

産婦人科の進歩

ADVANCES IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Vol.65 No.4 2013

研究

診療

子宮鏡下手術で子宮体癌と診断し得た7症例	安田 実加他	381
症例報告		
MRIでWunderlich症候群が疑われた1例	増田 公美他	386
悪性腫瘍との鑑別に苦慮した骨盤放線菌症の1例	南條佐輝子他	391
超音波ドップラー検査で胎児貧血を疑うことができた母児間輸血症候群の1例	佐々木高綱他	397
免疫染色が診断に有用であった続発性外陰Paget病の1例	寒河江悠介他	402
良好な転帰を得た高安病合併妊娠の4症例	出口 可奈他	408
乳癌合併妊娠の5症例に関する検討	西澤 美嶺他	414

臨床

臨床の広場

子宮頸部上皮内腫瘍(CIN)治療後のHPV検査について	馬淵 泰士	469
-----------------------------	-------	-----

今日の問題

卵巣子宮内膜症性嚢胞に対する機能温存手術	楠木 泉	473
----------------------	------	-----

会員質問コーナー

256 骨粗鬆症治療薬の止め時・続け時	回答／田辺 晃子	476
257 ここまできた「胎児治療」!	回答／遠藤 誠之	478

学会

研究部会記録

第127回近畿産科婦人科学会第98回腫瘍研究部会記録	422
----------------------------	-----

学会記録

平成25年度近畿産科婦人科学会評議員会・総会記録	480
--------------------------	-----

医会報告

平成24年度各府県別研修状況	511
----------------	-----

会員の皆様へ

第65巻総目次	537
---------	-----

会告

学会賞候補論文公募1／第130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／学会賞公募5／お知らせ他6／構成・原稿締切7／	
投稿規定他	543

第129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25年11月10日 会場：大阪国際交流センター

プログラム	549
抄録	564
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	589

＜第127回近畿産科婦人科学会第98回腫瘍研究部会（平成24年10月7日）記録／目次＞

テーマ1 「卵巣癌（悪性卵巣腫瘍）の診断と治療」

「卵巣癌ハイリスク女性に対してRRSO risk-reducing salpingo-oophorectomy（子宮全摘を含む）を施行した1例」	藤原葉一郎他	425
「術中腹水細胞診陽性率に関する検討」	大上 健太他	428
「当院における上皮性境界悪性卵巣腫瘍についての後方視的検討」	菊地真理子他	431
「当院における上皮性卵巣悪性腫瘍症例の検討」	前田 英子他	434
「当院における卵巣明細胞腺癌症例の術前診断の検討」	高岡 幸他	440
「当院における卵巣粘液性腫瘍16例の臨床病理学的検討」	石橋 理子他	442
「原発性腹膜癌に対するTC療法の有効性に関する検討：stage III-IV期の卵巣漿液性腺癌との比較」	川口 龍二他	447
「当院における過去4年間の進行卵巣癌症例の検討」	滝 真奈他	451
「晩期再発をきたした上皮性卵巣癌の2例」	林 香里他	454
「ベバシズマブ単剤投与中に増悪し、その後パクリタキセル・カルボプラチンが奏効した腹膜癌の1例」	荻野 美智他	458

テーマ2 「卵巣がんに対する術前化学療法の是非と適応」

「進行卵巣癌NAC前の診断における腹腔鏡下手術の有用性について」	田中 良道他	461
「卵巣がんに対する術前化学療法 自験例の検討」	工藤 貴子他	465

＜平成25年度近畿産科婦人科学会評議員会・総会記録（平成25年6月16日）／細目次＞

評議員会	480
総会	485
平成24年度日誌抄	486
平成24年度決算報告	497
平成25年度予算	502
平成24年度「産婦人科の進歩」編集報告	503
会則	504
諸規定	506

■CLINICS

Seven cases of endometrial carcinoma diagnosed by hysteroscopic surgery

Mika YASUDA et al. 381

■CASE REPORT

Wunderlich syndrome preoperatively diagnosed by magnetic resonance imaging

Kumi MASUDA et al. 386

A case of pelvic actinomycosis difficult to differentiate from a malignant tumor

Sakiko NANJO et al. 391

A case of fetomaternal transfusion syndrome with fetal anemia suspected on doppler ultrasonography

Takatsuna SASAKI et al. 397

Usefulness of immunostaining for diagnosis of vulvar Paget's disease : a case report

Yusuke SAGAE et al. 402

Pregnancy complicated with Takayasu's disease : a report of four cases

Kana DEGUCHI et al. 408

Five cases of breast cancer during pregnancy

Mirei NISHIZAWA et al. 414

～学会へのお問合わせ先～

近畿産科婦人科学会事務局

〒606-8305 京都市左京区吉田河原町14 近畿地方発明センタービル

TEL : 075-751-6354 FAX : 075-771-1510

URL : <http://www.chijin.co.jp/kinsanpu>

<http://www.jsog.or.jp/>の日産婦ホームページ(学会について)へ

E-mail : kinsanpu@chijin.co.jp

HITACHI

Inspire the Next

FIT to your specialty

Facilitate Workflow

— 効率的な日常検査のために —

- Natural Ergonomics
- ルーチン検査支援機能

Investment Return

— 投資効果・環境のために —

- 高い汎用性
- Eco Echo

True Diagnostics

— 正確な診断のために —

- 患者依存性の低減
- 感度・分解能に優れた血流表現

prosound F75

ようこそ、先進の画像診断の世界へ



ALOKA
illuminate the change

◎日立アロカメディカル株式会社 www.hitachi-aloka.co.jp

〒181-8622 東京都三鷹市牟礼6-22-1 メディカルシステム営業本部 TEL : 0422-45-5122

平成25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，2014年1月31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

2013年11月1日

近畿産科婦人科学会会長 小笹 宏

第130回近畿産科婦人科学会総会ならびに学術集会
(第1回予告)

第130回近畿産科婦人科学会総会ならびに学術集会について、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26年度近畿産科婦人科学会 会長 高木 哲
学術集会長 木村 正

記

会 期：平成26年 6 月28, 29日 (土, 日曜日)

会 場：グランフロント大阪内 ナレッジキャピタルコングレコンベンションセンター
〒530-0011 大阪市北区大深町3-1 グランフロント大阪内
TEL：06-6292-6911 FAX：06-6292-6921

演題申込締切日：平成26年 1 月31日 (金)

講演要旨をメール添付でお送りください。

演題募集期間：ホームページの「[演題募集要項](#)」は平成25年11月 1 日～平成26年 1 月31日まで公開。

<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：〒565-0871 吹田市山田丘2-2
大阪大学大学院医学系研究科器官制御外科学講座
産科学婦人科学
担当：澤田健二郎
TEL：06-6879-3351
FAX：06-6879-3359
E-mail：kinsanpu@gyne.med.osaka-u.ac.jp
(抄録の送付アドレスです)

【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5回）

代表世話人・当番世話人 小西郁生
（京都大学）

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。

記

会 期：平成25年11月16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 2 F

（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/kounai.jpg>

（第3部：特別講演）午後5時～ 「絨毛性疾患（腫瘍）の病理」

東京慈恵会医科大学附属病院病理部 福永 眞治 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.med.kyoto-u.ac.jp/siran/bekkan.htm>

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,
日本産科婦人科学会サイト内http://www.jsog.or.jp/about_us/region/kinsanpu/index.html
もしくは、本学会専用サイト<http://www.chijin.co.jp/kinsanpu/>
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** **内分泌・生殖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学会賞公募について】

近畿産科婦人科学会では、会則第30条に従い、毎年度末に学会賞候補論文を公募しております。
下記の学会賞規定に沿って応募をお願いします。

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。

※学会賞規定 第2条2, 3（太字）は平成25年5月19日改定されております。

【お知らせ】

社団法人日本産科婦人科学会専門医認定審査の申請資格、専攻医指導施設指定基準が一部改訂されました。（平成22年6月から、日産婦会誌62巻7号「会員へのお知らせ」参照）

1. 専門医試験受験資格

4) 筆頭著者として論文1編以上を発表していること。（注1）

2. 専攻医指導施設指定要件

1) 過去5年間にその専攻医指導施設勤務者が主として当該施設で研究し、筆頭著者として論文を3編以上発表していること。（注1, 2, 3）

注1：産婦人科関連の内容の論文で、原著・総説・症例報告のいずれでもよいが、査読制を敷いている雑誌であること。

（日産婦会誌62巻7号「会員へのお知らせ」から抜粋）

「産婦人科の進歩」誌では投稿論文は査読制を敷いておりますので、ぜひ先生方の投稿をお待ちしております。ただし、学術集会記録、研究部会記録等は査読をしておりませんので、これに該当しません。ご了承ください。

【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

〈第65巻 2013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 (11月1日号) ・奨励賞論文公募 ・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8日	6月10日	9月10日
投稿論文 (審査有)	8月10日	11月10日	2月8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19日	6月28日
学術集会 プログラム抄録		2月末日		8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。

【診 療】

子宮鏡下手術で子宮体癌と診断し得た7症例

安田 実加¹⁾, 安川 久吉¹⁾, 岩井 加奈¹⁾, 伊東 史学¹⁾
永井 景¹⁾, 赤田 忍¹⁾, 河原 邦光²⁾, 小池 奈月³⁾

1) 大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター産婦人科

2) 同・病理診断科

3) 奈良県立医科大学産科婦人科学教室

(受付日 2013/3/18)

概要 近年、内視鏡下手術の普及は著しい。とりわけ、良性の子宮内病変（粘膜下子宮筋腫、子宮内膜ポリープなど）に対する治療として子宮鏡下手術（hysteroscopic transcervical resection：以下TCR）が一般的になりつつある。2009年1月から2012年5月の間に当センターで施行したTCR症例139例について調査した結果、内膜細胞診が陰性でTCR後の病理組織学的検査で初めて子宮体癌と判明した7例を経験したので報告する。術前診断の内訳は3例が子宮内膜ポリープ、1例が内膜増殖症、3例が異型内膜増殖症であり、7例とも閉経前で病理診断は類内膜腺癌G1であり、術後進行期（日産婦1995）は6例がIa期、残り1例がIb期であった。5例で追加手術を、残り2例で高用量MPA療法を施行した。閉経前であっても子宮内隆起性病変を認めた場合は、TCRを行うことでより早期の段階で子宮体癌の発見が可能となり、妊孕性温存療法を含めた子宮体癌初期症例の診断、治療判定に寄与することが示唆された。〔産婦の進歩65（4）：381-385，2013（平成25年11月）〕

キーワード：子宮鏡下手術，子宮内膜ポリープ，子宮体癌，妊孕性温存療法

[CLINICS]

Seven cases of endometrial carcinoma diagnosed by hysteroscopic surgery

Mika YASUDA¹⁾, Hisayoshi YASUKAWA¹⁾, Kana IWAI¹⁾, Fuminori ITOU¹⁾
Akira NAGAI¹⁾, Shinobu AKADA¹⁾, Kunimitsu KAWAHARA²⁾ and Natsuki KOIKE³⁾

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

2) Department of Pathology, Osaka Prefectural Medical Center for Respiratory and Allergic Diseases

3) Department of Obstetrics and Gynecology, Nara Medical University

(Received 2013/3/18)

Synopsis The recent popularization of endoscopic surgery is remarkable. Particularly, Hysteroscopic transcervical resection (TCR) has become popular in treating benign intrauterine lesion (submucosal uterine myoma and endometrial polyps among others). Of the 139 cases of TCR performed at our facility between January 2009 and May 2012, we identified seven cases of confirmed uterine cancer by histopathological analysis of the patients that were initially identified as cancer positive after cytological analysis of the endometrium. Specifically, the diagnosis before undergoing TCR for the seven cases was endometrial polyps (three cases), endometrial hyperplasia (one case), and atypical endometrial hyperplasia (three cases). All seven patients were premenopausal women and had grade 1 endometrial adenocarcinomas; six patients showed cancer stage Ia and 1 showed cancer stage Ib (JSOG1995). Five patients received additional operations, while the remaining two underwent medroxyprogesterone acetate (MPA) treatment. TCR performed in patients with uterine abnormalities resulted in early-stage detection of uterine corpus cancer, suggesting that the method contributes to the identification and administration of fertility sparing treatment methodologies. [Adv Obstet Gynecol, 65 (4) : 381-385, 2013 (H25.11)]

Key words : hysteroscopic surgery, endometrial polyps, uterine corpus cancer, fertility sparing treatment

緒 言

近年、良性の子宮内病変（粘膜下子宮筋腫、子宮内膜ポリープなど）に対する治療として子宮鏡下手術（hysteroscopic transcervical resection；以下TCR）が一般的になりつつある。そのなかで、TCR後の病理組織学的検査で悪性腫瘍と判明する例が0.8～3%存在していると報告されている¹⁻³⁾。今回、内膜細胞診が陰性であり、TCR後の病理組織学的検査で初めて子宮体癌と判明した7例を経験したので、当院にて施行したTCR症例と合わせて報告する。

対象と方法

2009年1月から2012年5月の間に当センターで施行したTCR症例139例について解析を行った。

当センターでのTCRの適応疾患は、①子宮内膜ポリープ（不正出血、過多月経、不妊など症状のあるもの、無症状でも悪性の可能性があるもの）、②粘膜下子宮筋腫の場合は直径4cm以内で突出率40%以上のもの、③閉経後で内膜肥厚が4～5mm以上の症例やAEHなど悪性の可能性を否定できない内膜肥厚例、④胎盤遺残などとしている。子宮内病変の確認は経腔超音波断層法、MRIの画像検査、子宮鏡検査（ヒステロファイバースコープ）で行っている。手術当日午前に絶食で来院・入院、入院直後にラミセル[®]を挿入・留置し、午後より脊髄くも膜下麻酔下にて手術を行っている。レゼクトスコープはオリンパス社製の持続還流式を用い、出力は切開・凝固とも30～40Wで使用、環流液は3%D-ソルビトール液を使用している。腫瘍切除後、内膜病変が疑われる場合には内膜組織診も行っている。とくに異型子宮内膜増殖症（atypical endometrial hyperplasia；以下AEH）の症例では、内膜全面搔爬を行い組織診に提出している。

当日夕より飲水を再開し、翌日朝より食事を開始、血液検査と診察を行い退院としている。退院1～2週間後に診察および病理組織学的検査の結果を説明している。

結 果

年齢は28歳から77歳（平均年齢38.3歳）で、閉経前の症例が109例（78.4%）、閉経後の症例が30例（21.5%）であった。来院時の主訴は多くが不正性器出血や過多月経であったが、無症状で検診時の経腔超音波検査によって初めて子宮内膜ポリープや粘膜下子宮筋腫を疑った症例もあった。術前診断の疾患別手術数は、子宮内膜ポリープが74例（53.2%）、筋腫分娩を含む子宮筋腫が53例（38.1%）、内膜肥厚症例が7例（5.3%）、子宮奇形や胎盤遺残などその他が5例（3.6%）であった（図1）。

術中合併症が3例（2.1%）あり、全例子宮穿孔であった。その内訳は、1例が子宮内異物、2例が子宮内膜ポリープの症例であった。1例は頸管拡張術時に、残りの2例は内膜操作時に穿孔を認めた。3例とも穿孔部位は小さく、抗菌薬を投与しつつ厳重に経過観察し、保存的に治療できた。水中毒、大量出血の症例は認めなかった。

内膜細胞診が陰性でありながらTCRの病理組織学的検査で初めて子宮体癌と判明した症例が139例中7例あった（表1）。その7例はいずれも閉経前の症例であり、術前に子宮内膜ポリープと診断された症例の6.1%（3/49）に、内

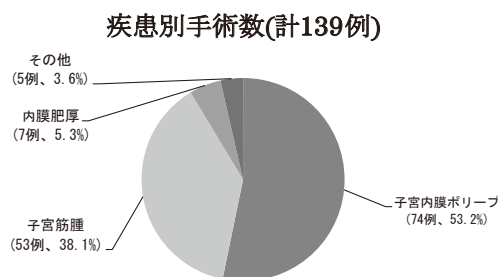


図1 術前診断の疾患別手術数

表1 TCR後の病理組織学的検査で悪性と診断された7症例

症例	年齢	経産	月経の有無	主訴	内膜細胞診	内膜組織診	術前診断	術後進行期	治療法
1	44	1	有	過多月経	陰性	EH	EH	I a	手術
2	36	0	有	過多月経	陰性	未施行	P	I a	温存
3	48	1	有	不正出血	陰性	正常内膜	P	I a	手術
4	41	2	有	過多月経	陰性	AEH	AEH	I b	手術+化学療法
5	47	0	有	過多月経	陰性	AEH	AEH	I a	手術
6	41	1	有	過多月経	陰性	未施行	P	I a	手術
7	28	0	有	不正出血	陰性	AEH	AEH	I a	温存

P:endometrial polyp, EH:endometrial hyperplasia, AEH:atypical endometrial hyperplasia

表2 術後病理診断の内訳

術前診断	術後診断				計
	子宮内膜ポリープ	平滑筋腫	子宮内膜癌	その他	
閉経前(n=109)					
子宮内膜ポリープ	43	2	3	1	49
子宮筋腫(筋腫分岐を含む)	8	33	0	8	49
内膜肥厚(EH, AEHを含む)	0	1	4	1	6
その他(中隔子宮、胎盤遺残)	0	0	0	5	5
閉経後(n=30)					
子宮内膜ポリープ	21	4	0	0	25
子宮筋腫(筋腫分岐を含む)	0	2	0	2	4
内膜肥厚	0	1	0	0	1

膜肥厚あるいは子宮内膜増殖症(endometrial hyperplasia; 以下EH)と診断された症例の66.7%(4/6)に子宮体癌が発見された(表2)。

術後進行期(日産婦, 1995)はIa期が5例, Ib期が2例あり, Ia期のうち2例が妊孕性温存療法を, 残り5例は追加手術を行い再発なく経過良好である。そのうち, 術前にEHの診断で治療を行った1例と妊孕性温存療法の効果判定に寄与した1例について症例を提示する。

症例 1

44歳, 1回経妊1回経産。月経不順, 過多月経を主訴に当科を受診した。経腔超音波検査で子宮内膜の肥厚像(24mm)を, 血液検査でHb6.2g/dlの鉄欠乏性貧血を認めた。内膜細

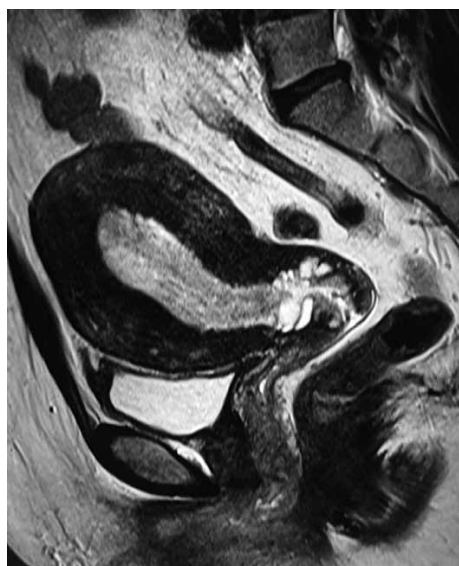


図2 症例1の骨盤MRI T2強調画像(矢状断) やや高信号を呈する腫瘍性病変を子宮体部内腔に認め, Junctional zoneは保たれている。

胞診は陰性であった。MRIT2強調像にて, ところどころ不均一であるが全体的にやや高信号を呈する径26×80mm大の腫瘍性病変を子宮内腔に認めたが, junctional zoneは保たれていた(図2)。子宮鏡検査では子宮腔内にポリープ様腫瘍を多数認めたが, 異型血管は認めなかった。内膜組織診の結果はEHであった。内膜肥厚の精査および過多月経の治療の目的でTCRを行った。子宮内腔には易出血性のポリープ様の腫瘍が多発しており, 内膜全面を切除するかたちで腫瘍をすべて切除した。TCRの病理組織学的検査の結果, 類内膜腺癌, Grade1(図3)が判明したため, 子宮全摘出術, 両側付属器摘出術および骨盤リンパ節生検を行った。腫瘍は内膜に局限しており, 術後進行期はpT1aN0M0であった。追加治療は行わず現在無病生存中である。

症例 2

36歳, 0回経妊0回経産。他院にて月経不順のためカウフマン療法が行われていたが, 経腔超音波検査にて比較的表面平滑な腫瘍が月経終了後にも確認され(図4), 子宮内膜ポリープ疑いで当科紹介となった。内膜細胞診は陰性であったため子宮鏡検査は行わず, 過多月経と子宮内膜ポリープの治療の目的でTCRを行った。子

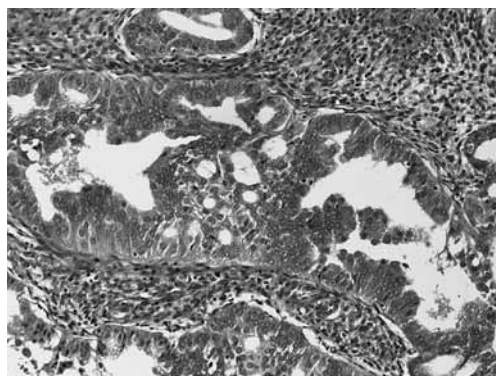


図3 症例1のTCR時のポリープ様腫瘍の病理組織学的所見 HE染色(400倍) Cribriform patternを示す高分化型類内膜腺癌組織を認める。



図4 症例2の経陰超音波検査所見
子宮腔内に比較的表面平滑な腫瘤を認める。

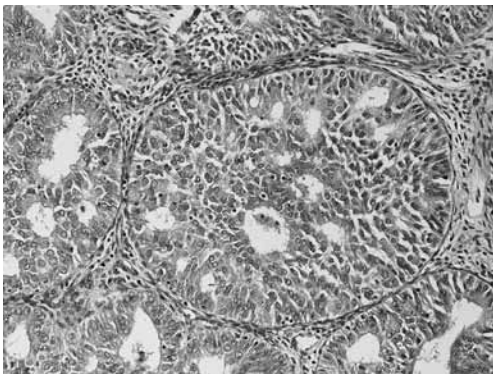


図5 症例2の初回TCR時のポリープ様腫瘤の病理組織学的所見 HE染色 (400倍)
内膜腺に類似する高分化型類内膜腺癌組織が浸潤性に増殖を示す。

宮内腔は血管豊富な腫瘍性病変が多発していたため、内膜全面を切除するかたちで腫瘤をすべて切除した。TCR後の病理組織学的検査の結果、類内膜腺癌、Grade1と診断された(図5)。摘出標本でも筋層浸潤を認めなかったため子宮体癌Ia期と診断し、患者が妊孕能温存を希望したため十分な説明のうえ、高用量黄体ホルモン(medroxyprogesterone acetate; 以下MPA, 400mg/日)による妊孕性温存療法を開始した。

MPA療法開始後、毎月子宮内膜細胞診を行ったがすべて陰性であった。子宮内膜全面搔爬術は治療開始後18週と24週の時点でを行い、病理組織学的検査はそれぞれatypical ductal proliferation(図6)と残存腫瘍なし(図7)であった。しかし、24週時の子宮鏡検査では白色腫瘤の残存が確認されたためMPA療法を継続

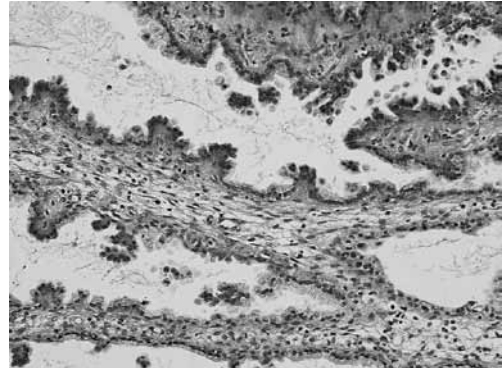


図6 MPA療法開始18週時点での内膜全面搔爬術時の病理組織学的所見 HE染色 (400倍)
内腔に乳頭状の増殖を示す異型腺管を認める。



図7 MPA療法開始24週時点での内膜全面搔爬術時の病理組織学的所見 HE染色 (400倍)
非腫瘍性内膜のみを認める。

した。治療開始後27週の時点で再度TCRを行ったが、前回確認された白色腫瘤は消失しており、病理組織学的査でも正常内膜のみであった。この結果よりMPAの投与は32週で終了とした。投与中止後6カ月で月経が発来し、現在中止後12カ月再発なく経過している。

考 察

われわれは139例のTCRによって、閉経前の子宮内膜ポリープ症例49例中3例(6.1%)、閉経前の内膜肥厚(EH, AEHを含む)症例6例中4例(66.7%)で子宮体癌を早期診断でき、その後の治療に速やかに移行し、良好な成績を得ることができた(表2)。TCR後に初めて子宮体癌と診断された7例の内膜細胞診はすべて陰性であり、タモキシフェンの服用歴も認めなか

った。本邦では子宮体癌のスクリーニングには内膜細胞診が用いられており、疑陽性以上を細胞診検出とした場合、検出率は95.7%とされる⁴⁾。しかしながら腫瘍径1cm以下の小病変、Ia期、子宮底部限局、高分化型腺癌では偽陰性率が高い(24~33%)との報告があり⁵⁾、内膜細胞診のみでの子宮体癌の診断は危険である。また7例中5例に内膜組織診が施行されていたが、子宮体癌の診断に至らなかった。4方向内膜組織診の正診率は87.5%と内膜細胞診よりは低く、とくに高分化型類内膜腺癌や筋層浸潤が浅く病変の占拠面積が狭い早期癌では低くなるといわれる⁶⁾。今回の症例も全例高分化型腺癌であり、7例中6例がIa期であったため子宮体癌と術前診断できなかったと推察される。さらに、Zhuらは子宮鏡を使用しない子宮内膜生検に比して、子宮鏡下生検の方が子宮体癌の正診率は高いと報告している⁷⁾。したがって、子宮内隆起性病変を認めたが、内膜細胞診、内膜組織診で子宮体癌と診断できない場合、TCRを行うことで子宮体癌の正診率の上昇が期待できる。子宮内膜ポリープは無症状で病変が小さいものは、内膜細胞診、内膜組織診にて悪性疾患の可能性が否定されれば経過観察が可能ともいわれている¹⁾。その一方で、術後の病理組織学的検査で悪性腫瘍と判明する例が0.8~3%存在するといわれている¹⁻³⁾。7例のうち術前診断が子宮内膜ポリープであった症例で内膜組織診未施行例が2例あり、この2例に関しては内膜組織診を行うことで子宮体癌が術前診断できた可能性があり、今後の反省材料としたい。

子宮鏡下手術には、子宮穿孔、出血、水中毒、術後は子宮付属器炎、子宮腔癒着症などの独特な合併症が存在する。とくに子宮穿孔は子宮鏡下手術の合併症のうち1.4%と最も多く、次いで出血が0.25%、水中毒0.2%といわれている³⁾。今回の検討では合併症のあった3例(2.1%)はすべて子宮穿孔であった。術中経腹超音波断層法でモニタリングすることなどが有用といわれており⁸⁾、手術操作の難しい症例では積極的にこういった方法を導入することも合併症を減ら

す一助となろう。

今回の検討で、TCRは低侵襲かつ比較的安全な手術であることが確認できた。しかしながら3例の子宮穿孔を経験しており、安全にTCRを行ううえで症例の選択・術者の知識・技術の習得が必須である。内膜細胞診、内膜組織診にて悪性と診断されず、手術後に初めて子宮体癌と診断される症例があるため、とくに閉経前は積極的にTCRを行うことにより子宮体癌の正診率の上昇が期待できる。妊孕性温存療法症例に対するTCRの有効性に関しては症例数が少ないため、今後症例の蓄積が必要である。

まとめ

139例のTCRによって、術前に内膜細胞診陰性で子宮内膜ポリープと診断された症例の6.1%(3/49)、同様に子宮内膜増殖症と診断された66.7%(4/6)に子宮体癌が発見されたことは、TCRの診断的価値の重要性を示している。またTCRは、妊孕性温存療法を含めた子宮体癌初期症例の治療効果判定に寄与する可能性がある。

参考文献

- 1) 松見泰宇, 佐渡島陽子, 大貫裕子, 他: 子宮鏡下切除術にて子宮内膜癌を早期診断し、追加治療が奏効した2例. 日産婦内視鏡会誌, 24: 311-317, 2008.
- 2) Ben-Arie A, Goldchmit C, Lativ Y, et al.: The malignant potential of endometrial polyps. *Obstet Gynecol*, 115: 206-210, 2004.
- 3) Antunes A Jr, Costa-Paiva A, Arthuso M, et al.: Endometrial polyps in pre-and postmenopausal women: Factors associated with malignancy. *Maturitas*, 57: 415-421, 2007.
- 4) 斉藤寿一郎, 石塚文平: 子宮鏡 2. 粘膜下筋腫切除術. 産婦の実際, 54: 103-107, 2005.
- 5) 上坊敏子: 子宮体癌の診断における内膜細胞診と組織診—利点と弱点— 日臨細胞会誌, 47: 330-336, 2008.
- 6) 大和田倫孝: 子宮体癌の診断—内膜細胞診偽陰性例の存在と異型ポリープ腺筋腫との鑑別診断— 産婦の実際, 57: 1688-1694, 2008.
- 7) Zhu Hong-lan, Liang Xu-dong, Wang Jian-liu, et al.: Hysteroscopy and directed biopsy in the diagnosis of endometrial carcinoma. *Chin Med J*, 123: 3524-3528, 2010.
- 8) Hulka JF, Peterson HA, Phillips JM, et al.: Operative hysteroscopy: American Association of Gynecologic Laparoscopists' 1993 Membership Survey. *J Am Assoc Gynecol Laparosc*, 2: 131, 1995.

【症例報告】

MRIでWunderlich症候群が疑われた1例

増田 公美, 三宅 麻子, 山本 香澄, 峯川 亮子
土田 充, 濱田 真一, 山 寄 正 人, 村田 雄二

ベルランド総合病院産婦人科

(受付日 2013/2/7)

概要 Wunderlich症候群は重複子宮, 単一腔, 片側頸管閉鎖による傍頸部嚢胞, 患側腎欠損を合併する比較的まれな疾患である. 今回われわれは, MRIでWunderlich症候群と診断した1症例を経験したので報告する. 症例は17歳(G0P0)で, 月経期以外にも腹痛, 骨盤痛を訴えて来院した. 近医を受診し, 骨盤内腫瘍を認め, 内膜症性嚢胞の診断を受けていた. 当院でMRIを施行したところ, 重複子宮を認め, 左側は片側頸管閉鎖のため7.5cm大の子宮留血腫, 傍頸部嚢胞, 左卵管留血腫・左尿管瘤を呈していた. CTでは左腎欠損を認め, 画像所見よりWunderlich症候群と診断した. 左子宮留血腫, 左傍頸部嚢胞による腹痛が出現していると判断し, 経腔的に開窓術, ドレナージを施行した. 開窓術後, 腹痛は改善した. 現在, 外来定期通院中であるが, 再発なく経過している. Wunderlich症候群はMRIによって術前診断可能なことも多く, 低侵襲手術が可能であると考えられる. 未治療のまま経過すると, 子宮内膜症の悪化, 骨盤内癒着, 卵管閉塞などを引き起こし, 不妊に至る可能性も高いため, 早期に本疾患を診断・治療することが有用である. [産婦の進歩65 (4): 386-390, 2013 (平成25年11月)]

キーワード: Wunderlich症候群, 重複子宮, MRI

[CASE REPORT]

Wunderlich syndrome preoperatively diagnosed by magnetic resonance imaging

Kumi MASUDA, Asako MIYAKE, Kasumi YAMAMOTO, Ryoko MINEKAWA-Mehandjiev
Michiru TSUCHIDA, Shinichi HAMADA, Masato YAMASAKI and Yuji MURATA

Department of Obstetrics and Gynecology, Bell Land General Hospital

(Received 2013/2/7)

Synopsis Wunderlich syndrome is a rare condition affecting the female genital tract. It is characterized by the presence of a double uterus, a paracervical cyst caused by unilateral cervical atresia and ipsilateral renal agenesis. We, herein, report a case of diagnosis of Wunderlich syndrome before the operation by using magnetic resonance imaging (MRI). A 17-year-old girl (G0P0) visited our hospital due to persistent abdominal and pelvic pain that worsened during the menstrual period. On observing a pelvic mass in the transabdominal ultrasound, her private physician diagnosed the mass as an endometrioma. An MRI performed at our hospital revealed a double uterus, cervical atresia on the left side causing a hematometra of 7.5 cm in diameter, a paracervical cyst, a left-sided hematosalpinx and ureterocele on the left ureter. We additionally confirmed agenesis of the left kidney by computed tomography (CT). Thus, a diagnosis of Wunderlich syndrome was considered. Supposing that the hematometra and paracervical cyst were causing the pelvic pain in our patient, we performed drainage and fenestration surgery through the vagina. After the surgery, the abdominal pain subsided. Thus far, the patient has been visiting our hospital for regular check-ups and has showed no recurrence. This case indicates that preoperative MRI can help diagnose Wunderlich syndrome, making it possible correct the condition minimally invasive surgery. Early diagnosis and treatment of this malformation is recommended to alleviate exacerbation of endometriosis, pelvic adhesion, tubal obstruction, and permanent infertility. [Adv Obstet Gynecol, 65 (4): 386-390, 2013 (H25.11)]

Key words: Wunderlich syndrome, double uterus, MRI

緒 言

Wunderlich症候群は1976年に報告され、重複子宮、単一腔、片側頸管閉鎖による傍頸部嚢胞、患側腎欠損を合併する比較的まれな先天奇形である。本邦での報告においても頻度は不明であるが、若年者において月経困難症状が強く、傍頸部嚢胞を内膜症性嚢胞として判断し、確定診断に至らず症状緩和に苦慮している場合も多い。今回、われわれは思春期におけるWunderlich症候群の1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

症 例

17歳女性、性交歴なし。家族歴および既往歴に特記すべきことなし。初経13歳、月経周期は25～40日不整であった。15歳より月経痛が強く、鎮痛剤を内服していた。月経時以外にも腹痛持続し、近医を受診したところ、経腹超音波断層検査で骨盤内嚢胞を認め、内膜症性嚢胞の診断で腹腔鏡手術を予定していた。今回、セカンドオピニオン目的に当院に受診となった。来院時身体所見として、腹部は平坦、軟で、筋性防御は認めなかったが、腹痛が強く、内診は困難で

あった。経腹超音波検査では、骨盤内に7cm大の嚢胞様腫瘤を認めた。血液検査所見では、炎症所見の上昇や貧血は認めなかった。骨盤MRIでは、重複子宮で左側は片側頸管閉鎖のため、7.5cm大の子宮留血腫、傍頸部嚢胞、左卵管留血腫・左尿管瘤を呈していた(図1)。右側子宮、卵巣に器質的な病変は認めなかった。腹部骨盤CTで、左腎欠損も認め、Wunderlich症候群と診断した(図2)。腹痛の治療目的で、子宮内腔の血液をドレナージするために、開窓術が必要と判断した。脊椎麻酔下に、経陰超音波を施行し、開窓すべき位置を確認した。内診で右側子宮頸部は確認可能であったが、緊満した左側の傍頸部嚢胞によって、右側子宮頸部は右側へ偏位していた。傍頸部嚢胞にモノポーラーで切開を入れ、子宮内容液を排出した。内容液は250mlの血液で、一部に凝血塊も含まれていた。切開した子宮頸部を十分に拡張し、開窓した(図3)。開窓部分の閉鎖予防目的に小児用尿道バルーンカテーテル(8Fr)を留置した。手術直後より腹痛は消失し、術後3日目に退院となった。外来通院中も開窓部分にバルーンカテー

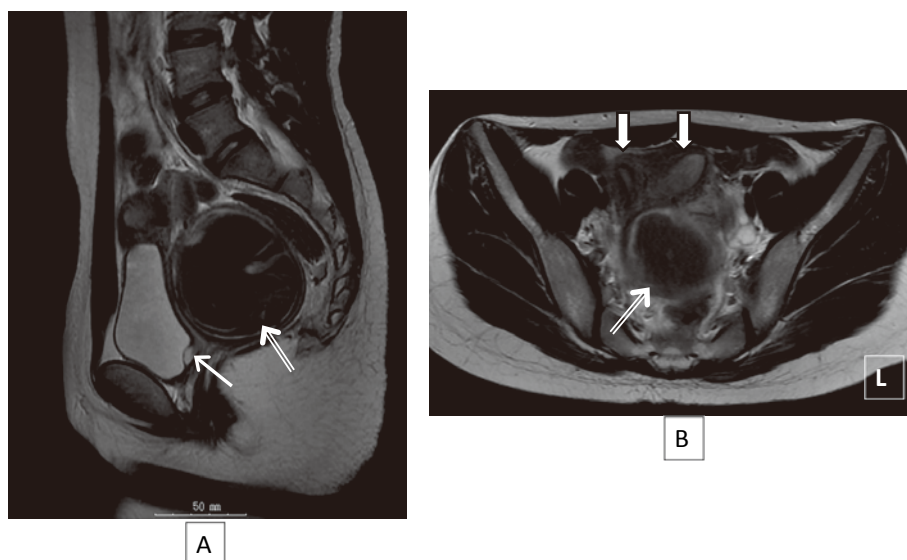


図1 骨盤MRI検査 (T2強調画像)

A: 矢状断 B: 水平断

重複子宮 (⇔), 左子宮頸管閉鎖に伴う左傍頸部嚢胞 (⇨), 尿管瘤 (→)

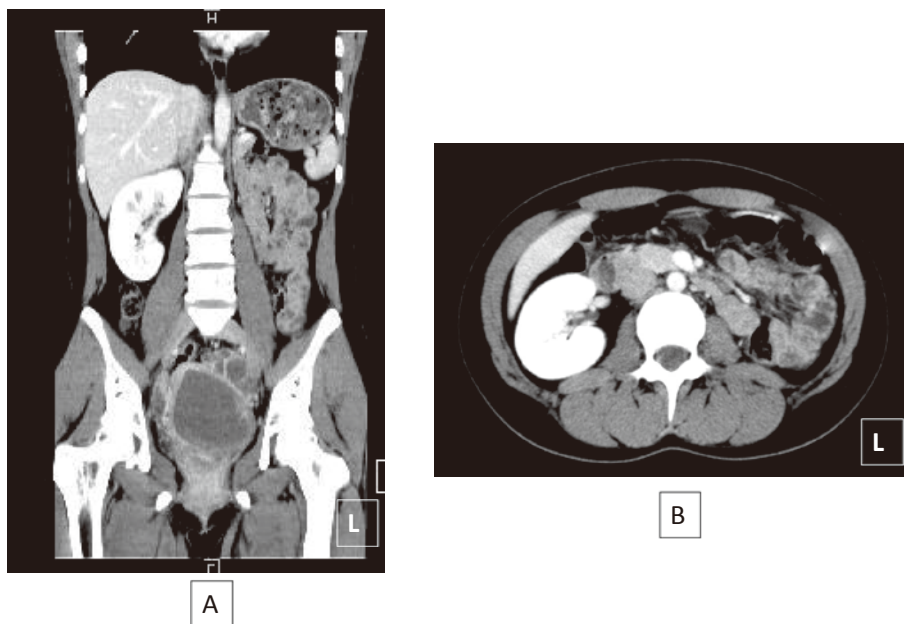


図2 腹部CT
A：冠状断 B：水平断



図3 手術所見

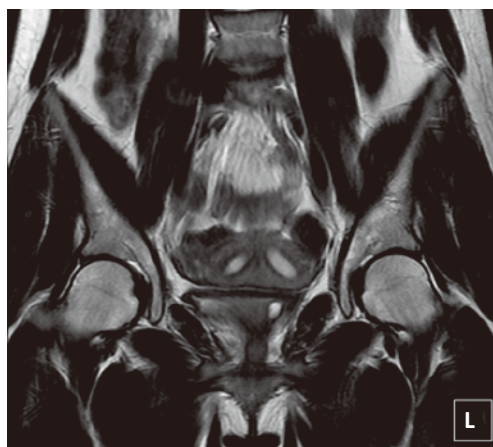


図4 術後3カ月の腹部MRI (T2強調画像 冠状断)

テル (8Fr) を留置して、開窓部分の閉鎖を予防した。術後1カ月でバルーンカテーテルを抜き、術後3カ月目のMRIでは、左右同形の子宮を認め、左卵管留血腫は改善していた (図4)。その後、定期的に超音波検査をしているが、再発なく、経過良好である。

考 察

Wunderlich症候群は重複子宮、片側頸管閉鎖、子宮頸部留血腫、患側腎無形性を示すまれな子宮奇形である¹⁻³⁾。女性生殖器は、左右のMüller管が癒合して卵管、子宮、膣上部1/3が形成される。一方、Wolf管は尿管、腎といった泌尿器系臓器を形成するとともにMüller管の癒合を誘導する。Wunderlich症候群の場合、胎生5～8週の間の一側のWolf管の發育障害と同側のMüller管の癒合不全が起こることで、重複子宮・傍頸部嚢胞が出現し、腎の形成異常が出現すると考えられてきた。また近年では、Müller管の発生を抑制する原因として、テストステロン存在下で産生されるMüller管阻害因子MIF；Mullerian-inhibiting factorが胎児の卵巣からも分泌されることが発見され、このMIFの分泌異常が一連の奇形を引き起こす原因となると考えられている⁴⁾。

類似疾患として鑑別すべき非対称性子宮奇形および泌尿器系の異常をきたすものの代表としては、OHVIRA (obstructed hemivagina and ipsilateral renal anomaly) 症候群、Herlyn-Werner症候群、Wunderlich症候群が知られている⁵⁾。OHVIRA症候群は、重複子宮・重複膣・片側膣閉鎖による膣留血腫と患側の腎欠損を伴い、月経困難症状が主訴となることが多い。Herlyn-Werner症候群は、双角子宮・子宮内腔と交通のあるGartner管嚢胞、患側の腎欠損を伴い、Wunderlich症候群は、重複子宮の一侧が盲角子宮となり、傍頸部嚢胞を形成し、患側の腎欠損を伴うものとされる。Herlyn-Werner症候群は、膿性帯下と下腹部痛、Wunderlich症候群は月経困難症で発見されることが多く、いずれの疾患もMRIやCTで正確な形態学的特徴を捉えることが困難で、虫垂炎や卵巣腫瘍の

診断で開腹手術となった報告も散見される⁵⁻⁷⁾。確定診断は、留血腫となった嚢胞壁の生検が望ましいとされているが、病理組織検査で診断を得ているものは少なく、MRIでの形態異常の確認のみで診断されていることが多い。嚢胞壁生検の病理組織検査では、OHVIRA症候群は重層扁平上皮、Herlyn-Werner症候群はGartner嚢胞由来の立方または円柱上皮や線毛細胞、Wunderlich症候群は子宮頸管腺由来の円柱上皮を認めることが特徴とされるとの報告もある⁸⁾。

画像診断が困難であったころは、開腹手術による患側子宮摘出術が行われていたが、MRIなどの画像診断の進歩によって、術前診断が可能となり、経腔の開窓術などの低侵襲手術が一般的な治療とされる。近年では、腹腔鏡手術を併用し、患側子宮を摘出するなどの形成術を施行している報告も増加している⁶⁻⁸⁾。閉塞性子宮奇形には高頻度に若年発症の子宮内膜症が合併していることが多く、未治療のままで経過すると子宮内膜症の悪化、骨盤内癒着、卵管閉塞などを引き起こし、不妊に至る可能性も高いとされている。文献では、Herlyn-Werner症候群とWunderlich症候群のいずれにおいても未治療で妊娠、出産している例、患側子宮でも妊娠可能であった例も報告されている⁹⁻¹¹⁾。また妊娠を契機に本疾患を診断した場合も、開窓術を必要とせず、無事に分娩に至った報告もある¹¹⁾。また感染の合併などにより、経腔の開窓術のみでは改善しなかった例において、患側子宮摘出術が必要であった報告もあり、術式の決定は重症度に応じて、慎重に判断していく必要がある¹²⁻¹⁵⁾。実際の現場では、思春期の内診や経腔超音波は性交歴の有無によって、検査が不可能なことも多く、超音波で診断困難な場合はMRI精査をしていくことが必要と考えられる。早期に正確な病態把握と治療をすることで、妊孕性温存が可能であると思われた。

結 語

MRIによる術前診断によって、低侵襲手術が可能であったWunderlich症候群の1例を経験した。術後約1年経過するも月経困難症の出現なく経過している。本疾患の報告は、月経困難症の期間も長く、婦人科を受診する機会がなかった症例が多い。下腹部痛を訴える若年者には、本症例のような疾患も存在するため、妊孕性温存のためにもMRIによる早期発見・治療が重要である。

参考文献

- 1) Wunderlich VM : Seltene Variante einer Genitalmißbildung mit Aplasie der rechten Niere. *Zentralbl Gynakol*, 98 : 559-562, 1976.
- 2) The American Fertility Society : The American Fertility Society classifications of adnexal adhesions, distal tubal occlusion, tubal pregnancies, mullerian anomalies and intrauterine adhesions. *Fertil Steril*, 49 : 944-955, 1988.
- 3) Semmens JP : Congenital anomalies of female genital tract. Functional classification based on review of 56 personal cases and 500 reported cases. *Obstet Gynecol*, 19 : 328-350, 1962.
- 4) Miller WL : Immunoassays for human Mullerian inhibitory factor (MIF) new insights into the physiology of MIF. *J Clin Endocrinol Metab*, 70 : 8-10, 1990.
- 5) 柴田治郎, 岩崎まり子, 久保武士, 他 : 非対称性子宮奇形と腎異常. 産と婦, 5 : 103-109, 1983.
- 6) 石橋雅子, 藤脇律人, 木瀬照康, 他 : 異なる臨床経過を呈したWunderlich症候群の2症例. 日産婦中国四国会誌, 50 : 12-16, 2007.
- 7) 成松昭夫, 伊藤 淳 : レーザー開窓術で治療したWunderlich症候群の2例. 産と婦, 70 : 825-829, 2003.
- 8) 浅田裕美, 田村博史, 渡邊 学, 他 : 患側子宮上部切断術を施行したWunderlich症候群の1例. 山口医, 61 : 93-98, 2012.
- 9) 北島道夫, 藤下 晃, 宮村泰豪, 他 : 腹腔鏡で内性器を観察した非対称性子宮奇形 (Wunderlich症候群) の1例. 産と婦, 65 : 381-390, 1998.
- 10) 堀内由佳, 濱田啓義, 森田康史, 他 : Wunderlich症候群の1例. 産婦の進歩, 56 : 85-90, 2004.
- 11) 成瀬勝彦, 吉村恵美, 大西泰彦, 他 : 一側不完全陰閉鎖と腎欠損を伴う重複子宮の無治療の閉鎖側に自然妊娠し帝王切開下に正期産に至った1例. 日産婦会誌, 53 : 1221-1224, 2001.
- 12) 福原理恵, 福井淳史, 藤井俊策, 他 : 術前診断が可能であったWunderlich症候群の1例. 青森臨産婦医会誌, 23 : 32-36, 2008.
- 13) Oliver D : Didelphic uterus and obstructed hemivagina recurrent hematometra in spite of appropriate classic surgical treatment. *Gynecol Obstet Invest*, 63 : 98-101, 2007.
- 14) Tong J : Clinical characteristics of 70 patients with Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome. *Int J Gynaecol Obstet*, 121 : 173-175, 2013.
- 15) Khong TL : Herlyn-Werner-Wunderlich Syndrome. *Eur J Pediatr Surg*, 22 : 171-173, 2012.

【症例報告】

悪性腫瘍との鑑別に苦慮した骨盤放線菌症の1例

南 條 佐 輝 子, 八 木 重 孝, 太 田 菜 美, 馬 淵 泰 士

岩 橋 正 明, 南 佐 和 子, 井 筧 一 彦

和歌山県立医科大学産科婦人科学教室

(受付日 2013/2/8)

概要 放線菌症はActinomyces属によるまれな慢性化膿性肉芽腫性感染症である。骨盤内の発症は少ないが、骨盤放線菌症の罹患女性の多くが子宮内避妊器具 (IUD) の長期使用歴があり、骨盤放線菌症の発症にIUDの長期装着との関連が知られている。今回われわれは術前のPET検査で強陽性を示し、悪性腫瘍との鑑別に苦慮した骨盤放線菌症の1症例を経験したので報告する。症例は55歳、2経産、IUD装着歴があった。左下腹部痛ならびに便秘を主訴に近医内科受診し、左下腹部に可動性不良な腫瘤性病変を指摘され、精査加療目的に当科受診となった。MRIでは子宮底左側に造影効果のある骨盤内腫瘍とリンパ節腫大を認め、S状結腸は壁が肥厚し骨盤内腫瘍と一塊となっていた。PET/CTでは腫瘍に一致してFDGの強い集積を認めた。下部消化管内視鏡検査ではS状結腸の腸管狭窄が著明であったが、狭窄部位の生検では悪性所見を認めなかった。血液検査では白血球数の増多、CRPの上昇を認めたが腫瘍マーカーの有意な上昇は認めなかった。骨盤内悪性腫瘍を疑い、腹式単純子宮全摘術、両側付属器摘出術、S状結腸切除術、人工肛門造設術を施行した。術後病理組織診断で左卵巣に放線菌塊を含む膿瘍の形成が認められ、骨盤放線菌症と診断した。ペニシリンによる抗菌薬治療を追加し治癒した。骨盤内に腫瘍があって画像検査で卵巣悪性腫瘍が疑われる場合には、骨盤放線菌症についても念頭に置きIUDの装着歴、あるいはその既往について注意深い問診を施行する必要があると考える。〔産婦の進歩65 (4) : 391-396, 2013 (平成25年11月)〕

キーワード：骨盤放線菌症，子宮内避妊器具 (IUD)，ペニシリン療法，悪性腫瘍

【CASE REPORT】

A case of pelvic actinomycosis difficult to differentiate from a malignant tumor

Sakiko NANJO, Shigetaka YAGI, Nami OTA, Yasushi MABUCHI

Masaaki IWAHASHI, Sawako MINAMI and Kazuhiko INO

Department of Obstetrics and Gynecology, Wakayama Medical University

(Received 2013/2/8)

Synopsis Actinomycosis is a rare, chronic, suppurative, granulomatous infection caused by a group of Actinomyces. This infection occurs rarely in pelvic, but relatively frequently in intrauterine contraceptive device (IUD) users. Its association with the use of IUD is known. We recently encountered a patient with actinomycosis with a strongly positive PET scan, difficult to differentiate from a malignant tumor. A 55-year-old, para-2 woman with a history of IUD use visited a local medical clinic with chief complaints of left lower abdominal pain and constipation. Since a 10cm, slightly mobile tumor was palpable in the left lower abdomen, she was referred to our hospital for further evaluation and treatment. MRI showed contrast enhancement of a tumor on the left side of the uterine fundus as well as pelvic lymph node enlargement. The sigmoid colon had a thickened wall, and had conglomerated with the pelvic tumor. PET/CT was performed for further evaluation, which revealed increased FDG uptake in the pelvic mass. Colonoscopy was performed, which showed significant stricture of sigmoid colon, but its biopsy resulted in no evidence of malignant tumor. Blood tests showed leukocytosis and a positive CRP but no significant increase in tumor markers. Since a malignant tumor in pelvic was strongly suspected, the patient was scheduled for abdominal surgery, and underwent abdominal total hysterectomy, bilateral adnexectomy, and colostomy. Subsequent histopathological examination of permanent tissue sections showed an abscess containing granules of Actinomyces in the left

ovary. She was treated postoperatively with penicillin therapy under a diagnosis of pelvic actinomycosis. We conclude that it is also necessary to consider the possibility of this disease in IUD users with a suspected pelvic malignant ovarian tumor. In addition, it is necessary to ask a patient about her history of IUD use. [Adv Obstet Gynecol, 65 (4) : 391-396, 2013(H25.11)]

Key words : pelvic actinomycosis, intrauterine contraceptive device (IUD), penicillin therapy, malignant tumor

緒 言

骨盤放線菌症は口腔内常在菌のActinomyces属により発症するまれな疾患であり、膿瘍や瘻孔を形成する慢性化膿性肉芽腫性感染症である。婦人科領域では子宮内避妊器具（IUD）の長期装着との関連が注目されている^{1,2)}。放線菌による腫瘍は術前診断が困難であり、悪性腫瘍との鑑別に苦慮することがある。今回、IUD長期装着歴のある症例で、術前のFDG-PETで強い集積を認め悪性腫瘍を疑って手術療法を施行したが、術後病理診断にて骨盤放線菌症と診断された1症例を経験したので報告する。

症 例

患者は55歳、3回経妊2回経産で、家族歴や既往歴に特記事項はなかった。初経は12歳で50歳に閉経しており、月経歴に異常はなかった。30歳時にIUDを挿入した後に交換せず放置していたが、半年前に他院でIUDを抜去されていた。抜去前後に腹痛や発熱などの症状はなかったが、1年前から慢性的な便秘を認めていた。当科紹介の1カ月前に左下腹部痛が出現したため近医内科を受診したところ、左下腹部に可動性不良

で辺縁不整な腫瘍を指摘された。超音波検査およびCTでも同部位に直径10cm大の腫瘍を認めたため、卵巢腫瘍の可能性が疑われ当科を紹介された。

当科初診時、体温は36.9℃で腹部の圧痛や不正出血は認めなかった。内診では子宮は手拳大で可動性は不良であり、両側付属器は触知しなかった。子宮頸部細胞診はNILMで、子宮内膜細胞診も陰性であった。初診時、経陰超音波検査にて子宮底左側近傍に直径5cm大の腫瘍を認め、腫瘍の内部にはカラードップラー法で血流は認めなかった（図1）。血液検査所見では、白血球数が15050/ μ L、CRPが11.26mg/dLと強い炎症所見を認めた。腫瘍マーカーは、CA125が14U/ml、CA19-9が2.5U/ml、CEAが0.5ng/ml、SCCが0.3ng/mlといずれも正常範囲内であり、その他の血液検査では異常所見を認めなかった。骨盤造影MRI（図2）では、骨盤内に境界不明瞭な軟部組織が広がって一塊となっており、S状結腸の壁肥厚を認めた。腫瘍には強い造影効果があり、骨盤内リンパ節の腫大も認めた。正常卵巢は同定できず、卵巢あるいはS状結腸原

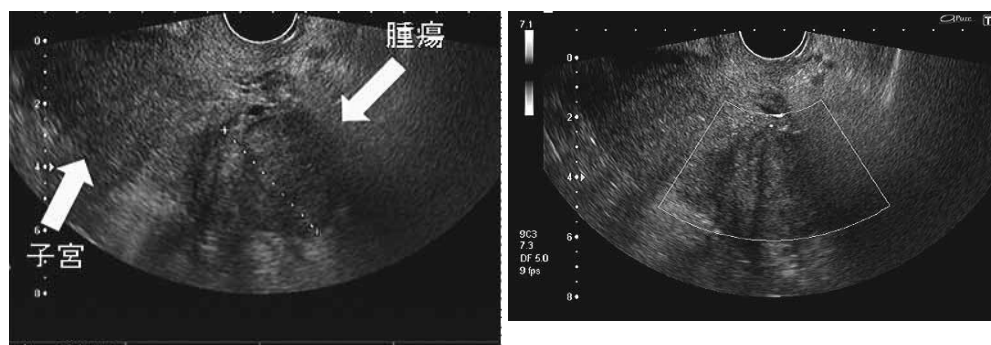


図1 初診時超音波所見
子宮底左側近傍に径 5cm大の腫瘍を認める。内部に血流は認めない。

発の悪性腫瘍が疑われた。また骨盤腹膜の肥厚所見も認め癌性腹膜炎の存在も示唆された。鑑別診断として骨盤内感染症も否定できない所見であったため、FDG-PET/CT検査を行った(図3)。FDG-PET/CT上、子宮左側に認める約7cm大の腫瘍に一致してSUVmax = 9.22の集積を認めた。骨盤内および腹部大動脈周囲にリンパ節腫大があり、短径はいずれも15mm未満であったがSUVmax = 2.87の集積を認め、少量の腹水の貯留も認めた。腫瘍周囲の脂肪織の濃度上昇や腹膜肥厚も認め、卵巢癌および癌性腹膜炎の可能性が最も考えられた。その他、左水腎症、S状結腸壁のびまん性肥厚や内腔の狭小化も認めた。下部消化管内視鏡検査ではS状結腸での腸管狭窄が著明であり、狭窄部位で生検を施行

したが、検体中には悪性所見を認めなかった。

以上の検査結果より、左卵巢悪性腫瘍や子宮悪性腫瘍、大腸癌、骨盤内感染症等が考えられたが、左卵巢を主たる病巣としてFDG-PET/CTで有意な集積を認めることから卵巢悪性腫瘍の可能性を強く念頭に置き、便秘症状と消化管狭窄の所見があることから骨盤内腫瘍の診断で試験開腹術を行う方針とした。予定術式について、上述の検査所見より悪性腫瘍の可能性を強く疑い、術中迅速病理診断では悪性腫瘍の可能性を完全には否定できないことから、術中迅速診断の結果にかかわらず患側および対側の付属器摘出術、子宮全摘術まで行う方針とした。

術中所見では腹腔内に強固な癒着を認め、左卵巢に腫瘍を形成していた。腫瘍とS状結腸の

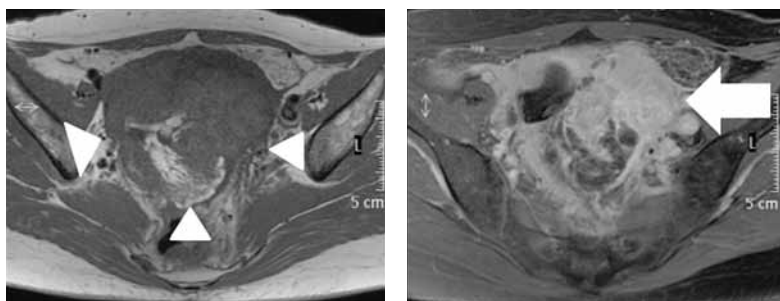


図2 骨盤造影 MRI所見 (左T2強調, 右T1強調脂肪抑制)
骨盤内に境界不明瞭な軟部組織が広がり、一塊となっている。(△)
腫瘍に強い造影効果があった。(◁)



図3 FDG-PET/CT所見
子宮左側に認める約7cm大の腫瘍に一致して SUVmax = 9.22の集積を認める。
周囲の脂肪織の濃度上昇や腹膜肥厚も認める。

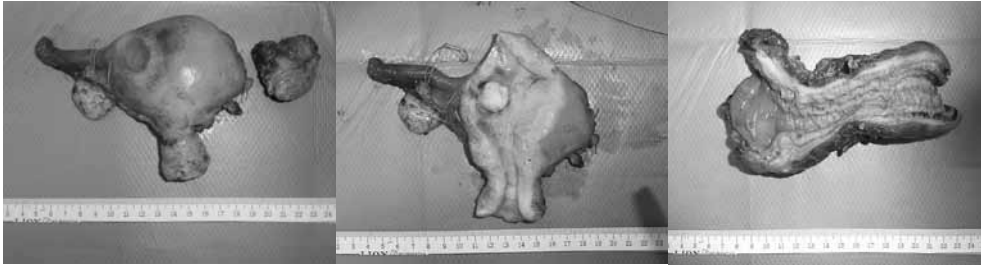


図4 摘出標本（左から子宮と両側付属器、展開した子宮、S状結腸）

左：左卵巣に腫瘤を認めた。反対側卵巣は肉眼的異常所見認めなかった。

中：子宮内腔に粘膜下筋腫を認める以外に子宮内に明らかな病変認めなかった。

右：S状結腸は腫瘍と強固に癒着していた。腸管壁の肥厚とそれに伴う狭窄の所見を認めた。

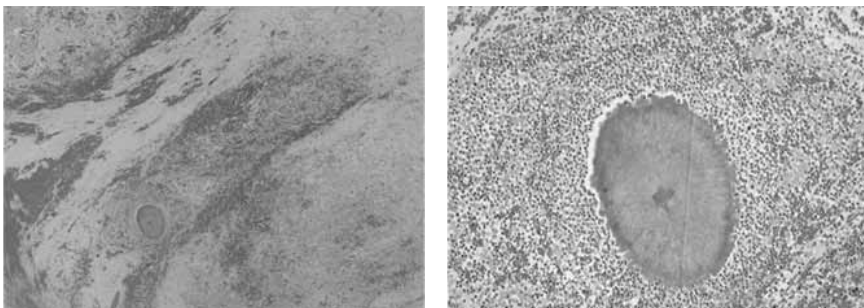


図5 病理組織所見（HE染色、左:40倍 右:100倍）

悪性所見はなく、左卵巣に放線菌塊を含む膿瘍の形成が認められる。

癒着が強固であり、腸管の狭窄および壁の肥厚を認めたため、子宮、付属器、S状結腸を一塊として摘出し、人工肛門造設術も併せて行った。術中、腫瘍が破綻し内部より膿汁が流出した。術中に摘出腫瘍を迅速病理検査へ提出したが、悪性所見は認めず好中球の浸潤所見が認められた（図4）。摘出標本の病理組織検査では、悪性所見はなく、左卵巣に放線菌塊を含む膿瘍の形成が認められ、骨盤放線菌症と診断した（図5）。なお、摘出した子宮の病理組織所見では子宮頸管および子宮内膜、筋層に炎症所見は明らかでなく、放線菌塊の存在も認めなかった。術後はペニシリンGを内服で5カ月間投与し、炎症反応は消失し全身状態良好となったため、初回手術後5カ月目に人工肛門閉鎖術を施行して、治療を終了した。

考 察

放線菌症（Actinomycosis）は、嫌気性グラム陽性桿菌で、主に *Actinomyces israelii* に

よる慢性肉芽腫性疾患である。*Actinomyces israelii* は口腔内、消化管内に常在菌として存在し、本来はその粘膜内に侵入することはできないが、粘膜損傷が起これば、そこから侵入して感染性病変を引き起こすとされている。好発部位としては頭頸部で最も多く、次いで胸部、腹部骨盤部で発症する。骨盤内で発症することは少ないが、発症にはIUDの長期装着との関連性が知られており、IUDを感染源として上行性に感染が波及することにより骨盤放線菌症が発症することが考えられてきた¹⁻⁵⁾。膣あるいは子宮内放線菌の骨盤内生殖器への感染経路として、子宮頸部や傍結合織へは主に粘膜損傷による直接侵入、子宮付属器や骨盤腹膜へは主に経卵管性感染が想定される⁵⁾。IUD装着歴のある女性の12.6～44.0%に骨盤放線菌症を認め、骨盤放線菌症罹患の女性の90%以上にIUD長期使用歴があるとされている^{3, 5, 6)}。

骨盤放線菌症は診断が困難であり、下腹部

痛、発熱、不正出血、体重減少などの非特異的な症状で発症し、白血球やCRPの上昇など炎症反応を認めることが多い。超音波断層法、CT、MRIなどの画像診断では、充実性あるいは一部嚢胞性の骨盤内腫瘍を認め、炎症に反応したFDG-PET/CTでの集積も認めることなどから、悪性腫瘍が疑われることも少なくない³⁾。一方で、重篤な臨床症状に反して腫瘍マーカーは陰性、または軽度上昇にとどまることが多い。診断は採血での炎症反応の上昇や、IUDの長期使用歴の有無が参考になることがあり、確定診断には病理組織学的な菌塊の証明が必要である^{1, 5)}。

IUD装着歴のある症例では子宮頸部細胞診において13.3%から放線菌が検出されたとの報告^{4, 7)}がある一方、非装着者の細胞診からは検出されなかったと報告されている⁷⁾。このような事実から、IUD装着歴のある症例では子宮頸部細胞診を定期的に施行することで骨盤放線菌症の診断の一助になると推測される⁶⁾。島袋⁵⁾は骨盤放線菌症11例の臨床的検討を行い、いずれの症例もIUD装着中の発症であり、そのなかには子宮頸部細胞診により確定診断に至った症例や、IUD付着物培養により放線菌が証明された症例があった。

本症例では、IUDを抜去して半年が経過した後に、左下腹部痛をきたしたことを契機に受診した。IUDは他院にて抜去されており、抜去時の細胞診や細菌培養検査については施行されていなかったため、抜去した時点で子宮に放線菌感染をきたしていたか否かは不明である。また抜去後半年が経過して当科を受診したが、術前に施行した子宮頸部および内膜細胞診や手術で摘出した子宮頸部や子宮内腔の病理組織検査では放線菌は認めなかった。左卵巣に感染巣を形成した経路について、IUD抜去前に存在した子宮内での放線菌が左卵巣にまで経卵管性に波及し病巣を形成し、子宮内の感染はIUD抜去後治療して左付属器の感染のみが残存した可能性などが考えられるが、推測の域を出ず詳細は不明である。ただ、多くの既報の放線菌感染症が

IUD装着に関連しており、今回の症例も長期にIUDを装着していたことから、何らかの関与が示唆される。本症例では子宮頸部細胞診で放線菌の検出はなかったが、今後IUD装着歴のある症例の細胞診検体の提出時には、IUD装着歴があることの情報提示を行うことも必要ではないかと考える^{1, 8)}。

骨盤放線菌症の術前の確定診断は多くの場合困難とされており、重篤な臨床症状と悪性を疑う画像所見に対し、腫瘍マーカーの上昇が乏しいこと、IUD装着歴などから放線菌感染症を念頭に入れる必要があるのではないかと考えられる。本症例においても、FDG-PET/CTで強い集積を示す腫瘍性病変を示唆する画像所見を呈し、卵巣癌を含む悪性腫瘍が否定できなかったが、CA125、CA19-9などの腫瘍マーカーはすべて正常範囲内であった。腫瘍でもFDG-PET/CTは陽性となることが多く、術前の画像診断の難しさを再認識した。

本疾患の治療は病巣切除などの外科的治療や、抗菌薬による内科的治療がある。放線菌に有効な薬剤としてペニシリン系が第一選択であり、抗菌薬のみで治癒した報告もある⁹⁾。一方で、抗菌薬が無効で外科的切除を選択した症例もあり、無効例の原因としては広範囲にわたる組織硬結と病巣内への血流不良のため、薬剤の病巣移行が不十分なためではないかと考えられる^{3, 10)}。本症例は、便秘症状と消化管狭窄の所見あり、イレウス症状が出現していたこと、画像所見で悪性腫瘍の可能性が否定できなかったことなどから、最初から手術療法を選択し、術後にペニシリンによる薬物治療を行って治癒し得た。

本症例は悪性腫瘍との鑑別診断に苦慮し、開腹手術で病理組織学的に菌塊の確認を行うことで放線菌症の確定診断に至った。骨盤内に腫瘍がみられ、画像診断で卵巣や子宮の悪性腫瘍が疑われる場合でも、IUDの装着あるいはその既往があれば、骨盤放線菌症も念頭に置く必要があると考えられた。

結 語

IUD長期装着歴がある症例で術前のFDG-PET/CTで強い集積を認め、悪性腫瘍の疑診で手術療法を行い、術後病理診断にて骨盤放線菌症と診断された1症例を経験した。今回の症例では悪性腫瘍との鑑別が困難であったが、手術にて摘出標本の病理組織学的に放線菌の菌塊を確認することにより骨盤放線菌症の確定診断に至った。骨盤内に腫瘤が見られ、悪性疾患が疑われる場合でも注意深い問診などで、IUDの長期装着あるいはその既往があれば骨盤放線菌症も念頭に置く必要がある。

文 献

- 1) 藤原道久：骨盤放線菌症—自験例11例と過去21年間のわが国における報告例— 日外感染症会誌, 8 : 249-257, 2011.
- 2) Keebler C, Chatwani A, Schwartz R, et al. : Actinomycosis infection associated with intrauterine contraceptive devices. *Am J Obstet Gynecol*, 145 : 596-599, 1983.
- 3) 佐々木晃, 占部 智, 坂手慎太郎, 他 : 悪性腫瘍が疑われた骨盤内放線菌症の1例. 現代産婦人科, 59 : 239-242, 2010.
- 4) Brenner RW, Gehring IISW : Pelvic actinomycosis in the presence of an endocervical contraceptive device. *Obstet Gynecol*, 29 : 71-73, 1967.
- 5) 島袋 史, 佐久本哲朗, 長井 裕, 他 : IUD使用者の骨盤内放線菌症11例に関する臨床的検討. 産と婦, 70 : 1264-1268, 2003.
- 6) Fiorino AS : Intrauterine contraceptive device associated actinomycotic abscess and actinomyces detection on cervical smear. *Obstet Gynecol*, 87 : 142-149, 1996.
- 7) 青木 正, 今村和子 : IUDと放線菌感染. 日臨細胞会誌, 21 : 535-540, 1982.
- 8) 中村泰昭, 落合尚美, 武藤聡子, 他 : 骨盤放線菌症の診断における子宮頸・体部擦過細胞診の有用性. 日臨細胞会誌, 45 : 445, 2006.
- 9) 小野田健一, 坂本美千代, 新津頼一 : 化学療法により完治した骨盤放線菌症の1例. 外科, 55 : 1020-1022, 1993.
- 10) 村松幸次郎, 田中千凱, 伊藤隆夫 : 腹部放線菌症の1例—自験例と本邦集計例の検討— 日外会誌, 88 : 629-632, 1987.

【症例報告】

超音波ドップラー検査で胎児貧血を疑うことができた母児間輸血症候群の1例

佐々木 高綱¹⁾, 新納 恵美子¹⁾, 重光 愛子²⁾, 正木 沙耶歌¹⁾
山口 永子¹⁾, 水田 裕久¹⁾, 山田 嘉彦¹⁾

1) 八尾市立病院産婦人科

2) 奈良県立医科大学産科婦人科学教室

(受付日 2013/2/21)

概要 母児間輸血症候群は母体血中の胎児血 (HbF) の存在で診断する。多量の母児間輸血はまれで、出生前診断も困難である。出生前に超音波検査で母児間輸血症候群による胎児貧血を疑った症例を経験したので報告する。患者は38歳女性で、0回経妊、0回経産、特記すべき既往歴なし。当科で妊婦健診施行され異常なく経過した。妊娠40週2日に自然破水のため入院した。分娩1期にvariable decelerationが出現した。羊水過少はなく微弱陣痛であり、oxytocinによる陣痛促進を施行したところ、minimal variability, decelerationが出現した。胎児超音波検査でcardiothoracic area ratio (CTAR) 40.0%の上昇、および中大脳動脈収縮期最大血流速度 (MCA・PSV) の高値 (102cm/s) を認めたため、貧血による心不全と判断し緊急帝王切開術施行した。児は2682gの女児で、Apgar score1分値2点、5分値9点であった。児のHbは6.2g/dlと貧血で、母体血中のHbFは5.7%と上昇し、母児間輸血症候群と診断した。〔産婦の進歩65 (4) : 397-401, 2013 (平成25年11月)〕

キーワード : 母児間輸血症候群, 胎児貧血, 胎児超音波検査, 中大脳動脈収縮期最大血流速度 (MCA・PSV)

[CASE REPORT]

A case of fetomaternal transfusion syndrome with fetal anemia suspected
on doppler ultrasonography

Takatsuna SASAKI¹⁾, Emiko NIIRO¹⁾, Aiko SHIGEMITSU²⁾, Sayaka MASAKI¹⁾
Eiko YAMAGUCHI¹⁾, Hirohisa MIZUTA¹⁾ and Yoshihiko YAMADA¹⁾

1) Department of Obstetrics and Gynecology, Yao Municipal Hospital

2) Department of Obstetrics and Gynecology, Nara Medical University

(Received 2013/2/21)

Synopsis Fetomaternal transfusion syndrome (FMT) can be diagnosed by the detection of fetal hemoglobin (HbF) in the maternal blood. Prenatal diagnosis of FMT is difficult and severe FMT is rare. We reported a case of FMT in which fetal anemia was suspected on doppler ultrasonography findings. A previously healthy 38-year-old primigravida with an uneventful pregnancy was admitted to hospital at 40 weeks and two days of gestation after spontaneous rupture of the membrane. Variable decelerations of the fetal heart rate were observed during the first stage of labor. The amniotic fluid volume was normal, but uterine inertia was noted. Augmentation of oxytocin showed minimal variability and decelerations of the fetal heart rate. Fetal ultrasonography showed an increased cardiothoracic area ratio (CTAR) of 40% and a peak systolic velocity of middle cerebral artery (MCA・PSV) of 102.0 cm/s. Fetal heart failure with anemia was diagnosed, and cesarean section was performed. The female infant weighed 2682g, and had Apgar score was 2 at 1 min and 9 at 5 min. Her skin was very pale and she had a hemoglobin concentration of 6.2 g/dl. The mother's HbF concentration was markedly increased at 5.7%. A diagnosis of FMT was established. [Adv Obstet Gynecol, 65 (4) : 397-401, 2013 (H25.11)]

Key words : fetomaternal transfusion syndrome (FMT), fetal anemia, fetal ultrasonography, peak systolic velocity of middle cerebral artery (MCA・PSV)

緒 言

母児間輸血症候群は胎児血液が母体血中へ出血する病態で、母体血中の胎児血 (HbF) の存在で診断する。少量の母児間輸血は 50%以上の妊娠に発生するといわれているが¹⁾、多量の母児間輸血はまれで、出生前診断も困難である。胎児貧血の発症を疑うとき、胎児中大脳動脈収縮期最大血流速度 (MCA・PSV) の計測を非侵襲的で有用な検査法として Mariらは報告している²⁾。今回われわれは、cardiotocography (CTG) で non-reassuring fetal status (NRFS) と診断された症例に、MCA・PSVを計測し、出生前に母児間輸血症候群を疑った症例を経験したので報告する。

症 例

患者は38歳で0回経妊、0回経産。既往歴および家族歴に特記事項はなし。自然妊娠成立し、分娩希望のため当科受診した。妊娠経過とくに異常は認められなかった。妊娠40週2日に破水のため入院となった。

入院時、視診にて混濁のない羊水流出を確認した。子宮口は1指開大で軟、位置は中央で卵膜を触知、児先進部は頭部、下降度はSt-2、展退70%であった。CTGでは間隔が不規則な軽度の子宮収縮を認めreassuring fetal status (RFS) であった。

入院後6時間経過した時点でvariable decelerationが出現した (図1)。この時点で子宮収縮の増強はなく、内診所見に変化はなかった。腹部超音波検査にてmaximum vertical pocket (MVP) 3.5cmで羊水過少はなく、明らかな臍帯圧迫部位を同定できなかった。経時的な子宮収縮の増強は認められず、oxytocinによる陣痛促進を施行したところ、開始2時間してminimal variability, decelerationが出現した (図2)。続いて施行した胎児超音波検査で、MCA・PSVの高値 (102cm/s) 心拡大が認められたため (図3)、胎児貧血による心不全と判断し緊急帝王切開術施行した。入院より児を娩出するまでの時間は9時間、胎児貧血による心不全を疑ってから児を娩出するまでの時間は40分であった。児は2682gの女児で、全身蒼白、Apgar score1分値2点、5分値9点であった。児は気道開通、および酸素投与のみで速やかに皮膚色は改善した。臍帯血液ガスのpH 7.283、BE -3.1であった。児のHbは6.2g/dlと貧血で、母体血中のHbF (正常値: 1.2%未満) は5.7%、AFP (正常値: 1~10 ng/ml) は1017ng/mlと上昇していた。母体血液型はO型、RhD (+)、不規則抗体は陰性であった。妊婦健診で施行された感染スクリーニング検査はすべて陰性であった (表1)。児の血液型はO型、RhD (+)、不

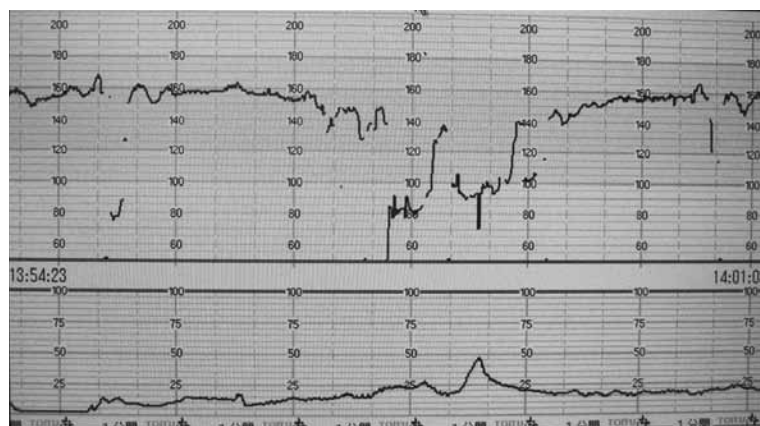


図1 入院後6時間経過した時点でのCTG
入院後6時間経過した時点でvariable decelerationが出現した。
この時子宮収縮増強はなく、羊水過少は認めなかった。

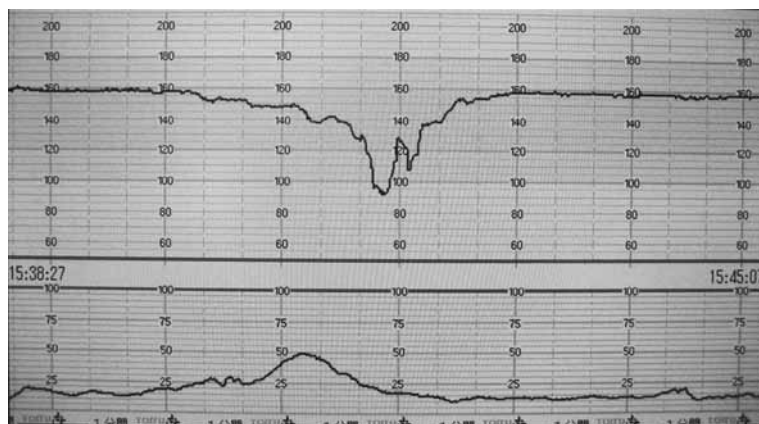


図2 Oxytocinによる陣痛促進施行後のCTG
Oxytocinによる陣痛促進を施行したところ、minimal variability, decelerationが出現した。

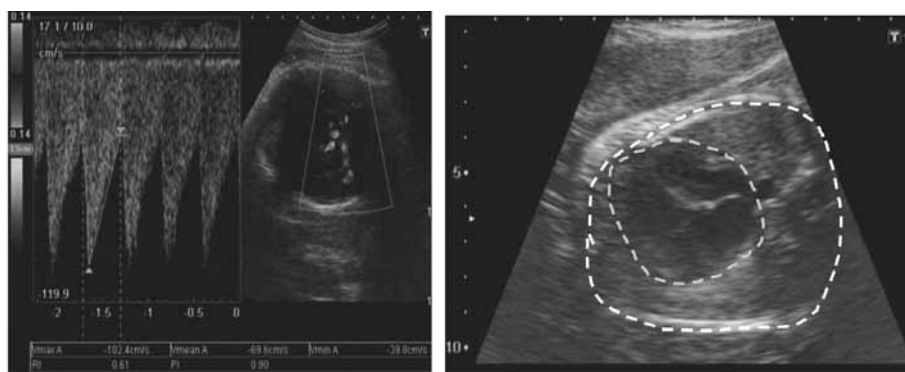


図3 帝王切開手術前の胎児超音波検査所見
術前胎児のMCA・PSVの高値（102cm/s）、右心房の拡大（CTAR40%）を認めた。

表1 母体の検査所見

妊娠初期時検査			
WBC	4900/ μ l	HBs抗原.HCV抗体	陰性
RBC	366万/ μ l	風疹HI抗体価	8倍未満
Hb	12.1g/dl	血液型	O型、RhD+
Plt	15.3万/ μ l	不規則抗体	陰性
出産後検査			
WBC	12100/ μ l	HbF	5.7 %
RBC	332万/ μ l	AFP	1017ng/ml
Hb	11.1g/dl	不規則抗体	陰性
Plt	18.9万/ μ l		

規則抗体は陰性であった。児においても感染スクリーニング検査はすべて陰性であった(表2)。胎盤重量は720gで、肉眼的には色調を含めて特記すべき所見は認められなかった。また病理検査でも異常所見は認められなかった。以上より母児間輸血症候群と診断した。児はRCC 45mlの輸血療法を必要としたが、これのみで循環動態は安定した。翌日にはHb9.5g/dlと貧血改善し、経過中黄疸の増強は認められなかった。現在発育は良好である。

考 察

母児間輸血症候群とは胎児血の絨毛間腔(母体血中)への出血のために胎児に生じるさまざまな病態の総称である。原因として臍帯穿孔、腹部外傷、外回転術、羊水穿刺等が挙げられているが³⁾、今回の例では明らかな原因は指摘できなかった。わずかな量の胎児血の出血は高い頻度で見られるが、多量のものはまれである。出血が80mlを超える症例は1000出生に約0.9人程度で、この場合には半数以上が子宮内胎児死亡になるか、または生児を得ても神経学的後遺症を残すとの報告がある¹⁾。

出血量の推定式として、母体HbFを用いたMollisonの式[2400(maternal red cells)×HbF%/100]が提唱されている⁴⁾。本症例をこれに当てはめてみると137mlの出血があったと予

測され、多量の出血があったことが推察できる。しかし、前述のように児の経過は良好であった。出生時には軽度の心不全徴候(右心系の軽度拡大、低血圧、多呼吸)が認められたが、輸血療法のみでこれは改善した。察するに本例では母児間輸血が急激に起こり、それによる出血性ショックに対して短時間で輸血療法が開始できたので、児に重篤な後遺症の発症がなかったのではないかと考えられる。

胎児貧血の診断として、超音波によるMCA・PSVの計測の有用性をMariらは報告している。そのなかで、中等度の胎児貧血例では、すべてMCA・PSVが1.50multiple of the median(MoM)以上を示し、感度100%、偽陽性率12%、陽性予測値65%、陰性予測値100%であったと報告している²⁾。Oepkesらは、MCA・PSVと羊水穿刺による△OD450を比較し、胎児貧血の診断には感度、特異度、正診率のいずれもMCA・PSVの方が優っていると報告している⁵⁾。また胎児貧血の診断にはMCA・PSV計測値の経時的な変化が重要であると報告されている⁶⁾。しかし、計測方法による精度に違いがあること(胎児中大脳動脈とサンプリングポイントのアンクルの問題)、妊娠34週を超えた場合は偽陽性となる場合があること、左右のMCA・PSVで数値が違ふことがあるなどの

表2 出生後の児の検査所見

末梢血		感染症	
WBC	19000/ μ l	HBs抗原.HCV抗体	陰性
RBC	157万/ μ l	パルボB19 IgM抗体	陰性
Hb	6.2g/dl	CMV IgM抗体	陰性
Plt	27.8万/ μ l	HSV IgM抗体	陰性
生化学		風疹virus IgM抗体	陰性
AST	59 iu/l	トキソプラズマIgM抗体	陰性
ALT	16 iu/l		
T-BIL	1.2 mg/dl		
BUN	8 mg/dl		
CRE	0.4 mg/dl		
CRP	0.03 mg/dl	血液型	O型、RhD+
BS	76 mg/dl	不規則抗体	陰性

問題点も指摘されている⁷⁾。よって、胎児貧血を疑うとき、MCA・PSVでスクリーニングを行い、計測が困難な場合や1.50MoM以上を示す場合は、羊水穿刺による△OD450の計測、または胎児採血による貧血の確認が望ましいであろう。このように胎児貧血の診断には時間を要し、侵襲を伴う。

では、母児間輸血症候群におけるMCA・PSVの計測意義はどうであろうか。前述のように母児間輸血症候群はまれな病態であり、発症の予測は困難である。また急性の経過をとることが多く、とくに重症例では確定診断の前に急速遂娩の適応となることが多いと考えられる。今回の症例でも急速遂娩が必要と考えられ、経時的なフォローは不可能で、確定診断のための検査も施行していない。しかしながら、考えられうる病態を新生児科に情報提供しておくことは、患児の医療にとっては大変有意義であると考えられる。胎児超音波検査は非侵襲的に施行でき、所見はその時々胎児の状態を反映する。本症例でも児の貧血による心不全を疑ったのは超音波検査所見のみであり、CTGではサイナソイダルパターンは認められない状況であった。サイナソイダルパターンは高度の循環不全に伴う心臓への中樞神経調節の失調の結果生じると考えられている。本症例では、もう少し時間が経過し、児の循環不全が進行すれば、そのような所見が認められたのかもしれない。しかし、前述のように、児は出生時にApgar score1分値は2点と低いものの、他の指標ではそれほど重度の循環不全を呈してなかったと考えられ、この程度の循環動態では典型的なサイナソイダルパターンは呈さないのかもしれない。今回は、NRFSの原因検索としてMCA・PSVの計測を精査目的に施行した。その結果、胎児

貧血の存在を出生前に疑うことが可能であった。MCA・PSVの計測は、母児間輸血による胎児貧血の診断にも有用である可能性があり、さらなる症例の集積が必要と考える。

結 語

超音波検査で胎児貧血を疑うことができた母児間輸血症候群の1例を経験したので報告した。今回の症例では、胎児のMCA・PSVを計測することで母児間輸血による胎児貧血を予測することができた。前述のように△450計測や胎児採血が時間を要し、侵襲を伴うことを考慮すると、非侵襲的なMCA・PSVの計測はNRFSの原因検索としては評価できる方法であろうと考えられた。

参考文献

- 1) De Almeida V, Bowman JM : Massive fetomaternal hemorrhage, Manitoba experience. *Obstet Gynecol*, 83 : 323-383, 1994.
- 2) Mari G, Deter RI, Carpenter RL, et al. : Noninvasive diagnosis by Doppler ultrasonography of fetal anemia due to maternal red-cell alloimmunization. Collaborative Group for Doppler Assessment of the Blood Velocity in Anemic Fetuses. *N Engl J Med*, 342 : 9-14, 2000.
- 3) Wylie BJ, Dalton ME : Fetomaternal Hemorrhage. *Obstet Gynecol*, 115 : 1039-1051, 2010.
- 4) Mollison PL : Quantitation of transplacental hemorrhage. *Br Med J*, 3 : 31-34, 1972.
- 5) Oepkes D, Seaward PG, Vandenbussche FP, et al. : Doppler ultrasonography versus amniocentesis to predict fetal anemia. *N Engl J Med*, 335 : 156-164, 2006.
- 6) Detti L, Mari G, Akiyama M, et al. : Longitudinal assessment of the middle cerebral artery peak systolic velocity in healthy fetuses and in fetuses at risk for anemia. *Am J Obstet Gynecol*, 187 : 937-939, 2002.
- 7) Berkley EMF, Rappaport VJ, Hurley TJ : Discordant middle cerebral artery peak systolic velocity Doppler studies in a fetus with RhD alloimmunization. *Obstet Gynecol*, 110 : 493-495, 2007.

【症例報告】

免疫染色が診断に有用であった続発性外陰 Paget 病の1例

寒河江悠介, 渡邊のぞみ, 稲田収俊, 宮崎有美子
横山玲子, 坂田晴美, 吉田隆昭, 中村光作

日本赤十字社和歌山医療センター産婦人科

(受付日 2013/3/4)

概要 外陰Paget病は、皮膚またはその付属器から異型腺細胞が発生した原発性Paget病と、肛門癌、直腸癌、膀胱癌、子宮癌が上皮内に進展した続発性Paget病に分類される。この分類は治療方針を決定する際に重要となる。今回われわれは、隣接臓器に悪性腫瘍を認めなかったために当初原発性外陰Paget病として治療を行ったが、術後の免疫染色(cytokeratin20・GCDPF-15)で続発性外陰Paget病が疑われ、その後に尿道原発癌が明らかとなった1例を経験した。術前に免疫染色を行うことによって続発性外陰Paget病と診断していれば、異なった治療法を選択していた可能性がある。本症例は外陰Paget病の発生源の検索に免疫染色が有用であったため、文献的考察を交えて報告する。〔産婦の進歩65 (4) : 402-407, 2013 (平成25年11月)〕

キーワード : 外陰 Paget病, 尿路上皮癌, GCDPF-15

[CASE REPORT]

Usefulness of immunostaining for diagnosis of vulvar Paget's disease : a case report

Yusuke SAGAE, Nozomi WATANABE, Kazutoshi INADA, Yumiko MIYAZAKI
Reiko YOKOYAMA, Harumi SAKATA, Takaaki YOSHIDA and Kosaku NAKAMURA

Department of Obstetrics and Gynecology, Japanese Red Cross Society Wakayama Medical Center

(Received 2013/3/4)

Synopsis Vulvar Paget's diseases are divided into primary and secondary types. The former are neoplasms of the skin or dermal appendage, while the latter are manifestations of anal-rectal adenocarcinoma, urothelial carcinoma, or other adenocarcinomas. This classification is important when deciding on the treatment. We report a case of secondary vulvar Paget's disease. In this case, the patient was initially treated for primary vulvar Paget's disease because there were no malignant diseases in the urinary tract, genitalia, and intestines. However, after operation, immunopathological investigation suggested secondary vulvar Paget's disease, and finally urethral carcinoma was revealed. If immunopathological study is performed preoperatively, we can choose the most appropriate treatment. In the diagnosis of vulvar Paget's disease, immunostaining is recommended. [Adv Obstet Gynecol, 65 (4) : 402 - 407, 2013 (H25.11)]

Key words : vulva, vulvar Paget's disease, cytokeratin, GCDPF-15, urothelial carcinoma

緒 言

外陰Paget病は、痒痒感や疼痛を伴う紅斑や湿疹として出現し、進行するとびらん・腫瘍を形成する皮膚悪性疾患である。Paget病は病理学的特徴から診断される疾患であり、その起源は単一ではないと考えられている。近年、発生

起源によって原発性と続発性に分類されるようになり、それによってよりの確な治療を選択することができる¹⁾。

今回われわれは、外陰部の自覚症状はほとんどなく、長径5cmの鼠径リンパ節腫大の精査中にみつかった外陰Paget病を経験した。本症例

では当初の精査で、隣接臓器に悪性腫瘍はみつからなかったため、原発性外陰Paget病として治療した。しかし、その後に行った免疫染色から尿路上皮癌による続発性外陰Paget病が疑われ、その後に尿道原発癌が明らかになった。外陰Paget病の発生源の検索に免疫染色が有用であった症例のため、文献的考察を交えて報告する。

症 例

82歳，1経妊0経産。既往歴として，41歳時に子宮筋腫のため腹式単純子宮全摘術，72歳時に膀胱癌（尿路上皮癌G2>3，pT1，ly1，v0）にて経尿道的膀胱腫瘍切除術（TUR-Bt），78歳から関節リウマチに対して内服治療を開始，80歳で直腸脱手術があった。

現病歴 半年前から鼠径部に増大する腫瘍を自覚したため，近医を受診し，精査加療目的に当院外科を紹介された。左鼠径リンパ節生検の結果，移行上皮癌もしくは扁平上皮癌の転移が疑われたため，まず泌尿器科に紹介され精査を受けた。既往に膀胱癌があり，尿細胞診クラス3であったが，膀胱鏡検査・腎盂尿管造影検査で異常は認めず，尿路に悪性腫瘍はみつからなかった。さらに消化器科でも異常はみつからず，当科紹介受診となった。

当科初診時の所見 左鼠径部に胡桃大を最大とする硬い腫瘍を複数個触知し，右側でも拇指頭大の腫瘍を触れた。左小陰唇を中心に湿疹様紅斑を認め，深部に小豆大の腫瘍を触知した（図1）。腔壁に腫瘍・びらんを認めなかった。子宮は摘

出後であり，骨盤内に腫瘍を認めなかった。腫瘍マーカーは，SCC 1.0ng/ml，CEA 4.0ng/ml，CA19-9 9.3U/mlと正常範囲内で，CT・MRIでは両側鼠径リンパ節の腫大以外に異常所見を認めなかった。

病理所見 左小陰唇の生検にて，細胞質の豊富な明るい大型のPaget細胞を認め，外陰Paget病と診断した（図2）。リンパ節の病理所見を再検討したところ，細胞質の豊富な細胞の集塊がみられたため，外陰Paget病の転移の可能性もあると考えられた。

既往膀胱癌の組織と類似する部分もあったが，尿路に悪性所見はみられず，膀胱癌の転移であれば骨盤内リンパ節が一般的であるために，臨床的にはPaget病の転移が考えやすい状況であった。なお，腔断端細胞診はクラス5であったが，組織型の推定は困難であった。

隣接臓器の検索で悪性腫瘍を認めなかったこ



図1 外陰病変
左小陰唇を中心として湿疹様紅斑を認めた。

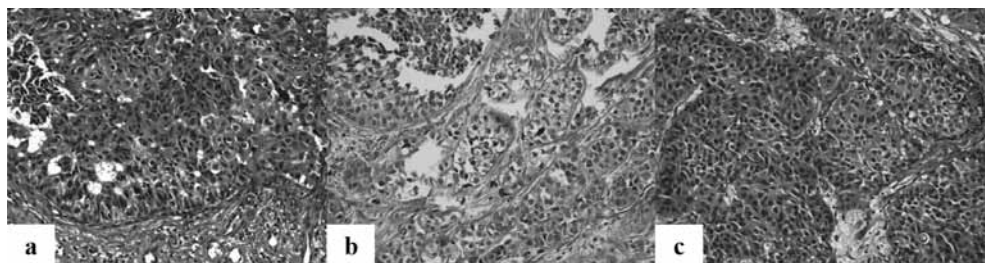


図2 病理像
a) 外陰病変 b) リンパ節 c) 既往膀胱癌（HE染色100倍）

とから、本症例は原発性外陰Paget病であると考えて、治療を行うこととした。リンパ節転移を伴う原発性外陰Paget病は外科的治療をしても予後不良とされているが、放射線治療や化学療法による治療効果についてのエビデンスも乏しいため、まずは可及的に腫瘍の切除を施行し、必要に応じて追加治療を行うこととした^{8, 11)}。術前にmapping biopsyを行ったところ、生検結果はすべて陰性であったため、最内側の生検部位より外側1cmを切除範囲とした。また尿路の機能温存の立場から外尿道口は切除せずに温存した。リンパ節転移が存在することから、外陰Paget病の直下に腺癌が存在するとの報告もあることから、深部は浅会陰筋膜までの切除とした。腔壁はコルポスコープにて全体的に平滑で明らかな異常所見は認めなかったが、腔細胞

診クラス5であったため腔全摘を施行した。最終的な術式は、腔全摘術、単純外陰切除術、両側鼠径リンパ節郭清術、網状植皮術で、手術時間3時間47分、出血量100gであった(図3)。

摘出標本の検討では、外陰の2時から11時方向までPaget細胞を認め、5時の方向に1mm未満の真皮浸潤を認めた。病巣直下に腺癌は存在しなかった。腔粘膜は剥奪により評価困難であったが、少なくとも腫瘍は認めなかった。外周の断端は陰性であったが、尿道周囲は断端までPaget細胞を認めた(図4)。両側鼠径リンパ節は生検同様の所見であり、病理所見からは外陰Paget病の転移として矛盾はなかった。

しかし、やはり膀胱癌の既往があったことから、既往膀胱癌と外陰Paget病巣・リンパ節病変を病理学的に再検討した。免疫染色で外

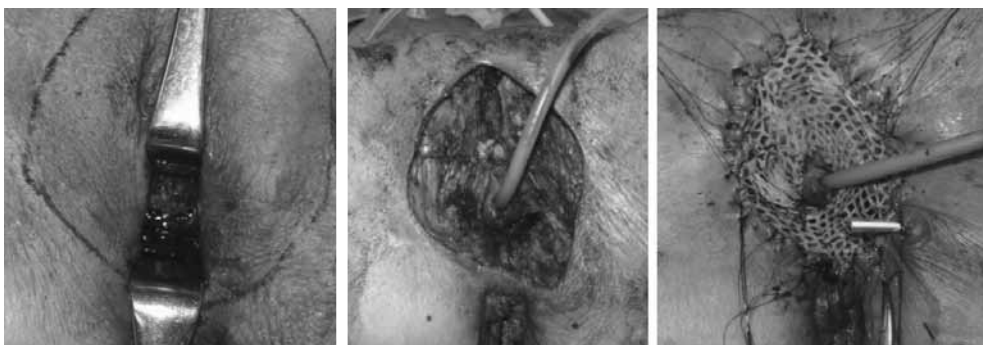


図3 手術所見

腔切除術・単純外陰切除術・両側鼠径リンパ節郭清術・網状植皮術を施行した。

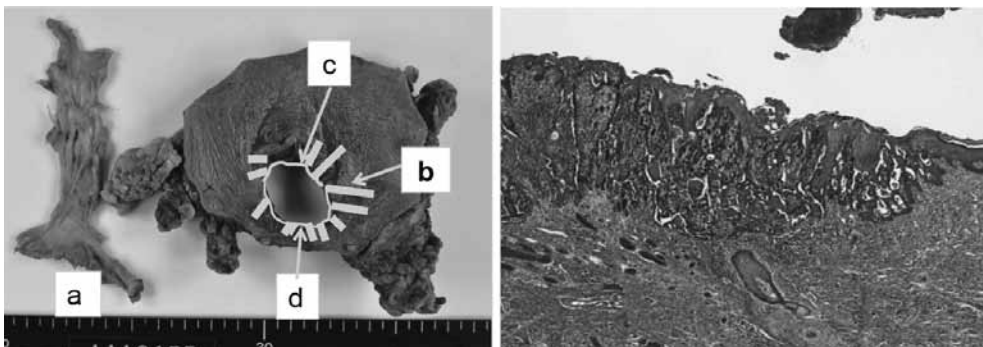


図4 摘出標本の病理所見

左) 外陰 Paget 病を認めた部位を太線で示した。

a) 腔 b) 腫瘍部 c) 尿道周囲の温存部 d) 腔入口部

右) 組織像 (HE染色40倍)

陰Paget病変と鼠径リンパ節病変はcytokeratin 20 (CK20) 陽性かつgross cystic disease fluid protein-15 (GCDFP-15) 陰性であり、原発性外陰Paget病というよりも続発性外陰Paget病を示唆する結果であった⁵⁻⁷⁾ (図5)。そのため、本症例は、既往膀胱癌に関連する続発性外陰Paget病の可能性があると考えた。すなわち、膀胱癌が再発し、鼠径リンパ節に転移するとともに、表皮内進展をきたして外陰Paget病を生じた、と一元的に説明する仮説をたてた。鼠径リンパ節に転移するとすれば尿道に病変が存在する可能性が最も高いと考え、再度泌尿器科での精査を依頼した。尿細胞診はクラス2で、膀胱鏡検査・腎盂尿管造影検査でも異常は認めなかった。

その後、患者の術後経過は問題なく、植皮部の癒合・上皮化も良好であったが、植皮後の安静臥床とリウマチ悪化によるADL低下から術後の追加治療を行えず、リハビリ目的に転院することとなった。ただし、続発性外陰Paget病の原発巣に対する治療が必要になる可能性を考慮し、リハビリ終了後に再診することとした。1カ月半後の診察時、外尿道口に潰瘍化を伴う腫瘤を認めたため、生検を行った。病理組織の

結果は尿路上皮癌grade3であり、Paget細胞は認めなかった (図6)。この生検標本の免疫染色は既往膀胱癌と同一のターンを示したため、既往膀胱癌の再発である可能性も示唆されたが、膀胱には再発腫瘤を認めなかった。そのため、膀胱癌の再発か原発尿道癌のいずれかは不明であるものの、尿道癌として化学療法を開始した。しかし、骨髄抑制が強く出現したため、現在はbest supportive careとなっている。

考 察

Paget病は異型腺細胞が主に表皮内に浸潤増殖する悪性腫瘍であり、アポクリン腺の多くみられる腋窩、乳腺、外陰、肛門周囲に認めることが多い。外陰Paget病は初期には痒感や疼痛を伴う紅斑や湿疹の形態をとり、皮膚炎との鑑別が難しいため、患者の受診も医師の診断も遅れがちとなる。そのため、治療抵抗性の皮膚病変を認めた場合には積極的な生検が必要となる²⁾。

外陰Paget病は表皮内に細胞質が豊富な明るい大型の異型腺細胞を認める疾患である。この異型腺細胞は皮膚付属器から発生するとされている (原発性外陰Paget病)。しかし、外陰Paget病でみられる異型腺細胞の20%は、肛

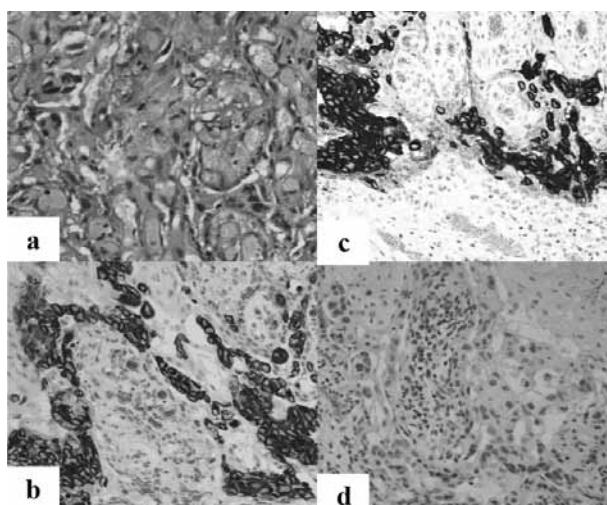


図5 外陰 Paget病変の免疫染色所見
a) PAS陰性 b) CK7陽性 c) CK20陽性 d) GCDFP-15陰性であり、続発性外陰 Pagetのパターンと一致した。(100倍)

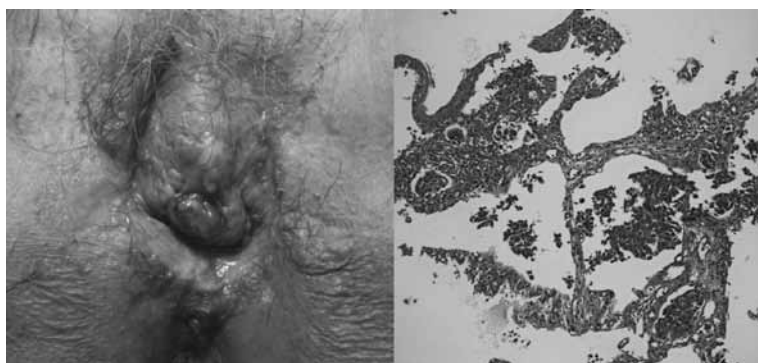


図6 尿道腫瘍

左) 術後 1カ月半の再診時に認めた尿道腫瘍。

右) 同腫瘍の病理像 (HE染色 100倍)

門、直腸、膀胱、子宮頸部などに発生した悪性腫瘍が表皮内に進展したものである（続発性外陰 Paget）¹⁾。前者はその15%に直下に腺癌を伴うとされ^{2, 3)}、リンパ節転移をきたしやすいため、外科的治療を行う場合は広範囲かつ浅会陰筋膜までの深さの切除が必要となる。これに対して後者はほとんどが上皮内のみの病変であるため、原発巣の治療は必要であるが、外陰 Paget 病変に関しては皮下脂肪層をつける程度の切除で十分である^{1, 4)}。このように治療方針にかかわるため、両者の鑑別は重要である。

両者を鑑別するポイントとしては、①隣接臓器の悪性腫瘍の検索を行うこと、②外陰 Paget 病の分布に着目すること¹⁾、③CK20・GCDFP-15などの免疫染色を活用すること⁵⁾が挙げられる。まず、肛門、直腸、膀胱、子宮頸部などに悪性腫瘍が存在すれば、続発性外陰 Paget である可能性が高くなる。肛門癌や直腸癌による続発性外陰 Paget 病であれば肛門周囲に、尿路原発癌によるものであれば尿道口周囲にそれぞれの病巣を形成することが多い傾向にある¹⁾。一方、原発性外陰 Paget 病であれば大陰唇外側に発生することが多い。免疫染色では以下に示すように、原発性ではCK20陰性・GCDFP-15陽性となり、続発性ではCK20陽性・GCDFP-15陰性となることが多いと報告されている⁵⁻⁷⁾。Goldblumらは、外陰 Paget 病と肛門周囲の Paget 病に関して検討しており、原発性

外陰 Paget 病16例のうち、14例でCK20陰性・GCDFP-15陽性、2例でCK20陽性・GCDFP-15陽性であったのに対し、続発性外陰 Paget 病の1例ではCK20陽性・GCDFP-15陰性であったと報告している。また肛門周囲の Paget 病に関しても検討しており、直腸癌が共存しなかった6例のうち4例でCK20陰性・GCDFP-1陽性、2例でCK20陽性・GCDFP-15陰性であったが、一方で直腸癌が共存した5例すべてでCK20陽性・GCDFP-15陰性を示したと報告している。さらに、Ohnishiらは原発性乳房外 Paget 病15例のすべてにおいてCK20陰性であったのに対し、続発性乳房外 Paget 病7例（尿路上皮癌原発2例、直腸結腸癌原発5例）のすべてにおいてCK20陽性であったと報告している。

本症例では、既往歴に膀胱癌があったものの隣接臓器の検索で悪性腫瘍を認めなかったため、原発性外陰 Paget 病として治療を行った。Paget 病と正常皮膚との境界は不鮮明で、その病巣は可視範囲よりもはるかに大きい可能性がある。そのため切除する際には、3cmのmarginをとって切除することが勧められているが^{2, 4)}、肉眼での境界が明瞭である場合や mapping biopsy を施行した場合には、1cmのmarginで縮小切除が可能であるとする報告があるため⁸⁾、本症例ではmapping biopsyを行い、切除範囲を決定した。

本症例では、外陰 Paget 病巣と鼠径リンパ節

はCK20陽性・GCDFP-15陰性であり、1カ月半が経過した後に尿道口に腫瘍性病変を認めるようになったため、尿路原発癌によるリンパ節転移と続発性外陰Paget病と考えるに至った。もし、外陰Paget病の生検標本で免疫染色を行うことによって続発性外陰Paget病と診断していれば、外陰浅層までの切除^{1, 4)}やレーザー治療、imiquimod塗布¹⁰⁾など外陰Paget病に対する姑息的治療を行いながら、進行尿路癌に対する治療を選択できた可能性があるため、外陰Paget病において原発性・続発性を早期に鑑別することは重要である。

結 語

治療抵抗性の外陰皮膚病変を認めた場合には、Paget病を疑い積極的に生検する必要がある。また子宮、陰、尿道口、肛門などの隣接臓器における悪性腫瘍の有無を調べるとともに免疫染色を参考にして、外陰Paget病の発生起源の検索を行うことが重要であると考えられる。

参考文献

- 1) Wilkinson EJ, Brown HM : Vulvar Paget disease of urothelial origin: a report of three cases and a proposed classification of vulvar Paget disease. *Hum Pathol*, 33 : 549-554, 2002.
- 2) 寒河江悟, 嵯峨賢次 : Paget's disease. 産と婦, 63 : 62-66, 2002.
- 3) 関 典子, 児玉順一, 松尾 環, 他 : 膀胱癌を原発とする続発性外陰Paget病の1例—主として術前診断に至るまで— 日産婦中国四国会誌, 55 : 38-42, 2006.
- 4) Kurman RJ, Ellenson LH, Ronnett BM : Blaustein's pathology of the female genital tract. sixth ed. p81-86, Springer, New York, 2011.
- 5) Onishi T, Watanabe S : The use of cytokeratins 7 and 20 in the diagnosis of primary and secondary extramammary Paget's disease. *Br J Dermatol*, 142 : 243-247, 2000.
- 6) Goldblum JR, Hart WR : Perianal Paget's disease : a histologic and immunohistochemical study of 11 cases with and without associated rectal adenocarcinoma. *Am J Surg Pathol*, 22 : 170-179, 1998.
- 7) Goldblum JR, Hart WR : Vulvar Paget's disease : a clinicopathologic and immunohistochemical study of 19 cases. *Am J Surg Pathol*, 21 : 1178-1187, 1997.
- 8) 日本皮膚悪性腫瘍学会 : 皮膚悪性腫瘍ガイドライン 2007年版. 金原出版, 東京, 2007.
- 9) Fine BA, Fowler LJ, Valente PT, et al. : Minimally invasive Paget's disease of the vulva with extensive lymph node metastases. *Gynecol Oncol*, 57 : 262-265, 1995.
- 10) Sendagorta E, Herranz P, Feito M, et al. : Successful treatment of three cases of primary extramammary Paget's disease of the vulva with imiquimod-proposal of a therapeutic schedule. *J Eur Acad Dermatol Venereol*, 24 : 490-492, 2010.
- 11) 横山明子, 梅田 整, 田中和行, 他 : 乳房外 Paget 病の病期別分類とその予後の検討. 日形会誌, 26 : 169-174, 2006.

【症例報告】

良好な転帰を得た高安病合併妊娠の4症例

出口 可奈, 谷村 憲司, 園山 綾子, 平久 進也
森 實 真由美, 森田 宏紀, 山崎 峰夫, 山田 秀人

神戸大学大学院医学研究科外科系講座産科婦人科学分野

(受付日 2013/3/26)

概要 高安病は大動脈およびその分岐の大・中動脈炎を主徴とする疾患で、若年女性に好発する。今回われわれは高安病合併妊娠の4症例を経験したので報告する。4例とも妊娠前に高安病と診断されており、全例妊娠可能と判断されていた。2例は妊娠前に外科治療の既往があり、1例は、上行大動脈の拡大に対して人工血管置換術、大動脈弁閉鎖不全症 (AR) IV° に対して、大動脈弁置換術 (生体弁)、腹部大動脈の拡大に対して人工血管置換術を施行されていた。もう1例は、AR IV° に対して、大動脈弁置換術 (生体弁) を、左鎖骨下動脈の狭窄に対して大動脈左鎖骨下動脈バイパス術を施行されていた。4例とも妊娠前よりプレドニゾロン (PSL) 治療が行われており、心エコーでの心機能評価、CT・MRIでの血管病変の評価、採血での炎症反応の評価にて、妊娠前の病状はPSL維持量で安定していた。3例は陣痛による血圧上昇をコントロールする目的で無痛分娩となり、1例は左腕のしびれが出現したことで高安病の悪化を疑われ、帝王切開による分娩となった。産褥期は母児ともに良好に経過した。今回の4症例では、妊娠前からの病態把握、妊娠中の慎重な内科的管理と治療および分娩管理により、良好な周産期帰結となった。〔産婦の進歩65 (4) : 408 - 413, 2013 (平成25年11月)〕
キーワード：高安病，妊娠，高血圧，石川分類，無痛分娩

[CASE REPORT]

Pregnancy complicated with Takayasu's disease : a report of four cases

Kana DEGUCHI, Kenji TANIMURA, Ayako SONOYAMA, Shinya TAIRAKU
Mayumi MORIZANE, Hiroki MORITA, Mineo YAMASAKI and Hideto YAMADA

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

(Received 2013/3/26)

Synopsis Takayasu's disease is characterized by vasculitis of the aorta and its main branches. The disease often affects the outcome of pregnancy. We report four cases of pregnancy complicated with Takayasu's disease. All four were diagnosed as Takayasu's disease, and allowed to get pregnant before pregnancy. Two had undergone surgery for affected vessels and/or cardiac valves before their pregnancies; one had vascular graft for the ascending aortic arch for the dilation of ascending aorta, aortic valve replacement for the AR IV°, and vascular graft for the abdominal aorta for the dilation of abdominal aorta. The other one had aortic valve replacement for AR IV° and aortic left subclavian artery bypass grafting for the stenosis of the left subclavian artery. All four received prednisolone treatment. Three of the pregnancies ended in vaginal deliveries with epidural analgesia. One resulted in an elected cesarean section because of disease deterioration. The mothers and babies experienced uneventful puerperal periods. To assess the state of disease before pregnancy and careful management of medication during pregnancy and delivery is very important. [Adv Obstet Gynecol, 65 (4) : 408-413, 2013(H25.11)]

Key words : Takayasu's disease, pregnancy, hypertension, Ishikawa's classification, epidural analgesia

緒 言

高安病（大動脈炎症候群）は、大動脈とその分岐の大・中動脈炎を主徴とする疾患で、アジア・中米で多く認められ、本邦での頻度は全人口の約0.04%とされる¹⁾。男女比は1:8と女性に多く、およそ75%が10歳代後半に発症する。生殖年齢層の女性に好発することから、本疾患の合併妊娠はまれではない。

妊娠中に高安病の動脈病変が存在する場合には、循環血液量の増加および陣痛による血圧上昇によって、動脈病変の増悪や大動脈解離が生じる可能性がある。大動脈炎を伴う場合には大動脈弁閉鎖不全症（AR）や大動脈瘤、大動脈狭窄の併発を、また肺動脈炎を伴う場合には肺高血圧の併発を生じるリスクがある。とくに高血圧を認める場合には、加重型妊娠高血圧腎症や肺血管障害、腎不全、心不全等を引き起こす可能性があるため、慎重な血圧コントロールによる妊娠分娩管理が重要である²⁾。他にも高血圧や動脈病変による子宮胎盤循環の障害により、流早産や低出生体重児のリスクが高まる^{3~5)}。今回われわれは、高安病合併妊娠4例において、石川らの指針⁶⁾による重症度分類と、心疾患患

者の妊娠・出産の適応、管理に関するガイドライン²⁾に従って妊娠と分娩の管理を行ったところ、良好な周産期帰結が得られたので報告する。

症 例

当院で管理した高安病合併妊娠4症例のまとめとして妊娠前評価を表1に、妊娠中の評価と分娩転機を表2に示す。

症例 1

症例1は30歳の女性で0経妊0経産である。17歳時に左手冷感が出現し、高安病と診断され、プレドニゾロン（PSL）の投与による治療が開始された。23歳時に上行大動脈拡大に対して人工血管置換術が施行され、27歳時にはARと右総頸動脈の血栓に対するワルファリン 3mg/day治療が開始された。28歳時にARの進行と腹部大動脈拡大が認められたため、大動脈弁置換術（生体弁）および腹部大動脈人工血管置換術が施行された。29歳以降はワルファリン治療とPSL 15mg/日で病状は安定していたため、妊娠は可能とされていた。

30歳で自然妊娠した。妊娠5週に前医を受診し、ワルファリン内服はヘパリンカルシウム皮下注射20000IU/日（自己注射）に変更された。

表1 当院で管理した高安病合併妊娠4症例の妊娠前評価

症例 (妊娠分娩歴)	年齢 (歳)		診断時 症状	血管病変	妊娠前の 外科治療	妊娠前の 内服治療	妊娠直前 の活動性
	診断 時	妊娠 時					
1 G O P O	17	30	左手冷感	上行大動脈拡大 腹部大動脈拡大 大動脈弁閉鎖不全 右総頸動脈血栓	上行～弓部大動脈、 腹部大動脈の 人工血管置換術、 大動脈弁置換術	PSL 15 mg/日 warfarin 3 mg/day	なし
2 G O P O	29	33	倦怠感	大動脈弁閉鎖不全 上行大動脈拡大 総頸動脈狭窄	なし	PSL 20 mg/日	なし
3 G O P O	24	30	左腕 脈欠損	左鎖骨下動脈狭窄 左内頸動脈狭窄 左総頸動脈狭窄 左椎骨動脈狭窄 大動脈弁閉鎖不全	大動脈－左鎖骨 下動脈バイパス術、 大動脈弁置換術	PSL 5 mg/日、 アスピリン 100 mg/day	なし
4 G O P O	21	24	左腕 脈欠損	左鎖骨下動脈狭窄 総頸動脈狭窄	なし	PSL 9 mg/日	なし

PSL: prednisolone

表2 当院で管理した高安病合併妊娠4症例の妊娠中の評価と分娩転帰

症例	初診時 週数	妊娠直前～妊娠中の 画像検査	妊娠時 石川 分類	妊娠中のイベント	妊娠中の 治療	分娩 週数	分娩 様式	出生 体重
1	31週	妊娠前：頸動脈・心エコー、 胸腹部CT 33週：心エコー、 腹部・腎動脈エコー、 胸部MRI、 頭頸部MRI, ABI	I	分娩時高血圧 →硬膜外麻酔施行	PSL 5mg・15 mg/隔日、 ヘパリンカルシウム 20,000 U/day	38週 2日	硬膜外麻 酔下の 経膣分娩	2930g (+0.2 SD)
2	9週	14週：心エコー 27週：心エコー 35週：心エコー、頭頸部MRI、 頸胸部CT、 頸動脈・腹部・腎動脈エコー	II a	なし	PSL 20 mg/day	39週 4日	硬膜外麻 酔下の 経膣分娩	2650g (-1.0 SD)
3	5週	妊娠前7カ月：胸腹部CT 妊娠前6カ月：頭頸部MRI、 26週：頭頸部MRI 30週：心エコー 33週：腹部・腎動脈エコー、 頭頸部MRI	I	23週：右尿管拡張に よる右側腹部痛 →軽快 26週：左椎骨動脈の 狭窄→アスピリン継続 35週：左腕の痺れ →高安病の悪化疑い →帝王切開術	PSL 5 mg/day、 アスピリン 100 mg/day	36週 2日	選択的 帝王 切開	2230g (-0.7 SD)
4	35週	妊娠前8カ月：頸部～ 骨盤部MRI 31週：心エコー 33週：眼底検査 37週：胸部～骨盤部MRA、 腹部エコー、腎動脈エコー	I	なし	PSL 9 mg/day	38周 0日	硬膜外麻 酔下の 経膣分娩	2668g (-0.5 SD)

ABI: ankle brachial pressure index

PSLは5mg/日と15mg/日を交代での連日投与に減量され、その後も妊娠は前医で良好に経過した。妊娠31週に転居のため、当科に紹介された。妊娠33週に心エコーにて心機能の評価を行い、腹部エコー・腎動脈エコー・胸部MRI・頭頸部MRI・ABIにて血管病変の悪化がないことも確認した。妊娠経過は良好で、分娩管理目的で37週0日に入院となった。ヘパリンカルシウム皮下注をヘパリンナトリウム15000U/日持続静注に変更し、38週0日に分娩誘発を行った。陣痛は発来したが、陣痛発作時の収縮期血圧が160～180mmHgと高値を示したため、疼痛による血圧上昇の変動を抑える目的で、硬膜外麻酔（0.2%アナペイン25ml+フェンタニル0.1mg/2ml+saline23ml）による無痛分娩を導入した。硬膜外麻酔導入前2時間前にヘパリンナトリウムをいったん中断し、出血傾向がないことを確認のうえ硬膜外麻酔を行った。導入後の陣痛発作時の収縮期血圧は120～140mmHgまでに抑えられた。分娩第II期が遷延したため、吸引分娩により2930g男児をApgar score 1分値

8点、5分値9点で娩出した。出血量は970mlであった。分娩後、ヘパリンナトリウムをワルファリンに変更した。分娩後7日目の血液検査で炎症反応の上昇を認めたため、一時的にPSLを15mg/日に増量した。以降は母児ともに順調に経過した。

症例 2

症例2は33歳の女性で0経妊0経産である。29歳時に倦怠感があり、炎症反応の上昇、経腹エコーによる上行大動脈拡大とAR、胸部造影CTにて左総頸動脈狭窄が認められ、高安病と診断された。PSL治療が開始され、32歳時にはPSL 20mg/日で病状は安定していたため、妊娠は可能とされていた。

妊娠9週に当科を受診し、それまでのPSL投与量20mg/日を継続することとした。妊娠14週と27週、35週に心エコーにて心機能の悪化がないことを確認した。妊娠35週に頭頸部MRI・頸胸部CT・頸動脈エコー・腹部エコー・腎動脈エコーにて血管病変の悪化を認めなかった。外来管理で妊娠経過は良好で、39週4日に自然

陣痛が発来したため入院となった。分娩中の高血圧予防のために硬膜外麻酔による無痛分娩を行った。硬膜外麻酔導入前より血圧上昇は認めず、収縮期血圧は110～120mmHgであった。分娩中から分娩後も血圧の上昇はなく経過した。胎児機能不全（高度遷延一過性徐脈）のため、吸引分娩により2650gの男児をApgar score 1分値8点、5分値9点で娩出した。分娩後もPSL 20mg/日を継続し、母児ともに順調に経過した。

症例 3

症例3は30歳の0経妊0経産の女性である。24歳時に左腕の脈が触れないことで高安病と診断され、PSL治療が開始された。26歳時に重度ARと左鎖骨下動脈狭窄に対して、それぞれ大動脈弁置換術（生体弁）と大動脈左鎖骨下動脈バイパス術が実施された。左椎骨動脈狭窄のため、脳梗塞予防の目的で低用量アスピリン（LDA）治療をした。PSLは漸減され、27歳からPSL 5mg/日で病状は安定していたため、妊娠は可能とされていた。

妊娠5週で当科を初診し、それまでのPSL投与量5mg/日を継続することとした。妊娠23週に右側腹部痛で入院となり、原因は右尿管拡張であったが、保存的治療にて軽快したため、妊娠25週に退院となった。妊娠26週の頭頸部造影MRIで左椎骨動脈狭窄が持続していたため、LDAを中止すると脳梗塞の発症リスクが高いと判断し、妊娠28週以降もLDAを継続した。妊娠30週に心エコーで心機能の評価を行った。妊娠33週に腹部エコー・腎動脈エコー・頭頸部MRIにて血管病変の悪化がないことを確認した。妊娠35週に左腕のしびれが出現し高安病の増悪が疑われたため、36週2日に選択的帝王切開を行った。手術当日までLDA内服とし、手術直前に出血時間の延長がないことを確認のうえ、全身麻酔下に選択帝王切開により2230gの男児をApgar score 1分値8点、5分値9点で娩出した。手術後は高血圧や左手のしびれの増悪はなく、6日目で退院した。PSL 5mg/日とLDAを継続し、母児ともに順調に経過した。

症例 4

症例4は24歳の0経妊0経産の女性である。21歳時に左胸鎖乳突筋付近に疼痛と左上腕の脈欠損、血沈の上昇、造影MRAで弓部大動脈鎖骨下動脈分岐部から末梢の血管描出がなかったことから高安病と診断された。PSL治療が始まり、22歳時はPSL 9mg/日で病状は安定していた。MRAによって左鎖骨下動脈狭窄や左総頸動脈狭窄の悪化がなく、妊娠は可能とされていた。

23歳時に妊娠し、それまでのPSL投与量9mg/日を継続することとした。妊娠31週の心エコーでは病変に変化はなかった。妊娠35週で、転居のため当科へ紹介受診となった。妊娠33週に眼底検査、妊娠37週に胸部～骨盤部MRA・腹部エコー・腎動脈エコーにて血管病変の悪化がないことを確認した。また妊娠37週のMRAでは左鎖骨下動脈狭窄の悪化がないことも確認した。妊娠経過は順調で37週5日に入院し、硬膜外麻酔下で分娩誘発を行い、無痛分娩を試みた。硬膜外麻酔導入前より血圧上昇は認めず、収縮期血圧100～110mmHgであり、分娩中・分娩後も血圧の上昇を認めなかった。妊娠38週0日に2668gの男児をApgar score 1分値9点、5分値10点で娩出した。PSL 9mg/日を継続し、母児ともに順調に経過した。

考 察

高安病合併妊娠では、動脈病変の増悪や大動脈解離、肺高血圧、妊娠高血圧症候群、流産、低出生体重児などのリスクがあるために、慎重な妊娠・周産期管理が必要である。妊娠を許可する条件に関しては、高血圧がコントロールされており、高度心不全（NYHAI度以上、または左室駆出率<35.40%）を有しない場合が挙げられる²⁾。また良好な妊娠転帰を得るためには、PSL維持量で血管炎の活動性評価（発熱、CRP上昇、血沈上昇、 γ グロブリン分画増加）が1年以上安定していること⁷⁾、さらに手術適応のある弁疾患、大動脈疾患に対しては妊娠前に手術を実施すること²⁾が必要とされる。妊娠初期からの高血圧を無治療で観察し、妊娠37週で常位胎盤早期剥離および子宮内胎児死亡とな

り、産後に高安病と判明した症例報告もある⁷⁾。このように高安病合併妊娠が適切に治療を受けなかった場合、重篤な周産期異常が発生する危険性は高いと考えられる。ただ、妊娠による高安病の増悪については約61%に症状悪化を認めるとする報告⁴⁾がある一方で、否定的な見解⁸⁾も存在する。

高安病合併妊娠では増悪徴候の見逃しや医療介入の遅れは、周産期予後を悪化させる可能性があり⁴⁾、人工血管や人工弁、動脈狭窄等による血栓形成予防のために、抗凝固療法や抗血小板療法が必要な場合も多く、妊娠時期に応じた治療薬を適切に選択する必要がある。また血液検査や問診による活動性の評価、MRAや心エコーなど画像検査による病勢と心機能の評価を定期的に行う必要がある。そのため今回の4症例に対しては、妊娠中期と後期の心エコー、および頭頸部から腹部の血管評価をMRI、MRA、エコーにて定期的に行った。

高安病合併妊娠では加重型妊娠高血圧症の頻度が高くなり^{5,7)}、治療の遅れは新生児予後の

悪化にもつながる⁵⁾。高安病合併妊娠の分娩様式は、産科的適応がない限り経陰分娩とされるが^{4, 9, 10, 11)}、経陰分娩中の血圧上昇によって、頭蓋内出血をきたした症例が報告されている⁴⁾。このため、分娩時努責を避けるために、鉗子分娩・吸引分娩による第二期短縮^{4, 5, 12)}や硬膜外麻酔¹³⁾が望ましいとされる。しかし、大動脈病変を認める場合、ないし石川らの指針(表3)で選択的帝王切開術の推奨条件に該当する場合には、母体適応として帝王切開を選択する⁶⁾。胎児・出生児に関して、妊娠中は4症例とも胎児発育良好であった。症例3では、高安病の増悪が疑われたため、36週2日に選択的帝王切開となり、児は早産・低出生体重児となったが、AFD (appropriate for date) 児であった。症例1, 2, 4では正期産であり、いずれも低出生体重児とならなかった。今回の4症例ともに、妊娠前からの病態把握、慎重な内科的管理と治療および分娩管理により、良好な周産期帰結となった。

表3 高安病合併妊娠の産科的適応以外での選択的帝王切開術の推奨条件(石川らの指針⁶⁾)

産科的適応以外での選択的帝王切開術の推奨条件

- 分娩時収縮期血圧の著しい上昇(40mmHg以上の収縮期血圧上昇)
- 病期ⅡbあるいはⅢで両側上肢の血圧測定不可

高安病重症度分類 (Ishikawa, 1978)

Type	合併症※
I	なし
Ⅱ	単一合併症
Ⅱ a	非重症群
Ⅱ b	重症群 (下記の4項目のいずれかが当てはまる場合 ・高安網膜症; 網膜小動脈瘤の発生 ・二次性高血圧; 収縮期血圧200mmHg以上 ・大動脈閉鎖不全; Seller分類Ⅲ度以上 ・動脈瘤; 元の動脈直径の2倍を超える拡大)
Ⅲ	複合合併症

合併症※; 高安網膜症, 二次性高血圧, 動脈弁閉鎖不全, 動脈瘤

総 括

当院で管理した高安病合併妊娠の4症例より、高安病合併妊婦では、妊娠前に適応があれば血管病変に対する手術治療を行い、PSL等により活動性をコントロールすることで、妊娠分娩管理が安全に行える。また抗凝固療法を行っている場合でも、出血傾向に十分注意すれば硬膜外麻酔は可能であり、分娩中の血圧上昇を予防するために無痛分娩を行うことが良い結果につながると考える。分娩形式に関しては、産科的適応や石川らの指針による帝王切開術の推奨条件に該当しない場合には、経陰分娩が可能であることが示された。

文 献

- 1) 伊東宏晃, 佐川典正, 藤井信吾 : 【妊娠と免疫】自己免疫疾患合併妊娠高安病 (解説/特集). 臨産, 57 : 1088-1091, 2003.
- 2) 心疾患患者の妊娠・出産の適応, 管理に関するガイドライン (2003-2004年度合同研究班報告). *Circulation J*, 69 (Suppl. IV) : 1267-1328, 2005.
- 3) Ishikawa K, Matsuura S : Occlusive thromboangiopathy (Takayasu's disease) and pregnancy. Clinical course and management of 33 pregnancies and deliveries. *Am J Cardiol*, 50 : 1293-1300, 1982.
- 4) Sharma BK, Jain S, Vasishta K : Outcome of pregnancy in Takayasu arteritis. *Int J Cardiol*, 75 (Suppl. 1) : s159-162, 2000.
- 5) Wong VC, Wang RY, Tse TF : Pregnancy and Takayasu's arteritis. *Am J Med*, 75 : 597-601, 1983.
- 6) Ishikawa K : Natural history and classification of occlusive thromboangiopathy. *Circulation*, 57 : 27-35, 1978.
- 7) 井上知子, 櫻庭志乃, 永野玲子, 他 : 常位胎盤早期剥離を発症し, 術後大動脈炎症候群と診断しえた1例. 日産婦東京会誌, 56 : 423-428, 2007.
- 8) Matsumura A, Moriwaki R, Numano F : Pregnancy in Takayasu arteritis from the view of internal medicine. *Heart Vessels Suppl*, 7 : 120-124, 1992.
- 9) Papantoniou N, Katsoulis I, Antsaklis A : Takayasu arteritis in pregnancy : safe management options in antenatal care. Case report. *Fetal Diagn Ther*, 22 : 449-451, 2007.
- 10) Gasch O, Vidaller A, Pujol R : Takayasu arteritis and pregnancy from the point of view of the internist. *J Rheumatol*, 36 : 1554-1555, 2009.
- 11) Kerr GS, Hallahan CW, Giordano J, et al. : Takayasu arteritis. *Ann Intern Med*, 120 : 919-929, 1994.
- 12) Aso T, Abe S, Yaguchi T : Clinical gynecologic features of pregnancy in Takayasu arteritis. *Heart Vessels Suppl*, 7 : 125-132, 1992.
- 13) Iosco A, Gislason R, Fadeev A, et al. : Peripartum anesthetic management of patients with Takayasu's arteritis : case series and review. *Int J Obstet Anest*, 17 : 358-364, 2008.

【症例報告】

乳癌合併妊娠の5症例に関する検討

西澤美嶺¹⁾, 宇山圭子¹⁾, 中西隆司¹⁾, 明石貴子¹⁾
斎藤仁美¹⁾, 小川 恵¹⁾, 古妻康之²⁾, 奥 正孝¹⁾

1) 東大阪市立総合病院産婦人科

2) 同・乳腺外科

(受付日 2013/4/12)

概要 乳癌は妊娠に合併する悪性腫瘍としては子宮頸癌に次いで発症頻度が高く、近年の罹患率の増加を考慮すると、日常診療で遭遇する機会は決してまれではない。今回、当院で経験した乳癌合併妊娠5症例の診療経過を検討し、診断や治療上の留意点などに関して考察した。5症例の平均年齢は35.8歳(32-39歳)で、初発症状は4例が乳房腫瘍の自覚、1例が乳頭血性分泌であった。診断確定時期は、2例が妊娠初期、1例が妊娠中期、2例が妊娠後期であった。外科手術は、1例が人工妊娠中絶後、3例は妊娠継続中、残る1例は分娩後に施行した。組織型は、1例が非浸潤性乳管癌、残り4例が浸潤性乳管癌であり、臨床進行期としては、Stage0が1例、StageIが2例、StageIIBが2例であった。Stage0の非浸潤性乳管癌を除く4例で術後補助療法を行い、うち2例に再発を認めた。妊娠合併乳癌の早期診断は決して容易ではなく、早期発見のためには検診体制の充実、セルフチェックなども含めた啓発活動と、患者の訴えを聞き逃すことなく専門医療機関へ紹介する意識が重要である。妊娠期乳癌の治療に際しては、産婦人科と乳腺外科が綿密に連携し、十分な情報を提供したうえで、個々の症例に応じた治療計画を作成していく必要がある。〔産婦の進歩65(4):414-421, 2013(平成25年11月)〕

キーワード: 乳癌, 妊娠, 早期発見, 術後補助療法

[CASE REPORT]

Five cases of breast cancer during pregnancy

Mirei NISHIZAWA¹⁾, Keiko UYAMA¹⁾, Takashi NAKANISHI¹⁾, Takako AKASHI¹⁾
Hitomi SAITO¹⁾, Megumi OGAWA¹⁾, Yasuyuki KOTSUMA²⁾ and Masataka OKU¹⁾

1) Department of Obstetrics and Gynecology, Higashiosaka City General Hospital

2) Department of Breast Surgery, Higashiosaka City General Hospital

(Received 2013/4/12)

Synopsis Breast cancer, after cervical cancer, is the second-most-frequently occurring form of cancer during pregnancy, and considering its increase in incidence in recent years, it is by no means rare to encounter it during daily examination. In this study, we analyze our experience at this hospital with five cases of breast cancer during pregnancy, and consider problems related to diagnosis and treatment. The average age of the five subjects was 35.8 years old, from a range of 32 to 39 years. Initial symptoms for four cases were a lump in the breast discovered by the subject, while in the remaining case, the subject experienced a bloody discharge from the nipple. At the time they were diagnosed, two of the subjects were in their first trimester of pregnancy, one was in her second trimester, and two were in their third trimester. One subject underwent surgery after artificial termination of pregnancy; three subjects, during pregnancy; and one subject, after giving birth. Histologically, one case was a ductal carcinoma in situ, and the remaining four cases were invasive ductal carcinomas. With regard to clinical stage, one case was at Stage 0, two were at Stage I, and two were at Stage IIB. Except for the Stage 0 ductal carcinoma in situ, all subjects underwent adjuvant therapy, and the subject suffered a recurrence in two of these cases. Early diagnosis of breast cancer during pregnancy is by no means straightforward. Based on this study, the importance was reaffirmed of enhancing of screening system and promoting awareness, including self-checks, as well as of being conscious not to overlook patients' com-

plaints, and to refer them to specialist facilities. The close cooperation between obstetrics and breast surgery departments in planning treatment is a matter of vital importance. [Adv Obstet Gynecol, 65 (4) : 414-421, 2013 (H25.11)]

Key words : breast cancer, pregnancy, early detection, adjuvant therapy

緒 言

乳癌は妊娠に合併する悪性腫瘍としては子宮頸癌に次いで頻度の高い疾患である。近年、女性のライフスタイルの変化に伴い、妊娠年齢の高齢化が進行していることから、日常診療で乳癌合併妊娠に遭遇する機会は増加しているものと考えられる。われわれは2003年から2012年の10年間に乳癌合併妊娠を5症例経験した。今回、各症例の臨床経過を再評価するとともに、日常診療における留意点や治療計画の作成に関して若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

症例 1

36歳，1経妊1経産。右乳頭血性分泌を主訴に他院外科を受診し，マンモグラフィ（mammography；以下MMG）で異常を指摘され，精査加療のため当院乳腺外科に紹介となった。乳房超音波検査で右乳房EC領域に4.7mmの石灰化を伴う低エコー域を認め，マンモトーム生検が施行された。同時に妊娠の可能性があるとして当科に紹介となり，妊娠8週4日と診断された。生検結果より，妊娠10週時に右乳房非浸潤性乳管癌（DCIS；ductal carcinoma in situ）との診断に至った。妊娠を継続し，妊娠中期に乳癌手術を行う方針となり，妊娠18週3日に乳房全切除（以下Bt）を施行した。術後病理診断は，DCIS（0.5cm），N0，M0，ly（-），v（-），Grade2，ER（40%），PgR（90%），HER2（-），Stage0であり，術式としてBtを選択していることから術後補助療法なしの方針となった。その後の妊娠経過は順調であったが，分娩前に臍帯下垂と診断されたため妊娠38週2日に帝王切開を施行し，3290gの女児をApgar score 9¹/10⁵で娩出した。児の出生後経過に異常は認めなかった。育児に時間的余裕が得られた術後3年6カ月に乳房再建術を施行し，

現在術後3年7カ月で再発徴候なく経過している。
症例 2

32歳，0経妊0経産。左乳房腫瘍の自覚を主訴に当院乳腺外科を受診し，MMGでは両側カテゴリー1であったが，乳房超音波検査で左乳房D領域に1.2cm大の腫瘍を認めた。穿刺吸引細胞診（fine needle aspiration；以下FNA）の判定は陰性再検であった。患者が生検を希望しなかったため経過観察となったが，3カ月後の再診時に腫瘍がやや増大していたため針生検（core needle biopsy；以下CNB）を施行したところ，左乳房浸潤性乳管癌，硬癌，ER（100%），PgR（90%），HER2（-），Grade1～2と診断された。確定診断時に妊娠していることが判明し，最終月経より妊娠5週5日であった。内分泌高度反応性乳癌であり，リンパ節転移がないことも予想されたため，ガイドラインに準じた標準治療としては手術および内分泌療法の適応と考えられた。妊娠の継続および妊娠中期の手術と分娩後の内分泌療法を行う方針を提示したが，本人・家族が早期の手術および追加治療を優先するため人工妊娠中絶を希望した。妊娠7週で人工妊娠中絶術を行い，術後25日目に，乳房円状部分切除（以下Bp）+センチネルリンパ節生検（以下SN）を施行した。センチネルリンパ節生検が陰性であったため腋窩郭清（以下Ax）は省略した。術後病理診断は，浸潤性乳管癌（硬癌），T1（1.5cm），N0（0/2），M0，ly（+），v（-），Grade2，ER（100%），PgR（95%），HER2（-），StageIであった。本症例では治療完遂後の妊娠希望があり，治療後自然月経周期が戻れば自然妊娠を，年齢や長期内分泌療法後の卵巣機能不全などをきたした場合は凍結受精卵による妊娠を目的として，術後補助療法前に他院で受精卵の凍結保存を行った。残存乳房放射線療法（50Gy/25fr）とゴセリン酢酸塩（3.6mg）注

射・タモキシフェンクエン酸塩 (20mg) 内服による内分泌療法を5年間の予定で開始し、術後4年5カ月を経過した現在、再発徴候は認めていない。

症例 3

37歳，0経妊0経産。他院で顕微授精二段階胚移植法により妊娠し，妊娠7週以降当科で妊婦健診を施行していた。妊娠31週に有痛性の左乳房腫瘍を訴えたため当院乳腺外科に紹介したところ，乳房超音波検査で左乳房AB領域に2.7cm大の腫瘍を認め，FNAの結果，妊娠33週時に左乳房浸潤性乳管癌と診断された。治療に際し，乳房再建の整容性と乳房喪失期間の短縮のため，乳癌手術と同時の乳房再建を本人が希望した。妊娠中の再建術について明確なエビデンスはないが，手術時間延長や感染などの術中術後合併症による母児への負担，乳腺が増大した状態の健側乳房サイズを基準とした再建で産後に左右差が出る可能性が考慮された。乳腺外科医師の経験からは2.3カ月の手術時期の相違は予後に影響を与えないと判断されたため，患者と相談のうえ当初は分娩後数週間の時点で手術を計画した。しかし乳腺外科初診から3週間で腫瘍が3.0cm大に増大し，患者が不安のため分娩時期および乳癌手術を早めることを希望した。分娩および乳癌手術の時期について乳腺外科と協議した結果，妊娠36週で帝王切開を選択し，その後乳癌手術を行うこととした。妊娠36週2日に帝王切開で2338gの女児をApgar score $9^1/10^5$ で娩出した。児の出生後経過は良好であり，術後7日目に母児ともに退院となった。初乳投与後に断乳し，胸腹部造影CT・骨シンチグラフィによる精査で明らかな遠隔転移を認めないことを確認のうえ，帝王切開術後3週間目にBt+SNを施行し，センチネルリンパ節生検が陰性であったためAxは省略した。また同時乳房再建術として形成外科によりT-expander bag挿入がなされた。術後病理結果は，浸潤性乳管癌（硬癌），T1 (1.8cm)，N0，M0，ly (-)，v (-)，Grade1，ER (60%)，PgR (-)，HER2 (-)，Ki67 (5%)，StageIであった。術

後補助療法として内分泌療法が開始され，現在術後4カ月でタモキシフェンクエン酸塩 (20mg) 内服を継続している。

症例 4

39歳，3経妊3経産。妊娠の約2カ月前より有痛性右乳房腫瘍を自覚しており，自然妊娠後，前医産婦人科から精査を勧められ，妊娠6週ごろに他院外科を受診した。MMG，FNAで異常は指摘されず，3カ月後に再検の予定となったが，悪阻による体調不良などを理由に受診が遅れ，妊娠26週になり前医外科を再診した。FNA再検の結果，妊娠30週時に右乳房浸潤性乳管癌と診断されたため，妊娠32週に乳癌精査加療および周産期管理を目的に当院乳腺外科に紹介となった。初診時の身体所見として，右乳房CD領域に1.8cm大・1.5cm大の腫瘍と，右腋窩リンパ節腫大を認めた。胸腹部単純CTでは明らかな遠隔転移を認めなかった。産婦人科，乳腺外科で治療方針を検討した結果，乳癌手術を先行することとなり，妊娠35週5日にBt+Axを施行した。術後病理結果は，浸潤性乳管癌（硬癌），T2 (2.1cm+1.5cm)，N1 (5/12)，M0，ly (3+)，v (-)，Grade3，ER (90%)，PgR (-)，HER2 (+)，StageIIBであった。術後の妊娠経過に異常を認めず，妊娠37週1日に自然経膈分娩で3084gの男児をApgar score $9^1/10^5$ で出産した。児の出生後経過に異常は認めなかった。リンパ節転移4個以上，Grade3，HER2陽性の再発リスクを有しており，断乳のうえ産褥8日目より放射線療法 (50Gy/25fr) を開始し，さらに化学療法として，weekly paclitaxel 80mg/m²を12コース施行後，FEC100 (5-FU 500mg/m²+epirubicin 100mg/m²+cyclophosphamide 500mg/m²) を4コース施行した。その後，内分泌療法としてゴセレリン酢酸塩 (3.6mg) を術後3年間，タモキシフェンクエン酸塩 (20mg) 内服を術後5年間投与し，以後経過観察となった。術後5年11カ月目に骨転移が指摘されたため，同部位に放射線 (30Gy/10fr) を照射するとともに，内分泌療法としてゴセレリン酢酸塩，アナストロゾール (1mg) の投与と，分子標的

治療としてdenosumab皮下注射が開始された。術後6年3カ月経過した現在においても治療継続中である。

症例 5

35歳，1経妊1経産。自然妊娠後，妊娠初期より当科で妊婦健診を施行していたが，妊娠14週に左乳房腫瘍を自覚し，当院乳腺外科に紹介となった。超音波検査で，左乳房CD領域に1.6cm大の腫瘍，腋窩に2cm大のリンパ節腫大を認め，妊娠17週時にFNAで左乳房浸潤性乳管癌と診断された。胸腹部単純CTでは明らかな遠隔転移を認めなかった。産婦人科，乳腺外科で協議のうえ，妊娠21週4日にBt+Axを施行した。術後病理結果は，浸潤性乳管癌（充実腺管癌），T2（2.2cm），N1（1/8），M0，ly（+），v（-），Grade3，ER（-），PgR（-），HER2（+），Stage IIBであった。Grade3，ホルモン受容体陰性，HER2陽性の再発リスクを有しており，術後化学療法への適応であったが，妊娠中の化学療法実施に関する同意が得られず，最終的に34週時に選択的帝王切開を施行したうえで追加治療を行う方針で患者の同意を得た。妊娠34週2日に選択的帝王切開を施行し，1956gの女児をApgar score 8¹/9⁵で娩出した。児はNICU管理となったが，出生後の発育発達に異常は認めなかった。直接授乳の希望が非常に強く，分娩後早期の化学療法も拒否されたため，化学療法の開始は帝王切開の4週間後となった。Weekly paclitaxel 80mg/m²を12コース，CE（epirubicin 100mg/m²+ cyclophosphamide 500mg/m²）を5コース施行後，ドキシフルリジン（5'-DFUR）の内服とゴセレリン酢酸塩（3.6mg）の注射が行われた。

術後1年4カ月で，前胸部リンパ節再発をきたしたため，weekly paclitaxel 80mg/m²+trastuzumabを21コース，weekly docetaxel 30mg/m²+trastuzumabを38コース施行したが病状の進行は抑えられず，術後2年8カ月からFEC75（5-FU 500mg/m²+ epirubicin 75mg/m²+ cyclophosphamide 500mg/m²）を12コース施行した。治療中にepirubicinによると思われる

心不全をきたしたため術後3年4カ月で化学療法を中止し，前胸部リンパ節再発部に対し放射線療法（電子線60Gr/30fr）を施行した。なお，再発後は緩和ケアチーム，ソーシャルワーカーの介入がなされたが，疼痛や化学療法有害事象などに対する身体的苦痛の他，母親的役割を果たせないことに対する精神的苦痛も強く，心理的なサポートが非常に重要であった。病状は進行し，術後4年で肺転移と多発骨転移をきたし，術後4年7カ月で永眠された。

考 察

独立行政法人国立がん研究センターの全国がん罹患モニタリング集計（2007年度）によると，乳癌の部位別年齢調整罹患率は1975年以降上昇が続いており，人口10万人あたり67.1と女性の悪性腫瘍としては第1位を占めている。40歳代後半から50歳代前半が好発年齢であるが，30歳代における罹患率も上昇している。妊娠・授乳期における乳癌の発症率は1996年の報告では3,000から10,000分娩に1例程度と報告されているが¹⁾，1995年に484,712件（約40.8%）であった30歳代以上の分娩件数は，総出生数の減少にもかかわらず2011年には632,975件（約60.15%）に増加していることより²⁾，日常診療で乳癌合併妊娠に遭遇する可能性は以前より増しているものと推察される³⁾。

妊娠期乳癌は，生理的な乳腺組織の発達により腫瘍触知が困難となるため，より進行した時点で診断されることが多く⁴⁾，分子生物学的にもホルモン受容体陰性やHER2受容体強陽性といったハイリスク因子を有する症例の割合が高いことから，一般的に予後不良であると考えられてきた⁵⁾。しかし，臨床病理学的分類ごとに比較すると妊娠期と非妊娠期とで有意な予後の差はないとされ，基本的には妊娠を継続した状態で非妊娠期の適応に準じた治療が選択される^{6,7)}。

乳癌治療は，手術，放射線療法，化学療法，内分泌療法，分子標的療法（抗HER2療法）などが進行期や再発リスク因子に応じて選択される，いわゆる集学的治療である。手術不適応の

進行例を除き一次治療は基本的に手術となる。放射線療法は、乳房温存手術における局所再発予防のための術後乳房照射や、腋窩リンパ節転移陽性症例における領域リンパ節照射が適応である。薬物療法の選択については、分子病理学的因子の評価が重要となる。概要を表1に示し、症例2～5の適応を表中に記載した。ホルモン受容体陽性例では内分泌療法、HER2陽性例では化学療法+抗HER2療法（trastuzumab）、トリプルネガティブ（ER/PgR/HER2すべて陰性）乳癌では化学療法の適応が検討される。ホルモン受容体陽性/HER2陰性例では適応が複雑となり、2009年のザンクトガレンコンセンサス会議では、表1*5)に提示された再発リスク因子を有する症例は、化学療法・内分泌療法併用のよい適応となり、一方で再発リスクの低い症例では化学療法の効果はほとんどないとして内分泌単独療法の相対的適応であるとされた。日本乳癌学会の乳癌診療ガイドラインでは、これらのアルゴリズムの他、各治療の詳細、組織型による違い、術前化学療法、転移・再発乳癌の治

療、治療後の経過観察などが提示されている⁸⁾。乳癌は2年以内の再発が多い一方で5年から10年後の晩期再発も少なくはなく、再発後の経過や治療期間も比較的長いため、初回治療後も長期にわたる観察とともに心理的・社会的サポートが重要となる。

日本乳癌学会は、妊娠期乳癌の治療について、手術を行ってもよい（推奨グレードB）としている。一方、放射線療法・内分泌療法・抗HER2療法は妊娠中に行うことは認められておらず、分娩後に行うこととなる。

化学療法については、妊娠前期に行うべきではなく（推奨グレードD）、妊娠中・後期での化学療法の長期の安全性は確立されているとはいえないものの、必要と判断される場合には検討してもよい（推奨グレードC1）としている。妊娠前期に化学療法を施行した場合の先天異常の割合は17%と高いが、妊娠中期以降では1.3～3.8%と報告されており⁹⁾、これは全妊娠における先天異常の発生率を有意に上回るものではない。妊娠期乳癌に対する妊娠中期以降の化学療

表1 薬物療法の適応

	ホルモン受容体(ERかつ/またはPgR)陽性 ：内分泌療法適応 *1)	ホルモン受容体 (ERかつ/またはPgR)陰性
HER2陽性 ：抗HER2療法適応 *2)	【ホルモン受容体+・HER2+】症例4 内分泌療法±化学療法±trastuzumab *3)	【ホルモン受容体-・HER2+】症例5 化学療法+trastuzumab *4)
HER2陰性	【ホルモン受容体+・HER2-】症例2・症例3 内分泌療法±化学療法 (臨床病理学的因子を評価) *5)	【ホルモン受容体-・HER2-】 化学療法 *6)

*1) 腫瘍径0.6cm以上の症例は術後内分泌療法が推奨される。腫瘍径0.5cm以下の症例は内分泌療法を考慮してよい。

DCISに対する内分泌療法の有用性は現在議論中である。

*2) trastuzumabは、投与前もしくは同時に化学療法を併用する。

*3) 腫瘍径1cm以上または2mmを超えるリンパ節転移陽性例では化学療法+trastuzumabが推奨される。腫瘍径0.6～1.0cmまたは2mm以下のリンパ節転移陽性例では化学療法+trastuzumabを考慮してよい。

*4) 腫瘍径1cm以上または2mmを超えるリンパ節転移陽性例では化学療法+trastuzumabが推奨される。腫瘍径0.6～1.0cmまたは2mm以下のリンパ節転移陽性例では化学療法+trastuzumabを考慮してよい。

*5) より高いER/PgRレベル、Grade3、高い増殖指標(Ki67ラベリングインデックス、核分裂像頻度)、腋窩リンパ節転移4個以上陽性、腫瘍周囲の広汎な脈管侵襲、腫瘍径5cm以上、可能な全ての治療を受けたいという患者の希望、遺伝子シグネチャー高スコアが化学療法併用の相対的適応とされている。ガイドラインには21遺伝子RT-PCR検査に基づいたアルゴリズムも提示されている。

*6) 腫瘍径1cm以上または2mmを超えるリンパ節転移陽性例では化学療法が推奨される。腫瘍径0.6～1.0cmまたは2mm以下のリンパ節転移陽性例では化学療法を考慮してよい。

(日本乳癌学会ガイドライン2011, National Comprehensive Cancer Networkガイドライン2012より改編)

法は、児への影響も比較的少なく安全に施行できるとの報告が増加しており¹⁰⁾、Hahnら¹¹⁾は57例、Cardonickら¹²⁾は104例、Loiblら¹³⁾は178例、Amantら⁷⁾は200例の成績を報告している。これらの報告によると、先天奇形率や自然早産率の有意な増加はなく、一部に胎児発育遅延傾向の報告はあるが新生児予後に対する有意な差は認めなかった。一方で妊娠中の化学療法が母体の心身に与える負担から、乳癌治療に専念する目的で37週未満に妊娠を終了させる場合も多く、Loiblらの報告では49.6%が37週未満の分娩となったとしている。この報告では化学療法施行例で周産期合併症や低出生体重児が約10%の割合で発生したとしているが、化学療法自体の影響ではなく早産に最も関連すると結論している。現在、妊娠期乳癌に対して最も頻用されているレジメンは、AC療法（ドキソルビシン+シクロフォスファミド）またはFAC療法（フルオウラシル+ドキソルビシン+シクロフォスファミド）である。Taxan系薬剤については使用を推奨できる十分なデータは得られていないとされているが、Taxane使用例の報告も最近

増加してきている。ハイリスク症例における奏効率上昇に寄与するため、症例の蓄積による安全性の確認が期待される。児の心機能、生殖能力、認知機能などの長期予後に関しては、複数の臨床試験で現在追跡中であるが、中間報告としては認知機能の異常は指摘されていない。妊娠中期以降で再発リスクを有する症例に対し必要と判断される場合には、乳腺外科医、産科医、小児科医が連携を取りながら化学療法を行うことがガイドラインで推奨されており、われわれもこれらの情報を十分理解して治療計画の作成に携わっていく必要がある。

表2に今回提示した症例の診断・治療経過の概略を提示した。症例2、5については治療計画作成について若干の考察を追加する。

症例2では、診断時点での腫瘍径、ホルモン受容体、Grade、リンパ節転移などを考慮し、妊娠の継続は予後に影響を与えないことも説明したうえで妊娠を継続し、妊娠中期まで待機したうえで乳癌手術、分娩後に内分泌療法を行う方法を当初提示した。しかし、上記説明を行っていても、患者家族にとっては死や乳房喪失へ

表2 当院における乳癌合併妊娠5症例の臨床的特徴

症例	年齢 (歳)	初発症状	診断時の妊娠 週数(週)	手術時期 (週)	分娩週数 (週)	分娩様式	出生体重 (g)
1	36	乳頭血性分泌	10	18	38	CS	3290
2	32	腫瘤自覚	5	中絶後(4週)	(7)	(AA)	——
3	37	腫瘤自覚	33	分娩後(3週)	36	CS	2338
4	39	腫瘤自覚	30	21	37	NSD	3084
5	35	腫瘤自覚	17	28	34	CS	1956

症例	臨床進行期	組織学的分類	リスク因子	術後補助療法	母体転帰
1	0 (Tis,N0,M0)	非浸潤性乳管癌	ER(+), PgR(+) HER-2(-), G2	なし	術後3年7ヶ月 無再発生存中
2	I (T1,N0,M0)	浸潤性乳管癌 (硬癌)	ER(+), PgR(+) HER-2(-), G2	放射線療法 内分泌療法	術後4年5ヶ月 無再発生存中
3	I (T1,N0,M0)	浸潤性乳管癌 (硬癌)	ER(+), PgR(-) HER-2(-), G1	内分泌療法	術後4ヶ月 無再発生存中
4	II B (T2,N1,M0)	浸潤性乳管癌 (硬癌)	ER(+), PgR(-) HER-2(+), G3	放射線療法 内分泌療法 化学療法	術後6年2ヶ月 骨転移加療中
5	II B (T2,N1,M0)	浸潤性乳管癌 (充実腺管癌)	ER(-), PgR(-) HER-2(+), G3	放射線療法 内分泌療法 化学療法	術後4年7ヶ月 原病死

の不安感、恐怖感が強く、挙児希望があるにもかかわらず、まず人工妊娠中絶を行うという選択肢となった。乳癌合併妊娠における情報提供や治療選択の難しさと、精神的なサポートの重要性を痛感した。乳癌治療後の妊娠については、再発リスクが高まると積極的に示唆するエビデンスはないとされている。しかし術後補助療法後の症例では、高齢による妊孕性低下や周産期リスク、化学療法実施例での卵巣機能障害などの多くの課題が指摘されている^{14, 15)}。本邦での乳癌治療後の妊娠分娩例の報告は、2003年以降の医学中央雑誌の検索によると4施設より15症例が原著論文として報告されているが^{14, 16-18)}、今後妊娠可能年齢における乳癌患者の増加が予想されるため、さらなる症例の蓄積と検討が望まれる。

症例5は、化学療法の適応があったにもかかわらず、妊娠中の施行に同意が得られず、妊娠34週での選択的帝王切開後に実施となった。2003年の症例であり、妊娠中の化学療法施行についての報告も多くなく、日本乳癌学会ガイドラインも制定されていない時期であり、十分な安全性の情報を提示できなかったと考えられる。現在同様の症例に遇した場合、ガイドラインや複数のエビデンスで提示されている見解について十分説明し、妊娠中の化学療法を勧めることとなる。

以上の5症例の経過から、今後の診療や治療計画作成の留意点を考察する。視触診単独による検診は勧められていないが¹⁹⁾、診断の観点からは、症例2～5が該当するように乳癌発見契機として腫瘍触知などの自覚症状が多いことから、妊婦健診や母乳外来、母親学級などにおける定期的な視触診の導入やセルフチェック指導などの啓発活動による意識向上が発見の一助となりうると考えられる。また腫瘍を認めた際は早急に専門機関に紹介するのは当然のことであるが、症例2, 4のように一度の検査では診断確定に至らない例があることを認識して事前に説明し、定期的な受診機会のある妊婦健診で経過を把握し、必要に応じ再受診、再検査を勧める

必要がある。

乳癌治療は非常に選択肢に富み、日々コンセンサスが更新されているが、妊娠期という特殊な状況下においては、リスク因子を評価し、術後補助療法の必要性を考慮するとともに、診断時期、周産期管理、今後の妊娠希望、治療終了時の妊孕性なども配慮を要する。さらに、突然の悪性腫瘍の診断に動揺し、患者自身の有害事象や生命予後、治療による児への影響、育児や人生計画などの間で葛藤を有する患者心理を理解し、十分かつ正確な情報提供をする必要がある。産婦人科、乳腺外科が綿密に連携して治療計画を共有し、個々の症例に応じた方針を決定していくことが重要である。

結 論

妊娠期乳癌の早期発見のためには、日常診療において患者の訴えを聞き逃さず適切なタイミングで専門医療機関に紹介することや、妊婦健診や母乳外来、母親学級などにおける乳房視触診の導入やセルフチェック指導などを主とした啓発体制の確立を進めていくことが必要である。

乳癌治療は集学的治療が必要となるが、乳癌合併妊娠の治療計画作成においては、乳癌の標準治療に加え、診断時期、術後補助療法の選択と実施時期、周産期予後などを考慮する必要がある。さらに妊娠中という特殊な状況における患者の心理的・社会的背景にも十分に配慮したうえで、産婦人科と乳腺外科が綿密に連携し、包括的なサポート体制のもと個々の症例に応じて治療計画を作成することが重要である。

参考文献

- 1) Antoneilli NM, Dotters DJ, Katz VL, et al. : Cancer in pregnancy : a review of literature : part 1. *Obstet Gynecol Surv*, 51 : 125-134, 1996.
- 2) 厚生労働省 : 平成23年人口動態統計月報年計 (概数) の概況. 2012.
- 3) Iwasaki M, Otani T, Inoue M, et al. : Role and impact of menstrual and reproductive factors on breast cancer risk in Japan. *Jpn J Cancer Prev*, 16 : 116-123, 2007.
- 4) Ishida T, Yokoe T, Kasumi F, et al. : Clinicopathologic characteristics and prognosis of breast cancer patients associated with pregnancy and lacta-

- tion : analysis of case control study in Japan. *Jpn J Cancer Res*, 83 : 1143-1149, 1992.
- 5) Reed W, Hannisdal E, Skovlund E, et al. : A population-based study. *Virchows Arch*, 443 : 44-50, 2003.
 - 6) 木村道夫, 平川 久 : 妊娠授乳期乳癌. 日乳癌検診会誌, 10 : 43-49, 2001.
 - 7) Amant F, von Minckwitz G, Han SN, et al. : Prognosis of Women With Primary Breast Cancer Diagnosed During Pregnancy : Result From an International Collaborative Study. *J Clin Oncol*, 31 : 2532-2539, 2013.
 - 8) 日本乳癌学会 (編) : 化学的根拠に基づく乳癌診療ガイドライン1 治療編. 金原出版, 東京, 2011.
 - 9) 山城大泰, 石黒 洋, 戸井雅和 : 妊娠中に発見される乳癌. 産婦の実際, 57 : 669-675, 2008.
 - 10) 栗下昌弘 : 乳癌合併妊娠における乳房温存療法. 日産婦関東連会誌, 47 : 9-15, 2010.
 - 11) Hahn KM, Johnson PH, Gordon N, et al. : Treatment of pregnant breast cancer patients and outcomes of children exposed to chemotherapy in utero. *Cancer*, 107 : 1219-1226, 2006.
 - 12) Cardonick E, Dougherty R, Grane G, et al. : Breast cancer during pregnancy : maternal and fetal outcomes. *Cancer J*, 16 : 76-82, 2010.
 - 13) Loibl S, Han SN, von Minckwitz G, et al. : Treatment of breast cancer during pregnancy : an observational study. *Lancet Oncol*, 13 : 887-896, 2012.
 - 14) 中村光佐子, 古板規子, 藤田琢史, 他 : 乳癌治療後に妊娠・分娩に至った2例. 産婦の進歩, 63 : 301-306, 2011.
 - 15) Kroman N, Jensen MB, Wohlfahrt J, et al. : Pregnancy after treatment of breast cancer-a population-based study on behalf of Danish Breast Cancer Cooperative Group. *Acta Oncol*, 47 : 545-549, 2008.
 - 16) 森久仁子, 土橋一慶, 沖永功太, 他 : 妊婦・褥婦の乳癌検診における血清乳癌腫瘍マーカーの位置づけ乳癌治療後妊娠例での検討. 日乳癌検診会誌, 14 : 81-85, 2005.
 - 17) 鳥谷部邦明, 杉山 隆, 佐山典正, 他 : 進行乳癌治療後妊娠の1例. 東海産婦会誌, 47 : 213-217, 2011.
 - 18) 熊田絵里, 安藤一道, 杉本充弘, 他 : 妊娠期・授乳期乳癌17例の検討. 日周産期・新生児会誌, 48 : 2-6, 2012.
 - 19) 日本乳癌学会 (編) : 化学的根拠に基づく乳癌診療ガイドライン疫学・診断編. 金原出版, 東京, 2011.

第127回近畿産科婦人科学会第98回腫瘍研究部会記録

会期：平成24年10月7日（日） 会場：リーガロイヤルホテル大阪

テーマ1：「卵巣癌（悪性卵巣腫瘍）の診断と治療」 “Diagnosis and treatment of ovarian cancer”

開会のあいさつ

代表世話人：小西 郁生

第Iセッション

座長：角 俊幸

1. 「骨盤内感染症を契機に発見された卵巣明細胞腺癌の1例」

阿部 万祐子, 黒星 晴夫, 山西 歩, 澤田 守男, 森 泰輔, 辰巳 弘,
岩破 一博, 北脇 城 (京都府立医科大学)

2. 「進行卵巣癌において横隔膜病変に対して腹腔鏡を併用しcomplete surgeryを達成した1例」

久保田 哲, 香林 正樹, 田中 佑典, 中村 涼, 磯部 真倫, 香山 晋輔,
志岐 保彦 (大阪労災病院)

3. 「Trousseau症候群の1例」

宮本 泰斗, 松本 有紀, 林 信孝, 平尾 明日香, 小山 瑠梨子, 北村 幸子,
大竹 紀子, 須賀 真美, 宮本 和尚, 高岡 亜妃, 青木 卓哉, 今村 裕子,
星野 達二, 北 正人 (神戸市立医療センター中央市民病院)

4. 「急激な増大を認めたG-CSF産生卵巣癌の1例」

工藤 亮¹⁾, 村上 寛子¹⁾, 山西 恵¹⁾, 江本 郁子¹⁾, 藤井 剛¹⁾, 安原 裕美子²⁾
(京都桂病院¹⁾, 同・病理診断科²⁾)

5. 「卵巣癌ハイリスク女性に対してRRSO risk-reducing salpingo-oophorectomy（子宮全摘を含む）を施行した1例」

藤原 葉一郎¹⁾, 小藺 祐喜¹⁾, 大井 仁美¹⁾, 江口 雅子¹⁾, 山田 義治¹⁾, 森口 喜生²⁾
(京都市立病院¹⁾, 同・乳腺外科²⁾)

6. 「術中腹水細胞診陽性率に関する検討」

大上 健太, 市村 友季, 角 俊幸, 妹尾 沙織, 長嶋 愛子, 栗原 康, 松田 真希子,
福田 武史, 吉田 裕之, 橋口 裕紀, 松本 佳也, 尾崎 宏治, 安井 智代,
石河 修 (大阪市立大学)

7. 「卵巣癌・腹膜癌症例における胸・腹水セルブロック法の有用性の検討」

山崎 友維, 蝦名 康彦, 白川 得朗, 牧原 夏子, 宮原 義也, 新谷 潔,
中林 幸士, 山田 秀人 (神戸大学)

第Ⅱセッション

座長：喜多 恒和

8. 「当院における上皮性境界悪性卵巣腫瘍についての後方視的検討」

菊地 真理子, 森 泰輔, 澤田 守男, 黒星 晴夫, 辰巳 弘, 岩破 一博,
北脇 城 (京都府立医科大学)

9. 「当院における上皮性卵巣悪性腫瘍症例の検討」

前田 英子¹⁾, 明石 京子¹⁾, 松本 真理子¹⁾, 本山 敏彦¹⁾, 伊藤 良治¹⁾,
関岡 祐輝子²⁾ (松下記念病院¹⁾, 京都府立医科大学²⁾)

10. 「当院における卵巣明細胞腺癌症例の術前診断の検討」

高岡 幸¹⁾, 橋本 洋之¹⁾, 海野 ひかり¹⁾, 山崎 瑠璃子¹⁾, 梶本 恵津子¹⁾,
竹田 満寿美¹⁾, 釣谷 香揚子¹⁾, 宮武 崇¹⁾, 三村 真由子¹⁾, 横井 猛¹⁾,
井阪 茂之¹⁾, 荻田 和秀²⁾, 長松 正章¹⁾
(泉州広域母子医療センター 市立貝塚病院¹⁾・りんくう総合医療センター²⁾)

11. 「当院における卵巣粘液性腫瘍16例の臨床病理学的検討」

石橋 理子, 豊田 進司, 小川 憲二, 森岡 佐知子, 杉浦 敦, 平野 仁嗣,
河 元洋, 井谷 嘉男, 喜多 恒和 (奈良県立奈良病院)

12. 「原発性腹膜癌に対するTC療法の有効性に関する検討：stage III-IV期の卵巣漿液性腺癌との比較」

川口 龍二, 松浦 美幸, 重光 愛子, 赤坂 珠理晃, 棚瀬 康仁, 春田 祥治,
金山 清二, 永井 景, 吉田 昭三, 古川 直人, 大井 豪一, 小林 浩
(奈良県立医科大学)

13. 「当院における過去4年間の進行卵巣癌症例の検討」

滝 真奈, 勝矢 聡子, 小林 昌, 宇田 さと子, 樋口 壽宏
(滋賀県立成人病センター)

14. 「当科における卵巣癌IV期症例の臨床的検討」

高倉 賢人, 濱西 潤三, 馬場 長, 松村 謙臣, 吉岡 弓子, 小阪 謙三,
万代 昌紀, 小西 郁生 (京都大学)

第Ⅲセッション

座長：樋口 壽宏

15. 「晩期再発をきたした上皮性卵巣癌の2例」

林 香里¹⁾, 高橋 良樹¹⁾, 濱田 新七²⁾, 鈴木 彩子¹⁾, 岡田 由貴子¹⁾, 久保 卓郎¹⁾,
柳橋 健³⁾, 七里 泰正⁴⁾
(大津市民病院¹⁾, 同・病理診断科²⁾, 同・外科³⁾, 同・泌尿器科⁴⁾)

16. 「タキサン・プラチナ抵抗性再発卵巣癌に対する塩酸イリノテカンの有効性に関する検討」

栗原 康, 吉田 裕之, 福田 武史, 橋口 裕紀, 松本 佳也, 市村 友季,
安井 智代, 角 俊幸, 石河 修 (大阪市立大学)

17. 「化学療法中にPDと判定された再発卵巣癌患者の後治療と予後」

鏑本 浩志, 伊藤 善啓, 金澤 理一郎, 和田 龍, 池田 ゆうき, 井上 佳代,
坂根 理矢, 澤井 英明 (兵庫医科大学)

18. 「卵巣癌手術時の傍大動脈リンパ節郭清における周術期合併症について」

梶本 恵津子¹⁾, 橋本 洋之¹⁾, 海野 ひかり¹⁾, 山崎 瑠璃子¹⁾, 高岡 幸¹⁾,
徳川 睦美¹⁾, 竹田 満寿美¹⁾, 釣谷 香揚子¹⁾, 宮武 崇¹⁾, 三村 真由子¹⁾,

横井 猛¹⁾, 井阪 茂之¹⁾, 荻田 和秀²⁾, 長松 正章¹⁾

(泉州広域母子医療センター 市立貝塚病院¹⁾・りんくう総合医療センター²⁾)

19. 「ベバシズマブ単剤投与中に増悪し、その後パクリタキセル・カルボプラチンが奏効した腹膜癌の1例」

荻野 美智, 村上 寛子, 山西 恵, 江本 郁子, 藤井 剛 (京都桂病院)

20. 「再発卵巣明細胞腺癌2症例へのsorafenib投与経験」

李 泰文, 松村 謙臣, 馬場 長, 濱西 潤三, 吉岡 弓子, 小阪 謙三,
万代 昌紀, 小西 郁生 (京都大学)

テーマ2:「卵巣がんに対する術前化学療法のは是非と適応」

“The pros and cons of neoadjuvant chemotherapy against ovarian cancer, and its indication”

第IVセッション

座長: 伊藤 公彦

21. 「進行卵巣癌NAC前の診断における腹腔鏡下手術の有用性について」

田中 良道, 寺井 義人, 寺田 信一, 小西 博巳, 丸岡 寛, 斎藤 奈津穂,
福田 真実子, 川口 浩史, 比嘉 涼子, 中村 路彦, 高井 雅聡, 藤原 聡枝,
兪 史夏, 田中 智人, 恒遠 啓示, 金村 昌徳, 大道 正英 (大阪医科大学)

22. 「当科におけるSSPC (serous surface papillary carcinoma) の治療戦略に関する検討」

松岡 智史, 西村 宙起, 山本 彩, 衛藤 美穂, 八木 いづみ, 東 弥生,
福岡 正晃, 藤田 宏行 (京都第二赤十字病院)

23. 「当科における進行卵巣癌に対する術前化学療法 (NAC) の是非の検討」

尾崎 公章, 桑鶴 知一郎, 浦上 希史, 安藤 亮介, 武居 和佳子, 栗谷 圭子,
山本 志津香, 吉岡 恵美, 堀 謙輔, 伊藤 公彦 (関西労災病院)

24. 「卵巣がんに対する術前化学療法 自験例の検討」

工藤 貴子, 西村 貞子, 西沢 美奈子, 北田 紘平, 徳山 治, 深山 雅人,
出口 昌昭, 川村 直樹 (大阪市立総合医療センター)

25. 「当院での進行卵巣がんに対する術前化学療法の治療成績」

岩宮 正, 栗谷 健太郎, 大門 映美子, 久 毅, 太田 行信, 上浦 祥司
(大阪府立成人病センター)

26. 「当院における進行卵巣癌治療の検討」

沖村 浩之, 澤田 守男, 森 泰輔, 黒星 晴夫, 辰巳 弘, 岩破 一博, 北脇 城
(京都府立医科大学)

閉会のあいさつ

小西 郁生

卵巣癌ハイリスク女性に対して RRSO risk-reducing salpingo-oophorectomy (子宮全摘を含む) を施行した1例

藤原 葉一郎¹⁾, 小 菌 祐 喜¹⁾, 大 井 仁 美¹⁾, 江 口 雅 子¹⁾,
山 田 義 治¹⁾, 森 口 喜 生²⁾,

1) 京都市立病院産婦人科

2) 同・乳腺外科

A case of risk-reducing salpingo-oophorectomy in a woman with high-risk for ovarian carcinoma

Yoichiro FUJIWARA¹⁾, Yuki KOZONO¹⁾, Hitomi OHI¹⁾, Masako EGUCHI¹⁾
Yoshiharu YAMADA¹⁾ and Yoshio MORIGUCHI²⁾

1) Department of Obstetrics and Gynecology, Kyoto City Hospital

2) Department of Breast Surgery, Kyoto City Hospital

緒 言

卵巣癌は、診断された時点でその約2/3がすでにIII期あるいはIV期となっており、手術や化学療法などの集学的治療によって約70%の症例で臨床的完全奏効の状態にはなるが、その大半は再発し、婦人科悪性腫瘍のなかで最も致死的とされる。スクリーニングによる早期発見の必要性が望まれ、血清マーカー、超音波検査が用いられているが、その有用性には限界がある。近年、卵巣癌発症の最も重大なリスク因子は家族歴であるとの考え方から、遺伝性卵巣癌のハイリスク患者において予防的にRRSO; risk-reducing salpingo-oophorectomyを施行することにより卵巣癌発症のリスク低減が期待できるとの報告^{1, 2)}がみられる。

今回、乳癌既往をもつ43歳女性が、乳癌、卵巣癌、その他の悪性腫瘍の家族歴をもつことから、卵巣癌発症予防のために子宮付属器摘出術を希望され、乳腺外科医、本人、家人と十分な相談をしたうえでRRSO (子宮全摘を含む) を施行した症例を経験したので考察を加えて報告する。

症 例

4X歳、女性、3G2P (1回流産、2回正常経産分娩)、既往歴に23歳で虫垂炎、41歳で左乳癌がある。家族歴 (家系図、図1) では、祖母が胃癌、伯父が肝癌、別の伯父が肺癌、伯母が乳癌・子宮癌、母が乳癌、叔母が乳癌・卵巣癌に罹患している。41歳で左乳癌術後、FEC療法 (5-fluorouracil + epirubicin + cyclophosphamide) を4回施行後、カペシタビン、シクロフォスファミドを服用して外来観察中であつたが、家族性乳癌の心配をされ、主治医である乳腺外科専門医との相談のうえ、婦人科受診となった。初診時、子宮は後屈、正常大、やや下垂気味、両付属器は触知せず、超音波断

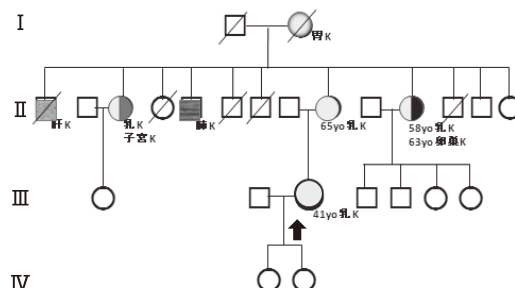


図1 症例の家族歴 (家系図)

層検査にて子宮内膜肥厚は認めず、両付属器は正常所見であり、子宮頸部・体部細胞診も異常なく、各種腫瘍マーカーも異常値を示さなかった。HBOC; Hereditary Breast and Ovarian Cancerの検査基準(表1)³⁾を十分に説明し、本人、家人、婦人科腫瘍専門医、乳腺外科専門医と相談のうえ、子宮全摘を含めたRRSOを施行予定とした。なおBRCA 1/2の遺伝子診断は希望されなかった。入院のうえ腔式子宮全摘術、両付属器摘出術を施行し、両側付属器の連続切片も含めて摘出臓器からは悪性所見は認められなかった。現在、外来観察中である。

考 察

卵巣癌の発見・診断における臨床的特徴として、卵巣が腹腔内臓器であることから、術前に病理学的診断が困難、初期に自覚症状が乏しく、臨床進行期III期以上の進行期で発見されることが多い、初期では内診などの理学的検査でも発見されにくい、CA125などの腫瘍マーカーは偽陽性が多い、画像で良悪性の診断が困難な場合がある、が挙げられている⁴⁾。これらの臨床的特徴から、手術、化学療法、放射線治療などの集学的治療が種々工夫され開発されてはいるが、いまだ婦人科悪性腫瘍のなかで最も致死性である。このためスクリーニングによる早期発見、早期治療の必要性が他の悪性腫瘍以上に望まれているが、超音波断層検査などの画像検索、

腫瘍マーカーなどの血液検査では、その有用性に限界がある。

一方で、卵巣癌発症の最も重大なリスク因子は家族歴とされ、欧米では、第一度近親者に卵巣癌患者がいる場合発症危険度が2~6倍になり、卵巣癌全体の5~10%に遺伝性症例を認めるとされている⁵⁾。また遺伝性卵巣癌は、HBOCに関連した乳癌感受性遺伝子BRCA 1/2の変異が深く関与しているとされ、BRCA 1遺伝子変異を有する女性の35~60%は70歳までにBRCA関連婦人科癌である卵巣癌、卵管癌あるいは腹膜癌に罹患する可能性があり、BRCA 2遺伝子変異の場合は10~27%と報告されている⁶⁾。これらより、予防的に施行されるRRSOは卵巣癌発症リスクを85~90%、乳癌発症リスクを40~70%低減させるとされている¹⁾。

今回の症例は41歳で乳癌と診断され、第一度近親者である母も乳癌であり、第二度近親者の伯母と叔母がそれぞれ乳癌と子宮癌、乳癌と卵巣癌であり、2人の伯父がそれぞれ肝臓癌と肺癌であり、祖母が胃癌であったことからHBOCと判断された。このためBRCA 1/2の遺伝子診断は希望されず施行しなかったが、乳癌感受性遺伝子の変異をもっている可能性は高く、将来卵巣癌を発症するリスクは高いと考えられ、RRSOを施行することによって、卵巣癌発症リスクを低減させる効果は十分期待できた。

摘出臓器には悪性所見は認められなかったが、RRSOを施行した症例において高頻度に卵管のoccult cancerが発見されたとの報告があり、摘出臓器のなかでもとくに卵管は連続切片による検索が必要とされる⁷⁾。加えて近年、卵巣漿液性腺癌の大部分は卵管遠位端から発生する卵管癌であったとする報告が相次ぎ^{8, 9)}、RRSOの際には卵管の切除も確実に行う必要がある。

また今回の症例では子宮全

表1 Hereditary Breast and Ovarian Cancer HBOCの検査基準³⁾

本人が癌既往者
・50歳以下の若年性乳癌
・トリプルネガティブ(ER- PR- HER2-)乳癌
・同時性あるいは異時性両側乳癌
・本人に乳癌の既往があり、かつ以下にあてはまる血縁者の存在
50歳以下で乳癌を発症した血縁者が1人以上
卵巣癌を発症した血縁者が1人以上
乳癌/膀胱癌を発症した血縁者が2人以上
乳癌/甲状腺癌、肉腫、副腎皮質癌、子宮内膜癌、膵臓癌、脳腫瘍、びまん性胃癌、白血病のどれかを発症した血縁者
・卵巣癌・卵管癌・腹膜癌の発症
本人が未発症者で、次にあてはまる血縁者の存在
・同時性あるいは異時性両側乳癌
・2人以上の乳癌(父方/母方どちらの家系で)
・1人以上の卵巣癌
・男性乳癌
・BRCA 1/2遺伝子変異が検出されている

摘術を施行したが、子宮を温存した場合、卵巣欠落症状に対するホルモン補充療法や、乳癌治療におけるタモキシフェン投与によって子宮内膜癌発生のリスクが上昇するとされていることや、さらにBRCA遺伝子変異を有する例では有しない例に比較して子宮内膜癌発生リスクが2.6倍になるとする報告¹⁰⁾や、BRCA遺伝子変異を有する例では子宮体部漿液性腺癌が高頻度に発生するという報告¹¹⁾があり、RRSOの際に子宮全摘術を施行することは理にかなっていると考えられる。

両側卵巣卵管および子宮を摘出した後も、腹膜細胞が元来卵管の細胞と発生学的に同様の性格をもっていることから原発性腹膜癌が発生したとする報告¹²⁾もあり、さらにBRCA遺伝子変異を有する例では、RRSO施行後10年以内に3%以上の確率で腹膜癌が発症する可能性があるとする報告¹³⁾もあることから、RRSO施行後も定期的な外来観察が必要である。

卵巣癌早期発見は困難である現在、その発症予防に有効であると考えられるRRSOは、卵巣癌撲滅のための有力な手段と考えられ、今後は、家族歴の詳細な聴取により同様な症例を探し出し、十分な情報を提供したうえで、適切なリスク評価のもとRRSOを勧めていくべきと思われる。

参考文献

- 1) 青木大輔：第6章遺伝的乳癌・卵巣癌予防のためのリスク低減卵巣卵管摘出術。“遺伝性婦人科癌リスク・予防・マネジメント” 青木大輔監訳，Karen HL編集，p73-84，医学書院，東京，2011。
- 2) 中村清吾：遺伝性乳がん・卵巣がんの基礎と臨床。中村清吾編，篠原出版新書，東京，2012。
- 3) National Comprehensive Cancer Network. NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology, Genetic/familial high-risk assessment : breast and ovarian. V.1., 2012.
- 4) 平沢 晃，青木大輔：4. 遺伝性乳癌・卵巣癌の取扱いとリスク低減卵管卵巣摘出術。“婦人科における遺伝性腫瘍の取扱いの実際” 産と婦，78：1064-1068，2011。
- 5) 関根正幸，田中憲一：3. 遺伝性乳癌・卵巣癌の臨床的特徴—卵巣癌を中心に—“婦人科における遺伝性腫瘍の取扱いの実際” 産と婦，78：1056-1062，2011。
- 6) King MC, Marks JH, Mandell JB, et al. : Breast and ovarian cancer risks due to inherited mutations in BRCA1 and BRCA2. *Science*, 302 : 643-646, 2003.
- 7) Hirst JE, Gard GB, McIlroy K, et al. : High rates of occult fallopian tube cancer diagnosed at prophylactic bilateral salpingo-oophorectomy. *Int J Gynecol Cancer*, 19 : 826-829, 2009.
- 8) Medeiros F, Muto MG, Lee Y, et al. : The tubal fimbria is a preferred site for early adenocarcinoma in women with familial ovarian cancer syndrome. *Am J Surg Pathol*, 30 : 230-236, 2006.
- 9) Kindelberger DW, Lee Y, Miron A, et al. : Intraepithelial carcinoma of the fimbria and pelvic serous carcinoma : Evidence for causal relationship. *Am J Surg Pathol*, 31 : 161-169, 2007.
- 10) Thompson D, Easton DF, Breast Cancer Linkage Consortium : Cancer incidence in BRCA1 mutation carriers. *J Natl Cancer Inst*, 94 : 1358-1365, 2002.
- 11) Lavie O, Hornreich G, Ben-Arie A, et al. : BRCA germline mutations in Jewish women with uterine serous papillary carcinoma. *Gynecol Oncol*, 92 : 521-524, 2004.
- 12) Piver MS, Jihi MF, Tukada Y, et al. : Primary peritoneal carcinoma after prophylactic oophorectomy in women with a family history of ovarian cancer. A report of the Gilda Radner Familial Ovarian Cancer Registry. *Cancer*, 71 : 2751-2755, 1993.
- 13) Casey MJ, Synder C, Bewtra C, et al. : Intra-abdominal carcinomatosis after prophylactic oophorectomy in women of hereditary breast ovarian cancer syndrome kindreds associated with BRCA1 and BRCA2 mutations. *Gynecol Oncol*, 97 : 457-467, 2005.

術中腹水細胞診陽性率に関する検討

大上 健太, 市村 友季, 角 俊幸, 妹尾 紗織
長嶋 愛子, 栗原 康, 松田 真希子, 福田 武史
吉田 裕之, 橋口 裕紀, 松本 佳也, 尾崎 宏治
安井 智代, 石河 修

大阪市立大学大学院医学研究科女性病態医学

A study on positive rate of peritoneal fluid cytology

Kenta OUE, Tomoyuki ICHIMURA, Toshiyuki SUMI, Saori SEO
Aiko NAGASHIMA, Yasushi KURIHARA, Makiko MATSUDA, Takeshi FUKUDA
Hiroyuki YOSHIDA, Yasunori HASHIGUCHI, Yoshinari MATSUMOTO, Kohji OZAKI
Tomoyo YASUI and Osamu ISHIKO

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

はじめに

卵巣がんにおいて、術中の腹水あるいは洗浄腹水細胞診は予後因子として進行期に取り入れられており、治療方針にも関わることからその評価を行うことは重要であるが、conventional cytologyによる腹水細胞診陽性率は高いとはいえない。しかしながら、われわれの施設を含め多くの施設において腹水細胞診の評価はconventional cytologyで行われていると考えられ、conventional cytologyによる腹水細胞診陽性率ならびに予後との相関を把握することも重要と考えられる。そこで今回、当科における組織型別の腹水細胞診陽性率および予後について検討を行った。

対象と方法

2007年4月から2011年3月の間に当科で手術療法が行われ、術中腹水あるいは洗浄腹水細胞診が行われた卵巣悪性腫瘍(境界悪性腫瘍を除く)のうち、漿液性腺癌・類内膜腺癌・粘液性腺癌および明細胞腺癌症例119例を対象とした。

119例における組織型別・進行期別の細胞診陽性率を算出し、組織型ごとの細胞診陽性率と進行期の相関ならびに細胞診陽性率と予後との相関について後方視的検討を行った。組

織型別陽性率の検討においてはFisher's exact probability testを、陽性率と進行期の相関についてはSpearman's correlation coefficient by rank testを、陽性率と予後との相関についてはLogrank testをそれぞれ用いて検討を行った。今回の検討では細胞診の結果が疑陽性の症例は非陽性として扱い、細胞診陽性率は陽性症例数/全症例数で算出した。

成 績

119例の内訳は、漿液性腺癌30例、類内膜腺癌31例、粘液性腺癌25例、明細胞腺癌33例であった(表1)。全進行期における細胞診陽性率は漿液性腺癌で66.7%、明細胞腺癌で57.6%と高く、類内膜腺癌では29.0%と漿液性腺癌および明細胞腺癌と比べ有意に低い結果となった(図1)。Ⅰ・Ⅱ期とⅢ・Ⅳ期に分けて検討した場合、類内膜腺癌では進行例においても陽性率43.8%と低く、漿液性腺癌および明細胞腺癌の陽性率とは有意差が認められた(図2)。

組織型ごとに細胞診陽性率と進行期の相関について検討を行ったところ、すべての組織型において正の相関が認められ、とくに粘液性腺癌においては相関係数 $r_s=0.827$ と強い正の相関が認められた(図3)。

表1 症例一覧

	I 期	II 期	III 期	IV 期
漿液性腺癌	6例	2例	15例	7例
類内膜腺癌	13例	2例	14例	2例
粘液性腺癌	13例	3例	8例	1例
明細胞腺癌	14例	6例	10例	3例

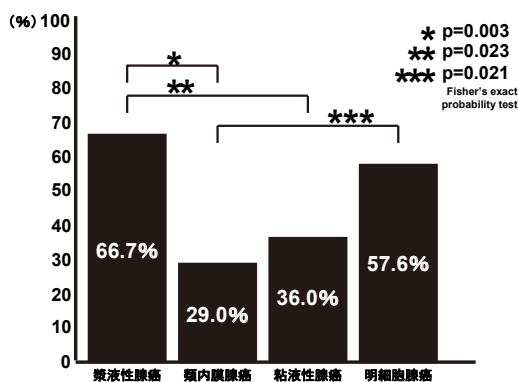


図1 組織型別陽性率 (I ~ IV 期)

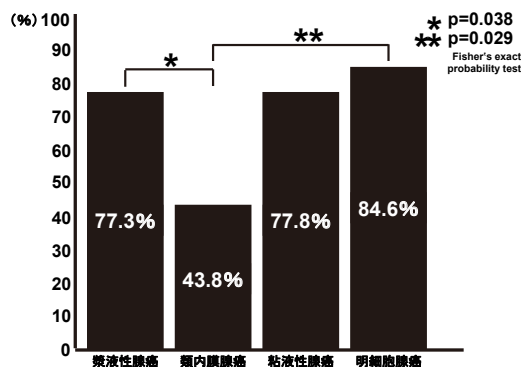


図2 組織型別陽性率 (III・IV 期)

細胞診陽性率と予後との検討では、明細胞腺癌において細胞診非陽性群と陽性群の予後に有意差が認められた ($p=0.022$, 図4)。漿液性腺癌では有意差は認められなかったものの、非陽性群で予後良好な傾向がみられた ($p=0.067$)。類内膜腺癌ならびに粘液性腺癌において有意差は認められなかった ($p=0.871$, $p=0.895$)。

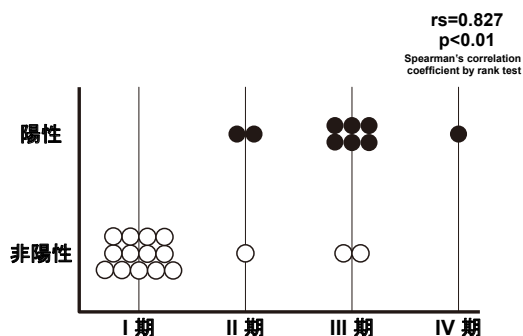


図3 進行期と細胞診結果の相関

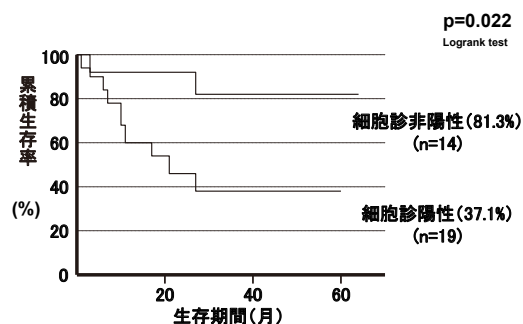


図4 細胞診結果と生存曲線 (明細胞腺癌・I ~ IV 期)

考 察

進行卵巢癌症例における腹水のconventional cytologyにおける陽性率は74~75%程度と報告されており^{1, 2)}, cell block法などを用いて陽性率向上に関する検討が行われている。しかしながら実際には多くの施設においてconventional cytologyによる腹水細胞診の評価が行われていると考えられ、conventional cytologyによる卵巢がん腹水細胞診陽性率について検討を行うことは有用なことと考えられる。そこで今回われわれは、卵巢悪性腫瘍のほとんどを占める上皮性悪性腫瘍のうち漿液性腺癌・類内膜腺癌・粘液性腺癌および明細胞腺癌を対象として組織型ごとの陽性率、進行期との相関および予後の相関について評価を行った。

組織型別陽性率の検討結果では、類内膜腺癌と粘液性腺癌における陽性率が低い結果となった。これらの組織型では細胞間接着の程度が漿液性腺癌や明細胞腺癌に比べ強く剥離しにくい

可能性があると考えられた。さらに類内膜腺癌においては他の報告¹⁾ 同様Ⅲ・Ⅳ期症例においても細胞診陽性率は他の組織型に比べ低い結果となっており、この結果から腹膜播種病変や腹水の存在など画像上は進行卵巣癌が疑われるにもかかわらず腹水細胞診は陰性であるような場合、類内膜腺癌の可能性が高いことが示唆された。また粘液性腺癌では進行例ほど陽性率が高い結果となった。術前あるいは術中の腹水細胞診の結果で粘液性腺癌が疑われる場合には、進行癌を想定して治療を行う必要があると思われた。

腹水細胞診と予後の検討では、明細胞腺癌において陽性群が有意に予後不良となり、漿液性腺癌で陽性群が予後不良である傾向が認められた。類内膜腺癌においては進行例でも細胞診陽性率が低かったことから予後に差がみられなかったと推察された。粘液性腺癌においては細胞診の結果と進行期に強い相関が認められおり、細胞診結果が予後とも相関していると予想されたものの死亡例が3例と少なかったことから有意差が認められなかったものと考えられた。漿

液性腺癌では腹水細胞診が陽性のI期ならびにII期症例は全例生存しており、このため陽性群と非陽性群における累積生存率に有意差が認められなかったものと考えられた。一方、明細胞腺癌ではI・II期症例でも細胞診陽性症例の25%が死亡しており、生存率に有意差がみられたものと考えられた。このことは漿液性腺癌と明細胞腺癌に対する化学療法感受性の差が反映された結果と思われた。

結 語

卵巣上皮性悪性腫瘍の腹水細胞診の結果を後方視的に検討し、類内膜腺癌における陽性率が低く、粘液性腺癌では陽性率は進行期と正の相関が認められた。また明細胞腺癌において陽性症例は有意に予後不良であった。

参考文献

- 1) 加藤友康, 清水かほり, 荒井祐司, 他: 腹水細胞診によるⅢ, Ⅳ期上皮性卵巣癌の組織型診断. 日臨細胞会誌, 40: 128-133, 2001.
- 2) 竹島信宏, 手島英雄, 南 敦子, 他: 卵巣癌, 卵管癌における増測式反復吸引法の有用性について. 日臨細胞会誌, 33: 1086-1091, 1994.

当院における上皮性境界悪性卵巣腫瘍についての後方視的検討

菊 地 真 理 子, 森 泰 輔, 澤 田 守 男, 黒 星 晴 夫
辰 巳 弘, 岩 破 一 博, 北 脇 城

京都府立医科大学大学院女性生涯医科学

Outcome of the treatment for ovarian tumor of borderline malignancy

Mariko KIKUCHI, Taisuke MORI, Morio SAWADA, Haruo KUROBOSHI
Hiroshi TATSUMI, Kazuhiro IWASAKU and Jo KITAWAKI

Department of Obstetrics and Gynecology, Kyoto Prefectural University of Medicine

緒 言

上皮性境界悪性卵巣腫瘍は全卵巣腫瘍の9%を占め、良性腫瘍と悪性腫瘍の中間的な組織像を示すものとして位置づけられる。臨床的には低悪性腫瘍に相当する¹⁾。卵巣がん治療ガイドライン2010年度版では、手術療法の取り扱いは「上皮性卵巣境界悪性腫瘍の基本術式は、両側付属器摘出術+子宮摘出術+大網切除術+腹腔細胞診である」、またフォローアップに関しては「境界悪性腫瘍に関しては晩期再発が存在し、長期のフォローアップが必要である」と記述されているが、いまだその根拠は十分ではない²⁾。今回われわれは当院における上皮性境界悪性卵巣腫瘍症例について検討した。

対象と方法

1992年から2011年に当院で初回手術を施行し上皮性境界悪性卵巣腫瘍と診断した症例51例について、年齢、術式、進行期、組織型、再発の有無と予後について後方視的に検討した。

結 果

発症年齢は12歳から84歳で、中央値は49歳であった。30歳代が27.4%を占め、比較的若年者に多くみられた（図1）。組織型は漿液性10例（19.6%）、粘液性36例（70.6%）、混合5例（9.8%）であった。すべてI期で、Ia期が44例（86.3%）、Ic期が7例（13.7%）であった。Ic期の内訳は、粘液性境界悪性腫瘍では、Ic（a）自然被膜破綻が2例、Ic（b）術中被膜破綻が3例、Ic（2）

腹水細胞診陽性が1例、漿液性境界悪性腫瘍ではIc（2）腹水細胞診陽性が1例であった（表1）。

術式は腫瘍核出術が3例、患側付属器摘出術19例、両側付属器摘出術7例、子宮全摘術+両側付属器摘出術7例、子宮全摘術+両側付属器摘出術+大網切除術は15例であった。腫瘍核出

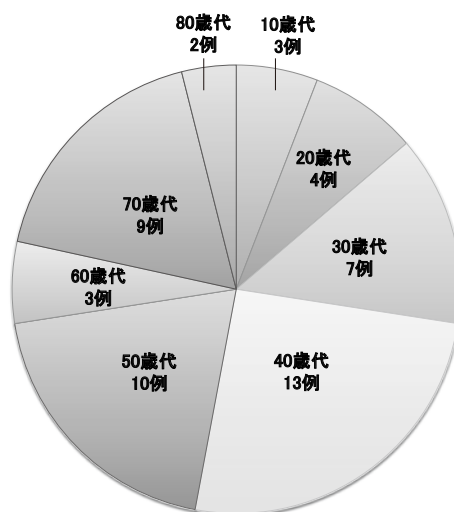


図1 組織型分布

表1 組織型と臨床進行期

FIGO	漿液性(%)	粘液性(%)	混合型(%)	計(%)
Ia	9(17.6)	30(58.8)	5(9.8)	44(86.2)
Ic	1(2.0)	6(11.8)	-	7(13.8)

術例を施行したものは3例で、このうち2例に腹腔鏡下手術を行った。病理診断確定後、2例とも片側付属器切除術を追加した。片側付属器摘出術施行例は19例で、このうち1例に片側付属器切除術+子宮全摘+大網切除術を追加し、1例に再発を認めた。子宮摘出や大網切除の有無にかかわらず両側付属器摘出術施行例30例には再発を認めなかった(表2)。また年齢42歳未満の15例については14例(93.0%)に片側付属器切除にとどまり、妊孕能温存術を施行した。年齢42歳以上の36例のうち28例(77.6%)に子宮摘出や大網切除の有無にかかわらず両側付属器摘出術を施行した(表3)。

再発例は39歳女性で産科歴は2経妊2経産であった。腹部膨満を主訴に来院し、精査にて右卵巣に30cm大の充実性部分を伴う嚢胞性病変を認め、右付属器摘出術を施行した。術後8カ月後左卵巣に充実性部分を伴う5cm大の嚢胞を認め、左付属器摘出術+子宮全摘術を施行した。病理診断はともに漿液性境界悪性卵巣腫瘍であった。治療後10年10カ月経過しているが、現在まで再発は認めていない。

考 察

本邦の治療ガイドラインでは、基本術式は両側付属器摘出術+子宮摘出術+大網切除術+腹腔細胞診であるが、欧米からの報告では基本術式は両側付属器切除術で子宮摘出の有無に関わらないとしているものもある³⁾。今回の解析では、子宮摘出や大網切除の有無にかかわらず両側付属器摘出術施行例30例には再発を認めず、I期の妊孕能温存希望例に対しては片側付属器切除術で十分な予後は認めた。また一方で、I期の境界悪性卵巣腫瘍699例中3例(0.4%)に死亡例が認められたとの報告がある⁴⁾。上皮性境界悪性卵巣腫瘍の予後は、病変が卵巣に局限している場合ではきわめて良好であるが、死亡例もあることから境界悪性腫瘍標準的治療の確立にはさらなる症例の検討が必要である。

また付属器切除術のような妊孕能温存を試みる場合には、両側付属器摘出術と比較し再発率が高いことが知られている。Donnezら⁵⁾によると境界悪性卵巣腫瘍根治術後の再発が0/59例(0%)であったのに対し、妊孕能温存術後の再発は3/16例(18.7%)と高頻度にみられたが、

表2 組織型と治療術式

	漿液性(%)	粘液性(%)	混合型(%)	計(%)
腫瘍摘出術	1(2.0)	2(3.9)	—	3(5.9)
片側付属器摘出術	1(2.0)	16(31.4)	2(3.9)	19(37.3)
BSO	3(5.9)	3(5.9)	1(2.0)	7(13.7)
ATH+BSO	—	6(11.8)	1(2.0)	7(13.7)
ATH+BSO+OMT	5(9.8)	9(17.6)	1(2.0)	15(29.4)

BSO:両側付属器摘出術、ATH:腹式子宮全摘術、OMT:大網切除術

表3 年齢42歳未満と42歳以上に分けた治療術式の比較

	42歳未満(%)	42歳以上(%)
腫瘍摘出術	3(5.9)	—
片側付属器摘出術	11(21.6)	8(15.6)
BSO	1(2.0)	6(11.7)
ATH+BSO	—	7(13.7)
ATH+BSO+OMT	—	15(29.5)
計	15(29.5)	36(70.5)

BSO:両側付属器摘出術、ATH:腹式子宮全摘術、OMT:大網切除術

その後の治療により原病死はみられず生存率に有意差を認めなかった。当院でも片側付属器切除術施行例で再発を認めたが、再発時の再手術を行うことによって治療が可能であった。術後嚴重なフォローアップが必要であり、再発の可能性のあることを患者に説明したうえで妊孕能温存術を施行することが肝要である。

結 語

上皮性境界悪性卵巣腫瘍I期の片側付属器摘出術を施行した18例中1例（5.5%）に再発を認めた。再発例については追加治療を行うことによって良好な予後が得られた。今後再発リスク因子の特定や術式の最適化を検討する必要がある。

参考文献

- 1) 日本産科婦人科学会，日本病理学会(編)：卵巣腫瘍取扱い規約．p15，金原出版，東京，2009.
- 2) 日本婦人科腫瘍学会(編)：卵巣がん治療ガイドライン．p97，金原出版，東京，2010.
- 3) Morice P, Uzan C, Fauvet R, et al. : Borderlineovarian tumour: pathological diagnostic dilemma and risk factors for invasive or lethal recurrence. *Lancet Oncol*, 13 : 103-115, 2012.
- 4) 落合和徳，篠崎英雄，小林重光，他：上皮性卵巣腫瘍—境界悪性腫瘍の臨床的問題点．日婦病理・コルポスコピー会誌，15：156-163，1997.
- 5) Donnez J, Munschke A, Berline M, et al. : Safety of conservative treatment and fertility outcome in women with borderline tumor of the ovary. *Fertil Steril*, 79 : 1216-1221, 2003.

当院における上皮性卵巢悪性腫瘍症例の検討

前田 英子¹⁾, 明石 京子¹⁾, 松本 真理子¹⁾, 本山 敏彦¹⁾
伊藤 良治¹⁾, 関岡 佑輝子²⁾

1) 松下記念病院産婦人科

2) 京都府立医科大学大学院女性生涯医学

Analysis of epithelial ovarian cancer in our hospital

Eiko MAEDA¹⁾, Kyoko AKASHI¹⁾, Mariko MATSUMOTO¹⁾, Toshihiko MOTOYAMA¹⁾
Ryoji ITO¹⁾ and Yukiko SEKIOKA²⁾

1) Department of Obstetrics and Gynecology, Matsushita Memorial Hospital

2) Department of Obstetrics and Gynecology, Kyoto Prefectural University of Medicine

緒 言

卵巢癌は自覚症状に乏しく、早期発見のための有効な検診法もないため、初診時すでにⅢ～Ⅳ期の進行例が多い。しかし、上皮性卵巢悪性腫瘍のなかでも組織型によって化学療法の感受性や予後は大きく異なる。そこで、当院における上皮性卵巢悪性腫瘍例について、受診の契機、自覚症状の有無と転帰について検討した。

方 法

対象は2007年1月から2011年12月に当施設において初回治療を行った境界悪性腫瘍を除く上皮性卵巢悪性腫瘍52例とした。これら症例の診療録より、受診の契機、初発症状、進行期、組織型、および再発の有無と転帰について後方視的に検討した。

結 果

組織型別分類を図1に示した。組織型は、漿

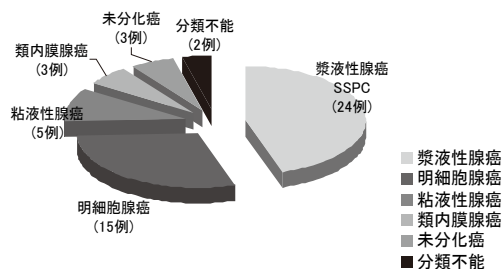


図1 卵巢癌の組織型別分類

液性腺癌・漿液性表在性乳頭状腺癌 (SSPC) 24例、明細胞腺癌15例、粘液性腺癌5例、類内膜腺癌3例、未分化癌3例、分類不能2例であった。漿液性腺癌が最も多く46.2%を占め、続いて明細胞腺癌が28.8%であった。近年、明細胞腺癌が増加しているといわれているが、当施設でも同様の傾向がみられた。臨床進行期の内訳を図2に示す。Ⅰ期が20例 (38.5%)、Ⅱ期が1例 (1.9%)、Ⅲ期が19例 (36.5%)、Ⅳ期が12例 (23.1%) であった。漿液性腺癌・SSPCは24例中22例 (91.7%) が初診時Ⅲ・Ⅳ期の進行例であったのに対し、明細胞腺癌・粘液性腺癌・類内膜腺癌は23例中20例 (87.0%) が初診時Ⅰ・Ⅱ期の早期例であった。

受診の契機となった自覚症状の有無を図3に示す。52例中45例 (86.5%) が何らかの自覚症状を契機に医療機関を受診していた (有症状群)。このうち、自覚症状がある群 (有症状群)

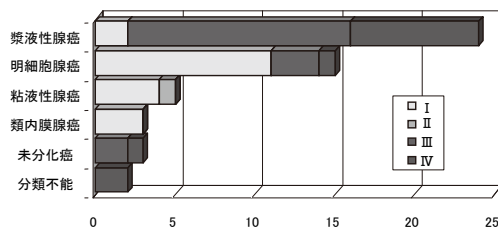


図2 臨床進行期の内訳

での進行期別の割合は、Ⅰ・Ⅱ期15例（33.3%）、Ⅲ・Ⅳ期30例（66.7%）であった。自覚症状がない群（無症状群）は7例（13.5%）で、進行期別の割合はⅠ・Ⅱ期6例（85.7%）、Ⅲ・Ⅳ期1例（14.3%）であった。

有症状群45例の臨床症状には、腹部膨満感・違和感・腫瘍感、腹痛、不正性器出血、呼吸困難、食欲低下・経口摂取困難、体重減少、全身倦怠感、鼠径部腫瘍感などがある（図4）。有症状群45例のうち、卵巣腫瘍によるものと考えられる症状としては、下腹部膨満感・違和感・腫瘍感が24例、腹痛が9例で、73.3%であった。一方、卵巣腫瘍とは直接関連のない症状としては不正性器出血が最も多く3例であった。その他の症状としては食欲低下・経口摂取困難、呼吸困難、体重減少、全身倦怠感、鼠径部腫瘍感などが9例あり、これらはすべて、当院あるいは他院内科、救急科、外科などからの紹介により当科を受診していた。このうち、食欲低下・経口摂取困難、呼吸困難、体重減少、全身倦怠感を認めた8例（全身症状群）は、すでに全身症状が出現した状態であり、4例Ⅲc期、3例Ⅳ期でほとんどが進行例であった。全身症状群8例のうち、観察期間中4例が死亡の転帰となっており、2例はPDあるいはSDの担癌状態で経過観察中で、Ⅰ期以外では組織型にかかわらず予後はきわめて不良の群といえる（表1）。

また無症状群7例のうち、高血圧症や糖尿病で内科通院中のルチーンの検査や、他科悪性疾患のフォローアップ検査で発見された症例が3

例あり、それ以外は子宮がん検診時に発見された症例が1例、卵巣嚢腫を定期検診中にサイズ増大し当科紹介された症例が1例、卵巣子宮内膜症性嚢胞（以下、チョコレート嚢胞）を他院婦人科で定期検診中に発見された症例が1例、HRTで他院婦人科定期受診中に発見された症例が1例であった。定期検診の間隔は6カ月～1年ごとであった。また子宮がん検診時に発見された卵巣癌の腫瘍最大径は5cm、チョコレート嚢胞の定期検診中に発見された卵巣癌の腫瘍最大径も5cmで、HRT定期検診中に発見された卵巣癌は腫瘍最大径4cmであった（表2）。無症状群7例のうち6例がⅠ期で発見されており、いずれも現時点では再発なく経過していた。

表3・4に臨床病期別の自覚症状を示した。Ⅰ・Ⅱ期症例に限ると、自覚症状がみられたのは21例中15例（71.4%）で、15例のうち12例に腹部膨満感・違和感・腫瘍感、腹痛などの腹部症状がみられた（表3）。観察期間が短いため、治療後の生存について十分な統計学的検討はできないが、類内膜腺癌の1例で死亡の転帰となったが、それ以外ではおおむね再発なく経過観察中で予後良好であるといえる。

Ⅲ・Ⅳ期では、31例中30例に自覚症状を認めており、そのうち下腹部膨満感・腫瘍感・違和感15例と腹痛6例の計21例（70%）が腹部症状を初発症状として認めた。31例中25例（80.6%）が、5年以内に死亡の転帰をたどるか、死亡していなくてもPDあるいはSDの担癌状態で経過観察中であった（表4）。

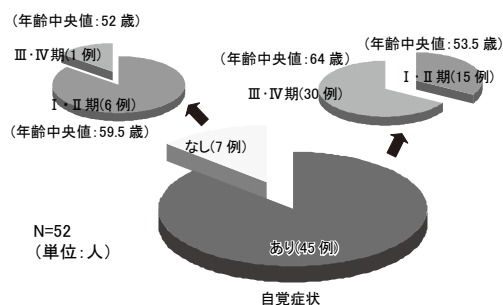


図3 自覚症状の有無と進行期

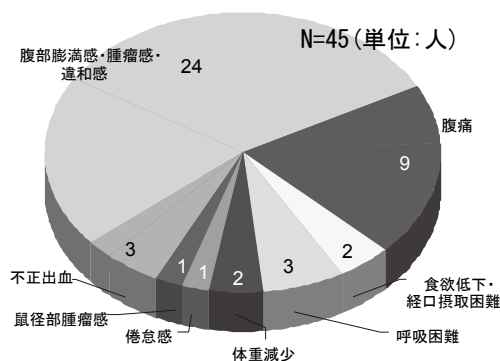


図4 臨床症状の内訳

表1 全身症状を認めた症例

食欲低下・ 経口摂取困難	2	明細胞癌Ⅲc	61yo	死亡(4ヶ月)	
		漿液性腺癌Ⅲc	55yo	生存	再発(PD)
呼吸困難	3	漿液性腺癌Ⅳ	69yo	死亡(8ヶ月)	
		明細胞腺癌Ⅳ	66yo	生存	再発(SD)
		明細胞腺癌Ⅲc	60yo	死亡(1.5ヶ月)	
体重減少	2	漿液性腺癌Ⅳ	67yo	死亡(2年8ヶ月)	
		漿液性腺癌Ⅲc	35yo	生存	再発なし
倦怠感	1	明細胞腺癌Ⅰa	60yo	生存	再発なし

表2 自覚症状がない群の受診契機の内訳

他科通院中	3	漿液性腺癌Ⅲb (7.6cm)	52yo	死亡(2年4ヶ月)	腎孟癌・膀胱癌 増悪(重複癌)
		明細胞腺癌Ⅰc(a) (12cm)	66yo	生存	再発なし
		明細胞腺癌Ⅰc(a) (11cm)	54yo	生存	再発なし
検診で発見	2	明細胞腺癌Ⅰa (6ヶ月毎、5cm→10cm)	57yo	生存	再発なし
		明細胞腺癌Ⅰc(b) (5cm)	69yo	生存	再発なし
定期通院中	2	明細胞腺癌Ⅰc(b) (6ヶ月毎、5cm)	52yo	生存	再発なし
		明細胞腺癌Ⅰc(b) (6ヶ月毎、4cm)	62yo	生存	再発なし

表3 I・II期の自覚症状

自覚症状	あり	下腹部膨満感・ 腫瘤感・違和感	9	漿液性腺癌Ⅰc	68yo	生存	再発なし
				粘液性腺癌Ⅰc	85yo	生存	再発(SD)
				明細胞腺癌Ⅰc	52yo	生存	再発なし
				明細胞腺癌Ⅰc	55yo	生存	再発なし
				類内膜腺癌G3Ⅰb	39yo	死亡(4年9ヶ月)	
				粘液性腺癌Ⅰa	21yo	生存	再発なし
				粘液性腺癌Ⅰa	85yo	生存	再発なし
				明細胞癌Ⅰa	44yo	生存	再発なし
				漿液性腺癌Ⅰa	65yo	生存	再発なし
		腹痛	3	粘液性腺癌Ⅱc	69yo	生存	再発(PD)
				明細胞腺癌Ⅰc	36yo	生存	再発なし
				類内膜腺癌G1Ⅰa	38yo	生存	再発なし
		倦怠感	1	明細胞腺癌Ⅰa	60yo	生存	再発なし
		不正出血	2	粘液性腺癌Ⅰc	48yo	生存	再発なし
				類内膜腺癌G2Ⅰa	45yo	生存	再発なし

表4 Ⅲ・Ⅳ期の自覚症状

自 覚 症 状	なし	他科通院中に 発見	1	漿液性腺癌Ⅲb	52yo	死亡(2年4ヶ月)	
	あり	下腹部膨満感・ 腫瘤感・違和感	15	SSPCⅣ	65yo	死亡(1年11ヶ月)	
				漿液性腺癌Ⅳ	68yo	生存	再発なし
				漿液性腺癌Ⅳ	56yo	生存	再発なし
				漿液性腺癌Ⅳ	54yo	死亡(2年0ヶ月)	
				漿液性腺癌Ⅳ	64yo	生存	再発(PD)
				漿液性腺癌Ⅳ	65yo	死亡(7ヶ月)	
				未分化癌Ⅳ	81yo	死亡(5ヶ月)	
				漿液性腺癌Ⅲc	41yo	生存	再発(PD)
				漿液性腺癌Ⅲc	76yo	生存	再発(PD)
				漿液性腺癌Ⅲc	62yo	死亡(2年2ヶ月)	
				漿液性腺癌Ⅲc	52yo	生存	再発(SD)
				漿液性腺癌Ⅲc	54yo	生存	再発なし
				漿液性腺癌Ⅲc	49yo	生存	再発(PD)
				SSPCⅢb	76yo	生存	再発(PD)
				明細胞腺癌Ⅲc	54yo	生存	再発なし
		腹痛	6	分類不能Ⅳ	69yo	生存	再発(PD)
				未分化癌Ⅲc	60yo	死亡(2年1ヶ月)	
				未分化癌Ⅲc	86yo	死亡(2ヶ月)	
				漿液性腺癌Ⅲc	66yo	死亡(4年2ヶ月)	
				漿液性腺癌Ⅲc	80yo	死亡(1年8ヶ月)	
				漿液性腺癌Ⅲc	61yo	生存	再発(PD)
		食欲低下・ 経口摂取困難	2	明細胞癌Ⅲc	61yo	死亡(4ヶ月)	
				漿液性腺癌Ⅲc	55yo	生存	再発(PD)
		呼吸困難	3	漿液性腺癌Ⅳ	69yo	死亡(8ヶ月)	
				明細胞腺癌Ⅳ	66yo	生存	再発(SD)
				明細胞腺癌Ⅲc	60yo	死亡(1.5ヶ月)	
		体重減少	2	漿液性腺癌Ⅳ	67yo	死亡(2年8ヶ月)	
				漿液性腺癌Ⅲc	35yo	生存	再発なし
		鼠径部腫瘤感	1	漿液性腺癌Ⅲc	70yo	生存	再発なし
		不正出血	1	分類不能Ⅳ	60yo	生存	再発(PD)

考 察

卵巣癌による死亡者数は、1996年4006人、2007年4467人と増加傾向にあり、女性性器悪性腫瘍のなかで最も死亡数の多い疾患である。卵巣は骨盤内臓器であるために腫瘍が発生しても初期の段階では自覚症状に乏しく、卵巣癌の進行期分布をみると約40～50%の症例がⅢ・Ⅳ期の進行癌症例である。卵巣癌の早期診断においては、効果的なスクリーニング方法はいまだに確立されていない。

卵巣癌の初期発生過程はいまだ十分解明されていないが、卵巣表層上皮が直接癌化するというde novo発癌過程と、良性腫瘍から境界悪性、次に癌になるというadenoma-carcinoma sequence発癌過程が考えられており、さらに内膜症性嚢胞の経過観察中に癌になるという過程がある¹⁾。

早期診断が困難なのは、de novo発癌過程で発症するタイプで、漿液性腺癌に多い。漿液性腺癌は、最近卵管采上皮細胞に卵巣癌の起源を求める論文が報告されたが、卵管采上皮のみならず正常卵巣表層上皮もしくは排卵後に形成される封入嚢胞から、突然卵巣癌が発生するというような急激な経過をとることが多いとされている。超音波検査既往を有する漿液性腺癌の多くは2～12カ月前の検査では異常がみられなかった²⁾ という報告もあり、超音波による定期的な診察を受けていても不十分な可能性がある。当施設での検討でも、漿液性腺癌・SSPCは24例中22例(91.7%)が初診時Ⅲ・Ⅳ期の進行例である。漿液性腺癌・SSPCを早期で発見するのは非常に困難であり、1年(あるいはそれ以内)ごとに調べたとしても確実に早期発見することはできないということを、われわれも理解する

ことが大切である。

一方、良性腫瘍から境界悪性、次に癌になるといういわゆるadenoma-carcinoma sequence 発癌過程をとるものとしては粘液性腺癌が多く、粘液性腺癌は癌の周囲に良性や境界悪性病変が混在する頻度が高い。粘液性腺癌の5年生存率は、Ⅰ期92.5%、Ⅱ期75.0%、Ⅲ期32.0%、Ⅳ期11.7%である(2003年)³⁾。従来粘液性腺癌が一般に予後良好とされてきたのはⅠ期癌で、しかも高分化の症例が多いためである。しかし、同じ進行期で比較すると他の組織型との予後の差異は認められず、むしろ卵巣外に進展した粘液性腺癌の予後は漿液性腺癌以上に不良である⁴⁾。これは粘液性腺癌が化学療法にきわめて抵抗性であることに起因している。当施設の粘液性腺癌5例のうちⅠ期が4例、Ⅱ期が1例で、すべて早期例であった。1例が不正性器出血で近医受診した際に、8cmの骨盤内腫瘍を指摘され当院紹介となった以外は下腹部膨満感・下腹部痛を自覚症状として受診しており、組織型にかかわらずⅠ・Ⅱ期卵巣癌症例でも自覚症状が認められるものは多いのではないかと考える。これらは予後良好であるため、腫瘍サイズ径が大きく有症状であったとしても早期診断が可能なタイプといえる。

もう1つは、子宮内膜症の経過観察中に癌が発生するものがある。チョコレート嚢胞の0.5～1.0%が卵巣癌に移行する可能性が示唆されている^{5～7)}。これらは明細胞腺癌や類内膜腺癌が多く、チョコレート嚢胞がこれらの発生母地と考えられる。近年、晩婚化・少産といったライフスタイルの変化に加え、内膜症自体が不妊症の原因となることから、今後さらに内膜症から発生する卵巣癌が増加する可能性がある。また明細胞腺癌は海外での6～7%に対して本邦では20%以上ときわめて発生頻度が高い。子宮内膜症から発生した卵巣癌は早期に発見されることが多く、一般に予後が良好であるとの報告もある。これらのことからチョコレート嚢胞を定期的に診察することは、早期に卵巣癌を診断できる可能性の観点から非常に重要と考えられる。

子宮内膜症患者での悪性化のリスク因子として、閉経後あるいは45歳以上であること、チョコレート嚢胞の最大径が6cm以上(そのほとんどは9cm以上)で、それ以下でも画像診断で隆起性病変を認めた場合、あるいは閉経周辺期～閉経期に増大する場合が挙げられる。その他、経陰超音波検査で腫瘍内容液が変化する場合、すなわち、チョコレート嚢胞独特のすりガラスの陰影が消失し黒くなった場合は悪性化を見逃さないようにする。また癌化の前には月経困難症が改善することが多いとされる。いずれにしろ閉経前後ではriskを説明のうえ、手術的に病理診断を行うか、3～6カ月ごとの定期検診を行う必要がある⁸⁾。

当施設での明細胞腺癌早期例において特筆すべきは、無症状群での明細胞腺癌のうち3例が腫瘍径4～5cmで発見されていることである。これらはすべて診療所からの紹介により受診していた。サイズの小さい卵巣腫瘍や子宮内膜症でも慎重に定期検診を行うことが重要なとはいってもないが、とくに診療所を中心とする産婦人科一次医療機関の役割が大きいと考えられた。

終わりに

卵巣癌は、初期発生過程がいまだ明確でないため、卵巣癌のスクリーニング方法は確立されていない。今後プロテオーム解析など新しい診断法の確立が待たれる。漿液性腺癌など定期的な診察を受けていても早期発見がまず不可能な癌もあるが、現状であっても卵巣癌発生の自然史を念頭に置き、サイズの小さい卵巣腫瘍やチョコレート嚢胞の定期検診を行うことにより、組織型によっては早期発見の余地は十分にあると考えられた。

参考文献

- 1) 堀内晶子, 塩沢丹里: 卵巣癌発生の自然史と早期診断. 信州医誌, 58: 143-151, 2010.
- 2) Horiuchi A, Itoh K, Shimizu M, et al.: Toward understanding the natural history of ovarian carcinoma development: a clinicopathological approach. *Gynecol Oncol*, 88: 309-317, 2003.
- 3) 日産婦人科腫瘍委員会: 第51回治療年報. 日産

- 婦会誌, 64 : 1116-1133, 2012.
- 4) Omura GA, Brady MF, Homesley HD, et al. : Long term follow-up and prognostic factor analysis in advanced ovarian carcinoma ; the Gynecologic Oncology Group experience. *J Clin Oncol*, 9 : 1138-1150, 1991.
 - 5) Brinton LA, Sakoda LC, Sherman ME, et al. : Relationship of benign gynecologic diseases to subsequent risk of ovarian and uterine tumors. *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev*, 14 : 2929-2935, 2005.
 - 6) 小林 浩 : 卵巣チョコレート嚢胞と癌化. 日産婦会誌, 57 : 351-355, 2005.
 - 7) Kobayashi H, Sumimoto K, Moniwa N, et al. : Risk of developing ovarian cancer among women with ovarian endometrioma : a cohort study in Shizuoka, Japan. *Int J Gynecol Cancer*, 17 : 37-43, 2007.
 - 8) 万代昌紀, 小西郁生 : 卵巣癌の早期診断. 産婦の実際, 57 : 1704-1711, 2008.

当院における卵巣明細胞腺癌症例の術前診断の検討

高岡 幸¹⁾, 橋本 洋之¹⁾, 海野 ひかり¹⁾, 山崎 瑠璃子¹⁾
 梶本 恵津子¹⁾, 竹田 満寿美¹⁾, 釣谷 香揚子¹⁾, 宮武 崇¹⁾
 三村 真由子¹⁾, 横井 猛¹⁾, 井阪 茂之¹⁾, 荻田 和秀²⁾
 長松 正章¹⁾

1) 泉州広域母子医療センター市立貝塚病院産婦人科

2) 同・りんくう総合医療センター産婦人科

Preoperative diagnosis of clear cell adenocarcinoma of the ovary

Sachi TAKAOKA¹⁾, Hiroyuki HASHIMOTO¹⁾, Hikari UNNO¹⁾, Ruriko YAMAZAKI¹⁾
 Etsuko KAJIMOTO¹⁾, Masumi TAKEDA¹⁾, Kayoko TSURITANI¹⁾, Takashi MIYATAKE¹⁾
 Mayuko MIMURA¹⁾, Takeshi YOKOI¹⁾, Shigeyuki ISAKA¹⁾, Kazuhide OGITA²⁾ and Masaaki NAGAMATSU¹⁾

1) Department of Obstetrics and Gynecology, Sensyu Regional Medical Center for Women's and Children's Health, Kaizuka Municipal Hospital

2) Department of Obstetrics and Gynecology, Sensyu Regional Medical Center for Women's and Children's Health, Rinku General Medical Center

緒 言

今回われわれは、当院で経験した卵巣明細胞腺癌の術前診断について検討したので報告する。

方 法

2006年9月より2012年1月までの間に当院で初回手術を行った原発性卵巣癌症例のうち、術後病理診断で明細胞腺癌と診断した25例を対象とした。明細胞腺癌症例の診療録を後方視的に検討し、進行期、年齢、腫瘍マーカー、内膜症の合併、術前診断につき検討した。

結 果

当該期間中の原発性卵巣癌は106例で、そのうち明細胞腺癌は25例 (24%) であった。進行期別症例数は、I 期が19例 (76%)、II 期が1例

(4%)、III 期が5例 (20%) であった。I 期19例のうち12例において、術中被膜破綻がありIc (b) 期に分類されていた。年齢の中央値は55歳 (37～73歳) であった。

すべての症例で術前に腫瘍マーカーが計測されており、CA125の中央値は129U/ml (5～2745U/ml) であり、25U/ml未満のものを6例認めた (図1)。またCA19-9の中央値は29U/ml (0～12000U/ml) であり、37U/ml未満のものは14例であった (図2)。CA125、CA19-9ともに陰性であった症例は4例であり、その特徴を表1に示すが、4例に共通する特徴はとくになかった。

術前に撮影されたMRIで測定した腫瘍径の平均値は11.1cm (4～30cm) で、いずれの症例で

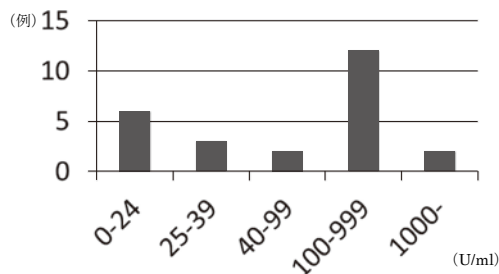


図1 CA125値の度数分布表

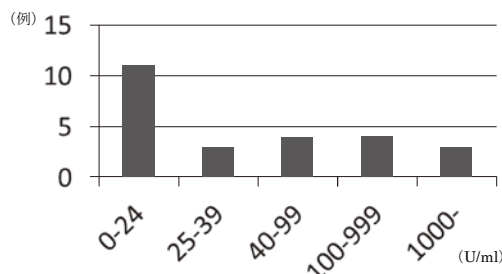


図2 CA19-9値の度数分布表

表1 腫瘍マーカー陰性の4例の特徴

年齢	閉経後	CA125	CA19-9	画像悪性 所見	腫瘍径 (cm)
57	○	10	2	あり	14
60	○	9.5	21.4	なし	7
41	×	9	4	なし	6
56	○	5	29	あり	15

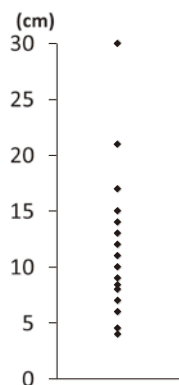


図3 腫瘍径の度数分布表

も4cm以上であった(図3)。術前画像診断で悪性腫瘍が疑われていた症例は21例(84%)であった。術前に良性疾病と診断されていた症例は4例であり、うち卵巣腫瘍が疑われていたのは3例であった。それぞれ腫瘍径は6, 7, 8cmであった。また充実性腫瘍を呈し漿膜下筋腫と診断

表2 内膜症合併例の特徴

	手術時 年齢	閉経後	フォローアップ 期間(年)	腫瘍径 (cm)
1	60	○	5	7
2	71	○	6	9
3	46	×	8	8
4	41	×	14	6
5	47	×	24	10

されていた1例もあった。

最終病理診断で内膜症病変を合併していた症例は16例(64%)であり、これは他の組織型よりも多かった($p < 0.01$)。他の組織型で内膜症性病変を合併していたものは、類内膜腺癌5例、Mixed carcinoma 1例であった。

最終病理診断で内膜症病変を指摘された症例のうち、内膜症性嚢胞としてフォローアップされていた症例は5例(31%)であり、経過観察期間は5~24年、腫瘍径は6~10年であった(表2)。

結 語

37歳以上で4cm以上の内膜症性嚢胞は悪性化の可能性も考慮して慎重にフォローする必要がある。内膜症性嚢胞を定期的に画像で評価することで、明細胞腺癌を早期発見できる可能性がある。

当院における卵巢粘液性腫瘍16例の臨床病理学的検討

石橋 理子, 豊田 進司, 小川 憲二, 森岡 佐知子
杉浦 敦, 平野 仁嗣, 河 元 洋, 井谷 嘉男
喜多 恒和

奈良県立奈良病院産婦人科

A clinical and pathological analysis of ovarian mucinous tumor

Satoko ISHIBASHI, Shinji TOYODA, Kenji OGAWA, Sachiko MORIOKA
Atsushi SUGIURA, Hitoshi HIRANO, Motohiro KAWA, Yoshio ITANI
and Tsunekazu KITA

Department of Obstetrics and Gynecology, Nara Prefectural Nara Hospital

緒 言

上皮性卵巢癌に対する標準的化学療法として、パクリタキセルとカルボプラチンの併用療法（TC療法）が高い奏効率をもち、第一選択のレジメンとされている。卵巢粘液性腺癌に対しても全組織型の卵巢癌への結果から現時点ではTC療法が推奨されているが、組織別の検討では化学療法に抵抗性で奏効率は低い。粘液性卵巢癌に対してより効果のある新たな治療法が模索されていることから、当科で経験した卵巢悪性粘液性腫瘍16例（境界悪性4例を含む）に行った治療の効果と予後について検討した。

対象と方法

2000年から2011年の12年間に当院で手術加療した卵巢粘液性悪性腫瘍16例を対象とし、その臨床経過を後方視的に検討した。

成 績

16例の患者の臨床成績を表1に示した。

症例の年齢は27～75歳、平均55.2歳で、腫瘍径は3.4～28.0cm、平均14.6cm、FIGO臨床進行期はⅠa期10例、Ⅰc期2例、Ⅲa期1例、Ⅲc期3例であった。両側付属器摘出、子宮全摘術、大網切除術を基本術式とし、Ⅰ期の5例、Ⅲ期の2例に骨盤および傍大動脈リンパ節の郭清を行った。Ⅲc期の2症例については試験開腹術にとどまった。リンパ節転移を認めた症例はなかった。

術中迅速病理組織検査と最終病理組織検査との比較では5例が不一致であり、正診率は68.8%であった。術中迅速病理組織検査で良性であった3例の最終病理組織診断はⅠa期2例、Ⅰc期1例であった。このうちⅠc期の症例は追加手術にて骨盤・傍大動脈リンパ節郭清を施行した。

初回手術後に化学療法を施行した症例は、Ⅰa期2例、Ⅰc期2例、Ⅲ期4例の計8例であり、レジメンの内訳はパクリタキセル+カルボプラチン（TC）療法が7例、ドセタキセル+カルボプラチン（DC）療法が1例であった。

再発した症例はⅠa期2例、Ⅲc期2例の計4例で、これらの治療と予後について表2に示す。初回手術から再発までの期間は8カ月から41カ月、平均14.2カ月であった。1例は境界悪性腫瘍Ⅰa期からの再発で、再発後20カ月で死亡した。3例は化学療法施行後の再発であった。二次化学療法のレジメンはTC療法、TS-1+オキサリプラチン併用（SOX）療法、ドセタキセル+ゲムシタビン（DoceGem）療法、リボソーム化ドキシソルビシン（Doxil）単剤療法であったが、いずれの治療においても効果を認めなかった。

初回治療後の生存についてKaplan-Meier法で検討したところ、3年生存率はⅠ期80%、Ⅲ期67%であり、Log-Lank検定で両進行期群間における統計学的な有意差は認められなかった。

表1 粘液性悪性腫瘍16例の臨床成績

症例	年齢	術中迅速組織診断	最終病理組織診断	迅速組織診断との一致	リンパ節郭清(転移有無)	腫瘍径 (cm)	術後補助化学療法	進行期	再発	転帰(月)
1	48	良性	粘液性腺腫 境界悪性	不一致	なし	16	—	I a	—	4+
2	73	良性	粘液性腺癌	不一致	なし	12	—	I a	—	84NED
3	52	良性	粘液性腺癌	不一致	あり(なし)	15	TC	I c (b)	—	81NED
4	62	境界悪性	粘液性腺腫 境界悪性	一致	なし	15	—	I a	—	73NED
5	52	境界悪性	粘液性腺腫 境界悪性	一致	なし	18	—	I a	+	20DOD
6	65	境界悪性	粘液性腺癌	不一致	なし	21	TC	I a	—	41NED
7	63	悪性	粘液性腺癌	一致	あり(なし)	15	—	I a	—	49+
8	58	悪性	粘液性腺癌	一致	なし	11	—	I a	—	38NED
9	60	悪性	粘液性腺腫 境界悪性	不一致	あり(なし)	3	—	I a	—	6NED
10	41	悪性	粘液性腺癌	一致	あり(なし)	28	—	I a	—	49NED
11	36	悪性	粘液性腺癌	一致	あり(なし)	20	TC	I a	+	15DOD
12	40	悪性	粘液性腺癌	一致	あり(なし)	13	TC	I c (2)	—	144NED
13	44	悪性	粘液性腺癌	一致	あり(なし)	10	TC	III a	—	48NED
14	63	悪性	粘液性腺癌	一致	あり(なし)	16	DC	III c	+	51+
15	52	悪性	粘液性腺癌	一致	なし	15	TC	III c	+	21DOD
16	67	悪性	粘液性腺癌	一致	なし	5	TC	III c	—	7AWD

+ : lost of follow, NED: no evidence of disease, AWD: alive with disease, DOD: death on disease

表2 再発症例の治療と予後

症例	進行期	リンパ節郭清	術後化学療法	再発までの期間(月)	再発後化学療法	転帰(月)
5	I a	なし	なし	12	TC 1コース	20 DOD
11	I a	あり	TC 4コース	8	SOX 3コース Doxe + Gem 5コース	15 DOD
14	III c	あり	DC 10コース	41	DC 1コース	51 +
15	III c	なし	TC 6コース	8	SOX 5コース Doxil 6コース	21 DOD

DOD: death of disease + : lost of follow

が、これは症例数が少ないためであろうと考えられた(図1)。

次に手術進行期がI a期でありながら予後不良な経過をたどった症例11を紹介し、卵巣粘液性腺癌が再発した場合は、治療に大変難渋することを示した。

年齢は36歳、1回経妊1回経産。既往歴に特記すべきことなし。X2年、前医にて径7cm大の左内膜症性嚢胞と診断され当院へ紹介となった。手術を勧めたが経過観察を希望され、その後転

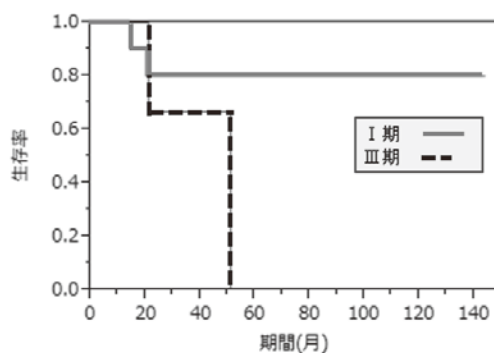


図1 進行期別の生存率 (Kaplan-Meier法)

居のため他院で経過観察されていた。X年12月子宮がん検診で17×14cmの卵巣腫瘍を指摘された。充実性部分を認め、精査加療目的に当院へ紹介となった。MRIでは径7cmの左内膜症性嚢胞および右卵巣には一部に充実性部分を伴う直径17cmの多房性の腫瘍を認めた(図2)。そ

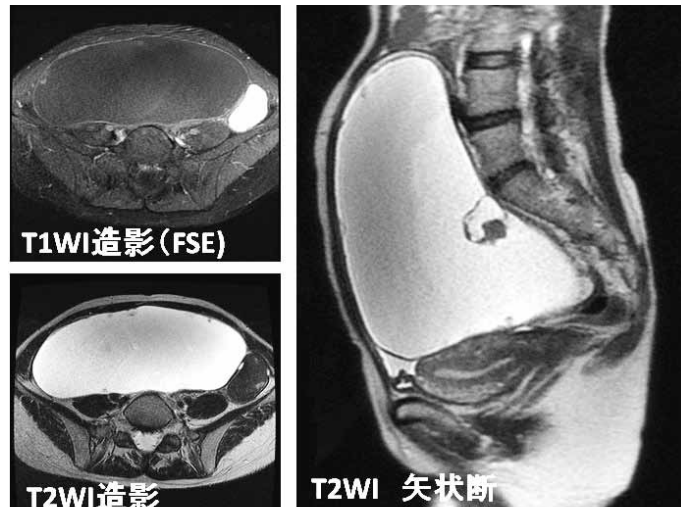


図2 骨盤 MRI所見

骨盤内を占拠する充実部分を伴う直径 17cmの巨大右卵巢囊胞性腫瘍と、直径 7cmの左卵巢内膜症性囊胞を認める。

の後、子宮付属器摘出、骨盤および傍大動脈リンパ節郭清を施行した。摘出リンパ節数は61個であった。摘出標本における病理組織学的診断は右卵巢が粘液性腺癌、左卵巢が内膜症性囊胞であった(図3)。手術進行期はpT1aN0M0であった。患者からのインフォームドコンセントを得たうえで術後補助化学療法としてTC療法を4サイクル施行した。しかし、初回手術後8カ月に全身のリンパ節腫大および血中CA125値の上昇を認めた。頸部リンパ節生検にて粘液性腺癌と診断されたため、卵巢癌からの転移と診断した。SOX療法を3サイクル行ったが効果を認めず、次いでDoceGem療法を5サイクル施行したが効果を認めず、初回治療後15カ月で死亡した(図4)。

考 察

一般に卵巢腫瘍に対する凍結切片を用いた迅速組織診断の正診率は90%以上である¹⁾とされているが、境界悪性腫瘍の術中迅速組織診断の正診率は低く、Pintoら²⁾は79%、Twaalfhovenら³⁾は62%と報告している。なかでも粘液性腫瘍においては迅速組織診断の正診率は66%と低く⁴⁾、術中迅速組織診断と最終組織診断の不一致例の80%は過小評価されている⁴⁾と報告され

た。とくに診断精度が低い粘液性境界悪性腫瘍では迅速診断の正診率は49%に過ぎず、不一致例の9割は過小評価であったとの報告もある⁵⁾。また卵巢腫瘍の大きさが増すにしたがって迅速診断の正診率は低下し、とくに粘液性腫瘍でその傾向が顕著であったとの報告もあるが⁶⁾、当科で経験した症例は腫瘍径による正診率の差はみられなかった。しかしながら、われわれの検討でも最終診断で悪性と診断された12例のうち3例(25%)は過小評価されており、境界悪性腫瘍が術中術後で診断が一致したものは50%のみであった。当科における術中迅速組織診断と最終組織診断が不一致であった5例についても、良性から腺癌へが2例、境界悪性へが1例、境界悪性から腺癌へが1例、逆に腺癌から境界悪性へが1例と診断が修正されており、いずれにおいても卵巢粘液性腫瘍の術中迅速組織診断の難しさが示された。

進行原発性卵巢粘液腺癌での化学療法奏効率は12.5~26%であり⁷⁾、漿液性腺癌の70~80%と比較し低い。また再発卵巢癌は難治性であり、とくに粘液性腺癌では再発後の生存期間は0.57年⁸⁾と非常に予後が悪く、再発後の治療の目的はQOLを維持しながら生存期間の延長

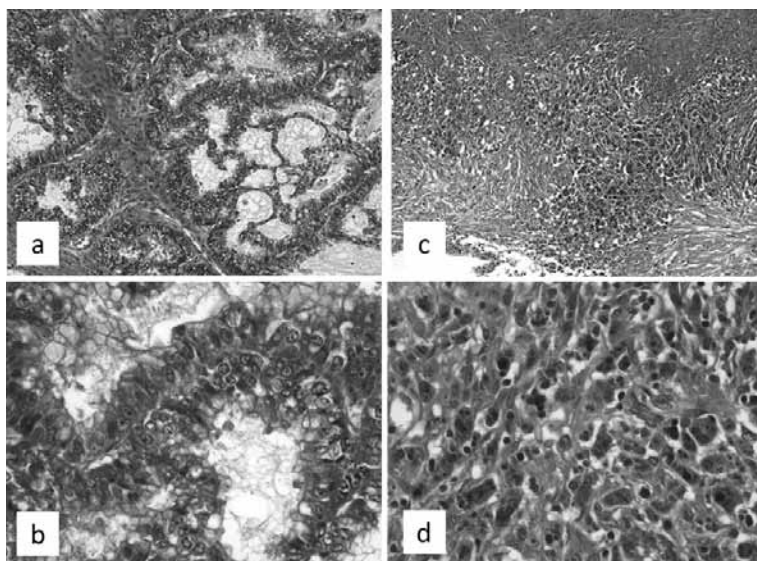


図3 病理所見 (H&E染色) (a,c) $\times 40$ (b,d) $\times 100$

- a, b: 右卵巢, 異型性の強い腫瘍細胞が間質浸潤を伴いながら大小不規則な腺管状増殖を示し, 粘液産生をみる.
c, d: 左卵巢, ヘモジデリンが沈着した肉芽組織がみられる. 悪性所見なし.

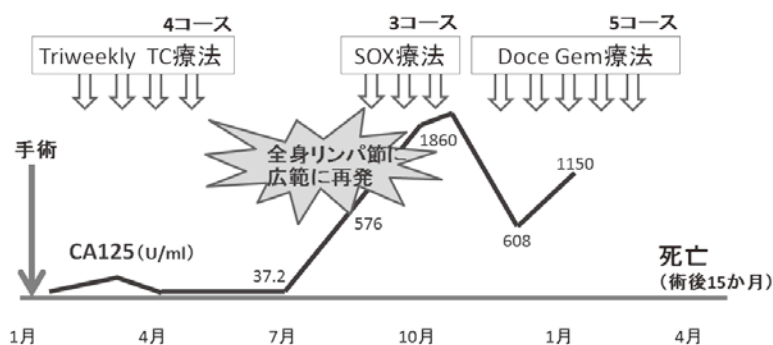


図4 治療経過 (症例 11)

TC: パクリタキセル+カルボプラチン, SOX: TS-1+オキサリプラチン, Doce Gem: ドセタキセル+ゲムシタビン. TC4コース施行後にリンパ節転移が出現し, SOX療法3コース, DoceGem療法5コースを行ったが奏効せず, 術後15カ月で死亡.

をめざすことが目標とされ, 新たな治療法が模索されている. 例えば本邦のKansai Clinical Oncology Groupは2004年に米国臨床腫瘍学会 (ASCO) で難治性・再発卵巢癌患者に対するDoceGem療法の腫瘍制御率は40.6%であったと発表⁹⁾している. 一方で, プラチナ耐性の進行卵巢癌に対してDoxil単剤でも9~25%有効であったという報告もある¹⁰⁾. いずれのレジメンも

毒性が軽度であることから多剤の化学療法治療歴を有する症例にも投与しやすいと考えられ, 無増悪期間の延長が期待されている. また現在進行大腸がんの標準的的化学療法であるオキサリプラチン+フルオロウラシル+ロイコボリン併用療法 (FOLFOX療法) に代わる有力な候補レジメンの1つであるSOX療法を用いて, 卵巢粘液性腺癌を対象に臨床試験が進行中である.

しかし、当科で経験した卵巣粘液性腺癌の再発4症例では、TC、SOX、Doxil単剤いずれの化学療法においても奏効しなかった。

粘液性腺癌の早期例では予後は良好であるとされているが、症例11は術後早期に再発し、再発後は化学療法が無効で早期に死亡した。早期の粘液性腺癌における予後不良例の要因を検討することも必要であろう。

結 語

当科で経験した卵巣粘液性腺癌においては、術中迅速病理組織診断の正診率が低いことと再発後の化学療法の無効性が示された。術後の有効な化学療法のレジメンの確立が望まれる。

参考文献

- 1) Obiakor I, Maiman M, Mittal K, et al. : The accuracy of frozen section in the diagnosis of ovarian neoplasms. *Gynecol Oncol*, 43 : 61-63, 1991.
- 2) Pinto PB, Andrea LA, Derchain SF : Accuracy of intraoperative frozen section diagnosis of ovarian tumors. *Gynecol Oncol*, 81 : 230-232, 2001.
- 3) Twaalfhoven FCM, Peters AAW, Trim-bos JB, et al. : The accuracy of frozen section diagnosis of ovarian tumors. *Gynecol Oncol*, 41 : 189-192, 1991.
- 4) Storms AA, Sukumvavich P, Monaso SE, et al. : Mucinous tumors of the ovary: diagnostic challenges at frozen section and clinical implications. *Gynecol Oncol*, 125 : 75-79, 2012.
- 5) Houck K, Nikrui N, Duska L, et al. : Borderline tumors of the ovary: correlation of frozen and permanent histopathologic diagnosis. *Obstet Gynecol*, 95 : 839-843, 2000.
- 6) Plus L, Heidtman E, Hunter JE, et al. : The accuracy of frozen section by tumor weight for ovarian epithelial neoplasms. *Gynecol Oncol*, 67 : 16-19, 1997.
- 7) 日本婦人科腫瘍学会 (編) : 卵巣がん治療ガイドライン 2010年版. 2010.
- 8) Matsuo K, Nishimura M, Bottsford-Miller JN, et al. : Targeting SRC in mucinous ovarian carcinoma. *Clin Cancer Res*, 17: 5367-5378, 2011.
- 9) 井谷嘉男, 細川健一, 伊藤公彦, 他 : 治療抵抗性・再発卵巣癌に対する化学療法. 産と婦, 43 : 594-600, 2006.
- 10) Ferrandina G, Corrado G, Licameli A, et al. : Pegylated liposomal doxorubicin in the management of ovarian cancer. *Ther Clin Risk Manag*, 6 : 463-483, 2010.

原発性腹膜癌に対するTC療法の有効性に関する検討： stageⅢ-Ⅳ期の卵巣漿液性腺癌との比較

川口 龍二, 松浦 美幸, 重光 愛子, 赤坂 珠理 晃
棚瀬 康仁, 春田 祥治, 金山 清二, 永井 景
吉田 昭三, 古川 直人, 大井 豪一, 小林 浩

奈良県立医科大学産科婦人科学教室

Paclitaxel plus carboplatin chemotherapy for primary peritoneal carcinoma : a comparison with stage III-IV ovarian serous carcinoma

Ryuji KAWAGUCHI, Miyuki MATSUURA, Aiko SHIGEMITSU, Juria AKASAKA
Yasuhito TANASE, Shoji HARUTA, Seiji KANAYAMA, Akira NAGAI
Shozo YOSHIDA, Naoto FURUKAWA, Hidekazu OI and Hiroshi KOBAYASHI

Department of Obstetrics and Gynecology, Nara Medical University

緒 言

原発性腹膜癌（primary peritoneal carcinoma；PPC）は、病理組織学的に卵巣漿液性腺癌（ovarian serous carcinoma；OSC）に類似しているが、その生物学的特性には不明な点が多い。腹膜癌は卵巣表層上皮および大網や横隔膜を含む腹膜中皮を中心に、multifocalに腫瘍を形成する。かつては、serous surface papillary carcinoma（SSPC）papillary serous carcinoma of the peritoneum, normal sized ovary cancer syndrome, extraovarian primary peritoneal carcinoma, extraovarian peritoneal serous papillary carcinoma,

primary peritoneal serous carcinomaなどとも呼ばれてきたが、現在ではいずれも同じ範疇に入る疾患と考えられている。GOGの診断基準（表1）が最も適格に腹膜癌の病態を表現している¹⁾。進行期に関しては、一般的に卵巣癌のFIGO分類を用いて決定される。また治療に関して2010年版の卵巣がん治療ガイドラインでは、新たに腹膜癌が卵巣癌とは区別されて記載されるようになった。ガイドラインによると腹膜癌の治療は卵巣癌と同様に、腫瘍減量術ならびにタキサン+プラチナ製剤による化学療法を組み合わせた集学的治療を行うことが推奨されている。

表1 腹膜癌の診断基準

原発性腹膜癌（PPC）の診断基準（Gynecologic Oncology Group：GOG）

- 1、両側卵巣は正常大、もしくは生理的な軽度の腫大。
- 2、卵巣外の病巣が、卵巣表層の病巣より大きい。
- 3、顕微鏡的に、卵巣病変は以下のいずれかを満たす。
 - a) 卵巣に病変がない
 - b) 卵巣表層上皮に限局し、間質への浸潤がない。
 - c) 卵巣表層上皮および間質に病変があるが、病変は5mmを超えない。
 - d) 卵巣表層病変の有無に関わらず、卵巣実質内病変の径が5mm以内である。
- 4、組織学的に、卵巣原発の漿液性腺癌に類似あるいは同一である。

本邦において、腹膜癌の報告は増加しているが、少数例のケースレポートや症例報告がほとんどで、まとまった治療成績の報告は少ない。そこで、初回化学療法としてpaclitaxel+carboplatin (TC) 療法にて治療を行ったPPCとOSCの治療成績について比較検討を行った。

対象と方法

2002年から2007年までに治療を行ったGOGの診断基準を満たした原発性腹膜癌 (primary peritoneal carcinoma ; PPC) 22例を後方視的に検討した。治療方法は、まず全例に開腹手術を行った。初回手術が試験開腹術で終わった場合、化学療法を数コース行い、奏効した症例には腫瘍減量術を行った。化学療法は、paclitaxel 175mg/m² + carboplatin AUC5 (TC療法) を3~4週ごとに行った。TC療法の効果判定には、Response Evaluation Criteria in Solid Tumors (RECIST) version1.1を用いた。また当該時期に治療を行ったstage Ⅲ/Ⅳ期の卵巣漿液性腺癌 (ovarian serous carcinoma ; OSC) 55例との臨床的背景と治療成績についても比較検討した。生存期間についてはKaplan-Meier法で計算し、Log-rank検定で比較を行った。

結 果

PPC群22例とOSC群55例の臨床的背景を表2に示す。フォローアップ期間の中央値は、PPC群が28.3カ月、OSC群が38.8カ月であった。また両群間に年齢、進行期、performance status、治療前CA125値および治療中・後のCA125の最低値に有意な差は認めなかった。

TC療法のPPCに対する奏効率を表3に示す。測定可能病変をもったPPCの21例のうち、complete responseが得られた症例は8例 (38.1%)、partial responseが5例 (23.8%) で、奏効率は61.9%であった。

腫瘍減量術を行ったタイミングとoptimal surgeryの達成率を表4に示す。PPC群では、初回手術で腫瘍減量術 (primary debulking surgery) を行った症例は1例 (4.5%) に対

表3 TC療法のPPCに対する奏効率

Response	PPC (n=21)
Complete response	8 (38.1%)
Partial response	5 (23.8%)
Stable disease	6 (28.6%)
Progressive disease	2 (9.5%)
response rate : 61.9%	

表2 臨床的背景

	Primary peritoneal Carcinoma (PPC) (n=22)	Ovarian serous carcinoma (OSC) (n=55)	P
Age (years)			
Median (range)	67 (46-75)	58 (45-79)	0.166
Stage, n			
IIIb	1 (4.5%)	2 (3.6%)	0.869
IIIc	17 (77.3%)	36 (65.5%)	
IV	4 (18.2%)	17 (30.9%)	
Performance status, n			
0-1	17 (77.3%)	43 (78.2%)	0.931
2	5 (22.7%)	12 (21.8%)	
Pre-treatment CA125 (U/ml)			
median (range)	638 (104-12,629)	1,777 (82-71,061)	0.099
Nadir of CA125 concentration, n			
≤ 26 (U/ml)	16 (72.7%)	36 (65.5%)	0.945
> 26 (U/ml)	6 (27.3%)	19 (34.5%)	
Median follow-up time, month (range)	28.3 (5.1-82.8)	38.8 (3.9-98.7)	0.062

表4 腫瘍減量術のタイミングとoptimal surgeryの達成率

	Primary peritoneal carcinoma (PPC) (n=22)	Ovarian serous carcinoma (OSC) (n=55)	<i>P</i>
Timing of debulking surgery			
initial	1 (4.5%)	16 (29.1%)	0.077
interval	13 (59.1%)	39 (70.9%)	
not performed	8 (36.4%)	0 (0%)	
Residual tumor, n			
≤ 1cm (optimal)	12 (54.5%)	28 (50.9%)	0.951
> 1cm (suboptimal)	10 (45.5%)	27 (49.1%)	

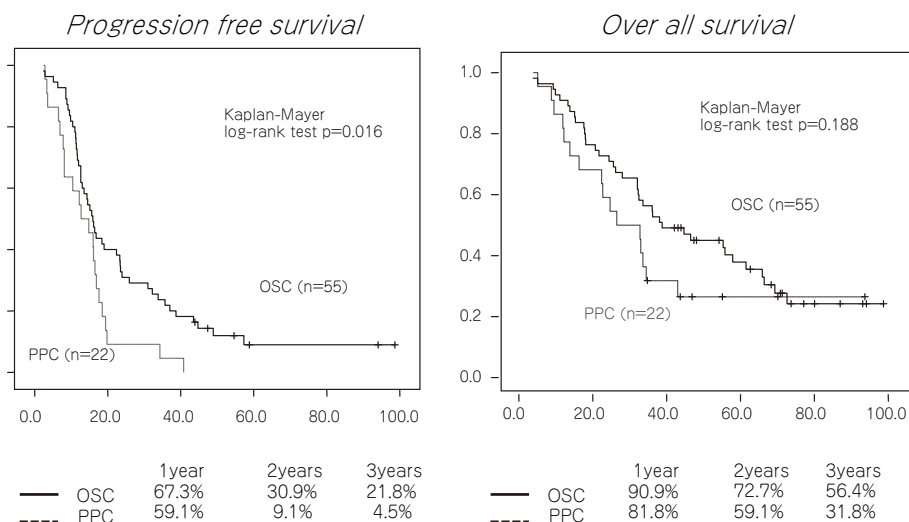


図1 無増悪生存率と全生存率

し、OSC群では16例（29.1%）であった。またinterval debulking surgeryを行った症例は、PPC群では13例（59.1%）、OSC群では39例（70.9%）であった（ $p=0.077$ ）。

PPC群とOSC群の生存率を図1に示す。PPCの無増悪期間の中央値は12.7カ月で、OSCの15.9カ月に比べ、有意に不良であった（ $p=0.016$ ）。しかし、全生存期間の中央値はPPCが26.5カ月、OSCが38カ月で有意な差は認めなかった（ $p=0.188$ ）。

考 察

原発性腹膜癌は、病理組織学的に進行卵巣漿液性腺癌（OSC）に類似していることから、しばしば上皮性卵巣癌と同一の範疇として取り扱われる。また腹膜癌は上皮性卵巣癌および卵管癌とともに、いわゆるミューラー管由来腺癌としてまとめて取り扱われることが多く²⁾その治療方針は原則的に卵巣癌に準じたものである。腹膜癌の多くはFIGO分類、のⅢ期もしくはⅣ期症例であり、多量の腹水貯留のためにPSが低下した症例が多い。そのため、初回手術で上

皮性卵巣癌の基本術式（子宮全摘出術+両側付属器摘出術+大網切除術）を行えない症例も多い。その場合は、初回手術を生検のみとし、化学療法を先行させてから（広義の術前化学療法）、2期的にdebulking surgeryを行うことも多い。今回の検討においても初回手術においてdebulking surgeryを完遂しえた症例1例のみであった。

また原発性腹膜癌に特化したエビデンスは少ないため、現状において化学療法は卵巣癌の化学療法に準じる。2010年卵巣がん治療ガイドラインにおいて、腹膜癌に対する化学療法に対する標準的化学療法はTC療法とされている（グレードC1）。JGOG3016（NOVEL trial）試験において、dose dense TC療法は、腹膜癌において無病生存率のハザード比を40%低下させるという結果が出された³⁾。そのため、腹膜癌に対する化学療法の1つの選択肢として、dose dense TC療法も考慮される。

腹膜癌と卵巣癌の予後の比較に関して、卵巣癌の方が予後良好とする報告⁴⁾、腹膜癌の方が予後良好とする報告⁵⁾、あるいは両者の予後は同等とする報告⁶⁾が存在するなどさまざまである。またプラチナ製剤とタキサン製剤の併用療法の場合、腹膜癌に対する奏効率は卵巣漿液性腺癌と同等であるが、治療開始後6カ月時の耐性率は腹膜癌で有意に高いとする報告もある⁷⁾。今回の検討において、無増悪生存期間は卵巣癌の方が良好であったが、全生存期間に両者で有

意な差は認めなかった。そのため腹膜癌の化学療法として、卵巣癌と同様にTC療法を用いた現在の治療方法は妥当なものと考えられる。

参考文献

- 1) Bloss JD, Liao SY, Buller RE, et al. : Extraovarian peritoneal serous papillary carcinoma: a case-control retrospective comparison to papillary adenocarcinoma of the ovary. *Gynecol Oncol*, 50 : 347-364, 1993.
- 2) NCCN Clinical Practice Guidelines in Oncology : Ovarian Cancer including Fallopian Tube Cancer and Primary Peritoneal Cancer (Version 2. 2009).
- 3) Katsumata N, Yasuda M, Takahashi F, et al. : Dose-dense paclitaxel once a week in combination with carboplatin every 3 weeks for advanced ovarian cancer: a phase 3, open-label, randomised controlled trial. *Lancet*, 374 : 1331-1338, 2009.
- 4) Mills SE, Andersen WA, Fechner RE, et al. : Serous surface papillary carcinoma. A clinicopathologic study of 10 cases and comparison with stage Ⅲ-Ⅳ ovarian serous carcinoma. *Am J Surg Pathol*, 12 : 827-834, 1988.
- 5) Mulholland TJ, Silva EG, Tornos C, et al. : Ovarian involvement by serous surface papillary carcinoma. *Int J Gynecol Pathol*, 13 : 120-126, 1994.
- 6) Dalrymple JC, Bannatyne P, Russell P, et al. : Extraovarian peritoneal serous papillary carcinoma. A clinicopathologic study of 31 cases. *Cancer*, 64 : 110-115, 1989.
- 7) Eisenhauer EL, Sonoda Y, Levine DA, et al. : Platinum resistance and impaired survival in patients with advanced primary peritoneal carcinoma : matched-case comparison with patients with epithelial ovarian carcinoma. *Am J Obstet Gynecol*, 198 : e1-7, 2008.

当院における過去4年間の進行卵巢癌症例の検討

滝 真 奈, 勝 矢 聡 子, 小 林 昌, 宇 田 さ と 子
樋 口 壽 宏

滋賀県立成人病センター婦人科

A clinical evaluation of maximal cytoreductive surgery in advanced ovarian cancer cases

Mana TAKI, Satoko KATSUYA, Masashi KOBAYASHI, Satoko UDA
and Toshihiro HIGUCHI

Department of Gynecology, Shiga Medical Center for Adults

緒 言

卵巢癌の治療において、初回手術における腫瘍の完全摘出の重要性が従来提唱されているが、その一方で手術侵襲軽減の観点から、完全摘出が困難な進行卵巢癌症例に対する術前化学療法の有有用性も近年検討されている。

当施設では、初回手術での腫瘍の完全摘出の達成を目的とした他臓器合併切除を積極的に適用しており、今回当施設で取り扱った進行卵巢癌症例を対象に、他臓器合併切除を含めた腫瘍縮小手術の臨床的意義を検討した。

対象と方法

2008年4月から2011年3月までの4年間に当施設で加療した卵巢癌Ⅲ期およびⅣ期の全20症例を対象とし、臨床進行期・組織型・初回治療・再発の有無・術後合併症について検討した。

当施設では、初回手術時に可能な限り腫瘍の完全摘出を完遂することを目標としている。腹式単純子宮全摘術・両側付属器切除術・骨盤内から腎静脈レベルまでの傍大動脈リンパ節郭清術および横行結腸下大網切除術を基本術式とし、消化管や肝臓等の腹腔内臓器についても必要に応じて腫瘍とともに合併切除を行っている。術中所見により腫瘍の完全摘出の完遂が不可能と判断した場合は試験開腹術にとどめ、組織型確定後化学療法を3クール行い、腫瘍縮小後にinterval debulking surgery (IDS) を行い、完全摘出を目指している。

結 果

2008年から2011年の4年間に当施設で取り扱った卵巢癌症例は48例で、うち20例が今回検討対象としたⅢ・Ⅳ期であった。この20症例の患者背景は年齢が45～80歳（平均59.7歳）で、ⅢB期が3例、ⅢC期が16例、Ⅳ期が1例であった。組織型の内訳では漿液性腺癌が10例と半数を占める結果となった（表1）。

卵巢癌Ⅲ・Ⅳ期20症例の手術内容および手術完遂度を検討すると、初回治療で腫瘍の完全摘出を達成できた症例は10例（50%）で、そのすべてにおいて傍大動脈リンパ節郭清術まで完遂しえた。完全摘出の達成に消化管切除を要した症例が5例、また肝臓や胆のう、横隔膜などの他臓器も合併切除した例は3例で、10例中7例（70%）は他臓器切除を要した結果となった（表2）。初回手術が試験開腹でとどまった症例は10例（50%）で、化学療法施行の後IDSを行った症例はそのうち6例であった。IDSを行

表1 今回対象とした症例の進行期と病理組織型の分布

FIGO stage	n	n	組織型	n
I	26	IA	5	漿液性腺癌 10
		IB	1	
		IC	20	
II	2	IIC	2	
III	19	IIIB	3	
		IIIC	16	粘液性腺癌 1
IV	1		1	明細胞腺癌 4
total		48	48	類内腺癌 2
				未分化腺癌 1
				他 2
				20

った6例すべてで完全摘出を達成しえた。その際消化管切除を必要としたのが4例（66.7%）で、半数以上の結果となった。症状の悪化、治療の中断、転院、高齢が理由でIDSを施行しえなかった症例は4例であった。最終的に完全摘出を達成できた症例は20例中16例（80%）で、またそのうち他臓器合併切除が必要であった症例は16例のうち11例（69%）であった。

次に今回の対象症例の手術完遂度と予後を進行期ごとに検討すると（表3）、再発は初回で完全摘出を完遂した症例では10例中2例（20%）、IDSを施行して完全摘出を達成しえた6例のうち2例（33.3%）で、症例数は少ないが、初回で達成した症例の方が再発率は低いという結果となった。さらに初回手術が試験開腹に終わった10症例では、progressive diseaseに至った3症

例を含めた計5例で悪化の転帰をたどっていた。次に他臓器合併切除により手術侵襲が増悪しているかどうかについて検討した（表4）。手術時間・出血量・輸血量・術後化学療法開始日数・外科的処置が必要となった術後合併症を検討項目とした。表4に示したように、他臓器合併切除例において手術時間および術後化学療法開始日数の延長を認めたが、両群に統計学的有意差は認められなかった。

考 察

卵巣癌進行期症例における腫瘍縮小手術の意義については以前より多くの報告がなされている。組織型等のリスク因子により予後良好とされる残存腫瘍径の基準に多少の幅は認めるものの、総じて完全に腫瘍が摘出できた症例の予後は残存腫瘍を認める症例と比較し、予後が良い

表2 卵巣癌Ⅲ・Ⅳ期症例の手術内容と手術完遂度

初回治療	n	術式	n	+α	n
optimal	10 (50%)	TAH/BSO/PEN/PAN/OMT	10	なし	3
				+ 消化管切除	5
				+ その他臓器切除	3
suboptimal	10 (50%)	IDS→optimal	6	なし	2
				+ 消化管切除	4
		IDS→suboptimal	0		
		IDSせず	4		
total	20		20		

optimal：残存腫瘍径が^a 1cm未満 TAH：Total abdominal hysterectomy
 BSO：Bilateral Salpingo-oophorectomy PEN：Pelvic lymphadenectomy
 PAN：Para-aortic lymphadenectomy OMT：Infracolocolic omentectomy
 IDS：Interval debulking surgery

表3 卵巣癌Ⅲ・Ⅳ期症例の手術完遂度と予後

FIGO stage	n	Optimal	再発	Suboptimal	IDS	IDS(PD)	再発
IIIA	0						
IIIB	3	2		1	0	1	
IIIC	16	7	1	9	6	3(3)	2
IV	1	1	1	0			
Total	20	10	2	10	6		2

optimal：残存腫瘍径が^a 1cm未満
 IDS：Interval Debulking Surgery
 PD：Progressive disease

表4 腫瘍摘出完遂症例の手術における手術侵襲

	他臓器合併切除 あり(11)	他臓器合併切除 なし(5)
手術時間(min)	357.5min	253.8min
出血量(g)	1958.1g	1727.4g
輸血量(RCCのみ)	RCC 3.1単位	RCC 2.8単位
化学療法開始時期(日)	15.3日	10.8日
術後合併症	1例 (肝部分切除例→肝下面膿瘍)	1例 (腸閉塞→小腸切除)

RCC : Red cell concentrates

ことは多数の論文で報告されている¹⁻³⁾。

卵巣癌病変の摘出完遂時期と予後の関連に関して、Luyckxらによると、初回手術時よりもIDSの方が腫瘍の完全摘出を達成できた率は多かったが、初回手術時に腫瘍摘出を完遂できた症例の方が無病生存率が良好であったと報告されている⁴⁾。今回検討とした進行卵巣癌症例では初回手術で50%、IDSを含めると80%の症例で完全摘出を達成可能であった。再発率については、初回達成例で20%、IDSによる達成例で33%であり、初回手術で腫瘍摘出を達成できた症例の方が良好である傾向が認められた。

腫瘍の完全摘出を目指す際、他臓器合併切除の及ぼす手術侵襲性が問題となる。今回腫瘍摘出完遂症例における他臓器合併切除の手術侵襲について検討したところ、消化管やその他の臓器を合併切除することで、手術時間・出血量は増加し、術後化学療法開始日も合併切除群では標準手術群と比較して延長していた。しかしながら、少数例での検討である影響を考慮すべきではあるが、両群の間に統計学的有意差は認めなかった。さらに外科的処置が必要となる合併症については他臓器合併切除群でも明らかな増加は認められなかった。他臓器合併切除の及ぼす手術侵襲に関しては、直腸S状部の合併切除によって縫合不全やそれに伴う膿瘍が3%で合併しているが、骨盤内再発率は低下したと報告されている⁵⁾。今回の検討範囲でも、他臓器合併切除の及ぼす手術侵襲は多少増悪する可能性

はあるものの、腫瘍摘出により予後改善を目指す観点からは許容範囲であると考えられた。

以上より他臓器合併切除を含めた腫瘍の初回完全摘出完遂により、多少の手術侵襲増悪への注意は必要ではあるものの、進行卵巣癌症例の予後が改善する可能性が示唆された。今後さらなる症例を集積し、検討していく必要がある。

参考文献

- 1) Chang SJ, Bristow RE, Ryu HS : Impact of complete cytoreduction leaving no gross residual disease associated with radical cytoreductive surgical procedures on survival in advanced ovarian cancer. *Ann Surg Oncol*, 19 : 4059-4067, 2012.
- 2) Winter WE 3rd, Maxwell GL, Tian C, et al. : Tumor residual after surgical cytoreduction in prediction of clinical outcome in stage IV epithelial ovarian cancer: a Gynecologic Oncology Group Study. *J Clin Oncol*, 26 : 83-89, 2008.
- 3) Tentes AA, Mirelis CG, Markakidis SK, et al. : Long-term survival in advanced ovarian carcinoma following cytoreductive surgery with standard peritonectomy procedures. *Int J Gynecol Cancer*, 16 : 490-495, 2006.
- 4) Luyckx M, Leblanc E, Filleron T, et al. : Maximal cytoreduction in patients with FIGO stage IIIc to stage IV ovarian, fallopian, and peritoneal cancer in day-to-day practice: a Retrospective French Multicentric Study. *Int J Gynecol Cancer*, 22 : 1337-1343, 2012.
- 5) Peiretti M, Bristow RE, Zapardiel I, et al. : Rectosigmoid resection at the time of primary cytoreduction for advanced ovarian cancer. A multi-center analysis of surgical and oncological outcomes. *Gynecol Oncol*, 126 : 220-223, 2012.

晩期再発をきたした上皮性卵巣癌の2例

林 香里¹⁾, 高橋 良樹¹⁾, 濱田 新七²⁾, 鈴木 彩子¹⁾
岡田 由貴子¹⁾, 久保 卓郎¹⁾, 柳橋 健³⁾, 七里 泰正⁴⁾

1) 大津市民病院産婦人科

2) 同・病理診断科

3) 同・外科

4) 同・泌尿器科

Late relapse of epithelial ovarian cancer : a clinicopathological study in two cases

Kaori HAYASHI¹⁾, Yoshiki TAKAHASHI¹⁾, Shinshichi HAMADA²⁾, Ayako SUZUKI¹⁾
Yukiko OKADA¹⁾, Takuro KUBO¹⁾, Ken YANAGIBASHI³⁾ and Yasumasa SHICHIRI⁴⁾

1) Department of Obstetrics and Gynecology, Otsu Municipal Hospital

2) Department Pathology, Otsu Municipal Hospital

3) Department Surgery, Otsu Municipal Hospital

4) Department Urology, Otsu Municipal Hospital

緒 言

初回治療開始後5年以上の臨床的無病期間を経て悪性腫瘍が再発する場合、癌の晩期再発とされている。上皮性卵巣癌の再発時期は初回治療開始後2年以内が多く、FIGOの報告でも進行した上皮性卵巣癌では55%が2年以内に再発するとされている¹⁾。しかし、上皮性卵巣癌の晩期再発は非常にめずらしく臨床報告例も少ない²⁾。今回、われわれは初回治療後13年目と6年目に再発・転移した上皮性卵巣癌の2症例を経験したので臨床病理学的検討を行った。

症例 1

77歳2経妊1経産で、40歳代で子宮筋腫にて単純子宮全摘出術が施行された。13年前に上皮性卵巣癌に対し両側卵巣卵管摘出、大網切除、傍大動脈・骨盤リンパ節郭清術を施行され、類内膜腺癌pT3c N0 M0 stage IIIcと診断された。術後にTC療法を6クール施行、その後再発徴候を認めていなかった。今回、卵巣癌の初回治療から13年目に肛門出血・腹部違和感を認めたため下部消化管内視鏡検査が行われ、横行結腸とS状結腸に癌腫瘍を指摘された。腫瘍マーカーはCA125とCA19-9が上昇したがCEAの上昇は

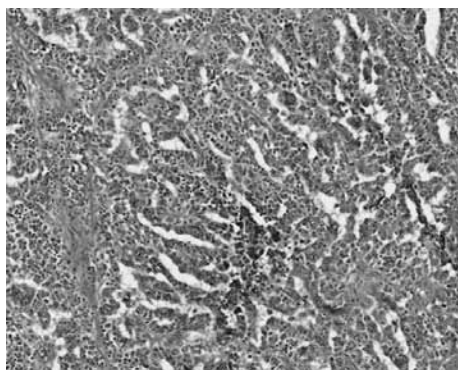
なく、生検で卵巣類内膜腺癌の転移が疑われた。病変が限局していたため右半結腸切除+S状結腸切除術を施行され、腫瘍は肉眼的に完全摘出された。

病理組織像では大腸粘膜筋板の下層に腺癌組織がみられ、13年前の卵巣癌組織と比較してみると非常に類似していた(図1)。免疫染色ではCK-20陰性、CK-7陽性であり(図2)、非原発性大腸癌で卵巣類内膜腺癌の再発と病理診断された。術後TC療法6サイクル施行し、完全寛解状態となっている。

症例 2

57歳の3経妊2経産で、6年前に上皮性卵巣癌に対し単純子宮全摘、両側卵巣卵管切除、大網切除、傍大動脈・骨盤リンパ節郭清術が施行され、明細胞癌pT2b N0 M0, stage IIbと診断され、術後にTC療法6クール施行した。その後5年間再発徴候認めていなかったが、初回治療後6年目に性器出血にて当科を受診した。造影CTにて陰断端直上に3cm大の腫瘍を認め、生検にて明細胞癌の再発と病理診断された。卵巣癌の再発・転移であるが、病変は1カ所に限局していたが膀胱・S状結腸浸潤が疑われたため、骨盤

結腸癌



卵巣癌：類内膜腺癌

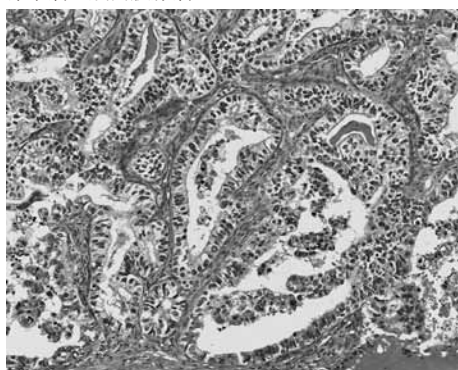
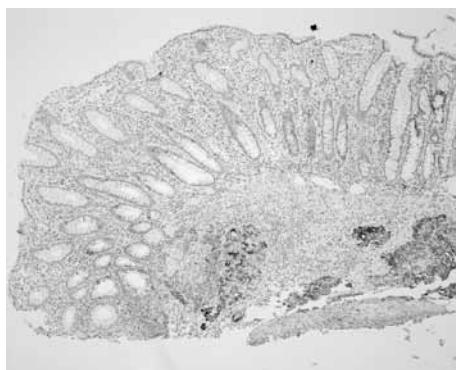


図1 結腸癌組織と13年前の卵巣癌組織像

CK-7 (+)



CK-20 (—)



図2 結腸癌組織の CK-7, CK-20免疫染色

内臓全摘術施行された。摘出標本の病理所見では、腫瘍は一層の異型上皮からなる大小多数の嚢胞により形成されており、6年前の卵巣癌の部分像と類似した明細胞癌であった(図3)。術後TC療法が3クール施行され、現在、無病生存している。

考 察

上皮性卵巣癌は初回治療には比較的良好に奏効するが、半数以上の症例は再発する。再発の時期は初回治療から2年以内が多く、Ⅲ・Ⅳ期の進行卵巣癌では2年以内に55%、5年以内に70%以上が再発する。5年以上の無病生存を経て再発する晩期再発は非常に少なく、「卵巣がん治療ガイドライン2010年版」においても上皮性卵巣癌の晩期再発については触れられていない³⁾。

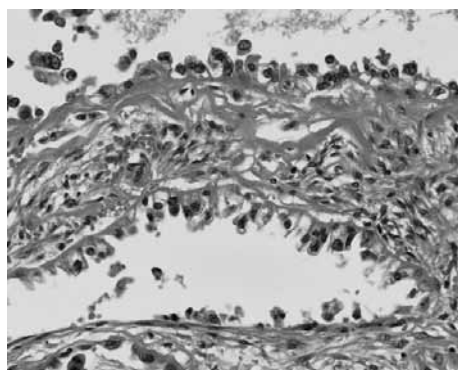
上皮性卵巣癌の晩期再発の臨床報告も非常に少なく、散発的に症例報告がみられる程度である²⁾。晩期再発に関する系統的な臨床研究は、

われわれが知る限りにおいては1つの報告しかない。Bamiasらは上皮性卵巣癌の晩期再発についての臨床病学的検討を行っている。上皮性卵巣癌203例中6例(3.0%)が5年以上の無病生存期間を経て再発したが、6例中5例は類内膜癌もしくは明細胞癌であり、残りの1例は分類不能の腺癌であった。さらに晩期再発卵巣癌の治療においては、化学療法に対する反応が非常に良かったと報告している⁴⁾。

当院では上皮性卵巣癌の晩期再発例の頻度は2/77例(2.6%)であり、Bamiasらの報告と同程度であった(表1)。さらに、組織型においてもわれわれの症例が類内膜癌と明細胞癌であったことも彼らの報告と一致する。上皮性卵巣癌の晩期再発例は類内膜癌と明細胞癌に多く、その頻度は2.0～3.0%程度と推察される。

Kurmanらは、low-gradeの漿液性腺癌、粘液性腺癌、類内膜癌、明細胞癌はType Iの上

結腸癌



卵巣癌：明細胞癌

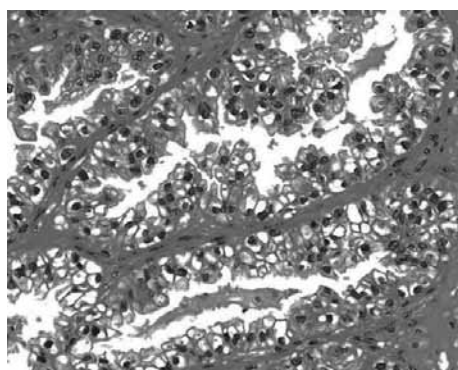


図3 結腸癌組織と6年前の卵巣癌組織

皮性卵巣癌でKRAS, BRAF, PTENなどの遺伝子変異があり、臨床的にはslow growingな経過をとる場合が多いと報告している。われわれが経験した晩期再発の卵巣癌が、明細胞癌と類内膜癌で予後良好な経過をたどっていることはKurmanらの説を支持するものであった。

再発卵巣癌の治療は化学療法が主体となり、初回化学療法終了後から再発までの期間(disease-free interval; DFI)と再発癌に対する化学療法の奏効率が相関することが知られている。DFIが6カ月以上では初回化学療法の抗がん剤が奏効する場合が多いが、再発卵巣癌に対する化学療法の奏効期間は初回化学療法を超えることはないとされている³⁾。したがって、再発卵巣癌の治療においても化学療法の効果には限界があり、手術などの治療の併用が求められる。われわれが経験した2例の晩期再発卵巣癌においては孤立性の限局した再発・転移

表1 当院での上皮性卵巣癌 77例の再発時期と組織型

	2年以内の再発	5年目以降の再発
	30/77(39.0%)	2/77(2.6%)
I/II期	3/37 (8.1%)	1/37 (2.7%)
明細胞癌 15	明細胞癌 1	明細胞癌 1
漿液腺癌 11	漿液腺癌 1	
粘液腺癌 2	粘液腺癌 1	
類内膜腺癌 8		
移行上皮癌 1		
III/IV期	27/40 (67.5%)	1/40 (2.5%)
漿液腺癌 24	漿液腺癌 17	類内膜癌 1
明細胞癌 4	明細胞癌 4	
類内膜癌 8	類内膜癌 2	
その他 4	その他 4	

表2 上皮性卵巣癌の晩期再発

1. 上皮性卵巣癌が5年以上の無病生存を経て晩期再発する頻度は2.0～3.0%と推察される。
2. 上皮性卵巣癌の晩期再発は孤立性の転移が多く、手術で摘出可能な場合もある。さらに、化学療法が奏効する可能性がある。
3. 上皮性卵巣癌の晩期再発は明細胞癌と類内膜癌が多い。

病巣であり、手術が治療の主体となったが術後にTC療法を追加した。完全摘出にもかかわらず術後化学療法を追加・補充療法として行う必要があるかについては議論があるところである。DFIが長い場合、化学療法が奏効することが確認されているので、術後に補充療法としてTC療法を行った。

結 語

上皮性卵巣癌の晩期再発は少なく、初回治療から5年以上の無病生存期間を経て晩期に再発したのは、当科の症例では77例中2例(2.6%)であった。晩期再発2例はIIb期明細胞癌とIIIc期類内膜腺癌であり、晩期再発してくる上皮性卵巣癌は明細胞癌と類内膜癌に多い可能性が示唆された。いずれも手術で完全摘出が可能な限局性孤立性病巣であった。術後に補充化学療法を追加し、完全寛解状態となった(表2)。

参考文献

- 1) Heintz AP, Odicino F, Maisonneuve P, et al.: FIGO 6th Annual Report on the Results of Treatment in Gynecological Cancer. *Int J Gynaecol Ob-*

- stet*, : S161-192, 2006.
- 2) Testelmans D, Van Raemdonck D, Amant F, et al. : Late recurrence ovarian carcinoma metastatic to the thoracic wall. *Acta Clin Belg*, 65 : 354-356, 2010.
 - 3) 日本婦人科腫瘍学会 (編) : 卵巣がん治療ガイドライン 2010年版 2010. p82-83, 金原出版, 東京, 2010.
 - 4) Bamias A, Efsthathiounas E, Vassilakopoulou M, et al. : Late relapse of epithelial ovarian cancer : a single institution experience. *Eur J Gynaecol Oncol*, 26 : 439-442, 2005.
 - 5) Kurman RJ, Visvanathan K, Roden R, et al. : Early detection and treatment of ovarian cancer : Shifting from early stage to minimal volume of disease based on a new model of carcinogenesis. *Am J Obstet Gynecol*, 198 : 351-356, 2008.

ベバシズマブ単剤投与中に増悪し、その後 パクリタキセル・カルボプラチンが奏効した腹膜癌の1例

荻野 美智, 村上 寛子, 山西 恵, 江本 郁子
藤井 剛

社会福祉法人 京都社会事業財団 京都桂病院産婦人科

A case of peritoneal cancer that paclitaxel-carboplatin was effected after administration of bevacizumab

Misato OGINO, Hiroko MURAKAMI, Megumi YAMANISHI, Ikuko EMOTO
and Tsuyoshi FUJII

Department of Obstetrics and Gynecology, Kyoto Katsura Hospital

概 要

近年、癌腫の治療として分子標的薬が広く使用されつつあり、婦人科癌でも卵巣癌・腹膜癌に対しての使用が検討されている。今回われわれは腹膜に由来すると考えられる漿液性腺癌に対しベバシズマブ単剤投与にて増悪、その後パクリタキセル、カルボプラチン投与により改善がみられた1例を経験したので報告する。症例は当科初診時70歳代の1経妊1経産。感冒様症状をきっかけに当院受診、癌性胸膜炎と診断、呼吸器科でカルボプラチン、ペメトレキセド、ベバシズマブ投与を4カ月間施行された。その後ベバシズマブ単剤投与による維持化学療法を施行した。単剤投与への変更後4カ月で再度腫瘍マーカーの上昇、それに続く癌性腹膜炎症状がみられたため、単剤投与開始後11カ月目に当科にて開腹術を施行した。腹部全体に播種病変を認め、病理診断より漿液性腺癌であることを確認した。以後パクリタキセル、カルボプラチンの投与を開始したところ癌性腹膜炎の著明な改善を認めている。ベバシズマブによる維持化学療法後であってもプラチナ製剤投与後6カ月以上であれば、再度プラチナ製剤に感受性がある可能性があると考えられた。

キーワード：腹膜癌，漿液性腺癌，分子標的薬

緒 言

近年、癌腫の治療に分子標的薬が広く使用されつつあり、血管内皮細胞増殖因子（VEGF）阻害剤であるベバシズマブは大腸癌、肺癌の治療に、HER2阻害剤であるトラスツズマブは乳癌の治療に用いられている。婦人科領域では卵巣癌、腹膜癌の治療に分子標的薬の使用が検討され、海外で臨床試験が行われているが、現在本邦では婦人科癌への使用は保険診療外とされ、国内の使用の報告はまだ少ない。今回われわれは当初胸腔由来の癌と考えられ、分子標的薬ベバシズマブによる治療が施行された腹膜癌の症例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

症 例

70歳代、1経妊1経産。既往歴、家族歴に特記すべきことなし。X年8月感冒様症状があり当院呼吸器内科受診。単純胸部レントゲンにて胸水貯留あり。胸部CTにて胸水は認めるものの肺野に腫瘍性変化などの異常所見を認めなかった。腹部は腹水なく、異常所見を認めなかった。胸腔穿刺を施行、胸水細胞診にて腺癌細胞がみられた。

原発不明の肺腺癌の診断にて、X年9月より12月までカルボプラチン、ペメトレキセド、ベバシズマブ併用療法を3週ごと投与、計6コース施行。その後胸水は消失、寛解となり、X+1年

1月からは維持化学療法としてベバシズマブ単剤3週間ごと投与を計7コース施行した。X年12月より収縮期血圧が150mmHgを超えるようになり降圧剤を使用。これまで血圧異常を指摘されたことはなく、ベバシズマブによる副作用と考えられた。

X+1年5月ごろより腫瘍マーカーの上昇、さらにX+1年11月にはCTにて著明な腹水貯留を認めるようになった(図1)。癌性腹膜炎の所見が顕著となってきたため、当科転科後開腹術を施行。癌性腹膜炎により腸管の癒着強く、卵巣の確認が困難であった。大網の一部を生検してカルボプラチンを腹腔内に散布し手術を終了した。摘出標本より漿液性腺癌を確認した。卵巣の病理組織学的検討を行うことができなかったが、画像所見と漿液性腺癌であることを考え臨床的に腹膜癌と診断した。

術後よりdose denseパクリタキセル、カルボプラチン療法(dose dense TC療法)を開始した。2コース目カルボプラチン投与時にアレルギーによる血圧低下を認めたため、以後パクリタキセルのみの投与にて、計6コースの投与を終了した。X+2年7月骨盤MRI施行にて癌性腹膜炎の悪化を認めず、またCA125も正常上限以下を維持し経過良好である。ベバシズマブ投与終了後8カ月となるX+2年4月に高血圧はみられなくなり、降圧剤使用を中止した。

考 察

ベバシズマブは、現在大腸癌、がん治療に用いられる分子標的薬である。血管内皮細胞増殖因子VEGFの働きを阻害し、腫瘍の増殖や転移を抑制すると考えられている。大腸癌では、既存の化学療法にベバシズマブを組み合わせることにより生存期間を大幅に延長することが知られている。また呼吸器領域の腺細胞癌でも大腸癌と同様にベバシズマブを加えたレジメンが第一選択となっている。一方で出血、消化管穿孔、血圧上昇などの副作用が多く報告されている。なかでも消化管穿孔は最も注意すべき副作用である。

婦人科領域においてもベバシズマブの使用が検討されている。Burgerらは再発卵巣癌、腹膜癌にベバシズマブ単剤投与を行い、奏効率が21%であったことを報告している¹⁾。その後GOGのランダム化比較試験(GOG218試験)が行われた²⁾。この臨床研究では1つの対照群と2つの試験群の3群で実施された。対照群にはカルボプラチンとパクリタキセルによる一次治療に続き、プラセボが投与された。一方の試験群では化学療法およびベバシズマブによる一次療法に続き、プラセボが投与された。他方の試験群では同様の化学療法およびベバシズマブによる一次療法に続き、長期にわたるベバシズマブに単剤による治療が行われた。これら3群のうちベバシズマブ投与を長期間受けた患者の無

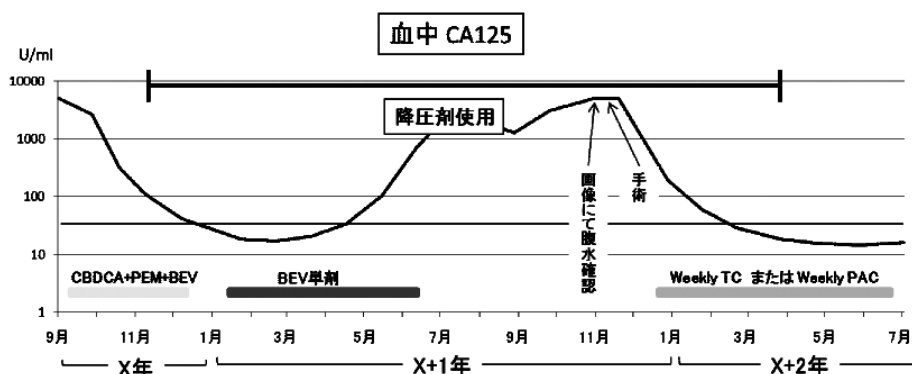


図1

増悪生存期間が最も長く、中央値は約14カ月であった。これは化学療法のみを受けた患者の無増悪生存期間より4カ月近く、またベバシズマブを短期投与された患者より3カ月近く長かった。このGOGの試験の後、従来の化学療法にベバシズマブを併用し、その後にベバシズマブ単剤で維持療法を行う方法が卵巣癌・腹膜癌の他、大腸癌、肺癌でも広く試みられている。

今回われわれの症例では、初回にカルボプラチンを含む化学療法は奏効したものの、その後ベバシズマブ維持化学療法中に腫瘍マーカーの上昇がみられ、その後癌性腹膜炎の所見が顕著となった。カルボプラチン投与後11カ月、ベバシズマブ投与後6カ月の時点でTC療法を施行し、再度寛解が得られた。ベバシズマブによると考えられる高血圧がみられたため降圧剤の使用が

必要となったが、ベバシズマブ投与終了後9カ月で自然軽快した。また消化管穿孔などの重篤な副作用は経過中認めなかった。

ベバシズマブによる維持化学療法後であっても、プラチナ製剤投与後6カ月以上であれば再度プラチナ製剤にsensitiveである可能性があり、ベバシズマブによる維持化学療法中も慎重に経過観察を行う必要があると考えられた。

参考文献

- 1) Burger RA, Sill MW, Monk BJ, et al. : Phase II trial of bevacuzumab in persistent or recurrent epithelial ovarian cancer or primary peritoneal cancer. a Gynecologic Oncology Group Study. *J Clin Oncol*, 25 : 5165-5171, 2007.
- 2) Burger RA, Brady MF, Bookman MA, et al. : Incorporation of bevacizumab in the primary treatment of ovarian cancer. *N Engl J Med*, 365 : 2473-2483, 2011.

進行卵巣癌 NAC前の診断における腹腔鏡下手術の有用性について

田中良道, 寺井義人, 寺田信一, 小西博巳
丸岡寛, 斎藤奈津穂, 福田真実子, 川口浩史
比嘉涼子, 中村路彦, 高井雅聡, 藤原聡枝
兪史夏, 田中智人, 恒遠啓示, 金村昌徳
大道正英

大阪医科大学産婦人科学

The usefulness of laparoscopic surgery in diagnosis of advanced ovarian cancer before NAC (neo-adjuvant-chemotherapy)

Yoshimichi TANAKA, Yoshito TERAII, Shinichi TERADA, Hiromi KONISHI
Hiroshi MARUOKA, Natsuho SAITO, Mamiko FUKUDA, Hiroshi, KAWAGUCHI
Ryoko HIGA, Michihiko NAKAMURA, Masaaki TAKAI, Satoe FUJIWARA
Saha YOO, Tomohito TANAKA, Satoshi TSUNETO, Masanori KANEMURA
and Masahide OHMICHII

Department of Obstetrics and Gynecology, Osaka Medical College

緒言

初回手術時に完全摘出が困難と予想される進行卵巣癌・腹膜癌症例に対する術前化学療法（NAC；neo-adjuvant-chemotherapy）開始前には正確な診断が求められるため、画像、腹水細胞診、腫瘍マーカー等の精査後組織診が行われる。しかし、転移性卵巣腫瘍の画像診断の難しさや、腹水細胞診は必ずしも陽性とならないことから診断に苦慮する症例も存在する。また試験開腹術による侵襲のため治療開始の遅れも危惧される。このような背景からわれわれは以前より腹腔鏡下生検を行ってきた。今回この腹腔鏡下生検の有用性を検討した。

対象と方法

画像上進行卵巣癌・腹膜癌が疑われ、生検手術を施行した22例（腹腔鏡群15例、試験開腹群7例）を対象とし、組織型、腹水細胞診、手術時間、出血量（輸血量）、治療開始までの日数を解析した。

結果

表1に腹腔鏡群/試験開腹群の成績を示す。平均手術時間 94.7 ± 24.2 分/ 134.2 ± 12.7 分（ $p < 0.05$ ）、平均出血量 47.3 ± 34.8 ml/ 435 ± 731 ml（ $p = 0.10$ ）、輸血例0例/3例（ $p < 0.05$ ）、術後化学療法施行までの日数 9.2 ± 1.8 日/ 13 ± 3.8 日（ $p < 0.05$ ）であり、腹腔鏡群で良好な成績が得られた。続いて術前細胞診の結果を表2に示す。全22例中7例（31.8%）は術前細胞診陰性（5例）あるいは疑陽性（2例）であり、細胞診単独で

表1 結果1

	腹腔鏡群 (n=15)	開腹群 (n=7)	P value
手術時間 (分)	94.7 (50-110)	134.2 (125-155)	<0.05
出血量 (ml)	47.3(10-90)	435 (20-2060)	0.10
輸血量 (ml)	0 (0例)	342.9 (3例)	NS
化学療法までの 日数 (日)	9.2(6-13)	13 (8-20)	<0.05

表2 結果2

組織型	N	陽性(%)	陰性	判定困難
Serous adenocarcinoma	15	11 (73.3)	2	2
Endometrioid adenocarcinoma	3	2 (66.7)	1	0
Mucinous adenocarcinoma	1	0 (0.0)	1	0
Poorly differentiated adenocarcinoma	2	2 (100.0)	0	0
Metastatic cancer	1	0(0.0)	1	0

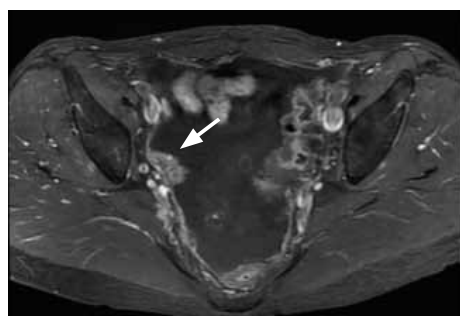


図1 MRI画像
T1脂肪抑制 造影 水平断

の悪性の診断は困難であった。また腹腔鏡群の1例は腹腔鏡下生検術により虫垂癌の卵巣転移であることが判明し、適切な治療を選択できた。本症例を提示する。症例は69歳、4回経妊2回経産。既往歴として高血圧、42歳時に子宮筋腫のため子宮摘出があった。腹部膨満感を主訴に内科を受診したところ多量の腹水が認められた。腫瘍マーカーはCEA12.1ng/ml, CA19-9 380.1 U/ml, SCC0.5ng/ml, CA125 116.3ng/mlであった。上・下部消化管内視鏡検査でも異常がみられなかったことから腹膜癌（SSPC）が疑われ当科紹介受診となった。骨盤MRI画像（図1）で多量腹水と腹膜の肥厚（矢印）がみられた。術前腹水細胞診は陰性であった。腹腔鏡下手術を行ったところ腫大した虫垂（矢印）や腹膜播種病巣がみられ、虫垂癌の卵巣転移であることが判明した（図2）。手術時間2時間00分、出血量350mlであった。術後病理組織検査で虫垂に粘液性腺癌がみられ、虫垂癌stage IVと診断した（図3）。治療開始前の生検術の必要性を再認識させられる症例であった。

考 察

初回手術時に完全摘出が困難と予想される進行卵巣癌・腹膜癌症例に対してはNAC（neo-adjuvant-chemotherapy）が考慮される。2010年のVergoteらの報告¹⁾ではNAC+IDS（interval debulking surgery）群とPDS（primary debulking surgery）群で予後に差がみられず、またIDS時の合併症が軽減される可能性が示唆されたことから、今後初回治療の選択肢として定着することが予想される。NAC開始前の正確な診断のためには組織診が必要であるが、試験開腹術は侵襲が強いため治療開始の遅れも危惧される。その一方で、近年腹腔鏡手術が急速に広まり、その有用性についての報告が散見される。進行卵巣癌における腹腔鏡下手術については、2006年にDeffieuxらが、初回手術時に可及的摘出が可能かどうかを腹腔鏡下手術で見極めることでoptimal surgery率が上がりQOLに寄与すると報告している²⁾。また2010年にFagottiらはIDSにおける可及的摘出可能性の判断に腹腔鏡下手術でのスコアリングが有用であると報告している³⁾。当科の検討でも腹腔鏡下生検群は、試験開腹群と比較し手術時間、出血量、化学療法開始までの日数で優れており、腹腔鏡下生検は有用であると考えられた。

また低侵襲だけでなく正確な診断という観点からも腹腔鏡下生検は重要である。2003年にSeidmanらは卵巣粘液性腺癌のうち転移性が約77%を占めており、転移性卵巣腫瘍の可能性を念頭に置いた管理の必要性を述べている⁴⁾。さらに2004年にFadareらは進行卵巣癌においても約21%は腹水細胞診が陰性であり、細胞診単独での診断の困難さを指摘している⁵⁾。実際当科の検討でも約3割の症例で細胞診が陰性であった。このような症例で適切な診断を下すためにはやはり組織診が必須と思われる。今回提示した症例は術前腹膜癌が疑われていたが、腹腔鏡下手術による観察と組織診断で虫垂癌であることが判明した。こうした症例を見逃さないた

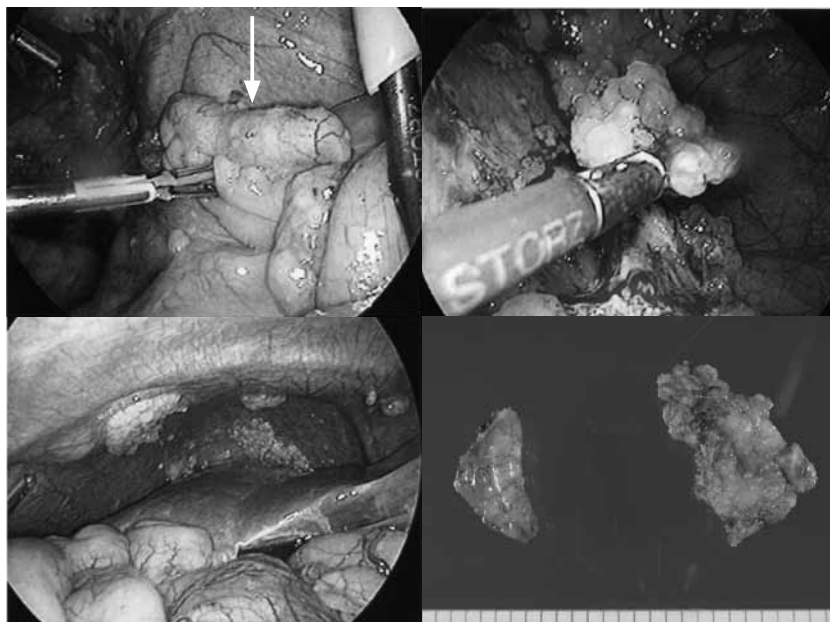
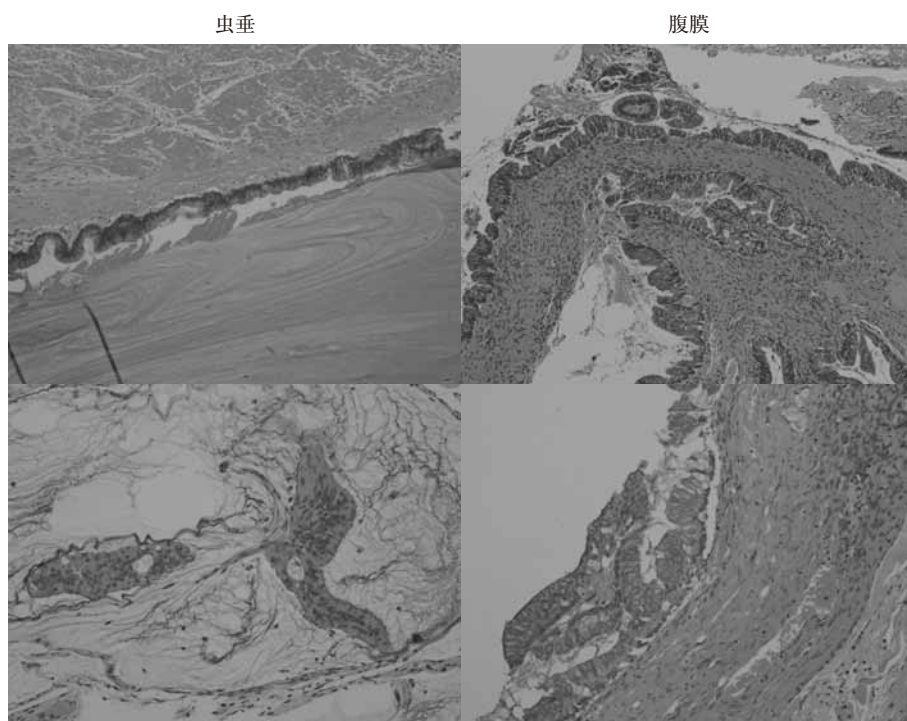


図2 手術所見



虫垂原発 粘液性腺癌の腹膜転移
⇒虫垂癌 mucinous cystadenocarcinoma stageIV

図3 病理組織所見

めにも可能な限りの生検が必要であると思われる。

結 語

進行した症例でも腹水細胞診陰性が約3割含まれる。粘液性腺癌や転移性卵巣腫瘍など診断が困難な症例も存在し、治療開始前の組織診は必須である。その際、正確な診断、低侵襲で術後速やかな化学療法開始という観点から腹腔鏡下生検は有用である。

参考文献

- 1) Vergote I, Trope CG, Amant F, et al. : Neoadjuvant chemotherapy or primary surgery in stage IIIC or IV ovarian cancer. *N Engl J Med*, 363 : 943-953, 2010.
- 2) Deffieux X, Castaigne D, Pomel C : Role of laparoscopy to evaluate candidates for complete cytoreduction in advanced stages of epithelial ovarian cancer. *Int J Gynaecol Cancer*, 16 : 35-40, 2006.
- 3) Fagotti A, Fanfani F, Vizzielli G, et al. : Should laparoscopy be included in the work-up of advanced ovarian cancer patients attempting interval debulking surgery? *Gynecol Oncol*, 116 : 72-77, 2010.
- 4) Seidman JD, Kurman RJ, Ronnett BM : Primary and metastatic mucinous adenocarcinomas in the ovaries: incidence in routine practice with a new approach to improve intraoperative diagnosis. *Am J Surg Pathol*, 27 : 985-993, 2003.
- 5) Fadare O, Mariappan MR, Wang S, et al. : The histologic subtype of ovarian tumors affects the detection rate by pelvic washings. *Cancer*, 102 : 150-156, 2004.

卵巣がんに対する術前化学療法 自験例の検討

工藤 貴子, 西村 貞子, 西沢 美奈子, 北田 紘平
徳山 治, 深山 雅人, 出口 昌昭, 川村 直樹

大阪市立総合医療センター産婦人科

Neoadjuvant chemotherapy in advanced ovarian cancer; review of our cases

Takako KUDO, Sadako NISHIMURA, Minako NISHIZAWA, Kohei KITADA
Osamu TOKUYAMA, Masato MIYAMA, Masaaki DEGUCHI and Naoki KAWAMURA

Department of Obstetrics and Gynecology, Osaka City General Hospital

はじめに

進行卵巣がんに対する術前化学療法（neoadjuvant chemotherapy；以下NAC）は、奏効すれば腫瘍の完全摘出、手術侵襲および周術期合併症の軽減を期待できるが、奏効しなければ腫瘍減量の機会を失ってしまうというデメリットがある。NACが真にPFS、OSの改善につながるかどうかについては、複数のランダム化試験の結果が待たれるところであり、2010年版の日本婦人科腫瘍学会卵巣がん治療ガイドラインでも「NACはprimary debulking surgery（以下PDS）が不可能と予測される症例にのみ推奨される（グレードC1）」とされている。しかし、実際に術前検査の段階で腫瘍の完全摘出が可能かどうかを正確に予測することは難しく、患者の全身状態や開腹時所見より、やむを得ず生検に終わった症例を対象にNACを行っているというのが現状である。

今回、自験例について後方視的に検討した。

対 象

2004年から2011年に当院で治療を行った卵巣癌Ⅲ・Ⅳ期症例100例を対象とした。

結 果

初回治療の内訳を表1に示す。手術を行わずに化学療法を選択したのは7例で、適応は胸水貯留、肺塞栓等performance status不良であったものが3例、術前検査で腫瘍の完全摘出が困難と判断されたものが2例、他院で生検を施行

したもの、臨床試験に登録したものが1例ずつであった。PDSを試みた93例中最大残存腫瘍径1cm未満とするoptimal surgeryを行えたものは36例（39%）であった。Suboptimal surgeryとなった57例中生検のみに終わった15例は、結果的に化学療法を先行することとなったため、治療成績についてはこれらを合わせてNAC/Biopsy群（以下NAC群と表記）として検討した。

各治療群の患者年齢、組織型を表2に示す。NAC群の年齢の中央値は63歳で、他の2群よりも有意に高齢であった（ $p=0.003$ ）。組織型の内訳は3群間で有意差を認めなかったものの、suboptimal群、NAC群で未分化癌の割合が高い傾向がみられた。

Suboptimal群、NAC群の化学療法後の治療内容を図1に示す。Interval debulking surgery（以下IDS）を施行した割合は、suboptimal群24%（10/42例）、NAC群82%（18/22例）とNAC群で有意に高かったが、optimal surgery

表1 初回治療の内訳

	n	n	n
PDS	93	Optimal	36
		57	腫瘍減量 42
			生検のみ 15
NAC	7		

→ NAC群とする

表2 治療群別にみた患者年齢・組織型の内訳

	Optimal (n=36)		Suboptimal (n=42)		NAC (n=22)		
Age							
median	50		58		63		P=0.003
range	28-80		38-84		46-77		
Histology	No.	%	No.	%	No.	%	
serous	16	44	22	52	12	55	
mucinous	5	14	5	12	1	5	
endometrioid	9	25	2	5	1	5	
clear	2	6	5	12	1	5	
undifferentiated	2	6	4	10	5	23	
others	2	6	4	10	2	9	

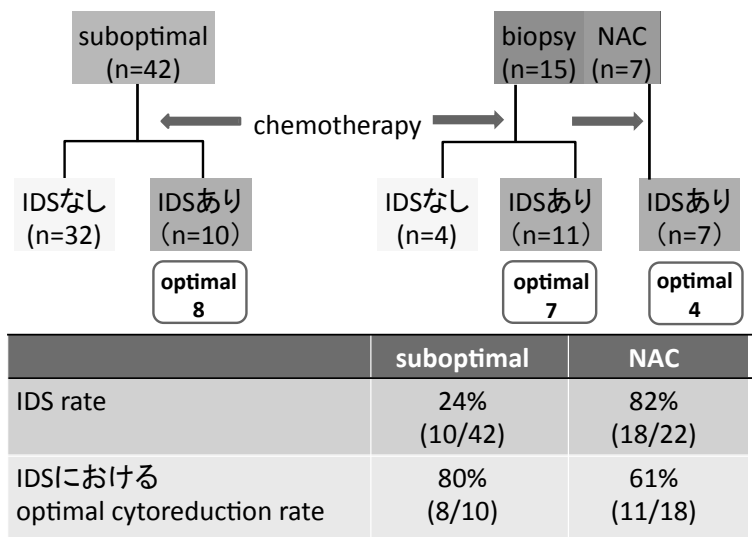


図1 治療群別にみた化学療法後の治療

を施行できた割合はsuboptimal群80% (8/10例), NAC群61% (11/18例)とNAC群の方が低かった。

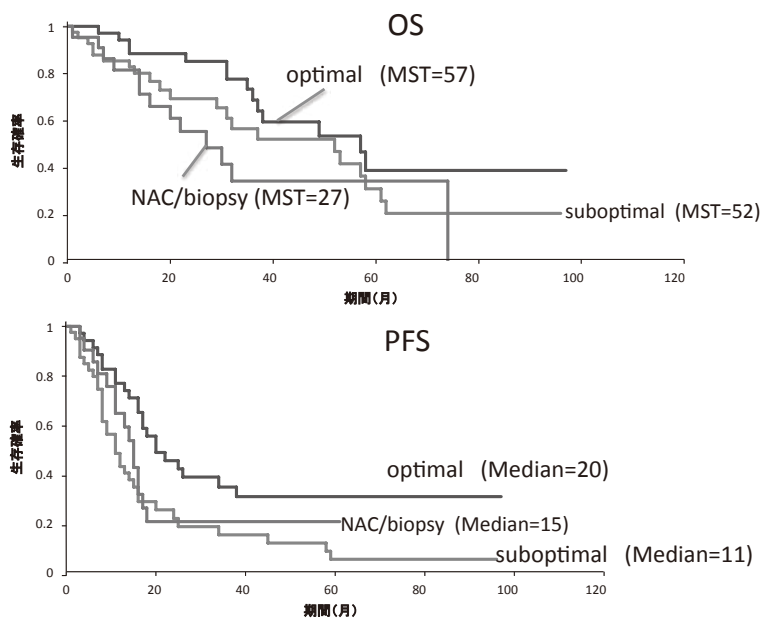
治療群別の予後を図2に示す。Optimal群のOSが良好な傾向を示したが、統計学的には有意差を認めなかった。PFSはsuboptimal群の中央値が11カ月、NAC群15カ月とほぼ同等であった。

次にsuboptimal群とNAC群について、IDS施行の有無別にOS, PFSを検討した (図3)。Suboptimal/IDS (-) 群, NAC/IDS (+) 群

のOSはそれぞれ32カ月、30カ月とほぼ同等であったが、PFSは8カ月、15カ月とNAC/IDS (+) 群で7カ月の延長がみられた。

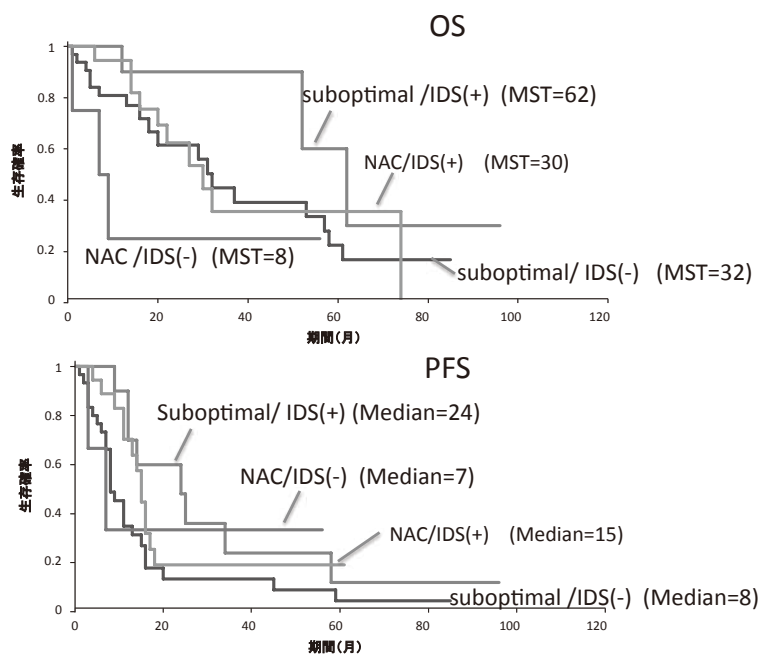
考 察

卵巣がんの残存腫瘍径と予後は相関し、初回手術で残存腫瘍径を1cm未満とするoptimal surgeryを行うことが予後の改善につながるとされている。今回の検討では、Ⅲ・Ⅳ期の進行卵巣がん症例のうち初回手術でoptimal surgeryを施行できたのは約40%の症例であっ



(Kaplan-Meier method, multiplicity adjusted by Holm's method)

図2 治療群別の予後



(Kaplan-Meier method, multiplicity adjusted by Holm's method)

図3 IDS施行の有無別にみた予後

た。

卵巣がんの治療成績向上のためには残りの60%をいかに治療するかが重要となる。腸管の合併切除や人工肛門造設、尿路変更、胸膜・腹膜播種病変の摘除など、手術侵襲が大きくなったとしても、初回手術時に腫瘍の完全摘出を目指すことが予後の改善につながるとする報告もある。一方で侵襲の少ない生検にとどめて早期に化学療法を開始し、IDSの段階でoptimal surgeryが達成できれば、QOLを維持しつつ同等の治療効果が期待できるとの報告もある。いずれにしても、NACの有効性についての十分なエビデンスが確立されていない現状では、全身状態や合併症等の問題から大きな手術侵襲には耐えられないと判断された症例がNACの対象となるため、NAC群と手術先行群では患者の年齢や全身状態、腫瘍の進展範囲等に相当のバイアスがかかってしまう^{1~3)}。NACの真の効果はJCOG0602をはじめとする複数の前方視的なランダム化比較試験の結果を待つしかない⁴⁾。

今回の検討で、IDS施行率はNAC群82%に対し、suboptimal群24%と低かったが、これはsuboptimal群では術後化学療法が奏効し、標的病変が消失したためにIDSを行う必要がなくなった症例を多く含むためと考えられる。

注目すべきは、suboptimal/IDS (-) 群とNAC/IDS (+) 群との治療成績の比較である。いずれも化学療法が奏効した治療群と考えられるが、OSの中央値がほぼ同等であったのに対しPFSは8カ月、15カ月とNAC/IDS (+) 群で良好な成績を示した。

このことから、次のような治療戦略が考えられる。すなわち、初回手術でoptimalな腫瘍摘出が困難と予想される症例に対しては、まず腹腔鏡下に観察を行い、optimal surgery可能と判断すれば開腹での腫瘍減量手術に切り替え、不可能と判断すれば腫瘍生検のみにとどめる。後者については速やかに化学療法を開始し、IDSの際にoptimalな腫瘍摘出を目指すことで無増悪生存期間の延長を期待できる。抗癌剤感受性試験と組み合わせることで、NACにより適した症例を抽出することも可能になると考えられる。

参考文献

- 1) Cornelis S, Van Calster B, Amant F, et al. : Role of neoadjuvant chemotherapy in the management of stage IIIC-IV ovarian cancer: survey results from the members of the European Society of Gynecological Oncology. *Int J Gynecol Cancer*, 22 : 407-416, 2012.
- 2) du Bois A, Marth C, Pfisterer J, et al. : Neoadjuvant chemotherapy cannot be regarded as adequate routine therapy strategy of advanced ovarian cancer. *Int J Gynecol Cancer*, 22 : 182-185, 2012.
- 3) Stashwick C, Post MD, Arrada JS, et al. : Surgical risk score predicts suboptimal debulking or a major perioperative complication in patients with advanced epithelial ovarian, fallopian tube, or primary peritoneal cancer. *Int J Gynecol Cancer*, 21 : 1422-1427, 2011.
- 4) Onda T, Matsumoto K, Shibata T, et al. : Phase III trial of upfront debulking surgery versus Neoadjuvant chemotherapy for stage III/IV ovarian, tubal and peritoneal cancaers: Japan Clinical Oncology Group Study JCOG0602. *Jpn J Clin Oncol*, 38 : 74-77, 2008.

臨床の広場

子宮頸部上皮内腫瘍(CIN)治療後のHPV検査について

馬淵 泰士

和歌山県立医科大学産科婦人科学教室

はじめに

最近の子宮頸癌の若年化により、若年で子宮を失う状況に直面する女性が増加している。それにしがたい子宮頸癌の前駆病変である子宮頸部上皮内腫瘍（CIN）の段階での管理および治療がいよいよ重要性を増している。

HPVがほとんどの子宮頸癌発生の原因であることは疑いのないところである。子宮頸がん検診やCIN管理の精度向上、あるいはCIN治療後再発の早期発見を目的としたHPV検査の意義が本邦のガイドラインにも記載され、ASC-USに対するハイリスクHPV一括検査、CIN1/2に対するHPVタイピング検査が保険収載されるなど、同検査は一般の臨床現場にも広がってきている。

わが国でのCIN治療は一般的にCIN3以上を治療対象としている。その方法としては、円錐切除術（レーザー、LEEP, cold knife）、レーザー蒸散などが挙げられる。CIN2はとくにリスクの高いHPV（16, 18, 31, 33, 35, 45, 52, 58）が陽性の場合、妊娠希望のない場合は治療を考慮してもよいとされる¹⁾。

CIN治療後のフォローアップは再発の早期発見を目的とするが、定まった方法は存在しない。本稿では子宮温存治療後におけるHPV検査に

ついて述べる。

1. 円錐切除後の管理におけるハイリスクHPV検査の意義

CINにて子宮温存治療を行った患者は、治療後の子宮頸癌リスクが高いといわれている。Reboljの報告²⁾では、CIN1-3で治療を受け、術後3回連続細胞診正常となり通常の検診間隔に戻った38,956人のスタディにおいて、CIN治療歴をもつ群ではCIN治療歴のない群に比較して子宮頸癌罹患率が高く、10年間のハザード比が4.2倍であった。

したがって、CINに対して治療を行った後も適切なフォローアップを行うことが必要である。実際の現場では細胞診を用いて、3～6カ月ごとにフォローアップしている場合が多いのではないだろうか？

産婦人科診療ガイドライン婦人科外来編2011¹⁾には、以下のように記載されている。「CIN2/3治療後に病変の残存・再発の早期発見のために、ハイリスクHPV一括検査またはHPVタイピング検査を行う（C）」推奨グレード（C）とは、考慮される、考慮の対象となるという表現である。長井ら³⁾によると、CIN3に対して円錐切除術を行い、術前にHPVが陽性であった56例中45例（80.4%）で、術後HPV

◆ Clinical view ◆

HPV testing after treatment for cervical intraepithelial neoplasia

Yasushi MABUCHI

Department of Obstetrics and Gynecology, Wakayama Medical University

が陰性化した。術後もHPVが陽性であった11例中5例(45.5%)にCINの再発が認められた。一方、術後HPVが陰性であった群からは再発は認められなかった。このように、CIN治療後のフォローアップでのHPV検査の有用性が報告されており、従来の細胞診と組み合わせることにより再発検出の精度向上が期待されるところである。

オランダのKockenらは⁴⁾、CIN治療後の検討で細胞診およびハイリスクHPV検査を併用したフォローアップの有用性を報告している。CIN2あるいは3にて円錐切除を行い、治療後6、12、24カ月時点で細胞診とハイリスクHPV検査を実施し、その後は5年ごとの細胞診フォローを行った結果、435人中76人(17.5%)がCIN2以上の病変を再発し、39人(9.0%)がCIN3以上の病変を再発した。術後の検診で3回連続して細胞診陰性症例、あるいは6カ月時と24カ月時の細胞診とハイリスクHPV検査がすべて陰性である症例は、術後5年でのCIN2以上病変の発生リスクが一般女性と同等のため、通常のスクリーニングに戻すことが可能である、と結論づけられている。つまり従来の細胞診にHPV testを併用することで、再発の危険の高い群と低い群を区別できることが示されている。

2. 円錐切除後の管理におけるHPVジェノタイプピングの意義

上記のごとくCIN治療後の管理におけるハイリスクHPV検査の有用性に加えて、最近ではHPVジェノタイプピングがCIN治療後の管理に有用であるとの報告もいくつかみられる。

Heymansらにより⁵⁾、CIN治療後のフォローアップにおけるHPVジェノタイプピングの有用性を報告している。High grade CINのため円錐切除を受けた823人を検討したところ、術後6カ月時のハイリスクHPV検査は細胞診に比較して、再発予測という目的に関して感度が有意に高かったが、特異度が有意に低かった。一方、

術後6カ月時にHPVジェノタイプピングを行うこと(術前に認め、られたジェノタイプのうち、少なくとも一種類が持続感染しているものを陽性と評価する)は、ハイリスクHPV検査に比較して感度が同等で、特異度が有意に高かった。術後6カ月時のHPVジェノタイプピングは細胞診に比較して、感度・特異度どちらも有意に高かった。

またVenturoliら⁶⁾のhigh grade CINによりLEEP円錐切除を実施した72名のstudyによると、術後6カ月時点でのHPV感染の有無は術前のHPVタイプに関連しており(16型が最も持続感染しやすい)、また術後24カ月での病変残存再発にも関連していた。術後6カ月時点のHPV同一タイプ持続感染について検討したところ、HPV16/18型の持続感染では、HPV 39/51/56/59/68/26/53/66/73/82型の持続感染より、病変残存再発率が有意に高率であった。またHPV 31/33/35/45/52/58型の持続感染でも、HPV 39/51/56/59/68/26/53/66/73/82型の持続感染より、病変残存再発率が有意に高率であった。Namら⁷⁾の報告によると、CIN2/3に対するLEEP円切後の検討では、術前にHPV16が感染していると術後有意に感染が持続することが示された。Wuら⁸⁾の報告によると、CIN2/3に対するLEEP円切後の検討では、術前に16/18/33/45のいずれかの感染がみられた場合、術後の病変の残存再発率が高いことが報告された。

また筆者らが和歌山県立医科大学附属病院にて2007年から2011年までにCINに対して円錐切除術を行った175例の検討では、術前にハイリスクHPVが陽性であった51例中8例でハイリスクHPVが術後も残存した。8名のうち5名は同一の型、2名は別の型、1名は型不明であった。組織学的残存再発がみられたのは3名であり、そのうち2名では同一型持続感染が認められ、それぞれ子宮全摘術および再円錐切除術を必要

とした。もう1名は別の型の感染であり，若年者ということも考慮しCIN1を外来で経過観察している。

これらの文献的報告と自験例から，①CIN術後において，同一タイプのHPV持続感染が病変の残存・再発のリスクになり得るとともに，②持続感染しているのがどのジェノタイプかによっても，病変の残存再発のリスクに差が生じ得ることが示唆される。とくにHPV16型持続感染症例は，病変の残存，再発に注意を要すると思われる。術前術後のHPVジェノタイプニング検査結果に基づきフォローの個別化を行うことが，再発の早期発見につながる可能性が示唆される。

3. CIN治療後の適切なフォローアップについて

CIN治療後のフォローアップについて，米国のガイドラインを紹介するので参考にされたい(図1)。

2012年のASCCP updated consensus guidelines⁹⁾によると，CIN2, 3では円錐切除あるいは移行帯の蒸散が行われる。それらの治療後は，12, 24カ月後にcotestingすることが勧められる。Cotestingとは，細胞診の結果にか

かわらず細胞診とHPV検査を同時に行うことをいう。それら両方が陰性ならば，3年以内に再度cotestingを行う。いずれの段階でも異常が見つければ，コルポスコピーと内頸部サンプリングを行う。陰性ならば通常のスクリーニングに戻し，最低20年間は継続することが推奨されている。なお，この細胞診とHPV検査の両方を行う「cotesting」を組み入れた長期間フォローアップの方法は，2012年に改訂された項目の1つである。

4. 円錐切除後の管理におけるHPV検査の費用効果について

Legoodら¹⁰⁾によるCIN治療後のHPV検査の費用効果についての数学的検討を紹介する。細胞診単独(10年間にわたり細胞診毎年)では，1000人中10年間で29.1人がCIN3以上として再発し，費用は患者1000人あたり358,222ポンドと想定された。しかし，細胞診陰性の人にハイリスクHPV検査を併用すること(HPV検査と細胞診を術後6カ月時に行う。これら検査で陰性ならroutine検診に戻す)で，1000人中10年間で8.4人のCIN3以上再発が避けられ，費用は患者1000人あたり9,388ポンドの節約が見込ま

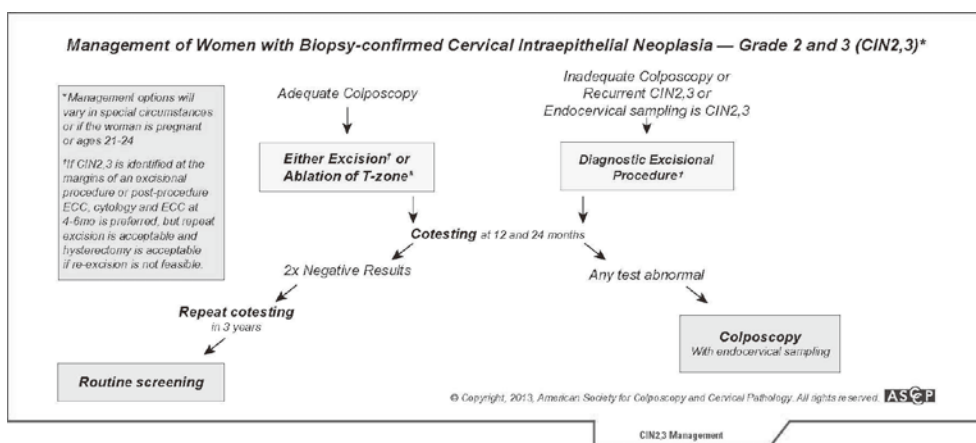


図1 生検にて診断されたCIN2, 3の管理
ASCCP, 2012 updated consensus guideline

れた。つまり、CIN治療後のフォローアップにおいて、細胞診にハイリスクHPV検査を追加することは、コスト削減と再発発見の両方において有用であるという意見である。しかし、HPV検査を術後6カ月と12カ月の2回行う群では費用が余計にかかることが指摘されており、フォローアップの方法には注意が必要である。

おわりに

CIN治療後の再発予測という目的において、細胞診にハイリスクHPV検査またはHPVジェノタイピングを追加することの有用性が報告されている。ハイリスクHPV検査は費用効果の面でも一定の妥当性があると思われるが、さらに高コストのHPVジェノタイピングに関しては、今後の医療経済的検討が必要である。

参考文献

- 1) 日本産科婦人科学会/日本産科婦人科医会 (編集・監修): 産婦人科診療ガイドライン婦人科外来編 2011. 2011.
- 2) Rebolj M, Helmerholst T, Habbema D, et al. : Risk of cervical cancer after completed post-treatment follow up of cervical intraepithelial neoplasia: population based cohort study. *BMJ*, 345 : e6855, 2012.
- 3) Nagai Y, Maehama T, Asato T, et al. : Persistence of human papillomavirus infection after therapeutic conization for CIN3: is it an alarm for disease recurrence? *Gynecol Oncol*, 79 : 294-299, 2000.
- 4) Kocken M, Helmerhorst T, Berkhof J, et al. : Risk of recurrent high-grade cervical intraepithelial neoplasia after successful treatment : a long-term multi-cohort study. *Lancet Oncol*, 12 : 441-450, 2011.
- 5) Heymans J, Benoy IH, Poppe W, et al. : Type-specific HPV genotyping improves detection of recurrent high-grade cervical neoplasia after conisation. *Int J Cancer*, 129 : 903-909, 2011.
- 6) Venturoli S, Ambretti S, Cricca M, et al. : Correlation of high-risk human papillomavirus genotype persistence and risk of residual or recurrent cervical disease after surgical treatment. *J Med Virol*, 80 : 1434-1440, 2008.
- 7) Nam K, Chung S, Kim J, et al. : Factors associated with HPV persistence after conization in patients with negative margins. *J Gynecol Oncol*, 20 : 91-95, 2009.
- 8) Wu D, Zheng Y, Chen W, et al. : Prediction of residual/ recurrent disease by HPV genotype after loop excision procedure for high-grade cervical intraepithelial neoplasia with negative margins. *Aust NZ J Obstet Gynaecol*, 51 : 114-118, 2011.
- 9) Masaad LS, Einstein MH, Huh WK, et al. : 2012 updated consensus guidelines for the management of abnormal cervical cancer screening test and cancer precursors. *J Low Genit Tract Dis*, 17 : S1-S27, 2013.
- 10) Legood R, Smith M, Lew JB, et al. : Cost effectiveness of human papillomavirus test of cure after treatment for cervical intraepithelial neoplasia in England : economic analysis from NHS Sentinel Sites Study. *BMJ*, 345 : e7086, 2012.

今日の問題

卵巣子宮内膜症性嚢胞に対する機能温存手術

京都府立医科大学女性生涯医科学 楠木 泉

はじめに

子宮内膜症は生殖年齢の女性の約10%に発生し、原因不明不妊患者の約50%に発見されるなど日常診療で遭遇する頻度が高い疾患で、近年増加傾向にある。子宮内膜症性病変は、腹膜病変、卵巣子宮内膜症性嚢胞（チョコレート嚢胞）、深部病変（deep infiltrating endometriosis；以下DIE）に分類され、主に骨盤内に形成される。子宮内膜症に対する主たる治療目的は疼痛管理と妊孕性の改善であるが、晩婚化と妊娠年齢の上昇により、妊孕性を保持した治療を要する子宮内膜症患者が増加している。子宮内膜症に対する治療法として、術後の機能温存と術後再発の防止が両立する機能温存手術術式および術後管理法の確立が期待される。

チョコレート嚢胞の手術適応

子宮内膜症に対する治療方針は、年齢、チョコレート嚢胞の有無と大きさ、DIEの有無、疼痛症状の程度、挙児希望の有無を総合的に判断して、経過観察、薬物療法、手術療法、生殖補助医療（artificial reproductive technology；以下ART）のいずれかを選択する（図1）¹⁾。チョコレート嚢胞は内分泌療法により縮小効果を示すものの消失することではなく、また他の卵巣腫瘍と異なり破裂や感染をきたしやすいこと、0.7～1%程度に悪性転化を起こす可能性があることより²⁾、おおむね嚢胞径6cm以上の場合、手術療法が優先される。手術法は、内膜症性病変の可及的除去が基本であり、拡大視野による骨盤腔の繊細な観察に適した腹腔鏡下手術

によりもっぱら行われる。妊孕性温存希望者には、機能温存手術として嚢胞摘出術が行われる。卵巣から内膜症病変のみを除去し、正常卵巣組織を可及的に温存することにより卵巣予備能低下を防止することが必要である。嚢胞摘出術症例には術後再発が多いため反復手術を回避するために注意を要する。未婚などで早期妊娠を希望しない患者には低用量エストロゲン・プロゲステン配合薬（以下、LEP）あるいはジェノゲスト（以下、DNG）などの術後内分泌療法が有効と考えられている³⁾。また再発、悪性転化の可能性を鑑み、挙児希望のない生殖高年齢の患者には患側卵巣切除、閉経後患者には両側卵巣切除が行われる。嚢胞径6cm未満の症例では症状と年齢により個別に治療方針を検討するが、4cm未満のものは経過観察、もしくは内分泌療法でコントロールできることが多い⁴⁾。

手術の実際

GnRHアゴニストやDNGの術前投与は子宮内膜症の手術成績を向上させる明らかなエビデンスはなく腹膜病変等の非可視化も懸念され、むしろ術後再発率が増えるとの報告もあり³⁾、子宮筋腫や子宮腺筋症などを合併しない限り不要と考えられる。

碎石位で気腹法とし、腹腔鏡下にまず上腹部の横隔膜下の腹膜病変の有無を観察する。続いて骨盤高位とし、骨盤内の病巣および癒着の評価を行い、Re-ASRM分類に基づいてスコア化する。チョコレート嚢胞の多くが癒着を伴うので、卵巣提索と固有卵巣索が明瞭になるまで卵

◆Current topic◆

Function sparing surgery for endometrioma

Izumi KUSUKI Department of Obstetrics and Gynecology, Kyoto Prefectural University of Medicine

巣を骨盤腹膜や骨盤内臓器より十分に剥離する。ダグラス窩閉鎖を伴う場合、ダグラス窩を開放する。ダグラス窩の開放は疼痛改善には効果的で、妊孕性に関与するかは十分に明らかにされていないが、ARTにおける採卵時の直腸などの損傷回避に寄与することは十分考えられる。通常、卵巣の癒着剥離により嚢胞が破綻して内容液が漏出する。内容液をよく吸引し、骨盤腹膜をなるべく温存するように卵巣を剥離する。続いて卵巣実質からの嚢胞剥離操作を行う。卵巣剥離時に生じた孔より切開を入れ、エナジーデバイスを用いず、鋭的あるいは鈍的に卵巣の長軸方向に沿って卵巣開窓部を拡張する。卵巣実質と嚢胞の境界面を確認し、鈍的に剥離を

行う（ストリッピング法）（図2）。卵巣実質の凝固操作は出血時など最小限にとどめ、凝固と同時に生理食塩水をかけて組織を冷却する。卵巣門においては嚢胞が実質に強固に癒着していることが多く、剥離困難の場合は、嚢胞部分をバイポーラなどで凝固焼灼する。卵巣実質の強固な縫合結紮は卵巣血流減少の原因となり得るが、吸収糸による剥離面をむき出しにしない程度の緩い縫合は、術後出血と癒着を減少させることが期待できる⁵⁾。卵巣や癒着剥離面にはセプラフィルム[®]、インターシート[®]などの癒着防止剤を貼付する。ダグラス窩腹膜、子宮後面漿膜、膀胱子宮窩に好発する赤色病変、blueberry spotなどの腹膜病変はバイポーラなどで凝固焼

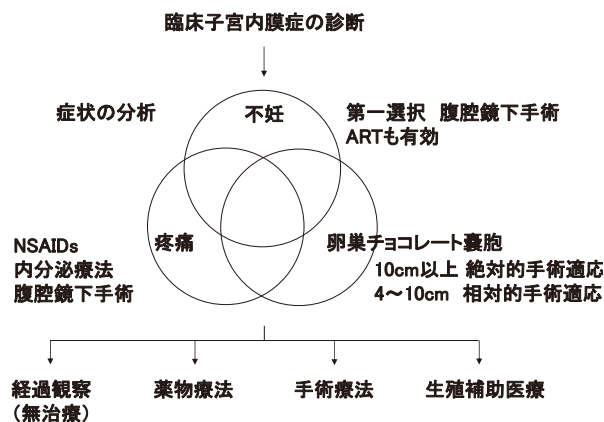


図1 子宮内膜症の診療方針

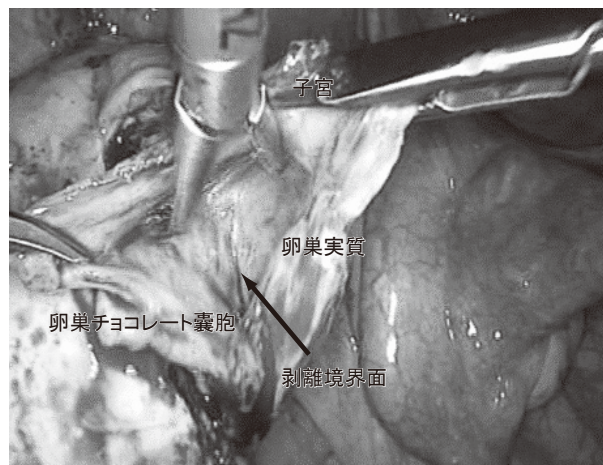


図2 チョコレート嚢胞のstripping法

灼する。直腸腔中隔、仙骨子宮靱帯などに存在するDIEは疼痛症状と関連するため、これらの評価を行い必要により凝固もしくは病変を切除する。挙児希望者には、卵管通水検査を行う。

嚢胞摘出術の問題点

チョコレート嚢胞に対する手術法は、腹腔鏡下嚢胞摘出術がゴールドスタンダードとされる。子宮内膜症性嚢胞摘出術と内容吸引・嚢胞壁凝固法との比較では、嚢胞摘出術が疼痛症状の改善率が優れており⁶⁾、術後妊娠率が有意に高率で、術後再発率および再手術率が有意に低い⁷⁾とされ、嚢胞摘出術の方が推奨される。しかし、嚢胞摘出術により卵巢皮質を損傷し、卵巢予備能に悪影響を及ぼす可能性がある。嚢胞切除と焼灼術との比較で嚢胞切除のほうが卵巢容積、卵胞数の減少が認められたという報告⁸⁾、嚢胞摘出術後のAMH値は有意に減少し、術後3カ月は低下状態が続いたという報告⁹⁾、一方、ストリッピング法において焼灼と縫合がなければAMHは低下しなかったという報告¹⁰⁾もあり、術式の変遷と固定化によってその評価が変動している過程であるともいえ、手術成績のさらなる集積が待たれる。

術後再発の防止としての内分泌療法に関しては、有用性のエビデンスが十分に得られておらず、その効果は従来否定的であった。しかし、近年は術後のLEP (OC) の服用が子宮内膜症の再発を抑制するという報告もでてきており^{3, 11)}、その有用性が見直されてきている。

まとめ

卵巣子宮内膜症性嚢胞に対する機能温存手術は、妊娠希望患者および若年患者には妊孕性温存、妊娠希望のない未閉経患者にはPOFを回避する機能温存と、術後再発の防止が両立する術式および術後管理法の確立が期待される。

参考文献

- 1) 北脇 城：子宮内膜症治療における基本的な考え方。産婦治療，94：231-240，2007。
- 2) Kobayashi H, Sumimoto K, Moniwa N, et al. : Risk of developing ovarian cancer among with woman ovarian endometrioma : a cohort study in Shizuoka, Japan. *Int J Gynecol Cancer*, 17 : 37-43, 2007.
- 3) Koga K, Takemura Y, Osuga Y, et al. : Recurrence of ovarian endometrioma after laparoscopic excision. *Hum Reprod*, 21 : 2171-2174, 2006.
- 4) 楠木 泉，伊藤文武，秋山 誠，他：子宮内膜症手術症例の術後薬物療法による再発防止効果と再発時の抑制効果の検討。日エンドメトリオーシス会誌，33：116-120，2012。
- 5) Pellicano M, Bramante S, Guida M, et al. : Ovarian endometrioma: postoperative adhesions following bipolar coagulation and suture. *Fertil Steril*, 89 : 796-799, 2008.
- 6) Beretta P, Franchi M, Ghezzi F, et al. : Randomized clinical trial of two laparoscopic treatment of endometriomas : cystectomy versus drainage and coagulation. *Fertil Steril*, 70 : 1176-1180, 1998.
- 7) Alborzi S, Momtahan M, Parsanezhad ME, et al. : A prospective, randomized study comparing laparoscopic ovarian cystectomy versus fenestration and coagulation in patients with endometriomas. *Fertil Steril*, 82 : 1633-1637, 2004.
- 8) Roman H, Auber M, Mokdad C, et al. : Ovarian endometrioma ablation using plasma energy versus cystectomy: a step toward better preservation of the ovarian parenchyma in women wishing to conceive. *Fertil Steril*, 96 : 1396-1400, 2011.
- 9) Lee DY, Young Kim N, Jae Kim M, et al. : Effects of laparoscopic surgery on serum anti-Müllerian hormone levels in reproductive-aged woman with endometrioma. *Gynecol Endocrinol*, 27 : 733-736, 2011.
- 10) Litta P, D'Agostino G, Conte L, et al. : Anti-Müllerian hormone trend after laparoscopic surgery in woman with ovarian endometrioma. *Gynecol Endocrinol*, 29 : 452-454, 2013.
- 11) Vercellini P, Sonmigiana E, Daguati R, et al. : Post-operative oral contraceptive exposure and risk of endometrioma recurrence. *Am J Obstet Gynecol*, 198 : 504.e1-5, 2008.

会員質問コーナー Q&A

②56 骨粗鬆症治療薬の止め時・続け時

回答／田 辺 晃 子

Q: 閉経後骨粗鬆症に対してビスフォスフォネートを投薬して5年経過しましたが、まだ治療は続けるべきでしょうか？

(滋賀県, T.Y.)

A: 人口の急速な高齢化に伴い、骨粗鬆症の予防と治療に対する社会的関心が高まりつつあります。日常診療において日々患者に関わる科としてわれわれ産婦人科医師の果たす役割は大きいと思われます。

日本では第一選択薬として明記された薬剤はありませんが、海外の閉経後骨粗鬆症治療に関するガイドラインではアレンドロネート (ALN) を中心としたビスフォスフォネート (BP) 製剤を第一選択薬に掲げているものが散見されます (イギリス国立臨床評価研究所, 北米更年期学会)。椎体・非椎体ともに骨折予防に有効で、莫大なエビデンスに固められたBP製剤ですが発売から10年を超え、5年以上の長きにわたり処方し続けている症例も多いのではないのでしょうか。「骨粗鬆症の予防と治療ガイドライン」を見ても、治療開始基準は載っていても、治療の止め時・続け時に関しては明記されていません。しかし、とくにALNの継続・中

断に関する無作為二重盲検比較試験 (RCT) の結果¹⁾ と、BP長期使用に関連した副作用の事実を知れば、症例別に方針を立てる手助けとなるはずです。

ALN治療5年で中断した群と10年間継続した群の比較

アメリカで行われた閉経後骨粗鬆症女性1099名に対するRCTの結果が2006年に報告されました¹⁾。ADLを大きく低下させる原因ともなる非椎体骨折の発生率は、5年間の治療後最大5年間休薬しても、10年間継続群と全く同じ (相対危険率 RR 1.00, 95% CI 0.76-1.32) という結果でした。よって骨折リスクが大きい、軽度の骨粗鬆症患者に対しては5年のALN治療でいったん中止する選択肢は許容されと考えられます。一方、疼痛を伴う椎体骨折に関しては10年継続群で約半分 (RR 0.45, 95% CI 0.24-0.86) に抑制されていましたので、必要であれば10年継続してもよいといえるでしょう。紙面の関係で本稿内での説明は割愛させていただきますが、ALN治療期間に関する「さじ加減」に関するReviewがJ Clin Endocrinol Metab, 65: 1555-1565, 2010に載っておりますので、興味のある先生方は参考にしていただきました

と思います。

次に、長期BP治療後に起こりうる副作用として、BP関連顎骨壊死 (BRONJ) についても知っておくべきと考えられます。

BRONJについて

骨粗鬆症治療を目的とした経口BP治療におけるBRONJ発生率は0.01~0.04%と発生頻度は非常に低いものですが、BP治療中の抜歯施行例に限ると0.09~0.34%と増加しておりますので無視できません (BP関連顎骨壊死検討委員会)。一方で事前の口腔内ケアによりリスクが低下することも判明しており、2012年4月より、BP服用の骨粗鬆症患者の口腔管理に対して月1回の診療報酬が歯科において認められるようになりました。また抜歯が必要となった症例に対しては、骨のリモデリングを考慮し抜歯前3カ月程度の休薬と、抜歯後は再生粘膜上皮で覆われる2週間、余裕があれば骨性治癒が期待できる2カ月程度までの休薬が望ましいとされています。ただし、BP休薬中に脆弱性骨折が危惧される重症骨粗鬆症症例に関しては、BP治療を優先し、逆に抜歯回避の選択をする必要があります。

以上より、閉経後骨粗鬆症の

治療を行っている症例に対しては、歯の治療をする予定がないか尋ね、抜歯時の休薬の必要性について説明する配慮が必要でしょう。

質問に対する回答ですが、中止してよいとも継続すべきともいえないのが現状です。5年ALN治療後の継続のメリット、一方で中断しても急速なリスク上昇とはならないこと、そして抜歯時のBRONJリスクのことを説明し、個々に対応する柔軟性が求められています。

参考文献

- 1) Black DM, Schwartz AV, Ensrud KE, et al. : Effects of continuing or stopping alendronate after 5 years of treatment: the Fracture Intervention Trial Long-term Extension (FLEX) : a randomized trial. *JAMA* ,296 : 2927-2938, 2006.

会員質問コーナー Q&A

(257) ここまできた「胎児治療」！

回答／遠藤 誠之

Q: 今、日本ではどこまで胎児治療が進んでいるのでしょうか？

(大阪府, E.K.)

A: 胎児治療とは、母体を介して子宮内の疾患を有する胎児に対して行う治療を指します。胎児治療の対象は、胎児期に病状が進行する致死性の疾患、あるいは致死性ではないけれども将来にわたって極めて重大な障害を残す疾患で、出生後での有効な治療方法がいまだない疾患です。当然のことながら、胎児期に治療するためには疾患の自然史を熟知する必要

がありますし、治療そのものが母体あるいは胎児にとって安全でなければなりません。

胎児治療には、経母体的に薬物を投与する内科的治療と超音波ガイド下、内視鏡下、さらに母体皮膚切開・子宮切開を伴う直視下で胎児・胎盤に手術操作を行う外科的治療の大きく分けて2つあります。表1に主な胎児外科治療についてまとめました。現在、日本で行われている胎児治療には、内科的治療として、①胎児頻脈性不整脈に対する経母体的薬物療法 ②CCAMに

対する経母体的ステロイド療法があり、外科的治療として、①双胎間輸血症候群(TTTS)に対するレーザー治療 ②胎児胸水に対する胸腔—羊水腔シャント術 ③下部尿路閉鎖(LUTO)に対する膀胱—羊水腔シャント術 ④胎児貧血に対する子宮内輸血 ⑤無心体双胎(TRAP sequence)に対するラジオ波を用いた無心体体内血管血流遮断術、などがあります。

胎児治療の施行時期は疾患によって異なります。例えば、TTTSに対するレーザー治療は16週から26週未満までの間に行

表1 主な胎児外科治療の現状

疾患	治療方法	治療時期	適応基準	日本	欧	米
双胎間輸血症候群(TTTS)	Fetoscopic Laserphotocoagulation (FLP)	16 ⁺ 0-25 ⁺ 6	Quintero Stage I - IV	○	○	○
脊髄髄膜瘤(MMC)	Open Fetal Surgery	19 ⁺ 0-25 ⁺ 6	T1-S1 lesion	×	○	○
先天性横隔膜ヘルニア(CDH)	Fetal Endotracheal Occlusion (FETO)	挿入28 ⁺ 0-31 ⁺ 6 抜去34 ⁺ 0-34 ⁺ 6	O/E LHR <25%	×	○	○
肺腫瘍(CCAM, BPS etc)	Thoraco-Amniotic Shunt (TA shunt) Open Fetal Surgery Ex Utero Intrapartum Treatment (EXIT)	* (32wks>) * (32wks>) * (32wks<)	CVR > 1.6 胎児水腫	○ × ○	○ × ○	○ ○ ○
胎児胸水	Thoraco-amniotic Shunt (TA shunt)	* (18 ⁺ 0-33 ⁺ 6)	胎児水腫 胸水除去後の再貯留	○	○	○
下部尿路閉鎖(LUTO)	Vesico-Amniotic Shunt (VA shunt) Fetal Cystoscopy	* (32wks>)	Oligohydramnios Normal Renal function	○ ○	○ ○	○ ○
無心体 (TRAP) Twin reversed arterial perfusion sequence	Bipolar cord coagulation Radio-frequency Ablation (RFA) Fetoscopic Laserphotocoagulation (FLP)	* (16 ⁺ 0-30wks)	胎児水腫 心拍出量の増大 TRAPの大きさ 羊水過多	○ ○ ○	○ ○ ○	○ ○ ○
仙尾奇形腫(SCT)	Open Fetal Surgery Fetoscopic Laserphotocoagulation (FLP) Radio-frequency Ablation (RFA)	* (32wks>)	胎児水腫 心拍出量の増大	× ×	×	○ ○ ○
巨大頸部腫瘍など	Ex Utero Intrapartum Treatment (EXIT)	* (32wks<)	羊水過多など	○	○	○
胎児心疾患	超音波ガイド下バルーン弁形成術	* (20-30wks)	Critical AS HLHS with IAS	×	○	○

(*: 参考値)

われますし、胎児胸水に対するシャント手術は主に妊娠34週以前に行われます。原則として考えなければいけないことは、①分娩をさせて出生後に治療できないか？ ②子宮内での治療が技術的に可能か？ ③疾患の自然史を考えて、治療介入時期が妥当であるか？ などの点であり、それらを十分に検討したうえで治療適応の有無・施行時期を決めます。施行時期は表1にも示しましたが多くは参考値であり、それぞれの施設の判断に任されている現状があります。

欧米では、先天性横隔膜ヘルニアに対する胎児気管支鏡下気管バルーン閉塞術 (fetal endotracheal tracheal occlusion ; FETO)、先天性心疾患（重症大動脈弁狭窄）に対する超音波ガイド下大動脈弁拡張術、脊髄髄膜瘤に対する直視下胎児脊髄髄膜瘤修復術に限られた施設において行われています。それらの胎児治療はいまだ日本では行われておりません。現在、国立成育医療研究センターを中心に、これら疾患に対する胎児治療の実現に向けて準備を整えているところです。詳しい内容は、[日本胎児治療グループのホームページ](http://www.fetusjapan.jp/about.html)を参照してください。 (<http://www.fetusjapan.jp/about.html>)

評議員会・総会記録

平成25年度 近畿産科婦人科学会評議員会

日 時：平成25年 6 月16日 場 所：ピアザ淡海 県民交流センター

- | | |
|--|---|
| <p>1. 開 会
主務地担当理事 ト部 論</p> <p>2. 学会長挨拶
会 長 小笹 宏</p> <p>3. 会員状況報告
主務地担当理事 ト部 論</p> <p>4. 物故会員黙祷
会 長 小笹 宏</p> <p>5. 報告事項</p> <p>1) 平成25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 小笹 宏</p> <p>B. 第128回学術集会：
学術集会長 村上 節</p> <p>C. 第129回学術集会：
学術集会長 万代 昌紀</p> <p>2) 平成24年度庶務報告
前主務地担当理事 吉田 昭三</p> <p>3) 平成24年度学術委員会報告
前学術委員長 北脇 城</p> <p>4) 平成24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24年度日産婦医会委員会報告
前日産婦医会委員長 高木 哲</p> <p>6) 平成24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24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
会 長 小笹 宏</p> <p>2) 平成25年度役員に関する件</p> | <p>会 長 小笹 宏</p> <p>3) 平成24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 矢野 樹理</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 矢野 樹理</p> <p>D. 監査報告：
監 事 濱田 和孝
監 事 平 省三</p> <p>4) 平成25年度事業計画に関する件
会 長 小笹 宏</p> <p>A. 学術委員会：
学術委員長 北脇 城</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25年度予算に関する件</p> <p>A. 一般会計：
事務所担当理事 野村 哲哉</p> <p>B. 「産婦人科の進歩」誌編集室会計：
編集委員長 小林 浩</p> <p>6) 名誉会員推薦に関する件
会 長 小笹 宏</p> <p>7) 功労会員推薦に関する件
会 長 小笹 宏</p> <p>8) 会費免除会員に関する件
会 長 小笹 宏</p> <p>7. そ の 他</p> <p>8. 閉 会</p> |
|--|---|

会員状況（平成25年3月31日現在）

H25.3.31			H24.3.31	
	総会員数	免除会員数	総会員数	免除会員数
大 阪	1235 (+22)	136 (－1)	1213	137
兵 庫	655 (+21)	85 (+ 8)	634	77
京 都	386 (+16)	49 (+10)	370	39
和歌山	129 (± 0)	19 (±0)	129	19
奈 良	156 (－ 2)	11 (－2)	158	13
滋 賀	153 (+13)	10 (±0)	140	10
計	2714 (+70)	310 (+15)	2644	295

平成24年度物故会員（敬称略）

大 阪 木下静明，飯島 宏，松浦一成，
川口二郎，三井偉和生，白石隆保，
井上武文，野村晃弘，橋村俊明，
岡田 彰，西幹禎之
兵 庫 小森慎二，菅原 正
京 都 北沢 京，中部晋行
和歌山 奥 宏明
奈 良 吉井良治，坂口正一，北岡 孝
滋 賀 青地秀樹

（合計20名）

近畿産科婦人科学会名誉・功労会員

名誉会員 瀧 一郎，前山昌男，浅野 定，
竹村 喬，須川 佶，磯島晋三，
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（計40名）

功労会員 大谷恭一郎，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，安東規雄，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，杉原養一，
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（計27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 小笹 宏
副会長 高木 哲
学術委員長 北脇 城
日産婦委員長 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 濱田和孝，平 省三
第128回学術集会長 村上 節
第129回学術集会長 万代昌紀

<評議員会議長・副議長>

議 長 片嶋純雄
副議長 種田征四郎

<幹 事>

日産婦委員会 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 石河 修

<新功労会員候補者>

大 阪 大田尚司
大 阪 川村泰弘
大 阪 藤本 昭

<新会費免除会員候補者>

大 阪（15名）

青野敏博（1936年3月22日生）
植田勝間（1935年8月18日生）
小野晃範（1935年6月10日生）

金井万里子（1935年7月6日生）

川島閏雄（1936年1月30日生）

川村 俊（1936年1月25日生）

郡田義光（1935年11月3日生）

田仲紀陽（1935年8月24日生）

中野 孝（1936年1月26日生）

平山吉子（1935年5月10日生）

藤本 昭（1936年3月4日生）

宮田 順（1935年8月10日生）

元林 篤（1935年4月5日生）

米川和作（1936年2月17日生）

脇本栄子（1967年7月29日生）

兵 庫（10名）

青山顕太郎（1935年12月23日生）

岡崎孝之進（1935年11月28日生）

楠部國泰（1935年10月30日生）

竹内錠吉（1936年3月30日生）

竹村 正（1935年7月2日生）

中林幸三（1936年3月20日生）

平津とめ子（1935年11月6日生）

水谷重康（1935年12月1日生）

湯浅充雄（1935年10月23日生）

渡辺誼人（1936年3月22日生）

京 都（3名）

池田 幸（1935年7月12日生）

小柴壽彌（1935年9月26日生）

神谷啓造（1935年4月16日生）

和歌山（該当者なし）

奈 良（3名）

伯耆徳介（1935年4月6日生）

田守陳矢（1936年5月18日生）

徳井 宏（1936年3月15日生）

滋 賀（2名）

杉原養一（1936年2月27日生）

増田幸生（1935年10月25日生）

（計33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	大槻 芳朗 大道 正英 神崎 秀陽 木村 正 古山 将康 志村研太郎 高木 哲 堀越 順彦 万代 昌紀 御前 治 光田 信明 (定数外) 荻田 和秀	上田 豊 大道 正英 神崎 秀陽 木村 正 古山 将康 志村研太郎 角 俊幸 高木 哲 堀越 順彦 万代 昌紀 御前 治 光田 信明	大槻 芳朗 荻田 和秀 古山 将康 齋田 幸次 志村研太郎 高木 哲 竹村 秀雄 堀越 順彦 御前 治 光田 信明	大道 正英 亀谷 英輝 神崎 秀陽 木村 正 古山 将康 塩田 充 角 俊幸 筒井 建紀 堀越 順彦 万代 昌紀 三宅 侃 安田 勝彦 山本嘉一郎	大道 正英 岡田 英孝 亀谷 英輝 神崎 秀陽 木村 正 古山 将康 斉藤 淳子 塩田 充 角 俊幸 竹村 昌彦 筒井 建紀 寺井 義人 万代 昌紀 山本嘉一郎	大道 正英 神崎 秀陽 斉藤 淳子 塩田 充 角 俊幸
兵庫県	大橋 正伸 柴原 浩章 信永 敏克 山崎 峰夫 山田 秀人	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 楠部 國泰 益子 和久 宮本 一	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 澤井 英明 松尾 博哉 森田 宏紀 山崎 峰夫 山田 秀人	伊原 由幸 大門美智子 田中 宏幸
京都府	大島 正義 北脇 城 小西 郁生	岩破 一博 大島 正義 北脇 城 小西 郁生 藤原 浩	大島 正義 田村 秀子 藤田 宏行	岩佐 弘一 岩破 一博 北脇 城 小西 郁生 藤原 浩 松村 謙臣	岩佐 弘一 岩破 一博 北脇 城 小西 郁生 藤原 浩 松村 謙臣	岩破 一博 藤原 浩
和歌山県	井篁 一彦 根来 孝夫 吉田 裕	井篁 一彦 根来 孝夫 南 佐和子	根来 孝夫 吉田 裕	井篁 一彦 岩橋 正明 中村 光作 南 佐和子	井篁 一彦 岩橋 正明 南 佐和子 矢本 希夫	粉川 克司
奈良県	赤崎 正佳 井上 芳樹 小林 浩	赤崎 正佳 小林 浩	赤崎 正佳 高井 一郎	井上 芳樹 大井 豪一 小林 浩	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 (定数外) 卜部 諭 (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	喜多 伸幸 高橋健太郎 村上 節	喜多 伸幸

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					
小川 晴幾	中島 徳郎	藤田 征巳	赤松 信雄	川口 恵子	岩佐 弘一	井上 卓也	加藤 治子	西尾 幸浩	神田 隆善	伊原 由幸	大門美智子	岩破 一博	藤原葉一郎		
上浦 祥司	平松 恵三	北田 文則	伊藤 公彦	武居 勝信	種田征四郎	種田 秀子	亀谷 英輝	松尾 重樹	川村 直樹	蝦名 康彦	宮本 一	田村 秀子			
塩田 充	安井 智代	西尾 順子	片嶋 純雄		藤田 宏行	藤田 宏行	角 俊幸	安田 勝彦	山本嘉一郎	澤井 英明		藤原 浩			
竹村 秀雄			田中 宏幸		松村 謙臣	松村 謙臣	竹村 昌彦			楠部 國泰					
竹村 昌彦			船越 徹				田中 文平			益子 和久					
田中 文平			益子 和久				筒井 建紀			森田 宏紀					
筒井 建紀							坪倉 省吾								
坪倉 省吾															
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					
曾和 正憲				大井 豪一				桂川 浩		初田 和勝					
中村 光作				喜多 恒和				神野 佳樹							
南 佐和子				高井 一郎				樋口 壽宏							
				林 道治											

理事会務分担

庶務会計担当	高木 哲 (大阪) 大橋 正伸 (兵庫) 赤崎 正佳 (奈良)	志村研太郎 (大阪) 大島 正義 (京都) 高橋健太郎 (滋賀)	光田 信明 (大阪) 根来 孝夫 (和歌山)
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)	神崎 秀陽 (大阪) 万代 昌紀 (大阪) 山崎 峰夫 (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	大槻 芳朗 (大阪) 堀越 順彦 (大阪) 大橋 正伸 (兵庫) 赤崎 正佳 (奈良)	高木 哲 (大阪) 御前 治 (大阪) 大島 正義 (京都) 高橋健太郎 (滋賀)	志村研太郎 (大阪) 光田 信明 (大阪) 根来 孝夫 (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)	神崎 秀陽 (大阪) 万代 昌紀 (大阪) 山崎 峰夫 (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) 喜多 伸幸 (滋賀)
事務所担当	野村 哲哉 (滋賀)		
主務地担当	卜部 論 (滋賀)		
次期主務地担当	荻田 和秀 (大阪)		

平成25年度 近畿産科婦人科学会総会

日 時：平成25年 6 月16日（日） 場 所：ピアザ淡海 滋賀県立県民交流センター

1. 開 会	主務地担当理事	ト部	論
2. 会長挨拶	会 長	小笹	宏
3. 物故会員黙祷	会 長	小笹	宏
4. 報告事項			
1) 平成24年度庶務ならびに事業報告	会 長	小笹	宏
2) 平成24年度決算報告	会 長	小笹	宏
3) 平成25年度予算ならびに事業計画	会 長	小笹	宏
4) 平成24年度学会賞	前学術委員長	北脇	城
5) その他	会 長	小笹	宏
5. 学会賞贈呈	会 長	小笹	宏
6. 名誉会員感謝状贈呈	会 長	小笹	宏
7. 功労会員感謝状贈呈	会 長	小笹	宏
8. 閉 会	主務地担当理事	ト部	論

平成24年度 近畿産科婦人科学会日誌抄

平成24年 4 月 1 日～平成25年 3 月31日

主 務 地：奈 良 県

会 長：赤崎正佳

担当理事：吉田昭三

会 議 日 程 表

会 議 名	開 催 日	会 議 名	開 催 日
総会	24. 6.17	日産婦医会委員会	第 1 回 24.5.13
評議員会	24. 6.17		第 2 回 24.12.6
理事会	第 1 回 24. 5.13		第 3 回 25.2.17
	第 2 回 25. 2.17	日産婦医会委員会担当部会	
通信理事会	24. 6.29	社会保険部会	第 1 回 24.6.14
庶務・会計担当理事会	24. 5.13		第 2 回 24.9.27
学術集会	第126回 24.6.16-17		第 3 回 24.12.27
	第127回 24.10. 7		第 4 回 25.3.23
学術委員会	第 1 回 24. 5.13	研修部会	第 1 回 24.6.22
	第 2 回 24.12. 6		第 2 回 25.2.15
	第 3 回 25. 2.17	医療対策部会	25.2.11
学術委員会研究部会		医業経営部会	第 1 回 24.9.20
腫瘍研究部会	24.12. 6		第 2 回 25.3.7
周産期研究部会	24.12. 6	母子保健部会	25.2.16
内分泌・生殖研究部会	24.12. 6	がん対策部会	24.12.15
編集委員会	第 1 回 24. 5.13	日産婦医会近畿ブロック協議会	25.1.20
	第 2 回 24.12. 6	日産婦医会近畿ブロック	24.11.17
常任編集委員会	第 1 回 24. 4.25	医療保険協議会	
	第 2 回 24. 6.27	日産婦学会近畿ブロック理事候補	24.12.6
	第 3 回 24.10.24	選挙管理委員会	
	第 4 回 25. 1.23	日産婦学会近畿ブロック新代議員会	25.2.17
日産婦学会委員会	第 1 回 24. 5.13	平成23年度会計監査	24.4.11
	第 2 回 24.12. 6	平成23年度会務引継ぎ	24.5.13
	第 3 回 25. 2.17	学会賞審査委員会	25.2.17

【平成24年】

(4月11日)

平成23年度会計監査

於：近産婦学会事務局 17:00～19:00

出席者：5名

濱田，平，両監事による会計監査

(4月25日)

第1回常任編集委員会

於：阪急グランドビル 14:00～16:30

委員長：小林 浩

出席者数：12名

1. 報告事項

- 1) 第64巻3号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の最終審査8篇
- 2) Associate Editor制による査読方法の変更について
- 3) 投稿規定の改訂について
- 4) 学術奨励賞，優秀論文賞の推薦について

(5月13日)

平成23年度会務引き継ぎ

於：リーガロイヤルホテル大阪 10:45～11:00

出席者：5名

議事：会務の引き継ぎについて

(5月13日)

庶務・会計担当理事会

於：リーガロイヤルホテル大阪 11:00～12:00

出席者：13名+オブザーバー2名

議事

- (1) 平成23年度事務所報告
- (2) 平成23年度近産婦学会決算報告
- (3) 平成24年度近産婦学会予算案について
- (4) その他

(5月13日)

第1回編集委員会

於：リーガロイヤルホテル大阪 12:00～13:00

出席者数：22名

委員長：小林 浩

1. 報告事項

- (1) 第63巻編集報告
- (2) 広告収入報告
- (3) ホームページのメンテナンスについて
- (4) 電子ジャーナルについて
- (5) 論文投稿時のチェックリストの採用について
- (6) 査読時のAssociate Editor制の採用について
- (7) 編集に必要な経費の件について

2. 協議事項

- (1) 投稿規定の改訂について
- (2) 研究部会記録の呼称の変更について

(5月13日)

第1回産婦学会委員会

於：リーガロイヤルホテル大阪 13:00～14:00

委員長：木村 正

出席者数：22名

1. 報告事項

- (1) 理事2名の増員について
- (2) 名誉会員・功労会員銓衡基準変更について
- (3) 名誉会員・功労会員表彰について
- (4) 第65回学術講演会特別講演・シンポジウムについて
- (5) 第66回学術講演会シンポジウム課題について
- (6) 第67回学術講演会会長について
- (7) 専門医制度について
- (8) 第6回サマースクールについて
- (9) 西日本高速道路エリアパートナーズ倶楽部奨学金について
- (10) FIGO2021誘致について

(5月13日)

第1回産婦医会委員会

於：リーガロイヤルホテル大阪 14:00～15:00

委員長：高木 哲

出席者数：25名

1. 報告事項

- (1) 平成23年度第3回委員会の議事録確認
- (2) 中央情勢ならびに産婦医会理事会報告
- (3) 平成23年度事業報告ならびに会計報告(決算報告書)の確認

(4) 平成24年度事業計画について

(代理 角 俊幸)

(5) 各部会からの追加事業報告について

2) 平成23年度庶務報告

2. 協議事項

前主務地担当理事 馬淵泰士

(1) 平成24年度予算について

3) 平成23年度学術委員会報告

(5月13日)

学術委員長 北脇 城

第1回学術委員会

4) 平成23年度日産婦学会委員会報告

於：リーガロイヤルホテル大阪 14:00~15:00

日産婦学会委員長 木村 正

委員長：北脇 城

5) 平成23年度日産婦医会委員会報告

出席者数：16名

日産婦医会委員長 高木 哲

1. 報告事項

6) 平成23年度「産婦人科の進歩」誌編集委員会

(1) 第126回近産婦学会学術集会について

編集委員長 小林 浩

(奈良県立医大)

7) 平成23年度学会賞に関する件

(2) 第127回近産婦学会学術集会について

学術委員長 北脇 城

(大阪市立大)

(3) 各研究部会について

6. 協議事項

①周産期研究部会

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 赤崎正佳

②腫瘍研究部会

2) 平成24年度役員に関する件

③生殖・内分泌研究部会

会長 赤崎正佳

2. 協議事項

3) 平成23年度会計決算の承認を求める件

(1) 近産婦学会学会賞(学術奨励賞、優秀論文賞)の候補論文について

A. 一般会計:

事務所担当理事 矢野樹理

(2) 平成25年度以降の近産婦学会学術集会の形式について

B. 「産婦人科の進歩」編集室会計

編集委員長 小林 浩

(3) 近産婦学会学術集会主催校の順番について

C. 学術奨励賞基金会計

事務所担当理事 矢野樹理

(5月13日)

D. 監査報告

監事 濱田和孝

第1回理事会

平 省三

於：リーガロイヤルホテル大阪 15:00~17:00

出席者数：理事・監事・議長・副議長31名、名誉4名

1. 開 会

主務地担当理事 吉田昭三

2. 学会長挨拶

会長 赤崎正佳

3. 会員状況報告

主務地担当理事 吉田昭三

4. 物故者黙祷

会長 赤崎正佳

5. 報告事項

1) 平成24年度評議委員会、総会、学術集会に関する件

A. 評議員会、総会

会長 赤崎正佳

B. 第126回学術集会

学術集会長 小林 浩

C. 第127回学術集会

学術集会長 石河 修

4) 平成24年度事業計画に関する件(赤崎正佳)

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

産婦医会委員長 高木 哲

D. 「産婦人科の進歩」編集室

編集委員長 小林 浩

5) 平成24年度予算に関する件

A. 一般会計 事務所担当理事 矢野樹理

B. 「産婦人科の進歩」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 赤崎正佳
- 7) 名誉会員推薦に関する件 会長 赤崎正佳
- 8) 功労会員推薦に関する件 会長 赤崎正佳
- 9) 会費免除会員に関する件 会長 赤崎正佳
7. その他
8. 閉会挨拶 主務地担当理事 吉田昭三
- (6月14日)

第1回社会保険部会ならびに「社会保険診療要覧」作成委員会

於：第一ホテル 14：30～17：20

委員長：田中 文平

出席者数：40名

1. 報告事項
- (1) 平成24年度第1回日産婦医会医療保険委員会報告(平成24年5月27日)
- (2) 平成24年度全国支部医療保険担当者連絡会報告(平成24年5月27日)
- (3) 平成23年度第4回近産婦社保部会記録確認(平成24年3月22日)
- (4) 「社会保険診療要覧」作成結果報告
- (5) その他：社保部会平成23年度会計報告他
2. 協議事項
- (1) 委員提出議題
- (2) その他

(6月16, 17日)

第126回近産婦学会学術集会

於：リーガロイヤルNCB

会 長：赤崎 正佳

学術集会長：小林 浩

参加者数 630名

一般演題 123題

特別講演 1題(座長：小林 浩 演者：小辻文和)

イブニングセミナー 2題

ランチョンセミナー 2題

アフタヌーンセミナー 1題

(6月16日)

総懇親会

於：リーガロイヤルNCB

参加者数：129名

(6月17日)

平成24年度近産婦学会評議員会

於：リーガロイヤルNCB 12：00～13：00

1. 開 会 主務地担当理事 吉田昭三
2. 学会長挨拶 会長 赤崎正佳
3. 会員状況報告 主務地担当理事 吉田昭三
4. 物故会員黙祷 会長 赤崎正佳
5. 報告事項
- 1) 平成24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 赤崎正佳
- B. 第126回学術集会：学術集会長 小林 浩
- C. 第127回学術集会：学術集会長 石河 修
- 2) 平成23年度庶務報告 前主務地担当理事 馬淵泰士
- 3) 平成23年度学術委員会報告 学術委員長 北脇 城
- 4) 平成23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23年度日産婦医会委員会報告 日産婦医会委員長 高木 哲
- 6) 平成23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23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 赤崎正佳
- 9) 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 赤崎正佳
- 2) 平成24年度役員に関する件 会長 赤崎正佳
- 3) 平成23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 矢野樹理
- 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 矢野樹理
- D. 監査報告： 監事 濱田和孝 平 省三
- 4) 平成24年度事業計画に関する件

会長 赤崎正佳

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 高木 哲

D. 「産婦人科の進歩」誌編集室：

編集委員長 小林 浩

5) 平成24年度予算に関する件

A. 一般会計 事務所担当理事 矢野樹理

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

7) 功労会員推薦に関する件 会長 赤崎正佳

8) 会費免除会員に関する件 会長 赤崎正佳

7. その他

8. 閉 会

(6月17日)

平成24年度近産婦学会総会

於：リーガロイヤルNCB 13：10～13：40

1. 開 会 主務地担当理事 吉田昭三

2. 会長挨拶 会長 赤崎正佳

3. 物故会員黙祷 会長 赤崎正佳

4. 報告事項

1) 平成23年度庶務ならびに事業報告

会長 赤崎正佳

2) 平成23年度決算報告 会長 赤崎正佳

3) 平成23年度予算ならびに事業計画

会長 赤崎正佳

4) 平成23年度学会賞 学術委員長 北脇 城

5) その他 会長 赤崎正佳

5. 学会賞贈呈 会長 赤崎正佳

6. 名誉会員感謝状贈呈 会長 赤崎正佳

7. 功労会員感謝状贈呈 会長 赤崎正佳

8. 閉 会 主務地担当理事 吉田昭三

(6月22日)

日産婦医会委員会第1回研修部会

於：ラマダホテル大阪 18：30～20：15

委員長：藤田 宏行

出席者数：15名

1. 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23年度第2回研修部会議事録の確認

(3) 平成23年度会計報告と24年度予算について

(4) 各府県の平成23年度研修活動報告の提出確認

2. 協議事項

(1) 平成24年度日産婦医会委員会ワークショップ
(日産婦医会学術集会と合同開催)のテーマと各演者の発表内容について

(2) 今後の日産婦医会委員会ワークショップの企画運営について

(3) 次回委員会の開催日程(出席できない委員も事前に意見提出)

(6月27日)

第2回常任編集委員会

於：阪急グランドビル 14：00～16：30

委員長：小林 浩

出席者数：13名

1. 報告事項

(1) 第64巻4号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

(4) 常任編集委員の交代について

2. 協議事項

(1) 次号掲載予定の論文の最終審査5篇

(2) 査読の業務フローの確認(特にAssociate Editorについて)

(6月29日)

通信理事会

理事29名にて通信会議

議題：関西電力管内計画停電に対する要望書について

(9月20日)

日産婦医会委員会第1回医業経営部会

於：ホテルグランヴィア大阪 18：00～20：30

委員長：根来 孝夫

出席者数：13名

1. 報告事項

(1) 緊急避妊薬の使用状況調査

(2) 診療報酬改定に関する問題点

2. 協議事項

(1) 緊急避妊薬ノルレボ

- (2) 人工妊娠中絶時のラミナリア使用に関して
- (3) 有床診療所入院基本料算定に管理栄養士および褥創対策が必須とされる件
- (4) 計画停電に備えた各支部の対応
- (5) 妊婦公費検診

(9月27日)

日産婦医会委員会第2回社会保険部会

於：第一ホテル 14:30～17:20

委員長：田中 文平

出席者数：37名

1. 報告事項

- (1) 平成24年度第2回日産婦医会医療保険委員会報告(平成24年9月1日)
- (2) 平成24年第1回近産婦社保部会記録確認(平成24年6月14日)
- (3) 第39回日産婦医会学術集会の準備進行状況について
- (4) 平成24年度近畿ブロック医療保険協議会の準備状況について

(5) その他

2. 協議事項

- (1) 委員提出議題
- (2) その他

(10月7日)

第127回近産婦学会学術集会

(第39回日本産婦人科医会学術集会との同時開催)

於：リーガロイヤルホテル大阪

会 長：赤崎 正佳

学術集会長：石河 修

参加者数：355名

ランチョンセミナー：1題

周産期研究部会、腫瘍研究部会、内分泌・生殖研究部会、日産婦医会委員会ワークショップ

(10月24日)

第3回常任編集委員会

於：阪急グランドビル 14:00～16:30

委員長：小林 浩

出席者数：13名

1. 報告事項

- (1) 第65巻1号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

(4) 常任編集委員の交代について

2. 協議事項

- (1) 次号掲載予定の論文の最終審査16篇
- (2) 講演会記録の依頼見合わせについて
- (3) 学術奨励賞、優秀論文賞の推薦について
- (4) 査読依頼の注意事項等について

(11月17日)

日産婦医会近畿ブロック医療保険協議会

於：リーガロイヤルNCB 15:00～17:30

出席者数：48名

委員長：田中 文平

1. 主務地担当事挨拶 吉田昭三

2. 黙祷

3. 開会挨拶

日産婦医会委員会社会保険部会会長 田中文平

4. 挨拶 近産婦学会会長 赤崎正佳

日産婦医会委員会委員長 高木 哲

5. 来賓紹介および出席者紹介

6. 中央情勢について

1) 日産婦医会副会長： 今村定臣

2) 日産婦医会常務理事： 加納武夫

3) 日産婦医会副幹事長： 栗林 靖

7. 支部提出テーマおよび要望事項

8. 閉会挨拶 日産婦医会委員会幹事 古山将康

(12月6日)

学術委員会腫瘍研究部会

於：リーガロイヤルNCB 16:00～17:00

委員長：小西 郁生

出席者数：27名

1. 協議事項

(1) 共同研究テーマについて

各委員が共同研究テーマを出し合う形で進行した。今後、各テーマについて、研究を主導する委員を決めて委員長が割り振りを行うこととなり、閉会した。

(12月6日)

学術委員会周産期研究部会

於：リーガロイヤルNCB 16:00～16:40

委員長：木村 正

出席者数：27名

1. 報告事項

- (1) 第127回近産婦学会学術集会周産期研究部会について(大阪市立大学)

2. 協議事項

- (1) 平成25年度(第129回)近産婦学会学術集会周産期研究部会 担当施設について
(2) 平成25年度(第129回)近産婦学会学術集会周産期研究部会 テーマについて
(3) 第127回近産婦学会学術集会周産期研究部会での議論を評価委員会への報告について

(12月6日)

学術委員会内分泌・生殖研究部会

於：リーガロイヤルNCB 16:00~16:45

委員長：村上 節

出席者数：18名

1. 報告事項

- (1) 平成23年議事録
(2) 第127回近産婦学会内分泌・生殖研究部会報告
(3) 平成25年度の内分泌・生殖研究部会担当校

2. 協議事項

- (1) グループスタディの状況
(2) 次々回研究部会(平成26年)の担当校(神戸大学)
(3) 今後のグループスタディ
(4) 研究部会の名称について

(12月6日)

日産婦学会近畿ブロック理事候補選挙管理委員会

於：リーガロイヤルNCB 14:30~14:40

選挙管理委員長：赤崎 正佳

出席者数：6名

(12月6日)

第2回編集委員会

於：リーガロイヤルNCB 14:00~14:30

委員長：小林 浩

出席者数：26名

1. 報告事項

- (1) 第64巻編集報告
(2) 広告収入報告
(3) ホームページのメンテナンスについて
(4) 電子ジャーナルについて

- (5) 前回の議事録の確認

- (6) 論文数の推移について

- (7) Associate Editor制度についての再確認

2. 協議事項

- (1) 医学中央雑誌の著者抄録の利用許諾について
(2) 投稿規定の変更について
(3) 学会賞の選考方法について(編集委員会としての取り組み)

(12月6日)

第2回学術委員会

於：リーガロイヤルNCB 15:20~16:00

委員長：北脇 城

出席者数：21名

1. 報告事項

- (1) 第127回近産婦学会学術集会について(大阪市立大学)
(2) 第128回近産婦学会学術集会について(滋賀医科大学)
(3) 各研究部会について
①周産期研究部会
②腫瘍研究部会
③生殖・内分泌研究部会

2. 協議事項

- (1) 近産婦学会学会賞(学術奨励賞, 優秀論文賞)の候補論文について
(2) 平成26年度以降の近産婦学会学術集会の形式について
(3) 近産婦学会学術集会主催校の順番について協議し, 次頁の順番で各校が担当することを決定した。

(12月6日)

第2回日産婦学会委員会

於：リーガロイヤルNCB 14:40~15:20

委員長：木村 正

出席者数：25名

1. 報告事項

- (1) 増員理事2名および小森先生後任理事について
(2) 日産婦学会入会者数について
(3) 第65回学術講演会における「専攻医教育プログラム」および「指導者のための講習会」

近畿産科婦人科学会主催校（案）

主務地	年度	主催校	年度	主催校	年度	主催校	年度	主催校	年度	主催校	年度	主催校
大阪	H20	大 5 大 1	H26	大 1 大 2	H32	大 2 大 3	H38	大 3 大 4	H44	大 4 大 5	H50	大 5 大 1
兵庫	H21	兵 神	H27	神 兵	H33	兵 神	H39	神 兵	H45	兵 神	H51	神 兵
京都	H22	京 府	H28	府 京	H34	京 府	H40	府 京	H46	京 府	H52	府 京
和歌山	H23	和 大 2	H29	大 3 和	H35	和 大 4	H41	大 5 和	H47	和 大 1	H53	大 2 和
奈良	H24	奈 大 3	H30	大 4 奈	H36	奈 大 5	H42	大 1 奈	H48	奈 大 2	H54	大 3 奈
滋賀	H25	滋 大 4	H31	大 5 滋	H37	滋 大 1	H43	大 2 滋	H49	滋 大 3	H55	大 4 滋

大 1 大阪大学
大 2 大阪医科大学
大 3 大阪市立大学
大 4 近畿大学
大 5 関西医科大学

考慮にいたった条件

1. 主務地の純ガン従来のままとする。
2. 兵庫と京都は 2 大学を交代とする従来のルールを維持する。
3. 和歌山医大、奈良医大、滋賀医大は 6 年毎に春秋を入れ換わる。

この案の特徴

1. 大阪府内の大学も春秋はほぼ均等に学術集会を開催できる。
2. そもそも大阪府内の大学を 6 年毎の周期で担当させないことを趣旨としているため、担当周期が 3 ～ 11 年となる。

について

（４）新たな手法を用いた出生前遺伝学的検査について

（５）福島県の産婦人科医療に対する支援について

（６）子宮頸部細胞診報告様式について

（７）第 6 回サマースクールについて

（８）第 3 回スプリングフォーラムについて

（12月 6 日）

第 2 回日産婦医会委員会

於：リーガロイヤルホテルNCB 15：20～16：00

委員長：高木 哲

出席者数：22名

1. 報告事項

（１）中央情勢ならびに日産婦医会理事会報告について

（２）各部会報告

2. 協議事項

（１）近畿ブロック協議会（1/20）の提出議題について

（２）その他

（12月15日）

日産婦医会委員会がん対策部会

於：ホテルグランヴィア大阪 17：30～19：30

委員長：小笠原利忠

出席者数：15 名

1. 報告事項

（１）話題提供 1：「頸部腺癌をめぐる最近の話題」

演者 兵庫県立がんセンター院長 西村隆一郎

（２）話題提供 2：「HPV - ワクチンの最近の話題」

演者 ジャパンワクチン株式会社 小松豊茂

（３）HPVジェノタイプ検査実施状況に関して

大久保病院 小笠原利忠

（４）がん検診啓蒙運動に関して：「子宮の日」

の紹介 大久保病院 小笠原利忠

2. 協議事項

（１）HPVジェノタイプ検査の今後の運用に関して

（２）HPVワクチンの接種に関して

（３）子宮がん検診の受診率向上に関して

（12月27日）

第 3 回社会保険部会

於：第一ホテル 14：30～16：35

委員長：田中 文平

出席者数：32名

1. 報告事項

- (1) 平成24年度第3回日産婦医会医療保険委員会報告(平成24年12月8日)
- (2) 平成24年度日産婦医会近畿ブロック医療保険協議会の報告(平成24年11月17日)
- (3) 平成24年度日産婦医会委員会第2回社保部会記録確認(平成24年9月27日)
- (4) その他

2. 協議事項

- (1) 委員提出議題
- (2) その他

【平成25年】

(1月20日)

平成24年度 日産婦医会近畿ブロック協議会

於：リーガロイヤルホテル大阪 14:00~17:00

委員長：高木 哲

出席者数：40名

1. 報告事項

- (1) 挨拶 近産婦学会会長 赤崎正佳
- (2) 挨拶 日産婦医会委員会委員長 高木 哲
- (3) 来賓挨拶 日産婦医会会長 木下勝之
- (4) 来賓挨拶 日産婦医会副会長 竹村秀雄
- (5) 来賓挨拶 日産婦医会幹事長 五味淵秀人
- (6) 中央情勢報告 日産婦医会会長 木下勝之
- (7) 中央情勢報告 日産婦医会副会長 竹村秀雄

2. 協議事項

- (1) 滋賀県における勤務医就労支援の現状(滋賀)
滋賀医科大学 喜多伸幸
- (2) 妊娠出産期からの児童虐待の未然防止における医療機関と保健センターの連携(京都)
京都医療センター 江川晴人
- (3) 大阪における産婦人科一次救急システム
2年半のデータ解析(大阪)
りんくう総合医療センター部長 荻田和秀
- (4) 和歌山医療圏における周産期医療ネットワーク(和歌山)
和歌山県立医科大学総合周産期母子医療センター長 南佐和子
- (5) 奈良県における妊婦HTLV-1キャリアの現

状—過去5年間のアンケート調査結果の解析—(奈良) 奈良県立医科大学 吉田昭三

- (6) 性犯罪被害者支援ワンストップセンター開設準備状況について(兵庫)

若宮病院 田口奈緒

(1月23日)

第4回常任編集委員会

於：阪急グランドビル 14:00~16:30

委員長：小林 浩

出席者数：15名

1. 報告事項

- (1) 第65巻2号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
- (4) 常任編集委員の交代について

2. 協議事項

- (1) 次号掲載予定の論文の最終審査
- (2) 審査の際のAE(Associate Editor)の役割の確認について
- (3) 最終審査後の、各論文のレフリーへの結果報告について
- (4) 次年度の会議日程について

(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

委員長：高橋 健太郎

出席者数：13名

1. 報告事項

- (1) 各府県における産科医療補償制度、妊産婦死亡、医療事故・偶発事例の現状について

2. 協議事項

- (1) 産科医療補償制度に関する日産婦医会委員会「医療対策部会」としての日産婦医会に対する要望書提出について

(2月15日)

日産婦医会委員会第2回研修部会

於：ラマダホテル大阪 18:30~20:10

委員長：藤田 宏行

出席者数：15名

1. 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24年度第1回研修部会議事録の確認
- (3) 平成24年度ワークショップ「開業医ができる子宮筋腫の管理」の総括
- (4) 平成24年度会計報告

2. 協議事項

- (1) 今後の日産婦医会委員会ワークショップのあり方・方向性について
- (2) 平成25年度日産婦医会委員会ワークショップのテーマと構成・演者選出について
- (3) 各府県の活動報告書提出について
- (4) 次回委員会の開催日程

(2月16日)

日産婦医会委員会母子保健部会

於：新阪急ホテル 17:30～19:30

委員長：原田 直哉

出席者数：12名

1. 報告事項

- (1) 大阪府における産婦人科一次救急の構築と運用状況
- (2) 京都府周産期医療協議会、検討部会の開催状況

2. 協議事項

- (1) 児虐待防止に向けた医療機関と他組織との連携について
- (2) 正常新生児の医療機関退院後のフォローについて

(2月17日)

学会賞審査委員会

於：リーガロイヤルホテル大阪 11:30～12:30

出席者数：14名

応募論文2篇

厳正なる審査の結果、学術奨励賞1篇、優秀論文賞1篇を決定した。

(2月17日)

第3回日産婦学会委員会

於：リーガロイヤルホテル大阪 13:00～14:00

委員長：木村 正

出席者数：31名

1. 報告事項

- (1) 平成25年改選代議員と理事選出について
- (2) 過去5年間の産婦人科専攻医数について

- (3) 卵子提供による生殖医療について
- (4) 総合診療専門医（専門医の在り方に関する検討会）について
- (5) 専門医申請における懲戒および指導医の善管注意義務について
- (6) 専門医更新・再認定時の診療・指導報告書の提出について
- (7) 指導医制度および指導医のための講習会について

(2月17日)

第3回日産婦医会委員会

於：リーガロイヤルホテル大阪 14:00～15:00

委員長：高木 哲

出席者数：25名

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
- (3) その他

2. 協議事項

- (1) 次年度の重点項目について
- (2) 古山委員の退任の件

(2月17日)

第3回学術委員会

於：リーガロイヤルホテル大阪 14:00～15:00

委員長：北脇 城

出席者数：25名

1. 報告事項

- (1) 第128回近産婦学会学術集会について
(滋賀医科大学)
- (2) 第129回近産婦学会学術集会について
(近畿大学)
- (3) 各研究部会について

①周産期研究部会

②腫瘍研究部会

③生殖・内分泌研究部会

2. 協議事項

- (1) 近産婦学会学会賞（学術奨励賞、優秀論文賞）について
・学術賞定款の改訂について
- (2) 平成26年度以降の近産婦学会学術集会の形式について

- (2) その他

平成24年度 近畿産科婦人科学会決算報告

- A. 一般会計

(Ⅰ) 平成24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24年度近畿産科婦人科学会主務地
決算

(Ⅲ) 平成24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) 内分泌・生殖研究部会

(Ⅳ) 平成24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

(Ⅴ) 平成24年度社保要覧編集費決算

(Ⅵ) 平成24年度近畿産科婦人科学会日産婦
学会委員会決算
- B. 平成24年度近畿産科婦人科学会学術奨励賞
基金決算
- C. 平成24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24年度 近畿産科婦人科学会決算書

自 平成24年 4 月 1 日
至 平成25年 3 月31日

* 収入金額 53,638,373
* 支出金額 22,465,192
* 次年度繰越金 31,173,181

収入の部

項 目	予 算	決 算	備 考
会 費	大 阪 (1,065) 10,650,000	(1,104) 1,104,000	() 内は会員数
	兵 庫 (550) 5,500,000	(579) 5,790,000	
	京 都 (325) 3,250,000	(330) 3,300,000	
	奈 良 (140) 1,400,000	(147) 1,470,000	
	和歌山 (105) 1,050,000	(110) 1,100,000	
	滋 賀 (130) 1,300,000	(143) 1,430,000	
	特別会員	(3) 30,000	
	小 計 (2,315) 23,150,000	(2,416) 24,160,000	
過 年 度 会 費	大 阪	(23) 230,000	22年度 1名 23年度22名
	兵 庫	(39) 390,000	22年度 3名 23年度36名
	京 都	(6) 60,000	23年度6名
	奈 良	(0) 0	
	和歌山	(1) 10,000	23年度1名
	滋 賀	(0) 0	
小 計	300,000	(69) 690,000	
利 息	3,000	4,048	
雑 収 入	500	0	
社保要覧広告費		952,185	
社保要覧実費配布		73,340	
前年度繰越金	27,758,800	27,758,800	
合 計	51,212,300	53,638,373	

近畿産科婦人科学会 決算報告

自 平成24年 4 月 1 日
至 平成25年 3 月31日

収入の部

項 目	予 算	決 算
前 年 度 繰 越 金	27,758,800	27,758,800
会 費 総 収 入	23,150,000	24,160,000
過 年 度 会 費	300,000	690,000
利 息	3,000	4,048
雑 収 入	500	0
社 保 要 覧 広 告 費		952,185
社 保 要 覧 実 費 配 布		73,340
合 計	51,212,300	53,638,373

支出の部

項 目	予 算	決 算
事 務 所 費	500,000	471,215
主 務 地 費	4,500,000	4,500,000
学 術 委 員 会 費	1,800,000	691,138
日産婦医会委員会費	2,000,000	1,761,048
日産婦学会委員会費	100,000	15,280
進 歩 誌 編 集 費	9,600,000	9,578,194
業 務 委 託 費	3,864,000	3,864,000
社 保 要 覧 編 集 費	1,500,000	1,566,187
雑 費	10,000	6,090
予 備 費	27,338,300	12,040
小 計	51,212,300	22,465,192
次 年 度 繰 越 金		31,173,181
合 計	51,212,300	53,638,373

※

※通信理事会 印刷費・発送費

次年度繰越金明細	
京都田中郵便局（振替口座）	1,530,000
三菱東京UFJ銀行 京都中央支店 普通預金	29,643,181
合 計	31,173,181

上記監査の結果、適正妥当であることを認めます。
平成25年 4 月12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	500,000	500,000	
預 金 利 息		46	
計	500,000	500,046	
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	400,000	406,978	
通 信 費 ・ 雑 費	50,000	2,939	
慶 弔 費	50,000	44,498	
製 本 費		16,800	
計	500,000	471,215	
本 会 計 へ 返 金		28,831	

(Ⅱ) 主務地決算

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 (会議費含む)	4,500,000	4,500,000	
計	4,500,000	4,500,000	
本 会 計 へ 返 金		0	

(Ⅲ) 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		144	
計	1,800,000	1,800,144	

支出の部 (学術)			
項 目	予 算	決 算	
腫 瘍 研 究 部 会	500,000	273,995	
周 産 期 研 究 部 会	500,000	213,549	
内 分 泌 ・ 生 殖 研 究 部 会	500,000	151,420	
事 務 局	300,000	52,174	
計	1,800,000	691,138	
本 会 計 へ 返 金		1,109,006	

(1) 事務局 (学術)

収入の部			
項 目	予 算	項 目	決 算
本 会 計 よ り	300,000	事 務 消 耗 品 費	51,714
		通 信 費 ・ 雑 費	460
		小 計	52,174
預 金 利 息	36	本 会 計 へ 返 金	247,862
計	300,036	計	300,036

(2) 腫瘍研究部会 (学術)

収入の部			
項 目	予 算	項 目	決 算
本 会 計 よ り	500,000	事 務 消 耗 品 費	273,785
		通 信 費 ・ 雑 費	210
		小 計	273,995
預 金 利 息	42	本 会 計 へ 返 金	226,047
計	500,042	計	500,042

(3) 周産期研究部会 (学術)

収入の部			
項 目	予 算	項 目	決 算
本 会 計 よ り	500,000	掲 載 補 助 費	103,339
		講 演 料	100,000
		講師交通費等経費	10,000
		通 信 費 ・ 雑 費	210
		小 計	213,549
預 金 利 息	44	本 会 計 へ 返 金	286,495
計	500,044	計	500,044

(4) 内分泌・生殖研究部会 (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	講 演 料	120,000
		講師交通費等経費	31,000
		通 信 費 ・ 雑 費	420
		小 計	151,420
預 金 利 息	22	本 会 計 へ 返 金	348,602
計	500,022	計	500,022

(Ⅳ) 日産婦医会委員会決算

収入の部 (日産婦医会)			
項 目	予 算	決 算	
本 会 計 よ り	2,000,000	2,000,000	
預 金 利 息		122	
計	2,000,000	2,000,122	

支出の部			
項 目	予 算	決 算	
事 務 局	400,000	249,224	
社 会 保 険 部 会	800,000	780,717	
母 子 保 健 部 会	150,000	136,650	
癌 対 策 部 会	150,000	150,000	
研 修 部 会	200,000	191,499	
医 療 対 策 部 会	150,000	147,442	
医 業 経 営 部 会	150,000	105,516	
計	2,000,000	1,761,048	
本 会 計 へ 返 金		239,074	

(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	400,000	会 議 費	200,000
		事 務 消 耗 品 費	48,804
		通 信 費 ・ 雑 費	420
		小 計	249,224
預 金 利 息	49	本 会 計 へ 返 金	150,825
計	400,049	計	400,049

(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)	479,667
		通 信 費 ・ 雑 費	1,050
		社保ブロック協議会	300,000
		小 計	780,717
		本 会 計 へ 返 金	19,283
計	800,000	計	800,000

※ 指定口座が決済用無利息型普通預金口座のため利息計上無し

(3) 母子保健部会 (日産婦医会)

収入の部		支出の部	
項 目	決 算	項 目	決 算
本 会 計 よ り	150,000	会 議 費	123,480
		通 信 費 ・ 雑 費	13,170
		小 計	136,650
預 金 利 息	16	本 会 計 へ 返 金	13,366
計	150,016	計	150,016

(4) 癌対策部会 (日産婦医会)

収入の部		支出の部	
項 目	決 算	項 目	決 算
本 会 計 よ り	150,000	会 議 費	80,981
		資 料 作 成 費	6,700
		通 信 費 ・ 雑 費	9,690
		事 務 消 耗 品 費	52,629
		小 計	150,000
預 金 利 息	11	本 会 計 へ 返 金	11
計	150,011	計	150,011

(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	183,414
		別 刷 り 作 成 費	8,085
		小 計	191,499
預 金 利 息	12	本 会 計 へ 返 金	8,513
計	200,012	計	200,012

(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	103,712
		資 料 作 成 費	40,000
		通 信 費 ・ 雑 費	3,730
		小 計	147,442
預 金 利 息	17	本 会 計 へ 返 金	2,575
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	150,000	会 議 費	97,336
		通 信 費 ・ 雑 費	8,180
		小 計	105,516
預 金 利 息	17	本 会 計 へ 返 金	44,501
計	150,017	計	150,017

(V) 平成24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
本 会 計 よ り 補 填		66,187
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	974,024
会 議 費		508,041
通 信 費 ・ 雑 費		84,122
計	1,500,000	1,566,187
本 会 計 へ 返 金		0

(VI) 日産婦学会委員会

収入の部

項 目	予 算	決 算
本 会 計 よ り	100,000	100,000
預 金 利 息		11
計	100,000	100,011

支出の部

項 目	予 算	決 算
事 務 消 耗 品 費	100,000	14,860
通 信 費 ・ 雑 費		420
計	100,000	15,280
本 会 計 へ 返 金		84,731

B. 平成24年度 近畿産科婦人科学会
学術奨励賞基金決算

自 平成24年 4 月 1 日
至 平成25年 3 月31日

収入の部

項 目	金 額
利 息	415
前 年 度 繰 越 金	2,636,351
合 計	2,636,766

*収入金額 2,636,766
*支出金額 50,840
*次年度繰越金 2,585,926
(普通預金口座残高 2,585,926)

支出の部

項 目	金 額
平成23年度優秀論文賞	50,000
振 込 手 数 料	840
次 年 度 繰 越 金	2,585,926
合 計	2,636,766

上記監査の結果、適正妥当であることを認めます。
平成25年 4 月12日

監事 濱田 和孝
監事 平 省三

**C. 平成24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24年 4 月 1 日

至 平成25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¥150,000)	9,600,000
利 息	1,908
広 告 掲 載 料	494,130
産婦人科医事紛争 書籍売上げ	4,116
科学技術振興機構情報使用料	4,620
メテオインターゲート包括著作権料・使用料	12,939
小 計	10,117,713
前年度より繰越金	13,080,599
合 計	23,198,312

* 収入金額	23,198,312
* 支出金額	10,299,352
(本会計へ返金	21,806)
* 次年度繰越金	12,877,154
(普通預金口座残高	12,877,154)

支出の部

項 目	金 額
進 歩 編 集 費	9,578,194
超 過 ペ ー ジ 分 編 集 掲 載 費	364,203
広 告 業 務 委 託 料	353,700
振 込 手 数 料	3,255
小 計	10,299,352
本会計へ返金(常任編集委員会会議費残額)	21,806
次年度への繰越金	12,877,154
合 計	23,198,312

【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 (うち常任編集委員会会議費¥150,000)	9,600,000	編 集 業 務 委 託 費	9,450,000
		常任編集委員会会議室使用料	111,000
		会 議 お 茶 代 他	7,080
		案 内 状 印 刷 費 ・ 通 信 費	10,114
		小 計	9,578,194
合 計	9,600,000	本会計へ返金	21,806
		計	9,600,000

上記監査の結果、適正妥当であることを認めます。

平成25年 4 月12日

監事 濱田 和孝
監事 平 省三

近畿産科婦人科学会 平成25年度予算

収入の部

項 目	平成24年度予算	平成25年度予算	備 考
前年度繰越金	27,758,800	31,173,181	
会費総収入	23,150,000	23,600,000	大 阪 1080 兵 庫 560 京 都 330 奈 良 140 和歌山 110 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	51,212,300	55,076,681	

支出の部

項 目	平成24年度予算	平成25年度予算	増 減
事務所費	500,000	500,000	
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	2,000,000	2,000,000	
日産婦学会委員会費	100,000	100,000	
進歩誌編集費	9,600,000	9,600,000	
業務委託費	3,864,000	3,864,000	
社保要覧編集費	1,500,000	1,500,000	
雑費	10,000	10,000	
予備費	27,338,300	31,202,681	
合 計	51,212,300	55,076,681	

平成24年度「産婦人科の進歩」編集報告

1. 発行の現況

64巻	頁 数	部 数
1号 (2/1)	本文100頁 (会告11頁 広告2頁)	2770部
2号 (5/1)	本文194頁 (会告10頁 広告3頁)	2790部
3号 (9/1)	本文188頁 (会告6頁 広告2頁)	2830部
4号 (11/1)	本文98頁 (会告9頁 広告2頁)	2820部
合 計	本文580頁 (会告36頁 広告9頁)	11210部

2. 受付論文

64巻

[研 究] 原著5編, 臨床研究1編, 診療1編,
症例報告19編

[臨 床] 臨床の広場4編, 今日の問題4編,
会員質問コーナー8編

[学 会] 学術集会プログラム・抄録2編, 研
究部会記録3編, 学会会務報告(評
議員会他)1編, 医会報告1編, 投
稿規定4編, 会員の皆様へ1編, 各
研究部会委員名簿1編, 学会ならび
に各府県医会の事項1編

3. 会員外購読会員

昭和44年度115, 45年度125, 46年度123, 47年
度115, 48年度128, 49年度117, 50年度115,
51年度110, 52年度101, 53年度107, 54年
度108, 55年度108, 56年度113, 57年度119,
58年度122, 59年度138, 61年度122, 61年
度120, 62年度106, 63年度93

平成1年度98, 2年度97, 3年度95, 4年度96,
5年度90, 6年度77, 7年度80, 8年度78,
9年度78, 10年度82, 11年度72, 12年度65,
13年度66, 14年度55, 15年度54, 16年度54,
17年度54, 18年度56, 19年度52, 20年度50,
21年度48, 22年度43, 23年度45, 24年度46

近畿産科婦人科学会会則

(平成12年度改正)

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、寄附金およびその他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。会計簿は事務所に於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)

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。

注。ただし、次年度の日産婦学会理事長は、選挙を経ることなく当選人となる。従ってこの場合、前記理事の定数よりこの無投票当選人の数を除いた数を選挙の定数とする。

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 被選挙人の種別は

- (イ) 本人自らの立候補届によるもの
- (ロ) 会員の推薦（本人の承諾書付き）によるもの
- (ハ) 日産婦学会委員会の推薦によるものとする。

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定数連記とする。

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、委員会立ち合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 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17年2月21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)

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24年度（2012.4～2013.3）各府県別研修状況（敬称略）
【滋賀県】
第12回びわこVoiding Dysfunction研究会

平成24年5月12日（土）ホテルボストンプラザ
草津

特別講演 1

「骨盤臓器脱に対するメッシュ手術—有効性と
問題点—」

大阪市立大学大学院医学研究科生殖発生発育
病態学准教授 古山将康

特別講演 2

「下部尿路機能障害と膀胱血流」

旭川医科大学腎泌尿器外科学講座教授
柿崎秀宏

滋賀県産科婦人科医会総会ならびに学術研修会

平成24年6月10日（日）大津プリンスホテル
一般演題 I

**1. 「初回治療後13年目に再発，移転した卵巣
癌の1例」**

大津市民病院¹⁾，外科²⁾，病理科³⁾

○林 香里¹⁾，鈴木彩子¹⁾，久保卓郎¹⁾，
岡田由貴子¹⁾，高橋良樹¹⁾，柳橋 健²⁾，
濱田新七³⁾

**2. 「当院における過去4年間の卵巣癌48例の
検討」**

滋賀県立成人病センター

○滝 真奈，勝矢聡子，小林 昌，
宇田さと子，樋口壽宏

**3. 「乳癌検診における乳腺超音波の有用性に
ついて（マンモグラフィーと比較して）」**

奥田医院

○奥田雄二

**4. 「子宮頸癌CCRT後に広範囲脳梗塞を発症
した1症例」**

市立長浜病院

○樋口明日香，森下 紀，桂 大輔，
中多真理，林 嘉彦，野田洋一

**5. 「巨大子宮筋腫の変性により急性腎不全を
きたした1例」**

滋賀医科大学附属病院 母子・女性診療科¹⁾，
国立病院機構滋賀病院²⁾，公立甲賀病院³⁾

○鈴木幸之助¹⁾，天野 創¹⁾，
三ツ浪真紀子²⁾，小野哲男¹⁾，中川哲也³⁾，
木村文則¹⁾，喜多伸幸¹⁾，高橋健太郎¹⁾，
村上 節¹⁾

6. 「当院における自己血使用の検討」

草津総合病院

○森 敏恵，鳥井裕子，藤城直宣，
卜部優子，高原得栄，卜部 諭，
鈴木 瞭

一般演題 II
7. 「腹膜炎で発症したOHVIRA症候群の1例」
近江八幡市立総合医療センター

○竹川哲史，小玉優子，木下由之，
初田和勝

**8. 「TVM手術後のメッシュびらんに対して修
復術を行った1例」**

野洲病院¹⁾，国立病院機構滋賀病院²⁾，
滋賀医科大学³⁾

○田中京子¹⁾，三野直純¹⁾，井上貴至²⁾，
村上 節³⁾

9. 「当院におけるTEA症例の検討」

大津赤十字病院¹⁾，放射線科²⁾

○江川絢子¹⁾，西川 愛¹⁾，山口綾香¹⁾，
上田 匡¹⁾，亀井沙織¹⁾，八木治彦¹⁾，
角井和代¹⁾，小林久人²⁾，越山雅文¹⁾

10. 「妊娠中に発症したベーチェット病の1例」

大津市民病院¹⁾，内科²⁾，皮膚科³⁾，病理科⁴⁾

○岡田由貴子¹⁾，鈴木彩子¹⁾，林 香里¹⁾，
久保卓郎¹⁾，高橋良樹¹⁾，中尾光成²⁾，
末廣晃宏³⁾，濱田新七⁴⁾

11. 「IUFDに至った常位胎盤早期剥離症例に
対し誘発分娩を行った1例」

滋賀医科大学附属病院 母子・女性診療科¹⁾、
市立長浜病院²⁾

○小沼絢子¹⁾、辻 俊一郎¹⁾、樋口明日香²⁾、
所 伸介¹⁾、高橋顕雅¹⁾、山中章義¹⁾、
小野哲男¹⁾、四方寛子¹⁾、木村文則¹⁾、
喜多伸幸¹⁾、高橋健太郎¹⁾、村上 節¹⁾

12. 「当院における、過去3年間のMD双胎の
検討」

大津赤十字病院

○上田 匡、西川 愛、江川絢子、
亀井沙織、山口綾香、八木治彦、
角井和代、越山雅文

特別講演

「平成24年度診療報酬改定」および「母体保
護法の適正な運用」について

日本産婦人科医会常務理事 白須和裕

滋賀県産婦人科医療安全対策夏季研修セミナー

平成24年7月14日(土) ロイヤルオークホテル

特別講演

「産婦人科における周術期リスクマネジメント
—抗凝固療法の意義—」

医療法人善隣会玉田整形外科

中村・平井・田邊法律事務所弁護士兼医師
田邊 昇

第4回びわこ周産期研究会

平成24年8月18日(土) クサツエストピアホテル

「改めて帝王切開術を振り返る」

川崎医科大学産婦人科学教室教授 下屋浩一郎

「子宮機能温存術としての帝王切開術を考える」

金沢大学大学院医学系研究科周産期医療専門
医養成学特任教授 新井隆成

第2回滋賀県産科婦人科医会学術研修会

平成24年9月8日(土) 琵琶湖ホテル

特別講演Ⅰ

「産婦人科勤務医として働くということ」

日本医科大学多摩永山病院女性診療科・産科

部長 中井章人

特別講演Ⅱ

「不育症の診断と治療」

名古屋市立大学病院産婦人科学講座教授

杉山真弓

平成24年度滋賀産婦人科漢方研究会

平成24年9月29日(土) 大津プリンスホテル

教育講演

「保険診療と漢方薬」

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

「こころと漢方」

岡クリニック(奈良県 生駒市)

院長 岡 留美子

滋賀県周産期症例検討会

平成24年10月4日(木) 滋賀医科大学附属病院

1. 「当院における周産期搬送症例の検討」

滋賀医科大学附属病院母女性診療科

山田一貴、辻俊一郎、高橋健太郎

2. 「当院における新生児搬送症例の検討」

滋賀医科大学地域周産期医療学講座

越田繁樹、柳 貴英

第5回滋賀子宮内膜症・月経困難症懇話会

平成24年10月20日(土) 大津プリンスホテル

一般演題

1. 「子宮腺筋症における過多月経のコントロ
ール」

滋賀医科大学¹⁾、地域周産期医療学講座²⁾

山中章義¹⁾、四方寛子¹⁾、木村文則¹⁾、

天野 創¹⁾、喜多伸幸¹⁾、高橋健太郎²⁾、

村上 節¹⁾

2. 「異所性内膜症におけるディナゲスト治療
の検討」

草津総合病院

藤城直宣、鳥井裕子、卜部優子、高原得栄、

卜部 諭、鈴木 暁

3. 「子宮内膜症と慢性子宮内膜炎の関連性に

関する検討」

滋賀医科大学

竹林明枝, 木村文則, 高橋顕雅, 山中章義,

村上 節

特別講演

「子宮内膜症の病因・病態をめぐる新たな展開」

東京大学大学院産科婦人科学教室准教授

大須賀穰

滋賀県産科婦人科医会総会ならびに学術研修会

平成24年12月2日(日) 大津プリンスホテル

一般演題

1. 「筋腫分娩様の症状を呈した子宮内膜間質肉腫の2例」

滋賀医科大学医学部附属病院 母子・女性診療科

○永坂万友子, 天野創, 脇ノ上史朗,

山田一貴, 所 伸介, 中川哲也,

木村文則, 喜多伸幸, 高橋健太郎,

村上 節

2. 「当科における腹水濾過濃縮再静注法(CART)の経験」

大津赤十字病院, *内科

○西川 愛, 江川絢子, 亀井沙織,

山口綾香, 八木治彦, 角井和代,

越山雅文, 前田咲弥子*

3. 「ベセスダシステム導入による子宮頸がん検診の変化—2次検査機関の立場から—」

滋賀県立成人病センター

○小林 昌, 滝 真奈, 勝矢聡子,

宇田さと子, 樋口壽宏

4. 「産後に血球貧食症候群を認めた1症例」

市立長浜病院

○依田尚之, 森下 記, 樋口明日香,

桂 大輔, 中多真理, 林 嘉彦,

野田洋一

5. 「先天性腸回転異常症合併妊娠の1例」

滋賀医科大学医学部附属病院 母子・女性診療科

○山田一貴, 辻俊一郎, 岩松美美,

山中章義, 高橋顕雅, 小野哲男,

四方寛子, 石河顕子, 木村文則,

喜多伸幸, 高橋健太郎, 村上 節

6. 「当院における過去5年間のTOLAC症例の検討」

大津市民病院

○林 香里, 鈴木彩子, 久保卓郎,

岡田由貴子, 高橋良樹

教育講演

「滋賀県における妊婦の耐糖能検査の現状調査」

滋賀医科大学産科学婦人科学講座助教

小野哲男

特別講演

「細胞診異常およびCINの管理におけるHPV検査の意義」

北海道大学大学院医学研究科生殖・発達医学

講座 生殖内分泌・腫瘍学分野教授

櫻木範明

第9回滋賀県周産期症例検討会

平成25年1月12日(土) 市立長浜病院

1. 「平成24年度市立長浜病院における母体搬送症例」

市立長浜病院

桂 大輔, 依田尚之, 樋口明日香,

森下 紀, 中多真理, 林 嘉彦, 野田洋一

2. 「最近2年間の新生児搬送症例のまとめ」

市立長浜病院小児科

笹井英雄, 山根達也, 橋本和幸, 浅野 勉,

多賀俊明

3. 「社会的問題のある若年妊婦への看護支援」

市立長浜病院

寺田泰子, 中川 藍, 難波玲子,

川上恵江梨香, 岡部奈緒, 岸本尚子,

伊藤照美

第22回滋賀県母性衛生学会学術集会

平成25年1月26日(土) 栗東芸術文化会館・さくら

基調講演

「滋賀県の周産期医療の現状と課題(展望)」

滋賀医科大学産科学婦人科学講座教授

村上 節

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II

「婦人科がん手術を科学する」

東北大学医学部産科学婦人科学教室教授

八重樫伸生

第3回滋賀生殖医療懇話会

平成25年2月28日（木）ホテルボストンプラザ

草津

一般演題

「帝王切開癒痕症候群による続発性不妊症に対する手術治療の経験」

滋賀医科大学産科学婦人科学講座 川島恵美

「当クリニックにおける高齢ARTの現状」

希望が丘クリニック 藤原睦子

特別講演

「ART反復不成功症例に対する取り組み」

兵庫医科大学産婦人科教授 柴原浩章

平成24・25年度日本産婦人科医会がん部会事業研修会

平成25年3月2日（土）ロイヤルオークホテル

「ベセスダシステムと子宮頸がん検診リコメンデーションの普及」と「HPVワクチンの接種率向上に向けて」

「HPVワクチンの接種率向上に向けて」

滋賀医科大学地域周産期医療学講座特任教授
高橋健太郎

「ベセスダシステムと子宮頸がん検診リコメンデーションの普及」

山梨県立中央病院周産期センター統括部長
寺本勝寛

滋賀県産科婦人科医会臨時総会および学術研修会

平成25年3月16日（土）ホテルボストンプラザ

草津

特別講演 I

「出生前診断の最前線—寄り添う医療のために最新技術（画像診断からNIPTまで）をいかに利用するか—」

クリフム夫律子マタニティクリニック臨床胎児医学研究所院長 夫 律子

【京都府】**舞鶴医師会学術講演会**

平成24年4月26日（木）ホテルマーレ たかた
「子宮頸がん」—予防ワクチンについて—
福井大学医学部産婦人科准教授 吉田好雄

第22回生殖医学研究会講演会

平成24年4月27日（金）芝蘭会館
「Spermatogonial stem cells:towards the
conquest of the male germline」
京都大学大学院医学研究科遺伝医学講座分子
遺伝学教授 篠原隆司

京都産婦人科医会5月学術研修会

平成24年5月19日（土）京都東急ホテル
「閉経物語—更年期医療の新たな展開」
鹿児島大学医学部産婦人科学教授 堂地 勉

京都産婦人科救急診療研究会実技講習会

平成24年5月20日（日）福知山市民病院
「産科救急初期対応の実技講習」
京都大学救急救命部 鈴木崇生
京都府立医科大学救急救命部 山畑佳篤

第20回京都母性衛生学会教育講演

平成24年6月2日（土）京都府立医科大学図書館棟
「生きてるだけで百点満点」—自己肯定感を育
むためには—
鈴木助産院 鈴木せい子

京都子宮内膜症セミナー

平成24年6月30日（土）ウェスチン都ホテル京都
一般演題3題
特別講演
「子宮内膜症の病態を探る—私たちの研究か
ら見える治療戦略—」
大分大学医学部産科婦人科教授 橋原久司

第21回京都糖尿病医会学術講演会

平成24年6月30日（土）京都府医師会館

一般演題2題**特別講演**

「糖尿病と妊娠をめぐる最近の話題」
岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・
婦人科学教授 平松佑司

京都産婦人科医会7月学術研修会

平成24年7月7日（土）京都タワーホテル
「子宮再建術としての帝王切開術を考える」
金沢大学大学院医学系研究科周生期医療専門
医養成学特任教授 新井隆成

京都産婦人科医会両丹地区懇談会

平成24年7月14日（土）舞鶴グランドホテル
産科ガイドライン「妊娠・授乳と薬」：使い方
のコツ—安全確実な新規産科手術術式・止血法
の提案も含めて—
自治医科大学産婦人科学講座教授 松原茂樹

産婦人科診療内容向上会

平成24年8月25日（土）京都ホテルオークラ
「糖代謝異常合併妊娠の管理」
東北大学病院周産母子センター准教授
杉山 隆

こどもたちの健康を守るワクチン学術講演会

平成24年9月8日（土）京都ホテルオークラ
「子宮頸がんと予防ワクチン—最近の問題」
京都大学大学院 濱西潤三
「2カ月からのワクチンデビュー」を考える
国立病院機構福岡病院統括診療部長
岡田賢司

第8回鴨和感染症フォーラム

平成24年9月29日（土）ウェスチン都ホテル京都
一般演題2題
特別講演
「性感染症におけるマイコプラズマの役割」
岐阜大学大学院医学系研究科泌尿器科学分野
教授 出口 隆

第38回京都医学会

平成24年9月30日(日) 京都府医師会館

産婦人科一般演題 数題

特別講演

「福島第一原発事故の教訓」

福井大学医学部地域医療推進講座教授

寺澤秀一

分野教授 鮫島 浩

京都産婦人科医会 両丹地区懇談会

平成24年11月1日(木) サンプラザ万助

「子宮内膜症治療の最前線と課題」

京都府立医科大学大学院女性生涯医科学教授

北脇 城

京都婦人科腫瘍フォーラム

平成24年10月19日(金) ウェスチン都ホテル京都

一般演題 2 題

特別講演

「子宮体癌の臨床と新たな視点」

熊本大学大学院生命科学研究部産科婦人科学

教授 片渕秀隆

第4回京都婦人科鏡視下手術研究会

平成24年12月1日(土) ウェスチン都ホテル京都

一般演題 9 題

特別講演

「腹腔鏡下子宮筋腫核出術—過去から現在そして未来へ」

東邦大学医療センター大森病院産婦人科教授

森田峰人

第21回京都母性衛生学会教育講演

平成24年10月20日(土) 京都大学

「わが国の新しい妊婦健診体制構築に向けて」

東京女子医科大学産婦人科教授 松田義雄

第13回京都女性のヘルスケア研究会

平成24年12月2日(日) 京都東急ホテル

一般演題 6 題

特別講演

「絨毛性疾患の最近の動向」

和歌山県立医科大学産科婦人科教授

井篁一彦

京都産科婦人科学会平成24年度学術集会

平成24年10月20日(土) 御所西京都平安ホテル

一般演題13題

特別講演

「生殖医療の現況と倫理上の課題」

東邦大学医療センター大橋病院産婦人科教授

久具宏司

京滋奈性感染症研究会

平成24年12月15日(土) メルパルク京都

一般演題 2 題

特別講演

「泌尿器科・婦人科領域におけるHPV感染症」

兵庫医科大学泌尿器科主任教授 山本新吾

第3回京都産婦人科救急診療研究会

平成24年10月21日(日) 京都府医師会館

「羊水塞栓症」

奈良県立医科大学産科婦人科学教室教授

小林 浩

地区基幹病院小児科との懇談会

平成25年1月26日(土) ホテル日航プリンス京都

「妊娠と授乳における「くすり」の情報」

国立病院機構医療センター小児科医長

河田 興

京都周産期カンファレンス

平成24年10月27日(土) からすま京都ホテル

一般演題 4 題

特別講演

「胎児低酸素症と脳障害」

宮崎大学医学部生殖発達医学講座産婦人科学

第13回産婦人科手術・化学療法研究会

平成25年2月2日(土) 芝蘭会館

「ヒトの寿命に関する一考察」

金沢大学大学院医学系研究科産科婦人科学
前教授 井上正樹

平成24年度 母体保護法指定医師必須研修会

平成25年2月9日（土）京都府医師会館
「産科救急疾患の対応—苦い経験を通して—」
順天堂大学産婦人科学講座教授 竹田 省

丹波第一地区産婦人科懇談会

平成25年2月16日（土）ガレリア（亀岡市）
「当院における内膜症に対する腹腔鏡下手術を含む治療について」
公立南丹病院産婦人科部長 土屋 宏

平成24年度 京都産婦人科医会 期末特別講演会

平成25年3月9日（土）京都ホテルオークラ
「産科大出血への対抗手術：新規方策の提案—頸部把持法（松原法）・新規子宮圧迫縫合（MY縫合）・前置癒着胎盤子宮全摘術への8つの工夫—」
自治医科大学産婦人科学講座教授 松原茂樹

平成24・25年度の日本産婦人科医会がん部会事業研修会

平成25年3月30日（土）京都府医師会館
「HPVワクチンの接種率向上に向けて—子宮頸がんは予防の時代に！—」
京都府立医科大学大学院女性生涯医学
澤田守男
「ベセスダシステムと子宮頸がん検診リコメンデーションの普及」
島根県立中央病院母性小児診療部長
岩城 治

【大阪府】

第8回新生児蘇生法講習会

平成24年4月26日 済生会吹田病院

平成24年度第1回周産期医療研修会

平成24年5月19日 大阪府医師会館
テーマ「胎児心拍監視」
（症例検討）
「胎児心拍異常を伴った紛争事案の症例検討」
大阪府医師会医事紛争特別委員会委員 平松恵三
大阪府医師会医事紛争特別委員会委員 谷口 武
大阪府医師会医事紛争特別委員会委員 米田嘉次
（特別講演）
「胎児心拍数パターンと周産期脳障害との関連」
三重大学医学部教授 池田智明

第9回新生児蘇生法講習会

平成24年5月31日 高槻病院

第10回新生児蘇生法講習会

平成24年6月21日 りんくう総合医療センター

第19回産婦人科MEセミナー

平成24年7月1日 毎日新聞オーバルホール
1. 「生理学的パラメーターを用いた妊娠・分娩管理の現状とその可能性」
大阪大学大学院医学系研究科産科学婦人科学
講師 富松拓治
2. 「妊娠中・後期の超音波検査のポイント」
聖マリアンナ医科大学産婦人科教授 田中 守
3. 「周産期医療における地域医療機関との連携」
滋賀医科大学医学部付属病院産科婦人科学
准教授 喜田伸幸

第27回健保指導講習会

平成24年7月11日 大阪府医師会館

第11回新生児蘇生法講習会

平成24年7月14日 大阪大学医学部附属病院

平成24年度第2回周産期医療研修会

平成24年7月21日 大阪府医師会館

テーマ「新生児の脳低温療法」

(関連演題)

「脳低温療法導入前後の新生児仮死症例」

愛染橋病院小児科 木下大介

「脳低温療法を行った中等症以上の低酸素性虚血性脳症患者30症例の検討」

淀川キリスト教病院小児科 川谷圭司

(特別講演)

「新生児に対する脳低温療法の現状と今後の展開」

鹿児島市立病院総合周産期母子医療センター

新生児科部長 茨 聡

第12回新生児蘇生法講習会

平成24年8月4日 大阪医科大学附属病院

平成24年度第1回研修会 (担当：関西医科大学・第7ブロック)

平成24年9月1日 薬業年金会館

1. 「在宅穏和ケア」

医療法人松尾クリニック院長 松尾美由起

2. 「関西医科大学附属枚方病院における在宅穏和ケアの取り組み」

関西医科大学外科学講師 柳本泰明

第13回新生児蘇生法講習会

平成24年9月27日 愛染橋病院

第14回新生児蘇生法講習会

平成24年10月25日 大阪市立大学医学部附属病院

第15回新生児蘇生法講習会

平成24年11月15日 大阪府立母子保健総合医療センター

平成24年度第3回周産期医療研修会

平成24年12月15日 大阪府医師会館

テーマ「周産期からはじめる必須の感染予防—最新のワクチン事情と母児感染予防戦略」

(教育講演)

「ワクチン外来：どうする接種スケジュール？どう説明する副反応？」

大阪大学大学院医学研究科小児科助教

山岸義晃

「産科から始める母児感染予防戦略/クリニックの工夫」

松田母子クリニック院長 松田秀雄

第16回新生児蘇生法講習会

平成24年12月20日 近畿大学医学部附属病院

**平成24年度家族計画・母体保護法指導者講習会
伝達講習会**

平成25年1月17日 大阪府医師会館

1. テーマ「改正母体保護法の課題」

講師 大阪府医師会理事 齋田幸次

母体保護法審査委員会委員・大阪産婦人科医
会理事・大阪大学大学院医学系研究科産科
婦人科教授 木村 正1) 母体保護法指定医師と精神保健指定医の
制度の対比

2) 母体保護法指定医師の指定・更新のあり方

3) 生殖医療と母体保護法

4) 指定発言府行政の立場から

2. 講演

「卵巣がんは早期発見できるか？」

京都大学大学院医学研究科器官外科学婦人科
学産科学教授・公益社団法人日本産科婦人
科学会理事長 小西郁生**第17回新生児蘇生法講習会**

平成25年1月31日 大阪市立総合医療センター

**平成25・26年度日本産婦人科医会がん部会事業研
修会**

平成25年2月2日 薬業年金会館

「子宮頸がん検診のベセスダシステム報告様
式統一に向けて」大阪がん循環器病予防センター婦人科検診
部長 植田政嗣

「HPV—DNA併用検診・HPVワクチン接種向上に向けての施策」

日本産婦人科医会担当常務理事 自治医科大学産婦人科教授 鈴木光明

ディスカッション「併用検診導入・HPVワクチン接種率向上に向けて」

大阪府医師会理事 齋田幸次

大阪府医療対策課課長 宮口智明

OGCS運営委員会委員長 光田信明

(特別講演)

「周産期医療の未来—私たちの方向性—」

北里大学病院病院長 海野信也

平成24年度第2回研修会（担当：大阪医科大学・第8ブロック）

平成25年2月16日 薬業年金会館

1. 「母体心疾患の妊娠・分娩管理」

国立循環器病研究センター周産期・婦人科部長 吉松 淳

2. 「婦人科腫瘍にともなう血栓症について」

大阪医科大学産婦人科学講師 金村昌徳

第18回新生児蘇生法講習会

平成25年2月21日 りんくう総合医療センター

平成24年度第4回周産期医療研修会

平成25年2月23日 大阪府医師会館

シンポジウム「超早産をいかに管理すべきか?」

1. 「大阪の新生児科医はなにをどう考えているのか」

愛染橋病院小児科部長 隅 清彰

2. 「前期破水症例における超早産児の予後因子」

大阪府立母子保健総合医療センター産科副部長 石井桂介

3. 「新生児の予後から見た切迫早産、前期破水、絨毛膜羊膜炎」

高槻病院副院長・小児科部長 南 宏尚

4. 「産婦人科からみた超早産管理とそのジレンマ」

済生会吹田病院副院長・産婦人科科長 北田文則

5. 討論と総括

OGCS25周年記念講演会

平成25年3月2日 ホテル大阪ベイタワー（講演会）

大阪産婦人科医会会長 高木 哲

平成24年度集談会（担当：関西医科大学）

平成25年3月9日 薬業年金会館

第1群 座長：関西医科大学附属滝井病院

安田勝彦

1. 「脳梗塞発症後に卵巣癌が発見された2例（Trousseau症候群）」

大阪市立総合医療センター

○藤金利江, 深山雅人, 工藤貴子,
公森摩耶, 田坂玲子, 徳山 治,
西村貞子, 川村直樹

2. 「卵巣硬化性間質性腫瘍の1例」

北野病院

○山本瑠美子, 花田哲郎, 出口真理,
隅野朋子, 佛原悠介, 宮田明未, 自見倫敦,
吉川博子, 辻なつき, 寺川耕市,
永野忠義

3. 「卵巣に原発した悪性リンパ腫の1症例」

藤井会石切生喜病院

○八木一暢

4. 「当院での子宮がんに対する内視鏡手術の取り組み」

大阪大学

○小林栄仁

5. 「急速な子宮内膜肥厚を示し腹部CTにてリンパ節転移が疑われた子宮体癌1a期の症例」

関西医科大学附属滝井病院

○角玄一郎, 中村友美, 土井田 瞳,
松原高史, 杉本久秀, 安田勝彦

6. 「抗癌剤副作用の貧血に対する輸血時に輸血関連急性肺障害を発症した1例」

大阪労災病院

○香林正樹, 田中佑典, 久保田哲,
中村 涼, 磯部真倫, 香山晋輔,
志岐保彦

第2群 座長：関西医科大学附属枚方病院

樫木 晋

1. 「早産既往の次回妊娠管理について—プロゲステロン使用例の検討—」

大阪大学

○金川武司, 遠藤誠之, 味村和哉,
藤田聡子, 金山智子, 柿ヶ野藍子,
谷口友基子, 木村 正

2. 「当院における院内助産の周産期予後の検討」
淀川キリスト教病院

○三上千尋, 陌間亮一, 橘 陽介, 武居智信,
丸尾伸之, 田中達也, 竹村直也

3. 「当院における高度救命救急との連携」
大阪大学

○鶴房聖子, 松崎慎哉, 味村和哉,
熊澤恵一, 橋本香映, 谷口友基子,
遠藤誠之, 金川武司, 木村 正

4. 「全前置胎盤合併妊娠22週において子宮内胎児死亡となり経陰分娩を試みた1例」
大阪赤十字病院

○河原俊介, 古田 希, 松尾愛理,
三瀬有香, 泉有希子, 頼裕佳子,
川島直逸, 西川 毅, 吉岡信也

5. 「当院における超低出生体重が予想された子宮内胎児発育遅延の周産期事象と短期新生児予後との関連の検討」

関西医科大学附属枚方病院

○高畑 暁, 笠松 敦, 吉田桃子,
溝上友美, 村田紘未, 林 佳子,
堀越まゆみ, 高林あゆみ, 木戸健陽,
井上京子, 中嶋達也, 岡田英孝,
斉藤淳子, 樫木 晋, 神崎秀陽

第19回新生児蘇生法講習会

平成25年3月28日 関西医科大学附属枚方病院

【奈良県】

平成24年度総会ならびに学術講演会

平成24年5月12日 奈良県文化会館

学術講演会・一般講演

[1群]

1) 「排尿障害を来した閉経後の陰唇癒合症の1症例」

○河原直紀¹⁾, 丸山祥代¹⁾, 藤本佳克¹⁾,
山下 健¹⁾, 東浦友美²⁾
(奈良社会保険病院¹⁾, 市立奈良病院²⁾)

2) 「当科における骨盤臓器脱 (POP) 診療」

○春田祥治, 古川直人, 重光愛子,
赤坂珠理晃, 棚瀬康仁, 永井 景,
川口龍二, 吉田昭三, 大井豪一,
小林 浩 (奈良県立医科大学)

3) 「子宮腺筋症は単一の疾患概念として語れるか?—4つのsubtype分類とその特徴—」

○貴志洋平, 杉並 洋, 山口昌美,
薮田真紀, 蔵盛理保子, 杉並留美子,
谷口文章 (高の原中央病院)

4) 「内膜症性嚢胞と診断された傍卵巣腫瘍の1症例」

○山田有紀, 梶原宏貴, 堀江清繁
(大和高田市立病院)

[2群]

5) 「頸部筋腫, 広間膜内筋腫, 粘膜下筋腫等の多様な子宮筋腫に対して施行した腹腔鏡下子宮筋腫核出術—より安全・確実に遂行するために行った一工夫—」

○棚瀬康仁, 赤坂珠理晃, 重富洋志,
春田祥治, 永井 景, 川口龍二,
吉田昭三, 古川直人, 大井豪一,
小林 浩 (奈良県立医科大学)

6) 「Mullerian carcinomaへの診断的腹腔鏡の応用」

○大野澄美玲, 永井 景, 小川憲二,
河原直紀, 重富洋志, 棚瀬康仁,
春田祥治, 川口龍二, 吉田昭三,
古川直人, 大井豪一, 小林 浩
(奈良県立医科大学)

- 7)「肝転移を伴った粘液性卵巣癌患者にラジオ波焼灼療法を併用することで完全寛解がえられた1症例」

○東浦友美, 原田直哉, 延原一郎,
春田典子, 梶本めぐみ (市立奈良病院)

- 8)「LEEPによるKY式円錐切除術 (Ver2.0)」

○清塚康彦 (きよ女性クリニック)

[3群]

- 9)「当院における腹膜外帝王切開術」

○小笹勝巳, 角 明子, 中塚えりか,
高井浩志, 古武 陽子, 金本巨万,
住友 理浩, 林 道治
(天理よろづ相談所病院)

- 10)「妊娠18週にDICを伴う常位胎盤早期剥離を発症し, 母体救命のために人工妊娠中絶を行った1例」

○松浦美幸, 佐道俊幸, 大野澄美玲,
佐々木義和, 伊東史学, 小池奈月,
重富洋志, 成瀬勝彦, 野口武俊,
小林 浩 (奈良県立医科大学)

- 11)「子宮筋腺症核出術後の妊娠で癒着胎盤となった1例」

○石橋理子¹⁾, 井谷嘉男¹⁾, 小川憲二¹⁾,
森岡佐知子¹⁾, 杉浦 敦¹⁾, 平野仁嗣¹⁾,
河 元洋¹⁾, 豊田進司¹⁾, 喜多恒和¹⁾,
貴志洋平²⁾, 谷口文章²⁾
(県立奈良病院¹⁾, 高の原中央病院²⁾)

- 12)「当科における胎盤ポリープの検討」

○島岡昌生, 生駒直子, 天野陽子,
小畑孝四郎, 井上芳樹
(近畿大学奈良病院)

[4群]

- 13)「東日本大震災における奈良県産婦人科医学会の取り組み状況について」

○原田直哉^{1), 4)}, 小林 浩^{2), 5)},
井上芳樹^{2), 6)}, 高井一郎^{2), 7)},
潮田悦男^{1), 8)}, 大井豪一^{1), 5)},
小畑孝四郎^{1), 6)}, 喜多恒和^{1), 9)},
下里直行^{1), 10)}, 中島容子^{1), 11)},
中村 徹^{1), 12)}, 梶本平嗣^{1), 13)},
林 道治^{1), 14)}, 堀江清繁^{1), 15)},

赤崎正佳^{3), 11)}

(奈良県産婦人科医会理事¹⁾, 奈良県産婦人科医会副会長²⁾, 奈良県産婦人科医会会長³⁾, 市立奈良病院⁴⁾, 奈良県立医科大学⁵⁾, 近畿大学医学部奈良病院⁶⁾, 高井レディースクリニック⁷⁾, 潮田病院⁸⁾, 奈良県立奈良病院⁹⁾, 下里クリニック¹⁰⁾, 赤崎クリニック¹¹⁾, 富雄産婦人科¹²⁾, さくらレディースクリニック¹³⁾, 天理よろづ相談所病院¹⁴⁾, 大和高田市立病院¹⁵⁾)

招請講演

「オフィス гинекоロジーにおけるホルモン療法—クリニカルクエストに答えて—」
飯田橋レディースクリニック院長 岡野浩哉

奈良県産婦人科医会学術講演会

平成24年5月31日 奈良ロイヤルホテル

招請講演「子宮内膜症の病態のメカニズムを探る—私たちの研究から見えてくるもの—」

大分大学医学部産科婦人科教授 植原久司

第86回臨床カンファレンス

平成24年8月2日 ホテル日航奈良

招請講演

「重症子宮内膜症に対する診断・治療のストラテジー—JECIE (子宮内膜症啓発会議) による子宮内膜症の啓発活動と当科における腹腔鏡手術—」

順天堂大学医学部付属順天堂医院産科婦人科准教授 北出真理

第87回臨床カンファレンス

平成24年9月15日 ホテル日航奈良

招請講演「子宮内膜発育不全」

山口大学大学院医学系研究科産科婦人科学教授 杉野法広

奈良県産婦人科医会学術講演会

平成24年10月18日 奈良ホテル

招請講演

「女性医学からみた骨粗鬆症の診断と治療」
新潟市民病院地域医療部長産科部長 倉林 工

奈良県産婦人科医会学術講演会

平成24年11月15日 ホテル日航奈良

招請講演

「女性のライフサイクルと女性ホルモン剤の活用」
 ウイミンズ・ウエルネス銀座クリニック理事長
 対馬ルリ子

奈良県産婦人科医会・超音波セミナー

平成24年11月29日 奈良ロイヤルホテル

招請講演

「胎児心臓超音波診断—明日からできるシンプルスクリーニングからSTIC活用法まで—」
 久留米大学医学部小児科学教室准教授
 前野泰樹

奈良県産婦人科医会・保険診療勉強会

平成24年12月20日 奈良商工会議所

招請講演

「最近の審査現場での変化—突合審査、縦覧審査、算定日審査を中心に—」
 日本産婦人科医会医療保険委員会副委員長・
 近畿産科婦人科学会社会保険部会会長
 田中文明

第5回奈良婦人科腫瘍カンファレンス

平成24年12月22日 ホテル日航奈良

招請講演

「細胞診・HPV検査併用子宮頸がん検診の5年成績—高精度・効率化・ワクチン時代対応可・治療チャート—」
 島根県立中央病院母性小児診療部部长
 岩成 治

平成24年度家族計画・母体保護法指導者伝達講習会

平成25年2月21日 ホテル日航奈良

講演

「平成24年度家族計画・母体保護法指導者伝達講習会」
 天理よろづ相談所病院産婦人科部長
 林 道治

第88回臨床カンファレンス

平成25年2月21日 ホテル日航奈良

招請講演「早産予防とTocolysis」

福島県立医科大学産婦人科教授 藤森敬也

第89回臨床カンファレンス

平成25年3月16日 県立奈良病院

1. 「肝表面および横隔膜への播種に対し初回手術で完全摘出できた卵巣癌IIIc期の1例」
 ○小川憲二, 石橋理子, 森岡佐知子,
 杉浦 敦, 平野仁嗣, 河 元洋,
 豊田進司, 井谷嘉男, 喜多恒和
 (奈良県立奈良病院)
2. 「複数回の手術療法により長期生存を得ている顆粒膜細胞腫の1例」
 ○佐々木義和, 永井 景, 大野澄美玲,
 松浦美幸, 棚瀬康仁, 春田祥治,
 川口龍二, 吉田昭三, 古川直人,
 大井豪一, 小林 浩(奈良県立医科大学)
3. 「非妊娠性卵巣絨毛癌の1例」
 ○山田有紀, 西岡和弘, 梶原宏貴,
 堀江清繁 (大和高田市立病院)
4. 「診断および治療に難渋した絨毛癌の1例」
 ○島岡昌生, 生駒直子, 天野陽子,
 小畑孝四郎, 井上芳樹
 (近畿大学医学部奈良病院)
5. 「腫瘍マーカーが異常高値を示した卵巣チョコレート嚢胞の1症例」
 ○河原直紀, 藤本佳克, 丸山祥代,
 山下 健 (奈良社会保険病院)
6. 「多数のIntracystic Fat Ballを認めた成熟嚢胞性奇形腫の2例」
 ○小笹勝巳, 角 明子, 高井浩志,
 古武陽子, 金本巨万, 住友理浩,
 林 道治 (天理よろづ相談所病院)
7. 「卵巣境界悪性腫瘍が疑われ、術中破綻なしに腹腔鏡下片側付属器摘出を行った1症例」
 ○藪田真紀, 谷口文章, 山口昌美,
 蔵盛理保子, 貴志洋平, 杉並留美子,
 杉並 洋 (高の原中央病院)

8. 「大網原発悪性孤立性線維性腫瘍合併子宮
体癌の1例」

○西畑陽介¹⁾, 原田直哉²⁾, 延原一郎²⁾,
春田典子²⁾, 東浦友美²⁾

(市立奈良病院初期臨床研修医¹⁾ 産婦人科²⁾)

9. 「8 cm径の外向型子宮頸癌Ib 2期の進行期
診断と術式決定」

○森岡佐知子, 豊田進司, 平野仁嗣,
小宮慎之介, 石橋理子, 小川憲二,
杉浦 敦, 河 元洋, 井谷嘉男,
喜多恒和 (奈良県立奈良病院)

【和歌山県】

第52回和歌山県産婦人科医会総会・学術集会・母
体保護法指導者伝達講習会

平成24年5月20日(日)和歌山東急イン

・一般演題12題

1-1. 「産褥4日目にみつかった子宮破裂の1例」
日本赤十字社和歌山医療センター

○渡邊のぞみ, 寒河江悠介, 稲田収俊,
宮崎有美子, 和田美智子, 横山玲子,
坂田晴美, 吉田隆昭, 中村光作

1-2. 「胎盤遺残に対して内腸骨動脈閉塞バル
ーンカテーテル留置下に子宮内容除去
術を施行した1例」

国保日高総合病院¹⁾, 同放射線科²⁾

○高山怜子¹⁾, 西森敬司¹⁾, 曾和正憲¹⁾,
竹内 希²⁾

1-3. 「胎児頸部リンパ管腫により気道確保が
困難と考えられEXITを行った1例」

和歌山県立医科大学

○太田菜美, 南條佐輝子, 溝口美佳,
山本 円, 小林 彩, 谷崎優子, 城道 久,
松岡俊英, 北野 玲, 馬淵泰士,
矢田千枝, 八木重孝, 岩橋正明,
南佐和子, 井篁一彦

1-4. 「和歌山医療圏における周産期ネットワ
ーク協議会」の取り組み

和歌山県立医科大学周産期医療支援学講座¹⁾,
同産科婦人科学教室²⁾

○南佐和子¹⁾, 松岡俊英¹⁾, 矢田千枝¹⁾,
木下由希¹⁾, 小倉和美¹⁾, 和坂絹江¹⁾,
八木重孝²⁾, 井篁一彦²⁾

2-1. 「妊娠後期の子宮表在性血管破綻により
急性腹症を来した1症例」

橋本市民病院

○三谷有由起, 池島美和, 古川建一

2-2. 「子宮円靱帯から発生した平滑筋腫が捻
転を起こした1例」

日本赤十字社和歌山医療センター

○稲田収俊, 渡邊のぞみ, 寒河江悠介,
宮崎有美子, 和田美智子, 横山玲子

坂田晴美, 吉田隆昭, 中村光作

2-3.「当院で経験した分泌型子宮内膜癌の2例」

橋本市民病院

○池島美和, 三谷有由起, 古川健一

2-4.「内視鏡下に診断確定したOHVIRA症候群の1例」

公立那賀病院

○帽子英二, 西 丈則, 佐々木徳之

3-1.「腹腔鏡下子宮筋腫核出術後に骨盤内膿瘍を発症した1例」

社会保険紀南病院¹⁾, つるぎ町立半田病院²⁾,

国立病院機構香川小児病院³⁾,

徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部⁴⁾

○山崎幹雄¹⁾, 矢野清人¹⁾, 林 子耕¹⁾,
中川 康¹⁾, 炬口恵理²⁾, 村上雅博³⁾,
加藤剛志⁴⁾

3-2.「全腹腔鏡下子宮全摘術TLHの工夫—大きな子宮筋腫症例への対応—」

公立那賀病院

○西 丈則, 帽子英二, 佐々木徳之

3-3.「ダグラス窩高度癒着症例における逆行性腹腔鏡下子宮全摘術の導入」

社会保険紀南病院¹⁾,

徳島大学大学院ヘルスバイオサイエンス研究部²⁾

○林 子耕¹⁾, 矢野清人¹⁾, 山崎幹雄¹⁾,
中川 康¹⁾, 加藤剛志²⁾

3-4.「腹腔鏡下に手術した卵管間質部双胎妊娠の1例」

社会保険紀南病院¹⁾, つるぎ町立半田病院²⁾

国立病院機構香川小児病院³⁾

○林 子耕¹⁾, 矢野清人¹⁾, 山崎幹雄¹⁾,
中川 康¹⁾, 炬口恵理²⁾, 村上雅博³⁾

・母体保護法指導者伝達講習会

和歌山県産婦人科医会理事 横田栄夫

・産科ガイドライン2011の注意点

和歌山県立医科大学産科婦人科学教室

八木重孝

・社保の運用について

和歌山県産婦人科医会副会長 根来孝夫

・特別講演

「母体安全への提言2011」

三重大学大学院医学系研究科病態解明医学講

座 生殖病態生理学分野教授 池田智明

排尿障害セミナー in WAKAYAMA 2012

平成24年6月30日(土) ダイワロイネットホテル和歌山

・Session I

「過活動膀胱治療薬の基礎から臨床へ—膀胱選択性のメカニズムは?」

静岡県立大学薬学部教授 山田静雄

・Session II

「女性排尿障害—どこまで診て, どこから紹介するか?」

名古屋第一赤十字病院女性泌尿器科部長

加藤久美子

第9回和歌山県母性衛生学会総会・学術集会

平成24年6月30日(土) 日本赤十字社和歌山医療センター

・一般演題9題

1.「助産外来の実態調査—アンケート調査をもとに—」

国保日高総合病院 田中恵麗 他

2.「満足なお産につなげるために—妊娠からお産における援助の検討—」

奥村マタニティクリニック 柴田直佳 他

3.「当院における24時間母子同室の現状」

公立那賀病院 山田ゆかり 他

4.「母乳育児支援3年間での実践報告—こんなに変わる! 母乳率50%から95%へ—」

橋本市民病院 東 由加子 他

5.「妊娠先行婚女性の母親役割獲得に向けての支援」

和歌山県立医科大学附属病院総合周産期母子医療センター 岩崎理恵 他

6.「地域連携の重要性を再認識した事例—退院後, 産後うつ病を発症した褥婦との関わりを通して—」

日本赤十字社和歌山医療センター 藤井 盟 他

7.「妊娠後期に精神疾患を発症した妊婦の看護」

和歌山県立医科大学附属病院総合周産期母子医療センター 宮本杏奈

8. 「産科領域における終末期看護—妊娠中に児が無脳症と診断された夫婦との関わり—」

日本赤十字社和歌山医療センター

大又裕美 他

9. 「胎児頸部腫瘍のためEXIT手術を行った母児への看護」

和歌山県立医科大学附属病院総合周産期母子医療センター 本庄郁子

・シンポジウム「医療連携」

1. 日本赤十字社和歌山医療センター 坂田晴美

2. 日本赤十字社和歌山医療センター小児科(NICU) 原 茂登

3. 日本赤十字社和歌山医療センター麻酔科 大森亜紀

4. 和歌山県立医科大学附属病院放射線科 南口博紀

・特別講演

「低出生体重児の長期予後—疫学から学ぶこと, その限界と今後の課題—」

浜松医科大学附属病院教授 周産期母子センター長 伊藤宏晃

田辺HPVワクチン講演会

平成24年7月28日(土) ガーデンホテルハナヨ

・基調講演

子宮頸癌検診と予防ワクチン

大阪がん循環器病予防センター婦人科検診部長 植田政嗣

第144回和歌山市産婦人科部会研修会

平成24年8月25日(土) 和歌山東急イン

・特別講演

「卵巣チョコレート嚢胞の管理」

近畿大学医学部奈良病院産婦人科教授 小畑孝四郎

第37回和歌山周産期医学研究会

平成24年9月1日(土) 和歌山ビッグ愛

・一般演題8題

1. 「塩酸リトドリン投与によって顆粒球減少をきたした1例」

日本赤十字社和歌山医療センター

渡邊のぞみ

2. 「胎児脊髄髄膜瘤を伴った全前置胎盤の1例」

和歌山県立医科大学 城 道久

3. 「抗ウイルス薬を用いた先天性サイトメガロウイルス感染症の1例」

和歌山県立医科大学総合周産期母子医療センターNICU 谷村美紀

4. 「2011和歌山周産期調査結果」

和歌山県立医科大学総合周産期母子医療センター 樋口隆造

5. 「B型肝炎ウイルスの水平感染の2例」

公立那賀病院小児科 山家宏宣

6. 「高度な腎不全を呈し, 溢水, 高血圧のコントロールに苦慮した1例」

社会保険紀南病院小児科 堀口圭補

7. 「新生児消化管アレルギーの5例」

日本赤十字社和歌山医療センター小児科

額田貴之

8. 「無呼吸で発症した脳静脈洞血栓症の1例」

和歌山県立医科大学総合周産期母子医療センターNICU 比嘉明日美

・特別講演

「2010新生児蘇生法改訂と脳低温療法」

和歌山県立医科大学総合周産期母子医療センター准教授 樋口隆造

第23回和歌山ウーマンズヘルス懇話会

平成24年9月15日(土) 和歌山東急イン

・症例検討

「膀胱癌治療後, 子宮・腔に発生した尿路上皮癌の1例」

日本赤十字社和歌山医療センター

宮崎有美子

「動注化学療法と子宮動脈塞栓術により治療した頸管妊娠の1例」

和歌山県立医科大学 八幡 環

・特別講演

「不育症の診断と治療」

名古屋市立大学大学院医学研究科産科婦人科学教授 杉浦真弓

平成24年度第53回和歌山県産婦人科医会学術集会

平成24年10月20日（土）紀伊田辺シティプラザホテル

・学術講演

「働く女性のヘルスケア」

独立行政法人労働者健康福祉機構和歌山労災病院副院長・産婦人科部長 矢本希夫

・特別講演

「女性疾患と漢方」

岐阜市民病院第一内科部長 越路正敏

第145回和歌山市産婦人科部会研修会

平成24年11月24日（土）和歌山ビッグ愛

・講演

「胎児心エコー検査のエッセンス—これだけは診て欲しいポイント—」

和歌山県立医大総合周産期母子医療センター NICU 熊谷 健

第146回和歌山市産婦人科部会研修会

平成25年1月26日（土）和歌山ビッグ愛

・学術講演「最新のホルモン療法の考え方」

大阪大学大学院産科学婦人科学講座講師 澤田健二郎

第38回日本臨床細胞学会和歌山県支部総会・学術集会

平成25年2月2日（土）新宮信用金庫本店

・①教育講演Ⅰ

「膀胱腫瘍におけるサイトケラチンの発現について—尿細胞診への影響」

せんば東京高輪病院検査科主任 横野秀樹

・②一般演題

(1)「乳腺穿刺細胞診で難渋した悪性腫瘍の1症例」

社会保険紀南病院

○杉野翔太 (CT), 峰 高義 (CT), 石水弘子 (CT), 鈴木恭子 (CT), 角田耕造 (CT), 竹中正人 (MT), 松本 弘 (MT), 玉置達紀 (MT), 尾崎 敬 (MD)

(2)「子宮体部に認められた平滑筋肉腫の1例」
日赤和歌山医療センター病理診断科部

○奥村寿嵩 (CT), 真谷亜衣子 (CT), 宮木康夫 (CT), 赤松裕子 (MD), 山邊博彦 (MD), 小野一雄 (MD)

(3)「当施設における改良した誘発喀痰法の検討」

和歌山県立医科大学第3内科

○小野安子 (CT)

(4)「大腸原発が疑われるendocrine cell carcinomaの1例」

和歌山労災病院中央検査部

○市川和昭 (CT), 田中真理 (CT), 吉田 恵 (CT), 坪田ゆかり (MD)

(5)「OSNA (One Step Nucleic acid Amplification) 法と捺印細胞診の比較について」

和歌山県立医科大学附属病院中央検査部¹⁾, 和歌山県立医科大学臨床検査医学講座²⁾○大石博晃 (CT)¹⁾, 林志穂 (CT)¹⁾, 杉山絵美 (CT)¹⁾, 吉井輝子 (CT)¹⁾, 稲垣充也 (CT)¹⁾, 児玉理恵子 (MD)²⁾, 安岡弘直 (MD)²⁾, 三家登喜夫 (MD)²⁾, 中村靖司 (MD)²⁾

・③特別講演

「HPVワクチン時代における子宮がん検診、細胞診の在り方」

神奈川県予防医学協会 蔵本博行

・④「液状化細胞診 TACASの紹介」

MBL株式会社医学生物学研究所営業推進本部 二谷悦子

第38回和歌山周産期医学研究会

平成25年2月23日（土）和歌山ビッグ愛

・一般演題

1.「オクトレオチド持続皮下注が有効であっ

た高インスリン性低血糖症の1例」

和歌山県立医大学総合周産期母子医療センターNICU 向山弘展

2. 「低血糖脳症をきたした高インスリン性低血糖症の1例」

日本赤十字社和歌山医療センター小児科 深尾大輔

3. 「持続血液透析を施行し救命できたカルバミルリン酸合成酵素1欠損症の1例」

和歌山医立医大学総合周産期母子医療センターNICU 比嘉明日美

4. 「晩期循環不全で広範囲脳室周囲白質軟化をきたした1例」

社会保険紀南病院小児科 飯島文憲

5. 「吸引分娩後に帽状腱膜下出血を合併し、異なる経過をたどった2例」

和歌山県立医大学総合周産期母子医療センターNICU 津野嘉伸

6. 「帝王切開における急速子宮筋弛緩を目的とした少量ニトログリセリンの効果」

和歌山県立医大学 城 道久

7. 「当院における常位胎盤早期剥離の検討」

和歌山県立医大学総合周産期産婦人科 溝口美佳

・特別講演

「常位胎盤早期剥離—そこにある危機を乗り越えるために—」

りんくう総合医療センター産婦人科部長 荻田和秀

和歌山県医師会 整形外科部会・外科部会・内科医会・和歌山県産婦人科医会

第117回和歌山臨床整形外科医会合同学術講演会

平成25年3月14日（木）ダイワロイネットホテル和歌山

・特別講演

「骨形成促進剤による骨粗鬆症の治療—PTHの基礎と臨床—」

秋田大学大学院整形外科学講座准教授 宮腰尚久

第12回和歌山産婦人科病診連携研究会

平成25年3月16日（土）和歌山ビッグ愛

・一般演題

1. 「化学療法および縮小手術により妊孕性温存治療を行った若年陰癌の1例」

和歌山県立医科大学産婦人科学教室 馬淵泰士

2. 「子宮内反症の診断と治療」

和歌山県立医科大学産婦人科学教室

八木重孝

・特別講演

「子宮体癌—今後に残された2～3の課題—」

藤田保健衛生大学医学部産科婦人科学教室 教授 宇田川康博

第9回和歌山ウロギネコロジー研究会

平成25年3月30日（土）和歌山ビッグ愛

・講演1

「OAB関連について」

りんくう総合医療センター 佐々木有見子

・特別講演

「泌尿器科医に気をつけて欲しい癌治療」

和歌山県立医科大学教授 井篁一彦

【兵庫県】**第6回周産期新生児感染症研究会**

平成24年4月7日 神戸大学医学部

森島恒雄

神戸市産婦人科医会

平成24年4月21日 神戸市医師会館

「子宮内膜症のがん化を見逃さないコツ」

小林 浩

神戸大学

平成24年5月12日 中央市民病院

「子宮筋腫に対する腹腔鏡手術の適応拡大を目指して」

和田真一郎

明石市産婦人科医会

平成24年5月19日 明石市医師会館

「男性不妊症」 石川智基

阪神周産期勉強会

平成24年5月24日 西宮市民会館

「周産・周術期における凝固異常—DICと血栓症への対応—」 江口 豊

新生児マス・スクリーニング研修会

平成24年5月24日 神戸市医師会

山口清次

尼崎市産婦人科医会

平成24年5月26日 都ホテルニューアルカイク

「子宮内膜症の治療戦略—薬剤の選択と癌化等を考慮して—」

大道正英

姫路産婦人科医会

平成24年6月7日 ホテル日航姫路

「妊娠と甲状腺異常：不妊、流産と疾病管理の国際ガイドライン」

網野信行

第15回西宮・芦屋産婦人科研究会

平成24年6月7日 兵庫医科大学

金澤理一郎

兵庫県母性衛生学会

平成24年6月9日 兵庫県医師会館

関 博之

第86回兵庫県産科婦人科学会学術集会

平成24年6月10日 兵庫県医師会館

木村 正

兵庫県健康福祉部

平成24年6月14日 東播県民局加古川総合庁舎

「タンデマス法で新しく見つかるようになる病気について」

山口清次

尼崎産婦人科医会

平成24年6月23日 都ホテルニューアルカイク

「思春期の現状—私の行っている性教育」

蓮尾 豊

兵庫県婦人科がん診療連携懇話会

平成24年7月7日 神戸東横イン

「婦人科癌診療における診療連携」

西村隆一郎他

第8回兵庫骨粗鬆症懇話会

平成24年7月28日 神戸ベイシェラトン&タワーズ

高田信二郎 他

西宮市医師会産婦人科医会

平成24年7月28日 なでしこビル

「保険審査委員に聞く産婦人科診療と診療報酬制度」

武居勝信 他

第6回神戸シンポジア

平成24年8月11日 ホテル北野プラザ六甲荘

北脇 城

尼崎市産婦人科医会

平成24年9月1日 ホテルホップインアミニング
「子宮がん関連」 井篁一彦

明石市産婦人科医会

平成24年9月8日 ホテルキャッスルプラザ
「女性と健康とうつ」 工藤 喬

第38回日本臨牀細胞学会近畿連合会学術集会

平成24年9月16日 兵庫県中央労働センター
紀川純三

JSAWI2012

平成24年9月21～22日 淡路夢舞台国際会議場
恩田貴志 他

第7回周産期新生児感染症研究会

平成24年9月22日 神戸大学医学部シスメック
スホール
金子政時

神戸市産婦人科医会

平成24年10月13日 東亜ホール
「臨床に役立つ超音波検査法とCTG」
池田智明

播州産婦人科セミナー

平成24年10月13日 姫路商工会議所
「妊婦感染症スクリーニングとその対応について」
山田秀人

阪神周産期研究会

平成24年10月18日 西宮市民会館
「産科医療補償制度再発防止に関する報告書から学ぶ」
船越 徹

播磨産婦人科内分泌研究会

平成24年10月20日 姫路キャッスルグランヴィ
リオホテル
「子宮内膜症に関する最新の話について」

片渕秀隆

西宮市医師会産婦人科医会

平成24年10月27日 ホテル竹園
「赤ちゃんのワクチンデビュー」
山辺晋吾

日本産婦人科医会 兵庫県支部

平成24年10月27日 神戸市医師会館
「ベセスダシステムと子宮頸がん検診リコメン
デーションの普及」 他
佐々木寛 他

神戸産科婦人科DIC研究会

平成24年11月10日 神戸メリケンパークオリエン
タル
丸山征郎

兵庫県骨・カルシウムを語る会

平成24年11月15日 ANAクラウンプラザホテル
「骨粗鬆症治療における骨代謝マーカーの利用
について」
茶木 修

播磨産婦人科内分泌研究会

平成24年11月17日 ホテル日航姫路
「女性によくある皮膚疾患に対する漢方療法」
五十嵐晴己

阪神婦人科内分泌研究会

平成24年11月17日 都ホテルニューアルカイク
「ホルモン補充療法Update-HRTガイドライン
改定と最近の話題」
高松 潔

明石市産婦人科医会

平成24年11月17日 ホテルキャッスルプラザ西明石
「子宮癌を見逃さないための「癌検診のABC」
と少しだけ新しい知識」
藤原 潔

尼崎市産婦人科医会

平成24年11月24日 都ホテルニューアルカイク
「ヘルスケアのための漢方医療—新しい考え方
と今後の課題」
久保田俊郎

第2回周産期血液・免疫研究会

平成24年12月1日 神戸ポートピアホテル
松田義雄

姫路産婦人科医会

平成24年12月13日 ホテル日航姫路
「体外受精の進歩—妊娠率の向上と多胎率の減
少を目指して」
小林眞一郎

第16回西宮・芦屋産婦人科研修会

平成24年12月13日 兵庫医科大学
鐔本浩志

兵庫県周産期医療研修会

平成24年12月15日 兵庫県医師会館
「脳性まひの今日的諸問題—産科医療補償制度
からの報告を含めて—」
松田義雄

第3回神戸産婦人科臨床フォーラム

平成25年1月12日 神戸ポートピアホテル
奏 利之

神戸市中央区医師会

平成25年1月16日 神戸市中央区医師会事務所
「我々の行う子宮内膜症に対する腹腔鏡下妊孕
性温存手術」
工藤正尊

北神三田産婦人科連携フォーラム

平成25年1月26日 有馬グランドホテル
「形成外科・美容外科の最近の話題」
一瀬晃洋

尼崎市産婦人科医会

平成25年2月9日 いかりライクスホール
「HPV研究をささえた人達」
井上正樹

芦屋市・灘・東灘区産婦人科医会

平成25年2月14日 神戸ベイシェラトン&タワーズ
「子宮内膜症の治療戦略—薬剤選択を考慮
して—」
大道正英

兵庫県女性のQOLと生活習慣病を考える会

平成25年2月14日 ANAクラウンプラザホテル
「見た目のアンチエイジングで健康と若さを維
持」 他1題
市橋正光 他

播州産婦人科セミナー

平成25年2月16日 姫路商工会議所
「妊婦感染症スクリーニングとその対応につい
て2」
山田秀人

第29回武庫川産婦人科セミナー

平成25年2月16日 都ホテルニューアルカイク
村上 節

兵庫医科大学産科婦人科学教室

平成25年2月23日 兵庫医科大学
斉藤伸治

母体保護法伝達講習会

平成25年2月24日～3月7日 兵庫県医師会館他
「遺伝学的診断の進歩と周産期医療」
児嶋茂男 他

保険審査委員・医療安全委員合同懇談会

平成25年3月14日 神戸市医師会館
益子和久 他

周産期医療事例検討会

平成25年 3 月17日 兵庫県医師会

光田信明

第18回兵庫県性感染症研究会

平成25年 3 月23日 ラッセホール

安田 満 他

第 8 回阪神婦人科・内分泌研究会

平成25年 3 月23日 都ホテルニューアルカイク

北脇 城

第 8 回周産期新生児感染症研究会

平成25年 3 月30日 神戸大学医学部新緑会館

堤 裕幸

日本レーザーリプロダクション学会

平成25年 3 月31日 ANAクラウンプラザホテル

「生殖におけるレーザー治療」

西村隆一郎 他

【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、ならびに事務局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98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、産婦人科専門医を取得するためには、査読のある雑誌に投稿し論文発表することが義務づけられました。また、研修指導施設として認定・維持するためにも施設からの論文投稿も義務づけられています。このような背景を受け、最近の本誌への投稿論文数が3倍以上に急増しており、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。ぜひ「産婦人科の進歩」誌に論文を投稿してください。今年から、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。ぜひとも本誌をご利用いただきたいと思います。

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4号まで発刊できたのは、論文等を投稿していただいた会員の皆様、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、本紙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25年11月

編集委員長 奈良県立医科大学産婦人科 小林 浩

「産婦人科の進歩」編集委員（敬称略）

伊原 由幸	井篁 一彦	岩橋 正明	岩佐 弘一	岩破 一博	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	古山 将康	小西 郁生	小林 浩	斉藤 淳子	澤井 英明
塩田 充	柴原 浩章	角 俊幸	高橋健太郎	竹村 昌彦	筒井 建紀
寺井 義人	藤原 浩	万代 昌紀	松尾 博哉	松村 謙臣	南 佐和子
村上 節	森田 宏紀	矢本 希夫	山崎 峰夫	山田 秀人	山本嘉一郎
吉田 昭三					

投稿論文レフェリー（敬称略）

依岡 寛和	石井 桂介	市村 友季	伊藤 公彦	井篁 一彦	井谷 嘉男
岩佐 弘一	大井 豪一	太田 行信	岡田 英孝	小野 哲男	小畑孝四郎
笠原 恭子	加藤 慶子	金川 武司	金村 昌徳	上浦 祥司	亀谷 英輝
河 元洋	北田 文則	木村 文則	楠木 泉	近藤 英治	佐藤 幸保
澤田健二郎	清水 良彦	住友 理浩	樫木 晋	高橋健太郎	高橋 良樹
橘 大介	巽 啓司	田辺 晃子	辻 勲	辻 芳之	寺川 耕市
中川 昌子	中後 聡	永野 忠義	中村 光作	成瀬 勝彦	延原 一郎
初田 和勝	馬場 長	濱西 潤三	藤澤 秀年	藤田 征巳	藤原 潔
藤原葉一郎	船越 徹	古川 健一	古川 直人	堀 謙輔	松本 佳也
光田 信明	水田 裕久	八木 重孝	安井 智代	山崎 則行	山崎 峰夫
山下 能毅	山田 重人	山田 俊夫	山田 嘉彦	吉野 潔	

平成25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25年6月16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	姫路赤十字病院
石井 桂介	大阪府立母子保健総合医療センター
井上 貴至	国立病院機構滋賀病院
今中 基晴	大阪市立大学
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 市立泉佐野病院
小野 哲男	滋賀医科大学
笠松 敦	関西医科大学
金川 武司	大阪大学
亀谷 英輝	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	滋賀医科大学
北 正人	神戸市立中央市民病院
北田 文則	吹田病院
小池 英爾	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	関西医科大学附属枚方病院
塩田 充	近畿大学
重富 洋志	奈良県立医科大学
清水 郁也	ベルランド総合病院
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
武信 尚史	兵庫医科大学
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

常見 泰平	奈良県立医科大学
出口 昌昭	大阪市立十三市民病院
寺田 裕之	大阪市立大学
中川 康	社会保険紀南病院
成瀬 勝彦	奈良県立医科大学
西尾 順子	泉大津市立病院
野口 武俊	大和高田市立病院
野村 哲哉	（医）真心会 野村産婦人科
初田 和勝	近江八幡市立総合医療センター
久 靖男	久産婦人科
平野 仁嗣	県立奈良病院
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	加古川市民病院
堀江 清繁	大和高田市立病院
松尾 重樹	聖バルナバ病院
松岡 正造	神戸大学
最上 晴太	京都大学
森田 宏紀	神戸大学
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	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
早田 憲司	愛染橋病院

【腫瘍研究部会】

◎小西 郁生	京都大学
伊藤 善啓	兵庫医科大学
伊藤 良治	松下記念病院
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 奈良県立医科大学
 大道 正英 大阪医科大学
 小笠原利忠 誠仁会 大久保病院
 小畑孝四郎 近畿大学医学部奈良病院
 郭 翔志 滋賀医科大学
 金澤理一郎 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
 川村 直樹 大阪市立総合医療センター
 神田 隆善 国立病院機構大阪南医療センター
 喜多 恒和 奈良県立奈良病院
 黒星 晴夫 京都府立医科大学
 小林 浩 奈良県立医科大学
 斉藤 淳子 関西医科大学附属枚方病院
 澤田 守男 京都府立医科大学
 角 俊幸 大阪市立大学
 竹村 昌彦 大阪府立急性期・総合医療センター
 谷本 敏 和歌山労災病院
 辻 芳之 神戸アドベンチスト病院
 鏑本 浩志 兵庫医科大学一
 寺井 義人 大阪医科大学
 飛梅 孝子 近畿大学
 豊田 進司 奈良室生村田口診療所
 中井 英勝 近畿大学
 中川 哲也 滋賀医科大学
 中嶋 達也 関西医科大学附属滝井病院
 中島 徳郎 中島レディースクリニック
 西 丈則 公立那賀病院
 西野理一郎 神戸医療センター
 馬場 長 京都大学
 林 道治 天理よろづ相談所病院
 林 嘉彦 市立長浜病院
 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
 藤田 征巳 大阪大学
 藤原 潔 兵庫県立がんセンター
 古川 直人 奈良県立医科大学
 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
 安井 智代 大阪市立大学
 山崎 正明 神鋼病院
 山本嘉一郎 近畿大学医学部附属堺病院
 吉岡 信也 大阪赤十字病院
 吉野 潔 大阪大学
 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】

◎村上 節 滋賀医科大学
 岩佐弘一 京都府立医科大学
 岩橋 栄 岩橋医院
 宇都宮智子 うつのみやレディースクリニック
 梅本 雅彦 近畿大学
 岡田 十三 愛仁会千船病院
 岡田 英孝 関西医科大学附属枚方病院
 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
 川口 恵子 川口レディースクリニック
 神崎 秀陽 関西医科大学付属枚方病院
 北脇 城 京都府立医科大学
 木村 文則 滋賀医科大学
 楠木 泉 京都府立医科大学
 康 文豪 大阪市立住吉市民病院
 甲村 弘子 三宅婦人科内科医院
 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
 鮫島 義弘 住友病院
 澤田健二郎 大阪大学
 塩谷 雅英 英ウィメンズクリニック
 柴原 浩章 兵庫医科大学
 清水 良彦 滋賀医科大学
 新谷 雅史 新谷レディースクリニック
 高島 明子 滋賀医科大学
 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
 辻 勲 近畿大学医学部附属病院
 筒井 建紀 大阪大学
 富山 達大 大阪New ARTクリニック
 中林 幸士 神戸大学

中村	光作	日本赤十字社和歌山医療センター
原田	佳世子	兵庫医科大学
藤野	祐司	藤野婦人科クリニック
藤原	浩	京都大学
別府	謙一	別府レディースクリニック
堀江	昭史	京都大学
本田	謙一	和泉市立病院
牧原	夏子	神戸大学
益子	和久	益子産婦人科医院
松尾	博哉	神戸大学
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
森本	義晴	医療法人三慧会 IVFなんばクリニック
安田	勝彦	関西医科大学附属滝井病院
山下	能毅	大阪医科大学
吉田	昭三	奈良県立医科大学
和田	龍	兵庫医科大学

産婦人科の進歩 第65巻 総目次

原 著

- 原田 直哉他：奈良県における未受診妊婦に関する実態調査……………1号（1）
 三橋 玉枝他：新生児B群溶血性連鎖球菌感染予防のための、妊娠中のクロラムフェニコール腔錠投与の試み…2号（119）
 三杵 卓也他：妊娠中の体重増加が周産期予後に与える影響について……………3号（243）
 大井 豪一他：奈良県産婦人科医会によるHTLV-1キャリア妊婦に関するアンケート調査 ……3号（251）

診 療

- 高橋 佳世他：当科の院内助産システム運用における周産期予後の検討……………1号（11）
 安田 実加他：子宮鏡下手術で子宮体癌と診断し得た7症例……………4号（381）

症 例 報 告

- 田中 絢香他：泌尿生殖器の先天奇形を合併した腔明細胞腺癌の1例……………1号（20）
 滝 真奈他：子宮内反および膀胱破裂をきたした子宮癌肉腫の1例……………1号（26）
 小山瑠梨子他：当院で経験した卵巣原発カルチノイド3症例について……………1号（32）
 野溝 万吏他：子宮びまん性平滑筋腫症を認めた姉妹例……………1号（40）
 河原 直紀他：形成術および術後エストロゲン軟膏塗布が奏効した閉経後陰唇癒着症の1症例…1号（46）
 秦 さおり他：子宮筋腫術後に発生した肺転移を伴う良性転移性平滑筋腫の1例……………1号（51）
 邨田 裕子他：S状結腸癌に起因する結腸子宮体部瘻による子宮留膿腫の1例 ……1号（58）
 新納恵美子他：サルモネラ感染による卵巣膿瘍を呈した卵巣粘液性境界悪性腫瘍の1症例……………1号（64）
 慢岡本敦子他：性高血圧症に降圧剤を使用し胎盤早期剥離-DIC後に腎障害が遷延した症例 ……1号（69）
 伊藤 崇博他：生児を得た胎児共存奇胎の1例……………1号（75）
 梅田 杏奈他：子宮留膿症からの子宮穿孔により急性汎発性腹膜炎を発症した子宮頸癌の1例…1号（83）
 福井 薫他：血液透析下にパクリタキセル・カルボプラチン療法を施行した慢性腎不全合併卵巣癌の1症例…1号（90）
 橋本 佳奈他：受傷機転のない新生児頭蓋骨陥没骨折の1例……………1号（95）
 羽田野悠子他：妊娠中に高血圧を契機に発見されたクッシング症候群の1例……………2号（126）
 宮崎有美子他：子宮内避妊具（IUD）長期留置が原因と考えられた骨盤放線菌症の1例……………2号（133）
 三ッ浪真紀子他：周産期心筋症を発症した長期透析妊婦の1例……………2号（139）
 長田奈津子他：分娩後に甲状腺クリーゼを発症し、バセドウ病と診断された1例……………2号（146）
 田坂 玲子他：副腎皮質ステロイドが著効した成熟嚢胞奇形腫自然破裂後に発症した
 重症化学性腹膜炎の1例……………2号（153）
 加藤 徹他：卵巣成熟嚢胞性奇形腫に伴う抗NMDA受容体脳炎の反復が疑われた1例 ……2号（161）
 林 永修他：胎児リスクを低減するために必要最小限の抗てんかん薬量での管理を
 試みたてんかん合併妊娠3症例……………3号（261）
 吉田 彩他：回旋した重複腔をもつHerlyn-Werner-Wunderlich症候群
 （重複子宮、重複腔、片側腔閉鎖、同側腎無形成）の1例（英文）……………3号（268）
 浮田 真吾他：胎児の頸部嚢胞穿刺が出生前診断と分娩管理に有用であった先天性梨状窩瘻の1症例…3号（277）
 宮本 泰斗他：Pseudo-Meigs症候群を呈し術前に悪性腫瘍が疑われた卵巣甲状腺腫
 （struma ovarii）の1例……………3号（283）
 月岡 美穂他：妊娠後期に羊水過多を呈した鰓弓症候群の1例……………3号（290）

脇本 裕他：先天性血栓性血小板減少性紫斑病合併妊娠の1症例……………	3号	(295)
増田 公美他：MRIでWunderlich症候群が疑われた1例……………	4号	(386)
南條佐輝子他：悪性腫瘍との鑑別に苦慮した骨盤放線菌症の1例……………	4号	(391)
佐々木高綱他：超音波ドップラー検査で胎児貧血を疑うことができた母児間輸血症候群の1例…	4号	(397)
寒河江悠他：免疫染色が診断に有用であった続発性外陰Paget病の1例……………	4号	(402)
出口 可奈他：良好な転帰を得た高安病合併妊娠の4症例……………	4号	(408)
西澤 美嶺他：乳癌合併妊娠の5症例に関する検討……………	4号	(414)

臨床の広場

吉田 裕之：婦人科腫瘍における分子標的治療薬の現況……………	1号	(100)
澤井 英明：母体血中胎児DNAを用いた無侵襲的出生前遺伝学的検査（NIPT）……………	2号	(168)
岡田 英孝：不妊診療における卵巣予備能の評価法について……………	3号	(363)
馬淵 泰士：子宮頸部上皮内腫瘍（CIN）治療後のHPV検査について……………	4号	(469)

今日の問題

佐藤 幸保：妊娠高血圧症候群（PIH）の発症機構……………	1号	(105)
藤田 征巳：大阪におけるHPVワクチン臨床研究—OCEAN STUDYの紹介……………	2号	(172)
宮原 義也：腹腔鏡，人工真皮，自家製プロテアゼを使用した造陰術……………	3号	(368)
楠木 泉：卵巣子宮内膜症性嚢胞に対する機能温存手術……………	4号	(473)

会員質問コーナー

(250) 婦人科領域のchemotherapy-induced nausea and vomiting（CINV）の管理について…	古川 直人	1号	(108)
(251) 再発卵巣癌に対する治療戦略……………	吉岡 弓子	1号	(110)
(252) 妊娠20週以降のCaブロッカーの使用について……………	原田佳世子	2号	(174)
(253) 帝王切開術後の深部静脈血栓症/肺血栓塞栓症予防について……………	城 道久	2号	(175)
(254) 外来でのcisplatin投与について……………	中川 哲也	3号	(371)
(255) 子宮体癌の温存治療について……………	黒星 晴夫	3号	(372)
(256) 骨粗鬆症治療薬の止め時・続け時……………	田辺 晃子	4号	(476)
(257) ここまできた「胎児治療」！……………	遠藤 誠之	4号	(478)

学会集会

第128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	(183)
第129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	(549)

研究部会記録

第127回近畿産科婦人科学会周産期研究部会記録

「産科診療ガイドラインと実地診療」			
田邊 昇：特別講演「医療訴訟とガイドライン」……………	3号	(304)	
三橋 玉枝他：B群溶血性連鎖球菌（GBS）の取り扱いについて……………	3号	(307)	
衣笠 万里他：妊娠悪阻に対する制吐薬の使用について—国内外のガイドラインの比較……………	3号	(308)	
西村 宙起他：当院における過去6年間の円錐切除後妊娠例の検討……………	3号	(312)	

山本 浩之他：当院における未受診妊婦および墜落産 35症例の検討	3号 (315)
野口 武俊他：当科における子宮内胎児死亡を伴う常位胎盤早期剥離の分娩方法について	3号 (318)
植田 彰彦他：妊娠高血圧症候群における分娩様式—産科診療ガイドラインと実地診療	3号 (321)
浜崎 新他：双胎妊娠における分娩様式についての検討	3号 (324)
藁谷深洋子他：当院における双胎分娩様式の検討	3号 (327)
城 道久他：当科における前置胎盤の管理に関する後方視的検討	3号 (330)
公森 摩耶他：前置胎盤・低置胎盤の診断と管理—産婦人科診療ガイドライン産科編を中心に	3号 (333)
神吉 一良他：当院における前置癒着胎盤の管理について	3号 (339)
清水 卓他：『産婦人科診療ガイドライン産科編2011』の海外との相違点 —オキシトシンによる陣痛誘発・促進に関して	3号 (343)
神崎 徹：産科診療ガイドラインから逸脱することになった当院の診療方針を検証する	3号 (347)
伊原 由幸他：産科ガイドラインの医師への拘束力について	3号 (351)
林 周作他：当センター産科医師に対する産科診療ガイドラインについてのアンケート調査	3号 (354)

第127回近畿産科婦人科学会内分泌・生殖研究部会記録

「多嚢胞性卵巣症候群の治療（長期薬物療法から不妊治療の合併症の予防まで）」

木村 文則他：食酢の多嚢胞性卵巣症候群に対する効果	3号 (357)
竹林 明枝他：多嚢胞性卵巣症候群に対するクロミフェンを中心とした卵巣刺激による 体外受精の治療成績	3号 (360)

第127回近畿産科婦人科学会第98回腫瘍研究部会記録

「卵巣癌（悪性卵巣腫瘍）の診断と治療」

藤原葉一郎他：卵巣癌ハイリスク女性に対してRRSO risk-reducing salpingo-oophorectomy （子宮全摘を含む）を施行した1例	4号 (425)
大上 健太他：術中腹水細胞診陽性率に関する検討	4号 (428)
菊地真理子他：当院における上皮性境界悪性卵巣腫瘍についての後方視的検討	4号 (431)
前田 英子他：当院における上皮性卵巣悪性腫瘍症例の検討	4号 (434)
高岡 幸他：当院における卵巣明細胞腺癌症例の術前診断の検討	4号 (440)
石橋 理子他：当院における卵巣粘液性腫瘍16例の臨床病理学的検討	4号 (442)
川口 龍二他：原発性腹膜癌に対するTC療法の有効性に関する検討：stage III-IV期の卵巣漿液性腺癌との比較	4号 (447)
滝 真奈他：当院における過去4年間の進行卵巣癌症例の検討	4号 (451)
林 香里他：晩期再発をきたした上皮性卵巣癌の2例	4号 (454)
荻野 美智他：ペバシズマブ単剤投与中に増悪し、その後パクリタキセル・カルボプラチンが 奏効した腹膜癌の1例	4号 (458)
「卵巣がんに対する術前化学療法の是非と適応」	
田中 良道他：進行卵巣癌NAC前の診断における腹腔鏡下手術の有用性について	4号 (461)
工藤 貴子他：卵巣がんに対する術前化学療法 自験例の検討	4号 (465)

評議員会・総会記録

平成25年度近畿産科婦人科学会評議員会・総会記録

評議員会	4号 (480)
------	----------

総会	4号 (485)
平成24年度日誌抄	4号 (486)
平成24年度決算報告	4号 (497)
平成25年度予算	4号 (502)
平成24年度「産婦人科の進歩」編集報告	4号 (503)

医 会 報 告

平成24年度各府県別研修状況	4号 (511)
----------------	----------

雑 報

会員の皆様へ	4号 (532)
--------	----------

諸 規 定

会則	4号 (504)
諸規定	4号 (506)
投稿規定他	1号 (112), 2号 (176), 3号 (374), 4号 (543)

Subject Index Adv Obstet Gynecol, Volume65, 2013

■ORIGINAL

- Naoya HARADA et al. : A questionnaire survey about pregnant women without antenatal care in Nara Prefecture No.1 (1)
- Tamae MITSUHASHI et al. : Antepartum vaginal administration of chloramphenicol for prevention of early-onset neonatal group B streptococcal No.2 (119)
- Takuya MISUGI et al. : The effect of maternal weight gain during pregnancy on prenatal prognosis No.3 (243)
- Hidekazu OI et al. : Results of a questionnaire study on pregnant Human T-lymphotropic Virus Type 1 carriers identified in the previous five years in the Nara Prefecture No.3 (251)

■CLINICS

- Kayo TAKAHASHI et al. : An analysis of the perinatal prognosis in the midwife care system at Chibune General Hospital No.1 (11)
- Mika YASUDA et al. : Seven cases of endometrial carcinoma diagnosed by hysteroscopic surgery No.4 (381)

■CASE REPORT

- Ayaka TANAKA et al. : A case of vaginal clear cell adenocarcinoma with congenital malformation of the urogenital tract No.1 (20)
- Mana TAKI et al. : Non-puerperal uterine inversion and ruptured bladder caused by uterine carcinosarcoma No.1 (26)
- Ruriko OYAMA et al. : Three cases of primary ovarian carcinoid tumors No.1 (32)
- Mari NOMIZO et al. : Uterine diffuse leiomyomatosis arising in two sisters No.1 (40)
- Naoki KAWAHARA et al. : A case of labial adhesion in a postmenopausal woman successfully treated with plasty and estrogen ointment No.1 (46)
- Saori HATA et al. : A case of benign metastasizing leiomyoma with pulmonary metastasis arising after hysterectomy of uterine myoma No.1 (51)
- Hiroko MURATA et al. : A case of pyometra and colouterine fistula due to invasion of sigmoid colon cancer to the uterine body No.1 (58)
- Emiko NIIRO et al. : A case of ovarian abscess caused by Salmonella infection of a mucinous boderline tumor No.1 (64)
- Atsuko OKAMOTO et al. : Prolonged renal disorder after placental abruption and DIC in a patient with chronic hypertension after antihypertensive therapy .. No.1 (69)
- Takahiro ITO et al. : A case report of a patient with complete hydatidiform mole that coexistent with a surviving fetus No.1 (75)
- Anna UMEDA et al. : Uterine perforation in pyometra presenting as acute generalized peritonitis with untreated cervical cancer : a case report ... No.1 (83)

Kaoru FUKUI	et al. : A case of a hemodialysis patient with ovarian cancer treated with paclitaxel and carboplatin combination chemotherapy No.1 (90)
Kana HASHIMOTO	et al. : A case of non-traumatic depressed skull fracture in a term neonate No.1 (95)
Yuko HATANO	et al. : A case of Cushing syndrome diagnosed during pregnancy .. No.2 (126)
Yumiko MIYAZAKI	et al. : A case of pelvic actinomycosis associated with prolonged use of an intrauterine contraceptive device No.2 (133)
Makiko MITSUNAMI	et al. : A case of peripartum cardiomyopathy in a pregnant woman on long term dialysis No.2 (139)
Natsuko NAGATA	et al. : Postpartum thyrotoxic crisis diagnosed as Graves' disease : a case report No.2 (146)
Reiko TASAKA	et al. : Successful treatment of severe chemical peritonitis caused by spontaneous rupture of an ovarian mature cystic teratoma using corticosteroids : a case report No.2 (153)
Toru KATO	et al. : A case of suspected recurrent anti-NMDA receptor encephalitis associated with mature cystic teratoma of the ovary No.2 (161)
Eishu LIN	et al. : Management of epilepsy during pregnancy with antiepileptic drugs at the lowest effective dose to reduce the fetal risk ; three cases No.3 (261)
Aya YOSHIDA	et al. : Herlyn-Werner-Wunderlich syndrome with rotated double vaginae ; a case report No.3 (268)
Shingo UKITA	et al. : Usefulness of fetal neck cyst puncture for prenatal diagnosis and management of childbirth in a patient with congenital pyriform sinus fistula No.3 (277)
Taito MIYAMOTO	et al. : A case of struma ovarii with pseudo-Meigs syndrome mimicking advanced ovarian cancer No.3 (283)
Miho TSUKIOKA	et al. : A case of branchial arch syndrome developing polyhydramnios occurring during the third trimester of pregnancy No.3 (290)
Yu WAKIMOTO	et al. : A case of pregnancy complicated by congenital TTP No.3 (295)
Kumi MASUDA	et al. : Wunderlich syndrome preoperatively diagnosed by magnetic resonance imaging No.4 (386)
Sakiko NANJO	et al. : A case of pelvic actinomycosis difficult to differentiate from a malignant tumor No.4 (391)
Takatsuna SASAKI	et al. : A case of fetomaternal transfusion syndrome with fetal anemia suspected on doppler ultrasonography No.4 (397)
Yusuke SAGAE	et al. : Usefulness of immunostaining for diagnosis of vulvar Paget's disease : a case report No.4 (402)
Kana DEGUCHI	et al. : Pregnancy complicated with Takayasu's disease: a report of four cases No.4 (408)
Mirei NISHIZAWA	et al. : Five cases of breast cancer during pregnancy No.4 (414)

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.chijin.co.jp/kinsanpu>)

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、編集委員会で承認され、所定の掲載料を支払ったものは受けつける。

2. 投稿内容

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

- ・投稿原稿の種類：原著、総説、臨床研究、診療、症例報告、短報、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、総説、臨床研究、診療、症例報告、短報、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審査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。

原著、総説、臨床研究、診療、症例報告の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、ブライバシ

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用紙に出力する。

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

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

4) 単位、記号：メートル法または公式の略語を用いる。例：m, cm, mm, g, mg, μ g, ng, pg, l, ml, $^{\circ}$ C, pH, M, IU, cpmなど。

5) 参考文献：本文中では、参考箇所の上肩に上付きで出典順に番号を打って記載する（例：1) 1-5) 1, 5)）。篇末には出典順に次の要領でまとめる。

a. 雑誌：

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

著者は3人までは全員、4人以上の場合は3人と他(et al)とする。欧文著者は姓を先に、名は略記で後に付す。

著者名：題名、雑誌名、巻：開始頁-終了頁、発表西暦年。

例：小西郁生、伊東和子、堀内晶子：内膜症を母地とする卵巣癌の特徴と予後。臨産婦、60：134-139, 2006.

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

b. 単行本:

著者名: 書名, 開始頁-終了頁, 出版社, 発行地, 発行西暦年.

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

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

c. 全集または分担執筆:

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

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

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

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

6) 図表: 適切なソフト (Excel, Power Point, Photoshop等) を用いて作成し, 通しナンバーを付してA4用紙で出力し添付する. 図表にはタイトルを付ける. また写真は図 (Fig) として取り扱う. 光顕写真には撮影倍率を明記し, 電顕写真にはスケールを入れること.

また図表の挿入位置を文中に明記し, 原稿右空白欄に朱書のこと.

7. 学術集会記録および研究部会二次抄録投稿形式

1) 学術集会記録

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

b. 一課題につき頁数は総計40頁 (1頁約1600字) 程度とする.

c. 掲載料は投稿規定に定めるところによる.

2) 研究部会二次抄録

a. 投稿形式は, 原則として二次抄録である.

b. 掲載料は投稿規定に定めるところによる.

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

8. 短報作成

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

2) 掲載料は投稿規定に定めるところによる.

9. 校正

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

10. 別冊

別冊の希望部数は著者校正の際に, 校正紙に朱書のこと.

11. 掲載料

投稿料, 掲載料は無料である. しかし, 下記に対しては実費を申し受ける.

1) 特別掲載は全額著者負担

2) 表組み, 写真版, 図・スケッチ, 原色版, 特別印刷などの費用

3) 本誌6頁以上の超過頁

4) 別冊代およびその郵送料 (電子メールによるPDFファイル送信は無料)

5) 学術集会シンポジウム記録

各シンポジウムにつき5頁までは無料とし, 残り35頁分については, 上記2)と3)に基づいた計算額の2分の1を徴集する. なお, その負担者については学術集会長および座長が相談のうえ決定する.

6) 研究部会記録

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

これらの費用は論文が掲載されたときに徴集する.

12. 論文原稿の掲載順位, 体裁等について

これについては, 編集委員会に一任する.

13. 論文原稿送付について

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

14. 原稿送付先

原稿は書留便で下記宛に送付のこと.

〒606-8305 京都市左京区吉田河原町14

近畿地方発明センタービル

「産婦人科の進歩」編集室

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

15. 投稿規定の改変

投稿規定の改変は, そのつど編集委員会によって行う.

昭和58年6月1日改定 平成14年12月12日改定

昭和61年7月16日改定 平成15年12月11日改定

平成4年2月23日改定 平成22年2月10日改定

平成10年5月24日改定 平成24年5月13日改定

平成13年12月13日改定 平成24年12月6日改定

(注意事項)

- * 1 研究部会二次抄録は査読制を敷いておりませんが, 専門医認定審査や専攻医指導施設基準認定のための対象論文にはなっておりません.
- * 2 研究部会二次抄録の内容を他誌に投稿する場合は, 2重投稿にご注意ください.
- * 3 「個人情報の保護に関する法律」を熟読の上投稿してください.

「個人情報の保護に関する法律」施行に関連するお知らせ

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

本誌に掲載されている、論文、研究部会報告、学会抄録などに含まれる患者個人情報については、個人を識別できる情報を除外して匿名化されていればこの法律と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25年11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」(科学技術振興事業団)

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
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)
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 578 円, 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129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25年11月10日（日）

会 場：大阪国際交流センター

「サブスペシャリティーを考える」

近畿産科婦人科学会 会長 小 笹 宏
学術集会長 万 代 昌 紀

（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129回近畿産科婦人科学会学術集会 ご 案 内

会 期：平成25年11月10日（日） 8：50～16：30

会 場：大阪国際交流センター

〒543-0001 大阪市天王寺区上本町8-2-6

TEL：(06) 6772-5931 FAX：(06) 6772-7600

第1会場：大ホール 1階

（開会式，教育講演，周産期研究部会，ランチョンセミナー1）

第2会場：さくら東 2階

（腫瘍研究部会，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：さくら西 2階

（生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会）

<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。

*日産婦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。

*当日は抄録集を発行しませんので、必ず本誌を持参してください。

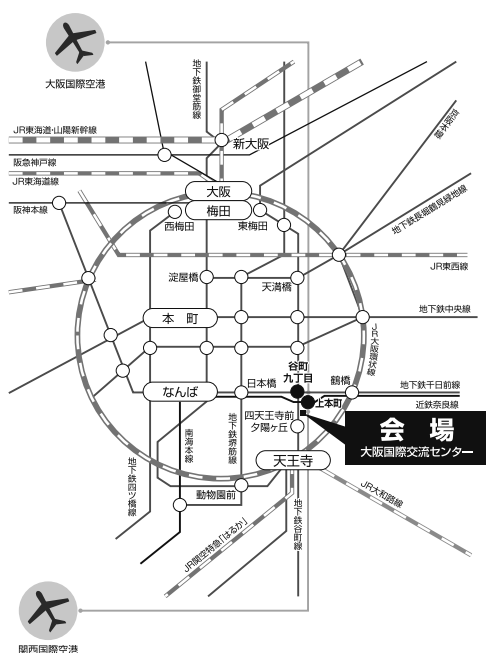
< 学 会 場 案 内 図 >

■ 会 場

●大阪国際交流センター

〒543-0001 大阪市天王寺区上本町8-2-6

TEL : (06) 6772-5931 FAX : (06) 6772-7600



交通機関

- 新大阪から約40分
 - 地下鉄御堂筋線「新大阪」より「なんば」で千日前線にのりかえ「谷町九丁目」下車
 - 地下鉄御堂筋線「新大阪」より「なんば」で近鉄線にのりかえ「大阪上本町」下車
- 大阪(うめだ)から約30分
 - JR環状線「大阪」より「鶴橋」で近鉄線にのりかえ「大阪上本町」下車
 - 地下鉄谷町線「東梅田」より「谷町九丁目」下車
- 天王寺から約15分
 - 地下鉄谷町線「天王寺」より「四天王寺前夕陽ヶ丘」下車
- 大阪空港(伊丹空港)から約40分
 - リムジンバスにて「近鉄上本町」下車
- 関西国際空港から約60分
 - リムジンバスにて「近鉄上本町」下車

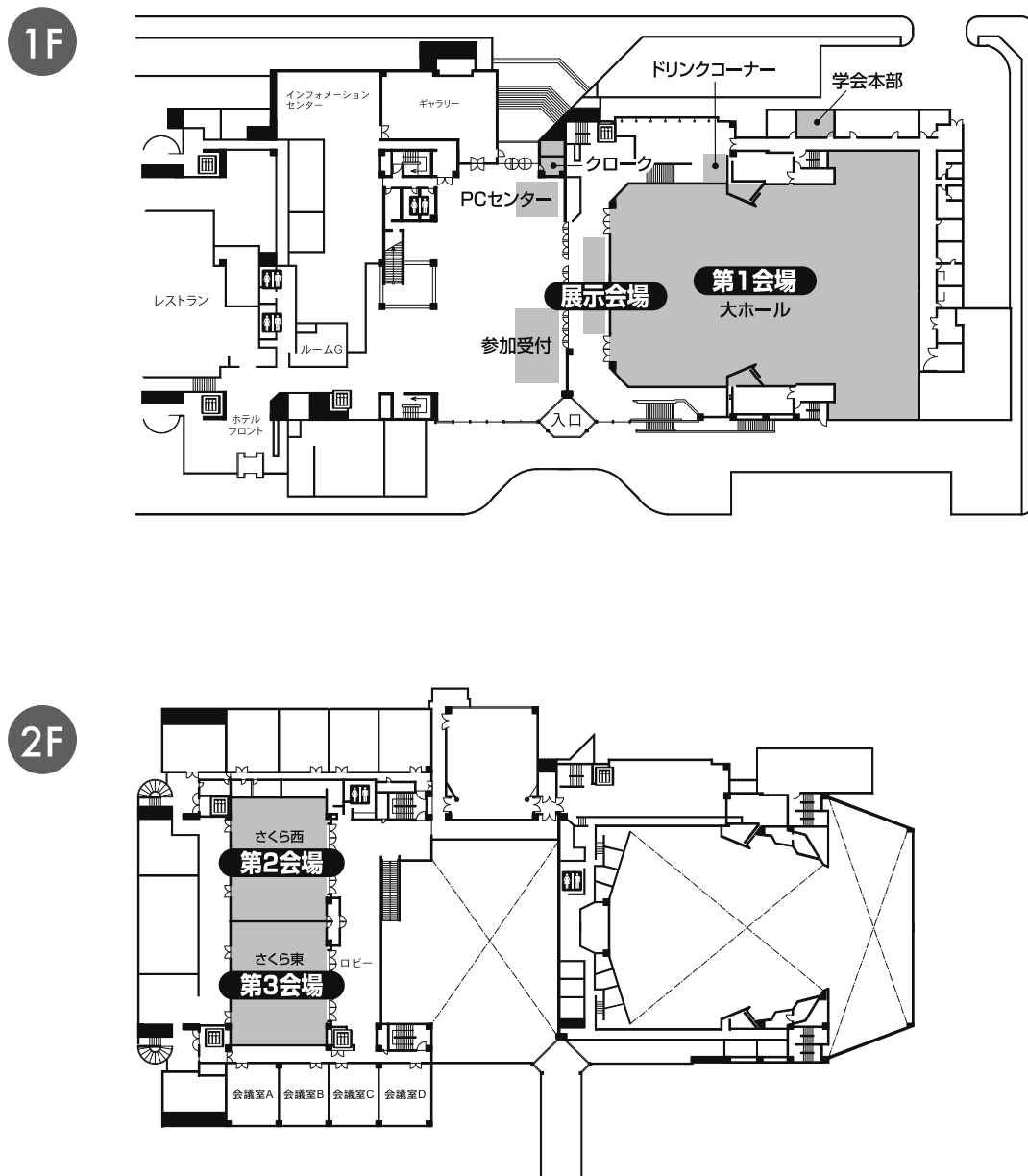
出口案内

- 大阪国際交流センター
 - 谷町九丁目駅 10番出口より徒歩約7分
 - 近鉄上本町駅 14番出口より徒歩約5分
 - 四天王寺前夕陽ヶ丘駅 1番出口より徒歩約7分

所在地

- 大阪国際交流センター
 - 〒543-0001 大阪市天王寺区上本町8-2-6
 - Tel: 06-6772-5931 (代表)

< 各会場案内図 >



学会進行表

■平成25年11月10日（日）

	第1会場 (大ホール)	第2会場 (さくら東)	第3会場 (さくら西)
8:50	開会式		
	周産期研究部会	腫瘍研究部会	生殖内分泌・女性ヘル スケア研究部会
12:30	ランチョンセミナー(1) 演者：加藤聖子 座長：小林 浩 共催：中外製薬	ランチョンセミナー(2) 演者：牛嶋公生 座長：神崎秀陽 共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン	
13:30	座長：村上 節 教育講演1 女性医学・ 東洋医学 武田 卓	日産婦医会委員会ワー クショップ 「婦人科外来診療のワン ポイントレクチャー」	
14:00	教育講演2 周産期 光田信明		
14:30	座長：角 俊幸 教育講演3 腫瘍と臨床 研究 伊藤公彦		
15:00	教育講演4 がんと緩和 医療 鏑本浩志		
15:30	座長：柴原浩章 教育講演5 内視鏡下手 術 谷口文章		
16:00	教育講演6 生殖医学 辻 勲		
16:30			

教 育 講 演

■11月10日（日）13：30～16：30

【第1会場（大ホール）】

13：30～

座長：滋賀医科大学産科学婦人科学講座教授 村上 節先生

教育講演1 「女性医学と漢方～オンリーワンの選択」
近畿大学東洋医学研究所 武田 卓先生

教育講演2 「OGCS（産婦人科診療相互援助システム）25年の歩みから見た周産期医療の今後」
大阪府立母子保健総合医療センター 光田 信明先生

14：30～

座長：大阪市立大学大学院医学研究科女性病態医学教授 角 俊幸先生

教育講演3 「婦人科腫瘍を目指す君へ」
関西ろうさい病院 伊藤 公彦先生

教育講演4 「婦人科がん緩和医療について～婦人科腫瘍専門医を目指す先生方へ～」
兵庫医科大学 鏑本 浩志先生

15：30～

座長：兵庫医科大学産科婦人科学教授 柴原 浩章先生

教育講演5 「教科書ではあまり教えてくれない腹腔鏡下手術がちょっと楽になる工夫」
高の原中央病院 谷口 文章先生

教育講演6 「ARTの現況について」
近畿大学 辻 勲先生

ランチョンセミナー 1

■11月10日（日）12：30～13：30 第1会場（大ホール）

「産婦人科における幹細胞研究」

座長：奈良県立医科大学産科婦人科学教室 教授

小林 浩 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

ランチョンセミナー 2

■11月10日（日）12：30～13：30 第2会場（さくら東）

「子宮体がんの治療―薬物療法と手術療法―」

座長：関西医科大学産科学婦人科学講座 教授

神崎 秀陽 先生

演者：久留米大学医学部産科学婦人科学教室 准教授

牛嶋 公生 先生

研究部会プログラム

■平成25年11月10日（日）

【第99回腫瘍研究部会（第2会場）】

（9：00～12：04）

開会のあいさつ

代表世話人：小西 郁生

テーマ：「妊娠中に発見された悪性腫瘍の取り扱い」

（発表5分，質疑2分）

セッションⅠ（9：02～9：44）

座長：吉野 潔

1. 「妊娠中に肉眼的子宮頸癌を認めた2症例」

池田 ゆうき，鏑本 浩志，カロンゴスジャンニーナ，竹山 龍，小熊 朋子，
本多 稔人，加藤 徹，上田 真子，和田 龍，原田 佳世子，柴原 浩章

（兵庫医科大学病院）

2. 「妊娠初期検査がASC-USであった子宮頸癌合併妊娠の1例」

脇本 剛，峯川 亮子，細見 麻衣，矢船 順也，横手 真理子，南 李沙，
土田 充，濱田 真一，山崎 正人，村田 雄二

（ベルランド総合病院）

3. 「子宮頸癌合併妊娠に対するradical cesarean hysterectomy」

角田 守，小林 栄仁，木村 敏啓，磯部 晶，馬淵 誠士，上田 豊，金川 武司，
澤田 健二郎，吉野 潔，藤田 征巳，筒井 建紀，木村 正

（大阪大学）

4. 「過去4年間に当院で早期娩出した子宮頸癌合併妊娠3例の児娩出時期の考察」

秋山 鹿子，小木曾 望，山口 菜津子，間嶋 恵，富田 純子，八木 いづみ，
小柴 寿人，山田 俊夫，大久保 智治

（京都第一赤十字病院）

5. 「妊娠中に発見された子宮頸部浸潤癌5例」

和田 卓磨，福田 武史，西居 由布子，山田 詩織里，松田 真希子，寺前 雅大，
長嶋 愛子，妹尾 紗織，橋口 裕紀，松本 佳也，市村 友季，安井 智代，
角 俊幸

（大阪市立大学）

6. 「妊娠中に広汎性子宮頸部摘出術を施行したが術中に胎児死亡に至った1例」

小藺 祐喜，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，宮田 明未，佛原 悠介，自見 倫敦，辻 なつき，寺川 耕市，
永野 忠義

（田附興風会 北野病院）

セッションⅡ（9：44～10：33）

座長： 蝦名 康彦

7. 「当院における妊娠合併子宮頸癌症例に関する検討」

太田 佳奈絵, 澤田 守男, 森 泰輔, 松島 洋, 秋山 誠, 山本 拓郎, 黒星 晴夫,
辰巳 弘, 岩破 一博, 北脇 城 (京都府立医科大学)

8. 「妊娠中の子宮頸部円錐切除術の留置点について」

芦原 敬允, 田中 良道, 前田 和也, 中村 路彦, 藤原 聡枝, 兪 史夏,
田中 智人, 恒遠 啓示, 金村 昌徳, 寺井 義人, 大道 正英 (大阪医科大学)

9. 「妊娠中に術前化学療法を施行した子宮頸癌合併妊娠の2症例」

水野 林, 吉岡 弓子, 最上 晴太, 今井 更衣子, 馬場 長, 近藤 英治,
浮田 真吾, 山口 建, 濱西 潤三, 安彦 郁, 松村 謙臣, 小西 郁生 (京都大学)

10. 「胎盤内絨毛癌の治療方針-異なった経過をとった2症例の治療経験から」

大石 哲也, 森本 規之, 小野 佐代子, 浅野 正太, 中後 聡, 小辻 文和
(愛仁会 高槻病院)

11. 「当院における妊娠関連乳癌3例の検討」

秋山 誠, 澤田 守男, 森 泰輔, 松島 洋, 山本 拓郎, 黒星 晴夫, 辰巳 弘,
岩破 一博, 北脇 城 (京都府立医科大学)

12. 「乳癌合併妊娠の5症例に関する検討」

西澤 美嶺¹⁾, 宇山 圭子¹⁾, 前原 将男¹⁾, 中西 隆司¹⁾, 明石 貴子¹⁾, 斎藤 仁美¹⁾,
小川 恵¹⁾, 古妻 康之²⁾, 奥 正孝¹⁾ (東大阪市立総合病院¹⁾, 同・乳腺外科²⁾)

13. 「妊娠中の乳癌に抗癌剤治療を施行, 分娩に至った1例」

山本 瑠美子, 宮田 明未, 門上 大祐, 瀬尾 晃司, 花田 哲郎, 出口 真理,
隅野 朋子, 佛原 悠介, 小蘭 祐喜, 自見 倫敦, 辻 なつき, 寺川 耕市,
永野 忠義 (田附興風会 北野病院)

セッションⅢ（10：33～11：15）

座長： 鏑本 浩志

14. 「妊娠中に転移性卵巣腫瘍により発見されたS状結腸癌の1例」

小嶋 伸恵, 蝦名 康彦, 宮原 義也, 今福 仁美, 牧原 夏子, 生橋 義之,
新谷 潔, 中林 幸士, 森田 宏紀, 山田 秀人 (神戸大学)

15. 「妊娠中に診断された直腸癌の1例」

前田 万里紗, 藤井 剛, 平田 侑里子, 山西 恵, 江本 郁子, 村上 寛子
(京都桂病院)

16. 「産後, 診断に至った局所進行直腸癌 (Lynch症候群疑い) の1例」

奥田 知宏, 萩野 嘉夫, 山下 貞雄 (市立福知山市民病院)

17. 「チーム医療にて管理した進行胃癌合併妊娠の1例」

札幌 恵¹⁾, 梶谷 耕二¹⁾, 松本 厚¹⁾, 工藤 貴子¹⁾, 三田 育子¹⁾, 西本 幸代¹⁾,
田中 和東¹⁾, 中村 博昭¹⁾, 根引 浩子²⁾, 平良 高一³⁾, 多々良 竜平⁴⁾, 中本 収¹⁾,
(大阪市立総合医療センター産科¹⁾, 消化器内科²⁾, 臨床腫瘍科³⁾, 緩和医療科⁴⁾)

18. 「妊娠中に化学療法を施行した胃癌合併妊娠の1症例」

出口 彩¹⁾, 山下 紗弥¹⁾, 鈴木 陽介¹⁾, 吉村 明彦¹⁾, 橘 陽介¹⁾, 柿ヶ野 藍子¹⁾,
木瀬 康人¹⁾, 渡邊 宜信¹⁾, 渡邊 慶子¹⁾, 中辻 友希¹⁾, 増原 完治¹⁾, 信永 敏克¹⁾,

矢野 浩司²⁾(兵庫県立西宮病院¹⁾, 同・消化器外科²⁾)

19.「脾臓癌合併妊娠の1例」

中田 久実子, 八木 重孝, 三谷 尚弘, 吉村 康平, 八幡 環, 城 道久,

太田 菜美, 馬淵 泰士, 南 佐和子, 井篁 一彦 (和歌山県立医科大学)

セッションⅣ (11:15~12:04)

座長: 松村 謙臣

20.「当院における10年間の悪性腫瘍合併妊娠10例の検討」

林 信孝, 臼木 彩, 松本 有紀, 宮本 泰斗, 小山 瑠梨子, 平尾明日香,

大竹 紀子, 北村 幸子, 須賀 真美, 宮本 和尚, 高岡 亜妃, 青木 卓哉,

今村 裕子, 星野 達二, 北 正人 (神戸市立医療センター中央市民病院)

21.「妊娠中に発症した悪性リンパ腫の2例」

森岡 佐知子, 中村 春樹, 伊東 史学, 棚瀬 康仁, 春田 祥治, 金山 清二,

川口 龍二, 吉田 昭三, 古川 直人, 大井 豪一, 小林 浩

(奈良県立医科大学附属病院)

22.「頻回の輸血を必要とした骨髓異形成症候群合併妊娠の1例」

渡邊 のぞみ, 李 泰文, 稲田 収俊, 横山 玲子, 山村 省吾, 坂田 晴美,

豊福 彩, 吉田 隆昭, 中村 光作 (日本赤十字社和歌山医療センター)

23.「妊娠中に発症した経過の異なる急性白血球合併妊娠の2症例」

南川 麻里, 松岡 智史, 岡島 京子, 山本 彩, 加藤 聖子, 衛藤 美穂, 東 弥生,

福岡 正晃, 藤田 宏行 (京都第二赤十字病院)

24.「予後不良であった肺癌合併妊娠の2例」

原田 佳世子, 鏑本 浩志, 金澤 理一郎, 坂根 理矢, 浮田 祐司, 脇本 裕,

坂 佳世, 森本 真晴, 村上 優美, 柴原 浩章 (兵庫医科大学)

25.「妊娠中期以降に急速に増悪した膠芽腫合併妊娠の1例」

種田 健司, 田中 稔恵, 橋本 佳奈, 伴 建二, 頼 裕佳子, 紺谷 佳代,

岡垣 篤彦, 巽 啓司 (国立病院機構大阪医療センター)

26.「当院で経験した子宮頸癌合併妊娠の4例」

橋村 茉莉子¹⁾, 山崎 瑠璃子¹⁾, 海野 ひかり¹⁾, 串本 卓哉¹⁾,竹田 満寿美¹⁾, 三好 愛¹⁾, 宮武 崇¹⁾, 三村 真由子¹⁾, 荻田 和秀²⁾,横井 猛¹⁾, 長松 正章¹⁾(泉州広域母子医療センター 市立貝塚病院¹⁾, りんくう総合医療センター²⁾)

■平成25年11月10日（日）

【周産期研究部会（第1会場）】

（9：00～12：10）

テーマ：「産科手術の手技・工夫」

（発表5分，質疑2分）

（9：00～9：35）

座長：藤田 太輔

1. 「帝王切開時における子宮体部への予防的止血縫合に関する検討」

澤田 真明，佐藤 敦，西川 愛子，智多 昌哉，甲村 奈緒子，後藤 摩耶子
張 良実，吉田 晋，福井 温，鹿戸 佳代子，横井 猛*，荻田 和秀

（泉州広域母子医療センター りんくう総合医療センター・市立貝塚病院*）

2. 「当院におけるUterine Compression Suture症例の検討」

鶴房 聖子，松崎 慎哉，味村 和哉，熊澤 恵一，橋本 香映，谷口 友基子，
金川 武司，木村 正

（大阪大学）

3. 「産後大量出血に対する子宮バルーンタンポナーデの新工夫」

衣笠 万里，卞 祖平，玉井 華子

（尼崎医療生協病院）

4. 「当科における帝王切開術の出血量を減少させる工夫の検討」

大谷 真弘，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）

5. 「後屈陥頓子宮合併妊娠の2症例」

山下 亜貴子，川口 晴菜，林 周作，岡本 陽子，石井 桂介，光田 信明

（大阪府立母子保健総合医療センター）

（9：35～10：10）

座長：喜多 伸幸

6. 「前置癒着胎盤に対し胎盤を子宮内に残置し保存的管理を行った4例」

植田 彰彦，近藤 英治，今井 更衣子，浮田 真吾，川崎 薫，最上 晴太，
小西 郁生

（京都大学）

7. 「経陰分娩後癒着胎盤に対する即時用手剥離と待期的治療の比較」

今中 聖悟，成瀬 勝彦，重富 洋志，常見 泰平，赤坂 珠理晃，岩井 加奈，
新納 恵美子，山田 有紀，大井 豪一，小林 浩

（奈良県立医科大学）

8. 「子宮全摘へ至ったICSI後癒着胎盤症例と保存療法に対する考察」

尾西 芳子，沈 嬌，中村 涼，渡辺 正洋，松岡 徹，森山 明宏

（済生会中津病院）

9. 「当科での前置癒着胎盤に対する帝王切開症例の検討」

宮本 泰斗，白木 彩，松本 有紀，林 信孝，平尾 明日香，小山 瑠梨子，
北村 幸子，大竹 紀子，須賀 真美，宮本 和尚，高岡 亜妃，青木 卓哉，

今村 裕子, 星野 達二, 北 正人 (神戸市立医療センター中央市民病院)

10. 「前置癒着胎盤症例の帝王切開術時の止血に対する工夫」

中島 由貴, 原 あゆみ, 笹川 勇樹, 山下 萌, 伊勢 由香里, 森上 聡子,
白川 得朗, 山崎 友維, 平久 進也, 篠崎 奈々絵, 出口 雅士, 松岡 正造,
森田 宏紀, 山田 秀人 (神戸大学)

(10:10~10:52)

座長: 中後 聡

11. 「当院における超緊急帝王切開 (Grade A) 導入後4年間の歩み」

渡辺 則彦, 郭 翔志, 小野 哲男, 大熊 優子, 北澤 純, 田中 佑治,
信田 侑里, 米岡 完, 西村 宙起, 辻 俊一郎, 石河 顕子, 喜多 伸幸,
高橋 健太郎, 村上 節 (滋賀医科大学)

12. 「当科における帝王切開術の検討—術者による手術時間と出血量の違いについて—」

田中 健太郎, 藤田 太輔, 太田 沙緒里, 寺田 信一, 布出 実紗, 村山 結美,
佐野 匠, 渡辺 綾子, 鈴木 裕介, 神吉 一良, 加藤 壮介, 亀谷 英輝,
大道 正英 (大阪医科大学)

13. 「当院における超早産期帝王切開の術式の変遷」

川村 裕士, 林 周作, 馬淵 亜希, 田口 貴子, 太田 志代, 村田 将春,
笹原 淳, 岡本 陽子, 中村 学, 石井 桂介, 光田 信明
(大阪府立母子保健総合医療センター)

14. 「帝王切開におけるJoel-Cohen変法とPfannenstiel法の比較」

林 周作, 馬淵 亜希, 田口 貴子, 太田 志代, 村田 将春, 笹原 淳, 岡本 陽子,
中村 学, 石井 桂介, 光田 信明 (大阪府立母子保健総合医療センター)

15. 「当科で経験した子宮底部横切開による帝王切開術」

武信 尚史, 原田 佳世子, 細田 容子, 内田 暁子, 森本 篤, 和田 龍,
田中 宏幸, 澤井 英明, 柴原 浩章 (兵庫医科大学)

16. 「前置血管症例の手術時における当科での工夫」

高瀬 亜紀, 浜崎 新, 今井 健二, 久野 育美, 中川 倫子, 栗原 康,
佐野 美帆, 和田 夏子, 山本 浩子, 羽室 明洋, 寺田 裕之, 中野 朱美,
橘 大介, 古山 将康 (大阪市立大学)

(10:52~11:27)

座長: 成瀬 勝彦

17. 「胎児頸部リンパ管腫に対し、EXITを行った症例」

太田 菜美, 南 佐和子, 城 道久, 八木 重孝, 井篁 一彦 (和歌山県立医科大学)

18. 「胎児胸腔羊水腔シャント術の副効果」

小西 博巳, 好 剛一, 澤田 雅美, 丸岡 寛, 田中 佳世, 井出 哲弥,
神谷千津子, 田中 博明, 岩永 直子, 山中 薫, 根木 玲子, 吉松 淳
(国立循環器病研究センター)

19. 「新生児外科手術に向けての臍帯血自己血貯血の試み」

喜吉 賢二, 南谷 智之, 中澤 浩志, 上田 萩子, 牧志 綾, 高松 祐幸, 佐本 崇,
船越 徹 (兵庫県立こども病院)

20. 「双胎経膈分娩における新生児合併症に関するリスク因子の検討」

馬淵 亜希, 石井 桂介, 田口 貴子, 川口 晴菜, 山本 亮, 村田 雅春,
林 周作, 光田 信明 (大阪府立母子保健総合医療センター)

21. 「薬剤溶出ステントに対し抗血小板薬2剤服用中の人工妊娠中絶の1例」

澤田 雅美, 根木 玲子, 小西 博巳, 二井 理文, 丸岡 寛, 田中 佳世,
井出 哲弥, 神谷 千津子, 田中 博明, 三好 剛一, 岩永 直子, 山中 薫,
吉松 淳 (国立循環器病研究センター)

(11:27~12:10)

座長: 近藤 英治

22. 「私たちの行うシュロッカー術式—安定した縫縮効果と容易な抜糸の工夫—」

中後 聡, 大石 哲也, 森本 規之, 加藤 大樹, 柴田 貴司, 小辻 文和
(愛仁会高槻病院)

23. 「胎児外回転術における内診併用について」

津崎 恒明, 尾崎 和彦 (公立八鹿病院)

24. 「未知との遭遇—肩甲難産」

清水 卓, 信永 美保 (清水産婦人科)

25. 「経膈分娩後の腔内ガーゼ遺残予防対策 (専用柄付ガーゼの作成)」

山田 一貴, 邨田 裕子, 川原村 加奈子, 佐藤 浩, 濱西 正三, 廣瀬 雅哉
(兵庫県立塚口病院)

26. 「帝切創完全離開の修復法」

小辻 文和, 大石 哲也, 中後 聡 (愛仁会高槻病院)

27. 「筋腫合併のため子宮捻転をきたし帝王切開時に子宮後壁より児を娩出した1例」

平野 仁嗣, 大野 澄美玲, 小宮 慎之介, 石橋 理子, 小川 憲二, 杉浦 敦,
河 元洋, 豊田 進司, 井谷 嘉男, 喜多 恒和 (県立奈良病院)

■平成25年11月10日（日）

【生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会（第3会場）】

（9：00～12：00）

開会のあいさつ

代表世話人 村上 節

テーマ：「最近の骨盤臓器脱治療」

基調講演 「女性ヘルスケアのための骨盤底医学」（30分）

座長：神崎 秀陽（関西医科大学）

演者：古山 将康（大阪市立大学）

（発表7分、質疑4分）（9：30～10：15）

一般演題1 「骨盤臓器脱の診断・治療」

座長：竹村 昌彦，田辺 晃子

1. 「骨盤臓器脱（POP；pelvic organ prolapse）患者における過活動膀胱（OAB；over active bladder）罹患の実態調査とPOP治療法別にみたOAB改善成績の検討」

高井 雅聡，田辺 晃子，広田 千賀，丸岡 理沙，中村 起代子，渡辺 綾子，

大道 正英

（大阪医科大学）

2. 「当院でのペッサリーの使用状況について」

加藤 稚佳子

（梅田ガーデンシティ女性クリニック）

3. 「当科における骨盤臓器脱（POP）外来の取り組みと手術療法の今後の展望」

春田 祥治，古川 直人，中村 春樹，森岡 佐知子，伊東 史学，棚瀬 康仁，

金山 清二，川口 龍二，吉田 昭三，大井 豪一，小林 浩（奈良県立医科大学）

4. 「超音波装置を用いたラット骨盤底の妊娠による形態学的変化」

遠藤 誠之，竹村 昌彦

（大阪府立急性期総合医療センター）

（10：15～11：10）

一般演題2 「骨盤臓器脱の外科治療の現状」

座長：西丈 則，加藤 俊

5. 「当院における骨盤臓器脱治療」

草西 洋，古賀 祐子

（明石市民病院）

6. 「当院の骨盤臓器脱手術の現状について」

山田 俊夫，松井 鹿子，小木曾 望，山口 葉津子，間島 恵，富田 純子，

八木 いづみ，小柴 寿人，大久保 智治

（京都第一赤十字病院）

7. 「骨盤臓器脱POPに対するnon-mesh repair：再認識される修復術」

西 丈則，帽子 英二，佐々木 徳之

（公立那賀病院）

8. 「当院における骨盤臓器脱手術の現況」

加藤 俊, 船内 祐樹, 吉村 真由美

(神戸掖済会病院)

9. 「当院における骨盤臓器脱治療」

祝 小百合, 尾上 昌世, 羽田野 悠子, 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

(日生病院)

(11:15~12:00)

一般演題3 「骨盤臓器脱に対するメッシュ治療の現況」

座長: 木村 俊夫, 尾崎 宏治

10. 「A-TVM施行時の後脛壁補強に関する検討 (後壁メッシュと後脛壁縫縮・会陰形成術の比較)」

木村 俊夫, 天満 久美子, 中畠 竜一, 宮本 愛子, 佐治 文隆

(市立芦屋病院)

11. 「当科における術後3年を経過した骨盤臓器脱に対するTVM手術とNon-mesh手術の比較検討」

脇ノ上 史朗, 天野 創, 郭 翔志, 中川 哲也, 樽本 祥子, 木村 文則,

喜多 伸幸, 高橋 健太郎, 村上 節

(滋賀医科大学)

12. 「当科における骨盤臓器脱に対する選択術式の変遷」

竹村 昌彦, 山田 光泰, 田中 あすか, 角張 玲沙, 前中 隆秀, 小西 恒,

田中 江里子, 金南 孝, 宇垣 弘美, 古元 淑子, 遠藤 誠之

(大阪府立急性期総合医療センター)

13. 「当院での骨盤臓器脱手術におけるNative tissue repair (NTR) とTVMとの比較」

浜崎 新, 栗原 康, 佐野 美帆, 和田 夏子, 山本 浩子, 羽室 明洋,

延山 裕之, 中野 朱美, 橘 大介, 古山 将康

(大阪市立大学)

閉会あいさつ

北脇 城

教育講演抄録

1

女性医学と漢方～オンリーワンの選択

近畿大学東洋医学研究所

武田 卓

従来の産婦人科におけるキャリアパスは、腫瘍では癌手術を極め、周産期では多くの数・パターンの分娩をこなし、不妊では高度生殖医療を行うといった限られた範囲でのナンバーワンを目指すことであったと思われる。現代の日本では超高齢化社会をむかえ、「治療」から「予防医学」へのパラダイムシフトが起きている。我が国の「新健康フロンティア戦略」では「女性の健康力」が柱の1つとされ、女性の生涯を通じての健康を提供する重要性が認識され、「女性医学」という新概念が提唱されてきた。これは従来の産婦人科領域と内科・整形外科・泌尿器科・心療内科等の領域を横につなぎ非常に幅広い領域を対象とするが、これまでのキャリアパスとしては重視されてこなかった分野（オンリーワンの集合体）ともいえる。漢方治療は、女性の生涯の各場面のヘルスケアにおいて活用可能であり、女性医学にとっての有効な補助治療手段の一つとなりえる。女性医学・漢方を専門とするようになった、これまでの自分自身の経歴を概説したい。

2

OGCS(産婦人科診療相互援助システム)25年の歩みから見た周産期医療の今後

大阪府立母子保健総合医療センター

光田信明

OGCSは大阪産婦人科医会内に1987年に設置された組織である。現在、6カ所の総合周産期母子医療センター、18カ所の地域周産期母子医療センターを含む36施設で構成されている。大阪府での7.3万分娩/年を母集団とするハイリスク妊産婦のほとんどに関与しており、およそ2000件/年近い母体搬送を取扱っている。実際の運営に主に関わっている外部組織は、大阪府、大阪府医師会、NMCS(新生児診療相互援助システム)である。補完的なシステムとして周産期緊急搬送コーディネーター、最重症合併症妊産婦受入体制、近畿ブロック周産期医療広域連携体制、産婦人科一次救急搬送体制等が整備されている。すでに、大阪のNICU病床数は240床を超えており、数的には充足と言える。しかしながら、未解決な課題は依然として山積している。今年度からは、《数から質の向上》を目指す5年間の周産期医療計画が策定された。本講演においては、これら体制の概要を解説し、周産期医療の今後を考えてみる。

3

婦人科腫瘍を目指す君へ

関西ろうさい病院

伊藤公彦

私が30年前に産婦人科に進んだ理由は、真剣に取り組めば内科的なことも外科的なことも専門レベルまで行うことができる魅力にある。その中で、私は婦人科腫瘍をサブスペシャリティとして選択した。手術は、術式も日進月歩であるが個人の研鑽・工夫により匠の域まで到達することも可能であり、artとしても非常に楽しい。また化学療法は、1980年代にcisplatin、1990年代にpaclitaxelが登場し、治療成績は飛躍的に向上した。しかし、よりよい薬剤の組み合わせはないか、よりよい投与法はないかと考え、臨床研究を行ってきた。臨床の現場では様々なclinical questionが生まれる。それをどのようにclinical researchとして組み立て、いかに実行するかが重要である。私は、NPO法人関西臨床腫瘍研究会(KCOG)という組織を中心に、よい同志と共に臨床研究を行ってきた。これらを踏まえ、婦人科腫瘍の魅力について語りたい。

4

婦人科がん緩和医療について～婦人科腫瘍専門医を目指す先生方へ～

兵庫医科大学

鰐本浩志

地域がん診療連携拠点病院では行政から指定された地域におけるがん患者や家族のケア、QOLの向上が求められている。平成25年に改定された兵庫県がん対策推進計画には、がん診断時からの緩和ケア、地域連携、患者団体との連携が明示されているが、実際はがん対策推進基本計画が平成19年に策定された際にその方向性が示されており、当科では当時からこれに則って取り組んできた。ところで「緩和医療」と言う言葉自体は、患者のみならず医師にとっても終末期のイメージが拭えず、若い先生はsupportive careと頭の中で置き換えた方が理解しやすいかもしれない。具体的にどのようにしたらよいのか難しく感じるとしたら、明確なエビデンスや経験を共有する場が乏しいことが大きな理由と思う。「NPO 婦人科腫瘍の緩和医療を考える会」はこれに応えるため昨年発足した。本講演では緩和医療の社会的状況、学術的なup to dateと共に、我々の取り組みを紹介する。

5

教科書ではあまり教えてくれない腹腔鏡下手術がちょっと楽になる工夫

高の原中央病院

谷口文章

婦人科において腹腔鏡下手術は一般的になってきた。この手術は、手術創が小さい、術後の疼痛が少ない、入院期間が短い、社会復帰が早いなど患者にとってはメリットの多い手術である。しかし、術者にとっては鉗子を通してしか患部や創部を触れることができず、これから腹腔鏡を始めようとする若い医師にとっては煩わしい手術である。我々の施設では、これまで多数の腹腔鏡下手術を行ってきており、少しでも手術が早く、安全に行えるようになるために、さまざまなところからいろいろな工夫を取り入れたり、我々自身も新たな工夫を見つかったりした。このような工夫は、しばしば手術時のストレスを軽減させ、時間を短縮させ、リスクも軽減させる。教科書などに紹介されることは少ないが、ストレスが軽減することにより手術が楽しくなることも多い。本講演ではその様な工夫をできる限り多数供覧し、これから手術を始めようとする若手医師の腹腔鏡下手術の苦手意識を軽減し、手術が少しでも楽しくなるような報告を行う。

6

ARTの現況について

近畿大学

辻 勲

1978年に英国のEdwardsとSteptoeにより世界初の体外受精－胚移植の成功が報告されて以来、生殖補助医療技術(ART)は、顕微授精や胚凍結など新しい技術の開発や培養技術の進歩も相まって、これまで妊娠が望めなかった不妊症患者に福音をもたらしてきた。日本産科婦人科学会から発表されている2010年のART治療成績は、総治療周期数は約24万周期、移植周期あたり妊娠率は28.4%、出生児数は約27000人でありわが国における全出生児数の2.5%にあたる。近年、ARTは着実に普及し、かつ治療成績も向上している。しかし一方で、ARTによって生まれた児の発生異常やインプリンティング異常の増加などの新たな問題が生じている。また、本来ARTの適応外の症例にARTを行っているため治療成績がいいのではないかというARTの適応について疑問視する報告もされている。今回の講演では、ARTの現況について概説し、ARTの今後の展望について解説する。

腫瘍研究部会講演抄録

1

妊娠中に肉眼的子宮頸癌を認めた2症例

兵庫医科大学病院

池田ゆうき, 鏑本浩志, カロンゴスジャンニーナ, 竹山龍, 小熊朋子, 本多积人, 加藤徹

上田真子, 和田龍, 原田佳世子, 柴原浩章

妊娠中に肉眼的子宮頸癌を認め円錐切除を施行し、微小浸潤及び非浸潤癌であったため追加治療は行なわず慎重に経過観察した2例を経験したので報告する。[症例1] 35歳, G0P0. 妊娠15週当科へ紹介。妊娠19週子宮腔部に小結節を認め生検にて扁平上皮癌と診断。妊娠21週に円錐切除術を施行、摘出病理標本に幅0.5mm、深さ0.5mmの浸潤を認めた。断端陰性、脈管浸襲陰性より十分なICの上経過観察とし、妊娠38週経膈分娩。分娩後8か月経過し腔部細胞診で異常は認めない。[症例2] 40歳, G3P0. 妊娠12週に当科紹介受診。初診時より子宮腔部に小隆起性病変を認めたが、複数回の細胞診でNILM。病変が増大したため妊娠20週に生検を行い扁平上皮癌と診断された。妊娠24週に頸管縫縮術及び円錐切除術を施行したところ、摘出病理標本にて浸潤は認めなかったため、経過観察とした。妊娠31週に胎児胎盤機能不全のため緊急帝王切開術を施行した。術後7か月経過し腔部細胞診で異常は認めない。

2

妊娠初期検査がASC-USであった子宮頸癌合併妊娠の1例

ベルランド総合病院

脇本剛 峯川亮子 細見麻衣 矢船順也 横手真理子

南李沙 土田充 濱田真一 山崎正人 村田雄二

症例は34歳、G4P0SA3、10年前に尖圭コンジローマの既往がある。前医でIVF-ET実施され、双胎（2絨毛膜2羊膜）妊娠成立した。妊娠8週当科紹介受診され、13週初期検査の細胞診にてASC-US、HPVハイリスクグループ陽性認めた。コルボスコピー下生検にてコンジローマ様癌の診断であり、微小浸潤も疑われた。23週LEEP施行し、角化型の扁平上皮癌、pT1b1の診断であった。子宮外生存可能な時期に可及的速やかに根治治療を行う方針とした。ステロイド、硫酸マグネシウムの計画投与後、29週0日 Cesarean Radical Hysterectomy 施行した。1132g及び1284gの女児をApgar 8/9で娩出し、新生児経過は良好であった。術後病理組織診にて骨盤内リンパ節転移を認めたため、術後同時化学放射線療法（Weekly CDDP 40mg/m² 6コース、骨盤外照射 50.4Gy/28Fr）を施行した。術後8か月現在、再発なく経過している。

3

子宮頸癌合併妊娠に対する Radical cesarean hysterectomy

大阪大学

角田守、小林栄仁、木村敏啓、磯部晶、馬淵誠士、上田豊、金川武司、澤田健二郎、吉野潔、

藤田征巳、筒井建紀、木村正

子宮頸癌合併妊娠に対する治療方針は妊娠継続希望がなければ妊娠の中断と根治治療であるが、希望がある場合は一定の妊娠期間の延長を計った後に帝王切開と同時に広汎子宮全摘（Radical cesarean hysterectomy; RCH）あるいは後日に広汎子宮全摘を行う。RCHは非妊時の広汎子宮全摘と同様に安全に施行できるが出血量の増加および輸血のリスクが高くなる問題点がある。我々はこの問題点に対し児娩出直後に上部靱帯を処理し、子宮切開創を延長し子宮体部を摘出することで術中出血を減少させる工夫を行っている。本手法のメリットは、①子宮体部胎盤剝離面からの出血の回避②子宮血流減少による子宮下部諸靱帯の処理の容易化③体下部断端を牽引することで通常の広汎子宮全摘と同様の良好な視野を確保でき安全に手術を行うことができる。過去に当院で行われた6例のRCH症例を後方視的に再検討し、子宮頸癌合併妊娠における体部切断を先行した広汎子宮全摘術の安全性について報告する。

4

過去4年間に当院で早期娩出した子宮頸癌合併妊娠3例の児娩出時期の考察

京都第一赤十字病院

秋山鹿子、小木曾望、山口菜津子、間嶋恵、富田純子、八木いづみ、小柴寿人、山田俊夫、
大久保智治

子宮頸癌合併妊娠は、浸潤癌で児の子宮外生存可能であれば、児娩出後の標準治療が望ましいとされるが、娩出時期に一定の見解はない。過去4年間に早期娩出された子宮頸癌合併妊娠を3例経験した。【症例①】妊娠19週時、子宮頸癌 stage II B と診断、妊娠継続希望、23週時に帝王切開後、動注療法、広汎子宮全摘術施行、腫瘍は残存。CCRT、SIP および TC 療法施行も術後2年患者死亡。児は修正月齢相当に発育。【症例②】妊娠19週時 HSIL、22週生検で微小浸潤癌、27週円錐切除で stage I B1 と診断、36週時に帝王切開術3週間後、広汎子宮全摘術施行、断端陰性で病理診断 stage I B1。児は発育問題なし。【症例③】初期健診陰性、妊娠28週時細胞診で SCC、30週腫瘍を肉眼的に認め、stage I B1 と診断、32週時に帝王切開術3週間後、広汎子宮全摘術施行、断端陰性で病理診断 stage I B1。児は発育問題なし。以上3例に文献的考察を加え、児の娩出時期について考察する。

5

妊娠中に発見された子宮頸部浸潤癌5例

大阪市立大学

和田卓磨、福田武史、西居由布子、山田詩織里、松田真希子、寺前雅大、長嶋愛子、妹尾紗織
橋口裕紀、松本佳也、市村友季、安井智代、角 俊幸

妊娠に子宮頸癌が合併する頻度は10,000人の妊娠に0.8~1.5人(0.008~0.015%)である。当科で経験した、妊娠中に判明した子宮頸部浸潤癌5例を報告する。症例1:22歳、2経妊1経産。子宮頸癌 IA1 期(微小浸潤扁平上皮癌)に対して妊娠14週6日に円錐切除術を施行した。症例2:37歳、3経妊0経産。子宮頸癌 IA1 期(微小浸潤扁平上皮癌)に対して妊娠14週4日に円錐切除術を施行した。症例3:26歳、4経妊3経産、子宮頸癌 IB1 期(非角化型扁平上皮癌)に対して、妊娠31週3日に帝王切開術及び広汎子宮全摘術を施行した。症例4:27歳、1経妊0経産。子宮頸癌 IB1 期(コンジローマ様癌)に対して妊娠24週1日に腫瘍切除し、正常産後に円錐切除術を施行した。症例5:33歳、2経妊1経産。子宮頸癌 IB1 期(粘液性腺癌)に対して妊娠28週2日に帝王切開を行い19日後に広汎子宮全摘術を施行した。全症例現在再発を認めていない。以上の症例について検討し、妊娠に合併した子宮頸癌の取り扱いについて文献的考察を加え報告する。

6

妊娠中に広汎性子宮頸部摘出術を施行したが術中に胎児死亡に至った1例

田附興風会 北野病院

小藺祐喜、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、宮田明未、
佛原悠介、自見倫敦、辻なつき、寺川耕市、永野忠義

症例は35歳の1経妊0経産。不妊治療を約2年受け、1回自然流産。挙児希望にて某大学病院受診し、妊娠確認とともに、頸部スミアで腺癌指摘され、生検にても低分化腺癌を確認。同病院にて円錐切除術を施行、浸潤約6mm、幅約16mm、脈管侵襲陽性の明細胞腺癌と診断された。広汎子宮全摘術を勧められ、セカンドオピニオンに当院受診。相談の結果、当院にて広汎性子宮頸部摘出術(以下トラケ)の予定とした。妊娠12週5日に腹式トラケ施行。円靱帯を牽引しながら子宮体部を愛護的に扱い、頻回に術中超音波診断で胎児心拍を確認。骨盤内リンパ節郭清、両側子宮動脈本幹遊離・テーピング、両側尿管遊離までは児心拍に異常を認めなかったが、直腸から下腹神経剥離、仙骨子宮靱帯切断付近で児心拍の徐脈傾向を認めた。腸管圧排、子宮牽引を緩め、手術操作中断するも、最終的に児心拍停止。胎児娩出後、トラケ完遂。腫瘍残存なし、リンパ節転移なし。術後4年経過し無病生存であるが、術後は子宮性無月経が続いている。

7

当院における妊娠合併子宮頸癌症例に関する検討

京都府立医科大学

太田佳奈絵、澤田守男、森 泰輔、松島 洋、秋山 誠、山本拓郎、黒星晴夫、
辰巳 弘、岩破一博、北脇 城

【緒言】妊娠合併子宮頸癌は 10,000 妊娠あたり 1~12 例の頻度と報告されるが、妊娠に合併する悪性腫瘍では頻度が高い疾患のひとつである。当院における妊娠合併子宮頸癌症例を後方視的に検討し、文献の考察を加えて報告する。【方法】1992~2012 年に当院で診療した妊娠合併子宮頸癌 12 症例に対し、診断・治療内容、妊娠・子宮頸癌の転帰などについて検討を加えた。【結果】初診時年齢：33.9 歳、初診時週数：13 週 2 日、観察期間：3.8 年（いずれも中央値）。臨床病期は CIS が 9 例、FIGO I A1 期が 1 例、I B1 期が 2 例であった。病理組織型はいずれも扁平上皮癌。ポロー手術をした FIGO I B1 期の 2 例を除き、分娩に至っている。子宮頸癌の転帰に関しても、全例無病生存であった。【結語】妊娠合併子宮頸癌は比較的早期に診断されることが多く、そのため悪性腫瘍の転帰としては予後良好である。晩産化とともに妊娠合併子宮頸癌症例は増加するものと懸念され、正確な診断にもとづく方針決定が今後より一層重要性を増すものと考えられる。

8

妊娠中の子宮頸部円錐切除術の留意点について

大阪医科大学

芦原敬允、田中良道、前田和也、中村路彦、藤原聡枝、齋史夏、田中智人、恒遠啓示
金村昌徳、寺井義人、大道正英

妊娠中の子宮頸癌は全体の約 3%と比較的稀であるが、近年の晩婚化や若年子宮頸癌の増加により増加傾向である。今回我々は妊娠中に円錐切除術を施行した 27 例の病理組織や治療経過、周産期合併症を後方視的に検討し、非妊娠時円錐切除術 660 例のデータと比較した。27 例の内訳は CIS 12 例、Ia1 期 12 例、Ib1 期 3 例で、組織型はすべて扁平上皮癌であった。出血量は 25 例が少量、2 例が 50ml であった。切除断端陽性は 29.6%（非妊娠 13.8%）で、標本の高さは 13.5±3.5mm（非妊娠時 15.3±4.2mm）であった。円錐切除術施行後、Ia1 期の 1 例に流産を認めたが、他の周産期合併症は認めなかった。Ib1 期 3 例はそれぞれ 34 週、35 週、37 週の時点で帝王切開術を行い、胎児娩出後に広汎子宮全摘術を追加した。病変遺残は Ib1 期 3 例を除いて認めず全例再発なく経過良好である。妊娠時の円錐切除術は非妊娠時と同様安全に施行できたが、流産等合併症への配慮が必要である。また診断的な意味合いが強く標本高の低さが切除断端陽性に繋がっている可能性があり、留意する必要がある。

9

妊娠中に術前化学療法を施行した子宮頸癌合併妊娠の 2 症例

京都大学

水野林、吉岡弓子、最上晴太、今井更衣子、馬場長、近藤英治、浮田真吾、山口建、
濱西潤三、安彦郁、松村謙臣、小西郁生

妊娠中期に診断された子宮頸癌 1B1 期に対して術前化学療法により妊娠期間の延長を図った症例を 2 例経験したので報告する。症例 1：35 歳、1 経妊 1 経産。妊娠 12 週時の子宮頸部細胞診にて ASC-US、16 週時の生検で扁平上皮癌を認めたため当院受診。子宮頸癌 1B1 期、扁平上皮癌の診断にて 20 週時より TP 療法を施行し腫瘍の縮小を得た。34 週時に帝王切開を施行、2142g の児を娩出した後、広汎子宮全摘術を施行した。術後 8 ヶ月経過した現在、再発を認めていない。症例 2：36 歳、1 経妊 0 経産。体外受精にて妊娠に至り、妊娠 10 週時の子宮頸部細胞診にて ASC-H、14 週時の生検で腺癌を認めたため 16 週時に当院受診。子宮頸部腺癌 1B1 期の診断にて 19 週時より TP 療法を施行し腫瘍の縮小を得た。現在治療継続の上、児の娩出時期を検討中である。胎児の子宮外生存が不可能な時期に子宮頸癌の診断がついた場合は治療方針の検討に難渋するが、慎重な観察下での化学療法により妊娠の延長を計ることが可能と考えられた。

10

胎盤内絨毛癌の治療方針—異なった経過をとった2症例の治療経験から

社会医療法人愛仁会高槻病院

大石哲也 森本規之 小野佐代子 浅野正太 中後聡 小辻文和

胎盤内絨毛癌はきわめて稀で、新生児・母体に転移してから発見されることも多い。転移してから発見された場合では予後不良であり、転移前に発見することが重要であると考えられている。今回、35週と34週で胎児機能不全のため緊急帝王切開施行し、母児間輸血症候群を認め、胎盤の病理診断で胎盤内絨毛癌を認めた2症例を経験した。症例1は血中HCG低値であったが、尿中HCG- β コアフラグメントの上昇を認め化学療法を施行した。一方、症例2は血中HCGをフォローし経過観察としていたが、血中HCGの上昇を認め化学療法を施行した。化学療法を行うか否かについて明確な基準は存在しない。胎盤内に絨毛癌が限局しており、明らかな臨床症状を認めず、血中HCGの低下を認めれば化学療法の必要はないとする報告もあるが、遠隔転移により初めて後方視的に胎盤を検索して発見される胎盤内絨毛癌もあり、遠隔転移により発見された場合、放置していると極めて予後不良であることを考慮すると、予防的な化学療法を考慮することも必要と考えられた。

11

当院における妊娠関連乳癌3例の検討

京都府立医科大学

秋山 誠、澤田守男、森 泰輔、松島 洋、山本拓郎、黒星晴夫、辰巳 弘、

岩破一博、北脇 城

【諸言】妊娠関連乳癌とは、妊娠中または分娩後1年以内に診断された乳癌をいう。その頻度は約3,000妊婦に1例とされるが、晩産化に伴い増加が懸念される。妊娠関連乳癌3例について報告する。【症例】①38歳、未経産。妊娠10週時に右乳癌と診断、17週2日に右乳房部分切除術、20～31週にEC療法を施行。35週2日に帝王切開術にて分娩。②42歳、未経産。不妊治療中に右乳癌と診断されたが、その直後に妊娠判明。16週6日に右乳房部分切除術施行。妊娠経過問題なく、39週5日正常経腔分娩。③32歳、未経産。左乳癌と診断されタモキシフェン内服後、左乳房部分切除術施行。術直後に妊娠12週と診断。妊娠経過問題なく、40週2日正常経腔分娩。3例とも、母体に再発徴候、また児に発達成長の異常を認めていない。【結論】妊娠中の乳癌治療に対する知見は増えつつあり、治療の選択肢も広がっている。ただし、妊娠自体が乳癌の進行を早める危険性もあり、妊娠中の治療適応については妊娠継続の可否も含め慎重に判断する必要がある。

12

乳癌合併妊娠の5症例に関する検討

東大阪市立総合病院¹⁾、同乳腺外科²⁾西澤美嶺¹⁾、宇山圭子¹⁾、前原将男¹⁾、中西隆司¹⁾、明石貴子¹⁾、斎藤仁美¹⁾、小川 恵¹⁾、古妻康之²⁾、奥 正孝¹⁾

乳癌は妊娠に合併する悪性腫瘍としては子宮頸癌に次いで発症頻度が高く、罹患率の上昇や妊娠年齢の高齢化から今後も増加が予想される。われわれは2003年から2012年の10年間に乳癌合併妊娠を5例経験した。5症例の平均年齢は35.8歳で、初発症状は4例が乳房腫瘍の自覚、1例が乳頭血性分泌であった。2例が妊娠初期、1例が妊娠中期、2例が妊娠後期に診断され、1例が人工妊娠中絶後、3例が妊娠継続中、1例が分娩後に外科手術を施行した。臨床進行期は、Stage0が1例、Stage Iが2例、Stage II Bが2例であった。Stage0の非浸潤性乳管癌を除く4例で術後補助療法を行い、Stage II Bの2例で再発を認めた。妊娠期乳癌の早期発見には、セルフチェックも含めた啓発活動と、専門医療機関への的確な紹介が求められる。治療に際しては、手術及び各種補助療法が適応に応じ選択されるが、診断時期、周産期管理、将来の妊孕性などにも配慮し、産婦人科と乳腺外科の綿密な連携のもと、個々の症例に応じた治療計画を作成する必要がある。

13

妊娠中の乳癌に抗癌剤治療を施行、分娩に至った1例

田附興風会医学研究所 北野病院

山本瑠美子 宮田明未 門上大祐 瀬尾晃司 花田哲郎 出口真理 隅野朋子 佛原悠介

小菌祐喜 自見倫敦 辻なつき 寺川耕市 永野忠義

今回我々は妊娠中の乳癌に化学療法を施行し、生児を得た症例を経験したので報告する。症例は41歳0経妊0経産。妊娠26週時、左乳房腫瘍の増大を主訴に近医を受診した。左C領域に5×6cmの腫瘍認め、乳癌が疑われ当院紹介受診となった。組織診で粘液癌(ER+ PgR+ HER2 3+ Ki-67 40%)、臨床病期II B(T3N0M0)と診断。化学療法先行の方針となり、妊娠28週よりEC療法を3回施行した。妊娠37週1日分娩誘発を行い、同日2420gの女児(Apgar score 8/9)を娩出した。乳汁分泌抑制し産後FEC75-H療法を2回施行したが腫瘍縮小効果に乏しく、Doc+HCPT療法を4回施行した。腫瘍の縮小を認め、産褥20週時に乳房切除術+センチネルリンパ節郭清を施行した。最終病理診断は粘液癌(ER- PgR- HER2 3+ Ki-67 20%)であり術後HCPTを12回投与、現在TAM内服中である。術後1年で再発徴候はなく、児も問題なく経過している。

14

妊娠中に転移性卵巣腫瘍により発見されたS状結腸癌の1例

神戸大学

小嶋伸恵 蝦名康彦 宮原義也 今福仁美 牧原夏子 生橋義之 新谷 潔 中林幸士

森田宏紀 山田秀人

妊娠に合併した大腸癌の発生頻度は10万妊娠に対して1~2例とされ、きわめてまれである。妊娠中期に転移性卵巣腫瘍により発見されたS状結腸癌症例を経験したので、文献的考察を含めて報告する。

【症例】患者は31歳、0経妊、既往歴なし。A病院で妊娠24週にダグラス窩に嚢胞性腫瘍を認めたため、B病院へ紹介された。骨盤MRIでダグラス窩と左上腹部に壁肥厚を伴う卵巣腫瘍を認め、エコーで結腸腫瘍も認めた。そのため大腸癌および卵巣転移が疑われ、妊娠29週0日に当科へ紹介された。下部消化管内視鏡でS状結腸に進行癌が確認された。妊娠30週0日に、帝王切開術、両側付属器摘出術を施行した。児は1132g、Apgar score 7/9点であった。両側卵巣腫瘍は腺癌でS状結腸癌の転移と病理診断された。帝王切開2週間後に、S状結腸切除術、傍大動脈リンパ節摘出術を行った。術後1ヶ月後より、FOLFOX療法を12コース施行した。術後16ヶ月目に骨盤内再発をきたし、FOLFIRI療法を施行中である。

15

妊娠中に診断された直腸癌の1例

京都桂病院

前田 万里紗, 藤井 剛, 平田 侑里子, 山西 恵, 江本 郁子, 村上 寛子

今回妊娠中に診断された直腸癌の症例を経験したので報告する。患者は20歳代女性。未経妊。下腹部痛を訴えて当院消化器内科受診した。精査を検討されたが、すぐ後に当科にて妊娠5週と診断されたため、精査は延期となっていた。しかし以後も血便などの症状が継続していたため、妊娠20週時に下部消化管内視鏡検査施行した。その結果直腸S状部(Rs)に半周をしめる2型腫瘍の存在が明らかとなった。十分な検査、治療には早期の妊娠の終了が必要と判断し、妊娠21週時に中絶術を施行した。さらに3週後に当院消化器外科にて腹腔鏡下低位前方切除術が施行された。病理組織検査では直腸腫瘍は高分化腺癌で直腸固有筋層までの浸潤は認めるが、リンパ節への浸潤はみられず、診断は直腸癌 pT2N0M0 Stage Iの結果となった。標準的な直腸癌治療方針に従い術後追加治療行わず、経過観察となった。現在まで経過良好である。直腸癌は40歳以下での発症はまれであり、妊娠に合併した大腸癌の報告は少ない。今回文献的考察を含めて報告する。

16

産後、診断に至った局所進行直腸癌（Lynch 症候群疑い）の 1 例

市立福知山市民病院

奥田知宏 荻野嘉夫 山下貞雄

Lynch 症候群は、家族性発生子宮内膜癌として婦人科領域では散見されるが、今回我々は産後診断に至った若年発症の直腸癌（Lynch 症候群疑い）を経験したので報告する。症例は 28 歳、1 経産婦。妊娠 30 週に直径 2cm 大の頸部筋腫と思われる腫瘤を経腔エコーにて診断、妊娠 35 週に 5cm に急速に増大、妊娠 37 週、CPD にて緊急帝王切開施行。子宮両側ともに正常、ダグラス窩にも異常病変無。産褥 10 日目血便を発症、精査にて StageⅢ期の直腸癌に至り、現在当院外科にて TS-1 併用 CCRT 施行となった。今後、原発腫瘍摘出術を予定している。家族歴を再確認したところ実父が 33 歳で大腸癌を発症しており Lynch 症候群が疑われた

家族例の聴取の際には単に病名を確認するだけではなく、若年発症の有無や、多発性の発症等、詳細な確認が必要である。ICG-HNPCC のガイドラインでは、20 歳からの大腸癌検診、子宮体癌検診をすすめている。家族歴にて若年発症の大腸癌を確認した場合には早期からの癌検診をすすめるべきである。

17

チーム医療にて管理した進行胃癌合併妊娠の 1 例大阪市立総合医療センター 産科¹⁾、消化器内科²⁾、臨床腫瘍科³⁾、緩和医療科⁴⁾札幌恵¹⁾、梶谷耕二¹⁾、松木厚¹⁾、工藤貴子¹⁾、三田育子¹⁾、西本幸代¹⁾、田中和東¹⁾、
中村博昭¹⁾、根引浩子²⁾、平良高一³⁾、多々良竜平⁴⁾、中本収¹⁾

悪性腫瘍合併妊娠では、治療方針を決定する上で母体の病状と胎児の生育状態を総合的に判断する必要がある。産科のみでは母児管理が困難である。今回我々は、産科主体としたチーム医療により管理した進行胃癌合併妊娠の一例を経験したので報告する。症例は 30 歳台、経産婦、妊娠初期より胃不快感を自覚し、妊娠 22 週に前医で胃癌 4 期と診断され、妊娠 23 週当科紹介となった。受診時にはすでに自制困難な癌性疼痛を認め、食事摂取困難であり、翌日より入院管理となった。入院後より産科、消化器内科、臨床腫瘍科、緩和医療チーム、栄養サポートチーム(NST)、新生児内科、精神科、助産師による医療介入を行った。妊娠 25 週 2 日、母体全身状態悪化のため緊急帝王切開術を施行した。術後は積極的な抗癌治療を行うことはできず、術後 13 日目に永眠された。今回の症例では産科と他科、他業種の間で妊娠と胃癌に対する情報の共有と方針の決定が行われ、チーム医療が患者中心の医療を実践することにつながると考えられた。

18

妊娠中に化学療法を施行した胃癌合併妊娠の 1 症例兵庫県立西宮病院¹⁾、同消化器外科²⁾出口 彩¹⁾、山下紗弥¹⁾、鈴木陽介¹⁾、吉村明彦¹⁾、橘 陽介¹⁾、柿ヶ野 藍子¹⁾、木瀬康人¹⁾、渡邊宜信¹⁾、渡邊慶子¹⁾、中辻友希¹⁾、増原完治¹⁾、信永敏克¹⁾、矢野浩司²⁾

【諸言】妊娠に合併する胃癌は、診断時には既に進行癌である場合が多い。今回、妊娠 22 週に胃癌と診断され化学療法を行った 1 例を経験したので報告する。【症例】34 歳、初妊婦。妊娠 5 週に当院初診。初期の超音波で卵巣腫瘍は認めなかったが、妊娠 22 週 5 日妊婦健診時に経腔超音波でダグラス窩に囊胞性の高輝度領域を認め、右卵巣腫瘍が疑われた。妊娠 23 週 4 日右付属器摘出術施行し、病理診断で低分化腺癌であった。Krukenberg 腫瘍が疑われ、GIF 施行したところ、胃前庭部に全周性の腫瘤を認め、生検にて印環細胞癌と診断された。進行期 stageⅣであり、妊娠 25 週から TS-1+CDDP 施行。妊娠 35 週 3 日に誘発分娩、2400g の男児 Ap9-10 で娩出した。【結語】妊娠中に急速増大する卵巣腫瘍の摘出により胃癌の診断に至り、化学療法を施行して 35 週にて健児を得た。

19

膵臓癌合併妊娠の1例

和歌山県立医科大学

中田久実子 八木重孝 三谷尚弘 吉村康平 八幡環 城道久 太田菜美 馬淵泰士

南佐和子 井篁一彦

膵臓癌は60歳台に最も発症が多く、妊娠中の発症は稀である。今回妊娠中に膵臓癌と診断された症例を経験したので報告する。症例は27歳初産婦。妊娠21週5日にめまい、嘔吐認め前医を受診した。肝胆道系酵素の上昇、CA19-9も4171U/mlと上昇していた。腹部超音波ならびにCTで膵頭部の6cm台の腫瘍と、肝臓、肺に多数の腫瘍を認め、膵臓癌疑いで妊娠22週6日に当院に紹介、入院となった。MRIで多発肝転移を認め経皮的肝生検の所見より膵管癌stageIVbと診断された。児の長期予後と母体の予後を検討し、本人、家族らとの相談の上、妊娠28週以降に分娩としてその後化学療法を行う方針とした。児の発育に異常は認めなかった。経過観察中に母体状態悪化のため妊娠27週6日に帝王切開術施行、児は1074g、男児Ap4/6であった。児は大きな問題なく退院となった。母体は産褥12日目に退院後前医での管理となった。抗がん剤治療の予定であったが全身状態悪化のため緩和・対症療法となった。

20

当院における10年間の悪性腫瘍合併妊娠10例の検討

神戸市立医療センター中央市民病院

林信孝 白木彩 松本有紀 宮本泰斗 小山瑠梨子 平尾明日香 大竹紀子 北村幸子

須賀真美 宮本和尚 高岡亜妃 青木卓哉 今村裕子 星野達二 北正人

悪性腫瘍合併妊娠は1000分娩に1例程度の頻度とされている。2003年1月から2013年7月までの間に当院にて分娩ないし妊娠中絶を取り扱った6605例の中で、悪性腫瘍合併妊娠は10例であり、1000分娩あたりの頻度は1.5例の頻度であった。腫瘍の内訳は0期を除く子宮頸癌が5例、卵巣癌1例、甲状腺癌1例、乳癌1例、肺癌1例、血液癌1例であった。人工妊娠中絶後に悪性腫瘍の治療が施行されたものが4例、人工早産後に治療施行したものが3例、悪性腫瘍に対する治療を先行して行いその後人工早産としたものが2例、通常の周産期管理を行い分娩後に治療施行したものが1例であった。母体の転帰は、現時点で無病生存が5例、再発加療中が2例、原癌死症例が1例、経過不詳が2例であった。追跡できる範囲で分娩に至った6例の児に関しては発育に問題を認めていない。

21

妊娠中に発症した悪性リンパ腫の2例

奈良県立医科大学附属病院

森岡佐知子、中村春樹、伊東史学、棚瀬康仁、春田祥治、金山清二、川口龍二

吉田昭三、古川直人、大井豪一、小林 浩

悪性腫瘍合併妊娠の頻度は1/1000例と言われ、中でも悪性リンパ腫合併妊娠の頻度は極めて低く、その診断や治療には苦慮する。当科で経験した2例を報告する。【症例1】30歳代、3経妊3経産。妊娠経過は順調であったが、妊娠36週の健診時に数日前より続く倦怠感を訴えた。血液検査にて汎血球減少と肝機能障害を認め、血液疾患やウイルス感染を疑い同日緊急帝王切開術を行った。術後1日目に骨髄穿刺を行うも診断に至らず、術後7日目に全身状態の急激な悪化により死亡した。病理解剖にてdiffuse large B cell lymphomaと診断した。【症例2】20歳代、0経妊0経産。妊娠26週より右頸部に増大する腫瘍を認め、妊娠32週より近医外科にて膿瘍の診断で抗菌薬投与と切開排膿を繰り返した。以後も症状が改善せず、妊娠38週2日に当科へ搬送となり翌日経膈分娩に至った。その後生検にてanaplastic large cell lymphomaと診断した。産褥17日目よりCHOP療法を8サイクル行い、更に放射線療法を行って寛解した。現時点で再発を認めていない。

22

頻回の輸血の必要とした骨髄異形成症候群合併妊娠の1例

日本赤十字社和歌山医療センター

渡邊のぞみ、李泰文、稲田収俊、横山玲子、山村省吾、坂田晴美、豊福彩、吉田隆昭、中村光作
骨髄異形成症候群（MDS）は異形成を伴う異常クローンの増生とそれに伴う無効造血によって汎血球減少の起きる血液疾患である。MDSを合併する妊娠では母体の高度貧血によってIUFDに陥るリスクがあるため厳重な管理を必要とする。当科では、高度貧血と血小板減少に対して頻回の輸血を行うことによって妊娠を継続し、生児を得た症例を経験したので報告する。症例は22歳初妊婦、当科を初診する1年程前に当院血液内科にてMDSと診断され化学療法が行われたが、患者の希望により治療が中断されていた。無月経のため当科を初診時に胎児計測にて妊娠16週と診断したが、血液所見はWBC2000/ μ l、Hb7.1g/dl、Plt1.7万/ μ lと汎血球減少があり、MDSの悪化を認めた。頻回の濃厚赤血球と血小板の輸血を行い、妊娠の継続に努めたが、MDSが白血病に移行するリスクが高いと判断された。そのため母体治療を優先し、早期に化学療法を行うことを目的として治療的早産を行う方針とした。妊娠29週に1156gの男児を帝王切開にて娩出した。術後6日目に施行した骨髄穿刺にて白血病への移行と診断された。現在化学療法中で、今後骨髄数値を予定している。

23

妊娠中に発症した経過の異なる急性白血病合併妊娠の2症例

京都第二赤十字病院

南川 麻里 松岡 智史 岡島 京子 山本 彩 加藤 聖子
衛藤 美穂 東 弥生 福岡 正晃 藤田 宏行

妊娠中に発症した経過の異なる急性白血病の2症例を経験したので報告する。症例1：34歳、初産婦。妊娠28週で39度台の発熱、関節痛を主訴に当院救急受診。採血にて汎血球減少を認め、骨髄検査にて急性前骨髄性白血病と診断した。汎血球減少による易感染性による肺炎、DICを認め、抗生剤、抗DIC療法および原疾患に対する加療を行うも、全身状態は改善を認めなかった。妊娠29週にIUFDとなり自然陣痛発来、分娩による出血で全身状態悪化し、多臓器不全にて永眠された。症例2：3回経妊3回経産。妊娠12週の健診時の血液検査で汎血球減少を認め、骨髄検査にて急性骨髄性白血病と診断。積極的な妊娠継続希望なく、化学療法に専念するため、中期中絶の方針となった。血液内科と相談の上、汎血球減少に対しては適宜RCC、血小板輸血を行い、妊娠16週で中期中絶を行った。その後は血液内科での加療を行い、CRとなった。妊娠に合併した白血病はterminationの時期に苦慮する場合があります、症例に応じた対応が必要となる。

24

予後不良であった肺癌合併妊娠の2例

兵庫医科大学

原田佳世子 鏑本浩志 金澤理一郎 坂根理矢 浮田祐司 脇本裕 坂佳世
森本真晴 村上優美 柴原浩章

過去7年間に当科で経験した非婦人科がん合併妊娠は乳癌2例、肺癌2例、脳腫瘍1例、舌癌1例、悪性リンパ腫1例であった。予後不良であった肺癌合併妊娠について報告する。【症例1】30歳台、咳嗽のため妊娠16週より吸入ステロイドで加療後、妊娠22週で改善なく胸部Xpにて腫瘤陰影を認め当院へ紹介された。CTガイド下生検で悪性所見は認めなかったが増大傾向があり、妊娠28週で帝王切開施行後に右中葉切除した。扁平上皮癌pT3N0M0。術後1か月で胸膜・縦隔リンパ節転移を認めEML4-ALK陽性であったためcrizotinib、RT治療したが術後20か月で死亡した。【症例2】40歳台。妊娠前から咳嗽あり近医加療にて改善せず、妊娠11週より当院呼吸器内科で吸入ステロイド加療した。妊娠20週で股関節痛が出現し、妊娠32週に胸部Xpで腫瘤陰影を認めたため、妊娠33週に帝王切開を施行した。気管支鏡にて腺癌T3N2M1（骨転移）と診断。化学療法に奏功せず術後4か月で死亡した。

25

妊娠中期以降に急速に増悪した膠芽腫合併妊娠の1例

独立行政法人国立病院機構大阪医療センター

種田健司 田中稔恵 橋本佳奈 伴建二 頼裕佳子 紺谷佳代 岡垣篤彦 巽啓司

膠芽腫は平均生存期間が1年程度とされる非常に悪性度の高い脳腫瘍であるが、妊娠に合併する例は稀である。今回、妊娠中期以降に随伴症状が急速に増悪して膠芽腫と判明した症例を経験したので報告する。症例は29歳の初産婦。妊娠23週より頭痛、嘔吐があり、25週に記銘力低下、歩行障害が出現。頭部MRIにて右視床に4cm大の腫瘍及び第3脳室の拡大が認められた。26週に突然の意識消失のため当院に緊急搬送され、脳圧除圧のための脳室開窓術と共に腫瘍生検が行われた。27週に膠芽腫と判明し、腫瘍摘出術が施行された。胎児発育は良好であった。早期に化学療法を開始するため、妊娠29週6日に選択的帝王切開術を施行して1526gの女児をApgar 8/10で娩出した。術後13日目より放射線局所照射及びアルキル化剤TMZによる術後補助療法を開始している。膠芽腫合併妊娠は急速に進行するため、胎児の状態を把握するとともに、腫瘍の状態や治療方針について脳神経外科と緊密に連携して、適切な分娩の時期を選択することが重要である。

26

当院で経験した子宮頸癌合併妊娠の4例

泉州広域母子医療センター 市立貝塚病院¹⁾ りんくう総合医療センター²⁾橋村茉莉子¹⁾、山崎瑠璃子¹⁾、海野ひかり¹⁾、串本卓哉¹⁾、竹田満寿美¹⁾、三好 愛¹⁾、
宮武 崇¹⁾、三村真由子¹⁾、荻田和秀²⁾、横井猛¹⁾、長松正章¹⁾

妊娠時の子宮頸部浸潤癌の取り扱いについては、明確な管理方針を示す考察や文献は未だ乏しい。病期、挙児希望の意志に応じ、診断時の妊娠週数を基に検討を行い、治療方針を選択することが望まれる。当院で経験した子宮頸癌合併妊娠4例について報告する。診断時期は全例妊娠初期であり、病期はIa2期1例、Ib1期2例、IIb期1例であった。組織型は扁平上皮癌2例、腺癌1例、腺扁平上皮癌1例であった。治療は、IIb期の1例は妊娠を継続せずにin-uteroで手術療法を行った。3例は妊娠32週までの治療待機の方針が取られた。そのうち2例は予定帝王切開術と同時に広汎子宮全摘出術を行った。術後補助療法を行ったのはIIb期の1例であった。全例治療後、現在まで再発なく経過している。また、32週まで待機した児の転帰に異常は認められなかった。以上4例と若干の文献的考察から、当院での子宮頸癌合併妊娠の取扱いを述べる。

周産期研究部会講演抄録

1

帝王切開時における子宮体部への予防的止血縫合に関する検討

泉州広域母子医療センター りんくう総合医療センター・市立貝塚病院*

澤田真明 佐藤敦 西川愛子 智多昌哉 甲村奈緒子 後藤摩耶子

張良実 吉田晋 福井温 鹿戸佳代子 横井猛* 荻田和秀

産科出血が予測されうる多胎妊娠、前置胎盤等のハイリスク妊娠も当院では多数受け入れている。帝王切開時の多量出血に対して一般的には子宮体部へのB-Lynchが施行されることが多いが、当院においてはそれに加え、子宮体部へのvertical compression sutureを施行している。そこで我々は2009年4月から2013年6月までの産科出血が予測されうる多胎妊娠、前置胎盤例に対して、子宮体部へのB-Lynchもしくはvertical compression sutureの止血効果について検討した。該当期間中にB-Lynchを行った症例が14例、vertical compression sutureを行った症例が29例、止血縫合を行わなかった症例が27例あった。各群の術後3時間後と6時間後の出血量を比較した。B-Lynch群の3時間後の平均出血量は42g、6時間後は28g。vertical compression suture群の3時間後は27g、6時間後は18g。止血縫合を行わなかった群の3時間後は70g、6時間後は37g。これらの結果より子宮体部への止血縫合は、術後の出血量を減少させる可能性が示唆された。

2

当院におけるUterine Compression Suture症例の検討

大阪大学

鶴房聖子 松崎慎哉 味村和哉 熊澤恵一 橋本香映 谷口友基子 金川武司 木村正

近年、産褥出血(PPH)の止血法としてUterine Compression Sutureが報告され、止血法の一環として注目されている。当院でのcompression suture症例についてまとめ、今後の展望も加え報告する。対象は、2007年1月～2012年12月の6年間に当院で行われた16例について、止血効果・合併症について検討した。結果は、16例中4例で子宮全摘を行っており、当院での止血率は75%であった。また、子宮温存例で妊娠に至ったものは1例であった。現在のところ重大な術後合併症は認めていない。これらの結果は、過去の後方視的研究と比較して、止血効果としてやや劣っていた。これは、縫合糸の違いや術者の手技の違いによるものと考えられた。現在、止血効果を高めるため、独自に縫合糸の開発を行っている。また今後は、適応を決めて、一定した方法で行うよう工夫したい。

3

産後大量出血に対する子宮バルーンタンポナーデの新工夫

尼崎医療生協病院

衣笠万里 卞祖平 玉井華子

近年、産後大量出血に対してバルーンを用いた子宮腔内タンポナーデ法の有効性が報告されている。同法は弛緩出血に対してほぼ確実な止血効果が示されているが、高度の凝固障害(DIC)合併例では不成功例も報告されている。そこでわれわれは新たな工夫を試みた。トラネキサム酸は全身投与だけでなく局所投与でも止血効果が確認されていることから、同薬液を染みこませたガーゼをバルーンに巻き付けて子宮内に挿入し、バルーンを膨らませて薬剤添加ガーゼを子宮内面に密着させた。この方法を難治性の産後出血の2症例に実施して、いずれも止血に成功した。そのうち1例は胎児死亡を伴う重症の胎盤早期剥離の症例であり、DIC合併により血中フィブリノーゲン値が検出感度以下にまで低下していたが、輸血とともに本法を実施したところ速やかな止血が得られた。バルーンタンポナーデ法は単独でも通常は有効であるが、局所止血薬との併用によってさらに治療成績が向上する余地があると考えられる。

4

当科における帝王切開術の出血量を減少させる工夫の検討

京都府立医科大学

大谷真弘 安尾忠浩 藁谷深洋子 岩佐弘一 岩破一博 北脇 城

【目的】帝王切開術の術中出血量を減少させる工夫として、胎盤娩出前の創面または断端の縫合止血や胎盤の自然剥離を待つ方法などが報告されている。今回、胎盤娩出と断端縫合の順序変更で出血量や手術時間、輸血の有無など変化があるか検討した。【方法】2010年1月～2013年5月に当科同一術者にて行った37週以降の帝王切開術76例において子宮筋層断端縫合を胎盤娩出後に行った群（A群）30例と胎盤娩出前に行った群（B群）46例で後方視的に検討した。前期破水や胎盤位置異常、羊水量異常などは除外した。【結果】各群の母体年齢や週数、出生時体重、臍帯血pHに差はなく、ともに母体や新生児死亡はなかった。術中出血量や手術時間はA群：696.7±252.7g、77.2±18.4分 B群：710.9±298.6g、82.3±14.0分であり有意差を認めなかった。輸血は両群とも施行されなかった。【結語】B群で出血量が減少するという報告があるが、今回の検討では両群に有意差を認めなかった。

5

後屈陥頓子宮合併妊娠の2症例

大阪府立母子保健総合医療センター

山下亜貴子、川口晴菜、林周作、岡本陽子、石井桂介、光田信明

今回、2例の後屈陥頓子宮合併妊娠を経験したので報告する。症例1は27歳、1経妊0経産、後屈陥頓子宮を反復した双頸双角子宮である。初回の帝王切開時には病態の把握ができず子宮頸管と子宮体下部後壁を切開し多量出血を来した。2回目の妊娠ではMRIを施行し事前に後屈陥頓子宮を把握し、術中超音波を併用して適切な位置に子宮切開を行うことができた。症例2は34歳、1経妊1経産（自然経膈分娩）であった。今回は妊娠30週内診指にて外子宮口が同定できないことを理由に当院へ紹介となった。MRIにて後屈陥頓子宮の診断に至った。また、子宮によって尿管が圧迫され両側水腎症を来したため尿管ステントを挿入しながら妊娠継続を図った。妊娠36週に予定帝王切開を施行したが、術中超音波を併用してスムーズな手術が可能であった。妊娠中にあらかじめ後屈陥頓子宮を把握し、帝王切開時の皮膚切開と子宮切開の位置を適切に選択することが重要と考えられた。

6

前置癒着胎盤に対し胎盤を子宮内に残置し保存的管理を行った4例

京都大学

植田彰彦 近藤英治 今井更衣子 浮田真吾 川崎薫 最上晴太 小西郁生

前置癒着胎盤は帝王切開時の止血困難を回避するため子宮全摘が選択されることが多く、胎盤を子宮内に残し保存的に管理する場合の対処法は確立していない。今回、保存的治療時の管理法の要点を明らかにする目的で、2010年4月以降当院で前置癒着胎盤に対し子宮温存を企図した4例について解析を行った。術後の胎盤評価には超音波とMRI検査を用い、血中hCG値を経時的に測定した。4例中3例で帝王切開時の胎盤剥離に伴う出血に対しバルーンタンポナーデ法を使用、2例で術後出血を認め子宮動脈塞栓術を要した。超音波検査上、胎盤への血流は2ヶ月(65.5±10.5日)で消失し、この時期の指標として血中hCG値(68.8±10.8日で測定感度以下)が有用と考えられた。4例とも胎盤は自然消失し(102.3±20.8日)、子宮温存が可能であった。さらに血中hCG値はMRIで造影される胎盤残量と強い相関を認めた(p<0.0001, R=0.9926)。当科での前置癒着胎盤の管理法について文献的考察を加え提示する。

7

経陰分娩後癒着胎盤に対する即時用手剥離と待期的治療の比較

奈良県立医科大学

今中聖悟、成瀬勝彦、重富洋志、常見泰平、赤坂珠理晃、岩井加奈、新納恵美子、山田有紀、大井豪一、小林 浩

経陰分娩後に胎盤が娩出しない症例はしばしば経験する。今回、用手剥離に成功する例と待期的な治療に移行した例の転帰につき比較検討を行った。対象は2008～2012年に当院で経陰分娩後胎盤が娩出困難であった13例（12名）、および搬送例14例である。産後1日以内に胎盤娩出を目指したもの（即時例）が16例、一日以上待期されたもの（待期例）が11例（娩出までの中央値：40日）であった。即時例で子宮動脈塞栓術（UAE）でも止血せず子宮全摘（AT）となった事例が1例、待期例で感染によるATが1例あった。待期例では8例にUAEが行われた。即時例の方が有意に出血量が多かった（ $p=0.038$ ）ものの、ショック指数 >1.0 の症例数、輸血施行率に有意な差はなかった。即時群と待期群において大きな転帰の差はなく、輸血やショック対策が期待できる施設においては積極的に早期の胎盤娩出を試みてもよいと考えられる。

8

子宮全摘へ至った ICSI 後癒着胎盤症例と保存療法に対する考察

済生会中津病院

尾西芳子 沈嬌 中村涼 渡辺正洋 松岡徹 森山明宏

癒着胎盤は産科危機的出血の大きな原因であり前置胎盤、既往帝王切開に伴ってリスクが上昇する。しかし今回器質的リスク要因を持たず発症予測不可であった ICSI 後妊娠の癒着胎盤を経験したので報告する。癒着胎盤の管理としては単純子宮全摘術のほかに子宮動脈塞栓術、メソトレキセートによる保存的療法などがある。本症例は子宮動脈塞栓術および待機療法を行うも敗血症により最終的に子宮全摘へ至った。しかし最終的には子宮全摘となったが、子宮動脈塞栓術および待機保存的治療を行い、二期的に手術を行ったことで術中の出血を抑えることができた可能性がある。子宮動脈塞栓術、メソトレキセートなどの保存療法を含めた癒着胎盤の近年の治療について考察する。

9

当科での前置癒着胎盤に対する帝王切開症例の検討

神戸市立医療センター中央市民病院

宮本泰斗 臼木彩 松本有紀 林信孝 平尾明日香 小山瑠梨子 北村幸子 大竹紀子
須賀真美 宮本和尚 高岡亜妃 青木卓哉 今村裕子 星野達二 北正人

前置癒着胎盤の帝王切開は出血・子宮摘出・周辺臓器損傷などの合併症のリスクが高く、術前に適切な診断と準備を行うことが重要である。当科では過去10年間で前置癒着胎盤を強く疑った症例が8例存在し、cesarean hysterectomy (CH) を考慮し、術直前に尿管ステント、内腸骨動脈バルーンを留置して帝王切開を行った。8例のうちCHを行ったものが5例、二期的な子宮全摘を行ったものが2例、胎盤が一部剥離したため用手剥離を行い子宮が温存されたものが1例であった。子宮を摘出した7例は全例楔入もしくは嵌入胎盤で、自己血使用のみで同種血輸血は要さず、尿管損傷を含めた大きな合併症はなかった。胎盤を剥離した1例では子宮動脈塞栓と多量の同種血輸血を要した。前置癒着胎盤は症例ごとの臨床像が多彩であるため画一的な管理は困難であった。

10

前置癒着胎盤症例の帝王切開術時の止血に対する工夫

神戸大学

中島由貴 石原あゆみ 笹川勇樹 山下 萌 伊勢由香里 森上聡子 白川得朗

山崎友維 平久進也 篠崎奈々絵 出口雅士 松岡正造 森田宏紀 山田秀人

近年の妊婦の高齢化、帝王切開率の上昇とともに前置癒着胎盤症例が増加している。前置癒着胎盤症例では帝王切開術に引き続き子宮全摘術を余儀なくされることが多く、術中の大出血に対応した全身管理が必要となる。当科では既往帝王切開術後の前壁付着の前置胎盤症例を中心に、前置胎盤症例に対し術前の超音波検査やMRI検査を用い癒着胎盤の可能性を検討している。前置癒着胎盤を強く考えた症例では術前に自己血貯血のうえ、手術当日は手術室にて全身麻酔下に尿管カテーテルを挿入し、内腸骨動脈閉塞用バルーンカテーテルを挿入のうえ、通常底部横切開で帝王切開術を行っている。児娩出後に内腸骨動脈カテーテルのバルーンを拡張し、自然な胎盤剥離がみられない場合は癒着胎盤を強く疑い、子宮動脈塞栓術を施行のうえ子宮全摘をおこなう。当科では前置癒着胎盤8例についてこのプロトコールに従って帝王切開術および子宮全摘術を施行した。術中平均出血量は5081mlで全例摘出標本から癒着胎盤を病理診断した。

11

当院における超緊急帝王切開（Grade A）導入後4年間の歩み

滋賀医科大学

渡辺則彦 郭翔志 小野哲男 大熊優子 北澤純 田中佑治 信田侑里 米岡完 西村宙起

辻俊一郎 石河頸子 喜多伸幸 高橋健太郎 村上節

常位胎盤早期剥離（以下 早剥）で緊急帝王切開術を施行したが、胎児娩出まで約1時間を要し死産となった症例を契機に、当院では関係各科と協議を重ね、超緊急帝王切開術（以下 Grade A）のシステムを構築した。2009年の導入以降4年間のGrade Aの件数は28件で、胎児心拍異常12件、早剥11件、その他5件であった。導入後4年間の実施状況を調査したところ、手術決定から胎児娩出までの平均時間は、前半の2年では21分であったが、後半の2年では15分まで短縮していた。また院内で不意に発生したGrade A症例19例と、早剥等で他院から搬送となった予め準備ができた症例9例とで児娩出までにかかった時間を調査しても両群とも約16分とほぼ同等であり、児の予後は、院内発生症例では全例後遺症なく退院されている。Grade Aは、不意に発生する緊急事態において母児を救命するには非常に有用なシステムであると考えられる。

12

当科における帝王切開術の検討

-術者による手術時間と出血量の違いについて-

大阪医科大学

田中健太郎 藤田太輔 太田沙緒里 寺田信一 布出実紗 村山結美 佐野匠 渡辺綾子

鈴木裕介 神吉一良 加藤壮介 亀谷英輝 大道正英

当科では帝王切開術（帝切）を施行する際、産婦人科1年目の医師が積極的に執刀することで技術の研鑽に努めている。今回術者の違いにより、手術時間や出血量に違いがあるのかについて検討した。2012年4月から2013年7月までの159例を対象に、執刀医が上級医（A群82例）、1年目の医師（B群77例）での手術時間、総出血量を後方視的に検討した。手術時間、総出血量は、A群で手術時間が有意に短かったが、総出血量で有意差はなかった。また予定帝切ではA群で有意に出血量が多く（前置胎盤症例が多く含まれていた。）、手術時間に有意差はなかった。緊急帝切では、出血量に有意差はなく、手術時間はA群で有意に短かった。当科では執刀医が上級医、1年目の医師に関係なく安全に手術が施行でき、今後も若い医師の技術の研鑽の為、積極的な執刀が必要であると考えられる。

13

当院における超早期帝王切開の術式の変遷

大阪府立母子保健総合医療センター

川村裕士 林周作 馬淵亜希 田口貴子 太田志代 村田将春 笹原淳 岡本陽子 中村学
石井桂介 光田信明

過去 10 年間に当院で行った超早期（28 週未満）帝王切開において、児娩出までの時間と術式につき、前半期（2003～2007 年）と後半期（2008～2012 年）に分けて検討した。対象症例は 199 例で、前半期 106 例、後半期 93 例であった。皮膚は、縦切開が前半期約 90%、後半期約 55%であり、子宮は、体部縦切開がそれぞれ約 90%、約 60%であった。幸帽児での娩出は前半期約 13%、後半期約 44%であった。2010 年 10 月よりミリスロールによる rapid tocolysis のプロトコルが標準化され、後半期で約 30%（標準化以降は約 63%）に行われていた。皮膚切開から児娩出までの中央値は、前半期 5（分、範囲：2～20）、後半期 7（1～18）であり、子宮切開から児娩出までは、それぞれ 84（秒、範囲：8～439）、66（5～505）であった。後半期では皮膚、子宮切開とも横切開が多く選択されていたが、前半期と遜色ない速さで児娩出が行われていた。

14

帝王切開における Joel-Cohen 変法と Pfannenstiel 法の比較

大阪府立母子保健総合医療センター

林周作 馬淵亜希 田口貴子 太田志代 村田将春 笹原淳
岡本陽子 中村学 石井桂介 光田信明

近年の Systematic Review では、帝王切開での Joel-Cohen（JC）法およびその変法による下腹部切開の優位性が示されている。今回の研究では JC 変法と Pfannenstiel（Pf）法の帝王切開周術期変数の比較を行った。2009 年からの 4 年間に単一術者が当センターで執刀した初回帝王切開例を後方視的に調査した。下腹部縦切開、妊娠 34 週未満の早産、多胎、前置胎盤、早剥、下腹部開腹術既往を除外した対象症例を JC 変法群 22 例と Pf 法群 36 例の二群に分け、周術期変数を比較した。Incision-to-Delivery 時間（ID 時間）（中央値）は JC 変法群 2.5 分、Pf 法群 5 分（ $p<0.01$ ）、手術時間（中央値）は JC 変法群 35 分、Pf 法群 41 分（ $p<0.01$ ）であった。出血に関しては両群間に差を認めなかった。JC 変法による帝王切開術では Pf 法と比べて ID 時間と手術時間が有意に短縮されることが確認された。JC 変法は本邦の産科臨床においても有用な開腹方法である。

15

当科で経験した子宮底部横切開による帝王切開術

兵庫医科大学

武信尚史 原田佳世子 細田容子 内田曉子 森本篤 和田龍 田中宏幸 澤井英明 柴原浩章

胎盤位置異常で、通常の子宮切開では胎盤を損傷し大量出血を招く恐れがある症例を経験することがある。今回我々は子宮底部横切開による帝王切開術 4 症例を経験したので報告する。症例 1：子宮体下部前壁に子宮筋腫があり前壁付着の低置胎盤であった。MRI で胎盤を損傷することなく切開を加えることは困難であり子宮底部横切開とした。症例 2：既往に 3 回の帝王切開と 2 回の子宮内容除去術の既往がある。子宮収縮抑制困難のため緊急帝王切開となった。前壁優位の前置胎盤で底部横切開とした。症例 3：前壁付着の全前置胎盤であり切開領域確保困難のため底部横切開とした。止血困難のため子宮全摘出術を行い、最終診断は癒着胎盤であった。症例 4：子宮頸部左側に 10 cm 大の子宮筋腫を認め、帝王切開予定としたが、胎盤は前壁付着で底部横切開とした。子宮底部横切開による帝王切開はメリット、デメリットが指摘されている。また次回妊娠時の子宮破裂の情報がないため、妊娠許可条件など症例の集積が必要と考えられる。

16

前置血管症例の手術時における当科での工夫

大阪市立大学

高瀬亜紀、浜崎新、今井健二、久野育美、中川倫子、栗原康、佐野美帆、和田夏子、山本浩子
羽室明洋、寺田裕之、中野朱美、橘大介、古山将康

前置血管は胎盤や臍帯に保護されていない臍帯血管が、子宮頸管上部にある卵膜を横切り、児の先進部より下方にある状態である。約 2500 分娩に 1 例と比較的稀な疾患であるが、出生前診断されずに妊娠後半期および分娩時に血管が破綻すると胎児の急激な失血の原因となり、周産期死亡率は約 6 割と予後は不良とされる。出生前診断された場合の管理方針は確立していないが、陣痛発来前あるいは破水前の正確な診断および管理入院が必要であり、タイミングを逸することなく帝王切開での娩出に踏み切ることが重要である。さらに、帝王切開での児娩出時に問題となるのが、子宮切開部の近傍に存在する卵膜付着血管や子宮前壁の低置胎盤などの存在である。これらを損傷することなく児を娩出する工夫に関して、当科での取り組みを紹介する。

17

胎児頸部リンパ管腫に対し、EXIT を行った症例

和歌山県立医科大学

太田菜美 南佐和子 城道久 八木重孝 井篁一彦

EXIT (ex utero intrapartum treatment) は、帝王切開時に、胎児の頭頸部のみを子宮外へ出し、胎児胎盤循環を維持しながら胎児治療を行う方法である。今回、胎児に頸部リンパ管腫を認め、EXIT を行った症例を経験した。28 歳経産婦で、妊娠 20 週時に認めた 3 cm 大の頸部の多房性嚢胞性腫瘍が 9 cm 大と増大し、羊水過多と切迫早産徴候を認めたため 30 週 2 日に当院へ紹介となった。腫瘍による気道圧迫が疑われ EXIT の適応と判断した。NICU、耳鼻科、麻酔科、外科と十分検討し、準備を行った。切迫早産徴候のため分娩時期を 33 週で設定し、帝王切開を行った。児頭娩出から超音波で心拍モニターをしつつ、新生児科医により気管内挿管が行われた。出血量は 1300ml であったが、輸血は行わず母体の術後経過は良好であった。児は 2180 g の男児、リンパ管腫の診断で、硬化療法、気管切開後、現在外来フォロー中である。出生時に気道閉塞が予測される症例では、時間的に余裕をもって、安全に挿管処置を行える EXIT は有用な方法と考えられる。

18

胎児胸腔羊水腔シャント術の副効果

国立循環器病研究センター

小西 博巳、三好 剛一、澤田 雅美、丸岡 寛、田中 佳世、井出 哲弥、
神谷千津子、田中 博明、岩永 直子、山中 薫、根木 玲子、吉松 淳

【目的】胎児乳び胸に対する胎児胸腔羊水腔シャント術 (TAS) による出生後の管理への影響について検討した。【方法】2002～2011 年までに管理した胎児乳び胸で、胸水が遺残し新生児治療を要した 11 例について検討した。【結果】6 例で TAS が施行された。1 例は 37 週、4 例は切迫早産のため TAS 適応とならなかった。TAS 群、非 TAS 群で平均診断週数は 28 週、32 週、胎児水腫 4 例、3 例で、心胸郭比、肺心胸郭比に差は認めなかった。両群とも平均 34 週で出生し、全例で人工呼吸器管理および胸腔ドレーン留置が行われた。人工呼吸器管理期間や入院期間に差は認めなかったが、胸水消失までの期間は平均 2.8 週、6.2 週と TAS 群で有意に短かった。TAS の前後での胎児胸水細胞分画を比較すると、TAS 後には扁平上皮細胞が出現、組織球および好塩基球の比率が増加していた。【結論】TAS により、ドレナージに加えて、胸水の産生自体が抑制される可能性が示唆された。その作用機序として、物理刺激による炎症の関与が考えられた。

19

新生児外科手術に向けての臍帯血自己血貯血の試み

兵庫県立こども病院

喜吉賢二、南谷智之、中澤浩志、上田萩子、牧志綾、高松祐幸、佐本崇、船越徹

胎児に外科疾患が指摘され生後早期に外科手術を要する場合、大量出血に備えて輸血血液を用意しておく必要があるが、児の長期予後の観点からウイルス感染やGVHD 他の副作用を減少する試みは有用である。当科では2007年より多量出血が予想される胎児外科疾患の周産期管理の一環として臍帯血自己血貯血を始めた。現在までに6例（仙尾部奇形腫3例、頸部奇形腫1例、腹部腫瘍1例、先天性心疾患1例）で貯血され、使用は3例した。合併症は高カリウム血症が1例あった。使用例でも貯血以外にも輸血を要した。問題点として採取手技が煩雑であるため習熟を要すること、貯血の成分分析をすることが必要であること、新生児科、外科への認知を広げることが考えられる。また侵襲の無い手技であるため、今後対象疾患を拡げることが考慮している。

20

双胎経膈分娩における新生児合併症に関するリスク因子の検討

大阪府立母子保健総合医療センター

馬淵亜希、石井桂介、田口貴子、川口晴菜、山本 亮、村田雅春、林 周作、光田信明

2007年から5年間に妊娠36週以降に経膈分娩の方針とした双胎妊娠の新生児予後と短期予後因子について検討した。対象188例のうちデータ欠損を除いた169例において、経膈分娩139例(82.2%)、帝王切開26例(15.4%)、後続児のみ帝王切開4例(2.4%)であった。アプガスコア低値、臍帯動脈血pH低値、新生児死亡(NND)、低酸素性虚血性脳症(HIE)を予後不良とした。予後不良は19例(11.2%)で、NNDとHIEは無かった。全児の予後不良因子は、身長[aOR 0.60]と胎児機能不全[aOR 9.48]で、後続児の予後因子は非頭位[aOR 4.3]、胎児機能不全[aOR 12.0]であった。重篤な事象は無かったが、後続児非頭位と胎児機能不全が児の短期予後と関連があり注意を要する。

21

薬剤溶出ステントに対し抗血小板薬2剤服用中の人工妊娠中絶の1例

国立循環器病研究センター

澤田雅美、根木玲子、小西博巳、二井理文、丸岡 寛、田中佳世、井出哲弥、神谷千津子、田中博明、三好剛一、岩永直子、山中 薫、吉松 淳

経皮的冠動脈形成術で使用する薬剤溶出性ステント(DES)は、金属ステントと比較し再狭窄のリスクが少ないが、長期に渡り抗血小板薬を服用し、ステント内血栓を予防する必要がある。左冠動脈主幹部病変に対しDESを留置され、抗血小板薬2剤服用中に人工妊娠中絶を行った症例を報告する。症例は28歳、2回経産婦。第二子を経膈分娩後に大動脈解離を発症。David術後、左冠動脈主幹部の99%狭窄に対しDESを留置され、抗血小板薬2剤を服用していた。妊娠8週1日に人工妊娠中絶を計画。抗血小板薬は中止不可であり手術前日まで服用した。小手術ではあるが、結合組織疾患の可能性もあり、予期せぬ大出血が否定できず、術前に血小板輸血を施行。術後は6時間後にアスピリン、12時間後にクロピドグレルを服用した。術中、術後に出血増加は認めず、翌日に退院となった。抗血小板薬2剤服用中妊婦の手術に際し、投与時間の工夫や血小板輸血を行うことで大量出血やステント内血栓を回避できた。

22

私達の行うシュロッカー術式～安定した縫縮効果と容易な抜糸の工夫～

愛仁会高槻病院

中後 聡、大石哲也、森本規之、加藤大樹、柴田貴司、小辻文和

シュロッカー手術は、①膀胱・直腸遊離の恐怖から結紮位置が外子宮口寄りになる、②腹腔内深部での運針が困難、③抜糸が困難、という短所を伴う。これらの対策として演者らの工夫を紹介する。(1) 正確な縫縮位置の確保：①前腔壁切開：頸部腔壁を牽引、膀胱下端を確認し直下で切開する。切開部が膀胱から離れると膀胱の遊離が困難となり正しい縫縮位置は得られない。②後腔壁切開：仙骨子宮靱帯交差部の5mm奥を切開、腔壁を押しCul-de-sac下端を確認する。(2) シュロッカー針の組織通過距離の短縮：粘膜剥離した子宮頸部側壁全体をクレー鉗子で挟鉗し、その部分で上下にシュロッカー針を通す。(3) 糸の滑脱回避：3-0 バイクリル糸を用い頸管前後壁にシュロッカー糸を固定する。(4) 抜糸を容易にする結紮：結紮は膀胱側腔粘膜の外側で行い、結紮強度は頸管内をヘガール開口器 No4 が通過できる程度とする。さらに結紮部の下に糸をくぐらせ輪を作り抜糸時に牽引用として留置する。

23

胎児外回転術における内診併用について

公立八鹿病院

津崎恒明 尾崎和彦

当院では昭和61年5月から妊娠30週以降の骨盤位例に対して胎児外回転術(ECV)による積極的矯正を行っており、平成5年1月からは先進部が骨盤内に進入固定した骨盤位例では助手の内診による先進部挙上を行なって胎児殿部の浮遊後に同手技を行ってきた(ECV-MA)。平成25年8月までの総施行例は外来・入院を併せて498例で、通常のECVは330例施行し、矯正例は277例(84%)であった。なおECV-MA例は93例のうち61例(65.6%)が矯正可能であった。再度骨盤位となった例は、前者で4例(1.4%)、後者で1例(1.6%)と低率であった。従来先進部の骨盤内進入例ではECVが困難であったり、無理な操作で胎児臓器損傷が危惧される場合もあり矯正例は少なかったが、ECV-MAを行うことで安全な操作と良好な矯正率が得られた。なお本操作に伴う母体ならびに胎児の合併症や緊急帝王切開例はなかった。

24

未知との遭遇—肩甲難産

清水産婦人科

清水卓 信永美保

肩甲難産は稀ではあるが、予知しえない産科合併症の一つである。とくに重篤な症例に遭遇した場合は、まさに産科医や患者さんにとっては悪夢になりうる。

肩甲難産の多くはMcRoberts法と恥骨上部圧迫法で娩出可能ではあるが、稀にWoods screw法などの回旋手技や後在上肢の娩出法などを必要とする。

今回、後在上肢が触知困難で娩出に難渋し、最終的にMcRoberts法とposterior axillary sling traction法を同時に行うことにより娩出しえた症例を経験したので報告する

25

経腔分娩後の腔内ガーゼ遺残予防対策（専用柄付ガーゼの作成）

兵庫県立塚口病院

山田一貴 邨田裕子 川原村加奈子 佐藤浩 濱西正三 廣瀬雅哉

経腔分娩における産道損傷（腔壁裂傷・会陰裂傷等）を縫合する際、子宮からの出血による術野の汚染を防ぐために、一時的に腔内にガーゼを留置することが行われてきた。しかし、まれではあるが、縫合後にガーゼが除去されなかったことで悪露の悪臭や発熱などの有害事象が生じることもある。当院でもこれまで、このような事例を経験しており、防止対策の必要性を感じながらも、実際には何ら対策は講じられてはこなかった。この腔内ガーゼ遺残を防止する対策としては、①腔内にガーゼを留置しない、②留置及び除去の確認作業を複数の医療スタッフで実施する、③分娩時に使用したガーゼ枚数を確認する、などの方法があると思われる。当院では、経腔分娩後の腔内ガーゼ遺残を防止する対策として、専用の柄付ガーゼを作成して使用を開始した。今回、その特徴と使用法などについて報告し、今後の改良のために皆様のご意見を頂戴したいと考えている。

26

帝切創完全離開の修復法

愛仁会高槻病院

小辻文和、大石哲也、中後 聡

帝切創の完全離開は稀ではあるが、創部出血や子宮内感染を伴うとそのリスクは高まる。演者らは3例で修復を試み、1例はその後に妊娠出産した。この経験から修復の要点を述べる。

[1]切開部が子宮頸部の1症例：“頸管側の病的筋層”の同定が修復成功の鍵と思われた。頸管方向の病的筋層の完全な除去により、残存する子宮頸部は著しく短縮したが（5～8mm）、その後に妊娠し帝切で出産した。

[2]切開部が子宮体下部の2症例の修復：病的筋層の同定と切除は容易であったが、“頸部側断面長に比べ体部側断面長が著しく長く”しかも“両断面が離れる”ことが修復を困難とし、これを意識した縫合を必要とした。2症例とも術後1年目のMRIとSonohysterographyで修復部に異常を認めず、妊娠を許可した。

近年、MRSAなどによる重症子宮内感染の増加が報告される。帝切創離開に遭遇した際にも、感染が制御され挙児希望があれば、子宮摘出の前にまずは修復を考慮したい。

27

筋腫合併のため子宮捻転をきたし帝王切開時に子宮後壁より児を娩出した1例

県立奈良病院

平野仁嗣 大野澄美玲 小宮慎之介 石橋理子 小川憲二 杉浦 敦 河 元洋 豊田進司

井谷嘉男 喜多恒和

妊娠後期には、子宮の長軸方向へのねじれが生じていることが多いことは広く知られているが、筋腫合併妊娠に対する帝王切開時に、子宮後壁を切開し児を娩出した1例を経験した。症例は34歳初産、自然妊娠。妊娠前から過多月経などの症状は認めていなかったが、他院で子宮筋腫の存在を指摘されていた。妊娠経過に児の発育を含め特記すべき異常は認めなかった。漿膜外筋腫のうちのひとつ（10x7cm）は子宮背側かつ下方に位置していた。37週になっても筋腫を超える児頭の下降は起こらず、筋腫の影響による回旋異常、分娩遷延の可能性を考慮し帝王切開術を施行した。帝王切開時の子宮は、子宮前壁から生じた有茎性筋腫のダグラス窩への強固な癒着により180度捻転していた。慎重に筋層を切開し、児を娩出したのちに筋腫癒着部の剥離、および茎部の切離を行い筋腫の核出を施行すると子宮の捻転は解除された。術前に腹腔内の状態を予測するのが困難な症例であったが、手術に際しては慎重な対応が必要であると考えた。

生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会講演抄録

1

骨盤臓器脱(POP; pelvic organ prolapse)患者における過活動膀胱(OAB; over active bladder)罹患の実態調査と POP 治療法別にみた OAB 改善成績の検討

大阪医科大学

高井雅聡、田辺晃子、広田千賀、丸岡理沙、中村起代子、渡辺綾子、大道正英

[目的] 骨盤臓器脱 (POP) 患者における過活動膀胱 (OAB) 罹患の実態調査により POP 治療法別に OAB 改善成績を分析し、POP と OAB の関連について検討した。[方法] 当院骨盤底外来に通院する POP-Q 3 度以上の POP 患者 96 名を対象とした。44 名に対してウォーレスリングによる治療を、52 名に対しては TVM による外科的治療を行なった。全ての患者に過活動膀胱症状スコア (OABSS) による問診を治療前および治療後 3 ヶ月後に行った。[結果] リングによる保存的治療群では、70.5% の患者で OAB 症状は改善したが、6.8% の患者で新たな OAB 症状の出現を認めた。TVM による外科的治療群では 72.2% の患者で OAB 症状は改善し、新たな OAB 症状の出現は認めなかった。[結論] POP の保存的・外科的治療により OAB 症状が改善するが、外科的治療において改善成績は良く、POP は OAB の発症病態の一つであることが示唆された。

2

当院でのペッサリーの使用状況について

梅田ガーデンシティ女性クリニック

加藤稚佳子

(目的) 骨盤臓器脱の保存的治療にペッサリー挿入がある。長期使用に際し、膣壁のびらんや炎症などの合併症が問題になるので、当院では主に自己着脱の指導をしている。今回我々は自己着脱ペッサリー使用での持続性、自己着脱の利点、問題点などの検討を行った。

(患者背景) 2009 年 10 月から 2012 年 9 月までに、ペッサリーを使用した 114 例を対象とした。(結果) 使用状況では現在使用中が 35 例、手術に変更 30 例、来院なし 33 例、フェミクッションに変更 7 例、その他 9 例であった。最長使用期間は 4 年 3 ヶ月であった。現在使用中の 6 例へのアンケートでは現在の使用に問題はないが、今後については手術を含め考えているとの回答が 3 例 (50%) であった。(結語) ペッサリーの自己着脱は合併症も少なく長期使用が可能であるので手術までの使用や手術困難症例に有用と思われる。しかし長期使用が可能であるが、ペッサリーのみで長期の治療を希望している患者が少ないことも示唆された。

3

当科における骨盤臓器脱 (POP) 外来の取り組みと手術療法の今後の展望

奈良県立医科大学

春田祥治 古川直人 中村春樹 森岡佐知子 伊東史学 棚瀬康仁 金山清二 川口龍二

吉田昭三 大井豪一 小林 浩

(目的) 当科における POP 外来の取り組みと、術式選択の変更点および手術療法の今後の展望について述べる。(方法) 2010 年 5 月から 2013 年 3 月までに POP 外来を受診した症例を対象とした。病状や治療方針について十分に説明し、患者が手術療法、ペッサリー療法あるいは無治療を選択する。ペッサリー療法患者には自己着脱を、無治療患者には骨盤底筋体操を指導する。経膣メッシュ手術の適応条件は、(1) POP-Q Stage III 以上、(2) 原則 60 歳以上 75 歳以下、(3) 性交を行わない、(4) 術後安静を守ることができる、とする従来の条件に、(5) メッシュを用いない手術での再発例、あるいは (6) 前膣壁下垂が著明であることを追加した。(成績) 患者数は 192 例。手術療法を 91 例 (50.4%)、ペッサリー療法を 54 例 (30.0%)、無治療を 35 例 (19.6%) が選択した。ペッサリー自己着脱は 15 例 (27.8%) が実施できた。(結論) POP は QOL 疾患であるので、患者本人が治療方針を選択出来るようなシステムが必要である。経膣メッシュ手術の適応は慎重にすべきである。

4

超音波装置を用いたラット骨盤底の妊娠による形態学的変化

大阪府立急性期総合医療センター

遠藤誠之 竹村昌彦

妊娠と分娩は、骨盤臓器脱発症の最大の危険因子である。妊娠中に、骨盤底は、胎児通過に対応するため解剖学および生理学的な変化を受ける。骨盤底の妊娠中あるいは産褥の変化についての知見を深めることは、骨盤底疾患の病態生理を理解するのに役立つ可能性がある。一方、超音波などのイメージング技術の発展は著しく、骨盤底の生理機能の理解に貢献している。今回、我々は3次元超音波装置を用いて、ラット骨盤底の妊娠による形態学的変化を観察した。

5

当院における骨盤臓器脱治療

明石市立市民病院

草西 洋、古賀裕子

2012年4月から2013年3月までのあいだにウロギネコロジー領域の手術症例は骨盤臓器脱手術が111件、そのうち従来法手術（非TVM手術）が20件、TVM手術が91件であった。TVM手術では基本的にA/P-TVM手術としているが、症例に応じてA-TVMあるいはP-TVMを、また子宮頸部脱出が高度で子宮温存希望のない場合にはVHとC-TVM併施を行っている。従来法ではVH+前後脛壁形成術、マンチェスター手術、脛中央閉鎖術、VH+全脛切除術、そして開腹あるいは腹腔鏡下仙骨固定術など多岐にわたっている。尿失禁手術ではTVTが5件、TOTが9件とTOT手術が多かったが、最近ではアドバンテージTVTを選択することがふえている。術前評価では骨盤臓器脱の評価以外にQOL評価も行うようにつとめており、手術症例では全例にICIQ-SF、OABSS、P-QOL、SF-36を術前、術後3か月後に評価している。また尿失禁手術では全例に、骨盤臓器脱手術では排尿機能障害を疑う症例には尿流量検査を実施している。当科でのウロギネコロジー診療の現況（おもに骨盤臓器脱診療）について報告する。

6

当院の骨盤臓器脱手術の現状について

京都第一赤十字病院

山田俊夫 松井鹿子 小木曾望 山口菜津子 間島恵 富田純子

八木いづみ 小柴寿人 大久保智治

骨盤臓器脱（以下POPと略す）は中高年女性のQOLを大きくそこない、女性ヘルスケア領域でも重要な疾患である。POPの治療としての手術療法は、当院では主に従来法と呼ばれる術式と高齢者では脛閉鎖術を行ってきた。2008年にHands on trainingの機会を得てTVM手術を導入した。POP手術件数はTVM手術導入後増加したが、TVM手術は導入時期よりは幾分減少している。これは手術術式の見直しにより、年齢に応じてより高齢者ではTVM手術よりはVTH+脛切除術を行っている。又当院のTVM手術は、導入初期は子宮温存であるAP-TVMを行ってきたが、子宮頸部延長症例や子宮温存の希望がなければVTH+TVM術式を行っている。TVM術式では残存子宮の下垂が起こる事があるが、当院でのVTH+TVMやC-TVM術式では再発は見られない。一方従来法では、脛断端の再発予防として、McCallの縫合に追加して仙骨子宮靱帯を数回縫合しレベル1の補強を行っている。当院でのTVM導入後の手術術式について報告する。

7

骨盤臓器脱 POP に対する non-mesh repair : 再認識される修復術

公立那賀病院

西丈則、帽子英二、佐々木徳之

2002 年、FDA が POP 修復術にメッシュの使用を認可して以来、メッシュを利用した経膈 POP 修復術（メッシュ法）が急速に広まった。2008 年と 2011 年に FDA から、本法を利用する患者や医療従事者に注意勧告が出され、本邦でもメッシュ法再評価の兆しが見られるようになった。かつての POP 修復術は、子宮全摘術に前・後膈壁修復術および会陰形成術（＋肛門挙筋縫縮術）を主体とした手技であったが、高い再発率から、メッシュ法に移行した経緯がある。非メッシュ法による修復術では、膈管の障害部位を特異的に修復し、かつ膈管軸を修正することを主とした site-specific repair (SSR) がより適切な術式といえる。SSR では前膈壁および後膈壁の修復を行い、かつ膈管 Level 間の連続性と膈管軸の回復を目指した修復術が行われる。また、SSR の前提である術前の障害部位診断、さらに術前に診断できなかった障害部位の術中診断など、症例ごとに損傷部位を修復する。

8

当院における骨盤臓器脱手術の現況

神戸掖済会病院

加藤 俊、船内祐樹、吉村真由美

骨盤臓器脱（POP）の手術療法のトレンドは、膈式子宮全摘と膈壁形成術を主体とした従来法から、再発が少ないメッシュ手術（TVM 手術）の新たな導入により大きく変化した。一方米国では FDA の 2 度にわたる警告や医療訴訟の増加によりメッシュの供給に困難を来すなど、TVM 手術に対する逆風が強く今後の展望は不透明といえる。当院では 2007 年より POP 患者の年齢・PS・POP のタイプ・本人の希望により TVM 手術（80%）・完全膈閉鎖術（14%）・Manchester 手術（6%）から術式を選択している。完全膈閉鎖術・Manchester 手術は症例選択が適切であれば、再発が少なく効果も高い。しかし性交機能温存する膀胱瘤症例の再発防止には TVM 手術は必要かつ重要な術式であり、FDA の指摘に対する手技の改善、技術の向上、安全の確保が望まれる。当院では導入後初期に特有の合併症や再発を経験したが、症例を重ねて最近 3 年間の合併症は稀となり再発も経験していない。これまでの TVM 手技の改善と転帰、今後の術式選択について述べる。

9

当院における骨盤臓器脱治療

日生病院

祝小百合 尾上昌世 羽田野悠子 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

骨盤臓器脱に対し、TVM 手術は比較的低侵襲であることと手技の簡便性から有用な手術術式としてわが国では急速に普及している。しかし、最近では後合併症が問題となってきた。

当院では 2007 年 2 月より TVM 手術を導入し、2013 年 7 月までに 271 例の骨盤臓器脱症例を経験した。手術術式は TVM 手術 210 例、膈閉鎖術 19 例、腹腔鏡下子宮全摘術と McCall 法との併用 10 例、Manchester 手術 6 例等がある。その他の術式として仙骨膈固定術があり、再発率の低さから優れた術式とされているが、開腹下で行われる場合は侵襲が大きいことが問題となっていた。当院ではこの手術を腹腔鏡手術下に行う Laparoscopic sacrocolpopexy (LSC) を 2013 年 2 月より導入し、先進医療と認定を受け現在までに 11 例施行した。今後は、特に Level I の補強に対して LSC は有効な手術であると考えられ、患者年齢や PS、sexuality も考慮し、個々の症例に応じて術式の選択をする必要があると言える。

10

A-TVM 施行時の後脛壁補強に関する検討（後壁メッシュと後脛壁縫縮・会陰形成術の比較）

市立芦屋病院

木村俊夫 天満久美子 中嶋竜一 宮本愛子 佐治文隆

骨盤臓器脱に対するメッシュの使用に関して、コクランレビューでは、前脛壁へのメッシュの有効性は示されているが、後脛壁への使用には明らかな有効性は示されていない。以上をふまえ、2009年8月以降、前脛壁にメッシュを用いた症例において、後壁の補強が必要な場合、重症例にはメッシュ、軽症例には後脛壁縫縮・会陰形成を用いてきた。【目的】前脛壁メッシュ症例での後脛壁補強術式の成績について検討する。【症例】2009年8月以降、前脛壁にメッシュを用い術後1年以上経過した98症例（A-TVM群：A-TVMのみ35例、後壁メッシュ群：AP（C）・TVM24例、後壁縫縮群：A-TVM＋後脛壁縫縮・会陰形成39例）【結果】A-TVM群、後壁メッシュ群、後脛壁縫縮群の各々の手術時間は、73分、129分、111分、出血量は50ml、80ml、85mlであった。術後1年目のPOPQでは術式間に差はなく、術後尿失禁手術は、A-TVM群2例、後壁メッシュ群1例、後壁縫縮群1例に施行したが、下垂による再手術はなかった。【結語】前脛壁にメッシュを用いた場合、後脛壁の補強には多くの症例では後脛壁縫縮・会陰形成術で対応可能であった。

11

**当科における術後3年を経過した骨盤臓器脱に対する
TVM手術とNon-mesh手術の比較検討**

滋賀医科大学

脇ノ上史朗 天野創 郭翔志 中川哲也 樽本祥子 木村文則 喜多伸幸 高橋健太郎 村上節

【目的】術後3年を経過した子宮を有する骨盤臓器脱に対するTVM手術とNon-mesh手術（腔式子宮全摘術＋前後脛壁形成術）の比較検討を行う。【対象・方法】術後3年を経過したTVM手術33例とNon-mesh手術33例の診療録を後方視的に解析した。【結果】TVM群とNon-mesh群の患者背景に差は認めなかった。TVM群は術式によりa-TVM(n=20)、p-TVM(n=3)、ap-TVM(n=10)の3群に分けた。手術時間はa-TVM、p-TVMで短く、術中出血量はTVMのほうが少ない傾向にあった。合併症はNon-mesh手術において直腸損傷が1例、TVM手術において膀胱損傷が1例認められた。TVM手術においては術後一過性の排尿困難が5例あった。術後3年までの再発に関してはNon-mesh手術では9例認め、ほとんどは軽度であったがうち1例でTVM手術を要した。TVM手術では軽度の再発を2例認めたが、メッシュびらんは認めなかった。【結語】TVMのほうが術中出血量が少なく、また術後3年時点での再発率も少なかった。

12

当科における骨盤臓器脱に対する選択術式の変遷

大阪府立急性期・総合医療センター

竹村昌彦、山田光泰、田中あすか、角張玲沙、前中隆秀、小西恒、田中江里子、金南孝、
宇垣弘美、古元淑子、遠藤誠之

TVM手術の導入により、骨盤臓器脱に対する術式の選択は大きく変化したが、アメリカでの注意喚起や、我が国での材料供給の問題が発生している。これらによる影響を調べるために、当科における過去5年間の術式の変遷を検討した。対象は2008年から2012年末までに当科で骨盤臓器脱手術を行った303例である。年間の手術実施数は48例から81例であった。TVM手術は、2008年の61.8%が最多であり、2012年の50.0%まで、緩やかな減少傾向を示した。これに対して、McCall縫合変法による膣上部固定を中心としたNative Tissue Repair (NTR)術式は17.6%から28.1%へと増加傾向を示した。膣閉鎖術は、2008年の17.6%から、2011年の7.7%へと減少していたが、2012年は21.9%と増加を示した。それ以外にも、仙骨膣固定術や、マンチェスター手術など多彩な術式を選択している。【結論】各術式の利点、欠点、合併症などを患者に対して中立的に説明している結果として、高齢者では、TVMよりも膣閉鎖を選択する方が増加していると思われるが、TVM手術は、適切な症例を選択することにより今後も実施すべき主要な術式である。

13

当院での骨盤臓器脱手術における Native tissue repair (NTR) と TVM との比較

大阪市立大学

浜崎 新、栗原 康、佐野美帆、和田夏子、山本浩子、羽室明洋、延山裕之、中野朱美、
橘 大介、古山将康

【目的】当院における NTR と TVM との骨盤臓器脱再発率、合併症を比較検討した。【対象及び方法】2011 年 4 月～2012 年 9 月に骨盤底再建術を行い、術後 6 か月以上経過観察しえた 77 症例を対象とした。そのうち①腔式子宮全摘術+上部膣管固定を行った 19 症例 (NTR 群)、②TVM 手術を行った 45 症例 (TVM 群)、③腔式子宮全摘術+上部膣管固定にメッシュ手術を加えた 13 症例 (NTR+TVM 群) に分類した。これら 3 群を術中及び術後合併症、術後 6 か月での手術部位の臓器脱再発や他部位の下垂の発生について検討した。【結果】臓器脱再発は NTR 群 5 例 (26.3%)、TVM 群 1 例 (2.2%)、NTR+TVM 群 2 例 (15.4%) であった。合併症は NTR 群 2 例 (10.5%)、TVM 群 18 例 (40.0%)、NTR+TVM 群 2 例 (15.4%) であった。【結論】TVM は明らかに再発率を低下させるが合併症が多い。NTR よりも必ずしも優れているとは言えず、今後さらなる検討が必要である。

日本産婦人科医会委員会ワークショップ

■ 平成25年11月10日（日） 第2会場
（13：30～ ）

テーマ：「婦人科外来診療のワンポイントレクチャー」

座長 喜多 伸幸
樋口 壽宏

1. 「ベセスダ様式導入に伴う子宮頸がん検診の注意点」
樋口 壽宏（滋賀県立成人病センター婦人科）
2. 「PMSの外来管理—月経随伴症状を通して患者に寄り添うこと—」
江川 美保（京都大学医学部附属病院産科婦人科）
3. 「月経異常の外来管理」
木村 文則（滋賀医科大学附属病院女性診療科）
4. 「開業医が行う尿失禁・性器脱のプライマリーケア」
平井 光三（南森町レディースクリニック）
5. 「閉経後骨粗鬆症の予防と治療—オフィスギネコロジーの立場から—」
新谷 雅史（新谷レディースクリニック）
6. 「性感染症；当院における淋菌感染症の外来管理」
保科 眞二（保科医院）

日本産婦人科医会委員会ワークショップ講演抄録



ベセスダ様式導入に伴う子宮頸がん検診の注意点

滋賀県立成人病センター婦人科 樋口壽宏

子宮頸がん検診は1980年代に老健法により検診システムが確立し、若年世代の検診率の伸び悩みなどの問題点はあるものの、日本における子宮頸がん発生数の減少に貢献してきました。しかしながら子宮頸がん発生へのヒトパピローマウィルス（HPV）の関わりの観点から、2010年代に入り子宮頸がん検診における要精検群の選別、さらには子宮頸部上皮内腫瘍（CIN）の管理方針の決定に際して、HPV感染の有無を考慮に入れた診療指針が導入されました。具体的には2010年のHPV核酸同定検査の保険収載、さらには2013年度からは子宮頸がん検診報告様式のパパニコロー分類からベセスダ様式への変更が導入されました。これらの変化に応じて、ベセスダ様式で報告された子宮頸部細胞診結果の解釈と対応指針、従来細胞診の形態学的評価とは異なるHPV感染という質的な情報の解釈など、子宮頸がん検診に携わる一般産婦人科医にとり注意すべき点がいくつか存在します。

まずベセスダ様式による子宮頸がん検診報告では、採取した子宮頸部細胞診標本が適正であるか否かが評価されることとなりました。この標本の適正性には採取された細胞数が十分であるかが重要な因子であり、最近推奨されているブラシ器具は安定して十分な細胞量が採取できます。次にASC-USの取り扱いですが、このなかには従来のパピニコロー分類のclass IIに加えてclass IIIが混在していることに注意が必要です。従来のclass IIIにあたるASC-US症例ではCIN II以上の症例が混在していることがあるため、ASC-USに対してはハイリスクHPV検査を積極的に行うことが望ましいと思われます。

HPV検査にはASC-US症例に対して保険適応されているハイリスクHPVの一括検査に加えて、個々のHPVタイプを同定するタイピング検査があります。HPVタイピング検査をうまく活用することにより、CIN IあるいはCIN II症例のより効率的な診療方針の決定が可能になります。

ベセスダ様式による子宮頸部細胞診の結果で、LSILあるいはAGC以上の所見に対しては従来どおりコルポスコピーを含めた組織学的精査が必要です。コルポスコピー下子宮頸部狙い組織診に際しては、とくに細胞診結果あるいはコルポスコピー時の印象と組織結果に乖離がある際には、①適切な異常病変が採取されているかどうか？、②生検組織が適切に病理評価されているかどうか？、に留意することが必要です。組織診結果が過小評価になっている印象がある場合は、少なくとも慎重なフォローが望まれます。

現在は子宮頸がん検診が従来の細胞診単独の評価から細胞診・HPV検査の併用検診に移行する前段階で、HPV感染の評価を前提としているベセスダ様式が先行している過渡期とも解釈できる時期です。今後導入されるであろう併用検診および液状細胞診の導入を念頭に置き、従来の形態学的指標である細胞診と質的指標ともいえるHPV感染の評価に慣れ親しんでおく必要があると思われます。



PMSの外来管理—月経随伴症状を通して患者に寄り添うこと—

京都大学医学部附属病院産科婦人科 江川美保

月経前症候群（PMS; premenstrual syndrome）とは「月経前、3～10日の黄体期の間続く精神的あるいは身体的症状で、月経発来とともに減退ないし消失するもの」（日産婦学会編 産科婦人科用語集2008年改訂版）と定義されている。種々の研究報告によると、月経前の症状の種類や程度を問わなければ性成熟期女性の約半数以上が何らかの心身不調を自覚しているといわれており、PMSの重症例は15%以下、中等度以上で治療の対象となる可能性があるのは20～40%ではないかと推測される。しかし、これらの症状は間欠的で生命をおびやかすものではないため、あるいは症状と月経周期との関連に必ずしも気づかれないために産婦人科受診に至らないケースも多いことが予想される。

PMSの診断は、発症時期、身体的症状、精神的症状から行い、米国産科婦人科学会（ACOG）の診断基準が用いられ（産婦人科診療ガイドライン・婦人科外来編 日産婦学会、2011）、その中には10種類の精神・身体症状が列挙されている。一方、米国精神医学会のDSM-IV-TR（1994）およびDSM-V（2013）には、「気分障害」の中の「特定不能のうつ病性障害」の一病態として、月経前不快気分障害（PMDD; premenstrual dysphoric disorder）の診断基準が記載されており、この病態は精神症状の程度が強いPMSの最重症型と位置づけられる。PMS・PMDDともにそれぞれの診断基準には、少なくとも二周期の前方視的記録により症状の再現が認められることが規定されている。つまり、今のところこれらの病態の診断指標となるような臨床検査マーカーなどは存在せず、患者本人による「症状記録」が診断の根拠になっている。ただし、ACOGの診断基準では症状の重症度や生活への支障の程度が加味されておらず、またこれに基づく診断には2カ月以上の時間を要するため、診療の現場では暫定的な診断や介入の要否のスクリーニングの目的で、PSST; [premenstrual symptoms screening tool (Steiner M, et al: Arc Womens Ment Health (2003), 6: 203-209)] を活用することも有用である。

PMSの管理の第一は「PMSの理解」である。患者がPMSという病態に関する知識を専門家から得て、自分の症状と月経周期との関連性に気づき、生活を工夫し、身近な重要人物に理解を求めることが非常に重要である。つまり生活指導やカウンセリングが治療の主軸であり、本人による「症状記録」は診断の根拠になると同時に治療上も有用である。症状によってはこれだけで対処が完結することもある。しかし、症状の苦痛によってQOLが著しく損なわれている場合は、対症療法（鎮痛薬、精神安定薬、利尿薬）も含めた薬物療法にて症状の軽減を図り、精神症状の強い場合は精神科や心療内科に紹介し併科診療を行う。中等度以上のPMSあるいはPMDDに対する有効性のエビデンスがRCTにて示されている薬剤は今のところSSRI (serotonin reuptake inhibitor) のみであるが、一般的には低用量OC/LEP（ドロスピレノン含有エストロゲン・プロゲステン配合薬など）も身体症状改善に有効な場合があるとされている。本邦では漢方薬もよく用いられており、駆瘀血剤（加味逍遙散・桃核承気湯など）や利水剤（当帰芍薬散・半夏白朮天麻散など）を中心に随証療法を行う。治療法の選択と投薬に際しては患者の希望にも配慮しながら、十分な情報提供を行う。ホルモン療法は、年齢、体格指数（BMI）、喫煙習慣や合併症の有無などに十分留意して適確に行う。

PMS診療の目標は、月経周期に伴い反復する症状によって患者が望む生活が損なわれないように、それらの症状とうまく付き合っていくことを支援することといえよう。慢性的経過をたどり、かつBio- psycho - socio -ethical model と称されるPMSの病態に対しては、症状の完全消失を目指すよりも、「症状に振り回されない生活を築くこと」を支援するのが実現可能な現実的対応ではないかと思われる。女性生理の専門家としての産婦人科医師が、月経周期に伴う心身の変調を患者とともに振り返りアセスメントすることや、最も苦痛で重大な症状の軽減を薬物療法によって図ることは、患者の自己理解やセルフケア能力を引き出すことを促進し得るし、それによってこそ患者のQOLは向上するものと考えられる。つまりPMSの外来管理においては、産婦人科医師は「治療を主導する」立場より、「専門的知識をもって患者のプロセスに寄り添う」立場をとる方が、患者を支援するうえで有効であると考えられる。当日は、当科で経験した症例経過やスマートフォン・アプリを用いた月経随伴症状のモニタリングの試みなども紹介する。

3

月経異常の外来管理

滋賀医科大学附属病院女性診療科 木村文則

月経異常に対応するためには、月経を構成する要素を理解し、その要素の異常およびその異常を来す疾患を理解する必要がある。一口に月経異常と言ってもその主訴は多様であり、月経異常をきたす疾患は多岐にわたる。月経を構成する主要素は、月経周期、月経量、月経の持続時間、月経随伴症状の強度、初潮および閉経年齢であるが、これらの要素の1つに異常が認められた場合に月経異常と考えられる。これらの個々の要素についてはそれぞれ正常と異常が定義されている。異常のみを提示すると月経周期の異常として頻発月経、稀発月経、無月経、月経量の異常として過多月経、過少月経、月経の持続時間の異常として過長月経、月経随伴症状の強度の異常として月経困難症、初経年齢の異常として思春期早発症、思春期晩発症、原発性無月経、閉経年齢の異常として早発閉経（早発卵巢不全）、晩発閉経などがある。これらの定義を理解することは重要であるが、臨床上大切なことは定義に当てはまらない程度の症状であっても潜んでいる疾患を想定し診断対応することであると考ええる。月経周期異常をきたす疾患の多くが排卵障害と考えられるが、腫瘍からの出血も頻発月経と類似した症状を呈することがあるので注意する必要がある。月経量の異常、月経の持続期間の異常をきたす疾患として子宮筋腫、子宮腺筋症、子宮体がんなどがあるが、排卵障害による破綻出血なども考えておく必要がある。月経困難症をきたす疾患として、子宮内膜症、子宮腺筋症、子宮筋腫など考えるがクラミジア感染症などについても考える必要がある。原発性無月経の患者については、卵巣性、子宮性など原因を診断し対応する必要があるが、将来に妊娠を望めない場合には精神的なサポートも大切となる。早発卵巢不全の場合についても同様である。以上のように月経異常を症状から分類し診断に結びつけることは産婦人科外来の日常診療において必須であり、よく理解しておく必要がある。



4

開業医が行う尿失禁・性器脱のプライマリーケア

南森町レディースクリニック 平井光三

女性の尿失禁や性器脱は、産婦人科開業医がしばしば遭遇する疾患である。尿の漏れを主訴に来院された場合、タイプ分類が重要になる。診断は問診が中心であるが、性器脱等骨盤内臓器疾患の除外のために、内診は不可欠である。切迫性尿失禁や過活動膀胱と診断できた場合には、抗コリン薬による薬物療法が有効である場合が少なくないので、積極的に行うべきである。一方、症状が強い腹圧性尿失禁の場合には、薬物治療ではなく手術療法が必要となるので、適切な医師を紹介する。

女性性器脱の主な症状は、脱出感や下垂感であるが、不正出血や蓄尿や排尿の異常を訴えて来院されることも少なくない。診断には、内診台上での診察が必要になる。現在は、ある程度客観的評価が可能なPOPQ (pelvic organ prolapse quantification) を使用した評価が行われていることが多い。

治療法は、大きく保存的治療と外科的治療に分けられる。治療の主目的は自覚症状の改善なので、治療方針の決定には患者の主観をとくに重視することが肝要である。手術を希望される場合には、適切な手術を行ってもらえる病院を紹介する。その場合、積極的に性器脱手術を行っている医師を知っておいて患者に紹介できることが望ましい。

開業医ができる性器脱治療としては、若年で軽症の場合には骨盤底筋体操の指導を、脱出の修復が必要な場合には、腔内リングの挿入を行う。腔内リングの挿入にあたっては、初回のサイズ決定や不正出血に対する対応などいくつかの注意点が存在する。挿入後の管理では、理想的には自己着脱ができることが望ましいが、不可能な場合には定期的に通院していただき洗浄を行う必要がある。

現在、尿失禁や性器脱診療のガイドラインが作成されている。本講演では、その内容も紹介し、実際の日常臨床への活用の可否について解説する。



閉経後骨粗鬆症の予防と治療—オフィスギネコロジーの立場から—

新谷レディースクリニック 新谷雅史

はじめに：骨粗鬆症とは、1991年コペンハーゲンで開催された骨粗鬆症のコンセンサス会議では「骨粗鬆症とは低骨量と骨組織の微細構造の異常を特徴とし、骨の脆弱性が増大し、骨折の危険性が増加する疾患である」と定義された。1994年WHOの研究班はこれを受けて、骨密度を中心とした診断基準を作成した。2000年アメリカの国立衛生研究所（NIH）で開催されたコンセンサス会議では、従来の骨密度を中心とした考え方を改め、骨粗鬆症の定義を「骨強度の低下を特徴とし、骨折のリスクが増大しやすくなる骨格疾患である」と修正した。骨強度は骨密度と骨質の2つの要因により規定されることから、骨質の役割が新たに注目されるようになった。

わが国においては、人口の急速な高齢化に伴い骨粗鬆症の患者が年々増加しつつあり、その数は現時点では1300万人と推測されている。骨粗鬆症では椎体、前腕骨、大腿骨近位部などの骨折が生じやすく、その対策が医療のみならず社会的にも重要な課題となっている。女性においては50歳前後で閉経に伴う女性ホルモン（エストロゲン）の急激な枯渇に伴い、閉経後10年ほどの間に骨量は著しく減少し、骨量減少あるいは骨粗鬆症と判断される領域へと進行することになる。

骨粗鬆症の分類：原発性骨粗鬆症には閉経後骨粗鬆症、男性骨粗鬆症、特発性骨粗鬆症（妊娠骨粗鬆症など）があり、続発性骨粗鬆症は内分泌性、栄養性、薬物、不動性、先天性、その他に分類される。また低骨量を呈するその他の疾患を鑑別する必要がある。

骨粗鬆症の診断：骨量測定の前に、両親の大腿骨近位部骨折歴、現在の喫煙習慣、ステロイド薬の使用、関節リウマチなどの続発性骨粗鬆症の原因疾患、喫煙やアルコールの過量摂取習慣などの危険因子に関する聴取は重要である。

骨粗鬆症診断にはdual-energy X-ray absorptiometry: DXAを用いて、腰椎と大腿骨近位部の両者を測定することが望ましく、診断にはYAMに対するパーセンテージの低い方を用いる。腰椎DXAでは前後方向を測定し、側方向測定は診断に使用しない。大腿骨近位部DXAでは、頸部、転子部、全骨（total hip：頸部、転子部、骨幹部の3領域）を測定する。左右どちらかの測定でよいことになっているが、私は初回には両脚を測定し、低い方を採用している。

骨密度の測定部位は、わが国では原則的には腰椎骨密度だが、国際的には大腿骨近位部骨密度が汎用される。ただし、高齢者において脊椎変形などのために腰椎骨密度の測定が適当でないと判断される場合には大腿骨近位部骨密度とする。これらの測定が困難である場合は、橈骨、第2中手骨の骨密度を測定することになっている。

産婦人科医師が診察する閉経後骨粗鬆症は他科の患者と比し、低年齢層の患者が多いため骨量測定はDXAによる腰椎骨密度測定が薦められる。

診断基準の変更：原発性骨粗鬆症の診断基準 2000年版から2010年版への変更点は、

- 1：既存骨折種による分類
- 2：骨密度の測定 腰椎または大腿骨近位部
- 3：大腿骨近位部骨密度のYAMは20～29歳を基準
- 4：YAMに対する%とSDを併記
- 5：腰椎骨密度 L1～4、L2～4を併記
- 6：男性も大腿骨近位部または腰椎
- 7：脊椎X線像での骨粗鬆症化を削除
- 8：QUSは確定診断から削除
- 9：骨量減少 -2.5SD～-1.0SD
- 10：重症骨粗鬆症 -2.5SD以下+1個以上の脆弱性骨折である。

胸腰椎（正面・側面像）のX線撮影：胸腰椎のX線写真は、椎体の骨折・変形、退行性変化の判定、骨粗鬆症に類似した疾患（腰背部痛、円背や低骨量を呈する疾患）との鑑別に必要である。胸腰椎（正面・側面像）のX線撮影時には、使用フィルム、X線焦点・フィルム間距離、撮影体位、X線の中心線、撮影時の呼吸状態を一定にする。またコンピューター処理した画像（computed radiogram；CR）では処理方法を統一する必要がある。

骨粗鬆症の治療：骨粗鬆症の予防と治療ガイドラインによると、薬物治療の対象者は骨粗鬆症患者および骨折危険因子をもつ骨量減少患者である。

治療の目的は、骨折の予防とその後に起こる寝たきりの予防であり、長期間にわたる治療継続が必要である。しかし、薬物治療は5年以内に52.1%が脱落している。また薬物治療とともに食事指導と運動指導は必要である。

骨粗鬆症の治療薬にはそれぞれ使用上の注意事項があり、患者の病態やADLを考慮し薬剤選択を行う。

カルシウム薬、ビタミン類、女性ホルモン、SERM、BIS、PTH、RANKLモノクローナル抗体等多くの薬剤があるが、私の行っている治療方法を紹介する。



6

性感染症；当院における淋菌感染症の外来管理

保科医院 保科眞二

淋菌感染症は古来より知られている代表的な性感染症であり，報告数は2003年頃を境に減少傾向にある。

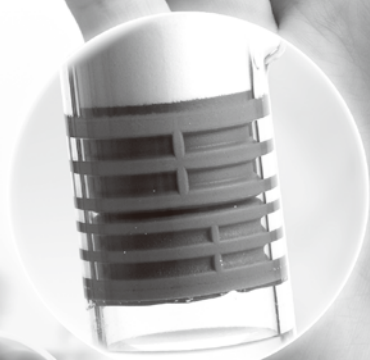
しかし近年，性風俗の多様化に伴う咽頭感染の増加や口腔常在菌との交配による多剤耐性淋菌の出現が問題になっている。今回，性器と咽頭の淋菌感染症例の検体採取方法，検査法の選択，また治療においては耐性菌発生予防を考慮した薬剤の選択，治療後いつから感染しないか？など，当院における淋菌感染者に対する外来管理について発表する。



LEUPLIN 20th ANNIVERSARY

優しく、易しく。

患者さんへの想い、医療現場への想い。
「想い」を込めるタケダの製剤技術。



LH-RH誘導体 マイクロカプセル型徐放性製剤

劇薬、処方せん医薬品（注意-医師等の処方せんにより使用すること）薬価基準収載

リュープリン® 注射用 1.88・3.75
注射用キット 1.88・3.75
リュープリン® SR 注射用キット 11.25

（注射用リュープロレリン酢酸塩）

効能・効果、用法・用量、禁忌・使用上の注意等については、添付文書をご参照ください。

2012年4月作成



（資料請求先）

武田薬品工業株式会社

医薬営業本部
〒103-8668 東京都中央区日本橋二丁目12番10号

すこやかな笑顔のために

ビースターク・スノー株式会社

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

母乳で育てるすべてのお母さんに

母乳は赤ちゃんにとって最良の栄養です。

お母さんは母乳を通じてさまざまな栄養を赤ちゃんに届けることができます。

母乳に含まれ、赤ちゃんの発育に重要な DHA はお母さんが日頃の食生活でとる DHA の量に影響されるといわれています。

妊娠後期から母乳授乳中に毎日の食生活にプラスしていただきたい食品です。



1日3粒で DHA : 350mg

大切な赤ちゃんのために

- ❖ カツオとマグロの精製魚油を使用
- ❖ 水銀検査実施済み

原料（DHA を含む魚油）の水銀検査を実施しています。

BeanStalkmom ビースタークマム

BeanStalkmom は、大塚製薬株式会社の商標です。

より軽やかに 子宮内膜症

子宮内膜症細胞に直接作用し、疼痛を改善します

(in vitro)



子宮内膜症治療剤

処方せん医薬品[※]

薬価基準収載

ディナゲスト錠 1mg

DINAGEST Tab.1mg (ジエノゲスト・フィルムコーティング錠)

※ 注意—医師等の処方せんにより使用すること

禁忌(次の患者には投与しないこと)

1. 診断のつかない異常性器出血のある患者
【類似疾患(悪性腫瘍等)のおそれがある。】
2. 妊婦又は妊娠している可能性のある婦人
【「妊婦・産婦・授乳婦等への投与」の項(1)参照】
3. 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

【効能・効果】 子宮内膜症

【用法・用量】 通常、成人にはジエノゲストとして1日2mgを2回に分け、月経周期2～5日目より経口投与する。

【用法・用量に関連する使用上の注意】

治療に際しては妊娠していないことを確認し、必ず月経周期2～5日目より投与を開始すること。また、治療期間中は非ホルモン性の避妊をさせること。

【使用上の注意】

1. 慎重投与(次の患者には慎重に投与すること)

- (1) 子宮腺筋症又は子宮筋腫のある患者【出血症状が増悪し、まれに大量出血を起こすおそれがある。】(「重要な基本的注意」の項(4)参照)
- (2) うつ病又はうつ状態の患者並びにそれらの既往歴のある患者【更年期障害様のうつ症状があらわれるおそれがある。】
- (3) 肝障害のある患者【代謝能の低下により、本剤の作用が増強することがある。】

2. 重要な基本的注意

- (1) 本剤の投与に際しては、類似疾患(悪性腫瘍等)との鑑別に留意し、投与中に腫瘍が増大したり、臨床症状の改善がみられない場合は投与を中止すること。
- (2) 卵巣チョコレート嚢胞は、頻度は低いものの自然経過において悪性化を示唆する報告があるので、定期的に画像診断や腫瘍マーカー等の検査を行い、患者の状態に十分注意すること。
- (3) 本剤投与中は経過を十分に観察し、期待する効果が得られない場合には漫然と投与を継続せず、他の適切な治療を考慮すること。
- (4) 本剤投与後に不正出血があらわれ、重度の貧血に至ることがある。出血の程度には個人差があり、投与中に出血が持続する場合や一度に大量の出血が生じる場合もあるので、以下の点に注意すること。1) 患者にはあらかじめ十分に説明し、出血量が多く持続日数が長い場合や一度に大量の出血が認められた場合には、医師へ相談するよう指導すること。2) 不正出血が認められた場合には必要に応じて血液検査を実施し、患者の状態を十分に観察すること。異常が認められた場合には鉄剤の投与又は本剤の投与中止、輸血等の適切な処置を行うこと。3) 貧血の発現率は、子宮腺筋症又は子宮筋腫のある患者では、ない患者と比較し、高い傾向が認められている。
- (5) 本剤を長期投与する場合には以下の点に注意すること。1) 不正出血が持続的に認められている患者は、類似疾患(悪性腫瘍等)に起因す

る出血との鑑別に留意し、定期的に画像診断等を行うなど、患者の状態に十分注意すること。また、必要に応じ細胞診等の病理学的検査の実施を考慮すること。2) 本剤の1年を超える投与における有効性及び安全性は確立していないので、1年を超える投与は治療上必要と判断される場合にのみ行い、定期的に臨床検査(血液検査、骨塩量検査等)等を行うなど、患者の状態に十分注意すること。

(6) 本剤の投与により更年期障害様のうつ症状を起こすことが報告されているので、本剤の使用に際しては患者の状態等を十分に観察すること。

3. 相互作用

本剤は主として薬物代謝酵素CYP3A4で代謝される(「薬物動態」の項参照)。

併用注意(併用に注意すること) ●CYP3A4阻害剤: エリスロマイシン、クラリスロマイシン、アゾール系抗真菌剤(イトラコナゾール、フルコナゾール等) ●CYP3A4誘導剤: リファンピシン、フェニトイン、フェノバルビタール、カルバマゼピン等 ●卵胞ホルモン含有製剤: エストラジオール誘導体、エストリオール誘導体、結合型エストロゲン製剤等 ●黄体ホルモン含有製剤: プロゲステロン製剤、メドロキシプロゲステロン酢酸エステル製剤、ノルエチステロン製剤、シドロゲステロン製剤等

4. 副作用

子宮内膜症患者を対象とした国内臨床試験(5試験)において、総症例528例中、409例(77.5%)に副作用が認められている。その主なものは不正出血(60.6%)、ほてり(16.3%)、頭痛(13.6%)、悪心(6.6%)等であった。(承認時) 製造販売後調査において、総症例2,870例中、1,242例(43.3%)に副作用が認められている。その主なものは不正出血(34.6%)、ほてり(2.6%)、頭痛(2.1%)、悪心(1.4%)等であった。(第7回安全性定期報告時)

(1) 重大な副作用 1) 不正出血(1%未満)、貧血(1%未満) 本剤投与後に不正出血があらわれ、重度の貧血に至ることがある。出血量が多く持続日数が長い場合や一度に大量の出血が認められた場合には、必要に応じて血液検査を実施し、観察を十分に行うこと。異常が認められた場合には、鉄剤の投与又は本剤の投与中止、輸血等の適切な処置を行うこと。2) アナフィラキシー(頻度不明): アナフィラキシー(呼吸困難、血管浮腫、蕁麻疹、痒痒感等)があらわれることがあるので、このような症状があらわれた場合には投与を中止し、適切な処置を行うこと。

(2) その他の副作用 以下のような副作用があらわれた場合には、症状に応じて適切な処置を行うこと。【副作用の頻度1%以上】 ●低エストロゲン症状: ほてり、頭痛、めまい、抑うつ ●子宮: 不正出血 ●消化器: 悪心、腹痛 ●血液・貧血 ●その他: 倦怠感、体重増加 【副作用の頻度1%未満】 ●低エストロゲン症状: 動悸、不安、不眠、発汗 ●乳房: 乳房緊満感、乳房痛、乳汁分泌 ●皮膚: 座瘡、外陰部かゆみ^{※1)}、皮膚乾燥、脱毛 ●精神神経系: 傾眠、いらだち感、しびれ感、片頭痛 ●過敏症^{※2)}: 発疹、痒痒感等 ●肝臓: AST(GOT)・ALT(GPT)・γ-GTP・ビリルビン上昇等の肝機能検査値異常 ●消化器: 嘔吐、胃部不快感、便秘、下痢、腹部膨満感、口内炎 ●血液: 白血球減少 ●筋骨格系: 背部痛、肩こり、骨塩量低下、関節痛 ●その他: 疲労、浮腫、コレステロール上昇、発熱、血糖値上昇、耳鳴 【頻度不明】 ●子宮: 腹痛

注1) 不正出血の持続により、このような症状があらわれることがある。

注2) このような症状があらわれた場合には投与を中止すること。

※ その他の使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

製造販売元
＜資料請求先＞



持田製薬株式会社

東京都新宿区四谷1丁目7番地
☎ 0120-189-522(学術) 〒160-8515

2013年5月作成(N6)



月経困難症治療剤

薬価基準収載



ルナベル[®]配合錠LD

新発売

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

処方せん医薬品（注意—医師等の処方せん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

2013年9月作成B5



ウイルスワクチン類

薬価基準収載

劇 薬 注意一医師等の処方せんにより使用すること

ヘプタバックス®-II

Heptavax®-II

生物学的製剤基準：
組換え沈降B型肝炎ワクチン（酵母由来）

健保等一部限定適用

本剤のご使用にあたり、【接種不适当者】、【効能・効果】、【用法・用量】、【用法・用量に関連する接種上の注意】、【接種上の注意】等詳細は、製品添付文書をご参照ください。



MSD

製造販売元〔資料請求先〕

MSD株式会社

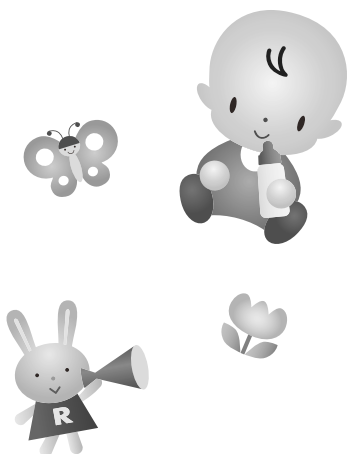
〒102-8667 東京都千代田区九段北1-13-12 北の丸スクエア
<http://www.msd.co.jp/>

2013年1月作成 HB213AD005-0118

明日をもっとおいしく

meiji

90年目の新発売です。



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、電話で栄養相談ができる「赤ちゃん相談室」を設置。安心して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

世界初※キューブタイプの粉ミルク

※2007年10月時点



明治ほほえみ
らくらくキューブ
(左)27g×24袋
(右)21.6g×5袋



明治ほほえみ
800g
(顆粒タイプ)

ほほえみ
クラブ
入会金・年会費無料!
今すぐアクセス!

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

携帯から

<http://meim.jp/>



赤ちゃん和妈妈の栄養相談は

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

※バーコードリーダー未対応機種は、上記URLを入力ください。