

産婦人科の進歩

ADVANCES IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Vol.74 No.2 2022

臨 床

■臨床の広場

「卵巣凍結・融解移植」に関する最近の話題 ————— 脇本 裕 205

■今日の問題

産婦人科医としてのHPVワクチンへの対応 ————— 上田 豊他 211

■会員質問コーナー

③24 反復着床不全の診断と治療—免疫異常の観点から— ————— 回答／山谷 文乃 214

③25 骨盤臓器脱に対する内視鏡下仙骨腔固定術について ————— 回答／八幡 環 216

■会 告

第147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／関連学会・研究会のお知らせ 7／令和3年度学会賞 受賞者のご報
告 8／電子投稿・電子査読について 9／著作権ポリシーについて 10／構成・原稿締切 11

■投稿規定他 ————— 218

第146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：2022年6月18(土)，19日(日) 会場：メルパルク京都

プログラム ————— 223

一般講演抄録 ————— 246

～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

第147回近畿産科婦人科学会学術集会ご案内
(第1回予告)

第147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。

2022年度近畿産科婦人科学会 会長 柏木 智博
学術集会会長 森 泰輔

記

会 期：2022年10月30日（日）

会 場：京都産業会館ホール

〒600-8009 京都市下京区函谷鉾町78番地 京都経済センター2階
TEL：075-351-1300

連絡先：〒602-8566 京都市上京区河原町通広小路上る梶井町465
京都府立医科大学大学院医学研究科女性生涯医科学
担 当：小芝 明美
T E L：075-251-5560
F A X：075-212-1265
E-mail：obgy5560@koto.kpu-m.ac.jp

第147回近畿産科婦人科学会学術集会
108回腫瘍研究部会ご案内
(第1回予告)

代表世話人： 大道 正英
当番世話人：

記

会 期：2022年10月30日（日）
会 場：京都産業会館ホール
〒600-8009 京都市下京区函谷鉾町78番地
TEL：075-351-1300

テーマ：「がん遺伝子パネル検査の現状」

演題申込締切日：2022年7月8日（金）

演題募集期間：ホームページの演題募集要項は5月13日～7月8日まで公開.

<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：〒569-8686 高槻市大学町2-7
大阪医科薬科大学産婦人科学教室
担 当：田中 智人
T E L：072-683-1221
F A X：072-684-1422
E-mail：tomohito.tanaka@ompu.ac.jp

第147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：千草 義継

記

会 期：2022年10月30日（日）

会 場：京都産業会館ホール

〒600-8009 京都市下京区函谷鉾町78番地

TEL：075-351-1300

テーマ：「スムーズな分娩進行を目指して～難産への対応～」

子宮頸管熟化不全，微弱陣痛，回旋異常，遷延分娩，分娩停止，吸引（鉗子）分娩，経会陰超音波検査，などをキーワードとして，分娩進行，難産に関する演題を募集します。教訓的な症例報告も歓迎されます。

演題申込締切日：2022年7月8日（金）

演題募集期間：ホームページの演題募集要項は5月13日～7月8日まで公開。

<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：〒606-8507 京都市左京区聖護院川原町54

京都大学医学部婦人科学産科学教室

担 当：千草 義継

T E L：075-751-3269

F A X：075-761-3967

E-mail：chigusa@kuhp.kyoto-u.ac.jp

第147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：堀江 昭史

記

会 期：2022年10月30日（日）

会 場：京都産業会館ホール

〒600-8009 京都市下京区函谷鉾町78番地

TEL：075-351-1300

テーマ：「婦人科がん患者に対する妊孕性温存療法」

演題申込締切日：2022年7月8日（金）

演題募集期間：ホームページの演題募集要項は5月13日～7月8日まで公開.

<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：〒606-8507 京都市左京区聖護院川原町54

京都大学医学部婦人科学産科学教室

担 当：堀江 昭史

T E L：075-751-3269

F A X：075-761-3967

E-mail：a_horie@kuhp.kyoto-u.ac.jp

第147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：原田 直哉

記

会 期：2022年10月30日（日）
会 場：京都産業会館ホール
〒600-8009 京都市下京区函谷鉾町78番地
TEL：075-351-1300

講演内容および演者：未定

オンデマンドのWEB配信となる予定

連絡先：〒630-8305 奈良市東紀寺町1丁目50-1
市立奈良病院産婦人科
担 当：原田 直哉
T E L：0742-24-1251
F A X：0742-22-2478
E-mail：harada@nara-jadecom.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（および抄録本文、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。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。

【関連学会・研究会のお知らせ】

第16回近畿産婦人科乳腺医学会学術集会

日 時：2022年8月21日（日）10：30～15：30

場 所：兵庫県医師会館
〒651-0086 神戸市中央区磯上通6-1-11
TEL：078-231-4114

学術集会長：寺井 義人
(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)

参 加 費：3,000円

本学会は近畿圏内の産婦人科医を対象に、マンモグラフィや乳がんに関する知識の共有とスキルアップを目的として設立され、毎年8月に開催しております。

本年も例年同様の高精細モニターを設置した専用会場にて各自マンモグラフィを読影いただいた後、メイン会場の最終講演にて乳腺外科の先生に症例解説をしていただくプログラムを予定しております。新型コロナウイルスの感染状況によっては延期ないし中止となる可能性があります。

本学会は、日本産科婦人科学会単位10単位、産婦人科領域講習2単位（ランチョンセミナー、教育講演 各1単位）を申請予定です。

皆様のご参加を心よりお待ちしております。

<お問い合わせ>

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
安積 麻帆

T E L：078-382-6000

F A X：078-382-6019

E-mail：maho470@med.kobe-u.ac.jp

【令和3年度学会賞 受賞者のご報告】

令和3年度（本誌73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」

大西 佑実 先生 公益財団法人 田附興風会医学研究所 北野病院産婦人科
（産婦人科の進歩 第73巻3号197-206頁）

【優秀論文賞】

「がん遺伝子パネル検査（クリニカルシーケンス）を実施した婦人科症例の検討」

上田 友子 先生 兵庫医科大学産科婦人科学講座
（産婦人科の進歩 第73巻1号1-9頁）

「局所進行子宮頸癌に対する腹腔鏡下傍大動脈リンパ節摘出術の有用性と安全性の検討」

宮川 知保 先生 近畿大学医学部産科婦人科学教室
（産婦人科の進歩 第73巻3号191-196頁）

2021年度近畿産科婦人科学会 会長 山崎 峰夫

【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、平成30年11月10日より電子査読システムを導入しております。これまでの郵送による投稿・査読から、WEBを利用したオンライン投稿システムに変更になっております。

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 Email：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74巻（2022年））

	1号（2月1日号） ・論文	2号（5月1日号） ・春期学術集会 プログラム・抄録 （一般演題）	3号（8月1日号） ・論文 ・医会報告	4号（10月1日号） ・前年度秋期学術集会記録 （研究部会） ・秋期学術集会 プログラム・抄録 （研究部会演題） ・巻総目次 ・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	前年11月末までの受理論文	—	5月末までの受理論文	—
学術集会記録 研究部会記録				7月20日
「臨床の広場」 「今日の問題」 「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 プログラム抄録		2月末日		7月末日
常任編集委員会 （査読審査） 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。

ご論文受付後の修正依頼は、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）。

臨床の広場

「卵巣凍結・融解移植」に関する最近の話題

脇本 裕

兵庫医科大学医学部産科婦人科学講座

はじめに

性腺毒性のある化学療法や放射線治療は卵巣機能に影響を及ぼし、卵巣予備能の低下、**早発卵巣機能障害 (premature ovarian insufficiency ; POI)**、そして永久的な不妊症を引き起こすことがある¹⁾。POIのリスクは年齢、卵巣予備能、原疾患の治療内容と関連し、アルキル化薬や全放射線照射は高リスクである¹⁾。さらに、POIは妊孕性だけでなく心血管疾患、神経変性疾患、骨粗鬆症などQOLに影響を及ぼす¹⁾。このような性腺毒性のある治療に対する卵巣機能温存と妊孕性温存方法の1つに**卵巣凍結 (ovarian tissue cryopreservation ; OTC)**がある。OTCは一度に多くの原始卵胞を温存することが可能で卵巣刺激が不要である。このため、月経未発来および性腺毒性のある治療開始までに時間的な余裕がない患者に適用される²⁻⁴⁾。最近では、自然閉経後のホルモン補充に備えた卵巣機能温存目的のOTCも提案されている⁵⁾。世界ではOTCの臨床応用から約20年以上が経過し、**融解移植 (ovarian tissue transplantation ; OTT)**の症例が指数関数的に増加し、その有用性の検討結果が報告されてきている。本稿では、【卵巣凍結・融解移植による臨床成績】【凍結保存卵巣の使用率(移植率)と満足度調査】【化学療法後の卵巣凍結・融解

移植の臨床成績】【放射線治療後の卵巣凍結・融解移植の臨床成績】【卵巣凍結と微小残存病変のリスク】【凍結時18歳以下の小児・思春期の卵巣凍結・融解移植の臨床成績】【ターナー症候群女性に対する卵巣凍結】【卵巣凍結時に得られる未成熟卵と卵子卵丘細胞複合体の体外培養】をテーマに、「卵巣凍結・融解移植(OTC/OTT)」に関する最近の話題を概説する。

卵巣凍結・融解移植による臨床成績

1997年にOTCを施行し、2004年に融解移植して世界初の出産例が報告された⁶⁾。OTCによる妊娠出産例は年々増加しており、現在のところ世界で約200例以上と報告されている^{2,7)}。OTC/OTTによる生児獲得率は、2015年にデンマークでは31%¹⁾、2016年にドイツのFertiPROTECTでは25%、2018年にスペインでは18.2%¹⁾、そして2020年にBelgo-Israeli-Americanでは41.6%と報告されている¹⁾。OTTを施行した患者285名におけるヨーロッパ5カ国からなる最近のデータによると、全妊娠率は38%で、生児獲得率は26%と報告されている⁸⁾。

卵巣組織の移植方法には、同所性移植（残存卵巣に作成したポケット内か後腹膜ウィンドウ内）と異所性移植（前腕部か腹筋）がある。これまでの生児獲得の報告は同所性移植のみで、異所性移植は腕に卵巣組織を移植して1個の胚

◆ Clinical view ◆

The current status of ovarian tissue cryopreservation and transplantation

Yu WAKIMOTO

Department of Obstetrics and Gynecology, Hyogo College of Medicine

が得られた報告のみである⁹⁾。卵巣移植の目的が生児獲得の場合は同所性移植が推奨されるが、目的が卵巣機能回復の場合は異所性移植が簡便である。

移植後の卵巣機能の回復は3.5-6.5カ月かかり、これは卵胞形成 (folliculogenesis) が再開するのに必要な期間と一致する。卵巣機能は95%以上の症例で回復し、移植片の機能期間は平均4、5年で、最長7年間続いた報告がある⁸⁾。

凍結保存卵巣の使用率（移植率）と満足度調査

現在のところ凍結卵巣の使用率は約5-10%前後とされる¹⁰⁾。使用率が低い原因として、がん治療後も妊孕性が保持される、がんによる死亡、若年齢や社会的理由で妊娠の希望がないなどが挙げられる。コペンハーゲン大学(デンマーク)の報告によると、OTCは1999年から開始され2020年までに1186例実施され、OTTは平均凍結保存期間8年間で計117例実施された(凍結保存卵巣の使用率は10%)¹⁰⁾。凍結保存卵巣の使用状況は、①移植に用いられる、②死亡や自然妊娠により破棄される、③研究目的に提供される、④凍結保存を継続中、の4つに分類される(表1)。コホート全体における①、②、③、④それぞれの症例数は、117例(10%)、142例(12%)、72例(6%)、855例(72%)であった。OTTを施行した患者における凍結保存期間に関連した使用状況は、凍結保存期間0-5年、5-10年、10-15年、15年以上でそれぞれ71%、23%、5%、1%であった。すなわち、凍結保存期間が短いうちに使用される場合が多かった。しかし、凍

結保存卵巣の使用は原疾患の種類と卵巣凍結時の年齢に左右されるため、小児期までに卵巣凍結を行った場合の利用率は長期フォローアップ後に明らかになると考えられる。なお、OTCに対する満足度調査によると、POIの発症の有無、OTTを行わずに自然妊娠した、あるいは妊娠希望がなく凍結卵巣を破棄したなどの状況にかかわらず、OTCをしたことを後悔した患者はおらず、96%の患者はOTCを実施してよかったと回答した¹¹⁾。

化学療法後の卵巣凍結・融解移植の臨床成績

化学療法直後および少なくとも6カ月間は、卵巣刺激への反応性が低下して卵子回収が困難になる。したがって、OTCは性腺毒性の強い化学療法を受けた患者に唯一利用可能な妊孕性温存方法である。化学療法は卵胞貯蔵の定量的変化を起こすことに加えて、卵巣内の血管損傷とそれに続く線維化によって卵胞と卵子の質的变化を起こす¹²⁾。そのため、化学療法開始前のOTCを推奨する報告がある¹¹⁾。しかし、とくに急性白血病的臨床現場においては、OTCを化学療法開始前に適用することが困難なことがある。さらに、**微小残存病変(minimal residual disease: MRD)**を避けるために寛解導入療法後のOTCを推奨する報告がある¹³⁾。

OTC前に化学療法を受けた患者のOTTの妊娠成績は大変興味深い。Dolmansらは、OTC前に化学療法を受けなかった221例(非chemo群)と受けた50例(非chemo群)の患者のOTTの妊娠成績を比較した⁸⁾。結果、両群に原疾患

表1 凍結保存期間に関連した凍結保存卵巣の使用状況 (1999年から2020年のOTC; n=1,186)

使用状況	OTC時の年齢		①、②、③時の年齢		凍結保存期間に関連した使用状況			
	患者数(%)	(平均±SD)[幅]	(平均±SD)[幅]	(平均±SD)[幅]	0-5年	5-10年	10-15年	>15年
①移植に用いられる	117(10%)	28.9±7[9-42]	33.2±6[14-44]		71%	23%	5%	1%
②死亡や自然妊娠により破棄される	142(12%)	22.3±9[0.5-39]	25.1±10[0.7-45]		86%	10%	4%	0%
③研究目的に提供される	72(6%)	30.1±4[21-40]	39.4±5[31-50]		2%	55%	36%	7%
④凍結保存を継続中(2020)	855(72%)				54%	25%	17%	4%

OTC: ovarian tissue cryopreservation, OTT: ovarian tissue transplantation

文献10) より引用 (改変)

治療後の卵巣機能再開率に有意差を認めず (90 % vs 85.3 %, $P=0.49$), 両群の妊娠率は (50 % vs 28.1 %, $P=0.004$) で有意にchemo群で高く, OTC時の平均年齢は〔26歳 (幅: 12-35歳) vs 31歳 (幅: 9-44歳) ($P<0.0001$)〕で有意にchemo群で若かった. OTC時の年齢とOTC前の化学療法を共変数としたロジスティクス回帰分析では, 年齢 (OR: 0.91, 95 % CI: 0.87-0.96, $P<0.001$) と化学療法の既往 (OR: 4.20, 95 % CI: 1.64-10.73, $P=0.003$) が独立して妊娠の可能性との関連性を示した⁸⁾. この結果は, 若年例でのOTCがOTTの妊娠予後に影響したと考えられる. しかし, 対象を同年齢と同疾患でchemo群と非chemo群に合わせたマッチドケースコントロール研究において, 結果は両群で原疾患治療後の卵巣機能回復率に差はなく, chemo群で妊娠および生児獲得率が有意に高かった. この結果は, ABVDレジメン (アルキル化薬がない化学療法) で治療された女性からの卵巣組織は, 化学療法を受けなかった患者あるいはOEPA-COPDACレジメン (アルキル化薬を含む化学療法) で治療された患者からの卵巣組織より原子卵胞の密度が高かったことに因るとされる¹⁴⁾. ただし, アルキル化薬で治療された患者は, アルキル化薬を含まない化学療法を受けた患者よりも妊娠率が低く (32.1 % vs 68.4 %, $P=0.019$), 少なくとも1人の生児を得た割合も低かったと報告されている (28.6 % vs 68.4 %, $P=0.016$)¹⁵⁾.

放射線治療後の卵巣凍結・融解移植の臨床成績

OTC/OTTの結果から骨盤放射線の卵巣への影響を示した最近の報告によると, OTT前に骨盤照射を受けた36例のうち7例が生児を獲得した⁸⁾. ただし, 肛門癌あるいは子宮頸癌で骨盤内に高線量の放射線を受けた15例のうち生児を得られた症例はなかった⁸⁾. OTT後の生児獲得率は, 受けた骨盤放射線量に反比例する. これは照射された後腹膜を含む骨盤内組織や子宮

の線維化反応により, OTT時に血管新生が乏しくなることによる⁸⁾. 成人において, 12 Gyの全照射で流産, 低出生体重児, そして早産のリスクが高くなる¹⁶⁾. 幼児においては放射線の感受性が高く, 25 Gyを超える直接的な子宮照射で不可逆的な子宮損傷を引き起こし, 妊娠が不可能になる¹⁶⁾.

高用量の骨盤照射を必要とする疾患 (肛門, 直腸, 子宮頸部) では, 妊娠予後および産科的リスクの観点から, OTTの実施自体は可能であるが, 放射線量と照射野について考慮する必要がある.

卵巣凍結と微小残存病変のリスク

OTC/OTTの際には, 卵巣組織に転移 (微小残存病変 [minimal residual disease: MRD]) があれば腫瘍細胞とともに再移植する危険性がある^{2,13)}. 卵巣組織にMRDが存在する確率は, 白血病, バーキットリンパ腫, 神経芽腫は高率 (>11 %) で, 子宮頸部腺癌, 進行性乳がん, ユーイング肉腫, 非ホジキンリンパ腫は中程度 (0.2-11 %) で, その他の悪性疾患は低率 (<0.2 %) と報告されている¹⁾. MRDのリスクが高い症例において, OTC前に化学療法による寛解導入療法を行うことはMRDのリスクを減少させ, さらにOTT後の生児獲得率に悪影響を及ぼさないため合理的である^{1,2,13)}. 現在のところ, 急性白血病の完全寛解後に凍結卵巣組織を融解移植した患者4名が生児を獲得したと報告されている¹⁾. MRDのリスクが高い卵巣移植では, 組織学的, 免疫学的, 分子解析による腫瘍細胞の存在を除外することが必須であり, 移植を計画する前に推奨される^{2,13)}.

凍結時18歳以下の小児・思春期の卵巣凍結・融解移植の臨床成績

がん治療後の生命予後が改善し, 将来子どもをもちたい小児がんサイバーは増加している. 小児・思春期の女性にとって, OTCは適用可能な唯一の妊孕性温存方法である. 平均年齢5

歳（10か月から15歳）の小児・思春期47例におけるOTCのレビューが、2007年に世界で初めて報告された¹⁷⁾。小児・思春期の女性のOTCは、悪性疾患で頻度の高いのは急性白血病やリンパ腫などの血液疾患で、ついで、骨腫瘍、神経芽腫、そして横紋筋肉腫である¹⁾。良性疾患で頻度が高いのはターナー症候群で、次いでヘモグロビン異常症が多い¹⁾。

月経前に凍結した卵巣をOTTして卵巣機能が回復した症例が、2012年に世界で初めて報告された。さらに、10歳でOTCした卵巣組織を皮下に移植することで卵巣機能が回復して月経が発来した報告もされている¹⁸⁾。小児・思春期で凍結した卵巣組織の卵巣移植のデータは長期間の凍結保存が必要であるため少ないが、18歳以前にOTCした卵巣をOTTした15例からなるレビューがある¹⁾。15名のうち9名が悪性疾患で、残り6名は良性疾患であった。OTC前、5例は初経なく、8例は化学療法を受け、そしてOTC後に全症例が性腺毒性のある治療を受けていた。OTTにより無月経の3例を含む12例（80%）の卵巣機能が再開し、15例のうち9例（60%）が少なくとも一度は妊娠して、OTC時の初経が未の2例（最若年齢9歳）を含む7例（47%）が少なくとも1人の生児を得た。これらの結果により、小児あるいは思春期にOTCされた卵巣の使用（移植）は、成人期でのOTCに比し劣っていないと考えられる。

ターナー症候群女性に対する卵巣凍結

ターナー症候群（turner syndrome；TS）は、X染色体の部分あるいは全欠失によって特徴づけられる染色体異常で、出生女児の1/2000から1/2500の頻度で生じる¹⁾。卵胞の減少はすでに胎児期から生じており加速度的に卵胞が閉鎖するため、TS女性の80%が思春期周辺でPOIを発症し¹⁹⁾、妊孕性が喪失する。TS女性の卵巣機能低下を防ぐ内科的治療法はなく、月経発来後では卵子凍結、月経未発来ではOTCによる

妊孕性温存方法が提案されている²⁰⁾。

TS女性の小児期の卵巣に卵母細胞が存在することは2002年にHreinssonらが報告している²¹⁾。初めてのモザイクTSの若年女性におけるOTCの症例が2008年に報告された²²⁾。OTT後の挙児の可能性は、卵巣組織内にある卵胞の数と質に関係がある¹⁾。そのため、理論的には卵胞密度の高い若い年齢の卵巣を凍結するのが望ましい。ただし、卵巣摘出に伴う侵襲と医原性不妊症を引き起こす可能性が危惧される。TS女性における妊孕性温存方法にOTCがルーチンで提供されている国があるが、卵巣組織の自家移植後のTS女性で出産した報告例はない²³⁾。TS女性におけるOTCが妊孕性温存に本当に有効かどうかは今後の検証に委ねられている。

卵巣凍結時に得られる未成熟卵と卵子卵丘細胞複合体の体外培養

卵巣凍結のために卵巣摘出した際、摘出卵巣から胞状卵胞が見られる場合には、注射針で卵胞を穿刺し、卵胞液を吸引する。回収された未成熟卵を体外成熟培養（in vitro maturation；IVM）に供する。さらに、卵巣皮質をハサミやメスを用いて薄切した後、皮質切片は凍結保存されるが、その際に卵巣皮質と髄質から培養液内に剥がれた卵丘卵子複合体（cumulus-oocyte complex；COC）を顕微鏡下に回収してIVMに供する、当科の自験例（図1A-F）を示す。

Ingrid Segersらは、この方法で2020年に世界初の生児獲得を報告した²⁴⁾。OTCのために片側卵巣摘出をうけた77例が対象で、卵巣組織の処理の際に1220個のCOCが採取され、28-42時間かけてIVMを行いMⅡに達した卵子が凍結、あるいは胚凍結のために体外受精に供された。平均卵子成熟率は39%±23%（SD）で、64例が卵子凍結（患者あたり6.7±6.3個）し、13例がIVM後のMⅡ卵子に対してICSIを行い胚凍結（患者あたりの凍結胚2.0±2.0個）した。

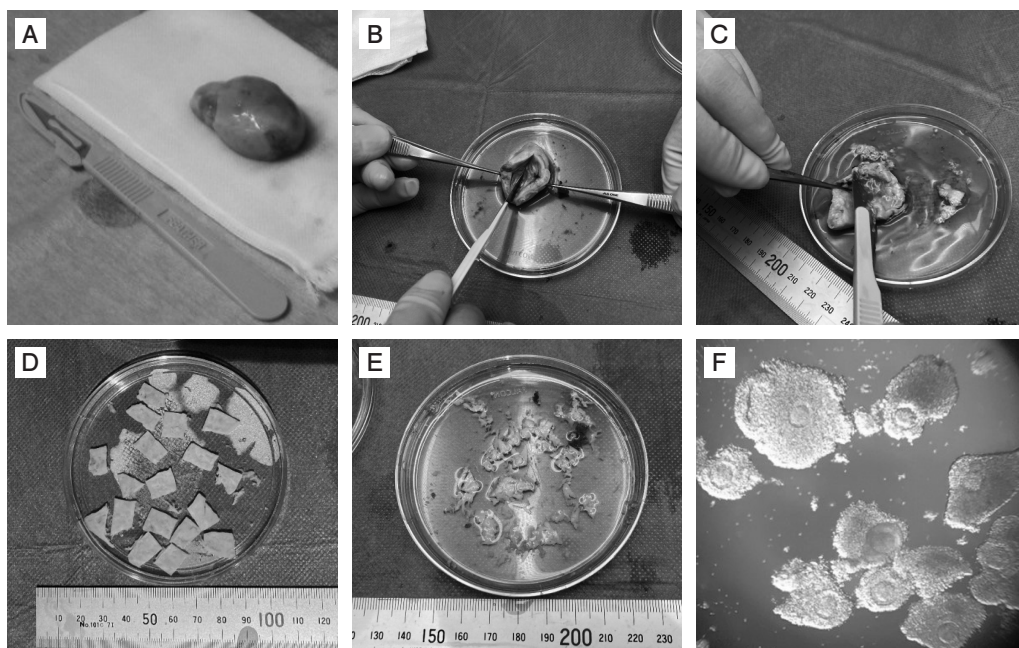


図1 卵巣切除および未成熟卵と卵子卵丘細胞複合体の回収

摘出卵巣を生理食塩水で洗浄し (A), 摘出卵巣の卵巣門を鉤付きの鉗子にて摘出卵巣を把持, 牽引してメスを用いて卵巣を切り開く (B). 卵巣の髓質部分を除去し (C), 皮質のみになった卵巣を1cm×1cmに細切する (D). ハサミやメスを用いて除去した卵巣皮質と髓質から培養液内に剥がれた卵子卵丘細胞複合体 (Cumulus Oocyte Complex; COC) を顕微鏡下に回収してIVMに供する (図E, F).

妊娠希望の12例のうち7例の凍結MⅡ卵子を融解した。2例は凍結MⅡ卵子を融解後 (卵子生存率は86%と60%) にICSIを行い卵子6個全てが受精し, 良好胚3個を得て生児獲得した。平均 2.0 ± 0.8 (SD) の胚凍結した5例の胚7個が融解され, 1個は生存せず, 2個は着床前診断で移植に適さないと判定し, 4個が3例に移植され2例が生児獲得した。

終わりに

2004年のOTCによる世界初の生児獲得から18年が経過した。卵巣凍結と融解移植に関するデータは移植が長期保管後になることがあるため今後も検証が必要である。現在進行中の日本がん・生殖医療登録システム (Japan Oncofertility Registry; JOFR) を利用した全国規模の長期的な検討結果が期待される。

参考文献

- 1) Dolmans MM, Hossay C, Nguyen TYT, et al. : Fertility Preservation : How to Preserve Ovarian Function in Children, Adolescents and Adults. *J Clin Med*, 10 (22) : 5257, 2021.
- 2) Donnez J, Dolmans MM : Fertility Preservation in Women. *N Engl J Med*, 377 (17) : 1657-1665, 2017.
- 3) 脇本 裕, 長谷川昭子, 柴原浩章 : 若年がん女性における卵子・胚・卵巣組織凍結による妊孕性温存の現状と課題. 産婦の進歩, 70 (3) : 328-330, 2018.
- 4) 柴原浩章, 脇本 裕, 浮田美里, 他 : 若年がん女性に対する医学的適応による妊孕性温存の現状と課題. 産婦の実践, 66 (7) : 915-921, 2017.
- 5) Andersen CY, Kristensen SG : Novel use of the ovarian follicular pool to postpone menopause and delay osteoporosis. *Reprod Biomed Online*, 31 (2) : 128-131, 2015.
- 6) Donnez J, Dolmans MM, Demyelle D, et al. : Live-birth after orthotopic transplantation of cryopre-

- served ovarian tissue. *Lancet*, 364 (9443) : 1405-1410, 2004.
- 7) Dolmans MM, Donnez J : Fertility preservation in women for medical and social reasons : Oocytes vs ovarian tissue. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol*, 70 : 63-80, 2021.
- 8) Dolmans MM, von Wolff M, Poirot C, et al. : Transplantation of cryopreserved ovarian tissue in a series of 285 women : a review of five leading European centers. *Fertil Steril*, 115 (5) : 1102-1115, 2021.
- 9) Oktay K, Buyuk E, Veeck L, et al. : Embryo development after heterotopic transplantation of cryopreserved ovarian tissue. *Lancet*, 363 (9412) : 837-840, 2004.
- 10) Kristensen SG, Wakimoto Y, Colmorn LB, et al. : Use of cryopreserved ovarian tissue in the Danish fertility preservation cohort. *Fertil Steril*, 116 (4) : 1098-1106, 2021.
- 11) Jadoul P, Guilmain A, Squifflet J, et al. : Efficacy of ovarian tissue cryopreservation for fertility preservation : lessons learned from 545 cases. *Hum Reprod*, 32 (5) : 1046-1054, 2017.
- 12) Meirou D, Levron J, Eldar-Geva T, et al. : Pregnancy after transplantation of cryopreserved ovarian tissue in a patient with ovarian failure after chemotherapy. *N Engl J Med*, 353 (3) : 318-321, 2005.
- 13) Shapira M, Raanani H, Barshack I, et al. : First delivery in a leukemia survivor after transplantation of cryopreserved ovarian tissue, evaluated for leukemia cells contamination. *Fertil Steril*, 109 (1) : 48-53, 2018.
- 14) McLaughlin M, Kelsey TW, Wallace WH, et al. : Non-growing follicle density is increased following adriamycin, bleomycin, vinblastine and dacarbazine (ABVD) chemotherapy in the adult human ovary. *Hum Reprod*, 32 (1) : 165-174, 2017.
- 15) Poirot C, Fortin A, Dhédin N, et al. : Post-transplant outcome of ovarian tissue cryopreserved after chemotherapy in hematologic malignancies. *Hematologica*, 104 (8) : e360-e363, 2019.
- 16) Teh WT, Stern C, Chander S, et al. : The impact of uterine radiation on subsequent fertility and pregnancy outcomes. *Biomed Res Int*, 482968, 2014.
- 17) Poirot CJ, Martelli H, Genestie C, et al. : Feasibility of ovarian tissue cryopreservation for prepubertal females with cancer. *Pediatr Blood Cancer*, 49 (1) : 74-78, 2007.
- 18) Poirot C, Abirached F, Prades M, et al. : Induction of puberty by autograft of cryopreserved ovarian tissue. *Lancet*, 379 (9815) : 588, 2012.
- 19) Modi DN, Sane S, Bhartiya D. : Accelerated germ cell apoptosis in sex chromosome aneuploid fetal human gonads. *Mol Hum Reprod*, 9 (4) : 219-225, 2003.
- 20) 澤井英明 : 【卵巣Up to Date】ターナー症候群と卵巣機能. 産と婦, 88 (8) : 940-944, 2021.
- 21) Hreinsson JG, Ojala M, Fridström M, et al. : Follicles are found in the ovaries of adolescent girls with Turner's syndrome. *J Clin Endocrinol Metab*, 87 (8) : 3618-3623, 2002.
- 22) Huang JY, Tulandi T, Holzer H, et al. : Cryopreservation of ovarian tissue and in vitro matured oocytes in a female with mosaic Turner syndrome : Case Report. *Hum Reprod*, 23 (2) : 336-339, 2008.
- 23) Schleedoorn M, van der Velden J, Braat D, et al. : TurnerFertility trial : PROTOCOL for an observational cohort study to describe the efficacy of ovarian tissue cryopreservation for fertility preservation in females with Turner syndrome. *BMJ Open*, 9 (12) : e030855, 2019.
- 24) Segers I, Bardhi E, Mateizel I, et al. : Live births following fertility preservation using in-vitro maturation of ovarian tissue oocytes. *Hum Reprod*, 35 (9) : 2026-2036, 2020.

今日の問題

産婦人科医としてのHPVワクチンへの対応

大阪大学大学院医学系研究科産科学婦人科学 上田 豊, 八木 麻未, 木村 正

HPVワクチンに関して大きな動きがあった。本稿では最近の動向を紹介し、産婦人科医として今後求められる対応について解説する。

HPVワクチンは2010年度から公費助成が行われ、2013年4月から定期接種となったが、接種後の多様な症状がメディアで繰り返し報道され、厚労省は2013年6月に積極的な勧奨の差し控えを発表した。これにより、生まれ年度によって接種率に違いが生じる事態となっている。1994-1999年度生まれは公費助成によるワクチン接種世代で、55.5-78.8%の接種率であるのに対して、2000年度以降生まれのワクチン停止世代では接種率が激減し、2000年度生まれが14.3%、2001年度生まれが1.6%、2002年度以降の生まれでは1%未満となっている¹⁾。これはそのまま生涯における子宮頸がん罹患・死亡リスクに直結する²⁾。

2020年7月に9価ワクチンが9歳以上の女性に対し、また同年12月には4価ワクチンが9歳以上の男性に対して新たに薬事承認された。ただし、これらは定期接種への導入が認められたわけではないことには留意を要する。同年10月に、厚労省はリーフレットを大幅に改変し、また全国の自治体に対して、定期接種対象者へ個別案内を行うように通知を発出した。そして、**2021年11月26日**、8年半に渡って継続されてきた積極的勧奨の差し控えを終了することが発表された。基本的には2022年4月からではあるが、準備の整った自治体においてはそれより前に積極的勧

奨を行ってもよいとされている。

積極的勧奨の再開に当たって厚労省は、接種対象者や保護者に対する相談支援体制や医療体制等の維持・確保についての通知を発出した。すなわち、接種対象者等に対して接種について検討・判断するための適切かつ十分な情報が提供されること、接種を希望する者が滞りなく定期接種を完了できること、定期接種後に体調の変化等の症状が生じた者（接種後症状者）に対して必要な支援が円滑に提供されることが重要であるとし、定期接種を実施するための体制整備をはかっている（図1）。

そのなかで、接種を行う地域の医療機関に対しては以下の役割を果たすことを求めている。まず接種までの対応として、接種対象者等から接種についての相談を受けた場合や接種対象者等が接種のために受診した場合に、**HPVワクチンの有効性・安全性等について十分に説明したうえで、接種を希望した対象者に接種を行うこと**、その際、**接種に不安を抱いている場合があること等に留意して適切に対応すること**、**接種を希望する者に対する定期接種を適切に完了できるよう、接種に必要なワクチンの入手等について事前に注文および在庫管理を適切に行うこと等**を求めている。接種後の対応としては、**接種後症状者が受診した場合に、厚労省の「HPVワクチンの接種に関係する医療従事者向けリーフレット」等を参考にして適切に対応するとともに、副反応疑い報告を行うか検討する**

◆Current topic◆

The roles of obstetricians and gynecologists for HPV vaccination

Yutaka UEDA, Asami YAGI and Tadashi KIMURA

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

ことを求めている。日本医師会・日本医学会発刊の「HPV ワクチン接種後に生じた症状に対する診療の手引き」も参考にできる。とくに、第1章第1項に記載されている「診療上、患者の行き場がなくなる状況とならないように、主治医が決まるまでは、自分が責任を持って対応する」という点については十分留意する必要がある、専門性の高い診療が必要と考えられた際には各都道府県に設置されている協力医療機関への紹介を検討することが求められる。

定期接種の再促進と並行して、積極的勧奨の差し控えによって接種を見送って対象年齢を越えた女性に対する、いわゆるキャッチアップ接種も進められる。執筆時点で想定されている対象者は図2に示すとおりであるが、最新情報は

厚労省のHP等で確認いただきたい。

若年者で増加する子宮頸がんに対し、HPV ワクチンの再普及、子宮頸がん検診の促進、子宮頸がん診療の充実など、産婦人科医がそれぞれの立場でより一層役割を果たしていくことが求められる。

参考文献

- 1) Nakagawa S, Ueda Y, Yagi A, et al. : Corrected human papillomavirus vaccination rates for each birth fiscal year in Japan. *Cancer Sci*, 111 (6) : 2156-2162, 2020.
- 2) Yagi A, Ueda Y, Nakagawa S, et al. : Potential for cervical cancer incidence and death resulting from Japan's current policy of prolonged suspension of its governmental recommendation of the HPV vaccine. *Sci Rep*, 10 (1) : 15945, 2020.

会員質問コーナー Q&A

③24 反復着床不全の診断と治療
—免疫異常の観点から—

回答／山谷文乃

Q: 反復着床不全と免疫異常はどのように関連しているのでしょうか？

(兵庫県 Y. W.)

A: 体外受精・胚移植において、複数回の胚移植にもかかわらず着床が成立しない場合を反復着床不全といいます。具体的に何回の良好胚移植で妊娠が成立しない場合なのかは決まっておらず、報告によってさまざまですが、3~4回の良好胚移植で妊娠が成立しない場合を反復着床不全とするものが多いようです。ちなみに不育症とは、妊娠はするが2回以上の流産、死産を繰り返して結果的に子どもをもてない場合をいいます。

まず、着床と免疫との関係性についてお話します。着床時期の子宮内膜は子宮NK細胞や樹状細胞によって脱落膜化が促進され、子宮内膜組織への免疫細胞の浸潤のみならず、接着分子やケモカイン、成長因子、サイトカインの同時発現が起こります¹⁾。TNF- α 、Th1細胞、IL-15などの炎症誘発性サイトカインや、免疫細胞がトロホブラスト-上皮シナプスに参与する接着因子や非接着因子を調節することで胚の接着が完成します。その後、子宮NK細胞、脱落膜NK細胞はIL-8やCXCL10

を産生して間質細胞が分泌するケモカインとともにトロホブラストの浸潤を調整するといわれています。マクロファージはアポトーシス性トロホブラストのクリアランスと子宮内膜のリモデリングを調整し、胚の浸潤を調節します²⁾。また、子宮内の免疫寛容誘導性樹状細胞(tolerogenic dendritic cells)は制御性T細胞(Treg細胞)の活性化や増殖をコントロールし、GM-CSFはこの樹状細胞を調節する重要な因子の1つであると報告されています³⁾。

われわれはNK細胞異常と反復着床不全・不育症の関連について着目し、研究を行っています。末梢血NK細胞活性は不育症のみならず反復着床不全でも高値であると報告されています⁴⁾。末梢血と子宮内膜のNK細胞の表現型は異なっており、末梢血が子宮内膜環境を反映しているわけではありません。絨毛間腔には末梢血が流れ込むため、末梢血のNK細胞活性が見の発育に影響する可能性はありますが、着床するその瞬間や絨毛が形成されていくまでは子宮内膜自体の免疫環境が関係している可能性が高いと思われます。われわれは、黄体期中期の子宮内膜NK細胞をフローサイトメトリーにて解析したところ、不

育症や反復着床不全では細胞傷害性の強いCD16⁺CD56^{dim}細胞の割合が高値であることを報告しました⁵⁾。また、その活性化レセプターのひとつであるNKp46発現は低下しており、その低下は子癇前症や妊娠糖尿病、子宮内膜症でもみられることを報告しています⁶⁾。

NK細胞異常の検査は、黄体中期の末梢血と子宮内膜を採取して検査を行います。子宮内膜のNK細胞は我々のラボで検査していますが、末梢血NK細胞活性はコマーシャルベースで検査が可能です。末梢血NK細胞活性は40%以上、子宮内膜CD16⁺CD56^{dim}細胞の割合は18%以上をNK細胞異常と診断しています。

NK細胞異常を有する反復着床不全の治療としては、当院では脂肪乳剤と免疫グロブリンの臨床研究を行っています。生殖医療ガイドラインでは反復着床不全に対する脂肪乳剤、免疫グロブリンの投与は推奨レベルCとなっています⁷⁾。免疫グロブリンは、重症感染症や特発性血小板減少症に使用される血液製剤ですが、免疫状態を正常化させることから、免疫異常のある不育症や反復着床不全において効果があると報告されています⁸⁾。脂肪乳剤は術前・術後の

栄養補給，妊娠悪阻の点滴などに用いられている製剤ですが，NK細胞活性や炎症性サイトカインも抑えると報告されています。反復着床不全に対して脂肪乳剤を使用したところ，臨床的妊娠率，生産率ともに改善がみられていたと報告があります⁹⁾。両群の治療成績は今のところ良好ですが，追って報告したいと思います。

参考文献

- 1) van Mourik MSM, Macklon NS, Heijnen CJ : Embryonic implantation : cytokines, adhesion molecules, and immune cells in establishing an implantation environment. *J Leukoc Biol*, 85 (1) : 4-19, 2009.
- 2) Germeyer A, Sharkey AM, Prasadajudio M, et al. : Paracrine effects of uterine leukocytes on gene expression of human uterine stromal fibroblasts. *Mol Hum Reprod*, 15 (1) : 39-48, 2009.
- 3) Moldenhauer LM, Keenihan SN, Hayball JD, et al. : GM-CSF is an essential regulator of T cell activation competence in uterine dendritic cells during early pregnancy in mice. *J Immunol*, 185 (11) : 7085-7096, 2010.
- 4) Sacks G, Yang Y, Gowen E, et al. : Detailed analysis of peripheral blood natural killer cells in women with repeated IVF failure. *Am J Reprod Immunol*, 67 (5) : 434-442, 2012.
- 5) Fukui A, Fujii S, Yamaguchi E, et al. : Natural killer cell subpopulations and cytotoxicity for infertile patients undergoing in vitro fertilization. *Am J Reprod Immunol*, 41 (6) : 413-422, 1999.
- 6) Fukui A, Kamoi M, Funamizu A, et al. : NK cell abnormality and its treatment in women with reproductive failures such as recurrent pregnancy loss, implantation failures, preeclampsia, and pelvic endometriosis. *Reprod Med Biol*, 14 (4) : 151-157, 2015.
- 7) 日本生殖医学会 (編) : 生殖医療ガイドラインCQ35. 127-133, 2021.
- 8) Sung N, Han AR, Park CW, et al. : Intravenous immunoglobulin G in women with reproductive failure : The Korean Society for Reproductive Immunology practice guidelines. *Clin Exp Reprod Med*, 44 : 1-7, 2017.
- 9) Coulam CB : Intralipid treatment for women with reproductive failures. *Am J Reprod Immunol*, 85 (4) : e13290, 2021.

会員質問コーナー Q&A

Q: 骨盤臓器脱に対する内視鏡下仙骨腔固定術について教えてください。

（和歌山県 K. I.）

A: 骨盤臓器脱（pelvic organ prolapse；POP）は閉経女性の約40-60％が罹患し、手術を受ける生涯リスクは11-19％といわれています^{1,2)}。これにより中高年女性の生活の質を著しく低下させるため、保存的治療で効果が乏しい場合は外科的治療が必要となることがあります。外科的治療の術式としては腔式子宮全摘術＋腔断端固定術を標準術式とするnative tissue repair（NTR）、腔閉鎖術、tension-free vaginal mesh（TVM）などに加えて、2014年には腹腔鏡下仙骨腔固定術（laparoscopic sacrocolpopexy；LSC）、また2020年にはロボット支援下仙骨腔固定術（robotic sacrocolpopexy；RSC）が保険収載されました。本邦のレシピ情報・特定健診等情報データベース（national database of health insurance claims and specific health checkups of japan；NBD）のデータにおける骨盤臓器脱手術の実施状況として、2016年では、総数17,187例のうち、NTR：9591例（56％）、腔閉鎖術：1322例（8％）、TVM：4796例（28％）、LSC：

325 骨盤臓器脱に対する内視鏡下仙骨腔固定術について

回答／八幡 環

1478例（8％）でしたが、2019年には、総数18184例のうちNTR：9333例（51％）、腔閉鎖術：1504例（8％）、TVM：3200例（18％）、LSC：4147例（23％）とTVMは年々減少傾向で、LSCが増加しています³⁾。なお、TVMはメッシュ露出や慢性疼痛などの合併症が報告され、米国食品医薬品局（Food and Drug Administration；FDA）からの重篤な合併症に対する警告が2008年と2011年に発表されたため⁴⁾、欧米ではTVMが急速に減少しました。本邦では、全症例登録および術後合併症報告を行うという条件下でpolytetrafluoroethylene製メッシュ（ORIHIME[®]）を用いたTVMが継続可能となっています⁵⁾。

一方で、メッシュを用いて腔断端を仙骨前縦靱帯に固定する腹式仙骨腔固定術はAmelineらによって1953年に報告された術式で⁴⁾、その後、1990年代にLSCが報告され⁵⁾、腹式手術と比べて有意に術中出血量が減少し、在院日数が短縮し、周術期合併症が減少し、さらには再発率が低くなるということから有効な術式であることが示されています^{5,6)}。

LSCおよびRSCの適応としては、DeLancey分類レベルⅠの

障害によるPOP-Q stage Ⅲ以上の症例や腔式手術後の再発例であり、比較的若年で、性活動を有する症例が最適であるとされています。また、フランス式のLSCではレベルⅡ障害の補強も可能であるとされています⁷⁾。なお、一般的にはメッシュ感染のリスクが高くなるコントロール不良の糖尿病を有する例、免疫抑制剤を使用している例、緑内障を有する例、肥満症例および超高齢者等は適応外と考えられています。

LSCおよびRSCの手術手順は、①岬角前面の前縦靱帯の展開とメッシュ固定のための非吸収糸の運針、②直腸右側の骨盤腹膜下トンネルの作製、③子宮腔上部切断（閉経後であれば、両側付属器摘出術も併用）、④子宮頸部および前腔壁と膀胱との剥離、⑤後腔壁と直腸との剥離、⑥前後腔壁および子宮頸部へのメッシュ固定、⑦前縦靱帯へのメッシュ固定、⑧骨盤腹膜の閉鎖となります^{7,8)}。またメッシュに伴う合併症を軽減するために、後腔壁はbarbed sutureを用いた後腔壁形成術を行い、前壁にのみメッシュを使用したシングルメッシュ法もあります⁹⁾。これまでのLSCとRSCを比較した研究では、LSCと比べてRSCでは手術時間が長く、術後疼痛が

強く、コストが高いことが示されていますが、治療効果、合併症および術後のQOLは両群での有意な差は認めなかったと報告されています^{10,11)}。

2020年より新たにRSCが保険収載されたこともあり、今後も内視鏡下仙骨脛固定術が増加すると思われます。なお、骨盤臓器脱において外科的治療を選択する場合には、適切に障害部位を評価したうえで患者に十分なインフォームド・コンセントを行い、個々にあった術式を選択する必要がありますと考えます。

参考文献

- 1) Maher C, Feiner B, Baessler K, et al. : Surgery for women with apical vaginal prolapse. *Cochrane Database Syst Rev*, 10 : CD012376, 2016.
- 2) Lubner KM, Boero S, Choe JY : The demographics of pelvic floor disorders : current observations and future projections. *Am J Obstet Gynecol*, 184 : 1496-1501, 2001.
- 3) 厚生労働省 : NDBオープンデータ. <https://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/0000177182.html>
- 4) U.S.FOOD&DRUG : <https://www.fda.gov/medical-devices/implants-and-prosthetics/urogynecologic-surgical-mesh-implants> (Retrieved on March 16, 2021)
- 5) 日本女性骨盤底医学会 (JFP-FM) : <http://www.jpffm.jp/category/1524860.html> (Retrieved on March 16, 2021)
- 6) Ameline A, Huguier J : Posterior suspension to the lumbo-sacral disk ; abdominal method of replacement of the utero-sacral ligaments. *Gynecol Obstet (Paris)*, 6 : 94-98, 1957.
- 7) Nezhat CH, Nezhat F, Nezhat C : Laparoscopic sacral colpopexy for vaginal vault prolapse. *Obstet Gynecol*, 84 : 885-888, 1994.
- 8) Campbell P, Cloney L, Jha S : Abdominal versus laparoscopic sacrocolpopexy, A Systematic review and Meta-analysis. *Obstet Gynecol Surv*, 71 : 435-442, 2016.
- 9) Gadonneix P, Ercoli A, Salet-Lizée D, et al. : Laparoscopic sacrocolpopexy with two separate meshes along the anterior and posterior vaginal walls for multicompartiment pelvic organ prolapse. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, 11 : 29-35, 2004.
- 10) Kotani Y, Murakami K, Kai S, et al. : Comparison of surgical results and postoperative recurrence rates by laparoscopic sacrocolpopexy with other surgical procedures for managing pelvic organ prolapse. *Gynecol Minim Invasive Ther*, 10 : 221-225, 2021.
- 11) Ichikawa M, Akira S, Takeshita T : Laparoscopic posterior colporrhaphy using a unidirectional barbed suture for risk hedging laparoscopic sacrocolpopexy. *Gynecol Minim Invasive Ther*, 6 : 96-97, 2017.
- 12) Callewaert G, Bosteels J, Housmans S, et al. : Laparoscopic versus robotic-assisted sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse : a systematic review. *Gynecol Surg*, 13 : 115-123, 2016.
- 13) De Gouveia De Sa M, Claydon LS, Whitlow B, et al. : Robotic versus laparoscopic sacrocolpopexy for treatment of prolapse of the apical segment of the vagina : a systematic review and meta-analysis. *Int Urogynecol J*, 27 : 355-366, 2016.

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、編集委員会で承認され、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：原著（臨床研究・基礎研究他）、症例報告、総説、短報、手紙、内外文献紹介、学会ならびに各府県医学会の事項、学術集会シンポジウム記録、研究部会二次抄録、一般演題抄録および記事、座談会、随筆、その他。

- ・査読対象原稿：原著（臨床研究・基礎研究他）、症例報告、総説、短報、手紙、を査読の対象原稿とする。

なお、これら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。

論文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」(http://jsog.umin.ac.jp/COI_1.pdf)運用細則による。

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、著作権移譲書、英文校閲確認書を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。希望者はその旨朱書すること。

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（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）、考案、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。

英文抄録は、医学系の英語Native Speakerの校閲を受け、その校閲者の署名を、英文校閲確認書に明記して提出する。

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（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し、A4用紙に出力する。

- c. 必ず医学系の英語Native Speakerの校閲を受け、その校閲者の署名を、英文校閲確認書に明記して提出する。

- 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, μ g, ng, pg, l, ml, $^{\circ}$ C, pH, M, IU, cpmなど。

- 5) 参考文献：本文中では、参考箇所の上肩に上付きで出典順に番号を打って記載する（例：1) 1-5)

1, 5)). 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: 内膜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マニユアル” 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し, 原稿右空白欄に朱書のこと.

8. 学術集会記録および研究部会二次抄録投稿形式

1) 学術集会記録

a. 投稿論文の形式はシンポジウム座長が決定するが, 原則として原著ではなく, シンポジウム記録とする.

b. 一課題につき頁数は総計40頁(1頁約1600字)程度とする.

c. 掲載料は投稿規定に定めるところによる.

2) 研究部会二次抄録

a. 投稿形式は, 原則として二次抄録である.

b. 掲載料は投稿規定に定めるところによる.

3) 学術集会記録および研究部会二次抄録とも, 表題, 著者名, 所属を和文と英文の両方で表記する.

9. 短報作成

1) 本誌4頁(1頁約1600字)以内, 図表は1~2, 写真は1, 参考文献は5つ以内とする.

2) 掲載料は投稿規定に定めるところによる.

10. 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.

11. 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.

12. 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) 学術集会シンポジウム記録

各シンポジウムにつき5頁までは無料とし, 残り35頁分については, 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学術集会長および座長が相談のうえ決定する.

6) 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.

13. 論文原稿の掲載順位, 体裁等について

これについては, 編集委員会に一任する.

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う.

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

(注意事項)

*1 研究部会二次抄録の内容を他誌に投稿する場合は, 2重投稿にご注意ください.

*2 「個人情報保護に関する法律」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4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 会論文，臨床の広場，今日の問題 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 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
	直接 https://www.jstage.jst.go.jp/browse/sanpunosinpo/-char/ja へアクセス 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。 ★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 前に k（小文字）をつけたもの（例 k19000000 k20000000）。 ★パスワード：sanpunosinpo 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ワ ードを設定・管理してください。 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 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)メテオインターゲート)

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， 診療論文，学術集会抄録（一般演題） 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 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）
	アドレス http://www.medicalonline.jp/ 会員登録 上記ホームページより登録 総合問合せ info@medicalonline.jp/ 料金窓口 fee@medicalonline.jp/

第146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：2022年 6 月18日（土），19日（日）

会 場：メルパルク京都

近畿産科婦人科学会 会長
学術集会長

柏木 智博
万代 昌紀

第146回近畿産科婦人科学会総会ならびに学術集会 ご 案 内

会 期：2022年 6月18日（土）9：00～17：40
6月19日（日）8：50～16：10

会 場：メルパルク京都
〒600-8216 京都市下京区東洞院通七条下ル東塩小路町676番13
TEL：075-352-7444

受付時間：6月18日（土）8：30～17：00
6月19日（日）8：30～15：30

参加受付：6階 第1会場「会議室C+D」の前
PC受付：6階 会議室5

第1会場：会議室C+D（6階）
（開会式，ランチョンセミナー1・4，教育セミナー1・2・3・4，専門
医共通講習（医療安全），指導医講習会，優秀演題賞候補1・2，学術奨励
賞受賞講演，総会，閉会式）

第2会場：スタジオ1（7階）
（POP-K，ハンズオンセミナー1・2，ランチョンセミナー5）

第3会場：会議室A（5階）（子宮鏡ハンズオンセミナー，ランチョンセミナー2，6）

第4会場：会議室B（5階）（ランチョンセミナー3，評議員会）

<評議員会>

日 時：6月19日（日）12：00～13：00
会 場：第4会場：会議室B（5階）

<総 会>

日 時：6月19日（日）13：05～13：35
会 場：第1会場：会議室C+D（6階）

<学術奨励賞受賞講演>

日 時：6月19日（日）11：30～11：50
会 場：第1会場：会議室C+D（6階）

<優秀演題賞表彰式>

日 時：6月19日（日）16：00～16：10
会 場：第1会場：会議室C+D（6階）

＜学会参加者へのご案内＞

- ・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>）よりオンライン参加登録を完了のうえご来場ください。

＜日本専門医機構認定講習会単位のご案内＞

単位対象セッションは現在申請中のため、確定情報は近畿産科婦人科学会HP（<https://www.kinsanpu.jp/conference/index.html>）よりご覧ください。

＜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. 講演者のご発表セッション開始30分前までにPC受付：6 階 会議室 5 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，学会終了後にいただきます。
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。
スライドサイズは4：3，16：9，どちらでも結構です。

【発表データをお持ち込みの方へ】

- ・ソフトはWindows版Power Point2013/2016/2019をご使用ください。
※Macintoshをご使用の方は，PC本体を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。
- ・発表データはUSBメモリ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メモリもご持参ください。
 - ・会場スピーカーに音声は流せません。
 - ・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もしくはDsub-15ピンです。
 - ・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なことがありますので，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。
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。

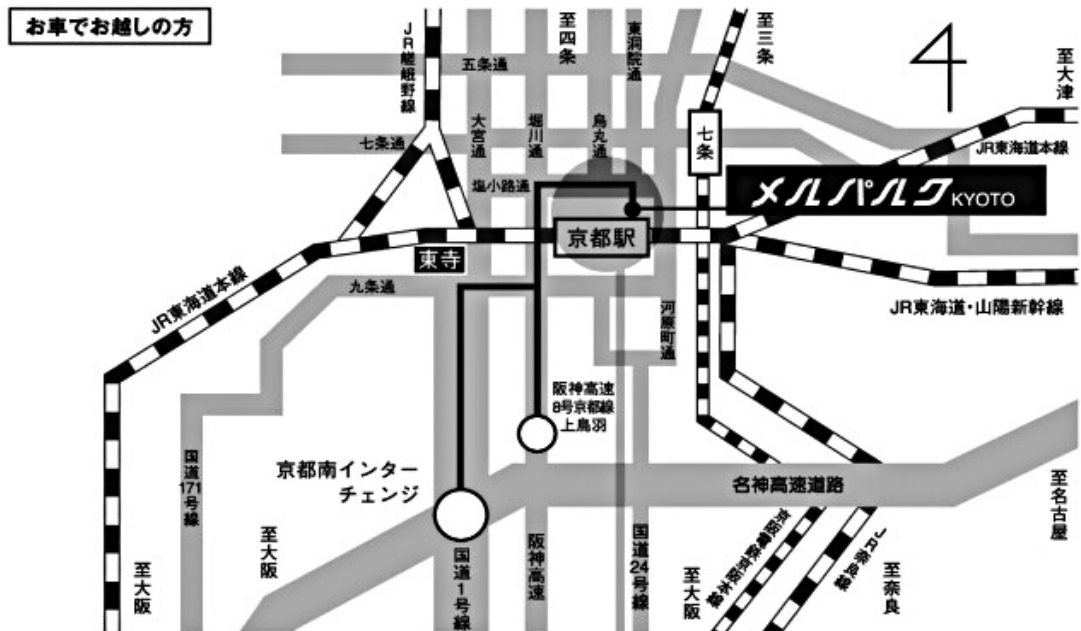
＜ 学 会 場 案 内 図 ＞

■ 会 場：メルパルク京都

〒600-8216 京都市下京区東洞院通七条下ル東塩小路町676番13

TEL：075-352-7444

お車で越しの方



- ☐ 京都南インターチェンジから国道1号線經由…約15分
- ☐ 阪神高速8号京都線「上鳥羽」出口堀川通直進…約10分
- ☒ 機械式駐車場(有料)…105台収容(高さ制限1.55m)

施設周辺ご案内地図

電車でお越しの方

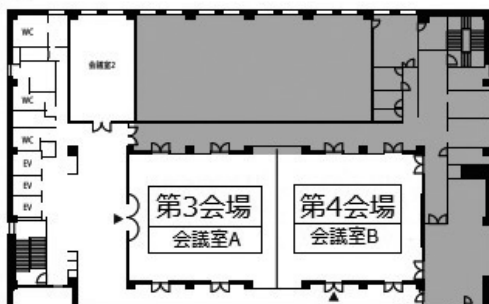
- ☐ JR京都駅(烏丸中央口)から…東へ約2分
- ☐ 地下鉄京都駅(5番出口)から…徒歩約1分
- ☐ 近鉄京都駅(中央口)から…徒歩約5分
- ☐ 京阪七条駅から…徒歩約15分
- ☐ JR大阪から…約30分(新快速)



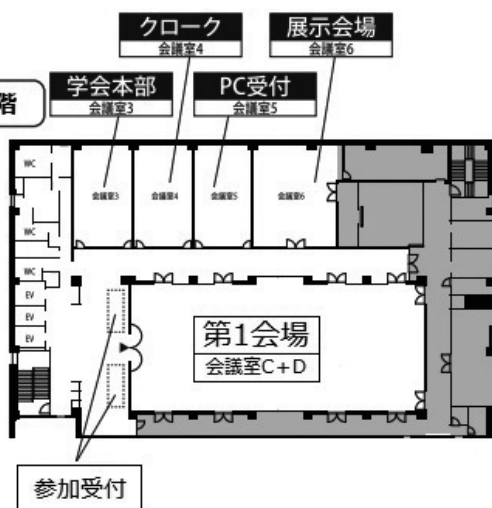
< 各会場案内図 >

■ メルパルク京都

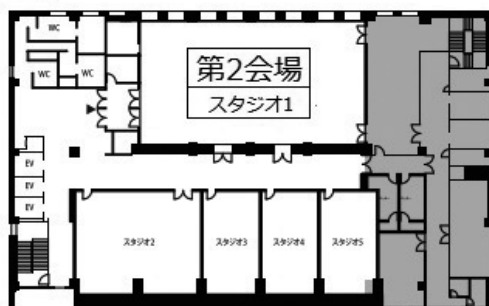
5 階



6 階



7 階



学会進行表

■2022年 6 月18日（土） メルパルク京都

	第1会場（6階） 会議室C＋D	第2会場（7階） スタジオ1	第3会場（5階） 会議室A	第4会場（5階） 会議室B
9:00				
10:00			9:00－11:00 子宮鏡ハンズオン セミナー (予約制)	
11:00				
11:50	開 会 式			
12:00	12:00－13:00 ㊦ ランチョンセミナー 1 座長：井篁 一彦 演者：牧 尉太 共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン(株)	9:00－17:00 若手対象企画： 第2回近畿産婦人科 実習セミナー (POP-K)	12:00－13:00 ㊦ ランチョンセミナー 2 座長：角 俊幸 演者：小宮山慎一 共催：中外製薬(株)	12:00－13:00 ㊦ ランチョンセミナー 3 座長：大道 正英 演者：太田 郁子 共催：持田製薬(株)／ 持田製薬販売(株)
13:10	13:10－14:10 ㊦ 教育セミナー 1 座長：北 正人 演者：島田 宗昭 共催：武田薬品工業(株)		13:10－14:10 周産期 1 (6-12) 座長：石井 桂介	13:10－14:10 腫瘍 1 (28-34) 座長：田中 智人
14:20	14:20－15:20 優秀演題賞候補 1 (1-5) 座長：岡田 英孝		14:20－15:20 周産期 2 (13-19) 座長：出口 雅士	14:20－15:20 腫瘍 2 (35-41) 座長：村上 隆介
15:30	15:30－16:30 ㊦ 教育セミナー 2 座長：木村 文則 演者：福井 淳史 共催：科研製薬(株)		15:30－16:40 周産期 3 (20-27) 座長：橘 大介	15:30－16:30 腫瘍 3 (42-48) 座長：上田 豊
16:40	16:40－17:40 ㊦ 専門医共通講習 (医療安全) 座長：森 泰輔 演者：松村 由美			
17:40				

■2022年6月19日（日）メルパルク京都

	第1会場（6階） 会議室C＋D	第2会場（7階） スタジオ1	第3会場（5階） 会議室A	第4会場（5階） 会議室B
8:50				
9:10	9：10－10：10 ㊦ 教育セミナー3 座長：万代 昌紀 演者：高松 潔 共催：(株) ツムラ	9：10－10：10 ハンズオンセミナー1 吸引分娩 （予約制）	8：50－10：10 周産期4 （54-62） 座長：吉松 淳 遠藤 誠之	9：10－10：10 婦人科手術1 （70-76） 座長：吉岡 信也
10:20	10：20－11：20 優秀演題賞候補2 （49-53） 座長：木村 正	10：20－11：20 ハンズオンセミナー2 骨盤位経陰分娩 （予約制）	10：20－11：20 周産期5 （63-69） 座長：大久保智治	10：20－11：20 婦人科手術2＋腫瘍4 （77-83） 座長：鏑本 浩志
11:30	11：30－11：50 学術奨励賞受賞講演 座長：山崎 峰夫			
12:00	12：00－13：00 ㊦ ランチョンセミナー4 座長：村上 節 演者：堀江昭史／小林裕明 共催：テルモ(株)	12：00－13：00 ㊦ ランチョンセミナー5 座長：濱西 潤三 演者：武隈 宗孝 共催：アストラゼネカ(株)／MSD(株)	12：00－13：00 ㊦ ランチョンセミナー6 座長：柴原 浩章 演者：武田 卓 共催：大塚製薬(株)ニュートラ シューティカルズ事業部	12：00－13：00 評議員会
13:05	13：05－13：35 総会			
13:40	13：40－14：40 ㊦ 教育セミナー4 座長：松村 謙臣 演者：久 毅／山口 建 共催：コヴィンディエンジャパン(株)	13：40－14：40 腫瘍5 （84-90） 座長：天野 創	13：40－14：40 生殖内分泌・女性ヘルスケア （91-97） 座長：林 正美	13：40－14：40 腫瘍6 （98-104） 座長：黒星 晴夫
14:50	14：50－15：50 ㊦ 指導医講習会 座長：寺井 義人 演者：水沼 直樹			
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, 2, 3**Ⓟ****■ 6月18日（土）12：00～13：00 第1会場 会議室C+D（6階）****1. 「子宮創部菲薄化低減を目指して－帝王切開における無結紮縫合子宮再建術－」**

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：岡山大学病院産科婦人科学助教

牧 尉太先生

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

産婦人科領域講習1単位

■ 6月18日（土）12：00～13：00 第3会場 会議室A（5階）**2. 「卵巣癌の薬物治療を再考する－バイオマーカーとクリニカル・ベネフィットを考慮した治療戦略の個別化－」**

座長：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

演者：東邦大学医学部産科婦人科学講座・同医療センター大森病院産婦人科准教授

小宮山慎一先生

共催：中外製薬株式会社

産婦人科領域講習1単位

■ 6月18日（土）12：00～13：00 第4会場 会議室B（5階）**3. 「子宮内膜症と子宮腺筋症の診断と治療」**

座長：大阪医科大学産科婦人科学教室教授

大道 正英先生

演者：倉敷平成病院婦人科部長

太田 郁子先生

共催：持田製薬株式会社／持田製薬販売株式会社

産婦人科領域講習1単位

教育セミナー 1, 2 (P)

■ 6月18日 (土) 13:10~14:10 第1会場 会議室C+D (6階)

1. 「進行・再発卵巣がんに対する治療戦略」

座長：関西医科大学医学部産科学・婦人科学診療教授

北 正人先生

演者：東北大学大学院医学系研究科婦人科学分野准教授

島田 宗昭先生

共催：武田薬品工業株式会社

産婦人科領域講習 1 単位

■ 6月18日 (土) 15:30~16:30 第1会場 会議室C+D (6階)

2. 「女性のライフステージを顧慮したシームレスな子宮内膜症治療戦略」

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：兵庫医科大学医学部産科婦人科学講座准教授

福井 淳史先生

共催：科研製薬株式会社

産婦人科領域講習 1 単位

専門医共通講習：医療安全講習会 (P)

■ 6月18日 (土) 16:40~17:40 第1会場 会議室C+D (6階)

「日本の産婦人科医療の取り組みから学ぶ医療安全」

座長：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

演者：京都大学医学部附属病院医療安全管理部教授

松村 由美先生

共通講習（医療安全） 1 単位

子宮鏡ハンズオンセミナー（予約制）

■ 6月18日 (土) 9:00~11:00 第3会場 会議室A (5階)

日本子宮鏡研究会, オリンパスマーケティング株式会社, カールストルツ・エンドスコピー・ジャパン株式会社, コヴィディエンジャパン株式会社, ホロジックジャパン株式会社

若手対象企画：第2回近畿産婦人科実習セミナー(Plus One Project-Kansai: POP-K)

■ 6月18日(土) 9:00~17:00 第2会場 スタジオ1 (7階)

教育セミナー 3, 4 P

■ 6月19日(日) 9:10~10:10 第1会場 会議室C+D (6階)

3. 「更年期障害への漢方療法～エビデンスと治療のコツ～」

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：東京歯科大学市川総合病院産婦人科教授

高松 潔先生

共催：株式会社ツムラ

産婦人科領域講習1単位

■ 6月19日(日) 13:40~14:40 第1会場 会議室C+D (6階)

4. 「卵巣がん手術における現状，根治手術への工夫」

座長：近畿大学医学部産科婦人科学教室主任教授

松村 謙臣先生

「卵巣癌に対する手術戦略」

演者：大阪国際がんセンター婦人科副部長

久 毅先生

「卵巣癌手術のクリニカルクエスションから見た根治手術の工夫」

演者：京都大学医学部婦人科学産科学教室講師

山口 建先生

共催：コヴィディエンジャパン株式会社

産婦人科領域講習1単位

学術奨励賞受賞講演

■ 6月19日(日) 11:30~11:50 第1会場 会議室C+D (6階)

「広汎子宮頸部摘出後妊娠症例の予後の検討」

演者：公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院

大西 佑実先生

座長：2021年度近畿産科婦人科学会会長

山崎 峰夫先生

ランチョンセミナー 4, 5, 6**⑤****■ 6月19日（日）12：00～13：00 第1会場 会議室C＋D（6階）****4. 「ロボット悪性腫瘍について」**

座長：滋賀医科大学産科学婦人科学講座教授

村上 節先生

「ロボット子宮体がん手術におけるコツとピットフォール」

演者：京都大学医学部婦人科学産科学教室講師

堀江 昭史先生

「ロボット支援傍大動脈リンパ節郭清－knack & pitfall－」

演者：鹿児島大学医学部産科婦人科教授

小林 裕明先生

共催：テルモ株式会社

産婦人科領域講習1単位

■ 6月19日（日）12：00～13：00 第2会場 スタジオ1（7階）**5. 「卵巣がん攻略のための治療戦略の現状と展望」**

座長：京都大学医学部婦人科学産科学教室准教授

濱西 潤三先生

演者：静岡県立静岡がんセンター婦人科医長

武隈 宗孝先生

共催：アストラゼネカ株式会社／MSD株式会社

産婦人科領域講習1単位

■ 6月19日（日）12：00～13：00 第3会場 会議室A（5階）**6. 「PMS・PMDD－代替医療の可能性－」**

座長：兵庫医科大学医学部産科婦人科学講座教授

柴原 浩章先生

演者：近畿大学東洋医学研究所所長・教授

武田 卓先生

共催：大塚製薬株式会社ニュートラシューティカルズ事業部

産婦人科領域講習1単位

指導医講習会

⑤

■ 6月19日（日）14：50～15：50 第1会場 会議室C＋D（6階）**「産婦人科医療と医療者の安全」**

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：東京神楽坂法律事務所，

東邦大学医学部・埼玉医科大学国際医療センター非常勤講師

水沼 直樹先生

ハンズオンセミナー（予約制）**■ 6月19日（日）9：10～11：20 第2会場 スタジオ1（7階）**

9：10～10：10 ハンズオンセミナー1 吸引分娩

10：20～11：20 ハンズオンセミナー2 骨盤位経膈分娩

一般講演プログラム

■ 6月18日（土）（14：20－16：40）

[第1会場 会議室C＋D（6階）]

優秀演題賞候補1（14：20－15：20）

座長：岡田 英孝

1. 円錐切除既往妊婦における妊娠中期の子宮頸管長と自然早産の関連

山田 拓馬, 林 周作, 新谷万智子, 山本瑠美子, 山本 亮, 石井 桂介

(大阪母子医療センター)

2. 中隔子宮を伴う不妊不育症に対する子宮鏡下子宮中隔切除術後の妊娠転帰について

福西 智美, 劉 昌恵, 橋田 宗祐, 中村真由美, 多賀紗也香, 林 正美,

大道 正英

(大阪医科大学)

3. 巨大な子宮動静脈奇形に対して、子宮腔上部切断術を施行した1例

濱口 史香, 寒河江悠介, 山ノ井康二, 奥宮明日香, 浮田真沙世, 砂田 真澄,

滝 真奈, 山口 建, 堀江 昭史, 濱西 潤三, 万代 昌紀

(京都大学)

4. 当院における術後サーベイランスにおける腔断端細胞診の意義について

渡邊 佑子, 小林 栄仁, 富松 拓治, 澤田健二郎, 橋本 香映, 小玉美智子,

三好 愛, 瀧内 剛, 木瀬 康人, 中川 慧, 木村 正

(大阪大学)

5. 当院における開腹手術後の腸閉塞予防に対する大建中湯の効果についての検討

荻本 宏美, 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, 富松 拓治, 木村 正

(大阪大学)

[第3会場 会議室A（5階）]

周産期1（13：10－14：10）

座長：石井 桂介

6. 無心体双胎に対し、ラジオ波焼灼術を施行し生児を得た1例

福田 桃子, 吉田 彩, 神谷 亮雄, 鈴木健太郎, 武田 恵美, 牧野 琴音,

牧野 博朗, 高野 苗江, 福田 久人, 服部 葵, 西端 修平, 安原 由貴,

森川 守, 岡田 英孝

(関西医科大学)

7. 強度の腰椎後弯のため閉鎖時に椎体切除を要した脊髄髄膜瘤の1例

重根 光, 八木 重孝, 南條佐輝子, 中田久実子, 八幡 環, 溝口 美佳,

太田 菜美, 南 佐和子, 井篁 一彦

(和歌山県立医科大学)

8. 21トリソミー児の超音波ソフトマーカーである大腿骨長短縮に関連する因子

上東真理子, 上東真理子, 金川 武司, 和形麻衣子, 山本 亮, 石井 桂介

(大阪母子医療センター)

9. 早期に胎内診断でき健児を得た双胎隔膜を走行する前置血管の1例

山下 優, 北村 圭広, 渡邊 亜矢, 菅原 拓也, 黒星 晴夫

(京都府立医科大学附属北部医療センター)

10. 子宮底部から子宮口近くまで臍帯卵膜走行を認めたが外回転し経膈分娩に至った1例

後藤 剛, 味村 和哉, 角田 守, 戸田有朱香, 中村 幸司, 平松 宏祐,

三宅 達也, 木村 敏啓, 遠藤 誠之, 木村 正 (大阪大学)

11. 胎盤病理所見で典型的な所見が得られた先天梅毒による子宮内胎児死亡の1例

家村 洋子, 下地 彩, 宗万 紀子, 水津 愛, 岩見州一郎 (京都桂病院)

12. 妊娠20週の前期破水後流産症例の胎盤病理からウレアプラズマが絨毛膜羊膜炎の起因菌と同定した1例

小川 範子¹⁾, 大門 篤史¹⁾, 布出 実紗¹⁾, 永易 洋子¹⁾, 丸岡 寛¹⁾,

杉本 敦子¹⁾, 佐野 匠¹⁾, 藤田 太輔¹⁾, 藤田 富雄²⁾, 大道 正英¹⁾

(大阪医科薬科大学¹⁾, ふじたクリニック²⁾)

周産期2 (14:20-15:20)

座長: 出口 雅士

13. Pompe病合併妊娠の1例

清瀬ますみ, 夏山 貴博, 小菊 愛, 登村 信之, 森上 聡子, 近田 恵里,

佐原裕美子 (神戸市立西神戸医療センター)

14. 中等度大動脈弁狭窄症(AS)・高度大動脈弁逆流(AR)合併妊娠の1例

沼田 朋子, 田中佑輝子, 長澤 友紀, 志村 光揮, 沖村 浩之, 馬淵 亜希,

藁谷深洋子, 森 泰輔 (京都府立医科大学)

15. 脊髄性筋萎縮症2型合併妊娠の1例

岡 愛実子, 中村 幸司, 角田 守, 戸田有朱香, 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)

16. 脊髄小脳変性症(Machado-Joseph病)合併妊娠の1例

中村 昌平, 望月 慎介, 辻麻 亜子, 武田 晃子, 中島 由貴, 丸尾 原義

(兵庫県立丹波医療センター)

17. エクリズマブ投与が奏効した発作性夜間ヘモグロビン尿症合併妊娠の1例

辻 沙織, 平松 宏祐, 角田 守, 戸田有朱香, 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)

18. 硬膜外麻酔分娩を行った完全対麻痺患者の1例

畑山 裕生, 小山瑠梨子, 奥立みなみ, 松林 彩, 谷村 昌哉, 田辺優理子,

佐藤 晋平, 前田振一郎, 荻野 敦子, 中村 充宏, 小池 彩美, 山添紗恵子,

崎山 明香, 川田 悦子, 林 信孝, 大竹 紀子, 青木 卓哉, 吉岡 信也

(神戸市立医療センター中央市民病院)

19. 当院の1型糖尿病合併妊娠9例の検討

北野 照, 江本 郁子, 天野 泰彰, 宇治田麻里, 上田 匡, 岸本 尚也,

田村 紗也, 市川 尚寛, 住永 優里, 安彦 郁 (京都医療センター)

周産期3 (15:30-16:40)

座長：橘 大介

20. 穿孔部位から子宮筋層内妊娠破裂の可能性が考えられた1例

鷺尾 佳一, 加地 崇裕, 久保田いろは, 吉本梓希子, 山中啓太郎, 富本 雅子,
清水 真帆, 笹川 勇樹, 西本 昌司, 長又 哲史, 山崎 友維, 寺井 義人

(神戸大学)

21. 当院における異所性妊娠に対するメトトレキサート療法の検討

植田 真帆, 八田 幸治, 新垣佑里香, 田村 聡, 藤吉恵津子, 金光 麻衣,
志村 寛子, 岡藤 博, 宮本真由子, 邨田 祐子, 田中 絢香, 矢野 悠子,
高山 敬範, 潮田 至央, 橋本奈美子

(日本生命病院)

22. 卵管摘出後に生じたpersistent ectopic pregnancyの1例

藤東 温子, 羽室 明洋, 吉田 智弘, 瀬尾 尚美, 末光 千春, 小西菜普子,
福田恵梨子, 栗原 康, 田原 三枝, 三杵 卓也, 橘 大介

(大阪市立大学)

23. 当院における経膈分娩に起因する外陰・膈壁血腫の検討

中本 江美, 羽室 明洋, 吉田 智弘, 瀬尾 尚美, 末光 千春, 小西菜普子,
福田恵梨子, 栗原 康, 田原 三枝, 三杵 卓也, 橘 大介

(大阪市立大学)

24. 産後出血に対し大動脈閉塞バルーンを使用中に高カリウム血症による心停止を来した症例

北田 紘平, 中本 収, 長辻真樹子, 井上 基, 松本 厚, 柳井 咲花,
小松 摩耶, 三田 育子, 片山 浩子, 西本 幸代, 中村 博昭

(大阪市立総合医療センター)

25. 初期対応から他科と連携することで救命し得た子宮型羊水塞栓症の1例

小嶋 哲, 西 茜, 長澤 友紀, 藪本 和也, 赤澤 美保, 山田 惇之,
川俣 まり, 松本真理子, 安尾 忠浩, 大久保智治

(京都第一赤十字病院)

26. 妊娠32週で切迫早産入院中に子宮破裂を発症した1症例

川島 皓雄, 三杵 卓也, 吉田 智弘, 柴田 悟, 福田恵梨子, 末光 千春,
小西菜普子, 瀬尾 尚美, 栗原 康, 田原 三枝, 羽室 明洋, 中野 朱美,
橘 大介

(大阪市立大学)

27. 経膈超音波で一絨毛膜一羊膜双胎の二児共に無頭蓋症と診断した1例

藤井 健太, 三宅 龍太, 山本皇之祐, 前花 知果, 脇 啓太, 市川麻祐子,
赤坂珠理晃, 木村 文則

(奈良県立医科大学)

[第4会場 会議室B (5階)]

腫瘍1 (13:10-14:10)

座長：田中 智人

28. ICGによる腸管血流評価が有用であった5mmポートサイトヘルニアの1例

林田はるえ, 小林 栄仁, 中川 慧, 木瀬 康人, 瀧内 剛, 三好 愛,
小玉美智子, 橋本 香映, 澤田健二郎, 上田 豊, 富松 拓治, 木村 正

(大阪大学)

29. 再発性卵巣顆粒膜細胞腫に対して腹腔鏡下摘出術を施行した1例

齋藤 駿介, 田中 良道, 西江 瑠璃, 上田 尚子, 橋田 宗佑, 宮本 瞬輔,
寺田 信一, 古形 祐平, 藤原 聡枝, 田中 智人, 恒遠 啓示, 大道 正英

(大阪医科薬科大学)

30. 卵巣腫瘍合併妊娠に対して上腹部ダイヤモンド配置で腹腔鏡手術を施行した3例

市川 尚寛, 住永 優里, 北野 照, 田村 紗也, 岸本 尚也, 上田 匡,
江本 郁子, 天野 泰彰, 宇治田麻里, 安彦 郁

(京都医療センター)

31. 腹腔鏡下両側付属器摘出術後に生じた臍輪の皮下膿瘍に対し、外科的切除を要した1例

小和 貴雄, 清水 優作, 安井 友紀, 仲尾 有美, 藤田 葵, 清水 亜麻,
松山佳奈子, 松木 貴子, 吉村 明彦, 濱田 真一, 宮武 崇, 山嵯 正人,
村田 雄二

(ベルランド総合病院)

32. SDGsを考慮した脊椎麻酔下吊り上げ単孔式腹腔鏡手術

岩見州一郎, 下地 彩, 宗 万紀子, 家村 洋子, 水津 愛

(京都桂病院)

33. 腹腔鏡下手術後の腹部X線撮影で持針器破損を同定した1例

廣瀬 陸人¹⁾, 増田 公美¹⁾, 小松 直人¹⁾, 田中 良知¹⁾, 谷口 翠¹⁾,
黒田実紗子¹⁾, 市川 冬輝¹⁾, 甲村奈緒子¹⁾, 田中あすか¹⁾, 小笹 勝巳¹⁾,
横井 猛¹⁾, 荻田 和秀²⁾ (市立貝塚病院¹⁾, りんくう総合医療センター²⁾)

34. 子宮筋腫に対しロボット支援下单純子宮全摘術を行い血管筋脂肪腫と診断された1例

吉本梓希子, 笹川 勇樹, 鷺尾 佳一, 清水 真帆, 長又 哲史, 西本 昌司,
山崎 友維, 寺井 義人

(神戸大学)

腫瘍2 (14:20-15:20)

座長: 村上 隆介

35. びまん性大細胞型B細胞リンパ腫の子宮筋腫・小腸病巣に対し外科的介入を行った1例

田辺優理子, 松林 彩, 谷村 昌哉, 畑山 裕生, 佐藤 晋平, 荻野 敦子,
前田振一郎, 奥立みなみ, 中村 充宏, 小池 彩美, 山添紗恵子, 崎山 明香,
川田 悦子, 林 信孝, 田邊更衣子, 小山瑠梨子, 大竹 紀子, 青木 卓哉,
吉岡 信也

(神戸市立医療センター中央市民病院)

36. 術前に診断し得なかった後腹膜腔に広く発育した巨大子宮筋腫の1例

北村 圭広, 貴志 洋平, 澤田 重成, 北岡 由衣

(京都山城総合医療センター)

37. MRI検査で子宮体部悪性腫瘍と診断された変性子宮筋腫の1例

清水 優作, 吉村 明彦, 安井 友紀, 仲尾 有美, 藤田 葵, 清水 亜麻,
松山佳奈子, 小和 貴雄, 松木 貴子, 濱田 真一, 宮武 崇, 山嵯 正人,
村田 雄二

(ベルランド総合病院)

38. 閉経期に著名な増大傾向を示し診断に苦慮した水腫状変性子宮筋腫の1例

小畑 権大, 金山 智子, 森内 航生, 李 侑香, 伏見 萩子, 西野由香里,
西島 光浩

(県立淡路医療センター)

39. 子宮筋腫核出術後の病理診断でUterine tumor resembling ovarian sex cord tumorと診断された1症例

中川 郁, 仲井 千裕, 左古 寛知, 大谷 遼子, 中村しほり, 鈴木 直宏,
奈倉 道和, 中島 正敬

(長浜赤十字病院)

40. 肺良性転移性平滑筋腫から左上肺静脈に静脈内平滑筋腫症を来した1例

駿河まどか¹⁾, 村上 誠¹⁾, 安倍倫太郎¹⁾, 水津 充理¹⁾, 神農 円香¹⁾,
川西 勝¹⁾, 徳山 治¹⁾, 川村 直樹¹⁾, 高濱 誠²⁾, 井上 健³⁾,
保本 卓⁴⁾ (大阪市立総合医療センター¹⁾, 同呼吸器外科²⁾, 同病理診断科³⁾,
都島放射線科クリニックIVRセンター⁴⁾)

41. GnRHアンタゴニスト療法で縮小した卵巣原発平滑筋腫の1例

山村 幸, 富田 裕之, 高 一弘, 田中 梓菜, 松原 慕慶, 松下 克子,
藤原 潔 (天理よろづ相談所病院)

腫瘍3 (15:30-16:30)

座長: 上田 豊

42. MSI-High進行子宮体癌に対してペムプロリズマブが奏効した1例

菊池 太貴, 山内 真, 今井 健至, 笠井 真理, 福田 武史, 市村 友季,
安井 智代, 角 俊幸 (大阪市立大学)

43. 子宮体がんに対するLenvatinib/Pembrolizumab併用療法の副作用と有効なスクリーニング方法の検討

小林まりや, 中川 慧, 木瀬 康人, 瀧内 剛, 三好 愛, 小玉美智子,
橋本 香映, 小林 栄仁, 上田 豊, 澤田健二郎, 富松 拓治, 木村 正
(大阪大学)

44. 術前に卵巣転移が疑われた子宮癌肉腫の1例

安井 友紀, 宮武 崇, 清水 優作, 仲尾 有美, 藤田 葵, 清水 亜麻,
松山佳奈子, 小和 貴雄, 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)

45. 当院における子宮体癌に対するPembrolizumab+Lenvatinibの使用経験

神農 円香, 村上 誠, 水津 充理, 駿河まどか, 安部倫太郎, 川西 勝,
徳山 治, 川村 直樹 (大阪市立総合医療センター)

46. 当院における進行上皮性卵巣癌の初回治療についての臨床病理学的検討

高尾 由美, 安藝 恵, 川口 雄亮, 澤山 咲輝, 村上 隆介 (滋賀県立総合病院)

47. 子宮頸癌に対する同時化学放射線治療後に発症した小腸腔瘻を修復しえた1例

小川 萌, 小玉美智子, 中川 慧, 木瀬 康人, 瀧内 剛, 三好 愛,
橋本 香映, 小林 栄仁, 上田 豊, 澤田健二郎, 富松 拓治, 木村 正
(大阪大学)

48. 子宮筋腫にて子宮および卵管摘出後の8年後に発生した原発性腔扁平上皮癌の1例

向田 直人, 石田 享相, 元山 貴仁, 西森 早苗, 高木江利華, 尹 純奈,
山部 エリ, 増原 完治, 信永 敏克 (兵庫県立西宮病院)

■ 6月19日（日）（10：20—14：40）

[第1会場 会議室C+D（6階）]

優秀演題賞候補2（10：20—11：20）

座長：木村 正

49. 妊婦における新型コロナウイルス抗体陽性率に関する多施設共同調査研究

太田真見子¹⁾, 川崎 薫¹⁾, 笹井 菜穂¹⁾, 森内 芳¹⁾, 貫戸 明子¹⁾,
葉 宜慧¹⁾, 島岡 昌生¹⁾, 城 玲央奈²⁾, 山本瑠美子²⁾, 石井 桂介²⁾,
中野 和俊³⁾, 赤田 忍³⁾, 堂 國日子⁴⁾, 前田 和也⁵⁾, 松村 謙臣¹⁾
(近畿大学病院¹⁾, 大阪母子医療センター²⁾, 大阪はびきの医療センター³⁾, PL病院⁴⁾,
大阪南医療センター⁵⁾)

50. 当院で経験した前置胎盤139症例における緊急帝王切開のリスク因子の検討

菊池 香織, 中村 幸司, 角田 守, 戸田有朱香, 三宅 達也, 平松 宏祐,
味村 和哉, 遠藤 誠之, 木村 正 (大阪大学)

51. 婦人科がんにおける包括的がんゲノムプロファイリング (CGP) の有効性

上田 友子, 中川 公平, 瀧本 裕美, 谷口 路善, 脇本 裕, 井上 佳代,
鏑本 浩志, 澤井 英明, 柴原 浩章 (兵庫医科大学)

52. 新規卵巣癌マーカーTFPI2の有用性の検討

前花 知果, 三宅 龍太, 山中彰一郎, 河原 直紀, 岩井 加奈, 山田 有紀,
川口 龍二, 木村 文則 (奈良県立医科大学)

53. ART, 特に凍結胚ホルモン補充療法 (HRT) 下移植は産科合併症発症のリスク因子か

山田 弘次, 片山 和明, 犬伏 美喜, 江夏 国宏, 江夏 徳寿, 山田 愛,
林 奈央, 江夏宜シエン, 十倉 陽子, 山田 聡, 水澤 友利, 岡本 恵理,
苔口 昭次, 塩谷 雅英 (英ウィメンズクリニック)

[第3会場 会議室A（5階）]

周産期4（8：50—10：10）

座長：吉松 淳, 遠藤 誠之

54. 低出生体重児のための「リトルベビーハンドブック」普及を目指す活動の紹介

高岡 幸^{1,2)}, 澁谷 珠名²⁾, 草野 可南²⁾, 板東あけみ^{2,3)}
(済生会中津病院¹⁾, キラリベビーサークル²⁾, 国際母子手帳委員会³⁾)

55. 胎児心拍数陣痛図による胎児アシデミアの予測法の活用について

森内 芳, 川崎 薫, 松村 謙臣 (近畿大学)

56. 早発型加重型妊娠高血圧腎症を発症した腎移植後妊娠の症例と抗血管新生因子の考察

長辻真樹子, 中本 収, 井上 基, 松木 厚, 柳井 咲花, 小松 摩耶,
北田 紘平, 三田 育子, 片山 浩子, 西本 幸代, 中村 博昭
(大阪市立総合医療センター)

57. 分娩中の胎児機能不全に対する羊水注入後の経過に関する検討
田島史保子, 山本 亮, 林 周作, 石井 桂介 (大阪母子医療センター)
58. 前置癒着胎盤に対する子宮動脈塞栓併用帝王切開・子宮摘出術後の遅発性膀胱腔瘻2例
栖田 園子, 谷村 憲司, 施 裕徳, 内田 明子, 白川 得朗, 今福 仁美,
出口 雅士, 寺井 義人 (神戸大学)
59. 産褥期子宮留膿腫に対し真空手動吸引が有効であった1例
伊尾 紳吾, 竹村 真紀, 大阪 康宏, 上松 和彦, 平岡 宏康, 布留川浩之,
竹村 礼子, 竹村 秀雄 (小阪産病院)
60. 仙骨表面電気刺激の妊娠期腰痛に対する効果の検討
鯉川 彩絵, 桂 大輔, 辻 俊一郎, 星山 貴子, 全 梨花, 山田 一貴,
所 伸介, 林 香里, 喜多 伸幸, 村上 節 (滋賀医科大学)
61. 帝王切開時の「肩甲難産」に経膈分娩時のSchwartz法を応用し児を娩出した1例
小倉 直子, 城 道久, 小川 史子, 安田 立子, 岡田 十三, 吉田 茂樹
(千船病院)
62. 胎胞膨隆時の頸管縫縮術の工夫
長澤 佳穂, 小西 莉奈, 飯藤 宰士, 成富 祥子, 丸岡 寛, 村上 法子,
津戸 寿幸, 伊藤 雅之, 加藤 俊, 亀谷 英輝 (大阪府済生会吹田病院)

周産期5 (10:20-11:20)

座長: 大久保智治

63. 新型コロナウイルス(COVID-19)感染妊婦の分娩に対する当院での取り組み
宗 万紀子, 岩見州一郎, 下地 彩, 家村 洋子, 水津 愛 (京都桂病院)
64. 当院で管理したCOVID-19感染妊婦の周産期転帰の検討
和田 悠, 永易 洋子, 大門 篤史, 布出 実紗, 澤田 雅美, 杉本 敦子,
佐野 匠, 藤田 太輔, 大道 正英 (大阪医科薬科大学)
65. 周産期管理を行った結核合併妊娠の1例
向井 文香, 長辻真樹子, 井上 基, 松木 厚, 柳井 咲花, 小松 摩耶,
北田 紘平, 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)
66. 妊娠中に放射線診断を行った肺原発ホジキンリンパ腫の1例
石井 沙季, 平松 宏祐, 角田 守, 戸田有朱香, 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)
67. HELLP症候群との鑑別を要した稀な胆石性膵炎合併妊娠の1例
日野友紀子, 永井 景, 松浦 美幸, 重光 愛子, 佐々木高綱, 山田 嘉彦
(八尾市立病院)
68. 妊娠初期の深部静脈血栓症を加療後に慢性早剥羊水過少症候群に至った1例
吉村佳与子, 川村 洋介, 岡本葉留子, 滝 真奈, 千草 義継, 最上 晴太,
万代 昌紀 (京都大学)

69. 後期流産の対応に苦慮した子宮体下部筋腫合併妊娠の1例

山本美紗子, 大西 佑実, 春日 摩耶, 平山 貴裕, 日野 麻世, 山西 恵,
山西優紀夫, 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)

[第4会場 会議室B (5階)]

婦人科手術1 (9:10-10:10)

座長: 吉岡 信也

70. 腹腔鏡下左卵巢腫瘍茎捻転手術時に、左卵巢の壊死が疑われたが左卵巢を温存した1例

加藤 愛理, 竹村 昌彦, 大柳 亮, 岡木 啓, 中谷沙也佳, 松谷和奈栗,
谷 佳宏, 加藤恵一朗, 澤田 真明, 海野ひかり, 松崎 聖子, 久保田 啓,
笹野 恵, 島津由紀子, 田口 貴子, 隅藏 智子, 岩宮 正

(大阪急性期・総合医療センター)

71. 膀胱子宮内膜症に対して腹腔鏡下膀胱部分切除術後11年目に生じた膀胱破裂の1例

小芝 明美, 吉田 尚平, 垂水 洋輔, 山内 彩子, 楠木 泉, 森 泰輔

(京都府立医科大学)

72. レボノルゲストレル放出子宮内システムが短時間で腹腔内へ迷入し腹腔鏡で回収した1例

河谷 春那, 城 道久, 稲垣美恵子, 北井 沙和, 北口 智美, 北 采加,
大木 規義, 吉田 茂樹

(千船病院)

73. 全腹腔鏡下子宮全摘術を見据えた腹腔鏡下付属器摘出術における後腹膜腔の展開法

八幡 環, 寺本 綾女, 南野 有紗, 重根 光, 平山 純也, 中田久美子,
南條佐輝子, 溝口 美佳, 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)

74. 早発卵巢機能不全および緑膿菌感染による陰唇・腔癒着症に対して造腔術を施行した1例

矢野 恵子, 佐々木 浩, 宮本 聖愛, 丸岡 寛, 広田 千賀, 大道 正英

(大阪医科大学)

75. 当院で導入した通常の腹腔鏡手術物品を用いた経腔的腹腔鏡手術(vNOTES)の初期経験

下地 彩, 宗 万紀子, 家村 洋子, 水津 愛, 岩見州一郎

(京都桂病院)

76. 帝王切開癒着部症候群に対して子宮鏡併用腹腔鏡下癒着部修復術を施行した1例

西松 謙一, 山西優紀夫, 山本美紗子, 大西 佑実, 春日 摩耶, 平山 貴裕,
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)

婦人科手術2 + 腫瘍4 (10:20-11:20)

座長: 鰐本 浩志

77. 仙骨腔固定術に対する後方視的検討: 腹腔鏡手術とロボット手術の比較

上田 匡, 市川 尚寛, 北野 照, 田村 紗也, 岸本 尚也, 江本 郁子,
天野 泰彰, 宇治田麻里, 安彦 郁

(京都医療センター)

78. Port設置部位・順番の違いが設置時間に与える影響についての検討

仲井 千裕¹⁾, 山ノ井康二²⁾, 寒河江悠介²⁾, 奥宮明日香²⁾, 砂田 真澄²⁾,
浮田真沙代²⁾, 千草 義継²⁾, 山口 建²⁾, 堀江 昭文²⁾, 濱西 潤三²⁾,
万代 昌紀²⁾ (長浜赤十字病院¹⁾, 京都大学²⁾)

79. 腹腔内に内膜症病変を確認し得たWunderlich 症候群の1例

塩見まちこ, 恒遠 啓示, 西江 瑠璃, 佐々木 浩, 大道 正英 (大阪医科薬科大学)

80. 子宮頸癌との鑑別を要した子宮頸部悪性リンパ腫の1例

川道 彩夏, 伴 建二, 藤上 友輔, 小椋 恵利, 赤木 佳奈, 松本 久宣,
飛梅 孝子, 岡垣 篤彦, 巽 啓司 (大阪医療センター)

81. 尿管・無機能腎を伴う孤立性繊維性腫瘍を腹腔鏡・後腹膜鏡下に摘出した1例

折出 唯志, 小玉美智子, 富松 拓治, 澤田健二郎, 上田 豊, 橋本 香映,
小林 栄仁, 瀧内 剛, 木瀬 康人, 中川 慧, 三好 愛 (大阪大学)

82. 鼠径部子宮内膜症に由来する類内膜癌の1例

橋口 康弘¹⁾, 山本皇之祐¹⁾, 岸本佐知子¹⁾, 西岡 和弘¹⁾, 若狭 朋子²⁾,
大井 豪一¹⁾ (近畿大学奈良病院¹⁾, 同病理診断科²⁾)

83. 帝王切開癒痕部妊娠との鑑別を要した侵入全胎状奇胎の1例

山本 絢可, 吉水 美嶺, 隅野 朋子, 古田 希, 辻 なつき, 寺川 耕市,
永野 忠義 (関西電力病院)

[第2会場 スタジオ1 (7階)]

腫瘍5 (13:40-14:40)

座長: 天野 創

84. ステロイドパルス療法を行ったオラパリブによる間質性肺炎を発症した1症例

入江 惇太, 藤原 聡枝, 西江 瑠璃, 上田 尚子, 寺田 信一, 古形 祐平,
田中 智人, 田中 良道, 大道 正英 (大阪医科薬科大学)

85. 当院でのニラパリブ使用経験

田中 良知, 増田 公美, 小松 直人, 竹本 祐基, 谷口 翠, 市川 冬輝,
黒田実紗子, 甲村奈緒子, 田中あすか, 小笹 勝巳, 横井 猛 (市立貝塚病院)

86. SETパターンを認めたHRDの卵巣癌の1例

坂元 優太, 中野 和俊, 小川 憲二, 安川 久吉, 赤田 忍
(大阪はびきの医療センター)

87. α -fetoprotein産生を示した卵巣癌肉腫の1例

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

88. ITP合併卵巣癌の化学療法に伴う血小板低下に対してTPO受容体作動薬を使用した1例

舟津えり子, 木瀬 康人, 中川 慧, 瀧内 剛, 三好 愛, 小玉美智子,
橋本 香映, 上田 豊, 澤田健二郎, 木村 正 (大阪大学)

89. ゲムシタピン, ベバシズマブが奏効した卵巣低異型度漿液性癌の文献的考察を交えた症例報告

佐藤 華子, 小谷 泰史, 松村 謙臣 (近畿大学)

90. 推定 I A期子宮体癌の術前MRI検査での筋層浸潤に関する検討

南野 有紗, 八幡 環, 平山 純也, 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)

[第3会場 会議室A (5階)]

生殖内分泌・女性ヘルスケア (13:40-14:40)

座長: 林 正美

91. 大学病院における女性アスリート外来開設についてとその実際

辻 祥子¹⁾, 中村真季子¹⁾, 小宮慎之介¹⁾, 服部 葵¹⁾, 中尾 朋子¹⁾,
村田 紘未¹⁾, 木村 穰²⁾, 岡田 英孝¹⁾ (関西医科大学¹⁾, 同健康科学²⁾)

92. ピル内服による, 血色素量 (Hb), 血清フェリチン値 (Fer) 及び血小板数 (Pl) への影響

荒木 常男 (荒木肛門科)

93. 先天性フィブリノゲン異常症に対しフィブリノゲン製剤補充を行い妊娠継続に至った症例

山本 幸代, 三宅 達也, 後藤 剛, 辻 沙織, 本多 秀峰, 伊藤 風太,
伴田 美佳, 瀧内 剛, 木村 正 (大阪大学)

94. 腹腔鏡下Strassmann手術を行い妊娠に至った双角子宮の1症例

曾山 浩明, 奥口 聡美, 山口 昌美, 吉田 剛祥, 谷口 文章 (高の原中央病院)

95. 中隔子宮を伴う不妊不育症に対する子宮鏡下子宮中隔切除術後の妊娠転帰について

福西 智美, 劉 昌恵, 橋田 宗祐, 中村真由美, 多賀 紗也, 香林 正美,
大道 正英 (大阪医科薬科大学)

96. 子宮鏡下手術で妊娠せず腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術で妊娠した帝王切開瘢痕症候群の1例

谷口健太郎, 辻 俊一郎, 信田 侑里, 伊藤 祐弥, 花田 哲郎, 天野 創,
笠原 恭子, 村上 節 (滋賀医科大学)

97. 子宮内膜症における腹水中NK細胞受容体の発現強度の解析

佐伯信一朗, 福井 淳史, 麦 楚嫻, 竹山 龍, 加藤 徹, 山谷 文乃,
柴原 浩章 (兵庫医科大学)

[第4会場 会議室B (5階)]

腫瘍6 (13:40-14:40)

座長: 黒星 晴夫

98. RRSO施行後に診断された卵管癌 I A期に対してTC療法を施行したHBOCの1例

小松 直人, 田中あすか, 田中 良知, 竹本 祐基, 谷口 翠, 黒田実紗子,
市川 冬輝, 甲村奈緒子, 小笹 勝巳, 増田 公美, 横井 猛 (市立貝塚病院)

99. 妊娠中に判明した, 非常に稀な悪性卵巣甲状腺腫 (低分化癌) の1例

久保田いろは, 長又 哲史, 栖田 園子, 笹川 勇樹, 今福 仁美, 山崎 友維,
寺井 義人 (神戸大学)

100. 急激な転機をたどった再発粘液性境界悪性腫瘍の1例

久保のぞみ, 浅井 麻由, 水田 結花, 竹内祐美子, 三枝 遥, 池田愛紗美,
高折 彩, 河合 恵里, 児嶋真千子, 森部 絢子, 山本 彩, 小蘭 祐喜,
奥田亜紀子, 関山健太郎, 吉岡 弓子, 樋口 壽宏

(公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院)

101. 妊孕性温存手術が行われた8年8カ月後に晩期再発した卵巣癌IA期の1例

中野 千晴, 今井 健至, 内倉慧二郎, 野田 拓也, 栗津祐一郎, 南野 成則,
山内 真, 笠井 真理, 福田 武史, 市村 友季, 安井 智代, 角 俊幸

(大阪市立大学)

102. 院内心肺停止の蘇生後に卵巣癌手術を行ったTrousseau症候群の1例

出口 智基, 木瀬 康人, 中川 慧, 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, 富松 拓治, 木村 正

(大阪大学)

103. 卵巣明細胞癌の術後11年で腔に類内膜癌が発生した症例

森岡 咲耶, 久松 洋司, 中村真季子, 福田 桃子, 鈴木健太郎, 武田 恵美,
牧野 琴音, 牧野 博朗, 高野 苗江, 福田 久人, 服部 葵, 西端 修平,
安原 由貴, 横江 巧也, 佛原 悠介, 村田 紘未, 北 正人, 岡田 英孝

(関西医科大学)

104. 後腹膜腔に発生したチョコレート嚢胞の悪性転化が疑われた卵巣類内膜癌の1例

佐藤 孝憲, 坂本 能基, 斎藤 庸太, 松原 侑子, 瀧口 義弘, 松岡 智史,
内田 学, 高木 力

(耳原総合病院)

ランチョンセミナー

1. 「子宮創部菲薄化低減を目指して—帝王切開における無結紮縫合子宮再建術—」

岡山大学病院産科婦人科学助教

牧 尉太

帝王切開は、われわれ産婦人科医が最も日常的に行う基本的な手術の1つである。近年、医学的そして社会的な状況の変化に伴い、その頻度は増加しており、帝王切開に起因するさまざまな術後合併症がクローズアップされている。

子宮筋層縫合部の癒合不全や瘢痕による菲薄化は、次回妊娠時の周産期管理に注意を要する場合がある。TOLACにおける創部菲薄化の程度による子宮破裂のリスク評価も定まったものはないのが現状である。また陥凹部に着床した帝王切開瘢痕部妊娠は、帝王切開の増加を背景に急増しており、長期入院、大量出血、癒着胎盤から子宮全摘にいたる場合もある。さらに子宮切開縫合部の菲薄化・陥凹は、非妊時にはいわゆる帝王切開瘢痕症候群を惹起し、不正出血、過長月経、月経困難症や続発性不妊症の原因となることがある。

帝王切開時の子宮切開創の縫合は古くからさまざまな縫合糸や方法が本邦独自に行われてきた。創部の菲薄化・陥凹形成を防ぐためのさまざまな工夫は報告されているが、世界に見いだされた確立した方法はない。われわれは、妊娠子宮が短期間に膨縮することを考慮し、Barbを有するSpiral糸（単一方向の返しを有すモノフィラメント吸収糸）を子宮創部連続縫合に用い、連続縫合や単結節縫合、そしてモノクリルの利点を同時に達成できる可能性を本邦において初めて報告した。バーブ（返し）が筋層に密着し止血効果に優れ、過度な牽引を行わず創を閉鎖でき、糸玉が生じないため縫合不全の予防になる可能性が示唆された。さらに、Spiral糸が綱糸吸収糸に対し筋層菲薄化の予防に寄与するかを後方視的に比較したところ、Spiral糸を用いた子宮の連続縫合は子宮筋層の菲薄化予防に明らかに寄与する可能性が示唆された。2020年5月よりjRCT認定の多施設共同前向きランダム化比較試験（SPIRAL Trial）がスタートしており、その結果も一部紹介したい。

Spiral糸を用いた子宮切開層縫合の可能性を菲薄化予防に努めてきた本邦だからこそ導きだせると信じ、帝王切開創部の菲薄化・陥凹を予防し、帝王切開に起因する合併症減少に寄与する縫合法を発信したいと考えている。

【略 歴】

牧 尉太（まき じょうた）

岡山大学病院産科婦人科学助教

【学 歴】 2011年 金沢医科大学医学部医学科卒業
2019年 岡山大学大学院医歯薬学総合研究科博士課程修了

【職 歴】 2019年 同病院産科婦人科学助教
2021年 同医学教育センター多職種連携医療教育研究部門協力教員兼務
岡大発ベンチャーそなえ株式会社発起人・研究主席アドバイザー
吉備高原都市スーパーシティ推進協議会吉備中央町医療推進アドバイザー
岡山大学副学長付「スーパーシティ構想」産学連携事業推進首席委員（3月10日革新的事業連携型の国家戦略特別区域（デジタル田園健康特区）に指定）
スーパーシティ構想救急DXコンソーシアム副委員長

【学会役職】 日本産科婦人科学会災害対策・復興委員会委員

【資 格 等】 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（母体・胎児）専門医、日本女性医学学会認定女性ヘルスケア専門医、日本女性心身医学会認定医、日本医師会認定産業医、ALSO-Japan指定認定インストラクター、J-CMELS認定コースディレクター、災害時小児周産期リエゾン、日本DMAT隊員

ランチョンセミナー

2.「卵巣癌の薬物治療を再考するーバイオマーカーとクリニカル・ベネフィットを考慮した治療戦略の個別化ー」

東邦大学医学部産科婦人科学講座・同医療センター大森病院産婦人科准教授

小宮山 慎一

進行卵巣癌の初回治療の目標は根治であり、最大限の腫瘍減量術、寛解療法による最大限の腫瘍殺滅、そして維持療法による最大限の無増悪期間の延長を目指す。そのため各局面において「高い治療強度」を維持するべきである。一方で再発卵巣癌の治療目標は生活の質を損なわずに生存期間を延長することであり、プラチナ・フリー期間や前治療による有害事象を考慮したうえで、治療法を選択する。

ベバシズマブやPARP阻害剤の登場以来、進行再発卵巣癌の治療戦略は大きく変遷している。とりわけ初回治療においてこれらの分子標的薬を用いる場合は、従来の予後因子である年齢、全身状態（PS）、組織型、進行期、腫瘍減量術の達成度に加え、再発リスクの評価、コンパニオン診断を含むバイオマーカーの評価、さらには初回化学療法（寛解療法）の奏効度の評価が重要な意義を有し、これら因子による層別化を経て、一人ひとりの背景を考慮した治療の個別化を行うことが新しい標準治療となってきた。さらに、初回寛解療法終了後の一次再発までの期間（もしくは一次再発までのプラチナ・フリー期間）が長くなるほど患者の長期予後が延長することから、初回維持療法の成否が全生存期間に対して大きなインパクトを有することが判明した。つまり、生存期間の延長に寄与するのは維持療法の成否、そして維持療法の成功に寄与するのは寛解療法の奏効度と換言できる。

ベバシズマブはコンパニオン診断やプラチナ感受性の差異に関係なく使用できる。治療の各フェイズ別では、①術前化学療法（NAC）における腫瘍減量成功率の向上、②初回寛解療法における寛解率の向上、③初回維持療法における無増悪生存期間（PFS）の延長、④再発癌におけるPFSの延長およびベバシズマブ再投与（bevacizumab beyond progression投与）によるさらなる延長といったクリニカル・ベネフィットを発揮する。

PARP阻害薬は、BRCA遺伝子のバリエーションもしくは相同組換え修復欠損（HRD）を有することがコンパニオン診断であると同時に、先行するプラチナ・ベースの化学療法が奏効し、寛解が得られていることが重要なバイオマーカーとなる。治療の各フェイズ別では、①初回維持療法におけるPFSの延長、②プラチナ再発卵巣癌における寛解率の向上および維持療法によるPFSの延長、といったクリニカル・ベネフィットを発揮する。

ベバシズマブとPARP阻害薬の併用では、初回維持療法におけるベバシズマブとオラパリブが用いられるが、バイオマーカーのサブタイプや背景因子の差異による影響が少なく、実地臨床において使いやすい。とくに最高リスク群（IV期）におけるPFS延長が期待できる点と、低リスク群における根治率上昇が期待できる点は、いずれも注目に値する。

講演ではこれらの薬剤を用いた個別化治療や有害事象の管理について、詳細に言及したい。

【略 歴】

小宮山 慎一（こみやま しんいち）

東邦大学医学部産科婦人科学講座・同医療センター大森病院産婦人科准教授

【学 歴】 1992年 富山大学医学部卒業

【職 歴】 1992年 慶應義塾大学病院研修医

1995年 同医学部助手（産婦人科学）

1999年 同医学部助手（産婦人科学）・診療医長

2004年 医学博士（慶應義塾大学）

2006年 藤田医科大学医学部産婦人科学講師

2012年 東邦大学医学部産科婦人科学准教授（大橋）

2018年 同准教授（大森）

2020年 慶應義塾大学医学部産婦人科学客員准教授

【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婦人科腫瘍専門医・指導医、日本臨床細胞学会細胞診専門医・教育指導医、日本がん治療認定医機構がん治療認定医、日本遺伝性腫瘍学会遺伝性腫瘍専門医

ランチョンセミナー

3.「子宮内膜症と子宮腺筋症の診断と治療」

倉敷平成病院婦人科部長

太田 郁子

子宮内膜症は月経困難症を主に主訴とする疾患であり、チョコレート嚢胞などがエコー上確認できなくても臨床的子宮内膜症として治療が開始されるようになった。しかし、経腔超音波検査による子宮内膜症の重症度の診断は腹腔鏡による診断に比較して、正確性に劣ると言わざるを得ない。また月経困難症の程度は子宮内膜症の重症度に必ずしも一致せず、投薬を決定するうえで、正確な経腔超音波検査は重要である。とくに深部子宮内膜症はOCにより増悪することが報告されており、深部子宮内膜症の有無は薬剤選択において必要な因子である。そこで今回子宮内膜症の経腔超音波検査についてMRI画像を交えて解説する。

子宮内膜症の薬物療法はGn-RHアナログやLEP剤、プロゲスチンと選択肢があるが、近年ヨーロッパではそれぞれの効果が再検討されている。とくにプロゲスチン製剤について、その作用機序を詳細に解説したい。

子宮内膜症の薬物療法は早期から介入することが有効であるが、近年、初経年齢は若年化し、思春期の女性に対する治療についてもその必要性が問われている。しかし思春期女性は成長過程であり、成熟女性と同様の薬物療法が適しているかは議論の余地を残す。とくに思春期は骨量が急激に上昇する重要な時期であり、骨量上昇期に十分なpeak bone massに至らなければ、老年期の骨粗鬆症による骨折リスクは飛躍的に増加する。したがって、骨量の変化を妨げない薬物療法の選択が必要と思われ、骨代謝マーカーを用いて評価する方法を提案したい。

【略 歴】

太田 郁子（おおた いくこ）

倉敷平成病院婦人科部長

【学 歴】 2000年 日本大学医学部卒業

【職 歴】 2000年 同産婦人科学教室入局

2002年 東京共済病院産婦人科勤務

2004年 日本大学医学部附属練馬光が丘病院産婦人科勤務

2006年 日本大学大学院生理系発生生殖学卒業

2007年 倉敷平成病院婦人科医長

2017年 同婦人科部長

医学博士

【所属学会】 日本産科婦人科学会、日本エンドメトリオーシス学会、日本女性医学学会、日本骨粗鬆症学会

【専門医等】 日本産科婦人科学会専門医、日本骨粗鬆症学会認定医

【受賞歴】 日本エンドメトリオーシス学会学術奨励賞（2013年）、日本栄養代謝学会学術奨励賞（2015年）、日本女性医学学会優秀演題賞（2018年）

ランチョンセミナー

4. 「ロボット子宮体がん手術におけるコツとピットフォール」

京都大学医学部婦人科学産科学教室講師

堀江 昭史

2014年初期子宮体癌に対して腹腔鏡手術が保険収載され、2018年にはロボット支援下手術も保険承認された。当院では子宮全摘術および骨盤リンパ節郭清を基本術式としてロボット手術で行っている。腹腔鏡と異なり、鉗子の先端の自由度が高ことからロボット手術のほうが、視野展開、さらに安全性においても上回っている。しかし、3本のアームを適切に使用しなければ、ロボット手術の安全性を担保するものではない。本講演では、アームの使い方による安全な視野展開、またマニピュレーターを用いない子宮全摘のコツなどについて解説したい。さらに、通常ダブルバイポーラを用いた手術を行っているが、そのメリット・デメリットについても解説する。

【略 歴】

堀江 昭史（ほりえ あきひと）

京都大学医学部婦人科学産科学教室講師

【学 歴】	1999年	関西医科大学卒業
【職 歴】	1999年	京都大学医学部附属病院産婦人科研修医
	2001年	市立島田市民病院医員
	2004年	独立行政法人国立病院機構大阪医療センター医員
	2006年	京都大学医学部附属病院医員
	2011年	同助教
	2017年	同講師

【所属学会】 日本産科婦人科学会、日本婦人科腫瘍学会、日本胎盤学会、日本生殖医学会、日本受精着床学会、日本産科婦人科内視鏡学会、日本人類遺伝学会、日本がん・生殖医療学会、日本エンドメトリオーシス学会、日本内視鏡外科学会、日本産科婦人科遺伝診療学会、日本ロボット外科学会、日本婦人科ロボット手術学会、日本産婦人科手術学会、日本卵子学会

【専門医等】 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、Robo Doc Pilot認定国内B級、日本婦人科ロボット手術学会認定プロクター、生殖医療専門医、認定がん・生殖医療ナビゲーター、がん治療認定医

ランチョンセミナー

4. 「ロボット支援傍大動脈リンパ節郭清—knack & pitfall—」

鹿児島大学医学部産科婦人科教授

小林 裕明

現在保険収載されている再発低リスク体癌（筋層浸潤が1/2 未満かつ組織型が高・中分化の類内膜癌症例）に対するロボット手術は子宮・両側付属器摘出＋骨盤リンパ節郭清（PLNDx）からなり、腹腔鏡でも比較的容易に施行できる。高リスク体癌に対しては、これに加えて傍大動脈リンパ節郭清（PANDx）±大網切除を追加するため、下腹部（骨盤）のみならず上腹部へのペイシャントカートのドッキング（デュアルドッキング）手術が必要となる。ロボット本来の巧緻性・安全性を発揮しうる高リスク体癌術式を保険適用とするためには、臨床試験を進める必要がある。われわれが2018年より開始したIRB承認私費臨床試験（初期5例はインテュイティブサージカル社受託研究）について、手術のコツと注意点を含めて紹介する。

ダヴィンチXiではオーバーヘッド部分（ブーム）の回転機能、ペイシャントクリアランス機能、長くなった鉗子などにより大幅に鉗子到達能が向上したため、デュアルドッキング手術がS/Siシステムより格段容易となった。カダバーでの検討を経て、大動脈分岐部相当の高さで横一直線に並ぶ5つのポート配置で実施できるダヴィンチXi用デュアルドッキング手術プロシージャカードを作成した。患者右からのサイドドッキング後、まずは各ポートを頭側に向け上腹部手術を行う。リンパ節郭清はPANDxに加え、可能な範囲の総腸骨節も摘出しておく。その後、ブームを180度回転させ再ドッキングを行い、今度は各ポートを尾側に向け下腹部手術を追加する。

本講演ではこのデュアルドッキング手術中のPANDx手技に焦点を当て、動画を含めて解説する。開腹PANDxとは全く異なる術野であり、その展開・維持法、各ステップで用いるエンドリスト鉗子などの器具選択、リンパ節を含む組織を血管から剥離する手技などに関して、自分なりのコツと留意点を述べる。100 kgを超える肥満患者でも創部離開は生じず術後数日で退院可能と、非常に有用性に富むデュアルドッキング手術であるが、術式確立に向けて改良を重ねている術式でもあり、術中のトラブルには格段の注意を要する。講演では現在までの手術手技の変遷や改良点ならびに治療成績について報告する。

【略 歴】

小林 裕明（こばやし ひろあき）

鹿児島大学医学部産科婦人科教授

【学 歴】 1985年 九州大学医学部卒業，婦人科学産科学教室入局
1987年 同大学院（生体防御医学研究所・細胞学部門）入学，91年卒業
1991年 カナダ・トロント大学（Robert Kerbel教授）2年間留学

【職 歴】 2009年 九州大学医学部産科婦人科准教授
2014年 鹿児島大学医学部産科婦人科准教授
2016年 同教授，17年大学病院遺伝カウンセリング室長併任
2020年 同婦人科がん先端医療学講座教授，大学病院副病院長，周産母子センター長，地域医療センター長，ロボット手術WG委員長併任

【所属学会等】 日本産科婦人科学会（専門医・指導医，代議員，婦人科腫瘍委員会小委員長等），日本婦人科腫瘍学会（専門医・指導医，常務理事，専門医制度委員会委員長等），日本婦人科ロボット手術学会（理事長，学会推奨プロクター等），日本ロボット外科学会（理事，学会認定術者等），Asian Society for Gynecologic Robotic Surgery (ASGRS)（理事），日本癌治療学会（代議員，財務委員会委員，編集委員等），日本臨床細胞学会（専門医・指導医，評議員等），日本産科婦人科内視鏡学会（理事，腹腔鏡下婦人科悪性腫瘍手術ワーキング委員等），日本内視鏡外科学会（ロボット支援下骨盤リンパ節郭清WG委員），日本産婦人科手術学会（常務理事等），日本女性医学学会（理事，暫定専門医・指導医等），日本産婦人科乳腺医学会（理事），JCOG（婦人科代表委員，頸癌プロトコール委員会委員長等）

ランチョンセミナー

5.「卵巣がん攻略のための治療戦略の現状と展望」

静岡県立静岡がんセンター婦人科医長

武隈 宗孝

進行・再発卵巣がんの治療戦略はこの20年間に大きくparadigmが動いたと考えられている。従来治療困難とされていた進行・再発卵巣がんが、治療可能な病態もしくは治療可能な症例が選別できる時代となってきた。その大きな進歩に最も貢献したのはPARP (poly ADP-ribose polymerase) 阻害薬による維持療法であろう。

PARP阻害薬で採用している維持療法は“switch maintenance therapy”である。このコンセプトの特徴は、殺細胞性薬物療法による治療後に維持療法の適格性を判断することであり、「殺細胞性薬剤療法を行う前に維持療法の適格性の判断をする」ことは不適切であるという点に注意が必要だ。卵巣がんにおけるPARP阻害薬の最も有効なバイオマーカーは「プラチナ感受性」と考えられている。すなわち、実際にプラチナ製剤併用化学療法を行い、それによく反応したことを確認できた時点で、PARP阻害薬の高い有効性を予測できる。この観点から考えると、PARP阻害薬の治療戦略として“switch maintenance”というコンセプトが採用された理由がよく理解できる。

PARP阻害薬は、まずプラチナ感受性再発病態に対して有効性が認められた。本邦では、olaparibとniraparibの2剤が処方可能である。どちらの薬剤を処方すべきかは、両薬剤の服用方法や副作用、さらに既往症や合併症などをそれぞれの患者のback groundを鑑みたうえで処方を個別に検討すべきと考える。

初回治療としてolaparib単剤維持療法、niraparib単剤維持療法、そしてbevacizumab+olaparib併用維持療法が処方可能である。やはりいずれのレジメンが適切かについて議論は分かれるが、注意が必要なことは、evidence basedに考えた場合いずれのレジメンも優劣が付けられないということ、そしていずれのレジメンでも、BRCA陽性例／HRD陽性例では、それぞれの臨床試験におけるcontrol armと比較してほぼ同様のrisk-reduction rateが示されていることと考えている。すなわち、PARP阻害薬へswitchすることが前提ならば、治療成績は維持療法の優劣ではなく、初回化学療法の成績の差に依存するのであろう。この観点から考えると、「初回卵巣癌治療におけるPARP阻害薬の使い分け」を考えるうえで重要なことは、バイオマーカーの結果に惑わされず、まず最初に「初回化学療法レジメン」の決定、すなわちTC療法かddTC療法か、あるいはTC+bevacizumabかを検討することと考える。

【略 歴】

武隈 宗孝 (たけくま むねたか)

静岡県立静岡がんセンター婦人科医長

【学 歴】 1997年 浜松医科大学医学部卒業

【職 歴】 2010年 静岡県立静岡がんセンター医長

【所属学会・資格等】 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，評議員，子宮頸癌治療ガイドライン改訂委員，子宮体がん治療ガイドライン改訂委員，卵巣がん治療ガイドライン改訂委員，粒子線治療評価の臓器別WG専門委員），日本がん治療認定医機構（認定医），日本臨床細胞学会（細胞診専門医，静岡県支部理事），日本癌治療学会（G-CSF適正使用ガイドライン改訂WG委員），日本臨床腫瘍学会（がん免疫療法ガイドライン改訂WG委員），日本産婦人科手術学会，日本産科婦人科内視鏡学会，日本遺伝性乳癌卵巣癌総合診療制度機構（JOHBOC）（教育セミナー講師），婦人科悪性腫瘍研究機構（子宮頸がん委員長，教育委員），米国NCI 研究者，Gynecologic Oncology Research and Practice, Associate Editor, 医学博士

ランチョンセミナー

6. 「PMS・PMDD—代替医療の可能性—」

近畿大学東洋医学研究所所長・教授

武田 卓

政府の成長戦略の1つとして、「女性の活躍促進」が提唱され、さまざまな取り組みが行われている。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、そのため男性と比較して心身の不調をきたすことが多い。ホルモンの長期的な変動で問題となるのが更年期障害であり、月経周期のなかの短期的な変動で問題となるのが月経前症候群（PMS）といえる。PMSに関してはパフォーマンス向上といった側面から、「女性の活躍促進」において以前よりもまして注目される疾患となってきた。しかしながら、標準治療とされるSSRIやLEP・OCは厳密な意味ではPMSに対して保険適応外であり、これら薬剤に対する患者サイドの抵抗感も強く、十分な対応が行われているとはいえない。未成年者でのSSRIによる自殺企図増加・ピルの血栓症といった副作用の問題もあり、世界的にも簡便・低侵襲な治療方法開発が切望されている。

セルフケアとして使用できるサプリメント等の代替医療はこのような現状を打破する有効な手段として期待できるが、治療効果の裏付けのあるものは限られている。そのなかで、西洋ハーブに関する有効性報告は多く、とくにチェストツリーはメタアナリシスにおいてプラセボと比較して有意な改善効果を示した。栄養面からのアプローチとしては、比較的效果の裏付けのあるものとしては、カルシウム、マグネシウム、ビタミンB6があげられる。ビタミンB6については、英国産婦人科学会のPMSガイドラインにおいて、First lineの治療法の1つとして記載されている。また、大豆イソフラボンに関しても、ある程度の有効性を裏付ける多くの検討がなされてきた。

イソフラボンが効果を発揮するためには、腸内細菌により活性物質であるエクオールに代謝される必要がある。PMS患者は、一般対照者と比較してエクオール産生者の比率が有意に低く、エクオールのPMSに対する何らかのよい作用が推測される。エクオール含有大豆乳酸菌発酵食品を用いた探索研究において、エクオール摂取によりPMS症状が改善されることが明らかとなり、現在、プラセボ対照二重盲検比較試験を実施中である。最近では、ナトリウム利尿作用をもつビタミンEの一種であるγ-トコフェロール・γ-トコトリエノール、エクオール、カルシウムの複合からなる、γ-トコ複合食品が使用できるようになった。これには月経前の水分貯留症状や精神症状の改善効果が認められており、今後、PMS症状改善への活用が期待される。本講演ではこれら代替医療に応用されるさまざまな物質の概要について説明するとともに、AMED事業の支援を受けて、第二相医師主導治験を実施中である日本初のPMS・PMDD治療薬候補ピリドキサミン（ビタミンB6の一種）についても併せてご紹介したい。

[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、日本産科婦人科学会代議員、日本内分泌学会評議員、日本抗加齢医学会評議員、日本産科婦人科学会女性ヘルスケア委員会小委員長、日本産科婦人科学会専門医・指導医、日本内分泌学会（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

教育セミナー

1. 「進行・再発卵巣がんに対する治療戦略」

東北大学大学院医学系研究科婦人科学分野准教授

島田 宗昭

日本（GOG Japan）からも参画したGOG218試験の結果に基づき、2013年11月、抗VEGFヒト化モノクローナル抗体ベバシズマブ（BEV）が婦人科がんに対して初めての分子標的治療薬として卵巣癌に対する保険承認された。8年以上の年月を経て、BEVは卵巣癌のみならず、進行・再発子宮頸癌に対する保険収載も得て、婦人科悪性腫瘍の日常診療で広く用いられている分子標的治療薬となった。その後、2018年には再発卵巣癌に対して、2019年には進行卵巣癌に対する初回治療後の維持療法としてPARP阻害剤（オラパリブ）が、2020年には進行・再発卵巣がんに対してPARP阻害剤（ニラパリブ）が保険承認された。直近では相同組換え修復欠損（HRD）を有する進行卵巣がんの初回化学療法奏効例に対して、ベバシズマブ・オラパリブ併用維持療法も保険収載された。さらに、免疫チェックポイント阻害薬の治験も活発に行われており、進行・再発卵巣がんに対する治療選択肢が増えることが期待されている。

近年の分子生物学の進歩により、がん遺伝子変異は臓器横断的であることが明らかとなり、2019年6月に次世代シーケンサーを用いた遺伝子変異解析プログラムである「がん遺伝子パネル検査：FoundationOne CDx」も保険収載され、がん治療は新たな展開を迎えた。がんゲノム医療中核拠点病院を中心にがん遺伝子検査パネルは全国展開され、国家プロジェクトとしてがんゲノム情報管理センター（C-CAT）に解析情報を集約、標準治療が奏効しない症例に対して有効と考えられるがん薬物療法候補、臨床試験・治験に関する情報を患者に返送しており、難治性がんである進行・再発卵巣がんに対する新たな治療選択肢として期待されている。一方、分子標的治療薬の併用に際して、予期せぬ合併症が生じる可能性もあり、臨床現場では適切かつ迅速な対応をとれる体制を整備しなければならない。また、医療経済が逼迫する現況において、高額な分子標的治療薬を適切な症例に至適な時期に用いることも考えなければならない。さらに、治療選択肢が増える現況において、治療に難渋する症例に対する「治療中止の決断」はこれまで以上に重要な意義をもつ。

本セッションが、がんゲノム医療が実装され3年経過した時点での課題を皆様と見つめなおす機会とさせていただきます。

【略 歴】

島田 宗昭（しまだ むねあき）

東北大学大学院医学系研究科婦人科学分野准教授

【学 歴】 1995年 鳥取大学医学部医学科卒業

【職 歴】 1995年 同附属病院産婦人科

2000年 同大学院医学系研究科博士課程修了、医学博士取得

2003年 同医学部附属病院助手

2015年 同産婦人科学教室講師

2016年 東北大学病院婦人科准教授

2018年 同大学院医学系研究科婦人科学分野准教授

同病院婦人科長、特命教授

【所属学会】 日本産科婦人科学会、日本癌治療学会、日本産科婦人科内視鏡学会、日本緩和医療学会、日本婦人科腫瘍学会（理事、総務委員会副委員長、専門医制度委員会委員）、日本臨床細胞学会（評議員）、日本癌学会、American Society of Clinical Oncology、International Gynecologic Cancer Society

【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）、日本がん治療学会認定医機構 がん治療認定医、日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医（腹腔鏡）、特定非営利活動法人 婦人科悪性腫瘍研究機構（JGOG）、卵巣がん委員会（委員長）、TR委員会（委員）

教育セミナー

2. 「女性のライフステージを顧慮したシームレスな子宮内膜症治療戦略」

兵庫医科大学医学部産科婦人科学講座准教授

福井 淳史

子宮内膜症は性成熟期の女性に好発し、月経困難症や不妊など女性の生活の質を低下させかねない疾患である。子宮内膜症は10代頃より発症し、性成熟期女性を不妊やその症状から苦しめ、さらに卵巣内膜症性嚢胞は癌化のリスクも有している。

それぞれのライフステージの子宮内膜症女性を診療する機会にはよく遭遇するが、現在の、あるいは将来の挙児希望の有無や症状の程度によってその治療方針は異なる。子宮内膜症患者は、将来の挙児希望がある時期、現在挙児希望がある時期、妊娠時、産褥期から再度挙児希望がある時期、そして挙児希望がない時期へと時々刻々と変化していく。女性のライフスタイル、ライフステージで多くのクリニックや病院がかかわることになるわけだが、それぞれが子宮内膜症をよく理解し、内膜症を悪化させないように、また妊孕性を最大限守り、悪性化を予防できるシームレスな管理をしていくことが肝要であると思われる。

最近の子宮内膜症患者への生殖補助医療を考えると、非常に強い月経困難症を有するよう場合には、単に体外受精・胚移植（IVF-ET）を行うだけではなく、子宮内膜症治療薬を併用しながらIVF-ETを行ったり、将来の挙児希望がある場合には配偶子保存のため卵子凍結を行ったりするようになってきている。

これまで子宮内膜症の診断・治療のゴールドスタンダードは腹腔鏡であった。本年2月、欧州ヒト生殖会議（ESHRE）より最新の子宮内膜症ガイドラインが発刊され、腹腔鏡検査はもはや診断のゴールドスタンダードではないと報告された。現在では画像診断で陰性であった患者や経験的治療がうまくいかなかった、あるいは不適切だった患者にのみ腹腔鏡検査を推奨するとされている。また内膜症に対する手術についても昨年、日本産科婦人科学会から発刊された子宮内膜症取扱規約によると、挙児希望症例では強い疼痛、大きい嚢胞、悪性化の可能性などがなければ手術療法よりはIVF-ETなど不妊治療を優先させることが推奨されている。さらに手術を行う際にも、今後、妊娠を希望する場合には、卵巣機能をいかに温存しながら治療を行うかが非常に重要となる。

本講演では、絶え間なく行われることが望ましいと思われる子宮内膜症管理について概説していきたい。

【略 歴】

福井 淳史（ふくい あつし）

兵庫医科大学医学部産科婦人科学講座准教授

【学 歴】 1995年 弘前大学医学部医学科卒業

1999年 同大学院医学研究科卒業

【職 歴】 2005年 米国シカゴRosalind Franklin University リサーチフェロー

2007年 弘前大学医学部附属病院産科婦人科助教

2011年 同講師

2016年 兵庫医科大学産科婦人科講師

2018年 同准教授

2020年 福島県立医科大学ふくしま子ども・女性医療支援センター特任教授(非常勤)

【所属学会】 日本産科婦人科学会（代議員）、日本生殖医学会（幹事・代議員）、日本生殖免疫学会（幹事・評議員）、日本産科婦人科内視鏡学会（幹事・評議員）、日本子宮鏡研究会（世話人）、国際生殖免疫学会（Treasurer）、米国生殖医学会、米国生殖免疫学会、欧州生殖免疫学会、日本妊娠高血圧学会、日本エンドメトリオーシス学会

【専門医等】 日本産科婦人科学会専門医・指導医、日本生殖医学会生殖医療専門医、日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医（腹腔鏡・子宮鏡）、日本内視鏡外科学会技術認定医、米国生殖免疫学会 Fellow

教育セミナー

3. 「更年期障害への漢方療法～エビデンスと治療のコツ～」

東京歯科大学市川総合病院産婦人科教授

高松 潔

平均寿命の延長に伴い、現代の日本人女性は何と人生の4割以上を閉経後として過ごすため、中高年女性におけるQOLの維持・向上は女性医学における重要なテーマの1つである。とくに更年期の入り口で遭遇する更年期障害は卑近な疾患として軽視されがちであるが、QOLを阻害する重大な疾患であり、想像以上に多くの女性が悩んでいることから、その対処は喫緊の課題となっている。

更年期障害に対する治療としては、非薬物療法としてカウンセリングや心理療法が、また、薬物療法としては、消退したエストロゲンを補うホルモン補充療法（HRT）、漢方方剤を用いる漢方療法、SSRIやSNRIなどの向精神薬投与に加えて、近年、サプリメントとして、大豆イソフラボンの代謝物であるエクオールが利用されている。これらの中で、漢方療法は生体のバランスの維持の重視や心身一如といった特徴が更年期障害治療に適すること、さらに安全性と認知度の高さなどからわが国では広く用いられている。方剤としては、更年期障害の症状への保険適用は30方剤以上にあるが、中でも当帰芍薬散、加味逍遙散、桂枝茯苓丸といういわゆる三大漢方婦人薬が多く用いられており、ある報告によれば約70%にこれらが処方されているという。産婦人科診療ガイドライン婦人科外来編2020にもこれら3方剤が推奨されている。

効果のエビデンスについては、日本東洋医学会漢方治療エビデンスレポートにこれまで14研究21論文が取り上げられているが、日本におけるランダム化比較試験（RCT）としては加味逍遙散について3つの検討が行われている。HRTを対照とした試験では、めまいに対してHRTよりも有意な改善効果、胸部症状に対するHRTへの上乗せ効果が報告されている。また、プラセボ対照RCTでは、「興奮しやすく、イライラすることが多い」に対する一定の効果が示されており、とくにエストロゲンレベル低下の影響が少ない閉経前に強い効果が認められた。これらの試験では安全性についてもあらためて確認されている。また、証の観点からは、更年期障害女性では虚証と虚実中間証が約90%を占めることが報告されており、この点でも加味逍遙散は有効と考えられている。一方、虚となった気・血を補う方剤である補剤も有効であり、とくに十全大補湯では総合的に三大漢方婦人薬と同等の効果を示すとともに、「意欲がわかない」に高い効果を示すことが報告されている。これは日本人女性に多い「隠れ我慢」に有効であると考えられ、QOLの向上に寄与すると思われる。

このような近年の知見から、更年期障害に対する漢方療法は古くて新しい治療法となっていると言える。本講演ではエビデンスの実際と治療のコツをまとめてみたい。明日からの診療のお役に立てれば幸いである。

【略 歴】

高松 潔（たかまつ きよし）

東京歯科大学市川総合病院産婦人科教授

【学 歴】 1986年 慶應義塾大学医学部卒業

【職 歴】 1986年 同産婦人科学教室入局
1992年 ドイツ国ベーリングベルケ社リサーチラボラトリー留学
1995年 慶應義塾大学医学部産婦人科学教室診療医長
2000年 東京女子医科大学産婦人科学教室講師
2002年 国立成育医療センター第二専門診療部婦人科医長
2004年 東京歯科大学市川総合病院産婦人科講師
2007年 同教授
2008年 慶應義塾大学医学部客員教授（産婦人科学）兼任

【専門医等】 日本産科婦人科学会産婦人科専門医・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、日本婦人科腫瘍学会婦人科腫瘍専門医・指導医、日本臨床細胞学会細胞診専門医・教育研修指導医、日本がん治療認定医機構がん治療認定医、日本周産期・新生児医学会暫定指導医、日本女性心身医学会認定医、日本骨粗鬆症学会認定医、日本医師会認定産業医

教育セミナー

4.「卵巣癌に対する手術戦略」

大阪国際がんセンター婦人科副部長

久 毅

2021年に日本産科婦人科学会婦人科腫瘍委員会より報告された卵巣癌・卵管癌・腹膜癌治療症例は7737例で、III期・IV期・NAC症例を合わせると49.1%と約半数が進行癌であった。治療年報では5年生存率がそれぞれ53.1%・30.8%・40.6%で、ここ数年で進行卵巣癌に対するベバシズマブ、PARP阻害剤での維持治療が始まり生存率の改善が予想される。卵巣癌治療において初回手術での残存腫瘍の有無は強力な予後因子であり、完全切除を目指し、かつ正確な手術進行期を診断することが手術治療の基本となる。進行期決定手術は、I~IIA期症例ではそれによりUp stageする可能性があり治療方針や患者への正確な予後の情報提供に重要である。一方でIIB期以上の症例ではLION試験等で系統的リンパ節郭清が全生存期間を改善させなかったとの結果から、本邦ガイドラインでも実施しないことが提案されている。

完全切除を目指すにあたり術前にその実現可能性を予測することは重要である。転移巣のサイズや臨床進行期、術前CT検査や腹腔鏡検査による転移の場所（小腸間膜、肝・肺実質、縦隔リンパ節等）や範囲の把握により不要な開腹、不完全切除症例を減らすことができる可能性がある。またPSの低下や年齢、合併症の有無も完全切除可能かを検討する重要な因子であるが、同時に婦人科腫瘍のエキスパート、外科や泌尿器科と連携が取れているかなど医療を提供する側の因子も大切である。とくに最後の因子は唯一modifyできる因子であり、海外でも手術の質の向上についての報告がなされている。

PDSとIDSの治療成績についてのいくつかの比較検討ではPFSおよびOSは両群で差がないとの報告が多いが、PDS群での完全切除例が低いことや組織型、進行期やPSのバイアスがlimitationとなっている。一方でpredictive indexを用いたSCORPION試験やJCOG0602試験のR0症例は47.6%、30.6%と高い割合であったが、周術期合併症はPDS群で高く、後者の試験では非劣勢が証明できなかった。PDSかIDSかの判断が難しい症例（肝臓や横隔膜、腸管の合併切除が必要な例、合併症併存例、手術枠確保の困難さなど）では、施設により方針が異なるが卵巣癌というheterogeneousな疾患に対してどのように手術戦略を立てるかを検討することは引き続き今後の課題である。

本講演では卵巣癌に対する外科治療戦略について、本邦および海外のガイドラインや文献を中心に当院での治療成績を見直しながらかお話しさせていただく。

【略 歴】

久 毅（ひさ つよし）

大阪国際がんセンター婦人科副部長

【学 歴】	2003年	大阪医科大学医学部卒業
【職 歴】	2003年	大阪大学産婦人科研修医
	2004年	大阪労災病院産婦人科
	2007年	日生病院産婦人科
	2012年	大阪府立成人病センター婦人科
	2016年	がん研有明病院婦人科
	2018年	大阪国際がんセンター婦人科医長
	2019年	同センター婦人科副部長

【専門医等】 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、日本婦人科腫瘍学会婦人科腫瘍専門医、日本臨床細胞学会細胞診専門医

教育セミナー

4. 「卵巢癌手術のクリニカルクエスチョンから見た根治手術の工夫」

京都大学医学部婦人科学産科学教室講師

山口 建

卵巢癌は半数以上が進行期で診断され、組織型や分子生物学的に多様な疾患であるため、個別化医療が求められる。治療は手術や抗がん剤以外に近年は分子標的薬が開発され、個別化医療が実践されつつあるが治療戦略はより複雑になっている。卵巢癌に対する根治手術に関しては、いくつかの重要なエビデンスが存在する。完全切除は最も予後が良く、最大残存腫瘍径が1 cm未満のOptimalな症例は1 cm以上のSuboptimalの症例よりも予後が良好であり、最大残存腫瘍径と予後との関係が指摘されている。このエビデンスから卵巢癌では完全切除を目指した“侵襲性の高い”手術が行われてきた。リンパ節郭清においては、LION試験の結果からIIB期以上のリンパ節腫大を認めない卵巢癌に対する系統的リンパ節郭清術の治療的意義は認めなかった。このことからIIA期までの早期症例ではステージングの系統的リンパ節郭清が行われる一方、このようなIIB期以上の症例は系統的リンパ節郭清を行わないという、手術の侵襲性において早期と進行期の逆転現象が起きている。また、卵巢癌進行期症例に対して初回腫瘍減量手術（PDS）と比較すると術前化学療法後の腫瘍減量手術（IDS）は同等の治療効果である一方で合併症は減ることが報告されている。しかしながらこれらのエビデンスは卵巢癌の多様性や治療の層別化や複雑性を考慮したものではなく、根治を目指した手術戦略において既報ではわからないクリニカルクエスチョンが存在する。手術中に腫瘍が露出、破綻したIC1期は予後が不良なのか、IIA期までの早期症例における系統的リンパ節郭清の意義、腫大リンパ節が術前化学療法により縮小した場合にリンパ節はIDSの際に切除することで予後は改善するか、術前化学療法の回数は何を基準に判断するべきか、など多くの卵巢癌根治手術におけるクリニカルクエスチョンが存在する。既報や当方の検討を基に考察し、これらのデータを基に考えられる手術の工夫を提示したい。

【略 歴】

山口 建（やまぐち けん）

京都大学医学部婦人科学産科学教室講師

- | | | |
|-------|-------|-------------------------------------|
| 【学 歴】 | 1999年 | 大阪市立大学医学部医学科卒業 |
| | 2009年 | 京都大学大学院医学研究科博士課程器官外科学分野婦人科学産科学卒業 |
| 【職 歴】 | 1999年 | 同医学部附属病院研修医 |
| | 2000年 | 大津赤十字病院医師 |
| | 2003年 | 市立長浜病院医師 |
| | 2004年 | 京都大学医学部附属病院医員 |
| | 2009年 | Duke University Medical Center研究留学生 |
| | 2011年 | 日本バプテスト病院部長 |
| | 2013年 | 京都大学医学部附属病院特定病院助教→院内講師 |
| | 2017年 | 国立病院機構京都医療センター病棟医長、同臨床研究センター研究員 |
| | 2019年 | 京都大学大学院医学研究科婦人科学産科学講師 |

【所属学会】 日本産科婦人科学会、日本癌治療学会、日本癌学会、日本婦人科腫瘍学会、日本産科婦人科内視鏡学会、日本周産期・新生児医学会、日本人類遺伝学会等

【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代議員、日本婦人科腫瘍学会専門医、日本エンドメトリオーシス学会幹事、日本臨床分子形態学会評議員

指導医講習会

「産婦人科医療と医療者の安全」

東京神楽坂法律事務所、東邦大学医学部・埼玉医科大学国際医療センター非常勤講師

水沼 直樹

「医療訴訟が増加している」、「産婦人科はやめておけと言われる」等と仄聞するが、本邦の医療訴訟の現状はこの風聞と異なる。確かに、診療科別にみると、産婦人科領域は他の診療科に比べ多い（なお、産科と婦人科の内訳は公表資料が見当たらない）。しかし、本邦における現在の民事の医療訴訟の提起件数は、増加しているわけではなく、ここ10年ほどほぼ横ばいである。患者勝訴率も減少傾向にあり、一般民事訴訟に比べてきわめて低く現在では原告勝訴率は20%を下回っている。また、刑事医療訴訟の詳細は定かではないものの、起訴件数は年数件程度である。

むしろ、産婦人科領域の特徴の1つには、週の勤務時間がきわめて長い点がある。医師の週勤務時間が地域医療確保暫定特例水準を超える医師割合は、①内科系が10.1%、外科系が14.2%、②小児科が11.5%、救急科が14.1%、麻酔科が7.5%、③臨床研修医が13.3%、卒後3～5年目医師が19.4%であるのに対して、産婦人科医は20.5%である。

医療水準に満たない医療行為は過失があると評価されるが、過失の有無をめぐる、各種の診療ガイドラインが証拠提出され、裁判所がそれを前提に過失の有無を判断する。裁判所は、診療ガイドラインに従った治療に対しては、原則として過失がないと判断する傾向があり、診療ガイドラインと異なる治療を行った場合には、過失があると判断する場合もあれば無過失と判断する場合もある。とくに、医療施設の現状として診療ガイドライン推奨の治療が実施できないなどの医療環境がある場合や、診療ガイドラインのevidenceや推奨度が低い場合には過失なしとする傾向がある。現に、肝がんサーベイランスの至適期間をめぐる、診療ガイドラインが推奨する検査期間（C1グレード）と異なる期間で検査した事例において、過失なしと判断している。

ところで、近年、せん妄発症をめぐる、医療安全上の工夫を要すると感ずる事例がある。せん妄は急性脳機能障害の総称であるが、医療者による見落としが多いことが報告されている。せん妄は必ずしも高齢者だけに見られる症状ではなく、年齢はせん妄発生の有意な因子ではないとの報告もある。院内の転倒・転落、徘徊、暴言等のインシデントはせん妄を背景としている可能性があり、せん妄対策が医療安全対策になることが期待されている。2020年4月からせん妄ハイリスクケア加算が認められるなど、本邦でもせん妄対策が期待されている。なお、乳腺外科医が術後回診した際にわいせつ行為を行ったのが術後せん妄に基づく患者の幻覚体験なのかが争われた事例があるが（近年、最高裁判所で无罪判決が破棄差戻しとなり東京高裁に係属中である）、同事例はせん妄対策やせん妄評価、カルテ記載の重要性を学ぶ好例である（COI開示事項なし。ただし紹介事例の担当弁護士であることを申告する）。

【略 歴】

水沼 直樹（みずぬま なおき）

東京神楽坂法律事務所、東邦大学医学部・埼玉医科大学国際医療センター非常勤講師

【学 歴】 2004年 東北大学法学部卒業
2007年 日本大学大学院法務研究科卒業（法務博士）

【職 歴】 2011年 弁護士登録
2013年 医療法人鉄蕉会亀田総合病院（～2018年）
2013年 海事補佐人登録
2020年 東京神楽坂法律事務所（現在に至る）

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

【資 格 等】 弁護士、海事補佐人、弁理士・行政書士登録資格、政策担当秘書名簿登録、他

専門医共通講習：医療安全講習会**「日本の産婦人科医療の取り組みから学ぶ医療安全」**

京都大学医学部附属病院医療安全管理部教授

松村 由美

医療安全への取り組みは、歴史的に変化してきた。1990年ごろに、医療においても他の産業と同じように人による誤りが発生していることが分かってくるようになった。医療安全は、当初はエラーのマネジメントとして始まった。正しい手順や方針を明らかにして、そのとおりに実施することで安全を確保できるという考えに基づいている。ところが、医療は、工場で規格どおりの製品を製造するようなシンプルな工程の積み重ねではなく、患者の病態や変化しうる外部・内部の状況に常に影響され、さまざまな要素が動的に複雑に影響しあうものである。状況に応じた臨機応変な対応がなければ、うまく乗り切ることができない面もある。基準を決めて、そのとおりに実施することを目的とした活動をSafety Iと呼び、状況に応じてより良い安全のために対応を変化させながら対応する活動をSafety IIと呼び、医療にとっては、いずれも重要である。

本教育講演では、日本の産科医療における歴史的経緯を医療安全の文脈で捉えなおす。母子手帳が誕生したのは1942年。1冊の手帳により妊婦と子という2人の人間の健康を管理し、より良い出産と出生後の児の管理をする世界に誇るシステムであり、Safety Iの要素もあるが、Safety IIの活動に近い。医療保険制度もない当時に、システム的な対策が講じられたことは特記すべきことである。また、妊産婦死亡率を減らす取り組みが継続的になされ、1990年ごろからは周産期母子医療センター構想が始まり、新生児死亡率を減らす取り組みがより推進され、さらには周産期医療体制整備が構築され、脳出血合併妊娠等ハイリスク妊婦への取り組みがシステム化された。いずれもSafety IとSafety IIをうまく組み合わせた取り組みである。母体死亡率というデータによって対策のアウトカムを評価しながら、絶え間ない改善活動に取り組んできた産科医療は、医療安全の考え方を説明するための良い教材であり、良いお手本である。

また、産科領域ではチーム医療が重視されるが、より良いチームを作るための考え方として、「心理的安全性」というコンセプトを紹介する。

【略 歴】

松村 由美（まつむら ゆみ）

京都大学医学部附属病院医療安全管理部教授

- | | | |
|--------------|-------|------------------------|
| 【学 歴】 | 1988年 | 京都大学卒業 |
| | 2001年 | 同大学院医学研究科博士課程修了 |
| 【職 歴】 | 2003年 | 京都大学皮膚科助教 |
| | 2010年 | 同講師 |
| | 2011年 | 検査部准教授（医療安全管理室室長兼任） |
| | 2015年 | 同病院教授 |
| | 2017年 | 同医療安全管理部教授（医療安全管理部長兼任） |

【所属学会】 医療の質・安全学会、日本医療安全学会、日本皮膚科学会等**【専門医等】** 日本皮膚科学会専門医、日本皮膚科学会指導医、社会医学系専門医・指導医

一般講演抄録

1

円錐切除既往妊婦における妊娠中期の子宮頸管長と自然早産の関連

大阪母子医療センター

山田 拓馬, 林 周作, 新谷万智子, 山本瑠美子, 山本 亮, 石井 桂介

【目的】円錐切除既往妊婦において自然早産と妊娠中期の子宮頸管長（CL）との関連を明らかにする。【方法】2015年5月から2021年11月までに当院で妊娠24週以前から管理し、分娩となった円錐切除既往のある単胎妊婦を対象として後方視的コホート研究を行った。除外基準は妊娠24週未満の頸管縫縮、破水、分娩とした。CLは妊娠20週0日から23週6日までに測定した最短値を採用し、ROC曲線を用いて自然早産予測に最適なカットオフ値を定めた。自然流産既往、妊娠間隔<12か月、妊娠前BMI<18.5、体外受精、喫煙、CLを説明変数とし、自然早産との関連をロジスティック回帰分析にて検討した。単変量解析で $P<0.2$ であった変数を用いて調整オッズ比（aOR）を算出した。【成績】対象は88例で自然早産率は17.0%であった。ROC曲線による自然早産予測の最適なCLカットオフ値は30mmであった（AUC0.83、感度85.7%、特異度71.6%）。 $CL\leq 30\text{ mm}$ （aOR6.59 [95%信頼区間1.53-28.4]、 $P=0.01$ ）のみが独立した自然早産関連因子であった。【結論】円錐切除既往妊婦における妊娠中期の $CL\leq 30\text{ mm}$ は自然早産のリスク因子である。

2

中隔子宮を伴う不妊不育症に対する子宮鏡下子宮中隔切除術後の妊娠転帰について

大阪医科大学

福西 智美, 劉 昌恵, 橋田 宗祐, 中村真由美, 多賀紗也香, 林 正美, 大道 正英

【目的】中隔子宮は子宮奇形の中で最も頻度が高く不妊不育症の原因となる。初期流産率は44%と最も高く生児獲得率は50%と最も低い。我々は中隔子宮を伴う不妊不育症患者に対し腹腔鏡監視下で子宮鏡下子宮中隔切除術を施行している。今回、妊孕性改善における手術の有用性について検討した。【方法】2010/4～2021/12にMRIで診断した中隔子宮を伴う不妊不育症例16例のうち転帰を得た15例（反復流産10、不妊5例）を対象とした。全身麻酔下に腹腔鏡監視下で子宮鏡下子宮中隔切除術を行い、手術終了時にIUD挿入、3ヶ月後に子宮鏡で内腔を観察、IUD抜去を行い妊娠許可とした。【成績】手術時年齢は平均34.8歳、術後12例に妊娠を認めた。妊娠までの期間は9ヶ月、妊娠方法は自然妊娠7、AIH1、ART4例であった。流産1、生児獲得は9、妊娠継続中2例で、生児獲得率は75%であった。【結論】子宮鏡下中隔切除術は中隔子宮を伴う不妊不育症に対し有用な治療だと考える。

3

巨大な子宮動静脈奇形に対して、子宮腔上部切断術を施行した1例

京都大学

濱口 史香, 寒河江悠介, 山ノ井康二, 奥宮明日香, 浮田真沙世, 砂田 真澄,

滝 真奈, 山口 建, 堀江 昭史, 濱西 潤三, 万代 昌紀

動静脈奇形（AVM）は進行するとシャント血流増加により心不全に至ることがある。今回、骨盤内全体に著明な血管の拡張を認め、手術の可否判断に苦慮した子宮AVMの1例を経験した。症例は54歳、8妊3産、52歳閉経。性器出血を主訴に受診し、CT・MRIで巨大な子宮AVMを認めた。心臓超音波で心負荷を認め、治療が必要と判断した。IVRのみでは治療困難であり、子宮摘出が必要であったが、致死的なリスクがあると考えられた。そこで術前に4回のIVRを施行したところ、血流は著明に減少したが、骨盤内血管系の拡張は残存し、単純子宮全摘術は大量出血のリスクを伴う状態であった。AVMのシャント部位は子宮体部に存在すると考えられたため、両側内腸骨動脈バルーンを留置した上で、子宮腔上部切断術を施行した。出血量は180mlであった。巨大なAVMにおいてはシャントの切除が必要であり、正確なシャント部位の同定と、術前IVRを含めて術中出血に適切に対応することが重要である。

4

当院における術後サーベイランスにおける腔断端細胞診の意義について

大阪大学

渡邊 佑子, 小林 栄仁, 富松 拓治, 澤田健二郎, 橋本 香映, 小玉美智子,
三好 愛, 瀧内 剛, 木瀬 康人, 中川 慧, 木村 正

【目的】子宮体癌術後の腔断端細胞診の有用性は確立されていないものの、本邦では日常診療の中で定期的に行われている。本研究では、子宮体癌の術後サーベイランスとしての腔断端細胞診の意義を後方視的に検討することを目的とした。【方法】2010年1月から2019年12月までに当院で子宮摘出術を施行した子宮体癌症例759例を対象とした。初回治療時の臨床病理学的因子、術後治療、再発形式および再発の診断契機等の情報を診療録より抽出し、解析を行った。【結果】再発は88/759例(11.6%)に認められた。腔再発は再発88例中20例(22.7%)。単独の再発部位としては腔が12例(13.6%)と最も多く、次いで肺が10例(11.4%)であった。腔を含む再発に限ると、診断契機は婦人科診察、症状によるものが15/20例。腔断端細胞診のみで診断されたのは1/20例のみで、細胞診異常直後に肉眼的病変が出現した。【結論】子宮体癌の腔断端再発の多くは丁寧な婦人科診察により診断されている。子宮体癌術後のフォローにおいて、視診を含めた慎重な診察が定期的な細胞診以上に重要であると考えられた。

5

当院における開腹手術後の腸閉塞予防に対する大建中湯の効果についての検討

大阪大学

荻本 宏美, 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, 富松 拓治, 木村 正

【背景】大建中湯は人參、山椒、乾姜、膠飴から構成され、その効能は腹や手足が冷えて、腹痛、嘔吐、膨満感を訴えるものとされており、消化管機能改善や腸管血流の改善に寄与するとする報告がある。【目的】当院では2021年8月より、悪性疾患における開腹手術のクリニカルパスに大建中湯を導入した。大建中湯導入後、術後の腸閉塞発症予防に与えた影響についての評価を本検討の目的とした。【方法】診療記録による後方視的検討。大建中湯導入後のA期間2021年8月～2021年12月と導入前のB期間2020年1月～2021年7月の期間において、術後腸閉塞の発症率、大建中湯によると思われる合併症について比較検討した。【結果】該当のクリニカルパスを使用した症例はA期間48例、B期間102例であった。腸閉塞発症はA期間において1例(2.1%)、B期間10例(9.8%)であった。同期間で、服薬が原因と考えられる重篤な合併症は認めなかった。【考察】大建中湯導入後の方が、腸閉塞発症は少なく、腸閉塞予防に効果がある可能性が示唆された。

6

無心体双胎に対し、ラジオ波焼灼術を施行し生児を得た1例

関西医科大学

福田 桃子, 吉田 彩, 神谷 亮雄, 鈴木健太郎, 武田 恵美, 牧野 琴音, 牧野 博朗,
高野 苗江, 福田 久人, 服部 葵, 西端 修平, 安原 由貴, 森川 守, 岡田 英孝

【緒言】無心体双胎とは、一絨毛膜性双胎の約1%に発症する特異的な病態で、無心体と無心体へ血液を供給するPump児からなる。血流が持続し成長した場合、Pump児は高拍出性心不全となり、胎児水腫や胎児死亡に至る可能性がある。今回、無心体双胎にラジオ波焼灼術(RFA)を行い、生児を得た症例を経験した。【症例】26歳、1妊0産、自然妊娠。妊娠11週2日、一絨毛膜二羊膜双胎、一児の發育不全、形態異常の疑いで紹介となった。一児の頭部は確認できず、痕跡的心臓、浮腫及び腔水症、Pump児より逆行性血流を認め、無心体双胎と診断した。16週まで血流は持続し、無心体/Pump児腹囲 ≥ 1.0 で、胎児治療の適応と考え、16週2日にRFAを行った。血流は遮断されたが、preterm PROMを認め、30週6日に経陰分娩となった。無心体は胎盤に付着し娩出された。児は出生体重1508g、日齢85にNICUを生存退院した。【結語】RFAには前期破水や早産などのリスクがあり、経過を慎重に診ていく必要がある。

7

強度の腰椎後弯のため閉鎖時に椎体切除を要した脊髄髄膜瘤の1例

和歌山県立医科大学

重根 光, 八木 重孝, 南條佐輝子, 中田久実子, 八幡 環, 溝口 美佳,
太田 菜美, 南 佐和子, 井篁 一彦

脊髄髄膜瘤は出生後早期に髄膜瘤閉鎖術が行われる。今回、脊椎の後弯変形が著明であり、髄膜瘤閉鎖術の際に、椎体切除を要した症例を経験したので報告する。21歳の1経産婦。妊娠24週の胎児超音波検査にて仙骨部に腫瘍陰影を認め、当院紹介受診された。初診時の超音波検査にて、水頭症、脊髄髄膜瘤および腰椎後弯を認めた。胎児MRIにて同様の診断であり、NICUおよび脳神経外科と検討し、新生児の手術の準備を整え、妊娠37週0日に選択的帝王切開を実施した。日齢1に髄膜瘤閉鎖術を施行したが、腰椎の後弯変形が著明で閉鎖不可能であったためL3-4の椎体切除を行った。術後は、髄液瘻等なく創部の管理も可能となっており、哺乳力も向上している。今回、椎体切除後の経過は良好である。一方、後弯については依然認められた。年齢と共に進行し、児の呼吸機能および循環動態にも影響するため、いずれかの時期に矯正手術が必要となる。まとまった症例報告は少なく、今後も更なる検討が必要と思われた。

8

21トリソミー児の超音波ソフトマーカーである大腿骨長短縮に関連する因子

大阪母子医療センター

上東真理子, 上東真理子, 金川 武司, 和形麻衣子, 山本 亮, 石井 桂介

【目的】21トリソミー（T21）児の超音波ソフトマーカーに大腿骨長（FL）短縮があるが、FL短縮の機序は不明である。T21のFL短縮に関連する因子を明らかにする。【方法】1998年～2020年に当院で出生したT21児を対象とした後方視的研究である。妊娠34～38週または出生直前のFL値と児頭大横径（BPD）値を用いたFL短縮（ $FL \leq 0.91 \text{ MoM for BPD}$ ）に関連する因子を、母体因子（年齢、身長、内科疾患）、胎児・分娩因子（胎児発育不全、羊水過少、胎児機能不全）、出生児因子（性別、在胎不当過小児、形態異常、合併症）について、ロジスティック回帰分析を用いて粗オッズ比（cOR）を算出した。【結果】対象は136例であった。FL短縮は63例（46%）、正常は73例（54%）で、甲状腺機能低下のみ有意な関連を認めた（cOR: 3.40; 95%信頼区間: 1.66-6.98; $P < 0.001$ ）。【結論】T21児のFL短縮に関連する因子は甲状腺機能低下であることが示唆された。

9

早期に胎内診断でき健児を得た双胎隔膜を走行する前置血管の1例

京都府立医科大学附属北部医療センター

山下 優, 北村 圭広, 渡邊 亜矢, 菅原 拓也, 黒星 晴夫

【緒言】前置血管はワルトン膠質支持のない胎児血管が内子宮口上の卵膜を走行するものと定義され、出生前未診断の場合56%で児死亡に至る。今回、DD twinで双胎隔膜を走行する前置血管を早期診断でき健児を得た例を経験したので報告する。【症例】24歳。G2P1。自然妊娠でDD twinと診断され妊娠8週に当院紹介となった。妊娠18週に経膈・経腹超音波で双胎隔膜を走行し胎盤底部側に流入する前置血管を認めた。慎重な外来管理を行ったが妊娠29週に前期破水、NRFSや胎児貧血はないが分娩進行の可能性が高いと判断し、高次施設へ搬送した。翌日緊急CSを行い、子宮切開創下を臍帯血管が走行していたが、両児とも健児であったと報告を受けた。【考察】前置血管は胎盤異常や多胎等がリスクだが、出生前診断された場合の児死亡率は3%であり、胎内診断が重要である。血管走行によってはCS時の破膜にも注意を要する場合もある。【結語】胎盤の位置異常だけでなく、前置血管も注意深く観察することが重要である。

10

子宮底部から子宮口近くまで臍帯卵膜走行を認めたが外回転し経膈分娩に至った1例

大阪大学

後藤 剛, 味村 和哉, 角田 守, 戸田有朱香, 中村 幸司, 平松 宏祐,
三宅 達也, 木村 敏啓, 遠藤 誠之, 木村 正

臍帯卵膜付着は分娩中に胎児心拍異常を生じやすく、緊急帝王切開率も高いとされるが、分娩様式や時期に関する明確な基準はない。今回我々は、内子宮口近くに臍帯卵膜付着があり分娩方針に悩んだ症例を報告する。症例は38歳女性、3経妊1経産。排卵誘発およびタイミング法にて妊娠成立。妊娠30週に臍帯卵膜付着および前置血管が疑われ当院紹介となる。妊娠33週の腹部MRIでは、胎盤は子宮底部付着で、臍帯血管は体下部まで長く卵膜走行し、臍帯付着部から内子宮口までの距離は7cmであった。前置血管は認めず。妊娠36週に-1.7SDのFGRを認め、以降週2回のモニターを実施。胎位異常を繰り返しており分娩様式について繰り返し相談したが最終的に経膈分娩を希望したため、妊娠38週5日に横位であった児を外回転し、同日より分娩誘発を開始し経膈分娩に至った。分娩中の胎児心拍異常は軽度変動一過性徐脈のみであった。臍帯血管の卵膜走行距離は最長約15cmであった。

11

胎盤病理所見で典型的な所見が得られた先天梅毒による子宮内胎児死亡の1例

京都桂病院

家村 洋子, 下地 彩, 宗万 紀子, 水津 愛, 岩見州一郎

梅毒の報告数は2011年頃から増加しており、近年は20代女性の感染者が増加している。それに伴い先天梅毒の報告者数も年間20-25例程度へと増加している。今回、母体の血液検査と胎盤病理所見で典型的な所見が得られた先天梅毒による子宮内胎児死亡の1例を経験したので報告する。症例は22歳、初産婦、急性腹症を主訴に救急搬送された。妊娠の自覚はなかったが、入院時に妊娠23週相当、陣痛発来、子宮内胎児死亡と診断した。到着15分後に経膈分娩に至った。胎児に明らかな外表奇形は認めなかったが、胎盤重量:411gと推定週数に比して重かった。分娩後の血液検査で、TP抗体とSTSが陽性と判明した。再度外診所見を確認し、外陰部の扁平コンジローマ、腋窩の丘疹や手掌紅斑を認めたため梅毒Ⅱ期と診断した。後日、胎盤病理検査の免疫染色でトレポネーマ陽性と判明し、先天梅毒による子宮内胎児死亡に至った可能性が高いと判断した。本症例は未受診妊婦であり、妊娠初期に診断・治療が行えず、胎児超音波も不十分であったが、原因検索の一つに胎盤病理検査が有効であった。

12

妊娠20週の前期破水後流産症例の胎盤病理からウレアプラズマが絨毛膜羊膜炎の起因菌と同定した1例大阪医科薬科大学¹⁾, ふじたクリニック²⁾小川 範子¹⁾, 大門 篤史¹⁾, 布出 実紗¹⁾, 永易 洋子¹⁾, 丸岡 寛¹⁾,
杉本 敦子¹⁾, 佐野 匠¹⁾, 藤田 太輔¹⁾, 藤田 富雄²⁾, 大道 正英¹⁾

[はじめに]前期破水の主な原因として絨毛膜羊膜炎(CAM)がある。腔内細菌叢が変化する細菌性陰症は早産や前期破水のリスクである。今回妊娠20週に前期破水後に流産となった症例で、胎盤病理検査からCAMと診断し、その起因菌がウレアプラズマと同定できた1例を報告する。[症例]35歳のG2P1で自然妊娠成立し、妊娠18週6日に前期破水の診断で入院となった。塩酸リトドリンによるtocolysisを行ったが、妊娠20週1日に陣痛発来し、流産(300g, 男児)となった。胎盤は非常に脆弱であり、卵膜に黄染を認めた。胎盤病理検査よりCAM(Blanc分類Ⅲ°)と診断した。またパラフィンブロックよりウレアプラズマDNAが検出され、病理所見とあわせて起因菌と判断した。[考察]早期前期破水やCAMの症例に対して胎盤病理検査を行うことで、特徴的な胎盤病理所見の有無やPCR検査による起因菌の同定が可能な症例がある。また、起因菌が判明することで次回妊娠に向けて起因菌の除菌や定期的な観察をすることで、流産を予防できる可能性がある。

13

Pompe 病合併妊娠の 1 例

神戸市立西神戸医療センター

清瀬ますみ, 夏山 貴博, 小菊 愛, 登村 信之, 森上 聡子, 近田 恵里, 佐原裕美子

【緒言】Pompe 病は酸性 α -グルコシダーゼの遺伝子変異により発症する常染色体劣性遺伝形式の先天代謝異常症である。基質であるグリコーゲンが骨格筋などのライソゾームに蓄積し、筋力低下を中心とした症状を発症する。今回我々は、Pompe 病合併妊娠の 1 例を経験したので報告する。【症例】39 歳, G1P0, 15 歳時に Pompe 病と診断された。妊娠経過は異常無かったが、徐々に筋力低下により ADL 低下し通院困難となったため、妊娠 27 週 0 日に当院に紹介となった。酵素補充療法を前医で 2 週に 1 回施行されており、当院でも継続した。妊娠経過は順調であり、著しい筋力低下、呼吸器症状悪化なども認めなかった。妊娠 38 週 0 日に妊娠高血圧症候群のため管理入院となり、妊娠 38 週 1 日より誘発分娩の方針とした。分娩経過は異常無かったが、微弱陣痛による分娩停止に対して吸引分娩により児を娩出した。【考察】Pompe 病合併妊娠は確立された分娩方針は無いが、経膈分娩が可能であった 1 例を経験した。文献的考察を加えて報告する。

14

中等度大動脈弁狭窄症 (AS)・高度大動脈弁逆流 (AR) 合併妊娠の 1 例

京都府立医科大学

沼田 朋子, 田中佑輝子, 長澤 友紀, 志村 光揮, 沖村 浩之, 馬淵 亜希,
藁谷深洋子, 森 泰輔

【緒言】AS/AR を有する重症心疾患合併妊娠の 1 例を経験したので報告する。【症例】33 歳, 1 妊 0 産。先天性 AS に対し、8 歳時に大動脈弁交連切開術を施行していた。中等度 AS・高度～中等度 AR を近医で経過観察されており、妊娠を契機に当院紹介となった。妊娠 21 週に LVEF 49%, BNP 26.9 pg/ml, Modified WHO II～III であり、妊娠禁忌ではないが高リスク群と診断した。妊娠 25 週より入院管理とし、持続心電図モニタリング管理を行った。入院後、心室性期外収縮を認めたが増加せず経過した。BNP は 5.8 pg/ml (30 週), 12.4 pg/ml (34 週) で推移した。循環器内科, 小児科, 麻酔科, ICU とカンファレンスを行った。妊娠 36 週 1 日に帝王切開術を行い、2033 g の女児を出産した。術後は ICU 管理とし、心臓超音波検査を行いながら術後の輸液管理を行った。【結語】重度心疾患合併妊娠に対して、他科と連携し管理を行うことで安全に周産期管理しえた。

15

脊髄性筋萎縮症 2 型合併妊娠の 1 例

大阪大学

岡 愛実子, 中村 幸司, 角田 守, 戸田有朱香, 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】脊髄性筋萎縮症 (SMA) は進行性の筋萎縮と筋力低下を特徴とする遺伝性疾患であり、妊娠に与える影響として呼吸機能低下、早産、帝王切開率上昇が問題となるが、特に自立歩行歴のない II 型症例の妊娠に関する報告は殆どない。今回、当院で SMAII 型合併妊娠の周産期管理を行ったため報告する。【症例】24 歳, 1 妊 0 産。生後 10 ヶ月頃より運動発達遅滞を認め、幼少期より車椅子生活を送り、8 歳で筋生検にて SMAII 型と診断された。自然妊娠成立し、妊娠 27 週に当科紹介された。両下肢は著明に萎縮し、軽度の側弯症及び拘束性換気障害を認めた。深部静脈血栓症や心機能低下は認めなかった。妊娠経過に異常認めず、妊娠 36 週 0 日、脊椎麻酔下の選択的帝王切開術により分娩し、現在母子ともに産後経過良好である。【結語】SMAII 型合併妊娠の周産期管理を行った。SMA 合併妊娠では特に自立歩行困難な症例で呼吸機能や運動機能が低下する可能性があるため、妊娠中の身体機能の評価、適切な分娩様式や分娩時期の検討が重要である。

16

脊髄小脳変性症 (Machado-Joseph 病) 合併妊娠の1例

兵庫県立丹波医療センター

中村 昌平, 望月 慎介, 辻麻 亜子, 武田 晃子, 中島 由貴, 丸尾 原義

脊髄小脳変性症は、小脳性あるいは後索性の運動失調を主要な徴候とする神経変性疾患で、錐体路、錐体外路症候や自律神経症候などを伴うこともある疾患である。我が国における有病率は人口 10 万人あたり 18.6 人であり、妊娠との合併はさらにまれである。本邦での報告はほとんどなく、分娩時の合併症や分娩後の対応についての知見は乏しい。脊髄小脳変性症の一種で常染色体優性遺伝を示す Machado-Joseph 病合併妊娠の1例を経験したので報告する。症例は 23 歳、G3P2、19 歳時より歩行障害が出現、20 歳時に遺伝子診断で確定診断を受けていた。妊娠 17 週で前医より紹介され当科初診。以後、妊娠経過順調であったが、徐々に歩行困難、転倒等の神経症状の進行あり 36 週 0 日に計画分娩にて経陰分娩となった。児は 2530g、男児、Apgar score 8/9 点。外表奇形なく、神経学的にも異常所見は認めなかった。第一子、第二子ともに遺伝子診断を受けておらず、現在、遺伝カウンセリングを勧めている。

17

エクリズマブ投与が奏効した発作性夜間ヘモグロビン尿症合併妊娠の1例

大阪大学

辻 沙織, 平松 宏祐, 角田 守, 戸田有朱香, 中村 幸司, 三宅 達也,
味村 和哉, 木村 敏啓, 遠藤 誠之, 木村 正

発作性夜間ヘモグロビン尿症 (PNH) は補体による血管内溶血を主徴とする稀な造血幹細胞疾患で、妊娠中は血栓症、流早産、胎児発育遅延、妊娠高血圧症候群等の合併症が問題となるが、近年、抗 C5 抗体薬エクリズマブの投与により妊娠・分娩に至る症例も報告されている。今回我々は PNH 治療直前に妊娠が判明したが、エクリズマブ投与により無事出産に至った症例を経験したので報告する。症例は 23 歳、1 経妊 0 経産、18 歳時に再生不良性貧血と診断され、抗胸腺グロブリン投与により病状は安定していた。22 歳時に溶血所見が出現し PNH と診断され、他院で治療予定であったが、治療前に妊娠が判明したため妊娠 14 週で当院紹介となった。当院で PNH に対するエクリズマブ投与、貧血に対する輸血、血栓予防のためのヘパリン投与、妊娠高血圧症候群予防のための低用量アスピリン投与を行い、溶血所見は改善を認めた。以降、同治療を継続し、38 週で 2590g の女児を経陰分娩した。PNH 症例でも原疾患の治療と合併症の効果的な予防により妊娠・分娩が可能である。

18

硬膜外麻酔分娩を行った完全対麻痺患者の1例

神戸市立医療センター中央市民病院

畑山 裕生, 小山瑠梨子, 奥立みなみ, 松林 彩, 谷村 昌哉, 田辺優理子, 佐藤 晋平,
前田振一朗, 荻野 敦子, 中村 充宏, 小池 彩美, 山添紗恵子, 崎山 明香, 川田 悦子,
林 信孝, 大竹 紀子, 青木 卓哉, 吉岡 信也

今回我々は、脊髄損傷による完全対麻痺となったのち自然妊娠し硬膜外麻酔分娩により良好な分娩経過を得た1例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。症例は 36 歳、1 回経産、第1子を出産後に外傷により Th 11 レベルの完全対麻痺となった。その後自然妊娠成立し当院で妊婦健診を施行、妊娠中は入院加療を要するような合併症は認められなかった。分娩方法は、低位胸髄損傷例でも分娩進行時の自律神経過反射 (AH: Autonomic hyper-reflexia) を起こした報告があることから、硬膜外麻酔併用による計画分娩の方針とした。妊娠 38 週 1 日に L3/4 レベルで硬膜外チューブを留置し同日より分娩誘発を開始、麻酔レベルの確認が困難であったため自覚症状やバイタル変動に注意しながら分娩管理を行った。分娩経過中に AH を疑うような症状の発現やバイタル変動は見られず、オキシトシン 72mL/h、総分娩時間 5 時間 5 分で経陰分娩に至った。産後は DVT 予防のためヘパリンを投与し翌日に硬膜外チューブを抜去、産褥 4 日目に自宅退院となった。

19

当院の1型糖尿病合併妊娠9例の検討

京都医療センター

北野 照, 江本 郁子, 天野 泰彰, 宇治田麻里, 上田 匡, 岸本 尚也,
田村 紗也, 市川 尚寛, 住永 優里, 安彦 郁

【目的】1型糖尿病（T1DM）合併妊娠では血糖の変動が生じやすく母体や胎児に様々な合併症をきたすことが知られている。T1DM 合併妊娠に関する母児の転帰について検討した。【方法】2017年1月から2021年12月までの5年間に当院で分娩したT1DM 合併妊娠9例の周産期予後を検討した。【結果】年齢の中央値は34歳、初産婦5例、非妊娠時BMI中央値22.5であった。糖尿病合併症はⅡ期の腎症を1例に認めた。妊娠中の血糖コントロール法は、センサー付きポンプ療法が7例、持続皮下インスリン注入療法が2例であった。HbA1c中央値は妊娠前7.4%、分娩後6.3%であった。分娩週数の中央値は37週で、早産は3例、うち1例は妊娠高血圧腎症であった。5例は選択的帝王切開、2例は分娩停止で緊急帝王切開、2例は経陰分娩で、器械分娩はなかった。出生体重の中央値は3604g、Heavy-for-date児を6例認めた。先天奇形を認めなかった。新生児低血糖を2例認めた。【結論】T1DM 合併妊娠では、血糖コントロールは妊娠前と比較し良好であったにも関わらず、帝王切開率が高く、Heavy-for-date児が多かった。

20

穿孔部位から子宮筋層内妊娠破裂の可能性が考えられた1例

神戸大学

鷺尾 佳一, 加地 崇裕, 久保田いろは, 吉本梓希子, 山中啓太郎, 富本 雅子,
清水 真帆, 笹川 勇樹, 西本 昌司, 長又 哲史, 山崎 友維, 寺井 義人

筋層内妊娠は稀である。子宮筋層の損傷が原因であり、帝王切開術や筋腫核出術だけではなく生殖補助医療の関与も指摘されている。今回、妊娠初期に子宮破裂から出血性ショックとなり、術中所見から子宮筋層内妊娠破裂の可能性が考えられた症例を経験したので報告する。症例は41歳、2経妊1経産、自然妊娠成立後、前医で子宮腔内に胎嚢を認めていたものの、間質部妊娠の可能性も指摘されていた。妊娠8週に突然の腹痛を認め、当院へ搬送となった。経陰超音波にてダグラス窩に胎嚢を確認した。出血性ショックに至っており、同日緊急腹腔鏡下手術を施行した。術中所見では子宮後壁左側に穿孔を認めたが、卵管間質部からは離れた位置であり、筋層内妊娠の可能性が示唆された。子宮筋層を楔状に切除し、左卵管も摘出し、術後7日目退院となった。本症例は破裂部位から筋層内妊娠の可能性が示唆されたが、過去に子宮内容除去術の既往があり、筋層内に損傷があった可能性も考えられる。筋層内妊娠は非常に稀で診断も難しいが、破裂のリスクも高く、文献的考察を含めて報告する。

21

当院における異所性妊娠に対するメトトレキサート療法の検討

日本生命病院

植田 真帆, 八田 幸治, 新垣佑里香, 田村 聡, 藤吉恵津子, 金光 麻衣,
志村 寛子, 岡藤 博, 宮本真由子, 邨田 祐子, 田中 絢香, 矢野 悠子,
高山 敬範, 潮田 至央, 橋本奈美子

【目的】異所性妊娠に対するメトトレキサート（MTX）療法は、一般的になりつつあるが、MTX投与前の経陰超音波画像がMTX療法の治療成績と関与するか後方視的に検討したので報告する。【方法】2010年10月～2021年12月にMTX療法を行った100症例を対象とした。MTX投与前の経陰超音波で子宮外に血腫などの何らかの所見がある群（57例）、ない群（43例）に分け、さらに所見がある群を胎嚢あり群、胎嚢なし群の2群に分け比較検討した。検討項目はMTX療法で治療し得た症例をMTX療法の成功と定義し、各群のMTX療法の成功率を比較検討した。初回治療で手術を行った症例は除外した。【成績】MTX療法の成功率は全体が77.0%（77/100例）であった。所見なし群の成功率は95.3%（41/43例）で所見あり群;63.2%（36/57例）より有意に高かった。胎嚢あり群は47.6%（10/21例）で有意に胎嚢なし群;65%（13/20例）より成功率は有意に低かった。【結論】MTX療法において経陰超音波画像で子宮外に胎嚢を認める症例は成功率が低く、厳格な管理が必要であることが示唆される。

22

卵管摘出後に生じた persistent ectopic pregnancy の1例

大阪市立大学

藤東 温子, 羽室 明洋, 吉田 智弘, 瀬尾 尚美, 末光 千春, 小西菜普子, 福田恵梨子,
栗原 康, 田原 三枝, 三杵 卓也, 橘 大介

Persistent ectopic pregnancy (PEP) は異所性妊娠手術における術後合併症の1つとして知られており、卵管摘出術を行った場合の PEP は 0.2-0.4% と報告されており非常に稀である。今回当科で経験した卵管摘出後に生じた PEP 症例を報告する。症例は 24 歳、2 妊 1 産、帝王切開既往あり。妊娠 7 週相当で下腹部痛を主訴に前医受診し、血中 HCG 5564 IU/L で、腹腔内出血も認めたため異所性妊娠の疑いにて開腹手術となった。術中診断は右卵管妊娠破裂で右卵管摘出を行った。術後 14 日目に HCG の低下も認め、病理検査でも卵管内に絨毛組織を認めた。術後 33 日目に急激な腹痛、腹腔内出血および HCG の再上昇を認め、PEP を疑われ当院に紹介となった。当院での腹腔鏡下手術では、腹腔内は血性腹水を認め、右付属器、腹壁、大網が癒着していた。癒着を剥離する過程で、絨毛組織と考えられる箇所は可能な限り摘出し焼灼止血を行った。再手術後 13 日目には血中 HCG は陰性化し、術後病理結果で摘出した大網組織の 1 ヲ所から絨毛組織が確認された。本症例を文献的考察や術中画像を含めて提示する。

23

当院における経腔分娩に起因する外陰・腔壁血腫の検討

大阪市立大学

中本 江美, 羽室 明洋, 吉田 智弘, 瀬尾 尚美, 末光 千春, 小西菜普子, 福田恵梨子,
栗原 康, 田原 三枝, 三杵 卓也, 橘 大介

外陰・腔壁血腫は分娩時大量出血の原因の1つであり、止血困難な症例もあり治療に苦慮する疾患である。今回、2015 年 1 月から 2021 年 12 月までの 7 年間に当院で治療を行った 32 症例を対象に、当院での治療内容を検討した。患者背景は、年齢（平均値）30.4 歳、初産 29 例、経産 3 例、自然経腔分娩 20 例、吸引分娩 12 例であった。また、IVR (Interventional Radiology) を要した症例が 7/32 例、血腫除去手術を施行した例が 20/32 例あり、輸血を要した症例が 20/32 例あった。発表では特に治療に難渋した症例を提示する。1 例目は吸引分娩後に DIC (播種性血管内凝固症候群) をきたし、子宮からの強出血と腔壁血腫のためバイタルサインが不安定となり、血腫除去術とバクリバルーン留置し大量輸血を要した。総出血量 4970g であった。2 例目は慢性骨髄性白血病合併妊娠で 31 週 0 日に陣痛発来で経腔分娩となったが、計 3 回血腫除去術を要し IVR で止血し得た。文献的な報告も含めて外陰・腔壁血腫治療の後方視的検討を提示する。

24

**産後出血に対し大動脈閉塞バルーンを使用中に高カリウム血症による
心停止を来した症例**

大阪市立総合医療センター

北田 紘平, 中本 収, 長辻真樹子, 井上 基, 松木 厚, 柳井 咲花, 小松 摩耶,
三田 育子, 片山 浩子, 西本 幸代, 中村 博昭

Intra-aortic balloon occlusion (IABO) は外傷性ショックだけではなく産科危機的出血に対しても有用性が示されている一方、長時間の閉塞は臓器虚血-再還流障害のリスクがある。今回産後出血に対し IABO 使用時に心停止となった症例を経験したので報告する。症例は 38 歳、1 妊 0 産。他院で自然経腔分娩後、胎盤娩出時に子宮内反症を認め当院へ母体搬送となった。来院時血圧 50/30mmHg 脈拍 165/分とショックバイタルであり、救命救急科にて IABO 挿入された。輸血後バイタルは安定し、全身麻酔下に内反整復術を試みたが IABO をデフレーションした後に心停止となった。血液検査では K 6.5mEq/l と高カリウム血症を認め、心停止前の心電図は wide QRS であり抹消側での臓器虚血により再還流時に高カリウム血症をきたし心停止に至ったと考えられた。2 分の心停止後心拍再開、血液透析を行い、血中カリウムは低下した。子宮内からの出血持続しており子宮温存は困難と判断し子宮摘出を行った。IABO は出血性ショックに対し有効であったが再還流障害には十分注意する必要があると考えられた。

25

初期対応から他科と連携することで救命し得た子宮型羊水塞栓症の1例

京都第一赤十字病院

小嶋 哲, 西 茜, 長澤 友紀, 藪本 和也, 赤澤 美保, 山田 惇之, 川俣 まり,
松本真理子, 安尾 忠浩, 大久保智治

37歳, 2妊2産。妊娠38週2日に既往帝王切開および前期破水のため他院で緊急帝王切開術を施行された。約3000 mLの出血および術後にショックバイタルが持続するため当院に搬送となった。当院到着後もショックバイタルおよび大量の性器出血を認め、救急科と共に全身管理およびシース挿入を行った。造影CTで子宮右側からの出血を認め、放射線科で緊急塞栓術を施行した。右子宮動脈など複数個所の塞栓術を施行し、ショックバイタルは離脱したが、大量性器出血は改善せず、開腹手術を施行した。術中所見では、子宮収縮剤やマッサージに反応しない腫大した子宮を認め、子宮型羊水塞栓が疑われた。子宮全摘術を施行し、出血量は合計8600 mLであった。手術後、ICUに入室したが、術後1日目に一般病棟管理となり、術後4日目に児が入院中の前医に転院とした。羊水塞栓症は妊産婦死亡をきたす最も頻度の高い疾患であり、初期対応の段階から他科と綿密に連携しながら対応することが重要である。

26

妊娠32週で切迫早産入院中に子宮破裂を発症した1症例

大阪市立大学

川島 皓雄, 三枚 卓也, 吉田 智弘, 柴田 悟, 福田恵梨子, 末光 千春, 小西奈普子,
瀬尾 尚美, 栗原 康, 田原 三枝, 羽室 明洋, 中野 朱美, 橘 大介

【緒言】子宮破裂は稀である上に症状などに特異的な所見を呈しないため診断に苦慮する。今回、切迫早産で入院中に発症した子宮破裂の1症例を経験したので報告する。【症例】32歳3妊2産（帝王切開2回）。妊娠31週6日、中等量の性器出血を認め切迫早産で入院となった。子宮収縮は認めなかったため tocolysis は行わず、安静のみで経過観察を行った。妊娠32週5日、下腹部痛および規則的な子宮収縮を認めたが、CTG、血液検査及び超音波検査で常位胎盤早期剥離を疑う所見は認めなかった。切迫早産の増悪と判断し tocolysis を開始したが疼痛症状は持続、診察上子宮に一致した圧痛を認めた。子宮破裂が否定できなかったため同日緊急帝王切開を行った。術中所見は、子宮体部前壁に2 cm程度の裂創及び同部位より出血・凝血塊の形成を認め子宮破裂の診断に至った。【結語】子宮破裂は稀な疾患であるが、子宮に局限した疼痛や圧痛が持続する場合は同疾患を念頭に置く必要がある。

27

経腔超音波で一絨毛膜一羊膜双胎の二児共に無頭蓋症と診断した1例

奈良県立医科大学

藤井 健太, 三宅 龍太, 山本皇之祐, 前花 知果, 脇 啓太, 市川麻祐子,
赤坂珠理晃, 木村 文則

症例は36歳, 2妊1産。自然に妊娠が成立し、妊娠9週0日に膜性を一絨毛膜一羊膜双胎と診断した。妊娠11週0日の経腔超音波検査で二児ともに頭蓋骨に被覆されない脳実質組織を認めたため、両児の無頭蓋症と診断した。また、二児の臍帯付着部は近く高度の巻絡があり、一児には三尖弁逆流、もう一児には胸水、静脈管逆流、単一臍帯動脈、臍帯動脈血流逆流を認めた。本人へ情報提供を行い、妊娠を継続しない方針となった。無頭蓋症は致死的な疾患で頻度は10,000出生に1から5例と稀である。神経管閉鎖不全の一種であり、羊水への暴露や物理的刺激により脳組織が損傷され、脳脱出や無脳症と連続する疾患として捉えられている。双胎の二児ともに無頭蓋症であった症例の報告は極めて稀である。診断に至った画像所見および文献的考察を報告する。

28

ICGによる腸管血流評価が有用であった5mmポートサイトヘルニアの1例

大阪大学

林田はるえ, 小林 栄仁, 中川 慧, 木瀬 康人, 瀧内 剛, 三好 愛, 小玉美智子,
橋本 香映, 澤田健二郎, 上田 豊, 富松 拓治, 木村 正

【緒言】近年 indocyanine green (ICG) の使用による腸管血流評価の有用性が示されている。今回我々は、腹腔鏡手術後に発症した5mmポート孔でのポートサイトヘルニアに対しICGを使用した1例を経験した。【症例】70代, G2P2, 子宮体癌の診断で手術を予定。術中迅速病理診断の結果, 子宮体癌筋層浸潤は1/2以下, grade1であったため腹腔鏡下单純子宮全摘術+両側付属器摘出術+骨盤リンパ節郭清術を実施した。最終診断はpT1aNOMO, FIGO stage IA, 類内膜癌 grade1であった。術後経過は良好であったが, 術後第6病日, 左下腹部の5mmポート創の皮下に径2cm程度の腫瘤を認め, その後急速に増大, 造影CTで5mmポート孔への小腸ヘルニア嵌頓と診断した。緊急ヘルニア解除術後, ICGを静注し, 近赤外光内視鏡システムで小腸の血流不全がないことを確認。ヘルニア解除のみで手術を終了し, 術後経過問題なく術後第8病日に退院とした。【結語】ポートサイトヘルニア解除術後に実施したICG使用による腸管血流評価は, 非侵襲的かつ簡便で有用な選択肢となり得る。

29

再発性卵巣顆粒膜細胞腫に対して腹腔鏡下摘出術を施行した1例

大阪医科大学

齋藤 駿介, 田中 良道, 西江 瑠璃, 上田 尚子, 橋田 宗佑, 宮本 瞬輔, 寺田 信一,
古形 祐平, 藤原 聡枝, 田中 智人, 恒遠 啓示, 大道 正英

卵巣顆粒膜細胞腫は稀に再発をきたし長期間の経過観察が必要とされている。今回, 卵巣顆粒膜細胞腫の孤発性再発腫瘤を腹腔鏡下手術で摘出した1例を経験したため報告する。症例は78歳, 2経産。既往歴として7年前に卵巣顆粒膜細胞腫(成人型)で腹式単純子宮全摘術+両側付属器摘出術を施行されている。pT1a NX MO, I期の診断で術後補助療法なしで経過観察されていた。経過観察中のCT画像で右上側腹部に3×6cm大の腫瘤が認められた。腫瘍マーカーはCA125 12.3 U/ml, E2 5.1 pg/mlと基準値内であった。孤立性で摘出可能と判断し, 腹腔鏡下手術を施行した。腫瘤は大網に存在し, 腸管や腹壁との癒着はごくわずかで, 皮膜破綻なく肉眼的に完全摘出できた。病理組織検査で成人型顆粒膜細胞腫再発と診断した。術後補助療法なしで経過観察中であるが現在再発兆候はみられない。卵巣顆粒膜細胞腫再発例に対する治療は様々であるが, 本症例のように孤発性で摘出可能な場合は腹腔鏡下手術も選択肢の一つであると思われる。

30

卵巣腫瘍合併妊娠に対して上腹部ダイヤモンド配置で腹腔鏡手術を施行した3例

京都医療センター

市川 尚寛, 住永 優里, 北野 照, 田村 紗也, 岸本 尚也, 上田 匡, 江本 郁子,
天野 泰彰, 宇治田麻里, 安彦 郁

【背景】卵巣腫瘍合併妊娠においては, 子宮が大きいので, 通常のトロカー配置では腹腔鏡手術が困難である。【症例】症例1は妊娠14週1日, 右卵巣成熟嚢胞性奇形腫・粘液性嚢胞腺腫に対して腹腔鏡下右付属器切除術を施行した。症例2は妊娠14週2日, 右卵巣成熟嚢胞性奇形腫に対して腹腔鏡下卵巣腫瘍摘出術を施行した。症例3は妊娠13週0日, 両側卵巣成熟嚢胞性奇形腫に対して腹腔鏡下両側卵巣腫瘍摘出術を施行した。いずれの症例においても初めに第一トロカーを臍部に置き, 腹腔内を観察した。続いて臍部の両側および頭側にトロカーを追加し, 頭側のトロカーをカメラポートとして使用し, いわゆる上腹部ダイヤモンド配置として手術を行った。3症例とも出血量は10g以下と少量で, 術後4-6日目に退院し, 以後の妊娠経過に異常を認めなかった。【結論】トロカー留置を上腹部ダイヤモンド配置とすることにより, 増大した妊娠子宮により鉗子操作を妨げられず, 卵巣腫瘍合併妊娠の腹腔鏡手術を安全に行うことができた。

31

腹腔鏡下両側付属器摘出術後に生じた臍輪の皮下膿瘍に対し、外科的切除を要した1例

ベルランド総合病院

小和 貴雄, 清水 優作, 安井 友紀, 仲尾 有美, 藤田 葵, 清水 亜麻, 松山佳奈子,
松木 貴子, 吉村 明彦, 濱田 真一, 宮武 崇, 山崎 正人, 村田 雄二

開腹手術と比較して、腹腔鏡手術後の創部感染は有意に少ない。今回、腹腔鏡手術後の創部感染に対し、外科的切除を要した1例を経験したので報告する。48歳、0妊0産。受診日朝より左下腹部痛が増強。単純CT検査で両側卵巣腫瘍および左卵巣捻転の疑いで当科紹介。術前評価で肥満（BMI 33）とHbA1c 10.9%の無治療糖尿病を認めた。当科でも卵巣捻転の診断で、緊急腹腔鏡下両側付属器摘出術を施行し、術後5日目退院となった。術後13日目に臍輪から排膿を認めたが、受診されず。術後28日目に受診、創部洗浄と抗生剤加療を行うも、造影CT検査で皮下膿瘍の炎症が腹直筋に波及しており、術後43日目に再手術となった。壊死組織は腹膜に及び、臍輪を腹膜までダイヤモンド型に切除した。皮下ドレーン留置し、術後抗生剤加療を行い、再感染は認めなかった。腹腔鏡手術後の創部感染は比較的少ないが、本症例の様に合併症の肥満糖尿病のリスクする併存する症例では慎重に対応する必要があると考える。

32

SDGsを考慮した脊椎麻酔下吊り上げ単孔式腹腔鏡手術

京都桂病院

岩見州一郎, 下地 彩, 宗 万紀子, 家村 洋子, 水津 愛

SDGsは持続可能な開発目標である。2030年までに誰ひとり取り残さない社会の実現を目指し、17のゴールと169のターゲットから構成されている。最近、医療分野でも取り組みが散見されるようになっている。当科では、患者の健康だけでなく、環境や教育への取り組みも重要視しており、可能な症例に対しては脊椎麻酔下吊り上げ法で環境に配慮した単孔式腹腔鏡手術を行っている。腹腔鏡は高価な機器や多くの単回使用品が必要であり、高コストで医療廃棄物が多いが、工夫すれば低侵襲かつエコロジークな手術は可能である。CO₂の温室効果は周知の事実であるが、吸入麻酔薬はそれ以上に温室効果が強いとの報告がある。本術式は、温室効果ガスの排泄がなく、単回使用品はスマートリトラクターのみと医療廃棄物は気腹法に比べ大幅に減らすことが可能である。術前に手術法だけでなく麻酔法・使用機器まで検討することは重要で、結果、低侵襲かつエコロジークな手術が出来る。癒着が軽度な良性子宮・付属器疾患などでは施行可能であると考え。

33

腹腔鏡下手術後の腹部X線撮影で持針器破損を同定した1例市立貝塚病院¹⁾, りんくう総合医療センター²⁾廣瀬 陸人¹⁾, 増田 公美¹⁾, 小松 直人¹⁾, 田中 良知¹⁾, 谷口 翠¹⁾, 黒田実紗子¹⁾,
市川 冬輝¹⁾, 甲村奈緒子¹⁾, 田中あすか¹⁾, 小笹 勝巳¹⁾, 横井 猛¹⁾, 荻田 和秀²⁾

手術器具の術中破損は、腹部手術の0.07%で生じるとの報告があり、腹腔鏡下手術器具は小型部品が多く、機器破損の予防・早期発見のため安全管理体制を整える必要がある。今回、広汎子宮全摘術直後のレントゲンで持針器先端の破損を発見し、回収し得た1例を報告する。＜症例＞子宮頸癌IB1に対し腹腔鏡下広汎子宮全摘出術を実施し、術後レントゲンにて3mm大の金属片を発見した。術中に使用した手術器具を確認したところ、持針器のtissue padの一部が破損していることが判明した。レントゲン透視下に腹腔内を観察し、右骨盤底に金属片の遺残を認めたため回収を行った。再度透視を行い、遺残が無いことを確認し、手術を終了した。＜考察＞手術器具の破損については、様々な鉗子で報告されているが、持針器のtissue pad部分の存在は周知されておらず、気づかずに破損している可能性がある。手術器具の破損は稀ではあるが、術前後の器具の点検と適切な時期での器具の交換を行い、破損発生時には迅速な対処を行うことが重要である。

34

子宮筋腫に対しロボット支援下单純子宮全摘術を行い血管筋脂肪腫と診断された1例

神戸大学

吉本梓希子, 笹川 勇樹, 鷺尾 佳一, 清水 真帆, 長又 哲史, 西本 昌司,
山崎 友維, 寺井 義人

【緒言】血管筋脂肪腫 (angiolipoma; AML) は脂肪, 平滑筋, 血管成分を構成成分とする血管周囲類上皮細胞腫瘍 (perivascular epithelial cell tumor; PEComa) のサブタイプの一つである。AML は腎臓で報告が多く, 子宮での報告は稀である。【症例】患者: 57 歳, 女性 妊娠・分娩歴: 2 経妊 2 経産, 既往歴: 高血圧, 現病歴: 近医の腹部超音波検査で子宮体部に 10cm 程の腫瘍性病変があり, 造影 MRI で平滑筋肉腫が疑われ当院受診。PET-MRI で, T2WI で不均一な低〜高信号, T1WI 脂肪抑制で一部信号低下, FDG 集積なしで子宮変性筋腫が疑われた。子宮筋腫に対してロボット支援下单純子宮全摘術+両側付属器摘出術を実施した。子宮は新生児頭大に腫大, 癒着はなく両側付属器は正常であった。経過良好で術後 6 日目に退院とした。病理組織検査では筋性血管, 平滑筋細胞, 成熟脂肪組織が混在しており, 免疫染色で desmin, α SMA, HMB-45 陽性, Ki67 1% 以下で血管筋脂肪腫と診断した。【結語】術前に変性子宮筋腫と診断した子宮に発生した AML の 1 例を経験した。文献的考察を含めて報告する。

35

びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫の子宮筋腫・小腸病巣に対し外科的介入を行った1例

神戸市立医療センター中央市民病院

田辺優理子, 松林 彩, 谷村 昌哉, 畑山 裕生, 佐藤 晋平, 荻野 敦子, 前田振一郎,
奥立みなみ, 中村 充宏, 小池 彩美, 山添紗恵子, 崎山 明香, 川田 悦子, 林 信孝,
田邊更衣子, 小山瑠梨子, 大竹 紀子, 青木 卓哉, 吉岡 信也

びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫 (Diffuse large B-cell lymphoma, 以下 DLBCL) は成人で最も頻度の高いリンパ系腫瘍であるが, その子宮病巣は稀である。今回, 我々は腸閉塞を契機に診断された DLBCL の子宮筋腫・小腸病巣に対し腹腔鏡手術を行った 1 例を経験したため報告する。症例は 64 歳, 1 妊 1 産, 子宮筋腫の指摘歴あり。腹痛, 嘔吐を主訴に前医受診し, 画像所見から回腸末端狭窄に伴う腸閉塞が疑われ, 当院消化器内科の組織生検より回腸 DLBCL の診断に至った。PET-CT で回腸末端に加えて子宮腫瘍に FDG 集積を認め, MRI では子宮体部後壁から突出する T2WI 中間信号, T1WI 低信号を示す 6 cm 大の石灰化を伴う境界明瞭な腫瘍であった。DLBCL の子宮筋腫・小腸への浸潤を疑い, 外科と合同で腹腔鏡下单純子宮全摘+両側付属器切除術+回腸部分切除術を行った。術後病理結果は DLBCL が子宮平滑筋腫, 回腸に浸潤した所見であった。現在血液内科にて R-CHOP 療法施行中である。子宮筋腫・小腸に節外病巣を形成した DLBCL の 1 例を経験したため文献学的考察を加え報告する。

36

術前に診断し得なかった後腹膜腔に広く発育した巨大子宮筋腫の1例

京都山城総合医療センター

北村 圭広, 貴志 洋平, 澤田 重成, 北岡 由衣

【緒言】子宮筋腫は一般に女性の 20〜25% に存在するとされるが, 巨大化に伴い多彩な変性所見を示し診断を難しくする。今回, 術前に診断し得なかった巨大子宮筋腫の 1 例を経験したため考察を加え報告する。【症例】症例は 43 歳で 3 妊 2 産, 月経は 26 日周期で整順かつ随伴症状なく, 既往歴に特記事項はない。約 1 年前から増悪する腹部膨満感を主訴に当院内科を受診, 腹部 CT 検査にて卵巣腫瘍が疑われ当科紹介となった。恥骨から季肋部至る弾性硬の腫瘍を触れた。腫瘍マーカーの上昇を認めず, 骨盤部 MRI 検査は境界悪性以上を疑う左卵巣腫瘍の診断であり開腹手術を行った。術中所見で腫瘍は子宮広間膜下に発育, 子宮との連続性を認めた。摘出腫瘍重量は約 17 kg に達した。病理組織学的診断は平滑筋腫であった。【結語】巨大卵巣腫瘍を疑った際には変性子宮筋腫を示唆する所見がないか術前に十分検討しておくことが重要と考える。

37

MRI 検査で子宮体部悪性腫瘍と診断された変性子宮筋腫の1例

ベルランド総合病院

清水 優作, 吉村 明彦, 安井 友紀, 仲尾 有美, 藤田 葵, 清水 亜麻, 松山佳奈子,
小和 貴雄, 松木 貴子, 濱田 真一, 宮武 崇, 山崎 正人, 村田 雄二

変性子宮筋腫は画像診断に苦慮する場合がある。MRI 検査で子宮体部悪性腫瘍と診断された変性子宮筋腫の1例を経験したので報告する。症例は40歳, 2妊2産, 既往歴なし。過多月経と月経困難症を主訴に前医を受診した。経腔超音波検査で子宮留水腫とその内部に充実部分を認めたため, 子宮体癌の疑いで当院紹介となった。子宮留水腫と思われた部分はMRI 検査で子宮体部後壁筋層内の液体貯留であり, 内部に充実性の腫瘤を認めた。腫瘤は充実部に一致して, 拡散強調画像で高信号を呈し造影効果を伴っており, 子宮体部悪性腫瘍の診断で手術の方針とした。子宮内膜組織診では悪性所見は認めず, 腫瘍マーカー・LDHの上昇は認めなかった。腹式単純子宮全摘術を実施し, 子宮体部後壁に嚢胞性変化を伴った壁に腫瘤を認めた。術中迅速病理診断は変性子宮筋腫であり悪性所見は認めず, 最終診断も同様であった。変性子宮筋腫は多彩な画像所見を呈し診断は必ずしも容易ではなく, 治療方針の決定には総合的な判断が必要である。

38

閉経期に著名な増大傾向を示し診断に苦慮した水腫状変性子宮筋腫の1例

県立淡路医療センター

小畑 権大, 金山 智子, 森内 航生, 李 侑香, 伏見 萩子, 西野由香里, 西島 光浩

【緒言】良性子宮筋腫は閉経期に増大することは稀であり, 子宮肉腫も鑑別に挙がる。今回閉経期に増大を示したが病理診断で水腫状変性子宮筋腫と診断された1例を経験したので報告する。【症例】67歳女性, 妊娠歴無し, 既往歴に知的障害と2型糖尿病があった。61歳時に15cm大の子宮筋腫で当科紹介, 圧迫症状乏しく1年毎の経過観察としていた。67歳時に30cm大と著明に増大を認めたため, 手術の方針とした。術前検査でLDH上昇や転移巣は認めず良性変性子宮筋腫を考えた。腹式単純子宮全摘, 両側付属器摘出を行い, 検体重量5653gであった。病理診断では水腫状変性を伴った子宮平滑筋腫であった。【結語】閉経期に増大する子宮筋腫は肉腫も念頭におき介入を要する。また, 本症例のように筋腫が巨大であった場合, 血流低下により筋腫の変性を来し, 増大傾向を示す症例もある。閉経期の子宮筋腫であっても巨大である場合, MRIや血液検査等も含めた経時的なフォロー・手術介入の必要性が考えられた。

39

子宮筋腫核出術後の病理診断で Uterine tumor resembling ovarian sex cord tumor と診断された1症例

長浜赤十字病院

中川 郁, 仲井 千裕, 左古 寛知, 大谷 遼子, 中村しほり, 鈴木 直宏, 奈倉 道和,
中島 正敬

【緒言】子宮筋腫核出術後の病理診断で Uterine tumor resembling ovarian sex cord tumor (以下 UTROSCT) と診断された1症例を経験したので報告する。【症例】35歳, G1P1。第一子妊娠初期に子宮筋腫を初めて指摘された。自然経産分娩後, 子宮筋腫に変性変化と増大傾向を認め, また次回妊娠への影響も考慮し, 腹式子宮筋腫核出術を選択施行した。摘出腫瘍は直径7cmの球形で, 色調は黄色, 弾性硬, 断面は平滑であった。術後病理診断では, 腫瘍細胞が索状に配列し部分的に腺管構造や精巣網様配列がみられ, UTROSCT と診断された。この疾患は稀に転移や再発をすとの報告があり, 本人と追加治療について相談し, 腹式子宮全摘出術・両側卵管切除術を施行するに至った。現在, 術後経過観察中で再発所見は認めていない。【考察】UTROSCT は稀な子宮腫瘍であり, 再発や転移を起こすことがある。そのため子宮全摘出術が標準術式とされているが, 若年症例では妊孕性温存治療も考慮される。【結論】UTROSCT は稀な疾患ゆえ治療方針が明確ではない。今後治療方針の標準化が求められる。

40

肺良性転移性平滑筋腫から左上肺静脈に静脈内平滑筋腫症を来した1例

大阪市立総合医療センター¹⁾, 同呼吸器外科²⁾, 同病理診断科³⁾,
都島放射線科クリニック IVR センター⁴⁾

駿河まどか¹⁾, 村上 誠¹⁾, 安倍倫太郎¹⁾, 水津 充理¹⁾, 神農 円香¹⁾, 川西 勝¹⁾,
徳山 治¹⁾, 川村 直樹¹⁾, 高濱 誠²⁾, 井上 健³⁾, 保本 卓⁴⁾

良性転移性平滑筋腫 (benign metastasizing leiomyoma; BML) は, 病理学的に良性の子宮平滑筋腫が遠隔転移をきたす稀な病態である. 今回子宮筋腫術後に多発肺転移をきたし BML と診断されたが, のちに肺静脈内伸展も認められ集学的治療を要した症例を経験した. 症例は 71 歳女性, 2 妊 2 産. 63 歳時に他院で子宮筋腫に対して子宮摘出術を受けた. 70 歳時に多発肺腫瘍を指摘され, 主席腫瘍の切除標本の病理診断は BML と考えられた. その後残存肺腫瘍は増大傾向を示し, 悪性の可能性を否定できず, 74 歳時に経皮的ラジオ波焼灼療法および強度変調放射線治療を行った. その後 77 歳時の造影 CT で肺転移病変の左上肺静脈内伸展が指摘され, 化学療法を施行したが効果は乏しかった. 急変が危惧されたため, 左上葉切除術および左上肺静脈形成術を施行し, 病理診断より静脈内平滑筋腫症と考えられた. 現在も肺転移病変に対して経過観察中である. BML は病理組織学的に良性とされているが, 臨床的には悪性のポテンシャルを有するものとして慎重に対応すべきものと考えられた.

41

GnRH アンタゴニスト療法で縮小した卵巣原発平滑筋腫の1例

天理よろづ相談所病院

山村 幸, 富田 裕之, 高 一弘, 田中 梓菜, 松原 慕慶, 松下 克子, 藤原 潔

卵巣原発平滑筋腫は良性卵巣腫瘍の 1%とまれな疾患である. 卵巣線維腫の診断で GnRH アンタゴニスト療法後手術を行い病理診断で卵巣原発平滑筋腫と診断した症例を経験したため報告する. 症例は 36 歳 0 妊. 検診で多発子宮筋腫を指摘され受診した. ダグラス窩に嵌頓する 8×6cm の充実性腫瘍と, 子宮体部に複数の筋腫様腫瘍, 左卵巣嚢腫を認めた. 右卵巣と思われる構造を認めたためダグラス窩に嵌頓する腫瘍は漿膜下筋腫と判断した. GnRH アンタゴニスト内服を行い 5 ヶ月後の MRI ではダグラス窩の腫瘍は 6. 5cm に縮小していた. 以前認めた卵巣と思われた構造が確認できず腫瘍辺縁に卵胞を含む正常卵巣構造を認めたことから, 筋腫ではなく線維腫/莖膜細胞腫と考え, 腹腔鏡補助下子宮筋腫核出術+両側卵巣腫瘍摘出術を施行した. 病理診断では正常卵巣組織から連続的に紡錘形の核を有する細胞が束状に増殖する腫瘍を認め卵巣原発平滑筋腫と診断した. GnRH アンタゴニストで縮小する卵巣充実性腫瘍では卵巣原発平滑筋腫の可能性を考慮する.

42

MSI-High 進行子宮体癌に対してペムプロリズマブが奏効した1例

大阪市立大学

菊池 太貴, 山内 真, 今井 健至, 笠井 真理, 福田 武史, 市村 友季, 安井 智代,
角 俊幸

免疫チェックポイント阻害薬の 1 つであるペムプロリズマブは 2018 年より「標準的な治療が困難な MSI-High を有する固形癌」に適応が拡大され, 進行・再発子宮体癌に対する新たな治療薬として期待されている. MSI-High 進行子宮体癌に対してペムプロリズマブが著効した 1 例を経験したので報告する. 症例は 69 歳. 腹圧性尿失禁の増悪を主訴に受診され, 経腔エコーにて子宮腫瘍を認めた. 術前診断子宮体癌 IVB 期類内膜癌 Grade2 に対して子宮腔上部切断術, 両側付属器切除術, 骨盤内リンパ節生検施行後, 子宮体癌 IVB 期類内膜癌 Grade3 の診断となった. 残存病変に対して paclitaxel + carboplatin 療法, doxorubicin + cisplatin 療法, 放射線療法を行うもいずれも PD であった. MSI-High を示したためペムプロリズマブ投与開始し, 16 コース終了時点で PR (74%縮小) が得られており, FT4:1. 71pg/mL と甲状腺ホルモン値の上昇を認めたが無治療で正常化しその他特記すべき有害事象なく経過している. MSI-High を示す進行・再発子宮体癌に対してペムプロリズマブは非常に効果的である.

43

子宮体がんに対する Lenvatinib/Pembrolizumab 併用療法の副作用と 有効なスクリーニング方法の検討

大阪大学

小林まりや, 中川 慧, 木瀬 康人, 瀧内 剛, 三好 愛, 小玉美智子, 橋本 香映,
小林 栄仁, 上田 豊, 澤田健二郎, 富松 拓治, 木村 正

【背景】がん化学療法後に増悪した切除不能な進行・再発の子宮体がんに対して、2021 年末に Lenvatinib (Len) /Pembrolizumab (Pem) 併用療法が保険適応となり、今後使用が広がることが予測される。【目的】当院での Len/Pem 併用療法実施例の副作用を検討し、その早期発見・介入のために有用なスクリーニングや管理方法の検討を行うこと。【方法】2022 年 1~2 月に当院で併用療法を開始した 7 例の後方視的検討。【結果】進行例 1 例、再発例 6 例であり、全身療法による前治療歴中央値は 3 (1-5) レジメンであった。Grade3 以上の副作用は 3 例 (高血圧 2 例/電解質異常 1 例/心不全 1 例) で認めた。甲状腺機能低下 Grade2 を 4 例で認めた。Len の減量を 1 例、中止を 3 例で要した。【考察】本検討では前治療歴が多い症例が多かったものの、約半数に Grade3 以上の副作用を認め、Len の減量・中止に至った。治療の継続性を高めるためには副作用管理が肝要と考えられ、当院では更なる症例集積とともに、副作用に関する問診票やチェックリストの導入を検討しており、これらの運用実績も含めて報告する。

44

術前に卵巣転移が疑われた子宮癌肉腫の 1 例

ベルランド総合病院

安井 友紀, 宮武 崇, 清水 優作, 仲尾 有美, 藤田 葵, 清水 亜麻, 松山佳奈子,
小和 貴雄, 松木 貴子, 吉村 明彦, 濱田 真一, 山崎 正人, 村田 雄二

【緒言】子宮体癌は転移の有無で手術の術式が変わるため、術前の画像検査によって術式選択に苦慮する場合が少なくない。今回我々は術前に卵巣転移が疑われた子宮癌肉腫の 1 例を経験した。【症例】63 歳女性。閉経後不正出血を主訴に前医を受診し、経腔超音波検査で子宮内膜肥厚を指摘され、精査加療目的に当院紹介となった。内膜組織診で endometrioid carcinoma, G2 の診断であった。造影 MRI 検査で子宮体部に限局した腫瘤を認め、筋層浸潤・頸部浸潤は認めなかった。右卵巣に造影効果を示す充実部を認め、拡散強調画像で高信号を示し、卵巣転移が疑われた。術前診断は子宮体癌 IIIA 期と考え、腹式単純子宮全摘術・両側付属器切除術・骨盤リンパ節郭清を行った。術後診断は子宮癌肉腫 IIIc1 期 (pT1bN1M0)、右卵巣線維腫であった。術後補助化学療法としてパクリタキセル/カルボプラチン療法を 6 コース行う方針とし、現在治療中である。【結語】術前の画像検査にて手術の術式が変わるため、画像検査の判断は慎重に行う必要がある。

45

当院における子宮体癌に対する Pembrolizumab+Lenvatinib の使用経験

大阪市立総合医療センター

神農 円香, 村上 誠, 水津 充理, 駿河まどか, 安部倫太郎, 川西 勝, 徳山 治,
川村 直樹

再発子宮体癌に対する主要な治療法としてこれまで細胞障害性抗癌剤やホルモン療法が用いられてきたが、奏効率は低く再発子宮体癌患者の予後は不良であった。近年、新たな治療選択肢として免疫チェックポイント阻害薬や分子標的薬が注目されており、プラチナ製剤を含む化学療法歴のある進行・再発子宮体癌患者を対象とした国際共同第 III 相試験である KEYNOTE-775/309 試験において、Pembrolizumab+Lenvatinib 併用療法の化学療法群に対する優越性が示された。この結果を基に 2021 年 12 月に本邦において保険適用となり、当院においても 5 例の子宮体癌再発症例に対して Pembrolizumab+Lenvatinib 併用療法を実施した。本治療は免疫関連有害事象を含む多彩な副作用が報告されており、慎重な管理が必要とされる。当院における初期使用経験について報告する。

46

当院における進行上皮性卵巣癌の初回治療についての臨床病理学的検討

滋賀県立総合病院

高尾 由美, 安藝 恵, 川口 雄亮, 澤山 咲輝, 村上 隆介

【目的】当科で経験した進行上皮性卵巣癌の初回治療について臨床病理学的検討を行った。【方法】2018年3月から2022年2月までに当科で初回治療を施行した36症例を対象に、年齢、進行期、組織型、治療方法、PFSに関して後方視的に検討した。データは中央値(25%, 75%)で示した。PFSはKaplan-Meier法を用いて計算した。【結果】初回治療時の年齢は68歳(57, 71.5)、進行期はⅢA1期1例、ⅢA2期2例、ⅢB期6例、ⅢC期11例、ⅣA期3例、ⅣB期13例であった。組織型は高異型度漿液性癌30例、粘液性癌2例、類内膜癌2例、明細胞癌1例、低分化癌1例であった。初回治療はPDS 9例、IDS 20例、化学療法7例であった。PDSの内訳はcomplete 6例、optimal 1例、suboptimal 2例、IDSの内訳はcomplete 13例、optimal 5例、suboptimal 2例であった。初回化学療法は、TC+Bev 24例、TC 10例、ddTC 2例であった。維持療法はBev 9例、オラパリブ 3例、ニラパリブ 3例、オラパリブ+Bev 8例であった。PFSの中央値は14.8ヶ月であった。観察期間は25ヶ月(12, 37)であった。24ヶ月以上のPFSは3期77%、4期40%であった。

【結論】完全切除を目指した手術と化学療法を組み合わせた集学的治療および分子標的治療薬を用いた維持療法によりPFSの改善が得られる可能性がある。

47

子宮頸癌に対する同時化学放射線治療後に発症した小腸腔瘻を修復しえた1例

大阪大学

小川 萌, 小玉美智子, 中川 慧, 木瀬 康人, 瀧内 剛, 三好 愛, 橋本 香映,
小林 栄仁, 上田 豊, 澤田健二郎, 富松 拓治, 木村 正

腸腔瘻は放射線療法、炎症性腸疾患、分娩、手術など様々な理由で生じるが、小腸腔瘻は稀である。我々は同時化学放射線治療後に発症した小腸腔瘻を修復し得た症例について報告する。34歳、G0、子宮頸癌T2bN0M0に対してNedaplatin-based CCRTを行い、完全寛解を得た。治療後10ヶ月で小腸イレウスを発症し、回腸横行結腸吻合術を実施した。治療後3年、外陰部のただれ及び腔内から黄色液流出を認め、消化管腔瘻を疑い、緊急入院となった。静脈麻酔下に腔鏡診にて後腔円蓋に1cm大の瘻孔を視認、同部位からの造影剤注入で小腸が造影され、小腸腔瘻の診断に至った。消化器外科との合同手術にて癒着を剥離し、後腔円蓋に癒着している小腸を同定、経腔的に瘻孔部に鉗子を挿入し瘻孔形成箇所を確定した。放射線療法の影響で非常に瘻孔周囲組織は硬く、炎症により脆弱化しており、瘻孔は縫合閉鎖のみ行い大網を充填、機能不全を生じていた回盲バイパス部を切除し再吻合した。術後短腸症候群を生じているが、子宮頸癌・小腸腔瘻共に再発なく経過している。

48

子宮筋腫にて子宮及び卵管摘出後の8年後に発生した原発性腔扁平上皮癌の1例

兵庫県立西宮病院

向田 直人, 石田 享相, 元山 貴仁, 西森 早苗, 高木江利華, 尹 純奈, 山部 エリ,
増原 完治, 信永 敏克

原発性腔癌は婦人科悪性腫瘍のうちの約1%と比較的稀な癌である。大部分が扁平上皮癌で子宮頸癌と同様にHPVが関連すると考えられている。今回子宮頸部細胞診異常の既往のない子宮全摘後の患者に発生した原発性腔癌の1例を経験したため文献的考察を踏まえて報告する。症例は57歳 経妊経産歴なし、多発子宮筋腫に対して8年前に子宮及び両側卵管摘出後。子宮摘出直前の頸部細胞診はNILMであった。今回、不正出血を主訴に近医を受診し、経腔超音波検査で腔断端部に4cm大の腫瘤を認めたため当院紹介受診となった。当院で精検を行なったところ、生検で扁平上皮癌を認め腔断端部に発生した腔癌Ⅱ期と診断した。治療として組織内照射を併用した同時化学放射線療法を実施。腫瘍は縮小し、画像検査では指摘病変なし。現在経過観察中である。本症例と同様に子宮筋腫などの良性疾患による子宮摘出後で不正出血などを主訴に来院した場合は腔癌の可能性を考慮し診察する必要があると考えられる。

49

妊婦における新型コロナウイルス抗体陽性率に関する多施設共同調査研究

近畿大学病院¹⁾、大阪母子医療センター²⁾、大阪はびきの医療センター³⁾、PL病院⁴⁾、
大阪南医療センター⁵⁾

太田真見子¹⁾、川崎 薫¹⁾、笹井 菜穂¹⁾、森内 芳¹⁾、貫戸 明子¹⁾、葉 宜慧¹⁾、
島岡 昌生¹⁾、城 玲央奈²⁾、山本瑠美子²⁾、石井 桂介²⁾、中野 和俊³⁾、赤田 忍³⁾、
堂 國日子⁴⁾、前田 和也⁵⁾、松村 謙臣¹⁾

大阪府において2021年12月に行われた疫学調査では新型コロナウイルス既感染率は3.8%であった。そして20-40代におけるワクチン接種率は概ね80%前後である。しかし本邦の妊婦に関するデータは乏しい。そこで、疫学調査として、2021年11月から2022年2月に南大阪の研究協力医療機関で妊婦健診を実施している妊婦を対象に、妊娠後期に採血を行い、IgG抗体のうち、既感染症例のみに陽性となるN抗体と、既感染のみならずワクチン接種でも陽性となり感染を防御するS抗体の両方を測定した。結果として、N抗体は3.7% (30/801)、S抗体は67.1% (491/732) で陽性となった。S抗体価は症例によって数十倍の違いが認められた。結論として、妊婦における新型コロナウイルスの既感染率は一般集団と同等である一方で、ワクチン接種率は低いことが明らかとなった。妊婦は新型コロナウイルス感染症の重症化リスクが高いため、ワクチン接種をより啓蒙すべきである。一方で、妊婦において、ワクチン接種後にS抗体価が上昇しにくいのか否かについては、今後の検討を要する。

50

当院で経験した前置胎盤139症例における緊急帝王切開のリスク因子の検討

大阪大学

菊池 香織、中村 幸司、角田 守、戸田有朱香、三宅 達也、平松 宏祐、味村 和哉、
遠藤 誠之、木村 正

前置胎盤症例の緊急帝王切開率は25-40%と非常に高いが、どのような症例が緊急帝王切開を要するか予測することは困難である。今回、当院で経験した前置胎盤症例において緊急帝王切開のリスク因子につき検討した。【方法】2016年1月から2021年9月までに当院で帝王切開術を行った前置胎盤139例を後方視的に検討し、単変量・多変量解析を用いて緊急帝王切開の有意なリスク因子を検討した。解析対象とするリスク因子は、警告出血の有無、出血の回数、初回出血週数、前置胎盤の分類、胎盤付着位置、3rd trimesterでの子宮頸管長、帝王切開歴の有無とした。【結果】139症例のうち、48例が緊急帝王切開となった。単変量解析では警告出血が有意なリスク因子となり、多変量解析では出血を繰り返した症例・29週未満の出血症例にて有意差を認めた。【結論】前置胎盤において、出血を繰り返す症例、29週未満の出血、緊急帝王切開のハイリスク症例であり、より慎重な管理が必要である。

51

婦人科がんにおける包括的がんゲノムプロファイリング (CGP) の有効性

兵庫医科大学

上田 友子、中川 公平、瀧本 裕美、谷口 路善、脇本 裕、井上 佳代、鏑本 浩志、
澤井 英明、柴原 浩章

婦人科がんに対するCGPの有効性を検討した。【方法】当科で2018年8月から2022年2月に実施したCGPを検討した。VAF・腫瘍含有率グラフを新たに作成し遺伝性腫瘍やサブクローンの推定を行い推奨薬剤決定の参考にした。有効性の指標は、遺伝子変異に基づく標的治療薬到達率 (A)、診療に反映された割合 (B)、CGPを契機として診断された遺伝性腫瘍の頻度 (C) とした。【結果】71名に実施し、標的治療の実施はPIK3CAm/PIK3R1m 6名、BRCAm 5名、MSI-H 4名、TMB-H 2名 (A=24%)。CGPにより殺細胞性薬剤の選択を2名に、内分泌治療を1名に実施し、融合遺伝子変異が検出された1名は肉腫診断に有益であった (B=30%)。遺伝性腫瘍はgBRCA2mの子宮体部漿液性癌 2名を含む9名が診断された (C=13%)。複数のPGPVに対しマルチ遺伝子パネル検査を4名に実施した。【結論】当初予想していた薬剤到達率より高く、また診療に有益であった。

52

新規卵巣癌マーカーTFPI2の有用性の検討

奈良県立医科大学

前花 知果, 三宅 龍太, 山中彰一郎, 河原 直紀, 岩井 加奈, 山田 有紀, 川口 龍二, 木村 文則

【目的】Tissue Factor Pathway Inhibitor 2 (TFPI2) は、卵巣癌診断を補助するマーカーとして 2021 年 4 月に保険収載となったが、実臨床でのデータはまだ蓄積されていない。今回の研究の目的は、卵巣癌診断における TFPI2 の有用性を検討することである。【方法】2008 年 1 月から 2020 年 8 月の間に、卵巣腫瘍に対して初回治療をおこなった患者を対象とした。良性腫瘍＋境界悪性腫瘍と卵巣癌の鑑別における TFPI2 の診断性能を、既存の卵巣癌腫瘍マーカー (CA125, HE4, CA19-9, CEA) と比較した。【結果】症例は良性卵巣腫瘍 317 例, 境界悪性腫瘍 52 例, 卵巣癌 118 例であった。卵巣癌症例における TFPI2 値は、253.6pg/mL であり、良性腫瘍＋境界悪性腫瘍症例の TFPI2 値 123.5pg/mL と比較して有意に高値であった ($p<0.05$)。卵巣癌の診断性能を比較するために ROC 曲線の曲線下面積 (AUC) を比較すると、TFPI2 の AUC は 0.887 であり、CA125 (AUC=0.828), HE4 (AUC=0.845), CA19-9 (AUC=0.585), CEA (AUC=0.544) と比較して良好な診断性能を有していた。【結論】TFPI2 は、明細胞癌の診断だけではなく、卵巣腫瘍の良悪性の診断においても高い診断性能を有していることがわかった。

53

ART, 特に凍結胚ホルモン補充療法 (HRT) 下移植は産科合併症発症のリスク因子か

英ウィメンズクリニック

山田 弘次, 片山 和明, 犬伏 美喜, 江夏 国宏, 江夏 徳寿, 山田 愛, 林 奈央, 江夏宜シェン, 十倉 陽子, 山田 聡, 水澤 友利, 岡本 恵理, 苔口 昭次, 塩谷 雅英

【目的】不妊治療により妊娠に至った症例において、治療法の違いによる産科合併症の発症頻度に差があるか否かを知ることが目的とした。【方法】2014 年から 2020 年までの期間で、当院を卒院した患者の返信用分娩報告フォームを解析し、治療法別 (タイミング療法 1187 例, AIH424 例, 凍結胚 HRT 周期移植 [HRT-FET] 2451 例, 凍結胚自然排卵周期移植 [NC-FET] 812 例, 新鮮胚移植 143 例) に産科合併症の発症頻度を算定した。【結果】一般不妊治療群 (タイミング及び AIH) と ART 治療群との間で HDP, GDM, 弛緩出血, 前置胎盤, 癒着胎盤, 早産などの発症頻度が、一般不妊治療群に比し ART 治療群で有意に高率であった。さらに ART 治療群の中では、HRT-FET 治療群において NC-FET 治療群に比し HDP, 弛緩出血, 癒着胎盤の発症頻度が有意に高率であった。また分娩時の出血量が 1000ml 以上の症例は、HRT-FET 治療群では他群に比し有意に高率であった。

54

低出生体重児のための「リトルベビーハンドブック」普及を目指す活動の紹介

済生会中津病院¹⁾, キラリベビーサークル²⁾, 国際母子手帳委員会³⁾高岡 幸^{1,2)}, 澁谷 珠名²⁾, 草野 可南²⁾, 板東あけみ^{2,3)}

母子健康手帳は、我が国が誇る周産期から小児期にかけての母子の健康管理ツールである。当事者が保管する点や記載できる点に独自性がある。母子健康手帳は親が子に愛着をもつきっかけになっている一方、子の発育が標準を逸脱した場合、記載を苦痛に感じたり自責の念をもつ親もいるという。こうした背景のもと、ダウン症や多胎などを対象とした、複数種類のサブブックが存在する。主に民間作成だが、公的な助成を受け広く配布されているものもある。「リトルベビーハンドブック」とは、低出生体重児向けの母子健康手帳サブブックである。2011 年に「ポコポコ」(静岡県立子ども病院で低出生体重児を出産した親によるサークル) が作成したのはじまりで、これをもとに 2018 年に静岡県で公的に作成された。現在では 6 県で導入されている。大阪府は未導入だが、低出生体重児をもつ親による「キラリベビーサークル」が府での導入を目指し活動している。今回の発表では「キラリベビーサークル」の活動を中心に紹介する。

55

胎児心拍数陣痛図による胎児アシデミアの予測法の活用について

近畿大学

森内 芳, 川崎 薫, 松村 謙臣

我々は、胎児心拍数陣痛図 (CTG) の徐脈波形より臍帯動脈血 pH 値を予測する方法を用い、分娩介入及び周産期教育を行っており、その活用法と問題点を報告する。徐脈波形の種類と持続時間より胎児低酸素の程度を予測する。pH 低下値は急性低酸素では 0.01 (1 分間)、亜急性低酸素では 0.01 (2-3 分間) と規定される。当院で 2018 年～2021 年に分娩となった正常産 49 例の CTG を後方視的に 2 人の評価者 (周産期指導医・修練医) が評価し、pH 値を予測した。評価者間での予測一致率は 78% であった。pH7.20 以上の症例 (35 例) は予測より良いか予想内であった。pH7.15 未満の症例 (8 例) は評価者らの予測よりも悪い結果であった。医師、助産師間で胎児の状態を適切に評価し共有する方法として有用である一方、アシデミア症例では予測値よりアシデミアが進行している傾向がある。予測値には基線細変動の減少や亢進、胎児頻脈、周産期合併症なども加味する必要がある。

56

早発型加重型妊娠高血圧腎症を発症した腎移植後妊娠の症例と抗血管新生因子の考察

大阪市立総合医療センター

長辻真樹子, 中本 収, 井上 基, 松木 厚, 柳井 咲花, 小松 摩耶, 北田 紘平, 三田 育子, 片山 浩子, 西本 幸代, 中村 博昭

腎移植後妊娠は、維持透析妊娠よりも安全とされるが CKD 合併妊娠としての管理が必要になる。今回、糖尿病性腎症による腎移植後の 1 症例 2 妊娠を報告する。症例は 4 歳で 1 型糖尿病を発症し、30 歳で腎移植、36 歳で第 1 子を妊娠した。妊娠前 eGFR 64 ml/分/1.73m², 尿蛋白 0.06 g/gCr で CKDstageG2A1 であった。妊娠 30 週から血圧上昇し入院管理、妊娠 32 週で加重型妊娠高血圧腎症 (SPE) のため帝王切開とした。32 週時の sFlt-1/PlGF 9360/60 (pg/mL, 比 155) であった。分娩後 eGFR 51 ml/分/1.73m², 尿蛋白 0.02 g/gCr, CKDstageG3aA1 となった。3 年後に第 2 子妊娠し、妊娠 29 週から重症高血圧のため入院管理、妊娠 34 週 SPE のため帝王切開となった。29 週時の sFlt-1/PlGF 4260/127 (比 33.8) であった。分娩後は eGFR 52 ml/分/1.73m², 尿蛋白 0.09 g/gCr, CKDstageG3aA1 であった。重症高血圧を伴う早発型 SPE を発症したがいずれも生児を得て、第 2 子分娩後で CKDstageG3a を維持した。PE 予知指標となる sFlt-1/PlGF 比は CKD での SPE 発症予知としては今後の検討が必要とされているが、PlGF150 未満を予知指標とすることができるとの報告もある。CKD 合併の腎移植後妊娠の SPE 発症経過と病態評価としての PlGF 値について検証した。

57

分娩中の胎児機能不全に対する羊水注入後の経過に関する検討

大阪母子医療センター

田島史保子, 山本 亮, 林 周作, 石井 桂介

【目的】分娩中の胎児機能不全 (NRFS) に対する羊水注入 (AI) の効果と分娩転帰を明らかにする。【方法】妊娠 37-41 週で経膈分娩中の胎児心拍数 (FHR) 異常に対し AI を行った単胎妊婦の後方視的研究である。AI 前 60 分間及び開始後 90 分間の胎児心拍数陣痛図 (CTG) と分娩転帰を評価し、開始前より CTG レベルが改善すれば FHR 改善とした。【結果】対象 61 例中、17 例 (61%) が NRFS による CS (NRFS CS) となった。30 分以内及び 31-60 分の FHR 改善は 26 例 (43%), 41 例 (67%) であった。60 分以内に FHR 改善が無い 18 例は 61-90 分も改善せず、10 例 (56%) が NRFS CS となった。60 分以内に FHR 改善の 43 例中 7 例 (16%) が NRFS CS となり、改善無しより少なかった (P=0.0038)。【結論】AI 開始後 60 分以内に 3 分の 2 の症例で FHR が改善したが、その他は 60 分以降も改善しなかった。FHR 改善例は NRFS CS が有意に少なく、AI の効果が示唆された。

58

前置癒着胎盤に対する子宮動脈塞栓併用帝王切開・子宮摘出術後の遅発性膀胱腔瘻2例

神戸大学

栖田 園子, 谷村 憲司, 施 裕徳, 内田 明子, 白川 得朗, 今福 仁美, 出口 雅士,
寺井 義人

【緒言】当科では前置癒着胎盤に対し、帝切（CS）時に子宮動脈塞栓術（UAE）併用下の子宮摘出術（Hys）を行ってきたが、特に穿通胎盤が疑われる場合には止血効果を高めるために上膀胱動脈にも塞栓物質が流入するように non-superselective UAE（nsUAE）を行い、術中出血量を軽減できた。一方で本手術後に遅発性膀胱腔瘻を発症した2例を経験したので報告する。【症例1】30歳、3妊2産。妊娠34週に前置癒着胎盤に対し、CS-nsUAE-Hysを行い、術中出血量2020mlであった。術後1年半で膀胱腔瘻と診断された。【症例2】35歳、3妊2産。妊娠34週に前置癒着胎盤に対し、CS-nsUAE-Hysを行い、術中出血量650mlであった。術後3ヶ月で膀胱腔瘻と診断された。【結語】超選択的UAEより止血効果の高い non-superselective UAEは膀胱剥離を要する前置癒着胎盤例の術中出血量軽減に有効だが、遅発性膀胱腔瘻発生に留意する必要がある。

59

産褥期子宮留膿腫に対し真空手動吸引が有効であった1例

小阪産病院

伊尾 紳吾, 竹村 真紀, 大阪 康宏, 上松 和彦, 平岡 宏康, 布留川浩之, 竹村 礼子,
竹村 秀雄

【緒言】子宮留膿腫は、子宮頸管の狭窄や閉塞により貯留した子宮内分泌物に感染をきたすことで生じる疾患で、子宮穿孔、腹膜炎、敗血症の原因と成り得る。今回我々は、手動真空吸引法（manual vacuum aspiration：MVA）を用いて産褥期子宮留膿腫を治療しえた症例を経験したので報告する。【症例】37歳初産婦。IVF-ETにて妊娠成立後、当院で周産期管理を行った。妊娠39週、陣痛発来で入院したが、臍帯因子に伴う胎児機能不全を認め、緊急帝王切開術を行った。悪露は正常で、術後6日目に退院となった。産後28日、悪露流出は正常であるが、子宮頸管狭窄と子宮内腔に血液貯留を認めた。産後49日目、悪臭を伴う悪露、下腹部痛、発熱を主訴に来院した。超音波検査で子宮留膿腫と診断し、MVAによる子宮ドレナージと抗生剤投与を行い、術当日に解熱した。子宮内容液の細菌培養では嫌気性菌の *Bacteroides vulgatus* を検出した。【結語】MVAを用いた経腔的子宮ドレナージは、子宮留膿腫に有効で、容易かつ安全に施行可能であった。

60

仙骨表面電気刺激の妊娠期腰痛に対する効果の検討

滋賀医科大学

鯉川 彩絵, 桂 大輔, 辻 俊一郎, 星山 貴子, 全 梨花, 山田 一貴, 所 伸介,
林 香里, 喜多 伸幸, 村上 節

妊婦の腰痛症は約45%と頻度が高く、重症の場合には日常生活にも支障をきたす。しかし、妊婦の腰痛症に対する加療策は限定的であり、貼布剤や鎮痛薬の長期の使用は胎児および母体への負の影響が懸念される。そこで今回我々は、尿閉や過活動性膀胱を有する妊娠女性への使用が報告されている仙骨表面電気刺激の妊娠期腰痛症への効果を検討した。疼痛の程度はVAS（visual analogue scale）を用いて評価し、刺激前と刺激後、12時間後、1日後、2日後、7日後の変化を解析した。2016年1月から9月までの妊娠36週の腰痛を有する7症例を対象とした。分娩転帰はいずれも経陰分娩となり、分娩週数は平均38.5週、出生体重は平均3099g、臍帯動脈血pHは平均7.294であった。腰痛に関して、VASは刺激前平均3.42であり、刺激12時間後1.14（ $p=0.024$ ）、1日後0.50（ $p=0.006$ ）、2日後0.40（ $p=0.038$ ）、7日後1.50（ $p=0.005$ ）で有意に低下した。仙骨表面電気刺激は非侵襲的であり、妊娠女性に安全に使用でき、かつ施行1週間その効果を維持することができ、妊娠期腰痛症の治療として有用である可能性が示唆された。

61

帝王切開時の「肩甲難産」に経膈分娩時の Schwartz 法を応用し児を娩出した 1 例

千船病院

小倉 直子, 城 道久, 小川 史子, 安田 立子, 岡田 十三, 吉田 茂樹

帝王切開で子宮収縮が非常に強い場合、児の肩甲娩出に苦慮することがある。経膈分娩時の肩甲難産と同様に、頸部の過度な牽引は児の腕神経叢麻痺の原因となる。帝王切開で児の肩甲娩出が困難の場合、子宮を逆 T 字に切り上げることが可能であるが、次回妊娠時の子宮破裂のリスクにも繋がる。今回我々は帝王切開時の「肩甲難産」に対し、経膈分娩の Schwartz 法を応用して後在の上肢を解出し、子宮を切り上げずに児の娩出に成功した 1 例を経験した。症例は 30 歳女性、G1P0。妊娠 39 週 6 日、臨床的絨毛膜羊膜炎・分娩停止の診断で緊急帝王切開となった。児頭娩出し、続いて前在肩甲娩出を試みるも子宮収縮が強く娩出困難であった。経膈分娩時の肩甲難産と同様に後在の前腕を把持し、胎児の前胸部から顔の前を拭うようにして腕を抜き、肩幅を縮めることで児の肩甲を娩出した (Schwartz 法)。児は男児、体重は 3155g (0. 2SD), Apgar Score 8/9 点 (1 分/5 分)、臍帯血 pH 7. 278 であり、経過は良好であった。

62

胎胞膨隆時の頸管縫縮術の工夫

大阪府済生会吹田病院

長澤 佳穂, 小西 莉奈, 飯藤 宰士, 成富 祥子, 丸岡 寛, 村上 法子, 津戸 寿幸,
伊藤 雅之, 加藤 俊, 亀谷 英輝

妊娠中期に腔内に胎胞が膨隆している症例に対して、有効な手術を施行し得たので報告する。患者は 39 歳、G4P2。前回の妊娠時も頸管無力症のため妊娠 18 週に緊急頸管縫縮術を施行した既往歴がある。今回の妊娠では妊娠 16 週の頸管長は 34mm であったが、妊娠 19 週に 7mm に短縮を認め、同日緊急入院となった。血液検査や培養検査で感染兆候は認めなかった。妊娠 20 週 3 日に頸管縫縮術を施行したところ、既に子宮口は展退し 4cm 開大、外子宮口を越えて胎胞の膨隆を認めた。骨盤高位にした上で、生理食塩水 200ml で膀胱を充満させ、塩化ベンザルコニウムに浸した 2 連ガーゼで胎胞を覆い子宮内に胎胞を還納して視野を確保した。術中破水することなく McDonald 法による頸管縫縮術を完遂した。術後感染や切迫症状を認めず、術後 13 日目に軽快した。胎胞膨隆時の頸管縫縮術では、卵膜を損傷せずに頸管を把持することが、手術を成功させるポイントの一つである。今回我々が行った工夫点について、文献的考察を交えて報告する。

63

新型コロナウイルス (COVID-19) 感染妊婦の分娩に対する当院での取り組み

京都桂病院

宗 万紀子, 岩見州一郎, 下地 彩, 家村 洋子, 水津 愛

新型コロナウイルス感染症の妊婦の分娩様式に取り決めはなく施設によって異なる。本邦の厚生労働省は、新型コロナウイルスに感染したからといって「帝王切開を行わなければならない」ということはないと言っているが、第 2 波以降の 2021 年 7 月 12 日～8 月 31 日に日本産婦人科医会が行った分娩様式に関するアンケート調査では、新型コロナウイルス感染が PCR 検査で確認された妊婦が 37 週以降に陣痛発来や破水した場合、83%の施設 (245/291 施設) で帝王切開が選択されていることがわかった。当院では、感染妊婦の症状が重症で早期に娩出し治療を行う必要がある場合を除いて、通常の経膈分娩の経過を迎える見込みが高い場合は帝王切開を選択していないが、これまで経膈分娩により児や医療者が感染した例はない。当院で経膈分娩を選択できるのは、助産師をはじめとする医療スタッフの協力によるところが大きい。当院での取り組みを紹介することで、新型コロナウイルス感染妊婦の分娩様式に悩んでいる施設の一助となれば幸いである。

64

当院で管理した COVID-19 感染妊婦の周産期転帰の検討

大阪医科薬科大学

和田 悠, 永易 洋子, 大門 篤史, 布出 実紗, 澤田 雅美, 杉本 敦子, 佐野 匠,
藤田 太輔, 大道 正英

【はじめに】当院は2021年8月よりCOVID-19合併妊婦専門病棟を確保し、積極的に受け入れを行ってきた。今回、当院で管理したCOVID-19感染妊婦について発表する。【方法】2021年8月～2022年2月に当院で管理したCOVID-19感染妊婦を後方視的に検討を行った。【結果】管理したPCR陽性65例の入院時週数（平均）は35.3週、重症度は軽症75.3%、中等症Ⅰ10.7%、中等症Ⅱ12.3%であった。切迫早産5例、妊娠高血圧症候群1例、胎児発育不全1例、妊娠糖尿病1例を認めた。分娩22例のうち経陰分娩16例、帝王切開6例（うち4例）であった。周産期転帰の平均は分娩週数38.9週、児出生体重3250g、Apgar score 1分8.3点、5分9.4点、臍動脈血液ガスpH 7.286であった。【考察】COVID-19感染妊婦は非感染妊婦と比較し早産が3倍多い。当院でも切迫早産を8%に認めた。COVID-19感染妊婦は周産期リスクも高く、慎重な管理が求められる。

65

周産期管理をおこなった結核合併妊娠の1例

大阪市立総合医療センター

向井 文香, 長辻真樹子, 井上 基, 松木 厚, 柳井 咲花, 小松 摩耶, 北田 紘平,
三田 育子, 片山 浩子, 西本 幸代, 中村 博昭, 中本 収

今回われわれは、結核合併妊娠の1例を経験したので報告する。症例は33歳女性、2妊1産。咳嗽、発熱、胸水貯留のため妊娠35週で当科紹介となった。胸部X線検査・単純CT検査で両側肺浸潤影と左胸水貯留を認め、T-SPOT陽性であったことから肺結核・結核性胸膜炎が疑われた。しかし、喀痰や胃液などの抗酸菌塗抹・PCR検査は陰性で確定診断に至らなかった。産科病棟で陰圧個室管理とし、37週1日で帝王切開術を施行した。術後8日目に施行した胸膜生検で結核菌PCR陽性と判明したため結核性胸膜炎と診断し、抗結核薬による多剤併用療法を開始した。出生児に対しては母子分離と、胃液抗酸菌検査の陰性確認まで陰圧管理を行いイソニアジドの予防内服を開始した。術後14日目に母体の喀痰抗酸菌塗抹陰性を確認して母子分離を解除し、術後18日目に退院となった。結核を合併した妊娠症例に対しては、母児感染への対策が極めて重要となる。結核と妊娠の関連性や影響について文献的考察も含めて報告する。

66

妊娠中に放射線診断を行った肺原発ホジキンリンパ腫の1例

大阪大学

石井 沙季, 平松 宏祐, 角田 守, 戸田有朱香, 中村 幸司, 三宅 達也, 味村 和哉,
木村 敏啓, 遠藤 誠之, 木村 正

症例は33歳（診断時1経妊0経産）、妊娠31週頃より血痰を認め、胸部X線検査（被曝量0.01mGy以下）にて右の中～下肺野に腫瘍を認めた。胸部CT検査（同0.06mGy）にて右肺に10cm大の腫瘍と肺門部のリンパ節腫大を認めたため肺悪性腫瘍を疑い当院紹介となった。妊娠33週に気管支鏡下腫瘍生検を行い、血液腫瘍を疑った。頭部MRI検査およびPET-CT検査（同25mGy）では遠隔転移を認めず、臨床的に悪性リンパ腫、IIIB期と診断した。早期の治療が必要と考え、妊娠34週0日より誘発分娩を開始し、翌日2212g（+0.7SD）の女児を経陰分娩した。産褥4日目にCTガイド下生検を行い、ホジキンリンパ腫、IVB期と診断し、同13日目より化学療法を開始した。治療は奏効し腫瘍縮小傾向を認めている。児は低出生体重児として出生したが、その後の経過は良好である。胎児の未熟性と放射線被ばくや化学療法による胎児毒性とのリスクバランス、分娩後の治療スケジュールなどを考慮し、悩みながらであるが分娩方針を決定した経緯を考察と共に報告する。

67

HELLP 症候群との鑑別を要した稀な胆石性膵炎合併妊娠の 1 例

八尾市立病院

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

【緒言】周産期の急性膵炎は稀であるが、重篤な経過をとることが多いため、早期診断が必要である。今回、妊娠中では稀である胆石性膵炎の 1 例を経験したので報告する。【症例】29 歳, 4 妊 2 産, MD 双胎妊婦。切迫早産で妊娠 28~36 週に塩酸リトドリンを内服し, 37 週 0 日に経膈分娩となった。分娩中より心窩部痛を自覚しており, HELLP 症候群を疑った。肝酵素と LDH の軽度上昇を認めたが, 血圧上昇や血小板減少は認めなかった。AMY が 1494U/L と上昇していたので膵炎を疑った。画像検査にて膵腫大, 周囲脂肪織の炎症および胆石を認め, 急性胆石性膵炎が疑われた。その後膵炎を繰り返す為, 産褥 45 日目に腹腔鏡下胆嚢摘出術を施行した。以降は再燃を認めていない。【結語】本例は症状から HELLP 症候群との鑑別を要したが, AMY の著明な上昇から診断に至った。妊娠中の胆石性膵炎は稀ではあるが, 妊娠中に心窩部痛を認めた場合は検査項目に AMY も追加した方がよいことが示唆された。

68

妊娠初期の深部静脈血栓症を加療後に慢性早剥羊水過少症候群に至った 1 例

京都大学

吉村佳与子, 川村 洋介, 岡本葉留子, 滝 真奈, 千草 義継, 最上 晴太, 万代 昌紀

深部静脈血栓症 (DVT) は妊娠初期に好発し, 抗凝固療法を施行することで満期まで妊娠継続出来る症例が多いが, 慢性早剥羊水過少症候群 (CAOS) を発症し, 妊娠中絶に至るという非常に稀な転帰を辿った症例を経験した。症例は 39 歳 4 妊 2 産。妊娠 10 週に発熱, 両下肢痛を主訴に当院紹介受診。造影 CT では広範な DVT を認め, ヘパリンを開始。抗カルジオリピン抗体陽性であり, 抗リン脂質抗体症候群が疑われ, 妊娠 14 週からバイアスピリンを開始。DVT は改善傾向であったが, 羊水量は徐々に減少, 妊娠 17 週には無羊水となった。破水や胎児尿路奇形は否定的, MRI では広範な絨毛膜下血腫を認め, CAOS を疑う所見であった。3 週間待機したが, 羊水量の増加を認めず, 予後不良であることから妊娠 20 週で妊娠中絶となった。胎盤病理は CAOS に矛盾しない所見であった。抗凝固薬および抗血小板薬が病態増悪に関与した可能性は否定出来ず, 血腫像が見られた場合には治療適応について検討の必要がある。

69

後期流産の対応に苦慮した子宮体下部筋腫合併妊娠の 1 例

日本赤十字社和歌山医療センター

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

近年増加傾向にある筋腫合併妊娠において, 後期流産・中期中絶処置は筋腫の状況によっては対応に苦慮することがある。今回我々は子宮体下部に筋腫を合併した妊娠 15 週子宮内胎児死亡 (IUID) の症例を経験したので報告する。症例は 41 歳, 未経産, 妊娠 14 週に当院受診。超音波検査にて体下部後壁に 9cm 大の筋腫と胎児水腫を認めた。妊娠 15 週で児は IUID に至り, MRI 検査では筋腫により頸管が引き延ばされ, 経腔的な操作は不可能と判断した。絨毛染色体検査の希望と挙児希望を考慮し, 全身麻酔下に腹式子宮筋腫核出術を行った後, 子宮内容除去術を施行した。術中出血量は 72g で経過も良好で, 術後 7 日に退院した。筋腫合併例にも有用性が報告されている薬剤 (mifepristone, misoprostol) 流産処置は本邦では未承認であり, 後期流産・中期中絶処置では頸管拡張後ゲメプロストの使用が一般的である。経腔操作が困難な筋腫合併例では, 症例毎に患者背景を評価して処置方法を選択する必要がある。

70

腹腔鏡下左卵巣腫瘍茎捻転手術時に、左卵巣の壊死が疑われたが左卵巣を温存した1例

大阪急性期・総合医療センター

加藤 愛理, 竹村 昌彦, 大柳 亮, 岡木 啓, 中谷沙也佳, 松谷和奈栗, 谷 佳宏,
加藤恵一朗, 澤田 真明, 海野ひかり, 松崎 聖子, 久保田 啓, 笹野 恵, 島津由紀子,
田口 貴子, 隅蔵 智子, 岩宮 正

【緒言】若年患者の卵巣腫瘍茎捻転では、患側卵巣の壊死が疑われた場合の卵巣温存の是非について議論がある。今回壊死を疑われた卵巣を温存した1例を経験したため報告する。【症例】生来健康な14歳。4日前からの腹痛と嘔吐があり受診した。CTで骨盤内に脂肪成分と石灰化を伴う83mm大の嚢腫を認め、左卵巣成熟奇形腫の卵巣腫瘍茎捻転の疑いで審査腹腔鏡の方針とした。術中所見では左卵巣は10cm大に腫大し反時計回りに900度捻転していた。暗赤色で浮腫状、易出血性であり壊死が疑われたが、若年であることを考慮し卵巣温存の方針として、腹腔鏡下左卵巣嚢腫摘出術を行った。病理組織検査から成熟奇形腫と診断した。術後経直腸超音波下に左卵巣の経過観察をしたところ、術直後の77mm大から経時的に縮小し、術後8ヶ月に16mm大となった。卵胞は認められなかった。【結語】左卵巣壊死が疑われたが若年でもあり左卵巣を温存した。再捻転や感染の発症はなく経過できたが、温存した左卵巣は縮小し卵胞の確認はできなかった。

71

膀胱子宮内膜症に対して腹腔鏡下膀胱部分切除術後11年目に生じた膀胱破裂の1例

京都府立医科大学

小芝 明美, 吉田 尚平, 垂水 洋輔, 山内 彩子, 楠木 泉, 森 泰輔

55歳女性, G3P3, 既往歴: X-12年に子宮筋腫に対して子宮全摘術, X-11年に膀胱子宮内膜症に対して腹腔鏡下膀胱部分切除および両側付属器切除術を実施された。X年, 3週間前より頻尿, 排尿時痛あり, 近医で膀胱炎と診断され抗菌薬を内服し症状改善した。1週間前に腹部の激痛あり近医受診するも尿検査では異常を認めなかった。その後徐々に排尿困難の増悪, 尿量の減少, 倦怠感の出現を認め当院受診した。来院時CT検査で多量の腹水の貯留, 血液検査で血清クレアチニン値4.41 mg/dlと上昇を認めた。MRI検査で明らかな子宮内膜症病巣はなく, 腹水穿刺で除去した3Lの腹水成分は尿性で, 偽性腎不全を疑った。膀胱造影検査で膀胱頂部後壁からの漏出あり, 膀胱炎による神経因性膀胱を契機とした膀胱破裂と診断した。1週間の尿道カテーテル留置により破裂部位は自然閉鎖した。膀胱手術の長期術後に生じる膀胱破裂は稀な病態と考えられるが, 膀胱子宮内膜症術後の長期合併症として留意する必要がある。

72

**レボノルゲストレル放出子宮内システムが短時間で腹腔内へ迷入し
腹腔鏡で回収した1例**

千船病院

河谷 春那, 城 道久, 稲垣美恵子, 北井 沙和, 北口 智美, 北 采加, 大木 規義,
吉田 茂樹

レボノルゲストレル放出子宮内システム(LNG-IUS)は避妊や過多月経・月経困難症に対し使用され, 近年子宮部分穿孔や腹腔内迷入の報告が増加している。子宮部分穿孔したLNG-IUSが短時間で腹腔内迷入し, 腹腔鏡で安全に回収した1例を経験した。【症例】30歳G3P3。産褥7ヵ月にLNG-IUSを留置し, 5年後の交換時に抜去困難のため紹介となった。初診時は子宮内腔への嵌頓と認識し, 麻酔下に経腔回収を試みたが, 抵抗が強く中断した。超音波検査で子宮部分穿孔と判断し, 1時間後にMRIでも確認した。2週間後, 位置評価目的のCTで, LNG-IUSの腹腔内迷入を認め, 処置後のMRIを再検討すると, 処置後既に腹腔内迷入していたことが判明した。後日腹腔鏡手術を行い, 麻酔導入直後に腹部X線でLNG-IUSの位置を確認し, 安全に回収した。

【結語】LNG-IUSが子宮部分穿孔した場合, 牽引すると子宮収縮により短時間で腹腔内迷入に至る可能性がある。また腹腔鏡で回収する場合は, 麻酔導入後に腹部X線撮影をすることが, 位置の把握に有用である。

73

全腹腔鏡下子宮全摘術を見据えた腹腔鏡下付属器摘出術における後腹膜腔の展開法

和歌山県立医科大学

八幡 環, 寺本 綾女, 南野 有紗, 重根 光, 平山 純也, 中田久美子, 南條佐輝子,
溝口 美佳, 太田 菜美, 馬淵 泰士, 八木 重孝, 南 佐和子, 井寛 一彦

【目的】近年, Total laparoscopic hysterectomy (TLH) は婦人科疾患における標準的な術式として広く普及している. 当科でも, TLHの実施数は増加してきたが, まだ, 若手がTLHを執刀する機会は十分ではない. そこで, 腹腔鏡下付属器摘出術の際に, TLHを見据えて後腹膜腔を展開する方法を導入したため, その有効性について検討した. 【方法】以前は, 卵巣卵管間膜をVessel sealing deviceで切開し, 付属器摘出する例が多かった. この方法は経験の少ない者でも比較的安全に実施できるが, 腔の展開を必要とするTLHには繋がりにくい手法であった. そこで, monopolar deviceを用いて, 骨盤漏斗靱帯に沿ってpelvic side wall triangleを切開し, 尿管を同定後, 骨盤漏斗靱帯を結紮, 凝固切断し, 広間膜を切開, 卵管および卵巣固有靱帯を凝固切断する方法を導入した. 【結果】この方法により, 手術時間は延長するものの, 実際にTLHで後腹膜腔を展開できるようになった者もいた. 【結語】この手法を導入することで, TLHに必要な手技が実践できると同時に, 手術解剖の理解も深められるという利点があり有益であると考えられる.

74

早発卵巣機能不全及び緑膿菌感染による陰唇・腔癒着症に対して造腔術を施行した1例

大阪医科大学

矢野 恵子, 佐々木 浩, 宮本 聖愛, 丸岡 寛, 広田 千賀, 大道 正英

【緒言】陰唇癒着症は低エストロゲン状態に外陰部の炎症や感染などにより発症することが多い. 我々は, 小児期の早発卵巣機能不全 (POI), 腔緑膿菌感染症を起点に陰唇・腔癒着症を来し, その後造腔術を行った症例を経験したので報告する. 【症例】29歳, 未経妊. 8歳時にAMLに対して骨髄移植施行. 17歳時POI・腔緑膿菌感染により陰唇・腔癒着症となり癒着剥離術を施行し, その後ホルモン補充療法を開始した. 20歳時に腔癒着再発による月経モリミナを発症し, 再度癒着剥離術および頸管内にネラトンカテーテルを留置した. その後未受診となり29歳時に性交障害を主訴に当科受診した. 受診時外陰部は陰唇・腔は癒着しており腔入口部から肉芽に覆われたネラトンカテーテルが一部視認できたことより陰唇・腔癒着再発と考えた. 再癒着剥離は困難と考え肉芽除去およびネラトンカテーテル抜去後し遊離植皮による造腔術を施行した. 【考察】本症例のように癒着を繰り返し正常な陰唇・腔粘膜がない場合には植皮による造腔術は有効と考えられた.

75

当院で導入した通常の腹腔鏡手術物品を用いた経腔的腹腔鏡手術 (vNOTES) の初期経験

京都桂病院

下地 彩, 宗 万紀子, 家村 洋子, 水津 愛, 岩見州一郎

Natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES) は自然孔を用いて内視鏡を施行する方法である. Marescauxらが2007年に経腔的胆嚢摘出術を施行し, 以後経腔的腹腔鏡手術 (vaginal-NOTES; 以下 vNOTES) が消化器外科や婦人科で報告される. 本邦でも2020年1月よりvNOTESの手術機材GelPOINT® V-Path (Applied Medical, Rancho Santa Margarita, CA, USA) が使用可能となり徐々に広がりを見せている. 経腔操作のみで子宮ならびに付属器の切除が可能で腹壁に創部がなく, 術後疼痛の軽減, 術後の回復が早く, 腹腔鏡手術と腔式手術どちらものメリットを享受できる手術である. 当院でも導入当初はGelPOINT® V-Pathを使用した, vNOTESを完遂できず経腹的腹腔鏡手術に移行する症例を経験した. その場合経腹的腹腔鏡手術機器が追加が必要となる. その対策として経腹的腹腔鏡手術で使用しているスマートリトラクター®ならびにフリーアクセス® (いずれもトッパ製) を用いて vNOTESを行うことで, 腹式腹腔鏡手術への移行もスムーズで手術資材のSDGsとなる. 我々はvNOTESを行った症例の報告並びに導入への工夫を報告する. その利点の大きさからvNOTESの本邦での広がりを期待する.

76

帝王切開癒痕部症候群に対して子宮鏡併用腹腔鏡下癒痕部修復術を施行した1例

日本赤十字社和歌山医療センター

西松 謙一, 山西優紀夫, 山本美紗子, 大西 佑実, 春日 摩耶, 平山 貴裕, 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

【緒言】帝王切開癒痕部症候群は定まった定義はないものの帝王切開創部における子宮前壁筋層の不連続性を指すことが多い。確立した治療法はないが不妊症の原因になることから手術治療の需要が増加している。当施設において子宮鏡併用腹腔鏡下癒痕部修復術を経験したので報告する。【症例】41歳1妊1産。AIH後に妊娠し1回の帝王切開の既往がある。3年前より人工授精を繰り返すも妊娠に至らず、手術を希望され、当科を紹介受診した。超音波検査、MRI検査で帝王切開創部に筋層の菲薄化とフリースペースを認めた。帝王切開癒痕部症候群の診断に至り子宮鏡併用腹腔鏡下癒痕部修復術を施行し手術時間3時間39分、出血少量であった。術後の超音波断層法で創部に12mm程度まで肥厚した筋層を認めた。術後経過良好で現在、体外受精の準備を進めている。【結論】子宮鏡を併用することでより安全かつ確実に癒痕部切除、子宮筋層縫合が可能であった。

77

仙骨腔固定術に対する後方視的検討；腹腔鏡手術とロボット手術の比較

京都医療センター

上田 匡, 市川 尚寛, 北野 照, 田村 紗也, 岸本 尚也, 江本 郁子, 天野 泰彰,
宇治田麻里, 安彦 郁

【目的】当院では、2019年より腹腔鏡下仙骨腔固定術(LSC)、2020年よりロボット支援下仙骨腔固定術(RSC)を導入した。今回、当院のLSCとRSCの成績について検討する。【方法】LSC21例、RSC50例を後方視的に検討した。術式は子宮上部切断術およびシングルメッシュ法を施行した。評価項目は年齢、BMI、POP-Qスコア、手術時間、術中出血量、術中・術後合併症、術後再発の有無、在院日数とした。【成績】年齢の中央値は73歳/72歳(LSC/RSC以下同)、BMIの中央値は23.5/23.4、POP-QスコアはStageⅢ以上が7例(33%)/21例(42%)であった。手術時間の中央値は209分/232分で、RSC群で手術時間の延長を認めた。出血量は全症例で少量(0-50ml)、在院日数の中央値はいずれも6日であった。RSC群で、1例に術中膀胱損傷、2例にメッシュ背側への小腸陥頓による絞扼性イレウスを認めた。術後再発はいずれの群にも認めなかった。【結論】これまでの報告にあるよう、RSC群でLSC群に比し手術時間が延長した。また、術後絞扼性イレウスは腹膜縫合を改善したことで、その後の再発を認めていない。

78

Port設置部位・順番の違いが設置時間に与える影響についての検討

長浜赤十字病院¹⁾、京都大学²⁾仲井 千裕¹⁾、山ノ井康二²⁾、寒河江悠介²⁾、奥宮明日香²⁾、砂田 真澄²⁾、浮田真沙代²⁾、
千草 義継²⁾、山口 建²⁾、堀江 昭文²⁾、濱西 潤三²⁾、万代 昌紀²⁾

Port設置部位が多様化する中、部位や穿刺順がPort設置時間に及ぼす影響を探索した。対象:当科で行った腹腔鏡術(Lap, 2021/4/1~2021/8/31; 62例)とロボット術(Rob, 2019/10/1~2021/8/31; 43例)。後方視的に動画で各ポート穿刺時間を計測・比較した。下腹部Portが主体のLap、中腹部が主体のRobをそれぞれ検討した。Lap:下腹部右を①、正中②、左③、Rob:右側腹部から左に向けて順に①、②、③、④とした。結果、Lapは①が最も短時間で、②、③の順に時間を要した(中央値:①77秒、②117.5秒、③138秒、 $p<0.0001$)。Robでは④で最も時間を要した(中央値:①114秒、②92秒、③95.5秒、④187秒、 $p<0.0001$)。Robの②は特に穿刺順でも有意に異なり、最初に穿刺する際に最も時間を要した($p<0.05$)。鏡像に近い視野での作業が患者左側Port穿刺に時間を要した原因と考えられ、トレーニングで留意すべき点である。またRobでのスムーズなポート設置には、穿刺順番も重要になる。

79

腹腔内に内膜症病変を確認し得た Wunderlich 症候群の1例

大阪医科薬科大学

塩見まちこ, 恒遠 啓示, 西江 瑠璃, 佐々木 浩, 大道 正英

【緒言】Wunderlich 症候群は 重複子宮, 子宮頸部嚢胞, 同側腎無形性を伴う稀な疾患である. 今回 Wunderlich 症候群を経験したので報告する. 【症例】21 歳. 初経は 15 歳. 月経困難症で前医通院し, LEP を継続内服していた. 肛門周囲の激痛を主訴に近医受診し子宮留血腫を指摘され当院紹介された. 腔は狭小で, 経直腸超音波検査では重複子宮で右側子宮に留血腫が疑われた. CT, MRI 検査をしたところ重複子宮, 右側子宮腔閉鎖, 腎欠損を認めた. 【経過】腔, 子宮内に留血腫を認め, また疼痛を伴うことからレゼクトスコープを用いて腔式に右子宮腔部切開術をした. 腔内から暗赤色の血液が排出されたが, 術中にダグラス窩が開放したため, 腹腔鏡手術で腹膜縫合を行った. 腹腔内所見は, 重複子宮であり左側子宮は萎縮していた. 膀胱子宮窩腹膜やダグラス窩に内膜症病変を多数認めた. 切除した腔壁組織が子宮頸管腺由来の高円柱上皮であり Wunderlich 症候群と診断した. 【結語】Wunderlich 症候群のような月経困難を伴う疾患では内膜症性病変の併存も考慮する必要がある.

80

子宮頸癌との鑑別を要した子宮頸部悪性リンパ腫の1例

大阪医療センター

川道 彩夏, 伴 建二, 藤上 友輔, 小椋 恵利, 赤木 佳奈, 松本 久宣, 飛梅 孝子, 岡垣 篤彦, 巽 啓司

女性生殖器官原発の悪性リンパ腫は極めて稀であり, 節外性リンパ腫の1%未満と報告されている. 今回, 我々は子宮頸部びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫 (diffuse large B-cell lymphoma, DLBCL) を経験したので報告する. 症例は 40 歳, 2 妊 2 産. 子宮頸部高度異形成にて子宮頸部円錐切除歴あり. 下腹部腫瘤感にて X 年 Y 月に初診, 褐色帯下を認め, 子宮腔部は腫大し腔円蓋が消失していたが表面外観は正常, 経腔超音波検査では 6.7cm の子宮頸部腫瘤を認めた. 血清 LDH=425U/L (正常基準値 219 未満), 子宮頸部擦過細胞診は NILM であった. 骨盤単純 MRI 検査では T2 やや高信号, 拡散強調で高信号の子宮頸部腫瘤が腔円蓋へ腔に浸潤する像のほか, 腰椎に T1W 低信号病変の多発も認めた. PET/CT 検査では, リンパ節腫大を両側閉鎖節や総腸骨節, 傍大動脈, 肺門部や左鎖骨上窩などに多数認めた. 子宮頸癌と悪性リンパ腫の鑑別目的に診断的円錐切除術を行い, DLBCL の診断を得た. 血液内科紹介とし, R-CHOP 療法 8 コース施行された. X+5 年の再発サーベイランス検査では寛解を維持している.

81

尿管・無機能腎を伴う孤立性繊維性腫瘍を腹腔鏡・後腹膜鏡下に摘出した1例

大阪大学

折出 唯志, 小玉美智子, 富松 拓治, 澤田健二郎, 上田 豊, 橋本 香映, 小林 栄仁, 瀧内 剛, 木瀬 康人, 中川 慧, 三好 愛

69 歳, 3 経妊 3 経産, 腎不全精査目的の CT にて, 右卵巣癌が疑われ, 前医で初回手術を実施したところ, 腫瘍は広間膜内に発育する腫瘤であり, 子宮との連続性は不明瞭であった. 術中迅速病理診断では子宮筋腫が疑われ, 腫瘍と周囲組織の癒着が高度で出血制御が困難となり 2940ml に達した為, 子宮腔上部切除および両側付属器摘出術を実施, 腫瘍が一部残存する状態で手術終了とした. 永久病理標本の結果は solitary fibrous tumor で, 核分裂像が 1 個/HPF であった. 再発リスクは中程度として経過観察中, 腫瘍増大を認め, 当院へ紹介となった. 腫瘍は子宮頸部右側に位置し, 周囲に血管が豊富に存在, CT で右尿管浸潤が疑われた. また右腎は無機能腎との診断の下, 合併切除する方針とした. 泌尿器科にて後腹膜鏡下に右腎摘出を行った後, 産婦人科にて尿管・残存腫瘍・子宮頸部を腹腔鏡下に en bloc に摘出した. 稀少な後腹膜腫瘍 (solitary fibroma tumor) を後腹膜鏡・腹腔鏡下に摘出した症例を経験したので, 術中画像, 動画を供覧するとともに文献的考察を加え報告する.

82

鼠径部子宮内膜症に由来する類内膜癌の1例近畿大学奈良病院¹⁾，同病理診断科²⁾橋口 康弘¹⁾，山本皇之祐¹⁾，岸本佐知子¹⁾，西岡 和弘¹⁾，若狭 朋子²⁾，大井 豪一¹⁾

子宮内膜症の悪性化は1%以下とされ，大半は卵巣を含めた骨盤内が占めている．今回，鼠径部子宮内膜症の悪性化症例を経験したので報告する．57歳女性，既往歴は結核（24歳），帝王切開2回，胃癌（51歳）がある．CTで骨盤内リンパ節，および両側鼠径リンパ節の腫大を認め，PET-CTで鼠径部腫瘤に集積を認めたため，外科医師により摘出され，子宮内膜症由来の腺癌との病理診断となったため，当科に紹介となった．当科初診時，経腔超音波断層法，MRIでは子宮・卵巣に異常を認めなかったが，PETの所見と一致して骨盤内リンパ節の腫大を認めた．右外陰部には弾性硬の腫瘤を4か所認めた．画像所見から骨盤内リンパ節・鼠径リンパ節転移，および外陰部悪性腫瘍を疑い，骨盤内リンパ節，鼠径リンパ節生検，および外陰部腫瘍切除術を行った．摘出したすべてのリンパ節で転移が認められ，外陰部腫瘍は子宮内膜症由来の腺癌であった．術後は卵巣がんに基づき，TC療法を6コース施行し，その後，転移・再発なく経過している当科紹介時，CA19-9：215ng/mlとピークであったが，その後，漸減し，直近の検査では42.1ng/mlまで低下を認めている．

83

帝王切開癒痕部妊娠との鑑別を要した侵入全胎状奇胎の1例

関西電力病院

山本 絢可，吉水 美嶺，隅野 朋子，古田 希，辻 なつき，寺川 耕市，永野 忠義

侵入胎状奇胎は胎状奇胎の絨毛成分が子宮筋層へ浸潤したものと定義されており，全胎状奇胎の10～20%に続発すると報告されている．今回我々は帝王切開癒痕部妊娠との鑑別を要した侵入全胎状奇胎の1例を経験したので報告する．症例は46歳，2妊2産2回帝王切開．不正性器出血を主訴に来院した．初診時の診察で子宮は女性手拳大に腫大して腔内に血腫が充満しており，血清hCGは168，000U/ILと著明に上昇していた．経腔超音波検査およびMRI検査にて帝王切開癒痕部に胎嚢を疑う所見を認め，帝王切開癒痕部妊娠の診断で腹腔鏡下単純子宮全摘術，両側卵管切除術を施行した．病理検査結果は侵入全胎状奇胎であり，術後MTX療法を8コース施行し現在まで血清hCGは陰性化を維持している．本症例では子宮筋層の菲薄化が帝王切開癒痕によるものか，奇胎の浸潤によるものかで議論を要した．診断確定のために施行した免疫染色などと合わせて報告する．

84

ステロイドパルス療法を行ったオラパリブによる間質性肺炎を発症した1症例

大阪医科薬科大学

入江 惇太，藤原 聡枝，西江 瑠璃，上田 尚子，寺田 信一，古形 祐平，田中 智人，
田中 良道，大道 正英

オラパリブの有害事象は嘔気，倦怠感，貧血の頻度が高い．間質性肺炎は約1%と稀だが重篤であり注意を要する．今回オラパリブによる間質性肺炎を発症した1例を経験したので報告する．症例は78歳．BRCA2 variantを有する卵巣癌IIIC期の初回維持療法としてオラパリブを開始した．開始から7ヶ月目に発熱と咳嗽で受診となる．来院時，軽度の炎症反応上昇と胸部レントゲンで肺炎像を認め細菌性肺炎の診断で抗生剤投与を開始した．投与4日目，好中球は低下傾向であったが，呼吸苦出現と末梢酸素濃度の急激な低下を認めた．血清LDH，KL-6の上昇とCT検査でびまん性すりガラス様陰影を認め薬剤性間質性肺炎と診断した．オラパリブを中止しステロイドパルス療法を含む集学的治療を行った．パルス開始後は速やかに呼吸症状消失し軽快退院となった．薬剤性間質性肺炎は，対応が遅れると急性増悪を呈する重篤な有害事象である．呼吸症状を有する場合は稀な頻度ではあるが間質性肺炎も留意する必要がある．

85

当院でのニラパリブ使用経験

市立貝塚病院

田中 良知, 増田 公美, 小松 直人, 竹本 祐基, 谷口 翠, 市川 冬輝, 黒田実紗子,
甲村奈緒子, 田中あすか, 小笹 勝巳, 横井 猛

【目的】ニラパリブは、2020年9月に卵巣癌における初回化学療法後の維持療法、プラチナ製剤感受性の再発卵巣癌における化学療法後の維持療法、3つ以上の化学療法歴のプラチナ製剤感受性の相同組換え修復欠損を有する再発卵巣癌の治療薬として承認された。当院での使用症例を検討し特徴や課題を考察した。【方法】2021年3月より2021年1月までにニラパリブを処方した症例について経過や特徴を後方視的に検討した。

【結果】ニラパリブを投与されたのは11人であった。卵巣癌9例、腹膜癌1例、卵管癌1例であり、再発例が7例、初回治療が4例であった。有害事象により休薬・中止した症例は5例認め、いずれも再発治療後維持症例であった。Grade3以上の有害事象は貧血が4例(36.4%) (2例は輸血を実施)、血小板減少が1例(9.0%)、好中球減少が4例(Grade4:3例)であった。【考察】有害事象による中止・休薬した症例は多く、投与中の管理には注意を要する。症例数が少ないため今後の集積が必要となる。

86

SETパターンを認めたHRDの卵巣癌の1例

大阪はびきの医療センター

坂元 優太, 中野 和俊, 小川 憲二, 安川 久吉, 赤田 忍

2020年に卵巣癌のWHOにおける病理の取り扱いが改訂された。今回、SETパターンを認めた卵巣癌症例を報告する。症例は51歳。不正出血で受診し、5cm大の両側卵巣腫大を認めた。MRI、CT画像では拡散制限、血流を伴う充実部を認め、明らかな転移巣を認めなかった。腫瘍マーカーはCA125が71U/mlであったほかは正常値であった。卵巣癌を疑い開腹両側付属器切除術を施行したところ高異型度漿液性癌であった。そのため子宮全摘、大網切除、傍大動脈・骨盤リンパ節郭清を施行した。傍大動脈リンパ節のみに転移を認めたためpT1bN1M0のⅢA1期と診断した。病理検査においてSETパターンを認めたためMyChoice診断システムに提出したが、BRCAwt・HRDの結果であった。これを踏まえてTC+Bevで治療を行いPAOLA-1レジメンで維持療法を行っている。進行卵巣癌はBRCA変異あるいはHRDの場合、PARP阻害剤が適応となる。本症例では異なったが、SETパターンを認める卵巣癌はBRCA変異の可能性が高いため、念頭に置いて検査・治療を行う必要がある。

87

α-fetoprotein産生を示した卵巣癌肉腫の1例

京都府立医科大学

細田 尚哉, 寄木 香織, 青山 幸平, 垂水 洋輔, 片岡 恒, 古株 哲也, 森 泰輔

閉経後のα-fetoprotein (AFP)産生を示す卵巣癌の報告は非常に少なく、化学療法の反応性が乏しいため予後不良と考えられている。66歳、未妊、腹部膨満感を主訴に前医を受診し、大量腹水を指摘され紹介受診となった。画像上16cm大の右付属器腫瘍と大網腫瘍、腹膜播種を認め、PDSは困難と判断し腹腔鏡下に骨盤内播種と大網腫瘍を生検した。病理組織学的に漿液性癌の成分と淡明な細胞が増殖する領域や軟骨肉腫様の領域が混在する間質成分を認めた。免疫組織学的に淡明な細胞にAFP陽性像がみられたが、卵黄嚢腫瘍とは異なる組織像のため、yolk sac componentの混在によりAFP産生を示す癌肉腫ⅢC期(FIGO2014)と診断した。血清AFPも3,898ng/mLと高値であった。術前化学療法(TC+Bevacizumab)を4サイクル実施後、IDSとして子宮・両側付属器・大網・小腸の一部を切除したが、腹膜播種巣は残存した(optimal surgery)。術後化学療法を4サイクル追加後、血清AFPは基準値内に低下し、Niraparibを開始した。AFP産生や癌肉腫は予後不良因子とされるが、上皮性悪性腫瘍に準じた治療に一定の効果がみられた。

88

ITP 合併卵巣癌の化学療法に伴う血小板低下に対して TP0 受容体作動薬を使用した 1 例

大阪大学

舟津えり子, 木瀬 康人, 中川 慧, 瀧内 剛, 三好 愛, 小玉美智子, 橋本 香映,
上田 豊, 澤田健二郎, 木村 正

【緒言】免疫性血小板減少性 (ITP : Immune thrombocytopenia) が固形癌を合併した場合, 血小板減少によりしばしば患者の手術加療, 化学療法に難渋する。トロンボポエチン受容体作動薬 (TP0-RA) は巨核球・骨髓前駆細胞の分化・増殖を誘導する内服薬で, 固形癌の化学療法に伴う血小板減少に対する治療例はまだ少ないが有用性が期待されている。【症例】63 歳, 2 妊 2 産。卵巣癌疑いにて, 血小板数 4 万/ μ l 前後の ITP 合併のため術前に大量 γ グロブリン療法を行い手術実施 (Complete surgery, R0)。卵巣類内膜腺癌 G1, II B 期と診断し術後 TC 療法 6 コースを勧めた。化学療法前よりブレドニゾロン内服するも 1 コース目で Grade 3 の血小板減少を認め, TP0-RA (Eltrombopag Olamine) を開始。2 コース目で Grade 4 の血小板減少を認めたが, 以後血小板数は徐々に上昇。現在治療継続中であるが, 化学療法を完遂できる見込みである。【結論】ITP を合併した卵巣癌患者の術後 TC 療法中に TP0-RA を投与し奏効した 1 例を経験したため, 文献的考察を踏まえ報告する。

89

ゲムシタビン, ペバシズマブが奏効した卵巣低異型度漿液性癌の
文献的考察を交えた症例報告

近畿大学

佐藤 華子, 小谷 泰史, 松村 謙臣

【諸言】低異型度漿液性癌 (LGSOC) は化学療法抵抗性であり, 高異型度漿液性癌と比較すると確立した治療法がないのが現状である。ゲムシタビン, ペバシズマブが奏効した自験例を, 文献的考察を交えて報告する。

【症例】初発は 28 歳の未経産婦。卵巣腫瘍に対して, 右付属器摘出+大網部分切除術を施行した。術後病理組織は浸潤性腹膜インプラントを伴う漿液性境界悪性腫瘍 III A 期の診断であり, 今後の加療目的で当院に紹介となった。術後カルボプラチン+パクリタキセルを 3 コース施行した (GnRH agonist 併用)。化学療法終了後に左卵巣に再発を認め, 単純子宮全摘+左付属器摘出+大網全摘+骨盤内・傍大動脈リンパ節郭清術を施行した。術後病理組織は漿液性癌, pT3cNOMO であった。プラチナ抵抗性再発であり, ドキソルビシン塩酸塩+ゲムシタビンを開始したが, ドキソルビシン塩酸塩初回投与時にアナフィラキシー症状を認め中止し, ノギekanへ変更し 3 コース施行した。無病期間 5 年 3 ヶ月が経過したが, CT で腹腔内播種の再々発を認めた。腹腔鏡下生検術を施行した病理組織は LGSOC の診断であった。再発難治例であり Foundation one を提出し, NF1 や TP53 遺伝子変異を認めたが, MSI は陰性であり, 治療法には繋がらなかった。その後は再発腫瘍摘出術を行い, 術後ゲムシタビン, ペバシズマブを開始した。画像上サイズは横ばいだが, CA125 はピーク時の 145 から 17 まで低下しており, 効果を認めている。

90

推定 I A 期子宮体癌の術前 MRI 検査での筋層浸潤に関する検討

和歌山県立医科大学

南野 有紗, 八幡 環, 平山 純也, 馬淵 泰士, 八木 重孝, 南 佐和子, 井篁 一彦

【目的】既報では子宮体癌において術前 MRI の筋層浸潤 (myometrial invasion: MI) 評価は陰性適中率が低いことが示されており, 本研究では病理学的所見との不一致率, 予後について検証を行った。【方法】当院で 2015 年から 2021 年に術前 MI 陰性, かつ子宮体癌 IA 期 G1/2 と推定した 92 例を対象とした。MRI での筋層浸潤の診断精度, 臨床病理学的所見, 予後について評価した。【結果】手術の内訳は腹式:88 例 (96%), 腹腔鏡:4 例 (4%) であった。組織型は類内膜癌 G1:75 例 (82%), G2:17 例 (18%) であった。術後病理で, MI 陰性:14 例 (15%), 1/2 未満:78 例 (85%) であり, MRI による MI 陰性に関する陰性適中率は 23% であった。観察期間の中央値は 35.9 (0.8-75.1) カ月で再発例は認めなかった。【結論】本研究では子宮体癌における MRI の筋層浸潤評価の精度について検証し, 既報のように陰性適中率が低いことが示された。

91

大学病院における女性アスリート外来開設についてとその実際

関西医科大学¹⁾, 同健康科学²⁾

辻 祥子¹⁾, 中村真季子¹⁾, 小宮慎之介¹⁾, 服部 葵¹⁾, 中尾 朋子¹⁾, 村田 紘未¹⁾,
木村 穰²⁾, 岡田 英孝¹⁾

当院にはスポーツドクター資格を有する産婦人科専門医が2名在籍している。以前より各競技団体や大会等の支援を行っていたが、より集中的な女性アスリート支援を行うため2020年より女性アスリート外来の開設に向けて準備を開始した。一般的な疾患からRED-S（相対的なエネルギー不足）に対する適切な評価と支援を実現するため、整形外科、精神神経科、健康科学センターと連携することで包括的支援が実施できる環境整備を目指した。当院健康科学センターは、かねてより生活習慣病患者への運動療法、外科手術や臓器移植前後の体力向上、アスリートのメディカルチェック等を積極的に行っており、アスリートとの関わりに豊富な経験を持つ管理栄養士、公認心理師、健康運動指導士とも連携することができた。2021年8月より診療を開始し、大学病院という性格上、受診ハードルが高いことが原因と考えられる重症度の高いアスリートが4名受診している。その中でも特徴的な食行動異常患者の症例を文献的考察と共に示す。

92

ピル内服による、血色素量 (Hb)、血清フェリチン値 (Fer) 及び 血小板数 (P1) への影響

荒木肛門科

荒木 常男

〔目的〕ピル内服による、Hb、Fer 及び P1 への影響の検討 〔方法〕対象は当院通院女性で、以下の4群。OC：ピル内服1年以上延べ155人、PR：妊娠初期延べ208人、RE：非妊娠・ピル非内服で49歳以下延べ115人、ME：非妊娠・ピル非内服で50歳以上延べ129人。総延べ人数607人、実人数453人。期間は2016年10月から2020年8月。肘静脈血を用い、日本臨床でHb、Fer 及び P1などを測定した。Fer測定法が途中、CLIA法 (Abbottアーキテクト・フェリチン) (Ab) から、CLEIA法 (富士レビオのルミパルスプレスト・フェリチン) (Fu) に変更されたので、区別集計した。〔結果〕Hb (平均値±標準偏差) は、OCで 13.4 ± 1.0 g/dl, PRで 12.5 ± 1.1 , REで 12.7 ± 1.5 , MEで 12.9 ± 1.6 。Fer (自然対数変換) は、OC中、Ab88人で 3.77 ± 0.87 ng/ml, Fu67人で 3.33 ± 0.98 , PR中、Ab139人で 3.34 ± 0.90 , Fu69人で 3.03 ± 0.92 , ME中、Ab90人で 4.15 ± 0.94 , Fu39人で 4.09 ± 0.68 。P1 (万/ μ l) は、OCで 28.7 ± 6.6 , PRで 25.5 ± 5.3 。〔結論〕4群平均値比較すると、有意水準5%で、OCはPRより、Hb、P1につき大きく、FerについてもAbで大きい、Fuでは有意差なしであった。

93

先天性フィブリノゲン異常症に対しフィブリノゲン製剤補充を行い 妊娠継続に至った症例

大阪大学

山本 幸代, 三宅 達也, 後藤 剛, 辻 沙織, 本多 秀峰, 伊藤 風太, 伴田 美佳,
瀧内 剛, 木村 正

【緒言】先天性フィブリノゲン異常症は遺伝子変異によりフィブリノゲンの機能異常をきたす疾患であり、流産の原因となる。今回、先天性フィブリノゲン異常症に対し妊娠初期よりフィブリノゲン製剤の補充を適切に行い妊娠継続に至った1例を経験したので報告する。【症例】36歳、1妊0産、自然流産1回。X-2年、人工授精で妊娠成立、フィブリノゲン製剤を2g/週で補充開始するも妊娠6週に巨大絨毛膜下血腫を認め、妊娠8週で自然流産となった (流産絨毛染色体検査：正常核型)。X年にARTを経て自然排卵周期での胚移植を実施 (着床前診断検査：正常核型) し妊娠成立。妊娠4週2日での血中フィブリノゲン濃度：39mg/dlであり、前回の経験からフィブリノゲン製剤6g/週で補充を開始、現在まで妊娠継続しており慎重に管理中である。【考察】先天性フィブリノゲン異常症に対し、フィブリノゲン製剤補充を行い妊娠継続できた症例であった。先天性フィブリノゲン異常症は稀な遺伝性疾患であり、妊娠管理の関して更なる症例の蓄積が望まれる。

94

腹腔鏡下 Strassmann 手術を行い妊娠に至った双角子宮の1症例

高の原中央病院

曾山 浩明, 奥口 聡美, 山口 昌美, 吉田 剛祥, 谷口 文章

【背景】子宮体部が左右に分かれ、子宮の内腔が完全に左右に分かれた双角子宮は比較的珍しく、不妊や流産の原因となる。その手術方法の一つとして Strassmann 手術があるが、腹腔鏡下に行われた報告は少なく、術後に妊娠に至った報告は国内では認めない。我々はそのような症例が妊娠に至ったので報告する。【症例】35歳、未経妊。双角子宮、右卵管水腫を認め、8回胚移植をするも妊娠に至らず、手術目的で紹介された。双角子宮、卵管水腫による不妊と診断し、腹腔鏡下 Strassmann 手術、右卵管摘出術を行った。Strassmann 手術は、子宮鏡で子宮内腔より子宮底部を切開し、腹腔鏡下に切開を延長した。切開創の左右を合わせるように3層で縫合した。手術時間：161分、出血量：80ml、術後4日目に退院した。術後4ヵ月目に1回目の胚移植で妊娠し、現在問題なく妊娠後期に至っている。【結論】Strassmann 手術の有用性を示す開腹術の報告は多い。この術式は、子宮腔内までの切開と多くの縫合が必要であるが、腹腔鏡下でも行え、妊娠後期に達し、その有効性が示された。

95

中隔子宮を伴う不妊不育症に対する子宮鏡下子宮中隔切除術後の妊娠転帰について

大阪医科薬科大学

福西 智美, 劉 昌恵, 橋田 宗祐, 中村真由美, 多賀 紗也, 香林 正美, 大道 正英

【目的】中隔子宮は子宮奇形の中で最も頻度が高く不妊不育症の原因となる。初期流産率は約44%と最も高く生児獲得率は50%と最も低い。我々の中隔子宮を有する不妊不育症患者に対し腹腔鏡監視下での子宮鏡下子宮中隔切除術を施行している。今回、妊孕性改善における手術の有用性について検討した。【方法】2010年4月～2021年12月においてMRIで診断に至った中隔子宮を伴う不妊不育症例17例のうち、妊娠転帰をおえた16例を対象とした。全身麻酔下に腹腔鏡監視下子宮鏡下子宮中隔切除術を行い、手術終了時にIUDを挿入、3ヶ月後に子宮鏡で内腔を観察、IUDの抜去を行い妊娠許可とした。【成績】手術時年齢は平均34.8歳であった。術後12例に妊娠成立を認め、妊娠までの期間は9ヶ月、妊娠方法は自然妊娠6例、AIH1例、ART4例であった。初期流産1例、早産2例、正常産8例、胎盤遺残1例、妊娠継続中2例を認めた。【結論】子宮鏡下中隔切除術は中隔子宮を有する不妊不育症に対し有用な治療であると考えられる。

96

子宮鏡下手術で妊娠せず腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術で妊娠した 帝王切開瘢痕症候群の1例

滋賀医科大学

谷口健太郎, 辻 俊一郎, 信田 侑里, 伊藤 祐弥, 花田 哲郎, 天野 創, 笠原 恭子,
村上 節

帝王切開術により子宮峡部創陥凹が生じ、不正子宮出血、月経困難症および不妊症をきたすことを帝王切開瘢痕症候群 (Cesarean scar syndrome; CSS) と称する。我々はCSSによる不妊症症例に子宮鏡下手術を行い、術後妊娠例では陥凹部の筋層の厚さが増大することを報告してきた。今回、子宮鏡下手術後も不妊が続く症例に腹腔鏡下瘢痕部修復術を施行し妊娠した症例を経験したので報告する。症例は33歳2妊1産。第1子を帝王切開分娩後、不妊治療を含め4年間妊娠に至らず、CSSと診断され当院にて子宮鏡下手術を行った。しかし、陥凹部筋層の厚さは術後も改善なく、さらに2年間妊娠成立に至らなかったため、腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術を施行したところ、1回目の凍結融解胚移植で妊娠に至った。CSSによる続発性不妊症の治療法として、子宮鏡下手術が奏効しない場合でも腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術という手段がある。

97

子宮内膜症における腹水中 NK 細胞受容体の発現強度の解析

兵庫医科大学

佐伯信一朗, 福井 淳史, 麦 楚嫻, 竹山 龍, 加藤 徹, 山谷 文乃, 柴原 浩章

【目的】子宮内膜症における NK 細胞の関与を明らかにすること【方法】子宮内膜症手術患者 (n=32), 子宮内膜症のない良性疾患患者 (コントロール群 n=30) を対象とし, 手術時に腹水を採取, CD56+NK 細胞における活性化受容体, 抑制性受容体, 各種サイトカイン産生につき, フローサイトメトリーを用いて子宮内膜症の有無での差異を検討した。【成績】子宮内膜症患者では, コントロール群に比して CD16+/CD56dimNK 細胞の割合は低下し, CD56dim/NKp46+NK 細胞の割合は有意に低下した ($p<0.05$)。また活性化受容体 NKG2C は, NKp46/NKG2C+細胞が有意に低下し ($p<0.05$), NKp46/NKG2D+細胞が有意に上昇した ($p<0.05$)。抑制性受容体およびサイトカイン産生は差を認めなかった。【結論】子宮内膜症患者の腹水中 NK 細胞の細胞傷害性が低下しているものと思われた。

98

RRSO 施行後に診断された卵管癌 I A 期に対して TC 療法を施行した HBOC の 1 例

市立貝塚病院

小松 直人, 田中あすか, 田中 良知, 竹本 祐基, 谷口 翠, 黒田実紗子, 市川 冬輝, 甲村奈緒子, 小笹 勝巳, 増田 公美, 横井 猛

【背景】遺伝性乳癌卵巣癌症候群 (hereditary breast and ovarian cancer syndrome: HBOC) は BRCA1 遺伝子または BRCA2 遺伝子の変異による遺伝性症候群であり, 乳癌や卵巣癌・卵管癌・原発性腹膜癌 (以下, 卵巣癌と略す) の発症リスクが上昇する。2020 年 4 月より卵巣癌または乳癌が既発の HBOC に対する診療の一部が保険収載され, 乳癌患者のうち HBOC と診断されたものに対するリスク低減卵管卵巣摘出術 (risk reducing salpingo-oophorectomy: RRSO) も含まれた。【症例】我々は右乳癌治療後に BRCA1 遺伝子変異陽性が判明した 1 例に RRSO を施行した。術前の画像診断では子宮, 付属器に異常は指摘されておらず, 術中の肉眼所見でも異常はなかった。摘出標本より右卵管壁内に限局する高異型度漿液性癌を検出し, 卵管癌 pT1aNXMO と診断し, 術後化学療法として TC 療法を行なった。【結語】保険収載されたことで RRSO の施行例が今後増加すると考えられ, その中で術後に卵巣癌が指摘される症例も増えるであろう。一方で RRSO 後に診断された卵巣癌に対する術後補助療法は確立されていないため, 考察を加えて症例報告する。

99

妊娠中に判明した, 非常に稀な悪性卵巣甲状腺腫 (低分化癌) の 1 例

神戸大学

久保田いろは, 長又 哲史, 栖田 園子, 笹川 勇樹, 今福 仁美, 山崎 友維, 寺井 義人

【緒言】悪性卵巣甲状腺腫は稀な疾患であるが, 低分化癌の報告は世界で 5 例しかない。今回, 妊娠中に悪性卵巣甲状腺腫, 低分化癌を合併した症例を経験したので報告する。【症例】25 歳, 1 妊 0 産。妊娠 18 週に, 前医の骨盤 MRI で 8cm 大の脂肪成分を伴う左卵巣多房性嚢胞を指摘され, CA19-9 77.4 U/ml と上昇を認めた。左成熟嚢胞性奇形腫疑いに対し腹式左卵巣腫瘍摘出術を施行, 左卵巣腫瘍以外には腹腔内に異常所見はなかった。病理結果は悪性卵巣甲状腺腫, 低分化癌の診断で, 妊娠 26 週に当院紹介。胸腹部 CT で明らかな転移巣は認めなかったが, 骨盤単純 MRI で左卵巣に腫瘍再発を疑う所見を認め, 妊娠 28 週に腹式左付属器摘出術, 大網部分切除術を行った。左卵巣は 8cm 大に腫大, 右付属器は正常大, 腹腔内に明らかな播種巣はなかった。病理結果は卵巣甲状腺腫であり, 摘出標本に明らかな悪性所見はなかった。産後に追加治療を検討している。

【結語】妊娠に合併した非常に稀な悪性卵巣甲状腺腫, 低分化癌を経験した。文献的考察を含めて報告する。

100

急激な転機をたどった再発粘液性境界悪性腫瘍の1例

公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院

久保のぞみ, 浅井 麻由, 水田 結花, 竹内祐美子, 三枝 遥, 池田愛紗美, 高折 彩,
河合 恵里, 児嶋真千子, 森部 絢子, 山本 彩, 小藺 祐喜, 奥田亜紀子, 関山健太郎,
吉岡 弓子, 樋口 壽宏

【背景】卵巢粘液性境界悪性腫瘍は I 期であれば長期的な生命学的予後は良好とされている。今回我々は術後短期間で再発・悪性転化し急激な転機を辿った症例を経験したので報告する。【症例】37 歳, 未婚。腹部膨満感を主訴に当科紹介となった。術前の CA 19-9 は 12 万 U/mL で, 造影 MRI では左卵巢に 15cm 大の多房性腫瘍を認め, 充実部には造影効果・拡散制限を伴っていた。妊孕性温存希望を踏まえ, X 年 12 月に開腹左付属器切除を行い, 病理学的に粘液性境界悪性腫瘍 I C3 期と診断した。X+2 年 2 月に CA19-9 が 277U/mL と上昇したが造影 CT では再発を認めなかった。同年 5 月に腹部膨満感が出現, CA19-9 は 3097U/mL と上昇し, 造影 CT で多発腹膜播種再発を認めた。腹水細胞診・セルブロック組織診で粘液性腺癌と診断し, 同年 6 月より全身化学療法を行なったが, 全身状態が悪化, 化学療法継続困難と判断し緩和ケア治療へ移行, X+2 年 9 月に原病死となった。【結語】通常緩徐な経過をとる卵巢境界悪性腫瘍ではあるが悪性転化を含めた急激な変化を念頭においた管理が必要である。

101

妊孕性温存手術が行われた 8 年 8 ヶ月後に晩期再発した卵巢癌 I A 期の 1 例

大阪市立大学

中野 千晴, 今井 健至, 内倉慧二郎, 野田 拓也, 栗津祐一郎, 南野 成則, 山内 真,
笠井 真理, 福田 武史, 市村 友季, 安井 智代, 角 俊幸

【緒言】上皮性卵巢腫瘍再発例の 95% が 4 年以内とされている。卵巢癌 I A 期の晩期再発は稀であり, 8 年以上経過しての晩期再発は臨床報告例も多くない。今回我々は晩期再発した卵巢癌 I A 期の症例を経験した。

【症例】35 歳, 未婚。27 歳時に他院にて上皮性卵巢癌 I A 期 (類内膜癌, grade1) に対して左付属器摘出術, 右卵巢生検及び術後化学療法が施行された。腹部膨満感を主訴に前医受診し超音波検査で腹腔内腫瘍を認め, 当科紹介受診。MRI で充実部を伴う右卵巢腫瘍, 子宮内腔の不整な充実腫瘍, 直腸への浸潤を疑うダグラス窩腫瘍を認め, 子宮内膜組織診は類内膜癌 grade1 であった。右付属器摘出術, 単純子宮全摘出術, 大網部分切除術, 後腹膜リンパ節郭清, 直腸低位前方切除術を施行し, 手術所見および病理検査所見より卵巢癌晩期再発と診断した。術後化学療法施行し, 現在無病生存中である。【結語】上皮性卵巢腫瘍 I A 期の晩期再発は稀であるが, 特に妊孕性温存手術を実施した患者には, 再発の可能性を十分説明することが重要である。

102

院内心肺停止の蘇生後に卵巢癌手術を行った Trousseau 症候群の 1 例

大阪大学

出口 智基, 木瀬 康人, 中川 慧, 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, 富松 拓治, 木村 正

【緒言】Trousseau 症候群 (TS) はがんによる血液凝固能亢進に伴う全身血栓塞栓症を示す病態であり, 卵巢癌に併発しやすく致命的となりうる。【症例】46 歳, 0 妊。外傷に伴う右上腕の難治性疼痛管理目的に他科入院中, 突然の呼吸苦の後, 心肺停止 (CPA) となり院内救命チームによりすぐに蘇生された。原因精査の CT で肺塞栓, 脳梗塞, 腎梗塞, 脾梗塞, 長径 16cm の充実成分を伴う右卵巢腫瘍を認めた。卵巢癌に伴う TS を疑い, 呼吸循環管理と抗凝固療法を開始した。神経学的評価にて大きな異常を認めなかったことから, CPA 発症 3 日後に救命のため手術 (準広汎子宮全摘, 両側付属器切除, 大網部分切除) を実施した。内膜症性の高度な癒着を認めたが, 腫瘍を完全切除しえた。術後病理診断は卵巢類内膜癌 G1, pT1c3NXM0 であった。術後経過良好で術後 25 日で神経学的後遺症なく退院された。術後追加化学療法 TC3 コースを予定している。【結論】救命しえた院内 CPA 蘇生後の TS を伴う卵巢癌症例を経験したので, 文献学的考察をふまえて報告する。

103

卵巣明細胞癌の術後 11 年で腔に類内膜癌が発生した症例

関西医科大学

森岡 咲耶, 久松 洋司, 中村真季子, 福田 桃子, 鈴木健太郎, 武田 恵美, 牧野 琴音,
牧野 博朗, 高野 苗江, 福田 久人, 服部 葵, 西端 修平, 安原 由貴, 横江 巧也,
佛原 悠介, 村田 紘未, 北 正人, 岡田 英孝

子宮内膜症関連癌は子宮内膜症を基盤とした悪性腫瘍であり、組織型としては類内膜癌と明細胞癌が多く、併発する症例は散見されるが、長期間経過してから発生することはまれである。今回、卵巣明細胞癌の術後 11 年で腔に類内膜癌が発生した 1 例を経験したため報告する。初診時年齢 40 歳、女性。右卵巣癌に対して腹式単純子宮全摘術・両側付属器切除術・骨盤リンパ節郭清術・大網部分切除術を受け、病理組織検査で卵巣明細胞癌 pT2bNOM0 (UICC 第 8 版) と診断された。術後 TC 療法を 5 サイクル受け、化学療法終了後早期から HRT を受けていた。術後 11 年目に少量性器出血を自覚して近医を受診し、腔断端近傍に 2.5 cm の易出血性の腫瘤性病変を認め、組織診で腺癌と診断され当院へ紹介受診となった。画像検査では明らかな遠隔転移はなく、腹腔鏡及び腔内視鏡による腫瘍摘出術を受けた。病理組織診断で周辺に内膜症組織を伴わない類内膜癌であった。完全切除できたため術後追加治療は行わず、経過観察中である。

104

後腹膜腔に発生したチョコレート嚢胞の悪性転化が疑われた卵巣類内膜癌の 1 例

耳原総合病院

佐藤 孝憲, 坂本 能基, 斎藤 庸太, 松原 侑子, 瀧口 義弘, 松岡 智史, 内田 学,
高木 力

卵巣腫瘍は稀に大網や後腹膜腔などの異所性に発見されることがある。今回我々は後腹膜腔に発生し、診断に苦慮した卵巣腫瘍の 1 例を経験したので報告する。症例は 49 歳、未婚。他院にて X-9 年に虫垂腫瘍疑いにて手術を施行され、術中に 7cm 大の卵巣腫瘍が疑われたが、アナフィラキシーを起こし手術継続困難となり摘出せず、その後チョコレート嚢胞の診断となりジェノゲストを内服していた。X 年 5 月に右下腹部痛を主訴に救急受診し、CT 及び MRI 検査にて 14cm 大の充実部を含む腫瘍を認め、チョコレート嚢胞の悪性転化を疑った。また腫瘍は虫垂・盲腸に接し、周囲脂肪組織濃度上昇を認めたため、腹痛は虫垂炎が原因である可能性も考慮し、抗生剤を点滴し 3 日後に手術を施行した。術中、右卵巣腫瘍は後腹膜腔に発育し膿瘍を形成して盲腸と癒着し、浸潤も疑われた為、結腸右半切除を行い、腫瘍と膿瘍とともに一塊に切除した。最終病理診断は類内膜癌 Stage I A であり、現在経過観察中である。類似症例の文献的考察を加えてこの 1 例を報告する。

めざしているのは、母乳そのもの。

母乳は赤ちゃんにとって最良の栄養です。

雪印ビーンスタークは1960年日本初の全国規模の母乳調査を行って以来、現在にいたるまで母乳の成分、そのはたらき(機能)に加え、母親の生活環境も調査対象に入れ母乳研究を続けています。

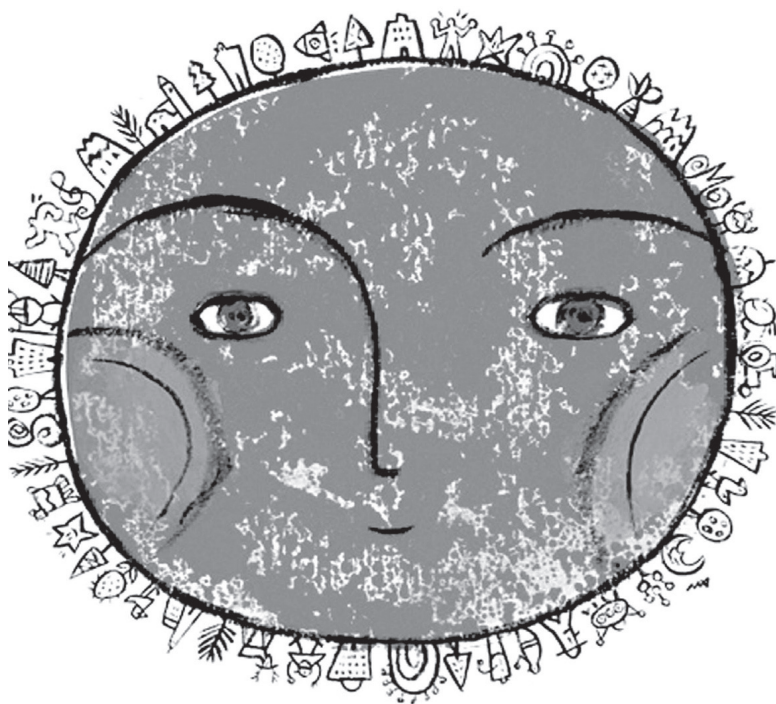
「ビーンスターク すこやかM1」は母乳が足りないときや与えられないときに、母乳の代わりにお使いいただくためにつくられた最新のミルクです。



BeanStalk

新しい“ふれあい”のはじまり。

地域医療への貢献と医療・福祉サービスの充実をめざして
“人と人とのふれあい”をテーマに私たちKINKIYOKENは全力で取りくんでいます。
求めるものは”はじける笑顔”。
ひとつずつを積み重ね地域の皆様や先生方と
共有したいと願っています。



株式会社 近畿予防医学研究所

＜本社／大津市湖城が丘19-9＞ TEL077(522)7699

●臨床事業

大津営業所／大津市湖城が丘19-9 TEL077(522)7664

彦根営業所／彦根市小泉町138-1 TEL0749(22)8086

三重支所／津市あつた4丁目6-6 TEL059(236)2001

■URL <http://www.kinkiyoken.co.jp>

●薬局事業 ふれあい薬局(近畿一円)／すこやか薬局

■URL <http://fureai-yakkyoku.jp/>

●ライフケア事業

サービス付き高齢者向け住宅

ここあ守山／守山市勝部 3-10-34 TEL077(582)8556

ここあ石山／大津市栄町 2-5 TEL077(533)0600

ここあ草津／草津市大路1-4-25 TEL077(567)7021

メディカルフィットネスここあ守山
守山市勝部3-15-31の1 TEL077(514)0514

■URL <http://kokoa.jp/>

臨床事業部

高度医療インフラを構築するための
「電子カルテ」の販売を行っています。

詳しくは、当社担当者にお問い合わせください。

お知らせと
お願い！

薬局事業本部

地域医療への積極的な参画のため「ふれあい薬局」
「すこやか薬局」を展開しています。お知り合いの
薬剤師をご紹介ください。

明日をもっとおいしく
meiji

安心・安全のNo.1※ブランド 明治 ほほえみ[®] シリーズ



※インテージSDI ベビー専門店含む全国全業態、育児用ミルク市場2018年1月～2018年12月メーカーシェア（金額）

もしもに備えよう！

備蓄にも適した「明治ほほえみ らくらくミルク」

母乳をお手本とした

「明治ほほえみ」と同等の栄養設計

災害備蓄用途に
適した
安全性の高い
スチール缶



常温での
長期保存が
可能
未開封で製造から12カ月

保存料不使用

使用方法

ミルク作り・温めなし（常温）で、
哺乳瓶に移してそのまま飲む！



- ① 手を清潔にする
- ② よく振る
- ③ 清潔な哺乳瓶に移しかえる

製造時の高温殺菌により液色が茶色くなっています。

育児に役立つ情報がいっぱい！



ほほえみクラブは
プレママ&ママから
10年以上愛され続けている、
育児情報サイトです。

スマートフォン・
パソコンから

明治 ほほえみクラブ 検索
<http://www.meiji.co.jp/baby/club>



明治ほほえみクラブ公式LINEアカウント
@meiji-hohoemiclub

●LINEアプリで「ほほえみクラブ」を検索、「追加」●または、右のQRコードを読み取り、「追加」※ご利用にはLINEアプリ（ダウンロード無料）が必要です。



株式会社 明治



R
RELUMINA

GnRHアンタゴニスト
劇薬 処方箋医薬品^{注)}

レルミナ[®]錠 40mg

RELUMINA[®] Tablets 40mg (レルゴリクス)

注) 注意-医師等の処方箋により使用すること

薬価基準収載

●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74巻2号(通巻396号)
2022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 Online

<http://www.jstage.jst.go.jp/browse/sanpunosinpo/-char/ja>
<http://www.medicalonline.jp/>