

産婦人科の進歩

ADVANCES IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Vol.67 No.4 2015

研 究

■症例報告

分娩中に発症し、救命しえた羊水塞栓症の1例	古賀 祐子他	381
巨大絨毛膜下血腫を合併し予後不良となった1症例（英文）	宮本真由子他	388
多剤耐性結核合併妊娠の1例	中村 春樹他	394
妊娠25週と30週にS-1/CDDP化学療法を施行した進行胃癌合併妊娠の1症例	中江 彩他	400
妊娠初期に発症したリステリア敗血症の1例（英文）	小林 弘尚他	405

臨 床

■臨床の広場

子宮頸癌術後の補助療法についてー現状と今後の展望ー	伊東 史学	410
---------------------------	-------	-----

■今日の問題

腹腔鏡下子宮筋腫核出術時に電動モルセレータを安全に使用するために大切なこと	鈴木 彩子	414
---------------------------------------	-------	-----

■会員質問コーナー

②72 腹腔鏡下子宮体癌根治手術について	回答／吉村 智雄	418
②73 伝染性紅斑流行時の妊婦健診における留意点について	回答／蝦名 康彦	419

学 会

■学会記録

平成27年度近畿産科婦人科学会評議員会・総会記録		421
--------------------------	--	-----

■医会報告

平成26年度各府県別研修状況		451
----------------	--	-----

■会員の皆様へ

		474
--	--	-----

■第67巻総目次

		479
--	--	-----

■会 告

学会賞候補論文 1／第134回総会ならびに学術集会 2／関連学会・研究会 3／演題応募方法 4／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		484
--------	--	-----

第133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27年10月25日 会場：ノボテル甲子園

プログラム	491
研究部会抄録	505
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	524

THE OBSTETRICAL GYNECOLOGICAL SOCIETY OF KINKI DISTRICT JAPAN

近 畿 産 科 婦 人 科 学 会

Adv Obstet Gynecol

産 婦 の 進 歩

<平成27年度近畿産科婦人科学会評議員会・総会記録（平成27年6月28日）／細目次>

評議員会	421
総会	426
平成26年度日誌抄	427
平成26年度決算報告	437
平成27年度予算	442
平成26年度「産婦の進歩」編集報告	443
会則	444
諸規定	446

第67巻4号(通巻370号)
2015年10月1日発行

定 価／2,500円(本体) + 税

発行所／「産婦人科の進歩」編集室
〒606-8305 京都市左京区吉田河原町14 近畿地方発明センタービル
知人社内 TEL. 075-771-1373 FAX. 075-771-1510 sanpu-sinpo@chijin.co.jp
郵便振替口座／01030 3 55931

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

- A case of a patient who had amniotic fluid embolism during labor but who was successfully resuscitated with severe neurological sequelae**
Yuko KOGA et al. 381
- Adverse outcome complicated with massive subchorionic hematoma following in vitro fertilization**
Mayuko MIYAMOTO et al. 388
- A case of pregnancy complicated by multidrug-resistant tuberculosis**
Haruki NAKAMURA et al. 394
- A case of advanced gastric cancer in pregnancy that gave S-1/CDDP chemotherapy at 25 weeks and 30 weeks of gestation**
Aya NAKAE et al. 400
- A case of *Listeria* sepsis in the first trimester of pregnancy**
Hironao KOBAYASHI et al. 405



近畿産科婦人科学会

The Obstetrical Gynecological Society of Kinki District Japan

HOME | サイトマップ

学会について

学術集会・研究部会

学会誌

学会賞

関連団体

お問い合わせ

〒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
TEL: 075-751-6354
FAX: 075-771-1510
Email: kinsanpu@chijin.co.jp

産科学・婦人科学の
進歩発展とともに



○お知らせ

- 第132回近畿産科婦人科学会総会ならびに学術集会ご案内

(c)2015 The Obstetrical Gynecological Society of Kinki District Japan

近畿産科婦人科学会の
ホームページを
リニューアルしました
<http://www.kinsanpu.jp>

～学会へのお問い合わせ先～

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

平成27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（自薦，他薦を含む）の方は，テーマ，候補者，ならびに推薦理由を400字以内に記載して，**2016年1月29日（金）（必着）**までに下記宛書留郵便にて郵送してください。

なお，論文ないしそのコピーを15部同封してください。

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

2015年10月1日

近畿産科婦人科学会会長 大橋 正伸

第134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134回近畿産科婦人科学会学術集会について、下記のとおりご案内申し上げます。
多数のご出題ならびにご参加をお願い申し上げます。

平成28年度近畿産科婦人科学会 会長 田村 秀子
学術集会会長 北脇 城

記

会 期：平成28年6月4日(土)，5日(日)

会 場：メルパルク京都

〒600-6216 京都市下京区東洞院通七条下ル東塩小路町676番13 (JR京都駅前)

TEL：075-352-7444 (代) FAX：075-352-7390

演題申込締切日：平成28年1月29日(金)

講演要旨をメール添付でお送りください。

演題募集期間：ホームページの 一般演題募集要項 は 11月4日(水)～1月29日(金)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：〒602-8566 京都市上京区河原町通広小路上ル梶井町465

京都府立医科大学大学院医学研究科女性生涯医科学

担当：岩破 一博

TEL：075-251-5560

FAX：075-212-1265

E-mail：aoi@koto.kpu-m.ac.jp

【関連学会・研究会のお知らせ1】

関西婦人科腫瘍・病理懇話会（第七回）

代表世話人・当番世話人 小西郁生
（京都大学）

記

恒例となりました上記研究会を開催します。日ごろ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27年11月7日（土）

会場：（第1部：鏡検） 午前11時～ 京都大学大学院医学研究科附属総合解剖センター2F

（第2部：症例討議）午後1時30分～ 同センター1F

〒606-8501 京都市左京区吉田近衛町 京都大学医学部構内（下記URL参照）

<http://www.cas.med.kyoto-u.ac.jp/access>

（第3部：特別講演）午後5時～ 「（仮題）卵巣腫瘍の現況」

埼玉医科大学国際医療センター病理診断科 安田政実 教授

（懇親会）午後6時～ 芝蘭会館別館

〒606-8302 京都市左京区吉田牛の宮町11-1（京都大学医学部北隣）

<http://www.shirankai.or.jp/facilities/access/index.html>

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。テーマはとく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上、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。

（抄録締切：平成27年9月28日）

参加費：1000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

＜演題応募方法について＞

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

＜演題応募にあたっての留意点＞

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

0

 スペースには入力しないでください。
枠内の書式は一切変更しないようお願いいたします。
5. 個人情報について
 - ・個人を識別できる可能性がある情報については、「個人情報の保護に関する法律」施行に関連するお知らせを参考ください。

【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 小林 浩

【近畿産科婦人科学会のホームページリニューアル】

近畿産科婦人科学会のホームページをリニューアル(4月1日)いたしました。

新しいURLです <http://www.kinsanpu.jp>

歴史ある近畿産科婦人科学会が詳しくわかります！
学術集会プログラムに加えて、抄録も掲載！
電子ジャーナル(J-STAGE, Medical Online)とリンク、文献検索等に便利！
ぜひ、ご活用お願いいたします。

近畿産科婦人科学会
広報委員会
委員長 小林 浩

〈第68巻 2016年〉

「産婦人科の進歩」誌 構成・原稿締切日等のご案内

	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 ・ラム・抄録	3号 (8月1日号) ・前年度秋期学術集会 講演記録(研究部会)	4号 (10月1日号) ・学会賞論文公募 ・総会記録 ・秋期学術集会プログラム ・ラム・抄録 ・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(審査有)	8月10日	11月10日	2月10日	4月10日
学術集会記録 研究部会記録 座談会記録 他	10月末日	1月末日	4月末日	7月末日
「臨床の広場」 「今日の問題」 「会員質問コーナー」	10月20日	1月20日	4月21日	6月27日
学術集会 プログラム抄録		2月末日		7月末日
常任編集委員会 開催日	10月下旬	1月下旬	4月下旬	6月下旬

※投稿論文の締切日は目安です。

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

【症例報告】

分娩中に発症して救命しえたが重度の後遺障害を生じた羊水塞栓症の1例

古賀 祐子¹⁾, 草西 洋¹⁾, 埴岡 啓介²⁾

1) 明石市立市民病院産婦人科

2) 同病理部

(受付日 2014/11/13)

概要 羊水塞栓症は、羊水および胎便中の胎児成分による肺内小血管の物理的閉塞および羊水中の液性成分によるアナフィラキシー様反応が原因とされる疾患である。今回われわれは、分娩中に羊水塞栓症を発症し、いったん心停止に陥り、救命できたものの重篤な神経学的後遺症が生じた症例を経験したので報告する。症例は32歳未経産で、妊娠経過はとくに異常なく、妊娠38週6日で陣痛発来にて入院となった。翌日、分娩第1期に破水し、子宮口全開大後に高度変動一過性徐脈が出現したためクリステレル圧出法にて男児を娩出した。分娩直後より子宮収縮は不良で子宮収縮剤を投与しても改善せず、分娩1時間後までに約1600gの出血をきたし、分娩から72分後に収縮期血圧が50mmHgまで低下し意識も消失した。昇圧剤投与、濃厚赤血球の輸血を開始したが、分娩から137分後に心肺停止となったため蘇生処置を行い心拍は再開した。抗DIC治療にもかかわらず子宮や静脈ライン留置のため皮膚を切開した右足踝からの出血が持続し、ICUでの総出血量は分娩17時間後までに10000gを超え、分娩翌日に開腹子宮摘出を行った。手術後、抗DIC療法を中心とした集学的治療にて出血傾向は改善したが、大量出血による多臓器不全のため2か月間ICUでの管理を要した。脳虚血による低酸素脳症は回復することなく、意思疎通困難と左片麻痺のため自宅に退院することができず、分娩から半年後に介護専門病院へ転院となった。本症例では分娩直後から非凝固性の出血があり、分娩1時間後の血液データで著明な凝固・線溶系の亢進を認めたこと、血清中のシアリルTn抗原（STN）が異常高値を示したこと、および摘出子宮の組織診断で体部間質に著明な浮腫と体部筋層の血管内に羊水由来成分を認めたことから羊水塞栓症と考えられた。〔産婦の進歩67（4）：381-387，2015（平成27年10月）〕

キーワード：羊水塞栓症，DIC，多臓器不全

[CASE REPORT]

A case of a patient who had amniotic fluid embolism during labor but who was successfully resuscitated with severe neurological sequelae

Yuko KOGA¹⁾, Hiroshi KUSANISHI¹⁾ and Keisuke HANIOKA²⁾

1) Department of Obstetrics and Gynecology, Akashi City Hospital

2) Department of Pathology, Akashi City Hospital

(Received 2014/11/13)

Synopsis Amniotic fluid embolism (AFE) is a rare obstetric emergency involving a maternal pulmonary embolism caused by amniotic fluid or fetal cells. AFE has recently been thought of as a process of anaphylaxis occurring when amniotic fluid or fetal debris enters the maternal circulation. We report a case of AFE occurring during labor, leading the patient to suffer cardiac arrest. The patient's life was eventually saved, but she suffered severe sequelae. A 32-year-old primipara was admitted in labor. The following day the patient's membranes ruptured before the cervix was fully dilated. Severe variable decelerations were noted during the second phase of labor, so delivery was assisted by pushing on the uterus. The patient delivered a boy, and the amniotic fluid was highly turbid. After delivery, massive bleeding from the uterus continued despite use of oxytocic drugs. Seventy-two minutes after delivery, the patient's blood pressure had dropped to 50 mmHg and the patient lost consciousness. Noradrenaline was given and blood was transfused. The patient was transferred to the ICU. One hour later, the patient suffered cardiac arrest and she was revived after cardiopulmonary resuscitation. More blood was transfused and anti-DIC drugs were administered, but massive bleeding of 10000g from the uterus and the site of the venous catheter continued until the following morning. We

performed surgery to remove the bleeding uterus. After the surgery, bleeding decreased. However, the patient suffered multiple organ failure due to hypovolemic shock, so the patient remained in the ICU for two months. The patient was confined to her bed due to left limb paralysis caused by brain ischemia, and she also had difficulty communicating because of brain damage. These conditions precluded the patient's return home, and she was transferred to another hospital for rehabilitation after six months from delivery. A blood sample obtained when the patient lost 1600g of blood from her uterus one hour after delivery suggested severe DIC and a high level of sialyl-Tn (STN). Probably DIC is presumed to have occurred after delivery. Pathological findings from the uterus suggested the presence of amniotic fluid in blood vessels of the myometrium. Based on these findings, we concluded this case was amniotic fluid embolism. [Adv Obstet Gynecol, 67 (4) : 381-387, 2015 (H27.10)]

Key words : amniotic fluid embolism, DIC, multiple organ failure

緒 言

1941年にSteinerらが分娩時に急性ショックと肺水腫を呈した8症例の肺の病理解剖において、全例で肺血管内に胎児成分とみられる扁平上皮細胞とムチンを認め、羊水塞栓症として報告した¹⁾。その後の剖検例の検討により、妊産婦の突然死を起こす羊水塞栓症は、羊水および胎児成分が母体血中に流入して起きるものと考えられるようになった。その発症頻度は2~3万分娩に1例とまれな疾患だが²⁾、平成元年から16年までの日本病理剖検輯報から本邦の妊産婦死亡症例の剖検193例のうち24.3%を占め³⁾、羊水塞栓症は依然として妊産婦死亡の重要な原因である。この検討において、心肺虚脱型とDIC先行型(子宮型)羊水塞栓症という2つの発症原因を提案している。しかし、その発症原因はいまだ不明であるため治療が非常に困難である。今回われわれは、分娩直後にDICを発症し心停止に陥るも救命しえたが、重度の後遺障害を生じた症例を経験した。臨床経過、摘出子宮の病理学的所見や分娩後の母体血中STN値から総合的に判断し羊水塞栓症と診断したので、考察を加えてここに報告する。

症 例

32歳、未婚のフィリピン人女性で、既往歴およびアレルギーに関して特記事項はなかった。自然妊娠し、妊娠16週から当院にて健診を受けており、妊娠33週の腔分泌物検査でGBS陽性を認めた他に妊娠経過中異常を認めなかった。胎児発育は順調で、先天異常を疑う所見も

認めなかった。妊娠38週6日夕方、陣痛発来のため入院し4時間ごとにピペラシリンナトリウムの点滴投与を行った。子宮口が7cm開大した時点で自然破水し、中等度の羊水混濁と軽度遷延一過性徐脈(最下点100bpm)や15分間持続する高度徐脈(最下点70bpm)を認めるも、徐脈は酸素投与にて回復した。分娩第II期に遅発/変動一過性徐脈が頻発したため、クリステレル圧出法にて3098gの男児をApgar score 3点(1分値)/7点(5分値)で分娩した。高度の羊水混濁を認め臍帯動脈血pH 7.12であったが、児は出生直後に蘇生を受け、日齢7にとくに問題なく退院した。分娩より胎盤娩出までの出血量は羊水込で520gであった。胎盤娩出後に弛緩出血と血液データ上DIC所見を認めた。胎児娩出後の経過と血液データを表1, 2に示す。分娩当日の多量出血のため多臓器不全を呈し、術後もICUで管理した。DICに対する治療も継続していたが、術後3日目に腔壁裂傷縫合部からの出血を認めて再縫合したにもかかわらず、その後もヘモグロビン値が低下したため腹部CT検査を行った。CT検査では腹腔内に多量の血腫を認めたが動脈性出血ではなかったため、再開腹せずに輸血を追加して経過観察とした。分娩から術後3日目までの総出血量は約18000gであり、RCC-LR 74単位、FFP-LR 86単位、PC-LR 60単位の輸血を必要とした。再出血後にはさらにRCC-LR 12単位、PC-LR 30単位の輸血を実施した。またこの時、抗DIC療法として輸血療法以外にメシル酸ナファモスタット、アン

表1 分娩後の経過

胎児娩出後	所見		処置
	1	2	
6分	胎盤娩出		
12分	子宮収縮不良 非凝固性出血		メチルエルゴメトリンマレイン酸塩0.2mg iv
17分		SI(Shock Index)=1.9	メチルエルゴメトリンマレイン酸塩0.4mg div
20分			代用血漿剤点滴開始
42分		無尿	オキシシン点滴開始 膀胱留置カテーテル挿入
57分		総出血量1,600g	血液検査施行(表2)
72分	意識消失	SI(Shock Index)=2.8	アドレナリン1mg im
78分	不穏状態		代用血漿剤追加点滴開始
84分		総出血量2,100g	RCC-LR(2単位)輸血開始
92分		JCS 300	ICU 転室
137分	心肺停止		心臓マッサージ
141分			気管内挿管
169分			輸血再開 抗DIC療法
17時間	出血持続	総出血量12,100g	手術決定
21時間		術中出血量3,500g	子宮摘出(1040g) 破裂痕なし 腔壁裂傷縫合+子宮動脈本幹結紮
術後1日目	多臓器不全	血液データ異常(表2)	
術後3日目	腔壁裂傷再出血		腔壁裂傷再縫合 輸血再開
術後5日目	腹腔内多量血腫		輸血追加
術後8日目	皮膚創部出血		創部再縫合

表2 分娩1時間後と術後1日目の血液データ

	分娩1時間後	術後1日目	基準値		分娩1時間後	術後1日目	基準値
WBC	13×10^3	12.6×10^3	$4.5 \sim 9.5 \times 10^3 (/ \mu l)$	総蛋白	3.4	4.9	$6.7 \sim 8.3 (g/dl)$
RBC	2.23×10^6	3.38×10^6	$3.6 \sim 4.8 \times 10^6 (/ \mu l)$	アルブミン	1.5	2.9	$3.8 \sim 5.3 (g/dl)$
Hb	6.1	10.5	$12 \sim 16 (g/dl)$	AST(GOT)	21	5934	$13 \sim 33 (IU/l)$
Hct	18.3	28.9	$35 \sim 45 (\%)$	ALT(GPT)	5	1460	$6 \sim 27 (IU/l)$
Plt	171×10^3	60×10^3	$130 \sim 450 \times 10^3 (/ \mu l)$	LDH	460	3197	$121 \sim 230 (IU/l)$
				CK	182	8322	$45 \sim 163 (IU/l)$
PT S	36.6	17.6	(sec)	γ GTP	8	39	$8 \sim 33 (IU/l)$
PT %	14.6	40.7	$\geq 70 (\%)$	ChE	136	5580	$214 \sim 466 (IU/l)$
PT-INR	3.37	1.61	$0.8 \sim 1.2$	BUN	12.3	25.7	$6 \sim 20 (mg/dl)$
APTT	86.2	41.6	$28 \sim 40 (sec)$	Cre	0.96	4.09	$0.4 \sim 0.8 (mg/dl)$
Fib	測定不可	160.5	$170 \sim 400 (mg/dl)$	Na	127	148	$138 \sim 146 (mEq/l)$
ATⅢ	28.5	43.6	$82 \sim 132 (\%)$	K	3.7	4.4	$3.6 \sim 4.9 (mEq/l)$
FDP	1352.0	146.2	$< 10 (\mu g/ml)$	Cl	101	92	$99 \sim 109 (mEq/l)$
D-ダイマー	594	63.1	$\leq 1 (\mu g/ml)$	Ca	6.7	7.3	$7.8 \sim 10.2 (mg/dl)$
				総Bil	2.0	3.2	$0.2 \sim 1.2 (mg/dl)$
				直接Bil	0.5	1.3	$0 \sim 0.4 (mg/dl)$
				CRP	1.8	4.5	$< 0.3 (mg/dl)$
				STN	587.2		$\leq 45.0 (IU/ml)$

チトロンビンⅢ製剤やアルブミン製剤も投与した。術後1週間ほどで出血傾向は改善してきたが、ATⅢが低値のため術後19日目までアンチトロンビンⅢ製剤を投与し、血液データは正常化した。手術翌日には自発呼吸が認められたが、しばらく人工呼吸器による管理が必要であ

った。意識レベル低下のため誤嚥の恐れがあり抜管できず、術後18日目に気管切開してチューブを留置した。急性腎不全に対しては、手術翌日より週3回の血液透析を行った。腎機能が改善して術後36日目で透析終了となった。急性肝不全のため血中ビリルビン、アンモニア高値と

なり、術後3日目より血漿交換を開始した。1回あたりFFP-LR 20～25単位交換を全部で8回施行し、肝機能は改善した。しかし、脳虚血後の低酸素脳症は完治しなかった。術後3日目の頭部MRI（図1）で前頭葉～右側頭葉にかけて広範な脳出血を認めたが、開頭適応はなく経過観察とした。低酸素脳症のため、気管切開チューブを抜去できず、術後53日目に胃瘻を造設した。全身状態が安定して、術後59日目にICUより一般病棟に転床となった。転床後は抗痙攣剤を投与しながらリハビリを継続したが、痙攣を起こ

したため施行した術後134日目の頭部CT（図2）において前頭葉～右側頭葉に広範な虚血性変化を認め、不可逆的变化と判断された。術後158日目に気管切開チューブを抜去して発声・発語が可能となり、分娩から半年後に介護専門病院へ転院となった。分娩後1時間での母体血中シアリルTN抗原（STN）値は587.2 IU/mlと高値を示した（表2）。また発症翌日に摘出した子宮の病理所見にて、子宮筋層内血管中にムチンの塞栓所見を認めた（図3）。

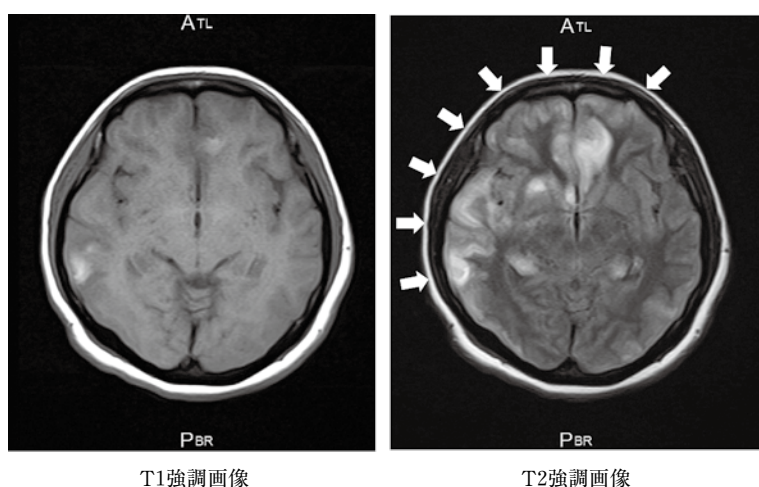


図1 頭部MRI（術後3日目）
両側前頭葉～右側頭葉の脳表にT2強調画像で高信号（矢印）、T1強調画像で等信号～低信号を示す脳出血性病変を認める。

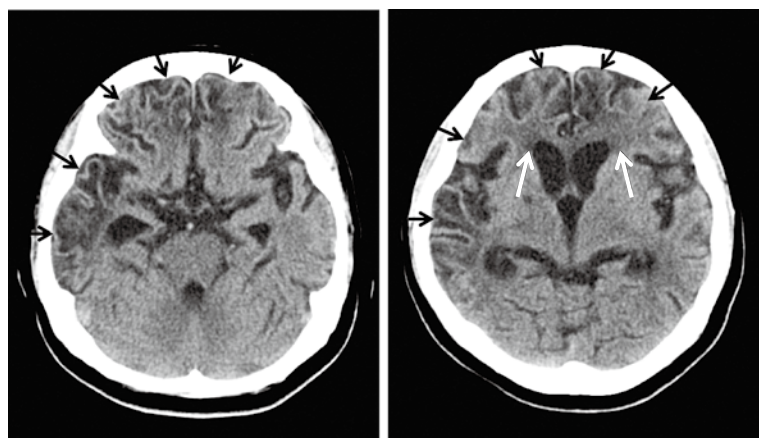
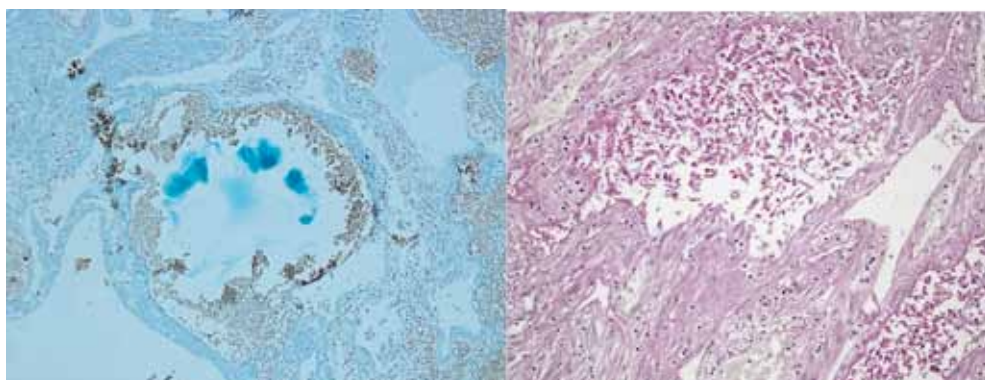


図2 頭部CT（術後134日目）
両側前頭葉～右側頭葉に広範な低吸収域（矢印）を呈する虚血性変化を認める。



アルシャンプルー染色

PAS染色

図3 摘出子宮の病理組織 (100倍)

子宮体部筋層の血管内にアルシャンプルー染色陽性物質およびPAS染色陽性物質を認める。

考 察

羊水塞栓症は、死亡症例における剖検で肺組織中に胎児成分を証明することにより診断が確定する。子宮から母体循環に流入した羊水中の胎便、扁平上皮細胞、毳毛、胎脂、ムチンなどの胎児成分が、肺をはじめとする母体血管の小血管に物理的閉塞をきたす場合と、羊水および胎便中の液性成分（胎便中のプロテアーゼ、組織トロンボプラスチンなどのケミカルメディエータ）が母体に流入することによりアナフィラキシー様症状を起こして肺血管の攣縮や血小板・白血球・補体の活性化をきたす場合がある^{4, 5)}。救命例では肺組織が得られず、病理学的な診断確定が難しい。そのようなケースでは臨床的に羊水塞栓症を診断することが重要となる。そのための診断基準を表3に示す^{6, 7)}。本症例では診断基準（表3）の①、②を経過より満たしているため、③について検証する。常位胎盤早期剝離を疑う血性羊水や分娩直後の胎盤娩出も認めなかった。また胎盤・臍帯の病理所見で臍帯炎などの絨毛膜羊膜炎を認めず、破水を契機とした感染によるDICも否定された。以上より、本症例を臨床的羊水塞栓症と診断した。最近では子宮型羊水塞栓症と呼ばれる概念が金山らにより提唱されている^{4, 8)}。その機序は、子宮の血管内に流入した羊水により局所的なアナフィラキシー様反応が起きると、補体が

活性化されてアナフィラトキシン（C3a, C5a）が産生される。アナフィラトキシンが肥満細胞の脱顆粒を誘発してブラジキニンやIL-8が産生された結果、間質における炎症細胞の浸潤および子宮筋の弛緩・浮腫が起こる。これを裏づける病理所見として、摘出子宮でC5a受容体染色を行うと筋層で広範囲に陽性になる。この子宮型羊水塞栓症の病理診断（案）を表4に示す⁹⁾。本症例では、摘出した子宮の病理所見から、子宮体部の血管にアルシャンプルー陽性およびPAS陽性となる塞栓物質を認めた（図3）。アルシャンプルー染色は羊水中の胎便成分、PAS染色は羊水中の酸性ムコ多糖類で陽性となる。すなわち子宮体部に羊水または胎便が流入し塞栓したと考えられる。その他に、子宮体部の間質浮腫が著明で体部筋層の血管への炎症細胞の浸潤を認めたが、この部位のC5a受容体染色は陰性であった。以上より、本症は金山らが提唱する子宮型羊水塞栓症という診断には残念ながら当てはまらなかった。一般的にアナフィラキシー反応には肥満細胞にIgE抗体が直接結合して脱顆粒作用を起こす場合と、補体活性化によりアナフィラトキシンが産生されて肥満細胞の脱顆粒作用が起きる場合が知られているが、IgEあるいは補体系を介さない未知のメカニズムによっても肥満細胞からのメディエーター遊離が刺激される¹⁰⁾。本症例では、補体の関与を伴わ

- 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つまたはそれ以上でも可)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(1500ml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

表3 臨床的羊水塞栓症の診断基準

●肉眼所見 子宮弛緩症

●組織所見

1. 子宮体部間質の浮腫状変化および好中球を主体とした炎症性細胞の間質への浸潤
2. 子宮体部の血管内にアルシャンブルーまたはサイトケラチン陽性像
 アルシャンブルー染色は羊水や胎便中の酸性ムチンを検出するための従来用いられている染色法である
 また胎児皮膚由来のサイトケラチンの存在を証明するために、AE1/AE3抗体を用いた免疫組織染色などを行う

表4 子宮型羊水塞栓症の病理診断(案)

ないアナフィラキシー様反応が起きていた可能性も考えられる。実際に、中山らの報告¹¹⁾では、摘出子宮標本におけるC3aおよびC5a受容体染色で非羊水塞栓症例よりも羊水塞栓症例のほうが強い発現がみられたと結論づけているものの、羊水塞栓症と診断されながらC5a受容体抗体が陰性(C3a受容体抗体は陽性)であった症例も存在したと報告している。

剖検を行わず肺組織が得られなかった場合や子宮摘出を行わなかった症例では、理論上、羊水や胎便中に多く含まれている物質を、正常値より高値として母体血中に証明することが、本症の補助診断となりうる。現在この考えを基に、母体末梢血の亜鉛コプロポルフィリン-I(Zn-CPI)とSTN値の測定が日本産婦人科医会の血清事業として実施されている。これらの血清マ

ーカーのカットオフ値は、Zn-CPIが1.6pmol/ml、STNが46IU/mlとされている¹²⁾。本症例では分娩1時間後の血清STN値が異常高値であったことから、羊水塞栓症であったと考えられる。

結 語

分娩直後に羊水塞栓症を発症して、大量出血のため心停止に陥り、救命できたものの重篤な神経学的後遺症が生じた症例を経験した。本症例では、母体血中STN値から推測し、羊水または胎便成分が大量に母体血中に流入したためにDICを発症し、分娩後に大量出血をきたした羊水塞栓症と考えらえた。本症の診断のためには、詳細な症状経過や所見の検討が重要であるが、今回摘出子宮の病理学的検討および母体血中の補助診断マーカーのSTN値測定が大いに

役立った。このような症例を今後経験した場合は、同じように摘出子宮の病理学的検討および母体血中のZn-CP1やSTN値の測定を推奨する。

謝 辞

摘出子宮のアルシヤンブルー染色，C5a受容体染色など特殊染色で多大なご協力をいただいた奈良県立医科大学産婦人科 小林浩先生と常見泰平先生，同大学病理部 高野将人先生に深謝いたします。

参考文献

- 1) Steiner PE, Lushbaugh CC : Maternal pulmonary embolism by amniotic fluid as a cause of obstetric shock and unexpected deaths in obstetrics. *JAMA*, 117 : 1245-1254, 1941.
- 2) Courtney LD : Amniotic fluid embolism. *Obstet Gynecol Surv*, 29 : 169-177, 1974.
- 3) 金山尚裕，松田義雄，禰 純子：日本病理剖検輯報の解剖診断に基づく日本の妊産婦死亡の実態。厚生労働科学研究費補助金（乳幼児死亡と妊産婦死亡の分析と提言に関する研究）分担報告書，p180-205，2008.
- 4) 金山尚裕：羊水塞栓症の臨床・病理像からみた分類。厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）分担研究報告書，p47-50，2012.
- 5) Benson MD, Kobayashi H, Silver RK, et al. : Immunologic studies in presumed amniotic fluid embolism. *Obstet Gynecol*, 97 : 510-514, 2001.
- 6) 金山尚裕：羊水塞栓症の血清検査事業。日本産婦人科医会報付録，56 : 1-4，2004.
- 7) Benson MD : Nonfatal amniotic fluid embolism. Three possible cases and a new clinical definition. *Arch Fam Med*, 989-994, 1993.
- 8) 金山尚裕：DIC型後産期出血は子宮型羊水塞栓症か？産と婦，78 : 1253-1259，2011.
- 9) 金山尚裕：子宮型羊水塞栓症の病理診断について。厚生労働科学研究費補助金（成育疾患克服等次世代育成基盤研究事業）妊産婦死亡及び乳幼児死亡の原因究明と予防策に関する研究。池田智明。平成23年度総括・分担研究報告書。p59-64，2012.
- 10) 松本和則他：厚生労働省 重篤副作用疾患別対応マニュアル アナフィラキシー。p16-19，2008.
- 11) 中山正弘，木本哲人，植田初江：羊水塞栓症における肺・子宮での組織および免疫組織学的検討。産と婦，78 : 178-185，2011.
- 12) 大井豪一，寺尾俊彦：カレントレビュー 羊水塞栓症。日産婦会誌，50 : 666-674，1998.

[CASE REPORT]**Adverse outcome complicated with massive subchorionic hematoma following in vitro fertilization**

Mayuko MIYAMOTO, Aya FUKUDA, Hirotsugu FUKUDA, Hiroko FUKUOKA
Eriko YOKOI, Chifumi OHYAGI, Hiroaki TSUBOUCHI and Tateki TSUTSUI

Department of Obstetrics and Gynecology, Japan Community Healthcare Organization Osaka Hospital

(Received 2015/2/17)

Abstract [Case] 32-year-old woman presented with vaginal bleeding at 8 weeks of gestation after frozen embryo transfer. She had an obstetric history of two intrauterine curettages, one for a missed abortion and the other for elective termination of early pregnancy. Her last pregnancy was ectopic and treated with laparoscopic unilateral tubal resection. Ultrasonography revealed a massive subchorionic hematoma, which did not show a decrease in size on follow-up examinations. This patient complained intermittent bleeding, which resulted in severe anemia. She underwent expectant management during hospitalization, but she experienced heavy vaginal bleeding at 20 weeks' gestation, which resulted in termination to maintain her health. The heavy vaginal bleeding recurred during cervical dilation, and resuscitation for hypovolemic shock was necessary. She also underwent curettage after birth owing to a partially retained placenta and continuous postpartum bleeding. The total blood loss volume during the pregnancy termination and the curettage procedure was approximately 3000 ml, which required a transfusion of 12 units of packed red blood cells and 4 units of fresh frozen plasma. [Conclusion] We reported an adverse obstetric outcome complicated with massive subchorionic hematoma. We discussed the underlying factors, which might be associated with the adverse outcome in this case. [Adv Obstet Gynecol, 67(4) : 388-393, 2015 (H27.10)]

Key words : subchorionic hematoma, curettage, IVF

Introduction

Subchorionic hematoma and vaginal bleeding are commonly observed in the early pregnancy. But large subchorionic hematoma, which is called massive subchorionic hematoma (MSH), is very rare, and has a greater risk of poor outcomes than small or asymptomatic hematomas. We describe a case in which we encountered an adverse obstetric outcome complicated with massive subchorionic hematoma after in vitro fertilization (IVF).

Case report

A 32-year-old primiparous woman (gravida 3, para 0) presented with vaginal bleeding at 8 weeks' gestation after frozen embryo transfer. She had an obstetric history of two intrauterine curettages, one for missed

abortion at 8 weeks' gestation and the other for elective termination of pregnancy at 7 weeks' gestation. Her last pregnancy was ectopic and was treated with laparoscopic unilateral tubal resection at 7 weeks' gestation. Two years later, she became pregnant through in vitro fertilization without luteal supportive medication at an infertility clinic, despite a confirmed residual tubal patency on hysterosalpingography. Transvaginal ultrasonography revealed a single intrauterine pregnancy with positive fetal heart activity, but a 17 × 55 mm subchorionic hematoma was detected, which was approximately the same size as the gestational sac and occupied the entire lower uterine segment (Fig. 1a). The patient was advised to rest at home and received weekly follow-up examinations.

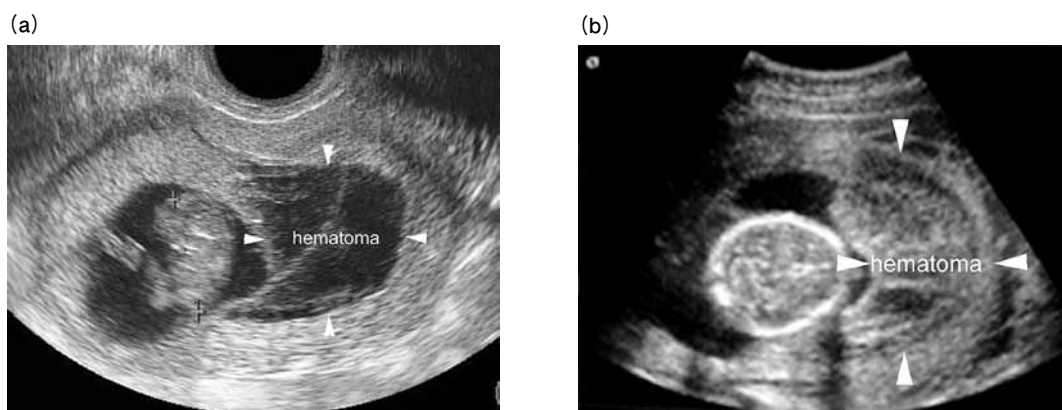


Fig.1 Ultrasound image of a subchorionic hematoma occupying the entire lower uterine segment at 9 weeks of gestation (a) and at 18 weeks of gestation (b) during the fifth pregnancy.

However, she continued to experience intermittent menstrual-like bleeding.

After 4 weeks, she was admitted to the hospital owing to a decrease in hemoglobin level from 12.2 g/dl at 8 weeks' gestation to 6.6 g/dl at 12 weeks' gestation (Fig. 2), which was considered due to the continuous vaginal bleeding. Transvaginal ultrasonography revealed an enlarged subchorionic hematoma (50 × 60 mm), a normal length cervix, a single viable fetus within the uterus, and a small amount of fluid collection in the pouch of Douglas. Laboratory test results showed normal blood coagulation (platelet level of 271,000/ μ l, prothrombin time- International normalized ratio of 0.99, activated partial thromboplastin time of 33.9 seconds and serum fibrinogen level of 271 mg/dl) and absence of the anticardiolipin antibody. Despite the decrease in hemoglobin level, expectant management was continued under hospitalization because her condition was stable and the vaginal bleeding was minimal. She received oral iron supplementation for her anemia with no other medication, which increased the hemoglobin level to 10.3 g/dl at 18 weeks' gestation (Fig. 2). However, on

ultrasonography, the subchorionic hematoma increased in size (73 × 100 mm; Fig. 1b).

At 20 weeks 5 days of gestation, she experienced severe vaginal bleeding, with an estimated blood loss volume of 700 ml. Ultrasonographic examination revealed that the subchorionic hematoma had reduced in size, likely due to drainage of the hematoma through the cervix. The placenta showed an unremarkable thickness and echogenicity, and was located in the left lateral part of the uterus. The caudal edge of the placenta was migrated from the cervix. The cervix had a normal length and did not show any funneling. The fetus was viable with normocardia and appropriately sized for gestational age, with normal amniotic fluid volume. The patient continued to experience intermittent severe vaginal blood loss of approximately 800 ml that was deemed to be life-threatening, although her hemoglobin level was 7.3 g/dl at presentation (Fig. 2). As her hemoglobin level decreased to 6.6 g/dl the following day, she was offered two options, either to continue expectant management with blood transfusion or to terminate the pregnancy. She chose termination of pregnancy because

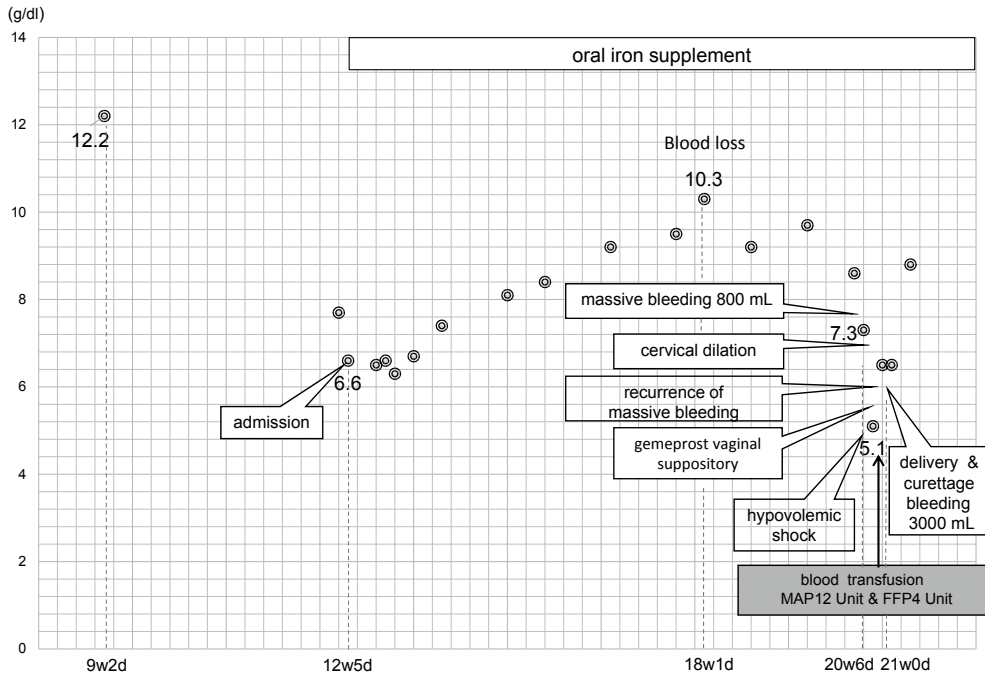


Fig. 2 time course of hemoglobin level

The patient was admitted to the hospital owing to a decrease in hemoglobin level from 12.2 g/dl at 8 weeks' gestation to 6.6 g/dl at 12 weeks' gestation. It was increased to 10.3 g/dl at 18 weeks' gestation with oral iron supplement, but life-threatening vaginal bleeding recurred at 20 weeks' gestation, resulted in giving up this pregnancy.

the partner could no longer stand this unsettled situation and wanted to prioritize her health. Because heavy vaginal bleeding recurred 6 hours after placement of laminaria tents for cervical dilation, labor induction was started earlier than scheduled, with a gemeprost vaginal suppository. However, she developed hypovolemic shock shortly after the drug was administered. At this point, her hemoglobin level was 5.1 g/dl and her hematocrit was 15.9%. The patient's condition stabilized half an hour later with massive infusions of lactated Ringer's solution, followed by transfusion of packed red blood cells and fresh frozen plasma. The dead female fetus was delivered after a second suppository, and weighed 375g. Total time from the first use of the drug to delivery was 10 hours,

and total blood loss was 1300 ml during this period. The patient continued to experience vaginal bleeding after delivery of the placenta, despite the infusion of dinoprost; she then underwent curettage to remove a partially retained placenta, which was observed on postpartum ultrasonography. The blood loss volume during the curettage procedure was approximately 1600 ml. The patient required a transfusion of 12 units of packed red blood cells and 4 units of fresh frozen plasma.

She was discharged without any complications on postpartum day 3. The shape of the placenta was normal, with a central umbilical cord insertion. The marginal subchorionic hematoma (>1 cm thickness) in the placenta was confirmed on histological examination. Acute chorioamnionitis, defined as neutrophils

marginating into the chorionic plate was not present histologically.

Discussion

Subchorionic hematomas are echolucent areas between the chorionic membrane or placenta and the myometrium, usually observed on ultrasonography as crescent-shaped areas. Their etiology is not clear, but it has been hypothesized that subchorionic hematoma is the result of abnormal placentation. It is considered that abnormal placentation leads to the separation of chorionic plate from the underlying decidua at the margin of the placenta, resulting in disruption of vessels and formation of hematoma beneath the chorionic layer at the periphery of the placenta¹⁻³⁾. Subchorionic hematomas are commonly small and disappear spontaneously during early pregnancy²⁻³⁾, they rarely enlarge to a sufficient extent to be recognized at delivery. In our case, however, the hematoma was very large and remained consistent until the second-trimester termination. This type of hematoma is referred to as a massive subchorionic hematoma (MSH), which has been previously called Breus' mole. Its incidence is quite rare, reported to be between 0.03% and 0.06%⁴⁻⁶⁾ and the reason why some subchorionic hematomas progress to MSH is not understood. Some case reports define MSH as a hematoma measuring > 1 cm in thickness and having no clear boundaries after histological fixation⁴⁾. Other reports define MSH as a hematoma >50% of the size of the gestational sac, as observed on ultrasonography⁵⁾. Our case meets both definitions. Fung et al. reviewed 10 cases of MSH that met the former definition⁴⁾ and reported that six of these pregnancies resulted in live births and two reached term,

suggesting that MSH has a greater risk of poor outcomes than small or asymptomatic hematomas. The patient underwent a curettage procedure twice in her previous pregnancies. Repeated curettage procedures are reported to frequently induce intrauterine adhesion caused by the basal layer destruction of the endometrium. Westendorp reported that the adhesion rate was as high as 60% in women who underwent a second curettage with hysteroscopy⁷⁾. Accordingly, one could speculate that there is some association between MSH and intrauterine adhesions, caused by repeated curettage; intrauterine adhesions might cause abnormal placentation, leading to MSH. However, few studies have investigated the relationship between MSH and reproductive history such as induced abortion or spontaneous abortion that affect uterine status. One retrospective study investigated the etiological characteristics of patients diagnosed with subchorionic hematoma, not MSH, particularly with regard to their obstetric history⁸⁾. However, no increased risk for development of subchorionic hematoma was found among those who experienced prior physical uterine events, such as curettage. Further investigation is needed regarding the etiological characteristics of patients diagnosed with MSH, particularly with respect to their obstetric history.

Another possible speculation is that the MSH might have been associated with IVF, with which the patient had successfully conceived. Although this relationship is controversial, several studies have reported that women who undergo IVF are at high risk of antepartum hemorrhage, placenta previa, and abruption⁹⁻¹³⁾. In addition, a recent retrospective study found that the incidence

of subchorionic hematoma was significantly higher in the IVF group (22.4%) than in the non-IVF group (11%)¹⁴⁾ It is hypothesized that some IVF processes may adversely affect the maternal-fetal interface and cause abnormal placentation¹⁵⁻¹⁶⁾. This suggests that IVF might be considered a possible trigger of MSH in this case.

In conclusion, we encountered an adverse obstetric outcome complicated with MSH. MSH is considered the result of abnormal placentation, which might have been triggered by the repeated curettage or IVF in this case. As little evidence is available about the relationship between MSH and repeated curettage or IVF, further investigation is warranted.

References

- 1) Maso G, D'Ottavio G, De Seta F, et al. : First-trimester intrauterine hematoma and outcome of pregnancy. *Obstet Gynecol*, 105 : 339-344, 2005.
- 2) Ball RH, Ade CM, Schoenborn JA, et al. : The clinical significance of ultrasonographically detected subchorionic hemorrhages. *Am J Obstet Gynecol*, 174 : 996-1002, 1996.
- 3) Nagy S, Bush M, Stone J, et al. : Clinical significance of subchorionic and retroplacental hematomas detected in the first trimester of pregnancy. *Obstet Gynecol*, 102 : 94-100, 2003.
- 4) Fung TY, To KF, Sahota DS, et al. : Massive subchorionic thrombohematoma: a series of 10 cases. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 89 : 1357-1361, 2010.
- 5) Leite J, Ross P, Rossi AC, et al. : Prognosis of very large first-trimester hematomas. *J Ultrasound Med*, 25 : 1441-1445, 2006.
- 6) Alanjari A, Wright E, Keating S, et al. : Prenatal diagnosis, clinical outcomes, and associated pathology in pregnancies complicated by massive subchorionic thrombohematoma (Breus' mole) . *Prenat Diagn*, 33 : 973-978, 2013.
- 7) Westendorp IC, Ankum WM, Mol BW, et al. : Prevalence of Asherman's syndrome after secondary removal of placental remnants or a repeat curettage for incomplete abortion. *Hum Reprod*, 13 : 3347-3350, 1998.
- 8) Yamada T, Atsuki Y, Wakasaya A, et al. : Characteristics of patients with subchorionic hematomas in the second trimester. *J Obstet Gynaecol Res*, 38 : 180-184, 2012.
- 9) Pandey S, Shetty A, Hamilton M, et al. : Obstetric and perinatal outcomes in singleton pregnancies resulting from IVF/ICSI : a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*, 18 : 485-503, 2012.
- 10) Healy DL, Breheny S, Halliday J, et al. : Prevalence and risk factors for obstetric haemorrhage in 6730 singleton births after assisted reproductive technology in Victoria Australia. *Hum Reprod*, 25 : 265-274, 2010.
- 11) Schieve LA, Cohen B, Nannini A, et al. : A population-based study of maternal and perinatal outcomes associated with assisted reproductive technology in Massachusetts. *Matern Child Health J*, 11 : 517-525, 2007.
- 12) Jackson RA, Gibson KA, Wu YW, et al. : Perinatal outcomes in singletons following in vitro fertilization: a meta-analysis. *Obstet Gynecol*, 103 : 551-563, 2004.
- 13) Shevell T, Malone FD, Vidaver J, et al. : Assisted reproductive technology and pregnancy outcome. *Obstet Gynecol*, 106 : 1039-1045, 2005.
- 14) Asato K, Mekaru K, Heshiki C, et al. : Subchorionic hematoma occurs more frequently in in vitro fertilization pregnancy. *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol*, 181 : 41-44, 2014.
- 15) Jauniaux E, Englert Y, Vanesse M, et al. : Pathologic features of placentas from singleton pregnancies obtained by in vitro fertilization and embryo transfer. *Obstet Gynecol*, 76 : 61-64, 1990.
- 16) Johns J, Hyett J, Jauniaux E : Obstetric outcome after threatened miscarriage with and without a hematoma on ultrasound. *Obstet Gynecol*, 102 : 483-487, 2003.

【症例報告】

巨大絨毛膜下血腫を合併し予後不良となった1症例

宮本真由子, 福田綾, 福田裕償, 福岡寛子
横井恵理子, 大八木知史, 坪内弘明, 筒井建紀

地域医療機能推進機構大阪病院産婦人科

（受付日 2015/2/17）

概要 症例は32歳，3経妊未經産．稽留流産，人工妊娠中絶術による2回の子宮内容除去術後，異所性妊娠による片側卵管摘除術を経て，今回凍結胚移植により妊娠成立した．妊娠8週に性器出血にて来院し，超音波検査にて巨大絨毛膜下血腫と診断されたが，巨大絨毛膜下血腫は縮小せず，持続する性器出血により高度な貧血を呈したため入院となる．鉄剤投与により保存的に経過観察されていたが，妊娠20週にコントロール不可能な多量の出血が持続したため，妊娠継続は困難と判断，メテプロスト錠剤による人工妊娠中絶術を行うに至った．頸管拡張術中に再び多量出血し母体が一時ショック状態になった．児娩出後にも胎盤遺残を伴った性器出血が続いたため子宮内容除去術も行い，誘発分娩開始から胎盤娩出までの出血量は約3000 ml，濃厚赤血球12単位，新鮮凍結血漿4単位を輸血した．近年，絨毛膜下血腫はIVF妊娠で血腫発症率が上昇するとの報告もあり，今回の巨大絨毛膜下血腫と大量出血の原因としてIVF妊娠が関与している可能性が考えられた．〔産婦の進歩67（4）：388-393，2015（平成27年10月）〕

キーワード：絨毛膜下血腫，子宮内清掃術，IVF

【症例報告】

多剤耐性結核合併妊娠の1例

中村 春樹, 永井 景, 安田 実加, 安川 久吉
赤田 忍

大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター産婦人科

(受付日 2015/2/25)

概要 近年、結核治療の中心薬剤であるイソニアジド (INH) とリファンピシン (RFP) の2剤に耐性のある多剤耐性結核 (Multidrug-Resistant Tuberculosis; 以下MDR-TB) が世界で問題となっている。本邦でのMDR-TB合併妊娠の報告は当科からの3例のみである。MDR-TBの治療率は外科的治療を含めても50~60%と悪く、妊娠中は母体への治療が優先され、そのなかでも薬剤感受性のある胎児にとって安全性の高い抗結核薬を選択する必要がある。今回、MDR-TB治療中に妊娠が判明した1例を経験したので過去の3例と併せて検討、報告する。症例は22歳、初産婦、他院でMDR-TBと診断されエタンプトール (EB)・ピラジナミド (PZA)・エチオナミド (TH)・パラアミノサリチル酸 (PAS)・カナマイシン (KM)・レボフロキサシ (LVFX) で治療中に自然妊娠した。当センターへ妊娠7週で紹介後、治療内容はエタンプトール (EB)・ピラジナミド (PZA)・サイクロセリン (CS)・アモキシシリン (AM-PC/CVA) へ変更となり、妊娠17週の時点で排菌は陰性化した。妊娠38週2日に陣痛誘発にて経膈分娩した。児は出生体重1840gの女児で、Apgar score9点 (1分値) /10点 (5分値) であった。児に外表奇形や先天結核はなく、聴性脳幹反応 (ABR) も異常を認めなかった。当センターで以前に経験したMDR-TB合併妊娠の3例は妊娠中にMDR-TBと診断され、いずれもエタンプトール (EB)・ピラジナミド (PZA)・パラアミノサリチル酸 (PAS)・サイクロセリン (CS)・アモキシシリン (AM-PC・CVA) が選択された。すべての児に先天奇形や先天結核や胎児発育不全を認めなかった。MDR-TB治療中に妊娠が判明した1例と妊娠中にMDR-TB治療が開始された3例は、抗結核薬による周産期合併症や母体への副作用や児への毒性を認めなかった。〔産婦の進歩67 (4): 394-399, 2015 (平成27年10月)〕

キーワード: 肺結核, 多剤耐性結核, 妊娠, 胎児毒性

[CASE REPORT]

A case of pregnancy complicated by multidrug-resistant tuberculosis

Haruki NAKAMURA, Akira NAGAI, Mika YASUDA, Hisayoshi YASUKAWA
and Shinobu AKADA

Department of Obstetrics and Gynecology, Osaka Prefectural Medical Center for Respiratory and Allergic Diseases

(Received 2015/2/25)

Synopsis In recent years, multidrug-resistant tuberculosis (MDR-TB), which is resistant to both INH and RFP, the central drugs in the treatment of tuberculosis, has become a worldwide problem. The cases of pregnancy complicated by MDR-TB, reported in Japan, are only three which was treated in our department. The MDR-TB cure rate is very poor at 50-60%, including the results of surgical treatment. During pregnancy, the priority of MDR-TB treatment is the mother, but it is vital to select an anti-tuberculosis drug that is safe for the fetus. In the present case, pregnancy was discovered during MDR-TB treatment; we report on the experience along with consideration of the three past cases. The present case is of a 22-year-old primigravida who was diagnosed with MDR-TB at another hospital and fell pregnant during treatment with EB/PZA/TH/PAS/KM/LVFX. After referral to our center at the 7th week of gestation, the treatment content was changed to EB/PZA/CS/AM-PC/CVA, and at week 17 of gestation, her bacterial shedding was negative. At

gestational age 38 weeks, the patient delivered a girl ; birth weight 1840g, normal vaginal delivery. The infant's Apgar score was 9 points at 1 minute and 10 points at 5 minutes. The infant had no malformation or congenital tuberculosis, and the auditory brainstem response (ABR) showed no abnormalities. The three cases of pregnancy complicated by MDR-TB seen previously at our center were diagnosed with MDR-TB during the pregnancy, and EB/PZA/PAS/CS/AM-PC/CVA was selected in all instances. All infants were free of congenital malformations, congenital tuberculosis, or growth retardation. The one case where pregnancy was discovered during MDR-TB treatment and three cases where MDR-TB treatment was started during pregnancy have not shown perinatal complications from anti-tuberculosis drugs, side effects on the mother, or tuberculosis in the infant. [Adv Obstet Gynecol, 67 (4) : 394-399 , 2015 (H27.10)]

Key words : pulmonary tuberculosis, multidrug-resistant tuberculosis, pregnancy, fetal toxicity

緒 言

結核治療の中心薬剤であるイソニアジドとリファンピシンの2剤に耐性のある結核を多剤耐性結核 (Multidrug-Resistant Tuberculosis ; 以下MDR-TB) という。WHOの報告によると、世界では年間約45万人がMDR-TBを発症し、約17万人が死亡していると推計されており問題となっている。MDR-TBは、不完全な治療や副作用による治療の中断が主な原因といわれている。結核治療薬には、イソニアジド (INH) ・リファンピシン (RFP) ・ピラジナミド (PZA) ・ストレプトマイシン (SM) ・エタンブトール (EB) などの一次抗結核薬とカナマイシン (KM) ・エチオナミド (TH) ・パラアミノサリチル酸 (PAS) ・サイクロセリン (CS) ・レボフロキサシ (LVFX) などの二次抗結核薬がある。通常のTB合併妊婦に対してはINH・RFP・EBの3剤併用療法もしくはPZAを加えた4剤併用療法が推奨されるが、MDR-TB合併妊婦の治療にはINH・RFP以外の一次抗結核薬であるEBやPZAに加え薬剤感受性のある二次抗結核薬が選択される。結核治療において治療効果判定は喀痰、塗抹検査で行い、3回連続で陰性であれば排菌陰性と判断する。本邦でのMDR-TB合併妊娠の報告は極めて少なく、当科からの3例のみである¹⁾。今回、器官形成期に避けるべき抗結核薬に曝露したが無事生児を得たMDR-TB合併妊娠の1例を経験したので過去に報告した3例を含めて報告する。

症 例

年齢は22歳、身長160cm、非妊時体重53kg、0回経妊0回経産で幼少時に結核治療歴 (治療内

容は不明) を認めるほか家族歴、既往歴に特記事項はなかった。他院で肺結核の診断のうえ、INH・RFP・EB・PZAで結核治療が開始されたが、治療開始1カ月後にINH・RFP・SMの耐性が判明し、MDR-TBと診断された。EB・PZA・TH・PAS・KM・LVFXに治療薬剤が変更されたが、薬剤を変更後1カ月して許可なく自然妊娠した。妊娠継続の希望が強く、周産期管理目的で妊娠7週に当科へ紹介となった。当科へ紹介時 (妊娠7週) の胸部X線検査では左肺野優位にびまん性浸潤影を認めた (図1)。前医での喀痰、塗抹検査で2回連続陰性であったことから排菌量は減っており、感染性はないと判断し、外来通院にて当センター結核内科、小児科と合同で周産期管理を行うこととなった。

当センターへ紹介後、治療内容はEB・PZA・CS・アモキシシリン (AM-PC・CVA) へ変更となり、妊娠17週の時点で排菌は陰性化

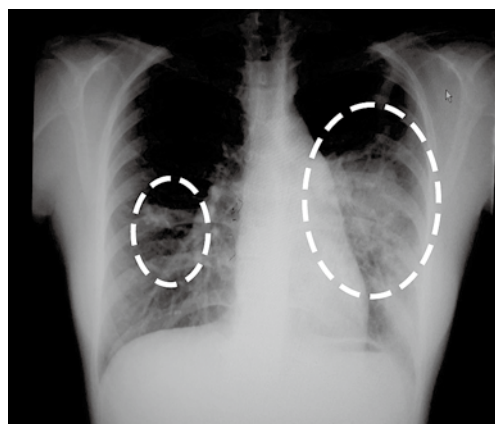


図1 当科初診時の胸部X線画像
左肺野優位にびまん性浸潤影を認めた。

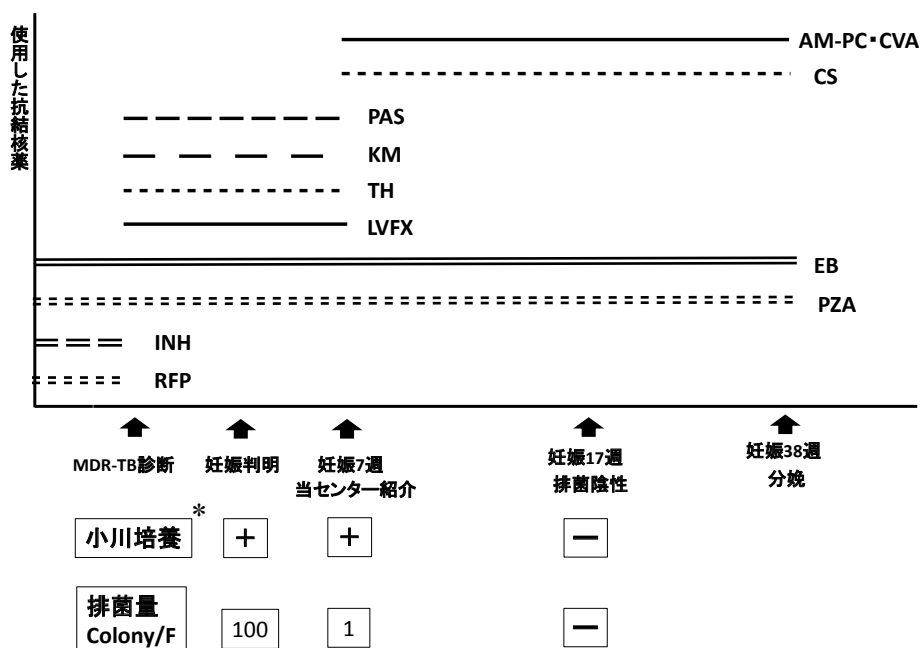


図2 治療経過

*小川培地：寒天・卵をベースとした固形培地で、汚染菌発育抑制の色素としてマラカイトグリーンが含まれているプラスチック容器を使用。

集落数の表示記号について

- 集落を認めないもの
- + 集落数が200未満のもの
- ++ 大多数の集落は個々に分離しているが、一部癒合しているもの
- +++ 集落数が多く初期には分離しているが、発育につれ、ほとんどが癒合するようになるもの
- ++++ 集落数がきわめて多く、培地全体を覆うようになるもの

した（図2）。妊娠23週ごろより胎児発育不全傾向があり、妊娠31週ごろより $-2.2 \sim -2.9SD$ と胎児発育不全が顕著となった。胎児発育不全の原因となるような妊娠糖尿病や妊娠高血圧腎症は認めていなかった。胎児心拍数波形は正常波形であったが、妊娠37週ごろより羊水減少を認め、妊娠38週1日に誘発分娩目的で入院した。排菌の有無を問わず、当センターでは結核合併妊娠の分娩は原則陰圧分娩室での分娩としており、本症例も陰圧分娩室にて分娩管理を行った。オキシトシンにて分娩誘発し、妊娠38週2日に経膈分娩した。児は出生体重1840gの女児で、Apgar score 9点（1分値）/10点（5分値）であった。出生時の臍帯動脈血pHは7.200であった。低出生体重児であったが、児に外表奇形

はなかった。胎盤の重量は365gで臍帯付着部位は胎盤中央であった。臍帯に過捻転など異常は認めなかった。分娩時に採取した子宮内膜の塗抹（Ziehl-Neelsen染色）・結核培養（MGIT；Mycobacterium Growth Indicator Tube）の結果はともに陰性であった。また子宮内膜の組織学的検査でも肉芽腫を認めず性器結核は否定された。出生時に採取した児の胃内容液の塗抹・結核培養の結果はともに陰性であった。臍帯血の感染検査・胎盤の病理検査でも異常なく児の先天結核は否定された。また聴性脳幹反応（ABR）も異常を認めなかった。母体の感染性のないことを確認後に母児分離解除し、直接母乳を許可した（表1）。児は日齢1に胸部X線検査・血液検査で異常所見なく、日齢18に体重

表1 当院における活動性結核合併妊婦より出生した児の取り扱い

	母児分離	母乳	児の感染予防
母体が未治療の肺結核 または 治療中だが分娩の時点で 感染性があると判断され た場合	母児ともに隔離解除基準 を満たすまで母児分離	母乳希望があれば搾乳し た母乳で対応	2～3カ月間のINHの予防 内服 その後BCG接種
母体が治療中で感染性が ないと判断している場合	隔離不要	直接母乳可	退院時BCG接種

2315gで退院した。母体は分娩後2年間の抗結核薬による治療を継続する必要があるが、現在、分娩後1年経過し再燃は認めていない。また抗結核薬の母体への副作用は認めていない。

考 察

結核とはMycobacterium tuberculosisにより起こる感染症である。本邦での2013年新規登録結核患者数は20495人と減少傾向にあるものの、その罹患率は16.1（人口10万人対）である。欧米諸国（米国3.3 カナダ5.0 ドイツ5.8）と比較すると罹患率は高い。また当センターのある大阪府の結核罹患率は19.8で依然として高い²⁾。当センターは大阪府の結核治療の中心施設として100床の結核病棟を有し、年間数例のTB合併妊娠を含む約300例の活動性結核の入院治療を行っており、TB合併妊娠の管理³⁾についての報告やMDR-TB合併妊婦に対する抗結核化学療法の有効性と安全性¹⁾についての報告をしている。また経陰分娩時には陰圧分娩室での分娩が、帝王切開時には陰圧手術室での分娩が可能な施設である。妊娠中に結核に罹患すると未治療の場合、経胎盤的に感染を起こし、母体には性器結核を、児には先天結核を引き起こす可能性がある。本邦における結核患者の2013年死亡数は2087人、死亡率は1.7（人口10万対）であり、通常の結核でさえ最悪の場合死にも至る可能性のある疾患である。MDR-TBの場合、5年以内の死亡率は21.6%、10年以内の死亡率は36.7%といわれており、治療の選択肢が限られていることから、外科的治療を含めても治療率は50～60%であり、本邦での通常の結核治療率が80%以上であることと比較すると非常に

悪く、MDR-TBではなお一層の注意が必要となる。海外の報告では妊娠を理由にMDR-TBの治療を中断したことによる母体死亡の報告もある⁴⁾。一方でMDR-TBで妊婦と非妊婦を比較し治療率や再発率や死亡率に差はなかったことから、MDR-TBが理由で妊娠を中断する理由にはならないとPalaciosらは報告している⁵⁾。そのため、妊娠中は母体への治療が最優先され、そのなかでも胎児にとって安全性の高い抗結核薬を選択する必要がある。アメリカ合衆国FDA胎児危険度分類でSMはカテゴリDに分類され、妊娠中の投与は禁忌とされている。その他の薬剤は全てカテゴリCに分類されているが、動物実験でLVFXには胎児骨成長障害が、THには無脳児や膈ヘルニアや口蓋裂などの催奇形性の報告があり、妊娠中の投与は可能であれば避けるべきとされている⁶⁻⁹⁾（表2）。SM・TH・LVFX以外の二次抗結核薬に関しても胎児への影響は不明であり、MDR-TB合併妊娠の治療に関しては一定の見解はない。今回の症例は、MDR-TB治療中に妊娠が判明し、器官形成期に胎児毒性の報告のある抗結核薬が投与されていた。過去に当センターから報告した3例と併せて抗結核薬の安全性について検討した。

当センターで以前に経験したMDR-TB合併妊娠の3例は、それぞれ妊娠27週、16週、19週に結核の診断で治療が開始されたが、妊娠30週、24週、22週にMDR-TBと診断され、薬剤はいずれもEB・PZA・PAS・CS・AM-PC・CVAが選択された。排菌は3例とも分娩時に陰性化していた。1例は既往帝王切後妊娠であり妊娠38週に帝王切開にて分娩に至り、残りの2例は妊

表2 抗結核薬一覧

	標準量 (mg/kg/day)	胎盤移行	胎児毒性	母乳移行性	FDAカテゴリ
イソニアジド (INH)	5	あり	なし	あり	C
リファンピシ (RFP)	10	あり	出血	あり	C
ピラジナミド (PZA)	25	不明	研究データなし	不明	C
エタンブトール (EB)	15	あり	なし	あり	C
ストレプトマイシン/ カナマイシン (SM/KM)	15	あり	耳毒性	あり	D
エチオナミド (TH)	10	あり	動物実験で 臍ヘルニア/無脳/ 口蓋裂あり	不明	C
サイクロセリン (CS)	10	不明	研究データなし	あり	C
パラミノサリチル酸 (PAS)	200	不明	研究データなし	あり	C
レボフロキサシ (LVFX)	500 (mg/day)	あり	骨成長障害	あり	C

(文献6～9) より改変引用

FDAカテゴリ

- A 適切な、かつ対照のある研究で、妊娠第一期 (first trimester) の胎児に対するリスクがあることが証明されておらず、かつそれ以降についてもリスクの証拠がないもの。
- B 動物実験では胎児に対するリスクが確認されていないが、妊婦に対する適切な対照のある研究が存在しないもの。または、動物実験で有害な作用が確認されているが、妊婦による対照のある研究では、リスクの存在が確認されていないもの。
- C 動物実験では胎児への有害作用が証明されていて、適切に対照のある妊婦への研究が存在しないもの。しかし、その薬物の潜在的な利益によって、潜在的なリスクがあるにもかかわらず妊婦への使用が正当化されることがありうる。
- D 使用・市販後の調査、あるいは人間を用いた研究によってヒト胎児のリスクを示唆する明らかなエビデンスがあるが、潜在的な利益によって、潜在的なリスクがあるにもかかわらず妊婦への使用が正当化されることがありうる。
- X 動物・人間による研究で明らかに胎児奇形を発生させる、かつ/または使用・市販による副作用の明らかなエビデンスがあり、いかなる場合でもその潜在的なリスクは、その薬物の妊婦に対する利用に伴う、潜在的な利益よりも大きい。(事実上の禁忌である)

妊娠40週で経陰分娩に至った。すべての児に先天奇形や先天結核や胎児発育不全は認められなかった。母体の予後について、1例は分娩後に再燃し薬物治療が困難と判断したため、肺切除を要したが3例とも再発なく経過している (表3)。Shinら¹⁰⁾、Tabarsiら¹¹⁾、Drobacら¹²⁾ はそれぞれ7例、5例、6例のMDR-TB合併妊婦に二次抗結核薬による治療を行い産科合併症や先天奇形、新生児結核を認めず生児を得たと報告しており、

この3例の報告からもMDR-TBに対する抗結核薬治療の危険性は少ないと考えられる。

本症例では、胎児毒性の報告のあるTH、KM、LVFXが器官形成期に投与されていた。児は低出生体重児であったが、表2に記載したような毒性は認められなかった。当センター初診時の妊娠7週には安全性の高い抗結核薬に変更しており、胎児発育不全がみられた時期 (妊娠23週) を考慮するとこれらの薬物による影

表3 過去に報告した多剤耐性結核の3例

診断時期	治療薬剤	分娩週数	分娩方法	分娩時 排菌の有無	出生体重	母体転帰
30週	PZA/EB/PAS/CS/ AM-PC・CVA	40週0日	経膣分娩	なし	3082g Ap9/10	再発後 肺切除行
24週	上記と同様	40週6日	経膣分娩	なし	3632g Ap9/10	再発なし
22週	上記と同様	38週5日	帝王切開 (前回帝切)	なし	2458g Ap9/10	再発なし
妊娠前	PZA/EB/CS/ AM-PC・CVA	38週2日	経膣分娩	なし	1840g Ap9/10	再発なし

響は少ないと考えられる。検索し得た限りではTORCH症候群も否定的である。胎盤重量は365gと小さかったが胎盤病理では梗塞巣は認めなかった。TB合併妊娠では正常妊娠と比較し有意に早産や胎児発育不全や低出生体重児が多かったとの報告もあり^{13, 14)}、抗結核薬そのものによる胎児発育不全への影響も考慮されるが一定の見解はなく、胎児発育不全の原因は本症例も含め不明である。Shinら¹⁰⁾、Drobac¹²⁾らは二次抗結核薬治療を受けたMDR-TB合併妊婦より出生した児の成長に問題はなかったと報告しているが、この児の発達に関しては今後慎重に経過をみる必要がある。

結 語

今回のMDR-TB治療中に妊娠が判明した1例で胎児発育不全を認めたが、以前当科で経験した妊娠中にMDR-TB治療が開始された3例を含め、4例とも抗結核薬による母体への副作用や児の奇形を認めなかった。今後症例を積み重ねさらなる検討を行う必要はあるが、MDR-TB合併妊娠は薬剤感受性のある安全性の高い抗結核薬を用いることで治療ならびに出産は可能であることが示唆された。

参考文献

- 高嶋哲也, 團野 桂, 田村嘉孝, 他 : 妊婦多剤耐性肺結核に対する抗結核化学療法の有効性と安全性について. *Kekkaku*, 81 : 413-418, 2006.
- 結核予防会 : 結核の統計, 2013.
- 安川久吉, 南 理志, 永井 景, 他 : 結核合併妊娠の管理. *産婦治療*, 95 : 85-88, 2007.
- Helbling P, Alpeter E, Egger JM, et al. : Treatment outcomes of multidrug-resistant tuberculosis in Switzerland, 10. 4414/smww. 2014. 14053 : 1-7, 2014.
- Palacios E, Dallman R, Munoz M, et al. : Drug-resistant tuberculosis and pregnancy : treatment outcomes of 38 cases in Lima, Peru. *Clin Infect Dis*, 48 : 1413-1419, 2009.
- Blumberg HM, Burman WJ, Chaisson RE, et al. : American Thoracic Society/Center for Disease Control and Prevention/Infectious Disease Society of America : treatment of tuberculosis. *Am J Respir Crit Care Med*, 167 : 603-662, 2003.
- 結核の治療 (米国胸部疾患学会・CDC・米国感染症学会共同声明) 資料と展望, 47 : 15-65, 2003.
- WHO Treatment of tuberculosis, Guidelines for national programs 1993.
- Loto OM, Awowole I : Tuberculosis in pregnancy. *pregnancy*, 2012 : 379271, 2012.
- Shin S, Guerra D, Rich M, et al. : Treatment of multidrug-resistant tuberculosis during pregnancy : a report of 7 cases. *Clin Infect Dis*, 36 : 996-1003, 2003.
- Tabarsi P, Moradi A, Baghael P, et al. : Standardised second-line treatment of multidrug-resistant tuberculosis during pregnancy. *Int J Tuberc Lung Dis*, 15 : 547-550, 2011.
- Drobac PC, del Castillo H, Sweetland A, et al. : Treatment of multidrug-resistant tuberculosis during pregnancy : long-term follow-up of 6 children with intrauterine exposure to second-line agents. *Clin Infect Dis*, 40 : 1689-1692, 2005.
- Bothamley GH : Drug Treatment for Tuberculosis during Pregnancy. *Drug Safety*, 24 : 553-565, 2001.
- Jana N, Vasishta K, Jindal SK, et al. : Perinatal outcome in pregnancies complicated by pulmonary tuberculosis. *Int J Gynecol Obstet*, 44 : 119-124, 1994.

【症例報告】

妊娠25週と30週にS-1/CDDP化学療法を施行した
進行胃癌合併妊娠の1症例中江 彩, 中辻友希, 山下紗弥, 鈴木陽介
橘 陽介, 渡邊慶子, 信永敏克, 増原完治

兵庫県立西宮病院産婦人科

(受付日 2015/3/6)

概要 胃癌合併妊娠は妊婦の約0.025%にみられるとされる。切除不能進行胃癌に対する治療は化学療法が第一選択とされているが、妊娠中の化学療法による胎児への影響が懸念される。症例は34歳の初産婦で、妊娠22週の健診時に経膈超音波で偶発的に卵巣腫瘍を認めた。妊娠23週に右付属器摘出術を行い、病理組織検査にて印環細胞を認めKrukenberg腫瘍と診断された。上部消化管内視鏡にてBorrmann2型の腫瘍を認め、生検の結果、印環細胞癌と診断された。StageIV、切除不能の進行胃癌合併妊娠に対し、妊娠25週および30週にS-1/CDDP化学療法(S-1 80mg/m²×21days+CDDP 60mg/m² day8)を行った。妊娠35週にて誘発分娩とした。兄に骨髄抑制や外表奇形を認めなかった。分娩直後はStable Diseaseと評価され化学療法を継続した。約1年後、Progressive Diseaseと評価され、化学療法の変更を行ったが、腫瘍縮小効果はなく緩和療法へ移行し、分娩後2年3カ月で永眠された。兄は4歳まで健常に発育している。〔産婦の進歩67 (4) : 400-404, 2015 (平成27年10月)〕

キーワード：胃癌、妊娠、化学療法、S-1

[CASE REPORT]

A case of advanced gastric cancer in pregnancy that gave S-1/CDDP chemotherapy
at 25weeks and 30 weeks of gestation

Aya NAKAE, Yuki NAKATSUJI, Saya YAMASHITA, Yosuke SUZUKI

Yosuke TACHIBANA, Keiko WATANABE, Toshikatsu NOBUNAGA and Kanji MASUHARA

Department of Obstetrics and Gynecology, Hyogo Prefectural Nishinomiya Hospital

(Received 2015/3/6)

Synopsis Gastric cancer in pregnancy is seen about 0.025% of pregnant women. The first choice of treatment for unresectable advanced gastric cancer is chemotherapy, but the effect on the fetus due to chemotherapy during pregnancy is a concern. The patient was primipara of 34-year-old, and ovarian tumor was accidentally found on transvaginal ultrasonography at 22 weeks of gestation. She underwent right salpingo-oophorectomy at 23 weeks of gestation, the pathological diagnosis was signet ring cell carcinoma, the lesion was diagnosed with Krukenberg tumor. Examination by a gastric camera revealed carcinoma of Borrmann's type II, and the results of the biopsy, the lesion was diagnosed with signet ring cell carcinoma. For stage IV, unresectable advanced gastric cancer in pregnancy, She underwent chemotherapy (S-1 80mg/m² for 3 weeks and CDDP 60mg/m² on day 8) for 2 cycles at 25 weeks and 30 weeks of gestation, and induction delivery was performed at 35 weeks of gestation. It was no bone marrow suppression and malformations in baby. Immediately after delivery, it was evaluated as Progressive Disease, chemotherapy was continued. After about a year, it was evaluated as Progressive disease, we made a change of chemotherapy, but the cytoreductive effect was poor. She sifted relaxation therapy, died due to gastric cancer 2 years and 3 months after delivery. Her baby has shown normal growth and development up to the age of 4 years. [Adv Obstet Gynecol, 67 (4) : 400-404, 2015 (H27. 10)]

Key words : gastric cancer, pregnancy, chemotherapy, S-1

緒 言

悪性腫瘍合併妊娠の頻度は1/1000例と報告されており、高齢妊娠の増加に伴い妊娠中の悪性腫瘍合併例は増加傾向にある¹⁾。胃癌合併妊娠は、妊婦の約0.025%と報告されている²⁾。またSakamotoらによれば、これまでに報告のあった137例の胃癌合併妊娠のうち101例が本邦の症例であり、本邦での発症が多い傾向にある³⁾。妊娠中に発見される胃癌合併例は、診断時にはすでに進行しており予後不良な症例が多い。

進行胃癌に対する治療として、S-1/CDDPによる化学療法が推奨されているが、胃癌合併妊娠に対するS-1/CDDP療法の報告は少ない。今回、妊娠22週に卵巣転移により偶発的に発見された進行胃癌（印環細胞癌）に対し、S-1/CDDP療法を施行した症例を経験したので報告する。

症 例

34歳、未経産、既往歴および家族歴に特記事項はなかった。自然妊娠が成立し分娩希望のため妊娠5週に当科を受診した。妊娠初期の経腔超音波検査にて両側卵巣は正常大であった。妊娠22週5日妊婦健診時に経腔超音波検査にて、偶発的にダグラス窩に8.6cmの嚢胞性の高輝度

領域を認めた。骨盤単純MRIでは、ダグラス窩にT2強調画像で高信号、T1強調画像でやや低信号を呈し充実部分を伴う9cm大の腫瘤を認めた（図1）。腫瘍マーカーはCEA正常、CA19-9は38.9と軽度上昇を認めた。母体には消化器症状を含め明らかな臨床症状は認めなかった。右卵巣の悪性腫瘍を疑い、妊娠23週4日に右付属器摘出術を施行した。術中に腹水を少量認めたが、迅速診断による腹水細胞診は陰性であった。摘出した右卵巣は肉眼的に充実性であり、病理組織検査では印環細胞を認めKrukenberg腫瘍と診断された。術中に左卵巣を生検したが異常所見は認めず、その他明らかな転移を疑う所見は認めなかった。消化器癌からの転移を疑い妊娠24週3日に上部消化管内視鏡検査を行い、Borrmann2型（潰瘍限局型）の腫瘍を認め、前庭部ほぼ全周、幽門輪直近まで腫瘍性狭窄を認めた（図2）。生検による病理組織検査では核異型性が強く、腫大した核を有する腫瘍細胞が増殖しており、印環細胞癌と診断された（図3）。全身評価として妊娠25週0日に造影CTを施行したところ、腎レベル大動脈左側に約2cmの粒状部を認め、傍大動脈リンパ節転移が疑われた。上記所見より胃癌の卵巣転移、stageIVと

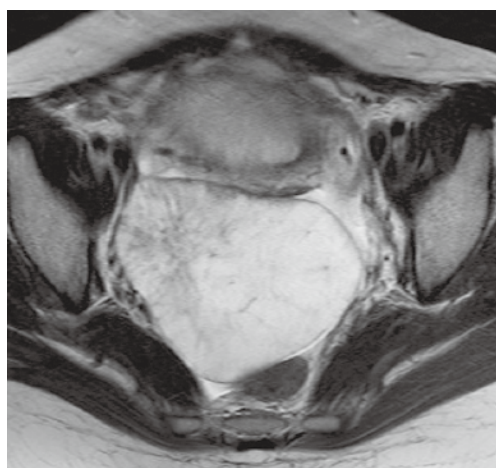


図1 骨盤単純MRI（妊娠22週5日）
T2強調画像で高信号、充実部分を伴う腫瘤。

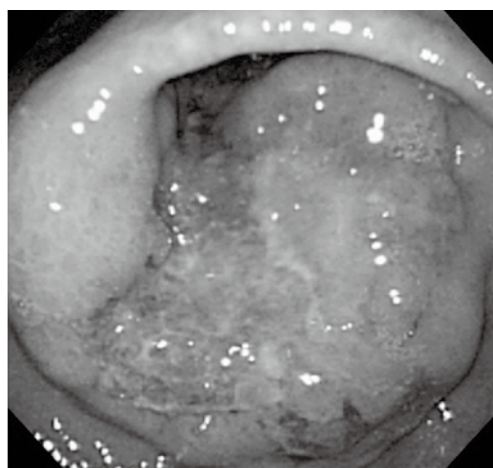


図2 上部消化管内視鏡検査所見
Borrmann2型（潰瘍限局型）の腫瘍を認め、前庭部ほぼ全周、幽門輪直近まで腫瘍性狭窄を認めた。

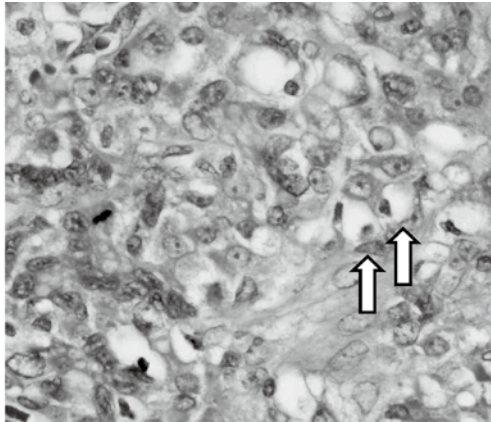


図3 生検組織像 (HE, ×400)
印環細胞 (矢印) を認める。

診断した。治療方針についての十分なインフォームドコンセントを行った。その内容は、胃癌stageIVの治療方針として標準的治療は化学療法であるが、その他に手術後に化学療法を行う、もしくは経過観察の選択肢もあることを伝えた。手術する状況としては癌による幽門狭窄のため抗癌剤の内服が困難である場合、もしくは腫瘍からの出血で止血困難な場合に姑息的に手術を行うことを説明した。また化学療法による胎児へのリスクもあり、どのような影響がどの時点で出現するかは予測不可能であり、胎児の分娩時期に関してはその都度判断していくことをお伝えした。その結果、妊娠継続のうえでの化学療法を希望された。投薬内容は切除不能進行・再発胃癌の標準的治療であるS-1/CDDP療法とし、2クール施行した。投与量はS-1 100mg/day×21days, Day8にCDDP 80mg/dayとし、5週間ごとの投与サイクルとした。第1クールは妊娠25週0日から27週6日までS-1 100mg/dayを経口投与し、妊娠26週0日にCDDP 80mg/dayを静注した。第2クールは妊娠30週0日から32週6日までS-1 100mg/dayを経口投与し、妊娠31週0日にCDDP 80mg/dayを静注した。妊娠中のため抗腫瘍効果は評価できなかった。化学療法による母体への有害事象は認めなかった。胎児の発育経過は順調であり、羊水量の測定、中大脳動脈の血流測定を頻回に行ったが異常は認

めなかった。胎児の成熟および骨髄抑制からの回復を考慮して妊娠35週での誘発分娩の方針とし、妊娠35週3日に2400g (AGA) の男児を経膣分娩した。Apgar score 9/10であった。児は骨髄抑制や外表奇形を認めず、臍帯や胎盤病理に悪性細胞は認めなかった。分娩後8日目に、S-1/CDDP 療法の効果をCTおよび上部消化管内視鏡検査で評価したところStable Diseaseであった。分娩後15日目から同様のプロトコールによるS-1/CDDP療法を3クール行ったが、約1年後にProgressive Diseaseとなった。化学療法の変更を行ったが、腫瘍縮小効果を認めず緩和療法へ移行し、分娩後2年3カ月で永眠された。児は4歳まで有害事象なく健常に発育している。

考 察

妊娠中に発見される胃癌合併例は、診断時にはすでに進行しており予後不良な症例が多い。初診時すでに卵巣転移、腹膜播種を認める症例や、脳転移、肺転移、骨転移などの遠隔転移を認めることもある^{2, 6-9)}。本邦集計例の胃癌の診断契機でも、腫瘍触知、開腹時所見、遠隔転移の発見、剖検時所見など、癌が進行してしまった時点での診断が約50%を占めている⁴⁾。予後に関しては、上尾らの1968～1989年の症例を対象に解析した報告で胃癌非切除27例全例が診断後6カ月以内に死亡しており⁴⁾、Sakamotoらの報告では胃癌非切除例での1年生存率は18%、2年生存率は15.1%と予後不良である³⁾。発見が遅れる臨床的要因として、妊娠初期の悪阻に伴う悪心、嘔吐や妊娠中期～後期にかけての増大子宮による腹部圧迫によって生じる胃部不快感や嘔気等の消化器症状が胃癌に認められる症状と類似していること、妊婦には放射線検査を施行しにくいことが挙げられる。

妊娠合併胃癌の2年生存率が15.1%と報告されていることを考えると、本症例は卵巣転移を伴うIV期の胃癌で、診断から2年6カ月の生存が得られたので、延命効果が得られたと考えられる。抗腫瘍効果に関しても、分娩後の評価で腫瘍の増大を認めずStable Diseaseであったことから一定の効果を認めたと考える。

切除不能進行胃癌の妊婦に対し、延命・緩和を目的として化学療法を用いる場合があるが^{7, 15, 16)}、妊娠週数と胎児の体外生存の可否、および母体加療による胎児への影響を考慮する必要がある。抗癌剤の多くが胎盤移行性を有しており、動物実験でも胎児の催奇形性を有することが知られている¹⁰⁾。妊娠初期に化学療法を施行した場合の胎児奇形の割合は10～20%と有意に高く¹⁰⁾、抗癌剤の投与は器官形成期である妊娠初期を避けるべきである。妊娠中期以降の投与は胎児奇形の発生には関与しないとされているが、胎児の発育に影響し胎児発育不全や早産の割合が増加するとの報告もある¹¹⁾。胎児の体外生活が可能と判断した場合、化学療法による骨髄抑制の影響を考慮すると分娩の3週間前までに化学療法を終了することが望ましい¹⁴⁾。妊娠中における抗癌剤の投与量に関して、妊娠中は非妊娠時と比べ血漿量の増加など循環動態が大きく変化しており、また薬物代謝も非妊娠時と異なる可能性が指摘されており、適正な投与量に関して結論が出ていないが、標準量から始め血液毒性を認めたらその都度投与量を変更するのがよいとの意見もある¹¹⁾。今回の症例ではS-1、CDDPともに標準投与量の80%を投与した。胎児への有害事象として発育不全や貧血、血小板減少に伴う出血、腎機能障害を想定し頻回の超音波検査で羊水量、血流の計測を行った。結果的に母体への副作用および胎児への重篤な有害事象は認めなかった。

切除不能進行・再発胃癌に対する初回治療としての化学療法は2008年のSPIRITS試験ではS-1（5Fu系経口抗癌剤）単剤とS-1/CDDPが比較され、前者では生存期間の中央値が11カ月であったのに対し、後者が13カ月と有意に生存期間の延長を認めた^{12, 13)}。このことを踏まえ、今回の症例ではS-1/CDDPを選択した。S-1は5-FUのプロドラッグであるテガフルと5-FUの異化代謝酵素を選択的に阻害するギメラシル、消化管障害の軽減を目的としたオテラシルカリウムの合剤で、テガフルが肝臓で代謝され、5-FUとなる。内服後、5-FU濃度は3-4時間で120-130ng/ml前後まで上昇し、10時間で20-30ng/ml前後まで低下する。S-1は5-FUに比べ半減期が長く、かつ副作用である消化管障害、神経毒性を軽減したものであるが、半減期が長いので妊娠中の母体に投与すると胎児が5-FUに曝露される期間が長くなる。5-FUの妊娠前期での使用報告はこれまでに14例あり、先天性多発奇形の発生を1例認めた¹⁴⁾。一方、妊娠中のCDDPの使用報告は45例あり、妊娠初期での使用で小眼球症を1例認め、妊娠中期での使用で脳室拡大1例、胎児発育不全を3例認めた¹¹⁾。CDDPの胎盤通過性は妊娠週数を経るにつれて増加することが報告されており¹¹⁾、妊娠後期のCDDP使用症例において胎児の発育経過や、羊水量の測定、中大脳動脈の血流測定等の綿密な管理が必要である。

妊娠中期以降でのS-1投与の報告は、表1に示

表1 本邦において妊娠中にS-1を投与した胃癌症例

報告者	年齢	化学療法 施行時 (週数)	臨床症状	分娩方法 (週数)	胎児の生育	化学療法	分娩後の 生存期間	母体転帰
加藤 ⁷⁾	33	25, 28	腰痛・腹痛	帝王切開 (35)	3年間健常	S-1/DTX	7日	癌病死
石神 ¹⁵⁾	36	24	心窩部痛	経膈分娩 (32?)	3年間健常	S-1	再発なし	生存
西村 ¹⁶⁾	29	24	嘔気・嘔吐	経膈分娩 (24)	47日死亡	S-1/CDDP	4カ月	癌病死
自験例	34	25, 30	特になし	誘発分娩 (35)	4年間健常	S-1/CDDP	2年3カ月	癌病死

DTX：ドセタキセル

すように自験例を含めると4例のみである。妊娠中期におけるS-1の使用で、重大な先天奇形の報告例はない。4例中3例は、3年以上にわたって児が健常に生育していることが確認されている。西村ら（2014）の報告で早期新生児期に死亡した症例では、妊娠24週0日にS-1/CDDP化学療法が開始され、24週4日で経陰分娩となった。児は生後47日で死亡したが、血球減少、腎機能障害、動脈管開存、脳室内出血、細菌感染症がみられた¹⁶⁾。児の未熟性による合併症が主な死亡原因と考えられる一方で、半減期の長いS-1が分娩4日前に投与されたために児の骨髄抑制が遷延し、血球減少、細菌感染を起こした可能性も指摘されていた。本症例では、妊娠25週と30週でS-1/CDDP療法が施行され35週で分娩に至ったこと、および妊娠30週で21日間投与されたS-1が胎児に移行し、胎児の骨髄抑制が十分に回復したと考えられる35週で分娩に至ったことが、児の予後に影響を及ぼさなかったと考えられた。

今回の症例ではS-1/CDDP療法による母体への副作用および胎児への有害事象は認めなかった。胃癌合併妊娠においてS-1を安全に使用できる可能性が期待される貴重な症例であった。

結 語

妊娠24週に卵巣転移を伴うIV期胃癌（Krukenberg腫瘍）と診断され、妊娠25週と30週でS-1/CDDP化学療法を行ったが、明らかな児への副作用を認めず妊娠35週に健児を得た。児は4歳まで有害事象なく発育している。診断後早期に化学療法を開始したことが、診断からの生存期間が2年6カ月と母体の予後を改善した可能性がある。胃癌合併妊娠において化学療法を施行した症例は少なく、とくに妊娠中におけるS-1の使用報告は本症例を含めても4例のみである。進行胃癌の初回治療がS-1/CDDP療法であることを踏まえると、今後妊娠中のS-1使用例があればその報告が切に望まれ、妊婦に対するS-1使用の安全性を評価していくことが必要である。

参考文献

- 1) Pentheroudakis G, Pavlidis N : Cancer and pregnancy. Poena magna, not anymore. *Eur J Cancer*, 42 : 126-140, 2006.
- 2) 梅澤幸一, 木川典子, 須藤祐美子, 他 : 胃癌合併妊娠の1例. 日産婦東京会誌, 53 : 346-348, 2004.
- 3) Sakamoto K, Kanda T, Ohashi M, et al. : Management of patients with pregnancy-associated gastric cancer in Japan : a mini review. *Int J Clin Oncol*, 14 : 392-396, 2009.
- 4) 上尾裕昭, 奥平恭之, 平林正彦, 他 : 妊娠に合併した胃癌—早期癌の1例と本邦100例の検討. 日臨外会誌, 50 : 312-318, 1989.
- 5) 島袋 史, 新崎盛雄, 伊是名博之, 他 : ビタミンK欠乏により胎児頭蓋内出血を来した胃癌合併妊娠の1症例. 日産婦会誌, 53 : 640-644, 2001.
- 6) 井上孝実, 野村昌男 : 産褥23日目に死亡した進行胃癌合併妊娠の1例. 周産期医, 33 : 410-412, 2003.
- 7) 加藤紀子, 山室 理, 倉内 修 : 進行胃癌(Krukenberg腫瘍) 合併妊娠の1例. 日婦腫瘍会誌, 26 : 75-79, 2008.
- 8) 三浦智史, 山田聡志, 丸山 弦, 他 : 帝王切開による胎児早期娩出後に全身化学療法を行った手術不能進行胃癌合併妊娠の1例. 日消誌, 106 : 1500-1507, 2009.
- 9) 村岡孝幸, 浅野博昭, 佃 和憲, 他 : 急速な転帰を辿った妊婦胃癌の1例. 日臨外会誌, 67 : 426-429, 2012.
- 10) Roberto A, Pierluigi B, John J : Chemotherapy for Gynecological Neoplasmas. p215-217, Marcel Dekker Inc, New York, 2004.
- 11) Olivier M, Paul B, Stanislas R : Use of platinum derivatives during pregnancy. *American Cancer Society*, 113 : 3069-3074, 2008.
- 12) Koizumi W, Narahara H, Hara T, et al. : S-1 plus cisplatin versus S-1 alone for first-line treatment of advanced gastric cancer (SPIRITS trial) : a phase III trial. *Lancet Oncol*, 9 : 215-221, 2008.
- 13) 日本胃癌学会 (編) : 胃癌治療ガイドライン. 金原出版, 東京, 2010.
- 14) Thomas E, Thomas A : Chemotherapy in pregnancy. *Obstet Gynecol Clin North Am*, 25 : 323-329, 1998.
- 15) 石神純也, 上野真一, 喜多芳昭, 他 : 根治切除後に正常妊娠を経験したIV期胃癌の1例. 鹿児島大学医学雑誌, 62 : 47-50, 2011.
- 16) 西村一記, 福島 敬, 宮園弥生, 他 : 進行胃癌に対して化学療法を施行された母体から出生した超低出生体重児の1例. 日周産期・新生児会誌, 50 : 1322-1326, 2014.

[CASE REPORT]**A case of *Listeria* sepsis in the first trimester of pregnancy**

Hironao KOBAYASHI, Haruta MOGAMI, Nozomi TAKAHASHI, Tsukasa BABA

Eiji KONDOH and Ikuo KONISHI

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

(Received 2015/4/22)

Abstract Listeriosis involves infection by the Gram-positive rod-shaped bacteria *Listeria monocytogenes*. This rare bacterial disease can cause serious perinatal problems, including miscarriage, preterm birth, and intra-uterine fetal death, and it has a high morbidity and mortality rate. Case : A 35-year-old primigravida woman consumed raw ham and cheese at around 5 weeks gestation. At 9 weeks gestation, she developed a fever of 39.5°C. Blood culture was positive for *Listeria monocytogenes*. Antibiotics were administered immediately (vancomycin and imipenem at first, and then ampicillin and gentamycin). Maternal symptoms gradually improved, although miscarriage occurred at 9 weeks gestation. Pathologically, massive neutrophils invaded the chorion, and necrosis of the chorionic villi was prominent. Paradoxically, Gram staining did not show the existence of any bacteria in the chorion, decidua or fetus. Listeriosis should be considered as a differential diagnosis when pregnant women presented with high fever because diagnosis is difficult without blood culture. The prompt use of penicillin can improve maternal outcome. [Adv Obstet Gynecol, 67 (4) : 405-409, 2015 (H27.10)]

Key words : *Listeria*, pregnancy, sepsis

Introduction

Listeriosis is an infection caused by *Listeria monocytogenes*, and is a rare infectious disease in the general population¹⁾. *Listeria monocytogenes* most severely affects people with decreased immunity, such as the elderly, children, and pregnant women²⁾. Pregnant women are especially susceptible to *Listeria monocytogenes* (20-times higher prevalence compared to the general population) due to changes in the immune system³⁾. Symptoms of listeriosis resemble influenza, including fever of 38 to 39°C, headache, malaise, and muscular and joint pain⁴⁾. Gastroenteritis symptoms such as diarrhea and nausea are rare¹⁾. If *Listeria* infects a pregnant woman, miscarriage or still birth results 20% of the time. Cases of maternal endocarditis or meningo-encephalitis have also been reported⁵⁾ and it is thus considered a significant infectious disease during pregnancy⁶⁾. Here, we report a case

of *Listeria* sepsis in a pregnant woman at 9 weeks gestation.

Case

A 35-year-old primigravida woman visited our hospital at 9 weeks and 1 day of gestation with fever, nasal congestion, and general malaise. The patient had consumed unpasteurized cheese and raw ham in Spain and Turkey around 5 weeks gestation during an overseas trip. Nasal congestion and fever above 37°C appeared from 8 weeks gestation, and cough at 8 weeks and 3 days of gestation. On arrival to our hospital, her body temperature was 39.5°C (Fig.1) with tachycardia, 119 beats/minute, and blood pressure of 138/70 mmHg. Her lung sounds were normal and there were no signs of pneumonia. On pelvic examination, vaginal secretions were white, minimal, and without odor. Vaginal ultrasonography showed a normal-sized fetus alive in the uterine cavity.

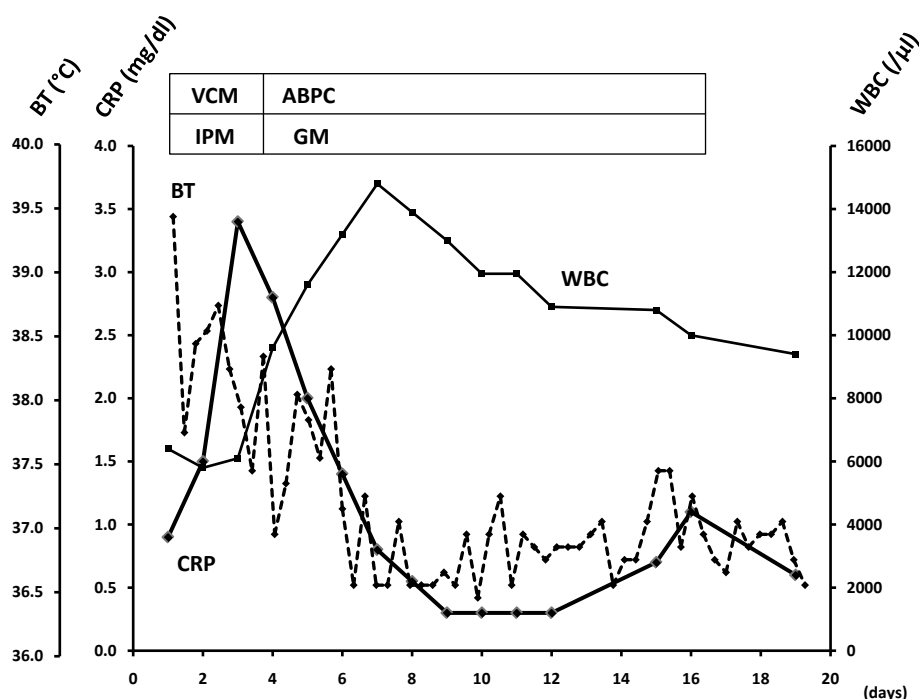


Fig.1 Time course of patient's body temperature (BT, dotted line), white blood cells (WBC, thin solid line), and C-reactive protein (CRP, solid line). Vancomycin (VCM) and imipenem (IPM) were used for the first 2 days, and then switched to gentamicin (GM) and ampicillin (ABPC).

The patient was taking propylthiouracil due to hyperthyroidism which was well-controlled (thyroid stimulating hormone 0.985 μ IU/ml, free T3 3.38 pg/ml, free T4 1.410 ng/dl). The initial laboratory test showed a normal white blood cell count of 5800/ μ l, and C-reactive protein (CRP) 1.5mg/dl. Mild elevation of liver enzymes was seen (aspartate transaminase 63 IU/l, alanine transaminase 55 IU/l). A rapid influenza antigen test was negative. The day after admission, blood culture revealed the existence of Gram-positive rods, so under the diagnosis of sepsis, the administration of broad-spectrum antibiotics (imipenem 2 g/day and vancomycin 1 g/day) was initiated. β -D glucan and endotoxin in the blood were negative. On the third day, *Listeria monocytogenes* were detected in the blood culture so she was diagnosed with

listeriosis. Unfortunately, the fetal heart beat was diminished on ultrasonography that day and miscarriage was confirmed. Antibiotics were changed to ampicillin 12 g/day and gentamicin 240 mg/day. A spiking fever lasted for several days, but gradually improved in accordance with the decrease in CRP levels (Fig.1). Although her white blood cell count increased until the 10th day of admission, it gradually decreased thereafter (Fig.1). Cerebrospinal fluid culture was negative, and culture of sputum, vaginal secretion, and feces was normal flora. Chest X-ray was normal and there was no abscess formation in the lung or abdominal cavity on enhanced computed tomography. Treatment with ampicillin and gentamicin for 15 days was successful, and sepsis was consequently improved. Dilatation and curettage were performed on the 22nd

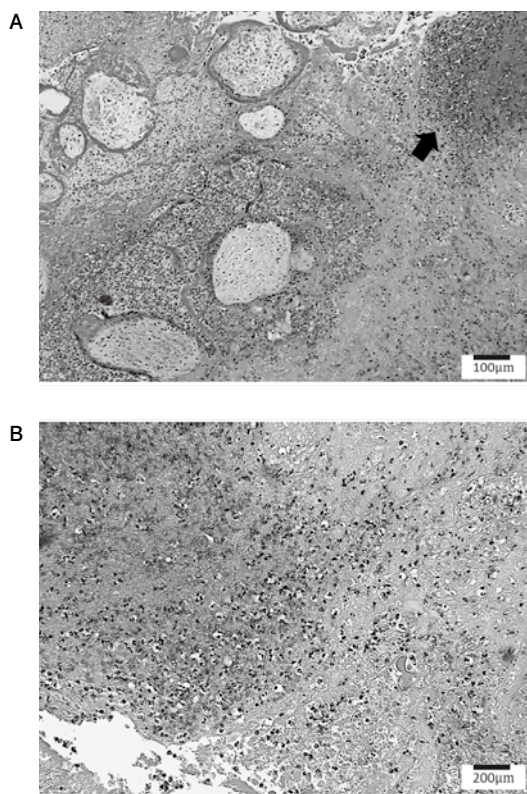


Fig.2 Microscopic findings of uterine contents. Hematoxylin and eosin stain. (A) Inflammatory cells, most of which were neutrophils, invade the chorionic villi and microabscesses (arrow) were formed. Necrotic villi and fibrin deposition was prominent. Note that villous structures were completely destroyed. (B) The enlarged image of microabscesses. Original magnification was $\times 100$ (A) and $\times 200$ (B).

day due to miscarriage. The patient recovered completely and was discharged without complications.

Microscopically, there was a massive infiltration of neutrophils around the chorionic villi and microabscesses had formed in the placental parenchyma. Fibrin deposition and necrosis of the villi was also prominent (Fig.2). Gram staining, however, did not show any Gram-positive rods in the chorionic villi, decidua, or fetus (data not shown).

Discussion

We report a septic case of listeriosis

during pregnancy. Listeriosis is usually a severe disease, and it sometimes occurs as outbreaks¹⁾. In 1985, 142 cases of listeriosis associated with Mexican-style cheese were reported in California, and 93 cases (65%) occurred in pregnant women, involving fetal and neonatal death⁷⁾. In 1998, contaminated hot dogs caused 101 cases of listeriosis with 21 deaths (21%, 15 non-pregnant adults and 6 miscarriages) in the United States⁸⁾. Recently, in the United States, a multistate outbreak of listeriosis associated with cantaloupe was reported in 2011, and 33 of 147 patients (22%) died, mostly elderly immunocompromised adults⁹⁾. The incidence of listeriosis per year in Japan is 1.00 to 1.60 cases per one million individuals, which is lower than that in the United States and Europe, though the precise prevalence of pregnant women is not known¹⁰⁾. In our case, taking blood cultures and starting prompt treatment with antibiotics succeeded in improving the maternal prognosis, although miscarriage occurred. The administration of aminopenicillin (amoxicillin or ampicillin) in addition to gentamicin is generally recommended for treatment of listeriosis⁶⁾.

Listeria infection occurs following ingestion of contaminated ready-to eat food products such as raw milk, milk products, unwashed raw fruits and vegetables, and meat⁶⁾. Healthy adults who consume contaminated foods are typically asymptomatic or, at most, have mild to moderate self-limiting gastroenteritis¹⁾. If infected, the central nervous system is frequently affected by meningoencephalitis (55-70%). Another frequent form is bacteremia (15-50%) in nonpregnant adults¹⁾. In pregnant women, however, *Listeria monocytogenes* can cause miscarriage in the first trimester, and preterm

delivery or stillbirth after second trimester by the transfer of the bacteria from the bloodstream to the placenta and fetus⁶⁾. The incubation period is wide, between 24 hours and 2 months¹¹⁾. In this case, the patient had eaten unpasteurized cheese and raw ham 3 weeks before she came to our hospital, so we speculate that these contaminated food caused the listeriosis.

Pathologically, placental infection is characterized by microabscesses and necrotizing villitis, as seen in our case¹²⁾. Gram-positive rods were, however, not detected in the choriodecidua by Gram stain. *Listeria* bacteria were never isolated in the placental tissues in the previous study¹³⁾, as in this case. It might be due to the treatment of antibiotics, although the reason for this remains unknown.

In order to prevent listeriosis during pregnancy, the Ministry of Health, Labour and Welfare of Japan warns pregnant women not to eat smoked salmon, pâté of fish and meat, and raw cheeses and hams without pasteurization. It also recommends to wash vegetables and fruits carefully, heat foods before eating, and to consume foods as soon as possible even they are kept in a refrigerator. It is important to take a detailed medical history and blood culture samples when a pregnant woman presents with a high fever. Once listeriosis is diagnosed, immediate treatment with appropriate antibiotics is mandatory to prevent serious maternal complications such as meningo-encephalitis or endocarditis.

Acknowledgements

We thank Dr. Shingo Ukita, Dr. Rin Mizuno, and Dr. Saeko Imai (Department of Gynecology and Obstetrics, Kyoto University Graduate School of Medicine, Kyoto, Japan) for clinical treatment

of the patient. This work was supported by JSPS KAKENHI Grant Number 25861488 and MEXT KAKENHI "Constructive Developmental Science" 24119004.

Conflict of interest ; none

References

- 1) Vazquez-Boland JA, Kuhn M, Berche P, et al. : *Listeria* pathogenesis and molecular virulence determinants. *Clin Microbiol Rev*, 14 : 584-640, 2001.
- 2) Poulsen KP, Czuprynski CJ : Pathogenesis of listeriosis during pregnancy. *Anim Health Res Rev*, 14 : 30-39, 2013.
- 3) Ogunmodede F, Jones JL, Scheffel J, et al. : Listeriosis prevention knowledge among pregnant women in the USA. *Infect Dis Obstet Gynecol*, 13 : 11-15, 2005.
- 4) Lorber B : Listeriosis. *Clin Infect Dis*, 24 : 1-9, 1997.
- 5) Lamont RF, Sobel J, Mazaki-Tovi S, et al. : Listeriosis in human pregnancy : a systematic review. *J Perinat Med*, 39 : 227-236, 2011.
- 6) Management of pregnant women with presumptive exposure to *Listeria monocytogenes*. *Obstet Gynecol*, 124 : 1241-1244, 2014.
- 7) Linnan MJ, Mascola L, Lou XD, et al. : Epidemic listeriosis associated with Mexican-style cheese. *N Engl J Med*, 319 : 823-828, 1988.
- 8) Centers for Disease C, Prevention. Update : multi-state outbreak of listeriosis--United States, 1998-1999. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*, 47 : 1117-1118, 1999.
- 9) McCollum JT, Cronquist AB, Silk BJ, et al. : Multi-state outbreak of listeriosis associated with cantaloupe. *N Engl J Med*, 369 : 944-953, 2013.
- 10) Ochiai Y, Mochizuki M, Yamada F, et al. : Genetic classification of *Listeria monocytogenes* serotype 4b strains, including epidemic clones, isolated from retail meat in the Tokyo metropolitan area. *Jpn J Infect Dis*, 67 : 258-263, 2014.
- 11) Goulet V, King LA, Vaillant V, et al. : What is the incubation period for listeriosis? *BMC Infect Dis*, 13 : 11, 2013.
- 12) Parkash V, Morotti RA, Joshi V, et al. : Immunohistochemical detection of *Listeria* antigens in the placenta in perinatal listeriosis. *Int J Gynecol Pathol*, 17 : 343-350, 1998.
- 13) Monari F, Gabrielli L, Gargano G, et al. : Fetal bacterial infections in antepartum stillbirth: a case series. *Early Hum Dev*, 89 : 1049-1054, 2013.

【症例報告】

妊娠初期に発症したリステリア敗血症の1例

小林 弘 尚, 最 上 晴 太, 高 橋 希 実, 馬 場 長
近 藤 英 治, 小 西 郁 生

京都大学大学院医学研究科器官外科学婦人科学産科学

（受付日 2015/4/22）

概要 リステリア感染症は主にグラム陽性桿菌の*Listeria monocytogenes*により引き起こされる。この比較的まれな感染症は、周産期では時に流産、早産、子宮内胎児死亡を生じ、予後不良の疾患である。症例は35歳の初産婦、妊娠5週ごろに生ハムとチーズを海外で摂取した既往がある。妊娠9週で39.5℃の発熱を認め受診した。血液培養では*Listeria monocytogenes*が検出され、直ちに抗生剤による治療を開始した。母体はしばらく弛張熱が続いたが徐々に症状は改善された。しかし稽留流産となった。子宮内容物の病理診断では、多数の好中球浸潤と絨毛の壊死が著明であった。グラム染色では菌体を検出できなかった。妊婦が高熱を発症したときはリステリア感染症を鑑別に入れ、血液培養がその診断に必須である。ペニシリン系の抗生剤を迅速に使用することで母体の予後を改善することができる。〔産婦の進歩67（4）：405-409，2015（平成27年10月）〕

キーワード：リステリア，敗血症，妊娠

臨床の広場

子宮頸癌術後の補助療法について—現状と今後の展望—

伊 東 史 学

奈良県立医科大学産科婦人科学教室

はじめに

補助療法 (adjuvant therapy) とは、根治術施行例において、再発予防目的に行われる術後治療である。

現在日本では、子宮頸癌FIGO stage IB期からIIB期の症例に対しては、まず広汎子宮全摘出術を行い、その病理組織学的所見にて再発リスク因子を有した場合、補助療法を施行することが多い。エビデンスに基づいた明確な再発リスク因子は未確定であるが、一般的に再発高リスク因子は「骨盤リンパ節転移陽性、子宮傍結合織浸潤陽性、腔断端陽性」、再発中リスク因子は「深部間質浸潤、脈管侵襲、大きい腫瘍」とされる傾向にある。ここでは、補助療法に関する主な臨床試験を挙げながら、術後化学療法が増えつつある日本の現状と今後の展望を述べたい。なお、誌面の都合上、放射線量や薬剤量などの詳細は省略し、薬剤名や治療法のみを挙げるにとどめる。

標準治療とは

子宮頸癌治療ガイドラインでは、「再発高リスク群には同時化学放射線療法 (CCRT) が推奨」「再発中リスク群には放射線治療 (RT) 単独を推奨またはCCRTを考慮」となっている¹⁾。この根拠となっているのは、海外の2つの前向き無作為化比較試験 (randomized

controlled trial ; RCT) である。1つはGOG092試験において、再発中リスク因子を有する症例を対象に、RT群 vs 補助療法無施行群で比較し、全生存 (overall survival ; OS), 無増悪生存 (progression free survival ; PFS) とも改善したことにより、再発リスク因子を有する症例に対する術後補助療法の必要性が確実となった²⁾。そしてもう1つは、SWOG8797試験において、リンパ節転移陽性など再発高リスク因子を有する症例を対象にRT群 vs CCRT群 (FP-RT ; CDDP+fluorouracil) で比較した結果、OS、PFSとも改善したことより、現行のガイドラインの推奨の根拠となっている³⁾。表1に示すように、いくつかの前向き試験を経て現在の標準治療が推奨されるに至った。

しかし、RT中心のこれらの試験は、日本人とは人種や体格が異なる海外の試験であるため、効果や有害事象の発生リスクに差がある可能性があり、短絡的に線量や治療法自体を日本人に適用することは慎重であるべきであろう。また欧米では、日本よりも放射線治療医の数が圧倒的に多いという医療的背景の違いも少なからずあると思われる。

術後補助療法としての化学療法の妥当性

そもそも子宮頸癌に対する化学療法、とくに2剤併用療法は、再発・進行例を対象とした

◆ Clinical view ◆

Postoperative adjuvant therapy in cervical cancer

Fuminori ITO

Department of Obstetrics and Gynecology, Narra Medical University

表1 主な過去の前向き試験の概要

著者,年, (試験名等)	対象	試験群		評価	成績	HR	P 値
Tattersall, 1992 ⁴⁾	Ib-IIa 期 骨盤リンパ節 転移陽性	RT	37	DFS	—	1.34	n.s.
		CT (BLM+VBL+CDDP) →RT	34				
Lahousen, 1999 ⁵⁾ (AGOG)	IB-IIIB 期 骨盤リンパ節 転移陽性・脈 管侵襲陽性	RT	24	5 年 OS	80%	—	0.953
		CT (BLM+CBDCA)	28		86%		
		NFT	24		81%		
Sedlis, 1999 (GOG092)	IB 期 中リスク	RT	137	2 年	88%	0.53	0.008
		NFT	140	RFS	79%		
Peters, 2000 (SWOG8797)	IA2-IIA 期 高リスク	RT	127	4 年 PFS	63% /71%	2.01 /1.96	0.003 /0.007
		CCRT (FP)	116	14 年 OS	80% /81%		
Sehouli, 2012 ⁶⁾ (NOGGO-AGO study)	IB-IIIB 期 中・高リスク	TC ④ →RT	132	PFS	—	—	0.25
		CCRT (CDDP)	131				

AGOG Austrian Gynecologic Oncology Group, SWOG Southwest Oncology Group, CT chemotherapy, BLM bleomycin, VBL vinblastine, NFT no further therapy ① サイクル数, HR hazard ratio

GOG204試験の結果から、TP療法（パクリタキセル+シスプラチン）を第一選択と考えるようになった⁷⁾。その後、ASCO2012で発表された本邦からのJCOG0505試験にて、TC療法（パクリタキセル+カルボプラチン）のTP療法に対する非劣性が示された⁸⁾。子宮頸癌に対する化学療法の有効性は、エビデンスとしてはこの2レジメンが証明されていることになるが、術後補助療法としての化学療法のエビデンスはない。しかし、表2に示すように、2012年にJGOG (Japanese Gynecologic Oncology Group) が行った調査研究にて、日本全体で約3割の症例が術後療法として化学療法が選択されていることが明らかになった。これが日本の現状である。

その理由として、放射線治療に起因

する有害事象を回避できることはもちろんであるが、全身療法である化学療法が遠隔転移の制御において勝る可能性がある。また局所再発した場合に、放射線治療を選択可能であることもメリットとして考えられる。

表2

JGOG1072S						
扁平上皮癌						
補助療法	IB1	IB2	IIA1	IIA2	IIB	
RT	294(32)	146(30)	55(32)	49(30)	270(33)	
CCRT	351(38)	195(40)	65(38)	76(46)	293(36)	
CT	226(24)	107(22)	33(19)	28(17)	169(21)	22%
RT→CT	8	8	7	2	19	
その他	7	2	1	1	5	
不明	46	25	9	8	54	
非扁平上皮癌						
補助療法	IB1	IB2	IIA1	IIA2	IIB	
RT	106(19)	27(10)	13(24)	15(24)	56(17)	
CCRT	125(23)	78(30)	11(20)	17(27)	103(32)	
CT	255(46)	119(46)	20(37)	28(45)	127(40)	29%が化学療法
RT→CT	6	4	1	0	13	
その他	5	2	0	0	10	
不明	56	28	9	3	12	

(各stage別%)

第12回JGOG総会

術後化学療法のエビデンスの確立が急務であるなか、国内ではイリノテカン・ネダプラチン併用療法のphaseII試験であるJGOG1067試験が行われ、症例の集積を終了し、現在追跡期間中であるが、primary endpointである2年RFS (recurrence free survival) は、化学療法の有用性を期待させる結果であった。これ以外でも、国内のインターグループではさまざまな術後化学療法に関する臨床試験が行われているが、RTとCT（化学療法）単独を比較したRCTはまだない。

今後の術後補助療法の展望

現在、海外で行われているRCTは表3に示すように、RT vs CCRT, CCRT vs CCRT+CT, などRTを基本とし多岐にわたる。海外の臨床試験では、術後補助療法としてあくまで放射線治療をベースとして、化学療法をどのように組み合わせていくかを目的としていることがわかる。本邦では、岡林術式を始めとして、広汎子宮全摘出術の精度や根治性を高めてきた経緯があり、より手術療法を適用しようとする婦人科腫瘍医は多いため、補助療法としてのRTによる有害事象に対する懸念は海外と本邦では多少

の温度差があることは否めない。結果、世界にはやはりCT単独の効果を検討するRCTはいまだ存在しない。そこで現在、JGOGでCT単独のRCTを画策中であり、本邦から発信する新たなエビデンスが確立されることを期待したい。

しかし、RTに関しても、新たにIMRT (Intensity Modulated Radiation Therapy ; 強度変調放射線治療) が急速に広まっている。IMRTがconventionalなRTに比べ治療成績に差がなければ、有害事象の少ない分標準治療となり得る。また再発部位がRTとCTとで異なることを考えれば、治療の選択肢としてIMRTの標準化が待たれるところである。すでに導入している施設も多いが、JCOGにて臨床試験として施行予定である。

またNAC (neoadjuvant chemotherapy) を行う施設も増えているようである。NAC症例の術後療法は、その必要性から熟考する必要がある。例えばNAC後に手術を行った症例の病理組織学的所見がpathological CRであった場合、果たして後療法は不要なのか。NAC自体のエビデンスが確立していないためこれ以上述べるに及ばないが、今後の課題の1つになると思わ

表3 現在進行中の主なRCT

試験名等	対象	治療群	評価項目 (primary endpoint)	N	予定期間
NCT00806117	IB1-IIA2 中リスク, 高リスク	RT	DFS, distant metastasis free survival	990	2008/2 -2018/12
		CCRT (CDDP)			
		SCRT (TP②→RT→TP②)			
RTOG0724	IA2-IIA 高リスク	CCRT (CDDP)	DFS	400	2009/9 -2021/8
		CCRT→TC④			
GOG0263	IA-IIA 中リスク	RT	RFS	534	2010/4 -2020/12
		CCRT (CDDP)			

RTOG Radiation Therapy Oncology Group, GOG Gynecologic Oncology Group, SCRT sequence chemotherapy and radiotherapy, TP paclitaxel and cisplatin, TC paclitaxel and carboplatin, DFS disease free survival, RFS recurrence free survival

れる。

最後に、国内で最初の子宮頸癌に対する分子標的薬となるであろう血管新生阻害剤 Bevacizumab について述べたい。ASCO2013で発表されたGOG240試験にて、進行・再発症例に対して化学療法にBevacizumabを併用することで、OS, PFS, RR (response rate) を有意に改善した⁹⁾。婦人科がんの生存率を延長した初めての分子標的治療であり、そのインパクトは強かった。近々、本邦でも保険収載される見込みであり、卵巣癌以上にその効果が期待される。いずれは術後補助療法にBevacizumabを併用する選択肢も考えられる。

終わりに

I B期からII期の早期子宮頸癌に対して、日本では広汎子宮全摘出術を行うことが多いが、同じ進行期であっても主治療として手術療法または放射線治療が選択可能であり、補助療法も化学療法と放射線治療が行われ、さらに化学療法のレジメンや放射線治療法も一定していない。今後、分子標的薬も導入され、より治療が多様化していくなかで、よりエビデンスに基づいた治療法の選択が必要になると思われる。

参考文献

- 1) 日本婦人科腫瘍学会編：子宮頸癌治療ガイドライン2011年版，東京，金原出版，2011。
- 2) Sedlis A, Bundy BN, Rotman MZ, et al. : A randomized trial of pelvic radiation therapy versus no further therapy in selected patients with stage IB carcinoma of the cervix after radical hysterectomy and pelvic lymphadenectomy: a Gynecologic Oncology Group study. *Gynecol Oncol*, 73 : 177-183, 1999.
- 3) Peters WA 3rd, Liu PY, Barrett RJ 2nd, et al. : Concurrent chemotherapy and pelvic radiation therapy compared with pelvic radiation therapy alone as adjuvant therapy after radical surgery in high-risk early stage cancer of the cervix. *J Clin Oncol*, 18 : 1606-1613, 2000.
- 4) Tattersall MH, Ramirez C, Coppleson M : A randomized trial of adjuvant chemotherapy after radical hysterectomy in stage Ib-IIa cervical cancer patients with pelvic lymph node metastases. *Gynecol Oncol*, 46 : 176-181, 1992.
- 5) Lahousen M, Haas J, Pickel H, et al. : Chemotherapy versus radiotherapy versus observation for high-risk cervical carcinoma after radical hysterectomy : a randomized, prospective, multicenter trial. *Gynecol Oncol*, 73 : 196-201, 1999.
- 6) Sehouli J, Runnebaum IB, Fotopoulou C, et al. : A randomized phase III adjuvant study in high-risk cervical cancer: simultaneous radiochemotherapy with cisplatin (S-RC) versus systemic paclitaxel and carboplatin followed by percutaneous radiation (PC-R) : a NOGGO-AGO Intergroup Study. *Ann Oncol*, 23 : 2259-2264, 2012
- 7) Monk BJ, Sill MW, McMeekin DS, et al. : Phase III trial of four cisplatin-containing doublet combinations in stage IVb, recurrent, or persistent cervical carcinoma : a Gynecologic Oncology Group Study. *J Clin Oncol*, 27 : 4649-4655, 2009.
- 8) Kitagawa R, Katsumata N, Shibata T, et al. : Paclitaxel Plus Carboplatin Versus Paclitaxel Plus Cisplatin in Metastatic or Recurrent Cervical Cancer : The Open-Label Randomized Phase III Trial JCOG0505. *J Clin Oncol*, 2015 Mar 2. [Epub ahead of print]
- 9) Tewari KS, Sill MW, Long HJ 3rd, et al. : Improved Survival with Bevacizumab in Advanced Cervical Cancer. *N Engl J Med*, 370 : 734-743, 2014.

今日の問題

腹腔鏡下子宮筋腫核出術時に電動モルセレータを安全に 使用するために大切なこと

近畿大学医学部産科婦人科学教室 鈴木 彩子

はじめに

先般の米国FDAによる、子宮筋腫に対する腹腔鏡下手術時の電動モルセレータ使用に関する勧告を受けて、術前の子宮筋腫と子宮悪性腫瘍、とくに子宮肉腫との鑑別がより重要視されるようになってきている。この両者の鑑別にはMRI検査を用いることが多いが、確実な鑑別は難しい。しかし肉腫を疑うべき腫瘍を抽出することは可能である。本稿では、MRI画像上、肉腫を見逃さないために重要な所見について解説し、安全にモルセレータを使用するために大切なことを述べる。

肉腫に特徴的な超音波検査所見はあるか

通常の臨床現場において、筋腫と思われる患者を診察する際、多くは症状やこれまでの経過を問診し、内診を行うと同時に超音波検査を行って、筋腫の診断を行う。この時点で、肉腫が疑われる患者を見落とさないよう留意する必要があるが、急速な腹部増大の自覚や腹痛といった肉腫に特徴的とされる症状のほかに、肉腫に特徴的な超音波検査所見は存在するのだろうか。Bonneauらは、手術で摘出し病理診断の得られた筋腫85例と肉腫およびSTUMP 23例における超音波像を後方視的に比較し、肉腫に特徴的な超音波像についての検討を行っている¹⁾。彼らは上記症例に対し、表1に示す超音波検査所見を解析しているが、肉腫を疑うべき所見として抽出されたのは、1. 単発腫瘍、2. 肥厚した子宮内膜、3. 腫瘍の存在部位が筋層内以

外、という3点であり、腫瘍の辺縁の明瞭さやドップラーエコー像による血流の状態、腫瘍のechogenicity, heterogeneityといった所見には、筋腫と肉腫の両者に差はなかったと述べている。つまり少なからず肉腫が疑われる患者に対しては、やはりMRI検査が望まれるということであろう。

どうして筋腫の診断にMRI検査が有用なのか

ではどうして、両者の鑑別にMRI検査が有用とされるのだろうか。それは、筋腫には典型的なMRI像が存在するためである。筋腫はMRI画像において、境界明瞭でほぼ球形の形態を示し、T1強調像では正常筋層と等信号からやや低信号、T2強調像では正常筋層より明らかに低信号な腫瘍として描出される(図1)。すなわちMRIでこのような像をみれば間違いなく『筋腫』と、筋腫を容易にそして確実に診断することが可能となっているため、いまやMRI検査は、筋腫の術前に不可欠な検査となっているといえる。しかし筋腫に変性という修飾が加わると、上記

表1

• 腫瘍の大きさ	• 腫瘍のheterogeneity
• 子宮内膜の状態	• 腫瘍内の囊胞変性
• 腫瘍の局在(漿膜下, 筋層内, 粘膜下)	• acoustic shadowの有無
• 腫瘍の個数	• 腫瘍の石灰化の有無
• 腫瘍の辺縁	• 付属器の状態
• ドップラー法による血流評価	• 腹水の有無
• 腫瘍のechogenicity	

◆Current topic◆

Power morcellators on laparoscopic surgery for uterine fibroids: assessment of risk for safety use

Ayako SUZUKI Department of Obstetrics and Gynecology, Kinki University Faculty of Medicine

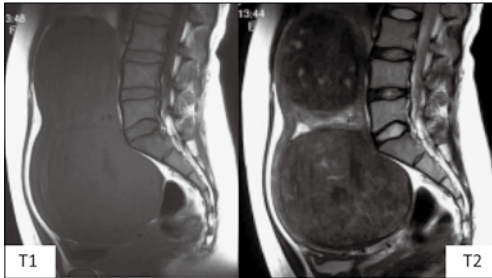


図1 MRI画像における筋腫の典型像
T1強調像では正常筋層と等信号からやや低信号を呈する。
T2強調像では正常筋層より明らかに低信号、境界明瞭ではほぼ球形な腫瘤として描出される。

のような典型像とはまったく異なる画像所見を呈することも知られており、そのような筋腫様腫瘤は、たちまち肉腫との鑑別が問題となる。

筋腫と肉腫の確実な鑑別は可能か

筋腫と肉腫を鑑別するためには、肉腫のMRI画像所見の特徴も理解しておく必要があるが、現在、MRI画像で肉腫を疑うべき所見として、T2強調像での高信号や拡散強調像での異常信号、T1強調像での高信号、腫瘤辺縁の不明瞭さの3つが広く知られている²⁾。そこで当科において、2011年1月から2013年12月までの3年間に、術前にMRI検査を施行してから手術を施行した筋腫と肉腫（癌肉腫を除く）症例302例を対象に、上記3つの所見が筋腫と肉腫の鑑別に有用かを後方視的に検討した。MRI画像所見の評価は図2に示す方法で、3つそれぞれの所見の検討を行った。

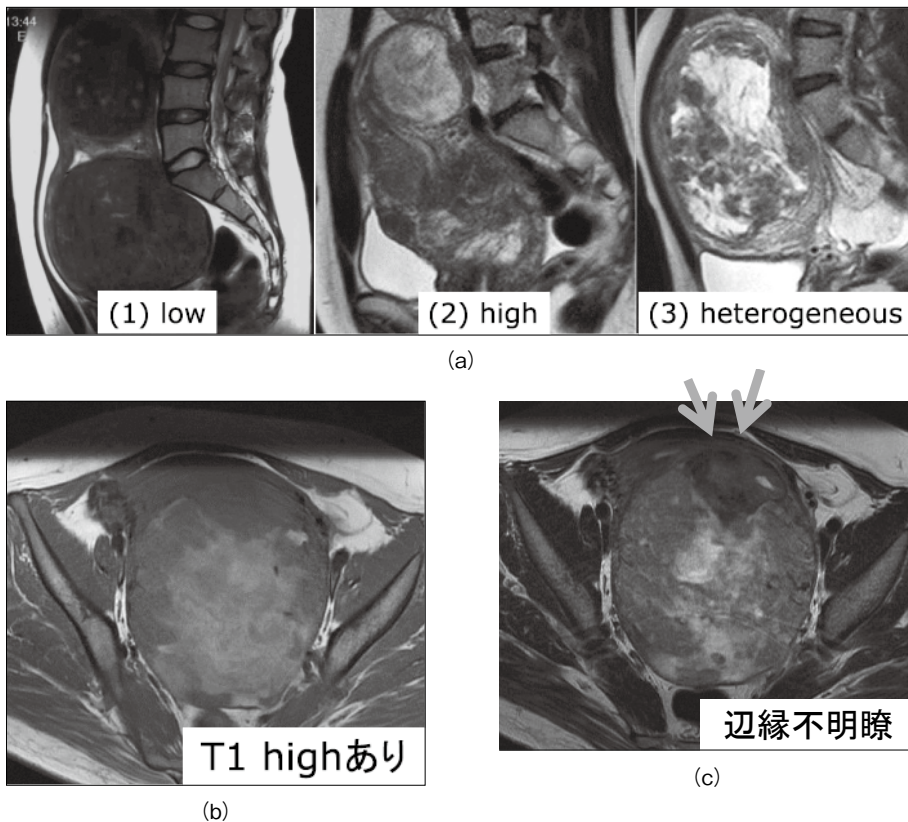


図2 MRI画像所見の評価方法

- (a) T2強調像での信号：周囲の正常筋層と比較して、(1) 低信号を呈するものをlow群、(2) 高信号を呈するものをhigh群、(3) 低信号と高信号な部分が混在するものをheterogeneous群と定義し3群に分類。
- (b) T1強調像での信号：T1 高信号を呈するものと呈しないものの2群に分類。
- (c) 腫瘤の辺縁：辺縁明瞭、不明瞭の2群に分類。

T2高信号+T1高信号の所見を併せもつ 腫瘤を見逃すな

302例の内訳を図3に示す。全体の97%にあたる293例が筋腫で、3%にあたる9例が肉腫（低悪性度子宮内膜間質肉腫4例，高悪性度子宮内膜間質肉腫2例，平滑筋肉腫3例）であった。それぞれのMRI画像所見の結果を表2に示すが、肉腫は全例において、T2で低信号を呈するものではなく、また全例においてT1高信号を呈していた。これらの結果をもとに診断のフローチャートを作成してみると（図4（a））、**T1高信号を呈さないもの、あるいはT2で低信号なものは筋腫の可能性が高いことが判明した**。今回の筋腫293例中277例、94.5%がこれにあたり、これらについては安全に腹腔鏡下手術およびモルセレータによる細節除去が可能と考えられた。

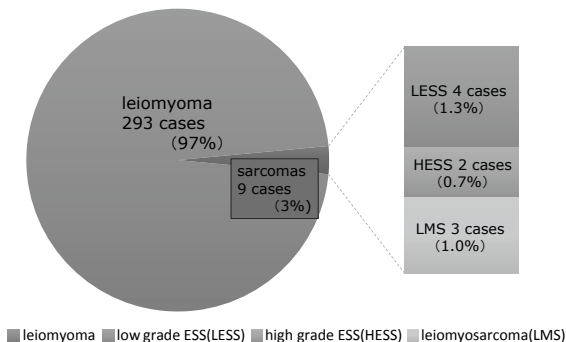


図3 対象症例302例の内訳

表2 各種画像所見のまとめ

	leiomyoma (n=293)	sarcoma (n=9)
① T2	low (72.0%) high or hetero (28.0%)	high or hetero (100%)
② T1 high	high+ (7.2%) high- (92.8%)	high+ (100%)
③ 辺縁不明瞭	invasion- (100%)	invasion+ (77.8%) invasion- (22.2%)

この結果から、肉腫は全例、T2 high and hetero で T1 highであることがわかる。

対して**T2高信号およびT1高信号な所見を併せもつものは肉腫の可能性が否定できず**，これらについては，現時点ではモルセレータ使用のみならず，腹腔鏡下手術も控えるべきではないかと考える。

肉腫が否定できない腫瘍は開腹手術でも 核出術を控えるべきか

T2高信号およびT1高信号な所見を併せもつものは肉腫の可能性が否定できないと述べたが，これらの中には筋腫症例も含まれる。今回の検討でも293例中16例，5.5%の筋腫が，肉腫を否定できない腫瘍として抽出された。T2高信号およびT1高信号な所見を併せもつ腫瘍を有する患者が子宮温存を強く希望した場合，腹腔鏡下手術は避けるとして，開腹手術での核出術なら可能かどうかについて疑問が残るが，これに

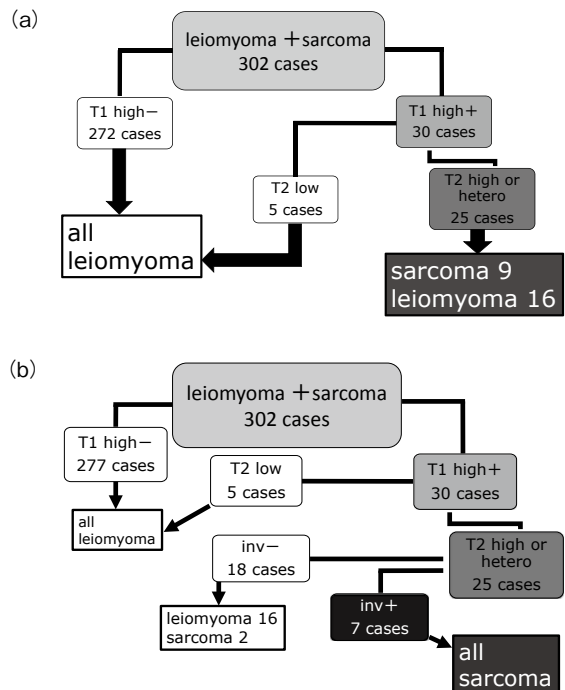


図4 診断のフローチャート

- (a) T2高信号およびT1高信号な所見を併せもつものは肉腫の可能性が否定できない。しかしこれらの中には筋腫症例も含まれる。
- (b) T2高信号およびT1高信号な所見に、辺縁不明瞭な所見を併せもつものは、肉腫の可能性がきわめて高い。

ついて論じた報告は存在しない。現時点では、個々の症例ごとに慎重に判断するしかないと言わざるを得ないが、なかでもT2高信号およびT1高信号な所見に加えて、辺縁不明瞭な所見を併せもつものは肉腫の可能性がきわめて高く(図4 (b))、これらについてはたとえ開腹手術であっても、核出術を施行してはならないと考える。

最後に

MRI検査による筋腫と肉腫の鑑別には限界があるが、肉腫が否定できない症例を確実に抽出することはできる。したがって術前にMRI画像

所見を詳細に検討すれば、多くの筋腫に対して安全に腹腔鏡下手術を行うことができ、モルセレータも問題なく使用可能であろう。

参考文献

- 1) Bonneau C, Thomassin-Naggara I, Dechoux S, et al.: Value of ultrasonography and magnetic resonance imaging for the characterization of uterine mesenchymal tumor. *Acta Obstet Gynecol Scand*, 93 : 261-268, 2014.
- 2) 田中優美子：産婦人科の画像診断。金原出版，東京，2014.

会員質問コーナー Q&A

②72 腹腔鏡下子宮体癌根治手術について

回答／吉村 智雄

Q: 子宮体癌に対する腹腔鏡手術の保険適応について教えてください。

(大阪府 K.H.)

A: 子宮体癌の治療の第一選択は手術となるわけですが、なかでも腹腔鏡下子宮体癌根治手術は開腹手術と比較し、手術時間はやや長いものの、創が小さく目立たず、出血量は有意に少なく、術後疼痛の軽減、入院日数の短縮、早期社会復帰がはかれます。世界的に Randomized Controlled Trial (RCT) において、腹腔鏡下子宮体癌根治手術は根治性、安全性の両面において、開腹手術と比較し同等と証明されており、子宮体がん治療ガイドライン2013年版には「腹腔鏡下手術は標準術式の1つとなり得るか?」という Clinical Question (CQ) に対し「子宮に局限し子宮頸部間質浸潤がないと予想される早期子宮体癌 (I期) に対しては、症例により腹腔鏡下手術の日常診療での実践も考慮される (グレードB)」とあります。

本邦での腹腔鏡下子宮体癌根治手術は、昨年3月まで先進医療として一部の限られた施設でのみ行われていましたが、昨年4月ようやく早期子宮体癌に対する腹腔鏡下根治手術が保険収

載されました。これは婦人科悪性腫瘍に対する腹腔鏡下手術の初めての保険適応です。しかし、**腹腔鏡下子宮体癌根治手術を保険申請する際には、事前に施設登録が必要です。**

その要件は、(1) 産婦人科または婦人科を標榜している保険医療機関であること、(2) 産婦人科または婦人科について合わせて5年以上の経験を有し、開腹の子宮悪性腫瘍手術 (区分番号「K879」) について20例以上実施した経験、腹腔鏡下腔式子宮全摘術について20例以上実施した経験および当該診療について術者として5例以上実施した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、(3) 当該手術を担当する診療科において、常勤の医師が2名以上配置されていること、(4) 常勤の麻酔科標榜医および病理医が配置されていること、(5) 子宮悪性腫瘍手術 (区分番号「K879」または「K879-2」) が1年間に合わせて20例以上実施されていること、(6) 緊急手術体制が可能な体制を有していること、(7) 関係学会から示されている指針に基づき、当該手術が適切に実施されていること、です。

Q: 術式として注意すべき点を教えてください。

(大阪府 H.O.)

A: IA (旧分類IB) 期 (筋層浸潤が1/2未満) の子宮体癌に対して実施した場合のみ保険算定でき、傍大動脈リンパ節郭清術を実施した場合は算定できません。すなわち、リンパ節郭清術の範囲は骨盤内に限定されており、傍大動脈リンパ節郭清術を行うとすれば開腹術に移行する (子宮悪性腫瘍手術 K879を算定する) 必要があります。

また子宮体癌に対する腹腔鏡下子宮全摘術をする場合は、当施設では、①isolation (手術の際に子宮腔外へ腫瘍を播種させることを防ぐため、子宮マニピレーターの腔内チップを使用せず、手術開始時に外子宮口を縫合閉鎖し、卵管のシーリングを行う)、②complete resection (筋膜外切除を行い子宮頸部を削らない) が重要、と考え、摘出子宮の体外搬出の際は腹腔内で子宮を切開することは避けるべきと考えています。

現時点では、子宮体癌への腹腔鏡下手術は早期のみにしか保険適応がなく、傍大動脈リンパ節郭清術も同時に行うことができませんが、今後はさらに進行期への適応拡大が望まれます。

②73 伝染性紅斑流行時の妊婦健診における留意点について

回答／蝦名 康彦

Q: 今年は伝染性紅斑が流行しているようですが、妊婦健診をするときの留意点について教えてください。

（兵庫 R.H.）

A: 伝染性紅斑は、パルボウイルスB19（以下PVB19）感染の主な症状です。両頬の境界鮮明な紅斑を特徴とする、年長児に好発する予後良好な急性感染症です。ご存知のように妊娠中の初感染によって、胎児水腫や胎児死亡をきたすことがあります。伝染性紅斑は4～5年ごとに流行するとされていますが、国立感染症研究所の感染症発生動向調査によると、2015年は過去5年間の同時期と比較してやや多い状況です。本稿では、妊婦健診におけるPVB19感染に関する留意点について、2011年に行った全国調査¹⁾で得られた知見を交えて解説したいと思います。

成人間の伝染性紅斑の伝播はまれとされ、PVB19未感染妊婦では自分の子どもの伝染性紅斑罹患が大きなりスクとなります。実際にPVB19先天感染例の84%が経産婦であり、54%に家族（その94%は子ども）の伝染性紅斑発症を認めていました²⁾。一方、先天感染例において、母体の伝染性紅斑症状を自

覚したのはわずか39%でした²⁾。したがって家族、とくに子どもの罹患に関する情報は重要であるといえます。伝染性紅斑の感染者に接触した妊婦、またはPVB19感染症状が疑われる妊婦には、PVB19IgM抗体、IgG抗体検査を行い、下記のように判定します。ただし、IgG抗体測定は保険収載されていないので注意が必要です。

A：IgM抗体陰性、IgG抗体陽性

過去の感染既往、もしくは初感染後2カ月以降の状態です。これは母体に免疫があることを示唆するものであり、通常の妊婦健診を行います。

B：IgM抗体、IgG抗体ともに陰性

感染直後であるか、未感染の状態です。明らかに感染の曝露がありながらIgM抗体陰性の妊婦では、2週間後にIgM抗体の再検査を行い、再検査でも陰性であれば、感染は起こっていないものと判断します。しかし、このように抗体陰性の女性は妊娠期間を通じてPVB19感染患者との接触に注意すべきです。学校などハイリスクな職場から距離をおくことに明らかな利益は認められていませんが、手洗いに留意し、小児と飲食物を一緒に食べたりしないことは、部分的にでも感染の拡大を防ぐも

のであると考えます。

C：IgM抗体陽性

PVB19初感染と診断し、定期的な胎児管理を開始します。PVB19先天性感染をきたした胎児エコー異常所見は、胎児水腫、腹水、胸水の頻度が高く、次いでMCA-PSV異常高値、心拡大の順でした²⁾。母体の伝染性紅斑症状出現から胎児エコー異常の出現までは、中央値3.5週で範囲1～9週であり、それ以降の例はありませんでした²⁾。したがって過去の報告と同様に、毎週の胎児エコーを最低10週間行い、その間に変化を認めなかったものは、一般妊婦と同様の管理に戻してよいものと考えます。また妊娠早期のPVB19感染が、症候性感染につながるリスクが高いといえます。胎児エコー異常の発生頻度は、母体の伝染性紅斑出現が妊娠10週未満では100%、10～19週では63.6%、20～24週では50.0%、そして31週では0%でした²⁾。一方、15.4%（10/65人）が分娩までに胎児エコー異常が消失しました²⁾。

先天性PVB19感染確定例の71%は流死産に至っており³⁾、伝染性紅斑流行時には流死産の原因になっている可能性があります。またPVB19感染による胎児エコー異常が自然消失した児

の出生後の予後は、非感染児と同様であるという認識をもつべきです。そして、**妊娠予定の女性に対して、妊娠中のPVB19感染リスクに関する啓発と教育が必要であると考えます。**

参考文献

- 1) 厚生労働省科学研究費補助金生育疾患克服等次世代育成基盤研究事業：「先天性サイトメガロウイルス感染症対策のための妊婦教育の効果の検討，妊婦・新生児スクリーニング体制の構築及び感染新生児の発症リスク同定に関する研究」（研究代表者 山田秀人）平成23～24年度総合研究報告書．2013年3月．
- 2) Yamada H, Tairaku S, Morioka I, et al. : Nationwide survey of mother-to-child infections in Japan. *J Infect Chemother*, 21: 161-164, 2014.
- 3) 蝦名康彦，平久進也，森岡一郎，他：パルボウイルスB19母子感染～全国産科施設を対象とした実態調査～．小児科，56：191-198，2015．

評議員会・総会記録

平成27年度 近畿産科婦人科学会評議員会

日 時：平成27年 6 月28日 場 所：神戸国際会議場

- | | |
|---|---|
| <p>1. 開 会
主務地担当理事 片嶋 純雄</p> <p>2. 学会長挨拶
会 長 大橋 正伸</p> <p>3. 会員状況報告
主務地担当理事 片嶋 純雄</p> <p>4. 物故会員黙祷
会 長 大橋 正伸</p> <p>5. 報告事項</p> <p>1) 平成27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 大橋 正伸</p> <p>B. 第132回学術集会
学術集会長 山田 秀人</p> <p>C. 第133回学術集会：
学術集会長 柴原 浩章</p> <p>2) 平成26年度主務地活動報告
前主務地担当理事 荻田 和秀</p> <p>3) 平成26年度学術委員会報告
前学術委員長 北脇 城</p> <p>4) 平成26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26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26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26年度学会賞に関する件
前学術委員長 北脇 城</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 大橋 正伸</p> <p>2) 平成27年度役員に関する件 大橋 正伸</p> | <p>3) 平成26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. 「産婦人科の進歩」編集室会計：
前編集委員長 小林 浩</p> <p>C. 学会賞基金会計：
前事務所担当理事 野村 哲哉</p> <p>D. 監査報告：
前監事 濱田 和孝
前監事 平 省三</p> <p>4) 平成27年度事業計画に関する件</p> <p>会 長 大橋 正伸</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 小林 浩</p> <p>5) 平成27年度予算に関する件
事務所担当理事 野村 哲哉</p> <p>6) 名誉会員推薦に関する件
会 長 大橋 正伸</p> <p>7) 功労会員推薦に関する件
会 長 大橋 正伸</p> <p>8) 会費免除会員に関する件
会 長 大橋 正伸</p> <p>7. その他</p> <p>8. 閉 会</p> |
|---|---|

会員状況（平成27年3月31日現在）

H27.3.31		H26.3.31	
総会員数	免除会員数	総会員数	免除会員数
大 阪 1272 (+20)	128 (- 1)	1252	129
兵 庫 642 (- 6)	79 (- 2)	648	81
京 都 392 (+ 9)	46 (+11)	383	35
和歌山 130 (+ 2)	13 (- 5)	128	18
奈 良 158 (+ 3)	16 (+ 3)	155	13
滋 賀 151 (- 3)	7 (- 1)	154	8
計 2745 (+25)	289 (+ 5)	2720	284

平成26年度物故会員（敬称略）

大 阪 北村光生，大杉 智，松下薫一，
猪木道雄，新谷善典，滝本 哲，
勝原 裕，植田 隆，小西真人
兵 庫 新谷三恵子，金林信雄，山口彦司，
浅野 定，前田明成，久江清一，
安東規雄，高橋秀介，赤木 肇，
田辺昌信
京 都 黒田英樹，名和正訓，平清水大五郎
和 歌 山 山本靖子
奈 良 田守陳哉

（合計24名）

近畿産科婦人科学会名誉・功労会員

名誉会員 瀧 一郎，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，荻田幸雄，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 （計40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
岡田弘三郎，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，山崎正人
齊藤守重，河井禧宏，平岡克忠
大田尚司，川村泰弘，藤本 昭
辻 祥雅 （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 大橋正伸
副会長 田村秀子
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 小林 浩
広報委員長 小林 浩
監 事 平 省三・高木 哲
第132回学術集会長 山田秀人
第133回学術集会長 柴原浩章

＜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 岩佐弘一
編集委員会 吉田昭三
広報委員会 吉田昭三
渉外委員会 なし

＜新名誉会員候補者＞

大 阪 竹村秀雄
和 歌 山 吉田 裕
奈 良 井上芳樹

＜新功労会員候補者＞

大 阪 濱田和孝

<新会費免除会員候補者>

大 阪 (11名)

植月靖世 (1937年 8 月24日生)

大平源吾 (1937年12月26日生)

桑名忠良 (1937年10月13日生)

竹本泰三 (1937年 5 月 7 日生)

田中寿文 (1938年 2 月22日生)

谷 俊郎 (1938年 3 月31日生)

東條純一 (1938年 1 月 1 日生)

西上 孜 (1938年 3 月31日生)

西山 毅 (1937年 9 月 5 日生)

濱田和孝 (1938年 1 月 3 日生)

山手秀和 (1938年 2 月26日生)

兵 庫 (8名)

三浦 徹 (1937年 4 月20日生)

立岩敏朗 (1937年 5 月28日生)

三浦義正 (1937年 7 月 5 日生)

辻井清重 (1937年11月27日生)

山田順常 (1937年12月18日生)

奥日出一 (1938年 1 月14日生)

坂口憲吾 (1938年 1 月28日生)

村田匡好 (1938年 2 月24日生)

京 都 (3名)

二岡清昇 (1937年 4 月13日生)

坂本弘宣 (1937年12月 7 日生)

廣崎彰良 (1937年 5 月16日生)

和歌山 (1名)

楠林哲次 (1937年 4 月21日生)

奈 良 (1名)

寺本好弘 (1937年 4 月28日生)

滋 賀 (該当者なし)

(計24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 万代 昌紀 御前 治 光田 信明	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 万代 昌紀 御前 治 光田 信明	荻田 和秀 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 万代 昌紀 安井 智代 安田 勝彦 山本嘉一郎 吉野 潔	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 万代 昌紀 山本嘉一郎 吉村 智雄	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 船越 徹 山田 秀人 (定数外) 片嶋 純雄	大橋 正伸 柴原 浩章 松尾 博哉 山田 秀人	赤松 信雄 大橋 正伸 片嶋 純雄 宮本 一 山崎 峰夫	蝦名 康彦 柴原 浩章 田中 宏幸 船越 徹 山崎 峰夫 山田 秀人	伊原 由幸 柴原 浩章 松尾 博哉 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 小西 郁生 田村 秀子 南部 吉彦 (定数外) 大島 正義 柏木 智博	岩破 一博 北脇 城 小西 郁生 田村 秀子 松村 謙臣	大島 正義 田村 秀子 藤田 宏行 南部 吉彦	岩佐 弘一 岩破 一博 北脇 城 小西 郁生 馬場 長 松村 謙臣	岩佐 弘一 岩破 一博 北脇 城 小西 郁生 近藤 英治 松村 謙臣	岩破 一博 近藤 英治
和歌山県	井篁 一彦 曾和 正憲 根来 孝夫	井篁 一彦 根来 孝夫 南 佐和子	曾和 正憲 根来 孝夫	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	赤崎 正佳 小林 浩	赤崎 正佳 高井 一郎 原田 直哉	大井 豪一 小林 浩 喜多 恒和	大井 豪一 小林 浩 吉田 昭三	小林 浩 吉田 昭三
滋賀県	喜多 伸幸 高橋健太郎 村上 節 (事務所担当) 野村 哲哉	高橋健太郎 樋口 壽宏 村上 節	高橋健太郎 野村 哲哉	高橋健太郎 村上 節	木村 文則 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 神田 隆善 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 廣田 憲二 藤田 征巳	前田 隆義 安井 智代 吉野 潔	遠藤 誠之 澤田健二郎 橋 大介 富松 拓治 早田 憲司		伊藤 公彦 蝦名 康彦 澤井 英明 大門美智子 平 省三 武居 勝信 田中 宏幸 楠部 國泰 益子 和久 宮原 義也 森田 宏紀 山崎 峰夫		赤松 信雄 伊原 由幸 宮本 一		岩佐 弘一 岩破 一博 種田征四郎 馬場 長 藤田 宏行 藤原葉一郎 松村 謙臣		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 林 道治 原田 直哉		木村 文則 佐藤 幸保 神野 佳樹 樋口 壽宏							

理事会務分担

庶務会計担当	志村研太郎（大阪） 大島 正義（京都） 根来 孝夫（和歌山）	光田 信明（大阪） 田村 秀子（京都） 赤崎 正佳（奈良）	大橋 正伸（兵庫） 南部 吉彦（京都） 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） 小西 郁生（京都） 小林 浩（奈良）	岡田 英孝（大阪） 万代 昌紀（大阪） 船越 徹（兵庫） 北脇 城（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） 赤崎 正佳（奈良）	志村研太郎（大阪） 光田 信明（大阪） 田村 秀子（京都） 高橋健太郎（滋賀）	堀越 順彦（大阪） 大橋 正伸（兵庫） 曾和 正憲（和歌山）
編集担当	大道 正英（大阪） 古山 将康（大阪） 信永 敏克（兵庫） 小西 郁生（京都） 小林 浩（奈良）	岡田 英孝（大阪） 万代 昌紀（大阪） 船越 徹（兵庫） 北脇 城（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）
事務所担当	野村 哲哉（滋賀）		
主務地担当	片嶋 純雄（兵庫）		
次期主務地担当	柏木 智博（京都）		

平成27年度 近畿産科婦人科学会総会

日 時：平成27年 6 月28日（日） 13時10分～13時40分

場 所：神戸国際会議場

- | | | |
|---------------------|---------|-------|
| 1. 開 会 | 主務地担当理事 | 片嶋 純雄 |
| 2. 会長挨拶 | 会 長 | 大橋 正伸 |
| 3. 物故会員黙祷 | 会 長 | 大橋 正伸 |
| 4. 報告事項 | | |
| 1) 平成26年度庶務ならびに事業報告 | 会 長 | 大橋 正伸 |
| 2) 平成26年度決算報告 | 会 長 | 大橋 正伸 |
| 3) 平成27年度予算ならびに事業計画 | 会 長 | 大橋 正伸 |
| 4) 平成26年度学会賞 | 前学術委員長 | 北脇 城 |
| 5) その他 | 会 長 | 大橋 正伸 |
| 5. 学会賞贈呈 | 会 長 | 大橋 正伸 |
| 6. 名誉会員感謝状贈呈 | 会 長 | 大橋 正伸 |
| 7. 功労会員感謝状贈呈 | 会 長 | 大橋 正伸 |
| 8. 閉 会 | 主務地担当理事 | 片嶋 純雄 |

平成26年度 近畿産科婦人科学会日誌抄

平成26年 4 月 1 日～27年 3 月31日

主 務 地：大 阪 府

会 長：高 木 哲

担当理事：荻田和秀

会 議 日 程 表

会 議 名	開 催 日	会 議 名	開 催 日
総会	26. 6.29	日産婦医会委員会 第 1 回	26. 5.11
評議員会	26. 6.29	第 2 回	26.12.11
理事会	第 1 回 26. 5.11	第 3 回	27. 2.15
	第 2 回 27. 2.15	日産婦医会委員会担当部会	
庶務・会計担当理事会	第 1 回 26. 5.11	社会保険部会 第 1 回	26. 6.26
	第 2 回 26.12.11	第 2 回	26. 9.25
学術集会	第130回 26.6.28-29	第 3 回	26.12.18
	第131回 26.10.26	第 4 回	27. 3.19
学術委員会	第 1 回 26. 5.11	研修部会 第 1 回	26. 6.27
	第 2 回 26.12.11	第 2 回	27. 2.13
	第 3 回 27. 2.15	医療対策部会	27. 2.11
学術委員会研究部会		医業経営部会	27. 1.29
腫瘍研究部会	27. 2.15	母子保健部会	27. 2. 7
周産期研究部会	26.12.11	がん対策部会	26.12.13
生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会	26.12.11	日産婦医会近畿ブロック協議会	27. 1.18
編集委員会	第 1 回 26. 5.11	日産婦医会近畿ブロック	26.10.25
	第 2 回 26.12.11	医療保険協議会	
常任編集委員会	第 1 回 26. 4.23	日産婦学会近畿ブロック理事候補	26.12.11
	第 2 回 26. 6.25	選挙管理委員会	
	第 3 回 26.10.22	日産婦学会近畿ブロック新代議員会	27. 2.15
	第 4 回 27. 1.28	平成25年度会計監査	26. 4.10
日産婦学会委員会	第 1 回 26. 5.11	平成26年度会務引継ぎ	26. 5.11
	第 2 回 26.12.11	学会賞審査委員会	27. 2.15
	第 3 回 27. 2.15		

【平成26年】**(4月10日)****平成25年度会計監査**

於：近産婦学会事務局 16：00～18：00

出席者数：5名

濱田・平両監事による会計監査

(4月23日)**第1回常任編集委員会**

於：阪急グランドビル 14：00～16：30

出席者数：15名

委員長：小林 浩

報告事項

(1)第66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

(2)Associate Editor制度の変更について

(5月11日)**平成26年度会務引き継ぎ**

於：ホテル大阪ベイタワー 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11日)**庶務・会計担当理事会(第1回)**

於：ホテル大阪ベイタワー 11：00～12：00

出席者数：16名

委員長：野村哲哉

議事

(1)平成25年度事務所報告

(2)平成25年度近産婦学会決算報告

(3)平成26年度近産婦学会予算案について

(4)その他

(5月11日)**第1回産婦医会委員会**

於：ホテル大阪ベイタワー 14：00～15：00

出席者数：24名

委員長：大島正義

報告事項

(1)中央情勢、産婦医会理事会報告(大島正義)

(2)平成25年度事業報告、会計報告(光田信明)

協議事項

(1)平成26年度予算

(2)平成26年度事業計画

(5月11日)**第1回産婦学会委員会**

於：ホテル大阪ベイタワー 13：00～14：00

出席者数：25名

委員長：木村 正

協議事項：特になし**報告事項(木村委員長から資料説明が行われた)**

(1)新入会員数の推移について

(2)e医学会サービスを利用した新しい会員専用ページについて

(3)専門医の更新の審査料・登録料について

(4)暫定指導医・指導医について

(5)HPVワクチンの安心ネットワークづくり(ワ
ンストップ支援センター(仮称))

(6)サマースクールについて

(7)第130回近産婦学会学術集会初期研修医対象

企画：専攻医 PLUS ONE セミナーについて

(5月11日)**第1回学術委員会**

於：ホテル大阪ベイタワー 14：00～15：00

出席者数：22名

委員長：北脇 城

1. 前回議事録の確認

前回議事録に対する異議・修正はなかった。

2. 報告事項

1) 第130回近産婦学会学術集会近況報告について

2) 第131回近産婦学会学術集会近況報告について

3. 審議事項

1) 平成26年度以降の学術集会のあり方について

(5月11日)**第1回編集委員会**

於：ホテル大阪ベイタワー 12：00～13：00

出席者数：27名

委員長：小林 浩

報告事項

(1)平成25年度の論文審査実績について

(2)投稿規定の変更について

(3)AE制度の運用の変更について

協議事項

(1)繰越金の運用について

(2)その他 (HPの改変等)

(5月11日)

第1回理事会

於：ホテル大阪ベイタワー 15：00～17：00

出席者数：理事，監事，議長，副議長 合計32名

1. 開 会 主務地担当理事 荻田和秀
2. 学会長挨拶 会長 高木 哲
3. 会員状況報告 主務地担当理事 荻田和秀
4. 物故会員黙祷 会長 高木 哲
5. 報告事項

1) 平成26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 高木 哲

B. 第130回学術集会：学術集会長 木村 正

C. 第131回学術集会：学術集会長 大道正義

2) 平成25年度庶務報告

前主務地担当理事 ト部 論

3) 平成25年度学術委員会報告

学術委員長 北脇 城

4) 平成25年度日産婦学会委員会報

日産婦学会委員長 木村 正

5) 平成25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25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25年度学会賞に関する件

学術委員長 北脇 城

8) その他

6. 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 高木 哲

2) 平成26年度役員に関する件 会長 高木 哲

3) 平成25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. 「産婦人科の進歩」編集室会計：

編集委員長 小林 浩

C. 学術奨励賞基金会計：

事務所担当理事 野村哲哉

D. 監査報告： 監事 濱田和孝

監事 平 省三

4) 平成26年度事業計画に関する件

会長 高木 哲

A. 学術委員会： 学術委員長 北脇 城

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26年度予算に関する件

A. 一般会計：事務所担当理事 野村哲哉

B. 「産婦人科の進歩」誌編集室会計：

編集委員長 小林 浩

6) 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 高木 哲

7) 名誉会員推薦に関する件 会長 高木 哲

8) 功労会員推薦に関する件 会長 高木 哲

9) 会費免除会員に関する件 会長 高木 哲

7. そ の 他

8. 閉 会

(6月25日)

第2回常任編集委員会

於：阪急グランドビル 14：00～16：30

出席者数：14名

委員長：小林 浩

報告事項

(1)第66巻4号(10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

(3)広告の申し込み状況について

協議事項

(1)次号掲載予定の論文について

(2)学会賞の推薦について

(3)編集委員会の会計の繰越金について

(4)HPの改定案について

(6月26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 14：00～17：20

出席者数：14名

委員長：田中文平

協議事項

1. 平成26年度第1回日産婦医会医療保険委員会報告
(平成26年6月1日)
2. 第41回全国医療保険担当者連絡会報告
(平成26年6月1日)
3. 平成25年度第4回近産婦社保部会記録確認
(平成26年3月13日)
4. 社会保険診療要覧作成結果報告
5. その他

報告事項

1. 委員提出議題（6題）
2. 要覧発行後の疑義解釈等による変更事例の伝達に関して

（6月27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

出席者数：14名

委員長：藤田宏行

報告事項

- (1)研修部会委員名簿と各府県代表者の確認
- (2)前回の議事録について
- (3)平成25年度の会計収支
- (4)各府県の前年度研修活動報告について

協議事項

- (1)平成26年度研修部会ワークショップ：「病診連携」のテーマで各分野から4演題の内容と進行について
- (2)来年度ワークショップに向けてのアンケートについて
- (3)次回開催日程と運営について

（6月28、29日）

第130回近産婦学会学術集会

於：グランフロント大阪ナレッジキャピタルコンベンションセンター

学術集会長：木村 正

出席者数：808名

特別講演 1題

優秀論文賞受賞講演 1題

アフタヌーンセミナー 1題

イブニングセミナー 1題

ランチョンセミナー 3題

専攻医PLUS ONEセミナー

産科救急シミュレーションセミナー 1題

胎児超音波ハンズオンセミナー 1題

一般演題 125題

（6月29日）

平成26年度近産婦学会評議員会

於：ナレッジキャピタル コングレコンベンションセンター 12：00～13：00

出席者数：評議員33名，委任状20名，理事・監事30名，名誉会員7名，功勞会員1名

1. 開 会 主務地担当理事 荻田和秀
2. 学会長挨拶 会長 高木 哲
3. 議長・副議長選出
4. 会員状況報告 主務地担当理事 荻田和秀
5. 物故会員黙祷 会長 高木 哲
6. 報告事項

- 1) 平成26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 高木 哲
- B. 第130回学術集会：学術集会長 木村 正
- C. 第131回学術集会：学術集会長 大道正英

- 2) 平成25年度庶務報告
前主務地担当理事 ト部 論

- 3) 平成25年度学術委員会報告
学術委員長 北脇 城

- 4) 平成25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25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25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25年度学会賞に関する件
学術委員長 北脇 城

- 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 高木 哲

- 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 高木 哲
- 2) 平成26年度役員に関する件 会長 高木 哲

3) 平成25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. 「産婦人科の進歩」編集室会計：

編集委員長 小林 浩

C. 学術奨励賞基金会計：

事務所担当理事 野村哲哉

D. 監査報告：

監事 濱田和孝

監事 平 省三

4) 平成26年度事業計画に関する件

会長 高木 哲

A. 学術委員会： 学術委員長 北脇 城

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26年度予算に関する件

A. 一般会計 事務所担当理事 野村哲哉

B. 「産婦人科の進歩」誌編集室会計：

編集委員長 小林 浩

6) 名誉会員推薦に関する件 会長 高木 哲

7) 功労会員推薦に関する件 会長 高木 哲

8) 会費免除会員に関する件 会長 高木 哲

8. そ の 他

9. 閉 会

(6月29日)

平成26年度近産婦学会総会

於：ナレッジキャピタルコングレコンベンション

センター 13：10～13：30

1. 開 会 主務地担当理事 荻田和秀

2. 会長挨拶 会長 高木 哲

3. 物故会員黙祷 会長 高木 哲

4. 報告事項

1) 平成25年度庶務ならびに事業報告

会長 高木 哲

2) 平成25年度決算報告 会長 高木 哲

3) 平成26年度予算ならびに事業計画

会長 高木 哲

4) 平成25年度学会賞 学術委員長 北脇 城

5) その他 会長 高木 哲

5. 学会賞贈呈 会長 高木 哲

6. 名誉会員感謝状贈呈 会長 高木 哲

7. 功労会員感謝状贈呈 会長 高木 哲

8. 閉 会 主務地担当理事 荻田和秀

(9月25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 14：00～17：20

出席者数：38名

委員長：田中文平

報告事項

1. 平成26年度第2回日産婦医会医療保険委員会

報告

2. 平成26年第1回近産婦社保部会記録確認

3. 今年度近畿ブロック社保協議会準備状況

4. 要覧発行後の疑義解釈等による変更事例の伝達に関して

協議事項

1. 委員提出議題(9題)

(10月22日)

第3回常任編集委員会

於：阪急グランドビル 14：00～16：30

出席者数：15名

委員長：小林 浩

1. 報告事項

(1)第67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

2. 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)近産婦学会HPのリニューアル等について

(10月25日)

日産婦医会近畿ブロック医療保険協議会ならびに

審査委員との懇親会

於：ホテル大阪ベイタワー 15：00～17：30

出席者数：50名

1. 主務地担当理事挨拶 荻田和秀

2. 開会挨拶

近産婦学会社保部会部長 田中文平

3. 挨拶 近産婦学会会長 高木 哲

日産婦医会委員会委員長 大島正義

4. 来賓紹介および出席者紹介 荻田和秀

5. 中央情勢について

日本産婦人科医会副会長 白須和裕

日本産婦人科医会幹事 水本賀文

6. 支部提出テーマおよび要望事項

進行 近産婦学会社保部会副部会長 片嶋純雄

7. 閉会挨拶 日産婦医会委員会幹事 光田信明
懇親会

(10月26日)

第131回近産婦学会学術集会

於：大阪国際交流センター

学術集会長：大道正英

参加者：402名

指導医講習会 1題

教育講演 6題

ランチョンセミナー 2題

腫瘍研究部会 24題+特別講演

周産期研究部会 23題

生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会 9題+基調
講演+グループスタディ報告

日産婦医会委員会ワークショップ 4題

(12月11日)

第2回編集委員会

於：ホテル大阪ベイトタワー 14：00～14：40

出席者数：24名

委員長：小林 浩

1. 報告事項

(1)第1回編集委員会議事録および今年度常任編
集委員会議事録の確認(資料1・割愛)

(2)平成25年の投稿論文審査実績(資料2)

(3)第66巻広告収入報告, HPメンテナンス, 電子
ジャーナル編集(資料3・割愛)

2. 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)近産婦学会HPのリニューアルについて

(12月11日)

日産婦学会近畿ブロック理事候補選挙管理委員会

於：ホテル大阪ベイトタワー 14：30～14：40

出席者数：8名

委員長：高木 哲

(12月11日)

第2回日産婦学会委員会

於：ホテル大阪ベイトタワー 14：40～15：20

出席者数：24名

委員長：木村 正

1. 報告事項

(1)新入会員数の推移, 性別年齢別会員数等について

(2)平成27年度改選代議員定数について

(3)e医学会カードと新しい会員専用ページについて

(4)HUMAN+・副読本について

(5)日本専門医機構による専門医認定・更新について

(6)FIGO2021招致活動について

(7)スプリングフォーラムについて

(8)その他

(12月11日)

第2回日産婦医会委員会

於：ホテル大阪ベイトタワー 15：20～16：20

出席者数：23名

委員長：大島正義

1. 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

2. 協議事項

(1)近畿ブロック協議会各府県議題について

(12月11日)

第2回庶務会計担当理事会

於：ホテル大阪ベイトタワー 16：30～17：00

出席者数：15名

委員長：野村哲哉

協議事項

1. 平成27年度近産婦学会予算案について

2. 日産婦学会理事候補選出の件

3. 近産婦学会の会計年度：4月1日に始まり翌
年3月31日に終わる件

4. 日産婦医会理事について

5. その他

(12月11日)

第2回学術委員会

於：ホテル大阪ベイトタワー 15：30～16：00

出席者数：22名

委員長：北脇 城

1. 前回議事録の確認

前回議事録に対する異議・修正はなかった

2. 報告事項

1) 第131回近産婦学会学術集会の結果報告について

2) 第132回近産婦学会学術集会準備状況について

3) 各研究部会報告について

3. 審議事項

1) 学会賞について

2) 平成26年度以降の学術集会のあり方について

(12月11日)

学術委員会 周産期研究部会

於：ホテル大阪ベイタワー 16：00～16：40

出席者数：32名

代表世話人：木村 正

1. 前回議事録の確認

前回議事録に対する異議・修正はなかった

2. 報告事項

1) 委員名簿の確認

2) 第131回近畿産科婦人科学会学術集会周産期研究部会の報告

3) 平成27・28年度周産期研究部会について

3. 審議事項

1) 平成27年度（第133回）周産期研究部会テーマについて

2) 平成29年度（第137回）周産期研究部会担当施設について

3) メーリングリスト（ML）サーバーの更新について

(12月11日)

学術委員会 生殖内分泌・女性ヘルスケア部会

於：ホテル大阪ベイタワー 16：00～17：00

出席者数：16名

委員長：村上 節

1. 報告事項

1) 平成25年議事録について報告

2) 第131回近産婦学会生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会報告

3) 平成27年第133回近産婦学会生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会担当について

4) メーリングリストの立ち上げについて

2. 審議事項

1) グループスタディの状況

2) 研究部会担当校予定

3) 今後のグループスタディについて

(12月13日)

日産婦医会委員会 がん対策部会

於：ホテルモントレ大阪 17：30～19：30

出席者数：14名

委員長：小笠原利忠

1. 報告事項

(1)話題提供：「LBC（液状処理細胞診）の現状」

ホロジックジャパン株式会社 船渡裕美

(2)「乳がん検診の現状」

大阪がん循環器病予防センター

乳腺検診部 特任部長 相川隆夫

(3)1. HPVジェノタイプ検査のその後…

2. コルポスコピーアトラス改訂の要点…

3. 子宮の日イベント

大久保病院 小笠原利忠

2. 協議事項

(1)LBC（液状処理細胞診）の適正運用について

(2)産婦人科医が行う乳がん検診について

(3)コルポスコピーと子宮がん検診の重要性について

(4)子宮の日（4月9日）の参加について

(12月18日)

日産婦医会委員会 第3回社会保険部会

於：第一ホテル 14：20～17：20

出席者数：32名

委員長：田中文平

1. 報告事項

(1)平成26年度第3回日産婦医会医療保険委員会報告
(平成26年11月29日)

(2)平成26年度近畿ブロック社保協議会記録確認
(平成26年10月25日)

(3)平成26年第2回近産婦社保部会記録確認
(平成26年9月25日)

2. 協議事項

(1)委員提出議題（9題）

(2)その他

【平成27年】

(1月18日)

平成26年度日本産婦人科医会近畿ブロック協議会

於：ホテル大阪ベイタワー 14：00～17：00

出席者数：32名

1. 開 会 近産婦主務地担当理事 荻田和秀
2. 挨 拶 近産婦学会会長 高木 哲
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 岡井 崇
日産婦医会常務理事 石渡 勇
日産婦医会幹事 田中京子

4. 報告事項「中央情勢報告」

5. 「産科医療補償制度について」

日本医療機能評価機構理事 上田 茂

6. 協議事項

- 1) 滋賀県における性犯罪・性暴力のためのワ
ンストップ支援センターの現状—平成26年
4月にSATOCOを開設して— 滋賀
滋賀県産科婦人科医会副会長 野村哲哉
- 2) 「性暴力・性被害者への支援の連携・協力を
関する協定（SARASAネット）」の立ち上げ
とその後 奈良

奈良県産婦人科医会会長 赤崎正佳

- 3) 和歌山市における特定妊婦対策 和歌山
和歌山県産婦人科医会会長 根来孝夫

- 4) 女性アスリートの健康を守るための講習会
第1回兵庫県開催の報告 兵庫

兵庫県産科婦人科学会理事 益子和久

- 5) 京都府における子宮がん検診の取り組みと課題
京都 京都産婦人科医会理事 藤田宏行

- 6) OCEAN STUDYの進捗状況 大阪

大阪大学大学院医学系研究科産科婦人科学教室

高田友美

7. 日産婦医会への各支部からの要望事項

8. その他

9. 閉会 日産婦医会委員会幹事 光田信明
懇親会

(1月28日)

第4回常任編集委員会

於：梅田阪急ビルオフィスタワー 14：00～16：30

出席者数：15名

委員長：小林 浩

1. 報告事項

- (1)第67巻2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

2. 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)近産婦学会HPのリニューアル案について

(1月29日)

日産婦医会委員会 医業経営部会

於：ホテルグランビア大阪 18：00～20：00

出席者数：14名

委員長：根来孝夫

協議事項

1. 産婦人科有床診療所の諸問題

- (1)防火設備体制
- (2)パラメディカル確保
- (3)病床機能見直し

2. 消費税について

- (1)公費がん健診
- (2)妊婦健診
- (3)オフィスギネコロジーについて
- (4)その他

(2月7日)

日産婦医会委員会 母子保健部会

於：新阪急ホテル 18：00～20：00

出席者数：13名

委員長：原田直哉

1. 報告事項

- (1)京都府周産期医療協議会部会の取り組み、現況
- (2)各府県をまたぐ母体搬送について
滋賀県の現状より、各府県の状況
- (3)平成27年度日本産婦人科医会母子保健部会の
事業計画(案)

2. 協議事項

- (1)産科医療保障制度
各府県における現状

今後の問題点（要望）

（2月11日）

日産婦医会委員会 医療対策部会

於：京都タワーホテル 13：00～15：00

出席者数：18名

委員長：高橋健太郎

報告事項

1. 各府県における平成26年度分（一部平成25年度分）の産科医療補償制度、妊産婦死亡、医療事故・偶発事例の現状について

協議事項

- (1)2015年4月より開始予定の医療事故調査制度のシステム作りについて
- (2)産婦人科医療事故・偶発事例の報告に際しての報告事例の定義および注意点
- (3)子宮頸がんワクチン接種の状況および副作用対策

（2月13日）

日産婦医会委員会 第2回研修部会

於：大阪第一ホテル 18：30～20：00

出席者数：11名

委員長：藤田宏行

報告事項

- (1)研修部会委員名簿と各府県代表者の確認
- (2)平成26年度第1回研修部会の議事録について
- (3)平成26年度会計の中間報告

協議事項

- (1)平成26年度研修部会ワークショップ「病診連携」の総括と今後の方向性
- (2)新規開業医に対して行ったアンケートの結果について
- (3)次年度ワークショップのテーマと演者選定
- (4)平成26年度の各府県研修活動報告の提出について
- (5)次回部会の開催日程

（2月15日）

学術委員会 腫瘍研究部会

於：ホテル大阪ベイタワー 11：00～12：00

出席者数：28名

代表世話人：小西郁生

1. 報告事項

- (1)第100回腫瘍研究部会報告

2. 協議事項

（2）第101回以後の腫瘍研究部会のテーマについて

（2月15日）

第3回日産婦学会委員会

於：ホテル大阪ベイタワー 13：00～14：00

出席者数：27名

委員長：木村 正

1. 報告事項

- (1)第67回学術集会について
- (2)e医学会カードについて
- (3)子宮頸がん予防ワクチンについて
- (4)新入会員数の推移、産婦人科医師数等について
- (5)日本専門医機構による専門医認定・更新について

（2月15日）

学会賞審査委員会

於：ホテル大阪ベイタワー 12：00～13：00

出席者数：15名

委員長：北脇 城

編集委員会推薦論文1題と公募論文1題について協議の結果、「子宮筋腫により急性尿閉をきたした10例」が優秀論文賞に選ばれた。学術奨励賞については該当なし。

（2月15日）

第3回学術委員会

於：ホテル大阪ベイタワー 14：00～15：00

出席者数：28名

委員長：北脇 城

1. 報告事項

- (1)第132回近産婦学会学術集会近況報告
学術集会長：神戸大学 山田秀人教授
- (2)第133回近産婦学会学術集会近況報告
学術集会長：兵庫医大 柴原浩章教授
- (3)各研究部会について

①周産期研究部会

（代表世話人：大阪大学 木村 正教授）

②瘍研究部会

（代表世話人、当番世話人：京都大学 小西郁生教授）

③生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会

（代表世話人：滋賀医科大学 村上 節教授）

2. 協議事項

- (1)学会賞について
- (2)平成26年度以降の学術集会のあり方について

・指導医講習 ・懇親会

(3)その他

・審議事項なし

(2月15日)

第3回日産婦医会委員会

於：ホテル大阪ベイタワー 14:00~15:00

出席者数：30名

委員長：大島正義

1. 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

2. 協議事項

(1)平成27年度事業計画

(2)平成27年度各部会長の選出手順について

(2月15日)

日産婦学会近畿ブロック新代議員会

於：ホテル大阪ベイタワー

出席者数：51名、委任状9名

合計：60名（総代議員数66名）

議事

1. 日産婦学会近畿ブロック理事候補者に関する件

日産婦学会理事候補選出規定で日本産科婦人科学会の「各ブロックからの理事候補者選出規則」にそぐわない一部について変更することが承認された後、定数4名の理事候補について承認された。

2. その他

監事候補については小西郁生教授を推薦、総会運営委員、決算委については、例年に倣い各府県へ推薦依頼することとなった。

(2月15日)

第2回理事会

於：ホテル大阪ベイタワー 16:00~17:30

出席者数：理事36名、議長1名、副議長1名、監事2名、名誉4名

議事

1. 開会 主務地担当理事 荻田和秀

2. 会長挨拶 会長 高木 哲

3. 報告事項

1) 次期日産婦関係役員候補について

会長 高木 哲

2) 平成26年度学術委員会報告

学術委員長 北脇 城

3) 平成26年度学会賞について

学術委員長 北脇 城

4) 平成26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26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26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27年度近産婦日程について

イ. 第132回学術集会日程、内容予告

学術集会長 山田秀人

ロ. 第133回学術集会日程、内容予告

学術集会長 柴原浩章

ハ. 平成27年度理事会日程

副会長 大橋正伸

ニ. 平成27年度評議員会・総会日程

副会長 大橋正伸

8) その他

4. 協議事項

5. その他

6. 閉会

(3月19日)

日産婦医会委員会第4回社会保険部会ならびに社会保険診療要覧準備委員会

於：第一ホテル

出席者数：42名

委員長：田中文平

1. 報告事項

(1)平成26年度第4回日産婦医会医療保険委員会報告

(平成27年3月1日)

(2)平成26年第3回近産婦社保部会記録確認

(平成26年12月18日)

(3)その他

2. 協議事項

(1)次期委員長、副委員長、会計の選出について

(2)委員提出議題（11題）

(3)その他

平成26年度 近畿産科婦人科学会決算報告

A. 一般会計

- (Ⅰ) 平成26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26年度業務委託費決算
- (Ⅲ) 平成26年度近畿産科婦人科学会主務地
決算
- (Ⅳ) 平成26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26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26年度社保要覧編集費決算

(Ⅶ) 平成26年度近畿産科婦人科学会日産婦
学会委員会決算

B. 平成26年度近畿産科婦人科学会学術奨励賞 基金決算

C. 平成26年度近畿産科婦人科学会「産婦人科 の進歩」編集室決算

A. 一般会計

平成26年度 近畿産科婦人科学会決算書

自 平成26年 4 月 1 日
至 平成27年 3 月31日

* 収入金額 59,886,333
* 支出金額 23,564,576
* 次年度繰越金 36,321,757

収入の部

項 目	予 算	決 算	備 考
会 費	大 阪 (1,120) 11,200,000	(1,142) 11,420,000	() 内は会員数
	兵 庫 (560) 5,600,000	(593) 5,930,000	
	京 都 (340) 3,400,000	(346) 3,460,000	
	奈 良 (140) 1,400,000	(142) 1,420,000	
	和歌山 (110) 1,100,000	(114) 1,140,000	
	滋 賀 (150) 1,500,000	(145) 1,450,000	
	特別会員	(2) 20,000	
小 計	(2,420) 24,200,000	(2,484) 24,840,000	
過 年 度 会 費	大 阪	(15) 150,000	25年度15名
	兵 庫	(8) 80,000	25年度 8 名
	京 都	(5) 50,000	25年度 5 名
	奈 良	(0) 0	
	和歌山	(2) 20,000	25年度 2 名
	滋 賀	(0) 0	
小 計	300,000	(30) 300,000	
利 息	3,000	4,765	
雑 収 入	500	0	
社保要覧広告費		950,000	
社保要覧実費配布		114,000	
前年度繰越金	33,677,568	33,677,568	
合 計	58,181,068	59,886,333	

近畿産科婦人科学会 決算報告

自 平成26年 4 月 1 日

至 平成27年 3 月31日

収入の部

項 目	予 算	決 算
前 年 度 繰 越 金	33,677,568	33,677,568
会 費 総 収 入	24,200,000	24,840,000
過 年 度 会 費	300,000	300,000
利 息	3,000	4,765
雑 収 入	500	0
社 保 要 覧 広 告		950,000
社 保 要 覧 実 費 配 布		114,000
合 計	58,181,068	59,886,333

支出の部

項 目	予 算	決 算
事 務 局 費	400,000	301,806
業 務 委 託 費	3,974,400	3,974,400
主 務 地 費	4,500,000	4,500,000
学 術 委 員 会 費	1,800,000	267,881
日産婦医会委員会費	2,150,000	1,944,560
社 保 要 覧 編 集 費	1,500,000	1,486,494
日産婦学会委員会費	100,000	83,554
進 歩 誌 編 集 費	10,934,000	10,999,200
雑 費	10,000	6,681
予 備 費	32,812,668	0
小 計	58,181,068	23,564,576
次 年 度 繰 越 金		36,321,757
合 計	58,181,068	59,886,333

次年度繰越金明細

京都田中郵便局（振替口座）	1,380,000
三菱東京UFJ銀行 京都中央支店 普通預金	18,003,280
三菱東京UFJ銀行 京都中央支店 普通預金(本会計)	16,938,477
合 計	36,321,757

上記監査の結果、適正妥当であることを認めます。

平成27年 4 月10日

 監事 濱田 和孝
 監事 平 省三

(Ⅰ) 事務局費（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		49	
計	400,000	400,049	
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	221,098	
通 信 費 ・ 雑 費	50,000	1,782	
慶 弔 費	50,000	14,353	
サーバレンタル・ドメイン料		35,413	
印 刷 費		29,160	
計	400,000	301,806	
本 会 計 へ 返 金		98,243	

(Ⅱ) 業務委託費

収入の部			
項 目	予 算	決 算	
本 会 計 よ り	3,974,000	3,974,000	
計	3,974,000	3,974,000	
支出の部			
項 目	予 算	決 算	
業務委託費（知人社）	3,974,000	3,974,000	
計	3,974,000	3,974,000	
本 会 計 へ 返 金		0	

(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	4,500,000	4,500,000	
計	4,500,000	4,500,000	
支出の部			
項 目	予 算	決 算	
学 会 費	4,500,000	3,000,000	
会 議 費		1,500,000	
計	4,500,000	4,500,000	
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		179	
計	1,800,000	1,800,179	
支出の部（学術）			
項 目	予 算	決 算	
腫 瘍 研 究 部 会	500,000	226,215	
周 産 期 研 究 部 会	500,000	2,378	
生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会	500,000	432	
事 務 局	300,000	38,856	
計	1,800,000	267,881	
本 会 計 へ 返 金		1,532,298	

(1) 事務局（学術）			
収入の部		支出の部	
項 目	予 算	項 目	決 算
本 会 計 よ り	300,000	事務消耗品費	38,856
		小 計	38,856
預 金 利 息	37	本 会 計 へ 返 金	261,181
計	300,037	計	300,037

(2) 腫瘍研究部会（学術）		収入の部		支出の部	
項 目	予 算	項 目	決 算	項 目	決 算
本 会 計 よ り	500,000			掲載補助費	90,783
				講師謝礼金	135,000
				通信費・雑費	432
				小 計	226,215
預 金 利 息	37			本 会 計 へ 返 金	273,822
計	500,037			計	500,037

(3) 周産期研究部会（学術）			
収入の部		支出の部	
項 目	予 算	項 目	決 算
本 会 計 よ り	500,000	通信費・雑費	2,378
		小 計	2,378
預 金 利 息	55	本 会 計 へ 返 金	497,677
計	500,055	計	500,055

(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	予 算	項 目	決 算
本 会 計 よ り	500,000	通信費・雑費	432
		小 計	432
預 金 利 息	50	本 会 計 へ 返 金	499,618
計	500,050	計	500,050

(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		118	
計	2,150,000	2,150,118	

支出の部			
項 目	予 算	決 算	
事 務 局	500,000	375,158	
社 会 保 険 部 会	800,000	828,628	
母 子 保 健 部 会	150,000	127,732	
痛 対 策 部 会	150,000	150,000	
研 修 部 会	200,000	166,824	
医 療 対 策 部 会	150,000	146,294	
医 業 経 営 部 会	200,000	149,924	
計	2,150,000	1,944,560	
本 会 計 へ 返 金		205,558	

(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	500,000	会議費(小委員会含む)	170,730
		ブロック協議会	200,000
		資料作成費	2,268
		通信費・雑費	2,160
		小 計	375,158
		社会保険部会へ補填	28,628
預 金 利 息	38	本 会 計 へ 返 金	96,252
計	500,038	計	500,038

(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	800,000	会議費(小委員会含む)	527,224
		通信費・雑費	1,404
日産医事務より補填	28,628	医療保険ブロック協議会	300,000
計	828,628	計	828,628

※ 各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
赤字分は日産婦医会事務より補填

(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	112,352
		通信費・雑費	15,380
		小 計	127,732
預 金 利 息	16	本 会 計 へ 返 金	22,284
計	150,016	計	150,016

(4) 痛対策部会（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	60,000
		資 料 作 成 費	32,827
		講 師 謝 礼 金	25,000
		事 務 消 耗 品 費	25,693
		通 信 費 ・ 雑 費	6,480
		小 計	150,000
預 金 利 息	7	本 会 計 へ 返 金	7
計	150,007	計	150,007

(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	140,940
		別 刷 り 作 成 費	8,316
		通 信 費 ・ 雑 費	3,168
		資 料 作 成 費	14,400
		小 計	166,824
預 金 利 息	13	本 会 計 へ 返 金	33,189
計	200,013	計	200,013

(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	129,002
		資 料 作 成 費	15,000
		通 信 費 ・ 雑 費	2,292
		小 計	146,294
預 金 利 息	17	本 会 計 へ 返 金	3,723
計	150,017	計	150,017

(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	145,114
		通 信 費 ・ 雑 費	4,810
		小 計	149,924
預 金 利 息	27	本 会 計 へ 返 金	50,103
計	200,027	計	200,027

(Ⅵ) 平成26年度 社保要覧編集費決算

収入の部

項 目	予 算	決 算
本 会 計 よ り	1,500,000	1,500,000
計	1,500,000	1,500,000

※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

支出の部

項 目	予 算	決 算
編 集 ・ 印 刷 費	1,500,000	1,058,321
会 議 費		393,710
通 信 費 ・ 雑 費		34,463
計	1,500,000	1,486,494
本 会 計 へ 返 金		13,506

(Ⅶ) 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
計	100,000	100,000

支出の部

項 目	予 算	決 算
事 務 消 耗 品 費	100,000	83,338
通 信 費 ・ 雑 費		216
計	100,000	83,554
本 会 計 へ 返 金		16,446

B. 平成26年度 近畿産科婦人科学会
学術奨励賞基金決算

自 平成26年 4 月 1 日
至 平成27年 3 月31日

収入の部

項 目	金 額
利 息	389
前 年 度 繰 越 金	2,435,479
合 計	2,435,868

*収入金額 2,435,868
*支出金額 50,648
*次年度繰越金 2,385,220
(普通預金口座残高 2,385,220)

支出の部

項 目	金 額
平成25年度優秀論文賞	50,000
雑 費	648
次 年 度 繰 越 金	2,385,220
合 計	2,435,868

上記監査の結果、適正妥当であることを認めます。
平成27年 4 月10日

監事 濱田 和孝
監事 平 省三

**C. 平成26年度 近畿産科婦人科学会
「産婦人科の進歩」編集室決算**

自 平成26年 4 月 1 日

至 平成27年 3 月31日

収入の部

項 目	金 額
本 会 計 より 進 歩 編 集 費 (うち常任編集委員会会議費¥350,000)	10,934,000
常任編集委員会会議費赤字分補填	65,200
利 息	2,053
広 告 掲 載 料	880,668
メテオインターゲート包括著作権料・使用料	11,889
小 計	11,893,810
前年度より繰越金	13,173,579
合 計	25,067,389

* 収入金額 25,067,389
 * 支出金額 11,457,876
 * 次年度繰越金 13,609,513
 (普通預金口座残高 13,609,513)

支出の部

項 目	金 額
進 歩 編 集 費	10,999,200
ホームページリニューアル作成費用	455,760
振 込 手 数 料	2,916
小 計	11,457,876
次年度への繰越金	13,609,513
合 計	25,067,389

【進歩編集費収支内訳】

収入の部		支出の部	
項 目	決 算	項 目	決 算
本会計より	10,934,000	編 集 業 務 委 託 費	10,584,000
(うち常任編集委員会会議費¥350,000)		常任編集委員会会議室使用料	99,000
本会計より赤字分補填	65,200	会 議 費 お 茶 代 等	316,200
計	10,999,200	小 計	10,999,200

上記監査の結果、適正妥当であることを認めます。

平成27年 4 月10日

監事 濱田 和孝
監事 平 省三

近畿産科婦人科学会 平成27年度予算

収入の部

項 目	平成26年度予算	平成27年度予算	備 考
前年度繰越金	33,677,568	36,321,757	
[進歩]編集室口座より		13,609,513	
会費総収入	24,200,000	24,300,000	大阪 1,130 兵庫 560 京都 340 奈良 140 和歌山 120 滋賀 140
過年度会費	300,000	300,000	
預金利息	3,000	3,000	
雑収入	500	500	
合 計	58,181,068	74,534,770	

支出の部

項 目	平成26年度予算	平成27年度予算	増 減
事務局費	400,000	400,000	
業務委託費	3,974,400	3,974,400	
主務地費	4,500,000	4,500,000	
学術委員会費	1,800,000	1,800,000	
日産婦医会委員会費	2,150,000	2,150,000	
社保要覧編集費	1,500,000	1,500,000	
日産婦学会委員会費	100,000	100,000	
機関紙編集委員会費	10,934,000	850,000	
進歩誌編集費		10,584,000	
雑費	10,000	10,000	
予備費	32,812,668	48,666,370	
合 計	58,181,068	74,534,770	

平成26年度「産婦人科の進歩」編集報告

1. 発行の現況

66巻	頁 数	部 数
1号 (2/1)	本文70頁 (会告8頁 広告5頁)	2850部
2号 (5/1)	本文186頁 (会告10頁 広告5頁)	2820部
3号 (8/1)	本文92頁 (会告10頁 広告6頁)	2870部
4号 (10/1)	本文150頁 (会告10頁 広告4頁)	2880部
合 計	本文498頁 (会告38頁 広告20頁)	11420部

2. 受付論文

66巻

[研 究] 原著5編, 臨床研究2編, 症例報告28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2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26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室との連絡にあたる。

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）
事務所担当理事	1 名
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。事務所担当理事は庶務・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. 事務所担当理事は、各府県の医会等の会長が候補者を推薦し、理事会の議を経て理事会で決定する。
5. 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。

6. 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、事務局担当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、常務理事および事務局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20年10月28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)

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、近産婦科婦人科学会（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会い人を指名する。

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) 社会保険部会
- (2) 研修部会
- (3) 母子保健部会
- (4) 癌対策部会
- (5) 医療対策部会
- (6) 医業経営部会

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。

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、およびレフェリー等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、他薦を含む)、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)

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。

功労会員規定

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労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労のあったもの

(4) 多年にわたり役員、委員等に就任功労のあったもの

第3条 功労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 功労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26年度（2014.4～2015.3）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26年4月12日（土）ピアザ淡海

1. 生命倫理について

滋賀県医師会母体保護法指定医師審査委員会
委員 高橋健太郎

2. 母体保護法の趣旨と適正な運用について

滋賀県医師会母体保護法指定医師審査委員会
委員長 花田芳郎

3. 医療安全・救急処置について

滋賀県医師会母体保護法指定医師審査委員会
委員 高橋健太郎

滋賀県婦人科ブラッシュアップセミナー

平成26年4月12日（土）大津プリンスホテル

特別講演1

「性感染症の最新の診療戦略」

京都府立医科大学准教授 岩破一博

特別講演2

「ワクチンと検診による子宮頸がん予防—ワクチンの有効性と安全性、および最新の検診動向—」

和歌山県立医科大学教授 井篁一彦

第14回びわこVoiding Dysfunction研究会

平成26年5月10日（土）ホテルボストンプラザ草津

特別講演Ⅰ

「排尿障害と漢方～女性に対する診療を中心に～」

特定医療法人仁厚会仁厚会病院泌尿器科部長
中條弘隆

特別講演Ⅱ

「夜間頻尿の本能とその対策」

東京都リハビリテーション病院診療部長泌尿器科 鈴木康之

第24回心臓病胎児診断症例報告会 in 滋賀

平成26年5月25日（日）滋賀医科大学附属病院

テーマ「ファロー四徴症のAからZまで」

平成26年度第1回滋賀県産科婦人科医会 総会・学術研修会

平成26年6月8日（日）大津プリンスホテル

一般演題Ⅰ

1. 「当院における子宮鏡下筋腫摘出術の現況」
大津市民病院

○鈴木幸之助，中妻杏子，岡田由貴子，
高橋良樹

2. 「当院で開始したロボット支援腹腔鏡下子宮全摘出術について」

—腹腔鏡下子宮全摘術（TLH）との比較—

滋賀医科大学医学部附属病院 母子・女性診療科

○郭 翔志，脇ノ上史朗，西村宙起，
天野 創，中川哲也，平田貴美子，
竹林明枝，高島明子，樽本祥子，
木村文則，喜多伸幸，高橋健太郎，
村上 節

3. 「傍大動脈リンパ節転移陽性の子宮頸癌IA1期の1例」

長浜赤十字病院

○安本晃司，宗重 彰，上田優輔，
川口浩実，中島正敬

4. 「子宮体部小細胞癌成分の再発を認めた1例」
大津赤十字病院

○西岡咲輝，丸山俊輔，榮 智恵子，
山口綾香，亀井沙織，佐竹由美子，
江本郁子，三瀬裕子，金 共子，
佐藤幸保

5. 「卵巣嚢腫の経過観察中に発見された付属器癌の2例」

近江八幡市立総合医療センター

○草場紗智子, 竹川哲史, 所 伸介,
木下由之, 初田和勝

一般演題Ⅱ

6. 「子宮頸部円錐切除後妊娠への頸管縫縮術についての検討」

長浜赤十字病院

○中島正敬, 安本晃司, 上田優輔,
川口浩実, 宗重 彰

7. 「妊娠後期に水腎症の憎悪をきたしたVUR術後妊娠の1例」

滋賀医科大学医学部附属病院 母子・女性診療科

○中村暁子, 辻俊一郎, 小野哲男,
米岡 完, 林 香里, 石河顕子,
喜多伸幸, 高橋健太郎, 村上 節

8. 「前置癒着胎盤に対し保存的治療を行った1症例」

大津赤十字病院

○榮智恵子, 佐竹由美子, 山口綾香,
亀井沙織, 江本郁子, 丸山俊輔,
三瀬裕子, 金 共子, 佐藤幸保

9. 「HIV合併症の1例」

滋賀医科大学医学部附属病院 母子・女性診療科

○田中佑治, 辻俊一郎, 林 香里,
郭 翔志, 小野哲男, 石河顕子,
木村文則, 喜多伸幸, 高橋健太郎,
村上 節

特別講演

「産婦人科領域の平成26年度診療報酬改定に関して」

帝京大学医学部附属溝口病院教授
西井 修

母体保護法指定医師研修会

平成26年6月8日（日）大津プリンスホテル

「母体保護法の趣旨と適正な運用に関するもの」

滋賀県医師会 母体保護法指定医師審査委員会委員長 花田芳郎

第58回神奈川胎児エコー研究会 ベーシック講座

平成26年6月21（土）、22日（日）滋賀医科大学
附属病院

平成26年度医療安全管理研修会（医療事故未然防止研修会）母体保護法指定医師研修会

平成26年7月5日（土）G-NETしが 滋賀県立
男女共同参画センター

（1）生命倫理・医の倫理について

滋賀医科大学地域周産期医療学講座

滋賀県医師会母体保護法指定医師審査委員会委員特任教授 高橋健太郎

（2）医療事故防止と医療トラブルへの対応（暴力・悪質クレーム対応を含む）

（母体保護法の適正な運用とトラブル防止）

茨城県医師会副会長 日本産婦人科医会常務理事 石渡 勇

第37回性教育指導セミナー全国大会

平成26年7月27日（日）ピアザ淡海 滋賀県立
県民交流センター

教育講演Ⅰ

「思春期からのHPV感染と子宮頸がんの予防」～大切な子宮をなくさないために～

滋賀医科大学地域周産期医療学講座教授
高橋健太郎

特別講演

「日本の生殖医療の現状」妊娠の適齢期～生殖医療と周産期医療の視点から～

滋賀医科大学教授 村上 節

教育講演Ⅱ

「女性ホルモン製剤（OC/LEP）と血栓症～有害事象回避のための最低限の知識～

飯田橋レディースクリニック院長 岡野浩哉
シンポジウム「妊娠適齢期の現在・未来」

～妊娠適齢期を踏まえた性教育を子供たちにどのように指導していくかを考える～

1) 働く女性産婦人科医師の立場からみた妊娠適齢期

滋賀医科大学助教 石河顕子

2) 精神医学的見地からの妊娠適齢期

医療法人明和会琵琶湖病院理事長・院長
石田展弥

3) 宗教学的な見地からの妊娠適齢期
龍谷大学文学部真宗学科教授 鍋島直樹

4) 保健・行政の立場から
滋賀県健康医療福祉部次長 角野文彦

5) 教育者の立場から見た妊娠適齢期
聖泉大学看護学科養護領域准教授
田中祐子

6) お母さんの保健室から見た妊娠適齢期
NPO法人マイママ・セラピー理事長
押栗泰代

7) 子育て男性のWLBから見た妊娠適齢期
NPO法人ファザーリング・ジャパン事務局長
徳倉康之

滋賀県婦人科疾患 Up to Date 講演会

平成26年8月2日（土）ロイヤルオークホテル
「LNG-IUSの臨床応用～効果と適応を考える～」
倉敷平成病院婦人科 太田郁子

特別講演②

「子宮摘出ししない出血管理法～圧迫か血流遮断か～」
順天堂大学医学部大学院医学研究科主任教授
竹田 省

滋賀県自治体担当者のためのHPV検査併用検診導入に向けた研修会

平成26年8月7日（木）琵琶湖ホテル
講演①「HPV検査併用検診のメリット」
滋賀医科大学地域周産期医療学講座教授
高橋健太郎

講演②「HPV検査併用検診の導入と成果」
島根県出雲市健康福祉部健康増進課
有藤亜希子

講演③「HPV検査併用検診の運用と課題」
愛知県田原市健康福祉部健康課 夏目由香子

第12回湖東産婦人科医会

平成26年8月23日（土）グランデュークホテル

教育講演

「妊娠糖尿病の管理」
国立病院機構東近江総合医療センター
三ツ浪真紀子

特別講演

1. 「妊婦の栄養素付加量はどのようにして策定されているのか？」
滋賀県立大学人間文化学部生活栄養学科教授
柴田克己
2. 「LEPの副作用とその対策」
滋賀医科大学地域周産期医療学講座教授
高橋健太郎

第8回近畿産婦人科乳腺医学会学術集会

平成26年8月24日（日）滋賀医科大学

教育講演

「マンモグラフィー読影法」
仁生会甲南病院副院長・放射線科 田中豊彦
症例解説

「マンモグラフィー症例提示および画像解説」
滋賀医科大学外科学講座特任講師 梅田朋子

特別講演

「乳癌検診 視触診のこつと勘所」
かまくら乳がんセンターセンター長
土井卓子

ランチョンセミナー

「乳房超音波検査でおさえおきたい悪性所見と良性所見」
聖路加国際病院放射線科医長 角田博子

第6回びわこ周産期研究会

平成26年8月30日（土）大津プリンスホテル

特別講演

「超音波治療～胎児治療への応用～」
昭和大学横浜市北部病院産婦人科准教授
市塚清健
「産科3D/4D超音波」
香川大学医学部母子科学講座周産期学婦人科学教授 秦 利之

平成26年度第2回滋賀県産科婦人科医会学術研修会

平成26年9月20日（土） 大津プリンスホテル

特別講演Ⅰ

「帝王切開術の脊髄くも膜下麻酔～最近の話題～」

北里大学医学部附属新世紀医療開発センター

周生期麻酔・蘇生学准教授 加藤里恵

特別講演Ⅱ

「がんサバイバーシップ～婦人科がん診療を見直す～」

岐阜大学大学院医学系研究科産科婦人科学分

野教授 森重健一郎

第25回心臓病胎児診断症例報告会

平成26年9月21日（日） 滋賀医科大学附属病院

テーマ：大動脈縮窄/離断の胎児診断・治療戦略

平成26年度滋賀産婦人科漢方研究会

平成26年10月4日（土） 大津プリンスホテル

教育講演

「冷え」

滋賀医科大学地域周産期医療学講座教授

高橋健太郎

特別講演

「自己免疫異常合併不育症に対する漢方療法の実際」

新潟大学医歯学総合病院総合周産期母子医療

センター教授 高桑好一

第7回滋賀子宮内膜症・月経困難症懇話会

平成26年11月15日（土） 琵琶湖ホテル

一般演題**演題1「子宮内膜症性嚢腫合併妊娠」**

近江八幡市立総合医療センター

○竹川哲史, 草場紗智子, 所 伸介,

木下由之, 初田和勝

演題2「膀胱子宮内膜症の1例」

大津赤十字病院

○佐藤幸保, 水津 愛, 丸山俊輔,

佐竹由美子, 三瀬裕子, 金 共子

演題3「ジェノゲストと月経随伴性気胸」

滋賀県立成人病センター婦人科

○宇田さと子, 山西優紀夫, 水野 林,

樋口壽宏

特別講演

「子宮内膜症に対するLEP製剤とジェノゲストの使い分け」

社会福祉法人恩賜財団母子愛育会総合母子保

健センター愛育病院副院長・産婦人科部長

安達知子

第59回神奈川胎児エコー研究会アドバンス講座

平成26年11月23日（日）、24日（月） 滋賀医科大学臨床講義棟

大学臨床講義棟

平成26年度第3回滋賀県産科婦人科医会総会ならびに学術研修会

平成26年12月7日（日） 大津プリンスホテル

一般演題Ⅰ**1.「当院で経験した子宮内異所性妊娠の2例」**

近江八幡市立総合医療センター

○草場紗智子, 竹川哲史, 所 伸介,

木下由之, 初田和勝

2.「褐色細胞腫合併妊娠の2例」

大津市民病院

○中妻杏子, 岡田由貴子, 鈴木幸之助,

高橋良樹

3.「当院における劇症型A群レンサ球菌感染症

「分娩型」の1例」

近江八幡市立総合医療センター

○所 伸介, 草場紗智子, 竹川哲史,

木下由之, 初田和勝

4.「救命し得た臨床的羊水塞栓症の1例」

大津赤十字病院

○西岡咲輝, 丸山俊輔, 榮智恵子,

多賀敦子, 佐竹由美子, 江本郁子,

三瀬裕子, 金 共子, 佐藤幸保

5.「滋賀医大 遺伝外来の流れ」

滋賀医科大学, IDAクリニック

○井田憲司, 小野哲男, 石河顕子,

辻俊一郎, 山本依志子, 喜多伸幸,

高橋健太郎, 村上 節

一般演題Ⅱ

6. 「保存的に治療し得た hyperreactio luteinalis の茎捻転の1例」

大津赤十字病院

○佐竹由美子, 佐藤幸保, 榮智恵子,
多賀敦子, 江本郁子, 丸山俊輔,
三瀬裕子, 金 共子

7. 「治療に難渋した子宮全摘後腔脱の1症例
—Conill colpocleisis術後発症例から学ぶ—」
市長立浜病院

○林 嘉彦, 中多真理, 岩松美美,
樋口明日香, 桂 大輔, 野田洋一

8. 「Ovarian carcinosarcoma associated with
endometriosis の1例」
長浜赤十字病院

○安本晃司, 中島正敬, 上田優輔,
川口浩美, 宗重 彰

9. 「当院で開始した子宮体癌腹腔鏡下手術の治
療成績と今後の課題」

滋賀医科大学

○郭 翔志, 脇ノ上史朗, 中川哲也,
西村宙起, 天野 創, 林 香里,
竹林明枝, 辻俊一郎, 高島明子,
小野哲男, 樽本祥子, 石河顕子,
木村文則, 喜多伸幸, 高橋健太郎,
村上 節

10. 「当施設で施行している神経温存広汎子宮
摘出について」

滋賀県立成人病センター

○山西優紀夫, 水野 林, 宇田さと子,
樋口壽宏

特別講演

「子宮頸がん検診の課題とHPV検査の有効性
評価」

慶応義塾大学医学部産婦人科学教室教授
青木大輔

第26回胎児心臓病症例報告会

平成27年1月18日(日) 滋賀医科大学

テーマ: 心不全をきたす心外疾患(ガレン大静
脈瘤, 仙尾部奇形腫)

第24回滋賀県母性衛生学会学術集会

平成27年1月31日(土) 国立病院機構東近江総
合医療センター

教育講演

テーマ: 母乳分泌の生理と分泌不全

～おっぱいはどうすれば出るでしょう?～

名古屋市西部地域療育センター小児科
大矢公江

第52回滋賀県臨床細胞学会学術集会および総会

平成27年2月21日(土) ホテルボストンプラザ草津
教育講演

「LBC法による子宮内膜細胞診の実際」

愛媛県立医療技術大学保健科学部臨床検査科
生体情報学講座教授 則松良明

第5回滋賀生殖医療懇話会

平成27年2月26日(木) ホテルボストンプラザ草津
一般演題

1. 「回収した膀胱内精液を用いたAIHで妊娠を
得た完全逆行性射精の1例」

滋賀医科大学泌尿器科学講座 富田圭司

2. 「クロミフェンとHMGで排卵誘発を行い妊
娠に至ったPOFの1症例」

醍醐渡辺クリニック 金口 愛

3. 「子宮破裂をきたした腹腔鏡下腺筋症核出後
妊娠の1例」

大津赤十字病院 佐藤幸保

特別講演

「生殖医療と家族のかたち」

埼玉医科大学産婦人科教授 石原 理

平成26年度第4回滋賀県産科婦人科医会臨時総会な
らびに学術研修会

平成27年3月14日(土) ホテルボストンプラザ草津
特別講演Ⅰ

「围産期医療と神経発達障害～滋賀県で学んだ
こと～」

滋賀医科大学小児科学講座教授 竹内義博

特別講演Ⅱ

【京都府】

「女性ヘルスケアにおける食・栄養とHRTの
効果」

東京医科歯科大学周産・女性診療科学講座教授
久保田俊郎

第27回心臓病胎児診断症例報告会

平成27年3月15日（日） 滋賀医科大学附属病院
テーマ：TOFのAからZまで

第24回生殖医学研究会

平成26年6月13日（金）芝蘭会館

「子宮内膜症の病態に迫る」

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

京都子宮内膜症セミナー

平成26年6月14日（土）京都ホテルオークラ

一般演題 2題

特別講演

「子宮内膜症と発生機序」

千葉大学大学院医学研究院生殖医学教授
生水真紀夫

京都産婦人科医会 両丹地区懇談会

平成26年6月21日（土）舞鶴グランドホテル

「綾部市立病院へ赴任にあたり」

綾部市立病院部長 荻野嘉夫

OB-GYN Japan-Phillippines Program

平成26年6月26日（木）、27日（金）芝蘭会館

Natural history of ovarian cancer development:

Is early detection feasible?

京都大学大学院医学研究科婦人科学産科学教授
小西郁生

第23回母性衛生学会総会・学術講演会（京滋通算
38回）

平成26年7月5日（土）京都府立医科大学図書館
ホール

「NIPT出現以降の出生前遺伝カウンセリング」
／「ダウン症児のすばらしさ」

京都大学医学部附属病院遺伝子診療部臨床遺
伝専門医 三宅秀彦

公益社団法人日本ダウン症協会理事長、大正
大学人間学部臨床心理学科 玉井邦夫

京都産婦人科医会 7月学術研修会

平成26年7月5日（土）京都タワーホテル

「リンパ節転移陽性例への挑戦」

東海大学医学部専門診療学系産婦人科学教授
三上幹男

女性とメンタルヘルス研究会

平成26年8月9日（土）京都ホテルオークラ

「女性の笑顔を取り戻すために～SSRIができること～」

東京歯科大学市川総合病院産婦人科教授
高松 潔

第43回日本女性心身医学会学術集会

平成26年8月10日（日）京都府立医科大学

「物質依存から嗜癖行動障害へ/日本女性と摂食障害の動向2011」

京都府立医科大学大学院精神機能病態学教授
福居顕二

政策研究大学院大学教授 鈴木眞理

産婦人科診療内容向上会

平成26年8月30日（土）京都ホテルオークラ

「出生前診断の現況と今後の展開」

兵庫医科大学産科婦人科学准教授 澤井英明

京都周産期カンファレンス

平成26年9月6日（土）御所西 京都平安ホテル

「3D/4D超音波による胎児診断」

香川大学医学部母子科学講座周産期婦人科学教授 秦 利之

第2回京都・性の健康フォーラム

平成26年9月13日（土）御所西 京都平安ホテル

「思春期の現状からみた性教育のあり方とその実際」

青森産婦人科医会会長 蓮尾 豊

京都産婦人科医会 9月学術研修会

平成26年9月20日（土）京都ブライトンホテル

「血管内皮機能と妊娠高血圧症候群 / 卵巣がん検診は有効か?」

日本バプテスト病院産婦人科部長 藤田浩平

京都大学大学院医学研究科器官外科学婦人科学産科学教室准教授 松村謙臣

第32回日本クラミジア研究会

平成26年9月27日（土）メルパルク京都

「原始的なクラミジア感染とアメーバの共生様式について」

北海道大学大学院保健科学研究院病態解析学分野感染制御検査学研究室 山口 博之

第10回鴨和感染症フォーラム

平成26年9月27日（土）ホテルグランヴィア京都
学術講演 2題

特別講演

「わが国における性感染症の動向と課題」

日本性感染症学会理事長 富士市立中央病院
院長 小野寺昭一

第40回京都医学会

平成26年9月28日（日）京都府医師会館

婦人科一般演題 2題

特別講演

「これからの医学・医療の重要課題と第29回日本医学会総会の役割について」

京都大学名誉教授 元京都大学総長
井村裕夫ほか

第22回日本胎盤学会学術集会 第32回日本絨毛性疾患研究会

平成26年10月3日（金）、4日（土）芝蘭会館

University of Mississippi Medical Center
Janice M.Lage

第15回京都女性のヘルスケア研究会

平成26年10月13日（月・祝日）ホテルグランヴィア京都

「生殖医療のフロントライン」

兵庫医科大学産科婦人科学主任教授
柴原浩章

京都産科婦人科学会平成26年度学術集会

平成26年10月18日（土） 京都平安ホテル

一般演題 13題

特別講演

「卵巢癌治療のアップデート」

東京慈恵医科大学産婦人科学講座主任教授

岡本愛光

慶應義塾大学医学部産婦人科教室婦人科教授

青木大輔

第15回京都府医師会生涯教育セミナー

平成26年11月22日（土） 京都府医師会館

「子宮頸がん予防ワクチン」

京都府立医科大学大学院女性生涯医学科講師

澤田守男

第6回 京都産婦人科救急診療研究会

平成26年10月19日（日） 京都府医師会館

症例検討会 「HELLP症候群」

特別講演

「母体安全への提言」

三重大学大学院医学系研究科臨床医学系講座

産科婦人科学教授 池田智明

両丹地区懇談会

平成26年11月29日（土） 舞鶴グランドホテル

「胎児心拍数陣痛図（CTG）判読のpitfall」

大阪府済生会吹田病院周産期センター長産婦

人科統括部長 亀谷英輝

京都産婦人科医会10月学術研修会

平成26年10月30日（木） ウェスチン都ホテル

京都

「妊娠と子宮頸癌」

新潟大学大学院医歯学総合研究科産科婦人科

学教授 榎本隆之

第6回京都婦人科鏡視下手術研究会

平成26年12月6日（土） ウェスチン都ホテル

一般演題 8題

教育講演

「腹腔鏡手術を安全確実に」

日本医科大学女性診療科教授 明楽重夫

京都産婦人科医会11月学術研修会

平成26年11月14日（金） 京都ホテルオークラ

「女性ヘルスケアのためのホルモン療法の最近
の話題」

徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究

部産科婦人科学分野教授 苛原 稔

京滋奈和性感染症研究会

平成26年12月20日（土） メルパルク京都

「淋菌感染症の話題：福岡市における21年間の
耐性淋菌の推移について」

福岡大学医学部泌尿器科学教室主任教授

田中正利

第6回関西婦人科腫瘍・病理懇話会平成26年11月15日（土） 京都大学大学院医学研
究科附属総合解剖センター**特別講演**

「子宮頸部胃型粘液関連疾患の最近の話題」

信州大学医学部産科婦人科学教室教授

塩沢丹里

**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27年1月24日（土） ホテル日航プリンセス

周産期医療システムの現況と今後の対応策につ
いて / 低酸素脳症・低体温療法の標準化に
係る搬送体制の整備 / 周産期医療情報シス
テムについて

京都府周産期医療協議会部会

大久保智治，短田浩一，木下大介

京都婦人科腫瘍フォーラム

平成26年11月21日（金） ウェスチン都ホテル

「子宮体癌の化学療法」

第15回産婦人科手術・化学療法研究会

平成27年1月31日（土） 京都大学医学部芝蘭会

館稲盛ホール

「産科手術のコツのコツ」

長崎大学大学院産科婦人科学教授 増崎英明

平成26年度母体保護法指定医師必須研修会

平成27年2月14日（土）京都府医師会館

「産婦人科の現況 今何をなすべきか」

岡山大学医学部産婦人科教授 平松祐司

女性アスリート診療のための講習会

平成27年3月7日（土）京都府立医科大学看護学
学舎

女性のライフスタイルと疾病～すこやかな人生
を送るための月経とのつきあい方～/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

聖路加国際病院 副院長 百枝幹雄

国立スポーツ科学センター メディカルセンター
能瀬さやか

第2回京都産婦人科漢方研究会

平成27年3月26日（木）京都大学医学部芝蘭会
館稲盛ホール

「漢方治療を産婦人科診療に活用しましょう」

富山大学大学院医学薬学研究部産科婦人科学
教室教授 齋藤 滋

平成26年度京都産婦人科医会総会期末特別講演会

平成27年3月28日（土）京都ホテルオークラ

「不育症と子宮奇形」

日本医科大学大学院女性生涯医科学教授
竹下俊行

【大阪府】

平成26年度第1回周産期医療研修会

平成26年5月31日 大阪府医師会

テーマ 最近の新生児黄疸のトピックス

「療育施設で見つかった早産児核黄疸と思われ
る1例」

大阪発達総合療育センターフェニックス園長
船戸正久

「日齢14以降に光線療法を行った極低出生体重
児の臨床的特徴」

千船病院小児科医長 高寺明弘

解説講演 「母乳を与えていて、黄疸が強くな
る児とならない児—遺伝子解析の有用性に
ついて—」

神戸大学名誉教授 中村 肇

第21回産婦人科MEセミナー

平成26年6月1日

「胎児発育不全の産科管理における問題点」

大阪府立母子保健総合医療センター産科部長
石井桂介

「妊娠初期・そこに何が見えているのか?」

—胎児正常発生(Sono embryology)と子宮・
卵巣の変化—

藤田保健衛生大学医学部周産期医学講座教授
関谷隆夫

「出生前遺伝学的検査の現状と未来」

—genetic ultrasoundを中心として—

埼玉医科大学病院産婦人科教授・産科診療科長
成育医療センター長 亀井良政

平成26年度総会

平成26年6月7日 ホテル大阪ベイタワー

総会議事 平成25年度会務報告および決算報告
平成26年度事業計画および予算

日産婦学会学術集会 感謝状ならびに学術協
力金贈呈

おぎゃー献金感謝状贈呈

新入会員紹介（産婦人科専攻医1年目）

特別講演 座長：大阪産婦人科医会会長

高木 哲

「平成26年度の産婦人科医会の課題」

公益社団法人日本産婦人科医会会長

木下勝之

第2回母体保護法指定医研修会

平成26年7月5日 薬業年金会館

「母体保護法の基礎的留意点」

大阪府医師会理事 齋田幸次

「未受診妊婦調査から見えてきた母児関係」

大阪産婦人科医会理事 光田信明

平成26年度第2回周産期医療研修会

平成26年7月26日 大阪府医師会

テーマ：周産期における母子感染症

「周産期における性感染症」

京都府立医科大学大学院女性生涯医科学准教授

岩破一博

「風疹の流行と先天性風疹症候群」

国立感染症研究所感染症疫学センター第三室

室長 多屋馨子

(追加発言)

「大阪府における先天性風しん症候群対策について」

大阪府健康医療部保健医療室医療対策課参事

田邊雅章

平成26年度第1回研修会

平成26年9月6日 薬業年金会館

「産科ガイドライン産科編2014指導者講習会」

大阪府立母子保健総合医療センター

光田信明

「出生前診断に関わるCQ&Aの解説」

大阪大学 金川武司

「産婦人科診療ガイドライン産科編2014 主な変更点と注意点」

順天堂大学産婦人科教授 産婦人科診療ガイ

ドライン2017委員長 板倉敦夫

平成26年度第3回周産期医療研修会

平成26年10月18日 大阪国際交流センター

テーマ：産科・新生児科エキスパートが「正期

産」新生児にまつわるガイドラインを読み解く

「一産婦人科ガイドライン2014（産科編）、正期産新生児の望ましい診療・ケア、カンガルーケアガイドラインが示す正期産新生児の取り扱い—」

新生児側

「正期産新生児望ましい診療・ケア」から見た

「正期産」新生児の取り扱い」

大阪大学大学院医学系研究科小児科学助教

荒堀仁美

産科側

「産婦人科ガイドライン2014（産科編）から見た

母体合併症を有する「正期産」新生児の

取り扱い」

大阪大学大学院医学系研究科産科婦人科

金川武司

安心母と子の研修会

平成27年1月15日 市立総合医療センター

「特定妊婦の連携と支援について」

大阪府立母子保健総合医療センター

光田信明

「要保護児童対策地域協議会の実際」

東大阪市子ども見守り課保健師 森川咲子

「要保護児童対策地域協議会での特定妊婦への支援」

和泉市健康づくり推進室保健師 鍛治みか

「妊婦・出産を選択できない、選択しないときに…～利用を検討できる社会資源について～」

愛染橋病院MSW 上原 玲

「養育困難な母から出生した子どもへの支援～里子・養子について～」

公益社団法人家庭養護促進協会 中島悦子

「特定妊婦支援のための医療・保健・福祉の連携」

大阪府福祉部家庭支援課育成グループ

南森早輝

大阪府健康医療部地域保健課母子グループ

本郷美由紀

平成26年度家族計画母体保護法指導者講習会

平成27年1月29日 大阪府医師会

テーマ「生殖補助医療の法制化に向けた取り組み」

①人口減少社会の克服と生殖補助医療の法制化
母体保護法審査委員会委員 大阪産婦人科医

会評議員 齋田幸次

②生殖補助医療の法制化と生命倫理

母体保護法審査委員会委員 大阪産婦人科医
会評議員 吉田茂樹

③母体保護法について

大阪府医師会理事 笠原幹司

平成26年度第2回研修会

平成27年2月7日 薬業年金会館

「胎児出生前診断の最前線」

関西医科大学産婦人科助教 笠松 敦

「婦人科腹腔鏡手術の現状と展望」

関西医科大学産婦人科診療教授 北 正人

平成26年度第4回周産期医療研修会

平成27年2月28日 あべのハルカス

テーマ: Fetal Growth Restriction (FGR)

生まれるまでと生まれてから

「FGRの出生前の管理」

国際医療福祉大学病院産婦人科 周産期セン
ター教授 松田義雄

「SGA (small-for-gestational age) 児の成長

大阪府済生会吹田病院小児 (内分泌) 科医長
井代 学

平成26年度集談会

平成27年3月14日

[産科] 座長: 泉大津市立病院 西尾順子

①「当院における出生前ベビードックの現状
と妊娠初期胎児精査について」藤田太輔, 佐野 匠, 大門篤史, 岡本敦子,
田中健太郎, 神吉一良, 鈴木裕介,
渡辺綾子, 寺井義人, 大道正英

(大阪医科大学)

②「出血や合併症の減少を目指した前置胎
盤・癒着胎盤に対する新しい試み」

松崎慎哉, 金川武司, 瀧内 剛,

柿ヶ野藍子, 高田友美, 熊澤恵一,

遠藤誠之, 木村 正 (大阪大学)

③「妊娠高血圧症候群に合併した高年初産の
周産期心筋症の1例」

柴田綾子, 中野瑛理, 石原あゆみ,

宮崎悠起子, 三上千尋, 陌間亮一,

武居智信, 田中達也, 丸尾伸之

(淀川キリスト教病院)

④「脊椎麻酔後の意識障害から脳腫瘍, 脳へ
ルニアの診断に至った精神疾患合併妊娠の
1症例」

札幌 恵, 梶谷耕二, 松木 厚,

西沢美奈子, 三田育子, 西本幸代, 田中和東,

中村博昭, 中本 収

(大阪市立総合医療センター)

⑤「当院における妊娠糖尿病の管理」

山田詩緒里, 福本まりこ, 康 文豪,

田原三枝, 英久仁子, 中村哲生

(住吉市民病院)

⑥「妊娠糖尿病例におけるインスリン抵抗性
に関する検討」

片山浩子, 沖 絵梨, 林 雅美, 北田紘平,

栗原 康, 羽室明洋, 寺田裕之, 中野朱美,

尾崎宏治, 橋 大介, 古山将康, 元山宏華,

福本真也, 絵本正憲 (大阪市立大学)

[婦人科] 座長: 大阪市立総合医療センター

川村直樹

①「組織型プラスミノゲン・アクチベータ
(t-PA) の投与で救命し得た術後急性肺塞
栓症の1例」

西居由布子, 中野雄介, 田坂玲子,

田村俊次, 梅咲直彦 (和泉市立病院)

②「卵巣粘液性腺癌でexpansile invasionと
診断され肺転移再発を来した1例」

村田紘未, 生駒洋平, 山中佳子, 溝上友美,

吉村智雄, 樫木 晋, 岡田英孝, 北 正人,

神崎秀陽 (関西医科大学)

③「当院における子宮頸癌センチネルリンパ
節生検の現況」

宮田明未, 辻なつき, 門上大祐, 瀬尾晃司,

- 花田哲郎, 出口真理, 山本瑠美子,
隅野朋子, 佛原悠介, 小蘭祐喜, 自見倫敦,
岩見州一郎, 寺川耕市, 永野忠義
(公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院)
- ④「帝王切開癒痕部に発生しPET-CTにて診断された絨毛癌の1例」
青木稚人, 鈴木彩子, 中井英勝, 辻 勲,
村上幸祐, 高矢寿光, 浮田真沙世,
小谷泰史, 島岡昌生, 飛梅孝子, 万代昌紀
(近畿大学)
- ⑤骨盤腹膜炎を契機に発症したA群 β 溶連菌によるToxic Shock-like Syndromeの1例
辻本麻美, 深山雅人, 松木 厚, 北山利江,
松木貴子, 和田夏子, 徳山 治, 川村直樹
(大阪市立総合医療センター)
- ⑥成熟嚢胞性奇形腫が原因と考えられた抗NMDA受容体脳炎の1例
柳井咲花, 橋口裕紀, 笠井真理, 福田武史,
市村友季, 安井智代, 角 俊幸
(大阪市立大学)

【奈良県】

奈良県産婦人科医会勉強会

平成26年4月24日(木) 奈良県医師会館
「上皮性卵巣癌」
奈良県立医科大学産科婦人科学講座助教
古川直人

奈良県産婦人科医会勉強会

平成26年5月15日(木) 奈良県医師会館
「腹腔鏡下手術の現状に関して—悪性手術への術式拡大—」
奈良県立医科大学産科婦人科学講座助教
棚瀬康仁

新生児蘇生法講習会

平成26年6月6日(金) 奈良県立医科大学

奈良県産婦人科医会学術講演会

平成26年6月26日(木) Le BENKEI
「Bevacizumab副作用マネジメントの実際, 他」
関西医科大学附属枚方病院消化器外科講師
岩本慈能, 他

新生児蘇生法講習会

平成26年7月4日(金) 奈良県立医科大学

平成26年度総会ならびに学術講演会

平成26年7月12日(土) 奈良県医師会館
総会
学術講演会 I
一般講演 ①

- 1)「発熱と胎児機能不全を呈したリステリア感染症合併妊娠の1例」
佐々木義和, 河 元洋, 神田蘭香,
石橋理子, 杉浦 敦, 平野仁嗣, 豊田進司,
井谷嘉男, 喜多恒和
(奈良県総合医療センター)
- 2)「筋強直性ジストロフィー合併妊娠の3例」
杉本ひとみ, 赤坂珠理晃, 中野和俊,
岩井加奈, 常見泰平, 重富洋志, 成瀬勝彦,

小林 浩 (奈良県立医科大学)

- 3)「妊娠20週に急性胆嚢炎にて腹腔鏡下手術後に遺伝性球状赤血球が判明した1例」

西岡和弘, 野口武俊, 梶原宏貴, 堀江清繁
(大和高田市立病院)

- 4)「母体血を用いた出生前遺伝学的診断(NIPT)の現状と課題」

重富洋志, 中野和俊, 杉本ひとみ,
大西俊介, 小川憲二, 岩井加奈, 重光愛子,
赤坂珠理晃, 常見泰平, 成瀬勝彦,

小林 浩 (奈良県立医科大学)

[2群]

- 5)「Pleomorphic hydatidiform mole」の提唱
清塚康彦¹⁾, 原田直哉²⁾

(きよ女性クリニック¹⁾, 市立奈良病院²⁾)

- 6)「パクリタキセル投与時に発生したGrade4のアレルギー反応の3症例」

大西俊介, 伊東史学, 杉本ひとみ,
森岡佐知子, 春田祥治, 棚瀬康仁,
川口龍二, 吉田昭三, 古川直人,

小林 浩 (奈良県立医科大学)

- 7)「FDG-PET/MRIによるがん検診を契機に発見された低悪性度子宮内膜間質肉腫」

大野澄美玲, 原田直哉, 延原一郎,
春田典子, 東浦友美, 渡辺英樹

(市立奈良病院)

- 8)「長期治療経過中の婦人科難治性癌の2症例」

今中聖悟, 藤本佳克, 丸山祥代, 山下 健
(大和郡山病院)

県産婦人科医会各種報告

1. 各種委員会報告について
2. 日本産科婦人科学会スプリングフォーラムについて
3. 「妊娠等悩み相談窓口」電話・メール相談事業の実施について
4. 「性暴力・性犯罪被害者への支援における連携・協力に関する協定」について
5. 妊婦救急搬送のための母体搬送コーディネーターの設置について
6. 奈良県総合医療センター (県立奈良病院) による新生児搬送について

7. 奈良県産婦人科医会新規入会者紹介

8. その他

学術講演会Ⅱ

一般講演 ②

[3群]

- 9)「巨大卵巣嚢腫に対し、腹腔鏡下卵巣嚢腫核出術が可能であった1例」

新納恵美子, 藪田真紀, 山口昌美,
貴志洋平, 谷口文章 (高の原中央病院)

- 10)「当院で施行している「5mmトロッカーからのセプラフィルム搬入法」の検討」

三木通保¹⁾, 松村直子¹⁾, 藤井温子¹⁾,
川田悦子¹⁾, 角 明子¹⁾, 関山健太郎¹⁾,
金本巨万¹⁾, 林 道治¹⁾, 安藤正明²⁾
(天理よろづ相談所病院¹⁾, 倉敷成人病センター²⁾)

- 11)「子宮腺筋症に対する子宮温存術後妊娠に関する当院での検討～どのような患者が恩恵を受けることが出来るのか?～」

貴志洋平^{1) 2)}, 新納恵美子^{1) 2)}, 藪田真紀¹⁾
(高の原中央病院¹⁾, 奈良県立医科大学²⁾)

- 12)「当科における婦人科手術手技の修練体制」

吉田昭三, 大西俊介, 杉本ひとみ,
森岡佐知子, 伊東史学, 春田祥治,
棚瀬康仁, 川口龍二, 古川直人,
小林 浩 (奈良県立医科大学)

招請講演

「ヒト繁殖生理の進化における雄と雌の葛藤」
総合研究大学院大学副学長 長谷川真理子

第93回臨床カンファレンス

平成26年7月31日 (木) 奈良ロイヤルホテル

「IUGRの管理と成人病胎児期発症説」

広島大学大学院医歯薬保健学研究院産科婦人科学教授 工藤美樹

母体保護法指定医師研修会 (奈良県医師会主催)

平成26年8月9日 (土) 奈良県医師会館

テーマ:「平成25年度日本医師会家族計画・母体保護法指導者講習会伝達講習会」

1. 「母体保護法の趣旨と適正な運用に関するもの」

奈良県産婦人科医会理事 高井一郎

2. 「医療安全・救急処置に関するもの」

奈良県産婦人科医会理事 橋本平嗣

3. 「生命倫理に関するもの」

奈良県立医科大学産科婦人科学教室助教
成瀬勝彦

片嶋純雄

ガイドライン2014伝達講習会

平成26年10月30日（木） 奈良県文化会館

「婦人科診療ガイドライン 産科編 2014, 他」

奈良県立医科大学産科婦人科学教室教授
小林 浩

奈良県産婦人科医会研修会

平成26年8月21日（木） ホテル日航奈良

「女性の尿失禁・骨盤臓器脱～生活指導・薬から手術まで～」

名古屋第一赤十字病院女性泌尿器科部長
加藤久美子

奈良県産婦人科医会学術講演会

平成26年11月6日（木） 奈良県医師会館

「骨粗鬆症治療の新展開」

独立行政法人労働者健康福祉機構横浜労災病院産婦人科部長 茶木 修

第94回臨床カンファレンス

平成26年9月11日（木） 奈良ロイヤルホテル

「遺伝性乳がん卵巣がん症候群(HBOC)の基礎」

四国がんセンター乳腺科 がん診断・治療開発部長 大住省三

奈良県産婦人科医会学術講演会

平成26年11月27日（木） 奈良ロイヤルホテル

「EP配合剤と静脈血栓症～最新知見と対策～」

愛知医科大学医学部産婦人科教室主任教授
若槻明彦

新生児蘇生法講習会

平成26年10月3日（金） 奈良県立医科大学

第7回奈良婦人科腫瘍カンファランス

平成26年10月18日（土） ホテル日航奈良

「子宮体がん治療の進歩と問題点」

九州がんセンター婦人科部長
齋藤俊章

奈良県産婦人科医会研修会

平成26年12月18日（木） 橿原ロイヤルホテル

「婦人科悪性腫瘍に対するダヴィンチ手術」

近畿大学医学部産科婦人科学教室教授
万代昌紀

新生児蘇生法講習会

平成26年12月20日（土） 奈良県医師会館

奈良県産婦人科医会学術講演会

平成26年10月23日（木） 奈良ホテル

「腹腔鏡下手術基本手技と婦人科疾患への手術戦略～子宮内膜症術後ホルモン」

倉敷成人病センター副院長 内視鏡センター長
安藤正明

奈良県産婦人科医会学術講演会

平成27年1月15日（木） 奈良県医師会館

「骨粗鬆症診療に関する最新の話題」

近畿大学医学部奈良病院整形外科・リウマチ科
教授 宗圓 聡

保険診療勉強会

平成26年10月30日（木） 奈良県文化会館

「最近の中央情勢と保険請求における注意点, 他」

近畿産科婦人科学会社会保険部会副会長

新生児蘇生法講習会

平成27年1月17日（土） 奈良県医師会館

奈良県産婦人科医会研修会

平成27年2月19日（木） 奈良県医師会館

「婦人科領域における制吐療法について」

静岡県立静岡がんセンター婦人科部長
平嶋泰之

第95回臨床カンファレンス

平成27年3月7日（土） 市立奈良病院

一般演題①

- 1) 「広汎子宮全摘術後に重症筋無力症のクレーゼを来した1症例」

大西俊介, 棚瀬康仁, 中野和俊, 岩井加奈,
山田有紀, 重富洋志, 春田祥治, 川口龍二,
吉田昭三, 古川直人, 小林 浩

(奈良県立医科大学)

- 2) 「病理診断が困難であったGCTに関連する充実性卵巣腫瘍の2例」

佐々木義和, 杉浦 敦, 神田蘭香,
石橋理子, 米田聡美, 平野仁嗣, 河 元洋,
豊田進司, 井谷嘉男, 喜多恒和

(奈良県総合医療センター)

- 3) 「Mucinous borderline tumorとの鑑別を要したMucinous carcinomaの1例」

今中聖悟, 丸山祥代, 藤本佳克, 山下 健

(大和郡山病院)

- 4) 「臍部再発を認めた粘液性境界悪性腫瘍の1例」

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

(大和高田市立病院¹⁾, 奈良県立医科大学²⁾)

- 5) 「腹腔鏡下に回収袋を用いて内容液の漏出なく摘出し得た卵巣境界悪性腫瘍の1症例」

新納恵美子¹⁾, 薮田真紀¹⁾, 山口昌美¹⁾,
貴志洋平¹⁾, 谷口文章¹⁾, 吉田昭三²⁾

(高の原中央病院¹⁾, 奈良県立医科大学²⁾)

一般演題②

- 6) 「EFL (endometrial focal lesion) の提唱とその背景について」

清塚康彦 (きよ女性クリニック)

- 7) 「子宮頸部胃型腺癌の1症例」

藤井温子, 関山健太郎, 松村直子,

川田悦子, 金本巨万, 三木通保, 林 道治

(天理よろづ相談所病院)

- 8) 「過大着床部—当院で経験した2例と文献

的考察—」

大野澄美玲, 原田直哉, 延原一郎,

春田典子, 東浦友美, 渡辺英樹

(市立奈良病院)

- 9) 「卵巣癌の術中に下大静脈フィルターの静脈穿孔を認めた1例」

山田有紀, 川口龍二, 岩井加奈, 重富洋志,

棚瀬康仁, 春田祥治, 吉田昭三, 古川直人,

小林 浩

(奈良県立医科大学)

奈良県産婦人科医会学術講演会

平成27年3月26日（木） ホテル日航奈良

「女性ヘルスケアにおける最近のトピックス」

東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科生
殖機能協学関学教授 久保田俊郎

【和歌山県】

第2回和歌山婦人科腫瘍研究会

平成26年4月11日（金）ホテルアバローム紀の国

・一般演題 1題

・教育講演

「進行大腸癌に対するペバシズマブ併用化学療法
～臨床経験に基づく副作用マネジメント～」
和歌山県立医科大学腫瘍制御・薬物治療学講
座准教授 堀田 司

・特別講演

「卵巣癌の化学療法～最近の話題～」
松江市立病院病院長 紀川純三

第10回和歌山ウロギネコロジー研究会

平成26年5月10日（土）ホテルアバローム紀の国

・講演 2題

・特別講演

「骨盤臓器脱診療と経腔メッシュ手術の落とし
穴体験」
名古屋第一赤十字病院女性泌尿器科部長
加藤久美子

第56回和歌山県産婦人科医会総会・学術集会・母
体保護法指定医師研修会

平成26年6月1日（日）和歌山県民文化会館

・一般演題 9題

・母体保護法指定医師研修会

「母体保護法の運用について」
和歌山県産婦人科医会理事 横田栄夫
「母体血を用いた出生前遺伝学的検査
（NIPT）の基礎を臨床」

大阪大学医学部産婦人科助教 藤田聡子

・特別講演

「子宮内膜症のNBM(Narrative Based Medicine)
を考える」
滋賀医科大学産科学婦人科学講座教授
村上 節

第11回和歌山県母性衛生学会総会・学術集会

平成26年7月5日（土）国保日高総合病院 診療

管理棟

・一般演題 7題

・ティータイムセミナー

「帝王切開」 国保日高総合病院 曾和正憲
・シンポジウム テーマ「VBAC」

1. 既往帝王切開妊産婦への援助

国保日高総合病院 大野まきみ

2. 帝王切開既往妊婦の経腔分娩（VBAC）に
ついて

日本赤十字社和歌山医療センター 坂田晴美

3. 当院における既往帝王切開妊婦の管理
～TOLAC施行例の検討～

国保日高総合病院 西森敬司

4. 緊急A帝王切開が超緊急であるために

～和歌山県立医科大学総合周産期母子医療
センターでの取り組み～

和歌山県立医科大学附属病院 南 佐和子

和歌山県紀北産婦人科講演会

平成26年7月12日（土）青洲の里

・特別講演

「産婦人科医における乳癌検診」
紀和プレストセンター センター長
梅村定司

和歌山市医師会・和歌山市産婦人科部会合同学術
講演会

平成26年8月23日（土）和歌山ビッグ愛

・特別講演

「診療所・病院のコーチング流マネジメント」
和歌山県立医大麻酔科 前教授 畑埜義雄

第41回和歌山周産期医学研究会

平成26年9月6日（土）和歌山ビッグ愛

・一般演題 6題

・特別講演

「出生前診断の現況とこれから」
兵庫医科大学産科婦人科准教授 澤井英明

第25回和歌山ウーマンズヘルス懇話会

平成26年9月13日（土）和歌山県民文化会館

・症例検討 2題

・特別講演

「EP配合剤と静脈血栓塞栓症 ～最新知見と対策～」

愛知医科大学医学部産婦人科学教室 主任教授
若槻明彦

平成26年度第57回和歌山県産婦人科医会学術集会、母体保護法指定医師研修会

平成26年11月1日（土）ガーデンホテル・ハナヨ

・母体保護法指定医師講習Ⅰ

「医療安全・救急処置—人工妊娠中絶手術を安全に行うために」

国保日高総合病院副院長 曾和正憲

・母体保護法指定医師講習Ⅱ

「産科救急疾患へのアプローチ」

和歌山県立医科大学産婦人科学教室

城 道久

・特別講演

「女性泌尿器科の臨床の実際」

海南医療センター副院長 小川隆敏

和歌山子宮内膜症セミナー

平成26年11月13日（木）ホテルグランヴィア和歌山

・一般講演 1題

・特別講演

「子宮内膜症の謎を探る—逆流経血とその免疫監視機構—」

高知大学医学部産科婦人科学講座教授

前田長正

第151回和歌山市産婦人科部会研修会

平成26年11月15日（土）和歌山ビッグ愛

・特別講演

「ARTと一般不妊治療」

岡本ウーマンズクリニック院長 岡本純英

領域別漢方セミナー 女性疾患と漢方

平成26年11月27日（木）和歌山県民文化会館

・特別講演

「婦人科診療に欠かせない漢方の知識—治る

治療の提供のために—」

大阪医科大学健康科学クリニック所長

後山尚久

第152回和歌山市産婦人科部会研修会

平成27年1月24日（土）和歌山ビッグ愛

・特別講演

「胎児心疾患・スクリーニングから分娩、そして治療」

国立循環器病センター周産期・婦人科部長

吉松 淳

和歌山HRTフォーラム

平成27年1月31日（土）ホテルグランヴィア和歌山

・特別講演

「婦人科術後管理のヘルスケア ～HRTの有用性をあわせて～」

大阪府立母子総合医療センター病院長

倉智博久

第40回日本臨床細胞学会和歌山県支部総会・学術集会

平成27年2月7日（土）和歌山JAビル

・一般演題 4題

スライドカンファランス

・教育講演Ⅰ

「泌尿器材料における各種集細胞法について」

大津赤十字病院 検査部 今村真治

・教育講演Ⅱ

「精度の良いマンモグラフィー検診—早期乳がん発見のために—」

中山レディースクリニック院長 中山 崇

女性アスリート診療のための講習会

平成27年2月14日（土）和歌山県民文化会館

講演① 女性のライフスタイルと疾病

～すこやかな人生を送るための月経とのつきあい方～

四季レディースクリニック院長 江夏亜希子

講演② 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

【兵庫県】

第42回和歌山周産期医学研究会

平成27年2月28日（土）和歌山ビッグ愛

・一般演題 9題

・特別講演

「新生児内分泌に関する最近の話題 ～早産児の甲状腺・副腎機能～」

京都大学小児科准教授 河井昌彦

第14回和歌山産婦人科病診連携研究会

平成27年3月14日（土）和歌山ビッグ愛

・一般演題 2題

・特別講演

「内視鏡手術のレジェンドを目指して—これまでの過程と進化から—」

谷川記念病院婦人科副院長 伊熊健一郎

第2回和歌山卵巣がん治療セミナー

平成27年3月20日（金）ホテルアバローム紀の国

・特別講演

「再発卵巣癌化学療法のアップデート」

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科生殖病態生理学准教授 小林裕明

第10回阪神婦人科・内分泌研究会

平成26年4月5日（土）都ホテルニューアルカイック

「精子学の研究と男性不妊症の診療」

兵庫医科大学生殖医療センター長 柴原浩章

神戸市感染症の会・ワクチンフォーラム2014

平成26年 4月24日（木）神戸市医師会館

「神戸市感染症・ワクチン関連情報」

神戸市保健福祉局医務課担当部長 白井千香

「日本における予防接種行政の現状」

神戸市医師会副会長 佐野公彦

神戸市産婦人科医会研修会

平成26年4月26日（土）神戸市医師会館

「産科一次施設における胎児超音波スクリーニングの実際-超音波検査士の活用とその効果」

小阪産病院理事長 竹村秀雄

播州産婦人科セミナー

平成26年5月17日（土）姫路商工会議所

「産科出血の管理—血流遮断か圧迫か?—」

順天堂大学医学部産科婦人科学講座教授 竹田 省

第55回日本卵子学会

平成26年5月17・18日 神戸国際会議場

“Evaluating and Manipulating the Human Oocyte –Implications for Modern Clinical Care”

President Pacific Fertility Center, San Francisco, USA Dr. Carl M Herbert

招請講演 1題, 教育講演 3題, 理事長講演

1題, 会長講演 1題, その他シンポジウム, 胚培養師セッション, Hot Topics, ランチオンセミナー, 一般演題 93題

第48回阪神周産期勉強会

平成26年5月22日（木）西宮市民会館

「NIPT（新型出生前診断）の実施状況について」

兵庫医科大学産科婦人科准教授 澤井英明
一般演題 2題

第13回兵庫産婦人科内視鏡手術懇話会

平成26年5月24（土）神戸国際会館
「骨盤臓器脱の腹腔鏡下手術について—TVM
手術との比較—」
明石市立市民病院産婦人科部長 草西 洋

尼崎市産婦人科医会学術講演会

平成26年5月31日（土）都ホテルニューアルカ
イック
「不妊症診療の標準化を目指して」
兵庫医科大学産科婦人科学講座教授 柴原浩章

第31回日本産科婦人科感染症研究会

平成26年6月7・8日
「感染防御と自然免疫—ペア型レセプターの役割」
大阪大学微生物病研究所免疫科学分野教授
荒瀬 尚

教育セミナー 3題

姫路産婦人科医会学術講演会

平成26年6月12日（木）ホテル日航姫路
「女性のうつと生涯～reproductive phaseを中
心に～」
東京女子医科大学病院神経精神科 内出容子

明石市産婦人科医会学術講演会

平成26年6月14日（土）ホテルキャッスルプラ
ザ西明石
「産婦人科医のための発生学」
京都大学大学院医学研究科付属先天異常標本
解析センター教授 山田重人

第18回西宮・芦屋産婦人科研修会

平成26年6月19日（木）酒蔵通り煉瓦館
「内腸骨バルーンカテーテルを併用した全前置
胎盤の帝王切開」
兵庫医科大学産科婦人科学内講師 武信尚史
「精液所見からみた男性不妊症治療の実際」

協立病院泌尿器科部長 近藤宣幸
「骨盤臓器脱について」
市立芦屋病院産婦人科部長 木村俊夫

第26回兵庫県母性衛生学会

平成26年6月21日（土）兵庫県医師会館
「母性看護専門看護師に期待される役割」
兵庫県立大学看護学部 工藤美子
「母性看護専門看護師の活動」
国立病院機構甲府病院母性看護専門看護師
八巻和子
一般演題 13題

第88回兵庫県産科婦人科学会

平成26年6月22日（日）兵庫県医師会館
「閉経物語—更年期医療の新たな展開—」
鹿児島大学医学部産科婦人科学教室教授
堂地 勉
一般演題 30題

尼崎市産婦人科医会学術講演会

平成26年6月28日（土）都ホテルニューアルカ
イック
「よりよい性のありかたを考える～性暴力被害
者支援センターの1年をふりかえって」
性暴力被害者支援センター・ひょうご代表
田口奈緒
「思春期男子のもやもや—思春期男子の性教育
25年の経験から—」
石川クリニック院長 石川英二

第7回兵庫県婦人科がん診療連携懇話会

平成26年7月5日（土）チサンホテル神戸
「婦人科悪性腫瘍に対するロボット手術の有用
性とその展望」
東京医科大学産婦人科教授 井坂恵一
一般演題 3題

兵庫県骨粗鬆症懇話会

平成26年7月17日（木）ANAクラウンプラザホ
テル

「女性医学からみた骨粗鬆症の取り扱い」
弘前大学医学部産婦人科学教授 水沼英樹
「骨粗鬆症治療—高齢骨粗鬆症患者治療を中心に—」
泉大津市立病院名誉院長 大阪市立大学名誉教授 三木隆己

第11回阪神婦人科・内分泌研究会

平成26年8月30日（土）ホテルホップインアミ
ング
「無月経と早発卵巣不全」
「あらゆる無月経に対するホルモン治療Q&A」
聖マリアンナ医科大学産婦人科学講師
五十嵐 豪

Japanese Society for the Advancement of Women's Imaging 第15回シンポジウム

平成26年9月5日（金）～6日（土）淡路夢舞台
国際会議場
「DWI疑問氷解」
東海大学工学部医用生体工学科教授
高原太郎

ランチョンセミナー 2題、イブニングセミナー 1題、ワークショップ 3題、シリーズ企画
病理教育セミナー 1題、ポスター発表 110題

第32回武庫川産婦人科セミナー

平成26年9月6日（土）ノボテル甲子園
「子宮内膜症の病態を探る—私たちの研究から見える新たな展望—」
大分大学産科婦人科教授 梶原久司
一般演題 14題

兵庫県産科婦人科学会研修会

平成26年9月7日（日）兵庫県医師会館
「女性のライフスタイルと疾病」
聖路加国際病院副院長 百枝幹雄
「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」
国立医学スポーツセンター 能勢さやか

尼崎市産婦人科医会学術講演会

平成26年9月20日（土）ホテルホップインアミ
ング
「女性ホルモン剤と肺塞栓症—安全処方に向けて—」
浜松医療センター院長 小林隆夫

姫路産婦人科医会学術講演会

平成26年9月25日（木）姫路商工会議所
「卵巣腫瘍の超音波診断」
産科・婦人科小国病院顧問 赤松信雄

神戸市産婦人科医会学術講演会

平成26年9月27日（土）神戸市医師会館
「オフィスギネコロジーで使える骨盤底医学の知識」
大阪市立大学産科学婦人科学教授 古山将康

播磨産婦人科漢方研究会

平成26年10月2日（木）ホテル日航姫路
「頭頸部領域の漢方治療」
高島病院耳鼻咽喉科 柿添亜矢

第11回周産期新生児感染症研究会

平成26年10月9日（木）神戸大学医学部付属病院
「子宮内感染と新生児の予後」
北海道大学病院周産母子センター診療教授
長 和俊
一般演題 1題

播磨産婦人科内分泌研究会

平成26年10月18日（土）ホテル日航姫路
「PCOSの診断と治療」
兵庫医科大学生殖医療センターセンター長
柴原浩章

第49回阪神周産期勉強会

平成26年10月23日（木）西宮市民会館
「妊婦健診の新しい考え方～便利と安全の分離のために～」
大阪大学大学院医学系研究科産科学婦人科学

教授 木村 正

一般演題 3題

播州産婦人科セミナー学術講演会

平成26年10月25日（土）姫路商工会議所

「産婦人科領域における最新の超音波診断」

順天堂大学医学部附属浦安病院院長

吉田幸洋

西宮市医師会産婦人科医会研修会

平成26年10月25日（土）ノボテル甲子園

「産褥出血に対する対応—IVRを中心に—」

岐阜大学大学院医学系研究科産科婦人科学分

野教授 森重健一郎

特別講演 1題

平成26年度 第1回周産期セミナー

平成26年10月29日（水）兵庫医科大学

「出生前遺伝学的検査における超音波の役割」

北海道大学大学院医学系研究科総合女性医療
システム学講座特任教授 山田崇弘

一般演題 1題

第19回兵庫県骨・カルシウムを語る会

平成26年11月13日（木）ANAクラウンプラザ
ホテル

「産婦人科医からみた骨粗鬆症治療」

産育会堀病院産婦人科 五來逸雄

一般演題 3題

明石市産婦人科医会学術講演会

平成26年11月15日（土）ホテルキャッスルプラ
ザ西明石

「内科医に負けない臨床検査の見方」

兵庫医科大学臨床検査医学主任教授

小柴賢洋

「EP製剤再考」

川崎医科大学産婦人科学教室主任教授

下屋浩一郎

兵庫県産科婦人科学会研修会

平成26年11月20日（木）神戸ポートピアホテル

「女神・アトランタの末裔たち—女性アスリートと月経トラブル—」

四季レディースクリニック院長 江夏亜希子

第2回阪神周産期フォーラム

平成26年11月22日（土）ホテル竹園芦屋

「保険審査についての質疑応答」

県立西宮病院産婦人科部長 信永敏克

一般演題 3題

尼崎市産婦人科医会学術講演会

平成26年11月29日（土）都ホテルニューアルカイック

「子宮内膜症治療UP DATE」

鳥取大学器官制御外科学講座生殖機能医学分
野教授 原田 省

日本性感染症学会第27回学術大会

平成26年12月6（土）、7日（日）神戸国際会議場

「日本における性感染症の実数について—厚労
科研センチネルサーベイランスから—」

帝京科学大学医療科学部看護学科 斉藤益子
会長講演2題、特別講演 2題、招請講演 4題、
教育講演 10題、シンポジウム 4題

兵庫県産科婦人科学会研修会

平成26年12月6日（土）兵庫県医師会館

「平成26年度勤務医対象の保険講習会」

武居レディースクリニック 武居勝信

演題 5題

姫路産婦人科医会学術講演会

平成26年12月11日（木）ホテル日航姫路

「LNG—IUSの臨床応用～効果と適応を考える～」

倉敷平成病院婦人科 太田郁子

兵庫県周産期医療研修会

平成26年12月13日（土）兵庫県医師会館

「ウィルス母子感染の臨床—インフルエンザウ

「ウイルスとサイトメガウイルス」

神戸大学大学院医学系研究科特命教授

森岡一朗

一般演題 2題

第5回神戸産婦人科臨床フォーラム

平成27年1月10日（土）神戸ポートピアホテル

「胎児心臓超音波の役割」

国立循環器病研究センター周産期・婦人科部長

吉松 淳

一般演題 8題

神戸市産婦人科医会学術講演会

平成27年1月15日（木）神戸市医師会館

「保険審査委員・医療安全委員会合同懇談会」

益子産婦人科医院院長 益子和久

北神三田産婦人科連携フォーラム

平成27年1月31日（土）有馬グランドホテル

「母子感染の実態と対策」

神戸大学大学院医学系研究科外科講座産科婦

人科学分野教授 山田秀人

一般演題 4題

第11回兵庫県女性のQOLと生活習慣病を考える会

平成27年2月12日（木）ANAクラウンプラザ

ホテル神戸

「睡眠と生活習慣病」

石金病院副院長 香坂雅子

一般演題 1題

第7回神戸シンポジア

平成27年2月14日（土）神戸東急イン

「アバスタチンに求められるもの—当科の卵巣癌治療例を通して—」

神戸大学大学院医学系研究科外科講座産科婦

人科学分野准教授 蝦名康彦

播州産婦人科セミナー

平成27年2月14日（土）姫路商工会議所

「子宮内膜症に関する最新の知見と治療法の新

展開」

東京大学医学部付属病院女性外科教授

大須賀 穰

芦屋市・神戸市灘区・東灘区産婦人科医会学術講演会

平成27年2月19日（木）神戸ベイシェラトン&タワーズ

「差がつく子宮内膜症診療：管理のコツと病診連携」

関西医科大学付属枚方病院婦人科内視鏡外科教授 北 正人

平成26年度母体保護法伝達講習会

平成27年2月22日（日）、3月5日（木）兵庫県医師会館 他

「人口減少社会の克服～妊娠・出産から子育てへの切れ目ない支援システムの構築～」

兵庫県母体保護法指定医師審査委員長

足高善彦

シンポジウム 5題

周産期医療事例検討会

平成27年2月28日（土）兵庫県医師会館

「高齢妊娠に関わる諸問題」

兵庫医科大学小児科学教室教授 竹島泰弘

一般演題 11題

第12回周産期新生児感染症研究会

平成27年3月5日（木）神戸大学医学部新緑会館

「HTLV-1, HIV等のレトロウィルスの母子感染」

長崎大学病院小児科教授 森内浩幸

一般演題 1題

第15回関西出生前診療研究会

平成27年3月7日（土）兵庫医科大学

「神経芽腫の細胞分子遺伝学」

神戸大学大学院医学系研究科地域社会医学・

健康科学講座疫学分野准教授 西村範行

「新しい出生前画像診断としての胎児CTについて」

国立生育医療研究センター放射線科医長

宮 寄 治

一般演題 4題

第20回兵庫県性感染症研究会

平成27年3月14日（土）ラッセホール

「淋菌の逆襲」

国立感染研究所細菌第一部部長 大西 真

「潜伏感染の達人HPVによる発癌メカニズム
とその治療戦略」

金沢医科大学産科婦人科学教授 笹川寿之

一般演題 3題

第12回阪神婦人科・内分泌研究会

平成27年3月28日（土）ノボテル甲子園

「生殖臓器と卵巣機能を失った人へのケア—

HRTの重要性と問題点—」

岐阜大学医学部附属病院産科婦人科学教授

森重健一郎

特別講演 2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。編集に携わっている委員各位ならびに編集室も会員の先生方のご指導により、充実した「産婦人科の進歩」誌を発刊できることを心よりうれしく思っております。

「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100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。

さて、2017年から日本専門医機構が認定する専門医制度がスタートしますが、今年は過渡期にあたりますので、多くの先生が右往左往しているようです。若い医師を育てるためにも上級医は臨床・教育・研究すべてにわたって理論的で、かつ科学的な診療態度を見せる必要があります。このような背景を受け、最近の本誌への投稿論文数が急増しており、われわれ編集担当としてはうれしい悲鳴を上げております。

医療と医学は車の両輪であり、切り離すことはできません。これからの医師にはアートとサイエンスを学んでほしいと願っております。日夜臨床でお忙しい若手医師に論文を書いて投稿してくださいと申し上げるのは大変心苦しいものがあります。しかし、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。これを繰り返すと学会発表のプレゼンも上手になります。常任編集委員の諸先生方がAssociate editorとしてマンツーマンで懇切丁寧に指導し、「major revision」から最後には完成品として「accept」されるように、温かく見守りながら指導させていただいております。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27年10月

編集委員長 小林 浩

「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	岩佐 弘一	岩破 一博	岩橋 正明	大井 豪一
大道 正英	岡田 英孝	亀谷 英輝	神崎 秀陽	喜多 伸幸	北脇 城
木村 正	小西 郁生	◎小林 浩	古山 将康	澤井 英明	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
馬場 長	松尾 博哉	松村 謙臣	万代 昌紀	南 佐和子	村上 節
森田 宏紀	山崎 峰夫	山田 秀人	山本嘉一郎	矢本 希夫	吉田 昭三

「産婦人科の進歩」常任編集委員（敬称略）

市村 友季	岩佐 弘一	岩橋 正明	大井 豪一	岡田 英孝	金村 昌徳
喜多 伸幸	◎小林 浩	澤井 英明	辻 勲	筒井 建紀	松村 謙臣
森田 宏紀	八木 重孝	山本嘉一郎	吉岡 信也	吉田 昭三（幹事）	

第67巻投稿論文レフェリー（敬称略）

井谷 嘉男	岡田 十三	岡田 英孝	金本 巨万	金村 昌徳	亀谷 英輝
金山 清二	川口 龍二	川又 靖貴	木下 由之	木村 文則	越山 雅文
佐道 俊幸	澤井 英明	澤田 守男	重富 洋志	鈴木 彩子	左右田裕生
平久 進也	高橋 良樹	竹内 康人	橘 大介	巽 啓司	辻 勲
辻 俊一郎	鏑本 浩志	寺川 耕市	寺田 裕之	富田 純子	豊田 進司
中川 哲也	中村 光作	成瀬 勝彦	西 丈則	延原 一郎	陌間 亮一
馬場 長	原田 直哉	春田 祥治	藤澤 秀年	松村 謙臣	馬淵 泰士
溝上 友美	南 佐和子	南口早智子	八木 重孝	安田 勝彦	山口 聡
山下 能毅	山田 嘉彦	矢本 希夫	吉岡 信也	吉田 隆昭	吉野 潔

平成27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27年 6月30日より)

【周産期研究部会】

(◎は代表世話人)

◎木村 正	大阪大学
赤松 信雄	小国病院
石井 桂介	大阪府立母子保健総合医療センター
井上 貴至	東近江総合医療センター
井上 泰英	花山ママクリニック
岩破 一博	京都府立医科大学
遠藤 誠之	大阪大学
大久保智治	京都第一赤十字病院
大橋 正伸	なでしこレディースホスピタル
荻田 和秀	りんくう総合医療センター
小野 哲男	滋賀医科大学
笠松 敦	関西医科大学
金川 武司	大阪府立母子保健総合医療センター
亀谷 英輝	済生会吹田病院
神吉 一良	大阪医科大学
神崎 徹	神崎レディースクリニック
喜多 伸幸	済生会滋賀県病院
小谷 泰史	近畿大学
近藤 英治	京都大学
佐藤 幸保	大津赤十字病院
澤井 英明	兵庫医科大学
樫木 晋	関西医科大学
重富 洋志	奈良県立医科大学
島岡 昌生	近畿大学
左右田裕生	済生会兵庫県病院
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
平久 進也	神戸大学
武内 享介	神戸医療センター
橘 大介	大阪市立大学
田中 宏幸	兵庫医科大学
谷村 憲司	神戸大学
津崎 恒明	公立八鹿病院
辻 俊一郎	滋賀医科大学
常見 泰平	奈良県立医科大学
出口 雅士	神戸大学

富松 拓治	大阪大学
中後 聡	高槻病院
中本 収	大阪市立総合医療センター
成瀬 勝彦	奈良県立医科大学
野口 武俊	大和高田市立病院
初田 和勝	近江八幡市立総合医療センター
原田佳世子	兵庫医科大学
久 靖男	久産婦人科
平野 仁嗣	奈良県総合医療センター
藤田 浩平	日本バプテスト病院
藤田 太輔	大阪医科大学
藤原葉一郎	京都市立病院
船越 徹	兵庫県立こども病院
古川 健一	橋本市市民病院
房 正規	加古川市市民病院
堀江 清繁	大和高田市立病院
三枚 卓也	大阪市立大学
八木 重孝	和歌山県立医科大学
安尾 忠浩	京都府立医科大学
山崎 峰夫	医療法人社団純心会パルモア病院
山田 秀人	神戸大学
山杣 誠一	阪南中央病院
由良 茂夫	由良産婦人科小児科医院
吉松 淳	国立循環器病センター
早田 憲司	愛染橋病院

【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	兵庫医科大学
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	大阪がん予防検診センター
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 大久保病院
 郭 翔志 東近江総合医療センター
 加藤 容子 兵庫医科大学
 金村 昌徳 大阪医科大学
 上浦 祥司 大阪府立成人病センター
 川口 龍二 奈良県立医科大学
 川村 直樹 大阪府立総合医療センター
 喜多 恒和 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
 小西 郁生 京都大学
 澤田健二郎 大阪大学
 澤田 守男 京都府立医科大学
 角 俊幸 大阪府立大学
 高橋健太郎 滋賀医科大学地域周産期医療学講座
 竹村 昌彦 大阪府立急性期・総合医療センター
 谷本 敏 和歌山労災病院
 辻 芳之 神戸アドベンチスト病院
 鐸本 浩志 兵庫医科大学
 寺井 義人 大阪医科大学
 豊田 進司 奈良室生村田口診療所（奈良
 医大より出向）
 中井 英勝 近畿大学
 中川 哲也 滋賀医科大学
 中島 徳郎 中島レディースクリニック
 永野 忠義 北野病院
 西 丈則 公立那賀病院
 馬場 長 京都大学
 林 道治 天理よろづ相談所病院
 樋口 壽宏 滋賀県立成人病センター
 平松 恵三 平松産婦人科クリニック
 藤田 宏行 京都第二赤十字病院
 藤原 潔 兵庫県立がんセンター
 松村 謙臣 京都大学
 馬淵 泰士 和歌山県立医科大学
 万代 昌紀 近畿大学
 宮原 義也 神戸大学
 森田 宏紀 神戸大学
 安井 智代 大阪府立大学

山崎 正明 神鋼病院
 山下 健 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
 吉野 潔 大阪大学
 吉村 智雄 関西医科大学
 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
 岩佐 弘一 京都府立医科大学
 岩橋 栄 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
 岡田 英孝 関西医科大学
 尾崎 宏治 大阪市立大学
 片山 和明 英ウィメンズクリニック
 加藤 徹 兵庫医科大学
 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
 佐藤 朝臣 神戸赤十字病院
 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
 杉並 興 京都大学
 高島 明子 滋賀医科大学
 武田 卓 近畿大学東洋医学研究所
 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
林	篤史	大阪医科大学
林	正美	大阪医科大学
久本	浩司	大阪警察病院
藤野	祐司	なかむらレディースクリニック
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
宮崎	和典	宮崎レディースクリニック
村上	節	滋賀医科大学
森實	真由美	神戸大学
森本	義晴	HORAC グランフロント大 阪クリニック
安田	勝彦	関西医科大学附属滝井病院
山下	能毅	宮崎レディースクリニック
吉田	昭三	大阪暁明館病院
吉村	智雄	関西医科大学
和田	龍	兵庫医科大学

産婦人科の進歩 第67巻 総目次

原 著

- 海野ひかり他：腹式子宮全摘出術と腔式子宮全摘出術の組織侵襲に関する検討…………… 1号 (1)
- 鈴木 陽介他：ゲメプロストを用いた後期人工流産処置時の出血リスク因子の検討…………… 2号 (47)
- 北澤 純他：産褥産道血腫の管理方法についての検討
 一産褥外陰・陰壁・後腹膜血腫28症例の管理経験から…………… 3号 (241)
- 小西 博巳他：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…………… 3号 (247)
- 吉岡 弓子他：当科で骨盤除臓術を施行した22症例の後方視的検討および文献的考察…………… 3号 (254)
- 堀江 昭史他：子宮内膜症合併不妊女性に対する腹腔鏡手術後の自然妊娠の可能性をEndometriosis
 Fertility Indexで予測できるか…………… 3号 (264)

症 例 報 告

- 坂本 能基他：再発卵巣癌治療後7年目に膀胱内腫瘍を形成した明細胞腺癌の1例…………… 1号 (7)
- 角張 玲沙他：閉経後に多量の腹腔内貯留液を伴って発見された巨大卵巣血腫の症例…………… 1号 (14)
- 松木 厚他：ヘパリン起因性血小板減少症 (HIT) をきたした肺動脈血栓症合併卵巣癌の2例…………… 1号 (21)
- 辻 芳之他：血中女性ホルモン高値を伴う充実性腫瘍のため成人型顆粒膜細胞腫を疑った
 腺線維型卵巣明細胞癌の2例…………… 1号 (28)
- 徳山 治他：Female adnexal tumor of probable wolffian origin (FATWO) の1症例…………… 2号 (53)
- 大野澄美玲他：FDG-PET/MRIを用いたがん検診を機に発見された低悪性度子宮内膜間質肉腫…………… 2号 (60)
- 新垣 加奈他：妊娠14週まで無症状で継続した後、急性腹症を呈した卵管膨大部妊娠の1症例…………… 2号 (67)
- 横井恵理子他：当院で経験した境界悪性傍卵巣腫瘍の1例…………… 2号 (74)
- 細川 麻耶他：腹水濾過濃縮再静注法が著効した重症卵巣過剰刺激症候群の1例…………… 2号 (80)
- 宮崎のどか他：腹腔鏡下手術後に晩期再発した卵巣顆粒膜細胞腫の1例…………… 2号 (86)
- 恒遠 啓示他：茎捻転による急性腹症を伴った腫瘍内容液が13kgの巨大卵巣囊腫を腹腔鏡下に
 治療し得た1例…………… 2号 (95)
- 李 泰文他：子宮体部から漿膜側へ有茎性に発育した子宮内膜間質肉腫の1例…………… 2号 (101)
- 伊藤 宏一他：放射線療法が奏効した子宮頸部コンジローマ様癌の1例…………… 2号 (107)
- 松浦 美幸他：長期ステロイド使用中のSLE合併妊婦に腰椎圧迫骨折が生じた1例…………… 2号 (114)
- 柳井 咲花他：臍帯付着部近傍に発生した胎盤血腫の1例…………… 2号 (120)
- 砂田 真澄他：腹腔鏡手術を施行したfemale adnexal tumor of probable Wolffian origin (FATWO)
 の1例…………… 2号 (126)
- 木戸 健陽他：SIADH, Cushing 症候群を併発した子宮頸部小細胞癌の1例…………… 2号 (130)
- 三宅 達也他：ART治療における卵巣過剰刺激症候群に対するCabergolineの予防効果の検討…………… 3号 (270)
- 松木 貴子他：子宮平滑筋肉腫の肺転移とするか、良性転移性平滑筋腫とするか、診断ならびに
 取り扱いに苦慮した子宮類上皮平滑筋腫瘍の1例…………… 3号 (276)
- 松本 有紀他：ホルモン補充療法後に部分的に下垂体機能が回復した産褥早期発症の
 Sheehan症候群の1例…………… 3号 (285)
- 中川江里子他：脳腫瘍を合併したmyomatous erythrocytosis syndromeの1例…………… 3号 (291)
- 佐藤 幸保他：膀胱子宮内膜症に対する腹腔鏡補助下膀胱鏡下膀胱部分切除術
 —laparoscopic and endoscopic cooperative surgery (LECS) の1例…………… 3号 (301)

- 野田穂寿美他：輸血後に行った単純子宮全摘出術後に可逆性後頭葉白質脳症（PRES）を発症した
子宮筋腫の1例…………… 3号（307）
- 古賀 祐子他：分娩中に発症し、救命しえた羊水塞栓症の1例…………… 4号（381）
- 宮本真由子他：巨大絨毛膜下血腫を合併し予後不良となった1症例（英文）…………… 4号（388）
- 中村 春樹他：多剤耐性結核合併妊娠の1例…………… 4号（394）
- 中江 彩他：妊娠25週と30週にS-1/CDDP化学療法を施行した進行胃癌合併妊娠の1症例…………… 4号（400）
- 小林 弘尚他：妊娠初期に発症したリステリア敗血症の1例（英文）…………… 4号（405）

臨床の広場

- 田辺 晃子、大道 正英：婦人がん術後の生涯管理の重要性…………… 1号（33）
- 出口 雅士：妊娠中のサイトメガロウイルス検査とその解釈…………… 2号（140）
- 吉野 潔他：リスク低減卵巣卵管摘出術に関する最近の話題…………… 3号（362）
- 伊東 史学：子宮頸癌術後の補助療法について—現状と今後の展望—…………… 4号（410）

今日の問題

- 谷崎 優子、井篁 一彦：悪性卵巣腫瘍の原発病巣評価におけるPET/CTの有用性…………… 1号（37）
- 棚瀬 康仁：本邦における婦人科悪性腫瘍に対する腹腔鏡下手術…………… 2号（145）
- 井上 佳代：子宮体癌関連遺伝性腫瘍—リンチ症候群とカウデン症候群について…………… 3号（368）
- 鈴木 彩子：腹腔鏡下子宮筋腫核出術時に電動モルセレータを安全に使用するために
大切なこと…………… 4号（414）

会員質問コーナー

- (266) 妊娠中の漢方療法について…………… 樽本 祥子 1号（39）
- (267) 妊娠と薬外来とは…………… 安尾 忠浩 1号（40）
- (268) 卵巣予備能について…………… 林 正美 2号（149）
- (269) 妊娠初期の胎児精密超音波検査について…………… 峯川 亮子 2号（150）
- (270) 産婦人科で扱う皮膚悪性腫瘍の治療について…………… 橋口 裕紀 3号（371）
- (271) 妊婦の細菌性陰症の取り扱いについて…………… 島岡 昌生 3号（372）
- (272) 腹腔鏡下子宮体癌根治手術について…………… 吉村 智雄 4号（418）
- (273) 伝染性紅斑流行時の妊婦健診における留意点について…………… 蝦名 康彦 4号（419）

学術集会

- 第132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（159）
- 第133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（491）

研究部会記録

第131回近畿産科婦人科学会第100回腫瘍研究部会記録

テーマ「がん治療における妊娠能温存」

- 鈴木 直：卵巣組織凍結・移植の安全性と有効性について
—エジンバラ・セレクション・クライテリア…………… 3号（317）
- 神田 蘭香他：子宮頸部上皮内病変に対するLEEP後の周産期予後に関する検討…………… 3号（321）

郭 翔志他：妊孕性温存希望のある女性に対するLEEPを用いた円錐切除術の有用性の検討	3号	(323)
山田 有紀他：当院における子宮体癌および子宮内膜異型増殖症に対する妊孕性温存療法の治療成績	3号	(326)
村田 紘未他：高用量MPA療法後に体外受精により妊娠分娩に至った複雑型子宮内膜異型増殖症の1例	3号	(329)
片山 晃久他：高用量MPA療法により分娩に至った若年子宮内膜癌の1例	3号	(333)
重富 洋志他：子宮体部病変に対する極細複合型光ファイバ内視鏡システムの開発	3号	(337)
古形 祐平他：若年初期卵巣癌患者に対する妊孕性温存を目的としたstaging laparotomy	3号	(340)
菅原 拓也他：未熟奇形腫治療後に妊娠・分娩に至った1例	3号	(344)
高矢 寿光他：卵巣癌術後化学療法におけるGnRHアナログの卵巣機能保護についての検討	3号	(347)

第131回近畿産科婦人科学会周産期研究部会記録

テーマ「周産期における感染症」

藤原葉一郎他：切迫流早産におけるマイコプラズマ感染症の関与	3号	(353)
伊藤 拓馬他：妊娠16週のカンジダ菌血症・臨床的絨毛膜羊膜炎に対し抗真菌剤が奏効した1例	3号	(354)
沖 絵梨他：当科で管理した妊娠34週未満のpreterm-PROMの検討	3号	(355)
上中 美月他：症候性先天性サイトメガロウイルス感染に対する免疫グロブリンを用いた胎児治療	3号	(357)
坂本 美友他：当科で経験した淋菌およびクラミジア頸管炎、VAIN1を併発した若年初産婦の1例	3号	(358)
西川 愛子他：妊娠中にマイコプラズマ感染による血小板減少をきたした1例	3号	(361)

評 議 員 会 ・ 総 会 記 録

評議員会	4号	(421)
総会	4号	(426)
平成26年度日誌抄	4号	(427)
平成26年度決算報告	4号	(437)
平成27年度予算	4号	(442)
平成26年度「産婦人科の進歩」編集報告	4号	(443)

医 会 報 告

平成26年度各府県別研修状況	4号	(451)
----------------	----	-------

雑 報

会員の皆様へ	4号	(474)
--------	----	-------

諸 規 定

会則	4号	(444)
諸規定	4号	(446)
投稿規定他	1号 (41), 2号 (152), 3号 (374), 4号 (484)	

Subject Index Adv Obstet Gynecol, Volume67, 2015

■ORIGINAL

- Hikari UNNO et al. : Tissue trauma in abdominal and vaginal hysterectomy No.1 (1)
- Yosuke SUZUKI et al. : Study on risk factors for bleeding associated with midtrimester pregnancy termination induced by gemeprost No.2 (47)
- Jun KITAZAWA et al. : Retrospective study on the management of postpartum hematoma No.3 (241)
- Hiromi KONISHI et al. : Endometrioid adenocarcinoma arising from uterine adenomyosis : a report of eight cases No.3 (247)
- Yumiko YOSHIOKA et al. : Retrospective analysis of 22 cases who underwent pelvic exenteration for gynecological malignancies and review of literatures No.3 (254)
- Akihito HORIE et al. : Prediction of possibility of non-IVF pregnancy after laparoscopic surgery in infertile women with endometriosis using Endometriosis Fertility Index No.3 (264)

■CASE REPORT

- Yoshiki SAKAMOTO et al. : Late relapse of clear cell adenocarcinoma in the bladder seven years after treatment of recurrent ovarian cancer-a case report .. No.1 (7)
- Reisa KAKUBARI et al. : A case of large postmenopausal ovarian tumor with massive peritoneal fluid No.1 (14)
- Atsushi MATSUKI et al. : Two cases of heparin-induced thrombocytopenia in ovarian cancer complicated with pulmonary arterial thrombosis No.1 (21)
- Yoshiyuki TSUJI et al. : Two cases of adenofibromatous ovarian clear cell carcinoma with high serum estrogen level No.1 (28)
- Osamu TOKUYAMA et al. : Female adnexal tumor of probable wolffian origin : a case report No.2 (53)
- Sumire OHNO et al. : A case of low-grade endometrial stromal sarcoma detected by FDG-PET/MRI cancer screening No.2 (60)
- Kana SHINGAKI et al. : A case of tubal pregnancy presenting with acute abdomen at 14 weeks gestation No.2 (67)
- Eriko YOKOI et al. : Paraovarian tumor of borderline malignancy : a case report No.2 (74)
- Maya HOSOKAWA et al. : A case of severe ovarian hyperstimulation syndrome treated with cell-free and concentrated ascites reinfusion therapy (CART) .. No.2 (80)
- Nodoka MIYAZAKI et al. : A case of late recurrence of a granulosa cell tumor of the ovary after laparoscopic surgery No.2 (86)
- Satoshi TSUNETOH et al. : Laparoscopic management of torsion of an ovarian cyst with 13kg of tumor liquid No.2 (95)
- Yasufumi RI et al. : A case of exophytic and pedunculated uterine high-grade endometrial stromal sarcoma No.2 (101)

- Koichi ITO et al. : A case of condylomatous carcinoma of the uterine cervix treated with radiotherapy..... No.2 (107)
- Miyuki MATSUURA et al. : A case of lumbar compression fractures in a pregnant woman with systemic lupus erythematosus No.2 (114)
- Sakika YANAI et al. : Placental hematoma occurring at the placental cord insertion site : a case report No.2 (120)
- Masumi SUNADA et al. : A case of female adnexal tumor of probable Wolffian origin (FATWO) treated with laparoscopic surgery..... No.2 (126)
- Takeharu KIDO et al. : A case of small cell carcinoma of the uterine cervix with syndrome of inappropriate antidiuretic hormone secretion and Cushing's syndrome No.2 (130)
- Tatsuya MIYAKE et al. : The effectiveness of cabergoline for preventing ovarian hyperstimulation syndrome in the ART cycle No.3 (270)
- Takako MATSUKI et al. : Difficulty distinguishing benign metastasizing leiomyoma from pulmonary metastasis of leiomyosarcoma in a patient with uterine epithelioid smooth muscle tumor No.3 (276)
- Yuki MATSUMOTO et al. : A case of Sheehan's syndrome in early postpartum period presenting partial recovery of pituitary function after immediate steroid replacement therapy No.3 (285)
- Eriko NAKAGAWA et al. : A case of myomatous erythrocytosis syndrome complicated with brain tumor No.3 (291)
- Yukiyasu SATO et al. : Laparoscopy-assisted cystoscopic partial cystectomy against bladder endometriosis : An example of laparoscopic and endoscopic cooperative surgery (LECS) No.3 (301)
- Hozumi NODA et al. : A case of posterior reversible encephalopathy syndrome (PRES) after blood transfusion and hysterectomy in a patient with uterine myoma No.3 (307)
- Yuko KOGA et al. : A case of a patient who had amniotic fluid embolism during labor but who was successfully resuscitated with severe neurological sequelae No.4 (381)
- Mayuko MIYAMOTO et al. : Adverse outcome complicated with massive subchorionic hematoma following in vitro fertilization No.4 (388)
- Haruki NAKAMURA et al. : A case of pregnancy complicated by multidrug-resistant tuberculosis No.4 (394)
- Aya NAKAE et al. : A case of advanced gastric cancer in pregnancy that gave S-1/CDDP chemotherapy at 25 weeks and 30 weeks of gestation..... No.4 (400)
- Hironao KOBAYASHI et al. : A case of *Listeria* sepsis in the first trimester of pregnancy No.4 (405)

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も、編集委員会が承認され、所定の掲載料を支払ったものは受けつける。

2. 投稿内容

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

- ・投稿原稿の種類：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、各著者の所属する大学・病院等での倫理委員会等の証明を請求される場合がある。

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、1000語以内の英文抄録および英文Key words（5語以内）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語以内）、Key words（5語以内）、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用紙で出力する。

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。臨産婦産、60：134-139, 2006。

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

b. 単行本:

著者名: 書名, 開始頁-終了頁, 出版社, 発行地, 発行西暦年.

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

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

c. 全集または分担執筆:

執筆者名: 題名, “全書名” 編者名, (巻数), 開始頁-終了頁, 出版社, 発行地, 発行西暦年.

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

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

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

6) 図表: 適切なソフト (Excel, Power Point, Photoshop等) を用いて作成し, 通しナンバーを付して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

(注意事項)

- * 1 研究部会二次抄録は査読制を敷いておりませんので, 専門医認定審査や専攻医指導施設基準認定のための対象論文にはなっておりません.
- * 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27年10月1日

近畿産科婦人科学会編集委員会

委員長 小林 浩

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 小林 浩

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133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27年10月25日（日）

会 場：ノボテル甲子園

近畿産科婦人科学会 会長	大 橋 正 伸
学術集会会長	柴 原 浩 章

（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133回近畿産科婦人科学会学術集会 ご 案 内

会 期：平成27年10月25日（日）

会 場：ノボテル甲子園

〒663-8166 西宮市甲子園高潮町3-30 TEL：0798-48-1111 FAX：0798-48-1111

第1会場：鳴尾の間（1F）

（開会式，生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会，指導医講習会1・2，
ランチョンセミナー1，教育講演1・2）

第2会場：甲陽西（2F）

（周産期研究部会，ランチョンセミナー2，日産婦医会委員会ワークショップ）

第3会場：甲陽東（2F）

（腫瘍研究部会，教育講演3）

「指導医講習会」について

開催日時：平成27年10月25日（日）

指導医講習会1 11：35～12：20 指導医講習会2 13：40～14：25

会 場：第1会場

*指導医講習会1，2両方に参加された場合のみ受講されたこととみなされますので，下記のとおり必ず2回受付をしてください。

①指導医講習会1の受付：指導医講習会1の開始15分前から開始10分後（11：20～11：45）までに「指導医講習会1受講確認票」を受付で配布いたしますので必ずお持ちください。なお，ここではe医学会カードの受付はいたしません。

②指導医講習会2の受付：指導医講習会1で配布しました「指導医講習会1受講確認票」を確認できませんと受付できませんので必ずお持ちください。指導医講習会2の開始15分前から開始10分後（13：25～13：50）までに受付を行ってください。

e医学会カードをご持参の場合；受付にてカードをかざしてください。

e医学会カードをお持ちでない場合；受付にて受講確認証をお受け取りください。受講証の半分が受講確認証になっておりますので，所属医療機関名，氏名をご記入の上，切り取って講習会終了後，退室の際に出口にあります「受講確認証回収箱」に入れてください。回収箱に入れ忘れた場合や所属医療機関名や氏名が記入されていない場合，読み取れない場合には受講したことが確認できませんのでご注意ください。

<学会参加者へのご案内>

*学会参加費5,000円を会場受付で申し受けます。その際，名札（領収書）をお受け取りください。なお，初期研修医・医学生の学会参加費は無料です。

*日本産科婦人科学会専門医シールを受付にて配布しますので，忘れずにお受け取りいただき，大切に保管をお願いいたします。

*2階<愛宕の間>にて企業展示を行います。

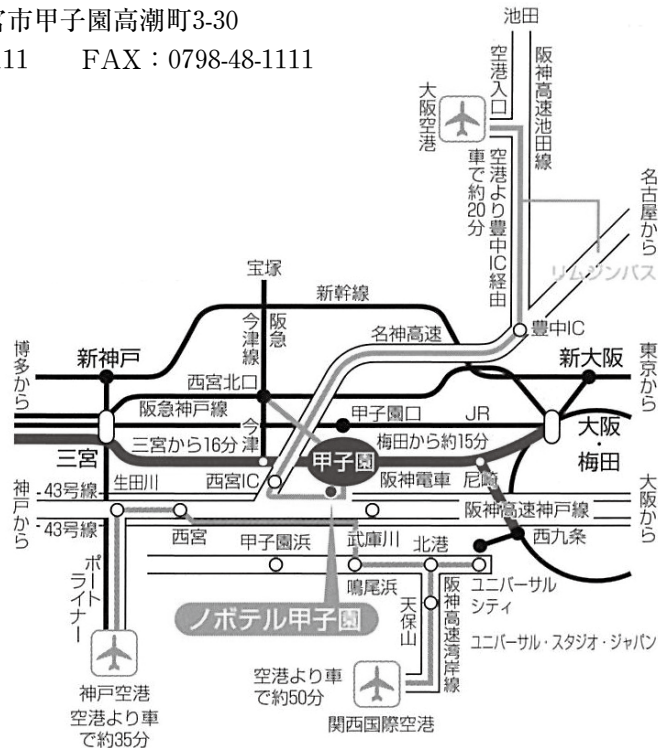
*なお，当日，抄録集は発行しませんので，必ず本誌を持参してください。

< 会場案内図 >

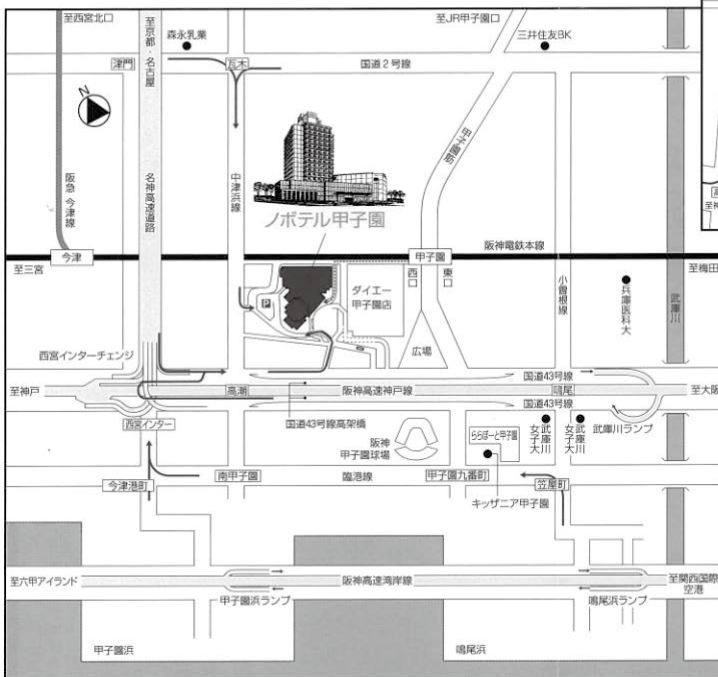
■会場：ノホテル甲子園

〒663-8166 西宮市甲子園高潮町3-30

TEL：0798-48-1111 FAX：0798-48-1111



ノホテル甲子園付近案内図



交通のご案内

電車でお越しの場合

- 阪神電鉄利用／甲子園駅西口より西へ徒歩2分
- JR利用／甲子園口駅よりタクシーで5分

お車で越しの場合

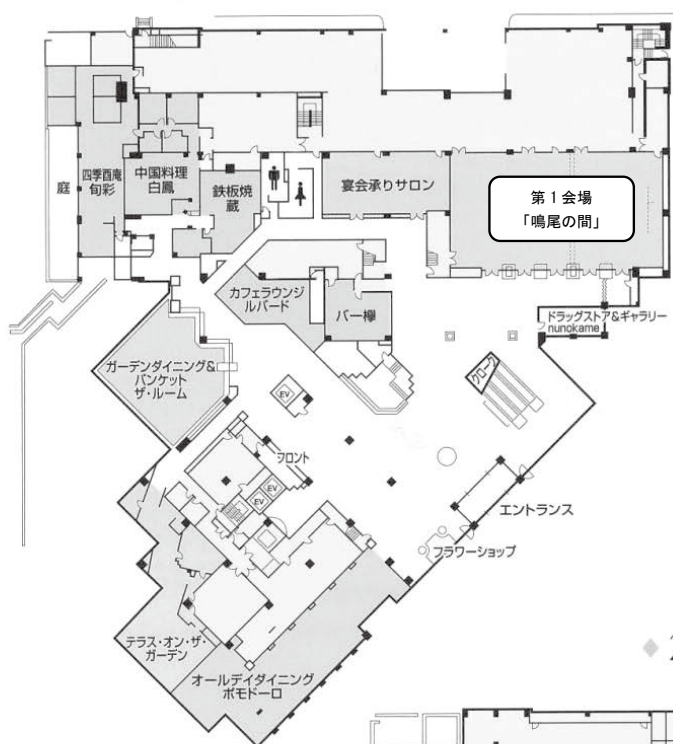
- 名神高速経由
西宮インターチェンジを甲子園方面に出て、最初の高潮交差点を側道沿いにお進みください。
- 国道43号線経由
・神戸方面から／高潮交差点で東行側道をお進みください。
・大阪方面から／高潮交差点を過ぎた西宮インター交差点でUターンし神戸方面同様にお進みください。
- 国道2号線経由
・神戸方面から／高潮交差点で東行側道をお進みください。
注：高潮交差点は、大阪方面からは右折できません。
注：野球開催時は混雑が予想されますので時間に余裕をもってお越しください。

飛行機でお越しの場合

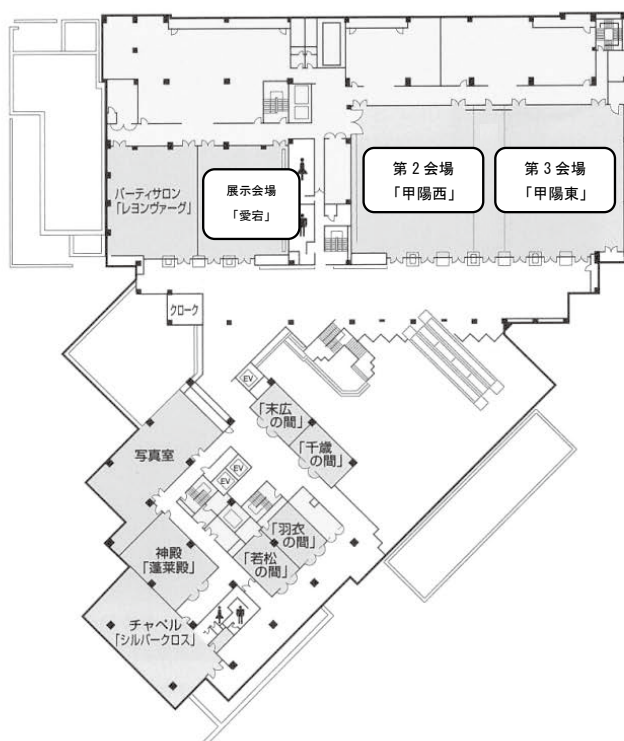
- 関西国際空港より
・タクシー利用／阪神高速湾岸線を経由し、約50分。
・電車・バス利用／アクセス方法が多種ございますので、ホテルまでお問い合わせください。
- 大阪空港より
・空港バス利用／リムジンバス、約30分。
- 神戸空港より
・タクシー利用／阪神高速神戸線を経由し、約35分。

< 各会場案内図 >

◆ 1F ◆



◆ 2F ◆



学会進行表

■平成27年10月25日（日）

	第1会場 (鳴尾の間)	第2会場 (甲陽西)	第3会場 (甲陽東)	
8 : 30	開 会 式			
8 : 40	生殖内分泌・ 女性ヘルスケア研究部会 テーマ「子宮内膜症・子宮腺 筋症の病態診断および治療(薬 物・手術療法を含む)の進歩」	周産期研究部会 テーマ「高齢出産」	腫瘍研究部会 テーマ「卵巣癌における ベバシズマブの使用経験」	
11 : 05				
11 : 35				
12 : 20	指導医講習会 1 座長：大道正英 演者：松村謙臣			12 : 00
12 : 30	ランチョンセミナー 1 座長：北脇 城 演者：加藤聖子	ランチョンセミナー 2 座長：澤井英明 演者：前田長正		
13 : 30				
13 : 40	指導医講習会 2 座長：村上 節 演者：松原茂樹	日産婦医会委員会 ワークショップ テーマ「産婦人科診療ガイド ライン2014；産科編および婦 人科外来編の改訂点・留意点」 「保険診療の注意点解説」 「女性医師支援の取り組み」	教育講演 3 座長：万代昌紀 演者：蝦名康彦	
14 : 25	教育講演 1 座長：木村 正 演者：池田智明			14 : 40
15 : 25	教育講演 2 座長：山田秀人 演者：齋藤 滋			
16 : 25	閉 会 式			

指導医講習会

■10月25日（日）

【第1会場（鳴尾の間）】

●11：35～12：20

〈指導医講習会 1〉

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：京都大学医学部附属病院産科婦人科准教授

松 村 謙 臣 先生

●13：40～14：25

〈指導医講習会 2〉

座長：滋賀医科大学医学部産科学婦人科学講座教授

村 上 節 先生

演者：自治医科大学産科婦人科学講座教授

松 原 茂 樹 先生

教育講演

【第1会場（鳴尾の間）】

●14：25～15：25

1.（周産期）「脳性麻痺と胎児心拍数パターン」

座長：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 先生

演者：三重大学医学部産科婦人科学教室教授

池 田 智 明 先生

●15：25～16：25

2.（生殖内分泌）「免疫学的にみた妊娠維持機構と、その破綻」

座長：神戸大学大学院医学研究科産科婦人科学教室教授

山 田 秀 人 先生

演者：富山大学医学薬学研究部産科婦人科学教室教授

齋 藤 滋 先生

【第3会場（甲陽東）】

●13：40～14：40

3.（腫瘍）「今さら聞けない、子宮頸部の病理と臨床」

座長：近畿大学医学部産科婦人科学教室教授

万 代 昌 紀 先生

演者：神戸大学大学院医学研究科産科婦人科学教室准教授

蝦 名 康 彦 先生

ランチョンセミナー

■10月25日（日）12：30～13：30 第1会場（鳴尾の間）**1 「更年期症状緩和の新しい戦略～エクオールの有効性と安全性の科学的検証～」**

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：九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学教授 加 藤 聖 子 先生

■10月25日（日）12：30～13：30 第2会場（甲陽西）**2 「子宮内膜症のメカニズムに迫る～逆流経血と腹腔ディフェンス～」**

座長：兵庫医科大学産科婦人科学講座教授

澤 井 英 明 先生

演者：高知大学医学部産科婦人科学講座教授

前 田 長 正 先生

研究部会プログラム

■平成27年10月25日（日）

【第101回腫瘍研究部会（第3会場）】

（8：40～12：03）

開会のあいさつ

代表世話人：小林 浩

テーマ：「卵巢癌におけるベバシズマブの使用経験」

（発表6分，質疑2分）

セッションⅠ（8：43～9：31）

座長：松村 謙臣

1. 「卵巢癌漿液性腺癌におけるVEGF発現と骨髓由来免疫抑制性細胞の検討」

堀川 直城，安彦 郁，松村 謙臣，濱西 潤三，馬場 長，山口 建，小西 郁生

（京都大学）

2. 「プラチナ抵抗性の若年卵巢明細胞癌に対してベバシズマブ併用が奏効した1例」

小菊 愛¹⁾，中江 彩¹⁾，山本 香澄¹⁾，三輪 真唯子¹⁾，森本 明美¹⁾，須藤 保²⁾，

長尾 昌二¹⁾，藤原 潔¹⁾，山口 聡¹⁾ （兵庫県立がんセンター婦人科¹⁾，研究部²⁾）

3. 「4回目の再発に対するTC療法にベバシズマブを併用し，SDを維持できている卵管癌の症例」

金 共子，江本 郁子，榮 智恵子，多賀 敦子，佐竹 由美子，丸山 俊輔，

三瀬 裕子，佐藤 幸保

（大津赤十字病院）

4. 「当院における再発卵巢癌に対するアバスチン併用化学療法の検討」

田中 良道，寺井 義人，古形 祐平，芦原 敬允，前田 和也，藤原 聡枝，

齋 史夏，田中 智人，佐々木 浩，恒遠 啓示，金村 昌徳，大道 正英

（大阪医科大学）

5. 「再発卵巢癌・卵管癌に対するbevacizumab（Bev）の使用経験」

上田 友子，神谷 美里，藤城 亜貴子，杉山 由希子，井上 佳代，伊藤 善啓，

鏑本 浩志，柴原 浩章

（兵庫医科大学）

6. 「プラチナ抵抗性再発卵巢癌に対するベバシズマブの使用経験」

塚崎 菜奈美，黒星 晴夫，松島 洋，古株 哲也，澤田 守男，辰巳 弘，森 泰輔，

岩破 一博，北脇 城

（京都府立医科大学）

セッションⅡ（9：31～10：19）

座長：鏑本 浩志

7. 「当院における卵巢癌に対してのベバシズマブの使用経験」

林 信孝，前田 裕斗，柳川 真澄，山添 紗恵子，日野 麻世，松林 彩，

宮本 泰斗，小山 瑠梨子，大竹 紀子，富田 裕之，池田 裕美枝，上松 和彦，

宮本 和尚，青木 卓哉，今村 裕子，星野 達二，吉岡 信也

（神戸市立医療センター中央市民病院）

8. 「当科における再発卵巣癌に対するベバシズマブの使用経験」

村上 幸祐, 中井 英勝, 藤島 理沙, 宮川 知保, 青木 稚人, 葉 宜慧,
貫戸 明子, 高矢 寿光, 浮田 真沙世, 小谷 泰史, 島岡 昌生, 飛梅 孝子,
辻 勲, 鈴木 彩子, 万代 昌紀 (近畿大学)

9. 「ベバシズマブ治療開始後早期に穿孔性虫垂炎を発症した再発卵巣癌の1例」

和田 夏子, 松木 貴子, 徳山 治, 深山 雅人, 川村 直樹
(大阪市立総合医療センター)

10. 「当科でベバシズマブを使用した卵巣癌5症例」

川口 敬士, 馬淵 泰士, 谷崎 優子, 八幡 環, 山本 円, 小林 彩,
太田 菜美, 八木 重孝, 南 佐和子, 井篁 一彦 (和歌山県立医科大学)

11. 「当科におけるベバシズマブの使用経験」

今井 健至, 福田 武史, 橋口 裕紀, 市村 友季, 沖 絵梨, 川西 勝,
田坂 玲子, 村上 誠, 山内 真, 笠井 真理, 安井 智代, 角 俊幸
(大阪市立大学)

12. 「当科におけるアバスタチンの使用経験」

永井 景, 中村 春樹, 小川 憲二, 安川 久吉, 赤田 忍
(大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター)

セッションⅢ (10:19~11:07)

座長: 伊藤 公彦

13. 「卵巣癌患者に対しベバシズマブを投与した5症例の検討」

清原 裕美子, 栗谷 健太郎, 久 毅, 木村 敏啓, 太田 行信, 上浦 祥司
(大阪府立成人病センター)

14. 「当科における卵巣癌, 腹膜癌, 卵管癌に対するベバシズマブの使用経験」

大山 拓真, 沈 矯, 増田 達郎, 川西 陽子, 田口 貴子, 脇本 哲, 岩宮 正,
竹村 昌彦 (大阪府立急性期・総合医療センター)

15. 「進行・再発卵巣癌に対するベバシズマブの使用経験」

鈴木 嘉穂, 村田 友香, 白川 得朗, 小嶋 伸恵, 今福 仁美, 篠崎 奈々絵,
若橋 宣, 市田 耕太郎, 宮原 義也, 蝦名 康彦, 森田 宏紀, 山田 秀人
(神戸大学)

16. 「当科における卵巣癌に対するベバシズマブの使用経験」

藤本 佳克, 丸山 祥代, 大西 俊介, 山下 健 (大和郡山病院)

17. 「当院の卵巣癌におけるベバシズマブの使用経験」

南川 麻里, 加藤 聖子, 栗原 甲妃, 福山 真理, 谷垣 佳子, 岡島 京子,
山本 彩, 衛藤 美穂, 福岡 正晃, 藤田 宏行 (京都第二赤十字病院)

18. 「大阪大学におけるベバシズマブの使用経験」

李 享相, 澤田 健二郎, 味村 和哉, 橋本 香映, 小林 栄仁, 福井 温,
馬淵 誠士, 上田 豊, 富松 拓治, 吉野 潔, 木村 正 (大阪大学)

セッションⅣ (11:07~12:03)

座長：寺井 義人

19. 「当院におけるベバシズマブの使用経験」

公森 摩耶, 深山 雅人, 辻本 麻美, 札幌 恵, 松木 厚, 北山 利江,
松木 貴子, 和田 夏子, 徳山 治, 川村 直樹 (大阪市立総合医療センター)

20. 「当院におけるbevacizumab使用症例の後方視的検討」

小宮 慎之介, 宮武 崇, 原 武也, 田中 あすか, 甲村 奈穂子,
金尾 世里加, 竹田 満寿美, 三好 愛, 三村 真由子, 長松 正章, 横井 猛
(市立貝塚病院)

21. 「当科における進行・再発卵巣癌に対するBevacizumabの使用経験」

岩井 加奈, 山田 有紀, 伊東 史学, 吉元 千陽, 重富 洋志, 棚瀬 康仁,
春田 祥治, 川口 龍二, 小林 浩 (奈良県立医科大学)

22. 「当科での卵巣癌に対するベバシズマブ投与の現況」

角 玄一郎, 木戸 健陽, 井上 京子, 杉本 久秀, 安田 勝彦
(関西医科大学附属滝井病院)

23. 「和泉市立病院におけるアバスチン使用経験」

中野 雄介, 西居 由布子, 井上 裕, 梅咲 直彦 (和泉市立病院)

24. 「再発卵巣がん患者に対するBevacizumab (Bmab) 投与例の検討」

堀 謙輔, 鶴田 智彦, 小谷 知紘, 小野 ひとみ, 大久保 理恵子, 下地 香乃子,
村上 淳子, 中川 美生, 田島 里奈, 伊藤 公彦 (関西労災病院)

25. 「当科でのベバシズマブ使用22例の検討」

菅 智美, 山口 建, 安彦 郁, 吉岡 弓子, 濱西 順三, 越山 雅文,
近藤 英治, 馬場 長, 松村 謙臣, 小西 郁生 (京都大学)

■平成27年10月25日（日）

【周産期研究部会（第2会場）】

（8：40～12：06）

開会のあいさつ

代表世話人：木村 正

当番世話人：岡田 英孝

テーマ：「高齢出産」

（発表8分、質疑2分）

（8：46～9：56）

座長：笠松 敦

1. 「当院過去10年間の高齢出産症例の検討」

栗原 甲妃, 福岡 正晃, 福山 真理, 谷垣 佳子, 南川 麻里, 岡島 京子, 山本 彩,
加藤 聖子, 衛藤 美穂, 藤田 宏行 (京都第二赤十字病院)

2. 「当院における高齢出産についての検討」

八木 茉莉, 八木 一暢, 奥野 幸一郎, 白石 真理子, 直居 裕和, 渡辺 正洋,
尾崎 公章, 香山 晋輔, 志岐 保彦 (大阪労災病院)

3. 「当院における高齢妊婦の現状について」

井上 基, 坪内 万祐子, 秋山 誠, 舟木 紗綾佳, 森崎 秋乃, 大井 仁美,
山田 義治, 山本 浩之, 藤原 葉一郎 (京都市立病院)

4. 「当院における2014年度の高齢妊婦（35歳以上の分娩）の特徴」

張 波, 森岡 佐知子, 生駒 直子, 金山 清二, 大井 豪一 (近畿大学医学部奈良病院)

5. 「45歳以上の高齢妊娠に関する検討」

永易 洋子, 藤田 太輔, 田中 サキ, 橋田 宗祐, 平松 敦, 箕浦 彩, 宮本 瞬輔,
澤田 雅美, 岡本 敦子, 佐野 匠, 鈴木 裕介, 高井 雅聡, 神吉 一良,
寺井 義人, 大道 正英 (大阪医科大学)

6. 「当院における高齢出産に関する検討」

藤島 理沙, 島岡 昌生, 宮川 知保, 青木 稚人, 葉 宜慧, 村上 幸祐, 貫戸 明子,
高矢 寿光, 浮田 真沙世, 小谷 泰史, 飛梅 孝子, 中井 英勝, 辻 勲, 鈴木 彩子,
万代 昌紀 (近畿大学)

7. 「当院の高齢妊娠での周産期リスク因子についての検討」

高橋 直子, 笠松 敦, 坪倉 弘晃, 生駒 洋平, 高畑 暁, 吉田 彩, 都築 朋子,
榎木 晋, 岡田 英孝 (関西医科大学)

（9：56～11：06）

座長：橘 大介

8. 「神戸大学における高年出産の周産期予後」

山下 萌, 出口 雅士, 前澤 陽子, 谷村 憲司, 森實 真由美, 山田 秀人
(神戸大学)

9. 「経腔分娩予定の高齢初産婦における緊急帝王切開率と関連する因子の検討」

武藤 はる香, 石井 桂介, 林 周作, 岡本 陽子, 光田 信明

(大阪府立母子保健総合医療センター)

10. 「高齢初産は難産か?」

永瀬 慶和, 山本 実咲, 角田 紗保里, 清水 亜麻, 中江 彩, 山下 紗弥,

谷口 友基子, 磯部 晶, 増原 完治, 信永 敏克

(兵庫県立西宮病院)

11. 「40歳以上高齢妊娠の正期産経腔分娩に硬膜外麻酔は影響を与えるか」

城 道久¹⁾, 中畑 克俊²⁾, 岩橋 尚幸¹⁾, 野口 智子¹⁾, 馬淵 泰士¹⁾, 八木重孝¹⁾,南 佐和子¹⁾, 川股 知之²⁾, 井篁 一彦¹⁾ (和歌山県立医科大学¹⁾ 同麻酔科学教室²⁾)

12. 「高齢妊婦におけるNulliparous women with a term, single tone baby in a vertex position delivered by cesarean section: NTSVの検討」

船越 徹

(兵庫県立こども病院周産期医療センター)

13. 「高齢妊娠における子宮頸部MRI所見の検討～Stromal ringに注目して～」

松尾 恵利, 濱西 潤三, 杉並 興, 伊尾 紳吾, 小椋 淳平, 馬場 長, 近藤 英治,

小西 郁生

(京都大学)

14. 「当院における高齢妊娠に関する後方視的検討」

内田 啓子, 栗原 康, 林 雅美, 柳井 咲花, 片山 浩子, 羽室 明洋,

三杉 卓也, 尾崎 宏治, 橘 大介, 古山 将康

(大阪市立大学)

(11:06~12:06)

座長: 亀谷 英輝

15. 「地方中核病院における非侵襲的出生前遺伝的検査(NIPT)の導入と高齢妊婦の出生前診断需要」

常見 泰平¹⁾, 成瀬 勝彦¹⁾, 重富 洋志¹⁾, 赤坂 珠理晃¹⁾, 吉元 千陽¹⁾, 佐道 俊幸¹⁾,*西久保 敏也²⁾, 小林 浩¹⁾ (奈良県立医科大学¹⁾, 周産期医療センター新生児科²⁾)

16. 「当院における高齢出産と不妊治療についての検討」

矢野 紘子, 今井 更衣子, 上田 優輔, 川原村 加奈子, 田口 奈緒, 鈴木 尚子,

廣瀬 雅哉

(兵庫県立尼崎総合医療センター)

17. 「当院で扱った卵子提供妊娠の検討」

三田 育子, 中本 収, 鹿野 理恵子, 由井 淳子, 辻本 麻美, 北山 利江,

梶谷 耕二, 田中 和東, 中村 博昭

(大阪市立総合医療センター 周産期母子総合医療センター)

18. 「高年単胎妊娠の周産期予後にARTが及ぼす影響について」

松岡 俊英, 岩橋 尚幸, 島 佳奈子, 中田 久美子, 野口 智子, 小林 智子, 八幡 環,

小林 彩, 谷崎 優子, 城 道久, 太田 菜美, 馬淵 泰士, 八木 重孝, 南 佐和子,

井篁 一彦

(和歌山県立医科大学)

19. 「40歳以上の高齢初産婦の分娩転帰についてのARTの有無による検討」

勝部 美咲, 川北 かおり, 山下 暢子, 荻野 美智, 登村 信之, 酒井 理恵,

奥杉 ひとみ, 近田 恵里, 佐原 裕美子, 竹内 康人

(西神戸医療センター)

20. 「当院における羊水染色体検査の検討」

安尾 忠浩, 藁谷深 洋子, 岩佐 弘一, 岩破 一博, 北脇 城

(京都府立医科大学)

■平成27年10月25日（日）

【生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会（第1会場）】

（8：40～11：05）

開会の挨拶

代表世話人 柴原 浩章

テーマ：「子宮内膜症・子宮腺筋症の病態，診断および治療（薬物・手術療法を含む）の進歩」

（8：40～9：40）

一般演題 「子宮内膜症」（発表8分・質疑4分）

座長：辻 勲

1. 「膀胱筋層，後陰門蓋部に達した深部子宮内膜症に対し，腹腔鏡下病巣除去術を行った1症例」
小池 奈月，藪田 真紀，貴志 洋平，山口 昌美，谷口 文章 （高の原中央病院）
2. 「根治性・機能温存・安全性を目指した深部子宮内膜症に対する腹腔鏡下手術」
伊藤 文武，楠木 泉，秋山 鹿子，片岡 恒，高岡 宰，田中 佑輝子，
小芝 明美，森 泰輔，北脇 城 （京都府立医科大学）
3. 「凍結融解胚移植後妊娠における子宮内膜症合併妊娠の産科予後の検討」
森宗 愛菜，竹林 明枝，桂 大輔，林 香里，平田 貴美子，高島 明子，
辻 俊一郎，小野 哲男，石河 顕子，木村 文則，高橋 健太郎，村上 節
（滋賀医科大学）
4. 「新規MRI技術を活用したチョコレート嚢胞の癌化の早期発見法」
重富 洋志¹⁾，高濱 潤子²⁾，岩渕 拓也³⁾，打越 雅人⁴⁾，岩井 加奈¹⁾，山田 有紀¹⁾，
伊東 史学¹⁾，吉元 千陽¹⁾，棚瀬 康仁¹⁾，春田 祥治¹⁾，川口 龍二¹⁾，佐道 俊幸¹⁾，
小林 浩¹⁾
（奈良県立医科大学¹⁾，同放射線医学教室²⁾，メタロジェニクス株式会社³⁾，
シーメンズ・ジャパン株式会社⁴⁾）
5. 「卵巣チョコレート嚢胞の術後再発」
劉 昌恵，林 篤史，中村 真由美，小野 賀大，林 正美，寺井 義人，大道 正英
（大阪医科大学）

（9：40～10：30）

一般演題 「子宮腺筋症」（発表8分・質疑4分）

座長：吉村 智雄

6. 「帝王切開瘢痕部に発生した嚢胞性子宮腺筋症の1例」
上松 和彦¹⁾，前田 祐斗¹⁾，柳川 真澄¹⁾，山添 紗恵子¹⁾，松林 彩¹⁾，日野 麻世¹⁾，
林 信孝¹⁾，宮本 泰斗¹⁾，小山 瑠梨子¹⁾，大竹 紀子¹⁾，富田 裕之¹⁾，池田 裕美枝¹⁾，
宮本 和尚¹⁾，青木 卓哉¹⁾，今村 裕子¹⁾，星野 達二¹⁾，吉岡 信也¹⁾，松岡 亮介²⁾，
今井 幸弘²⁾
（神戸市立医療センター中央市民病院¹⁾，同臨床病理科²⁾）

7. 「マイクロ波アブレーションによる子宮腺筋症の治療」

金岡 靖, 井本 広済

(医誠会病院)

8. 「当院での子宮腺筋症病巣摘出術の現状」

増田 公美, 田中 雄介, 尾上 昌世, 矢野 悠子, 八田 幸治, 高山 敬範,
吉見 佳奈, 大塚 博文, 橋本 奈美子, 佐伯 典厚, 船渡 孝郎, 藤田 征巳

(日本生命済生会付属日生病院)

9. 「当院での子宮腺筋症合併妊娠の検討」

太田 菜美, 城 道久, 馬淵 泰士, 八木 重孝, 南 佐和子, 井篁 一彦

(和歌山県立医科大学)

(10:30~11:05)

オープンディスカッション

司会: 吉田 昭三

基調講演 「肺血栓塞栓症を見据えたOC/LEP製剤の安全・安心処方例と実地臨床」

演者: 小林 浩

(基調講演15分・ディスカッション 20分)

腫瘍研究部会講演抄録

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

1

卵巣癌漿液性腺癌における VEGF 発現と骨髓由来免疫抑制性細胞の検討

京都大学

堀川直城 安彦郁 松村謙臣 濱西潤三 馬場長 山口建 小西郁生

卵巣癌細胞が発現する VEGF は、腫瘍の血管新生を促進し腹膜播種を進展させることが知られているが、腫瘍免疫との関連についてはよくわかっていない。骨髓由来免疫抑制性細胞(MDSC)の腫瘍内浸潤は抗腫瘍免疫を抑制し癌の進展を促進するが、VEGF との関連や卵巣癌における意義は不明である。我々は、免疫染色を用いて卵巣漿液性腺癌における VEGF 発現と MDSC の浸潤が患者予後に与える影響を解析した。進行期 III, IV 期の卵巣漿液性腺癌 56 症例の原発巣、播種巣の免疫染色を行ったところ、播種巣における VEGF 高発現の症例は、低発現の症例より予後が不良であった。また、播種巣における MDSC の浸潤が多い症例は、少ない症例より有意に予後が不良であった。さらに、播種巣における VEGF 発現強度と MDSC 数との間に正の相関を認めた。卵巣漿液性腺癌の播種巣において、VEGF は MDSC を誘導し、腫瘍免疫を変化させることで、不良な予後に寄与している可能性が考えられた。

2

プラチナ抵抗性の若年卵巣明細胞癌に対してペバシズマブ併用が奏効した 1 例

兵庫県立がんセンター婦人科¹⁾ 研究部²⁾小菊愛¹⁾ 中江彩¹⁾ 山本香澄¹⁾ 三輪真唯子¹⁾ 森本明美¹⁾ 須藤保²⁾ 長尾昌二¹⁾
藤原潔¹⁾ 山口聡¹⁾

ペバシズマブはプラチナ抵抗性卵巣癌に対して単剤抗癌剤に併用にて無増悪生存期間を延長し、腹水コントロールの一助になると報告されている。今回ペバシズマブにて病勢コントロールが付き、IDS を施行できた症例を報告する。症例は 32 歳、未婚。腹部膨満感を主訴に前医を受診。卵巣癌が疑われ、加療目的に紹介。試験開腹術を施行するも、腫瘍と腹膜の生検のみに終わった。病理検査にて右卵巣明細胞癌 III b 期 pT3bNXM0 の診断であった。dose dense TC 療法を開始するも、2 サイクル目より腹水の著明増加、原発巣増大を認めた。PD と判断し、PLD(pegylated liposomal doxorubicin)とペバシズマブの併用投与に変更したところ、1 サイクル目より腹水は減少、原発巣も一旦縮小した。5 サイクル終了時、SD であったが、再度腹水の増加が見られた。この時点で IDS を施行し、腫瘍の完全摘出を実施できた。術後は PLD を塩酸ノゲタカンに変更、ペバシズマブ併用し 4 サイクル追加投与した。現在 14 ヶ月の時点で無増悪生存を得られている。

3

4 回目の再発に対する TC 療法にペバシズマブを併用し、SD を維持できている卵管癌の症例

大津赤十字病院

金共子 江本郁子 榮智恵子 多賀敦子 佐竹由美子 丸山俊輔 三瀬裕子 佐藤幸保

症例は 44 歳 2 回経産婦。27 歳時、不妊治療中に OHSS を発症し左卵巣茎捻転に対して緊急手術 (LSO) を受けた既往がある。2009 年 12 月下腹部痛あり近医を受診、9cm 大の卵巣腫瘍を指摘され当科に紹介。術前の画像診断で、右卵巣は正常と診断、原発不明の骨盤内悪性腫瘍疑いに対して、2010 年 1 月 26 日に試験開腹を行い、腫瘍摘出+TAH+RSO+pOMT を施行した。病理検査の結果、既往の LSO 時に子宮側に残った卵管から発生した serous papillary adenoca. (pT3cNxM0) と診断した。術後卵巣癌に準じて TC6 サイクルを施行。治療後 11 ヶ月で局所再発あり、手術+TC6 サイクル施行。その後 2 回腹壁再発に対する手術を行った。2013 年 11 月 CT/PET で腹壁下・仙骨前面腹膜に播種巣が出現したため、2014 年 1 月から TC+アバスチンを開始した。TC9 サイクル目にアレルギー出現あり、その後はアバスチン単剤を計 21 回投与した。軽度の高血圧を認めたが、内服でコントロール可であった。投与終了時の CT では再発巣は縮小を維持している。

4

当院における再発卵巣癌に対するアバシチン併用化学療法 of 検討

大阪医科大学

田中良道 寺井義人 古形祐平 芦原敬允 前田和也 藤原聡枝

齋史夏 田中智人 佐々木浩 恒遠啓示 金村昌徳 大道正英

卵巣癌治療においてベバシズマブが承認されたが、ベバシズマブには特徴的な有害事象が存在しその使用に際しては十分な知識を持って対処する事が望まれる。今回当院における使用経験を提示する。ベバシズマブを使用した再発卵巣癌 4 症例を対象とし、治療内容、治療効果 (RECIST)、有害事象 (NCICTC) を後方視的に検討した。組織型は類内膜腺癌が 3 例、明細胞腺癌が 1 例であった。2 例は TC 療法+ベバシズマブを、2 例はノグテカン+ベバシズマブを選択し現在までのべ 29 コース施行した。2 例は平均 3 コースで PD であったが、残り 2 例で PR と CR が得られた。有害事象は軽度高血圧症を 2 例に、蛋白尿を 3 例に認めた。血液毒性は G4 の好中球減少を 2 例に、G2 の血小板減少と貧血を各 1 例ずつ認めた。血栓塞栓症や消化管穿孔など重篤な合併症は認めなかった。現時点では症例数が少ないため有用性に関しては判断できなかったが、使用に際しては分子標的治療薬の特徴的な副作用や適応をふまえ管理する事が重要と考えられる。

5

再発卵巣癌・卵管癌に対する bevacizumab (Bev) の使用経験

兵庫医科大学

上田友子 神谷美里 藤城亜貴子 杉山由希子 井上佳代 伊藤善啓 鏑本浩志 柴原浩章

【はじめに】当科で Bev を使用した全 5 例を報告する。【症例 1】漿液性腺癌、癌性胸水再発、3rd line PLD 5 か月後に PD となり約 3 週間隔で胸水除去を繰り返した後 Bev 使用に同意され、PLD 40 mg/m²+Bev 15 mg/kg q28d (PLD・Bev) を施行。以降 4 か月胸水除去は不要となった。【症例 2】明細胞腺癌、4th line PLD 3 サイクルで右肺転移、心嚢水貯留による咳嗽出現。weekly PTX、経口 etoposide を試みるも、2 か月間に 6 回の胸水除去と心タンポナーデに対する 2 回の心嚢水除去が必要であった。Bev 使用に同意され投与後呼吸苦再燃無く退院した。【症例 3, 4】2 例とも漿液性腺癌、platinum resistant 癌性腹水再発で、PLD・Bev により腹水除去は不要となった。【症例 5】低分化癌、多発脳転移再発に対し全脳照射及び PLD・Bev を施行した。Grade 3 の手足症候群、食道潰瘍、薬剤性肺炎のため遅延し、癌性髄膜炎となり BSC へ移行した。【結語】癌性腹水、胸水、心嚢水コントロールに Bev が有効と思われた。Bev に特有の有害事象は認めなかった。

6

プラチナ抵抗性再発卵巣癌に対するベバシズマブの使用経験

京都府立医科大学

塚崎菜奈美 黒星晴夫 松島洋 古株哲也 澤田守男 辰巳弘 森泰輔

岩破一博 北脇 城

【緒言】血管内皮増殖因子 (VEGF) に対するモノクローナル抗体であるベバシズマブは血管新生抑制作用を有する。当科で、難治性であるプラチナ抵抗性再発卵巣癌に対してベバシズマブと化学療法との併用療法を行い得た 8 例の使用経験について報告する。【方法】薬剤使用に当たっては、原則、GOG218 に準じて使用した。【成績】年齢は、平均 62 歳、ベバシズマブ使用前のレジメン数は 1~5 レジメンで、ベバシズマブとの併用薬剤は、パクリタキセルが 2 例、ノグテカンが 6 例であった。投与コース数は 1~6 コースで、1 例は 6 コース投与終了後、ベバシズマブ単剤による維持療法が施行可能であった。このうち、3 例に著明な腹水減少を認め、QOL の改善を認めた。また 1 例に胃穿孔を認めたが、薬剤との因果関係は不明であった。その他、重篤な合併症は認めなかった。【結論】プラチナ抵抗性再発卵巣癌に対する使用経験を報告した。ベバシズマブ投与の症例選択、併用薬剤の選択も含め、今後さらなる症例の蓄積が必要と考える。

7

当院における卵巣癌に対してのベバシズマブの使用経験

神戸市立医療センター中央市民病院

林信孝 前田裕斗 柳川真澄 山添紗恵子 日野麻世 松林彩 宮本泰斗

小山瑠梨子 大竹紀子 富田裕之 池田裕美枝 上松和彦 宮本和尚

青木卓哉 今村裕子 星野達二 吉岡信也

当院で卵巣癌治療においてベバシズマブを使用した症例は 9 症例であった。当科では卵巣癌の初回治療においてほぼ全症例に dose-dense TC 療法を行っており、ベバシズマブを併用した 9 症例はいずれも再発症例であった。プラチナ系薬剤を含む 2 剤併用療法にベバシズマブを加えたレジメンを使用した症例が 5 症例、パクリタキセルやドキソルビシン塩酸塩などの単剤とベバシズマブを併用したレジメンを使用した症例が 4 症例であった。治療効果判定を行った 7 症例において、CR が 3 例、PR が 1 例、NC が 2 例、PD が 1 例であった。これまでの使用症例において、腸管穿孔などの重篤な合併症は認めなかった。当科での使用経験に文献的考察を加え報告する。

8

当科における再発卵巣癌に対するベバシズマブの使用経験

近畿大学

村上幸祐 中井英勝 藤島理沙 宮川知保 青木稚人 葉宜慧 貫戸明子 高矢寿光

浮田真沙世 小谷泰史 島岡昌生 飛梅孝子 辻 勲 鈴木彩子 万代昌紀

ベバシズマブは、国際共同研究として行われた GOG218 試験をもとに、日本でも 2013 年から卵巣癌に対して他の抗悪性腫瘍剤との併用で保険適用され、広く臨床で用いられてきている。また、使用の際には、Ⅲ・Ⅳ期の未治療上皮性卵巣癌を対象に、TC 療法と併用することが JGOG から推奨されている。しかし、海外での臨床第Ⅲ相試験の結果から再発卵巣癌でもベバシズマブの有用性が証明されていること、NCCN ガイドラインではプラチナ抵抗性再発卵巣癌のみ積極的な使用を推奨していること、日本での保険適応が未治療上皮性卵巣癌に限定していないことなどから、再発卵巣癌に対する投与の必要性は増えていくと考えられる。当科では再発卵巣癌症例を対象に、十分なインフォームドコンセントを行ったうえで、海外の臨床第Ⅲ相試験での投与法に基づきベバシズマブと他の抗悪性腫瘍剤の併用療法を行っている。再発卵巣癌 12 例に対するベバシズマブの効果、安全性についての使用経験について報告する。

9

ベバシズマブ治療開始後早期に穿孔性虫垂炎を発症した再発卵癌の 1 例

大阪市立総合医療センター

和田夏子 松木貴子 徳山治 深山雅人 川村直樹

ベバシズマブ(Bev)の卵巣癌への治療効果が期待される一方で、その副作用に対しても注意が必要である。今回、再発卵巣癌の治療として BEV を使用開始後早期に穿孔性虫垂炎を発症した症例を経験したので報告する。卵巣癌Ⅲc 期に対し手術および TC 療法を 6 コース施行。治療終了後 5 ヶ月時に傍大動脈リンパ節腫大を認め再発と診断。リポソーム化ドキソルビシン 3 コース投与するも副作用のためゲムシタビン/Bev 併用療法に変更した。BEV 初回投与 Day3 に臍周囲に疼痛が出現。その後、右下腹部痛が持続した。Day8 に CRP 21mg/dl と上昇。CT で穿孔性虫垂炎を疑い緊急手術となった。回盲部周囲に高度癒着と膿瘍を認め、虫垂根部に穿孔を確認。虫垂切除術を施行した。本症例において穿孔性虫垂炎と BEV 使用の因果関係は定かではないが、Bev 使用時にとくに虫垂炎を疑う症状が認められた場合は、穿孔のリスクをより一層念頭に置き、厳重な対応が必要である。

10

当科でベパシズマブを使用した卵巣癌 5 症例

和歌山県立医科大学

川口敬士 馬淵泰士 谷崎優子 八幡環 山本円 小林彩 太田菜美 八木重孝 南佐和子
井篁一彦

当科では、ベパシズマブ（Bev）により治療した進行卵巣癌の 5 症例を経験したので報告する。【症例①】39 歳，漿液性腺癌 StageIV，ypT3aNxM1，術後 TC+Bev5 コース+Bev11 コース施行後，再発。【症例②】49 歳，類内膜腺癌 StageIV，pT3cNxM1，術後 TC+Bev5 コース+Bev14 コース施行後，再発。【症例③】46 歳，漿液性腺癌 StageIIIC，pT3cNxM0，術後 TC+Bev4 コース+Bev12 コース施行。高血圧を認めたが，降圧剤内服にてコントロール良好。【症例④】56 歳，漿液性腺癌 StageIIIC，ypT3cNXM0，術後 TC+Bev4 コース施行中。【症例⑤】49 歳，漿液性腺癌 StageIIIC，ypT3cN1M0，術後 TC+Bev2 コース施行中。症例③では高血圧が出現したがコントロール可能であり，5 例とも安全に Bev を投与することができた。2 例が再発しており，今後も症例を蓄積し，適切な症例の選択を検討していきたい。

11

当科におけるベパシズマブの使用経験

大阪市立大学

今井健至 福田武史 橋口裕紀 市村友季 沖絵梨 川西勝 田坂玲子 村上誠
山内真 笠井真理 安井智代 角俊幸

2013 年 11 月に本邦においてベパシズマブの卵巣癌に対する効能・効果追加の承認が取得された。そこで当科におけるベパシズマブの使用経験を報告する。2014 年 4 月から 2015 年 4 月までに当科にて治療を行った卵巣癌患者を対象に，ベパシズマブの使用経験を解析した。当科では現在，卵巣癌、腹膜癌，卵管癌Ⅲ・Ⅳ期の初回治療にのみ使用しており，解析期間中 28 例が投与の適応となる可能性があり，その内 7 例（25%）に投与した。適応の可能性があったが投与しなかった症例の理由は，患者が希望せず 7 例（33.3%），消化管の状態 6 例（28.6%），全身状態不良 4 例（19.0%），血栓症 3 例（14.3%），年齢 1 例（4.8%）だった。Grade3 以上の有害事象は好中球減少 5 例（71.4%），血小板減少 1 例（14.3%），口内炎 1 例（14.3%）で，同時期に TC 療法のみ行った症例と有意差を認めなかった。また，Grade2 の高血圧を 2 例（28.6%），Grade1 の蛋白尿を 1 例（14.3%）に認めた。ベパシズマブは慎重に症例を選択することで安全に投与可能である。

12

当科におけるアバスチンの使用経験

大阪府立病院機構大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター

永井景 中村春樹 小川憲二 安川久吉 赤田忍

当センターでの 5 例のアバスチンの使用経験を報告する。導入にあたり化学療法同意書を更新し，院内で全科共通での check list を作成した。当科での適応は Mullerian carcinoma でⅢ期以上の初回治療，または再発例としている。初回治療例は患者本人の選択としている。初回手術で PDS とならなかった症例は IDS 後から使用することになっている。これまで初回治療で 2 例，Refractory 症例に 1 例，再発症例 2 に使用した。組織型は全て漿液性腺癌であった。ステージはⅢ期が 3 例，Ⅳ期が 1 例だが，再発例で，ⅡC 期の症例にも使用した。副作用は 3 例に G3 の高血圧，1 例に G2 の出血傾向，1 例に G1 の蛋白尿を認めた。また，1 例に G1 の嘔気も認めた。これまで消化管穿孔などの重篤な副作用は発現していない。観察期間は短い，これまでのところ，全例で Clinical CR または Progression Free を保っている。アバスチンは分子標的薬として卵巣癌治療において有用であるが，重篤な副作用・使用方法などに今後，症例の集積による検討が必要である。

13

卵巣癌患者に対しペバシズマブを投与した5症例の検討

大阪府立成人病センター

清原裕美子 栗谷健太郎 久毅 木村敏啓 太田行信 上浦祥司

当科での卵巣癌Ⅲ-Ⅳ期の患者に対するペバシズマブ(Bev)の使用経験を報告する。術後初回化学療法としては tri-weekly TC(Paclitaxel: 175mg/m², Carboplatin: AUC5) 6 コースに Bev(15mg/kg)を同日併用した後、維持療法として Bev(15mg/kg)を3週毎に16回投与継続する。再発症例は TC, PLD(40mg/m²)に Bev(15mg/kg)を同日併用した。初回化学療法は漿液性腺癌 StageⅢc 期, 粘液性腺癌 StageⅢb 期の2例で、いずれも維持療法まで継続投与して再発を認めていない。再発症例では、維持療法を継続している2例はSDで経過しており、併用後休薬した1例は3ヶ月後に再発を来した。有害事象は、高血圧2例認めており、降圧剤によりコントロールできている。尿蛋白は2例で20-100mg/dl程度で出現し、経過観察している。他の有害事象もGrade2までであり、腸管穿孔はいずれの症例でも来さなかった。症例の集積が必要だが、Bevは他のレジメンと併用して比較的 safely に投与できると考えられた。

14

当科における卵巣癌、腹膜癌、卵管癌に対するペバシズマブの使用経験

大阪府立急性期・総合医療センター

大山拓真 沈矯 増田達郎 川西陽子 田口貴子 脇本哲 岩宮正 竹村昌彦

【目的】2013年11月よりペバシズマブが卵巣癌に対して保険適応となり、1年半が経過した。当科でも卵巣がん、腹膜癌、卵管癌に対して症例を選択して行ってきた。今回、当科におけるペバシズマブ使用の現状を検討した。【方法】2013年11月から2015年7月までの期間で卵巣癌、腹膜癌、卵管癌に対してペバシズマブと化学療法との併用が行われた症例について後方視的に検討した。【結果】症例は6例で卵巣癌が4例、腹膜癌、卵管癌が1例ずつであった。組織型は卵巣癌の1例のみが明細胞腺癌であり、残りは全て漿液性腺癌であった。卵管癌および卵巣癌の1例が再発治療としてペバシズマブ併用の化学療法を行い、残り4例は初回手術後補助化学療法と併用してペバシズマブを使用した。全例とも現時点で重篤な有害事象を認めず治療経過している。【結論】卵巣癌、腹膜癌、卵管癌に対するペバシズマブ投与は安全に行えているが、今後も継続的な有効性、安全性に関する検討が必要である。

15

進行・再発卵巣癌に対するペバシズマブの使用経験

神戸大学

鈴木嘉穂 村田友香 白川得朗 小嶋伸恵 今福仁美 篠崎奈々絵 若橋宣 市田耕太郎
宮原義也 蝦名康彦 森田宏紀 山田秀人

【目的】当科におけるペバシズマブ使用例の効果と有害事象を検討する。【方法】2014年8月から2015年7月までのペバシズマブ投与例を対象とし、後方視的に検討した。【結果】計6例(初回治療2例、プラチナ抵抗性再発4例)に投与した。投与開始時の年齢は、中央値60歳(41~72歳)、再発症例では2nd line 1例、3rd line 3例、PFIは中央値8ヶ月(5~10ヶ月)であった。投与回数は中央値6コース(3~16コース)であった。併用レジメンは、TC療法2例、PLD2例、ノギテカン1例であった。再発における効果は、PD3, SD1であった。有害事象は、軽度の血圧上昇や蛋白尿、G3の骨髄抑制の頻度が高かった。PDとなり再発腫瘍減量術を行なった1例において、S状結腸と腫瘍が穿通しておりペバシズマブ投与との関連が疑われた。【結論】消化管穿通は穿孔に比して症状は乏しいが、腫瘍が消化管に接している症例に対するペバシズマブ使用時には注意すべき病態であると考えられる。

16

当科における卵巣癌に対するペバシズマブの使用経験

大和郡山病院

藤本佳克 丸山祥代 大西俊介 山下健

【目的】本薬剤はGOG218試験をもとに2013年11月に卵巣癌に対して保険適応となったが、本邦での安全性や有効性はまだ明らかではない。当科においてペバシズマブ投与を行った症例の使用経験について報告する。【方法】2013年12月から卵巣癌・腹膜癌症例に対しBev15mg/kgの併用＋維持投与を行った。【成績】症例数9例（卵巣癌8例、腹膜癌1例）。年齢49～81歳（中央値59歳）。PSすべて0。初回治療2例、再発治療7例。Ⅰ期が1例、Ⅲ期が7例、Ⅳ期が1例。serousが6例clear cellが1例、その他の組織型が2例。併用レジメンはTC5例、PLD3例、CPT-P1例。ペバシズマブ総投与回数は63回（2～11回 中央値8回）。RECISTによる効果判定ではCRが6例、PRが1例、PDが1例であった。Grade3以上の有害事象は蛋白尿が1例あり投与を中止した。高血圧は4例、鼻出血は3例に認めるも治療継続可能であり、また消化管穿孔はなかった。【結論】重篤な副作用は認めず安全に使用可能であった。症例数は少ないものの効果を認める症例を経験し、有効な薬剤であると考えられた。

17

当院の卵巣癌におけるペバシズマブの使用経験

京都第二赤十字病院

南川麻里 加藤聖子 栗原甲妃 福山真理 谷垣佳子 岡島京子 山本彩 衛藤美穂

福岡正晃 藤田宏行

当院では、ペバシズマブを使用開始した平成26年8月から平成27年7月現在までに、9症例のペバシズマブの使用経験がある。卵巣癌が7例、腹膜癌が1例、卵管癌が1例であった。初発例が4例、再発例が5例で、初発時の臨床進行期分類（FIGO, 2014年）ではstageIIBが1例、stageIIIBが1例、stageIIICが6例、stageIVAが1例であった。組織型は漿液性腺癌が7例、明細胞腺癌が1例、混合型腺癌が1例であった。ペバシズマブ投与前のレジメン数は初回が4例、1レジメンが1例、2レジメンが1例、3レジメンが2例、4レジメンが1例であった。初回治療よりペバシズマブを併用した4症例のうち、1症例は明らかな有害事象の出現はなかったものの患者本人希望で1コース投与後に中止したが、そのほかの3症例は現在もペバシズマブ維持療法を継続し再発は認めていない。有害事象としては、1例に既往の高血圧の増悪を認めたが降圧剤でコントロール可能であり、その他は認めていない。

18

大阪大学におけるペバシズマブの使用経験

大阪大学

李享相 澤田健二郎 味村和哉 橋本香映 小林栄仁 福井温 馬淵誠士 上田豊 富松拓治

吉野潔 木村正

【緒言】ペバシズマブの卵巣がんへの保険承認以来、当院では一部のⅢ期以上の進行卵巣がん術後症例および再発症例に使用している。そこで、今回、我々の使用経験を報告する。【方法、結果】計10例、初回化学療法として8例と再発2例に対して使用した。初回化学療法例では、アレルギーを呈した1例を除き、TC療法と併用した。うち4例では手術時に腸管合併切除を行ったが、腸管穿孔などの合併症はなかった。ペバシズマブによる維持療法中に増悪した症例は1例で、他の7例は再発を認めなかった。再発例では抗癌剤と併用して用いたが、治療効果判定はSDおよびPDであった。有害事象は、1例にグレード3の高血圧を認めたが、降圧剤でコントロール可能であった。【結語】ペバシズマブ投与は安全に投与可能であり、副作用を理由に使用を中止した症例はなかった。その一方で、再発症例に対しては劇的な効果は認めず、今後ペバシズマブを含む抗がん剤Regimenの確立の必要性が示唆された。

19

当院におけるベパシズマブの使用経験

大阪市立総合医療センター

公森摩耶 深山雅人 辻本麻美 札幌恵 松木厚 北山利江 松木貴子 和田夏子 徳山治
川村直樹

卵巣癌（腹膜癌，卵管癌を含む）11例に対して，2014年4月から現在までにベパシズマブ（Bev）を投与した．年齢は18-79歳（中央値67歳），初発1例（進行期IIIA期），再発10例であった．組織型は，漿液性腺癌5例，類内膜腺癌2例，明細胞癌1例，顆粒膜細胞腫1例，未分化癌1例，詳細不明腺癌1例であった．Bevと併用した抗癌剤は，TC3例，DOX2例，GEM5例，GC2例であった．現在投与継続例は9例で，著効例は2例．1例は漿液性腺癌IIIC期の3rd line DOX+Bev 7コースでCRを得た．もう1例は腹膜癌の3rd line GEM+Bev 1コースで難治性腹水の著明な減少を得た．中止例は2例あり，それぞれ重症タンパク尿が出現しネフローゼと診断された症例と，急性虫垂炎穿孔を発症し手術となった症例である．Bevはこれまでの細胞障害性抗癌剤とは異なる作用機序（腫瘍血管新生抑制、血管透過性抑制）を有するため，3rd line以降の難治性卵巣癌に対しても著効が期待できる症例がある．

20

当院における bevacizumab 使用症例の後方視的検討

市立貝塚病院

小宮慎之介 宮武崇 原武也 田中あすか 甲村奈穂子 金尾世里加 竹田満寿美 三好愛
三村真由子 長松正章 横井猛

【背景】卵巣癌，卵管癌，腹膜癌に対し，2013年11月22日より bevacizumab（以下，Bev）が適応となり，当院でも Bev を使用する症例が増えつつある．適応承認から2015年7月10日までの当院での Bev 使用症例を後方視的に検討した．【対象】年齢は37～74歳（中央値：54.5歳）であり，卵巣癌9例（初発3例，再発6例），腹膜癌3例（初発1例，再発2例）の合計12例に Bev を含むレジメンが投与された．各症例の無増悪生存期間を算出し，Kaplan-Meier 法で生存曲線を解析した．【結果】初発の4例のレジメンはすべて paclitaxel+CBDCA（以下，TC）+Bev であり，再発卵巣癌（6例）のうちプラチナ感受性の2例は TC+Bev，プラチナ抵抗性の4例では doxorubicin（以下，doxil）+Bev（2例），CPT-11+Bev（1例），Bev 単独維持投与（1例）であった．再発腹膜癌（2例）はいずれもプラチナ抵抗性であり，doxil+CBDCA+Bev（1例），doxil+Bev（1例）が選択された．無増悪生存期間は1.5～13.6ヶ月（中央値：4.3ヶ月）であった．難治性腹水を認めた腹膜癌再発例では，Bev 使用前の腹水穿刺間隔が9日，14日と比較的短期間であったが，Bev 開始後には77日まで延長された．【結果】症例数が少なく単純な比較や統計学的検討は困難であるが，無増悪生存期間の改善は実感されるところであった．また，難治性腹水症例に対し，Bev 併用レジメンで腹水管理が達成される可能性が示唆された．今後も症例数を蓄積し，更なる検討が望まれる．

21

当科における進行・再発卵巣癌に対する Bevacizumab の使用経験

奈良県立医科大学

岩井加奈 山田有紀 伊東史学 吉元千陽 重富洋志 棚瀬康仁 春田祥治 川口龍二 小林浩

【目的】Bevacizumab(BEV)は2013年11月に日本でも卵巣癌に対して保険適応となった．当科ではⅢ,Ⅳ期の進行卵巣癌症例と再発卵巣癌症例に BEV 併用化学療法を行っている．【方法】2013年12月～2015年6月に BEV 併用化学療法を行った卵巣癌症例につき後方視的に検討した．【成績】進行卵巣癌症例が9例，再発卵巣癌症例が4例であった．進行卵巣癌症例9例の投与開始年齢は，中央値60歳(44-79)，BEV 投与回数は中央値11コース(3-16)，再発を2例に認め，初回手術からのPFSは中央値14か月であった．再発卵巣癌症例4例の投与開始年齢は，中央値54歳(46-70)，前治療のレジメン数は1-2レジメン，RECISTによる効果判定はCR1例，SD1例，PD2例であった．BEV 特有の有害事象では高血圧11例，蛋白尿6例，鼻出血が2例あったが，いずれもコントロール可能であった．また消化管穿孔や血栓症は認めなかった．【結論】重篤な副作用を認めず安全に使用できた．今後も更なる有効性・安全性の検討が必要である．

22

当科での卵巣癌に対するベバシズマブ投与の現況

関西医科大学附属滝井病院

角玄一郎 木戸健陽 井上京子 杉本久秀 安田勝彦

2013年11月に卵巣癌に対してベバシズマブが保険適応となった。ベバシズマブはVEGFという新生血管の発達に重要な役割を果たしているタンパク質を遮断する分子標的治療薬であり、VEGFを遮断することで癌から栄養と酸素を奪って癌の成長を阻害する。今回、当科における2014年1月から現在までのベバシズマブを投与した17例の卵巣癌患者（Ⅲ期以上あるいは再発例）の副作用について検討してみた。年齢は39～71歳。初発6例、再発11例。組織分類は未分化癌1例、漿液性腺癌7例、粘液性腺癌4例、類内膜腺癌2例、明細胞腺癌3例。ベバシズマブ使用期間は併用が2～9クール、単独が2～21クールであった。主な副作用として鼻出血等の出血傾向を認めたのは4例、高血圧を認めたものはstage1 4例、stage2 5例、蛋白尿を認めたものは7例、皮膚そう痒症1例であり、全身性の皮膚症状を認めた1例のみ副作用で中止となった。

23

和泉市立病院におけるアバスチン使用経験

和泉市立病院

中野雄介 西居由布子 井上裕 梅咲直彦

当院でアバスチンの使用を行った患者19名（1名投与予定患者）につき副作用を中心に検討を行ったので報告する。平均年齢は56歳（中央値58，40-78）。初発症例16例は全例Ⅲc期またはⅣ期症例であり、再発症例3例は全例プラチナ感受性再発であった。組織型は漿液性癌13例、類内膜癌3例、明細胞癌1例、扁平上皮癌1例であった。副作用や本人希望での治療中断症例は2例（1例構音障害、1例本人希望）であった。アバスチン使用中の再発は初発症例で1例みとめた。アバスチン特有の副作用である消化管穿孔、創傷治癒遅延、血栓はみとめなかった。Grade2の高血圧は5例みとめたが、降圧薬により全例投与が可能であった。治療終了後1例は内服終了が可能になり、1例は維持療法中に中止することが可能であった。蛋白尿での治療延期症例は2例みとめたが、継続することなくその後の投与は可能であった。アバスチン使用中の再発症例は1例みとめた。現在まで大きな副作用などなくアバスチンの投与を行うことができる。

24

再発卵巣がん患者に対する Bevacizumab (Bmab)投与例の検討

関西労災病院

堀謙輔 鶴田智彦 小谷知紘 小野ひとみ 大久保理恵子 下地香乃子

村上淳子 中川美生 田島里奈 伊藤公彦

【背景】Bmabは根治困難である再発卵巣癌患者が使用を強く望まれることが多く、初回治療と同様に適正使用の道筋を作るべきであると考えた。【方法】2013年11月以降に抗がん剤と併用しBmabを用いた再発卵巣癌患者について、後方視的検討を行った。【成績】2015年5月までに、20例の再発卵巣がん患者にBmabが投与されており、前治療は1例をのぞいて3レジメン以下であった。プラチナ感受性症例は20例中7例で、Bmabの投与サイクルは中央値で7サイクル（1～14サイクル）であり、測定可能病変を有する11例での奏効率はCRが2例、PRが5例であった。有害事象などによりBmab投与が中止となったのは4例で、Grade3の肝機能障害が1例、胃癌の併発が1例、蛋白尿が1例、虚血性腸炎が1例であった。

【結語】再発卵巣癌に対するBmab投与は、安全に施行可能であった。ただし、その投与にあたっては、十分な説明を行った上で、適格および中止基準を順守し、観察と患者教育を怠らないことが重要である。

当科でのベバシズマブ使用 22 例の検討

京都大学

菅智美 山口建 安彦郁 吉岡弓子 濱西順三 越山雅文 近藤英治 馬場長
松村謙臣 小西郁生

当科でベバシズマブ(Bev)を投与した卵巣癌 22 症例において、その有効性について後方視的に検討した。初回手術後の補助療法として Bev を用いた 7 例は、すべて TC (パクリタキセル+カルボプラチン)療法併用であった。完全切除は 5 例、2cm 以下の残存腫瘍を認めた症例が 2 例あり、Bev 投与後平均 162 日間経過観察しているが全例無病生存している。再発に対して Bev を使用した 15 例中、プラチナ感受性症例は 12 例であった。TC 療法併用 7 例、ジェムシタビン+カルボプラチン療法併用 5 例であり、Bev 投与開始後平均 170 日経過しているが、PD を認めない。プラチナ耐性症例 3 例には、リポソーマルドキソルビシン併用で Bev を投与したが PD となった。再発症例のうち 6 例に腹水を認め、PD となった 1 例を含め、Bev 投与により全例腹水は消失した。Bev 投与は、腫瘍の増大を抑制できない場合であっても、腹水産生を軽減させるためには有用な場合があると考えられた。

周産期研究部会講演抄録

1

当院過去 10 年間の高齢出産症例の検討

京都第二赤十字病院

栗原甲妃 福岡正晃 福山真理 谷垣佳子 南川麻里 岡島京子 山本彩

加藤聖子 衛藤美穂 藤田宏行

近年、わが国の出産年齢は上昇傾向にあり、2011 年には初産婦の平均年齢は 30 歳を超えています。今回、当院での過去 10 年間における 4980 例の分娩について検討しました。当院においても高齢出産は増加しており、2013 年には 35 歳以上が 36.9%、40 歳以上が 9.1%と全国統計を上回っています。初産婦の緊急帝王切開率は 35 歳以上で 16.2%であり、29 歳以下の約 2 倍でありました。また 2013 年～14 年の 2 年間での不妊治療歴を見てみますと、35 歳未満の 11.9%に比べて 35 歳以上では 45.1%、特に 40 歳以上では 75%を占めました。高齢出産では、自然妊娠は減少し、婦人科疾患や内科疾患の合併により帝王切開などの異常分娩が避けられない場合も多くみられます。他の分娩転帰等も含め検討しましたので報告します。

2

当院における高齢出産についての検討

大阪労災病院

八木茉莉 八木一暢 奥野幸一郎 白石真理子 直居裕和 渡辺正洋

尾崎公章 香山晋輔 志岐保彦

【目的】当院における 35 歳以上の高齢初産婦の母体背景および周産期予後について検討した。【方法】2012 年 4 月から 2015 年 3 月に当院で分娩した初産婦単胎 643 例を対象とした。34 歳以下 (A 群)・35 歳以上 (B 群) の 2 群に分け、Fischer 直接確率法により検定した。【成績】A 群は 442 例 (68.7%)、B 群は 201 例 (31.3%) であった。妊娠に至る経過について (A 群 vs B 群)、生殖補助医療率 (12.4%vs34.8%)・体外受精率 (3.4%vs19.4%) は B 群が有意に高かった。妊娠・分娩経過に関して、妊娠糖尿病発症率 (0.7%vs5.0%)・妊娠高血圧症候群発症率 (1.8%vs5.0%)・分娩誘発施行率 (11.3%vs20.9%)・帝王切開分娩率 (15.1%vs20.9%) は B 群の方が有意に高かった。【結論】高齢初産婦は妊娠糖尿病や妊娠高血圧症候群の発症率が高く、誘発率や帝王切開率が有意に高かった。

3

当院における高齢妊婦の現状について

京都市立病院

井上基 坪内万祐子 秋山誠 舟木紗綾佳 森崎秋乃 大井仁美 山田義治 山本浩之

藤原葉一郎

近年の不妊生殖治療の発達に伴い高齢出産の割合は増加している。高齢出産は年齢に比例し、妊娠糖尿病、妊娠高血圧症候群、常位胎盤早期剥離、前置胎盤といった産科合併症を伴う確率が増加する。当科は京都市内の地域周産期医療センターとして機能し、多くの産科合併症を伴う妊婦の管理を行っている。今回、我々は 2012～14 年までの過去 3 年間に当科で経験した全分娩件数 691 例のうち、高齢妊婦 (35 歳以上) 215 例 (31.1%, 215/691)、40 歳～:59 例 (8.5%, 59/691) であった。分娩様式については 35～39 歳:経陰分娩 74 例 (47%, 74/156)、帝王切開 82 例 (うち緊急帝王切開 35 例) (52%, 82/156)、産科合併症については、妊娠高血圧症候群が 35～39 歳で 10 例 (6%, 10/156)、40 歳以上で 1 例 (2%, 1/59) であった。当科の高齢出産については 40 歳以上の妊婦の割合が比較的多く、また、分娩様式については当院では 39.3% (272/691) であり帝王切開率が比較的高い結果となった。高齢出産の割合は増加しており、高度な妊娠管理が可能な周産期医療センターの役割は今後も重要になると考えられた。

4

当院における 2014 年度の高齢妊婦（35 歳以上の分娩）の特徴

近畿大学医学部奈良病院

張 波 森岡佐知子 生駒直子 金山清二 大井豪一

当院における高齢妊婦の特徴を、2014 年度に単胎分娩した 178 例を用いて統計学的に解析した。35 歳以上の妊婦は 91 例(51%)であり、そのうち 37 例(41%)が帝王切開による分娩であった。35 歳以上と未満の 2 群に分け、2 群間の違いをカイ 2 乗検定(27 項目)と T または Mann-Whitney U 検定(28 項目)で検討した。その結果として以下の 6 項目に有意差を認めた。高齢妊婦は、1.帝王切開例が多い($p=0.007$)、2. assisted reproductive technology による妊娠が多い($P=0.032$)、3.細菌性陰症が少ない($p=0.036$)、4.妊娠期間中の体重増加が少ない($p=0.044$)、5.身長が高い($p=0.003$)、6.妊娠前の体重が重い($p=0.013$)という特徴を認めた。また、初産婦限定で同様に検討すると、高齢妊婦には 1.帝王切開例が多い($p=0.023$)、2.経膈分娩後の異常出血例が多い($p=0.005$)ことも判明した。

5

45 歳以上の高齢妊娠に関する検討

大阪医科大学

永易洋子 藤田太輔 田中サキ 橋田宗祐 平松敦 箕浦彩 宮本瞬輔 澤田雅美

岡本敦子 佐野匠 鈴木裕介 高井雅聡 神吉一良 寺井義人 大道正英

近年、女性のライフスタイルの変化や少子高齢化に伴い、高齢妊娠が増加している。今回、我々はハイリスクと考えられる 45 歳以上の高齢妊娠について検討したので報告する。2004 年 4 月~2015 年 7 月に分娩した 45 歳以上の高齢妊娠 10 例について後方視的に検討を行った。年齢は 45 歳~51 歳、初産婦は 3 例、自然妊娠は 6 例であった。50 歳以上は 2 例で、ともに卵子提供妊娠であり、うち 1 例は双胎妊娠であった。母体合併症に関して、糖尿病合併妊娠 1 例、妊娠糖尿病 1 例であり、PIH は 5 例で頻度は高く、その後 DIC および HELLP 症候群を呈した例が 2 例であった。分娩様式は、吸引分娩 1 例、予定帝王切開 1 例、緊急帝王切開 5 例と帝王切開率の頻度が高かった。児は、早産児 45.6%、LFD 児 36.3%であり、Apgar Score の平均値は 1 分後 7 点、5 分後 8.54 点、臍動脈血ガスは pH 7.284、BE -4.62mEq/L であった。45 歳以上の高齢妊娠は、母体合併症率、とくに PIH と早産のリスクが高く、また分娩は帝王切開率が非常に高いため、これらを念頭においた高次施設での厳重な周産期管理が必要と考えられた。

6

当院における高齢出産に関する検討

近畿大学

藤島理沙 島岡昌生 宮川知保 青木稚人 葉宜慧 村上幸祐 貫戸明子 高矢寿光 浮田真沙世

小谷泰史 飛梅孝子 中井英勝 辻勲 鈴木彩子 万代昌紀

[目的]近年、高齢出産は増加しており、周産期管理に注意を要する。当院の分娩症例を後方視的に検討し、高齢出産のリスクを検証した。[対象と方法]2013 年 1 月から 2015 年 6 月の間に当院で出産した初産婦 412 例(多胎を除く)を対象とした。経膈分娩予定の症例は 345 例で、帝王切開予定の症例は 67 例であった。412 例を 35 歳以上と 35 歳未満の症例に分類し、分娩経過を比較検討した。[結果]経膈分娩における平均分娩時間は、35 歳以上が 10 時間 44 分で、35 歳未満の 9 時間 47 分と差はなかった。平均出血量は、35 歳以上が 546ml で、35 歳未満の 549ml と差はなかった。経膈分娩予定であった症例のうち、経膈分娩を試行できた症例は 310 例であった。そのうち緊急帝王切開に移行した症例の割合は、35 歳以上が 12 例/82 例 (14.6%) で、35 歳未満の 8 例/228 例 (3.5%) より有意に高かった。[結論]当院の分娩症例の検討では、出血量と分娩時間は年齢による差はなかった。35 歳以上の緊急帝王切開移行率は高く、35 歳以上の初産婦の分娩には注意を払う必要があると考えられた。

7

当院の高齢妊娠での周産期リスク因子についての検討

関西医科大学附属病院

高橋直子 笠松敦 坪倉弘晃 生駒洋平 高畑暁 吉田彩 都築朋子

榎木晋 岡田英孝

【目的】近年、生殖補助医療の発展に伴い高齢妊娠は増加傾向にある。高齢妊娠では切迫早産や前置胎盤、妊娠高血圧症などの発症頻度が増加するとの報告もある。今回、当院での2006年4月から2015年4月までの40歳以上の分娩を対象とし、切迫早産、妊娠高血圧症(PIH)、胎児構造異常、早期破水、常位胎盤早期剥離等の周産期リスク因子と、45歳以上の妊娠や初産、多胎妊娠、体外受精による妊娠(IVF)、卵子提供(ED)などの母体背景因子を解析した。【結果】総分娩6747例中、40歳以上の分娩は539例(7.9%)であった。妊娠予後に影響する背景因子としては、妊娠34週未満の早産は多胎で多く、pPROMはIVFによる妊娠成立によるものが有意的に多かった。胎児構造異常の頻度は各背景因子の有無での有意差はなかった。またPIHは初産で有意に多かった。

8

神戸大学における高年出産の周産期予後

神戸大学

山下萌 出口雅士 前澤陽子 谷村憲司 森實真由美 山田秀人

【目的】晩婚化に伴い高年妊娠が増加傾向にある。高年妊娠では胎児染色体異常、妊娠高血圧症候群(PIH)や妊娠糖尿病(GDM)等の妊娠中異常、帝王切開率や分娩時出血の増加等、分娩時異常が上昇するとされる。今回、高年妊娠と非高年妊娠の周産期予後を後方視的に比較した。【対象と方法】過去2.5年間に当院で単胎分娩した高年群481人と非高年群474人の周産期予後を後方視的に比較した。【結果】高年群では基礎疾患として本態性高血圧症、子宮筋腫合併例が有意に多かった。妊娠合併症のうちPIH、GDM、癒着胎盤は高年群に多かったが、切迫早産は両群間に差がなかった。分娩時に誘発・促進分娩を要した割合に差はなかったが、レベル4以上の胎児心拍異常や帝王切開分娩は高年群で有意に多かった。ただし児のApgar Score、分娩時出血量には有意差を認めなかった。【結論】高年妊娠では妊娠・分娩中の異常が起こる可能性は高く、高血圧、PIH、GDM、NRFSに注意し慎重な妊娠分娩管理が必要であるが、児の短期予後には有意差は無いものと考えられた。

9

経腔分娩予定の高齢初産婦における緊急帝王切開率と関連する因子の検討

大阪府立母子保健総合医療センター

武藤はる香 石井桂介 林周作 岡本陽子 光田信明

高齢初産婦における正期産経腔分娩における分娩様式と関連因子を明らかにする。経腔分娩の方針であった30歳以上の単胎初産婦1603(35-39歳:603, ≥ 40 歳:222)例を対象とした後方視的コホート研究である。主要評価項目を緊急CS率として、30-34歳、35-39歳、40歳以上のCS率と、CSに関連する因子をロジスティック回帰分析にて検討した。それぞれのCS率は10%, 19%, 27%であった。独立した関連因子と調整オッズ比(95%CI)は、年齢(5歳毎)1.58(1.30-1.92)、低身長2.21(1.31-3.72)、PIH2.22(1.34-3.67)、LFD児2.39(1.02-5.58)、陣痛誘発5.56(4.11-7.54)であった。正期産高齢初産婦の経腔分娩では、年齢だけでなく、低身長、PIH、大きい胎児および陣痛誘発で緊急CSとの関連が強いため注意を要する。

10

高齢初産は難産か？

兵庫県立西宮病院

永瀬慶和 山本実咲 角田紗保里 清水亜麻 中江彩 山下紗弥 谷口友基子 磯部晶
増原完治 信永敏克

【目的】 高齢妊娠が難産のリスクであるという報告は海外でなされているが、日本人での検討はみられない。今回我々は、特に日本人の高齢初産が難産であるかを検討した。【方法】 2013年に当院で単胎頭位分娩を行った全初産婦（283例）を対象とした。分娩時年齢35歳以上の高齢初産婦群と分娩時年齢35歳未満の非高齢初産婦群の2群において、子宮口開大4cmからの分娩活動期時間、分娩第2期時間、総分娩所要時間につき、診療録およびパルトグラムを用いて後方視的に解析した。【結果】 高齢初産婦群（92例）において、分娩活動期時間は206.6分、分娩第2期時間は84分、総分娩所要時間は575分であり、非高齢初産婦群との間に有意差はなかった。また、高齢初産婦における緊急帝王切開率も、非高齢初産婦と比較して有意差を認めなかった。【結論】 日本人の高齢初産は、必ずしも難産とは限らないことが示唆された。

11

40歳以上高齢妊娠の正期産経陰分娩に硬膜外麻酔は影響を与えるか

和歌山県立医科大学¹⁾ 同麻酔科学教室²⁾城道久¹⁾ 中畑克俊²⁾ 岩橋尚幸¹⁾ 野口智子¹⁾ 馬淵泰士¹⁾ 八木重孝¹⁾ 南佐和子¹⁾
川股知之²⁾ 井篁一彦¹⁾

【目的】 分娩年齢の高齢化と共に無痛分娩の需要は増加している。硬膜外麻酔が40歳以上の正期産の経陰分娩に与える影響を検討する。【方法】 2011年1月から2015年6月の間に当院で37週以降に分娩となった40歳以上の分娩158例のうち予定帝王切開・胎児奇形を除いた113例（硬膜外麻酔21例〔E群〕、自然陣痛92例〔S群〕）を対象とした。【結果】 分娩中に緊急帝王切開となったのはE群：1例（4.8%）、S群：2例（2.2%）で差は無かった（ $p=0.464$ ）。帝王切開の例を除き分娩時に吸引・子宮底圧迫法を必要としたのはE群：12例（60%）、S群：31例（34.4%）で差を認めた（ $p=0.034$ ）。分娩第2期はE群：130分、S群：40分で差を認めた（ $p<0.001$ ）。分娩第1・3期、出血量、Apgar Score 1/5 分值、臍帯動脈血pHに差は無かった。【結論】 40歳以上の高齢妊娠の正期産で硬膜外麻酔は補助経陰分娩の割合を増加させるが、帝王切開率は変わらない。

12

高齢妊婦における Nulliparous women with a term, singletone baby in a vertex position delivered by cesarean section: NTSV の検討

兵庫県立こども病院周産期医療センター

船越 徹

【目的】 Clinical Quality Indicator の一つである初産・単胎・頭位・満期で分娩進行中の帝王切開率（Nulliparous women with a term, singletone baby in a vertex position delivered by cesarean section: NTSV）を当院で管理した高齢妊婦で検討した。【方法】 2005～2014年の初産・単胎・頭位・満期分娩から35歳以上のA群と20～34歳のB群を抽出し検討した（胎児形態異常を含む）。【結果】 同期間の妊娠22週以降の総分娩数は3,689件で帝切は2,393件（帝切率64.9%）であった。A群の分娩は137件で、帝切が77件（率56.2%）、内、選択帝切35件、緊急帝切42件で、分娩進行中の帝切は24件（超緊急2件）ありNTSV 17.5%、吸引分娩は18件（率13.1%）であった。一方、B群の分娩が549件あり、帝切が240件（率43.7%）、内、選択帝切99件、緊急帝切141件で、分娩進行中の帝切は71件（超緊急8件）ありNTSV 12.9%、吸引分娩は65件（率11.8%）であった。【結論】 高齢妊婦のNTSVは17.5%と20～34歳の妊婦に比べ有意に高かった。

13

高齢妊娠における子宮頸部 MRI 所見の検討～Stromal ring に注目して～

京都大学

松尾恵利 濱西潤三 杉並興 伊尾紳吾 小椋淳平 馬場長 近藤英治 小西郁生

【緒言】高齢妊娠では、子宮頸管の熟化不全により分娩が遷延することを多く経験するが、その要因を検討した報告は少ない。【目的】高齢妊娠における子宮頸部形態学的特徴を、MRI 画像を解析することにより明らかにする。【方法】2013 年 1 月から 2014 年 12 月までに当院で撮影された妊産婦の MRI 画像を用いて、年齢と子宮頸部間質の T2 低信号域 (stromal ring: SR) 厚、頸部横断面の半径 (頸部半径) および頸部筋層厚との関連性を後方視的に検討した。【結果】平均年齢は 35.4 歳。SR 厚および頸部半径に対する SR 厚比は、35 歳以上の 38 例 (高齢群) では 35 歳未満の 23 例 (若年群) に比してそれぞれ有意に大きく ($p=0.004$, $p=0.024$)、さらに高齢群では、SR 厚が頸部筋層厚よりも大きくなる傾向を認めた。一方で、頸部筋層厚は 2 群間で有意差を認めなかった。【結論】年齢とともに SR が肥厚することによって、子宮頸管熟化不全や分娩が遷延する一因となっている可能性が示唆された。

14

当院における高齢妊娠に関する後方視的検討

大阪市立大学

内田啓子 栗原康 林雅美 柳井咲花 片山浩子 羽室明洋 三杉卓也 尾崎宏治 橘大介 古山将康

近年、女性の社会進出による晩婚化や生殖補助医療の進歩などにより、出産時の母体年齢が上昇してきている。今回、2006 年から 2013 年までの期間に当科で分娩に至った 3998 例を対象とし、妊娠方法・分娩週数・合併症などについて、母体年齢の上昇が妊娠・分娩転帰に及ぼす影響を後方視的に検討を行った。分娩時年齢が 35 歳以上の妊婦は 1369 人 (34.2%) であり、その内、生殖補助医療による妊娠は 243 人 (17.8%) で認められた。産科合併症の発生頻度において 35 歳未満と比較し高値であったのは、早産: 19.0% ($p=0.034$)、妊娠高血圧症候群: 8.3% ($p=0.001$)、妊娠糖尿病: 2.63% ($p=0.041$)、前置胎盤: 2.0% (0.005)、常位胎盤早期剥離: 1.2% (0.009) であり、胎児発育不全: 11.4% ($p=0.14$) では有意差は認められなかった。高齢妊娠に多い産科合併症や分娩異常を念頭において周産期管理を行う必要があると考えられる。

15

地方中核病院における非侵襲的出生前遺伝的検査(NIPT)の導入と高齢妊婦の出生前診断需要

奈良県立医科大学¹⁾ 周産期医療センター新生児科²⁾常見泰平¹⁾ 成瀬勝彦¹⁾ 重富洋志¹⁾ 赤坂珠理晃¹⁾ 吉元千陽¹⁾ 佐道俊幸¹⁾ 西久保敏也²⁾ 小林浩¹⁾

非侵襲的出生前遺伝的検査(NIPT)は分娩時 35 歳以上の高齢妊婦を適用要件の一つとしている。当科はこれまで遺伝診療や出生前診断を強く推し進めてきたわけではなかったが、県下の周産期システムの要たる病院として先天異常児とその家族のサポートにあたってきたため、地域の需要を満たすために NIPT を導入するいわゆる「第 2 グループ」の先陣を切って 2013 年 12 月に検査を開始した。開始以来 2015 年 3 月までにカウンセリングを受けた妊婦は 306 名、実際に検査を受けた妊婦は 281 名 (92%) であり、このうち 276 名 (98%) が高齢を理由とした受検であった。また、NIPT 開始後、これとの関連は不明であるが羊水検査を受ける妊婦が増加しており、2013 年に 24 件であったのが 2014 年に 51 件と増加し、このうち 45 件 (88%) が高齢を理由とするものであった。大都市近郊であっても高齢妊娠による不安を抱える妊婦に対し、これまで十分な医療機会が提供されておらず、NIPT 導入を契機にこれらへのアクセスが改善された可能性が窺われた。

16

当院における高齢出産と不妊治療についての検討

兵庫県立尼崎総合医療センター

矢野紘子 今井更衣子 上田優輔 川原村加奈子 田口奈緒 鈴木尚子 廣瀬雅哉

近年、女性のライフスタイル変化に伴い母体年齢の高年化が問題となる一方、医療技術の進歩により高度生殖医療を含めた不妊治療が普及してきている。今回、2012年から2016年の4年間に当院で分娩となった症例のうち単胎初産婦について、高齢出産の有無と不妊治療内容を比較検討した。同期間に当院で単胎生産となった初産婦1175例を自然妊娠・一般不妊治療・高度生殖補助医療(ART)の3群に分類し分娩成績を比較したところ、ART群で自然妊娠群に比して早産・低出生体重児・C/S率・経膈分娩時出血量を有意に多く認めた。一方、それぞれの群で高齢出産例と非高齢出産例の成績を比較した所、一般不妊治療群やART群において高齢出産と非高齢出産間で分娩成績の差を認めなかった。高齢出産は一般に分娩時出血量や帝王切開率の増加が言われているが、不妊であること自体がリスク因子とし非高齢出産であっても高齢出産同様の慎重な周産期管理が必要であると考えられた。

17

当院で扱った卵子提供妊娠の検討

大阪市立総合医療センター 周産期母子総合医療センター

三田育子 中本収 鹿野理恵子 由井淳子 辻本麻美 北山利江 梶谷耕二 田中和東 中村博昭

【目的】年々卵子提供妊娠は増加しており、今回当院で扱った卵子提供妊娠の妊娠及び分娩経過を後方視的に調査し周産期合併症の有無を検討することで今後の診療に役立てることを目的とした。【方法】過去3年間に当院で扱った分娩を調査した。卵子提供の有無は本人の告知に基づいた。【結論】2651件中卵子提供妊娠を11件認めた。分娩時母体年齢中央値49歳、分娩週数中央値妊娠37週であった。双胎妊娠3例、品胎妊娠1例であった。分娩方式は1例中期流産、生児を得た10例で帝王切開であった。子宮内胎児発育不全は1例で、生児の臓器異常は認めなかった。妊娠高血圧症候群は3例で、1例は流産期にHELLP症候群様の病態を示した。妊娠糖尿病を3例で認めた。弛緩出血1例、癒着胎盤で子宮全摘術を要したもの1例、母体大腿骨不全骨折を1例で認めた。【考察】症例は11例で非卵子提供妊娠例との比較検討は出来なかったが、閉経状態に伴う骨密度低下による骨折例など独自の注意が必要な症例があった。

18

高年単胎妊娠の周産期予後にARTが及ぼす影響について

和歌山県立医科大学

松岡俊英 岩橋尚幸 島佳奈子 中田久美子 野口智子 小林智子 八幡環 小林彩

谷崎優子 城道久 太田菜美 馬淵泰士 八木重孝 南佐和子 井篁一彦

【目的】近年、体外受精による高年出産が著明に増加している。当院で35歳以上の体外受精で妊娠が成立した単胎妊娠症例の周産期予後について検討した。【方法】2006年1月から2014年12月までに当院で分娩した35歳以上の単胎妊娠症例は1256名で全体の25%にあたる。そのうち体外受精症例(IVF群)166例と自然妊娠症例(SP群)1090例について妊娠偶発合併症の有無と周産期予後について後方視的に検討した。【結果】妊娠偶発合併症では子宮疾患、付属器疾患、甲状腺疾患がIVF群で有意に多かった。PIHの発症率はIVF群で5.9%、SP群で8.9%と有意にIVF群で低かった。 $(p<0.05)$ 。さらに低出生体重児の割合はIVF群で4.2%、SP群で8.6%とIVF群で低い傾向にあった $(p=0.05)$ 。【考察】35歳以上の妊婦ではIVF群はSP群に比較して妊娠偶発合併症の頻度は高いものの周産期予後は母体および胎児においても悪いとは言えない結果となった。

19

40歳以上の高齢初産婦の分娩転帰についてのARTの有無による検討

西神戸医療センター

勝部美咲 川北かおり 山下暢子 荻野美智 登村信之 酒井理恵 奥杉ひとみ 近田恵里
佐原裕美子 竹内康人

【緒言】近年 ART(assisted reproductive technology)の普及と女性の晩婚化により、40歳以上の妊娠は増加した。当院における40歳以上の高齢初産婦の分娩転帰について調査する。【方法】2010～2014年の5年間における当院で分娩した40歳以上の高齢初産婦を、ART後妊娠とそれ以外について後方視的に比較検討した。

【結果】当院5年間の40歳以上の高齢初産婦は111人で、うちART後妊娠は29人であった。ARTによらない妊娠では48/82例(59%)が経膈分娩となったが、ART後妊娠では10/29例(34%)であり、帝王切開が多かった。ART後妊娠では、PIH 7例(24%)、双胎5例(17%)、筋腫核出後5例(17%)、FGR 5例(17%)が多い傾向にあり、これらが帝王切開の適応となっていた。また、ART後妊娠では、胎盤位置異常、産後出血が多くみられたが、NRFS、吸引分娩の頻度には差は見られなかった。【結語】同じ高齢妊婦であっても、ARTによる妊娠は、ARTによらない妊娠と比較しリスクが大きく異なることを念頭において周産期管理を行うべきである。

20

当院における羊水染色体検査の検討

京都府立医科大学

安尾忠浩 藁谷深洋子 岩佐弘一 岩破一博 北脇城

【目的】妊娠の高齢化が進み、画像や遺伝学的診断技術が進歩する中で、出生前検査はより重要視されている。また羊水染色体検査は確定的検査であり、侵襲的だが幅広く行われている。今回当院で羊水染色体検査を施行した症例について臨床的検討を行った。【方法】2010年4月から2015年3月までの5年間に当院で羊水染色体検査施行した138例を後方視的に検討した。【結果】年齢は平均35.3歳(20-45歳)であった。22週以降は52/138例と全体の1/3以上を占めた。適応は超音波異常が最多で、35歳以上の高齢妊娠が続いた。超音波異常は羊水過多が多く、FGR、NT、心奇形が続いた。全体の26.1%に染色体異常を認め、22週未満で14/85例、22週以降は22/52例であった。心奇形を認めた症例の染色体異常は90.9%と高頻度であった。【結語】22週以降であっても羊水染色体検査を行い、娩出前に確定診断を得ることで、小児科と綿密な連携をとり、両親との十分なインフォームドコンセントの上に、適切な周産期管理を行うことが可能となる。

生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会講演抄録

1

膀胱筋層、後陰門蓋に達した深部子宮内膜症に対し、腹腔鏡下病巣除去術を行った1症例

高の原中央病院

小池奈月 藪田真紀 貴志洋平 山口昌美 谷口文章

深部子宮内膜症において疼痛により損なわれる QOL と妊娠率を改善するために病巣切除が有効である。今回、膀胱筋層、後陰門蓋に達した深部子宮内膜症に対し腹腔鏡下病巣除去術を行ったので文献的考察を加え報告する。症例は37歳、不妊治療中。鎮痛剤が無効の月経時下腹部痛、排尿時痛を認めた。内診では子宮の可動性は不良、ダグラス窩全体に圧痛を伴う硬結を認め、後陰門蓋に小豆大の圧痛を伴う腫瘍性病変を認めた。術中腹腔内所見は、両側卵巣と子宮の癒着、ダグラス窩は直腸と子宮が癒着して完全閉鎖し、膀胱と子宮も強固に癒着していた。r-ASRM 分類は94点であった。癒着剥離後、膀胱筋層に達する深部子宮窩内膜症を摘出し縫合修復した。ダグラス窩も癒着剥離後、直腸周囲の病変を切除し、後陰門蓋からダグラス窩に連続する内膜症病変を、膣式と腹腔鏡下に摘出した。重症子宮内膜症に対して腹腔鏡下病巣除去術は、リスクを伴うが低侵襲手術であり、妊娠希望患者には長期の薬物療法を必要としないため特に有効であると考えられる。

2

根治性・機能温存・安全性を目指した深部子宮内膜症に対する腹腔鏡下手術

京都府立医科大学

伊藤文武 楠木泉 秋山鹿子 片岡恒 高岡宰 田中佑輝子 小芝明美 森泰輔 北脇城

深部病変（DIE）を有する子宮内膜症は、内分泌療法で十分な疼痛症状緩和が得られない場合、手術療法が必要となる。強度な癒着と解剖学的偏位が特徴的で、手術には正確な癒着剥離と解剖学的再構築が必要となり、根治性と機能温存とのバランス、安全性の担保が重要である。そこで、DIE 症例の手術の有効性、有効な癒着剥離法と剥離デバイスの選択について検討した。腹腔鏡下に広間膜後葉を開窓して後腹膜腔を展開し、尿管周囲、直腸腔間隙周囲の系統的癒着剥離と骨盤内臓器の位置矯正、続いて DIE 病巣除去を行った。癒着剥離には、剥離鉗子、吸水管、ロータリーダイセクターによる鈍的剥離と、鉗鉗子、モノポーラ、超音波凝固切開装置による鋭的剥離を用いた。2009年4月からの5年間に当科で施行したDIE手術症例72例を後方視的に検討した。骨盤内の癒着剥離には、後腹膜腔を開窓した系統的癒着剥離が有効で、安全かつ十分な位置矯正、DIE 病巣除去が可能であった。状況に応じた剥離デバイスの選択も剥離の完遂に寄与した。

3

凍結融解胚移植後妊娠における子宮内膜症合併妊娠の産科予後の検討

滋賀医科大学

森宗愛菜 竹林明枝 桂大輔 林香里 平田貴美子 高島明子 辻俊一郎 小野哲男 石河顕子
木村文則 高橋健太郎 村上節

子宮内膜症を有する患者は難治性の不妊により、体外受精にて妊娠することも多い。近年、体外受精に関しては胚の凍結融解技術の進歩と卵巣過剰刺激症候群の回避、多胎妊娠の回避のために、凍結融解胚移植の数が増加している。今回我々は凍結融解胚移植後の妊娠において、子宮内膜症合併妊娠の産科予後について検討することとした。2009年9月から2014年6月までに体外受精（凍結融解胚移植）を施行し単体妊娠、出産した患者142名（子宮内膜症群34名、非子宮内膜症群108名）を対象とし、その周産期予後について両群を後方視的に比較検討した。その結果、子宮内膜症群は非子宮内膜症群に比べ、早産率、NICU 入室率が優位に高く、出生体重は優位に低いという結果であった。NICU 入室率、出生体重は子宮内膜症群の早産率が高いことが影響していると推測された。文献的考察を加えて報告する。

4

新規 MRI 技術を活用したチョコレート嚢胞の癌化の早期発見法

奈良県立医科大学¹⁾ 同放射線医学教室²⁾ メタロジェニクス株式会社³⁾
シーメンス・ジャパン株式会社⁴⁾

重富洋志¹⁾ 高濱潤子²⁾ 岩渕拓也³⁾ 打越雅人⁴⁾ 岩井加奈¹⁾ 山田有紀¹⁾ 伊東史学¹⁾
吉元千陽¹⁾ 棚瀬康仁¹⁾ 春田祥治¹⁾ 川口龍二¹⁾ 佐道俊幸¹⁾ 小林浩¹⁾

【緒言】MRI 検査によるチョコレート嚢胞内の鉄成分検出から、癌化の予測や早期発見が可能かを検討した。

【方法】当院で手術したチョコレート嚢胞 53 例と内膜症関連卵巣 15 例を対象とした。シーメンス社製 3T-MRI の MR Spectroscopy (MRS) を用いた鉄成分を測定するシーケンスと ICP 分析法を用いて、手術前の生体内の腫瘍内 MRS 信号強度(以下 R2 値)、摘出した腫瘍内容液の R2 値と鉄濃度(以下 $[Fe]_{ICP}$)を測定し、これらの相関関係を検討した。【結果】生体内 R2 値と摘出後の R2 値は一致し、摘出後の R2 値と $[Fe]_{ICP}$ は良好な相関を示した。従って、生体内 R2 値は $[Fe]_{ICP}$ を反映することが示された。チョコレート嚢胞と内膜症関連卵巣癌の生体内 R2 値は、 25.3 ± 10.1 vs. 8.7 ± 4.5 , $p < 0.001$ であり、内膜症関連卵巣癌は有意に低値を示した。【まとめ】チョコレート嚢胞の鉄濃度は MRI 検査で推定可能であり、R2 値の低下により発癌の予測や早期発見できる可能性が示唆された。

5

卵巣チョコレート嚢胞の術後再発

大阪医科大学

劉昌恵 林篤史 中村真由美 小野賀大 林正美 寺井義人 大道正英

【緒言】妊孕能温存希望のある卵巣チョコレート嚢胞例で、手術適応になる腫瘍径であれば、嚢胞摘出術や内壁焼灼術が選択される。近年、チョコレート嚢胞術後の高い再発率が問題視され、再発予防策を講じることが推奨されている。【対象と方法】2008 年 1 月から 2014 年 7 月までに当科で卵巣チョコレート嚢胞に対して腹腔鏡下手術を施行した 109 例を対象とした。対象を術後にジェノゲストを投与した群(以下ジェノゲスト群)、低用量エストロゲン・プロゲステロゲン配合剤を投与した群(以下 LEP 群)、何も投与しなかった群(以下無投薬群)の 3 群に分け、各群の術後再発率を比較検討した。【結果】術後再発については、無投薬群で 6 例(9.2%)であったのに対し、ジェノゲスト群、LEP 群共に再発例を認めなかった。術後再発例のうち、4 例にジェノゲスト治療を行い、いずれの症例もその後の嚢胞増大を認めていない。【結語】チョコレート嚢胞術後再発の予防には術後ホルモン治療が有効であると考えられた。

6

帝王切開癒痕部に発生した嚢胞性子宮腺筋症の 1 例

神戸市立医療センター中央市民病院¹⁾ 同臨床病理科²⁾

上松和彦¹⁾ 前田祐斗¹⁾ 柳川真澄¹⁾ 山添紗恵子¹⁾ 松林彩¹⁾ 日野麻世¹⁾ 林信孝¹⁾

宮本泰斗¹⁾ 小山瑠梨子¹⁾ 大竹紀子¹⁾ 富田裕之¹⁾ 池田裕美枝¹⁾ 宮本和尚¹⁾

青木卓哉¹⁾ 今村裕子¹⁾ 星野達二¹⁾ 吉岡信也¹⁾ 松岡亮介²⁾ 今井幸弘²⁾

嚢胞性子宮腺筋症は、子宮腺筋症が嚢胞性病変を呈する疾患である。今回帝王切開の癒痕部に発生した嚢胞性子宮腺筋症が、筋腫分娩様に腔内に脱出した 1 例を経験したので報告する。症例は 35 歳 1 回経産婦。25 歳時に、妊娠 26 週で陣痛抑制困難となり、古典的帝王切開の既往あり。帯下増量、下腹部痛にて当科初診。経腔超音波検査にて子宮前壁の帝王切開癒痕部に嚢胞を認めた。MRI では子宮前壁から連続する 3.5×2.5 cm 大の病変を認め、内部は出血信号であった。その後受診が途絶えていたが、初診から 4 か月後に大量性器出血、外陰部腫瘍感にて当院救急外来を受診。腔鏡診にて腔内に 5cm 大の腫瘤を認め、経腔超音波では腫瘤は 5×4 cm 大で、子宮内より連続性があり内部は砂粒状であった。MRI では、腫瘤は子宮前壁の帝王切開癒痕部を起始部として腔内に脱出し、内部は内膜症性嚢胞様であった。嚢胞性子宮腺筋症の疑いで経頸管的切除術を行い、病理にて嚢胞性子宮腺筋症の診断であった。本疾患は非常に希であり、文献的考察を加え報告する。

7

マイクロ波アブレーションによる子宮腺筋症の治療

医誠会病院

金岡靖 井本広済

子宮腺筋症の根治的治療法は子宮全摘術とされている。しかし、閉経まで数年と予想される40代後半の女性、合併症で手術のリスクが高い女性、子宮摘出術よりも短期に日常生活に復帰したい女性など個々の条件によっては子宮全摘術に対する低侵襲の代替治療法を選択するのが適当と考えられる。われわれは、子宮腺筋症による過多月経の治療にマイクロ波子宮内膜アブレーション（MEA）を行っているが、腺筋症組織が大量に存在する場合には、腺筋症組織をマイクロ波で焼灼する transcervical microwave adenomyolysis（TCMAM）を併用している。術後1年以上経過した50例の経過を解析し、MEA+TCMAMにより、過多月経の改善、月経痛の改善に加えて、有意なヘモグロビン値の上昇と子宮体部の縮小などの結果を得た。MEA+TCMAMは子宮機能を温存できる方法ではないが、子宮腺筋症の症状を改善し女性の生活の質を向上させる低侵襲の代替治療法となりうる。MEA+TCMAMについて、これまでに得られた結果をまとめて報告する。

8

当院での子宮腺筋症病巣摘出術の現状

日本生命済生会付属日生病院

増田公美 田中雄介 尾上昌世 矢野悠子 八田幸治 高山敬範 吉見佳奈 大塚博文

橋本奈美子 佐伯典厚 舩渡孝郎 藤田征巳

子宮腺筋症に対する手術療法として、当院では子宮腺筋症病巣摘出術を行っている。子宮腺筋症病巣摘出術の術式は様々であるが、当院では主に子宮筋フラップ法を行っている。この手術により症状緩和と妊娠性温存が期待できるが、子宮破裂や癒着胎盤などの周産期リスクの上昇が指摘されている。今回、2009年4月～2015年5月において、子宮腺筋症病巣摘出術を施行した18例（開腹手術11例、腹腔鏡下手術7例）について検討した。平均年齢は、39.8歳であった。手術時間は腹腔鏡群が有意に延長し、出血量は開腹群で多くなる傾向であった。平均摘出重量は開腹群で69g、腹腔鏡群で36gであった。開腹群の3例が妊娠し、1例は初期流産、2例は全前置胎盤の管理を行い分娩となった。子宮腺筋症病巣摘出術については、様々な手法が用いられているが、臨床症状の改善のみならず、妊娠・分娩に耐えうる子宮の再建が必要である。当院での子宮腺筋症病巣摘出術の現状と若干の文献的考察を含めて報告する。

9

当院での子宮腺筋症合併妊娠の検討

和歌山県立医科大学

太田菜美 城道久 馬淵泰士 八木重孝 南佐和子 井篁一彦

子宮腺筋症は40歳代に好発する。昨今の晩婚化、生殖技術の進歩により子宮腺筋症合併妊娠は増加すると推測される。妊娠予後についての報告は少なく、当院での子宮腺筋症合併妊娠について検討した。2010年1月から2015年6月までの当院での分娩3369例において、子宮腺筋症合併妊娠は8例（0.2%）であった。2例で治療歴（GnRHa、ジェノゲスト、LEP）があり、子宮腺筋症核出術例はなかった。35歳以上は4例で、未経産は5例、自然妊娠5例、IVF-ETでの妊娠は3例（1例DD双胎）であった。切迫早産は4例で、早産は2例であった。FGRは双胎の1例を除いて認めなかった。帝王切開での分娩は4例で、子宮腺筋症が原因となるものはなかった。辺縁前置胎盤例では底部縦切開での児娩出を要した。経膈分娩の平均出血量は136mlで帝王切開では794mlであった。また、産褥期に子宮内感染をきたした症例を1例認めたが、8例とも重篤な妊娠中の合併症はなかった。妊娠が成立すれば子宮腺筋症は周産期予後を悪くするものではないと考えられた。

日本産婦人科医会委員会ワークショップ

■ 平成27年10月25日（日） 第2会場

（13：30～ ）

座長： 津崎恒明（公立八鹿病院 産婦人科）
信永敏克（兵庫県立西宮病院 産婦人科）

1. 「産婦人科診療ガイドライン—産科編 2014の改訂点」
出口 雅士（神戸大学）
2. 「女性トータルヘルスケアは難しくない ～産婦人科診療ガイドライン 婦人科外来編2014」
鏑本 浩志（兵庫医科大学）
3. 「IT化に伴う最近の審査現場の実状」
田中 文平（日本産婦人科医会医療保険委員会副委員長）
4. 「女性医師支援の取り組み ～女性も男性もWIN-WINの職場をつくる～」
衛藤 美穂（京都第二赤十字病院）
5. 「平成26年度に行った近畿6府県新規開業施設対象のアンケート調査」
信永 敏克（兵庫県立西宮病院）

研修部会では毎年ワークショップの企画と運営を行っています。今年度は、(a) 2014年に刊行された産婦人科診療ガイドラインの産科編および婦人科外来編に関して主な改訂点を中心に、それぞれの分野のエキスパートの先生方から概説していただきます。(b) また昨今、少子高齢化が進む日本では高齢者の医療費の高騰が現役世代の負担として重くのしかかっている状況があり、ITを活用した健康保険の審査現場の実情をご披露いただきます。(c) 今や医学部の半数は女子学生、日本産科婦人科学会会員で30歳未満は約70%が女性医師となっています。日本の成長戦略のひとつに、さらなる女性の社会進出があげられていますが、産婦人科も女性医師の活躍なくして将来はありません。現在、第一線で活躍されている産婦人科女性医師の立場から、現状での支援の状況やワークライフバランスなどの講演をいただきます。(d) 研修部会では平成26年度に新規開業された先生方に対して、開業された動機や目標、メリット・デメリット、産婦人科の魅力、研修部会に期待することなどのアンケート調査を行いましたので、結果をご披露させていただきます。これから新規に開業を考えられている先生方や、すでに有床診療所やオフィス гинекологиюを主として第一線で活躍されている先生方、勤務医の先生方へも何らかの参考になればと思うからです。

これらの企画は昨年度に、前部会長である藤田宏行先生が中心となり、部会員の先生方が1年間議論を重ねて練り上げて決められたもので、多くの先生方のご参加をお待ち申し上げております。

（研修部会部会長 原田直哉）

日本産婦人科医会委員会ワークショップ講演抄録

1

産婦人科診療ガイドライン—産科編 2014の改訂点

神戸大学医学部産科婦人科 出口雅士

昨年刊行された産婦人科診療ガイドライン—産科編 2014は2008年の初版から数えて2回目の改訂となり、2011年のCQ&A87項目に、新たに17項目が加えられ、104項目のCQ&Aとなった。2008年の初版のCQ&A63項目からすると約2倍程度の分量となったことになる。2011年版から2014年版で特に大きく変更された項目は1.「子宮収縮薬による陣痛誘発・陣痛促進に際しての留意点:改訂2011年版」が見直されてCQ&A（3項目）化されたこと、2. 出生前診断に関する内容（CQ&Aが1項目から5項目に）、3. 妊娠・産褥と薬剤に関する内容（CQ&Aが2から5項目に）の3点が挙げられる。

1. の子宮収縮薬による陣痛誘発・陣痛促進については、過強陣痛を疑うための基準「子宮収縮回数>5回/10分」「レベル3以上の異常波形出現」が設けられ、その際の対応策が示され、より臨床現場で役に立つものとなった。

2. の出生前診断については昨今の出生前診断技術の進歩に伴い内容が改訂され、出生前診断に関する諸問題（確定的検査、非確定的検査、遺伝カウンセリングなど）についての内容が充実した。また通常超音波検査と胎児超音波検査の考え方の違いについても記載され、超音波検査も倫理的配慮が必要な出生前診断となる場合があることが明確に示された。

3. の妊娠と薬剤については妊娠年齢の高齢化に伴い、内科合併症等に伴う投薬の問題が増加しているためと考えられ、医薬品の妊娠中投与による胎児への影響についてのカウンセリングの方針が示され、胎児への悪影響だけを心配して医薬品を単純に中止・減量し、母児の健康を害することのないよう注意を促している。「催奇形性・胎児毒性を示す明らかな証拠が報告されている代表的医薬品」「添付文書禁忌医薬品でも特定の状況下では妊娠中の投与推奨される代表的医薬品」「添付文書禁忌医薬品でも妊娠初期の偶発的使用で有意な胎児リスク上昇はない医薬品」「添付文書有益性投与でも胎児・新生児に対して特に注意が必要な医薬品」が明示された。

その他、今回の改訂では妊娠管理の基本的考え方に大きな変更点はないといえるが、血栓塞栓症予防に関する記載では妊娠中と産褥に分けられ、リスクの高低をよりきめ細かく判断できる付表が設けられた。また妊娠高血圧腎症の診断と取り扱いが改訂され、随時尿蛋白/クレアチニン比の利用などが示され、妊娠高血圧腎症は入院管理とすることが推奨（B）された。またHELLP症候群・臨床的急性妊娠脂肪肝の早期発見法が新たに示された。分娩関連では「産後の過多出血（PPH）その原因と対応」が追加されたほか、吸引分娩の20分・5回までの制限が推奨（B）となった点は認識しておくべき点である。またまれな予後不良合併症として、劇症型A群溶血性連鎖球菌感染症、劇症Ⅰ型糖尿病、大動脈解離、QT延長症候群、肺血栓塞栓症、羊水塞栓症、周産期心筋症が示されたので、これら疾患についても一定の理解が必要と思われる。感染症についても近年注目されるようになっており、トキソプラズマ、風疹の妊婦感染診断方法、風疹、サイトメガロウイルスの先天性感染の診断方法等が示された。今後は母体検査方法のみならず、新生児検査法についても理解しておくことが必要となるだろう。新生児関係では在胎期間34～36週の早産（late preterm）児の新生児管理および退院後の注意点が記載された。

以上が今回の改訂での大まかな変更点である。出生前診断・医薬品・感染症については一次施設であっても一定レベルの説明が求められる時代になりつつあると思われ、これらの改訂点や細かな変更点（特に推奨度が上がった項目）も含めて、産科一次施設で注意を要するガイドラインの変更点について解説する。

2

女性トータルヘルスケアは難しくない～産婦人科診療ガイドライン 婦人科外来編2014

兵庫医科大学産科婦人科 鏑本浩志

2014年版には女性のトータルヘルスケアを産婦人科医が担うことへの意思が感じられる。これは、管理料算定が少ない産婦人科診療にとって医業面でのメリットも大きい。診療所や二次医療機関の立場から2014年版の改定点を読み解いてみたい。

骨粗鬆症は、閉経後の原発性骨粗鬆症と閉経前に手術摘出などで卵巣機能を失った続発性骨粗鬆症に分類される。骨粗鬆症の記載は2011年版にはCQ416のみであったが、2014年版はCQ425～CQ427にわたっている。原発性骨粗鬆症の診断基準は、脆弱性骨折のない女性で若年成人女性の平均値 YAM (young adult mean) の「70%未満」に加えて新たに「-2.5SD以下」が加わった。骨密度の測定法として2011年版は「踵骨の定量的超音波測定法 (QUS) も用いることができる。(C)」と記載されていたが、2014年版には「踵骨QUS (quantitative ultrasound) 法はスクリーニングには有用であるものの原発性骨粗鬆症の診断には用いることはできない」と記載されている。一方、骨粗鬆症の一次予防として65歳以上、または閉経周辺期～65歳までで骨折危険因子 (アルコール摂取、喫煙、家族歴) を有する者などに積極的なスクリーニングを薦めている (B)。なお、QUS法の保険点数は80点である。治療開始基準として、原発性骨粗鬆症の診断基準に加え、YAM 70% 以上80%未満の骨量減少に対して「WHO骨折リスク評価ツールFRAXにより骨折確率15%以上と大腿骨近位部骨折の家族歴」が加わった。FRAXはweb上で容易に算出可能である。

高脂血症は2014年版で新たに作成された。重要なことは、日本動脈硬化学会の承認・協力のもとでCQが作成されたことで、冠動脈疾患既往のない患者の一次予防をかかりつけ医である産婦人科医が行い、既往のあるハイリスクは内科専門医へ紹介するように記されている。空腹時採血でLDL, HDL, トリグリセライドを測定し脂質異常を診断する。年齢・喫煙・血圧から「冠動脈疾患絶対リスク評価」を行い、基礎疾患によってさらにカテゴリー分類 (I～III) を行い、脂質管理目標値を設定する。3～6カ月間は投薬をせずに、生活習慣の改善指導を行う。この間は、特定疾患療養管理料として診療所で225点を月2回算定できる。目標値に達成しない場合はガイドラインに記載された薬物療法 (主にスタチン) を行う。

婦人科悪性腫瘍術後のホルモン補充療法 (HRT) がCQ224に記載された。閉経前に卵巣を摘出することは、急激な女性ホルモン欠落症状を生じる可能性があり、精神症状や性生活への影響などのQOLを損なう。また骨粗鬆症、脂質異常症、動脈硬化症などのリスクが上昇し、良性疾患や予防的に両側卵巣を摘出した閉経前患者では総死亡率は上昇すると報告されている。したがって再発率や総死亡率が上昇しないのであれば、婦人科悪性腫瘍術後のHRTは適切と考えられる。診療所でHRTを避けるべき婦人科がん患者は、高リスク子宮体癌、低悪性度子宮内膜間質肉腫、顆粒膜細胞腫の術後である。低リスク子宮体癌に対しては、本文中には「再発の危険性を高めないと考えられる」と記載されている一方で、「実際の施行にあたっては十分な説明を行ったうえで同意を得ることが重要である」として、Answer では「行うことができる (C)」となっている。結合型エストロゲン製剤の添付文書には子宮体癌は禁忌となっており、診療所でのHRT開始はとまどうかもしれない。手術を施行した病院か婦人科腫瘍専門医に紹介すれば、十分な説明後にHRT初回治療を行い、継続加療について逆紹介されると思われる。

当日は、その他の変更点についても解説する。



IT化に伴う最近の審査現場の実状

日本産婦人科医会医療保険委員会副委員長 田中文平

診療報酬の算定は一部高齢者や何らかの特例として免除されている医療者以外コンピューターを通じた請求が義務付けられている。その導入時われわれ審査員には「今までとは違い、問題請求や過誤請求は一目瞭然に抽出され、審査は合理性を持って短時間に行うことができるようになります」との説明であった。確かにその面はあるものの、一言で言うと容赦ない査定が行われるようになっていると同時に全ての事項に目が行き届くようになり、審査委員の負担も極端に増加して、長時間の審査が必要になっている。昭和36年国民皆保険が発効し、国民全てが安い費用で、どこでも高度な医療を享受できるようになり、国民の平均寿命は飛躍的に延び、現在注目されている健康寿命に関しても十分とは言わないまでも伸びて、女性は75歳を超え、男性は70歳くらいとなっている。今後医療が目指す方向は平均寿命よりは健康寿命であり、医学の進歩や経費はそれに向けられるべきであろう。なぜなら医療費は極端に増加して皆保険出発時と比較して76の経費となっている。物価指数の上昇もあるがそれをはるかに凌駕して平成24年には38兆円を超えた。医療費は国保と社保および医療保護費で国は約4分の1、その他は保険組合と自己負担で賄われており、医療費の伸びとともに保険組合、個人負担の増大は大きな問題となっている。特に協会健保では平均年収が低く、有病率も高いとされており、現在暫定措置として保険料は加入者5%、雇用者5%の10%であるがそれでもほとんどの組合で赤字経営とされている。国も消費税率の上乗せを行いなんとか賄おうとしたが、ご承知のように現段階では据え置きとなっている。次に出ている案はまだ比較的余裕のある組合健保と共済健保に統一した健保料率を課せ、余裕分で全ての健康保険医療費を賄おうとする考えが出てきている。当然、自分たちの治療のため騰がる保険料ではないので、支払者からは不満が出るのももっともである。特に医療費をよく見てみると、ほとんどの保険料を支払っている現役世代の医療費はそれほどではなく、高齢者特に後期高齢者といわれる75歳以上の老人の医療費が非常に高騰しており、現役世代の7~8倍の額になっている。しかも高齢者の医療費は現役世代の保険料、税金および低く抑えられた高齢者の自己負担分からなるが、ほとんどは現役世代の負担である。結論として保険組合とその構成組合員は非常な苦境に立たされている。

それらを受けて審査現場ではITを駆使した大変革が成されつつある。保険者の異議申請には容認、却下に問わず審査員はその理由を明確に記載する義務が生じたのはもう20年近く前からであるが、最近では保険者が見逃し率を厳しく評価するようになった。保険者が異議申請して容認された場合、1次審査で見逃したという判断でその率を各支部単位で評価したり、成績として公表したりしている。審査員の質を問うているものである。そのため支払基金本部ではコンピューターで規定以外の項目は全て本審査の前に事前に事務員がチェックをかけ、審査員に問いかけてくる。内容的にも過去6カ月のレセプト内容が一目瞭然である縦覧機能も設けられた。突合審査といわれる投薬内容と適応症のチェックがほぼ全ての薬剤で行われている。また入外点検として入院と外来レセプトの横並びから重複をチェックしたり、算定日情報から同月でも何時行った診療かが一目でわかるようになった。産婦人科領域では超音波検査やNST、その他種々検査も週1回適応や重複検査とされる内容が多い。少なくともこれらの機能を駆使した事前事務員や保険者のチェックと医師の裁量という、特異な症例の適切な治療の主張が審査の原点である。大まかに約10~20%の査定の増加が見られる昨今の審査の実状を紹介する。

4

女性医師支援の取り組み ～女性も男性もWIN-WINの職場をつくる～

京都第二赤十字病院産婦人科 衛藤美穂

今や医学部生の半数は女性の時代。安倍首相が成長戦略の柱の1つとして2013年4月に「女性の活躍推進」政策スピーチを行いました。女性の社会進出に異論を唱える人は基本的には多くはないはずですが、ご承知のとおり3年間抱っこし放題とおっしゃる「育休3年」の内容は異論が多いです。子どもは母親が面倒みて!と再提示しているにすぎず、政治の世界は伝統的な「男は仕事、女は家庭」という家族観が強いままの状態であるのが露呈しただけでした。ママだって人間だから、いつでも赤ちゃんを抱っこしたいわけではないのです。また「伝統的」と思われている家族観は、実際は戦後の数十年間だけのものです。3年間も空けたら普通の一般社会での企業以上にどんどん変化し、責任の重い医療界では特に復職する本人のハードルは高くなり、雇用する側も安定した人材確保が困難になるだけでひとつも良いことはありません。

女性医師の勤務体系を調査した結果では、年代別でM字ラインを形成していることが指摘されており、働き盛りである30～40歳代の常勤率が低くなっています。これは出産・育児・または介護などとの仕事の両立が困難であることが大きな要因と考えられます。

もちろん、ゆっくり自分のペースで頑張り過ぎないで仕事をしたい、専業主婦になりたいという女性医師もいるでしょう。しかし、女性にしかできない子育てと仕事の両立への意欲があり、仕事で認められたいと準備や努力を惜しまない女性医師も増えています。この熱意を消さずに持続させるように促す、必要なスキルを獲得してもらうことが病院や上司に求められていると考えています。子どもにとってママはやっぱり特別です。だから母性神話なるものが生まれ、まことしやかに信じられています。ただ、まじめな女性ほどどれも完璧にこなそうとし、頑張りすぎて疲れ、つぶれてしまうのも事実です。母親単独の育児ではなく複数の人がかかわる育児に変えていくのは後ろめたいことではないということをアピールしていく必要があるかもしれません。そのツールとしてのベビーシッターや保育所・病児保育の充実はとても重要です。

「仕事が楽しい」だけでは継続するモチベーション持続にはつながりません。定時で帰れるよう、かつ責任を持ってできる仕事をこなしてもらい、いい意味での分担をすることはとても重要です。職場での仕事のシェアがWIN-WINの関係になるように留意することで、早期の仕事復帰と、他の人のサポートが可能になります。彼女らの仕事と育児の経験者としての意見はとても参考になると思われます。子どもが小さいうちは、はっきりいって家に帰っても自分の時間はありません。すぐ結果の出ない育児だけの日々では得られない、やりがいのある仕事での成果は、本人だけでなくその夫や子どもを含んだ家族にとっても、良い影響をもたらすと考えます。

これは女性医師に特化するべき、と言うよりは男性医師にも言えるのではないのでしょうか。男性医師も子育てに積極的に参加したいなど、以前の「男は仕事、女は家庭」という意識がとくに若い世代は徐々に薄れてきているように感じられます。内閣府・男女共同参画白書によると、共働き世帯数が1997年には片働き世帯数を抜きました。共働き夫婦の最大の転換期は「出産・育児」。出産は夫婦にとって幸せの始まりである一方、夫婦関係の正念場の始まりでもあります。育児は妻だけの問題ではないという事実を夫婦で再認識し、「夫を育児から排除せず、なるべく早い時期に育児の傍観者から当事者になってもらうこと」が重要です。授乳以外は夫もできます。早くから子育ての楽しさを共有することが夫婦関係を良く保つ鍵となります。そうすることで男性医師を含む夫も最近話題の「産後クライシス」からの離婚・家庭内別居を上手に回避でき、本当の家族としてのつながりを強め、最高のチームを形成できていくのではないのでしょうか。

女性医師が、と考えるより日本での医師としての働き方が大きく変わろうとしている時代がきているのでしょう。当院での取り組み等を紹介しつつ、私の考える早期復帰のメリットについてお話ししたいと思います。

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。その一つひとつに応えていくことが、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



切迫流・早産治療剤

劇薬・処方せん医薬品^(注)

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—医師等の処方せん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

処方せん医薬品^(注)

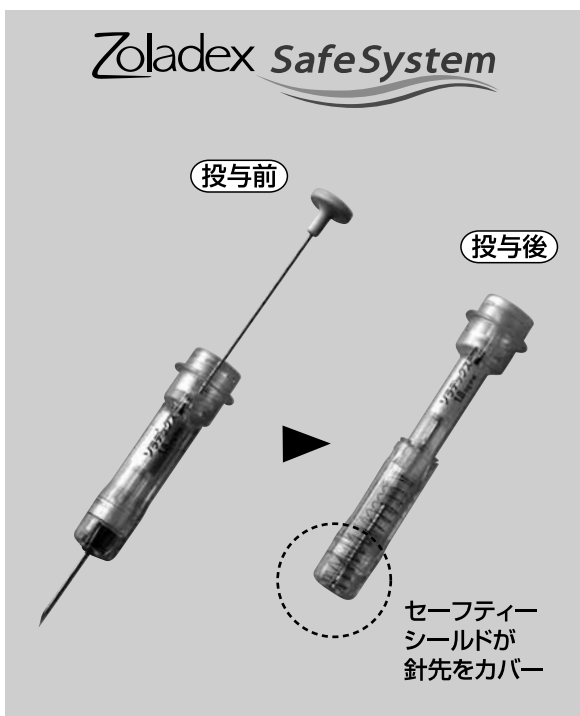
ウテメリン[®]錠5mg

UTEMERIN[®] Tab. 5mg 薬価基準収載

(注) 注意—医師等の処方せん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



Zoladex SafeSystem

投与前

投与後

セーフティー
シールドが
針先をカバー

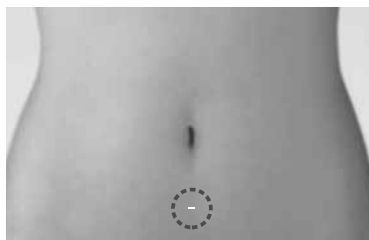
GnRHアゴニスト

劇薬・処方せん医薬品^(注)

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—医師等の処方せん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
大阪市北区大淀中1丁目1番88号

※各製品の「効能又は効果」、「用法及び用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等につきましては、製品添付文書をご参照ください。

資料請求先：製品情報部 東京都中央区日本橋室町1丁目8番9号 Tel. 03-3279-2304 キッセイ薬品ホームページ：http://www.kissei.co.jp/

UZ012BN
2009年6月作成

負けない赤ちゃんへ、母乳から

赤ちゃんにとって最良の栄養である母乳は、赤ちゃんをアレルギーや病気から守る働きがあることが知られています。

母乳の成分には、ママの食事によって量が変わるものがあります。

大切な母乳のために、栄養バランスのよい食事と健康維持に役立つ食品を、毎日取り入れましょう。



母乳ママのために
選んだ

3種の乳酸菌を
3粒で合計100億個 配合

BeanStalkmom ビーンスタークママ

ビーンスタークの育児サポートサイト

ビーンスターク・スノー公式サイト
<http://www.beanstalksnow.co.jp/>

育児情報のコミュニティサイト
まめこみ <http://www.mamecomi.jp/>



処方箋医薬品^{注)}

子宮内黄体ホルモン放出システム

薬価基準収載



ミレーナ[®] 52mg

レボノルゲストレル放出子宮内システム

注) 注意一医師等の処方箋により使用すること

Mirena[®]

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

バイエル薬品株式会社

大阪市北区梅田2-4-9 〒530-0001

<http://www.bayer.co.jp/byl>

(2014年9月作成)

2014年6月作成(N7)



癒着防止吸収性バリア

セプラ/フィルム®

高度管理医療機器 保険適用

sepra/film®
ADHESION BARRIER

ヒアルロン酸ナトリウム/カルボキシメチルセルロース癒着防止吸収性バリア

- 一般的な使用方法及び禁忌・禁止、使用上の注意等の詳細については、添付文書をご参照ください。

製造販売元(輸入) **サノフィ株式会社**

〒163-1488 東京都新宿区西新宿三丁目20番2号 JP-SEP.14.01.02

〔資料請求先〕



科研製薬株式会社

〒113-8650 東京都文京区本駒込2-28-8
医薬品情報サービス室 ☎0120-519-874
(受付時間/9:00~17:00、土・日・祝日・弊社休日を除く)

SPF02BP
(2014年1月作成)

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



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