

産婦人科の進歩

ADVANCES IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Vol.73 No.2 2021

臨 床

■臨床の広場

不育症と血栓性素因 ————— 出口 雅士 85

■今日の問題

がん関連血栓症について ————— 川口 龍二 90

■会員質問コーナー

③16 GnRHアゴニストとGnRHアンタゴニストの使い分けについて ————— 回答／恒遠 啓示 93

③17 いわゆる“胎盤ポリープ”の管理について ————— 回答／味村 和哉 94

■会 告

第145回学術集会 1／腫瘍研究部会 2／周産期研究部会 3／生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会 4／日本産婦人科医会委員会ワークショップ 5／演題応募方法について 6／令和2年度学会賞受賞者のご報告 7／電子投稿・電子査読についてのお知らせ 8／著作権ポリシーについて 9／構成・原稿締切 10

■投稿規定他 ————— 96

第144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：2021年6月19(土)，20日(日) 会場：神戸国際会議場

プログラム ————— 101

講演抄録 ————— 123

～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145回近畿産科婦人科学会学術集会ご案内
(第1回予告)

第145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。

2021年度近畿産科婦人科学会会長 山崎 峰夫
学術集会長 寺井 義人

記

会 期：2021年10月24日（日）

会 場：神戸国際会議場

〒650-0046 神戸市中央区港島中町6-9-1

TEL：078-302-5200

※開催方式は、研究部会は現地開催もしくはハイブリッド開催、講習はオンデマンド配信を
予定しております。

連絡先：〒650-0017 神戸市中央区楠町7-5-1

神戸大学大学院医学研究科外科系講座産科婦人科学

担 当：今福 仁美

T E L：078-382-6000

F A X：078-382-6019

E-mail：ksog145@med.kobe-u.ac.jp

第145回近畿産科婦人科学会学術集会
107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：2021年10月24日（日）
会 場：神戸国際会議場
〒650-0046 神戸市中央区港島中町6-9-1
TEL：078-302-5200

テーマ：「卵巣がんの維持療法」

演題申込締切日：2021年7月9日（金）
講演要旨をメール添付でお送りください。

演題募集期間：ホームページの演題募集要項は5月1日～7月9日まで公開。

<お願い>

各研究部会とも演題申込・抄録送付は、本学会のホームページから行ってください。
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。

*演題申込・抄録送付先アドレス、演題募集締切日は各研究部会で異なっておりますのでご注意ください。

腫瘍研究部会演題申込先：〒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：gyn123@osaka-med.ac.jp
(申込・抄録の送付アドレスです)

第145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：石井 桂介

記

会 期：2021年10月24日（日）

会 場：神戸国際会議場

〒650-0046 神戸市中央区港島中町6-9-1

TEL：078-302-5200

テーマ：「FGRの管理指針」

演題申込締切日：2021年7月9日（金）

講演要旨をメール添付でお送りください。

演題募集期間：ホームページの演題募集要項は5月1日～7月9日まで公開。

<お願い>

各研究部会とも演題申込・抄録送付は、本学会のホームページから行ってください。
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。

* 演題申込・抄録送付先アドレスは各研究部会で異なっておりますのでご注意ください。

周産期研究部会演題申込先：〒594-1101 和泉市室堂町840

大阪母子医療センター

担 当：石井 桂介

T E L：0725-56-1220

F A X：0725-57-3207

E-mail：keisui@wch.opho.jp

(申込・抄録の送付アドレスです)

第145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：大道 正英

記

会 期：2021年10月24日（日）

会 場：神戸国際会議場

〒650-0046 神戸市中央区港島中町6-9-1

TEL：078-302-5200

テーマ：「卵巣機能低下症例・高齢患者に対する不妊治療」

演題申込締切日：2021年7月9日（金）

講演要旨をメール添付でお送りください。

演題募集期間：ホームページの演題募集要項は5月1日～7月9日まで公開。

<お願い>

各研究部会とも演題申込・抄録送付は、本学会のホームページから行ってください。
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。

※演題申込・抄録送付先アドレスは各研究部会で異なっておりますのでご注意ください。

生殖内分泌女性ヘルスケア研究部会演題申込先：

〒569-8686 高槻市大学町2-7

大阪医科薬科大学産科婦人科学教室

担 当：林 正美

T E L：072-683-1221

F A X：072-684-1422

E-mail：masami.hayashi@ompu.ac.jp

（申込・抄録の送付アドレスです）

第145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：2021年10月24日（日）

会 場：神戸国際会議場

〒650-0046 神戸市中央区港島中町6-9-1

TEL：078-302-5200

講演内容および演者：未定

合計2時間程度の講演

専門医共通講習や産婦人科領域講習の単位が取得できるように企画する予定

※WEB開催となる可能性があります。

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

＜演題応募方法について＞

1. 本学会のホームページ, <http://www.kinsanpu.jp>
の学術集会・研究部会にある [演題募集要項](#) をクリックする。
2. 演題募集要項を熟読のうえ, [一般演題申込用紙](#) [腫瘍研究部会演題申込用紙](#) [周産期研究部会演題申込用紙](#) [生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会演題申込用紙](#) のいずれかをクリックする。
3. 「演題申込用紙」をダウンロードする。
4. ダウンロードした「演題申込用紙」に必要事項を入力する。
(記入例を参考ください)
5. 学術集会案内ページにて送り先を確認し, メール添付で送信する。

＜演題応募にあたっての留意点＞

1. OSおよびソフトについて
 - ・「演題申込用紙」への入力にあたっては, Microsoft Word が必要です。
Mac ユーザーでMac OS用Microsoft Wordをお持ちでない方は, フリーのオフィスソフトであるNeoOffice (<http://www.neooffice.org/neojava/ja/index.php>) をご使用ください。この際文書の保存は, 「Word形式」にしてください。
なお, Wordと完全に同じ表示が再現されるとは限りませんので, その場合は再度ご依頼することもあります。
 - ・Word 2007 (Win), Word2008 (Mac) をご使用の方も使用可能です。
2. 文字の大きさ, および書体について
 - ・「演題申込用紙」への入力にあたっては, 文字の大きさは9ポイント, 書体はMS明朝としてください。
3. 入力内容について
 - ・氏名は, 演者を筆頭にしてください。
 - ・産婦人科所属の方は, 所属欄に施設名のみ入力してください。
 - ・学術集会担当者より, 演題受領確認のメールおよび後日に演題発表時間の通知メールをお送りしますので, それぞれの受信メールアドレスを当該箇所に入力してください。
4. 文字数と入力位置
 - ・文字数は, 演題名・所属・氏名の合計で最大215字(43字×5行)です。
講演要旨は, 最大432字(48字×9行)です。433字以上は省略されてしまいますのでご注意ください。
なお, 演題名・所属・氏名欄に5行以上使用の場合は, 増加行数分を講演要旨行数から少なくしてください。
 - ・入力位置は, 演題名は2行目から始めて左右中央に, 所属・氏名は左6文字目から始めてください。

0

 スペースには入力しないでください。
枠内の書式は一切変更しないようお願いいたします。
5. 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参考ください。

【令和2年度 学会賞受賞者のご報告】

令和2年度（本誌72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】

「遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対するリスク低減卵管卵巣摘出術の後方視的検討」

山村 幸 先生 京都大学医学部附属病院産科婦人科

（産婦人科の進歩 第72巻3号230-236頁掲載）

【優秀論文賞】

「産科DICをきたした分娩後異常出血症例に対する子宮動脈塞栓術の有用性について」

岡本 葉留子 先生 神戸市立医療センター中央市民病院産婦人科

（産婦人科の進歩 第72巻3号224-229頁掲載）

「漿液性子宮内膜上皮内癌（serous endometrial intraepithelial carcinoma）3症例の報告と
内膜細胞診の役割について」

豊田 進司 先生 奈良県総合医療センター産婦人科

（産婦人科の進歩 第72巻1号21-28頁掲載）

2020年度近畿産科婦人科学会会長 志村 研太郎

【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73巻（2021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 ム・抄録（一般演題）	3号（8月1日号） ・論文 ・総会記録 ・医会報告	4号（10月1日号） ・前年度秋期学術集会講演 記録（研究部会） ・秋期学術集会プログラム ム・抄録（研究部会演題） ・巻総目次
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 座談会記録 他				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

不育症と血栓性素因

出口 雅 士

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

はじめに

不育症の原因として血栓性素因である抗リン脂質抗体症候群 (antiphospholipid syndrome ; APS) は広く知られているところである。その他の不育症に関わる血栓性素因としては国内ではプロテインS, 第XII因子がよく検査されている。プロテインS低下, 第XII因子低下ともにアジア人に多く, 欧米では第V因子ライデン変異, プロトロンビン遺伝子多型等の血栓性素因と不育症の関係が報告されてきた。抗リン脂質抗体 (antiphospholipid antibodies ; aPL) 以外の血栓性素因と不育症には弱い関連があるが, 前方視的研究では不育症との関連が確認できず, 不育症の原因とまではいえないと考えられている。

抗リン脂質抗体検査はAPSの診断において, 診断の根拠となる重要な検査であるが, 標準化は進んでいない。また, 猛威をふるっているSARS-CoV-2を含む感染等でもaPLは一時的に陽性となるため12週間以上の間隔を空けて再度陽性であることを確認することが求められているが, 実際に行っている産婦人科医は少ない(国内の不育症患者で実際に再検査を受けている例は32%にとどまり, 再検査では46%が陰性と報告されている¹⁾)。一方, 凝固検査は正確な結果を得るためには検体の管理が重要な検査であ

り, 検体の処理によっては正しい結果を得られないこともある。ここでは, 不育症検査として行われる凝固検査の注意点等について解説する。

抗リン脂質抗体検査

APSの検査基準に含まれるaPLは抗カルジオリピン抗体 (aCL-IgG/M), 抗 β 2glycoprotein-I抗体 (a β 2GPI-IgG/M) とループスアンチコアグラント (lupus anticoagulant ; LA) である。このうちいずれかのaPLを持続的に有し, 診断臨床基準に含まれる血栓塞栓症や重症妊娠高血圧症候群, 子癇, 胎盤機能不全, 胎児発育不全による34週未満の早産, および不育症 (3回以上の10週未満流産, 1回の10週以降の胎児死亡) などの産科異常のいずれかの症状を伴うとAPSと診断される。産婦人科医師としては, 不育症はもちろんのこと以下の疾患や既往がある場合にaPLを検査する。

- 1) 血栓症, 膠原病 (とくに全身性エリテマトーデス)
- 2) 1回以上の妊娠10週以降の流死産, 2回以上の妊娠10週未満の流産
- 3) 妊娠高血圧症候群, とくに34週未満発症の重症例 (常位胎盤早期剥離, HELLP症候群を含む)
- 4) 胎児発育不全, 胎盤機能不全
- 5) 妊娠34週以前の原因の明らかでない早産

◆ Clinical view ◆

Thrombophilia and recurrent pregnancy loss

Masashi DEGUCHI

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

6) 血小板減少, APTT延長, 梅毒反応の生物学的偽陽性

実際には, 3), 4), 5) の精査にaPL検査が入っていないことも多い。

さて, 先に述べたように国内でのaPL検査そのものにもいろいろな問題がある。検査基準には $\alpha\beta$ 2GPI-IgG/IgMの測定が規定されているが, これまで国内商業検査機関では測定できず, 代用として β 2GPI依存性抗カルジオリピン抗体(aCL β 2GPI)-IgGが測定されてきた。また, aCL-IgMの保険適用での測定はできなかった。さらに測定可能なaPLにおいても, カットオフ値が健常人の95パーセンタイルや+6SDに設定されており, 国際分類基準に示された99パーセンタイルではないといった問題があった。しかし, 2020年7月にaCL-IgG/IgMおよび $\alpha\beta$ 2GPI-IgG/IgMを化学発光免疫測定法(CLIA法)により一括して測定する検査法が保険適用となり, 9月から商業検査機関で測定可能となった。本測定法の基準値は国外の健常人の99パーセンタイルとなっている。また, LA検査は国際的には複数の方法(例えば蛇毒法と中和法)での測定が推奨されているが, 2種類のLAの同時測定

には一方のみにしか保険が適用されない。表1に商業検査機関で使用されているLAないしaPL-ELISA, CLIAキットとそのカットオフ値, 99パーセンタイル値を示す。

ELISA, CLIAによる測定は血清での測定であり検体管理で大きく値が変化することはないと考えられるが, LAは新鮮血漿を用いて凝固時間を測定するため, 検体の採取・管理方法により値は大きく変動しうる。実際には血小板混入で偽陰性となるほか, ヘパリンや特異的抗凝固因子の混入で偽陽性となるため, **LAは適切な検体採取と処理のもとで, 抗凝固療法開始前に測定する必要がある。**

抗リン脂質抗体症候群に対する治療

抗リン脂質抗体症候群と診断された場合の治療については低用量アスピリン(low-dose aspirin; LDA)および未分画ヘパリン(unfractionated heparin; UFH)の併用療法である。詳細は「抗リン脂質抗体症候群合併妊娠の診療ガイドライン」²⁾を参照されたい。

臨床基準を満たさないaPL陽性例の治療

APSの検査基準を満たすものの, 臨床基準を満たさない妊婦の管理・治療指針は確立されて

表1 抗リン脂質抗体検査の基準値

検査項目	検査キット	報告単位	商業検査機関					
			BML		LSI		SRL	
			カットオフ値	99percentile値	カットオフ値	99percentile値	カットオフ値	99percentile値
LA 〔蛇毒時間法〕	LAテストグラディボア(MBL) ヒーモスアイエルdRVVT(アイエルジャパン)	T1/T2 Normalized ratio	1.2(+3SD)	1.2	1.3	1.3	1.3	1.3
LA〔リン脂質中和法〕	スタクロット LA(富士レビオ)	秒差	8(+4SD)	6.2	—	—	—	—
aCL- β 2GPI	抗CL- β 2GPIキット「ヤマサ」EIA(ヤマサ醤油)	U/mL	3.5(+6SD)	1.9	3.5(+6SD)	1.6	3.5(+6SD)	1.8
aCL-IgG	MESACUPカルジオリピテスト(MBL)	U/mL	10	14	10	10	10	10.2
aCL-IgM	MESACUPカルジオリピンIgM(MBL)	U/mL	8	9	8	No data	8	9
抗リン脂質抗体パネル								
aCL-IgG	QUANTA Flash APS(アイエルジャパン)	U/mL	—	—	全項目とも 20 (海外での99percentile値)		—	—
aCL-IgM								
$\alpha\beta$ 2GPI-IgG								
$\alpha\beta$ 2GPI-IgM								

文献4)を一部改変

いない。LDA + UFH併用療法を全例に実施することは過剰と考えられる。一方、SLE患者におけるLA陽性は産科異常の強い予測因子（OR 8.32）とも報告されている³⁾。SLE合併（とくにLA陽性例）、aPL複数陽性、aPL高値陽性の症例では、APS合併妊娠に準じた治療を行ってもよいのではないかと考えられる。神戸大学では既往産科異常がない場合にはLDA単独治療としている。

偶発的抗リン脂質抗体陽性に対する治療

無治療では、流産率が高いとの報告があるため十分なエビデンスはないが、患者と相談してLDAを行う選択肢もある。UFHを使用しても予後は改善しないとされる¹⁾。ただし、APSの臨床基準を満たし、aPL複数陽性、aPL高値陽性であった場合、偶発的陽性であることはまれとされ、既に妊娠している場合は2回目の測定を待たずにAPSに準じた治療を行い、2回目の結果を待って治療継続の可否を考えることもある。

プロテインS検査

欧米の症例対照研究ではプロテインS低下と死産や胎児死亡、妊娠高血圧症候群、胎盤早期剥離、胎児発育不全など産科異常との関連が指摘されている^{4,5)}。本邦では、プロテインS低下不育症患者の大多数が10週未満の初期流産患者であるが¹⁾、プロテインS低下が初期流産と関連するかについて結論は出ていない。また、不育症患者の20%にプロテインSに対する自己抗体が存在することが報告されており、この自己抗体が不育症のリスクファクターである可能性が指摘されている⁶⁾。今後の解明が待たれる。

産科異常との関係については、妊娠初期のPS活性21%（妊娠初期の10パーセントイル）未満が重症妊娠高血圧症候群、遊離抗原量23%（妊娠初期の5パーセントイル）未満が妊娠高血圧腎症の独立したリスク要因であると報告されている⁷⁾。

プロテインSの測定方法としては遊離プロテインS活性、遊離プロテイン抗原量、総プロテイン抗原量が以前より用いられてきたが、日本人に多いプロテインS徳島の検出は難しいとされる。2015年からプロテインS徳島の検出能向上を目指して開発されたプロテインS比活性（総プロテインS活性÷総プロテインS蛋白量）も保険適用で測定可能になっている。いずれも各施設の基準値～50%以下に低下していればプロテインS低下と考える。なお、プロテインS比活性測定と同時に遊離型プロテインS活性ないし抗原量を同時に測定しても保険算定はできない。

産科異常、不育症のリスク因子検索でプロテインSを測定する際に、活性と抗原量のどちらを測定すべきかについては明確な根拠はない。抗原量の低下を伴わず活性が低下する遺伝子変異の関与も考え、われわれはプロテインS活性を測定している。総活性ないし比活性と遊離活性のどちらを測定すべきかについてのエビデンスはまだない。これまで産科異常との関連の解析では遊離プロテインSの測定が広く行われていたため、総プロテインS活性や比活性と産科異常や不育症の関連の解析は今後の課題である。

どの測定法を用いるか以上に注意が必要なのは、プロテインSの値は不適切な採血や検体処理、妊娠により大きく変動する点である。凝固因子測定のための採血と血漿の分離には十分な品質管理が求められ、適切な採血・検体処理を行わなければ正確な値は得られない。採血時にはヘパリンや組織因子の混入、採血量の不足に注意する。真空管採血では採血管の順番にも注意が必要であり、シリンジ採血では分注前の凝固や分注方法にも注意を要する。検体処理では採血後1時間以内に、血球に過剰な力を加えることなく十分に血小板を遠沈除去することが重要で、血漿分離後の検体は冷蔵（数時間以上なら-80℃冷凍）保存する必要がある⁸⁾。こうい

った検体処理の品質管理は検査部門のしっかりした施設では検査技師により担保されるが、そうでない施設においては医師も十分に留意して検査を行う必要がある。

妊娠との関係では、妊娠初期からプロテインS活性、遊離抗原量は有意に低下することから⁷⁾、非妊時の基準値を用いて妊娠中に測定したプロテインS値の評価を行うことは適切でない。妊娠終了（流死産も含む）後もしばらくプロテインS低値が続くため、プロテインSを測定する際は、妊娠終了後6週間以上間を空けての測定が勧められており（ESHREガイドライン⁹⁾）、われわれも2～3カ月程度経過してから測定を行うようにしている。

また、aPLの影響でプロテインSの低下を認めることもあるため、プロテインS低下例ではaPL測定も行うべきである。

プロテインS低下例に対する治療

プロテインS低下不育症の治療に関して、RCT等で抗凝固療法の有用性を示す報告はなく、抗凝固療法の必要性について一定の見解はない。国内では不育症研究班（齊藤班）の調査で、生児獲得率は、無治療（20%）<LDA単独（78%）≒LDA+UFH併用（90%）と報告された¹⁾。われわれもプロテインS低下不育症女性において、aPL陰性の場合、LDA単独とLDA+UFH併用との間で、妊娠帰結および産科異常に差はなかった事を報告している¹⁰⁾。これらより、プロテインS低下を伴う不育症女性に対してAPS以外の検体処理が適切か、検査時に妊娠やaPLの影響がなかったかを確認し、患者の同意を得てLDA単独治療を行うことは許容される。プロテインS低下は妊娠高血圧症候群のリスク因子ともされており、妊娠高血圧症候群予防の観点からもLDAは使用し得る（妊娠高血圧症候群予防のLDA内服は眠前の投与が有効とされる）と考えている。

第XII因子活性検査

第XII因子低下と不育症との関連はこれまでに数多くの報告はあるものの¹⁾、第XII因子欠損女性の妊娠分娩例が報告されており、直接の因果関係はないと考えられる。しかし、第XII因子欠乏不育症患者に、第XII因子に対する自己抗体が存在することが報告されており、この自己抗体が不育症のリスクファクターである可能性もあり¹¹⁾、今後の解明が待たれる。

産科異常との関連では第XII因子活性47%（妊娠初期の1パーセントイル）未満と34週未満の早産と関連⁷⁾がコホート研究により示されている。

検査において注意すべき点はやはり、検体の適切な採取と処理である。妊娠によって減少することはない。また、aPL陽性例では第XII因子低下を伴う頻度が高いことも報告されており、第XII因子低下を認めた際も、プロテインS低下と同様aPLの有無を確認する必要がある。

第XII因子低下例に対する治療

第XII因子低下と不育症に直接の因果関係がないことから、第XII因子低下を認める不育症患者の治療については不要と考えるものも多い。しかし、国内の不育症例の解析ではLDAで妊娠予後は改善する（ヘパリンの追加の効果は確認できない）との報告¹⁾もある。

よって、aPLなどの他のリスク要因がなく、第XII因子低下のみを認める不育症患者においては、LDA治療を検討してもよい。

おわりに

APS以外の血栓性素因と不育症については、弱い関連があるものの病因といえるほどの関連性は指摘されていない。近年ではプロテインSや第XII因子に対する抗体と不育症の関係が指摘されつつある。

いずれにしても、凝固検査は非常に繊細な検査であり、適切な検体採取・処理を行わなければ正確な値が得られないことは、日常診療にお

いて（とくに不育症，妊娠合併症の検査として凝固検査を行う施設では）十分に理解しておく必要があると考えられる。

不育症治療として妊娠中の抗凝固療法は，APSに対しては必須であるが，その他の血栓素因についてはその必要性を十分検討し，患者の同意を得て使用する。

他方，血栓既往があり，適切な検査で血栓性素因を認めた妊婦においては妊娠期間中は抗凝固療法が必須であることにも留意が必要である。

参考文献

- 1) Morita K, Ono Y, Takeshita T, et al. : Risk Factors and Outcomes of Recurrent Pregnancy Loss in Japan. *J Obstet Gynaecol Res*, 45 : 1997-2006, 2019.
- 2) 抗リン脂質抗体症候群合併妊娠の診療ガイドライン : <http://boseinaika-gakkai.kenkyuukai.jp/images/sys/information/20190204143451-4B2E-B C6C57C8F0010F436B277C E E05A90F1E4F B-27B40462C30694A4C9A9B9D1C.pdf>.
- 3) Buyon JP, Kim MY, Guerra MM, et al. : Predictors of Pregnancy Outcomes in Patients With Lupus: A Cohort Study. *Ann Intern Med*, 163 : 153-163, 2015.
- 4) Paidas MJ, Ku D-HW, Lee M-J, et al. : Protein Z, protein S levels are lower in patients with thrombophilia and subsequent pregnancy complications. *J Thromb Haemost*, 3 : 497-501, 2005.
- 5) Rey E, Kahn SR, David M, et al. : Thrombophilic disorders and fetal loss : A meta-analysis. *Lancet*, 361 : 901-908, 2003.
- 6) Sato Y, Sugi T, Sakai R : Antigenic binding sites of anti-protein S autoantibodies in patients with recurrent pregnancy loss. *Res Pract Thromb Haemost*, 2 : 357-365, 2018.
- 7) Ebina Y, Ieko M, Naito S, et al. : Low levels of plasma protein S, protein C and coagulation factor XII during early pregnancy and adverse pregnancy outcome. *Thromb Haemost*, 114 : 65-69, 2015. doi : 10.1160/TH14-11-0928.
- 8) 家子正裕, 小宮山豊, 山崎 哲, 他 : 凝固検査用サンプル取扱い標準化ワーキンググループ : 凝固検査用サンプル取扱い標準化に関する提言. *日検血会誌*, 17 : 85-92, 2016.
- 9) ESHRE Guideline Group on RPL, Bender AR, Christiansen OB, et al. : ESHRE guideline : recurrent pregnancy loss. *Hum Reprod Open*, 2018. doi : 10.1093/hropen/hoy004.
- 10) Shinozaki N, Ebina Y, Deguchi M, et al. : Protein S deficiency complicated pregnancy in women with recurrent pregnancy loss. *Gynecol Endocrinol*, 32 : 672-674, 2016.
- 11) Inomo A, Sugi T, Fujita Y, et al. : The antigenic binding sites of autoantibodies to factor XII in patients with recurrent pregnancy losses. *Thromb Haemost*, 99 : 316-323, 2008.

今日の問題

がん関連血栓症について

奈良県立医科大学産科婦人科学教室 川口 龍二

はじめに

婦人科悪性腫瘍はVirchowの三徴が揃うことが多いため静脈血栓塞栓症（venous thromboembolism；VTE）を発症しやすい。近年、がん関連血栓症（cancer associated thrombosis；CAT）の概念で、腫瘍内科や循環器内科の領域でも注目されており、本稿ではCAT発症のメカニズムとその取り扱いについて概説する。

Virchowの三徴

Virchowの三徴は、血液凝固能の亢進、血流の停滞および血管内皮細胞の障害を指すが、例えば腫瘍細胞からは多量の組織因子（tissue factor）や癌組織由来のプロコアグラントを分泌する。組織因子は血液凝固活性カスケードのinitiation factorであり、外因系の凝固カスケードを活性化する。つまり、がん患者ではこれらの凝固活性化物質により、常に凝固カスケードが活性化された状態であり、血栓を形成する状態が持続していると考えられている。また、巨大子宮筋腫や卵巣腫瘍など骨盤内腔を占拠する巨大腫瘍存在下では下肢の血流の停滞をきたす。大量の腹水が存在した場合にも、血液は濃縮され脱水となり、血栓を形成しやすくなる。さらに腫瘍細胞は単球やマクロファージを刺激し、炎症性サイトカイン（interleukin-1, 6など）を分泌させ、血管内皮細胞を障害する。近年では、血管新生阻害薬などの新規抗癌薬が血栓形成のリスク因子として注目されている。このよ

うに婦人科腫瘍はCATを発症しやすい状態であることを理解しなければならない。

がん患者のCAT発症リスク

がん患者がCATを合併した場合、CATを合併していない患者に比べ、その予後は明らかに悪くなると報告されている¹⁾。外来で化学療法を受けたがん患者の死因を調査した研究では、死因として最も多かったのは原病死で71%であったが、次いで血栓塞栓症と感染症が多く、それぞれ9%を占めている²⁾。CAT発症率はがんの種類によって異なり、婦人科がんや胸部のがん、脳のがんや原因不明のがんでは高いことが報告されている³⁾。死亡率の高いがん種ではCATの発症率も高く、がんの悪性度とCAT発症頻度には相関があると考えられているので、がんの種類に応じてCATのリスクを考慮する必要がある。また、CAT発症率が高い時期はがんと診断されて最初の3カ月間といわれており³⁾、手術および抗がん剤治療を行っている間とはくに注意が必要である。さらに、CAT発症後のがん患者では、抗凝固療法中にCATの再発や出血を起こしやすいことも報告されており⁴⁾、CAT治療中にも慎重な管理が求められる。

ASCOのガイドラインには、CATの危険因子とバイオマーカーが記載されている⁵⁾。がん関連の危険因子には、がんの原発部位、ステージ、組織型や初回診断後の期間（最初の3カ月間～6カ月間が最もハイリスク）などがあり、治療関連の危険因子としては、化学療法や血管

◆Current topic◆

Cancer associated thrombosis

Ryuji KAWAGUCHI

Department of Obstetrics and Gynecology, Nara Medical University

新生阻害薬、ホルモン療法、エリスロポエチン製剤、輸血、放射線治療や血管内の留置カテーテルなどが挙げられている。患者側の危険因子には高齢や人種、肥満、VTEの既往、先天性凝固異常（プロテインC欠損症やアンチトロンビン欠損症など）やperformance statusの低下などが挙げられる。バイオマーカーには血小板数の増加、白血球数の増加、ヘモグロビン低値があり、これらに該当する場合にはCAT発症のリスクが高く、注意が必要である。

CATに対する治療法

アメリカ胸部医学会（American College of Chest Physicians）では、CAT症例に対しては、ワーファリンや直接作用型経口抗凝固薬（direct oral anticoagulants；DOAC）よりも低分子ヘパリン（low-molecular-weight heparin；LMWH）を第一選択として推奨している⁶⁾。しかし、わが国においてはVTE治療に対してLMWHの保険適用は認められていない。したがって、わが国においては未分画ヘパリン、ワーファリンあるいはDOACを使用することとなる。初期治療に使用する薬剤は、海外のガイドラインでは基本となっている低分子量ヘパリンがわが国では使用できないため、未分画ヘパリンを使用するが、この場合、活性化部分トロンボプラスチン時間（APTT）を用いたモニタリングが必要となる。また、ワーファリンを使用する場合はプロトロンビン時間（PT-INR）にてモニタリングを行う。ワーファリンに対する感受性には個人差が大きく、同一個人でも変化することがあるため、定期的にプロトロンビン時間を測定し用量を調整する。そのため、近年、CATの治療においてモニタリングが不要なDOACの有効性に注目が集まっている。以前は、DOACはNOAC（novel oral anticoagulants）と呼ばれていたが、国際血栓止血学会よりDOACという名称への変更が提唱された。現在、国内で使用できるDOACは4種類あり、標的分子の違いからトロンビン阻害薬に分類されるダビガトランと、Xa阻害薬に分類されるリバーロキサバン、アピキサバン、エドキサバンに分

けられる。VTEの治療に保険適用があるのはXa阻害薬の3剤である。Hokusai-VTE CANCER試験⁷⁾において、VTE合併がん患者を対象として、12カ月の試験期間中のVTEの再発および大出血発現率について、低分子ヘパリンに対するエドキサバンの非劣性を検証した。複合主要評価項目であるVTEまたは大出血において、エドキサバンは低分子ヘパリンに対する非劣性が証明された。同様な試験結果がアピキサバンについてはCaravaggio試験⁸⁾で、リバーロキサバンではSelect-D試験⁹⁾で同様にDOACの有効性を示す結果が報告されている。今後、さらにDOACが普及していくと思われるが、消化管出血や頭蓋内などへの有害事象にも注意が必要である。

CATにおける抗凝固療法の使用期間はガイドラインによって異なるが、がん患者では、非がん患者より長くなるのが一般的である。わが国の肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症の診断、治療、予防に関するガイドライン（2017年改訂版）¹⁰⁾でも、危険因子が可逆的である場合は3カ月間となっているものの、がんが治癒しない限りより長期の投与を行うことが推奨されている。子宮筋腫など婦人科の良性腫瘍では手術後3カ月程度の抗凝固療法を行うが、婦人科がんにおいては手術や抗がん剤などの治療を行っている間の抗凝固療法は必要と考えられる。

最後に

婦人科癌において癌関連血栓症（CAT）の発症が多いことに注目が集まっている。婦人科癌を取り扱う臨床医はCATの発症の機序やそのリスク因子、そして管理方法について十分な知識をもつ必要があると考えられる。

参考文献

- 1) Levitan N, Dowlati A, Remic SC, et al. : Rates of initial and recurrent thromboembolic disease among patients with malignancy versus those without malignancy. Risk analysis using Medicare claims data. *Medicine*, 78 : 285-291, 1999.
- 2) Khorana AA, Francis CW, Culacova E, et al. : Thromboembolism is a leading cause of death in cancer patients receiving outpatient chemotherapy. *J Thromb Haemost*. 5 : 632-634, 2007.

- 3) Walker AJ, Card TR, West J, et al. : Incidence of venous thromboembolism in patients with cancer - a cohort study using linked United Kingdom databases. *Eur J Cancer*, 49 : 1404-1413, 2013.
- 4) Prandoni P, Lensing AW, Piccioli A, et al. : Recurrent venous thromboembolism and bleeding complications during anticoagulant treatment in patients with cancer and venous thrombosis. *Blood*, 100 : 3484-3488, 2002.
- 5) Key NS, Khorana AA, Kuderer NM, et al. : Venous Thromboembolism Prophylaxis and Treatment in Patients With Cancer : ASCO Clinical Practice Guideline Update. *J Clin Oncol*, 38 : 496-520, 2019.
- 6) Kearon C, Aki EA, Ornelas J, et al. : Antithrombotic Therapy for VTE Disease : CHEST Guideline and Expert Panel Report. *Chest*, 149 : 315-352, 2016.
- 7) Raskob GE, Es NV, Peter V, et al. : Edoxaban for the Treatment of Cancer-Associated Venous Thromboembolism. *N Engl J Med*, 378 : 615-624, 2018.
- 8) Agnelli G, Becattini C, Meyer G, et al. ; Caravaggio Investigators. Apixaban for the Treatment of Venous Thromboembolism Associated with Cancer. *N Engl J Med*, 382 : 1599-1607, 2020.
- 9) Young AM, Marshall A, Thirwall J, et al. : Comparison of an Oral Factor Xa Inhibitor With Low Molecular Weight Heparin in Patients With Cancer With Venous Thromboembolism : Results of a Randomized Trial (SELECT-D). *J Clin Oncol*, 36 : 2017-2023, 2018.
- 10) 合同研究班参加学会 : 肺血栓塞栓症および深部静脈血栓症の診断, 治療, 予防に関するガイドライン (2017年改訂版). http://j-circ.or.jp/guideline/pdf/JCS2017_ito_h.pdf (2018年12月10日更新), 2018.

③16 GnRHアゴニストと GnRHアンタゴニストの使い分けについて

回答／恒 遠 啓 示

Q: 子宮筋腫の治療において、GnRHアゴニストとGnRHアンタゴニストをどう使い分けていますか。

(徳島県 HT.)

A: 子宮筋腫治療において、GnRHアゴニストやGnRHアンタゴニストは、術前投与することで筋腫を縮小させ、手術施行がより安全になることが期待される。術前使用についての使い分けについて概説する。

GnRHアゴニストは、GnRHのアミノ酸の一部を置換し安定化させた誘導体で、半減期が非常に長い¹⁾。スプレキュア[®]、リュープリン[®]が子宮筋腫に対して保険適用となり使用されてきた。GnRHアゴニストを投与すると、GnRH受容体を刺激してゴナドトロピンの分泌を一過性に促進する (flare up) が、2～3週間後にはdown regulationが生じ^{2,3)}、ゴナドトロピン分泌は抑制され、血中エストロゲン濃度は低下する。その低エストロゲン状態により子宮筋腫の縮小が得られるが、縮小効果が得られるのは3カ月までで、4カ月以降の投与をしても効果は得られない⁴⁾。また、GnRHアゴニストの術前使用が筋腫核出術後の再発のリスクファクターであるとの報告があり⁵⁾、当院では、核出症例に対しては可能であれば使用を控えている。

GnRHアンタゴニストにはレルゴリクスを主成分とする**レ**

ミナ[®]錠があるが、GnRH受容体の選択的な拮抗作用によって**Flare up**を起こさずにゴナドトロピン分泌を抑制する。レルゴリクスは天然型GnRHの約260倍の親和性を示す⁶⁾。レルミナ[®]錠とリュープロレリン製剤の2重盲検試験 (CCT-002試験) で投与後の月経血量を比較し、レルミナ群の非劣性が示された。副作用発現率は両群間で差は認めなかった。投与最終日から月経再開までの期間の中央値はレルミナ[®]群37.5日、リュープロレリン65.0日で、レルミナ[®]群で速やかな月経回復がみられた。

以上から、GnRHアンタゴニストは従来のGnRHアゴニストと比して遜色ないものであると考える。とくに、GnRHアンタゴニストは投与後6週までに無月経になる割合がGnRHアゴニストより高いので⁷⁾、早急に止血したい症例や術前の待機期間が短い場合に適している。GnRHアゴニストもアンタゴニストも粘膜下子宮筋腫は、変性・壊死を起こした場合大出血するので注意が必要で⁸⁾、とくにGnRHアゴニストはflare upの際大出血の可能性がある。粘膜下筋腫にはGnRHアンタゴニストを選択している。GnRHアンタゴニストは経口投与で、食後に投与した場合、AUCは絶食投与の52.5%、Cmaxは45.4%になると報告がある⁹⁾。そのため、用法を守れない患者にはGnRH

アゴニストが選択される。

参考文献

- 1) Taylor DK, Leppert PC : Treatment for Uterine Fibroids : Searching for Effective Drug Therapies. *Drug Discov Today Ther Strateg*, 9 : e41-e49, 2012.
- 2) インタビューフォーム : スプレキュア[®]MP皮下注用1.8
- 3) インタビューフォーム : リュープリン[®]注射用1.88 mg
- 4) 寺川直樹, 水野正彦, 矢嶋 聰, 他 : 酢酸リュープロレリン徐放性製剤 (TAP-144-SR) の子宮筋腫に対する至適用量の検討。産と婦, 62 : 569-596, 1995.
- 5) Rossetti A, Sizzi O, Soranna L, et al. : Long-term results of laparoscopic myomectomy : recurrence rate in comparison with abdominal myomectomy. *Hum Reprod*, 16 : 770-774, 2001.
- 6) インタビューフォーム : レルミナ[®]上40 mg
- 7) Osuga Y, Enya K, Kudou K, et al. : Oral Gonadotropin-Releasing Hormone Antagonist Relugolix Compared with Leuprolerin Injections for Uterine Leiomyomas : A Randomized Controlled Trial. *Obstet Gynecol*, 133 : 423-433, 2019.
- 8) Ishizawa C, Hirota Y, Urata Y, et al. : Prolapse of a pedunculated uterine leiomyoma through the cervix during GnRH antagonist treatment : Case report and literature review. *J Obstet Gynaecol Res*, 46 : 2679-2683, 2020.
- 9) 石原 理, 小川博和, 小林浩一 : GnRHアンタゴニスト臨床応用—子宮筋腫。産と婦, 71 : 301-307, 2004.

会員質問コーナー Q&A

会員質問コーナー Q&A

③17 いわゆる“胎盤ポリープ”の管理について

回答／味村和哉

Q: 胎盤ポリープの適切な管理方針を教えてください。（大阪府 K.Y.）

A: いわゆる“胎盤ポリープ”は、分娩後に子宮腔に残る胎盤組織の断片であり、RPOC（retained products of conception）ともほぼ同義に使われています。分娩後に持続性の子宮出血があり、血清hCGが軽度上昇している場合に疑われます。以前は40,000～60,000分娩に1例と非常にまれと考えられていましたが、最近では満期妊娠の約1%で発生するともいわれます。また、一般的に流産後の発生頻度は高いといわれます。とくに妊娠中期での薬剤による誘発分娩における胎盤遺残の発生率は高く、オキシトシンで10%、経口ミソプロストールで29%とも報告されており、引き続き起こるであろう胎盤ポリープの発生も多いと推測されます。超音波検査での子宮内の高輝度腫瘍像は、胎盤ポリープの最も感度が高い特徴であり、とくにカラードプラで血流豊富なタイプは、大量出血に対する輸血、動脈塞栓術（TAE）、子宮鏡切除（TCR）、ときには子宮摘出を必要とします。ただし、TCRには子宮穿孔、TAEでも妊孕性低下やその後の妊娠における癒着胎盤増加などのリスク

があります。子宮摘出を防ぐためにも、より早期に予防的治療を行いたいという考えもありますが、どの程度の症例にこれらの侵襲的な治療が本当に必要なののでしょうか？

そこで、われわれは妊娠中期（妊娠12～21週）に薬剤による流産を行った症例319人の自然経過を観察する研究を行いました¹⁾。分娩後約1日（退院時）、1週間、1カ月に経陰超音波を全例ルーチンに行い、子宮内膜の肥厚や高輝度腫瘍像など子宮内容物の遺残が疑われる場合にはカラードプラを追加しました。結果、75人（24%）に明らかな子宮内の血流所見を認めました。重要なことに、この血流は退院時にはほとんどみられることはなく（1%）、1週間後（12%）、1カ月後（15%）と平均3週間後に出現することが分かりました。つまり、出血などの症状がなければ気づかれないだけで、実は結構な頻度で子宮内の血流所見は遅れて出現しているということです。また、これらの血流を認めた症例のうち出血による時間外受診は28%ありましたが、うち入院加療は2例のみでした。しかし、われわれの施設では血行動態が安定し子宮収縮薬投与で制御可能であれば、腫瘍の大きさや血流の多さにかかわらず

待機的管理を行っていますが、侵襲的治療を全くせずに管理可能でした。この血流が消失するまでの経過を1カ月ごとにフォローしたところ、平均69日で全て自然消失しました。子宮筋層から子宮内全体に及ぶような非常に血流の多い症例も15人いましたが、平均93日で血流は消失しました。本研究で見られた所見全てが、いわゆる“胎盤ポリープ”とっていいかはわかりません。多くの臨床医の先生方は、「このような子宮内に血流がたくさん見られることは非常にまれであり、早いうちに何か手を打たねばならない」と考えるかもしれません。しかし、少なくとも妊娠中期の流産後にこのような血流所見がみられることは自然経過の1つであり珍しいことではないということは知っておいたほうがいいと思います。また、流産後1カ月程度に中等度の出血があっても、それは月経が再開しただけかもしれません。流産後平均3週間で排卵は再開し、それはhCGの有無にかかわらないともいわれています。注意深い観察の上で、慎重に方針を決定する必要があります。

もちろん、われわれの研究は妊娠中期の流産後の症例が対象であり、満期での胎盤ポリープ

はより出血リスクが高いといわれます。われわれの施設でも、出血が制御可能であり血行動態が安定している場合に限り鉄剤投与などで貧血予防し、出血時にはすぐに来院いただくよう患者教育や環境整備を十分行ったうえで待機療法を行っています。今後、どのような管理がbest managementであるのか、さらなる研究の蓄積が望まれます。

参考文献

- 1) Mimura K, Endo M, Kakigano A, et al. : Sonographic findings after induced medical abortion at 12-21 weeks of gestation : Retrospective cohort study. *Contraception*, 102 : 87-90, 2020.

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マニュアル” 森 崇英, 久保春海, 岡村 均編, p171-186, 永井書店, 大阪, 2002.

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

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

6) 図表: 適切なソフト(Excel, Power Point, Photoshop等)を用いて作成し, 通しナンバーを付ける. 図表にはタイトルを付ける. また写真は図(Fig)として取り扱う. 光顕写真には撮影倍率を明記し, 電顕写真にはスケールを入れること. また図表の挿入位置を文中に明記し, 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 研究部会二次抄録は査読制を敷いておりませんので, 専門医認定審査や専攻医指導施設基準認定のための対象論文にはなっていません.

* 2 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.

* 3 「個人情報の保護に関する法律」を熟読の上投稿してください.

「個人情報の保護に関する法律」施行に関連するお知らせ

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

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

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

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

令和3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 論文ダウンロード 660 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/

近畿産科婦人科学会広報委員会
委員長 松村 謙臣

第144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：2021年6月19日（土），20日（日）

会 場：神戸国際会議場

本邦における新型コロナウイルス（COVID-19）に関しましては，いまだ予断を許さない状況が続いております。

「第144回近畿産科婦人科学会総会ならびに学術集会」につきましては，開催形式に関して慎重な審議を重ねております。

今後，本誌掲載内容から変更となる可能性もございますので，ホームページ（近畿産科婦人科学会）を随時ご確認いただきますようお願い申し上げます。

<http://www.kinsanpu.jp>

近畿産科婦人科学会 会長
学術集会長

山崎 峰夫
柴原 浩章

第144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：2021年6月19日（土）11：50～17：40
6月20日（日） 9：00～16：45

会 場：神戸国際会議場
〒650-0046 神戸市中央区港島中町6-9-1
TEL：078-302-5200 FAX：078-302-6485

受付時間：6月19日（土） 11：00～17：30
6月20日（日） 8：00～16：30

参加受付：1 F 第1会場「メインホール」の前
PC受付：3 F 第2会場「国際会議室」の前

第1会場：メインホール（1 F）

（開会式，ランチョンセミナー1・4，教育セミナー1・2・3，イブニングセミナー，共通講習（感染対策・医療安全），指導医講習会，学術奨励賞受賞講演，優秀演題賞候補1・2，総会，閉会式）

第2会場：国際会議室（3 F）（ランチョンセミナー2・5）

第3会場：401+402（4 F）（ランチョンセミナー3，6）

第4会場：501（5 F）（評議員会）

<評議員会>

日 時：6月20日（日）12：00～13：00
会 場：第4会場：501（5 F）

<総 会>

日 時：6月20日（日）13：05～13：35
会 場：第1会場：メインホール（1 F）

<学術奨励賞受賞講演>

日 時：6月20日（日）11：20～11：35
会 場：第1会場：メインホール（1 F）

＜優秀演題賞表彰式＞

日 時：6月20日（日）16：40～16：45
会 場：第1会場：メインホール（1F）

＜日本専門医機構認定講習会単位のご案内＞

「講習会単位のご案内」は、現在、単位申請中のため、確定情報は近畿産科婦人科学会HP(<http://www.kinsanpu.jp>)よりご覧ください。

＜学会参加者へのご案内＞

- ・学会参加費5,000円を会場受付で申し受けます。その際、名札（参加章兼領収書）をお受け取りください。参加費のお支払いは現金のみです。なお、初期研修医・医学部学生の学会参加費は無料です。紹介者の方と一緒に受付をしてください。
- ・日本産科婦人科学会専門医出席証明は、e医学会カードで受付を行いますので、会員の皆様はe医学会カードを忘れずにご持参ください。日本産科婦人科学会会員はe医学会カードを忘れずにご持参ください。
- ・日本産婦人科医会の研修参加証明書は、会期中1枚を配布します。
- ・教育セミナー1・2・3、ランチョンセミナー1・2・3・4・5・6、イブニングセミナー、指導医講習会には、日本専門医機構産婦人科領域講習の単位が付与される予定です（申請中）。共通講習（感染対策・医療安全）には、日本専門医機構共通講習の単位が付与される予定です（申請中）。入室時にe医学会カードで受講証明をします。また、専門医共通講習（感染対策講習会・医療安全講習会）は、e医学会カードをお持ちの方はe医学会カードで受講証明をしますが、日本産科婦人科学会会員以外の医師など、e医学会カードをお持ちでない場合は受講証明書を発行いたします。

＜一般講演者へのお願い＞

1. 講演時間は以下のとおりです。
優秀演題賞候補演題：講演時間8分、討論時間3分
一般演題：講演時間6分、討論時間3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. 講演者は各セッション開始30分前までに3F第2会場「国際会議室」前にてPC受付と試写をお済ませください。
パソコンを持参される方もセッション開始30分前までに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、発表が終わり次第消去させていただきます。
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。

【発表データをお持ち込みの方へ】

- ・ソフトはWindows版Power Point2010/2013/2016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。
- ・画像の解像度は、XGA（1024×768，4：3）でお願いします。
- ・発表データはUSBフラッシュメモリー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、必ずメディアもご持参ください。
 - ・会場スピーカーに音声は流せません。
 - ・画像の解像度はXGA（1024×768，4：3）でお願いいたします。
 - ・PC受付の液晶モニターに接続し、映像の出力チェックを行ってください。
※PCの機種やOSによって出力設定方法が異なります。
 - ・プロジェクターとの接続ケーブルの端子は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。

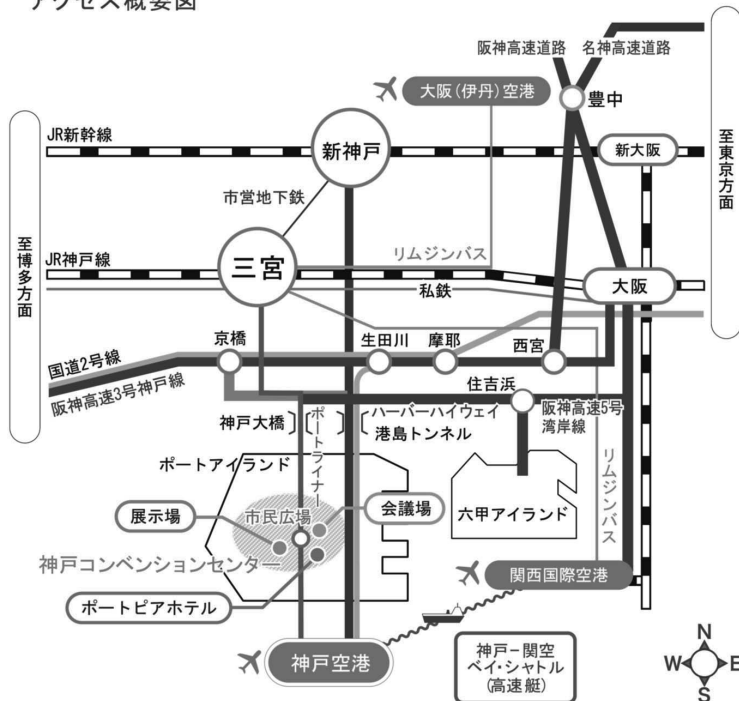
＜ 学 会 場 案 内 図 ＞

■ 会 場：神戸国際会議場

〒650-0046 神戸市中央区港島中町6-9-1

TEL：078-302-5200 FAX：078-302-6485

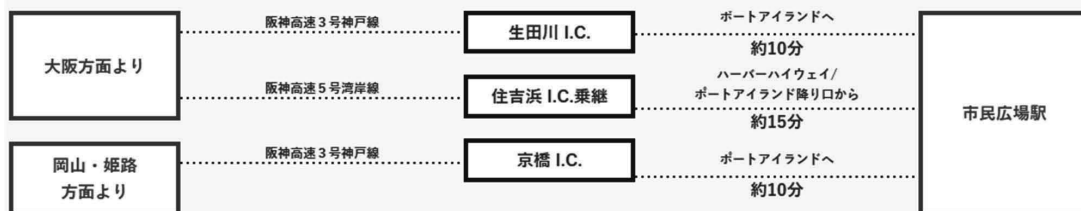
アクセス概要図



【 新幹線でお越しの場合】



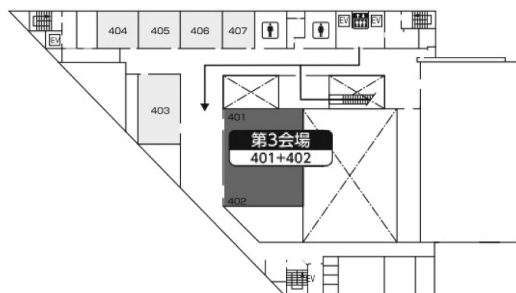
【 車でお越しの場合】



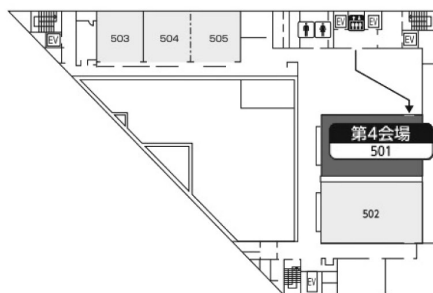
< 各会場案内図 >

神戸国際会議場

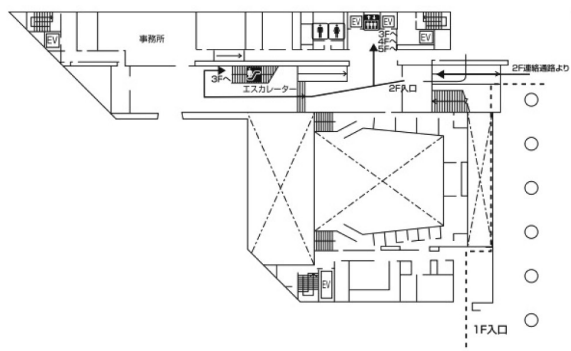
4F



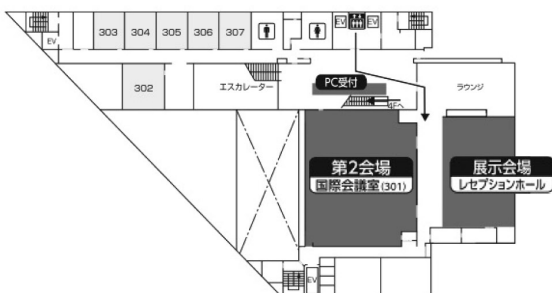
5F



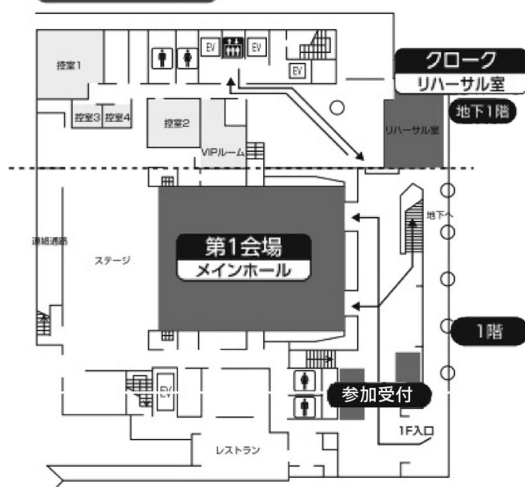
2F



3F



B1F・1F



学会進行表

■2021年6月19日（土）神戸国際会議場

	第1会場（1F） メインホール	第2会場（3F） 国際会議室 301	第3会場（4F） 401 + 402	第4会場（5F） 501
11:50	開 会 式			
12:00	12:00-13:00 ランチョンセミナー 1 座長：大道 正英 演者：小林 裕明 共催：中外製薬(株)	12:00-13:00 ランチョンセミナー 2 座長：岡田 英孝 演者：前田 長正 共催：持田製薬(株)	12:00-13:00 ランチョンセミナー 3 座長：柴原 浩章 演者：江川 美保 共催：(株)ツムラ	
13:10	13:10-14:10 教育セミナー 1 座長：寺井 義人 演者：鰐本 浩志	13:10-14:04 周産期 1 (1-6) 座長：船越 徹	13:10-14:13 婦人科 1 (19-25) 座長：角 玄一郎	
14:10				
14:20	14:20-15:20 教育セミナー 2 座長：井篁 一彦 演者：杉山 隆	14:10-15:04 周産期 2 (7-12) 座長：吉松 淳	14:15-14:51 腫瘍 1 (26-29) 座長：澤田健二郎	
15:20			14:55-15:31 腫瘍 2 (30-33) 座長：井上 佳代	
15:30	15:30-16:30 イブニングセミナー 座長：角 俊幸 演者：横山 良仁 共催：科研製薬(株)	15:10-16:04 生殖 (13-18) 座長：木村 文則	15:35-16:29 婦人科 2 (34-39) 座長：佐々木 浩	
16:40	16:40-17:40 共通講習（感染対策） 座長：田中 宏幸 演者：早川 智			
18:00				

■2021年6月20日（日）

	第1会場（1F） メインホール	第2会場（3F） 国際会議室 301	第3会場（4F） 401 + 402	第4会場（5F） 501
9:00	9:00-10:00 指導医講習会 座長：万代 昌紀 演者：榎本 隆之			
10:00		10:00-10:54 周産期 3 (50-55) 座長：廣瀬 雅哉	10:00-11:03 腫瘍 3 (74-80) 座長：山口 建	
10:10	10:10-11:10 教育セミナー 3 座長：村上 節 演者：藤原 浩			
11:00		11:00-11:54 周産期 4 (56-61) 座長：石井 桂介	11:10-11:55 腫瘍 4 (81-85) 座長：恒遠 啓示	
11:20	11:20-11:35 学術奨励賞受賞講演			
12:00	12:00-13:00 ランチョンセミナー 4 座長：松村 謙臣 演者：寺内 公一 共催：バイエル薬品(株)	12:00-13:00 ランチョンセミナー 5 座長：北脇 城 演者：小野 政徳 共催：ゼリア新薬工業(株)	12:00-13:00 ランチョンセミナー 6 座長：後藤 栄 演者：鍋田 基生 共催：(株)パートナーズ	12:00-13:00 評議員会
13:05	13:05-13:35 総会			
13:40	13:40-14:35 優秀演題賞候補 1 (40-44) 座長：角 俊幸 川口 龍二	13:40-14:34 周産期 5 (62-67) 座長：萩田 和秀	13:40-14:34 婦人科 3 (86-91) 座長：森 泰輔	
14:40	14:40-15:35 優秀演題賞候補 2 (45-49) 座長：村上 節 出口 雅士	14:40-15:34 周産期 6 (68-73) 座長：橋 大介	14:40-15:25 婦人科 4 (92-96) 座長：小谷 泰史	
15:40	15:40-16:40 共通講習（医療安全） 座長：木村 正 演者：池田 智明			
16:40	16:40-16:45 閉会式			
17:00				

ランチョンセミナー 1, 2, 3

■ 6月19日（土）12：00～13：00 第1会場 メインホール（1F）

1. 「卵巣がんに到来したPrecision Medicine時代におけるBevacizumabの位置づけ」

座長：大阪医科薬科大学産婦人科学教室教授

大道 正英先生

演者：鹿児島大学医学部産科婦人科学教室教授

小林 裕明先生

共催：中外製薬株式会社

■ 6月19日（土）12：00～13：00 第2会場 国際会議室301（3F）

2. 「子宮内膜症、腹腔免疫の向上を目指して—NK・マクロファージとDienogest—」

座長：関西医科大学産科学・婦人科学講座教授

岡田 英孝先生

演者：高知大学医学部産科婦人科学講座教授

前田 長正先生

共催：持田製薬株式会社

■ 6月19日（土）12：00～13：00 第3会場 401+402（4F）

3. 「PMS女性のみかた ～PMDDの診療を通して学んだこと～」

座長：兵庫医科大学産科婦人科学講座教授

柴原 浩章先生

演者：京都大学大学院医学研究科婦人科学産科学助教

江川 美保先生

共催：株式会社ツムラ

教育セミナー 1, 2

■ 6月19日（土）13：10～14：10 第1会場 メインホール（1F）

1. 「産婦人科診療における遺伝性腫瘍とゲノム医療の実際」

座長：神戸大学大学院医学研究科産科婦人科特命教授

寺井 義人先生

演者：兵庫医科大学産科婦人科学講座教授

鰐本 浩志先生

■ 6月19日（土）14：20～15：20 第1会場 メインホール（1F）

2. 「妊娠糖尿病Update」

座長：和歌山県立医科大学産科婦人科学教室教授

井篁 一彦先生

演者：愛媛大学大学院医学系研究科産科婦人科学教室教授

杉山 隆先生

イブニングセミナー

■ 6月19日（土）15：30～16：30 第1会場 メインホール（1F）

「婦人科癌サバイバーにおけるヘルスケア」

座長：大阪市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：弘前大学大学院医学研究科産科婦人科学講座教授

横山 良仁先生

共催：科研製薬株式会社

専門医共通講習：感染対策講習会

■ 6月19日（土）16：40～17：40 第1会場 メインホール（1F）

「日常診療におけるCOVID-19対策 ワクチンによるコントロールを目指して」

座長：兵庫医科大学産科婦人科学講座教授

田中 宏幸先生

演者：日本大学医学部病態病理学系微生物学分野教授

早川 智先生

指導医講習会

■ 6月20日（日）9：00～10：00 第1会場 メインホール（1F）

「妊娠中の子宮頸部浸潤癌の取り扱い」

座長：京都大学大学院医学研究科婦人科学産科学教授

万代 昌紀先生

演者：新潟大学大学院医歯学総合研究科産科婦人科学教授

榎本 隆之先生

教育セミナー 3

■ 6月20（日）10：10～11：10 第1会場 メインホール（1F）

3. 「女性生殖機能と時間生物学」

座長：滋賀医科大学産科学婦人科学講座教授

村上 節先生

演者：金沢大学医薬保健研究域医学系医学類生殖・発達医学領域産科婦人科学教授

藤原 浩先生

学術奨励賞受賞講演

■ 6月20（日）11：20～11：35 第1会場 メインホール（1F）

「遺伝性乳がん卵巣がん症候群に対するリスク低減卵管卵巣摘出術の後方視的検討」

演者：京都大学医学部附属病院産科婦人科

山村 幸先生

座長：2020年度近畿産科婦人科学会会長

志村研太郎先生

ランチオンセミナー 4, 5, 6

■ 6月20日（日）12：00～13：00 第1会場 メインホール（1F）

4. 「OC・LEPガイドライン2020年度版 一連続投与のアドヴァンテージとは？」

座長：近畿大学医学部産科婦人科学教室教授

松村 謙臣先生

演者：東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科茨城県地域産科婦人科学講座教授

寺内 公一先生

共催：バイエル薬品株式会社

■ 6月20日（日）12：00～13：00 第2会場 国際会議室301（3F）

5. 「産婦人科疾患における貧血と治療の最新トピックス」

座長：市立大津市民病院理事長

北脇 城先生

演者：金沢大学医薬保健学域医学類産科婦人科講師，

同附属病院周産母子センター副センター長

小野 政徳先生

共催：ゼリア新薬工業株式会社

■ 6月20日（日）12：00～13：00 第3会場 401+402（4F）

6. 「ラクトフェリンの可能性 ～子宮内フローラの生殖医療への影響～」

座長：後藤レディースクリニック院長

後藤 栄先生

演者：つばきウイメンズクリニック理事長・院長

鍋田 基生先生

共催：株式会社パートナーズ

専門医共通講習：医療安全講習会

■ 6月20日（日）15：40～16：40 第1会場 メインホール（1F）

「周産期医療と医療安全」

座長：大阪大学大学院医学系研究科産科学婦人科学講座教授

木村 正先生

演者：三重大学医学部産科婦人科学教室教授

池田 智明先生

一般講演プログラム

■ 6月19日（土）（13：10－16：29）

[第2会場 国際会議室301 3F]

周産期1（13：10－14：04）

座長：船越 徹

1. 妊娠26週未満にSelective intrauterine growth restriction (sIUGR) Type Iと
診断された一絨毛膜二羊膜双胎の周産期予後と臨床経過
黄 彩実, 來間 愛里, 和形 麻衣子, 山本 瑠美子, 川口 晴菜, 山本 亮,
林 周作, 石井 桂介 (大阪母子医療センター)
2. 双胎1児死産後4日目にdelayed interval deliveryとなった1例
松本 培世, 船越 徹, 平久 進也, 金子 めぐみ, 窪田 詩乃, 荻野 美智
(兵庫県立こども病院)
3. 胎児診断されたまれな軟部腫瘍の1例
小川 紋奈, 笹原 淳, 金川 武司, 石井 桂介, 光田 信明
(大阪母子医療センター)
4. 水頭症発症を契機に出生前に先天性脳腫瘍と診断された1例
北野 有紗, 太田 菜美, 中田 久実子, 南條 佐輝子, 溝口 美佳, 八木 重孝,
南 佐和子, 井篁 一彦 (和歌山県立医科大学)
5. 胎児間輸血症候群によりabdominal compartment syndromeを発症した1症例
益子 尚久, 谷村 憲司, 小畑 権大, 今福 仁美, 出口 雅士, 寺井 義人
(神戸大学)
6. 高度肥満を伴う二絨毛膜二羊膜双胎妊娠の周産期管理経験
中野 千春, 三枚 卓也, 中島 安紗海, 柴田 悟, 末包 智紀, 中井 建策,
植村 遼, 札幌 恵, 田原 三枝, 羽室 明洋, 中野 朱美, 橘 大介, 古山 将康
(大阪市立大学)

周産期2（14：10－15：04）

座長：吉松 淳

7. Klippel-Trenaunay-Weber症候群合併妊娠の妊娠分娩管理
坂元 優太, 三宅 龍太, 山中 彰一郎, 竹田 善紀, 大西 俊介, 市川 麻祐子,
赤坂 珠理晃, 成瀬 勝彦 (奈良県立医科大学)
8. 癒着胎盤に対し、胎盤を一定期間子宮内に遺残した後子宮鏡手術で摘出し、子宮を温存できた2例
二木 ひとみ, 吉田 茂樹, 胡 脩平, 大和 奈津子, 荻本 圭介, 北 采加,
城 道久, 安田 立子, 大木 規義, 稲垣 美恵子, 村越 誉, 岡田 十三
(千船病院)

9. 妊娠初期に発症した深部静脈血栓症およびアンチトロンビン欠乏症の1例
牧野 琴音, 神谷 亮雄, 西端 修平, 黒田 優美, 吉田 彩, 山田 崇弘,
岡田 英孝 (関西医科大学)
10. 妊娠高血圧腎症にVogt-小柳-原田病を合併した1例
苔原 つばさ¹⁾, 房 正規¹⁾, 三木 玲奈¹⁾, 中筋 由紀子¹⁾, 荒井 貴子¹⁾, 宮本 岳雄¹⁾,
太田 岳人¹⁾, 豊国 秀昭²⁾, 原 ルミ子²⁾, 松本 安代³⁾
(加古川中央市民病院¹⁾, 同眼科²⁾, 大森産婦人科³⁾)
11. 除細動器植え込み後良好な周産期予後を得た, 肥大型心筋症合併妊娠の1例
石川 渚, 柿ヶ野 藍子, 笹ヶ迫 奈々代, 塩野入 規, 中西 篤史, 神谷 千津子,
岩永 直子, 吉松 淳 (国立循環器病研究センター)
12. 帝王切開時の後腹膜血腫の存在から診断し得た腎動脈瘤破裂の1例
大西 拓人, 桂 大輔, 星山 貴子, 辻 俊一郎, 林 香里, 所 伸介, 全 梨花,
木村 文則, 村上 節 (滋賀医科大学)
- 生殖 (15:10-16:04) 座長: 木村 文則
13. 子宮ポリープ状異型腺筋腫に対する妊孕性および不妊治療についての検討
秋田 絵理¹⁾, 大澤 政彦²⁾, 根来 英典¹⁾, 富山 俊彦¹⁾, 鈴木 史明¹⁾, 谷口 武¹⁾
(定生会谷口病院¹⁾, 大阪市立大学²⁾)
14. 反復嚢胞穿刺吸引術とジェノゲスト併用療法が著効したと考えられる
両側卵巣チョコレート嚢胞を合併した反復ART不成功例
辻 勲¹⁾, 重田 護¹⁾, 高矢 千夏¹⁾, 江原 千晶¹⁾, 菊川 忠之¹⁾, 河邊 麗美¹⁾,
藤岡 聡子¹⁾, 福田 愛作¹⁾, 森本 義晴²⁾
(IVF大阪クリニック¹⁾, HORACグランフロント大阪クリニック²⁾)
15. PIDを繰り返していたEdwardsiella tarda感染症に抗菌薬とプロバイオティクスにて加療し,
IVF妊娠成立した1症例
浅井 淑子, 森下 みどり, 寺脇 奈緒子, 小宮 慎之介, 姫野 隆雄, 井上 朋子,
森本 義晴 (HORACグランフロント大阪クリニック)
16. 当院におけるProgestin-primed ovarian stimulation (PPOS) 法の検討と今後の課題
林 奈央, 江夏 国宏, 山田 弘次, 田中 雄介, 江夏 徳寿, 山田 愛,
江夏 宜シェン, 安 昌恵, 十倉 陽子, 片山 和明, 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)
17. セントロメア型抗核抗体陽性で体外受精により妊娠した2症例
寺脇 奈緒子, 井上 朋子, 森本 義晴 (HORACグランフロント大阪クリニック)
18. 妊孕性温存目的に術中採卵を行った1例
牧野 博朗, 辻 祥子, 神谷 亮雄, 木田 尚子, 中尾 朋子, 小野 淑子,
岡田 園子, 北 正人, 岡田 英孝 (関西医科大学)

[第3会場 401+402 4F]**婦人科1 (13:10-14:13)****座長：角 玄一郎**

19. 腹式単純子宮全摘術の術後合併症における発症予測因子の検討
赤坂 往倫範, 馬淵 誠士, 福井 陽介, 河原 直紀, 長安 実加, 木村 麻衣,
岩井 加奈, 新納 恵美子, 山田 有紀, 川口 龍二 (奈良県立医科大学)
20. 抗菌薬抵抗性で治療に難渋しMycoplasma hominis感染症を疑った2例
渡邊 亜矢, 山下 優, 青山 幸平, 辻 哲朗, 黒星 晴夫
(京都府立医科大学附属北部医療センター)
21. 巨大子宮筋腫を伴う子宮が捻転した高齢者急性腹症の1例
北島 佑佳, 瀧内 剛, 中川 慧, 木瀬 康人, 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)
22. A群溶連菌感染症により子宮筋腫の破裂をきたした1例
小倉 直子¹⁾, 森田 宏紀¹⁾, 田中 宇多留²⁾, 鈴木 加代²⁾, 高橋 卓也³⁾,
河谷 春那¹⁾, 黒島 瑞穂¹⁾, 黄 豊羽¹⁾, 小嶋 伸恵¹⁾
(甲南医療センター¹⁾, 同放射線科²⁾, 同病理部³⁾)
23. 診断に苦慮した結核性腹膜炎の1例
山本 皇之祐¹⁾, 橋口 康弘¹⁾, 岸本 佐知子¹⁾, 西岡 和弘¹⁾, 若狭 明子²⁾,
大井 豪一¹⁾ (近畿大学奈良病院¹⁾, 同病理診断部²⁾)
24. 胎嚢周囲エタノール注入療法が奏功した子宮頸管妊娠の1例
居出上 大起, 桂 大輔, 小川 智恵美, 星山 貴子, 所 伸介, 辻 俊一郎,
林 香里, 全 梨花, 山田 一貴, 木村 文則, 村上 節 (滋賀医科大学)
25. 子宮頸癌との鑑別に難渋した外陰ヘルペス感染症の1例
井淵 誠吾, 上田 尚子, 田中 良道, 西江 瑠璃, 橋田 宗祐, 寺田 信一,
古形 祐平, 藤原 聡枝, 田中 智人, 恒遠 啓示, 佐々木 浩, 大道 正英
(大阪医科大学)

腫瘍1 (14:15-14:51)**座長：澤田 健二郎**

26. 当院での悪性軟部腫瘍4例に対するパゾパニブの治療経験
谷 顕裕, 片岡 恒, 垂水 洋輔, 古株 哲也, 寄木 香織, 森 泰輔, 北脇 城
(京都府立医科大学)
27. 傍大動脈リンパ節腫大を伴う子宮体癌症例において腫大リンパ節は悪性リンパ腫であった1症例
鈴木 健太郎, 佛原 悠介, 横江 巧也, 久松 洋司, 角 玄一郎, 北 正人,
岡田 英孝 (関西医科大学)
28. 分葉状頸管腺過形成の長期経過観察中に胃型粘液性腺癌を発症した1例
山本 幸代, 小玉 美智子, 小林 まりや, 中川 慧, 木瀬 康人, 瀧内 剛, 三好 愛,
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)

29. 癌性髄膜炎を発症した卵巣癌の1例

内倉 慧二郎, 福田 武史, 今井 健至, 山内 真, 笠井 真理, 市村 友季,
安井 智代, 角 俊幸 (大阪市立大学)

腫瘍 2 (14:55-15:31)

座長: 井上 佳代

30. 閉経後卵巣卵黄嚢腫瘍の1例

野田 拓也, 市村 友季, 山内 真, 笠井 真理, 福田 武史, 橋口 裕紀,
安井 智代, 角 俊幸 (大阪市立大学)

31. 婦人科悪性腫瘍にTrousseau症候群を合併した3例

喜多 ともみ, 山崎 友維, 小畑 権大, 澤田 茉美子, 富本 雅子, 鷺尾 佳一,
清水 真帆, 長又 哲史, 村田 友香, 鈴木 嘉穂, 寺井 義人 (神戸大学)

32. 子宮頸癌再発に肺高血圧を合併し, PTTMと診断した1例

小松 伶奈, 小玉 美智子, 田伏 真理, 中川 慧, 木瀬 康人, 瀧内 剛, 三好 愛,
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)

33. Olaparib維持療法後のプラチナ製剤再投与の奏効率

中澤 浩志, 長尾 昌二, 成田 萌, 鈴木 一弘, 瀧谷 剛志, 自見 倫敦,
矢野 紘子, 北井 美穂, 塩崎 隆也, 山口 聡

(兵庫県立がんセンター)

婦人科 2 (15:35-16:29)

座長: 佐々木 浩

34. Z形成術とY-V形成術を用いた陰唇癒着症に対する新しい術式

前田 倫子, 出口 真理, 村頭 温, 中村 暁子, 信田 侑里, 樋口 明日香,
西村 宙起, 天野 創, 辻 俊一郎, 笠原 恭子, 木村 文則, 村上 節
(滋賀医科大学)

35. 臀部痛を主訴としたOHVIRA症候群の1例

北村 圭広, 北岡 由衣, 川俣 まり, 澤田 重成 (京都山城総合医療センター)

36. 大量不正出血により緊急子宮全摘術を要した子宮憩室の1例

石井 沙季, 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)

37. 高齢者の陰唇癒着症に対し, 異なるアプローチで再癒着防止を図った2例

田村 祐子, 清水 美代, 渡邊 愛, 加藤 淑子, 福岡 正晃 (済生会京都府病院)

38. 排尿障害をきたした腔内異物の1例

西川 恭平, 脇 啓太, 小川 憲二, 安川 久吉, 赤田 忍

(大阪はびきの医療センター)

39. ペッサリーリング挿入による子宮留膿腫の穿孔の1例

李 侑香, 金山 智子, 辻 麻亜子, 森内 航生, 伏見 萩子, 西野 由香里,
西島 光浩 (兵庫県立淡路医療センター)

■ 6月20日（日）（10：00—15：35）

[第1会場 メインホール 1F]

優秀演題賞候補1（13：40—14：35）

座長：角 俊幸，川口 龍二

40. 当院における子宮鏡下子宮中隔切除術の有効性の検討

佐伯 信一郎，福井 淳史，浮田 祐司，加藤 徹，脇本 裕，柴原 浩章

（兵庫医科大学）

41. 婦人科悪性腫瘍におけるマイクロサテライト不安定性の頻度調査

青木 稚人，中井 英勝，望月 亜矢子，平嶋 泰之，勝田 隆博，西尾 真，
吉岡 恵美，竹中 基記，奈須 家栄，藤原 聡枝，寄木 香織，森 泰輔，金田 倫子，
近藤 英司，荒川 敦志，長野 浩明，松村 謙臣，伊藤 公彦

（関西臨床腫瘍研究会）

42. 早期子宮体癌に対する腹腔鏡下手術後の再発についての検討

成田 萌，北井 美穂，鈴木 一弘，中澤 浩志，澁谷 剛志，山本 香澄，
自見 倫敦，矢野 紘子，塩崎 隆也，松岡 和子，長尾 昌二，山口 聡

（兵庫県立がんセンター）

43. 腹腔鏡下後方骨盤除臓術を施行した腔癌の1例

梅澤 奈穂，小玉 美智子，中川 慧，木瀬 康人，瀧内 剛，三好 愛，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）

44. 当院でのプラチナ製剤感受性再発卵巣癌に対するオラパリブ投与症例の後方視的研究

笹井 奈穂，青木 稚人，中井 英勝，松村 謙臣

（近畿大学）

優秀演題賞候補2（14：40—15：35）

座長：村上 節，出口 雅士

45. 当院でのCOVID-19陽性妊婦の検討

沖 絵梨，中田 真一，本久 智香，英久 仁子，康 文豪（大阪市立十三市民病院）

46. 当院における周産期メンタルヘルスケアの取り組み

今橋 敦子¹⁾，原田 奈津江¹⁾，田中 あゆみ²⁾，河崎 あさひ²⁾，池野 慎治²⁾，
三村 治²⁾，野原 当²⁾，藤原 卓夫²⁾（あさぎり病院看護部¹⁾，同産婦人科²⁾）

47. 子宮型羊水塞栓症の臨床経過についての検討

佐道 俊幸^{1,2)}，赤坂 珠理晃¹⁾，吉元 千陽^{1,2)}，常見 泰平¹⁾，小林 浩¹⁾（奈良県立医科大学¹⁾，奈良県総合医療センター²⁾）

48. ERA（子宮内膜着床能検査）の臨床効果に関する国際共同臨床研究（ランダム化比較試験）

田口 早桐，船曳 美也子，中村 嘉孝（医療法人オーク会オーク住吉産婦人科）

49. GnRHアンタゴニストとしてRelugolixを用いた採卵周期の最終成熟誘導法の検討

小宮 慎之介^{1,2)}，浅井 淑子¹⁾，井上 朋子¹⁾，岡田 英孝²⁾，森本 義晴¹⁾（HORACグランフロント大阪クリニック¹⁾，関西医科大学²⁾）

[第2会場 国際会議室301 3F]**周産期3 (10:00-10:54)****座長：廣瀬 雅哉****50. COVID-19陽性の抗リン脂質抗体症候群合併妊娠の1例**

夏山 幸一郎, 吉田 篤史, 永易 洋子, 布出 実紗, 澤田 雅美, 杉本 敦子, 佐野 匠,
藤田 太輔, 大道 正英 (大阪医科大学)

51. 症候性先天性サイトメガロウイルス感染症に対する胎児治療と新生児治療の有効性の検討

谷村 憲司¹⁾, 施 裕徳¹⁾, 内田 明子¹⁾, 上中 美月¹⁾, 今福 仁美¹⁾, 藤岡 一路²⁾,
森岡 一朗³⁾, 出口 雅士¹⁾, 寺井 義人¹⁾, 山田 秀人⁴⁾
(神戸大学¹⁾, 同小児科²⁾, 日本大学小児科³⁾, 手稲溪仁会病院不育症センター⁴⁾)

52. 臨床症状からは診断困難だった周産期リストテリア症の2例

山野 和紀, 大須賀 拓真, 川崎 薫, 森内 芳, 松坂 優, 滝 真奈, 山口 綾香,
最上 晴太, 近藤 英治, 万代 昌紀 (京都大学)

53. EBウイルス関連非外傷性脾破裂による出血性ショック後に発症した高度子宮腔癒着症の1例

尾崎 孝宏, 三好 さゆり, 松井 克憲, 高石 侑, 増田 望穂, 池田 真規子,
安田 美樹, 安堂 有希子, 佐藤 浩, 田口 奈緒, 廣瀬 雅哉
(兵庫県立尼崎総合医療センター)

54. 妊娠糖尿病初期スクリーニングにおけるカットオフ値に関する検討

藤吉 恵津子, 田村 聡, 菊池 香織, 岡藤 博, 宮本 真由子, 沈 嬌, 邨田 裕子,
田中 彩香, 矢野 悠子, 八田 幸治, 高山 敬範, 潮田 至央, 佐伯 典厚,
橋本 奈美子 (日本生命病院)

55. 妊娠糖尿病における母体インスリン抵抗性・分泌能から見た在胎不当過体重児の関連因子

北 采加, 金川 武司, 五十川 智司, 川口 晴菜, 山本 亮, 笹原 淳, 岡本 陽子,
光田 信明, 石井 桂介 (大阪母子医療センター)

周産期4 (11:00-11:54)**座長：石井 桂介****56. 当院における分娩誘発における検討**

岡 愛実子, 中西 篤史, 徳永 詩音, 石川 渚, 田伏 真理, 亀井 裕史,
笹ヶ迫 奈々代, 月村 英利子, 柿ヶ野 藍子, 塩野入 規, 神谷 千津子,
岩永 直子, 吉松 淳 (国立循環器病研究センター)

57. 当院で陣痛誘発を行った頸管熟化不全症例の検討

ブラウペス (ジノプロストン腔内留置用製剤) の使用経験を含めて

安藝 恵, 杉並 興, 村山 有美, 小林 弘尚, 中妻 杏子, 佐々木 聖子,
堀江 克行 (三菱京都病院)

58. 膀胱浸潤を疑う前置癒着胎盤に対する緊急帝王切開術の出血コントロールにREBOAが著効した1例

金光 麻衣, 中村 幸司, 川西 陽子, 前中 隆秀, 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)

59. 帝王切開に工夫を要した脊髄損傷合併妊娠の1例

小嶋 哲, 田中 佑輝子, 沖村 浩之, 前田 英子, 馬淵 亜希, 藁谷 深洋子,
森 泰輔, 北脇 城 (京都府立医科大学)

60. 広汎子宮頸部摘出術後妊娠の周産期予後不良因子についての単一施設後方視的検討

岡本 葉留子, 滝 真奈, 森内 芳, 大須賀 拓真, 松坂 優, 山口 綾香, 川崎 薫,
最上 晴太, 近藤 英治, 万代 昌紀 (京都大学)

61. 当院で経腹的子宮頸管縫縮術を行った4症例の検討

上東 真理子, 岡村 直哉, 味村 志穂, 田島 千裕, 山口 桃李, 郡山 直子, 加藤 徹,
柴原 浩章 (兵庫医科大学)

周産期 5 (13:40-14:34)

座長: 荻田 和秀

62. 妊娠後期に妊娠性肝内胆汁うっ滞症を発症した1例

齋藤 庸太, 松原 侑子, 小川 萌, 岩田 隆一, 瀧口 義弘, 高木 力, 松岡 智史,
内田 学, 坂本 能基 (耳原総合病院)

63. 妊娠中に胆嚢捻転と診断し良好な経過をたどった1症例

小川 智恵美, 桂 大輔, 星山 貴子, 所 伸介, 林 香里, 全 梨花, 辻 俊一郎,
山田 一貴, 木村 文則, 村上 節 (滋賀医科大学)

64. 計画分娩中に急激な凝固異常を合併するHELLP症候群を発症した1例

折出 唯志, 川西 陽子, 平松 宏裕, 前中 隆秀, 戸田 有朱香, 三宅 達也,
中村 幸司, 味村 和哉, 木村 敏啓, 木村 正 (大阪大学)

65. 妊娠高血圧症候群の指摘なく子癇発作を発症した1例

西森 早苗, 信永 敏克, 増原 完治, 山部 エリ (兵庫県立西宮病院)

66. 妊娠32週に脳梗塞を発症した1症例

宮森 美花, 田原 三枝, 千菊 智紀, 中野 千春, 奥村 真侑, 小西 葉普子,
末包 智紀, 末光 千春, 瀬尾 尚美, 中井 建策, 福田 恵梨子, 羽室 明洋,
三枚 卓也, 中野 朱美, 橘 大介, 古山 将康 (大阪市立大学)

67. 当院における子宮頸管縫縮術の手術関連有害事象についての検討

來間 愛里, 林 周作, 黄 彩実, 山本 亮, 光田 信明, 石井 桂介
(大阪母子医療センター)

周産期 6 (14:40-15:34)

座長: 橘 大介

68. 妊産婦の骨密度と妊娠授乳関連骨粗鬆症との関連についての検討

豊永 絢香¹⁾, 牧原 夏子¹⁾, 市橋 さなえ¹⁾, 中奥 大地¹⁾, 坂本 綾子¹⁾,
船田 葉津子¹⁾, 藤田 一郎¹⁾, 左右田 裕生¹⁾, 佐野 翔平²⁾, 井口 哲弘²⁾
(済生会兵庫県病院¹⁾, 同整形外科²⁾)

69. 薬物内服のある妊婦の授乳状況についての後方視的検討

橋口 康弘¹⁾, 山本 皇之祐¹⁾, 中谷 真豪¹⁾, 三宅 龍太¹⁾, 山中 彰一郎¹⁾, 竹田 善紀¹⁾,
大西 俊介¹⁾, 中野 和俊¹⁾, 市川 麻祐子¹⁾, 赤坂 珠理晃¹⁾, 成瀬 勝彦¹⁾,
前田 雅之²⁾, 宮原 芽久美²⁾ (奈良県立医科大学¹⁾, 同薬剤部²⁾)

70. 妊娠中に血小板輸血を要する高度な血小板低下を認めその鑑別に苦慮した1例
白川 潤一, 松木 厚, 井上 基, 小松 摩耶, 柳井 咲花, 三田 育子, 西本 幸代,
中村 博明, 中本 収 (大阪市立総合医療センター)
71. 静脈確保が困難であった異所性妊娠に対し術後に覚せい剤中毒が判明した1症例
千菊 智紀, 羽室 明洋, 末包 智紀, 中井 建策, 植村 遼, 札幌 恵, 北田 紘平,
田原 三枝, 三枚 卓也, 橘 大介, 古山 将康 (大阪市立大学)
72. 家庭内暴力 (DV) による常位胎盤早期剥離で帝王切開となった1例
畑山 裕生, 西森 早苗, 山本 岳, 尹 純奈, 山部 エリ, 北井 俊大, 増原 完治,
信永 敏克 (兵庫県立西宮病院)
73. 急性白血病合併妊娠の1例
吉田 篤史, 澤田 雅美, 夏山 幸一郎, 布出 実紗, 永易 洋子, 杉本 敦子,
藤田 太輔, 大道 正英 (大阪医科薬科大学)

[第3会場 401+402 4F]

腫瘍3 (10:00-11:03) 座長: 山口 建

74. 再発卵巣癌に対する化学療法中に気腫性膀胱炎を発症した1例
武田 恵美, 横江 巧也, 安原 由貴, 久松 洋司, 角 玄一郎, 北 正人,
岡田 英孝 (関西医科大学)
75. 著明な変性をきたした卵巣線維腫によるMeigs症候群の1例
青木 淑恵, 仲尾 有美, 藤田 葵, 宮澤 彩, 松山 佳奈子, 小和 貴雄, 松木 貴子,
吉村 明彦, 濱田 真一, 大西 洋子, 山崎 正人, 村田 雄二 (ベルランド総合病院)
76. 再発卵管癌に対するTC療法中に発症した虚血性腸炎の1例
竹本 祐基, 市川 冬樹, 藤原 奨, 後藤 剛, 黒田 実紗子, 甲村 奈緒子,
田中 あすか, 小笹 勝巳, 増田 公美, 大塚 博文, 横井 猛 (市立貝塚病院)
77. 顆粒球刺激因子 (G-CSF) 産生腫瘍であった外陰癌の1例
福井 陽介, 馬淵 誠士, 木村 麻衣, 長安 実加, 河原 直紀, 岩井 加奈,
新納 恵美子, 山田 有紀, 川口 龍二 (奈良県立医科大学)
78. 子宮体癌再発に対するAP療法中に低Na血症をきたした1例
松村 有起, 筒井 建紀, 田中 稔恵, 中尾 恵津子, 繁田 直哉, 清原 裕美子,
大八木 知史 (JCHO大阪病院)
79. 術前診断に苦慮した異所性平滑筋腫の4例
樋口 渚, 杉浦 敦, 前花 知果, 村上 暉, 伊東 史学, 谷口 真紀子, 佐道 俊幸,
喜多 恒和 (奈良県総合医療センター)
80. 診断と方針に苦慮した子宮体部原発扁平上皮癌の1例
仲尾 有美¹⁾, 松山 佳奈子¹⁾, 上田 豊²⁾, 藤田 葵¹⁾, 宮澤 彩¹⁾, 小和 貴雄¹⁾,
松木 貴子¹⁾, 吉村 明彦¹⁾, 濱田 真一¹⁾, 大西 洋子¹⁾, 山崎 正人¹⁾, 村田 雄二¹⁾
(ベルランド総合病院¹⁾, 大阪大学²⁾)

腫瘍4 (11:10-11:55)

座長：恒遠 啓示

81. 早期子宮体癌に対する当院での腹腔鏡手術の治療成績の検討

上林 翔大, 濱田 航平, 山田 香, 門元 辰樹, 住友 理浩 (公立豊岡病院)

82. 腹腔鏡下広汎性子宮全摘術での腔カフ作成の利点

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

83. 当院におけるロボット支援下腹腔鏡下子宮体癌根治術の視野・手技の工夫

角田 守, 大塚 文湖, 加藤 真由子, 李 紘一郎, 竹田 満寿美, 兪 史夏,
横山 拓平, 福井 温, 宮西 加寿也, 山本 敏也 (堺市立総合医療センター)

84. 鏡視下の特性を活かした骨盤除臓術により完全切除できた外陰部腺様嚢胞癌の1例

北野 照, 山ノ井 康二, 奥宮 明日香, 砂田 真澄, 浮田 真沙世, 千草 義継,
関山 健太郎, 山口 建, 堀江 昭史, 濱西 潤三, 近藤 英治, 万代 昌紀
(京都大学)

85. 後腹膜鏡下傍大動脈リンパ節生検により確定診断された子宮頸癌再発の1例

城戸 絵里奈, 小玉 美智子, 田伏 真理, 中川 慧, 木瀬 康人, 瀧内 剛,
三好 愛, 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)

婦人科3 (13:40-14:34)

座長：森 泰輔

86. 腹腔鏡下子宮全摘術における術後感染性合併症の発症予測

松岡 基樹, 馬淵 誠土, 福井 陽介, 河原 直紀, 長安 実加, 岩井 加奈,
木村 麻衣, 新納 恵美子, 山田 有紀, 川口 龍二 (奈良県立医科大学)

87. 良性疾患に対するロボット支援下手術導入成績—後方視的検討—

磯野 路善, 井上 佳代, 上田 友子, 瀧本 裕美, 佐伯 信一朗, 本田 晴香,
福井 淳史, 鏑本 浩志, 柴原 浩章 (兵庫医科大学)

88. 予防処置を施行するもロボット支援下子宮全摘によりコンパートメント症候群を発症した1例

小畑 権大, 清水 真帆, 喜多 ともみ, 澤田 茉美子, 富本 雅子, 鷺尾 佳一,
長又 哲史, 山崎 友維, 村田 友香, 鈴木 嘉穂, 寺井 義人 (神戸大学)

89. 卵巣腫瘍茎捻転における卵巣機能温存を目指した腹腔鏡下手術

山本 貴子, 小谷 泰史, 笹井 奈穂, 太田 真見子, 城 玲央奈, 宮川 知保,
青木 稚人, 八幡 環, 葉 宜慧, 村上 幸祐, 貫戸 明子, 高矢 寿光, 中井 英勝,
松村 謙臣 (近畿大学)

90. 腹腔鏡下子宮全摘術後に腔断端に発生した仮性動脈瘤の1例

中川 倫子, 小西 菜普子, 田坂 玲子, 松本 佳也, 出口 昌昭
(岸和田市民病院)

91. 嚥性肺炎, 十二指腸潰瘍, 消化管出血を合併した巨大卵巣腫瘍に手術を行った1例

竹井 智彦, 安堂 有希子, 尾崎 孝宏, 三好 さゆり, 松井 克憲, 辻 沙織,
高石 侑, 増田 望穂, 池田 真規子, 安田 美樹, 森下 紀, 佐藤 浩, 田口 奈緒,
廣瀬 雅哉 (兵庫県立尼崎総合医療センター)

婦人科4 (14:40-15:25)

座長：小谷 泰史

92. 腹腔鏡下に行った子宮筋腫核出術後妊娠についての検討

安井 友紀, 田中 絢香, 藤吉 恵津子, 田村 聡, 菊池 香織, 岡藤 博,
宮本 真由子, 沈 嬌, 邨田 祐子, 矢野 悠子, 八田 幸治, 高山 敬範,
潮田 至央, 佐伯 典厚, 橋本 奈美子

(公益財団法人日本生命済生会日本生命病院)

93. SSCIとRoBEEMでTCRはここまで進化する

井上 滋夫 (神戸切らない筋腫治療センター [佐野病院婦人科])

94. 日帰り子宮鏡下癒着剥離の安全性と妊娠成績

江夏 徳寿, 岡本 恵理, 伊藤 宏一, 江夏 国宏, 山田 弘二, 山田 愛, 林 奈央,
江夏 宜シェン, 十倉 陽子, 片山 和明, 山田 聡, 水澤 友利, 苔口 昭次,
塩谷 雅英 (英ウィメンズクリニック)

95. レゼクトスコープを用いて腔横隔膜切除を行った先天性腔横隔膜症の1例

増田 ゆうき, 森田 奈津子, 佐々木 浩, 平林 知子, 永易 洋子, 藤田 太輔,
林 正美, 猪木 千春, 大道 正英 (大阪医科薬科大学)

96. 卵管鏡下卵管形成術の成功率を高めるための我々の工夫

本田 晴香, 福井 淳史, 味村 史穂, 荻野 奈々, 佐伯 信一郎, 亀井 秀剛,
山谷 文乃, 加藤 徹, 脇本 裕, 柴原 浩章 (兵庫医科大学)

ランチョンセミナー

近産婦学会 HP 抄録閲覧

ID kinsanpu

パスワード kinsanpu

1. 「卵巣がんに到来したPrecision Medicine時代におけるBevacizumabの位置づけ」

鹿児島大学医学部産科婦人科学教室教授

小林 裕明

進行卵巣がん初回治療および再発治療に用いる分子標的薬としてBevacizumab (Bev) に加えてPARP阻害剤 (PARPi) が保険適用となりました。近いうちに免疫チェックポイント阻害剤も順次加わってくると考えられ、卵巣がんの分野もまさにPrecision Medicine時代に突入しています。固形がんの中では比較的薬剤感受性が高いといわれる卵巣がんであっても、III・IV期の進行初発例や再発例の予後には厳しいものがあり、手術で取り切れない場合はQOLに配慮しながらの化学治療が中心でした。しかし、進歩した薬物有害事象に対する支持療法に加え、新たに登場した分子標的薬により、“QOLを保ちながら完治を目指すいう”といったパラダイムシフトが生じています。

Patient Journeyは、患者さんが病気を告知されたときから完治または看取りまでに体験する医療(者)との体験・接点を旅に例えた名称ですが、その“がんとの闘いの旅”は、たとえ進行・再発卵巣がんが相手でもつらい苦しいものであってはなりません。われわれ婦人科医は、QOLにも配慮しながら適時かつ適切に有効な治療法を提案できる、まさにPatient Journeyを旅する卵巣がん患者に寄りそうよきツアールコンダクターでなければなりません。そのためには今後、分子標的薬を初めとしてどんどん登場してくる新規薬剤・レジメンを適切に、ときには順序だてて患者さんに提案できる知識を備えておかなければなりません。

本講演では、1) 卵巣がんの薬物療法の分野で重要性を増してきた“維持療法”の概念、2) BevとPARPiによる維持療法を併用した卵巣がん初回治療とプラチナ感受性再発治療における薬物療法の多様化と選択、3) われわれの婦人科がん遺伝子パネル検査の紹介とPrecision Medicine時代におけるBevの位置づけについて解説し、4) 卵巣がん初回再発・増悪後の生存期間 (PPS: postprogression survival) の自験例解析から、Bevという薬剤の特徴を考察します。最後に、われわれが取り組んできたCTを用いたBev投与前適格性評価(腸管浸潤、腸閉塞、憩室炎)についても紹介したいと思います。

私見を交えた講演ですが、質疑応答では忌憚なきご意見をいただき、一緒に今後の卵巣がん薬物療法のイノベーションについて意見交換できれば幸いです。

【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学教室教授

- | | |
|--------------|---|
| 【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 九州大学大学院 (生体防御医学研究所・細胞学部門) 入学 |
| | 1991年 カナダ・トロント大学 (Robert Kerbel教授) 2年間留学 |
| 【職 歴】 | 2016年 鹿児島大学産科婦人科学教室教授 |
| | 2017年 大学病院遺伝カウンセリング室長併任 |
| | 2020年 婦人科がん先端医療講座・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併任 |

- 【所属学会等】**
1. 日本産科婦人科学会：専門医・指導医、代議員、婦人科腫瘍委員会委員など
 2. 日本婦人科腫瘍学会：腫瘍専門医・指導医、常務理事、専門医制度委員会委員長、センチネルリンパ節関連委員会委員長、総務担当理事、ロボット手術研修委員会委員など
 3. 日本臨床細胞学会：細胞診専門医・指導医、教育研修指導医、評議員
 4. 日本癌治療学会：代議員、財務委員会委員、編集委員、がん診療ガイドライン策定委員など
 5. 日本産婦人科手術学会：常務理事
 6. 日本ロボット外科学会：理事、学会認定ロボット術者 (国内A級)
 7. 日本婦人科ロボット手術学会：理事、プロクター制度委員会委員長、学会推奨ロボット手術プロクター

ランチョンセミナー

2. 「子宮内膜症, 腹腔免疫の向上を目指して—NK・マクロファージとDienogest—」

高知大学医学部産科婦人科学講座教授

前田 長正

子宮内膜症の病因には、腹腔内環境における免疫学的機能低下が広く知られている。とくに、腹腔内のマクロファージとNK細胞の機能低下が報告され、これらの細胞が中心的な役割を果たすと考えられている。

腹腔マクロファージについては、これまで貪食能の低下、抑制型炎症性サイトカインの増加、抗原提示能の低下などが報告され、マクロファージ機能のみならずantigen presenting cellとしての機能低下も示されている。NK細胞に関しては、1991年のoosterlynckによるNK活性低下の報告以来、細胞障害能の低下については多くの報告がなされている。NK細胞は、細胞障害能のほかに標的細胞まで遊走する力、つまり走化性という重要な機能も有している。しかしながら、これまで子宮内膜症における腹腔免疫細胞の走化性については十分に検討されていない。教室ではこのマクロファージとNK細胞の機能について検討してきた。マクロファージにおいては抗原提示の場である細胞膜の脂質二重膜の筏であるlipid raft上のHLA-DRや接着因子ICAM-1の低下を証明してきた。腹腔NK細胞については、CCDカメラによるタイムラプス撮影法をもちいてNK細胞の走化性が低下していることを証明してきた。

今回、in vitroにおいて、腹腔鏡下手術時に同意を得て採取した腹腔内貯留液中の腹腔マクロファージとNK細胞に対して、を内服治療時の血中濃度と同濃度でDienogestを添加して検討した。その結果、腹腔マクロファージにおいては、Dienogest添加により、HLA-DRの発現増加を認めた。また、腹腔NK細胞では内膜症群で低下していた走化性の回復が得られた。それぞれの回復レベルは、非内膜症婦人と同等であった。

今回の検討から、Dienogestは従来考えられている内分泌環境制御による内膜症細胞・組織の萎縮・退縮のみならず、内膜症に対する宿主免疫系を活性化させるという制御能を有することが示唆された。このようにDienogest投与により内分泌学的作用と免疫学的作用が協調して腹腔内環境が正常化され、内膜症の治療効果や再発防止効果が発揮されている可能性が示された。

【略 歴】

前田 長正（まえだ ながまさ）

高知大学医学部産科婦人科学講座教授

【学 歴】 1985年 高知医科大学医学部卒業
免疫学教室大学院

【職 歴】 2007年 高知大学医学部産婦人科准教授
2012年 同先端医療学推進センター再生部門臍帯血班長
2014年 同産科婦人科学講座教授

【所属学会】 日本産科婦人科学会（理事）、日本生殖免疫学会（理事）、日本エンドメトリオーシス学会（理事）、日本産科婦人科内視鏡学会（理事）ほか

【学術活動】 日本産科婦人科学会（第63回教育講演、第66回シンポジウム：子宮内膜症）、「小児脳性麻痺に対する臍帯血幹細胞による治療研究：再生医療」（平成23年、28年、令和2年厚生労働省承認）

ランチョンセミナー

3. 「PMS女性のみかた ～PMDDの診療を通して学んだこと～」

京都大学大学院医学研究科婦人科学産科学助教

江川 美保

月経前症候群（PMS）は月経前の黄体期に不快な精神的・身体的症状を反復する病態で、そのうち精神症状が重篤で生活支障が著しい最重篤型を月経前不快気分障害（PMDD）といい、これらの治療には非薬物療法と薬物療法がある。前者としては症状記録や生活習慣改善などのセルフケアが重要で、認知行動療法も有効である。後者としての標準的治療にはOC・LEPとSSRIがある。心身両面に作用する漢方療法も多彩な月経前症状に適合する治療であり、まず当帰芍薬散、加味逍遙散、桂枝茯苓丸などの婦人科三大処方、そのほか桃核承気湯、抑肝散、女神散などが頻用される。

当科では、前医での治療にて十分な改善をみなかった症例に対しても患者とともに「次の手」を探る取り組みを10年にわたり重ねてきた。その過程で難治例に半夏白朮天麻湯（効能・効果は「胃腸虚弱で下肢が冷え、めまい、頭痛などがある者」）が奏効したケースを複数経験し、それらには次の共通項があることに気づいた。1) 病歴期間が長い、2) 胃腸が弱い、3) 冷え症でむくんでいる、4) 怒りとイライラがある、などである。半夏白朮天麻湯は脾胃論を出典とし、脾気虚（消化吸収機能障害）に対応する方剤である。その構成生薬には、六君子湯由来の人参・黄耆・白朮・茯苓・陳皮・半夏・生姜が含まれ、黄柏・麦芽も加わりこれらが総じて胃腸機能改善にはたらく。利水作用のある沢瀉や温める効果の強い乾姜、さらに天麻も含まれる。月経異常は漢方医学的には一般的に「血」の異常ととらえられるが、「血」に作用する生薬を含まない半夏白朮天麻湯がPMDDに奏効した診療経験を通して、単に病名からの判断にとらわれず「胃腸機能を整えること」の重要性を私は深く認識するに至った。同時に、プロゲステロンやSSRIに対する忍容性が極めて低いために治療に難渋するPMS/PMDDにおいて過敏性腸症候群や長期間にわたるトラウマ症状を併存する場合が多いことに改めて気づかされ、心身医学的アプローチと全人的ケアの必要性を痛感した。

PMS/PMDD女性をエンパワーするためには、エビデンスに基づいた標準治療を実践しつつも、月経前症状を「その患者にとって是正すべき／ケアすべき何かがあること」を浮き彫りにしてくれるサインととらえる診療姿勢が大切だと考える。「病気を治す以上に自分の全体を整えていこう」と患者をいざない、「整える」手段の1つとして漢方も活用するのである。胃腸機能の低下や倦怠感・メンタル不調に関連する「気虚」の背景に、月経そのものに起因する「血虚」が色濃く潜んでいる場合も少なくなく、これらは鉄不足・タンパク不足の栄養問題に直結している。本講演では難治PMDD症例に漢方医学的視点をもって対応したからこそそとどり着けた考察をお話する。

【略 歴】

江川 美保（えがわ みほ）

京都大学大学院医学研究科婦人科学産科学助教

【学 歴】

1994年 京都大学卒業
2005年 同大学院医学研究科博士課程修了、医学博士

【職 歴】

1994年 同医学部附属病院産科婦人科研修医
1996年 国立京都病院産婦人科レジデント
1999年 京都桂病院産婦人科副医長
2010年 京都大学大学院医学研究科エコチル調査京都ユニットセンター特定助教
2014年 同医学部附属病院産科婦人科特定病院助教
2018年 同大学院医学研究科婦人科学産科学助教

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

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

教育セミナー

1. 「産婦人科診療における遺伝性腫瘍とゲノム医療の実際」

兵庫医科大学産科婦人科学講座教授

鏑本 浩志

遺伝性腫瘍は、これまでがん家族歴や既往歴などの臨床情報（表現型）により疑われた患者や家族に対して、遺伝カウンセリングとともに遺伝学的検査を行って診断されてきた。未発症例では表現型から診断を絞り込むことが困難なことも多く、最近では次世代シーケンサー（next-generation sequencing；NGS）を用いた遺伝性腫瘍マルチ遺伝子パネル検査が利用されるようになった。一方で、MSI検査（2018年12月保険収載）やBRACAnalysis（2019年6月保険収載）などのコンパニオン診断を契機とした遺伝性乳癌卵巣癌症候群（HBOC）やリンチ症候群などの診断も増え、今後は卵巣癌治療薬選択のためのコンパニオン検査myChoiceを契機としたHBOCの診断も増えると予想される。がんゲノム医療は、2018年3月に閣議決定された第3期がん対策推進基本計画のなかに重点項目として挙げられた。がん治療薬を探索する目的で、がん組織のゲノム情報をNGSにより網羅的に解析する包括的がんゲノムプロファイリング（comprehensive genomic profiling；CGP）検査は、FoundationOneCDx（F1）とNCCオンコパネルの2種類が2019年6月に保険収載された。適用は標準治療がない、または終了する見込みである固形がん・原発不明がん・希少がんである。実際にCGP検査によって治療薬に到達できる頻度は高くない。また、first in humanなどの早期臨床試験段階の治験薬の有効性は証明されていない。しかしながら、婦人科がん患者にとっては本邦でPARP阻害剤が承認される以前に治験参加による治療が可能となった。また、米国ではF1をコンパニオン診断としたTMB-Hに対する免疫チェックポイント製剤が承認されており、本邦でも治験がはじまっている。婦人科がんでは子宮頸癌やPOLE変異陽性子宮体癌に対して期待されており、最新情報の入手が治療選択肢を広げる。腫瘍組織における相同組換え修復遺伝子変化やミスマッチ修復遺伝子変化は、PARP阻害剤や免疫チェックポイント阻害剤などが推奨薬として紐づけられるのと同時に、遺伝性腫瘍関連遺伝子の二次的所見（最近ではgermline findings）では遺伝カウンセリングが勧められる。CGP検査を契機として表現型を伴わない遺伝性腫瘍が発症前に診断される時代になった。

【略 歴】

鏑本 浩志（つばもと ひろし）

兵庫医科大学産科婦人科学講座教授

【学 歴】 1990年 防衛医科大学校卒業

【職 歴】 1992年 自衛隊阪神病院産婦人科医官

2001年 兵庫医科大学産科婦人科助手、先端医学研究所（家族性腫瘍部門）助手

2019年 同教授

【所属学会】 日本婦人科腫瘍学会、日本癌治療学会、米国臨床腫瘍学会、米国癌研究会議、欧州臨床腫瘍学会、欧州婦人科腫瘍学会

【専門医等】 日本婦人科腫瘍学会指導医・代議員

教育セミナー

2. 「妊娠糖尿病Update」

愛媛大学大学院医学系研究科産科婦人科学教室教授

杉山 隆

妊娠糖尿病（gestational diabetes mellitus；GDM）の臨床的問題点として、①妊娠合併症の増加、②母体の将来の2型糖尿病発症を含む生活習慣病の増加、③次世代の生活習慣病発症の増加といった短期・中期・長期にわたる合併症が挙げられる。すなわちGDMは、母児共に妊娠時のみならず、長期的な合併症の発症と関連する点よりその管理は重要である。一方、GDMの診断、管理がこれら3点の臨床上の合併症を抑制することができれば、GDMの診断・管理に関する意義があるといえるが、現時点で①と②に関する根拠はあるが、③については不十分である。

糖代謝異常合併妊娠では、児に影響を与える因子として高血糖が挙げられる。とくに妊娠初期における高血糖は先天異常の発生と関連するため、糖尿病合併妊娠や妊娠中の明らかな糖尿病において問題となる。また妊娠中の高血糖は、母体合併症として、妊娠高血圧症候群や帝王切開率等の増加、児の合併症として過剰発育によるheavy-for-date（HFD）児や低血糖、黄疸等と関連する。したがって、妊娠中および分娩中の血糖コントロールも重要であり、血糖自己測定と食事療法を行い、目標血糖値を達成できなければインスリン療法を追加する。適度の運動も勧められる。一方、RCTにより妊娠中の血糖コントロールが妊娠合併症の発症を抑制することも知られている。

GDMの危険因子である肥満も血糖とは独立して児発育と関連することも重要である。妊娠前の肥満の存在が周産期合併症発症に及ぼすインパクトは大きいが、妊娠中の体重増加量にも注意する必要がある。したがって、とくに肥満合併のGDMに対する食事療法については注意する必要がある。分娩の時期と方法については、一般に血糖コントロールが良好な場合、産科的適応で決定すればよいと考えられるが、血糖コントロールが不良な場合は症例ごとに検討する必要がある。また、塩酸リトドリン投与や肺成熟目的のステロイド投与の際には、ケトアシドーシスの発生に留意する必要がある。他科との連携も重要となる。

疫学研究により、母体の高血糖や肥満などの過栄養が将来の児の生活習慣病発症と関連することも知られている。母乳哺育が有効である可能性も示唆されており、今後のさらなる検討が必要である。本講演では、妊娠糖尿病に対する内外の研究を通して高血糖、肥満と児発育を中心に妊娠合併症に関する根拠や管理に関するガイドライン等を紹介させていただく。

【略 歴】

杉山 隆（すぎやま たかし）

愛媛大学大学院医学系研究科産科婦人科学教室教授

【学 歴】	1988年	関西医科大学卒業
	1993年	三重大学大学院博士課程修了
【職 歴】	1988年	三重大学医学部附属病院研修医
	1993年	同医学部附属病院医員
	1994年	同医学部助手
	1995年	米国バンダービルト大学留学
	2000年	大阪府立母子保健総合医療センター
	2002年	三重大学助教授
	2012年	東北大学准教授
	2015年	愛媛大学教授

【専門医等】日本産科婦人科学会専門医・指導医、日本周産期・新生児医学会専門医・指導医、日本内分泌学会専門医・指導医、日本肥満学会専門医・指導医、女性ヘルスケア暫定指導医等

イブニングセミナー

「婦人科癌サバイバーにおけるヘルスケア」

弘前大学大学院医学研究科産科婦人科学講座教授

横山 良仁

婦人科癌サバイバーは増加している。とくに外科的閉経患者でのサバイバーの増加が著しい。当科の症例を例にとると、婦人科がんのため外科的閉経となる婦人は約30%である。閉経前の子宮体癌、卵巣癌、子宮頸部腺癌の増加がその理由と思われる。自然の周閉経期から閉経の過程では、エストロゲンの減少に伴い稀発月経などの月経異常、ホットフラッシュ、のぼせ、異常発汗、めまいなどの血管運動神経症状、不眠、不安などの精神神経症状、萎縮性膀胱炎、外陰掻痒症、性交障害などの泌尿生殖器の萎縮症状、動脈硬化、高血圧に関連する脂質代謝異常、心血管系疾患の発症、骨量減少、骨粗鬆症がagingとともに緩やかに発現してくることが典型的である。しかし、外科的閉経ではある日突然卵巣が摘出されるため、エストロゲン分泌が急激に低下する。そのため上記の諸症状が一挙に発現する可能性がある。外科的閉経では血管運動神経症状は術後6カ月から有意に増加し、骨密度は年間6~7%減少した。日産婦のJapan postoperative women's studyでは、外科的閉経婦人は2年間で高血圧、脂質異常症が有意に増加した。予防的卵巣摘出患者のコホート研究では、45歳未満で両側卵巣摘出をして、かつHRTを行わなかった患者の寿命は有意に短いことがわかっている。すなわち、エストロゲンの欠乏によって女性の健康が損なわれることが明らかとなった。そこにエストロゲン補充療法の意義と重要性がある。がん克服後のQOLを向上させることが医療側の課題にもなっている。本講演ではテーマが多岐にわたるが婦人科癌サバイバーのヘルスケアを概説する。子宮体癌術後のHRT、卵巣癌化学療法中のHRT、ロボット広汎手術を中心にロボット手術は排尿障害を最小限にできるやさしい手術なのだから、抗がん剤化学療法を完遂させるためのしびれ対策などを講演する。

【略 歴】

横山 良仁（よこやま よしひと）

弘前大学大学院医学研究科産科婦人科学講座教授

【学 歴】 1988年

弘前大学医学部卒業

1992年

弘前大学大学院医学研究科修了

【職 歴】 2001年

ケンブリッジ大学婦人科病理部門へ留学（文部科学省在外研究員）

2003年

弘前大学医学部産科婦人科学講座講師

2011年

弘前大学大学院医学研究科産科婦人科学講座准教授

2016年

同教授

【所属学会】 日本産科婦人科学会代議員、日本婦人科腫瘍学会理事、日本女性医学学会理事、日本産科婦人科内視鏡学会理事、日本産婦人科手術学会理事、日本婦人科ロボット手術学会理事、日本臨床細胞学会理事

【学術活動】 日本産科婦人科学会認定医、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、日本婦人科ロボット手術学会認定プロクター、母体保護法指定医

専門医共通講習：感染対策講習会

「日常診療におけるCOVID-19対策 ―ワクチンによるコントロールを目指して」

日本大学医学部病態病理学系微生物学分野教授

早川 智

古典ギリシア語で、時を意味する単語にはクロノスとカイロスがある。過去から未来へ一律に流れてゆく物理的な時間がクロノスであり、何らかの事件でそれまでの社会や秩序、個人にとっての価値観や認識が変わる主観的な時がカイロスである。今回の新型コロナウイルスのパンデミックは、わが国にとって明治維新や第二次大戦の終戦にも匹敵するカイロスであろう。歴史のうえで、感染症の大流行による社会の変化は度々生じている。近くは100年前のスペイン・インフルエンザ、遠くは500年前のコロンブス交換による梅毒の流行、さらに遡って700年昔の黒死病（ペスト）であろうか。これら同様、新型コロナウイルスの流行は全世界に大きな影響を与えているが、産婦人科医療も例外ではない。

幸いなことにCOVID-19には当初危惧されたような催奇形性はなく、母子感染もきわめてまれである。また妊婦において、とくに重症化するというのもわが国ではない。しかし諸外国の臨床統計では、肥満者や高血圧、糖尿病合併妊婦、血栓傾向のある方は重症化リスクが高い。興味深いことに、COVID-19感染者の一部では胎盤にウイルスが検出されるが、子宮内感染はきわめてまれであることから有効な胎盤関門の存在が示唆される。わが国では、帰省分娩や立会分娩の自粛など医療者と患者さん双方の努力で産婦人科診療機関におけるクラスター発生はほとんど見られず、SARS-CoV2陽性者の帝王切開もほぼルーチン化しているが、帝王切開の適応については諸外国ではさまざまな議論がある。残念ながら現時点で特効薬はないが、2020年1月から各国で接種が始まったワクチンは重症化や死亡率のみならず、感染者も減少させることから一筋の光明が見えてきた。しかし、HPVワクチン同様に根強いワクチン忌避や偏見がある。COVID-19の流行が今後いつまで続くのか、病原性はどうなるのか、集団免疫は成立するのかは専門家の間でも意見が分かれるが数年は続く可能性がある。その間に産婦人科診療をいかに維持するかがわれわれにとっての最大の課題である。

【略 歴】

早川 智（はやかわ さとし）

日本大学医学部病態病理学系微生物学分野教授

- | | |
|---------------|---|
| 【学 歴】 | 1983年 日本大学医学部卒業 |
| | 1987年 日本大学大学院修了（医学博士） |
| | 1985～86年 米国City of Hope研究所生殖遺伝学部門にて大野乾博士に師事 |
| 【職 歴】 | 1986年 日本大学助手（産婦人科学） |
| | 1992年 同助手、第二病理学教室出向 |
| | 1997年 同講師（専任扱）国立感染症研究所エイズ研究センター研究員併任 |
| | 2004年 日本大学医学部助教授（先端医学講座・感染制御科学）産婦人科併任 |
| | 2007年 同病態病理学系微生物学分野教授 |
| 【所属学会】 | 2007年 日本生殖免疫学会理事 |
| | 2009年 日本感染症学会東日本理事（2017年まで） |
| | 2013年 日本産婦人科感染症学会 理事（2019年以降副理事長） |
| | 2015年 日本臨床免疫学会理事（2019年以降監事） |
| | 2019年 日本臨床腸内微生物学会理事 |
| 【専門医等】 | 日本産科婦人科学会専門医、日本臨床免疫学会免疫療法認定医 |

指導医講習会

「妊娠中の子宮頸部浸潤癌の取り扱い」

新潟大学大学院医歯学総合研究科産科婦人科学教授

榎本 隆之

近年、本邦では20、30代の子宮頸癌罹患率は年々増加傾向にあり、また女性の初産年齢も上昇傾向にあるため、子宮頸癌合併妊娠をしばしば経験する。胎児の肺成熟が確認される週数であれば、帝王切開による分娩に続いて広汎子宮全摘術等の根治的治療が勧められる。胎児の子宮外生存が不可能な時期であれば妊娠を継続しないで標準的治療を行うのが原則であるが、強い妊娠継続希望をもつ患者や家族もあり、このような場合は治療方針に苦慮することも多い。このような場合、①治療開始を遅らせて胎児の肺成熟を待つ、②子宮頸癌に対する治療を行いながら妊娠を継続する目的で、プラチナ製剤を基本としたneoadjuvant chemotherapyを先行し、胎外生存が可能な時期になってから帝王切開術後に子宮癌に対する根治を行う、③fetus in uteroで広汎性子宮頸部摘出術を行う、の3つの選択肢が考えられる。

日本産科婦人科学会専門部会で2017～2020年にかけて「本邦における婦人科悪性腫瘍合併妊娠の調査研究」を行った。2012年から2017年の症例を対象に523施設にアンケート調査をおこなったところ、369施設（72%）より回答があり、うち185施設に婦人科悪性腫瘍合併妊娠症例を経験していた。そこで、185施設に2次調査をしたところ、118施設（64%）から回答があり、377例の婦人科悪性腫瘍合併妊娠があり292例が子宮頸癌合併（うち204例が妊娠中に、88例が産褥に診断）、85例が卵巣癌合併であった。204例の子宮頸がんのうち妊娠継続かつがんの治療目的でfetus in uteroで広汎性子宮頸部摘出術が施行され、24例にNACが施行されていた。当科ではこれまで8例の妊娠中の広汎性子宮頸部摘出術を経験し、すべてに生児を得ている。講演では術式の詳細について解説する。

【略 歴】

榎本 隆之（えのもと たかゆき）

新潟大学大学院医歯学総合研究科産科婦人科学教授

【学 歴】 1983年

大阪大学医学部卒業

【職 歴】 1983年

同附属病院産婦人科研修医

1986年－1990年

米国国立がん研究所客員研究員

2002年

大阪大学大学院医学系研究科講師

2007年

同助教授（のち准教授）

2012年

新潟大学大学院医歯学総合研究科産科婦人科学教授

大阪大学大学院医学系研究科招聘教授

琉球大学非常勤講師、国立研究開発法人医薬基盤・健康・栄養研究所客員研究員

【所属学会】 日本産科婦人科学会専門医理事・サステナブル産婦人科医療体制確立委員会委員長、日本婦人科腫瘍学会専門医理事、日本臨床細胞学会専門医・常任理事、JGOG理事長、日本婦人科がん検診学会理事

【学会主催】 第4回日本HBOC学術総会（2016年）、第14回日本婦人科がん会議（2017年）、第32回関東臨床細胞学会（2018年）、第61回日本婦人科腫瘍学会（2019年）、第29回日本婦人科がん検診学会（2021年）、第73回日本産科婦人科学会（2021年）、第68回北日本産科婦人科学会（2021年予定）、第8回日本産科婦人科遺伝診療学会（2022年予定）

教育セミナー

3. 「女性生殖機能と時間生物学」

金沢大学医薬保健研究域医学系医学類生殖・発達医学領域産科婦人科学教授

藤原 浩

一般に、概日リズムは光と食事でリセットされる視床下部の中樞時計と臓器細胞内の末梢時計によって制御されている。細胞単位での概日リズムは、いわゆる時計遺伝子群の転写と翻訳のフィードバックループによる周期的な発振機構により規定されているが、このような時計遺伝子群の発現変化は臓器内で同期しており、関連する多数の遺伝子の発現に約24時間のリズムをもたらしている。これまでに中枢概日時計のリズムの乱れは睡眠、食欲、情動などに異常をきたすこと、また肝臓や消化器などでの末梢概日時計のリズムの乱れは異常な細胞代謝、ホルモン分泌、ぜん動運動を誘発し、生活習慣病や癌を発症させる可能性が警鐘されている。

一方で、女性の生殖機能は概日リズムを基本にして月経などの周期性（生殖リズム）を有している。齧歯類の雌の生殖機能では、中枢概日時計がLHサージに関与することや、時計遺伝子Bmal1全身欠損マウスでは黄体ホルモン低下により不妊をきたすことが示されており、ヒトでも睡眠障害やシフトワークなどに起因する生活リズムの乱れが生殖機能を低下させることが報告されている。しかしながら、これまで摂食リズムが生殖機能に及ぼす作用の詳細は検討されてこなかった。

演者らは、約20年前から朝食を欠食する女子学生に月経痛の程度が高いことを見だし、これを報告してきた。女性にとって思春期～若年成人期は生殖リズムを確立させ、概日リズムとの間で生体リズムのネットワークを再形成する時期にあたる。また、社会的な自立に伴い生活習慣が大きく変化する時期でもあり、実際に若い女性の間にはダイエットや朝食欠食が広がっている。アンケート調査から、過去にダイエット経験がある女性に月経のトラブルが増加することも明らかにされ、さらに、20歳前後に月経痛を有する患者に妊娠高血圧症候群の罹患率が高いことが示された。そこで若年期の摂食リズムの乱れが概日リズムの脱同調をまねいて生殖機能異常を誘導し、後に産婦人科疾患を発症する可能性を想定してその新しい疾患概念をadolescent dietary habit-induced obstetric and gynecologic disease (ADOHOGD, 思春期食習慣誘導産婦人科疾患)と呼称することを提言した。本講演ではADOHOGDの病態も含めて女性生殖機能と時間生物学の観点から生殖内分泌学の新しい課題について紹介したい。

【略 歴】

藤原 浩（ふじわら ひろし）

金沢大学医薬保健研究域医学系医学類生殖・発達医学領域産科婦人科学教授

【学 歴】 1983年 京都大学医学部卒業

【職 歴】 1983年 同附属病院（研修医）

1993年 同婦人科学産科学講座助手

1995年 京都大学大学院医学研究科講師

2009年 同准教授

2013年 金沢大学医薬保健研究域医学系産科婦人科学 教授

【専門医など】 日本産科婦人科学会専門医、日本生殖医学会生殖医療指導医、日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医、日本婦人科腫瘍学会婦人科腫瘍専門医

ランチョンセミナー

4. 「OC・LEPガイドライン2020年度版 一連続投与のアドヴァンテージとは？」

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科茨城県地域産科婦人科学講座教授

寺内 公一

わが国では、欧米から約40年遅れて1999年に低用量経口避妊薬（oral contraceptive；OC）の発売が開始され、それに合わせて「低用量経口避妊薬の使用に関するガイドライン」が刊行された。同ガイドライン改訂後の2008年に「子宮内膜症に伴う月経困難症」の治療薬として、OCと実質的には同等ながら保険診療のみに用いられるわが国独自の「低用量エストロゲン・プロゲスチン配合薬（low-dose estrogen-progestin；LEP）」が発売された。LEP処方量の増大に同期して、2013年12月にLEP服用中の血栓塞栓症による死亡例がマスメディアに大きく取り上げられ、OC・LEPを処方する医師と服用する患者の双方に不安が高まった。このような情勢を受け、新たに58個のCQに対するAnswerと解説から構成される「低用量経口避妊薬、低用量エストロゲン・プロゲスチン配合薬ガイドライン（OC・LEPガイドライン）2015年度版」が作成された。同ガイドライン発刊以降5年間を経て内容に関する再検討が進むとともに、2017年にはLEP連続投与製剤の導入という大きな変化が見られた。今般の改訂にあたっては、旧版の内容を概ね踏襲しつつ、全体を通して連続投与製剤の使用を念頭に置いた改変を加えている。

まず新版では、CQ102「連続投与についての説明は？」とCQ103「周期投与と連続投与の比較についての説明は？」の2つのCQを新設した。CQ102はそもそも「連続投与」という言葉が何を意味しているのか、CQ103は連続投与が周期投与に対してどのような利点を有しているのか、についての説明を行っている。連続投与についてはCQ102・CQ103以外にも、CQ116「服用中に不正出血が続いた場合の対処法は？」、CQ201「避妊効果の説明は？」、CQ202「長期間服用後の妊孕性の説明は？」、CQ203「服用終了後の排卵回復についての説明は？」、CQ204「月経痛に対する効果の説明は？」、CQ206「PMSやPMDDに対する効果の説明は？」、CQ207「子宮内膜症性疼痛に対する効果の説明は？」、CQ208「子宮内膜症の病巣縮小に対する効果の説明は？」、CQ209「子宮内膜症の術後再発予防に対する効果の説明は？」、CQ304「骨に対する効果の説明は？」、CQ401「不正出血、気分変調、体重増加などへの影響の説明は？」、CQ601「原発性卵巣不全への投与時の説明は？」などにも記載を追加している。

本セミナーでは、これらを中心にOC・LEPガイドライン2020年度版改訂の要点につきご紹介したいと考えている。

【略 歴】

寺内 公一（てらうち まさかず）

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科茨城県地域産科婦人科学講座教授

【学 歴】 1994年 東京医科歯科大学医学部卒業

【職 歴】 1994年 同附属病院、国保旭中央病院、都立大塚病院産婦人科にて研修。

2003年 医学博士

2005年 米国エモリー大学リサーチフェロウ

2012年 東京医科歯科大学女性健康医学講座准教授

2016年 同教授

2020年 東京医科歯科大学茨城県地域産科婦人科学講座教授

【学会活動・資格】 日本産科婦人科学会認定産婦人科専門医・指導医、日本女性医学学会特任理事・代議員・認定女性ヘルスケア専門医・指導医、日本女性心身医学会幹事長・評議員・認定医、日本心身医学会代議員、日本骨粗鬆症学会評議員・認定医、日本抗加齢医学会評議員・専門医、北米閉経学会（NAMS）認定医

ランチョンセミナー

5. 「産婦人科疾患における貧血と治療の最新トピックス」

金沢大学医薬保健学域医学類産科婦人科講師，同附属病院周産母子センター副センター長

小野 政徳

貧血とは血液に含まれるヘモグロビン（Hb）の量が減少した状態のことで，開発途上国だけでなく先進国でも多くみられ，世界の4人に1人が貧血といわれている．世界保健機関（WHO）の定義では，15歳以上の女性ではHb 12.0 g/dl未満，妊娠中および産後ではHb 11.0 g/dl未満を貧血と診断する．とくに生殖年齢女性の罹患率が高く，2008年のWHO調査では，妊娠女性の41.8%，非妊娠女性の30.2%が貧血と報告された．鉄欠乏性貧血（iron deficiency anemia；IDA）は最も頻度の高い貧血であり，本邦における女性のIDA罹患率は，20～49歳で19.8～26.6%，12～89歳で8.5%と報告されており，先進国のなかでとくに罹患率が高い状態にある．本邦でIDAが多い理由として，鉄摂取不足や異常子宮出血（AUB）に対する治療への関心の低さ等が背景にあり，IDAについて適切な情報提供と介入をする必要が生じている．とくにAUBへの産婦人科医師の役割は極めて重要である．

鉄は酸素の運搬，呼吸，エネルギー代謝等，生命現象を維持するために欠かせない元素で，成人の体内には3～4gの鉄が存在し，その2/3は赤血球のヘモグロビンに含まれる．血液に入った鉄はトランスフェリンに結合し全身へ運搬され，一部の鉄は肝臓での貯蔵や全身の組織のDNA合成酵素や呼吸酵素等への利用に回されるが，6～7割程度の鉄は骨髄における赤血球造血で使用される．産生された赤血球は120日程度の生理的寿命があり，常に一定数の赤血球が新しい赤血球に置き換わっている．古い赤血球の破壊は脾臓の網内系マクロファージが担当しており，老廃赤血球を破壊する過程で得られた鉄は再び血液に戻り再利用される．このように鉄代謝は半閉鎖的回路を構築しており，血清鉄濃度を一定に保つメカニズムとしてヘプシジン-フェロポーチン系のフィードバック機構が存在する．

女性のIDAの主な原因としては，妊娠，出産に伴う出血・授乳に加え，子宮筋腫や子宮腺筋症等によるAUBや各種消化管出血等があげられる．IDAでは，初めに貯蔵鉄が減少しその後Hb値が下がるため，Hb値が正常値未満の患者では速やかに治療を開始する必要がある．また，フェリチンや総鉄結合能（TIBC）を測定しIDAであることを確認して慢性炎症の貧血と鑑別することも重要である．

IDAの治療の原則は経口鉄剤である．ただし，経口鉄剤の副作用が強く内服できない場合や多量出血のため，鉄の損失が多く経口鉄剤では間に合わない場合等には静注鉄剤が使用される．わが国において，静注鉄剤は含糖酸化鉄（フェジン®）が主に使用されてきたが，2019年3月にカルボキシマルトース第二鉄（フェインジェクト®）が承認された．1回あたり鉄として500 mgの投与を可能としたデキストラン非含有の静注鉄剤であり，週1回・1～3回の投与で治療が終了し，かつHb値の上昇が速やかであり，患者負担の軽減が期待される．またカルボキシマルトース第二鉄はAUBおよび妊娠中のIDAに対しても有効性が示されている．

本セミナーにおいて，生体内での鉄代謝と産婦人科領域におけるIDAの診断・治療について解説したい．

【略 歴】

小野 政徳（おの まさのり）

金沢大学医薬保健学域医学類産科婦人科講師，同附属病院周産母子センター副センター長

【学 歴】 2000年

慶應義塾大学医学部卒業

2008年

同大学院医学研究科修了

【職 歴】 2000年

慶應義塾大学病院産婦人科研修医

2010年

Northwestern University留学

2016年

金沢大学附属病院産科婦人科特任准教授

2017年

同講師

【学会所属・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，日本周産期・新生児医学会周産期専門医（母体・胎児），日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医，日本内分泌学会内分泌代謝科（産婦人科）専門医，臨床遺伝専門医，日本がん生殖医療学会認定がん・生殖医療ナビゲーター，臨床研修指導医，ECFMG certification

ランチョンセミナー

6. 「ラクトフェリンの可能性 ～子宮内フローラの生殖医療への影響～」

つばきウイメンズクリニック理事長・院長

鍋田 基生

近年、反復着床不全の症例などを対象に子宮内細菌叢（子宮内フローラ）と不妊症との関連性が報告されている。しかし、一般不妊治療や生殖補助医療に対する子宮内フローラの影響に関する研究は豊富とはいえない。当院では2018年10月より、不妊治療目的に受診したすべての症例に初診時のスクリーニング検査として子宮内フローラ検査を行っている。子宮内フローラ異常群に対しては抗生剤やラクトフェリンなどのサプリメント等で速やかな医療介入を行っている。

本研究では、一般不妊治療として人工授精（AIH）、生殖補助医療としての凍結融解胚移植（FET）について、子宮内フローラ検査の有効性を検討した。AIHにおいて38歳未満の症例に限定すると、*Lactobacillus*属占有率は妊娠群で非妊娠群より高い傾向にあり（ $p=0.058$ ）、複数の細菌性腔症関連菌では占有率が妊娠群で非妊娠群より有意に低かった（*Prevotella*属； $p<0.001$ 、*Dialister*属； $p=0.001$ 、*Megasphaera*属； $p=0.023$ 、*Peptoniphilus*属； $p=0.041$ ）。先行研究から、*Lactobacillus*属占有率90%以上の群を子宮内フローラ正常群（LDM群）、90%未満の群を子宮内フローラ異常群（NLDM群）と定義していたが、本研究では98.5%をカットオフ値とすることが最適であった（ $p=0.071$ ；98.5%以上の群：HLM群、98.5%未満の群：LLM群）。一般的なAIH妊娠率は8.3%とされているが、HLM群だとAIH妊娠率が18.6%であった。FETにおいて37歳未満の症例に限定すると、*Lactobacillus*属占有率は妊娠群で非妊娠群より有意に高かった（ $p=0.005$ ）。また、妊娠率をLDM/NLDM群と比較したところ、LDM群で妊娠率が有意に高かった（ $p=0.036$ ）。一般的に*Bifidobacterium*属は良好菌といわれているため、*Lactobacillus*属と合わせて良好菌群と定義した。良好菌群占有率を検討したところ、FET妊娠群でFET非妊娠群より有意に占有率が高かったが（ $p=0.018$ ）、*Lactobacillus*属単体で有意差が得られた90%カットオフ値を採用すると、妊娠率との有意な関連性は認めなかった（ $p=0.083$ ）。そのため、本研究において*Bifidobacterium*属は妊娠成功には寄与しない可能性が考えられた。さらに、*Lactobacillus*属占有率とガードナー分類における胚グレードから、FETの妊娠成績を予測するモデルを構築することに成功した（AUC=0.825）。本モデルにおける予測妊娠成功群での妊娠率は93.8%であった（ $p=0.001$ ）。

以上のことから、子宮内フローラはFETなどの生殖補助医療だけではなく、AIHなどの一般不妊治療においても大きな影響を及ぼしていることが考えられた。子宮内フローラ検査を不妊治療におけるスクリーニング検査として施行し、抗生剤やラクトフェリンなどのサプリメント等で速やかな医療介入を行うことは早期の妊娠成立を目指すうえで有効である可能性がある。

【略 歴】

鍋田 基生（なべた もとお）

つばきウイメンズクリニック理事長・院長

【学 歴】 2001年 久留米大学医学部医学科卒業
2010年 愛媛大学大学院医学系研究科博士課程修了

【職 歴】 2001年 愛媛大学医学部産科婦人科学教室入局
2010年 同部附属病院産婦人科講師・生殖医療部門主任
2013年 同外来医長
2015年 つばきウイメンズクリニック理事長・院長
愛媛大学医学部産科婦人科学非常勤講師
2018年 松山地方裁判所・松山簡易裁判所民事調停委員
2019年 兵庫医科大学医学部産科婦人科学非常勤講師

【学術活動等】 医学博士、産婦人科専門医・指導医、生殖医療専門医、管理胚培養士、女性ヘルスケア専門医・指導医、漢方専門医、JISART（日本生殖補助医療標準化機関）理事、日本卵子学会代議員、日本生殖免疫学会評議員、日本レーザーリプロダクション学会評議員、生殖バイオロジー東京シンポジウム世話人、産婦人科PRP研究会世話人、せとうちART研究会世話人・事務局

【受 賞 歴】 日本生殖医学会学術奨励賞、中国四国産科婦人科学会学術奨励賞、愛媛医学会賞等

専門医共通講習：医療安全講習会

「周産期医療と医療安全」

三重大学医学部産科婦人科学教室教授

池田 智明

周産期の地域化とは、「どこで、どの時間でも最高の周産期医療が受けられる地域体制」といわれています。周産期死亡率や妊産婦死亡率は、その地域の医療レベルの指標として使われていますが、本講演では、われわれ三重県での取り組みや妊産婦死亡登録事業をご紹介します。

三重大学医学部産科婦人科学教室では、「よい医師づくり」が最も重要であるとのコンセプトにて以下のことを行っています。

- 1) 周産期のみでなく、婦人科腫瘍、生殖医療、女性のヘルスケアの全分野を習得できる基盤づくり
- 2) 「搬送を断らない、教え合う、逆境に強い」というスピリッツの醸成
- 3) 毎朝の8つの関連施設とのテレビカンファレンスによる、症例と方針の共有
- 4) 周産期施設どうしの人的連携
- 5) 三重県周産期症例検討会の4か月ごとの開催
- 6) 三重県全体をバックグラウンドにした研究

さらに現在は、三重県での脳性麻痺を減少させる事業を三重県周産期協議会で始めております。わが国においては、2009年から発症児と家族の経済的負担軽減、再発予防、紛争の防止・早期解決を目的として、産科医療補償制度が設立されています。補償対象は在胎週数33週以上かつ出生体重2000以上、または在胎週数28週以上で低酸素状況を示すこと、身体障害者手帳1・2級相当であること、先天性や新生児期等の要因によらないことです。年間約400例が補償対象となっていますが、われわれの調査から約70%は分娩時以外、とくに妊娠中に発症しており、減少させることが困難であると考えています。医療界や社会的にみて、脳性麻痺の大部分は不可避的であることを認識することが重要と考えます。

また、日本産婦人科医会の妊産婦死亡登録事業は2010年から開始しました。各施設で発生した妊産婦死亡を報告していただき、匿名化の後、われわれの妊産婦死亡症例評価検討委員会での死亡原因の推定、予防策の策定について検討いたします。これまで、約480例の蓄積があります。10年前には産科危機的出血が死亡の約30%近くを占めていましたが、だんだん減少し、最近では12%前後となりました。一方、相対的に、脳出血、心肺虚脱型羊水塞栓症、大動脈破裂や周産期心筋症などの循環器疾患、劇症型A群溶連菌感染症、肺血栓塞栓症などの割合が多くなっています。2021年からは、これら8疾患の死亡例だけでなく生存例も登録する事業を立ち上げました。妊産婦死亡を減少させるポイントをお話ししたいと思います。

【略 歴】

池田 智明（いけだ ともあき）

三重大学医学部産科婦人科学教室教授

【学 歴】 1983年 宮崎医科大学卒業

【職 歴】 1983年 大阪大学医学部附属病院産婦人科研修医

1984年 市立貝塚病院産婦人科医師

1987年 大阪府立母子保健総合医療センター産婦人科医師

1988年 宮崎医科大学医学部産婦人科学講座助手

1994年 カルフォルニア大学アーバイン校産婦人科研究員（留学1995年12月まで）

2000年 宮崎医科大学医学部附属病院周産母子センター講師

2005年 国立循環器病センター周産期治療部部長

2011年 三重大学大学院医学系研究科病態解明医学講座生殖病態生理学分野（産婦人科）教授

【所属学会】 日本産科婦人科学会、日本周産期・新生児医学会など

【専門医】 日本周産期暫定専門医（母体・胎児）、日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医

一般講演抄録

1

妊娠 26 週未満に Selective intrauterine growth restriction(sIUGR) Type I と 診断された一絨毛膜二羊膜双胎の周産期予後と臨床経過

大阪母子医療センター

黄 彩実, 來間 愛里, 和形麻衣子, 山本瑠美子, 川口 晴菜, 山本 亮,
林 周作, 石井 桂介

【目的】一絨毛膜二羊膜 (MCDA) 双胎の Selective intrauterine growth restriction, Type I の予後不良例の頻度と臨床的特徴を検討する。【方法】妊娠 26 週未満の Type I を対象とした後方視的コホート研究である。主要評価項目は妊娠あたりの予後不良 (死亡 [流産, 胎児・新生児死亡]) の頻度とした。副次評価項目は, 急速遂娩を要する胎児機能不全, 予期せぬ胎児死亡, MCDA 双胎特有の合併症の頻度とした。【結果】40 例において, 予後不良は両児新生児死亡 1 例, smaller twin の胎内死亡 3 例の計 4 例 (10%) であった。胎児機能不全, 予期せぬ胎児死亡, および MCDA 双胎特有の合併症は, それぞれ 10 例 (25%), 1 例 (2.5%), 17 例 (42.5%) であった。【結論】Type I の予後不良は 10% であり, さらに全体の約半数は特別な管理を要した。

2

双胎 1 児死産後 4 日目に delayed interval delivery となった 1 例

兵庫県立こども病院

松本 培世, 船越 徹, 平久 進也, 金子めぐみ, 窪田 詩乃, 荻野 美智

多胎妊娠で 1 児分娩後妊娠が継続し他児の娩出までに期間があく delayed interval delivery は非常に稀である。今回, 2 絨毛膜 2 羊膜双胎で 1 児減胎術後, 妊娠 28 週で死児が死産となりその 4 日後に生児が早産となった症例を経験したので報告する。症例は 32 歳, 1 経妊 0 経産。クロミッド, ギナトトロピン療法で妊娠成立後 2 絨毛膜 2 羊膜双胎と診断された。妊娠 16 週で第 1 子に脳瘤を認め妊娠 17 週 6 日に他院で減胎術を施行された。妊娠 28 週 4 日に死亡児が死産となり生児の胎胞形成を認めたため, 子宮収縮抑制剤, 黄体ホルモン, 抗菌薬の投与とウリナスタチン腔洗浄を行い妊娠継続を図ったが, 妊娠 29 週 1 日陣痛抑制困難となり経陰分娩となった。出生体重 1172g, 女児, Apgar score 5/7 点であった。児は日齢 76 で退院し, 現在経過は良好である。胎盤病理検査で死産児の胎盤に Blanc 分類 stage3 の絨毛膜羊膜炎を認め, 生存児の胎盤は Blanc 分類 stage2 の絨毛炎を認めた。delayed interval delivery は炎症などに注意して管理する必要がある。

3

胎児診断されたまれな軟部腫瘍の 1 例

大阪母子医療センター

小川 紋奈, 笹原 淳, 金川 武司, 石井 桂介, 光田 信明

31 歳, 1 経産婦。妊娠 38 週 5 日に超音波断層法で胎児左大腿から殿部にかけて長径 50mm, 境界明瞭で筋組織と同等からやや高輝度の血流の乏しい腫瘍を指摘された。MRI で腫瘍は骨盤内腔から脊柱周辺まで進展し, 横紋筋肉腫を最も疑った。児は 39 週 5 日, 2984g, Ap8/9 点 (1/5 分値) で出生した。出生後の造影 CT, 造影 MRI は胎児期の MRI 同様であり, 組織生検と同時に, 横紋筋肉腫を想定した化学療法 (VAC 療法) を開始した。組織学的に Primitive myxoid mesenchymal tumor, BCOR 関連肉腫と診断された。神経芽腫に対する化学療法 (VCR+CPA+THP+CDDP 療法) に変更し腫瘍縮小を得た。胎児期から小児期に診断される軟部腫瘍の組織型は様々である。治療は外科的切除を基本とし, 腫瘍が大きければ術前化学療法を行い, 腫瘍縮小を図って摘出術を考慮する。組織学的には横紋筋肉腫が最も多いため, 本症例でも組織診断が確定する前に VAC 療法を開始した。しかし, 希な組織型を示す腫瘍も存在するため, 様々な治療法に対応できる施設での管理が望ましい。

4

水頭症発症を契機に出生前に先天性脳腫瘍と診断された 1 例

和歌山県立医科大学

北野 有紗, 太田 菜美, 中田久実子, 南條佐輝子, 溝口 美佳, 八木 重孝
南 佐和子, 井篁 一彦

【緒言】先天性脳腫瘍の頻度は 100 万出生あたり 0.34 例と非常に稀である。今回我々は、妊娠 36 週に、胎児の左右対称の水頭症を認め先天性脳腫瘍と診断した 1 例を経験したので、文獻的に考察を加えて報告する。【症例】35 歳の 1 経産婦。妊娠 36 週 0 日の超音波にて側脳室拡大を指摘され、当院紹介となった。初診時の超音波検査では、側脳室拡大は 20mm で左右差なく、BPD92.0mm(1.2SD)であった。37 週 2 日に実施した MRI で中脳背側に直径 2.8cm の T2 高信号、T1 低信号の腫瘤がみられた。胎児心拍モニターは reassuring pattern であり、既往帝王切開のため 38 週 1 日に選択的帝王切開にて出生となった。児は男児、2876g, Apgar score 8 点(1 分), 9 点(5 分), 頭囲 36.0cm であった。出生後は脳圧亢進症状を認めず、日齢 4 に開頭腫瘍摘出術+VP シャント設置術を行った。病理検査で非定型奇形腫様ラブドイド腫瘍と診断され、化学療法を行った。【考察】先天性脳腫瘍では腫瘍の増大速度や水頭症の程度により出産時期や分娩様式を検討する必要がある。また、出生後に早期の診断と治療介入が必要と考えられた。

5

胎児間輸血症候群により abdominal compartment syndrome を発症した 1 症例

神戸大学

益子 尚久, 谷村 憲司, 小畑 権大, 今福 仁美, 出口 雅士, 寺井 義人

品胎妊娠において、少なくとも二児が胎盤を共有する膜性である場合に胎児間に血流不均衡が生じ、胎児間輸血症候群 (FFTS) を発症することがある。我々は、FFTS による羊水過多症から abdominal compartment syndrome (ACS) を発症した症例を経験した。40 歳、初産婦、顕微授精で妊娠成立し、妊娠 8 週に一絨毛膜三羊膜品胎と診断された。妊娠管理目的に妊娠 16 週に当院紹介となり、切迫流産のため入院管理を開始した。妊娠 23 週 3 日に二児の羊水過多と一児の羊水過少を認め、FFTS と診断した。妊娠 23 週 4 日に母体の呼吸状態悪化、血尿と尿量減少、肝機能障害を認め、ACS と診断し、非侵襲的陽圧換気を開始した。呼吸状態が悪化したため、妊娠 23 週 5 日に全身麻酔下に帝王切開を施行し、出生体重 (Apgar スコア 1 分値/5 分値) が 446g(1/8 点), 490g(2/6 点), 462g(1/6 点) の三児を出生した。母体は、呼吸状態、血尿や尿量、肝機能が改善し、経過良好で術後 13 日目に退院した。三児ともに脳室内出血を認めたが、それぞれ日齢 173, 225, 194 に生存退院した。

6

高度肥満を伴う二絨毛膜二羊膜双胎妊娠の周産期管理経験

大阪市立大学

中野 千春, 三枚 卓也, 中島安紗海, 柴田 悟, 末包 智紀, 中井 建策, 植村 遼
札幌 恵, 田原 三枝, 羽室 明洋, 中野 朱美, 橋 大介, 古山 将康

【緒言】肥満は重大な母体合併症の一つであり、高血圧や耐糖能異常等全身性の合併や帝王切開の頻度が高い。今回高度肥満を伴う DD 双胎の周産期管理を経験したので報告する。【症例】42 歳 G1P0。身長 167cm 非妊娠時体重 124kg(BMI44.5), ICSI(2 段階胚移植)により DD 双胎妊娠成立後妊娠初期より当科で妊娠管理を行っていた。妊娠 20 週より GDM のためインスリン療法を開始、妊娠 32 週より HDP のため入院管理となった。妊娠 36 週 HDP 及び DD 双胎に対して緊急帝王切開を行った。脊髄くも膜下麻酔を試みたが、右側臥位で脊椎棘突起の触知が困難であり、超音波装置により棘突起を確認して正中を定めた。皮膚から硬膜までの距離は 6.5cm, L3-4 より正中法で穿刺し十分な麻酔効果が得られ、帝王切開の施行が可能であった。【考察】肥満妊婦に対する区域麻酔は、脊椎の体表解剖を触知しにくい上にくも膜下腹腔までの距離が長い技術的に困難である。本症例では超音波装置を用いて脊髄くも膜下麻酔を確実に行うことが可能であった。

7

Klippel-Trenaunay-Weber 症候群合併妊娠の妊娠分娩管理

奈良県立医科大学

坂元 優太, 三宅 龍太, 山中彰一郎, 竹田 善紀, 大西 俊介, 市川麻祐子

赤坂珠理晃, 成瀬 勝彦

Klippel-Trenaunay-Weber 症候群（以下、KTW）は、四肢の片側肥大、皮膚毛細血管奇形、二次性静脈瘤を三徴とする先天性疾患である。症例は25歳、初産婦、小児期にKTWと診断され片側上肢は腫大し脊髄海面状血管腫破裂の既往がある。自然妊娠が成立し経過良好であったが、妊娠25週で切迫早産のために入院した。妊娠26週に撮影した全脊髄単純MRIで硬膜外静脈の怒張を認めるため分娩様式は全身麻酔での帝王切開とした。妊娠33週に頸部単純MRIで口腔内および咽喉頭に、気管挿管時に損傷の可能性がある血管腫がないことを確認した。妊娠36週1日に帝王切開で3110gの児を分娩した。脊髄海綿状血管腫破裂の既往があるため抗凝固療法を行わなかったが、妊娠中および産褥期に静脈血栓症の合併はなかった。KTW合併妊娠は深部静脈血栓症、産後出血のハイリスクである。また外陰部、子宮、脾臓、脊椎近傍や頭蓋内に異型血管を生じる可能性があり、妊娠管理や分娩様式の決定に留意が必要である。

8

癒着胎盤に対し、胎盤を一定期間子宮内に遺残した後子宮鏡手術で摘出し、子宮を温存できた2例

千船病院

二木ひとみ, 吉田 茂樹, 胡 脩平, 大和奈津子, 荻本 圭介, 北 采加, 城 道久

安田 立子, 大木 規義, 稲垣美恵子, 村越 誉, 岡田 十三

【緒言】近年癒着胎盤は増加傾向にあるが、分娩時に胎盤を遺残させる保存的療法については未だ統一された見解がない。今回癒着胎盤に対し、分娩後一定期間胎盤を子宮内に遺残した後子宮鏡手術(TCR)を施行し、子宮を温存できた2症例を経験したので報告する。【症例1】35歳2妊1産。体外受精で妊娠成立、経陰分娩後に胎盤排出なく、胎盤用手剥離術を施行するも剥離できず癒着胎盤と診断し胎盤を遺残した。分娩3カ月後も排出なく、造影MRIで血流を認めたため、子宮動脈塞栓術併用の上TCRを施行した。胎盤は有茎性に子宮と癒着していたが出血なく摘出できた。【症例2】29歳2妊1産。帝王切開既往あり。MRIで辺縁前置癒着胎盤の診断で帝王切開術を施行し、胎盤は摘出せず遺残した。分娩3カ月後も排出なく、感染徴候出現したためTCRを施行し、子宮を温存できた。【結論】癒着胎盤に対し胎盤を一定期間遺残した後にTCRを施行することで容易に摘出可能となり、子宮を温存できる可能性があると考えられた。

9

妊娠初期に発症した深部静脈血栓症およびアンチトロンビン欠乏症の1例

関西医科大学

牧野 琴音, 神谷 亮雄, 西端 修平, 黒田 優美, 吉田 彩, 山田 崇弘, 岡田 英孝

【症例】妊娠後原因不明の右背部痛のため1週間の長期臥床入院していた30歳代の経産婦が、妊娠10週に右大腿部腫脹と疼痛のために当院へ搬送された。Dダイマー（DD）が $18.4\mu\text{g/ml}$ と高値であり、超音波検査で左大腿静脈深部静脈血栓症(DVT)と診断し、未分画ヘパリン持続静注を開始した。アンチトロンビン(AT)活性値は49%に低下しておりAT欠乏症と診断した。抗凝固療法を安定して行うために、AT活性値60%以上を目標に遺伝子組み換え製剤アンチトロンビンガンマ(AT γ)を投与した。その後、DDは正常化し左下肢症状は消失した。血栓は超音波検査で残存していたが器質化し安定したと判断して、未分画ヘパリン自己皮下注射とAT活性値に応じたAT γ 補充による外来管理へと移行した。以後DDは正常範囲で、AT活性を50%前後に保ち妊娠継続中である。【結論】DVTを発症したAT欠乏症合併妊娠の管理方法は定まっていないが、妊娠中の一貫した血栓症予防が重要である。大量・長期間に及ぶAT製剤投与による感染リスクを回避するためにAT γ は有用と考える。

10

妊娠高血圧腎症に Vogt-小柳-原田病を合併した 1 例

加古川中央市民病院¹⁾, 同眼科²⁾, 大森産婦人科³⁾荻原つばさ¹⁾, 房 正規¹⁾, 三木 玲奈¹⁾, 中筋由紀子¹⁾, 荒井 貴子¹⁾, 宮本 岳雄¹⁾,
太田 岳人¹⁾, 豊国 秀昭²⁾, 原 ルミ子²⁾, 松本 安代³⁾

Vogt-小柳-原田病（以下原田病）は全身のメラノサイトを標的にする自己免疫疾患である。髄膜炎様症状を呈する前駆期から漿液性網膜剥離を発症する眼病期へと進行し、早期のステロイド投与が重要である。今回妊娠高血圧腎症の産褥期に原田病の診断に至った 1 例を経験したため報告する。症例は 30 歳，初産婦，二絨毛膜二羊膜双胎妊娠。20 週頃から血圧上昇あり，33 週 1 日に妊娠高血圧腎症と診断し入院管理とした。34 週 0 日に頭痛，倦怠感，発熱を認め症状の増悪により帝王切開術を行った。産褥 3 日目に眼症状を訴え，各種検査から原田病と診断した。ステロイド投与を開始し症状は速やかに改善した。妊娠高血圧腎症の増悪症状と考えられた頭痛や倦怠感は原田病前駆期の症状と考えられ，故に妊娠高血圧症では稀な発熱も認めていた。妊娠高血圧症候群の増悪を疑った場合に非典型的な症状も認めた場合には，慎重な判断が求められる。

11

除細動器植え込み後良好な周産期予後を得た，肥大型心筋症合併妊娠の 1 例

国立循環器病研究センター

石川 渚，柿ヶ野藍子，笹ヶ迫奈々代，塩野入 規，中西 篤史，神谷千津子
岩永 直子，吉松 淳

肥大型心筋症（以下 HCM）は，心筋肥大を伴う心筋症で，1 年に 1% の頻度で突然死を来すとされる。今回，β 遮断薬内服中に植え込み型除細動器（以下 ICD）のペースメーカー設定変更を行い，妊娠経過を管理した 1 例を経験したので報告する。症例は，36 歳，初産。0 歳時に HCM と診断，26 歳時に心不全を契機に β 遮断薬を開始，34 歳時に失神歴に対し突然死一次予防のため ICD 植え込み術が施行された。妊娠 18 週で労作時息切れが出現，心拡大と BNP318 への上昇を認めた。β 遮断薬による徐脈があり，心拍出量を維持するため ICD 下限心拍数設定を 40 から 60 回/分に増加したところ，自覚症状と検査所見が改善した。さらに妊娠 28 週に 70 回/分，妊娠 37 週に 75 回/分と下限設定を増加した。妊娠 37 週で心室性不整脈の増加を認めたため妊娠 38 週に分娩誘発し 2107g（-1.9SD）女児（アプガースコア 8/9 点）を分娩した。産褥 28 日に下限心拍数設定を 60 回/分に下げ経過観察中である。ICD のペーシング機能調節により必要心拍出量を担保し，妊娠中に心不全発症なく，正期産で生児を得られた。

12

帝王切開時の後腹膜血腫の存在から診断し得た腎動脈瘤破裂の 1 例

滋賀医科大学

大西 拓人，桂 大輔，星山 貴子，辻 俊一郎，林 香里，所 伸介
全 梨花，木村 文則，村上 節

今回，常位胎盤早期剥離と思われ緊急帝王切開を施行するも，腎動脈瘤破裂であった症例を経験したので報告する。症例は 29 歳初産婦。妊娠 35 週，前医にて突然の左腰背部の激痛と腹部板状硬の所見を認め，常位胎盤早期剥離の疑いで当院に母体搬送された。当院到着時母体はショックバイタルで胎児徐脈を認め，胎児機能不全の適応で超緊急帝王切開術を施行した。しかし，術中常位胎盤早期剥離を疑う所見なく，腹腔内を検索すると後腹膜に広がる血腫を認めた。後腹膜は開放せず閉腹し，施行した造影 CT により左腎動脈瘤破裂の診断に至った。動脈瘤塞栓術を施行し止血が得られたため，後腹膜血腫は保存的加療の方針とした。後腹膜血腫は自然縮小し，術後 26 日目に退院となった。腎動脈瘤は比較的なまな疾患であるが，妊娠中は破裂リスクが高く，破裂時の死亡率は母児ともに高いとされる。腰背部痛およびショックバイタルを伴う場合には，本疾患も想起する必要がある。

13

子宮ポリープ状異型腺筋腫に対する妊孕性および不妊治療についての検討

定生会谷口病院¹，大阪市立大学²秋田 絵理¹，大澤 政彦²，根来 英典¹，富山 俊彦¹，鈴木 史明¹，谷口 武¹

子宮ポリープ状異型腺筋腫（atypical polypoid adenomyoma；APAM）は子宮体部または頸部に発生するポリープ状の腫瘍であり，不妊症との関連も指摘されている．今回，挙児希望のある APAM 症例に対する不妊治療を経験したため報告する．30 歳，未経妊．不正出血を主訴に当院受診した．経腔超音波で認めた子宮内腫瘍性病変を子宮鏡下で摘出したところ，APAM と診断された．APAM は悪性腫瘍の合併や悪性化の報告もあることから，定期的な病変の再発フォローを行うと同時に，積極的な不妊治療を開始した．排卵誘発剤の使用およびタイミング療法を 3 周期試みるも現在のところ妊娠には至っておらず，今後ステップアップを予定している．不妊治療の経過に加え，APAM 患者の妊娠および不妊治療について文献を参考に考察する．

14

反復嚢胞穿刺吸引術とジェノゲスト併用療法が著効したと考えられる

両側卵巢チョコレート嚢胞を合併した反復 ART 不成功例

IVF 大阪クリニック¹，HORAC グランフロント大阪クリニック²辻 勲¹，重田 護¹，高矢 千夏¹，江原 千晶¹，菊川 忠之¹，河邊 麗美¹，
藤岡 聡子¹，福田 愛作¹，森本 義晴²

40 歳の未経妊症例．他医にて低刺激法 ART による採卵を 8 回，新鮮ならびに凍結融解胚移植を合計 6 回受けるも妊娠が成立しなかったため，当院での治療を希望し来院．初診時の超音波検査では両側卵巢にチョコレート嚢胞（右：40mm，左：20mm）を認めた．子宮内膜症による反復 ART 不成功と診断し，ART 前にチョコレート嚢胞反復穿刺吸引術とジェノゲスト併用療法を行う方針とした．ジェノゲストは月経周期 6 日目から 1 日 2mg を 3 ヶ月間投与した．嚢胞穿刺吸引術は経腔超音波ガイド下で，ジェノゲスト投与開始直後，1.5 ヶ月後，3 ヶ月後の 3 回実施した．ジェノゲスト投与終了後，最初の月経周期にレトロゾールによる卵巢刺激にて ART を実施した．採卵数は 3 個，うち成熟卵数は 2 個，一般体外受精により胚盤胞を 1 個獲得，同一周期に新鮮単一胚盤胞移植を行い妊娠が成立し，現在妊娠継続中である．当院では本治療法の有効性を検証するため，現在前方視的検討を実施中である．本発表では文献的考察を加えて報告する．

15

PID を繰り返していた *Edwardsiella tarda* 感染症に抗菌薬とプロバイオティクスにて加療し，
IVF 妊娠成立した 1 症例

HORAC グランフロント大阪クリニック

浅井 淑子，森下みどり，寺脇奈緒子，小宮慎之介，姫野 隆雄，井上 朋子，森本 義晴

38 歳，0 経妊，既往歴：うつ病（内服コントロール中），腹腔鏡下筋腫摘出＋両側卵巢内膜症性嚢胞摘出（31 歳），薬剤性高 PRL 血症，喘息．当院受診前の月経時に PID 発症し入院歴あり．AMH：0.87ng/ml，IVF 治療開始となる．採卵実施し，新鮮胚移植実施も妊娠不成立となる．移植後の月経で PID 発症，入院し保存的治療で軽快した．以後コロナ感染拡大のため受診中断．その間も月経を契機に PID 発症し入院・治療歴あり．根治のために子宮摘出を勧められた．凍結胚の胚移植のため再受診．腔培養採取．腔培養より *Edwardsiella tarda* ほか検出．原因となる食品摂取・川遊び・ペットの飼育などなし．抗生剤・プロバイオティクス治療継続しながら凍結融解胚移植を計画した．準備中の月経時にも PID 様症状あり．凍結融解胚移植を実施し 4 日後に下腹部の激痛あり．炎症反応の上昇より PID の再燃を疑い高次施設紹介も CRP 軽度陽性のみにて抗生剤投与で自宅待機となる．その後症状の増悪なく，妊娠判定陽性の結果となった．現在妊娠継続中である．

16

当院における Progestin-primed ovarian stimulation (PPOS) 法の検討と今後の課題

英ウィメンズクリニック

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

Progestin-primed ovarian stimulation (PPOS) 法は 2015 年の報告以降, ART における調節卵巣刺激法として急速に広まっており, 当院でも 2020 年の採卵周期の 39% (1692/4382 周期) を占めている。現在当院では progestin としてメドロキシプロゲステロン酢酸エステル (MPA[®]) 10mg もしくはクロルマジノン酢酸エステル (ルトラール[®]) 2mg を使用しており, 今回 PPOS 法 1114 周期 (MPA798 周期・ルトラール 313 周期) について後方視的に臨床成績の検討を行った。ゴナドトロピン総投与量・投与日数, 採卵数, 排卵率, 成熟卵率, 未熟卵率, 受精率, 胚盤胞数・発生率, 総移植周期あたりの臨床妊娠率等で 2 群間の差は認めなかった。progestin として他にも Dydrogesteron や Utrogestan などを用いた報告もあるが, 今回の我々の progestin 製剤 2 種検討でも臨床成績に差を認めなかった。

17

セントロメア型抗核抗体陽性で体外受精により妊娠した 2 症例

HORAC グランフロント大阪クリニック

寺脇奈緒子, 井上 朋子, 森本 義晴

セントロメア型抗核抗体陽性の症例は, 卵子の成熟障害や受精障害のため難治性不妊となることが知られている。当院で体外受精(IVF)を行い妊娠した 2 症例について報告する。症例 1 は 31 歳, 症例 2 は 37 歳とともに妊娠歴はなく, 卵巣予備能は良好だが他院で IVF 反復不成功だった。症例 1 は当院での初回採卵で成熟障害と受精障害を認め, セントロメア型抗核抗体 80 倍と診断し, 柴苓湯を開始した。2 回目の採卵でも成熟障害と受精障害は認めたが良好な分割期胚 1 個を凍結でき, 凍結融解胚移植して妊娠成立し生児を得た。症例 2 は受精障害から前医でセントロメア型抗核抗体 640 倍を指摘されていた。柴苓湯とプレドニゾロン(PSL)を併用し複数回の採卵, 胚移植を行った。PSL を 15mg へ増量した 6 回目の採卵で獲得した良好な分割期胚を 2 個凍結融解胚移植して妊娠成立し, 妊娠継続中である。セントロメア型抗核抗体陽性の不妊患者に柴苓湯や PSL を併用して良好胚を獲得し, 妊娠が可能となった。

18

妊孕性温存目的に術中採卵を行った 1 例

関西医科大学

牧野 博朗, 辻 祥子, 神谷 亮雄, 木田 尚子, 中尾 朋子, 小野 淑子,
岡田 園子, 北 正人, 岡田 英孝

近年, がん以外でも治療や疾患により卵巣予備能低下の可能性のある症例に対して希望者には妊孕性温存治療を提供する必要があると言われている。当院でも手術中に同時採卵を行う取り組みを開始したため報告する。症例は 30 代の既婚, 未妊女性。未熟奇形腫 Grade3 (3a 期) に対し, 左付属器切除+右付属器腫瘍摘出+子宮筋腫核出+大網部分切除術後に BEP 療法を施行され, 右付属器腫瘍摘出術を計 3 回施行後の GTS (Growing teratoma syndrome) 患者である。再度腫瘍増大を認めたため手術予定であったが, 妊孕性温存治療の情報を提供したところ希望された。卵巣機能の低下もあるため, 自然周期および hCG のトリガーにて手術中に採卵を試みたが卵子を獲得することはできなかった。今回は残念ながら胚凍結には至らなかったが, 今後対象症例には十分なインフォームドコンセントの上, 希望された患者に対し手術同時採卵を行っていきたい。

19

腹式単純子宮全摘術の術後合併症における発症予測因子の検討

奈良県立医科大学

赤坂往倫範, 馬淵 誠士, 福井 陽介, 河原 直紀, 長安 実加, 木村 麻衣, 岩井 加奈,
新納恵美子, 山田 有紀, 川口 龍二

【目的】術後合併症の発症を予測できれば合併症の早期診断・治療, またリスクの低い患者には早期退院を推奨することが可能となる。【方法】2017年1月から2020年4月に腹式単純子宮全摘術で治療された195例(良性疾患142例, 悪性疾患53例)を対象とした。術後1ヶ月以内に発生し治療を要した例を合併症群とし, 発症予測因子を後方視的に検討した。【成績】38例(19.4%)に術後合併症が発生した。単変量解析では年齢(≥ 75 歳), BMI(≥ 26.1), 術後1日目の白血球数(≥ 9750), 術後1日目のCRP値(≥ 5.6), 手術時間(≥ 221 分), 出血量($\geq 270\text{ml}$), 糖尿病合併が有意な合併症の発症予測因子であり, 多変量解析では術後1日目の白血球値およびCRP値, 手術時間, 糖尿病合併が独立した合併症の発症予測因子であることが示された。【結論】術後1日目の白血球数およびCRP値, 手術時間, 糖尿病合併の有無は, 術後合併症の発症予測因子である。予測因子の保有数別に合併症の発症リスクを評価することで安全な術後管理・退院計画が可能になると考えられた。

20

抗菌薬抵抗性で治療に難渋し *Mycoplasma hominis* 感染症を疑った2例

京都府立医科大学附属北部医療センター

渡邊 亜矢, 山下 優, 青山 幸平, 辻 哲朗, 黒星 晴夫

【緒言】*Mycoplasma hominis* (以下 *M. hominis*) は泌尿生殖器常在菌であり, まれに骨盤内炎症性疾患を引き起こす。細胞壁がないため β -ラクタム系抗菌薬抵抗性であり治療に苦渋する。今回, 治療に難渋し *M. hominis* 感染症を疑った2症例を経験したので報告する。【症例】症例1: 35歳, 2妊1産。選択的帝王切開術後の骨盤腹膜炎に対し抗菌薬治療を開始したが軽快せずドレナージ術を行った。術後, β -ラクタム系抗菌薬投与にて症状は改善せず *M. hominis* を疑い CLDM に変更したところ奏効し, 遺伝子検査の結果 *M. hominis* が同定された。症例2: 33歳, 未妊。採卵後に生じた右卵巣膿瘍に対してドレナージ術を行った。術後, 抗菌薬治療を継続したが抵抗性で *M. hominis* を疑ったが遺伝子検査で *M. hominis* は同定されず TAZ/PIPC にて軽快した。【結語】*M. hominis* も考慮すべきだが経過により早期に抗菌薬を変更することが有用である。

21

巨大子宮筋腫を伴う子宮が捻転した高齢者急性腹症の1例

大阪大学

北島 佑佳, 瀧内 剛, 中川 慧, 木瀬 康人, 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

子宮捻転は急性腹症の1つだが, 非特異的症状を示し診断に苦慮する。非妊娠時発生は特に稀とされている。症例は73歳の女性, 以前より子宮筋腫を指摘されていた。子宮に一致した下腹部痛を認め度々緊急受診をしていたが, 鎮痛剤にて症状改善し, 画像検査で悪性所見を認めないため経過観察されていた。今回, 数日間続く下腹部痛にて緊急受診され, 鎮痛剤抵抗性の子宮に一致する痛みを認め入院となった。腔鏡診では子宮頸部は右側へ偏移していた。造影CT検査では12cm大の筋層内筋腫を認めたが, 明らかな虚血や壊死を示唆する所見はなく, 腹痛の原因は不明であった。下腹部痛を繰り返しているため, 緊急で子宮全摘術を実施する方針となった。開腹すると鬱血した子宮が反時計回りに3回転半捻転しており, 捻転を解除し単純子宮全摘術と両側付属器切除術を実施した。術後経過は良好であった。稀ではあるが, 閉経後の巨大子宮筋腫を保存的管理している患者が急性腹症を呈した場合は子宮捻転も鑑別診断の1つに挙げる必要がある。

22

A 群溶連菌感染症により子宮筋腫の破裂をきたした 1 例甲南医療センター¹⁾, 同放射線科²⁾, 同病理部³⁾小倉 直子¹⁾, 森田 宏紀¹⁾, 田中宇多留²⁾, 鈴木 加代²⁾, 高橋 卓也³⁾, 河谷 春那¹⁾黒島 瑞穂¹⁾, 黄 豊羽¹⁾, 小嶋 伸恵¹⁾

A 群溶連菌 (group a streptococcus ; 以下 GAS) は咽頭炎や化膿性皮膚感染症などの原因菌として多くみられるが、時として感染が劇症化し死に至らしめる。我々は GAS が子宮筋腫に感染し破裂をきたした 1 例を経験したので報告する。症例は 49 歳 G3P3, 陰部掻痒感を主訴に近医産婦人科を受診した。頸部細胞診, 帯下培養採取の上帰宅となった。3 日後に腹痛あり近医内科受診され, 尿路感染症を疑い抗生剤処方となるが, さらに 3 日後に腹痛の増強を認め当院救急外来へ受診となる。造影 CT で子宮筋腫の破裂を疑う所見を認め炎症反応高値であった。当科紹介となり抗生剤投与の上同日開腹術を行った。開腹時子宮底部に約 3cm の変性子宮筋腫を認め一部破裂し腹腔内に排膿していた。単純子宮全摘術施行し腹腔内を洗浄した。膿の培養結果から GAS が検出された。術後は抗生剤投与により経過良好で術後 7 日目退院となる。子宮筋腫に感染した GAS が炎症を急激に悪化させ子宮筋腫の破裂をきたしたことが考えられた。

23

診断に苦慮した結核性腹膜炎の 1 例

近畿大学奈良病院, 同病理診断部*

山本皇之祐, 橋口 康弘, 岸本佐知子, 西岡 和弘, 若狭 明子*, 大井 豪一

症例は, 半年前からの腹部膨満感を主訴に前医を受診し, CT 検査で癌性腹膜炎を疑う所見を認めたため当院に紹介された 70 歳代の婦人である。術前評価 (CA125 851IU/ml, PETCT 腸間膜や大網に集積像あり) にて癌性腹膜炎疑いの診断で試験開腹による生検を行った。肥厚した大網の術中迅速病理にて乾酪壊死を伴う類上皮肉芽腫を認め, その後の抗酸菌に対するチール・ネルゼン染色にて桿菌が証明された。腹水細胞診は陰性, 腹腔内洗浄液・喀痰・気管支挿管チューブ・子宮内容液・便を対象とした結核菌培養では, 実施後数週間経過するが未だ陰性である。また, 同検体での結核菌 PCR と Mycobacterium Avium Complex (MAC-PCR) 検査も陰性, 術前後の肺 CT 検査でも異常像を認めなかった。ただし, 術後の T-SPOT 検査は陽性であった。結核性腹膜炎の確定診断は, 抗酸菌培養での結核菌の証明と腹膜病理検査による乾酪壊死を伴う肉芽腫の証明であるが, 大腸内視鏡検査後に, 抗結核薬の投与をする予定である。

24

胎嚢周囲エタノール注入療法が奏功した子宮頸管妊娠の 1 例

滋賀医科大学

居出上大起, 桂 大輔, 小川智恵美, 星山 貴子, 所 伸介, 辻 俊一郎, 林 香里
全 梨花, 山田 一貴, 木村 文則, 村上 節

子宮頸管妊娠は大量出血リスクが高く, 胎嚢を除去する前に MTX の投与や子宮動脈塞栓術などの処置を必要とする。今回我々は, 胎嚢周囲にエタノールを注入することで母体合併症なく胎嚢を容易に除去できた症例を経験したので報告する。症例は 34 歳 1 妊 0 産。近医産婦人科で体外受精を施行され妊娠成立し, 妊娠 7 週 4 日の健診受診時に子宮頸管部に妊娠が成立しかつ胎児心拍が陽性であったため当科紹介となった。初診時の hCG は 17519.2 mIU/mL であった。胎嚢周囲エタノール注入療法を 2 回施行したところ胎児心拍の停止を確認できた。入院 3 日目にレゼクトスコープ下で子宮頸管内に存在する胎嚢を除去しようとしたところ, エネルギーデバイスを使用すること無く鈍的に剥離可能であり胎盤鉗子にて容易に摘出できた。術後は速やかに hCG 値が低下し, 術後 1 カ月で測定感度以下となった。胎嚢周囲エタノール注入療法は, MTX が奏功しにくいと思われる hCG 高値の子宮頸管妊娠にも有用な保存的薬物療法となりえると考えられた。

25

子宮頸癌との鑑別に難渋した外陰ヘルペス感染症の1例

大阪医科薬科大学

井淵 誠吾, 上田 尚子, 田中 良道, 西江 瑠璃, 橋田 宗祐, 寺田 信一

古形 祐平, 藤原 聡枝, 田中 智人, 恒遠 啓示, 佐々木 浩, 大道 正英

外陰ヘルペス感染症は日常診療において比較的高頻度で遭遇する疾患であるが、稀にその強い炎症反応により悪性疾患との鑑別に難渋する症例が存在する。今回我々は子宮頸癌との鑑別に難渋した症例を経験したため報告する。症例は30歳、2妊2産。帯下と発熱を自覚し近医を受診し、子宮頸部に4cm大の腫瘤を指摘され子宮頸癌が疑われ当科紹介となった。外陰部水泡からヘルペス抗原が検出された。子宮頸部は易出血性で、骨盤MRI検査では子宮頸部にT2強調像で信号強度の高い4cm大の腫瘤様病変が確認できた。血中SCC 1.5 ng/mlであった。子宮頸部からHPV58型が検出され、子宮頸部細胞診・組織診はいずれもadenocarcinoma疑いであったが、異型性は乏しく、悪性腫瘍との断定は困難であった。診断的子宮頸部円錐切除を施行したところ、CIN1とともに頸部間質への著明な炎症細胞浸潤が見られた。ヘルペス感染症の炎症所見が著明な場合、肉眼的所見や細胞診・組織診に影響を与える可能性があることを念頭に置くべきである。

26

当院での悪性軟部腫瘍4例に対するパゾパニブの治療経験

京都府立医科大学

谷 顕裕, 片岡 恒, 垂水 洋輔, 古株 哲也, 寄木 香織, 森 泰輔, 北脇 城

【緒言】悪性軟部腫瘍に対するパゾパニブの治療成績を解析する。【方法】当院で2019年から2020年の間に悪性軟部腫瘍に対しパゾパニブを投与した4例を対象に後方視的に検討した。【結果】年齢の中央値は62歳(56-69歳)、病理組織型は子宮平滑筋肉腫が2例、STUMPが1例、低悪性度紡錘細胞腫が1例であった。前治療レジメン数はすべて1であり、ADR単独療法が3例、MAID療法が1例であった。投与期間の中央値は154日(112-171日)であったが、初期投与量800mg/日の投与期間の中央値は69.5日(27-168日)であった。有害事象は肝機能障害を3例、倦怠感を1例、好中球減少を1例で認め、3例で400mg/日まで減量した。治療効果はPDが3例、SDが1例であり、SDを除く3例で投与中止となった。【結論】悪性軟部腫瘍に対するパゾパニブは有害事象により投与量を減量せざるを得ない症例が多く、個々に応じた慎重な対応が必要である。婦人科悪性軟部腫瘍に対するパゾパニブの有用性については今後の症例の蓄積による検討が待たれる。

27

傍大動脈リンパ節腫大を伴う子宮体癌症例において腫大リンパ節は悪性リンパ腫であった1症例

関西医科大学

鈴木健太郎, 佛原 悠介, 横江 巧也, 久松 洋司, 角 玄一郎, 北 正人, 岡田 英孝

傍大動脈リンパ節腫大を伴う子宮体癌に対し手術加療を行なった結果、リンパ節腫大は悪性リンパ腫によるものであった症例を経験した。症例は75歳。202X10月主訴は不正性器出血にて前医受診。子宮内膜肥厚を指摘され子宮体癌疑いとして202X11月当院紹介受診。術前MRIにて子宮体部にDWIにて高信号を示す5cm大の腫瘤が確認され、造影CTでの遠隔転移スクリーニングでは傍大動脈リンパ節(326b2領域)の腫大を確認した。cT1aN2M0、IIIc2期として202X12月腹式筋膜外単純子宮全摘術、両側付属器切除術、骨盤内リンパ節郭清、傍大動脈リンパ節郭清を行った。動静脈間リンパ節は著明に腫大しており破綻ないように完全摘出を行った。術後病理診断ではEndometrioid Adenocarcinoma G3 pT1aN0M0。リンパ節病変は濾胞性リンパ腫の診断であった。現在、血液内科にて骨髄穿刺にて精査し悪性リンパ腫と子宮体癌のどちらの後治療を優先するか検討している。

28

分葉状頸管腺過形成の長期経過観察中に胃型粘液性腺癌を発症した1例

大阪大学

山本 幸代, 小玉美智子, 小林まりや, 中川 慧, 木瀬 康人, 瀧内 剛, 三好 愛,
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】子宮頸部胃型粘液性腺癌は稀な組織型であり予後不良とされる。今回分葉状頸管腺過形成の経過観察中に胃型粘液性腺癌を発症した1例を経験したので報告する。【症例】47歳, 2妊2産。X-8年に前医で分葉状頸管腺過形成(Lobular Endocervical Glandular Hyperplasia; LEGH)を疑う超音波所見を指摘, 頸部細胞診・頸管組織診で悪性所見なく経過観察されていた。X-6年から当科で半年~1年毎に経過観察。X年に子宮頸管から突出する腫瘤を認め, 頸部細胞診: AGC 腫瘍組織診: 異型腺上皮であった。頸管内に腫瘍茎が明らかに存在し子宮鏡下に腫瘍摘出すると胃型粘液性腺癌 pT1b(at least) Stage I B1 と診断された。後日広汎子宮全摘術を施行, 病理診断は胃型粘液性腺癌 pT1bNOM0 1y(-)v(-)間質浸潤 1/2 以上であり術後同時化学放射線療法を追加した。【考察】LEGHの慎重な経過観察中に胃型粘液性腺癌を発症した症例であった。LEGHから胃型粘液性腺癌発症の過程は明らかではなく, 今後も症例を蓄積し至適経過観察法を検討していく必要がある。

29

癌性髄膜炎を発症した卵巣癌の1例

大阪市立大学

内倉慧二郎, 福田 武史, 今井 健至, 山内 真, 笠井 真理, 市村 友季,
安井 智代, 角 俊幸

頭蓋内転移性腫瘍のうち髄膜転移は約5%で, 原発巣として乳腺, 肺, 胃が多く, 卵巣は1%以下ときわめて稀である。今回我々は癌性髄膜炎を発症した卵巣癌を経験したので報告する。症例は59歳, 0妊, 既往歴に特記すべきとこなし。卵巣癌 IIIC 期(高異型度漿液性癌)に対して腫瘍減量術に引き続き, TC(パクリタキセル, カルボプラチン)+ベパシズマブを6コース施行後, ベパシズマブ単剤にて維持療法を行っていた。食思不振, 嘔吐が出現し近医にて補液等の加療を行うも症状は改善せず。その後頭痛が出現し, 項部硬直や意識レベルの低下も認め, 頭部造影MRIにて前頭葉や頭頂葉を中心に脳溝が全体的に高信号を呈し髄膜炎が疑われた。髄液細胞診にてN/C比の高い腺癌細胞の集塊を認め癌性髄膜炎と診断した。治療として全脳照射や抗がん剤の髄腔内投与等の報告があるが有効なものではなく, 患者は治療を希望されなかった。癌の治療中に, 頭痛, 嘔気, 意識障害などを呈する場合には癌性髄膜炎の可能性も考慮すべきと考えられた。

30

閉経後卵巣卵黄囊腫瘍の1例

大阪市立大学

野田 拓也, 市村 友季, 山内 真, 笠井 真理, 福田 武史, 橋口 裕紀,
安井 智代, 角 俊幸

卵黄囊腫瘍は卵巣がんの1%程度を占めるまれな腫瘍であるが, 50歳以上の症例はそのうち12%程度とさらにまれである。今回, 閉経後卵黄囊腫瘍の1例を経験したので報告する。症例は57歳, 2妊2産で, 腹部腫瘤感を契機に前医受診し, 超音波検査で約15cmの腹部腫瘤の指摘を受け当科紹介初診となった。MRI検査では子宮左側に13.7cmの充実部分を伴う囊胞性病変を認め卵巣がんが疑われた。手術を行い, 術中の迅速病理検査結果が腺癌であったことから, 最終的に単純子宮全摘出術・両側付属器摘出術・大網部分切除術・後腹膜リンパ節摘出術を施行した。術後病理検査で腫瘍細胞の乳頭状・索状増殖のほか, 網状・類洞様構造も認め, CK7陰性・EMA陰性・AFP陽性・Glypican3陽性の所見から, 本例を卵黄囊腫瘍(pT2bNOM0)と診断した。術後治療としてBEP療法を行ったが1コース目にfebrile neutropeniaを, 2コース目にリンパ腫瘍を来したこともあり, その後の化学療法の同意を得られず, 現在は外来経過観察中であるが再発兆候は認めていない。

31

婦人科悪性腫瘍に Trousseau 症候群を合併した 3 例

神戸大学

喜多ともみ, 山崎 友維, 小畑 権大, 澤田菜美子, 富本 雅子, 鷲尾 佳一, 清水 真帆
長又 哲史, 村田 友香, 鈴木 嘉穂, 寺井 義人

Trousseau 症候群 (以下 TS) は悪性腫瘍に伴う凝固亢進により脳梗塞などの塞栓症を生じる病態である。卵巣癌で多く脳梗塞を合併するのは約 3% と報告される。今回、脳梗塞を契機に診断された TS の 3 例を経験したので報告する。【症例 1】51 歳, 転倒し脳梗塞と診断。脳出血も認め不安定な状況下ではあったが, 病態改善目的に腫瘍減量術を施行し, 卵巣癌 I C3 期 (類内膜癌 G2), 子宮体癌 (類内膜癌 G1) と診断された。【症例 2】51 歳, 眼前暗黒感で脳梗塞と診断。子宮体癌 III C2 期 (類内膜癌 G2) で根治術を施行した。【症例 3】38 歳, 右片麻痺, 構音障害で脳梗塞と診断。妊孕能温存希望あり, 右付属器切除+大網切除を施行し卵巣癌 I C1 期 (類内膜癌 G1) であった。いずれの症例においても術後は新規脳病変を認めなかった。【結論】TS においては, 婦人科悪性疾患に多く合併するため, 脳梗塞症例では悪性腫瘍の精査も重要である。また, 術前・術後および治療中の脳梗塞に注意した管理が必要である。

32

子宮頸癌再発に肺高血圧を合併し, PTTM と診断した 1 例

大阪大学

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

Pulmonary tumor thrombotic microangiopathy (PTTM) は, 肺動脈の微小腫瘍塞栓により肺高血圧を来す病態である。今回我々は, 子宮頸癌の再発時に原因不明の肺高血圧を認め, PTTM と診断した一例を経験した。症例は 82 歳。20XX-1 年 1 月に子宮頸癌 T2bN1M0 に対し根治的放射線療法を行った。20XX 年 5 月頃より労作時呼吸困難の増悪あり。20XX 年 6 月に SCC 44.1ng/mL と上昇し, 局所再発は認めないが, 造影 CT 検査にて傍大動脈リンパ節転移疑いと診断された。同時に右心負荷所見を指摘され, 当院循環器内科にて心エコー検査を行い, 右心不全と診断し強心薬を開始。心臓カテーテル検査で肺高血圧と診断されたが明らかな原因疾患を認めなかった。抗凝固療法に不応であり, 肺血流シンチのびまん性多発性血流欠損像との結果から PTTM の可能性が高いと判断し, Best Supportive Care に移行, 20XX 年 10 月に原病死となった。生前診断が困難である PTTM について, 文献的考察を加えて検討する。

33

Olaparib 維持療法後のプラチナ製剤再投与の奏効率

兵庫県立がんセンター

中澤 浩志, 長尾 昌二, 成田 萌, 鈴木 一弘, 澁谷 剛志, 自見 倫敦, 矢野 紘子
北井 美穂, 塩崎 隆也, 山口 聡

【目的】当科では Olaparib 維持療法で増悪した卵巣・卵管・原発性腹膜癌症例に, プラチナ製剤投与から 6 か月以上が経過していればプラチナ製剤を再投与している。Olaparib 維持療法後のプラチナ製剤再投与の奏効率を検討する。【方法】2018 年 1 月から 2021 年 2 月末までを解析期間とし, 当科で Olaparib を処方した全例を対象とし, 診療録を後方視的に解析した。【結果】51 例に Olaparib を投与した。初回治療は 13 例, 再発治療は 38 例。初回治療で維持療法を受けて増悪・死亡した症例は 6 例。4 例に後療法を行い, 奏効は 0 例 (4 例ともプラチナ製剤再投与)。再発治療で維持療法を受けて増悪・死亡した症例は 21 例。16 例にプラチナ製剤を再投与した。1 例に非プラチナ製剤を投与した。プラチナ製剤奏効は 4 例 (CR 2 例, PR 2 例)。効果判定待ちは 2 例。効果判定を得た症例に限れば, 初回・再発例を合わせて奏効率は 4/18 (22.2%) であった。【結論】Olaparib 維持療法後の増悪時も一定の症例がプラチナ感受性を保っている可能性がある。

34

Z形成術とY-V形成術を用いた陰唇癒着症に対する新しい術式

滋賀医科大学

前田 倫子, 出口 真理, 村頭 温, 中村 暁子, 信田 侑里, 樋口明日香, 西村 宙起,
天野 創, 辻 俊一郎, 笠原 恭子, 木村 文則, 村上 節

陰唇癒着症は後天的に小陰唇が完全または部分的な癒着する外陰部疾患であり、主に思春期前の女兒に発生し、閉経後の女性では比較的稀である。低エストロゲンレベルを背景に局所の慢性炎症が関与しているといわれている。思春期前の女兒に対してはエストロゲン軟膏などの保存的治療が標準的だが、閉経後の女性では重症例が多く保存的治療のみでは効果に乏しい。外科的介入で一定の治療効果は得られるが、再発率が高く14～20%との報告もある。今回我々は82歳、4妊2産の腎盂腎炎を契機に判明した陰唇癒着症を経験した。ピンホール大の小孔以外すべて小陰唇が癒着しており、用手的剥離が困難であったため手術を行った。全身麻酔下に癒着部を切開したところ、陰核、外尿道口、膣が観察可能となった。再発予防に陰核側にZ形成術、肛門側にY-V形成術を施行した。術後エストロゲン膣錠および軟膏を塗布し、術後8か月時点で再発なく経過しており、閉経後陰唇癒着症に対する再発予防に有効な術式と考えられる。

35

臀部痛を主訴としたOHVIRA症候群の1例

京都山城総合医療センター

北村 圭広, 北岡 由衣, 川俣 まり, 澤田 重成

症例は13歳、既往歴は10歳のときに腸間膜リンパ節炎で入院、CTで右腎臓欠損を指摘されていた。初経は12歳から開始し規則的であった。臀部痛を主訴に当院小児科受診、腹部超音波で双角子宮、陰瘤血腫を疑われ当科受診。骨盤MRI画像所見は双角子宮及び処女膜閉鎖に伴う子宮腔留血腫の診断であったが視診で膣口を認め、処女膜閉鎖はなかった。以上からOHVIRA症候群を疑ったが内診は不可能であったため、確定診断、治療目的に全身麻酔下手術とした。子宮鏡にて腔中隔、左側子宮口を確認、腔中隔を切開したところ茶褐色の出血が流出、右側子宮口も確認できたためOHVIRA症候群と診断、子宮鏡下腔中隔切除術を行った。OHVIRA症候群の主な症状は月経困難症、下腹部痛であるが、本症例の様に臀部痛のこともあり、小児では診断、治療が遅れることもある。今回、我々は小児科とのスムーズな連携により診断、治療を適切に行ったOHVIRA症候群を経験したので文献的考察を加えて報告する。

36

大量不正出血により緊急子宮全摘術を要した子宮憩室の1例

大阪大学

石井 沙季, 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

今回我々は大量の不正出血により緊急子宮全摘術を要した子宮憩室の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。症例は46歳、未妊。来院3日前より不正出血を自覚していた。来院当日に前医を受診し、子宮より持続する性器出血を認め、血液検査にてHb 11.0g/dLだったが、宗教上の理由で輸血を拒否され前医では対応困難のため当科紹介となった。妊娠反応は陰性であった。来院時、血圧117/71mmHg、心拍数103bpmであり、Hb 8.9g/dLと急速に低下を認めた。超音波検査にて子宮頸管内に3cm大の腫瘍を認め、同部位のポリープまたは子宮筋腫からの出血を疑い、緊急で開腹単純子宮全摘術を行った。摘出した子宮を確認するに頸部に腫瘍は認めず、子宮頸部後壁筋層内に最大径約3cmの嚢胞状病変を認めた。病理組織学的には内腔側は立方上皮あるいは頸管腺様の円柱上皮に覆われ、陳旧性出血像を認めたことから子宮憩室による出血と診断した。子宮憩室は稀な子宮奇形であるが、不正出血の原因の1つとして念頭におくべきと考えられた。

37

高齢者の陰唇癒着症に対し、異なるアプローチで再癒着防止を図った2例

済生会京都府病院

田村 祐子, 清水 美代, 渡邊 愛, 加藤 淑子, 福岡 正晃

成人女性の陰唇癒着症は、閉経後の低エストロゲン状態で脆弱になった外陰部に細菌感染や炎症が生じ、その治癒過程で陰唇が癒着するため発症する。ほとんどの症例で外科的治療を必要とするが、術後の再癒着も多く報告されている。今回、異なる方法を用いて陰唇癒着症術後の再癒着を防止できた2症例について報告する。

【症例1】74歳、排尿時痛で受診し、陰唇癒着を認めた。外科的に癒着剥離後、表皮欠損部位を縫合したが、手術翌日より再癒着を繰り返したためストーマケアに使用される粉末皮膚保護剤（パリエア®パウダー）を創部に塗布したところ、以降は再癒着なく経過した。【症例2】76歳、排尿困難あり受診し、陰唇癒着を認めた。外陰部の再癒着防止のため、形成外科で瘢痕拘縮予防目的に用いられるZ形成術を行ったところ術後再癒着なく経過した。陰唇癒着症の頻度は低いですが、術後の再癒着は頻度が高く予防法を知っておくことは重要である。粉末皮膚保護剤の塗布およびZ形成術を用いた手術は再癒着防止に有用であった。

38

排尿障害をきたした腔内異物の1例

大阪はびきの医療センター

西川 恭平, 脇 啓太, 小川 憲二, 安川 久吉, 赤田 忍

腔内異物は小児女性の帯下異常や性器出血の疑うべき原因の1つである。今回、排尿障害を伴う若年腔内異物の1例を経験したため報告する。症例 10代前半、既往歴：特記なし、妊娠歴：0妊0産。現病歴：X年2月から尿失禁を認め、徐々に増悪したため4月に受診した。問診でX-2年にガラス製のコップを自己挿入したとのことであった。恥骨後面を圧排する直径3cm、長径7cmにコップが腔側に開口し嵌頓していた。腹圧性尿失禁を呈することから膀胱腔瘻の可能性も説明し、脊髄くも膜下麻酔下で腔内異物抜去術を施行した。6時方向に切開を加えて抜去、術後リークテストを行い、膀胱腔瘻無きことを確認した。腹圧性尿失禁は骨盤底筋体操により術後3か月で完治した。腔内異物症例において児童虐待を疑う場合は児童相談所と連携して診療にあたる必要がある。文献では腔内異物の下部尿路症状を伴う症例は10代後半からで、挿入後年単位経過したものが多かった。本症例では虐待を疑う所見はなく、膀胱腔瘻を呈さず、術後経過は良好であった。

39

ペッサリーリング挿入による子宮留膿腫の穿孔の1例

兵庫県立淡路医療センター

李 侑香, 金山 智子, 辻 麻亜子, 森内 航生, 伏見 萩子, 西野由香里, 西島 光浩

子宮留膿腫穿孔は子宮留膿腫の中でも稀な疾患である。今回我々はペッサリーリング挿入中に子宮留膿腫破裂を起こした症例を経験したので報告する。症例は84歳女性。子宮脱に対してペッサリーリング挿入中であった。当院受診6日前に発熱を認め抗生剤内服したが改善せず、受診3日前に前医で入院し抗生剤点滴を行うも、下痢、下腹部痛、反跳痛を認め当院に紹介となった。子宮内のリングの黄染、黒色壊死組織の固着を認め、子宮留膿腫破裂による骨盤内膿瘍が疑われ同日入院となり、翌日腹腔鏡下腹腔内ドレナージ術を施行した。術中所見は子宮後壁右側に穿孔を認め、穿孔を閉塞するように小腸癒着があり、ダグラス窩に膿汁貯留も認めた。術後経過は良好であったが入院7日目に残存する膿瘍に対しダグラス窩よりドレナージを施行し経過良好で退院となった。子宮留膿腫の原因としてペッサリーリングの長期留置が考えられた。ペッサリーリングの長期留置の症例で発熱、腹痛を認める場合は子宮留膿腫穿孔を鑑別として考慮する必要がある。

40

当院における子宮鏡下子宮中隔切除術の有効性の検討

兵庫医科大学

佐伯信一朗, 福井 淳史, 浮田 祐司, 加藤 徹, 脇本 裕, 柴原 浩章

【目的】中隔子宮は不妊症・不育症の原因となるとされ、子宮鏡下手術が行われるようになってきているが、子宮鏡手術のみでは、中隔切除範囲が不十分となることもある。今回、我々は術前 3D 超音波による評価、術中細径腹腔鏡の併用、術中透視併用による子宮鏡下子宮中隔切除術の有用性を検討した。【方法】2017 年 11 月から 2021 年 2 月までの間に当院で子宮中隔の診断で子宮鏡下子宮中隔切除術を施行した 10 例について検討した。【成績】手術時年齢の中央値は 33.0 (29-36) 歳、手術適応は不育症 6 例、不妊症 4 例であった。術前に 3D 超音波による子宮形態評価を行い、手術法は全例細径腹腔鏡を併用の上、子宮鏡下に子宮中隔を解放し、子宮形態正常化を術中透視にて診断した。手術時間の中央値は 75.5 (46-114) 分であり、合併症は認めなかった。術後妊娠を 4 例 (40%) で認めている。【結論】3D 超音波での診断、術中細径腹腔鏡併用および術中透視併用により、より安全・確実な子宮鏡下子宮中隔切除術を施行することが可能であると思われた。

41

婦人科悪性腫瘍におけるマイクロサテライト不安定性の頻度調査

関西臨床腫瘍研究会

青木 稚人, 中井 英勝, 望月亜矢子, 平嶋 泰之, 勝田 隆博, 西尾 真, 吉岡 恵美
竹中 基記, 奈須 家栄, 藤原 聡枝, 寄木 香織, 森 泰輔, 金田 倫子, 近藤 英司
荒川 敦志, 長野 浩明, 松村 謙臣, 伊藤 公彦

【目的】ペムブロリズマブのコンパニオン診断に MSI 検査キットを用いたマイクロサテライト不安定性(MSI) 検査が実施されている。MSI 検査キットは癌腫ごとの頻度など不明である事が多い。そのため症例を集積し MSI-high の頻度解析を行った。【方法】関西臨床腫瘍研究会 (KCOG) に所属する 11 施設で MSI 検査を実施した婦人科悪性腫瘍症例について、その癌腫や組織型の解析を行った。【成績】KCOG11 施設で MSI 検査は 507 例に実施され、MSI-high と判定されたのは 49 例であった。癌腫ごとでは子宮体癌が 43 例、子宮体癌と卵巣癌の重複癌が 2 例、子宮頸癌 2 例、卵巣癌と子宮肉腫がそれぞれ 1 例であった。【結論】子宮体癌の MSI-high の頻度は 20.8%であった。次世代シーケンサを用いた報告でも 20-30%とされており、同等の結果を得た。子宮頸癌や卵巣癌の MSI-high の頻度はそれぞれ 1.9%と 0.69%で、既報よりも低値であった。子宮体癌以外の癌腫ではペムブロリズマブ治療につながりにくく、MSI 検査の有用性が低い可能性が示唆された。

42

早期子宮体癌に対する腹腔鏡下手術後の再発についての検討

兵庫県立がんセンター

成田 萌, 北井 美穂, 鈴木 一弘, 中澤 浩志, 澁谷 剛志, 山本 香澄, 自見 倫敦,
矢野 紘子, 塩崎 隆也, 松岡 和子, 長尾 昌二, 山口 聡

【目的】低侵襲手術を行った子宮体癌の長期予後や再発については報告が少ないため、当院での治療成績について報告する。【方法】2016 年 6 月～2020 年 12 月までに腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術を施行した 217 例において、再発リスク分類・術後補助療法・リンパ節郭清の有無と再発頻度との関連を後方視的に検討した。【成績】術後再発リスクは、低リスク 153 例 (70.5%), 中リスク 46 例 (21.2%), 高リスク 18 例 (8.3%)。中リスク群で 26 例 (56.5%)、高リスク群で 9 例 (50%) に術後補助療法を行った。低リスク群で再発を認めなかったが、中リスク群で 5 例 (10.9%), 高リスク群で 2 例 (11%) に再発を認め、再発部位は傍大動脈リンパ節が最も多く (57.1%), ついで腔断端、肺転移が多かった (28.6%)。【結論】中リスク群の術後補助療法あり群で再発率が低い有意差はなかった。リンパ節郭清の有無で再発頻度に差をなかったが、傍大動脈リンパ節再発の頻度が高く、術後再発中・高リスクに対する系統的リンパ節郭清施行が予後に影響を与える可能性はあると考える。

43

腹腔鏡下後方骨盤除臓術を施行した腔癌の1例

大阪大学

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

骨盤除臓術は骨盤内に限局した進行, 再発癌に対し完全切除を目的として行われる. 今回我々は直腸・高位腔壁浸潤を伴う外陰癌との術前診断の下, 腹腔鏡下後方骨盤除臓術を行った症例を経験した. 74歳, 5妊3産. X-1.4年, 前医で右外陰部尖圭コンジローマと診断され, 経過観察となったが自己中断. X年不正出血, 外陰部痛と搔痒感が出現し, 腔入口部の生検で扁平上皮癌, 外陰部腫瘍は扁平上皮癌否定できない結果にて当院紹介となった. 右大陰唇腫瘍は外表面は肛門周囲まで, 深部は腔壁背側3/4周にわたり頭側7cmまで進展していた. 尿道浸潤は否定的で直腸浸潤が疑われ, 外陰癌 IVa 期と診断. 消化器外科と共同で腹腔鏡下後方骨盤除臓術, 人工肛門造設術, 両側鼠径リンパ節郭清を施行. 出血量 160ml, 術後尿失禁以外は順調に経過した. 術後病理組織診にて外陰コンジローマに近接するが連続性不明瞭な腔癌が腔後壁全長まで進展し, 両側鼠径リンパ節転移もあり腔癌IVa 期と診断. 現在, 術後補助療法を検討中である.

44

当院でのプラチナ製剤感受性再発卵巣癌に対するオラパリブ投与症例の後方視的研究

近畿大学

笹井 奈穂, 青木 稚人, 中井 英勝, 松村 謙臣

再発卵巣癌に対するオラパリブ維持療法の長期使用例における患者背景, 治療内容について後方視的に検討した. 当科でのオラパリブ投与 23 例のうち, 1 年以上継続投与が行われたのは 8 例, 2 年以上の継続投与が可能であったのは 3 例, 3 年以上投与可能であったのは 2 例であった. これら 8 例のオラパリブ開始時の年齢中央値は 66 歳 (54-78 歳), 組織型は高異型度漿液性癌 6 例 (75%), 高異型度類内膜癌 1 例 (12%), オラパリブ投与前化学療法レジメン数は 2 レジメンが 2 例 (25%), 1 レジメンが 6 例 (75%) であった. 直近でのプラチナ併用化学療法の直接効果は complete response (CR) : 4 例 (50%), partial response (PR) : 3 例 (38%) であった. オラパリブ治療増悪後の治療はプラチナ併用レジメン 2 例, 非プラチナレジメン 3 例であり直接効果はそれぞれ SD:100%, SD/PD:33%/67% であった. 今回はこの 8 症例について, 長期間奏効例の共通点を探究していく予定である.

45

当院での COVID-19 陽性妊婦の検討

大阪市立十三市民病院

沖 絵梨, 中田 真一, 本久 智香, 英久 仁子, 康 文豪

当院では 2020 年 5 月 1 日より新型コロナウイルス感染症専門病院となって以来, COVID-19 陽性妊婦の治療にも尽力してきた. 昨年 8 月から 12 月までの間に計 27 人の COVID-19 陽性妊婦の治療にあたってきた. これは当院での 8 月 1 日から 12 月 31 日までの新型コロナウイルスでの全入院患者 545 名の 4.9%にあたる. 感染時期としては妊娠中期 (14-27 週) の感染が 48.1%と最も多く, 感染経路としては家庭内感染が最も多く約 63%であった. またほとんどの症例が軽症または無症状であり, 中等症以上でステロイドによる治療を要した症例は 3 例で, うち 1 例は入院後呼吸状態の悪化を認め他院への転院を要した. これらは日本産婦人科医会の報告ともほとんど一致する. 妊婦の場合は COVID-19 の治療に際し使用できる薬剤や施行できる検査に制限があり, 家族全員で家庭内に新型コロナウイルスを持ち込まないような予防対策が重要と考えられる. COVID-19 陽性妊婦の疫学・治療につき当院での症例・治療経験をもとに若干の文献的考察を含め報告する.

46

当院における周産期メンタルヘルスケアの取り組みあさぎり病院看護部¹⁾，同産婦人科²⁾今橋 敦子¹⁾，原田奈津江¹⁾，田中あゆみ²⁾，河崎あさひ²⁾，池野 慎治²⁾，
三村 治²⁾，野原 当²⁾，藤原 卓夫²⁾

当院では2011年から妊娠情報シートを作成し支援が必要な妊婦を抽出して地域につなげるシステムを構築してきた。2018年からは産後1カ月健診時にエンゲル産後うつ質問票 (EPDS) を用い陽性褥婦への面談を追加した。今回は産後1カ月の褥婦が抱える問題点を明らかにし、今後の妊娠期からのかかわりに活かすことを目的として面談結果を分析したので報告する。対象は2018年10月からの1年間に産後1カ月健診を受けた1057名で、EPDS陽性は140名 (13%) であった。妊娠期から継続支援していた妊婦は59名 (6%) で、このうちEPDS陽性は12名 (EPDS陽性者の8%) のみであり、妊娠期には問題なしとなっていた残りの81名 (同92%) が産後に新たな悩みを抱えていた。初産婦では育児の不慣れによる不安、経産婦では上の子とのかかわりが最大の悩みであるが、夫への協力を求める声が共通して多いことが判明した。今後の課題はパートナーへの情報発信と、リスクの有無にとらわれない妊娠期からの積極的な継続支援であると思われた。

47

子宮型羊水塞栓症の臨床経過についての検討奈良県立医科大学¹⁾，奈良県総合医療センター²⁾佐道 俊幸^{1, 2)}，赤坂珠理晃¹⁾，吉元 千陽^{1, 2)}，常見 泰平¹⁾，小林 浩¹⁾

【対象，方法】第135回本学会周産期研究部会（テーマ「羊水塞栓症」）において報告された症例の内、担当医が子宮型羊水塞栓症と診断した13例を対象とした。【成績】妊婦背景としては初産婦6例 (46.2%)，双胎5例 (38.5%)，HDP1例 (7.7%)，早産1例 (7.7%)，帝切10例 (76.9%) であった。発症時期と症状は児娩出後30分以内の発症9例 (69.2%)，120分以内の発症13例 (100%)，子宮浮腫状腫大12例 (92.3%)，初回採血時低Fib血症 (<150mg/dL) 12例 (92.3%) であった。止血法は子宮内止血バルーン不成功5/5例 (100%)，動脈塞栓術不成功4/4例 (100%)，子宮摘出13例 (100%) であった。輸血量はRCC36単位 (16～116)，FFP 28単位 (16～104) であった。羊水塞栓症診断補助マーカーは血清Zn-CPI陽性1/11例 (9.1%)，血清STN陽性0/11例 (0%) であった。【結語】子宮型羊水塞栓症は帝切と双胎の症例が多い。治療法としては大量の輸血を行いつつ、子宮摘出が必要である。さらに従来の羊水塞栓症診断補助マーカーでは診断は困難である。

48

ERA(子宮内膜着床能検査)の臨床効果に関する国際共同臨床研究 (ランダム化比較試験)

医療法人オーク会オーク住吉産婦人科

田口 早桐，船曳美也子，中村 嘉孝

本研究では胚盤胞移植を受けた37歳以下の458名の患者がERA利用の個別化胚移植 (PET) 群，凍結融解胚移植 (FET) 群，新鮮胚移植 (ET) 群のいずれかにランダムに割り付けられ，着床率，妊娠率，流産率，出産率が比較検討された。まず，Intention to treat 解析において，最初の胚移植における累積妊娠率はPET群が93.6%とFET群よりも13.9パーセンテージポイント有意に改善した ($P=0.0005$)。また，Per protocol 解析においては，12カ月後の累積出産率はPET群が71.2%であり，FET群よりも15.8パーセンテージポイント有意に改善した ($P=0.04$)。したがってERAに関する臨床効果が国際的な多施設ランダム化比較試験によって暫定的に確認された。そこで本会では，我々の長年にわたる上記の研究内容及び結果の詳細を報告する。

49

GnRH アンタゴニストとして Relugolix を用いた採卵周期の最終成熟誘導法の検討HORAC グランフロント大阪クリニック¹⁾, 関西医科大学²⁾小宮慎之介^{1,2)}, 浅井 淑子¹⁾, 井上 朋子¹⁾, 岡田 英孝²⁾, 森本 義晴¹⁾

当院では、臨床研究として GnRH アンタゴニストとして Relugolix を用いた採卵周期を限定的に行っているが、buserelin acetate を用いた最終成熟誘導法を選択した症例の獲得胚数が少ないという臨床上の印象から、最終成熟誘導法 (Choriogonadotropin alpha, buserelin 点鼻, double boost (Choriogonadotropin + buserelin 点鼻))による採卵数、成熟(MII)卵数、分割期胚数を比較検討した。当院で 2019 年 1 月から 2020 年 8 月までの期間に実施された採卵周期のうち、Antagonist 法 1721 周期中、254 周期で Relugolix を使用した。結果、Relugolix の有無によらず、採卵数は最終成熟誘導法の影響を受けなかったが、成熟(MII)卵数および分割期胚数は Relugolix 使用群で buserelin acetate による最終成熟誘導法を選択した群で有意に減少した (それぞれ $p = 0.04, 0.01$)。以上より、Relugolix 使用周期の最終成熟誘導は、可能な限り buserelin 点鼻を避けるべきであることが示唆された。

50

COVID-19 陽性の抗リン脂質抗体症候群合併妊娠の 1 例

大阪医科薬科大学

夏山幸一郎, 吉田 篤史, 永易 洋子, 布出 実紗, 澤田 雅美, 杉本 敦子, 佐野 匠, 藤田 太輔, 大道 正英

今回、我々は COVID-19 陽性の抗リン脂質抗体症候群 (以下 APS) 合併妊娠を経験したので報告する。症例は、35 歳、6 妊 1 産。APS、抗 SS-A 抗体陽性であり、妊娠中にアスピリン、ヘパリン、プレドニゾロンを開始していた。以後、胎児発育不全兆候はなかったが、妊娠 35 週 1 日に胎児発育不全 (-1.9SD) 及び羊水過少を認め、胎児機能不全のため緊急帝王切開 (全身麻酔下) となった。児は 1606g、女児、Apgar score 0/1、臍帯動脈血ガス pH 7.222 であった。術前 COVID-19 抗原は陰性であったが翌日に COVID-19 PCR 陽性と判明した。児の同 PCR は陰性であった。術後 5 日目に母体 PCR 陰性を確認し退院となった。今回、COVID-19 罹患と胎児発育不全の関係は不明だが、ステロイド内服患者は易感染性となる為、COVID-19 流行下では慎重な管理が必要であると考えられた。

51

症候性先天性サイトメガロウイルス感染症に対する胎児治療と新生児治療の有効性の検討神戸大学¹⁾, 同小児科²⁾, 日本大学小児科³⁾, 手稲溪仁会病院不育症センター⁴⁾谷村 憲司¹⁾, 施 裕徳¹⁾, 内田 明子¹⁾, 上中 美月¹⁾, 今福 仁美¹⁾, 藤岡 一路²⁾, 森岡 一朗³⁾, 出口 雅士¹⁾, 寺井 義人¹⁾, 山田 秀人⁴⁾

【目的】症候性先天性サイトメガロウイルス感染症 (cCMV) 罹患児の 9 割が後遺症を有するとされる。症候性 cCMV に対する免疫グロブリン (Ig) を用いた胎児治療 (FT) と抗 CMV 薬による新生児治療 (NT) の有効性を調べた。【方法】倫理委員会承認と患者同意の下、症候性 cCMV の胎児に Ig の胎児腹腔内もしくは母体静脈内投与による FT を、cCMV 新生児に抗 CMV 薬 (バルガンシクロビル) による NT を実施した。FT もしくは FT と NT の両方を受けた児の 1.5 歳時、3 歳時の神経学的予後を調べた。【結果】2009~2019 年の間に 15 例に対し FT を実施した。FT により、胎児発育不全 6 例中 4 例で推定胎児体重の増加、1 例で脳室拡大と肝腫大の消失、1 例で一時的な腹水の消失を認めた。死亡 2 例と 1.5 歳未満 2 例を除く 11 例 (FT+NT 10 例, FT 1 例) のうち、正常発達 46%, 軽度障害 36%, 重度障害 18% であった。【結論】FT と NT の組み合わせによって、症候性 cCMV 罹患児の神経学的予後を改善できる可能性がある。

52

臨床症状からは診断困難だった周産期リステリア症の2例

京都大学

山野 和紀, 大須賀拓真, 川崎 薫, 森内 芳, 松坂 優, 滝 真奈, 山口 綾香
最上 晴太, 近藤 英治, 万代 昌紀

周産期リステリア症は非特異的な臨床症状を呈し、児の状態が急激に悪化するが、管理方法は確立していない。今回異なる転帰に至った2例を報告する。症例1は32歳初産婦。妊娠32週切迫早産で紹介された。発熱なく、採血で白血球増多・CRP高値を認め子宮内感染疑いで抗菌薬を投与した。翌日胎動減少を自覚、CTGで胎児機能不全の診断で緊急帝王切開を施行したが、児は蘇生処置に反応せず同日死亡した。臍帯静脈血培養でリステリアが検出された。症例2は41歳初産婦。成人スティル病に対しステロイドを内服していた。妊娠31週発熱・関節痛を認め成人スティル病再燃の疑いで紹介された。血液培養のグラム染色と質量分析法でリステリアが疑われ、児への感染回避のため同日緊急帝王切開を施行した。リステリアに伴う胎盤絨毛炎を認めたが、児の培養検査ではリステリアは検出されず、経過良好であった。リステリア症は臨床症状からの診断に苦慮するが、念頭におくことで早期診断につながり、児の状態悪化を避けられる可能性がある。

53

EBウイルス関連非外傷性脾破裂による出血性ショック後に発症した高度子宮腔癒着症の1例

兵庫県立尼崎総合医療センター

尾崎 孝宏, 三好さゆり, 松井 克憲, 高石 侑, 増田 望徳, 池田真規子
安田 美樹, 安堂有希子, 佐藤 浩, 田口 奈緒, 廣瀬 雅哉

症例は22歳の未妊女性で、13歳の初経以降、整調な月経を有していた。近医にて伝染単核球症との診断を受け、糖質ステロイド投与を受けていた。発症約1カ月後に突然意識消失となり当院に救急搬送され、腹腔内出血、出血性ショックのため緊急開腹術を施行され脾破裂のため脾摘を受けた。術後、腹部コンパートメント症候群、多臓器不全を来し、集中治療を受けた。術後病理診断はEB（Epstein-Barr）ウイルス関連脾腫であった。後遺症なく回復し退院したが、約6カ月間の無月経を主訴に当科を紹介された。子宮内膜は薄く、子宮動脈の血流パターンは正常であった。下垂体・卵巣ホルモン、甲状腺ホルモン値は正常であった。造影MRIでは子宮筋層は正常に造影された。ホルモン療法にても月経発来せず、子宮内膜厚の増加も認めなかった。ヒステロファイバースコピーで内子宮口付近から奥の子宮腔癒着を認め、高度子宮腔癒着症（AFS分類3期）による子宮性無月経と考えられた。エコーガイド下の硬性子宮鏡による子宮腔癒着剥離術を施行した。

54

妊娠糖尿病初期スクリーニングにおけるカットオフ値に関する検討

日本生命病院

藤吉恵津子, 田村 聡, 菊池 香織, 岡藤 博, 宮本真由子, 沈 嬌, 邨田 裕子
田中 彩香, 矢野 悠子, 八田 幸治, 高山 敬範, 潮田 至央, 佐伯 典厚, 橋本奈美子

欧米人に比べ、日本人はインスリン分泌予備能が低く、軽度のインスリン抵抗性状態においても糖代謝異常を発症しやすい。妊娠初期の血糖コントロールは、胎児形態異常との関連を指摘されており、妊婦健診での糖代謝異常スクリーニングが推奨されている。わが国における耐糖能のスクリーニングは、産婦人科診療ガイドラインに沿い、妊娠初期の随時血糖法と妊娠中期の50gGCT法あるいは随時血糖法を行い2段階で行っている。妊娠初期のスクリーニングは妊娠中の明らかな糖尿病を見出すことを目的としているが、カットオフ値は不明瞭であり、各施設で独自に設定している。慣習的には95mg/dlもしくは100mg/dlに設定している施設が多い。当院ではより正確なスクリーニングの導入を目指し、2020年5月よりカットオフ値を100mg/dlから95mg/dlに変更した。変更に伴う妊娠中の糖代謝異常、周産期合併症の検出力の変化について検討し、文献的考察を加えて報告する。

55

妊娠糖尿病における母体インスリン抵抗性・分泌能から見た在胎不当過体重児の関連因子

大阪母子医療センター

北 采加, 金川 武司, 五十川智司, 川口 晴菜, 山本 亮, 笹原 淳

岡本 陽子, 光田 信明, 石井 桂介

【目的】GDMにおけるHFD児に関連する因子をインスリン抵抗性・分泌能を含めて明らかにする。【方法】GDMと診断された単胎妊婦を対象にした後方視的研究である。インスリン抵抗性指標としてHOMA-R, QUICKI, インスリン分泌能指標としてHOMA- β , Insulinogenic Index (II) を使用し, ロジスティック回帰分析を用いてHFDに対する調整オッズ比を算出し, 関連する因子を同定した。【成績】HFDに関連する独立因子は, HOMA-R (aOR 1.334, $P=0.038$) と妊娠期間中の週当たりの体重増加量 (aOR 28.224, $P=0.004$) であった。【結論】GDM妊婦のインスリン抵抗性と妊娠中の体重増加がHFDと関連していた。GDM妊婦の至適な管理指針の確立に向けて検討するには, さらなる大規模な集団での検証が望ましい。

56

当院における分娩誘発における検討

国立循環器病研究センター

岡 愛実子, 中西 篤史, 徳永 詩音, 石川 渚, 田伏 真理, 亀井 裕史, 笹ヶ迫奈々代

月村英利子, 柿ヶ野藍子, 塩野入 規, 神谷千津子, 岩永 直子, 吉松 淳

【背景】分娩誘発の不成功率は20%とされる。今回我々は、当院での誘発成功・不成功と関連する因子を明らかにすることを目的とし後方視的検討を行った。【方法】2018年11月～2020年11月に当院で分娩誘発を行った128例のうち、誘発不成功を有効陣痛が得られなかった症例または分娩第1期で分娩停止に至った症例と定義し、これ以外の理由で帝王切開となった25例を除外した103例を対象として誘発不成功となる因子を検討した。【結果】成功群81例(78.6%), 不成功群22例(21.4%)で、多変量解析では、初産、出生体重、Bishop scoreが不成功率と有意な関連を認めた。Bishop score<7点での誘発不成功の感度は0.83、陰性的中率は0.84であった。【結論】分娩誘発において、Bishop score ≥ 7 点が有益であることが改めて確認された。当院では分娩誘発を必要とする心疾患合併妊娠を多く管理しており、今回の結果を今後の誘発分娩で活かしたい。

57

当院で陣痛誘発を行った頸管熟化不全症例の検討

プロウペス(ジノプロストン腔内留置用製剤)の使用経験を含めて

三菱京都病院

安藝 恵, 杉並 興, 村山 有美, 小林 弘尚, 中妻 杏子, 佐々木聖子, 堀江 克行

当院では医学的に適応のある陣痛誘発に加えて、和痛分娩のための計画分娩としても陣痛誘発を行っている。陣痛誘発開始前のBishop scoreが低い頸管熟化不全症例では、陣痛誘発に難渋し分娩までに時間を要することが多い。これまで頸管熟化不全に対しては、湿性頸管拡張剤やメトロイリンテルのような器械的頸管熟化処置や、ジノプロストン経口薬やプラステロン硫酸ナトリウムなどの頸管熟化薬の投与を行っていた。2020年4月にプロウペス(ジノプロストン腔内留置用製剤)が日本でも発売され、12月から当院でも使用を開始した。プロウペスの使用は自費診療であり薬価も高額であるが、頸管熟化不全がある症例でも順調に分娩に至る印象である。今回我々はプロウペス導入前の2018年4月から2020年11月における当院での分娩1498例のうち、誘発開始時にsimplified Bishop score(子宮口開大度、展退度、児頭下降度)が2点以下と頸管熟化不全が高度であった153例について、後方視的に解析を行った。また、当院でのプロウペスの使用経験について報告する。

58

膀胱浸潤を疑う前置癒着胎盤に対する 緊急帝王切開術の出血コントロールに REBOA が著効した 1 例

大阪大学

金光 麻衣, 中村 幸司, 川西 陽子, 前中 隆秀, 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】膀胱浸潤を伴う前置癒着胎盤症例の帝王切開は入念な準備をした予定手術でも大量出血を来すことが多い。今回緊急手術を要した前置癒着胎盤症例で蘇生的大動脈内バルーン遮断 (REBOA) が著効した一例を経験した。【症例】42 歳 G4P2 産 (C/Sx2 回) 自然妊娠成立後, 前医で膀胱浸潤を疑う全前置癒着胎盤と診断され, 妊娠 27 週 0 日警告出血のため前医緊急入院し, 3 日後当院転院搬送された。妊娠 28 週 0 日活動性の性器出血を認め, 緊急帝王切開決定。術中大量出血を予想し, 全麻下に REBOA カテーテル挿入し帝王切開を施行。児娩出後 REBOA で骨盤内血流を遮断しつつ可及的に膀胱剥離し, 脛上部切断術及び膀胱修復術を行った。術中出血量は 1500ml, 術後経過良好であった。【結語】過去 5 年間膀胱浸潤を疑った前置癒着胎盤症例で帝王切開と同時に子宮摘出を行った症例は 3 例で平均術中出血量は 2533ml (2500-2600ml) であった。本症例のように術中大量出血が予想される帝王切開症例で REBOA は出血コントロールに有効と考えられる。コントロールに有効と考えられる。

59

帝王切開に工夫を要した脊髄損傷合併妊娠の 1 例

京都府立医科大学

小嶋 哲, 田中佑輝子, 沖村 浩之, 前田 英子, 馬淵 亜希, 藁谷深洋子, 森 泰輔
北脇 城

38 歳, 初妊。20 歳時に交通外傷による脊髄損傷 (C5) のため, 膀胱皮膚瘻を下腹部正中に造設した。体外受精で妊娠成立し当院へ紹介された。子宮収縮の自覚がないため頸管長測定で切迫早産の有無を評価した。妊娠 36 週に左下肢深部静脈血栓を認め, ヘパリン投与を開始し IVC フィルターを留置した。妊娠進行に伴い, 自律神経過反射による血圧変動が著明となり, 脊椎くも膜下麻酔での術中血圧管理が困難と判断し, 37 週 4 日, 全身麻酔下 (硬膜外麻酔併用) に選択的帝王切開を行った。膀胱皮膚瘻カテーテル挿入部を避けて皮膚切開し開腹したところ, 子宮体部前面に膀胱が強固に癒着していたため, 膀胱を避けて子宮体部縦切開を加え頭位より児を娩出した。児は 2668g, 女兒, Apgar score 8/8 であった。母体は術後ワルファリンカリウム内服を再開し, IVC フィルターを抜去, 肺塞栓症なく経過した。脊髄損傷合併妊娠は様々な合併症が起こりやすいハイリスク妊娠である。妊娠初期から各科と連携し, 適切に管理することが重要である。

60

広汎子宮頸部摘出術後妊娠の周産期予後不良因子についての単一施設後方的検討

京都大学

岡本葉留子, 滝 真奈, 森内 芳, 大須賀拓真, 松坂 優, 山口 綾香, 川崎 薫
最上 晴太, 近藤 英治, 万代 昌紀

広汎子宮頸部摘出術後妊娠 (RT; radical trachelectomy) は残存頸管長と早産の関連が示唆されているが, 予後を規定する因子は明確ではない。当院で RT 後管理を行った 13 分娩の妊娠中期の頸管長, Nugent score (NS) と周産期予後との関連を検討した。分娩週数の中央値は妊娠 35 (32-37) 週であり, 早産 9 例全例に早期産前期破水 (pPROM; preterm premature rupture of membrane) を認めた。頸管長の中央値は正常産群 23 (13-24) mm, 早産群 23 (17-27) mm と有意差はなかった。34 週以降の破水 3 例 (late pPROM 群) と 34 週未満の破水 6 例 (early pPROM 群) で, 頸管長に有意差はなかった。NS $\geq$ 4 は late pPROM 群 0 例 (0%) に比して, early pPROM 群 4 例 (67%) であった。RT 後妊娠では前期破水から早産に至るリスクが高い。妊娠中期の頸管長は早産と pPROM へのリスクに関与しなかった。

61

当院で経腹的子宮頸管縫縮術を行った4症例の検討

兵庫医科大学

上東真理子, 岡村 直哉, 味村 志穂, 田島 千裕, 山口 桃李, 郡山 直子, 加藤 徹,
柴原 浩章

経腹的子宮頸管縫縮術 (transabdominal cerclage ; TAC) は子宮頸部手術後で解剖学的に経腔的子宮頸管縫縮術 (transvaginal cerclage ; TVC) が困難な症例や, TVC 後の流早産既往のある症例を適応とする。今回, 当院で TAC を施行した4症例を報告する。症例1: 39歳の初産婦。CIN3で円錐切除既往があり TVC 不能のため17週5日で TAC を施行し 37 週 5 日で選択的帝王切開術を施行した。症例2: 24歳の経産婦。症例1と同じ理由で13週5日に TAC を施行, 37 週 0 日に選択的帝王切開術を施行した。症例3: 37歳の初産婦。子宮頸癌IB期に対し広範子宮頸部円錐切除術既往があり, 術後1回目の妊娠時に TVC を施行したが18週で破水し死産となった。2回目の妊娠後, 13 週 4 日で TAC を施行し 37 週 0 日に選択的帝王切開術を施行した。症例4: 36歳の初産婦。子宮頸癌IA1期に対し円錐切除既往あり TVC 不能のため18週2日に TAC を施行, 28 週現在, 妊娠経過は良好である。子宮頸部短縮症例は流早産の risk が高く, 解剖学的にも TVC が困難な症例が多いが, TAC を施行することで周産期予後を改善することが可能であった。

62

妊娠後期に妊娠性肝内胆汁うっ滞症を発症した1例

耳原総合病院

齋藤 庸太, 松原 侑子, 小川 萌, 岩田 隆一, 瀧口 義弘, 高木 力, 松岡 智史
内田 学, 坂本 能基

妊娠性肝内胆汁うっ滞症は胎児発育不全や子宮内胎児死亡の原因となりうる疾患である。今回我々は, 妊娠後期に妊娠性肝内胆汁うっ滞症を発症した1例を経験したので報告する。症例は30歳女性, 1妊0産, 既往歴・内服歴共になし。妊娠34週健診時には, 身体症状を認めなかったが, 血液検査でAST 140 IU/L, ALT 210 IU/Lと肝酵素の上昇を認めた。妊娠36週時にはAST 232 IU/L, ALT 314 IU/Lと増悪し, TBA (総胆汁酸) 34.5 mol/Lと上昇を認めた。原因検索を行ったが, HELLP 症候群, ウイルス性肝炎, 薬剤性肝炎, 自己免疫性肝炎は否定であった。妊娠性肝内胆汁うっ滞症の可能性が高く, 早期に分娩を行う方針とした。妊娠37週0日に分娩誘発を開始したが分娩進行を認めず, 妊娠37週2日に帝王切開を施行した。児は体重 2632g, apgar score 8/9であった。産褥4日目にAST 31 IU/L, ALT 79 IU/Lと改善を認め, 一カ月健診時には正常化した。産褥経過からも妊娠性肝内胆汁うっ滞症であった可能性が高いと考えられた。

63

妊娠中に胆嚢捻転と診断し良好な経過をたどった1症例

滋賀医科大学

小川智恵美, 桂 大輔, 星山 貴子, 所 伸介, 林 香里, 全 梨花, 辻 俊一郎
山田 一貴, 木村 文則, 村上 節

胆嚢捻転は稀でありかつ術前診断が困難であるにも関わらず胆嚢炎と誤診すると, 敗血症や死亡する可能性がある重篤な疾患として知られている。妊娠中の発症となると極めて稀となるが, 妊娠後期に胆嚢捻転を分娩前に診断し良好な経過を経た1例を経験したので報告する。症例は37歳7妊3産の既往帝王切開後妊娠。妊娠34週5日に心窩部痛を主訴に当科を受診し, 38度の発熱と白血球・CRP 上昇を認めたが, 肝胆道系酵素は正常であった。しかし, 経腹超音波にて胆石を伴わない胆嚢腫大と壁肥厚, 単純CTの冠状断にて肝臓の胆嚢床から胆嚢が遊離している‘floating gallbladder’の所見を認めたため胆嚢捻転と診断し帝王切開術と胆嚢摘出術を同時に施行した。胆嚢は胆嚢管を軸に時計回りに360度回転し暗赤色に変色していた。妊婦が心窩部痛または右季肋部痛を訴えた場合は超音波で胆嚢の所見を見ることも重要であり, 胆石を伴わない胆嚢腫大を認めた際にCTにて胆嚢床の評価を行うことは胆嚢捻転を疑う上で有用であると考えられた。

64

計画分娩中に急激な凝固異常を合併する HELLP 症候群を発症した 1 例

大阪大学

折出 唯志, 川西 陽子, 平松 宏裕, 前中 隆秀, 戸田有朱香, 三宅 達也, 中村 幸司
味村 和哉, 木村 敏啓, 木村 正

33 歳, 初産婦, タイミング療法で妊娠成立. 分娩時疼痛への不安によりパニック障害の増悪を認め, 内服薬を調整し, 計画無痛分娩の方針とした. その他特記すべき異常は認めず. 妊娠 39 週 3 日に分娩誘発を開始し, 妊娠 39 週 6 日, オキシトシン投与開始 3 時間後に軽度高血圧 (146/87mmHg) を認めた. 17 時間後に重症高血圧 (180/110mmHg) と硬膜外穿刺部の出血あり. 採血上, 血小板減少 (95000/ μ l)・フィブリノーゲン (以下 Fib) 低値 (65mg/dl)・肝酵素上昇を認め, HELLP 症候群と診断した. 分娩進行中のため, 著明な凝固障害 (Fib 最低値 17mg/dl) に対して FFP (6 単位)・Fib 製剤 (3g) を投与した. 子宮口 9cm 開大で分娩停止となり, 十分な輸血を準備し緊急帝王切開術を行った. 弛緩出血に対し, 子宮収縮剤投与・compression suture・子宮内バルンで止血を得た. 術中出血は 2250ml, 総輸血量は RBC 10 単位・FFP 22 単位・血小板 20 単位, Fib3g 追加投与で分娩後母体は速やかに回復した. 分娩誘発中に高度な凝固障害を伴う HELLP 症候群を認めたが, 迅速な輸血により母児共に後遺症なく救命できた. 類似症例の文献的考察と共に報告する.

65

妊娠高血圧症候群の指摘なく子癇発作を発症した 1 例

兵庫県立西宮病院

西森 早苗, 信永 敏克, 増原 完治, 山部 エリ

32 歳初産婦, 自然妊娠で妊娠成立され近医で妊婦検診を施行. 血圧含め特記すべき異常なく経過. 2020 年 8 月 4 日, 40 週 3 日陣痛発来を主訴に前医受診, 8 月 5 日 1 時 50 分子宮口 6 cm となりその後微弱陣痛により 7 時 30 分よりオキシトシンで促進開始. 10 時 35 分に子宮口全開大となり, モニターにて reassuring 確認. 11 時 52 分突然痙攣発作が起き最下点 60bpm の prolong deceleration を認めた. St+2 を確認, 鉗子分娩にて 11 時 55 分児娩出に至った. 12 時 4 分血圧 166/99mmHg でありアダラート 5mg 投与, ホリゾン投与の上当院へ搬送となった. 当院到着時は意識生命, 血圧 139/87mmHg HR 138/min であった. 硫酸マグネシウム投与開始し, 精査の結果 MRI にて PRES の所見認められ子癇発作と診断. イーケプラ投与開始, 降圧剤内服なく血圧は正常域で推移. その後も痙攣発作症状認めず, 経過良好で 8 月 14 日に退院. 10 月 26 日の MRI で PRES の所見は改善していることが確認された. 今回, 妊娠中には妊娠高血圧症候群の指摘はなく, 分娩中に非重症域の血圧となり子癇発作が前駆症状なく生じた 1 例を経験した.

66

妊娠 32 週に脳梗塞を発症した 1 症例

大阪市立大学

宮森 美花, 田原 三枝, 千菊 智紀, 中野 千春, 奥村 真侑, 小西菜普子, 末包 智紀,
末光 千春, 瀬尾 尚美, 中井 建策, 福田恵梨子, 羽室 明洋, 三枚 卓也, 中野 朱美,
橘 大介, 古山 将康

日本での妊産婦脳卒中は分娩 10 万に対し 10 程度であり, そのうち虚血性脳卒中の占める割合は約 25% である. 今回我々は妊娠 32 週に脳梗塞を発症した症例を経験したので報告する. 症例は 20 歳, 1 妊 0 産で自然妊娠成立後, 近医で妊婦健診を受けていた. 妊娠 32 週 2 日失語症を発症し, 妊娠 32 週 4 日に前医を受診, 頭部 MRI で左中大脳動脈領域の脳梗塞を認め当科に搬送となった. 発症から 2 日以上経過しており脳梗塞の超急性期治療の適応はなく産科的異常も認めなかったため, 未分画ヘパリンによる抗凝固療法等を行い, 妊娠を継続した. 再発はなく, 妊娠 37 週 6 日, 硬膜外麻酔下での経陰分娩により 2440g の女児を出産した. 妊娠中, 産後の精査では深部静脈血栓症や心原性脳塞栓症をおこす基礎疾患, 血液凝固異常等は認めなかった. 妊娠中に発症する脳梗塞は稀であるが, その治療, 分娩時期, 分娩方法は症例毎に検討する必要がある.

67

当院における子宮頸管縫縮術の手術関連有害事象についての検討

大阪母子医療センター

來間 愛里, 林 周作, 黄 彩実, 山本 亮, 光田 信明, 石井 桂介

【目的】子宮頸管縫縮術の有害事象について検討する。【方法】2008年から2019年に子宮頸管縫縮術の適応となった単胎妊婦を physical exam-indicated cerclage (PEIC), ultrasound-indicated cerclage (UIC), history-indicated cerclage (HIC)の3群に分類し、術後2週間までの周術期と分娩周辺期の有害事象の頻度及び術後1週間以内の破水もしくは分娩の関連因子を後方視的に検討した。【結果】解析対象は279例(PEIC145例, UIC96例, HIC38例)であった。各群における周術期有害事象の頻度は、順に27.6%, 10.4%, 7.9%であった($P<0.01$)。各群における分娩周辺期有害事象の頻度は、順に12.4%, 11.5%, 18.4%であった($P=0.54$)。術後1週間以内の破水もしくは分娩はPEIC群のみに認め(11.0%), その関連因子は術前の腔内胎胞突出であった(調整オッズ比 6.33; 95%信頼区間, 2.05-19.58; $P<0.01$)。【結論】周術期有害事象はPEIC群で多かった。腔内胎胞突出を術前に認めた場合にはPEIC後早期の破水や分娩に注意が必要である。

68

妊産婦の骨密度と妊娠授乳関連骨粗鬆症との関連についての検討

済生会兵庫県病院¹, 同整形外科²豊永 絢香¹, 牧原 夏子¹, 市橋さなえ¹, 中奥 大地¹, 坂本 綾子¹, 船田菜津子¹,
藤田 一郎¹, 左右田裕生¹, 佐野 翔平², 井口 哲弘²

【目的】妊娠授乳関連骨粗鬆症(PL0; pregnancy and lactation-associated osteoporosis)は、脊椎圧迫骨折を認めることが多い。強い疼痛による育児制限を伴うため予防が肝要である。我々は妊産婦の骨密度とPL0との関連を明らかにすることを目的とし検討を行った。【方法】当院受診の妊産婦を対象とし、妊娠初期および産褥早期に超音波骨量測定装置を用いて骨密度を測定した。【結果】妊娠初期32名の測定ではTスコア-1.0以上(正常に相当)が20名、-2.5より大きく-1.0未満(骨量減少に相当)が10名、-2.5以下(骨粗鬆症に相当)が2名であった。産褥早期35名では、同様に22名、11名、2名であった。【考察】Tスコア-1.0未満例は、妊娠初期12名(38%), 産褥早期13名(37%)であった。比較的若年者である妊産婦において妊娠初期より骨密度低下例を認め、PL0予防のための早期介入の必要性が示唆された。

69

薬物内服のある妊婦の授乳状況についての後方視的検討

奈良県立医科大学¹, 同薬剤部²橋口 康弘¹, 山本皇之祐¹, 中谷 真豪¹, 三宅 龍太¹, 山中彰一郎¹, 竹田 善紀¹,
大西 俊介¹, 中野 和俊¹, 市川麻祐子¹, 赤坂珠理晃¹, 成瀬 勝彦¹, 前田 雅之²,
宮原芽久美²

【目的】妊娠中に向精神薬や抗てんかん薬などを内服している場合は新生児薬物離脱症候群(Neonatal abstinence syndrome, NAS)の発症や母乳継続に留意が必要であり、当院では新生児科、薬剤部と連携して対応している。今回、これらの臨床背景を検討することで、当院での管理を顧みることを目的した。【方法】2018年1月～2020年5月の当院のNAS発症リスクのある薬剤を内服している妊婦と出生した児58例を対象とし、その臨床背景等を検討した。【結果】母体の背景疾患はてんかん18例、気分障害10例、統合失調症10例、不安障害6例、その他14例であった。出生児58例で分娩後に断乳した例は16例(28%)であった。断乳の理由は薬物の母乳移行に対する不安が最も多く、7例であった。薬剤師が口頭で指導するなどして介入した症例では、断乳率は18%であった。無介入例では断乳率40%であった。【結語】薬剤師が介入した症例では断乳率が低く、薬剤師からの適切な情報提供によって不必要な断乳を回避できている可能性が示唆された。

70

妊娠中に血小板輸血を要する高度な血小板低下を認めその鑑別に苦慮した 1 例

大阪市立総合医療センター

白川 潤一, 松本 厚, 井上 基, 小松 摩耶, 柳井 咲花, 三田 育子, 西本 幸代
中村 博明, 中本 収

妊娠中の血小板減少の原因は、妊娠性血小板減少症、妊娠高血圧腎症、HELLP 症候群に加え、特発性血小板減少性紫斑病（以下 ITP）、TTP や HUS・aHUS・その他の二次性血栓性微血管症など多岐にわたり、鑑別に注意が必要である。今回、鑑別に苦慮する高度な血小板減少症例を経験したので報告する。38 歳、4 妊 3 産。高血圧合併妊娠と血小板減少で妊娠 26 週 4 日に当院に紹介された。血小板数 $3.6 \text{ 万}/\mu\text{L}$ 、抗血小板抗体・血小板表面抗体が陽性であった。尿蛋白・肝機能障害は認めず、FGR の合併にて加重型妊娠高血圧腎症としたものの、HELLP 症候群も認めなかった。ITP の合併を疑いステロイド投与、グロブリン投与を行ったが、治療抵抗性であり血小板 $9 \text{ 千}/\mu\text{L}$ まで低下し、血小板輸血を要した。その後も血小板低下は遷延し、また胎児機能不全徴候、尿蛋白出現も認め、妊娠 28 週 5 日に緊急帝王切開術を施行した。分娩後は、血小板数は正常となり、血小板自己抗体は共に陰性化した。妊娠を契機とした免疫性の血小板減少を疑う経過であったと判断した。

71

静脈確保が困難であった異所性妊娠に対し術後に覚せい剤中毒が判明した 1 症例

大阪市立大学

千菊 智紀, 羽室 明洋, 末包 智紀, 中井 建策, 植村 遼, 札場 恵, 北田 紘平,
田原 三枝, 三枚 卓也, 橘 大介, 古山 将康

症例は 36 歳、5 妊 3 産。腹痛のため近医受診し異所性妊娠が疑われた。両側前腕に多数のリストカット跡を認め、10 回以上採血や血管確保を試みるも困難であり、前医紹介したがそこでも血管確保困難にて当院に搬送となった。搬送時、血圧 $130/110\text{mmHg}$ 、脈拍 105 回/分、左付属器に 5cm 大の腫瘤、ダグラス窩にフリースペースを認めた。当院でも採血、血管確保は困難で、麻酔科にコンサルトし中心静脈路確保し手術を行うことを決定し、患者にもその旨を説明し同意を得た。中心静脈路確保の上、手術は腹腔鏡下左卵管切除を行い、手術時間は 77 分、腹腔内出血は 300g であった。術後経過は良好で 3 日目に退院となったが以降の受診はなかった。術後 2 日目に、本人より「24 歳時に覚せい剤で逮捕され、血管に沿って自己注射していた」との発言あった。本症例はショックバイタルでの症例ではなかったが、今後は分娩等含め産科的にも緊急対応が困難になることが予想される症例を経験した。本症例を考察も含め提示する。

72

家庭内暴力（DV）による常位胎盤早期剥離で帝王切開となった 1 例

兵庫県立西宮病院

畑山 裕生, 西森 早苗, 山本 岳, 尹 純奈, 山部 エリ, 北井 俊大, 増原 完治
信永 敏克

常位胎盤早期剥離の発生要因の 1 つに腹部の鈍的外傷がある。今回我々は、家庭内暴力を契機に、来院後 7 時間以上経過してから発症した常位胎盤早期剥離の 1 例を経験したので報告する。症例は 40 歳 4 回経産婦、未入籍の妊婦で、自然妊娠にて成立し 24 週時に当院初診の特定妊婦。妊娠経過に特記すべき異常なし。32 週 4 日にパートナーの DV による全身打撲により救急搬送された。搬送時、左眼瞼は腫脹のため開眼不可、頸部痛、左腰部痛、全身打撲を認めた。来院後の診察では胎児 well-being、胎盤後血腫、破水、性器出血などは認めず、不規則な子宮収縮を認めていた。来院後 7 時間経過後の診察にて子宮口 2cm 開大、持続出血はないが、腔内に少量の血腫貯留あり、不規則な子宮収縮は持続。来院 1 時間後に胎児心拍異常を認め、内診にて子宮口全開大、臍帯先進を認めたため帝王切開となり、2116g (AGA) の男児を Ap5/9 にて娩出。胎盤の辺縁に血腫付着を疑う所見あり、病理検査で常位胎盤早期剥離の診断。術後経過は良好であり、術後 7 日目退院となった。

73

急性白血病合併妊娠の1例

大阪医科薬科大学

吉田 篤史, 澤田 雅美, 夏山幸一郎, 布出 実紗, 永易 洋子, 杉本 敦子,
藤田 太輔, 大道 正英

妊娠中に急性白血病を発症することは極めて稀とされている。今回われわれは、子宮内胎児死亡に至った急性白血病合併妊娠の一例を経験したので報告する。症例は、45歳、2妊1産。鼻出血を主訴に来院し、B細胞性急性白血病と診断され、同時に妊娠17週であることが判明した。著明な血小板数低下と貧血を認め、DICの状態であったため、輸血と化学療法優先し、血液データの改善を待って人工妊娠中絶の方針となった。しかし造血不全は改善せず、また妊娠18週5日に子宮内胎児死亡を確認したため、輸血を行いながら妊娠19週0日にプレグランディンを用いて死産児を娩出した。出血増加や子宮内感染は認めなかったが、全身状態が改善しないまま、産後16日目に死亡退院となった。急性白血病は診断後早急に治療を開始しなければならない。また病状によっては児娩出のリスクが高く、病態に影響する場合もある。血液内科と連携しながら、適切な児娩出や化学療法のタイミングを判断することが必要である。

74

再発卵巣癌に対する化学療法中に気腫性膀胱炎を発症した1例

関西医科大学

武田 恵美, 横江 巧也, 安原 由貴, 久松 洋司, 角 玄一郎, 北 正人, 岡田 英孝

気腫性膀胱炎(emphysematous cystitis:EC)は、膀胱壁周囲にガス貯留をきたす稀な細菌感染症である。卵巣癌の化学療法中に合併したECの報告は過去になく、今回経験した症例を報告する。患者は71歳女性、卵巣癌Ⅲc期に対して治療中で、基礎疾患に糖尿病、関節リウマチがある。X-4年に子宮+両側付属器+骨盤内・傍大動脈リンパ節+大網切除術及び補助化学療法を施行後、リンパ節再発を繰り返していた。X-1年11月よりGemcitabine+Carboplatin+Bevacizumabによる化学療法を開始後、X年1月に発熱と意識障害で救急搬送となった。来院時、ショックバイタルであり、CTで膀胱周囲に気腫性変化をみとめた。これまでも化学療法中に感染を繰り返していた経緯から、ECを主座とする敗血症性ショックと診断し、抗生剤を中心とした保存的治療を行った。治療経過とECを来した原因について、過去の文献的考察を加えて報告する。

75

著明な変性をきたした卵巣線維腫によるMeigs症候群の1例

ベルランド総合病院

青木 淑恵, 仲尾 有美, 藤田 葵, 宮澤 彩, 松山佳奈子, 小和 貴雄
松木 貴子, 吉村 明彦, 濱田 真一, 大西 洋子, 山崎 正人, 村田 雄二

Meigs症候群は、良性の卵巣線維性腫瘍に腹水や胸水を伴い、腫瘍摘出により胸腹水が消失し再貯留しないものと定義されている。今回、巨大骨盤内腫瘍に胸水を伴い画像検査で卵巣腫瘍の診断に苦慮したMeigs症候群の一例を経験したので報告する。症例は72歳、近医にて両側胸水を指摘され当院紹介となった。心不全は認めず、単純CT検査で約18cm大の骨盤内腫瘍を認めた。内診、超音波検査では非常に硬い充実部と多房性嚢胞性腫瘍が混在し卵巣悪性腫瘍を疑ったが、造影MRI検査では子宮筋腫と画像診断された。胸水細胞診、組織診で悪性所見は認めず、Meigs症候群またはpseudo-Meigs症候群を疑い手術を行った。左卵巣腫瘍と判明し、術中迅速検査は良性であり単純子宮全摘ならびに両側付属器摘出術を行った。胸水は術後消失し再貯留なく経過した。最終病理診断は線維腫であった。線維腫に著明な変性を伴っている場合、画像検査では一見卵巣悪性腫瘍のように見えるため注意が必要である。

76

再発卵管癌に対する TC 療法中に発症した虚血性腸炎の 1 例

市立貝塚病院

竹本 祐基, 市川 冬樹, 藤原 奨, 後藤 剛, 黒田実紗子, 甲村奈緒子
田中あすか, 小笹 勝巳, 増田 公美, 大塚 博文, 横井 猛

タキサン系抗癌剤のまれな副作用として腸管障害を生じることがある。今回再発卵管癌に対する Paclitaxel+Carboplatin (TC) 療法中に虚血性腸炎を生じた一例を経験したので報告する。症例は 74 歳。70 歳時に卵管高異型度漿液性癌ⅢA1 (ii) 期に対して、単純子宮全摘出、両側付属器切除、骨盤・傍大動脈リンパ節郭清、大網部分切除術を実施。術後補助化学療法として TC+ Bevacizumab (Bev) を 6 サイクル施行後、Bev 維持療法を 16 コース行った。TC+Bev 最終投与から 43 ヶ月後、左鎖骨上窩リンパ節に再発し、TC 療法を開始した。TC2 コース目の投与 7 日目より 1 日 3 回の下血を認め救急搬送された。下部消化管内視鏡検査で S 状結腸粘膜に浮腫状変化と発赤を認め、虚血性腸炎と診断された。絶食と抗生剤投与で血便は軽快し投与 27 日目に退院した。本症例は、高齢・高血圧・脂質異常症・慢性的な便秘など、虚血性腸炎発症のハイリスク症例であった。タキサン系抗癌剤使用中に下痢や血便を認める場合、虚血性腸炎の可能性に留意する。

77

顆粒球刺激因子 (G-CSF) 産生腫瘍であった外陰癌の 1 例

奈良県立医科大学

福井 陽介, 馬淵 誠士, 木村 麻衣, 長安 実加, 河原 直紀, 岩井 加奈, 新納恵美子
山田 有紀, 川口 龍二

G-CSF 産生腫瘍は予後不良な疾患と認識されている。今回我々は、G-CSF 産生外陰癌を経験したので報告する。症例は 72 歳女性。既往歴に高血圧と糖尿病があった。疼痛を伴う外陰部の腫瘍を主訴に当院を紹介受診した。腫瘍は長径 12cm で、病理組織検査では SCC であった。画像検査にて両側鼠経リンパ節の転移を認め、外陰癌 IIIB 期と診断した。血液検査では白血球 37,300/L、好中球数 33,800/L と高値であったが、CRP 3.5mg/dL と軽度の上昇であった。感染徴候に乏しく、血清 G-CSF 値は 272pg/mL (基準値: 39.0pg/mL) と高値を示し、外陰癌の免疫組織染色で G-CSF 陽性であったため、G-CSF 産生腫瘍と診断した。化学療法を先行させたが反応性に乏しく、3 コースで中断し、病状の急速な進行により初診時から 5 カ月で永眠された。白血球数および好中球数は腫瘍径と正に相関し、SCC 抗原より鋭敏に病勢を反映していた。本疾患に遭遇した場合、治療抵抗性および急速進行の可能性を念頭におくべきである。

78

子宮体癌再発に対する AP 療法中に低 Na 血症をきたした 1 例

JCHO 大阪病院

松村 有起, 筒井 建紀, 田中 稔恵, 中尾恵津子, 繁田 直哉, 清原裕美子, 大八木知史

【背景】シスプラチンによる低 Na 血症はまれな合併症である。今回我々は、子宮体癌再発に対する AP 療法中に低 Na 血症による意識障害をきたした 1 例を経験したので報告する。【症例】72 歳、未経妊。(X-1)年 3 月 29 日子宮体癌に対して単純子宮全摘出術、両側付属器摘出術、骨盤内リンパ節郭清を施行。Endometrioid carcinoma, G1, pT1apN0M0 の結果であった。同年 11 月に転移性肺腫瘍が疑われ、同月から X 年 4 月にかけて TC 療法を 6 コース施行。肺転移病変は一旦縮小を認めたが、9 月には再び増悪を認め、AP 療法の方針となった。11 月 10 日に 1 コース目を投与。投与翌日より嘔気・嘔吐のため経口摂取困難となり、尿量も著明に低下した。投与 3 日目に意識障害を来し、精査にて低 Na 血症が原因と考えられた。その後血清 Na 値の補正により意識レベルは回復した。2 コース目以降はレジメンの点滴内容を変更したことで、血清 Na の低下を抑えることができた。【考察】AP 療法中にシスプラチンによる稀な合併症である低 Na 血症を経験したので、考察を加えて報告する。

79

術前診断に苦慮した異所性平滑筋腫の4例

奈良県総合医療センター

樋口 渚, 杉浦 敦, 前花 知果, 村上 暉, 伊東 史学, 谷口真紀子, 佐道 俊幸
喜多 恒和

【緒言】異所性平滑筋腫は子宮と連続性を持たず、子宮以外の臓器や腹膜などから栄養血管を得て発育するとされる。今回我々は術前診断に苦慮した異所性平滑筋腫を4例経験したため報告する。【症例1】69歳、卵巣線維腫を疑った腫瘍は子宮、付属器と連続性がなく、後腹膜へ進展する14cm大の腫瘍であり、最終病理診断は平滑筋腫であった。【症例2】53歳、6cm大の子宮頸部腫瘍と骨盤リンパ節転移を疑う所見を認めたため、子宮頸癌を疑われた。腫大リンパ節と思われた腫瘍は後腹膜より発生する腫瘍で、頸部・後腹膜腫瘍はともに平滑筋腫であった。【症例3】39歳、3cm大の卵巣線維腫を疑った腫瘍は右卵巣から発生する卵巣平滑筋腫であった。【症例4】57歳、腔前壁内に2cm大の充実性腫瘍を認め尿道憩室を疑い、最終診断は平滑筋腫であった。【結語】術前診断に苦慮した異所性平滑筋腫の4例を経験した。平滑筋腫の発生部位は子宮のみではないことを念頭に置き、画像上悪性所見に乏しい充実部分は平滑筋腫も鑑別にあげる必要がある。

80

診断と方針に苦慮した子宮体部原発扁平上皮癌の1例

ベルランド総合病院¹、大阪大学²仲尾 有美¹, 松山佳奈子¹, 上田 豊², 藤田 葵¹, 宮澤 彩¹, 小和 貴雄¹,
松木 貴子¹, 吉村 明彦¹, 濱田 真一¹, 大西 洋子¹, 山崎 正人¹, 村田 雄二¹

子宮体部原発扁平上皮癌はきわめて稀な腫瘍である。今回子宮内膜に扁平上皮癌を認め術後子宮体部扁平上皮癌の診断に至った1例を経験した。症例は65歳、3妊0産、1年前からの断続的な性器出血で近医受診し、骨盤MRIで子宮体部に2cm大の不整腫瘍を認め、子宮体癌の疑いで当科紹介となった。子宮頸部細胞診では悪性細胞を認めず、内膜細胞診・組織診で扁平上皮癌を認め、子宮体癌と診断した。骨盤MRIで明らかな筋層浸潤は認めないが、腫瘍は内子宮口と接していたため、準広汎子宮全摘術および骨盤内リンパ節郭清を施行した。肉眼所見では子宮体部から内腔に突出する隆起性病変を認めた。組織所見では角化を伴う扁平上皮癌を認め、腺癌成分は含まなかった。腫瘍と子宮頸部扁平上皮との間に連続性はなく、子宮頸部に病変は認めないことから、WHOの診断基準より子宮体部原発扁平上皮癌と診断した。免疫染色でHPVは検出されなかった。Stage IAであり、術後追加治療は行わず、現在経過観察中である。

81

早期子宮体癌に対する当院での腹腔鏡手術の治療成績の検討

公立豊岡病院

上林 翔大, 濱田 航平, 山田 香, 門元 辰樹, 住友 理浩

子宮体癌に対する低侵襲手術の有用性は示されつつあるものの、本邦においての歴史はまだ浅く、治療成績、長期予後については報告が少ないのが現状である。そこで当院において子宮体癌1a期、類内膜癌grade1 or 2相当に対する6例の腹腔鏡手術の治療成績について後方視的検討を行った。

全ての症例で腹水細胞診は陰性、筋層浸潤は1/2未満、頸部浸潤、尿管浸潤、リンパ節転移は認めなかったが、腔壁に1例再発した。再発率は16.7%であり、他施設での報告と変わらない頻度であった。腔壁再発を防ぐために、尿管を単離して強く筋膜外術式による子宮全摘術を意識することが肝要と考える。また、回収バックに封入している段階で腫瘍の飛散が起きている可能性があるため、前唇と後唇に糸をかけておき、マニピュレーターと外子宮口の交通がないようにする。腔式に子宮を摘出したのち、腔壁を念入りに洗浄することで予防できる可能性がある。

82

腹腔鏡下広汎性子宮全摘術での腔カフ作成の利点

関西電力病院

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

2018年にLACC試験の結果が発表されて以来、進行頸がんに対する低侵襲手術MISの施行には、より一層の慎重さが求められている。再発が骨盤内に多いということから、癌の腹腔内への播種が問題とされ、この対策として、腔カフの作成や腔管切断時の腔閉鎖機材使用が試みられている。2018年からの3年間に、当院での腹腔鏡下広汎手術に腔カフ作成を14例に施行したが、腔カフ作成は単に子宮を切除した際の腫瘍組織の散乱防止だけではなく、vagi-pipeの使い方に少々の工夫を用いることで、腔壁切除による子宮可動性の向上、膀胱子宮靱帯前層処理の簡易化、そして腔管の左右側を走行する骨盤神経の可視化に役立つことが判明した。当院では外向性発育が著明な頸がんには腔カフを作成しているが、腔カフ破損は経験せずに処理し得ているので、実際の操作について供覧する。

83

当院におけるロボット支援下腹腔鏡下子宮体癌根治術の視野・手技の工夫

堺市立総合医療センター

角田 守, 大塚 文湖, 加藤真由子, 李 紘一郎, 竹田満寿美, 齋 史夏, 横山 拓平, 福井 温, 宮西加寿也, 山本 敏也

当院では2018年10月より、類内膜癌 grade1~2, 筋層浸潤 1/2 以下を対象にロボット支援下子宮体癌根治術を導入しており、2020年1月末の時点で約20例の症例に対して実施した。導入当初はconventionalな腹腔鏡手術の視野・術式の再現を行ってきたが、ロボット手術におけるエルゴノミックな鉗子操作は開腹同様に自由な関節の動きを利用した両手の左右への動きであり、conventionalな腹腔鏡手術とは異なる。例えば膀胱側腔や直腸側腔を骨盤底に展開していく際はconventionalな腹腔鏡手術の視野での左右への鉗子操作が有用である一方で、骨盤リンパ節郭清において血管鞘を処理する際には開腹と同じ横からの視野で両手を血管と平行に鉗子操作を行うのが有用である。これらのロボット手術の特性を生かした、当院で行っているロボット支援下腹腔鏡下子宮体癌根治術の視野や手技における工夫を、実際の手術動画を供覧しながら報告したい。

84

鏡視下の特性を活かした骨盤除臓術により完全切除できた外陰部腺様嚢胞癌の1例

京都大学

北野 照, 山ノ井康二, 奥宮明日香, 砂田 真澄, 浮田真沙世, 千草 義継, 関山健太郎, 山口 建, 堀江 昭史, 濱西 潤三, 近藤 英治, 万代 昌紀

骨盤除臓術が困難である大きな理由は、視認困難で血管が細かく走行する骨盤深部の操作が多い点である。今回我々は鏡視下術の持つ高い深部到達能を活かした全骨盤除去臓術により、少ない出血量で正確な切除線で標的を摘出できたので報告する。症例は53歳G2P2, 生検にて左外陰原発腺様嚢胞癌と診断。各種画像検査でstageII期と診断し、確実に周囲組織も併せて切除するため全骨盤除臓術を鏡視下術補助にて計画した。直腸後腔から展開した後、直腸側腔/膀胱側腔を広く開放し肛門挙筋を十分露出させた。その結果子宮/腔/膀胱に流入する血管/骨盤神経を露出でき、容易に切断できた。その後骨盤底筋を完全に露出させ、腫瘍近傍の左骨盤筋膜腱弓は恥骨に沿って切断した。そのまま会陰部皮下まで到達できて、会陰側の切除線と容易に交通し、標本を摘出できた。鏡視下手術時間・出血量は5時間36分・430mlであった。骨盤底筋を正確に切除して坐骨直腸窩に侵入し、経会陰から正確な切除線で腫瘍を完全に切除するには、鏡視下手術が有用である。

85

後腹膜鏡下傍大動脈リンパ節生検により確定診断された子宮頸癌再発の1例

大阪大学

城戸給里奈, 小玉美智子, 田伏 真理, 中川 慧, 木瀬 康人, 瀧内 剛, 三好 愛,
小林 栄仁, 橋本 香映, 上田 豊, 澤田健二郎, 富松 拓治, 木村 正

内視鏡下傍大動脈リンパ節生検・郭清は経腹膜法と経後腹膜法がある。経後腹膜法は腸管が視野の妨げになりにくい、頭低位が不要、左 B1/2 領域への容易な到達という利点がある。今回、経後腹膜法による傍大動脈リンパ節生検が有用であった症例を報告する。症例は 78 歳 3 経産。47 歳時に右乳癌で右乳房全摘術の既往があった。X-3 年子宮頸部扁平上皮癌 T2bN0M0 FIGO2008 Stage II B に対して CCRT 施行し、無再発で経過していた。X-0.3 年 PET-CT で集積は認めないが短径 13mm 大の傍大動脈リンパ節 1 箇所腫大を認めた。X 年集積は弱い短径 20mm 大に増大し、組織学的診断のため生検を行なった。全骨盤照射後であり、腫大リンパ節が左 B1/2 領域であったことから、経後腹膜法を選択し、合併症なく傍大動脈リンパ節生検を完遂（手術時間 153 分、出血少量）、病理結果で子宮頸癌再発の診断に至った。経後腹膜法は傍大動脈リンパ節のみを対象とする場合、腹腔内への到達を回避し、かつ低侵襲性に優れた有用な方法であると考えられた。

86

腹腔鏡下子宮全摘術における術後感染性合併症の発症予測

奈良県立医科大学

松岡 基樹, 馬淵 誠士, 福井 陽介, 河原 直紀, 長安 実加, 岩井 加奈, 木村 麻衣,
新納恵美子, 山田 有紀, 川口 龍二

【目的】腹腔鏡下子宮全摘術後の感染性合併症の発症を予測するための WBC 値および CRP 値の意義について検討した。【方法】2017 年 1 月から 2019 年 12 月までに当院で腹腔鏡下子宮全摘術を受けた患者を対象とした。術後 1 日目と 3 日目の WBC 値および CRP 値を用い、感染性合併症の発症予測の可能性を後方視的に検討した。【成績】対象は 174 例で、感染性合併症群が 18 例（10.3%）であった。感染性合併症を発症した症例では、発症しなかった症例に比して、術後 1 日目と 3 日目の CRP 値の比（CPR-Day3/1）が有意に高かった（ $p<0.001$ ）。ROC 解析では、感染性合併症を予測するための CPR-Day3/1 のカットオフ値は 2.0 と算出された。このカットオフ値を用いると、感染性合併症を予測する感度、特異度、陽性的中率、陰性的中率は、それぞれ 88.9%, 73.1%, 27.6%, 98.2% であった。【結論】術後 1 日目から 3 日目への CRP 値の推移をみることで、術後の感染性合併症を予測できることが示された。この指標を用いることで入院期間の短縮が可能になると考える。

87

良性疾患に対するロボット支援下手術導入成績—後方視的検討—

兵庫医科大学

磯野 路善, 井上 佳代, 上田 友子, 瀧本 裕美, 佐伯信一朗, 本田 晴香, 福井 淳史
鏑本 浩志, 柴原 浩章

当科では 2019 年 4 月から良性疾患に対するロボット支援下手術を導入したので周術期経過を報告する。【方法】臍上に横一列に 8 cm 間隔で da Vinci 用 4 ポートを、左下腹に 12mm アシストポートを作成した。患者右側よりサイドドッキングし、第一アームにメーランド型パイポラ、第 3 アームにモノポーラシザーズ、第 4 アームにカディエールフォースeps をドッキングした。【成績】2021 年 1 月までに経験した良性疾患は 17 症例であった。年齢、BMI、子宮長径それぞれの中央値は 47 歳、22.1kg/m²、10.5cm であった。da Vinci Xi の導入直後と直近の 5 症例を比較するとセッティング時間、コンソール時間、手術時間はそれぞれ 20 分（52→32 分）、34 分（167→133 分）、36 分（241→205 分）短縮した。16 症例目は膀胱子宮窩剥離時に出血を伴い出血量が 280ml となったが、他は 50ml 以下であった。合併症は無くいずれも術後 5 日目に退院した。【結論】現時点まで当科でのロボット支援下手術は合併症なく安全に施行できている。今後さらに症例を重ね、良性疾患以外への適応拡大も検討していきたい。

88

予防処置を施行するもロボット支援下子宮全摘によりコンパートメント症候群を発症した1例

神戸大学

小畑 権大, 清水 真帆, 喜多ともみ, 澤田茉莉子, 富本 雅子, 鷲尾 佳一
長又 哲史, 山崎 友維, 村田 友香, 鈴木 嘉穂, 寺井 義人

【緒言】下肢コンパートメント症候群は碎石位手術後に発生しうる合併症である。今回予防処置を行うもロボット支援下子宮全摘術後に発症したので報告する。【症例】43歳女性, 2型糖尿病と肥満症 (BMI 40.0 kg/m²)。子宮筋腫と右卵巢腫瘍の診断で, 碎石位・20度の頭低位で, 術中3時間毎の除圧を行い, ロボット支援下単純子宮全摘, 右付属器切除, 左卵管摘出術を施行した。術中癒着があり, 子宮のサイズも大きいことから術中出血量は少量であったが手術時間は5時間31分かかった。帰室直後に右下腿疼痛・腫脹・感覚障害を訴え, 区画内圧測定で右下腿前方区画 83 mmHg と著明に上昇していた。コンパートメント症候群と診断し, 同日緊急筋膜切開術を行った。術後9日から歩行開始し, 術後20日に退院とした。【結語】コンパートメント症候群は重篤な機能障害を残す可能性がある合併症である。本症例のように肥満症例での長時間の碎石位は特に注意が必要であり, ロボット手術など長時間手術には開脚位への変更の工夫が必要と考えられた。

89

卵巢腫瘍捻転における卵巢機能温存を目指した腹腔鏡下手術

近畿大学

山本 貴子, 小谷 泰史, 笹井 奈穂, 太田真見子, 城 玲央奈, 宮川 知保, 青木 稚人
八幡 環, 葉 宜慧, 村上 幸祐, 貫戸 明子, 高矢 寿光, 中井 英勝, 松村 謙臣

卵巢捻転は急性腹症のコントロール不良なためしばしば緊急手術が必要になる。良性腫瘍で妊孕性温存が必要とされる場合でも, 卵巢への血流障害のため付属器切除が必要になることがある。発症から時間や採血データなどから卵巢への血流障害の影響を検討したので報告する。2000年から2019年までの捻転症例で40歳以下の良性卵巢腫瘍47症例を検討した。腹痛を認め緊急手術となったのは37例であった。そのうち24時間以内に緊急手術となったのは36例, 腹痛を認めたが24時間以降で緊急手術となったのは1例であった。術前捻転を疑う症状がなく予定手術が行われ, 術中に捻転が分かったのは10例であった。急性腹症にて緊急手術となった37例のうち, 24時間以内に手術が行われた症例で術前CRPとWBCのデータがあるもので検討した。結果, 捻転が発症した初期の段階では, CRPは陰性のことが多いことがわかった。以上より卵巢捻転発症から24時間以内の場合CRP, WBCが陰性であれば卵巢温存できる可能性が高いことが考えられる。

90

腹腔鏡下子宮全摘術後に腔断端に発生した仮性動脈瘤の1例

岸和田市民病院

中川 倫子, 小西菜普子, 田坂 玲子, 松本 佳也, 出口 昌昭

仮性動脈瘤は婦人科領域においては子宮内膜搔爬術や帝王切開術後に発症することはよく知られているが, 今回我々は腹腔鏡下子宮全摘術後に腔断端に仮性動脈瘤が発生し, 経腔直視下に止血縫合した1例を経験したので報告する。【症例】47歳女性, 2経妊2経産, 既往歴: 大腸憩室炎, 両側内頸動脈解離, 脳梗塞。術前検査にて右ヒラメ静脈に陳旧性の血栓が見つかり, 術前より経口FXa阻害剤の内服を開始した。子宮腺筋症, 卵巣子宮内膜症性嚢胞に対して腹腔鏡下子宮全摘術及び右付属器切除, 左卵管切除術施行し, 術後経過良好にて通常通り退院されたが術後9日目に性器出血を主訴に受診。診察にて腔内に出血貯留著明, 出血点は確認できないものの持続性の出血を認め, 造影CTにて腔断端に仮性動脈瘤を認めた。処置室で止血は困難であったため, 全身麻酔下に腔断端を観察, 腔断端左側に縫合糸がほどけ1cm程度離開している部位の内腔から動脈性の出血を認めたため腔断端離開部位も含め縫合し止血を得た。

91

嚥性肺炎，十二指腸潰瘍，消化管出血を合併した巨大卵巣腫瘍に手術を行った1例

兵庫県立尼崎総合医療センター

竹井 智彦，安堂有希子，尾崎 孝宏，三好さゆり，松井 克憲，辻 沙織，高石 侑
増田 望徳，池田真規子，安田 美樹，森下 紀，佐藤 浩，田口 奈緒，廣瀬 雅哉

巨大卵巣腫瘍は，循環動態の変化や再膨張性肺水腫の管理など，周術期管理に難渋する場合がある．今回，誤嚥性肺炎，消化管出血を合併した巨大卵巣腫瘍に対して手術を行った一例を経験した．症例は52歳女性，腹部膨満感，呼吸困難，全身倦怠感を主訴に前医へ救急搬送された．黒色嘔吐およびHb1g/dlの高度貧血を指摘され，十二指腸潰瘍からの出血と診断されが，活動性出血はなく経過観察となった．CTで直径約40cmの多房性巨大腹部腫瘍を指摘され，呼吸状態が不安定であったため挿管され，当院へ搬送となった．全身麻酔による血圧低下や急速な内容液吸引に伴う循環動態への影響を考慮し，局所麻酔下で内容液を吸引した．内容液（約25L）を吸引後，全身麻酔に移行し開腹手術を行った．腹腔内所見は右付属器腫瘍が大網，小腸，腹膜に癒着しており，右付属器切除を行った．術後抜管するも喀痰排出ができず再挿管となり，気管切開を行った．巨大腹腔内腫瘍に対する周術期管理は，呼吸管理など集学的治療が必要である．

92

腹腔鏡下に行った子宮筋腫核出術後妊娠についての検討

公益財団法人日本生命済生会日本生命病院

安井 友紀，田中 絢香，藤吉恵津子，田村 聡，菊池 香織，岡藤 博，宮本真由子
沈 嬌，邨田 祐子，矢野 悠子，八田 幸治，高山 敬範，潮田 至央，佐伯 典厚
橋本奈美子

【背景】腹腔鏡下を行う子宮筋腫核出術（LM/LAM）は，妊孕性温存を目的とした低侵襲手術であり，近年需要が高まっている．当院のLM/LAM後妊娠の周産期予後につき検討を行った．【方法】2015年1月～2019年12月の期間において当院で管理したLM/LAM後妊娠46例を対象とした．46例は全例帝王切開を行っており，同時期に当院で施行した帝王切開術378例のうち反復帝王切開群（RCS群）111例，子宮手術の既往がない群（NS群）209例と後方視的に比較検討を行った．【成績】各群間の年齢や出生児体重に有意差を認めなかった．手術時間はLM/LAM群，RCS群，NS群で57.9±11.8分，70.0±16.8分，57.5±14.4分であり，RCS群で有意に時間を要していた（ $p<0.001$ ）．術中出血量は949±374ml，754±315ml，771±417mlであり，LM/LAM群で有意に出血量が多かった（ $p<0.001$ ）．【結論】LM/LAM後の帝王切開術は手術時間に影響は認めないが，出血量増加のリスクがあるため，分娩時出血を念頭に置いた管理が必要と考えられる．

93

SSCI と RoBEEM で TCR はここまで進化する

神戸切らない筋腫治療センター（佐野病院婦人科）

井上 滋夫

TCRは粘膜下筋腫の標準術式として普及したが，子宮腔内へ隆起した筋腫を二重シースレゼクトスコープによる持続灌流下にループ電極で切削する手法のため，筋腫の大きさと突出率が制限条件となり適応が限定されてきた．演者は，2008年より筋腫核剥離向中心切削法を提唱してきたが，近年漸く，「剥離核出により突出率が低い例も安全に摘出でき適応が拡大する」ことが知られるようになり，剥離法への関心が高まっている．今回，7.4x7.3x6.0cmの後壁type3（内膜に接するが100%筋層内にある）筋腫を持つ不妊症例が，TCRでの一期的完全摘出後に妊娠出産したので，演者が行っているTCRの標準術式SSCI；Single Sheath Continuous Irrigation（単シース持続灌流）とRoBEEM；Roller Ball Electrode Enucleation of the Myoma（ローラーボール電極筋腫核出）について解説する．

94

日帰り子宮鏡下癒着剥離の安全性と妊娠成績

英ウィメンズクリニック

江夏 徳寿, 岡本 恵理, 伊藤 宏一, 江夏 国宏, 山田 弘二, 山田 愛, 林 奈央,
江夏宜シェン, 十倉 陽子, 片山 和明, 山田 聡, 水澤 友利, 苔口 昭次, 塩谷 雅英

子宮内腔癒着に対する子宮鏡下癒着剥離術は広く行われており, 近年では日帰り手術で行う施設も増えてきている. 当院では日帰り手術として 2009 年から現在まで 45 例の子宮鏡下癒着剥離を行っており, 今回その治療成績を報告する. 対象 45 症例の年齢中央値は 38 歳で 25 例が出産後 (うち 14 例が帝王切開後), 10 例が流産手術後だった. 手術時間の中央値は 16 分で輸血や入院を要する合併症は認めなかった. 術後胚移植を行った症例は 40 症例 (93 周期) あり 31 症例 (77.5%) が妊娠, 25 例 (62.5%) が出産もしくは妊娠継続であった. 本検討の結果より子宮鏡下癒着剥離は日帰りで安全に施行でき, 術後の妊娠, 出産率も通常の胚移植の成績と比べて遜色ないと考えられた.

95

レゼクトスコープを用いて腔横隔膜切除を行った先天性腔横隔膜症の 1 例

大阪医科薬科大学

増田ゆうき, 森田奈津子, 佐々木 浩, 平林 知子, 永易 洋子, 藤田 太輔
林 正美, 猪木 千春, 大道 正英

【緒言】先天性腔横隔膜症は尿生殖洞と Muller 管との癒合障害によって生じる先天奇形であり, 非常に稀な疾患である. 今回妊娠を契機に先天性腔横隔膜症の診断に至った一例を経験したので報告する. 【症例】症例は 37 歳, 1 妊 0 産. 月経歴は 28-30 日型, 整. 中絶希望で前医を受診したものの子宮頸部が視認できず, 子宮奇形疑いで当院紹介となった. 当院での診察では CRL 7 週相当, 子宮頸部が視認できなかった. MRI 検査では正常子宮頸部を認めた. 先天性腔横隔膜症を疑い全身麻酔下で腔内を観察したところ, 盲端部に微小な小孔を認めたためレゼクトスコープを用いて Vaginal cavity を確認の上, 全周性に経頸管的切除術を施行した. その後吸引法にて人工妊娠中絶を行った. 【結語】本症例は, 腔横隔膜による完全な腔閉鎖には至っておらず, 自覚症状なく経過していた. 先天性腔横隔膜症はその程度により臨床症状が多彩であるが, 子宮頸部が視認できない場合に本疾患を念頭に置いて診療に当たる必要がある.

96

卵管鏡下卵管形成術の成功率を高めるための我々の工夫

兵庫医科大学病院

本田 晴香, 福井 淳史, 味村 史穂, 荻野 奈々, 佐伯信一郎, 亀井 秀剛, 山谷 文乃
加藤 徹, 脇本 裕, 柴原 浩章

卵管鏡下卵管形成術 (FT) は, 近位卵管閉塞や狭窄の患者に実施され, 自然妊娠が期待できる. しかし, 卵管鏡単独で卵管口を確認して手術完遂することと, 卵管開通の有無を他覚的に評価することは困難である. そこで, 我々は FT に子宮鏡を併用して, さらに術後に HSG を用いた方法を考案した. 卵管性不妊 17 例を対象に, 全身麻酔下で子宮鏡下に卵管開口部を視認しながら FT カテーテルを卵管内に挿入し FT を施行した. 術直後に手術室で HSG を行い, 卵管疎通性改善の有無を確認した. 成功率は卵管あたり 100%, 患者あたり 100% であった. 術後に 5 例が自然妊娠し, 残りの 12 例は経過観察中である. 子宮鏡補助下の FT は従来の方法と比べ卵管口の確認が容易であり, FT カテーテルのウェッジが確実である. さらに術直後に HSG を施行することにより手術の完遂度が他覚的にも評価できる. この方法は FT を安全・確実に施行しうる非常に有用な手技であることが示唆された.

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



月経困難症治療剤 処方箋医薬品^{注)}

薬価基準収載

ディナゲスト錠 0.5mg
DINAGEST Tablets 0.5mg

ジェノゲスト

注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

※「効能又は効果」、「用法及び用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等の詳細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>

持田製薬株式会社

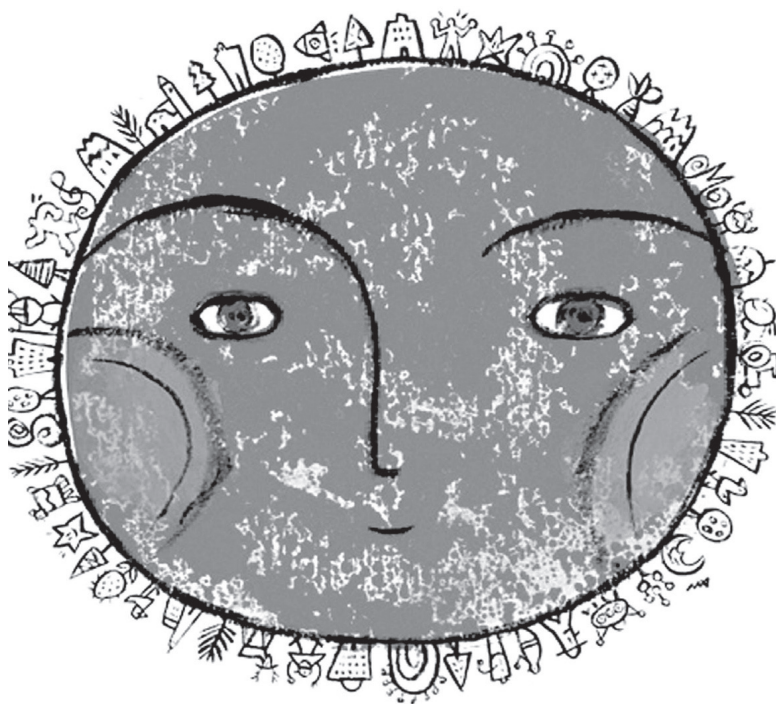
東京都新宿区四谷1丁目7番地

TEL 0120-189-522 (くすり相談窓口)

2020年5月作成 (N2)

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は全力で取りこんでいます。
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 近畿予防医学研究所
会社

＜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



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める！



- 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



月経困難症治療剤

薬価基準収載

ジェミーナ[®] 配合錠

レボノルゲストレル・エチニルエストラジオール配合製剤

Jemina[®] tablets 処方箋医薬品 (注意—医師等の処方箋により使用すること)

●効能・効果、用法・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 (資料請求先)

Nobelpharma

ノーベルファーマ株式会社

〒104-0033 東京都中央区新川1-17-24

提携



あすか製薬株式会社

〒108-8532 東京都港区芝浦二丁目5番1号

2019年9月作成

第73巻2号(通巻392号)
2021年5月1日発行

定 価／1,700円(本体) + 税

オンラインジャーナル
(ONLINE ISSN 1347-6742)

J-STAGE
Medical Online

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
郵便振替口座／01030 3 55931

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