

産婦人科の進歩

ADVANCES IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Vol.69 No.4 2017

研 究

■症例報告

腹腔鏡下に診断し治療した原発性腹膜妊娠の1症例	宮本 瞬輔他	355
子宮腺筋症より発生した可能性があると診断した子宮体部漿液性癌の1例	福井 薫他	360
異なる出血の様相を呈した臨床的羊水塞栓症：3症例の報告と文献的考察	森内 芳他	365
脊髄くも膜下麻酔を契機に頭蓋内硬膜下血腫を発症した子宮頸部および外陰尖圭コンジローマの1例	栗谷 佳宏他	373
子宮筋腫術後に転移再発を繰り返す平滑筋腫瘍の1例	勝部 美咲他	378
妊娠悪阻に合併した肺血栓塞栓症に対し、妊娠13週で遺伝子組み換え組織プラスミノゲンアクチベーター静注療法を施行し、生児を得た1例	松原 翔他	386

臨 床

■臨床の広場

骨盤臓器脱に対する腹腔鏡下仙骨脛固定術	小谷 泰史	393
---------------------	-------	-----

■今日の問題

サージカルスモークがもたらす健康被害について	生田 明子	399
------------------------	-------	-----

■会員質問コーナー

②88 不育症の診断と治療	回答／福井 淳史	403
②89 梅毒の診断と治療	回答／佐々木徳之	405

学 会

■学会記録

平成29年度 近畿産科婦人科学会評議員会・総会記録	406
---------------------------	-----

■医会報告

平成28年度 各府県別研修状況	435
-----------------	-----

■会員の皆様へ

■第69巻総目次	461
----------	-----

■会 告

学会賞候補論文公募 1／第138回総会ならびに学術集会 2／関連学会・研究会 3／著作権ポリシーについて 他 5／構成・原稿締切 6

■投稿規定他	466
--------	-----

第137回近畿産科婦人科学会学術集会プログラム・講演抄録

会 期：平成29年10月29日 会場：和歌山県JAビル

プログラム	473
抄録	488
日本産婦人科医会委員会ワークショッププログラム・抄録	515

＜平成29年度 近畿産科婦人科学会評議員会・総会記録（平成29年6月18日）／細目次＞

評議員会	406
総会	411
平成28年度日誌抄	412
平成28年度決算報告	422
平成29年度予算	426
平成28年度「産婦の進歩」編集報告	427
会則	428
諸規定	430

第69巻4号(通巻378号) 2017年10月1日発行	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
--------------------------------	---

定 価／2,800円(本体)＋税

オンラインジャーナル (ONLINE ISSN 1347-6742)	J-STAGE Medical Online	http://www.jstage.jst.go.jp/browse/sanpunosinpo/~char/ja http://www.medicalonline.jp/
---------------------------------------	---------------------------	--

■CASE REPORT

Successful laparoscopic management of primary peritoneal pregnancy : a case report ————— Shunsuke MIYAMOTO et al. 355

A case of serous carcinoma of uterine corpus which may have occurred in adenomyosis ————— Kaoru FUKUI et al. 360

Amniotic fluid embolism with different clinical manifestations of uterine hemorrhage : report of three cases and literature review ————— Kaori MORIUCHI et al. 365

A case in which an intracranial subdural hematoma developed after the induction of spinal anesthesia for laser ablation ————— Yoshihiro KURITANI et al. 373

Smooth muscle tumor that repeats recurrence of metastasis after myomectomy : a case report ————— Misaki KATSUBE et al. 378

A case of pulmonary thromboembolism caused by hyperemesis gravidarum, successfully treated using recombinant tissue plasminogen activator at 13 weeks of pregnancy ————— Sho MATSUBARA et al. 386

～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



黄体ホルモン製剤
ルテウム[®] 腔用坐剤400mg
LUTEUM[®] VAGINAL SUPPOSITORY プロゲステロン製剤
処方箋医薬品[※] 薬価基準未収載

HMG注 ティゾー[®] 75・150
HMG INJECTION TEIZO ヒト下垂体性性腺刺激ホルモン剤
生物由来製品、処方箋医薬品[※] 薬価基準収載

卵胞成熟ホルモン (FSH) 製剤
ゴナピュール[®] 注用75・150
GONAPURE[®] INJECTION 精製下垂体性性腺刺激ホルモン
生物由来製品、処方箋医薬品[※] 薬価基準収載

注) 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、警告・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]
あすか製薬株式会社
東京都港区芝浦二丁目5番1号

販売
武田薬品工業株式会社
大阪市中央区道修町四丁目1番1号

2017年3月

平成29年度学会賞候補論文公募に関する件

会則第30条に従い、近畿産科婦人科学会学会賞候補論文を公募します。

応募は自薦(共著者を含む)とします。応募される方は、オリジナル論文1部を同封の上、論文タイトル、候補者、ならびに推薦理由を400字以内に記載して、**2017年10月31日(火)(必着)**までに下記宛書留郵便にて郵送してください。

また、論文のデータにつきましては電子媒体(USB、CD-ROM)を同送ください。

送付先 〒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8
近畿産科婦人科学会事務局

2017年10月1日

近畿産科婦人科学会会長 根来 孝夫

第138回近畿産科婦人科学会総会ならびに学術集会ご案内
(第1回予告)

第138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。
多数の演題のご応募ならびにご参加をお願い申し上げます。

平成30年度近畿産科婦人科学会 会長 赤崎 正佳
学術集会長 松村 謙臣

記

会 期：平成30年6月9日（土）、10日（日）

会 場：リーガロイヤルNCB

〒530-0005 大阪市北区中之島6丁目2-27（中之島センタービル内）

TEL：06-6443-2251 FAX：06-6445-2755

演題申込締切日：平成30年1月31日（水）

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11月1日（水）～1月31日（水）まで公開。

＜お願い＞

一般演題の演題申込・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。

一般演題申込先：〒589-8511 大阪狭山市大野東377-2

近畿大学医学部産科婦人科学教室

担当：辻 勲

TEL：072-366-0221

FAX：072-368-3745

E-mail：i-tsuji@med.kindai.ac.jp

【関連学会・研究会のお知らせ】

関西婦人科腫瘍・病理懇話会（第9回）のご案内

代表世話人：小西郁生
（京都大学／京都医療センター）

記

恒例となりました上記研究会を開催します。日頃の診療から得た貴重な経験を関西圏の先生方と共有し、婦人科臨床医学の専門知識・技術の向上と相互の交流を深めることを目的とします。ぜひ、奮ってご参加くださいますようお願いいたします。

会 期：平成29年11月23日（祝）
会 場：京都大学大学院医学研究科附属総合解剖センター
〒606-8501 京都市左京区吉田近衛町 京都大学医学部構内
<http://www.cas.med.kyoto-u.ac.jp/access>

内 容：第1部 鏡検 午前11時～ 同センター2F
第2部 症例討議 午後1時30分～ 同センター1F
第3部 特別講演 午後5時～ 同センター1F
「子宮体癌をどう見るか」

岡山大学病院病理診断科 教授 柳井広之 先生
（注：今回から懇親会はございません。また、会場は変更になる可能性があります。）

鏡検室にてプレパラートを自由閲覧した後に、討議室にて症例検討を行う形式とします。テーマは特に指定いたしません。下記アドレスにE-mailにて演題をお申し込みください。

申し込みの際には、演題名・演者名・施設名・持参プレパラート枚数をご明記のうえ、討議のポイントを含めて演題の要旨を抄録（600字以内）としてお送りくださいますようお願いいたします。
（締切：平成29年10月20日）

参加費：2,000円

連絡先：〒606-8507 京都市左京区聖護院川原町54
京都大学医学部婦人科産科学教室内
関西婦人科腫瘍・病理懇話会事務局
E-mail：kyoto.obgyn@gmail.com
TEL：075-751-3269
FAX：075-761-3967

【関連学会・研究会のお知らせ】

日本アンドロロジー学会 第37回学術大会
パパをめざして—Uro, Gyne, ARTがお手伝い—
—The 37th Annual Meeting of the Japan Society of Andrology—

(共同開催)

精子形成・精巣毒性研究会

日 時：平成30年6月15日（金），16日（土）
会 場：ラ・スイート神戸オーシャンズガーデン

一般演題募集期間：

平成29年12月1日（金）～平成30年1月31日（水）正午まで

日本アンドロロジー学会第37回学術大会 会長
兵庫医科大学産科婦人科学講座主任教授 柴原 浩章

事務局（お問合せ） 兵庫医科大学産科婦人科学講座
TEL：0798-45-6481
E-mail：obgy-hcm@hyo-med.ac.jp

【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

〈第70巻 2018年〉
「産婦人科の進歩」誌 構成・原稿締切日等のご案内

	70巻1号(2月1日号)	2号(5月1日号) ・春期学術集会プログラム ム・抄録	3号(8月1日号)	4号(9月15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 ・学会賞論文公募 ・総会記録 ・医会報告 ・巻総目次
会 告	12月10日	3月10日	6月10日	8月10日
投稿論文	8月1日	10月10日	1月10日	—
学術集会記録 研究部会記録 座談会記録 他				6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	12月20日	3月20日	6月20日
学術集会 プログラム抄録		2月末日		6月20日
常任編集委員会 開催日	9月下旬	12月中旬	3月下旬	—

※投稿論文の締切日は目安です。
投稿に際しましては、投稿規定をご一読のうえ、必要書類とともにお送りください。
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あることをご了承ください。
特別掲載は受理希望の2カ月前までにご投稿ください。

【症例報告】

腹腔鏡下に診断し治療した原発性腹膜妊娠の1症例

宮本 瞬 輔, 田中 智 人, 寺 田 信 一, 古 形 祐 平
 芦 原 敬 允, 林 篤 史, 寺 井 義 人, 大 道 正 英

大阪医科大学産婦人科学教室

(受付日 2017/2/1)

概要 腹膜妊娠は異所性妊娠のなかで1%以下の頻度であり、比較的稀な疾患である。腹膜妊娠は大量出血を起こす可能性があるが、術前の診断は困難であることが多い。今回、われわれは異所性妊娠の破裂疑いで腹腔鏡下手術を施行し、術中に膀胱子宮窩腹膜への原発性腹膜妊娠と診断し腹腔鏡下に治療し得た症例を経験したので報告する。症例は29歳1経妊1経産。血中hCG高値 (40907 mIU/ml) のため近医より精査加療目的に当科を紹介受診予定であったが、腹痛を認めたため当院救急外来を受診した。診察所見では腹膜刺激症状を認めた。超音波で子宮内に胎嚢を認めず、腹腔内出血、子宮体下部前面に約18.6 mmの胎児様像を認めた。また血中hCG値は5742 mIU/mlまで低下していた。異所性妊娠破裂疑いとして同日に緊急腹腔鏡下手術を施行した。腹腔内所見で多量の血液貯留を認めた。両側卵巣・卵管には異常所見を認めず、左円靱帯から膀胱子宮窩腹膜の部位に凝血塊を伴った胎嚢を認めたため周囲腹膜を含めて摘出した。摘出部位を病理組織に提出したところ、絨毛組織を認め異所性妊娠と矛盾しない結果であった。術後経過は良好であり術後6日目で退院した。その後、外来管理で血中hCG値の陰性化を確認した。[産婦の進歩69 (4) : 355-359, 2017 (平成29年10月)]

キーワード：腹膜妊娠，異所性妊娠，腹腔鏡下手術

[CASE REPORT]

Successful laparoscopic management of primary peritoneal pregnancy: a case report

Shunsuke MIYAMOTO, Tomohito TANAKA, Shinichi TERADA, Yuhei KOGATA
 Keisuke ASHIHARA, Atsushi HAYASHI, Yoshito TERAJ and Masahide OHMICHII

Department of Obstetrics and Gynecology, Osaka Medical College

(Received 2017/2/1)

Synopsis Approximately 1% of ectopic pregnancies are peritoneal and could be life threatening. We present the case of a peritoneal pregnancy treated with laparoscopic surgery. A 29-year-old woman with abdominal pain and vaginal bleeding was suspected of a ruptured ectopic pregnancy on the basis of a trans-vaginal ultrasound. Emergency laparoscopic surgery was then performed. During the surgery, a gestational sac with blood clot was found on the vesico-uterine pouch and was completely resected. Primary peritoneal pregnancy was diagnosed after the surgery. Laparoscopic surgery could be useful for the treatment of peritoneal pregnancies as well as for the diagnosis of unusually located ectopic pregnancies. [Adv Obstet Gynecol, 69 (4) : 355-359, 2017 (H29.10)]

Key words : peritoneal pregnancy, ectopic pregnancy, laparoscopic surgery

緒 言

異所性妊娠は正常子宮内膜以外の部位に胚盤胞が着床し発生するとされ、妊娠女性の主要な死因の1つとされているが¹⁾、なかでも腹膜妊

娠は異所性妊娠の1%以下の頻度であり、非常に稀である^{2,3)}。

腹膜妊娠の着床部位は術前に同定が困難であるため診断に難渋するとされるが、このような

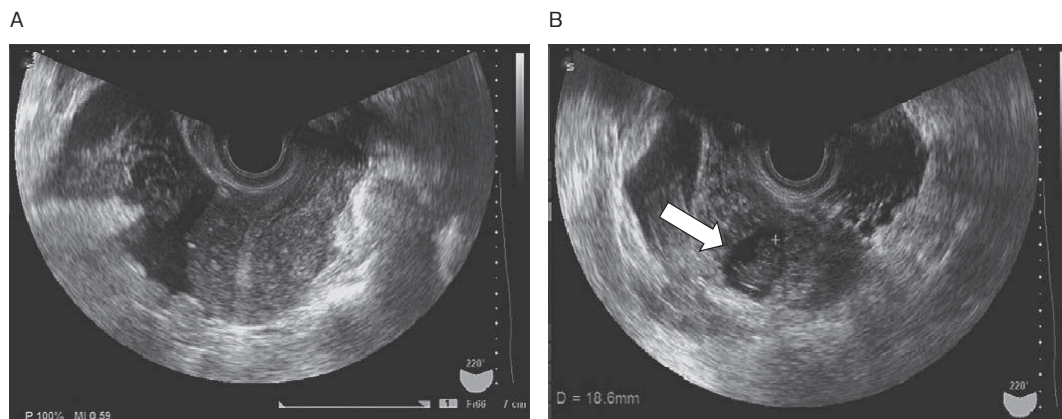


図1 経膈超音波検査

A) 子宮内には胎嚢を認めず、腹腔内出血を疑う所見認めた。

B) 子宮前面には18.6 mmの胎児様像を認めた(矢印)。

症例に対して腹腔鏡下手術は腹腔内全体を詳細に観察することができ、同時に治療も行うことができるため有用な術式であり、これまでも腹膜妊娠に対しても腹腔鏡下に治療し得た報告が散見される^{2,4,5)}。今回、われわれは術前に異所性妊娠破裂疑いの診断で腹腔鏡下手術を施行し、術中に膀胱子宮窩腹膜への原発性腹膜妊娠と診断し腹腔鏡下に治療し得た症例を経験したので、文献的考察を含めて報告する。

症 例

症例は29歳1経妊1経産であった。既往歴として21歳時に両側卵巣子宮内膜症性嚢胞に対して腹腔鏡下両側卵巣嚢胞摘出術を、27歳時に前置胎盤のため帝王切開術を施行されていた。家族歴に特記事項は認めなかった。続発性無月経を主訴に前医を受診（最終月経起算で9週0日）し、血中hCG高値（40907 mIU/ml）でありながら、子宮内に胎嚢を認めなかったため精査加療目的に当科を紹介受診予定であったが、腹痛を認めたため当院救急外来を受診した（最終月経起算で9週3日）。来院時には下腹部に圧痛、腹膜刺激症状を認めた。性器出血は少量であった。血圧は96/51 mmHg、脈拍90回/分、体温36.4℃、血液検査所見はWBC 3280/ μ l、Hb 11.2 g/dl、PLT 13.8万/ μ l、CRP 1.19 mg/dlであり、血中hCG値は5742 mIU/mlと低下していた。経膈超

音波検査では子宮内に胎嚢を認めず、少量の腹腔内出血、左子宮体下部前面に約18.6 mmの心拍を伴わない胎児様像を認めたが(図1)、胎嚢は認めなかった。以上より、着床部位は不明であったが異所性妊娠の破裂を疑い、同日に緊急腹腔鏡下手術を施行した。トロッカーはダイヤモンド法に配置した。全身麻酔下に患者を碎石位とし、CO₂ガスによる気腹法で手術を開始した。腹腔内を観察すると多量の血液で充満されており、骨盤内の解剖学的位置を把握することが困難であった。腸間膜や肝表面などのうえ腹部には明らかな異常所見を認めなかった。吸引管で多量の血液を回収し骨盤内を観察すると、

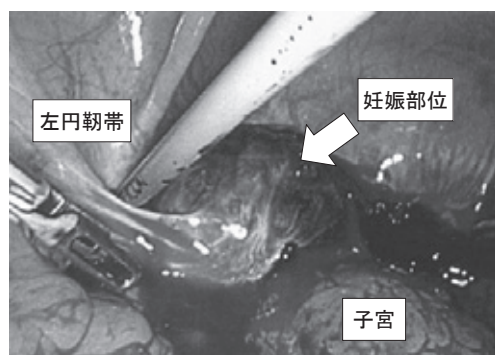


図2 術中所見

左円靱帯から膀胱子宮窩腹膜の部位に着床した胎嚢を認めた。

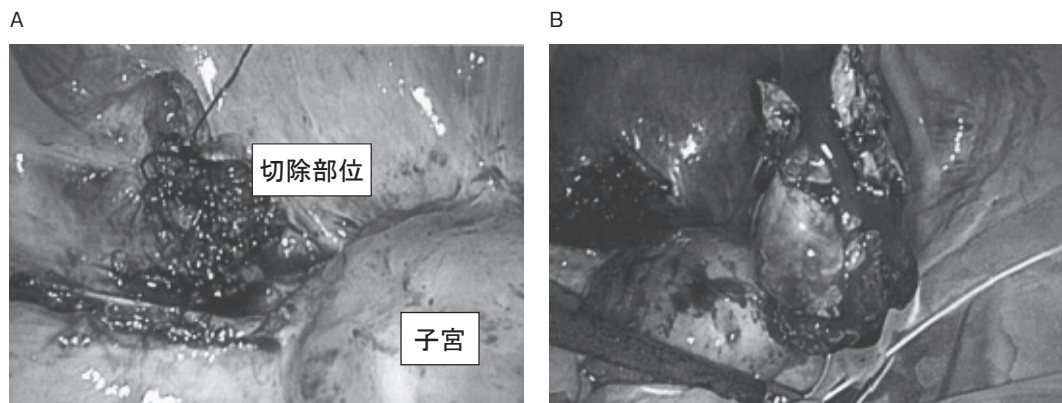


図3 術中所見

A) 病変を切除後に持続的な出血を認めたため、2-0PDSでZ縫合し止血を行った。

B) 切除病変は回収バックを用いて回収した。

両側卵巣・卵管には異常所見を認めず、左円靱帯から膀胱子宮窩腹膜の部位に凝血塊を伴った胎嚢を認めた(図2)。周囲腹膜にモノポーラで切開を加え、妊娠部位を周囲腹膜を含めて子宮・膀胱より浮かすように切除した。切除部位から持続的な出血を認め、バイポーラで焼灼した後に2-0 PDS[®]で結紮して止血した。回収バッグを用いて摘出部位を回収し(図3)、腹腔内を洗浄後、創部にインターシード[®]を貼付して手術を終了とした。手術時間は180分、出血量は2100 ml、術後の病理診断で絨毛組織および腹膜組織を認め(図4)、腹膜妊娠の診断となった。術後6日目で退院となり、術後18日目で血中hCGの陰性化を確認した。

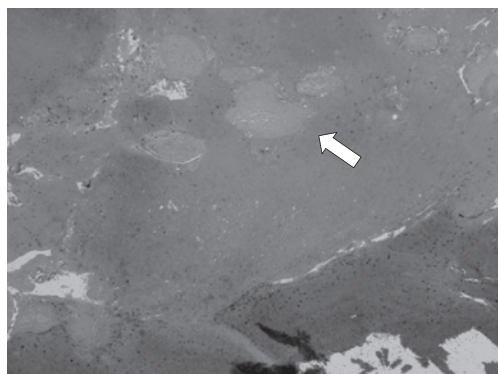


図4 病理組織写真(×40)
肥厚した腹膜組織の一部とchorionic villi(矢印)を認める。

考 察

異所性妊娠は全妊娠において約2%を占める。異所性妊娠のうち約95%は卵管での妊娠であり、腹膜妊娠の頻度は1%以下と稀である^{2,3)}。腹膜妊娠は原発性・続発性と分類されており、原発性は受精卵が腹膜面に直接着床するものであり、続発性は卵管・卵巣などに着床した妊娠卵が腹腔内に流出し、腹膜に着床するものである。破裂症例については両者を厳密に鑑別することは困難であるが、腹膜妊娠の大部分は続発性とされている。Studdifordが提唱した原発性腹膜妊娠の診断基準として、①両側卵管、卵巣が正常であり、破裂痕などが存在しない、②着床部が腹膜に局限しており、卵管における原発性着床部位からの続発性着床の可能性を否定できる、③子宮内腔と腹膜間に瘻孔形成がない、とされている⁶⁾。Friedrickらが一部を修正し、妊娠12週未満の症例に限定するという項目を追加している⁷⁾。また妊娠10週未満の症例に限り、原発性腹膜妊娠かどうかの診断が可能であるとする報告もある⁸⁾。本症例では両側の卵管・卵巣に異常を認めず、膀胱子宮窩腹膜に生着した病変を認めたことから、原発性腹膜妊娠と考えて矛盾はない。

腹膜妊娠の着床部位としては、ダグラス窩、子宮漿膜、肝、脾、大網、横隔膜などの報告があり、そのうち最も頻度が多いのはダグラス窩

とされている⁹⁾。

腹膜妊娠の成立機序としては諸説あり、受精卵が後腹膜表面に達し、トロホプラストが腹膜内へ浸潤することにより着床が成立する説や¹⁰⁾、受精卵がリンパ系を介して後腹膜に達し、着床が成立するとの報告もある¹¹⁾。病理組織学的には、腹膜組織、絨毛成分、トロホプラストの存在を認めることが腹膜妊娠の診断根拠となる。

異所性妊娠の危険因子として骨盤内炎症性疾患、IUDの使用、帝王切開の既往、子宮内膜掻爬の既往、異所性妊娠の既往などが挙げられる¹²⁾。腹膜妊娠の危険因子については、他の異所性妊娠と同様であると報告されている⁴⁾。本症例では帝王切開の既往がリスク因子であったと推測される。

異所性妊娠の診断は超音波検査と血中hCG定量検査により比較的容易とされ、とくに卵管部妊娠における超音波検査での感度は98.9%、特異度は84.4%とされているが¹³⁾、腹膜妊娠を超音波検査で術前に診断することは非常に困難である。本症例では術前に子宮外に胎児様物を認めていたが、異所性妊娠部位が破裂し腹腔内に脱落したものと判断し、腹膜妊娠を疑うことはできなかった。術前診断の方法として造影MRIが考慮されるが、異所性妊娠の症例のなかにはすでに破裂した状態で診断されることも多く、このような症例では緊急性を要し撮像に時間のかかる造影MRI検査を施行することは困難である¹⁴⁾。本症例では術前の超音波検査で腹腔内出血は少量であると推定していたが、実際は骨盤内を充満させるほどの出血を認めた。手術決定から手術開始時間までの待機時間に出血が持続することを考えると、待機時間を短縮する必要がある。本症例においても造影MRI撮影が考慮されたが、他科との兼ね合いにより撮影までにかなりの時間を要することが予想されたため、撮影を断念し腹腔鏡手術に踏み切った。緊急での腹腔鏡下手術は低侵襲であり、腹腔内全体を詳細に観察することができる。仮に腹膜妊娠であった場合、部位にもよるが慎重な操作により病変部切除が可能である。本症例は膀胱子

宮窩腹膜への原発性腹膜妊娠であったため、病変部を鉗子で挙上させて、その直下の腹膜をモノポーラーで切断することにより膀胱損傷を回避できた。異所性妊娠を疑うが着床部位の診断が困難であり、腹膜妊娠の可能性を否定できない症例では診断と治療を兼ねた腹腔鏡下手術が有用である^{2,4,5)}。

異所性妊娠に対する治療として、手術療法以外にメソトレキセート (MTX) を使用した保存的療法も有効である¹⁵⁾。MTX療法の奏効率は68~98%と報告されている。MTX全身投与は治療として侵襲も少なく簡便である反面、治療までにかなりの時間を要する。Seowらの報告では血中hCGの陰性化までは投与開始から21~188日間かかっている¹⁴⁾。しかし、これらの報告の対象は卵管部妊娠に対するものがほとんどで、腹膜妊娠を対象とするデータはみられない。腹膜妊娠に対してMTXを投与し治療可能であったとの報告があるが¹⁶⁾、急速な組織壊死によると思われる敗血症や死亡例の報告もある¹⁷⁾。また着床部位不明の異所性妊娠にMTXを投与したが、投与後に腹痛が出現したため腹腔鏡下手術を施行し、腹膜妊娠と診断された症例もある¹⁸⁾。これらのことから腹膜妊娠の可能性を否定できない症例にMTXを投与する場合には嚴重な管理が必要である。腹膜妊娠は通常の異所性妊娠と比較すると約7.7倍も死亡率が高いと報告されており³⁾、そのため早期の発見と適切な治療が必要となる。開腹術もしくは腹腔鏡下手術のどちらを選択するかについてはさまざまな意見があるが、腹膜妊娠への腹腔鏡下手術の適応条件として妊娠初期であり血流が豊富な部位に着床していないこと²⁾、絨毛が広範囲に深く侵入していないこと¹⁹⁾などが挙げられている。また病巣径が3 cm以上の症例は止血操作が困難となる可能性があり、腹腔鏡下手術での治療完遂が困難であるとの報告もあるが²⁰⁾、妊娠10週で病巣6.5 cmであるが腹腔鏡下に治療し得ている報告もある²¹⁾。本症例では最終月経からは妊娠9週3日相当であり血中hCG値も比較的高値であったが、腹膜合併切除とバイ

ポーターや縫合結紮などによる止血操作により腹腔鏡下で治療を完遂することができた。このことから、妊娠初期であれば妊娠週数や病巣の大きさから腹腔鏡下手術の適応を制限する必要はないと考えるが、今後同症例の集積により適切な治療方針の確立が望まれる。

結 語

今回われわれは、術前に異所性妊娠の破裂を疑うも妊娠部位の特定ができず腹腔鏡下手術により非常に稀な膀胱子宮窩腹膜への原発性腹膜妊娠と診断し、腹腔鏡下に治療を完遂し得た症例を経験した。腹腔鏡下手術は低侵襲であり、腹腔内の詳細な観察が可能であるため、腹膜妊娠であっても症例によっては有効な術式となり得ると考えられる。

参考文献

- 1) Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al. : Ectopic pregnancy. in Williams Obstetrics, 23rd edition, p238-256, McGraw-Hill, New York, 2010.
- 2) Morita Y, Tsutsumi O, Kuramochi K, et al. : Successful laparoscopic management of primary abdominal pregnancy. *Hum Reprod*, 11 : 2546-2547, 1996.
- 3) Shin JS, Moon YJ, Kim SR, et al. : Primary peritoneal pregnancy implanted on the uterosacral ligament: a case report. *J Korean Med Sci*, 15 : 359-362, 2000.
- 4) Koo HS, Bae JY, Kang IS, et al. : Laparoscopic management of early primary peritoneal pregnancy: a case report. *Clin Exp Reprod Med*, 3 : 109-114, 2011.
- 5) 合志礼子, 福原正生, 新谷可伸, 他 : 腹腔鏡下に治療し得た膀胱子宮窩腹膜に着床した腹膜妊娠の1症例. 日産婦内視鏡会誌, 26 : 383-394, 2010.
- 6) Studdiford WE : Primary peritoneal pregnancy. *Am J Obstet Gynecol*, 44 : 487-491, 1942.
- 7) Friedrich EG Jr, Rankin CA Jr : Primary peritoneal pregnancy. *Obstet Gynecol*, 31 : 649-653, 1968.
- 8) Mäkinen J : Histologically verified primary peritoneal pregnancy with implantation in the sigmoid mesenterium. *Eur J Obstet Gynecol Repro Biol*, 22 : 171-174, 1986.
- 9) Poole A, Haas D, Magann EF : Early Abdominal Ectopic Pregnancies: a systematic review of the literature. *Gynecol Obstet Invest*, 74 : 249-260, 2012.
- 10) Ferland RJ, Chadwick DA, O'Brien JA, et al. : An ectopic pregnancy in the upper retroperitoneum following in vitro fertilization and embryo transfer. *Obstet Gynecol*, 78 : 544-546, 1991.
- 11) Hall JS, Harris M, Levy RC, et al. : Retroperitoneal ectopic pregnancy. *J Obstet Gynaecol Br Commonw*, 80 : 92-94, 1973.
- 12) Shan N, Dong D, Deng W, et al. : Unusual ectopic pregnancies: a retrospective analysis of 65 cases. *J Obstet Gynaecol Res*, 40 : 147-154, 2014.
- 13) Kirk E : Ultrasound in the Dignosis of Ectopic Pregnancy. *Clin Obstet Gynecol*, 55 : 395-401, 2012.
- 14) Seow KM, Huang LW, Lin YH, et al. : Cesarean scar pregnancy: issues in management. *Ultrasound Obstet Gynecol*, 23 : 247-253, 2004.
- 15) 松浦基樹, 福中香織, 福中規功, 他 : 子宮外妊娠の治療としてのメソトレキセート単回投与方法. 函館五稜郭病医誌, 16 : 6-8, 2008.
- 16) Crespo R, Campillos JM, Villacampa A. et al. : Successful methotrexate treatment of an abdominal pregnancy in the pouch of Douglas. *Clin Exp Obstet Gynecol*, 35 : 289-290, 2008.
- 17) Cobellis L, Stradella L, Messalli EM : Contribution to the choice of therapy in abdominal pregnancy. *Panminerva Med*, 42 : 159-161, 2000.
- 18) delRosario R, el-Roeiy A : Abdominal pregnancy on the bladder wallk following embryo transfer with cryopreserved-thawed embryos: a case report. *Fertil Steril*, 66 : 839-841, 1996.
- 19) Tsudo T, Harada T, Yoshioka H, et al. : Laparoscopic management of early primary abdominal pregnancy. *Obstet Gynecol*, 90 : 687-688, 1997.
- 20) 梅崎美奈, 江上りか, 大塚末砂子, 他 : 腹腔鏡下手術が困難であった子宮広間膜後面に着床した腹膜妊娠の1例. 日産婦内視鏡会誌, 19 : 177-180, 2003.
- 21) Siow A, Chern B, Soong Y. : Successful laparoscopic treatment of an abdominal pregnancy in the broadligament. *Singapore Med J*, 45 : 88-89, 2004.

【症例報告】

子宮腺筋症より発生した可能性があると診断した子宮体部漿液性癌の1例

福井 薫, 鮫島 義弘

住友病院婦人科

(受付日 2017/2/9)

概要 子宮内膜症の悪性化の多くは卵巣子宮内膜症に由来するとされているが、子宮腺筋症に関連した癌化の報告も散見される。今回、子宮腺筋症より発生した可能性があると診断した子宮体部漿液性癌の症例を経験したので報告する。症例は56歳、左下腹部痛のため、近医消化器内科で実施した造影腹部CT検査で子宮筋腫の変性もしくは肉腫を疑う所見があり、当科受診となった。骨盤造影MRI検査でも子宮肉腫を強く疑わせる所見で腹水貯留も認め、ダグラス窩や左下腹壁直下に播種を示唆する濃染腫瘍も認めたが、子宮内膜は菲薄で異常を認めなかった。以上より、術前診断は子宮肉腫の疑いとして、腹式単純子宮全摘出術および両側付属器摘出術および腹膜播種病変切除術を実施した。術後病理診断は子宮体部の漿液性癌であった。腫瘍は子宮内腔側には露出しておらず、子宮内膜には肉眼的に病巣を認めなかった。病理学的に子宮腺筋症と漿液性癌が極めて近接していたため、子宮体部筋層に認められた子宮腺筋症からの発生病変という可能性が考えられた。ただし、卵管采の詳細な病理学的検討は行っていない。術後追加治療法としてTC療法6コースを実施し、化学療法最終投与から1年4カ月経過しているが、現在のところ再発所見は認めていない。[産婦の進歩69 (4) : 360-364, 2017 (平成29年10月)]

キーワード : 子宮腺筋症, 子宮内膜症, 子宮体癌, 漿液性癌, 癌化

[CASE REPORT]

A case of serous carcinoma of uterine corpus which may have occurred in adenomyosis

Kaoru FUKUI and Yoshihiro SAMEJIMA

Department of Gynecology, Sumitomo Hospital

(Received 2017/2/9)

Synopsis Most cases of the malignant transformation of endometriosis are associated with endometriosis of the ovary. On the other hand, some cases of uterine corpus cancer, which is estimated to be derived from adenomyosis have been reported, and the histopathology of such cases is typically endometrioid carcinoma. We report a rare case of serous carcinoma of the uterine corpus which might arise from adenomyosis. The patient was a 56-year-old female, who first visited a local clinic complaining of left lower abdominal pain and was referred to our hospital. Sonography showed a uterine corpus tumor resembling a degenerated fibroid. Contrast-enhanced MRI and contrast-enhanced CT revealed a sarcoma-like uterine corpus tumor, ascites retention, and the disseminated involvement of Douglas and the left lower part of the mesentery. The patient underwent abdominal total hysterectomy with bilateral salpingo-oophorectomy and resected peritoneal dissemination lesion. Histopathologically, the tumor was diagnosed as a serous carcinoma that coincided with adenomyosis, and the stage was estimated as pT3bNXM1. The tumor did not appear to the uterine lumen side, and no malignant aspect was found in the endometrium by pathological examination. On the other hand the adenomyosis and the serous carcinoma were in close proximity, which led us to the possibility that the malignant lesion was derived from the adenomyosis. The patient received six cycles of the combination chemotherapy of paclitaxel and carboplatin after the operation. One year and four months have passed since the final administration of chemotherapy, and no recurrence has been noted. [Adv Obstet Gynecol, 69 (4) : 360-364, 2017 (H29.10)]

Key words : uterine adenomyosis, endometriosis, uterine corpus cancer, serous carcinoma, malignant transformation

緒 言

子宮内膜症の悪性化は、Sampsonが子宮内膜症が起源と考えられる原発性卵巣癌を初めて報告したのに始まり¹⁾、近年では卵巣チョコレート嚢胞の癌化の頻度は0.7~0.8%²⁾といわれている。異所性子宮内膜の癌化の報告の多くは卵巣癌の症例であるが、頻度は少ないものの子宮腺筋症の悪性化についても報告されている³⁻⁷⁾。卵巣子宮内膜症からの癌化では、類内膜癌に加えて漿液性癌および明細胞癌の報告があるが²⁾、子宮腺筋症からの癌化の報告の大部分は類内膜癌であり、他の組織型の報告は少ない。今回、子宮腺筋症より発生した可能性があると診断した子宮体部漿液性癌の症例を経験したので報告する。

症 例

症例は56歳、4経妊2経産、閉経50歳で、既往歴として40歳時に子宮頸部高度異形成に対して子宮頸部円錐切除術を受けている。

左下腹部痛のため、近医消化器内科を受診した。同日実施した造影腹部CT検査で、子宮筋腫の赤色変性もしくは肉腫を疑わせる所見を指摘されたため、後日かかりつけの産婦人科を受診したところ、精査のため当科へ紹介受診となった。経膈超音波検査において液状変性した子宮筋腫と思われる腫瘤を子宮前壁筋層内(約5 cm大)と漿膜下(約3.5 cm大)に認め、その他に数個の子宮筋腫を認めた。子宮内膜は菲薄であったが、子宮内膜細胞診はatypical endometrial cellsの判定であった(図1)。骨盤造影MRI検査を実施したところ、子宮体部左前壁筋層にT2強調像で高信号の液体を容れた嚢胞性病変が存在し、内腔に隔壁を認めた。また子宮の漿膜側に突出するT2強調像高信号の不整形充実部も伴っており、いずれもT1強調像では辺縁部に軽度の高信号を認め、微小出血の可能性が考えられた。造影後は充実性部分に淡い染まりを認め、拡散強調像では腫瘤内部のfluidに強い異常信号を認めたことより、画像所見上は子宮肉腫が疑われた(図2)。子宮内膜には異常を認めなかった。腹水貯留を認め、ダグ

ラス窩や左下腹部に播種を示唆する濃染腫瘤も認めた。造影胸腹部CT検査では、その他の遠隔転移は認めなかった。腫瘍マーカーはCA125 57 U/mlと軽度の上昇を認めた。以上より、術前診断は子宮肉腫の疑いとして、開腹手術を実施した。なお、術前に子宮内膜組織診を実施していない。

腹腔内所見では、子宮は超鶯卵大に腫大し、左側筋層内から傍組織にかけて内部に出血・壊死を伴う腫瘤を認めた(図3)。両側卵管・卵巣には異常所見を認めなかったが、S状結腸間膜に約1.5 cm、ダグラス窩に約2 cm、小腸間膜に多数(1 cm以下)の腹膜播種を認めた。腹水は淡血性少量を認めた。単純子宮全摘出術、両側付属器摘出術および腹膜播種病変切除術を実施した。残存腫瘍径は5 mm以下で、optimal surgeryとした。

病理組織所見は、高度の核異型を示す異型上皮が乳頭状、樹枝状、充実性に増殖した漿液性癌の像であり、一部で脈管侵襲も認めた(図4)。また腫瘍は子宮粘膜側には露出しておらず(図5)、子宮内膜には病理学的検索で悪性の所見を認めなかった。一方、子宮腺筋症と漿液性癌が極めて近接していたことから、この悪性病変が子宮腺筋症に由来している可能性が

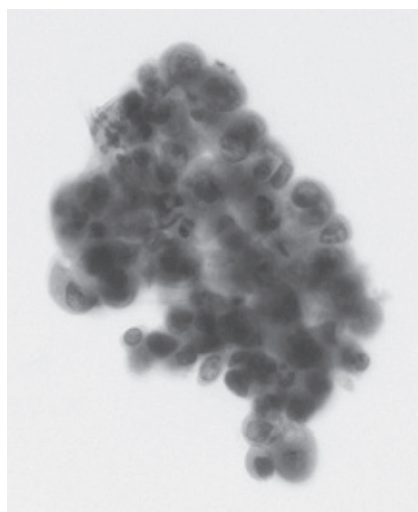


図1 子宮内膜細胞診 パパニコロウ染色40倍
集塊状で核腫大、軽度核形不整を認める。

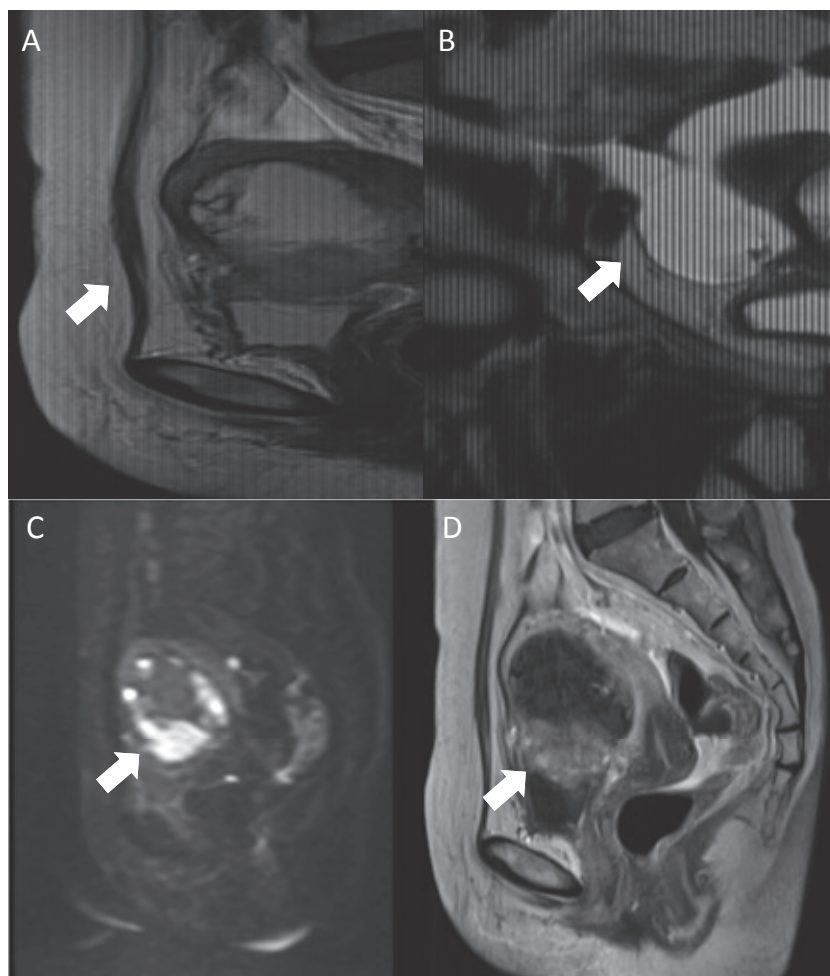


図2 骨盤造影MRI A：T2強調画像（矢状断） B：T2強調画像（冠状断） C：拡散強調画像 D：T1強調画像
子宮体部左前壁筋層内に高信号の嚢胞性病変があり，内腔は不整・不完全な隔壁を認める（矢印）。

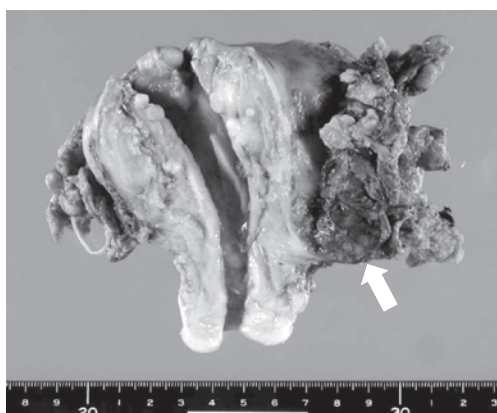


図3 ホルマリン固定後の摘出子宮
子宮内腔は全体的に平滑で，子宮左側筋層内に病変を認める（矢印）。

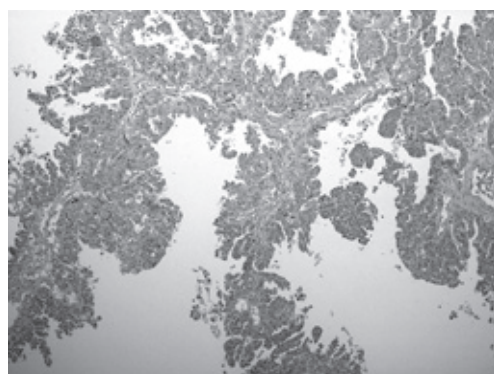


図4 病理組織所見（HE染色 10倍）
漿液性癌の像。高度の核異型を示す異型上皮が乳頭状，樹枝状に増殖している。

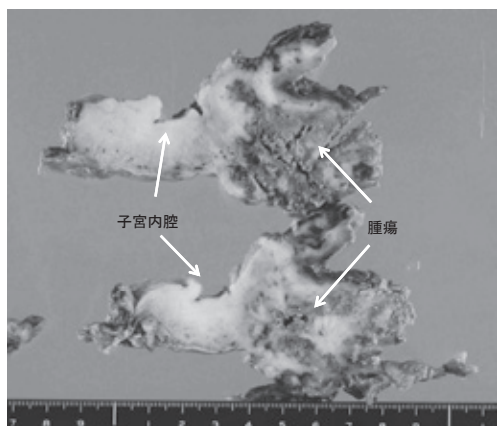


図5 ホルマリン固定後の摘出子宮 横断面
腫瘍は子宮粘膜側には露出してない。

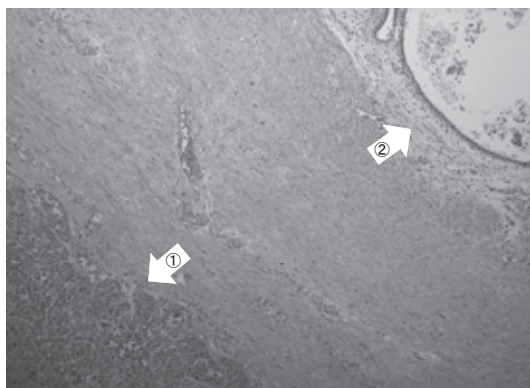


図6 病理組織所見 (HE染色 40倍)
漿液性癌に近接した異所性子宮内膜の組織を認める。矢印①：漿液性腺癌、矢印②：異所性子宮内膜

あると考えられた (図6)。播種病変は主病変部と同様の所見であり、腹水細胞診は陽性であった。腹水細胞診の詳細としては、不規則重積性を示す結合性疎な核密度の高い細胞集塊を認め、核は腫大し、N/C比が大きく、核形が不整、かつクロマチンの増量を示しており、腺癌の存在が想定された。また卵巣および卵管には異常所見は認められなかった。以上より、最終診断は serous carcinoma of the uterine corpus で進行期は FIGO IVB 期、pT3bNXM1 とした。

FIGO IVB 期であったことより、リンパ節郭清術・大網切除などの再手術は省略し、術後化学療法の方針とした。術後追加治療法としてパクリタキセル＋カルボプラチン療法6コースを実施し、化学療法最終投与から1年4カ月経過しているが、現在のところ再発所見は認めていない。

考 察

1925年のSampson¹⁾に始まる子宮内膜症の悪性変化の報告は卵巣以外の部位に関するものもあり、子宮腺筋症に由来するとされる子宮体癌は現在まで数十例ほど報告されている^{3,7)}。Colmanらは、子宮腺筋症を発生母地とする子宮体部悪性病変の診断基準として、①子宮内膜およびその他の骨盤内に病変を認めない、②腫瘍が子宮腺筋症内に限局している、③子宮内膜間質細胞に囲まれた子宮腺筋症の異常腺が存在

する、という3点を挙げている⁸⁾が、この診断基準は子宮腺筋症由来の癌が他へ進展していない早期例を対象としている。本症例においては腹腔内に播種が多数存在しており、腺筋症の異常腺の存在は確認できなかったため厳密にはこの診断基準を満たさないが、子宮内膜には病変を認めず、子宮腺筋症と腫瘍とが極めて近接していたため、子宮腺筋症由来の可能性のある子宮体癌と診断した。しかし、腫瘍が子宮漿膜面に露出していたことから、腹膜癌が子宮筋層に浸潤したという可能性は否定できない。また本症例においては卵管采の詳細な病理学的検討は行われていないため、卵管癌の可能性も完全には否定できない。

子宮腺筋症の癌化と考えられる子宮体癌の症例報告はKoshiyamaらの4症例の報告³⁾をはじめ、PubMedで検索を行うと数十例ほどの症例報告があるが、Colmanらの診断基準を満たさない場合も多く見受けられる⁷⁾。その理由として、子宮腺筋症由来の癌組織が子宮腔内に進展してから発見された症例では、子宮内膜由来の子宮体癌の筋層浸潤との区別がつかないであろうし、進行した結果としてColmanらの診断基準を満たさなくなったために子宮内膜原発として扱われる例が存在すると考えられるためである。そのため、実際には子宮腺筋症から発生した子宮体癌は報告数よりも多い可能性が考えら

れる。

子宮腺筋症からの悪性変化のうち、組織型別では類内膜癌の報告が最も多く、漿液性癌の報告は今までに文献上2例存在する^{5,7)}。子宮体部漿液性癌発生の平均年齢は、63.6～71.0歳と内膜癌例に比べ高齢で、ほとんどが閉経後である。病理学的には、高度の脈管・筋層浸潤や早期の腹膜播種が特徴的で、臨床的に他の子宮体癌と比べ予後不良とされている^{9,10)}。

本症例は腹腔内に広く進展（播種）したIVB期であり、一部で脈管侵襲も伴っていたが、術後の化学療法が奏効し、化学療法終了後1年4カ月経過した現在も再発することなく経過している。過去の同様症例の1例は、術後の化学療法後約2カ月で再発、術後から14カ月で原病死するという予後不良の転帰をとっており⁵⁾、臨床病理学的にはさらなる症例の蓄積が必要と考える。

結 語

今回、われわれは子宮腺筋症より発生した可能性があると診断した子宮体部漿液性癌の症例を経験した。閉経後にもかかわらず子宮腺筋症の病変部や子宮体部の増大を認める場合は、子宮肉腫のみならず子宮腺筋症の癌化の可能性についても考慮する必要がある。

参考文献

- 1) Sampson JA : Endometrial carcinoma of the ovary, arising in endometrial tissue in that organ. *Arch Surg*, 10 : 1-72, 1925.
- 2) Kobayashi H, Sumimoto K, Moniwa M, et al. : Risk of developing ovarian cancer among women with ovarian endometrioma: a cohort study in Shizuoka, Japan. *Int J Gynecol Cancer*, 17 : 37-43, 2007.
- 3) Koshiyama M, Suzuki A, Ozawa M, et al. : Adenocarcinomas arising from uterine adenomyosis: a report of four cases. *Int J Gynecol Pathol*, 21 : 239-245, 2002.
- 4) Kucera E, Hejda V, Dankovcik, et al. : Malignant changes in adenomyosis in patients with endometrioid adenocarcinoma. *Eur J Gynaecol Oncol*, 32 : 182-184, 2011.
- 5) 竹本由美, 牛嶋公生, 津田尚武, 他 : 子宮腺筋症より発生したと推測される子宮体部漿液性腺癌の1例. *日婦腫瘍会誌*, 23 : 572-577, 2005.
- 6) 坂口 勲, 片瀨秀隆 : 子宮腺筋症 (3) 子宮腺筋症の悪性化. *HORM FRONT GYNECOL*, 19 : 83-87, 2012.
- 7) Colman HI, Rosenthal AH : Carcinoma developing in areas of adenomyosis. *Obstet Gynecol*, 14 : 342-348, 1959.
- 8) 小西博巳, 佐々木博, 兪 史夏, 他 : 子宮腺筋症の癌化と考えられた類内膜腺癌8症例の検討. *産婦の進歩*, 67 : 247-253, 2015.
- 9) 森脇昭介, 万代光一 : 子宮体部漿液性腺癌の組織像と悪性度. 子宮体癌取り扱い規約に基づいたアトラス, 第2版, p87-97, 文光堂, 東京, 1999.
- 10) Sakuragi N, Hareyama H, Todo Y, et al. : Prognostic significance of serous and clear cell adenocarcinoma in surgically staged endometrial carcinoma. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 79 : 311-316, 2000.

【症例報告】

異なる出血の様相を呈した臨床的羊水塞栓症：3症例の報告と文献的考察

森内 芳, 千草義継, 近藤英治, 伊尾紳吾

谷 洋彦, 濱西潤三, 松村謙臣

京都大学大学院医学研究科器官外科学講座婦人科学産科学

(受付日 2017/2/27)

概要 羊水塞栓症はおおむね10万分娩に5例と比較的まれな疾患であるが、高率に母体死亡をきたしうる、周産期診療領域における最も重篤な疾患の1つである。羊水塞栓症には、羊水あるいは胎児由来成分が母体の肺動脈を塞栓することで急激な心肺虚脱、呼吸不全が生じる心肺虚脱型羊水塞栓症の他、近年、弛緩出血とdisseminated intravascular coagulation (DIC)とを主症状とするDIC型羊水塞栓症の概念が普及しつつある。今回、当院で経験した、異なる出血の様相を呈した臨床的羊水塞栓症3例について文献的考察を加えて報告する。症例1は27歳の初産婦で、妊娠38週重症妊娠高血圧腎症、子癇発作を認め、吸引分娩を施行された。分娩直後から非凝固性の出血 (14000 ml)、呼吸不全を認め、脳出血のため死亡した。症例2は34歳の初産婦で、妊娠41週分娩誘発中に断続的な性器出血 (675 ml/3h) と呼吸不全を呈した。緊急帝王切開開始と同時に心停止となり、経皮的な心肺補助装置を用い自己心拍が再開したが、出血量9500 ml、多臓器不全のため死亡した。症例3は34歳の1経産婦で、妊娠41週吸引分娩2時間後から非凝固性の出血 (6400 ml) と呼吸不全を認め心停止となるも、積極的な輸血と呼吸循環管理により後遺症なく救命しえた。過去10年間の羊水塞栓症症例報告数は63例あり、分娩中の発症が33例 (52%) と最も多かったが、分娩後1時間以上を経過してからの発症例も6例 (9.5%) 存在した。したがって、分娩経過のどの時期であっても、非凝固性の多量の出血を初発症状とし呼吸不全を伴う場合には常に羊水塞栓症を念頭に置き、一次医療機関にあつては時期を逸することなく初期治療を開始するとともに、高次医療機関への搬送を行い、高次医療機関にあつては集中的治療を展開することが、母体救命のために必須である。〔産婦の進歩69 (4) : 365-372, 2017 (平成29年10月)〕

キーワード：羊水塞栓症, DIC, 弛緩出血, 呼吸困難

[CASE REPORT]

Amniotic fluid embolism with different clinical manifestations of uterine hemorrhage: report of three cases and literature review

Kaori MORIUCHI, Yoshitsugu CHIGUSA, Eiji KONDOH, Shingo IO

Hirohiko TANI, Junzo HAMANISHI and Noriomi MATSUMURA

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

(Received 2017/2/27)

Synopsis Amniotic fluid embolism (AFE) is rare, but is one of the most devastating complications of pregnancy, the mortality rate of which is 20 to 60%. Recently, accumulating evidence has indicated that AFE is comprised of two types with different etiologies. One is the cardiopulmonary collapse type AFE which features sudden hypotension and dyspnea. The other is the DIC type AFE, characterized by atonic bleeding and disseminated intravascular coagulation (DIC). Here, we report three cases of AFE that have different clinical course patterns, and discuss the onset timing of AFE based on our literature review. Case 1 was a 27-year-old primigravida, diagnosed as having hypertensive disorders of pregnancy at 35 weeks of gestation. At 38 weeks of gestation, she had eclampsia and vacuum extraction was performed. Just after the delivery, she had an incoagulable hemorrhage, which totaled 14000 ml, and respiratory failure. She died of cerebral hemorrhage. Case 2 was a 34-year-old primigravida. At 41 weeks of gestation, she had a continuous vaginal bleeding and

dyspnea during the induction of labor. As soon as an emergency cesarean section was started, a cardiac arrest occurred. Although maternal pulse was restored by percutaneous cardiopulmonary support, the bleeding amounted to 9500 ml and she died of multiple organ failure. Case 3 was a 34-year-old multigravida, and vacuum extraction was carried out because of insufficient progression. After two hours, she suffered cardiac arrest followed by 6400 ml of incoagulable bleeding and respiratory failure. Fortunately, aggressive blood transfusion and intensive resuscitation enabled her to recover without any aftereffects. Our literature review revealed that more than 50% of AFE cases occurred during delivery, but in approximately 10% of AFE cases, the onset timing was more than one hour after delivery. Therefore AFE should be listed in the differential diagnosis at any point of parturition, when the patient has a sudden onset of incoagulable vaginal bleeding with dyspnea. Furthermore, in order to save the mother's life, it is imperative to transfer the patient to the tertiary emergency medical facility without delay, and to provide the multidisciplinary critical care quickly. [Adv Obstet Gynecol, 69 (4) : 365-372, 2017 (H29.10)]

Key words : amniotic fluid embolism, DIC, atonic bleeding, dyspnea

緒 言

羊水塞栓症は、頻度はまれであるが高率に母体死亡をきたす、周産期医学領域における最も重篤な疾患の1つである¹⁾。1941年にSteinerとLushbaughが初めて疾患概念を提唱して以来²⁾、広く認識されてきた病態であるにもかかわらず、その発症頻度が低いことに加え、国際的に合意が得られた診断基準が存在しないことから、羊水塞栓症に関する正確な発症メカニズムや発症の時期については依然不明な点が多い。羊水塞栓症の臨床的3徴としてhypoxia, hypotension, coagulopathyが挙げられるが³⁾、これらがすべてそろわない羊水塞栓症が存在することも事実である^{4,5)}。そのようななか近年、弛緩出血とdisseminated intravascular coagulation : DICとを主症状とする羊水塞栓症の概念が認識されつつあり^{3,6)}、KanayamaらはこれらをDIC型（あるいは子宮型）羊水塞栓症と呼び、胸痛やショック症状などを主徴とする古典的な羊水塞栓症を心肺虚脱型羊水塞栓症と呼ぶことを提唱している⁶⁾。DIC型羊水塞栓症では弛緩した子宮から大量の非凝固性出血を認めることが臨床的な特徴であるが、心肺虚脱型に比べて羊水塞栓症であるとの認識が得られにくく、適切な治療が遅れる危険性がある。そこで本邦では早期に臨床診断を行い、治療を開始できるように、Bensonの提唱した診断基準^{7,8)}を改変した「臨床的羊水塞栓症の診断基準」⁶⁾が用いられている。当院では2008年から2015年までの8年間に臨

床的羊水塞栓症の診断基準に合致した症例を3例経験した。今回われわれは、羊水塞栓症の発症時期とその後の臨床経過について、この自験例3例を報告するとともにこれまでの文献を参照しつつ考察する。

症 例

症例1は27歳の初産婦で、既往歴に特記事項はなかった。前医にて妊娠健診を受けていたところ、妊娠35週で高血圧（157/108 mmHg）と尿蛋白（2+～3+）を認めたが、経過観察とされていた。妊娠38週1日の妊婦健診時に頭痛を訴え、血圧173/114 mmHg、尿蛋白3+であった。内診にて羊水流出を認めていたため、同医入院のうえプロスタグランディンF2 α （ジノプロスト；PGF2 α ）点滴による陣痛誘発が開始された。PGF2 α 投与開始4時間半後に子宮口7 cm開大、血圧184/130 mmHgとなり、ヒドラジン塩酸塩（20 mg）を筋肉内投与された。陣痛誘発開始から5時間後に子宮口は全開大し、血圧は140-160/110-120 mmHgで経過していたところ、その2時間後に子痾発作を認めたため、児は直ちに吸引分娩により娩出された。分娩直後から子宮収縮がきわめて不良であり、多量の非凝固性出血を認めた。出血量が2500 mlに達し、意識障害を認めたため、当院へ搬送となった。当院到着時（分娩1時間30分後）、非凝固性の多量の子宮出血に加え、SpO₂が89%（room air）に低下していたことから、臨床的羊水塞栓症と診断した（表1）。ガーゼパッキングや子

表1 臨床的羊水塞栓症診断基準

臨床的羊水塞栓症診断基準

- ① 妊娠中または分娩後 12 時間以内に発症した場合
- ② 下記に示した症状・疾患（1 つ以上）に対して集中的な医学治療が行われた場合
 - A) 心停止
 - B) 分娩後 2 時間以内の原因不明の大量出血（1500 ml 以上）
 - C) 播種性血管内凝固症候群
 - D) 呼吸不全
- ③ 観察された所見や症状が他の疾患で説明できない場合

以上の 3 つを満たすものを臨床的羊水塞栓症と診断する

宮内バルーンタンポナーデによる圧迫では止血を得られず、内腸骨動脈の上殿動脈分枝以下で動脈塞栓術を施行し、止血を得た。しかし、塞栓術後も母体意識障害が改善しないため、頭部 CT および MRI 検査を施行したところ、左側頭葉に脳出血をきたしていた（図1）。開頭血腫除去術を施行するも、意識状態は改善せず、入院 22 日目に全脳虚血の状態となり、死亡した。病理解剖は施行されなかった。

症例2は34歳の初産婦で、既往歴に特記事項はなかった。妊娠41週5日、予定日超過に対してプロスタグランジンE2を6錠内服のち、PGF2 α 点滴による分娩誘発が行われた。分娩進行中に断続的に150～300 mlの性器出血を認めた。PGF2 α 点滴開始9時間後から断続的に性

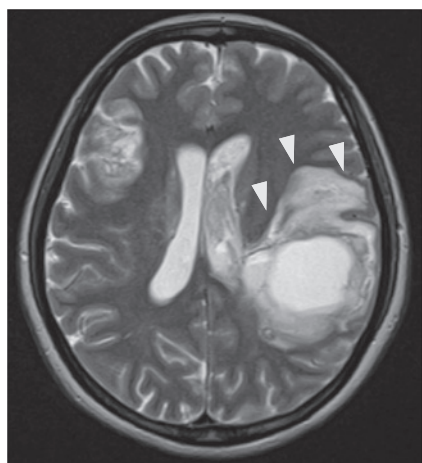


図1 症例1 脳MRI

器出血をきたすようになり、39℃の発熱を認めた。さらに、胎児心拍数モニターにおいて遅発一過性徐脈が出現した。PGF2 α 点滴開始11時間後からは呼吸困難感を訴え、血圧（68/29 mmHg）とSpO $_2$ （78% 酸素15 l）が急激に低下し、緊急帝王切開の方針となった。この時点までの分娩進行中に、すでに出血量は675 mlとなっていた。帝王切開術開始と同時に母体は意識消失し、児娩出後には母体心肺停止となり、当院へ救急搬送となった。心停止の状態が持続しており、胸骨圧迫による蘇生処置が施されつつ、開腹したまま当院へ搬送された。常位胎盤早期剥離を示唆する所見はなく、子宮収縮は不良であった。当院到着後、直ちに心臓血管外科医により経皮的な心肺補助装置が導入され、自己心拍再開を得た。しかし、弛緩出血の制御に難渋し、総出血量は9500 mlに及び、多臓器不全により当院到着21時間後に死亡した。病理解剖は施行されなかった。臨床経過および血清検査の結果（Zinc-coproporphyrin1；Zn-CP1 cut off値未満（<1.6 pmol/ml）、Sialyl Tn；STN 1000 U/ml $\geq$ 45.0 U/ml）から、臨床的羊水塞栓症と診断した。なお、血液培養検査は陰性であった。

症例3は34歳の経産婦で、既往歴に特記事項はなかった。妊娠41週0日、微弱陣痛に対してオキシトシンによる陣痛促進が開始され、12時間後に吸引分娩によって児を娩出した。分娩時出血は1500 mlで、止血が確認された。分娩1時間後の診察ではバイタルサインに異常なく、出

血量は40 mlであった。しかし、分娩2時間後に呼吸困難（SpO₂ 92-96% room air）とともに、非凝固性の性器出血と子宮の収縮不良を認め、母体意識障害（Japan Coma Scale III-300）をきたしたため、当院へ救急搬送となった。当院到着時は死戦期呼吸、DICを認め、心停止に至った。経過から臨床的羊水塞栓症と診断し、胸骨圧迫およびカテコラミン投与による蘇生措置のち、人工呼吸器管理の下、弛緩出血に対して子宮輪状マッサージを24時間行うことで止血を得た⁹⁾。総出血量は6400 mlに及ぶも、発症17日目には後遺症なく退院となった。

考 察

羊水塞栓症は、本邦ではおおむね10万分娩に対して5例の頻度で⁶⁾、欧米における発症頻度（10万分娩に対し2.5～6例）^{1,3,10)}と大きな差異はなく、比較的まれな疾患といえる。しかし、羊水塞栓症による母体死亡率は20～60%であり^{3,10)}、本邦においては、妊産婦死亡原因の12%（第3位）を占めている¹¹⁾。このように羊水塞栓症は、「妊産婦死亡ゼロ」を目指すためには、周産期診療領域において集中的に取り組むべき、重要な疾患である。

今回われわれは、分娩経過のなかで、異なる時期に出血を初発症状として発症した羊水塞栓症を報告した。症例1は分娩直後、症例2は分娩中、そして症例3は分娩2時間後から、他の原因で説明不能な非凝固性の出血を認めた。3例とも、DIC（表2）、弛緩出血、呼吸困難をきたしており、本邦における診断基準（表1）を満たしていたことから、臨床的羊水塞栓症と診断した。症例1は弛緩出血の結果DICと脳出血が生

じたという見解もないわけではないが、分娩直後の出血がすでに非凝固性であったことは、弛緩出血による経時的な凝固因子の消耗によって非凝固性の出血となったものではなく、診断基準にいうところの「観察された所見や症状が他の疾患で説明できない場合」に該当すると考えられた。自験例では病理解剖の同意が得られなかったが、羊水塞栓症の診断には剖検の果たす意義が大きく、母体死亡の際には病理解剖が施行されるよう努める必要がある。

症例1はDIC型の羊水塞栓症によって多量の出血が生じたことで、循環血液量減少性ショックをきたしたと考えられるが、SpO₂が89%（room air）に低下している点は、軽度の心肺虚脱を併発していたとも推測される。症例2および3は、出血とほぼ同時期に母体意識障害を認めたことから、心肺虚脱症状も伴っていたと考えられる。とくに症例2は分娩中から原因不明の出血をきたしており、潜在的なDICに引き続いて重度の心肺虚脱を発症したと解釈できる。一般的に、羊水塞栓症は分娩中から分娩直後にかけて発症することが多いと考えられているが、症例3のように分娩2時間を経過して発症する場合もある。さらに、心肺虚脱症状を伴わない、DIC型の羊水塞栓症の場合、多量の子宮出血や弛緩出血を初発症状としていることから、羊水塞栓症を念頭に置いた初期治療が適切に行われない危険性もある。

羊水塞栓症の発症は、典型的には、羊水あるいは胎児由来成分が母体循環に流入し、母体の肺動脈を塞栓することで急激な心肺虚脱、呼吸不全が生じると考えられてきた。しかし、羊水

表2 血液検査所見

	Hb (g/dl)	Plt (万/μl)	PT (INR)	APTT (秒)	Fib (mg/dl)
症例 1	4.4	11.3	8.87	測定不能	<50
症例 2	10	10.2	3.17	測定不能	測定不能
症例 3	4.6	8.7	12.36	>200	未検査

（いずれも当院到着直後の採血）

塞栓症の病態解明を目指して、これまで数多くの動物実験が繰り返されてきたが、羊水注入によって血流動態の変化や血液凝固異常をきたした報告はまれであり、霊長類（サル・アカゲザル）に羊水あるいは胎便成分を注入しても羊水塞栓症の病態を再現できなかったという2つの研究も存在する^{12,13)}。さらに、前置癒着胎盤などのために子宮が摘出された症例のうち、半数以上で子宮内血管において羊水成分が検出されたとの報告もあり¹⁴⁾、母体肺血流中には胎児由来細胞や絨毛細胞を認めるとの報告^{15,16)}とあわせて、母体循環に羊水あるいは胎児由来成分が流入することは、まれなことではないものと推測される。

近年、羊水塞栓症の病態の1つとして、母体血中に流入した羊水および胎児成分に対し、母体がアナフィラキシー様の反応を起こしているという概念が浸透しつつある⁶⁾。この病態理解によれば、主に子宮においてアナフィラキシー様反応が生じることで、炎症性サイトカインが産生され、血液凝固カスケードが活性化される結果、深刻な弛緩出血とDICとをきたすこととなる。Kanayamaらは、胎児由来成分による物理的肺動脈塞栓という古典的な心肺虚脱型の羊水塞栓症に対し、弛緩出血とDICから発症する羊水塞栓症をDIC型（あるいは子宮型）羊水塞栓症と提唱し、両者はoverlapすることがあるものの、異なる病態を想定している⁶⁾。一方、欧米における羊水塞栓症の病態理解においては、羊水と胎児成分といった外来抗原に対する母体免疫系の過剰な反応から、全身性の炎症をきたし、DICや非凝固性の大量出血、あるいは心肺虚脱症状を生じると考えられており^{3,17)}、Clarkは羊水塞栓症を“anaphylactoid syndrome of pregnancy”と呼称すべきであると主張している³⁾。アナフィラキシーを基盤とする点では、Clarkの病態理解はKanayamaらの提唱する概念とはほぼ同様であるといつてよいが、心肺虚脱も含めた全ての羊水塞栓症の症状をアナフィラキシーに帰している点ではKanayamaらの主張とやや異なっている。自験例も含め、羊水塞栓

症症例ではDIC型、心肺虚脱型のいずれかに明確に区分しづらい症例も多く、羊水塞栓症の病因を一元的にアナフィラキシーに求めるClarkらの主張は妥当性があると思われる。

われわれは迅速に臨床的羊水塞栓症と診断し、遅滞なく治療を開始するためには羊水塞栓症の発症時期についての理解が不可欠であると考え、系統的なliterature reviewを行った。文献検索にはPubMedを用い、amniotic fluid embolism, case reportの2つを検索語句として、過去10年（2007～2016年）に発表された英語論文を抽出したところ、57報63例の羊水塞栓症の報告が該当した（表3）。63例を発症時期別に検討すると、33例（52%）は分娩中、20例（32%）は分娩後、7例（11%）は妊娠中、3例（5%）は子宮内容除去術（Dilatation and Curettage ; D/C）の際にそれぞれ羊水塞栓症を発症していた（図2）。さらに、分娩後に発症した20例の内訳を検討すると、分娩後30分以内が13例（65%）と最多であり、分娩後30分から1時間以内が1例（5%）、分娩後1時間から3時間以内が3例（15%）、分娩後3時間から6時間以内が3例（15%）であり（図3）^{18,19)}、羊水塞栓症の発症時期が分娩後数時間にわたっていた。また分娩後発症の羊水塞栓症20例のうち、DIC型と判断されるものが10例と半数を占めていたことにも留意する必要がある。DIC型の羊水塞栓症では、心肺停止に至るまでの時間が心肺虚脱型に比べてやや長い傾向が指摘されている⁶⁾。このことは、適切な治療が迅速に行われれば母体救命の可能性が高くなることを示唆している。実際、われわれのliterature reviewにおいて、分娩後3～6時間で発症したDIC型羊水塞栓症は4例認められたが、いずれも救命されている^{18,19)}。分娩後数時間を経過して、呼吸困難を伴う弛緩出血とDICを認めた場合、直ちに羊水塞栓症を鑑別に挙げ、フィブリノゲン製剤を含む大量輸血、バルーンタンポナーデ、動脈塞栓術、子宮摘出術などによって止血をはかるとともに、心肺虚脱を併発する可能性を想定し、経皮的な心肺補助装置の準備を行うなどの集中的治療を展開することが肝要である。

表3 2007～2016年（10年間）における羊水塞栓症症例報告

著者	年	症例数	タイプ	発症時期	転帰	雑誌名
Stehr SN	2007	1	心肺虚脱型	妊娠中	生存	Resuscitation.
Pluymakers C	2007	1	心肺虚脱型	妊娠中	生存	Resuscitation.
McDonnell NJ	2007	1	混合型	分娩中	生存	Int J Obstet Anesth.
Verroust N	2007	1	混合型	分娩中	生存	Lancet.
Stehr SN	2007	1	混合型	分娩中	生存	Resuscitation.
Benson MD	2007	1	心肺虚脱型	分娩中	生存	J Matern Fetal Neonatal Med.
Prosper SC	2007	1	DIC型	分娩中	生存	Obstet Gynecol.
Styron AG	2008	1	混合型	分娩中	生存	Int J Obstet Anesth.
Peitsidou A	2008	1	混合型	分娩中	生存	Arch Gynecol Obstet.
Meletti JF	2008	1	混合型	分娩中	生存	Rev Bras Anesthesiol.
Chanimov M	2008	1	混合型	分娩中	生存	Isr Med Assoc J.
Nagarsheth N	2008	1	DIC型	分娩中	生存	Anesth Analg
Wilhite L	2008	1	心肺虚脱型	分娩中	生存	Am J Nurs.
Mato J	2008	1	混合型	分娩中	生存	AANA J.
Nagarsheth NP	2008	1	DIC型	分娩直後	生存	Anesth Analg.
Arafa A	2009	1	心肺虚脱型	妊娠中	生存	J Obstet Gynaecol.
Ho CH	2009	1	心肺虚脱型	分娩中	生存	Acta Anaesthesiol Taiwan.
Kahyaoglu I	2009	1	混合型	分娩中	死亡	Arch Gynecol Obstet.
Mahshid N	2009	1	DIC型	分娩中	死亡	Middle East J Anaesthesiol.
Kamper CH	2009	1	混合型	分娩中	生存	Ugeskr Laeger.
Vellayappan U	2009	1	心肺虚脱型	分娩中	生存	Anesth Analg.
Shen HP	2009	1	心肺虚脱型	分娩後75分	生存	J Reprod Med.
Fekhkhar K	2009	1	混合型	D/C	生存	Ann Fr Anesth Reanim.
Kumar V	2010	1	心肺虚脱型	妊娠中	生存	Int J Obstet Anesth.
Kumar S	2010	1	混合型	分娩中	生存	Am J Crit Care.
Furukawa S	2010	1	心肺虚脱型	分娩中	死亡	J Obstet Gynaecol Res.
Annecke T	2010	1	DIC型	分娩直後	死亡	Blood Coagul Fibrinolysis.
Li N	2010	1	混合型	分娩直後	生存	Middle East J Anaesthesiol.
Liao WC	2011	2	混合型	分娩中 分娩後15分	生存 生存	J Matern Fetal Neonatal Med.
Firstenberg MS	2011	1	混合型	分娩中	生存	Heart Surg Forum.
Hosono K	2011	1	DIC型	分娩後1時間	生存	J Obstet Gynaecol Res.
Sugasawa Y	2011	1	DIC型	分娩直後	生存	Masui.
Caputo M	2012	1	混合型	妊娠中	生存	Int J Gynaecol Obstet.
Wallace F	2012	1	混合型	分娩中	生存	Int J Obstet Anesth.
Bolden N,	2012	1	混合型	分娩中	生存	J Clin Anesth.
Ecker JL	2012	1	心肺虚脱型	分娩直後	生存	N Engl J Med
Sisodia SM	2012	1	心肺虚脱型	分娩後15分	死亡	Am J Forensic Med Pathol
Ogihara T	2012	3	混合型	分娩後1時間 分娩後3.5時間 分娩後4時間	生存 生存 生存	Ther Apher Dial.
Hosoya Y	2013	1	DIC型	妊娠中	生存	Int Heart J.
Collins NF	2013	1	混合型	分娩中	生存	Int J Obstet Anesth.
Hikiji W	2013	1	混合型	分娩中	死亡	Forensic Sci Int.
Hyuga S	2013	1	混合型	分娩中	生存	Masui.
Feng ZY	2013	1	混合型	分娩中	生存	Chin Med J (Engl).
Karsten J	2013	1	心肺虚脱型	分娩後30分	生存	Int J Obstet Anesth
Healy BR	2013	1	DIC型	分娩直後	生存	Clin Lab Sci.
Ocegueda-Pacheco C	2014	1	心肺虚脱型	妊娠中	生存	Ther Hypothermia Temp Manag.
Tamura N	2014	1	DIC型	分娩直後	死亡	Gynecol Obstet Invest.
Wernet A	2014	1	心肺虚脱型	D/C	生存	Arch Gynecol Obstet.
Woo YS	2015	1	混合型	分娩中	生存	J Clin Neurosci.
Campanharo FF	2015	1	心肺虚脱型	分娩中	生存	J Obstet Gynaecol.
Oi C	2015	1	DIC型	分娩中	生存	Masui.
Buechel J	2015	1	DIC型	分娩中	生存	BMJ Case Rep.
Zamurović M,	2015	1	心肺虚脱型	分娩中	生存	Clin Exp Obstet Gynecol.
Jeanneteau P	2015	1	混合型	分娩後2時間	死亡	Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol.
Ihara K	2015	1	DIC型	分娩直後	生存	Intern Med
Patel D	2015	1	混合型	D/C	生存	BMJ Case Rep.
Hasegawa A	2016	3	DIC型	分娩直後 分娩直後 分娩後4.5時間	生存 生存 生存	J Obstet Gynaecol Res.

症例を初発症状によって心肺虚脱型あるいはDIC型に区分した。両者の症状をほぼ同時に呈しているものや、区分しづらいものは混合型とした。

D/C：Dilatation and Curettage 子宮内容除去術

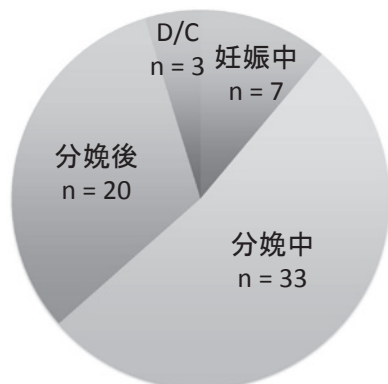


図2 羊水塞栓症の発症時期の検討 (n=63)

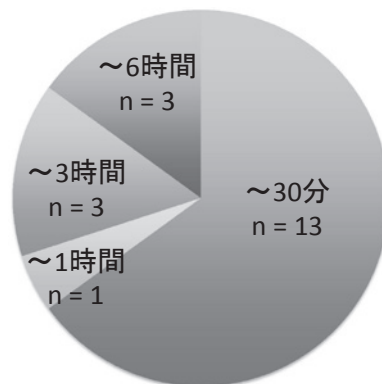


図3 分娩後羊水塞栓症の発症時期の検討 (n=20)

結 語

羊水塞栓症の発症時期は広範囲にわたり、分娩中や分娩直後のみならず、分娩数時間後であっても発症する。したがって、このような時期に呼吸不全を伴う多量の非凝固性出血を認める場合は常に羊水塞栓症を念頭に置き、一次医療機関にあっては時期を逸することなく初期治療を開始するとともに、高次医療機関への搬送を行い、高次医療機関にあっては集中的治療を展開することが、母体救命のために必須である。

開示すべき利益相反はありません。

参考文献

- 1) Kramer MS, Rouleau J, Baskett TF, et al. : Amniotic-fluid embolism and medical induction of labour : a retrospective, population-based cohort study. *Lancet*, 368 : 1444-1448, 2006.
- 2) Steiner P, Lushbaugh C : Maternal pulmonary embolism by amniotic fluid as a cause of obstetric shock and unexpected deaths in obstetrics. *JAMA*, 117 : 1245-1254, 1941.
- 3) Clark SL : Amniotic fluid embolism. *Obstet Gynecol*, 123 : 337-348, 2014.
- 4) Gilbert WM, Danielsen B : Amniotic fluid embolism : decreased mortality in a population-based study. *Obstet Gynecol*, 93 : 973-977, 1999.
- 5) McDonnell N, Knight M, Peek MJ, et al. : Amniotic fluid embolism : an Australian-New Zealand population-based study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 15 : 352, 2015.
- 6) Kanayama N, Tamura N : Amniotic fluid embolism

: pathophysiology and new strategies for management. *J Obstet Gynaecol Res*, 40 : 1507-1517, 2014.

- 7) Benson MD : Nonfatal amniotic fluid embolism. Three possible cases and a new clinical definition. *Arch Fam Med*, 2 : 989-994, 1993.
- 8) Benson MD : A hypothesis regarding complement activation and amniotic fluid embolism. *Med Hypotheses*, 68 : 1019-1025, 2007.
- 9) Hosono K, Matsumura N, Matsuda N, et al. : Successful recovery from delayed amniotic fluid embolism with prolonged cardiac resuscitation. *J Obstet Gynaecol Res*, 37 : 1122-1125, 2011.
- 10) Knight M, Berg C, Brocklehurst P, et al. : Amniotic fluid embolism incidence, risk factors and outcomes : a review and recommendations. *BMC Pregnancy Childbirth*, 12 : 7, 2012.
- 11) Hasegawa J, Sekizawa A, Tanaka H, et al. : Current status of pregnancy-related maternal mortality in Japan : a report from the Maternal Death Exploratory Committee in Japan. *BMJ Open*, 6 : e010304, 2016.
- 12) Stolte L, van Kessel H, Seelen J, et al. : Failure to produce the syndrome of amniotic fluid embolism by infusion of amniotic fluid and meconium into monkeys. *Am J Obstet Gynecol*, 98 : 694-697, 1967.
- 13) Adamsons K, Mueller-Heubach E, Myers RE : The innocuousness of amniotic fluid infusion in the pregnant rhesus monkey. *Am J Obstet Gynecol*, 109 : 977-984, 1971.
- 14) Nakagami H, Kajihara T, Kamei Y, et al. : Amniotic components in the uterine vasculature and their role in amniotic fluid embolism. *J Obstet Gynaecol Res*, 41 : 870-875, 2015.
- 15) Clark SL, Pavlova Z, Greenspoon J, et al. : Squamous cells in the maternal pulmonary circulation. *Am J Obstet Gynecol*, 154 : 104-106, 1986.
- 16) Lee W, Ginsburg KA, Cotton DB, et al. : Squamous

- and trophoblastic cells in the maternal pulmonary circulation identified by invasive hemodynamic monitoring during the peripartum period. *Am J Obstet Gynecol*, 155 : 999-1001, 1986.
- 17) Society for Maternal-Fetal Medicine, Pacheco LD, Saade G, et al. : Amniotic fluid embolism : diagnosis and management. *Am J Obstet Gynecol*, 215 : B16-24, 2016.
- 18) Ogihara T, Morimoto K, Kaneko Y : Continuous hemodiafiltration for potential amniotic fluid embolism : dramatic responses observed during a 10-year period report of three cases. *Ther Apher Dial*, 16 : 195-197, 2012.
- 19) Hasegawa A, Murakoshi T, Otsuki Y, et al. : Clinical course of disseminated intravascular coagulopathy-type amniotic fluid embolism : A report of three cases. *J Obstet Gynaecol Res*, 42 : 1881-1885, 2016.

【症例報告】

脊髄くも膜下麻酔を契機に頭蓋内硬膜下血腫を発症した
子宮頸部および外陰尖圭コンジローマの1例栗谷佳宏, 竹田満寿美, 金尾世里加, 直居裕和
三好愛, 三村真由子, 長松正章, 横井猛

泉州広域母子医療センター市立貝塚病院産婦人科

(受付日 2017/3/17)

概要 今回われわれは、尖圭コンジローマに対するレーザー治療時の脊髄くも膜下麻酔後に頭蓋内硬膜下血腫 (intracranial subdural hematoma ; SDH) を発症した稀な1例を経験したので報告する。症例は30歳, 0経妊, 子宮頸部と外陰部の尖圭コンジローマに対して脊髄くも膜下麻酔および静脈麻酔併用下でレーザー治療を行った。術後3日目に臥位でも軽快しない激しい頭痛と嘔吐が出現し, 当院に救急搬送となった。頭蓋内病変除外のため頭部磁気共鳴画像 (magnetic resonance imaging ; MRI) を撮影したところ, 左前頭葉の急性硬膜下血腫と診断された。出血範囲が約6 mmと小さかったため, 外科的治療の適応はなく安静臥床と止血剤・鎮痛剤投与で保存的加療を継続した。入院中は血腫の増大なく経過, 入院後27日目に退院となった。脊髄くも膜下麻酔は産婦人科でたびたび行われる手技であるが硬膜下血腫合併の頻度は非常に低いため, あまり認知されていない。診断の遅れが病変の拡大につながる可能性もあるため, 本合併症を常に念頭に置き, 診察にあたる必要がある。[産婦の進歩69(4) : 373-377, 2017 (平成29年10月)]

キーワード : 脊髄くも膜下麻酔, 腰椎穿刺後頭痛, 頭蓋内硬膜下血腫

[CASE REPORT]

A case in which an intracranial subdural hematoma developed after
the induction of spinal anesthesia for laser ablationYoshihiro KURITANI, Masumi TAKEDA, Serika KANAO, Hirokazu NAOI
Ai MIYOSHI, Mayuko MIMURA, Masaaki NAGAMATSU and Takeshi YOKOIDepartment of Obstetrics and Gynecology, Senshu Regional Medical Center
for Women's and Children's Health, Kaizuka City Hospital

(Received 2017/3/17)

Synopsis We experienced a rare case in which an intracranial subdural hematoma developed after the induction of spinal anesthesia. A 30-year-old female, who was scheduled to undergo laser ablation for cervical and perineal condyloma, was placed under spinal and intravenous anesthesia. On postoperative day three, she suffered a severe headache and emesis when moving and was taken to our hospital by ambulance. Magnetic resonance imaging revealed a small (6 mm) intracranial subdural hematoma on the left side of the frontal lobe. The patient was treated with bed rest, hemostatic drugs, and analgesics. She was discharged from the hospital after 27 days because the size of the hematoma remained stable, and her symptoms resolved. Spinal anesthesia is commonly performed in obstetrics and gynecology. However, gynecological spinal anesthesia can cause intracranial subdural hematomas in rare cases. Delayed diagnosis can be fatal, and therefore, it is important that clinicians keep this condition in mind. [Adv Obstet Gynecol, 69 (4) : 373-377, 2017 (H29.10)]

Key words : spinal anesthesia, PLPHA (post-lumbar puncture headache), intracranial subdural hematoma

緒 言

脊髄くも膜下麻酔に伴う最も頻度の高い合併症は腰椎穿刺後頭痛（post-lumbar puncture headache；PLPHA）で患者の10～30％に発症する^{1,2)}。しかし、神経障害など重篤な合併症の発生頻度は約0.05％で頭蓋内硬膜下血腫（intracranial subdural hematoma；SDH）を発症した報告は少ない^{3,4)}。今回われわれは、脊髄くも膜下麻酔後にSDHを発症した1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

症 例

症例は30歳女性、0経妊、家族歴や既往歴に特記事項はなかった。子宮頸部と外陰部の尖圭コンジローマに対してレーザー治療目的に当院に入院した。脊髄くも膜下麻酔は座位で27G、Quincke針を用いてL4/5に腰椎穿刺し、0.5%高比重ブピバカイン2 mlをくも膜下腔に注入した。穿刺回数は1回であった。麻酔がデルマトームTh12まで効いていることを確認して静脈麻酔併用下で手術を開始し、YAGレーザーで外陰部と子宮頸部のコンジローマ病変を焼灼し、問題なく手術を終えた。術中の血圧は収縮期血圧140-100 mmHg、拡張期血圧90-60 mmHgで推移していた。手術時間は11分であった。手術の1週間以上前から軽度の頭痛はあったが、術後1日目に座位での増悪を認め、腰椎穿刺後頭痛と考え、安静臥床とNSAIDs内服で保存的管理を行った。頭痛は軽快傾向にあり、本人の強い希望もあったため退院となった。退院後、頭痛はNSAIDs内服でコントロール可能であったが徐々に増悪を認め、術後3日目には座位の保持は困難で、30分以上臥位を継続しても軽快しない頭痛（体位性頭痛の消失）に加え、嘔吐が出現し、当院に救急搬送された。

来院時、激しい前頭部痛と疼痛に伴う嘔吐を認めた。意識は清明でバイタルサインは体温37.6℃、血圧119/65 mmHg、脈拍数82/分、SpO₂ 98%（room air）であった。瞳孔径は右3 mm/左3 mmで左右差なし、対光反射は両側迅速で、その他神経学的所見に異常を認めなかった。血液検査ではWBC 8890/ μ l、RBC 439

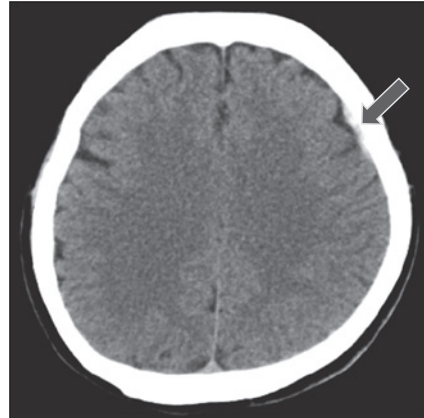


図1A 頭部CT画像
左前頭葉に高吸収域を認める。急性硬膜下血腫の像である。（血腫の厚さ：6 mm）

万/ μ l、Hb 13.5g/dl、Ht 39.5%、Plt 21.1万/ μ l、CRP 0.08 mg/dlであった。軽度の脱水所見があったため、補液と鎮痛剤の点滴加療で経過を観察したが頭痛の軽快がみられず、ベッド移乗が困難であった。そこで低髄圧による硬膜肥厚像の有無の確認と頭蓋内病変除外のため頭部造影MRIを撮影したところ、左前頭葉に出血像を認めたため、コンピューター断層撮影（computed tomography；CT）も追加し、急性硬膜下血腫の診断に至った（図1A、B）。この時、もやもや病や脳動静脈奇形など器質的異常は指摘されなかった。病変は約6 mmと小さかったため、神経内科医と相談し、外科的治療の適応はないと判断し、絶対安静臥床と止血剤・鎮痛剤投与で保存的管理とした。

入院1日目は尿道カテーテル留置、絶対安静臥床とし、止血剤（トラネキサム酸3 g/日、カルバゾクロムスルホン酸150 mg/日）、鎮痛剤（アセトアミノフェン500 mg；1日4回定期静注）の投与と補液（乳酸リンゲル液1500 ml/日）を開始した。食事摂取はベッド上でのみ可とし、長期臥床による深部静脈血栓症予防のために下肢弾性ストッキング着用と日中のみ間歇的空気圧迫装置を併用した。入院8日目、頭部単純CT撮影し、血腫の増大がないことを確認し（図2）、止血剤を減量（トラネキサム酸1 g/日、カルバ

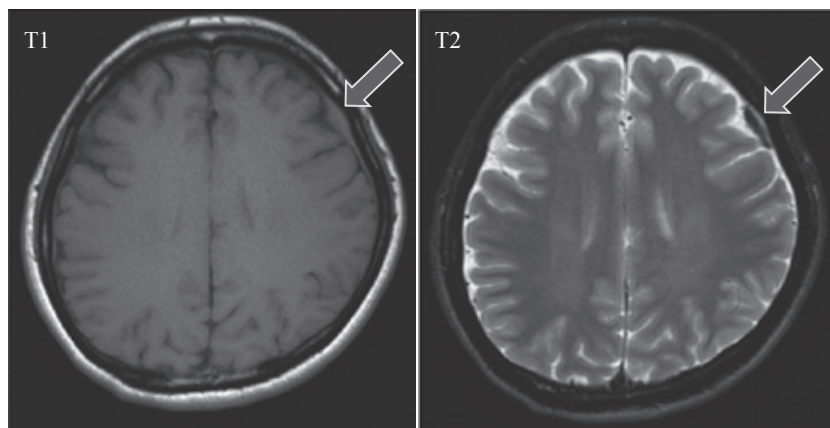


図1B 頭部MRI

MRI T1で高信号, MRI T2で低信号を示すことから出血は数時間から数日以内に発症したことが示唆される。(血腫の厚さ: 6 mm)

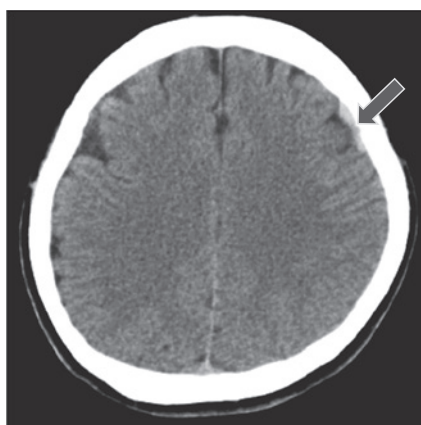


図2 頭部CT画像 (入院8日目撮影)
左前頭葉に硬膜下血腫を認め, 厚さは
4 mmに縮小している。

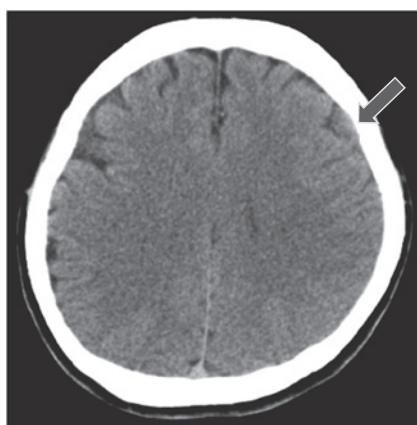


図3 頭部CT画像 (入院15日目撮影)
左前頭葉の硬膜下血腫は指摘できない。

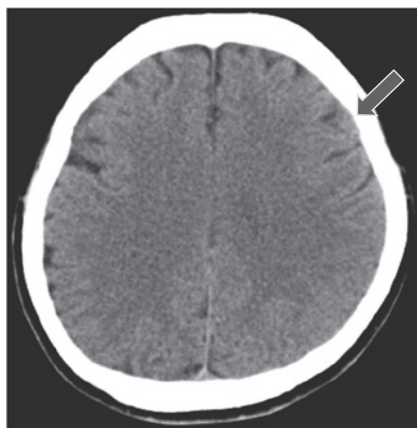


図4 頭部CT画像 (入院22日目撮影)
左前頭葉の硬膜下血腫は指摘できず,
新たな出血像もない。

ゾクロムスルホン酸50 mg/日)した。食事摂取できるまでに頭痛と嘔気は治まり, 食事の際のみベッドを30度ギャッジアップ可能とした。補液は中止し, 鎮痛剤は内服に変更して頓用とした。入院15日目, 頭部単純CT撮影し, 血腫が縮小傾向にあることを確認した(図3)。止血剤投与は中止, 頭痛はVAS 2/10に軽快し, 離床許可とした。入院22日目, 頭部単純CTで血腫の増大がないことを確認して長期臥床による筋力低下のリハビリを開始し, 入院27日目に退院とした(図4)。現在, 後遺症なく経過している。

考 察

脊髄くも膜下麻酔に伴う最も頻度の高い合併症はPLPHAで患者の10～30%に発症する^{1,2)}。髄液漏出により脳脊髄液が減少して頭蓋内痛覚感受部が刺激されて牽引性頭痛が起こると考えられている。国際頭痛学会が示す診断基準（2013, ICHD-III）には「座位または立位をとると15分以内に増悪し、臥位をとると15分以内に軽快する頭痛。項部硬直、耳鳴、聴力低下、光過敏、悪心のうち1項目を有する。硬膜穿刺後5日以内に発現し、1週間以内に自然消失もしくは硬膜外血液パッチ後、48時間以内に消失する。」と記されている⁵⁾。画像では頭部MRIでの硬膜肥厚像が典型的とされている。リスク因子には女性、PLPHAの既往、年齢20～40歳、硬膜に対する穿刺角度が知られている⁶⁻⁸⁾。PLPHAの予防に有効な方法としては、穿刺角度を硬膜繊維の走行に対して平行にすることや細い24-27G針で穿刺することが報告されている^{9,10)}。その他にも抜針する際にスタイルットを挿入することや針先がnoncuttingのものを使用することが有用である^{11,12)}とされている。PLPHAの治療はまず安静臥床と鎮痛剤投与で保存的加療を行い、1週間経っても改善に乏しければ硬膜外血液パッチを考慮する。当院では腰椎穿刺の際には27G、針先がcuttingのもの（Quincke針）を用いている。PLPHAは穿刺針が太ければ発症率が高い傾向にあるため¹⁰⁾、よりリスクの低い24-27G針（頻度5～12%）で穿刺することが望ましい。Noncutting針で穿刺していれば、PLPHAのリスクを低減できたかもしれない^{11,12)}。

腰椎穿刺後にSDHが発症する頻度は24000症例に1症例と非常に稀であるが¹³⁾、帝王切開での報告が散見される¹⁴⁾。その原因は低髄圧に起因する脳下垂により架橋静脈およびくも膜顆粒が破綻することで生じると考えられている¹⁴⁾。PLPHAとの鑑別には体位性頭痛の消失や随伴症状として意識障害、嘔吐、片麻痺といった所見が有用であり、腰椎穿刺後頭痛だけでは説明のつかない頭痛や症状が出現したときSDHを

疑う必要がある¹⁵⁾。本症例では術後3日目に体位性頭痛が消失し、輸液負荷や安静臥床を実践しても頭痛に加えて嘔吐を伴ったことから、頭蓋内病変除外および低髄圧による頭蓋内硬膜肥厚像の有無を確認するために頭部CT/MRIを撮影した。SDHの診断は頭部CTもしくはMRIで行われる。急性期脳出血の診断にはCTが第一選択である。MRIでは血腫の信号強度によって出血してからの時間経過が推察できる。また低髄圧を示唆する硬膜肥厚と高信号の所見をみるにはMRIが有用である¹⁵⁾。そのため、今回はまずMRIを撮影した。急性硬膜下血腫と診断された症例の約8割は手術療法を選択され、診断後に開頭血腫除去術の適応基準を満たさない場合には経過観察可能である。経過観察症例のうち約半数は保存的治療のみで後遺症なく回復し、約半数は診断翌日以降に手術を要した¹⁶⁾。開頭による血腫除去術の適応基準はガイドラインによれば「血腫の厚さが1 cm以上のもの。血腫による明らかな周囲の圧迫（mass effect）があるもの。血腫による神経症状を呈するもの。脳幹機能が完全に停止し長時間経過したものは通常適応とならない。」と記されている。稀ながら血腫が自然に消失あるいは減少することがあり、保存的加療により良好な転機が得られる可能性もあるが、脳出血が増悪した際には早急に脳外科に介入を依頼するといった外科的治療を行える体制を整えたうえで厳重に管理していく必要がある¹⁷⁾。今回は血腫が小さいこと、また患者が強く希望する脳神経外科病院が遠方で、移動による再出血のリスクが高く、現行の保存的加療で問題ないと先方より助言されたことから、当院で保存的加療を行った。SDHは早期診断ができれば保存的加療のみで回復する可能性が高く、昏睡に至ってからの診断では8割以上が死亡または後遺症が残存すると報告されている¹⁶⁾。本症例では術前の1週間以上前から頭痛を有していたため、脊椎麻酔とは直接関係しない頭蓋内病変の可能性も考えられたが、血腫の信号変化から急性期（数時間から数日以内の発生）のSDHと診断した。出血病変が約6 mm

と小さかったため外科的治療の適応とはせず、保存的治療として尿道カテーテル留置、絶対安静臥床とし、止血剤、鎮痛剤、脱水予防の補液から開始したが、血腫が増大傾向にある場合、早急に外科的治療が行える体制の下、慎重に管理した。

5 mm以内の血腫であれば自然吸収される可能性が高いとの報告があり¹⁷⁾、本症例は保存的加療にて血腫が自然吸収された1例であった。

結 語

脊椎麻酔後のSDHは麻酔科領域では報告が散見される^{19,20)}。産婦人科領域での報告は非常に稀ではあるが、腰椎麻酔下の帝王切開での報告はある²¹⁾。しかしながら、われわれも含め、産婦人科医の認知は浸透していない。SDHの早期診断が患者の予後を左右するため、腰椎穿刺後に増悪する頭痛で、臥床でも軽快しない症例においてはSDHの可能性を考慮して診療にあたる必要がある。また婦人科疾患で脊椎麻酔を必要とする処置は短期の入院期間であることが多く、発症は退院後に多いため、安静臥床でも軽快しない頭痛を認めた際にはすぐに再診するように患者への啓発も必要と考える。

全著者について開示すべき利益相反状態はありません。

参考文献

- 1) Raskin NH : Lumbar puncture headache: a review. *Headache*, 30 : 197-200, 1990.
- 2) Fernández E : Headache associated with low spinal fluid pressure. *Headache*, 30 : 122-128, 1990.
- 3) Aromaa U, Lahdensuu M, Cozanitis DA : Severe complication associated with epidural and spinal anaesthetics in Finland 1987-1993: A study based on patient insurance claims. *Acta Anaesthesiol Scand*, 41 : 445-452, 1997.
- 4) Auroy Y, Nachi P, Messiah A, et al. : Serious complication related to regional anaesthesia: results of a prospective survey in France. *Anesthesiology*, 87 : 479-486, 1997.
- 5) Headache Classification Committee of the International Headache Society : International Classification of Headache Disorders. 3rd edition (beta version). *Cephalalgia*, 33 : 629-808, 2013.
- 6) Amorim JA, Gomes de Barron MV, Valença MM : Post-dural (post lumbar) puncture headache: risk factors and clinical features. *Cephalalgia*, 32 : 916-923, 2012.
- 7) Kuntz KM, Kokmen E, Stevens JC, et al. : Post-lumbar puncture headaches: experience in 501 consecutive procedures. *Neurology*, 42 : 1884-1887, 1992.
- 8) Evans RW, Armon C, Frohman EM, et al. : Assessment: prevention of post-lumbar puncture headache : report of the therapeutics and technology assessment subcommittee of the american academy of neurology. *Neurology*, 55 : 909-914, 2000.
- 9) Armon C, Evans RW : Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of American Academy of Neurology : Addendum to assessment: Prevention of post-lumbar puncture headaches: report of the Therapeutics and Technology Assessment Subcommittee of the American Academy of Neurology. *Neurology*, 65 : 510-512, 2005.
- 10) Dieterich M, Perkin GD : Post-lumbar puncture headache syndrome. In: *Neurological Disorders: Course and Treatment*. p.59, Academic Press, San Diego, 1996.
- 11) Strupp M, Brandt T, Muller A : Incidence of post-lumbar puncture syndrome reduced by reinserting the styles: a randomized prospective study of 600 patients. *J Neurol*, 245 : 589-592, 1998.
- 12) Vallejo MC, Mandell GL, Sabo DP, et al. : Postdural puncture headache: a randomized comparison of five spinal needles in obstetric patients. *Anesth Analg*, 91 : 916-920, 2000.
- 13) Jonsson LO, Einarsson P, Olsson GL : Subdural haematoma and spinal anesthesia. *Anaesthesia*, 38 : 144-146, 1983.
- 14) Vos PE, de Boer WA, Wurzer JA, et al. : Subdural hematoma after lumbar puncture: two case reports and review of the literature. *Clin Neurol Neurosurg*, 93 : 127-132, 1991.
- 15) 木下泰伸, 板倉 徹 : 特発性低髄圧症候群の画像診断. *神経内科*, 53 : 439-445, 2000.
- 16) 中布龍一, 河本昌志, 弓削孟文 : 硬膜穿刺後の頭蓋内硬膜下血腫—症例報告69症例の検討—. *麻酔*, 56 : 395-403, 2007.
- 17) 日本脳神経外科学会 : 重症頭部外傷治療・管理のガイドライン. 第3版 : 89-92, 2013.
- 18) Kayacan N, Arici G, Karsli B, et al. : Acute subdural haematoma after accidental dural puncture during epidural anaesthesia. *Int J Obstet Anesth*, 13 : 47-49, 2004.
- 19) 高橋健二, 坂田治人, 大竹優子 : 脊椎麻酔後に硬膜下血腫を生じた1症例. *麻酔*, 43 : 1596-1597, 1994.
- 20) Iwase Y, Suzuki M, Bito H : A case report of intracranial hemorrhage after spinal anesthesia. *JA Clinical Reports*, 3 : 11, 2017.
- 21) 成田 萌, 岡田十三, 宮地真帆, 他 : 脊髄くも膜下麻酔下緊急帝王切開術後に、急性硬膜下血腫を発症した1例. *日周産期・新生児会誌*, 53 : 223-227, 2017.

【症例報告】

子宮筋腫術後に転移再発を繰り返す平滑筋腫瘍の1例

勝部 美咲¹⁾, 佐原 裕美子¹⁾, 橋本 公夫²⁾, 村上 暢子¹⁾
登村 信之¹⁾, 近田 恵里¹⁾, 川北 かおり¹⁾, 竹内 康人¹⁾

1) 西神戸医療センター産婦人科

2) 同病理診断科

(受付日 2017/3/23)

概要 子宮筋腫摘出後、腹壁に平滑筋腫瘍の再発を繰り返し、病理学的に良性平滑筋腫、STUMPと摘出時期によって異なる診断をされた症例を経験したので報告する。症例は未経妊で36歳時に他院で腹式子宮筋腫核出術（下腹部横切開）を施行した。41歳時から過多月経があり、前医を受診した。鉄欠乏性貧血を認め、MRIにて子宮後壁に100 mmの内部に水腫様変性を伴う筋腫を指摘され、当科紹介受診となった。術前にGnRHa療法を行い、腹式子宮筋腫核出術（下腹部正中切開）を施行したところ、変性平滑筋腫であった。44歳時に、MRIにて子宮体部右背側筋層内に94 mmの強い変性を伴う腫瘍と下腹部正中切開創部付近の腹直筋筋膜上に55 mmの腫瘍を認めた。腹式単純子宮全摘出術と腹壁腫瘍摘出術を施行した。また腹膜腫瘍も切除した。子宮体部にみられた腫瘍は変性した腺筋腫であった。腹壁と腹膜の腫瘍は同じ組織像を呈し、核分裂像2-3/10HPF (high power field) であったが、Ki-67が10%弱のやや高い指標を示し、STUMPの診断となった。45歳時に、左右卵巣にそれぞれ51 mm, 70 mmの多房性嚢胞性病変と5 mm程度の腹壁小結節を認めた。偽嚢胞を疑い、GnRHa療法を3クール行ったが、両側卵巣嚢胞性病変は増大傾向で、卵巣腫瘍の可能性が否定できず、腹式両側付属器摘出術と腹壁腫瘍摘出術を施行した。両側卵巣病変は偽嚢胞で、腹壁小結節は平滑筋腫再発であった。46歳から下腹部正中創部付近の腹直筋筋膜上に小結節再発と右腹直筋下に嚢胞性腫瘍を認めた。アナストロゾール療法は無効であり、49歳時に腹壁再発腫瘍切除術を施行したところ、STUMP再発であった。本症例では、原発子宮腫瘍と腹壁平滑筋腫あるいはSTUMPが同一のクローンであることは検討していないが、臨床経過から子宮から発生し転移能を有した平滑筋細胞が、転移先において異なるKi-67 labeling indexを示したと考えている。〔産婦の進歩69 (4) : 378-385, 2017 (平成29年10月)〕

キーワード：平滑筋腫瘍, STUMP, 子宮, 腹壁

【CASE REPORT】

Smooth muscle tumor that repeats recurrence of
metastasis after myomectomy: a case report

Misaki KATSUBE¹⁾, Yumiko SAHARA¹⁾, Kimio HASHIMOTO²⁾, Masako MURAKAMI¹⁾
Nobuyuki TOMURA¹⁾, Eri KONDA¹⁾, Kaori KAWAKITA¹⁾ and Yasuhito TAKEUCHI¹⁾

1) Department of Obstetrics and Gynecology, Nishi-Kobe Medical Center

2) Department of Pathology, Nishi-Kobe Medical Center

(Received 2017/3/23)

Synopsis We report cases of recurrence of smooth muscle tumor on the abdominal wall after removal of uterine myoma, and cases of diagnosis classified by pathological benign leiomyoma, STUMP and removal time. A 41-year-old-woman, gravida 0, was referred to our hospital because of excessive menstruation and anemia. Her past history included myomectomy at age 36. Transvaginal sonography and magnetic resonance imaging revealed a tumor with a degenerative portion in the uterine corpus. After improvement of anemia with gonadotropin-releasing hormone agonist (GnRHa) therapy, the patient underwent myomectomy. The tumor was histologically diagnosed as leiomyoma. At 46 years of age, a tumor with a degenerate portion in the uterine corpus recurred and a tumor that arose from the previous surgery wound was concomitantly

found at the abdominal wall. She underwent total hysterectomy and tumor resection of the abdominal wall. During the operation, we also found an additional round tumor that was 30 mm in diameter on the peritoneum, and resected it. Histologically, the uterine corpus tumor was adenomyoma. Both tumors at the abdominal wall and the peritoneum were diagnosed as STUMPs based on the following histological findings; mitotic count of 2-3/10 high power fields, Ki-67 positivity of approximately 9%, both p16 and p53 positivity of 40%, and absence of coagulative necrosis. Under careful follow-up, we observed multiple cystic lesions of the bilateral ovaries and an abdominal wall tumor that was 5 mm in diameter at 45 years of age. As the treatment with GnRHa under the tentative diagnosis of pseudocyst of the ovaries failed, bilateral salpingo-oophorectomy and the extraction of the abdominal wall tumor were performed. Histological diagnosis of the ovarian tumors and the abdominal wall tumor was pseudocyst of the ovaries and leiomyoma, respectively. At age 46, a tumor recurred at the site adjacent to the first signs of STUMP at the abdominal wall, which progressively grew during the subsequent six months. There was no response to anastrozole treatment, and the abdominal wall tumor was resected at age 49. Histological findings similar with those of the tumors from the operation at 46 years of age diagnosed the recurrence as STUMP. The patient has not experienced further recurrence for more than three months. In this case, we have not studied that the primary uterine tumor and abdominal wall leiomyoma or STUMP are the same clone, but from the clinical course, smooth muscle cells generated from the uterus and metastatic ability are different Ki-67 labeling index.

[Adv Obstet Gynecol, 69 (4) : 378-385, 2017 (H29.10)]

Key words : smooth muscle tumor, STUMP, recurrence, uterus

緒 言

子宮筋腫などの平滑筋由来の腫瘍には転移能を有するものがある。そのなかには、形態学的に通常の筋腫と区別ができない良性転移性平滑筋腫 (benign metastasizing leiomyoma : BML) や多様な形態を示すが異型を認めない静脈内平滑筋腫症 (intravenous leiomyoma) などが含まれる。また平滑筋肉腫の病理学的診断基準に合致しないが、良性と判定できない中間群としてSTUMP (smooth muscle tumor of uncertain malignant potential) が分類されており、一般的な低悪性度腫瘍に類似し、頻度は低いが転移や死亡例も報告されている。

今回われわれは、子宮筋腫摘出後、腹壁に平滑筋腫瘍の再発を繰り返し、病理学的に良性平滑筋腫、STUMPと摘出時期によって異なる診断分類をされた症例を経験したので報告する。

症例は41歳で未経妊で、既往歴は34歳時に扁桃腺摘出術、36歳時に他院にて腹式子宮筋腫核出術 (下腹部横切開) を施行されている。過多月経を主訴に前医受診。鉄欠乏性貧血 (Hb 8.0 g/dl) を認め、経陰超音波で子宮後壁に100×70 mmの内部に水腫様変性を伴う筋腫を指摘され、手術希望にて当科紹介受診となった。内

診にて血性帯下を中等量認め、子宮頸部に異常は認めないが、子宮は超男性手拳大で付属器は触れなかった。血液検査では、Hb 11.7 g/dl, LDH 197 IU/lであった。MRIで子宮後壁に99×59 mmの内部に液貯留を伴う腫瘤を認めた。前医にて貧血の進行を防ぐ目的で、GnRHa療法が1クール施行されていたため、さらに1クール追加してから、腹式子宮筋腫核出術 (下腹部正中切開) を施行した。子宮前壁と膀胱漿膜、左付属器と腸管の癒着を認めた。摘出標本は140gで淡褐色～淡黄色の柔らかい腫瘤であった。病理結果は水腫様変性を軽度認める平滑筋腫で核小体や核分裂像は目立たず、壊死も認めなかった。またKi-67標識細胞も認めず、悪性所見はみられなかったので前医に逆紹介とした。

その後、前医で、44歳時に鉄欠乏性貧血 (Hb 8.4 g/dl) と経陰超音波で70×50 mmの変性筋腫を疑う腫瘤を認め、MRIで子宮体部右背側筋層内に94×72 mmのT1強調画像で腹側部分が軽度低信号、背側部分が軽度高信号を呈し、T2強調画像ではほぼ全体が高信号となる、強い変性を伴う腫瘤を認めたため再紹介を受けた。また下腹部正中創付近の腹直筋筋膜上に55×35 mmの腫瘤を認め (図1)、下腹部正中切開

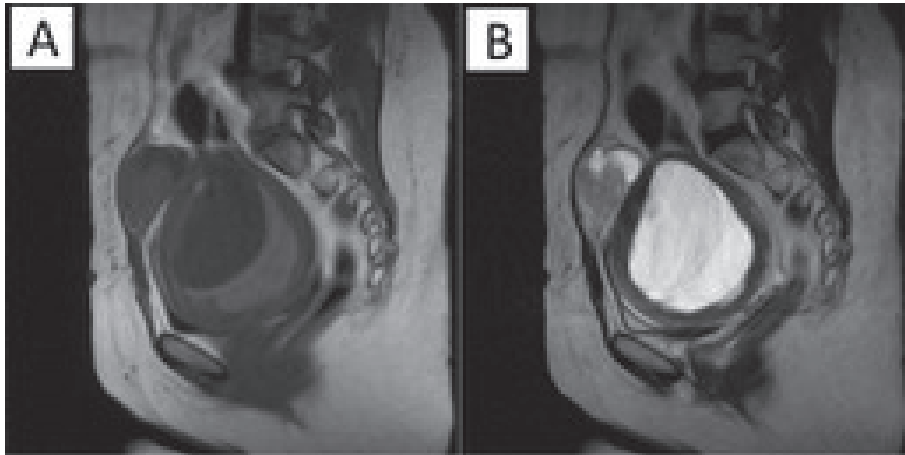


図1 骨盤MRI (44歳時)

A: T1強調画像 矢状断 B: T2強調画像 矢状断

子宮体部右背側筋層内にT1強調画像で腹側部分が軽度低信号背側部分が軽度高信号を呈し、T2強調画像ではほぼ全体が高信号となる腫瘍を認める。下腹部正中切開創直下腹壁に腫瘍を認める。

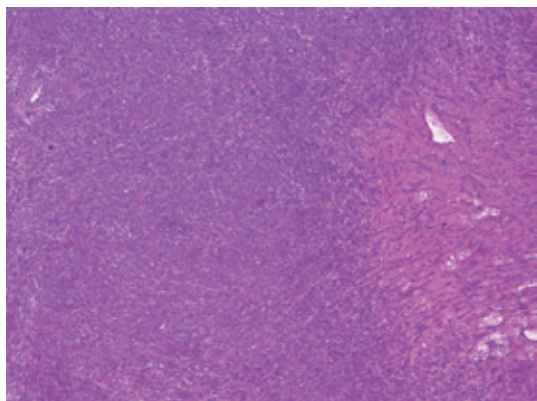
創への子宮筋腫のimplantationが疑われたため、腹式単純子宮全摘出術と腹壁腫瘍摘出術を施行した。下腹部正中創部付近の腫瘍は腹直筋筋膜下に存在し、周囲との癒着が強固で子宮との連続性は不明であった。内部に茶褐色漿液性液体を含む弾性軟な280gの腫瘍であった。子宮は小児頭大585g、後壁の腫瘍の内部は黄色変性し、茶褐色漿液性の液体が貯留した脆弱な腫瘍であった。また右下腹部腹膜に長径30 mm大の腫瘍を認め摘出した。病理結果は、子宮体部にみられた腫瘍は強い変性を伴う腺筋腫であった。一方、腹壁と腹膜の腫瘍はそれぞれ同じような組織像を呈しており、好酸性の細長い胞体をもつ平滑筋細胞と思われる細胞が束状になり、錯綜するように増生しており、明らかな壊死や出血像は認めなかった。目立った大小不同やクロマチンの増加など強い異型性は認めなかったが、辺縁優位に核分裂像が目立ち、多い部分では、核分裂像2-3/10HPF (high power field)であった(図2)。しかし、Ki-67 labeling indexが10%弱のやや高い指標を示し、増殖力が高いと考えられ、STUMPの診断となった。またER (estrogen receptor), PR (progesterone receptor) ともに陽性であった。p16, p53はと

もに40%程度と中等度の発現を認めた(図3)。この時点からは当院での経過観察とした。

術後1カ月時点で、経陰超音波で左卵巣に46×36 mmの多房性囊胞性病変を認めた。さらに、3カ月後には右卵巣にも59×51 mmの多房性囊胞性病変が出現し、MRIにて左右卵巣にそれぞれ36×29 mm, 59×40 mmの多房性囊胞性病変を認めた。また下腹部正中創部付近の腹壁に15×14 mmの小結節を認め、STUMPの再発が疑われた。3カ月後、MRIを再検し、左右卵巣囊胞はそれぞれ51×33 mm, 70×50 mmへ増大し、腹壁腫瘍の大きさは不変であった。偽囊胞を疑い、GnRHa (gonadotropin-releasing hormone agonist) 療法を3クール行ったが、両側卵巣囊胞性病変は増大傾向で卵巣腫瘍の可能性を否定できず、術後11カ月(45歳)時に腹式両側付属器摘出術と腹壁腫瘍摘出術を施行した。腹壁腫瘍の病理結果は平滑筋腫で核小体や核分裂像は目立たず、壊死も認めなかった。またKi-67標識細胞も認めず、悪性所見はみられなかった。また卵巣囊胞性病変は偽囊胞であった。

さらに2年間が経過し、MRIにて下腹部正中創部付近の腹直筋に5 mm程度の小結節を認めSTUMPの再発が疑われた。半年後には22×

A



B

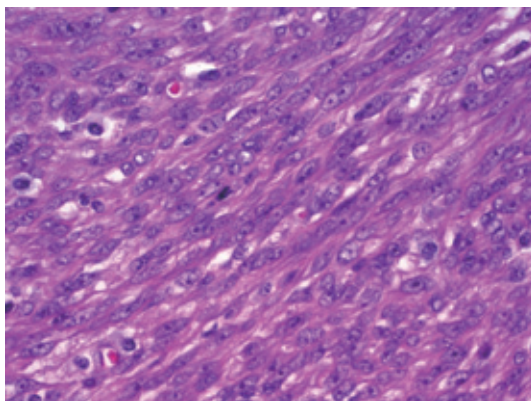


図2 44歳時に摘出した腹壁腫瘤の組織像（HE染色） A：10倍 B：40倍

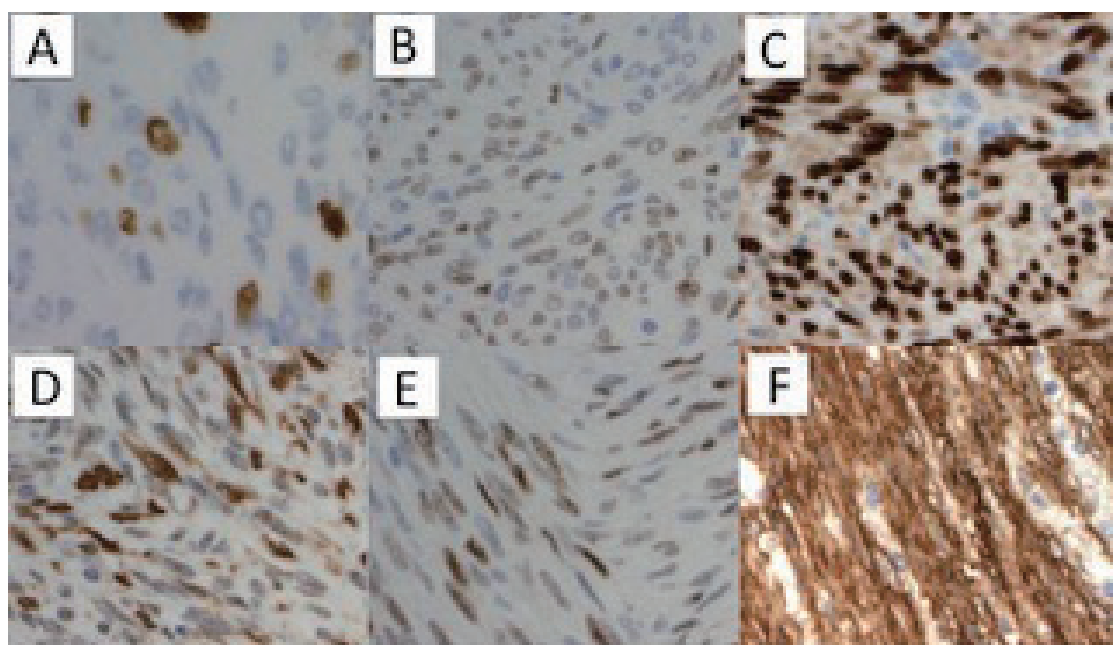


図3 44歳時に摘出した腹壁腫瘤の組織像（免疫染色）
A：Ki-67 B：ER C：PR D：p16 E：p53 F：SMA（40倍）

17 mmへ増大した。新たに右腹直筋筋膜上に18×10 mmの嚢胞性腫瘍を認めた。さらに半年後腫瘍はそれぞれ31×27 mm, 32×18 mmへ増大傾向であった。両側付属器摘出後も腫瘍の再発増大を認めたため適応外使用ではあるが患者へのインフォームドコンセントを行ったうえで、アナストロゾール（アリミデックス[®]）を8カ月内服した。しかし、腫瘍はそれぞれ34×31 mm,

75×48 mmへ急速に増大した。悪性化の可能性を考慮し（図4）、49歳時に腹壁再発腫瘍切除術を形成外科医とともに施行した。右腹直筋内～腹直筋筋膜上の腫瘍は100 mm×55 mm, 140gの充実性成分を伴う多胞性嚢胞性腫瘍であった。病理結果は紡錘形の細胞の増生を認め周囲との境界は比較的明瞭、水腫様変性や嚢胞変性をきたした部分では細胞密度の低下がみられるが、

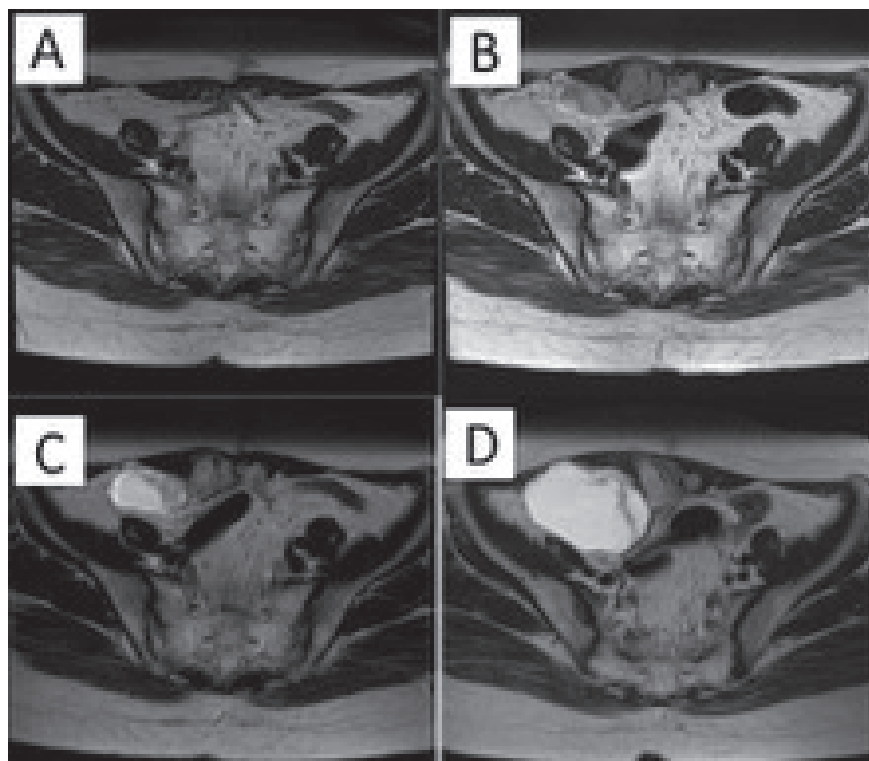


図4 骨盤MRI (45歳時の術後に再発した腹壁腫瘍の経過)

A～D: T2強調画像 横断

A: 術後2年 B: 術後2年5カ月 C: 術後3年1カ月 D: 術後3年11カ月

変性のない部分では細胞密度が高く、核は軽度の大小不同を認めるものの強い異型性は認めなかった。核分裂像は多い部分では3-6/10HPF程度であったが、Ki-67 labeling indexは10%弱のやや高い指標を示し、STUMP再発と診断した。また44歳時にSTUMPと初めて診断された腹壁腫瘍同様、ER、PRともに陽性でp16、p53も40%程度と中等度の発現を認めた。術後3カ月現在で再発は認めていない。

考 察

今回われわれは、子宮筋由来の細胞が転移能を有し、異時性に転移部位で平滑筋腫あるいはSTUMPと診断されたと思われる症例を経験した。子宮平滑筋腫と子宮外STUMPが同一クローン由来かを検討した文献は検索できなかったが、良性転移性平滑筋腫が子宮筋腫由来であることを示唆するクローナリティー解析は複数報告さ

れている¹⁴⁾。また静脈内平滑筋腫症は形態は良性でありながら、遺伝子発現プロファイルでは一般的な平滑筋腫よりも子宮平滑筋肉腫に類似していることが報告されており、必ずしも腫瘍の性質が形態と一致しないことが示されている⁵⁾。

子宮体癌取り扱い規約では、STUMPは「通常用いられている基準では良性とも悪性とも確実には診断できない平滑筋腫瘍」と定義され、細胞密度、核の多形性、核分裂像、壊死のタイプ（凝固壊死か硝子様壊死か）などの個々の診断基準を当てはめても悪性度を判定できない腫瘍と記載されている⁶⁾。またWorld Health Organization Classification の2014年度版において、STUMPは「a smooth muscle tumor with features that preclude an unequivocal diagnosis of leiomyosarcoma, but that do

not fulfill the criteria for leiomyoma, or its variants, and raise concern that the neoplasm maybe have in a malignant fashion」と定義される⁷⁾.

STUMP と leiomyoma, leiomyosarcoma (LMS) の鑑別は難しいが、免疫染色が有用であるとの報告もある。MittalらはMIB-1 (Ki-67) などの免疫染色が有用とし、LMSはMIB-1 かp53の発現が15%以上であるが、STUMPとcellular leiomyomaでは15%以上のものは認めなかった。またPRはLMSでは10/12例が陰性であるのに対し、STUMPは7/7例、cellular leiomyomaでは14/15例が陽性であった。ERは有意差はないものの、cellular leiomyomaのほうがSTUMPより陽性の割合が多かったが、STUMPとLMSでは差がなかったと報告している⁸⁾.

臨床経過は、良性腫瘍としての経過をたどることが大多数であり、STUMP再発の報告は少ないが、Guntupalliらは平均45カ月の経過観察で、3/41例 (7.3%)⁹⁾、Ip PPらは、平均80.8カ月で2/16例 (12.5%) の再発を認めたと報告している¹⁰⁾ が、Petersは4/15例 (27%) に再発を認め、5年生存率は92%と報告しており¹¹⁾、再発の頻度に関しては報告により差を認める¹²⁾。またp16とp53が強く発現した場合、再発のリスクが高いともいわれている¹⁰⁾。伏木らは血行性転移の可能性を示唆している¹³⁾ が、転移や再発の機序は明らかではない。

本症例では、44歳時に行った手術で、腹壁腫瘤、腹膜の腫瘤において、明らかな壊死や出血、強い異型性は認めず、核分裂像も2-3/10HPFでleiomyomaの範疇であるものの、Ki-67は9.2%や8.8%と10%弱のやや高い標識率であったため、STUMPと診断した。またER、PRいずれも陽性であった。p16、p53はともに40%程度と中等度の発現を認め、再発リスクは高いと考えた。

STUMPと術前に診断することは極めて難しい。術前には超音波やMRIにて変性を伴う子宮筋腫と診断された後、術後の病理組織検査

にてSTUMPと診断されることが大半である¹⁴⁾。Tanakaらは、9例のLMSと3例のSTUMP症例を検討し、MRIのT2強調像で50%以上の高信号領域を認め、造影不良域を伴い、T1強調像でも一部高信号領域を認める例でSTUMPもしくはLMSを疑うとしている¹⁵⁾。子宮鏡下子宮筋腫核出後に病理診断が判明してから¹⁶⁾、あるいは有茎性筋腫摘出後に再発してから¹⁷⁾、子宮全摘出術を実施した例が報告されている。Georgeらは、過去の症例をまとめたreviewに、筋腫核出後の再発を最小限にとどめるために子宮全摘出術を勧めている¹⁸⁾ が、子宮全摘出術後の再発のレポートもみられる^{9,19)}。追加治療に関しては、保谷らの報告では、子宮全摘出術後に腫瘍の再発を認め、GnRHa療法 (リュープロレリン酢酸塩) にて腫瘍縮小を認めたが、7年後に平滑筋肉腫として再発し、2カ月で死亡に至っている²⁰⁾。阿部らの報告では、子宮全摘出術と両側付属器摘出術を行いSTUMPと診断し、術後CAP (cyclophosphamide, adriamycin, cisplatin) 療法を2クール行い、7カ月時点で再発を認めなかった²¹⁾。Guntupalliらは初回治療後47カ月で再発した後腹膜腫瘍切除後に、化学療法 (doxorubicin, cisplatin) を行い、初回治療後150カ月の生存を報告している⁹⁾。Berrettaらは、STUMPの肺転移例で3年間GnRHa療法 (ゴセレリン) を、5年間アロマターゼ阻害薬を使用し、腫瘍の増大を認めていないと述べている²²⁾。平滑筋肉腫のエストロゲンとプロゲステロン受容体の発現と予後の関連には一定の見解はないが、I・II期の平滑筋肉腫完全摘出例にアロマターゼ阻害薬であるレトロゾールを投与する検討が始められている²³⁾。また良性転移性平滑筋腫 (BML) は、子宮筋腫の既往のある生殖可能年齢後半の患者が転移性の平滑筋腫瘍を発症する病態であるが、増殖にはホルモンの関与が示唆されており、両側付属器摘出、GnRHa療法、アロマターゼ阻害薬 (アナストロゾール)、選択的エストロゲン受容体調節薬 (ラロキシフェン) などの投与報告がある²⁴⁻²⁶⁾。本症例では、

BMLの治療法に準じ、患者に十分なインフォームドコンセントを行ったうえで、GnRHa療法、両側付属器摘出、アナストロゾール（アリミデックス[®]）投与を試みたが、いずれも再発と腫瘍増大をきたした。STUMPは数年の経過後の再発悪性化の可能性がある、長期間のフォローアップが推奨されている¹⁰⁾。今後、定期的に厳重な経過観察が必要と考えている。

結 語

複数回の手術を繰り返し、ホルモン療法も奏効せず、治療法の選択に苦慮した平滑筋腫瘍の1例を経験した。STUMPはLMSと同様、画像や腫瘍マーカーによる術前診断が困難である。症例が少なく、悪性度や再発率もさまざまで、手術術式や後療法あるいは経過観察の方針について一定の見解は確立していない。また本症例では、原発子宮腫瘍と腹壁平滑筋腫あるいはSTUMPが同一のクローンであることは検討していないが、臨床経過から子宮から発生し転移能を有した平滑筋細胞が転移先において異なるKi-67 labeling indexを示したと考えている。このような稀な症例については今後は多施設による症例集積を行い、ジェネティク、エピジェネティックな解析から病態を把握することが必要と思われる。

参考文献

- 1) Patton KT, Cheng L, Papavero V, et al. : Benign metastasizing leiomyoma : clonality, telomere length and clinicopathologic analysis. *Mod Pathol*, 19 : 130-140, 2006.
- 2) Tietze L, Günther K, Hörbe A, et al. : Benign metastasizing leiomyoma : a cytogenetically balanced but clonal disease. *Hum Pathol*, 31 : 126-128, 2000.
- 3) Lin J, Song X, Liu C : Pelvic intravascular leiomyomatosis associated with benign pulmonary metastasizing leiomyoma : clinicopathologic, clonality, and copy number variance analysis. *Int J Gynecol Pathol*, 33 : 140-145, 2014.
- 4) Wu RC, Chaos AS, Lee LY, et al. : Massively parallel sequencing and genome-wide copy number analysis revealed a clonal relationship in benign metastasizing leiomyoma. *Oncotarget*, 8 : 1-8, 2017.
- 5) Ordulu Z, Nucci MR, Dal Cin P, et al. : Intravenous leiomyomatosis : an unusual intermediate between benign and malignant uterine smooth muscle tumors. *Mod Pathol*, 29 : 500-510, 2016.
- 6) 日本産科婦人科学会, 日本病理学会, 日本医学放射線学会, 日本放射線腫瘍学会編 : 子宮体癌取り扱い規約第3版. p56, 金原出版, 東京, 2012.
- 7) Kurman RJ, Carcangiu ML, Herrington CS, et al. : WHO classification of tumours of female reproductive organs. p138-139, WHO Press, Lyon, 2014.
- 8) Mittal K, Demopoulos RI : MIB-1 (Ki-67), p53, estrogen receptor, and progesterone receptor expression in uterine smooth muscle tumors. *Human Pathol*, 32 : 984-987, 2001.
- 9) Guntupalli SR, Ramirez PT, Anderson ML, et al. : Uterine smooth muscle tumor of uncertain malignant potential : a retrospective analysis. *Gynecol Oncol*, 113 : 324-326, 2009.
- 10) Ip PP, Cheung AN, Clement PB : Uterine smooth muscle tumor of uncertain malignant potential (STUMP) : a clinicopathologic analysis of 16 cases. *Am J Surg Pathol*, 33 : 992-1005, 2009.
- 11) Peters WA 3rd, Howard DR, Andersen WA, et al. : Uterine smooth muscle tumors of uncertain malignant potential. *Obstet Gynecol*, 83 : 1015-1020, 1994.
- 12) Andrea D, Salvatore G, Andrea M, et al. : Uterine smooth muscle tumors of uncertain malignant potential (STUMP) : pathology, follow-up and recurrence. *Int J Clin Exp Pathol*, 7 : 8136-8142, 2014.
- 13) 伏木 淳, 郡 悠介, 吉田卓功, 他 : 術前は平滑筋肉腫を疑ったが、低悪性度類上皮平滑筋腫瘍と診断した1例. *日農医誌*, 65 : 70-75, 2016.
- 14) 白石真理子, 峯川亮子, 吉村道子, 他 : 変性子宮筋腫が疑われたsmooth muscle tumour of uncertain malignant potential (STUMP) の1例. *臨婦産*, 69 : 803-807, 2015.
- 15) Tanaka Y, Nishida M, Tsunoda H, et al. : Smooth muscle tumors of uncertain malignant potential and leiomyosarcomas of the uterus : MR findings. *J Magn Reson Imaging*, 20 : 998-1007, 2004.
- 16) 松浦祐介, 波多江知穂, 川越俊典, 他 : 子宮鏡手術により診断された悪性度不明な平滑筋腫瘍の1例. *日産婦内視鏡会誌*, 26 : 405-409, 2010.
- 17) 甲斐由佳, 河見貴子, 田中 優, 他 : 術後9年経過し再発をきたしたsmooth muscle tumor of uncertain malignant potential (STUMP) の1例. *現代産婦人科*, 64 : 415-419, 2015.
- 18) Vilos GA, Marks J, Ettler HC, et al. : Uterine smooth muscle tumors of uncertain malignant potential : diagnostic challenges and therapeutic dilemmas. Report of 2 cases and review of the literature. *J Minim Invasive Gynecol*, 19 : 288-295, 2012.
- 19) 朝野 晃, 鈴木博義, 高橋尚美, 他 : 子宮全摘後に発生した後腹膜smooth muscle tumor of uncertain malignant potential (STUMP) の1例. *医療*,

- 59 : 565-568, 2005.
- 20) 保谷茉莉, 東梅久子, 中林正雄, 他 : 悪性の経過をたどった「悪性度不明な子宮平滑筋腫瘍 STUMP」の1例. 東京産婦会誌, 62 : 226-230, 2013.
- 21) 阿部和弘, 船橋 大, 松本 貴 : 診断に苦慮した平滑筋腫瘍の1例. 青森臨産婦医会誌, 21 : 114-117, 2007.
- 22) Berretta R, Rolla M, Merisio C, et al. : Uterine smooth muscle tumor of uncertain malignant potential : a three-case report. *Int J Gynecol Cancer*, 18 : 1121-1126, 2008.
- 23) 日本婦人科腫瘍学会編 : 子宮体癌治療ガイドライン2013年版. p170-174, 金原出版, 東京, 2013.
- 24) Chen S, Zhang Y, Zhang J, et al. : Pulmonary benign metastasizing leiomyoma from uterine leiomyoma. *World J Surg Oncol*, 11 : 163, 2013.
- 25) 原 丈介, 西 耕一, 常塚宣男, 他 : 肺良性転移性平滑筋腫 (Pulmonary benign metastasizing leiomyoma) の1例. 日呼吸会誌, 49 : 658-662, 2011.
- 26) Rivera JA, Christopoulos S, Small D, et al. : Hormonal manipulation of benign metastasizing leiomyomas: report of two cases and review of the literature. *J Clin Endocrinol Metab*, 89 : 3183-3188, 2004.

【症例報告】

妊娠悪阻に合併した肺血栓塞栓症に対し、妊娠13週で遺伝子組み換え組織プラスミノゲンアクチベーター静注療法を施行し、生児を得た1例

松原 翔¹⁾, 安川 久吉¹⁾, 小川 憲二¹⁾, 永井 景¹⁾
平松 恵三²⁾, 赤田 忍¹⁾

1) 地方独立行政法人大阪府立病院機構大阪はびきの医療センター産婦人科

2) 医療法人平成会平松産婦人科クリニック

(受付日 2017/4/17)

概要 肺血栓塞栓症は、妊娠中の母体死亡の原因となる重篤な疾患であり、近年増加傾向にある。今回われわれは、妊娠悪阻を契機に妊娠11週で肺血栓塞栓症 (pulmonary thromboembolism ; PTE) を発症し、妊娠13週で遺伝子組み換え組織プラスミノゲンアクチベーター (recombinant tissue plasminogen activator ; rt-PA) 静注療法を施行した後に妊娠37週で生児を得た症例を経験したので報告する。症例は29歳、1回経妊1回経産。妊娠10週ごろから悪阻症状を認めており、連日補液を施行していた。妊娠11週ごろから息切れならびに咳嗽症状があり、造影CT検査で肺血栓塞栓症と診断した。肺血栓塞栓症に対してヘパリンによる抗凝固療法、経カテーテル血栓吸引術を施行したが右心負荷所見の改善を認めなかったため、妊娠13週でrt-PA製剤を投与した。rt-PA製剤使用後は呼吸苦ならびに右心負荷所見の著明な改善を認め、その後全妊娠期間においてヘパリンによる抗凝固療法を継続し、妊娠37週6日で陣痛誘発を行い経膈分娩にて生児を得た。児は3040gでApgar scoreは9点 (1分値)、10点 (5分値) で明らかな奇形を認めなかった。母児ともに経過良好で産褥10日目に退院となった。rt-PAは妊婦に対しての使用は相対禁忌となっており、妊婦に対する投与は検索した限り本邦で8例目であった。これまで本邦におけるrt-PAの妊娠中の使用において重篤な合併症の報告はなく、高分子量体であるため胎盤を通過しないことから母体救命を目的とした使用は許容されと考えられた。〔産婦の進歩69 (4) : 386-392, 2017 (平成29年10月)〕

キーワード : 妊娠, 妊娠悪阻, 肺血栓塞栓症, 血栓溶解療法,
遺伝子組み換え組織プラスミノゲンアクチベーター

[CASE REPORT]

A case of pulmonary thromboembolism caused by hyperemesis gravidarum, successfully treated using recombinant tissue plasminogen activator at 13 weeks of pregnancy

Sho MATSUBARA¹⁾, Hisayoshi YASUKAWA¹⁾, Kenji OGAWA¹⁾, Akira NAGAI¹⁾
Keizo HIRAMATSU²⁾ and Shinobu AKADA¹⁾

1) Department of Obstetrics and Gynecology, Osaka Habikino Medical Center

2) Hiramatsu Obstetrics and Gynecology Clinic

(Received 2017/4/17)

Synopsis Pulmonary thromboembolism can be a cause of maternal death during pregnancy. We encountered a case of pulmonary thromboembolism caused by hyperemesis gravidarum. The patient was 29-years-old and was multipara. She developed symptoms of morning sickness, 10 weeks into her pregnancy. Thus, intravenous nutrition was provided daily. She started coughing and complaining of shortness of breath at 11 weeks, and subsequent enhanced computed tomography (CT) showed a pulmonary thromboembolism. We treated her with anticoagulant therapy and trans-catheter thrombectomy, but her symptoms and pulmonary hypertension did not improve. We administered recombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) to treat the pulmonary thromboembolism at 13 weeks of pregnancy. Her symptoms and pulmonary hypertension improved significantly afterwards. We kept her on heparin for the rest of her gestation period. At 37 weeks and six days of pregnancy, she delivered the child via induced labor. The newborn was 3040 g and the Apgar

score was nine points at one minute and 10 points at five minutes. There were no complications caused by the use of rt-PA. Both the mother and the newborn had an uneventful postpartum course and they were discharged from the hospital on the 30th postpartum day. In principle, rt-PA can not be used for pregnant women. This is the eighth case of rt-PA administration during pregnancy in Japan. There have been no reports of serious complications related to the use of rt-PA in Japan. We think the use of rt-PA for maternal life saving is permissible. [Adv Obstet Gynecol, 69 (4) : 386-392, 2017 (H29. 10)]

Key words : pregnancy, hyperemesis gravidarum, pulmonary thromboembolism, thrombolytic therapy, rt-PA

緒 言

肺血栓塞栓症 (pulmonary thromboembolism ; PTE) は母体死亡の原因となる重篤な疾患であり、近年増加傾向にある¹⁾。医中誌で検索しうる限りで妊婦に対して遺伝子組み換え組織プラスミノゲンアクチベーター (recombinant tissue plasminogen activator ; rt-PA) を使用した症例は、本邦でこれまで7例と少ない。今回われわれは、妊娠悪阻を契機に妊娠12週でPTEを発症し、妊娠13週でrt-PAによる血栓溶解療法を施行した後に妊娠37週で生児を得た症例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

症 例

29歳の1回経妊1回経産婦で、第1子の妊娠分娩経過には特記すべき異常を認めず、既往歴と家族歴にも特記すべき事項はなかった。自然排卵にて今回の妊娠が成立したが、妊娠10週前後より妊娠悪阻症状があり、非妊娠時比3 kgの体重減少も認めたため、妊娠11週1日より前医外来にて2000 ml/日の補液が連日施行されていた。妊娠11週ごろより乾性咳嗽と排痰も認めていたが、妊娠12週1日に全身倦怠感と咳嗽が増悪し、患者が入院加療を希望したため当科紹介受診となった。入院時現症としては、身長164 cm、

体重67 kg (妊娠前体重70 kg)、BMI 24、血圧110/72 mmHg、脈拍120回/分、体温36.5℃、意識は清明であった。乾性咳嗽と体動時の息切れが著明であった。安静時呼吸苦の訴えはなく、明らかな下肢浮腫は認めなかった。血液検査では白血球数9400/mm³、Hb 13.8 g/dl、血小板25.5×10⁴/dlと白血球数の軽度上昇を認めた。生化学検査ではCRP 3.6 mg/dl、LDH 293 IU/lと上昇していたが、その他特記すべき異常所見は認めなかった (表1)。尿中ケトン体定性検査は3+であった。経皮的SpO₂モニターは酸素投与なしで94~95%であった。マイコプラズマ抗原定性検査は陰性であった。胸部X線では左第2弓の軽度拡張を認めた。入院時から呼吸苦が著明であり、炎症反応の上昇を認めたことから呼吸器感染症を疑い、フロモキシセフ2 g/日とクラリスロマイシン400 mg/日の投与を開始した。入院第3病日 (妊娠12週3日) に症状の改善を認めないためECGと心エコーを施行したところ、V1-V4の陰性T波と中等度の右心負荷所見を認めた。D-dimer 17.1 μg/mlと高値であったためPTEに続発する肺高血圧症を疑い、直ちに未分画ヘパリン5000単位の単回静注後に同ヘパリン15000単位/日の持続静注療法を開始した。可能な限り腹部遮蔽を行ったうえで胸部と下肢

表1 入院時血液検査所見
CRPとLDHの上昇を認める他は特記すべき異常を認めず。

AST : 15 IU/L	Na : 137 mEq/L	WBC : 9,400 /μL
ALT : 20 IU/L	K : 4.4 mEq/L	Hb : 13.8 g/dL
LDH : 293 IU/L	Cl : 103 mEq/L	Ht : 38.6 %
BUN : 6.0 mg/dl	CK : 37 IU/L	PLT : 25.5×10 ⁴ /μL
CRE : 0.42 mg/dl		
CRP : 3.62 mg/dl		

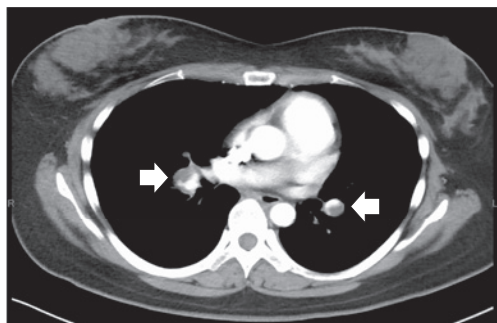


図1 胸部造影CT 第3病日（妊娠12週3日）
矢印：血栓像

の造影CTを施行したところ、両側肺動脈主幹部に多量の血栓が認められた（図1）。下肢造影CTでは両側下肢の動静脈に明らかな血栓は認めなかった。同日血栓性素因に関する検査を行い、プロテインS活性、プロテインC活性、AT活性は正常値であり、抗カルジオリピンIgG抗体、抗CL- β 2GP1抗体は陰性であった（表2）。未分画ヘパリンは、APTTが正常値の1.5～2倍となるよう調整し、36000単位/日まで増量した。未分画ヘパリン開始後から呼吸苦は改善し、入院第6病日（妊娠12週6日）に施行されたフォローの心エコーでは右心負荷所見の著明な改善を認めた。しかし、入院第12病日（妊娠13週5日）に再度呼吸苦の増悪、120回/分程度の頻脈ならびに経皮的SpO₂モニターにて90%台前半への低下を認め、再度胸部造影CTを施行したところ右肺動脈主幹部に新鮮血栓を認めた。同日経カテーテル的血栓吸引術ならびに一時的下大静脈フィルター留置術を施行した。経カテーテル血栓吸引術で最大5 mm程度の白色ならびに赤色血栓を吸引したが、術前後で平均肺動脈圧の改善を認めなかった。術施行後も呼吸苦は改善

せず、経皮的SpO₂を保つために酸素5 l/minの投与を必要とした。同日下肢静脈エコーを施行したが、明らかな血栓は認めなかった。入院第13病日（妊娠13週6日）に施行した心エコーにて右心負荷所見がさらに増悪しており、インフォームドコンセントを取得したうえで母体救命のため血栓溶解療法としてモンテプラゼ（rt-PA）160万単位を経静脈投与した。rt-PA投与後より呼吸苦ならびに頻脈は著明に改善し、出血性の合併症は認めなかった（図2）。rt-PA投与後も未分画ヘパリン36000単位/日の持続静注を継続し、入院第24病日（妊娠15週3日）に下大静脈フィルターを抜去した。入院第44病日（妊娠18週2日）に未分画ヘパリン15000単位の自己皮下注射を1日2回（30000単位/日）に変更した。入院中は週に1回の頻度で経腹超音波検査を施行したが、胎児発育に異常を認めなかった。経過良好であったため入院第71病日（妊娠22週1日）に軽快退院となった。退院後は未分画ヘパリン17500単位の自己皮下注射を1日2回で（35000単位/日）継続し、その後の妊娠経過に異常は認めなかった。妊娠36週5日に下肢静脈エコーと磁気共鳴血管撮像法（magnetic response angiography；MRA）を施行し、遊離血栓の可能性を否定できなかったためPTE予防のために一時的下大静脈フィルター留置後の管理分娩の方針とした。妊娠37週4日に管理分娩目的に再入院し、未分画ヘパリン25000単位/日の持続静注投与に変更した。妊娠37週5日に一時的下大静脈フィルターを留置し、妊娠37週6日からヘパリンを中止したうえで、オキシトシンにて分娩誘発を開始した。同日頭位にて3040gの男児をApgar score 9点（1分値）、10点

表2 血栓性素因に関する検査所見
明らかな血栓性素因は認めず。

	基準値
プロテインS活性：62%	60～127%
プロテインC活性：83%	64～135%
アンチトロンビン活性：103%	80～120%
抗カルジオリピンIgG抗体：8.0U/ml	10U/ml未満
抗CL- β 2GP1抗体：0.7U/ml	3.5U/ml未満

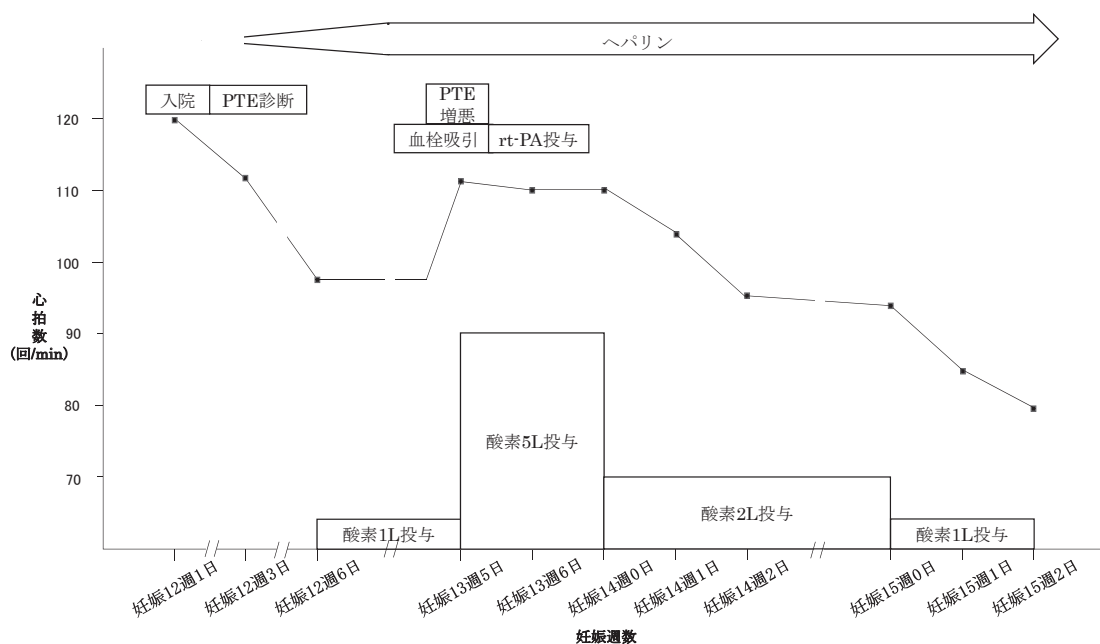


図2 妊娠中の治療経過

折れ線グラフは心拍数の推移を示す。rt-PA使用後より呼吸、循環動態の改善を認めた。

(5分値)で経膈分娩した。児に明らかな外表奇形はなく、出生後の経過は良好であった。産褥1日目より母体への未分画ヘパリン投与を30000単位/日の持続経静脈投与で再開し、一時的な下大静脈フィルターを抜去した。産褥2日目よりワーファリン内服への置換を開始し、産褥6日目でヘパリンを中止した。ワーファリンはPT-INRが2前後となるように投与量を調整し、最終維持量は4 mg/日とした。産褥経過良好であり産褥10日目に軽快退院となった。以降血栓症を認めず、外来にて経過観察中である。

考 察

PTEと深部静脈血栓症(deep venous thrombosis; DVT)を総称して静脈血栓塞栓症(venous thromboembolism; VTE)と呼ばれる。VTEは近年生活習慣の欧米化や高齢化に伴い急速に増加している。とくに妊娠産褥期はVTEを発症しやすく、そのリスクは非妊娠時と比較すると4~5倍に上昇する²⁾。妊娠産褥期のVTE発症の80%は妊娠中であり、妊娠第1三半期と第3三半期に2相性のピークがあることが報告されて

いる³⁾。またVTE関連の周産期死亡(maternal death-related venous thromboembolism; MD-VTE)は同様に妊娠第1三半期と第3三半期に集中していることが報告されている⁴⁾。これらの検討から、妊娠第1三半期はVTE発症に十分注意しなければならない時期といえる。妊娠産褥期のPTEの発症頻度は0.02%であり、発症した場合の死亡率は8%と報告されている³⁾。また妊娠産褥期のPTEの原因はその大半がDVTである⁵⁾。妊娠中であれば高齢妊娠、肥満、血栓症の既往歴、家族歴、先天性凝固因子異常などが血栓症のリスクとして考えられている。自験例では妊娠という過凝固状態に加えて妊娠悪阻という脱水状態が加わり、DVTに伴うPTEを発症したと思われる。本症例では、下肢DVTは造影CTや超音波検査で認めなかったが、妊娠子宮の影響で画像検索が困難となる骨盤内にDVTが存在した可能性を考えて、一時的な下大静脈フィルターを留置した。

PTEは臨床症状が頻脈、胸部痛、呼吸苦など非特異的である。本症例では呼吸苦と頻脈を

認めたものの、臨床症状のみで確定診断に至るのは困難であった。非侵襲検査としてECG、心エコー、胸部X線は有用であるが、いずれもPTEの特異的所見は少ない⁶⁾。確定診断のための肺血流シンチグラフィや胸部造影CTなどの画像検査は、妊娠中は被曝や薬剤の胎盤通過性の問題がある。画像診断による胎児の放射線被曝に関しては、50 mGyを超えない限り胎児への影響はないため画像診断を躊躇すべきではないとの報告があり⁷⁾、また本邦の産婦人科診療ガイドライン産科編2017においても、妊娠10週以降では100 mGy未満では胎児への影響はないとされている⁸⁾。中島は胎児被曝の閾値である50 mGyを超えることは通常の画像診断ではありえないとしている⁹⁾。ACR（米国放射線医会）のガイドラインでは、造影CTに用いるヨード造影剤は胎盤を通過し胎児血中や羊水中に流入するが、過去にヨード造影剤投与後の催奇形性、児の甲状腺機能障害の報告はなく、臨床的に必要と判断される場合には許容されるとしている¹⁰⁾。Kryscinらによると、臨床症状でPTEを疑う症例で、胸部X線で異常所見がある場合は妊娠中であっても胸部造影CTを施行すべきと述べている¹¹⁾。上記を踏まえ、本症例のように母体救命のため診断確定を急ぐ必要がある場合は、造影CTの施行は躊躇すべきではないと考える。

妊娠中のPTEの治療の第一選択はヘパリンによる抗凝固療法であり、自験例ではヘパリンでの抗凝固療法に加え経カテーテル的血栓吸引術を施行した。血栓吸引療法は、血行動態不安定な広範囲のPTEで抗凝固薬や血栓溶解療法の使用制限のある患者に適応されることが多い¹²⁾。Tajimaらは、経カテーテル血栓吸引術を非妊娠状態のPTE患者15名に対して施行し、全例で肺血流量の改善を認めるなど良好な成績を報告している¹³⁾。しかし、自験例では経カテーテル的血栓吸引術後も右心負荷所見は改善しなかったため、母体救命目的で血栓溶解療法を行った。血栓溶解薬にはStreptokinaseとu-PA (urokinase plasminogen activator)、rt-PAが

あるが、Streptokinaseは日本では血栓溶解薬としての適応はなく、またrt-PAと比較するとu-PAはフィブリン親和性が低く出血性合併症のリスクが高い。rt-PA製剤にはアルテプラゼ、モンテプラゼ、パミテプラゼの3種類があり、肺血栓塞栓症に対して適応があるのはモンテプラゼのみである。いずれも血中のplasminogenをplasminに変換し、fibrinを分解することで血管内血栓を溶解する。rt-PAはヘパリンに比べて塞栓物質を素早く溶解し、肺高血圧を改善すると報告されている¹⁴⁾。Agnelliらは計461例の非妊娠女性を対象にした無作為化試験をまとめ、ヘパリン単独よりも血栓溶解療法を併用したほうが有意に再発や致死の危険度が低いことを報告した¹⁵⁾。Leonhardtらは妊娠中にrt-PAを使用した28症例をまとめ、2例の母体死亡と6例の胎児、新生児死亡を報告している¹⁶⁾（表3）。

しかし、2例の母体死亡はいずれもrt-PAが関与したものではなく、また胎児、新生児死亡に関してもrt-PAの関与が否定できないと考えられた症例は2例のみであった。母体の出血性合併症は5症例報告されており、1例は常位胎盤早期剥離のため子宮摘出を余儀なくされている。他に頭蓋内出血、腹腔内出血、心腔内出血も報告されているが、同報告においては合併症の発症頻度は非妊娠女性と同等であり、適応があれば妊娠中でも使用を差し控えるべきではないとしている。

続いて本邦における投与症例をまとめる。本邦では妊娠中にrt-PAを使用した症例は医中誌で検索しうる限りで7例報告されていた（表4）。2004年と2007年の2例で人工妊娠中絶が選択されたが、それ以降の5例で異常なく生児が得られていた¹⁷⁻²³⁾。本邦ではrt-PA使用に伴う妊娠に関連した合併症の報告はなく、また海外報告に比べ妊娠初期での使用が多いが、中絶を選択しなかった症例は全例で良好な周産期予後が得られており、十分な説明のうえでrt-PAを使用し妊娠を継続することが可能と考えられた。rt-PAは分子量59000と高分子量蛋白であるた

表3 妊娠中のrt-PA使用に関する症例報告 (Leonhardtの表を改変¹⁶⁾)

5例の母体出血性合併症を認めた他、rt-PAの関与が否定できない胎児死亡を2例認めた。

PTE: pulmonary thromboembolism. Mitral VP: thrombosed mitral valve prosthesis. Tricuspid VP: thrombosed tricuspid valve prosthesis. Aortic VP: thrombosed aortic valve prosthesis
着床前に使用された1例を除く。

報告者	報告年	病名	rt-PAを使用した 妊娠週数	母体転帰/合併症	児の転帰
Baudo,F	1990	PTE	35	生存/合併症なし	生後14日で死亡
Flobdorf,Th	1990	PTE	31	生存/早産	良好
Fleyfel,M	1990	Mitral VP	28	生存/合併症なし	良好
Seifried,E	1991	PTE	11	生存/合併症なし	良好
De Stefano,V	1991	DVT	26	生存/妊娠33週で帝切	良好
Azzano,O	1994	Tricuspidal VP	17	生存/胎盤早期剥離,子宮摘出	死亡
Schumacher,B	1996	MI	21	生存/pretermで帝切	良好
Grand,A	1996	DVT	31	生存/合併症なし	良好
Rinaldi,J	1999	Aortic VP	15	生存/妊娠8ヶ月で帝切	良好
Murugappan,A (6症例)	2000	Stroke	4-37	1例死亡、5例生存 1例に腹腔内出血 1例に心筋内血腫	1例はrt-PA使用後の死亡 2例は母体理由による死亡 3例は良好
Sofocleous,C	2001	PTE	15	生存/合併症なし	rt-PA使用後24時間で子宮内死亡
Behrendt,P	2001	DVT	17	生存/合併症なし	良好
Nahas,J	2001	Mitral VP	8	生存/合併症なし	良好
Ahearn,GS	2002	PTE	12	生存/合併症なし	良好
Yap,L	2002	PTE	30	生存/合併症なし	良好
Dapprich,M	2002	Stroke	12	生存/脳梗塞病変周囲に小出血	良好
Nassar,AH	2003	Mitral VP	26	生存/合併症なし	良好
Patal,R	2003	PTE	20	生存/合併症なし	良好
Weatheby,SJM	2003	Cerebral sinuous thrombosis	9	生存/合併症なし	良好
Sahnoun-Trabesi,I	2004	Mitral VP	12	心原性ショックにて死亡	
Sahnoun-Trabesi,J	2004	Mitral VP	8	生存/合併症なし	良好
Leonhardt,G	2004	Stroke	23	生存/大脳基底核出血	良好

表4 本邦における妊娠中のrt-PA使用に関する症例報告¹⁷⁻²³⁾

妊娠を継続した5例では全例で良好な周産期予後が得られていた。

報告者	報告年	病名	rt-PAを使用した 妊娠週数	母体転帰/合併症	児の転帰
中村 ¹⁷⁾	2004	PTE	8	生存/合併症なし	人工妊娠中絶
中山 ¹⁸⁾	2007	PTE	14	生存/後腹膜出血 (人工心肺の送血管挿入部 からの出血)	人工妊娠中絶
山口 ¹⁹⁾	2010	Stroke	18	生存/合併症なし	良好
上田 ²¹⁾	2012	PTE	26	生存/歯肉出血	良好
堀 ²⁰⁾	2013	Stroke	14	生存/合併症なし	良好
名取 ²²⁾	2014	PTE	7	生存/合併症なし	良好
古賀 ²³⁾	2016	PTE	14	生存/合併症なし	良好

め胎盤を通過せず、ラット、ラビットの投与実験でも胎盤通過性・催奇形性がないことが確認されている¹⁶⁾。以上を踏まえ、妊婦へのrt-PAの投与はいまだ安全性が確立されていないが、利益と危険性を踏まえたうえで選択肢として考慮すべき治療であると考えられた。

結 語

妊娠悪阻を契機として発症したPTEに対し

てrt-PAを使用し生児を得た1例を経験した。妊娠中のPTEに対するrt-PAの使用は、安全性に関しては今後さらなる症例の蓄積が必要であるが、ヘパリンでの加療に対して抵抗性の場合や母体救命を目的とした場合は許容されると考えられた。

参考文献

- 1) 佐久間聖仁, 高橋 徹, 北向 修, 他: 日本病理剖検輯に夜肺血栓塞栓症頻度の推移. 日呼吸会誌, 39 : 1133, 2001.
- 2) Heit JA, Kobbervig CE, James AH, et al. : Trends in the incidence of venous thromboembolism during pregnancy or postpartum: a 30-year population-based study. *Ann Intern Med*, 143 : 697-706, 2005.
- 3) 小林隆夫, 中林正雄, 石川睦男, 他: 産婦人科血栓症調査結果2001-2005, 日産婦新生児血会誌, 18 : S3-4, 2008.
- 4) Tanaka H, Katsuragi S, Osato K, et al. : Increase in maternal death-related venous thromboembolism during pregnancy in Japan (2010-2013). *Circ J*, 79 : 1357-1362, 2015.
- 5) 梶木玲子: 妊産婦における静脈血栓塞栓症および関連周産期疾患の遺伝的素因について. 産婦の実際, 57 : 1583-1586, 2008.
- 6) Polewczuk A, Sadowski M : Pulmonary embolism in pregnancy. *Przegl Lek*, 72 : 223-226, 2015.
- 7) Brent RL : Utilization of developmental basic science principles in the evaluation of reproductive risks from pre- and postconception environmental radiation exposure. *Teratology*, 59 : 182-204, 1999.
- 8) 日本産婦人科学会, 日本産婦人科医会編: 産婦人科診療ガイドラインー産科編2017. p67-68, 2017.
- 9) 中島康夫: 急性肺血栓塞栓症, 妊産婦における画像診断の選択とIVRの可能性. 日産婦新生児血会誌, 25 : 103-111, 2016.
- 10) American College of Radiology (ACR) website : ACR practice guideline for imaging pregnant or potentially pregnant adolescents and women with ionizing. http://www.who.int/tb/advisory_bodies/impact_measurement_taskforce/meetings/prevalence_survey/imaging_pregnant_arc.pdf.p23-31 (Accessed Oct 8, 2015).
- 11) Krzyscin M, Ropacka-Lesiak M, Mularek-Kubzdela T, et al. : Pulmonary CT angiography in the diagnosis of pulmonary embolism in pregnancy- a case report. *Ginek pol*, 85 : 390-394, 2014.
- 12) 井上一郎, 田中幸一, 上田健太郎, 他: 肺血栓塞栓症のカテーテル治療の適応と効果. 循環器, 49 : 415-421, 2001.
- 13) Tajima H, Murata S, Kumazaki T, et al. : Manual aspiration thrombectomy with a standard PTCA guiding catheter for treatment of acute massive pulmonary thromboembolism. *Radiat Med*, 22 : 168-172, 2004.
- 14) Tapson VF : Acute pulmonary embolism. *N Eng J Med*, 358 : 1037-1052, 2008.
- 15) Agnelli G, Becattini C, Kirschstein T : Thrombolysis vs heparin in the treatment of pulmonary embolism: a clinical outcome-based meta-analysis. *Arch Intern Med*, 162 : 2537-2541, 2002.
- 16) Leonhardt G, Gaul C, Nietsch HH, et al. : Thrombolytic therapy in pregnancy. *J Thromb Thrombolysis*, 21 : 271-276, 2006.
- 17) 中村 学, 水竹佐知子, 児玉美央子, 他: 妊娠8週に経カテーテル的血栓吸引術で治療した肺血栓塞栓症の1例. 産と婦, 10 : 1381-1385, 2004.
- 18) 中山真人, 大沢洋之, 板倉敦夫, 他: 妊娠14週時に交通外傷による大腿骨幹部骨折を起こし, 保存的治療中に肺血栓塞栓症を併発した1例. 日産婦新生児血会誌, 17 : S77-78, 2007.
- 19) 山口裕子, 近藤孝之, 猪原匡史, 他: 妊娠18週で遺伝子組み換え組織プラスミノゲンアクチベーター (recombinant tissue plasminogen activator: rt-PA) 静注療法を施行された脳塞栓症の1例. 臨神経, 50 : 315-318, 2010.
- 20) 堀 寛子, 山本丈夫, 伊藤康幸, 他: 妊娠14週で脳塞栓症を発症しrecombinant tissue plasminogen activator (rt-PA) 静注療法を施行したプロテインS欠乏症の1例. 臨神経, 53 : 212-215, 2013.
- 21) 上田陽子, 岩砂智文, 市橋享子, 他: 妊娠26週に発症した肺血栓塞栓症に対し組織プラスミノゲンアクチベーターによる血栓溶解療法を行い妊娠継続し得た1例. 東海産婦会誌, 49 : 101-107, 2012.
- 22) 名取徳子, 葛西真由美, 三浦自雄, 他: 妊娠初期に肺血栓塞栓症を発症し心停止をきたしたプロテインS欠乏症の1例. 産と婦, 81 : 250-254, 2014.
- 23) 古賀将史, 辻 明宏, 上田 仁, 他: 治療に難渋した妊娠合併静脈血栓塞栓症の2症例. 心臓, 48 : 878-882, 2016.

臨床の広場

骨盤臓器脱に対する腹腔鏡下仙骨腔固定術

小谷 泰史

近畿大学医学部産科婦人科学教室

はじめに

骨盤臓器脱 (pelvic organ prolapse : POP) とは、女性の骨盤内のある臓器が本来の位置から下垂して陰から脱出した状態である。脱出臓器に応じて膀胱瘤、子宮脱、直腸瘤等といわれている。日本では健康女性の4人に1人、出産経験者の4割がこのような状態になり、産婦人科領域では最も多い疾患の1つである^{1,2)}。またこの疾患により生涯で手術を受ける相対リスクは11%といわれている³⁾。

このような状態に子宮下垂感、性器出血、排尿障害、排便障害などの症状を呈する症例が手術の対象となる。その手術方法に関して、従来は陰式手術での陰式子宮全摘出術、前後陰壁形成術が盛んに行われてきた。しかし、従来の手術療法は術後再発率が高く、10~40%と報告されている⁴⁾。そこで2004年にフランスで開発された再発率の少ない陰式手術におけるメッシュを用いたtension-free vaginal mesh (TVM) 手術に変化してきた⁵⁾。TVM手術は、2010年に本邦でも保険適用となり、急速に普及してきた。しかし、術後の大量出血、術後の尿管閉塞・膀胱あるいは直腸へのメッシュの迷入による感染などの重篤な合併症の報告が多数認められた。現在、米国のFDAにおいて、その安全性について注意喚起がされたのは周知のことである⁶⁾。

TVM手術の注意喚起がされて以降、腹腔鏡下仙骨腔固定術 (laparoscopic sacrocolpopexy : LSC) が注目を浴び、その後日本でも世界中でも数多く施行される手術になり、今日に至る。

腹腔鏡下仙骨腔固定術について

1950年ごろに開発された開腹手術の仙骨腔固定術という手術があり、当時子宮全摘出術をした後の陰脱の症例に、開腹手術で陰断端を仙骨前に吊り上げる手術として行われるようになった⁷⁻⁹⁾。再発の少ない優れた手術であったが、侵襲の高さから世界ではなかなか施行されなかった¹⁰⁾。しかし、腹腔鏡の発展とともに、1994年 Nezahtらにより腹腔鏡による仙骨腔固定術が報告された¹¹⁾。その後、腹腔鏡下手術での仙骨腔固定術は開腹術の仙骨腔固定術と比較し、両者の成績 (再発率や合併症など) に差がなかった。そのことより、より低侵襲な術式として腹腔鏡下仙骨腔固定術が普及し始めた^{12,13)}。また陰式メッシュ手術に対する米国のFDAの注意喚起がされて以降、仙骨腔固定術がますます注目されるようになった。日本においては、腹腔鏡下仙骨腔固定術は国内で5施設のみが先進医療として行われていたが、2014年4月より腹腔鏡下膀胱脱手術 (K802-6, 40930点) として保険収載された。2016年4月の保険改定により、正式に腹腔鏡下仙骨腔固定術 (K865-2, 48240

◆ Clinical view ◆

Laparoscopic sacrocolpopexy for pelvic organ prolapse

Yasushi KOTANI

Department of Obstetrics and Gynecology, Kindai University Faculty of Medicine

表1 腹腔鏡下仙骨腔固定術を保険請求する場合の条件
(平成28年度診療報酬点数表 特掲診療科の施設基準等およびその届出に関する手続きの取り扱いについて 通知 第78の2の3)

1. 腹腔鏡下仙骨腔固定術に関する施設基準
 - ① 産婦人科又は泌尿器科を標榜している保険医療機関であること。
 - ② 当該保険医療機関において当該手術が5例以上実施されていること。
 - ③ 産婦人科又は泌尿器科について5年以上の経験を有し、当該療養を術者として5例以上の経験を有する常勤の医師が1名以上配置されていること。
 - ④ 実施診療科において常勤の医師が2名以上配置されていること。
 - ⑤ 麻酔科標榜医が配置されていること。
 - ⑥ 緊急手術体制が整備されていること。
 - ⑦ 病床を有していること。
2. 届出に関する事項
 - ① 腹腔鏡下仙骨腔固定手術に係る届出は、別添2の様式52及び様式71の1の3を用いること。
 - ② 当該療養に従事する医師の氏名、勤務の態様(常勤・非常勤、専従・非専従、専任・非専任の別)及び勤務時間を、別添2の様式4を用いて提出すること。

点)として保険収載された。ただし、腹腔鏡下仙骨腔固定術を保険請求する際、一定の条件を満たさないと算定できない(表1)。

手術適応について

DeLanceyレベルIの損傷を有する全ての骨盤臓器脱に適応があると思われる。とくに性活動を有する若年症例には、腔式手術より腔の狭小化が起こらないので本術式が良い適応である。

一方、禁忌例には、糖尿病などの内科的な合併症がある症例(病状が安定していないとき)、長時間手術が不可能な症例(呼吸器、循環器系の病気や超高齢者など)、高度肥満や過去の手術による高度癒着を想定する症例である。当院では糖尿病について、空腹時血糖が140 mg/dl以上、食後血糖200 mg/dl以上、尿ケトン体(+)やHbA1cが6.5%以上に糖尿病がコントロールさせていない症例にはLSCは行っていない。

手術手技について

術前管理は当院では通常の腹腔鏡下手術と同様にしている。手術前日と当日朝に浣腸を行っ

ている。手術時の前処置として、子宮腔部の左右にマルチン単鉤鉗子をかけ、子宮頸管をヘガールにて拡張する。ゾンデで方向を確認してからヘガールを1号から始め、9号まで挿入したところで2本のマルチン単鉤鉗子とともに9号ヘガールを手術用のテープで止める。

次いでトロッカーを挿入する。まず臍上より

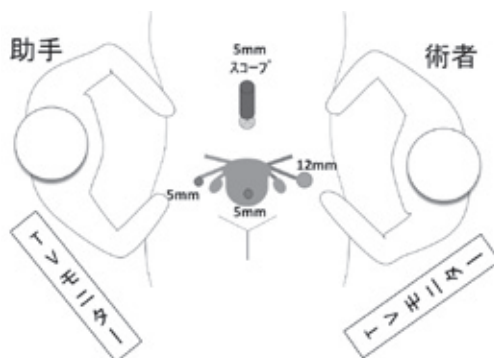


図1 当科でのトロッカー配置(ダイヤモンド法)

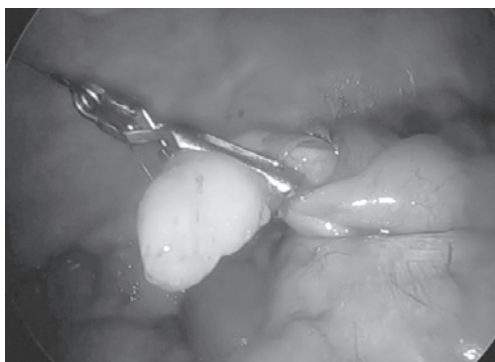


図2 S状結腸の腹膜垂にFJクリップを使用し、左上腹部へ吊り上げている。



図3 仙骨前面の前縦靱帯に0号エチボンドをかけるところ

5 mmのカメラトロッカーを当院ではクローズド法にて挿入している。トロッカーの配置に関して、当院ではダイヤモンド型で挿入している（図1）。右下腹部はマックバーニーポイントに5 mm、左下腹部は逆マックバーニーポイントに12 mm、正中は左右下腹部トロッカーの結んだ線の中央に5 mmのポートを挿入する。正中のトロッカーは下すぎると、仙骨前の処理が行いにくく、上すぎるとカメラと干渉するため手術がしにくい。カメラポートより最低でも7 cmは距離をとるようにしている。

15～20度程度ヘッドダウンをした後に、仙骨前面の視野をとるためS状結腸の腹膜垂を左上



図4 術前に撮影した造影CT
3D構築し、血管の破格がないか確認している。

腹部に吊り上げる。その際、7 cmの直針の2-0プロリール®を2、3カ所かけて、左上腹部の腹腔外に出し吊り上げるが、最近ではFree Jaw (FJ) クリップ®をかけて吊り上げている（図2）。

視野確保を行った後に、岬角の仙骨前面の腹膜を電気メスで切開し、前縦靱帯に0号エチボンド®（非吸収糸）を1針運針し、そのまま右結腸窩に糸針を置いておく（図3）。通常、糸針を腹腔内に置いておくことはあまり望ましいことではないと考える。しかし、全ての操作が終わりメッシュを吊り上げるときにこの処理を行った際、大量出血を起こすと開腹移行しないといけな状況も想定される。それまで苦勞してメッシュを貼り付けたことが無駄になるので、当院では最初に一番難易度の高いとされる処置を行っている。この仙骨前面の前縦靱帯の運針の際、ひとたび血管を傷つけると大出血につながる。当院では、そのリスクを極力下げるために、術前に造影CTを撮影し、3D構築し、血管の破格がないかを確認している（図4）。また術中12 mmのトロッカーより挿入できる超音波検査（ドロップインプローブ®, 日立アロカ）で、針をかける位置に血管がないかを最終的に確認してから、0号エチボンド®を運針している（図5）。

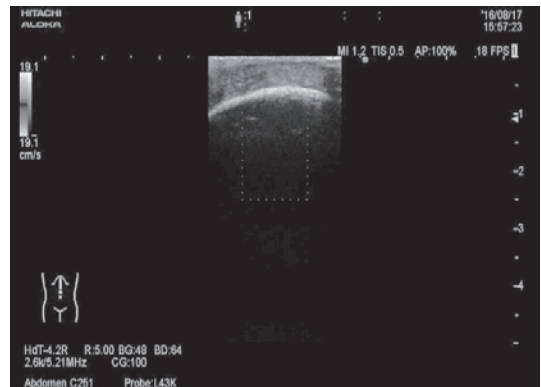
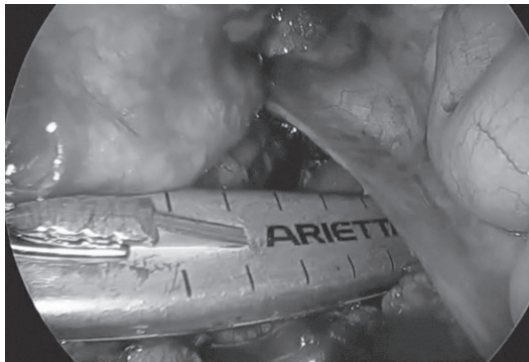


図5 トロッカーより挿入できる超音波検査（ドロップインプローブ）
縫合前に血管がないか確認している。
左）トロッカーよりドロップインプローブを挿入しているところ
右）実際の超音波画像

その結果、当院では1例も大量出血することなく、手術を遂行している。

その後、直腸右側の後腹膜を剥離し、右仙骨子宮靱帯内側まで腹膜下トンネルを掘るように剥離を進める。右仙骨子宮靱帯内側のトンネルの出口部は少し硬い組織である。トンネルの出口部は電気メスなどでメッシュを通す穴をあけておく。

それが終われば子宮亜全摘出（子宮腔上部切斷術）、両側付属器摘出術を行う。子宮亜全摘出では子宮頸部が残存し、子宮頸癌のリスクが残る。しかし、子宮全摘出術を行うとメッシュの腔への露出率が上昇するため、最近では子宮

亜全摘出を行うことが標準的になっている^{14,15)}。

子宮亜全摘出を行う際、外子宮口よりおよそ1.5 cmの高さで子宮を切開する。子宮内腔に入っているヘガールを目安に切開し、上半分を切開した時点でヘガールを抜去し、残りを切除する。切除後の子宮は左結腸窩に置いておき、最後にモルセレーターで回収する。

次いで、通常では後壁メッシュの挿入を行う。LSCは本来なら腔壁前後に入れるdouble meshが標準的な術式である¹⁶⁾。よって、直腸腔間隙を剥離し、肛門挙筋を同定し、そこに後壁メッシュを入れることが必要である。しかし、後壁メッシュはメッシュの露出などの合併症が報

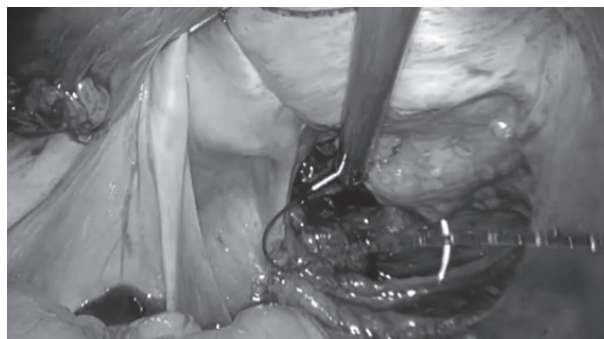


図6 V-Locを用いた後腔壁縫縮術

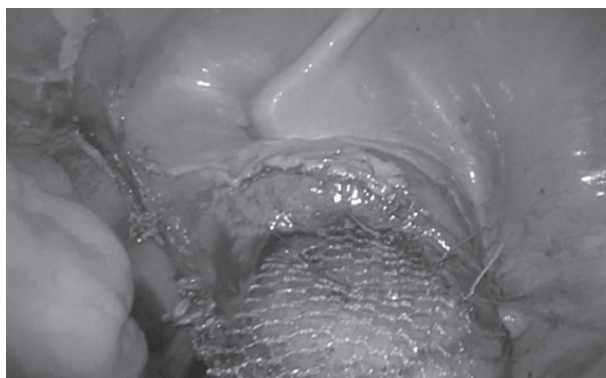


図7 ガイネメッシュを前陰壁に3-0エチボンドで縫合しているところ

告されており、非常に難易度が高く、合併症の危険性のある手技である¹⁷⁾。よって、直腸瘤がない場合では、前壁メッシュのみでいいという報告も存在する¹⁵⁾。当院では直腸瘤がない症例では前壁メッシュのみのsingle meshで対応している。また直腸瘤がある症例では、V-Loc[®]を用いた後陰壁縫縮術を行っている(図6)¹⁸⁾。V-Loc[®]を用いて後陰壁の直腸腔筋膜を下から上へ連続縫合で縫縮することにより、後陰壁上部は補強できる。また後陰壁が肛門付近のかなり下方で脆弱な症例には、腹腔鏡終了後に後陰壁形成、会陰形成術を追加している。

次いで、膀胱腔間隙の剥離を行う。腸ベラ(3.0 cm)を腔に挿入し、まず正中より膀胱を剥離していき、その後左右も併せて剥離していく。剥離はおおよそ内尿道口の高さまで(外尿道口より1.5~2.0 cmの位置)を目安にしている。剥離を終えたのちに、腸ベラの太さで先を丸く切ったガイネメッシュ[®]を挿入する。メッシュを前陰壁へ3-0エチボンド[®]で5針程度縫合する(図7)。その後0号エチボンド[®]で子宮頸部にしっかりと4針縫合を行う。メッシュを最初にあけたトンネルの中に通し、子宮腔部を上吊り上げ、最初にかけた0号エチボンド[®]に固定する。その際、腔より子宮腔部の位置がどのくらい上昇するかを確認しながら、メッシュをいい

位置で仙骨前面に固定する。

その後、メッシュが腹腔内に露出しないように腹膜を3-0パイクリルにて縫合する。摘出した子宮体部をモルセレーターにて体外への搬出し、トロッカー抜去し閉創する。

術後は、翌日より歩行と飲水を行い、術後2日目に膀胱バルーンカテーテルの抜去を行う。問題なければ術後3、4日で退院は可能であると思われる。

おわりに

術後に尿失禁が悪化することがあり、その頻度は10~20%程度といわれている^{1,19,20)}。当院でも術後尿失禁が悪化した時には、泌尿器科を受診していただいている。泌尿器科で薬物療法などを行い、それでも改善しない場合は、tension-free vaginal tape (TVT) や transobturator tape (TOT) が有用とされている²¹⁾。当院でもTVTを施行した症例が現在まで3例存在した。

以上よりLSCは比較的難しい手技であるとされるが、造影CTや術中超音波検査を実施し、安全に配慮して手術を行うこと、後壁メッシュにこだわらずにV-Loc[®]などを使用する工夫をすることにより、だれにでも安全にできる術式であると思われる。

参考文献

- 1) Ganatra AM, Rozet F, Sanchez-Salas R, et al. : The current status of laparoscopic sacrocolpopexy: a review. *Eur Urol*, 55 : 1089-1103, 2009.
- 2) Cosson M, Rajabally R, Bogaert E, et al. : Laparoscopic sacrocolpopexy, hysterectomy, and burch colposuspension: feasibility and short-term complications of 77 procedures. *JSLS*, 6 : 115-119, 2002.
- 3) Olsen AL, Smith VJ, Bergstrom JO, et al. : Epidemiology of surgically managed pelvic organ prolapse and urinary incontinence. *Obstet Gynecol*, 89 : 501-506, 1997.
- 4) 古山将康 : 性器脱の手術とくに最新の骨盤底再建術について. 産婦治療, 98 : 237-245, 2009.
- 5) Debodinance P, Berrocal J, Clavé H, et al. : Changing attitudes on the surgical treatment of urogenital prolapse: birth of the tension-free vaginal mesh. *J Gynecol Obstet Biol Reprod (Paris)*, 33 : 577-588, 2004.
- 6) FDA : FDA Public Organ Health Notification. Serious Mesh in Repair of Pelvic Organ Prolapse and Stress Urinary Incontinence. FDA Medical Device Public Health Notification, 2011.
- 7) Ameline A, Huguier J : Posterior suspension to the lumbo-sacral disk; abdominal method of replacement of the utero-sacral ligaments. *Gynecol Obstet (Paris)*, 56 : 94-98, 1957.
- 8) Lane FE : Repair of posthysterectomy vaginal vault prolapse. *Obstet Gynecol*, 20 : 72-77, 1962.
- 9) Birnbaum SJ : Rational therapy for the prolapsed vagina. *Am J Obstet Gynecol*, 115 : 411-419, 1973.
- 10) Cundiff GW, Harris RL, Coates K, et al. : Abdominal sacral colpoperineopexy: a new approach for correction of posterior compartment defects and perineal descent associated with vaginal vault prolapse. *Am J Obstet Gynecol*, 177 : 1345-1353, 1997.
- 11) Nezhat CH, Nezhat F, Nezhat C : Laparoscopic sacral colpopexy for vaginal vault prolapse. *Obstet Gynecol*, 84 : 885-888, 1994.
- 12) Paraiso MF, Walters MD, Rackley RR, et al. : Laparoscopic and abdominal sacral colpopexies: a comparative cohort study. *Am J Obstet Gynecol*, 192 : 1752-1758, 2005.
- 13) Freeman RM, Pantazis K, Thomson A, et al. : A randomised controlled trial of abdominal versus laparoscopic sacrocolpopexy for the treatment of post-hysterectomy vaginal vault prolapse: LAS study. *Int Urogynecol J*, 24 : 377-384, 2013.
- 14) Ginath S, Garely AD, Condrea A, et al. : Mesh erosion following abdominal sacral colpopexy in the absence and presence of the cervical stump. *Int Urogynecol J*, 24 : 113-118, 2013.
- 15) Tan-Kim J, Menefee SA, Luber KM, et al. : Prevalence and risk factors for mesh erosion after laparoscopic-assisted sacrocolpopexy. *Int Urogynecol J*, 22 : 205-212, 2011.
- 16) Cosson M, Rajabally R, Bogaert E, et al. : Laparoscopic sacrocolpopexy, hysterectomy, and burch colposuspension : feasibility and short-term complications of 77 procedures. *JSLS*, 6 : 115-119, 2002.
- 17) Antiphon P, Elard S, Benyoussef A, et al. : Laparoscopic promontory sacral colpopexy : is the posterior, recto-vaginal, mesh mandatory? *Eur Urol*, 45 : 655-661, 2004.
- 18) 市川雅男 : 腹腔鏡下仙骨陰固定術の安全性を極める. 産婦手術, 26 : 33-36, 2015.
- 19) Sarlos D, Brandner S, Kots L, et al. : Laparoscopic sacrocolpopexy for uterine and post-hysterectomy prolapse : anatomical results, quality of life and perioperative outcome-a prospective study with 101 cases. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct*, 19 : 1415-1422, 2008.
- 20) Frick AC, Paraiso MF : Laparoscopic management of incontinence and pelvic organ prolapse. *Clin Obstet Gynecol*, 52 : 390-400, 2009.
- 21) Gadonneix P, Ercoli A, Salet-Lizée D, et al. : Laparoscopic sacrocolpopexy with two separate meshes along the anterior and posterior vaginal walls for multicompartment pelvic organ prolapse. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, 11 : 29-35, 2004.

今日の問題

サージカルスモークがもたらす健康被害について

関西医科大学産科学婦人科学講座 生田 明子

はじめに

米国では、1970年に労働安全衛生法が成立し、この法律により労働者の安全と健康を守る労働安全衛生庁（Occupational Safety and Health Administration：OSHA）法が制定された。OSHAはすべての産業分野で規制を設けており、医療分野も例外ではない。手術室においても、麻酔ガスや標本固定に用いるホルマリンなどの化学物質などに対して規制を設けている。電気メスによって発生する煙の健康被害に対しては、すでに20年以上前から議論されており、法制化はされていないもののOSHAは勧告を出し、規制に取り組み始めている¹⁻³⁾。

一方、本邦では、医療廃棄物に対する法整備は進んできたが、手術室における健康被害に対する法制化はもちろんのこと、規制も遅れているのが現状である¹⁾。

電気メス、レーザー機器、超音波凝固切開装置などのエネルギーデバイスの開発、普及により、婦人科領域でも腹腔鏡下手術が盛んに行われている。近年、エネルギーデバイスにより発生するサージカルスモーク（排煙）に対する手術室環境の危険性は無視できない問題となっているが、健康被害に対する医療従事者の意識は低い¹⁾。サージカルスモークに曝露した医療従事者に対し、長期にわたる追跡調査はなされていないが、手術室業務に関わる者はサージカルスモークの特徴や健康被害を含めた有害事象を周知しておく必要がある。

サージカルスモークについて

サージカルスモークは、エネルギーデバイスで組織を破壊する際に発生する。すなわち、細胞に急激に熱が加わると細胞内の水分が気化膨張して細胞膜の破裂を引き起こし、バイオエアロゾルという形で有害な毒性のある排煙を放出する¹⁻¹¹⁾。サージカルスモークの問題点として挙げられるは、臭気、手術野の視界の遮断はもとより、感染の危険性、有害物質による健康被害である¹⁻¹¹⁾。サージカルスモークは、95%の水蒸気と5%の微粒子物質からなり^{8,9,11)}、この微粒子が多く健康被害をもたらす¹⁻¹¹⁾。微粒子の性質や大きさ、含有量は、使用機器の種類、出力の強さ、切開・凝固の総数や時間、術者の手技、対象物の病理などによって異なる^{5,7,8,11)}（表1）。1 gの組織への切開や凝固で発生する煙は、電気メス使用時はタバコ6本分、CO₂レーザーではタバコ3本分であり^{5,9,11)}、エネルギーデバイスの使用が多い腹腔鏡下手術では、腹腔内に充満したサージカルスモークが手術器具交換の際や、トロッカー抜去の際に室内に必然的に散布される。術中に採取されたサージカルス

表1 エネルギーデバイスによる粒子の大きさ（平均）³⁾

器具	大きさ(μm)
電気メス	0.07
レーザー	0.31
超音波凝固切開装置	0.35-6.5

◆Current topic◆

The health hazards of surgical smoke

Akiko IKUTA

Department of Obstetrics and Gynecology, Kansai Medical University

表2 サージカルスモーク内の主な有機化合物^{7,10)}

アルデヒド	芳香族炭化水素	左記以外の炭化水素	アルコール	ニトリル	ダイオキシン
アセトン	o-, m-, p-エチルトルエン	アセチレン	イソプロピルアルコール	アクリロニトリル	2,3,7,8-TCDD
アセトアルデヒド	エチルベンゼン	1, 2-ジクロロエタン	エチルアルコール	アセトニトリル	1,2,3,7,8-PCDD
バレルアルデヒド	エチルベンゼン	1-デセン			1,2,3,4,7,8-HxCDD
ブチルアルデヒド	エチルベンゼン	ビニルアセチレン			1,2,3,4,6,7,8-HpCDD
プロピオンアルデヒド	m-, p-, o-キシレン	フェニルアセチレン			OCDD
ヘキサアルデヒド	クメン	1-フェニルシクロヘキセン			2,3,7,8-TCDF
ベンズアルデヒド	2, 3-ジヒドロインデン	ブタン-1, 3-ジイン			1,2,3,7,8-PCDF
ホルムアルデヒド	シュードクメン				1,2,3,6,7,8-HxCDF
メタクロレイン	スチレン				OCDF
	トルエン				
	ナフタレン				
	ベンゼン				
	メシチレン				

モーク内から同定された成分は、有機ならびに無機化合物、血液、細菌、ウイルス、腫瘍細胞など、多岐にわたる¹⁻¹¹⁾。

サージカルスモーク中の微粒子と健康被害

(1) 有機化合物

サージカルスモーク内から検出された有機化合物は数十種にも及ぶ(表2)。腎癌に対する腹腔鏡下腎摘出術で、トロッカーから腹腔内の排煙を直接採取し、ガスクロマトグラフィーおよびマススペクトロメトリーで分析した結果、発がん性化合物5種類(エタノール, 1, 2-ジクロロエタン, ベンゼン, エチルベンゼン, スチレン)が検出された⁴⁾。生涯において曝露する空気中の発がん性物質濃度が $1 \mu\text{g}/\text{m}^3$ に達すると、がんが発生すると危惧されるなかで、1, 2-ジクロロエタンは $4.75 \times 10^{-3} \pm 7.42 \times 10^{-4} \mu\text{g}/\text{m}^3$ 、ベンゼンは $1.09 \times 10^{-3} \pm 4.33 \times 10^{-4} \mu\text{g}/\text{m}^3$ と、いずれも高濃度が検出されている⁴⁾。また腹腔鏡下胆嚢切除術において、術前術後に患者の尿中の有機化合物を分析した報告では、ベンゼンの濃度は術前の約3倍が検出されており、トルエン濃度も優位に高かった¹⁰⁾。腹腔鏡下手術でなくても、脂肪組織から発生するサージカルスモークからは、高濃度のアルデヒドが検出され、皮膚や皮下組織からの排煙ではトルエンやエチルベンゼン、キシレンの濃度が高かつ

た⁵⁾。

1) 1, 2-ジクロロエタン：吸入曝露したヒトへの毒性は、傾眠、嘔吐、呼吸困難、せん妄、振戦、肝腎障害、肺水腫などが報告されている。動物を用いた吸入曝露実験では、発がん性および発がん性以外の有害性に関する量-反応関係を示す知見が得られている¹²⁾。

2) ベンゼン：炭素の豊富な素材が不完全燃焼すると生産される。自然界では火山噴火や森林火災でも発生し、煙草の主流煙・副流煙や自動車などの移動体からの排気ガスに存在する。本邦では、1950年代、サンダル工場で接着作業に従事していた工員が継続的なベンゼンの吸入により、造血器系疾患(白血病等)が発症し死亡する事象が発生した。この事象を契機としてベンゼンの毒性・発がん性が問題視されるようになった。OSHAによれば、ベンゼンの短期間の影響は、頭痛、めまい、嘔気、目や鼻・呼吸器を刺激し、慢性的な曝露では低濃度でも、貧血から白血病に至る血液疾患の原因となる^{4,9,11)}。ベンゼンやホルムアルデヒドが誘因となる。気管支炎、間質性肺炎、肺気腫などの呼吸器系疾患の発症は曝露時間に比例する⁹⁾。

3) トルエン：発がん作用はないが、中毒性があり強い嘔気をきたす。長期にわたって繰り返し吸入を続けた場合、幻覚、幻聴など中枢神経

系に影響をもたらす¹⁰⁾。かつて若者の間で流行し社会問題となった、いわゆるシンナー遊びに使われた原因物質でもある。

(2) 無機化合物 (表3)

一酸化炭素：炭素やまたはそれを含む有機質が燃焼すると二酸化炭素 (CO₂) が発生するが、酸素の供給が不十分な環境下で燃焼 (不完全燃焼) するときや二酸化炭素の高温乾留によって一酸化炭素 (CO) が発生する。二酸化炭素の存在下で一酸化炭素の産生が促がされると考えられ、腹腔鏡下手術における腹腔内の二酸化炭素量の増加、すなわち気腹圧の上昇が一酸化炭素の産生に起因する⁷⁾。一酸化炭素は酸素に比べて約250倍もヘモグロビン (Hb) と結びつきやすい性質のため、一酸化炭素の存在下ではHbは酸素と結合できず、血液の酸素運搬能力が低下する。少量の一酸化炭素を長期間にわたって持続的 (反復的) に吸入した場合は、頭痛、めまい、精神機能の低下といった慢性中毒症状を呈することもある。一酸化炭素中毒は、低酸素に感受性の強い、心臓や脳等に症状が現れやすく、重症になると、その他の臓器障害も認める⁷⁾。

表3 サージカルスモーク内の主な無機機化合物

一酸化炭素
シアン化水素(青酸)

(3) 細菌およびウイルス

レーザーで発生したサージカルスモークから、Coagulase-negative staphylococcusやCorynebacterium, Neisseria が検出された⁷⁾。サージカルスモーク内には、ウイルスの存在も証明されており、YAGレーザーを用いた外陰部コンジローマの手術で、外科医師に喉頭乳頭腫が発症した報告がある。患者の外陰部と外科医の喉頭乳頭種から、同じDNAのHPV 6, 11型が証明された^{7,9)}。HIVについてもサージカルスモーク内に検出された報告はあるが、感染性については不明な点が多い⁷⁾。

(4) 悪性腫瘍

超音波凝固切開装置により発生したサージカルスモークから採取された悪性細胞をマウスに皮下投与した実験で、マウスに腫瘍の増殖が確認された⁸⁾。

対 策

エネルギーデバイスにより生ずるサージカルスモークの平均粒子径は、電気メスで0.07 μ m, レーザーで0.31 μ m, 超音波切開凝固装置で0.35~6.5 μ mとされている (表1)。医療従事者が着用するサージカルマスクが捕捉できる粒子径は5 μ mであり、サージカルスモーク内の微粒子は容易に吸入されて呼吸系の炎症や疾患を誘発する^{3,7,9,11)}。

一般の手術室の空調はHEPAフィルター (high-efficiency particulate air filter) で維持されている。このフィルターは0.3 μ m径の粒子を想定したものであり、使用するデバイスによっては効果が不十分である¹⁻³⁾。そこで、より高性能のULPAフィルター (ultra low penetration air filter) を装着した排煙システムの導入が推奨されている¹⁻³⁾。これは、0.12 μ mの微粒子に対して、99.9995%の濾過効果を実現し¹⁻³⁾、腹腔鏡下手術においては、トロッカーに装着したチューブをフィルターに接続して使用する。しかし、ULPAフィルターは、安価ではないことから導入の検討は施設間で分かれると思われる。

結 語

サージカルスモーク内の物質と大気汚染防止法の特定期物質には、共通する成分が多い。しかし、両者を直接結び付けるのではなく、長期間の微粒子曝露で誘発される健康被害についての検証が望まれる。医療従事者の手術への関わり方は、職種や勤務形態により個人差があり、不定期に手術に立ち会う者もいれば、手術室の滞在時間が週に数時間、延べ数十年にわたる者もいる。健康被害が立証されるまで、曝露後数年から数十年を要することを考え、問題意識をもち多職種で横断的に取り組むことが望まれる。

参考文献

- 1) 菊地雅文, 石山映子: 手術室管理者が考える手術室環境—心理的環境からサージカルスモーク危険予防まで—. 月刊ナーシング, 34: 113-116, 2014.
- 2) クレカツヒロ, 井砂 司, 本田隆司: 米国のOSHA (労働安全衛生庁) 規制—とくに手術室で発生する電気メスの煙について—. 形成外科, 58: 1399-1401, 2015.
- 3) Ulmer BC: The hazards of surgical smoke. *AORN J*, 87: 721-734.
- 4) Choi SH, Kwon TG, Chung SK, et al.: Surgical smoke may be a biohazard to surgeons performing laparoscopic surgery. *Surg Endosc*, 28: 2374-2380, 2014.
- 5) Al Salaf OS, Vega-Carrascal I, Cunningham FO, et al.: Chemical composition of smoke produced by high-frequency electrosurgery. *Ir J Med Sci*, 76: 229-232, 2007.
- 6) Dobrogowski M, Wesolowski W, Kucharska M, et al.: Health risk to medical personnel of surgical smoke produced during laparoscopic surgery. *Int J Occup Med Environ Health*, 28: 831-840, 2015.
- 7) Fan JKM, Chan FSY, Chu KM: Surgical smoke. *Asian J Surg*, 32: 253-257, 2009.
- 8) In SM, Park DY, Sohn IK, et al.: Experimental study of the potential hazards of surgical smoke from powered instruments. *Br J Surg*, 102: 1581-1586, 2015.
- 9) Lewin JM, Brauer JA, Ostad A: Surgical smoke and the dermatologist. *J Am Acad Dermatol*, 65: 636-641, 2011.
- 10) Dobrogowski M, Wesolowski W, Kucharska M, et al.: Chemical composition of surgical smoke formed in the abdominal cavity during laparoscopic cholecystectomy assessment of the risk to the patient. *Int J Occup Med Environ Health*, 27: 314-325, 2014.
- 11) 甲斐哲也: 麻酔科医と手術室環境—空気環境の観点—. 麻酔, 58: S225-233, 2009.
- 12) 世界保健機関 国際化学物質安全計画: 国際簡潔評価文書 (Concise International Chemical Assessment Document). No.11, 2-Dichloroethane. 3-27, 1998.

288 不育症の診断と治療

回答／福井 淳史

会員質問コーナー Q&A

Q: 妊娠初期の流産を繰り返してしまいました。次の妊娠が不安です。どうしたらよいのでしょうか？

(兵庫県 E.F.)

A: いわゆる「不育症」は、単一の診断名ではなく、複数の病態を含みます。厚生労働省科学研究班（齋藤班）では、「妊娠はするけれど2回以上の流産・死産もしくは生後1週間以内に死亡する早期新生児死亡によって児が得られない場合」つまり、22週以前の流産を繰り返す反復流産（流産を2回以上繰り返した場合）、習慣流産（流産を3回以上繰り返した場合）に加え、死産・早期新生児死亡を繰り返す場合を含めて「不育症」と定義されます¹⁾。不育症の定義に合致する事例の約半数は偶発的流産であり、特別な治療を行わなくても次回妊娠予後は良好ですが、残りの半数では、凝固異常や夫婦の染色体異常、子宮形態異常内分泌異常、代謝異常、免疫学的異常などの共通のリスク因子が認められることがあります。今回のケースは不育症にあてはまると考えられ、**系統的なアプローチを行い、適切に精査・加療を行っていくことが肝要です。**

しかし、不育症は、検査方針やリスク因子ごとの治療方針が

定まっていないことや、流産・死産してしまったというストレスがさらに流産・死産の要因になること、何もリスク因子がなく、たまたま胎児染色体異常を繰り返しただけの全く健康なカップルが半数くらい存在することなどから、産婦人科医にとって難解な疾患となっていました。これに対し、平成20～22年度に先に述べた厚生労働省科学研究費補助金「不育症治療に関する再評価と新たな治療法の開発に関する研究」（研究代表者：齋藤 滋、富山大学教授）において、不育症に関するさまざまなリスク因子評価がなされ、平成23年3月に「不育症治療に関する再評価と新たな治療法の開発に関する研究班を基にした不育症管理に関する提言¹⁾」が発表され、以降、不育症に関する一定した検査・治療方針が広く日本に広がってきています²⁾。本研究班は現在もAMED成育疾患克服等総合研究事業「不育症の原因解明、予防治療に関する研究」として継続され、不育症のリスク因子の解明、新治療法開発に関する研究が続けられています。

流産の原因は、胎児染色体異常に起因することが多いですが、**不育症の場合には母体の子宮形態の異常、甲状腺や卵巣の内分泌**

異常、糖尿病などの代謝異常、抗リン脂質抗体症候群や凝固因子異常などもリスク因子となります。さらに、非自己である胎児が免疫学的に拒絶され、流産となる場合もあり得ます。中隔子宮など子宮形態異常の場合、主として子宮鏡を用いた子宮形成術の有効性が示されており、内分泌異常や代謝異常の場合には内科的な原疾患治療が有効です。また血栓性素因を有する場合にはヘパリンやアスピリンを用いた抗凝固療法を行います。さらにわれわれは、NK細胞の機能異常（NK細胞活性の増加やNK細胞機能分担の異常）といった**母体が免疫学的に胎児を攻撃しやすい状態**になっていると考えられる不育症に対して、それらを是正するため免疫グロブリン療法やイントラリピッド療法などの治療を行い、良好な成績を得ています³⁾。

しかし、不育症の約60%はリスク因子不明の原因不明不育症と診断されます。一般に不育症に関するリスク因子を検索したものの原因を指摘できない場合、患者側は「何度も流産を繰り返し、次の妊娠が怖い」「妊娠しても怖くて仕方がない」というようなことを訴え、何らかの治療を求めてくることが多いです。さらに、医療者側にとっても何

もしないで経過をみるということとはあまり好まれず、患者からの要望もあれば“とりあえず”アスピリンなどを処方することもあるのではないかと推察されます。しかし、原因不明不育症に対するアスピリン療法やヘパリン療法の有効性は否定的であり^{4,5)}、最も有効であろうとされているのはtender loving careです。すなわち、原因不明不育症と診断された場合には、検査結果に問題がないことを十分に説明し、患者および家族の理解を得たうえで無治療で十分に経過をみながら次回妊娠に臨んでも、妊娠が継続する可能性も十分考えられるのではないのでしょうか。

参考文献

- 1) 齋藤 滋, 杉浦真弓, 丸山哲夫, 他: 不育症治療に関する再評価と新たな治療法の開発に関する研究班を基にした不育症管理に関する提言. 1-8, 2011.
- 2) 齋藤 滋, 杉浦真弓, 丸山哲夫, 他: 【不育症 最前線】不育症 over view. 産婦の実践, 60: 1401-1408, 2011.
- 3) Fukui A, Kamoi M, Funamizu A, et al.: NK cell abnormality and its treatment in women with recurrent pregnancy loss. *Reprod Med Biol*, 14: 151-157, 2015.
- 4) Kaandorp S, Di Nisio M, Goddijn M, et al.: Aspirin or anticoagulants for treating recurrent miscarriage in women without antiphospholipid syndrome. *Cochrane Database Syst Rev*, 2009. doi: 10.1002/14651858.CD004734.pub3.
- 5) Schleussner E, Kamin G, Seliger G, et al.: Low-molecular-weight heparin for women with unexplained recurrent pregnancy loss: a multicenter trial with a minimization randomization scheme. *Ann Intern Med*, 162: 601-609, 2015.

②89 梅毒の診断と治療

回答／佐々木 徳之

会員質問コーナー Q&A

Q: 22歳の外陰部掻痒感と血性痰を主訴に受診し、梅毒と診断された症例を経験しました。梅毒の診察／検査／治療のポイントや注意点があれば教えてください。

(和歌山県 I.K.)

A: 梅毒は *Treponema pallidum* (以下Tp) 感染症で、主として性行為または類似の行為により感染する性感染症の代表的疾患です。胎児が胎盤を通して感染したものを先天梅毒、それ以外を後天梅毒と呼び、さらに皮膚／粘膜の発疹や臓器梅毒の症状を呈する顕症梅毒と、症状は認められないが梅毒血清反応が陽性である無症候梅毒とに分けられます。本稿では後天梅毒かつ顕症性のものについて述べます。

感染から約3週間後、Tpが侵入した局所に生じる暗赤色のしこり「初期硬結」や、その数日後に硬結の中央が潰瘍化してできる無痛性の「硬性下疳」などがみられます。これらは口腔咽頭にも好発し、2～3週間でいったん自然に消退します。(I期梅毒)

さらに、感染から3カ月前後、皮膚・粘膜病変の1つとして粘膜斑や口角炎がみられます。粘膜斑は複数の扁平な乳白色の斑状病変がしだいに拡大し融合していきます。口腔咽頭内に同病

変が生じると、蝶が羽を広げたような形状となり、“butterfly appearance”と称されます。梅毒性口角炎は、口角周囲に白色調のびらんを呈し、カンジダ性口角炎とは肉眼的鑑別は困難なことが多いようです。(II期梅毒)

III期IV期梅毒や神経梅毒に関しては成書に譲ります。

上記の病変はいずれも痛みがあまりないか無痛であり、掻痒感も強くないことが特徴的ですが、梅毒感染の場合、その他の性感染症などを同時に発症していることも少なくはありませんから、有痛性であっても鑑別が必要でしょう。

検査ですが、Tpはin vitroでの培養ができないため、直接検鏡する方法では暗視野顕微鏡などの特殊な設備が必要になります。よって多くは、比較的簡便に行える梅毒血清反応が診断に用いられています。血清反応には、①STS法(感染に伴う組織破壊によって産生された自己抗体を検出する法；RPR法やラテックス凝集法など)と②TP抗原法(Tpの特異抗原に対する抗体を検出する法；TPHA法やFTA-Abs法など)があります。②の方が特異性に優れますが、感染後の終生免疫形成後も陽性になり続けるのが欠点で、①と

②の結果を組み合わせる判断することになります。

治療は、基本、ペニシリン製剤の内服ですが、治療過程で起こりうる反応として、Jarisch-Herxheimer反応があります。機序は不明ですが、治療開始後数時間で突然の高熱、皮疹の悪化、リンパ節腫脹を生じ、上記症状は治療後12～24時間で自然に軽快するというものです。I期では半数で、II期ではほとんどの例で生じます。ときに重篤な副作用と誤解される場合もあるため、あらかじめこのような反応が起こりうることを患者に周知することが重要です。

国立感染研究所によると、国内の梅毒感染報告数は2009年以前はほぼ横ばいだったものが、2010年以降は増加の一端をたどっており(2010年622例、2016年4518例)、性別・年齢帯別では20代女子の増加率が著しく高い(2014年以降は女性全体の過半数が20代)ことが指摘されています。産婦人科や皮膚科をはじめ、顕性梅毒を診たことがない医師も多く、診断に苦慮することも多いですが、今後も増加が予想されますので、口腔と性器の皮疹の診察の際には必ず鑑別に入れておくことが重要と考えます。

評議員会・総会記録

平成29年度 近畿産科婦人科学会評議員会

日時：平成29年 6 月18日 場所：大阪国際交流センター

- | | |
|--|---|
| <p>1. 開 会
 主務地担当理事 川端 寛</p> <p>2. 学会長挨拶
 会 長 根来 孝夫</p> <p>3. 会員状況報告
 主務地担当理事 川端 寛</p> <p>4. 物故会員黙祷
 会 長 根来 孝夫</p> <p>5. 報告事項</p> <p> 1) 平成29年度評議員会，総会，学術集会に
 関する件</p> <p> A. 評議員会，総会：
 会 長 根来 孝夫</p> <p> B. 第136回学術集会：
 学術集会長 古山 将康</p> <p> C. 第137回学術集会：
 学術集会長 井 筧 一彦</p> <p> 2) 平成28年度主務地活動報告
 前主務地担当理事 柏木 智博</p> <p> 3) 平成28年度学術委員会報告
 前学術委員長 古山 将康</p> <p> 4) 平成28年度日産婦学会委員会報告
 前日産婦学会委員長 木村 正</p> <p> 5) 平成28年度日産婦医会委員会報告
 前日産婦医会委員長 大島 正義</p> <p> 6) 平成28年度「産婦人科の進歩」誌
 編集委員会報告
 前編集委員長 小林 浩</p> <p> 7) 平成28年度学会賞に関する件
 前学術委員長 古山 将康</p> <p> 8) その他</p> | <p>6. 協議事項</p> <p> 1) 次期主務地，会長，学術集会長，
 主務地担当理事に関する件
 会 長 根来 孝夫</p> <p> 2) 平成29年度役員に関する件
 会 長 根来 孝夫</p> <p> 3) 平成28年度会計決算の承認を求める件</p> <p> A. 一般会計：
 前事務所担当理事 野村 哲哉</p> <p> B. 学術奨励賞基金会計：
 前事務所担当理事 野村 哲哉</p> <p> C. 監査報告：
 前監事 平 省三
 前監事 高木 哲</p> <p> 4) 平成29年度事業計画に関する件
 会 長 根来 孝夫</p> <p> A. 学術委員会：
 学術委員長 古山 将康</p> <p> B. 日産婦学会委員会：
 日産婦学会委員長 木村 正</p> <p> C. 日産婦医会委員会：
 日産婦医会委員長 大島 正義</p> <p> D. 「産婦人科の進歩」誌編集室：
 編集委員長 松村 謙臣</p> <p> 5) 平成29年度予算に関する件
 主務地担当理事 川端 寛</p> <p> 6) 名誉会員推薦に関する件
 会 長 根来 孝夫</p> <p> 7) 功労会員推薦に関する件
 会 長 根来 孝夫</p> <p> 8) 会費免除会員に関する件
 会 長 根来 孝夫</p> <p>7. その他</p> <p>8. 閉 会</p> |
|--|---|

会員状況（平成29年3月31日現在）

H29.3.31		H28.3.31	
総会員数	免除会員数	総会員数	免除会員数
大 阪	1259（－9）	113（－9）	1268
兵 庫	669（＋3）	67（－11）	666
京 都	382（－1）	44（＋2）	383
和歌山	129（±0）	13（±0）	129
奈 良	166（＋2）	16（±0）	164
滋 賀	158（＋4）	7（＋2）	154
計	2763（－1）	260（－16）	2764
			276

平成28年度物故会員（敬称略）

大 阪	杉本乾治，神谷 順，吉岡靖雄， 石田晋一，郡田義光，杉本久二一， 荻田幸雄，出田和久，鈴木 勲， 岡本吉成，江藤琢磨，弘中義夫
兵 庫	柴田晴弘，鋧尾泰三，竹下 正， 金澤理一郎，岡田弘三郎，山田佐智子， 藤本高久，松本敬明，山内敏弘
和 歌 山	神前正造
滋 賀	三林隆夫（合計23名）

近畿産科婦人科学会名誉・功労会員

名誉会員	竹村 喬，須川 佶，谷澤 修 野田起一郎，名方正夫，岡田弘二 平井 博，一條元彦，奥平吉雄 望月真人，森 崇英，小林正義 村上 旭，宮本紀男，竹村 正 小柴壽彌，石原政芳，森川 肇 植木 實，村田雄二，藤井信吾 廣崎彰良，平野貞治，本庄英雄 岩永 啓，香山浩二，梅咲直彦 丸尾 猛，三浦 徹，横田栄夫 鈴木 瞭，野田洋一，星合 昊 足高善彦，赤山紀昭，石河 修 安藤良弥，小笹 宏，竹村秀雄 吉田 裕，井上芳樹（計41名）
功労会員	山崎高明，武内久仁生，杉田長久 福井義晃，島本郁子，高山克巳 新谷 毅，尾崎公巳，小澤 満 近藤一郎，都竹 理，野田 定 大道準一，山下澄雄，増田幸生 森 治彦，末原則幸，中室嘉郎

早川謙一，山嵯正人，齊藤守重
河井禱宏，平岡克忠，大田尚司
川村泰弘，藤本 昭，辻 祥雅
濱田和孝（計28名）

近畿産科婦人科学会役員・評議員

その他候補者一覧

会 長	根来孝夫
副会長	赤崎正佳
学術委員長	古山将康
日産婦学会委員長	木村 正
日産婦医会委員長	大島正義
編集委員長	松村謙臣
広報委員長	松村謙臣
監 事	高木 哲・平 省三
第136回学術集会長	古山将康
第137回学術集会長	井篁一彦

<評議員会議長・副議長>

議 長	益子和久
副議長	種田征四郎

<幹 事>

日産婦学会委員会	上田 豊
日産婦医会委員会	光田信明
学術委員会	橘 大介
編集委員会	辻 勲
広報委員会	辻 勲
渉外委員会	なし

<新名誉会員候補者>

大 阪	神崎秀陽
兵 庫	宮本 一
京 都	小西郁生

<新功労会員候補者>

大 阪	中島徳郎
兵 庫	武居勝信

<新会費免除会員候補者>

大 阪（4名）

池田聰明（1940年3月1日生）

池田義人（1940年1月11日生）

柏原紀美（1940年1月1日生）

正田常雅（1939年7月26日生）

兵 庫（5名）

足高善彦（1939年9月2日生）

岡田祐一（1938年11月3日生）

吉岡 巖（1939年11月17日生）

中村三和（1940年2月19日生）

森川 肇（1940年2月24日生）

京 都（1名）

中部瞭子（1939年1月14日生）

和歌山（2名）

赤山紀昭（1940年1月1日生）

平松正大（1939年12月28日生）

奈 良（1名）

中川智詳（1939年12月6日生）

滋 賀（該当者なし）

（計13名）

理事・各種委員会委員

府県名	理 事	日産婦学会 委員	日産婦医会 委員	学術委員	産婦人科の 進歩 編集委員	広報委員
大阪府	大道 正英 岡田 英孝 荻田 和秀 木村 正 古山 将康 志村研太郎 堀越 順彦 御前 治 光田 信明 松村 謙臣	上田 豊 大道 正英 岡田 英孝 荻田 和秀 木村 正 古山 将康 志村研太郎 角 俊幸 堀越 順彦 御前 治 光田 信明 松村 謙臣	荻田 和秀 笠原 幹司 齋田 幸次 志村研太郎 高木 哲 中村 哲生 西尾 幸浩 平松 恵三 堀越 順彦 御前 治 光田 信明	大道 正英 岡田 英孝 北 正人 木村 正 古山 将康 角 俊幸 辻 勲 寺井 義人 安井 智代 安田 勝彦 山本嘉一郎 吉野 潔 松村 謙臣	大道 正英 岡田 英孝 亀谷 英輝 木村 正 古山 将康 鈴木 彩子 角 俊幸 竹村 昌彦 筒井 建紀 寺井 義人 山本嘉一郎 吉村 智雄 松村 謙臣	荻田 和秀 志村研太郎 堀越 順彦 御前 治 光田 信明
兵庫県	大橋 正伸 柴原 浩章 信永 敏克 森實真由美 山田 秀人 (定数外) 片嶋 純雄	大橋 正伸 柴原 浩章 出口 雅士 山田 秀人	赤松 信雄 大橋 正伸 片嶋 純雄 大門美智子 山崎 峰夫	蝦名 康彦 柴原 浩章 田中 宏幸 出口 雅士 船越 徹 山田 秀人	伊原 由幸 柴原 浩章 森實真由美 山崎 峰夫 山田 秀人	伊原 由幸 大門美智子 田中 宏幸
京都府	北脇 城 田村 秀子 南部 吉彦 万代 昌紀 (定数外) 大島 正義 柏木 智博	岩破 一博 北脇 城 田村 秀子 万代 昌紀 馬場 長	大島 正義 田村 秀子 南部 吉彦 藤田 宏行	楠木 泉 岩破 一博 北脇 城 近藤 英治 万代 昌紀 馬場 長	岩破 一博 北脇 城 澤田 守男 万代 昌紀 近藤 英治 濱西 潤三	岩破 一博 近藤 英治
和歌山県	井篁 一彦 根来 孝夫 矢本 希夫 (定数外) 川端 寛	井篁 一彦 南 佐和子 矢本 希夫	根来 孝夫 矢本 希夫	井篁 一彦 中村 光作 南 佐和子 八木 重孝	井篁 一彦 南 佐和子 八木 重孝 矢本 希夫	粉川 信義
奈良県	赤崎 正佳 小林 浩 大井 豪一 (定数外) 川口 龍二	赤崎 正佳 小林 浩	赤崎 正佳 高井 一郎	大井 豪一 小林 浩 喜多 恒和	大井 豪一 小林 浩	小林 浩
滋賀県	高橋健太郎 野村 哲哉 村上 節 (定数外) 木村 文則	木村 文則 高橋健太郎 村上 節	神野 佳樹 高橋健太郎 野村 哲哉	高橋健太郎 村上 節	笠原 恭子 高橋健太郎 村上 節	木村 文則

評 議 員

大 阪 府			兵 庫 県			京 都 府		
府県選出		推 薦	府県選出	推 薦	府県選出	推 薦		
笠原 幹司 上浦 祥司 亀谷 英輝 川村 直樹 北 正人 甲村 弘子 角 俊幸 竹村 昌彦 谷口 武 筒井 建紀 寺井 義人 西尾 幸浩 藤田 征巳 前田 隆義 安井 智代	吉野 潔 吉松 淳 早田 憲司	遠藤 誠之 金村 昌徳 澤田健二郎 橘 大介 富松 拓治	伊藤 公彦 蝦名 康彦 大門美智子 平 省三 田中 宏幸 鏑本 浩志 出口 雅士 船越 徹 益子 和久 宮原 義也 山崎 峰夫 吉岡 信也	赤松 信雄 伊原 由幸 森田 宏紀	岩破 一博 種田征四郎 楠木 泉 馬場 長 藤田 宏行 藤原葉一郎 近藤 英治	井上 卓也 河野 洋子		
和 歌 山 県		奈 良 県		滋 賀 県				
府県選出	推 薦	府県選出	推 薦	府県選出	推 薦			
川端 寛 中村 光作 南 佐和子		喜多 恒和 高井 一郎 原田 直哉 藤原 潔		卜部 諭 越山 雅文 佐藤 幸保 神野 佳樹				

理事会務分担

庶務会計担当	志村研太郎（大阪） 片嶋 純雄（兵庫） 田村 秀子（京都） 矢本 希夫（和歌山） 野村 哲哉（滋賀）	光田 信明（大阪） 大島 正義（京都） 南部 吉彦（京都） 赤崎 正佳（奈良）	大橋 正伸（兵庫） 柏木 智博（京都） 根来 孝夫（和歌山） 高橋健太郎（滋賀）
学術担当	大道 正英（大阪） 古山 将康（大阪） 信永 敏克（兵庫） 北脇 城（京都） 小林 浩（奈良）	岡田 英孝（大阪） 松村 謙臣（大阪） 森實真由美（兵庫） 万代 昌紀（京都） 村上 節（滋賀）	木村 正（大阪） 柴原 浩章（兵庫） 山田 秀人（兵庫） 井篁 一彦（和歌山） 高橋健太郎（滋賀）
日産婦医会担当	荻田 和秀（大阪） 御前 治（大阪） 大島 正義（京都） 矢本 希夫（和歌山） 野村 哲哉（滋賀）	志村研太郎（大阪） 光田 信明（大阪） 田村 秀子（京都） 赤崎 正佳（奈良）	堀越 順彦（大阪） 大橋 正伸（兵庫） 根来 孝夫（和歌山） 高橋健太郎（滋賀）
編集担当	大道 正英（大阪） 古山 将康（大阪） 信永 敏克（兵庫） 北脇 城（京都） 小林 浩（奈良）	岡田 英孝（大阪） 松村 謙臣（大阪） 森實真由美（兵庫） 万代 昌紀（京都） 村上 節（滋賀）	木村 正（大阪） 柴原 浩章（兵庫） 山田 秀人（兵庫） 井篁 一彦（和歌山） 木村 文則（滋賀）
主務地担当	川端 寛（和歌山）		
次期主務地担当	川口 龍二（奈良）		

平成29年度 近畿産科婦人科学会総会

日 時：平成29年 6 月18日（日） 13時15分～13時30分

場 所：大阪国際交流センター 大ホール

- | | | |
|----------------------|---------|-------|
| 1. 開 会 | 主務地担当理事 | 川端 寛 |
| 2. 会長挨拶 | 会 長 | 根来 孝夫 |
| 3. 物故会員黙祷 | 会 長 | 根来 孝夫 |
| 4. 報告事項 | | |
| 1) 平成28年度主務地ならびに事業報告 | 会 長 | 根来 孝夫 |
| 2) 平成28年度決算報告 | 会 長 | 根来 孝夫 |
| 3) 平成29年度予算ならびに事業計画 | 会 長 | 根来 孝夫 |
| 4) 平成28年度学会賞 | 学術委員長 | 古山 将康 |
| 5) その他 | 会 長 | 根来 孝夫 |
| 5. 学会賞贈呈 | 会 長 | 根来 孝夫 |
| 6. 名誉会員感謝状贈呈 | 会 長 | 根来 孝夫 |
| 7. 功労会員感謝状贈呈 | 会 長 | 根来 孝夫 |
| 8. 閉 会 | 主務地担当理事 | 川端 寛 |

平成28年度 近畿産科婦人科学会日誌抄

平成28年4月1日～29年3月31日

主 務 地：京 都 府

会 長：田村秀子

担当理事：柏木智博

会 議 日 程 表

会 議 名	開 催 日	会 議 名	開 催 日
総会	28. 6. 5	日産婦医会委員会 第 1 回	28. 5. 8
評議員会	28. 6. 5	第 2 回	28.12. 8
理事会 第 1 回	28. 5. 8	第 3 回	29. 2.19
第 2 回	29. 2.19	日産婦医会委員会担当部会	
庶務・会計担当理事会 第 1 回	28. 5. 8	社会保険部会 第 1 回	28. 6.23
第 2 回	28.12. 8	第 2 回	28.10.13
学術集会 第134回	28. 6. 4- 5	第 3 回	28.12.15
第135回	28.10.22-23	第 4 回	29. 3.23
学術委員会 第 1 回	28. 5. 8	研修部会 第 1 回	29. 6.17
第 2 回	28.12. 8	第 2 回	29. 2.17
第 3 回	29. 2.19	医療対策部会	29. 2.12
学術委員会研究部会		医業経営部会 第 1 回	28.11.13
腫瘍研究部会	28.12. 8	第 2 回	29. 1.22
周産期研究部会	28.12. 8	母子保健部会	29. 2. 4
生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会	28.12. 8	がん対策部会	29. 2. 4
編集委員会 第 1 回	28. 5. 8	日産婦医会近畿ブロック協議会	29. 1.15
第 2 回	28.12. 8	日産婦医会近畿ブロック	
常任編集委員会 第 1 回	28. 4.27	医療保険協議会	28.10.15
第 2 回	28. 6.22	日産婦学会近畿ブロック理事候補	
第 3 回	28.10.26	選挙管理委員会	28.12. 8
第 4 回	29. 1.25	日産婦学会近畿ブロック新代議員会	29. 2.19
日産婦学会委員会 第 1 回	28. 5. 8	平成27年度会計監査	28. 4.14
第 2 回	28.12. 8	平成27年度会務引継ぎ	28. 5. 8
第 3 回	29. 2.19	学会賞審査委員会（通信にて開催）	29. 3.15
		社会保険診療要覧編集会議 第 1 回	28. 4. 9
		第 2 回	29. 3.23

【平成28年】**(4月9日)****第1回社会保険診療要覧編集会議**

於：大阪第一ホテル 14：00～20：00

委員長：片嶋純雄

出席者数：15名

報告事項

(1)平成28年度近産婦社保要覧 編集進捗状況報告

協議事項

(1)平成28年度近産婦社保要覧 最終編集協議

(4月14日)**平成27年度会計監査**

於：近畿産科婦人科学会事務局 15：00～17：00

出席者数：6名

平・高木両監事による会計監査

(4月27日)**第1回常任編集委員会**

於：阪急グランドビル 15：00～17：00

委員長：小林 浩

出席者数：13名

報告事項

(1)常任編集委員の交代について

(2)第68巻3号(8月1日発行)の編集状況について

(3)審査中の論文について

協議事項

(1)次号掲載予定の論文について

(2)学会賞の候補について

(3)学会賞候補推薦の選考基準について

(5月8日)**平成27年度会務引き継ぎ**

於：京都タワーホテル 10：45～11：00

出席者数：5名

議事

(1)会務の引き継ぎについて

(5月8日)**第1回庶務・会計担当理事会**

於：京都タワーホテル 11：00～12：00

委員長：野村哲哉

出席者数：16名

報告事項

(1)平成27年度事務所報告

(2)平成27年度近畿産科婦人科学会決算報告

(3)その他

協議事項

(1)平成28年度近畿産科婦人科学会予算案について

(2)その他

(5月8日)**第1回編集委員会**

於：京都タワーホテル 12：00～13：00

委員長：小林 浩

出席者数：30名

報告事項

(1)前回議事録の確認

(2)平成27年および平成28年の投稿論文審査実績

(3)平成28年度の予定、定常業務の確認

(4)投稿規定の改定について

協議事項

(1)学会賞候補推薦の選考基準について

(5月8日)**第1回日産婦学会委員会**

於：京都タワーホテル 13：00～14：00

委員長：木村 正

出席者数：29名

報告事項

(1)熊本への医師派遣および災害対策本部について

(2)学術講演会について

(3)新入会員数について

(4)専攻医の地方部会を超える異動について

(5)Baby+改定第2版について

(6)その他：新専門医制度について

(5月8日)**第1回日産婦医会委員会**

於：京都タワーホテル 14：00～15：00

委員長：大島正義

出席者数：31名

報告事項

(1)委員会名簿と部会長の確認

(2)中央情勢ならびに日産婦医会理事会報告

(3)平成27年度事業報告ならびに会計報告

(4)各部会報告

協議事項

学術委員長 古山将康

(1)平成28年度事業計画(案)ならびに予算(案)

8) その他

(2)部会の名称変更について

6. 協議事項

(5月8日)

1) 次期主務地, 会長, 学術集会長

第1回学術委員会

主務地担当理事に関する件 会長 田村秀子

於: 京都タワーホテル 14:00~15:00

2) 平成28年度役員に関する件 会長 田村秀子

委員長: 古山将康

3) 平成27年度会計決算の承認を求める件

出席者数: 29名

A. 一般会計: 事務所担当理事 野村哲哉

報告事項

B. 学術奨励賞基金会計:

(1)第134回近畿産科婦人科学会学術集会近況報告

事務所担当理事 野村哲哉

(2)第135回近畿産科婦人科学会学術集会近況報告

C. 監査報告: 監事 平 省三

(3)各研究部会 近況報告

監事 高木 哲

協議事項

(1)指導医講習会について

4) 平成28年度事業計画に関する件

(2)新専門医制度について

会長 田村秀子

(5月8日)

A. 学術委員会: 学術委員長 古山将康

第1回理事会

B. 日産婦学会委員会: 日産婦学会委員長

於: 京都タワーホテル 15:00~17:00

木村 正

出席者数: 名誉会員, 監事, 議長, 副議長,

C. 日産婦医会委員会: 日産婦医会委員長

理事 合計40名

大島正義

D. 「産婦人科の進歩」誌編集室

1. 開 会 主務地担当理事 柏木智博

編集委員長 小林 浩

2. 会長挨拶 会長 田村秀子

5) 平成28年度予算に関する件

3. 会員状況報告 主務地担当理事 柏木智博

事務所担当理事 野村哲哉

4. 物故会員黙祷 会長 田村秀子

6) 日産婦学会近畿ブロック理事候補選出選挙

5. 報告事項

管理委員会設置に関する件 会長 田村秀子

1) 平成28年度評議員会, 総会, 学術集会に関する件

7) 名誉会員推薦に関する件 会長 田村秀子

A. 評議員会, 総会: 会長 田村秀子

8) 功労会員推薦に関する件 田村秀子

B. 第134回学術集会: 学術集会長 北脇 城

9) 会費免除会員に関する件 会長 田村秀子

C. 第135回学術集会: 学術集会長 小西郁生

7. その他

2) 平成27年度主務地報告

8. 閉 会

前主務地担当理事 片嶋純雄

(6月4日, 5日)

3) 平成27年度学術委員会報告

第134回近畿産科婦人科学会学術集会

学術委員長 古山将康

於: メルパルク京都・京都タワーホテル

4) 平成27年度日産婦学会委員会報告

学術集会長: 北脇 城

日産婦学会委員長 木村 正

出席者数: 730名

5) 平成27年度日産婦医会委員会報告

学術奨励賞受賞講演: 1題

日産婦医会委員長 大島正義

指導医講習会: 1題

6) 平成27年度「産婦人科の進歩」誌

イブニングセミナー: 2題

編集委員会報告 編集委員長 小林 浩

ランチョンセミナー: 3題

7) 平成27年度学会賞に関する件

コンセンサスミーティング

産婦人科PLUS ONEセミナー: 1題

母体救命ベーシックコース

一般演題：130題

(6月5日)

近畿産科婦人科学会評議員会

於：メルパルク京都 12：10～13：10

出席者数：名誉5名，功労2名，理事29名，

評議員37名 合計73名

1. 開 会 主務地担当理事 柏木智博
2. 会長挨拶 会長 田村秀子
3. 議長・副議長選出
4. 会員状況報告 主務地担当理事 柏木智博
5. 物故会員黙祷 会長 田村秀子
6. 報告事項

- 1) 平成28年度評議員会，総会，学術集会に関する件

A. 評議員会，総会： 会長 田村秀子

B. 第134回学術集会：学術集会長 北脇 城

C. 第135回学術集会：学術集会長 小西郁生

- 2) 平成27年度主務地報告

前主務地担当理事 片嶋純雄

- 3) 平成27年度学術委員会報告

学術委員長 古山将康

- 4) 平成27年度日産婦学会委員会報告

日産婦学会委員長 木村 正

- 5) 平成27年度日産婦医会委員会報告

日産婦医会委員長 大島正義

- 6) 平成27年度「産婦人科の進歩」誌編集委員会報告

編集委員長 小林 浩

- 7) 平成27年度学会賞に関する件

学術委員長 古山将康

- 8) 日産婦学会近畿ブロック理事候補選出選挙管理委員会設置に関する件

会長 田村秀子

- 9) その他

7. 協議事項

- 1) 次期主務地，会長，学術集会長，主務地担当理事に関する件

会長 田村秀子

- 2) 平成28年度役員に関する件

会長 田村秀子

- 3) 平成27年度会計決算の承認を求める件

A. 一般会計： 事務所担当理事 野村哲哉

B. 学術奨励賞基金会計：

事務所担当理事 野村哲哉

C. 監査報告： 監事 平 省三

監事 高木 哲

- 4) 平成28年度事業計画に関する件

会長 田村秀子

A. 学術委員会： 学術委員長 古山将康

B. 日産婦学会委員会：

日産婦学会委員長 木村 正

C. 日産婦医会委員会：

日産婦医会委員長 大島正義

D. 「産婦人科の進歩」誌編集室：

編集委員長 小林 浩

- 5) 平成28年度予算に関する件

事務所担当理事 野村哲哉

- 6) 名誉会員推薦に関する件

会長 田村秀子

- 7) 功労会員推薦に関する件

会長 田村秀子

- 8) 会費免除会員に関する件

会長 田村秀子

8. その他

9. 閉 会

(6月5日)

近畿産科婦人科学会総会

メルパルク京都 13：15～13：30

1. 開 会 主務地担当理事 柏木智博

2. 会長挨拶 会長 田村秀子

3. 物故会員黙祷 会長 田村秀子

4. 報告事項

- 1) 平成27年度庶務ならびに事業報告

会長 田村秀子

- 2) 平成27年度決算報告

会長 田村秀子

- 3) 平成28年度予算ならびに事業計画

会長 田村秀子

- 4) 平成27年度学会賞

学術委員長 古山将康

- 5) その他

会長 田村秀子

5. 学会賞贈呈

会長 田村秀子

6. 閉 会 主務地担当理事 柏木智博

(6月17日)

日産婦医会委員会 第1回研修部会

於：大阪第一ホテル 18：30～20：00

委員長：原田直哉

出席者数：14名

報告事項

- (1) 平成27年度 会計収支状況

(2)平成27年度 各府県活動報告書提出状況

(平成28年 6月23日)

協議事項

(1)平成28年度研修部会ワークショップの講演内容に関して

(2)平成28年度第2回会議 開催日29年 2月17日

(6月22日)

第2回常任編集委員会

於：阪急グランドビル 14：00～16：30

委員長：小林 浩

出席者数：13名

報告事項

(1)第68巻3号(8月1日発行)の編集状況について

(2)審査中の論文について

協議事項

(1)次号掲載予定の論文について

(6月23日)

日産婦医会委員会 第1回社会保険部会

於：大阪第一ホテル 14：30～17：00

委員長：片嶋純雄

出席者数：30名

報告事項

(1)平成28年度第1回日産婦医会医療保険委員会報告 (平成28年 5月29日)

(2)第42回平成28年全国医療保険担当者連絡会 (平成28年 5月29日)

(3)平成27年度第4回近産婦社保部会記録確認 (平成28年 3月17日)

(4)社会保険診療要覧の配布

協議事項

(1)委員提出議題(4題)

(2)近畿産科婦人科学会日産婦医会委員会社保部会の名称変更について

(10月13日)

日産婦医会委員会 第2回社会保険部会

於：大阪第一ホテル 14：30～17：30

委員長：片嶋純雄

出席者数：39名

報告事項

(1)平成28年度第2回日産婦医会医療保険委員会報告 (平成28年 9月24日)

(2)平成28年度第1回近産婦社保部会記録確認

協議事項

(1)委員提出議題(9題)

(2)平成28年近産婦社保要覧に関する修正・訂正など (10月15日)

日産婦医会近畿ブロック医療保険協議会

於：京都タワーホテル 15：00～18：00

出席者数：36名

1. 主務地担当理事挨拶 開会の辞 柏木智博

2. 開会挨拶 部会長 片嶋純雄

3. 挨拶 近産婦学会会長 田村秀子

日産婦医会委員会委員長 大島正義

4. 来賓および出席者紹介 柏木智博

5. 中央情勢について

日産婦医会副会長 白須和裕

日産婦医会常務理事 平川俊夫

日産婦学会社保委員長 北脇 城

6. 支部提出テーマおよび要望事項

各府県：13題提出

進行 副部会長 西尾幸浩

7. 閉会挨拶

近産婦学会日産婦医会幹事 光田信明

懇親会 18：00～20：00

(10月22日、23日)

第135回近畿産科婦人科学会学術集会

於：京都タワーホテル

学術集会長：小西郁生

出席者数：591名

テーマ：「女性のヘルスケア向上」をさらに進め
ましよう！」

新専門医制度必修講習会：3題

教育講演：1題

スポンサード特別講演：1題

ランチョンセミナー：3題

招請講演：1題

一般演題：45題

(10月26日)

第3回常任編集委員会

於：阪急オフィスタワービル 14：00～16：30

委員長：小林 浩

出席者数：13名

報告事項

- (1)第69巻1号(2月1日発行)の編集状況について
- (2)審査中の論文について

協議事項

- (1)次号掲載予定の論文について
 - (2)学会賞の候補について
 - (3)学術委員会への推薦候補論文の投票について
- (11月13日)

日産婦医会委員会 第1回医業経営部会

於：京都タワーホテル 13：00～15：15

委員長：神野佳樹

出席者数：10名

報告事項

- (1)公費負担の各府県の現状と問題点
- (2)各府県で実施しているアンケートの内容等について
- (3)自費診療費調査の各府県の統一化

協議事項

- (1)アンケート実施内容について

(12月8日)

日産婦学会近畿ブロック理事候補選挙管理委員会

於：京都タワーホテル 14：30～14：40

委員長：田村秀子

出席者数：6名

(12月8日)

第2回編集委員会

於：京都タワーホテル 14：00～14：40

委員長：小林 浩

出席者数：15名

報告事項

- (1)前回議事録の確認
- (2)平成28年の論文審査実績について
- (3)第68巻広告収入報告、HPメンテナンス等

協議事項

- (1)優秀論文賞推薦候補 常任編集委員会投票結果について
- (2)ホームページへの学会情報、研修会情報の掲載について

(12月8日)

第2回日産婦学会委員会

於：京都タワーホテル 14：40～15：20

委員長：委員長代行 北脇 城

出席者数：24名

報告事項

- (1)新入会員数推移について
- (2)代議員定数について
- (3)第69回学術講演会について
- (4)機構専門医制度について
- (5)今年度の専門医更新者について
- (6)専門医更新審査・登録料について
- (7)妊娠高血圧症候群の英語表記について
- (8)熊本地震義捐金について
- (9)スプリングフォーラムの参加者募集について

協議事項：なし

(12月8日)

第2回日産婦医会委員会

於：京都タワーホテル 15：20～16：20

委員長：大島正義

出席者数：29名

報告事項

- (1)委員会名簿の確認
- (2)中央情勢ならびに日産婦医会理事会報告
- (3)平成28年度事業計画確認
- (4)各部会報告

協議事項

- (1)日産婦医会近畿ブロック協議会（平成29年1月15日）
- (2)今後の予定

(12月8日)

第2回学術委員会

於：京都タワーホテル 15：20～16：00

委員長：古山将康

出席者数：19名

報告事項

- (1)第136回近畿産科婦人科学会学術集会近況報告
- (2)第137回近畿産科婦人科学会学術集会近況報告
- (3)各研究部会 近況報告

協議事項

- (1)新専門医制度について
- (2)学会賞について

(12月8日)

第2回庶務・会計担当理事会

於：京都タワーホテル 16：30～17：00

委員長 野村哲哉

出席者数：15名

協議事項

- (1)平成29年度近畿産科婦人科学会予算案について
- (2)平成29年度から、主務地担当・次期主務地担当理事が事務所担当理事を兼務することとする件について
- (3)日産婦医会委員会の担当部会を改名する件について
- (4)近産婦学会の会計年度について、4月1日に始まり翌年3月31日に終わる件
- (5)近畿産科婦人科学会に税理士を導入する件

(12月8日)

学術委員会 腫瘍研究部会

於：京都タワーホテル 16：00～17：00

委員長：小林 浩

出席者数：20名

報告事項

- (1)第102回腫瘍研究部会報告
- (2)第103回腫瘍研究部会の案内

協議事項

- (1)第103回腫瘍研究部会のテーマについて

(12月8日)

学術委員会 周産期研究部会

於：京都タワーホテル 16：00～17：00

委員長：山田 秀人

出席者数：33名

報告事項

- (1)前回議事録の確認
- (2)委員名簿の確認
- (3)第135回近畿産科婦人科学会学術集会 周産期研究部会報告 (奈良県立医科大学)
- (4)平成29・30年度周産期研究部会 当番世話人について

協議事項

- (1)平成29年度周産期研究部会 テーマについて
 - (2)平成30年度周産期研究部会 テーマについて
 - (3)平成31年度周産期研究部会 当番施設の選出
- (12月8日)

学術委員会 生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会

於：京都タワーホテル 16：00～17：00

委員長：柴原浩章

出席者数：17名

報告事項

- (1)幹事の交代について
- (2)平成27年度議事録
- (3)第135回近畿産科婦人科学会生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会報告
- (4)平成29年度 第137回近畿産科婦人科学会生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会

協議事項

- (1)グループスタディの状況
- (2)次々回以降の研究部会担当校の決定
- (3)今後のグループスタディについて

(12月15日)

日産婦医会委員会 第3回社会保険部会

於：京都タワーホテル 14：30～17：00

委員長：片嶋純雄

出席者数：36名

報告事項

- (1)平成28年度第3回日産婦医会医療保険委員会報告 (平成28年11月26日)
- (2)平成28年度第2回近産婦社保部会議事録確認 (平成28年10月13日)

協議事項

- (1)委員提出議題 (10題)
- (2)平成28年近産婦社保要覧の修正・訂正箇所について
- (3)部会の名称変更について

【平成29年】

(1月15日)

日産婦医会近畿ブロック協議会

於：京都タワーホテル 14：00～17：00

出席者数：36名

- | | | |
|---------|-------------|------|
| 1. 開会 | 近産婦主務地担当理事 | 柏木智博 |
| 2. 挨拶 | 近産婦学会会長 | 田村秀子 |
| | 近産婦日産婦医会委員長 | 大島正義 |
| 3. 来賓紹介 | 日産婦医会副会長 | 今村定臣 |
| | 日産婦医会常務理事 | 石渡 勇 |

日産婦医会幹事 星 真一

4. 報告事項「中央情勢報告」

5. 協議事項

1) 京都府における若年妊娠の現状 京都

京都産婦人科医会理事（産科・婦人科江川
クリニック） 江川晴人

2) 産後うつ対策 ―Two questions法とエディ
ンバラ産後うつ病質問票との比較検討 滋賀
滋賀医科大学医学部総合周産期母子医療セ
ンター

滋賀県産科婦人科医会会長 高橋健太郎

3) 大阪府こころの相談センター開始について
大阪

大阪府立母子保健総合医療センター産科
光田信明

4) 和歌山市における産後ケア事業 和歌山

粉川レディスクリニック 粉川信義

5) 兵庫県における母体救急対応へのとりくみ
兵庫

神戸大学医学部産科婦人科学教室講師

森實真由美

6) 奈良県における機能性月経困難症・子宮内
膜症治療に関するアンケート調査について―
5年間のまとめ― 奈良

奈良県産婦人科医会副会長 小林 浩

6. 日産婦医会への各支部からの要望事項

7. その他

8. 閉会 近産婦学会日産婦医会幹事 光田信明
懇親会 17:30~19:30

(1月22日)

日産婦医会委員会 第2回医業経営部会

於：京都タワーホテル 13:00~15:00

委員長：神野佳樹

出席者数：13名

報告事項

- (1)本年第1回部会以後に問題となった公費負担
の問題について
- (2)各府県でアンケートを施行する是非
- (3)アンケートの内容の統一化に関する是非
- (4)日産婦医会委員会にて議論された問題点について
- (5)部会の名称変更について野村理事より説明

協議事項

- (1)アンケート実施に関して
- (2)部会の名称変更について
- (3)NIPT実施医療機関等について

(1月25日)

第4回常任編集委員会

於：阪急グランドビル 14:00~16:00

委員長：小林 浩

出席者数：16名

報告事項

- (1)第69巻1号(5月1日発行)の編集状況について
- (2)審査中の論文について

協議事項

- (1)次号掲載予定の論文について
- (2)学会賞の推薦候補について
- (3)掲載論文数の制限等について
- (4)審査論文のレフリー伝達について
- (5)論文投稿時のチェックリストについて

(2月4日)

日産婦医会委員会 母子保健部会

於：大阪第一ホテル 17:30~19:30

委員長：江川晴人

出席者数：19名

報告事項

- (1)平成27年度議事内容報告
- (2)平成27年度会計報告

協議事項

- (1)各府県における周産期救急の現状について
- (2)大学生を対象にした健康教育に関する意識調査
- (3)産後ケア事業の現状について
- (4)新生児聴覚スクリーニングの現状について
- (5)若年妊娠について

(2月4日)

日産婦医会委員会 がん対策部会

於：マイドームおおさか 18:00~19:30

委員長：上浦祥司

出席者数：13名

報告事項

1. がん地域連携パス―現状と問題点―
 - (1)地域連携パスの現状
 - (2)子宮体癌術後連携パス

(3)子宮頸部上皮内がん術後経過観察パス

協議事項

- (1)受け入れ側の一般病院、開業医師へのアンケート調査を行う
- (2)大阪府内12施設で行われるパイロットスタデ
ィーの経過報告を次回の部会で行う

(2月12日)

日産婦医会委員会 医療対策部会

於：京都タワーホテル 12：00～15：30

委員長：古川健一

出席者数：16名

報告事項

- (1)妊産婦死亡
- (2)医事紛争
- (3)医療事故・偶発事例
- (4)子宮頸がんワクチンの重い副反応症例の把握
- (5)医療事故調査制度の現状

協議事項

- (1)平成29年度医療安全部会事業計画
- (2)医療安全部会報告事例の母体保護法指導者講習会での使用
- (3)平成29年度医療安全部会開催日と開催場所

(2月17日)

日産婦医会委員会 第2回研修部会

於：大阪第一ホテル 18：30～20：10

委員長：原田直哉

出席者数：19名

報告事項

- (1)10月23日（日）メルパルク京都でのワークショップ総括
- (2)平成28年度会計収支状況
- (3)謝金を伴う外部講師招聘の可能性に関して

協議事項

- (1)平成29年度研修部会ワークショップ講演内容
と演者選定
- (2)各府県の活動報告書提出
- (3)平成29年度研修部会第1回会議 開催日

(2月19日)

第3回日産婦学会委員会

於：京都タワーホテル 13：00～14：00

委員長：木村 正

出席者数：26名

報告事項

- (1)平成28年度の専門医更新認定について
- (2)平成30年度以降の専門医更新審査・登録料の
値上げについて
- (3)機構単位認定のためのe-learningについて
- (4)専攻医研修管理システムについて
- (5)平成29年度新専攻医の研修プログラムの地域
偏在について
- (6)研修会開催申請システムの改良について
- (7)Plus One Project・サマースクール・スプリ
ングフォーラムについて
- (8)妊娠回数・分娩回数の数え方について

協議事項 なし

(2月19日)

第3回学術委員会

於：京都タワーホテル 14：00～15：00

委員長：古山将康

出席者数：23名

報告事項

- (1)第136回近畿産科婦人科学会学術集会近況報告
- (2)第137回近畿産科婦人科学会学術集会近況報告
- (3)各研究部会 近況報告

協議事項

- (1)学会賞について
- (2)近畿産科婦人科学会学術集会のありかたについて
- (3)その他：ガイドラインに関する伝達講習会に
ついて

(2月19日)

第3回日産婦医会委員会

於：京都タワーホテル 14：00～15：00

委員長：大島正義

出席者数：29名

報告事項

- (1)中央情勢ならびに日産婦医会理事会報告
- (2)各部会報告

協議事項

- (1)平成28年度計画の検証
- (2)平成29年度事業計画について

(2月19日)

日産婦学会近畿ブロック新代議員会

於：京都タワーホテル 16：00～17：30

出席者数：42名，委任状：22名 合計64名

(代議員数66名：過半数＝33名)

議題：1. 日産婦学会近畿ブロック理事候補者に
関する件

2. その他

(2月19日)

第2回理事会

於：京都タワーホテル 16：00～17：30

出席者数：理事33名，監事2名，議長1名，

副議長1名，名誉5名 合計42名

議事

1. 開会 主務地担当理事 柏木智博
2. 会長挨拶 会長 田村秀子
3. 報告事項

1) 次期日産婦関係役員候補について

会長 田村秀子

2) 平成28年度学術委員会報告

学術委員長 古山将康

3) 平成28年度学会賞について

学術委員長 古山将康

4) 平成28年度日産婦学会委員会報告

日産婦学会委員長 木村 正

5) 平成28年度日産婦医会委員会報告

日産婦医会委員長 大島正義

6) 平成28年度進歩編集委員会報告

編集委員長 小林 浩

7) 次期主務地，学術集会および平成29年度近
産婦学会日程について

イ.第136回学術集会日程，内容予告

学術集会長 古山将康

ロ.第137回学術集会日程，内容予告

学術集会長 井篁一彦

ハ.平成29年度理事会日程 副会長 根来孝夫

ニ.平成29年度評議員会・総会日程

副会長 根来孝夫

8) その他

4. 協議事項

5. その他

6. 閉会

(3月15日)

学会賞審査委員会 (通信にて開催)

委員長：古山将康

出席者数：15名

報告事項

以下の論文が学会賞優秀論文賞として承認された。

「Klippel-Trenaunay-Weber症候群合併妊娠の1例」

(産婦人科の進歩68巻2号，93-98頁掲載)

奥 幸樹先生他

(3月23日)

日産婦医会委員会 第4回社会保険部会

於：大阪第一ホテル 14：30～16：00

委員長：片嶋純雄

出席者数：35名

報告事項

(1)平成28年度第4回日産婦医会医療保険委員会
報告 (平成29年3月5日)

(2)平成28年度第3回近産婦社保部会議事録確認
(平成28年12月15日)

(3)部会名称変更について

協議事項

(1)委員提出議題 (4題)

(2)平成29年度近産婦医療保険部会開催日程について

(3月23日)

第2回社会保険診療要覧編集会議

於：大阪第一ホテル 16：00～17：00

委員長：片嶋純雄

出席者数：35名

報告事項

(1)平成28年度近産婦社保要覧の訂正事項確認

協議事項

(1)平成30年度近産婦社保要覧申し合わせと留意
事項の改訂について

平成28年度 近畿産科婦人科学会決算報告

- A. 一般会計

(Ⅰ) 平成28年度近畿産科婦人科学会事務局
費（事務所口座）決算

(Ⅱ) 平成28年度業務委託費決算

(Ⅲ) 平成28年度近畿産科婦人科学会主務地
決算

(Ⅳ) 平成28年度近畿産科婦人科学会学術委
員会決算

(1) 事務局

(2) 腫瘍研究部会

(3) 周産期研究部会

(4) 生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会

(Ⅴ) 平成28年度近畿産科婦人科学会日産婦
医会委員会決算

(1) 事務局
- (2) 社会保険部会

(3) 母子保健部会

(4) 癌対策部会

(5) 研修部会

(6) 医療対策部会

(7) 医業経営部会

(Ⅵ) 平成28年度近畿産科婦人科学会日産婦学
会委員会決算

(Ⅶ) 平成28年度近畿産科婦人科学会機関誌編
集委員会費

(Ⅷ) 平成28年度近畿産科婦人科学会社会保険
診療要覧制作費
- B. 平成28年度近畿産科婦人科学会学術奨励賞
基金決算

A. 一般会計

平成28年度 近畿産科婦人科学会決算書

自 平成28年 4 月 1 日
至 平成29年 3 月31日

* 収入金額 79,993,489
* 支出金額 24,726,632
* 次年度繰越金 55,266,857

収入の部

項 目	予 算	決 算	備 考
会 費	大 阪 (1,140) 11,400,000	(1,153) 11,530,000	() 内は会員数
	兵 庫 (590) 5,900,000	(593) 5,930,000	
	京 都 (340) 3,400,000	(351) 3,510,000	
	奈 良 (150) 1,500,000	(148) 1,480,000	
	和歌山 (110) 1,100,000	(113) 1,130,000	
	滋 賀 (150) 1,500,000	(153) 1,530,000	
	特別会員	(1) 10,000	
	小 計 (2,480) 24,800,000	(2,512) 25,120,000	
過 年 度 会 費	大 阪	(12) 120,000	26年度1名 27年度11名
	兵 庫	(8) 80,000	27年度8名
	京 都	(0) 0	
	奈 良	(0) 0	
	和歌山	(0) 0	
	滋 賀	(0) 0	
小 計		(20) 200,000	
利 息	6,000	392	
雑 収 入	15,000	13,078	
進歩誌広告費	1,000,000	887,544	
社保要覧広告費	1,000,000	1,050,000	
社保要覧実費配布	100,000	213,000	
前年度繰越金	52,509,475	52,509,475	
合 計	79,530,475	79,993,489	

近畿産科婦人科学会 決算報告

自 平成28年 4 月 1 日

至 平成29年 3 月31日

収入の部

項 目	予 算	決 算
前 年 度 繰 越 金	52,509,475	52,509,475
会 費 総 収 入	24,800,000	25,120,000
過 年 度 会 費	100,000	200,000
利 息	6,000	392
雑 収 入	15,000	13,078
進 歩 誌 広 告 費	1,000,000	887,544
社 保 要 覧 広 告	1,000,000	1,050,000
社保要覧実費配布	100,000	213,000
合 計	79,530,475	79,993,489

支出の部

項 目	予 算	決 算
事 務 所 費	400,000	342,810
事 務 業 務 委 託 費	3,974,400	3,974,400
進 歩 誌 編 集 委 託 費	10,584,000	10,584,000
主 務 地 費	5,500,000	5,500,000
学 術 委 員 会 費	1,800,000	742,551
日産婦医会委員会費	2,150,000	1,687,138
日産婦学会委員会費	100,000	130,317
機関誌編集委員会費	850,000	669,082
社 保 要 覧 作 成 費	1,000,000	1,085,858
雑 費	10,000	10,476
小 計	26,368,400	24,726,632
予 備 費	53,162,075	0
合 計	79,530,475	24,726,632
次 年 度 繰 越 金		55,266,857
総 合 計	79,530,475	79,993,489

次年度繰越金明細

京都田中郵便局（振替口座） 520,000

三菱東京UFJ銀行 京都中央支店 普通預金 21,129,185

三菱東京UFJ銀行 京都中央支店 普通預金(本会計別口) 33,617,672

合 計 55,266,857

上記監査の結果、適正妥当であることを認めます。

平成29年 4 月13日

監事 高木 哲
監事 平 省三

(Ⅰ) 事務所費(事務所口座) 決算

収入の部			
項 目	予 算	決 算	
本 会 計 よ り	400,000	400,000	
預 金 利 息		0	
計	400,000	400,000	
支出の部			
項 目	予 算	決 算	
近畿地方発明センター 家賃・電気代	300,000	219,738	
通 信 費 ・ 雑 費	50,000	1,425	
慶 弔 費	50,000	10,000	
事 務 消 耗 品 費		10,376	
サーバレンタル・ドメイン料		30,271	
会 議 費		71,000	
計	400,000	342,810	
本 会 計 へ 返 金		57,190	

(Ⅱ) 業務委託費

収入の部			
項 目	予 算	決 算	
本会計より(事務業務)	3,974,400	3,974,400	
本会計より(編集業務)	10,584,000	10,584,000	
計	14,558,400	14,558,400	
支出の部			
項 目	予 算	決 算	
事務業務委託費(知人社)	3,974,400	3,974,400	
進歩誌編集委託費(知人社)	10,584,000	10,584,000	
計	14,558,400	14,558,400	

(Ⅲ) 近畿産科婦人科学会主務地

収入の部			
項 目	予 算	決 算	
本 会 計 よ り	5,500,000	5,500,000	
計	5,500,000	5,500,000	
支出の部			
項 目	予 算	決 算	
学 会 費	5,500,000	4,500,000	
会 議 費		1,000,000	
計	5,500,000	5,500,000	
本 会 計 へ 返 金		0	

(Ⅳ) 学術委員会決算

収入の部(学術)			
項 目	予 算	決 算	
本 会 計 よ り	1,800,000	1,800,000	
預 金 利 息		6	
計	1,800,000	1,800,006	

支出の部(学術)			
項 目	予 算	決 算	
事 務 局	300,000	27,500	
腫 瘍 研 究 部 会	500,000	366,860	
周 産 期 研 究 部 会	500,000	165,570	
生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会	500,000	182,621	
計	1,800,000	742,551	
本 会 計 へ 返 金		1,057,455	

(1) 事務局(学術)

収入の部		支出の部	
項 目	決 算	項 目	決 算
本 会 計 よ り	300,000	事務消耗品費	27,500
		小 計	27,500
預 金 利 息	1	本 会 計 へ 返 金	272,501
計	300,001	計	300,001

(2) 腫瘍研究部会(学術)

収入の部		支出の部	
項 目	決 算	項 目	決 算
本 会 計 よ り	500,000	掲載補助費	221,310
		講師謝礼金	133,644
		事務消耗品費	7,452
		通信費・雑費	4,454
		小 計	366,860
預 金 利 息	1	本 会 計 へ 返 金	133,141
計	500,001	計	500,001

(3) 周産期研究部会(学術)

収入の部		支出の部	
項 目	決 算	項 目	決 算
本 会 計 よ り	500,000	掲載補助費	98,903
		通信費・雑費	66,667
		小 計	165,570
預 金 利 息	2	本 会 計 へ 返 金	334,432
計	500,002	計	500,002

(4) 生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会(学術)

収入の部		支出の部	
項 目	決 算	項 目	決 算
本 会 計 よ り	500,000	掲載補助費	83,759
		講師謝礼金等	83,505
		通信費・雑費	15,357
		小 計	182,621
預 金 利 息	2	本 会 計 へ 返 金	317,381
計	500,002	計	500,002

(Ⅴ) 日産婦医会委員会

収入の部(日産婦医会)		
項 目	予 算	決 算
本 会 計 よ り	2,150,000	2,150,000
預 金 利 息		1
計	2,150,000	2,150,001

支出の部		
項 目	予 算	決 算
事 務 局	300,000	98,000
社 会 保 険 部 会	1,000,000	834,222
母 子 保 健 部 会	150,000	120,420
癌 対 策 部 会	150,000	149,814
研 修 部 会	200,000	193,542
医 療 対 策 部 会	150,000	121,152
医 業 経 営 部 会	200,000	169,988
計	2,150,000	1,687,138
本 会 計 へ 返 金		462,863

(1) 事務局(日産婦医会)

収入の部		支出の部	
項 目	決 算	項 目	決 算
本 会 計 よ り	300,000	会 議 費	98,000
		小 計	98,000
預 金 利 息	1	本 会 計 へ 返 金	202,001
計	300,001	計	300,001

(2) 社会保険部会(日産婦医会)

収入の部		支出の部	
項 目	決 算	項 目	決 算
本 会 計 よ り	1,000,000	会 議 費 (社保要覧編集委員会含む)	819,197
		通信費・雑費	15,025
		小 計	834,222
		本 会 計 へ 返 金	165,778
計	1,000,000	計	1,000,000

※ご指定口座が決済用無利息型普通預金口座のため利息計上無し

(3) 母子保健部会(日産婦医会)

収入の部		支出の部	
項 目	決 算	項 目	決 算
本 会 計 よ り	150,000	会 議 費	119,988
		通信費・雑費	432
		小 計	120,420
		本 会 計 へ 返 金	29,580
計	150,000	計	150,000

(4) 癌対策部会（日産婦医会）

収入の部		支出の部	
項 目	決 算	項 目	決 算
本 会 計 よ り	150,000	会 議 費	83,152
		資 料 作 成 費	41,040
		講 師 謝 礼 金	25,000
		事 務 消 耗 品 費	622
		小 計	149,814
		本 会 計 へ 返 金	186
計	150,000	計	150,000

(5) 研修部会（日産婦医会）

収入の部		支出の部	
項 目	決 算	項 目	決 算
本 会 計 よ り	200,000	会 議 費	168,912
		別 刷 り 作 成 費	11,016
		通 信 費 ・ 雑 費	13,614
		小 計	193,542
		本 会 計 へ 返 金	6,458
計	200,000	計	200,000

(6) 医療対策部会（日産婦医会）

収入の部		支出の部	
項 目	決 算	項 目	決 算
本 会 計 よ り	150,000	会 議 費	116,504
		資 料 作 成 費	590
		通 信 費 ・ 雑 費	4,058
		小 計	121,152
		本 会 計 へ 返 金	28,848
計	150,000	計	150,000

(7) 医業経営部会（日産婦医会）

収入の部		支出の部	
項 目	決 算	項 目	決 算
本 会 計 よ り	200,000	会 議 費	169,124
		通 信 費 ・ 雑 費	864
		小 計	169,988
		本 会 計 へ 返 金	30,012
計	200,000	計	200,000

(Ⅵ) 日産婦学会委員会

収入の部		
項 目	予 算	決 算
本 会 計 よ り	100,000	100,000
預 金 利 息		0
本 会 計 よ り 補 填		30,317
計	100,000	130,317

支出の部		
項 目	予 算	決 算
サマースクールセミナー寄付金	100,000	100,000
事 務 消 耗 品 費		29,885
通 信 費 ・ 雑 費		432
計	100,000	130,317

(Ⅶ) 機関誌編集委員会費

収入の部		
項 目	予 算	決 算
本 会 計 よ り	850,000	850,000
預 金 利 息		4
計	850,000	850,004

支出の部		
項 目	予 算	決 算
会 議 費	850,000	628,650
査 読 者 へ の 謝 礼 金		40,000
通 信 費 ・ 雑 費		432
計	850,000	669,082
本 会 計 へ 返 金		180,922

(Ⅷ) 社会保険診療要覧制作費

収入の部		
項 目	予 算	決 算
本 会 計 よ り	1,000,000	1,000,000
本 会 計 よ り 補 填		85,858
計	1,000,000	1,085,858

支出の部		
項 目	予 算	決 算
制 作 費 (知 人 社)	1,085,858	1,085,858
計	1,085,858	1,085,858

B. 平成28年度 近畿産科婦人科学会
学術奨励賞基金決算

自 平成28年 4 月 1 日
至 平成29年 3 月31日

収入の部

項 目	金 額
利 息	18
前 年 度 繰 越 金	2,334,742
合 計	2,334,760

*収入金額 2,334,760
*支出金額 200,000
*次年度繰越金 2,134,760
(普通預金口座残高 2,134,760)

支出の部

項 目	金 額
平成27年度学術奨励賞・優秀論文賞	200,000
次年度繰越金	2,134,760
合 計	2,334,760

上記監査の結果、適正妥当であることを認めます。

平成29年 4 月13日

監事 高木 哲
監事 平 省三

近畿産科婦人科学会平成29年度予算

収入の部

項 目	平成28年度予算	平成29年度予算	備 考
前年度繰越金	52,509,475	55,266,857	
会費総収入	24,800,000	24,900,000	大阪 1,140 兵庫 600 京都 340 奈良 150 和歌山 110 滋賀 150
過年度会費	100,000	100,000	
預金利息	6,000	300	- 5,700
雑収入	15,000	15,000	メテオ・著作権使用料等
進歩誌広告費	1,000,000	900,000	- 100,000
社保要覧広告費	1,000,000		- 1,000,000
社保要覧実費販売	100,000		- 100,000
合 計	79,530,475	81,182,157	

支出の部

項 目	平成28年度予算	平成29年度予算	増 減
事務所費	400,000	400,000	
業務委託費	3,974,400	3,974,400	
主務地費	5,500,000	6,500,000	+ 1,000,000 社会的背景により50万増額 サマースクールセミナーに寄付をするため50万加算
学術委員会費	1,800,000	1,800,000	
日産婦医会委員会費	2,150,000	2,750,000	+ 600,000 日本産婦人科医会主催の性教育指導セミナー全国大会を京都府で開催するため
社保要覧編集費	1,000,000	1,000,000	
日産婦学会委員会費	100,000	100,000	
機関誌編集委員会費	850,000	850,000	
進歩誌編集費	10,584,000	10,584,000	
雑費	10,000	10,000	
第45回日産婦医会学術集会		1,000,000	+ 1,000,000 和歌山県主催で平成30年に開催予定
予備費	53,162,075	52,213,757	
合 計	79,530,475	81,182,157	

平成28年度「産婦人科の進歩」編集報告

1. 発行の現況

68巻	頁 数	部 数
1号 (2/1)	本文60頁 (会告5頁 広告7頁)	2880部
2号 (5/1)	本文156頁 (会告10頁 広告7頁)	2880部
3号 (8/1)	本文164頁 (会告8頁 広告7頁)	2900部
4号 (10/1)	本文130頁 (会告7頁 広告7頁)	2910部
合 計	本文510頁 (会告30頁 広告28頁)	11570部

2. 受付論文

68巻

[研 究] 原著4編, 臨床研究0編, 症例報告24編

[臨 床] 臨床の広場4編, 今日の問題4編, 会員質問コーナー8編

[学 会] 学術集会プログラム・抄録2編, 研究部会記録3編, 学会会務報告(評議員会他)1編, 医会報告1編, 投稿規定4編, 会員の皆様へ1編, 各研究部会委員名簿1編

3. 会員外購読会員

平成28年度32件

近畿産科婦人科学会会則

第1章 総 則

第1条 名称および構成

本会は近畿産科婦人科学会と称し、近畿2府4県（滋賀、京都、大阪、奈良、和歌山、兵庫）の産婦人科医会または学会（以下、医会等という）をもって構成する。

第2条 目 的

本会は産科学婦人科学の進歩発展とともに会員の学術研修につとめ、構成府県医会等の連携親睦をはかるをもって目的とし、日本産科婦人科学会および日本産婦人科医会の近畿地区についての会務をも兼ねて行うものとする。

第3条 事 業

本会は前条目的達成のため、総会、学術集会、機関誌発行、そのほか本会の目的達成に必要な事業を行う。

第4条 主務地および事務所

各府県医会等は交代にて本会運営の主務地となり、その年間の会務を処理する。本会の事務所は当分の間、京都市左京区吉田河原町14近畿地方発明センター内に置き、会員名簿の整備、出納事務ならびに編集集との連絡にあたる。

第2章 会 員

第5条 資格および義務

所属府県医会等の会員は本会の会員となる。

2. 所属府県医会等の非会員で、本会の目的に賛同する医師またはその他の科学者で入会したものは特別会員とする。特別会員の処遇については別に定める。
3. 本会に功績顕著なる会員に対し、名誉会員または功労会員の称号を授与することができる。
4. 名誉会員、功労会員を含むすべての会員は本会所定の会費、分担金等を納めなければならない。ただし、満77歳以上で20年間本会の会員であったもの、および長期療養等特別の事由ある会員に対しては、これを免除することができる。

第6条 入 会

所属府県医会等に入会したものについては、医会等の会長はその年度の会費を添え1ヵ月以内に会長に報告しなければならない。特別会員の入会手続きは別に定める。

第7条 退 会

所属府県医会等を退会したものについては、医会等の会長は1ヵ月以内に会長に報告しなければならない。特別会員の退会手続きは別に定める。

第8条 除 名

本会の名誉を汚し、あるいは会費を2年以上滞納したものについては、理事会の議決を経て会長はこれを除名することができる。

第3章 役員、評議員および幹事

第9条 役 員

本会に次の役員を置く。

会 長	1 名
副会長	1 名（次期主務地の現会長）
理 事	若干名（うち常務理事4名）
定数外理事	2 名（主務地担当理事）（主務地の前年～主務地終了）
監 事	2 名

第10条 役員の職務

会長は本会を代表し、会務を処理する。

2. 副会長は会長を補佐し会長事故あるときはその職務を代行する。
3. 理事は理事会を組織して会務を分担執行する。主務地担当理事と次期主務地担当理事は庶務・会計を担当執行する。
4. 常務理事は常務理事会を組織して理事会から委託された事項を執行する。
5. 監事は会務を監査する。

第11条 役員の選任

次期会長は次期主務地の推薦により、理事会の議を経て評議員会において決定する。

2. 理事は所属府県医会等において会員数200名までは3名を選出し、200名を越えるときは200名ごとに1名を増す。ただし、150名を越えるときは200名とみなす。
なお会員数は本会会費を完納した12月31日現在の会員実数による。
3. 会長は必要に応じ、理事若干名を推薦し、理事会の承認を得てこれを決定することができる。
4. 定数外理事である主務地担当理事は、会長および副会長の推薦より理事会の議を経て理事会で決定する。
5. 監事は各府県医会等から推薦された候補者のうち

から評議員会において選出する。

第12条 役員の任期

会長・副会長の任期は1年とする。

2. そのほかの役員の任期は2年とし、再任を妨げない。主務地担当理事は主務地担当の前年より主務地担当年度終了までの2年とする。
3. 補欠により就任した役員の任期は前任者の残任期間とする。
4. 役員は任期満了後といえども後任が決定するまではその職務を行わなければならない。
5. 役員の変更があった場合には直ちに会長および事務局にその旨を連絡する。

第13条 評議員

本会に評議員を置く。評議員は会員を代表し、評議員会を組織し、重要な議事を審議する。

2. 評議員は所属府県医会等において会員数120名までは3名を選出し、120名を越えるときは60名ごとに1名を増す。ただし30名を越えるときは60名とみなす。なお、会員数は本会会費を完納した12月31日現在の会員実数による。
- このほか理事会は各府県の会員数に応じ、15名以内の評議員を推薦し、評議員会の承認を求めることができる。
3. 役員は評議員を兼ねることができない。
4. 評議員の任期は2年とし、再任を妨げない。補欠により就任した評議員の任期は前任者の残任期間とする。

第14条 幹 事

会務の円滑な運営のため、各委員会等には、幹事若干名を置くことができる。

2. 幹事の任期は役員の任期と同一とし、再任を妨げない。補充または増員により就任した幹事の任期は前任または現任者の残任期間とする。
3. 会長は総会運営のため3名以内の総会幹事を置くことができる。その任期は会長の任期と同一とする。
4. 幹事は理事会の議を経て所定の会議に出席することができる。

第15条 役員・評議員の選出時期

所属府県医会等の会長はその選出理事、選出評議員ならびに会長推薦理事候補者、推薦評議員候補者および監事候補者の住所氏名を3月31日までに会長に報告しなければならない。

第16条 役員の承認

会長推薦理事および次期主務地担当理事は第1回理事会開催日までに理事会の承認を得るものとする。

第4章 会 議

第17条 総 会

総会は年1回主務地が担当して開催する。

第18条 理事会

会長は必要に応じて理事会を招集しその議長となる。

2. 議事は出席理事の過半数によって決する。可否同数のときは議長の決するところによる。なお、緊急を要する場合は通信により議決することができる。
3. 監事は理事会に出席するものとする。
4. 評議員会の議長および副議長は理事会に出席するものとする。

第19条 常務理事会

常務理事会は会長、副会長、常務理事および主務地担当理事と次期主務地担当理事をもって構成し、会長は必要に応じこれを招集する。

2. 常務理事会は理事会から委託された事項ならびに緊急事項を審議し執行する。なお、後者に関しては後日理事会において報告し承認を得なければならない。

第20条 定例評議員会

会長が招集し総会時に開催することを原則とする。

2. 評議員会は議長1名、副議長を1名選任する。
3. 議長、副議長の任期はこれを選任した評議員の任期と同一とする。
4. 会議は評議員現在数の過半数の出席をもって成立するものとする。ただし委任状をもって出席とみなす。
5. 議事は出席評議員の過半数により決する。可否同数のときは議長の決するところによる。

第21条 臨時評議員会

会長は理事会の議を経て臨時評議員会を招集することができる。

2. 緊急を要し臨時評議員会を開催し得ない場合には、通信によりこれを議決することができる。

第22条 評議員会議決事項および総会報告事項

次の事項は評議員会の承認または議決を経て、総会に報告しなければならない。

- (1) 事業報告および決算
- (2) 事業計画および予算
- (3) 会則の変更
- (4) 役員の選任
- (5) 次期会長ならびに主務地
- (6) 会員の除名
- (7) そのほかの重要事項

第5章 学術集会

第23条 学術集会

学術集会は年2回学術集会会長が行う。そのうち1回は総会当日に開催し、他の1回は他地区産科婦人科学会と合同することができる。

2. 学術集会の会長は理事会の議を経て会長がこれを委嘱する。

第6章 委員会

第24条 委員会

本会に学術委員会、日産婦学会委員会、日産婦医会委員会ならびに機関誌編集委員会を常置する。その他理事会において必要と認めたときは、担当理事のもとに委員会を設置することができる。委員会に関する規定は別にこれを定める。

2. 委員会は少なくとも年1回理事会および評議員会にその事業内容を報告し、要旨を本会の機関誌に掲載しなければならない。
3. 委員会委員の選出時期ならびに承認
委員会委員候補者の住所・氏名については4月30日までに会長に報告し、第1回理事会開催日までに理事会の承認を受けることとする。
4. 常置委員会の委員は任期満了後も後任が決定するまでの期間はその職務を執行しなければならない。

第7章 機関誌

第25条 機関誌

本会の機関誌は「産婦人科の進歩」と称し、定期発行する。

第8章 会計

第26条 会計

本会の会計は会費、寄附金およびそのほかの収入をもってこれにあてる。

第27条 会費

本会の会費は所属府県医会等を経てその年度の9月30日までに事務所に納入しなければならない。既納会費はいかなる場合にも返還しない。

第28条 会計年度

本会の会計年度は4月1日に始まり翌年3月31日に終わる。

第29条 会務日誌および会計簿

本会は会務日誌および会計簿を備え、会務日誌は主務地において記録し、次期主務地に移管するものとする。会計簿は事務所において記録保管するものとする。

第9章 学会賞、その他

第30条 学会賞

学会賞のため、本会は本会会員の業績に対し学会賞を贈呈することができる。

第31条 その他

名誉会員、功労会員、学術奨励賞、会費の免除その他重要な条項については内規または細則を定め理事会の承認を得なければならない。

附則

1. 本会則は平成28年6月5日よりこれを施行する。
(平成2年5月27日改定)
(平成12年6月25日改定)
(平成20年10月28日改定)
(平成26年6月29日改定)
(平成28年6月5日改定)

近畿産科婦人科学会諸規定

理事規定

第1条 本規定は会則第9条により定める。

第2条 常務理事は各種常置委員会の委員長をもって充てる。

第3条 理事の業務分担は、3業務以内に留める。

学術委員会規定

第1条 本規定は会則第24条により定める。

第2条 学術委員会は各大学より2名およびその合計の半数を越えない一般会員より成る。

2. 学術委員は所属府県医会等の会長の推薦に基づき理事会の承認を経て選任される。

第3条 学術委員長は学術委員の互選により定める。

第4条 学術委員会は学術集会の企画およびその他の学術活動を担当する。

第5条 学術委員長は会長に連絡して学術委員会を招集し、その議長となる。

2. 学術委員長は必要に応じて小委員会を設置し、招集することができる。

第6条 本委員会内に研究部会を設置することができる。必要がある場合は、理事会の承認を経て、研究部会を改廃することができる。

2. 研究部会委員は所属府県の大学および産婦人科医学会等の会長の推薦に基づき学術委員会の承認を経て選任される。また委員に変更のあった場合は直ちに会長および事務局に連絡する。

第7条 学術委員長および学術委員の任期は2年とし改選する。ただし再任を妨げない。その改選期は役員の改選期と同一とする。

第8条 学術委員の欠員補充の場合は前任者の残任期間とする。

第9条 学術委員会の経費は本会が負担する。

(平成12年6月25日改定)

日産婦学会委員会規定

第1条 本規定は会則第24条により定める。

第2条 本委員会は日本産科婦人科学会（以下、日産婦学会という）の事業のうち近畿地区に関する業務を処理するとともに、各府県の日産婦学会地方部会相互間の連携を図るものとする。

第3条 本委員会の委員構成を次のごとく定め、理事会の承認を経て選任される。

（1）本会会員にして日産婦学会の役員、総会議長および副議長ならびに運営企画委員会委員

（2）6府県の日産婦学会地方部会長

（3）近畿地区に所在する大学の産科婦人科教授

（4）日産婦学会代議員中より会長が推薦するもの

第4条 日産婦学会委員長および日産婦学会委員の任期は2年とし、再任を妨げない。その改選期は近産婦役員の改選期と同一とする。ただし、委員の欠員補充の場合は前任者の残任期間とする。

第5条 委員長は委員の互選により定め、日本産科婦人科学会の近畿ブロック連絡委員を兼ねるものとする。

第6条 委員長は会長に連絡して委員会を招集し、その議長となる。

第7条 本委員会内に小委員会を設置することができる。小委員会の委員長はその小委員会委員の互選により

定める。

第8条 日産婦学会委員会の経費は本会が負担するものとする。

(平成22年6月20日改定)

附則

本規定は平成22年6月20日から施行する。

日本産科婦人科学会理事候補選出規定

この規定は、日本産科婦人科学会（以下、日産婦学会と略）近畿ブロック理事候補を選出するための規定である。

第1条 理事候補選出のための代議員の会は、近畿産科婦人科学会（以下、近産婦学会と略）会長が招集する。

第2条 選挙管理委員会

第1項 会長は、理事候補を選出するための業務を遂行することを目的として、選出年度第1回理事会の議を経て、近産婦学会に選挙管理委員会（以下、委員会と略）を設置する。

第2項 委員会は、近産婦学会会長、副会長ならびに被選挙人でない役員のうちから会長が委嘱する若干名をもって構成する。

第3項 選挙管理委員長（以下、委員長と略）は、委員の互選によりこれを決定する。

第4項 委員会は、選挙の告示と立候補の受理および開票の管理ならびに当選人の告示を行う。

第5項 委員長は、投票および開票に際しては、出席代議員の中から各3名の投票および開票立ち合い人を指名する。

第6項 委員会は、その他理事候補選出を終了するまでの選挙事務に関する一切の業務を担当する。

第3条 選挙の定数

第1項 日産婦学会の定める理事の定数とする。

第4条 被選挙人の資格

第1項 近畿ブロックに所属する日産婦学会会員であること。

第2項 立候補制によるものとする。

第5条 選挙人の資格

第1項 日産婦学会理事候補選出の年の近畿ブロックの日産婦学会新代議員であること。

第6条 選出方法

第1項 選出は投票によることを原則とする。

第2項 投票は選挙人の無記名投票で単記投票とする。

第7条 理事候補の決定

第1項 有効投票の得票順位に従って、上位定数を

理事候補とする。

第2項 同一得票数のものが2名以上になり定数を超過する場合には、委員会立ち会いのもとに抽選を行い、理事候補を決定する。

第3項 任期を残して理事定数に欠員が生じた場合、その都度定数外得票の順に従い補充する。

第4項 立候補者が定数の場合は、新代議員就任予定者により承認する手続きをとる。

第5項 任期を残して理事定数に欠員が生じ、定数外の候補者がいない場合、現理事が推薦する。

第6項 選挙結果は次回選挙前日まで有効とする。

第8条 理事候補の選出結果

第1項 投票結果は公式記録し、理事候補の氏名を近産婦学会員に公表する。

第2項 近産婦学会会長は速やかに日産婦学会理事長に、選出結果を報告しなければならない。欠員補充の場合も同じである。

第3項 任期を残して理事定数に欠員が生じた場合、その都度定数外得票の順に従い補充する。

第4項 選挙結果は次回選挙前日まで有効とする。

第9条 投票の無効

第1項 以下に該当する場合の投票はその全体を無効とする。

1. 正規の投票用紙を用いないもの
2. 委員会が定める選挙方法に従わないもの
3. 候補者でないものの氏名を記載したもの
4. 候補者の誰を記載したか確認し難いもの
5. 過不足のある候補者の氏名を記載したもの
6. 候補者の氏名のほか他事を記載したもの
ただし、職業、身分、住所または敬称の類を記したものはこの限りでない
7. 同一候補を複数記載したもの

第10条 規定の改定

本規定は、日産婦学会近畿ブロック代議員会の決議を経なければ変更することはできない。

第11条 規定の施行

本規定は、平成27年2月15日から施行する。

(昭和63年2月10日改定)

(平成12年6月25日改定)

(平成17年2月20日改定)

(平成27年2月15日改定)

日産婦医会委員会規定

第1条 本規定は会則第24条により定める。

第2条 本委員会は日本産婦人科医会（以下、日産婦

医会という）の事業計画に従いその業務を処理する。

第3条 本委員会の構成は次のごとく定め、理事会の承認を得るものとする。

(1) 本会会員にして日産婦医会本部の役員

(2) 各府県日産婦医会支部長

(3) 各府県選出日産婦医会代議員中より各府県代議員定数以内のものを支部長が推薦する。

第4条 委員長は委員の互選により定める。

第5条 日産婦医会委員長および日産婦医会委員の任期は2年とし改選する。ただし再任を妨げない。その改選期は役員の改選期と同一とする。

第6条 委員長は会長に連絡し、委員会を招集しその議長となる。

第7条 本委員会内に次の担当部会を常置する。

その他必要がある場合は理事会の承認を得て部会を改廃することができる。常置担当部会は次の6部会とする。

(1) 医療保険部会

(2) 研修部会

(3) 母子保健部会

(4) がん部会

(5) 医療安全部会

(6) 医業推進部会

第8条 各部会委員は所属府県医会等の会長の推薦に基づき日産婦医会委員会の承認を経て選任される。

第9条 各部会長は各部会委員の互選により定める。

第10条 日産婦医会委員長は各部会委員長と密接に連絡をとり、必要に応じ各種部会を招集することができる。各種部会の議長は各部会長が務める。

第11条 委員欠員の補充の場合は前任者の残任期間とする。

第12条 総ての委員は次期委員の決定までその任務を引き続き担当しなければならない。

第13条 日産婦医会委員会の経費は本会が負担する。

(平成29年2月19日改定)

機関誌編集委員会規定

第1条 本規定は会則第24条により定める。

第2条 編集委員は編集担当理事、幹事および若干名の一般会員により成る。

第3条 委員長は編集担当理事を対象として編集委員の互選により定め、理事会の承認を得るものとする。

第4条 委員会は会長に連絡し定例委員会の他、必要に応じ臨時委員会を開催する。

第5条 委員会は編集の企画および実務を担当する。

また行事の円滑化を図るため、常任編集委員およびレフェリー等を置くことができる。

第6条 委員長は委員会を招集しその議長となる。委員長および委員の任期は2年とする。ただし再任を妨げない。その任期は役員の任期と同一とする。

第7条 委員の欠員補充の場合は、前任者の残任期間とする。委員の変更のあった場合は、直ちに会長および事務局に報告する。

第8条 機関誌編集委員会の経費は本会が負担する。

学会賞規定

第1条 本規定は会則第30条により定める。

第2条

1. 学会賞として学術奨励賞と優秀論文賞の2つを設ける。

2. 優秀論文賞

学会の機関誌に掲載された優秀な論文に対し授与する。原著、総説、臨床研究、診療、症例報告などを対象とする。

3. 学術奨励賞

前項の優秀論文の中で最も優秀な論文に対して学術奨励賞を授与する。主として原著論文を対象とする。

4. 受賞対象

前年の「産婦人科の進歩」誌に掲載された本会会員の論文中、学会賞の公募に応じたもの、およびレフェリー、常任編集委員会から推薦を受けたものとする。学術奨励賞の受賞対象者は、論文掲載年度の12月31日時点において満45歳未満の会員とする。優秀論文賞の受賞対象者については、年齢制限を設けない。

5. 応募ならびに選考方法

(イ) 学会賞の推薦理由を400字以内に記載し(自薦、共著者を含む)、所定の期間中に応募する。

(ロ) 選考方法に関しては審査委員会に一任する。

(ハ) 審査委員会は会長、副会長、学術委員長および各大学主任教授(主任教授が欠員の場合これに代わるもの)により構成される。

(ニ) 審査委員会の議長は学術委員長が務める。

第3条 受賞業績については、学術委員長が総会席上でその内容を紹介し表彰するとともに、学術奨励賞受賞者は業績について講演を行う。

第4条 学術奨励賞基金

1. 本基金は旧高山賞基金、緒方正清賞基金として寄附されたものに有志の寄附金を加えたものである。

2. 本基金は本会の事務所において保管する。

3. 学術奨励賞の費用は基金の運用によりまかない、その額は理事会で決定する。

附則

本規定は平成20年10月28日から施行する。

(平成25年5月19日改定)

(平成29年2月19日改定)

名誉会員規定

第1条 本規定は会則第5条により定める。

第2条 本会会員にして次の各事項の内いずれか3つ以上の条件を充たすものに対し名誉会員の称号を授与し感謝状を贈呈する。

(1) 産科学・婦人科学の進歩あるいは本会の発展に寄与したもの

(2) 本会の評議員に20年以上就任したもの

(3) 本会の理事・監事に10年以上就任したもの

(4) 本会の会長、または学術集會会長に就任したもの

(5) 近畿地区大学の教授で定年退職したもの

第3条 産科学・婦人科学領域の進歩あるいは本会の発展に著しく貢献したと認められるものあるいは、本会会員にして日本産科婦人科学会名誉会員であるものに対しては、前条の規定にかかわらず選考の上、名誉会員の称号を授与することができる。

第4条 名誉会員は理事または所属府県医会等の会長が理由を附して会長に推薦し、会長は理事会に諮り評議員会の承認を得なければならない。

第5条 名誉会員は理事会および評議員会に出席して意見を述べることができる。ただし採決には加わらない。

功勞会員規定

第1条 本規定は会則第5条により定める。

第2条 本会の会員にして次の各項の内3条件を充たすものに対し功勞会員の称号を授与し感謝状を贈呈する。

(1) 年齢満65歳以上であること

(2) 本会の評議員に10年以上就任したもの

(3) 本会の発展に特に功勞のあったもの

(4) 多年にわたり役員、委員等に就任功勞のあったもの

第3条 功勞会員は所属府県医会等の会長が理由を附して会長に推薦し、会長は理事会に諮り、評議員会の承認を得なければならない。

第4条 功勞会員は評議員会に出席して発言すること

ができる。ただし採決には加わらない。

特別会員規定

第1条 本規定は会則第5条により定める。

第2条 特別会員は本会会員の推薦書ならびに入会申込み書、年会費全額を添えて入会を申し出、理事会の審議を経て入会するものとする。

第3条 特別会員は所定の退会手続きにより退会する。また年会費をその年度の6月30日までに納入しない場合は自動的に退会とする。

第4条 特別会員は本会の学術集会、および学術委員会に属する研究部会に参加、発表することができる。

第5条 特別会員は本会の機関誌の配布を受け、機関誌に投稿することができる。

第6条 特別会員は本会の役員、評議員、各種委員会の委員、幹事になることはできない。

本規定は、平成12年6月26日から施行する。

(平成12年6月25日改定)

医会報告（日産婦医会研修部会）

平成28年度（2016.4～2017.3）各府県別研修状況（敬称略）

【滋賀県】

母体保護法指定医師研修会

平成28年4月10日 ピアザ淡海 207会議室

1. 母体保護法の趣旨と適正な運用について
～望まない若年妊娠・出産の予防を目的とする教育の重要性～
滋賀県医師会母体保護法指定医師審査委員会
委員長 高橋健太郎
2. 医療安全・救急処置について
～特に医療事故調査制度における産婦人科死亡事例の報告に関する基本的な考え方を中心に～
滋賀県医師会母体保護法指定医師審査委員会
委員長 高橋健太郎
3. 生命倫理について
～生殖医療の視点から～
京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻
菅沼信彦

第32回心臓病胎児診断症例報告会

平成28年5月8日

滋賀医科大学附属病院 臨床講義室3

第16回びわこVoiding Dysfunction研究会

平成28年5月21日

ホテルポストンプラザ草津

特別講演Ⅰ

「女性の尿失禁と骨盤臓器脱について」

明石市立明石市民病院参与兼産婦人科部長

草西 洋

特別講演Ⅱ

「尿流動体検査は必要か？」

埼玉医科大学病院泌尿器科教授

朝倉博孝

平成28年度第1回滋賀県産科婦人科医会

総会・学術研修会

平成28年6月12日 大津プリンスホテル

一般演題

1. 「術中に気付かれなかった尿管損傷を術後早期に検出する因子についての検討」
大津赤十字病院
多賀敦子, 佐藤幸保, 上林翔大, 江本郁子, 丸山俊輔, 三瀬裕子, 金 共子
2. 「開腹子宮全摘術5ヵ月後に陰断端離開した1例」
市立長浜病院
北澤 純, 高橋顕雅, 中多真理, 林 嘉彦, 野田洋一
3. 「卵巣顆粒膜細胞腫にホルモン療法が奏功した1例」
滋賀医科大学医学部附属病院母子・女性診療科
池川貴子, 天野 創, 西村宙起, 脇ノ上史朗, 中川哲也, 高橋健太郎, 村上 節
4. 「腸重積にて発症した転移性平滑筋腫瘍の1例」
近江八幡市立総合医療センター
竹川哲史, 木下由之, 初田和勝, 草場紗智子, 所 伸介
5. 「当院におけるHPVジェノタイプिंगの現状」
滋賀県立成人病センター
宇田さと子, 水野 林, 芦原隆二, 永井あや, 樋口壽宏
6. 「乳癌検診における乳腺超音波の有用性について—その2」
奥田医院 奥田雄二
7. 「大網に広範囲に癒着していた異所性妊娠の1例」
大津市民病院
澤山咲輝, 天野泰彰, 岡田由貴子, 山西 優紀夫, 佐竹由美子, 信田侑里, 高橋良樹
8. 「出生前に診断し得たCriss Cross Heartの1例」
滋賀医科大学医学部附属病院母子・女性診療科

上村真央, 辻俊一郎, 林 香里, 桂 大輔,
小野哲男, 石河顕子, 木村文則,
高橋健太郎, 村上 節

9. 「母子間輸血症候群の1症例」

滋賀医科大学医学部附属病院母子・女性診療科
堺 淑恵, 山田一貴, 林 香里, 桂 大輔,
石河顕子, 小野哲男, 辻俊一郎, 木村文則,
高橋健太郎, 村上 節

10. 「子宮を温存し, 救命し得た羊水塞栓症の1例」
東近江総合医療センター

郭 翔志, 中村暁子, 井上貴至

11. 「緊急子宮頸管縫縮術後の妊娠継続期間延
長に寄与する因子についての検討」

大津赤十字病院

上林翔大, 佐藤幸保, 多賀敦子, 江本郁子,
丸山俊輔, 三瀬裕子, 金 共子

特別講演

「着床不全, 不育症の最近の話題」

富山大学医学薬学研究部産科婦人科学教室
教授 齋藤 滋

第62回神奈川胎児エコー研究会超ベーシック講座
導入編

平成28年6月26日

滋賀医科大学附属病院 臨床講義室3

滋賀県婦人科疾患Up to Date講演会

平成28年6月30日

クサツエストピアホテル

「OC・LEPのガイドライン解説」

愛知医科大学産婦人科学教室
主任教授 若槻明彦

女性アスリート診療のための講習会

平成28年7月2日 クサツエストピアホテル

講演

「女性アスリートに見られる疾病と治療

アンチ・ドーピングの基礎知識」

国立スポーツ科学センター

メディカルセンター 医師 能瀬さやか

第63回神奈川胎児エコー研究会スペシャル講座

平成28年7月24日

滋賀医科大学附属病院 臨床講義室3

第8回びわこ周産期研究会

平成28年8月20日

ホテルボストンプラザ草津

講演Ⅰ

「トラブルを未然に防ぐための帝王切開術の工夫」

福井大学医学部産科婦人科

講師 西島浩二

講演Ⅱ

「内診指接着型胎児オキシメーターによる胎
児・新生児管理」

浜松医科大学副学長・理事

金山尚裕

第2回滋賀県産科婦人科医会 学術研修会

平成28年9月3日 大津プリンスホテル

特別講演Ⅰ

「後腹膜アプローチにおける腫瘍学と生殖医学
の相違点—生殖機能の再建を目指して—」

金沢大学医薬保健研究域医学系産科婦人科教室

教授 藤原 浩

特別講演Ⅱ

「男性不妊とその要因」

旭川医科大学医学部産婦人科学講座

教授 千石一雄

第33回心臓病胎児診断症例報告会

平成28年9月11日

滋賀医科大学附属病院 臨床講義室3

第2回遠隔STICセミナー

平成28年9月11日

滋賀医科大学附属病院 臨床講義室3

第14回湖東産婦人科医会

平成28年9月17日 サンルート彦根

教育講演

「患者様とのトラブル対応」

神野レディースクリニック リスクマネーজে
ントアドバイザー 北川 修

特別講演

「早期新生児 ～母乳育児を中心に～」

長浜赤十字病院第一小児科部

副部長 山本正仁

第9回滋賀子宮内膜症・月経困難症懇話会

平成28年10月8日 琵琶湖ホテル

「visible and invisible endometriosis」

京都府立医科大学産婦人科教室

准教授 カーンカレク

「患者のライフステージを考えた子宮内膜症の
管理法」

東京大学大学院産婦人科講座

准教授 甲賀かをり

平成28年度 滋賀県産婦人科漢方研究会

平成28年10月29日 琵琶湖ホテル

教育講演

「漢方方剤処方にあたっての簡単な「証」の見
つけ方」

滋賀医科大学総合周産期母子医療センター

教授 高橋健太郎

特別講演

「産婦人科における漢方治療 ～目で見える漢方
治療～」

大分大学医学部産科婦人科学講座

准教授 西田欣広

第34回心臓病胎児診断症例報告会

平成28年11月13日 滋賀医科大学附属病院

平成28年度第3回滋賀県産科婦人科医会

総会・学術研修会

平成28年12月4日 天津プリンスホテル

一般演題

1. 「乳幼児の難聴を、より早期に積極的に発見
することを目指して」

滋賀県立小児保健医療センター耳鼻咽喉科

中井麻佐子

2. 「胎盤肥厚を伴った重症FGRの1例」

滋賀医科大学医学部附属病院母子・女性診療科

菅田佳奈, 桂 大輔, 全 梨花, 山田一貴,

林 香里, 小野哲男, 石河顕子, 辻俊一郎,

木村文則, 高橋健太郎, 村上 節

3. 「妊娠中期の羊水過少に対して羊水灌流を試
みた3症例についての検討」

天津赤十字病院

上林翔太, 丸山俊輔, 多賀敦子, 江本郁子,

三瀬裕子, 金 共子, 佐藤幸保

4. 「初経前女児に発生したmassive ovarian
edemaによる茎捻転に対して腹腔鏡手術で
卵巣温存しえた症例」

公立甲賀病院

永坂万友子, 小林 昌, 高橋真理子,

田中佑治

5. 「繰り返す脳梗塞と大量性器出血により診断
された子宮体癌の1例」

市立長浜病院

北澤 純, 高橋顕雅, 中多真理, 林 嘉彦

6. 「腹膜原発の粘液性腺癌の1例」

天津赤十字病院

多賀敦子, 丸山俊輔, 上林翔太, 江本郁子,

三瀬裕子, 金 共子, 佐藤幸保

7. 「原発性腹膜癌に対するCARTの有用性」

滋賀県立成人病センター

永井あや, 水野 林, 芦原隆仁, 樋口壽宏

教育講演

「帝王切開癒着症候群に続発する不妊症と月経
困難症」

滋賀医科大学医学部附属病院母子診療科

講師 辻俊一郎

特別講演

「IT化に伴う事務審査の拡大と保険診療の行
く末」

近畿産科婦人科学会医療保険部会顧問

社会保険診療報酬支払基金大阪支部審査員

田中文平

第4回遠隔STICセミナー

平成29年2月5日

滋賀医科大学附属病院3階 第3会議室

特別講演Ⅱ

「卵巢癌を管窺する2017：OSEとSTICの間で揺れる卵巢癌研究」

熊本大学大学院生命科学研究部産科婦人科学

教授 片渕秀隆

第7回滋賀生殖医療懇話会

平成29年2月18日

ホテルボストンプラザ草津

一般演題

1. 「人工授精から体外受精へのステップアップについて」

醍醐渡辺クリニック

2. 「慢性子宮内膜炎が凍結融解胚移植の治療成績に及ぼす影響」

滋賀医科大学産科学婦人科学講座

平田貴美子, 木村文則, 花田哲郎,

森宗愛菜, 竹林明枝, 高島明子,

高橋健太郎, 村上 節

3. 「当院における精巣内精子採取術の現状」

滋賀医科大学泌尿器科学講座

富田圭司, 花田英紀, 河内明宏

特別講演

「ART専門施設における癌生殖の背景と実際」

IVF詠田クリニック

院長 詠田由美

滋賀県婦人科疾患UP to Date 講演会

平成29年3月9日 クサツエストピアホテル

「人工妊娠中絶から考える女性ヘルスケア医療供給の諸問題」

大阪大学大学院医学系研究科産科婦人科学講

座 教授 木村 正

第4回滋賀県産科婦人科医会 学術研修会

平成29年3月11日

ホテルボストンプラザ草津

特別講演Ⅰ

「胎児心拍数モニタリング講座～大事なサインを見逃さない～」

福島県立医科大学医学部産科婦人科学講座

教授 藤森敬也

第35回心臓病胎児診断症例報告会

平成29年3月12日

滋賀医科大学医学部附属病院

【京都府】

平成28年度母体保護法指定医師研修会

平成28年6月11日 舞鶴グランドホテル

医療安全講習会

「母体急変時の初期対応」

日本母体救命システム普及協議会

幹事 橋井康二

第25回京都母性衛生学会学術講演会

平成28年6月18日 京都大学

「ガイドライン2015に基づく新生児蘇生法～変わったこととこれからも変わらないこと～」

公益財団法人田附興風会医学研究科

北野病院小児科未熟児・新生児部門

部長 水本 洋

一般演題 6題

京都子宮内膜症セミナー

平成28年6月30日

ハイアットリージェンシー京都

「患者のライフステージを考えた子宮内膜症の管理法」

東京大学大学院産婦人科学講座

准教授 甲賀かをり

産婦人科診療内容向上会

平成28年8月20日 京都ホテルオークラ

「わが国の少子化を考えるー産婦人科医の重要性ー」

内閣官房参与 慶應義塾大学医学部

名誉教授 吉村泰典

平成28年度 第1回医療安全講演会

平成28年8月27日 京都府医師会館

医療安全講習会

「医療安全とチーム医療：TeamSTEPPSという戦略とツール」

京都大学医学部附属病院医療安全管理室

教授 松村由美

「医療安全とチーム医療：TeamSTEPPSの実

践：手術室でのコミュニケーション」

京都府立医科大学附属病院麻酔科

教授 佐和貞治

京都産婦人科医会9月学術研修会

平成28年9月3日

TKP四条烏丸カンファレンスセンター

「産婦人科医と保険請求の実際」

京都産婦人科医会理事

支払基金京都支部審査委員

婦人科内科山下クリニック

山下 元

「OC・LEPガイドライン解説」

愛知医科大学産婦人科学教室

教授 若槻明彦

第42回京都医学会

平成28年9月25日 京都府医師会館

「新たな卵巣がん治療の開発ーゲノム解析と個別化治療の道ー」

独立行政法人国立病院機構京都医療センター

院長 小西郁生

シンポジウム

「遺伝子検査」出生前遺伝学的検査について

京都大学医学部附属病院遺伝子診療部

准教授 三宅秀彦

第4回京都・性の健康フォーラム

平成28年10月1日

TKP四条烏丸カンファレンスセンター

「若年妊娠の問題点ー児童虐待防止の視点からー産婦人科の立場」

産科・婦人科江川クリニック 江川晴人

第8回京都産婦人科救急診療研究会

平成28年10月2日 京都府医師会館

「産科麻酔の注意点」

兵庫医科大学麻酔科学・疼痛制御科学講座

准教授 狩谷伸享

「産科危機的出血ーその特徴と輸血療法の実際ー」

埼玉医科大学総合医療センター産婦人科

教授 関 博之

院長 小西郁生

京都産科婦人科学会平成28年度学術集会

平成28年10月8日

TKP京都四条烏丸カンファレンスセンター

一般演題 14題

「婦人科腫瘍に関する最新の話題：癌とエストロゲンについての最近の話題」

京都府立医科大学

森 泰輔

「婦人科腫瘍に関する最新の話題：婦人科悪性腫瘍に対する鏡視下手術の最新の話題」

京都大学

馬場 長

第8回京都婦人科鏡視下手術研究会

平成28年10月8日

ホテルグランヴィア京都

「婦人科腹腔鏡下手術の実際—子宮内膜症から悪性腫瘍まで—」

富山県立中央病院理事

母子医療センター部長

舟本 寛

平成28年度第2回医療安全講演会

平成28年10月15日 京都府医師会館

医療安全講習会

「Sに関する医療安全講習：CRPSの診断と治療について—外科医の立場から—」

筑波大学附属病院土浦市地域臨床教育センター

西浦康正

「CRPSに関する医療安全講習：運動器慢性痛疾患，CRPSの診断書記載について」

大阪大学大学院医学系研究科疼痛医学

准教授 三木健司

第17回京都女性のヘルスケア研究会

平成28年10月22日 メルパルク京都

「新たな卵巣がん治療の開発—ゲノム解析と個別化治療の道—」

独立行政法人国立病院機構京都医療センター

第3回京都産婦人科漢方研究会

平成28年10月22日 メルパルク京都

1. 「女性の不定愁訴（神経質）に，まず四逆散（35）！」

京都大学医学部附属病院女性漢方外来

蔭山 充

2. 「婦人科がん治療のQOL向上および体調管理に役立つ漢方薬」

国立がん研究センター がん患者病態生理研究分野分野長 上園保仁

第12回鴨和感染症フォーラム

平成28年10月23日 メルパルク京都

「外陰疾患・性感染症のピットフォール」

日本大学医学部産婦人科学

教授 川名 敬

第6回京都周産期カンファレンス

平成28年11月12日 京都平安ホテル

「産科の最近：プロテインS, 抗リン脂質抗体，免疫グロブリン療法」

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 教授 山田秀人

京都産婦人科医会 11月学術研修会

平成28年11月19日

京都ロイヤルホテル&スパ

「月経困難症，不妊症と帝王切開癒痕症候群」

滋賀医科大学産科学婦人科学講座

教授 村上 節

第8回関西婦人科腫瘍・病理懇話会

平成28年11月26日 京都大学

「子宮頸部腺癌とその前駆病変—その多彩性からみえてくるもの」

熊本大学医学部附属病院病理診断科

教授 三上芳喜

京都産婦人科医会 両丹地区懇談会

平成28年11月26日 舞鶴グランドホテル

「骨盤臓器脱治療の最近のトレンドーメッシュ手術は必要なのか?ー」

大阪市立大学大学院医学研究科女性生涯医学教授 古山将康

京滋奈和性感染症研究会

平成28年12月17日 メルパルク京都

「日本性感染症学会 診断・治療ガイドライン2016のポイント」

東京慈恵会医科大学葛飾医療センター泌尿器科 清田 浩

地区基幹病院小児科医師ならびに産婦人科医師との懇談会

平成29年1月28日

ホテル日航プリンス京都

「正常新生児のケアー正常と異常のはざまでー」

国立病院機構京都医療センターNICU診療科長 河田 興

平成28年度母体保護法指定医師研修会

平成29年2月11日 京都府医師会館

医療倫理講習会

「どのような時代になっても母体保護法は重要な法律です」

公益社団法人日本産婦人科医会 会長 木下勝之

平成28年度（第33回）勤務医師会総会

平成29年2月26日 京都府医師会館

医療安全講習会

「京都における医療事故査制度の現況と課題について」

京都府医師会

理事 大坪一夫

「医療事故調査制度の現状と事故報告の判断～事例を踏まえて～」

日本医療安全調査機構

常務理事 木村壯介

「パネルディスカッション 医療事故調査制度について」

綾部市立病院

鴻巣 寛

京都府医師会

副会長 松井道宣

京都大学医学部附属病院医療安全管理室

准教授 松村由美

大阪A&M法律事務所

代表弁護士・医師 小島崇宏

漢方研究会in京都

平成29年3月2日

TKPガーデンシティー京都

「更年期障害をめぐる最近の話題ー更年期障害への漢方療法の効果ー」

東京歯科大学市川総合病院産婦人科

高松 潔

平成28年度京産婦医会総会特別講演会

平成29年3月25日 京都ホテルオークラ

「産婦人科地域医療と大学の役割」

京都大学大学院医学研究科器官外科学講座

婦人科学産科学 教授 万代昌紀

【大阪府】

平成28年度第1回周産期医療研修会

平成28年5月21日 大阪府医師会

テーマ【メディアから見た周産期医療】

「ドラマ『コウノドリ』で伝えたかった周産期医療に対する想い」

TBSドラマ「コウノドリ」

チーフプロデューサー 峠田 浩

「ドラマ『コウノドリ』を通じて周産期医療の現場を考える」

りんくう総合医療センター産婦人科

部長 萩田和秀

平成28年度総会

平成28年6月11日 大阪新阪急ホテル

特別講演

座長：大阪産婦人科医会会長 志村研太郎

「医療事故調査制度—その現状—」

中村・平井・田邊法律事務所

弁護士 田邊 昇

第23回産婦人科MEセミナー

平成28年7月3日 毎日新聞オーバルホール

「子宮内膜症の癌化を見逃さないコッ〜画像所見を中心〜」

奈良県立医科大学産科婦人科学教室

教授 小林 浩

「ワンランク上の胎児管理〜超音波ドプラを中心に〜」

大阪府立母子保健総合医療センター産科

副部長 金川武司

「動画で学ぶ産婦人科超音波診断〜高周波ニリアプローチを中心に〜」

長崎大学病院病院長

長崎大学大学院産婦人科

教授 増崎英明

平成28年度母体保護法指定医研修会

平成28年7月23日 大阪府医師会館

「妊産婦の蘇生について」

大阪産婦人科医会理事 萩田和秀

「大阪府における妊産婦死亡の実態」

大阪産婦人科医会理事 吉松 淳

「母体保護法について」

大阪府医師会理事 笠原幹司

平成28年度第1回研修会

平成28年9月3日 薬業年金会館

「女性アスリートに見られる疾病と治療 アンチ・ドーピングの基礎知識」

国立スポーツ科学センターメディカルセンター

医師 能瀬さやか

「PMS/MDDがアスリートに与える影響」

近畿大学東洋医学研究所

所長・教授 武田 卓

平成28年度第2回周産期医療研修会

平成28年9月24日 AP大阪淀屋橋

テーマ【周産期医療と医療安全】

「周産期医療チーム医療—TeamSTEPPE programから見る周産期チーム医療」

近畿大学医学部附属病院安全管理部医療安全

対策室 教授 辰巳陽一

「事例から学ぶ新生児の医療安全」

埼玉医科大学総合医療センター新生児科

教授 加部一彦

平成28年度第3回周産期医療研修会

平成28年12月17日 AP大阪淀屋橋

テーマ【妊婦の最重症例 救命例から学ぶ—サブバイバルカンファレンス】

「肺血栓塞栓症の1例—ツマッタ・アケタ・トッタ症例」

大阪大学医学部産婦人科

講師 遠藤誠之

「子宮型羊水塞栓症の1例」

大阪府立母子保健総合医療センター

診療主任 山本 亮

(追加発言)

「OGCS搬送と円滑に行うために」

大阪府立母子保健総合医療センター

統括診療局長 光田信明

平成28年度家族計画母体保護法指導者講習会

平成29年1月12日 大阪府医師会

「周産期医療体制の確保に向けて」

大阪府医師会理事 笠原幹司

大阪産婦人科医会評議員 齋田幸次

大阪産婦人科医会理事 巽 啓司

「生命倫理について」

日本医師会常任理事 今村定臣

平成28年度第2回研修会

平成29年2月4日 薬業年金会館

「大阪の実態～アンケート調査から～」

阪南中央病院産婦人科

部長 山根誠一

「新生児聴覚スクリーニング：検査の現状と課題」

昭和大学産婦人科

教授 関沢明彦

「難聴の早期発見の意義～療育から人工内耳まで～」

近畿大学耳鼻咽喉科

教授 土井勝美

「岡山県における新生児聴覚スクリーニング事業～先進県からの提言～」

岡山大学耳鼻咽喉・頭頸部外科

教授 片岡祐子

平成28年度第4回周産期医療研修会

平成29年2月25日 大阪府医師会館

テーマ【新生児・妊婦を救う新しいトピックス】

「いざという時に新生児を救うラリングアルマ
スクエアウェイ」

北野病院小児科（未熟児・新生児部門）

部長 水本 洋

「前置胎盤、前置癒着胎盤に対する術前管理～
診断から手術療法まで」

大阪大学医学部産婦人科

助教 松崎慎哉

平成28年度集談会

平成29年3月4日 薬業年金会館

①出生前検査に関するヒヤリハット事例

大阪大学

村上淳子, 岩宮 正, 香林正樹, 甲村奈緒子, 中江 彩, 増田達郎, 瀧内 剛, 松崎慎哉, 味村和哉, 熊澤恵一, 遠藤誠之, 木村 正

②妊娠18週時に脳室拡大を疑ったが、巨大脈絡叢嚢胞であった18トリソミーの1例

大阪大学

甲村奈緒子, 遠藤誠之, 岩宮 正, 瀧内 剛, 松崎慎哉, 味村和哉, 熊澤恵一, 木村 正

③部分胞状奇胎疑いで的人工妊娠中絶後、間葉性異形成胎盤との診断に至った1例

大阪大学

香林正樹, 遠藤誠之, 岩宮 正, 瀧内 剛, 松崎慎哉, 味村和哉, 熊澤恵一, 木村 正

④産褥期にARDS（成人呼吸窮迫症候群）を呈したマイコプラズマ肺炎の1症例

関西医科大学

黒田優美, 笠松 敦, 吉田 彩, 岡田英孝

⑤帝王切開術後に後腹膜血腫を合併したRh（-）の1例

大阪市立大学

三杵卓也, 松原裕明, 植村 遼, 内田啓子, 柳井咲花, 横井夏子, 片山浩子, 羽室明洋, 中野朱美, 橘 大介, 古山将康

⑥当院における常位癒着胎盤および胎盤遺残の臨床的特徴

大阪市立総合医療センター

札幌 恵, 田中和東, 公森摩耶, 臼井淳子, 岡田麻美, 西沢美奈子, 西本幸代, 梶谷耕二, 中村博昭, 中本 収

⑦子宮肉腫疑いで精査依頼を受けた閉経期の2例

大阪市立総合医療センター

井手本尚子, 鹿野理恵子, 公森摩耶, 松木 厚, 松木貴子, 三田育子, 村上 誠, 徳山 治, 深山雅人, 川村直樹

⑧脊髄くも膜下麻酔後に頭蓋内硬膜下血腫を発

症した1例

【奈良県】

1) 市立貝塚病院

2) りんくう総合医療センター

栗谷佳宏¹⁾, 三好愛¹⁾, 河田真由子¹⁾,
藤川恵理¹⁾, 金尾世里加¹⁾, 直居裕和¹⁾,
竹田満寿美¹⁾, 三村真由子¹⁾, 長松正章¹⁾,
萩田和秀²⁾, 横井 猛¹⁾

⑨穿刺吸引細胞診では診断し得なかった
Bartholin腺から発生した明細胞癌の1例

大阪大学

田中稔恵, 小玉美智子, 岡澤晶子,
柿ヶ野藍子, 橋本香映, 小林栄仁,
馬淵誠士, 上田 豊, 富松拓治,
澤田健二郎, 吉野 潔, 木村 正

⑩子宮悪性疾患に対する腹腔鏡下根治術
大阪大学

角田 守, 小林栄仁, 柿ヶ野藍子,
岡澤晶子, 小玉美智子, 橋本香映,
馬淵誠士, 上田 豊, 澤田健二郎,
富松拓治, 吉野 潔, 木村 正

奈良県産婦人科医会「医療安全研修会」

平成28年4月16日 奈良県医師会館

「法医学における医療関連死事例から考える医
療安全」

奈良県立医科大学法医学
教授 羽竹勝彦

平成28年度総会ならびに学術講演会

平成28年5月14日 奈良県医師会館

1) 帝王切開後の子宮切開創にMycoplasma
hominis感染をきたした1例

近畿大学医学部奈良病院

杉本澄美玲, 張 波, 中村雅子, 生駒直子,
金山清二, 大井豪一

2) 子宮底部横切開法による帝王切開後に妊娠
し癒着胎盤となった1例

奈良県立医科大学

三宅龍太, 赤坂珠理晃, 穂西実加, 今中聖
悟, 佐々木義和, 長安実加, 常見泰平, 成
瀬勝彦, 佐道俊幸, 小林 浩

3) 分娩後のコルポスコピー下生検時に明らか
になった出血性後天性凝固第13因子欠乏症の
1例

大和高田市立病院

西岡和弘, 辻あゆみ, 野口武俊, 梶原宏貴,
堀江清繁

4) 新生児仮死をみとめ, 産褥期に母体肝機能
障害, 腎機能障害, 凝固異常をみとめた1例
～敗血症性ショックか? HELLP症候群か?
急性妊娠脂肪肝か?～

奈良県総合医療センター

竹田善紀, 森田小百合, 杉本ひとみ, 石橋
理子, 杉浦 敦, 平野仁嗣, 河 元洋, 豊
田進司, 井谷嘉男, 喜多恒和

5) 動脈塞栓術にて治療した妊娠第1三半期での
腎動脈瘤破裂の1例

市立奈良病院

渡辺しおか, 原田直哉, 春田典子, 東浦友
美, 渡辺英樹, 延原一郎

- 6) 妊娠中に尿閉を来した嵌頓子宮の2例
天理よろづ相談所病院
松村直子, 山中 冨, 大須賀拓真, 鈴木 悠,
松原慕慶, 金本巨万, 三木通保, 藤原 潔
- 7) 当院における骨盤位外回転術の成功因子の
検討
大和郡山病院
大西俊介, 藤本佳克, 丸山祥代, 山下 健
- 8) 当院における出生前診断の現状
奈良県立医科大学
穂西実加, 常見泰平, 三宅龍太, 今中聖悟,
佐々木義和, 長安実加, 赤坂珠理晃, 成瀬
勝彦, 佐道俊幸, 小林 浩
- 9) 腹腔鏡下子宮筋腫核出術中に終末呼気CO₂
濃度の上昇が診断の契機となった広範皮下気
腫の1症例
奈良県立医科大学
山中彰一郎, 棚瀬康仁, 鹿庭寛子, 岩井
加奈, 新納恵美子, 森岡佐知子, 小池奈月,
重富洋志, 川口龍二, 小林 浩
- 10) 腹腔鏡下子宮全摘術をし得た巨大子宮筋腫
の2例
高の原中央病院
小池奈月, 薮田真紀, 貴志洋平, 山口昌美,
谷口文章
- 11) 当科で行っている子宮頸部円錐切除術の実
際と治療成績
奈良県立医科大学
鹿庭寛子, 岩井加奈, 山中彰一郎, 新納
恵美子, 森岡佐知子, 山田 有紀, 小池奈月,
重富洋志, 棚瀬康仁, 川口龍二, 小林 浩
- 12) 深部内膜症摘出における仙骨子宮靱帯切離
の効果～手術リスク軽減と術式の定型化～
高の原中央病院
貴志洋平, 薮田真紀, 菊川忠之
- 招請講演
座長：奈良県立医科大学産科婦人科学
教授 小林 浩
「HRTガイドライン：改訂に向けて」
東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科
生殖機能協同学分野 准教授 尾林 聡

奈良県医師会母体保護法指定医師研修会

平成28年8月6日 奈良県医師会館

「平成27年度・母体保護法指導者講習会伝達講
習会」

奈良県産婦人科医会

副会長 高井一郎

「若年妊娠人工妊娠中絶の医療倫理～最近、当
センターで経験した2症例の対応～」

奈良県総合医療センター産婦人科

医長 河 元洋

「当院における中期中絶の現状，医療倫理につ
いて」

奈良県立医科大学産科婦人科学

准教授 佐道俊幸

第99回臨床カンファレンス

平成28年8月25日 奈良ロイヤルホテル

「生殖医療におけるプロゲステロン療法の位置づけ」

関西医科大学産科学婦人科学

主任教授 岡田英孝

奈良県産婦人科医会・保険医療講習会

平成28年9月15日 奈良県医師会館

「保険診療指導と監査―レセプトとカルテの整
合性について―」

奈良県医師会理事 高見武志

「産婦人科医療保険の請求」

近畿産婦人科学会社会保険部

部会長 片嶋純雄

奈良県産婦人科医会学術研修会

平成28年9月29日 かしはら万葉ホール

「下肢深部静脈血栓症のエコー診断法」

近畿大学大学院医学研究科心臓血管外科学

近畿大学医学部奈良病院臨床検査部

技師係長 小谷敦史

奈良県産婦人科医会学術講演会

平成28年10月13日 LE BENKEI

「子宮頸がんの化学療法～進行・再発症例から
術前，術後，CCRTへの応用～」

公益財団がん研究会有明病院婦人科
部長 竹島信宏

「妊娠中期後期の胎児スクリーニング」
大阪府立母子保健総合医療センター
副部長 金川武司

第9回奈良婦人科腫瘍カンファランス

平成28年11月5日 ホテル日航奈良

「卵巣成熟奇形腫の悪性転化に対する治療法・
予後についての後方視的研究」

奈良県総合医療センター産婦人科
医長 杉浦 敦

「子宮内腔に腫瘤を形成した腺線維腫のMRIお
よび子宮ファイバースコープの所見」

市立奈良病院産婦人科
渡辺英樹

招請講演

「卵巣がんに対する新規がん免疫治療への挑戦」
京都大学医学部附属病院周産母子診療部
講師 濱西潤三

奈良県産婦人科医会子宮がん検診従事者講習会

平成28年11月12日 奈良県医師会館

「未来につなげる細胞診・コルポ診 そして組
織診のエッセンシャル・テクニクス」

きよ女性クリニック 院長 清塚康彦

「CINの管理・治療」

奈良県立医科大学産科学婦人科学
助教 山田有紀

奈良県産婦人科医会研修会

平成28年11月17日 奈良県医師会館

「婦人科化学療法の新未来予想図」

埼玉医科大学国際医療センター婦人科腫瘍科
部長 藤原恵一

第2回奈良周産期臨床フォーラム

平成28年11月23日 奈良県医師会館

「Basic産科婦人科超音波診断」

奈良県立医科大学産科学婦人科学
准教授 佐道俊幸

「最新の3D/4D超音波装置を使いこなすコツ」
ベルランド総合病院
部長 峯川亮子

女性アスリート診療のための講習会

平成28年12月23日 奈良県医師会館

「女性アスリートに見られる疾病と治療」

「アンチ・ドーピングの基礎知識」

四季レディースクリニック
院長 江夏亜希子

奈良県産婦人科医会学術講演会

平成29年1月19日 奈良県医師会館

「産婦人科医に役立つ骨粗鬆症診療～診断から
治療まで～」

泉大津市立病院
名誉院長 三木隆己

第11回女性医師懇話会

平成29年2月4日 ホテル日航奈良

「復習：コルポスコピー2017 ― 子宮頸癌を見
逃さないために ―」

天理よろづ相談所病院産婦人科
部長 藤原 潔

「当院の腹腔鏡の現状～今、改めて腹腔鏡を考
える」

天理よろづ相談所病院産婦人科
三木通保

第100回臨床カンファレンス・第8回婦人科腫瘍疾患検討

平成29年3月18日 奈良県立医科大学

特別講演

「私の行う広汎性広子宮全摘術―産婦人科手術
の基礎としての役割を考える―」

天理よろづ相談所病院産婦人科
部長 藤原 潔

1) 術前化学療法にTC療法が有効であった神経
内分泌腫瘍への分化を示す子宮頸部腺癌の1例
天理よろづ相談所病院
金本巨万, 大須賀拓真, 山中 冨, 鈴木 悠,

松村直子, 松原慕慶, 三木通保, 藤原 潔

2) 臨床経過の異なった侵入奇胎の2例

奈良県総合医療センター

佐々木義和, 杉浦 敦, 竹田善紀, 森田
小百合, 杉本ひとみ, 平野仁嗣, 豊田進司,
井谷嘉男, 喜多恒和

3) 診断に苦慮した子宮体がんの1例

大和高田市立病院¹⁾, 西和医療センター²⁾

西岡和弘¹⁾, 古川直人²⁾, 辻あゆみ¹⁾,
野口武俊¹⁾, 梶原宏貴¹⁾, 堀江清繁¹⁾

4) 子宮頸癌に対して化学療法中に発症した虚
血性大腸炎の1例

近畿大学医学部附属奈良病院

張 波, 金山清二, 生駒直子, 中村雅子,
大井豪一

5) 腹腔鏡下に摘出しえた大網奇形腫の1例

奈良県立医科大学

三宅龍太, 棚瀬康仁, 鹿庭寛子,
山中彰一郎, 杉本澄美玲, 岩井加奈,
新納恵美子, 森岡佐知子, 小池奈月,
重富洋志, 川口龍二, 小林 浩

6) 抗N-methyl-D-aspartate (NMDA) 受容体
抗体脳炎を来した卵巢奇形腫の1例

市立奈良病院

延原一郎, 原田直哉, 春田典子, 東浦友美,
渡辺英樹, 渡辺しおか

7) 術前診断が困難で手術後に子宮平滑筋肉腫
と診断された1例

高の原中央病院

菊川忠之, 山口昌美, 藪田真紀, 谷口文章

奈良県医師会母体保護法指定医師研修会

平成29年3月30日 奈良県医師会館

「平成28年度・母体保護法指導者講習会伝達講
習会」

奈良県産婦人科医会理事 橋本平嗣

「医療施設における院内感染対策」

奈良県総合医療センター医長 平野仁嗣

【和歌山県】

第4回和歌山婦人科腫瘍研究会

平成28年4月8日

ホテルグランヴィア和歌山

一般演題 2題

特別講演

「卵巢癌に対するペパシズマブ療法 ～当科の
治療成績と考察～」

公益財団法人がん研究会有明病院婦人科
部長 竹島信宏

第60回和歌山県産婦人科医会総会・学術集会

平成28年5月29日 和歌山県民文化会館

一般演題 14題

特別講演

「産婦人科へのアクセスと医療体制—不妊・避
妊・中絶などのプライマリーケアをふくめて
—」

大阪大学大学院医学系研究科産科学婦人科学教室
教授 木村 正

平成28年度母体保護法指定医師研修会

平成28年5月29日 和歌山県民文化会館

【母体保護法指定医師研修会】

講演1「平成28年度社保改定について」

和歌山県産婦人科医会

会長 根来孝夫

講演2「母体保護法の運用及び医療倫理について」

和歌山県産婦人科医会

副会長 曾和正憲

講演3「医療事故調査制度について」

和歌山県産婦人科医会

庶務担当理事 古川健一

第12回和歌山県母性衛生学会総会・学術集会

平成28年7月2日

和歌山県立医科大学附属病院

一般演題 8題

特別講演

「女性医療にかかわる遺伝カウンセリング—遺

伝カウンセリングってどんなこと？」

兵庫医科大学病院臨床遺伝部

玉置知子

第63回神奈川胎児エコー研究会スペシャル講座

平成28年7月24日

日本赤十字社和歌山医療センター

講演演題 12題

「first trimesterでのスクリーニング法」

香川井下病院

井下秀司 他

第12回和歌山ウロギネコロジー研究会

平成28年7月30日 和歌山県JAビル

講演1「腹腔鏡で治療したリンパ嚢胞の奏功例」

公立那賀病院産婦人科

吉村康平

講演2「当院におけるメッシュの有用性と位置づけ」

橋本市民病院産婦人科

院長代理 古川健一

講演3「慢性期病院における尿路管理」

中谷病院泌尿器科

小村隆洋

特別講演

「腹腔鏡による骨盤臓器脱手術の実際」

亀田総合病院ウロギネ科部長

ウロギネコロジーセンター長兼務

野村昌良

和歌山県紀北産婦人科講演会

平成28年8月6日 ホテルいとう

特別講演

「①LEP製剤と血栓症

②最近の帝王切開の現状について」

国保日高総合病院

院長 曾和正憲

和歌山市産婦人科部会研修会

平成28年8月20日 和歌山ビッグ愛

特別講演

「月経困難症のメカニズムと治療選択—病理から画像まで—」

倉敷平成病院婦人科医長 太田郁子

第45回和歌山周産期医学研究会

平成28年9月3日 和歌山ビッグ愛

一般演題 6題

「和歌山県の災害医療体制について」

和歌山県福祉保健部健康局医務課地域医療班

班長 中場 毅

特別講演

「これからの周産期災害対応—東日本大震災から熊本地震へ—」

東北大学東北メディカル・メガバンク機構地

域医療支援部門

母児医科学分野教授 菅原準一

第27回和歌山ウーマンズヘルス懇話会

平成28年9月10日 和歌山県民文化会館

症例検討 2題

特別講演

「超高齢社会における女性骨盤底医学のニーズ」

大阪市立大学大学院医学研究科女性生涯医学

講座 教授 古山将康

田辺市・西牟婁郡産婦人科医会学術講演会

平成28年9月24日

ガーデンホテル ハナヨ

特別講演

「卵巣癌・子宮頸癌におけるベバシズマブ療法」

公益財団法人がん研究会有明病院

婦人科部長 竹島信宏

第5回和歌山婦人科腫瘍研究会

平成28年10月1日

ダイワロイネットホテル和歌山

一般演題 2題

特別講演

「婦人科癌におけるBevacizumabの役割～子宮頸癌治療に期待をこめて～」

自治医科大学附属さいたま医療センター産婦
人科 教授 今野 良

平成28年度第61回和歌山県産婦人科医会学術集会

平成28年10月29日

ガーデンホテル ハナヨ

特別講演

～レジェンドからのメッセージ～

「腹腔鏡手術での卵巣・子宮手術に対するこだわり」

医療法人篤静会谷川記念病院

副院長 伊熊健一郎

平成28年度母体保護法指定医師研修会

平成28年10月29日

ガーデンホテル・ハナヨ

講演1

「母体保護法と医療倫理」

国保日高総合病院

院長 曾和正憲

講演2

「妊娠初期の超音波診断」

日本赤十字社和歌山医療センター産婦人科

部長 中村光作

第157回和歌山市医師会産婦人科部会研修会

平成28年11月12日 和歌山ビッグ愛

産後支援～地域での対応を考える～

「和歌山市産後ケア事業について」

和歌山市保健所地域保健課

川口隆弘

講演

「産後ケアセンター小阪 開業から1年の現状と課題」

医療法人竹村医学研究会産後ケアセンター小阪

栗本幸司

日本胎児心臓病学会主催第1回「レベルⅡ胎児心エコー講習会」

平成28年12月18日

日本赤十字社和歌山医療センター

講演

レベルⅡ基本断面

「～基本断面の動画を使って解説する 抽出方法の基本、観察ポイントの解説～」他8題

和歌山子宮内膜症セミナー

平成29年1月12日

ホテルグランヴィア和歌山

特別講演

「子宮内膜症を地域で診る～管理と病診連携に役立つ知識」

関西医科大学産科学婦人科学講座婦人科

内視鏡外科 教授 北 正人

第158回和歌山市医師会産婦人科部会研修会

平成29年1月21日 和歌山ビッグ愛

特別講演

「深部子宮内膜症に対する治療法の選択」

奈良県立医科大学産科婦人科学教室

婦人科医長 棚瀬康仁

第42回和歌山臨床細胞学会総会・学術集会

平成29年2月4日 和歌山労災病院

スペシャルレクチャー・Part1

「子宮内膜細胞診報告様式とその細胞像—記述式子宮内膜細胞診報告様式の有用性について—」

藤和会藤間病院病理検査

大塚重則

スライドカンファランス 4題

スペシャルレクチャー・Part2

「肺癌規約改訂の要点」

奈良県立医科大学病理診断学講座

教授 大林千穂

第46回和歌山周産期医学研究会

平成29年2月25日 和歌山ビッグ愛

一般演題 6題

和歌山周産期セミナー

「和歌山県におけるSGAの現状」

紀南病院小児科

主任部長 宮脇正和

「周産期リエゾン研修会の報告」

和歌山県立医科大学総合周産期母子医療セン

ター 熊谷 健

特別講演

「災害時の周産期医療」

熊本市立熊本市民病院新生児内科

部長 川瀬昭彦

第16回和歌山産婦人科病診連携研究会

平成29年3月25日 和歌山県JAビル

一般演題 3題

特別講演

「大震災から始まる物語

～細胞からゲノムへ～」

東北大学大学院医学系研究科婦人科学分野

教授 八重樫伸生

【兵庫県】

第14回阪神婦人科・内分泌研究会

平成28年4月2日 ノボテル甲子園

「HRTの具体的な工夫～リスク・ベネフィットから考える～」

愛知医科大学病院 副院長 若槻明彦

「LEP/OCの新ガイドラインの改正点」

特別講演 2題

神戸市産婦人科医会研修会

平成28年4月9日 ポートピアホテル

「婦人科診療におけるダウインチ手術とIT医療」

近畿大学医学部産科婦人科学教室

教授 万代昌紀

特別講演 1題

春の日産婦医会・社保・運営合同委員会

平成28年5月12日

ラ・スイート神戸オーシャンズガーデン

「MEAの適用と症例の拡大について」

神戸アドベンチスト病院産婦人科

部長 辻 芳之

特別講演 1題

尼崎市産婦人科医会学術講演会

平成28年5月21日

都ホテルニューアルカイック

「今一度考えてみよう ピルの効用副効用」

咲江レディースクリニック

院長 丹波咲江

特別講演 2題

西宮市・芦屋市産婦人科医会合同学術講演会

平成28年5月21日 ホテル竹園芦屋

「女性のライフステージに合わせたPCOSの管理」

徳島大学大学院医歯薬学研究部産科婦人科学

教授 苛原 稔

特別講演 1題

第1回医療安全講演会

平成28年5月26日 兵庫医科大学

「ME機器の安全使用について～人工呼吸器・

除細動器・保育器を中心に～」

兵庫医科大学臨床工学部

主任技師 大平順之

一般演題 3題

第15回兵庫産婦人科内視鏡手術懇話会

平成28年5月28日 神戸国際会館

「腹腔鏡手術における安全性の確保—確実な止血のために—」

徳島大学大学院医歯薬学研究部産科婦人科学

助教授 加藤剛志

特別講演 1題

第52回阪神周産期勉強会

平成28年6月9日 西宮市民会館

「胎児治療：胎児を治療するということ」

大阪大学医学部産婦人科

講師 遠藤誠之

特別講演 1題

姫路産婦人科医会学術講演会

平成28年6月9日 ホテル日航姫路

「産科麻酔の最近の話題」

関西労災病院麻酔科

部長 上山博史

特別講演 1題

西宮・芦屋産婦人科医会学術講演会

平成28年6月18日 ノボテル甲子園

「LEP製剤の臨床的有用性」

兵庫県立西宮病院産婦人科

部長 信永敏克

特別講演 1題

ディスカッション 1題

尼崎市性教育講演会

平成28年6月25日

都ホテルニューアルカイック

「『性の健康教育の過去を振り返り未来へつなぐ』

～今後期待される性の健康教育を考える～」

日本家族計画協会

理事長 北村邦夫

特別講演 1題

一般講演 1題

第12回兵庫骨粗鬆症懇話会

平成28年6月30日

ANAクラウンプラザホテル神戸

「華麗なる加齢のために～婦人科医が考える閉経後骨粗鬆症に対する治療戦略～」

東京歯科大学市川総合病院産婦人科

教授 高松 潔

特別講演 2題

第28回兵庫県母性衛生学会・平成28年度神戸大学

エキスパートメディカルスタッフ育成フォーラム

平成28年7月2日 兵庫県医師会館

「日本の助産師の実践能力はいかにあるべきか～グローバルスタンダードから考える～」

神戸市看護大学健康生活看護領域

ウイメンズヘルス看護学分野

教授 高田昌代

特別講演 1題

第90回兵庫県産科婦人科学会総会ならびに学術集会

平成28年7月3日 兵庫県医師会館

「院内感染対策の基本と実践」

三田市民病院 院長 荒川創一

特別講演 1題

伊丹市医師会生涯教育講座

平成28年7月7日 伊丹シティホテル

「妊娠中に遭遇する糖代謝異常合併妊娠の留意点」

愛媛大学大学院医学系研究科病因・病態領域

産科婦人科学 教授 杉山 隆

特別講演 1題

明石・加古川・高砂市産婦人科医会学術講演会

平成28年7月9日 西明石キャスルプラザ

「下肢静脈血栓症のエコー診断法」
近畿大学大学院医学研究科心臓血管外科学
近畿大学医学部奈良病院臨床検査部
技師係長 小谷敦志
特別講演 1題

第9回兵庫県婦人科がん診療連携懇話会

平成28年7月23日
神戸三宮東急REIホテル
「婦人科悪性腫瘍手術のコツと周術期管理—広
汎子宮全摘から傍大動脈リンパ節郭清まで—」
三重大学病院産婦人科 准教授 田畑 務
特別講演 1題
一般講演 1題

第34回武庫川産婦人科セミナー

平成28年8月6日 ノボテル甲子園
「婦人科悪性腫瘍手術を科学する」～妥当な術
式の開発を目指して～
大阪医科大学産婦人科教室
教授 大道正英
特別講演 1題
一般講演 4題

第128回播州産婦人科セミナー

平成28年8月20日 姫路商工会議所
「安全・安心かつ有効にOC・LEPを使うため
に」
東京歯科大学市川総合病院産婦人科
教授 高松 潔
特別講演 1題

神戸市産婦人科医会学術講演会

平成28年8月27日
ANAクラウンプラザホテル神戸
「女性のトータルヘルスケアのためのホルモン
療法—OC・LEPのガイドラインを中心に—」
愛知医科大学病院産科婦人科学教室
教授 若槻明彦
特別講演 1題

尼崎市産婦人科医会学術講演会

平成28年9月3日
ホップインアミニング2階「オーク EAST」
「早発卵巣不全・早発閉経に関する最近のトピ
ックス」
慶應義塾大学医学部産婦人科学教室
准教授 丸山哲夫
特別講演 1題

神戸市産婦人科医会学術講演会

平成28年9月10日 中華会館
「子宮内膜症と黄体ホルモン療法」
関西医科大学産科学婦人科学講座
教授 岡田英孝
特別講演 1題

神戸市産婦人科医会第1回周産期セミナー

平成28年10月6日 生田神社会館
「産科麻酔の輸液と最近の話題」
関西労災病院麻酔科
部長 上山博史
特別講演 1題

播磨産婦人科内分泌研究会

平成28年10月15日
姫路キャッスルグランヴィリオホテル
「早発卵巣不全の病態と治療」
聖マリアンナ医科大学産婦人科学
准教授 河村和弘
特別講演 1題
一般講演 1題

第14回周産期新生児感染症研究会

平成28年10月20日
神戸大学医学部附属病院外来診療棟大講義室
「減らない新生児敗血症に我々はいかに対応す
べきか～周産期母子医療センターネットワー
クデータベース解析結果と今後の対策～」
名古屋第一赤十字病院第二小児科部長
新生児集中治療室長 大城 誠
特別講演 1題

一般講演 1題

平成28年度保険改定と産婦人科診療

平成28年10月29日 兵庫県医師会館

「平成28年度保険改定と産婦人科診療」

神戸赤十字病院産婦人科部長

兵庫県支払基金審査員 佐藤朝臣

一般演題 6題

第53回阪神周産期勉強会

平成28年11月10日 西宮市民会館

「周産期メンタルケア」～精神疾患合併妊産婦
の周産期管理

兵庫医科大学精神科神経科

講師 清野仁美

特別講演 1題

一般講演 1題

性犯罪被害者等のための総合支援モデル事業講演会

平成28年11月10日 姫路市医師会館

「性暴力被害者への急性期対応～医療機関の役
割～」

兵庫県立尼崎総合医療センター産婦人科

部長 田口奈緒

特別講演 1題

第4回阪神周産期フォーラム

平成28年11月12日 ホテル竹園芦屋

「月経とその異常」

大阪大学大学院医学系研究科産科学婦人科学

講師 澤田健二郎

特別講演 1題

一般講演 2題

播磨産婦人科漢方研究会

平成28年11月17日 ホテル日航姫路

「女性の痛みに対する漢方治療」

姫路赤十字病院緩和ケア内科

副部長 福永智栄

特別講演 1題

尼崎市産婦人科医会 学術講演会

平成28年11月19日

都ホテルニューアルカニック

「医療事故調査制度と母体安全への提言」

(公財) 兵庫県予防医学協会副会長

厚労省妊産婦死亡検討評価小委員

西田芳矢

特別講演 2題

西宮・芦屋産婦人科医会合同学術講演会

平成28年11月19日 ノボテル甲子園

「LNG-IUSのクリニカルプラクティス」

聖路加国際病院副院長

女性総合診療部部长

百枝幹雄

特別講演 1題

平成28年兵庫県産科婦人科学会

平成28年11月24日 神戸ポートピアホテル

「生殖医療2016 update」

徳島大学大学院医歯薬学研究部産科婦人科学

分野 教授 苛原 稔

特別講演 1題

第2回周産期研修セミナー

～母体の救急・救命～

平成28年11月26日

ANAクラウンプラザホテル神戸

「母体の急変に備える」

神戸大学医学部附属病院総合周産期母子医療

センター産科 講師 森實真由美

特別講演 1題

一般講演 3題

明石・加古川・高砂産婦人科医会講演会

平成28年11月26日

西明石キャッスルプラザ

「女性ホルモンと肌との関係～食品成分による
肌の衰えに対する有効性と安全性～」

藤田保健衛生大学

教授 松永佳世子

特別講演 1題

兵庫県予防医学協会副会長

神戸市産婦人科医会医療安全担当委員

西田芳矢

性犯罪被害者等のための総合支援モデル事業研修会

平成28年12月1日 公立豊岡病院

「性暴力被害者への急性期対応～医療機関の役割～」

兵庫県立尼崎総合医療センター産婦人科

部長 田口奈緒

特別講演 1題

特別講演 1題

一般講演 6題

姫路産婦人科医会学術講演会

平成28年12月8日 ホテル日航姫路

「ライフステージを意識した実践的子宮内膜症治療2016」

慶應義塾大学医学部産婦人科学教室婦人科

講師 阪埜浩司

特別講演 1題

北神三田産婦人科連携フォーラム

平成29年1月21日 有馬グランドホテル

「不育症の治療と診断」

神戸大学大学院医学研究科外科系講座産科婦

人科学分野 特命教授 出口雅士

特別講演 1題

症例報告 3題

平成28年度周産期医療研修会

平成28年12月17日 兵庫県医師会館

「新生児科医から見た双胎間輸血症候群の今と昔」

東邦大学医療センター大森病院新生児科

教授 奥田仁志

特別講演 1題

一般講演 2題

第2回兵庫県生殖・周産期医療交流シンポジウム

平成29年2月5日 兵庫県医師会館

「ART妊娠と周産期の諸問題」

総合母子保健センター愛育病院産婦人科

医長 安達知子

特別講演 1題

シンポジウム 2題

第7回神戸産婦人科臨床フォーラム

平成29年1月7日 神戸ポートピアホテル

「使ってみよう3D/4D—HDlive/Silhouette—

胎児胎盤異常と婦人科付属器腫瘍」

岩手医科大学医学部産婦人科学講座

教授 菊池昭彦

特別講演 1題

一般講演 6題

教育講演 2題

3地区合同産婦人科医会研修会

平成29年2月18日

神戸ベイシェラトンホテル&タワーズ

「子宮内膜症治療の実際とその工夫」

甲南会六甲アイランド甲南病院

森田宏紀

特別講演 1題

兵庫県がん・生殖医療ネットワーク第2回講演会

平成29年2月24日 兵庫医科大学

「若年がん患者の早発卵巣不全（POI）対策と地域における医療連携」

岐阜大学大学院医学系研究科腫瘍制御学産科

婦人科学分野 准教授 古井辰郎

特別講演 1題

平成29年度保険の講習会「産婦人科の保険診療の留意点」

平成29年1月21日 神戸市医師会館

「産婦人科診療現場にみる医療安全対策」

第129回播州産婦人科セミナー

平成29年2月25日 姫路市商工会議所

「子宮内膜症治療UP DATE」

鳥取大学医学部産婦人科学

教授 原田 省

特別講演 1題

平成28年度家族計画・母体保護法指導者講習会に伴う伝達講習会

平成29年2月26日

兵庫県医師会館（TV会議）

姫路市医師会館・豊岡市医師会館・淡路市医師会館

平成29年3月2日 西宮市医師会館

「地域医療構想に向けての医師会の取り組み」

兵庫県医師会理事 大門美智子

一般講演 2題

シンポジウム 4題

第47回臨床細胞分子遺伝研究会・第17回関西出生前診療研究会学術集会

平成29年3月4日 兵庫医科大学

「次世代シーケンサー（NGS）を用いた着床前診断（PGD）と出生前診断の最先端」

藤田保健衛生大学総合医科学研究所分子遺伝学研究部門 教授 倉橋浩樹

特別講演 2題

第3回妊婦等の悩み相談窓口事業

平成28年3月4日 兵庫県医師会館

「ママとベビーのためのメンタルヘルス講座～産前産後のセルフケアと周囲の支援のあり方～」

兵庫医科大学精神科神経科

講師 清野仁美

特別講演 1題

平成28年度周産期医療事例検討会

平成29年3月11日 兵庫県医師会館

「兵庫県における新生児外科医療の現状」

「周産期・新生児期における医療連携」

兵庫県立こども病院副院長・小児外科医長

前田貢作

特別講演 1題

一般講演 16題

第22回兵庫県性感染症（STI）研究会・第6回日本性感染症学会関西支部総会

平成29年3月18日

ラッセホール「ブランシュローズ」

「梅毒の臨床」

そねざき古林診療所 院長 古林敬一

「急増している梅毒の疫学と病変写真」

三田市民病院 院長 荒川創一

特別講演 2題

一般講演 4題

神戸市産婦人科医会学術講演

平成29年3月25日 ホテルオークラ神戸

「月経のパラダイムシフト～新しい月経困難症・子宮内膜症の治療～」

聖路加国際病院副院長，女性総合診療部部长 百枝幹雄

特別講演 1題

【会員の皆様へ】

会員の先生方には「産婦人科の進歩」誌へ論文を投稿していただき誠にありがとうございます。「産婦人科の進歩」誌は1915年の「近畿婦人科会会報」から始まっており、以来101年間という永きにわたって継続し愛読されてきました。会員相互の情報交換や学術的な研修を実践するため、今後とも本誌を利用していただければ幸いです。

若いうちに論文を書いてまとめる習慣をつけると、理論的な考察や思考ができるようになります。また、書類をまとめるためには他の論文を読む習慣が身に付きます。したがって、論文を執筆することは、臨床医としての診療能力の向上につながります。このため、日本産科婦人科学会やサブスペシャルティー学会において、専門医になるために論文の執筆が必須要件になっており、このことは2018年度から日本専門医機構が認定する専門医制度においても継承されています。そして上級医にとって、若い医師の論文の指導は重要な仕事の1つとなっています。このような背景を受け、近年、本誌への投稿論文数が増加しており、われわれ編集担当としてはうれしく思っております。

本誌は若い医師が初めて論文を投稿される際にお使いいただけるような雑誌となっています。本誌に投稿していただくと、2名のレフェリーおよび近畿12大学から選ばれた14名の常任編集委員が論文を丁寧にみて、論文を改善するための建設的なコメントをお返しします。以前は査読者からのコメントによって論文を修正する時期と、常任編集委員からのコメントによって論文を修正する時期がずれていたために、何度も修正する形でしたが、今年度からは投稿される方の負担軽減のために、査読者および常任編集委員からのコメントを年3回の委員会後に同時にお返しする形としました。多数のコメントに基づいて論文がブラッシュアップされていく過程で、論文の書き方を勉強していただけると存じます。最終的な採択率は他の連合地方学会誌と同等になるよう、できるだけ拾い上げるようにしております。ぜひとも「産婦人科の進歩」誌に論文を投稿してください。

最後になりましたが、本年も例年どおり「産婦人科の進歩」誌を発刊できたのは、論文等を投稿していただいた会員の皆様、レフェリーの先生方、常任編集委員会の先生方、編集委員会の役員の諸先生方、さらに事務局のご協力の賜物であると感謝申し上げます。編集委員の先生方ならびに投稿論文への査読の労をお取りいただいた先生方のお名前を以下に掲載させていただき、本誌面を借りて厚く御礼を申し上げます。本当にありがとうございました。

平成29年10月

編集委員長
近畿大学医学部産科婦人科学教室
松 村 謙 臣

「産婦人科の進歩」編集委員（敬称略）

（◎は委員長）

井篁 一彦	伊原 由幸	岩破 一博	大井 豪一	大道 正英	岡田 英孝
笠原 恭子	亀谷 英輝	北脇 城	木村 正	小林 浩	古山 将康
近藤 英治	澤田 守男	柴原 浩章	鈴木 彩子	角 俊幸	高橋健太郎
竹村 昌彦	筒井 建紀	寺井 義人	濱西 潤三	◎松村 謙臣	万代 昌紀
南 佐和子	村上 節	森實真由美	八木 重孝	山崎 峰夫	山田 秀人
山本嘉一郎	矢本 希夫	吉村 智雄			

「産婦人科の進歩」常任編集委員（敬称略）

市村 友季	大井 豪一	笠原 恭子	北 正人	佐藤 幸保	澤田 守男
巽 啓司	辻 勲(轉)	筒井 建紀	恒遠 啓示	出口 雅士	濱西 潤三
◎松村 謙臣	八木 重孝	吉岡 信也			

第69巻投稿論文レフェリー（敬称略）

赤坂珠理晃	安彦 郁	石井 桂介	市村 友季	井上 佳代	井上 貴至
上田 豊	江川 美保	蝦名 康彦	遠藤 誠之	大久保智治	岡垣 篤彦
片山 浩子	金山 清二	金本 巨万	上浦 祥司	北 正人	金 共子
黒星 晴夫	小谷 康史	佐々木 浩	佐道 俊幸	左右田裕生	樫木 晋
志岐 保彦	重光 愛子	柴原 浩章	島岡 昌生	角 玄一郎	高橋 良樹
竹内 義人	橘 大介	辰巳 弘	田中 宏幸	千草 義継	辻 勲
常見 泰平	出口 雅士	寺井 義人	寺川 耕市	飛梅 孝子	中井 英勝
中川 哲也	中村 光作	延原 一郎	橋口 裕紀	林 周作	林 正美
樋口 壽宏	福岡 正晃	福田 武史	藤井絵里子	藤田 太輔	古川 健一
堀江 昭史	三枚 卓也	溝上 友美	南 佐和子	宮原 義也	森 泰輔
森實真由美	八木 重孝	安井 智代	安尾 忠浩	安田 勝彦	矢本 希夫
山口 建	吉田 彩	吉田 隆昭	吉野 潔	吉村 智雄	若橋 宣
脇ノ上史朗	藁谷深代子	澤田 守男	(68巻分)	鈴木 彩子	(68巻分)

平成29年度近畿産科婦人科学会 学術委員会各研究部会委員一覧

（平成29年 6月18日より）

【周産期研究部会】

（◎は代表世話人）

◎山田 秀人	神戸大学	田中 宏幸	兵庫医科大学
赤坂珠理晃	奈良県立医科大学	谷村 憲司	神戸大学病院
赤松 信雄	小国病院	千草 義継	京都大学
石井 桂介	地方独立行政法人大阪府立病院 機構 大阪母子医療センター	津崎 恒明	公立八鹿病院
井上 貴至	独立行政法人国立病院機構 東近江総合医療センター	常見 泰平	奈良県立医科大学
井上 泰英	花山ママクリニック	出口 雅士	神戸大学
岩破 一博	京都府立医科大学	富松 拓治	大阪大学
遠藤 誠之	大阪大学	中本 収	大阪市立総合医療センター
大久保智治	京都第一赤十字病院	野口 武俊	大和高田市立病院
大橋 正伸	医療法人 三友会 なでしこ レディースホスピタル	初田 和勝	近江八幡市立総合医療センター
岡田 十三	愛仁会千船病院	原田佳世子	兵庫医科大学病院
荻田 和秀	りんくう総合医療センター	久 靖男	久産婦人科
小野 哲男	滋賀医科大学	平野 仁嗣	奈良県立病院機構 奈良県総合医療センター
笠松 敦	関西医科大学	藤田 浩平	日本パプテスト病院
金川 武司	地方独立行政法人大阪府立病院 機構 大阪母子医療センター	藤田 太輔	大阪医科大学
亀谷 英輝	済生会吹田病院	藤原葉一郎	京都市立病院
神崎 徹	神崎レディースクリニック	船越 徹	兵庫県立こども病院
喜多 伸幸	滋賀医科大学	古川 健一	橋本市市民病院
木村 正	大阪大学	房 正規	加古川中央市民病院
小谷 泰史	近畿大学	堀江 清繁	大和高田市立病院
近藤 英治	京都大学	三枚 卓也	大阪市立大学
佐藤 幸保	大津赤十字病院	森實真由美	神戸大学
澤井 英明	兵庫医科大学	山崎 峰夫	医療法人社団純心会パルモア病院
樫木 晋	関西医科大学	山根 誠一	阪南中央病院
島岡 昌生	近畿大学	吉松 淳	国立循環器病センター
城 道久	和歌山県立医科大学	吉元 千陽	奈良県立医科大学
鈴木 裕介	大阪医科大学	早田 憲司	愛染橋病院
左右田裕生	済生会兵庫県病院	藁谷深洋子	京都府立医科大学
曾和 正憲	国保日高総合病院		
平 省三	芦屋たいらクリニック		
武内 享介	神戸医療センター		
橘 大介	大阪市立大学		

【腫瘍研究部会】

◎小林 浩	奈良県立医科大学
天野 創	滋賀医科大学
市村 友季	大阪市立大学
伊藤 善啓	神戸アドベンチスト病院
伊藤 良治	草津総合病院
井篁 一彦	和歌山県立医科大学

井上 佳代 兵庫医科大学病院
 植田 政嗣 (財)大阪がん予防検診センター
 上田 豊 大阪大学
 蝦名 康彦 神戸大学
 大井 豪一 近畿大学医学部奈良病院
 大道 正英 大阪医科大学
 小笠原利忠 誠仁会 大久保病院
 郭 翔志 東近江総合医療センター
 上浦 祥司 大阪府立病院機構 大阪国立がんセンター
 川口 龍二 奈良県立医科大学
 川村 直樹 大阪市立総合医療センター
 喜多 恒和 奈良県立病院機構 奈良県総合医療センター
 北 正人 関西医科大学
 黒星 晴夫 京都府立医科大学
 斉藤 淳子 斉藤女性クリニック
 坂根 理矢 兵庫医科大学
 澤田健二郎 大阪大学
 杉浦 敦 奈良県立病院機構 奈良県総合医療センター
 鈴木 彩子 近畿大学
 鈴木 嘉穂 神戸大学
 角 俊幸 大阪市立大学
 竹村 昌彦 大阪府立急性期・総合医療センター
 巽 啓司 国立病院機構 大阪医療センター
 谷本 敏 和歌山労災病院産婦人科
 辻 芳之 神戸アドベンチスト病院
 恒遠 啓示 大阪医科大学
 鐙本 浩志 兵庫医科大学
 寺井 義人 大阪医科大学
 中井 英勝 近畿大学
 中川 哲也 滋賀医科大学
 馬場 長 京都大学
 濱西 潤三 京都大学
 林 子耕 社会保険紀南病院
 藤田 宏行 京都第二赤十字病院
 藤原 潔 天理よろづ相談所病院
 松村 謙臣 近畿大学
 馬淵 泰士 和歌山県立医科大学
 万代 昌紀 京都大学
 宮原 義也 神戸大学
 森 泰輔 京都府立医科大学
 森田 宏紀 六甲アイランド甲南病院

安井 智代 大阪市立大学
 山口 聡 兵庫県立がんセンター
 山崎 正明 神鋼病院
 山下 健 (独) 地方医療機能推進機構 大和郡山病院
 吉岡 信也 神戸市立医療センター中央市民病院
 吉田 茂樹 愛仁会千船病院
 吉野 潔 大阪大学
 吉村 智雄 関西医科大学総合医療センター
 脇ノ上史朗 滋賀医科大学

【生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会】

◎柴原 浩章 兵庫医科大学
 石河 顕子 滋賀医科大学
 今福 仁美 神戸大学
 岩橋 栄 医療法人新生会 岩橋産科婦人科
 宇都宮智子 うつのみやレディースクリニック
 江川 美保 京都大学
 岡田 英孝 関西医科大学
 笠原 恭子 滋賀医科大学
 片山 和明 英ウィメンズクリニック
 加藤 徹 兵庫医科大学病院
 川口 恵子 川口レディースクリニック
 北脇 城 京都府立医科大学
 木村 文則 滋賀医科大学
 金 共子 大津赤十字病院
 楠木 泉 京都府立医科大学
 熊澤 恵一 大阪大学
 康 文豪 大阪市立住吉市民病院
 甲村 弘子 こうむら女性クリニック
 小林眞一郎 Kobaレディースクリニック
 古山 将康 大阪市立大学
 佐々木 浩 大阪医科大学
 佐藤 朝臣 神戸赤十字病院
 佐道 俊幸 奈良県立医科大学
 塩谷 雅英 英ウィメンズクリニック
 新谷 雅史 新谷レディースクリニック
 高島 明子 滋賀医科大学
 武田 卓 近畿大学東洋医学研究所 女性医学部門
 竹林 浩一 竹林ウィメンズクリニック
 棚瀬 康仁 奈良県立医科大学
 田辺 晃子 田辺レディースクリニック

谷口	武	谷口病院
辻	勲	近畿大学
飛梅	孝子	近畿大学
富山	達大	大阪New ARTクリニック
中尾	朋子	関西医科大学
中林	幸士	中林産婦人科クリニック
中村	光作	日本赤十字社和歌山医療センター
橋本	香映	大阪大学
羽室	明洋	大阪市立大学
林	正美	大阪医科大学
久本	浩司	大阪警察病院
福井	淳史	兵庫医科大学
藤野	祐司	ウィメンズクリニック 本町
別府	謙一	別府レディースクリニック
堀江	昭史	京都大学
牧原	夏子	済生会兵庫県病院
益子	和久	益子産婦人科医院
松尾	博哉	神戸大学保健学科
南	佐和子	和歌山県立医科大学
村上	節	滋賀医科大学
森本	義晴	医療法人三慧会 HORAC グランフロント大阪クリニック
安田	勝彦	関西医科大学総合医療センター
脇本	裕	兵庫医科大学

産婦人科の進歩 第69巻 総目次

原 著

- 安彦 郁他：子宮体癌に対する傍大動脈リンパ節郭清を含む腹腔鏡下手術の後方視的検討…………… 1号 (1)
- 中妻 杏子他：腹腔鏡下単純子宮全摘出術における腔断端離開の予防 ―腔壁切開と縫合手技の工夫―
…………… 2号 (71)
- 寺田亜希子他：当科における卵巢上皮性境界悪性腫瘍54例の解析…………… 2号 (77)
- 矢田(橋本)奈美子他：知的障害または発達障害を伴う女兒および若年女性の月経異常等に関する検討
…………… 3号 (245)
- 岩井 加奈他：卵巢癌におけるBevacizumabの適応・有害事象に関するアンケート調査
―近畿産科婦人科学会腫瘍研究部会調査―…………… 3号 (253)
- 濱田 啓義他：不妊治療により43歳以上で妊娠が成立した118症例の検討…………… 3号 (262)

症 例 報 告

- 河合 恵理他：メソトレキサート全身投与のみで治療し得た頸管妊娠の1例 頸管妊娠に対する治療法の選択
―自験例と文献的考察―…………… 1号 (8)
- 山下 暢子他：播種性骨髄癌腫症を呈した子宮体癌の1例…………… 1号 (13)
- 金 美娘他：レボノルゲストレル徐放型子宮内避妊システムが有効であったperitoneal inclusion cystsの
1症例…………… 1号 (21)
- 張 波他：帝王切開後に発症した*Mycoplasma hominis*による子宮筋層切開創感染症の1例…………… 1号 (26)
- 山西 恵他：茎捻転をきたした卵管脂肪腫の1例…………… 1号 (32)
- 福岡(志村)寛子他：術前には卵巢成熟嚢胞性奇形腫を診断できなかった抗NMDA受容体脳炎の1例
…………… 1号 (37)
- 杉山由希子他：卵巢腫瘍破綻が疑われた虫垂原発腹膜偽粘液腫の1例…………… 1号 (45)
- 坂本 美友他：子宮筋腫による急性尿閉をウォーレス・リング・ペッサリーにて解除し外来管理に成功した
3症例…………… 1号 (51)
- 渡邊 佑子他：患側子宮の進行流産にて診断された不完全閉鎖型 obstructed hemivagina and ipsilateral
renal anomaly (OHVIRA) 症候群の1例…………… 2号 (85)
- 山本 敏也他：左鎖骨上窩リンパ節腫大を契機に診断に至った卵管癌の1例…………… 2号 (93)
- 尹 純奈他：重症卵巢過剰刺激症候群に卵巢破裂を合併し開腹止血術を要した1例…………… 2号 (100)
- 小椋 恵利他：MRIで長期間経過を追い2度の妊娠・分娩を経験したcystic adenomatoid tumorの1例
…………… 2号 (107)
- 浮田 美里他：腔壁尖圭コンジローマにvaginal intraepithelial neoplasiaを併発した若年初産婦の1例
…………… 2号 (113)
- 岡野 友美他：漢方薬由来成分(グリチルレチン酸)の胎児移行を認めた1症例…………… 2号 (119)
- 施 裕徳他：粘膜下筋腫に続発した非産褥期不全子宮内反症の1例…………… 2号 (126)
- 中村 雅子他：腹水ADA高値により疑われた結核性腹膜炎を合併した性器結核の1例…………… 2号 (131)
- 青山 幸平他：術後早期に肝転移をきたし肝破裂に至った子宮腺肉腫の1例…………… 2号 (138)
- 芦原 敬允他：腹腔鏡下手術により診断に至った結核性腹膜炎の1例…………… 2号 (145)
- 中野 和俊他：妊娠第三半期に子宮静脈からの腹腔内出血を発症したが母児ともに救命できた2症例
…………… 2号 (151)

小西 博巳他：HELLP症候群に合併した後方可逆性脳症症候群および可逆性脳血管攣縮症候群……	3号	(269)
鈴木 尚子他：腹腔内に迷入した子宮内避妊具を腹腔鏡下に摘出した1例……	3号	(277)
脇本 裕他：筋強直性ジストロフィー合併妊娠および顔面肩甲上腕型筋ジストロフィー合併妊娠の2症例 ……	3号	(282)
小山 美佳他：治療抵抗性を示した難治性特発性血小板減少性紫斑病合併妊娠の1例……	3号	(288)
古形 祐平他：自然破綻を伴う卵巣成熟嚢胞性奇形腫に腺癌への悪性転化を疑った1例……	3号	(293)
久野 育美他：産褥期に発症し劇症型の臨床像を呈した急性発症1型糖尿病の1例……	3号	(300)
宮本 瞬輔他：腹腔鏡下に診断し治療した原発性腹膜妊娠の1症例……	4号	(355)
福井 薫他：子宮腺筋症より発生した可能性があると診断した子宮体部漿液性癌の1例……	4号	(360)
森内 芳他：異なる出血の様相を呈した臨床的羊水塞栓症：3症例の報告と文献的考察……	4号	(365)
栗谷 佳宏他：脊髄くも膜下麻酔を契機に頭蓋内硬膜下血腫を発症した子宮頸部および 外陰尖圭コンジローマの1例……	4号	(373)
勝部 美咲他：子宮筋腫術後に転移再発を繰り返す平滑筋腫瘍の1例……	4号	(378)
松原 翔他：妊娠悪阻に合併した肺血栓塞栓症に対し、妊娠13週で遺伝子組み換え組織 プラスミノゲンアクチベーター静注療法を施行し、生児を得た1例……	4号	(386)

臨床の広場

笠原 恭子：妊娠・授乳期の骨代謝と非外傷性骨折……	1号	(56)
馬場 長：婦人科悪性腫瘍に対する鏡視下手術……	2号	(156)
森 泰輔：思春期子宮内膜症についての最近の話題……	3号	(338)
小谷 泰史：骨盤臓器脱に対する腹腔鏡下仙骨靱帯固定術……	4号	(393)

今日の問題

市村 友季：悪性黒色腫について……	1号	(60)
佐々木 浩：閉経後骨粗鬆症治療のポイント……	2号	(163)
天野 創：卵巣漿液粘液性腫瘍……	3号	(343)
生田 明子：サージカルスモークがもたらす健康被害について……	4号	(399)

会員質問コーナー

(282) リンパ浮腫指導管理料について……	笠井 真理	1号	(63)
(283) 子宮内膜症患者に対する両側付属器摘出後のホルモン補充療法について……	鈴木 彩子	1号	(64)
(284) 妊娠・授乳中の薬剤使用について……	吉田 彩	2号	(168)
(285) 妊婦が水痘患者と濃厚接触、もしくは水痘を発症した場合の対応について……	谷村 憲司	2号	(169)
(286) 産婦人科におけるリンチ症候群の取り扱いについて……	山田 有紀	3号	(345)
(287) 産婦人科外来における月経前症候群への対応について……	江川 美保	3号	(347)
(288) 不育症の診断と治療……	福井 淳史	4号	(403)
(289) 梅毒の診断と治療……	佐々木徳之	4号	(405)

学術集会

第136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……	2号	(177)
第137回近畿産科婦人科学会学術集会プログラム・講演抄録……	4号	(473)

研究部会記録

第135回近畿産科婦人科学会第102回腫瘍研究部会記録

テーマ「実践「リンパ浮腫」—治療から連携まで—」

山添紗恵子他：当院におけるリンパ浮腫外来についての検討……………	3号 (308)
原 武也他：婦人科術後リンパ浮腫に対するリンパ浮腫外来の役割について……………	3号 (310)
手向 麻衣他：婦人科がん治療に関連したリンパ浮腫に対する当院での治療の検討と今後の展望…	3号 (314)
笠井 真理他：当院におけるリンパ嚢胞の発生因子についての検討……………	3号 (318)

第135回近畿産科婦人科学会周産期研究部会記録

テーマ「羊水塞栓症～母体死亡を防ぐために～」

近藤 美保他：羊水塞栓が疑われた帝王切開直後DICの1例……………	3号 (323)
佐々木義和他：双胎妊娠予定帝王切開の産科危機的出血を子宮型羊水塞栓症と診断した1例……………	3号 (326)

第135回近畿産科婦人科学会生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会記録

テーマ「閉経周辺期の諸問題（早発卵巣不全POIを含む）」

羽室 明洋他：早発卵巣不全に対する持続性卵胞ホルモン製剤の有効性について……………	3号 (332)
北脇 佳美他：当院で不妊治療を施行した早発卵巣不全症例に関する検討……………	3号 (335)

評議員会・総会記録

評議員会……………	4号 (406)
総会……………	4号 (411)
平成28年度日誌抄……………	4号 (412)
平成28年度決算報告……………	4号 (422)
平成29年度予算……………	4号 (426)
平成28年度「産婦人科の進歩」編集報告……………	4号 (427)

医会報告

平成28年度各府県別研修状況……………	4号 (435)
---------------------	----------

雑 報

会員の皆様へ……………	4号 (456)
-------------	----------

諸規定

会則……………	4号 (428)
諸規定……………	4号 (430)
投稿規定他……………	1号 (65), 2号 (171), 3号 (349), 4号 (466)

Subject Index Adv Obstet Gynecol, Volume69, 2017

■ORIGINAL

- Kaoru ABIKO et al. : Laparoscopic para-aortic lymphadenectomy for uterine endometrial cancer : a retrospective analysis No.1 (1)
- Kyoko NAKATSUMA et al. : Prevention of vaginal cuff dehiscence after total laparoscopic hysterectomy —Technical tips of vaginal wall incision and cuff closure — No.2 (71)
- Akiko TERADA et al. : Fifty-four cases of borderline ovarian epithelial tumors diagnosed in our hospital No.2 (77)
- Namiko YADA-HASHIMOTO et al. : Menstrual disorders in adolescent girls and young women with intellectual and developmental disabilities No.3 (245)
- Kana IWAI et al. : A questionnaire survey of indication and adverse events related to Bevacizumab for ovarian cancer—Survey of Gynecologic Oncology in the OBSTETRICAL GYNECOLOGICAL SOCIETY OF KINKI DISTRICT JAPAN—..... No.3 (253)
- Hironori HAMADA et al. : Study of 118 pregnant women over 43 years old after infertility treatment No.3 (262)

■CASE REPORT

- Eri KAWAI et al. : A case of cervical pregnancy successfully treated with systemic methotrexate administration only and a literature review of cervical pregnancy management No.1 (8)
- Masako YAMASHITA et al. : A case of disseminated carcinomatosis of the bone marrow arising from endometrioid adenocarcinoma of the corpus uteri No.1 (13)
- Mirang KIM et al. : Case report of peritoneal inclusion cysts successfully treated using the LNG-IUS No.1 (21)
- Bo ZHANG et al. : Case report of bacteremia that progressed from an operation scar infection of *M. hominis* after Caesarean section in a 33-year-old woman No.1 (26)
- Megumi YAMANISHI et al. : A case of torsion of a fallopian tube lipoma No.1 (32)
- Hiroko FUKUOKA (SHIMURA) et al. : A difficult-to-diagnose case of a mature cystic ovarian teratoma associated with anti-NMDA receptor encephalitis No.1 (37)
- Yukiko SUGIYAYA et al. : Pseudomyxoma peritonei preoperatively diagnosed as a rupture of ovarian tumor ; a case report No.1 (45)
- Miyu SAKAMOTO et al. : Three cases of acute urinary retention with uterine fibroids improved by Wallace ring pessary insertion No.1 (51)
- Yuko WATANABE et al. : A case of incompletely obstructed hemivagina and ipsilateral renal anomaly syndrome diagnosed with an inevitable miscarriage of an affected uterus No.2 (85)
- Toshiya YAMAMOTO et al. : A case of tubal cancer with lymphadenopathy in a supraclavicular node as a diagnostic clue No.2 (93)
- Soonna YOON et al. : Laparotomic hemostatic surgery for ovarian rupture complicated with

- severe ovarian hyperstimulation syndrome : a case report ··· No.2 (100)
- Eri OGURA et al. : A case of cystic adenomatoid tumor resected after nine years of observation and two full-term deliveries ··········· No.2 (107)
- Misato UKITA et al. : A young primipara with condyloma acuminatum and vaginal intraepithelial neoplasia ··········· No.2 (113)
- Tomomi OKANO et al. : A case report of migration of an herbal medicine ingredient to the fetus ··········· No.2 (119)
- Yutoku SHI et al. : A case of non-puerperal incomplete uterine inversion caused by submucous leiomyoma ··········· No.2 (126)
- Masako NAKAMURA et al. : A case of genital tuberculosis with tuberculous peritonitis suspected by a high level of adenosine deaminase (ADA) in her ascites ··· No.2 (131)
- Kohei AOYAMA et al. : A case of uterine adenosarcoma with liver metastasis causing early postoperative hepatorrhesis ··········· No.2 (138)
- Keisuke ASHIHARA et al. : A case of tuberculous peritonitis diagnosed with a laparoscope ··········· No.2 (145)
- Kazutoshi NAKANO et al. : Two cases of mother and fetus who survived spontaneous uterine hemorrhage at third trimester ··········· No.2 (151)
- Hiromi KONISHI et al. : Posterior reversible encephalopathy syndrome and reversible cerebral vasoconstriction syndrome complicated with HELLP syndrome: a case report ··········· No.3 (269)
- Takako SUZUKI et al. : A case of laparoscopic removal of intrauterine contraceptive device perforated to the intraabdominal cavity ··········· No.3 (277)
- Yu WAKIMOTO et al. : Two cases of pregnancy complicated by myotonic dystrophy and facioscapulohumeral muscular dystrophy ··········· No.3 (282)
- Mika KOYAMA et al. : A case of intractable idiopathic thrombocytopenic purpura in pregnancy ··········· No.3 (288)
- Yuhei KOGATA et al. : Ovarian mature cystic teratoma with spontaneous rupture, a case of suspicious of malignant transformation to adenocarcinoma ··· No.3 (293)
- Ikumi KUNO et al. : Acute-onset type 1 diabetes mellitus mimicking fulminant type 1 diabetes mellitus during postpartum period ··········· No.3 (300)
- Shunsuke MIYAMOTO et al. : Successful laparoscopic management of primary peritoneal pregnancy : a case report ··········· No.4 (355)
- Kaoru FUKUI et al. : A case of serous carcinoma of uterine corpus which may have occurred in adenomyosis ··········· No.4 (360)
- Kaori MORIUCHI et al. : Amniotic fluid embolism with different clinical manifestations of uterine hemorrhage: Report of three cases and literature review ··· No.4 (365)
- Yoshihiro KURITANI et al. : A case in which an intracranial subdural hematoma developed after the induction of spinal anesthesia for laser ablation ········· No.4 (373)
- Misaki KATSUBE et al. : Smooth muscle tumor that repeats recurrence of metastasis after myomectomy : A case report ··········· No.4 (378)
- Sho MATSUBARA et al. : A case of pulmonary thromboembolism caused by hyperemesis gravidarum, successfully treated using recombinant tissue plasminogen activator at 13 weeks of pregnancy ··········· No.4 (386)

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も掲載 (<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。

4. 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。

5. 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。

6. 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、本誌巻末の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を用いて、A4用紙で出力する。

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、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、本誌巻末の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。臨産婦、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, 通しナンバーを付してA4用紙で出力し添付する. 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.

7. 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.

8. 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.

9. 校正

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

10. 別冊

別冊の希望部数は著者校正の際に, 校正紙に朱書のこと.

11. 掲載料

投稿料, 掲載料は無料である. しかし, 下記に対しては実費を申し受ける.

1) 特別掲載は全額著者負担

2) 表組み, 写真版, 図・スケッチ, 原色版, 特別印刷などの費用

3) 本誌6頁以上の超過頁

4) 別冊代およびその郵送料 (電子メールによるPDFファイル送信は無料)

5) 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.

12. 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.

13. 論文原稿送付について

原稿送付に際し, オリジナルとコピー2部, ならびに所定の誓約書・著作権委譲書・英文校閲確認書を添付する. データは文字データとともにメールもしくはCD, USBメモリー等で送付のこと. なお, 編集室に送付された電子媒体は返却しない.

14. 原稿送付先

原稿は書留便で下記宛に送付のこと.

〒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「産婦人科の進歩」編集室

電話075(771)1373 E-mail sanpu-sinpo@chijin.co.jp

15. 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15年12月11日改定
昭和61年7月16日改定	平成22年2月10日改定
平成4年2月23日改定	平成24年5月13日改定
平成10年5月24日改定	平成24年12月6日改定
平成13年12月13日改定	平成25年12月12日改定
平成14年12月12日改定	平成27年12月10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が, 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おりません.
- * 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。

平成29年10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	刊行月より約 2 カ月後予定
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	刊行月より約 2 カ月後予定
費用	1 論文ダウンロード 594 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

誓約書・著作権委譲書

Commitment to Single Submission and Copyright Transfer

「産婦人科の進歩」に投稿した下記の論文は他誌に未発表であり、また投稿中でもありません。また、採用された場合はこの論文の著作権を近畿産科婦人科学会に委譲することに同意します。

I (We) hereby affirm that manuscript is original. It has not been published and is not being submitted for publication elsewhere.

I (We) agree to assign exclusive copyright to The Obstetrical Gynecological Society of Kinki District Japan when the manuscript is accepted for publication.

論文名 (Title)

著者名 (楷書)	署 名 (Signature)	年月日

注：著者は必ず全員署名してください。

All authors must sign.

英文校閲確認書

平成 年 月 日

この度の「産婦人科の進歩」誌への投稿論文につき、英文抄録の校閲については下記のように依頼いたしました。

論 文 名

著 者 名

英 文 校 閲 日

平成 年 月 日

英 文 校 閲 者 名

英文校閲者署名 (もしくは署名のある用紙を添付)

以上は、投稿規定 6.aに明記されている要件を満たしていることを確認いたします。

<投稿規定6.a>

英文抄録は、英語を母国語とし、英語を専門としているか英文校正を生業としている者の校閲を受け、その校閲者に署名をしてもらうこと。

氏名 _____

「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

TEL 075-771-1373 FAX 075-771-1510

E-mail : sanpu-sinpo@chijin.co.jp

第137回近畿産科婦人科学会学術集会

プログラム・講演抄録

会 期：平成29年10月29日（日）

会 場：和歌山県JAビル

近畿産科婦人科学会 会長 根 来 孝 夫
学術集会長 井 篁 一 彦

（注意：当日は抄録集を発行いたしませんので，必ず本誌をご持参ください）

第137回近畿産科婦人科学会学術集会 ご 案 内

会 期：平成29年10月29日（日）8：20～17：30

会 場：和歌山県JAビル

〒640-8331 和歌山市美園町5-1-1

TEL：073-488-5641 FAX：073-426-5320

第1会場：和ホールBC（2階）

（開会式，周産期研究部会，日産婦伝達講習会，ランチョンセミナー1，
指導医講習会，周産期シンポジウム）

第2会場：和ホールA（2階）

（生殖内分泌・女性ヘルスケア研究会，日産婦伝達講習会同時中継，
ランチョンセミナー3，日産婦医会委員会ワークショップ，日産婦医会講演）

第3会場：11-AB（11階）

（腫瘍研究部会，ランチョンセミナー2，スポンサード教育講演，
医療安全講習会，日産婦伝達講習会（ビデオ上映））

＜講習会単位のご案内＞

* 下記のセッションにおいて単位を付与いたします。

13：40～14：40	共通講習 （指導医）	1単位	指導医講習会「新専門医制度について」 *入室時参加登録
13：40～14：40	産婦人科領域講習	1単位	スポンサード教育講演「卵巣癌に対する薬物療法— 分子標的治療の導入はなにをもたらすか？」 *入室時参加登録
14：55～17：15	産婦人科領域講習	1単位	周産期シンポジウム「妊娠婦が安心して満足できる分 娩を目指して」 *入室時参加登録
14：55～15：55	共通講習 （医療安全）	1単位	医療安全講習会「現場で実践すべき医療安全～最近 の話題を中心に～」 *入室時参加登録
15：50～17：10	産婦人科領域講習	1単位	日本産婦人科医会，日本対がん協会共同シンポジウム 「子宮がん検診 新たな夜明け」 *入室時参加登録

【参加登録方法】

各講習会場で「e医学会カード」のバーコードを読み取ることで参加登録を行います。

ご出席の先生は必ず「e医学会カード」にて参加登録を行ってください。

参加登録は入室時（セッション開始15分前から開始10分後の間）に行います。

* 日本産科婦人科学会会員で「e医学会カード」を紛失等でお持ちでない方は運転免許証等でご本人確認の上、登録確認を行います。

<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、参加章（領収書）をお受けとってください。クレジットカードでのお支払いはできません。初期研修医・医学生の学会参加費は無料です。

* 周産期シンポジウムにおきまして、近畿産科婦人科学会会員以外の助産師・看護師・助産学生の方が周産期シンポジウムに参加される場合の参加費は無料です。会場の受付にて、職員証・学生証をご提示した上で、氏名と所属先をご記名いただき、名札をお受け取りください。周産期シンポジウムの会場内におきましては、必ず名札の着用をお願いいたします。なお、会場の収容人数に限りがありますので、大変申し訳ございませんが、助産師・看護師・助産学生の方で参加を希望される方は、各施設で数名単位の小人数でのご参加をお願い申し上げます。

<各種研修証明について>

* 日本産科婦人科学会専門医 研修出席証明：10単位

「e医学会カード（UMINカード、日本産科婦人科学会発行）」を利用いたします。

会員の皆様は「e医学会カード」をご持参の上、受付にてお申し出ください。

* 日本産婦人科医会研修参加証：シールを1枚発行いたします。受付にてお申し出ください。

< 学 会 場 案 内 図 >

■会 場：和歌山県JAビル

〒640-8331 和歌山市美園町5-1-1

TEL：073-488-5641 FAX：073-426-5320

■交通のご案内

< 電車でお越しの場合 >

JR和歌山駅（中央改札口）から西へ徒歩約2分

・京都から特急くろしおで90分

・新大阪から特急くろしおで60分

・大阪から紀州路快速で80分

・天王寺から特急くろしおで45分

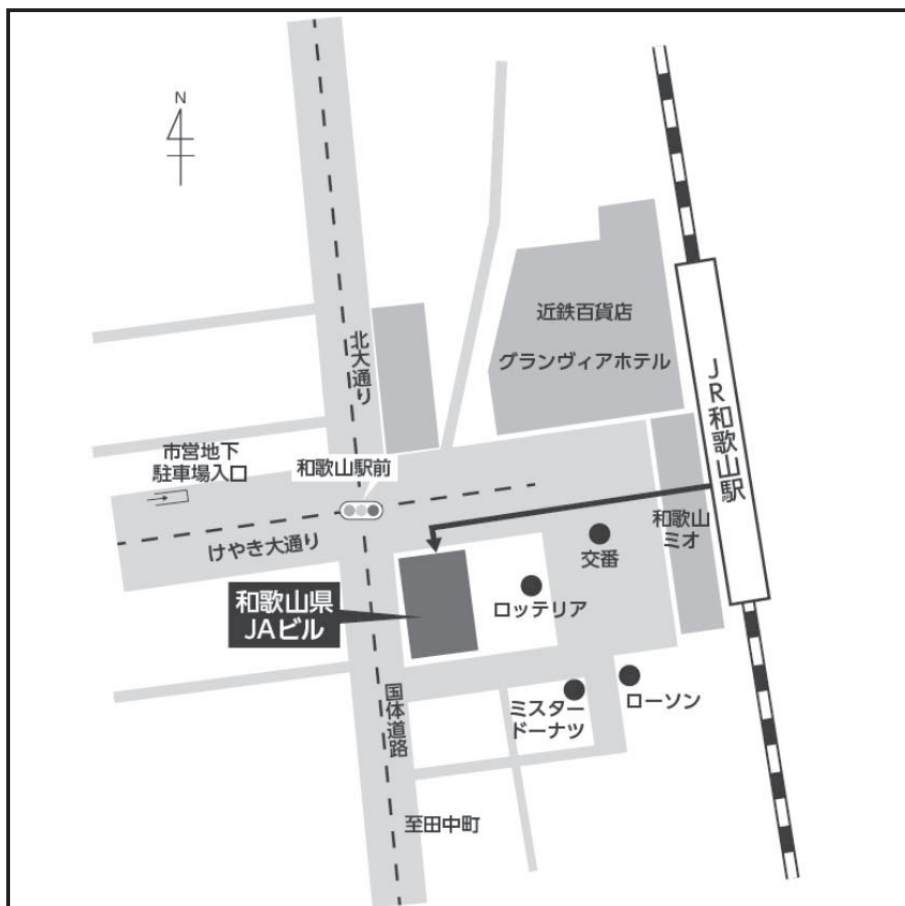
< 関西空港からお越しの場合 >

和歌山駅直行リムジンバスで約40分

< お車でお越しの場合 >

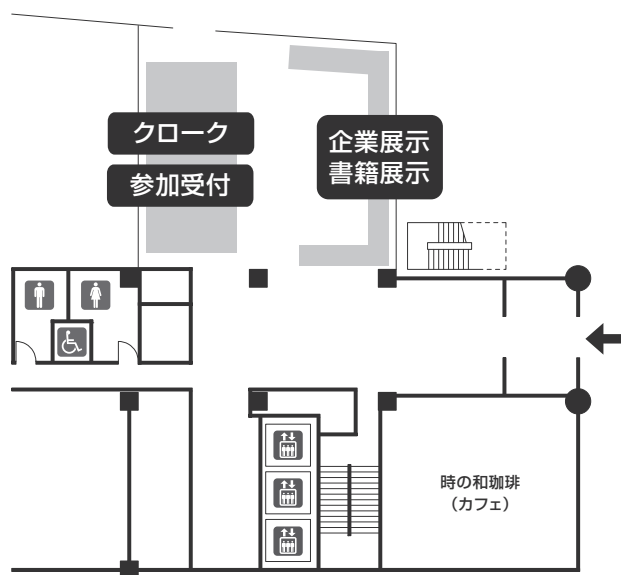
和歌山ICから和歌山市街方向へ約20分

※会場に駐車場はありません。近隣の有料駐車場をご利用ください。



< 各会場案内図 >

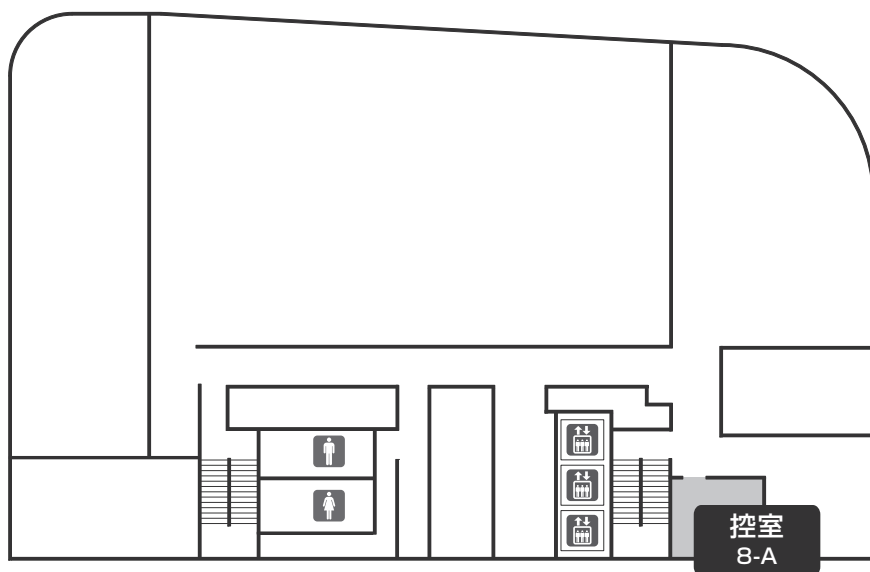
■ 1 F



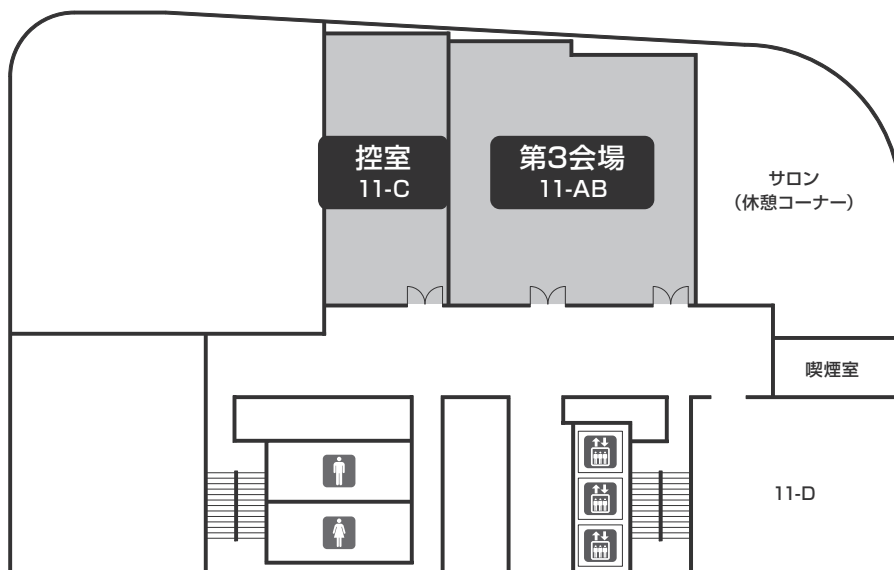
■ 2 F



■ 8 F



■ 11 F



学会進行表

■平成29年10月29日（日）

	第1会場 (和ホールBC)	第2会場 (和ホールA)	第3会場 (11-AB)	
8:20	開会式			
8:30	周産期研究部会			
8:50	テーマ「妊娠高血圧症候群	生殖内分泌・	腫瘍研究部会	
9:00	による臓器障害発症とその 臨床管理を考える」	女性ヘルスケア研究部会 テーマ「多嚢胞性卵巣症候 群（PCOS）と卵巣過剰刺 激症候群（OHSS）」	テーマ「細胞診における子 宮頸部腺系病変の取り扱い について」	
11:30				
11:40	日産婦伝達講習会 座長：井篁一彦 演者：久具宏司	日産婦伝達講習会 同時中継会場		
12:10				
12:25	ランチョンセミナー1 (バイエル薬品) 座長：木村 正 演者：大須賀穰	ランチョンセミナー3 (大塚製薬) 座長：山田秀人 演者：武田 卓	ランチョンセミナー2 (持田製薬) 座長：北脇 城 演者：吉野 修	
13:25				
13:40	指導医講習会 座長：大道正英 演者：松村謙臣	日産婦医会委員会 ワークショップ 座長：曾和正憲，安井智代 演者：菅沼信彦，西尾幸浩 中井恭子，中村光作 馬淵泰士	スポンサード教育講演 (中外製薬) 座長：井篁一彦 演者：万代昌紀	
14:40				
14:55	周産期シンポジウム 座長：中後 聡 森實真由美 演者：山本 亮 金沢路子 川又睦子 谷口 武		医療安全講習会 座長：南佐和子 演者：水本一弘	15:40
15:50		日本産婦人科医会・ 日本対がん協会 共同シンポジウム 座長：井篁一彦，根来孝夫 演者：鈴木光明，黒川哲司		15:55
16:00			日産婦伝達講習会 (ビデオ上映)	16:30
17:15	閉会式			17:10

※(P) …単位付与対象セッション

■10月29日（日）

日産婦伝達講習会

●11：40～12：10 第1会場（和ホールBC）

「“経”からの解放—妊娠・分娩回数のおえ方の統一—」

座長：和歌山県立医科大学産科婦人科学講座教授

井 篁 一 彦 先生

演者：東京都立墨東病院産婦人科部長

公益社団法人日本産科婦人科学会用語委員会副委員長

久 具 宏 司 先生

ランチョンセミナー

●12：25～13：25 第1会場（和ホールBC）

1. 「月経困難症・子宮内膜症治療の新時代～女性活躍時代の薬物療法～」

座長：大阪大学大学院医学系研究科器官制御外科学講座産科学婦人科学教授

木 村 正 先生

演者：東京大学大学院医学系研究科産婦人科学講座教授

大 須 賀 穰 先生

共催：バイエル薬品株式会社

●12：25～13：25 第3会場（11-AB）

2. 「子宮筋腫・子宮腺筋症治療へのストラテジー」

座長：京都府立医科大学大学院医学研究科女性生涯医科学教授

北 脇 城 先生

演者：富山大学医学薬学研究部産科婦人科学教室准教授

吉 野 修 先生

共催：持田製薬株式会社

●12：25～13：25 第2会場（和ホールA）

3. 「女性の活躍促進と大豆～スーパーイソフラボン「エクオール」の可能性～」

座長：神戸大学大学院医学研究科外科系講座産科婦人科学分野教授

山 田 秀 人 先生

演者：近畿大学東洋医学研究所所長・教授

武 田 卓 先生

共催：大塚製薬株式会社

指導医講習会

●13：40～14：40 第1会場（和ホールBC）

「新専門医制度について」

座長：大阪医科大学産婦人科学教室教授

大 道 正 英 先生

演者：近畿大学医学部産科婦人科学教室教授

松 村 謙 臣 先生

スポンサード教育講演

●13：40～14：40 第3会場（11-AB）

「卵巣癌に対する薬物療法—分子標的治療の導入は何をもたらすか？」

座長：和歌山県立医科大学産科婦人科講座教授

井 籠 一 彦 先生

演者：京都大学大学院医学研究科器官外科学講座婦人科学産科学分野教授

万 代 昌 紀 先生

共催：中外製薬株式会社

周産期シンポジウム

テーマ「妊産婦が安心して満足できる分娩を目指して」

●14：55～17：15 第1会場（和ホールBC）

座長：社会医療法人愛仁会高槻病院総合周産期母子医療センター長・産婦人科主任部長

中 後 聡 先生

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講師

森 實 真由美 先生

「分娩時の胎児機能不全に対する対応」

演者：大阪府立病院機構大阪母子医療センター産科・診療主任 山 本 亮 先生

「当院の産科麻酔チームの取り組み～安心して満足できるお産を目指して～」

演者：関西医科大学附属病院麻酔科助教

金 沢 路 子 先生

「院内助産院での分娩から見える、妊産婦が求める「お産」とは」

演者：社会医療法人愛仁会千船病院MFICU科長・助産師

川 又 睦 子 先生

「高齢出産時代の育児不安解消を目指した母乳育児支援」

演者：医療法人定生会谷口病院院長

谷 口 武 先生

医療安全講習会

●14:55～15:55 第3会場 (11-AB)

「現場で実践すべき医療安全～最近の話題を中心に～」

座長：和歌山県立医科大学総合周産期母子医療センター病院教授

南 佐 和 子 先生

演者：和歌山県立医科大学附属病院医療安全推進部病院教授

水 本 一 弘 先生

日本産婦人科医会・日本対がん協会共同シンポジウム

テーマ「子宮がん検診 新たな夜明け」

●15:50～17:10 第2会場 (和ホールA)

座長：和歌山県立医科大学産科婦人科学講座教授

井 籠 一 彦 先生

和歌山県産婦人科医会会長

根 来 孝 夫 先生

「LBC/HPV 検査併用子宮頸がん検診の有用性」

演者：日本産婦人科医会常任理事,

新百合ヶ丘総合病院がんセンター センター長

鈴 木 光 明 先生

「子宮内膜細胞診の診断精度向上への取り組みー液状化検体法導入の試みー」

演者：福井大学医学部附属病院産科婦人科准教授

黒 川 哲 司 先生

研究部会プログラム

■平成29年10月29日（日）

【第103回腫瘍研究部会（第3会場 11-AB）】

（8：50～11：31）

開会のあいさつ（8：50～8：55）

代表世話人：小林 浩

テーマ：「細胞診における子宮頸部腺系病変の取り扱いについて」

セッションⅠ（8：55～9：15）

座長：小林 浩

「細胞診における子宮頸部腺系病変の取り扱いについて：オーバービュー」

豊田 進司

（奈良県総合医療センター）

（発表6分、質疑2分）

セッションⅡ（9：15～10：03）

座長：吉野 潔

1. 「小細胞癌と胃型頸部腺癌を合併した子宮頸癌の1例」

尾谷 功¹⁾，小林 智子¹⁾，竹中 由夏¹⁾，谷本 敏¹⁾，矢本 希夫²⁾

（和歌山労災病院¹⁾，女性診療科²⁾）

2. 「当科におけるAGCについての検討」

原 武也，三好 愛，亀井 裕史，涌井 菜央，藤城 亜貴子，金尾 世里加，直居 裕和，
大塚 博文，長松 正章，横井 猛

（泉州広域母子医療センター市立貝塚病院）

3. 「頸部細胞診のAGCに含まれる多彩な浸潤癌」

熊谷 広治¹⁾，坂井 昌弘¹⁾，前田 隆義¹⁾，山崎 由香子²⁾，山内 直樹²⁾，森島 英和²⁾，
真寄 武³⁾

（大阪鉄道病院¹⁾，同臨床検査室病理²⁾，同病理診断科³⁾）

4. 「当院における頸部細胞診AGC判定例の後方視的検討」

神田 瑞希，伊藤 風太，松山 達也，金森 玲，島津 由紀子，田口 貴子，脇本 哲，
岩宮 正，隅藏 智子，竹村 昌彦

（大阪急性期・総合医療センター）

5. 「当院での子宮頸部細胞診AGC症例に対する最終診断の後方的検討」

神野 友里¹⁾，久松 武志¹⁾，手向 麻衣¹⁾，大歳 愛由子¹⁾，徳川 睦美¹⁾，塚原 稚香子¹⁾，
柏原 宏美¹⁾，宮武 崇¹⁾，久本 浩司¹⁾，西尾 幸浩¹⁾，辻本 正彦²⁾

（大阪警察病院¹⁾，同病理診断科²⁾）

6. 「子宮頸部細胞診における異型腺細胞の取り扱いに関する検討」

植田 彰彦，石川 行良，通 あゆみ，西川 毅，角井 和代

（大阪府済生会野江病院）

セッションⅢ (10:03~10:51)

座長: 蝦名 康彦

7. 「当院におけるAtypical Glandular Cells (AGC) 判定の転帰」

田中 稔恵, 吉野 潔, 岩宮 正, 岡澤 晶子, 瀧内 剛, 小玉 美智子, 橋本 香映,
小林 栄仁, 馬淵 誠士, 上田 豊, 富松 拓治, 澤田 健二郎, 木村 正 (大阪大学)

8. 「当科で子宮頸部細胞診で「AGC」と判定された症例について」

寺田 信一, 田中 良道, 土橋 裕允, 橋田 宗祐, 丸岡 寛, 古形 祐平, 芦原 敬允,
前田 和也, 藤原 聡枝, 兪 史夏, 田中 智人, 恒遠 啓示, 佐々木 浩, 寺井 義人,
大道 正英 (大阪医科大学)

9. 「当院のAGCの管理」

笠井 真理, 松原 裕明, 植村 遼, 川西 勝, 和田 卓磨, 田坂 玲子, 福田 武史,
橋口 裕紀, 市村 友季, 安井 智代, 角 俊幸 (大阪市立大学)

10. 「当院でAGCと判定された症例についての後方視的検討」

久松 洋司, 木戸 健陽, 生田 明子, 佛原 悠介, 村田 紘未, 溝上 友美, 吉村 智,
北 正人, 岡田 英孝 (関西医科大学)

11. 「AGC症例の組織学的転帰と臨床背景に関する検討」

杉本 澄美玲, 佐々木 義和, 長安 実加, 岩井 加奈, 新納 恵美子, 森岡 佐知子,
山田 有紀, 棚瀬 康仁, 川口 龍二, 小林 浩 (奈良県立医科大学)

12. 「子宮頸部細胞診でAGCと判定された70例の検討」

井手本 尚子, 安部 倫太郎, 臼井 淳子, 公森 摩耶, 松木 貴子, 柳井 咲花,
村上 誠, 徳山 治, 川村 直樹 (大阪市立総合医療センター)

セッションⅣ (10:51~11:31)

座長: 北 正人

13. 「当科におけるAGCについて」

山中 彰一郎, 豊田 進司, 森田 小百合, 竹田 善紀, 杉本 ひとみ, 石橋 理子,
伊東 史学, 渡邊 恵, 杉浦 敦, 平野 仁嗣, 井谷 嘉男, 喜多 恒和
(奈良県総合医療センター)

14. 「子宮頸部腺系病変に正常大右卵巢由来の粘液性腺癌を伴った1症例」

奈倉 道和, 渡部 光一, 菅 智美, 中島 正敬 (長浜赤十字病院)

15. 「Atypical glandular cellsの病理組織学的転帰と臨床意義」

生駒 直子¹⁾, 中村 雅子¹⁾, 張 波¹⁾, 杉本 澄美玲²⁾, 金山 清二¹⁾, 浦 雅彦¹⁾,
福森 恭代³⁾, 若狭 朋子³⁾, 太田 善夫³⁾, 大井 豪一¹⁾
(近畿大学医学部奈良病院¹⁾, 奈良県立医科大学²⁾, 近畿大学医学部奈良病院病理診断科³⁾)

16. 「当院における子宮頸部腺癌およびAGCの症例の検討」

岡本 葉留子, 門元 辰樹, 増田 望穂, 柳川 真澄, 前田 裕斗, 山添 紗恵子,
崎山 明香, 松林 彩, 中北 麦, 小林 史昌, 林 信孝, 小山 瑠梨子, 大竹 紀子,
富田 裕之, 上松 和彦, 青木 卓哉, 吉岡 信也 (神戸市立医療センター中央市民病院)

17. 「子宮頸部細胞診AGC症例の病理組織学的検討と転帰」

川口 徹也, 蝦名 康彦, 今福 仁美, 鈴木 嘉穂, 若橋 宣, 宮原 義也,
山田 秀人 (神戸大学)

■平成29年10月29日（日）

【周産期研究部会（第1会場 和ホールBC）】

(8:30~11:30)

開会のあいさつ

代表世話人：山田 秀人

当番世話人：中本 収

テーマ：「妊娠高血圧症候群による臓器障害発症とその臨床管理を考える」

(発表8分, 質疑2分)

I. 高度浮腫性病変管理 (8:30~9:20)

座長：丸尾 伸之

1. 「妊娠高血圧腎症に漿液性網膜剥離を合併した1例」

松木 貴子, 中村 博昭, 井上 基, 松木 厚, 公森 摩耶, 田原 三枝, 西本 幸代,
田中 和東, 中本 収 (大阪市立総合医療センター 総合周産期センター産科)

2. 「産後に網膜剥離を生じVogt-小柳-原田病と診断された妊娠高血圧症候群の1例」

本多 秀峰, 山本 幸代, 宇田 元, 山本 実咲, 永瀬 慶和, 北井 俊大, 谷口 友基子,
磯部 晶, 増原 完治, 信永 敏克 (兵庫県立西宮病院)

3. 「肺水腫を合併した妊娠高血圧腎症に対し分娩前よりフロセミドにて治療を行った1例」

松木 厚, 田中 和東, 井上 基, 公森 摩耶, 松木 貴子, 田原 三枝, 西本 幸代,
中村 博昭, 中本 収 (大阪市立総合医療センター 総合周産期母子医療センター産科)

4. 「心不全を合併した妊娠高血圧に伴う肺水腫の3例」

稲葉 尚美, 石原 あゆみ, 杉本 麻帆, 藤田 由布, 中野 瑛理, 柴田 綾子,
三上 千尋, 陌間 亮一, 田中 達也, 丸尾 伸之 (淀川キリスト教病院)

高度浮腫性病変管理に関する総合討論 (10分)

II. 中枢神経障害・臓器障害管理 (9:20~10:40)

座長：近藤 英治, 笠松 敦

5. 「妊娠高血圧症から脳卒中を発症した2例」

荻本 圭祐, 三上 千尋, 杉本 麻帆, 藤田 由布, 石原 あゆみ, 柴田 綾子,
中野 瑛理, 陌間 亮一, 田中 達也, 伊熊 健一郎, 丸尾 伸之
(淀川キリスト教病院)

6. 「当院で経験された妊娠高血圧症候群合併子癇発作4症例における後方視的検討」

門元 辰樹, 岡本 葉留子, 柳川 真澄, 前田 裕斗, 増田 望穂, 山添 紗恵子,
崎山 明香, 中北 麦, 松林 彩, 林 信孝, 小林 史昌, 小山 瑠梨子, 大竹 紀子,
富田 裕之, 上松 和彦, 青木 卓哉, 吉岡 信也 (神戸市立医療センター中央市民病院)

7. 「Posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) 10例の検討」

西端 修平, 吉田 彩, 笠松 敦, 副島 周子, 安原 由紀, 横江 巧也, 黒田 優美,
小林 直子, 松本 みお, 生駒 洋平, 榎木 晋, 岡田 英孝 (関西医科大学)

8. 「HELLP症候群, 高カリウム血症, 子癇発作および脳出血を呈した1例」

高瀬 亜紀, 三枚 卓也, 栗原 康, 植村 遼, 林 雅美, 横井 夏子, 片山 浩子,
羽室 明洋, 中野 朱美, 橘 大介, 古山 将康 (大阪市立大学)

9. 「HELLP症候群の血小板数低下への対応」

井上 基, 西本 幸代, 松木 厚, 公森 摩耶, 松木 貴子, 田原 三枝, 田中 和東,
中村 博昭, 中本 収 (大阪市立総合医療センター 総合周産期母子医療センター産科)

10. 「HELLP症候群に対しMississippi Protocolに基づく治療を行った8例の検討」

三谷 尚弘, 城 道久, 松下 彩葉, 中田 久実子, 南 佐和子, 井篁 一彦
(和歌山県立医科大学)

11. 「非侵襲的陽圧換気療法を併用し妊娠を継続しえた妊娠24週partial HELLP症候群の1例」

濱田 航平, 千草 義継, 近藤 英治, 上田 優輔, 河原 俊介, 最上 晴太,
万代 昌紀 (京都大学)

中枢神経障害・HELLP症候群管理に関する総合討論 (10分)

Ⅲ. 分娩周辺期の高血圧管理 (10:40~11:30)

座長: 佐道 俊幸

12. 「娩出時期の決定に苦慮した加重型妊娠高血圧腎症の1例」

鈴木 陽介, 北野 佐季, 八木 茉莉, 村上 淳子, 中村 涼, 高尾 映美子,
松元 香揚子, 奥野 健太郎, 早田 憲司 (愛染橋病院)

13. 「硫酸Mgおよびニカルジピンで妊娠管理した注射液の長期投与加重型妊娠高血圧腎症早発型の2例」

松木 厚, 田中 和東, 井上 基, 公森 摩耶, 松木 貴子, 田原 三枝, 西本 幸代,
中村 博昭, 中本 収 (大阪市立総合医療センター 総合周産期母子医療センター産科)

14. 「産褥に診断された副腎腫瘍の2例～二次性高血圧の鑑別の重要性～」

大門 篤史, 藤田 太輔, 太田 沙緒里, 布出 実紗, 永易 洋子, 岡本 敦子, 佐野 匠,
鈴木 裕介, 寺井 義人, 大道 正英 (大阪医科大学)

15. 「重症妊娠高血圧腎症術後に周産期心筋症をきたした1例」

大西 俊介, 常見 泰平, 橋口 康弘, 山尾 佳穂, 中野 和俊, 赤坂 珠理晃,
藤井 絵里子, 佐道 俊幸, 小林 浩 (奈良県立医科大学)

分娩周辺期の高血圧管理総合討論 (10分)

■平成29年10月29日（日）

【生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会（第2会場 和ホールA）】

(9:00~11:30)

開会のあいさつ

代表世話人：柴原 浩章

テーマ：「多嚢胞性卵巣症候群（PCOS）と卵巣過剰刺激症候群（OHSS）」

(発表6分，質疑3分)

(9:00~10:00)

一般演題

司会・座長：熊澤 恵一

1. 「胎児共存奇胎に合併したOHSSの1例」

神田 昌子，味村 和哉，熊澤 恵一，木村 正 (大阪大学)

2. 「OHSSとの鑑別を要した多房性卵巣腫瘍に対し，腹腔鏡下卵巣多孔術を施行した1症例」

小林 直子，都築 朋子，横江 巧也，吉村 智雄，岡田 園子，北 正人，
岡田 英孝 (関西医科大学)

3. 「OHSSに伴う大量腹水に対し腹水濾過濃縮再静注法（CART）が有用であった1例」

花田 哲郎，木村 文則，森宗 愛菜，竹林 明枝，高島 明子，村上 節
(滋賀医科大学)

4. 「当科で管理した卵巣過剰刺激症候群の3症例」

梅澤 奈穂，尹 純奈，和田 あずさ，大八木 知史，福田 綾，筒井 建紀
(JCHO大阪病院)

5. 「排卵誘発から1週後に外因性hCGにより卵巣過剰刺激症候群を発症した1例」

香林 正樹，熊澤 恵一，山田 光泰，桑鶴 知一郎，福田 弥生，小泉 花織，瀧内 剛，
中村 仁美，木村 正 (大阪大学)

6. 「当院におけるPCOS女性に対する不妊治療成績」

浮田 祐司^{1,2)}，小林 眞一郎¹⁾，浮田 美里²⁾，杉山 由希子²⁾，藤井 雄太²⁾，竹山 龍²⁾，
森本 篤²⁾，森本 真晴²⁾，加藤 徹²⁾，脇本 裕²⁾，福井 淳史²⁾，柴原 浩章²⁾
(Kobaレディースクリニック¹⁾，兵庫医科大学²⁾)

(10:00~10:45)

司会：熊澤 恵一

兵庫医科大学アンケート報告

座長：木村 正

「円錐切除後の不妊治療」

(10:45~11:30)

司会：熊澤 恵一

基調講演

座長：木村 正

「総合病院における生殖医療に関して」

演者：倉敷中央病院産婦人科 本田 徹郎

閉会のあいさつ

当番世話人：木村 正

日産婦伝達講習会

近産婦学会 HP 抄録閲覧
 ID kinsanpu
 パスワード kinsanpu

「“経”からの解放—妊娠・分娩回数の数え方の統一—」

東京都立墨東病院産婦人科部長

公益社団法人日本産科婦人科学会用語委員会副委員長

久具 宏司

「〇回経妊〇回経産」という産婦人科医がカルテを作成する際に必ず記載する項目、この中の〇に入る数字の数え方が施設により一定していないらしいと日本産科婦人科学会（日産婦）の理事の間で話題になったことが、この講演が企画されることになる発端でした。施設により一定していないと、妊娠中の女性を里帰り出産などで他施設へ紹介したりするときに正しい情報が伝わらないおそれがあります。初めて妊娠した妊婦を表現する時に〇に入る数字は「0」でしょうか、「1」でしょうか？日産婦理事会を挙げて検討した結果、この例の場合の数値は「1」とする案が決まりました。そのように決めた最大の理由は、海外の論文の記載に準拠する、ということです。

しかしながら、このような科学的とはいえない、いわば約束事を変えられてしまうことには、少なからぬ抵抗を感じてしまいます。ところで、「〇回経妊〇回経産」は、「〇GOP」という表現もします。上記の例で、「1回経妊」と表現すると、どうしても納得がいきませんが、「1G」という表現ならば、容認できるのではないのでしょうか？施設間での表現法を統一し、海外標準にあわせるために、これから妊娠回数をどのように記載すれば無理なく表現できるか、この講演の表題に示されています。

今回、上記のほかには分娩回数として算入するのは、妊娠齢が満22週に達した以降の「児の娩出」とすること、また多胎妊娠の分娩は、その多胎妊娠に含まれる児の数が何人であろうとも、妊娠回数を1、分娩回数を1とするよう日産婦として統一を図ることになりました。

【略 歴】

久具 宏司（くぐ こうじ）

東京都立墨東病院産婦人科部長

公益社団法人日本産科婦人科学会用語委員会副委員長

【職 歴】 1982（昭和57）年 東京大学医学部卒業

卒業と同時に東京大学医学部附属病院産婦人科医員（研修医）

1985（昭和60）年 東京大学医学部助手 水野正彦教授、武谷雄二教授に師事

1990（平成 2）年 富山医科薬科大学講師 富山県での体外受精に成功

1992（平成 4）年 学位取得（東京大学医学部）

テーマ「下垂体性ゴナドトロピン分泌とプロラクチン分泌の相互関連」

1993～95（平成5～7）年 米国ジョーンズ・ホプキンス大学に留学

帰国後、日本赤十字社医療センター副部長などを経て、

2001（平成13）年 東京大学講師

2011（平成23）年 東邦大学教授（大橋病院）

2014（平成26）年 東京都立墨東病院産婦人科部長 現在に至る

【日産婦の活動】 副議長、生殖・内分泌委員会委員長、倫理委員会・用語委員会副委員長

【他学会の活動】 日本生殖医学会理事、日本生殖内分科学会理事、日本産科婦人科遺伝診療学会理事、

日本医学会内NIPT認定登録部会長など

日本学会会連連携員（法学会委員会生殖補助医療と法分科会）

ランチョンセミナー

1. 「月経困難症・子宮内膜症治療の新時代～女性活躍時代の薬物療法～」

東京大学大学院医学系研究科産婦人科学講座教授

大須賀 穰

1999年、日本はアメリカに遅れること約40年、国連加盟国で最も遅れて経口避妊薬（OC）の使用を承認した。このような特殊環境ではあったが、日本ではLEP製剤が保険適用で子宮内膜症・月経困難症に対して認められて順調に普及してきている。一方で、米国ではすでに2003年に連続投与のOCが承認されており、その後OCの連続投与についての開発が進んできた。この背景には月経を厄介者にとらえるのか、自然で健康な現象にとらえるのか、という根源的な考え方のパラダイムシフトがある。そもそも月経とはいかなるものか？月経周期は卵胞周期によって規定され、ホルモンの変動により生殖臓器のみならず全身に作用して気分の変調や腹満感、頭痛などの体調不良を惹起する。また、全身の生理的機能にも影響する。例えばスポーツ選手では月経後数日間にコンディションが向上することが多い。月経は原則としてヒトを含む霊長類に特有の現象であり、進化の結果ともいえる。月経は妊娠・出産という種族維持のために有用とされるが、他方、代償として種々の月経関連障害をもたらしていると考えられる。とくに、現代の晩産化・少子化により、妊娠・授乳期間が大きく減少したため、月経回数は100年前に比べて数十倍に増加していると推測され、その影響は大きい。さて、現代女性は月経についてどのように意識しているのだろうか。あるアンケート調査によると、月経は仕事、学業、家事の効率を低下させ、また、外出や人との交流を妨げる要因になっていることがわかった。さらに、月経回数を減らしたい女性は8割以上にのぼり、薬を使ってでも減らしたい女性はOC/LEP使用者で約7割、非使用者でも約4割であった。このような背景の下、海外ではすでにLEPの連続投与が一般的に行われており、月経困難症、月経前症候群、子宮内膜症などに対する推奨が各種ガイドラインによりなされている。実際、ドイツでの調査によると月経困難症に対しては85%、過多月経に対しては74%の割合で連続投与が行われている。わが国でも最近初めて連続投与用のLEPが承認された。周期的投与と比較すると月経ならびに月経痛を伴う日数が減少するため、多くの患者にとって利益になると考えられる。日本における月経管理の新たな時代の到来を告げるものであり、まさに女性活躍時代にふさわしい治療法が登場したといえる。

【略 歴】

大須賀 穰（おおすが ゆたか）

東京大学大学院医学系研究科産婦人科学講座教授

【専門】 生殖医学、女性医学、産婦人科内視鏡手術学。主たる研究対象は子宮内膜症、子宮内膜、卵巣機能。

【職 歴】 1985（昭和60）年 東京大学医学部卒

1995（平成7）年 医学博士（東京大学）

1995～97（平成7～9）年 米国スタンフォード大学産婦人科に留学

2004（平成16）年 東京大学大学院医学系研究科産婦人科学講師

2011（平成23）年 同准教授

2013（平成25）年 同教授

【役 職】 日本産科婦人科学会特任理事、日本生殖医学会常任理事、日本産科婦人科内視鏡学会常務理事、日本受精着床学会常務理事など

【専門医】 日本産科婦人科学会専門医、日本生殖医学会生殖医療専門医、日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医、日本抗加齢医学会専門医など

【活動】 女性の健康が国づくりの根幹と考え、女性のための包括的な健康支援の重要性を精力的に社会に訴えている。

ランチョンセミナー

2. 「子宮筋腫・子宮腺筋症治療へのストラテジー」

富山大学医学薬学研究部産科婦人科学教室准教授

吉野 修

子宮筋腫は生殖年齢女性の20～50%が罹患しており、大半の症例は症状がなく、とくに治療を要しない。しかし、不妊症の観点からはその取り扱いに苦慮することがある。筋層内子宮筋腫のうち、約2割の症例は子宮筋腫が原因で不妊症になっている可能性がメタアナリスから示唆されるが、どのような筋層内子宮筋腫が不妊症となるのか明確でない。

子宮腺筋症はとくに不妊症との関連は一定の見解が得られておらず、治療方針を立てることが難しいことがある。最近、ジェノゲストが子宮腺筋症に対して保険適応となり、治療の選択肢が広がったといえる。

今回、子宮筋腫および子宮腺筋症の取り扱いについて概説するとともに、われわれがこれまで行ってきたMRI検査法：子宮筋腫により引き起こされる異常蠕動運動、炎症、血流異常評価につき紹介させていただく。

【略 歴】

吉野 修（よしの おさむ）

富山大学医学薬学研究部産科婦人科学教室准教授

【職 歴】 1997（平成 9）年 山梨医科大学卒業，東京大学産婦人科学教室入局

1997（平成 9）年 埼玉医科大学総合医療センター医員

2004（平成16）年 東京大学大学院医学研究科卒業

子宮内膜および子宮内膜症に関する研究にて同大学院医学博士授与

2004～07（平成16～19）年 日本学術振興会特別研究員

2004～06（平成16～18）年 米国カリフォルニア大学サンディエゴ校留学，卵巣に関する研究を行った。

2008（平成20）年 帝京大学医学部附属溝口病院産婦人科助教

2011（平成23）年 東京大学産科婦人科学教室助教

2013（平成25）年 富山大学医学薬学研究部産科婦人科学教室准教授

ランチョンセミナー

3. 「女性の活躍促進と大豆～スーパーイソフラボン「エクオール」の可能性～」

近畿大学東洋医学研究所所長・教授

武田 卓

政府の成長戦略の1つとして、「一億総活躍社会の実現」が謳われており、そのなかで女性に関しては、「女性の活躍促進」が提唱されている。このような流れを受けて、産婦人科領域の医療政策としては、「女性の包括的健康支援」がスタートしている。女性は月経・妊娠・分娩・閉経といった劇的な内分泌環境の変化を遂げ、そのため男性と比較して心身の不調をきたすことが多い。ホルモンの長期的な変動で問題となるのが更年期障害であり、月経周期のなかの短期的な変動で問題となるのが月経前症候群（PMS）といえる。更年期障害に関しては健康寿命延長からの医療費削減、PMSに関してはパフォーマンス向上といった側面から、「女性の活躍促進」において今まで以上に積極的な対応が必要とされる疾患となってきた。それぞれに対して、ホルモン補充療法とLEP/OC製剤が標準治療として確立されているが、わが国におけるホルモン製剤に対する一般における抵抗感の強さから、必ずしも普及しているとはいえない。その代わりとして、各種さまざまな代替医療が用いられているのが現状である。これらは、全てが裏付けのあるものではないが、大豆イソフラボンに関しては、両疾患に対してある程度の有効性を裏付ける多くの検討がなされてきた。イソフラボンが効果を発揮するためには、腸内細菌により活性物質であるエクオールに代謝される必要があり、日本人の約50%はエクオール非産生者であるため、非産生者ではイソフラボンを摂取しても十分な効果を得ることができない。これに対して、エクオール含有大豆乳酸菌発酵食品（エクエル）はこれまでに、更年期障害・骨代謝・脂質等に関してのプラセボ対照二重盲検試験を用いた科学的な有効性が報告されており、エクオール非産生者に対しても摂取すればイソフラボンの効果を十分に発揮することが期待できる。今回の講演では、これまでのイソフラボンやエクオールに関する知見を紹介するとともに、われわれが検討したPMSとエクオール産生能との関連性に関する最新の知見についてもご紹介したい。

【略 歴】

武田 卓（たけだ たかし）

近畿大学東洋医学研究所所長・教授

【学 歴】 1987年 大阪大学医学部卒業

1995年 大阪大学医学部大学院博士課程修了

【職 歴】 1997年 大阪大学医学部産婦人科助手

1998年 大阪府立母子保健総合医療センター産科診療主任・医長

2001年 大阪大学医学部産婦人科助手

2004年 大阪府立成人病センター婦人科副部長

2007年 大阪大学医学部産婦人科助教（学内講師）

2008年 東北大学医学部先進漢方治療医学講座准教授

2012年 近畿大学東洋医学研究所所長・教授、東北大学産婦人科客員教授

【資格等】 日本女性心身医学会理事、日本思春期学会理事、日本内分泌学会評議員、日本未病学会評議員、日本抗加齢医学会評議員、日本産婦人科学会専門医・指導医、内分科学会（産婦人科）専門医・指導医、日本女性医学会女性ヘルスケア専門医・指導医、日本婦人科腫瘍学会専門医、日本東洋医学会漢方専門医など

指導医講習会

「新専門医制度について」

近畿大学医学部産科婦人科学教室教授

松村 謙臣

わが国の専門医の歴史は、1962年に日本麻酔科学会が「指導医制」を制定したことに始まる。その後、主要な診療領域の学会、さらには、さまざまな細分化した領域の学会が次々と専門医制度を施行してきたが、統一的な後期研修システムの確立と専門医の認証が強く求められるようになった。

そこで、2014年5月にプロフェッショナルオートノミーを基盤とした第三者機関として日本専門医機構が設立され、新たな専門医制度の構築がスタートした。当初、機構の専門医制度は、学会と完全に独立のものとすることが求められていた。しかし、地域医療への影響等を考慮し、いったん立ち止まり、その見直しが図られ、昨年7月に機構の第二期執行部が発足した。今年の6月15日に専門医制度整備指針の改定版が公開されたが、現在の機構の基本方針として、新たな専門医制度の仕組みは各領域学会の責任と自主性をできる限り重視する方向となっている。

日本産科婦人科学会は、2017年度は学会バージョンとして新専門研修制度を開始し、オンラインシステムも整備した。2018年度以後は、2017年度に開始したシステムを引き継ぎ、機構バージョンに変換したうえで専門研修制度を運用していく方針である。本講演では今後の産婦人科専門研修制度の概略について述べ、指導医や統括プログラム責任者の役割、地域医療への配慮、旧専門医制度からの移行の方策、専門医更新などについて具体的に解説したい。

【略 歴】

松村 謙臣（まつむら のりおみ）

近畿大学医学部産科婦人科学教室教授

【職 歴】

- 1996年 京都大学医学部医学科卒業
- 1996年 京都大学医学部附属病院産科婦人科研修医
- 1998年 兵庫県立尼崎病院産婦人科医員
- 2000年 公立豊岡病院産婦人科医員
- 2005年 Duke University客員研究員
- 2007年 京都大学医学部附属病院産科婦人科特定病院助教
- 2008年 京都大学医学部附属病院産科婦人科助教
- 2012年 京都大学医学部附属病院周産母子診療部講師
- 2013年 京都大学大学院医学研究科器官外科学講座婦人科学産科学准教授
- 2017年 近畿大学医学部産科婦人科学教室教授

【専門医等】日本産科婦人科学会専門医・指導医、がん治療認定医、日本婦人科腫瘍学会婦人科腫瘍専門医

【社会活動】日本産科婦人科学会（中央専門医制度委員会副委員長、拡大研修委員会委員長）、
日本婦人科腫瘍学会（専門医制度委員会主幹事、評議員）、
近畿産科婦人科学会（理事、編集委員長、腫瘍研究部会委員）

スポンサード教育講演

「卵巣癌に対する薬物療法—分子標的治療の導入は何をもたらすか？」

京都大学大学院医学研究科器官外科学講座婦人科学産科学分野教授

万代 昌紀

婦人科がん、とくに卵巣がんに対する薬物療法が大きく変わろうとしており、今後、婦人科がん診療全体にさまざまな影響を与えると考えられる。その変化の最たるものが分子標的薬の導入である。2013年に卵巣がんを対象にベバシズマブが導入されたのが婦人科領域における最初の分子標的薬であった。今後、さらにいくつかの異なる種類の分子標的薬が導入されると見込まれている。

分子標的薬は従来の抗がん剤とは異なる性格をもつ薬剤であり、本来は異なる使い方がなされるべきであるが、現時点ではあまり区別されていない。分子標的薬の特徴の1つにバイオマーカーを用いて個別化を図りやすいという点がある。しかしながら、ベバシズマブに関してはこれまで有用なバイオマーカーが見つかっておらず、卵巣がん患者に一律に投与されてきた。最近、卵巣がん領域でも数多くの使用例が積み重なることによって、少しずつバイオマーカーによる個別化の試みがなされてきている。また今後、近いうちに臨床導入される可能性があるPARP阻害剤はBRCA変異をバイオマーカー（コンパニオン診断薬）としているが、さまざまな点で矛盾や問題点もみられる。さらに、免疫チェックポイント阻害薬も高額な薬剤であり、バイオマーカーによる適正患者の選別が必須であるが、この探索はまだ始まったばかりである。

またバイオマーカーに基づく個別化治療のエビデンスを構築するためには、これまでの単純なランダム化試験では不十分であり、より短期間で、より効率的にバイオマーカーと治療法をセットで開発できる新しい臨床試験のやり方を構築する必要がある。

本講演では、これら3種類（血管新生阻害薬・PARP阻害薬・免疫チェックポイント阻害薬）の現在の開発・使用状況と、今後、バイオマーカー探索を含め、これらの薬剤をどのように用いて行ったらよいのか、従来の化学療法との使い分けはどうなるのか、さらには、将来、人工知能（Ai）を含む高度なIT技術が臨床応用されるようになると医学はどのような方向に向かうのか、といった点に関して、実用例を示しつつ考察してみたい。

【略 歴】

万代 昌紀（まんだい まさき）

京都大学大学院医学研究科器官外科学講座婦人科学産科学分野教授

【職 歴】 1988（昭和63）年 京都大学医学部卒業、同附属病院産婦人科

1989（平成元）年 兵庫県立尼崎病院

1992（平成4）年 京都大学医学部附属病院産婦人科

2000（平成12）年 米国国立衛生研究所ワクチンリサーチセンター研究員

2002（平成14）年 京都大学医学部附属病院産婦人科

2007（平成19）年 京都大学大学院医学研究科器官外科学講座婦人科学産科学講師

2013（平成25）年 近畿大学医学部産科婦人科学教室教授

2017（平成29）年 京都大学大学院医学研究科器官外科学講座婦人科学産科学教授

【所属学会】 日本産科婦人科学会、日本婦人科腫瘍学会、日本癌学会、日本癌治療学会、日本免疫学会、日本産婦人科手術学会、日本産婦人科内視鏡学会など

【学会等役員】 日本産科婦人科学会代議員、近畿産科婦人科学会理事、日本婦人科腫瘍学会理事、日本産婦人科手術学会理事、婦人科悪性腫瘍研究機構（JGOG）理事／TR委員会委員長、日本産婦人科内視鏡学会理事、日本ロボット手術学会理事

周産期シンポジウム

テーマ：妊産婦が安心して満足できる分娩を目指して

はじめに

第137回近畿産科婦人科学会学術集会におきまして、「周産期シンポジウム」を企画いたしました。テーマは「妊産婦が安心して満足できる分娩を目指して」とさせていただきます。

日本における分娩数は減少傾向にあります。妊産婦の高齢化・合併症妊娠の増加等に伴い、ハイリスク妊娠・分娩の割合は増加傾向にあります。そのような情勢のなかで、分娩における「安全性」を担保することはきわめて重要なことです。胎児心拍モニタリングの評価法、産科診療ガイドラインの作成など、分娩の「安全性」という面では10年前と比較しても上昇しています。

ふと振り返ると、私たち産婦人科医は分娩の「安全性」については一生懸命考えてきましたが、分娩の「主役」である妊産婦にとって「満足」できる分娩とは何か、ということについて、あまり皆で考える機会がありませんでした。

果たして妊産婦は分娩にどのようなものを求めているのでしょうか？私たち産婦人科医が気づいていないものが、助産師が主体となる「院内助産」では見えていないかもしれません。また「無痛分娩」を希望する妊産婦の思いを、産科麻酔医は産婦人科医や助産師とは異なった視点でくみ取っているかもしれません。妊産婦は分娩後の母乳育児について、とくに初産婦はさまざまな不安を心知れず抱えているでしょう。分娩後の母乳育児支援について、助産師だけでなく産婦人科医も積極的に妊娠中から関わることで、妊娠中の「安心」、分娩後の「満足」につながる可能性があると思います。

分娩はいつ何が起こってもおかしくはありません。突然CTGの異常が出現し、超緊急帝王切開や吸引・鉗子分娩が必要になる場合があります。その際に産婦人科医が助産師、小児科医、麻酔科医等と瞬時にチームを形成し、母児の安全を守ることが重要です。チーム医療による「安全性」の担保は、妊産婦にとって「安心」し「満足」したものにつながります。それは「院内助産」「無痛分娩」「母乳育児」にもいえることだと思います。つまり、「安心」と「満足」は表裏一体であるといえます。

今回は4人の演者の先生に講演を依頼させていただきました。総合病院産科医、開業産科医、麻酔科医、助産師とバックグラウンドの異なる方々を招聘させていただきましたが、その理由はそれぞれの専門もさることながら、さまざまな立場の方にお話いただきご意見を伺うことで「多様性」が生まれ、新たな「課題」や「答え」が見つかるだろう、という思いからです。もちろん、参加者の皆様の積極的なご意見をいただきたく思います。

短い時間ではございますが、妊産婦が「安心」し「満足」できる分娩にするためにはどうすればいいのか、このシンポジウムをきっかけに皆様が考える機会となれば幸いです。

第137回近畿産科婦人科学会学術集会 周産期シンポジウム企画者
和歌山県立医科大学産科婦人科学講座

城 道久

周産期シンポジウム

「分娩時の胎児機能不全に対する対応」

大阪府立病院機構大阪母子医療センター産科・診療主任

山本 亮

ハイリスク分娩を数多く取り扱う周産期センターでは、胎児機能不全に対して適切かつ迅速に対応可能な体制が求められる。当センターでは、分娩台で帝王切開に移行可能な分娩部手術室を設定し、多胎、胎児心拍異常、困難が予想される器械分娩などのハイリスク症例の分娩管理を行っている。胎児徐脈や胎盤早期剥離といった緊急度の高い病状では、全身麻酔下での“超緊急帝王切開”のプロトコールに従って、産科医師、新生児科医師、麻酔科医師、看護師が連携して最短時間での児娩出を目指している。これらの具体的な運用や平時のシミュレーションなどを中心に、胎児機能不全に対する当センターの取り組みについて述べる。

【略 歴】

山本 亮（やまもと りょう）

大阪府立病院機構大阪母子医療センター産科・診療主任

【学 歴】 2004年3月 大阪大学医学部医学科卒業

【職 歴】 2004年4月 岸和田徳洲会病院入職

2007年4月 大阪大学医学部附属病院入職

2008年4月 関西ろうさい病院入職

2010年4月 大阪府立母子保健総合医療センター入職

2013年1月 スペイン バルセロナ大学留学

2014年1月 大阪府立母子保健総合医療センター入職

周産期シンポジウム

「当院の産科麻酔チームの取り組み～安心し満足できるお産を目指して～」

関西医科大学附属病院麻酔科学講座助教

金沢 路子

当院では、分娩時の鎮痛を希望した産婦に対し、脊髄くも膜下麻酔併用硬膜外麻酔または硬膜外麻酔を行ってきた。自然陣痛発来にあわせて、麻酔科医が24時間体制で対応してきた。今回、これまで行ってきた無痛分娩を振り返り、その成果を検討した。

無痛分娩を希望する産婦には妊娠36週までに産科麻酔外来を受診してもらい、麻酔リスク評価と無痛分娩に対する理解を得ている。自然陣痛発来にあわせ、オピオイドを併用した低濃度局所麻酔薬を用い、自己調節硬膜外鎮痛と間欠硬膜外ボラスを組み合わせで行っている。この方法で行った産婦に質問紙表を用い、満足度を調査した。一方で、局所麻酔中毒やくも膜下腔への誤投与は、対応を誤ると母子に重大な合併症が生じる可能性がある。少量分割投与や薬剤投与後の定期的な問診は当然であるが、母子のモニター管理や麻酔経過記録を行い合併症の早期発見に取り組んでいる。また呼吸停止や心肺停止を想定した気道確保物品や緊急薬剤の配備を行い、緊急事態にも迅速に対応できる体制をとっている。

当院における無痛分娩の方法で、運動神経の遮断を最小限にした状態で良好な鎮痛を得ることができ、産婦の満足度を得ることができた。局所麻酔中毒を疑う症例が1例あったが、問診から早期発見でき、安全にお産を終えた。

【略 歴】

金沢 路子（かなざわ みちこ）

関西医科大学附属病院麻酔科学講座助教

【職 歴】 2008（平成20）年 関西医科大学卒業
同年 関西医科大学附属病院初期研修
2010（平成22）年 関西医科大学麻酔科学講座入局
同年 関西医科大学附属病院専修医
2011（平成23）年 馬場記念病院勤務
2012（平成24）年 倉敷中央病院勤務
2015（平成27）年～現在 関西医科大学附属病院助教

周産期シンポジウム

「院内助産院での分娩から見える、妊産婦が求める「お産」とは」

社会医療法人愛仁会千船病院MFICU科長・助産師

川又 睦子

2007年5月に開設された院内助産院での分娩は、2017年7月時点で2250件を超えた。正常妊娠経過をたどる妊娠24週以降の方を対象に、妊婦健康診査から分娩、入院中の看護、退院後の産褥1カ月健診までを助産師で管理している。院内助産院では9人のチーム構成で、30分枠の妊婦健康診査と各妊娠時期に応じた保健指導を行うなかで信頼関係を築き、分娩介助、育児指導など継続的に関わっている。妊娠中から関わりをもつなかで、どのようなお産がしたいか？自分らしいお産とは何か？をともに考え、満足のいくお産に向け日々取り組んでいる。しかし、妊娠、分娩経過中に異常が生じることもある。産科医師との連携、協働は不可欠であり、普段から院内助産院対象者に関する情報でコミュニケーションをはかり、定期的な勉強会の開催を行いチーム医療の必要性も学んでいる。

妊産婦のお産に対する要望も多様化するなかで共通する妊婦の想いは、緊急時に対応できる施設での安全な分娩とともに、自分自身を受け入れてくれて、長い陣痛の時間をともに共有してくれる専門的な知識、技術をもつ助産師と関わりをもちながら安心して自然で自分の力でお産できる環境を求めている。

【略 歴】

川又 睦子（かわまた むつこ）

社会医療法人愛仁会千船病院MFICU科長・助産師

【職 歴】 1996年 ベルランド看護助産専門学校助産学科卒業

社会医療法人愛仁会千船病院産科病棟・院内助産院

2017年 社会医療法人愛仁会千船病院MFICU科長

周産期シンポジウム

「高齢出産時代の育児不安解消を目指した母乳育児支援」

医療法人定生会谷口病院院長

谷口 武

労働省乳幼児栄養調査によると、母乳育児率は上昇しているが育児困難を感じる方の率は混合栄養で88.2%、母乳栄養で69.6%と、不安をもちながら育児を行っている方が多いことが示されており、われわれ医療者が母親のニーズを理解し支援することは育児不安を解消する点で重要だと考えられる。母乳育児支援の原則は「母乳育児を成功させる10カ条」とくに、①母子同室、②自律頻回授乳、③早期母子接触、が重要とされている。しかし、これらの支援だけでは十分な結果が得られない高齢出産やART例に遭遇した経験から、支援も入院中だけで完結するのではなく、退院後いつでも相談できる良好な関係性の構築が重要と考えている。母乳育児支援は看護スタッフに委ねられることが多いが、妊娠早期から関わるわれわれ産科医の言はお母さん方にとっては大きい。母乳の大切さなど妊娠中からお話することは、お母さん方の不安軽減に作用し、その後の母親の行動に影響を与える。また、スタッフに対しても安全性に関する理解と助言はモチベーションアップとなると考えられ、産科医の役割は大きい。今回、当院における入院中および退院後の支援、地域との連携およびBFH (baby friendly hospital) の仲間で行っている活動についての報告が参考になれば幸いである。

【略 歴】

谷口 武 (たにぐち たけし)

医療法人定生会谷口病院院長

【職 歴】 1985 (昭和60) 年3月 岡山大学卒

1985 (昭和60) 年4月 大阪大学産婦人科入局 研修開始

市立貝塚病院、大阪府立母子保健総合医療センター、大阪大学医学部附属病院、大阪労災病院 (副部長) ののち

1996 (平成 8) 年 10月から谷口病院へ

1997 (平成 9) 年 院長

2007 (平成19) 年 理事長

【資 格】 日本産科婦人科学会専門医、生殖医療専門医、日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医、乳房甲状腺超音波医学会 A判定、ALSO認定インストラクター

【役 職】 日本産科婦人科学会代議員、近畿産科婦人科学会評議員、大阪産婦人科医会理事、日本性感染症学会代議員

医療安全講習会

「現場で実践すべき医療安全～最近の話題を中心に～」

和歌山県立医科大学附属病院医療安全推進部病院教授

水本 一弘

改正医療法に基づく医療事故調査制度施行（H27.10）や特定機能病院承認要件の見直し（※特定機能病院への指導内容は、数年後から他の医療機関へ適応拡大されることが多い。）の順次適応（平成28年10月～）など医療における安全推進、確保の重要性はますます高くなっています。本日は、3つの観点より医療安全推進に必須の情報を提供いたします。

1. 医療安全：変わりつつある考え方.
2. 医療事故調査制度：現場は何をすべきか.
3. 説明と同意取得、患者対応

1. Safety I からSafety IIへ

従来、インシデント、アクシデントレポートに基づきエラーの分析、事例共有、再発防止策構築、実施といわゆるPDCAサイクルを廻すことで実践してきた医療安全推進活動では、その有効性には限界があり、また、医療の萎縮につながる可能性などが指摘されています。むしろ、ヒューマンエラーを実害に至らせなかったより多くのファインプレーを分析することが重要視されつつあります。

2. 予期せぬ死亡例の防止と原因検索（死亡時画像診断、病理解剖）の実施

現行の制度は、WHOを提言する「医療者の免責」が保障されていないため、調査の過程では、医療スタッフの人権（黙秘権）に配慮すべきなどいくつかの留意点があります。「提供した医療に起因」「管理者が予期しなかった」を回避するには、とくに後者への取り組みが重要です。また死亡時画像診断（Autopsy imaging；Ai）は比較的簡便に実施可能で、出血性偶発症の発見、実施した医療の適正度の証明として有効であるのみならず、調査となった際の客観的データとして必須の情報です。

3. Informed consentとshared decision making

1991年にインフォームドコンセントが国連決議の一部として定義されてから四半世紀が経過しましたが、医療の複雑化、高度化と情報氾濫などにより、適切な実施が困難な状況が増えています。患者が適切に自己決定権を遂行できるには、時間をかけて説明し、理解を得る必要があります。医師のみが負担するのではなく、チーム医療として他職種との協働が不可欠です。

当日は、時間が許す範囲で事例を提示しながら進めていければと考えます。

【略 歴】

水本 一弘（みずもと かずひろ）

和歌山県立医科大学附属病院医療安全推進部病院教授

【学 歴】 1985年 和歌山県立医科大学医学部卒業

【職 歴】 1985年 和歌山県立医科大学附属病院診療医（麻酔科入局）

1987年 和歌山労災病院麻酔科医師

1988年 日本赤十字社和歌山医療センター麻酔科医師

1991年 和歌山県立医科大学麻酔科学講座助手

2001年 同講師

2001年 米国オハイオ州クリーブランドクリニック財団麻酔科学研究員

2003年 米国より帰国

2006年 和歌山県立医科大学附属病院中央手術部助教授

2009年 同医療安全推進部・麻酔科准教授

2013年 同医療安全推進部病院教授 現在に至る

日本産婦人科医会・日本対がん協会共同シンポジウム

「LBC/HPV検査併用子宮頸がん検診の有用性」

- 1) 日本産婦人科医会常任理事，新百合ヶ丘総合病院がんセンター センター長
- 2) 自治医科大学産婦人科
- 3) 栃木県産婦人科医会
- 4) 小山地区医師会

鈴木 光明¹⁾，藤原 寛行²⁾，森澤 宏行²⁾，佐山 雅昭³⁾，平尾 潔³⁾，木村 孔三⁴⁾

HPV検査ならびにLBC（液状化細胞診）の開発により，子宮頸がん検診は大きな変革の時代を迎えている。われわれは2012年4月からLBC（SurePath）とHPV検査（HCII）併用による子宮頸がん検診を栃木県小山地区でスタートさせた。2015年3月までの4年間に，延べ31673人がこの検診を受けた。うち初回受診者24702人の結果を解析し，日本産婦人科医会が推奨するトリアージの検証を行うとともに，同地区における細胞診（従来法）単独検診時代と比較検討した。結果を以下に列挙する。

- 1) LBC－/HPV－：92.2%，LBC－/HPV＋：2.6%，LBCASC-US/HPV－：1.1%，LBCASC-US/HPV＋：1.4%，LBC＋：2.7%であり，要精検率は4.1%であった。
- 2) ASC-US/HPV＋（n=339）群の組織診結果は62.5%が陽性で，その内訳はCIN1：49.8%，CIN2：9.8%，CIN3：2.8%であった。一方，LSIL（n=38）群は67.1%が陽性で，その内訳はCIN1：52.1%，CIN2：12.2%，CIN3：2.8%であった。両者の間には差がみられず，ASC-US/HPV＋群を精検対象とするのは理にかなっていた。
- 3) 1年後検診群のうち，LBC－/HPV＋群においては1年後の検診により46.5%が要精検に振り分けられた。一方，ASC-US/HPV－群では要精検は4.2%にすぎなかった。前者は産婦人科医会のトリアージを支持したが，後者は受診間隔の延長が示唆された。
- 4) 3年後検診群（LBC－/HPV－）の3年後の検診結果は，要精検率1.0%（CIN1：29，CIN2：2，CIN3：1，腺異形性1）の低率で，3年後検診は十分に容認できると考えられた。
- 5) 細胞診単独検診時代（2011年）の要精検率は2.4%であり，その組織診結果は，CIN1：41，CIN2：18， $\geq$ CIN3：16，で精検受診者（n=196）に $\geq$ CIN2が占める頻度は17.3%であった。一方，併用検診（2012年度，要精検率3.5%，精検受診者n=359）における組織診結果では，CIN1：151，CIN2：54， $\geq$ CIN3：38，で $\geq$ CIN2が占める頻度は25.6%であった。すなわち併用検診は，単独検診に比べて要精検率は上昇するものの，軽度病変を拾いすぎる（特異度が下がる）ことはなかった。
- 6) 併用検診により， $\geq$ CIN2の発見数が増加した（2012年：92，2013年：42，2014年：58）。
- 7) LBCの採用により，不適正標本は0.01%の低率に抑えられた。

以上の結果から，産婦人科医会のリコメンデーション（トリアージ）はおおむね支持された。しかし，ASC-US/HPV－群については検診間隔の延長が示唆された。併用検診により要精検率は上昇したが，CIN2以上の高度病変の検出率，ならびに検出数も従来に比べて高くなったことから，特異度を下げることなく多くの高度病変が抽出できた。またLBCの導入により，不適正標本が激減し，精度管理の向上が確認された。LBC/HPV検査併用検診は，とくに前がん病変・初期病変の発見に有用であることが確認された。

【略 歴】

鈴木 光明（すずき みつあき）

日本産婦人科医会常任理事，新百合ヶ丘総合病院がんセンター センター長

【学 歴】 1974年 慶応義塾大学医学部卒業

【学 位】 1982年 医学博士

【職 歴】 1974年 北里大学病院産婦人科病棟医

1981年 自治医科大学産科婦人科学講師

1994年 同助教授

1999年 自治医科大学附属大宮医療センター婦人科教授

2002年 自治医科大学産科婦人科学講座教授

2003年 自治医科大学附属病院総合周産期母子医療センター長

2007年 自治医科大学附属病院生殖医学センター長

2012年 自治医科大学附属病院副院長

2015年 自治医科大学名誉教授，新百合ヶ丘病院がんセンター センター長

【専 門 医】 日本婦人科腫瘍学会婦人科腫瘍専門医

【役 職】 日本産婦人科医会常務理事，日本産婦人科乳癌学会理事，北関東婦人科がん臨床試験コンソーシアム（GOTIC）理事長，日本婦人科がん検診学会理事，日本臨床細胞学会理事

日本産婦人科医会・日本対がん協会共同シンポジウム

「子宮内膜細胞診の診断精度向上への取り組み—液状化検体法導入の試み—」

福井大学医学部附属病院産科婦人科准教授

黒川 哲司

子宮内膜癌は近年増加傾向にあり、早期においては比較的予後良好であるため早期発見が重要である。日本では、子宮内膜細胞診が1988年の老人保健法により検診に取り入れられて以来、早期発見法として頻用されている。しかし、子宮内膜癌に対する偽陰性率は13%と高い。その原因は、プロセスに分け大きく3つ指摘されている。1つ目は、「細胞採取時」に採取器具が挿入できず診断ができない症例が存在すること。2つ目は、「塗抹時」に採取した細胞の約10%程度しかスライドガラスに塗抹できないことや出血が多く診断の妨げになること。最後に、「鏡検時」に扁平上皮細胞に比して腺細胞では細胞異型の判定が困難であり、細胞診断に習熟が必要な点が指摘されている。

われわれの研究目的は、直接塗抹法における「塗抹時」と「鏡検時」の問題点を克服した平易な子宮内膜細胞診の診断法確立である。

まず始めに、「塗抹時」に不適正検体を減らす標本作製法を検討した。子宮頸部細胞診に導入された液状固定液を内膜細胞診に導入し検討を実施した。方法は、641名の患者さんに直接塗抹法（conventional cytology；CC）と液状検体法（liquid-based cytology；LBC）を同時に行い、不適正検体率を比較した。結果は、CCが17.6%でLBCが7.2%であり、LBCが1/2以下に不適正検体率を減らすことを報告した。

次に、LBCの導入が不適正検体率を減らすだけでなく、正診率の向上につながるかを検討した。まず、CCとLBCによる診断効率を組織診が可能であった症例で比較検討した。その結果、感度・特異度・陽性的中率・陰性的中率はそれぞれCCとLBCとともに差を認めなかった。LBC法の導入は、正診率を維持しながら不適正検体率を減らすことを証明した。

現在、子宮内膜細胞診の精度向上には、これまでのCCによるパパニコロ染色から新たな展開を迎える必要がある。LBCの導入は、直接塗抹法における「塗抹時」の問題点を克服可能であることを証明した。現在、免疫染色を導入し、「鏡検時」の問題点を克服した新たな平易な診断法確立を試みている。

【略 歴】

黒川 哲司（くろかわ てつじ）

福井大学医学部附属病院産科婦人科准教授

【職 歴】

- 1993年 福井医科大学医学部附属病院産科婦人科入局
- 1995年 福井県済生会病院産婦人科
- 1998年 公立高島総合病院産婦人科
- 2001年 福井医科大学医学部産科婦人科学助手
- 2006年 米国MDアンダーソン癌センターに留学
- 2008年 米国より帰国
- 2008年 福井大学医学部附属病院産科婦人科講師
- 2014年 福井大学医学部附属病院産科婦人科准教授 現在に至る

【学位・免許・資格】

- 1998年 日本産科婦人科学会専門医取得
- 2005年 医学博士号取得
- 2008年 米国MDアンダーソン癌センター癌修練生修了証取得
- 2010年 日本婦人科腫瘍学会婦人科腫瘍専門医取得
- 2012年 日本臨床細胞学会細胞診専門医取得

腫瘍研究部会講演抄録

SI

細胞診における子宮頸部腺系病変の取り扱いについて：オーバービュー

奈良県総合医療センター

豊田進司

米国で提唱された子宮頸部細胞診の報告様式のベセスダシステム 2001 で異型腺細胞（atypical glandular cell, 以下 AGC）が提唱された。本邦では 2008 年からこの報告様式が採用された。AGC は頸管腺細胞のみならず、扁平上皮や内膜由来の細胞を含むことも多い。また組織診断が良性から悪性、発生源地として子宮頸部以外に体部や卵巣などが含まれる。このように AGC についてはその定義のあいまいさ、組織診断の多様性など、臨床的対応が難しいことが多い。今回、AGC のオーバービューとして用語の背景やベセスダシステムにおける変遷、問題点や臨床上の取り扱いについて述べる。なお、AGC に対する考え方として重要なことは以下の 3 点と考える。1. AGC は特定の病態ではなく、扁平上皮病変も含めた重大な病変が存在する危険性が高いことを意味するリスク因子である。2. AGC は患者側に身体的、経済的負担が大きい判定でもあることを念頭に継続管理を行うことが重要である。3. AGC 判定後の継続管理の頻度と期間は今後の検討課題である。

I

小細胞癌と胃型頸部腺癌を合併した子宮頸癌の 1 例

和歌山労災病院¹⁾、女性診療科²⁾

尾谷功¹⁾、小林智子¹⁾、竹中由夏¹⁾、谷本敏¹⁾、矢本希夫²⁾

46 歳、女性、2 経産。既往歴：腹式帝王切開術 2 回。家族歴：特記なし。現病歴：X 年 11 月 3 日、不正性器出血にて当科受診となる。子宮頸部細胞診ベセスダシステムで異型腺細胞：AGC であり、肉眼的にカリフラワースタットの腫瘍性病変を認めた。易出血性の腫瘍のため、生検は 1 カ所のみ施行。病理組織診断は腺癌であった。術前の画像診断、内診より腫瘍は子宮頸部に限局、2cm 以内と考えられ、子宮頸癌 1B1 期の診断にて腹式広汎子宮全摘出術、両側付属器摘出術、骨盤内リンパ節廓清術施行。術後病理組織診断は小細胞癌と胃型頸部腺癌合併の癌であった。術後 4 週間後より放射化学同時療法開始。放射線治療は全骨盤腔に外部照射、化学療法は週 1 回のシスプラチン単剤投与を施行。現在、治療終了後 6 ヶ月経過、明らかな再発所見は認めていない。今回我々は、子宮頸部病変に小細胞癌と胃型頸部腺癌の合併を認めた稀な症例を経験した。文献的考察を含めて報告する。

2

当科における AGC についての検討

泉州広域母子医療センター市立貝塚病院

原武也、三好愛、亀井裕史、涌井菜央、藤城亜貴子、金尾世里加、直居裕和、大塚博文、

長松正章、横井猛

AGC は異型腺細胞と訳され、腺細胞に異型があるが AIS とするには異型の弱いもの、あるいは腺癌が疑われるが断定できないものの 2 つの概念が含まれる。ガイドラインでは、AGC が検出された際は、コルポスコピー、頸部生検、頸管および内膜細胞診または組織診を行うことを推奨しているが、実臨床では、これらすべての検査が行われていない場合もある。我々の施設において、2011 年 4 月から 2016 年 3 月までの子宮頸部細胞診症例 23821 例中 AGC は 146 例（0.6%）で認めた。AGC146 例で検討したところ、子宮頸部異形成 25 例（17.1%）、子宮頸部扁平上皮癌 3 例（2.1%）、AIS4 例（2.7%）、頸部腺癌 1 例（0.7%）、LEGH2 例（1.4%）、子宮内膜腺癌 19 例（13.0%）、子宮内膜増殖症 2 例（1.4%）、頸管・内膜ポリープ 3 例（2.1%）認め、AGC のうち 64 例（43.8%）で何らかの疾患を認めた。今回当科で経験した AGC が検出された際の対応について検討した。

3

頸部細胞診の AGC に含まれる多彩な浸潤癌

大阪鉄道病院¹⁾, 同臨床検査室病理²⁾, 同病理診断科³⁾熊谷広治¹⁾, 坂井昌弘¹⁾, 前田隆義¹⁾, 山崎由香子²⁾, 山内直樹²⁾, 森島英和²⁾, 眞寄武³⁾

【目的】頸部細胞診の AGC にはしばしば浸潤癌が含まれることが知られている。今回、AGC の細胞像と AGC に含まれる浸潤癌の種類を明らかにした。【方法】過去 3 年半の頸部細胞診 11300 検体の各判定数は LSIL : 377 (3.3%), HSIL : 193 (1.7%), ASC-US : 368 (3.3%), ASC-H : 72 (0.6%), AGC : 38 (0.3%), SCC : 23 (0.2%), AIS : 3 (0.03%), Adenocarcinoma : 12 (0.1%) であった。このうち AGC の年齢、細胞像、組織診断を調べた。【結果】AGC 38 件の年齢中央値は 50 歳 (26~95 歳) で、その細胞像は腺系良性 17, 腺系腫瘍性 8, 内腺 7, その他 6 であった。AGC 38 件 (35 例) の組織診断は頸管ポリープ 1, 頸管炎 1, 頸部上皮内腫瘍 3, 内膜化生 1, 内膜増殖症 1, 異型内膜増殖症 1, 頸癌 (扁平上皮 1, 腺 2), 体部類内膜癌 2, 卵管漿液性癌 1, 腹膜漿液性癌 1, 大腸癌 1, 未生検 22 で、浸潤癌が 23% (8/35) 含まれていた。【結論】AGC には頸部、体部、付属器、腹腔内の多彩な浸潤癌が含まれる。

4

当院における頸部細胞診 AGC 判定例の後方視的検討

大阪急性期・総合医療センター

神田瑞希, 伊藤風太, 松山達也, 金森玲, 島津由紀子, 田口貴子, 脇本哲, 岩宮正, 隅蔵智子, 竹村昌彦

2010 年から 6 年間に当科で実施した子宮頸部細胞診の AGC 判定例について後方視的に検討した。子宮頸部細胞診症例は 7406 例で、うち AGC 判定例は 51 例 (0.68%) であった。年齢中央値は 53 歳 (27~83 歳) で、コルポスコピーもしくはスミア再検査のみで管理された症例は 19 例 (37%) であった。頸部に対する組織学的精査を行った症例は 26 例 (51%) で (パンチ生検 10 例, 頸管ポリープ捻除 5 例, 頸管内搔爬生検 12 例) また内膜細胞診は 17 例 (33%), 内膜組織診は 27 例 (53%) に対して実施されていた。最終的に、円錐切除術が 3 例 (6%), その他の手術が 19 例 (37%) に対して実施された。最終診断にて悪性と診断された症例は子宮内膜腺癌 12 例, CIN3 6 例, AIS 1 例, 子宮頸部腺癌 2 例 (Stage IB2, Stage IIIB), 腹膜癌 1 例, 転移性乳癌 1 例, 子宮内膜異型増殖症 1 例であった。AGC 判定例では高率に前癌病変以上の悪性病変をみとめ、内膜の病変を反映している場合も多かった。そのため子宮頸部だけでなく子宮内膜病変の存在の可能性を考慮に入れた精査が重要である。

5

当院での子宮頸部細胞診 AGC 症例に対する最終診断の後方的検討

大阪警察病院¹⁾, 同病理診断科²⁾神野友里¹⁾, 久松武志¹⁾, 手向麻衣¹⁾, 大歳愛由子¹⁾, 徳川睦美¹⁾, 塚原稚香子¹⁾, 柏原宏美¹⁾, 宮武崇¹⁾, 久本浩司¹⁾, 西尾幸浩¹⁾, 辻本正彦²⁾

【目的】子宮頸部細胞診における異型腺細胞 (atypical glandular cell ; AGC) は幅広い病理学的意義が含まれ取り扱いに難渋することが多い。我々は当院における AGC 症例の最終診断を検討した。【方法】2009 年 1 月から 2016 年 3 月までに当院で AGC と診断された 58 症例の最終診断について後方的検討を行った。【結果】組織診や手術にて病変を認めた症例は 35 例あり、子宮頸部病変が 24 例 (CIN 20 例, LEGH 1 例, 頸部 AIS 2 例, 子宮頸癌 1 例), 子宮内膜病変が 4 例 (ポリープ 1 例, 子宮内膜増殖症 2 例, 子宮体癌 7 例), その他 1 例であった。不正出血を認めた 15 例中 8 例に内膜病変が認められた。また組織診で要治療と診断された頸部病変 9 例はいずれも臨床症状を呈していなかった。【結論】組織診でも病変を認めない症例も多く認める一方、悪性腫瘍も数例認めた。子宮頸部細胞診 AGC の症例には子宮内膜病変が存在する可能性があり、不正出血を伴う場合は子宮内膜組織診も実施する必要があると考えられた。

6

子宮頸部細胞診における異型腺細胞の取り扱いに関する検討

大阪府済生会野江病院

植田彰彦, 石川行良, 通あゆみ, 西川毅, 角井和代

【目的】子宮頸部細胞診における異型腺細胞 (AGC) の臨床的取り扱いについて検討を行うことを目的とした。

【方法】当院で 2008 年から 2017 年の期間に AGC と判定された 49 例の臨床像及び組織診断について後方視的解析を行った。【結果】49 例の年齢中央値は 50 歳で 49% (24 例) が閉経後であった。42 例で手術を施行され、7 例で細胞診ないし組織診にて外来で経過観察されていた。手術施行症例 42 例のうち 64% が悪性であり、内訳は 50% が子宮体部病変 (子宮体癌 19 例, 子宮内膜異型増殖症 2 例), 45% が子宮頸部病変 (子宮頸部腺癌 3 例, 子宮頸部上皮内癌 (AIS) 3 例, 子宮頸部上皮異形成 8 例, 分葉状頸管腺過形成 (LEGH) 5 例), 4.8% が卵巣ないし腹膜病変であった。LEGH 例のうち 1 例は異型を伴っており、また AIS 例のうち 2 例は術前に LEGH を疑った症例であった。【考察】AGC 判定例は子宮体部病変が最多であり、AGC 判定後は頸部生検に加え体部内膜病変の確認を要する。AGC 判定で LEGH を疑う症例の取扱いが今後の課題と考える。

7

当院における Atypical Glandular Cells (AGC) 判定の転帰

大阪大学

田中稔恵, 吉野潔, 岩宮正, 岡澤晶子, 瀧内剛, 小玉美智子, 橋本香映, 小林栄仁, 馬淵誠士, 上田豊, 富松拓治, 澤田健二郎, 木村正

【背景】Atypical Glandular Cells (AGC) と判定された症例に対して確立された臨床的取り扱いはない。【目的】我々は AGC 症例の転帰を明らかにし、その臨床的取り扱いについて検討した。【方法】2010 年 1 月から 2017 年 2 月までの間に当院での AGC 症例を後方視的に検討した。【結果】204 検体, 184 症例が AGC と判定されていた。最終診断は、子宮体癌 72 例 (39.1%), 子宮頸癌 41 例 (22.2%), CIN3 12 例 (6.5%), AIS 2 例 (1.1%), CIN3+ AIS 3 例 (1.6%), CIN1 または CIN2 が 7 例 (3.8%), 複雑型子宮内膜異型増殖症 2 例 (1.1%), 卵巣癌 7 例 (3.8%), 腹膜癌 1 例 (0.5%), その他の悪性腫瘍 1 例 (0.5%), 良性病変 6 例 (3.3%) であった。病変を認めなかった症例は 28 例 (15.2%), 転帰不明は 2 例であった。悪性腫瘍は AGC と判定した全症例の 66.3% を占めていた。【結論】AGC は、悪性腫瘍の可能性を考慮し、コルポスコピー下の子宮頸部組織診, 子宮内膜組織診, 必要に応じて診断的円錐切除術を行うべきである。また稀ではあるが腹腔内の悪性腫瘍の可能性もあり MRI 等での精査も考慮すべきである。

8

当科で子宮頸部細胞診で「AGC」と判定された症例について

大阪医科大学

寺田信一, 田中良道, 土橋裕允, 橋田宗祐, 丸岡寛, 古形祐平, 芦原敬允, 前田和也, 藤原聡枝, 倉史夏, 田中智人, 恒遠啓示, 佐々木浩, 寺井義人, 大道正英

【背景】ベセスダシステムにおける AGC (異型腺細胞) の判定では頸部腺細胞以外の病変も広く含まれ、子宮頸部以外の疾患を念頭に置き対応は慎重に行う必要がある。【方法】2012 年 1 月より 2017 年 7 月までに当院で子宮頸部細胞診を行い、AGC と判定された 134 例を対象とし患者背景、臨床病理学的因子を後方視的に解析した。【結果】患者年齢は 49.9 ± 12.4 歳であった。精査後の最終診断は CIN1 13 例, CIN2 4 例, CIN3 19 例 (内 AIS 8 例), 子宮頸癌 25 例 (扁平上皮癌 1 例, 腺癌 22 例, 腺扁平上皮癌 2 例), 子宮内膜増殖症 5 例, 子宮体癌 40 例, 大腸癌 3 例, 外陰癌 1 例, 卵巣癌 1 例であり、子宮以外の進行癌からの混入が 5 例含まれていた。残り 23 例は悪性所見が認められなかったが、内 7 例で良性頸部嚢胞性腫瘍, 8 例では内膜細胞診が擬陽性 (組織診で悪性なし) であった。【結語】AGC と判定された症例では子宮以外からの悪性疾患も合併する事を念頭に置く必要があり慎重な対応が望まれる。

9

当院の AGC の管理

大阪市立大学

笠井真理, 松原裕明, 植村遼, 川西勝, 和田卓磨, 田坂玲子, 福田武史, 橋口裕紀, 市村友季,
安井智代, 角 俊幸

異型腺細胞 atypical glandular cell (以下 AGC) の判定は特定の前期病変を指すのではなく癌へのリスクの高さを示す診断カテゴリーである。直ちに生検を行い、内膜由来と考えられる場合と 35 歳以上の場合には内膜組織診を行うことが推奨されている。10-40%に組織学的に高異型病変が発見され、その多くは扁平上皮病変である。当院における管理は、頸部・頸管内膜精査を行い、体部内膜精査は不正出血や超音波検査で子宮内膜肥厚を認める場合以外は診察医の判断により行っている。ベゼスタシステムに完全移行した 2015 年 1 月~2017 年 6 月までに子宮頸部細胞診にて AGC と評価されたのは 131 例、年齢は 25~88 歳、精査にて診断に至ったのは 47 例であった。悪性リンパ腫:1 例, CIN1:10 例, CIN2:4 例, CIN3:7 例, 上皮内腺癌 2 例, 頸部腺癌 8 例, 子宮内膜増殖症 2 例, 子宮体癌 12 例, 子宮体部癌肉腫 2 例, 癌の子宮腔壁浸潤 1 例であった。AGC 全症例中高異型病変症例は 31 例 (23.7%) で諸家の報告と同程度であった。体部病変が 14 例 (11%) 含まれていた。

10

当院で AGC と判定された症例についての後方視的検討

関西医科大学

久松洋司, 木戸健陽, 生田明子, 佛原悠介, 村田絃未, 溝上友美, 吉村智雄, 北正人, 岡田英孝

異型腺細胞 (AGC) はベセスダシステム独自の診断カテゴリーである。腺系腫瘍は扁平上皮系に比べて頻度が低く、明確な基準がないため取り扱いに違いが生じやすい。そのため適切に臨床的な対応するため AGC が用いられている。当院ではベセスダシステムを導入した 2009 年 1 月から 2016 年 3 月までに全検体の約 0.6% にあたる 54 例が AGC と判定された。そのうち組織診断を行ったのは 46 例であり、最終診断は CIN1 1 例, CIS 2 例, 子宮頸部腺癌 4 例, 子宮内膜異型増殖症 2 例, 子宮体癌 21 例, LEGH 3 例, 良性病変 13 例だった。AGC と判定された、ならびに AGC のうち最終診断が浸潤癌であった割合はともに他の報告と比較しても高率であった。これは当院が一次検診施設ではないことが関係していると思われる。施設による方針の差異が生じないように普遍的な取り扱いの確立が望まれる。

11

AGC 症例の組織学的転帰と臨床背景に関する検討

奈良県立医科大学

杉本澄美玲, 佐々木義和, 長安実加, 岩井加奈, 新納恵美子, 森岡佐知子, 山田有紀, 棚瀬康仁,
川口龍二, 小林 浩

AGC は癌のリスクの高さを表すカテゴリーである。今回我々は、2012 年 1 月から 2016 年 12 月までの 5 年間に、紹介例を含む当院で扱った AGC 症例を抽出し、組織学的転帰及び患者背景を後方視的に検討した。症例数は 37 例であった。年齢は 20 歳から 80 歳 (中央値 47 歳) で、不正出血等の症状を有した症例は 17 例 (45.9%) 認めた。浸潤癌例で診断に要した期間は 0.5 ヶ月から 6 ヶ月 (中央値 1 ヶ月) であった。良性の経過は 11 例 (29.7%) で、CIN1 が 2 例, LEGH が 2 例含まれた。非浸潤癌は 10 例 (27.0%) で、AIS が 6 例 (15.8%), CIN3 が 4 例 (10.5%) であった。浸潤癌は 16 例 (43.2%) 認め、子宮頸部の腺癌が 10 例 (26.3%) と扁平上皮癌が 1 例 (2.6%), 子宮体癌が 3 例 (7.9%), 卵巣癌が 2 例 (5.3%) であった。AGC を認めた際は、浸潤癌の可能性を念頭に置き、精密検査で異常を認めない場合も長期的な follow up が必要である。

12

子宮頸部細胞診で AGC と判定された 70 例の検討

大阪市立総合医療センター

井手本尚子, 安部倫太郎, 臼井淳子, 公森摩耶, 松木貴子, 柳井咲花, 村上誠,
徳山治, 川村直樹

子宮頸部細胞診において、腺癌とするには異型の弱い腺系異常は AGC と判定される。2010 年 1 月 1 日から 2016 年 3 月 31 日までに当院で施行された頸部細胞診 17935 例のうち、AGC と判定されたのは 70 例 (0.39%) であった。うち AGC-NOS は 63 例、AGC-FN は 7 例であった。精査として、子宮内膜細胞診・子宮内膜生検・子宮頸管搔爬生検・パンチ生検を行った症例は、それぞれ 32 例 (46%)、19 例 (27%)、27 例 (39%)、33 例 (47%) であった。最終診断は多いものから、良性変化 35 例、CIN3 4 例、子宮頸部腺癌 4 例、子宮粘膜下筋腫 4 例、CIN1 3 例、AIS 3 例、頸管ポリープ 3 例であった。診断根拠となったのは、頸管生検 22 例、円錐切除・LEEP 13 例、頸部細胞診単独管理 12 例、手術 9 例、パンチ生検 8 例、内膜生検 4 例であった。浸潤癌は 9 例あり、AGC-NOS、AGC-FN と診断されたものはそれぞれ 5 例 (8%)、4 例 (57%) であった。AGC-FN と判定された場合、細胞診を繰り返すのではなく、円錐切除術等大きめの切除による精査が必要である。

13

当科における AGC について

奈良県総合医療センター

山中彰一郎, 豊田進司, 森田小百合, 竹田善紀, 杉本ひとみ, 石橋理子, 伊東史学, 渡邊恵,
杉浦敦, 平野仁嗣, 井谷嘉男, 喜多恒和

【緒言】「異型腺細胞」(AGC) は確定的な腺の新生物に至らないすべての変化を含有するベセスダ分類システムである。今回、この AGC を検討した。【対象と方法】2013 年 1 月から 2016 年 3 月までに当科で AGC が検出された 30 例を対象に臨床的特徴を検討した。【成績】年齢は 21~82 歳、平均 46.8 歳であった。主訴の内訳は細胞診異常が 15 例、検診と出血が各 6 例、円錐切除後が 3 例であった。検査手段はコルポ下生検が 17 例で、頸管生検、内膜細胞診、内膜生検を施行したものが各々 22 例、17 例、18 例であった。最終診断は良性が 18 例、CIN2,3 が各 1 例、AIS が 3 例、頸部腺癌が 2 例、内膜腺癌が 4 例、卵巣癌が 1 例であった。診断根拠はコルポと生検、コルポ、頸管生検、内膜生検、細胞診単独、円錐切除、その他が各々 7 例、5 例、7 例、4 例、3 例、3 例、1 例であった。診断確定期間は平均 2.3 か月であった。【考察】AGC の最終診断は良性から悪性まで幅広く、診断方法も多岐に渡り診断まで長期間を要した。更なる症例の集積による検討が必要である。

14

子宮頸部腺系病変に正常大右卵巣由来の粘液性腺癌を伴った 1 症例

長浜赤十字病院

奈倉道和, 渡部光一, 菅智美, 中島正敬

子宮頸部や卵巣などに同時多発的に粘液性の過形成や悪性腫瘍を生じる病態が、近年注目されている。今回我々は子宮頸部腺系病変を伴う正常大の右卵巣の粘液性腺癌 (IIIb 期) の症例を経験したので報告する。症例は 44 歳 3 経産。子宮頸部と卵巣にそれぞれ嚢胞性病変を指摘され紹介された。子宮頸部細胞診で異型腺細胞を、MRI でナボット嚢胞と女性手拳大の左卵巣嚢腫とそれに連続する小嚢胞多房性病変を指摘された。右付属器は異常なかった。左付属器の悪性腫瘍を疑い開腹手術した所、左卵巣嚢腫はダグラス窩に強く固着し、子宮・直腸への直接浸潤を疑った。まず左付属器を摘出し、迅速検査で粘液性腺癌と判明したので左卵巣癌と仮診断し、根治手術を選択して子宮・右付属器・直腸を一塊に摘出した。術後病理検査で子宮頸部は腺過形成と診断され、左卵巣病変は「正常大の右卵巣にある粘液性腺癌が良性の左卵巣嚢腫に転移したもの」と判明した。子宮頸部腺系病変では他の粘液性腺癌の合併を想定することが重要であると考えた。

15

Atypical glandular cells の病理組織学的転帰と臨床意義

近畿大学医学部奈良病院¹⁾、奈良県立医科大学²⁾、近畿大学医学部奈良病院 病理診断科³⁾

生駒直子¹⁾、中村雅子¹⁾、張波¹⁾、杉本澄美玲²⁾、金山清二¹⁾、浦雅彦¹⁾、福森恭代³⁾、

若狭朋子³⁾、太田善夫³⁾、大井豪一¹⁾

目的：AGC は、腺癌や内頸部上皮内癌の判断には至らない異型腺細胞であり、臨床においては判断に苦慮することもあり。今回、当施設で AGC と判定された症例の転帰を後方視的に検討した。

方法：近畿大学医学部奈良病院で 2011 年 1 月から 2015 年 12 月に施行した子宮頸部擦過細胞診症例のうち AGC と判定された症例について、臨床経過や病理組織診断の結果と比較検討した。

成績：AGC は計 31 例 (0.16%) で、そのうち AGC-NOS が 23 例、AGC-FN が 8 例であった。良性の経過は 17 例、CIN1 は 2 例、悪性の経過は 12 例あり、扁平上皮癌が 1 例、AIS が 2 例、子宮頸部腺癌が 3 例、子宮体癌が 4 例、他臓器癌の転移が 2 例であった。

結論：AGC には悪性病変が約 32% という高頻度で検出された。

16

当院における子宮頸部腺癌および AGC の症例の検討

神戸市立医療センター中央市民病院

岡本葉留子、門元辰樹、増田望穂、柳川真澄、前田裕斗、山添紗恵子、崎山明香、松林彩、中北麦、小林史昌、林信孝、小山瑠梨子、大竹紀子、富田裕之、上松和彦、青木卓哉、吉岡信也

子宮頸部腺癌は近年増加傾向にあるが予後不良であり、早期の診断および治療を要する。今回、2013 年 1 月から 2016 年 3 月の間に診断された子宮頸部腺癌 22 症例及び AGC 症例 111 例について、細胞診の結果と診断までの期間、進行期等を検討し報告する。頸部腺癌患者群の診断時の平均年齢は 50.5 才で、診断までの期間の平均は 2.2 カ月であった。妊娠中の診断が 1 例あった。頸部腺癌患者群の細胞診結果の内訳は AGC 9 例、AIS 2 例、adenocarcinoma 7 例、NILM 2 例、SCC 1 例、細胞診未検査 1 例で半数近くが AGC であった。また全 AGC 症例 111 例のうち 46 例 (41%) が最終診断で悪性疾患を認め、子宮頸部腺癌 9/46 (19%)、子宮体癌 29/46 (56%)、卵巣癌 3/46 (6%)、扁平上皮異形病変 9/46 (19%) であった。細胞診で AGC とされた症例では悪性疾患の存在を念頭において精査することが重要である。

17

子宮頸部細胞診 AGC 症例の病理組織学的検討と転帰

神戸大学

川口徹也、蝦名康彦、今福仁美、鈴木嘉穂、若橋宣、宮原義也、山田秀人

【目的】AGC 判定であった症例の最終診断結果と臨床経過について検討する。【方法】2013 年 1 月から 2016 年 10 月に、AGC 判定のため精査を行い組織診断の確定した 61 人を対象とし、後方視的に検討した。【成績】最終診断は、浸潤癌 22 人 (35%) (子宮頸部腺癌 10/ 子宮体癌 10/ 卵巣癌 2)、上皮内癌 7 人 (12%) (AIS 3/ CIN3 3/ 子宮内膜異型増殖症 1)、良性のみは 31 人 (51%) であった。浸潤癌と診断される頻度は、未閉経例で 15.4% であるのに対し、閉経例では 72.7% と有意に高率であった ($p<0.01$)。また、経過観察となった 23 人における細胞診異常の出現頻度は、未閉経例で 0% であるのに対し、閉経例では 60% と有意に高率 ($p<0.01$) であった。3 例は子宮体癌、LEGH、CIN3 の診断で手術を行った。【結論】AGC 症例の最終診断結果は多岐にわたり、AGC 判定例に対しては子宮頸部を中心とした迅速かつ総合的な精密検査が必要である。中でも閉経後の AGC 判定例についてはハイリスクであることが明らかとなった。

周産期研究部会講演抄録

1

妊娠高血圧腎症に漿液性網膜剥離を合併した1例

大阪市立総合医療センター 総合周産期センター産科

松木貴子, 中村博昭, 井上基, 松木厚, 公森摩耶, 田原三枝, 西本幸代, 田中和東, 中本收

漿液性網膜剥離は、頻度は不明であるが、妊娠終結の適応となる妊娠高血圧腎症の合併症である。症例は 36 歳、初産婦。ART にて妊娠成立。妊娠 11 週より妊娠管理。妊娠 25 週 2 日に診察時血圧 161/105mmHg, 尿蛋白 3.04g/gCre で早発型妊娠高血圧腎症重症と診断し、入院管理。妊娠 25 週 4 日に BP171/87mmHg と重症高血圧を認めたため、ニフェジピン L20mg/日内服開始。妊娠 26 週 1 日に左眼中心暗点の症状があり、眼底所見上、左眼黄斑部に漿液性網膜剥離を認めた。内服療法を中止とし、硫酸マグネシウム及びニカルジピンの点滴静注へ変更。妊娠 26 週 2 日の頭部 MRI 所見上、脳浮腫は認めなかったが、眼底所見上、網膜剥離部の拡大があり、妊娠終結の目的で、バタメサゾンを筋注。妊娠 26 週 4 日に帝王切開術施行。術後フロセミドを併用し積極的な利尿を図り、術後 3 日に網膜剥離は改善。術後 7 日目に退院した。漿液性網膜剥離の早期病態改善改善目的のため系統的な降圧治療の上、フロセミドによる積極的な利尿管理が有効であった。

2

産後に網膜剥離を生じ Vogt-小柳-原田病と診断された妊娠高血圧症候群の1例

兵庫県立西宮病院

本多秀峰, 山本幸代, 宇田元, 山本実咲, 永瀬慶和, 北井俊大, 谷口友基子,

磯部晶, 増原完治, 信永敏克

【緒言】Vogt-小柳-原田病（以下原田病）は急激に両眼の網膜剥離を生じ視力低下に至る疾患である。今回われわれは妊娠高血圧症候群の分娩直後に原田病と診断された症例を経験したので報告する。【症例】37 歳初産婦。妊娠初期に近医産婦人科で高血圧を指摘され、妊娠 16 週 2 日で当科へ紹介。初診時血圧 159/87mmHg, 尿蛋白陰性。アプレゾリン®, アダラート®内服により血圧管理していたが、妊娠 32 週 4 日に血圧 188/118mmHg, 尿蛋白 4+, 浮腫出現したため、加重型妊娠高血圧腎症と診断し緊急入院。ペルジピン®持続静注開始するも血圧コントロール不能のため同日 termination 決定し緊急帝王切開施行。入院時よりたびたび流涙あり、産後 10 日目より視力低下のため眼科受診したところ漿液性網膜剥離と診断、蛍光眼底造影検査にて原田病と診断され、ステロイド治療開始。全身症状改善し、産後 28 日目に退院した。【考察】妊娠高血圧症候群の全身血管性変化による眼底の脈絡膜循環不全から網膜剥離を生じる可能性がある。まれな病態であるが鑑別に挙げる必要がある。

3

肺水腫を合併した妊娠高血圧腎症に対し分娩前よりフロセミドにて治療を行った1例

大阪市立総合医療センター 総合周産期母子医療センター

松木厚, 田中和東, 井上基, 公森摩耶, 松木貴子, 田原三枝, 西本幸代, 中村博昭, 中本收

妊娠高血圧腎症における浮腫は血管内皮障害で、末梢血管抵抗上昇による高負荷も一因となる。浮腫が重症の場合、肺水腫を呈する。症例は 35 歳、初産婦。4 回流産の既往あり。妊娠 28 週まで抗凝固療法施行。橋本病に対しレボチロキシナトリウム内服で治療。ART 後妊娠にて当院で妊娠管理。妊娠 34 週 3 日 BP151/91mmHg, 尿蛋白 6.45g/g Cre を認めたため妊娠高血圧腎症と診断し、同日より入院管理。妊娠 34 週 6 日 BP168/85mmHg と重症高血圧を認めたため、ニフェジピン L20mg/日内服開始。妊娠 35 週 1 日に 1.9kg/日の体重増加、乏尿及び呼吸苦を認め、SpO₂96%であり、胸部レントゲン所見上、肺水腫を認めたため、フロセミドの点滴静注にて利尿開始。1kg/日除水後、EF60%であることを確認し、妊娠 35 週 2 日帝王切開術施行。術後 4 日目までフロセミド点滴静注の利尿とともに、降圧目標 160/100mmHg 未満として、ニカルジピン点滴静注を併用。術後 4 日よりニフェジピン L20mg 内服に変更し、術後 10 日退院。妊娠終結時の周術期の積極的利尿が早期病態改善に寄与した。

4

心不全を合併した妊娠高血圧に伴う肺水腫の3例

淀川キリスト教病院

稲葉尚美, 石原あゆみ, 杉本麻帆, 藤田由布, 中野瑛理, 柴田綾子, 三上千尋, 陌間亮一, 田中達也, 丸尾伸之

妊娠高血圧に続発する肺水腫が重症化する場合、一時的な心機能低下や周産期心筋症など持続する心機能低下を認めることがあり、様々なレベルの心機能低下を合併した妊娠高血圧に続発する肺水腫 3 症例について報告する。症例 1 は妊娠 35 週に重症妊娠高血圧腎症で帝王切開し、術後肺水腫が遷延、術後 6 日目の心エコーにて高度の大動脈弁不全、駆出率 67% で急性心不全と判明し、利尿剤と飲水制限にて改善した。症例 2 はこれまで心疾患の既往はなく、妊娠 40 週に妊娠高血圧と肺水腫で帝王切開し、術後の心エコーで駆出率 39% であり、周産期心筋症と診断し、利尿薬と降圧薬で治療を開始し、症状は改善した。症例 3 は妊娠 33 週に品胎、HELLP 症候群で帝王切開し、術当日より肺うっ血所見が増強、一時的に CPAP 管理、利尿薬治療を要した。心機能は駆出率 53% と一時的に低下していたが、手術翌日には回復した。肺水腫を来した妊娠高血圧症例では心機能を評価し、適宜心不全に対する治療が必要となる。

5

妊娠高血圧症から脳卒中を発症した2例

淀川キリスト教病院

荻本圭祐, 三上千尋, 杉本麻帆, 藤田由布, 石原あゆみ, 柴田綾子, 中野瑛理, 陌間亮一, 田中達也, 伊熊健一郎, 丸尾伸之

【諸言】脳卒中は分娩時多量出血に次ぐ母体死亡の原因とされている。妊娠高血圧症により脳卒中を生じた 2 症例を経験したので報告する。【症例 1】31 歳, 2 経産, 妊娠 30 週に妊娠高血圧性腎症となり当院に紹介された。胎児発育停止あり同日帝王切開を施行した。術後血圧は安定していたが、術後 3 日目に一過性見当識障害、術後 6 日目に頭痛が出現したため MRI 検査を行い左小脳梗塞と診断した。抗凝固療法を開始し術後 15 日目に退院となった。神経学的後遺症は認めていない。【症例 2】31 歳, 2 経産, 妊娠 31 週より胎児発育不全を指摘されていたが高血圧は認めず、妊娠 37 週に自然経膣分娩となった。分娩直後に頭痛を訴え血圧上昇と痙攣を認めた。意識障害が遷延したため当院に搬送となった。CT 検査で右尾状核出血を認め、開頭血腫除去を行った。歩行可能となったが日常生活には介助を要する。【結語】妊娠高血圧症に伴う意識障害では子癇に加えて脳卒中の鑑別が重要である。母体の生命予後に直結するため早急な診断加療が求められる。

6

当院で経験された妊娠高血圧症候群併子癇発作 4 症例における後方視的検討

神戸市立医療センター中央市民病院

門元辰樹, 岡本葉留子, 柳川真澄, 前田裕斗, 増田望穂, 山添紗恵子, 崎山明香, 中北麦,

松林彩, 林信孝, 小林史昌, 小山瑠梨子, 大竹紀子, 富田裕之, 上松和彦, 青木卓哉, 吉岡信也

講演要旨【諸言】子癇は発症すれば母児共に重篤な影響を及ぼしうる。今回 2013 年 1 月から 2017 年 6 月までに当院で妊娠高血圧症候群と診断された 374 例のうち子癇を発症した 4 例につき後方視的に検討した。【症例 1】29 歳 初産 26 週に軽症域の高血圧を認めたが再検で問題なし。31 週で浮腫増悪し 32 週に頭痛出現。その翌日に痙攣で搬送。【症例 2】17 歳 初産 34 週に頭痛・浮腫増悪認め当院へ向かう道中で痙攣出現し搬送。【症例 3】33 歳 初産 34 週に尿蛋白 2+。35 週より浮腫が出現し頭痛・視力障害ありかかりつけ医を受診しようとしたが歩行困難で救急要請。車内で痙攣出現し搬送。【症例 4】26 歳 初産 37 週に下腿浮腫出現。38 週に破水で入院し分娩遷延のため陣痛促進開始したところ痙攣出現し搬送。【考察】いずれも初産婦で妊娠経過に大きな問題なく頭痛・浮腫等の症状から 1 週間以内に子癇を発症した。健診で問題なくても急性に子癇を発症する可能性あり、血圧上昇や浮腫の増悪等ある場合は早期受診を注意喚起することが重要だと考えられた。

7

Posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) 10 例の検討

関西医科大学

西端修平, 吉田彩, 笠松敦, 副島周子, 安原由紀, 横江巧也, 黒田優美

小林直子, 松本みお, 生駒洋平, 榎木, 晋, 岡田英孝

【目的】Posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES)は血圧の急激な上昇に伴う脳血管内皮細胞障害による血管原性浮腫を示す可逆性の所見で, 神経障害も一過性であることが多い。しかし, 妊娠関連のPRESでは出血リスクが約6%あり, 子癇移行や死亡の報告もある。今回当院でのPRES症例10例について文献的考察を加え報告する。

【方法】神経学的所見(頭痛, 視覚障害, 意識障害, 痙攣, 嘔吐)を認めた妊産婦で頭部CT/MRI検査を施行した症例のうち, PRES症例10例について後方視的に検討した。

【結果】子癇症例が6例(妊娠子癇2例, 分娩子癇2例, 産褥子癇2例), 意識障害症例が3例, 視覚障害症例が1例であった。脳出血を合併した症例は3例あり, 2例は緊急脳室ドレナージ術を必要とした。

【結論】PRESは可逆性の疾患と考えられているが, 脳出血を合併する重篤な症例に注意が必要である。

8

HELLP 症候群, 高カリウム血症, 子癇発作および脳出血を呈した1例

大阪市立大学

高瀬亜紀, 三杓卓也, 栗原康, 植村遼, 林雅美, 横井夏子, 片山浩子, 羽室明洋,

中野朱美, 橘大介, 古山将康

【緒言】HELLP 症候群を発症し緊急帝王切開を実施したのち脳出血をはじめとする各種病態を呈した症例を経験したので報告する。【症例】40歳, 3妊2産 妊娠35週5日, 前医で血圧上昇のため当院へ搬送となった。BP196/100mmHg, 心窩部痛の訴えがあった。肝機能の悪化所見を認めHELLP 症候群の適応で緊急帝王切開を行った。術後早期より輸血, AT-III 補充, 降圧・利尿剤などを使用した。腎機能低下のためマグネシウム製剤の投与は控えた。術後8時間で血清K値は5.7mEq/Lに上昇したためグルコースインスリン療法を開始した。術後24時間後けいれん発作を認め, MRI実施したところ左頭頂葉に微小出血の所見を認めた。硫酸マグネシウムを10ml/hで投与開始したが血中マグネシウム濃度が7.3mg/dLと高値を示したため投与量を漸減した。産褥17日目に退院となり, 産褥4か月の段階で後遺症は認めていない。【結語】児娩出後の管理に難渋した症例を経験した。本症例を振り返り反省点を明らかにしたい。

9

HELLP 症候群の血小板数低下への対応

大阪市立総合医療センター 総合周産期母子医療センター産科

井上基, 西本幸代, 松木厚, 公森摩耶, 松木貴子, 田原三枝, 田中和東, 中村博昭, 中本收

HELLP 症候群は重篤な合併症発生や輸血率が高く, 管理に注意が必要である。輸血に関してはHELLP 症候群に伴う血小板数低下では5万 μ l未満となった場合血小板輸血を考慮とある。しかし, 輸血には合併症リスクがあり, その使用には慎重を要すると考える。当院ではHELLP 症候群の管理において血小板数2万 μ lまで待機的に管理する方針としている。2015・2016年に経験したHELLP 症候群17例のうち血小板数5万 μ l以下となったものが6例(当院発生4例, 他院産後発生搬送症例2例)あり, 当院発生1例<40代初産婦 妊娠37週台 高度頭痛・重症高血圧認め緊急帝王切開術施行。術直後採血でHELLP 症候群と診断。術後12時間時に血小板1.6万 μ lとなり血小板輸血を施行した>のみに血小板輸血を行った。血小板数最低値1.7~4.2万 μ lの5例については厳重な血圧管理および急性期は3時間毎の採血による経時的変化のフォローを行い輸血を要さず管理し得た。この6例について症例を提示する。

10

HELLP 症候群に対し Mississippi Protocol に基づく治療を行った 8 例の検討

和歌山県立医科大学

三谷尚弘, 城道久, 松下彩葉, 中田久実子, 南佐和子, 井篁一彦

【緒言】重症型妊娠高血圧腎症は HELLP 症候群を合併し重篤な母体合併症が生じる例がある。HELLP 症候群を Class 1~3 に分類し重症例にステロイドを投与する Mississippi Protocol (以下 MP) で管理することが「母体安全への提言 2014」で推奨されている。当院での MP に基づく治療経験例を報告する。【方法】2014 年 8 月~2017 年 7 月の間に発症し MP を適応した HELLP 症候群 8 例を対象とした。【結果】HELLP 症候群診断時の検査値は Plt 6.2 (2.9-11.2) [$\times 10^4/\mu\text{l}$], AST 238 (50-455) [IU/l], LDH 699 (305-1451) [IU/l]であった。Class1・2 が 4 例, Class3 および partial HELLP 症候群が 4 例であった。全例降圧薬・硫酸 Mg を投与し, MP に基づきデキサメタゾンを 12 時間毎に 10mg, 10mg, 5mg, 5mg 投与した。MP を適応後 48 時間以内に全例が検査値の改善を認め, 重篤な母体合併症が生じた例は無かった。【結語】MP 適用後に母体が重症化した例は無く, MP に基づく HELLP 症候群の管理は重篤な合併症を防ぎ得た可能性があった。

11

非侵襲的陽圧換気療法を併用し妊娠を継続しえた妊娠 24 週 partial HELLP 症候群の 1 例

京都大学

濱田航平, 千草義継, 近藤英治, 上田優輔, 河原俊介, 最上晴太, 万代昌紀

妊娠高血圧腎症の管理において胸水や肺水腫は妊娠終了の適応基準の 1 つであるが, 児の成育限界付近の妊娠週数の場合はその判断に苦慮する。症例は 42 歳初産婦。妊娠 24 週 0 日重症妊娠高血圧腎症のため入院し, 降圧剤, マグネシウム投与を開始した。翌日から肝酵素上昇, 血小板・ハプトグロビンの低下傾向を認め, partial HELLP 症候群と診断し, ステロイドを投与した。その後, 胸腹水が出現し, SpO₂ 90%と酸素化不良をきたし, 妊娠 24 週 3 日から非侵襲的陽圧換気(NPPV)を導入したところ, 酸素化は改善したため妊娠を継続した。早産に伴う児の生命・神経学的予後と, 重症妊娠高血圧腎症による母体病状の両者を勘案しつつ妊娠終了の時期を慎重に検討し, 妊娠 25 週 2 日帝王切開術を施行して 532g の女兒を得た。母児の経過は良好であり重篤な障害を認めていない。NPPV 療法は妊娠高血圧腎症に起因する酸素化不良を改善し, 妊娠期間の延長に寄与する可能性が示唆された。

12

娩出時期の決定に苦慮した加重型妊娠高血圧腎症の 1 例

愛染橋病院

鈴木陽介, 北野佐季, 八木茉莉, 村上淳子, 中村涼, 高尾映美子, 松元香揚子,
奥野健太郎, 早田憲司

妊娠 34 週未満の重症妊娠高血圧腎症では, 降圧を図り児の状態を評価しつつ可能な限り妊娠期間の延長を目指す。特に超早産期で FGR を合併する際は管理に苦慮する。今回妊娠 24 週の FGR を伴う加重型妊娠高血圧腎症を経験したので若干の文献的考察を交えて報告する。症例は 39 歳, 初産婦, 自然妊娠, 高血圧合併妊娠, メチルドパにて管理を行っていたが, 妊娠 24 週 0 日より尿蛋白 4+, 高血圧緊急症となり入院, また FGR も認めた。硫酸マグネシウム投与し, ニカルジピンにて血圧コントロール開始した。また胸水に伴いネーザルハイフロー開始した。血圧コントロール不良, 換気不良のため妊娠 24 週 5 日に緊急帝王切開術にて 402g(-1.5SD) の女兒を Apgar score 3/6 で娩出した。産褥も術後 4 日目までネーザルハイフロー使用, 血圧もニフェジピン内服のみでは血圧コントロール不良であり, カンデサルタンレキセチルの追加を要した。

13

硫酸 Mg およびニカルジピン注射液の長期投与で妊娠管理した加重型妊娠高血圧腎症早発型の 2 例

大阪市立総合医療センター 総合周産期母子医療センター産科

松木厚, 田中和東, 井上基, 公森摩耶, 松木貴子, 田原三枝, 西本幸代, 中村博昭, 中本收

重症高血圧管理目的のため硫酸 Mg(Mg)およびニカルジピン(Nic)を用いた長期投与症例を報告する. 1: 34 歳, 経産婦. 妊娠 9 週に高血圧合併妊娠と診断. 降圧目標 BP160/100mmHg 未満で管理. 妊娠 29 週にラベタロール 150mg/日内服. 妊娠 30 週 3 日に入院. 妊娠 31 週 1 日に高血圧緊急症を認め Mg+Nic を開始した. 妊娠 31 週 3 日に Hp-EOS, 降圧目標 BP160/110mmHg 未満とした. 妊娠 34 週 3 日帝王切開施行. 術後 7 日に退院. 症例 2: 36 歳, 初産婦. 妊娠 11 週に高血圧合併妊娠と診断. 降圧目標 BP160/100mmHg 未満で管理. 妊娠 26 週ラベタロール 150mg/日内服. 妊娠 27 週 5 日 HP-EOS と診断. 妊娠 27 週 6 日高血圧緊急症を認め, Mg+Nic 点滴治療開始. 妊娠 32 週 6 日 NRFS にて帝王切開術施行. 術後 1 日目よりニフェジピン L20mg/日内服. 術後 7 日目に退院. 高血圧合併妊娠に加重型妊娠高血圧腎症重症早発型を発症した症例に対し, 高血圧緊急症管理のため体系的な降圧指示に基づく Mg+Nic 長期投与管理を行い 4 週間以上の妊娠継続が可能であった.

14

産褥に診断された副腎腫瘍の 2 例～二次性高血圧の鑑別の重要性～

大阪医科大学

大門篤史, 藤田太輔, 太田沙緒里, 布出実紗, 永易洋子, 岡本敦子,

佐野匠, 鈴木裕介, 寺井義人, 大道正英

[はじめに]妊娠合併の副腎腫瘍の頻度は, 0.013%と稀である. 今回, 妊娠高血圧腎症(PE)と診断していたが, 産褥の精査で副腎腫瘍による二次性高血圧が診断された 2 例を経験したので報告する.

[症例 1]30 歳の初産婦, 妊娠 28 週時に重症 PE と診断し, 胎児心音異常・母体血圧コントロール不良のため, 緊急帝王切開した. 産後に行った高血圧精査で副腎腫瘍が指摘され, 原発性アルドステロン症と確定診断した.

[症例 2]34 歳の 2 経産, 妊娠前に高血圧を指摘されていたが放置していた. 妊娠 25 週時に血圧上昇あり, 内服の降圧剤を開始した. 妊娠 37 週に加重型 PE と診断, 分娩誘発した. 産褥に CT で副腎腫瘍が指摘され, 精査で褐色細胞腫と確定診断し, 副腎腫瘍摘出を行った.

[考察]今回産褥に確定診断した副腎腫瘍による二次性高血圧の 2 例を経験した. PE を診断する際は, 二次性高血圧の鑑別が重要である.

15

重症妊娠高血圧腎症術後に周産期心筋症をきたした 1 例

奈良県立医科大学

大西俊介, 常見泰平, 橋口康弘, 山尾佳穂, 中野和俊, 赤坂珠理晃, 藤井絵里子,

佐道俊幸, 小林浩

妊娠高血圧症候群は周産期心筋症の最大のリスク因子である. 今回我々は重症妊娠高血圧腎症術後に周産期心筋症を発症した症例を経験したので報告する. 39 歳の 1 経妊 0 経産, 凍結胚盤胞移植にて妊娠成立, 妊娠 29 週頃より尿蛋白 1+, 四肢の浮腫が出現していた. 血圧重症域, 尿蛋白 4+にて 36 週 6 日より入院, 分娩誘発したが, 尿蛋白 24g/日, 呼吸苦, 胸水貯留のため 38 週 1 日緊急帝王切開となった. 術前より咳嗽あり, 術後 4 日目労作時の息切れが出現, 術後 7 日目悶絶する呼吸苦が出現, リザーバーマスク 10 L/min も改善せず, ICU 入室し鎮静, 人工呼吸器開始した. 左室はびまん性に壁運動低下, 左室駆出率 35%であった. 臨床経過から周産期心筋症が最も疑わしく, 利尿薬および循環作動薬を使用し心不全に対する治療を開始した. 術後 25 日目退院となった. 咳嗽や息切れなどは正常妊婦でも認める訴えだが, 妊娠高血圧症候群などリスクを有する患者の場合は周産期心筋症を念頭において診察にあたる必要がある.

生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会講演抄録

1

胎児共存奇胎に合併した OHSS の 1 例

大阪大学

神田昌子，味村和哉，熊澤恵一，木村正

絨毛性疾患に関連する OHSS の報告は散見される。我々は胎児共存奇胎と OHSS を併発した症例を経験したので報告する。33 歳，1 経妊 1 経産，PCOS を指摘されていた。クロミフェン+hMG+hCG+AIH により双胎妊娠成立後，妊娠 4 週に OHSS のため前医に入院。当初は vanishing twin の診断であったが，胎児共存奇胎疑いのため妊娠 10 週 0 日当院紹介となった。初診時の診断は胎児共存奇胎，中等症 OHSS(嘔気，卵巣 6cm，腹水なし)。hCG75 万 mIU/ml であった。妊娠 10 週 3 日子宮内容除去術を施行したが，術後 7 日目に卵巣増大，D ダイマー上昇を認め，OHSS 増悪傾向と判断しカベルゴリンとアスピリン内服を開始した。その後 14 日目に hCG が再上昇し存続絨毛症と診断。術後 18 日目に臨床的侵入奇胎に対し MTX を開始した。同時期に卵巣径 12 cm を超え OHSS 重症となった。術後 26 日より左付属器不全捻転による急性腹症に対し保存的加療を行い，術後 46 日で hCG340mIU/ml，左右卵巣は 8~11cm に縮小した。術後 55 日の現在も加療中である。

2

OHSS との鑑別を要した多房性卵巣腫瘍に対し，腹腔鏡下卵巣多孔術を施行した 1 症例

関西医科大学

小林直子，都築朋子，横江巧也，吉村智雄，岡田園子，北正人，岡田英孝

症例は 24 歳，1 回経産婦。前医より月経不順，続発性不妊症，排卵誘発剤使用後の卵巣腫大にて当科紹介。前回妊娠は 5 年前に自然妊娠，2 年前より軽度卵巣腫大を指摘されていた。初診時，右卵巣 7 cm 大，左卵巣 6 cm 大の多房性卵巣腫瘍を認め OHSS を疑った。月経発来後も縮小しないためカウフマン療法を施行するも卵巣腫大の縮小なし。LH/FSH 比：0.89 で PCOS の診断基準は満たさないものの，多房性卵巣腫瘍による排卵障害を疑い，腹腔鏡下多孔術（LOD）および卵巣部分切除術を施行。病理組織診断は serous cyst であった。術後，月経周期は整となり，自然卵胞発育を認めるようになった。現在，人工授精にて不妊治療を行っている。今回 PCOS/OHSS との鑑別を要した多房性卵巣腫瘍に対し LOD を施行し，月経周期が回復した 1 症例を経験した。通常 LOD は PCOS の外科的治療として行われるが，多房性卵巣腫瘍の排卵障害改善にも効果的であると考えられる。

3

OHSS に伴う大量腹水に対し腹水濾過濃縮再静注法（CART）が有用であった 1 例

滋賀医科大学

花田哲郎，木村文則，森宗愛菜，竹林明枝，高島明子，村上節

症例は 35 歳女性，2 妊 1 産。前医でのアゴニスト法（ショート法）による卵巣刺激後の採卵により 63 個の卵母細胞を獲得した後，腹部膨満感，腹痛，全身浮腫を認め，OHSS の診断で入院加療していた。症状悪化し，採卵後 4 日目に当院搬送となった。身体所見上，両側卵巣は 12cm 以上に腫大し，Morison 窩に達する腹水および左胸水を認め，Ht 47.2%，WBC 15,300/μL と高度の血液濃縮および乏尿を認めたため，重症 OHSS の診断で加療を行った。ヘパリン投与，補液および dopamine 投与を行ったが症状は改善傾向を認めず，入院 2 日目に腹水 2200 ml 除去し腹水濾過濃縮再静注法（CART）を施行した。施行翌日より腹水減少，尿量増加，血液所見の改善を認めた。その後臨床症状が急速に改善したため，CART 施行後 5 日目に退院となった。OHSS に対する CART は確立された治療法ではないが，特に症状コントロール不良な重症例において有用な治療法となり得ることが示唆された。

4

当科で管理した卵巢過剰刺激症候群の3症例

JCHO 大阪病院

梅澤奈穂, 尹純奈, 和田あずさ, 大八木知史, 福田 綾, 筒井建紀

当科で管理した OHSS 3 症例を報告する。① 30 歳, 初産婦。前医でクロミッド-hMG にて排卵誘発が行われ, hCG 投与なしでタイミング妊娠成立。妊娠 3 週 6 日に両側卵巢腫大, 多量の腹水を認め, severe OHSS の診断で入院。輸液, 腹水穿刺, カバサル内服などで管理。GS を確認し, 妊娠 6 週で退院。その後, 正期産で経腔分娩。② 27 歳, 初産婦。前医で hMG-hCG-IUI にて妊娠成立。妊娠 4 週 2 日に両側卵巢腫大, 多量の腹水を認め, moderate OHSS の診断で入院。輸液, カバサル内服などで管理。心拍のある胎芽を認めるも, その後, 稽留流産。③ 35 歳, 1 回経産婦。前医で ART 治療のため hMG-GnRH antagonist-hCG にて調節卵巢刺激を行い, 22 個の卵子を採卵し全胚凍結。採卵 3 日後に severe OHSS の診断にて入院。両側卵巢腫大, 多量の腹水あり, 輸液, カバサル内服, 腹水濾過濃縮再静注法(CART)を実施し, 腹水貯留は改善。

5

排卵誘発から1週後に外因性hCGにより卵巢過剰刺激症候群を発症した1例

大阪大学

香林正樹, 熊澤恵一, 山田光泰, 桑鶴知一郎, 福田弥生, 小泉花織, 瀧内剛, 中村仁美, 木村正

卵巢過剰刺激症候群 (Ovarian Hyperstimulation Syndrome ; OHSS) は, 不妊治療の排卵誘発剤投与で生じうる, 卵巢腫大と血管透過性亢進を主とした致命的となりうる重篤な医原性疾患であり, 予防や早期発見が必須である。今回, hCG 投与から 1 週後に OHSS を発症した当科での 1 症例を報告する。36 歳女性, 1 経妊未経産。クロミッド内服で卵胞発育を促したのちに, 多嚢胞性卵巢症候群を認めぬことを十分に確認してから月経周期 14 日目に人工授精を行い, 同日に hCG 5000 単位を投与した。その 1 週後に患者は発熱と全身倦怠感を訴え, 各種検査結果から我々は OHSS と診断した。妊娠はしておらず, OHSS は重症化せずに, OHSS との診断後 12 日目に腫大卵巢と症状は完全消失した。当症例は, 慎重な卵胞発育観察後の排卵誘発であったにも関わらず OHSS が発症した症例であった。排卵誘発から約 1 週以上経過してからの発症は内因性 hCG によることが多いが, 当症例のように外因性 hCG によっても発症しうることを十分に認識する必要がある。

6

当院における PCOS 女性に対する不妊治療成績

Koba レディースクリニック¹, 兵庫医科大学²浮田祐司^{1,2}, 小林眞一郎¹, 浮田美里², 杉山由希子², 藤井雄太², 竹山龍²,森本篤², 森本真晴², 加藤徹², 脇本裕², 福井淳史², 柴原浩章²

〔目的〕多嚢胞性卵巢症候群 (polycystic ovary syndrome : PCOS) の不妊女性に対する排卵誘発法, 特にゴナドトロピン(Gn)療法を実施する場合には, 単胎妊娠の成立と OHSS の発症予防への配慮が重要である。そこで当クリニックにおける PCOS 女性に対する最近の不妊治療成績を検討した。〔方法〕対象は 2013 年 1 月から 2014 年 12 月までに当院を初診した不妊女性 1301 人。このうち PCOS の診断基準を満たした 86 人の診療結果を分析した。なお排卵誘発法はクロミフェン (CC) 0.5 錠/日 x5 日からの開始を基本とし, 排卵不成功であれば 1 錠/日, 2 錠/日に順次増量した。それでも無効の場合は IC のうへ CC + Gn 療法, または腹腔鏡下卵巢多孔術 (LOD) のいずれかを選択した。〔結果〕PCOS の頻度は 6.61% であった。遅延ながら自然排卵を 15 人 (17.4%) に認めた。CC 単独により 49 人 (56.9%), CC + Gn 併用により 22 人 (25.6%) で排卵に至ったが, LOD を施行した症例はなかった。CC 単独による排卵女性と, CC + Gn 併用での排卵女性において, 年齢・BMI・ホルモン値 (LH・FSH・PRL・testosterone) を比較したが, いずれも有意差はなかった。治療により 53 人 (61.62%) に計 57 回の単胎妊娠が成立し, 2 回の双胎妊娠が成立した。内訳はタイミング療法 37 回 (62.7%), AIH13 回 (22.1%), ART9 回 (15.2%) であった。流産は 15 回 (25.4%) で, 入院管理を要する OHSS の発症は認めなかった。

日本産婦人科医会委員会ワークショップ

■ 平成29年10月29日 (日) 第2会場 (和ホールA)

(13:40~15:40)

座長： 曾和正憲 (日高総合病院)
安井智代 (大阪市立大学)

- 13:40~14:10 1. 「子宮移植」の現状と展望
菅沼信彦 (京都大学)
- 14:10~14:30 2. 一度は聞いておこう 産婦人科専攻医のための保険診療ABC
西尾幸浩 (大阪警察病院)
- 14:30~14:50 3. 生殖医療と漢方
中井恭子 (越田クリニック)
- 14:50~15:10 4. 妊娠初期の超音波診断におけるピットフォール
中村光作 (日本赤十字社和歌山医療センター)
- 15:10~15:30 5. トモセラピーを用いた、婦人科癌の高精度放射線治療
馬淵泰士 (和歌山県立医科大学)

日本産婦人科医会委員会ワークショップ講演抄録

1

「子宮移植」の現状と展望

京都大学大学院医学研究科人間健康科学系専攻 菅沼信彦

近年、生殖補助技術（assisted reproductive technology；ART）の発展は、多くの不妊患者に福音をもたらしてきた。しかしながら、この技術をもってしても挙児を期待できない事例が存在する。その主たる対象が子宮性不妊（uterine factor infertility；UFI）である。UFIの後天的原因は、産科的には産後出血、癒着胎盤等により子宮摘出を余儀なくされた場合、婦人科的には子宮悪性腫瘍等により子宮摘出を受けた例が含まれる。また先天的には、Mayer-Rokitansky-Küster-Hauser（MRKH）症候群等により妊娠可能な子宮を欠損する場合である。このUFI患者は、わが国の生殖年齢（20～40歳）において、6～7万人存在すると推定されている。UFIのART治療においては、代理懐胎・代理出産が適用される。しかしながら、この第三者が関わるARTにおいては、倫理・法・社会的問題が数多く存在し、世界でも代理懐胎を認めている国は38%のみである。わが国においても、日本産科婦人科学会の会告により規制されている。これに対し2014年10月、スウェーデンより「世界初の子宮移植ベビーの誕生」とのニュースが発せられた。本講演では、この子宮移植技術発展の経緯、ならびに今後の展望につき、わが国の現状とともに紹介する。

臨床的子宮移植は、2000年4月にサウジアラビアにて施行されたが、失敗に終わった。その結果、多くの動物種を用いた研究が開始されることになった。小動物、大動物、さらには非ヒト霊長類に至るまで、子宮移植の動物実験が行われ、移植技術、術後管理、免疫抑制法などに多くの成果が得られてきている。われわれも2008年に子宮移植プロジェクトチームを組織し、カニクイザルを用いた自家移植実験を開始した。その結果、2012年3月には仔を得るに至った。以降も子宮移植の臨床適用に向けて、同種移植実験等を行ってきている。

基礎的研究成果を踏まえ、海外では再び子宮移植の臨床適用が開始された。2011年8月にはトルコのグループが脳死体からの子宮移植を行った。2013年4月には凍結胚・融解移植による妊娠に成功したが、自然流産に終わった。2度の胚移植が行われたが、生児を得られるまでには至らなかった。2012年9月には、スウェーデンのBrännström教授のグループが2例の母子間の子宮移植を行った。最終的には2014年1月までに9例の生体ドナーからの子宮移植が行われ、7例が成功した。全例に月経の発来が認められ、2014年3月より順次、凍結胚・融解移植が行われた結果、2014年9月には最初の児が誕生した。以降、現在までに総計5例の出産が公的に報告されている。スウェーデンの成功を受け、世界では10施設（9カ国）で子宮移植が実施された（2017年5月現在）。計24例のうち生体ドナーが20例であり、レシピエントはMRKH症候群が22例とほとんどを占めている。しかしながら、不成功により子宮摘出を余儀なくされた例が8例と、いまだ確実な手技とは言い難い。

われわれは、子宮移植に対する社会的理解ならびに議論を深める場として「日本子宮移植研究会」（理事長：菅沼信彦）を2014年3月に設立し、2017年4月までに6回の理事会、学術講演会・市民公開講座を開催した。世界では国際子宮移植学会（International Society for Uterus Transplantation）が2016年1月に発足し（理事長：Mats Brännström、副理事長：菅沼信彦）、本年9月に第1回学術集会在開催予定である。

ARTとしても、臓器移植医療としても、子宮移植はいまだ発展途上であることは否めないが、UFI患者への福音となるべく、今後の努力が必須であろう。わが国においてもオール・ジャパンとして、施設や専門にとらわれない協働体制の構築に努めていかなければならない。

2

一度は聞いておこう 産婦人科専攻医のための保険診療ABC

大阪警察病院 西尾幸浩

保険診療に関する系統的な教育は卒前教育、またそれに続く卒後初期臨床研修のなかではほとんど行われていない。自院の例をみても、初期研修の間は診療に精一杯で傷病名の入力に臨床研修担当部長と事務方が全面的に補佐していると聞く。しかしながら、専攻医たちも産婦人科臨床業務が始まると同時に、保険診療に自分自身が関わっていかねばならない。これまでの専攻医たちをみていると、彼らなりに指導医、あるいはすぐ上級の専攻医たちから事例ごとにアドバイスを受け、いわゆる耳学問で対応しているようであるが、このような形では保険診療に対して系統的理解を得るのは困難と考えられる。多忙ななか、精一杯に行った傷病名記載が結局訂正ばかりされてしまい、こんなことなら保険のことは事務任せでよいと考えるようになるのも無理はないであろうし、病状詳記を事務から求められるごとに、こんな当たり前のことを今さらなず事務員に向けて（ここに事実誤認がある）文章にまとめないといけないのかと不満のみが蓄積していくのは決して望ましいことではない。若手医師の時代に正しい保険診療を行う習慣がつけば、長い臨床医としてのキャリアにとって非常に有益である。このことを専攻医にぜひとも理解してもらいたいとレセプト審査の現場にあって日々感じている。

過去2年の当学会日産婦医会ワークショップで田中文平、片嶋純雄両先生により保険診療に関して総論各論にわたり詳細な解説が行われたので、今回は産婦人科臨床研修施設の一指導医の立場から、産婦人科診療に携わって日の浅い専攻医や若手医師が保険診療に関して日々疑問に感じていると思われる事項、ぜひとも知っておいてほしい事項について解説し、明日からの診療の一助としていただきたいと考えている。

本講演では主として下記の内容を扱うこととしたい。

- 1) 療養担当規則とは何か。保険医の診療にはどのような制約があるのか。
- 2) 診療報酬明細書（レセプト）審査は誰が、どのように行っているのか。査定と返戻はどのように違うのか。病状詳記の記載を求められた時はどうしたらよいのか。
- 3) 保険診療における傷病名の意義とは。
- 4) DPCとは何か。請求上どのような注意点があるのか。
- 5) 近産婦学会社会保険診療要覧の使い方。

専門医試験でも保険診療に関する出題がなされていることから、時間に余裕があればその対策についても触れてみたい。保険診療についての部長からのご注意を少しでも減らしたい専攻医のみならず、指導医の先生方のご来聴もお待ちしております。

3

生殖医療と漢方

越田クリニック 中井恭子

生殖補助医療（ART）により誕生した児は、日本では21人に1人と過去最多を更新した。しかし、晩婚化も影響して、妊娠に至らない難治性の不妊症の女性も多い。そのなかで、生殖医療に伝統的な漢方薬を組み合わせることで、妊娠につながったと思われる症例にたびたび遭遇することも事実である。不妊症女性は、漢方医療では生殖機能の低下（腎虚）、子宮卵巣への血流低下（血虚）や骨盤内うっ血（瘀血）、精神的ストレスや緊張（肝鬱）が根底にある症例が多いと考えられている。服用すれば必ず妊娠するといった漢方薬があるわけではないが、今回とくに、「腎虚」「血虚」「肝鬱」を改善する、なるべく簡便な漢方薬の使い分けについて紹介したい。

1) 生殖機能の低下（腎虚）

高齢化による妊孕性の低下は解決困難な問題の1つであるが、われわれは、加齢や卵巣機能低下によるART反復不成功例に八味地黄丸等の腎虚を補う漢方薬で、内服前と比較して獲得卵子数や獲得胚数の増加を認めた症例を多く経験した。また大病や過労、無理なダイエットも腎虚の原因で不妊症となりうる。そのため、生活指導も必要である。

2) 子宮卵巣への血流低下（血虚）と骨盤内うっ血（瘀血）

一般に生殖医療では、補助的な効果を期待して、視床下部・下垂体性排卵障害、黄体機能不全の改善効果が報告されている当帰芍薬散や温経湯などが頻用される。これらは漢方では血の不足（血虚）を改善する漢方薬である。当院では便通異常には潤腸湯を頻用している。潤腸湯の効能効果には便秘の記載のみであるが、当帰・地黄といった血の不足を補う作用のある生薬を含むので、当帰芍薬散・温経湯のもつ効果が期待できると考えている。そのうえ、骨盤内うっ血（瘀血）を改善する生薬である桃仁も含む。卵巣機能低下が著しく、前医および当院でARTを繰り返すも妊娠に至らなかった女性が、生殖医療に加えて、潤腸湯を短期間服用し、妊娠に至り生児を得た症例を経験した。そのうえ、便通改善効果は緩やかで服用しやすく、1カ月間の服用で、過少月経の改善や基礎体温の2相性の改善、卵胞発育数の増加、冷えの改善など副効用を認める症例もあった。

3) 精神的ストレス（肝鬱）

精神的ストレスが卵子の質や着床環境に悪影響をもたらすという報告があるので、ストレスを緩和することは生殖治療が継続しやすくなるだけでなく、卵子の質の改善や着床環境の改善につながる可能性がある。この第一選択薬として、四逆散は幅広い症例で有効であり使いやすい。精神的ストレスにより手掌発汗を認める女性にはとくに有効である。また仕事と生殖医療の両立に悩む女性や、治療が長引きストレスが蓄積していれば、大柴胡湯が著効する症例も多く経験した。

4) まとめ

実地の診療では、原因は単独ではなく重複することも多いので、優先すべき症状や所見を絞り込むことが必要である。また漢方薬の効果は短期間で認めることも多いので、ただ漫然と投与するべきではない。効果を確認しながら、長くても半年で妊娠に至らなければ、方針の変更を考慮すべきである。生殖医療にうまく漢方薬を取り入れ、より多くの女性が妊娠されることを切に願う。



妊娠初期の超音波診断におけるピットフォール

日本赤十字社和歌山医療センター 中村光作

妊娠初期の異常妊娠（異所性妊娠，胎状奇胎）の超音波診断について紹介する。

異所性妊娠は，臨床経過に加えて妊娠週数，超音波所見，hCG値を基に診断される。腹腔内出血を伴っている場合，hCG高値で超音波検査にて子宮内にGSがみつからなければ異所性妊娠の可能性は高く，加えてもし異所性妊娠でなかったとしても，腹腔内出血の原因検索と止血という手術適応があるため手術（腹腔鏡下手術）を行うことに躊躇いはない。一方，腹腔内出血のない場合，超音波検査にて子宮外にGSや胎児がみつからなければ，たとえ妊娠週数，超音波所見，hCG値を基に異所性妊娠を強く疑ったとしても，手術を行うことに躊躇いがある。それは，子宮外にGSや胎児がみつからなければ異所性妊娠であることの確証はなく，手術を行ってみると異所性妊娠ではなかったという症例を経験することがあるためである。とはいえ，超音波検査にて子宮外にGSや胎児が見つかることは少なく，異所性妊娠であることの確証がないからといって腹腔内出血を起こすまで待機していると緊急手術を必要とする事態になりかねない。妊娠6週を過ぎてhCGが高値であるにもかかわらず子宮内にGSがみつからない症例に対して，超音波検査を行いながら手術を行うべきか保存的にみるべきかの判断に迷うことが少なくない。そのような自験3症例（うち1例を抄録に記した）を報告する。〔自験例〕33歳G0P0，体外受精による新鮮胚1個を移植して妊娠した症例。妊娠6週4日，hCG値11000 mIU/ml，子宮内にGSがみつからないため異所性妊娠を疑って腹腔鏡検査を行ったが，異所性妊娠の所見はなかった。妊娠6週6日，hCG値16000 mIU/ml，やはり子宮内にGSがみつからないため腹腔鏡検査にて発見できなかった部位での異所性妊娠あるいは胎状奇胎を疑って子宮内容除去術を行ったところ，子宮内に絨毛組織（胎状奇胎の所見なし）がみつかり，子宮内妊娠であったことが確認された。

卵管妊娠における卵管腫大や卵管血腫を超音波検査にてみつけることはたやすくはないが，そのような症例に対してMRIを行ったところGSを卵管内にみつけることができた。卵管妊娠の自験3症例の超音波所見とMRI所見を報告する。

胎状奇胎の典型的な超音波所見は多数の小嚢胞像（vesicular pattern）とされているが，日常の臨床の現場で遭遇する胎状奇胎はむしろ典型的な超音波所見を示さないことの方が多い。自験10症例（全胎状奇胎4症例，部分胎状奇胎6症例）の超音波所見を報告する。その超音波所見をまとめると，全胎状奇胎については，妊娠5～6週では子宮内に歪なGS様のEFSがみられたが，妊娠7～9週ではvesicular patternとして描出されたり，子宮腔内に向けて不規則に膨隆するhyperechoicな部分と液体貯留にみえるhypoechoicな部分が混在してみえた。一方，部分胎状奇胎については，本来は胎児成分を伴うが，自験例ではいずれもGSや胎児はみつからなかった。胎児成分以外の部分胎状奇胎の超音波所見は全胎状奇胎と同様であった。

妊娠初期の胎状奇胎は子宮内にGS様のEFSをもつことがあり，hCG値は必ずしも高値ではないため誤って流産と診断されることがある。その結果，胎状奇胎と診断されなかったため胎状奇胎娩出後の管理が行われず，絨毛癌が続発した際に発見が遅れる可能性が指摘されている。胎状奇胎を見逃さないために，たとえ流産と思われても子宮内容物の病理組織検査は必要である。そのことに関して，文献における知見を紹介する。



トモセラピーを用いた、婦人科癌の高精度放射線治療

和歌山県立医科大学 馬淵泰士

トモセラピーは、強度変調放射線治療法（IMRT；intensity-modulated radiation therapy）と画像誘導放射線治療法（IGRT；image-guided radiotherapy）が一体となった放射線治療装置である。トモセラピーの特徴としては、①従来よりも高速で360度連続回転しながら、バイナリMLC（Multi Leaf Colimator）による強度変調を行い照射するため、正常組織を避け腫瘍に限局した照射が可能となる、②治療直前にCTを撮影することで治療計画時の位置に修正し、腫瘍が照射範囲に入るようになる。3次元的な位置補正により、正確な照射が可能となる、③広い範囲を継ぎ目なく照射することが可能（例：全脳全脊椎照射）、が挙げられる。上記の特徴を活かした高精度の放射線治療が期待されている。

子宮頸癌治療ガイドライン2011年度版第3章総説に、「強度変調放射線治療（IMRT）は通常の全骨盤照射（直交4門照射）と比較して有意に急性期および晩期合併症の発生率を低下させることが報告されている。本邦での安全な実施に向けては、臨床評価体積（CTV；clinical target volume）の標準化に加え、治療中および治療期間中の臓器移動などを考慮した計画標的体積（PTV；planning target volume）の基準化、リスク臓器（OAR；organ at risk）とPTVの線量制約など、十分な検討によるコンセンサス形成と準備が必要である」と記載されている。また同ガイドラインCQ17術後再発リスク因子をもつ例に術後補助療法として放射線治療を行う場合、推奨される照射方法は？の項にも、「強度変調放射線治療（IMRT）は、通常の全骨盤照射（直交4門照射）と比較して有意に急性期および晩期合併症の発生率を低下させることが報告されている。術後照射では合併症が問題となるため、今後の有望な治療法として期待されている。」との記載がある。

2017年度版のNCCN子宮頸癌ガイドラインでは、「IMRTは、子宮頸癌術後放射線治療で用いると、消化管への線量低減に役立つ」と記載されている。

放射線治療計画ガイドライン2016年版には、子宮頸癌に対する根治照射での外部照射において、「全骨盤照射のIMRTは、膀胱・直腸等の臓器内容物の状態や腫瘍縮小に伴う子宮頸部・体部の移動の問題があり、現時点では推奨されない。」と記載されている。同ガイドラインでは、子宮頸癌術後照射での外部照射については、「IMRTの適用が進められつつある。しかし、線量目標値を含めた治療計画法や線量検証方法についての標準化は十分でないため、適用にあたっては十分な準備と検討が必要である。」と記載されている。

これまでわれわれは、子宮頸癌に対する根治的同時化学放射線療法（CCRT）や再発子宮頸癌における、トモセラピーの有効性および安全性を報告してきた。子宮頸癌根治的CCRTにおいては、従来のリニアックと比較して治療効果は遜色なく、有害事象も十分制御可能であった。再発子宮頸癌においても、良好な効果を認める一方、治療中断あるいは変更を要する高度な有害事象は認めなかった。

上記のように、子宮頸癌の根治照射においては、治療効果出現に伴う腫瘍縮小に伴う子宮頸部・体部の移動の問題があるが、通常のIMRTとは異なりトモセラピーでは毎回行われるCT撮影により、ターゲットの移動にも対応しうると考えられ、症例数はまだ少ないが自験例の検討でも同療法には大きな問題はみられない。今後は、再発例や術後照射も含めた症例を増やして、さらに検討を重ねてゆきたい。

「更年期障害」という病気で そのすてきな笑顔が消えないように…

メルスモン製薬はプラセンタの専門メーカーとして
組織療法の普及に努めるべく 1950 年に創業し、
半世紀を越える年月を薬と共に歩んで参りました。

プラセンタを通して
人生の充実という視点から
人々を幸せに導くことを理念に掲げ、
「更年期障害」などの苦痛から
一人でも多くの方に
笑顔をとりともしていただくために、
研究開発をはじめとする
幅広い事業に邁進しています。

特定生物由来製品

薬価基準収載

メルスモン®

効能・効果

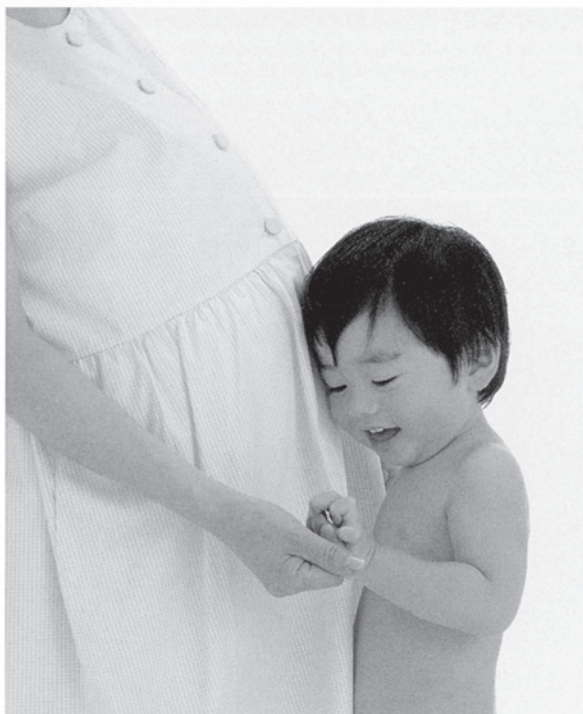
更年期障害・乳汁分泌不全

効能・効果、用法・用量、禁忌を含む
使用上の注意等につきましては、
製品貼付文書をご参照ください。

 **メルスモン** 製薬株式会社

〒171-0014 東京都豊島区池袋2-39-1





切迫流・早産治療剤

劇薬・処方箋医薬品[※]

ウテメリン[®]注50mg

UTEMERIN[®] injection 50mg 薬価基準収載

リトドリン塩酸塩注射液

(注) 注意—医師等の処方箋により使用すること。

切迫流・早産治療剤

日本薬局方リトドリン塩酸塩錠

処方箋医薬品[※]

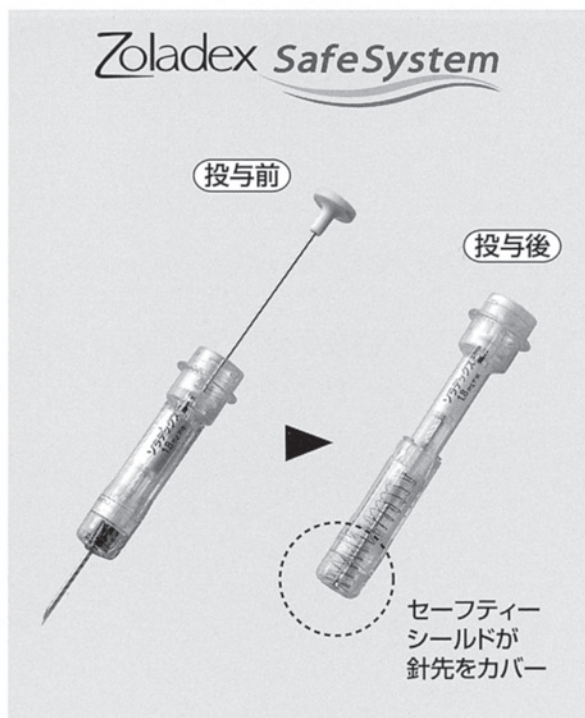
ウテメリン[®]錠5mg

UTEMERIN[®] Tab. 5mg 薬価基準収載

(注) 注意—医師等の処方箋により使用すること。

製造販売元

キッセイ薬品工業株式会社
松本市芳野19番48号



GnRHアゴニスト

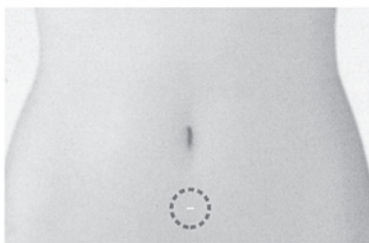
劇薬・処方箋医薬品[※]

ゾラデックス[®] 1.8mgデポ

Zoladex[®] 1.8mg depot 薬価基準収載

ゴセレリン酢酸塩デポ

(注) 注意—医師等の処方箋により使用すること。



販売元

キッセイ薬品工業株式会社
松本市芳野19番48号

製造販売元

アストラゼネカ株式会社
大阪市北区大深町3番1号

※各製品の「効能・効果」、「用法・用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等につきましては、製品添付文書をご参照ください。

資料請求先：くすり相談センター 東京都中央区日本橋室町1丁目8番9号 Tel. 03-3279-2304/フリーダイヤル 0120-007-622

キッセイ薬品ホームページ：http://www.kissei.co.jp/

UZ013HF
2015年2月作成

Better Health, Brighter Future



タケダから、世界中の人々へ。
より健やかで輝かしい明日を。

一人でも多くの人に、かけがえのない人生をより健やかに
過ごしてほしい。タケダは、そんな想いのもと、1781年の
創業以来、革新的な医薬品の創出を通じて社会とともに
歩み続けてきました。

私たちは今、世界のさまざまな国や地域で、予防から
治療・治癒にわたる多様な医療ニーズと向き合っています。
その一つひとつに responding していくことが、私たちの新たな使命。
よりよい医薬品を待ち望んでいる人々に、少しでも早く
お届けする。それが、いつまでも変わらない私たちの信念。

世界中の英知を集めて、タケダはこれからも全力で、医療の
未来を切り拓いていきます。



月経困難症治療剤

薬価基準収載



ルナベル[®]配合錠LD・ULD

LUNABELL[®] tablets LD・ULD

ノルエチステロン・エチニルエストラジオール配合製剤

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」については製品添付文書をご参照ください。

ルナベル：ノーベルファーマ株式会社
登録商標



販売（資料請求先）

日本新薬株式会社
〒601-8550 京都市南区吉祥院西ノ庄門口町14

製造販売元

ノーベルファーマ株式会社
〒103-0024 東京都中央区日本橋小舟町12番地10

2014年9月作成B5



新発売



子宮内膜症に伴う疼痛・月経困難症治療剤

薬価基準収載

ヤーズフレックスTM 配合錠

ドロスピレノン・エチニルエストラジオール錠

処方箋医薬品^(注) 注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

YazFlexTM

※効能・効果, 用法・用量, 警告・禁忌を含む使用上の注意につきましては製品添付文書をご参照ください。

資料請求先

バイエル薬品株式会社

大阪市北区梅田2-4-9 〒530-0001

<http://bayer.co.jp/byl>



子宮内膜症治療剤・子宮腺筋症に伴う疼痛改善治療剤
処方箋医薬品^{注)}

薬価基準収載

ディナゲスト錠 1mg

DINAGEST Tab.1mg

ジェノゲスト・フィルムコーティング錠

注) 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」等の詳細は
添付文書をご参照ください。

製造販売元
＜資料請求先＞



持田製薬株式会社
東京都新宿区四谷1丁目7番地
☎ 0120-189-522 (くすり相談窓口)

明日をもっとおいしく

meiji

あたらしい命のために。 未来のために。

すこしずつ進化してきた「明治ほほえみ」を、さらに母乳に近づけるために。

わたしたちは母乳の成分量はもちろん質までも、徹底的に検証してきました。

その調査にもとづいて、母乳に含まれるアラキドン酸(ARA)を増量。

赤ちゃんの健康な成長に欠かせないアラキドン酸(ARA)とDHAを

母乳の範囲まで配合した、日本で唯一の粉ミルクとなりました。

また、たんぱく質を改良することで、成分の量と質をさらに母乳に近づけました。

明治ほほえみの“3つの約束”

「母乳サイエンス」で赤ちゃんの成長を支えます。

明治は、粉ミルクのひとつひとつの成分を母乳に近づけ、母乳で育つ赤ちゃんの成長を目指す、「母乳サイエンス」に取り組み続けています。これまで、その取り組みとして、4,000人以上のお母さまの母乳を分析する「母乳調査」を実施し、また、40年以上にわたって「発育調査」を実施することで、延べ200,000人以上の赤ちゃんの発育を調べ続けてきました。「明治ほほえみ」は、こうした「母乳サイエンス」の積み重ねから生まれました。「明治ほほえみ」は、 β -ラクトグロブリンの選択分解、 β 位結合パルミチン酸や α -ラクトアルブミンの配合など、優れた栄養組成により赤ちゃんの成長を支えます。



「安心クオリティ」で 大切ないのちを守ります。

赤ちゃんの安全・安心のために、品質管理を徹底。
明治の粉ミルクは、国際規格ISO9001
の認証を取得した工場で、厳しい
衛生管理のもと、完全自動化され
た設備で製造、充填されています。

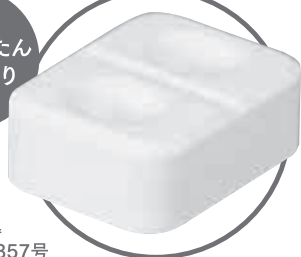
安心をつくる
明治の約束

「育児サポート」で お母さまの育児を応援します。

明治では、ママとパパの妊娠・子育てライフを応援する「ほほえみクラブ」や、
育児に役立つ動画が見れる「赤ちゃん情報室」、電話で栄養相談ができる
「赤ちゃん相談室」を設置。安心で楽しい育児をサポート
します。また、らくらく調乳できるキューブミルク等、より
快適な育児生活のための新しいカタチを提供します。



毎日かんたん
ミルク作り



特許取得
第4062357号

世界で唯一※キューブタイプの粉ミルク

※2013年9月時点



明治ほほえみ
らくらくキューブ
(左)27g×16袋
(右)21.6g×5袋



明治ほほえみ
800g
(顆粒タイプ)

明治が提供する妊娠・出産・育児に
関する情報の総合サイト

ほほえみ
クラブ



パソコン・スマートフォンから
明治 ほほえみクラブ 検索



子育てママと家族のための
明治 赤ちゃん情報室

パソコン・スマートフォンから
明治 赤ちゃん情報室 検索



赤ちゃんとママの栄養相談は
赤ちゃん相談室
☎ 0570(025)192

相談時間:
月～金10:00～15:00
(第3火曜日・祝日を除く)

株式会社 明治