

スポンサードセミナー ①

「QOLを見つめる：月経困難症診療における患者エンパワーメントへの鍵」

山梨大学大学院 総合研究部医学域臨床医学系 産婦人科教室 教授

吉野 修

今、世の中が音を立てて変わっています。具体的には縦社会から横社会へ社会構造が変わっていることを皆様、感じておられるかと存じます。また、患者さんのQOLを向上させるためには、彼らが自己決定し、自分の治療に積極的に参加できる環境を整える、所謂shared decision makingが重要であると認識され始めています。さて、医療はこれらの時代の流れにおいてどのように変わっていくべきでしょうか？

月経困難症治療も時代に合わせて変化してきました。2015年にイタリアのVercelliniらが、パターナリズムを発揮した診療から問題志向型、患者中心の医療へシフトすることを提唱しました。それから約10年が経過し、次のステップとして、医師と患者が横の関係になることを提案させていただきます。そして、医師と患者が本当に横の関係になるためには、患者エンパワーメントが必要です。本講演では、月経困難症診療において、どのようなことに意識すれば患者エンパワーメントに繋がるのかについて、私見を交えながらお話しさせていただきます。医療現場での実践的なアプローチやエンパワーメントの手法について、皆様と一緒に考え、共有する機会となれば幸いです。

【略 歴】

吉野 修（よしの おさむ）

山梨大学大学院 総合研究部医学域臨床医学系 産婦人科教室 教授

【学歴・職歴】	1997年	山梨医科大学 卒業、東京大学産婦人科学教室 入局
	2000年	東京大学大学院医学研究科 入学
	2004年	東京大学大学院医学研究科 卒業
	2004～2007年	日本学術振興会 特別研究員
	2004～2006年	米国カリフォルニア大学サンディエゴ校 留学
	2013年	富山大学 産科婦人科 准教授
	2019年	北里大学 産婦人科 准教授
	2021年	山梨大学 産婦人科 准教授
	2023年	山梨大学 産婦人科 教授

【所属学会】 日本産科婦人科学会指導医、日本産科婦人科内視鏡学会（同学会 技術認定医）、日本生殖医学会（同学会 認定医）、日本婦人科腫瘍学会（同学会 認定医）

スポンサードセミナー ②

1. 「進行再発子宮体癌に対する治療戦略update～自験例から見た LP 療法管理のポイント～」

大阪医科薬科大学病院 産婦人科 講師

田中 良道

進行・再発子宮体がんは根治が非常に難しく予後は不良である。患者の全身状態や再発部位に応じて適宜治療方針を選択する必要がある。近年、KEYNOTE-158 試験や KEYNOTE-775/309 試験の結果から、子宮体がんに対する免疫チェックポイント阻害剤の効果が見い出された。2021年12月には化学療法後に増悪した切除不能な進行・再発子宮体がんに対してLenvatinibとPembrolizumabの併用療法（LP療法）が保険承認となり、標準治療として日常臨床に広まっている。子宮体がんは他臓器がんと比較してマイクロサテライト不安定性（MSI）の頻度が高く、免疫チェックポイント阻害剤の効果が期待されているため、婦人科医は子宮体がんの分子遺伝学的な特徴やその使用について熟知しておく必要がある。免疫チェックポイント阻害剤の適応疾患は多岐にわたり、他診療科では既にその使用経験が蓄積されているが、婦人科領域においてはまだ使用経験が浅く、特に免疫関連有害事象のマネジメントが重要となる。さらにLenvatinibの有害事象も多彩であるため、症状発現時には他科とのスムーズな連携や迅速な対応が望まれる。KEYNOTE-775/309 試験では日本人が104名登録されているが、日本人サブグループのLP群ではGrade3以上の有害事象が約90%にみられている。全Gradeで頻度が多い有害事象として、高血圧（79%）、甲状腺機能低下（75%）、蛋白尿（64%）、嘔気（48%）、血小板減少（48%）、下痢（44%）、食思不振（46%）、手足症候群（46%）、口内炎（42%）、貧血（42%）、発熱（39%）などが挙げられる。減量（レンバチニブのみ）あるいは中断につながる有害事象がそれぞれ82.7%、63.5%に認められている。血小板減少や手足症候群、口内炎、発熱、ALT 上昇といった有害事象は日本人集団で頻度が多くみられるとされ、留意する必要がある。実際の使用に際しては、適切な患者選択（合併症の確認やトータルシークエンスを見越したプラチナフリーインターバルについての考察、免疫チェックポイント阻害剤中止後のリチャレンジ等）、患者への詳細な説明、症状発現時の準備（例えば高血圧に対する降圧剤の処方、倦怠感や食思不振に対する栄養サポートやエネルギー補給、口内炎に対する口腔ケアや対症療法等）、他科との連携、適切な減量や休薬等のマネジメントが重要となる。本講演では当科での管理指針や自験例を提示しながら、LP 療法管理のポイントについて議論を深めたい。

【略 歴】

田中 良道（たなか よしみち）

大阪医科薬科大学病院 産婦人科 講師

【職 歴】 2003年 大阪医科大学附属病院にて臨床研修開始
2005年 大阪医科大学産婦人科学教室 任期付助教
岸和田徳洲会病院産婦人科 勤務
2007年 大阪医科大学大学院 医学研究科 入学
2011年 大阪医科大学大学院 医学研究科 修了、医学博士学位取得
大阪医科大学 婦人科腫瘍科 助教
2016年 大阪医科大学 婦人科腫瘍科 講師（准）、現在に至る

【所属学会】 日本産科婦人科学会、日本癌治療学会、日本婦人科腫瘍学会、日本産科婦人科内視鏡学会、日本内視鏡外科学会、日本臨床細胞学会、日本女性医学学会、日本遺伝カウンセリング学会、婦人科悪性腫瘍研究機構（JGOG）

【専門医等】 産婦人科専門医・指導医、母体保護法指定医、細胞診専門医・臨床研修指導医、がん治療認定医、婦人科腫瘍専門医、婦人科内視鏡技術認定医、内視鏡外科学会技術認定医、臨床遺伝専門医

スポンサードセミナー ②

2. 「実症例から学ぶ！KEYNOTE775レジメンAEmanagementの勘どころ」

関西医科大学附属病院 臨床腫瘍科 診療講師

朴 将源

進行・転移再発子宮体癌の治療選択肢は乏しく、その治療成績は長らく良好とはいえない状況が続いていた。そのような中で、分子標的治療薬レンバチニブと免疫チェックポイント阻害薬ペムブロリズマブの併用療法（以下LP療法）が注目されている。LP療法は、KEYNOTE-775試験の結果に基づいて承認された。この試験では、プラチナ製剤を含む化学療法歴のある進行・再発子宮体癌患者において、LP療法が従来の化学療法（ドキシソルビンまたはパクリタキセル）と比較され、全生存期間（18.3 vs 11.4 か月、ハザード比 0.62）および無増悪生存期間（7.2 vs 3.8 か月、ハザード比 0.56）の両方で優越性が示された。さらに、治療期間中のGHS/QOLスコアに関しては従来の化学療法群とくらべて有意差はなかったことが報告されている。しかし、本併用療法には注意すべき有害事象がある。レンバチニブによる高血圧、下痢、疲労、甲状腺機能低下症などに加え、ペムブロリズマブによる重篤な免疫関連有害事象（irAE）が挙げられる。これらの管理は、特に婦人科がん診療において分子標的治療薬や免疫チェックポイント阻害薬の使用経験が少ない医療者にとって、難しい課題となっている。これらの課題に対応するためには、患者教育や多職種連携によるチーム医療が不可欠である。本治療の benefit を最大化するためには、他領域での経験を参考にしつつ、自施設での経験を蓄積していくことが重要である。本レクチャーでは、LP療法の自験例を交えて、有害事象管理の戦略を概説する。提示する症例には必ずしも模範的な経過を辿ったものばかりではないが、これらを通じて「どのタイミングで誰に相談するのか」など、実臨床での判断に役立つ視点を提供したい。

【略 歴】

朴 将源（はく しょうげん）

関西医科大学附属病院 臨床腫瘍科 診療講師

【学歴・職歴】 2009年 京都府立医科大学医学部医学科 卒業
2009年 京都府立医科大学附属病院 初期研修医
2011年 松下記念病院 血液内科 後期研修医
2014年 兵庫県立がんセンター 腫瘍内科 医員
2016年 京都府立医科大学大学院 医学研究科統合医科学（専攻：分子標的予防医学）
2020年 関西医科大学附属病院 がんセンター 助教
2022年 関西医科大学附属病院 がんセンター 診療講師
2024年 関西医科大学附属病院 臨床腫瘍科 診療講師、現在に至る

【所属学会・専門医】 日本内科学会/認定医・総合内科専門医、日本臨床腫瘍学会/がん薬物療法専門医・指導医、バイオインフォマティクス技術者認定、日本癌治療学会、日本消化器病学会、日本頭頸部癌学会、日本胃癌学会、日本食道学会、ESMO active member

【委員など】 日本臨床腫瘍学会 専門医部会 がん教育 WG 委員
大阪府がん診療連携協議会 希少がん部会小腸・肛門がん委員

【受賞歴】 2020年 加多乃会 研究助成「和田喜代子奨励賞」
2021年 第4回国際がん研究シンポジウム Young Investigator Award

スポンサードセミナー ③

「婦人科がんにおけるCIAの新たな展開
—鉄欠乏性貧血治療における高用量静注鉄剤の活用とその可能性—」

奈良県立医科大学 産婦人科学講座 准教授

川口 龍二

癌化学療法により生じる貧血（Chemotherapy induced anemia ; CIA）は、抗癌剤による一般的な有害事象のひとつである。わが国では重度の貧血（CTCAE grade 3以上）に対しては赤血球製剤の濃厚赤血球の輸血が行われ、軽度から中等度の貧血（CTCAE grade1, 2）については臨床的に重要でないと考えられ、無治療となることが多い。しかし、CIAは患者のQOL（Quality of life）を低下させるだけでなく、抗癌剤の減量、延期、休薬など抗腫瘍効果の低下にもつながる可能性がある。CIAに対する治療として、鉄剤投与、Erythropoiesis stimulating agents（ESA製剤）の投与、濃厚赤血球の輸血、などが挙げられる。しかし、ESAは本邦ではCIAに対する保険適用は認められていない。

NCCN Guideline Version 3. 2024によると、癌化学療法中にヘモグロビン（Hb）値が11.0 g/dL以下あるいはベースラインから2g/dL以上の低下を認めた場合、体内の鉄欠乏の状態を把握することと記載されている。血清フェリチン値30 ng/mL未満かつトランスフェリン飽和度（Transferrin saturation ; TSAT）20%未満の絶対的鉄欠乏症では、静注または経口による鉄補充を考慮することが推奨されている。欧州臨床腫瘍学会（European Society for Medical Oncology ; ESMO）のガイドラインでは、Hb 10.0 g/dL未満で輸血を行う緊急性がなく、フェリチン値が100 ng/mLの絶対的鉄欠乏症では、静注鉄剤の投与が推奨されている。しかし、わが国ではCIAに対して鉄欠乏の状態まで評価している施設は少ないと考えられる。

本講演では、生体内における鉄代謝と鉄動態について概説し、高用量静注鉄剤のCIAに対するエビデンスを紹介するとともに、CIAに対して高用量静注鉄剤を使用した自験例についても提示する。癌治療を行う先生方にCIAの概念が拡がり、適切な管理を行う一助になれば幸いである。

【略 歴】

川口 龍二（かわぐち りゅうじ）

奈良県立医科大学 産婦人科学講座 准教授

【学歴・職歴】 1996年 奈良県立医科大学 卒業・産婦人科学講座 入局
2002年 奈良県立医科大学大学院 医学研究科（医学博士）修了
2007年 静岡県立静岡がんセンター婦人科 副医長
2009年 奈良県立医科大学 産科婦人科学講座 助教
2015年 奈良県立医科大学 産科婦人科学講座 講師
2019年 奈良県立医科大学 産科婦人科学講座 准教授

【所属学会】 日本産科婦人科学会、近畿産科婦人科学会、日本婦人科腫瘍学会、日本臨床腫瘍学会、他
【専門医等】 日本産科婦人科学会 専門医・指導医、日本婦人科腫瘍学会 専門医・指導医、日本臨床腫瘍学会 がん薬物療法専門医・指導医、日本臨床細胞学会 細胞診専門医・教育研修指導医、日本がん治療認定医機構 がん治療認定医、ダヴィンチ（ロボット手術）術者サーティフィケート、日本ロボット外科学会専門医 国内B、日本婦人科ロボット手術学会 認定プロクター、日本血栓止血学会 認定医

スポンサードセミナー ④

1. 「新規悪性腫瘍手術の導入における注意点と心構え」

奈良県総合医療センター 産婦人科 副部長

伊東 史学

当科では、2017年に腹腔鏡技術認定医が不在の中、認定医でも婦人科腫瘍専門医でもない演者が赴任し、以降、腹腔鏡下子宮全摘術・筋腫核出術・骨盤リンパ節郭清、ロボット支援下腹腔鏡下子宮全摘術・骨盤リンパ節郭清、腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清（LapPAN、1期的・2期的）、Vaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery (vNOTES) 等を順次導入してきた。その過程で、演者は婦人科腫瘍専門医、腹腔鏡・ロボット技術認定医、ロボット外科学会専門医（国内A級申請中）、ロボット手術プロクターを取得し、今年初めて後進2名が腹腔鏡技術認定医試験に合格した。これまでの新規術式を導入してきた当科の経験が、少しでも視聴者の参考になれば幸いである。

新規術式の導入の一般的な流れは以下の通りである。院内倫理委員会で承認を得て、患者から同意を取得し、自費診療ならその旨を理解いただき、実際の手術では各術式のエキスパートやプロクターを招聘して行う。特に導入時は合併症が発生すると、施設として新規術式の継続が困難となってしまうため、慎重に手術に臨む必要がある。そのためには、他院の手術見学や動画での予習を含め、術式の理解を充分深めておく。特に高難度新規医療技術に該当する術式は要注意である。

主な術式の導入時の注意点について述べる。

ロボット支援下子宮体癌手術において、触覚がないことから、子宮の直接の把持、牽引による損傷を避けるために子宮に糸をかけておき、これを牽引する。骨盤リンパ節郭清を行う際には、外腸骨血管等の直接把持はもちろん避け、アームの彎曲を用いた無理のない圧排を心がける。助手も含めたできるだけ多くの手を用いて確実な視野を確保することが安全性の向上につながる。導入期には時間がかかるため、途中テーブルモーション等で頭低位を解除する気配りも必要である。

LapPANにおいては、腹膜吊り上げによる視野展開と、左尿管の安全確保がポイントとなる。後腹膜腔の展開には時間をかけ、郭清範囲の外周を先に決めておく。当科での導入時は、光る尿管カテーテル（NIRCTMカテーテル）を用い、近赤外線モードに切り替えては走行を常に確認しながら、大動脈左側の郭清範囲を決めた。また郭清中は、鉗子による大血管の圧排により、思っている以上に背側のリンパ節が見えていることも意識し、どこまでの郭清を行うかを判断することが、不測の血管損傷等を避けるためには重要である。

最後に、当科では、卵巢癌腫瘍減量術において、壁側腹膜切除を含む低位前方切除術（ふろしき法による子宮付属器直腸合併切除）を婦人科医主導で行っている。これにより消化器外科医は吻合のみの短時間の手術参加となり、外科医の負担が減ると同時に手術日の早期設定が可能となった。卵巢癌手術である以上、婦人科手術の一つであり、導入には消化器手術の理解とともに婦人科医の修練が必要であることは当然であるが、腔の展開も含め広汎子宮全摘術との共通点も多い。

今後は、ロボット支援下センチネルリンパ節ナビゲーション手術、ロボット支援下傍大動脈リンパ節郭清の導入が見込まれるが、導入期に成績を悪化させないよう充分な準備をして臨みたい。個人的には、ロボット手術による腫瘍減量術が到達点と考えている。

【略 歴】

伊東 史学（いとう ふみのり）

奈良県総合医療センター 産婦人科 副部長

【学 歴】 2007年 奈良県立医科大学 医学部医学科 卒業

【職 歴】 2007年 奈良県立医科大学附属病院 初期研修医

2009年 奈良県立医科大学 産婦人科 専攻医

2014年 奈良県立医科大学 産婦人科 助教

2017年 奈良県総合医療センター 産婦人科 医長

2023年 同 副部長

【所属学会】 日本産科婦人科学会，日本婦人科腫瘍学会（代議員），日本産科婦人科内視鏡学会，日本内視鏡外科学会，日本癌学会，日本癌治療学会，日本産婦人科手術学会，日本婦人科ロボット手術学会，日本ロボット外科学会，Asian Society for Gynecologic Robotic Surgery，日本遺伝性腫瘍学会

【専門医等】 日本産科婦人科学会専門医・指導医，日本婦人科腫瘍学会婦人科腫瘍専門医・指導医，日本がん治療認定医機構がん治療認定医，日本産科婦人科内視鏡学会腹腔鏡・ロボット技術認定医，日本内視鏡外科学会技術認定医，日本ロボット外科学会専門医，日本婦人科ロボット手術学会認定プロクター，日本遺伝性腫瘍学会遺伝性腫瘍専門医，母体保護法指定医，医学博士

スポンサードセミナー ④

2. 「若手への悪性腫瘍手術教育を再考する」

医学研究所北野病院 産婦人科 部長

堀江 昭史

婦人科悪性腫瘍手術において、以前は開腹手術でのみ行っていたが、その安全性に対する検証も徐々になされてきたため、腹腔鏡手術、ロボット手術が導入されつつある。そのエビデンスも徐々に構築されてきたことから、われわれは多岐に渡る手術術式に対応する必要がある。特に鏡視下手術では安全性を担保する様々な工夫が必要となり、cancer spillageに配慮した手術技術が求められる。このような手術における歴史的背景のなかで、はたして開腹手術から鏡視下手術にすべてが置き換わるのであろうか。腫瘍のサイズや広がりなどを考慮した、エビデンスに基づいた手術方法の選択が求められる。

悪性腫瘍手術の修練において、一般的な良性疾患における解剖学的知識に加え更に深部骨盤や大血管周囲の神経支配を含む解剖の知識が必要となる。また繊細な剥離操作など良性手術とは異なったアプローチが必要であるため、それらをどのように習得していくかが重要である。広汎子宮全摘術における系統的な手技の中での解剖学的知識、系統的なリンパ節郭清における安全な視野展開、卵巣がんなど解剖学的に偏位がみられる術野での手術展開など多彩な技術が必要であり、婦人科腫瘍専門医を目指す、また今後そのスペシャリストとなる若手への教育は非常に重要である。

本講演では、開腹手術、腹腔鏡手術、ロボット手術それぞれの手術における手術教育について再考したい。

【略 歴】

堀江 昭史（ほりえ あきひと）

医学研究所北野病院 産婦人科 部長

【学歴・職歴】 1999年 関西医科大学医学部医学科 卒業
1999年 京都大学医学部附属病院 産婦人科 研修医
2001年 市立島田市民病院 医員
2004年 独立行政法人国立病院機構 大阪医療センター
2006年 京都大学医学部附属病院 産婦人科 医員
2011年 京都大学医学部附属病院 産婦人科 助教
2017年 京都大学医学部附属病院 産婦人科 講師
2024年 公益財団法人田附興風会 医学研究所北野病院 部長

【資格】 日本産科婦人科学会 産婦人科専門医・指導医、日本婦人科腫瘍学会 婦人科腫瘍専門医、日本生殖医学会 生殖医療専門医・指導医、日本産科婦人科内視鏡学会 技術認定医（腹腔鏡・ロボット）、日本内視鏡外科学会 技術認定医（産科婦人科）、日本婦人科ロボット手術学会 公式プロクター（da Vinci, hinotori）、日本ロボット外科学会 専門医、認定がん・生殖医療ナビゲーター、日本がん治療認定医機構 がん治療認定医

【賞 罰】 2011年 日本病態プロテアーゼ学会学術集会 Young Investigator's Award of JSPP
2011年 受賞
2016年 近畿産科婦人科学会学会賞優秀論文賞 受賞

【役 員】 日本産科婦人科学会 代議員、日本がん・生殖医療学会 理事、日本生殖医学会 代議員、日本産科婦人科遺伝診療学会 代議員、日本産科婦人科内視鏡学会 評議員、副幹事長

ランチョンセミナー ①**1. 「PDS/IDS-R0 (残存病変なし) でのPARP阻害薬導入を目指した進行卵巣がん治療」**

市立貝塚病院 産婦人科 医長

永瀬 慶和

卵巣がんの約半数を占める進行例（FIGO III-IV期）は極めて予後不良である。進行卵巣がん治療においては手術による腫瘍減量の可否が大きな予後規定因子となるが、過去の臨床試験では完全切除を達成した場合でも2年で約半数に再発を認めると報告された。

そのような進行卵巣がんに対して、近年ではPARP阻害薬（Olaparib, Niraparib）を用いた維持療法が実施されるようになった。本邦における保険診療では、OlaparibはBRCA遺伝子変異例、Olaparib+BevacizumabはHomologous recombination deficiency (HRD) 症例での使用が認められている一方で、Niraparibはバイオマーカーに依らず使用が可能である。しかし実際の診療では、バイオマーカーだけではなく、重要な予後規定因子である「手術のタイミング（Primary debulking surgeryもしくはInterval debulking surgery）」、「手術での残存病変の有無」も考慮したうえでの薬剤選択が求められる。

これまでに報告されてきた第三相臨床試験（SOLO-1試験, PAOLA-1試験, PRIMA試験, PRIME試験）では、それぞれの試験で様々なサブグループ解析が実施されてきたが、臨床試験ごとに患者背景が均一でないこと、異なるPARP阻害薬を比較する臨床試験がないことから、実際の症例に対していずれの維持療法を選択するべきなのか、迷うことも多い。本講演では、これまでに報告されてきたエビデンスを、バイオマーカー、手術のタイミング、残存病変の有無に着目して整理することを目的とする。また、臨床研究だけではなく、その背景にある基礎研究の結果も提示し、症例ごとに薬剤選択を行う際の一助となることを目標とする。

【略 歴】

永瀬 慶和（ながせ よしかず）

市立貝塚病院 産婦人科 医長

【学歴・職歴】

2013年	金沢大学医学部医学科 卒業
2013年	兵庫県立西宮病院 初期臨床研修医
2015年	兵庫県立西宮病院/兵庫県立がんセンター 産婦人科 専攻医
2018年	大阪大学大学院医学系研究科 産科学婦人科学教室 医員/大学院生
2022年	市立貝塚病院 産婦人科 医長

【所属学会】

日本産科婦人科学会、日本婦人科腫瘍学会、日本産科婦人科内視鏡学会、日本癌学会、日本人類遺伝学会

【専門医等】

日本専門医機構 産婦人科専門医/指導医、母体保護法指定医、日本産科婦人科内視鏡学会 技術認定医（腹腔鏡）、日本がん治療認定医機構 がん治療認定医、医学博士（大阪大学）

ランチョンセミナー ①

2. 「Surgical Outcomeからみた進行卵巣癌維持療法を考える」

奈良県立医科大学 産婦人科学講座 准教授

川口 龍二

進行卵巣癌の初回手術とその後の化学療法により、完全寛解、あるいは部分奏効が得られた場合、血管新生阻害剤（Bevacizumab）やPARP阻害剤（OlaparibあるいはNiraparib）による維持療法が行われることが多い。Bevacizumabを単独で使用するためのコンパニオン診断は現在のところ存在しないが、HRD（相同組換え修復欠損あり）であれば、Olaparibと併用してBevacizumabは維持療法として使用可能である（PAOLAレジメン）。また、わが国の保険診療上、維持療法として、OlaparibはBRCA遺伝子変異陽性の卵巣癌に、Niraparibは初回化学療法に奏功した卵巣癌のAll-comersに使用可能である。しかし、どの薬剤を用いて維持療法を行うかは施設により異なっているのが現状である。

進行卵巣癌の治療は手術および化学療法による集学的治療が基本的なコンセプトであるが、PDS（Primary debulking surgery）あるいは、NAC/IDS（Neoadjuvant chemotherapy/Interval debulking surgery）のいずれを行うにしてもcomplete surgery（R0）を目指した手術が必要不可欠である。卵巣がん治療ガイドラインでは、初回手術とその後の化学療法の状態によりどのような維持療法を行うかが記載されているが、化学療法でベバシズマブを使用しているかどうかによって、その後の維持療法にどの薬剤を使用するか規定されてくる。本講演においては、Debulking surgeryが終わった時点での残存腫瘍の状態、すなわちSurgical outcomeに応じた進行卵巣癌の維持療法の最新のエビデンスを紹介しながら、当施設における維持療法の薬剤選択について紹介する。

【略 歴】

川口 龍二（かわぐち りゅうじ）

奈良県立医科大学 産婦人科学講座 准教授

【学歴・職歴】 1996年 奈良県立医科大学卒業・産婦人科学講座 入局
2002年 奈良県立医科大学大学院医学研究科（医学博士）修了
2007年 静岡県立静岡がんセンター婦人科 副医長
2009年 奈良県立医科大学産科婦人科学講座 助教
2015年 奈良県立医科大学産科婦人科学講座 講師
2019年 奈良県立医科大学産科婦人科学講座 准教授

【所属学会】 日本産科婦人科学会、近畿産科婦人科学会、日本婦人科腫瘍学会、日本臨床腫瘍学会 他

【専門医等】 日本産科婦人科学会 専門医・指導医、日本婦人科腫瘍学会 専門医・指導医、日本臨床腫瘍学会 がん薬物療法専門医・指導医、日本臨床細胞学会 細胞診専門医・教育研修指導医、日本がん治療認定医機構 がん治療認定医、ダヴィンチ（ロボット手術）術者サーティフィケート、日本ロボット外科学会専門医 国内B、日本婦人科ロボット手術学会 認定プロクター、日本血栓止血学会 認定医

ランチョンセミナー ②

「出血死，ダメ．ゼッタイ．～分娩後異常出血，鉄欠乏性貧血への武器を磨こう～」

獨協医科大学 産科婦人科学教室 教授

成瀬 勝彦

分娩の集約化が進んでいる先進国では出血による母体死亡はまれなものとなっているが、わが国では2022年までの12年間に分析された558例の母体死亡のうち産科危機的出血がトップの18%を占め、近年比率が増加している。健診・分娩施設が分散しきめ細かい頻回の健診を行うわが国のシステムは、世界最低の児の周産期死亡率につながっている他、間接産科的死亡の減少にもある程度貢献しており、妊産婦死亡率も世界最低クラスではある。しかし、母体の出血死はもっと救える。適切に対応していれば85%の出血死は防げたとの日本産婦人科医会の分析が存在する。

分娩後異常出血はまず覚知することが全てである。ショックインデックスは一般にも分かりやすい指標であるが、初動のための感度としてはやや乏しい。各施設でEarly Warning Systemを定めておくべきで、100bpm以上の頻脈などが分かりやすい。検査として近年はフィブリノゲン値を重視する傾向にあるが、一次施設では血小板値やヘモグロビン値、また「見た目で血液が凝固しているかどうか」を確認することも重要である。もちろん超音波検査で病態を把握したい。

治療はまず薬物療法であり、オキシトシンとメチルエルゴメトリンは当然として、トラネキサム酸もふだんから用いる準備をしておきたい。ミソプロストール錠も適応外であるが知っておきたい。また、子宮双手圧迫法は全ての産科医療者がまず行う手技である。さらに近年は子宮内止血バルーンが一般になった。子宮内ガーゼタンポナーデやメトロイリントール、コンドームなどを充填する方法は以前から窮余の一策として伝えられてきたが、専用のバルーンはドレナージができ、大きさの自由度が高いため出血点に応じた圧迫止血をすることが可能である。ただし、輸血や侵襲的止血方法を持たない一次施設ではこれを挿入して安心するのではなく、次の出血に備えて挿入しながら高次施設に搬送するべきだろう。

出血が続く場合は高次施設での対応が必須であり、一次施設では搬送タイミングを逃してはならない。母体死亡の多くは救急車中で起こっている。高次施設側は救急科と連携して対応するのが現在の標準であるが、行える処置は施設によって異なるため、その武器を複数持っていつでも振るえる準備をしておきたい。出血による母体死亡の最大の原因である子宮型羊水塞栓症に対して、まず高次施設で行うべきことは十分な輸血に加えてフィブリノゲンの補充であり、DICからの脱却のほか、子宮収縮の機序そのものを助けると考えられている。また子宮破裂や産道裂傷も原因として多く、超音波検査だけでなく造影ダイナミックCT検査も行いたい。放射線科医が対応できる施設では早くに応援を要請しておき、IVRという強力な武器を用いたい。動脈塞栓術が間に合わなくても大動脈バルン（REBOA/IABO）を留置して開腹手術に臨むこともできる。

古今東西、母体死亡の切迫した産科危機的出血に対して最終手段となるのは子宮全摘術であり、手遅れになることは許されない。開腹した際、また帝王切開中に発症した場合には、子宮摘出前にB-Lynch縫合に代表される子宮圧迫縫縮術を試してみる価値があり、専用の針なども考案されている。それでもダメなら子宮全摘術となり、大胆に素早く行わなくてはならない。もちろん子宮全摘になるのはその前の段階が手遅れであったと言えるのかもしれないが、母体死亡だけは避けなくてはならない。これらの手技は産科医にしかできない最終決断であり、めったに使うことがあってはならないが、我々が生涯磨いておかなければならない最後の武器である。

【略 歴】

成瀬 勝彦（なるせ かつひこ）
獨協医科大学 産科婦人科学教室 教授

- 【学 歴】 1999年 奈良県立医科大学 医学部医学科卒業
2005年 奈良県立医科大学 大学院医学研究科卒業
- 【職 歴】 1999年 奈良県立医科大学附属病院 臨床研修医（産婦人科）
2005年 英国ニューカッスル大学 Institute of Cellular Medicine 客員講師
2007年 奈良県立医科大学 助教（産婦人科学）
2013年 奈良県立医科大学附属病院 産科病棟 医長
2015年 奈良県立医科大学 講師（産婦人科学）
2016年 公益財団法人聖バルナバ病院 院長・助産師学院長
2019年 奈良県立医科大学 講師（産婦人科学）
2022年 獨協医科大学 産科婦人科学教室 主任教授（産科担当）
獨協医科大学病院 遺伝・ゲノム診療部 部長

【所属学会】 日本産科婦人科学会（指導医・産婦人科診療ガイドライン2017/20作成委員・2023/26評価委員），日本周産期・新生児医学会（指導医・評議員），日本超音波医学会（指導医），日本人類遺伝学会（臨床遺伝専門医・評議員），日本妊娠高血圧学会（理事・診療指針作成委員）など

ランチョンセミナー ③

「若手医師と患者さんの目線で卵巣がん手術を考える」

兵庫医科大学 産科婦人科学講座 主任教授

馬淵 誠士

卵巣がんに対する初回化学療法は、従来の殺細胞性抗がん剤から殺細胞性抗がん剤と血管新生阻害薬の併用療法へと変化し、進行がんについては再発予防を目的とした血管新生阻害薬やPARP阻害薬による維持療法を追加することが標準化されている。「分子標的薬の時代」といっても過言でない状況であるが、恩恵を受ける症例は、特定の分子生物学的な特徴（＝分子標的）を有する場合に限られ、長期生存や治癒がもたらされるのは一部に過ぎない。

手術療法は「がんを根治させる唯一の治療法」として古くは紀元前から実施されてきた。早期卵巣がんに対する手術療法は病巣の完全除去と病期の確定を目的としており、付属器・子宮・大網・骨盤および傍大動脈リンパ節が切除対象となる。進行卵巣がんについては、腫瘍減量の成否が、殺細胞性抗がん剤を用いた術後化学療法の効果を規定するため、Optimal/Complete surgeryを目指したMaximum cytoreductionが実施されてきた。血管新生阻害薬を併用した術後補助化学療法およびPARP阻害薬または血管新生阻害薬を用いた維持療法が主役となった現代も、初回手術における残存腫瘍径と生存期間が有意に相関することが一貫して報告されており、特に、初回手術における残存腫瘍無し（R0）の重要性が注目されている。

Shared decision makingの実践が求められる時代になり、主治医は患者さんに「治療のすべての選択肢、リスク・ベネフィットに関する情報」を伝えるだけでなく、「お互いが何を重要と考えているか」を理解し合うことが必要である。Informed consentで事足りた時代に比べると、医師への期待・負担は大きく、これまで以上に幅広い知識と経験が求められる時代になったともいえる。本講演の前半では、卵巣癌の初回治療における分子標的薬のエビデンスを概説し、後半では、患者さんと若手医師の目線で卵巣がん治療を俯瞰しつつ、手術に熱心に取り組む医師に向けて、手術を「何のために」「いつ」「どのように」行うべきかを考えたい。

【略 歴】

馬淵 誠士（まぶち せいじ）

兵庫医科大学 産科婦人科学講座 主任教授

【学歴・職歴】 1997年 和歌山県立医科大学 卒業
1997年 大阪大学医学部附属病院産婦人科（臨床研修医）
1998年 市立堺病院産婦人科（臨床研修医）
2000年 大阪大学大学院医学系研究科産科学婦人科学講座（大学院生）
2004年 Fox Chase Cancer Center（Human Genetics部門）Postdoctoral fellow
2006年 カリフォルニア大学アーバイン校（婦人科腫瘍学教室）Visiting fellow
2007年 大阪大学大学院医学系研究科（産科学婦人科学講座）助教
2011年 大阪大学大学院医学系研究科（産科学婦人科学講座）学部内講師
2019年 奈良県立医科大学産科婦人科学教室 講師
2021年 大阪大学大学院医学系研究科（産科学婦人科学講座）講師
2021年 大阪国際がんセンター婦人科 部長（がん創薬部研究員兼任）
2024年 兵庫医科大学産科婦人科学教室 主任教授

【資格等】 日本産科婦人科学会専門医・指導医、日本婦人科腫瘍学会専門医、ダヴィンチサージカルシステム認定資格

日本内視鏡外科学会ロボット支援手術認定プロクター、婦人科内視鏡手術技術認定医、外科内視鏡手術技術認定医

【所属学会・研究会】 日本産科婦人科学会、日本婦人科腫瘍学会、日本産科婦人科内視鏡学会、日本婦人科ロボット手術学会、日本産婦人科手術学会

日本産婦人科医会委員会ワークショップ ①

「母体の安全と麻酔」

兵庫医科大学 麻酔科学・疼痛制御科学講座 教授

狩谷 伸享

気道の問題と母体安全への提言

母体安全の提言2013に「周産期医療に麻酔科医が積極的に関われるような環境を整備する」と記載されて以降の“麻酔”関連について振り返ってみましょう。2015年には「帝王切開の麻酔の際は、日本麻酔科学会「安全な麻酔のためのモニター指針」に準拠した患者モニターを行い、麻酔記録を残す」とあります。新生児の気管挿管の際のモニタリングにも応用できるカプノメトリが周産期領域で普及することを期待します。

2021年の提言では「麻酔を予定している全症例で麻酔リスクの評価を行い、気道確保や脊髄幹麻酔の困難が予想される症例は高次施設へ紹介する」とあります。

全身麻酔に日常的に従事している麻酔科医も妊婦の気道確保には苦手意識があります。国によっては気管挿管が日常的にトレーニングしている医療従事者に限られています。「良い環境、器具、モニター、技術のもとで気管挿管を行う」が原則で、気管挿管に迫られるような状況を予見して危険な環境での気管挿管を回避するのが大切でしょう。

なぜまだ食道挿管が気づかれないのでしょうか。

気管挿管は妊婦に限らず難しくなくても失敗することがあります。気管挿管に慣れた医療従事者でも食道挿管に気づかないことがあります。絶対的に信用できるのはカプノメトリの波形“No trace=wrong place”です。一緒に考えてみましょう¹⁾。

Don't put all your eggs in one basket!?

気道管理を取り巻く環境はこの20年の間に大きく変化しました。ラリンジアルマスク、ビデオ喉頭鏡が臨床使用され、気道管理のアルゴリズムやシミュレーショントレーニングも発達しました²⁾。

ところがラリンジアルマスクやビデオ喉頭鏡でも落とし穴はあります³⁾。絶対的に安全というデバイスは存在しません。

産科の気道困難症は複雑

高位脊麻、麻薬による呼吸停止、局所麻酔薬中毒？、周産期心筋症？、羊水塞栓？…その気管挿管は回避できないのでしょうか。麻酔科医はCICO（Cannot intubate, Cannot oxygenate）を管理する際に、気道管理ガイドラインからしばしば大幅に逸脱します。シミュレーショントレーニングを繰り返すことで、ガイドラインの順守、スキル、意思決定が向上します。母体の気道困難症シミュレーショントレーニング⁴⁾を参考に、妊婦の気道困難症の特殊性を復習してみましょう。

母体の高度な気道確保が必要と感じる緊急事態でもあなたのマスク換気のスキルによって危険な環境下の気管挿管を回避できるかもしれません。心肺蘇生の際にはバッグマスク換気が気管挿管より予後が良いという研究結果もあります⁵⁾。

気管挿管を施行するための良い環境に移送するまでにはバッグマスク換気で母体を酸素化する必要があります⁶⁾。

JCIMLESの講習会でもバッグマスク換気開始の時期をシナリオを通じて学びます。遅滞の無い正しいバッグマスク換気が母児を救います。

参考文献

- 1) Pandit JJ, Anaesthesia. 2022;77:123.
- 2) Li X. Medicine (Baltimore). 2023;102:e33776.

- 3) Hawthorne L. Br J Anaesth 1996;76:680.
- 4) Balki M. Anesthesiology. 2012;117:883.
- 5) Jabre P. JAMA. 2018;319:779.
- 6) Lupton JR. Acad Emerg Med. 2020;27:366.

【略 歴】

狩谷 伸享（かりや のぶたか）

兵庫医科大学 麻酔科学・疼痛制御科学講座 教授

【学歴・職歴】 1992年 大阪市立大学医学部 卒業

1996年 大阪市立大学大学院医学研究科 医学博士

2000年 大阪市立大学在外研究員 フランスFaculte de Medecine du Kremlin-Bicetre

2005年 埼玉医科大学総合医療センター総合周産期母子医療センター 非常勤講師

2020年 兵庫医科大学麻酔科学・疼痛制御科学講座 臨床教授

【学会活動】 日本麻酔科学会産科・小児WG, 日本麻酔科学会産科麻酔検討部会, 産科麻酔に参加しよう事務局世話人, KANSAI産科麻酔世話人, 日本臨床麻酔学会評議員, 日本産科麻酔学会社員, 日本産科麻酔学会教育委員, 日本区域麻酔学会評議員, 日本周産期麻酔科学会理事, 第127回日本産科麻酔学会学術集会会長

【資格】 日本麻酔科学会指導医, AHA BLS/ACLS/ACLS—EPインストラクター, 日本母体救命システム普及協議会 (JMELS) インストラクター (ベーシック, アドバンス, 硬膜外, 麻酔科医向け各コース)

日本産婦人科医会委員会ワークショップ ②

「新興・再興感染症とその感染対策と他学会との連携」

日本大学医学部 産婦人科学系産婦人科学分野 主任教授

川名 敬

われわれは、2020年から新興感染症であるSARS-Cov 2 新型コロナウイルス感染症を経験し、今現在も再興感染症である梅毒の世界的な流行期に曝されている。新興・再興感染症は忘れた頃にやってくるものであり、新型コロナウイルス感染症はほぼ終息してきたが、いつ次の感染症パンデミックが起こるかわからない。その時のための備えをしておくことが、コロナパンデミックで得た教訓である。

COVID-19による医療体制のひっ迫状態は、2021年夏をピークに各地域で想像を超えていた。コロナ感染妊婦の搬送先が見つからず、入院施設もなく、医療従事者への感染を回避するための帝王切開分娩が行われた。これまでに経験のないレベルの周産期医療体制のひっ迫状態であった。その後、新型コロナウイルスワクチンが約80%の妊婦に接種されるという世界でも類を見ないほどの高い接種率によって、妊婦からコロナ感染予防、重症化予防が実践された。ここから学んだことは、関連学術団体がアカデミアとして協働しながら、正確な情報を発信していくことである。

梅毒は、世界中で現在流行期に入っている。40-50年に1回といわれる流行である。国内では2023年に梅毒感染者数が統計開始以来初となる15,000人に達し、2013年以降、女性感染者が急増し、5年で10倍近くなった。女性感染者の3/4は20-30代であり、女性では若年層が中心である。SNS文化とともに空間的距離を飛び越えた出会い等で蔓延している社会問題となっている。「偽装の達人」を言われるように患者も医師も多彩な症状と潜伏期のために惑わされ、診断に行きつかないことがある。特に若手医師の中には梅毒を診たことがない医師も多い。さらに、母子感染症である先天梅毒が増加している。梅毒合併妊婦は年間300例を超え、先天梅毒は2012年まで年間数例だったものが2023年には年間37例となった。

最近のトピックスは、RSV感染症である。次々に新しい薬剤が登場し、これまで乳児が苦しんでいた感染症に光が差した。しかも母体にワクチン接種して移行抗体を介して乳児の重症化を予防するというMaternal immunizationが日本でも本格的に始まった。小児科医、新生児科医との連携を学会あげて行っていく時代となった。

本講演では、日産婦学会の感染対策連携委員会の活動を通して、関連学会との連携の重要性と成果を紹介したい。

【略 歴】

川名 敬 (かわな けい)

日本大学医学部 産婦人科学系産婦人科学分野 主任教授

【学歴・職歴】 1993年 東北大学医学部医学科 卒業

1993年 東京大学医学部産科婦人科学 研修医、同医員

1996年 厚生労働省ヒューマンサイエンス振興財団 リサーチフェロー

1998年 東京大学医学部産科婦人科学 助手

1999年 埼玉県立がんセンター婦人科 医員

2002年 第54回日本産科婦人科学会総会 シンポジウム担当

2003年 米国ハーバード大学 (Brigham & Women's Hospital) 産婦人科 リサーチフェロー

2005年 東京大学医学部産科婦人科学 助教

2011年 東京大学医学部産科婦人科学 講師

2013年 東京大学大学院医学系研究科 産婦人科学講座 准教授

2016年 日本大学医学部 産婦人科学系産婦人科学分野 主任教授

2021年 日本大学医学部附属板橋病院 病院長補佐 (医師の働き方改革担当)

【学会活動等】 日本産科婦人科学会産婦人科専門医 (理事)、日本がん治療認定医機構がん治療認定医、

日本婦人科腫瘍学会婦人科腫瘍専門医（理事），日本臨床細胞学会細胞診専門医（理事），
日本性感染症学会性感染症認定医（監事）