>1)</sup>, 谷口 翠<sup>1)</sup>,  
永瀬 慶和<sup>1)</sup>, 市川 冬輝<sup>1)</sup>, 甲村奈緒子<sup>1)</sup>, 増田 公美<sup>1)</sup>, 岡 藤博<sup>1)</sup>, 荻田 和秀<sup>2)</sup>,  
横井 猛<sup>1)</sup> (市立貝塚病院<sup>1)</sup>, りんくう総合医療センター<sup>2)</sup>)
66. 妊娠31週に卵巢嚢腫のautoamputationを認め, 腹腔鏡手術を行った1例  
坂田 美奈, 角田 守, 川西 陽子, 中村 幸司, 三宅 達也, 平松 宏祐,  
味村 和哉, 木村 敏啓, 遠藤 誠之, 木村 正 (大阪大学)
67. 腹腔鏡下手術で治療し得た卵巢妊娠6例の検討  
夏山 貴博, 佐原裕美子, 草壁 愛, 別宮 史子, 松井 萌, 小菊 愛,  
森上 聡子, 近田 恵里 (神戸市立西神戸医療センター)
68. 卵管卵巢膿瘍に対し腹腔鏡下手術で根治し得なかった1例  
角田紗保里, 植田 真帆, 北山 和樹, 新垣佑里香, 金光 麻衣, 志村 寛子,  
宮本真由子, 小和 貴雄, 邨田 裕子, 田中 絢香, 八田 幸治, 高山 敬範,  
佐伯 典厚, 橋本奈美子 (日本生命病院)

## 69. 術野展開から再考した腹腔鏡下付属器摘出術

白石真理子, 志岐 保彦, 樋上 翔大, 實森万里子, 志村宏太郎, 田中 佑典

(大阪労災病院)

## 70. 国産手術支援ロボットhinotoriの臨床導入について

澤田 史奈, 長又 哲史, 鷲尾 佳一, 内田 明子, 笹川 勇樹, 西本 昌司,  
山崎 友維, 寺井 義人

(神戸大学)

## 71. 内腸骨静脈流入異型に対し安全にロボット支援下仙骨腔固定術を施行しえた1例

伊藤 文武, 西村 真衣, 伊藤 文武, 古株 哲也, 小芝 明美, 楠木 泉,  
森 泰輔

(京都府立医科大学)

## 72. 子宮体癌に合併した骨盤臓器脱に対し, 全腹腔鏡下子宮全摘出術とShull法を施行した1例

八幡 環, 岩橋 尚幸, 南條佐輝子, 溝口 美佳, 堀内 優子, 太田 菜美,  
馬淵 泰士, 八木 重孝, 南 佐和子, 井篁 一彦

(和歌山県立医科大学)

## 婦人科手術2 (10:20-11:20)

座長: 北 正人

## 73. 緊急帝王切開術後の絞扼性イレウスに対して腹腔鏡下腸管癒着剥離術を施行した1例

植田 真帆, 田中 絢香, 北山 和樹, 新垣佑里香, 金光 麻衣, 角田紗保里,  
志村 寛子, 宮本真由子, 小和 貴雄, 邨田 裕子, 八田 幸治, 高山 敬範,  
佐伯 典厚, 橋本奈美子

(日本生命病院)

## 74. 腹腔鏡手術中に持針器を破損し, 術後X線撮影で部品を同定した1例

川村瑠璃海, 丸岡 寛, 泉 尚志, 和田 悠, 土橋 裕允, 村上 暉,  
西江 瑠璃, 田路 明彦, 森田奈津子, 橋田 宗祐, 藤原 聡枝, 恒遠 啓示,  
大道 正英

(大阪医科大学)

## 75. 子宮鏡下手術での灌流液が生理食塩水であったため水中毒を回避できた2例

小和 貴雄, 北山 和樹, 植田 真帆, 新垣佑里香, 金光 麻衣, 志村 寛子,  
角田紗保里, 宮本真由子, 邨田 裕子, 田中 絢香, 八田 幸治, 高山 敬範,  
佐伯 典厚, 橋本奈美子

(日本生命病院)

## 76. 嚢胞性子宮腺筋症に対し, 腹腔鏡補助下摘出術を実施した1症例

森 禎人, 花澤 綾香, 光田 紬, 赤田 将, 谷口茉莉子, 田中 稔恵,  
中尾恵津子, 繁田 直哉, 清原裕美子, 大八木知史, 筒井 建紀

(JCHO大阪病院)

## 77. 円錐切除に伴う腔壁・膀胱損傷に対し, 大網充填が有効であった1例

山本 岳, 木瀬 康人, 中川 慧, 戸田明日香, 瀧内 剛, 三好 愛,  
小玉美智子, 小林 栄仁, 橋本 香映, 上田 豊, 澤田健二郎, 木村 正

(大阪大学)

## 78. 婦人科緊急手術の周術期に横隔膜交通症のため胸水貯留をきたした2例

尾形 万里, 田中 佑治, 笠原 恭子, 天野 創, 西村 宙起, 山中 弘之,  
出口 真理, 米岡 完, 信田 侑里, 中村 暁子, 辻 俊一郎, 村上 節

(滋賀医科大学)

## 79. 異なる治療方針を選択した非交通性副角子宮の2例

竹田 善紀, 谷口真紀子, 中谷 真豪, 新納恵美子, 伊東 史学, 杉浦 敦,  
佐道 俊幸, 喜多 恒和

(奈良県総合医療センター)

生殖内分泌・女性ヘルスケア (13:40-15:00) 座長:馬淵 泰士, 八幡 環

80. COVID-19で7週間の治療中断後, MTXで寛解できた臨床的侵入奇胎の1例

苔原つばさ, 城 道久, 徳永 詩音, 小倉 直子, 二木ひとみ, 稲垣美恵子,  
大木 規義, 村越 誉, 吉田 茂樹 (千船病院)

81. 慢性骨髄性白血病により腹腔内に大量出血をきたした卵巣出血の1例

北山 和樹, 植田 真帆, 新垣佑里香, 金光 麻衣, 志村 寛子, 角田紗保里,  
宮本真由子, 小和 貴雄, 邨田 裕子, 田中 絢香, 八田 幸治, 高山 敬範,  
佐伯 典厚, 橋本奈美子 (日本生命病院)

82. 妊孕性温存目的に卵巣組織および受精卵凍結を実施したホジキンリンパ腫の1例

藤吉恵津子<sup>1)</sup>, 三宅 達也<sup>1)</sup>, 後藤 剛<sup>1)</sup>, 辻 沙織<sup>1)</sup>, 本多 秀峰<sup>1)</sup>, 山本 幸代<sup>1)</sup>,  
伊藤 風太<sup>1)</sup>, 伴田 美佳<sup>1)</sup>, 瀧内 剛<sup>1,2)</sup>, 木村 正<sup>1)</sup>  
(大阪大学<sup>1)</sup>, 同・先端ゲノム医療学共同研究講座<sup>2)</sup>)

83. 次世代シーケンサーを用いた流死産絨毛・胎児組織染色体異数性解析の有効性評価

本多 秀峰<sup>1)</sup>, 瀧内 剛<sup>1,2)</sup>, 辻 沙織<sup>1)</sup>, 後藤 剛<sup>1)</sup>, 伊藤 風太<sup>1)</sup>, 伴田 美佳<sup>1)</sup>,  
三宅 達也<sup>1)</sup>, 木村 正<sup>1)</sup> (大阪大学<sup>1)</sup>, 同・先端ゲノム医療学共同研究講座<sup>2)</sup>)

84. 子宮鏡を併用し腹腔鏡下修復術を施行した帝王切開癒痕症候群の1例

吉村 明彦<sup>1)</sup>, 増田 公美<sup>1)</sup>, 中前亜季子<sup>1)</sup>, 小松 直人<sup>1)</sup>, 田中 良知<sup>1)</sup>, 仲尾 由美<sup>1)</sup>,  
栗谷 翠<sup>1)</sup>, 市川 冬輝<sup>1)</sup>, 永瀬 慶和<sup>1)</sup>, 甲村奈緒子<sup>1)</sup>, 田中あすか<sup>1)</sup>, 岡 藤博<sup>1)</sup>,  
荻田 和秀<sup>2)</sup>, 横井 猛<sup>1)</sup> (市立貝塚病院<sup>1)</sup>, りんくう総合医療センター<sup>2)</sup>)

85. 子宮内に残存したラミナリア桿に対して子宮鏡下で摘出し妊娠・分娩に至った1例

植木 麻友, 羽室 明洋, 柴田 悟, 菊池 太貴, 山本将太郎, 吉田 智弘,  
福田恵梨子, 北田 紘平, 栗原 康, 田原 三枝, 三枚 卓也, 橘 大介  
(大阪公立大学)

86. 乳癌術後にタモキシフェン内服中に卵巣腫瘍莖捻転を起こした1例

武田真一郎, 野口 智子, 谷口 実佑, 平山 純也, 林 子耕 (紀南病院)

87. 直腸後腔にperitoneal inclusion cystを認め診断に苦慮した子宮内膜症の1例

藤野めぐみ<sup>1)</sup>, 池島 美和<sup>1)</sup>, 井篁 一彦<sup>2)</sup>, 古川 健一<sup>1)</sup>  
(橋本市民病院<sup>1)</sup>, 和歌山県立医科大学<sup>2)</sup>)

88. 右卵巣子宮内膜症性嚢胞と急性虫垂炎の診断で手術を行った回盲部子宮内膜症の1例

岩田 秋香, 山内 彩子, 貴志 洋平, 北岡 由衣 (京都山城総合医療センター)

89. 唾液酸化還元電位変動から見た, ビタミンC25g点滴の電子給方法としての有効性

荒木 常男 (荒木肛門科)

## ランチョンセミナー

## 1. 「帝王切開術に関する最近の話題」

三重大学医学部産婦人科学 教授・同附属病院長

池田 智明

わが国の2020年の統計では、総出生数の22%にあたる約19万人が帝王切開により分娩されており、最も多く行われている手術である。最近、無結節有棘縫合糸が改良され、これを用いた knotless barbed suture が帝王切開術に応用されるようになった。Pelegらは、無結節有棘縫合糸と従来縫合糸による子宮切開創の2重連続縫合を51例ずつ比較したところ、子宮閉創時間と出血量、追加止血縫合の必要が有意に減少した (Peleg D et al., *Am J Obstet Gynecol*, 2018)。われわれ三重大学病院でも、STRATAFIX®PDO 1-0を用い、2層連続縫合を行っており、講演で動画供覧する。ただし、子宮切開創両縁は吸収糸1-0号にて結節縫合を行い、止血を確実にしている。無結節有棘縫合は、有棘部がアンカーとなり張力が均一にかかることと、針孔における組織の挫滅が少ないことから、創傷治癒も単結節縫合よりも良好であると考えられる。豚の心臓を用い、無結節有棘縫合と従来糸を用いた単結節および連続縫合を行い、走査電子顕微鏡を用い針孔を観察したところ、無結節有棘糸を用い連続した場合、針孔周囲の挫滅がほとんどなかった (岐阜大学産婦人科、志賀友美先生らの研究)。

近年、癒着胎盤が増加している。帝王切開既往の前置癒着胎盤に対して、Tourniquet techniqueを考案した (Ikeda T et al., *JOGR*, 2005)。手技ごとに時間をとって説明できるため、前置癒着胎盤に対する手術教育として専攻医から履修させている (動画供覧予定)。

さらに、凍結胚移植、とくにホルモン補充周期による出生が増加しており、前置胎盤でない常位癒着胎盤を多くみるようになってきた。これは、分娩前診断されることが少ないため、分娩時に予想外に遭遇することが多い。これに対して、常位癒着胎盤に対する子宮温存術式 (TURIP法: Tourniquet, Uterine Inversion and Placental dissection method) を開発した。これは、Tourniquet法の後、ニトログリセリン100  $\mu$ g静注により子宮筋を弛緩、子宮内反させ、癒着胎盤を直接鋭的に切離する。剥離部を吸収糸1-0で数層に縫合し、tourniquetを解除し、止血を確認した後、内反を整復し、子宮切開創を縫合する。これまで、7例に対してTURIP法を応用してきたが、これも動画を供覧する予定である。

## 〔略 歴〕

池田 智明 (いけだ ともあき)

三重大学医学部産婦人科学 教授・同附属病院長

- 【学 歴】 1983年 宮崎医科大学 卒業  
1983～88年 大阪大学医学部産婦人科および関連病院にて研修
- 【職 歴】 1988～2005年 宮崎大学医学部産婦人科助手、講師  
1994～95年 カリフォルニア大学アーバイン校産婦人科 留学  
2005～11年 国立循環器病研究センター周産期・婦人科 部長  
2009～11年 同・再生医療 部長 (併任)  
2011年 三重大学医学部産婦人科 教授  
2022年 同・附属病院長 (併任)

## ランチョンセミナー

### 2-1.「腹腔鏡技術認定試験・合格体験記」

市立貝塚病院産婦人科 医長

市川 冬輝

産婦人科専門医取得後のサブスペシャリティの1つとして、日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医がある。当科ではこれまでに計8名が腹腔鏡技術認定試験に合格しており、合格率は100%である。演者は2021年度審査で腹腔鏡技術認定試験に合格することができた。本講演はこれから腹腔鏡技術認定医を目指す医師を第一の対象とし、腹腔鏡下手術の修練方法および技術認定試験のための取り組みについて演者の経験を元に発表する。

まず日々の修練としてドライボックスでの縫合結紮練習、エキスパートの手術動画の視聴を習慣的に行った。産婦人科専門医取得時点で腹腔鏡下手術の執刀経験は3例のみであったが、当院赴任後に術者として多数の執刀症例を経験させていただいた。執刀開始後は手術手技について技術認定医へ質問しフィードバックを受ける形で指導いただいた。TLH初執刀から腹腔鏡技術認定ビデオを撮影するまでの約1年半の間に、52例のTLHの執刀機会を得ていた。また当科では通常の手術と技術認定試験とで大きく方法を変える必要のない形でTLHを定型化している。これにより効率よく手術を上達させられたと考える。

講演後半では演者の実際の技術認定ビデオを供覧し、当科でのTLHの方法を紹介する。また症例の選択や執刀に当たって留意したことを発表する。技術認定ビデオ撮影に当たって演者が最も重要視したことは、「コンセプトが見える」手術を行うことである。本講演で供覧するビデオは、極力出血をさせないTLHをコンセプトとした。これを実現するためにこだわった電気メスの設定、剥離操作の方法、助手への指示および視野展開について発表する。一方で後から振り返ると後悔した点がいくつかある。とりわけ尿管と基幹部血管の間の結合組織の処理について現在演者が目指す方法と対比しながら発表する。技術認定試験は2021年度審査より技術認定審査指針および動画採点基準が改訂された。採点基準が術式別となり、採点項目はより具体的になった。新基準において演者が重要と考えるポイントは、ミスの少ない縫合結紮、症例難易度および主体的手術であり、これらについても私見を述べる。

#### 【略 歴】

市川 冬輝（いちかわ ふゆき）

市立貝塚病院産婦人科 医長

【学 歴】 2014年 香川大学医学部医学科 卒業  
【職 歴】 2014年 同・附属病院 初期研修医  
2016年 倉敷成人病センター産科婦人科 医員  
2020年 市立貝塚病院産婦人科 医員  
2022年 同 医長

【資 格 等】 日本産科婦人科学会専門医、日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医（腹腔鏡）、日本内視鏡外科学会技術認定医（産婦人科領域）

【受 賞 歴】 第28回日本内視鏡外科学会総会シミュレーターコンテスト優秀賞（2016年）  
第57回日本産科婦人科内視鏡学会学術講演会Suturing contest Freshman class, 1st place（2017年）

## ランチョンセミナー

### 2-2. 「TLH困難症例への対応 内膜症合併～その時どうする？」

日本生命病院産婦人科 部長

橋本奈美子

婦人科良性疾患に対する腹腔鏡下手術は徐々に増加しつつあるが、1 kgを超える巨大筋腫や内膜症合併など、手術困難症例が存在する。大きな筋腫は必要に応じ回避することはできるが、明らかな卵巣腫大はなくとも術中に内膜症合併が判明することはあり、TLHを施行するにあたり、常にその対応は念頭に置いておかねばならない。手術を施行するうえで何よりも大切になるのは視野展開であり、「いつもの視野」が展開できれば、おのずと手術は進行していく。しかし、内膜症特有の強固な癒着は視野展開の大きな妨げになる。

良性疾患に対する手術での合併症はできるものならば避けたく、内膜症合併では尿管、直腸の損傷が危惧される。程度の差こそあれ、内膜症による癒着は多くの症例で同じような部位に発生する。そのため手術戦略の基本は常に同じであり、尿管と子宮動脈および広間膜、子宮と直腸との境界を見極める必要がある。

尿管の損傷を避けるためには可視化が重要であり、後方アプローチが有効となることがある。線維化の強い部分では臓器の境界が不明瞭となるため、直腸損傷回避には仙骨子宮靱帯をメルクマールとし癒着の少ない部位からのアプローチを行う。これらのアプローチには鋭的な癒着剥離が有効であるが、その遂行のためには解剖の理解が必要となる。鏡視下手術は手術解剖の習得に適しており、開腹手術との視野の違いさえ理解すれば、出血の少ない美しい視野展開が可能となる。保険収載により増加しつつあるロボット支援手術においても同様であり、使う道具の違いはあるものの、効果的な癒着剥離を行うことで、安全な子宮全摘術が可能となると考える。

当院では現在年間約200例、これまで2000件以上のTLHを施行してきた。常に複数の術者がおり、数例ではあるものの尿管、直腸損傷症例も経験している。これまでの症例を振り返り、腹腔鏡下およびロボット支援手術における内膜症合併症例に対する子宮全摘を行ううえでの注意点について検討する。

#### 【略 歴】

橋本（矢田） 奈美子（はしもと なみこ）

日本生命病院産婦人科 部長

【学 歴】 1997年 大阪大学 卒業

【職 歴】 2000年 大阪府立成人病センター婦人科

2002年 大阪大学医学部附属病院産婦人科

2007年 箕面市立病院産婦人科

2008年 日本生命済世会附属日生病院産婦人科

2016年 大阪府立成人病センター（現大阪国際がんセンター）婦人科 副部長

2018年 日本生命済世会附属日生病院（現日本生命病院）産婦人科 部長

【所属学会】 日本産科婦人科学会、日本産科婦人科内視鏡学会、日本内視鏡外科学会、日本思春期学会、日本婦人科腫瘍学会、日本婦人科ロボット手術学会、The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)、The American Association of Gynecologic Laparoscopists (AAGL) など

【資格等】 医学博士、日本産科婦人科学会専門医・指導医、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、日本がん治療認定医機構がん治療認定医、婦人科腫瘍専門医、母体保護法指定医、日本産科婦人科内視鏡学会評議員、日本思春期学会代議員、日本婦人科ロボット手術学会ロボット手術プロクター（良性）、日本ロボット外科学会国内B級ライセンス

## ランチョンセミナー

### 3.「卵巣癌における個別化医療を考える」

関西ろうさい病院産婦人科・遺伝子診療科 部長・副院長

伊藤 公彦

卵巣癌治療における分子標的治療薬としては、これまで2013年に保険適応となった bevacizumab (Bev) しかもたなかったわれわれだが、2018年に使用可能となったPARP阻害剤 (PARPi) の登場により卵巣癌治療は一変した。患者に直接携わる臨床家として重要なことは、われわれが現在もてる手段の全てを用いて、どのような戦略を立てるかである。

初回治療においては、腫瘍組織検体から抽出したゲノムDNA中のゲノム不安定状態の評価により相同組換え修復欠損 (HRD) および *BRCA1*, *BRCA2* 遺伝子変異を検出できる myChoice診断システム検査が重要となる。そのうえで、Bevが使用可能かどうか、HRD陽性・陰性、*BRCA1*, *BRCA2* 遺伝子変異陽性・陰性の組み合わせで、治療選択肢を絞り込み、最終的に2~3の選択肢の中から、患者の状態に合わせた治療を実施する。HRD陽性では、とくにPARPiによる維持療法がキーポイントとなる。HRD陰性では、化学療法に対するCA125の減衰曲線を数値化したKELIM値によりBevとPARPiの使い分けの可能性を紹介する。初回治療で重要なことはいかに再発を予防するかであり、再発なしに卵巣がんによる死亡はなく、すなわち完治が望める。

再発治療においては、PARPiが未使用であれば、まずプラチナ併用化学療法 (TC療法、PLD-C療法など) によりCR/PRが得られればその後にPARPiによる維持療法に移行することで、予後延長が期待できる。一方、PARPiを使用した場合、約0.5%のリスクでMDS/AMLが発症するとされている。いったん発症すると、死亡率78%、生存期間の中央値7カ月という報告もあり、使用前には患者にこのリスクも説明しておく必要がある。また、難治性とされる再発明細胞癌に対するgemcitabine + cisplatin + Bevの3剤併用療法の臨床第II相試験 (KCOG-G1601) が良好な成績を示したので、その結果や今後の展望についても紹介したい。

卵巣癌は、バイオマーカーで個別化される時代となった。治療選択肢の内容やリスクをよく理解して、個々の患者に適切に対応することが重要である。

これまでに得られている臨床試験の結果や最新エビデンスを含めて、われわれが行っている実際の治療や考え方を紹介する。

#### 【略 歴】

伊藤 公彦 (いとう きみひこ)

関西ろうさい病院産婦人科・遺伝子診療科 部長・副院長

【学 歴】 1983年 奈良県立医科大学 卒業

1988年 同・大学院 修了

【職 歴】 1988年 兵庫県立西宮病院産婦人科

2002年 関西ろうさい病院産婦人科 部長

2017年 同 副院長 (兼務)

2018年 同・遺伝子診療科 部長 (兼務)

【所属学会】 American Society of Clinical Oncology, 日本産科婦人科学会, 日本癌治療学会, 日本婦人科腫瘍学会など

【資格等】 大阪大学医学部臨床教授, 日本産科婦人科学会代議員・専門医・指導医, 日本癌治療学会代議員, 日本婦人科腫瘍学会代議員・専門医・指導医, 日本産科婦人科遺伝診療学会代議員, NPO法人関西臨床腫瘍研究会 (KCOG) 会長, 日本がん治療認定医機構がん治療認定医, 社会医学系専門医協会社会医学系指導医・専門医

## ランチョンセミナー

### 4. 「子宮体癌治療の今後の展望～レンパチニブ+ペムブロリズマブ併用療法を含めて～」

近畿大学医学部産科婦人科学教室 教授

松村 謙臣

2013年に報告されたThe Cancer Genome Atlasのデータにより、子宮体癌は発生メカニズム、予後、薬物・放射線療法の効果が異なる4つのmolecular subtype (dMMR, p53abn, POLE, NSMP) に分類された。すなわち、dMMR (ミスマッチ修復異常) はリンチ症候群の頻度が高く、化学療法やホルモン療法には抵抗性を示す。p53abn (p53異常) は予後不良であるが、化学療法感受性を示し、さらにHER2陽性症例ではトラスツマブ併用による予後改善が認められる。POLE (POLE変異) では再発中・高リスクであっても術後補助療法が不要である可能性がある。そしてNSMP (no specific molecular profile) には妊孕性温存療法の候補症例がある。それらの分類のために、免疫組織染色とPOLEの遺伝子変異検査を組み合わせた分類アルゴリズムが提唱されている。また、NCCNガイドラインでは、初回治療時から遺伝子パネル検査を行うことも選択肢として示されている。

初回治療後のフォローアップに関しては、TOTEM studyによって、再発リスク分類によらず、検診間隔をあけても予後が悪化しないことが示された。一方、肥満や運動不足が再発率や死亡率増加と関連しているという疫学データが報告された。

化学療法歴のある再発子宮体癌に対して、2018年12月よりdMMR (MSI-High) 症例には、PD-1抗体であるペムブロリズマブが承認<sup>1)</sup> されていたが、2021年12月より、ミスマッチ修復異常のない症例も含め、マルチキナーゼ阻害剤であるレンパチニブとペムブロリズマブの併用 (LenPem) 療法<sup>2)</sup> が用いられるようになった。KEYNOTE-775試験において、LenPem療法による奏効率は30%を超え、化学療法群に比して無増悪生存期間、全生存期間が延長した。一方、LenPem療法は、高血圧、甲状腺機能異常、下痢、体重減少など、多様な有害事象が認められ、注意して行う必要がある。

- 1) がん化学療法後に増悪した進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性 (MSI-High) を有する固形癌 (標準治療が困難な場合に限る)
- 2) がん化学療法後に増悪した切除不能な進行・再発の子宮体癌

#### 【略 歴】

松村 謙臣 (まつむら のりおみ)

近畿大学医学部産科婦人科学教室 教授

- 【学 歴】** 1996年 京都大学医学部医学科 卒業  
2007年 同・大学院医学研究科 修了
- 【職 歴】** 1996年 同・附属病院産科婦人科 研修医  
1998年 兵庫県立尼崎病院産婦人科 医員  
2000年 公立豊岡病院産婦人科 医員  
2002年 京都大学医学部附属病院産科婦人科 医員  
2003年 同・大学院医学研究科 入学 (2007年修了)  
2005年 Duke University 客員研究員  
2007年 京都大学医学部附属病院産科婦人科特定病院 助教  
2008年 同・産科婦人科 助教  
2012年 同・周産母子診療部 講師  
2013年 同・大学院医学研究科医学専攻 准教授  
2017年 近畿大学医学部産科婦人科学 教授

**【所属学会】** 日本産科婦人科学会、日本婦人科腫瘍学会、日本癌学会、日本癌治療学会、日本周産期・新生児医学会、日本産婦人科内視鏡学会、日本生殖医学会、日本女性医学会、International Gynecologic Cancer Society、日本内視鏡外科学会、日本ロボット外科学会

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

**【社会活動】** タカラバイオ株式会社社外取締役、日本産科婦人科学会中央専門医制度委員会副委員長・研修委員会委員長、日本婦人科腫瘍学会理事・専門医試験作成小委員会委員長、近畿産科婦人科学会理事・「産婦人科の進歩」誌編集委員長・腫瘍研究部会委員、婦人科悪性腫瘍研究機構 (JGOG) 理事・TR委員、日本癌治療学会編集委員会副委員長、International Cancer Conference Journal 誌 Editor in Chief, Scientific Reports 誌 Editorial Board Member, Cancers誌Editorial Board Member, 「産婦人科の実践」誌編集委員、日本癌学会評議員

## ランチョンセミナー

### 5.「整形外科医から見た女性の手の悩み」

和歌山県立医科大学整形外科科学講座 講師

下江 隆司

更年期世代の女性では、重度の機能障害あるいは耐え難い疼痛を生じることがまれであるものの、手のしびれ・痛みで悩む方は多く、生活の質、そして仕事に影響を与えている。われわれの実施した大規模一般住民健診では、50歳代女性の9.5%が手の疼痛を有していた。総務省統計局の人口統計とあわせると、本邦における50歳代女性のうち85万人程度が手に何らかの疼痛を有していると考えられる。ばね指、ドケルバン病といった狭窄性腱鞘炎では腱鞘内ステロイド注射が有効な症例がある。保存的治療に抵抗する場合には腱鞘切開術が適応される。最も頻度の高い絞扼性末梢神経障害である手根管症候群では手根管内ステロイド注射も症例を選べば有効で、進行例では手根管開放術が適応となる。

疼痛の原因の多くを占める手の変形性関節症（HOA）では、薬物療法、装具療法が奏効する患者もみられるが、一般的にはその効果は限定的である。手術療法としては関節形成術、関節固定術などが考慮されるが、術後には長期に手の使用が制限されること、また可動域制限、巧緻性低下の発生などの課題があり、患者にとって悩ましい問題である。

骨、滑膜にはエストロゲンレセプターが分布していることが知られており、演者はエストロゲンに化学構造式が類似するエクオールの摂取が、更年期世代の女性の手のしびれまたは疼痛を改善すると仮説を立て、これまでに2つの臨床研究を実施し、その効果を検証した。とくにHOAについては45-60歳の女性で、3カ月以上HOAによる疼痛を有する患者を対象として、エクオール摂取が疼痛を改善し、また、生活の質を改善するか否か、有効性を評価した。その結果、エクオールの摂取開始から12週までの短期間に疼痛の改善、疼痛を有する関節数の減少、患者立脚型質問票におけるスコア改善がみられた。

エクオールは、更年期世代の女性における手の悩みに対する新たな選択肢となりえる。

#### 【略 歴】

下江 隆司（しもえ たかし）

和歌山県立医科大学整形外科科学講座 講師

【学 歴】 2005年 和歌山県立医科大学医学部医学科 卒業

【職 歴】 2005年 同・附属病院 研修医

2007年 済生会和歌山病院整形外科 医員

2008年 橋本市民病院整形外科 医員

2010年 新宮市立医療センター整形外科 医員

2011年 同・医長

2012年 和歌山県立医科大学救急集中治療医学講座 助教

2013年 同・整形外科科学講座 学内助教

2014年 小郡第一総合病院整形外科（国内留学）

2015年 和歌山県立医科大学整形外科科学講座 助教

2020年 同・形成外科学講座 講師

2022年 同・整形外科科学講座 講師

【資格等】 医学博士、日本整形外科学会専門医、日本手外科学会専門医・指導医、厚生省認定臨床研修指導医

【所属学会】 日本整形外科学会、日本形成外科学会、日本手外科学会、日本マイクロサージャリー学会 評議員・学会誌編集委員会委員、日本肘関節学会評議員、日本足の外科学会、近畿手外科研究会世話人、和歌山県手外科研究会世話人

## ランチョンセミナー

### 6.「治癒を目指した初回進行卵巣癌の維持療法」

近畿大学病院産科婦人科 講師

中井 英勝

GOG-218試験のFinal解析から、進行卵巣癌の10年生存率は20%に満たず、卵巣癌はいまだ治癒を目指せる症例が非常に少ないのが現状である。

初回卵巣癌の維持療法について複数の臨床第Ⅲ相試験の結果から、ベバシズマブやPARP阻害薬を用いた維持療法はプラセボと比較してハザード比0.30～0.71と高い有用性が示された。NCCNのガイドラインではいずれの維持療法も高い有用性を示すことから、まずTC療法を行うかTC+ベバシズマブ療法を行うかを考慮して治療を開始し、その後で相同組み換え修復に関わるコンパニオン診断の結果をもとに維持療法を選択することが推奨されている。

本セミナーでは、①NCCNのガイドラインが示すように、ベバシズマブとPARP阻害薬での維持療法は同等と考えてよいのか？②各PARP阻害薬のとくに有用と思われるサブグループについての解説と、臨床試験の結果を臨床応用するときに注意すべき点、治癒を目指した治療を行うために何をすべきか解説する。

はじめにベバシズマブとPARP阻害薬は、初回卵巣癌の維持療法で異なる特性をもつ薬剤と考えている。われわれはICON7試験、GOG-0218試験、BOOST試験の論文に示されたKaplan-Meier曲線に基づいて、ベバシズマブ投与中およびベバシズマブ中止後の進行リスクを検討した。その結果、いずれの試験もベバシズマブ投与中の進行抑制とベバシズマブ中止後の進行増悪が見られており、維持療法を行う場合はこれらベバシズマブの特性を十分に考慮する必要があると考える。

つぎにPARP阻害薬の臨床第Ⅲ相試験ではいずれの試験も非常に良好な予後改善効果を認めるが、患者背景が良好であり臨床試験の成績と実臨床での使用感と大きく異なることへの理解も重要である。PARP阻害薬の第Ⅲ相臨床試験では、完全奏効や評価病変のない例が、PAOLA-1で73%、SOLO-1で82%、PRIMAで69%エントリーされているが、GOG-218試験では、初回手術で残存腫瘍を認める症例を対象としており、維持療法移行前のTC療法もしくはTC+ベバシズマブの完全奏効例は17%しかないのが現状である。またPAOLA-1試験のサブグループで、初回減量術で残存腫瘍のない症例ではハザード比が0.15でKaplan-Meier曲線もきわめて良好な予後を呈しているが、JCOG-0602試験の結果からこのような症例は12%程度に過ぎないのも現状である。臨床試験の結果からPARP阻害薬は予後の良好な対象でとくに効果を発揮する薬剤であり、われわれが努力すべきは手術での残存腫瘍をできるだけなくして、臨床試験の患者背景に近づけて治癒を目指した治療を行うべきだと考える。

#### 【略 歴】

中井 英勝（なかい ひでかつ）

近畿大学病院産科婦人科 講師

【学 歴】 2000年 近畿大学医学部 卒業  
2006年 同・大学院医学研究科 修了

【職 歴】 2006年 同・医学部産婦人科 助教  
2007年 社団清心会桜井病院 医長  
2010年 近畿大学病院産科婦人科 講師

【所属学会】 日本産科婦人科学会、日本婦人科腫瘍学会、日本臨床細胞学会、日本癌治療学会、日本癌学会、日本産科婦人科内視鏡外科学会、日本内視鏡外科学会

【専門医等】 日本産科婦人科学会専門医・指導医、日本婦人科腫瘍学会専門医・指導医、日本臨床細胞学会細胞診専門医、日本癌治療学会癌治療認定医、日本産科婦人科内視鏡外科学会腹腔鏡技術認定医、日本内視鏡外科学会技術認定医（産科婦人科）

## 教育セミナー

### 1. 「卵巣がん治療戦略2023」

大阪公立大学大学院医学研究科女性病態医学 教授

角 俊幸

2015年1月20日に当時のアメリカ合衆国大統領オバマ氏の一般教書演説で“Precision Medicine Initiative”が発表され、一躍がんゲノム診療が脚光を浴びるようになった。わが国でも2018年に閣議決定された第3期がん対策推進基本計画での重点項目として取り上げられ、FoundationOneCDx とNCCオンコパネルが保険収載されたが、末期がん患者に適用されているのが、現状で個別化医療はまだまだ発展途上である。このような状況のなか、婦人科がんでも遺伝子の病的バリエーションをターゲットとした薬剤が開発されつつある。BRCAやHRDに対するPARP阻害剤やMSIに対する免疫チェックポイント阻害剤がわが国でも承認され、婦人科がんに対する治療戦略も多岐を極めるようになってきた。卵巣がんの治療戦略は、従来どおりの欧米の大規模臨床研究のエビデンスをもとにガイドラインが策定され、わが国でも2020年に治療ガイドラインが日本婦人科腫瘍学会編で発刊されたが、これはタイトルが「卵巣がん・卵管癌・腹膜癌治療ガイドライン」と変更になっただけでなく、その内容も昨今の変化に応じて大幅改定されている。本講演では、以下の2点についてガイドラインの変更点や近年のエビデンスを中心に解説し、2023年以降の卵巣がん治療戦略としてまとめてみたい。

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

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

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

#### 【略 歴】

角 俊幸 (すみ としゆき)

大阪公立大学大学院医学研究科女性病態医学 教授

- 【学 歴】** 1991年 大阪市立大学医学部 卒業  
1998年 同・大学院医学研究科 修了 (医学博士学位取得)
- 【職 歴】** 1999～2003年 同・医学部産科婦人科学 助手  
2004～2011年 同・大学院医学研究科女性病態医学 講師  
2011～2013年 同 准教授  
2013年 同 教授  
2018～2020年 同・附属病院 病院長補佐  
2020年 同 副院長

**【所属学会】** 日本産科婦人科学会、日本癌学会、日本癌治療学会、日本緩和医療学会、日本産科婦人科内視鏡学会、日本産婦人科手術学会、日本女性骨盤底医学会、日本婦人科腫瘍学会、日本女性栄養・代謝学会、日本遺伝性腫瘍学会、日本周産期・新生児医学会、日本臨床細胞学会、日本女性医学会、他

## 教育セミナー

### 2. 「再現性・安全性の高い子宮全摘出術を行うにあたっての手術コンセプトとその実践～高難度TLHからTLRHまで～」

独立行政法人労働者健康安全機構 大阪ろうさい病院産婦人科 部長

**志岐 保彦**

再現性・安全性の高い子宮全摘出術を行うにあたっての原則は、開腹、鏡視下等アプローチ法にかかわらず共通がある。すなわち、子宮頸部周囲の腔を展開し、その間に存在する靱帯を病状に応じた範囲で切断し子宮を摘出することであり、この2つのprocedureを分けて行うことが重要である。子宮頸部周囲の腔は患者の体の構造によって規定され、展開に術者の裁量はない。これの意味するところは、腔展開には再現性があり、訓練によってその完成度を高めることができることである。

正確な腔展開を行うにあたり、対象となる疎な結合組織が緊張した面を形成し続けるように、開部位に多方向から適切なトラクションをかけ続け鋭的に切開することが重要である。開腹手術では比較的容易に達成できるこのタスクが、一般に鏡視下手術では「手が足りない」ことから不十分なまま行われている手術動画をしばしば目にする。術野を拡大視できることが大きなメリットであるはずの鏡視下手術で、狭い術野展開で手術を行うことにこの利点を使い、不十分なトラクション下で鈍的剥離を多用すれば、術野は赤くなり、隣接臓器損傷のリスクは増大する。

当科では、体外からの吊り上げを多用することで鏡視下手術で手が足りない欠点を補っている。膀胱は、両側円靱帯および正中の3方向で体外から吊り上げることで、再現性の高い異次元の完成度での膀胱剥離が可能となる。また、尿管および腸骨動脈の交差部を起点にした「頭側アプローチ」を用いることで、ほぼ出血のないLatzko直腸側腔の展開が可能となる。尿管や内腸骨血管は探さなくても自然に同定される。また、仙骨子宮靱帯外側には背側で岡林直腸側腔に至る腔が存在し、広間膜後葉を単離する意識でここを展開することで、子宮頸部から尿管が自然に授動される。これらの腔展開を組み合わせることで、同定・剥離された尿管や膀胱の頭側縁を認識することが可能となり、尿路系臓器の損傷を確実に避けることができるようになり、子宮全摘出術の完成度が飛躍的に高まる。また、子宮内膜症によるダグラス窩閉鎖例では、岡林直腸側腔も展開することで、直腸損傷のリスクを低減できるが、いかに体外からの多方向の牽引を用いて安全に子宮摘出を行うかを、凍結骨盤症例、および広汎子宮全摘出術症例のビデオを提示して解説する。

#### 【略 歴】

志岐 保彦（しき やすひこ）

独立行政法人労働者健康安全機構 大阪ろうさい病院産婦人科 部長

【学 歴】 1993年 大阪大学医学部 卒業

【職 歴】 1993年 同・医学部附属病院産婦人科  
1994年 市立堺病院産婦人科  
1996年 大阪大学医学部附属病院産婦人科  
1997年 大阪府立成人病センター婦人科  
1999年 大阪大学医学部産婦人科  
2001年 大阪労災病院産婦人科  
2011年 同 部長、現在に至る

【所属学会】 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 技術認定医（腹腔鏡・子宮鏡）・技術審査員、日本婦人科腫瘍学会 腫瘍専門医・指導医、日本がん治療認定医機構 がん治療認定医・指導医、日本女性医学会 暫定指導医

【受賞歴】 2017年 18<sup>th</sup> APAGE Annual Congress, : Best Video Award  
2020年 第20回近畿産婦人科内視鏡手術研究会 ビデオアワード最優秀賞  
Virtual SLS MIS: Carl J Levinson Award for Best Video  
2021年 Virtual SLS MIS: Best Gynecology Video  
2022年 第21回近畿産婦人科内視鏡手術研究会 ビデオアワード最優秀賞  
21<sup>th</sup> APAGE Annual Congress: Best Video Award

## 教育セミナー

### 3.「周産期における鉄欠乏性貧血の管理」

近畿大学医学部産科婦人科学教室 医学部講師

川崎 薫

妊産婦の貧血は早産、胎児発育不全、産後うつなどの周産期合併症や児の発達障害と関連がある (Shi H, et al. *JAMA Netw Open*, 2022, Maeda Y, et al. *Int J Gynaecol Obstet*, 2020, Wiegiersma AM, et al. *JAMA Psychiatry*, 2019).

鉄欠乏性貧血は周産期の貧血の中で最も頻度が高い。20～40代の日本人女性の鉄欠乏性貧血の頻度は19.8-26.6%, 貧血はないが貯蔵鉄が欠乏した潜在性鉄欠乏は29.9-48.8%と欧米の女性に比して高い (鉄剤の適正使用による貧血治療指針第3版)。妊婦は造血亢進状態にあり、また胎児や胎盤への鉄供給も必要となる。非妊婦よりも鉄需要が増えるため積極的な鉄補充が必要となる。妊娠中期・後期の鉄摂取推奨量は16 mg/日であるが、実際の平均鉄摂取量は6.7 mg/日であり9.3 mg/日不足している (厚生労働省令和元年国民健康・栄養調査報告書)。本邦の単一施設後方視研究では、妊娠中期の平均Hbは11.1 g/dLであり、約43%の妊婦がHb11 g/dL未満であった。体内貯蔵鉄を反映する血清フェリチンも平均6.2 ng/mLと低値であった (内田孝之, 他 *Medical Practice*, 2019)。

本邦では周産期の鉄欠乏性貧血の治療指針は確立していない。軽症貧血 (Hb10.0-10.9 g/dL) では治療されないこともあるが、心疾患合併妊娠では貧血による心負荷を軽減するために、また前置胎盤など出血リスクの高い症例では分娩までに貧血を改善しておくことが望ましい。英国の治療指針では、貧血 (第1三半期Hb<11 g/dL, 第2, 3三半期Hb<10.5 g/dL) に対し経口鉄剤を開始し、2-3週間後に正常値に回復しても分娩6カ月後までは3カ月間内服を継続することが推奨されている。血清フェリチン<30 ng/mLの潜在性鉄欠乏に対しても経口鉄治療を行う。妊娠第2三半期以降内服困難である場合や貧血が改善しない場合、また妊娠34週以降でHb10 g/dL未満の場合は分娩時の出血に備え鉄剤静脈内投与を行う (Pavord S, et al. *Br J Haematol*, 2020)。

鉄欠乏性貧血はさまざまな周産期合併症の原因となり、母児の予後向上のためには十分な鉄補充が重要となる。本邦では、妊娠中の鉄欠乏性貧血と潜在性鉄欠乏に対する治療指針の確立が課題である。

#### 【略 歴】

川崎 薫 (かわさき かおる)

近畿大学医学部産科婦人科学教室 医学部講師

【学 歴】 2003年 京都大学医学部卒業

【職 歴】 2003年 同・附属病院産科婦人科 研修医

2005年 天理よろづ相談所病院産婦人科

2007年 倉敷中央病院産婦人科

2009年 国立病院機構 京都医療センター産科婦人科

2011年 国立循環器病研究センター周産期・婦人科

2012年 京都大学医学部婦人科学産科学教室 病院特定 助教

2013年 同・大学院医学研究科器官外科学 婦人科学産科学

2017年 国立病院機構 京都医療センター産科婦人科

2018年 神戸市立医療センター中央市民病院産婦人科 医長

2019年 京都大学医学部婦人科学産科学教室 病院特定助教, 助教

2021年 近畿大学医学部産科婦人科学教室 助教

2023年 同 医学部講師

【資 格】 京都大学医学博士, 日本産科婦人科学会専門医指導医, 日本周産期・新生児医学会 周産期専門医指導医 (母体・胎児), 日本母体救命システム普及協議会 母体救命ベーシックコースコースディレクター, 日本周産期・新生児医学会 新生児蘇生法「専門」コース インストラクター, 臨床研修指導医

## 教育セミナー

### 4. 「生涯にわたる女性のヘルスケアを担う産婦人科から鉄欠乏対策の実践と発信を！」

京都大学大学院医学研究科婦人科学産科学 助教

江川 美保

鉄欠乏性貧血（iron deficiency anemia；IDA）は鉄の出納バランスが負に傾くことで発症し、そのきっかけの大部分が消化管あるいは産婦人科領域の慢性出血で占められることは、一般臨床や健康診断のフィールドでの共通認識になっている。女性のIDAマネジメントにおいて産婦人科医師が果たす役割が大きいことに異論を唱える者はおそらくいないだろう。しかし、多忙を極める産婦人科の実臨床において、どれだけの医師が目の前の患者のIDAの治療とフォローと（再発）予防について、長く変化に富む女性の全ライフステージを見据えた注意を払っているかを今一度問い直してみたい。

- ・使用する鉄剤の選択はどのようにすればよいか
- ・経口鉄剤のアドヒアランスが悪い（eg. 吐き気で飲めない）場合はどうすればよいのか
- ・「貯蔵鉄の枯渇が回復するまで」の鉄補充というも、その治療目標の目安は何なのか
- ・貧血や鉄欠乏の改善を徹底することにどれだけの臨床的意義があるのか

このような非常に地味で地道な臨床の知恵、いわばプライマリケアの基本に立ち返ることが、医療のパラダイムシフトの只中にいる現在の医療者に求められているのではないだろうか。

厚生省が実施する国民健康・栄養調査報告によるとわが国の有経女性の20%強に貧血が、40%強に鉄欠乏が認められ、この状況はWHOのガイドラインに照らし合わせても公衆衛生上の意味付けとして「重度の問題あり」にあてはまる。疾患管理や治療のみならず食生活を中心としたライフスタイル改善も含めた包括的な対策が必要である。初経を迎える10代はじめから約40年間繰り返す月経による鉄の喪失量、さらに妊娠・授乳期における鉄の需要量を考慮すると「女性たちは油断すればいともたやすく鉄欠乏に傾くリスクを常に背負っている」という認識を新たにし、それに基づいたわれわれ産婦人科医の臨床実践を多職種多領域に伝え広めていく責務を感じている。

本講演では、鉄の生理作用や体内動態、鉄代謝の制御機構を解説したうえで、Hb値は正常範囲内である「貧血のない鉄欠乏（non-anemic iron deficiency；NAID）」の臨床的意義にも言及する。そして、多彩な心身の症状を訴える各々の患者の鉄欠乏状態の評価とフォローアップの必要性、安全で十分な鉄補充を促すケア指導と薬物治療の重要性について、具体的実践方法を含めてお話しする予定である。

#### 【略 歴】

江川 美保（えがわ みほ）

京都大学大学院医学研究科婦人科学産科学 助教

【学 歴】 1994年 京都大学医学部卒業

【職 歴】 1994年 その後、京都大学医学部附属病院、国立京都病院、京都桂病院などに勤務  
2001～2005年 京都大学大学院医学研究科博士課程、2005年 医学博士 取得  
2010年 同・大学院医学研究科 エコチル調査京都ユニットセンター 特定助教  
2014年 同・医学部附属病院 産科婦人科 特定助教  
2018年 同・大学院医学研究科 婦人科学産科学 助教

【所属学会】 日本産科婦人科学会、日本女性医学学会、日本心身医学会、日本女性心身医学会、日本東洋医学会など

【資 格】（日本産科婦人科学会認定）産婦人科専門医・指導医、（日本女性医学学会認定）女性ヘルスケア専門医・指導医

## 教育セミナー

### 5. 「性ステロイドホルモンから子宮内膜症について考える」

京都府立医科大学大学院医学研究科女性生涯医科学 教授

森 泰輔

子宮内膜症の主な症状は疼痛と不妊に大別される。疼痛の中でも月経痛は子宮内膜症患者の約90%に認められる。病期が進行すると月経時以外にも腰痛や下腹部痛、排便痛、性交痛などの症状を呈し、女性の生活の質を著しく低下させる。こうした症状は20～40歳代の女性に多く発症し、その罹患者数はおよそ200万人存在すると推定されている。もはやわれわれ産婦人科医にとって、日常臨床で最も遭遇する疾患としても過言ではない。

子宮内膜症の生物学的特性で最も重要な点はホルモン依存性であり、その発生・増殖・進展に性ステロイドホルモン、すなわちエストロゲンとプロゲステロンが深く関与する。病巣局所ではエストロゲン産生が亢進しており、その受け手となるエストロゲン受容体の発現/機能異常が知られている。また一方で、卵巣から分泌されるもう一つのステロイドホルモンであるプロゲステロンに対する応答性の低下に伴い、結果的にエストロゲン活性が増強している。これらの系は治療における直接のターゲット因子でもある。事実、子宮内膜症性疼痛に対して、現在用いられている薬物療法はNSAIDsなどによる対症療法の他に、OC/LEP製剤、プロゲスチン製剤、GnRH製剤などのホルモン製剤が主である。

本講演では、性ステロイドホルモンが及ぼす内分泌学的異常や病巣に与える影響を理解することで、子宮内膜症の病態に迫りたい。また子宮内膜症の薬物療法の可能性について解説する。

#### 【略 歴】

森 泰輔（もり たいすけ）

京都府立医科大学大学院医学研究科女性生涯医科学 教授

【学 歴】 2001年 大阪医科大学 卒業

【職 歴】 2001年 京都府立医科大学産婦人科教室 入局

2003年 市立福知山市民病院産婦人科 医員

2007年 City of Hope, Beckman research Institute, CA, USA, Research fellow

2009年 京都府立医科大学大学院医学研究科女性生涯医科学 病院助教

2010年 同 助教

2017年 同 講師

2020年 同 准教授

2021年 同 教授

【資 格】 日本産科婦人科学会専門医・指導医、日本婦人科腫瘍学会専門医・指導医、日本女性医学学会女性ヘルスケア専門医・指導医、日本臨床細胞学会細胞診専門医ほか

## 教育セミナー

### 6. 「女性の不定愁訴について」

近畿大学東洋医学研究所 所長・教授

武田 卓

地球温暖化による世界的な気候変動や頻発する大地震による激甚自然災害の増加、COVID-19に代表される新興感染症のパンデミック等により、世界中の人々は持続的なストレス下にある。そのなかで、2020年10月COVID-19パンデミック初期のわが国における女性の自殺増の報告や多くの疫学研究の結果が示すように、社会的弱者である女性はストレスの影響を受けやすく、とくに高ストレス下にあることが明らかになっている。そもそも女性は、月経・妊娠・分娩・閉経といった、劇的な内分泌環境の変化をとげ、そのため男性よりも心身の不調をきたしやすいとされている。更年期障害と月経前症候群（premenstrual syndrome：PMS）がその代表的疾患であり、ストレスが増悪因子となることが知られている。PMSに関する症状・治療の記載が、古代中国の医学書に記載されていることが示すように、両疾患は古来より現在に至るまで綿々と持続しており、漢方治療が症状緩和に広く用いられてきた歴史がある。我が国の産婦人科において、これら疾患に対する漢方治療としては、いわゆる「女性の3大処方」を中心とした薬剤が汎用されているが、現在の高ストレス社会においては、その効果は十分とはいえない。また、ストレス症状緩和には、即効性を認めるために一般内科臨床ではベンゾジアゼピン系の薬剤が汎用されがちであるが、依存が起りやすく減薬や断薬による離脱症状や反跳現象が問題となっている。そこで、アンチストレス作用のある生薬である「柴胡（さいこ）」を含有する漢方処方をストレス治療に活用し、とくに「加味逍遙散（かみしょうようさん）」「抑肝散（よくかんさん）」「加味帰脾湯（かみきひとう）」を「女性のストレス3処方」として取り上げ、これらを「新女性の3大処方」として提唱したい。これらの処方については、モデル動物を使用したセロトニンシグナル等に対する分子レベルでの作用機序解析や、プラセボ対照二重盲検比較試験を含んだ臨床試験による治療効果検証がいくつか報告されている。そこで、今回の教育セミナーでは、これら薬剤についての漢方医学的な解説だけでなく、基礎研究・臨床研究によるエビデンスについても併せて概説したい。

#### 【略 歴】

武田 卓（たけだ たかし）

近畿大学東洋医学研究所 所長・教授

【学 歴】 1987年 大阪大学医学部 卒業

1995年 同・大学院博士課程 修了

【職 歴】 1997年 同・医学部産婦人科 助手

1998年 大阪府立母子保健総合医療センター産科 診療主任・医長

2001年 大阪大学医学部産婦人科 助手

2004年 大阪府立成人病センター婦人科 副部長

2007年 大阪大学医学部産婦人科 助教（学内講師）

2008年 東北大学医学部先進漢方治療医学講座 准教授

2012年 近畿大学東洋医学研究所所長 教授、東北大学産婦人科 客員教授

【資 格 等】 日本女性心身医学会副理事長、日本思春期学会常務理事、日本産婦人科学会代議員、日本内分泌学会評議員、日本抗加齢医学会評議員、日本心身医学会特別委員、日本産科婦人科学会女性ヘルスケア委員会小委員長、日本産婦人科学会専門医・指導医、内分泌学会（産婦人科）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、日本婦人科腫瘍学会専門医、日本東洋医学会漢方専門医・指導医 等

## 専門医共通講習（感染対策）

### 「見えていますか、今そこにある危機 ～院内感染対策の基本と実際～」

和歌山県立医科大学臨床感染制御学講座 教授

小泉 祐介

2013年、「このまま無策であれば、2050年には薬剤耐性菌感染症によって現在の癌患者死亡数より多い1000万人が死亡する可能性がある」という衝撃的な報告が成された。その背景には、抗微生物薬の不適正使用から1980年代より病院内を中心に新たな薬剤耐性菌が増加しつつある一方で、抗微生物薬の新規開発が滞っているという、実に今日的な事情があった。実際、日本でも2000年代後半に入ってから多くの薬剤耐性菌（基質拡張型βラクタマーゼ産生菌；ESBL、誘導型βラクタマーゼ産生菌；AmpC、カルバペネム耐性腸内細菌；CRE、多剤耐性緑膿菌；MDRP、バンコマイシン耐性腸球菌；VRE）の増加が報告されるようになり、各地で多くの耐性菌が検出され、一部の医療機関では甚大な被害を被っている。海外ではさらに深刻であり、全世界的な問題として対応が必要と考えられたことから打開策として、2015年WHOは「薬剤耐性に関するグローバルアクションプラン（通称：AMRアクションプラン）」を採択し、各国がそれぞれの目標に向かって動き始めた。

このような耐性菌蔓延に対する改善策として抗菌薬適正使用と院内感染対策（手指消毒、環境整備、個人防護具の着脱など）は車の両輪といわれるが、とくに後者は医師の遵守率がおしなべて低い。例えば抗菌薬の使用を間違えれば患者は急変することは容易に想像できるが、手指消毒をしなくとも目の前の患者は一見いつもどおりだろう。そういった見かけ上のアウトカムに大きな損失がない限り、院内感染対策に重要なプラクティスは見過ごされてしまいがちである。しかし手指消毒の不履行によって気づかない間に病棟内に耐性菌が伝播してしまうと、問題は患者一人の病状悪化にとどまらず、アウトブレイクの規模によっては病院全体の機能不全につながる致命的な事件となりうる。つまり患者、ひいては病院の命運はわれわれスタッフの日々の院内感染対策にかかっているといっても過言ではない。グローバル化の影響を受け、SARS-CoV-2は言うに及ばず、以前日本では問題とならなかった超耐性菌も流入してきている昨今、各医療機関の感染対策に関するクオリティと本気度が試されているのである。

本講演では、院内感染対策の基本と実際について、なぜ必要なのか、適切に実践できなければ今後どういう未来が待っているのか、どうやって改善すればよいのか、を含めて概説する。

#### 【略 歴】

小泉 祐介（こいずみ ゆうすけ）

和歌山県立医科大学臨床感染制御学講座 教授

|              |       |                         |
|--------------|-------|-------------------------|
| <b>【学 歴】</b> | 1999年 | 滋賀医科大学医学部医学科 卒業         |
| <b>【職 歴】</b> | 1999年 | 同・附属病院第2内科 研修医          |
|              | 2001年 | 恩賜財団大阪府済生会吹田病院消化器科 医員   |
|              | 2006年 | 滋賀医科大学附属病院救急・集中治療部 助手   |
|              | 2007年 | 同・附属病院消化器・血液内科 助教       |
|              | 2011年 | 国立病院機構大阪医療センター 感染症内科    |
|              | 2013年 | 滋賀医科大学附属病院消化器・血液内科 助教   |
|              | 2015年 | 愛知医科大学病院感染症科 講師         |
|              | 2017年 | 同・病院感染症科 准教授            |
|              | 2020年 | 和歌山県立医科大学附属病院感染制御部 病院教授 |
|              | 2022年 | 同・臨床感染制御学講座 教授          |

**【資格等】** 2007年 医学博士（滋賀医科大学大学院博士課程）

**【専門分野】** 感染症全般（日和見感染・HIV/AIDS）消化器疾患、血液疾患、癌化学療法

**【所属学会】** 日本内科学会内科総合専門医・指導医、日本消化器病学会専門医、日本消化器内視鏡学会専門医、日本がん治療認定医機構 がん治療認定医、日本感染症学会 専門医・指導医、日本エイズ学会 認定医、Infection Control Doctor

**【社会活動】** 理 事：日本感染症学会中日本地方会

評議員：日本血液学会、日本感染症学会、日本臨床微生物学会

委 員：日本感染症学会、臨床研究促進委員会

JAID/JSC感染症治療ガイド・ガイドライン作成委員会（腹腔内感染症）・（発熱性好中球減少症）

日本化学療法学会 抗菌化学療法認定医制度審議会

「感染症学雑誌」編集委員会

## 指導医講習会

### 「医師の働き方改革と産婦人科専門医制度」

近畿大学医学部産科婦人科学教室 教授

松村 謙臣

働き方改革関連法は2019年4月から適用が開始されているが、建設・自動車運転・医師のみが猶予期間として5年が与えられた。そしてその猶予期間が終了する2024年4月がいよいよ来年に迫ってきた。医師の働き方改革には、病院全体での取り組みが必要であるが、COVID-19による医療逼迫のため、その取り組みはスムーズに進んでいない。そして、とくに産婦人科は労働時間が長く、また連続勤務時間についても長い医師が多い。

2024年4月以降は、A、B、連携B、C-1、C-2という分類がすべての医療機関を対象に設定され、この分類に応じた残業規制とそれに伴う健康確保措置が求められる。A水準は「医療機関に適用される一般的な特例」であり、他の水準に当てはまらない医療機関が全て該当し、年960時間が上限となる。B水準・連携B水準は「地域医療確保のための暫定特例」であり、地域医療に欠かせない機能を有している医療機関が該当し、年1860時間が上限となる。B水準ではその医療機関自体、連携B水準では医師の派遣を通じて、この体制を確保するのに必要な役割を担う医療機関が該当する。C水準は「医師の集中的技能向上のための特例」であり、一定の研修プログラムが存在する初期研修医・専攻医がC-1水準、6年目以降で高度技能の育成が必要な医師がC-2水準に該当する。

医師の働き方改革を実行するためには、宿日直許可、「自己研鑽」の定義づけ、医育機関での研究・教育をどう捉えるかなど、細部をつめていく必要がある。そして、それらは産婦人科専門医制度とも直結する。

本講演では、医師の働き方改革を念頭に、これからの産婦人科専門医制度の方向性について解説をしたい。

#### 【略 歴】

松村 謙臣（まつむら のりおみ）

近畿大学医学部産科婦人科学教室 教授

- 【学 歴】 1996年 京都大学医学部医学科 卒業  
2007年 同・大学院医学研究科 修了
- 【職 歴】 1996年 京都大学医学部附属病院産科婦人科 研修医  
1998年 兵庫県立尼崎病院産婦人科 医員  
2000年 公立豊岡病院産婦人科 医員  
2005年 Duke University 客員研究員  
2012年 京都大学医学部附属病院周産母子診療部 講師  
2013年 同・大学院医学研究科医学専攻 准教授  
2017年 近畿大学医学部産科婦人科学 教授（現職）

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

【社会活動】 タカラバイオ株式会社；社外取締役

日本産科婦人科学会：中央専門医制度委員会副委員長、研修委員会委員長

日本婦人科腫瘍学会：理事、専門医試験作成小委員会委員長

近畿産科婦人科学会：理事、「産婦人科の進歩」誌；編集委員長

婦人科悪性腫瘍研究機構（JGOG）：理事、TR委員

日本癌治療学会：編集委員会副委員長/International Cancer Conference Journal誌：Editor in Chief  
Scientific Reports誌：Editorial Board Member

Cancers誌：Editorial Board Member

日本癌学会：評議員

## 一般講演抄録

1

### 一過性羊水過少の周産期予後 ケースシリーズ研究

大阪母子医療センター

山田 拓馬, 山本 亮, 和形麻衣子, 石井 桂介

【目的】羊水過少が継続した後に羊水量が正常となる一過性羊水過少の妊娠経過と新生児予後を明らかにする。【方法】2015年1月から2022年12月の期間に、妊娠37週未満に羊水過少を認め、その後羊水量が正常化した未破水単胎症例を対象とした。【成績】対象は12例で、羊水過少診断時期は中央値24週であった。羊水過少診断時の羊水量の中央値はAFIが0.8cm, AmFPが0.6cmであり、無羊水が5例であった。羊水量の正常化に要した日数は中央値13日であった。11例が胎児発育不全（FGR）であり、在胎週数は中央値39週であった。胎児期に単一臍帯動脈（SUA）を6例に認め、3例は羊水過少診断時に3 vessels cord からSUAとなり、うち2例に組織学的検索で臍帯動脈血栓を認めた。新生児は全例が生存し、呼吸障害はなかった。【結論】12例の一過性羊水過少は全例がlate preterm以降の分娩となり、新生児予後は良好であった。一過性羊水過少の病態にFGRやSUAが関与しているかもしれない。

2

### 産後過多出血（PPH）に対する damage control resuscitation（DCR）

大阪大学

金 蒼美, 中村 幸司, 川西 陽子, 角田 守, 三宅 達也, 平松 宏祐, 味村 和哉,  
木村 敏啓, 遠藤 誠之, 木村 正

【緒言】大量出血の際、一時的に閉腹せずガーゼパッキングで止血し、速やかに蘇生目的の集中治療に移るDamage control resuscitation（DCR）は近年、PPHなどの非外傷性疾患へ適応が拡大されている。【方法】2016年4月から2022年4月に、当院でPPHに対し子宮摘出した際のDCR施行群5例と非施行群34例について、診療録を用いて後方視的に比較した。【結果】DCR施行群の平均出血量は約7Lであり、非施行群に比べ術前の血小板・Fib値が有意に低かった。非施行群における術後再出血は1例で、IVRによる追加治療を行った。術後合併症は、施行群で1例（DVT）、非施行群で4例（創部感染）であった。【結語】大量出血に伴う凝固障害により、産褥子宮全摘後も術野の出血がコントロール不可能な症例では、積極的にDCRを考慮する。

3

### 頸管縫縮術後における縫縮糸前後の子宮頸管長の短縮は早産予測に有用である

奈良県立医科大学

脇 啓太, 竹田 佳奈, 美並 優希, 西川 恭平, 前花 知果, 山尾 佳穂, 三宅 龍太,  
山中彰一郎, 杉本澄美玲, 市川麻祐子, 赤坂珠理晃, 木村 文則

2013年4月から2020年3月に当院で治療的頸管縫縮術を行った単胎妊娠35例を対象に、術後の子宮頸部を全頸管長、縫縮糸より内子宮口側と外子宮口側に分けて測定し、それぞれの早産リスクについて検討した。術後の妊娠日数の中央値は115.0日であり、28, 34, 37週未満早産はそれぞれ3, 8, 11例であった。術前、術後の全頸管長の中央値は9.0, 30.0mmであった。術後4週以内に頸管長が最短となった際の短縮した長さ（mm）が妊娠28, 34, 37週未満の早産に与える影響をROC解析すると、cut off値は全頸管で4.6, 4.6, 7.3mm, 内側で0, 3.3, 3.0mm, 外側で4.6, 4.0, 4.0mmであった。全頸管長の5, 10mm短縮, 内側長の消失, 外側長5mm短縮で生存曲線を描くと、内側長の消失（ $p < 0.01$ ）および外側長の5mm短縮（ $p = 0.05$ ）でのみ統計学的有意差がみられた。以上より、頸管長を縫縮糸の前後で分けて測定することでより高い精度で早産予測ができる。

## 4

## 子宮内バルーンタンポナーデ導入前後での産後子宮出血への子宮動脈塞栓術実施率の変化

神戸大学

前田 美亜, 今福 仁美, 谷村 憲司, 富本 雅子, 施 裕徳, 出口 雅士, 寺井 義人

【目的】子宮内バルーンタンポナーデ (BT) 導入前後で産後子宮出血に対する子宮動脈塞栓術 (UAE) 実施率・止血成功率の変化を後方視的に検討する。【方法】BT 導入前の 2009~2015 年を pre-BT 期, 導入後の 2016~2022 年を BT 期とし, 産後 24 時間以内に 20 以上の子宮出血で当院に母体搬送となった症例を対象とした。子宮動脈塞栓 (UAE) 1 回で止血できた場合を UAE 成功とし, UAE の実施率と止血成功率を二期間で比較した。

【結果】対象症例は pre-BT 期 45 例, BT 期 81 例であった。BT 期では pre-BT 期に比べ, 搬送元での BT 実施率 (16% vs 41%,  $p < 0.01$ ) が高く, 当院搬送後の初期治療として UAE を実施した割合は有意に低かった (60% vs 12%,  $p < 0.01$ )。一方, UAE 成功率に差を認めなかった (74% [23/31] vs 72% [18/25])。【結語】BT 導入により産後子宮大量出血症例に対して UAE を要する症例の割合が減少していた。

## 5

## 冠攣縮性狭心症合併妊娠の周産期予後

国立循環器病研究センター

胡 脩平, 澤田 雅美, 神谷千津子, 直 聖一郎, 松村 有起, 小永井奈緒, 須賀 清夏, 小川 紋奈, 手向 麻衣, 中西 篤史, 柿ヶ野藍子, 岩永 直子, 金川 武司, 吉松 淳

【目的】冠攣縮性狭心症 (CSA: Coronary Spastic Angina) 合併妊娠の周産期予後と妊娠による CSA に関連する合併症の頻度を明らかにする。【方法】2008 年 1 月から 2023 年 1 月までに当院で妊娠分娩管理した CSA 合併妊娠を対象とした後方視的検討である。産科合併症, 分娩週数, 分娩方法, 出生体重, 臍帯動脈血液ガス, 心血管イベントおよび胸痛発作の頻度を妊娠前後で検討した。【結果】解析症例は 11 症例 14 妊娠だった。産科合併症はなかった。分娩週数は 39 週 (中央値) で, 分娩方法は 9 例が経陰分娩で, 5 例が帝王切開だった。出生体重は 2850g (中央値), 臍帯動脈血液ガス pH は 7.327 (中央値) だった。14 例中 8 例に妊娠中の心血管イベントを認め, 内 5 例は胸痛だった。心筋梗塞はなかった。胸痛の頻度は妊娠前は 1.57 回/人年, 妊娠後は 2.78 回/人年で妊娠中に増加した。【結論】CSA 合併妊娠の周産期予後は良好だった。CSA に関連する合併症の頻度は妊娠により増加した。

## 6

## NIPT が普及する中で, 超音波検査による出生前診断が重要であった症例

ゆたかマタニティ超音波クリニック

久川 豊, 宇藤 友里, 永尾 友香, 木下美乃梨

【背景】NIPT が普及する中, 出生前診断=NIPT と理解される方も少なくない。今回, 超音波検査による出生前診断が重要であった症例を経験したので提示する。【症例】初産 34 歳, 妊娠 31 週, 水頭症が疑われ当院へ紹介。超音波検査にて全前脳胞症と診断した。35 歳時に第 2 子を妊娠, 妊娠 13 週, 超音波検査による出生前診断を希望され, 21 トリソミー等が疑われ, 絨毛検査を行い, 47, XY, +21 であった。37 歳時に第 3 子を妊娠, 妊娠 8 週からカウンセリングを行い超音波検査による出生前診断を行っていた。かかりつけ医では NIPT を勧められ受検された。妊娠 12 週の超音波検査で染色体異常症は Low risk であったが, 全前脳胞症を認めた。かかりつけ医での NIPT は Low risk であった。【考察】社会的背景として患者は出生診断=NIPT と理解する傾向がある。また, 医療者側も出生診断に対し NIPT の情報提供のみ行う傾向がある。本症例は, 染色体異常症の評価及び器質的疾患の診断には超音波検査が有用であることを示す症例であり, 「超音波検査による出生前診断」の情報提供も重要と考える。

## 7

## 胎児期に軟骨無形成症（ACH）と診断し出生後ボソリチド投与に至った1例

兵庫医科大学

三浦 深仁，上東真理子，島田 崇広，山口 桃李，武田 和哉，竹山 龍，田中 宏幸，  
澤井 英明，柴原 浩章

【緒言】ACHはFgfr3遺伝子変異により軟骨内骨化が障害される指定難病である。ボソリチドは2022年6月に国内で承認されたACH初の治療薬であるが、国内外共に乳児への使用経験はほとんどない。【症例】36歳，G1P0，自然妊娠成立し前医で妊娠26週に四肢短縮と胸郭低形成を指摘されタナトフォリック骨異形成症の疑いで妊娠33週に当科紹介となった。初診時の超音波でBPD+3.6SD，FL-4.9SD，HL-4.8SDであり胸郭低形成は認めず，胎児ヘリカルCTで大腿骨骨幹端軟骨骨化不全，腸骨方形化，trident pelvisを認め，ACHの可能性が高いと判断した。出生前から両親にボソリチドの情報提供を行い，児頭骨盤不均衡に対し妊娠37週で選択的帝王切開術を行った。出生後のレントゲンと遺伝子検査でACHと確定診断し，生後3ヶ月にボソリチドの初回投与に至った。【結語】胎児期の診断で，出生前から両親にボソリチドについての情報提供を十分に行うことができ，出生後迅速な投与が可能であった症例を経験した。

## 8

## 当院で経験した fetal brain death syndrome の3例

千船病院

大西 和哉，城 道久，安田 立子，北 采加，村越 誉，岡田 十三，吉田 茂樹

Fetal brain death syndrome（以下FBDs）は胎児期の脳死状態をいう。胎動減少，NSTで基線細変動消失（以下LOV）を認めるも，臍帯動脈血pH（以下UA-pH）が正常なことが多い。当院でFBDsと考えられる3例を経験した。症例1は24週5日に胎動減少・LOVを認め，臍帯動脈血流は正常波形。胎児超音波の再検査で胎児脳出血と診断し，25週3日に子宮内胎児死亡となった。症例2は32週4日に胎動減少・LOVのため緊急帝王切で分娩。UA-pHは7.310。児は全身拘縮あり，MRIで低酸素性虚血性脳症（以下HIE）を認めた。症例3は31週2日に胎動減少・LOVのため緊急帝王切で分娩。UA-pHは7.313。児は全身拘縮あり，MRIでHIEを認めた。胎動減少，NSTでのLOVは急速遂娩を考慮する要因であるが，臍帯動脈血流が正常で常位胎盤早期剥離などの所見が無い場合，胎児脳疾患によるFBDsの可能性を考え詳細な超音波検査や胎児MRIでの精査が考慮されると考えられた。

## 9

## Cornelia de Lange 症候群の1例

京都府立医科大学

細田 尚哉，沖村 浩之，藤岡 悠介，長澤 友紀，志村 光揮，田中佑輝子，藁谷深洋子，  
森 泰輔

【緒言】Cornelia de Lange 症候群（CdLS）は特徴的な顔貌，発育不全，上下肢の異常等を呈するが，出生前の診断は困難である。今回，胎児期に発育不全と四肢短縮，裂手を認め，CdLSと出生後に診断した1例を経験したため報告する。【症例】母体は31歳，初妊婦。胎児発育不全の精査目的に妊娠28週0日に紹介となった。胎児推定体重は734g（-2.8SD）であった。CTで骨系統疾患は否定的で，羊水染色体検査は正常核型であった。超音波で四肢は短縮しており，左裂手，特徴的な顔貌（上向きの鼻孔，小下顎）を認めたが，出生前胎児診断ではCdLSを積極的には疑わなかった。妊娠38週1日に経膈分娩となった。児は女兒で体重は1620g，両側眉融合，上向きの鼻孔，小下顎などの特徴的な顔貌，多毛，四肢短縮，左裂手，左足趾の合併症が認められたことからCdLSと診断した。【結語】胎児発育不全，上下肢の異常が見られる場合，CdLSを念頭におき，慎重に顔貌など特徴的な所見の有無を検索することが望ましい。

## 10

## 免疫グロブリン療法により重篤な新生児同種免疫性血小板減少症の発症を回避できた1例

1) 京都大学, 2) 滋賀県立総合病院

山形 知央 1), 小松 摩耶 1), 川村 洋介 2), 松坂 直 1), 山口 綾香 1), 上田 優輔 1), 千草 義継 1), 最上 晴太 1), 万代 昌紀 1)

新生児同種免疫性血小板減少症 (NAIT) は母児間の HPA 不適合によって生じる血小板減少症で、重症例では胎児頭蓋内出血をきたす。また、次回妊娠時には NAIT が重症化することが知られているため、慎重な周産期管理を要する。本邦ではそれに対する有効な治療法の報告は少ない。症例は 38 歳 4 妊 2 産。第 2 子は出生直後に点状出血があり、血小板  $3 \text{ 万} / \mu\text{L}$  であった。母体から HPA-4b 抗体が検出され、NAIT が疑われた。第 3 子を妊娠し、羊水検査で児の HPA-4 抗原のサブタイプが a/b であることが判明した。児に頭蓋内出血を含む重篤な NAIT 発症が危惧されたことから、妊娠 30 週から免疫グロブリンを 1 週間ごとに投与し、39 週に経膈分娩した。児の血小板は  $6 \text{ 万} / \mu\text{L}$  であったが自然回復し、頭蓋内出血など重篤な合併症をきたさなかった。同胞に NAIT が疑われた際には、羊水検査で血小板のタイピングを行い、必要なら免疫グロブリン療法を行うことで、安全に新生児管理できる可能性がある。

## 11

## 異なる臨床経過をたどった胎盤血管腫の 2 例

大阪医科薬科大学

前田 杏樹, 布出 実紗, 松本 知子, 大門 篤史, 永易 洋子, 杉本 敦子, 佐野 匠, 藤田 太輔, 大道 正英

胎盤血管腫は胎盤腫瘍の中で最も頻度の高い非絨毛性腫瘍であり、腫瘍径が 5cm を超えると羊水過多、胎児心不全などの周産期合併症を引き起こすことがある。今回、我々は異なる臨床経過をたどった胎盤血管腫の 2 例を経験したので報告する。症例 1 は 37 歳、初産婦。妊娠 26 週より 7cm の胎盤腫瘍を認めた。腫瘍は増大傾向にあり、羊水過多および MCA-PSV 高値を呈した。妊娠 37 週に前期破水、骨盤位のため 2805g の女児を帝王切開で分娩した。児に貧血はなく、明らかな異常は認めなかった。症例 2 は 39 歳、経産婦。妊娠 24 週より胎盤腫瘍を認め、9cm まで増大を認めたため妊娠 30 週当院紹介となった。羊水過多および胎児心拡大を呈した。妊娠 34 週に羊水過少、胎児機能不全のため 2066g の男児を帝王切開で分娩した。児に明らかな異常は認めなかった。2 例とも病理組織診断で胎盤血管腫と診断した。胎盤径の大きさの変化や児の well-being に注意しながら厳重な管理を行い、早期発見、対応することで母児ともに良好な転帰を得ることができた。

## 12

## 当院におけるオプショナルスクリーニングの取り組み

日本赤十字社和歌山医療センター

西松 謙一, 豊福 彩, 吉田 隆昭, 坂田 晴美, 山村 省吾, 横山 玲子, 山西優紀夫, 山西 恵, 日野 麻世, 春日 摩耶, 大西 佑実, 恩地 孝尚, 山本美紗子

日本では公費負担で新生児マススクリーニングを行っているが、昨今新たな治療法の開発などに伴い、早期診断による重症化の予防や治療効果を高めることができる疾患に対してオプショナルスクリーニングが開発されている。実地臨床での活用が進んでいる中、当院での取り組みについて報告する。当院ではオプショナルスクリーニング導入時に大阪母子医療センター、大阪市環境保健協会もしくは CReARID のうち、検査委託する施設を当科と小児科で協議を行い CReARID へ検査委託を希望することとした。2021 年 11 月から 2023 年 1 月までに当院で出生した新生児のうち保護者の同意を得た上で CReARID の提供するオプショナルスクリーニングを自費で 681 件実施した。同期間の出生数は 818 人で検査同意率は約 75.6% であった。検査同意率の低さを課題とし、2023 年 3 月 1 日から末日に分娩を行った妊婦にアンケートを行い検討した。

13

## 妊娠中に COVID-19 に感染した心疾患合併妊婦の転帰

国立循環器病研究センター

松村 有起, 柿ヶ野藍子, 胡 脩平, 直 聖一郎, 須賀 清夏, 小川 紋奈, 手向 麻衣,  
小永井奈緒, 澤田 雅美, 中西 篤史, 神谷千津子, 岩永 直子, 金川 武司, 吉松 淳

【目的】妊娠中に COVID-19 に感染した心疾患合併妊婦での COVID-19 の重症度や周産期予後を明らかにする。【方法】妊娠中に COVID-19 に感染し、2020 年 1 月から 2023 年 1 月に当院で分娩管理を行った妊婦を対象とした後方視的検討である。多胎妊娠は除外した。COVID-19 の重症度や周産期予後について心疾患合併妊娠（心疾患群）と心疾患非合併妊娠（対照群）で比較した。【結果】対象は 41 例、うち 1 例が除外され、40 例が解析対象となり、COVID-19 感染妊婦の内訳は、心疾患群 22 例、対照群 18 例であった。COVID-19 の転帰は、心疾患群と対照群で各々、軽症 19 例と 17 例、中等症 13 例と 1 例で両群間に有意差を認めなかった（ $P=0.61$ ）。周産期予後の比較では、心疾患群と対照群で各々、分娩週数、児の出生体重、帝王切開率、分娩後異常出血といずれも有意差を認めなかった。【結論】妊娠中に COVID-19 に感染した心疾患合併妊婦は心疾患非合併妊婦と比較し、COVID-19 重症度に差は見られず、周産期予後は同等であった。しかし、本件等では症例数が限られており、さらなる症例集積が望まれる。

14

## COVID-19 感染後子宮内胎児死亡した 1 例

はまだ産婦人科

濱田 寛子, 濱田 盛史

【緒言】COVID-19 母体感染は重症化しやすい事が報告されている。COVID-19 感染確認後、翌日子宮内胎児死亡に至った 1 症例を経験したので報告する。【症例】30 歳, G2P1。妊娠 28 週 2 日。39 度の発熱の為、近医を受診し、COVID-19 PCR (+) を確認し、自宅療養を開始した。翌日（妊娠 28 週 3 日）胎動不良を主訴に当院を受診し、子宮内胎児死亡を確認した。28 週 4 日入院し、分娩誘発し当日 1258g の男児を死産した。羊水と児の気管分泌からは COVID-19 PCR (-) だった。胎盤病理は絨毛膜羊膜炎で、壊死に至った絨毛を多数認めた。一方、臍帯には異常を認めなかった。分娩当日の母体からは COVID-19 PCR (+) で、BA5 株だった。母体と家族にワクチン接種歴がなかった。死産後の母体の経過は良好で、後遺症は認めなかった。【結語】母体のウイルス血症が絨毛膜羊膜炎を引き起こし、胎児の低酸素血症を引き起こし、子宮内胎児死亡に至ったと考えられる。妊婦のワクチン接種は重症化予防に重要である。

15

## 羊水検査にて絨毛膜羊膜炎を否定し妊娠期間を延長できた切迫早産の 1 例

滋賀医科大学

谷口健太郎, 桂 大輔, 林 香里, 所 伸介, 天野 創, 辻 俊一郎, 村上 節

症例は 31 歳 3 妊 0 産、妊娠 22 週 3 日切迫早産で入院。子宮収縮抑制薬を投与中、第 71 病日より 38 度を超える発熱を認めた。血液、尿、膣分泌物の細菌培養は陰性ながら CRP 5.12 mg/dL と高値を示した。妊娠中の尿路結石、右水腎症の既往と右側優位の背部叩打痛を認めたことから腎盂腎炎を疑い CTRX を投与したが CRP は下らず、最大で 40 度を超える発熱が 1 週間持続したため各種の細菌培養を再検するとともに、羊水検査を行った。その結果 IL-6 が 0.6ng/mL (<11.3ng/mL) であり、子宮内感染は否定的と考えた。一方、血液培養から *Pseudomonas oryzihabitans* が検出された。静脈留置針は定期的に交換されていたが、細菌の特性上静脈留置針感染に起因する菌血症と考えられ、抗生剤を MEPM に変更したところ症状は速やかに改善した。絨毛膜羊膜炎は tocolysis が禁忌であるがその診断は容易ではない。しかし、本症例のように判断に迷った際には羊水検査が tocolysis 継続の判断に有用である。

16

## 当院における緊急頸管縫縮術の現況

姫路赤十字病院

谷村 吏香, 中山 朋子, 谷岡 桃子, 相本 法慧, 平田 智子, 西條 昌之, 河合 清日,  
関 典子, 小高 晃嗣, 水谷 靖司

子宮頸管縫縮術には子宮頸管の開大や頸管長の短縮を認める前に行う「予防的頸管縫縮術」とそれらの所見を認めてから行う「治療的頸管縫縮術」がある。両者ともその適応と有用性については十分なエビデンスがあるとは言えず、施設ごとに検討されているのが現状である。当院は兵庫県の中・西播磨地域の周産期医療の中核病院として総合周産期母子医療センターの指定を受けており、治療的頸管縫縮術も多く行っているが、中には急激な所見の進行により縫縮術の適応を速やかに判断しなければならない「緊急頸管縫縮術」も経験する。当科では原則として①妊娠 27 週未満、②未破水、③明らかな子宮頸部ならびに母体の炎症所見を認めない、④強い子宮収縮を認めない、⑤胎胞形成・脱出や頸管長短縮、内子宮口の U 字開大症例に対して、緊急頸管縫縮術を行う方針としている。今回 2017 年 1 月から 2022 年 12 月の間に実施した緊急縫縮術 29 例について患者背景、術式、術後管理、妊娠継続日数などについての現況を診療録から後方視的に検討し、緊急縫縮術の有用性について考察したので報告する。

17

## 頸管長短縮を伴う前置血管に対して頸管縫縮術を施行した 3 症例

大阪公立大学

関 莉穂, 三枚 卓也, 北田 紘平, 栗原 康, 田原 三枝, 羽室 明洋, 中野 朱美,  
橘 大介

【緒言】頸管長短縮を伴う前置血管に対する治療方針は一定の見解が得られていない。今回、頸管長短縮を伴う前置血管に対し頸管縫縮術を行った 3 症例を経験した。【症例 1】39 歳 4 妊 1 産。ICSI により妊娠、DM 双胎に前置血管の合併を認めた。妊娠 20 週、頸管長 17mm と短縮を認め頸管縫縮術を実施した。妊娠 31 週子宮収縮の増加を認め緊急帝王切開を行った。胎盤所見より前置血管 Type1 と考えられた。【症例 2】40 歳 3 妊 1 産、自然妊娠。前置血管を認めていたが妊娠 20 週、頸管長 23mm と短縮を認め頸管縫縮術を実施、妊娠 33 週子宮収縮増加を認め緊急帝王切開を行った。胎盤所見より前置血管 Type1 と考えられた。【症例 3】39 歳 1 妊 0 産。ICSI により妊娠、前置血管を認めた。妊娠 22 週、頸管長 21mm と短縮を認め頸管縫縮術を実施した。現在妊娠 27 週で外来管理中である。【結論】前置血管に対する頸管縫縮術は、頸管周囲を走行する胎児血管の血流異常に留意する必要があるが、治療法として選択しうると考えられた。

18

## 妊娠中の子宮頸管ポリープと自然早産の関連

大阪母子医療センター

脇本 哲, 林 周作, 山本 亮, 石井 桂介

【目的】妊娠中の子宮頸管ポリープ（CP）と自然早産の関連を明らかにする。【方法】2015-2019 年に妊娠 12 週未満に当院を初診した単胎妊婦を対象とした後方視的コホート研究である。初期流産、胎児構造異常・染色体異常、胎児死亡、他院分娩は除外した。CP と妊娠 34 週未満の自然早産（sPTB<34w）との関連を多変量ロジスティック解析と Cox 比例ハザード分析を用いて検討した。自然早産・妊娠中期流産歴、やせ、喫煙、妊娠初期出血を調整因子とした。【結果】解析対象 4172 例のうち 92 例（2.2%）に CP を認めた。妊娠中に CP を摘出した症例はなかった。sPTB<34w の頻度は CP を認める妊婦で 5.4%、認めない妊婦で 0.7%であった（ $P<0.01$ ）。CP の sPTB<34w に対する調整オッズ比は 4.09（95%信頼区間 1.70-9.81,  $P<0.01$ ）、調整ハザード比は 2.95（1.32-6.62,  $P<0.01$ ）であった。【結論】妊娠中の CP は自然早産と関連する。

## 19

## 初産時の分娩時期から次回妊娠時の分娩時期を予測できるか

パルモア病院

志水香保里, 酒井 理恵, 岩本真理子, 龍見 信哉, 山崎 峰夫

【目的】初産の分娩状況が2回目の分娩を予測する因子となりうるかを検討した。【方法】2013年4月1日から2022年9月30日の期間、当院で初産と2回目の分娩を扱い、帝王切開、陣痛開始前の管理入院、社会的適応による誘発分娩、早産、異なるパートナー、無痛分娩、胎児死亡に非該当の女性を対象とし、分娩時妊娠日数、入院理由（前期破水、陣痛発来、予定日超過）を初経産間で比較した。【結果】全分娩数6230例のうち複数回分娩したのは907名で、除外対象とならない439名を対象とした。平均分娩時妊娠日数は初産279日、経産277日で有意差があった。経産の分娩時妊娠日数が初産の分娩時妊娠日数の-5日～+1日以内となる症例は36%であった。前期破水は初産121例で、うち27%は経産でも繰り返し非破水例より高率であった。初産の60例は予定日超過となり、うち20%は経産でも繰り返し非超過例より高率であった。【結語】初産と2回目の分娩状況の間には、分娩時妊娠日数、前期破水、予定日超過について弱い関連性が認められた。

## 20

## がん遺伝子パネル検査の導入により婦人科がんの予後は改善したか？

兵庫医科大学病院

上田 友子, 鏑本 浩志, 瀧本 裕美, 谷口 路善, 成田 幸代, 中川 公平, 脇本 裕, 澤井 英明, 柴原 浩章

当科では2018年からがん遺伝子パネル検査（CGP）を実施しており予後改善に寄与したか検討した。【方法】4年間にCGPを実施した婦人科がん患者104名の内、子宮頸癌、子宮体癌、卵巣・卵管癌を抽出した。子宮頸癌及び子宮体癌は2nd line 治療開始日、卵巣・卵管癌はプラチナ抵抗性再発と診断された直後の全身治療開始日をそれぞれ起点として全生存期間（OS）を解析した。【結果】51名が解析対象となり20名でCGP結果に基づく推奨治療（matched therapy, MT群）が実施し、31名はMT以外の保険承認薬剤が投与した（non-MT群）。年齢中央値はMT群が低い傾向にあったが（60歳 vs 64歳,  $p=0.18$ ）、疾患背景は同様であった。MT群及びnon-MT群のOS中央値はそれぞれ19.3か月と11.2か月で、MTのハザード比は0.48（ $p=0.036$ ）であった。【結論】単施設検討だが、一般的な婦人科がんでCGPに基づく薬剤治療を行うことにより予後が改善することがわかった。

## 21

## 卵巣癌における手術前後のデータを用いた予後予測スコアの確立と有効性

奈良県立医科大学

河原 直紀, 山本皇之祐, 福井 陽介, 山中彰一郎, 山田 有紀, 岩井 加奈, 川口 龍二, 木村 文則

【背景】近年、悪性腫瘍において手術前の炎症が予後予測に寄与することが報告されているが、術前と術後を評価した報告はない。本研究では、再発に関わる因子を手術前後の患者データから抽出し、新規の予後予測スコアリングを作成する。【方法】2006年11月から2020年12月にかけて卵巣癌に対してPDSを施行された235例を対象とし、2022年9月まで追跡調査を行った。得られた個々の予後予測因子についてPPSPと名付けたスコアリングシステムを作成した。PPSPは0から8までのスコアで定義され、6未満を予後良好群と定義した。単変量解析および多変量解析により、PFSおよびOSの予測に有効であることを確認した。また、Cox回帰分析により、PPSP時間依存的な有効性を確認した。【結果】多変量解析の結果、FIGO進行期、白血球数差、PPSPが独立した予後因子であった。また、Cox回帰分析でも上記の結果が支持された。【結論】PPSPは、FIGO病期と同様に卵巣癌患者の予後予測に有効であることが示された。

22

## 進行卵巣癌における NAC+IDS 後の予後予測因子

大阪大学

倉橋 寛樹, 増田 達郎, 戸田有朱香, 中川 慧, 木瀬 康人, 瀧内 剛, 三好 愛,  
小玉美智子, 小林 栄仁, 橋本 香映, 上田 豊, 澤田健二郎, 木村 正

進行卵巣癌の初回治療で肉眼的完全摘出が困難と予測される症例では、NAC+IDS が標準治療となり得る。当院で 2015 年 1 月から 2021 年 12 月までに上皮性卵巣癌に対して NAC+IDS を行った症例で、年齢、FIGO stage (2014)、組織型や、手術完遂度、NAC 前、IDS 前の CA125 値 (以下 Pre-NAC, Pre-IDS CA125) を予測因子とし、non-complete, PFS, OS を予測できるか、単変量・多変量で後方視的に検討した。NAC+IDS を行った症例は 47 例であった。ROC 曲線を用いたところ、Youden Index は Pre-NAC CA125 が 363, Pre-IDS CA125 が 49 であった。Pre-NAC CA125  $\geq 363$  かつ Pre-IDS CA125  $\geq 49$  を満たすと、有意に non-complete のリスクが高くなった。non-complete は PFS, OS と有意な相関を認めた。手術完遂度や予後予測因子として、CA125 やその複合因子が有用である可能性を示した。

23

## 再発卵巣癌腫瘍減量術への PARP 阻害剤の影響

京都大学

若園 依未, 滝 真奈, 奥宮明日香, 寒河江悠介, 砂田 真澄, 北村 幸子, 古武 陽子,  
山ノ井康二, 村上 隆介, 山口 建, 堀江 昭史, 濱西 潤三, 万代 昌紀

【目的】PARP 阻害剤が卵巣癌治療戦略に導入された中での再発卵巣癌への腫瘍減量術は明らかではない。今回当院の再発卵巣癌に対して腫瘍減量術を行った症例の再々発以降の腫瘍減量術や PARP 阻害薬の意義に関して検討した。【方法】初回再発時に腫瘍減量術を施行したのち、再々発した高異型度漿液性癌 16 症例に対し、PARP 阻害剤使用の有無による腫瘍減量術の成績に関して検討を行った。【結果】再々発時までの PARP 阻害剤使用歴は全例でなかった。再々発後に PARP 阻害剤を使用した症例は 16 例中 8 例であった。PARP 阻害剤不使用例では再々発時からの生存期間は腫瘍減量術施行例で長い傾向にあった (1908 日 vs 317 日:  $p=0.16$ )。一方 PARP 阻害剤使用例では生存期間に差は認めなかった (1414 日 vs 1429 日:  $p=0.25$ )。PARP 阻害剤使用例では全例 1000 日以上長期生存を得られるようになったからと考えられた。【結語】PARP 阻害剤により再々発以降での腫瘍減量術の意義は限定的になることが示された。

24

## 当院での Pembrolizumab の使用経験について

大阪はびきの医療センター

坂元 優太, 亀西 実加, 中野 和俊, 長安 実加, 安川 久吉, 赤田 忍

Pembrolizumab は抗 PD-1 抗体を用いた免疫チェックポイント阻害薬で、婦人科領域においても進行・再発の MSI-High 固形癌、化学療法後に増悪した切除不能な進行・再発の子宮体癌、進行・再発の子宮頸癌に対して保険適用が広がった。今回、当院で Pembrolizumab を導入した 12 症例について後方視的に検討した。投与開始時年齢は中央値 48 歳 (37~72 歳) であり、子宮体癌 7 例、子宮頸癌 3 例、子宮肉腫 (TMB-HIGH) 1 例、PD-1 抗体陽性再発 PSTT1 例であった。投与レジメンは Pembrolizumab 2 例、Pembrolizumab+Lenvatinib 6 例、Paclitaxel+Carboplatin+Pembrolizumab±Bevacizumab 4 例。奏効例は 8 例で、重篤な副作用は副腎不全 1 例、消化管穿孔 1 例、Grade4 の肝障害 1 例、間質性肺炎 1 例であった。本治療は一定の効果が期待できる一方、重篤な irAE を呈することがあり専門医との連携が重要である。

25

**転移再発子宮体癌の初回治療に対するメドロキシプロゲステロン (MPA) の後方視的検**

1) 兵庫医科大学, 2) 同・病理診断科

頃末真惟子 1), 中川 公平 1), 吉安加奈子 2), 成田 幸代 1), 瀧本 裕美 1), 谷口 路善 1), 上田 友子 1), 脇本 裕 1), 鏑本 浩志 1), 廣田 誠一 2), 柴原 浩章 1)

【目的】転移再発子宮体癌 (EC) に対する初回薬物療法として黄体ホルモン療法は奏効率はやや低い低毒性かつ安価で、欧州 (ESGO) では low grade 無症候性再発に対する第一選択である。当科の MPA 初回治療患者を後方視的に検討した。【方法】当院で 2013 年 1 月～2022 年 12 月の間に MPA を初回治療として投与した再発 EC 患者を抽出し、有害事象、奏効率、無増悪生存期間 (PFS)、1 年病勢制御率、全生存期間 (OS) を後方視的に検討した。【成績】期間中に投与された 14 名の有害事象は深部静脈血栓症 1 例、体重増加 1 例、皮疹 2 例であった。1 名は 2013 年以前から投与され CR、13 年無病生存中であった。2013 年以降に治療開始した 13 名の奏効率は 44%、PFS の中央値は 8.6 か月、1 年病勢制御率は 38%、2 年以上長期生存中の 4 例は PgR 発現陽性であった。進行により後治療に移行した 5 症例中 2 例は MSI-H、TMB-H で生存加療中である。【結論】初回 MPA 治療には重篤な有害事象はなく有効であった。

26

**子宮体癌の子宮摘出後継続管理における腔断端細胞診の成績と費用対効果について**

奈良県総合医療センター

豊田 進司, 伊東 史学, 杉浦 敦, 中澤 遼, 中谷 真豪, 福井 寛子, 竹田 善紀, 新納恵美子, 谷口真紀子, 佐道 俊幸, 喜多 恒和

子宮体癌術後継続管理における腔断端細胞診の成績と費用対効果を検討した。対象は 2011 年から 2020 年までの子宮体癌術後症例の 399 例であり、腔断端細胞診を 5,053 回施行した。手術進行期は I 期が 344 例、II 期が 14 例、III 期が 28 例、IV 期が 13 例であった。対象の平均年齢は 60.6 歳、観察期間は平均 40 ヶ月であった。再発を 24 例に認め、I 期が 5 例、II 期が 2 例、III 期が 8 例、IV 期が 9 例であった。再発部位を検知した検査は腔断端細胞診が進行期 III 期と IV 期の 2 例、血中 CA125 値が 7 例、CT が 15 例であった。腔断端細胞診の有効率は 8.3% であった。399 例において、再発を検知する費用は 1 例あたり腔断端細胞診が 7,579,500 円、血中 CA125 が 1,001,400 円、CT が 1,230,593 円であった。III 期と IV 期に限定した腔断端細胞診の費用は 916,500 円であった。腔断端細胞診は子宮体癌術後のスクリーニング検査として、III 期と IV 期症例に対して施行することが妥当と考えられた。

27

**子宮頸癌、卵巣癌に対し、ベパシズマブ長期維持療法にて病勢制御が可能であった 3 例**

神戸大学

清水香陽子, 長又 哲史, 豊永 絢香, 鷺尾 佳一, 内田 明子, 笹川 勇樹, 西本 昌司, 山崎 友維, 寺井 義人

ベパシズマブは子宮頸癌、卵巣癌に対して使用可能な分子標的薬である。当院においてベパシズマブ維持療法を 30 サイクル以上長期投与している子宮頸癌 2 例、卵巣癌 1 例について検討を行った。子宮頸癌 2 例のうち 1 例は IVB 期に対し、1 例は II B 期放射線化学療法後の再発病変に対し、パクリタキセル＋カルボプラチン＋ベパシズマブ併用化学療法の後に、ベパシズマブ維持療法へ移行している。各々ベパシズマブを 34, 49 サイクル投与しており、2 症例とも現在も維持治療を継続中である。卵巣癌 1 症例については、プラチナ抵抗性再発の後にノグテカン＋ベパシズマブ療法を施行したところ著効し、その後現在まで 39 サイクル投与している。ベパシズマブは子宮頸癌に対しては維持療法のエビデンスが乏しく、またプラチナ抵抗性卵巣癌に対してベパシズマブ長期維持療法に持ち込める症例は稀である。いずれの症例も高血圧や蛋白尿のコントロールを行いながら投与継続が可能であり、若干の文献的考察を含めて報告する。

28

### ペムプロリズマブ使用中に腫瘍の一過性偽増大を認めた再発子宮体癌の1例

1) 市立貝塚病院, 2) りんくう総合医療センター

田中 良知 1), 永瀬 慶和 1), 中前亜季子 1), 小松 直人 1), 仲尾 有美 1), 谷口 翠 1), 市川 冬輝 1), 甲村奈緒子 1), 田中あすか 1), 増田 公美 1), 岡 藤博 1), 荻田 和秀 2), 横井 猛 1)

【緒言】進行再発子宮体癌で用いられるペムプロリズマブ (PEM) は免疫チェックポイント阻害薬 (ICI) であり、特有な管理が必要である。今回、レンパチニブ (LEN) + PEM 療法中に腫瘍の一過性偽増大を認めた一例を報告する。【症例】58 歳, 子宮体癌 (類内膜癌 Grade 2), 傍大動脈リンパ節多発再発の患者。LEN+PEM 療法開始 10 週後, CT にて新規病変 (多発肝転移) の出現を認めた。RECIST-PD 判定であるが, iRECIST-iUPD 判定となるため加療を継続した。治療開始 18 週後, CT では標的病変 (傍大動脈リンパ節) は不変であるも肝転移病変は縮小しており, iRECIST-iSD 判定と評価された。【考察】ICI 使用例では一過性腫瘍増大の後に腫瘍縮小を認めることがあり, 当科では iRECIST を用いて効果判定を行っている。本症例で RECIST による効果判定を行うと新規病変出現時 (10 週目) に治療終了となっていたと考えられた。【結論】子宮体癌では PEM 単剤や LEN+PEM 併用療法などで ICI の使用頻度が増加しており, その特性を踏まえた管理が必要であると考えられた。

29

### ニラパリブ投与後に生じた間質性肺炎の1例報告；症例報告および文献的考察

近畿大学

庄野 允人, 太田真見子, 松村 謙臣

PARP 阻害剤による間質性肺炎の報告はまれであり, 特にニラパリブによる間質性肺炎の報告は文献的にも皆無である。そこで, PARP 阻害剤投与後に生じた間質性肺炎の文献検索を行った。間質性肺炎の報告はオラパリブで 2 例, ルカパリブでは 0 例であり, PARP 阻害剤による間質性肺炎の詳細は文献的にも不明であった。今回, ニラパリブ投与後に生じた間質性肺炎の 1 例を経験したため報告する。症例は 73 歳女性, 右卵管癌 IIIB 期, 高異型度漿液性癌に対して primary debulking surgery を施行し, 残存腫瘍は認めなかった。腫瘍の HRD 検査は陰性で, 術後 Paclitaxel/Carboplatin 療法 6 コース実施したのち, ニラパリブによる維持療法を行った。ニラパリブ投与開始後 7 週目に発熱, 呼吸苦を認めたため投与を中止し, 各種検査により間質性肺炎の診断を得た。入院の上, ステロイドパルス療法を含む集学的治療を行い軽快退院した。PARP 阻害剤による間質性肺炎は致命的となりうるため念頭においておく必要がある。

30

### オラパリブ投与中に間質性肺炎を発症した2症例

市立貝塚病院

小松 直人, 増田 公美, 中前亜季子, 田中 良知, 仲尾 由美, 栗谷 翠, 黒田実紗子, 市川 冬輝, 永瀬 慶和, 甲村奈緒子, 田中あすか, 岡藤 博, 横井 猛

【諸言】初回進行卵巣癌の維持療法として, 相同組み換え修復欠損 (HRD) を有する症例において Bevacizumab (BEV) と Olaparib の併用療法 (PAOLA) が 2020 年 12 月に承認された。Olaparib の有害事象として, 間質性肺炎は 0.9% と稀であるが, 当院で PAOLA レジメン中に 2 例経験したため報告する。【症例】1 症例目は 45 歳女性で卵巣癌 Endometrioid carcinoma IIIC 期。PDS 後に TC+BEV 併用療法を行い, 維持療法として PAOLA レジメンを開始した。4 ヶ月目に間質性肺炎を発症し, レジメン中止のみで改善した。2 症例目は 59 歳女性で卵管癌 High-grade serous carcinoma IVB 期。NAC-IDS 後に TC+BEV 療法を行い, 維持療法として PAOLA レジメンを行った。5 ヶ月目に発熱を主訴に間質性肺炎を発症した。呼吸器症状は認めなかった。Olaparib 中止とステロイド投与を行い, 改善した。【考察/結語】2 症例とも発熱を主訴に発症し, 胸部 CT で指摘された淡いびまん性のすりガラス影で診断に至り, 被疑薬として Olaparib が考えられた。呼吸器症状が無い症例も認めたため, Olaparib 投与中の軽微な発熱症状にも間質性肺炎を考慮する必要がある。

31

## 子宮体部脱分化癌に対して術後ペムプロリズマブ・レンパチニブを投与した1例

大阪急性期・総合医療センター

岡木 啓, 岩宮 正, 栗谷 佳宏, 浅野 啓太, 久林 侑美, 大柳 亮, 中谷沙也佳,  
加藤 愛理, 海野ひかり, 武藤はる香, 松崎 聖子, 久保田 哲, 笹野 恵, 島津由紀子,  
田口 貴子, 隅蔵 智子, 森重健一郎, 竹村 昌彦

70歳代未婚産。近医内科のエコーで子宮腫大を指摘され当科紹介。内膜組織診で類内膜癌 G1, CT で全身のリンパ節腫大と腹膜播種 4cm 大を認めた。子宮体癌の診断で腹式単純子宮全摘術, 両側付属器切除術, 大網切除術を実施した。病理診断は脱分化癌であった。術後化学療法で TC 4 コース実施も腋窩リンパ節増大を認め, 術後 4 ヶ月よりペムプロリズマブとレンパチニブ投与を行った。倦怠感, 食欲低下, 高血圧, 血小板数減少, 蛋白尿, 潜在性甲状腺機能低下症を認めたが術後 8 ヶ月まで SD であった。術後 9 ヶ月に病状進行を認めドキソルビシン投与するも PD となり, 現在遺伝子パネル検査の結果を受け臨床試験参加を検討している。子宮体部脱分化癌は未分化癌成分に加え類内膜癌 G1, G2 相当の成分を含む組織型である。進行が早く予後不良で多くが急激な転帰をたどる。本症例ではペムプロリズマブとレンパチニブ投与により 4 ヶ月間 SD で治療継続した。進行の早い脱分化癌ではペムプロリズマブとレンパチニブ投与により PFS 延長が望める可能性が示唆された。

32

## 多発リンパ節転移を認めた子宮頸部上皮内癌 (CIS) 既往の1例

日本赤十字社和歌山医療センター

恩地 孝尚, 山西優紀夫, 西松 謙一, 山本美紗子, 大西 佑実, 春日 摩耶, 日野 麻世,  
山西 恵, 横山 玲子, 山村 省吾, 坂田 晴美, 豊福 彩, 吉田 隆昭

CIS 加療後に多発リンパ節転移を認めた一症例を報告する。36歳, 2妊1産。2年前に前医で CIS に対して子宮頸部円錐切除術を施行し, 以降は子宮頸部細胞診に異常を認めず。背部痛の訴えに対し CT 検査を施行し, 多発リンパ節腫大を認めた。SCC 13.6ng/mL, sIL-2R 586U/mL (基準値 496 未満), IgG4 37.9mg/dL (11 以上 121 未満) であった。PET-CT 検査を施行し, 左基韧带, 左骨盤, 傍大動脈リンパ節に集積を認め, 子宮をはじめ中咽頭やその他の実質臓器には集積を認めなかった。上部消化管内視鏡検査を施行し, 異常を認めなかった。傍大動脈リンパ節に超音波内視鏡下穿刺吸引を施行し, 扁平上皮癌 (p16 陽性) の診断となった。以上より原発不明癌 (扁平上皮癌) の多発リンパ節転移と診断したが, 臨床的には子宮頸癌の多発リンパ節転移として扱いシスプラチン, パクリタキセル, ベバシズマブ, ペンプロリズマブ投与を開始した。現在 5 コースが施行済みであり, 背部痛の消失と SCC の陰性化を認めている。

33

## 子宮頸癌放射線治療後 42 年経過して発症した子宮頸部腺癌の1症例

1) 和歌山県立医科大学, 2) 和歌山ろうさい病院, 3) 同・病理診断科

堀内 優子 1), 谷本 敏 2), 竹中 由夏 2), 久米川 綾 2), 南野 有紗 2), 矢本 希夫 2),  
坪田ゆかり 3), 村垣 泰光 3), 井篁 一彦 1)

【症例】子宮頸癌放射線治療後の二次発がんと考えられる症例を経験したので報告する。症例は 74 歳, 32 歳時に子宮頸癌 (明細胞癌) に対して放射線治療 (コバルト 30 回, ラジウム 2 回) を受けた後 11 年間は再発所見なく経過し, 以後通院を自己中断されていた。59 歳時に直腸腔瘻の診断となり, 67 歳時に人工肛門造設術を受けていた。今回, 膀胱腔瘻および CEA 高値 (211 U/mL) のため紹介となった。55mm 大の骨盤内腫瘍を認め, 腔壁 3 分の 1 以上進展し, 骨盤リンパ節転移, 傍大動脈リンパ節転移を認めた。下部消化管内視鏡検査にて直腸癌は否定的で, 腔部組織診では子宮頸癌 (腸型粘液性腺癌) の診断で, 42 年前の子宮頸癌の組織型とは異なることが判明した。TC + ベバシズマブ + ペムプロリズマブを開始し, 腫瘍縮小効果を認めている。放射線治療後の長期生存例において, 二次発がんと考えられる症例報告が散見されるが, 組織型の異なる子宮頸癌の症例は非常に稀である。子宮頸癌治療における放射線治療は重要な位置付けではあるが, かなり長期間経過してからの晩期合併症リスクも念頭において治療にあたる必要がある。

34

**生殖年齢期に発症した卵黄嚢腫瘍を含む混合型胚細胞腫瘍と類内膜癌の混合がんの1例**

京都府立医科大学

一尾 成美, 垂水 洋輔, 青山 幸平, 片岡 恒, 古株 哲也, 寄木 香織, 森 泰輔

【緒言】卵黄嚢腫瘍と上皮性癌の混合がんは I 期でも再発率が高いことが知られるが、生殖年齢期の報告は少ない。【症例】35 歳、2 妊 1 産。腹部膨満感を主訴に受診し、MRI で左卵巣に充実成分を伴う長径 26 cm の嚢胞性腫瘍を認め、内容液は血性を疑う所見であった。PET-CT では充実部に異常集積を認め、他に転移を疑う所見はなかった。CA125、CA19-9 値は上昇していた。左卵巣子宮内膜症の悪性転化疑い、IA 期 (FIGO2014) に対し妊孕性温存手術として、左付属器摘出術、大網切除術を実施した。病理組織検査では子宮内膜症性嚢胞に接し類内膜癌と、卵黄嚢腫瘍と未熟奇形腫 G2 の混在する組織を認め、子宮内膜症性嚢胞の悪性転化による類内膜癌と混合型胚細胞腫瘍の collision tumor と判断した。卵黄嚢腫瘍を含むことから BEP 療法を 3 サイクル実施し、治療後 18 カ月、再発なく経過している。【結語】本症例は collision tumor と考えられ、閉経後の混合がんの発生機序、臨床像とは異なる可能性がある。

35

**画像では検出困難であった閉経後の卵巣 Sertoli-Leydig 細胞腫の 1 例**

1) ひだか病院, 2) 橋本市民病院

山本 円 1), 曾和 正憲 1), 西村 美咲 2), 中田久実子 1), 西森 敬司 1)

Sertoli-Leydig 細胞腫は性索間質性腫瘍の一つで、卵巣腫瘍の 0.5% に満たない稀な腫瘍である。今回われわれは画像では検出困難であった閉経後の卵巣 Sertoli-Leydig 細胞腫の症例を経験したので報告する。症例は 63 歳、3 妊 2 産。49 歳閉経。不正性器出血のため 58 歳時に前医より紹介となった。子宮内膜肥厚を認めたが細胞診では異常を認めなかった。初診時の血中エストラジオール (E2) は 52pg/mL であった。子宮内膜増殖症もあり周期的プロゲステロン療法をしていたが、血中 E2 は低下せず精査を開始した。骨盤部 MRI では明らかな卵巣腫瘍は認めなかった。また血中テストステロン値や DHEA-S 値は正常で CT でも副腎腫瘍は否定的であった。ホルモン産生卵巣腫瘍の存在を否定できず、腹式単純子宮全摘術、両側付属器摘出術を実施した。左卵巣に 1 cm 弱の黄色の充実性腫瘤を認め、病理組織標本では Sertoli-Leydig 細胞腫 (中分化型) の診断であった。血中 E2 は術後速やかに低下し現在は経過観察中である。

36

**Gliomatosis peritonei を伴う卵巣未熟奇形腫の 1 例**

大阪公立大学

藤東 温子, 市村 友季, 今井 健至, 山内 真, 福田 武史, 安井 智代, 角 俊幸

卵巣未熟奇形腫は卵巣腫瘍の 1% 以下、悪性胚細胞腫瘍の 20% 程度と比較的まれな腫瘍である。Gliomatosis peritonei (GP) は腹膜などに成熟した神経膠組織を伴うまれな病態で、未熟奇形腫との合併頻度が高いとされる。卵巣未熟奇形腫に GP を合併した 1 例を報告する。症例は 20 歳、未妊。下腹部腫瘤感を主訴に前医受診し、充実性腫瘤の指摘を受け当科紹介となる。MRI 検査で下腹部に T2 で低信号領域と高信号領域が混在する 20 cm の腫瘤を認め左卵巣腫瘍が疑われた。ダグラス窩に腹水と、拡散制限を伴う腹膜肥厚を認め播種病変が疑われた。CT 検査では転移性病変はみられなかった。腹式左付属器摘出とダグラス窩腹膜腫瘤の生検ほかを行ったところ左卵巣腫瘍は扁平上皮や毛包のほか未熟な神経管をわずかに認め、未熟奇形腫 grade1 の結果であった。腹膜腫瘤は成熟した神経膠組織のみで GP と判断し、GP を伴う左卵巣未熟奇形腫 IA 期 (grade1) と診断した。術後経過観察中で右卵巣腫瘍出現や腹膜腫瘤の増大は認めていない。

37

### 外向性発育病変を伴う漿液粘液性境界悪性腫瘍の1例

1) 市立貝塚病院, 2) りんくう総合医療センター

仲尾 有美 1), 増田 公美 1), 中前亜季子 1), 小松 直人 1), 田中 良知 1), 谷口 翠 1), 市川 冬輝 1), 永瀬 慶和 1), 甲村奈緒子 1), 田中あすか 1), 岡藤 博 1), 荻田 和秀 2), 横井 猛 1)

漿液粘液性境界悪性腫瘍 (SMBT) は、2014 年に WHO で新たに分類された腫瘍であり、内膜症合併や充実成分を伴うことから術前診断は容易でない。今回診断に苦慮した外向性発育の SMBT の 1 例を経験したので報告する。【症例】30 歳、未婚。検診で卵巣腫瘍を指摘され当院紹介。経腔超音波検査で左付属器 10cm 大、右付属器 8cm 大に腫大し、ダグラス窩に 5cm 大の腫瘤陰影を認めた。MRI 検査で両側内膜症性嚢胞を認め、左付属器と連続するダグラス窩に境界明瞭の乳頭状腫瘤を認めた。術前診断が困難であったため、腹腔鏡下に観察した上で左付属器摘出術、右嚢腫摘出術の方針とした。左卵巣腫瘍から外向性に発育する腫瘤を認めたが周囲に癒着は認めず、破綻なく摘出した。病理診断は両側の SMBT であった。妊孕性温存希望があり、術後は慎重な経過観察を行っている。SMBT では外向性発育する症例は稀ではあるが、Shading を伴わない内膜症性病変と壁在結節を伴う卵巣腫瘍は本疾患を念頭に置いて治療方針を検討する必要がある。

38

### 左卵巣から発生した悪性壁在結節を伴った粘液性嚢胞腺腫の1例

大阪公立大学

中本 江美, 福田 武史, 今井 健至, 山内 真, 市村 友季, 安井 智代, 角 俊幸

悪性壁在結節を伴う卵巣粘液性腫瘍がまれに存在し、壁在結節の組織型には anaplastic carcinoma, sarcoma-like nodule, sarcoma がある。左卵巣から発生した粘液性嚢胞腺腫に悪性壁在結節を伴った腫瘍を経験したので報告する。年齢は 65 歳、腹部膨満感を主訴に近医内科を受診、腹部超音波検査にて巨大な嚢胞性腫瘤を認め当科紹介となった。骨盤 MRI にて 30cm 大の隔壁構造を伴う嚢胞性病変を認め、嚢胞壁に小さな充実成分を認め同部位に強い拡散制限を認めた。悪性卵巣腫瘍を疑い開腹手術を行った。摘出した左付属器腫瘍の術中迅速病理検査結果は悪性腫瘍 (組織型は不明) であり両側付属器摘出術、単純子宮全摘術、大網部分切除術、後腹膜リンパ節郭清を施行した。術後の永久標本の病理検査で、嚢胞の上皮は粘液性嚢胞腺腫、壁在結節は anaplastic carcinoma の診断だった。左卵巣以外には腫瘍は認めず進行期は IA 期であり、現在外来経過観察中であり術後 1 年経過するが再発は認めていない。

39

### 急速な経過をたどった、退形成癌を伴った卵巣粘液性境界悪性腫瘍の1例

八尾市立病院

藤井 健太, 永井 景, 日野友紀子, 植田 陽子, 松浦 美幸, 重光 愛子, 佐々木高綱, 山田 嘉彦

卵巣退形成癌は非常に稀で予後不良な疾患である。今回、急速な経過をたどった退形成癌を伴った卵巣粘液性境界悪性腫瘍の 1 例を経験したので報告する。【症例】61 歳女性、2 妊 2 産。X 年 6 月、前医より卵巣腫瘍を疑われ当院に紹介受診となった。画像検査で左卵巣に壁在結節を伴う多房性で悪性を疑う嚢胞性腫瘤と、転移を疑う多発病変を認めた。脊髄を圧迫する脊椎病変を認め、先に緊急放射線照射を行った。7 月に腹式単純子宮全摘、両側付属器切除、大網切除術を行い、卵巣粘液性境界悪性腫瘍の壁在結節に生じた左卵巣退形成癌 (T3bN1M1) と診断された。術後 TC 療法を行う予定であったが、全身状態の悪化を認め、8 月に現病死した。【結語】急速な進行を認めた卵巣退形成癌の症例を経験した。予後良好だった例もいくつか報告はあるが、一般的に卵巣退形成癌は予後不良とされており、本症例も非常に急速な経過をたどった。壁在結節を伴う卵巣粘液性腫瘍を画像上で疑う場合は、進行が速い悪性腫瘍である可能性を念頭に置き、治療を計画するのが望ましいと考えられた。

40

## 集学的治療が奏効した、原発性卵巣小細胞癌（肺型）の1例

大阪医科大学

泉 尚志, 古形 祐平, 村上 暉, 西江 瑠璃, 土橋 裕允, 田路 明彦, 上田 尚子,  
橋田 宗祐, 宮本 瞬輔, 寺田 信一, 藤原 聡枝, 田中 良道, 田中 智人, 大道 正英

原発性卵巣小細胞癌は極めて稀で、高Ca血症型と肺型に分類される予後不良な腫瘍である。集学的治療が奏効した卵巣小細胞癌（肺型）の1例を経験したので報告する。55歳、1妊1産、子宮筋腫で子宮全摘既往。腹部膨満感を自覚し受診、MRIで骨盤内に17cm大の一部嚢胞形成を伴う充実性腫瘍を認め、CTで胸腹水貯留、大網腫瘍、腹膜播種を認め手術を行った。腹腔内は易出血性腫瘍で占拠され、上腹部まで及ぶ腹膜播種を認め、腹式両側付属器摘出、大網全摘、虫垂切除術を施行した。病理組織検査では腫瘍細胞は異型性が強く著明な核分裂を伴い、免疫組織化学的にchromogranin A, synaptophysin, CD56, CD117が陽性だった。卵巣小細胞癌（肺型）IIIC期、pT3cNxM0の診断でCPT-P療法を9コース行い、骨盤内残存腫瘍に対し放射線局所照射を行った。現在も陰道端部に腫瘍の残存はあるが、増大なく3年以上経過している。卵巣小細胞癌に対し、小細胞肺癌のレジメンや放射線療法の有効性が示唆された。

41

## 多発脳転移を伴う子宮体癌の大細胞神経内分泌癌の1例

大阪警察病院

苫居英梨彩, 原理 紗子, 食野 真美, 寺田美希子, 塩見 真由, 祝 小百合, 徳川 睦美,  
塚原稚香子, 細井 文子, 西尾 幸浩, 香山 晋輔

【緒言】大細胞神経内分泌癌（Large Cell Neuroendocrine Carcinoma: LCNEC）は子宮体癌の0.8%程度と非常に稀な組織型であり、予後不良である。また、全身状態不良の多発脳転移は生存期間1.4～9ヶ月と予後不良である。【症例】61歳。半年前から疲労感、3週間前から認知機能低下、運動機能低下を認めて前医受診。頭部CTにて多発脳転移を疑い、当院脳外科紹介。原発巣精査目的の全身CTにて子宮体部腫瘍を認め、当科紹介。子宮以外に明らかな転移所見は認めず。子宮内膜組織診および脳外科にて施行した左前頭葉腫瘍摘出術の病理標本より子宮体癌LCNEC cT1bN0M1 StageIVBと診断した。多発脳転移に対しては全脳照射施行し、子宮体癌に対してCPT-11+CCDDP療法の方針とした。現在、化学療法施行中である。【考察】子宮体癌のLCNECに対する標準的治療は確立されていない。今回、多発脳転移により全身状態不良の子宮体癌LCNECを経験したため文献的考察を加えて報告する。

42

## 腔原発を疑うeGISTの1例～臨床経過と診断過程～

高槻病院

福岡 泰教, 中後 聡, 大石 哲也, 加藤 大樹, 柴田 貴司, 徳田 妃里, 細野佐代子,  
西川 茂樹, 飯塚 徳昭, 新田 勇人, 伊藤 弘樹, 森本 始

Gastrointestinal stromal tumor (GIST)は消化管に発生する間葉系細胞に由来する非上皮性腫瘍である。一方、GISTと同様の組織形態や遺伝子異常を有し、消化管以外の臓器や軟部組織を原発とするものはextra-gastrointestinal stromal tumor (eGIST)と称される。我々は腔原発eGISTの症例を経験した。臨床経過と診断過程を報告する。症例は51歳女性。後腔壁に1.5cmの隆起性病変を認め経過観察していた。初診時より3年後に約3cmに増大したため造影MRI検査を行ったところ、腔と直腸の間に非上皮性かつ造影効果のある腫瘍を認め、腔壁平滑筋腫か直腸GISTを疑った。直腸診・造影CT・大腸内視鏡検査の所見から腔壁由来と診断し、腔式手術で腫瘍を摘出した。腫瘍は直腸漿膜より容易に剥離できた。病理学的検査の結果、eGISTに合致する所見であり、腔壁原発のGISTであると診断した。その後5年間再発を認めていない。

43

## VANHの低侵襲性についての検討

東近江総合医療センター

高橋 顕雅, 北澤 純, 鯉川 彩絵, 平田貴美子, 中多 真理

【緒言】 vaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery (vNOTES) は、従来の腹腔鏡手術と比較し、美容的で、術後疼痛が軽減すると報告されている。当院で行った vaginally assisted NOTES hysterectomy (VANH) の低侵襲性について検討を行った。【方法】2022年5月から2023年1月までに施行した良性腫瘍に対するVANHについて、同時期に行った従来の腹腔鏡下腔式子宮全摘術(TLH)を対照とし、周術期成績を評価した。【成績】対象期間中のVANHは24例、TLHは16例であった。TLHで未経産症例が多かった以外、背景因子は同等であった。VANHは、手術時間は短かったが、出血量は多かった。しかし、術後のHb低下は同等であり、CRPは有意に低かった。また、術後の鎮痛剤の使用も有意に少なかった。【結論】vNOTESは、術野の制限があるものの、美容的で、疼痛も少ないため、患者には低侵襲な手術である。文献的考察を加え報告する。

44

## 当施設における腹腔鏡下子宮全摘術後の膀胱鏡の経験と考察

日本赤十字社和歌山医療センター

日野 麻世, 山西優紀夫, 西松 謙一, 山本美紗子, 恩地 孝尚, 大西 佑実, 春日 摩耶,  
山西 恵, 横山 玲子, 山村 省吾, 坂田 晴美, 豊福 彩, 吉田 隆昭

腹腔鏡下子宮全摘術では尿管の走行を確認しながら手術を行うことが合併症を回避する上で重要である。当施設では腹膜の中央部分を縫合後、ほぼ全例で膀胱鏡を併用し、両側の尿管口から尿の排出を確認している。2021年1月から2023年1月まで計253件の腹腔鏡下子宮全摘術を施行した。そのうち膀胱鏡にて尿の排出を確認できないもしくは流出不良な症例を7例認めた。1例は尿管造影検査を行い尿管狭窄は認めなかった。1例は尿管造影検査を施行し、膀胱尿管移行部にて狭窄しており、尿管ステントを留置した。3例は陰断端縫合を解放すると尿の排出を確認でき、そのうち2例は尿管ステントを留置した。2例は子宮動脈の結紮を解放すると尿の流出を確認できた。膀胱鏡は腹腔鏡技術認定医の試験に必須ではないが、腹腔鏡下手術の適応拡大中の当施設にとっては有用であった。この結果をもとに術式を再検討する。

45

## 帝王切開癒痕症候群に対する腹腔鏡下子宮癒痕部修復術の効果

滋賀医科大学

信田 侑里, 辻 俊一郎, 竹林 明枝, 花田 哲郎, 笠原真木子, 松田 淑恵, 村上 節

当院の腹腔鏡下子宮癒痕部修復術の有効性を検討した。対象は2021年3月から2022年9月までに本術式を行った19例とした。当院では全例子宮鏡を併用し、単結節2層縫合(1層目はmodified Gambee縫合)を行っている。挙児希望症例に対しては術後4か月で妊娠を許可している。平均年齢は35.9歳、挙児希望症例は14例(うち術前ART施行症例は7例)であった。全例術中合併症は認めなかった。本加療により、1周期の出血期間の中央値は術前14日が術後6日に、月経時疼痛のNumerical Rating Scaleの中央値は術前7/10から術後0/10にそれぞれ有意に低下していた(いずれも $p < 0.0001$ )。また、残存子宮筋層の厚みは術前中央値が1.8mm、術後中央値は9.6mmで有意に増加した( $p < 0.0001$ )。術後に妊娠を許可した症例は11例あり、8例が妊娠し(うちARTでの妊娠症例は4例)これまでに5例が生児を得た。腹腔鏡下子宮癒痕部修復術は、帝王切開癒痕症候群に対して有効と考えられた。

46

## 子宮頸癌における ctDNA-Liquid biopsy の有用性の検討

和歌山県立医科大学

西岡 香穂, 岩橋 尚幸, 八幡 環, 堀内 優子, 馬淵 泰士, 八木 重孝, 南 佐和子, 井篁 一彦

近年, 超高感度次世代シーケンシング法である CAPP-seq により, 血中循環腫瘍 DNA (ctDNA) からの腫瘍由来の遺伝子変異の高感度・網羅的な検出が可能となった。我々は 38 例の子宮頸癌患者の血漿中 ctDNA について検討した。33/38 (87%) の症例で遺伝子異常を認め, 23/38 (59%) で 1 つ以上の pathogenic な non-synonymous 変異が検出され [扁平上皮癌 18/29 (62%), 腺癌 5/9 (56%)], PIK3CA 変異は 13/38 (34%) と最多であった。EGFR, MET, ERBB2 遺伝子の copy number gain をそれぞれ 9/38 (24%), 4/38 (11%), 2/38 (5%) 認めた。さらに同時化学放射線療法の施行症例の治療前後の ctDNA から, 腫瘍特性変化をモニタリングできた。今後の個別化治療戦略において, ctDNA-liquid biopsy による腫瘍遺伝子プロファイリングが重要と考える。

47

## 子宮平滑筋肉腫の診断・治療に関する自験例に基づく考察

京都第二赤十字病院

江上 有沙, 榎村 史織, 青木 康太, 小川佳奈絵, 秋山 鹿子, 加藤 聖子, 藤田 宏行

子宮平滑筋肉腫は出血壊死を反映した特徴的な MRI 画像が診断に有用とされる。ただし悪性度不明の平滑筋腫瘍 (STUMP) や異型平滑筋腫 (bizarre leiomyoma), 良性の平滑筋腫でも強い変性等のため類似の画像所見を呈し肉腫と鑑別が困難な例も少なくない。2013 年 1 月から 2022 年 12 月までの 10 年間で当科において術前画像診断で平滑筋肉腫の疑いとされた 22 症例のうち, 術後病理組織診で肉腫と確定したものは 7 例であった。初診時点で多発転移を伴っていた 2 例, 術後短期間で転移再発を来した 3 例では画像上出血壊死の所見が高度かつ広範囲の傾向があり悪性度の高さが示唆された。一方 STUMP との術後診断であった 3 例中 2 例では術後 1 年前後で遠隔転移を来し, 異型平滑筋腫の 2 例中 1 例も術後 10 年で多発転移を認めるなど肉腫に近い病態を示したが, 予後良好であった症例と比べ画像所見・病理所見上の差は明らかでなかった。術前に肉腫の可能性が疑われた症例では組織診断の結果によらず慎重な術後管理が必要と考えられた。

48

## 妊娠 37 週までに改善した低置胎盤における経陰分娩の安全性に関する検討

1) 関西医科大学医学部医学科, 2) 関西医科大学

中津舞利愛 1), 神谷 亮雄 1), 安原 由貴 2), 西端 修平 2), 坪倉 弘晃 2), 吉田 彩 2), 森川 守 2), 岡田 英孝 2)

【緒言】低置胎盤の多くは妊娠第 3 期までに胎盤移動により改善する。早産期に低置胎盤が改善した群と, 正産期に低置胎盤が持続した群の分娩時出血リスクに有意な差があるかは明らかでない。【方法】当院では帝王切開適応のない低置胎盤は, 自己血貯血の上経陰分娩を試みている。2019 年 4 月 - 2022 年 10 月に妊娠 32 週 ~ 34 週に低置胎盤と診断され当院で分娩した単胎妊婦を対象に, 妊娠 36 週 6 日までに胎盤辺縁から内子宮口までの距離 (IOD) が  $\geq 2$  cm に改善した群と, 妊娠 37 週 0 日の時点で IOD が  $< 2$  cm であった群に分け, 分娩時出血量を比較した。【結果】45 例が経陰分娩を試み 37 例が成功した。両群の経陰分娩成功率, 分娩時出血量および大量出血 ( $\geq 800$  mL) の割合に有意差を認めなかった。同種輸血を要したのは特発性血小板減少症に対する血小板輸血の 1 例のみであった。【結論】低置胎盤は正産期までに常位に改善しても, 分娩時大量出血のリスクとなる。一方, IOD  $< 2$  cm 群でも, 十分な自己血貯血により安全に経陰分娩を行えた。

## 49

## 胎盤位置異常症例に対する貯血式自己血輸血の安全性と有用性に関する後方視的検討

近畿大学

黄 彩実, 川崎 薫, 城 玲央奈, 森内 芳, 葉 宜慧, 松村 謙臣

2019-2022年に胎盤位置異常に対し自己血貯血を行った単胎妊娠28例（全前置胎盤9例、辺縁前置胎盤9例、低置胎盤10例）、貯血48件を対象とし、貯血式自己血輸血の安全性と有用性を評価した。貯血時妊娠週数は35.3（30.3-37.0）週、貯血回数は2（1-3）回、貯血量は400（200-400）mL/回、総貯血量は750（200-1200）mLであった。貯血時に仰臥位低血圧症候群（6件）と胎児心拍数異常（3件）を認めたが対処療法にて改善した。分娩時出血量は357（1340-6480）mLであり、同種血輸血施行は5例であった。分娩時に12例（42.9%）で17件分（35.4%）の自己血が返血されず、理由は出血量が少なく不要であった（11例）と期限切れ（1例）であった。不要であった11例のうち、6例は低置胎盤が分娩時に常位に、1例は辺縁前置胎盤が低置胎盤となっていた。胎盤位置異常が改善した症例では自己血輸血が不要になることが多く、時期や適応を十分に検討したうえで貯血を行う必要がある。

## 50

## 後期分娩後異常出血において子宮動脈塞栓術を施行した1症例

耳原総合病院

黒部 貴子, 佐藤 孝憲, 下向 麻由, 内田 学, 瀧口 義弘, 松岡 智史, 高木 力,  
松原 侑子, 坂本 能基

【緒言】後期分娩後異常出血（late-PPH）において、子宮仮性動脈瘤（UAP）や子宮内妊娠組織遺残物（RPOC）など鑑別は難しい。産褥9日目にlate-PPHにおける危機的出血を子宮動脈塞栓（UAE）により治療した症例を報告する。【症例】36歳2回経産婦。凍結胚盤胞移植にて妊娠成立後、周産期管理を行った。妊娠経過に特記すべき問題点はなかった。40週5日に自然経膈分娩となる。胎盤娩出に30分かかり約1200mLの出血があったが経過良好で産褥5日目に退院。産褥9日目に、大量性器出血があり救急搬送となった。経膈超音波で子宮底部に拍動血流を認めた。子宮頸管にバルーンタンポナーデ法を行った上で造影CTをしたところ、子宮右側壁に蛇行した動脈および造影剤の血管外漏出を認めた。UAEを施行し止血することができた。術後経過は良好で退院となった。【結語】止血困難なlate-PPHにおいてUAPやRPOCを疑う場合、安易な子宮内除去術をさけてUAEを選択すべきと考える。

## 51

## 救急科と連携し救命し得た全身虚脱型羊水塞栓症の1例

大阪大学

高木江利華, 中村 幸司, 川西 陽子, 角田 守, 三宅 達也, 平松 宏祐, 味村 和哉,  
木村 敏啓, 遠藤 誠之, 木村 正

症例は36歳2妊1産、既往歴なし。他院で無痛経膈分娩後に大量出血を来とし、分娩後4分で血圧72/40mmHgへ低下、出血2000mL以上となり当院へ搬送要請された。73分後に当院救命センター到着時の推定出血は4000mL以上、バイタルはGCS9（E2V2M5）、血圧74/47mmHg、脈拍142bpm、血液検査はHb4.3g/dL、Plt5.8万/ $\mu$ L、Fib30mg/dL、Lac74mmol/L、BE11.3mmol/L、即座に気管挿管、異型輸血、Fib製剤を投与し、来院10分後に大動脈閉塞バルーンを挿入した。子宮内腔より多量の非凝固性出血を認め心肺虚脱型羊水塞栓症と診断した。来院30分後に子宮全摘を決定し、48分後に子宮摘出及び腹腔内ガーゼパッキングを行った。術後4時間後に再出血を来とし、再度ガーゼパッキングを行い、術後2日目に閉腹、術後27日目に軽快退院した。本症例は救急科との連携による迅速なdamage control resuscitationが救命の要因と考えられた。

52

**妊娠中に発熱、頭痛を生じた無菌性髄膜炎の1例**

大阪警察病院

原 理紗子, 塩見 真由, 苦居英梨彩, 食野 真美, 寺田美希子, 祝 小百合, 徳川 睦美,  
塚原稚香子, 細井 文子, 西尾 幸浩, 香山 晋輔

【緒言】妊娠中に髄膜炎を発症することは稀であり管理に苦慮することがある。【症例】24歳2妊0産（自然流産1回）妊娠31週2日より38.0℃を超える発熱を認め、翌日より頭痛も出現した。近医受診するも血液検査では異常なく、COVID、インフルエンザ陰性で経過観察されていた。妊娠32週2日、症状持続しており前医受診し産科的緊急所見は認めなかったが嘔気、項部硬直、ケルニヒ兆候を認めた。頭部CTでは異常所見認めず髄膜炎の疑いのため、当院へOGCS搬送となった。入院の上、髄液検査を行った。髄液検査では単核球優位の細胞数増多を認め無菌性髄膜炎の診断となった。MRIでは脳炎、PRESの所見は認めなかった。アセリオ定期投与にて解熱、嘔気改善を得られ第9病日に退院となった。【考察】無菌性髄膜炎は母児ともに予後良好であることが多いが早期の診断治療が必要である。今回妊娠中に発熱、頭痛を生じた無菌性髄膜炎の妊婦の1例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

53

**円錐切除術後妊娠で頸管狭窄のため帝王切開となった症例**

ベルランド総合病院

竹尾 幸恵, 小川 萌, 宮武 崇, 清水 優作, 安井 友紀, 藤田 葵, 松山佳奈子,  
松木 貴子, 吉村 明彦, 濱田 真一, 山崎 正人, 村田 雄二

【症例】44歳、5妊4産、14年前に円錐切除術の歴があり、今回自然妊娠成立された。妊娠34週0日、出血と胎動減少を主訴に受診され、高位破水の診断にて入院加療となった。母体ステロイド投与の上、34週5日から誘発分娩を開始するも、35週2日（誘発5日目）まで分娩進行せず。円錐切除後の頸管狭窄の可能性を疑った。35週3日（誘発6日目）、子宮収縮の度にVariable decelerationを認め、胎児心拍異常の適応で緊急帝王切開を実施した。術中所見は円錐切除後の影響で内子宮口が癒痕化しpinhole状となっており、その影響で分娩が進行しなかったと考えられた。手術後の経過は良好で、術後6日目に退院となった。円錐切除後の妊娠は、切迫早産が主に指摘される合併症だが、中には手術後の癒痕化により、頸管狭窄を起こし分娩進行が困難な症例も報告されている。円錐切除後の妊娠は早産、早期前期破水、頸管裂傷のリスクが高いことを考慮し、管理していく必要がある。

54

**胎胞脱出の管理中に絨毛膜羊膜炎をきたし敗血症性ショックに至った1例**

大阪はびきの医療センター

穂西 実加, 中野 和俊, 坂元 優太, 長安 実加, 安川 久吉, 赤田 忍

胎胞脱出の経過は予測困難で流早産リスクが高い。今回、胎胞脱出の管理中に絨毛膜羊膜炎から急激に敗血症性ショックに至った1例を経験したため報告する。症例は37歳、1経産、既往歴なし。凍結融解胚移植で妊娠成立、妊娠10週で当院紹介。妊娠17週2日に性器出血で受診、胎胞脱出を認め入院。臨床的絨毛膜羊膜炎の基準は満たさず頸管無力症と診断するも頸管熟化のため治療的縫縮術は困難と判断。妊娠継続の意思決定に時間を要し、その間リトドリン塩酸塩にて待機管理。妊娠18週4日に41度台の発熱と悪寒戦慄が出現し敗血症を疑った。破水後、経腔死産となったが頻脈、血圧低下が続き敗血症性ショックと診断。集中治療管理にて全身状態は改善。胎盤病理所見で絨毛羊膜炎Ⅲ度、血液培養でE.coliを認め、絨毛膜羊膜炎からの敗血症性ショックに矛盾はなかった。感染性流産では感染が胎盤に限局するため感染兆候が顕著化せず胎盤容積の増大に伴い重症化リスクが高い。妊娠週数の進んだ感染性流産では急激に重症化することを念頭に対応することが重要である。

55

## 陣痛発来との鑑別に苦慮した妊娠 38 週の重症急性膵炎の 1 例

紀南病院

谷口 実佑, 林 子耕, 武田真一郎, 平山 純也, 野口 智子

妊娠中の急性膵炎は稀であり, 母児共に致命的となりうる. 今回, 重症急性膵炎を陣痛発来と判断し, 診断に苦慮した 1 例を経験した. 33 歳, 3 妊 1 産, 脂質異常症の既往歴, 家族歴なし. 妊娠 29 週当院に分娩目的で紹介された. 38 週 2 日腹痛のため受診, 規則的な子宮収縮を認め陣痛発来として入院した. NST は RFS であったが, 嘔吐と発熱が出現. 第 2 病日も持続したが, 分娩は進行せず, CRP 上昇を認め, 凝固系は乳ビが強く測定不能であった. 第 3 病日, CRP はさらに上昇, 凝固系は測定不能で, 追加検査で Amy390U/L, TG5657mg/dL であり, 高 TG 血症性急性膵炎が疑われた. CT で重症膵炎と診断され, 妊娠終結目的で緊急帝王切開を行った. 児は 3797g, Ap3/9 点, 臍動脈ガス pH7.098 であり, 新生児仮死にて NICU に入院した. 母は ICU で集学治療を行い, 術後 20 日目に母児共に退院した. 腹痛や嘔吐の鑑別として妊娠週数に関わらず急性膵炎を考慮すべきであり, 血液検体の異常が診断の一助となりうる.

56

## 有棘縫合糸を用いて安全に妊娠中の子宮筋腫核出術を行った 1 例

1) 千船病院, 2) 岡山大学

根来 柚衣 1), 城 道久 1), 牧 尉太 2), 苔原つばさ 1), 岡田 十三 1), 増山 寿 2), 吉田 茂樹 1)

【緒言】単糸や複糸を用いた妊娠中の筋腫核出術の報告は過去にあるが, 有棘縫合糸の報告は無い. 今回我々是有棘縫合糸を用いて妊娠中に筋腫核出術を行った 1 例を経験した. 【症例】38 歳, 2 妊 0 産. 15cm 大の子宮筋腫合併妊娠に対して, 妊娠 15 週 4 日に腹式子宮筋腫核出術を行った. Myoma pseudocapsule と筋腫の間を剥離し核出後, 子宮筋層を 3 層に分けて有棘縫合糸 (0 号 STRATAFIX Spiral PDS PLUS®; ETHICON) で連続縫合し, 漿膜面は単糸吸収糸 (3-0 PDS II®; ETHICON) で Baseball Suture した. 手術時間 2 時間 2 分, 出血量 195mL, 子宮筋腫は 1173g であった. 妊娠継続でき, 妊娠 37 週で帝王切開術予定である. 【結論】正しい剥離層での筋腫核出と, 有棘縫合糸での迅速な縫合が少量出血に寄与したと考えられた. 有棘縫合糸の特性上, 縫合時に筋層を寄せる操作が不要となり, 子宮への機械的侵襲を抑えたことが術後の有意な子宮収縮を抑えた可能性がある.

57

## 妊娠高血圧腎症と慢性腎臓病に伴う加重型妊娠高血圧腎症の鑑別を要した 1 例

大阪市立総合医療センター

仲嶺 澤, 松木 厚, 神農 円香, 岡嶋 晋加, 駿河まどか, 沖 絵梨, 柳井 咲花, 三田 育子, 片山 浩子, 西本 幸代, 中村 博昭, 中本 収

【緒言】妊娠高血圧腎症と慢性腎臓病は臨床の特徴が重複している. 今回はその鑑別を要した症例を経験したため報告する. 【症例】41 歳女性, 5 妊 3 産. 29 週まで未受診, 29 週 1 日に近医を受診し 158/90mmHg, 尿蛋白 3+ を認めた. 30 週 4 日, 尿蛋白 0.4g/gCr であった. 31 週 0 日に前医で降圧薬を開始した. 31 週 4 日, Cre2.1mg/dL, K5.5mEq/L であり, 妊娠高血圧腎症と診断し妊娠終結を考慮され, 当院へ母体搬送された. 32 週 4 日に腎機能障害, 血小板数の低下を認め緊急帝王切開を施行した. 産後に血圧コントロールを行ったが, 腎機能の改善は見られなかった. 産後に画像所見にて腎萎縮を認め, 高血圧を背景とした慢性腎臓病と診断した. 【考察】本症例は 29 週まで未受診であり, 妊娠前の血圧や蛋白尿, 腎機能が不明であり, 妊娠高血圧腎症と診断した. しかし腎機能, 尿蛋白, 尿量の推移から背景疾患として慢性腎臓病を疑った. 【結語】妊娠高血圧腎症と加重型妊娠高血圧腎症の鑑別を要した 1 例を経験した.

58

**妊娠高血圧症候群に漿液性網膜剥離を合併した1例**

京都第一赤十字病院

赤澤 美保, 高岡 宰, 小嶋 哲, 太田 早希, 山田 敦之, 川俣 まり, 明石 京子,  
松本真理子, 大久保智治

妊娠高血圧症候群ではまれに眼底の脈絡膜循環不全により網膜剥離をきたすことがある。今回われわれは妊娠高血圧症候群に漿液性網膜剥離を合併した1例を経験したので報告する。症例は39歳初産、韓国でIVF-ET後妊娠成立し、帰国し当院で妊娠16週より妊娠管理を行っていた。妊娠27週6日の妊婦健診で高血圧と尿蛋白陽性を認め、妊娠高血圧症候群として同日より入院管理を開始した。妊娠28週3日で肝機能酵素上昇も認めHELLP症候群を疑い緊急帝王切開術を施行した。術後1日目より両眼視力低下と視野障害の訴えあり、眼科診察で漿液性網膜剥離の診断となった。その後眼症状のいずれも妊娠高血圧症候群の改善とともに改善を認めた。妊娠高血圧症候群では様々な眼症状を呈することがあるが、多くの場合は中枢性で一過性である。漿液性網膜剥離の予後は良好であるが、まれに網脈絡膜の萎縮により視機能障害が残存する場合がある。妊娠高血圧症候群において眼症状を認めた際には、網膜病変も含めたすみやかな診断が必要である。

59

**痙攣重積発作による救急搬送後に妊娠後期の未受診妊婦であることが判明した1例**

大阪大学

中井 麻稀, 平松 宏祐, 川西 陽子, 角田 守, 中村 幸司, 三宅 達也, 味村 和哉,  
木村 敏啓, 遠藤 誠之, 木村 正

妊娠中の痙攣重積発作は子癇等の妊娠性痙攣と、てんかん等の非妊娠性痙攣に大別される。前者は妊娠の終結が必要となる場合があり、後者は原疾患の管理が優先されるためその鑑別が重要である。痙攣重積発作を発症した週数不明の未受診妊婦の症例を経験したため報告する。症例は25歳、自宅で痙攣発作・意識障害を発症しA病院へ搬送後に妊娠が発覚し、産婦人科併設のB病院へ再搬送となった。妊娠29週と推定され、同時に重症高血圧、呼吸不全が判明し、人工呼吸管理のもと当院救命センターへ搬送となった。基礎疾患の情報はなく、臨床経過より重症妊娠高血圧腎症による子癇発作と診断し、妊娠の終結を行った。児は1452gの女児で、生後New Ballardスコアにより32週0日相当と診断した。降圧剤、抗痙攣薬の投与のもと軽快退院となった。本症例は最終的に子癇を伴う重症高血圧腎症、呼吸不全合併の診断で正しかったと考えるが、妊娠中の重積痙攣発作は原因により妊娠の終結の時期が異なるため、可能な範囲で痙攣の鑑別を行うことが重要であった。

60

**大血管近傍に腫瘍を認めるパラガングリオーマに対し内科的管理で良好な予後を得た1例**

奈良県立医科大学

竹田 佳奈, 前花 知果, 美並 優希, 西川 恭平, 脇 啓太, 山尾 佳穂, 三宅 龍太,  
山中彰一郎, 杉本澄美玲, 市川麻祐子, 赤坂珠理晃, 木村 文則

【緒言】褐色細胞腫・パラガングリオーマ（以下PPGL）は二次性高血圧の原因の一つで、妊娠に合併するものは稀である。今回、妊娠初期に診断したPPGLに対し妊娠中の外科療法を施行せずに良好な結果を得た症例を報告する。【症例】28歳、初産婦、真性多血症のため抗凝固療法を行っていた。妊娠初期から血圧コントロールが不良であり精査をしたところ、血中尿中カテコラミンの上昇とMRI所見から妊娠16週にPPGLと診断した。腫瘍は下大静脈や大動脈といった大血管とも近接し、摘出時に子宮血流が低下の恐れがあったため、患者と相談の上に保存的に経過をみることにした。降圧薬をドキサゾシンメシル酸塩へ変更してから血圧は安定し、子宮増大に伴う腫瘍圧迫に関する症状も出現しなかった。妊娠35週に選択的帝王切開術を施行し、健康な生児を得た。母体は産後2ヶ月で腫瘍摘出術を施行し、術後病理で確定診断に至った。【結語】妊娠中のPPGLは外科的摘出も考慮されるが、腫瘍の局在や母体症状など症例毎に管理指針を決定することが重要である。

## 61

## 血液凝固第IX因子活性低値を呈する血友病B保因者の分娩例

1) ひだか病院, 2) 同・小児科

西森 敬司 1), 山本 円 1), 中田久実子 1), 西村 美咲 1), 曾和 正憲 1), 五嶋 文彦 2),  
中井 晶子 2), 津野 嘉伸 2)

我々は、血液凝固第IX因子活性が低値（40%未満）を示す、血友病B保因者の分娩を経験した。分娩時の大量出血を予防するため、半減期延長型血液凝固第IX因子製剤（Albutrepenonacog Alfa）の補充療法を行った。分娩前の輸注試験の結果から、至適投与量および投与間隔を設定した。出生前の超音波検査にて男児と判明していたため、血友病児である可能性も考慮し、児への侵襲が少ない帝王切開術を選択した。計3回、48時間毎の凝固第IX因子製剤のボラス輸注により、手術時の第IX因子活性は104%まで上昇し、大量出血なく無事手術を終了した。さらに術後5日間は、凝固第IX因子のトラフ値を50%以上に維持できた。新生児臍帯血のaPTTは95.6秒と延長を示し、凝固第IX因子は1%未満であった。その後の検査で、児は血友病B罹患児であることが強く疑われた。出産後の児には頭蓋内出血は認めなかった。今回血友病B保因者の分娩について文献的考察を含めて報告する。

## 62

## 母児の男性化兆候により発覚した妊娠中ステロイド産生腫瘍の1例

1) 神戸大学, 2) 同・病理診断科

辻 麻亜子 1), 出口 雅士 1), 神澤 真紀 2), 三木 満帆 1), 施 祐徳 1), 富本 雅子 1),  
益子 尚久 1), 長又 哲史 1), 尾崎 可奈 1), 今福 仁美 1), 谷村 憲司 1), 寺井 義人 1)

【緒言】ステロイド産生腫瘍（SCT）は、稀な卵巣性索間質腫瘍である。妊娠中のSCTにより母児に男性化兆候を認めた症例を報告する。【症例】30歳，1妊0産。自然妊娠成立し前医で妊娠8週に右卵巣に4cm大の充実性腫瘍が確認された。この頃より本人は多毛や嗄声を自覚した。その後右卵巣は確認されず、妊娠23週に漿膜下筋腫合併妊娠、切迫早産の診断で当院転院となった。妊娠32週に自然陣痛発来、胎児機能不全のため帝王切開分娩となった。開腹時に筋腫はなく右卵巣に9cmの充実性腫瘍を認めた。児は陰核肥大を認め、染色体検査（46, XX）で性別を確定した。術直後の母児の血清テストステロンは異常高値であったが、以後急速に低下した。卵巣の組織診断でSCTと診断した。母体の男性化兆候、胎内で高アンドロゲンに暴露された女兒の性発達について長期観察の予定である。【結語】妊婦に男性化兆候を認める場合、SCT等の性索間質腫瘍を念頭に精査を進める必要がある。児の長期的な性発達への影響は未解明で、症例の集積が望まれる。

## 63

## Klippel-Trenaunay-Weber 症候群合併妊娠の1例

大阪公立大学

八木真里奈, 栗原 康, 柴田 悟, 菊池 太貴, 山本将太郎, 吉田 智弘, 北田 紘平,  
田原 三枝, 羽室 明洋, 三枚 卓也, 中野 朱美, 橘 大介

Klippel-Trenaunay-Weber 症候群（KTWS）は四肢のうち1肢またはそれ以上のほぼ全体にわたる混合型脈管奇形に片側肥大症を伴った疾患と定義され、血管腫・静脈瘤・骨の肥大延長を伴う罹患部の肥大を3徴とする先天性疾患である。今回KTWS合併妊娠の1例を経験したので報告する。37歳初産婦。出生後に左半身肥大を認めKTWSと診断され、症状の増悪なく経過していた。妊娠16週に当院紹介となり、左下肢静脈瘤やDダイマー6.7であったが、下肢超音波検査では明らかな血栓は認めなかった。骨盤MRIでは明らかな骨盤動静脈奇形はなく、頭部MRIでは陳旧性微小出血・両側小脳半球に静脈奇形を疑うのみで経陰分娩の方針とした。妊娠中の症状の増悪は認めず、妊娠38週4日に陣痛発来から経陰分娩に至った。産褥5日目に左下肢の血栓性静脈炎による発熱・疼痛を認め、抗生剤投与や抗凝固療法を行い産褥23日目に退院となり、抗凝固療法は継続中である。KTWS合併妊娠の管理は、脳神経外科・循環器内科などと協議し、慎重に妊娠・分娩管理を行うことが望ましいと考えられる。

64

**成熟嚢胞性奇形腫に腹腔鏡手術を施行した1例—術後のSCC異常高値と免疫組織学的—**

神戸医療センター

浅見 里紗, 武内 享介, 澤田 幸介, 嘉納 萌, 白國あかり, 吉田 愛, 杉本 誠

【緒言】緊急腹腔鏡下手術施行後に SCC 高値が判明し、術後の病理検索で悪性成分を認めず皮膚成分において著明なアトピー性皮膚炎類似の炎症所見を認めた症例を経験したため報告する。【症例】47 歳女性。急激な下腹部痛のため受診し 12 cm 大の卵巣腫瘍を認めた。喘息や皮膚疾患の既往はなかった。悪性転化や捻転を疑う所見はなかったが、破裂の可能性も考慮し緊急腹腔鏡下手術を行った。手術直後に判明した SCC が 55 ng/mL と異常高値を示した。病理検査では成熟嚢胞性奇形腫であり扁平上皮成分に悪性所見はなかったが、著明なリンパ球の集積を認めた。免疫学的検討ではアトピー性皮膚炎類似の所見が得られた。SCC はその後正常化した。【考察】成熟嚢胞性奇形腫の悪性転化の術前診断としての SCC の意義には議論の余地がある。SCC はアトピー性皮膚炎や喘息などの炎症性疾患で上昇していることが報告されており良性成熟嚢胞性奇形腫で SCC 高値が判明した場合、既往歴の詳細な聴取とともに皮膚成分における炎症性変化の評価を免疫組織学的に詳細に検討することが必要であると考えられる。

65

**9 歳の左卵巣腫瘍茎捻転に対して腹腔鏡下手術を施行した1例**

1) 市立貝塚病院, 2) りんくう総合医療センター

中前亜季子 1), 田中あすか 1), 小松 直人 1), 田中 良知 1), 仲尾 有美 1), 谷口 翠 1), 永瀬 慶和 1), 市川 冬輝 1), 甲村奈緒子 1), 増田 公美 1), 岡 藤博 1), 荻田 和秀 2), 横井 猛 1)

【緒言】初経開始前の小児に対して腹腔鏡下手術を行った報告は少ない。今回、小児の卵巣腫瘍茎捻転の1例を経験したので報告する。【症例】9 歳, 初経未発来, 128cm, 31.0kg。X 年 10 月, 下腹部痛のため近医へ救急搬送。経腹超音波で 4cm 大の卵巣腫瘍を認めたため、精査目的に当院受診するも症状軽快しており経過観察となった。X 年 12 月, 左下腹部に限局する腹痛増強あり、当院へ救急搬送。卵巣腫瘍茎捻転が疑いで緊急手術となった。腹腔鏡（細径式）に手術を実施したが、体型を考慮し、ポート配置を工夫した。左卵巣腫瘍は 5cm 大で捻転しており、捻転解除後、体腔内法で嚢腫破綻することなく核出術を実施。術後は経過良好であり、術後 5 日目に退院となる。【考察】卵巣腫瘍は年間女児 10 万人に対し 2.6 人の割合で発生するといわれている。成人とは異なり茎捻転を呈することが多く、年齢によっては婦人科で手術を行う症例がある。小児、特に初経開始前の小児腹腔鏡手術は成人と異なる点があり、手術に際しては十分留意して行う必要がある。

66

**妊娠 31 週に卵巣嚢腫の autoamputation を認め、腹腔鏡手術を行った1例**

大阪大学

坂田 美奈, 角田 守, 川西 陽子, 中村 幸司, 三宅 達也, 平松 宏祐, 味村 和哉, 木村 敏啓, 遠藤 誠之, 木村 正

卵巣嚢腫が茎捻転などにより正常組織から離断することは autoamputation と呼ばれ、極めて稀である。今回、妊娠中に卵巣嚢腫の茎捻転を疑い、腹腔鏡手術にて autoamputation の診断に至った症例を経験したので若干の文献的考察を交えて報告する。症例は 26 歳, G1P0。妊娠 14 週に 4cm 大の右卵巣成熟嚢胞性奇形腫を認めたが無症状で経過していた。妊娠 31 週に急性の右下腹部痛を呈したが、画像検査では明らかな異常所見を認めず、鎮痛剤により症状軽快を得たため経過観察とした。しかし数日後に腹痛が再燃し、超音波検査で右卵巣嚢腫の縮小と血流不良を認めたため、卵巣嚢腫の茎捻転や破裂を疑い妊娠 31 週に腹腔鏡下試験開腹術を行った。術中所見として、右下腹部に両側付属器と連続性のない、虚脱した卵巣嚢腫および内容液の飛散を認め、右卵巣嚢腫の autoamputation と考えられた。右付属器には正常卵巣の残存を認めた。術後経過は母子ともに良好で、妊娠 37 週に自然経陰分娩により生児を得た。

67

## 腹腔鏡下手術で治療し得た卵巣妊娠 6 例の検討

神戸市立西神戸医療センター

夏山 貴博, 佐原裕美子, 草壁 愛, 別宮 史子, 松井 萌, 小菊 愛, 森上 聡子,  
近田 恵里

【目的】卵巣妊娠は、異所性妊娠の0.5-3%に発生する稀な病態である。卵管妊娠と鑑別が難しく、破裂のリスクも高いとされている。本研究では、当院で経験した卵巣妊娠と卵管妊娠を比較し、術前診断に有用な所見が無いかを検討した。【方法】2013年1月から2022年12月まで当院で経験した卵巣妊娠6例と卵管妊娠95例の2群間の患者特性（年齢、BMI、不妊治療の有無）、術前所見（hCG値、性器出血の有無、腹痛の有無、経膈超音波での腹水の有無）、手術所見（破裂の有無）を検討した。統計方法はMann-Whitney U test, Fisher 正確検定を用いて、 $p$  値 $<0.05$ を有意差ありとした。【結果】患者の特性は、有意差は認めなかった。術前所見は卵巣妊娠で性器出血を有意に認めなかった（ $p$  値 $=0.0007$ ）。手術所見は、卵巣妊娠で破裂症例が有意に多かった（ $p$  値 $=0.048$ ）。経膈超音波で腹水を認めた卵巣妊娠6例と卵管妊娠66例も比較検討したが、卵巣妊娠では優位に性器出血を認めなかった（ $p$  値 $=0.000005$ ）。【結論】異所性妊娠の患者において、経膈超音波で腹水を認め性器出血を認めない場合は、卵巣妊娠の可能性を念頭に置いて破裂のリスクを考え早期の手術を検討するべきである。

68

## 卵管卵巣膿瘍に対し腹腔鏡下手術で根治し得なかった1例

日本生命病院

角田紗保里, 植田 真帆, 北山 和樹, 新垣佑里香, 金光 麻衣, 志村 寛子, 宮本真由子,  
小和 貴雄, 邨田 裕子, 田中 絢香, 八田 幸治, 高山 敬範, 佐伯 典厚, 橋本奈美子

【緒言】卵管卵巣膿瘍は抗生剤等による保存的加療が多いが、3割程度で外科的治療が必要となる。外科的治療においては腹腔鏡下手術が主流となってきている。【症例】48歳G1P1 帝王切開既往。以前より近医で左卵巣内膜性性嚢胞を指摘。数日前からの発熱と腹痛を認め、腹痛増強のため救急搬送となった。経膈エコー・腹部CTでダグラス窩に左内膜性性嚢胞と両側卵管膿瘍及び子宮頸部前壁膿瘍を認め、両側卵管卵巣膿瘍に伴う骨盤内腹膜炎と診断し抗生剤加療を開始した。膿瘍への穿刺・ドレナージも施行したが、改善乏しく入院8日目に腹腔鏡下左付属器摘出術、右卵管摘出術、腹腔内ドレナージ術を施行した。抗生剤加療を継続したが軽快せず、骨盤内の膿瘍残存を認めたため、入院12日目に開腹単純子宮全摘術を施行。術後腸閉塞発症するも徐々に改善し、入院30日目に退院となった。【結語】今回卵管卵巣膿瘍に伴う骨盤内感染症に対し、腹腔鏡下手術で根治し得なかった症例を経験した。卵管卵巣膿瘍に対する腹腔鏡下手術について若干の文献的考察を加え報告する。

69

## 術野展開から再考した腹腔鏡下付属器摘出術

大阪労災病院

白石真理子, 志岐 保彦, 樋上 翔大, 實森万里子, 志村宏太郎, 田中 佑典

【緒言】当院では、腹腔鏡下付属器摘出術における手術体位の決定には、術中の子宮マニピュレーターの必要性によって、仰臥位もしくは碎石位を選択している。しかし実際には、子宮マニピュレーターが使用困難な症例も多く存在する。その場合、2-OPLORENEを1本追加するだけで、仰臥位での腹腔鏡下付属器摘出術が可能となる方法について動画を供覧する。【方法】両側円靱帯に2-OPLORENEを穿刺し、正中腹側もしくは患側付属器と対側の腹側へ子宮を牽引・挙上する。必要であれば、患側の円靱帯外側も腹側へ牽引する。この操作により、広間膜前葉は十分に視野展開され、容易に付属器摘出が可能となる。【結果】2-OPLORENEを用いるための新たな皮膚切開やポート留置は不要である。下腿コンパートメント症候群の発症誘因とされる碎石位を避けることができる。マニピュレーター留置による合併症を回避でき、また操作者も不要である。【結語】2-OPLORENEによる子宮の牽引は非常に有効であり、術者にも患者にも利点の多い手技と考える。

70

**国産手術支援ロボット hinotori の臨床導入について**

神戸大学

澤田 史奈, 長又 哲史, 鷺尾 佳一, 内田 明子, 笹川 勇樹, 西本 昌司, 山崎 友維,  
寺井 義人

婦人科領域におけるロボット支援下手術は、2018年にda Vinciを使用した手術が保険収載されて以降、徐々に普及している。2020年8月に国産の手術支援ロボットhinotoriが承認され、泌尿器科領域で運用開始されたのち、2022年12月からは婦人科領域においても保険収載された。当院では2022年12月にhinotoriを用いたロボット支援下手術の国内初執刀を行い、2023年1月までに子宮体癌1A期2例、子宮筋腫2例の計4症例施行した。この4例と直近のda Vinci10例について、コンソール開始から腔断端縫合までの時間で比較したところ有意差は認めなかった。また手術開始からロールインまで、およびドッキング所要時間についても2群間で有意差は認めなかった。hinotoriとda Vinciは基本的な術者の操作は類似するが操作性に多少の違いがある。またコンパクトなアーム設計や、アームとトロッカーの認識機構の違いにより、体位固定やポート配置などには慣れが必要である。hinotoriの特徴や工夫、da Vinciとの相違点などについて報告する。

71

**内腸骨静脈流入異型に対し安全にロボット支援下仙骨腔固定術を施行しえた1例**

京都府立医科大学

伊藤 文武, 西村 真衣, 伊藤 文武, 古株 哲也, 小芝 明美, 楠木 泉, 森 泰輔

仙骨腔固定術では通常、総腸骨動静脈分岐部より尾側の仙骨の前縦靱帯前面にメッシュを固定する。一方、腸骨静脈系は稀ではあるが各種の流入の変異が報告されている。今回、われわれは内腸骨静脈流入異型のある症例に対し安全にロボット支援仙骨腔固定術(robot-assisted sacrocolpopexy: RASC)を施行しえたので文献による考察とともに報告する。症例は71歳、3妊3産。膀胱瘤および子宮下垂のためRASC予定となった。術前MRI検査で左側内腸骨動静脈が岬角の左前方を走行している所見を認めた。術中、総腸骨静脈の分岐部が同定できなかったため下大静脈の走行を剖出していくと左側内外腸骨静脈が下大静脈へ直接流入しており左側内腸骨静脈が岬角の前方を走行していた。そのため左側内腸骨静脈と右総腸骨静脈の分岐より尾側の仙骨を確認したのちに前縦靱帯にメッシュを固定した。仙骨腔固定術の際には術前に血管の走行を十分に評価しておくことが重要であり、深部の血管の剖出にはロボット手術が有用であると考えられた。

72

**子宮体癌に合併した骨盤臓器脱に対し、全腹腔鏡下子宮全摘出術とShull法を施行した1例**

和歌山県立医科大学

八幡 環, 岩橋 尚幸, 南條佐輝子, 溝口 美佳, 堀内 優子, 太田 菜美, 馬淵 泰士,  
八木 重孝, 南 佐和子, 井篁 一彦

【緒言】子宮体癌に骨盤臓器脱を合併する例は0.2-1.0%と稀である。我々は子宮体癌に合併した骨盤臓器脱に対して、全腹腔鏡下子宮全摘出術とShull法を施行した症例を経験したので報告する。【症例】64歳、2産(経陰分娩2回)。経陰膨隆感を主訴に前医受診し、子宮内膜肥厚を認め、加療目的に紹介となった。内臓組織診では類内膜癌G1、画像検査では明らかな筋層浸潤、リンパ節・遠隔転移を認めなかった。またPOP-Q stage II、DeLancey分類でLevel 1損傷の骨盤臓器脱を認めた。推定IA期の子宮体癌に対して、腹腔鏡下単純子宮全摘術、両側付属器摘出術、加えて、左右の尿管を剥離し、坐骨棘レベルの左右の仙骨子宮靱帯と腔断端に縫合固定したShull法を施行した。経過良好のため、5日目に退院、現在、膀胱瘤形成・腔断端の下垂は認めていない。また、最終病理はStage IA (pT1aNxM0、類内膜癌G1)であった。【結論】子宮体癌に合併した骨盤臓器脱では、Shull法が有効であると考えた。

73

**緊急帝王切開術後の絞扼性イレウスに対して腹腔鏡下腸管癒着剥離術を施行した1例**

日本生命病院

植田 真帆, 田中 絢香, 北山 和樹, 新垣佑里香, 金光 麻衣, 角田紗保里, 志村 寛子,  
宮本真由子, 小和 貴雄, 邨田 裕子, 八田 幸治, 高山 敬範, 佐伯 典厚, 橋本奈美子

【背景】帝王切開術後の絞扼性イレウスは稀である。今回、腹腔鏡下手術によって小腸閉塞の解除を行った1例を経験したので報告する。【症例】40歳2経2妊。既往帝切後妊娠に対して38週5日に選択的帝王切開術の予定であったが、37週4日に陣痛発来したため同日緊急帝王切開術を行った。腹腔内は軽度の癒着を認めるのみで手術は問題なく終了した。術後3日目の夜間より左側腹部痛が出現し、術後4日目に腹膜刺激症状と炎症反応の上昇を認めた。腹部造影CTで小腸の拡張と回腸遠位の狭窄を認め、絞扼性イレウスの診断で同日緊急腹腔鏡下腸管癒着剥離術を行った。子宮底部と腸間膜の間に索状物を認め小腸が嵌頓していたが、壊死には至っておらず索状物を切除して閉塞を解除した。術後経過は良好であり、術後7日目に退院した。【考察】絞扼性イレウスは診断が遅れると腸管壊死に至る。本症例は早期診断のため、腹腔鏡手術が可能であった。帝王切開術後に限局した強い腹痛を認めた場合、稀ではあるが絞扼性イレウスの可能性も考慮して診療にあたる必要がある。

74

**腹腔鏡手術中に持針器を破損し、術後X線撮影で部品を同定した1例**

大阪医科薬科大学

川村瑠璃海, 丸岡 寛, 泉 尚志, 和田 悠, 土橋 裕允, 村上 暉, 西江 瑠璃,  
田路 明彦, 森田奈津子, 橋田 宗祐, 藤原 聡枝, 恒遠 啓示, 大道 正英

腹腔鏡手術器具は繊細で小さな部品を使用する。手術器具の術中破損は0.03%で生じるとされる。術中に持針器先端を破損した1例を経験したので報告する。【症例】子宮筋腫に対し腹腔鏡下单純子宮全摘術を施行した。腔断端をOPDSで連続縫合していたところ持針器を把持できない状況が生じた。持針器先端を確認したが明らかな破損部位を認めなかった。持針器を交換し滞りなく手術を終了した。閉腹後、ルーティーンで術後のX線撮影を施行したところ、5×1mm大のネジ様構造物を認めた。同タイプの持針器と比較したところ破損を疑った。腹腔内を再度観察したが鏡視下では同定困難であった。Cアーム型透視システムを併用し金属片の遺残をダグラス窩に認め回収を行った。閉腹後に改めてX線撮影を施行し遺残がないことを確認した。【考察】今回持針器を破損した際、持針器の把持部の中で最もヒンジ部寄りを使用していた。持針器の使用部位によりヒンジ部に負担がかかり破損に繋がることを意識する必要がある。

75

**子宮鏡下手術での灌流液が生理食塩水であったため水中毒を回避できた2例**

日本生命病院

小和 貴雄, 北山 和樹, 植田 真帆, 新垣佑里香, 金光 麻衣, 志村 寛子, 角田紗保里,  
宮本真由子, 邨田 裕子, 田中 絢香, 八田 幸治, 高山 敬範, 佐伯 典厚, 橋本 奈美子

子宮鏡下手術では切断された静脈から非電解質灌流液が血液中に多量に流入することで、水中毒を起こすとされている。今回子宮鏡下子宮筋腫核出術時に、灌流液が血液中に多量に流入したが、生理食塩水を使用したことで水中毒を回避できた2例を経験したため報告する。症例1は子宮底部26mm粘膜下筋腫に対して、術開始75分で3000ml マイナスバランスとなった。腹部超音波検査で腹水貯留無く、子宮穿孔が無いことを確認した。血中Na濃度は147mmol/Lであった。症例2は子宮底部25mm粘膜下筋腫に対して、術開始63分で3600ml マイナスバランスとなった。血中Na濃度は144mmol/Lであった。子宮鏡下手術においてモノポーラ切除では、非電解質灌流液を使用するが、バイポーラ切除では、生理食塩水を使用することができる。今回生理食塩水を使用していたため水中毒を回避し、子宮鏡下子宮筋腫核術を安全に行うことができたため、文献的考察を踏まえて報告する。

76

**嚢胞性子宮腺筋症に対し、腹腔鏡補助下摘出術を実施した1症例**

JCHO 大阪病院

森 禎人, 花澤 綾香, 光田 紬, 赤田 将, 谷口茉莉子, 田中 稔恵, 中尾恵津子,  
繁田 直哉, 清原裕美子, 大八木知史, 筒井 建紀

嚢胞性子宮腺筋症は稀な子宮腺筋症の病態であり、月経困難症や慢性骨盤痛などの症状を呈する。月経困難症と不妊症を主訴に受診した嚢胞性子宮腺筋症患者に対し、腹腔鏡補助下摘出術を実施した。症例は38歳、0妊、結婚予定のある未婚女性。月経困難症と挙児希望があり、不妊治療目的に前医を受診。経腔超音波検査で骨盤内に径約7cmの嚢胞性病変を認め当科を紹介。初診時の経腔超音波検査で、子宮前壁に嚢胞性病変を認めたが、両側卵巣は正常形態であった。多発子宮筋腫・嚢胞性子宮腺筋症が疑われた。約4ヶ月間のレルゴリクス錠の投与後、腹腔鏡下子宮筋腫核出術・嚢胞性子宮腺筋症摘出術を実施した。複数の子宮筋腫を核出後、嚢胞壁の核出を試みた。嚢胞壁底部と正常筋層の境界が不明瞭で強固に癒着しており剥離が困難であった為、下腹部横切開を加え、触診をしながら直視下に嚢胞壁底部と正常筋層の剥離を実施し手術を完遂した。術後、ジェノゲストによる薬物療法を6ヶ月実施後、不妊治療を再開しているが、術後1年2ヶ月で妊娠には至っていない。

77

**円錐切除に伴う膀胱・膀胱損傷に対し、大網充填が有効であった1例**

大阪大学

山本 岳, 木瀬 康人, 中川 慧, 戸田明日香, 瀧内 剛, 三好 愛, 小玉美智子,  
小林 栄仁, 橋本 香映, 上田 豊, 澤田健二郎, 木村 正

子宮頸部円錐切除の稀な合併症に膀胱損傷がある。その際の対応法は婦人科医として極めて重要である。今回我々は円錐切除後の膀胱腔瘻に対し、骨盤内への大網充填を含めた修復術を行い良好な転帰を辿った1例を経験した。症例は54歳、2妊2産、他院でCIN3に対する円錐切除術にて膀胱腔瘻を生じ、転院先病院にて開腹術がなされるも修復困難で、術中出血性ショック・DICをきたし、ガーゼパッキングされ当院救急搬送となった。搬送直後の造影CTで活動性の出血は認めず、循環動態や凝固障害の改善を図り、翌日に膀胱腔瘻の修復手術を行った。開腹し後腹膜のガーゼを除去後、膀胱損傷部を同定・二層縫合により修復し、術後1か月の尿道カテーテル留置とした。損傷部周囲の膀胱組織は極めて脆弱で骨盤深部に位置していたため、十分な縫合修復は困難と判断し骨盤底・膀胱損傷部への大網充填を行った。術後は感染等の合併症なく経過良好であった。大網充填は術後感染にも強く、円錐切除に伴う臓器損傷等の骨盤手術に対し有効な治療選択肢となりうる。

78

**婦人科緊急手術の周術期に横隔膜交通症のため胸水貯留をきたした2例**

滋賀医科大学

尾形 万里, 田中 佑治, 笠原 恭子, 天野 創, 西村 宙起, 山中 弘之, 出口 真理,  
米岡 完, 信田 侑里, 中村 暁子, 辻 俊一郎, 村上 節

横隔膜交通症は胸腔と腹腔が交通しており腹腔内に液体が貯留すると腹水が陰圧の胸腔へ移動し胸水貯留を来す疾患である。今回緊急手術の周術期に横隔膜交通症のため胸水貯留を来した2例を経験した。症例1: 47歳経産婦、卵巣腫瘍破裂に対し開腹右付属器切除を施行、腹腔内を洗浄して手術を終了した。抜管後、呼吸不全で再挿管となり、右胸水に対する胸腔穿刺により術中洗浄腹水と同性状の胸水が450mL吸引された。後方視的にも術前胸部Xpで右胸水貯留を認めており、卵巣腫瘍内容液と術中洗浄液が胸腔へ吸引された横隔膜交通症と考えられた。症例2: 35歳経産婦、卵管妊娠の破裂と診断した。術前CTで多量腹水と右胸水を認め横隔膜交通症による腹水の胸腔への流入を疑った。腹腔鏡下に卵管切除術後、骨盤低位とし陽圧換気で胸腔に圧をかけ胸水を腹腔へ押し戻し、2900mLの血性腹水を回収し陰圧ドレーンを挿入した。術直後座位の胸部Xpで右胸水は消失した。横隔膜交通症は術前に診断し術中に対策することで安全に周術期管理しうると考える。

79

## 異なる治療方針を選択した非交通性副角子宮の2例

奈良県総合医療センター

竹田 善紀, 谷口真紀子, 中谷 真豪, 新納恵美子, 伊東 史学, 杉浦 敦, 佐道 俊幸,  
喜多 恒和

【緒言】単角子宮は全子宮奇形の4%と稀な疾患で、非交通性副角子宮を伴うものはさらに稀有である。副角内に機能性内膜を有する場合、月経血の充満により月経困難症を来す。今回我々は異なる治療法で管理した非交通性副角子宮の2例を経験したので報告する。【症例1】14歳、0妊。月経困難症のため当院に紹介となり、MRI検査で、非交通性副角子宮と左卵管留血腫を認めた。副角子宮と単角子宮は索状構造物を介するのみで、腹腔鏡下副角子宮切除術を施行した。【症例2】35歳、0妊。下腹部痛のため近医を受診し卵巣腫瘍を認め当院へ紹介となった。MRI検査で、子宮左側に広基性に連続する非交通性副角子宮と左子宮内膜症性嚢胞、左卵管留血腫を認めた。早期の妊娠希望があり、単角子宮損傷のリスクから副角は切除せず、一次治療として腹腔鏡下卵巣腫瘍核出術を施行した。【結語】副角子宮切除術における手術難度は副角子宮と単角子宮の連結の程度に依存する。月経困難症の改善とともに、妊孕性を損なわない治療を選択する必要がある、個々の症例に応じた対応が必要である。

80

## COVID-19で7週間の治療中断後、MTXで寛解できた臨床的侵入奇胎の1例

千船病院

苔原つばさ, 城 道久, 徳永 詩音, 小倉 直子, 二木ひとみ, 稲垣美恵子, 大木 規義,  
村越 誉, 吉田 茂樹

【緒言】臨床的侵入奇胎は主にMTXを2週間毎に投与するレジメンで治療する。COVID-19パンデミック下で、感染による長期休業後でも寛解導入が可能か、および間質性肺炎を起こし得るMTXをSARS-CoV-2感染後に安全に使用できるか明らかでは無い。今回COVID-19等のため前コース開始より7週間の治療中断後、MTXで肺への影響無く寛解できた臨床的侵入奇胎の1例を経験した。【症例】20歳、3妊2産、全胎状奇胎娩出後3週間で肺転移を伴う臨床的侵入奇胎と診断した。MTX単剤で治療開始し、4コース目終了後Grade3の口内炎を発症、その後家族・患者のCOVID-19発症のため4コース目開始より7週間治療中断を余儀なくされた。5コース目よりMTXにロイコポリンカルシウムを併用し、血中hCG値が感度以下となり、2コース追加して肺への影響無く治療を終了した。【結論】臨床的侵入奇胎で7週間治療中断後もMTXで寛解導入でき、SARS-CoV-2感染後でも肺に影響を与えずMTXは安全に使用可能であった。

81

## 慢性骨髄性白血病により腹腔内に大量出血をきたした卵巣出血の1例

日本生命病院

北山 和樹, 植田 真帆, 新垣佑里香, 金光 麻衣, 志村 寛子, 角田紗保里, 宮本真由子,  
小和 貴雄, 邨田 裕子, 田中 絢香, 八田 幸治, 高山 敬範, 佐伯 典厚, 橋本奈美子

卵巣出血は性的活動期に好発し、保存的加療にて軽快することが多い。今回われわれは卵巣出血による大量出血を契機に発見された慢性骨髄性白血病の1例を経験したので報告する。【症例】32歳、性交渉歴なし。腹痛と性器出血を主訴に前医を受診した。Hb 4.7g/dLの高度貧血と胸腹部単純CTで肝表面に至る腹腔内出血を認め、当院へと転院搬送された。当科での血液検査では高度貧血に加え、白血球 21.7万/ $\mu$ L、血小板 51.5万/ $\mu$ Lと異常高値を示しており、何らかの血液疾患を併存し、凝固異常をきたしていることが予想された。胸腹部造影CTでは活動性出血を認めないが、左卵巣に破綻した黄体嚢胞を認めたことから左卵巣出血が原因であると判断した。緊急で腹腔鏡下試験開腹術を実施し、左卵巣の出血源を焼灼止血した。術中に回収できた出血量は2900mLであり、赤血球濃厚液 8単位を輸血した。術後に血液内科紹介とし、慢性骨髄性白血病の診断となった。現在は再出血をきたしておらず、ダサチニブにより寛解状態となっている。

82

**妊孕性温存目的に卵巣組織および受精卵凍結を実施したホジキンリンパ腫の1例**

1) 大阪大学, 2) 同・先端ゲノム医療学共同研究講座

藤吉恵津子 1), 三宅達也 1), 後藤 剛 1), 辻 沙織 1), 本多 秀峰 1), 山本 幸代 1), 伊藤 風太 1), 伴田 美佳 1), 瀧内 剛 1, 2), 木村 正 1)

30歳 G1P0SA1 既婚女性。X年Y-10月、不妊治療中にホジキンリンパ腫と診断され、ABVD4コース+AVD3コースを実施。胸腔内に3cm大の残存病変を認め、Y月Z-11日治療方針の相談目的に前医を受診。妊孕性温存希望がありX年Y月Z日に当院紹介受診された。AMH:0.44pg/mL Z+10日アドセトリス単剤療法を開始予定であり、最短期間で卵巣刺激下での受精卵凍結および卵巣組織凍結を目指すこととし、同日から調節卵巣刺激を開始(総HMG使用量1500単位)した。Z+7日腹腔鏡下右卵巣切除術および卵巣組織凍結を実施した。摘出卵巣の卵胞及び髄質から未成熟卵2個を回収しIVMにて1個が成熟卵に到達したため、顕微授精を行い初期胚1個(6G3)を凍結保存した。卵巣組織凍結ではMRD(微小残存病変)リスクが問題となるが、卵巣凍結時の回収卵を用いて生児獲得することができれば卵巣融解移植時のMRD再移入を回避することができる。当院で3年間に実施した卵巣組織凍結11症例に関する詳細とともに報告する。

83

**次世代シーケンサーを用いた流死産絨毛・胎児組織染色体異数性解析の有効性評価**

1) 大阪大学, 2) 同・先端ゲノム医療学共同研究講座

本多 秀峰 1), 瀧内 剛 1, 2), 辻 沙織 1), 後藤 剛 1), 伊藤 風太 1), 伴田 美佳 1), 三宅 達也 1), 木村 正 1)

次世代シーケンサー(Next Generation Sequencing:NGS)の登場により絨毛・胎児組織の染色体解析を少量、凍結、無菌ではない検体からDNAを抽出して行うことが可能になった。以前に我々は流産絨毛組織に対しG分染法とNGS法を用いた染色体解析を行い、その性能を比較検証し、NGS法がG分染法に比して高感度であり、検査実施が困難な症例においても検査が可能であると報告した。現在、流死産組織に対するG分染法とNGS法との比較検証を目的とした先進医療である「流死産検体を用いた遺伝子検査」を実施中である。臨床的に1回以上の流産歴があり、2回目の妊娠で臨床的に流産と診断された患者、これまでの妊娠回数に関わらず死産と診断された患者が適応であり、胎児(胎芽)が自然排出した症例などでもNGS法で染色体検査の実施が可能である。これまでに先進医療として実施した症例は7例であり、検証を重ねている。今回、我々は現在進行中である先進医療の進捗を報告する。

84

**子宮鏡を併用し腹腔鏡下修復術を施行した帝王切開癒痕症候群の1例**

1) 市立貝塚病院, 2) りんくう総合医療センター

吉村 明彦 1), 増田 公美 1), 中前亜季子 1), 小松 直人 1), 田中 良知 1), 仲尾 由美 1), 栗谷 翠 1), 市川 冬輝 1), 永瀬 慶和 1), 甲村奈緒子 1), 田中あすか 1), 岡 藤博 1), 荻田 和秀 2), 横井 猛 1)

【諸言】帝王切開子宮癒痕部を原因とする続発性不妊症、過長月経、月経困難症を有する症例に対し、腹腔鏡下子宮癒痕部修復術が2022年4月より保険収載された。今回、子宮鏡を併用し、腹腔鏡下癒痕部修復術を実施した1例について報告する。【症例】31歳 G1P1。第一子を胎児心拍異常のため緊急帝王切開で出産した。産後3ヶ月で月経再開するも、不正出血が持続したため前医を受診。帝王切開癒痕部の筋層の菲薄化と血液貯留を認め、帝王切開癒痕症候群の診断で手術目的に紹介となった。MRIで癒痕部が1mm以下と菲薄化し、子宮峡部に液貯留を認めた。子宮鏡を併用した腹腔鏡下子宮癒痕部修復術を実施した。【考察】子宮癒痕部修復術の手術方法については、子宮鏡手術、開腹手術、腹腔鏡手術などが行われているが、確立されていない。本症例では不正出血の症状は改善し、子宮癒痕部修復術は有用であった。【結語】子宮鏡を併用した腹腔鏡下子宮癒痕部修復術が有用であった症例を経験した。手術成績だけでなく妊娠予後なども含めて、症例集積が必要である。

85

**子宮内に残存したラミナリア桿に対して子宮鏡下で摘出し妊娠・分娩に至った1例**

大阪公立大学

植木 麻友, 羽室 明洋, 柴田 悟, 菊池 太貴, 山本将太郎, 吉田 智弘, 福田恵梨子,  
北田 紘平, 栗原 康, 田原 三枝, 三枚 卓也, 橘 大介

子宮内異物は不正出血や疼痛, 不妊症の原因となり, またその異物が子宮筋層内に迷入し摘出が困難となる報告もある. 今回長期間子宮内に残存したラミナリア桿に対して, 子宮鏡下で摘出し, その後妊娠・分娩に至った症例を経験したため報告する. 症例は20代独身女性, 6年前に近医にて妊娠10週で吸引による人工妊娠中絶を行ったが, 処置後の外来受診はなかった. 最近になり, 不正出血の持続, 性交痛, および挙児希望があり, 近医受診し子宮内の異物陰影を認めたため当院紹介となった. 超音波およびMRI検査で1×5cm大の明らかな人工物の像を認めた. 子宮鏡検査では, 白色調の5cm長の人工物でラミナリア桿が疑われ, 腹腔鏡併用下で子宮鏡下による異物除去を施行した. レゼクトスコープ電極鉗子を用いて異物を半分切除し, 電極鉗子に引っ掛けて摘出した. 術後6か月後に自然妊娠となり, 慎重に妊娠管理を行い, 妊娠40週に自然陣痛発来したが, 分娩停止となり帝王切開で分娩となった. 本症例を画像, 術中映像を含めて提示する.

86

**乳癌術後にタモキシフェン内服中に卵巣腫瘍茎捻転を起こした1例**

紀南病院

武田真一郎, 野口 智子, 谷口 実佑, 平山 純也, 林 子耕

閉経前ホルモン受容体陽性乳癌の治療薬として使用されるタモキシフェンは, 乳癌への抑制効果がある一方, 子宮, 卵巣へはアゴニストとして働くことが知られている. 乳癌術後タモキシフェン内服中に卵巣腫瘍茎捻転を起こした1例について報告する. 症例は42歳(3妊3産), 41歳時に他院にて右乳癌手術後よりタモキシフェン内服が開始となった. 内服開始6か月後に当科に癌検診目的に受診, 経腔超音波にて72mm大の右多房性卵巣腫瘍を認めた. 約3か月後に腹痛を訴え, 当院へ救急受診となった. 経腔超音波, MRIにて右卵巣腫瘍茎捻転が疑われ, 緊急手術の方針となった. 術中所見では, 右多房性卵巣腫瘍は720度回転, 鬱血しており, 腹腔鏡下右付属器摘出術を行った. 病理所見では黄体嚢胞であり, タモキシフェンによる卵巣過剰刺激が考えられた. 術後は, タモキシフェン内服は中止, GnRHアンタゴニストに変更となった. タモキシフェン内服中の閉経前乳癌患者は, 定期的な婦人科受診を行い, 乳腺外科医と連携を行いながら慎重に経過観察を行う必要がある.

87

**直腸後腔にperitoneal inclusion cystを認め診断に苦慮した子宮内膜症の1例**

1) 橋本市民病院, 2) 和歌山県立医科大学

藤野めぐみ1), 池島 美和1), 井篁 一彦2), 古川 健一1)

Peritoneal inclusion cyst (PIC) は手術や骨盤内感染, 子宮内膜症等が原因で生じた骨盤内癒着による閉鎖腔への腹水や浸出液貯留で形成される嚢胞病変である. 骨盤内で発生すると卵巣腫瘍との鑑別が困難であり, 手術療法を選択されることが多い. 近年ではGnRHアゴニスト, LEP製剤, ジェノゲストによる縮小効果や再発予防が報告されている. 今回, 直腸後腔に嚢胞性病変を認め, 鑑別に苦慮した結果, 外科的切除にてPICの診断に至った症例を経験した. 症例は23歳1妊0産. 下腹部痛主訴に前医受診. 子宮腺筋症, 左卵巣内膜症性嚢胞を指摘され, 精査加療目的に当科受診. MRI検査にて, 左卵巣に径38mm大, 40mm大の内膜症性嚢胞と共に, 直腸後腔にT1WI低信号, T2WI高信号を呈する多房性嚢胞性病変を認めた. 当院消化器外科との検討の結果, 悪性転化の可能性があるDevelopmental Cystも鑑別に上がり, 腹腔鏡下左卵巣腫瘍核出術と共に後腹膜腫瘍摘出術も実施した. 術後病理検査にてmultilocular peritoneal inclusion cystの診断に至った. 術後はジェノゲスト内服を開始し, 現段階ではPIC再発所見は認めていない.

88

**右卵巣子宮内膜症性嚢胞と急性虫垂炎の診断で手術を行った回盲部子宮内膜症の1例**

京都山城総合医療センター

岩田 秋香, 山内 彩子, 貴志 洋平, 北岡 由衣

急性虫垂炎の術前診断で手術を行い、病理組織学的に回盲部子宮内膜症と診断した症例を経験した。症例は28歳、未婚妊。下腹部痛、嘔吐を主訴に当院を救急受診し、卵巣嚢腫の疑いで当科紹介となった。骨盤MRIで約80mm大の右卵巣子宮内膜症性嚢胞を認めた。右下腹部に軽度反跳痛があり、腹部CTで虫垂の腫大も認め、急性虫垂炎の可能性も指摘されたため、外科と合同で腹腔鏡下右卵巣嚢腫摘出術と虫垂切除術を行う方針とした。術中、右卵巣子宮内膜症性嚢胞および虫垂根部から開口部に腫瘍性病変を認めた。虫垂炎とは確定できず悪性の可能性も考慮し回盲部切除術を実施した。肉眼的に、虫垂は全長にわたって腫大し、虫垂開口部付近の盲腸に粘膜下腫瘍様隆起がみられた。組織学的には、虫垂や盲腸の壁肥厚・隆起部に一致して異所性内膜組織が島状に散在し、回盲部子宮内膜症と診断、悪性所見はなく、術後経過も良好であった。腸管子宮内膜症は全子宮内膜症の約10%に認めるといわれるが、回盲部での発生は比較的稀であり、文献的考察を加えて報告する。

89

**唾液酸化還元電位変動から見た、ビタミンC25g点滴の電子給方法としての有効性**

荒木肛門科

荒木 常男

【目的】VC25gの点滴療法が有効な電子給方法であることを、投与前後の唾液酸化還元電位値（以下s-ORP）mV測定で検証。【背景】新型コロナ肺炎治療に利用されている、還元型ビタミンC（以下VC）の電子給体としての有効性を、酸化還元電位の測定により証明した報告は少ない。【方法】感染症のない外来患者のべ79人（女性52人、男性27人）に、VC25g/蒸留水250mLを点滴投与し、投与前後のs-ORPを測定した。また、のべ122人（女性77人、男性45人）にグルタチオン1g/生食水100mLを点滴投与し、s-ORPを測定した。【結果】VC25gでは、s-ORPの変動の平均値±標準偏差、P値は、各々、女性のべ52人で $-56.5 \pm 41.4$ ,  $2.2 \times 10^{-13}$ , 男性のべ27人では $-92.4 \pm 48.6$ ,  $2.7 \times 10^{-10}$ 。グルタチオン1gでの同値は、女性で $-3.77 \pm 37.4$ , 0.27, 男性では $-5.16 \pm 31.4$ , 0.27。【結論】VC25gの点滴療法は、有効な電子給方法であることが示唆された。

すこやかな笑顔のために

雪印ビーンスターク株式会社

## めざしているのは、母乳そのもの。

赤ちゃんに最良の栄養は母乳です。

ビーンスタークすこやか M1 は母乳が足りないときや与えられないときに、  
母乳の代わりにお使いいただくためにつくられたミルクです。



ビーンスターク  
**BeanStalk**

公式サイト

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

育児情報のコミュニティサイト



<https://www.mamecomi.jp/>

**BeanStalk**

大塚製薬と雪印ビーンスタークが  
お届けするブランドです。

赤ちゃんのすこやかな笑顔のために