

第72回 北日本産科婦人科学会 総会・学術講演会

2025年9月12日(金)・13日(土)

プログラム・抄録集

学ぶ、
繋がる、
そして支える

会場

ホテルメトロポリタン仙台

〒980-8477 仙台市青葉区中央1丁目1-1

会長

渡部 洋

東北医科薬科大学大学院医学研究科産婦人科学分野 教授

副会長

徳永 英樹

東北医科薬科大学医学部産婦人科学 教授

事務局

東北医科薬科大学 産婦人科学

〒983-8536 宮城県仙台市宮城野区福室1-15-1

運営事務局

株式会社東北共立

〒982-0001 宮城県仙台市太白区八本松2-10-11

TEL:022-246-2591 FAX:022-399-7749

E-mail: kitanihon72@tohoku-kyoritz.co.jp

<https://www.tohoku-kyoritz.jp/kitanihon72>



第72回
北日本産科婦人科学会
総会・学術講演会

プログラム・抄録集

会 期 2025 年 9 月 12 日 (金)・13 日 (土)

会 場 ホテルメトロポリタン仙台

会 長 渡部 洋 (東北医科薬科大学大学院医学研究科産婦人科学分野 教授)

ご 挨 拶



第 72 回北日本産科婦人科学会総会・学術講演会

会長 **渡部 洋**（東北医科薬科大学大学院医学研究科産婦人科学分野 教授）

この度第 72 回北日本産科婦人科学会 総会・学術講演会を担当させて頂くことになりました。皆様のご厚意とご協力に心より感謝申し上げます。

本学は、明治時代から医師ならびに薬剤師の育成を続けてきた「仙台医学専門学校」が 1918 年に「東北帝国大学医科大学」へ昇格後、北海道・東北地方に薬学教育の場が皆無になった状態を憂い、1939 年に東北薬学専門学校として開学されました。その後学制改革のなか 1949 年に東北薬科大学として設置認可を受け、さらに 2016 年 4 月に東北地方の医療の安定的な担保と活性化を目的に本邦では 37 年ぶりとなる医学部医学科の開設が認可され、東北医科薬科大学として新たにスタートを切りました。また 1964 年に認可を受けた大学院薬学研究科に続き、2023 年には大学院医学研究科博士課程の設置が認可され、幅広い医学教育が可能となりました。これまでに 3 期生までが無事卒業し、現在本学のミッションである地方医療の担い手として羽ばたくべく懸命に研修を行っています。このため、本学術講演会は将来的に北海道・東北・北陸地方の産婦人科医療を支えていくであろう若手産婦人科医師の教育と交流のため「学ぶ、繋がる、そして支える」をメインテーマと致しました。

会場の都合で例年の日程とは異なる金曜日・土曜日の開催となりましたが、副会長の徳永英樹教授ならびに産婦人科学教室医局員一同、実践的なプログラムとともに楽しいイベントを準備し、仲秋の仙台で皆様のご参加を心よりお待ちしております。

参加者へのご案内

1. 開催形式・会期

第72回北日本産科婦人科学会総会・学術講演会は現地開催で行います。

2025年9月12日(金)～9月13日(土)

2. 会場

ホテルメトロポリタン仙台

〒980-8477 仙台市青葉区中央1丁目1-1 (JR 仙台駅西口より徒歩1分)

第1会場 4F 千代(西)

第2会場 4F 千代(南)

第3会場 4F 芙蓉

第4会場 4F 千代(東)

企業展示 4F 萩

受付・PC受付 4F ホワイエ

クローク 4F ホワイエ

3. 参加登録(オンライン登録・決済)

受付期間: 2025年7月16日(水)～9月13日(土) 13:00

本学会総会の参加にはオンライン上での参加登録が必須となります。

大会 HP (<https://www.tohoku-kyoritz.jp/kitanihon72/>) より参加登録手続きをお済ませください。

当日現金での参加登録はできません。

会期中受付時間

2025年9月12日(金) 7:30～17:00

2025年9月13日(土) 8:30～14:00

参加証と領収書の発行について

	発行方法
ネームカード 参加証明書	参加登録システムより現地参加証引換用 QR コードをダウンロードしてください。 現地受付にて、プリントアウト、もしくはスマートフォンにて QR コードをご提示ください。 現地受付にて QR コードを読み取り、参加証(ネームカード)をお渡しいたします。
領収書	参加登録・決済後にシステムより各自でダウンロードしてください。 ダウンロード期日: 10月31日(木)まで ※ダウンロード期日を過ぎてからの発行はできません。 決済完了時にダウンロードすることをおすすめいたします。

4. 参加費

参加区分	参加費
医師・企業	12,000 円
初期研修医 ※	無料
初期研修医・医学部学生 ※	無料

※初期研修医・医学部学生は証明書を参加登録時にアップロードしてください。

5. 参加者へのお願いとご注意

専門医研修出席証明には、JSOG アプリのデジタル会員証または JSOG カードをご使用いただきます。

事前に JSOG アプリをダウンロードいただくか、JSOG カードを必ずご持参いただきますよう、お願いいたします。

※e 医学会カード（UMIN カード）はご利用できませんのでご注意ください。



6. 取得単位について

■日本産科婦人科学会

- ・日本専門医機構 学術集会参加単位：3 単位

※単位受付にて「JSOG アプリのデジタル会員証または JSOG カード」をご提示ください。

※e 医学会カード（UMIN カード）は使用できません。

- ・日本専門医機構 受講単位（産婦人科領域講習・共通講習・指導医講習会）：各 1 単位

各セッションの会場入口で JSOG アプリのデジタル会員証または JSOG カードをリーダーに

かざしてください。開始 10 分を過ぎた場合、聴講は可能ですが、単位は付与されませんのでご了承下さい。

また、原則途中退出は認められません。

専門医機構単位講習一覧表

単 位	日 時	会 場	セッション
産婦人科領域講習	9月12日(金) 10:00～11:30	第1会場	特別講演
産婦人科領域講習	9月12日(金) 11:40～12:40	第1会場	ランチョンセミナー1
産婦人科領域講習	9月12日(金) 11:40～12:40	第2会場	ランチョンセミナー2
産婦人科領域講習	9月12日(金) 11:40～12:40	第3会場	ランチョンセミナー3
共通講習（地域医療）	9月12日(金) 12:50～14:10	第1会場	会長特別企画1
共通講習（医療制度と法律）	9月12日(金) 14:15～15:35	第1会場	会長特別企画2
産婦人科領域講習	9月12日(金) 15:40～16:40	第1会場	教育セミナー1
産婦人科領域講習	9月12日(金) 15:40～16:40	第2会場	教育セミナー2
産婦人科領域講習	9月12日(金) 15:40～16:40	第3会場	教育セミナー3
産婦人科領域講習／ 指導医講習会	9月12日(金) 16:50～17:50	第1会場	招請講演
産婦人科領域講習	9月12日(金) 16:50～17:50	第2会場	会長特別企画3
産婦人科領域講習	9月12日(金) 17:55～18:55	第1会場	教育セミナー4
産婦人科領域講習	9月12日(金) 17:55～18:55	第3会場	教育セミナー5
産婦人科領域講習	9月13日(土) 9:00～10:30	第1会場	会長特別企画4
産婦人科領域講習	9月13日(土) 10:40～11:40	第1会場	教育セミナー6
産婦人科領域講習	9月13日(土) 10:40～11:40	第2会場	教育セミナー7
産婦人科領域講習	9月13日(土) 10:40～11:40	第3会場	教育セミナー8
産婦人科領域講習	9月13日(土) 10:40～11:40	第4会場	教育セミナー9
産婦人科領域講習	9月13日(土) 11:50～12:50	第1会場	ランチョンセミナー4
産婦人科領域講習	9月13日(土) 11:50～12:50	第2会場	ランチョンセミナー5
産婦人科領域講習	9月13日(土) 11:50～12:50	第3会場	ランチョンセミナー6
産婦人科領域講習	9月13日(土) 11:50～12:50	第4会場	ランチョンセミナー7

■日本産婦人科医会研修参加証（医会シール）

※日本産科婦人科学会会員かつ日本産婦人科医会会員の方：

参加登録いただいた方は、後日、自動的に日本産婦人科医会研修参加が認定されます。

※日本産婦人科医会非会員の方：

日本産婦人科医会研修参加証（医会シール）をご希望の方は、受付でお申し出ください。

学会参加いただいた方が対象です。

7. 関連会合等

■北日本産科婦人科学会役員会

日 時：2025 年 9 月 13 日（土）8:00 ～ 8:40

会 場：ホテルメトロポリタン仙台 3F 曙

■北日本産科婦人科学会総会

日 時：2025 年 9 月 13 日（土）14:25 ～14:45

会 場：ホテルメトロポリタン仙台第1会場（4階 千代（西））

8. クロークのご案内

下記の時間、クロークにて手荷物をお預かりいたします。貴重品はお預かりできませんので、あらかじめご了承ください。

開設時間：2025 年 9 月 12 日（金）8:00 ～ 19:00

2025 年 9 月 13 日（土）8:00 ～ 15:30

場 所：ホテルメトロポリタン仙台 4階クローク

座長・演者へのご案内

1. 座長の皆様へ

- 1) 口演座長の受付はございません。担当セッション開始 15 分前までに会場内の「次座長席」へご着席ください。
- 2) セッション開始、終了のアナウンスはしませんので、定刻になりましたら、セッションの進行をお願いいたします。
- 3) セッション中は発表・討論時間を遵守いただき、円滑なプログラム進行にご協力いただきますようお願いいたします。

2. 演者の皆様へ

1. 発表時間

発表時間について

各セッションの発表・討論等の時間は下記のとおりです。

プログラムの進行に支障のないよう発表時間は厳守してください。

特別講演・会長特別企画：個別にご案内いたします。

一般演題：発表 6 分 質疑 1 分

優秀演題：発表 8 分 質疑 2 分

2. 発表形式

PC プレゼンテーション（1 面）のみとします。

ご講演は、データの持ち込み・PC の持ち込みどちらでも可能です。Macintosh をご利用の方は、ご自身の PC をお持ち込みください。

発表者ツールは使用できませんのでご了承ください。

3. PC 受付

場 所：ホテルメトロポリタン仙台 4 階 ホワイエ

日 時：2025 年 9 月 12 日（金）7:30 ～ 17:00

2025 年 9 月 13 日（土）8:30 ～ 14:00

※ご担当セッションの開始 30 分前までに PC 受付にお越しいただき、発表データの試写を行ってください。

4. 発表

- ・演者は担当セッション開始時刻の 10 分前までに、講演会場左手前方の「次演者席」にご着席ください。
- ・演台にモニター、マウス、キーパッドを用意いたしますので、演者自身の操作で進めてください。
- ・発表時間の終了 1 分前に黄ランプ、終了時は赤ランプでお知らせいたします。
- ・質疑時間については座長の指示に従ってください。
- ・お預かりしたデータは学会終了後に責任を持って消去させていただきます。

5. 口演発表データ作成方法

【PC 発表（PowerPoint）データ持ち込みによる発表の場合】

- ・スライドのサイズは 16:9 で作成をお願いします（4:3 でも投影可能です）。口頭発表は、すべて PC 発表（PowerPoint）のみといたします。
- ・PC 発表（PowerPoint）データは、MicrosoftPowerPoint2019 以降のバージョンで作成してください。
※規定外のバージョンで作成された発表データは、表示に不具合が生じる可能性があります。
- ・PC 発表(PowerPoint)データは、作成に使用された PC 以外でも必ず動作確認を行っていただき、USB フラッシュメモリーにてご持参ください。
- ・フォントは特殊なものでなく、PowerPoint に設定されている標準フォントをご使用ください。また、ご自身の PC 以外でも文字化け等がなくデータを読み込めるかどうかを事前にご確認ください。

〈データの作成環境〉

アプリケーション：WindowsMSPowerPoint

フォント（日本語）：MS ゴシック、MSP ゴシック、MS 明朝、MSP 明朝

フォント（英語）：Arial、Century、CenturyGothic、TimesNewRoman

- ・発表者ツールは使用できません。
- ・動画を使用する場合、PowerPoint 本体に埋め込み挿入し、動画ファイル単体は Windows 標準状態のコーデックで再生できるものを使用してください。音声の有無については、PC 受付にてお申し出いただきますようお願いいたします。
- ・スライドの 2 枚目に利益相反の有無、および利益相反がある場合は企業名を掲示してください。

【PC 持ち込みによる発表の場合】

- ・Macintosh をご利用の方は、ご自身の PC をお持ち込みください。
- ・会場で使用する PC ケーブルコネクタの形状は、HDMI です。この出力端子を持つパソコンをご用意いただくか、この形状に変換するコネクタを必要とする場合には必ずご持参ください。電源ケーブルもお忘れなくお持ちください。
- ・再起動をすることがありますので、パスワード入力は「不要」に設定してください。
- ・スクリーンセーバーならびに省電力設定は事前に解除しておいてください。

会場案内図

■ホテルメトロポリタン仙台 4階



日 程 表

1日目 9月12日(金)

④ 領域講習 ⑤ 共通講習 ⑥ 指導医講習

	第1会場 4階 千代(西)	第2会場 4階 千代(南)	第3会場 4階 芙蓉
8:30	8:40~8:50 開会式		
9:00	8:50~9:30 優秀演題1 座長:徳永 英樹	8:50~9:30 優秀演題2 座長:渡辺 正	8:50~9:30 優秀演題3 座長:酒井 啓治
10:00	10:00~11:30 特別講演 ④ 座長:古原 弘祐 演者:佐藤 翔 座長:安彦 郁 演者:松浦 基樹 座長:齋藤 昌利 演者:柴田 健雄	9:35~10:10 一般演題 産科合併症1 座長:岩動ちず子	9:35~10:10 一般演題 卵巣癌1 座長:大沼 利通
11:00		10:15~10:50 一般演題 胎児異常1 座長:中西研太郎	10:15~10:50 一般演題 卵巣腫瘍1 座長:大槻 健郎
		10:55~11:30 一般演題 産科手術 座長:小野寺洋平	10:55~11:30 一般演題 感染症 座長:島 友子
12:00	11:40~12:40 ランチョンセミナー1 ④ 座長:川名 敬 演者:山上 亘 共催:MSD株式会社	11:40~12:40 ランチョンセミナー2 ④ 座長:樋口 毅 演者:高松 潔 共催:富士製薬工業株式会社	11:40~12:40 ランチョンセミナー3 ④ 座長:西井 修 演者:黒澤 大樹、高橋 俊文 共催:株式会社テルモ
13:00	12:50~14:10 会長特別企画1 ⑤ 地域医療の現況と問題点 座長:加藤 育民、谷川原真吾 演者:大野 勲、東北地区行政	12:50~13:25 一般演題 帝王切開・ハイリスク分娩 座長:飯野 香理	12:50~13:25 一般演題 POP・ヘルスケア 座長:野村 泰久
14:00		13:30~14:05 一般演題 胎盤異常1 座長:齋藤 良玄	13:30~14:05 一般演題 悪性腫瘍 座長:堤 誠司
15:00	14:15~15:35 会長特別企画2 ⑤ 医療と法を学ぶ 座長:吉田 好雄、高倉 正博 演者:秦 奈峰子、藤寛 正太、高木 徹也	14:10~14:45 一般演題 胎児異常2 座長:村田 強志	14:10~14:45 一般演題 子宮頸癌 座長:本多つよし
		14:50~15:25 一般演題 癌合併妊娠 座長:丸山 英俊	14:50~15:25 一般演題 がん薬物療法 座長:金内 優典
16:00	15:40~16:40 教育セミナー1 ④ 座長:齋藤 俊章 演者:竹原 和宏 共催:エーザイ株式会社	15:40~16:40 教育セミナー2 ④ 座長:寺田 幸弘 演者:竹原 功、河村 和弘 共催:扶桑薬品工業株式会社	15:40~16:40 教育セミナー3 ④ 座長:紀川 純三 演者:坂田 敬介、島田 宗昭、添田 周 共催:株式会社MICIN
17:00	16:50~17:50 招請講演 ⑥ 座長:永瀬 智 演者:Sven Becker	16:50~17:50 会長特別企画3 ④ 専攻医教育 臨床研究の必修知識 座長:齋藤 豪 演者:刑部 光正、高橋 史朗	
18:00	17:55~18:55 教育セミナー4 ④ 座長:西 洋孝 演者:太田 剛 共催:アストラゼネカ株式会社		17:55~18:55 教育セミナー5 ④ 座長:進 伸幸 演者:重田 昌吾、宇賀神 智久 共催:科研製薬株式会社
19:00		19:00~21:00 日本酒・BEERパーティ	
20:00			

2日目 9月13日(土)

⑨ 領域講習 ⑩ 共通講習 ⑪ 指導医講習

	第1会場	第2会場	第3会場	第4会場
	4階 千代(西)	4階 千代(南)	4階 芙蓉	4階 千代(東)
8:30				
9:00		8:35~9:10 一般演題 産科感染症 座長:秋元 太志	8:35~9:10 一般演題 卵巣癌2 座長:重藤 龍比古	8:35~9:10 一般演題 ロボット手術 座長:新倉 仁
9:00~10:30	9:00~10:30 会長特別企画4 若手医師に伝える産婦人科学の魅力 座長:渡利 英道、横山 良仁 演者:大須賀 稔、青木 大輔、 藤原 浩			
9:15~9:50		9:15~9:50 一般演題 胎盤異常2 座長:鏡 京介	9:15~9:50 一般演題 子宮体癌 座長:松浦 基樹	9:15~9:50 一般演題 MIS1 座長:渡邊 善
9:55~10:30		9:55~10:30 一般演題 産科合併症2 座長:佐藤 朗	9:55~10:30 一般演題 生殖・内分泌 座長:松澤 由記子	9:55~10:30 一般演題 MIS2 座長:竹原 功
10:40~11:40	10:40~11:40 教育セミナー6 ⑨ 座長:齋藤 昌利 演者:橋本 浩一、加藤 育民 共催:ファイザー株式会社	10:40~11:40 教育セミナー7 ⑨ 座長:北脇 城 演者:原田美由紀 共催:持田製薬株式会社/ 持田製薬販売株式会社	10:40~11:40 教育セミナー8 ⑨ 座長:馬場 長 演者:川口 龍二 共催:東ソー株式会社	10:40~11:40 教育セミナー9 ⑨ 座長:田畑 務 演者:西尾 浩、石川 聖 共催:ジェンマブ株式会社
11:50~12:50	11:50~12:50 ランチョンセミナー4 座長:青木 大輔 演者:野村 弘行 共催:ミリアド・ジェネティクス合同会社 /株式会社エスアールエル	11:50~12:50 ランチョンセミナー5 ⑨ 座長:梶山 広明 演者:利部 正裕 共催:武田薬品工業株式会社	11:50~12:50 ランチョンセミナー6 ⑨ 座長:鈴木 直 演者:小川真里子 共催:あすか製薬株式会社	11:50~12:50 ランチョンセミナー7 ⑨ 座長:小林 陽一 演者:甲賀かをり 共催:大塚製薬株式会社 ニュートラシューティカルズ事業部
13:00~14:00	13:00~14:00 教育セミナー10(講演) 帝王切開の新規手技を学ぶ 座長:藤森 敬也 演者:牧 耐太 共催:ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社	13:00~13:35 一般演題 異所性妊娠・絨毛性疾患 座長:安達 聡介		13:00~13:35 一般演題 卵巣腫瘍2 座長:三浦 史晴
13:40~14:15		13:40~14:15 一般演題 産科合併症3 座長:富田 美弥		
14:25~14:45	14:25~14:45 総会		14:00~15:00 教育セミナー10(ハンズオン) 帝王切開の新規手技を学ぶ 座長:藤森 敬也 演者:牧 耐太 共催:ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社	
14:50~15:00	14:50~15:00 閉会式			
16:00				
17:00				
18:00				
19:00				
20:00				

プログラム

第1日目 9月12日(金)

10:00～11:30

特別講演(領域講習)

第1会場 4階 千代(西)

座長: 吉原 弘祐(新潟大学 産婦人科)

安彦 郁(金沢大学 産婦人科)

齋藤 昌利(東北大学 産婦人科)

婦人科悪性腫瘍における LINE-1 ORF1p の診断バイオマーカーとしての可能性

佐藤 翔(岩手医科大学産婦人科学講座)

子宮体癌の精密診断のための遺伝子解析研究

松浦 基樹(札幌医科大学産婦人科)

HPV と子宮頸部のマイクロバイーム: CIN 研究の今後

柴田 健雄(金沢医科大学医学部産科婦人科学)

11:40～12:40

ランチョンセミナー1(領域講習)

第1会場 4階 千代(西)

座長: 川名 敬(日本大学 医学部 産婦人科学系産婦人科学分野)

子宮頸癌・子宮体癌治療 Up-to-date ～手術と薬物療法で、今知っておきたいこと～

山上 亘(慶応義塾大学 医学部 産婦人科学教室)

共催: MSD 株式会社

12:50～14:10

会長特別企画1(共通講習)

第1会場 4階 千代(西)

座長: 加藤 育民(旭川医科大学 産婦人科)

谷川原 真吾(スズキ記念病院)

地方医療の現況と問題点

東北の地域医療を支えるために: 55名の東北地域枠

大野 勲(東北医科薬科大学医学部医学教育推進センター)

青森県の周産期医療の現状と課題

後村 直希(青森県健康医療福祉部医療業務課)

岩手県の周産期医療体制と医師確保について

鈴木 優(岩手県保健福祉部医療政策室)

秋田県の主な医師確保対策と周産期医療体制の状況等について

佐野 誠（秋田県健康福祉部医務薬事課 医療人材対策室）

宮城県の医師確保対策について

寺嶋 智治（宮城県保健福祉部医療人材対策室）

山形県の医師確保対策について

坂本 静香（山形県健康福祉部 医療政策課）

福島県における医師確保対策及び周産期医療体制について

新妻 崇永（福島県保健福祉部 医療人材対策室）

14:15 ~ 15:35

会長特別企画2（共通講習）

第1会場 4階 千代（西）

座長：吉田 好雄（福井大学 産婦人科）

高倉 正博（金沢医科大学 産婦人科）

医療と法を学ぶ

事例で学ぶ産婦人科診療における医療安全と紛争予防

秦 奈峰子（太田秀哉法律事務所）

藤實 正太（株式会社診断と治療社／鈴木&パートナーズ法律事務所）

法医学と臨床医療との関わり ―法医学の実務と社会的役割―

高木 徹也（東北医科薬科大学 医学部 法医学教室）

15:40 ~ 16:40

教育セミナー1（領域講習）

第1会場 4階 千代（西）

座長：齋藤 俊章（元九州がんセンター 婦人科）

子宮体癌治療における最新治療戦略について

竹原 和宏（四国がんセンター婦人科）

共催：エーザイ株式会社

16:50 ~ 17:50

招請講演（指導医講習会）

第1会場 4階 千代（西）

座長：永瀬 智（山形大学 産婦人科）

Education of Young OB/GYN Doctors in Germany

Sven Becker, MD, PhD（University Hospital Frankfurt, Germany）

17:55 ~ 18:55

教育セミナー 4 (領域講習)

第1会場 4階 千代(西)

座長: **西洋孝** (東京医科大学 産科婦人科学分野)

進行再発子宮体がんの治療について

太田 剛 (山形大学医学部 産科婦人科学講座)

共催: アストラゼネカ株式会社

11:40 ~ 12:40

ランチョンセミナー2 (領域講習)

第2会場 4階 千代(南)

座長: **樋口 毅** (弘前大学大学院保健学研究科 看護学領域)

天然型ホルモンの最近の進歩

高松 潔 (つくばみらい遠藤レディースクリニック)

共催: 富士製薬工業株式会社

15:40 ~ 16:40

教育セミナー 2 (領域講習)

第2会場 4階 千代(南)

座長: **寺田 幸弘** (秋田大学 産婦人科)

卵子への探究心を育む臨床の日々: 医師×胚培養士としての挑戦

竹原 功 (山形大学医学部附属病院 産科婦人科)

卵子の抗老化に挑む研究開発

河村 和弘 (順天堂大学 大学院 医学研究科 産婦人科)

共催: 扶桑薬品工業株式会社

16:50 ~ 17:50

会長特別企画3 (領域講習)

第2会場 4階 千代(南)

座長: **齋藤 豪** (札幌医科大学 産婦人科)

専攻医教育 臨床研究の必修知識

日常診療の中で、病理を再び学ぶ事の意味と楽しさ、そして研究へ

刑部 光正 (岩手医科大学医学部病理診断学講座)

中止・脱落などの欠測データが臨床試験結果へ及ぼす影響

高橋 史朗 (岩手医科大学 教養教育センター 情報科学科 医学統計情報学分野)

11:40 ~ 12:40

ランチセミナー3（領域講習）

第3会場 4階 芙蓉

座長：西井 修（帝京大学医学部附属溝口病院 産婦人科）

子宮鏡による診断と治療 - 良性から悪性病変まで -

黒澤 大樹（東北医科薬科大学 若林病院 産婦人科）

"やっているつもり" から "使いこなす" へ - 子宮鏡下手術の実際とその広がり -

高橋 俊文（福島県立医科大学 ふくしま子ども・女性医療支援センター）

共催：株式会社テルモ

15:40 ~ 16:40

教育セミナー3（領域講習）

第3会場 4階 芙蓉

座長：紀川 純三（松江市立病院）

DCT 概念の紹介

坂田 敬介（株式会社 MICIN）

DCT を用いた難治性希少がんに対する治療開発の試み

島田 宗昭（東北大学病院 高等研究機構未来型医療創成センター）

パートナー施設の DCT への期待 - 参加経験から -

添田 周（福島県立医科大学 産科婦人科学講座）

共催：株式会社 MICIN

17:55 ~ 18:55

教育セミナー5（領域講習）

第3会場 4階 芙蓉

座長：進 伸幸（国際医療福祉大学成田病院 産婦人科）

産婦人科専門医・婦人科腫瘍専門医を目指す若手医師に知ってもらいたい 婦人科悪性腫瘍手術の基礎

重田 昌吾（東北大学大学院医学研究科 婦人科学分野）

婦人科内視鏡手術の更なる低侵襲化を目指して - 最小限の傷に拘る! -

宇賀神 智久（仙台市立病院 産婦人科）

共催：科研製薬株式会社

9:00 ~ 10:30

会長特別企画4(領域講習)

第1会場 4階 千代(西)

座長: 渡利 英道(北海道大学 産婦人科)

横山 良仁(弘前大学 産婦人科)

若手医師に伝える産婦人科学の魅力

尽きることのない産婦人科の魅力

大須賀 穰(帝京大学産婦人科)

婦人科腫瘍学に携わって

青木 大輔(国際医療福祉大学大学院/赤坂山王メディカルセンター)

生殖医学から腫瘍学への展開 - 産婦人科医独自の視点から -

藤原 浩(金沢大学/おち夢クリニック名古屋)

10:40 ~ 11:40

教育セミナー6(領域講習)

第1会場 4階 千代(西)

座長: 齋藤 昌利(東北大学 産婦人科)

乳児におけるRSV感染症の疾病負荷と予防の重要性

橋本 浩一(福島県立医科大学医学部小児科学講座)

RSV感染症予防の普及に向けた産婦人科医の役割

加藤 育民(旭川医科大学 産婦人科学講座)

共催: ファイザー株式会社

11:50 ~ 12:50

ランチョンセミナー4

第1会場 4階 千代(西)

座長: 青木 大輔(赤坂山王メディカルセンター/国際医療福祉大学大学院)

PARP阻害薬の耐性機序と卵巣癌治療のnext step

野村 弘行(東海大学医学部 産婦人科学)

共催: ミリアド・ジェネティクス合同会社/株式会社エスアールエル

13:00 - 14:00 **セミナー講演** 第1会場 4階 千代(西)

14:00 - 15:00 **ハンズオン** 第3会場 4階 芙蓉

帝王切開術における最新縫合糸の効果 ～保険収載に向けた方策と子宮縫合をハンズオンで慣れよう～

牧 尉太 (岡山大学学術研究院医療開発領域新医療研究開発センター)

共催: ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

子宮内膜症診療の tips - 早期発見、プレコンセプションケアから不妊治療まで -

原田 美由紀 (東京大学 産婦人科)

共催: 持田製薬株式会社 / 持田製薬販売株式会社

エビデンスと実臨床の交差点: 卵巣癌維持療法を見つめ直す

利部 正裕 (岩手医科大学 産婦人科)

共催: 武田薬品工業株式会社

卵巣癌におけるバイオマーカー TFPI2 のリアルワールドにおけるデータ

川口 龍二 (奈良県立医科大学 産婦人科学講座)

共催: 東ソー株式会社

子宮内膜症女性の心身に寄り添うアプローチ

小川 真里子 (福島県立医科大学 ふくしま子ども・女性医療支援センター)

共催: あすか製薬株式会社

Tisotumab Vedotin (テブダック) の安全性と有効性: innovaTV 301 試験を踏まえて

西尾 浩 (慶応義塾大学医学部 産婦人科学教室)

抗体薬物複合体 (ADC) 時代の到来: 眼障害マネジメントの最前線

石川 聖 (埼玉医科大学 医学部 眼科)

共催: ジェンマブ株式会社

性成熟期から更年期における女性ヘルスケアの最前線:
更年期症状と PMS の臨床管理

甲賀 かをり (千葉大学 産婦人科)

共催: 大塚製薬株式会社 ニュートラシューティカルズ事業部

一般演題プログラム

第1日目 9月12日(金)

8:50 ~ 9:30

優秀演題1

第1会場 4階 千代(西)

座長: 徳永 英樹(東北医科薬科大学 産婦人科)

- EO-01** 加齢に伴う脆弱性が婦人科癌の予後に与える影響に関する競合リスクモデルを用いた解析
前田 陽穂(福井総合病院 初期臨床研修医)
- EO-02** 産婦人科専攻医のノンテクニカルスキルをオンライントレーニングで向上させる取り組み
井平 圭(北海道大学婦人科)
- EO-03** 子宮筋腫に対する子宮動脈塞栓術症例における子宮動脈分岐 Variation の検討
矢澤 里穂(太田西ノ内病院 産婦人科)
- EO-04** 地域特性に応じた産科遠隔診療の展開 ―秋田県における医療アクセス格差への挑戦―
小野寺 洋平(秋田大学大学院医学系研究科医学専攻 機能展開医学系 産婦人科学講座)

8:50 ~ 9:30

優秀演題2

第2会場 4階 千代(南)

座長: 渡辺 正(東北医科薬科大学 産婦人科)

- EO-05** Zymot[®] の至適対象者の探索研究―当院での有効性検証―
金子 宙夢(山形大学医学部 産科婦人科学講座)
- EO-06** 反復する常位胎盤早剥離の特徴と管理: 多施設共同研究による検討
中村 真子(弘前大学産科婦人科学講座)
- EO-07** 当院で管理したもやもや病合併妊娠7例の検討
河西 優理香(富山大学附属病院 産科婦人科)
- EO-08** 妊娠が“可能”になった心疾患患者に産婦人科はどう備えるか
- プレコンセプションケア外来の意義と今後の展望 -
佐藤 理香子(東北大学病院 産科)

8:50 ~ 9:30

優秀演題3

第3会場 4階 芙蓉

座長: 酒井 啓治(榊原記念病院 産婦人科)

- EO-09** 妊娠糖尿病既往女性における産後早期の糖代謝異常に関連する因子の検討
伏見 和朗(山形大学医学部附属病院産科婦人科学講座)
- EO-10** 周産期領域における医用画像ソフトの活用法についての報告
昆 夏鈴(岩手医科大学 産婦人科学講座)
- EO-11** 胎児発育別にみた妊娠高血圧症候群のリスク因子の検討
藤原 孝史(金沢大学附属病院 産科婦人科)
- EO-12** 当院における先天性心疾患の胎児診断の現状と今後の課題
高橋 聡太(八戸市立市民病院 産婦人科)

9:35 ~ 10:10

産科合併症 1

第2会場 4階 千代(南)

座長: 岩動 ちず子(岩手医科大学 産婦人科)

- O-001** 妊娠21週で妊娠高血圧腎症を発症した一例
森山 響子 (JA 北海道厚生連旭川厚生病院 産婦人科)
- O-002** 妊婦の体組成と妊娠糖尿病についての検討
中西 研太郎 (旭川医科大学 産婦人科)
- O-003** 当院における sFlt-1/PLGF 比測定 of 臨床的有用性の検討
苗加 萌愛 (石川県立中央病院産婦人科)
- O-004** 耐糖能異常のない妊婦における選択的帝王切開術後の低血糖に関する後方視的検討
工藤 ひらり (砂川市立病院 産婦人科)
- O-005** peripartum 期に発症した late-onset HELLP 症候群の一例
関 響太 (名寄市立総合病院 産婦人科)

10:15 ~ 10:50

胎児異常 1

第2会場 4階 千代(南)

座長: 中西 研太郎(旭川医科大学 産婦人科)

- O-011** 胎児期に診断し得た直腸尿道瘻を合併した鎖肛の1例
南川 太一 (北海道大学病院産科)
- O-012** 胎児 CPAM type0 の1例
今西 萌里 (北海道大学病院 産科・母子周産期センター)
- O-013** 気管支粘液栓が妊娠中に自然消失した一例
山本 早姫 (北海道大学病院 産科)
- O-014** 一児が Potter 症候群の診断となった二絨毛膜二羊膜双胎の一例
建部 都志子 (苫小牧市立病院)
- O-015** 臍帯潰瘍による出血性ショックが原因の胎児機能不全に対し、超緊急帝王切開術を施行した一例
谷口 優羽 (秋田大学医学部附属病院 産婦人科)

10:55 ~ 11:30

産科手術

第2会場 4階 千代(南)

座長: 小野寺 洋平(秋田大学 産婦人科)

- O-021** 子宮内反症をきたし開腹直視下に整復を行った一例
小川 伶奈 (市立稚内病院 初期臨床研修医)
- O-022** 帝王切開瘢痕部に発生した嚢胞性腺筋症に対し、腹腔鏡下に切除した1例
鳥居 叶愛 (手稲溪仁会病院 産婦人科)
- O-023** 帝王切開後10日目に大量出血をきたし子宮動脈塞栓症にて母体救命を得られた症例
川畑 聖羅 (北見赤十字病院 産婦人科)

O-024 硬膜外麻酔分娩と分娩時出血量の関連性の検討

山川 光平（東北公済病院）

O-025 緊急帝王切開後に認められた新生児頭蓋骨骨折の一例

鈴木 響子（函館中央病院 産婦人科）

12:50 ~ 13:25

帝王切開・ハイリスク分娩

第2会場 4階 千代（南）

座長：飯野 香理（弘前大学 産婦人科）

O-031 当院における超緊急帝王切開に対するシミュレーションの運用と課題

齋藤 剛熙（坂総合病院 産婦人科）

O-032 当院における帝王切開後創部離開に関する検討

石田 里咲（新潟市民病院 産婦人科）

O-033 帝王切開術における術中腹腔内洗浄が術後疼痛と炎症反応に与える影響

北村 怜華（東北大学病院 産科）

O-034 宮城県における飛び込み分娩の症例集積研究：COVID-19 流行前後での違い

田上 和磨（東北大学病院 産婦人科）

O-035 多職種シミュレーション訓練が超緊急帝王切開に与えた影響 — 当院でDDI10分を達成した一症例報告

向井 悠馬（JA 北海道厚生連帯広厚生病院産婦人科）

13:30 ~ 14:05

胎盤異常1

第2会場 4階 千代（南）

座長：齋藤 良玄（北海道大学 産婦人科）

O-041 絨毛膜瘤（chorionic bump）を認めた4例

吉澤 明希子（旭川医科大学 産婦人科）

O-042 経カテーテル動脈塞栓後、子宮鏡下に摘出した胎盤遺残の一例

細見 信悟（岩手医科大学 産婦人科学講座）

O-043 胎児水腫をきたした巨大胎盤腫瘍の1例

沼尻 彩水（長岡赤十字病院）

O-044 RPOC13例の後方視的研究：不妊治療歴と分娩週数の治療選択への影響

紙谷 咲良（NTT 東日本札幌病院 産婦人科）

O-045 前2回妊娠時に胎盤遺残のため子宮動脈塞栓術施行し、癒着胎盤を再発した1例

伊藤 理恵子（山形県立中央病院 産婦人科）

14:10 ~ 14:45

胎児異常 2

第2会場 4階 千代(南)

座長: 村田 強志 (福島県立医科大学 産婦人科)

- O-051** 胎児水腫が急激に進行し胎児貧血および血小板減少をきたした胎盤血管腫の1例
和田 伊織 (社会医療法人母恋 天使病院 産婦人科)
- O-052** 出生前に疑った先天性胆道拡張症の1例
永井 匠 (社会医療法人母恋 天使病院 産婦人科)
- O-053** 出生前診断が困難であった胎児髄膜瘤の2症例
野々垣 康秀 (帯広厚生病院)
- O-054** ビタミンD欠乏による頭蓋癆を発症した1例
荻原 和徳 (石巻赤十字病院 産婦人科)
- O-055** 当院におけるコンバインド検査の後方視的検討と今後の課題
南淵 杜萌 (慶愛病院)

14:50 ~ 15:25

癌合併妊娠

第2会場 4階 千代(南)

座長: 丸山 英俊 (三沢市立三沢病院 産婦人科)

- O-061** 妊娠中に急性リンパ性白血病を発症し、化学療法を行った一例
日根 早貴 (山形大学 医学部 産婦人科)
- O-062** 妊娠後期の腰痛を契機に診断された乳癌多発骨転移再発の1例
川畑 龍暉 (北見赤十字病院 産婦人科)
- O-063** 胸椎圧迫骨折を契機に悪性腫瘍が鑑別となるも、診断までに時間を要した妊娠期乳癌の一例
波多野 智哉 (富山大学附属病院 産婦人科)
- O-064** 抗がん剤の治療歴があり、周産期心筋症を発症した症例
高田 さくら子 (石川県立中央病院 産科)
- O-065** 妊娠期乳癌の2症例
佐藤 菜穂子 (八戸市立市民病院 産婦人科)

9:35 ~ 10:10

卵巣癌 1

第3会場 4階 芙蓉

座長: **大沼 利通**(福井大学 産婦人科)

- O-006** 明細胞癌根治術 9 年後に孤立性の Abdominal wall metastasis(AWM) を生じた一例
加藤 茉莉 (福島県立医科大学産科婦人科学講座)
- O-007** 子宮筋腫手術に際して偶発的に診断された漿液性卵管上皮内癌の 2 症例
清水 有紗 (宮城厚生協会坂総合病院)
- O-008** 卵管由来 HGSC における神経内分泌腫瘍への転化: 粘液性境界悪性腫瘍の共存を伴った 1 例
沼沢 詩音 (弘前総合医療センター 産婦人科)
- O-009** 当院で行なったリスク低減手術 (RRSO) について
見延 進一郎 (北海道がんセンター)
- O-010** 後腹膜腫瘍に対する術後化学療法施行後、非閉塞性腸管虚血(NOMI)を発症し救命し得た一例
阿部 一路 (福島県立医科大学 産科婦人科学講座)

10:15 ~ 10:50

卵巣腫瘍 1

第3会場 4階 芙蓉

座長: **大槻 健郎**(仙台市立病院 産婦人科)

- O-016** 無症候で発見された遊離卵巣内膜症性嚢胞の一例
横山 万智 (大館市立総合病院 産婦人科)
- O-017** 3 回反復した左子宮付属器茎捻転に腹腔鏡下左卵巣固定術を施行した一例
森 美玖 (仙台市立病院 産婦人科)
- O-018** 側方アプローチ術式と卵巣捻転の関連—ロボット支援下子宮全摘術後 2 症例からの考察
南淵 杜萌 (JA 北海道厚生連帯広厚生病院)
- O-019** 茎捻転と破裂を同時に認めた卵巣成熟奇形腫の一例
寶田 健平 (市立稚内病院 産婦人科)
- O-020** 腹腔鏡下子宮全摘出術における術後卵巣捻転リスクを考慮したアプローチ方法の選択
石津 夕稀子 (市立釧路総合病院 産婦人科)

10:55 ~ 11:30

感染症

第3会場 4階 芙蓉

座長: **島 友子**(富山大学 産婦人科)

- O-026** 産褥期に子宮筋腫の変性・穿孔による汎発性腹膜炎をきたした一例
寺澤 昂希 (JA 新潟厚生連 長岡中央総合病院 産婦人科)
- O-027** IUD 長期留置及び結腸憩室炎により S 状結腸子宮瘻に至った一例
福岡 日向 (秋田赤十字病院 産婦人科)
- O-028** 女性器を原発とした GAS 感染により STSS に至った一例
女屋 隼人 (王子総合病院 産婦人科)

O-029 全腹腔鏡下子宮全摘術後に腔断端に癒着・感染を併発した温存卵巣の一例

山崎 一輝（岩手県立中央病院 産婦人科）

O-030 卵巣内膜症性嚢胞感染に対し敗血症移行リスクを踏まえて子宮腔上部切断・右付属器切除を選択した一例

堀川 輝久（JA 北海道厚生連 帯広厚生病院 産婦人科）

12:50 ~ 13:25

POP・ヘルスケア

第3会場 4階 芙蓉

座長：野村 泰久（太田西ノ内病院 産婦人科）

O-036 当院における骨盤臓器脱に対するVANHおよび仙骨子宮靱帯固定術(Shull法)の導入

笹瀬 亜弥（仙台市立病院）

O-037 子宮全摘術後の膀胱瘤に対して腹腔鏡下仙骨腔固定術を行ったが再発し、完全腔閉鎖術を行った一例

山内 敬子（山形大学 医学部 産婦人科）

O-038 骨盤内臓器脱に対するゲルホーン型ペッサリーの使用成績と中止例の検討

加藤 直人（山形県立新庄病院）

O-039 フルディスポーザブル硬性子宮鏡導入後1年の成績と課題

亀井 あつこ（岩手医科大学 産婦人科）

O-040 当院におけるロボット支援下仙骨腔固定術の導入実績

高倉 正博（金沢医科大学 産科婦人科学）

13:30 ~ 14:05

悪性腫瘍

第3会場 4階 芙蓉

座長：堤 誠司（山形県立中央病院 産婦人科）

O-046 子宮体癌に対するPaclitaxel-carboplatin(TC)療法後に血栓性微小血管症を発症した1例

工藤 友希乃（仙台医療センター 産婦人科）

O-047 当院における腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術の実績

渋谷 祐介（東北大学病院）

O-048 産婦人科医のワクチン説明力向上を主軸とした福井県内 HPV ワクチン推進活動について

金井 貴弘（福井大学附属病院）

O-049 子宮体癌に対する新たな標的分子TAZの機能解析

藤田 将行（福井大学）

**O-050 福井県における性成熟期女性のがん検診の現状と課題
ー HPV 検査単独法導入を見据えてー**

品川 明子（福井大学 産科婦人科）

14:10 ~ 14:45

子宮頸癌

第3会場 4階 芙蓉

座長: 本多 つよし (いわき市医療センター 産婦人科)

- O-056 進行性子宮頸癌における重粒子線治療の有効性と有害事象評価**
堀川 翔太 (山形大学 医学部 産科婦人科学講座)
- O-057 LEGH 疑いに対し子宮頸部円錐切除では診断に至らず子宮摘出で MDA と診断された 1 例—診断限界と治療選択の課題**
相内 一朗 (弘前大学医学部附属病院 産科婦人科)
- O-058 局所進行子宮頸癌に対する KEYNOTE-A18 レジメンの当院での導入経験**
戸室 有香子 (金沢大学附属病院 産科婦人科)
- O-059 当院における子宮頸癌ⅣB 期患者の予後因子についての検討**
佐藤 萌香 (福井大学医学部附属病院産科婦人科)
- O-060 CCRT 後に腹腔内膿瘍を発症した 1 例と Hybrid 照射**
深田 綾子 (富山大学附属病院 産科婦人科)

14:50 ~ 15:25

がん薬物療法

第3会場 4階 芙蓉

座長: 金内 優典 (小樽市立病院 婦人科)

- O-066 初回プラチナ感受性再発卵巣癌に対するオラパリブ維持療法の用量別効果とベバシズマブとの比較**
田付 駿介 (岩手医科大学附属病院)
- O-067 当院における進行・再発子宮体癌に対してのデュルバルマブの使用経験**
穂積 葵 (石巻赤十字病院 産婦人科)
- O-068 当院における進行・再発子宮体癌に対する DUO-E レジメンの使用経験**
吉田 圭甫 (福島県立医科大学 産科婦人科学講座)
- O-069 侵入奇胎に対する単剤化学療法の後方視的検討**
石井 顕徳 (東北大学病院 産婦人科)
- O-070 当院で経験したペムブロリズマブ維持療法中の irAE 肝炎を伴う子宮頸癌の一例**
清宮 美貴 (JA 秋田厚生連 平鹿総合病院 産婦人科)

第2日目 9月13日(土)

8:35 ~ 9:10

産科感染症

第2会場 4階 千代(南)

座長: 秋元 太志(札幌医科大学 産婦人科)

O-071 HIV 合併妊娠の周産期管理

奥 聡(北海道大学病院産科・周産母子センター)

O-072 絨毛膜羊膜炎の原因としてリステリア感染が疑われた一例

中山 宗俊(仙台市立病院 産婦人科)

O-073 当院におけるRS ウイルスワクチン接種状況とワクチン接種に関する患者アンケート調査結果について

田口 朋子(弘前総合医療センター 産婦人科)

O-074 産褥2日目にA群溶連菌による敗血症性ショックを来した1例

天崎 真帆(仙台医療センター)

O-075 緊急帝王切開術後の黄色ブドウ球菌による皮下・腹腔内膿瘍に対して開腹洗浄ドレナージ術を繰り返した一例

佐藤 湊斗(名寄市立総合病院 産婦人科)

9:15 ~ 9:50

胎盤異常2

第2会場 4階 千代(南)

座長: 鏡 京介(金沢大学 産婦人科)

O-086 前置胎盤へのResuscitative Endovascular Balloon Occlusion of the Aorta 使用効果の検討: 単施設コホート研究

安城 和輝(太田西ノ内病院 産婦人科)

O-087 前置癒着胎盤予測におけるMRI 検査の意義についての検討

矢島 亜花音(旭川厚生病院 産婦人科)

O-088 当院で経験した前置血管9例の臨床的検討

大井 葉瑠乃(市立札幌病院 産婦人科)

O-089 前置血管におけるPPP評価経験

高橋 仁(福井県立病院)

O-090 器械分娩後に合併した後腹膜血腫に対し、IVR で治療し得た2症例

佐藤 駿太(新潟大学医歯学総合病院 産婦人科)

9:55 ~ 10:30

産科合併症 2

第2会場 4階 千代(南)

座長: 佐藤 朗(秋田赤十字病院 総合周産期母子医療センター)

- O-101 妊娠中に発症した潰瘍性大腸炎の一例**
浦 寿珠(旭川医科大学病院 産婦人科)
- O-102 妊娠性肝内胆汁うっ滞症の管理中に妊娠高血圧腎症の発症が懸念され急速遂娩を要した1例**
鈴木 優希(東北大学病院 産科)
- O-103 慢性腎臓病合併妊娠における妊娠前介入の実態と連携の重要性**
菅原 万紀子(東北大学病院 産科)
- O-104 発作性上室性頻拍を契機に救急搬送となった周産期心筋症の1例**
保坂 あおい(大崎市民病院)
- O-105 産後尿閉(Postpartum urinary retention: PUR)のため自己導尿を要した一例**
三浦 祐香(弘前大学医学部附属病院産科婦人科学講座)

13:00 ~ 13:35

異所性妊娠・絨毛性疾患

第2会場 4階 千代(南)

座長: 安達 聡介(新潟大学 産婦人科)

- O-116 3回の卵管妊娠に対していずれもMTX療法が奏功した1例**
津谷 明香里(秋田大学医学部附属病院 産婦人科)
- O-117 生殖補助医療後妊娠判定時の血中hCGが極めて低値であった異所性妊娠3症例から学んだこと**
西 美智(山形大学)
- O-118 内膜症性嚢胞に合併した卵巣妊娠の1例**
大平 晃広(大崎市民病院 産婦人科)
- O-119 当院で異なる転機をたどった胎児共存奇胎の2症例**
早福 あやか(新潟大学医歯学総合病院 産科婦人科)
- O-120 異所性妊娠存続症の一例**
村竹 将太(新潟大学医歯学総合病院)

13:40 ~ 14:15

産科合併症 3

第2会場 4階 千代(南)

座長: 富田 英弥(東北大学 産婦人科)

- O-126 分娩中に初発のてんかん発作を発症した一例**
鈴木 啓王(日本海総合病院 産婦人科)
- O-127 腰椎麻酔下帝王切開後、急性硬膜下血腫を生じた1例**
高山 圭介(スズキ記念病院 産科婦人科)
- O-128 臨床的羊水塞栓症で子宮温存を成し、続く妊娠で生児を得た1例
～症例報告と文献レビュー～**
山口 峻史(東北大学病院 産科)

O-129 胆道閉鎖症妊婦の腸閉塞に続発した胎児頭蓋内出血

北郷 由美子（福島県立医科大学 産科婦人科学講座）

O-130 けいれん発作を契機に診断された脳腫瘍合併妊娠の一例

荒川 幸子（八戸市立市民病院 産婦人科）

O-131 二次性頭痛を呈した産褥脳静脈洞血栓症の一例

鈴木 容太（仙台赤十字病院 産婦人科）

8:35 ~ 9:10

卵巣癌 2

第3会場 4階 芙蓉

座長: 重藤 龍比古（弘前大学 産婦人科）

O-076 病理診断で腹膜偽粘液腫と診断されたが虫垂に病変を認めなかった一例

影近 瑠唯（旭川医科大学 産婦人科学講座）

O-077 卵巣原発腹膜偽粘液種の1例

滝沢 章（王子総合病院）

O-078 卵巣腫瘍に虫垂炎を併発し広範な腹腔内膿瘍形成・腹膜炎に至った一例

高原 佳奈（富山大学 産科婦人科）

O-079 閉経後の成熟奇形腫に未分化胚細胞腫が併存した稀有な症例

奥村 礼央菜（小樽市立病院 初期研修医）

O-080 AFP産生卵巣癌の1例

石岡 冴子（市立函館病院 産婦人科）

9:15 ~ 9:50

子宮体癌

第3会場 4階 芙蓉

座長: 松浦 基樹（札幌医科大学 産婦人科）

O-091 デュルバルマブ併用化学療法施行中に血球貪食性リンパ組織球症を発症した進行子宮体癌の1例

川井 直久（苫小牧市立病院 産婦人科）

O-092 子宮体癌に対する骨盤内・傍大動脈リンパ節郭清術後にS状結腸軸捻転症をきたした一例

佐多 綜一郎（北海道大学病院婦人科）

O-093 子宮体癌罹患後に生じた子宮留膿腫に対して経皮的子宮内ドレナージを挿入した症例

富松 壮平（金沢医科大学産科婦人科学）

O-094 オリゴ転移に対して長期生存を得た一例

山岸 幹治（札幌医科大学付属病院 産婦人科学講座）

O-095 子宮癌肉腫の再発によって悪性腸腰筋症候群を来した一例

小原 史織（岩手県立中央病院 産婦人科）

9:55 ~ 10:30

生殖・内分泌

第3会場 4階 芙蓉

座長：松澤 由記子（東北医科薬科大学 産婦人科）

- O-106** 同種造血幹細胞移植後に身体的性の診断に注意を要した性別不合の一例
竹澤 美紀（東北大学病院 婦人科）
- O-107** 「性交」という用語を使った中学生への性教育
～産婦人科医による実践と生徒の反応～
倉田 和巳（福井勝山総合病院）
- O-108** 当院における腹式広汎子宮頸部摘出術後の不妊治療成績の検討
長谷川 順紀（新潟大学大学院医歯学総合研究科 産科婦人科学講座）
- O-109** 自己免疫性プロゲステロン皮膚炎が疑われた1例
濱田 衣美子（仙台医療センター 産婦人科）
- O-110** 子宮圧迫縫合術後の月経機能と次回妊娠転帰の実態調査
金井 咲樹（東北大学 医学部）

8:35 ~ 9:10

ロボット手術

第4会場 4階 千代（東）

座長：新倉 仁（独立行政法人国立病院機構 仙台医療センター）

- O-081** 当院におけるロボット支援下子宮全摘術と腹腔鏡下子宮全摘術の周術期アウトカムの比較
國井 基思（弘前大学医学部附属病院）
- O-082** 経腔的スコープ挿入を活用した臍部腹壁瘢痕ヘルニア合併の子宮体癌ロボット支援下手術の2例
永沢 崇幸（岩手医科大学 産婦人科学講座）
- O-083** 放射線治療後の子宮摘出に対するロボット支援下手術の経験
永沢 崇幸（岩手医科大学 産婦人科学講座）
- O-084** 肥満度別にみた子宮体癌に対するロボット手術の手術成績と周術期予後の検討
太田 剛（山形大学 医学部 産科婦人科学講座）
- O-085** ロボット支援下膀胱全摘術後に前方小腸瘤をきたし腔閉鎖術・外陰閉鎖術を施行した3症例の検討
安藤 夕乃（手稲溪仁会病院 産婦人科）

9:15 ~ 9:50

MIS1

第4会場 4階 千代（東）

座長：渡邊 善（東北大学 産婦人科）

- O-096** 腹腔鏡下子宮全摘術における術前偽閉経療法の有無と手術成績の関連についての検討
武田 愛紗（むつ総合病院）
- O-097** 当院における子宮全摘術の手術成績と腹腔鏡手術増加の背景
渡部 佑佳（福島赤十字病院産婦人科）

O-098 TLH と vNOTES、小さい子宮ならどちらを選ぶ？－単施設後ろ向き研究－

小幡 美由紀（山形県立中央病院産婦人科）

O-099 既往帝王切開症例の TLH の手術成績と合併症発生について

小島 つかさ（福島赤十字病院産婦人科）

O-100 当院における vNOTES 導入期の後方視的検討

押切 実波（岩手県立大船渡病院 産婦人科）

9:55 ～ 10:30

MIS2

第 4 会場 4 階 千代（東）

座長：竹原 功（山形大学 産婦人科）

O-111 モルセレーター用筋腫回収バッグ Morsafe[®] とメトラバック[®] の使用経験に基づく比較検討

高橋 靖乃（東北大学病院 産婦人科）

O-112 巨大子宮筋腫に対して腹腔鏡下筋腫核出術を施行した一例

笹瀬 亜弥（仙台市立病院）

O-113 中隔子宮の診断に苦慮した多発子宮筋腫の 1 例

安藤 宏輔（東北医科薬科大学 若林病院 産婦人科）

O-114 後壁に発生した子宮筋腫に対する術式の選択

今田 冴紀（札幌医科大学 婦人科）

O-115 症候性子宮筋腫に対する子宮動脈塞栓術と腹腔鏡下子宮全摘術の治療選択における臨床的特徴の比較

福田 冬馬（太田西ノ内病院 産婦人科）

13:00 ～ 13:35

卵巣腫瘍 2

第 4 会場 4 階 千代（東）

座長：三浦 史晴（岩手県立中央病院 産婦人科）

O-121 付属器腫瘍と鑑別を要した虫垂粘液腫瘍の 2 例

鹿内 咲楽（弘前大学医学部附属病院）

O-122 腹腔鏡下手術中に診断された大網腫瘍の一例

相庭 晴紀（長岡中央総合病院 産婦人科）

O-123 左卵巣腫瘍に対する両側付属器切除後に右側の付属器ヘルニアが判明した一例

伊藤 百花（白河厚生総合病院）

O-124 二次性高血圧症の原因としてのレニン産生卵巣腫瘍

鈴木 魁也（新潟大学医歯学総合病院 産科婦人科）

O-125 診断に苦慮した悪性腹膜中皮腫の 1 例

小梁川 恵太（東北医科薬科大学病院 産婦人科）

会長特別企画

抄録ページ右下の  **Program** をクリックすると
プログラムの先頭ページに戻ります。

座長:加藤 育民(旭川医科大学 産婦人科)
谷川原 真吾(スズキ記念病院)

東北の地域医療を支えるために；55名の東北地域枠

大野 勲

東北医科薬科大学医学部医学教育推進センター

本学は1939年の創設以来、「東北薬科大学」として、東北の地域医療を支えてきましたが、2011年3月に発生した東日本大震災からの復興事業（文部科学省、厚生労働省、復興庁）の一つとして、2016年4月、医学部と2つの大学病院を開設し、「東北医科薬科大学」と改称しました。医学部の運営は、東北各県の医学部長、医師会長、医療行政責任者および日本医師会・東北市長会の代表者と本学関係者に3省庁からのオブザーバーを加えた「教育運営協議会」での協議をもとに、進めています。

卒業生の東北定着のための仕組みとして、修学資金枠、東北6県での地域滞在型地域医療教育およびキャリア支援（特に、修学資金枠医師）組織を準備しました。修学資金枠は、A方式35名（宮城県枠:30名、他5県枠:各県1名）およびB方式20名（5県枠）からなる恒久枠です。修学資金は、各県及び本学からの拠出金を原資とし、当該県での義務勤務により、返済免除となります。この修学資金枠の制度設計時には、専門医制度が確立していなかったため、義務勤務期間における専門研修の確保は考慮されませんでした。各県の医学部や医療行政当局のご理解、ご協力を得て、1期生の卒業までには、義務勤務と専門医取得の両立を可能とする仕組みを作ることができました。

現在、4期生までが卒業しており、臨床研修先は、70%が東北地方（修学資金枠医師では84%、一般枠医師では50%）です。専門研修先は、1期生、2期生とも、修学資金枠医師ではほぼ100%、一般枠医師でも50%が東北地方です。東北地方出身の学生が30%前後であることを考慮すると、卒業生の東北定着という当面の目的は、現時点では、ある程度達成しているものと判断しています。今後は、各県の医師需給バランスも考えて、修学資金枠の再編を予定しています。

10年前に東北の地域医療への貢献を使命として開設された本学医学部がその使命を果たすためには、各県の医師配置および医師育成の方針に沿って、各県の医学部と診療科レベルで、引き続き協議していくことが重要と考えます。また、東北の地域医療を支えている東北近隣の医学部との交流も今後ますます重要になるものと思われます。

略 歴

1980年3月 東北大学医学部 卒業

1980年4月～2003年3月

東北大学医学部第一内科 医員→東北大学大学院医学系研究科 感染症・呼吸器内科助手→院内講師→助教授

2003年4月～2016年3月

東北薬科大学 薬学部 教授

2016年4月～2022年3月

東北医科薬科大学 医学部 教授

2022年4月～2023年3月

同 医学部長・副学長・理事

2023年4月（現在に至る）

同 学長・理事

所属学会：日本内科学会（認定内科医）、日本アレルギー学会（専門医、指導医）、日本呼吸器学会（専門医、指導医）

座長: **加藤 育民**(旭川医科大学 産婦人科)
谷川原 真吾(スズキ記念病院)

青森県の周産期医療の現状と課題

後村 直希

青森県健康医療福祉部医療業務課

青森県は、平成12年の周産期死亡率等が全国最下位となるなど、周産期医療体制の整備が課題となっていた中で、平成16年10月に青森県立中央病院に開設した総合周産期母子医療センターを中心に、県内の地域周産期母子医療センターや周産期医療協力施設との機能分担と連携により、ハイリスクの母体・胎児や新生児に適切な医療を提供する「青森県周産期医療体制整備計画」の運用に組み込み、周産期死亡率等は全国平均レベルまで大きく改善した。

青森県では周産期医療専門医の確保のための取組を進めてきたが、周産期母子医療センター等では、医師の働き方改革による労働時間の適正化等を踏まえた医師配置等の課題を抱えており、また、地域の出産を支えている開業医院も、医師の高齢化等により減少が進んでいくことが懸念されている。

今後、県民が安心して妊娠・出産ができる周産期医療体制の整備に向けて、関係者と検討を進めていきたい。

略 歴

平成4年、青森県庁入庁。令和7年4月より現職。

座長:加藤 育民(旭川医科大学 産婦人科)
谷川原 真吾(スズキ記念病院)

岩手県の周産期医療体制と医師確保について

鈴木 優

岩手県保健福祉部医療政策室長

(周産期医療体制について)

岩手県の出生数は年々減少し、分娩取扱施設数も減少傾向にある。県ではこうした変化に対応するため、9つの2次保健医療圏とは別に平成20年度より県内に4つの周産期医療圏を設定し、各医療圏に最低1つの地域周産期母子医療センターを設置するとともに、岩手医科大学に総合周産期母子医療センターを設置し、分娩リスクに応じた各医療機関の役割を明確化することで、周産期医療体制を確保している。

こうした医療圏の広域化に伴う県の取組として、各医療機関や市町村間で妊産婦情報を共有するために、インターネットを利用したネットワークシステム「イーはとーぶ」を導入するとともに、妊産婦の遠方への通院負担を軽減するために、妊産婦の通院等に要する交通費支援を行っている。

(医師確保について)

岩手県の医師数は増加傾向にあるが、人口10万人対医師数は全国43位で、全国平均医師数とは依然として大きな差がある。また、産婦人科医師数は全国的に増加傾向にあるが、本県は横ばいで推移している。

そのため県では、医師確保に向けた各種取組を進めているが、最も注力して取り組んでいるのが奨学金による医師の養成である。平成20年度の岩手医科大学地域枠の設置を皮切りに、奨学金制度の拡充に取り組み、令和7年度は、県内の公的医療機関に186名(産婦人科11名)、このうち医師不足が深刻な県北・沿岸地域には66名(産婦人科1名)を配置している。

また、周産期医療体制を確保するため、産婦人科を専攻する養成医師の中小病院勤務を免除し、地域周産期母子医療センターでの勤務を継続できる義務履行の特例(2年間の県北・沿岸勤務条件付き)を設けている。

さらに、55名の奨学金貸付枠の中に、産婦人科特別枠2名と産婦人科等の診療科指定地域枠7名の枠を設定し、産婦人科医の育成に取り組んでいる。

この他の特徴的な取組として、医師少数県等の12県の知事による「地域医療を担う医師の確保を目指す知事の会」を本県の呼びかけにより設立し、国に対して提言・要望活動を行っている。

県では引き続き、こうした取組を通じて産婦人科医の確保や偏在解消を進め、持続的な周産期医療体制の確保に努めていく。

略 歴

令和7年4月～ 保健福祉部医療政策室長

座長:加藤 育民(旭川医科大学 産婦人科)
谷川原 真吾(スズキ記念病院)

秋田県の主な医師確保対策と周産期医療体制の状況等について

佐野 誠

秋田県健康福祉部医務薬事課 医療人材対策室

1 医師数の状況

本県の医師数は増加傾向だが、人口10万人当たりの医師数は全国平均を下回る。
医師偏在指標は全国第41位

2 主な医師確保対策

①若手医師の育成と偏在の解消

- ・将来県内で地域医療に従事しようとする医学生に修学資金を貸与しているほか、修学資金貸与医師を知事指定の公的医療機関に配置(義務期間の1/2)している。
- ・あきた医師総合支援センター(県委託先)において、(1)若手医師が大学と地域の中核病院等を循環して研鑽を積むシステムの推進や、(2)初期臨床研修中の修学資金貸与医師から、今後の専門研修プログラムへの登録の意向等を確認し、知事指定の医療機関等への勤務に係るキャリアプランを作成する(法定協議会では当該プランを踏まえ医師配置を検討)、などの取組をしている。

②臨床研修医の確保

- ・秋田県臨床研修協議会において、指導医講習会や病院合同説明会を開催するなど、研修医の確保に向けた事業を行っている。

③女性・若手医師への支援

- ・あきた医師総合支援センターにおいて、復職やキャリアアップ支援のための相談窓口の設置や男女共同参画の推進に向けた取組をしている。

3 周産期医療体制の状況等

①出生数

- ・出生数は著しく減少(2013年から2023年までの10年間で41.5%の減(6,177→3,611人))しており、将来推計(2020年から2050年までの30年間)においても同様に減少していく見込み。

②周産期医療の体制

- ・分娩取扱施設も減少(2015年25施設→2026年14施設(予定))し、分娩件数についても著しく減少(2013年から2023年までの10年間で43.3%の減(7,259→4,113人))している。
- ・産科医一人当たりの分娩件数についても減少傾向。

③秋田県周産期医療協議会における協議(2024年)

- ・昨年開催した協議会において「分娩件数の著しい減少、産科医一人あたりの分娩件数減少による医療スキル維持の困難さ、産婦人科専門医取得に必要な症例数確保に係る課題、24時間分娩対応の体制維持の困難さ」等について、現状認識として共有した。
- ・併せて、安全で安定した周産期医療を提供していくため、医師から助産師へのタスクシフトや、医療機関の集約と機能分担のあり方について、今後具体的な議論を進めていくことを合意した。

略 歴

○主な勤務歴

2009年4月～2013年3月	秋田県	健康福祉部 医務薬事課医師確保対策室
2013年4月～2017年3月	〃	総務部 秘書課
2017年4月～2021年3月	〃	あきた未来創造部 移住・定住促進課
2021年4月～2025年3月	〃	総務部 総合防災課
2025年4月～	〃	健康福祉部 医務薬事課医療人材対策室

座長:加藤 育民(旭川医科大学 産婦人科)
谷川原 真吾(スズキ記念病院)

宮城県の医師確保対策について

寺嶋 智治

宮城県保健福祉部医療人材対策室

「令和4(2022)年医師・歯科医師・薬剤師統計」において、全国の医師数は343,275人、宮城県は6,140人となっており、全国及び県内でも増加傾向にある。

しかしながら、県内を二次医療圏単位で見えていくと、仙台医療圏を除く全ての二次医療圏で、人口10万対医師数が全国平均を下回っている。全国平均を上回る仙台医療圏においても、仙台市を除く市町村では他の二次医療圏同様に全国平均を下回っており、医師の地域偏在が本県の課題といえる。

また、産科・産婦人科に従事する医師数は、令和4年の同統計において、全国で12,278人、本県では217人となっている。分娩を取り扱う医師が不足している状態は依然として続いており、産科・産婦人科医師1人当たりの年間取扱出生数は全国平均よりも高く、長時間勤務を余技なくされ、過酷な勤務条件となるとともに、分娩を取り扱う医療施設も減少しているような現状である。

こうした中、宮城県保健福祉部では、医師の地域偏在、診療科偏在の是正のため、自治医科大学、東北大学地域枠や東北医科薬科大学等への修学資金貸付事業による、大学卒業後、一定期間、指定医療機関で勤務する医師の確保や、県内の自治体病院等での勤務を希望する医師を全国から募集する「宮城県ドクターバンク事業」等の取組のほか、大学病院等が行う、医師が不足している地域の医療機関への医師派遣等も支援している。

また、将来的に本県内で勤務する医師の確保や、現在本県内で勤務している医師の定着に向け、医学生を対象に、地域の医療機関において施設見学や医師との意見交換等を行うなど、地域医療への理解を深めるとともに医学生同士の交流の促進にも取り組んでいる。本県で医師としてのキャリアをスタートさせる臨床研修医に対しても、研鑽・交流ができる合同研修会の開催や短期海外研修等を実施している。あわせて、医師の働き方改革や女性医師のライフプラン・キャリアデザインを踏まえた勤務環境改善への支援等にも取り組んでいるところである。

県内の医療提供体制が将来にわたって、切れ目なく維持されるよう、医師確保と県内定着に向けた各種施策に継続して取り組んでいく。

略 歴

1999年4月 宮城県採用(行政職)
2024年4月より現職 保健福祉部医療人材対策室長

座長:加藤 育民(旭川医科大学 産婦人科)
谷川原 真吾(スズキ記念病院)

山形県の医師確保対策について

坂本 静香

山形県健康福祉部 医療政策課

山形県では「住み慣れた地域での暮らしを支える保健・医療・福祉提供体制の充実」を基本方針に掲げ、地域医療の確保に取り組んでいる。県内の病院病床に対する自治体病院が占める割合が全国一となるなど、自治体病院が地域医療の基幹病院となっており、周産期、小児、災害、へき地などの分野において中核的な役割を果たしている。一方で、人口10万人あたりの医師数は全国平均を依然として下回っており、地域偏在や診療科偏在、医師の高齢化といった課題も顕著である。

このような中、医学部生の県内定着率の向上が必要となっており、山形大学医学部と協議し、地域枠を令和8年度入試から、これまでの13名から18名に増やすとともに、医学生のうちから県内における地域の中核病院を知ってもらうため、山形大学医学部の5、6年生の地域の中核病院での臨床実習への支援や、医師少数区域等への一定期間の勤務を義務付けている医師修学資金の貸与や新規貸与人数の増など、多様な人材確保策を講じ、定着率の向上を図っている。また、開業医の高齢化に伴い診療所が廃止となることで、地域医療提供体制の確保が困難となるおそれがあることから、山形県では、令和6年度から、県医師会と連携し、診療所の継承希望医師と後継者不足の開業医師とのマッチング等を行う「医業承継」の支援を行っている。

また、周産期医療においては、分娩取扱施設の減少や分娩件数の減少が続いており、医療資源の集約化が進む一方で、地域における持続的な提供体制の確保が喫緊の課題となっている。このため、周産期医療協議会の開催、研修事業の強化、NICU担当医の処遇改善、新生児蘇生法講習会の開催など、ハード・ソフト両面からの支援を重層的に展開している。

山形県では、こうした取り組みを着実に進め、県内どの地域においても、県民が必要な医療を安心して受けられる持続可能な医療提供体制を構築していく。本講演では、山形県の医療提供体制の現状・課題、医師確保に向けた取り組み、周産期医療対策について概説する。

略 歴

山形県健康福祉部医療政策課

座長:加藤 育民(旭川医科大学 産婦人科)
谷川原 真吾(スズキ記念病院)

福島県における医師確保対策及び周産期医療体制について

新妻 崇永

福島県 保健福祉部 医療人材対策室長

当県の医師数は、東日本大震災以前から全国平均を下回る状況にあり、震災後さらに減少しましたが、その後、医師数は徐々に増加し、平成28年には震災以前の水準まで回復、その後も増加傾向にあります。しかしながら、令和5年度に厚生労働省が提示した医師偏在指標によると、当県は全国42位と全国下位1/3の医師少数県に位置付けられています。

このような状況を脱却するため、令和6年3月に「第8次(前期)福島県医師確保計画」を策定し、令和8年度までに確保すべき医師数の目標を定め、計画に掲げる医師確保対策を講じております。

平成23年12月に福島県立医科大学に設置した福島県地域医療支援センターにおいて、医師、医学生のキャリア形成支援等の充実・強化を図るとともに、県外医師の定住支援や女性医師が働きやすい職場環境づくりを強化するなど、県内への医師の定着を促進しています。

また、平成28年4月に、「福島県に住む女性が安心して子どもを産み、育み、そして健康な一生を過ごすための医療支援を行う」ことをコンセプトに、同じく福島県立医科大学に「ふくしま子ども・女性医療支援センター」を設置しました。

当センターでは、福島県立医科大学の産科婦人科学講座・小児科学講座・小児外科と連携し、福島県内の医療機関における周産期医療体制の支援及び広報・啓発事業に力を入れております。当センターは、全国的にも例をみないオンリーワンの施設です。

本講演で福島県が取り組んでいる施策について理解を深めていただき、全ての県民が、適切な医療を受けられ、医療従事者も持続可能な働き方ができる医療提供体制の実現につながっていけば幸いです。

略 歴

- 1999年4月 福島県庁入庁
- 同 福島県立南会津病院勤務
- 2004年4月 福島県病院局改革グループ勤務
- 2015年4月 公立大学法人福島県立医科大学事務局病院経営課病院人事係長
- 2020年4月 福島県ふたば医療センター副センター長兼附属病院事務局事務長
- 2023年4月 福島県保健福祉部感染症対策課主幹兼副課長
- 2025年4月 福島県保健福祉部医療人材対策室長

座長: 吉田 好雄(福井大学 産婦人科)

高倉 正博(金沢医科大学 産婦人科)

事例で学ぶ産婦人科診療における医療安全と紛争予防

秦 奈峰子

太田秀哉法律事務所

かつて、「産婦人科は訴訟が多い」などの言説を耳にすることは珍しくなかったが、それは本当なのだろうか?無批判にこうした言説を信じるなどして萎縮した診療を行えば、医療の質の低下を招くばかりでなく、個々の産婦人科医師のモチベーション低下にも繋がりがねない。そこで実際のデータを見てみると、たとえば、医療訴訟全体の事件数は、1990年代から2000年代前半までは増加の一途を辿っていたが、2004年をピークに横ばいから減少傾向にあり、医療訴訟のリスクはかつてほど高くないと言えそうである。本講演では、このような公表されている訴訟に関するデータ等に基づいて、産婦人科診療に関連する訴訟やトラブルについての正しい情報を共有する。

医療は生命・身体という唯一無二の存在を対象とするために、医療に対し大きな期待が寄せられる一方で、ひとたび予期せぬ事態が生じると、不可逆かつ重大な権利利益の侵害となり得る。その上、医療は高度に専門的かつ個別的であり、それ自体に不確実性が内在している。このような問題は、他の疾患群に比べて、妊産婦、胎児、新生児を主な対象とする産婦人科では先鋭化しやすい傾向にあり、本来は紛争化する必要のない事例でありながら紛争化し、ときに長期化することも少なくない。紛争化した場合には、関与した医師が負う時間的、精神的負担は極めて大きいことから、早い段階で紛争化を防ぐことが非常に重要である。そこで、本講演では、産婦人科診療に関連する複数の紛争事例を紹介しながら、具体的な紛争予防対策と紛争化した場合の具体的な対応などについて検討する。

本講演において、医療安全の取組みや紛争予防に生かせるような具体的な情報や対応策を提示することを通じて、産婦人科医師が紛争を過度に恐れることなく、本来の診療業務に集中できる一助となれば幸いである。

略 歴

<学歴>

1998年 九州大学医学部卒業

2012年 早稲田大学大学院法務研究科卒業

<資格等>

産婦人科専門医

弁護士(東京弁護士会)

<委員歴>

東京都医師会・医療事故調査等支援団体運営委員会

産科医療補償制度原因分析委員会部会

特定機能病院監査委員会

AMED 課題評価委員会

AMED ゲノム研究プラットフォーム利活用システムプログラム推進委員会

内閣官房ゲノム医療実現推進に関するアドバイザーボード 等

座長: 吉田 好雄(福井大学 産婦人科)

高倉 正博(金沢医科大学 産婦人科)

事例で学ぶ産婦人科診療における医療安全と紛争予防

藤実 正太

株式会社診断と治療社/鈴木&パートナーズ法律事務所

かつて、「産婦人科は訴訟が多い」などの言説を耳にすることは珍しくなかったが、それは本当なのだろうか? 無批判にこうした言説を信じるなどして萎縮した診療を行えば、医療の質の低下を招くばかりでなく、個々の産婦人科医師のモチベーション低下にも繋がりがねない。そこで実際のデータを見てみると、たとえば、医療訴訟全体の事件数は、1990年代から2000年代前半までは増加の一途を辿っていたが、2004年をピークに横ばいから減少傾向にあり、医療訴訟のリスクはかつてほど高くないと言えそうである。本講演では、このような公表されている訴訟に関するデータ等に基づいて、産婦人科診療に関連する訴訟やトラブルについての正しい情報を共有する。

医療は生命・身体という唯一無二の存在を対象とするために、医療に対し大きな期待が寄せられる一方で、ひとたび予期せぬ事態が生じると、不可逆かつ重大な権利利益の侵害となり得る。その上、医療は高度に専門的かつ個別的であり、それ自体に不確実性が内在している。このような問題は、他の疾患群に比べて、妊産婦、胎児、新生児を主な対象とする産婦人科では先鋭化しやすい傾向にあり、本来は紛争化する必要のない事例でありながら紛争化し、ときに長期化することも少なくない。紛争化した場合には、関与した医師が負う時間的、精神的負担は極めて大きいことから、早い段階で紛争化を防ぐことが非常に重要である。そこで、本講演では、産婦人科診療に関連する複数の紛争事例を紹介しながら、具体的な紛争予防対策と紛争化した場合の具体的な対応などについて検討する。

本講演において、医療安全の取組みや紛争予防に生かせるような具体的な情報や対応策を提示することを通じて、産婦人科医師が紛争を過度に恐れることなく、本来の診療業務に集中できる一助となれば幸いである。

略 歴

<学歴>

2011年 上智大学法科大学院卒業

<職歴>

2013年 弁護士登録(東京弁護士会)

2023年 株式会社診断と治療社(医学書出版社) 代表取締役社長

<その他所属機関・役職等>

東京弁護士会 医療過誤法部/消費者問題特別委員会委員

著作権法学会

一般社団法人日本医書出版協会 著作出版権委員会委員

一般社団法人自然科学書協会 理事

全国医書同業会 総務委員長 他

座長: 吉田 好雄(福井大学 産婦人科)

高倉 正博(金沢医科大学 産婦人科)

法医学と臨床医療との関わり ―法医学の実務と社会的役割―

高木 徹也

東北医科薬科大学 医学部 法医学教室

法医学は、死因や傷害の原因などを医学的・科学的に解明し、結果を司法に提示し、社会に還元する医学の一分野です。法医学と言うと一般的に「死を扱う学問」として認識されがちですが、実際には死者以外にも対応しています。死因究明を目的とした法医解剖だけでなく、生者に認められた創傷の発生機序、虐待や性暴力などについての鑑定、殺意の有無についての判断、法廷での証言など多岐に渡ります。また、遺体の身元確認や災害時の対応なども法医学の重要な実務となります。生命倫理に関わる課題、例えば妊娠中絶、死産、遺棄といった事例への対応にも関与することがあります。

これらの実務のなかには、臨床医療と密接に関わるものが数多く存在します。たとえば、医療事故や予期しない院内死亡の事例では、臨床医が行った診療内容や判断が、後に法医学的な観点から精査されることがあります。さらに、乳幼児や高齢者の場合では、経緯の中に虐待や介護放棄の可能性が含まれている場合もあるため、臨床側からの情報提供が欠かせず、法医学者と臨床医との緊密な連携が真相の解明を左右することも少なくありません。

また、臨床現場におけるカルテ記載や外表観察の精度が、後の法医学的評価の重要な手がかりとなることもあります。たとえば、性暴力被害者の診察時に残された所見や記録が、後の裁判において決定的な意味を持つこともあるため、臨床医が法的証拠となる可能性を意識して診療にあたる必要がある場面も増えています。

このように、臨床医療と法医学との接点は、「死後」の問題に限定されるものではなく、生者・社会・法とのかかわりを通じて、医療の公共的責任や信頼性を支える重要な役割を果たしています。

本講演では、法医学の基本的な役割と実務について紹介し、臨床医療と法医学との連携の必要性和その意義についてお話ししたいと思います。法医学的な視点を持つことは、単にトラブルへの備えとしてだけでなく、患者の命と権利を守り、医療が社会の信頼に応えるための基盤となるものであり、すべての医師にとって必要な素養のひとつといえます。本講演によって日々の臨床と社会の接点を見直す契機となれば幸いです。

略 歴

平成5年に杏林大学医学部を卒業、医師免許を取得。同年に同大学大学院医学研究科社会医学専攻法医学に入学。

平成9年に同大学院を修了、博士(医学)取得。

同年より杏林大学医学部法医学教室の助手、講師、准教授として勤務。

平成28年に東北医科薬科大学医学部法医学教室に教授として着任、現在に至る。

日本法医学会、日本法医病理学会、日本法中毒学会、日本子ども虐待防止学会、日本犯罪学会、日本病理学会に所属。

現在、東京都監察医務院の非常勤監察医、日本歯科大学生命歯学部歯科法医学講座・鶴嶺学園日本ヒューマンライフセレモニー専門学校・警察庁東北管区警察学校・宮城県警察学校・山形県警察学校等の非常勤講師、宮城県警察医会および宮城県警察歯科医会の顧問、宮城県死因究明等推進協議会および仙台市予防接種健康被害検討委員会の委員を兼務。

日常診療の中で、病理を再び学ぶ事の意味と楽しさ、そして研究へ

刑部 光正

岩手医科大学医学部病理診断学講座

婦人科疾患は多岐にわたり、その全てに鑑別すべき疾患が存在するため、多くの知識が要求されることが若手婦人科医の悩みの1つであろう。それらの多くは正常所見と病理像を理解し、キーワードの暗記ではなく、有機的なつながりをもつ体系的な知識とすることで解決可能である。例えば外来でしばしば経験する異常子宮出血がその最たるものかもしれない。PALM-COEIN分類は有名であるが、このうち機能性子宮出血となると苦手意識を持たれる方は多いのではなかろうか?内膜生検は侵襲性の高い検査であるが、機能性子宮出血の鑑別には非常に有効な手段である。しかしながら、ここで1つの問題に直面する。我が国の病理学は消化器を中心として進歩・発展してきたものであり、婦人科病理に精通する病理医は稀な存在であるということである。言い換えれば、婦人科医自身が最低限の病理学的知識をもち、自身が採取した検体に関して病理学的な判断を行える必要がある。しかしこれは幸いなこととも言える。例えば子宮頸部コルポスコピー下狙い生検において白色上皮を生検したとしよう。SILを想定したにもかかわらず、頸管炎と言った病理診断を受け取ることがある。その際に自身が採取した標本を顕微鏡観察し、なぜ白色にみえたのか、SILの白色上皮とは何が違うのかと考える事で、次の子宮頸部生検への備えとすることができる。多忙を極める診療の中で自身が採取した検体の全てを顕微鏡観察することは難しいという若手婦人科医が多いかもしれない。しかし、若いうちに身につけた習慣と知識は一生の宝となる。病理医との良好な関係が築けているならば、若手婦人科医からの質問に答えるべく婦人科病理を専門としない病理医は学習を迫られるため、両者にとり良い機会となるであろう。そして両者が悩みと知識を共有し、これを解決すべく互いの知識・技術を出し合うことが研究の入口となる。日々の多忙さに埋没し、新しい事を知ることの楽しさ、発見の喜びを忘れてしまっていないであろうか?本講演では最低限知っておくべき正常所見と病理像について概説し、若手婦人科医が病理部門を恐れず活用できるような道標となれば幸いである。

略 歴

【学歴】

平成12年(2000年) 3月 山形大学医学部医学科 卒業

平成18年(2006年) 3月 山形大学大学院 修了

【職歴】

平成12年(2000年) 4月 山形大学医学部産婦人科 入局

平成19年(2007年) 4月 同 人体病理学教室 入局

平成28年(2016年) 10月 岩手医科大学医学部病理診断学講座 講師

令和5年(2024年) 5月 同 准教授

【所属学会】

病理学会、臨床細胞学会、婦人科腫瘍学会、婦人科病理学会、癌学会

【専門医等】

病理学会 病理専門医、分子病理専門医、評議員

臨床細胞学会 細胞診専門医、評議員

婦人科腫瘍学会 評議員

中止・脱落などの欠測データが臨床試験結果へ及ぼす影響

高橋 史朗

岩手医科大学 教養教育センター 情報科学科 医学統計情報学分野

臨床試験において、有害事象が発生したために試験を中止した参加者の有効性データを試験中止後も取得する必要があるでしょうか?取得した場合はどのように解析すべきでしょうか?試験途中で別の治療を開始した方がおられた場合にはどうでしょうか?このような試験の早期中止・脱落などへの対処方法を試験計画段階で十分に検討していない場合、得られたデータから「その試験で本当に知りたい治療効果」が十分にわからないかもしれません。

近年、このような「臨床試験で推定したいもの (estimand)」をこれまで以上に精密に設定し、どのように解析していくかに関する議論が盛んにおこなわれていっています。この点に関して記載されたICH E9ガイドライン(臨床試験のための統計的原則)の補遺が、2019年11月にICH総会で採択され、2024年6月に本邦でも正式に通知されました。企業治験だけではなく、今後は医師主導の臨床試験にも盛り込まれてくるものと思われます。

本講演では、中止・脱落などが臨床試験結果へ及ぼす影響を議論し、ICH E9に準じた今後の臨床試験の計画、データ収集、解析の注意点などについて概説します。

略 歴

1997年	東京理科大学大学院工学研究科経営工学 修士課程 修了
1997 - 2001年	協和発酵工業株式会社 医薬開発本部 統計解析室
1999 - 2003年	北里大学大学院薬学研究科 後期博士課程 修了(臨床統計学博士)
2003 - 2013年	北里大学薬学部 講師
2007 - 2009年	米国ハーバード大学公衆衛生大学院 生物統計学分野 滞在研究員
2014 - 2018年	東北大学病院 臨床研究推進センター 特任准教授
2018 - 現在	岩手医科大学 教養教育センター 情報科学科 教授
2018 - 現在	京都大学 大学院医学系研究科 医療統計学分野 非常勤講師
2018 - 現在	東北大学 大学院医学系研究科 医学統計学分野 非常勤講師

座長: 渡利 英道(北海道大学 産婦人科)

横山 良仁(弘前大学 産婦人科)

尽きることのない産婦人科の魅力

大須賀 穰

帝京大学産婦人科

産婦人科は他の診療科と全く異なり、個人を診るだけではなく、世代を診る科です。産婦人科では目の前の患者さんと、次世代の人々が広い意味で患者さんになります。昨今プレコンセプションケアの重要性が提唱されています。現在では概念が少し拡張されていますが、元々の狙いは妊娠前から男女ともに健康管理をしっかりと行い健康な妊娠・出産につなげることです。この健康管理には他の診療科も関わりますが、主役は産婦人科です。現在の個人の健康が次世代の健康に影響を及ぼすことが明らかになって以降、世代を診る医者としての産婦人科の重要性は増しています。また、個人を診ることにしても産婦人科はとても守備範囲が広く魅力に富んでいます。思春期の月経異常に始まり、成人の様々な婦人科疾患、不妊症、妊娠合併症、中高年に至っては悪性腫瘍、骨盤臓器脱など多彩です。また、卵巣由来のホルモンは更年期障害、さらには骨粗鬆症にも関係しています。すなわち女性の一生を診る科といっても過言ではありません。女性の生殖器、性ホルモン、性行動に関わるすべてを扱うことになります。働き方も多様です。病院でのチーム医療、クリニックでの個人的な診療のいずれも産婦人科を支えています。慢性的な疾患にはじっくりと考えて取り組みますし、手術室では迅速な判断と対応が必要とされます。産婦人科は社会とも密接な関係を有しています。不妊症、不育症の治療、妊娠管理、出産と産後のケアはすべて国の将来と深くかかわっています。特に少子化が進行する日本においてはその重要性が増しています。女性の社会進出は職場での生産性とQOLを低下させる疾患の意味を問い直しています。月経困難症、月経前症候群、更年期障害に対する問診が労働安全衛生法に基づく定期健康診断に近々加わります。国としても女性特有のこれらの疾患の重要性を認識し始めました。進行する少子化におびえて産婦人科から逃げ出す必要はありません。私が大学を卒業して研修を開始する直前も少子化が今と同程度の勢いでした。多くの産婦人科医が不要になるのではないかと問われましたが、そんなことはありませんでした。まだまだ産婦人科領域には取り組むべき課題が山積みです。下世話ですが、昨今では収入も診療科の比較では高い方です。私自身、社会に関わり、将来を担い、多様な働き方ができる産婦人科の医師として働いてきて幸せでしたし、これからも産婦人科の魅力を追求していくつもりです。

略 歴

【略歴】

1985年 東京大学医学部卒
1995年～97年 米国スタンフォード大学産婦人科に留学
2004年 東京大学医学部附属病院女性診療科・産科 講師
2011年 東京大学大学院医学系研究科 産婦人科学講座 准教授
2013年～2025年 同上 教授
2019年～2025年 東京大学医学部附属病院 副院長(兼任)
2025年～ 帝京大学臨床研究センターセンター長・教授
帝京大学医学部産婦人科学 特任教授
東京大学 名誉教授

【役職】

日本産科婦人科学会 監事、日本産科婦人科内視鏡学会 監事、日本生殖医学会 監事
日本受精着床学会 理事長、日本抗加齢医学会 理事

厚生労働省 労働安全衛生法に基づく一般健康診断の検査項目等に関する検討会 構成員
厚生労働省 医療ニーズの高い医療機器等の早期導入に関する検討会 委員
文部科学省 科学技術・学術審議会 構成員

【受賞】2020 The Rogerio A. Lobo Award (Society for Reproductive Investigation)

【専門医】

日本産科婦人科学会専門医、日本生殖医学会生殖医療専門医、日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医
日本内視鏡外科学会技術認定医(産科婦人科)、日本抗加齢医学会専門医

座長: **渡利 英道**(北海道大学 産婦人科)
横山 良仁(弘前大学 産婦人科)

婦人科腫瘍学に携わって

青木 大輔

国際医療福祉大学大学院／赤坂山王メディカルセンター

婦人科腫瘍学を専門としてきた経緯の中で、がんについては包括的な戦略が必要と考えるようになった。一般的にがんの予防対策として一次予防、二次予防、三次予防が提唱され、それぞれを実践する必要がある。主として大学病院でがん患者の治療に当たっていたことから、三次予防すなわち治療後の再発予防などに携わることが専らで、そのためのエビデンスの構築が任務と考え、化学療法などの臨床試験や多くの治験に従事した。再発高危険群に対する3種類のタキサン製剤+プラチナ製剤の効果の検証もその一つであったが(JGOG2043)、生存期間の延長を確認することはできなかった。がんによる死亡の低減は将来も大きな課題の1つになり続けるだろう。

二次予防すなわち早期発見早期治療によるがん死亡の低減を目指す対策、すなわちがん検診が適応されるのは、婦人科がんのなかでは子宮頸がんだけである。子宮頸がんは自然史が明らかなので、CINを適切に管理して浸潤がんの予防も可能である。また原因がほぼHPVなので一次予防としてのHPVワクチンも実施されている。HPV検査ががん検診手法として適切であるかという点、わが国でも適応可能かという点に関して、20,000人以上の健常者を対象に従来の細胞診と比較するコホート研究とRCTを2013年より実施してきた。これと時期を同じくして、欧州から大規模なRCTの結果が報告され、HPV検査を用いる方法は細胞診に比較して浸潤がんの減少は僅かであるが、検診間隔を開けて受診者負担を軽減することが可能で、このことが、ほぼ唯一のメリットであることが判明し、本邦でも2025年度より5年おきのHPV検査単独法が導入された。がん検診についてもわが国もようやくエビデンスベースの国際水準に追いつきつつある。

新しい医療の開発には基礎研究は重要、一方で臨床応用するためのエビデンスを構築するために、目的を明確にした臨床研究が不可欠。何もしなければ致死性のがんを対象とするならば、縮小率や無再発生存期間の延長をみることでよいのか、生存期間の延長をみるのがよいのか、がん死を低減するのがよいのか、これらを検証する臨床研究の目的を明確にし、その妥当性についてはコンセンサスが必要である。

略 歴

学歴・職歴:

1982年慶應義塾大学医学部卒業、1986年同大学助手。1988年米国 La Jolla Cancer Research Foundation (現 Sanford Burnham Prebys Medical Discovery Institute) Post-doctoral Fellow。1990年国立東京第二病院(現国立病院機構東京医療センター)産婦人科医員、1996年同大学専任講師、2005年同大学教授(医学部産婦人科学)、2023年同大学名誉教授、2023年国際医療福祉大学大学院教授／赤坂山王メディカルセンター院長。

役職(専門医)等:

日本婦人科がん検診学会理事長、日本産科婦人科学会監事(産婦人科専門医)、日本婦人科腫瘍学会監事・元理事長(婦人科腫瘍専門医)、日本臨床細胞学会監事・元理事長(細胞診専門医)、婦人科悪性腫瘍研究機構監事、日本遺伝性腫瘍学会監事・前副理事長(遺伝性腫瘍専門医)、東京都生活習慣病検診管理指導協議会がん部会委員、東京都生活習慣病検診管理指導協議会がん部会委員、神澤医学研究振興財団評議員 等

座長: 渡利 英道(北海道大学 産婦人科)
横山 良仁(弘前大学 産婦人科)

生殖医学から腫瘍学への展開 – 産婦人科医独自の視点から –

藤原 浩

金沢大学名誉教授 / おち夢クリニック名古屋

産婦人科学の特徴として卵から老年期に至る女性の一生を扱うことが挙げられる。また生殖臓器を扱うため他科では経験できない生殖活動に由来する神秘的な生命現象に相對する。例えば卵巣は次世代の生命の源である卵母細胞を保持しており、減数分裂を再開した卵を周期的に腹腔内へ排出(排卵)する。発育した卵胞は新たな内分泌器官として女性ホルモンを分泌するが、排卵後には黄体に移行して黄体ホルモンを分泌し、その後退行する。このような内分泌器官の新生、移行と退縮は他の臓器では認められられず、子宮はこの月経周期に伴って内膜の再生と剥奪を繰り返す。さらに妊娠が成立すると胚は発生しながら卵管内を移動して子宮内膜に着床し、胚/胎児を包容した子宮はその後大きく成熟・肥大して出産後は元の状態に回帰する。その一方で着床部では胎盤が形成され絨毛組織が構築されるが、絨毛外栄養膜細胞(EVT)は母体免疫系からの攻撃を回避しながら子宮内膜に侵入して母体血管を再構築する。EVTの浸潤は癌細胞と異なり子宮筋層表層で停止し、胎盤床と卵膜に胎児・母児間の境界面を形成する。

このようなダイナミックな生殖現象は主として内分泌系で制御されており、生殖内分泌学は産婦人科学領域の重要な専門分野として位置付けられてきた。私も生殖内分泌学を専門分野として研究生活を開始し、卵胞発育および黄体形成・維持機構の解析、その後は胚着床機構、さらに胎盤形成機構の解明を目指してきた。その成果として、内分泌系に加えて免疫系も情報伝達システムとして卵胞発育、黄体形成、胚着床などの生殖現象を積極的に推進すること、また膜結合型ペプチダーゼが局所因子としてこれらの生殖現象を制御することなどを明らかにしてきた。

上記の研究過程で、胚の着床が癌細胞の腹膜播種に、またEVTの子宮内への侵入が癌細胞の浸潤に、さらにEVTの免疫寛容獲得が癌細胞の免疫回避に類似していることに着目し、生殖医学から得た知見を腫瘍学に応用するようになった。本講演では自身の研究の軌跡を紹介しながら、「生殖医学から腫瘍学への展開」という産婦人科医ならではの研究の醍醐味を次世代の皆さんに伝えたいと思う。

略 歴

1983年 京都大学医学部卒業
1993年 京都大学医学部婦人科学産科学講座 助手
1995年 京都大学大学院医学研究科 講師
2009年 京都大学大学院医学研究科 准教授
2013年 金沢大学医薬保健研究域医学系 産科婦人科学 教授
2024年 金沢大学名誉教授
おち夢クリニック名古屋顧問 / 麻布大学客員教授 / 藤田医科大学客員教授

日本生殖医学会生殖医療指導医
日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医
日本婦人科腫瘍専門医

日本生殖医学会	監事
日本受精着床学会	常任理事
日本産科婦人科遺伝診療学会	常任理事

招 請 講 演

抄録ページ右下の  **Program** をクリックすると
プログラムの先頭ページに戻ります。

Education of Young OB/GYN Doctors in Germany

Sven Becker, MD, PhD

University Hospital Frankfurt, Germany

During this lecture, we will talk about the importance of teaching in general and of teaching surgery in particular. The amazing traditions of teaching both in Japanese and German culture will be looked at. The Germany Medical Education and Specialization System will be briefly explained. The Five Stages of Surgical Teaching will be discussed as an important new concept to understand how Surgery is taught and learnt.

Practical Tips and Tricks in the OR in General and for Minimally Invasive Surgery in particular will be discussed – this will not just be a theoretical lecture. With the help of such practical tips, we will explain the importance of the “School Concept” .

Finally, we will look at the role minimally invasive surgery plays in gynecologic oncology.

略 歴

Prof. Becker is a gynecologic oncologist and cancer surgeon. Clinical focus of Prof. Becker is advanced laparoscopy and minimally invasive surgery including robotic surgery. His clinical expertise encompasses endometriosis-surgery, surgical oncology and gynecological oncology. His academic and scientific focus is teaching gynecologic surgery, exploration of new surgical techniques and researching pathway-adapted therapy of advanced oncologic disease with a special focus on mRNA-based treatments of Ovarian Cancer.

Prof. Becker studied medicine in Mainz (Germany), Paris, Madrid and Tokyo. After training in Pathology at Munich University he completed an OB/GYN residency at Johns Hopkins Hospital in Baltimore, USA. He went on to receive both Maternal-Fetal-Medicine- and Gyn-Oncology subspecialization at Tübingen University Hospital, Germany, where he also received his PhD in Breast Oncology.

Since 2012, Prof. Becker has been the Director of the Frankfurt University Women's Hospital as well as Division Head of Gynecologic Oncology and Advanced Gynecologic Surgery.

2017 Prof. Becker was offered to become Professor/Chairman at Rotterdam/Leiden Universities (Gyn-Oncology). He opted to stay in Frankfurt, where he has continued to expand his clinical and research team in the areas of advanced laparoscopy, endometriosis treatment, gynecologic oncology and laparoscopic oncology.

A particular focus of Prof. Becker has been surgical teaching and the advancement of surgical training all over the world. He has lectured in over 20 countries and performed live-surgery in Germany, the United States, Greece, Belgium, Norway, Finland, Ukraine, Egypt, Kenya, Sudan, India and the Philippines, Poland and Albania and is the Author of the Atlas of Gynecologic Surgery (Thieme-Editing House).

He has taken a particular interest in the role of hormones in view of oncology and women's health in general.

Prof. Becker has served on many national and international boards, including as Chairman of a FIGO working group, the ESGE-executive board and the advisory board of the Germany society of Gynecologic Endoscopy as well as the Board of Directors of the Frankfurt Comprehensive Cancer Center. He also served on the AAGL Board of Directors until 2025.

特 別 講 演

抄録ページ右下の  **Program** をクリックすると
プログラムの先頭ページに戻ります。

婦人科悪性腫瘍における LINE-1 ORF1p の 診断バイオマーカーとしての可能性

佐藤 翔

岩手医科大学産婦人科学講座

LINE-1 はヒトゲノム中で最も豊富なレトロトランスポゾンであり、全ゲノムの約 17% を占める。その発現は、CpG ジヌクレオチドに富む内因性プロモーターにより制御されている。LINE-1 は、RNA 結合タンパク質である ORF1p およびエンドヌクレアーゼ兼逆転写酵素である ORF2p の 2 種類のタンパク質をコードしており、活性化に伴い両者の発現が認められる。近年、複数の癌腫において LINE-1 の活性化が報告されており、特に LINE-1 ORF1p (以下、ORF1p) は新規診断バイオマーカーとして期待され、研究および開発が進められている。

本講演では、婦人科悪性腫瘍における ORF1p の診断バイオマーカーとしての可能性について、最新の知見に基づき概説する。

ORF1p は高異型度漿液性卵巣癌 (HGSOC) において診断マーカーとなる可能性が示されており、腫瘍細胞から分泌されることが確認されている。具体的には、培養液・腹水・患者血漿中において検出可能であることが、卵巣がん細胞株、患者由来細胞および血液検体を用いた質量分析法により証明された。さらに、ORF1p は HGSOC の前駆病変である漿液性卵管上皮内癌 (STIC) においても発現しており、正常卵管上皮では認められないことから、発癌初期に関与する可能性が示唆されている。また、卵巣がん細胞株に DNA メチル化阻害剤を処理したところ、ORF1p の発現および分泌が誘導されたことから、LINE-1 の活性制御には DNA メチル化が重要な役割を担うことが示された。加えて、HGSOC のみならず卵巣明細胞癌 (CCOC) においても ORF1p の診断バイオマーカーとしての可能性が検討された。免疫染色を用いた解析により、典型的子宮内膜症から異型病変、さらには浸潤癌へと進展する過程で ORF1p の発現が増加することが確認された。これらの結果は、LINE-1 の脱メチル化が CCOC 発症初期に生じる可能性も示唆している。

現在、子宮体がんにおける ORF1p の診断バイオマーカーとしての可能性についても研究が進められており、さらなる研究開発が期待される。

略 歴

<学歴>

盛岡市出身

2009 年 埼玉医科大学医学部 卒業

2018 年 埼玉医科大学大学院医学研究科 卒業 (医学博士)

<職歴>

2009 年 埼玉医科大学病院 初期研修医

2011 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母体・胎児部門 (産婦人科) 後期研修医

2012 年 さいたま赤十字病院産婦人科

2014 年 埼玉医科大学国際医療センター婦人科腫瘍科 助教

2016 年 University of Pennsylvania The Penn Ovarian Cancer Research Center (U.S) Research Fellow

2018 年 埼玉医科大学国際医療センター婦人科腫瘍科 助教

2023 年 岩手医科大学産婦人科学講座 助教、埼玉医科大学国際医療センター婦人科腫瘍科 非常勤講師

<所属学会・資格>

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)、日本遺伝性腫瘍学会 (専門医)、

日本がん治療認定医機構 (認定医)、日本産婦人科内視鏡学会、

GOTIC、JGOG、Global Oncology Trials Japan (NCI investigator)

子宮体癌の精密診断のための遺伝子解析研究

松浦 基樹

札幌医科大学産婦人科

正常子宮内膜では癌関連遺伝子変異がすでに起きており加齢や月経回数の積み重ねによって変異が蓄積することが報告されている。このような背景の中、子宮体癌の精密診断に子宮内膜 LBC 検体による NGS はスクリーニングとして応用できるのか検討した。

218 例の子宮内膜 LBC 検体の一部を用いて、Cancer Hotspot Panel による腫瘍関連遺伝子の遺伝子解析を行った。解析に必要な DNA 量が得られた 195 例でデータ解析を行った。195 例中 34 例は子宮体がんと診断された。そのうち 24 例は細胞診で陽性・疑陽性とされ、細胞診の感度は 71% であった。一方遺伝子解析の感度は 79% で、27 例で病的変異を検出し、うち 7 例は細胞診陰性の症例であった。細胞診と遺伝子解析の併用では 91% が陽性で感度の上昇が認められた。子宮内膜増殖症 10 症例と子宮内膜ポリープ 7 例は全例で細胞診陰性であったが、それぞれ 7 例と 2 例に病的変異を認めた。子宮筋腫・腺筋症 66 例中 17 例で病的変異を認めた。子宮に悪性・前がん病変を認めないが病的変異を認めた 32 例のうち 2 例は 2 年 9 ~ 10 か月後に子宮体癌が発見された。

我々の検討で正常な子宮内膜に癌関連遺伝子変異が起きていることが示されたが、このような症例の一部から子宮体癌を発症している症例も経験した。癌関連遺伝子に変異を持つ正常子宮内膜と子宮体癌との関連性、またどのような変異の蓄積が癌発症と強く相関するのか、そしてスクリーニングとして遺伝子解析を応用する場合には、遺伝子変異を有する症例に対してどのような経過観察を行っていくか十分に検討する必要がある。

略 歴

略歴

2004 年 札幌医科大学医学部卒業、2015 年 4 月 ~ 2017 年 3 月 がん研有明病院、
2017 年 4 月 札幌医科大学産婦人科学講座助教、2018 年 4 月 講師、2025 年 2 月 准教授

資格、役職

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・代議員・手術手技研修委員会委員・査読委員、日本臨床細胞学会専門医・指導医・評議員・学術委員会委員、日本産科婦人科内視鏡学会腹腔鏡技術認定医・ロボット手術技術認定医・評議員・技術認定制度委員会委員、日本内視鏡外科学会技術認定医・保険委員会委員、日本癌治療学会がん治療認定医、日本ロボット外科学会専門医、日本婦人科がん検診学会評議員、北海道臨床細胞学会理事、北海道産科婦人科学会評議員、da Vinci Xi / hinotori Certificate・Procter、da Vinci SP / Hugo Certificate・First Instructor

HPV と子宮頸部のマイクロバイーム: CIN 研究の今後

柴田 健雄

金沢医科大学医学部産科婦人科学

子宮頸がんがヒトパピローマウイルス (HPV) 感染を契機に発症することは、数多くの研究で明らかにされ、HPV 予防ワクチンの実用化につながり、その効果は非常に大きい (Journal of Medical Virology. 2024)。しかし、すでに HPV に感染している場合や CIN (子宮頸部上皮内腫瘍) 患者には HPV 予防ワクチンは無効であり、新たな治療戦略の確立が喫緊の課題である。我々は、CIN の多くが自然に退縮するメカニズムの解明が治療法の開発につながると考え、子宮頸部周囲の微生物叢が CIN に与える影響に着目した。

まず、子宮頸部細菌叢解析の基盤構築として、子宮頸部液状細胞診検体の利用可能性を検討した (PLOS One. 2021)。16S rRNA 遺伝子シーケンスにより、これらの検体から細菌 DNA が解析可能であることを確認した。また、HPV16/18 感染が細菌性炎症関連の環境と有意に関連することを見出した。

次に、CIN の非侵襲的治療法として開発中のケミカルピーリング療法の前後における子宮頸部細菌叢の変化が CIN の退縮に与える影響を詳細に解析した。高リスク HPV が陰性化した CIN 患者 28 名を対象に、治療前後のペアサンプルを用いた微生物叢解析を行った結果、ケミカルピーリング後に *Lactobacillus hominis* が有意に増加した。さらに、この微生物叢の変化は、セレン化合物代謝やチアミン代謝の亢進など、複数の代謝経路の変化と関連することが示唆された (Journal of Applied Microbiology. 2025)。これらの結果は、特定の乳酸菌および細菌由来の代謝産物が CIN の治療メカニズムに貢献する可能性を示唆する。

我々は、CIN への影響として細菌のみならず真菌にも注目している。T 細胞を活性化させ HPV 感染細胞を除去する HPV 治療ワクチン (PepCan) を開発してきたが、その有効性は 30.8% であった。しかし、アジュバントとして用いたカンジダ皮膚反応試薬単独で 47.6% という高い有効性を示したことは特筆すべきである (medRxiv. 2025)。この結果は、カンジダによる全身性の免疫刺激が CIN の新たな治療法となる可能性を示唆する。

子宮頸部細菌叢関連のバイオマーカーの探索は、CIN の消退・進行の予測や個別化治療に貢献する可能性がある。また、微生物叢に着目したより効果的で副作用の少ない子宮頸がん治療法の開発も目指したい。

略 歴

- | | |
|---------------------------|--|
| ・ 2009 年 3 月 | 金沢医科大学医学部 卒業 |
| ・ 2009 年 4 月 - 2011 年 3 月 | 金沢医科大学病院臨床研修センター 臨床研修 |
| ・ 2011 年 4 月 - 2021 年 3 月 | 金沢医科大学医学部産科婦人科学 助教 |
| ・ 2016 年 3 月 | 金沢医科大学大学院医学研究科博士課程 修了 |
| ・ 2018 年 9 月 - 2020 年 8 月 | University of Arkansas for Medical Sciences, Department of Pathology, Research Scholar |
| ・ 2024 年 4 月 - 2025 年 3 月 | 金沢医科大学医学部腫瘍内科学 (併任) |
| ・ 2021 年 4 月 - 現在 | 金沢医科大学医学部産科婦人科学 講師 |

一般演題

抄録ページ右下の  **Program** をクリックすると
プログラムの先頭ページに戻ります。

EO-01

加齢に伴う脆弱性が婦人科癌の予後に与える影響に関する競合リスクモデルを用いた解析

○前田 陽穂¹⁾、大沼 利通²⁾、工藤 渉²⁾、藤田 将行²⁾、田中 良明²⁾、山田 しず佳²⁾、津吉 秀昭²⁾、品川 明子²⁾、折坂 誠²⁾、吉田 好雄²⁾

1) 福井総合病院 初期臨床研修医、2) 福井大学医学部産科婦人科

（諸言）本邦では婦人科癌を有する高齢患者の割合が増加している。これらの患者は加齢に伴う脆弱性により、非高齢者と同様の治療が行われていても、治療の効果や予後は同様ではない可能性がある。

（方法）2006 から 2024 年に当院で初回治療を開始した、子宮頸癌 376 例、子宮体癌 379 例、卵巣癌 376 例、外陰癌 30 例、子宮肉腫 58 例を対象とした。年齢区分は、65 歳未満を非高齢者、65 ～ 74 歳を前期高齢者、75 歳以上を後期高齢者と定義した。死亡原因は婦人科癌死、婦人科癌以外の死とした。死因不明例へは各年齢群の既知の比率に基づいてランダムに割り当てた。婦人科癌以外の死亡を競合リスクとし、Fine-Gray の競合リスクモデルを用いて婦人科癌死について解析した。

（結果）子宮頸癌では前期高齢者と非高齢者では有意差はなかったが、後期高齢者では HR2.89 (95%CI: 1.73-4.81, $p<0.001$) と有意なリスク上昇が認められた。子宮体癌では前期高齢者、後期高齢者ともに非高齢者と有意差は認めなかった。卵巣癌では、前期高齢者は HR2.59 (95%CI: 1.71-3.90, $p<0.001$)、後期高齢者は HR5.07 (95%CI: 3.26-7.89, $p<0.001$) と、いずれも非高齢者と比較して有意なリスク増加がみられた。外陰癌では前期高齢者、後期高齢者共に非高齢者と有意差はなかった。子宮肉腫では、前期高齢者には差はなかったが、後期高齢者は HR2.52 (95%CI: 1.02-6.23, $p=0.045$) と非高齢者と有意差が認められた。

（結論）子宮体癌では加齢による予後への影響は認められなかったが、子宮頸癌、卵巣癌、子宮肉腫においては、特に後期高齢者で婦人科癌による死亡リスクが高かった。これらの所見は、高齢者に特有の脆弱性が予後に影響を与えている可能性を示唆している。

EO-02

産婦人科専攻医のノンテクニカルスキルをオンライントレーニングで向上させる取り組み

○井平 圭、渡利 英道

北海道大学婦人科

【目的】

産婦人科医にとって、技術的スキル (Technical skill: TS) の向上が重要であることは言うまでもなく、特に鏡視下手術全盛の現代はハンズオントレーニングや動画閲覧の機会にあふれている。一方で、業務を遂行する際に必要な技術的スキルを補い、業務を安全かつ効率的に実施するために必要とされる認知的、社会的スキルであるノンテクニカルスキル (Non-Technical skill: NTS) は、重要性が認識されつつあるものの、そのトレーニングは不十分である。われわれは、若手医師の NTS を向上させることを目的とし、手術前説明のオンライントレーニングを開発したので報告する。

【方法】

1. 指導医を患者に見立て、シナリオをもとに手術前説明のシミュレーションを行う。2. 独自に作成したループリック評価表をもとに即時評価し、その場でフィードバックを行う。3. 再度シミュレーションと即時評価を行いフィードバックを行う。ループリック評価表は、適応疾患の説明、手術の目的、合併症の説明が過不足なく行われているか、また礼儀正しい態度、不安に対する配慮、患者の理解度の確認など 10 項目を設定しそれぞれを 3 段階評価する (30 点満点)。また概略評価として、最高評価を「一人で十分に任せることができる」とした 4 段階の評価を行う。

【成績】

10 人の専攻医に対し、計 14 回のトレーニングを行った。評価表のスコアは受講した全員で向上した。「シミュレーションを行うことで実際の臨床現場での緊張が和らいだ」、「これまでより患者の不安によりそう声掛けを増やすことができるようになった」といった意見が聞かれた。

【結論】

AI 技術の参入により、医師と患者とのコミュニケーションのあり方も変化していく可能性があり、NTS は今後ますます重要になる。手術前説明のオンライントレーニングは若手医師の NTS の向上に貢献する可能性がある。

EO-03

子宮筋腫に対する子宮動脈塞栓術症例における子宮動脈分岐 Variation の検討

○矢澤 里穂、経塚 標、安城 和輝、福田 冬馬、鈴木 大輔、野村 泰久

太田西ノ内病院 産婦人科

【目的】子宮筋腫に対する治療には、子宮摘出術、核出術、薬物療法など複数の選択肢があるが、当院では子宮温存が可能で短期入院で実施できる子宮動脈塞栓術（UAE）も提示している。UAE を安全かつ迅速に施行するには、子宮動脈の分岐パターンの把握が重要である。本研究では、UAE を施行した症例を対象に、治療前の造影 CT を用いて子宮動脈分岐のバリエーションを評価し、左右差の有無を検討した。

【方法】2021 年 10 月～2025 年 3 月に UAE を施行した子宮筋腫 80 例を対象とし、術前の骨盤造影 CT にて子宮動脈の分岐を、A 型：内腸骨動脈からの直接分岐、B 型：上殿・下殿・子宮動脈が共通管から分岐する三分岐型、C 型：下殿動脈の第一分枝として分岐する型の 3 型に分類し、左右別に解析した。分岐パターンの左右差はクロス集計とカイ二乗検定で評価した。

【結果】右子宮動脈では A 型 17.5%、B 型 28.8%、C 型 53.8%、左子宮動脈では A 型 18.8%、B 型 7.5%、C 型 73.8% であり、分布に左右差を認めた（ $p = 0.002$ ）。また、右子宮動脈が C 型となる要因について多変量解析を行ったところ、経産歴との関連が示唆された（ $p = 0.040$, OR=2.703）。

【結論】子宮動脈の分岐パターンにおける左右差を解析した先行研究はなく、本研究はそれを示した初の報告である。分岐バリエーションの把握は、UAE におけるカテーテル操作の円滑化、手術時間の短縮、被ばく量の低減にも寄与し、解剖学的知見の蓄積としても意義があると考えられる。

EO-04

地域特性に応じた産科遠隔診療の展開
ー秋田県における医療アクセス格差への挑戦ー○小野寺 洋平¹⁾、千葉 和宏¹⁾、有明 千賀¹⁾、小野 有紀¹⁾、三浦 広志¹⁾、山本 浩史²⁾、渡邊 博之²⁾、寺田 幸弘¹⁾

1) 秋田大学大学院医学系研究科医学専攻 機能展開医学系 産婦人科学講座、

2) 秋田大学大学院医学系研究科 医療 DX センター 遠隔医療推進部門

秋田県は面積が広いと、地域によっては医療施設への受診に長時間を要する。さらに冬季には降雪の影響で交通事情が悪化しやすい。そのほか、妊婦の背景に育児や就労、基礎疾患がある場合には、医療機関への受診を妨げる要因となりうる。こうした交通・地理的条件や生活背景に起因する医療アクセス格差を軽減することは、地域周産期医療における課題である。当院ではその解決策の一つとして、産科領域における遠隔診療の導入を進めている。

一つは「医療 MaaS（Mobility as a Service）」の活用である。通信機器および医療機器を搭載した医療車両が地域を巡回し、妊婦が自宅近くで健診を受けられる体制を整備した。2024 年 9 月より産科での運用を開始し、利用者の満足度は高い。妊婦との対面機会を確保しながらも移動負担を軽減できる点が評価されている。今後は安定したサービス供給を目指すと共に、山間部や積雪の多い地域も含めた対象地域の拡大を目指す。

もう一つは、施設間連携による遠隔診断システムである。2025 年 5 月より、当院と関連施設 1 施設をオンラインで接続し、医療画像や動画をリアルタイムで共有することにより、遠隔での胎児形態スクリーニングおよび精査が可能となった。これにより、専門的知見を地域に届けると同時に、紹介医へのフィードバックや研修医教育にも資する仕組みが構築されつつある。本システムを通じ、脳梁欠損の胎児の出生前診断が為され、速やかに当院への紹介に繋げることができた。今後は連携施設を拡充し、県内全域への展開を目指している。

現時点では出生前診断に重点を置いているが、将来的には妊娠中の相談支援、出産前後の継続的フォロー、さらには災害時や感染症流行期の代替的診療手段としての活用も考えられる。遠隔診療を通じた持続可能な周産期医療の構築を目指す。

EO-05

Zymot[®]の至適対象者の探索研究—当院での有効性検証—

○金子 宙夢、竹原 功、伏見 和朗、日根 早貴、斎藤 緑、酒井 一嘉、松川 淳、西 美智、永瀬 智

山形大学医学部 産科婦人科学講座

【目的】男性不妊は一般に精子濃度、運動率、形態等の量的異常が主体であり、精液検査により把握可能である。一方、検査所見に異常を認めないにもかかわらず、受精障害や胚発育不良を呈する症例も存在し、原因不明の男性因子の関与が考えられる。Zymot[®]はマイクロ流体力学的手法により運動性および形態に優れた精子を選別する技術であり、臨床成績の改善に有効であるとの報告もあるが、一定の見解が得られていない。今回、当院における顕微授精（ICSI）症例を対象として、Zymot[®]の有効性および適応を後方視的に検討した。

【方法】2024年8月から2025年6月までの間に当院で採卵を行った患者で、Zymot[®]を使用した37周期中、採卵不能であった2周期を除く35周期を対象とし、同一症例における非使用周期と臨床成績の比較を行った。主要評価項目は受精率、胚発育率、良好胚盤胞到達率とし、副次評価項目として妊娠率、さらに、当院ではICSI例の受精障害の場合はAoA（Artificial oocyte activation）を行っており、AoAでの臨床成績の改善を考慮してAoA施行の有無によるサブグループ解析を実施した。

【結果】Zymot[®]使用周期と、未使用周期で受精率に有意差は認めなかった（ $p=0.20$ ）が、胚発育率（ $p=0.014$ ）、良好胚盤胞到達率（ $p=0.001$ ）は有意に上昇した。妊娠率にも有意差は認めなかった（ $p=0.30$ ）。サブグループ解析では、AoA未施行群では胚発育率（ $p=0.035$ ）および良好胚盤胞率（ $p=0.013$ ）が改善した。施行群では受精率（ $p=0.0026$ ）のみ有意に改善し、胚発育率と良好胚盤胞到達率は改善しなかった。

【結論】Zymot[®]の使用は受精以降の胚予後を改善する可能性がある。中でもAoAを必要としないような、即ち受精障害を認めない症例では特に臨床成績を改善する可能性がある。また、受精障害のある症例でも受精率を改善する可能性がある。Zymot[®]は従来の精液検査では把握困難な原因不明男性因子に対する有効な治療手段となり得る。

EO-06

反復する常位胎盤早剥離の特徴と管理：多施設共同研究による検討

○中村 真子¹⁾、飯野 香理¹⁾、大石 舞香¹⁾、伊東 麻美¹⁾、田中 幹二²⁾、橋本 哲司³⁾、尾崎 浩士⁴⁾、高橋 聡太⁵⁾、横山 良仁¹⁾

1) 弘前大学産科婦人科学講座、2) 独立行政法人国立病院機構弘前総合医療センター産婦人科、3) 青森市民病院産婦人科、4) 青森県立中央病院産婦人科、5) 八戸市立市民病院産婦人科

【目的】

常位胎盤早期剥離は突発的に発症し、母児ともに重篤な転帰を招く可能性があるため、迅速な診断と治療介入が求められる。既知のリスク因子として外傷、妊娠高血圧症候群、喫煙などが知られているが、これらを伴わない症例も多く、病態には未解明な部分が多い。そこで我々は、特に反復する常位胎盤早期剥離に着目し、その臨床的特徴と管理方法について検討した。

【方法】

当施設近隣の分娩取扱い総合病院9施設における診療記録から、常位胎盤早期剥離と診断された症例を対象に、患者背景および母児の転帰について後方視的に調査を行った。

【結果】

常位胎盤早期剥離を発症した症例は239例であった。リスク因子別では、早産が31.8%と最も多く、次いで妊娠高血圧症候群が17.2%、前期破水5.9%、喫煙3.3%、外傷1.3%であった。既往に常位胎盤早期剥離があり、再び発症した反復例は10例（4.2%）で、そのうち9例が2回、1例が4回発症していた。反復症例における発症時の妊娠週数の中央値は36.5週（34週～38週）であった。周産期予後については、10例中1例で新生児死亡を認めたものの、母体の予後は全体症例と比較して概ね良好であった。なお、反復症例のうち8例は既知のリスク因子を有しておらず、発症前まで問題なく経過していた。

【結論】

今回の多施設共同研究により、常位胎盤早期剥離の既往がある女性では、次回妊娠時にも一定の割合（4.2%）で再発症することが確認された。反復症例の多くは既知のリスク因子を有さず、一般的な常位胎盤早期剥離とは病態が異なる可能性がある。さらに、経過も順調であったことから、本症の既往がある女性に対しては次回妊娠時の発症を念頭に置き、啓発や慎重な経過観察による早期診断・治療が母児の良好な転帰に重要であると考えられた。

EO-07

当院で管理したもやもや病合併妊娠7例の検討

○河西 優理香、生水 貫人、波多野 智哉、椎名 咲衣、津田 竜広、伊東 雅美、米田 徳子、米田 哲、中島 彰俊

富山大学附属病院 産科婦人科

【緒言】もやもや病は内頸動脈の狭窄または閉塞により脳への血流が低下し代償的に側副血行路（もやもや血管）が形成される進行性の脳血管疾患であり、虚血性脳卒中や頭蓋内出血の原因となる。妊娠中の血行動態の変化や血圧変動により脳卒中リスクが高まる可能性が指摘されている。もやもや病を合併した妊婦に対する周産期管理における明確な指針は確立されておらず、症例ごとの慎重な対応が求められる。今回、当院で妊娠管理を行ったもやもや病合併妊婦の臨床経過を後方視的に検討し、もやもや病合併妊娠での妊娠・分娩管理について文献的考察を加えて報告する。【方法】2014年1月から2025年5月に当院で妊娠管理を行ったもやもや病合併妊婦7例（12妊娠）を対象とし、血行再建術の有無、既往歴、家族歴、プレコンセプションケアの有無、妊娠経過、分娩様式、麻酔方法、母児転帰などについて診療録をもとに後方視的にデータを収集した。【結果】7例中6例で血行再建術を受けており、2例で家族歴を認め、4例で妊娠高血圧症候群を合併していた。プレコンセプションケアは1例で行われた。全例が予定帝王切開により分娩され、麻酔方法は脳神経外科・麻酔科と連携の上、全身麻酔または腰椎麻酔が症例ごとに選択された。いずれの症例においても妊娠中から産褥期までに新たな神経症状の出現や重篤な母体合併症は認めなかった。新生児も全例で良好な経過をたどった。【考察】もやもや病合併妊娠で脳血管イベントのリスクを低減させるために、妊娠前のバイパス手術が望ましく、妊娠高血圧症候群を合併しやすい特徴があるためより厳重な血圧コントロールが必要となる。妊娠に伴うリスクが高いことや、遺伝学的な背景をもつ症例もあるため、妊娠前からの本人や家族への十分な情報提供を行うことが重要である。分娩方針に関しては、他科と連携し個々の症例に応じて血圧変動の少ない管理方法を選択する必要がある。

EO-08

妊娠が“可能”になった心疾患患者に産婦人科はどう備えるか
- プレコンセプションケア外来の意義と今後の展望 -

○佐藤 理香子、濱田 裕貴、泉 聖也、森 亘平、田上 和磨、高橋 司、富田 美弥、只川 真理、岩間 憲之、齋藤 昌利

東北大学病院 産科

【背景】かつて妊娠が困難とされてきた重症心疾患患者が、医療の進歩により妊娠・出産を志向する時代を迎えている。一方で妊娠に伴う循環動態の変化や心負荷の増大は、母体の心不全や早産などのリスクを増大させる。当院では2024年2月にプレコンセプションケア（Preconception care: PCC）外来を新設し、妊娠前から各科・患者本人と戦略を共有し、ハイリスク妊娠に備える役割を担ってきた。本研究では、PCC外来の受診状況と、同期間に当院で周産期管理を行った心疾患合併患者の実態を明らかにすることを目的とし、今後の産婦人科医療の方向性を提言する。【方法】2024年2月～2025年5月に当院で周産期管理を行ったmodified WHO分類に基づく心疾患（期外収縮のみは除外）合併患者を対象とした。患者背景、心疾患管理の状況、PCC外来受診の有無、周産期管理および妊娠転帰について診療録より抽出し、後方視的に分析した。【結果】対象者は36例で、心疾患の手術歴は12例（33%）、遺伝性心血管疾患は6例（16.6%）だった。modified WHO分類でⅡ～Ⅲ以上は15例（Ⅱ～Ⅲ:7、Ⅲ:5、Ⅳ:3）で、多くが2次・高次施設でフォローされていたが、妊娠前に産科紹介があったのは2例だった。PCC外来の心疾患合併患者は6例（Ⅱ～Ⅲ:2、Ⅲ:1、Ⅳ:2）で、5例が院内紹介を含む高次医療機関からの紹介だった。【結論】本研究においては、PCC外来受診する患者は重症例が多く、高次医療機関からの紹介が中心だった。また、当院で周産期管理を行った心疾患合併患者も重症例が多かったが、PCC外来受診や妊娠前の産科紹介が少ない現状が明らかとなった。PCC外来は単なる情報提供の場ではなく、妊娠可能な慢性疾患患者に対して妊娠前から周産期管理体制を構築する「戦略的起点」である。今後の産婦人科におけるハイリスク妊娠へPCC戦略の確立と普及の必要性を示すものであり、地域医療連携を含む包括的体制構築の一助となることが期待される。

EO-09

妊娠糖尿病既往女性における産後早期の糖代謝異常に関連する因子の検討

○伏見 和朗¹⁾、山内 敬子¹⁾、山口 理紗子¹⁾、福長 健史¹⁾、奥井 陽介¹⁾、出井 麗²⁾、仙道 可菜子¹⁾、渡邊 憲和¹⁾、永瀬 智¹⁾

1) 山形大学医学部附属病院産科婦人科学講座、2) 山形済生病院

【目的】妊娠糖尿病（gestation diabetes mellitus：GDM）の既往は将来的な糖尿病のリスクだが、GDM 既往女性に対する明確なフォローアップの方法はなく、脱落例も多い。そのため、分娩施設で産後早期の耐糖能異常を抽出することは重要である。GDM 既往女性において、産後早期の糖代謝異常に関連する因子を検討した。

【方法】2020 年 1 月から 2023 年 6 月に当院または山形済生病院で GDM と診断され、産後に 75g OGTT を施行した 111 例を対象とした。

【結果】正常型 66 名 (59%)、境界型 41 名 (36.9%)、糖尿病型 4 名 (3.6%) であった。正常型、耐糖能異常群（境界・糖尿病型）の各群で症例の背景を比較した。妊娠時の 75g OGTT 2 時間値の中央値は正常型 153 mg/dL、境界型 168 mg/dL で有意差を認めた ($p < 0.001$) が、年齢や家族歴、肥満の有無と関連を認めなかった。多変量解析において、妊娠時の 75g OGTT 2 時間値 ≥ 155 群は、 < 155 群と比較して OR 4.6 (95% CI: 1.5-13.8, $p = 0.0059$) で耐糖能異常と関連したが、年齢や糖尿病の家族歴、妊娠時の 75g OGTT 陽性数、完全母乳の有無は関連を認めなかった。2 群間で妊娠時の 75g OGTT 2 時間値に関する ROC 曲線は、カットオフ値は 155 mg/dL (特異度 0.576、感度 0.777)、曲線下面積は 0.701 であった。また、産後にインスリン抵抗性およびインスリン分泌指数を測定した 80 例において、妊娠時の 75g OGTT 2 時間値とこれらの代謝指標との関連を Pearson の積率相関係数を用いて検討した。妊娠時の 75g OGTT 2 時間値は、産後のインスリン分泌指数と有意な負の相関を認めた ($r = -0.35$, $p = 0.0017$) が、インスリン抵抗性とは有意な相関を認めなかった ($r = -0.095$, $p = 0.41$)。

【考察】本研究で GDM において、妊娠時の 75g OGTT 2 時間値は産後早期の耐糖能異常の独立した関連因子で、インスリン分泌能低下と関連を認めた。妊娠時の 75g OGTT 2 時間値 ≥ 155 mg/dL の患者に対する産後フォローアップ強化が有効である可能性がある。

EO-10

周産期領域における医用画像ソフトの活用法についての報告

○昆 夏鈴、小山 理恵、岩動 ちず子、細見 信悟、佐藤 貴紀、川村 花恵、羽場 巖、馬場 長

岩手医科大学 産婦人科学講座

【目的】近年、AI 機能、を持ち合わせた超音波胎児心臓スクリーニングを用いるようになってきた。一方、胎児形態異常や胎盤異常の際は超音波検査に MRI を用い検索している。我々は、オープンソフト医用 3D 画像 3D Slicer と Osirix MD を用い再構築した画像から詳細な情報に得よう試みた。

【症例】

症例 1: 19 歳、31 週 3 日、初産婦

現病歴：超音波検査にて胎児側脳室拡大を認め紹介となった。当科の超音波検査で胎児大頭症、胸郭形成不全、四肢変形、側弯症を疑った。32 週 0 日 切迫早産の管理入院。妊娠 37 週 4 日患者と家族から同意を得て帝王切開術を施行した。児は男児。出生体重は 2232g。Apgar スコアは 1 点 (1 分值) と 3 点 (5 分值) あった。児の気管挿管は可能であったが、生後 9 時間後に呼吸不全のため永眠。

症例 2: 39 歳、初産婦

現病歴：生殖補助療法にて妊娠成立。前医にて妊娠 39 週 4 日に自然分娩するも胎盤用手剥離となり持続性出血 1582g となったため当院へ搬送。搬送時の造影 CT 検査で造影効果のある遺残胎盤と子宮内出血が推定され、血管造影と両側子宮動脈塞栓術 (UAE) を行った。翌日 再出血し、再度 UAE を行った。2 回目の UAE 後の MRI 検査で穿通胎盤を疑った。これらの病状を説明した上で同日に子宮摘出を行った。術後 7 日目に退院。病理診断は侵入胎盤であった。

【方法】3D Slice や OsiriX MD に症例の MRI と CT の DICOM データを入力し、Volume Radaring と Segmentation を用い立体画像を構築した。患者から学会発表することに同意を得ている。

【結果】再構築画像によって癒着胎盤における付着部の変化と出血部位の責任血管の走行の確認ができた。産科医であっても画像を再考することで治療方針に貢献できると期待する。

EO-11

胎児発育別にみた妊娠高血圧症候群のリスク因子の検討

○藤原 孝史、飯塚 崇、鏡 京介、細野 隆、神田 龍人、田中 有華、山口 彩華、竹田 初美、安彦 郁

金沢大学附属病院 産科婦人科

背景

妊娠高血圧症候群（HDP）は胎盤形成不全を主因とし、胎児発育遅延（small for gestational age: SGA）と関連するが、正常発育児（appropriate for gestational age: AGA）を分娩した妊婦にも発症する。AGA 児を分娩した妊婦における HDP 発症のリスク因子はわかっていない。

方法

2015 年から 2021 年に金沢大学附属病院で分娩した単胎妊娠 1,633 例（多胎妊娠、過期妊娠、胎児異常、死産児を除外）を対象とした。出生体重 SD スコアにより AGA 群（ $> -1.28SD$ ）と SGA 群（ $\leq -1.28SD$ ）の 2 群に分類し、各群における HDP の発症と年齢、妊娠前 BMI、経産歴、喫煙歴、内科的合併症、HDP 既往歴、ART 妊娠、糖代謝異常との関連を単変量およびロジスティック回帰で検討した。

結果

AGA 群（ $n = 1457$ ）では、HDP は 120 例（8.2%）に認められ、単変量解析では年齢、ART 妊娠、妊娠前 BMI、経産歴、HDP 既往が有意差を示した。ロジスティック回帰では、年齢（OR=1.049, 95%CI: 1.01-1.10）、妊娠前 BMI（1.13, 1.08-1.17）、経産歴（0.36, 0.22-0.55）、HDP 既往（9.03, 3.97-20.0）が有意な関連を示した。一方、SGA 群（ $n = 176$ ）では HDP は 59 例（33.5%）で、年齢のみが有意なリスク因子だった（OR=1.08, 95%CI: 1.01-1.16）。

結論

AGA 児を分娩した妊婦では SGA 児を分娩した妊婦と比べて胎盤機能が維持されていると考えられるが、そのような妊婦における HDP の発症には、妊娠前 BMI や年齢の上昇、HDP の既往といった母体因子が関与していることが示唆された。

EO-12

当院における先天性心疾患の胎児診断の現状と今後の課題

○高橋 聡太¹⁾、田中 宏典¹⁾、金城 学²⁾

1) 八戸市立市民病院 産婦人科、2) 八戸市立市民病院 小児科

【緒言】今日、胎児超音波断層法による先天性心疾患（CHD）の診断は、児の予後改善のために重要な検査である。当院では一般的な妊婦健診で、精査が必要と思われた症例（心臓以外の問題も含む）に対して、周産期を専門とする医師 2 名による精査外来を設けている。今回、当院で胎児診断した、もしくは出来なかった CHD 症例を振り返り、今後の課題を抽出したい。

【方法】2021 年 1 月～2024 年 12 月の間、精査外来の受診者のうち、胎児心臓精査を含む理由で受診した症例について、カルテ精査を行った。また、胎児診断がされていなかった症例については、小児科医に聞き取り調査をおこなった。

【結果】精査外来において、胎児心臓評価を目的に含んでいた症例は、2021 年が 21 例、2022 年が 42 例、2023 年 24 例、2024 年が 22 例であった。そのうち胎児期に CHD と診断された症例は 2021 年が 6 例、2022 年が 7 例、2023 年が 8 例、2024 年が 3 例の計 24 例であった。診断は、心室中隔欠損（VSD）が 5 例（うち 2 例は生後正常と診断）、VSD 以外が 19 例であった。一方、胎児期未診断の院内出生 CHD は 32 例あり、うち 26 例（81%）が VSD、3 例（9%）が軽度の肺動脈狭窄（PS）、2 例（6.2%）が軽度の大動脈狭窄（AS）および肺動脈狭窄（AS/PS）、1 例（3.1%）が部分肺静脈還流異常症であった。

【考察】いわゆる重症の CHD はおおむね胎児診断できていたが、CHD の多くを占める単独の VSD はほとんど胎児診断できていないことが明らかとなった。VSD は近年、生後 2-4 ヶ月という比較的早期に根治術が行われていることから、胎児診断の需要は高いと思われる。

【結論】当院のスクリーニング体制で、重症の CHD は概ね胎児診断できていた。単独 VSD の胎児診断は今後の課題として重要と考えている。

O-001

妊娠 21 週で妊娠高血圧腎症を発症した一例

○森山 響子、中嶋 えりか、矢島 亜花音、松井 優祐、越澤 章太郎、村上 幸治、杉山 沙織、
中田 俊之、野崎 綾子、光部 兼六郎

JA 北海道厚生連旭川厚生病院 産婦人科

【背景】超早産期発症の妊娠高血圧腎症 (PE) は重症化しやすく、また児の未熟性も強いために治療に際して課題が多いが、発症が稀で報告が少ない。また、その他の早発型 PE と病態や臨床像、予後が同様であるかどうかについても不明である。

【症例】25 歳、初産婦。自然妊娠し、近医に通院していた。妊娠初期より血圧は正常高値程度で推移していたが、妊娠 19 週から全身の浮腫や頭痛が出現した。妊娠 21 週 3 日に高血圧緊急症 (168/108mmHg)、尿蛋白 (3+) を認め、当科に母体搬送された。PE と診断し、高血圧に対してニカルジピン投与による降圧を開始した。高度蛋白尿および肝障害、LDH の上昇に加え、胎児推定体重 244g (-2.6SD) と胎児発育不全を認めた。妊娠継続困難と判断し、治療のために緊急帝王切開術による人工妊娠中絶を行った。術後、臓器障害は改善し、高血圧も内服治療でコントロール可能で母体予後は良好であった。

【結語】極めて早期に PE を発症した症例に対し、治療のために妊娠中絶を要した。超早産期発症 PE は臨床的に重大な決断を即時に迫られる病態であるが、症例の蓄積により、方針決定を支持しうる新たな指針の確立が求められる。

O-002

妊婦の体組成と妊娠糖尿病についての検討

○中西 研太郎、浦 寿珠、中村 真彰、吉澤 明希子、金井 麻子、横浜 祐子、加藤 育民

旭川医科大学 産婦人科

【目的】妊娠糖尿病 (GDM) は妊婦の体格指数 (BMI) と強い関連を有することが報告されている。一方で、BMI に加えた体組成指標と GDM 発症との関連性については、これまでにいくつかの検討がなされているものの、確立した結果は得られていない。我々は、妊婦の骨格筋量や体脂肪率、体水分率といった体組成と GDM との関連について明らかにすることを目的とした。

【方法】本研究は後方視的コホート研究である。研究期間は 2022 年 5 月から 2025 年 5 月までで、妊娠 14 週未満に当院を受診し、当院で分娩した女性を対象とした。多胎、糖尿病合併妊娠、妊娠初期または中期のデータ欠損は除外した。妊娠初期と中期の計 2 回、TANITA 社のマルチ周波数体組成計 MC-780A-N を用いて、骨格筋量指数 (SMI)、体脂肪率、体水分率を測定した。SMI は四肢骨格筋量を身長²で除した値である。従属変数を妊娠糖尿病とした。独立変数を母体背景と体組成の項目として、最初に単変量ロジスティック回帰分析を行い、 $P < 0.10$ の変数を選択した。次に、選択された変数のみで多変量ロジスティック回帰分析を行った。 $P < 0.05$ を統計学的に有意と定義した。

【結果】307 例中、284 例が解析対象となり、そのうち GDM は 54 例 (19.0%) であった。年齢および非妊時 BMI の中央値 (範囲) は、34 歳 (19-45)、21.6 kg/m² (15.6-42.9) であった。単変量解析で選択された変数は、妊娠中の体重増加率、慢性高血圧、GDM 既往歴、非妊時 BMI、初期 SMI、中期 SMI、初期体脂肪率であった。多変量解析の結果、GDM と有意に関連したのは、慢性高血圧 (調整オッズ比 :1.26 [95% 信頼区間 :0.01-2.51]) と GDM 既往歴 (1.63 [0.55-2.71]) であった。

【結論】GDM の発症に妊娠初期および中期の体組成は関連しなかった。

O-003

当院における sFlt-1/PLGF 比測定 of 臨床的有用性の検討

○苗加 萌愛、桑原 陽祐、上野 洋誉、碓井 愛、野村 学史、黒岩 征洋、宮崎 有美子、佐々木 博正、水本 泰成、平吹 信弥

石川県立中央病院産婦人科

【目的】

sFlt-1/PIGF 比は、妊娠高血圧腎症 (PE) や胎児発育不全 (FGR) の早期診断や重症度評価に有用とされている。本研究では、当院で本指標を測定した症例の経過及び転帰を後方視的に解析し、その臨床的有用性を検討した。

【対象と方法】

2022 年 5 月から 2024 年 12 月にかけて当院で測定した sFlt-1/PIGF 比 118 件 (同一症例での複数回測定を含む) を対象とした。双胎妊娠や転院症例は除外した。PE 発症の有無によって分娩週数や出生体重、NICU 入室率などを比較し、sFlt-1/PIGF 比の層別解析および ROC 解析を実施した。

【結果】

PE 群では比率が高く、分娩週数が早く、出生体重が低く、NICU 入室率も高い傾向を認めた。sFlt-1/PIGF 比が高値になるにつれ、PE や FGR の頻度は増加し、ROC 解析でも良好な予測精度が示された。

【結論】

本検討では、sFlt-1/PIGF 比の上昇が妊娠高血圧腎症や FGR の頻度上昇と関連する傾向が認められた。今後、周産期管理における有用性をさらに検討していく必要があると考えられた。

O-004

耐糖能異常のない妊婦における選択的帝王切開術後の低血糖に関する後方視的検討

○工藤 ひらり、宇田 智浩、高橋 周平、佐藤 元哉、山下 陽一郎

砂川市立病院 産婦人科

【目的】

インスリン抵抗性は妊娠中に増大し、分娩直後には改善する。妊娠糖尿病および糖尿病合併妊娠のインスリン使用例では分娩後の低血糖に注意が必要とされるが、耐糖能異常のない妊婦に関する報告は少ない。今回、耐糖能異常のない妊婦に対する選択的帝王切開術後 1 日目に低血糖症状を呈した 2 例を経験した。耐糖能異常のない妊婦においても術後に低血糖をきたす可能性があると考え、当科における選択的帝王切開術前後での血糖値の変化を調べた。

【方法】

2022 年 4 月から 2024 年 9 月に行われた耐糖能異常のない妊婦 109 名の選択的帝王切開術を後方視的に検討した。統計解析ソフトとして EZR を使用した。2 群間の比較には対応のある t 検定もしくは Mann-Whitney U 検定、3 群間の比較には Kruskal-Wallis 検定を利用した。p<0.05 を有意差ありと規定した。

【成績】

低血糖症状を呈した 2 例は手術直前までリトドリン塩酸塩 (以下、リトドリン) を点滴静注していた。術後血糖値はそれぞれ 40mg/dL、18mg/dL であった。

全体では術前、術後血糖値の平均はそれぞれ 90mg/dL、71mg/dL で、術後で有意な低下を認めた (p<0.001)。

リトドリンの有無 (なし群、点滴群、内服群) で術後血糖値を比較したところ有意な差はなかった (p=0.12) が、術後血糖値の平均はそれぞれ 72mg/dL、67mg/dL、65mg/dL で、リトドリンを投与していた群では術後血糖値が低い傾向がみられた。また、術後に維持液を投与しなかった群と投与した群に分けて術後血糖値を比較したところ、維持液を投与しなかった群では術後血糖値が有意に低下していた (p<0.01)。

【結論】

リトドリンを術前まで投与した場合や術後の補液組成によっては耐糖能異常のない妊婦においても術後に低血糖を生じる可能性があり、注意が必要である。

○関 響太、林 萌恵、佐藤 湊斗、小野 方正、野澤 明美

名寄市立総合病院 産婦人科

【緒言】HELLP 症候群の有効な治療法は分娩と言われるが、実際は約 30% が分娩後発症である。今回分娩直前に新規の妊娠高血圧腎症を呈し分娩直後に HELLP 症候群と診断した症例を経験したので報告する。【症例】25 歳女性、1 妊 0 産、自然妊娠。妊娠経過は初期から後期まで異常なく経過したが、妊娠 38 週より血圧上昇傾向を認め自己血圧測定を開始した。39 週 3 日の定期健診で血圧 142/97mmHg、尿蛋白 2+、尿 P/Cre 比 0.92 を認め精査管理目的に入院とした。同日に陣痛発来し分娩 4 時間前より sBP が 160mmHg 台を超過したためニカルジピンおよび硫酸マグネシウムの持続点滴を開始し、厳重な血圧管理のもと経膈分娩に至った（児体重 3220g、Apgar 8/9、臍帯血 pH 7.097、BE -15.7）。分娩前より持続する上腹部不快感と嘔気を認めていたため分娩直後に血液検査を試行したところ、AST 548U/L、LDH 768U/L、Plt 5.3 万 / μ L であり、ミシシippi 分類 Class2 の HELLP 症候群と診断した。デキサメタゾンおよび AT-III 製剤の追加投与を行い、産褥 1 日目にかけて肝逸脱酵素は改善傾向を示したが、血圧変動および血小板減少を認めたため、慎重な血圧管理と輸血を要した。内服療法へ変更後も血圧管理は良好で、産褥 7 日目に退院した。産後 1 ヶ月健診時点で血圧管理は良好だった。【考察】HELLP 症候群のうち late-onset 型（LO 型）は early-onset 型（EO 型）と比較して分娩後発症の割合が高い。また急性発症が特徴であるため、早期の診断・治療が予後改善の鍵となる。初期症状は peripartum 期では非特異的であり、特に LO 型の場合無症候性発症も珍しくない。そのため LO 型の発症が懸念される症例では、殊更管理に注意を要する。本症例は産褥数時間で診断に至り、スムーズに治療に移行することができたため重症化を予防できたと考える。【結論】妊娠後期に新規発症する高血圧および尿蛋白を認めた場合、出産時期を問わず HELLP 症候群の急速な進行を念頭においた周産期管理が必要である。

O-006

明細胞癌根治術 9 年後に孤立性の Abdominal wall metastasis (AWM) を生じた一例

○加藤 茉莉¹⁾、岡部 慈子¹⁾、北村 成紀²⁾、吉田 圭甫¹⁾、藤森 実杜¹⁾、加藤 麻美¹⁾、佐藤 哲¹⁾、遠藤 雄大¹⁾、添田 周¹⁾、藤森 敬也¹⁾

1) 福島県立医科大学産科婦人科学講座、2) 福島県立医科大学形成外科学講座、3)、4)、5)

【緒言】 Abdominal wall metastasis (AWM) は、開腹手術や腹腔鏡手術の術創、または腹壁の任意部位に発生する再発様式であり、婦人科悪性腫瘍の腹腔鏡およびロボット支援下手術において稀な合併症である。今回、初回手術から 5 年以上経過した卵巣癌における AWM を経験したため報告する。

【症例】 56 歳女性。0 妊 0 産。47 歳時に良性卵巣腫瘍疑いに対して前医で腹腔鏡下左付属器切除術を施行し、術後病理で明細胞癌の診断。初回手術 3 ヶ月後に Staging laparotomy (単純子宮全摘、右付属器切除、部分大網切除、骨盤リンパ節郭清) を施行し Stage I C1 の診断 (FIGO2014)。術後化学療法は施行せず経過観察の方針。術後 7 年 2 ヶ月まで再発なく経過し、以降は自己判断で定期通院を中断していた。術後 9 年 1 ヶ月、腹部腫瘤感を主訴に近医を受診、前医造影 CT で左側腹部腹直筋より発育する 5 cm 程度の腫瘤を認め再発腫瘍疑いのため当科紹介となった。PET/MRI では左腹壁に 5 cm 大の腹直筋浸潤を伴う腫瘍を認めた。孤立性再発として SDS (左下腹壁腫瘍切除術、前外側大腿皮弁造設による腹壁再建術) を当院形成外科と合同で実施し、手術時間 7 時間 53 分、出血量 70ml。最終病理診断は明細胞癌再発であった。腫瘍位置から、初回腹腔鏡下手術のポートサイト位置での再発と推定された。

【考察】 婦人科がんにおいて、腹腔鏡手術後の Port site metastasis (PSM) の発生率は 0.16 ~ 2.3% とされ、その発生のピークは術後数日から数ヶ月の間であり、稀に 1 ~ 2 年後に発症するとの報告がある。多くの PSM は同期性転移と関連するが、孤立性 PSM は他の転移部位なしにポートサイトのみ転移を認める極めて稀な状態であり、本症例は腹腔鏡手術から 9 年 4 か月と非常に晩期かつ孤立性での発生であった。

【結語】 卵巣癌では無病生存期間 5 年以上の晩期再発は少ないが、本症例のように孤立性の腹壁転移を認める場合があり 5 年以上の無病生存後も長期の経過観察が肝要である。

O-007

子宮筋腫手術に際して偶発的に診断された漿液性卵管上皮内癌の 2 症例

○清水 有紗、片平 敦子、齋藤 剛熙、成重 さつき、後藤 恵、佐藤 孝洋、船山 由有子

宮城厚生協会坂総合病院

【緒言】 卵管における漿液性卵管上皮内癌 (Serous Tubal Intraepithelial Carcinoma; STIC) は近年の研究から卵巣癌、卵管癌、腹膜癌における高異形度漿液性癌の前癌病変と指摘されており、それに伴い良性疾患手術時に追加卵管摘出を実施する件数が増加した。一方で、STIC が検出された際の追加治療において一定の見解は得られていない。今回、子宮良性腫瘍手術時に追加卵管摘出を実施し STIC を認めた症例を 2 例経験したので報告する。

【症例 1】 50 歳、0 妊 0 産。当院外科で乳癌の術前検査にて貧血と子宮筋腫を指摘され当科紹介。外科的治療・術後補助療法後と併行してリユプロレリン 6 回投与し、腹式子宮全摘術+両側子宮付属器摘出術を施行した。病理組織診断で多発子宮筋腫と左卵管 STIC を認めた。当科の追加手術なし。現在当院乳癌ホルモン療法中であり、合わせて当科も経過観察する。

【症例 2】 47 歳、6 妊 5 産。過多月経・月経困難を主訴に当科受診。多発子宮筋腫を指摘。レルゴリクス 4 か月内服後に全腹腔鏡下子宮全摘術+両側卵管摘出術施行した。病理組織診断で多発子宮筋腫と左卵管 STIC を認めた。追加で両側卵巣摘出術を予定している。

【考察】 文献を検索し、良性疾患の術前診断での手術時に追加卵管摘出術を施行し、STIC が検出された報告 9 例を検討した。追加手術 (根治術または卵巣摘出術) を施行したのは 7 例あり、化学療法まで実施した症例はなかった。一方で、両側子宮付属器摘出後の追加手術なく治療終了後、腹膜播種が認められた症例もある。STIC 検出のみで卵巣癌に準じた追加手術や術後化学療法の可否には議論が残るが、卵管のみ摘出した症例での追加卵巣摘出は必要と考える。術後再発のリスクはあるため、経過観察はすべきである。

【結語】 婦人科良性腫瘍手術において偶発的に STIC と診断された場合、積極的に追加治療を行うか、その治療内容は施設により対応が異なる。文献的考察を交えて報告する。

O-008

卵管由来 HGSC における神経内分泌腫瘍への転化： 粘液性境界悪性腫瘍の共存を伴った 1 例

○沼沢 詩音、田口 朋子、立崎 善郎、國井 基思、佐藤 真紀、横山 美奈子、赤石 麻美、田中 幹二

弘前総合医療センター 産婦人科

【緒言】 卵管癌の組織型としては High-grade serous carcinoma (HGSC) が最も多いが、同側卵巣に Mucinous borderline tumor (MBT) が併存する症例は極めて稀である。また卵巣・卵管原発の神経内分泌腫瘍も稀であり、予後不良な疾患である。そして、この HGSC から Neuroendocrine carcinoma (NEC) へと分化した症例報告はこれまで数例のみである。今回、右卵管由来の HGSC と右卵巣由来の MBT が併存し、HGSC から NEC へと分化した症例を経験したので報告する。

【症例】 69 歳、女性。下腹部膨満感、歩行困難で前医へ救急搬送され、卵巣癌疑いとして当院紹介となった。20 cm 大の骨盤内腫瘍、癌性胸腹膜炎、多発転移を認め、腫瘍マーカーは CA125 521 U/mL、CEA 28.6 ng/mL であった。試験開腹術を施行し、右付属器を摘出した。病理組織検査の結果は、卵巣腫瘍内腔が免疫組織化学で CK7、CK20、CDX-2 陽性の MBT であった。卵巣腫瘍漿膜面には卵管由来の多結節性腫瘍が存在し、CK7 陽性、CK20、CDX-2 陰性、WT-1 陰性、卵管由来の HGSC の診断となり、卵管癌Ⅳ B 期及び卵巣粘液性境界悪性腫瘍と診断した。術後のパクリタキセル・カルボプラチン療法が奏効したため、腫瘍減量術（単純子宮全摘、左付属器切除、大網切除、横行結腸部分切除）を施行した。病理組織所見では HGSC は一部のみで、大部分は NEC であり、HGSC から NEC への分化を認めていた。術後の CT 画像検査で、腹膜播種の増悪、肝転移増大あり、現在はイリノテカン・ネダプラチン療法を施行中である。

【結語】 発生機序が異なるとされる HGSC と MBT が隔壁を伴って同側付属器に発生し、さらに同一症例で HGSC から NEC へと分化した極めて稀な症例を経験した。

O-009

当院で行なったリスク低減手術(RRSO)について

○見延 進一郎¹⁾、植原 貴史¹⁾、山田 竜太郎¹⁾、青山 聖美¹⁾、山村 満恵¹⁾、嶋田 知紗¹⁾、秋江 惟能¹⁾、箕輪 郁¹⁾、鈴木 裕太郎²⁾、渡邊 健一¹⁾

1) 北海道がんセンター、2) 北海道大学医学部婦人科

目的

遺伝性乳がん卵巣がん症候群(HBOC)の卵巣がん発症予防として効果が認められているのは RRSO である。本邦でも 2020 年 4 月に HBOC への RRSO が保健収載された。当院では 2011 年より自費診療という形で行ってきている。当院の RRSO 症例の現状について報告したい。

方法と対象

2025 年 5 月までに 105 例の RRSO が行われている。当院乳腺外科よりの紹介が多い。また、手術前後に簡単なアンケートもお願いした。

結果

gBRCA の内訳は BRCA1 が 55 例 BRCA2 が 50 例 それぞれ RRSO 施行時の年齢は 46 歳～50 歳が最大でそれぞれ 14 例と 15 例であった。2 例を除いて全て内視鏡下で行い合併症なく退院している。何らかの事情(子宮筋腫や子宮頸部異形成、子宮内膜ポリープなど)で子宮全摘を行った例は 26 例あった。

さらに本年 1 月より RRSO と RRM 同時手術を行っている。手術時間も 100 分から 200 分程度で大きな問題もなく終了している。SEE-FIM プロトコルにおいて STIC は 2 例あった。卵管がん、子宮体がん、子宮頸がんをそれぞれ 1 例ずつ認めた。

術前の懸念事項として、手術による合併症や再発リスクが多かった。しかし、術後に更年期症状を呈した例は少なかった。

考察

術後合併症再発例は 1 例もない。被験者の懸念事項として卵巣がん発症リスクが挙げられていたがこれは HBOC の特性(身内が発癌、情報が手に入りやすいなど)と考える。更年期障害が少なかったのは RRSO 施行時年齢が高めである、既に乳がんの治療が行われており閉経している事などが考えられる。

RRSO と RRM 同時手術の目的として患者さんの負担を軽減させることが挙げられる。年齢的には社会的な役割が大きいことが予想され各個で手術を行うより時間的経済的な社会的損失が少なくなる。将来未発症の乳がん卵巣がん症候群も手術する可能性が高くその重要性はさらに増すだろう。

また、手術前に卵巣がんを発症した例もあり、手術時期にも再考が必要である。

後腹膜腫瘍に対する術後化学療法施行後、非閉塞性腸管虚血(NOMI)を発症し救命し得た一例

○阿部 一路、岡部 慈子、加藤 茉莉、吉田 圭甫、藤森 実杜、加藤 麻美、佐藤 哲、遠藤 雄大、添田 周、藤森 敬也

福島県立医科大学 産科婦人科学講座

【緒言】非閉塞性腸管虚血（non-occlusive mesenteric ischemia: NOMI）は腸間膜血管の器質的閉塞を伴わない不可逆的な血流障害により、腸管虚血あるいは壊死を来す疾患であり、予後不良の疾患とされている。今回、後腹膜腫瘍術後の化学療法後に NOMI を発症し、集学的治療により救命し得た 1 例を経験したため報告する。

【症例】71 歳女性。2 経妊 1 経産。既往に子宮筋腫に対して経腔的子宮全摘術、高血圧、発作性心房細動があり、抗凝固薬を内服中。後腹膜腫瘍の精査目的に当院泌尿器科を紹介され、CT ガイド下生検実施。病理診断で卵管・卵巣・腹膜由来の high grade serous carcinoma が示唆されたため、当科紹介となり、後腹膜腫瘍に対し開腹後腹膜腫瘍切除術＋両側付属器切除術＋大網部分切除術を施行。病理は HGSC で、両側付属器・大網に明らかな病変はなく、腹膜癌に準じた治療方針とした。DC 療法 1 コース目を施行し、day7 に全身倦怠感、嘔気、体動困難を訴えて救急搬送。造影 CT で門脈ガス像および回盲部から下行結腸にかけて広範な虚血を認め、同日緊急開腹術の方針とし、大腸全摘・回腸人工肛門造設を行った。術後病理診断は mesenteric ischemia であるが、血管塞栓はなく、NOMI による相対的虚血による組織変化と診断された。術後経過良好にて術後 37 日目に自宅退院となった。以降の DC 療法は中止し、経過観察中。現在まで再発なく 12 か月再発なく経過している。

【考察】一般的に抗がん剤投与後の腸間膜虚血は稀であり、NOMI 発症の報告は少ない。本症例では、脱水やショックによる全身の血液灌流の低下に加え、末梢動脈の交感神経が反応性に血管攣縮を引き起こした可能性や、血管内皮障害、好中球減少に伴う腸管バリア機能低下によって腸管虚血を惹起した可能性が重なるなど、複数の要因が発症に関与したと考えられる。

【結語】化学療法中の急性腹症に対しては、NOMI を含む腸管虚血を念頭に置いた迅速な対応が予後改善に寄与する。

O-011

胎児期に診断し得た直腸尿道瘻を合併した鎖肛の1例

○南川 太一、奥 聡、中川 絹子、能代 究、細川 亜美、朝野 拓史、齊藤 良玄、馬詰 武、渡利 英道

北海道大学病院産科

【緒言】鎖肛は先天的な直腸・肛門の形成異常で、出生 4000～5000 例に 1 例程度、男児に多く、染色体異常などの合併異常を認めることが多いが、胎児診断が困難な疾患の 1 つである。今回、胎児期に診断し得た直腸尿道瘻を合併した鎖肛の 1 例を経験したので報告する。

【症例】31 歳 G4P1。妊娠 38 週 1 日に前医で胎児腸管拡張が疑われ、精査目的に当院紹介となった。経腹超音波検査で target sign が明らかでなく、直腸より頭側腸管に拡張所見を認めた。外性器は男児で、正常大の膀胱、尿管を伴わない正常腎構造を認めた。胎児 MRI 検査で直腸下部に腹側への突出構造と、尿道との瘻孔を疑う所見を認め、鎖肛および直腸尿道瘻が疑われた。腸管拡張が進行、羊水過少傾向が出現したため妊娠 39 週 1 日に緊急帝王切開術での娩出とした。3436g の男児、Apgar score 1 分値 8 点、5 分値 9 点であった。出生後鎖肛の診断で、同日人工肛門造設術が施行された。尿中に便が確認され、出生後 MRI 検査でも直腸尿道瘻が確認された。他の合併奇形は明らかではなかった。児は日齢 23 に退院、児の成長を待ち、小児外科と泌尿器科で根治術予定である。

【考察】鎖肛は、括約筋の位置関係から高位、中間位、低位に分類され、さらに瘻孔の有無や開口部位によって細分化される。本症例は target sign を認めず腸管拡張を認めたこと、拡張腸管の内容物が尿と同所見であったことから経腹超音波検査で病態を把握することが可能であり、さらに胎児 MRI 検査で鎖肛および直腸尿道瘻と診断することが可能であった。

【結語】出生前に両親への十分な情報提供を行うことでスムーズな治療介入が可能であり、出生前診断と適切な周産期管理の重要性が確認された。

O-012

胎児 CPAM type0 の 1 例

○今西 萌里、奥 聡、小林 雄大、山本 竜太郎、能代 究、朝野 拓史、細川 亜美、齊藤 良玄、馬詰 武、渡利 英道

北海道大学病院 産科・母子周産期センター

【緒言】近年胎児超音波検査の発達に伴い、congenital pulmonary airway malformation (CPAM) の検出頻度は上昇している。発生頻度は 1～3 万出生に 1 例で、その中でも type1 が最も多く、予後良好であることが多い。今回我々は CPAM type0 と診断し、予後不良な経過をたどった 1 例を経験したので報告する。

【症例】31 歳、G2P1。自然妊娠で妊娠成立。25 週の妊婦健診で心臓の圧排所見、26 週で縦隔偏位、肺野に嚢胞状構造を認め、当院に紹介。29 週で胸水貯留、MRI で両側肺実質に無数の嚢胞性病変を認め、CPAM type0 が疑われた。羊水過多が進行し 30 週に羊水除去を行った。その後も羊水過多は増悪したものの、児の well-being は保たれ、既往帝切の適応で 37 週に選択的帝王切開術で児娩出となった。児は 3357g、男児。出生直後は啼泣を認めたが持続せず、Apgar score 4/2 (1/5 分値) であった。呼吸障害に伴い徐脈を認め、胸骨圧迫、強心剤投与、気管挿管施行。その後も呼吸状態改善なく、出生 14 時間後に早期新生児死亡となった。

【考察】CPAM type0 は CPAM の中で最も稀な型であり、全体の 1～3% に発生するとされる。肺の発生過程の偽腺管期における成熟停止とされており、気管・気管支の嚢胞性病変を認め、致死的な経過を辿る。本症例においても、出生後診断は胎児期診断と相違なく、予測していた経過となった。病変は両肺全体に及んでおり、正常肺組織はほぼ認めず、胎児超音波で病変を指摘することは比較的困難であったが、胸水貯留、縦隔偏位、羊水過多などの他の所見から診断へ至ることができた。

【結語】極めて予後不良で救命困難であった CPAM type0 の 1 例を経験した。病変そのものを特定することは困難であっても、付随所見から両側性肺疾患を疑い、CPAM type0 の可能性を考慮することが重要である。

O-013

気管支粘液栓が妊娠中に自然消失した一例

○山本 早姫、五十嵐 冬華、赤羽 慧一郎、中川 絹子、能代 究、朝野 拓史、細川 亜美、齊藤 良玄、馬詰 武、渡利 英道

北海道大学病院 産科

【緒言】気管支閉塞症は、胎生期に形成された気管支樹の一部が閉鎖し、末梢側気管支に生じた粘液栓や嚢胞性腫瘍形成と、閉鎖気管支の支配域に認められる気腫性変化を特徴とする疾患である。胎児心臓の右方偏移を契機に粘液栓による気管支閉塞症を疑い、経過中に病変が自然消失した症例を報告する。

【症例】27歳、1妊0産。妊娠26週5日の妊婦健診時の経腹超音波検査で、胎児心臓の右方偏移と左肺野の高輝度エコー像から胸腔内に占拠性病変の存在が疑われ、妊娠27週2日に当科紹介受診した。初診時の診察では胎児心臓の右方偏移を認めたが肺野病変は指摘できなかった。妊娠28週6日に胎児MRI検査を施行し、左肺下葉にT2強調像で高信号を認め左下葉の気管支閉鎖症を疑った。外来経過観察とし、経腹超音波検査では依然として左肺下葉の病変を指摘できないものの、胎児心臓の偏移は改善していた。妊娠36週0日に再度MRIを撮影したところ、左肺下葉のT2強調像の信号上昇は消失し、経過から気管支粘液栓による閉塞が解除されたと考えた。妊娠40週1日に羊水過少のため入院し分娩誘発を行ったが胎児機能不全の診断で同日緊急帝王切開術を施行した。児は2755g、Apgar 8-8-9、呼吸障害なく出生し、胸部X線検査で異常を認めず経過した。

【考察】先天性肺疾患には、CPAM (Congenital pulmonary airway malformation)、肺分画症、気管支閉塞症などがある。胎児期に肺病変が存在すると、肺の成熟が妨げられ出生後の呼吸障害をきたすことがある。本症例では、経腹超音波検査で肺病変を指摘することができず、MRI検査で気管支閉塞症を疑ったが、自然に改善したことより粘液栓による気管支閉塞症であったと考えた。疾患によって出生後の呼吸状態、手術などの治療方法が変わるため、超音波検査で病変が指摘できない場合には胸腔内臓器の偏移やMRI検査での評価が重要となる。

【結語】超音波検査で指摘できない胸腔内病変が自然消失した症例を経験した。

O-014

一児がPotter症候群の診断となった二絨毛膜二羊膜双胎の一例

○建部 都志子、川井 直久、三國 史嵩、山田 恭子、島畑 顕治、藤本 俊郎

苫小牧市立病院

【緒言】Potter症候群とは、両側腎の無形成や形成不全により羊水過少をきたし、肺低形成や四肢変形を生じる、極めて予後不良の疾患である。今回我々は一児がPotter症候群の診断となった二絨毛膜二羊膜双胎の妊娠症例を経験したため、報告する。

【症例】31歳、3妊2産、既往歴や家族歴に特記事項なし。近医で二絨毛膜二羊膜双胎の診断となり、妊娠10週で当院紹介となった。妊娠15週で一児に発育不全、羊水過少を認めた。他院の出生前診断外来での精査の結果、右多嚢胞性異形成腎、左腎欠損によるPotter症候群の診断となった。もう一方の児には発育・形態に異常を認めず、患児の予後が不良であることを説明した上で妊娠管理を継続した。本人・家族や小児科医師と患児の予後や早産リスクを十分検討した上で、健児の適応により妊娠・分娩管理を決定する方針とした。妊娠36週2日で前期破水、陣痛発来し、両児とも経陰分娩にて出生となった。患児は体重1268g (-4.1SD)、Apgar score 1分値3点、5分値4点で出生し、肺低形成、気胸、右多嚢胞性異形成腎、左腎無形成、脊髄髄膜瘤、鎖肛、多発関節拘縮を認めた。酸素投与のみで対応し、侵襲的治療は行わなかった。産科病棟にて本人や親族が児と同室できるように対応し、患児は日齢3に新生児死亡となった。健児は体重2226g (-0.8SD)、Apgar score 1分値8点、5分値9点で出生した。産褥6日目に母児ともに退院し、成長・発達の異常なく経過している。

【考察】Potter症候群は稀な致死性疾患であり、単胎妊娠における頻度は4000例に1例とされているが、双胎妊娠における頻度は不明である。双胎一児の予後不良例における妊娠管理や分娩方法、出生後の対応については、本人・家族および小児科医師と事前に検討を重ねた上で、多職種と情報共有し連携することが重要である。

**臍帯潰瘍による出血性ショックが原因の胎児機能不全に対し、
超緊急帝王切開術を施行した一例**

○谷口 優羽、小野寺 洋平、千葉 和宏、有明 千賀、藤嶋 明子、三浦 広志、寺田 幸弘

秋田大学医学部附属病院 産婦人科

【緒言】臍帯潰瘍は十二指腸閉鎖や空腸閉鎖に合併する疾患であり、臍帯血管の破綻をきたすと短時間で出血性ショックとなる予後不良な疾患である。今回我々は分娩誘発中に胎児の出血性ショックによる胎児機能不全を認め、超緊急帝王切開術を施行した一例を経験したので報告する。

【症例】33歳、1妊0産。自然妊娠し初期から前医で妊娠管理された。妊娠29週の妊婦健診で腹部嚢胞を指摘され、31週では羊水過多・腹部に3個の嚢胞・単一臍帯動脈が認められた。31週4日に当院に紹介され、十二指腸閉鎖または空腸閉鎖が疑われた。31週5日に、羊水染色体検査を実施し正常核型を確認した。33週0日、破水のため入院した。リトドリンの持続静注投与を行ったが陣痛発来し、33週1日で分娩誘発とした。分娩進行中の羊水の流出は淡黄色透明として中等量認められた。誘発中に人工破膜を行ったところ血性羊水が多量に流出し、直後から胎児徐脈が出現した。胎児機能不全と診断し超緊急帝王切開を施行した。児は女兒、体重2085g、Apgar score1分値1点、5分値2点（いずれも心拍のみ）、臍帯動脈血pH 7.09、Hb 9.3 g/dlで出生した。臍帯動脈は一部ワルトンゼリーが欠失し血管が露出しており、児から5cmの部分で破綻し出血をしていた。児はNICU入室時点でHb5.1g/dlと高度貧血を呈していた。出血性ショックによるDIC・腎不全、空腸閉鎖に対しNICUでの集学的治療を要した。母体の術後経過は良好で、術後7日目に退院した。

【考察】羊水の性状より臍帯動脈の破綻は人工破膜の直前、もしくは破膜と同時に起こった可能性が示唆される。速やかに帝王切開を行い児の救命はし得たが、重症新生児仮死の状態で出生となった。発症後は迅速な対応が予後を左右する。臍帯潰瘍のリスクを有する症例では、常にその発症を念頭に置いた分娩管理が求められる。

O-016

無症候で発見された遊離卵巣内膜症性嚢胞の一例

○横山 万智、大澤 有姫、成田 悠樹、丹場 智香、小山 文望恵、石原 佳奈

大館市立総合病院 産婦人科

【緒言】遊離卵巣嚢腫は卵巣嚢腫が茎捻転後に離断したと考えられる稀な疾患であり、報告例の多くが成熟嚢胞性奇形種である。今回我々は無症候で偶発的に発見され、手術によって遊離卵巣内膜症性嚢胞の診断となった一例を経験したので報告する。

【症例】52歳、0妊0産、腹部手術歴なし。血尿を主訴に受診した近医内科での腹部超音波検査で骨盤内腫瘍を指摘され、近医産婦人科を経て当科紹介となった。当科初診時、多発子宮筋腫、6cm大の左卵巣腫瘍の他、臍高右側に11cm大の単房性嚢胞を認めた。造影CT検査では上行結腸腹側に位置し小腸間膜からの血流を有していると考えられた。造影MRI検査では子宮右側に正常卵巣を認める一方で、腸間膜に位置する腫瘍と左卵巣腫瘍の内容液はいずれも血液成分で、充実成分や壁肥厚は認めず、腸間膜に位置する腫瘍は異所性内膜症性嚢胞が疑われたが、腸間膜原発のGISTなどの腫瘍も否定はできなかった。腫瘍マーカーはCEAが基準値内、CA19-9 187.2U/mL、CA125 360.7U/mLと高値であった。子宮内膜症性嚢胞及び腸間膜腫瘍疑いに対し、手術の方針としたが、過多月経の訴えもあったため子宮全摘術、両側付属器摘出、腸間膜腫瘍摘出の方針として手術を施行した。腸間膜の腫瘍は腸管との連続性はなく鈍的操作で容易に剥離され、腫瘍への流入血管は認めなかった。腫瘍内容は暗赤色の血液であった。術後病理診断は左卵巣、腸間膜の腫瘍ともに内膜症性嚢胞であったが、正常な右卵巣、左卵巣腫瘍に明らかな欠損部位は認めず、遊離卵巣嚢腫と考えられた。

【考察・結語】内膜症による遊離卵巣嚢腫は症例報告が少なく、本症例のように周囲組織との癒着や栄養血管を認めず発生母地が不明な場合もある。手術所見によって診断を得られることがほとんどであるが、術前の画像評価の際に異所性内膜症や消化管腫瘍に加えて鑑別疾患の一つとして考慮される。

O-017

3回反復した左子宮付属器茎捻転に腹腔鏡下左卵巣固定術を施行した一例

○森 美玖、宇賀神 智久、小熊 佳那子、関根 優哉、氷室 裕美、佐々木 恵、早坂 篤、大槻 健郎

仙台市立病院 産婦人科

【緒言】卵巣腫瘍に起因する子宮付属器茎捻転では、腫瘍摘出後の捻転の再発はほぼない。一方、正常卵巣または多嚢胞性卵巣症候群（PCOS：Polycystic ovary syndrome）を背景とする子宮付属器茎捻転では、捻転解除術のみを施行した場合の再発率は約30～60%とされる。3回目の左子宮付属器茎捻転に、腹腔鏡下左卵巣固定術を行った症例を経験したため報告する。

【症例】33歳、1妊1産。初回の左子宮付属器茎捻転及び腹腔鏡下左子宮付属器茎捻転解除術（以下、捻転解除術）から2ヶ月後、左下腹部痛で当院へ救急搬送された。左卵巣は多嚢胞性卵巣形態（PCOM：Polycystic ovarian morphology）様で、52.8mmと軽度の腫大を認めた。左子宮付属器茎捻転再発の診断で捻転解除術を施行し、第3病日目に退院した。術後1ヶ月の外来受診時、左卵巣は43.7mmであった。その翌日、左下腹部痛で再度当院へ救急搬送となり、左卵巣は69.6mmと腫大を認めた。3回目の左子宮付属器茎捻転の診断で、捻転解除術及び左卵巣固定術を施行した。卵巣固定術として、吸収性縫合糸による左卵巣固有索の縫縮と骨盤左側壁への固定を行った。

【考察】伸長した左卵巣固有索とPCOMの存在が再発の原因と考えられた。卵巣固定術は、①卵巣固有索の縫縮、②骨盤側壁への固定、③円靱帯への固定、④仙骨子宮靱帯への固定、⑤卵巣固有索を子宮後壁へ固定する方法が報告されているが、標準術式はなく、再発予防としてのコンセンサスも得られていない。最も広く行われている①のみでは、再発率が78.9%と高率である。一方、複合的卵巣固定術（①＋②または①＋③）における再発率は、いずれも約10%程度と報告されている。正常卵巣や、PCOSまたはPCOMを背景とした子宮付属器茎捻転に対して、複合的卵巣固定術の導入は一つの選択肢として考慮され得る。

O-018

側方アプローチ術式と卵巣捻転の関連—ロボット支援下子宮全摘術後 2 症例からの考察

○南淵 杜萌、堀川 輝久、向井 悠馬、野々垣 康秀、山田 和佳、中陳 哲也、小舘 英明、飯沼 洋一郎、森脇 征史

JA 北海道厚生連帯広厚生病院

【はじめに】低侵襲手術の普及に伴い、子宮良性疾患に対する術式としてロボット支援下手術が選択される症例が増加している。腹腔鏡下子宮全摘術後の卵巣捻転発症率は 0.5 ～ 0.8% と報告されているが、ロボット支援下手術に限定した統計は皆無である。当院でロボット支援下子宮全摘術後に卵巣捻転を来した症例を 2 例経験したので、文献的考察を含め報告する。

【症例 1】51 歳 2 産。子宮腺筋症、粘膜下筋腫に対しロボット支援下子宮全摘術＋両側卵管切除術＋内膜症病巣焼灼術を施行した。術後、右内膜症性嚢胞が増大傾向にあり経過観察していたが、術後 4 年に突発的な下腹部痛を訴え来院し、腹腔鏡下手術にて右付属器の 180 度捻転を認めた。

【症例 2】46 歳未婚産。多発子宮筋腫に対しロボット支援下子宮全摘＋両側卵管切除術を施行した。術中に付属器腫大は認めなかった。術後 2 か月に下腹部痛を主訴に来院し、審査腹腔鏡にて虚血・壊死を伴う右卵巣捻転を認めた。

【考察】

両症例に共通していたのは、側方アプローチによる尿管同定法であり、広間膜の広範囲な切開が卵巣の可動性亢進に寄与した可能性がある。子宮底部の筋腫の局在、仙骨子宮靱帯付近の内膜症由来の硬結と線維化が、より安全な術式として側方アプローチの選択に影響していた。加えて、開腹術に比べ腹腔鏡術後は癒着が少ないことも捻転の一因と考えられる。

【結語】

ロボット支援下子宮全摘後の卵巣捻転では、尿管同定アプローチ法の選択と、術後の下腹部痛に対する迅速な鑑別が重要であり、リスク管理の観点から注意を要する。

O-019

茎捻転と破裂を同時に認めた卵巣成熟奇形腫の一例

○寶田 健平¹⁾、大塚 勇太郎²⁾、中村 真彰³⁾、土川 恵¹⁾、西脇 邦彦¹⁾

1) 市立稚内病院 産婦人科、2) 市立稚内病院 内科、3) 旭川医科大学病院 周産母子センター

【目的】卵巣成熟奇形腫はしばしば茎捻転をきたし急性腹症で手術の適応となることが多い疾患である。一般的に捻転は腫瘍破裂のリスクであると考えられているものの、実臨床では卵巣成熟奇形腫の捻転と破裂を同時に認めることは殆どない。今回化学性腹膜炎を契機に判明した茎捻転と破裂を同時に認めた卵巣成熟奇形腫の一例を報告する。【症例】61 歳 3 産。体動時の腹痛と腹部膨満感が徐々に増強し、発症翌日に内科を受診した。CT 検査において腸炎の診断となり、入院で保存的に治療が行われ第 6 病日に退院した。しかしその後も発熱と腹痛が持続し第 46 病日に再検した CT 検査で回盲部炎の診断となり再び内科入院となった。外科にもコンサルトされたが診断は変わりなかった。下部消化管内視鏡検査では結腸粘膜に明らかな腸炎を疑う所見は認めなかった。CT 画像の再検討により、骨盤内に卵巣奇形腫を疑う腫瘍を認めたため当科紹介となった。経腔超音波検査ではダグラス窩に径 5cm の奇形腫様腫瘍を認めたが内診では同部位に圧痛を認めず経過観察の方針となった。血清 CRP が陰転化したため第 61 病日に内科退院となったが、第 67 病日に微熱と腹痛を主訴に当科を受診した。手術の方針となり第 83 病日に腹腔鏡下両側付属器摘出術を実施した。腹腔内では広範囲に大網と小腸の壁側腹膜への癒着を認めた。癒着を剥離すると骨盤内の奇形腫は破裂しており脂肪を含んだ腫瘍内容がダグラス窩に貯留していた。さらに右付属器は時計回りに 2 回転捻転していた。【考察】茎捻転と破裂を同時に認めた卵巣成熟奇形腫の一例を経験した。本症例のように奇形腫が破裂した場合や石灰化病変がない場合は卵巣腫瘍が見逃され診断が遅れる可能性がある。婦人科診察においても奇形腫が破裂して化学性腹膜炎をきたすと疼痛部位が不明瞭となり捻転の診断が遅れる可能性があるため注意が必要と考えられた。

腹腔鏡下子宮全摘出術における術後卵巣捻転リスクを考慮したアプローチ方法の選択

○石津 夕稀子、西村 庸子、小林 大暉、梅本 美菜、岡村 直樹

市立釧路総合病院 産婦人科

【目的】近年、腹腔鏡下子宮全摘出術（以下、TLH）の症例は増加し続けている。TLHにおいて尿管損傷を避けるために尿管の走行の確認は非常に重要であり、側方、後方、前方の3つのアプローチ方法が知られている。一方で卵巣温存症例において術後の卵巣捻転の報告が散見されている。当院では基本的には側方アプローチでの尿管同定を行うこととしているが、側方アプローチでは骨盤漏斗靱帯が遊離するために卵巣の可動性が高くなることから捻転のリスクが高くなると考えられる。そのため、子宮の形状、サイズや癒着の有無など症例の条件によってアプローチ方法を変更することとした。それぞれの術式を定型化するにはその特徴を理解することが必要である。

【方法】側方アプローチは子宮円索を切断し広間膜前葉を切開、後腹膜腔を展開し尿管を同定する方法である。後方アプローチは尿管を広間膜後葉から透視した後、広間膜後葉を展開し尿管を授動する。そのため骨盤漏斗靱帯まで切開を延長せず後腹膜腔の展開を最小限にすることが可能である。前方アプローチも子宮円索直下の膀胱子宮窩腹膜を切開し広間膜後葉に沿って展開するため切開範囲が最小限となる。当院で実施した手術動画を一部供覧しながらそれぞれの特徴を解説する。

【結論】TLHにおける尿管の同定は合併症を回避するために重要である。術後の卵巣捻転リスクを考慮しながら、症例の条件に合わせて最も適した方法を判断することでより安全な手術を行うことができる。そのためには解剖学的知識と、手術の定型化が必要である。

O-021

子宮内反症をきたし開腹直視下に整復を行った一例

○小川 伶奈¹⁾、寶田 健平²⁾、中村 真彰³⁾、土川 恵²⁾、西脇 邦彦²⁾

1) 市立稚内病院 初期臨床研修医、2) 市立稚内病院 産婦人科、3) 旭川医科大学病院 周産母子センター

【目的】子宮内反症は分娩 2000 ～ 20000 回に一例の頻度で起こる稀な疾患である。しかし発症した場合には迅速な診断と処置が必要であり、日頃からシミュレーションを行いプロトコルの確認をしておくことが重要である。今回当科において経験した子宮内反症の一例を報告する。【症例】31 歳。3 妊 1 産。身長 173cm, 体重 80kg。第 1 子分娩時に 2481ml の弛緩出血で輸血歴あり。妊娠中の経過として子宮下垂を認めていた他、29 ～ 30 週で切迫早産のため入院管理を行っていた。超音波検査において胎盤は子宮後壁に確認していた。分娩予定日超過のため妊娠 40 週 5 日より分娩誘発を開始し 40 週 6 日に 3480g の女児を経膈分娩した。児娩出直後よりオキシトシン点滴を増量し 10 分後に胎盤が娩出されたが、直後より強出血を認め腔鏡診にて子宮内反の診断となった。全身麻酔下に整復する方針となり胎盤娩出から 15 分後に手術室に入室した。その間 S.I.<1 で経過したが既に出血は 1960ml に達していた。麻酔下に Johnson 法による非観血的整復を試みるも不可能であったため、子宮摘出の方針となり開腹術へ移行した。子宮底部は内反により陥没しており Huntington 法での子宮整復を試みたが困難であった。子宮を直視下に再度 Johnson 法を試したところ内反を整復し得た。止血と子宮内反再発予防のため非吸収糸により子宮圧迫縫合を追加したところ、出血は許容範囲となり子宮摘出は行わずに手術を終了した。総出血量は 4499ml に及び、輸血 (RBC12 単位 +FFP8 単位) とフィブリノゲン製剤 3g を使用した。産科 DIC スコアは 3 点であった。産褥 7 日目に腹腔鏡下に子宮縫合糸を抜糸し、産褥 10 日目に自宅退院となった。【考察】子宮内反症の一例を経験した。Johnson 法での非観血的整復は不可能であったが、開腹直視下では同法による整復が可能であった。開腹術では整復後に子宮圧迫縫合を行えるため、出血と子宮内反再発リスクを低減できると考えられた。

O-022

帝王切開瘢痕部に発生した嚢胞性腺筋症に対し、腹腔鏡下に切除した 1 例

○鳥居 叶愛、箱山 聖子、安藤 夕乃、西谷 友希、佐藤 萌里、延壽 桃子、佐藤 慎太郎、小池 和生、網師本 健佑、和田 真一郎

手稲溪仁会病院 産婦人科

【はじめに】帝王切開瘢痕部症 (Cesarian scar disorder 以下 CSDi) は帝王切開瘢痕部に楔状の陥凹を認め、不正性器出血、月経困難症、不妊症等の原因となる疾患である。今回、帝王切開瘢痕部に嚢胞性病変を認め、外科的切除を行い、自然妊娠成立した 1 例を経験したので報告する。

【症例】35 歳、1 妊 1 産。第 1 子 28 歳時に自然妊娠、他院にて付属器腫瘍合併妊娠のため、帝王切開施行した。帝王切開後月経困難症の増悪と、月経後の少量の出血の持続を認めていた。31 歳で帝王切開部の痛み・続発性不妊を主訴に前医受診し、帝王切開瘢痕部の菲薄化 (筋層厚 1mm) および菲薄化した筋層内部に？胞性病変を認めた。人工授精 9 回施行するも妊娠成立せず、手術目的に、当院に紹介となった。CSDi として、腹腔鏡下帝王切開瘢痕部切除術を行った。嚢胞部分は茶色の貯留液認め、病理所見は子宮腺筋症であった。術後月経痛は改善し、不正出血は消失した。術後 3 ヶ月の MRI 画像にて子宮体部の筋層は 7mm、嚢胞性病変は消失した。術後 4 ヶ月で自然妊娠し、現在妊娠継続中である。

【結語】近年日本において帝王切開は増加しており、今後も CSDi は増加すると考えられる。CSDi に対して腹腔鏡下子宮瘢痕部修復術や、子宮鏡下手術の報告が在り、妊娠率の増加も報告されている。本例では、瘢痕部に嚢胞を認め、帝王切開瘢痕部に嚢胞性腺筋症を発症したと考えられる。術後に症状改善を速やかに認め、自然妊娠に至っており、妊孕性を改善する手術として有用であると考えられる。

O-023

帝王切開後 10 日目に大量出血をきたし子宮動脈塞栓症にて母体救命を得られた症例

○川畑 聖羅¹⁾、入江 勇介¹⁾、川畑 龍暉¹⁾、安宅 真名美¹⁾、北 香¹⁾、水沼 正弘¹⁾、根岸 秀明¹⁾、齋藤 豪²⁾

1) 北見赤十字病院 産婦人科、2) 札幌医科大学 産婦人科学講座

【緒言】産後の大量出血は分娩直後のみならず、分娩より日数が経ったのちに見られることもある。今回は帝王切開後 10 日目に大量出血をきたしたが、輸血と子宮動脈塞栓術により救命し得た症例を経験したため報告する。【症例】36 歳初産、近医にて凍結胚移植妊娠後に当院紹介。妊娠経過に特記すべき異常なし。40 週 6 日から誘発分娩を行ったが 41 週 1 日に分娩停止にて緊急帝王切開を行い 3964g の女児を分娩した。術中子宮収縮不良あり出血量は計 2118ml であった。術翌日 Hb7.1g/dL であり RBC を 4 単位輸血した。その後は出血再燃なく経過し、退院前診察でも異常を認めず、術後 7 日目に退院となった。術後 10 日目に大量の性器出血がみられたため受診。診察時に血圧 95/50mmHg、脈拍 70/分台を認め、止血目的で bakri バルーンを 100ml で留置した。Hb8.4g/dL であったためバイタルを維持しながら造影 CT を撮像したところ、子宮内腔に左子宮動脈からの造影剤漏出を認め、左子宮動脈塞栓を実施した。処置中バイタルは BP120 台、HR70 台と比較的安定していたが、処置後に Hb5.0g/dL と著明な低下を認めたことから輸血を行い ICU にて全身管理をした。塞栓後 1 日目に一般病棟へ転棟、4 日目に自宅へ退院となった。その後はメチルエルゴメトリンの内服のみで子宮内貯留は消失し、1 ヶ月検診で異常を認めなかった。【結語】今回の症例において、退院時診察では異常を認めなくても退院後の産褥期に大量出血に至る可能性を念頭に置く必要があると考えられた。

O-024

硬膜外麻酔分娩と分娩時出血量の関連性の検討

○山川 光平、竹中 尚美、鬼怒川 博孝、菅野 秀俊、渡邊 マリア、柿坂 はるか、鈴木 弘二、早坂 真一、小林 正臣、田野口 孝二

東北公済病院

【目的】分娩の痛みを和らげる方法の中で、最も効果的な方法は硬膜外麻酔である。痛みを和らげ産婦自身の満足度の高い分娩をサポートするとともに、心血管系・脳神経系・精神系の疾患をもつ産婦や緊急帝王切開時に挿管困難が予想される産婦には硬膜外麻酔により分娩の安全性を高めることができると考えられている。日本の麻酔分娩率は欧米と比較して少なかったが、近年はこれらの理由より急速に増加しつつある。一方で、分娩所要時間の延長や子宮弛緩などが誘因となり、分娩時出血量が増加する可能性も示唆されている。当院では麻酔分娩チームをたちあげた 2019 年より年々麻酔分娩症例数は増加しており、2024 年には経陰分娩の約 4 人に 1 人は麻酔を施行している。改めて安全性の検証のため、過去の分娩症例を後方視的に解析した。麻酔分娩と出血量の関連性を明らかにし、安全性の再評価を行うことを本研究の目的とした。

【方法】2024 年 1 月～12 月の 1 年間に、当院で分娩を行った経産経陰単胎症例のうち、麻酔施行群と、非施行群に分けて比較を行った。2024 年の当院での分娩総数は 813 例、うち今回の統計対象は合計 232 例であり、麻酔施行群 72 例、非施行群 160 例であった。分娩時出血量は分娩終了から 2 時間以内の出血量と定義し、総出血量を比較した。統計解析には t 検定を用い、有意水準は $p < 0.05$ と設定した。あわせて、対象症例の母体年齢、分娩所要時間についても検討した。

【結果】麻酔施行群と非施行群の間で、分娩時出血量に統計学的な有意差は認められなかった。

【考察】本検討より、麻酔を施行したことによる微弱陣痛・遷延分娩をできるだけ防ぐべく、子宮収縮薬を用いて積極的な分娩管理をすることにより、麻酔分娩を行っても出血量の増加を伴うことなく実施可能であることが示唆された。今後もさらなる症例の蓄積・評価を行い、麻酔分娩の普及と安全性確保に貢献していきたい。

○鈴木 響子、荒井 珠緒、関 萌花、中山 大輝、古田 祐、田沼 史恵、片岡 宙門

函館中央病院 産婦人科

【諸言】新生児頭蓋骨骨折は出生 10000 ～ 25000 人に 1 例とされる稀な分娩合併症であり、主に吸引・鉗子などの器械的介助を伴う経膣分娩にて報告されるが、非外傷性や帝王切開においても発症し得る。今回、前置胎盤に対する緊急帝王切開後に新生児頭蓋骨骨折を認めた 1 例を経験した。【症例】G3P1、既往歴に特記すべき事項はなし。妊娠初期より性器出血を認め、妊娠 9 週で絨毛膜下血腫を契機として当科紹介。全前置胎盤で経過し、妊娠 20 週、28 週、29 週に警告出血を認め、妊娠 29 週 4 日より管理入院となった。妊娠 33 週 0 日に再出血を認め、妊娠 33 週 1 日に緊急帝王切開を施行した。出生児は女兒、体重 1729g、Apgar スコア 8/8、臍帯動脈血 pH 7.216。出生直後より左側頭部に約 2cm の陥凹を認めた。頭部超音波では頭蓋内出血を認めず、CT で若木骨折・線状骨折を疑う所見であり、MRI で外傷性くも膜下出血、脳室内・後頭蓋窩血腫を認めた。神経学的異常や発達遅延は認めず、陥凹は 2 か月で消失し、4 か月後の CT で頭蓋骨の再構築を確認した。【考察】本症例では児頭の下降や器械操作は認められず、子宮内における慢性的な圧迫による骨折の可能性が示唆された。前置胎盤では児頭が子宮下部に位置しにくく、横位や骨盤位などの胎位異常を伴いやすいため、児頭が母体骨盤構造に長時間接することで骨折を来した可能性がある。【結論】帝王切開であっても、新生児頭蓋骨骨折は起こり得る。特に前置胎盤や異常胎位を伴う症例では、胎児期からの圧迫による損傷も念頭に置き、出生後には分娩様式にかかわらず頭部の注意深い観察と必要に応じた画像診断が重要である。

O-026

産褥期に子宮筋腫の変性・穿孔による汎発性腹膜炎をきたした一例

○寺澤 昂希、相庭 晴紀、小林 琢也、木谷 洋平、古俣 大、加勢 宏明

JA 新潟厚生連 長岡中央総合病院 産婦人科

＜緒言＞昨今、妊娠年齢の高年化により、子宮筋腫合併妊娠は増加傾向にある。子宮筋腫は妊娠中や産褥期に子宮血流の変化により筋腫核の変性・壊死をきたすことがある。今回、我々は、産褥期に子宮筋腫の変性・穿孔により汎発性腹膜炎をきたし、腹式子宮筋腫核出術にて改善を得た症例を経験した。

＜症例＞34 歳、1 妊 0 産。妊娠前から 3cm の子宮筋腫を指摘されていた。自然妊娠成立し、帰省分娩のため、妊娠 32 週に当院受診した。初診時、子宮体下部前壁に 7cm の子宮筋腫を認めた。妊娠経過中は子宮筋腫に関する症状は認めなかった。妊娠 39 週 4 日に 2624g の男児を経膈分娩し、産褥 6 日に退院した。産褥 11 日、下腹部痛と腰痛を認め、尿路感染症または骨盤内炎症性疾患を考え、LVFX 内服を開始した。産褥 12 日、発熱と下腹部痛、腰痛増悪にて救急搬送された。血液検査で WBC 5070/μL、CRP 9.95mg/dL であり、造影 CT 画像で著明な腹水、子宮筋腫の赤色変性を認めた。変性筋腫の感染を疑い、入院にて TAZ/PIPC、補液による保存的治療を試みたが改善に乏しかった。産褥 15 日、血液検査で WBC 12650/μL、CRP 44.06mg/dL と炎症増悪し、造影 CT 画像にて変性筋腫が破綻、内容液漏出を認めたため、緊急開腹術を施行した。腹腔内には多量の黄白色混濁腹水を認め、変性筋腫には 1cm 弱の穿孔を認め、内容液が腹腔内へ漏出していた。6cm の変性筋腫を核出し、病理診断は著明な壊死を伴う富細胞性平滑筋腫であった。腹水培養から *Prevotella bivia* が検出、MNZ を開始し、徐々に症状改善を認め、産褥 26 日（術後 11 日）、退院された。

＜考察＞子宮筋腫合併妊娠にて産褥期に変性を起こした場合、保存的治療にて軽快することが多いが、本症例のように重篤化し、外科的介入が必要であったという症例報告も散見される。子宮筋腫合併妊娠における産褥期の急性腹症では変性筋腫の破綻・感染を念頭に置き、保存的治療で軽快を認めない場合は速やかに外科的介入に踏み切る必要がある。

O-027

IUD 長期留置及び結腸憩室炎により S 状結腸子宮瘻に至った一例

○福岡 日向¹⁾、富樫 嘉津恵¹⁾、宮澤 秀彰²⁾、能登 彩^{1,3)}、東海林 なつみ¹⁾、高橋 玄德¹⁾、今野 めぐみ¹⁾、佐藤 朗¹⁾

1) 秋田赤十字病院 産婦人科、2) 秋田赤十字病院 消化器外科、3) 秋田泌尿器科クリニック 副院長

【緒言】S 状結腸憩室炎から瘻孔形成を併発した症例のうち、結腸子宮瘻は 0.8% と稀である。IUD 長期留置後及び自然脱落後の結腸憩室炎に続発し S 状結腸子宮瘻をきたした症例を経験したため報告する。【症例】74 歳、2 妊 2 産、閉経 48 歳。3 年前からの慢性下痢、軽い腹痛、体動困難を主訴に当院救急外来を受診した。腸管症状に伴う脱水症と電解質異常を認め、当院消化器内科に入院した。下部消化管内視鏡検査にて憩室の瘻孔形成を疑われ、CT 検査でごく軽度の子宮内ガス像が認められたが、初診時の婦人科診察では明らかな子宮留膿症や婦人科臓器の瘻孔形成の診断に至らなかった。全身状態が改善したのち入院 3 ヶ月目に短期療養型施設へ退院した。1 年後に外陰炎を訴え近医婦人科を受診した。腔から不消化便の排出を認められ、超音波検査で子宮底部と消化管の交通が示唆された。MRI 検査・注腸造影検査より S 状結腸子宮瘻が考えられた。消化器外科と合同で開腹術を施行された。S 状結腸から直腸 S 状部には強い炎症を伴う多発憩室を認め、子宮底部から左付属器・左卵巣動静脈周囲・左骨盤腹膜にかけて広範囲に癒着していた。S 状結腸～直腸 S 状部切除術および腹式単純子宮全摘術・両側卵管切除術を施行した。子宮底部右側に 2mm 程度の瘻孔を認め、化膿性炎症を呈していた。子宮内腔・両側卵管粘膜にも炎症を認め、憩室炎からの穿通による結腸子宮瘻と診断された。術後 8 日目に食事を再開し、合併症なく術後 15 日目に退院した。詳細な問診により当科初診時の 1 年 6 ヶ月前に 30 年以上前に挿入した子宮内避妊用具（IUD）が自然脱出したことが判明した。【考察】本来子宮壁は平滑筋に厚く覆われているため瘻孔を形成しにくい。本症例は加齢性変化や軽いそうによる子宮の萎縮、IUD 長期留置による子宮筋層の菲薄化、憩室炎の炎症波及により子宮筋層を穿通し瘻孔形成に至ったと考えた。

O-028

女性器を原発とした GAS 感染により STSS に至った一例

○女屋 隼人^{1,2)}、松岡 珠緒¹⁾、西藤 吉宏¹⁾、五十嵐 冬華¹⁾、安田 真子²⁾、渡邊 碧²⁾、宮城 正太¹⁾、勘野 真紀¹⁾、首藤 聡子²⁾、野村 英司¹⁾

1) 王子総合病院 産婦人科、2) 市立札幌病院 産婦人科

【緒言】劇症型溶血性レンサ球菌感染症 (Streptococcal Toxic Shock Syndrome; STSS) は A 群 β 溶血性連鎖球菌 (Group A Streptococcal; GAS) 感染後に突発的に発症し、敗血症などの重篤な症状を引き起こし、急速に多臓器不全が進行することがある重症感染症である。主な感染経路は、飛沫感染と接触感染と言われている。今回、外陰部から膣内にかけて広く GAS 感染を認め STSS に至った症例を経験したので報告する。

【症例】59 歳、既往歴に 2 型糖尿病。両側の下腹部痛と異常帯下を主訴に前医を受診した。経膣エコー検査では子宮筋腫以外の明らかな画像的所見はなかった。数日後、下腹部痛が増強し当院を紹介受診した。造影 CT 検査を実施したが、下腹部痛や異常帯下の原因となる明らかな所見はなかった。会陰部診察では潰瘍を伴う皮疹が散在していた。膣分泌培養、血液培養を採取。血液検査では白血球 29,700/ μ L、CRP 39.25 であった。膣分泌物培養では Streptococcus Pyogenes が検出され、血液培養でも 2 セットが陽性であった。重症感染症と考え高次施設へ搬送となった。搬送先で ICU 管理され、ABPC 1g q4h と CLDM 600mg q6h が投与され炎症反応は正常化した。

【考察】GAS の感染経路は飛沫や接触感染が中心である。岩田 悠里らは膣を上行性に感染し骨盤内炎症性疾患 (Pelvic Inflammatory Disease; PID) を発症した後に STSS となる症例報告をしている。また、雨田恵らは子宮頸部細胞診後に STSS となる症例報告をしている。膣内の定着菌が何らかの影響で活性化し PID を引き起こし、軽度だが侵襲的な検査である子宮頸部細胞診により STSS となった可能性がある。PID などの婦人科感染症の可能性を強く疑う場合、女性器への侵襲的な検査は敗血症や STSS 等の疾患に発展しうることを念頭におくことが重要と考える。

O-029

全腹腔鏡下子宮全摘術後に膣断端に癒着・感染を併発した温存卵巣の一例

○山崎 一輝、金杉 知宣、小原 史織、佐々木 麻妃、川村 英生、深川 智之、三浦 史晴

岩手県立中央病院 産婦人科

【緒言】全腹腔鏡下子宮全摘術 (TLH) における膣断端閉鎖後の後腹膜縫合については、施設間で方針が異なり、特に卵巣温存例に対するその意義は確立されていない。今回、膣断端閉鎖後に後腹膜縫合を省略した TLH および両側卵管摘出後、右卵巣が膣断端内側に癒着し、感染を併発したため再腹腔鏡下手術で同卵巣を摘出するに至った症例を経験したので報告する。

【症例】45 歳女性。2 妊 2 産。過多月経による重度の貧血を主訴に当院を受診した。MRI で約 3 cm の粘膜下子宮筋腫認められ、TLH の方針となり手術施行、この際後腹膜縫合は省略した。術後経過良好で 5 日目に退院となった。術後 8 日目に 37℃ 台の発熱と右下腹部痛自覚し再度受診、CT・MRI で腸管全体の浮腫と右付属器の軽度嚢胞性腫大、その周囲に被包化傾向のある液貯留が認められ骨盤内膿瘍が疑われた。抗菌薬 (セフメタゾールナトリウム: CMZ) で保存的に経過観察をおこなったが、解熱せず炎症反応の上昇と腹膜刺激症状が認められた。骨盤内膿瘍による腹膜炎または腫大した右残存卵巣の捻捻転も否定できなかったため術後 10 日目に再度腹腔鏡で観察をおこなった。右卵巣は嚢胞性に腫大しており、これが膣断端に癒着し、周囲に膿瘍を形成していた。周辺の小腸にも癒着が認められたため、癒着剥離、右卵巣摘出、腹腔内洗浄を施行した。再腹腔鏡術後、CMZ を 6 日間投与し炎症反応改善したため退院となった。術後半年以上経過しているが再感染や合併症は認めていない。

【結語】TLH において卵巣を温存する場合後腹膜の縫合を省略することは残存卵巣の異常な可動性を生み出し、膣断端への癒着やそれに続く感染・骨盤内膿瘍のリスクを高める可能性があり、術後合併症の予防のために後腹膜縫合の重要性が示唆される。今後 TLH における後腹膜縫合の要否、特に卵巣温存症例における術後合併症の予防に関するさらなる症例の蓄積と検討が望まれる。

卵巣内膜症性嚢胞感染に対し敗血症移行リスクを踏まえて子宮腔上部切断・右付属器切除を選択した一例

○堀川 輝久、中陳 哲也、小舘 英明、山田 和佳、野々垣 康秀、南淵 杜萌、向井 悠馬、飯沼 洋一郎、森脇 征史

JA 北海道厚生連 帯広厚生病院 産婦人科

【緒言】

卵巣内膜症性嚢胞は慢性炎症性疾患でありながら、稀に感染を併発し骨盤内膿瘍の原因となりうる。抗菌薬治療が第一選択となるが、一部では治療抵抗性を示し、付属器切除などの外科的介入を要する。感染制御を目的とした治療選択に際しては、的確な治療層別化が重要である。

【症例】

症例は 35 歳、妊娠出産歴なし。既往歴は子宮腺筋症および左卵巣内膜症性嚢胞感染があった。合併症なし。また、挙児希望は無かった。3 日前から持続する右下腹部痛と 38℃ 台の発熱を主訴に受診し、骨盤 MRI にて右卵巣内膜症性嚢胞の壁肥厚と内容液の信号変化があり、嚢胞感染として抗菌薬加療を開始した。しかし治療開始 7 日経過しても 38℃ 台の発熱と CRP25mg/dL 台の高値が持続したため、抗菌薬治療抵抗性と判断。感染源除去を目的に試験開腹を行った。既往嚢胞感染による腹腔内高度癒着を認めた。子宮腺筋症により子宮は肥大しており、十分なドレナージのためには子宮摘出が必要と考えられたため子宮腔上部切断術および右子宮付属器切除術を施行した。術後より速やかに解熱し、CRP も 1mg/dL 台まで改善したため、術後 7 日目に退院となった。

【考察】

卵巣内膜症性嚢胞感染に対する治療は、抗菌薬治療の奏功可否を数日以内に評価し、無効例では外科的治療への早期移行が推奨されている。本症例では、嚢胞径が MRI にて 10cm と大きく、壁肥厚を伴い、発熱および高 CRP 血症が 1 週間遷延した点から、抗菌薬単独では感染制御困難と判断した。近年、Fouks らによるスコアリング（年齢、白血球数、嚢胞径、両側性）や、Yongue らによるスコアリング（体温、CRP、嚢胞径）など、治療選択に関する層別化モデルが提唱されており、いずれも「径 $\geq 6 \sim 7$ cm」および「CRP ≥ 15 mg/dL」が治療抵抗の重要指標とされている。本症例はこれらの複数項目に該当していた。今後も抗菌薬の効果判定と手術移行時期の適正化に向け、客観的スコアリングの導入が有用であると考ええる。

O-031

当院における超緊急帝王切開に対するシミュレーションの運用と課題

○齋藤 剛熙、佐藤 孝洋、清水 有紗、成重 さつき、後藤 恵、船山 由有子、片平 敦子

坂総合病院 産婦人科

【背景・目的】

当院は400床程度の中規模市中病院で、年間分娩数は約400件である。新生児集中治療室を有しておらず、夜間は産科医・麻酔科医・小児科医・手術室スタッフを含め自宅当直体制で対応している。このような医療資源が限られる環境の中でも、超緊急帝王切開(Grade A Caesarean Section: GA-CS)では、児の生命を守るために迅速な対応と決定から児娩出(Decision to Delivery Interval: DDI)の短縮が求められる。当院では2015年よりGA-CSの質向上を目的とした多職種参加型シミュレーションを年1~2回実施しており、運用マニュアルを作成・改訂しながら継続している。本研究では、当院におけるGA-CS症例の実態と課題を明らかにすることを目的とした。

【対象・方法】

2016年から2025年1月までに行われたGA-CS 21例を後方視的に検討した。各症例のDDI、発生時間帯(日勤/夜間・休日)、発生場所(病棟/外来)などを分析し、シミュレーションの成果と運用上の問題点を明らかにした。

【結果】

対象期間中の総分娩数は4,768例で、帝王切開は881例(18.4%)。緊急帝王切開は352例(7.38%)、GA-CSは21例(0.44%)であった。DDIは平均31分(15-46分)であり、日勤帯5例のうち病棟発生が4件(平均22分)、外来発生が1件(36分)であった。夜間・休日16例では平均33分であった。

【考察】

当院のGA-CSは、他施設報告と比較しても稀な頻度であり、発生時間や場所により対応とDDIの数値にばらつきがみられた。運用上の課題として、①手術室と病棟・外来間の物理的距離、②夜間・休日の当直体制による医師到着の遅延、③麻酔科医不在時の腰椎麻酔対応、が挙げられる。今後も当院特有の環境を理解したうえでの定期的なシミュレーションとマニュアルの見直しを通じて、DDIの短縮とGA-CSの質の維持向上を目指す必要がある。

O-032

当院における帝王切開後創部離開に関する検討

○石田 里咲、生野 寿史、笹原 崇生、為我井 加菜、安田 麻友、上村 直美、森川 香子、山口 雅幸、倉林 工

新潟市民病院 産婦人科

【緒言および目的】帝王切開において再縫合を要するような創部離開は、約1/300程度に発生するとされている。当院では、短期間に再縫合を必要とした複数の創部離開を経験したことから、原因および改善策について解析・検討することを目的とした。

【対象および方法】2024年7月~2025年6月の期間、当院で帝王切開術を施行した204例を対象とした。臨床背景・創部閉鎖法・BMI・抗凝固療法の有無などについて診療録およびデータベースより後方視的に検討した。非妊娠時BMI: 25以上を肥満と定義した。非妊娠時体重不明例は除外とした。統計学的解析は、Fisher's exact testを用いた。

【結果】解析対象となる創部離開は19例あり、発生頻度は9.3%であった。うち再縫合を要したものは3例(15.8%)であり、それ以外は保存的治療が可能であった。BMIによる発生頻度には差はみられなかった。全ての症例で2-0吸収糸による皮下縫合を実施していた。真皮閉鎖法による比較では、スキンステープラ群14.9%、モノフィラメント吸収糸による埋没縫合群3.8%とスキンステープラ群では有意に高率であった($p<0.01$)。皮膚切開法による比較では、正中切開群で25.5%、横切開群で4.0%と正中切開群で有意に高率であった($p<0.001$)。創部皮下血腫形成を14例に認め、抗凝固療法併用21例では23.8%と抗凝固療法未使用群(3.8%)と比較して有意に高率であった($p<0.01$)。原因として創部感染が疑われたものは、3例(15.8%)であり、前期破水の有無での違いはみられなかった。

【考察】真皮閉鎖法では、スキンステープラ群において発生頻度が高く、特に正中切開例においては真皮埋没縫合が望ましい可能性がある。また抗凝固療法群では、創部皮下血腫形成例が多く存在しており、症例を限定した皮下ドレーンの有用性についても検討が必要であると考えられた。

O-033

帝王切開術における術中腹腔内洗浄が術後疼痛と炎症反応に与える影響

○北村 怜華^{1,2)}、濱田 裕貴¹⁾、佐藤 麻耶³⁾、鈴木 潤⁴⁾、田上 和磨¹⁾、高橋 司¹⁾、富田 美弥¹⁾、
只川 真理¹⁾、岩間 憲之¹⁾、齋藤 昌利¹⁾

1) 東北大学病院 産科、2) 仙台徳洲会病院 産後研修センター、3) 東北大学病院 手術部、4) 東北大学病院 麻酔科

背景：帝王切開術後の疼痛は、術後早期離床や授乳困難の一因となり、母体の身体的・心理的回復を妨げる要因となる。本研究では、帝王切開術中の生理食塩水による腹腔内洗浄が術後の疼痛および炎症反応に及ぼす影響を後方視的に検討した。
方法：2025年4月～6月に当院で施行された帝王切開術症例(n=74)を対象とした。腹腔内洗浄の有無により非洗浄群(n=14)と洗浄群(n=60)との2群に分類した。診療録より術式、麻酔方法、術前後の採血結果、抗菌薬投与などの周術期情報を抽出した。術後疼痛は肩痛および創部痛について、術後1日目の安静時・体動時それぞれのnumerical rating scale (NRS)により評価した。群間比較にはMann-WhitneyのU検定を用いた。炎症マーカーについては、予定手術で調整因子を含めた多変量線形回帰分析を実施した。

結果：術後1日目の体動時NRSは、非洗浄群で中央値8.5(四分位範囲8.3-8.8)、洗浄あり群で5.0(3.0-7.0)であり、洗浄群で低値を示した(p=0.045)。その他の疼痛スコアには差を認めなかった。予定手術に絞った解析では、術後1日目のCRP(mg/dL)は非洗浄群：洗浄あり群で各々6.95(5.29-7.58)：4.54(3.27-6.04)、5日目はそれぞれ3.05(2.19-3.77)：2.21(1.45-2.71)であった。多変量解析において、洗浄群はCRP上昇が抑制され炎症反応の抑制効果が示唆された(術後1日目： $\beta = -1.52$, p=0.035, 術後5日目： $\beta = -1.64$, p=0.030)。

考察：帝王切開術における腹腔内洗浄は、術後の体動時創部痛および炎症制御の双方に有用である可能性が示唆された。特に体動時創部痛の軽減は母体の早期回復、QOL向上に直結するものであり、実地医療においても大きな意義を有する。本法は簡便・低侵襲・低コストで特別な機器や薬剤を必要としないため、資源制限下の施設においても導入が期待される。今後は大規模な前向きコホートによる検証や、疼痛メカニズムに関する基礎研究との連携が望まれる。

O-034

宮城県における飛び込み分娩の症例集積研究：COVID-19流行前後での違い

○田上 和磨、富田美弥 美弥、工藤 さくら、内堀洪欣 洪欣、宮副 美奈子、高橋 司、濱田 裕貴、
只川 真理、岩間 憲之、齋藤 昌利

東北大学病院 産婦人科

【目的】分娩までに診療機関を受診しない、いわゆる「飛び込み分娩」は、社会的および医学的にさまざまなリスクを伴う。COVID-19の流行は社会経済に大きな影響を及ぼし、飛び込み分娩症例にも何らかの影響を与えた可能性がある。本研究では、飛び込み分娩症例の社会的背景や周産期予後について、COVID-19流行の影響を評価することを目的とした。

【方法】2016年1月～2024年12月の宮城県内飛び込み分娩230例を対象とした。事例報告書やアンケートから収集した妊婦の社会的背景および周産期予後について後方視的検討を行った。2016年1月～2020年3月の症例をCOVID-19流行前群、2020年4月～2021年9月の症例をCOVID-19流行下群、2021年10月～2024年12月の症例をCOVID-19流行後群とした。COVID-19流行前群をreferenceとし、二項ロジスティック回帰分析を実施した。

【結果】COVID-19流行前群は123人、COVID-19流行下群は39人、COVID-19流行後群は68人であった。COVID-19流行前群、流行下群、流行後群において、保険未加入11%、16%、21%、妊娠高血圧症候群11%、8%、28%であった。またアンケートで「公的補助を知らなかった」と回答した人は、49%、27%、52%であった。COVID-19流行前群と比較し、流行後群において調整オッズ比(95%信頼区間)保険未加入2.41(1.04-5.59)、妊娠高血圧症候群3.271(1.47-7.30)で有意な差を認めた。一方、「公的補助を知らなかった」では群間において有意な差は検出されなかった。

【結論】COVID-19流行後群はCOVID-19流行前群と比較し、保険未加入および妊娠高血圧症候群の調整オッズ比が有意に高く、COVID-19流行前後で飛び込み分娩の背景や周産期リスクに変化がある可能性が示唆された。また、公的支援制度の認知不足は調査期間において変化がなく、情報提供体制の強化が必要である。飛び込み分娩の周産期リスクを回避するためには、社会状況の変化を踏まえた柔軟な周産期管理体制の構築が求められる。

O-035

多職種シミュレーション訓練が超緊急帝王切開に与えた影響 — 当院でDDI10分を達成した一症例報告

○向井 悠馬、森脇 征史、飯沼 洋一郎、小舘 英明、中陳 哲也、山田 和佳、南淵 杜萌、野々垣 康秀、堀川 輝久

JA 北海道厚生連帯広厚生病院産婦人科

【目的】超緊急帝王切開では意思決定・児娩出時間（decision-to-delivery interval：DDI）15分未満が国際的推奨目標とされる。当院では数年前から年2回、産科・麻酔科・小児科・手術室看護師・助産師が参加する多職種シミュレーション訓練を継続し、役割分担表、最短搬送ルート、麻酔導入手順を反復確認している。本報告では訓練内容を概説し、実臨床でDDI10分を達成した症例を紹介する。

【訓練方法】毎回ランダムなシナリオ型演習を行い、宣言・OR入室・麻酔導入開始／完了・切皮・児娩出の各時点を記録し、終了後に訓練最中に気づいた点や気を付けるべき点などをフィードバックする。

【症例】32歳初産婦、妊娠高血圧症候群で36週0日まで管理入院中であった。退院後2週間で心窩部痛と血圧155/103 mmHgのため再入院となった。オバタメトロおよびオキシトシンで誘発を開始し、メトロが自然脱落后に破水したが、直後から遷延一過性徐脈（再下点40 bpm）が出現した。臍帯脱出は認めず、酸素投与、体位変換など行ったが改善せず、胎児機能不全と判断し15時23分にCKを宣言した。15時26分手術室入室、15時28分麻酔導入開始、15時32分導入完了と同時に切皮、15時33分に児娩出となった。DDIは10分、切皮・娩出まで1分。児の出生体重2408 g、Apgar1/5/10/15分8/8/9/9。母体出血は847g、輸血・術後合併症はなく退院となった。

【結果】定期シミュレーションで共有したコール手順・搬送導線・麻酔導入の省略化が遅延要因を最小化し、実症例でもDDI目標を安全に達成できたと思われる。

【結論】年2回の多職種CKシミュレーションは、稀発ながら時間依存性の高いCKに対するチームレスポンスを維持・向上させ、DDI15分未満の実現に直接寄与することが示唆された。今後は全症例のDDIと周産期転帰を継続的に収集・解析し、得られた知見をもとに訓練をアップデートし実臨床へ還元していく方針である。

O-036

当院における骨盤臓器脱に対する VANH および 仙骨子宮靱帯固定術 (Shull 法) の導入

○笹瀬 亜弥、小熊 佳那子、関根 優哉、佐々木 恵、氷室 裕美、宇賀神 智久、早坂 篤、大槻 健郎

仙台市立病院

【緒言】骨盤臓器脱 (pelvic organ prolapse : POP) に対してメッシュなどの人工物を利用せず従来の組織を利用する術式 NTR (native tissue repair) が近年見直されてきている。経腔的に子宮を摘出後、腔断端を仙骨子宮靱帯に固定する仙骨子宮靱帯固定術として、McCall 変法と Shull 法が代表であるが、従来のように腔式手術で行うと尿管損傷のリスクが 10% 近くあるとされている。近年は腹腔鏡下に腔断端仙骨子宮靱帯固定術を行った報告が散見され、良好な長期予後および尿管損傷のリスク低減が示されている。今回、我々は vNOTES を用いた子宮全摘術 (Vaginally Assisted NOTES Hysterectomy : VANH) に加え、Shull 法にて腔断端仙骨子宮靱帯固定術を施行した 3 症例を経験したので報告する。【症例】症例①～③は 59 歳から 74 歳の女性。主訴は子宮下垂感、排尿困難であった。全ての症例で POP-Q 分類はⅢ度であった。術式は VANH および両側付属器摘出術、仙骨子宮靱帯固定術 (Shull 法)、前後腔壁形成術を行った。術時間は① 2 時間 18 分、② 2 時間 33 分、③ 3 時間 32 分であった。出血量は① 115ml、② 10ml、③ 125ml であった。尿管損傷を含む術中および術後合併症は認めなかった。術後経過は良好であり、術後 4 日目に退院。現在まで再発なく経過している。【考察】鏡視下に尿管走行を確認したうえで仙骨子宮靱帯を同定し、結紮することで尿管損傷のリスクは低く抑えられ、かつ腔式で行うよりも頭側で結紮できることがメリットであると考えた。子宮脱に対して VANH および仙骨子宮靱帯固定術 (Shull 法) を行うことは再発防止および合併症リスク軽減に有用である可能性がある。

O-037

子宮全摘術後の膀胱瘤に対して腹腔鏡下仙骨腔固定術を行ったが再発し、 完全腔閉鎖術を行った一例

○山内 敬子、渡邊 憲和、齋藤 緑、酒井 一嘉、松川 淳、永瀬 智

山形大学 医学部 産婦人科

【緒言】骨盤臓器脱に対する腹腔鏡下仙骨腔固定術 (LSC) は再発率の低い術式として普及しているが、再発や合併症の対応に苦慮することがある。当院で LSC を行い再発した症例を提示する。【症例】68 歳、3 妊 2 産。48 歳の時に子宮筋腫と卵巣腫瘍に対して腹式単純子宮全摘術、両側付属器摘出術を行った既往がある。6 か月前から、前医で膀胱瘤に対してリングベッサリーによる保存的治療を行っていたが、ベッサリーが脱落し、頻尿や排尿困難感を認め手術を希望し、当院へ紹介となった。BMI 30.3 の肥満で、診察では腔脱、膀胱瘤 (POP-Q stage Ⅲ) を認め、LSC の方針となった。LSC の術中に直腸周囲に癒着を認めたため、前腔壁メッシュのみを留置して手術を終了した。術後 3 か月で POP-Q stage Ⅱ の直腸瘤を認め、術後 6 か月で POP-Q stage Ⅲ の膀胱瘤が再発した。術後 9 か月に脱出症状が増悪し、フェミクッションを使用した、腔壁の糜爛と性器出血を認め、フェミクッションの使用を中止した。保存的に経過をみていたが排尿困難の訴えが強くなった。造影 CT 上メッシュ外れはなかったため、メッシュを固定していない側方や前方の膀胱瘤の再発と考えた。再手術の方針としたが、前回の手術の経過から、再度 LSC を行っても十分な効果を得ることが困難と考え、腔閉鎖術の方針とした。LSC 術後 2 年で完全腔閉鎖術を行い、術後経過は良好である。【考察】LSC 術後の再発に対しては、再度 LSC を行う場合もあるが、子宮全摘術後で性交渉の希望がない場合には、完全腔閉鎖術が選択肢になり得る。

O-038

骨盤内臓器脱に対するゲルホーン型ペッサリーの使用成績と中止例の検討

○加藤 直人、喜多 澄美、金内 拓海、遠藤 輝人、榊 宏諭

山形県立新庄病院

【緒言】

骨盤臓器脱 (POP: Pelvic Organ Prolapse) は高齢女性に多く、保存的治療としてペッサリー療法が広く行われている。なかでもゲルホーン型ペッサリーは重度の脱に対して有用であるが、本邦ではあまり使用実績の報告がなく、また中止に至る症例も一定数存在する。本研究では、当院におけるゲルホーン型ペッサリー使用例の成績と有害事象、中止例の特徴について後方視的に検討した。

【方法】

対象は、2019 年 1 月 1 日～2024 年 12 月 31 日の間に当院で POP に対してゲルホーン型ペッサリーを挿入した全 60 例とし、観察期間は 2025 年 6 月 30 日までとした。電子カルテより患者背景、合併症、POP の程度、副作用の有無、脱落や抜去困難の頻度、中止理由、代替治療などを抽出し、継続群と中止群に分類し比較検討した。

【結果】

対象 60 例の年齢の中央値は 72.9 歳、BMI の中央値は 24.3 であった。91.7% にリング型ペッサリーの使用歴があった。ゲルホーン型ペッサリーを継続できたのは 30 例 (50.0%) だった。ゲルホーン型ペッサリー継続群と中止群の患者背景に有意な差は見られなかった。継続群では膀胱瘤を伴う症例が有意に少なかった (26.7% vs 70.0%, $p=0.002$) 一方で、子宮脱を伴う症例が多かった (90.0% vs 63.3%, $p=0.03$)。また中止群では、不正性器出血が有意に多い (33.3% vs 6.7%, $p=0.021$) 一方で、膣びらんは少なかった (33.3% vs 66.7%, $p=0.019$)。中止理由は脱落 (40.0%)、抜去困難 (13.3%)、効果不十分 (10.0%) が主だった。中止後はリング型ペッサリー (40.0%)、手術 (26.7%)、経過観察 (33.3%) へ移行した。

【結語】

ゲルホーン型ペッサリーは、特に子宮脱を伴う高齢者 POP に対して有効な選択肢である一方、不正性器出血や抜去困難等の有害事象により中止せざるを得ない症例が存在する。個別症例の特徴に応じた治療選択や経過観察体制の工夫が、継続率向上に寄与すると考えられる。

O-039

フルディスポーザブル硬性子宮鏡導入後 1 年の成績と課題

○亀井 あつこ、尾上 洋樹、佐藤 千絵、村上 一行、馬場 長

岩手医科大学 産婦人科

【緒言】当院では 2024 年 5 月よりフルディスポーザブル硬性子宮鏡 (以下オペラスコープ) を導入し、子宮内膜ポリープに対する日帰り手術を開始した。オペラスコープは頸管拡張が基本的には不要でより低侵襲な子宮鏡下手術を可能にしたが、症例により手術難易度が大きく異なることを学んだ。当院で実施したオペラスコープでの内膜ポリープ切除術の成績から有用性と課題について検討した。

【方法】2024 年 5 月から 2025 年 6 月までに子宮内膜ポリープの術前診断で、オペラスコープを施行し、観察のみで終了した 1 例を除いた 20 例を対象として、術前頸管拡張の有無、麻酔方法、手術時間、ポリープの部位、摘出に使用したカテーテルなどについて後方視的に検討した。

【結果】年齢は 35.7 歳 (27-45 歳)、術前の軟性子宮鏡検査時の疼痛から希望をうかがい 15 例は静脈麻酔下に、5 例は無麻酔で施行した。無麻酔の 1 例は手術時の疼痛が強く出現し術中に静脈麻酔に移行した。2 例でスコープが挿入できずヘガール頸管拡張器での拡張を要した。手術時間は平均 16 分 (3-47 分) だった。30 分以上要したのは 3 例で、2 例は底部単発、1 例は多発だった。カテーテルは全例バスケットタイプを選択したが、底部の 2 例はいずれもポリープの把持が困難で、生検鉗子に切り替えて切除した。

【考察】底部のポリープはカテーテルの操作性から把持に難渋する。また有意差はないものの後屈子宮は手術時間が延長する傾向 (前屈平均 14 分、後屈平均 22 分) にあり、特に後屈の後壁ポリープはオペラスコープの形状からアプローチが難しい。加えて 20 分以上経過すると子宮収縮で術野確保が困難になり更に難易度が上昇するので短時間で切除することを心がけることも重要である。

【結論】オペラスコープは低侵襲な子宮内膜ポリープ切除のデバイスとして有用だが、術前に子宮の傾きとポリープの部位を把握しておくことがスムーズな手術遂行のポイントとなる。

O-040

当院におけるロボット支援下仙骨腔固定術の導入実績

○高倉 正博、富松 壮平、松本 多圭夫、山本 恵、佐伯 吉彦、島田 堇、山之内 僚、飯田 紗羅、
石井 航、柴田 健雄

金沢医科大学 産科婦人科学

[目的] 骨盤臓器脱に対する低侵襲手術として2016年に腹腔鏡下仙骨腔固定術(Laparoscopic sacrocolpopexy: LSC)が、さらに2020年にロボット支援下仙骨腔固定術(Robotic-assisted sacrocolpopexy: RSC)が保険収載された。骨盤深部や仙骨岬角部での剥離・縫合等の操作においてロボット手術は腹腔鏡手術に比べて操作が容易でありメリットが有るとされている。当院では2019年7月よりLSCを、2022年10月よりRSCを導入している。本研究ではLSCとRSCの周術期成績を比較検討した。
[方法]2016年7月より2025年5月の間に施行したLSC 112例、RSC 17例を後方視的に検討した。患者背景、術式(single-mesh, double-mesh)、手術時間、出血量、周術期合併症について比較した。

[結果] 2022年10月のRSC導入以降、LSCとRSCの術式決定には特に基準は設けず、基本的に主治医と患者の選択に任されていた。患者年齢はLSCが33～83歳(中央値72歳)、RSCが40～82歳(中央値71歳)。術前のPOP-QステージはLSCでstage2が24例(21%)、ステージ3が69例(61%)、stage4が19例(17%)。RSCでstage2が2例(12%)、ステージ3が11例(64%)、stage4が4例(24%)で両群間に差は認められなかった。Single-mesh手術とDual-mesh手術の数はLSCで62例(55%)と50例(45%)、RSCで8例(47%)と9例(53%)であり両群に差は認められなかった。手術時間はLSCで平均234分、RSCで平均278分であり、RSCで有意に長かった。出血量はLSCで平均43mL、RSCで平均23mLであり有意差はなかった。周術期合併症としてはLSCで膀胱損傷が3例で認めたが、RSCでは特に認めなかった。

[結論] RSCはLSCに比べて手術時間が長い傾向が認められたが、出血量には差がなく、周術期合併症も認められないことから安全に導入可能であったと考えられる。今後、症例の蓄積と長期予後を含めたさらなる検討が望まれる。

O-041

絨毛膜瘤（chorionic bump）を認めた4例

○吉澤 明希子、浦 寿珠、中村 真彰、中西 研太郎、金井 麻子、横浜 祐子、加藤 育民

旭川医科大学 産婦人科

緒言：絨毛膜瘤（chorionic bump）は妊娠初期に見られる胎嚢内への絨毛膜の不整隆起であり、流産の増加や胎児死亡が過去に報告されているが、頻度が低く臨床的な意義は未だ不明な点が多い。本学会で過去に報告済みの2例に今回新たに経験した2例を加え、予後を検討する。

症例1：24歳、2妊0産、妊娠8週に13mm大の絨毛膜瘤を認め、妊娠15週に消失した。その後の経過は順調で妊娠40週5日に2825gの女児を経産分娩した。

症例2：39歳、2妊1産、妊娠7週に13mm大の絨毛膜瘤を認め、妊娠8週に消失した。妊娠経過は順調だったが、妊娠34週4日に2185gの女児を自然早産した。

症例3：35歳、2妊1産、妊娠7週に前医で胎嚢に10mm大の隆起を指摘され、当科紹介された。妊娠8週に12mm大の絨毛膜瘤を認め、妊娠11週に11mm大と12mm大の2つに分かれて観察されたが、妊娠13週には消失した。その後の経過は順調で、妊娠40週2日に3500gの女児を経産分娩した。上記3例はいずれも胎盤に異常所見は認めなかった。

症例4：33歳、2妊0産、最終月経より5週時に前医で径19.9mmの胎嚢と共に13mm大の腫瘤を認め、妊娠8週で26mm大まで増大したため当科紹介された。妊娠10週の初診時に臍帯と接して14mm大の絨毛膜瘤を認めた。妊娠12週頃より絨毛膜瘤の嚢胞構造は絨毛内に埋没していき、胎盤内嚢胞として観察されていた。胎児発育は週数相当で、形態異常は認めなかった。妊娠27週4日の妊婦健診時に前日からの胎動消失を訴え、子宮内胎児死亡を確認した。この時の超音波検査と娩出後の外表観察では児に異常所見は認めなかった。胎盤には臍帯付着部近傍に20mm大の胎盤内嚢胞を認め、臍帯は胎盤付着部で著明に狭小化していた。

結語：初期に絨毛膜瘤が消失した3例では生児が得られたが、子宮内胎児死亡となった症例では臍帯の一部に著明な狭小化と胎盤内嚢胞を認めた。絨毛膜瘤では胎盤・臍帯の異常を呈する可能性も念頭に、経時的な注意深い観察を要する。

O-042

経カテーテル動脈塞栓後、子宮鏡下に摘出した胎盤遺残の一例

○細見 信悟、昆 夏鈴、佐藤 貴紀、高木 駿、川村 花恵、羽場 厳、岩動 ちず子、小山 理恵、馬場 長

岩手医科大学 産婦人科学講座

RPOC（retained products of conception）は胎盤遺残や胎盤ポリープの総称である。産科危機的出血の一因であるが、現在においても国内において統一されたガイドラインの策定には至っていない。症状や妊孕性温存の希望などによってその治療方針が検討される。今回、胎盤遺残に対して、2回の経カテーテル動脈塞栓術（TAE）後に、子宮鏡下手術（TCR）で切除を行った一例を経験したので報告する。

【症例】32歳、女性。初産。凍結融解胚移植により妊娠成立。妊娠40週4日に前医で吸引分娩となった。用手胎盤剥離後、外出血2000gに達し当センターへ搬送となった。搬送時の血圧121/73mmHg、心拍数131回/分であり、経腹超音波検査で子宮体部後壁から子宮内への血流を認めた。造影CT検査で同部位にextravasationを認めたため、TAEを行い止血した。抗DIC治療も同時に行った。再診察時に子宮内腔に6×2cm大の腫瘤を確認した。自然待機としたが、分娩後35日目に胎盤遺残の一部が腔内に脱出し、外出血も認めたため2回目のTAEを実施し、止血が図れた。本人が強く妊孕性温存療法を希望し、翌日にTCRによるRPOC切除を行った腔内に脱出していた胎盤の大部分は除去したが、子宮後壁から左側壁にかけて広範囲に胎盤遺残を認め、筋層との境界に留意しながら切除した。術後の子宮内腔癒着防止目的に子宮内避妊具を挿入した。術後22日目、子宮内腔は正常形態を示した。摘出標本は変性した胎盤の一部に菌塊の付着を認めた。

【考察】TAEの産科危機的出血に対する止血率は71.5～100%と高く、子宮温存を希望する患者にとって有用である。本症例では部分的に胎盤遺残が腔内に脱出しており、TCRを追加治療として判断した。術後はアッシャーマン症候群や次回妊娠時の癒着胎盤に注意が必要である。このような症例を経験し、早急なRPOCに対する治療ガイドライン作成が期待されている。

O-043

胎児水腫をきたした巨大胎盤腫瘍の1例

○沼尻 彩水¹⁾、今井 諭¹⁾、芹川 武大¹⁾、本多 啓輔¹⁾、安田 雅子¹⁾、相田 桃奈²⁾、山脇 芳²⁾、
添野 愛基¹⁾、松永 雅道¹⁾

1) 長岡赤十字病院、2) 立川総合病院

絨毛血管腫は胎盤に発生する良性腫瘍の中で最も頻度の高い病変である。発生頻度は全妊娠の1%程度との報告もあるが、小病変は通常無症候性である。4cmをこえる巨大絨毛血管腫は稀であるが、腫瘍内でのシャント形成や、腫瘍血管内での溶血により胎児貧血や胎児水腫の原因となりうる。今回我々は、急速に増大する巨大絨毛血管腫により胎児水腫を来した一例を経験した。症例は36歳、1回経産婦で、前医にて妊娠28週にはじめて胎盤腫瘍を指摘された。精査にて胎盤内に血流豊富な腫瘍を認め、絨毛血管腫を疑った。その後、腫瘍の増大に伴い胎児心拡大が出現し、当院へ紹介された。精査にて胎児水腫を認め、妊娠32週で妊娠の終了を決定した。出生児には全身浮腫と高度な貧血および血小板減少を認めNICU入院となったが、集中治療管理により退院に至った。胎盤病理にて絨毛血管腫と確定診断された。本疾患は胎児の循環動態に重大な影響を及ぼす可能性があり、経過観察中の腫瘍および胎児所見を適切に評価した上で、適切なタイミングでの治療介入が求められる。本症例を通じ、絨毛血管腫における胎児水腫の病態機序や周産期管理の留意点について考察する。

O-044

RPOC13例の後方視的研究：不妊治療歴と分娩週数の治療選択への影響

○紙谷 咲良^{1,2)}、寺本 瑞絵^{1,2)}

1) NTT 東日本札幌病院 産婦人科、2) 札幌医科大学 産婦人科学講座

緒言

Retained products of conception (RPOC) は流産・児娩出後の子宮内妊娠組織遺残物の総称で、産褥期出血の重要な原因である。発生頻度は分娩後1%、流産後1.5-29%と報告され、生殖補助医療 (ART) の普及に伴い増加しているが、治療方針について一定の見解はない。今回我々は当院で経験した RPOC 症例 13 例の患者背景と治療法について後方視的に検討した。

方法

2021 年 10 月から 2025 年 4 月に当院で RPOC のフォローを行った患者を対象とし、妊娠方法、分娩週数、超音波所見等の患者背景と治療法について診療録を後方視的に検討した。統計解析は R version 4.2.2 を使用し、連続変数で Mann-Whitney U 検定、カテゴリー変数で Fisher 正確検定を用い、 p 値 <0.05 を統計学的有意差ありと定義した。

結果

対象症例は 13 例で、積極的治療が 6 例 (TCR4 例、EP2 コース後 TCR1 例、MTX 療法 1 例)、経過観察が 7 例であり、治療期間は中央値 174 日であった。不妊治療歴のある症例 4 例は全例積極的治療を要した ($p=0.06$)。分娩週数による治療期間は、流産 / 人工妊娠中絶後の RPOC 群と比較し正期産後の RPOC 症例で治療期間が有意に長期化していた (中央値 124.5 日 vs 288 日, $p=0.045$)。TCR 第一選択群は経過観察あるいは他の治療法を第一選択とした症例と比較し治療期間の短縮を認めたが統計学的有意差は認められなかった (中央値 91 日 vs 209 日, $p=0.112$)。

考察

体外受精による妊娠例では積極的治療が必要となる可能性が高く、正期産後の RPOC では治療期間の長期化が認められた一方、TCR を第一選択とした症例では治療期間が約半分に短縮する傾向があった。不妊治療歴を有する症例や正期産後の RPOC 症例においては、TCR を第一選択とした積極的治療介入の検討が重要である。

○伊藤 理恵子、丸山 真弓、安田 綾香、武士 ゆい、小幡 美由紀、堤 誠司

山形県立中央病院 産婦人科

< 緒言 > 癒着胎盤は、胎盤付着面の床脱落膜の形成の欠如あるいは子宮壁の瘢痕組織による脱落膜の発育不全により、絨毛浸潤が抑制できないために発生すると考えられている。前置胎盤、子宮手術歴、体外受精や高齢妊娠などが危険因子とされる。また癒着胎盤既往のある症例では再発率が高く、慎重な管理を要する。今回 3 回連続で胎盤遺残・癒着胎盤を発症したが、子宮温存が可能であった症例を経験したため報告する。

< 症例 > 40 歳 3 妊 2 産 自然妊娠。前 2 回の妊娠は、いずれも経膈分娩後に胎盤が遺残し、出血コントロールのため子宮動脈塞栓術を行った。また、前回分娩時は胎盤用手剥離を要した。2 回の胎盤遺残および子宮動脈塞栓術、胎盤用手剥離の既往から、癒着胎盤のハイリスク症例と判断した。妊娠 30 週の単純 MRI 検査では子宮左側から後壁にかけて常位胎盤を認めたが癒着胎盤を強く疑う所見はなかったため、術中に可能であれば用手剥離し、剥離困難な場合は子宮全摘出の方針とした。妊娠 37 週 0 日、骨盤位および陣痛発来のため緊急帝王切開術を施行した。児は 3155g の男児、Aps コア 8/8 点であった。児娩出後に胎盤の大部分は自然に剥離したが、径 3 cm 程度の範囲で胎盤癒着を認めた。用手剥離と子宮縫合を行うことで、多量出血なく子宮を温存できた。病理検査では胎盤に脱落膜を介さず子宮平滑筋が接しており、癒着胎盤として矛盾しなかった。

< 考察 > 本症例のように 3 回連続で癒着胎盤を発症する症例は稀であるものの、癒着胎盤の再発率は 10-30% と、既往がない妊婦と比較して高率である。単純 MRI 検査では明らかな癒着胎盤所見を認めなかったが実際には癒着を伴っていたため、既往歴や臨床経過を含めた多角的なリスク評価をし、計画的な管理を行うことが重要である。

O-046

子宮体癌に対する Paclitaxel-carboplatin (TC) 療法後に血栓性微小血管症を発症した1例

○工藤 友希乃、新倉 仁、田邊 康次郎、松浦 類、柏舘 直子、畠山 佑子、大山 喜子、高橋 友貴、
鶴田 光将

仙台医療センター 産婦人科

【緒言】血栓性微小血管症 (thrombotic microangiopathy: TMA) は血小板減少、細血管障害性溶血性貧血、血小板血栓による臓器障害を三徴候とする症候群である。子宮体癌に対し TC 療法後に TMA を発症した1例を経験したため、文献的考察を加えて発表する。

【症例】72歳女性、0妊0産。X年Y月に不正性器出血を主訴に当科を受診し、子宮内膜組織診で腺癌の診断であった。術前の造影CTで肺転移と思われる結節を認めた。同月腹式単純子宮全摘術、両側付属器切除術、大網全摘術を施行し、病理組織学的検査結果は子宮体癌 (高異型度漿液性癌 pT3b, cN0, pM1, stage IV B, FIGO2023)、腹水細胞診陽性であった。術後 TC 療法を開始し、3、6、9コース後のCT検査で肺転移の縮小が確認され部分奏功として治療を継続した。10コース投与後から28日目に倦怠感のため受診し、血液検査で血小板 $1.1 \text{ 万} / \mu\text{L}$ 、血色素量 4.9 g/dL (破碎赤血球出現)、クレアチニン 2.08 mg/dL と腎機能の悪化を認めた。ADAMTS13 活性の低下及び補体の低下なく、ADAMTS13 自己抗体は陰性であり、2次性 TMA としてステロイド投与及び血漿交換を開始した。血小板は $4.6 \text{ 万} / \mu\text{L}$ まで上昇するもその後は改善せず血漿交換は中止とした。中止後は再度血小板減少、腎機能の悪化を来し、現病の積極的治療は困難と判断し緩和治療へ移行した。TMA 発症から第48病日に永眠した。

【考察】TMA の誘因として感染症、補体制御異常、ADAMTS13 の異常、薬剤等が挙げられており、また、悪性腫瘍、HIV 感染、臓器移植、膠原病等との関連も知られている。本症例では当初抗がん剤による2次性 TMA と考えられたが、化学療法中止および血漿交換にも反応しないことから、担癌状態が病態に関連していると考えられた。

【結語】抗がん剤使用中に汎血球減少及び急速に進行する腎機能障害を認めた場合、骨髄抑制以外に2次性 TMA 発症の可能性も念頭に置いた原因検索を行い、他科と連携して集学的な治療にあたることが重要である。

O-047

当院における腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術の実例

○渋谷 祐介

東北大学病院

近年、子宮悪性腫瘍の初期症例の多くは手術侵襲を低減させる目的でロボット支援腹腔鏡下もしくは従来型の腹腔鏡下で行われている。お互いの術式にはそれぞれメリット・デメリットがあり、症例に応じ適した術式を選択する必要がある。当院におけるそれぞれの術式の選択法、工夫、注意点を私見を交え紹介する。

O-048

産婦人科医のワクチン説明力向上を主軸とした福井県内 HPV ワクチン推進活動について

○金井 貴弘¹⁾、山本 真²⁾、品川 明子¹⁾、知野 陽子³⁾、吉田 好雄¹⁾

1) 福井大学附属病院、2) 福井赤十字病院、3) ひなた女性クリニック

【目的】 福井県 HPV ワクチン接種率向上のため、医療従事者による的確で信頼性の高い情報提供が不可欠である。今回、産婦人科医を対象に HPV ワクチン接種に関するコミュニケーションスキルの向上を主軸とした HPV ワクチン推進活動を行った。

【方法】 福井県内の産婦人科医を対象に HPV ワクチン講習会を合計3回開催した。1回目と2回目は外部講師の講演で知識を整理し、模擬医療面接のグループワークでは、オリジナル説明資料を用いてワクチンの説明を行い、お互いに評価し建設的な議論を行った。講習会前後にワクチン説明に関するアンケート調査も行った。3回目は外部講師の講演とクイズ形式での知識確認を行った。それぞれの講習会でアンケート調査を行い、講習会の評価をした。

【結果】 参加者に行ったアンケート事後では講習会の満足度を5段階評価し、“とても満足した”の回答が88%（1回目）、94%（2回目）、80%（3回目）だった。HPV ワクチン模擬面接を行った1回目と2回目講習会の前後で、ワクチン接種の説明に関する自信は5段階評価のスコアが2.6から3.5に上昇した。オリジナル説明資料の使用感も5段階中4.7と高評価を得た。クイズ形式の3回目講習会ではアンケート回答者全員が“とても勉強になった”もしくは“勉強になった”と回答した。

【結論】 HPV ワクチン接種推進のため、福井県内の産婦人科医を対象に講習会を実施した。ワクチンは副反応や接種方法など、説明に苦慮することもあり、それを補うための講習会は概ね高評価であり、高い満足度とワクチンの説明に対する自信を持つきっかけとなった。また、講義を聴講するだけでなく、講義形式に加え、模擬面接やクイズといった参加型プログラムが実践的なスキルの習得に有効であることが示唆された。ワクチン接種に関するサポートを今後も定期接種対象者やその保護者に的確な情報を伝えることで、一層のワクチン接種勧奨を推し進めていきたい。

O-049

子宮体癌に対する新たな標的分子 TAZ の機能解析

○藤田 将行、津吉 秀昭、山田 しず佳、大沼 利通、品川 明子、折坂 誠、吉田 好雄

福井大学

【目的】

TAZ (Transcriptional coactivator with PDZ-binding motif) は、Hippo 経路のエフェクターとして機能し、細胞増殖を調節する因子として腫瘍形成との関連が注目されている。子宮体癌では GLUT1 が細胞内へのグルコースの取り込みを介してがん細胞の増殖に寄与しているが TAZ との関連は知られていない。そこで本研究では、TAZ による GLUT1 の発現に対する影響を検討し、子宮体癌における新たな TAZ の機能の解明を目指す。

【方法】

ヒト子宮体癌由来 Ishikawa 細胞・HHUA 細胞を用いて、TAZ ノックダウンによる GLUT1 の発現に対する影響をリアルタイム PCR により検討した。また病理学的に子宮体癌と診断された100症例の検体を TAZ、GLUT1 で免疫染色し、細胞質・核内の発現量を検討した。染色強度は IRS-score を用いてスコアリングし、臨床的・組織学的特徴との関連は Mann-Whitney U 検定を用いて検討した。予後は、生存期間 (OS)、無増悪生存期間 (PFS) を Kaplan-Meier 法で、有意差を log-rank 法で検討した。

【結果】

細胞株において、TAZ のノックダウンによって GLUT1 の発現が有意に低下した。臨床検体の免疫染色でも、TAZ 核内発現と GLUT1 発現に正の相関 ($p=0.0093$) を認めた。TAZ は、細胞質での発現が少なく核内発現が高いほど有意に PFS が不良であった ($p=0.01$)。

【結論】

細胞株・臨床検体いずれも TAZ は GLUT1 の働きを促進する因子であることが示された。すなわち TAZ は、核内で作用することで GLUT1 を介して腫瘍増殖を促進することによって予後不良につながっている可能性が示唆された。今後 TAZ の機能を抑制する新たな治療薬の開発に向け研究を進めていく。

福井県における性成熟期女性のがん検診の現状と課題 ー HPV 検査単独法導入を見据えてー

○品川 明子、大沼 利通、山田 しず佳、津吉 秀昭、折坂 誠、吉田 好雄

福井大学 産科婦人科

【緒言】子宮頸がんは20歳代から発症し30～40歳代でピークを迎えるが、その世代（性成熟期）におけるがん検診の実情や問題点を把握することは、今後の変革に向けて重要である。

【目的及び方法】福井県において、2018～2022年に対策型検診を受けた性成熟女性（20～44歳）45,537例（以下対策型群）、同じ時期に妊婦健診として細胞診が行われた同世代女性25,352例（以下妊健群）について、それぞれの（1）細胞診結果（2）精検受診数（3）組織採取の有無（4）組織診断結果について比較検討を行なった。

【結果】（1）細胞診結果は、NILM以外のASC-US,LSIL,ASC-H,HSILの割合が、いずれも対策型群に有意に多く、不適正検体は対策型群の25例に対し、妊健群は228例と非常に多い結果であった。また、（2）精検受診数は対策型群で3.2%（1,439/45,537例）、妊健群2.4%（613/25,352例）であり、（3）組織採取は、対策型群で65.3%（939/1,439例）、妊健群で28.1%（172/613例）で行っており、有意に妊健群で少なかった。（4）組織診断結果では、CIN3検出率は対策型群12.9%、妊健群23.8%であり、妊健群で有意に高かった。

【考察】性成熟期は他の世代に比較してHPV感染率が高くなり、過去の我々の臨床研究からも25～29歳のhrHPV陽性率は16.5%と高く、年齢とともに低下して40～44歳で5.8%であった。その結果を踏まえ、30歳以降にHPV検査単独法を導入した場合、どの程度の精検率になるのかを推測した。また、妊婦に対するHPV検査のデータはないが、細胞診の不適正検体が多い点からすると、HPV検査導入が利点となる可能性もある。

【結語】性成熟期のがん検診は今後、20歳代までは細胞診、その後は5年毎のHPV検査を行うこととなるが、がんの早期発見が極めて重要な世代に対して、スムーズな導入が可能となるよう準備していく必要がある。

O-051

胎児水腫が急激に進行し胎児貧血および血小板減少をきたした胎盤血管腫の1例

○和田 伊織、小野 万里奈、鎌田 奈都子、田畑 智章、川崎 彩、永井 匠、松下 容子、後藤 公美子、渡利 道子、藤枝 聡子

社会医療法人母恋 天使病院 産婦人科

【緒言】胎盤血管腫は胎盤に発生する良性腫瘍の中で最も頻度が高く、大部分は無症候性で経過する。一方で最大径が4cmを超える大型血管腫では、羊水過多、高拍出性心不全、胎児水腫などの重篤な合併症を引き起こすことがある。今回我々は、胎児水腫の急激な進行により緊急帝王切開となり、児の貧血・血小板減少を認めた胎盤血管腫の1例を経験したため報告する。【症例】症例は38歳2妊1産。妊娠28週に前医で胎児心拡大が指摘され当院紹介。心構造及び機能異常の所見はなく、胸郭低形成などの相対的心拡大と判断された。妊娠30週に羊水過多と胎児皮下水腫を認めた。また、最大径63mmの胎盤腫瘤を認め胎盤血管腫が疑われた。妊娠33週0日胎児胸水、腹水が出現し皮下浮腫の悪化を認め管理入院とした。妊娠33週3日皮下水腫の更なる増悪と心拡大及びMCA-PSVが2.6MoMと上昇し、胎児貧血による胎盤機能不全が疑われ緊急帝王切開術を施行。出生児は1720g女児、Apgar Score7/8、臍帯血pH 7.320、Hb 8.2g/dL、Plt 2.3万/ μ L、Alb 1.6g/dLと貧血、血小板減少、低Alb血症を認めた。NICU入院後、輸血等を行い日齢91で退院した。胎盤は肉眼的に浮腫と不正な形状の腫瘍を多数認め、病理で胎盤血管腫と診断された。【考察】胎盤血管腫による合併症の中で最も致命的なものは胎児水腫とされているが、原因は腫瘍内シャントや血液貯留などと考えられている。本例でもMCA-PSV上昇、心拡大、胎児水腫の進行からこれらの機序が示唆された。血小板減少は腫瘍内での消費が主因と考えられるが、播種性血管内凝固異常症候群合併の報告もあり凝固障害の有無にも注意が必要である。胎盤血管腫の予後不良因子として腫瘍径の増大と内部の豊富な血流が報告されており本症例も2つの所見が認められた。【結語】胎盤血管腫は稀ながら重篤な胎児合併症を引き起こしうる疾患であり胎児循環評価が重要である。今回我々は胎盤血管腫を診断し、胎児貧血の進行を疑い速やかに娩出し比較的予後良好な経過となった。

O-052

出生前に疑った先天性胆道拡張症の1例

○永井 匠、小野 万里奈、鎌田 奈都子、田畑 智章、川崎 彩、松下 容子、後藤 公美子、渡利 道子、計良 光昭、藤枝 聡子

社会医療法人母恋 天使病院 産婦人科

【諸言】胎児期に指摘される肝門部嚢胞性病変には先天性胆道拡張症や胆道閉鎖症の可能性があるが胎児超音波による両者の鑑別は困難な場合が多い。今回我々は胎児超音波検査で先天性胆道拡張症を疑い、出生後確定診断となった症例を経験したので報告する。【症例】33歳、4妊2産。自然妊娠。妊娠19週6日に児の腹腔内正中に約10mmの嚢胞構造を認め当院に紹介となった。妊娠26週2日の当院初診時に腹部正中からやや右寄りに直径13.6mm×9mmの腹腔内嚢胞を認め、嚢胞と連続する直径2.4mmの低エコー域があり総胆管と総肝管の拡張を認め先天性胆道拡張症が疑われる所見であった。嚢胞は妊娠36週には18×18mmと更に増大傾向であった。妊娠40週1日経陰分娩となり、児は体重2924gの女児でアプガースコアは9点/9点（1分/5分）拡張症の診断となった。日齢27日に当院小児外科にて肝外胆管切除術、胆管空腸吻合術およびRoux-en-Y再建が行われ、術後合併症なく日齢48日に経過良好のため退院となった。【考察】先天性胆道拡張症は一般に予後良好な疾患で無症状であれば生後3~6ヵ月は手術を待機できるのに対し、胆道閉鎖症は肝硬変をきたす予後不良な疾患であり速やかな手術が必要となる。そのため両者の鑑別は重要と考えられているが、胎児超音波検査での明確な診断基準はない。鑑別所見として嚢胞の大きさや推移、胆嚢壁の厚さや不整所見が参考になるとされ、今回の症例では胎児の腹部嚢胞性病変に連続する総胆管と総肝管の拡張所見を認め、嚢胞が増大傾向であったことから先天性胆道拡張症を疑う事ができた。嚢胞の形態やサイズの変化などに注意して胎児超音波検査を行うことで先天性胆道拡張症と胆道閉鎖症を鑑別できる可能性があると考えられた。

O-053

出生前診断が困難であった胎児髄膜瘤の2症例

○野々垣 康秀、堀川 照久、向井 悠馬、南淵 杜萌、山田 和佳、中陳 哲也、小舘 英明、飯沼 洋一郎、森脇 征史

帯広厚生病院

【緒言】

胎児髄膜瘤は一般的に出生前超音波検査で診断可能とされるが、時に診断が困難なこともある。我々は、出生前診断が困難であった胎児髄膜瘤の2症例を経験したため報告する。

【症例1】

33歳、2妊1産。妊娠29週の妊婦健診で能室拡大を指摘された。MRIでは髄膜突出は明瞭でなく、明確な診断に至らなかった。出生後、後頭部に髄膜瘤を認め手術加療された。

【症例2】

27歳、1妊0産。妊娠37週の超音波検査で軽度の右室拡大を認めたが、神経管閉鎖障害の所見には乏しかった。出生後に髄膜瘤と診断され手術加療された。

【考察】

本邦では妊娠中期の胎児超音波検査により多くの神経管閉鎖障害が出生前に診断されるが、髄膜瘤は脳組織の脱出がないため、骨欠損や皮膚被覆などの条件によっては画像上の識別が困難となる。特に嚢胞が小さい場合や描出条件が不良な場合は見逃される可能性がある。また、髄膜瘤と皮膚付属器由来嚢胞性病変との鑑別も困難である。診断にはMRIなどの補助的画像検査が有用であるが、確定診断には限界がある。

【結語】

胎児髄膜瘤の診断には、超音波所見だけでなく、MRIなどの多角的な評価が重要である。出生前診断が困難な症例では、小児外科との連携を含めた周産期管理体制の整備が求められる。

O-054

ビタミンD欠乏による頭蓋癆を発症した1例

○荻原 和徳、黒澤 靖大、穂積 葵、山寺 岳、毛利 春希、木村 翔太、邑本 美沙希、遠藤 祐介、市川 さおり、田中 創太

石巻赤十字病院 産婦人科

【緒言】頭蓋癆は頭蓋の石灰化減少による骨軟化を特徴とし、新生児ビタミンD欠乏症の他にくる病、骨形成不全症、水頭症などに関連することがある。発症は妊娠中の日照時間が短くなってしまう4-5月の出生例で多く、近年増加している。今回、食事制限もなく日光浴不足もない母体から出生した新生児頭蓋癆の1例を経験した。

【症例】27歳、1妊0産、母体の既往に特記事項はなかった。自然妊娠で前医を受診し、分娩管理目的に当院紹介受診となった。妊娠20週の形態スクリーニングでは特記所見なく、妊娠34週から当院管理となった。妊娠36週から高血圧を指摘され慎重な経過観察を行っていたが、その後の経過は概ね問題なく妊娠40週1日に自然陣痛が発来した。妊娠40週2日に微弱陣痛と母体疲労のためオキシトシンにて陣痛促進を行い、分娩第2期遷延あり吸引分娩にて児を娩出した。新生児診察にて9.0×9.0cm程度の大泉門開大を認めたが、四肢や顔貌に異常を認めず、その他の明らかな外表所見も認めなかった。後の採血で、25-OH ビタミンD 8.5 ng/mLと低値認め、ビタミンD欠乏に対しアルファカルシドール内服を開始し、母体血でも25-OH ビタミンD 7.0 ng/mLと低値を認めた。母体の産褥経過は良好であり、1ヶ月健診で児の発育に関しても問題なく、現在は正常新生児管理となっている。

【結語】本症例はビタミンD欠乏症による新生児頭蓋癆をきたしたと考えられるが、母体の生活習慣および既往に特記事項はなく、事前にビタミンD欠乏を疑うことは困難であった。頭蓋癆は本邦で増加しており、全新生児の20%に及ぶとされ、特に北海道や東北など冬季の日照時間が短い高緯度地域に多い。乳児期におけるビタミンD欠乏は低カルシウム血症やくる病を引き起こし、将来の1型糖尿病のリスク上昇や小児期の骨量減少に関与するという報告もあり、ビタミンD欠乏を念頭においた新生児診察が重要である。

当院におけるコンバインド検査の後方視的検討と今後の課題

○南淵 杜萌¹⁾、中林 裕貴¹⁾、関根 愛子²⁾、水無瀬 萌¹⁾、水無瀬 学¹⁾、真井 英臣¹⁾、三浦 裕子¹⁾、市塚 清健³⁾、廣瀬 一浩¹⁾

1) 慶愛病院、2) 昭和医科大学病院、3) 昭和医科大学横浜市北部病院産婦人科

コンバインド検査は、One-stop clinic for assessment of risk (OSCAR) と呼ばれ、NT、CRL、胎児心拍数、母体血清中の free β -hCG および PAPP-A から、21・18・13 トリソミーのリスクを算出する非確定的出生前スクリーニング検査である。当院では 2017 年より遺伝専門医によるカウンセリング体制のもと導入し、2024 年までに検査を受けた 927 例を後方視的に解析した。

【方法】2017 年 7 月～2024 年 12 月に当院で検査を受けた 927 例について、年齢、診断精度、追加検査の有無、染色体異常の確定例、NT 値、妊娠成立方法、前児に染色体異常があったか等を調査した。

【結果】受検者の年齢中央値は 34 歳。陽性 59 例 (T21:55、T18:9、T13:9)、陰性 868 例。追加検査は羊水検査 26 例、NIPT 1 例、未実施 32 例。羊水検査結果は T21:9/24 例、T18:3/6 例、T13:1/6 例、逆位 1 例、異常なし 12 例。NIPT は陰性。偽陰性は 1 例で出生後に T21 を確認。検出率 92.8%、陽性的中率 22%、陰性的中率 99.8%。陽性例の年齢中央値は 39 歳、平均 NT 値 3.4mm、体外受精 7 例、前児に染色体異常あり 2 例。

【考察】当院におけるコンバインド検査の精度は先行報告と同等であり、一次分娩施設においても一定のスクリーニング精度が担保できると考えられる。陽性 59 例中 32 例が追加検査を行わず妊娠を継続し、出生児に染色体異常は確認されなかった。NIPT が実施できない当院では、検査後の支援体制に限界があり、陽性例への対応や高次施設との連携が今後の課題である。

【結語】当院におけるコンバインド検査の後方視的検討は、良好な検出率と高い陰性的中率を示した。一方で陽性的中率は低く、陽性例への対応には高次医療機関との連携と丁寧な支援体制が求められる。

O-056

進行性子宮頸癌における重粒子線治療の有効性と有害事象評価

○堀川 翔太、清野 学、立花 由花、伊藤 泰史、奥井 陽介、太田 剛、永瀬 智

山形大学 医学部 産科婦人科学講座

【緒言】 進行性子宮頸癌に対して、重粒子線治療（Carbon Ion Radiotherapy; CIRT）の有効性が示され、保険適用となった。CIRT は高い線量集中性を持ち、正常組織に対しての有害事象（Adverse Effect; AE）は少ないとされる。本研究では、当院で CIRT 加療を行った子宮頸癌患者を対象に、予後と AE に関して検討を行った。

【方法】 2022 年 1 月から 2025 年 3 月までに、CIRT を使用した同時化学放射線療法（Concurrent Chemoradiotherapy; CCRT）目的で当院に入院した子宮頸癌患者 14 例（CIRT 群）を対象とし、予後に加えて AE 発生率と管理方法およびシスプラチン投与中断率を評価した。併せて、同期間に従来の放射線治療（Radiotherapy; RT）を使用した CCRT 患者 49 例（RT 群）とのスコアマッチングを含めた比較検討も行った。

【結果】 CIRT 群では死亡例は見られず、統計学的に有意差はなかったものの非扁平上皮癌の場合に RT 群よりも予後が良い傾向にあった（PFS; $p=0.132$, OS; $p=0.161$ ）。CIRT 群で最も多かった AE は下痢であり、8 例（57%）で見られた。放射性直腸炎を発症したのは 4 例（29%）であり、その内、内視鏡的加療を要したのは 1 例（7%）であった。皮膚障害は見られなかった。また、腎症などによりシスプラチン投与が中断されたのは 6 例（43%）であった。一方で、RT 群との間に AE 発生率やシスプラチン投与中断率において有意差を認めなかった。

【結語】 本研究において、CIRT を用いた CCRT は非扁平上皮癌で予後良好な傾向を示した。症例数が少なかったためか、従来の RT と比較して AE に差は見られなかった。今後はさらなる症例の集積と長期経過の検討が必要である。

O-057

LEGH 疑いに対し子宮頸部円錐切除では診断に至らず
子宮摘出で MDA と診断された 1 例—診断限界と治療選択の課題

○相内 一郎、追切 裕江、水沼 慎人、松村 由紀子、重藤 龍比古、横山 良仁

弘前大学医学部附属病院 産科婦人科

【緒言】 分葉状頸管腺過形成（lobular endocervical glandular hyperplasia: LEGH）は、良性病変である一方、最小偏倚腺癌（minimal deviation adenocarcinoma: MDA）や胃型子宮頸部腺癌（Adenocarcinoma, HPV-independent, gastric type: GAS）と鑑別をようすることがあり、診断には慎重な対応が求められる。今回我々は LEGH が疑われ子宮頸部円錐切除術を施行したが診断に至らず、単純子宮全摘出術により MDA と診断された 1 例を経験したので、当院での類似例も含め報告する。

【症例】 50 歳台女性。1 妊 0 産。婦人科検診は定期的に行っていた。X 年 Y 月前医にて子宮頸部細胞診は NILM だったが、経膈超音波検査で子宮頸部嚢胞性病変を指摘され経過観察。X 年 Y+3 月嚢胞増大のため当科紹介となった。MRI 検査でコスモサインを認め、LEGH 疑いとして子宮頸部円錐切除術を施行した。PAS 染色陽性の胃型腺管を認めたが、悪性所見・LEGH の所見には乏しく確定診断に至らなかった。3 か月毎に経過観察していたが、水様性帯下および子宮頸部細胞診の塗抹標本に黄金色調の粘液がみられたため、診断および治療目的で X+1 年ロボット支援下单純子宮全摘術を施行した。病理組織診断は LEGH に MDA を伴う病変で、pT1a1NXM0、Stage I A1 となった。骨盤リンパ節郭清は施行せず、術後補助療法なく経過観察中である。

【考察】 MDA はしばしば LEGH に合併し、内子宮口付近に局在するため、円錐切除術で診断困難な場合がある。本症例では画像・細胞診所見に加え、粘液性帯下の変化から追加手術を選択したことが診断につながった。MDA 診断後も早期進行期例における骨盤リンパ節郭清の必要性や術式の選択（単純 vs 準広汎もしくは広汎）には明確なコンセンサスがなく、今後の症例集積と検討が求められる。

O-058

局所進行子宮頸癌に対する KEYNOTE-A18 レジメンの当院での導入経験

○戸室 有香子、笠間 春輝、福田 瑞穂、横田 貴子、坂井 友哉、茅橋 佳代、飯塚 崇、山崎 玲奈、安彦 郁

金沢大学附属病院 産科婦人科

【目的】

局所進行子宮頸癌に対する標準治療は同時化学放射線療法 (CCRT) であるが、更なる治療成績の向上が望まれている。国際共同第 III 相試験 KEYNOTE-A18 では、CCRT にペムブロリズマブを併用することによる治療効果の上乗せが示され、2024 年 11 月に本邦でも承認された。今回当院における KEYNOTE-A18 レジメンの導入経験とその安全性プロファイルについて後方視的に検討した。

【方法】

2024 年 12 月から 2025 年 6 月の期間に、当院で局所進行子宮頸癌と診断され、KEYNOTE-A18 レジメンによる治療を受けた症例を対象とした。診療録より患者背景、治療遂行状況、有害事象を後方視的に調査した。有害事象は CTCAEv5.0 に準拠し評価した。

【結果】

対象は 9 例で年齢中央値は 59 歳 (36-82 歳) であった。FIGO2018 による進行期分類は、Ⅲ A 期 1 例、Ⅲ C1 期 6 例、Ⅲ C2 期 2 例であった。組織型は扁平上皮癌 8 例、腺癌 1 例であった。

放射線照射の一時延期を要した症例は 2 例 (22.2%) あり、8 例 (88.8%) が 8 週以内に CCRT を完遂した。シスプラチン投与の延期・減量を要した症例は 5 例 (55.5%) あり、シスプラチン総投与量は $190 \sim 240\text{mg/m}^2$ (200mg/m^2 未満:1 例) であった。

全 Grade の有害事象で頻度の高かったものは、体重減少、貧血、好中球減少、倦怠感、食欲不振、下痢であった。Grade3 以上の有害事象は 7 例 (77.7%) に認められた。主な内訳は、好中球減少および貧血がそれぞれ 4 例 (44.4%)、血小板減少が 1 例 (11.1%) だった。非血液毒性では 1 例に十二指腸穿孔を認め緊急手術を要した。免疫関連有害事象 (irAE) は認められなかった。

【結論】

当院における KEYNOTE-A18 レジメンの導入経験を報告した。Grade3 以上の主な有害事象は既報と同様に血液毒性が中心であった。重篤な消化管有害事象を 1 例経験したが、全体として本レジメンの忍容性は概ね良好であると考えられた。本邦における本治療の安全性と有効性を明確にするため、今後の更なる症例集積が待たれる。

O-059

当院における子宮頸癌Ⅳ B 期患者の予後因子についての検討

○佐藤 萌香、大沼 利通、工藤 渉、藤田 将行、山田 しず佳、津吉 秀昭、品川 明子、折坂 誠、吉田 好雄

福井大学医学部附属病院産科婦人科

【目的】

子宮頸癌Ⅳ B 期は予後不良であるが、実際にはⅣ B 期患者の予後は一様ではない。そこで本研究では、子宮頸癌Ⅳ B 期患者を対象に、腫瘍進展に関連する因子を解析し、新たな治療開発に向けた標的となり得る要因を同定することを目的とした。

【方法】

2006 年 4 月から 2024 年 4 月までの期間に当院で治療を開始した子宮頸癌Ⅳ B 期患者 36 例を対象とし、T 分類、N 分類、腫瘍径と全生存期間 (OS)、無増悪生存期間 (PFS) との関連を検討した。生存解析には Log-rank 検定及び COX 解析を用い、多重比較には Bonferroni 法を適用した。有意水準は $p < 0.05$ とした。

【成績】

T 分類は T1、T2 が 14 例、T3 が 15 例、T4 が 7 例であった。N 分類は N0 が 4 例、N1 が 30 例、N2 が 2 例であった。腫瘍径中央値は 59mm (range15-154) であった。PFS は T1-T2 群は T4 群と比較して有意に予後良好であった (T1-T2 PFS 中央値 17.5 ヶ月、T4 PFS 中央値 5.1 ヶ月、 $p=0.003$)。COX 解析でも同様の結果であった ($\text{HR}=4.2$ 、95%CI:0.083-0.681、 $p=0.004$)。また T3 群は T4 群と比較して有意に予後良好であった (T3 PFS 中央値 19.7 ヶ月、T4 PFS 中央値 5.1 ヶ月、 $p=0.003$)。また COX 解析でも同様であった ($\text{HR}=4.7$ 、95%CI:0.074-0.608、 $p=0.007$)。OS でも T1-T2 群は T4 群と比較して有意に予後良好であった (T1-T2 OS 中央値未到達、T4 OS 中央値 5.7 ヶ月、 $p < 0.001$)。COX 解析でも同様の結果であった ($\text{HR}=10.2$ 、95%CI:0.024-0.393、 $p=0.001$)。また T3 群は T4 群と比較して有意に予後良好であった (T3 OS 中央値 44.1 ヶ月、T4 OS 中央値 5.7 ヶ月、 $p < 0.001$)。COX 解析でも同様であった ($\text{HR}=8.46$ 、95%CI:0.031-0.437、 $P=0.001$)。一方で N 分類 (N0vsN1-2)、腫瘍径中央値を 2 群に分けた解析では OS、PFS ともに有意差は認めなかった。

【結論】

子宮頸癌Ⅳ B 期においては、局所の進行度が重要な予後因子であった。このため全身化学療法を基盤としつつ、原発巣への強力な局所制御の併用の重要性が示唆される。

○深田 綾子、安田 一平、山田 清貴、高原 佳奈、松井 望、古田 惇、竹村 京子、山崎 悠紀、島 友子、中島 彰俊

富山大学附属病院 産科婦人科

【導入】

局所進行子宮頸癌の治療として、同時化学放射線療法（CCRT）が行われている。今回、CCRT 中に子宮穿孔を生じ、治療終了後に腹腔内膿瘍を発症した症例を経験したので報告する。

【症例提示】

症例は 58 歳 1 妊 0 産の女性。不正性器出血のため、近医受診した。頸部組織診で扁平上皮癌であり、子宮傍組織浸潤、右総腸骨動脈周囲リンパ節転移を認め、当院紹介となった。当院初診時の所見では、前腔壁 1/2 まで進展あり、MRI で最大腫瘍径 61 mm であり、子宮頸癌Ⅲ C1r 期の診断でペンプロリズマブ（Pemb）併用の CCRT を行う方針となった。

【治療経過】

全骨盤照射 30Gy 後の 1 回目の RALS 時の CT でタンデムが腫瘍を 1 cm ほど穿通していた。翌日発熱あり、CMZ を 2 日間投与した。RALS の 2 ～ 4 回目は、組織照射を併用した。組織照射後は、感染予防のために CMZ を投与した。その後は発熱や腹痛なく CCRT 終了し、自宅退院となった。

退院 16 日後、発熱、食欲不振、腹痛あり救急受診された。irAE を疑う所見は認めなかった。入院時の CT で子宮周囲や上腹部に膿瘍形成を認め、CMZ 開始した。抗菌薬を継続しても炎症反応や発熱改善せず、入院 10 日目の CT で膿瘍の拡大を認め、炎症反応の改善も乏しいことから、入院 11 日目に開腹ドレナージを行った。術後は抗菌薬の継続や高圧酸素療法を行い、術後 6 日目に食事再開、術後 30 日目に自宅退院となった。

【考察・結語】

タンデムが穿孔した症例で膿瘍をきたすことは想定されることであるが、ドレナージを必要とする症例は初めての経験であり、文献検索上も同様な症例は認めなかった。今回穿孔を生じた原因としては、線筋症のため子宮が偏位していた影響が考えられる。このように子宮の偏位や不整形の腫瘍がある場合には、積極的に Hybrid 照射を活用していく必要がある。

O-061

妊娠中に急性リンパ性白血病を発症し、化学療法を行った一例

○日根 早貴、渡邊 憲和、山口 理紗子、福長 健史、西 美智、山内 敬子、永瀬 智、

山形大学 医学部 産婦人科

【背景】妊娠中の急性白血病合併は75,000妊娠に1例程度と稀である。今回、妊娠中に急性リンパ性白血病を合併した症例を経験したため、報告する。

【症例】27歳、1妊0産。自然妊娠し、前医で妊婦健診を受けていた。妊娠29週1日に両側下腿の著明な浮腫を認め受診したところ、血液検査で末梢血に異常リンパ球を認めた。骨髓検査で急性リンパ性白血病の診断となり29週2日に当院へ紹介、即日血液内科へ入院した。この時点で分娩するかを検討したが、貧血や血小板減少が生じており分娩には大量出血や血栓症のリスクも伴うこと、分娩しない方が急性リンパ性白血病の治療を早急に開始できること、妊娠29週のため可能なら妊娠期間の延長が望ましいことから、妊娠継続のまま急性リンパ性白血病の治療を開始した。入院当日からプレドニゾロンの投与を開始し、その後ビンクリスチン、ダウノルビシン、シクロフォスファミド、L-アスパラギナーゼを含む緩解導入療法を行った。入院当初から血圧上昇を認めたため、妊娠高血圧腎症として降圧薬等で管理した。化学療法により低下した血球の回復に合わせて、妊娠34週に帝王切開術を行った。児は1,516g、Apgar score 8/9でNICUに入院した。帝王切開術後の骨髓検査では非緩解の状態であり、血液内科でイノズマブによる治療を開始した。母体は分娩後4か月で骨髓移植を行い、分娩後8か月時点で血液内科での治療を継続している。児は早産、低出生体重児としてNICUで治療を行ったが、日齢45に大きな合併症なく自宅退院となった。

【考察】急性白血病は早急に治療を開始しなければ生命に関わる疾患である。本症例では分娩を先行するのではなく、妊娠継続のまま治療を開始した方が母児ともに利点が多いと判断し、妊娠中の化学療法を行った。周産期の転機は良好であった。

O-062

妊娠後期の腰痛を契機に診断された乳癌多発骨転移再発の1例

○川畑 龍暉¹⁾、入江 勇介¹⁾、川畑 聖羅¹⁾、安宅 真名美¹⁾、北 香¹⁾、根岸 秀明¹⁾、水沼 正弘¹⁾、齋藤 豪²⁾

1) 北見赤十字病院 産婦人科、2) 札幌医科大学 産婦人科学講座

【緒言】腰痛をきたす妊婦は少なくないが、その要因は様々である。今回、妊娠35週の腰痛の原因が転移性骨腫瘍であったことより、母体の早期治療目的に妊娠終結を図った症例を経験したため報告する。【症例】妊娠前に右浸潤性乳管癌cStage II Aと診断され、術前化学療法、手術療法を施行された。術後化学療法と放射線療法を施行していたが早期妊娠を強く希望したため治療を中断し、以降は定期診察のみ行っていた。初回治療前に胚凍結を行っており、ホルモン補充と凍結胚移植にて妊娠成立した。妊娠初期・中期において特記すべき異常は見られなかった。妊娠35週3日に激しい腰痛と規則的な子宮収縮を認めて受診、切迫早産と急性腰痛症の疑いにて入院管理を開始した。妊娠35週5日に既往歴より腰椎MRIを撮像したところ胸腰椎に転移性骨腫瘍を認め、乳癌の再発と診断した。複数診療科で協議し、母体治療を優先するために妊娠36週0日に選択的帝王切開術を行い、3099gの男児を分娩した。母は術後感染にて抗生剤点滴を施行したが軽快し、術後7日目に退院した。児は新生児一過性多呼吸を認めたが改善し、日齢7で母児同室となった。入院中に全身検索を行っており、術後10日目より外科にて再発巣に対する化学療法を開始した。【結語】妊婦によく見られる症状であっても、既往歴などを考慮し多角的に原因検索を行う必要がある。妊婦に進行癌のような早期に母体に治療を開始すべき疾患を認めた場合は、母児の周産期リスクと予後を考慮しながら分娩時期や方法を選択するべきである。本症例や類似する症例における最適方針決定について、若干の文献的考察を加えて報告する。

O-063

胸椎圧迫骨折を契機に悪性腫瘍が鑑別となるも、診断までに時間を要した
妊娠期乳癌の一例

○波多野 智哉、生水 貫人、坂口 史奈、荒木 左論、河西 優理香、伊東 雅美、米田 徳子、米田 哲、
中島 彰俊

富山大学附属病院 産婦人科

【緒言】 妊娠期における乳癌の診断は、妊娠による乳腺増加や検査を行うハードルが高いことにより診断が難しくなることがある。今回、妊娠中に胸椎圧迫骨折を契機に悪性腫瘍が鑑別となるも、診断まで時間を要した乳癌症例を経験したため、文献的考察を加え報告する。【症例】 43歳、5妊3産。自然妊娠後、前医で妊娠管理されていた。妊娠17週に腰背部痛を認め、単純CTで胸椎圧迫骨折を認めた。骨密度低下は認めず、骨折の原因は不明とされた。偶発的にCTで指摘された多発肝腫瘍は後日の単純MRI、腹部エコーで積極的に悪性腫瘍が疑われず、肝生検は妊娠中のため見送られた。妊娠19週に疼痛増悪があり、更なる胸椎圧迫骨折や肋骨骨折と、末梢血で芽球様細胞を認め、悪性腫瘍の存在が示唆されたが、乳腺エコー、骨髄生検、膀胱鏡で原発巣診断に至らず、妊娠23週に更なる精査目的に当院へ紹介された。直後に施行した肝生検でadenocarcinoma, GATA3+を認め、再度施行した乳腺エコーで左乳房に3cm大の原発巣（組織診：小葉癌、ER-, PgR+, HER2-）を認めた。上部消化管内視鏡で胃に播種状の粘膜転移を認め、最終的に転移乳癌（stage IV）と診断した。最初の骨折から54日後の診断となった。乳腺外科、小児科と連携し、胎児の未熟性を考慮し、妊娠継続のまま、AC療法（アドリマイシン＋シクロホスファミド）を妊娠27週から開始し、現在治療中である。胎児発育は現在まで週数相当で、母体全身状態などを考慮し、児娩出時期を決定する方針である。【考察】 本症例では多発骨折、多発肝腫瘍から悪性腫瘍合併について早期に鑑別していたが、連携する各診療科に妊娠中の検査に対して心理的障壁があったことや、乳腺エコーでの診断が難しかったことが診断までに時間を要した背景にあった。妊娠中にcriticalな疾患が示唆される場合には、他科と連携の際に産婦人科からのエビデンスとともに施行可能な検査を提示するなどプッシュ型の連携が望ましい。

O-064

抗がん剤の治療歴があり、周産期心筋症を発症した症例

○高田 さくら子、平吹 信弥、中村 慶乃、林 咲良、加藤 幹也、上野 洋誉、碓井 愛、尾山 量子、
黒岩 征洋、佐々木 博正

石川県立中央病院 産科

【緒言】

アントラサイクリン系抗がん剤は、容量依存性に心毒性を引き起こすことが知られている。治療歴のある患者が妊娠した場合に、心機能へ影響を及ぼす可能性がある。今回我々は幼少期にアントラサイクリン系抗がん剤を含む化学療法の治療歴があり、周産期心筋症を発症した一例を経験した。

【症例】

28歳、1妊0産。生後9ヶ月時に神経芽細胞腫 Stage IVと診断され、ピラルビシンを含む多剤併用化学療法が施行され、14歳の時に完治と診断された。妊娠前の心機能は正常であった。自然妊娠にて妊娠成立し、妊娠初期より前医クリニックにて健診を行っていた。妊娠23週1日、胎胞形成、子宮収縮が認められたため、当院へ搬送となった。搬送時にリトドリンの投与中であつたが、BP:160/112mmHg、HR:120/minと副作用を認めたため中止とした。病日2日目に子宮収縮の増加傾向があるため、硫酸マグネシウムの投与を開始した。その後、子宮収縮の改善が認められた。病日4日目に呼吸苦と酸素化の低下（SpO₂:89%）を認め、BNPの増加、心エコーの結果、急性心不全と診断した。硫酸マグネシウム投与を中止し、酸素投与、利尿剤投与にて治療を行ったところ病日9日目には心不全の改善を認めた。その後状態は安定していたが、病日23日目（26週2日）に陣痛発来し、骨盤位・胎児機能不全のため緊急帝王切開術を施行した。分娩後1日目に呼吸苦、全身の浮腫、SpO₂:88%と酸素化の低下を認めた。BNPの増加、画像検査より急性心不全と診断し、利尿剤投与にて治療を行った。分娩後8日目に症状軽快を認め、自宅退院となった。産後1ヶ月後の心エコーで心機能の改善を確認した。

【考察】

本症例では、アントラサイクリン系抗がん剤による晩期心毒性、妊娠中の子宮収縮抑制剤の使用が影響し、周産期心筋症を発症したと考えられる。小児がんサバイバーの妊娠では、妊娠前の心機能評価と周産期の管理が重要であり、ハイリスク妊婦としての適切な対応が求められる。

○佐藤 菜穂子¹⁾、高橋 聡太¹⁾、長谷川 善枝²⁾、金井 綾子²⁾

1) 八戸市立市民病院 産婦人科、2) 八戸市立市民病院 乳腺外科

【緒言】妊娠期乳癌 (pregnancy associated breast cancer: PABC) は比較的稀であるが、近年の出産年齢の高齢化により増加傾向にあるといわれている。

【症例提示】

症例① 38歳、G4P1。妊娠16週時に右乳房の硬結と痛みを感じ、乳腺外科クリニックを受診。細針吸引細胞診にてclass Vの診断となり当院紹介となった。針生検にてinvasive ductal carcinoma (ER (-) 0%、PgR (-) 0%、HER2: score 0、Ki67: 80%)の診断となった。また、BRCA-1の病的バリエントが陽性であった。妊娠25週からエピルビシン・シクロフォスファミド療法を2コース行い、妊娠34週0日に選択的帝王切開にて児を娩出した。現在も化学療法を継続し、今後手術を予定している。

症例② 37歳、G4P1。妊娠初期に左乳腺腫瘍を自覚し、乳腺外科クリニックを受診。針生検にてinvasive ductal carcinoma (ER (-) 0%、PgR (-) 0%、HER2: score 1+、Ki67: 40%)の診断となった。BRCA-1の病的バリエント陽性であった。中絶も提示されたが、妊娠継続を希望した。妊娠20週時に左乳房全摘出+センチネルリンパ節生検を行った。術後妊娠継続の上での補助化学療法を提示したが、拒否され、また早期の児の娩出も拒否された。妊娠37週で選択的帝王切開を行い、術後化学療法を施行。現在乳腺外科外来でオラパリブによる維持療法を行っている。

【考察】従来、PABCでは比較的早期に児を娩出し、その後に乳癌の加療を行うことが多かったが、近年、妊娠期でも手術や一部の化学療法が行えることが分かってきた。

【結論】PABC治療の際は最新のエビデンスを参考にしつつ、患者や家族と十分に話し合いながら児の娩出時期や治療方針を決めていくことが重要と考えられた。

O-066

初回プラチナ感受性再発卵巣癌に対するオラパリブ維持療法の用量別効果とベバシズマブとの比較

○田付 駿介¹⁾、庄子 忠宏¹⁾、城内 南奈子¹⁾、佐藤 翔¹⁾、海道 善隆¹⁾、高取 恵里子¹⁾、永沢 崇幸¹⁾、利部 正裕¹⁾、會田 剛史²⁾、馬場 長¹⁾

1) 岩手医科大学附属病院、2) 八戸赤十字病院

＜緒言＞初回プラチナ感受性再発卵巣癌において、化学療法奏効後の維持療法は予後を左右する重要な治療戦略である。ベバシズマブ (BEV) とオラパリブ (OLA) の有効性は GOG 213/OCEANS 試験および SOLO2/Study 19 試験で報告されているが、HRD や BRCA ステータスに依存せず両者を直接比較した報告は限られる。以前我々は BEV 群に対し、OLA 群は有意に PFS を延長することを報告した。今回は OLA 群を full-dose 群と Dose-reduction 群に分け、Bev 群との治療成績について後方視的に比較検討した。

＜対象及び方法＞2018 年から 2023 年に初回プラチナ感受性再発卵巣癌・卵管癌・原発性腹膜癌と診断され、化学療法奏効後に維持療法を受けた 96 例を対象とし、BEV 群 33 例、OLA full-dose 群 30 例、OLA dose-reduction 群 33 例に分類した。それぞれの PFS と OS 及び有害事象を比較検討した。

＜成績＞年齢中央値は BEV 群 62 歳、OLA full-dose 群 58 歳、OLA dose-reduction 群 59 歳であった。組織型は、BEV 群で漿液性癌 26 例、明細胞癌 5 例、類内膜癌 1 例、小細胞癌 1 例、OLA full-dose 群で漿液性癌 24 例、明細胞癌 2 例、類内膜癌 3 例、小細胞癌 1 例、OLA dose-reduction 群で漿液性癌 27 例、明細胞癌 2 例、類内膜癌 4 例であった。また、PFI 中央値はそれぞれ 16 か月、18.5 か月、18.5 であり有意差は認めなかった ($p=0.465$)。PFS 中央値はそれぞれ 16 か月、17 か月、33 か月であり、BEV 群に対し OLA dose-reduction 群は有意に延長していた ($P = 0.001$)。OS 中央値はそれぞれ 44 か月、45 か月、未到達であり、BEV 群に対し OLA dose-reduction 群は有意に延長していた ($P = 0.044$)。Grade 3 以上の有害事象は、貧血が OLA 群で、また高血圧が BEV 群で多く認められたが、従来の管理法で対応可能であった。＜結論＞OLA dose-reduction は、治療継続性を高めるとともに予後改善につながる可能性が示唆された。今後も症例蓄積を進め、OLA dose-reduction の妥当性及びその予後改善効果を検証していく必要がある。

O-067

当院における進行・再発子宮体癌に対してのデュルバルマブの使用経験

○穂積 葵、荻原 和徳、毛利 春希、山寺 岳、木村 翔太、邑本 美沙希、遠藤 祐介、黒澤 靖大、市川 さおり、田中 創太

石巻赤十字病院 産婦人科

【緒言】本邦では 2024 年 11 月に進行・再発子宮体癌に対して、デュルバルマブと化学療法の併用療法に続くデュルバルマブ単独維持療法を行う一次治療がミスマッチ修復機能(MMR)の有無を問わず承認された。また MMR が正常(pMMR)であれば、維持療法でオラパリブの併用も承認された。当院のデュルバルマブ使用経験について報告する。【方法】2025 年 1 月から同 6 月の間、子宮体癌に対しデュルバルマブを使用した 10 例を対象とした。診療録を元に DUO-E 試験の結果と比較し、安全性、有効性を検討した。【結果】全 10 例の治療開始年齢の中央値は 66 歳 (46-91 歳)、初回治療が 8 例、再発治療が 2 例だった。初回症例の進行期 (FIGO2018) は IV B 期が 5 例、III C 期が 2 例、III A 期が 1 例だった。組織型は類内膜癌が 4 例 (G1:3 例、G 3:1 例)、漿液性癌が 4 例、明細胞癌が 1 例、癌肉腫が 1 例だった。MMR 検査は全例に行われ、pMMR が 8 例、MMR 欠損 (dMMR) が 2 例だった。再発症例は 1 例に TC 療法歴があり、1 例は化学療法未施行だった。デュルバルマブ投与回数の中央値は 6 (2-8) であった。オラパリブ併用症例が 5 例あった。デュルバルマブによると考えられる免疫関連有害事象 (irAE) は、G3 が 1 例 (副腎機能低下)、G2 が 4 例 (皮膚炎 2 例、副腎機能低下 1 例、膵炎 1 例) があった。副腎機能低下、皮膚炎はいずれも薬物療法で軽快した。膵炎は画像所見のみで経過観察にて改善した。現在 9 例が治療継続中で、1 例は irAE を含む有害事象で治療中断中だった。治療期間中の再発・再燃は認めなかった。【考察】年齢、MMR、組織型、G3 以上の irAE 発現率など DUO-E 試験の結果と概ね同様だった。治療導入から日が浅く症例数は少ないが、irAE など有害事象の忍容性は許容範囲内で、治療の有効性も確認できた。【結論】進行・再発子宮体癌に対してのデュルバルマブ療法が安全に導入できた。引き続き症例の蓄積が必要であり、irAE のマネジメントについては今後も十分に注意を払う必要がある。

O-068

当院における進行・再発子宮体癌に対する DUO-E レジメンの使用経験

○吉田 圭甫¹⁾、遠藤 雄大^{1,2)}、藤森 実杜¹⁾、加藤 麻美¹⁾、岡部 慈子¹⁾、佐藤 哲¹⁾、小元 敬太¹⁾、
古川 茂宜^{1,2)}、添田 周^{1,2)}、藤森 敬也^{1,2)}

1) 福島県立医科大学 産科婦人科学講座、2) 同 地域婦人科腫瘍学講座

【目的】

2024 年 11 月より、進行または再発子宮体癌に対する新規治療選択肢として、DUO-E レジメンが保険収載された。当院で DUO-E レジメンを施行した症例について後方視的に検討した。

【方法】

2024 年 11 月から 2025 年 4 月の間に当院で進行・再発子宮体癌に対し、DUO-E レジメンを使用した症例について後方視的に検討した。

【結果】

対象は 9 例であり、年齢中央値（範囲）は 60 歳（36-73 歳）であった。組織型は類内膜癌 G1 が 2 例、類内膜癌 G3 が 4 例、癌肉腫が 2 例、明細胞癌が 1 例であった。病期分類は IA 期が 1 例、Ⅲ C2 期が 1 例、Ⅳ B 期が 7 例であった。MMR status は pMMR が 6 例、未検査が 3 例であり、初回治療が 5 例、再発治療が 4 例であった。Durvalumab 投与開始後からのサイクル中央値は 3（1-4）である。Grade 3 以上の有害事象は 5 例に認められ、血液毒性が 4 例（貧血 1 例、白血球減少 3 例）、皮疹 1 例であった。免疫関連有害事象として皮疹 G2 が 2 例、G3 が 1 例認められ 2 例で投与中止を要した。

【結論】

DUO-E レジメンは、進行・再発子宮体癌に対する有望な治療選択肢である一方、有害事象の管理が重要である。今後さらなる症例の蓄積と長期予後の検討が求められる。

O-069

侵入奇胎に対する単剤化学療法の後方視的検討

○石井 顕徳、重田 昌吾、吉泉 絵理、工藤 敬、湊 純子、渋谷 祐介、栃木 実佳子、石橋 ますみ、
島田 宗昭、斎藤 昌利

東北大学病院 産婦人科

【緒言・目的】

臨床的侵入奇胎を含む侵入奇胎に対してはメトトレキサート（MTX）もしくはアクチノマイシン（Act-D）単剤化学療法が標準治療であるが薬剤選択や投与方法については一定の見解に至っていない。当院では MTX5 日間投与（5-days MTX 療法）を第一選択としているが、頻回の通院が困難なケースを考慮し 2 週間おき投与である Act-D パルス療法も導入している。今回、当院における臨床的侵入奇胎の治療成績を後方視的に検討した。

【対象】

2014 年～2024 年に侵入奇胎の診断で単剤化学療法を行った症例を対象とし、治療内容、寛解率、有害事象について診療録から抽出した。

【結果】

30 症例が対象として抽出された。全例が絨毛癌診断スコアに基づき臨床的侵入奇胎と診断されていた。初回治療としては 28 例に 5daysMTX 療法が、2 例に Act-D パルス療法が導入されそれぞれ 20 例、1 例が寛解に至った。MTX 療法で寛解に至らなかった 8 例のうち治療抵抗性症例は 1 例、有害事象で継続できなかった症例は 7 例だった。これら 8 例では 2 次治療として Act-D パルス療法が選択され、全例が寛解に至った。

初回 Act-D パルス療法で治療抵抗性であった 1 例は 5-days MTX 単剤療法に変更後も寛解に至らず、多剤化学療法に移行した。Grade3 以上の有害事象として 5-daysMTX 症例では口内炎と肝機能障害を認めた。全例、再発を認めず経過している。

【考察】

症例数が少なく限定的な検討にとどまるが、MTX 5-days 療法、Act-D パルス療法ともに多くの症例で奏効が得られた。治療選択にあたっては有害事象のプロファイルなども考慮して決定する必要があると考えられた。また 1 例であるが多剤併用療法を要した症例も認めた。当院では現在 Act-D5 日間投与も選択肢に含めており、薬剤選択とともに投与方法についても今後さらなる検討が必要である。

○清宮 美貴¹⁾、三浦 喜典¹⁾、高橋 和江¹⁾、牧野 健一²⁾、榊 耕太郎³⁾

1) JA 秋田厚生連 平鹿総合病院 産婦人科、2) 秋田大学医学部附属病院 産婦人科、

3) JA 秋田厚生連 平鹿総合病院 消化器・糖尿病内科

【緒言】進行子宮頸癌に対する免疫チェックポイント阻害薬（ICI）の導入が進む中、免疫関連有害事象（irAE）への対応が課題となっている。今回子宮頸癌の維持療法中に irAE 肝炎を発症した 1 例を経験したので報告する。

【症例】47 歳、子宮頸癌Ⅲ C1r 期（扁平上皮癌）。初回治療として CCRT を施行後、病変増大と左尿管浸潤を認め、パクリタキセル＋ペムブロリズマブ併用療法を開始。6 コース後にペムブロリズマブ単剤の維持療法へ移行し、13 コースまで順調に施行された。14 コース目予定の 1 週間前より倦怠感・発熱が出現し、腎盂腎炎疑いで入院。抗菌薬加療を行うも症状は改善せず、AST/ALT の上昇を認めたため、irAE 肝炎を疑い消化器内科へ紹介した。血液検査や造影 CT によりウイルス性肝炎、感染性疾患、腫瘍の肝転移は否定的であり、CTCAE Grade 3 の irAE 肝炎と診断された。ステロイド加療により速やかに改善を得、肝生検でも irAE を支持する組織像を認めた。現在は ICI 治療を中止し、外来にて血液検査、細胞診、CT による定期的な経過観察を行っている。現時点で再発兆候はなく、病変は著明に縮小している。

【考察】本症例では CTCAE Grade 3 の irAE 肝炎を呈し、ステロイド加療により速やかに改善した。irAE 肝炎は早期の免疫抑制療法により予後は良好とされるが、Grade 3 以上では ICI の中止が原則とされ、再導入には慎重な判断を要する。irAE の再燃リスクに加え、癌の再発リスクとのバランスも考慮する必要がある、治療後も長期的なモニタリングが重要である。本症例を通じて、irAE 肝炎の診断と治療方針について文献的考察を加え報告する。

○奥 聡、小林 雄大、能代 究、細川 亜美、朝野 拓史、齊藤 良玄、馬詰 武、渡利 英道

北海道大学病院産科・周産母子センター

【目的】本邦において出生数は年々減少する一方、梅毒感染が増加しており、HIV 感染妊婦にも注視する必要がある。HIV 感染妊婦における母子感染予防は、産科医療において重要な課題であり、当院で管理した HIV 合併妊娠症例の周産期管理と転帰を振り返ることで、より適切な管理体制の構築に資する知見を得ることを目的とした。

【方法】2015 年 4 月から 2025 年 6 月までに当院で管理した HIV 合併妊娠 4 名 5 妊娠の診療録を用い、後方視的に検討した。

【成績】母体年齢中央値 35 歳 [31, 39]、日本国籍は 3 例、婚姻関係は 3 例にあった。全例自然妊娠、3 例は妊娠初期検査で HIV 陽性を指摘され、2 例は HIV 治療中の妊娠であった。HIV 治療中の妊娠症例を除く 3 例に関して、初診時 HIV-RNA 中央値は 233×10^2 copies/ml [114, 349]、CD4 中央値は $484 / \mu\text{l}$ [223, 789] であった。2 例に子宮頸部軽度異形成、1 例に尖圭コンジローマを認めた。速やかに cART を開始、HIV 治療中の妊娠に関して cART を継続した。全例分娩前には HIV-RNA 0.5×10^2 copies/ml を維持し、治療反応性、アドヒアランスは良好であった。1 例に前期破水を認め、同日妊娠 37 週で緊急帝王切開術を行った。その他 4 例は妊娠 37 週で選択的帝王切開術を行った。児の出生体重中央値 2930g [2250, 3155] で、先天異常を疑う所見は認めなかった。児は AZT シロップ (3 例は 4 週間、2 例は 6 週間) 内服し、全例人工栄養により管理、母子感染は認めなかった。

【結論】全例良好な治療反応性と HIV 母子感染の予防効果が得られた。国内外で HIV 合併妊娠の周産期管理に関する新たな知見が蓄積される中、今後も心理的支援、母体合併症管理、分娩・産褥期対応にあたる必要がある。

○中山 宗俊、平山 亜由子、森 美玖、佐藤 理乃、笹瀬 亜弥、星合 哲郎、大槻 健郎

仙台市立病院 産婦人科

【緒言】

リステリア症は、主に *Listeria monocytogenes* (以後リステリア) に汚染された食品の経口摂取による感染症である。妊婦は一般成人の約 13 ～ 20 倍の感染リスクを有し、感染により流産、新生児敗血症や髄膜炎などを引き起こす可能性があるため、周産期において注意が必要である。今回、絨毛膜羊膜炎 (以後 CAM) で早産となり、生後新生児よりリステリアが検出された一例を経験したので報告する。

【症例】

26 歳、1 妊 0 産の初産婦。妊娠 36 週 1 日に発熱と胎動減少を訴えて前医を受診。診察時 38.8℃、腰痛および左背部叩打痛、胎児頻脈を認め、血液検査では WBC $13,400 / \mu\text{l}$ 、CRP 0.95 mg/dl、子宮頸管エラスターゼ陽性、チェック PROM 陰性であった。痛みを伴う子宮収縮も認めたことから切迫早産の診断で当院へ母体搬送され、翌日 (36 週 2 日) に経陰分娩で出産した。児は 2124g、Apgar score 8/8、臍帯動脈血ガス pH 7.257 であった。母体は産褥経過良好で 6 日目に退院した。胎盤病理では臍帯炎および CAM の診断であった。児は生後チアノーゼを認め、肺炎の診断で加療目的に NICU へ入院となった。入院時の血液培養よりリステリアが検出されたため、新生児リステリア症の診断で 3 週間の抗菌薬投与を施行した。児は合併症なく退院し、その後母子共に経過良好であった。本人へ詳細な聞き取りを行ったが、リステリア感染を疑うエピソードは確認できなかった。

【考察】

本症例では、新生児の血液培養からリステリアが同定されたことから、母体がリステリアに感染後、CAM を発症し早産に至ったことが示唆された。リステリアは多彩な食品を感染源とすることが知られているが、本症例のように明らかな感染源が特定されないことも多い。

【結語】

リステリア感染から CAM、早産となり新生児リステリア症を発症した一例を経験した。リステリア感染が CAM を引き起こす可能性もあるため、妊娠経過中の注意喚起が重要である。

O-073

当院における RS ウイルスワクチン接種状況とワクチン接種に関する患者アンケート調査結果について

○田口 朋子、横山 美奈子、立崎 善郎、佐藤 真紀、小玉 都萌、赤石 麻美、田中 幹二

弘前総合医療センター 産婦人科

【目的】乳幼児における肺炎の約 50%が RS ウイルスによるとされ、特に生後 6 か月齢未満の感染は重症化する。有効な治療薬はないため予防が重要であり、2024 年 5 月 31 日より国内で妊婦への RS ウイルス母子免疫ワクチン接種が認可された。当院では同年 7 月より RS ウイルスワクチン接種を開始した。当院における接種状況を把握するため、またワクチン接種率向上を目的にアンケート調査を行った。

【方法】2024 年 8 月～2025 年 3 月に当院で分娩となった妊婦について、RS ウイルスワクチン接種群・非接種群に分類し、年齢、分娩週数、分娩歴、児の出生時体重、Apgar Score1 分值・5 分值について比較検討をした。また同意を得て、産褥 2 日目～1 ヶ月健診までにワクチン接種した理由、接種しなかった理由等のアンケート調査を行った。

【成績】対象妊婦は 203 人であった。ワクチン接種をした妊婦は 106 人、接種率は 52.2% であった。ワクチン接種群・非接種群の比較において、上記全ての項目で有意な差は認めなかった。またワクチン接種による有害事象は 18% に認めており、そのほとんどが局所疼痛であった。アンケートの回答率は 90% で、接種理由としては「パンフレットを見て」、「医師が勧めるため」が高多かった。一方、接種しなかった理由は「値段が高い」が最も多く、次いで「必要性を感じない」、「RS ウイルスを知らない」という意見が多かった。

【結論】当院での RS ウイルスワクチン接種率は 52.2% であり、これまでの報告に比べれば概ね良好といえる成績であった。RS ウイルスワクチン接種率のさらなる向上のためには、医療者側からワクチンの有用性について十分な説明を行うことと行政側からの補助が必要と考える。

O-074

産褥 2 日目に A 群溶連菌による敗血症性ショックを来した 1 例

○天崎 真帆、鶴田 光将、塚本 若菜、濱田 衣美子、柏館 直子、松浦 類、田邊 康次郎、武山 陽一、新倉 仁

仙台医療センター

【緒言】A 群溶連菌 (GAS) 感染症は、極めてまれであるが劇症化することがあり、特に妊産婦は劇症化のリスクファクターとして知られている。今回、劇症化には至らなかったものの、GAS 感染症により敗血症性ショックを来した 1 例を経験したので報告する。

【症例】31 歳女性。1 妊 0 産。既往歴に特記事項なし。

【経過】自然妊娠で妊娠経過は問題なく、妊娠 40 週 4 日に陣痛発来で入院した。その後、微弱陣痛としてオキシトシン投与し、経陰分娩に至った。児の Apgar score1 分值 8 点、5 分值 9 点で、3352 g の男児であった。産褥 1 日目に 39 度台の発熱があり、血液検査を施行した。WBC6700/ μ L、CRP2.9 mg/dL、プロカルシトニン 0.07 であり、細菌感染を積極的には疑わず、経過観察とした。産褥 2 日目に収縮期血圧 60mmHg 台まで低下し、血液検査では WBC5400/ μ L と上昇しないものの、CRP11.0mg/dL、プロカルシトニン 6.05、クレアチニン 1.27mg/dL、血液ガス分析にて乳酸値 4.5mmol/L と高値を認めた。意識清明だが、頻呼吸、血圧低値の 2 点で qSOFA の基準を満たし、敗血症性ショックとして補液負荷とタゾバクタムピペラシリン 4.5g q6h の投与を開始した。咽頭検査による溶連菌は陰性、血液培養から 24 時間以内に A 群溶連菌が検出、膣培養と尿培養からも同菌が検出された。産褥 3 日目には収縮期血圧 100mmHg 以上に改善見られ、腎機能も正常範囲に改善した。産褥 5 日目にアンピシリン 500mg q6h に de-escalation し、産褥 9 日目にはアモキシシリン 750mg/ 日内服に変更し、産褥 10 日目に退院となった。

【結語】今回、発熱が初期症状で、血液検査で白血球増多・減少を認めない敗血症性ショックの 1 例を経験した。産後は出血性ショックや、肺塞栓に伴う閉塞性ショックに加えて、敗血症性ショックの鑑別も重要である。白血球数の上昇が乏しくとも、発熱を伴う、バイタルサインの変化がある場合は、敗血症性ショックを念頭に速やかな抗生剤と輸液投与が重要と考えられる。

**緊急帝王切開術後の黄色ブドウ球菌による皮下・腹腔内膿瘍に対して
開腹洗浄ドレナージ術を繰り返した一例**

○佐藤 湊斗、関 響太、林 萌恵、小野 方正、野澤 明美

名寄市立総合病院 産婦人科

【目的】帝王切開術後の感染症として、創部感染、産褥子宮内膜炎、尿路感染、腹腔内感染、乳腺炎などを念頭におく必要がある。今回、緊急帝王切開術後創の皮下組織から腹腔内にかけて膿瘍を形成し、複数回の開腹洗浄ドレナージ術を要した一例を経験した。手術部位感染症（Surgical Site Infection, 以下 SSI）への考察とともに報告する。

【症例】25 歳、1 妊 0 産、軽度知的障害疑い。妊娠経過に異常なし。X 日に陣痛発来し X+1 日（妊娠 39 週 2 日）に微弱陣痛にて分娩停止の診断で緊急帝王切開となった。下腹部横切開にて開腹、通常通りの手順で帝王切開を行った。X+5 日（術後 4 日目）の創部観察では異常所見を認めなかった。X+7 日（術後 6 日目）の血液検査で WBC 15230/ μ L、CRP 25.02 mg/dL と炎症反応の上昇あり、経膈エコー検査で子宮周囲に中等量の腹水を認めた。腹腔内血腫への感染を疑い抗菌薬治療を開始した。X+10 日（術後 9 日目）の血液検査で WBC 18830/ μ L、CRP 26.95 mg/dL と上昇しており、造影 C T 検査で骨盤内外に腹水を認めた。腹水穿刺で膿汁が引け、グラム染色でブドウ球菌を認めた。創部周囲には広範に発赤と硬結を認めた。創部・腹腔内感染に対し逆 T 字切開して開腹洗浄ドレナージ術を施行した。皮下組織及び筋膜下に多量の膿汁が貯留していた。腹腔内に到達すると、子宮前面と腸管周囲にカプセル状の白苔と膿汁が付着していた。可及的に癒着剥離と洗浄を行った。創部培養、腹水培養でいずれも黄色ブドウ球菌(MSSA)を検出した。術後に DIC となったが循環動態は保たれていた。抗菌薬治療を継続したが X+14（再手術後 4 日目）に再度炎症反応が上昇した。ダグラス窩と左側腹部に腹水貯留を認め、ドレーンの位置不良を疑い再度開腹ドレナージ術を行った。

【考察】創部感染が腹腔内に波及した病態であり、感染症を疑いながら対応が後手に回った症例であった。SSI について考察を加え、本症例を振り返る。

O-076

病理診断で腹膜偽粘液腫と診断されたが虫垂に病変を認めなかった一例

○影近 瑠唯^{1,2,3)}、土川 恵³⁾、酒井 美穂²⁾、津村 亜依¹⁾、水崎 恵¹⁾、板橋 彩¹⁾、市川 英俊¹⁾、
片山 英人¹⁾、加藤 育民¹⁾、)

1) 旭川医科大学 産婦人科学講座、2) 稚内市立病院、3) 旭川厚生病院

【緒言】腹膜偽粘液腫は粘液産生が旺盛な腫瘍細胞の腹膜播種により腹腔内にゼリー状の粘液が貯留ないし散布している状態を指す。低異型度虫垂粘液性腫瘍の腹膜播種であることが多く、卵巣に同様の腫瘍を認める場合同腫瘍の直接浸潤や転移巣であることがほとんどで、稀だが卵巣奇形腫から発生する粘液性腫瘍に起因することもある。

【症例】51歳女性でX年7月に下腹部膨満のため前医を受診し、経膈超音波検査で成人頭大の骨盤内腫瘍を認め当科紹介となった。血液検査で閉経前 ROMA 18.1%と上昇を認め、MRI 検査で粘液性腫瘍が疑われたため術中迅速病理診断を併用した根治術の方針となった。術中所見で腹腔内は右付属器由来の骨盤内腫瘍で充満していた。腫瘍は既に被膜が破綻し、ゼリー状の内容物が腹腔内に貯留していた。迅速病理診断で卵巣境界悪性腫瘍または消化管由来の腫瘍の可能性があり、腹式単純子宮全摘、両側付属器摘出、大網部分切除に虫垂切除を追加した。検体摘出後の腹腔内観察で、腹壁やダグラス窩にインプラントを伴う病変を認めた。また、小腸表面全体が白色の膜様物質で覆われていたが明らかな結節は認めなかった。検体は腫瘍内容を合わせて6.8kgであった。卵巣腫瘍の病理像は、pseudomyxoma ovariiの所見で、免疫染色でCK20とSATB2がびまん性に陽性、CK7が部分的に陽性であり、PAX8は陰性であった。形態と免疫染色の結果より虫垂または奇形腫から発生した低異型度虫垂粘液性腫瘍に類似した病変と考えられたが、虫垂に腫瘍性変化を認めず、右付属器に奇形腫成分を認めなかった。取り扱いには右卵巣粘液性境界悪性腫瘍として、IC2期として術後化学療法(パクリタキセル 175 mg/m², カルボプラチン AUC6)を6コース行う予定であったが、3コース後に骨髄抑制、ポット感染を契機に敗血症となったため3コースで終了し現在経過観察中である。

【結語】腹膜偽粘液腫の病理像を呈したが虫垂に病変がなかった一例を経験した。

O-077

卵巣原発腹膜偽粘液種の1例

○滝沢 章、女屋 隼人、西藤 吉宏、宮城 正太、金川 明功、勘野 真紀、野村 英司

王子総合病院

【緒言】腹膜偽粘液腫は、腹腔内の一部から全体にゼリー状粘液が貯留する疾患群であり、100万に1-2人にのみ生じる希少疾患とされている。90%以上が虫垂原発とされており、虫垂以外が原発となることは極めて稀である。今回我々は、腹水貯留および卵巣腫大を契機に発見された卵巣原発腹膜偽粘液種の1例を経験したため、報告する。

【症例】41歳女性、2妊2産、帝王切開2回既往あり。1年前からの腹部膨満感を主訴に当科を受診した。

【経過】画像精査により腹水貯留および12cmの巨大卵巣腫瘍を認めたため、試験開腹術を試行した。腹腔内に5-30mm程度の無数の水泡状播種病変を認め、右卵巣に小児頭大の腫瘍がみられた。消化器外科とともに虫垂を検索したが、同定困難のため、右卵巣腫瘍の摘出のみ行なった。病理診断の結果、腹膜偽粘液腫の診断となった。原発巣の確定が困難であったが、セカンドオピニオンの結果も踏まえ、消化器内科にてXELOX (Capecitabine+Oxaliplatin) 療法施行後に審査腹腔鏡術を施行する方針として治療を開始した。XELOX療法5コース施行後、腹腔鏡下に虫垂切除を行うことができ、病理学的に虫垂には病変がなかったことから、卵巣原発の診断となった。その後、3回目の手術として開腹にて腫瘍減量術を行い、可能な限り播種病変を切除した。腫瘍減量術後は追加治療せず経過観察とし、現在まで2年以上、明らかな増悪なく経過した。

【考察】卵巣原発腹膜偽粘液種を経験した。本症例は完全切除不能例であったが、腫瘍減量術後の経過は良好である。本疾患は極めて稀な疾患であり、現時点では標準治療の見解が定まっていないため、各施設からの診療報告結果も臨床において重要な意義をもつと考えられる。

O-078

卵巣腫瘍に虫垂炎を併発し広範な腹腔内膿瘍形成・腹膜炎に至った一例

○高原 佳奈、島 友子、深田 綾子、松井 望、古田 惇、山田 清貴、安田 一平、竹村 京子、山崎 悠紀、中島 彰俊

富山大学 産科婦人科

【緒言】虫垂神経内分泌腫瘍は非常に希な癌腫であり、多くは急性虫垂炎の切除検体より偶発的に発見される。今回我々は、両側卵巣境界悪性腫瘍に虫垂原発神経内分泌腫瘍による虫垂炎が併発した症例を経験したので報告する。

【症例】27歳、0妊0産。腹痛、発熱で前医受診した。CTで糞石と軽度の虫垂腫大を認めたが穿孔所見はなく、骨盤腹膜炎として抗菌薬加療された。MRIでは乳頭状結節を伴う両側卵巣多房性嚢胞性腫瘍を認め、両側卵巣癌および癌性腹膜炎の可能性が指摘された。さらに骨盤内から腹腔内に膿瘍形成を認めたため、診断を兼ねてダグラス窩穿刺が施行された。細胞診は陰性、嫌気性菌培養で陽性であった。経皮的ドレナージが追加され、自覚症状改善後、卵巣腫瘍の加療目的に当科紹介受診した。前医退院1ヶ月後、開腹手術を施行した。漿液性腹水貯留あり、右卵巣は新生児頭大に腫大し回盲部、虫垂、小腸が癒着していた。左卵巣は肉眼的正常卵巣部に鶏卵大の腫瘍が外向性に発育していた。右付属器腫瘍の術中迅速病理組織診断ではserous borderline tumor相当であり、妊孕性を考慮し右付属器切除＋左卵巣腫瘍摘出＋大網部分切除術を施行した。外科医と連携し、虫垂切除術も併せて施行した。最終病理診断はserous borderline tumorであり、嚴重経過観察の方針とし、術後1年再発所見なく経過している。また、虫垂は神経内分泌腫瘍G1の診断となり、再発リスクは極めて低いことから追加治療や経過観察は不要と判断された。

【考察】本症例では、虫垂炎の炎症が卵巣腫瘍に波及して腫瘍壁が破綻し1C3期に至った可能性や、卵巣腫瘍破裂が先行し虫垂炎の炎症が腹腔内に広がった可能性などが考えられた。虫垂原発神経内分泌腫瘍は希発疾患であるが、虫垂炎を来した場合には少なくとも卵巣腫瘍の治療経過にも影響を及ぼし、個別の対応が必要となる。

O-079

閉経後の成熟奇形腫に未分化胚細胞腫が併存した稀有な症例

○奥村 礼央菜¹⁾、半田 康²⁾、石塚 泰也²⁾、真柄 和史³⁾、辻脇 光洋³⁾、金内 優典²⁾、櫻木 範明²⁾

1) 小樽市立病院 初期研修医、2) 小樽市立病院 婦人科、3) 小樽市立病院 病理診断科

未分化胚細胞腫 dysgerminoma は若年者に好発する希な悪性胚細胞腫瘍である。一方、成熟奇形腫は良性の胚細胞腫瘍であるが、1～2%の頻度で主に閉経期以降に悪性転化をきたすとされる。悪性転化の組織型は80～85%が扁平上皮癌であり、腺癌、メラノーマ等も報告がある。未分化胚細胞腫の併存は極めて稀であり、その発生機序について議論の余地があると考えられる。

今回我々は、成熟奇形腫の診断で手術を施行し、病理学的検査により腫瘍内に未分化胚細胞腫を認めた症例を経験した。これまでに成熟奇形腫内に未分化胚細胞腫を認めた報告は44歳女性と6歳女児の2例のみで、本症例は、閉経後女性における初の報告と考えられる。

患者は59歳女性、2回経産、51歳時閉経。26歳時に左卵巣成熟奇形腫の核出術歴がある。今回、他科でのCT検査により右卵巣腫瘍を指摘され、当科紹介となった。MRIでは長径12cmの腫瘍を認め、画像所見より成熟奇形腫と術前診断された。腫瘍マーカーに異常はなかった。腹腔鏡下両側付属器摘出術を施行した。

病理学的検査では毛包、脂腺、神経組織等を認め、成熟奇形腫と診断された。しかし、腫瘍内の長径8mmの領域において、大型異型細胞の胞巣状増殖、背景にリンパ球浸潤を伴うtwo-cell patternが確認され、未分化胚細胞腫が疑われた。免疫染色にてSALL4、Oct3/4、c-kit等が陽性であり、未分化胚細胞腫と確定診断された。

未分化胚細胞腫成分は成熟奇形腫が中枢神経組織へ分化した領域内にあり、若年者に多い中枢神経腫瘍である胚腫germinomaに類似した像を呈していた。当該成分は小さく限局しており発生の初期と考えられた。ただし、低悪性度から高悪性度への明確な移行像や周囲への浸潤像を認めなかった。このため、中枢神経組織の悪性転化よりも、卵巣に残存した始原生殖細胞が本症例の未分化胚細胞腫成分の起源である可能性が高いと考えられた。

最終診断は未分化胚細胞腫IA期で、追加手術を予定している。

○石岡 牙子¹⁾、伊藤 崇博¹⁾、浅野 拓也¹⁾、山下 剛¹⁾、齋藤 豪²⁾

1) 市立函館病院 産婦人科、2) 札幌医科大学産婦人科学講座

【緒言】AFP（ α ; フェトプロテイン）産生腫瘍は胃癌、肺癌、大腸癌などで散見されるが、卵巣原発例は極めてまれである。今回、AFP 産生卵巣癌の 1 例を経験したので、過去の報告と比較し報告する。

【症例】56 歳女性、未妊未産。腹痛を主訴に前医を受診し、CT 検査で腹水貯留、右卵巣腫瘍を認め当院紹介となった。子宮体部組織診で cervical adenocarcinoma、子宮頸管組織診で AFP-producing adenocarcinoma の診断を得た。血液検査では CA125 125.2 U/mL、CA19-9 66.9 U/mL、CEA 25.0 ng/mL と高値を示し、AFP 25,579.5 ng/mL と著明な高値を認めた。MRI 検査で右卵巣腫瘍を認め、CT 検査では腹膜播種を疑う所見であった。右卵巣癌、子宮頸癌として腹式単純子宮全摘術と両側付属器摘出術を予定したが、腹腔内は高度に癒着しており、右卵巣腫瘍部分切除術のみを施行して終了した。永久標本病理診断では AFP-producing adenocarcinoma with enteroblastic differentiation と診断された。また、免疫染色で SALL4 陽性、Glypican-3 陽性、CK7 陰性であり、胎児腸様分化や胚細胞腫瘍様の性質を有する可能性、さらに上皮性腫瘍とは異なる分化様式を示す可能性が示唆された。術後に施行した上下部消化管内視鏡では消化管に明らかな原発巣を認めず、卵巣原発癌と診断した。術後 18 日目よりサバイレウスをきたしたが、腫瘍の進行による腸管圧迫が原因と考えられた。術後 21 日目より Paclitaxel-Carboplatin（TC）療法を開始し、1 コース終了後にサバイレウスの改善、腹水減少を認めた。現在 3 コース施行後であるが、腫瘍マーカーの低下を認め、化学療法継続中である。

【結論】AFP 産生卵巣癌は極めてまれであり、その生物学的性質や治療方針は未だ確立されていない。免疫学的所見からは胚細胞腫瘍様の性質を持つ可能性が示唆される一方、上皮性腫瘍に準じた TC 療法が有効である可能性があり、標準治療の確立にはさらなる症例集積が求められる。

O-081

当院におけるロボット支援下子宮全摘術と腹腔鏡下子宮全摘術の周術期アウトカムの比較

○國井 基思^{1,2)}、水沼 慎人¹⁾、田口 こころ¹⁾、當麻 絢子¹⁾、追切 裕江¹⁾、松村 由紀子¹⁾、横田 恵¹⁾、重藤 龍比古¹⁾、福原 理恵¹⁾、横山 良仁¹⁾

1) 弘前大学医学部附属病院、2) 青森県立中央病院

【緒言】近年婦人科領域における低侵襲手術の発展は目覚ましく、本邦でもロボット支援手術の比率が増加している。当院で行われたロボット支援下子宮全摘術（RASH: robot-assisted simple hysterectomy）と腹腔鏡下子宮全摘術（TLH: total laparoscopic hysterectomy）の周術期アウトカムに焦点を当て、両術式の利点と課題を明確にすることを目的に調査を行った。

【対象と方法】2022年1月1日から2024年12月31日までの期間に当院でTLHまたはRASHを行った患者を対象とし、後方視的に解析した。年齢、BMI、適応疾患、腹部手術歴、経膈分娩歴、子宮マニピュレーター使用の有無、標本重量、手術時間、出血量、合併症の有無、入院日数を評価した。そのほか、RASH群の中で日本産科婦人科内視鏡学会認定腹腔鏡技術認定医による執刀症例（腹腔鏡技術認定あり群）と、同資格のない術者による執刀症例（なし群）を比較した。

【結果】3年間におけるTLH症例は15件、RASH症例は87件であった。年齢はRASH群で有意に高く、適応疾患はRASH群で悪性疾患の手術適応が有意に多く、入院日数はRASH群で有意に長かったが、その他の項目において両群間で有意差は認めなかった。またRASHにおける術者の腹腔鏡技術認定資格の有無による比較では、入院日数は腹腔鏡技術認定なし群で有意に長かったが、その他の項目において両群間で有意差を認めなかった。

【考察・結語】TLHとRASHでは概ね同様の周術期アウトカムが得られ、RASHでは腹腔鏡技術認定のない医師でも比較的安全に手術できる可能性が示唆された。また、ロボット支援下手術では腹腔鏡の鉗子操作が必要となることもある他、両術式に必要な共通の知識も多く、同時に修練することは有用と思われる。

O-082

経膈的スコープ挿入を活用した臍部腹壁癒痕ヘルニア合併の子宮体癌ロボット支援下手術の2例

○永沢 崇幸¹⁾、藤本 一¹⁾、北村 綾華¹⁾、吉田 光法²⁾、佐藤 翔¹⁾、高取 恵里子¹⁾、海道 善隆¹⁾、利部 正裕¹⁾、庄子 忠宏¹⁾、馬場 長¹⁾

1) 岩手医科大学 産婦人科学講座、2) 岩手県立大船渡病院 産婦人科

【目的】

腹部手術後の腹壁癒痕ヘルニア患者では、臍部周囲に腸管の癒着を生じたり修復術によりメッシュが留置されていることが多く、腹腔鏡やロボット支援下手術におけるポート挿入時の腸管損傷やメッシュ破損が問題となる。今回、癒着やメッシュのリスクが想定された2症例において、経膈的にスコープを挿入することで安全にロボット支援下手術を完遂できた経験を報告する。

【症例1】

58歳女性。42歳時に腹腔鏡下胆嚢摘出術を受けた後、臍部に腹壁癒痕ヘルニアを形成し、51歳時にメッシュを用いた修復術が施行されていた。子宮体癌IA期に対するロボット支援下手術を計画したが、臍部中央に直径8cmの円形メッシュが縫着されており、通常手技ではメッシュ破損が懸念された。経膈的にトロッカーを挿入し腹腔内をスコープで観察することで、メッシュを回避した安全なポート配置が可能となった。術後合併症なく経過良好であった。

【症例2】

59歳女性。過去に大腸がん手術、肝臓再発手術の既往があり、臍部に腹壁癒痕ヘルニアを形成し日常的に腹部のバンドを装着している。術前画像にて臍直下は菲薄化し、かつ腸管の癒着が疑われたため、同様に経膈的にアプローチした。画像を確認しながらヘルニア周囲の腸管癒着部を避けて安全にポート配置を行った。術中の臓器損傷なく、術後経過も良好であった。

【考察】

本法はポート挿入時の腸管損傷やメッシュ破損の回避に有用である。実施にあたっては術前の画像や内診で子宮周囲の癒着の評価を行うことが重要である。

【結語】

臍部ヘルニアで腸管癒着やメッシュ留置されている症例においても、経膈的なアプローチで腹部を観察することで安全にロボット支援下手術を遂行することが可能である。

O-083

放射線治療後の子宮摘出に対するロボット支援下手術の経験

○永沢 崇幸¹⁾、村井 健²⁾、武蔵 実久¹⁾、城内 南奈子¹⁾、佐藤 翔¹⁾、高取 恵里子¹⁾、海道 善隆¹⁾、
利部 正裕¹⁾、庄子 忠宏¹⁾、馬場 長¹⁾

1) 岩手医科大学 産婦人科学講座、2) トヨタ記念病院

【はじめに】

放射線治療後の子宮摘出術は、骨盤内臓器周囲の高度な線維化により膀胱・尿管・直腸などの損傷リスクが上昇し難易度の高い手術となることがある。ロボット支援下手術は拡大視野と精緻な操作性に優れ、こうした困難な症例において低侵襲かつ安全なアプローチが可能となる。本発表では、放射線治療歴のある2例に対してロボット支援下子宮摘出術を施行した経験を報告する。

【症例 1】

32歳女性。肥満。子宮頸癌 IB2 に対し根治的放射線治療（外照射+腔内照射）を施行後、1年後に子宮頸部に SCC の再発を認めた。肉眼的には明らかな腫瘍形成は無く、画像検査でも有意な病変は指摘されなかった。子宮可動性はやや制限されている印象であり、尿管同定困難に備え蛍光尿管ステントを両側に留置しロボット支援下子宮全摘出術を施行した。子宮頸部周囲に線維化を認めたが多臓器損傷なく手術完遂。腔断端の一部に治癒遅延があった。

【症例 2】

48歳女性。SLE 合併、免疫抑制薬内服中。産褥期に肛門管癌に対して同時化学放射線治療を受けた後、細胞診異常が持続。円錐切除にて HSIL/CIN3、断端陽性。悪性化を考慮し子宮摘出の方針。子宮背側に抵抗を触知。術前に感染症や人工肛門造設のリスクについて十分に説明の上ロボット支援下子宮全摘出術を施行。子宮背側の腹膜硬化を認めたが腸管損傷なく完遂。腔断端の一部に治癒遅延を認めた。

【考察】

放射線照射後の子宮摘出術では、組織の線維化や解剖学的境界の不明瞭化により術中損傷のリスクが高まる可能性がある。ロボット支援下手術は拡大視野と精緻な操作性により有用であるが、触覚に乏しいことに注意を要する。術前には内診や画像での評価、また治療歴の把握、リスクに応じた対策と十分な説明が重要である。

【結語】

放射線治療後においてもロボット支援下子宮摘出術は適切な準備と対策により安全かつ低侵襲に施行可能である。

O-084

肥満度別にみた子宮体癌に対するロボット手術の手術成績と周術期予後の検討

○太田 剛、立花 由花、郷内 雄太、伊藤 泰史、堀川 翔太、奥井 陽介、清野 学、永瀬 智

山形大学 医学部 産科婦人科学講座

【目的】肥満を合併する子宮体癌患者においては、開腹手術よりも低侵襲手術、特にロボット手術が術中・術後合併症を軽減するとの報告がある。本研究では、ロボット手術を施行した子宮体癌患者を対象に、肥満度が手術成績および術後経過に与える影響を検討した。

【方法】2019年9月～2024年12月に当院でロボット手術を受けた子宮体癌患者のうち、BMI 20以上25未満をA群（非肥満、n=52）、30以上35未満をB群（肥満2度、n=15）、35以上をC群（肥満3度以上、n=9）と定義した。各群における手術準備時間、手術時間、出血量、合併症、入院日数、再発率を比較した。

【結果】年齢や糖尿病、高血圧、脂質異常症の有病率に有意差はなかったが、C群で睡眠時無呼吸症候群を2例（22.2%）認めた。病期は全群でI期が主体、組織型は類内膜癌G1が大半を占めた。骨盤リンパ節郭清はA群25.0%、B群40.0%、C群では施行なし。手術準備時間はC群で有意に延長（A群52分、C群58分； $p<0.01$ ）。手術時間およびコンソール時間に有意差はなかったが、閉創時間と、郭清非施行例における手術時間はC群でA群に比べて有意に延長していた（ $p<0.01$ 、 $p<0.05$ ）。出血量および術中・術後合併症に有意差は認めなかった。術後入院日数（郭清非施行例）はC群で他の2群と比べて有意に延長した（ $p<0.05$ ）。術後補助療法はA群34.6%、B群26.7%で行われ、再発はA群で6例（11.5%）、B・C群では認めなかった。

【結論】高度肥満例では周術期管理に慎重な対応が求められるが、ロボット手術は安全に施行可能であり、合併症や再発率の増加は認められなかった。

ロボット支援下膀胱全摘術後に前方小腸瘤をきたし腔閉鎖術・外陰閉鎖術を施行した3症例の検討

○安藤 タ乃¹⁾、和田 慎一郎¹⁾、西谷 友希¹⁾、小池 和生¹⁾、佐藤 慎太郎¹⁾、網師本 健佑¹⁾、太田 創¹⁾、箱山 聖子¹⁾、松田 琢磨²⁾、福士 義将¹⁾

1) 手稲溪仁会病院 産婦人科、2) カレス記念病院

【緒言】

膀胱癌に対する標準的外科治療であるロボット支援下膀胱全摘除術（RARC）は、女性症例では子宮・腔前壁を合併切除し、腔後壁による縫合閉鎖が行われることが多いが、骨盤支持構造の喪失により腔脱や小腸瘤、さらには小腸脱出を来することがある。我々は、RARC 後に前方小腸瘤あるいは小腸脱出を認め、腔閉鎖術または外陰閉鎖術を施行した3症例を経験したので報告する。

【症例】

症例1：79歳、1経腔分娩。右腎盂癌で右腎尿管摘出術の既往あり。膀胱癌を発症し、RARC 及び左尿管皮膚瘻を施行し、術後21日に腔断端離開と腸管壊死を伴う小腸脱出を来した。外科により腹腔鏡下腸管切除を施行後、当科で腔の修復にあたったが、腔壁に縫合可能な組織を認めないが、尿道からの排泄が無いので外陰閉鎖術を行い、治癒した。

症例2：66歳、3経腔分娩。RARC 術後4か月に腔脱・少量出血を自覚し受診した。腔断端離開は認めなかったが、腔壁の菲薄化と腸管透見を認め、待機的に腔閉鎖術を施行した。

症例3：86歳、2経腔分娩。同様に術後4か月に腔脱・出血症状で受診し、待機的腔閉鎖術を施行した。

【考察】

3例ともメッシュ使用による再建も検討されたが、残存腔壁の脆弱性のため適応困難であり、2例は腔閉鎖術、1例は尿道からの排尿が無いため外陰閉鎖術を選択した。RARC に伴う骨盤臓器脱の予防策として、RARC 時に腔壁や尿道周囲の支持組織を極力温存する工夫や、術後にメッシュを用いた補強法も提案されている。また婦人科領域では、保存的治療（ペッサリー）や腹腔鏡下仙骨腔固定術などの報告もあり、泌尿器科・婦人科双方の連携が重要と考える。

【結語】

RARC 後に前方小腸瘤・小腸脱出をきたし、腔閉鎖術・外陰閉鎖術を要した3症例を経験した。今後の症例集積とともに、予防および再建術式の最適化が求められる。

O-086

前置胎盤への Resuscitative Endovascular Balloon Occlusion of the Aorta
使用効果の検討：単施設コホート研究

○安城 和輝、経塚 標、矢澤 里穂、福田 冬馬、鈴木 大輔、野村 泰久

太田西ノ内病院 産婦人科

【目的】 Resuscitative Endovascular Balloon Occlusion of the Aorta（以下、REBOA）は外傷や産科出血の止血術として用いられているが、前置胎盤症例における術中出血量への有効性は十分検討されていない。本研究は、単施設の後ろ向きコホート研究により、前置胎盤に対する帝王切開術時の REBOA 使用が術中推定出血量に与える影響を評価することを目的とした。

【方法】 2013 年 1 月～2025 年 5 月に前置胎盤で帝王切開を施行した症例 134 例を対象とし、手術中に REBOA を使用した群（n=34）と未使用群（n=100）に分けた。術中出血量は吸引瓶内容量および手術パッド重量から算出し比較検討した。群間比較には Mann-Whitney U 検定を用い、さらに一般化線形混合モデル（GLMM）にて REBOA 使用の出血量減少効果を、執刀医および手術時期をランダム効果とした上で解析した。

【結果】 REBOA 使用群は非使用群と比べて術中推定出血量が有意に少なかった（median 700 g vs. 1138 g, $p<0.001$ ）。GLMM 解析では、REBOA 使用が平均 440 g の出血量減少と独立に関連していた（ $B = -440$ g, 95% CI: -723 ～ -157 g, $p=0.003$ ）。REBOA 使用は主に 2021 年以降に施行され（97.1%）、非使用群の多くは 2020 年以前であった（ $p<0.001$ ）。

【結論】 前置胎盤症例における帝王切開術中の REBOA 使用は、術中出血量を有意に減少させることが示された。REBOA は出血コントロールの有効な補助手段であり、今後の産科手術での適応拡大が期待される。

O-087

前置癒着胎盤予測における MRI 検査の意義についての検討

○矢島 亜花音、中嶋 えりか、森山 響子、松井 優祐、麴澤 章太郎、村上 幸治、杉山 沙織、中田 俊之、野崎 綾子、光部 兼六郎

旭川厚生病院 産婦人科

【背景】 前置癒着胎盤の予測は一般的に超音波検査で行われ感度は 80-90%とされるが、検査の客観性や技術差、後壁付着部の観察困難などの課題がある。一方癒着予測に有効な MRI 検査所見も複数提唱されているが、検査推奨要件などに明確な指針はない。

【目的】 胎盤位置異常症例において、術前の超音波検査および MRI 検査の癒着予測精度を検証し、MRI 検査の有用性について検討する。

【対象と方法】 対象は 2022 年から 2024 年の 3 年間に当院で帝王切開分娩した胎盤位置異常合併妊娠のうち、超音波検査および MRI 検査を用いて癒着胎盤予測を行った症例。診療記録から後方視的に母体背景、胎盤画像所見、癒着胎盤の有無の情報を収集した。画像検査は所見を 1 つ以上認めた場合を陽性とし、各検査の精度を調べた。

【結果】 胎盤位置異常で超音波検査・MRI 検査ともに施行された症例は 21 例で、癒着胎盤あり 6 例、なし 15 例であった。各検査の感度、陽性的中率はそれぞれ超音波検査 66.7%/30.8%、MRI 検査 100%/40% であった。超音波検査偽陰性例は 2 例あり、付着部位はそれぞれ後壁 / 側壁であり、癒着部位はどちらも体部であった。

【考察】 超音波検査の癒着検出率は既報よりも低く、一方 MRI 検査の感度は 100% と高かった。後壁付着という条件に加え、前置癒着胎盤でも半数が子宮口付近より高い位置で癒着しており、超音波検査だけでは検出は困難であった。

【結論】 低置胎盤であっても、後壁付着かつ子宮内操作既往や子宮筋腫などを合併している場合は、MRI 検査による情報の補完が期待できる。

O-088

当院で経験した前置血管 9 例の臨床的検討

○大井 葉瑠乃、伏津 建太郎、安田 真子、渡邊 碧、今泉 翠、山口 正博、川端 公輔、早貸 幸辰、
首藤 聡子、平山 恵美

市立札幌病院 産婦人科

【目的】前置血管とは卵膜血管が内子宮口上または付近を通るものをいう。圧迫により胎児機能不全の原因となり破水時に断裂するリスクも高いため、陣痛発来や破水が起きる前の帝王切開が必要である。35 週前後の人工早産が周産期予後を改善するという報告もあるが、早産期における新生児合併症も危惧されることから至適分娩時期についてはいまだ明らかではない。今回、分娩時期を含む至適妊娠管理を探ることを目的とした。

【方法】2015 年から 2025 年の 11 年間に当科で管理した前置血管の 9 症例について、妊娠分娩経過を診療録より後方視的に調査した。

【結果】分娩時の母体年齢の中央値は 37 歳（33-44 歳）であり、妊娠方法は自然妊娠 4 例、胚移植妊娠 5 例。診断週数の中央値は 31 週 11 日（18 週 3 日 -34 週 6 日）、管理入院開始週数の中央値は 33 週 4 日（20 週 2 日 -37 週 6 日）であった。1 例で辺縁前置胎盤、2 例で低置胎盤、4 例で分葉胎盤を合併しており、胎盤位置異常のない 2 例は双胎妊娠（DD 1 例、MD1 例）であった。分娩週数の中央値は 36 週 1 日（35 週 0 日 -38 週 0 日）で、分娩決定理由としては前置血管や胎盤位置異常による予定帝王切開 5 例（36 週 2 例、37 週 2 例、38 週 1 例）、胎児機能不全 2 例（35 週 2 例）、切迫早産 1 例（DD35 週）、母体適応 1 例（TAFD、HDP35 週）であった。児 11 例の体重は中央値 2456g（1789-3259g）、アプガースコア（1 分 /5 分）は中央値 8/9（8-9/8-9）で、3 例（36 週 1 例、37 週 2 例）に新生児一過性多呼吸を認めた。

【結語】当科では 33 週前後からの管理入院を行い、胎児心拍異常や子宮収縮の増強を認めた場合には迅速に対応がなされていた。それらを認めない無症候性の前置血管の場合には正期産が可能な例もあったが、重症新生児一過性多呼吸となった症例もあった。前置血管の管理においては正期産を目指すことは許容されると考えるが、新生児呼吸管理の対応を念頭に入れた管理が必須である。

O-089

前置血管における PPP 評価経験

○高橋 仁、井上 理史、広多 見和子、加戸 太陸、榎本 咲子、田中 政彰

福井県立病院

前置血管は分娩前に診断されていることが非常に重要となる疾患である。

診断がつかないまま分娩となった場合、児の生存率は 50% を下回るとの報告がある。昨今は認知度も上がり、事前に診断されることが珍しくない。しかしながら、まだまだ知見は乏しく、診断方法や管理方法の標準化が待たれるところと思われる。

当院では以前より前置胎盤、低置胎盤などの正確な評価を目的として MRI を用いた PPP（Placenta Previa Procedure）法を行っている。子宮頸管を軸として設定し、その軸を中心に回転させた断面を複数作成する。その断面それぞれにおいて内子宮口と胎盤の位置関係を評価する方法である。通常行われる経陰超音波検査と比べ、横方向の評価に優れること、客観性が高いこと、比較的簡便なところ、などがこの方法の強みである。

今回はこの PPP を用いて前置血管の症例を評価した。通常の経陰エコー検査や経腹エコー検査に加えて PPP を行うことでより詳細に状態を把握することができた。十二分な情報を得て、より安全に管理・分娩が行えたと思われる。この経験について報告する。

器械分娩後に合併した後腹膜血腫に対し、IVR で治療し得た 2 症例

○佐藤 駿太¹⁾、島 英里¹⁾、廣川 眞由子²⁾、森 裕太郎¹⁾、須田 一暁¹⁾、松下 充¹⁾、西島 浩二¹⁾、
吉原 弘祐¹⁾

1) 新潟大学医歯学総合病院 産婦人科、2) 済生会新潟病院

【緒言】

分娩では軟産道損傷により外陰、膣壁血腫を生じることがあるが、後腹膜血腫は稀である。後腹膜血腫は子宮動脈裂傷、子宮破裂、膣血腫の進展によって発生することが一般的とされる。後腹膜血腫は視診や内診で診断が難しいが、出血性ショックを来し得る重篤な合併症である。本発表では、器械分娩後の後腹膜血腫に対して、IVR: interventional radiology で治療し得た 2 症例を報告する。

【症例】

症例 1 29 歳、初産婦。近医にて無痛分娩中の胎児機能不全に対し、吸引分娩で出産。分娩後 6 時間まで出血が持続して、ショックバイタルとなり当院に搬送された。子宮頸部は頭側左方へと強く偏位しており、膣壁血腫と円蓋に及ぶ裂傷深部から活動性出血が持続していたが、出血点の同定は困難であった。造影 CT にて後腹膜血腫と血管外漏出を認め、経腹的手術操作は困難な部位と判断し、IVR を施行し、止血した。

症例 2 40 歳、初産婦。近医にて分娩誘発、分娩第二期が遷延したため鉗子分娩で出産。頸管裂傷、膣壁裂傷を認め、反復して縫合止血術が行われたが出血が持続、ショックバイタルとなり当院に搬送された。外陰、膣内には血腫は認めず、膣円蓋部の裂傷より出血点不明の活動性出血を認めた。造影 CT にて膣右側壁から後腹膜腔に及ぶ血腫と造影剤漏出を認め、IVR を施行し、止血した。

【結語】

腰痛や会陰痛などの自覚症状を認めず、膣円蓋裂傷からの出血持続とショックバイタルで搬送され、後腹膜血腫と診断された 2 症例を経験した。器械分娩では膣深部に至る軟産道裂傷や血腫合併のリスクが上昇するため、慎重な評価が重要である。また膣円蓋や頸管裂傷から後腹膜血腫への進展は視診や内診では評価が困難であり、画像診断が診断および治療戦略決定に有益である。止血操作の難しい骨盤深部の動脈性出血に対しては、IVR は有用な治療であると考えられた。

デュルバルマブ併用化学療法施行中に血球貪食性リンパ組織球症を発症した進行子宮体癌の1例

○川井 直久、島畑 顕治、建部 都志子、三國 史嵩、山田 恭子、藤本 俊郎

苫小牧市立病院 産婦人科

【緒言】免疫チェックポイント阻害薬（ICIs）と化学療法の併用は、進行／再発子宮体癌の第一選択薬として臨床的に治療効果があることが報告されている。その一方で ICIs は免疫関連有害事象として肺炎・腸炎などが知られるだけでなく、血液毒性として重篤な血球貪食性リンパ組織球症（HLH）を引き起こす可能性がある。今回、我々はデュルバルマブ投与中に起きた HLH の症例を経験したため報告する。

【症例】35 歳、0 妊 0 産。合併症 :SLE（プレドニゾロン 4mg で寛解維持）。

子宮体癌 Stage IIIC2 期（pT3a,pN2,pM0, FIGO 2008）、pMMR 症例に対してパクリタキセル＋カルボプラチン療法（TC 療法）を 2 コース施行後、保険適応となったデュルバルマブを併用した。TC＋デュルバルマブ 3 コース目投与後週単位で血小板低下を認めていた。投与 26 日目に発熱があり受診、汎血球減少、凝固線溶系異常、肝機能障害、高フェリチン血症、骨髓中の血球貪食像を認めた。Hscore 208 点、HLH-2004 の診断基準を 8 項目中 5 項目満たし、画像上感染症や悪性リンパ腫を示唆する所見がないことから発症時期と合わせてデュルバルマブによる HLH と診断した。ステロイド単剤で加療を開始。翌日から IVIg 療法も追加。治療開始後血球数は改善したため、VP-16 による治療は行わなかった。

【考察】子宮体癌にデュルバルマブを導入した治療は歴史が浅く、血液毒性に関する日本人患者での実態解析は限られている。他疾患へのデュルバルマブ導入例も踏まえて文献的に考察する。

子宮体癌に対する骨盤内・傍大動脈リンパ節郭清術後に S 状結腸軸捻転症をきたした一例

○佐多 綜一郎、鈴木 裕太郎、松宮 寛子、遠藤 大介、三田村 卓、櫻井 愛美、黒須 博之、山崎 博之、金野 陽輔、渡利 英道

北海道大学病院婦人科

【緒言】骨盤内・傍大動脈リンパ節郭清術においては、腹部大動脈周囲の視野の確保のために後腹膜の切開と腸管の授動を行うため、術後は腸管の可動性が高まった状態となる。腹部救急疾患の S 状結腸軸捻転症は、S 状結腸の後腹膜への固定不良等が発症の誘因となる。子宮体癌に対するリンパ節郭清術後に、S 状結腸軸捻転症を生じた一例を経験したので、文献的考察を交えて報告する。

【症例】71 歳、女性。G1P0。不正出血で前医を受診し、内膜細胞診で腺癌を認めた。前医で開腹子宮全摘出術、両側付属器摘出術が行われ、子宮体癌 IB 期の診断となった。当院へ紹介となり、TC 療法を 4 コース施行後に、開腹骨盤内・傍大動脈リンパ節郭清術を行った。術前から画像検査にて直径 7cm に拡張した腸管像を認めており、術中に確認すると S 状結腸の拡張であった。肛門側に閉塞機転はなく、経肛門的に脱気後、手術を継続した。術後、腹部 X 線検査で術前と同程度に再拡張した結腸像を認めたが、腹痛はなく、経過観察していた。術後 7 日目に行った CT 検査にて whirl sign を認め、S 状結腸軸捻転症の診断で緊急の内視鏡的整復を行った。その後は再発なく、術後 22 日目に退院となった。病理組織学的検索で傍大動脈リンパ節転移を認め、補助化学療法を予定している。

【考察】本症例は術前から症状を伴わない S 状結腸の拡張があり、捻転の一因となったと考える。手術時の後腹膜の切開と結腸の授動も、発症に関与した可能性がある。本症例では内視鏡的整復が可能であったが、再発率が高く、注意が必要である。また、今後予定する補助化学療法が結腸の拡張自体を増悪させ、中毒性巨大結腸症等のリスクを上昇させる可能性がある。

【結語】リンパ節郭清のための腸管の授動操作が、結腸捻転の誘因となる可能性がある。特に術前から腸管拡張の所見を認める場合は術後早期の捻転のリスクが高い可能性があり、念頭に置いて術後管理を行う事が望ましい。

子宮体癌罹患後に生じた子宮留膿腫に対して経皮的子宮内ドレナージを挿入した症例

○富松 壮平¹⁾、柴田 健雄¹⁾、野島 浩司²⁾、三浦 聖子²⁾、角谷 嘉司²⁾、南 哲弥²⁾、高倉 正博¹⁾

1) 金沢医科大学産科婦人科学、2) 金沢医科大学放射線医学

【緒言】

子宮留膿腫は、子宮腔内に膿が貯留した状態であり、悪性腫瘍や手術、放射線等により頸管の廃液が障害されることで頸管が狭窄・閉塞して生じる。通常は抗菌薬投与や経腔的にドレナージを行うが、腔閉鎖や高度狭窄例では経腔的アプローチが困難であり、治療選択に難渋することがある。今回我々は、経腔的アプローチが困難な子宮体癌によって生じた子宮留膿腫に対して経皮的子宮内ドレナージを挿入し、良好な治療効果を得た症例を経験したため報告する。

【症例】

61歳、経産婦。切除不能の子宮体癌Ⅳ期と診断され、パクリタキセル、カルボプラチン、ペムブロリズマブ併用による化学療法を2コース目まで施行していた。3コース目開始日の前日に発熱、下腹部痛、食欲不振を認め受診。WBC25000、CRP15.59と炎症反応高値を示し、腹部造影CTにて原発巣における壊死部分や子宮腔内における膿の貯留を認めた。腫瘍が腔外から露出しており、腔を閉鎖しかけていたため、経腔的アプローチは困難と判断、翌日放射線科と連携のうえ、CTガイド下に局所麻酔下で経皮的子宮内ドレナージが施行された。処置後、WBC12000、CRP4.59まで炎症反応は低下し、倦怠感、下腹部痛、食欲不振等の症状は改善した。

【考察】

経腔的アプローチが困難な症例に対し、経皮的子宮内ドレナージはCTガイド下で膿の位置を把握しながら穿刺できるため、安全性と確実性の高い手技である。また、局所麻酔下で行われるため、低侵襲であり患者の負担軽減にも寄与すると考えられる。現在、本手技に関する報告は極めて少なく、本症例のように、婦人科腫瘍治療中に生じた子宮留膿腫に対し経皮的ドレナージが有効であったことは、将来的な治療選択肢として意義のあるものである。今後は長期留置に伴う感染管理やドレーン交換の適切な時期などについて、さらなる検討が必要と考える。

オリゴ転移に対して長期生存を得た一例

○山岸 幹治、今田 冴紀、佐々木 美唯、木嶋 紗弓、高田 優子、玉手 雅人、幅田 周太朗、齋藤 豪

札幌医科大学付属病院 産婦人科学講座

【緒言】子宮体癌の予後は、日本産婦人科学会の最新の報告で5年生存率がⅠ期で94.9%、Ⅳ期で28.9%と言われている。また、再発した場合には腔、骨盤内、遠隔転移の順で予後は不良である。今回我々は、遠隔転移や骨盤外再発に対して手術療法や化学療法を施行し、長期生存を得た症例を経験したので報告する。

【症例】65歳、3妊1産。子宮体癌ⅣB期に対してX-8年6月に腹式子宮全摘術・両側付属器切除術・骨盤内リンパ節郭清術を施行。病理結果では類内膜癌 grade1 の診断であった。その後TC療法を3コース施行したが脾臓転移の増大みられたため、AP療法を6コース施行した。肺転移が出現したためX-7年に胸腔鏡下腫瘍摘出術を施行した。その後CPT/NDP 3コース施行したが、肺転移が多発したためMPA400mgで治療を開始した。その後X-6年6月のCTでは肺転移は消失し脾臓転移も縮小した。以降CTにて明らかな増悪はみられなかったが、X-1年10月のCTで腹膜播種、脾臓腫瘍の増大がみられ、生検したところ子宮体癌の転移であった。ペムブロリズマブ+レンパチニブ療法を6コース施行し、脾臓腫瘍の縮小がみられたため、X年4月にロボット支援下脾臓摘出+腹膜播種切除術を施行した。

【考察】再発子宮体癌に対する二次腫瘍減量術ではR0とすることで死亡リスク、再発または進行リスクを減少するという報告がある。本症例では遠隔転移、再発に対して手術療法と化学療法を併用して長期生存を得た。今回の手術でもR0となったため、さらなる長期生存を期待できると考えられる。

【結論】遠隔転移や再発に対し手術療法と化学療法を施行し、長期生存を得た症例を経験した。切除可能な再発子宮体癌に対する手術療法は予後に大きく寄与すると考えられる。

○小原 史織、深川 智之、山崎 一輝、佐々木 麻妃、川村 英生、金杉 知宣、三浦 史晴

岩手県立中央病院 産婦人科

【はじめに】悪性腸腰筋症候群（malignant psoas syndrome、以下 MPS）は、悪性腫瘍が腸腰筋に直接浸潤または転移することによって腰仙骨神経叢が腫瘍に巻き込まれ、腰神経叢領域の神経障害性疼痛や股関節の伸展時痛を来す症候群である。今回、子宮癌肉腫の再発によって MPS を生じた一例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

【症例】69 歳。3 妊 3 産。閉経 54 歳。既往歴 特になし。

【現病歴】X-6 年、不正性器出血と子宮内膜肥厚を認め近医より当科紹介。子宮体癌（漿液性癌）の術前診断で同年に腹式子宮全摘術＋両側付属器摘出術＋大網切除術＋骨盤リンパ節郭清術を施行。病理組織診は、癌肉腫（漿液性癌、高異型度子宮内膜間質肉腫）pT1b N0 M0、進行期は IB 期であった。術後治療として TC 療法を 6 クール施行した。その後も再発徴候は認めていなかった。

X 年 4 月より右下肢疼痛が発現したため近医整形外科を受診した。CT 検査で右腸腰筋と内腸骨静脈まで浸潤する腫瘍を認めた。子宮癌肉腫の再発が疑われ、X 年 5 月に当科紹介となった。

【経過】初診時は右腰部から右下肢に及ぶ神経傷害性疼痛が増強しており臥位を保持できない状態であった。X 年 6 月に疼痛コントロール目的に入院。短時間なら臥位が保持可能になったところで造影 CT 検査を行った。再発腫瘍は増大傾向であり、腰椎 L5 右側にも浸潤を認めており、癌肉腫の再発に伴う MPS と診断した。積極的治療は望まれず緩和治療を行う方針となり、疼痛緩和目的に放射線治療を施行した。X 年 7 月に他院緩和病棟へ転院となった。

【考察】MPS は腸腰筋周囲の腰神経叢に悪性腫瘍が浸潤することで起こる難治性のがん関連疼痛症候群である。オピオイド単独で対処は困難であり、放射線科、ペインクリニック科と連携しながらの多角的アプローチが推奨されている。そのためには本疾患概念を産婦人科医が周知した上で対応することが肝要である。

O-096

腹腔鏡下子宮全摘術における術前偽閉経療法の有無と手術成績の関連についての検討

○武田 愛紗¹⁾、内田 苑佳¹⁾、太田 圭一¹⁾、飯野 香理²⁾

1) むつ総合病院、2) 弘前大学医学部付属病院

良性疾患に対する腹腔鏡下子宮全摘術（以下 TLH）は患者に対する侵襲の少ない術式として近年普及が進んでいる。当院では 2022 年より TLH を開始し、子宮筋腫や子宮腺筋症などの良性疾患を中心に TLH を施行している。当院は技術認定医が不在のため、TLH の適応症例の選択は慎重に行っており、比較的大きい子宮筋腫の症例や、術前に過多月経による貧血を認める症例には積極的に術前偽閉経療法を施行している。そこで TLH 開始時からの症例を後方視的に検討し、偽閉経療法の有無や期間と手術成績（手術時間、出血量）との関連を検討した。対象は 2022 年 1 月から 2025 年 1 月までの約 3 年間に当院で TLH を施行した症例のうち同じ術者が執刀した症例 31 例を抽出し、そのうち閉経後であった症例 2 症例を除いた 29 例とした。対象の 29 例偽閉経療法無し群（N=9）、偽閉経療法 1～3 ヶ月群（N = 10）、偽閉経療法 4～6 ヶ月群（N = 10）の 3 群に分けて解析した。3 群間の背景として、年齢、BMI、標本重量には有意差を認めなかった。手術成績としては、手術時間には有意な差を認めなかったが、出血量は偽閉経両方無し群と偽閉経療法 4～6 ヶ月群の間で有意差を認めた（ $P=0.033$ ）。偽閉経療法無し群と偽閉経療法 1～3 ヶ月群との間の出血量の比較では 1～3 ヶ月群で出血量が少ない傾向を認めたが、有意差はなかった（ $P = 0.266$ ）。TLH における術前偽閉経療法には、更年期症状などの副作用や、手術操作においてデメリットとなる点もあるが、今回の検討において出血量を減少させ、より低侵襲な手術となる可能性が示唆された。しかし偽閉経療法に対して効果が乏しい症例も報告されており、適応や施行期間については更なる検討を要する。

O-097

当院における子宮全摘術の手術成績と腹腔鏡手術増加の背景

○渡部 佑佳、小島 つかさ、矢澤 浩之

福島赤十字病院産婦人科

【緒言】 良性疾患に対する子宮全摘術（TH）において、腹腔鏡下子宮全摘術（LH）は腹式子宮全摘術（TAH）に比べて低侵襲性に優れ患者の QOL を有意に向上させる術式であることが示されており、当院でも LH の適応拡大に積極的に取り組んできている。【方法】 2003 年～2025 年までに良性疾患、CIN 等に対して行われた TH の術式、および 2013 年以降の TLH713 件の手術成績、合併症の発生等について集計し LH 増加の背景について考察した。【結果】 内視鏡手術件数は年々増加傾向にあり、2012 年以降では全手術の半数以上を占めていた。術式別では、2013 年以降の LH の増加傾向が顕著であり、これは TLH を導入（LAVH から TLH へ移行）した時期と一致していた。TLH の手術成績では、手術時間は軽度短縮、出血量は顕著な減少を示していたが、摘出子宮重量は予想に反して減少傾向を示しており、内訳では 200g 以下の割合の増加が顕著であった。合併症の発生は、脛断端離開が 5 例、膀胱損傷 1 例、出血量 $\geq 500\text{ml}$ が 12 例等であったが 2020 年以降は減少していた。【考察】 当科での LH の増加の要因として、初期では LAVH から TLH への移行が大きく寄与していたと思われる。症例の内訳で、より小さな子宮の割合が増加傾向にあったことは、手術療法選択の閾が下がっていることを示唆する結果ではないかと思われる、これが最近の LH 増加の一要因ではないかと推測された。【結論】 TLH は当初難易度の高い術式とされていたが、手術手技の確立による急速な普及、経験数の増加による手術成績の向上と合併症の減少が得られてきている。GnRH アンタゴニストやジェノゲストの普及に伴い、良性子宮腫瘍の治療は薬物療法が主体となると思われるが、LH の低侵襲性・安全性の周知により、手術療法を希望・選択する患者も増加していることが推測された。

O-098

TLH と vNOTES、小さい子宮ならどちらを選ぶ？－単施設後ろ向き研究－

○小幡 美由紀、丸山 真弓、武士 ゆい、安田 綾香、伊藤 理恵子、堤 誠司

山形県立中央病院産婦人科

【緒言】 Transvaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery (vNOTES) は、整容性に優れ、術後疼痛や入院期間の短縮が期待される低侵襲手術として注目されている。一方、全腹腔鏡下子宮全摘出術 (TLH; Total Laparoscopic Hysterectomy) は標準術式として広く行われているが、両者の比較は子宮サイズを限定しない報告が多く、小型子宮症例に焦点を当てた検討は少ない。vNOTES は CIN や内膜増殖症、内膜ポリープなど腫大を伴わない子宮で導入しやすく、今後適応の拡大が期待される術式である。本研究では、小型子宮例に限定し、両術式の手術成績と安全性を後ろ向きに比較検討した。

【方法】 2021 年度以降に当院で施行された TLH および vNOTES による子宮全摘術症例を対象に後ろ向きに比較を行った。vNOTES が導入された 2023 年度以降の全症例 (TLH 161 例、vNOTES 57 例) を比較した後、小型子宮例の比較として 2021～2022 年度の CIN や内膜ポリープなど腫大のない子宮の TLH 31 例と、2023 年度以降の子宮脱手術を除いた vNOTES 50 例を抽出し比較した。手術時間、出血量、合併症、術後 1 日目の疼痛スコア (NRS)、術式変更の有無を評価項目とした。さらに手術時間 2 時間以内に関連する因子について、年齢、vNOTES、BMI、帝王切開歴、癒着の有無を用いて多変量解析を行い検討した。

【結果】 全体の比較で vNOTES 群は手術時間 (128 分 vs. 165 分, $P<0.001$) および NRS (1 vs. 2, $P<0.001$) が有意に低く、小型子宮例の比較でも同様であった (手術時間 127 分 vs. 146 分, $P=0.025$ /NRS 1 vs. 3, $P<0.001$)。vNOTES 群では術式変更 2 例、合併症 5 例を認めたが、TLH 群ではいずれも認めなかった。多変量解析では vNOTES、帝王切開歴、BMI が手術時間と有意な関連を示した。

【結語】 vNOTES は小型子宮例において手術時間短縮と疼痛軽減を示し、QOL 向上に寄与する有効な低侵襲術式であると考えられた。vNOTES の導入期を含んだ研究であり、症例を蓄積してさらに検討を要する。

O-099

既往帝王切開症例の TLH の手術成績と合併症発生について

○小島 つかさ¹⁾、矢澤 浩之¹⁾、渡部 佑佳²⁾

1) 福島赤十字病院産婦人科、2) 福島赤十字病院臨床研修センター

【緒言】 既往帝王切開 (CS) に対する全腹腔鏡下子宮全摘術 (TLH) は子宮切開部および膀胱子宮窩腹膜の癒着により、手術操作に難渋することがある。【方法】 当院で、2013 年～2025 年 6 月までに行った TLH を対象とし、既往 CS の有無、回数による手術成績、合併症発生率を比較検討した。【結果】 TLH の総数は 744 件、既往 CS 回数別の件数は、0 回 (non-CS) が 631 件 (85%)、1 回: 67 件、2 回: 37 件、3 回: 6 件、4 回: 1 件であった。Non-CS 群と CS 群で手術成績 (出血量、手術時間、摘出子宮重量) に有意差はなかった。主な合併症は、膀胱損傷が CS 群で 1 例、脛断端離開が 6 例 (non-CS 群 4 例、CS 群 2 例)、術中 500ml 以上の出血が 12 例 (non-CS 群 10 例、CS 群 2 例) 等であり、腸管損傷、尿管損傷例はなかった。開腹に移行した症例は 21 件 (2.7%) で、CS 群で増加することはなかった (non-CS 群 19 例 2.9%、CS 群 2 例、1.8%)。膀胱損傷の 1 例は既往帝王切開 3 回の症例で、癒着、挙上、菲薄化した膀胱筋層を子宮頸部前壁と誤認したまま正中で剥離操作をした際に損傷に至った症例であった。【考察】 TLH では TAH、TVH、LAVH に比べて尿管損傷は増加し膀胱損傷は増加しないとされているが、既往 CS 症例、特に 3 回以上の症例では膀胱損傷が有意に増加することがこれまでも報告されており、その回避に留意した手術を行うことが重要となる。当院では膀胱損傷の経験以降、膀胱損傷回避の工夫として気膀胱法や側方アプローチでの膀胱剥離を行っており、2020 年以降は膀胱損傷の発生は認めていない。【結語】 Non-CS 群と CS 群で合併症発生に差はないが、3 回以上の CS 既往症例では膀胱損傷に留意することが重要と考えられる。

当院における vNOTES 導入期の後方視的検討

○押切 実波¹⁾、大野 妃香¹⁾、菊池 悠理乃²⁾、外館 珠帆²⁾、北村 綾華³⁾、玉田 春紫¹⁾、吉田 光法¹⁾、鈴木 一誠⁴⁾、宇賀神 智久⁵⁾、千田 英之¹⁾

1) 岩手県立大船渡病院 産婦人科、2) 岩手県立中部病院 産婦人科、3) 岩手医科大学付属病院 産婦人科、
4) 岩手県立磐井病院 産婦人科、5) 仙台市立病院 産婦人科

【背景】vNOTES（transvaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery）は低侵襲かつ整容性に優れ、国内での普及が進んでいる。当院では2024年4月に導入し、1年間で計17例を経験したため、後方視的に検討した。

【対象と方法】2024年4月1日～2025年4月30日にvNOTESを施行した17例を対象に、患者背景、術式、術後経過および合併症について後方視的に検討した。【結果】年齢は44～73歳（中央値48）、BMIは17.33～33.3（中央値24）で、すべて経膈分娩歴がある（中央値2）かつ帝王切開術既往のない経産婦であった。術式は全例が経膈的腹腔鏡下子宮全摘術で、うち卵管摘出術13例、付属器摘出術4例であった。手術時間は64～213分（中央値107）、出血量は10～800ml（中央値10）、子宮重量は110～600g（中央値270）であった。術後病理組織所見はすべて良性所見（子宮平滑筋腫、子宮腺筋症、子宮内膜ポリープなど）で悪性所見は認めなかった。術後合併症は4例（23.5%）に膈断端縫合部からの出血を認め、うち1例は入院管理を要した。【考察】vNOTES導入に際し、腹腔鏡手術に加え腔式手術手技の習得も重要である。今後も症例を積み重ね、合併症対策を含む安全性の確立および適応拡大の検討を進めていきたい。

O-101

妊娠中に発症した潰瘍性大腸炎の一例

○浦 寿珠、中村 真彰、中西 研太郎、吉澤 明希子、金井 麻子、横浜 祐子、加藤 育民

旭川医科大学病院 産婦人科

潰瘍性大腸炎（UC）は若年者に好発し、粘血便・下痢・腹痛などの症状を呈する。多くの症例で再燃と寛解を繰り返し慢性的に経過する。妊娠によって UC が発症、再燃あるいは増悪し妊娠継続が困難となる例もあるが、一方で順調に経過し出産に至る例も多い。ただし、炎症性腸疾患合併妊娠では早産、低出生体重児、帝王切開、児の先天性疾患のリスクが上昇するとの報告もある。今回我々は、妊娠中期に UC を発症し、子宮内胎児死亡となった一例を経験した。症例は 32 歳、1 妊 0 産、近医で自然妊娠を確認した。妊娠 18 週より下痢、下腹痛が出現した。止痢薬、整腸剤等の内服にて症状改善せず、1 週間に 4 kg の体重減少があった。血液検査でも CRP10.28mg/dL と強い炎症反応を認めた。精査加療のため前医入院し、造影 CT で S 状結腸より肛門側の腸管浮腫、壁肥厚、脂肪組織濃度上昇がみられた。下部消化管内視鏡検査では直腸から S 状結腸にかけて連続した炎症所見を認め UC が疑われた。妊娠 20 週に当院へ搬送となり消化器内科にて全大腸炎型、中等症の UC と診断された。絶食・補液管理のうえ PSL50mg/ 日が投与開始となった。来院時の超音波検査では児に明らかな異常はないが子宮動脈血管拍動指数（PI）は右 1.93/ 左 1.56 で両側に子宮動脈拡張早期切痕（notch）を認めた。PSL 導入後も水様便などの症状は持続した。妊娠 21 週 5 日に子宮内胎児死亡となった。超音波検査にて児に心嚢液、胸水、腹水が貯留しており、後頸部、後頭部、胸腹部に皮下浮腫を認めた。頸管拡張、分娩誘発を行い児を死産した。児の体重は 375g であり、胎盤・臍帯に肉眼的異常はなかった。また児に明らかな外表奇形はなかったが腹部に内出血を認め、ご家族と相談のうえ病理解剖を行った。潰瘍性大腸炎患者は寛解期での妊娠が望ましく妊娠前から消化器科との連携治療が求められる。また本例のように妊娠中に初発した場合は治療に難渋する場合があります、複数の診療科での慎重な管理を必要とする。

O-102

妊娠性肝内胆汁うっ滞症の管理中に妊娠高血圧腎症の発症が懸念され急速遂娩を要した 1 例

○鈴木 優希、富田 芙弥、内堀 洪欣、田上 和磨、宮副 美奈子、高橋 司、濱田 裕貴、只川 真理、岩間 憲之、齋藤 昌利

東北大学病院 産科

【緒言】妊娠性肝内胆汁うっ滞症（Intrahepatic cholestasis of pregnancy: ICP）は総胆汁酸・肝酵素の上昇、皮膚掻痒感を特徴とする妊娠関連肝疾患である。胆汁酸高値は胎児心機能障害や子宮内胎児死亡、早産など周産期予後不良と関連し、また ICP は妊娠高血圧症候群（HDP）の発症リスクを増加させると報告されている。ICP を発症し、妊娠末期に HDP を疑う症状が出現し緊急帝王切開を施行した症例を報告する。

【症例】29 歳、1 妊 0 産。辺縁前置胎盤のため当院へ紹介となり、妊娠 30 週より管理入院となった。入院時採血で γ -GTP 39 U/L、AST 228 U/L、ALT 318 U/L と肝酵素の上昇を認めたため、消化器内科へ紹介。直接型優位の高ビリルビン血症、総胆汁酸の上昇（12.61 μ mol/L）、皮膚掻痒感、他肝臓疾患の除外により ICP と診断された。ウルソデオキシコール酸（UDCA）300 mg 内服開始後、皮膚掻痒感と肝酵素は改善傾向となり、妊娠 35 週 5 日に総胆汁酸も低下（9.6 μ mol/L）した。妊娠 36 週 3 日、上腹部痛と共にクレアチニン（0.87 mg/dL）と尿酸（6.9 mg/dL）の上昇を認めた。HDP の診断基準は満たさないが、妊娠高血圧腎症への病態進行が懸念されたため、母体の安全を考慮して同日緊急帝王切開を施行した。児は 2815g の女児、Apgar score 8/9 点、臍帯動脈血 pH 7.256。術後経過は良好で、肝酵素は術後 14 日で正常化し、UDCA 内服を中止した。

【考察】本症例では総胆汁酸の上昇は軽度に留まったが、HDP を疑う急性の症状変化が出現した。現時点で ICP の一定の管理指針はないが、胆汁酸の定期的な測定に加え、HDP などの合併症に注意を払いながら、適切な分娩時期を選択することが重要である。

O-103

慢性腎臓病合併妊娠における妊娠前介入の実態と連携の重要性

○菅原 万紀子¹⁾、濱田 裕貴¹⁾、今村 雅²⁾、田上 和磨¹⁾、内堀 洪欣¹⁾、高橋 司¹⁾、富田 美弥¹⁾、
只川 真理¹⁾、岩間 憲之¹⁾、齋藤 昌利¹⁾

1) 東北大学病院 産科、2) 東北大学 医学部

【背景・目的】

母体の基礎疾患は胎児環境や出生後の健康に影響を及ぼすとされる。なかでも、慢性腎臓病（CKD）は、妊娠高血圧症候群（HDP）、早産、低出生体重などリスク因子であり、妊娠前からの介入が予後改善に不可欠である。当院では2024年2月よりプレコンセプションケア（PCC）外来を開設し、妊娠前のリスク評価と介入を行っている。本研究では、CKD 合併妊婦における、妊娠成立時の腎機能、妊娠背景、周産期予後を後方視的に解析し、PCC 外来の臨床的有用性を検討した。

【方法】

2024年2月以降に当院で周産期管理を行ったCKD 合併妊婦を対象に、診療録より腎機能（eGFR、UP/Cr 比）、妊娠方法、管理内容、周産期予後、PCC 外来受診歴を抽出し、CKD GFR 区分に基づいて2群間比較を行った。

【結果】

2024年4月から2025年5月に周産期管理を行ったCKD 合併妊婦は26例であった。妊娠方法は自然妊娠19例、人工授精1例、体外受精6例であった。人工妊娠中絶は2例であった。HDP、早産、重症新生児仮死、死産は各々、7例、11例、1例、1例であった。CKD GFR 区分 G3 以上（n=5）では管理入院は2例（40%）、G1-2（n=21）では0例で、有意差を認めた（Fisher 正確検定 p=0.03）。PCC 外来受診は両群とも1例ずつであった。

【考察】

生殖医療の進歩により、従来妊娠が困難とされた症例でも妊娠が成立するようになり、妊娠前介入の意義が一層高まっている。本研究では、中等度以上のCKDでも妊娠が成立し、管理入院を要する例が一定数認められた。PCC 外来における妊娠計画段階での方針共有は、妊婦の理解促進と他科との連携を可能にし、周産期転帰の改善に寄与し得る。今後は、PCC 外来の活用推進と地域医療機関・不妊治療施設との連携強化が重要である。

O-104

発作性上室性頻拍を契機に救急搬送となった周産期心筋症の1例

○保坂 あおい、松本 大樹、中田 貴史、宮野 菊子、清水 孝規、瀧田 徳勇、鈴木 由佳、須納瀬 怜、
大平 晃広、我妻 理重

大崎市民病院

周産期心筋症（Peripartum Cardiomyopathy：PPCM）は、妊娠末期から産褥早期にかけて発症する原因不明の心筋症であり、急性非代償性心不全として初発することがある。発症は稀であるが、重篤な転帰をとる可能性があり、早期診断と治療介入が重要である。我々は、発作性上室性頻拍を契機に救急搬送となった周産期心筋症の1例を経験した。28歳、初産婦。多発性硬化症の既往あり。前医にて妊娠37週で血圧160/100、下腿浮腫を認め、尿蛋白陽性にて妊娠高血圧症候群の診断となり入院。分娩誘発実施するも分娩進行せず、38週0日で緊急帝王切開術施行。術後4日目深夜より突然の呼吸困難と頻脈出現し、当院へ緊急搬送。来院時、血圧169/143、心拍数200台の発作性上室性頻拍（PSVT）、酸素飽和度はリザーバーマスク12Lにて90%後半、顔色不良、末梢チアノーゼ、呼吸苦・喘鳴・起坐呼吸著明であった。PSVTコントロール目的に循環器内科に連絡。鑑別目的に造影CT施行したが明らかな血栓像は認めず肺塞栓症は否定的。肺水腫、著明な左室収縮能低下（LVEF 20%程度）と左室拡張、BNP1175 pg/mLの上昇を認め、急性非代償性心不全と診断。気管挿管後ICU管理とし、循環作動薬、利尿薬、血圧降下薬などを開始、安定化得られ術後6日目に抜管。抜管前後より発作性上室性頻拍の再発あり、抗不整脈薬で対応。その後も心機能低下は持続し、PPCMの疑いにて心不全治療薬の調整を行い、術後15日目に自宅退院となった。退院約1ヶ月後の外来にて左室収縮能の改善やBNPの著明な低下を確認している。退院後はPSVTの再発なく経過しており、PPCMにPSVTが併発し急性心不全をきたした病態であったと考えられた。PPCMは発症頻度が低く診断の遅れに繋がりがやすいが、早期診断と的確な心不全治療が予後改善に寄与する。本症例を通して、妊娠末期から産褥期における呼吸困難に対してPPCMを鑑別に上げる重要性を再認識した。

○三浦 祐香、飯野 香理、中村 真子、大石 舞香、伊東 麻美

弘前大学医学部附属病院産科婦人科学講座

【緒言】

産後尿閉 (postpartum urinary retention: PUR) は、産後に残尿量が 150mL 以上となる状態と定義される。発症頻度は 0.18 ~ 47% と幅があり、臨床的には一過性に経過することが多いが、稀に長期にわたり排尿障害をきたす例もある。我々は、産後尿閉が持続し、長期にわたって自己導尿を要した一例を経験したので報告する。

【症例】

25 歳、初妊婦。身長 155.9cm、体重 48.5kg (BMI20.0)。左心房中隔欠損、肺動脈狭窄症の自然治癒後であり、偽性副甲状腺機能低下症および双極性障害治療中であった。自然妊娠後、妊娠経過に大きな問題はなく、体重増加は +8.9kg であった。妊娠 39 週 6 日に陣痛発来し入院。分娩第 1 期は 8 時間 30 分で、子宮口全開大後は微弱陣痛のため分娩進行が遷延し、オキシトシンによる陣痛促進を施行した。最終的に子宮口全開大より約 10 時間後に自然分娩に至り、出生児は女児で出生体重 2,796 g、Apgar score 8/9 点であった。会陰裂傷は II 度であった。産後 4 日目、患者より排尿感覚がなく、腹圧で排尿しているとの訴えがあった。産後 2 か月時点でも排尿感は回復せず、泌尿器科にて神経因性膀胱と診断され、ウラビジル内服と自己導尿による治療が開始された。産後 9 か月時点でも自己導尿および薬物治療 (ウラビジル 30mg、ジスチグミン臭化物 5mg) を継続中である。

【考察】

PUR のリスク因子として、分娩第 1・第 2 期の遷延、鉗子分娩、会陰裂傷などが挙げられる。本症例では分娩第 2 期が約 10 時間と長時間であり、膀胱・尿道への圧迫による神経障害が PUR の一因と考えられた。PUR は多くが一過性であるが、本症例のように長期化する場合もあり、泌尿器感染症や QOL への影響が懸念される。排尿障害が持続する場合には、早期に専門医の介入を含めた適切な診断・治療が重要である。

O-106

同種造血幹細胞移植後に身体的性の診断に注意を要した性別不合の一例

○竹澤 美紀、立花 眞仁、高橋 靖乃、佐藤 壮樹、高橋 友梨、虎谷 惇平、横山 絵美、渡邊 善、齋藤 昌利

東北大学病院 婦人科

背景：東北大学病院では2023年、東北地方で初となるジェンダー医療センターを開設し、性別不合（GI）を有する患者の診療に取り組んでいる。GIの診断において産婦人科医が最初に担う役割は、染色体検査、ホルモン検査、内外性器の診察ならびに検査による身体的性の診断である。今回、乳児期の急性骨髄性白血病（AML）治療において同種造血幹細胞移植（HSCT）を受けたGI症例の身体的性の診断において、性腺評価、遺伝学的性の判断に注意を要した症例を経験したので報告する。

症例：Assigned female at birth 患者。生後6ヶ月時にAMLを発症し、HSCTを施行された。幼少期より自己の性別に一貫した違和を抱き、男児的な服装や行動を好む傾向にあった。12歳時に初経を認めたが、まもなく無月経となった。性腺機能低下症の診断に対して16歳時より女性ホルモン補充療法を開始したが自己中断。18歳で性別移行希望を表明し、22歳時に身体治療目的にジェンダー医療センターを受診され、身体的性の評価目的に当科紹介となった。経膈超音波断層法にて萎縮した子宮を認めたが、卵巣は描出されず。外性器には陰唇癒合や陰核肥大は認めず、女性型であった。Tanner分類は乳房・陰毛ともにII度。ホルモン検査ではエストラジオール 8.2 pg/mL、テストステロン 17 ng/dL、FSH 57.20 mIU/mL、LH 34.70 mIU/mL、染色体G分染法は46,XYを示し、性分化疾患も鑑別に挙げられたが、AML治療による性腺機能低下と、HSCTドナーの血液系細胞による染色体検査への影響を考慮し、身体的性を「女性」と診断された。現在、患者の性別移行希望に対する身体治療を検討中である。

結語：性腺機能不全合併例では、性ホルモン値の解釈や性器の発達障害により内外性器の判断に影響を及ぼす可能性がある。加えて、HSCT後のリンパ球によるG分染法はドナーの性別に影響を受ける。GI診療に限らず、身体的性の診断においては上記のような事象に留意した上で慎重に判断する必要がある。

O-107

「性交」という用語を使った中学生への性教育
～産婦人科医による実践と生徒の反応～

○倉田 和巳

福井勝山総合病院

【緒言】性教育は社会生活の基礎となるものだが、本邦の性教育は、国際基準と比べて遅れていると指摘されている。端的な例としては義務教育で「性交」に関する知識を伝えられていないということがある。その一因として文部科学省の学習指導要領において「受精に至る過程」等の教育内容が除外されている『歯止め規定』が挙げられる。演者は数年前より中学3年生に対し性教育を行っており、今回「性交」などの用語を使った性教育講座を実施した後アンケートを行い、解析したので報告する。

【方法】当院所在地市内の公立中学3年生に対し性教育講座（40分）を行い、アンケートは匿名で実施し、その後単純集計およびテキストマイニングツールで解析した。

【結果】市内の公立中学校は3校あり、対象学生176人、有効回答人数165人（回収率93.8%）、うち自由記載欄回答人数90人であった。産婦人科医による「性交」という言葉を用いて行った性教育は中学生の大多数（95.7%）に知っておいてよいことと評価された。男子は「性的なことを知れてよかった」、女子は「性交に関する知識を学び自分を大切にしようと思った」とニュアンスの違いを認めた。

【結語】本研究では中学生は「性交」という言葉を用いて行った性教育を肯定的に評価していた。そのため産婦人科医が専門性を生かして性教育を行うことは有用であると考え。今後、男子生徒にとっても知識のみならず付加価値を実感できる性教育を行っていきたい。

O-108

当院における腹式広汎子宮頸部摘出術後の不妊治療成績の検討

○長谷川 順紀、齋藤 強太、谷地田 希、森 裕太郎、宗岡 清香、¹⁾、工藤 梨沙、安達 聡介、吉原 弘祐

新潟大学大学院医歯学総合研究科 産科婦人科学講座

子宮頸がんの罹患年齢は初産年齢と重なることが多く、妊孕性温存の重要性が増している。IA2期やIB1期に対する妊孕性温存術として腹式広汎子宮頸部摘出術（radical trachelectomy, RT）が施行され、術後の妊娠・出産も可能となってきたが、術後の不妊治療方針や治療成績に関する報告は限られている。子宮頸部円錐切除術（conization, cone）、RT後は流産率、早産率が上昇することが報告されており、cone、RTが周産期予後に影響を与えることはよく知られているが、cone、RTが不妊症、不妊治療成績に与える影響についての報告は少ない。coneは妊娠率、体外受精成功率に影響を与えないとされている。一方、RT後は自然妊娠率が低下し、ART等の不妊治療が必要になることが多い。本研究では、2012～2024年に当院でRTまたはcconeを受けた後に不妊治療を行った患者を対象に、両術式が不妊治療成績に与える影響を後方視的に比較検討した。RT群10例およびcone群45例において、妊娠率は80.0%と75.6%、生児獲得率は60.0%と66.7%、流産率は25.0%と11.8%、早産率は37.5%と8.8%であり、両群間で統計学的有意差は認めなかったが、RT群で流産・早産の頻度が高い傾向にあった。ARTにstep upした症例に限っては、RT群7例およびcone群24例において、妊娠率は85.7%と66.7%、生児獲得率は57.1%と58.3%、流産率は33.3%と12.5%、早産率は40%と6.3%であり、RT群で早産率が有意に高かったが、妊娠率、生児獲得率、流産率に有意差は認めなかった。RT後に挙児希望がある場合には、再発管理とともに妊孕性の経時的低下を考慮し、早期の不妊治療介入が重要であると考えられた。

O-109

自己免疫性プロゲステロン皮膚炎が疑われた1例

○濱田 衣美子¹⁾、石垣 展子¹⁾、田邊 康次郎¹⁾、新倉 仁¹⁾、鈴木 森香²⁾、中川 悠³⁾

1) 仙台医療センター 産婦人科、2) 仙台医療センター 総合診療科、3) 仙台医療センター 皮膚科

【緒言】

自己免疫性プロゲステロン皮膚炎（Autoimmune progesterone dermatitis：APD）は月経周期に関連した皮膚疾患で比較的稀な疾患である。今回我々はAPDが疑われた1例を経験したので報告する。

【経過】

症例は23歳女性。5年前からの月経前の四肢の皮疹を主訴に来院。月経2週間前から出現し月経開始後は自然に消退していた。四肢の広範囲に紅斑と紫斑が混合した皮疹を認め、掻痒感を伴っていた。ステロイド外用薬を処方され一時的には改善するものの月経のたびに出現し、増悪傾向を認めたため精査目的に当院紹介となった。月経周期は順調でこれまで性ホルモン剤などは使用歴がなかった。月経に関連して増悪する膠原病などによる皮疹などを想定して血液検査を提出し、各種自己抗体などは陰性であった。皮膚生検で血管炎やリンパ腫などは否定的であった。病歴や検査所見よりAPDが疑われ、確定診断としてのプロゲステロンの皮下テストは当院で行うことが困難のため、診断的治療として低用量ピルの投与を開始した。今後症状改善すればAPDの確定診断となるとして現在経過観察を行っている。

【考察】

APDはプロゲステロンに対する自己抗体反応と考えられており、血中プロゲステロン値が上昇する高温期に一致して皮疹が出現するといわれている。発症平均年齢は31.3歳と若年女性に多く、妊娠女性ではプロゲステロンの分泌が増加するため皮疹が悪化し、閉経後は分泌が減少するため皮疹は改善することが多いとの報告もある。治療法として内因性のプロゲステロンを抑制する性ホルモン薬や免疫反応を抑える抗アレルギー薬、副腎皮質ステロイドなどの治療が報告されているが、現在確立した治療法はなくさらなる検討が必要である。

【結語】

今回月経周期に関連した皮疹からAPDが疑われた症例を経験した。生殖年齢女性で繰り返す皮疹を認めた場合、APDの可能性も念頭に、月経との関連性を疑い詳細な問診を行うことが重要である。

○金井 咲樹¹⁾、富田 美弥²⁾、内堀 洪欣²⁾、田上 和磨²⁾、宮副 美奈子²⁾、高橋 司²⁾、濱田 裕貴²⁾、
只川 真理²⁾、岩間 憲之²⁾、齋藤 昌利²⁾

1) 東北大学 医学部、2) 東北大学病院 産科

【背景】子宮圧迫縫合術は、保存的加療が無効な産後出血に対する外科的治療法として用いられている。しかし、術後の月経や生殖機能に関する長期予後については報告が限られている。また、術式の違いによる影響も不明である。そこで本研究では、当院で施行している Double vertical compression suture (DVCS) 変法に着目し、術後の月経状況や次回妊娠に関する実態を明らかにすることを目的とした。

【対象・方法】本研究は、当院において 2017 年から 2022 年に産後出血に対して DVCS 変法を施行された患者を対象とした。電子カルテより対象患者を抽出し、術後の月経状況や次回妊娠に関する情報を得るため、電話によるインタビューを実施した。月経再開の有無、月経周期・量・日数・痛みの変化、ならびに次回妊娠の希望および実現状況などについて情報を収集し、記述的に分析した。

【結果】対象患者 31 名のうち 20 名より同意が得られ、調査を実施した。分娩方法は経膈分娩が 13 例、帝王切開が 7 例であった。全例で月経は再開していた。周期が規則的であった症例は 18 例 (90%) で、残りの 2 例は不正出血の増加を認めた。月経量については、14 例 (70%) で妊娠前と変化なしと回答し、増加 2 例、減少 3 例、変動あり 1 例であった。月経日数については、17 例 (85%) が変化なし、延長 2 例、短縮 1 例であった。月経痛は 15 例 (75%) が変化なし、悪化 3 例、軽快 1 例、性状変化 1 例であった。次回妊娠については、14 例 (70%) が次回妊娠を希望しておらず、希望した 6 例中 5 例 (83%) が妊娠・分娩に至っていた。

【結論】DVCS 変法を受けた症例の大多数で月経機能は良好に保たれており、妊娠希望者の高い妊娠・分娩率も妊孕性が温存されている可能性を示唆した。一方で、多くの症例が次回妊娠を希望していなかったことから、術後の心理的影響や背景因子についてはさらなる検討が必要である。

O-111

モルセレーター用筋腫回収バッグ Morsafe[®] とメトラバック[®] の使用経験に基づく比較検討

○高橋 靖乃^{1,2)}、田邊 康次郎²⁾、日時 弘仁³⁾、遠藤 祐介^{2,4)}、鬼怒川 博孝²⁾、星野 恭平²⁾、佐藤 直人²⁾、鈴木 一誠²⁾、大山 喜子²⁾、新倉 仁²⁾

1) 東北大学病院 産婦人科、2) 仙台医療センター 産婦人科、3) 東北医科薬科大学 衛生学・公衆衛生学、4) 石巻赤十字病院 産婦人科

目的：2014年の米国食品医薬品局（FDA）勧告以来、腹腔鏡下筋腫核出術における電動モルセレーター使用時の回収バッグ利用が普及した。本施設では当初 Morsafe[®] を使用し、2022 年頃よりメトラバック[®] へ移行した。本研究では両者の使用経験に基づき、手術時間に与える影響を比較検討した。

方法：2020 年 1 月から 2024 年 4 月に本施設で施行した 79 例のうち、in-bag モルセレーションを行った 73 例を対象とした。摘出筋腫重量が不明な 4 例とモルセレート中にバッグが破損し臍回収へ切り替えた 1 例を除いた 68 例（Morsafe[®] 43 例、メトラバック[®] 25 例）を分析対象とした。最初の回収バッグの腹腔内挿入からモルセレート開始までの準備時間、モルセレート開始からバッグ摘出までの回収時間、準備から回収までの合計時間を目的変数とし、患者年齢・BMI・筋腫重量・技術認定医の有無・バッグの種類を説明変数とするガンマ回帰分析を行った。

結果：Morsafe[®] 群で準備中にバッグが破損した症例が 4 例あったが、メトラバック[®] 群では破損はなかった。ガンマ回帰分析の結果、準備時間に有意な影響を与える因子は認めなかった。回収時間には筋腫重量とバッグの種類が独立した関連因子と示唆された（ $p < 0.05$ ）。合計時間においては筋腫重量が有意な独立因子で、バッグの種類と BMI も影響する傾向が見られた。

考察：Morsafe[®] はポートが 2 つで腹腔内でのオリエンテーションが困難な一方、3 つ以上の補助鉗子用ポートを持つメトラバック[®] は向きの把握が容易であり、破損リスクを低減させた。準備時間に有意差がなかったのは、Morsafe[®] の単純さとメトラバック[®] の多ポート設置の手間が相殺したためと推察する。対照的に、回収時間がメトラバック[®] で有意に短縮したのは、補助鉗子による筋腫操作で回収効率が向上したことに起因する可能性がある。メトラバック[®] は安全性と効率性を両立し、手術に貢献する可能性が考えられる。

O-112

巨大子宮筋腫に対して腹腔鏡下筋腫核出術を施行した一例

○笹瀬 亜弥、小熊 佳那子、関根 優哉、佐々木 恵、氷室 裕美、宇賀神 智久、早坂 篤、大槻 健郎

仙台市立病院

【緒言】近年、腹腔鏡の手術適応は拡大しており、従来であれば開腹術となっていた症例でも腹腔鏡での手術が可能となってきた。今回、巨大子宮筋腫に対して、腹腔鏡で手術を完遂した症例を経験したので報告する。【症例】症例は 36 歳女性。0 経妊 0 経産。数年前から腹部腫瘤感を自覚していたが医療機関は受診していなかった。子宮頸癌検診のため近医受診し、巨大子宮筋腫を指摘され当院紹介となった。月経困難症や過多月経は認めず、採血でも貧血は認めなかった。MRI で子宮前壁漿膜下筋腫 18cm 大、子宮後壁筋層内筋腫 11cm 大をはじめ、多発子宮筋腫を認めた。GnRH アナログ療法後に手術の方針となった。ポート配置は左パラレル型とした。はじめに子宮底部有茎性漿膜下筋腫にアプローチした。100 倍希釈バソプレシンを子宮筋層に局注し、バイポーラで焼灼止血を行いつつハーモニックスカルペル[®] で切離し筋腫を核出した。核出部は 1-OPDS[®] を用いて 2 層縫合とした。子宮後壁筋層内筋腫に対しては、ハーモニックスカルペル[®] で子宮筋層に切開を入れ筋腫核を露出させたのちミオマボーラーを挿入し、牽引しつつ核出した。核出部は STRATAFIX[®] Symmetric PDS Plus[®] を用いて 2 層縫合とした。止血および癒着防止目的にアリスタ[®] を散布、インターシード[®] を貼付した。手術時間は 4 時間 42 分、出血量は 288ml、摘出標本は筋腫核計 8 個、標本重量は 1716 g だった。術後貧血は認めず、自己血は使用しなかった。術後経過良好のため術後 4 日目に退院した。【考察】巨大子宮筋腫の腹腔鏡手術では出血量の軽減、視野確保が重要である。左パラレル型で筋腫を牽引する場合、術者ポートに引き寄せるようにして牽引をかけると視野が確保しやすい。マニピュレーター操作でカウンタートラクションをかけることや、第一助手側からの凝固、切開処置も重要であると考えられる。

O-113

中隔子宮の診断に苦慮した多発子宮筋腫の1例

○安藤 宏輔¹⁾、渡辺 正¹⁾、黒澤 大樹¹⁾、小梁川 恵太²⁾、佐々木 史子²⁾、櫻田 尚子²⁾、
松澤 由記子²⁾、渡部 洋²⁾、徳永 英樹²⁾

1) 東北医科薬科大学 若林病院 産婦人科、2) 東北医科薬科大学病院

【緒言】

中隔子宮は子宮の先天奇形で、頻度は約0.2-2.3%とされ不妊症や流産のリスクとなる。そのため妊娠希望のある患者で不妊を認める場合は適切な診断、加療が重要である。今回多発子宮筋腫症例の筋腫核出術後に中隔子宮・腔中隔と診断された1例を経験したため報告する。

【症例】

39歳、0妊0産、多発子宮筋腫の手術目的で当院を受診した。MRIでは最大9cmの多発子宮筋腫を認め、GnRHアンタゴニストを約5ヶ月間投与の上、腹腔鏡下子宮筋腫核出術、子宮鏡下子宮筋腫摘出術を行い、粘膜下筋腫が残存した場合は2期的に子宮鏡下子宮筋腫摘出術を行う方針となった。手術前に外来で子宮鏡検査、子宮卵管造影検査を施行するも、多発子宮筋腫の影響でこの時点では中隔子宮の診断には至らなかった。手術ではまず子宮鏡下に可能な範囲で子宮粘膜下筋腫を切除、ついで腹腔鏡下子宮筋腫核出術を施行した。再度子宮鏡で子宮内を観察したところ粘膜下筋腫の残存を認めたが、2期的に摘出することとした。

術後3ヶ月後に外来で再度MRIを施行したところ、中隔子宮が疑われた。さらに子宮卵管造影検査でも中隔子宮で矛盾しない所見であった。一方、内診で腔中隔も認めた。2期的手術では、腔中隔の切離を行った後、子宮鏡下に残存筋腫の摘出術と中隔の切離を施行した。

【考察】

子宮形態異常は、MRI、子宮鏡、あるいは子宮卵管造影検査で診断に至ることが多い。
本症例では、多発子宮筋腫の局在様式により子宮内腔の拡張、変形を伴っていたため、各種画像診断を行っていたにもかかわらず、初回手術前、手術時に子宮形態異常の診断に至らなかった。多発子宮筋腫の症例では子宮形態の異常が明瞭化されない可能性を考慮しながら診療にあたることが重要であると考ええる。

O-114

後壁に発生した子宮筋腫に対する術式の選択

○今田 冴紀、山岸 幹治、木嶋 紗弓、高田 優子、玉手 雅人、幅田 周太朗、齋藤 豪

札幌医科大学 婦人科

【緒言】子宮筋腫に対する術式は、適切な症例選択のもとで腹腔鏡下手術を提案する、とされている。腹腔鏡手術は開腹手術と比較すると低侵襲である一方で、筋腫のサイズが大きい場合や核出個数が増えると、手術時間の延長や術中出血量の増加が考えられ、術式の選択に悩む場合がある。今回我々は、術前診断で後壁に発生した筋層内筋腫と考え、大きさを考慮し開腹手術を施行したが、実際には子宮底部後壁側から発生する漿膜下筋腫であった症例を経験したため、術式の検討と合わせて報告する。

【症例】34歳、0妊。過多月経を主訴に受診し、術前MRI検査で子宮後壁に10cm大の筋腫を認め、一部変性も疑われたため、開腹子宮筋腫核出術を施行した。実際には筋層内筋腫ではなく子宮底部から発生する有茎性の漿膜下筋腫であった。手術時間は1時間38分、出血は110gであった。術後経過は順調であった。

【考察】漿膜下筋腫と筋層内筋腫の鑑別については、経腔超音波検査よりもMRI検査の方が正確な診断が可能とされている。今回の症例ではMRI検査で子宮体部の伸展を認めたことから筋層内筋腫と考え、術前には漿膜下筋腫の診断には至らなかった。10cmの大きさから開腹での筋腫核出術としたが、漿膜下筋腫と診断していた場合には腹腔鏡手術を提案できた可能性がある。また、子宮後壁などの骨盤深部は開腹手術で腹壁側から直視するより腹腔鏡の方が見えやすく、術野が作りやすい場合がある。今回の症例では骨盤がせまく、筋層内筋腫であった場合には視野の確保が困難であった可能性が考えられた。

【結論】漿膜下筋腫は筋層内筋腫と誤診されることがある。また、子宮筋腫が後壁発生の場合は腹腔鏡手術の方が視野の確保が容易な場合がある。このことから、術前に筋層内筋腫と診断されていても後壁発生である場合には積極的に腹腔鏡手術を選択することも考慮しても良いかもしれない。

症候性子宮筋腫に対する子宮動脈塞栓術と腹腔鏡下子宮全摘術の治療選択における臨床的特徴の比較

○福田 冬馬、福田 冬馬、経塚 標、安城 和輝、矢澤 里穂、鈴木 大輔、野村 泰久

太田西ノ内病院 産婦人科

【目的】本研究の目的は、子宮動脈塞栓術（UAE）または腹腔鏡下子宮全摘術（TLH）による治療を受けた、症候性子宮筋腫を有する患者の臨床的および画像的特徴を比較し、UAEを選択した患者の特徴を明らかにすることである。

【方法】本研究は、単一施設で2020年から2025年までの期間に行われた前方視的研究である。症候性子宮筋腫に対しUAEを施行した80例、TLHを施行した119例を対象とした。薬剤治療、筋腫核出術、子宮摘出術、UAEなどの治療法は、患者ごとに適切な方法が選択された。両群の臨床所見およびMRI所見を比較した。MRIを用いて、子宮の長さ（LU）、子宮の深さ（DU）、筋腫の数（NF）、最大筋腫径（LFD）を計測した。統計的に有意差のあった連続変数について、UAEの選択をアウトカムとしたROC曲線を作成し、AUCからカットオフ値を導出した。

【結果】経産婦は、UAE群が57.5%であったのに対し、TLH群では87.4%と有意に高かった。UAE群はTLH群と比較して、LU（126 mm vs. 94 mm）、DU（91 mm vs. 65 mm）、NF（6個 vs. 2個）、LFD（69 mm vs. 47 mm）において、いずれも有意に高い中央値を示した。ROC解析では、DUのAUCは0.79であり、カットオフ値は82 mm（感度0.70、特異度0.76）であった。

【結論】UAEとTLHの治療選択の間にある、臨床的および画像的特徴を明らかにした。これらのパラメータは、症候性子宮筋腫に対するUAEの適応症例を選定するうえでの指標となる可能性がある。

O-116

3回の卵管妊娠に対していずれもMTX療法が奏功した1例

○津谷 明香里、熊澤 由紀代、谷口 優羽、藤島 綾香、岩澤 卓也、白澤 弘光、寺田 幸弘

秋田大学医学部附属病院 産婦人科

【諸言】異所性妊娠(ectopic pregnancy:EP)は、受精卵が本来の着床部位である子宮内腔以外に着床することで成立する妊娠であり、全妊娠の約1~2%に発生するとされる。そのうち、最も頻度が高いのは卵管妊娠である。EPの治療では、原則として手術療法が推奨されるが、一定の条件を満たす場合には保存的治療として薬物療法や待機療法を選択することも可能である。薬物療法としては、本邦において保険適応外ではあるものの、メトトレキサート(methotrexate:MTX)投与が広く行われている。今回我々は、3回の卵管妊娠に対し、いずれもMTXによる保存的治療が奏功した稀な1例を経験したので報告する。

【症例】34歳、5妊1産。経陰分娩1回、初期流産1回、右卵管妊娠に対して2回MTX治療歴あり。前医にて自然周期で凍結融解胚移植を行ったが、最終月経より5週6日に子宮内に胎嚢を確認できなかった。6週2日にhCGは1,197 mIU/mL、6週5日には右卵巣周囲に高エコー領域を認め、hCGは1,517 mIU/mLと上昇した。7週1日に異所性妊娠疑いで当科紹介となった。経陰超音波検査にて、右卵巣に黄体を認め、その近傍に腫大した卵管と血腫様像を確認した。また、レチウス窩およびダグラス窩にはそれぞれ約1cmの出血貯留を認めた。以上より、3回目の右卵管妊娠と診断した。手術療法を提案したが、患者の希望により薬物療法を選択し、同日MTX全身療法を施行した。その後の外来フォローでhCGは順調に低下し、2ヵ月後に陰性化を確認した。腹腔内出血増加や副作用なく経過良好で、外科的介入を要せずに治療を完遂した。

【結語】本症例では3回の卵管妊娠に対していずれもMTX療法が奏功し、外科的介入を避け良好な経過を得た。MTXは、適切な症例選択と十分な経過観察のもとで、反復EPにおいても有用な保存的治療手段となり得る。

O-117

生殖補助医療後妊娠判定時の血中hCGが極めて低値であった異所性妊娠3症例から学んだこと

○西 美智、伏見 和朗、日根 早貴、金子 宙夢、齋藤 緑、酒井 一嘉、松川 淳、竹原 功、永瀬 智

山形大学

【緒言】生殖補助医療(ART)での異所性妊娠の頻度は1%程度とされている。当院では妊娠判定は原則3週6日に血中ヒト絨毛性ゴナドトロピン(hCG)を測定し、20 mIU/mL以上を陽性としている。今回、妊娠判定時に極低hCG値であったにも関わらず異所性妊娠となった3症例について報告する。

【症例1】32歳、2妊1産。当院で胚盤胞移植を行い、3週6日hCG 3.2 mIU/mLであった。7週5日に下腹部痛で救急受診したが軽快したため帰宅した。7週6日に下腹部の圧痛と左付属器腫大、Echo free space(EFS)を認め、hCG 4,769 mIU/mLであった。緊急手術で左卵管妊娠破裂と診断した。

【症例2】32歳、1妊0産。他院で胚盤胞移植を行い、3週6日hCG 3.01 mIU/mLであった。6週3日下腹部痛とEFSを認め、当院に救急搬送となった。hCG 372 mIU/mLであり、右付属器腫大と上腹部までおよぶEFSを認めた。緊急手術で右卵管妊娠破裂と診断した。

【症例3】30歳、3妊1産。当院で胚盤胞移植を行い、3週6日hCG 6.2 mIU/mLであった。症例1と2を経験したことから異所性妊娠を鑑別に挙げ、4週6日にフォローしhCG 328 mIU/mLと増加していたが異所性妊娠を疑う所見を認めず、患者に腹痛等にご注意するよう指導した。5週2日に右下腹部痛があり、hCG 827 mIU/mLであったが右付属器腫大なくEFSも少量であった。5週4日に右付属器腫大あり、EFSの増加を認め、hCG 1,189 mIU/mLであった。緊急手術で右卵管妊娠と診断した。

【考察】ART後妊娠判定時のhCGが低値の場合には妊娠継続率は低い一方、異所性妊娠のリスクは高まる。今回の経験により、hCGが低値でも慎重な経過観察と迅速な対応が重要であると認識した。

【結語】ART後妊娠判定時の低hCGでは異所性妊娠への進展を常に考慮し、hCGフォローと患者への指導が必要である。

O-118

内膜症性嚢胞に合併した卵巣妊娠の1例

○大平 見広、松本 大樹、保坂 あおい、須納瀬 怜、鈴木 由佳、瀧田 徳勇、宮野 菊子、我妻 理重

大崎市民病院 産婦人科

背景：異所性妊娠は受精卵が子宮腔外に着床する疾患である。異所性妊娠の90%以上は卵管妊娠であり、卵巣妊娠はまれな病型である。卵巣妊娠は、卵管妊娠や出血性黄体嚢胞、破裂した黄体と臨床像が似ていることから、術前に正確な診断を下すことが困難であり、しばしば誤診される。

症例：症例は32歳、0妊0産の女性。X-2年12月より左卵巣に内膜症性嚢胞を指摘されていた。また、3年間の不妊期間がありX-1年より不妊治療を開始していた。X年3月7日に人工授精により妊娠成立した。4月11日（妊娠6週6日）の時点では子宮内に胎嚢は認められず、血中hCG 8768.0 mIU/mlと高値認め、当科紹介となった。同日当科受診、子宮内に胎嚢は認めなかったが、hCG 9722.5 mIU/mlと高値認め、正所妊娠が否定できない状態だった。4月15日（妊娠7週3日）hCG 9629.1 mIU/ml、4月24日（妊娠8週5日）hCG 5999.0 mIU/mlと緩徐に低下した。4月24日（妊娠8週5日）の経陰超音波検査で、左卵巣の内膜症性嚢胞の外側に41mm大の高エコー域を認めた。すでに流産した異所性妊娠を疑い、絨毛膜の遺残精査目的でMRI検査を施行した。そこで76mm大の左内膜症性嚢胞の腹側に、1年前のMRI検査では認めなかった45mm大の腫瘤を認め、左卵管妊娠を疑った。卵管破裂リスクを考慮し、5月15日に審査腹腔鏡手術を施行した。術中所見では、左卵管腫大は認めず、左卵巣妊娠が疑われたため、左卵巣腫瘍核出術と卵巣部分切除術を施行した。術後1日目には血中hCG 263.1mIU/mlまで低下し、術後経過は良好であった。病理組織学的検査では、内膜症性嚢胞とともに、大部分が壊死した妊娠絨毛を認め、卵巣妊娠の確定診断がなされた。

今回我々は、術前に卵管妊娠と診断されたが、術中および病理所見から卵巣妊娠と判明した1例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

O-119

当院で異なる転機をたどった胎児共存奇胎の2症例

○早福 あやか、工藤 梨沙、鈴木 魁也、谷地田 希、南川 高廣、石黒 竜也、五日市 美奈、松下 充、吉原 弘祐

新潟大学医歯学総合病院 産科婦人科

【緒言】胎児共存奇胎は2～10万妊娠あたり1例とされる稀な疾患であり、生児を得られる確率は30～40%とされている。妊娠高血圧症候群などの合併症や続発症の発症リスクが胎状奇胎単独に比べて高く、当院で異なる転機をたどった胎児共存奇胎の2症例を経験したので報告する。

【症例】症例1：35歳、2妊1産（経陰分娩1回）。人工授精により妊娠成立。妊娠11週に超音波所見から胎児共存奇胎が疑われ当院紹介。妊娠12週の血中hCG値は700961.67mIU/mLと高値だった。ご夫婦に生児獲得の可能性や周産期合併症、続発症のリスクを説明したところ、妊娠継続を希望されなかった。妊娠13週に人工妊娠中絶を行い、水腫様組織と胎児・胎盤を娩出した。病理検査結果は全胎状奇胎と正常胎児の共存奇胎だった。現在2次管理中で、続発症の発症は認めていない。

症例2：31歳、1妊0産。自然妊娠成立し、妊娠13週に超音波所見から胎児共存奇胎が疑われ当院紹介。妊娠15週の血中hCG値は559,000 mIU/mLと高値だった。生児獲得の可能性や周産期合併症、続発症のリスクを説明したところ羊水検査を希望され、妊娠17週に施行し正常核型を確認した。再度妊娠継続のリスクを説明後も、妊娠継続を希望された。妊娠28週に妊娠高血圧腎症となり、胸部レントゲン検査で肺に小結節、CT検査で両側多発肺転移を認め、妊娠30週台での分娩誘発および化学療法開始の方針とした。妊娠30週6日に女児、1254g、Apgar Score6/9点（1/5分値）を経陰分娩した。正常胎盤と共に奇胎様腫瘤も娩出され、全胎状奇胎と診断された。産褥1日目のCT検査で多発肺転移に加え肝転移を認め、絨毛癌診断スコア5点で臨床的絨毛癌と診断し、産褥6日目から化学療法を開始した。EMA/CO9コース、EP/EMA2コースを行い、血中hCG値は基準値以下になった。

【結論】胎児共存奇胎では生児獲得の可能性や周産期合併症、続発症のリスクを十分説明し、Shared Decision Makingを実践することが重要である。

○村竹 将太、安達 聡介、齋藤 強太、明石 英彦、鈴木 美保、南川 高廣、小林 暁子、吉原 弘祐

新潟大学医歯学総合病院

【諸言】異所性妊娠存続症は明確な診断基準や治療指針がなく、その対応は各臨床医の判断に委ねられているのが現状である。既報では薬物療法、外科的介入が選択されることが多いとされる。我々は卵管峡部妊娠に対して腹腔鏡手術後に血中 hCG が遷延したものの、治療介入を行わずに hCG が低下傾向となった症例を経験した。待機療法が治療選択肢の一つになり得ると考えたため報告する。

【症例】36歳、1妊 0産、自然妊娠、最終月経より妊娠 6週、妊娠反応陽性にて前医受診、異所性妊娠が疑われたため当科を紹介され受診した。経腔超音波検査では右卵管付近に 2cm 大の胎嚢様腫瘍とその内部に胎児心拍を認め、子宮内膜は 20mm と肥厚していた。血液検査は hCG 19261 mIU/mL であった。腹腔内出血を疑う所見を認めなかった。右卵管妊娠と判断し、緊急腹腔鏡下手術を行った。腹腔内を観察すると、右卵管狭部に 2cm 大の胎嚢様腫瘍を認め、卵管摘出術を実施した。途中、腫瘍から絨毛様組織が漏出した。摘出した右卵管と共にバッグ内へ収納し腹腔外へ回収した。子宮内容除去術を並施し、手術を終了とした。血中 hCG は術後 4 日目 1029 mIU/mL と順調に低下し、退院となった。病理組織学検査では絨毛性疾患を認めず卵管妊娠の診断であった。術後 25 日目と 29 日の hCG がそれぞれ 412 mIU/mL、366 mIU/mL と遷延した。造影 CT と造影 MRI を施行したが異常構造を認めなかった。異所性妊娠存続症と判断し、当初メトトレキサート療法を提案する方針としたが、術後 43 日目、hCG 217 mIU/mL と低下したため、本人、家族の希望も踏まえて相談し、経過観察を選択することとした。術後 57 日目、hCG 14 mIU/mL と著明に低下しており引き続き慎重に経過観察を行う予定である。

【考察】本症例は異所性妊娠存続症のため薬物療法による介入を検討したが、現時点では経過観察により hCG が低下傾向を認めている。適切な症例選択を行えば経過観察を選択しうる可能性が示唆された。

O-121

付属器腫瘍と鑑別を要した虫垂粘液腫瘍の2例

○鹿内 咲楽、福原 理恵、田口 こころ、當麻 絢子、赤石 麻美、横田 恵、横山 良仁

弘前大学医学部附属病院

【緒言】 付属器の腫瘍性病変は解剖学的位置関係から、他臓器由来の腫瘍との鑑別に苦慮する場合が少なくない。特に右付属器腫瘍は、虫垂腫瘍との鑑別を要することがある。今回、術前に付属器腫瘍が疑われたが、術中あるいは術後に低異型度虫垂粘液腫瘍（LAMN）と診断された2例を経験した。

【症例1】 55歳。婦人科検診で8cm大の卵巣腫瘍を指摘され当科を受診した。MRIで骨盤内右側にT2高信号の単房性腫瘤を認め、良性卵巣嚢胞と考えられた。腹腔鏡下両側付属器切除術を施行したが、右付属器と回盲部および周囲組織との高度な癒着をみとめ、癒着剥離後、右卵巣腫瘍として腫瘍を摘出した。術後病理診断でLAMNの卵巣浸潤と診断され、消化器外科で経過観察となった。術後8ヶ月で骨盤内に嚢胞性病変が再発し、回盲部切除術が施行された。病理診断はAdenocarcinomaで、術後再発なく現在経過観察中である。

【症例2】 47歳。右下腹部痛を主訴に近医を受診し、子宮内膜症疑いで当科紹介となった。MRIでは子宮腺筋症と右卵管水腫が疑われた。下腹部痛に対して、レルグリクスやジェノゲストによる薬物療法を施行したが、改善を認めなかった。上下部消化管内視鏡検査やCTでも異常を認めず、ロボット支援下单純子宮全摘術と両側付属器切除術を施行した。子宮付属器や周囲臓器との癒着が高度で、右付属器と回盲部にも高度癒着を認めた。右卵管水腫を疑う腫瘍から粘調な内容液流出を認め、虫垂腫瘍を疑って術中に消化器外科と協議の上、腹腔鏡下回盲部切除を施行した。術後診断はLAMNであり、現在再発なく経過観察中である。

【結語】 虫垂腫瘍は稀な疾患であるが、付属器腫瘍との鑑別が困難である場合があり、付属器腫瘍を疑う際には、虫垂腫瘍など他臓器疾患である可能性を念頭におく必要がある。また、術前の検査所見や術中所見で他臓器疾患が疑われる際には、他科との連携が適切な診断や治療に寄与する。

O-122

腹腔鏡下手術中に診断された大網腫瘍の一例

○相庭 晴紀、古俣 大、寺澤 昂希、小林 琢也、木谷 洋平、加勢 宏明

長岡中央総合病院 産婦人科

【緒言】 大網腫瘍は稀な疾患であり、腫瘍径が大きいと診断に難渋することがある。今回術前に卵巣腫瘍と診断し、腹腔鏡下手術中に大網腫瘍と診断がついた一例を経験した。【症例】 73歳、3妊3産、既往歴は高血圧症。X年11月12日、右大腿骨頸部骨折に対して当院整形外科にて人工骨頭挿入術を施行した。入院時の単純CT検査にて卵巣腫瘍を指摘され、当科紹介受診となった。経腔超音波断層法では子宮に異常所見は認めず、子宮腹側頭側に巨大な嚢胞性病変を認めた。両側付属器は描出できなかった。血液検査所見は、CEA 1.2 ng/mL、CA19-9 3.2 U/mL、CA125 22.4 U/mL、ROMA 19.3 %であり、腫瘍マーカーの上昇は認めなかった。MRI画像にて左右不明な粘液性卵巣腫瘍と判断し、腹腔鏡下両側付属器摘出術の方針とした。術中所見として、腫瘍は子宮および付属器との連続性は認めず、大網と連続していた。大網腫瘍と判断し、大網との連続部を切断し、腫瘍を摘出した。病理結果は、多房性漿液性嚢腫で悪性所見は認めなかった。免疫染色にて腫瘍の発生由来は特定できなかった。以上から最終診断は臨床所見から大網腫瘍とした。患者は術後経過問題なく、術後4日目に退院となった。【考察】 大網腫瘍は稀な疾患で、大網良性腫瘍は広く大網嚢腫として報告されており、10歳未満の若年者に多いと報告されている。今回、術前に卵巣腫瘍が疑われ、腹腔鏡下手術中に大網腫瘍と診断がついた一例を経験した。大網腫瘍は術前に診断されることが多いが、本症例は腫瘍径が大きく、一部骨盤内に入っていたため、術前診断は困難であったと考えられた。病理診断では診断はつかず、術中所見から大網原発腫瘍と考えられた。

O-123

左卵巣腫瘍に対する両側付属器切除後に右側の付属器ヘルニアが判明した一例

○伊藤 百花、伊藤 百花、加茂 矩士、諸見川 愛華、三浦 秀樹、石橋 真輝帆、山内 隆治

白河厚生総合病院

74 歳、1 経妊 1 経産の女性。既往歴に甲状腺腺腫および左下咽頭腫瘍の指摘がある。便潜血を主訴に受診し、S 状結腸癌と診断された。術前 CT では骨盤内に石灰化を伴う 77mm の腫瘤が偶発的に発見された。子宮筋腫が疑われたが、症状がなかったため、原疾患の治療を優先して腹腔鏡下高位前方切除術を行った。術中、腫瘤は左卵巣腫瘍と確認され、S 状結腸癌は術後に Stage I の診断となった。約 3 ヶ月後に捻転予防を目的とした腹腔鏡下両側付属器切除術を実施した。左付属器切除後に右側を観察したところ、右卵管が円靱帯と並走して右鼠径ヘルニア門に癒着していた。癒着を慎重に剥離し、右卵管および卵巣を切除した。病理結果では左卵巣線維腫と診断され、術後経過は良好であった。術前に認めていた鼠径ヘルニア症状は手術後に改善し、ヘルニア内容物は付属器であった可能性が高い。成人における付属器ヘルニアは全体の 3% と稀である。発生要因として、生殖管の発生異常や腹腔内圧の上昇、多産、便秘などが考えられるが、本症例では明確な原因は特定できなかった。成人の鼠径ヘルニアにおいても、付属器ヘルニアの可能性を常に考慮する必要がある。

O-124

二次性高血圧症の原因としてのレニン産生卵巣腫瘍

○鈴木 魁也¹⁾、工藤 梨沙¹⁾、早福 あやか¹⁾、谷地田 希¹⁾、南川 高廣¹⁾、渡辺 博文²⁾、悴田 亮平²⁾、山本 卓²⁾、吉原 弘祐¹⁾

1) 新潟大学医歯学総合病院 産科婦人科、2) 新潟大学医歯学総合病院 腎・膠原病内科

【緒言】高血圧症の原因としてレニン産生卵巣腫瘍は非常に稀である。高血圧症を契機に診断に至ったレニン産生卵巣腫瘍を経験したので報告する。

【症例】27 歳女性。家庭血圧高値のために前医を受診しスクリーニング検査で高レニン高アルドステロン血症を認め、カプトプリル負荷試験が追加されたが、陰性であった。レニン高値から腎血管性高血圧症が疑われ、精査目的に当院腎・膠原病内科を受診した。家庭収縮期血圧 160-170mmHg 台、当院の血液検査でも高レニン高アルドステロン血症（レニン活性 7.70 ng/mL/hr、アルドステロン 289.1 pg/mL）を認めた。腎動脈超音波検査で両側腎動脈の狭窄はなく、腹部 MRA 検査で副腎結節やその他の腹部臓器の異常は認めなかった。上記から原発性アルドステロン症や腎血管性高血圧症は否定的となり、レニン産生腫瘍が考えられた。腹骨盤部造影 CT 検査で卵巣腫瘍が指摘されたが、その他の腫瘍性病変は認めなかった。MRI 検査では 2.8 cm 大の左卵巣成熟嚢胞性奇形腫が疑われ、レニン産生卵巣腫瘍の可能性を考えられて当科へ紹介された。腫瘍マーカーはいずれも陰性であった。血圧に関しては降圧目的にアムロジピン 10 mg とカルベジロール 10 mg の内服を行い、家庭収縮期血圧 120-130mmHg 台となった。高血圧症の診断および治療の目的で腹腔鏡下左卵巣腫瘍摘出術を施行し、病理診断は成熟嚢胞性奇形腫、免疫染色でレニン陽性であった。レニン産生卵巣腫瘍の診断となり、術後は速やかに正常血圧となった。

【結語】卵巣腫瘍を合併した高血圧症患者において、腫瘍摘出により二次性高血圧症の診断、治療に繋がったレニン産生卵巣腫瘍を経験した。まず高血圧症の原因としてレニン産生卵巣腫瘍の存在を知ることが重要である。異所性レニン産生腫瘍の発生場所としては卵巣の他に腎臓や副腎、肺、肝、脾、膀胱などでの報告がある。レニン産生卵巣腫瘍が疑われる場合は卵巣腫瘍の大きさに関わらず手術が検討され得る。

○小梁川 恵太^{1,2)}、佐々木 史子¹⁾、櫻田 尚子¹⁾、黒澤 大輝²⁾、松澤 由記子¹⁾、渡辺 正²⁾、
渡部 洋¹⁾、徳永 英樹¹⁾

1) 東北医科薬科大学病院 産婦人科、2) 東北医科薬科大学 若林病院 産婦人科

【緒言】悪性腹膜中皮腫は腹膜の中皮細胞や間葉系細胞に由来する非常に稀な悪性腫瘍である。標準治療は確立しておらず、予後不良な疾患である。今回卵管・卵巣癌との鑑別で、診断に苦慮した悪性腹膜中皮腫の 1 例を経験したので報告する。

【症例】69 歳、2 経産、X 年 11 月腹部膨満感を自覚、12 月になり下腿浮腫も自覚し、近医を受診。腹水貯留を認め、精査目的に当院消化器内科へ紹介となった。造影 CT 検査では腹膜肥厚を認め、癌性腹膜炎を示唆する所見を認め、血液検査上 CA125:118U/mL と高値を認め、婦人科由来の悪性腫瘍が疑われ、当科紹介となった。腹水細胞診・セルブロックでは異型細胞を認めなかった。造影 MRI 検査では、ダグラス窩腹膜が不整に肥厚しており、その他腹膜も肥厚をしていた。子宮や卵管・卵巣に充実性腫瘍は認めず、腹膜癌以外に結核性腹膜炎などが鑑別に挙がる所見であった。T スポット陰性、クオンティフェロン検査陰性で結核性腹膜炎は否定的で、審査腹腔鏡を施行。腹腔内は茶褐色の腹水の貯留を大量に認めた。また腹壁、大網、腸管膜、子宮漿膜、付属器周囲に粟粒大の結節を多数認め、両側付属器切除 + 腹膜生検を行った。病理組織診断では、腹膜や卵管、卵巣表面に比較的均一な濃染核を有する異型細胞が増殖しており、付属器では一部が間膜に浸潤していた。免疫染色では、AE1/AE3+、CAN5.2+、calretinin+、D2-40+、ER-、PR- であった。形態像および p16-FISH にて 10% 以上の homo-deletion を認め、悪性腹膜中皮腫の診断となった。診断後は、腫瘍内科でニボルマブ単剤療法が施行され、3 サイクル施行後の評価 CT では病勢の軽減を認め、治療継続中である。

【結語】悪性腹膜中皮腫は臨床症状や画像所見が非典型的であり、稀な腫瘍であることより診断に苦慮することが多い。また腹水貯留を呈することがあり、卵管・卵巣・腹膜癌と鑑別を要する疾患である。病理学的所見や臨床的特徴について、文献的考察を加え発表する。

O-126

分娩中に初発のてんかん発作を発症した一例

○鈴木 啓王、堅田 李花、夷藤 明日香、早坂 典子、早坂 直、井出 佳宏

日本海総合病院 産婦人科

【緒言】妊娠中に初発するてんかん発作は稀であり、分娩中に発症する症例はさらに少ない。経陰分娩中に初発のてんかん発作をきたし、他の要因によるけいれんとの鑑別を要した一例を経験したため報告する。

【症例】24歳、初産婦。妊娠40週5日に入院し子宮頸管拡張を行った。翌日に陣痛発来したが、分娩第一期に意識レベルの低下と両上肢の律動的振戦がみられた。血液検査、尿検査、頭部CTで明らかな異常はみとめられず、血圧も正常範囲だった。意識状態は自然回復し、自然分娩したが、その後に再度意識レベルが低下し強直間代痙攣が出現した。硫酸マグネシウム投与を開始し、さらにジアゼパムの使用を準備している間に痙攣は頓挫した。後日行われた脳波検査で前頭部優位の棘徐波複合がみられ、てんかんと診断され、レベチラセタム内服を開始した。

【考察】分娩中の痙攣としては子癇発作がよく知られているが、血圧や血液検査、尿検査の結果からは否定的だった。また電解質異常や薬剤性のけいれんも否定的で、後日に脳波異常がみられたことから初発のてんかん発作と考えられた。分娩中に意識障害と律動的な振戦を症状として焦点性発作が始まり、分娩後に強直間代発作を症状とする全般性発作に移行したと考えられた。きわめて稀であるが分娩中に痙攣が起こった場合は初発のてんかん発作の可能性もあり、対応やその後の精査に注意する必要があると考えられた。

O-127

腰椎麻酔下帝王切開後、急性硬膜下血腫を生じた1例

○高山 圭介¹⁾、野添 大輔¹⁾、高橋 司²⁾、泉 聖也²⁾、松原 雄¹⁾、片山 大輝¹⁾、小野 貴寛¹⁾、星 和彦¹⁾、谷川原 真吾¹⁾、菅原 準一^{1,2)}

1) スズキ記念病院 産科婦人科、2) 東北大学 産科婦人科

【緒言】腰椎麻酔後の急性硬膜下血腫の発症頻度は50万分の1と報告されている。極めて稀だが予後不良疾患であるため、早急な診断と治療が必要である。

【症例】39歳、3妊2産、既往帝王切開後妊娠のため妊娠38週に選択的帝王切開を施行した。25Gカッティング針を用い腰椎麻酔にてブピバカイン0.5%を2.5ml注入するも、効果不十分のため再穿刺し同薬剤を1.2ml追加した。術中疼痛コントロール不良のためペンタゾシン、ケタミン塩酸塩、ジアゼパムを静脈内投与した。出血量は806gで特記異常なく手術終了した。深部静脈血栓症のリスクあり術後8時間よりヘパリンCa 5000単位皮下注開始した。術後1日目、初回歩行30分後に急激な頭痛が出現し、血圧154/93mmHg、JCS I -2~3と意識障害あり、左瞳孔散大および対光反射消失が見られ、脳出血を疑い高次施設へ救急搬送した。搬送先の頭部CTにて左急性硬膜下血腫を認め、開頭頭蓋内血腫除去術を施行した。術後に右上下肢の軽度麻痺、症候性てんかんによる失語症を認め、リハビリ、抗てんかん薬内服を開始し症状は改善した。産科的異常も認めず、開頭頭蓋内血腫除去術後11日目に退院した。現在は麻痺症状なく、脳神経外科にて経過観察している。

【考察】転倒歴はなく頭部外傷痕も認めないため、急性硬膜下血腫が生じた原因として腰椎麻酔合併症の可能性が推察される。穿刺針による髄膜裂孔の大きさと形状が発症に影響することが指摘されており、本症例では再穿刺による髄膜裂孔の拡大が誘因となった可能性を疑う。

【結語】産科医が自科麻酔を行う単科病院では、穿刺のリスクを念頭に置いて麻酔を行い、脳出血などの重篤な疾患を疑った場合は速やかに高次施設と連携を取る必要がある。本症例は迅速な対応により症状出現から数時間で治療に至ったため救命でき、明らかな後遺症もなく退院に至った。

O-128

臨床的羊水塞栓症で子宮温存を成し、続く妊娠で生児を得た1例
～症例報告と文献レビュー～

○山口 峻史、濱田 裕貴、鈴木 優希、菅原 万紀子、宮副 美奈子、高橋 司、富田 美弥、岩間 憲之、齋藤 昌利

東北大学病院 産科

【症例】33歳 G2P1（生児なし）

【前回妊娠経過】

妊娠40週4日に腰背部痛と呼吸困難が出現し、かかりつけ医受診。胎児心拍は認めず、母体のSpO₂低下、Shock index > 1となるバイタル変動を認め、当院に搬送された。臨床的羊水塞栓症（Amniotic fluid embolism：AFE）を疑い、緊急帝王切開と子宮温存のために子宮圧迫縫合術を行った。術後に腹壁血腫、多臓器不全、電解質異常も認め、輸血・生物学的製剤使用、持続緩徐式血液濾過透析など集中治療を要したが、良好に経過し術後15日目で退院とした。浜松医科大学での検査結果で低補体血症を認め、AFEとして矛盾ない経過として、インターコンセプションケアを行い終診とした。

【今回妊娠経過】

クロミフェン内服＋タイミング療法で妊娠成立し、妊娠12週2日に当科初診となった。本人・家族の不安を考慮し、管理入院を提示し、妊娠30週4日より入院管理とした。問題なく経過し、妊娠37週1日に選択帝王切開を施行した。前回子宮切開創の菲薄化を認め、筋層縫合時に一部全層欠損を形成し、追加縫合を要した。術後経過は良好で、術後7日目に退院、産褥健診でも問題なく経過している。

【考察】

AFEは、播種性血管内凝固や子宮弛緩などの臨床像を呈する産科救急疾患である。Clarkらの診断基準を一般的に用いるが、統一基準はなく臨床像から判断されることが多い。アナフィラクトイド反応を中心とする免疫学的異常が病態とされるが、AFE後の再発は極めて稀である。Moaddaらの研究では多くの女性が心的外傷・不安から、次回妊娠を回避する傾向が報告されている。本症例は妊娠30週から管理入院として、良好な転帰を得た。AFE発症後に子宮温存を得た例では、再妊娠を希望される場合、インターコンセプションケアや妊娠後の心理面を配慮したアプローチが重要と考えられた。

O-129

胆道閉鎖症妊婦の腸閉塞に続発した胎児頭蓋内出血

○北郷 由美子¹⁾、福田 冬馬¹⁾、山口 朋子¹⁾、佐藤 雄翔¹⁾、帆保 翼¹⁾、松岡 亮¹⁾、安田 俊¹⁾、山口 明子¹⁾、神保 正利²⁾、藤森 敬也¹⁾

1) 福島県立医科大学 産科婦人科学講座、2) ふくしま子ども・女性医療支援センター

【緒言】胆道閉鎖症（biliary atresia：BA）は、乳児期に外科的治療を要する先天性疾患である。近年の小児医療の進歩により、BA既往女性が妊娠に至る例が増加している。産科的転帰については、未だ十分に明らかではない。我々はBA既往妊婦が腸閉塞を発症し、胎児脳出血に至った症例を経験した。

【症例】38歳、2妊1産。日齢64で胆道閉鎖症に対し肝門部空腸吻合術を施行された。前回妊娠時は妊娠37週で癒着性腸閉塞を発症し、分娩後に改善した。第2子を妊娠し、妊娠23週0日に癒着性腸閉塞を再発した。保存的加療では改善せず、当院へ転院した。当初は中心静脈栄養を行っていたが、改善に伴って経腸栄養剤を併用した。ビタミンKは92.5～150μg/日が含有されていた（妊婦の摂取目安量は150μg/日）。妊娠25週5日に定期的胎児心拍数陣痛図でサイナソイダルパターンを認めた。超音波およびMRIを実施し、頭蓋内出血による胎児貧血が疑われた。新生児科と検討の上、同日緊急帝王切開術を実施した。母の腸閉塞は改善し、術後8日目に退院した。児の出生後のHbは4.8g/dlであり、超音波と合わせて頭蓋内出血による胎児貧血と診断された。帝王切開当日のPIVKA-IIは、母62 mAU/mL、児48324 mAU/mLと、ともに高値であった。母の潜在的ビタミンK欠乏が児のビタミンK欠乏につながり、頭蓋内出血の要因となったと考えられた。

【考察】BA既往妊婦では、胆汁うっ滞に加えて、胆管炎によるさらなる吸収障害や腸閉塞による摂取低下および腸内細菌の変化による産生低下に伴って、ビタミンKが容易に欠乏してしまう状況にある可能性がある。BA既往妊婦の腸閉塞や胆管炎などの状況では、ビタミンK欠乏の存在に留意する必要がある。

O-130

けいれん発作を契機に診断された脳腫瘍合併妊娠の一例

○荒川 幸子¹⁾、高橋 聡太¹⁾、鈴木 一郎²⁾、濱田 裕貴³⁾、齋藤 昌利³⁾

1) 八戸市立市民病院 産婦人科、2) 八戸市立市民病院 脳神経外科、3) 東北大学病院 産婦人科学講座

【緒言】

妊婦のけいれんの原因として子癇、脳血管障害、てんかん、脳炎、脳腫瘍、肝・腎障害、低血糖、薬剤性が挙げられる。今回、妊娠中にけいれん発作を契機として脳腫瘍を発見した症例を経験したため報告する。

【症例】

40歳、5妊4産。既往歴は特になし。自然妊娠し当院で妊婦健診していた。妊娠28週2日、就寝中にけいれんしているところを夫が発見し、救急車で来院した。到着時にはけいれんは消失しており、血圧は132/82 mmHg、体温 36.1℃、SpO2 98% (room air) で意識清明であった。血液検査ではWBC 8000/ μ g、CRP 0.05 mg/dL、血糖値 105 mg/dL と炎症や低血糖を示す所見は認めなかった。頭部単純CTでは、右側頭葉～頭頂葉にかけて直径60 mmの低信号領域があった。頭部単純MRIでは、右側頭葉～頭頂葉にT1低信号、T2高信号の浮腫を伴う嚢胞成分を認め、脳腫瘍が疑われたが、悪性度の評価は造影剤が使えないためできなかった。脳外科と相談し、けいれんの再発予防のためレベチラセタム 500mg/日の内服を開始し4日間経過観察入院した。高次医療施設での管理が必要と考えられ、東北大学病院に紹介した。脳腫瘍の精査と治療を早期に開始するため、妊娠34週0日に帝王切開術を施行し、同日頭部造影MRIにて腫瘍を再評価したが明らかな増大はみられなかった。産褥31日に脳腫瘍摘出術を施行した。腫瘍の病理結果は星状膠細胞腫 grade 4であり術後局所放射線療法と化学療法が施行された。現在は当院脳外科に定期通院している。

【考察】

妊娠中のけいれんの原因は子癇や脳血管障害の頻度が高く、脳腫瘍は稀である。しかしながら先入観にとらわれることなく、画像検査を含めた原因検索を行うことは重要であると考ええる。診断後は脳外科と連携し、それぞれの症例に応じた治療計画を立てることも重要であろう。

O-131

二次性頭痛を呈した産褥脳静脈洞血栓症の一例

○鈴木 容太、圓山 晶子、赤石 美穂、齋藤 美帆、太田 恭子、佐藤 多代、中里 浩樹、千坂 泰、鈴木 久也、八重樫 伸生

仙台赤十字病院 産婦人科

【緒言】二次性頭痛とは他疾患に併発する新規の頭痛であり、緊急性の高い疾患が原因である場合が多い。産褥期に頭痛を契機に診断に至った脳静脈血栓症を経験したので報告する。

【症例】28歳、3妊1産、前回妊娠は妊娠高血圧症候群により28週で緊急帝王切開。既往歴はなし。今回の妊娠は15週子宮内胎児死亡の診断でゲメプロスト腔坐剤によって人工死産し、分娩翌日に退院。分娩後2日目に自宅で突然強い頭痛と左下肢の脱力感を自覚した。分娩後3日目にも改善なく当科受診。右中心前回に頭部CTで低吸収域、頭部MRIでDWI高信号域を認め、脳梗塞を疑い高次病院へ搬送となった。精査により上矢状静脈洞に欠損像を認め脳静脈洞血栓症の診断となった。ヘパリン投与により頭痛と下肢の麻痺は改善し、搬送後第17病日に自宅退院となった。

【考察】頭痛を訴える妊産婦の対応は日常診療で多く経験する。そのうち妊娠中に発症するものの65%は一次性頭痛であるが、産褥期に発症する頭痛は73%が二次性頭痛であると言われており、より注意が必要である。特に突然発生し1分以内にピークに達する発症様式である雷鳴頭痛を伴う頭痛は脳血管障害に特徴的である。脳静脈洞血栓症は、妊娠産褥期以外だけでなくOCやLEPの内服やホルモン補充療法もリスクとなるため、鑑別や診断について知っておくことが産婦人科医にとっても重要である。

北日本産科婦人科学会 担当校および特別講演担当者一覧

年度	回	学 会		特別講演	
		担当大学	会 長	担当大学	演 者
昭和 28 11 月 1 日	1	東北大学 (東北大学医学部中央講堂)	篠田 紀	東北大学 北海道大学 新潟大学	貴家 寛而 田畑 武夫 中山 栄之助
昭和 29 9 月 12 日	2	北海道大学 (北大附属病院大講堂)	大野 精七	福島県立医科大学 新潟大学 札幌医科大学	鈴木 泰三 小坂 清石 明石 勝英
昭和 30	3	東北大学 (東北大学医学部東講堂)	篠田 紀	弘前大学 北海道大学	品川 信良 松田 正二
昭和 31 10 月 14 日	4	岩手医大 (岩手県教育会館)	秦 良麿	岩手医科大学 札幌医科大学	石浜 淳美 赤石 勝英
昭和 32 9 月 21・22 日	5	東北大学 (東北大学医学部中央講堂)	九嶋 勝司	東北大学 新潟大学	鈴木 雅洲 野口 正
昭和 33 8 月 3 日	6	新潟大学 (大和デパートホール)	中山 栄之助	東北大学 北海道大学	山口 竜二 小国 親久
昭和 34 7 月 14・15 日	7	札幌医大 (札幌医大講堂)	赤石 勝英	札幌医科大学 東北大学 日母会	小六 義久 野田 起一郎 矢口 彌三郎
昭和 35 11 月 15・16 日	8	東北大学 (東北大学医学部中央講堂)	九嶋 勝司	北海道大学 旭川赤十字病院 東北大学 新潟大学	一戸 喜兵衛 松田 禎夫 吉崎 宏 中山 栄之助
昭和 36 10 月 14・15 日	9	福島医大 (福島県蚕糸会館)	貴家 寛而	福島県立医科大学 札幌医科大学 弘前大学 東北大学	秋山 精治 橋本 正淑 真木 正博 安達 寿夫
昭和 37 10 月 6・7 日	10	北海道大学 (クラーク会館)	小川 玄一	新潟大学 岩手医科大学 小樽市	鈴木 正彦 佐藤 友義 石井 碩
昭和 38 10 月 12 日	11	岩手医大 (盛岡市県産業会館)	秦 良麿	札幌医科大学 弘前大学 東北大学	森 和郷 菊池 岩雄 一條 元彦
昭和 39 8 月 15・16 日	12	弘前大学 (十和田市観光ホテルホール)	品川 信良	北海道大学 新潟大学 福島県立医科大学	林 義夫 渡辺 重雄 大川 知之
昭和 40 8 月 29 日	13	新潟大学 (新潟市東映ホテル)	鈴木 雅洲	札幌医科大学 弘前大学 東北大学	小森 昭 永山 正剛 長谷川 直義
昭和 41 9 月 3・4 日	14	札幌医大 (札幌医大大講堂, 北海新聞社ホール)	明石 勝英	岩手医科大学 新潟大学 北海道大学	飯田 肇 関塚 正昭 清水 哲也
昭和 42 8 月 19・20 日	15	東北大学 (東北大記念講堂)	九嶋 勝司	東北大学 弘前大学 福島県立医科大学 札幌医科大学	福島 峰子 長沢 一磨 森田 恒之 小森 昭人
昭和 43 8 月 24 日	16	福島医大 (飯坂 東亜栄養講堂)	貴家 寛而	岩手医科大学 新潟大学 北海道大学	国本 恵吉 岡田 正俊 福島 務
昭和 44 8 月 10 日	17	北海道大学 (クラーク会館)	松田 正二	弘前大学	高野 敦
昭和 45 11 月 15 日	18	岩手医大 (岩手医大臨床講堂)	秦 良麿	札幌医科大学 東北大学	佐竹 実篤 村中 啓
昭和 46 9 月 25 日	19	弘前大学 (ホテル青森)	品川 信良	新潟大学 岩手医科大学	本多 啓輝 利部 輝雄
昭和 47 9 月 16 日	20	新潟大学 (新潟県民会館)	竹内 正七	北海道大学 福島県立医科大学	西谷 巖 関本 昭治
昭和 48 10 月 20・21 日	21	秋田大学 (秋田教育会館)	九嶋 勝司	弘前大学 札幌医科大学	高沢 哲也 川瀬 哲彦
昭和 49 10 月 26・27 日	22	札幌医大 (札幌医師会館)	橋本 正淑	東北大学 秋田大学	高橋 克幸 齋藤 良治
昭和 50 10 月 18・19 日	23	福島医大 (福島文化センター)	福島 務	新潟大学 岩手医科大学 福島県立医科大学	布川 修 西島 光彦 加藤 敬三

(敬称略)

年度	回	学 会		特別講演	
		担当大学	会 長	担当大学	演 者
昭和 51 11月6・7日	24	東北大学 (仙台市民会館)	鈴木 雅洲	札幌医科大学 北海道大学 山形大学	工藤 隆一 藤本征一郎 広井 正彦
昭和 52 9月24・25日	25	北海道大学 (札幌教育文化会館)	一戸喜兵衛	旭川医科大学 金沢大学 弘前大学	芳賀 宏光 赤祖父一知 齋藤 勝
昭和 53 9月16・17日	26	岩手医大 (盛岡県民会館)	秦 良麿	金沢医科大学 東北大学 秋田大学	桑原 惣隆 東岩井 久 樋口 誠一
昭和 54 9月1・2日	27	新潟大学 (新潟県民会館)	竹内 正七	岩手医科大学 福島県立医科大学 新潟大学	小見 克夫 武市 和之 高橋 威
昭和 55 8月30・31日	28	弘前大学 (パレス瑞祥)	品川 信良	北海道大学 札幌医科大学 山形大学 金沢大学 北海道大学 東北大学	鈴木 重統 田中 昭一 千村 哲朗 西田 悦郎 一戸喜兵衛 鈴木 雅洲
昭和 56 10月2・3日	29	札幌医大 (札幌教育文化会館)	橋本 正淑	富山医科薬科大学 旭川医科大学 弘前大学	柳沼 恣 石川 睦男 佐藤 重美
昭和 57 9月10・11日	30	秋田大学 (秋田文化会館)	真木 正博	秋田大学 東北大学 金沢大学	曾我 賢次 佐藤 章 山田 光興
昭和 58 10月10・11日	31	金沢大学 (金沢文化ホール)	西田 悦郎	金沢医科大学 岩手医科大学 福島県立医科大学 新潟大学	杉浦 幸一 井筒 俊彦 本田 任 小幡 憲郎
昭和 59 10月6・7日	32	山形大学 (ホテルキャッスル)	広井 正彦	山形大学 弘前大学 札幌医科大学 北海道大学	川越慎之助 野村 雪光 郷久 鉦二 杳沢 武
昭和 60 8月24・25日	33	旭川医科大 (ニュー北海ホテル)	清水 哲也	東北大学 秋田大学 富山医科薬科大学 旭川医科大学	古橋 信晃 平野 秀人 長阪 恒樹 山下 幸紀
昭和 61 10月5・6日	34	金沢医科大学 (教育自治会館)	桑原 惣隆	金沢大学 新潟大学 岩手医科大学 福井医科大学	寺田 督 吉沢 浩志 善積 昇 富永 敏朗
昭和 62 9月26・27日	35	東北大学 (戦災復興記念館)	矢嶋 聰	金沢医科大学 弘前大学 福島県立医科大学 北海道大学	高林 晴夫 鍵谷 昭文 星 和彦 田中 俊誠
昭和 63 9月24・25日	36	富山医科薬科大学 (名鉄トヤマホテル)	泉 陸一	東北大学 秋田大学 山形大学 札幌医科大学	岡村 州博 設楽 芳宏 斉藤 憲康 福島 道夫
平成元年 9月30日・ 10月1日	37	福島県立医科大 (グリーンパレス)	佐藤 章	新潟大学 岩手医科大学 旭川医科大学 富山医科薬科大学	本間 滋 西島 光茂 千石 一雄 新居 隆
平成 2 9月29・30日	38	北海道大学 (グリーンホテル札幌)	藤本征一郎	福島県立医科大学 福井医科大学 弘前大学 金沢大学	遠藤 力 小辻 文和 中村 幸夫 橋本 茂
平成 3 9月28・29日	39	福井医科大学 (フェニックスプラザ)	富永 敏朗	札幌医科大学 北海道大学 金沢医科大学 山形大学	伊東 英樹 牧野田 知 井浦 俊彦 斉藤 英和

(敬称略)

年度	回	学 会		特別講演	
		担当大学	会 長	担当大学	演 者
平成 4 10 月 16・17 日	40	岩手医科大学 (岩手県民会館)	西谷 巖	旭川医科大学 秋田大学 東北大学 岩手医科大学	笠茂 光範 後藤 薫 深谷 孝夫 松田 壮正
平成 5 9 月 17 日・18 日	41	新潟大学 (ホテル新潟)	田中 憲一	富山医科大学 福島県立医科大学 新潟大学 福井医科大学	岡 秀明 柳田 薫 児玉 省二 紙谷 尚之
平成 6 10 月 7・8 日	42	弘前大学 (弘前市文化センター)	齋藤 良治	金沢大学 金沢医科大学 北海道大学 弘前大学	生水真紀夫 国部 久也 佐川 正 丸山 英俊
平成 7 9 月 14・15 日	43	札幌医科大学 (厚生年金会館)	工藤 隆一	東北大学 札幌医科大学 山形大学 秋田大学	上原 茂樹 寒河江 悟 平山 寿雄 児玉 英也
平成 8 9 月 20・21 日	44	秋田大学 (秋田ビューホテル)	田中 俊誠	新潟大学 岩手医科大学 旭川医科大学 富山医科大学	吉谷 徳夫 吉崎 陽一 玉手 健一 伏木 弘
平成 9 10 月 31 日・ 11 月 1 日	45	金沢大学 (金沢市文化ホール)	井上 正樹	福島県立医科大学 福井医科大学 弘前大学 金沢大学	片寄 治男 後藤 健次 佐藤 秀平 笹川 寿之
平成 10 10 月 2・3 日	46	山形大学 (山形市中央公民館)	廣井 正彦	北海道大学 金沢医科大学 秋田大学 山形大学	櫻木 範明 金子 利朗 高橋 道 手塚 尚広
平成 11 8 月 27・28 日	47	旭川医科大学 (旭川市大雪クリスタルホール)	石川 睦男	東北大学 新潟大学 札幌医科大学 旭川医科大学	今野 良 高桑 好一 小泉 基生 林 博章
平成 12 9 月 1・2 日	48	金沢医科大学 (ホテル日航金沢・金沢市アートホール)	牧野田 知	岩手医科大学 福島県立医科大学 富山医科大学 福井医科大学	福島 明宗 大川 敏昭 藤村 正樹 細川久美子
平成 13 9 月 21・22 日	49	東北大学 (勝山館)	岡村 州博	秋田大学 弘前大学 金沢大学 金沢医科大学	福田 淳 藤井 俊策 村上 弘一 吉田 勝彦
平成 14 9 月 20・21 日	50	富山医科大学 (富山国際会議場 (大手町フォーラム))	齋藤 滋	北海道大学 札幌医科大学 東北大学 山形大学	山田 秀人 斉藤 豪 伊藤 潔 中原 健次
平成 15 10 月 10・11 日	51	福島県立医科大学 (福島県文化センター)	佐藤 章	富山医科大学 新潟大学 福井医科大学 旭川医科大学	酒井 正利 青木 陽一 吉田 好雄 山下 剛
平成 16 9 月 10・11 日	52	北海道大学 (ロイトン札幌)	水上 尚典	秋田大学 金沢大学 福島県立医科大学 岩手医科大学	佐藤 宏和 田中 政彰 藤森 敬也 小山 理恵
平成 17 9 月 30 日・ 10 月 1 日	53	福井大学 (福井県自治会館)	小辻 文和	弘前大学 北海道大学 山形大学 金沢医科大学	横山 良仁 工藤 正尊 高橋 一広 藤井 亮太
平成 18 9 月 1・2 日	54	岩手医科大学 (ホテルメトロポリタン盛岡 NEW WING)	杉山 徹	札幌医科大学 東北大学 富山大学 旭川医科大学	林 卓宏 新倉 仁 中村 隆文 田熊 直之
平成 19 10 月 5・6 日	55	新潟大学 (新潟コンベンションセンター「朱鷺メッセ」)	田中 憲一	金沢大学 福井大学 秋田大学 新潟大学	高倉 正博 田嶋 公久 藤本 俊郎 藤田 和之

(敬称略)

年度	回	学 会		特別講演	
		担当大学	会 長	担当大学	演 者
平成 20 9 月 13・14 日	56	弘前大学 (弘前文化センター)	水沼 英樹	岩手医科大学 福島県立医科大学 北海道大学 山形大学	西郡 秀和 高橋 秀憲 森川 守 高橋 俊文
平成 21 8 月 29・30 日	57	札幌医科大学 (札幌市教育文化会館)	齋藤 豪	旭川医科大学 金沢医科大学 東北大学 弘前大学	宮本 敏伸 宮澤 英樹 室月 淳 福井 淳史
平成 22 9 月 18・19 日	58	金沢大学 (金沢市文化ホール)	井上 正樹	札幌医科大学 富山大学 金沢大学	鈴木 孝浩 日高 隆雄 中村 充宏
平成 23 9 月 24・25 日	59	秋田大学 (秋田キャッスルホテル)	寺田 幸弘	秋田大学 新潟大学 福井大学	熊谷 仁 八幡 哲郎 折坂 誠
平成 24 9 月 8・9 日	60	山形大学 (山形テルサ)	倉智 博久	山形大学 岩手医科大学 北海道大学	堤 誠司 利部 正裕 金内 優典
平成 25 9 月 7・8 日	61	旭川医科大学 (旭川グランドホテル)	千石 一雄	福島県立医科大学 東北大学 旭川医科大学	渡辺 尚文 宇都宮 裕貴 片山 英人
平成 26 9 月 27・28 日	62	金沢医科大学 (金沢市アートホール, ホテル金沢)	牧野田 知	金沢医科大学 弘前大学 札幌医科大学	高木 弘明 田中 幹二 岩崎 雅宏
平成 27 9 月 5・6 日	63	福島県立医科大学 (ザ・セレクトン福島)	藤森 敬也	金沢大学 富山大学 福井大学	水本 泰成 中島 彰俊 黒川 哲司
平成 28 9 月 17・18 日	64	北海道大学 (ロイトン札幌)	櫻木 範明	秋田大学 新潟大学 岩手医科大学	佐藤 直樹 関根 正幸 金杉 知宣
平成 29 9 月 2・3 日	65	東北大学 (仙台国際センター)	八重樫伸生	北海道大学 山形大学 福島県立医科大学	渡利 英道 川越 淳 菅沼 亮太
平成 30 9 月 29・30 日	66	富山大学 (ANAクラウンプラザホテル富山)	齋藤 滋	旭川医科大学 東北大学 弘前大学	加藤 育民 島田 宗昭 二神 真行
2019 年 9 月 28・29 日	67	福井大学 (ザ・グランユアーズフクイ)	吉田 好雄	札幌医科大学 金沢医科大学 福井大学	郷久 晴朗 坂本 一人 津吉 秀昭
2020 年		延 期			
2021 年 8 月 28・29 日	68	新潟大学 WEB 開催	榎本 隆之	金沢大学 富山大学 岩手医科大学	山崎 玲奈 米田 徳子 永沢 崇幸
2022 年 10 月 15・16 日	69	岩手医科大学 (いわて県民情報交流センター アイーナ)	馬場 長	秋田大学 新潟大学 福島県立医科大学	三浦 広志 吉原 弘祐 添田 周
2023 年 9 月 23・24 日	70	弘前大学 (アートホテル弘前シティ)	横山 良仁	北海道大学 山形大学 旭川医科大学	小林 範子 太田 剛 中西研太郎
2024 年 9 月 21・22 日	71	札幌医科大学 (札幌コンベンションセンター)	齋藤 豪	東北大学 弘前大学 福井大学	濱田 裕貴 重藤 龍比古 品川 明子
2025 年 9 月 12・13 日	72	東北医科薬科大学	渡部 洋	札幌医科大学 金沢医科大学 岩手医科大学	松浦 基樹 柴田 健雄 佐藤 翔
2026 年	73	金沢大学	安彦 郁		
2027 年	74	秋田大学			

(敬称略)

北日本産科婦人科学会会則

(名称)

- 1 本会は、北日本産科婦人科学会と称する。

(事務局等)

- 2 本会は、事務局を東北大学医学部産科学婦人科学教室に置く。

(目的)

- 3 本会は、産科婦人科学の進歩発展、国民の健康と福祉に貢献し、会員の親睦を図ることを目的とする。

(事業)

- 4 本会は、学術集会を開催する。
- 5 本会は、他の学会・研究会と連合して学会を開催することができる。

(会員)

- 6 本会の会員は、北海道、東北6県、北陸4県の産科婦人科学会員とする。
- 7 北海道、東北6県、北陸4県に所属する日本産科婦人科学会の名誉会員は、本学会の名誉会員とする。
- 8 前項の他に本会役員会の推薦により名誉会員を置くことができる。
- 9 北海道、東北6県、北陸4県に所属する日本産科婦人科学会の功労会員は、本会の功労会員とする。

(役員)

- 10 本会には、次の役員をおく。
学術集会長 1 名
委員 若干名
幹事 若干名
- 11 学術集会長は、役員会で決定し、任期は次回総会までとする。
- 12 委員は、北海道、東北6県、北陸4県に所属する日本産科婦人科学会役員（理事、監事、名誉会員、功労会員、代議員、幹事）および医系大学産婦人科教授等、本会の名誉会員とする。
- 13 幹事は、東北大学産科学婦人科学教室員の中から同教室教授が若干名指名する。

(役員会)

- 14 役員会は、以下の事項について議決する。
 - (1) 次期学術集会長
 - (2) 次期特別講演者
 - (3) 会則の変更
 - (4) 名誉会員の推薦
 - (5) その他運営に関する重要事項
 - (6) 議決は出席者の過半数以上の議決をもって決する。

(総会)

- 15 総会は、役員会での議決事項の報告などを行う。

(学術集会)

- 16 本会は、毎年1回学術集会を開く。
- 17 学術集会では、研究発表や調査報告などを行う。
- 18 学術集会開催費および総会開催費、各種事務経費は、開催道県の産科婦人科学会が負担する。

平成元年9月30日改定

平成24年9月9日改定

謝 辞

第 72 回北日本産科婦人科学会総会・学術講演会の開催に際しましては、下記の企業・団体よりご協力をいただきました。厚く御礼申し上げます。

第 72 回北日本産科婦人科学会総会・学術講演会
会長 渡部 洋
(東北医科薬科大学大学院医学研究科産婦人科学分野 教授)

あすか製薬株式会社
アストラゼネカ株式会社
アトムメディカル株式会社
インテュイティブサージカル合同会社
Integra Japan 株式会社
エーザイ株式会社
MSD 株式会社
エム・シー・メディカル株式会社
大塚製薬株式会社
科研製薬株式会社
株式会社アムコ
株式会社アルファシステム
株式会社シバタインテック
株式会社東機貿
株式会社 日本生物製剤
株式会社ベアーメディック
株式会社 MICIN
株式会社メディコン
株式会社ユー・ディー
コヴィディエンジャパン株式会社
コニカミノルタジャパン株式会社

GE ヘルスケア・ジャパン株式会社
ジェンマブ株式会社
ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社
武田薬品工業株式会社
テルモ株式会社
東ソー株式会社
トーイツ株式会社
日本新薬株式会社
ファイザー株式会社
富士製薬工業株式会社
扶桑薬品工業株式会社
丸木医科器械株式会社
ミリアド・ジェネティクス合同会社
持田製薬株式会社
持田製薬販売株式会社

(50 音順)

INTUITIVE

Da Vinci SP

Move surgery forward. Again.

詳細は以下のお問い合わせ先、または弊社営業担当へご確認ください。

お問い合わせ先

インテュイティブサージカル合同会社

東京都港区赤坂一丁目12番32号アーク森ビル

Tel. (03) 5575 - 1419 (営業部)

Tel. (03) 5575 - 1326 (マーケティング部)

Tel. (03) 5575 - 1362 (音声案内で3を選択)

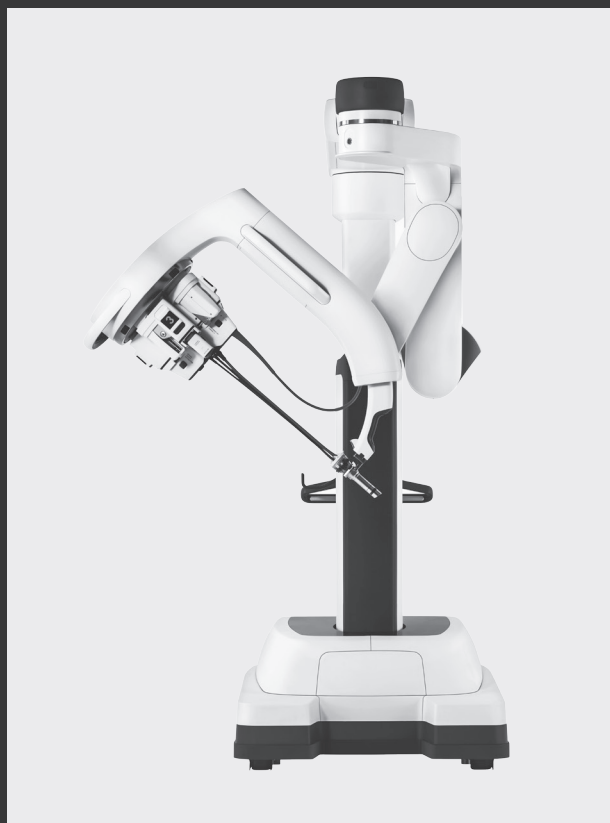
(0120) 56 - 5635 (音声案内で3を選択) (カスタマーサービス)

販売名: da Vinci SP サージカルシステム (承認番号: 30400BZX00220000)

©2023 インテュイティブサージカル合同会社

無断複写・複製・転載を禁じます。製品名は各社の商標または登録商標です。

PN 1110236 JP Rev.A 12/22



医療従事者向け登録制会員サイト



MC 倶楽部

3大コンテンツ



製品情報

手技動画や運用事例、組み立てメンテナンスなど



学会・セミナー動画

過去の学会・セミナー、エキスパートによる対談などのアーカイブ



セミナー情報

弊社主催・共催のイベント情報



登録無料



エム・シー・メディカル株式会社

〒108-0075 東京都港区港南2-16-1 品川イーストワンタワー12階 TEL:03-5715-2800 FAX:03-5715-2801 <https://www.mcmed.co.jp/>

Kracie

twice or three times a day 選べるやさしさ



twice a day

Kracie KB-19	シロ 小青竜湯	3.0g
Kracie KB-23	トウ キ 当帰芍薬散料	3.0g
Kracie KB-24	カ ミ 加味逍遙散料	3.0g
Kracie KB-25	クイ シ 桂枝茯苓丸料	3.0g
Kracie KB-41	キ 補中益気湯	3.75g
Kracie KB-62	ホウ フ 防風通聖散料	3.75g
Kracie KB-108	ニン シ 人參養栄湯	3.75g



three times a day

Kracie EK 19	シロ 小青竜湯	2.0g
Kracie EK 23	トウ キ 当帰芍薬散料	2.0g
Kracie EK 24	カ ミ 加味逍遙散料	2.0g
Kracie EK 25	クイ シ 桂枝茯苓丸料	2.0g
Kracie EK 41	キ 補中益気湯	2.5g
Kracie EK 62	ホウ フ 防風通聖散料	2.5g
Kracie EK 108	ニン シ 人參養栄湯	2.5g

スティックで、健やかな暮らしへ

クラシエ 薬品株式会社

[資料請求先] 〒108-8080 東京都港区海岸3-20-20

医療用医薬品ウェブサイト 「漢・方・優・美」 <http://www.kampoyubi.jp>

■各製品の「効能・効果」、「用法・用量」、「使用上の注意」等については製品添付文書をご参照ください。

新しい
生きるを、創る。

A new way of life

独自技術で難病に挑み、ひとりの「生きる」に希望をとどける。

ユニークな機能性食品で、みんなの「生きる」を健やかにする。

京都から世界へ。

新しい時代の、新しい生きるを、

わたしたちは、創っていく。

 **日本新薬**
NIPPON SHINYAKU CO., LTD.





ウイルスワクチン類 生物学的製剤基準 薬価基準：適用外

アブリスボ® 筋注用

ABRYSVO® intramuscular injection

組換えRSウイルスワクチン

生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品[※] 注）注意－医師等の処方箋により使用すること

新発売

「効能又は効果」、「用法及び用量」、「接種不適当者を含む接種上の注意」等については、電子添文をご参照ください。

製造販売

ファイザー株式会社

〒151-8589 東京都渋谷区代々木3-22-7

文献請求先及び製品の問い合わせ先：
Pfizer Connect / メディカル・インフォメーション 0120-664-467
<https://www.pfizermedicalinformation.jp>

販売情報提供活動に関するご意見：
0120-407-947
<https://www.pfizer.co.jp/pfizer/contact/index.html>

ABR72O002A
2024年5月作成

MARUKIは、
最新の情報と質の高いサービスの提供を通して
地域医療の発展に貢献して参ります

MARUKI



丸木医科器械株式会社
Maruki Medical Systems Inc.

■ 仙 台 支 店
〒981-1105 宮城県仙台市太白区西中田3-20-7
TEL 022-242-6001（代）

■ 山形元木営業所
〒990-2447 山形県山形市元木2-10-46
TEL 023-633-0020（代）

■ 八 戸 営 業 所
〒031-0071 青森県八戸市沼館2-4-1
TEL 0178-73-5565（代）

■ 仙台SPDセンター・仙台第2SPDセンター
〒984-0015 宮城県仙台市若林区卸町4-5-14
TEL 022-706-4264（代）

■ 岩 手 支 店
〒028-3621 岩手県紫波郡矢巾町大字広宮沢第五地割313番
TEL 019-698-1567（代）

■ 気仙沼出張所
〒988-0053 宮城県気仙沼市田中前3丁目6-8 メイプルハイツB号
FAX 0226-22-0880

■ 山 形 支 店
〒990-2338 山形県山形市蔵王松ヶ丘2-2-22
TEL 023-695-3000（代）

■ 水沢営業所・水沢SPDセンター
〒023-0003 岩手県奥州市水沢佐倉河字竜神2-7
TEL 0197-25-7703（代）