

# 産婦人科の進歩

## ADVANCES IN OBSTETRICS AND GYNECOLOGY

Vol.76 No.2 2024

### 臨床

#### ■臨床の広場

子宮内膜癌の分子分類 ————— 若橋 宣 93

#### ■今日の問題

びまん性子宮平滑筋腫症について ————— 岩井 加奈 99

#### ■会員質問コーナー

③40 妊娠初期の妊娠糖尿病の診断 ————— 回答／大門 篤史 102

③41 進行高異型度漿液性卵巣癌のうち長期生存者の特徴について ————— 回答／木瀬 康人 104

### 会告

第151回学術集会 1／腫瘍研究部会 2／周産期研究部会 3／生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会 4／日本産婦人科医会委員会ワークショップ 5／演題応募方法について 6／令和5年度学会賞受賞者のご報告 7／電子ジャーナル版への移行時期および投稿規定と掲載料の改定について 8／電子投稿・電子査読についてのお知らせ 9／著作権ポリシーについて 10／構成・原稿締切 11

■投稿規定他 ————— 106

### 第150回近畿産科婦人科学会 総会ならびに学術集会プログラム・講演抄録

会期：2024年6月15日(土), 16日(日) 会場：奈良県コンベンションセンター

プログラム ————— 111

講演抄録 ————— 143

第151回近畿産科婦人科学会学術集会ご案内  
(第1回予告)

第151回近畿産科婦人科学会学術集会について、下記のとおりご案内申し上げます。  
多数のご参加をお願い申し上げます。

2024年度近畿産科婦人科学会 会長 赤崎 正佳  
学術集会長 岡田 英孝

記

会 期：2024年10月27日（日）

会 場：ホテルグランヴィア大阪

〒530-0001 大阪市北区梅田3丁目1番1号

TEL：0570-06-1235

**【学会事務局】**

〒573-1010 枚方市新町2-5-1

関西医科大学医学部産科学・婦人科学講座

担当：村田 紘未

TEL：072-804-0101／FAX：072-804-0122

E-mail：murathir@hirakata.kmu.ac.jp

**【運営事務局】**

〒102-0083 東京都千代田区麴町4-7

麴町パークサイドビル402

株式会社MAコンベンションコンサルティング

TEL：03-5275-1191／FAX：03-5275-1192

E-mail：kinsanpu151@macc.jp

第151回近畿産科婦人科学会学術集会  
110回腫瘍研究部会ご案内  
(第1回予告)

代表世話人：井篁 一彦  
当番世話人：

記

会 期：2024年10月27日（日）  
会 場：ホテルグランヴィア大阪  
〒530-0001 大阪市北区梅田3丁目1番1号  
TEL：0570-06-1235

テーマ：「子宮体癌の内視鏡手術について」

腹腔鏡やロボット手術を含む子宮体癌の内視鏡手術について、以下のサブテーマを中心に演題を募集します。

- ・ Oncologic outcome (3年ないし5年の予後解析, 有害事象)
- ・ 術前画像で1A期と診断して術中・術後に1B期以上であった際の取り扱い
- ・ リンパ節郭清について
- ・ 肥満症例の取り扱い

(上記以外の演題も歓迎いたします。)

演題募集期間：ホームページの演題募集要項は、5月1日～7月5日まで公開。

演題申込締切日：2024年7月5日（金）15：00

<お願い>

各研究部会とも演題申込・抄録登録は、本学会のホームページトップ画面の「第151回演題申込み・新規登録」(オンラインシステム)よりお願いいたします。詳しくは後掲の<演題応募方法について>をご参照ください。

お問い合わせ先：〒641-8510 和歌山市紀三井寺811-1  
和歌山県立医科大学産科婦人科学講座  
担 当：馬淵 泰士  
T E L：073-441-0631  
F A X：073-445-1161  
E-mail：booyan@wakayama-med.ac.jp

第151回近畿産科婦人科学会学術集会  
周産期研究部会ご案内  
(第1回予告)

代表世話人：吉松 淳

当番世話人：谷村 憲司

記

会 期：2024年10月27日（日）

会 場：ホテルグランヴィア大阪

〒530-0001 大阪市北区梅田3丁目1番1号

TEL：0570-06-1235

テーマ：「帝王切開を再考する」

ハイリスク妊娠の増加等のために帝王切開率は増加傾向にあります。日本初の帝王切開は1852年（嘉永5年）とされます。その後、産科や麻酔科医学、手術資材や周術期管理技術の進歩などにより帝王切開の安全性は飛躍的に向上しています。その一方で、帝王切開分娩の増加により、帝王切開瘢痕部症候群、瘢痕部妊娠や癒着胎盤の増加など新たな問題も生じています。

そこで、今回は、「帝王切開を再考する」というテーマで、貴施設で日頃から行われている子宮筋層縫合法を含む術式の工夫、帝王切開に関連する諸問題やその対策など、症例報告も含めて、帝王切開にまつわる演題を幅広く頂戴し、ディスカッションを通して、より良い帝王切開術のあり方を再考したいと思います。

演題募集期間：ホームページの演題募集要項は5月1日～7月5日まで公開。

演題申込締切日：2024年7月5日（金）15：00

＜お願い＞

各研究部会とも演題申込・抄録登録は、本学会のホームページトップ画面の「第151回演題申込み・新規登録」（オンラインシステム）よりお願いいたします。詳しくは後掲の＜演題応募方法について＞をご参照ください。

お問い合わせ先：〒650-0017 神戸市中央区楠町7-5-2

神戸大学大学院医学研究科 外科系講座 産科婦人科学分野

担 当：谷村 憲司

T E L：078-382-6000

F A X：078-382-6019

E-mail：taniken@med.kobe-u.ac.jp

第151回近畿産科婦人科学会学術集会  
生殖内分泌女性ヘルスケア研究部会ご案内  
(第1回予告)

代表世話人：岡田 英孝

当番世話人：村上 節

記

会 期：2024年10月27日（日）

会 場：ホテルグランヴィア大阪

〒530-0001 大阪市北区梅田3丁目1番1号

TEL：0570-06-1235

テーマ：「ARTの保険診療化・先進医療の再考」

2022年4月より体外受精が保険診療化され、また、一部の診療が先進医療と認定され約2年が経過した。これまでの診療実績をふりかえり、各施設の取り組みについて広く演題を集め検討したい。

演題募集期間：ホームページの 演題募集要項 は5月1日～7月5日まで公開。

演題申込締切日：2024年7月5日（金）15：00

<お願い>

各研究部会とも演題申込・抄録登録は、本学会のホームページトップ画面の「第151回演題申込み・新規登録」（オンラインシステム）よりお願いいたします。詳しくは後掲の<演題応募方法について>をご参照ください。

お問い合わせ先：〒520-2192 大津市瀬田月輪町

滋賀医科大学産科学婦人科学講座

担 当：竹林 明枝

T E L：077-548-2267

F A X：077-548-2406

E-mail：akiie21@belle.shiga-med.ac.jp

第151回近畿産科婦人科学会学術集会  
日本産婦人科医会委員会ワークショップご案内  
(第1回予告)

日本産婦人科医会委員会研修部会 部会長：重根 俊彦

記

会 期：2024年10月27日（日）

会 場：ホテルグランヴィア大阪

〒530-0001 大阪市北区梅田3丁目1番1号

TEL：0570-06-1235

機構専門医の共通講習（必修A）単位が取得可能な【医療安全】と【感染対策】の講演会を企画中。講演時間は未定。

【共通講習（感染対策）】

日本大学医学部 産婦人科学系産婦人科学分野 主任教授

川名 敬 先生

「新興再興感染症とその感染対策と他学会との連携」

【共通講習（医療安全）】

兵庫医科大学 麻酔科学・疼痛制御科学講座 教授

狩谷 伸享 先生

「母体の安全と麻酔」

連絡先：〒642-0022 和歌山県海南市大野中452-15

しこねクリニック

担 当：重根 俊彦

T E L：073-482-1351

F A X：073-484-3585

E-mail：yorikoshikone@yahoo.co.jp

## ＜演題応募システム 申込方法について＞

### ■申込方法について

- 1) 本学会のホームページ、<http://www.kinsanpu.jp> トップ画面の新規登録より「演題応募の留意点」をご確認いただき、下部の「登録」ボタンをクリックし入力画面へ進んでください。
- 2) 入力した内容をご確認いただき、「送信」にて申込み完了後に、登録内容とともに受領メールを配信いたします。登録時には演題受付番号が自動発行され、ご自分で演題パスワードも設定していただきます。
- 3) 登録時にお送りする確認画面には、演題受付番号とご自分で設定した演題パスワードが掲載されています。紛失しないよう保存をお願いいたします。事務局では、演題受付番号とご自分で設定した演題パスワードの問い合わせには応じられませんのでご注意ください。
- 4) この演題受付番号とご自分で設定した演題パスワードにより、募集期間内に限り登録した内容（抄録本文、未入会の場合の仮会員番号、いろいろなチェック欄等）の修正が何度でも可能です。
- 5) 登録いただいた原稿はそのまま抄録集に掲載いたします。事務局では原稿訂正の対応は一切できませんので十分にご確認ください。
- 6) 演題募集締切後の修正は一切お受けできませんのでご注意ください。（募集期間内の内容修正は可能です。）

### ■注意事項

- 1) 演者・共同演者は最大110字まで、筆頭演者と異なる共同演者の所属先および診療科がある場合は120字まで入力可能です。
- 2) 演題名は最大40字まで、本文は最大420字まで入力可能です。
- 3) 英数字半角文字2文字を日本語全角文字1文字とします。不等号は全角でご入力ください。 図・表は挿入できません。
- 4) 演題の採否については学術集会会長にご一任ください。
- 5) 学術集会プログラムは近畿産科婦人科学会ホームページ上で公開いたします。

#### ・個人情報について

個人を識別できる可能性がある情報については、「個人情報の保護に関する法律」施行に関連するお知らせをご参考ください。（学会誌 産婦人科の進歩に毎号掲載）

演題登録システムでは、Firefox, Google Chrome, Microsoft Edge, Safariの最新バージョンで動作確認を行っております。演題登録には各ブラウザの最新バージョンをご利用ください。

**【令和5年度学会賞 受賞者のご報告】**

令和5年度（本誌75巻1～4号）学会賞受賞者を下記のとおりご報告申し上げます。

**【学術奨励賞】**

「次世代シーケンサーを用いた流産絨毛・胎児組織染色体異数性の解析」

本多 秀峰 先生 大阪大学大学院医学系研究科器官制御外科学講座産科学婦人科学  
（産婦人科の進歩 第75巻1号26-31頁）

**【優秀論文賞】**

「精神疾患合併妊娠の妊娠中・産後増悪誘因ならびに周産期事象に与える影響」

喜多ともみ 先生 神戸大学大学院医学研究科外科系講座産科婦人科学分野  
（産婦人科の進歩 第75巻1号16-25頁）

「高齢子宮体がん患者における治療強度が予後に与える影響」

中川 郁 先生 長浜赤十字病院産婦人科  
（産婦人科の進歩 第75巻3号230-237頁）

「Late Pretermにおける経母体ステロイド投与の効果についての単施設後方視的検討」

伊田 昂平 先生 京都大学医学部婦人科学産科学教室  
（産婦人科の進歩 第75巻1号32-38頁）

2023年度近畿産科婦人科学会 会長 矢本 希夫



【電子ジャーナル版への移行時期および投稿規定と掲載料の改定について】

会員各位

「産婦人科の進歩」誌は77巻（2025年）より電子ジャーナル版へと移行いたします。ただし、学術集会・抄録号となる2号（5/1発行）および4号（10/1発行）は、引き続き印刷・郵送となります。

また、投稿規定は「7. 論文作成」「10. 別冊」「11. 掲載料」を改定しました。変更は5月1日（2024年）より施行され、掲載料の変更は施行日以降に新たに投稿された論文に適用されます。

以上についてご不明の点がありましたら、下記、編集室までメールにてお問い合わせください。

■お問い合わせ先  
「産婦人科の進歩」編集室  
E-mail : sanpu-sinpo@chijin.co.jp

**【電子投稿・電子査読についてのお知らせ】**

会員各位

近畿産科婦人科学会へ投稿される論文について、WEBを利用したオンライン投稿システムを導入しております。

論文を投稿される際は、近畿産科婦人科学会ホームページから投稿フォームにアクセスし、表示される指示に従って投稿してください。

電子投稿・電子査読システムについてご不明の点がありましたら、下記、杏林舎へお問い合わせください。その他一般のお問い合わせ等に関しては編集室までお願いいたします。

■システムの操作に関するお問い合わせ先  
株式会社 杏林舎  
E-mail : sl-support@kyorin.co.jp  
TEL : 03-3910-4517

■論文投稿に関するお問い合わせ先  
「産婦人科の進歩」編集室  
E-mail : sanpu-sinpo@chijin.co.jp  
(お問い合わせはメールにてお願いいたします。)

## 【近畿産科婦人科学会の著作権ポリシーについて】

会員各位

近畿産科婦人科学会の著作権ポリシーについて、編集委員会で審議し理事会の承認を経て下記の通り決定しましたのでご報告いたします。

近畿産科婦人科学会は、著作者本人が出典表示を明記することにより、査読後論文を機関リポジトリを通じてインターネット上で公開することを認める。

近畿産科婦人科学会  
編集委員会  
委員長 松村 謙臣

## 【著作物への複写権等委託済表示】

本誌は複写に関する権利を一般社団法人学術著作権協会（JAC）に委託しています。

著作権法で定められた例外を除き、本誌の無断複製は禁止されています。複写を希望される場合は事前にJACの許諾を受けてください。

一般社団法人学術著作権協会（JAC）  
〒107-0052東京都港区赤坂9-6-41乃木坂ビル  
Fax：03-3475-5619 E-mail：info@jaacc.jp

公益社団法人日本複製権センターと包括複写許諾契約を締結している企業等法人の場合、社内利用を目的とした複写については許諾を得る必要はありませんが、社外頒布を目的とした複写については許諾が必要です。

ただし、転載・翻訳等に関しては、直接「産婦人科の進歩」編集室へお問い合わせください。

近畿産科婦人科学会  
編集委員会  
委員長 松村 謙臣

「産婦人科の進歩」誌 構成・原稿締切日等のご案内（第76巻（2024年））

	1号（2月1日号） ・論文	2号（5月1日号） ・春期学術集会 プログラム・抄録 （一般演題）	3号（8月1日号） ・論文 ・医会報告	4号（9月25日号） ・前年度秋期学術集会記録 （研究部会記録） ・秋期学術集会 プログラム・抄録 （研究部会演題） ・巻総目次 ・総会記録
会 告	12月10日	3月10日	6月10日	8月10日
掲載対象論文	前年11月末までの受理論文	—	5月末までの受理論文	—
研究部会記録 （投稿システムにて受付）	—	—	—	7月20日
「臨床の広場」 「今日の問題」 「会員質問コーナー」	10月20日	1月20日	4月20日	6月20日
学術集会 プログラム抄録	—	2月末日	—	7月末日
常任編集委員会 （査読審査） 開催日	10月	12月	2月	6月

投稿に際しましては、投稿規定をご一読のうえ、近畿産科婦人科学会HPから投稿フォームにアクセスし、表示される指示に従って投稿してください。

論文掲載号は1・3号となります。

ご論文受付後の修正依頼は、常任編集委員会での審議後にお送りいたします。内容は審査に時間がかかり、掲載が遅れる可能性があることをご了承ください。

一般掲載で3月末までの受理を希望される場合は、10月5日までにご投稿ください。

特別掲載は受理希望の2カ月前までにご投稿ください。

掲載につきましては、1号は前年11月末まで、3号は5月末までの受理論文が対象となります。

掲載証明書は受理後に発行させていただきます（希望者のみ）。

研究部会記録はシステム投稿となりました。秋期学術集会後、翌年7月20日まで受付いたします。



## 臨床の広場

## 子宮内膜癌の分子分類

若橋 宣

神戸大学大学院医学研究科外科系講座産科婦人科学分野

## はじめに

1983年にポフマンが提案した子宮内膜癌の初期分類は、臨床的および内分泌的特徴に基づいて子宮内膜様型（タイプI）と漿液性型（タイプII）の子宮内膜癌を区別するものであった<sup>1)</sup>。この分類によれば、タイプIは肥満の女性において高脂血症や高エストロゲン症を特徴とし、子宮内膜癌の約80%から90%を占める典型的な類内膜癌であるとされ、マイクロサテライト不安定性（microsatellite instability；MSI）を伴い、*KRAS*、*PTEN*、*CTNNB1*、*PIK3CA* の遺伝子変異や*MLH1*プロモーターの異常と関連がある<sup>2,3)</sup>。一方、タイプIIは子宮内膜癌の約10%から20%を占め、*TP53*遺伝子の変異を特徴とし予後不良であるとされる。漿液性癌、明細胞癌、ミューラー管混合腫瘍が含まれる。多くの子宮内膜癌症例にこの分類が適用されてきたが、例外も存在する。タイプIに分類される低グレードの症例であっても進行癌として診断される場合や、初回治療後数年での再発がみられることがある。また、タイプIの症例がタイプIIの分子的特徴をもつこともあり、高グレードの類内膜癌の約25%が*TP53*変異を示し、漿液性癌のような振る舞いをする事が知られてい

る。これらの知見から、子宮内膜癌の分子的異質性は、従来の単純なタイプIとタイプIIの分類法では十分に捉えられていないという限界が明らかになっている。2013年にThe Cancer Genome Atlas (TCGA) Research Networkによって行われた子宮内膜癌の分子プロファイリングに基づく新たな分子分類は、従来のタイプIとタイプIIの分類に対する大きなパラダイムシフトとして捉えられている。この新しい分類法は、子宮内膜癌の病態をより深く理解し、治療戦略をよりの確に立てるための重要な基盤を提供している<sup>4)</sup>。本稿では、TCGA分類の概略と臨床応用について解説を行いたい。

## TCGA分類

TCGA Research Networkは、米国国立がん研究所 (NCI) と米国国立ヒトゲノム研究所 (NHGRI) の共同プロジェクトとして設立された。この画期的なプロジェクトは、がんの発生と進行に関わる遺伝的要因を特定し、その知見をもとにがんの早期発見、予防、治療法の開発に貢献することを目的としている。現在までに32種類のがんに関する包括的なデータ収集と解析が行われ、その結果は広く研究コミュニティに提供されている。

## ◆ Clinical view ◆

## Molecular classification of endometrial cancer

Senn WAKAHASHI

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

TCGAの婦人科がん研究における成果の1つが、子宮内膜癌の分子的特性の解明と、それに基づく新たな分子サブタイプのカテゴリである。TCGA分類では、全ゲノムシーケンシング、エクソームシーケンシング、マイクロサテライト不安定性解析およびコピーナンバー解析をもとに、子宮内膜癌をDNAポリメラーゼ  $\epsilon$  (*POLE*) 変異, MSI, そしてCopy-number lowとCopy-number highの4つの分子サブタイプに分けている<sup>5)</sup>。DNAポリメラーゼ  $\epsilon$  (*POLE*) および  $\delta$  (*POLD1*) は、遺伝性大腸癌の1つであるポリメラーゼ校正関連ポリポーシス (PPAP) の原因遺伝子として知られている。POLEは細胞のDNA複製と修復において重要な酵素であり、その機能異常は悪性腫瘍を含む多くの疾患の原因となる。一方で、これらの変異は高い突然変異負荷を引き起こし、がん細胞に対する免疫系の認識と攻撃を促進する。そのため、POLEのエクソヌクレアーゼドメインの変異は大腸癌患者の良好な予後と関連している<sup>6,7)</sup>。また、POLE変異患者は免疫チェックポイント阻害薬に対して良好な反応を示すことが知られている<sup>8)</sup>。MSIはリンチ症候群に関連するDNAミスマッチ修復の機能異常により生じることが知られており<sup>9,10)</sup>、TCGA分類はこれら遺伝性腫瘍

の特徴をもつ症例をPOLE/ultramutated, MSI/hypermutedとして最初に分類し、残った症例をCopy-number lowとCopy-number highの症例に分類している(図1a)。この分類は子宮内膜癌の臨床的予後(図1b)と組織型に強い関連性を示した。

1. POLE/ultramutated: 232症例中17症例(7%)で構成され、これらの腫瘍はきわめて高い変異率とPOLEのエクソヌクレアーゼドメインの体細胞変異が特徴である。*PTEN*, *PIK3RI*, *PIK3CA*, *FBXW7*および*KRAS*の体細胞変異を伴うことが多い。すべての症例が類内膜癌(G1:5例, G2:4例, G3:8例)で、FIGO(2009) stage I:12例, stage II:1例, stage III:4例であり、組織グレード、FIGO分類に関係なく予後は良好で再発症例は0例であった。
2. MSI/hypermuted: 232症例中65症例(28%)で構成され、マイクロサテライト不安定性をもつ腫瘍に比べて約10倍の高い突然変異頻度を示し、体細胞コピー数異常が少ない。DNAミスマッチ修復の機能不全により生じ、多くの症例で*MLH1*プロモーターのメチル化が観察される。この群は中間の予後を示した。

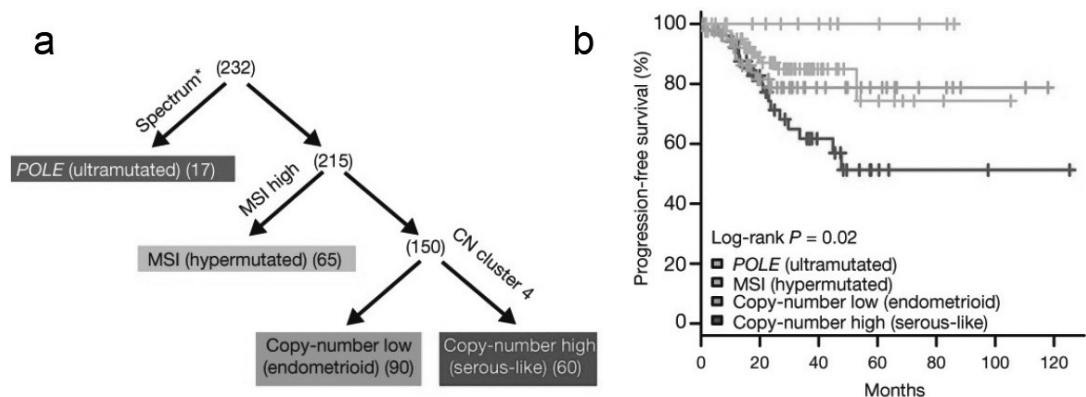
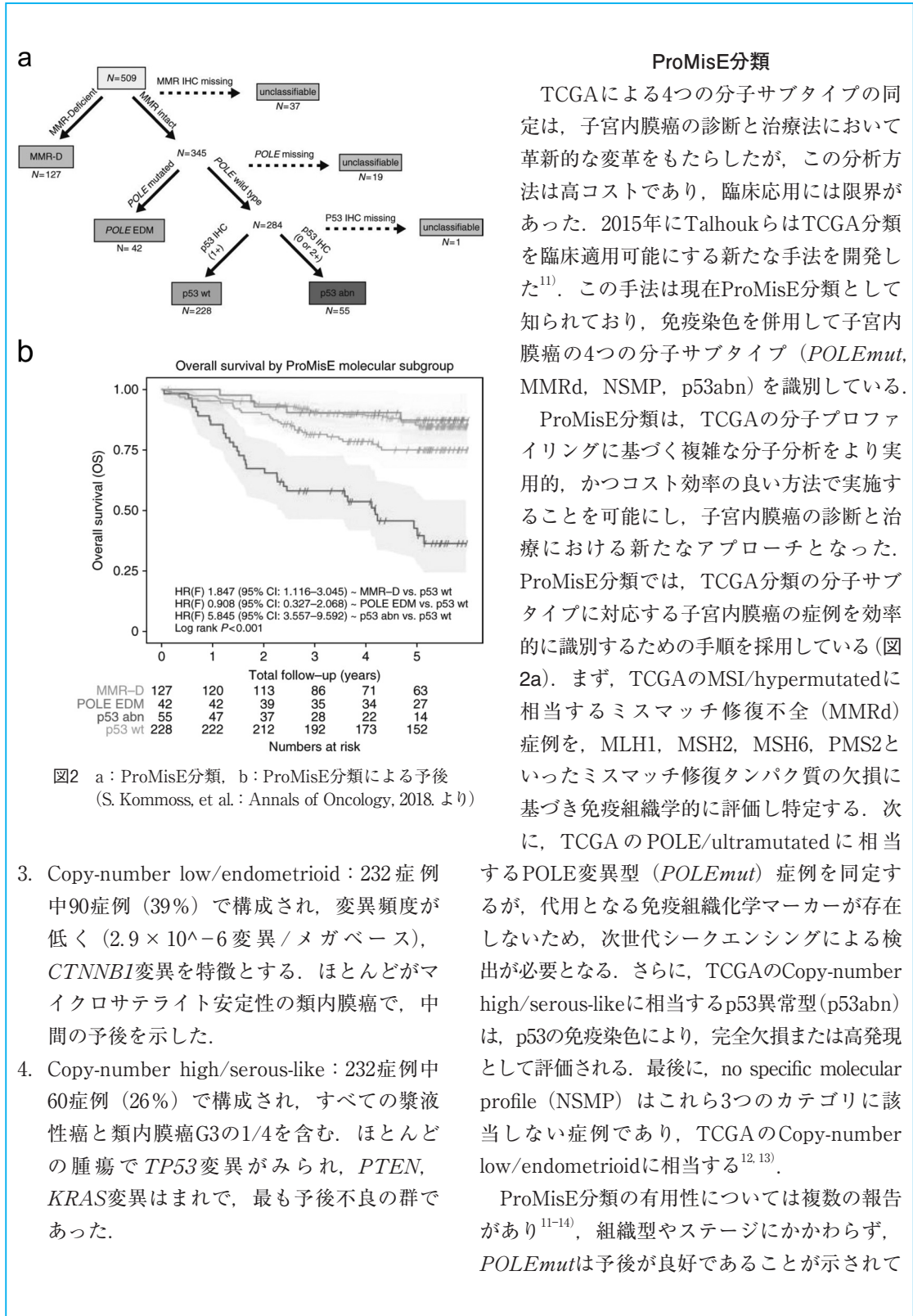


図1 a: TCGA分類, b: TCGA分類による予後 (G Getz, et al.: Nature, 2013. より)





いる (図2b). 一方で, p53abnは予後不良とされ, これはStage Iであっても同様である<sup>15)</sup>. Leon-Castilloらの報告では予後不良とされてきた漿液性癌の11.8%がPOLEmutに分類され, 組織型, Stageにかかわらず, 予後良好であった. 一方で, 内膜癌の7.8%にp53abnが含まれており, Stage Iであっても予後不良であった<sup>16)</sup>. ProMisE分類は, TCGA分類の結果を臨床に即して応用することを目的に開発され, 生検組織と摘出標本の一致率も高い. このため, 手術方法の決定にも活用できる可能性がある<sup>12)</sup>.

### 臨床への影響

2020年のESGO/ESTRO/ESP Guidelineは, 全症例において病理学的分類に加えて分子分類の導入を推奨しており, その結果に基づいてリスク分類を決定することを勧めている (表1)<sup>9,17)</sup>. FIGO Staging of Endometrial Cancer : 2023では, 可能であればFIGO stageにPOLEmut, MMRd, NSMP, p53abn診断を加えることで手術や解剖学的, 組織学的所見に基づくStageを変更することを記載している. 具体的には, StageIおよびIIの腫瘍においてPOLEmut子宮内膜癌はStageIAmPOLEmutとしダウンステー

表1 ESGO/ESTRO/ESP, 2020. 子宮内膜癌リスク分類

Risk Group	Molecular Classification Unknown	Molecular Classification Known <sup>4),*</sup>
<b>Low</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stage IA endometrioid + low-grade** + LVSI negative or focal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stage I-II <b>POLEmut</b> endometrial carcinoma, no residual disease</li> <li>Stage IA <b>MMRd/NSMP</b> endometrioid carcinoma + low-grade** + LVSI negative or focal</li> </ul>
<b>Intermediate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stage IB endometrioid + low-grade** + LVSI negative or focal</li> <li>Stage IA endometrioid + high-grade** + LVSI negative or focal</li> <li>Stage IA non-endometrioid (serous, clear cell, undifferentiated carcinoma, carcinosarcoma, mixed) without myometrial invasion</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stage IB <b>MMRd/NSMP</b> endometrioid carcinoma + low-grade** + LVSI negative or focal</li> <li>Stage IA <b>MMRd/NSMP</b> endometrioid carcinoma + high-grade** + LVSI negative or focal</li> <li>Stage IA <b>p53abn</b> and/or non-endometrioid (serous, clear cell, undifferentiated carcinoma, carcinosarcoma, mixed) without myometrial invasion</li> </ul>
<b>High-intermediate</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stage I endometrioid + substantial LVSI, regardless of grade and depth of invasion</li> <li>Stage IB endometrioid high-grade**, regardless of LVSI status</li> <li>Stage II</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stage I <b>MMRd/NSMP</b> endometrioid carcinoma + substantial LVSI, regardless of grade and depth of invasion</li> <li>Stage IB <b>MMRd/NSMP</b> endometrioid carcinoma high-grade**, regardless of LVSI status</li> <li>Stage II <b>MMRd/NSMP</b> endometrioid carcinoma</li> </ul>
<b>High</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stage III-IVA with no residual disease</li> <li>Stage I-IVA non-endometrioid (serous, clear cell, undifferentiated carcinoma, carcinosarcoma, mixed) with myometrial invasion, and with no residual disease</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stage III-IVA <b>MMRd/NSMP</b> endometrioid carcinoma with no residual disease</li> <li>Stage I-IVA <b>p53abn</b> endometrial carcinoma with myometrial invasion, with no residual disease</li> <li>Stage I-IVA <b>NSMP/MMRd</b> serous, undifferentiated carcinoma, carcinosarcoma with myometrial invasion, with no residual disease</li> </ul>
<b>Advanced Metastatic</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stage III-IVA with residual disease</li> <li>Stage IVB</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Stage III-IVA with residual disease of any molecular type</li> <li>Stage IVB of any molecular type</li> </ul>

<sup>4</sup>For stage III-IVA **POLEmut** endometrial carcinoma, and stage I-IVA MMRd or NSMP clear cell carcinoma with myometrial invasion, insufficient data are available to allocate these patients to a prognostic risk-group in the molecular classification. Prospective registries are recommended

\* see text on how to assign double classifiers (e.g. patients with both **POLEmut** and p53abn should be managed as **POLEmut**)

\*\* according to the binary FIGO grading, grade 1 and grade 2 carcinomas are considered as low-grade, and grade 3 carcinomas are considered as high-grade.

p53abn: p53 abnormal, MMRd: Mismatch Repair Deficient, NSMP: nonspecific molecular profile, **POLEmut**: polymerase E mutated

(N Concin, et al. : Virchows Archiv, 2021. より)

ジされ、p53abn子宮内膜癌はStage IICmp53abnとして分類されることでIIC2mp53abnにアップステージされる<sup>18)</sup>。いまだ議論されている項目であり、本邦の進行期にそのまま反映されるかはわからないが、今後の治療方針の決定において重要な役割を果たしていく可能性がある。

分子分類に関する臨床試験も複数が進行中である<sup>19, 20)</sup>。分子分類に基づく治療効果を検証するために実施されているRAINBO clinical trialでは、子宮内膜癌の4つの分子サブタイプ (POLEmut, MMRd, NSMP, p53abn) の各群に対する臨床試験が行われている。TCGA分類におけるCopy-number high/serous-likeは最も予後不良の群であるが、このグループは高悪性漿液性卵巣卵管癌 (HGSO) や基底様乳がんとの類似性を持っており<sup>5)</sup>、50%が相同組換え修復欠損 (HRD) 陽性であることが報告されている<sup>21, 22)</sup>。RAINBO clinical trial; p53abn-RED試験ではProMisE分類でCopy-number high/serous-like群にあたるp53abn群に対するPARP阻害剤の効果が検証されている。また、MMRd群は高い腫瘍変異負荷 (TMB) を示しているため、RAINBO clinical trial; MMRd-GREEN試験ではこの群に対する免疫チェックポイント阻害剤の効果が検証されている<sup>20)</sup>。これらの臨床試験は、子宮内膜癌の分子分類に基づく治療法の有効性を評価し、将来の治療戦略の発展に寄与することが期待されている。

### 最後に

子宮内膜癌の分子分類と今後の展望について解説した。本稿では、分子プロファイリングを用いたリスク分類に焦点を当てたが、TCGAからは全ゲノムシーケンスやmRNA発現データなども研究者に提供されており、これらのデータが創薬研究にも応用されている点は注目に値する。また、日本国内でも2023年版の子宮体癌治療ガイドラインにおいて分子分類が取り上げられており、今後の治療方針の決定におい

て重要な役割を果たしていくと考えられる。

### 参考文献

- 1) Bokhman JV : Two Pathogenetic Types of Endometrial Carcinoma. *Gynecol Oncol*, 15 (1) : 10-17, 1983.
- 2) Mutter GL, Wada H, Faquin WC, et al. : K-ras mutations appear in the premalignant phase of both microsatellite stable and unstable endometrial carcinogenesis. *Mol Pathol*, 52 (5) : 257-262, 1999.
- 3) Matias-guiu X, Catusus L, Bussaglia E, et al. : Molecular pathology of endometrial hyperplasia and carcinoma. *Hum Pathol*, 32 (6) : 569-577, 2001.
- 4) Murali R, Soslow RA, Weigelt B : Classification of endometrial carcinoma: More than two types. *Lancet Oncol*, 15 (7) : e268-278, 2014.
- 5) Getz G, Gabriel SB, Cibulskis K, et al. : Integrated genomic characterization of endometrial carcinoma. *Nature*. *Nature*, 497 (7447) : 67-73, 2013.
- 6) Briggs S, Tomlinson I : Germline and somatic polymerase  $\epsilon$  and  $\delta$  mutations define a new class of hypermutated colorectal and endometrial cancers. *J Pathol*, 230 (2) : 148-153, 2013.
- 7) Muzny DM, Bainbridge MN, Chang K, et al. : Comprehensive molecular characterization of human colon and rectal cancer. *Nature*, 487 (7407) : 330-337, 2012.
- 8) Garmezay B, Gheeya J, Lin HY, et al. : Clinical and Molecular Characterization of POLE Mutations as Predictive Biomarkers of Response to Immune Checkpoint Inhibitors in Advanced Cancers. *JCO Precis Oncol*, 6:e2100267, 2022.
- 9) Concin N, Creutzberg CL, Vergote I, et al. : ESGO/ESTRO/ESP Guidelines for the management of patients with endometrial carcinoma. *Virchows Archiv*, 478 (2) : 153-190, 2021.
- 10) Jamieson A, McAlpine JN : Molecular Profiling of Endometrial Cancer From TCGA to Clinical Practice. *J Natl Compr Canc Netw*, 21 (2) : 210-216, 2023.
- 11) Talhouk A, McConechy MK, Leung S, et al. : A clinically applicable molecular-based classification for endometrial cancers. *Br J Cancer*, 113 (2) : 299-310, 2015.
- 12) Kommoss S, McConechy MK, Kommoss F, et al. : Final validation of the ProMisE molecular classifier for endometrial carcinoma in a large

- population-based case series. *Annals of Oncology*, 29 (5) : 1180–1188, 2018.
- 13) Talhouk A, McConechy MK, Leung S, et al. : Confirmation of ProMisE : A simple, genomics-based clinical classifier for endometrial cancer. *Cancer*, 123 (5) : 802–813, 2017.
- 14) Stelloo E, Nout RA, Osse EM, et al. : Improved risk assessment by integrating molecular and clinicopathological factors in early-stage endometrial cancer-combined analysis of the PORTEC cohorts. *Clinical Cancer Research*, 22 (16) : 4215–4224, 2016.
- 15) Leon-Castillo A, Horeweg N, Peters EEM, et al. : Prognostic relevance of the molecular classification in high-grade endometrial cancer for patients staged by lymphadenectomy and without adjuvant treatment. *Gynecol Oncol*, 164 (3) : 577–586, 2022.
- 16) Lé On-Castillo A, De Boer SM, Powell ME, et al. : Molecular Classification of the PORTEC-3 Trial for High-Risk Endometrial Cancer: Impact on Prognosis and Benefit From Adjuvant Therapy. *J Clin Oncol*, 38 : 3388–3397, 2020.
- 17) Santoro A, Angelico G, Travaglino A, et al. : New pathological and clinical insights in endometrial cancer in view of the updated esgo/estro/esp guidelines. *Cancers (Basel)*, 13 (11) : 2623, 2021.
- 18) Berek JS, Matias-Guiu X, Creutzberg C, et al. : FIGO staging of endometrial cancer: 2023. *Int J Gynaecol Obstet*, 162 (2) : 383–394, 2023.
- 19) Van Den Heerik ASVM, Horeweg N, Nout RA, et al. : PORTEC-4a: International randomized trial of molecular profile-based adjuvant treatment for women with high-intermediate risk endometrial cancer. *Int J Gynecol Cancer*, 30 (12) : 2002–2007, 2020.
- 20) RAINBO Research Consortium : Refining adjuvant treatment in endometrial cancer based on molecular features: The RAINBO clinical trial program. *Int J Gynecol Cancer*, 33 (1) : 109–117, 2022.
- 21) Ashley CW, Da Cruz Paula A, Kumar R, et al. : Analysis of mutational signatures in primary and metastatic endometrial cancer reveals distinct patterns of DNA repair defects and shifts during tumor progression. *Gynecol Oncol*, 152 (1) : 11–19, 2019.
- 22) De Jonge MM, Auguste A, Van Wijk LM, et al. : Frequent homologous recombination deficiency in high-grade endometrial carcinomas. *Clin Cancer Res*, 25 (3) : 1087–1097, 2019.

## 今日の問題

## びまん性子宮平滑筋腫症について

岩井加奈

奈良県立医科大学産婦人科学講座

## はじめに

びまん性子宮平滑筋腫症（diffuse uterine leiomyomatosis；DUL）は、子宮筋腫が子宮筋層を置換するように無数に発生し、子宮が対称性に腫大するまれな疾患である。DULは1979年にLapanとSolomonによって報告された疾患である<sup>1)</sup>。その疾患の病因にはまだ定まったものはない。

通常の子宮平滑筋腫より若年女性に発症し、高度な過多月経や貧血、月経困難症、不妊症などの症状を呈する。DULは多発性子宮筋腫の中の特異な病態であり、通常の子宮筋腫に対する治療を受けても症状の改善が認められないことや、早期に再発することが多い。根本的な治療法は子宮全摘術となるが、好発年齢から妊

孕性の温存が求められることが多く、治療に難渋する。

## DULの診断

DULの診断方法として、経膈超音波検査では通常の子宮筋腫との鑑別が困難であり、MRI検査が推奨される。明確な定義はないが、子宮筋層内に比較的小さな無数の筋腫が正常筋層を置換しており、子宮内膜筋層境界部（junctional zone）が筋腫により消失している。また子宮漿膜面への筋腫の突出は比較的少なく、子宮全体が腫大していることなどが挙げられる（図1）。

## DULの治療

DULの治療は、根本的には子宮全摘術となる。妊孕性を温存する治療としてはゴナドトロ

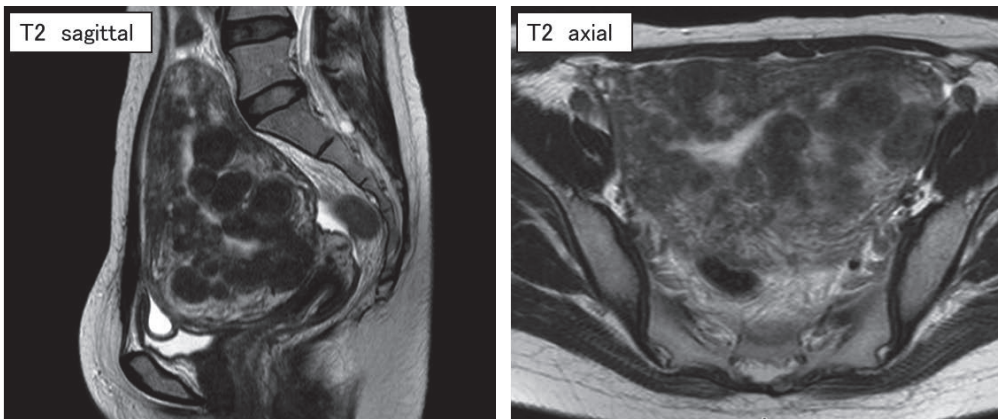


図1 DULのMRI画像

◆Current topic◆

Diffuse uterine leiomyomatosis

Kana IWAI

Department of Obstetrics and Gynecology, Nara Medical University

ピン放出ホルモンアナログ製剤 (GnRHa) による偽閉経療法や子宮筋腫核出術, 子宮動脈塞栓術 (uterine artery embolization; UAE) がある。

### 1. 偽閉経療法

GnRHaの投与による偽閉経療法は一時的に月経を止め, 貧血の改善や子宮の縮小などの効果がある。GnRHa投与後に妊娠したDUL症例の報告もあり, 妊娠前の投与は有用な可能性がある<sup>2)</sup>。しかし, 効果は一時的であり, すぐに妊娠が成立しなければ症状の再燃や子宮の増大が見られる。子宮筋腫核出術の術前や術後投与は有用との報告もあり, 手術療法との組み合わせで使用されることもある。

### 2. 子宮筋腫核出術 (腹式・子宮鏡下)

腹式子宮筋腫核出術に関して, 従来の術式では広範囲に存在する子宮筋腫を取り除くことが困難である。西田らは, 子宮を半切して子宮筋

腫を摘出する術式を報告している<sup>3)</sup>。子宮体部を正中にて全層切開し半分に分ける (図2A), さらに子宮の断面を漿膜側と粘膜側の2層に分ける。切開面から粘膜下筋腫を含む筋腫を可能な範囲で摘出し, 漿膜側と粘膜側を縫合し (図2B), 半割した子宮を3層に閉じる (図2C)。この術式で行うと, 過多月経や不妊症の原因となる粘膜下筋腫の遺残を減らすことができる。西田らの報告では7例に手術を施行し筋腫摘出個数の平均は117個, 術後に7例中3例で妊娠成立し, 2例が帝王切開による分娩となり, 1例が流産となった<sup>3)</sup>。この術式では出血量の平均は1614gと多く, 出血量を軽減するために, ネラトンカテーテルで子宮頸部周囲のターニケットを行う方法<sup>4)</sup>や, 子宮動脈を一時的にクリッピングする方法<sup>5)</sup>も報告されている。この術式は従来の術式と比較し症状改善や再発抑制が期待できる。現在術後に妊娠した症例において子宮

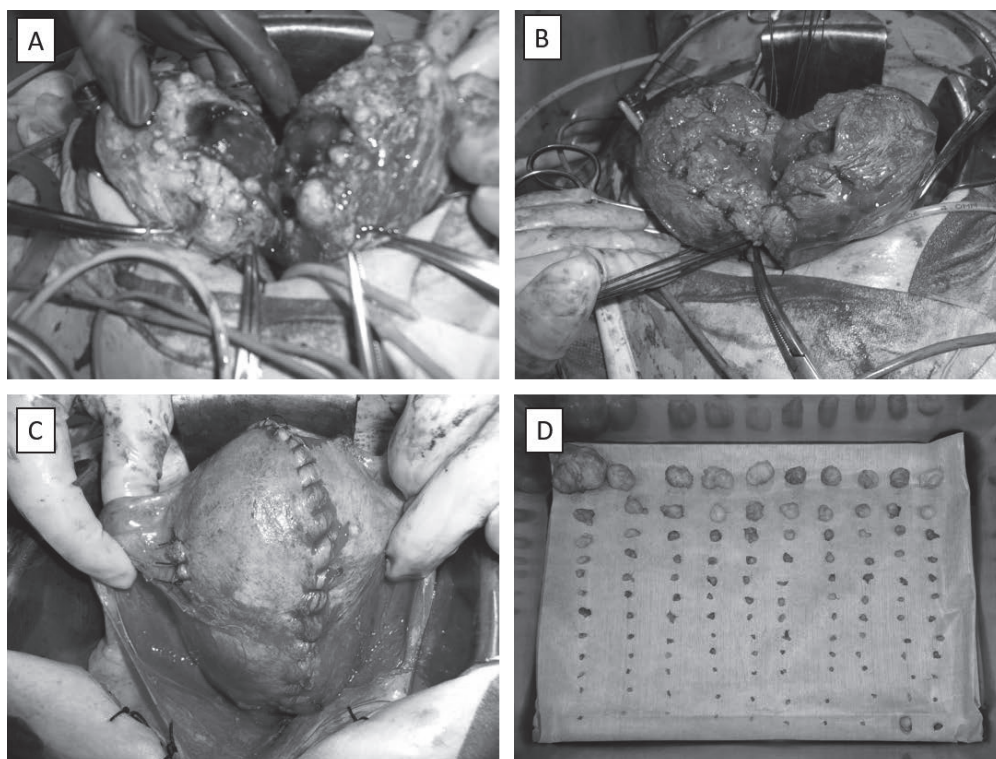


図2 DULの手術写真 (自験例)

- A: 子宮を縦方向に全層切開し子宮筋腫を核出する。 B: 核出部の縫合。  
C: 半割した子宮を3層で縫合。 D: 核出した子宮筋腫。

破裂の報告はないが、子宮全層を縦切開する術式であり、妊娠時の子宮破裂のリスクは高くなる可能性があり注意が必要である。

子宮鏡下子宮筋腫摘出術に関して、Yenらは5例のDUL患者に子宮内腔に突出する子宮筋腫に対して合計10回の子宮鏡下子宮筋腫摘出術を施行し、全例で過多月経の改善を認め、5例中1例は子宮腔内癒着のため治療を要し、2例で子宮筋腫の再発のため複数回の手術を要したと報告している。挙児希望のあった3例は全例妊娠し、合計4回分娩に至った<sup>6)</sup>。

子宮鏡手術は子宮筋層の切開がなく、妊娠中の子宮破裂のリスクが少ないこと、手術侵襲が腹式子宮筋腫核出術より少ない点が利点として挙げられる。しかし、大きな子宮の場合はGnRHαの投与後の手術が必要であり、複数回の子宮鏡手術が必要となることもある。また子宮腔癒着症を術後に認める例も多く、癒着予防の処置や術後の子宮鏡検査が必要となる。DULの子宮鏡手術後の周産期合併症の報告はないが、癒着胎盤や前置胎盤などは注意が必要である。

### 3. 子宮動脈塞栓術 (UAE)

DULの治療として子宮動脈塞栓術の有用性も報告されている。UAEを受けた360例の子宮筋腫患者のうち、MRIに基づいてDULと診断した7人を後ろ向きに検討したところ、すべての患者において過多月経は改善しており、平均子宮体積減少率は50.1%であり、1例はUAE後5カ月で妊娠したと報告されている<sup>7)</sup>。UAEは子宮筋腫核出術と比較し低侵襲であり、内膜への操作がないことから子宮腔癒着症の発症を防ぐことができる。しかし、本邦では非吸収性の塞栓物質によるUAE後の妊娠は安全性が証明されておらず、基本的には推奨されていないことや、UAEは卵巣機能低下が報告されていることに注意が必要である。

### まとめ

DULは多発子宮筋腫の一種であるが、その管理は通常が多発筋腫とは異なる。DULという病態を理解し、治療前に診断をつけることが重要である。DULを疑った場合は、MRI検査

が診断精度の高いことから推奨される。根治的な治療法は子宮全摘術であるが、妊孕性温存を希望する場合、患者の年齢や妊娠希望時期、子宮のサイズ、子宮筋腫の場所に応じて慎重に治療方法を選択する必要がある。

### 参考文献

- 1) Lapan B, Solomon L : Diffuse leiomyomatosis of the uterus precluding myomectomy. *Obstet Gynecol*, Mar; 53 : 82S-84S, 1979.
- 2) Purohit R, Sharma GJ, Singh S : A case of diffuse uterine leiomyomatosis who had two successful pregnancies after medical management. *Fertil Steril*, 95 (7) : 2434.e5-6, 2011.
- 3) Nishida M, Ichikawa R, Arai Y, et al. : New myomectomy technique for diffuse uterine leiomyomatosis. *J Obstet Gynaecol Res*, 40 (6) : 1689-1694, 2014.
- 4) Konishi I : Diffuse Leiomyomatosis : Complete Myomectomy for Innumerable Small Nodules to Achieve Fertility Sparing and Childbearing. *Surg J (NY)*, 29; 6 (Suppl 1) : S50-S57, 2019.
- 5) Kweon S, Park J, Sim Y, et al. : Clinical Outcomes of Conservative Surgery for Diffuse Uterine Leiomyomatosis: Preliminary Experience of 17 Cases in a Single Center. *J Clin Med*, 12 (24) : 7638, 2023.
- 6) Yen CF, Lee CL, Wang CJ, et al. : Successful pregnancies in women with diffuse uterine leiomyomatosis after hysteroscopic management. *Fertil Steril*, 88 (6) : 1667-1673, 2007.
- 7) Koh J, Kim MD, Jung DC, et al. : Uterine artery embolization (UAE) for diffuse leiomyomatosis of the uterus: clinical and imaging results. *Eur J Radiol*, 81 (10) : 2726-2729, 2012.

## ④ 妊娠初期の妊娠糖尿病の診断 Gestational diabetes mellitus diagnosed early in pregnancy

回答／大門 篤史

Atsushi DAIMON

会員質問コーナー Q&A

**Q:** 妊娠初期検査で随時血糖高値のため、75gOGTTを行ったところ、92-170-150mg/dLと1点陽性の妊娠糖尿病と診断されました。治療介入は必要でしょうか？

(大阪府 O. M.)

**A:** 妊娠糖尿病(gestational diabetes mellitus; GDM)の診断基準は、HAPO studyの結果より妊娠中期(妊娠24-28週)の診断基準(IADPSG基準)が示されているが、妊娠初期の診断基準に定まったものがなく、日本ではIADPSG基準を妊娠初期のGDM診断に使用している。しかし、妊娠初期にIADPSG基準を用いることの妥当性は検討されていない。

妊娠による血糖値の生理的変動を理解する必要がある。75gOGTTの結果を妊娠週数ごとに比較すると妊娠24-32週に施行群では、妊娠24週までに施行群と比較し、負荷前血糖が有意に低く、1時間・2時間値が有意に高い結果であった。妊娠中の血糖値の生理的変動のため、妊娠初期のGDM診断にThe International Association of the Diabetes and Pregnancy Study Groups (IADPSG)基準を使用するとGDMの有病率が増加する可能性が指摘されてい

る<sup>1)</sup>。実際に妊娠20週までに75gOGTTでGDMパターンを示した症例に妊娠24-28週に再度75gOGTTを行うと47.3%は正常パターンを示した<sup>2)</sup>。妊娠20週までにGDMパターンを示した症例で負荷前血糖高値のみ陽性でGDMと診断される症例が34.9%あり、過大診断される可能性が高く、IADPSGが妊娠24-28週に限定して適用すべきとしている閾値を妊娠全期間に拡大解釈すべきではないと結論づけられている。

2023年にNEJMへ妊娠19週までに75gOGTTでGDMパターンを示した症例への即時治療による母児の予後を検討した無作為化対照比較試験(TOBOGM study)が報告された<sup>3)</sup>。即時治療介入により、新生児有害事象は有意に発生率が低下した(24% vs 30.5%)が、妊娠高血圧症候群、出生体重、LGA、SGAは有意差が認められなかった。また、妊娠19週までに75gOGTTでGDMパターンを示した症例のうち33%は、中期に再検すると正常パターンであった。サブグループ解析では高閾値群に早期介入すると出生児の合併症を有意に減少させていた。しかし、このstudyの母集団に東アジア人は15%しか含まれておらず、平均のBMI 32と肥満

が多く、日本人にこのデータを当てはめるには母集団が異なりすぎている点が結果を解釈する上で注意が必要である。

日本人で妊娠20週までに75gOGTTでGDMパターンを示した症例を診断早期より治療介入する群と中期(妊娠24-28週)に再度75gOGTTを行い、GDMパターンを示した症例に治療介入群に分け、食前血糖100mg/dL以下、食後2時間値120mg/dL以下となるように治療介入(栄養指導、食事療法、インスリン療法)し、周産期予後を検討した。妊娠20週までにGDMパターンであったが、中期に正常パターンとなった症例は50.0%あった。妊娠初期から治療介入することで、LGAは減少しなかったが、SGAは増加した。サブグループ解析でBMI $\geq$ 25に限ると、妊娠初期からの介入でLGAを減少させ、SGAは増加させなかった<sup>4)</sup>。また、妊娠初期のみGDMパターンを示した症例と正常耐糖能妊婦の周産期予後に有意差は認めなかった。

以上の結果より、妊娠初期のGDMスクリーニングは、妊娠中に明らかとなった糖尿病(overt DM)を主眼においたスクリーニング検査(空腹時血糖やHbA1c測定)を行うべきである。また、妊娠24週までに

75gOGTTでGDMパターンを示した症例で非肥満症例（非妊娠時BMI<25）は月に1回の空腹時血糖とHbA1c測定を行い、overt DM（空腹時血糖 $\geq$ 126mg/dL, HbA1c $\geq$ 6.5%）を否定された症例は、妊娠24-28週に再度75gOGTTを施行することが好ましいと考えられた。

#### 参考文献

- 1) Iwama N, Sugiyama T, Metoki T, et al. : Difference in the prevalence of gestational diabetes mellitus according to gestational age at 75-g oral glucose tolerance test in Japan: The Japan Assessment of Gestational Diabetes Mellitus Screening trial. *J Diabetes Investig*, 10 : 1576-1585, 2019.
- 2) Nakanishi S, Aoki S, Kasai J, et al. : High probability of false-positive gestational diabetes mellitus diagnosis during early pregnancy. *BMJ Open Diabetes Res Care*, 8 : e001234, 2020.
- 3) Simmons D, Immanuel J, Hague WM, et al. : Treatment of Gestational Diabetes Mellitus Diagnosed Early in Pregnancy. *N Engl J Med*, 388 : 2132-2144, 2023.
- 4) Nakanishi S, Aoki S, Kasai J, et al. : Non-efficacy of early intervention strategy for non-obese patients with early-onset gestational diabetes mellitus: solely based on the short-term outcomes. *BMJ Open Diabetes Res Care*, 11: e003230, 2023.



### 341 進行高異型度漿液性卵巣癌のうち長期生存者の特徴について

The characteristics of long-term survivors of advanced-stage high grade serous cancer

回答／木瀬 康人

Yasuto KINOSE

**Q:** 進行卵巣癌の患者さんの中で、どのような人が長期生存しやすいのでしょうか？（大阪府 Y. K.）

**A:** Poly ADP ribose polymerase (PARP) 阻害剤の臨床応用に伴い、実臨床において進行卵巣癌患者の予後改善が認められています。とくにBRCA1/2変異、相同組換え修復欠損 (homologous recombination deficiency; HRD)、手術時の残存病変なしは、進行期の高異型度漿液性癌 (high-grade serous carcinoma; HGSC、卵巣癌・卵管癌・腹膜癌を含む) の予後良好因子と知られています。しかし臨床では、BRCA1/2変異陽性であっても再発をきたし、化学療法抵抗性となり予後不良な症例に遭遇します。「どのような進行HGSC患者が長期生存するのか？」という臨床的疑問に基づき、最近の研究よりさまざまな興味深いことが解明されてきました。

以前より進行期HGSCの約15%は10年以上生存すると報告されています<sup>1)</sup>。Garsedらの研究<sup>2)</sup>では、10年以上の長期生存HGSCの29%にはHR経路の異常を認めず、Ki-67発現が増加しているという特徴を認めました。また、長期生存者ではCD8

陽性T細胞の腫瘍内浸潤が多く確認されました。Rbタンパクの発現低下も予後良好因子とされ、とくにHR経路の異常かつRbタンパク発現低下がみられる症例では有意に多くの長期生存を示しました。

Ferri-Borgognoらの空間トランスクリプトミクスとSingle-cell RNAシーケンスを用いた解析<sup>3)</sup>では、腫瘍微小環境における線維芽細胞の不均一性と各種の免疫細胞の腫瘍内浸潤がHGSCの長期生存者と短期生存者で異なると報告しています。そして、腫瘍関連線維芽細胞と腫瘍細胞のクロストークが患者の生存を予測するバイオマーカーとなる可能性を示唆しております。

2022年のGarsedらの研究<sup>4)</sup>では、HGSC診断後10年以上生存の60例、診断後2-10年生存の32例、診断後2年未満生存の34例の腫瘍組織を用いて全ゲノムシーケンス、RNAシーケンス等にて比較しました。DNA修復関連修復遺伝子異常の数が多く、予想されるNeoantigen数も多く、活性化されたCD4陽性メモリーT細胞が多く、形質細胞が多いことが予後良好因子として示されました。また、ゲノム異常パターンによって7つのゲノムSignature

に分類され、それぞれ異なる生存曲線となることが示されました。興味深いことに、相同組換え修復機構が正常であるHR proficient (HRP) 群やBRCA1機能欠損 (Germline, Somatic, Methylationを含む) 群の中には、それぞれに予後良好群と予後不良群が存在していました。さらに、RNAシーケンスより推測されるそれぞれの免疫細胞の量とその割合から5つの免疫Signatureに分類され、こちらそれぞれ異なる生存曲線を示すことがわかりました。

まとめると、科学技術の進歩に伴い、採取した腫瘍組織から腫瘍の遺伝子異常や線維芽細胞・免疫細胞の特徴を解析し、より正確な進行HGSCの予後予測ができるようになってきました。これらの知見とともに、予後不良群に対する新規治療アプローチの開発も期待されます。

#### 参考文献

- 1) Hoppenot C, Eckert MA, Tienda SM, et al. : Who are the long-term survivors of high grade serous ovarian cancer? *Gynecol Oncol*, 148 : 204-212, 2018.
- 2) Garsed DW, Alsop K, Fereday S, et al. : Homologous Recombination DNA Repair Pathway Disruption and Retinoblastoma Protein Loss Are Associated with Exceptional Survival in High-Grade Serous Ovarian Cancer. *Clin Cancer*

- Res*, 24 : 569–580, 2018.
- 3) Ferri-Borgogno S, Zhu Y, Sheng J, et al. : Spatial Transcriptomics Depict Ligand-Receptor Cross-talk Heterogeneity at the Tumor-Stroma Interface in Long-Term Ovarian Cancer Survivors. *Cancer Res*, 83 : 1503–1516, 2023.
  - 4) Garsed DW, Pandey A, Fereday S, et al. : The genomic and immune landscape of long-term survivors of high-grade serous ovarian cancer. *Nat Genet*, 54 : 1853–1864, 2022.

## 投稿規定

論文投稿の際の必要書類は近畿産科婦人科学会のホームページに掲載（<http://www.kinsanpu.jp>）

### 1. 投稿資格

原則として本会会員に限る。ただし会員以外のもので、編集委員会で承認され、所定の掲載料を支払ったものは受けつける。

### 2. 投稿内容

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

- 投稿原稿の種類：論文（原著；臨床研究・基礎研究他、症例報告、総説）、依頼原稿（「臨床の広場」、「今日の問題」）、学会ならびに各府県医会の事項、研究部会記録、学術集会プログラム・抄録、その他。
- 論文（原著；臨床研究・基礎研究他、症例報告、総説）は、複数の外部査読者や常任編集委員が査読を行う。依頼原稿は常任編集委員が査読を行う。研究部会記録は研究部会世話人が査読を行う。
- 投稿原稿は倫理的観点から十分考慮されたものでなければならない。倫理的に注意すべき点がある場合、「人を対象とする医学系研究に関する倫理指針」を参照し、各著者の所属する大学・病院等での倫理委員会等の審査を受けなければならない。なお、編集委員会よりその証明を請求される場合がある。

投稿原稿について開示すべき利益相反があるときは、投稿時にその内容を明記する。利益相反状態の有無の基準は、公益社団法人日本産科婦人科学会の「利益相反に関する指針」による。

### 3. 論文原稿送付について

#### 1) 投稿の方法は電子投稿に限る。

<https://mc.manuscriptcentral.com/kinsanpu> にアクセスし、必須事項を入力の上、表示される指示に従って投稿すること。

#### 2) 必ず投稿前にファイル内の文字化け、画像の鮮明度などを確認すること。

#### 3) すべての著者は所定の誓約書と著作権移譲書をpdf形式等の電子ファイルとして、アップロードすること。

### 4. 論文の受理

他誌に未発表の論文で、その原稿は以下に述べる投稿規定を満足し、直ちに掲載できる状態にあるものでなければならない。論文の採否は査読のうえ、常任編集委員会で決定する。

### 5. 論文の著作権について

論文の著作権は、近畿産科婦人科学会に所属する。

### 6. 論文の掲載

論文は、オンラインジャーナルに掲載する。論文の掲載は受理順によるが、速やかな掲載を希望するときは、特別掲載として取り扱う。希望者は投稿時に「特

別掲載」を選択すること。

### 7. 論文作成

論文は和文または英文とする。

論文作成には次の諸点に留意されたい。

#### 1) 和文論文の場合

- a. 記載事項：表題、著者名（症例報告は筆頭著者を含め8名までとする）、所属、緒言、研究（実験）方法、結果（成績）、考察、総括または結論、参考文献、付図・表説明の順に記載し、別に図表と、500字以内の和文抄録および和文キーワード（5語以内）を付す。
- b. 体裁：当用漢字、現代かなづかいで横書きとする。原稿は原則として、「原著」は7000字以内および図表7点以内、「症例報告」は5000字以内および図表5点以内とする。文字原稿作成にはMicrosoft Wordを用い、必ず連続で行番号を付記する。

#### 2) 英文論文の場合

- a. 記載項目：表題、著者名（症例報告は筆頭著者を含め8名までとする）、所属（公式に定められた英訳名）、Abstract（200ワード以内）、Keywords（5ワード以内）、Introduction, Materials and Methods, Results, Discussion, References, Figure Legends, Table Legendsの順に記載し、別に図表と500字以内の和文抄録を同時に提出すること。
- b. 体裁：原稿は原則として、「原著」は3500ワード以内および図表7点以内、「症例報告」は2000ワード以内および図表5点以内とする。文字原稿はMicrosoft Wordを用いて作成し、連続で行番号を付記する。

#### 3) 学術用語：日本医学会の所定に従い、動物名はカタカナで（例：ラット、モルモット）、化学物質名、薬品名は原語を活字体またはカタカナで、外国の人名、地名は原語のまま活字体で書くこと。なお、治療薬の表記は、原則として一般名で表現すること。また、利益相反の問題に十分配慮すること。

#### 4) 単位、記号：メートル法または公式の略語を用いる。 例：m, cm, mm, g, mg, $\mu$ g, ng, pg, L, mL, $^{\circ}$ C, pH, M, IU, cpmなど。

#### 5) 参考文献：本文中では、参考箇所の右肩に上付きで出典順に番号を打って記載する（例：<sup>1)</sup>, <sup>1-5)</sup>, <sup>1,5)</sup>）。 文末には出典順に次の要領でまとめる。

- a. 雑誌：雑誌名は、和文誌は医学中央雑誌略名（医学中央雑誌刊行会編）、欧文誌はQuarterly Cumulative Index Medicus等に従って略する。

著者は3人までは全員、4人以上の場合は3人

と他 (et al.) とする。欧文著者は姓を先に、名は略記で後に付す。著者名：題名、雑誌名、巻：開始頁-終了頁、発表西暦年。

例：小西郁生、伊東和子、堀内晶子：内臓症を母地とする卵巣癌の特徴と予後。臨産、60：134-139, 2006.

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

b. 単行本：著者名：書名、開始頁-終了頁、出版社、発行地、発行西暦年。

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

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

c. 全集または分担執筆：執筆者名：題名、“全書名”編者名、(巻数)、開始頁-終了頁、出版社、発行地、発行西暦年。

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

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

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

6) 図表：適切なソフト (Excel, Power Point, Photoshop等) を用いて作成し、通しナンバーを付ける。図表にはタイトルを付ける。また写真は図 (Fig) として取り扱う。光顕写真には撮影倍率を明記し、電顕写真にはスケールを入れること。また図表の挿入位置を文中に明記すること。

## 8. 研究部会記録投稿形式

1) 投稿の方法は電子投稿に限る。

<http://mc.manuscriptcentral.com/kinsanpu> にアクセスし、必須事項を入力の上、表示される指示に従って投稿すること。

2) 記載事項は和文論文に準ずる。

3) 掲載料は投稿規定に定めるところによる。

4) 表題、著者名、所属を和文と英文の両方で表記する。

## 9. 校正

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

## 10. 別冊

別冊の希望部数はシステム内で申し込むこと。

## 11. 掲載料

投稿料、掲載料は「一般掲載」は2万円、「特別掲載」は10万円を受理と同時に発行される電子決済で支払う。別冊代は電子決済に計上となる。

### 1) 研究部会記録

論文1本につき1万円を各研究部会予算より、受付締め切り後、受理となった論文数を清算し、7月末に電子決済にて支払う。

## 12. 論文原稿の掲載順位、体裁等について

これについては、常任編集委員会に一任する。

## 13. 電子投稿・登録者情報について

電子投稿システムへ登録された情報は、近畿産科婦人科学会の会員情報として登録される。

投稿者がそれを希望しない場合は別途事務局に連絡して会員情報として登録されないようにすることができる。

## 14. 投稿規定の改変

投稿規定の改変は、そのつど編集委員会によって行い、理事会の承認を得る。

昭和58年6月1日改定 平成24年5月13日改定

昭和61年7月16日改定 平成24年12月6日改定

平成4年2月23日改定 平成25年12月12日改定

平成10年5月24日改定 平成27年12月10日改定

平成13年12月13日改定 平成30年10月30日改定

平成14年12月12日改定 令和4年6月3日改定

平成15年12月11日改定 令和5年1月13日改定

平成22年2月10日改定 令和6年2月11日改定

### (注意事項)

\* 1 研究部会記録の内容を他誌に投稿する場合は、二重投稿にご注意ください。

\* 2 「個人情報保護に関する法律」を熟読の上投稿してください。

## 「個人情報の保護に関する法律」施行に関連するお知らせ

平成17年4月から「個人情報の保護に関する法律」が施行されています。また厚生労働省からは「医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取り扱いのためのガイドライン」が公表され、その中では「特定の患者・利用者の症例や事例を学会で発表したり、学会誌で報告したりする場合等は、氏名、生年月日、住所等を消去することで匿名化されると考えられるが、症例や事例により匿名化が困難な場合は、本人の同意を得なければならない」とされています。

本誌に掲載されている、論文、研究部会報告、学会抄録などに含まれる患者個人情報については、個人を識別できる情報を除外して匿名化されていればこの法律でいう個人情報には該当しませんし、匿名化が困難な症例についても、発表の同意を個別に得ておられれば問題はありません。

編集委員会では平成15年の電子ジャーナルとの併用化を契機として、個人を識別できる可能性があり学術的に必須でない、診療日時、患者イニシャル、人種・国籍などを、また不要な場合は年齢についても、編集作業の過程で本文、図表、写真などから削除あるいは修正してきました。しかし、研究部会報告や学会抄録においては修正が困難あるいは不可能ですので、個人を特定できる情報の修正については慎重な対応をお願いいたします。

この新法施行を機に、会員皆様の施設においても個人情報保護に関する宣言（プライバシーポリシー、プライバシーステートメント等）や個人情報を適正に取り扱うための各種規定を策定・公開されていることと存じます。本誌へ投稿される論文、研究部会報告、学術集会抄録要旨の記載などに際しましては、著者の責任において、それらに沿って患者個人情報の取り扱いを配慮されるよう重ねてお願い申し上げます。

令和6年5月1日

近畿産科婦人科学会編集委員会  
委員長 松村 謙臣

## 電子ジャーナルのご案内

### 〔J-STAGE〕 (独立行政法人科学技術振興機構)

掲載内容	1巻1号以降：原著論文，臨床研究論文，総説，症例報告論文，診療論文，研究会論文，臨床の広場，今日の問題 62巻1号以降：会員質問コーナー 66巻3号以降：原著論文（臨床研究・基礎研究他），症例報告論文，総説，研究会論文，臨床の広場，今日の問題
掲載画面	目次一覧，抄録，引用文献，全文閲覧用PDF
公開日	刊行月の翌月予定
費用	無料
閲覧	入会等手続き なし
	直接 <a href="https://www.jstage.jst.go.jp/browse/sanpunosinpo/-char/ja">https://www.jstage.jst.go.jp/browse/sanpunosinpo/-char/ja</a> へアクセス 全文閲覧には，53巻1号以降は，IDナンバー（購読者番号）とパスワードが必要。 ★IDナンバー（購読者番号）：各人の日産婦学会員コード（数字のみで8桁）の前にk（小文字）をつけたもの（例 k19000000 k20000000）。 ★パスワード：sanpunosinpo このパスワードは全会員共通で初回のみ使用し，その後は会員ご自身でパスワードを設定・管理してください。 新しいパスワードは，半角英数字4～32文字で設定し，「産婦人科の進歩」トップ画面にあるパスワード変更欄で登録すること。
リンク	Pub Med, Chem Port, Cross Ref, JOIS Link

### 〔Medical Online〕 (株式会社メテオ)

掲載内容	15巻1号以降（一部脱落あり）：原著論文，臨床研究論文，総説，症例報告論文，診療論文，学術集会抄録（一般演題） 66巻3号以降：原著論文（臨床研究・基礎研究他），症例報告論文，総説，学術集会抄録（一般演題）
掲載画面	目次一覧，抄録，全文閲覧用PDF
公開日	刊行月の翌月予定
費用	1論文全文ダウンロード 770円（税込），その他はホームページ参照
閲覧	会員入会手続き必要（入会無料）
	アドレス <a href="http://www.medicalonline.jp/">http://www.medicalonline.jp/</a> 会員登録 上記ホームページより登録 総合問合せ <a href="mailto:info@medicalonline.jp/">info@medicalonline.jp/</a> 料金窓口 <a href="mailto:fee@medicalonline.jp/">fee@medicalonline.jp/</a>



第150回近畿産科婦人科学会 総会ならびに学術集会  
プログラム・講演抄録

会 期：2024年6月15日（土），16日（日）

会 場：奈良県コンベンションセンター

近畿産科婦人科学会 会長 赤崎 正佳  
学術集会 会長 木村 文則



## 第150回近畿産科婦人科学会 総会ならびに学術集会 ご案内

会 期：2024年6月15日（土）11：50～17：40  
6月16日（日）8：50～16：40

会 場：奈良県コンベンションセンター  
〒630-8013 奈良市三条大路一丁目691番1 TEL：0742-32-2290

参加受付：2階 天平ホール ホワイエ  
クローク：2階 天平ホール ホワイエ  
受付時間：6月15日（土）11：00～17：00（クロークは18：10まで）  
6月16日（日）8：10～17：00（クロークは17：30まで）

PC受付：2階 天平ホール ホワイエ  
受付時間：6月15日（土）11：00～17：00  
6月16日（日）8：10～15：30

第1会場：天平ホール（2階）  
開会式、第150回記念講演、ランチョンセミナー1・3、教育セミナー1・5、専門医共通講習、指導医講習会、学術奨励賞受賞講演、優秀演題賞1・2、総会、優秀演題表彰式、閉会式

第2会場：会議室203（2階）  
ランチョンセミナー2・4、教育セミナー2・6

第3会場：会議室204（2階）  
ランチョンセミナー5、教育セミナー3・7

第4会場：会議室205・206（2階）  
ランチョンセミナー6、教育セミナー4・8

ハンズオンセミナー会場：会議室103・104（1階）  
展示会場：会議室201・202（2階）

◆開催方式：現地会場開催（オンデマンド配信およびWeb開催は行いません。）

◆ハンズオンセミナーのお申込み方法は学会ホームページをご確認ください。

**<評議員会>**

日 時：6月16日（日）12：10～13：10  
 会 場：JWマリオット・ホテル奈良（2階吉野）

**<総 会>**

日 時：6月16日（日）13：20～13：50  
 会 場：第1会場：天平ホール（2階）

**<学術奨励賞受賞講演>**

日 時：6月16日（日）13：50～14：05  
 会 場：第1会場：天平ホール（2階）

**<優秀演題賞表彰式>**

日 時：6月16日（日）16：25～16：35  
 会 場：第1会場：天平ホール（2階）

**<学会参加者へのご案内>**

◆必ず事前に近畿産科婦人科学会HP（<https://www.kinsanpu.jp/conference/index.html>）より  
 事前参加登録を完了のうえご来場ください。

事前参加登録のみ ※当日の現金受付はございません	
一般	5,000円
初期研修医・医学部学生	無料 ※1

※1 初期研修医・医学部学生の方は、証明書を必ずご持参ください。

**◆参加登録期間**

参加登録期間	2024年5月13日（月）～6月16日（日）15：00
--------	-----------------------------

**<お支払い方法>**

- ・クレジットカード決済、コンビニ決済（現金支払い）から選択可能です。
- ・コンビニ決済（現金支払い）の方は、事前参加登録後、お支払い画面よりコンビニ決済をお選びください。（支払い期限は、お申込み日の翌日から3日間となり、期限を過ぎますと自動でキャンセルとなります）
- ※いずれの支払方法につきましても、決済完了後の返金はいたしませんので、ご了承ください。

**<参加登録が完了された方>**

- ・参加登録完了後、自動配信メールが送信されます。メールが届かない場合は、運営事務局までお問合せください。

## <各種研修証明・単位について>



### JSOGカード・デジタル会員証

日本産科婦人科学会専門医出席証明は、JSOGカードやJSOGアプリのデジタル会員証で受付を行います。日本産科婦人科学会の会員の皆様はJSOGカードやJSOGアプリデジタル会員証を忘れずにご持参ください。

本学術集会の参加により、以下の取得が可能です。

- (1) 学会参加証明書
- (2) 日本専門医機構学術集会参加単位
- (3) 日本産婦人科医会研修参加証（医会シール）：会期中1枚配布

### <講習単位のご案内>

※下記単位については現在申請中です。対象セッションの最新情報は学会ホームページを随時ご確認いただき、申請結果は当日会場にてご確認ください。

※日本専門医機構の認定講習は、各講習会場で対象セッション開始前に受付を開始します。

セッション開始時刻から10分を過ぎた場合、聴講は可能ですが、日本専門医機構単位は付与されませんのでご了承ください。原則途中退会は認められません。

### ＜講習単位のご案内＞

※下記内容は2024年4月時点の情報となります。

申請中のため、対象セッションの最新情報は学会ホームページを随時ご確認ください。

※単位認定申請中	セッション名
産婦人科領域講習	第1会場（6月15日（土）12：00～13：00） <b>ランチョンセミナー1</b> 「子宮内膜症患者に対するベストプラクティスを考える」
産婦人科領域講習	第2会場（6月15日（土）12：00～13：00） <b>ランチョンセミナー2</b> 「我々は骨盤臓器脱をどう治療すべきなのか？」
産婦人科領域講習	第1会場（6月16日（日）12：10～13：10） <b>ランチョンセミナー3</b> 「妊産婦の鉄欠乏性貧血への新しいアプローチ」
産婦人科領域講習	第2会場（6月16日（日）12：10～13：10） <b>ランチョンセミナー4</b> 「最新の卵巣がんの初回と再発治療を考える」
産婦人科領域講習	第3会場（6月16日（日）12：10～13：10） <b>ランチョンセミナー5</b> 「子宮体癌診療の新しい光と影：低侵襲手術から集学的がん免疫療法」
産婦人科領域講習	第4会場（6月16日（日）12：10～13：10） <b>ランチョンセミナー6</b> 「今こそAll Japanで！ワクチン接種で子宮頸がんを過去の疾病へ」
産婦人科領域講習	第1会場（6月15日（土）16：40～17：40） <b>教育セミナー1</b> 「栄養素・サプリメントは次世代型産婦人科医療に必要か？～プレコンセプションケアから女性ヘルスケアへの包括的な支援を目指して～」
産婦人科領域講習	第2会場（6月15日（土）16：40～17：40） <b>教育セミナー2</b> 「RASH～手術の定型化から大型子宮に対するRASH～」 「ロボット支援下による新たな surgical approach～Robotic-vNOTES-hysterectomy～」
産婦人科領域講習	第3会場（6月15日（土）16：40～17：40） <b>教育セミナー3</b> 「産婦人科医と貧血～我々は貧血とどう付き合うべきか？」

産婦人科領域講習	第4会場（6月15日（土）16：40～17：40） <b>教育セミナー4</b> 「鏡視下時代の手術教育～ロボット、腹腔鏡、指導医、修練医、様々な視点から～」 「市中病院における内視鏡手術習得に対する教育」
産婦人科領域講習	第1会場（6月16日（日）11：00～12：00） <b>教育セミナー5</b> 「卵巣癌マーカーTFPI2のリアルワールドにおけるデータ」
産婦人科領域講習	第2会場（6月16日（日）11：00～12：00） <b>教育セミナー6</b> 「再発子宮頸癌に対する二次治療」 「進行再発子宮頸癌治療の治療開発の展開」
産婦人科領域講習	第3会場（6月16日（日）11：00～12：00） <b>教育セミナー7</b> 「進行卵巣癌における薬物療法＝日々のCQから考える＝」 「卵巣癌治療におけるQOLの考え方と評価法」
産婦人科領域講習	第4会場（6月16日（日）11：00～12：00） <b>教育セミナー8</b> 「女性の不調に対する漢方薬～がん領域を中心に～」
共通講習（医療倫理）	第1会場（6月15日（土）15：30～16：30） <b>特別講演1</b> 「『タイバ』時代の共同意思決定（SDM）を考える」
指導医講習会	第1会場（6月16日（日）15：20～16：20） <b>特別講演2</b> 「産婦人科医、医局員のメンタルヘルスを考える」

### ＜座長へのご案内＞

- ・座長受付はございません。セッション開始15分前までに会場内の次座長席にご着席ください。
- ・定刻どおりのセッション進行にご協力ください。

### ＜演者へのご案内＞

- ◆一般講演者の講演時間は以下のとおりです。  
 優秀演題賞候補演題：講演時間8分、討論時間3分  
 一般演題：講演時間6分、討論時間2分  
 （講演時間終了1分前に黄ランプ、終了時に赤ランプでお知らせします。）

- ①発表データは、USBメモリ、パソコン本体のいずれかの形でお持ち込みください。
- ②ご発表セッション開始30分前までにPC受付：2階 天平ホール ホワイエにてご発表データの試写および受付をお済ませください。  
※2日目午前中にご発表のある先生は、できましたら前日の午後に受付をお願いいたします。
- ③PCを持参される方もセッション開始30分前までにPC受付へお越しください。
- ④Power Pointの「発表者ツール」機能は使用できません。
- ⑤発表10分前には、各会場内前方の「次演者席」に着席し、待機してください。

### 【USBメモリをお持ち込みの方へ】

- ・ソフトはWindows版Power Pointをご使用ください。  
※Macでご作成の方はバックアップとして、PC本体とHDMI変換アダプターを必ずお持ち込みください。
- ・フォントはOS標準のもののみご使用ください。
- ・スライドのサイズは、16：9を推奨しますが、4：3も映写可能です。

### 【ノートPCをお持ち込みの方へ】

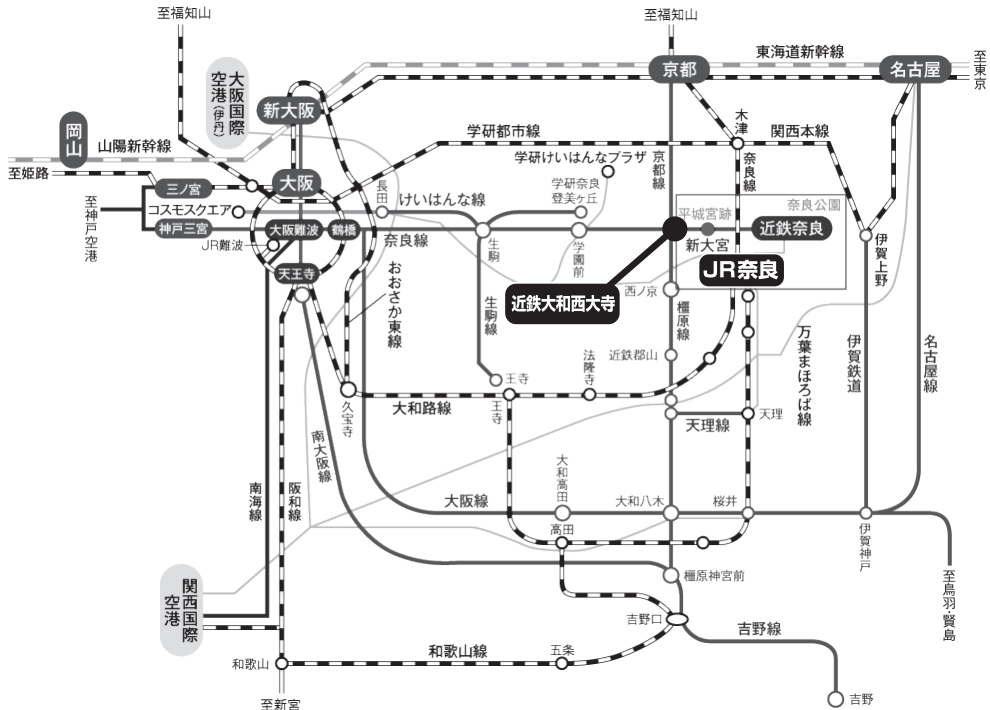
- ・バックアップとして、必ずメディア（USBメモリ）もお持ち込みください。
- ・スライドのサイズは16：9を推奨しますが、4：3も映写可能です。
- ・PC受付の液晶モニターに接続し、映像の出力チェックを行ってください。
- ・プロジェクターとの接続ケーブルの端子は、HDMIです。
- ・PCによっては専用のコネクタが必要となりますので、必ずお持ちください。  
※特に薄型ノートPCは別途付属コネクタが必要となりますので、ご注意ください。
- ・スクリーンセーバー、省電力設定は事前に解除をお願いいたします。
- ・電源アダプターを必ずご持参ください。  
※内蔵バッテリー駆動ですと、発表中に映像が切れる恐れがあります。

### < 学会場案内図 >

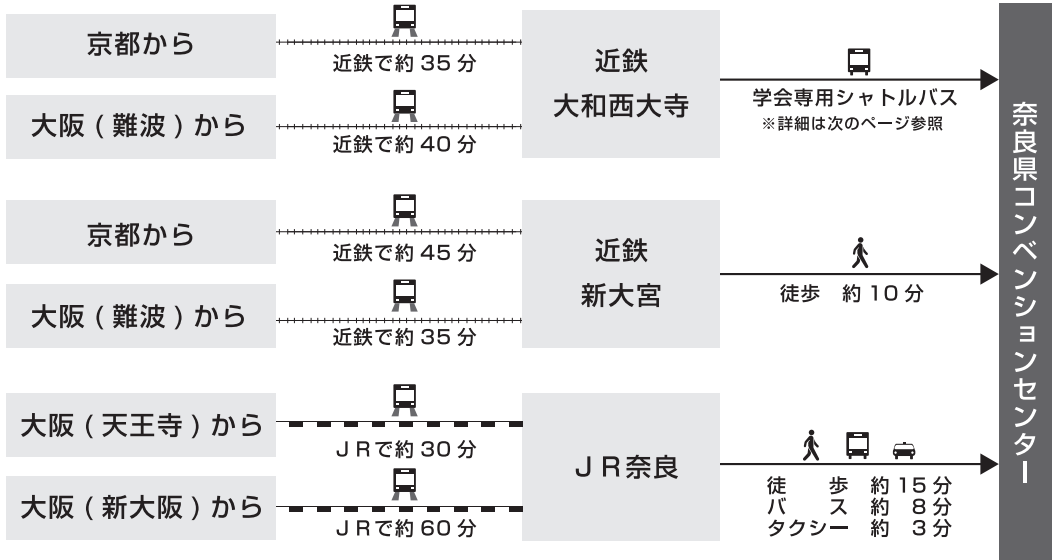
#### ■ 会 場

奈良県コンベンションセンター 〒630-8013 奈良県奈良市三条大路一丁目 691-1 TEL: 0742-32-2290  
 JW マリオット・ホテル奈良 〒630-8013 奈良県奈良市三条大路一丁目 1-1 TEL: 0742-36-6000

#### ■ 交通案内図



■鉄道をご利用の場合



奈良交通バスの主な運行情報


【近鉄新大宮駅から】

- ・ 27・28・160・161・162 系統 「奈良市庁前」下車すぐ

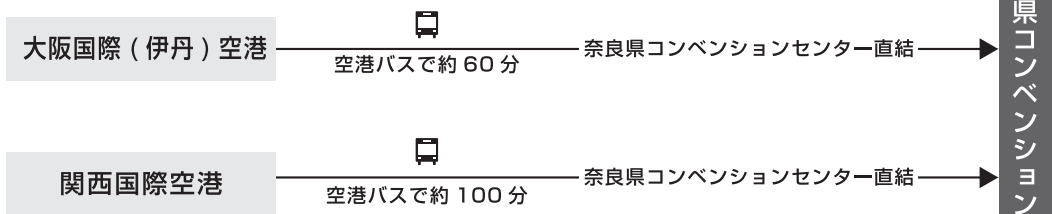
【JR 奈良駅から】

- ・ 27・28・160・161・162 系統 「奈良市庁前」下車すぐ
- ・ 48・63・72・78・88・98 系統 「三笠中学校前」下車すぐ

奈良バスナビ web



■飛行機をご利用の場合



時刻表（奈良交通ホームページ）

大阪国際（伊丹）空港	関西国際空港
	



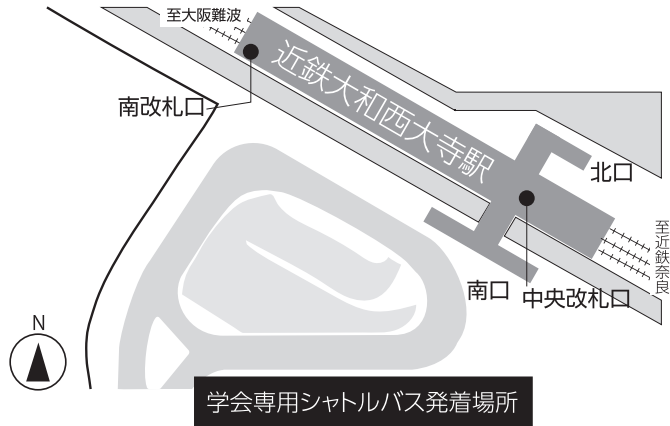
■学会専用シャトルバス時刻表

時刻表は右記 QR コードからアクセスをお願いします

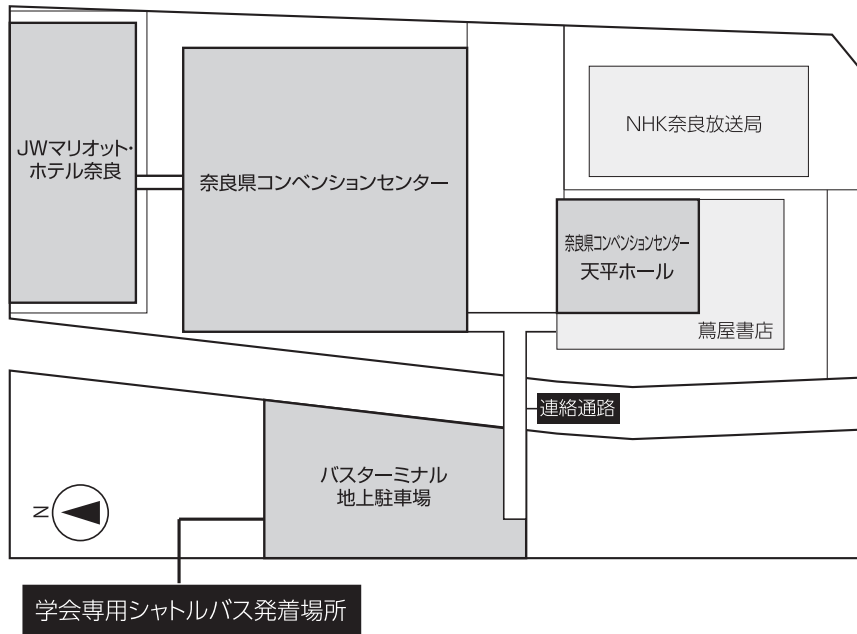


■学会専用シャトルバス発着場所

近鉄大和西大寺駅



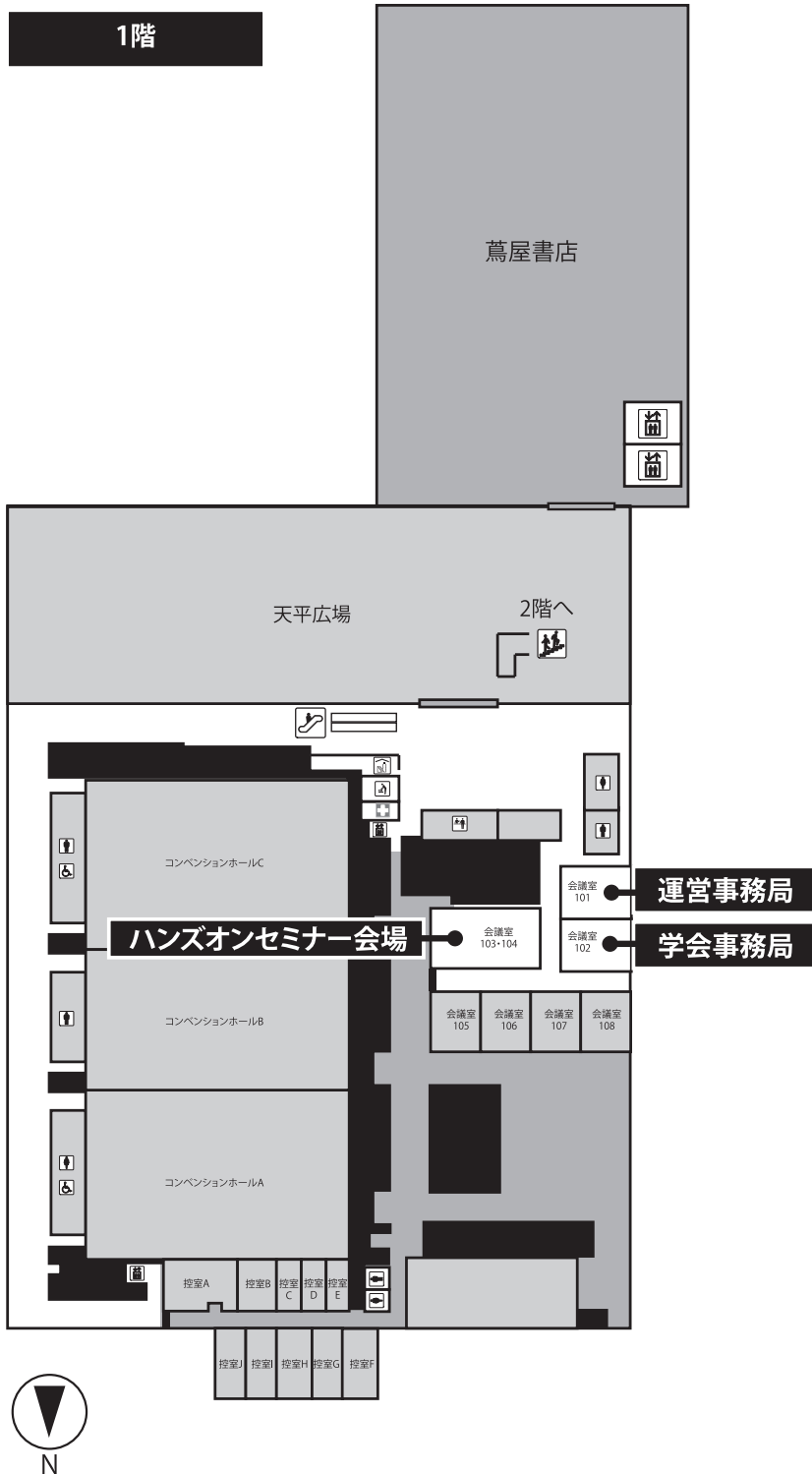
奈良県コンベンションセンター

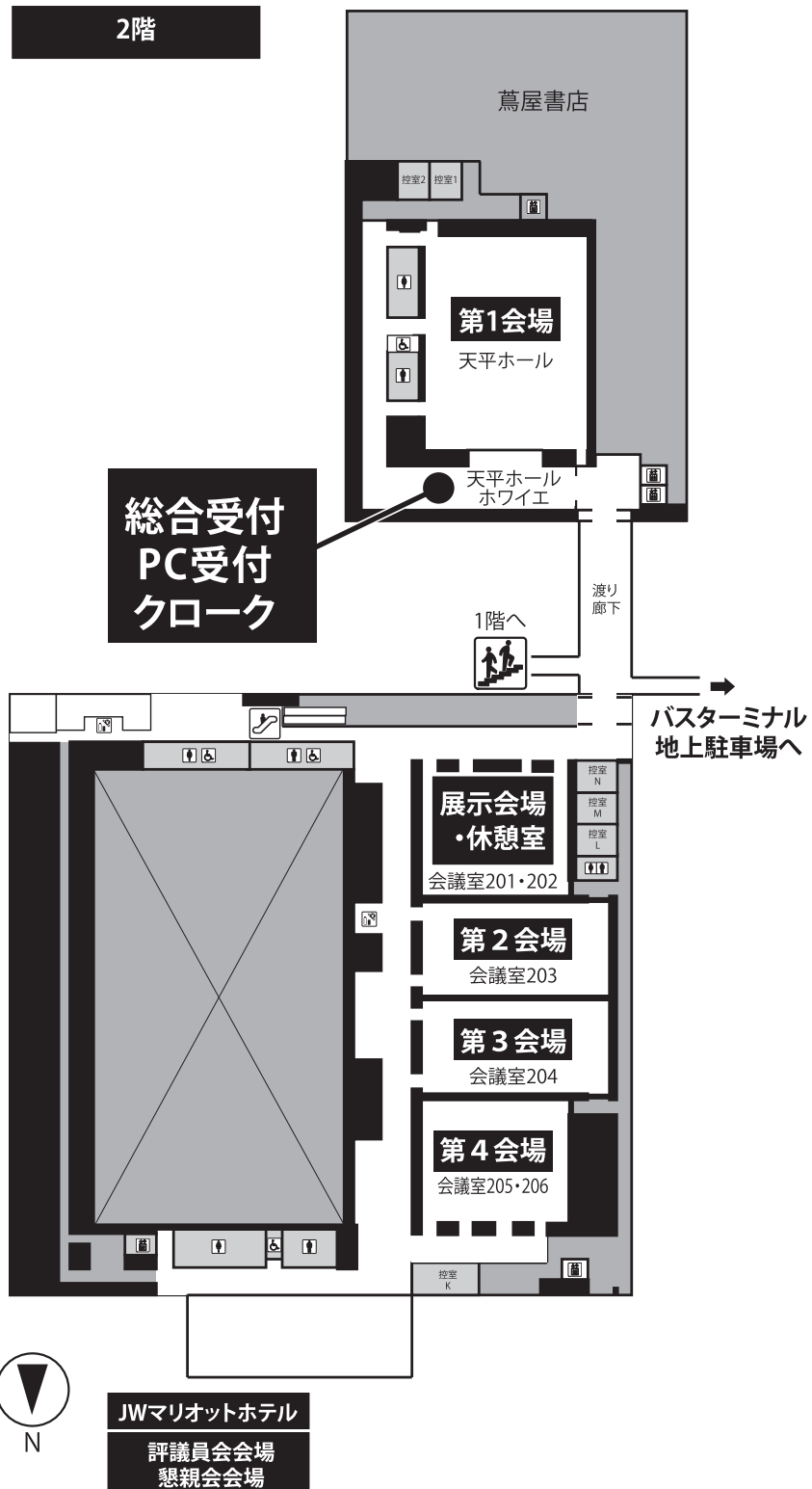


JW マリriott・ホテル奈良のシャトルバスもご利用いただけます  
詳しくは右記 QR コードからアクセスをお願いします



<各会場案内図>





学会進行表

■2024年6月15日（土）奈良県コンベンションセンター

	第1会場 天平ホール	第2会場 会議室203	第3会場 会議室204	第4会場 会議室205・206	ハンズオンセミナー 会場 会議室103・104	JWマリオット・ ホテル奈良 (2F)	展示会場 会議室201・ 202
9:00							
10:00							
11:00							
11:50	開会式						
12:00	12:00-13:00 ランチョンセミナー1 座長：岡田 英孝 演者：原田美由紀 共催：持田製薬(株)	12:00-13:00 ランチョンセミナー2 座長：鏑本 浩志 演者：小玉美智子 共催：科研製薬(株)					
13:10		13:10-14:04 産科1 (6-11) 座長：神谷 亮雄	13:10-14:13 婦人科2 (19-25) 座長：久 毅	13:10-14:04 婦人科3 (32-37) 座長：天野 創			
14:15	14:15-15:15 優秀演題賞候補1 婦人科部門 (1-5) 座長：馬淵 誠士	14:15-15:18 婦人科1 (12-18) 座長：関山健太郎	14:25-15:19 産科2 (26-31) 座長：最上 晴太	14:15-15:09 産科3 (38-43) 座長：谷村 憲司	14:00-16:00 ハンズオンセミナー 共催：カールスルツ・エンド スコピー・ジャパン(株) エム・シー・メディカル(株)		11:50-16:40 企業展示
15:30	15:30-16:30 特別講演1 共通演習(医療倫理) 座長：前川 亮 演者：赤井 靖宏						
16:40	16:40-17:40 教育セミナー1 座長：出口 雅士 演者：太田 邦明 共催：大塚製薬(株)	16:40-17:40 教育セミナー2 座長：寺井 義人 演者：徳山 治 今井 一章 共催：テルモ(株)	16:40-17:40 教育セミナー3 座長：筒井 建紀 演者：橋本奈美子 共催：ゼリア新薬工業(株)	16:40-17:40 教育セミナー4 座長：村上 節 演者：磯部 真倫 長船 綾子 共催：ジョンソン・エンド・ ジョンソン(株)			
17:40							
18:00						18:00- 懇親会	

## ■2024年6月16日（日）奈良県コンベンションセンター

	第1会場 天平ホール	第2会場 会議室203	第3会場 会議室204	第4会場 会議室205・206	JWマリオット・ ホテル奈良(2F)	展示会場 会議室201・202
8:50	8:50-9:50 優秀演題賞候補2 産科, 生殖医療・ 女性医学部門 (44-48) 座長: 橘 大介	8:50-9:53 婦人科5 (55-61) 座長: 恒遠 啓示	8:50-9:53 婦人科7 (69-75) 座長: 川口 龍二	8:50-9:53 生殖医療・ 女性医学1 (82-88) 座長: 伊藤 文武		
10:00	10:00-10:50 第150回記念講演 祝辞: 石渡 勇 加藤 聖子 座長: 小西 郁生 演者: 木村 正					
11:00	11:00-12:00 教育セミナー5 座長: 伊藤 公彦 演者: 川口 龍二 共催: 東ソー(株)	11:00-12:00 教育セミナー6 座長: 松村 謙臣 演者: 藤原 聡枝 武隈 宗孝 共催: サノフィ(株)	11:00-12:00 教育セミナー7 座長: 澤田健二郎 演者: 住友 理浩 山口 建 共催: 武田薬品工業(株)	11:00-12:00 教育セミナー8 座長: 井崑 一彦 演者: 梶山 広明 共催: (株)ツムラ		
12:10	12:10-13:10 ランチョンセミナー3 座長: 最上 晴太 演者: 三杵 卓也 共催: 日本新薬(株)	12:10-13:10 ランチョンセミナー4 座長: 大道 正英 演者: 吉野 潔 共催: アストラゼネカ(株) MSD(株)	12:10-13:10 ランチョンセミナー5 座長: 森 泰輔 演者: 濱西 潤三 共催: エーザイ(株) MSD(株)	12:10-13:10 ランチョンセミナー6 座長: 角 俊幸 演者: 森 繭代 共催: MSD(株)	12:10-13:10 評議員会	8:50-16:20 企業展示
13:20	13:20-13:50 総会					
13:50	13:50-14:05 学術奨励賞受賞 講演 座長: 矢本 希夫					
14:10	14:10-15:04 婦人科4 (49-54) 座長: 市村 友季	14:10-15:13 婦人科6 (62-68) 座長: 馬淵 泰士	14:10-15:04 産科4 (76-81) 座長: 田中 宏幸	14:10-15:04 産科5 (89-94) 座長: 川崎 薫		
15:20	15:20-16:20 特別講演2 (指導医講習会) 座長: 木村 文則 演者: 岡田 俊					
16:25	優秀演題賞表彰式, 閉会式					
16:40						

**第150回記念講演**

■ 6月16日（日）10：00～10：50 第1会場 天平ホール（2階）

**「少子高齢化社会における産婦人科医療，日本産婦人科医会と近畿産科婦人科学会の共働」**

祝辞：日本産婦人科医会 会長  
石渡産婦人科病院 院長

石渡 勇先生

**「日本産科婦人科学会における近畿産科婦人科学会の役割」**

祝辞：日本産科婦人科学会 理事長  
九州大学大学院医学研究院生殖病態生理学 教授

加藤 聖子先生

**「近畿産科婦人科学会の歴史」**

座長：日本産科婦人科学会 元理事長  
京都医療センター 名誉院長・特任研究員

小西 郁生先生

演者：日本産科婦人科学会 監事（前理事長）  
大阪大学 名誉教授  
堺市立病院機構 理事長

木村 正先生

## 特別講演 1 共通講習 (医療倫理)

■ 6月15日 (土) 15:30 ~ 16:30 第1会場 天平ホール (2階)

「『タイパ』時代の共同意思決定 (SDM) を考える」

座長：奈良県立医科大学産婦人科学講座 講師

前川 亮先生

演者：奈良県立医科大学地域医療学講座 教授

赤井 靖宏先生

## 特別講演 2 (指導医講習会)

■ 6月16日 (日) 15:20 ~ 16:20 第1会場 天平ホール (2階)

「産婦人科医、医局員のメンタルヘルスを考える」

座長：奈良県立医科大学産婦人科学講座 教授

木村 文則先生

演者：奈良県立医科大学精神医学講座 教授

岡田 俊先生

## 学術奨励賞受賞講演

■ 6月16日 (日) 13:50 ~ 14:05 第1会場 天平ホール (2階)

「次世代シーケンサーを用いた流産絨毛・胎児組織染色体異数性の解析」

座長：2023年度 近畿産科婦人科学会 会長

矢本 希夫先生

演者：大阪大学大学院医学系研究科産科婦人科学教室

本多 秀峰先生

## ランチョンセミナー 1～6

■ 6月15日（土）12：00～13：00 第1会場 天平ホール（2階）

### 1. 「子宮内膜症患者に対するベストプラクティスを考える」

座長：関西医科大学医学部産科学・婦人科学 主任教授

岡田 英孝先生

演者：東京大学大学院医学系研究科産婦人科学 准教授

原田美由紀先生

共催：持田製薬株式会社

■ 6月15日（土）12：00～13：00 第2会場 会議室203（2階）

### 2. 「我々は骨盤臓器脱をどう治療すべきなのか？」

座長：兵庫医科大学産科婦人科学講座 教授

鏑本 浩志先生

演者：大阪大学大学院医学系研究科産科学婦人科学教室 講師

小玉美智子先生

共催：科研製薬株式会社

■ 6月16日（日）12：10～13：10 第1会場 天平ホール（2階）

### 3. 「妊産婦の鉄欠乏性貧血への新しいアプローチ」

座長：京都大学医学部婦人科学産科学教室 講師

最上 晴太先生

演者：大阪公立大学大学院医学研究科女性生涯医学 准教授

三枚 卓也先生

共催：日本新薬株式会社

■ 6月16日（日）12：10～13：10 第2会場 会議室203（2階）

### 4. 「最新の卵巣がんの初回と再発治療を考える」

座長：大阪医科薬科大学産婦人科学教室 教授

大道 正英先生

演者：産業医科大学産婦人科学 教授

吉野 潔先生

共催：アストラゼネカ株式会社, MSD株式会社



**■ 6月16日（日）12：10～13：10 第3会場 会議室204（2階）****5. 「子宮体癌診療の新しい光と影：低侵襲手術から集学的がん免疫療法」**

座長：京都府立医科大学大学院医学研究科女性生涯医科学 教授 森 泰輔先生  
演者：京都大学医学部婦人科学産科学教室 准教授 濱西 潤三先生  
共催：エーザイ株式会社, MSD株式会社

**■ 6月16日（日）12：10～13：10 第4会場 会議室205・206（2階）****6. 「今こそAll Japanで！ワクチン接種で子宮頸がんを過去の疾病へ」**

座長：大阪公立大学大学院医学研究科女性病態医学 教授 角 俊幸先生  
演者：東京大学医学部附属病院女性診療科・産科, 女性外科 講師 森 繭代先生  
共催：MSD株式会社

## 教育セミナー 1～8

### ■ 6月15日（土）16：40～17：40 第1会場 天平ホール（2階）

#### 1. 「栄養素・サプリメントは次世代型産婦人科医療に必要か？ ～プレコンセプションケアから女性ヘルスケアへの包括的な支援を目指して～」

座長：神戸大学大学院医学研究科外科系講座産科婦人科学分野 特命教授 出口 雅士先生  
演者：川崎医科大学産婦人科 特任准教授 太田 邦明先生  
共催：大塚製薬株式会社

### ■ 6月15日（土）16：40～17：40 第2会場 会議室203（2階）

#### 2-1. 「RASH～手術の定型化から大型子宮に対するRASH～」

座長：神戸大学大学院医学研究科外科系講座産科婦人科学分野 特命教授 寺井 義人先生  
演者：大阪市立総合医療センター 婦人科内視鏡手術センター長 徳山 治先生  
共催：テルモ株式会社

#### 2-2. 「ロボット支援下による新たな surgical approach ～Robotic-vNOTES-hysterectomy～」

座長：神戸大学大学院医学研究科外科系講座産科婦人科学分野 特命教授 寺井 義人先生  
演者：横浜市立市民病院産婦人科 医長，婦人科内視鏡手術センター長 今井 一章先生  
共催：テルモ株式会社

### ■ 6月15日（土）16：40～17：40 第3会場 会議室204（2階）

#### 3. 「産婦人科医と貧血～我々は貧血とどう付き合うべきか？」

座長：地域医療機能推進機構（JCHO）大阪病院産婦人科 診療部長 筒井 建紀先生  
演者：日本生命病院産婦人科 部長 橋本奈美子先生  
共催：ゼリア新薬工業株式会社

■ 6月15日（土）16：40～17：40 第4会場 会議室205・206（2階）

4-1. 「鏡視下時代の手術教育  
～ロボット，腹腔鏡，指導医，修練医，様々な視点から～」

座長：滋賀医科大学産科学婦人科学講座 教授 村上 節先生  
 演者：岐阜大学医学系研究科生殖・発育医学講座産科婦人科学 教授 磯部 真倫先生  
 共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

4-2. 「市中病院における内視鏡手術習得に対する教育」

座長：滋賀医科大学産科学婦人科学講座 教授 村上 節先生  
 演者：刈谷豊田総合病院産婦人科 管理部長 長船 綾子先生  
 共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

■ 6月16日（日）11：00～12：00 第1会場 天平ホール（2階）

5. 「卵巣癌マーカーTFPI2のリアルワールドにおけるデータ」

座長：関西ろうさい病院 副院長，産婦人科 部長，遺伝子診療科 部長 伊藤 公彦先生  
 演者：奈良県立医科大学産婦人科学講座 准教授 川口 龍二先生  
 共催：東ソー株式会社

■ 6月16日（日）11：00～12：00 第2会場 会議室203（2階）

6-1. 「再発子宮頸癌に対する二次治療」

座長：近畿大学医学部産科婦人科学教室 教授 松村 謙臣先生  
 演者：大阪医科薬科大学産婦人科学教室 講師 藤原 聡枝先生  
 共催：サノフィ株式会社

6-2. 「進行再発子宮頸癌治療の治療開発の展開」

座長：近畿大学医学部産科婦人科学教室 教授 松村 謙臣先生  
 演者：静岡がんセンター婦人科 医長 武隈 宗孝先生  
 共催：サノフィ株式会社

## ■ 6月16日（日）11：00～12：00 第3会場 会議室204（2階）

## 7-1. 「進行卵巣癌における薬物療法＝日々のCQから考える＝」

座長：大阪大学大学院医学系研究科産科学婦人科学教室 准教授 澤田健二郎先生  
演者：天理よろづ相談所病院産婦人科 部長 住友 理浩先生  
共催：武田薬品工業株式会社

## 7-2. 「卵巣癌治療におけるQOLの考え方と評価法」

座長：大阪大学大学院医学系研究科産科学婦人科学教室 准教授 澤田健二郎先生  
演者：京都大学医学部婦人科学産科学教室 講師 山口 建先生  
共催：武田薬品工業株式会社

## ■ 6月16日（日）11：00～12：00 第4会場 会議室205・206（2階）

## 8. 「女性の不調に対する漢方薬～がん領域を中心に～」

座長：和歌山県立医科大学産科婦人科学教室 教授 井篁 一彦先生  
演者：名古屋大学大学院医学系研究科産婦人科学 教授 梶山 広明先生  
共催：株式会社ツムラ

## 子宮鏡ハンズオンセミナー

## ■ 6月15日（土）14：00～16：00 ハンズオンセミナー会場 会議室103・104（1階）

## 「子宮鏡を体験する～細径硬性子宮鏡と組織切除回収システムに触れてみる！～」

講師：医療法人清和会HMレディースクリニック銀座 院長 升田 博隆先生  
兵庫医科大学医学部産科婦人科学講座 准教授 福井 淳史先生  
京都市立病院産婦人科 部長 小芝 明美先生

共催：カールストルツ・エンドスコーピー・ジャパン株式会社, エム・シー・メディカル株式会社

## 一般講演プログラム

■ 6月15日（土）（14：15-15：19）

### [第1会場 天平ホール]

優秀演題賞候補1／婦人科部門（14：15-15：15）

座長：馬淵 誠士

1. ペムプロリズマブの治療効果判定にiRECISTを使用した経験

松本 有加, 田中 有紀, 仲井 千裕, 住永 優里, 田辺優理子, 今竹ひかる,  
岸本 尚也, 露木 大地, 江本 郁子, 天野 泰彰, 安彦 郁

（京都医療センター）

2. 子宮体癌に対するレンバチニブ+ペムプロリズマブ療法の治療効果と好中球／リンパ球比

高田 光紗, 濱西 潤三, 山ノ井康二, 村上 隆介, 嶋村 卓人, 滝 真奈,  
砂田 真澄, 北村 幸子, 山口 建, 万代 昌紀

（京都大学）

3. 子宮体癌に対する子宮全摘, 骨盤リンパ節郭清術のロボット手術と腹腔鏡手術の比較検討

今竹ひかる, 松本 有加, 田中 有紀, 仲井 千裕, 住永 優里, 田辺優理子,  
岸本 尚也, 露木 大地, 江本 郁子, 天野 泰彰, 安彦 郁

（京都医療センター）

4. 腹腔鏡手術時の術中腹水濾過濃縮再静注療法における新規腹水回収方法の導入

米岡 完, 天野 創, 笠原 恭子, 高橋 顕雅, 西村 宙起, 出口 真理,  
山中 弘之, 田中 佑治, 信田 侑里, 中村 暁子, 辻 俊一郎, 村上 節

（滋賀医科大学）

5. 粘液性癌として再発した卵巣粘液性境界悪性腫瘍のゲノム異常の変遷

守本 佳暖<sup>1)</sup>, 滝 真奈<sup>1)</sup>, 渡部 光一<sup>1, 2)</sup>, 山ノ井康二<sup>1)</sup>, 村上 隆介<sup>1)</sup>,  
垣内 伸之<sup>2, 3)</sup>, 山口 建<sup>1)</sup>, 濱西 潤三<sup>1)</sup>, 小川 誠司<sup>2)</sup>, 万代 昌紀<sup>1)</sup>

（<sup>1)</sup> 京都大学, <sup>2)</sup> 同・医学研究科腫瘍生物学講座, <sup>3)</sup> 同・白眉センター）

### [第2会場 会議室203]

産科1（13：10-14：04）

座長：神谷 亮雄

6. 保存的治療困難な尿路結石合併妊娠に対して尿管ステント留置が奏効した2例

藤東 温子, 長嶋 愛子, 黒川 真侑, 中井 建策, 林 雅美, 和田 卓磨,  
中川佳代子, 田中 和東, 西尾 順子, 石河 修

（泉大津市立病院）

7. 確定診断前の早期介入の重要性を認識した劇症型A群溶連菌（GAS）感染症の1例  
藤岡 悠介, 松本真理子, 垣淵 晃代, 太田 早希, 小暮 藍, 山田 惇之,  
大谷 真弘, 高岡 宰, 明石 京子, 大久保智治  
(京都第一赤十字病院周産期総合医療センター)
8. 胎児甲状腺機能低下症と診断した胎児甲状腺腫の1例  
末次 雅保, 志村 光揮, 片山 晃久, 田中佑輝子, 藁谷深洋子, 森 泰輔  
(京都府立医科大学)
9. 妊娠時の疼痛管理に硬膜外麻酔が有効であった2例  
佐川 翔子<sup>1)</sup>, 吉元 千陽<sup>1)</sup>, 中谷 真豪<sup>1)</sup>, 笹森 博貴<sup>1)</sup>, 福井 寛子<sup>1)</sup>,  
渡辺しおか<sup>1)</sup>, 石橋 理子<sup>1)</sup>, 中山 佳奈<sup>2)</sup>, 佐道 俊幸<sup>1)</sup>  
(<sup>1)</sup> 奈良県総合医療センター, <sup>2)</sup> 同・麻酔科)
10. 子宮腺筋症術後妊娠で子宮破裂をきたしていた1例  
若園 依未, 中島 正敬, 近松 勇門, 北野 照, 山野 和紀, 林 真麻子,  
濱口 史香, 奈倉 道和  
(長浜赤十字病院)
11. 経膈分娩後恥骨結合部に膿瘍を認めた1例  
和田 夏実, 栗原 康, 北田 紘平, 田原 三枝, 羽室 明洋, 中野 朱美,  
三枚 卓也, 橘 大介  
(大阪公立大学)
- 婦人科1 (14:15-15:18) 座長：関山健太郎
12. 尿管同定困難例に対する尿管蛍光ステントを用いた腹腔鏡手術  
施 裕徳, 長又 哲史, 笹川 勇樹, 高橋 良輔, 西本 昌司, 若橋 宣,  
寺井 義人  
(神戸大学)
13. 子宮頸がん治療後、長期無病生存例に生じた膣がんの1例  
島崎 郁司, 中川 倫子, 札場 恵, 南野 成則, 松本 佳也  
(市立岸和田市民病院)
14. 妊娠中絶し根治治療を行った子宮頸部悪性腫瘍の3例  
綾野 沙羅, 伊東 史学, 岡本 美穂, 黒瀬 苑水, 竹田 善紀, 新納恵美子,  
谷口真紀子, 豊田 進司, 喜多 恒和, 佐道 俊幸  
(奈良県総合医療センター)
15. 子宮頸部混合型小細胞内分泌癌の1例  
八木真里奈, 田坂 玲子, 植木 麻友, 関 莉穂, 和田 卓磨, 山内 真,  
福田 武史, 安井 智代, 角 俊幸  
(大阪公立大学)
16. 膣原発悪性リンパ腫および転移性子宮癌の診断にCTガイド下生検が有用であった2症例  
東浦 友美<sup>1)</sup>, 穴井 洋<sup>2)</sup>, 春田 典子<sup>1)</sup>, 藤井 肇<sup>1)</sup>, 赤坂往倫範<sup>1)</sup>,  
延原 一郎<sup>1)</sup>, 原田 直哉<sup>1)</sup>  
(<sup>1)</sup> 市立奈良病院, <sup>2)</sup> 同・放射線科)
17. 子宮頸部細胞診を契機に劇症型A群溶連菌感染症をきたした1例  
福井 希実, 徳重 悠, 福田 真優, 水野友香子, 定本 怜子, 平山 貴裕,  
小林 弘尚, 前田万里紗, 中川江里子, 岩見州一郎  
(大阪赤十字病院)

## 18. LEEP式子宮頸部円錐切除におけるルゴール・ヨードの有用性について

豊田 進司, 伊東 史学, 中谷 真豪, 黒瀬 苑水, 笹森 博貴, 福井 寛子,  
竹田 善紀, 新納恵美子, 谷口真紀子, 喜多 恒和, 佐道 俊幸

(奈良県総合医療センター)

## [第3会場 会議室204]

## 婦人科2 (13:10-14:13)

座長: 久 毅

## 19. MSI-High進行子宮体癌に対してペムプロリズマブが奏効した1例

関 莉穂, 山内 真, 千菊 智紀, 内倉慧二郎, 和田 卓磨, 田坂 玲子,  
福田 武史, 安井 智代, 角 俊幸

(大阪公立大学)

## 20. 症候性脳梗塞発症前に診断できた早期子宮体癌に伴うTrousseau症候群の1例

甲斐 志織<sup>1)</sup>, 城 道久<sup>1)</sup>, 北井 沙和<sup>1)</sup>, 大木 規義<sup>1)</sup>, 渡邊 隆弘<sup>2)</sup>,  
吉田 茂樹<sup>1)</sup>

(<sup>1)</sup>千船病院 <sup>2)</sup>同・病理診断科)

## 21. 巨大筋腫で生検不能な内膜をMR拡散強調像で悪性を疑い術後に子宮体癌と診断した1例

一宮 素奈<sup>1)</sup>, 城 道久<sup>1)</sup>, 根来 柚衣<sup>1)</sup>, 前田 哲雄<sup>2)</sup>, 渡邊 隆弘<sup>3)</sup>,  
大木 規義<sup>1)</sup>, 吉田 茂樹<sup>1)</sup>

(<sup>1)</sup>千船病院 <sup>2)</sup>同・画像診断科 <sup>3)</sup>同・病理診断科)

## 22. アドリアマイシン投与後に心不全を来した子宮体癌の1例

原マイケルシャノン<sup>1)</sup>, 甲村奈緒子<sup>1)</sup>, 永瀬 慶和<sup>1)</sup>, 岡木 啓<sup>1)</sup>,  
仲尾 有美<sup>1)</sup>, 市川 冬輝<sup>1)</sup>, 田中あすか<sup>1)</sup>, 吉村 明彦<sup>1)</sup>, 増田 公美<sup>1)</sup>,  
岡藤 博<sup>1)</sup>, 荻田 和秀<sup>2)</sup>, 横井 猛<sup>1)</sup>

(<sup>1)</sup>市立貝塚病院, <sup>2)</sup>りんくう総合医療センター)

## 23. 子宮体部原発肝様腺癌の1例

淡路 拓也, 市川 冬輝, 原マイケルシャノン, 岡木 啓, 仲尾 有美,  
永瀬 慶和, 甲村奈緒子, 田中あすか, 吉村 明彦, 増田 公美, 岡 藤博,  
横井 猛

(市立貝塚病院)

## 24. 子宮に嚢胞を形成した腺扁平上皮癌の1例

品田 衣里, 橋田 宗祐, 田中 良道, 山田 隆司, 大道 正英 (大阪医科薬科大学)

## 25. 子宮肉腫の下大静脈内再発に対して, 下大静脈切除および人工血管置換術を行った1例

石井 裕友<sup>1)</sup>, 中川 慧<sup>1)</sup>, 角田 守<sup>1)</sup>, 戸田有朱香<sup>1)</sup>, 木瀬 康人<sup>1)</sup>,  
瀧内 剛<sup>1)</sup>, 小玉美智子<sup>1)</sup>, 橋本 香映<sup>1)</sup>, 上田 豊<sup>1)</sup>, 澤田健二郎<sup>1)</sup>,  
木村 正<sup>1)</sup>, 島村 和男<sup>2)</sup>

(<sup>1)</sup>大阪大学, <sup>2)</sup>同・心臓血管外科)

## 産科2 (14:25-15:19)

座長：最上 晴太

26. 妊娠中期の羊水過少を伴う胎児発育不全に対し人工羊水注入により正常産児を得た1例  
澤田 史奈<sup>1)</sup>, 城 道久<sup>1)</sup>, 桂 大輔<sup>2)</sup>, 伊賀川奨大<sup>1)</sup>, 中山 佳奈<sup>1)</sup>,  
光岡真優香<sup>1)</sup>, 村上 節<sup>2)</sup>, 吉田 茂樹<sup>1)</sup> ( <sup>1)</sup> 千船病院, <sup>2)</sup> 滋賀医科大学)
27. 子宮上部の臍帯側方付着および広範囲に卵膜上血管を認めたType 3前置血管の1例  
佐野 友香, 城 道久, 清瀬ますみ, 鈴木裕紀子, 伊賀川奨大, 吉田 茂樹  
(千船病院)
28. 前期破水の双胎にdelayed interval deliveryを行った1例  
西山 大喜, 小松 摩耶, 猪早阿紗子, 高倉 賢人, 山口 綾香, 千草 義継,  
最上 晴太, 万代 昌紀 (京都大学)
29. 頸管長測定時, 外子宮口を的確に捉えるための工夫-オリーブオイルで, 明瞭化できる-  
小泉 清<sup>1)</sup>, 西谷 康子<sup>2)</sup> ( <sup>1)</sup> 河内総合病院, <sup>2)</sup> ジュンレディースクリニック千里丘)
30. 前期破水管理中に敗血症性ショックに至った症例  
山岡 大真, 植村 遼, 荒木 裕子, 駿河まどか, 長辻真樹子, 沖 絵梨,  
松木 厚, 柳井 咲花, 片山 浩子, 西本 幸代, 中村 博昭, 中本 収  
(大阪市立総合医療センター)
31. 当院で経験したBreus'mole (巨大絨毛膜下血腫) 4例の妊娠転帰の後方視的検討  
日野友紀子, 前川 亮, 竹田 佳奈, 美並 優希, 樋口 渚, 脇 啓太,  
前花 知果, 山中彰一郎, 牧野 佑子, 市川麻祐子, 木村 文則  
(奈良県立医科大学)

## [第4会場 会議室205・206]

## 婦人科3 (13:10-14:04)

座長：天野 創

32. 卵巣悪性腫瘍の幼児に対し腹腔鏡下手術を施行しJEP療法が著効した1例  
秋月 皐佑, 丸岡 寛, 土橋 裕允, 寺田 信一, 古形 祐平, 田中 智人,  
大道 正英 (大阪医科薬科大学)
33. HRD症例に対するニラパリブの使用経験  
久保光太郎, 関 典子, 田中 佑衣, 清元 志保, 谷村 吏香, 楠元 理恵,  
平田 智子, 西條 昌之, 玉田 祥子, 河合 清日, 中山 朋子, 小高 晃司,  
水谷 靖司 (姫路赤十字病院)



## 34. 当院でのNiraparibの使用経験について

坂元 優太, 梅原 健耶, 中谷沙也佳, 穂西 実加, 長安 実加, 安川 久吉,  
赤田 忍 (大阪はびきの医療センター)

## 35. 新規卵巣癌マーカーTFPI2の分子生物学的特徴, 特に凝固促進作用に関して

小林 浩, 今中 聖悟, 橋本 平嗣 (医療法人平治会ミズクリニクメイワン)

## 36. 初回化学療法中に心タンポナーデを発症した腹膜癌の1例

楠元 理恵, 関 典子, 田中 佑衣, 清元 志保, 谷村 吏香, 平田 智子,  
西條 昌之, 玉田 祥子, 久保光太郎, 河合 清日, 中山 朋子, 水谷 靖司  
(姫路赤十字病院)

## 37. 再発卵巣癌治療中に皮膚筋炎を呈した1例

増山 洋平, 福井 陽介, 杉本澄美玲, 河原 直紀, 岩井 加奈, 山田 有紀,  
川口 龍二, 木村 文則 (奈良県立医科大学)

## 産科3 (14:15-15:09)

座長: 谷村 憲司

## 38. 関係各所への連絡時間短縮のためにスマホアプリを試用した, 超緊急帝王切開シミュレーションの報告

車野 晃大<sup>1)</sup>, 脇 啓太<sup>1)</sup>, 紀之 本茜<sup>2)</sup>, 美並 優希<sup>1)</sup>, 樋口 渚<sup>1)</sup>, 日野友紀子<sup>1)</sup>,  
前花 知果<sup>1)</sup>, 山中彰一郎<sup>1)</sup>, 牧野 佑子<sup>1)</sup>, 市川麻祐子<sup>1)</sup>, 前川 亮<sup>1)</sup>, 木村 文則<sup>1)</sup>  
(<sup>1)</sup> 奈良県立医科大学, <sup>2)</sup> 同・麻酔科学教室)

## 39. 分娩後貧血に対する高用量静注鉄剤デライソマルトース第二鉄の有用性に関する検討

黄 彩実, 川崎 薫, 城 玲央奈, 森内 芳, 葉 宜慧, 松村 謙臣  
(近畿大学)

## 40. 当院における過去5年間の分娩後異常出血に対する輸血症例の検討

谷村 吏香, 清元 志保, 田中 佑衣, 平田 智子, 楠元 理恵, 西條 昌之,  
玉田 祥子, 久保光太郎, 河合 清日, 中山 朋子, 関 典子, 小高 晃嗣,  
水谷 靖司 (姫路赤十字病院)

## 41. 子宮体下部前壁付着胎盤に対する帝王切開の工夫-modified Ward-

川島 皓雄, 栗原 康, 北田 紘平, 田原 三枝, 羽室 明洋, 中野 朱美,  
三枚 卓也, 橘 大介 (大阪公立大学)

## 42. 癒着胎盤に対して子宮動脈塞栓術を施行後胎盤用手剥離し得た1例

姜 雅衣, 松木 貴子, 山下 央, 田村 聡, 小川 萌, 益田 真志,  
松山佳奈子, 濱田 真一, 大西 淳仁, 宮武 崇, 山崎 正人, 村田 雄二  
(バルランド総合病院)

## 43. 無痛分娩後の高度貧血を契機に経膈超音波で診断した無症候性非癒着子宮破裂の1例

中山 佳奈, 城 道久, 清瀬ますみ, 北 采加, 稲垣美恵子, 吉田 茂樹  
(千船病院)

## ■ 6月16日（日）（8：50-15：04）

## [第1会場 天平ホール]

優秀演題賞候補2 / 産科, 生殖医療・女性医学部門（8：50-9：50） 座長：橋 大介

44. 当院で管理した前置血管90例についての検討-管理方針の確立に向けて-  
菊池 太貴, 北田 紘平, 栗原 康, 田原 三枝, 羽室 明洋, 中野 明美,  
三枚 卓也, 橋 大介 (大阪公立大学)

45. 待機管理を行った超早産期の臨床的絨毛膜羊膜炎症例の母児の短期予後  
清田 敦子, 山本瑠美子, 山本 亮, 林 周作, 石井 桂介  
(大阪母子医療センター)

46. 帝王切開後の血腫感染の保存的加療に関する予後予測因子の検討  
村上のどか, 横江 巧也, 西端 修平, 安原 由貴, 神谷 亮雄, 森川 守,  
岡田 英孝 (関西医科大学)

47. 妊娠中期の随時血糖測定による妊娠糖尿病スクリーニングの問題点  
富本 雅子, 谷村 憲司, 益子 尚久, 内田 明子, 高橋 良輔, 今福 仁美,  
出口 雅士, 寺井 義人 (神戸大学)

48. 当科で管理した血友病A・B保因者の妊娠・分娩の後方視的検討  
牧野 佑子, 前川 亮, 竹田 佳奈, 美並 優希, 樋口 渚, 日野友紀子,  
脇 啓太, 前花 知果, 山中彰一郎, 市川麻祐子, 木村 文則 (奈良県立医科大学)

婦人科4（14：10-15：04） 座長：市村 友季

49. 高度貧血, 腎不全, 菌血症を来した子宮筋層内巨大水腫様変性筋腫の1例  
瀧口 義弘, 高木 力, 下向 麻由, 松原 侑子, 内田 学, 坂本 能基  
(耳原総合病院)

50. 閉経後巨大子宮筋腫により腎盂腎炎をきたし敗血症性ショックに至った1例  
岡木 啓<sup>1)</sup>, 増田 公美<sup>1)</sup>, 原マイケルシャノン<sup>1)</sup>, 仲尾 有美<sup>1)</sup>,  
市川 冬輝<sup>1)</sup>, 永瀬 慶和<sup>1)</sup>, 甲村奈緒子<sup>1)</sup>, 田中あすか<sup>1)</sup>, 吉村 明彦<sup>1)</sup>,  
岡藤 博<sup>1)</sup>, 荻田 和秀<sup>2)</sup>, 横井 猛<sup>1)</sup>  
(<sup>1)</sup>市立貝塚病院, <sup>2)</sup>りんくう総合医療センター)

51. DICとDVTを併発し両下腿壊疽に至った巨大子宮筋腫の1例  
竹村 昌親, 武藤はる香, 橋本 侑美, 隅蔵 智子, 二階堂菜月, 浅野 啓太,  
加藤 愛理, 海野ひかり, 久保田 哲, 松崎 聖子, 岩宮 正, 竹村 昌彦  
(大阪急性期総合医療センター)

## 52. 自然発生のparasitic myomaの形成過程を捉えた1例

柴田 直輝<sup>1)</sup>, 城 道久<sup>1)</sup>, 大木 規義<sup>1)</sup>, 渡邊 隆弘<sup>2)</sup>, 二木ひとみ<sup>1)</sup>,  
吉田 茂樹<sup>1)</sup> (1) 千船病院, 2) 同・病理診断科)

## 53. 右総腸骨静脈内進展を伴うCotyledonoid dissecting leiomyomaの1例

大槻 摩弥<sup>1)</sup>, 木瀬 康人<sup>1)</sup>, 角田 守<sup>1)</sup>, 戸田有朱香<sup>1)</sup>, 中川 慧<sup>1)</sup>,  
瀧内 剛<sup>1)</sup>, 小玉美智子<sup>1)</sup>, 橋本 香映<sup>1)</sup>, 上田 豊<sup>1)</sup>, 澤田健二郎<sup>1)</sup>,  
太田 崇詞<sup>2)</sup>, 木村 正<sup>1)</sup> (1) 大阪大学, 2) 同・放射線診断科・IVR科)

## 54. びまん性平滑筋腫症の6例

山本 貴子, 川崎 薫, 新垣 紀子, 加嶋 洋子, 太田真見子, 城 玲央奈,  
森内 芳, 黄 彩実, 葉 宜慧, 高矢 寿光, 貫戸 明子, 小谷 泰史,  
中井 英勝, 松村 謙巨 (近畿大学)

## [第2会場 会議室203]

## 婦人科5 (8:50-9:53)

座長: 恒遠 啓示

## 55. ロボット支援下子宮悪性腫瘍手術後に認めたポートサイトヘルニアの1例

田邊更衣子, 三木 通保, 金澤 玲佳, 中村 美裕, 白神 碧, 荻野 敦子,  
前田振一郎, 山添紗恵子, 松林 彩, 林 信孝, 大竹 紀子, 青木 卓哉  
(神戸市立医療センター中央市民病院)

## 56. 当院における開腹下筋腫核出術の工夫-ターニケット法の併用-

藤崎 佳乃, 八田 幸治, 植田 真帆, 北山 和樹, 金光 麻衣, 志村 寛子,  
角田紗保里, 宮本真由子, 小和 貴雄, 田中 絢香, 高山 敬範, 佐伯 典厚,  
橋本奈美子 (日本生命病院)

## 57. 大腸憩室炎による子宮頸部の瘻孔に対して、腹腔鏡下手術で根治した1例

松谷 和奈<sup>1)</sup>, 増田 公美<sup>1)</sup>, 仲尾 有美<sup>1)</sup>, 市川 冬輝<sup>1)</sup>, 永瀬 慶和<sup>1)</sup>,  
甲村奈緒子<sup>1)</sup>, 田中あすか<sup>1)</sup>, 吉村 明彦<sup>1)</sup>, 岡 藤博<sup>1)</sup>, 荻田 和秀<sup>2)</sup>,  
横井 猛<sup>1)</sup> (1) 市立貝塚病院, 2) りんくう総合医療センター)

## 58. 頸部筋腫での子宮動脈上行枝の偏移を逆に利用し安全に腹腔鏡下子宮全摘術を行った2例

小島 怜, 城 道久, 荅原つばさ, 根来 柚衣, 大木 規義, 吉田 茂樹  
(千船病院)

## 59. MTX全身投与療法後に子宮内容除去術を実施し子宮温存が可能であった頸管妊娠の1例

中前亜季子<sup>1)</sup>, 角 真徳<sup>1)</sup>, 松谷 和奈<sup>1)</sup>, 山下 紗弥<sup>1)</sup>, 古谷毅一郎<sup>1)</sup>,  
張 良実<sup>1)</sup>, 坪内 弘明<sup>1)</sup>, 鹿戸佳代子<sup>1)</sup>, 横井 猛<sup>2)</sup>, 荻田 和秀<sup>1)</sup>  
(1) りんくう総合医療センター, 2) 市立貝塚病院)

60. メトトレキサート (MTX) 投与後経過観察中に破裂し虫垂間膜妊娠と判明した1例  
大柳 亮, 田中江里子, 馬場 航平, 須賀 清夏, 城戸絵里奈, 三好ゆかり,  
金 美娘, 雨宮 京夏 (市立伊丹病院)
61. 術後S状結腸穿孔に続発した横隔膜下膿瘍に対し経胃的ドレナージが有効であった1例  
飯藤 啓高, 白神 裕士, 横江 巧也, 久松 洋司, 村田 紘未, 橋本 佳子,  
北 正人, 岡田 英孝 (関西医科大学)
- 婦人科6 (14:10-15:13) 座長: 馬淵 泰士
62. 術前に卵巣癌を疑われた悪性リンパ腫の1例  
安井 友紀, 橋本 香映, 角田 守, 中川 慧, 戸田有朱香, 木瀬 康人,  
瀧内 剛, 小玉美智子, 上田 豊, 澤田健二郎, 木村 正 (大阪大学)
63. 術後診断で悪性リンパ腫と判明した卵巣腫瘍の1例  
二階堂菜月, 松崎 聖子, 久林 侑美, 浅野 啓太, 八木 太郎, 伊藤 風太,  
加藤 愛理, 海野ひかり, 武藤はる香, 久保田 哲, 隅藏 智子, 岩宮 正,  
森重健 一郎, 竹村 昌彦 (大阪急性期総合医療センター)
64. 卵管癌化学療法中の不明熱により診断となった骨髄浸潤を伴う肺サルコイドーシスの1例  
西岡 和弘, 橋口 康弘, 岸本佐知子, 大井 豪一 (近畿大学奈良病院)
65. 巨大卵巣富細胞性線維腫の1例  
武田真一郎, 鱸 暢彦, 西川 真世, 西村 美咲, 岩橋 尚幸, 中田久実子,  
野口 智子, 八幡 環, 溝口 美佳, 堀内 裕子, 馬淵 泰士, 南 佐和子,  
井篁 一彦 (和歌山県立医科大学)
66. 患者の意思確認が困難なため術式決定に苦慮した抗NMDA受容体抗体脳炎の2例  
富士野 爽, 沼田 朋子, 北村 圭広, 山下 優, 菅原 拓也, 黒星 晴夫  
(京都府立医科大学附属北部医療センター)
67. 集学的治療を必要とした悪性卵巣甲状腺腫の経験  
田中 将之, 若橋 宣, 小畑 権大, 喜多ともみ, 森内 航生, 施 祐徳,  
高橋 良輔, 笹川 勇樹, 長又 哲史, 西本 昌司, 寺井 義人 (神戸大学)
68. 術後に妊娠出産に至った, 原発性卵巣平滑筋肉腫の1例  
坂上かれん, 古形 祐平, 西江 瑠璃, 田路 明彦, 橋田 宗祐, 大門 篤史,  
寺田 信一, 藤原 聡枝, 田中 良道, 田中 智人, 藤田 太輔, 大道 正英  
(大阪医科薬科大学)

### [第3会場 会議室204]

婦人科7 (8:50-9:53)

座長：川口 龍二

69. ロボット機種変更に伴い、ファーストトロッカー挿入時に行った工夫

安堂有希子, 上田 三郎, 小北 晴香, 鈴木 陸, 中林 桃子, 上杉俊太郎,  
北島 遼, 竹内裕美子, 竹村 有理, 梅宮 楨樹, 増田 望穂, 佐藤 浩,  
田口 奈緒, 角井 和代 (兵庫県立尼崎総合医療センター)

70. 当院における婦人科良性疾患に対するロボット支援下子宮全摘術の初期手術成績の検討

八幡 環, 鱸 暢彦, 西川 真世, 武田真一郎, 岩橋 尚幸, 中田久美子,  
野口 智子, 溝口 美佳, 堀内 優子, 馬淵 泰士, 南 佐和子, 井篁 一彦  
(和歌山県立医科大学)

71. 当科でのロボット手術の現状

増田 望穂, 安堂有希子, 上田 三郎, 小北 晴香, 鈴木 陸, 中林 桃子,  
山岡 侑介, 竹内裕美子, 高石 侑, 竹村 有理, 池田真規子, 佐藤 浩,  
田口 奈緒, 角井 和代 (兵庫県立尼崎総合医療センター)

72. 子宮悪性腫瘍の肺転移再発症例に対するビデオ補助胸腔鏡手術の治療成績

上林 潤也, 福井 陽介, 河原 直紀, 岩井 加奈, 山田 有紀, 川口 龍二,  
木村 文則 (奈良県立医科大学)

73. 骨盤臓器脱手術におけるv-NOTESの有用性

細川 奈月, 春田 祥治 (奈良県西和医療センター)

74. 当院におけるvNOTESによる腹腔鏡下陰断端挙上術の手術経験

奥口 聡美, 鈴木聡一郎, 曾山 浩明, 吉田 剛祥, 谷口 文章 (高の原中央病院)

75. 当院におけるvNOTESの導入経験

藤井 健太, 永井 景, 植田 陽子, 松浦 美幸, 重光 愛子, 佐々木高綱,  
山田 嘉彦 (八尾市立病院)

産科4 (14:10-15:04)

座長：田中 宏幸

76. 妊娠性肝内胆汁鬱滞症により5回の早産を繰り返した1例

江本 永真, 今福 仁美, 益子 尚久, 内田 明子, 高橋 良輔, 出口 雅士,  
寺井 義人, 谷村 憲司 (神戸大学)

77. 出生前ステロイド投与を契機にケトアシドーシスを来した1型DM合併妊娠の1例

村江 正字, 永易 洋子, 松本 知子, 直 聖一郎, 井淵 誠吾, 石川 渚,  
大門 篤史, 布出 実紗, 佐野 匠, 藤田 太輔, 大道 正英  
(大阪医科薬科大学)

78. 分娩を契機に発症した脳血管疾患の2例  
山内 彩子, 岩田 秋香, 貴志 洋平, 北岡 由衣 (京都山城総合医療センター)
79. 妊娠高血圧症候群を合併し周産期心筋症と診断された双胎妊娠の1例  
西 茜, 高塚 沙紀, 清水 美代, 渡邊 愛, 加藤 淑子 (京都済生会病院)
80. 帝王切開後に腸閉塞を発症し手術療法を要した1例  
中谷沙也佳, 安川 久吉, 梅原 健耶, 坂元 優太, 穂西 実加, 長安 実加,  
赤田 忍 (大阪はびきの医療センター)
81. 妊娠第1三半期の正常卵巣捻転に対し1孔の鉗子で腹腔鏡下卵巣捻転解除術を行った1例  
根来 袖衣, 城 道久, 大木 規義, 村越 誉, 吉田 茂樹 (千船病院)

#### [第4会場 会議室205・206]

- 生殖医療・女性医学1 (8:50-9:53) 座長: 伊藤 文武
82. 挙児希望を有するMeigs症候群の女性が生殖補助医療によって生児を得た1例  
小林さくら, 中尾 朋子, 牧野 琴音, 中川 冴, 服部 葵, 久松 洋司,  
村田 紘未, 北 正人, 岡田 英孝 (関西医科大学)
83. 炎症が遷延した子宮留膿症・卵巣卵管膿瘍に対し, 腹腔鏡下手術が有効であった1例  
城 玲央奈, 高矢 寿光, 小谷 泰史, 中井 英勝, 松村 謙臣 (近畿大学)
84. 当院におけるマイクロ波子宮内膜焼灼術(MEA)による過多月経治療の経過  
三浦 深仁<sup>1)</sup>, 味村 史穂<sup>1)</sup>, 谷 瑞穂<sup>2)</sup>, 森 龍雄<sup>1)</sup>, 星野 達二<sup>1)</sup>,  
衣笠 万里<sup>1)</sup>, 辻 芳之<sup>1)</sup> (<sup>1)</sup>明和病院, <sup>2)</sup>兵庫医科大学)
85. 卵巣卵管膿瘍に対して臀部からの経皮的穿刺ドレナージが有効であった2症例  
堀川 陽平, 石田憲太郎, 星本 泰文, 左古 寛知, 大谷 遼子, 多賀悠希子,  
大西 佑実, 中村 彩加, 多賀 敦子, 金 共子, 藤田 浩平 (大津赤十字病院)
86. 内分泌療法不応の膣部子宮内膜症に対し外科的切除した1例  
東城 悟恵, 古株 哲也, 岡村 綾香, 青山 幸平, 垂水 洋輔, 片岡 恒,  
寄木 香織, 森 泰輔 (京都府立医科大学)
87. 両側多房性卵巣嚢腫の原因がFSH産生下垂体腺腫であった1例  
井上 風香, 恒遠 啓示, 石川 渚, 永易 洋子, 丸岡 寛, 中村真由美,  
劉 昌恵, 林 正美, 大道 正英 (大阪医科薬科大学)

## 88. 子宮頸部の検査加療を行なった若年症例のHPVワクチン接種歴と転帰

小野 真彩, 多賀 敦子, 大谷 遼子, 中川 渥裕, 多賀悠希子, 林 真麻子,  
中村 彩加, 李 泰文, 金 共子, 藤田 浩平 (大津赤十字病院)

## 産科5 (14:10-15:04)

座長: 川崎 薫

## 89. 妊娠中に腸閉塞を発症した潰瘍性大腸炎合併妊娠の1例

猿渡 愛, 田原 三枝, 北田 紘平, 栗原 康, 羽室 明洋, 三枚 卓也,  
中野 朱美, 橘 大介 (大阪公立大学)

## 90. メトロイリンテルを併用し腹腔鏡補助下卵巢嚢腫摘出術を行った卵巢嚢腫合併妊娠2例

尹 純奈, 森田 康之, 大月 萌詩, 山野友加里, 萬家 愛賀, 古村 恭子,  
山部 エリ, 浅野 正太, 渡辺 正洋, 増原 完治, 信永 敏克 (県立西宮病院)

## 91. 双頸双角子宮に腔縦中隔を合併した妊婦において分娩時に腔縦中隔切開を要した2症例

一宮 汐里, 久原 ゆい, 花澤 綾香, 光田 紬, 田中 稔恵, 繁田 直哉,  
清原裕美子, 原 知史, 井上 貴史, 筒井 建紀 (JCHO大阪病院)

## 92. 妊娠中の頭痛と視野障害を契機に発見され正期産での分娩に至った下垂体細胞腫の1例

長谷 夏乃, 笠原真木子, 桂 大輔, 所 伸介, 稲富 絢子, 岡田奈津実,  
辻 俊一郎, 村上 節 (滋賀医科大学)

## 93. 産後高血圧を契機に診断治療に至り, 第二子を安全に妊娠・分娩できた大動脈縮窄の1例

小川 範子, 澤田 雅美, 神谷千津子, 小川 紋奈, 小永井奈緒, 手向 麻衣,  
小西 妙, 中西 篤史, 柿ヶ野藍子, 岩永 直子, 金川 武司, 吉松 淳  
(国立循環器病研究センター)

## 94. 妊娠中の深部静脈血栓症を契機に診断に至ったプロテインC欠乏症の2例

奥本 美里, 前花 知果, 竹田 佳奈, 美並 優希, 日野友紀子, 脇 啓太,  
樋口 渚, 山中彰一郎, 牧野 佑子, 市川麻祐子, 前川 亮, 木村 文則  
(奈良県立医科大学)

## 特別講演1 共通講習（医療倫理）

## 『『タイパ』時代の共同意思決定（SDM）を考える』

奈良県立医科大学地域医療学講座 教授

赤井 靖宏

医療意思決定をめぐる状況はますます複雑になっている。医療者はエビデンスに基づいた医療を行うことを考えるが、その医療が必ずしも患者さんにとって最適の医療とは限らない。特に、高齢化が進んでいるわが国の医療環境においては、同年齢であっても高齢者個々人の健康状態には大きな差があり、医療者は個々の症例の個別的事情を勘案しながら医療を行っていると思われる。また、人は高齢になるにつれ、「健康」や「生きること」に対する考え方が多様化する。このような中で、患者さんと共に意思決定を行う共同意思決定（shared decision-making；SDM）が注目されている。

SDMは、まさに患者さんと「共同」して医療選択を行うための意思決定法であり、いわゆる「インフォームド・コンセント」とは多くの点で異なる。「生きること」に対する価値観が多様化する昨今において、SDMを医療現場で適正に実践し、患者さんが納得できる意思決定を実施することが重要である。

SDMのお話を聞いた多くのみなさんが、「私たち既にやっています」とコメントされる。しかし、実際の医療選択・意思決定の現場を見ると、必ずしもSDMが円滑に行われているとは思えない。SDMを臨床現場で行う上でのハードルとして、1) 時間的、2) 物資・人材的、3) 对患者的、の3つの課題があると思われる。特に、「医師の働き方改革」が行われる中、時間をかけたSDMはますます困難になるとと思われる。「タイパ世代」にはなおさら受け入れがたいかもしれない。また、どのような資料を用いて説明するかにも課題がある。患者さん目線で、分かりやすく記載されている説明書は多くはない。さらに、日常診療の中で、患者さんの価値観を把握することはなかなか難しい。

本講演では、このようなハードルを乗り越え、臨床現場でSDMを適正に実施するためのポイントについてみなさまと共同して考えてみたい。

## 【略 歴】

赤井 靖宏（あかい やすひろ）

奈良県立医科大学地域医療学講座 教授

【学歴・職歴】 1989年 奈良県立医科大学 卒業  
1996年 米国トマスジェファーソン医科大学附属病院 内科レジデント  
2001年 米国ペンシルバニア大学 腎臓・電解質・高血圧内科 臨床フェロー  
2014年 奈良県立医科大学 糖尿病学講座 准教授/副センター長  
2014年 奈良県立医科大学 卒後臨床研修センター センター長  
2015年 奈良県立医科大学地域医療学講座 教授

【資格等】 ・医師免許：米国医師免許（ペンシルバニア州）、日本国医師免許  
・専門医・指導医：米国：内科専門医、腎臓内科専門医  
日本：総合内科専門医、腎臓専門医・指導医、糖尿病専門医、リウマチ専門医・指導医、透析専門医・指導医、腹膜透析学会認定医、PKD認定医  
・学会活動：日本内科学会：評議員、日本腎臓学会：評議員、米国腎臓学会上級会員  
・地域活動：奈良県地域医療対策協議会委員



## 特別講演2（指導医講習会）

### 「産婦人科医，医局員のメンタルヘルスを考える」

奈良県立医科大学精神医学講座 教授

岡田 俊

令和6年4月より働き方改革が施行され，医師の労働体制をいかに適切に保ち，医師，研修医の身体的・精神的健康を守るかの議論が交わされている．この背景には，過重労働が医師，研修医の自殺や過労死につながってきた長い歴史がある．しかし，自殺のリスクファクターは，週50時間以上の労働に限らず，女性であること，キャリアの浅さ，担当患者数の過多，仕事や環境への不満足，家族や職場，同僚から不十分なサポートなどがあげられ，総合的な対策が求められる．

産婦人科医は，他の診療科の医師に比べて，緊急対応を求められることが日常的であり，実労働時間以上に業務への拘束が長時間にわたり強く求められるほか，母児の生命・健康と直面する困難な治療選択，精神疾患や身体疾患合併妊娠への対応，身体的困難のある児の出産，産後にメンタルヘルス不調を抱える親への対応や児の虐待や不適切養育からの保護，そのための地域連携の構築など，多様な業務に関与する必要がある．また，内分泌的障害，悪性腫瘍においては，長期にわたる治療と並行して，患者のメンタルヘルス不調の支えが求められる．多くの産婦人科医がこれらを職業への生きがいのもとに乗り切る一方，自らのメンタルヘルス不調には無関心であることは少なくなく，自己犠牲的になりがちである．

産婦人科医，医局員のメンタルヘルスを守るうえで重要なことためには，過重労働を避けることは出発点に過ぎず，単なる医療サービス提供者としてではなく，産婦人科医の労働環境や地域偏在を含めた医師の立場に立った社会的理解の促進，恵まれた職場の物的環境や人間関係が保たれるであろう．産婦人科医，医局員が女性のライフコースに沿った支援を行うのと同じく，産婦人科医，医局員のライフコースやキャリアパスに沿った支援が求められる．

#### 【略 歴】

岡田 俊（おかだ たかし）

奈良県立医科大学精神医学講座 教授

**【学歴・職歴】** 1997年 京都大学医学部 卒業，同附属病院 研修医  
 1998年 医療法人光愛会光愛病院 医師  
 2001年 京都大学医学部附属病院精神科神経科，デイケア診療部  
 2010年 京都大学大学院医学研究科精神医学講座 講師  
 2011年 名古屋大学医学部附属病院親と子どもの心療科 講師，准教授  
 総合周産期母子医療センター：周産期リエゾンチーム 担当  
 2020年 国立精神・神経医療研究センター精神保健研究所知的・発達障害研究部 部長  
 2023年 奈良県立医科大学精神医学講座 教授

**【所属学会】** 日本精神神経学会，日本児童青年精神医学会（理事長），日本うつ病学会，日本臨床精神神経薬理学会，日本神経精神薬理学会，日本ADHD学会，日本精神科診断学会，日本発達障害学会，日本強度行動障害医療学会，Society for Neurosciences

**【資格等】** 医師，臨床研修指導医，精神保健指定医，精神科専門医・指導医，臨床精神神経薬理学専門医・指導医，精神腫瘍学に関する指導者研修修了，臨床心理士，公認心理師

## ランチョンセミナー

### 1. 「子宮内膜症患者に対するベストプラクティスを考える」

東京大学大学院医学系研究科産婦人科学 准教授

原田美由紀

子宮内膜症は痛みや妊孕性低下を伴う、現時点で根本的な治療法のない慢性疾患である。子宮内膜症の疼痛症状（月経困難症や慢性骨盤痛など）はこれに罹患した女性のQOLを損なうのはもちろんであるが、その出現時期が思春期～若年成人期であり、身体的、社会的活動に支障をきたす場合には就学、就労やキャリア形成に影響を及ぼす。また子宮内膜症がもたらす妊孕性低下については、最終的に挙児を得るか否かが罹患女性の人生に影響を与えるのはもちろんであるが、挙児を得るのが容易でない場合にかかる身体的、時間的、精神的、経済的負担も女性の人生設計を大きく左右することになる。子宮内膜症をめぐる問題としては、痛みや妊孕性の他にも子宮内膜症性卵巣嚢胞のがん化や周産期合併症、心血管イベントなどが挙げられ、私たち産婦人科医は、その女性のライフステージに応じ生じるこれらの問題の一つひとつ対処していくことになる。

本講演においては、これら諸問題の中で、特に思春期女性の疼痛症状、性成熟期女性の妊孕性低下に焦点を当て、それぞれ背景、医学的介入の異なった自験例を文献的考察とともに紹介する。そして、これらの子宮内膜症から発生する一つひとつの問題に対する最良の対処法というだけでなく、子宮内膜症に罹患した女性一人ひとりの人生における様々なachievementsが子宮内膜症によって損なわれる度合いを少しでも小さくするために何ができるかという視点も交えて、私たちが提供できるベストプラクティスについて考えてみたい。

#### 【略 歴】

原田美由紀（はらだ みゆき）

東京大学大学院医学系研究科産婦人科学 准教授

**【学歴・職歴】** 2000年 東京大学医学部医学科 卒業  
東京大学医学部附属病院 研修医  
2007年 東京大学大学院医学系研究科生殖発達加齢医学専攻修了 医学博士取得  
2008年 日本学術振興会研究員（米国ミシガン大学）  
2016年 東京大学医学部附属病院女性診療科・産科、女性外科 講師  
2020年 東京大学大学院医学系研究科産婦人科学 准教授

**【資格等】** 日本産科婦人科学会専門医/指導医、日本生殖医学会生殖医療専門医/指導医、日本産科婦人科内視鏡学会腹腔鏡技術認定医、日本内視鏡外科学会技術認定医（産科婦人科）、日本女性医学学会女性ヘルスケア専門医/指導医、日本がん・生殖医療学会がん・生殖医療ナビゲーター、da Vinci Console Surgeon

**【学会活動等】** 日本産科婦人科学会代議員、日本生殖医学会代議員、日本産科婦人科内視鏡学会評議員、日本女性医学学会代議員、日本がん・生殖医療学会副理事長、日本生殖心理学会理事、日本抗加齢医学会評議員、日本受精着床学会評議員、日本生殖内分泌学会評議員、Secretary, International Society for In Vitro Fertilization (ISIVF)

## ランチョンセミナー

### 2. 「我々は骨盤臓器脱をどう治療すべきなのか？」

大阪大学大学院医学系研究科産科学婦人科学教室 講師

小玉美智子

骨盤臓器脱 (Pelvic organ prolapse : POP) は、全女性の約50%に認められるとされており、今後高齢化率の上昇に伴ってさらなる増加が見込まれている。一方、QOLの改善を目的とする治療方法は非常に個別化され、生活指導、骨盤底筋トレーニングといった理学療法に始まり、ペッサリーを使用する保存療法、外科的治療と多岐に渡る。年齢、POPの重症度、随伴症状、合併症の有無・種類・重篤性、患者のニーズ、など非常に多数の因子によって治療方針が決定されるが、治療選択にあたっての判断基準は明確には定まっておらず、当該疾患を治療する機関によって治療方針は多様である。

今回は、外科的治療に焦点をあて、自己組織修復法として従来から行われてきた腔式手術そして最近広まりつつあり当院でも導入した経腹腔鏡手術vNOTES (Transvaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery) による腔断端挙上術、メッシュ手術である腹腔鏡下あるいはロボット支援下仙骨腔固定術およびTVM手術、そして腔閉鎖術について、文献的考察を加えながら紹介したいと考えている。また、われわれが症例選択において注意している点や、各々の手術に際して留意・工夫している点、POP再発症例についての対応、また高次医療機関でのPOP診療ならではのトピックスとして、重篤な合併症を有した為に当院へ紹介となった症例についての治療、悪性腫瘍合併例の治療についても提示させていただきたい。

#### 【略 歴】

小玉美智子 (こだま みちこ)

大阪大学大学院医学系研究科産科学婦人科学教室 講師

**【学歴・職歴】** 2000年 大阪大学医学部医学科 卒業  
 2000年 大阪大学医学部附属病院産婦人科 研修医  
 2001年 泉大津市立病院産婦人科  
 2003年 大阪府立母子保健総合医療センター産科  
 2005年 大阪府立急性期総合医療センター産婦人科  
 2009年 日本生命済生会付属日生病院産婦人科  
 2012年 大阪大学大学院医学系研究科 医学博士取得 (論文博士)  
 2013年 University of Texas MD Anderson Cancer Center, Research Intern  
 2013年 Houston Methodist Research Institute, Postdoctoral Associate  
 2016年 大阪大学大学院医学系研究科産科学婦人科学教室 助教  
 2024年 同上 講師

**【所属学会】** 日本産科婦人科学会、日本婦人科腫瘍学会、日本産婦人科内視鏡学会、日本内視鏡外科学会、日本女性骨盤底医学会、日本女性医学学会、日本ロボット外科学会、日本婦人科ロボット手術学会、日本癌学会、American Association for Cancer Research

**【資格等】** 日本産科婦人科学会専門医、日本婦人科腫瘍学会専門医、日本産婦人科内視鏡学会技術認定医 (腹腔鏡・子宮鏡)、日本内視鏡外科学会技術認定医、日本ロボット外科学会国内B級ライセンス

## ランチョンセミナー

### 3. 「妊産婦の鉄欠乏性貧血への新しいアプローチ」

大阪公立大学大学院医学研究科女性生涯医学 准教授

三枚 卓也

妊娠中は非妊娠時と比較して鉄必要量は約7倍に増加し、さらに母体の循環血漿量増加による血液希釈も加わり、鉄欠乏性貧血のリスクが高まる。「産婦人科診療ガイドライン産科編2023」では妊娠中の鉄欠乏性貧血に対して、ヘモグロビン値11g/dL以下かつMCV85%未満を目安に治療対象とし、6週間以上の治療継続が提案されている。また、産後の貧血は産後うつや母乳哺育導入率低下との関連も指摘されている。

鉄欠乏性貧血に対する治療では、血中ヘモグロビン濃度を正常値まで改善させ、さらに体内の貯蔵鉄を回復させる必要がある。治療の第一選択は経口鉄剤であるが、消化器症状などで服薬が困難な場合や出血などで鉄の喪失が多く経口鉄剤では間に合わない場合、自己血貯血の際の鉄補給には静注鉄剤が適応となる。静注により投与された鉄は体内に貯留するので、必要量を超えて鉄過剰にならないよう総投与鉄量を計算した上で短期間で投与し、必要量に達すれば治療を終了する必要がある。

2023年3月よりデルイソマルトース第二鉄 (ferric derisomaltose ; FDI) が国内で使用可能となり、鉄欠乏性貧血に対する新しい治療法として注目されている。静注鉄剤として一般的に使用される含糖酸化鉄は投与量が40~120mg/日であるのに対し、FDIは単回で500~1000mgの鉄を投与することが可能である。FDIは水酸化第二鉄がデルイソマルトースとマトリックス構造を形成しているため、血液中の遊離鉄の放出がきわめて少ない。高用量の鉄を投与するにもかかわらず鉄による毒性が抑制されているため、短期間で必要量の鉄の補充が可能である。

当院では周産期において分娩前自己血貯血後の鉄補給や産後出血に伴う鉄欠乏性貧血に対してFDIの投与を行っており、本講演ではその使用経験についても紹介する。

#### 【略 歴】

三枚 卓也 (みすぎ たくや)

大阪公立大学大学院医学研究科女性生涯医学 准教授

【学歴・職歴】 2000年 大阪市立大学医学部 卒業  
2000年 大阪市立大学医学部附属病院 臨床研修医  
2006年 大阪市立大学大学院医学研究科博士課程 修了  
2006年 市立柏原病院産婦人科  
2007年 泉大津市立病院産婦人科  
2015年 大阪市立大学大学院医学研究科女性生涯医学 講師  
2023年 大阪公立大学大学院医学研究科女性生涯医学 准教授

【所属学会】 日本産科婦人科学会 (専門医・指導医)、近畿産科婦人科学会 (生殖内分泌・女性ヘルスケア研究部会学術委員)、日本周産期・新生児医学会 (専門医・評議員)、日本婦人科腫瘍学会、日本癌治療学会、日本生殖医学会 (専門医)、日本産婦人科・新生児血液学会、日本妊娠高血圧学会、日本女性骨盤底医学会 (幹事)、日本母性衛生学会、大阪母性衛生学会 (幹事)

【資格等】 医学博士、NCPRインストラクター

## ランチョンセミナー

### 4. 「最新の卵巣がんの初回と再発治療を考える」

産業医科大学産科婦人科学 教授

吉野 潔

近年、卵巣がんの治療は新たな治療選択肢が増え、患者に大きなメリットを生み出している。初回治療では手術療法とTC療法の組み合わせに分子標的薬を併用あるいは維持療法として加えることにより、飛躍的に患者の予後の改善が期待できるようになった。一方、治療選択肢が増えることにより婦人科医にとってどの治療法を選ぶべきか悩む場面も増えてきている。

進行期卵巣癌の初回治療においては、血管新生阻害薬であるベバシズマブがTC療法に併用および維持療法として実臨床において使用されてきた。PARP阻害薬オラパリブは単剤でBRCA 1/2 変異陽性症例の初回治療後の維持療法が行われている。またHRD陽性進行期卵巣がんの初回治療後にはPAOLA-1 試験によって有効性、安全性が検討されたベバシズマブ+オラパリブを用いた併用維持療法が行われている。さらに本邦2 番目となるPARP阻害薬ニラパリブによる維持療法はPRIMA試験によりHRD/BRCAの状態によらない保険適応となっている。プラチナ感受性再発癌に対するプラチナ併用化学療法後の維持療法としてのPARP阻害薬は高い有効性が示され現在広く行われている。オラパリブによる維持療法はStudy19試験、SOLO-2 試験において有効性が報告されてきている。PARP阻害薬による前治療歴のあるプラチナ感受性再発卵巣癌に対するリチャレンジに関する試験であるOReO試験の結果が近年公表された。これによりオラパリブのリチャレンジはBRCA 1/2 変異の有無およびHRDの有無にかかわらず有効であることが示された。本セミナーではPARP阻害薬を中心に初回・再発治療をレビューし最新の学会報告の結果も合わせて進行期卵巣がんの治療について解説したい。

#### 【略 歴】

吉野 潔 (よしの きよし)  
産業医科大学産科婦人科学 教授

**【学 歴 ・ 職 歴】** 1991年 産業医科大学医学部医学科 卒業  
1991年 大阪労災病院産婦人科 研修医  
1994年 大阪大学医学部附属病院 医員  
1998年 米国NCI研究員  
2002年 大阪府立母子保健センター産科 医員  
2007年 大阪府立成人病センター婦人科 副部長  
2010年 大阪大学医学部産婦人科 助教・講師  
2014年 大阪大学医学部産婦人科 准教授  
2018年 産業医科大学医学部産科婦人科学 教授

**【資格・専門医等】** 日本産科婦人科学会認定専門医・指導医・理事 (2023年～), 日本婦人科腫瘍学会認定専門医・指導医・理事, 日本臨床細胞学会細胞診専門医・指導医・評議員, 日本女性医学学会専門医

## ランチョンセミナー

### 5. 「子宮体癌診療の新しい光と影：低侵襲手術から集学的がん免疫療法」

京都大学医学部婦人科学産科学教室 准教授

濱西 潤三

子宮体癌治療において、近年の分子遺伝学的サブタイプやセンチネルリンパ節生検の登場とともに初期病変に対して、患者予後を担保しながらも、腹腔鏡やロボット支援下手術による低侵襲化や縮小化が進みつつあり、QOLの向上とともに（免疫応答を含む）ホメオスターシスの維持にも寄与しているものと考えられている。そして鏡視下手術やセンチネルリンパ節の可視化により、拡大視野での腫瘍周囲組織におけるリンパ系経路・構造への理解と関心も高まりつつあり、それらがさらに子宮体癌のがん免疫状態の評価や、集学的がん免疫療法のさらなる展開につながるものと期待されている。

一方で、2018年に子宮体癌を含むがん化学療法後に増悪した進行・再発の高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）を有する固形癌（標準的な治療が困難な場合に限る）に対して免疫チェックポイント阻害薬、ヒト化抗ヒトPD-1モノクローナル抗体ペムプロリズマブが承認され、さらに2021年にがん化学療法後に増悪した切除不能な進行・再発の子宮体癌に対して、ペムプロリズマブに選択的マルチキナーゼ阻害薬レンバチニブを併用した治療（LP療法）の効能・効果が追加承認され、日常診療では欠かせない治療法となった。そして現在、LP療法の使用に当たっては、両剤の臨床的特性や他がん腫の経験を考察することも肝要と考えられる。さらに本併用の承認試験となったKEYNOTE-775/E7080-309試験だけでは評価がむずかしいような、MSI-High症例に対するLP療法、有効例に対する最適な治療期間、リチャレンジ（リトリート）、LP療法後のConversion Surgery、高度有害事象例への再投与など、リアルワールドの治療成績とともに、今後の新たな課題として議論が必要になっている。

#### 【略 歴】

濱西 潤三（はまにし じゅんぞう）

京都大学医学部婦人科学産科学教室 准教授

**【学歴・職歴】** 2009年 京都大学大学院医学研究科婦人科産科学博士課程 学位取得 医学博士  
1999年 京都大学医学部附属病院産科婦人科 入局 研修医  
2000年 三菱京都病院産科婦人科 研修医  
2001年 兵庫県立尼崎病院産科婦人科 医員  
2004年 京都大学医学部附属病院産科婦人科 医員  
2009年 京都大学医学部附属病院産科婦人科 助教  
2016年 京都大学医学部附属病院 産科婦人科 講師  
2021年 京都大学大学院医学研究科 婦人科学産科学分野 准教授  
2022年 京都大学医学部附属病院総合周産期母子医療センター センター長 兼務

**【専門医等】** 日本産科婦人科学会 認定医／指導医、日本婦人科腫瘍学会 婦人科腫瘍専門医／指導医、日本がん治療学会 認定医、日本ロボット外科学会専門医

**【所属学会】** 日本産科婦人科学会（代議員）、日本婦人科腫瘍学会（社保委員会主幹事、卵巣癌MIS-WG主幹事）、日本産婦人科手術学会（評議員）、日本周産期・新生児学会、日本産科婦人科遺伝診療学会、日本産科婦人科内視鏡学会、日本内視鏡外科学会、日本免疫学会、日本癌学会、日本がん治療学会（学術集会幹事）、日本がん免疫学会、日本バイオセラピー学会（評議員）

## ランチョンセミナー

### 6. 「今こそAll Japanで！ワクチン接種で子宮頸がんを過去の疾病へ」

東京大学医学部附属病院女性診療科・産科，女性外科 講師

森 蘭代

子宮頸がんは、全世界における女性の4番目に多いがんであり、2022年には新たに約66万人が罹患し、約35万人が死亡する疾患である。WHOの世界戦略では、年間の新規患者数を女性10万人当たり4人以下に減らすことを撲滅と定義し、今後数十年ですべての国が撲滅への道を歩むために、2030年までに達成すべき3つの目標として、①15歳までに90%の女兒にHPVワクチンを接種、②35歳～45歳までに、70%の女性が質の高い検査を受ける、③子宮頸がんと診断された女性の90%が治療を受けることを設定しており、各国が公衆衛生上の問題として取り組んでいる。モデル計算では上記目標を達成することで、2120年までに累計7,400万人の子宮頸がんの新規発症を回避し、6200万人の死亡を回避できると推定されている。

特にワクチン接種に関しては、性的に活発になる前の9～14歳のすべての女兒にできるだけ早期に接種をすることが非常に効果的な方法であることが報告されている。また検診に関しては、30歳から5～10年ごとに子宮頸がん検診を受けるべきであると推奨されている。特にWHOの世界戦略では、高性能HPV検査による生涯2回以上の検診を奨励している。本邦では20歳から2年に1度の検診が健康推進法に基づく健康推進事業として市区町村が実施しているが、2024年4月からはHPV検査が新しく加わることになり、産婦人科医として検診後の取り扱いについて習熟する必要がある。

わが国においては、報道等によりHPVワクチンが定期接種にもかかわらず、積極的勧奨差し控えとなったことにより、平成9年度生まれ～平成18年度生まれの女性の中に、HPVワクチンの定期接種の対象年齢の間に接種を逃した方が多く存在する。東京大学の学生および教職員を対象とし、大学保健・推進本部との共同により利便性の高いキャンパス内（保健センター）でのキャッチアップ接種（公費接種）を提供する事業を、行政などと多くの事前調整を経て現在実施することができた。不安や懸念を持つ方が安心して、かつ利便性が高いキャンパス内で接種を受けられることによる利益は非常に大きいと考える。本取り組みについて紹介を行いたい。

#### 【略 歴】

森 蘭代（もり まゆよ）

東京大学医学部附属病院女性診療科・産科，女性外科 講師

<b>【学歴・職歴】</b>	2002年	東京大学医学部医学科 卒業
		東京大学医学部附属病院 臨床研修医
	2003年	日立製作所日立総合病院産婦人科 研修医
	2004年	旧東京厚生年金病院
	2008年	埼玉県立がんセンター婦人科 非常勤
	2009年	東京大学大学院医学系研究科博士課程生殖・発達・加齢医学専攻 修了
		河北総合病院 医員
		東京大学医学部附属病院女性診療科・産科 医員
	2011年	東京大学医学部附属病院女性診療科・産科 助教
	2012年	都立駒込病院婦人科 医員
	2015年	東京大学医学部附属病院女性診療科・産科 助教
	2017年	厚生労働省大臣官房国際課課長 補佐
	2018年	東京大学医学部附属病院女性診療科・産科 助教
		東京大学医学部附属病院女性診療科・産科 特任講師
	2019年	東京大学医学部附属病院女性診療科・産科 講師

- 【資格等】** 学位：医学博士（2009年3月 東京大学大学院医学系研究科）  
免許・資格：医師免許（2002年5月）  
日本産科婦人科学会専門医・指導医，日本婦人科腫瘍学会専門医・指導医，日本がん治療認定医機構がん治療認定医，ロボット手術術者認定資格（surgeon certificate），遺伝性腫瘍専門医
- 【所属学会等】** 日本産科婦人科学会（幹事），日本婦人科腫瘍学会（代議員），日本癌治療学会，日本産婦人科内視鏡学会，日本遺伝性腫瘍学会，日本女性医学学会



## 教育セミナー

### 1. 「栄養素・サプリメントは次世代型産婦人科医療に必要か？」

#### ～プレコンセプションケアから女性ヘルスケアへの包括的な支援を目指して～

川崎医科大学産婦人科 特任准教授

太田 邦明

近年のガイドラインの普及により、医療の均てん化が図られているが、実臨床においては、特に女性診療科においては「栄養素」、栄養素を補助的に摂取するための「サプリメント」を患者主導で介入されることが多く、時として効果を示すことがあるため、その知識を得ることはガイドラインにとどまらないプラスアルファの臨床的な技術に直結する可能性がある。ところが、医学教育の上で、栄養学を学ぶ機会が少ない本邦では、患者主導で始まる栄養素・サプリメントに関して、患者本位で済ましてしまい、質問されたときに答える術がなく、臨床現場では困惑をきたす場面に遭遇する。一方で、世界各地で実施されている長期大規模コホート研究の成果により、人々の健康に関わる要因が判明し、生活習慣病をはじめとして、疾病予防に効果的な食生活における栄養素・サプリメントなどが明らかとなってきた。

また、トピックスキーワードとして頻用される『プレコンセプションケア』は妊娠前の健康管理として認識が強いが、広義では「ライフコース・ヘルスケア（生涯を通じた健康管理）」であり、新生児期から超高齢期まで全世代の女性が取り組むことによって長期的な健康管理と、次世代の遺伝子発現も制御する可能性があるため、医療者も参画することが期待されている。しかし、次世代を含めた長期的な健康管理を実践することができるのは女性を縦断的に診療することができる産婦人科医だけではないかと考える。

本講演では、これまであまり知られていなかった栄養素・サプリメントを通じたライフコース制御について、産婦人科領域を中心に概説し、女性の『ライフコース』を意識し、栄養素・サプリメントを活用した次世代型産婦人科医療について討議する予定である。

### 【略 歴】

太田 邦明（おおた くにあき）

川崎医科大学産婦人科 特任准教授

<b>【学歴・職歴】</b>	2002年	東邦大学医学部 卒業
		東邦大学医学部第一産科婦人科教室 入局
	2005年	慶應義塾大学産科婦人科学教室生殖内分泌研究室に国内留学
	2007年	東邦大学医療センター大森病院 シニアレジデント
	2008年	上尾中央総合病院産婦人科 レジデント
	2009年	メイヨークリニック内分泌研究所 リサーチフェロー
	2011年	ロザリンドフランクリン医科大学生殖医療センター 助教
	2013年	慶應義塾大学産科婦人科学教室 助教
	2015年	那須赤十字病院産婦人科 副部長
	2018年	福島県立医科大学医学部産婦人科学教室/ふくしま子ども・女性医療支援センター 講師
	2020年	東邦大学医療センター大森病院産婦人科 臨床准教授/福島県立医科大学医学部ふくしま子ども・女性医療支援センター 特任准教授
	2021年	東京労災病院産婦人科 部長
	2024年	現職に至る

**【資格等】** 日本産科婦人科学会専門医・指導医, 日本内分泌学会専門医・指導医・評議員・専門医試験委員, 日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医 (腹腔鏡・子宮鏡)・評議員・技術認定医審査委員, 日本内視鏡外科学会技術認定医, 日本女性医学会ヘルスケア専門医・指導医・評議員, 日本生殖医学会専門医, 日本受精着床学会幹事・編集委員・評議員, 日本がん・生殖医療学会認定がん・生殖ナビゲーター・理事, 日本子宮鏡研究会幹事, 日本抗加齢医学会専門医・広報委員・専門医指導士認定委員・評議員, 日本がん治療学会がん治療認定医, 日本IVF学会評議員, 日本生殖免疫学会評議員, Journal of Obstetrics and Gynecology Research Associated Editor, BMC Childbirth and Pregnancy Associated Editor

## 教育セミナー

### 2-1. 「RASH ～手術の定型化から大型子宮に対するRASH～」

大阪市立総合医療センター 婦人科内視鏡手術センター長

徳山 治

2018年4月より良性疾患に対するロボット支援下单純子宮全摘術（Robot Assisted Simple Hysterectomy以下RASH）が保険収載されたのを機に、当院でも同手術を導入し、令和6年3月末で約600例のRASHを実施した。しかし導入当初、手術が長時間に及ぶことや、大きめの子宮に対する手術に難渋するを経験した。その理由としてRASHとTLHが『似て非なるもの』と理解していなかった事と、ロボット支援下手術の特性を理解していなかった事が原因であった。これらを解決するために最初にロボットの特性を理解することから開始した。自身が考えるロボットの特性とは①カメラの固定視野と超近接視野、②サードアームを用いた視野作成、③関節機能を用いた手術であり、それらを駆使することにより、繊細かつ丁寧な手術や難易度の高い手術が可能となる。特に①と②は、TLHでは助手が行うが、RASHは執刀医自身が行わなければならない。この操作を怠ると、安全かつ安定した手術にならない。そして関節機能を使うことにより、腹腔鏡下手術では困難な部分へのアプローチも容易になる。次に手術の定型化であり、これにより手術スタッフ全員の手術への理解が深まり、円滑な手術に繋がっていると考え。この特性を意識しつつRASHを実施し、手術を定型化した結果、アシストポートの廃止によるreduced port surgeryが可能となり、大型子宮に対してもRASHを実施することが可能となった。

当院のデータでは約600例中、腹腔鏡下手術で難易度が高くなるといわれる摘出子宮重量500g以上にRASHを約130例、そのうち1000g以上27例に実施することが可能であった。RASHは手術の定型化およびロボットの特性を知ることにより、安全かつ安定した手術を実施することが可能であり、大型子宮に対しても導入可能であると考え。本セミナーでは当院での取り組みや経験をふまえて報告する。

#### 【略 歴】

徳山 治（とくやま おさむ）

大阪市立総合医療センター 婦人科内視鏡手術センター長

**【学歴・職歴】** 1997年 藤田医科大学医学部 卒業  
 大阪市立大学医学部附属病院産婦人科 研修医  
 2007年 大阪市立総合医療センター婦人科 医長  
 2012年 大阪市立総合医療センター婦人科 副部長  
 2022年 大阪市立総合医療センター婦人科 担当部長  
 2024年 大阪市立総合医療センター婦人科 内視鏡手術センター長 兼任

**【資 格】** 日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医、日本婦人科腫瘍学会婦人科腫瘍専門医・指導医、日本ロボット外科学会専門医（国内A級）、日本婦人科ロボット手術学会プロクター（良性・悪性）

## 教育セミナー

### 2-2. 「ロボット支援下による新たな surgical approach ～Robotic-vNOTES-hysterectomy～」

横浜市立市民病院産婦人科 医長, 婦人科内視鏡手術センター長

今井 一章

良性子宮疾患に対する子宮全摘術には様々なアプローチがあり, 時代とともに変遷している。そのアプローチには, abdominal hysterectomy, vaginal hysterectomyがあるが, いずれも減少傾向にある。その後, laparoscopy assisted vaginal hysterectomy (LAVH), total laparoscopic hysterectomy (TLH), robot assisted-laparoscopic hysterectomy (RALH) と内視鏡機器を用いた低侵襲アプローチへと変化している。低侵襲治療の中でも近年, natural orifice transluminal endoscopic surgery (NOTES) を利用した子宮全摘術が実施されている。これらのvNOTESの多くは腹腔鏡を用いたものが多く, Da Vinci Xiシステムを利用したロボット支援下vNOTES (Robotic-vNOTES) の報告は世界的にも少ない。腹腔鏡を用いたvNOTESは, 手術視野の制限, カメラワークのぶれ, ストレート鉗子による操作制限の問題などと手術操作を困難にする課題がある。この課題を克服する目的で, ロボットプラットフォームを利用する。ロボット支援下の利点としては, 3Dによる明瞭な視覚化, 多関節機能を利用した精微な手術操作が挙げられ, 安全なvNOTESを可能とする。

一方で婦人科領域によるロボット手術の未来にも, Robotic-vNOTESによるアプローチは貢献するであろうという側面もある。その理由としては, 胃がん, 結腸がん, 直腸がんなどは進行期に問わず保険適応であるが, 子宮体癌はIA期の早期がんと限定的である。他領域では保険収載の拡大が徐々に行われているが, 婦人科悪性腫瘍に関しては現状いまひとつである。

我々は, 良性子宮疾患に対するda Vinci Xiシステムを利用したロボット支援下子宮全摘術を本邦で初めて実施した。今回の教育セミナーの場をかりて, Robotic-vNOTESによるアプローチと従来のRALHの術後QOLの比較検討の結果とともに, 実際の手術動画を供覧させていただく。婦人科領域によるロボット手術の飛躍につながることを期待している。

#### 【略 歴】

今井 一章 (いまい かずあき)

横浜市立市民病院産婦人科 医長/婦人科内視鏡手術センター長

**【学歴・職歴】** 2007年 聖マリアンナ医科大学医学部 卒業  
 2007年 横須賀市立市民病院 初期研修医  
 2009年 横浜市大附属病院産婦人科学生殖生態病態医学 入局  
 横浜市立市民病院産婦人科  
 2010年 横浜市立大学附属市民総合医療センター病院  
 周産期母子医療センター  
 2011年 横浜市大附属病院産婦人科  
 2012年 亀田メディカルセンター産婦人科  
 2014年 神奈川県立がんセンター婦人科  
 2017年 医療法人溪仁会手稲溪仁会病院産婦人科  
 2020年 横浜市立市民病院産婦人科

**【資 格】** 医学博士, 日本産科婦人科学会産婦人科専門医・指導医, 日本臨床細胞診専門医, 日本婦人科腫瘍学会婦人科腫瘍専門医, 日本がん治療認定医機構がん治療認定医, 日本産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, ロボット支援鏡視下手術認定資格 (de vinci certified doctor), 日本婦人科ロボット手術学会認定プロクター・良性・悪性

## 教育セミナー

### 3. 「産婦人科医と貧血～我々は貧血とどう付き合うべきか？」

日本生命病院産婦人科 部長

橋本奈美子

産婦人科外来では貧血患者は珍しくない。若年女性の4人から5人に一人は貧血だし、妊婦ではthird trimesterには3人に一人が貧血となる。鉄剤処方は日常茶飯事だ。

産婦人科医にとって、貧血はたいしたことではない。Hb10程度ではもちろん何の症状はなく、Hb7程度でようやく「そういえば疲れやすいと思っていた」と言う。Hb2で歩いて外来に来る女性を診たことがある産婦人科医もいるだろう。

Hb11ある若年女性の方が珍しく感じる産婦人科医は少なくないはず。一方で閉経女性の貧血は1割にも満たない。貧血の原因が月経に関連しているのは明らかだ。生殖年齢女性の貧血の原因の多くは鉄欠乏。しかし鉄剤の内服治療のコンプライアンスは悪く、処方した鉄剤を全く服用していないなんてエピソードはよくある話だ。

しかし、貧血は労働生産性を低下させ、経済的損失をもたらすことがわかっている。妊娠中の鉄欠乏によって早産や低出生体重児出産のリスクが上昇し、周産期予後を悪化させることも明らかになってきた。重度の貧血は産褥の抑うつとも関連し、「症状がない」といった本人の申告を真に受けている場合ではないことはWHOの提言からもわかる。

我々産婦人科医でなくて、誰が女性の貧血を治療するのだろうか？鉄欠乏性貧血が積極的に治療すべき疾患であることが明白となった現在では、その責任は我々にあるといっても過言ではない。女性の貧血治療においては、まず産婦人科医の意識改革が必要と考える。

#### 【略 歴】

橋本奈美子（はしもと なみこ）

日本生命病院産婦人科 部長

**【学歴・職歴】** 1997年 大阪大学 卒業  
 2002年 大阪大学医学部附属病院産婦人科  
 2008年 日本生命済世会附属日生病院産婦人科  
 2016年 大阪府立成人病センター（現 大阪国際がんセンター）婦人科 副部長  
 2018年 日本生命済世会附属日生病院（現 日本生命病院）産婦人科 部長

**【所属学会】** 日本産科婦人科学会、日本産科婦人科内視鏡学会、日本内視鏡外科学会、日本婦人科腫瘍学会、日本思春期学会、日本婦人科ロボット手術学会、日本エンドメトリーオーシス会、日本骨盤臓器脱手術学会、日本女性骨盤底医学会、The American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG)、The American Association of Gynecologic Laparoscopists (AAGL)、など

**【資格等】** 医学博士、日本産科婦人科学会専門医・指導医、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、日本がん治療認定医機構がん治療認定医、婦人科腫瘍専門医、母体保護法指定医、日本婦人科ロボット手術学会ロボット手術プロクター（良性・悪性）、日本ロボット外科学会国内B級ライセンス

## 教育セミナー

### 4-1. 「鏡視下時代の手術教育

#### ～ロボット, 腹腔鏡, 指導医, 修練医, 様々な視点から～

岐阜大学医学系研究科生殖・発育医学講座産科婦人科学 教授

磯部 真倫

現在、鏡視下手術の教育は混沌としている。ロボット、腹腔鏡などアプローチによる違いはもちろんのこと、指導医側の視点から見える教育と、学習者側から見える教育の視点も大きく異なる。指導医側とすれば、安全に手術を終え、悪性腫瘍であれば、oncologic outcomeも当然重要視しなければならない。しかし、学習者側からすればこれらのことは重要であるとわかってはいるが、手術を完投したい、上司に手を出してほしくないなどの要素も絡んでくる。それぞれの立場によって手術室における教育が変わってくるのは間違いない。

今回、現場の指導医、学習者、その中間の立場の先生方からアンケートをとり、それぞれの立場で求められる鏡視下手術の教育について共有する。唯一解のない手術室での教育ではあるが、様々な立場の視点を共有することで明日からの手術室教育に変化が訪れることを期待する。

#### 【略 歴】

磯部 真倫 (いそべ まさのり)

岐阜大学医学系研究科生殖・発育医学講座産科婦人科学 教授

**【略 歴】** 1977年 山形県山形市生まれ  
 2002年 山形大学医学部医学科 卒業  
 2002年 山形大学医学部附属病院産婦人科  
 2008年 大阪労災病院産婦人科  
 2013年 新潟大学歯学総合病院産科婦人科 助教  
 2018年 新潟大学歯学総合病院戦略企画室室員 (兼任)  
 2021年 新潟大学歯学総合病院総合研修部 副部長/医師研修センター 副センター長/特任講師  
 2023年 新潟大学医学部医学科医学教育センター 准教授  
 2023年 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 特任教授 (兼任)  
 2023年 現職

**【専 門】** 婦人科腹腔鏡手術, 婦人科腫瘍, 医学教育学, 医療安全

**【所属学会】** 日本産科婦人科学会, 日本産婦人科医会, 日本産科婦人科内視鏡学会 (理事・評議員), 日本婦人科腫瘍学会 (代議員), 日本内視鏡外科学会, 日本ロボット外科学会, 日本産婦人科手術学会, 日本婦人科ロボット手術学会, 日本医学教育学会 (理事・代議員), 日本外科教育研究会世話人

**【取得資格】** 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  
 日本産科婦人科内視鏡学会評議員・技術認定医  
 日本内視鏡外科学会技術認定医  
 日本がん治療認定医機構がん治療認定医  
 日本ロボット外科学会認定医

**【受賞歴】** 令和2年度：日本産科婦人科学会 教育奨励賞 受賞

**【教育プログラム受講歴】** 京都大学医学教育学プログラム 基礎編 修了  
 京都大学医学教育学プログラム 応用編 修了  
 Surgeons as educators basic course 2019 修了  
 Surgeons as educators advanced course 2022 修了  
 医療安全管理者養成講座 修了

## 教育セミナー

### 4-2. 「市中病院における内視鏡手術習得に対する教育」

刈谷豊田総合病院産婦人科 管理部長

長船 綾子

当院は、愛知県名古屋市の郊外に位置する病床数704床の市中病院です。初期研修医は毎年約17人入職し、産婦人科としては2024年4月から専門医が4名、6年目が2名、専攻医が5名の体制となりました。

当科での内視鏡手術は2007年頃より実施しており、外来や手術室、医局、研修医室に内視鏡縫合結紮ボックスを置いており、初期研修医のころから縫合結紮トレーニングを各々実施しています。また、外科ローテートの際にスコピストをすることにより症例を経験することができています。

専攻医に入ってから、豚の胃袋に風船を入れて自作する卵巣システクモデルのトレーニングを院内で行い、鉗子をスムーズに動かすことや電気メスや超音波凝固切開装置の適正使用について学びます。

アニマルラボトレーニングも実施し、午前は専攻医の先生を中心に模擬卵管切除や子宮全摘を行い、午後は習熟度に応じてリンパ節郭清や膀胱を利用した卵巣核出術や筋腫核出術の後壁縫合のトレーニングを実施し、実臨床への応用およびモチベーションupにつなげています。

現在当院はda Vinciが3台導入されており、専門医以上ではcertificateを取得しています。ソロサージェリーであり指導の仕方も今までの開腹手術や腹腔鏡手術とは異なるため、いかに安全に手術を完遂するか、ということは重要な部分だと思います。

また一番大切なことは、目の前にいる患者さんのために自分が「何ができるか」を考えることだと思います。それは学年に応じて変化してくると思います。

「手術が上手い」のはもちろんのこと、手術までのプロセス、術後の管理、合併症への対応、退院後の生活、その方の人生などを考えるという思考を持つということが大切であり、技術的なことを指導するだけでなく、人間的な成長を期待し指導しています。

#### 【略 歴】

長船 綾子（おさふね あやこ）

刈谷豊田総合病院産婦人科 管理部長

<b>【学歴・職歴】</b>	2000年	三重大学 卒業
	2001年	三重大学医学部附属病院産婦人科
	2002年	三重大学医学部附属病院 退職
	2002年	医療法人豊田会刈谷豊田総合病院 入職
	2021年	現職
<b>【資格等】</b>	2005年	産婦人科専門医
	2015年	産婦人科指導医
		日本産科婦人科内視鏡学会腹腔鏡技術認定医
		日本内視鏡外科学会技術認定医
		新生児蘇生法インストラクター
	2017年	がん治療認定医
	2019年	婦人科腫瘍専門医
	2022年	日本産科婦人科内視鏡学会子宮鏡技術認定医
		日本ロボット外科学会専門医（国内B級）

## 教育セミナー

### 5. 「卵巣癌マーカーTFPI 2 のリアルワールドにおけるデータ」

奈良県立医科大学産婦人科学講座 准教授

川口 龍二

組織因子経路インヒビター2 (Tissue Factor Pathway Inhibitor-2 ; TFPI-2) は卵巣明細胞癌の培養上清のプロテオーム解析から発見された卵巣癌の新規バイオマーカーであり、2021年4月に保険収載となった。TFPI 2 は高い明細胞判別性能を有しており、試薬添付文書には悪性腫瘍と良性腫瘍を鑑別するTFPI 2 のカットオフ値は191pg/mL、明細胞癌と非明細胞癌を鑑別するカットオフ値として270pg/mLと記載されている。

しかし、TFPI 2 が保険収載となった後のリアルワールドでのTFPI 2 のデータ蓄積はまだ少ない。われわれは、TFPI 2 が保険収載されてから2023年5月までの期間に卵巣腫瘍にて手術を行い、病理組織学的診断の確定した124例においてTFPI 2 の有用性について、CA125と比較して検討を行った。

その結果、良性腫瘍群と境界悪性腫瘍および悪性腫瘍を合わせた群との比較、良性腫瘍および境界悪性腫瘍を合わせた群と悪性腫瘍群との比較、明細胞癌群と非明細胞癌群との比較ではそれぞれCA125、TFPI 2 ともに有意差をもって鑑別可能であり、明細胞癌群と卵巣子宮内膜症性嚢胞群との比較ではCA125では有意差を認めないもののTFPI 2 では有意差をもって鑑別可能であった。また術後TFPI 2 の上昇が卵巣癌増悪を反映していた症例も経験した。これらの結果より実臨床においてもTFPI 2 は既存の腫瘍マーカー同様に有用であることがわかった。さらに、TFPI 2 が卵巣癌における予後予測マーカーになりうるかも検討を行い、術前のTFPI 2 が高値である症例の予後は有意に不良であった。

以上のように、TFPI 2 は明細胞癌、卵巣腫瘍の良悪性の鑑別する診断マーカーだけでなく、予後予測因子になるバイオマーカーとなりうることがリアルワールドのデータとして明らかとなった。

#### 【略 歴】

川口 龍二 (かわぐち りゅうじ)

奈良県立医科大学産婦人科学講座 准教授

【学 歴】	1996年	奈良県立医科大学 卒業
	2002年	奈良県立医科大学大学院 卒業
【職 歴】	1996年	奈良県立医科大学産婦人科 研修医
	2004年	奈良県立医科大学産婦人科 助教
	2007年	静岡県立静岡がんセンター婦人科 副医長
	2009年	奈良県立医科大学産婦人科 助教
	2015年	奈良県立医科大学産婦人科 講師
	2019年	奈良県立医科大学産婦人科 准教授

【所属学会】 日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会、近畿産科婦人科学会、日本婦人科腫瘍学会、日本癌治療学会、日本臨床細胞学会、日本臨床腫瘍学会、日本血栓止血学会、肺塞栓症研究会、日本産婦人科・新生児血液学会

【資格等】 医学博士、日本産科婦人科学会専門医・指導医、日本婦人科腫瘍学会専門医・指導医、日本がん治療認定医機構がん治療認定医、日本臨床細胞学会細胞診専門医・教育研修指導医、日本臨床腫瘍学会がん薬物療法専門医・指導医、日本血栓止血学会認定医、日本婦人科ロボット手術学会認定プロクター



## 教育セミナー

### 6-1. 「再発子宮頸癌に対する二次治療」

大阪医科薬科大学産婦人科学教室 講師

藤原 聡枝

近年、進行再発子宮頸癌における薬物療法は、血管新生阻害薬であるベバシズマブや免疫チェックポイント阻害薬の登場により大きな変遷を迎えている。これらの新規薬剤が登場する以前、プラチナ製剤を含む殺細胞性抗がん剤による一次治療後に進行または再発をきたした子宮頸癌は、二次治療の選択肢として単剤の化学療法が用いられてきたが、その治療効果は限定的であり非常に予後不良なアンメットメディカルニーズの高い集団とされてきた。

センプリマブ（リブタヨ<sup>®</sup>）は、免疫チェックポイントであるPD-1経路を阻害することで抗腫瘍効果を示す免疫チェックポイント阻害薬である。この予後不良とされるプラチナ製剤を含む化学療法歴のある進行、または再発子宮頸癌患者を対象に、国際共同第Ⅲ相試験（EMPOWER-Ceivical-1）において、センプリマブの有効性と安全性が検証された。主要評価項目である全生存期間において、化学療法群に比較し有意に良好な成績が示された。また、薬物療法時のQOLの維持は長期治療継続を果たすためにも重要な因子である。特に社会活動を活発に行っている若年発症も多く認められる子宮頸癌においては、その重要性はさらに高いと考える。センプリマブは、同第Ⅲ相試験において化学療法群に比較し有害事象の発症頻度は同等もしくは低く、QOLが維持されていたという結果が示された。

本セミナーでは、当院での実臨床におけるセンプリマブの使用経験について、院内での免疫関連有害事象への対策も含めて提示する。

#### 【略 歴】

藤原 聡枝（ふじわら さとえ）

大阪医科薬科大学産婦人科学教室 講師

**【学歴・職歴】** 2004年 大阪医科大学 卒業  
大阪医科大学附属病院 初期研修開始  
2006年 大阪医科大学産婦人科 レジデント  
2021年 大阪医科薬科大学産婦人科 講師、現在に至る

**【所属学会】** 日本産科婦人科学会、日本婦人科腫瘍学会、日本臨床腫瘍学会、日本癌治療学会、日本産科婦人科手術学会、日本産科婦人科内視鏡学会、日本内視鏡外科学会、日本臨床細胞学会

**【資格等】** 日本産科婦人科専門医、日本婦人科腫瘍専門医、がん治療認定医、日本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、日本臨床細胞学会細胞診専門医

## 教育セミナー

### 6-2. 「進行再発子宮頸癌治療の治療開発の展開」

静岡がんセンター婦人科 医長

武隈 宗孝

子宮頸癌の治療はここ数年で大きく変わろうとしている。

子宮頸癌領域には2つのunmet needsが存在すると考えられていた。すなわち進行・再発病態、および局所進行病態に対する新規治療の開発である。

進行・再発病態に対する標準治療はCDDP単剤治療と位置付けられたのは1987年であった。1990年代になると、米国を中心にプラチナ併用化学療法に関する開発が行われるが、CDDP単剤治療を超える新規治療レジメンは登場することがなく、長らく子宮頸癌に対する治療は緩和的の化学療法と考えられていた。しかし、その後子宮頸癌治療は2つの転換期を迎える。すなわち血管新生阻害薬およびICI (immune check point inhibitor) というgame changerが現れたことにより、その治療成績は飛躍的に向上した。本講演では進行・再発子宮頸癌、初回治療に関する治療開発の変遷を示しながら、GOG240試験、KEYNOTE826試験、そして再発子宮頸癌に対する二次治療としてICIの有効性を示したにEMPOWER-Cervical試験について解説を行う予定である。また、最近新しく報告されたBEATcc試験やInova301試験の解説を加えながら将来の治療展望にも触れていきたい。

局所進行病態に対してKEYNOTE-A18試験、およびINTERLACE試験の結果が報告された。両試験とも従来の標準治療であるCCRTに対し、新規治療が有意に良好の成績が示されている。本講演ではこれらの試験についても時間が許す限り解説したいと考えている。

#### 【略 歴】

武隈 宗孝 (たけくま むねたか)

静岡がんセンター婦人科 医長

【学歴・職歴】 1997年 浜松医科大学医学部 卒業  
2005年 静岡県立静岡がんセンター 副医長  
2010年 静岡県立静岡がんセンター 医長

【所属学会】 日本産婦人科学会 (専門医, 指導医), 日本婦人科腫瘍学会 (専門医, 指導医, 評議員, 子宮頸癌治療ガイドライン改訂委員, 子宮体がん治療ガイドライン改訂委員, 卵巣がん治療ガイドライン改訂委員, 粒子線治療評価の臓器別WG専門委員), 日本がん治療認定医機構 (認定医), 日本臨床細胞学会 (細胞診専門医, 静岡県支部理事), 日本癌治療学会 (G-CSF適正使用ガイドライン改訂WG委員), 日本臨床腫瘍学会 (がん免疫療法ガイドライン改訂WG委員), 日本産婦人科手術学会, 日本産科婦人科内視鏡学会, 日本遺伝性乳がん卵巣癌操業診療制度機構 (JOHBOC) (教育セミナー講師), 婦人科悪性腫瘍化学療法研究機構 (子宮頸がん委員長, 教育委員), 米国NCI 研究者, 医学博士

## 教育セミナー

### 7-1. 「進行卵巣癌における薬物療法＝日々のCQから考える＝」

天理よろづ相談所病院産婦人科 部長

住友 理浩

進行卵巣癌に対する新規治療薬による維持療法が導入されたことにより、予後改善だけでは無く今までは難しかった「完治」が一部の症例では見込まれるようになった。BRCA病的バリエーション症例に対するPoly (ADP-ribose) polymerase (PARP) 阻害薬による維持療法は、有意に予後の改善を示しただけでなく、全生存率においても一部の症例では完治と考えられる効果を示した。また、相同組み換え修復欠損 (HRD) 陽性症例に対するベバシズマブとオラパリブによる維持療法 (所謂PAOLA-1 レジメン) は、特に初回腫瘍減量術 (PDS) で完全手術を達成した症例では、同様に完治と考えられる良好な効果を示した。

しかし、このような新規維持療法の恩恵を享受できる症例は、日常診療では決して多くない。上記臨床研究の対象集団では、BRCA病的バリエーション症例は3割程度であり、PARP阻害薬による恩恵を多くの症例が享受できていない。またPDSで完全切除を行なうことは、多くの施設で必ずしも容易ではなく、なんとか完全切除をしてもHRDが陰性であることも少なくない。このような新規維持療法の恩恵を享受できていない症例の方が実地臨床においては多く遭遇するため、これらの症例にどのような治療戦略を組み立て、どのような維持療法を提供することが望ましいのかを考えることが重要である。術前化学療法 (NAC) およびその後の腫瘍減量手術 (IDS) において完全切除を達成した場合、術後の維持療法はPARP阻害薬単剤が良いのか、もしくはPAOLA-1 レジメンが良いのか、そもそもNACへの反応性が不良な症例ではベバシズマブを併用することが望ましいのか、Dose-dense TCが良いのか、IDSで完全切除が難しいと想定される場合でも、完全切除を目指して手術を強行するべきなのか、PARP阻害薬による維持療法へ移行するべきなのか。

本講演では、これら日常診療におけるClinical Questionから、今日における維持療法を有効性・安全性の観点から考察する。

#### 【略 歴】

住友 理浩 (すみとも まさひろ)

天理よろづ相談所病院産婦人科 部長

**【学歴・職歴】** 1999年 滋賀医科大学医学部 卒業  
 1999年 京都大学医学部附属病院産婦人科  
 2001年 静岡県立総合病院産婦人科  
 2004年 国立病院機構姫路医療センター産婦人科  
 2007年 天理よろづ相談所病院産婦人科  
 2014年 国立病院機構京都医療センター 病棟医長  
 2017年 滋賀県立総合病院婦人科 医長  
 2019年 公立豊岡病院組合立豊岡病院但馬こうのとり周産期医療センター長/産婦人科 部長  
 2023年 天理よろづ相談所病院産婦人科 部長

**【所属学会】** 日本産婦人科学会 (専門医, 指導医), 日本婦人科腫瘍学会 (代議員), 日本周産期・新生児医学会 (評議員), 母体保護法指定医

**【資格等】** 婦人科腫瘍専門医・指導医, 周産期専門医 (母体・胎児), 遺伝性腫瘍専門医

## 教育セミナー

### 7-2. 「卵巣癌治療におけるQOLの考え方と評価法」

京都大学医学部婦人科学産科学教室 講師

山口 建

卵巣癌は治療法の向上に伴い、長期予後が見込めるようになった。しかし課題として、卵巣癌に対する腫瘍減量手術は侵襲が大きいことがあり、新しく導入が進められている維持療法においては有害事象への対策により長期間の治療が可能となる。このため治療の目標として、予後改善とともに生活の質（QOL）の維持向上が求められるようになった。しかし、原疾患に対する治療だけではなくQOLに配慮した診療は十分にできておらず、今後働き方改革のなかでQOL診療という負担を追うことは困難である。

QOLは身体的な症状を評価する有害事象や副作用とは概念が似て非なるものである。精神的、社会的、文化的な概念をも包括するものであり、患者が主観的に感じるものであるために評価が難しい。QOLを評価する方法として患者報告アウトカム（patient reported outcome；PRO）が用いられている。卵巣癌治療においてもPROは複数報告されているが、著作権があることからその取り扱いには注意を要する。また、予後解析の中でQOLを考慮する方法（TWIST、Quality-adjusted PFSなど）がある。しかし、PROは患者が記録を維持できないというアドヒアランスの課題がある。

我々はがん治療におけるQOLの課題を克服することを目標にして研究を行っている。化学療法中の患者はどのような症状に困っているのかを検討すると、疲労、抑うつ、不眠、しびれ・痛みなどに困っていることがわかった。健康的な生活は、がん治療中は意識が高いが、治療後に意識が低くなること、初発や早期癌患者ではより意識が低いことが明らかになった。PROのアドヒアランスには促進因子と阻害因子があることを明らかにし、その課題を克服するアプリを開発することで化学療法中のQOLを把握することができると考えている。

本セミナーは卵巣癌をテーマにしてQOLの考え方、評価法を紹介し、QOLの課題をどのように克服していくかを一緒に考えていく。

#### 【略 歴】

山口 建（やまぐち けん）

京都大学医学部婦人科学産科学教室 講師

**【学歴・職歴】** 1993年 大阪市立大学医学部医学科  
 1999年 京都大学医学部附属病院 研修医  
 2000年 大津赤十字病院  
 2003年 市立長浜病院  
 2005年 京都大学大学院医学研究科博士課程  
 2009年 米国デューク大学 研究留学生  
 2011年 日本パプテスト病院産婦人科 部長  
 2013年 京都大学医学部附属病院産科婦人科 助教→院内講師  
 2017年 国立病院機構京都医療センター産科婦人科病棟 医長  
 2019年 京都大学大学院医学研究科医学部婦人科学産科学 講師

**【所属学会】** 日本産科婦人科学会幹事、日本婦人科腫瘍学会代議員、日本エンドメトリオーシス学会幹事、日本臨床分子形態学会評議員 等

**【資格等】** 日本産科婦人科学会専門医・指導医、日本婦人科腫瘍学会専門医・指導医、日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医（腹腔鏡）等

## 教育セミナー

### 8. 「女性の不調に対する漢方薬～がん領域を中心に～」

名古屋大学大学院医学系研究科産婦人科学 教授

梶山 広明

漢方薬というと胡散臭く聞こえる方もいるし、一方で懐の深さを感じる人もいる。西洋薬が「〇〇阻害薬」とか「△△作動薬」といった、単一で“Purify”された薬剤であるのに対して、漢方薬は“Crude”で多種多様な成分から構成されている。なんとなく捉えどころがなく感じてしまう。確かに「倦怠感や貧血のある人に気血を補う漢方薬が効く」といわれてもなんのことかわからない。そもそも「気」とはなんなのか？ 「血」は本質的に血液とは違うのか？ などなど考えてしまう。

気血水理論はまだサイエンスがなかった時代に先人が考えたものである。これらは一種の比喩のようなものである。「疲れ」や「元気がない」人に、元気のもととなる気が足りない「気虚」と捉え、それらに補気剤を用いると元気がでる。我々はリモコンでテレビをつけるときに、なぜこのボタンを押すと電源がつくのかかわからない。ただ単に押すとスイッチが入るから押すだけである。まさにこれと同じことである。別に気の実態が何であるか深く考える必要はなく、それは現代では機能的なものと理解されている。

日常診療では、「検査」→「診断」→「治療」という一連の流れがある。さて「検査」とは何か？一言でいうと数字と画像で表される客観的なデータである。検査値に異常を認めない愁訴が存在することは日常診療でよくみられる。不本意ながら、経過観察や対症療法しか打つ手がなくなってしまう。“Purify”された西洋薬と“Crude”な漢方薬は、いずれもなんらかの薬理作用をもつことにはかわりない。単一病因の疾患には西洋薬が良いし、多病因の複雑な背景をもつ病態には漢方薬がよいこともある。いずれにせよ保険医の免許で西洋薬と漢方薬を処方できる国は日本だけである。本講演では、基本生薬と漢方薬の基本骨格について解説を加えたい。さらに気血水を西洋医学的病態に変換しながら、女性特有のがんに関連する不調や副作用に対して有用な漢方薬を紹介する。

#### 【略 歴】

梶山 広明 (かじやま ひろあき)

名古屋大学大学院医学系研究科産婦人科学 教授

**【学歴・職歴】** 1995年 名古屋大学医学部 卒業  
 1995年 豊橋市民病院 (研修および産婦人科医)  
 1999年 名古屋大学大学院医学系研究科産婦人科 入学  
 2002年 同上 短縮修了 (医学博士)  
 2002年 名古屋大学医学部附属病院産婦人科 助手  
 2007年 名古屋大学医学部附属病院産婦人科 講師  
 2011年 名古屋大学大学院医学系研究科産婦人科学講座 准教授  
 2014年 米国国立衛生研究所 (NIH) National Cancer Institute 特別研究員  
 2020年 名古屋大学大学院医学系研究科産婦人科学 教授 (現職)  
 2024年 名古屋大学医学部附属病院 副病院長

**【主な所属学会】** 日本産科婦人科学会 (常務理事, 専門医, 指導医), 日本婦人科腫瘍学会 (常務理事, 専門医, 指導医), 日本癌治療学会 (代議員), 日本東洋医学会 (代議員, 漢方専門医, 指導医) など

## 一般講演抄録

1

### ペムプロリズマブの治療効果判定に iRECIST を使用した経験

京都医療センター

松本 有加, 田中 有紀, 仲井 千裕, 住永 優里, 田辺優理子, 今竹ひかる, 岸本 尚也,  
露木 大地, 江本 郁子, 天野 泰彰, 安彦 郁

【成績】体癌 19 例, 卵巣癌 4 例 (うち 2 例は体癌との重複癌), 頸癌 11 例, 膣癌 1 例の合計 33 例にペムプロリズマブを含むレジメンを投与した。休薬期間も含めた投与期間の平均は 10 ヶ月で, 平均 11 サイクル投与されていた。RECIST では投与開始後の初回評価で CR または PR となった症例が 14 例 (奏効率 42.4%), SD を含めると 22 例 (疾患制御率 66.7%) であった。iRECIST では初回評価で iUPD となった症例は 7 例であり, そのうち 2 回目評価で 5 例が iCPD であり, 1 例は CR, 1 例は SD であった。irAE として, 甲状腺機能異常を 10 例, 倦怠感 8 例, 血小板減少 6 例認めた。【結語】一般に RECIST で PD となった時点で治療変更を検討することが多いが, ペムプロリズマブにおいて iRECIST を用いると iUPD であってもその後治療効果を認めることがある。iRECIST による評価が有用であると考えられた。

2

### 子宮体癌に対するレンパチニブ+ペムプロリズマブ療法の治療効果と好中球/リンパ球比

京都大学

高田 光紗, 濱西 潤三, 山ノ井康二, 村上 隆介, 嶋村 卓人, 滝 真奈, 砂田 真澄,  
北村 幸子, 山口 建, 万代 昌紀

再発子宮体癌に対するレンパチニブ+ペムプロリズマブ併用療法 (LP 療法) の有効性を予測する指標はない。当科にて LP 療法を行った子宮体癌症例の治療効果や有害事象と関連する臨床情報・検査を探索することを目的とした。当科で LP 療法を行った 16 例 (うち 2 例は評価未) の奏効率は 44%, 疾患制御率 63%, 無増悪生存期間中央値 4.1 カ月であった (観察期間中央値 6.1 カ月)。有害事象は全例で認め, Grade3 以上は 10 例 (63%) に認めたが, 有害事象は臨床情報や治療効果に関係はなかった。一方で, 治療無効 (増悪) 例は, 2 レジメン以上の既治療例にはなく, LP 療法前の末梢血中の好中球数, および好中球/リンパ球比がそれぞれ高かったが (無効 vs 有効 [中央値], 7567/ $\mu$ l vs 3522/ $\mu$ l;  $p=0.001$ , 6.8 vs 3.1;  $p=0.007$ ), リンパ球数は治療効果には関係なかった。LP 療法開始前の治療歴や免疫状態は, 治療効果と関係している可能性が示唆された。

3

### 子宮体癌に対する子宮全摘, 骨盤リンパ節郭清術のロボット手術と腹腔鏡手術の比較検討

京都医療センター

今竹ひかる, 松本 有加, 田中 有紀, 仲井 千裕, 住永 優里, 田辺優理子, 岸本 尚也,  
露木 大地, 江本 郁子, 天野 泰彰, 安彦 郁

【緒言】子宮体癌に対する腹腔鏡手術とロボット手術を比較しロボット手術の有用性を検討した。【方法】当院で子宮体癌 1A 期, 類内膜癌 G1~G2 に対して 2018 年 1 月から 2024 年 1 月に子宮全摘と骨盤内リンパ節郭清を行ったロボット手術 70 例, 腹腔鏡手術 29 例を比較した。【結果】ロボット群で手術時間は長かったが (中央値ロボット群 316 分, 腹腔鏡群 272 分,  $p=0.02$ ), 術中出血量と術後在院日数は少なかった (出血量中央値: ロボット群 0ml, 腹腔鏡群 50ml,  $p < 0.01$ , 術後在院日数中央値: ロボット群 5 日, 腹腔鏡群 8 日,  $p < 0.01$ )。腹腔鏡群と比べロボット群で合併症の増加はなく, 術後補助化学療法がロボット群 7 例, 腹腔鏡群 2 例で行われ, ロボット群に 2 例の再発を認めたが, いずれも両群間に差は認めなかった。【結論】子宮体癌 1A 期に対するロボット手術は腹腔鏡手術と比較して手術時間が長いものの, 合併症の増加なく, 同等の手術成績であり, 有用であると考えられる。

## 4

**腹腔鏡手術時の術中腹水濾過濃縮再静注療法における新規腹水回収方法の導入**

滋賀医科大学

米岡 完, 天野 創, 笠原 恭子, 高橋 顕雅, 西村 宙起, 出口 真理, 山中 弘之,  
田中 佑治, 信田 侑里, 中村 暁子, 辻 俊一郎, 村上 節

【緒言】腹腔鏡手術時の術中腹水濾過濃縮再静注法 (CART) を行うにあたり, 当院で新たに導入したローラーポンプを用いた手法の有用性を検証する。【方法】初期は三方活栓付き延長チューブを用いて手で腹水を CART バックに回収 (従来法) し, その後に腹膜播種結節を摘出していた。腹水回収にかかる時間が長いので, JMS マルチフローポンプ MF-02 およびメラエクセライン回路 N2 を用いたポンプ法を開発し, 当院の高難度医療・未承認医薬品等管理室での承認を経て使用を開始した。腹水回収方法変更に伴う腹水回収時間と回収量を後方視的に検討した。【成績】従来法は 3 例, ポンプ法は 2 例であった。従来法の腹水回収時間と回収量は 15 分-3120ml, 22 分-2660ml, 18 分-3260ml, ポンプ法は 10 分-4040ml, 9 分-3940ml であった。いずれも腹水回収後に腹膜播種結節を摘出し合併症なく手術終了した。【結論】ポンプ法は腹水回収時間の短縮と回収量の増加が認められ, 有用性が示唆された。

## 5

**粘液性癌として再発した卵巣粘液性境界悪性腫瘍のゲノム異常の変遷**1) 京都大学, 2) 同・医学研究科腫瘍生物学講座, 3) 同・白眉センター  
守本 佳暖<sup>1)</sup>, 滝 真奈<sup>1)</sup>, 渡部 光一<sup>1, 2)</sup>, 山ノ井康二<sup>1)</sup>, 村上 隆介<sup>1)</sup>,  
垣内 伸之<sup>2, 3)</sup>, 山口 建<sup>1)</sup>, 濱西 潤三<sup>1)</sup>, 小川 誠司<sup>2)</sup>, 万代 昌紀<sup>1)</sup>

【目的】卵巣粘液性境界悪性腫瘍 (MBT) は稀に浸潤性粘液癌として再発する。我々は MBT が多発腹膜播種を伴う浸潤癌として再発した 1 例を経験した。再発に至るまでのゲノム異常の変化を全エクソームシーケンスで解析した。【症例】IgA 腎症で透析中の 76 歳。卵巣腫瘍自然破裂に対し腹腔鏡下両側付属器切除術を施行し, MBT I C2 期と診断された。30ヵ月後, 多発腹膜播種, 皮膚転移が出現した。試験腹腔鏡での生検結果にて再発粘液性癌と診断され, 1ヵ月後に死亡した。初発および再発部位に対して全エクソームシーケンスを行ったところ, 同一クローンからの発生であることがわかった。境界悪性腫瘍の時点で KRAS, CDKN2A, TP53 に変異を認めていた。染色体コピー数に着目すると, 境界悪性腫瘍から癌へは全ゲノム重複とさらなるコピー数の変化, KRAS 変異アレルのコピー数増加を認めた。【結論】MBT は時に浸潤癌として再発する。癌への変遷としてコピー数異常の増悪が関与していることが示唆された。

## 6

**保存的治療困難な尿路結石合併妊娠に対して尿管ステント留置が奏効した 2 例**

泉大津市立病院

藤東 温子, 長嶋 愛子, 黒川 真侑, 中井 建策, 林 雅美, 和田 卓磨, 中川佳代子,  
田中 和東, 西尾 順子, 石河 修

妊婦の尿路結石の罹患率は 1500 人に 1 人で, 8 割以上が妊娠第 2 期, 3 期に発症するとされる。その大部分は保存的治療で自然排石するが, 一部において侵襲的治療を要する。今回, 尿管ステント留置を要した 2 例を経験したので報告する。症例 1 は 30 歳, 2 妊 1 産。妊娠 33 週に右側腹部痛にて入院。腹部超音波及び腹部単純 X 線撮影にて右尿管結石と診断した。輸液, 抗生剤, 鎮痛剤投与するも疼痛管理困難のため, 入院 5 日目に尿管ステント留置を施行した。その後は速やかに疼痛及び炎症反応は改善し退院した。産後 1ヶ月でステントを抜去し, 結石の消失を確認した。症例 2 は 27 歳, 3 妊 2 産。妊娠 24 週に右側腹部痛にて入院。腹部超音波にて右尿管結石と診断した。輸液, 抗生剤, 鎮痛剤投与するも炎症反応上昇, 腎機能の悪化, 疼痛管理困難のため, 入院 3 日目に尿管ステント留置を施行した。疼痛, 炎症反応, 腎機能は速やかに改善し退院した。産後 1ヶ月でステントを抜去し, 結石の消失を確認した。

7

**確定診断前の早期介入の重要性を認識した劇症型A群溶連菌（GAS）感染症の1例**

京都第一赤十字病院周産期総合医療センター

藤岡 悠介, 松本真理子, 垣淵 晃代, 太田 早希, 小暮 藍, 山田 惇之, 大谷 真弘,  
高岡 幸, 明石 京子, 大久保智治

【緒言】GAS 感染症は重篤かつ急激な転帰をたどることが多い一方で、確定診断には時間を要する。【症例】38 歳，3 妊 2 産。38 週 2 日に発熱を認め前医受診。咽頭痛は認めなかった。A 群溶連菌の迅速検査で陰性であったが、ピペラシリン投与が開始された。波形レベル 4 となったが、急速遂娩の準備中に経膈分娩となった。分娩時出血は 220mL であったが、40℃の発熱，血圧低下，頻脈，意識レベル低下を認め，急激な臨床経過から GAS 感染による敗血症性ショックを疑い当院へ産褥搬送となった。搬送時は持続出血ないもののフィブリノゲン値は感度以下でありフィブリノゲン製剤投与とし集中治療室管理とした。その後出血が止まらず，RBC12 単位，FFP12 単位を投与した。抗菌薬の投与も開始した。血液培養で GAS が判明した。産褥 11 日目に退院した。【結語】GAS 感染症は極めて緊急性の高い疾患であり妊産婦死亡の一因となりうる。GAS 感染を疑い早期の産褥搬送の決定，確定診断前の早期の治療開始が予後改善につながる。

8

**胎児甲状腺機能低下症と診断した胎児甲状腺腫の1例**

京都府立医科大学

末次 雅保, 志村 光揮, 片山 晃久, 田中佑輝子, 藁谷深洋子, 森 泰輔

【緒言】胎児甲状腺腫は、羊水過多や気道狭窄による出生時の呼吸障害の原因となるため、出生前診断と治療介入が必要である。【症例】40 歳，2 妊 0 産。妊娠初期に Basedow 病と診断された。propylthiouracil (PTU) とヨウ化カリウム (KI) で治療を開始したが、羊水過多，胎児甲状腺腫を認め，妊娠 33 週に当院紹介となった。胎児甲状腺は辺縁に血流を認め，周囲長 11cm と腫大していた。胎児頻脈は認めず，妊娠 34 週に大腿骨遠位端骨核を認めなかったため，胎児甲状腺機能低下症と診断した。KI, PTU を順次中止したところ，大腿骨遠位端骨核が出現し，羊水過多の改善，胎児甲状腺周囲長の縮小を認めた。出生時の気道確保の必要性を考慮し，妊娠 38 週に帝王切開術を実施した。出生児は，女兒，2716g, Apgar スコア 9/10 点，呼吸障害は認めず，新生児期に甲状腺機能低下や亢進は認めなかった。【結語】胎児甲状腺腫では胎児期より治療を行うために，胎児甲状腺機能低下症か亢進症かを評価する必要がある。

9

**妊娠時の疼痛管理に硬膜外麻酔が有効であった2例**

1) 奈良県総合医療センター，2) 同・麻酔科

佐川 翔子<sup>1)</sup>, 吉元 千陽<sup>1)</sup>, 中谷 真豪<sup>1)</sup>, 笹森 博貴<sup>1)</sup>, 福井 寛子<sup>1)</sup>, 渡辺しおか<sup>1)</sup>,  
石橋 理子<sup>1)</sup>, 中山 佳奈<sup>2)</sup>, 佐道 俊幸<sup>1)</sup>

【緒言】妊娠中の疼痛管理はアセトアミノフェンやペンタゾシンを用いるが，これらに抵抗性を示し，疼痛管理に難渋する症例に対して硬膜外麻酔が有効であった2例を経験したので報告する。【症例1】39 歳 1 妊 0 産。妊娠 13 週に巨大子宮筋腫の変性による疼痛が出現した。薬物療法で疼痛コントロールが不十分のため，Th11/12 からレボブピバカインによる硬膜外麻酔を施行し，疼痛は改善したため妊娠 15 週に退院した。妊娠 21 週に症状が再燃し，硬膜外麻酔を再開して効果を認めたが，長期管理となるため妊娠 23 週にトラマールを導入し，妊娠 24 週に硬膜外麻酔を終了した。【症例2】36 歳 1 妊 0 産。妊娠 16 週に尿路結石と診断され，疼痛が強いため当院へ紹介となった。薬物療法で疼痛コントロールが不十分のため，Th10/11 から硬膜外麻酔を施行し，疼痛は改善したため妊娠 18 週に退院した。【結語】硬膜外麻酔は鎮痛効果，子宮収縮抑制効果に優れ，子宮筋腫合併妊娠や尿路結石合併妊娠の疼痛管理に有効な治療法である。



10

## 子宮腺筋症術後妊娠で子宮破裂をきたしていた1例

長浜赤十字病院

若園 依未, 中島 正敬, 近松 勇門, 北野 照, 山野 和紀, 林 真麻子, 濱口 史香,  
奈倉 道和

【緒言】子宮手術後の避妊期間は3-6ヶ月とする場合が多い。子宮手術後6ヶ月で妊娠成立し、帝王切開時に子宮破裂をきたしていた症例を経験した。【症例】44歳初産婦。既往は円錐切除術、子宮筋腫・線筋症核出術。核出後6ヶ月でIVF-ETで妊娠成立した。妊娠9週2日に妊娠管理目的に当科紹介初診となった。妊娠23週5日に頸管無力症の診断で頸管縫縮術を施行し、入院管理とした。妊娠経過中に明らかな子宮収縮は認めなかった。妊娠37週1日に選択的帝王切開術を施行し健児を得た。術中所見は子宮底部の一部筋層が完全欠損しており、子宮漿膜1枚のみで覆われていた。RBC4単位、FFP4単位の輸血を行いながら欠損部筋層を修復した。出血量は3940mlであった。【結語】子宮手術後の避妊期間には一定の見解がなく、個々の症例に応じて避妊期間を設定する必要がある。特に子宮腺筋症核出後は筋腫核出後と比較しても子宮破裂のリスクが上昇するため、避妊期間を設ける際は、より慎重な判断が求められる。

11

## 経膈分娩後に恥骨結合部に膿瘍を認めた1例

大阪公立大学

和田 夏実, 栗原 康, 北田 紘平, 田原 三枝, 羽室 明洋, 中野 朱美, 三杵 卓也,  
橘 大介

【症例】33歳。1経妊0経産。自然妊娠成立後、近医にて特に問題なく経過した。分娩予定日超過から陣痛誘発を行い妊娠42週0日に胎児機能不全の適応で吸引分娩＋クリステレルにて分娩に至った。児は3455g。産褥2日目に左股関節の痛みから歩行困難となり、37.9℃の発熱及びWBC:21000、CRP:11.1と炎症反応上昇を認め、子宮内感染を疑いABPCの投与を行ったが改善を認めず、精査加療目的に産褥3日目に当院搬送となった。同日のCTから恥骨結合離開の診断に至ったが明らかな熱源は認めなかった。翌日のMRIでは恥骨結合背側に膿瘍を認め入院時の血液培養にてMRSAが同定されたため、抗生物質をVCMに変更した。変更後は炎症反応の低下はあるも発熱が散見され、CTガイド下に膿瘍ドレナージ術を行い排膿した。その後、軽快していき退院となった。【結語】経膈分娩から血行性にMRSAが波及し恥骨結合離開部に膿瘍を形成した。産後に骨盤痛に発熱を伴う場合は、恥骨結合離開による感染の可能性を念頭に置く必要がある。

12

## 尿管同定困難例に対する尿管蛍光ステントを用いた腹腔鏡手術

神戸大学

施 裕徳, 長又 哲史, 笹川 勇樹, 高橋 良輔, 西本 昌司, 若橋 宣, 寺井 義人

【緒言】免疫抑制剤長期使用と悪性腫瘍発生頻度上昇の関連が示唆されている。腎移植後の子宮頸癌I期に対して尿管蛍光ステントを用いて腹腔鏡下悪性腫瘍手術を施行した2例を報告する。【症例1】42歳2妊1産。原疾患不明慢性腎不全で30歳時に右生体腎移植を施行された。42歳時にHSILで紹介、診断的円錐切除術で子宮頸癌IB1期と診断された。両側尿管に尿管蛍光ステント、移植尿管にDJステントを留置し腹腔鏡下広汎子宮全摘を実施した。癒着により右側は準広汎子宮全摘となったが再発はない。【症例2】50歳未経産。IgA腎症による慢性腎不全で38歳時に右生体腎移植を施行された。50歳時に不正出血で近医受診しHSILで当院へ紹介。診断的円錐切除術で子宮頸癌IA1期の診断となり腹腔鏡下準広汎子宮全摘術を行った。移植尿管に尿管蛍光ステント、両側尿管にDJステントを留置して手術実施した。【結語】蛍光尿管ステントにより、同定困難な移植尿管の位置確認を安全に行うことができる。

13

## 子宮頸がん治療後、長期無病生存例に生じた膣がんの1例

市立岸和田市民病院

島崎 郁司, 中川 倫子, 札幌 恵, 南野 成則, 松本 佳也

膣がんは女性生殖器がんの1%程度と稀な疾患である。今回我々は、子宮頸がん治療後、長期無病生存例に生じた膣がんの一例を経験したので報告する。患者は71歳、33年前に子宮頸がん術後、化学療法及び放射線療法等を行い、術後15年で通院を終了していた。今回は性器出血を主訴に近医より紹介された。膣断端に3mm大の広基性ポリープ状の腫瘤があり、生検にてHigh-grade squamous intraepithelial lesionと診断された。病理診断では悪性と確定されていないが、子宮頸がんは長期無病生存であり画像検査の結果も踏まえ、膣がんStageIAと考えられた。膣壁部分切除術及びリンパ節生検を施行した。腹腔内の癒着が著明で剥離に時間を要した。術後標本による病理検査により膣がんT1期、pT1MONO扁平上皮癌と診断した。現在まで無病生存である。子宮頸がんの手術歴がある症例に発生した膣がんに対して早期に発見及び手術ができた症例であった。

14

## 妊娠中絶し根治治療を行った子宮頸部悪性腫瘍の3例

奈良県総合医療センター

綾野 沙羅, 伊東 史学, 岡本 美穂, 黒瀬 苑水, 竹田 善紀, 新納恵美子, 谷口真紀子, 豊田 進司, 喜多 恒和, 佐道 俊幸

妊娠初期に子宮頸部悪性腫瘍と診断され、根治的治療を行った3例を経験したので報告する。[症例1] 29歳、3経産。妊娠6週の頸部細胞診でHSILもコルポスコピーは実施されず、妊娠14週の不正出血時の生検で子宮頸部扁平上皮癌IB3期と診断。妊娠19週に広汎子宮全摘術を施行。TC療法を施行し術後5年で無病生存である。[症例2] 25歳、0経産。性器出血と頸部腫瘤を指摘され妊娠16週に紹介。35mmの有茎性腫瘍を切除し子宮腺肉腫IB2期と診断。妊娠18週に人工妊娠中絶を実施。子宮鏡下生検で腺肉腫の残存を認め、準広汎子宮全摘術と両側付属器切除術を施行。アドリアマイシン単剤療法を施行し、術後3年で無病生存である。[症例3] 40歳、0経産。不妊治療後の妊娠10週で紹介時に、50mmの頸部腫瘤を指摘。生検から子宮頸部小細胞神経内分泌癌IB3期と診断。広汎子宮全摘術予定である。[結語] 3例とも通常の癌検診では異常なく、妊娠周辺期における慎重な頸部の視診が早期診断につながる可能性がある。

15

## 子宮頸部混合型小細胞内分泌癌の1例

大阪公立大学

八木真里奈, 田坂 玲子, 植木 麻友, 関 莉穂, 和田 卓磨, 山内 真, 福田 武史, 安井 智代, 角 俊幸

子宮頸部小細胞癌は稀な腫瘍であり、他の組織型と比較し予後不良とされている。早期より遠隔転移を来しやすい一方、放射線や化学療法への感受性が高いため、異なる治療戦略を要する。症例は70歳代、4妊3産、不正出血で近医を受診時に子宮頸部腫瘤を指摘されたが、子宮頸部細胞診SCCも組織診では悪性リンパ腫または癌肉腫疑いであり、精査加療目的で当院紹介となった。当院では細胞診SCC、組織診では神経内分泌腫瘍が疑われた。有意な腫瘍マーカー上昇なく、MRIでは子宮頸部に限局する42mm大の腫瘤を認めたが、CT上は明らかな遠隔転移を認めず、子宮頸癌IB3期の術前診断で広汎子宮全摘出術、両側付属器切除術を施行した。術後病理組織診断では神経内分泌癌と通常型内頸部腺癌の組織像が併存しており、混合型小細胞神経内分泌癌と診断された。リンパ節転移は認めず子宮傍組織浸潤を認めII B期の診断で、術後補助療法としてイリノテカン+シスプラチン療法を行い、術後5ヶ月時点で再発を認めない。

16

### 腔原発悪性リンパ腫および転移性子宮癌の診断に CT ガイド下生検が有用であった 2 症例

1) 市立奈良病院, 2) 同・放射線科

東浦 友美<sup>1)</sup>, 穴井 洋<sup>2)</sup>, 春田 典子<sup>1)</sup>, 藤井 肇<sup>1)</sup>, 赤坂往倫範<sup>1)</sup>, 延原 一郎<sup>1)</sup>,  
原田 直哉<sup>1)</sup>

【緒言】稀な婦人科悪性腫瘍の診断に CT ガイド下の生検が有用であった 2 症例を報告する。【症例 1】91 歳, MRI で直腸腔間隙から発生する腫瘤を認め悪性リンパ腫が疑われた。腔鏡診の際に腔下方に新生児頭大の硬い腫瘤を触知し生検を行ったが, 視野の確保が不良で出血も多く診断には至らず, CT ガイド下に腹臥位で臀部から経皮的に 18G セミオート針を用いて生検を行いびまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫の診断を得た。【症例 2】71 歳, 2 年前に左乳癌 (浸潤性乳管癌硬性型: ypT2N1M0) の治療歴があったが寛解と評価されていた。原因不明の両側水腎症をきたし子宮腫瘍が疑われると当科に紹介になった。子宮の可動性が極めて不良であり, 子宮傍組織への浸潤が疑われ MRI で膀胱後壁やダグラス窩から直腸壁にまで広がる腫瘍を認めた。同様に CT ガイド下の生検で乳癌の子宮転移が判明した。【結語】腔後方に発生する大きな腫瘍や, 摘出が困難と考えられる子宮腫瘍に対して, CT ガイド下生検は局所麻酔下で可能であり, 有用な手段と考えられる。

17

### 子宮頸部細胞診を契機に劇症型 A 群溶連菌感染症をきたした 1 例

大阪赤十字病院

福井 希実, 徳重 悠, 福田 真優, 水野友香子, 定本 怜子, 平山 貴裕, 小林 弘尚,  
前田万里紗, 中川江里子, 岩見州一郎

症例は 58 歳 2 回経産婦, 骨盤臓器脱で近医産婦人科へ通院中であった。不正出血を主訴に受診し子宮頸部細胞診を実施された。翌日に発熱・腹痛が出現し, その後敗血症に至った。画像検査で子宮筋腫と子宮周囲の液貯留を認め, 骨盤腹膜炎を疑われ当院へ搬送となり, 緊急手術を実施した。腹腔内に多数の膿瘍を認め, 単純子宮全摘・両側付属器切除術を施行した。術後は持続緩徐式血液濾過透析を実施し抗菌薬加療を継続した。膿瘍培養および腔培養から A 群溶血性連鎖球菌が検出され, 子宮頸部細胞診を契機とした劇症型 A 群溶連菌感染症と判断した。その後腹腔内膿瘍が再発し熱型の悪化を認め, 術後 17 日目に再開腹ドレナージ術を施行した。その後の経過は良好で, 初回手術から 40 日目に退院となった。子宮内膜細胞診の後に劇症型 A 群溶連菌感染症を発症したという既報はあるが, 本症例のように子宮頸部細胞診を契機にも発症することがある。産婦人科領域における劇症型 A 群溶連菌感染症について文献学的考察を含め報告する。

18

### LEEP 式子宮頸部円錐切除におけるルゴール・ヨードの有用性について

奈良県総合医療センター

豊田 進司, 伊東 史学, 中谷 真豪, 黒瀬 苑水, 笹森 博貴, 福井 寛子, 竹田 善紀,  
新納恵美子, 谷口真紀子, 喜多 恒和, 佐道 俊幸

ルゴール・ヨードは正常扁平上皮では茶褐色, 高度扁平上皮内病変では明瞭な黄色, 軽度扁平上皮内病変では斑状の黄色に染色する。ルゴール・ヨードの上皮染色変化は世界的には子宮頸部扁平上皮内病変の早期検出に有用とされ, 治療では正常扁平上皮と扁平上皮内病変との境界明瞭化により過剰切除を防ぐ可能性がある。今回, LEEP (loop electrosurgical excision procedure) 式子宮頸部円錐切除における半濃度ルゴール・ヨードの術後追加治療への影響を検討した。対象は当科で外来 LEEP を施行した 584 症例である。結果はルゴール使用群 208 例 (2015~2022 年) の追加治療率は 4.3% (9 例) であり, 内訳は再発率が 2.9% (6 例) と病変残存率 (残存率) が 1.4% (3 例) であった非使用群 376 例 (2001~2014 年) の追加治療率は 6.4% (24 例) であり, 内訳は再発率が 2.9% (11 例) と残存率が 3.5% (13 例) であった。残存率はルゴール使用群がルゴール非使用群より有意に低率であった。再治療率と再発率は両群間で有意な差を認めなかった。以上より, ルゴール・ヨードは LEEP 後の病変残存率を減少させると考えられた。

19

## MSI-High 進行子宮体癌に対してペムプロリズマブが奏効した1例

大阪公立大学

関 莉穂, 山内 真, 千菊 智紀, 内倉慧二郎, 和田 卓磨, 田坂 玲子, 福田 武史,  
安井 智代, 角 俊幸

免疫チェックポイント阻害薬の1つであるペムプロリズマブは2018年より「標準的な治療が困難な MSI-High を有する固形癌」に適応が拡大され、進行・再発子宮体癌に対する新たな治療薬として期待されている。MSI-High 進行子宮体癌に対してペムプロリズマブが著効した1例を経験したので報告する。症例は69歳。腹圧性尿失禁の増悪を主訴に受診され、経膈エコーにて子宮腫瘍を認めた。術前診断子宮体癌IVB期類内膜癌 Grade 2 に対して子宮腔上部切断術、両側付属器切除術、骨盤内リンパ節生検施行後、子宮体癌IVB期類内膜癌 Grade 3 の診断となった。残存病変に対してTC療法、AP療法、放射線療法を行うもいずれもPDであった。MSI-High を示したためペムプロリズマブ投与開始し、36コース終了時点でPR (74%縮小) が得られており、甲状腺ホルモン値の上昇を認めたが無治療で正常化しその他特記すべき有害事象なく経過している。MSI-High を示す進行・再発子宮体癌に対してペムプロリズマブは非常に効果的である。

20

## 症候性脳梗塞発症前に診断できた早期子宮体癌に伴う Trousseau 症候群の1例

1) 千船病院 2) 同・病理診断科

甲斐 志織<sup>1)</sup>, 城 道久<sup>1)</sup>, 北井 沙和<sup>1)</sup>, 大木 規義<sup>1)</sup>, 渡邊 隆弘<sup>2)</sup>, 吉田 茂樹<sup>1)</sup>

【緒言】高分子ムチン (CA125・19-9) の腫瘍マーカー高値から Trousseau 症候群 (以下 TS) を予測した早期子宮体癌の1例を経験した。【症例】62歳, 4妊3産。不正出血で受診し子宮内膜組織診で類内膜腺癌 G1 と診断。画像で IB 期を疑うが CA125 : 982 と高値だった。右下肢の無症候性 DVT を認め、経口 FXa 阻害剤を開始後に子宮から大量出血し抗凝固療法を中止した。CA19-9 : 601 と高値および DVT 合併から TS を疑い、頭部 MRI で左頭頂部に無症候性亜急性脳梗塞を認めた。手術時間短縮のため腹式子宮全摘術・両側付属器摘出術を行い、リンパ節郭清術は省略した。術後1カ月で CA125 : 29, CA19-9 : 33.4 と著明に低下した。病理で進行期 IA の早期だがリンパ管侵襲を伴う MELF 型浸潤を認めた。【結論】早期子宮体癌に見合わず CA125・CA19-9 が高値の場合、無症状でも TS を疑って術前に血栓の有無を精査し、早期の原発巣除去が推奨される。

21

## 巨大筋腫で生検不能な内膜を MR 拡散強調像で悪性を疑い術後に子宮体癌と診断した1例

1) 千船病院 2) 同・画像診断科 3) 同・病理診断科

一宮 素奈<sup>1)</sup>, 城 道久<sup>1)</sup>, 根来 柚衣<sup>1)</sup>, 前田 哲雄<sup>2)</sup>, 渡邊 隆弘<sup>3)</sup>, 大木 規義<sup>1)</sup>,  
吉田 茂樹<sup>1)</sup>

【緒言】子宮体癌の術前診断は内膜組織診が必須だが、解剖学的偏移で生検困難例がある。巨大筋腫で生検不能な内膜を MRI 拡散制限で悪性を疑い子宮摘出後に早期子宮体癌と診断した1例を経験した。【症例】51歳, 1妊1産。数年前より筋腫を指摘され増大傾向のため紹介。不正出血・過多月経は無かった。超音波検査で20cm大の巨大筋腫と内膜肥厚を認め、子宮前壁の巨大筋腫で体部が強く後屈かつ頸部が頭側へ偏移し、細胞診・組織診は不能だった。MRI の拡散強調像 (b=800s/mm<sup>2</sup>) で内膜は高信号、ADC 値は低値 (0.832 × 10<sup>-3</sup>mm<sup>2</sup>/s) で悪性を想定した。TLH を希望したが癌の場合に子宮の裁断で病理学的評価が困難となるため、腹式単純子宮全摘術・両側付属器摘出術を実施。子宮体部上部に45mm大の隆起型病変を認め、IA期の類内膜癌と診断した。【結論】内膜生検不能な子宮の術前評価で拡散強調は悪性の予測に有用で、巨大筋腫で裁断を要する TLH の可否に応用できる。

22

### アドリアマイシン投与後に心不全を来した子宮体癌の1例

1) 市立貝塚病院, 2) りんくう総合医療センター  
 原マイケルシヤン<sup>1)</sup>, 甲村奈緒子<sup>1)</sup>, 永瀬 慶和<sup>1)</sup>, 岡木 啓<sup>1)</sup>, 仲尾 有美<sup>1)</sup>, 市川 冬輝<sup>1)</sup>,  
 田中あすか<sup>1)</sup>, 吉村 明彦<sup>1)</sup>, 増田 公美<sup>1)</sup>, 岡藤 博<sup>1)</sup>, 荻田 和秀<sup>2)</sup>, 横井 猛<sup>1)</sup>

【症例】70歳，未妊。68歳時に子宮体癌に対して腹式単純子宮全摘，両側付属器摘出，大網部分切除術を行い，類内膜癌 Grade3 IIIA 期と診断した。術後補助療法として TEC 療法 6 コース投与した。1年11か月後に骨盤内および左鼠径部に再発を認め，2nd line としてペムプロリズマブ・レンパチニブを投与した。その後，腔断端に再発を認め，3rd line として AP 療法を開始した。6コース後の心臓超音波検査では EF70% であった。7コース投与3週間後から労作時呼吸困難を自覚し受診。両側下腿浮腫，胸部 X 線で著名な胸水貯留，心臓超音波検査にて EF32% と左室収縮能の低下を認め，アドリアマイシン心筋症と診断した。フロセミド，ドブタミンの持続静脈注射を行い，自覚症状および胸水貯留は次第に改善した。【結語】子宮体癌に対しアドリアマイシン投与後に心不全を来した1例を経験した。アントラサイクリン系薬剤による心毒性は用量依存性に発生頻度が高くなり，心不全を発症した場合，短期間で急速に進行するため注意を要する。

23

### 子宮体部原発肝様腺癌の1例

市立貝塚病院  
 淡路 拓也，市川 冬輝，原マイケルシヤン，岡木 啓，仲尾 有美，永瀬 慶和，甲村奈緒子，  
 田中あすか，吉村 明彦，増田 公美，岡藤博，横井 猛

肝様腺癌は，AFP を産生し肝細胞に類似する組織形態を呈する予後不良な腫瘍である。症例は79歳，2妊2産。高度認知症，アレルギー性血管炎の既往あり。発熱と不正性器出血を主訴として前医受診。巨大子宮腫瘍を指摘され，当科紹介となった。子宮内膜組織診では壊死組織のみであったが，MRI で頸管付近まで及ぶ子宮限局の巨大子宮肉腫を疑い，待機的手術の方針とした。しかし，発熱と多量の性器出血持続による高度貧血を認め，待機的手術は困難と判断し，緊急で準広汎子宮全摘出術，両側付属器切除術を実施した。病理組織診断では肝細胞癌類似の腺癌で，免疫染色で AFP 陽性，Hepatocyte 抗体陽性であり，子宮体部原発肝様腺癌と診断された。筋層浸潤は 11mm/12mm，脈管侵襲を認め pT1bNXM0 であった。子宮体癌としては術後再発高リスク群に該当したが，全身状態が PS2 相当で高度認知症例であり術後補助療法は行わず経過観察の方針となった。今回我々は子宮体原発肝様腺癌を経験したので文献的考察を加え報告する。

24

### 子宮に嚢胞を形成した腺扁平上皮癌の1例

大阪医科薬科大学  
 品田 衣里，橋田 宗祐，田中 良道，山田 隆司，大道 正英

子宮に嚢胞を形成する腫瘍は稀である。今回，内膜病変を認めず，子宮に嚢胞性病変を示した腺扁平上皮癌の1例を経験した。症例は54歳，過多月経，下腹部腫瘍感のために近医を受診し，チョコレート嚢胞を指摘されて当科を紹介された。MRI 検査では，多発子宮筋腫および，子宮から連続する約 8cm 大の嚢胞性腫瘍を認め，画像上悪性を疑う所見無く，adenomyotic cyst と考えられた。症状軽減の目的で腹腔鏡下単純子宮全摘術，両側付属器摘出術を行った。嚢胞性腫瘍は子宮由来であり，大網が一部腫瘍に癒着していた。大網切離時に一部黄褐色の内容液が漏出した。病理所見では嚢胞の内面を adenosquamous carcinoma が裏打ちしており，明らかな浸潤傾向を認めた。切り出した範囲では adenomyotic cyst は認めなかった。術後1か月時，腹腔内，ポート部，肝臓内に再発し，現在化学療法中である。腺扁平上皮癌が子宮に嚢胞性病変を示した症例を経験した。術前画像診断の考察も含めて報告する。子宮筋層に嚢胞性病変を認める場合においても，悪性を想定した手術操作を行うべきである。

25

## 子宮肉腫の下大静脈内再発に対して、下大静脈切除および人工血管置換術を行った1例

1) 大阪大学, 2) 同・心臓血管外科

石井 裕友<sup>1)</sup>, 中川 慧<sup>1)</sup>, 角田 守<sup>1)</sup>, 戸田有朱香<sup>1)</sup>, 木瀬 康人<sup>1)</sup>, 瀧内 剛<sup>1)</sup>, 小玉美智子<sup>1)</sup>, 橋本 香映<sup>1)</sup>, 上田 豊<sup>1)</sup>, 澤田健二郎<sup>1)</sup>, 木村 正<sup>1)</sup>, 島村 和男<sup>2)</sup>

【緒言】転移・再発を伴う子宮肉腫の進行例では、薬物療法が選択され根治は困難である。今回、下大静脈内に再発した子宮内膜間質肉腫に対し、静脈切除術と人工血管置換術を行った例を経験したので報告する。

【症例】42歳未経産。前医で子宮内膜間質肉腫に対して腹腔鏡下单純子宮全摘術と両側付属器摘出術を施行した。術後血管内の腫瘍再発を疑われ当院紹介となった。画像検査では左大腿静脈から腎静脈流入部までの下大静脈に腫瘍を認めた。血管内生検の結果、子宮内膜間質肉腫の再発と診断された。ドキソルビシン5コースを投与するも、SDであった。外科的切除を目的とした、下大静脈を含む静脈切除術と人工血管置換術の方針とした。下大静脈～右総腸骨静脈は人工血管置換術を行い、左総腸骨静脈より尾側は静脈切除術のみを行った。尾側の末梢静脈に腫瘍は少量残存したが、中枢側は切除できた。術後は抗凝固薬の調整を行い、術後17日目に退院となった。【結論】中枢側の腫瘍切除により、腎静脈への腫瘍進展を制御できた。

26

## 妊娠中期の羊水過少を伴う胎児発育不全に対し人工羊水注入により正常産児を得た1例

1) 千船病院, 2) 滋賀医科大学

澤田 史奈<sup>1)</sup>, 城 道久<sup>1)</sup>, 桂 大輔<sup>2)</sup>, 伊賀川奨大<sup>1)</sup>, 中山 佳奈<sup>1)</sup>, 光岡真優香<sup>1)</sup>, 村上 節<sup>2)</sup>, 吉田 茂樹<sup>1)</sup>

【緒言】羊水過少を伴う胎児発育不全（以下FGR）は予後不良だが治療法は未確立である。人工羊水注入療法で正常産児を得た羊水過少を伴うFGRの1例を経験した。【症例】38歳1産。羊水過少を伴うFGRで22週4日に紹介。推定体重287g（-2.9SD）、羊水ポケット1.32cmであった。ほぼ無羊水となり25週2日に人工羊水注入療法のため転院し、羊水注入を2回（260mL・320mL）実施。27週0日に帰院後は羊水過少や血流異常を認めず経過した。37週3日に帝王切開術で分娩した。児は体重2025g（-1.87SD）のSGAの女児で足首に臍帯過捻転を伴う臍帯巻絡を2回認めた。生後は呼吸補助を要さず、日齢17で退院した。【結論】臍帯因子による羊水過少を伴うFGRの中には、人工羊水注入療法が有効で予後改善が期待できる症例がある。

27

## 子宮上部の臍帯側方付着および広範囲に卵膜上血管を認めたType 3前置血管の1例

千船病院

佐野 友香, 城 道久, 清瀬ますみ, 鈴木裕紀子, 伊賀川奨大, 吉田 茂樹

【緒言】近年Type 3前置血管が提唱された。妊娠第2三半期の前置・低置胎盤、子宮下部レベルの臍帯側方付着、1本の異常血管の卵膜上ブーメラン様走行が特徴と報告されている。今回、それらの特徴と異なるType 3前置血管の1例を経験した。【症例】35歳、2妊1産。妊娠26週にドップラーを併用した経膈超音波検査で前置血管と診断。子宮上部レベルの臍帯側方付着で、妊娠中期を含め前置・低置胎盤は認めず。前置血管の適応で34週3日に帝王切開で分娩。胎盤は2本の異常血管が分枝しながら卵膜上を広範囲に走行していた。胎盤の縦軸方向の中心から、卵膜の異常血管と対側の離れた部位に臍帯付着部を認めた。以上よりType 3前置血管と診断した。【結論】臍帯が子宮上部レベルの側方付着で、妊娠第2三半期に前置・低置胎盤を検出しなくても、非常に稀だがType 3前置血管が存在する。本症例を踏まえると、ドップラー法を併用した前置血管のスクリーニングは、全妊婦での実施が望ましい。

28

### 前期破水の双胎に delayed interval delivery を行った1例

京都大学

西山 大喜, 小松 摩耶, 猪早阿紗子, 高倉 賢人, 山口 綾香, 千草 義継, 最上 晴太,  
万代 昌紀

多胎妊娠において、先進児娩出後に後続児の妊娠継続を図ることを delayed interval delivery (DID) という。症例は34歳初産婦、二絨毛膜二羊膜双胎。妊娠17週に生じた先進児完全破水のため妊娠19週で当科紹介受診した。両親の妊娠継続意思が強く、妊娠27週末満に先進児の分娩が不可避となった場合には、DIDを行う方針とした。妊娠24週1日に陣痛発来し先進児(520g女児)を経陰分娩したが、分娩直後からインドメタシンを含む子宮収縮抑制を強化し、抗生剤投与を行ったところ、子宮収縮はほぼ消失した。妊娠27週6日に後続児も破水して陣痛が発来したため、帝王切開術で後続児(998g女児)を娩出した。妊娠延長期間は24日間であった。先進児は日齢37で永眠したが、後続児は現在(日齢100)まで大きな合併症なく経過している。成育限界に満たない妊娠週数で多胎先進児が破水した場合、DIDは後続児の新生児予後を改善させる可能性がある。

29

### 頸管長測定時、外子宮口を的確に捉えるための工夫 -オリーブオイルで、明瞭化できる-

1) 河内総合病院, 2) ジュンレディークリニック千里丘  
小泉 清<sup>1)</sup>, 西谷 康子<sup>2)</sup>

頸管長を測定する場合、組織学的内子宮口が閉鎖している場合は、「組織学的内子宮口から外子宮口までの距離を測定する」こととなっており、子宮峡部は含めないこととなっている。測定の誤差の原因として、まず、考えられるのは、「子宮峡部を含めて頸管長を測定してしまう」こと。次には、外子宮口の位置が決めづらい点にある。2015年のKaganの論文では、子宮腔部の前唇と後唇の交差した部分と述べているが、外子宮口がはっきりしない場合が多い。ここで、「内診の時、膣の狭い症例等で、潤滑をよくするために、従来から使われている医療用のオリーブオイルを使用することにより、外子宮口の像が明瞭化できることを見出した」ので報告する。妊娠16週から20週の妊婦43例に施行。そのうち10例には、外子宮口そのものに、echo-free spaceを、また、10例には、膣円蓋部のecho-rich像を、29例には、膣管のecho-rich像を認めた。これらの所見は、外子宮口の位置決定に寄与した。

30

### 前期破水管理中に敗血症性ショックに至った症例

大阪市立総合医療センター

山岡 大真, 植村 遼, 荒木 裕子, 駿河まどか, 長辻真樹子, 沖 絵梨, 松木 厚,  
柳井 咲花, 片山 浩子, 西本 幸代, 中村 博昭, 中本 収

【背景】前期破水は母体および胎児への感染のリスクがある。今回、母体の敗血症に至った症例を経験したので報告する。【症例】症例は53歳、G2P1(22週死産)、高血圧合併、妊娠糖尿病を合併していた。当院へは妊娠14週に妊娠糖尿病のため紹介となった。妊娠18週0日に子宮頸管が2cm開大しており頸管無力症として治療開始、翌18週1日に高位破水を生じ、7日間の抗生剤治療を行い、明らかな感染徴候を認めず経過していた。21週2日に子宮内胎児死亡に至り、また同日39.5度の発熱を認めた。プロスタグランジンE1膣錠を使用し同日経膣分娩に至ったが、直後より血圧低下を認め、敗血症性ショックのためICU入院、昇圧剤の使用を要した。血液培養および子宮内容の培養よりE. Coliが検出された。産後13日目に抗生剤終了し、産後15日目に退院となった。【結論】長期の前期破水例においては、胎児への感染だけでなく、母体への感染も考慮しながら管理する必要がある。

31

### 当院で経験した Breus'mole (巨大絨毛膜下血腫) 4 例の妊娠転帰の後方視的検討

奈良県立医科大学

日野友紀子, 前川 亮, 竹田 佳奈, 美並 優希, 樋口 渚, 脇 啓太, 前花 知果,  
山中彰一郎, 牧野 佑子, 市川麻祐子, 木村 文則

【緒言】Breus'mole は巨大な絨毛膜下血腫であり, その頻度は 1/2000 例とされる。胎児胎盤血流異常により胎児発育不全 (FGR) や子宮内胎児死亡, また早産に至ることが多く, 周産期管理に難渋する。当科で経験した Breus'mole 4 症例の妊娠転帰を検討した。【結果】経腹超音波検査により 18-27 週に Breus'mole の診断に至った。いずれも早産期に陣痛・破水を来たし, 経膈分娩 (2 例) または帝王切開分娩 (2 例) に至った (26 週 6 日 -34 週 3 日)。3 例で FGR を認め, 内 1 例は臍帯動脈拡張期逆流を伴う著明な FGR を呈し, 新生児科と協議の上で緊急帝王切開にて分娩に至った (26 週 6 日 出生体重 428g -3.85SD)。全例で胎盤病理検査にて絨毛膜板下~絨毛間に粗大な血腫とフィブリン析出を認めた。【結論】Breus'mole は FGR や IUFD, 早産のリスクを考慮して厳重な周産期管理を行い, 新生児科と分娩時期について入念な検討が必要である。

32

### 卵巣悪性腫瘍の幼児に対し腹腔鏡下手術を施行し JEP 療法が著効した 1 例

大阪医科薬科大学

秋月 皐佑, 丸岡 寛, 土橋 裕允, 寺田 信一, 古形 祐平, 田中 智人, 大道 正英

【緒言】幼児の卵巣悪性腫瘍に対し腹腔鏡下手術を施行し化学療法で CR を得た 1 例を経験したので報告する。【症例】腹痛を主訴に前医を受診し腹腔内腫瘍を指摘され当科紹介となった。造影 CT 検査で右卵巣腫瘍, 肺野小結節, IVC 周囲の低吸収域を認めた。造影 MRI で 75mm 大の分葉状充実性腫瘤を認め, 内部に bright dot sign を伴い Yolk sac tumor を疑った。血液検査は AFP : 18000ng/mL と高値であった。腹腔鏡下右付属器摘出術および大網切除術, 腹膜生検を施行した。病理診断は yolk sac tumor であった。術後 16 日目より化学療法を施行した。一般的な治療は BEP 療法だが合併症リスクを軽減する目的で JEP 療法を 6 クール施行した。現在術後 2 年で再発なく経過している。【結語】若年の卵巣腫瘍に対し腹腔鏡下手術を安全に施行できた。また幼児に対する化学療法には根治性だけでなく長期的な副作用も考慮しレジメンを選択する必要がある。

33

### HRD 症例に対するニラパリブの使用経験

姫路赤十字病院

久保光太郎, 関 典子, 田中 佑衣, 清元 志保, 谷村 吏香, 楠元 理恵, 平田 智子,  
西條 昌之, 玉田 祥子, 河合 清日, 中山 朋子, 小高 晃司, 水谷 靖司

【緒言】ニラパリブは, 2020 年 11 月より卵巣癌の初回化学療法後の維持療法として保険適応となっている。当院において進行卵巣癌の初回化学療法後におけるニラパリブの使用実績について検討した。【対象】当院で 2021 年 1 月から 2023 年 12 月までの期間に卵巣癌で初回治療を行った進行卵巣癌 46 人の患者を対象とした。【結果】全患者のうち 38 人が HRD 検査を施行しており, うち 12 人がニラパリブによる維持療法を行っており, うち 4 人が HRD, 8 人は HRP であった。計 20 人が維持療法としてニラパリブを使用し, HRD の 4 人に関しては全員が現時点で CR および PR を維持できている。投与初期に血液毒性および倦怠感等の副作用で投与中止となった患者が 4 人存在した。【結論】当院ではニラパリブは HRD 症例の維持として PAOLA レジメン, オラパリブと並ぶ治療選択肢として患者に提示している。治療経過としては良好に投与できているが, 血液毒性を含む初期の副作用には注意が必要である。



34

### 当院での Niraparib の使用経験について

大阪はびきの医療センター

坂元 優太, 梅原 健耶, 中谷沙也佳, 穂西 実加, 長安 実加, 安川 久吉, 赤田 忍

Niraparib は 2020 年 9 月に卵巣癌における初回化学療法後の維持療法, 白金系抗悪性腫瘍剤感受性の再発卵巣癌における維持療法, 白金系抗悪性腫瘍剤感受性の相同組換え修復欠損を有する再発卵巣癌に対する治療薬として承認された. 当院で 2020 年 12 月から 2024 年 1 月に進行・再発卵巣癌に Niraparib を開始した 23 例を後方視的に検討した. 進行期は FIGO 分類 (2014) で IC 期~IVB 期で, 再発例 7 例, 初回治療 16 例であった. 投与年齢は 48~89 歳で中央値は 65 歳であった. 組織型は高異型度漿液性癌 19 例, 低異型度漿液性癌 1 例, 類内膜癌 2 例, 混合型 1 例であった. 投与期間は 1~39 カ月で中央値は 6 カ月であった. 全症例で 200mg から開始したが血小板減少 (7 例), 貧血 (3 例), 好中球減少 (3 例), 全身倦怠感 (1 例) により 12 例で 100mg に減量, 1 例で投与中止に至った. また薬剤性肺炎を 2 例で認め投与中止に至った. Niraparib は進行卵巣癌の治療に有効であるが有害事象に注意を要する.

35

### 新規卵巣癌マーカー TFPI2 の分子生物学的特徴, 特に凝固促進作用に関して

医療法人平治会ミズクリニックメイワシ

小林 浩, 今中 聖悟, 橋本 平嗣

多施設前向きコホート研究により, TFPI2 が卵巣癌, 境界卵巣腫瘍, 良性卵巣腫瘍を識別する血清バイオマーカーであることが明らかになり, 2021 年 4 月に, 卵巣がんマーカーとして保険適用されました. TFPI2 は卵巣明細胞癌で高値を示し, CA125 とのコンビネーションアッセイにて, 卵巣癌と卵巣子宮内膜症性嚢胞との鑑別において高い特異度を示しました. また, 静脈血栓塞栓症 (VTE) を合併した卵巣明細胞癌で極めて高値を示すことも報告されました. 卵巣明細胞癌は凝固関連タンパク質 (組織因子 TF) を発現し, 外因性凝固経路を活性化し, VTE のリスク上昇と関連付けられています. これに対して, TFPI2 の相同タンパク質である TFPI1 は, TF 依存性の阻害因子です. しかし, TFPI2 は非 VTE 患者と比較して VTE 合併卵巣癌患者で有意に上昇しており, VTE リスクと関連していることが報告されました. 今回は, 凝固線溶系に及ぼす TFPI2 の影響と, その根底にある作用機序に関する最新情報を提供します.

36

### 初回化学療法中に心タンポナーデを発症した腹膜癌の 1 例

姫路赤十字病院

楠元 理恵, 関 典子, 田中 佑衣, 清元 志保, 谷村 吏香, 平田 智子, 西條 昌之,  
玉田 祥子, 久保光太郎, 河合 清日, 中山 朋子, 水谷 靖司

腹膜癌において癌性心膜炎から心タンポナーデを発症した症例は稀である. 腹膜癌の初回化学療法中に心タンポナーデを発症した症例を経験したため報告する. 症例は 69 歳女性, 近医で胸水貯留と CA125 高値を指摘され, 原発不明癌として精査目的に紹介となった. 審査腹腔鏡にて腹膜癌の診断となり, 術後 TC 療法を開始したが, 2 コース目投与直前に全身の浮腫と息切れ, 倦怠感を主訴に受診した. 心臓超音波検査で心タンポナーデの診断となり緊急心嚢ドレナージを行った. 心嚢液から癌細胞が検出され, 癌性心膜炎が原因と思われた. ドレナージ後は再貯留を認めず, TC 療法を継続し, 5 コース終了後に IDS を行った. 現在, 後療法として TC 療法を継続中だが, 腫瘍は縮小を維持しており, 心タンポナーデの再発も認めていない. 癌性心膜炎による心タンポナーデは生命に関わる疾患だが, 治療によりコントロールが可能である. 心タンポナーデの治療と並行して, 原疾患の治療を積極的に継続することが重要だと考えられた.

37

## 再発卵巣癌治療中に皮膚筋炎を呈した1例

奈良県立医科大学

増山 洋平, 福井 陽介, 杉本澄美玲, 河原 直紀, 岩井 加奈, 山田 有紀, 川口 龍二,  
木村 文則

【緒言】皮膚筋炎は皮膚病変を呈する炎症性筋疾患である。今回、再発卵巣癌治療中に皮膚筋炎を発症し、皮膚筋炎に対する治療を行い、寛解を得られた一例を経験したため報告する。【症例】症例は70代女性。2妊2産。X年に卵巣癌 IVB期 (pT2bNXM1, 高異型度漿液性癌)と診断し、X+5年10ヶ月より再発卵巣癌に対して化学療法を行っていた。直後に倦怠感や、上肢筋力低下が出現した。症状増悪のため入院で保存加療を行った。その後、嚥下障害、ヘリオトロブ疹とGottron丘疹を契機に、筋生検などを行い、皮膚筋炎と診断した。抗TIF-1 $\gamma$ 抗体は陽性であり、悪性腫瘍との関連が示唆された。ステロイドパルス療法とリハビリテーションを行い、X+6年2ヶ月に退院した。【結語】皮膚筋炎の診断時に悪性腫瘍の検索は必須であるが、先行する症例も存在する。悪性腫瘍治療中の皮膚症状や筋力低下を認めた場合は、皮膚筋炎を鑑別すべきである。

38

## 関係各所への連絡時間短縮のためにスマホアプリを試用した、超緊急帝王切開シミュレーションの報告

1) 奈良県立医科大学, 2) 同・麻酔科学教室

車野 晃大<sup>1)</sup>, 脇 啓太<sup>1)</sup>, 紀之 本茜<sup>2)</sup>, 美並 優希<sup>1)</sup>, 樋口 渚<sup>1)</sup>, 日野友紀子<sup>1)</sup>,  
前花 知果<sup>1)</sup>, 山中彰一郎<sup>1)</sup>, 牧野 佑子<sup>1)</sup>, 市川麻祐子<sup>1)</sup>, 前川 亮<sup>1)</sup>, 木村 文則<sup>1)</sup>

超緊急帝王切開（以下GradeA帝王切開）では速やかな児の娩出を目指す。特に夜間は各所への連絡の煩雑さが手術室への早期入室の妨げとなりうる。そこで、一括で連絡する手段としてスマホアプリの可能性を当該部署で話し合い、院内シミュレーションで試用したため報告する。今回試用したBuddycom®（バディコム）は、トランシーバーのように全員で通話が可能で、文字でのチャットも可能なものである。まず現在の連絡網でシミュレーションを行い、時間を記録した。次に、産科医がアプリのチャット機能を用い、関係者に一括でGradeA帝王切開宣言を連絡、続いて手術室リーダーが手術室番号をチャット機能で全員に発信する形でシミュレーションを行い、時間を記録した。従来法では宣言から全員の手術室到着まで6分17秒、アプリを用いた場合は3分11秒であった。従来法に比べアプリを用いた連絡は関係者到着までの時間を短縮した。チームでさらに改善点を洗い出し、実際の使用に向けて取り組みたい。

39

## 分娩後貧血に対する高用量静注鉄剤デルイソマルトース第二鉄の有用性に関する検討

近畿大学

黄 彩実, 川崎 薫, 城 玲央奈, 森内 芳, 葉 宜慧, 松村 謙臣

【目的と方法】分娩後貧血に対しデルイソマルトース第二鉄 (Ferric derisomaltose; FDI) を投与した22例に対しFDIの有用性を検討した。【結果】18例はFDI投与前Hb中央値8.5 (7.8-9.5) g/dL, 投与約4日目8.5 (7.2-9.6) g/dL, 2週間健診時11.6 (9.5-13.5) g/dL, 1か月健診時12.9 (12.2-13.5) g/dLとFDI単回投与により貧血の改善を認めた。4例はFDI投与前Hb7.6 (6.3-8.1) g/dL, 投与約4日後6.6 (5.6-6.8) g/dLと減少した。このうち3例は疲労感に対し輸血を施行したが、1例（分娩時出血3100ml, 投与4日目Hb6.6g/dL）はFDI2回目を投与し、2週間健診時Hb12.0g/dLと上昇し輸血を要さなかった。【結論】分娩後中等度貧血に対してはFDI単回投与で1か月健診時までに貧血が改善する。重症貧血に対してもFDIにより輸血を回避できる可能性がある。

40

### 当院における過去5年間の分娩後異常出血に対する輸血症例の検討

姫路赤十字病院

谷村 吏香, 清元 志保, 田中 佑衣, 平田 智子, 楠元 理恵, 西條 昌之, 玉田 祥子,  
久保光太郎, 河合 清日, 中山 朋子, 関 典子, 小高 晃嗣, 水谷 靖司

【緒言】分娩後異常出血は未だに妊産婦死亡の主要原因であり、当院でも数多く経験する。【方法】2018年4月から2023年3月までに当院で対応した分娩後異常出血262例のうち輸血を施行した71例を対象とし母体背景、原因疾患、出血・輸血量、治療内容に関して後方視的に検討した。【結果】分娩様式は経陰分娩40例(56%)、帝王切開31例(44%)であった。原因疾患は弛緩出血33例(47%)、胎盤遺残/位置異常16例(23%)、創部血腫7例(10%)、常位胎盤早期剥離6例(8%)、頸管裂傷5例(7%)、子宮内反症3例(4%)、子宮破裂1例(1%)であった。出血量の中央値は経陰分娩3130ml(1091-7902ml)、帝王切開4163ml(2149-11615ml)であり、23例(32%)でUAE、5例(7%)で開腹止血術を要したが子宮全摘に至った症例はなかった。【結語】分娩後異常出血はIVRや大量輸血など集学的治療が必要なため、迅速な診断と治療法の選択、そして各診療科との協力体制構築が重要である。

41

### 子宮体下部前壁付着胎盤に対する帝王切開の工夫—modified Ward—

大阪公立大学

川島 皓雄, 栗原 康, 北田 紘平, 田原 三枝, 羽室 明洋, 中野 朱美, 三枚 卓也,  
橘 大介

Ward法は帝王切開時に子宮切開創直下に胎盤が露出する症例に対し、胎盤を切開することなく児頭を娩出する方法として報告された。本院でも2010年より行っており最近では前置胎盤以外にも用いている。当初は直近の卵膜を把持して誘導する方法(Ward法)を行っていたが、2021年より直近の卵膜周囲の胎盤と卵膜を子宮壁から剥がし、児頭を切開創部に向かって持ち上げながら卵膜を切開創直下に誘導する方法(modified Ward法)で行っている。Ward群(W群)40例とmodified Ward群(mW群)23例に群分けを行い、その治療成績を比較検討した。執刀開始から児分娩までの時間は、W群で7分、mW群で7分で有意差はなかった。また、手技途中で破水に至った症例は、W群では2例で認めmW群では認めなかった。児に関してもApgar scoreや臍帯動脈pHに有意差は認めなかった。本法は実行当初より安全に行われており手技自体も習得が困難なものではなく、緊急手術が多い中、誰もが習得すべき手法であると考えている。

42

### 癒着胎盤に対して子宮動脈塞栓術を施行後胎盤用手剥離し得た1例

ベルランド総合病院

姜 雅衣, 松木 貴子, 山下 央, 田村 聡, 小川 萌, 益田 真志, 松山佳奈子,  
濱田 真一, 大西 淳仁, 宮武 崇, 山岸 正人, 村田 雄二

【緒言】癒着胎盤は産科危機的出血の原因の一つであり母体死亡の原因となりうる。今回我々は、癒着胎盤に対し子宮動脈塞栓術を行うことで出血のコントロールを行い、胎盤用手剥離にて胎盤を娩出し得た一例を経験したので報告する。【症例】36歳3妊1産。人工授精処置後に大量出血した既往及び、第一子分娩時に胎盤用手剥離の既往があった。人工授精で妊娠成立し妊娠経過に問題なく妊娠40週3日に自然頭位分娩に至った。胎盤剥離徴候を認めず癒着胎盤を疑った。大量出血が持続したため輸血、子宮動脈塞栓術を施行後、造影MRIにて癒着胎盤と診断した。産褥3日目に全身麻酔下に胎盤用手剥離術を施行した。胎盤は、肉眼的に欠損なく剥離が可能であり、術中出血量は少量であった。術後経過は良好で産褥7日目に退院となった。【結論】近年、癒着胎盤の頻度が高まっている。子宮動脈塞栓術は産科危機的出血をコントロールするためには有効な手段であり、子宮全摘術を回避し、妊孕性を保つ可能性を備えている。

43

## 無痛分娩後の高度貧血を契機に経膈超音波で診断した無症候性非癒痕子宮破裂の1例

千船病院

中山 佳奈, 城 道久, 清瀬ますみ, 北 采加, 稲垣美恵子, 吉田 茂樹

【緒言】非癒痕子宮の分娩時子宮破裂は稀かつ無症候性は少ない。無痛分娩後、無症状だったが産褥3日に高度貧血を認め、産褥7日の超音波検査で診断した無症候性非癒痕子宮破裂の1例を経験した。【症例】39歳・3妊2産、手術歴無し。38週6日、陣痛発来後に硬膜外麻酔導入。微弱陣痛で分娩促進し分娩直前に高度遷延一過性徐脈を認めたが努責のみで分娩した。分娩前後で母体頰脈や麻酔終了後も疼痛は無く、出血は375mlであった。産褥3日にHb 5.6g/dlの高度貧血あり。超音波検査で原因不明のため実施した造影CTでダグラス窩に造影剤漏出の無い血腫を認めたが、子宮の異常は指摘できず。産褥7日の超音波検査で子宮頸管後壁筋層が断裂し器質化した血腫と連続した所見あり、非癒痕子宮の分娩時破裂と診断した。【結語】無症候性非癒痕子宮破裂が稀に生じる。産褥に原因不明の高度貧血を認めた場合、非癒痕子宮破裂も考慮した詳細な超音波検査を反復実施すべきである。次回分娩は帝王切開とした。

44

## 当院で管理した前置血管90例についての検討—管理方針の確立に向けて—

大阪公立大学

菊池 太貴, 北田 紘平, 栗原 康, 田原 三枝, 羽室 明洋, 中野 明美, 三杵 卓也, 橘 大介

前置血管は臍帯や胎盤に支持されない胎児血管が内子宮口付近を走行する状態で、破水により胎児血管が破綻すると胎児／新生児死亡につながる可能性がある他胎児血管の圧迫により胎児心拍数異常を起こすことがある。当院ではこれらのリスクを鑑みて原則30週ごろからの管理入院を行ってきたが、2022年4月より、頸管短縮や腹部緊満の有無などのリスク因子を検討して必要な症例のみ管理入院を行う方針に変更した。当院で管理を行った前置血管90例について管理方針の変更前(67例)、変更後(23例)の2群に分けて検討した。入院期間の中央値はそれぞれ24日(1-70日)、16日(1-56日)であり、両群において新生児の輸血例、胎児／新生児死亡は認めなかった。今回の検討で、症例ごとにリスク因子すれば全例の入院管理は不要であることが示唆された。現在前置血管の管理方法については世界的にも確立されていない。当研究は前置血管の管理について単一施設で行われた最大規模の研究であり、今後の管理方針に確立に向けて有用であると考えられた。

45

## 待機管理を行った超早期産期の臨床的絨毛膜羊膜炎症例の母児の短期予後

大阪母子医療センター

清田 敦子, 山本瑠美子, 山本 亮, 林 周作, 石井 桂介

【目的】超早期産期の臨床的絨毛膜羊膜炎(cCAM)症例の待機管理における母児の予後を明らかにする。【方法】2016年から7年間に妊娠22週から28週未満にcCAMと診断し、待機管理とした単胎症例を対象とした後方視研究である。cCAMはLenckiの基準で診断し、抗菌薬と必要時は子宮収縮抑制薬を投与した。感染の改善は診断基準を全て外れたものとした。診療録より情報を抽出した。【成績】対象11例の診断週数は中央値23(22-25)週であった。5例が感染の改善を認め、妊娠継続は中央値20(13-37)日であったが、非改善群は3(2-6)日であった。母体敗血症は両群に1例ずつ認めた。非改善群で児の敗血症1例、死亡2例を認めたが、改善群では認めなかった。生存退院のうち8例がⅢまたはⅢ'型のCLDを認めた。【結論】抗菌薬投与のもと待機管理を行った超早期産期のcCAM症例で感染の改善を認めた場合には妊娠期間を延長できる可能性があるが、その是非はさらなる検討を要する。

46

## 帝王切開後の血腫感染の保存的加療に関する予後予測因子の検討

関西医科大学

村上のどか, 横江 巧也, 西端 修平, 安原 由貴, 神谷 亮雄, 森川 守, 岡田 英孝

【目的】帝王切開術後の血腫感染に対し、再手術によるドレナージ・子宮筋層の修復を要することがある。本研究では血腫感染の保存的加療の成功と関連する因子を検討する。【方法】2021年1月から2023年12月までに当院で帝王切開が行われた939例を対象とした。術後6日目時点で創部血腫を認めた症例を特定し、これに対する介入（保存的加療または再手術）について評価した。【成績】37例（3.9%）に術後血腫を認め、18例（48.6%）は保存的加療で軽快し、19例（51.4%）は再手術を要した。術後血腫発生例は傾向スコアで調整したコントロール（1:10）と比較して、術後3日目の好中球リンパ球比（NLR）の高値、90分超の手術時間、緊急手術が有意に多かった。再手術群は保存的加療群と比較して、分娩誘発中の緊急帝王切開、術後低分子量ヘパリン療法（LWMH）の施行が多く、術後3日以降の抗菌薬のescalation療法が有意に少なかった。【結論】これらの因子を有す症例は、術後血腫の検索・抗菌薬の変更・LWMHの中止が、血腫感染に対する保存的加療の為に有効な可能性が示された。

47

## 妊娠中期の随時血糖測定による妊娠糖尿病スクリーニングの問題点

神戸大学

富本 雅子, 谷村 憲司, 益子 尚久, 内田 明子, 高橋 良輔, 今福 仁美, 出口 雅士, 寺井 義人

妊娠糖尿病（GDM）のスクリーニング法として50g糖負荷試験（50gGCT）法と随時血糖（CBG）測定法がある。CBG測定のみでGDMスクリーニングを行うことの問題点を明らかにすることと県下分娩取扱い施設におけるGDMスクリーニングの現状を調べることを目的とした。2019～2021年の間に当院で妊娠24～28週に50gGCTを受けた妊婦を解析対象とした。50gGCTの負荷前血糖値をCBGとみなし、負荷後1時間血糖値（1h-BG） $\geq 140\text{mg/dL}$ からGDMの診断に至った症例のうちCBG  $< 100\text{mg/dL}$ であった症例の割合を調べた。一方、県下の分娩取扱い施設に対してアンケート調査を行った。解析対象763人中、50gGCT 1h-BG  $\geq 140\text{mg/dL}$ であった妊婦240人に75gOGTTを行い、98人（40.8%）がGDMと診断され、そのうちCBG  $< 100\text{mg/dL}$ であった妊婦は71人（71.7%）であった。一方、アンケート調査の回答率は72.4%（63/87施設）であり、妊娠中期にCBG測定のみを実施している施設が最多で42.9%を占めた。妊娠中期にCBG測定だけでスクリーニングしようとする多くのGDMが見落とされる危険性が示唆された。

48

## 当科で管理した血友病A・B保因者の妊娠・分娩の後方視的検討

奈良県立医科大学

牧野 佑子, 前川 亮, 竹田 佳奈, 美並 優希, 樋口 渚, 日野友紀子, 脇 啓太, 前花 知果, 山中彰一郎, 市川麻祐子, 木村 文則

2015～2023年の当院分娩例のうち、血友病A保因者15例18単胎妊娠、B保因者3例3妊娠について、妊娠中の凝固因子活性および分娩転機について後方視的に検討した。血友病A：1妊娠で妊娠前の第Ⅷ因子活性異常低下を認めたが、いずれも無症状であった。妊娠経過中に全例で第Ⅷ因子活性の上昇を認め、妊娠後期には正常域に達した。分娩方法は機械分娩を除き産科適応で決定し、経陰13例、帝王切開5例であった。経陰2妊娠、帝王切開1妊娠で異常出血を認めた。男児7児中2児で血友病の診断となった。血友病B：2妊娠で妊娠前の第Ⅸ因子活性低下を認めた。いずれも妊娠経過に伴う第Ⅸ因子活性値上昇は認めず、分娩前に第Ⅸ因子製剤を補充した。経陰2妊娠、帝王切開1妊娠（双胎妊娠）のうち、それぞれ1妊娠で分娩後異常出血を認め、Ⅸ因子製剤補充を要した。男児3児中1児で血友病の診断となった。妊娠中・分娩時は凝固因子活性の変化に留意が必要である。また、出生後に児の精査も必要である。

49

**高度貧血，腎不全，菌血症を来した子宮筋層内巨大水腫様変性筋腫の1例**

耳原総合病院

瀧口 義弘，高木 力，下向 麻由，松原 侑子，内田 学，坂本 能基

子宮筋腫は過多月経，月経困難，腫瘍感などを主訴とするが，しばしば変性により非典型的な症状を呈する。我々は非典型的な経過のため，診断と治療に苦慮した変性筋腫症例を経験したので報告する。症例は54歳，2妊2産，既往歴なし。下腹部痛を主訴に救急外来に搬送され，著明に膨隆した腹部と腹腔内を占拠する嚢胞性腫瘍，高度貧血，炎症を認めた。子宮留膿腫，子宮腫瘍，卵巣腫瘍などを鑑別診断とした。また，腎機能低下の進行を認め，腫瘍による腎後性腎不全，尿路感染症による菌血症，腫瘍内出血を疑った。診断に並行し輸血，抗炎症治療を行っていたが病状の改善を認めない為，緊急にて腹式単純子宮全摘術，両側付属器切除術を行った。術中及び病理所見より水腫様変性を伴う子宮筋層内巨大平滑筋腫と診断した。術後，症状は速やかに改善した。水腫様変性は細胞間に淡好酸性物質が貯留し，腫瘍内が浮腫状を呈する。本症例では水腫様変性した巨大筋腫は画像上で嚢胞性腫瘍と認識され，鑑別診断を困難にしたと考えられる。

50

**閉経後巨大子宮筋腫により腎盂腎炎をきたし敗血症性ショックに至った1例**

1) 市立貝塚病院，2) りんくう総合医療センター

岡木 啓<sup>1)</sup>，増田 公美<sup>1)</sup>，原マイケルシヤノン<sup>1)</sup>，仲尾 有美<sup>1)</sup>，市川 冬輝<sup>1)</sup>，永瀬 慶和<sup>1)</sup>，  
甲村奈緒子<sup>1)</sup>，田中あすか<sup>1)</sup>，吉村 明彦<sup>1)</sup>，岡藤 博<sup>1)</sup>，荻田 和秀<sup>2)</sup>，横井 猛<sup>1)</sup>

【緒言】子宮筋腫は閉経後にエストロゲン低下により縮小することが多く，症状がなければ治療介入せずに経過をみる。今回閉経後の巨大子宮腫瘍により腎盂腎炎，敗血症性ショックを来した症例を報告する。【症例】70歳代未経産。統合失調症疑いで精神科病院に医療保護入院中，薬物療法開始後にADLが低下し長期臥床となった。看護師が腹部腫瘍に気づき，CTにて巨大子宮腫瘍17cm大を認め，当院へ紹介となった。初診時に子宮筋腫と水腎症を認めたが，自覚症状はなく経過観察としたが，9日後に腎盂腎炎をきたし当院へ救急搬送された。敗血症性ショックの状態であり，緊急で尿管ステント留置，昇圧剤投与，抗菌薬加療を行い，救命し得た。長期臥床により腎盂腎炎を繰り返す可能性があり，腹式子宮全摘術を実施した。術後経過は良好である。【結語】子宮筋腫により閉塞性腎盂腎炎をきたし，敗血症性ショックに至った症例を経験した。巨大子宮筋腫の場合は閉経後にも有症状をきたすことがあり慎重な管理が求められる。

51

**DICとDVTを併発し両下腿壊疽に至った巨大子宮筋腫の1例**

大阪急性期総合医療センター

竹村 昌親，武藤はる香，橋本 侑美，隅蔵 智子，二階堂菜月，浅野 啓太，加藤 愛理，  
海野ひかり，久保田 哲，松崎 聖子，岩宮 正，竹村 昌彦

巨大な子宮筋腫は下肢血栓症の原因になるという報告はあるが，下肢の壊疽をきたすほどの血流障害を起こすことはまれである。今回18kgに及ぶ巨大子宮筋腫で，DICとDVTを併発し，下腿切断に至った症例を経験したため報告する。症例は50歳代女性。腹部巨大腫瘍による体動困難，下肢痛を主訴に受診した。画像所見より巨大腫瘍は卵巣悪性腫瘍が疑われた。敗血症，DIC，両下肢のDVT，両下腿壊疽と診断し全身管理目的に入院した。抗生剤加療により全身状態の改善を認めたため，巨大腫瘍による症状を緩和する目的で開腹腫瘍摘出術の方針とした。開腹時に巨大腫瘍は子宮由来であることが判明し，単純子宮全摘および両付属器摘出術を実施した。摘出腫瘍は18.2kgにおよぶ壊死を伴う変性子宮筋腫であった。腹部手術の術後経過は良好であったものの，下腿が熱源と考えられる発熱の持続と壊死範囲の拡大を認めた。感染の制御を試みたが骨髓炎の診断に至り，入院155日目に左下腿切断を余儀なくされた。

52

## 自然発生の parasitic myoma の形成過程を捉えた 1 例

1) 千船病院 2) 同・病理診断科

柴田 直輝<sup>1)</sup>, 城 道久<sup>1)</sup>, 大木 規義<sup>1)</sup>, 渡邊 隆弘<sup>2)</sup>, 二木ひとみ<sup>1)</sup>, 吉田 茂樹<sup>1)</sup>

【緒言】Parasitic myoma (以下 PM) は子宮と離れた位置で栄養血管を獲得し発育する筋腫で、子宮筋腫核出術後の医原性 PM の他に、自然発生の PM が少数報告されているがその機序は未だ明らかでは無い。腹腔鏡下子宮全摘術の際に子宮内膜症を介在し後腹膜に癒着した有茎性漿膜下筋腫を認め、術後病理診断で茎に子宮平滑筋細胞を認めず、自然発生の PM の形成過程を捉えた可能性がある 1 例を経験した。【症例】51 歳、1 妊 0 産。多発子宮筋腫に対しロボット支援腹腔鏡下子宮全摘術を実施した。子宮体部から有茎性に発生する 3cm 大の筋腫が膀胱子宮窩腹膜右側に癒着していた。病理診断で茎に子宮平滑筋細胞を認めず、筋腫と子宮体部に子宮平滑筋の連続性が消失していた。筋腫と後腹膜の癒着部に子宮内膜症を認めた。以上より有茎性漿膜下筋腫が後腹膜に癒着後、茎が未知の機序で変性し PM になる過程を捉えたと判断した。【結論】自然発生の PM は、有茎性漿膜下筋腫の捻転以外に筋腫の癒着や茎の変性・自然破綻により形成される可能性がある。

53

## 右総腸骨静脈内進展を伴う Cotyledonoid dissecting leiomyoma の 1 例

1) 大阪大学, 2) 同・放射線診断科・IVR科

大槻 摩弥<sup>1)</sup>, 木瀬 康人<sup>1)</sup>, 角田 守<sup>1)</sup>, 戸田有朱香<sup>1)</sup>, 中川 慧<sup>1)</sup>, 瀧内 剛<sup>1)</sup>, 小玉美智子<sup>1)</sup>, 橋本 香映<sup>1)</sup>, 上田 豊<sup>1)</sup>, 澤田健二郎<sup>1)</sup>, 太田 崇詞<sup>2)</sup>, 木村 正<sup>1)</sup>

胎盤分葉状解離性平滑筋腫 Cotyledonoid dissecting leiomyoma (CDL) は胎盤葉に類似した形態を示し筋層内を切り裂く様に子宮外まで発育しうる稀な良性平滑筋腫瘍であり、静脈内平滑筋腫 (Intravenous leiomyomatosis, IVL) を伴うことがある。今回 IVL を合併した CDL の一例を経験したので報告する。症例は 37 歳 1 妊 1 産、挙児希望なし。過多月経と貧血のため当院紹介となり、12cm 大の子宮腫瘍は MRI で CDL が疑われた。右内腸骨静脈から右総腸骨静脈に造影欠損を認めたが D ダイマー陰性であり、IVL が疑われた。下大静脈フィルターを留置の上、手術の方針とした。術中所見では右広間膜内にブドウの房状に外向性に発育する多発子宮筋腫を認め、単純子宮全摘術と両側卵管切除術を行った。術中超音波にて右総腸骨静脈から右深子宮静脈や膀胱子宮窩帯後層血管へと連続する腫瘤を確認し、心臓血管外科と共に右総腸骨静脈に切開を加え IVL を摘出した。病理診断は CDL であった。現在経過観察中であり、再発は認めていない。

54

## びまん性平滑筋腫症の 6 例

近畿大学

山本 貴子, 川崎 薫, 新垣 紀子, 加嶋 洋子, 太田真見子, 城 玲央奈, 森内 芳, 黄 彩実, 葉 宜慧, 高矢 寿光, 貫戸 明子, 小谷 泰史, 中井 英勝, 松村 謙巨

びまん性平滑筋腫症 (diffuse leiomyomatosis) とは、無数の小筋腫結節が子宮筋層を置換するようにびまん性に増生する病態である。高度の過多月経や月経痛を生じ、治療を余儀なくされる。妊孕性温存希望のある場合は妊孕性温存を意識した治療介入が必要となる。当院で診断された 6 例の治療経過を報告する。6 例中、過多月経を認めていたのは 5 例、うち挙児希望があったのが 4 例、うち 1 例は 43 歳であり積極的な不妊治療は行わず最終的にホルモン療法を行った。他の 3 例は体外受精を行い 2 例は開腹で筋腫核出術を行った。妊娠し挙児を得た症例は 1 例で全前置胎盤の癒着胎盤であった。妊孕性温存を希望するびまん性平滑筋腫症に対しては、確立された治療法はなく、治療後再発という問題も残る。子宮内膜に突出する無数の筋腫が不妊の原因になることや、手術後の周産期リスクも高いが、手術が有効な症例もある術後から妊娠までの管理、周産期管理、その後の follow up まで必要な疾患であり文献的考察含めて報告する。

55

### ロボット支援下子宮悪性腫瘍手術後に認めたポートサイトヘルニアの1例

神戸市立医療センター中央市民病院

田邊更衣子, 三木 通保, 金澤 玲佳, 中村 美裕, 白神 碧, 荻野 敦子, 前田振一郎,  
山添紗恵子, 松林 彩, 林 信孝, 大竹 紀子, 青木 卓哉

【緒言】ポートサイトヘルニア (PSH) はまれな合併症とされているが、腹腔鏡手術の普及に伴い、報告が増加している。今回、ロボット支援下手術後にポートサイトヘルニアを来した1例を経験したので報告する。【症例】90歳, 2妊2産, BMI23.4。子宮体癌 IA 期に対し、ロボット支援下子宮全摘術, 両側付属器切除術, 大網切除術を施行した。術後3日目に嘔気, 嘔吐, 腹痛と腹部膨隆があり, CT 検査で左側腹部の8mm ポート部に小腸嵌頓を認めた。同日, 腹腔鏡下ヘルニア修復術を施行した。【考察】ロボット手術における PSH の頻度は0.13%と報告されている。発症要因としては, 肥満, 高齢などの患者要因と, 筋膜腹膜損傷, ポート径, トロッカーの鋭角挿入, 筋膜の不十分な閉鎖などの手技的要因が挙げられる。今回の症例では腹壁脆弱性があり, トロッカーの鋭角挿入が要因であった可能性が考えられた。【結語】PSH 発症リスクが高い症例に対しては, 8mm ポートに対しても筋膜閉鎖を考慮すべきである。

56

### 当院における開腹下筋腫核出術の工夫-ターニケット法の併用-

日本生命病院

藤崎 佳乃, 八田 幸治, 植田 真帆, 北山 和樹, 金光 麻衣, 志村 寛子, 角田紗保里,  
宮本真由子, 小和 貴雄, 田中 絢香, 高山 敬範, 佐伯 典厚, 橋本奈美子

緒言: 近年子宮温存の希望は多く, 筋腫核出術の施行数は増加している。多発筋腫や巨大筋腫は開腹術を選択しても出血リスクが高い。当院で出血リスクが高い症例に対して自己血輸血とターニケットの使用により輸血療法を実施することなく手術を完遂できたため報告する。症例1: 30歳 G0。開腹筋腫核出術を実施。手術時間258分, 出血量2215ml。貯血式自己血輸血400ml。回収式自己血輸血1380ml 返血。核出筋腫104個, 136g。術後合併症なし。症例2: 41歳 G0。術前に GnRH アゴニストの投与。開腹筋腫核出術を実施。手術時間299分, 出血量926ml, 貯血式自己血輸血400ml, 回収式自己血輸血590ml 返血。筋腫42個, 1750g。術後合併症なし。考察: 2症例ともターニケットを使用した。筋腫核出術は MPC (myoma pseudocapsule) を切開し, 筋腫核のみ核出すれば出血が少ないが多発筋腫では MPC を破綻しうる。自己血輸血やターニケットの使用は輸血療法の回避に有用である可能性がある。

57

### 大腸憩室炎による子宮頸部の瘻孔に対して、腹腔鏡下手術で根治した1例

1) 市立貝塚病院, 2) りんくう総合医療センター

松谷 和奈<sup>1)</sup>, 増田 公美<sup>1)</sup>, 仲尾 有美<sup>1)</sup>, 市川 冬輝<sup>1)</sup>, 永瀬 慶和<sup>1)</sup>, 甲村奈緒子<sup>1)</sup>,  
田中あすか<sup>1)</sup>, 吉村 明彦<sup>1)</sup>, 岡 藤博<sup>1)</sup>, 荻田 和秀<sup>2)</sup>, 横井 猛<sup>1)</sup>

大腸子宮瘻は, 大腸と子宮が癒着や腫瘍浸潤などによって瘻孔形成することによって生じる。大腸子宮瘻に対して腹腔鏡下手術を行った症例を経験したため報告する。症例は71歳。シェーグレン症候群, 関節リウマチ, 慢性心不全等の合併症を有する患者。2年前から繰り返す細菌性膣症で加療をしていた。今回, 帯下増加と出血を主訴に受診。徐々に便性帯下と変化し, 超音波検査で子宮頸部後壁に瘻孔を疑う高輝度線状陰影を認めた。造影 CT 検査で直腸憩室炎から子宮頸部への瘻孔形成を疑い, 腹腔鏡手術を実施した。直腸と子宮後面が広範囲に癒着しており, 子宮, 両側付属器, 直腸を en bloc に切除し, ハルトマン手術を行なった。摘出子宮の頸部後壁から直腸にかけて瘻孔を認めた。子宮は壁が厚く結腸瘻の中でも結腸子宮瘻は1-3%程度で, 大腸憩室と子宮頸部の瘻孔の報告は稀である。子宮・直腸合併切除は技術的に難しい点もあるが, 腹腔鏡下手術は低侵襲であり有用と考えられる。



58

### 頸部筋腫での子宮動脈上行枝の偏移を逆に利用し安全に腹腔鏡下子宮全摘術を行った2例

千船病院

小島 怜, 城 道久, 苔原つばさ, 根来 柚衣, 大木 規義, 吉田 茂樹

【緒言】子宮頸部筋腫は解剖学的偏移が生じTLHの難易度は高いとされる。その偏移を逆に利用しTLHを安全に行った2例を経験した。【症例】(症例1)49歳, 2妊2産。88×87mmの後壁頸部筋腫にTLHを実施。頸部筋腫により尿管から明確に離れ, 腹側へ偏移した両側の子宮動脈上行枝(以下, 上行枝)を焼灼すると, 子宮本体の血流は著明に低下。筋腫核出は出血少なく容易でTLHを完遂した。手術時間6時間22分, 出血200ml, 子宮重量494g。(症例2)52歳, 3妊1産。44×40mmの左側壁頸部筋腫にTLHを実施。右側は定型的に処理。症例1の経験を踏まえ, 筋腫で偏移した左上行枝を焼灼し, 筋腫核出後にTLHを完遂した。手術時間6時間9分, 出血183ml, 子宮重量255g。2症例とも合併症無く退院した。【結論】側方突出の頸部筋腫により上行枝と尿管は自然と離れる。その解剖学的偏移を逆に利用し, 上行枝を先行処理することで筋腫核出も容易であり, 安全にTLHが完遂できる。

59

### MTX 全身投与療法後に子宮内容除去術を実施し子宮温存が可能であった頸管妊娠の1例

1) りんくう総合医療センター, 2) 市立貝塚病院

中前亜季子<sup>1)</sup>, 角 真徳<sup>1)</sup>, 松谷 和奈<sup>1)</sup>, 山下 紗弥<sup>1)</sup>, 古谷毅一郎<sup>1)</sup>,  
張 良実<sup>1)</sup>, 坪内 弘明<sup>1)</sup>, 鹿戸佳代子<sup>1)</sup>, 横井 猛<sup>2)</sup>, 荻田 和秀<sup>1)</sup>

頸管妊娠は異所性妊娠の1%以下とされる稀な疾患である。今回, 子宮温存が可能であった頸管妊娠の1例を経験したので報告する。症例は39歳, 1妊0産。タイミング療法により妊娠成立。妊娠8週, 性器出血を主訴に前医を受診, 頸管妊娠疑いで当院へ救急搬送となった。来院時出血は落ち着いていたが, 血中hCG 22233.6mIU/ml, 経膈超音波で子宮頸管内に胎児心拍のある胎芽を認め, 頸管妊娠と診断した。子宮温存希望あり, MTX 全身投与を開始した。hCG 値は順調に低下し, 心拍も停止したが, MTX 投与後11日目に再出血あり, 子宮内容除去術を行った。頸管内腫瘍は胎盤鉗子にて容易に摘出可能であり, 術中出血量は216mlであった。術後外来でhCG 値の陰性化を確認した。頸管妊娠は確立された治療法は無いが, 子宮温存希望の場合にはMTX 療法を選択することが多い。本症例は, MTX 単回全身投与奏功後に子宮内容除去術を実施することで, UAE, 子宮全摘術を回避し, 子宮温存が可能であった。

60

### メトトレキサート (MTX) 投与後経過観察中に破裂し虫垂間膜妊娠と判明した1例

市立伊丹病院

大柳 亮, 田中江里子, 馬場 航平, 須賀 清夏, 城戸絵里奈, 三好ゆかり, 金 美娘,  
雨宮 京夏

【症例】36歳2妊1産, 前医で新鮮胚盤胞移植を受け, 妊娠5週4日に子宮内に胎嚢を認めず(hCG 847mIU/ml)紹介された。当院の診察でも妊娠部位は特定できず, 異所性妊娠の可能性を考慮し経過観察した。一時はhCG 値低下したが, 6週6日hCG 788mIU/mlと再上昇した。子宮内搔爬行ってもhCG 値低下を認めず異所性妊娠(妊娠部位不明)と診断し, MTX 治療とした。1回目投与後もhCG 値の低下不十分で再投与し, 以後は緩徐に低下していた。MTX 開始から29日目に腹痛出現し来院。腹腔内に出血貯留認め, 緊急腹腔鏡手術を実施した(hCG 168mIU/ml)。虫垂間膜に5mm大の持続出血を伴う腫瘍を認め妊娠部位と診断し, 同部位と虫垂を合併切除した。術後hCG は速やかに低下し, 病理診断でも虫垂間膜妊娠であった。【結語】妊娠部位不明の異所性妊娠では腹膜妊娠も鑑別に挙がる。腹膜妊娠は婦人科領域と異なる部位の手術になる可能性も考えて対応が必要である。

61

## 術後S状結腸穿孔に続発した横隔膜下膿瘍に対し経胃的ドレナージが有効であった1例

関西医科大学

飯藤 啓高, 白神 裕士, 横江 巧也, 久松 洋司, 村田 紘未, 橋本 佳子, 北 正人,  
岡田 英孝

術後膿瘍に対する低侵襲な治療手段としてCTガイドドレナージが知られているが、膿瘍の解剖学的位置によって困難な場合がある。我々は卵巣癌の術後に生じた左横隔膜下嚢胞の超音波消化管内視鏡（EUS）ガイドドレナージを経験した。症例は60歳代女性、卵巣癌の腫瘍減量術の術後6日目にS状結腸穿孔・腹膜炎を発症した。緊急再手術の術後60日に渡り、弛張熱と高 $\beta$ -Dグルカン血症が持続した。画像検査で徐々に増大する左横隔膜下嚢胞を認め、この難治性真菌感染症の感染源と推測された。診断的・治療的ドレナージを計画したが、経肋間ルートのCTガイドアプローチは侵襲性や解剖学的リスクから施行できなかった。そこでEUSガイドアプローチにより嚢胞の内嚢化と外部ドレナージを施行した。手技は合併症なく終了し、処置から3日後のCTで嚢胞の消失を確認した。排液の真菌培養検査は陰性であったが、処置後の熱型は改善を示し、術後78日に退院した。左横隔膜下膿瘍に対する低侵襲ドレナージルートとして、この手技は有用であった。

62

## 術前に卵巣癌を疑われた悪性リンパ腫の1例

大阪大学

安井 友紀, 橋本 香映, 角田 守, 中川 慧, 戸田有朱香, 木瀬 康人, 瀧内 剛,  
小玉美智子, 上田 豊, 澤田健二郎, 木村 正

【緒言】悪性リンパ腫は腹腔内多発リンパ節腫大を認めることがあるため進行卵巣癌との鑑別が困難である。今回我々は術前に卵巣癌を疑われた悪性リンパ腫の1例を経験したので報告する。【症例】48歳女性。4経3妊。X年10月に右下腹部痛を主訴に前医受診し、骨盤内腫瘤を指摘され精査加療目的に当科紹介。造影MRI検査にて両側卵巣に境界明瞭な分葉状充実性腫瘤、多発リンパ節腫大を認めた。術前診断は両側卵巣高異型度漿液性癌・骨盤リンパ節腫大・傍大動脈リンパ節腫大・腹膜播種と考え、X年12月に初回腫瘍減量術を実施した。術中迅速病理検査で悪性リンパ腫を疑われたため、術式は単純子宮全摘＋両側付属器切除＋腫大骨盤リンパ節摘出＋右半結腸切除を行った。術後病理組織検査にてびまん性大細胞性B細胞リンパ腫の右卵管、両側卵巣転移の診断となった。現在は当院血液内科で精査・加療を行っている。【結語】多発リンパ節転移、充実性の両側卵巣腫瘍を認めた場合は悪性リンパ腫も鑑別に挙げることも肝要である。

63

## 術後診断で悪性リンパ腫と判明した卵巣腫瘍の1例

大阪急性期総合医療センター

二階堂菜月, 松崎 聖子, 久林 侑美, 浅野 啓太, 八木 太郎, 伊藤 風太, 加藤 愛理,  
海野ひかり, 武藤はる香, 久保田 哲, 隅蔵 智子, 岩宮 正, 森重健一郎, 竹村 昌彦

【諸言】悪性リンパ腫は多発リンパ節腫大に加え、子宮や卵巣など腹腔内臓器の腫瘍性増大を呈することがある。今回卵巣癌の術前診断で手術し、術後に悪性リンパ腫と診断された1例を報告する。【症例】46歳女性、左卵巣内膜症性嚢胞の診断でジェノゲスト内服を開始した。治療開始4ヶ月後、卵巣腫瘍増大とCA125上昇を認め、MRIでは卵巣周囲の軟部影に加え腹腔内播種と多発リンパ節腫大も指摘された。子宮内膜症性嚢胞の悪性転化と診断し開腹手術を行なった。開腹すると左卵巣の充実部を伴う嚢胞性腫瘍と、大網と小腸表面の播種性病変およびリンパ節の腫大を認めた。大網と小腸の部分切除と子宮、両側付属器摘出術を行った。術後病理組織診断で濾胞性リンパ腫Grade1の診断となり、血液内科で化学療法を行っている。【考察】MRIでは卵巣周囲の軟部影は子宮内膜症の悪性転化としては非典型的の所見であった。【結語】卵巣癌と鑑別困難な悪性リンパ腫の1例を経験した。MRI画像所見が非典型的であった場合、リンパ腫を鑑別診断として忘れてはならない。

64

### 卵管癌化学療法中の不明熱により診断となった骨髄浸潤を伴う肺サルコイドーシスの1例

近畿大学奈良病院

西岡 和弘, 橋口 康弘, 岸本佐知子, 大井 豪一

【緒言】サルコイドーシスは非乾酪性類上皮細胞肉芽腫の形成を特徴とする多臓器病変を生じる疾患である。今回卵管癌の化学療法中に生じた骨髄浸潤を伴う肺サルコイドーシスの1例を経験したので報告する。【症例】56歳女性, 左卵管癌の診断で手術療法を施行し高異型度漿液性癌 (pT2cNXM0), ステージ2cと診断した。術後補助化学療法を施行した。その後7thラインまで化学療法を施行した。38℃以上の繰り返す発熱を認めCT検査で両肺に多数の小結節を認め, 骨髄生検では類上皮肉芽腫が検出された。鑑別診断として, 卵管癌の肺転移, 非結核性抗酸菌症, 粟粒結核, サルコイドーシス, EBウィルス感染症, 真菌症などがあった。気管支肺生検で類上皮肉芽腫を認め, 骨髄浸潤を伴う肺サルコイドーシスと確定診断した。【結果】悪性腫瘍に対する手術後・化学療法後にサルコイドーシスまたはサルコイド様反応によるリンパ節腫大が出現するとの報告もあり, 再発との鑑別のために可能な限り組織診断を行うことが望ましい。

65

### 巨大卵巣富細胞性線維腫の1例

和歌山県立医科大学

武田真一郎, 鱸 暢彦, 西川 真世, 西村 美咲, 岩橋 尚幸, 中田久実子, 野口 智子,  
八幡 環, 溝口 美佳, 堀内 裕子, 馬淵 泰士, 南 佐和子, 井篁 一彦

【目的】富細胞性線維腫 (Cellular Fibroma:CF) は, 細胞密度が高く核異型が軽度なもので線維腫の10%程度の頻度で見られる。総重量10kgを超えるCFに対して腹式手術を施行した症例を経験したので報告する。【症例】52歳, G0P0。4年前から増悪する腹部膨満感を認め, 前医を受診し画像検査で40cm大の充実部を伴う多房性腫瘍を認め, 当科紹介となった。MRIでは充実部分に拡散制限があり, 右卵巣静脈の拡張を認め右卵巣由来の腫瘍が疑われた。マーカーはCA125:142.5U/mL, E2:343pg/mLと上昇を認めた。卵巣腫瘍の疑いのため手術施行した。腫瘍は右卵巣由来で, 子宮・左付属器に異常を認めなかった。腹式単純子宮全摘術, 両側付属器摘出術を施行した。腫瘍重量は8kg (内容液は2250ml) であり, 経過良好のため12日目に退院した。術後病理組織検査ではcellular fibromaの診断であった【考察】CFは予後良好な疾患であるが, 再発の報告もあり慎重な経過観察が必要である。

66

### 患者の意思確認が困難なため術式決定に苦慮した抗NMDA受容体抗体脳炎の2例

京都府立医科大学附属北部医療センター

富士野 爽, 沼田 朋子, 北村 圭広, 山下 優, 菅原 拓也, 黒星 晴夫

【緒言】抗NMDA受容体抗体脳炎は意識障害や記憶障害を呈し, 患者本人の意思確認ができない状態で治療方針を決定せざるを得ない場合もある。当院で卵巣腫瘍合併抗NMDA受容体抗体脳炎に対する術式決定に苦慮した2例について報告する。【症例】症例1: 39歳1妊1産, 奇声・奇怪行動で発症し, 全身検索で両側卵巣奇形種を認め, 抗NMDA受容体抗体脳炎を疑った。会話不能のため, 家人に育児希望がないことを確認し, 両側付属器摘出術を実施した。術後脳炎治療により症状改善した。症例2: 31歳未妊, 短期記憶障害で発症し, 原因検索で右卵巣奇形種を認め, 抗NMDA受容体抗体脳炎を疑った。記憶障害下で右付属器切除の同意を得たが, 術中左卵巣の萎縮を認めたため, 妊孕性温存目的に右卵巣腫瘍摘出に留めた。術後脳炎治療により症状改善した。【結語】患者の意思確認が困難な場合には, 年齢・妊娠分娩歴・家族の意向などを踏まえ慎重に術式決定することが重要である。

67

## 集学的治療を必要とした悪性卵巣甲状腺腫の経験

神戸大学

田中 将之, 若橋 宣, 小畑 権大, 喜多ともみ, 森内 航生, 施 祐徳, 高橋 良輔,  
 笹川 勇樹, 長又 哲史, 西本 昌司, 寺井 義人

【諸言】悪性卵巣甲状腺腫は卵巣甲状腺腫由来の悪性腫瘍であり、全卵巣甲状腺腫の5%と非常に稀な腫瘍である。今回、当院で経験した3症例について報告する。【症例】全例で患側付属器摘出術を施行しており、年齢は25歳、35歳、44歳であった。全例とも術前は成熟嚢胞性奇形腫が疑われており、うち1例は妊娠中に手術を施行し低分化型悪性卵巣甲状腺腫 I C1 期の診断となっている。残り2例は術後診断で卵巣甲状腺乳頭癌 I A 期の診断であった。3例中2例に術後甲状腺全摘と放射性ヨウ素治療を施行し、1例は追加治療なしで観察中である。低分化型悪性卵巣甲状腺腫については術後17か月後に傍大動脈リンパ節への再発が疑われたが、放射性ヨウ素治療後にリンパ節は著明に縮小し、現在も経過観察中である。【結語】本疾患は術前診断が難しく、追加治療のエビデンスが乏しい。若年や乳頭癌以外の組織型が予後不良因子と報告されているが、妊孕性温存の可否などを含め、治療戦略の個別化が要求される。

68

## 術後に妊娠出産に至った、原発性卵巣平滑筋肉腫の1例

大阪医科薬科大学

坂上かれん, 古形 祐平, 西江 瑠璃, 田路 明彦, 橋田 宗祐, 大門 篤史, 寺田 信一,  
 藤原 聡枝, 田中 良道, 田中 智人, 藤田 太輔, 大道 正英

原発性卵巣平滑筋肉腫は、極めて稀で予後不良な卵巣悪性腫瘍である。今回、卵巣平滑筋肉腫の術後に妊娠出産に至った1例を経験したので報告する。症例は26歳、0妊。腹部腫瘤感で前医を受診、子宮筋腫の診断で経過観察されていたが、症状増悪のため当院へ紹介となった。初診時、経膈超音波で骨盤内を占拠する14cm大の充実性腫瘤を認め、骨盤MRIで内部に変性あるいは出血壊死を伴っており、左卵巣腫瘍の診断のもと開腹手術を行った。左卵巣は15cm大に腫大し、子宮、右付属器は正常、播種所見も認めず、左付属器摘出+大網部分切除術を行った。病理組織検査では、出血、壊死を伴い、核異型や核分裂像が著明な紡錘形細胞が錯綜状に増殖する腫瘍で、免疫染色では vimentin, desmin,  $\alpha$  SMA が陽性、AE1/AE3, CK7, CK20 が陰性で、左卵巣平滑筋肉腫と診断した。追加治療は行わず経過観察とし、術後2年で自然妊娠に至り、妊娠38週3日で2672gの児を出産した。現在も再発なく経過中である。

69

## ロボット機種変更に伴い、ファーストロッカー挿入時に行った工夫

兵庫県立尼崎総合医療センター

安堂有希子, 上田 三郎, 小北 晴香, 鈴井 陸, 中林 桃子, 上杉俊太郎, 北島 遼,  
 竹内裕美子, 竹村 有理, 梅宮 慎樹, 増田 望穂, 佐藤 浩, 田口 奈緒, 角井 和代

【目的】当院では2022年4月から子宮良性腫瘍に対するロボット支援下子宮全摘術、2023年5月から骨盤臓器脱に対するロボット支援下仙骨腔固定術を開始した。2023年6月より da Vinci®Xi を主に使用しており、ファーストロッカー挿入方法について検討する。【方法】2023年6月から2024年1月までに実施したロボット支援下手術について、ラップディスク使用前後について検討した。【成績】ラップディスク使用前は4例、使用後は8例であった。手術開始からロールインまでの時間はそれぞれ中央値15(13-18)分と13分(8-34)分であった。ラップディスク非使用時は、カフ付きポートの使用や臍部の縫合を行ったが、カメラを見下げる際に臍ポートが抜けやすく、気腹を保つことが困難であった。ラップディスク使用後は、気腹圧の低下や視野不良は認めなかった。【結果】腹腔鏡手術と同様の臍切開を行うことで、安定したポート留置や視野確保ができる可能性がある。

70

### 当院における婦人科良性疾患に対するロボット支援下子宮全摘術の初期手術成績の検討

和歌山県立医科大学

八幡 環, 鱸 暢彦, 西川 真世, 武田真一郎, 岩橋 尚幸, 中田久実子, 野口 智子,  
溝口 美佳, 堀内 優子, 馬淵 泰士, 南 佐和子, 井篁 一彦

【目的】2018年4月よりロボット支援下子宮全摘術 (robot-assisted total hysterectomy: RAH) が保険収載され, 実施件数は増加している。当院で2022年11月から開始した良性疾患のRAHに対して, 手術成績を評価した。【方法】2022年11月から2023年10月まで da Vinci Si にてRAHを実施した6例を対象とし, 年齢, BMI, コンソール迄の時間, コンソール時間, 出血量, 子宮重量, 合併症について評価した。【成績】中央値として, 年齢は45 (37-58) 歳, BMIは22.6 (20.7-27.7), コンソール迄の時間は46 (37-54) 分, コンソール時間は190 (172-242) 分, 出血量は23 (5-35) mL, 子宮重量95.3 (72-174) gであった。合併症は1例で補助ポート創の感染を認めた。【結論】RAH導入後, 安全に実施できている。これら症例を振り返り, 手術時間の短縮に向けた工夫について, 検討する。

71

### 当科でのロボット手術の現状

兵庫県立尼崎総合医療センター

増田 望穂, 安堂有希子, 上田 三郎, 小北 晴香, 鈴木 陸, 中林 桃子, 山岡 侑介,  
竹内祐美子, 高石 侑, 竹村 有理, 池田真規子, 佐藤 浩, 田口 奈緒, 角井 和代

【目的】当院では2022年4月から子宮良性腫瘍に対するロボット支援下子宮全摘術 (Robot-assisted simple hysterectomy; 以下RASH), 2023年5月から骨盤臓器脱に対するロボット支援下仙骨腔固定術を開始し2名の術者で手術を行っている。RASHの安全な導入に至っているか検討する。【方法】2022年4月から2024年1月までに実施したRASHについて, 手術時間, 術中出血量, 合併症などについて検討した。【成績】RASHが26例の内訳は, BMI平均値は25.5 (20.6-33.9) kg/m<sup>2</sup>, 手術時間中央値は192 (134-464) 分, 出血量中央値は30 (0-234) g, 子宮重量中央値は196 (80-1208) gであった。導入前半・後半で比較し, 両術者とも子宮重量・BMIともに増大しているが, すべての症例において重篤な合併症は認めなかった。【結果】ロボット支援下手術の導入にあたって, 手術の定型化, 使用機器の更新により安全に導入できていると考える。

72

### 子宮悪性腫瘍の肺転移再発症例に対するビデオ補助胸腔鏡手術の治療成績

奈良県立医科大学

上林 潤也, 福井 陽介, 河原 直紀, 岩井 加奈, 山田 有紀, 川口 龍二, 木村 文則

【目的/方法】子宮悪性腫瘍の肺転移症例の長期成績を検討することを目的とし, 2010年~2023年の期間に初回再発で肺転移した症例に対してビデオ補助胸腔鏡手術 (VATS: video-assisted thoracic surgery) を施行した症例を後方視的に検討した。【成績】子宮体がん7例, 子宮頸癌8例の合計15例であった。子宮体がん群の進行期は1期5例, 2期1例, 4期1例であった。PFSの中央値は44か月 (32-87か月) で, 6例が単発肺転移再発だった。VATSを施行し, 再々発した症例は3例あったが全例生存している。子宮頸癌群の進行期は1期1例, 2期4例, 3期2例, 4期1例だった。PFSの中央値は15か月 (8-64か月), 全例単発肺転移だった。VATS後の4例が再々発しておりその内3例が死亡していた。VATSによる合併症は全例で認められなかった。【結論】VATSによる合併症は認められず安全に行われていた。再発子宮体がんに対するVATSは予後を改善する可能性が示唆された。

73

## 骨盤臓器脱手術における v-NOTES の有用性

奈良県西和医療センター  
細川 奈月, 春田 祥治

【目的】腔断端仙骨子宮靱帯挙上術（Shull 法）における術野確保を目的として導入した v-NOTES の初期成績を示す。【方法】GelPOINT® V-Path を設置し、子宮および両側付属器を切除した後、尿管の走行を視認してから両側仙骨子宮靱帯を同定して遅延吸収糸を左右 3 本通した。縫合糸を前後腔断端の腹膜および筋膜組織に通し仮結紮し、インジゴカルミンを静注し膀胱鏡で両側尿管口からの尿流出を確認して本結紮を行った。症例に応じて腔壁形成および会陰形成を施行した。【成績】対象は 13 例、各データの中央値は、年齢 75（57-80）歳、手術時 238（186-347）分、出血量 40（5-100）g。全ての症例で、坐骨棘レベルが想定される高さの仙骨子宮靱帯への穿刺が容易にできた。1 例術中膀胱鏡で右尿管口からの尿流出を認めず、縫合糸を 1 本抜去した後に尿流出を確認できた。【結論】v-NOTES により術野を確保することで安全かつ確実な運針が可能となった。v-NOTES においても、術中膀胱鏡検査は必須である。

74

## 当院における v-NOTES による腹腔鏡下腔断端挙上術の手術経験

高の原中央病院  
奥口 聡美, 鈴木聡一郎, 曾山 浩明, 吉田 剛祥, 谷口 文章

【緒言】腹腔鏡下腔断端挙上術が 2022 年度より保険収載され、当院においても 2023 年 12 月より骨盤臓器脱の症例に v-NOTES による腹腔鏡下腔断端挙上術を開始したので報告する。【術式】腔式子宮全摘術を施行したのち経腔的デバイスを装着して気腹し、v-NOTES 下に付属器（もしくは卵管）を切除する。その後尿管の走行を確認し、仙骨子宮靱帯の左右 2 か所ずつ、合計 4 か所に 0-PDS をかけその両端は針がついたまま腔腔外に出しておく。腹膜を縫合閉鎖した後に、腹腔外へ出しておいた 0-PDS を前後腔壁にかけ、その糸を腔腔外に出しておく。腔断端を連続縫合して閉鎖した後、腔腔外に出していた 0-PDS を結紮して腔断端を挙上した。前後腔壁形成術や会陰形成術が必要な症例は同時に行った。【結果】5 症例に行い、症状は改善し、1 例に術後尿閉を認めた。尿管損傷などは認めず、腹壁からの手術に移行した症例はなかった。【結論】骨盤臓器脱の 5 症例に腹部に創を作らずに、v-NOTES による腹腔鏡下腔断端挙上術を施行できた。

75

## 当院における v-NOTES の導入経験

八尾市立病院  
藤井 健太, 永井 景, 植田 陽子, 松浦 美幸, 重光 愛子, 佐々木高綱, 山田 嘉彦

v-NOTES は経腔操作により腹部に手術創を作らず、術後疼痛も少ないとされる画期的な婦人科手術の技法である。当院では 2023 年 6 月から実施し、6 件行ったので報告する。【症例】平均年齢 51.1 歳（37-67 歳）、平均経産 2.8 回（2-5 回 1 人のみ 1 回帝王切開）、手術適応は CIN2-3 であった。平均手術時間 133.5 分（105-197 分）、平均気腹時間 70.6 分（43-167 分 v-NOTES 完遂例は平均 51.4 分）、平均出血量 82.5g（20-210g）であった。1 件は癒着が強く経腔操作での完遂が困難であり、腹腔鏡手術に移行した。いずれの症例も術後合併症は認めず、術後 4 日目で退院出来た。【結語】v-NOTES は従来と比べて様々な方面から利点の多い術式といえる。既往子宮術後等癒着により経腔的に腹腔内に到達する事が困難でないか術前評価しておく事や、双手診の評価を用いる事で、より安全に実施する事が出来ると考える。今後の創意工夫により更なる手術適応の拡大が期待される。

76

## 妊娠性肝内胆汁鬱滞症により5回の早産を繰り返した1例

神戸大学

江本 永真, 今福 仁美, 益子 尚久, 内田 明子, 高橋 良輔, 出口 雅士, 寺井 義人,  
谷村 憲司

【緒言】妊娠性肝内胆汁うっ滞症（ICP）は全身掻痒感を特徴とし早産と関連する稀な疾患である。早産を5回繰り返した ICP 症例を報告する。【症例】40歳，8妊4産（AA2SA1）第1～4子全ての妊娠中において全身掻痒感（妊娠24～28週）を自覚。第2子妊娠時に血中胆汁酸84.5（正常14.4以下） $\mu\text{mol/L}$ から初めてICPと診断され第3，4子妊娠中ともに妊娠30週で診断された。また第1～4子の全妊娠は切迫早産から早産（妊娠35，35，31，31週）に至った。今回（第5子）も自然妊娠し当科で妊婦健診を行っていた。妊娠24週より全身掻痒感が出現し，妊娠26週に血中胆汁酸253.9 $\mu\text{mol/L}$ でICPと診断した。妊娠27週よりUDCA内服を開始したが全身掻痒感の改善は乏しかった。陣発し既往帝切のために妊娠30週4日に1474g男児を帝切分娩した。術後血中胆汁酸は速やかに低下し全身掻痒感も消失した。【結語】ICPの既往がある妊婦は再三，再発し早産のリスクがあることを念頭に管理することが重要である。

77

## 出生前ステロイド投与を契機にケトアシドーシスを来した1型DM合併妊娠の1例

大阪医科薬科大学

村江 正宇, 永易 洋子, 松本 知子, 直 聖一郎, 井淵 誠吾, 石川 渚, 大門 篤史,  
布出 実紗, 佐野 匠, 藤田 太輔, 大道 正英

妊娠中の糖尿病性ケトアシドーシス（DKA）は母児の生命を脅かす重篤な疾患であり，糖尿病合併妊娠の0.5-10%に発症する。今回，DKAを来した1型糖尿病合併妊娠の1例を経験したので報告する。症例は，2妊1産。妊娠31週の早産歴があった。既往歴は難聴，1型糖尿病があった。今回，自然妊娠成立し妊娠10週に当院受診となった。妊娠24週3日，切迫早産のため入院となり，硫酸マグネシウムで子宮収縮抑制を行った。胎児肺成熟目的にベタメタゾンを投与後，血糖400mg/dl台となりDKAと診断しICU管理となった。呼吸苦を認めた為，精査で心筋症と診断し循環器内科介入となった。以後，妊娠34週6日に陣痛発来あり，硬膜外麻酔併用下で経陰分娩となった。循環及び血糖管理を厳重に行い産後11日目に退院となる。現在，エピソードからミトコンドリア病を疑い精査中である。DKAを来すと高率に周産期合併症を認める。糖尿病合併妊婦には，DKA予防に厳重な血糖管理が重要である。

78

## 分娩を契機に発症した脳血管疾患の2例

京都山城総合医療センター

山内 彩子, 岩田 秋香, 貴志 洋平, 北岡 由衣

今回われわれは，分娩を契機に発症したPosterior reversible encephalopathy syndrome（PRES）と可逆性脳血管攣縮症候群（RCVS）の2例を経験した。症例1は28歳，初妊。分娩停止のため帝王切開術準備中に突然両目の視野障害が生じた。頭部CTでは出血所見はなかったが，子癇発作が出現し超緊急帝王切開術を行った。術後1日目には症状は改善し頭部MRIからPRESと確定診断した。降圧薬と抗痙攣薬で治療し，術後11日目に退院した。症例2は35歳，初妊。陣痛時から雷鳴頭痛があり，経陰分娩後も頭痛が持続し降圧薬，鎮痛薬投与にて症状は軽快した。産後2日目の排便時に再び雷鳴頭痛を認め，頭部MRI検査を施行しRCVSと診断。ベラパミル塩酸塩の内服を行い産後9日目に退院となった。分娩を契機に急激に発症した脳血管疾患については産科医にとって脳卒中との鑑別診断が困難なこともある。今回の2症例につき文献的考察を加え報告する。

79

**妊娠高血圧症候群を合併し周産期心筋症と診断された双胎妊娠の1例**

京都済生会病院

西 茜, 高塚 沙紀, 清水 美代, 渡邊 愛, 加藤 淑子

症例は31歳, 初産婦。心疾患の既往なし。凍結胚移植により1絨毛膜2羊膜双胎の妊娠にいたった。切迫早産のため妊娠31週よりリトドリン塩酸塩を使用していた。尿蛋白の出現および血圧上昇傾向のため管理入院となり, 入院後3日目に妊娠高血圧症候群と診断された。妊娠36週3日に選択的帝王切開術にて出産するも, 弛緩出血をきたし子宮内バルーンタンポナーデにより止血に至った(術中出血3041ml)。術後1日目に呼吸困難感を認め, 両側肺水腫を認めたため利尿薬の投与を開始した。術後4日目に呼吸困難感・酸素化低下を認め, 造影CT検査にて肺塞栓症を疑う所見を認めず, 循環器内科に紹介となった。低左心機能(左室駆出率: EF39.10%)・両側胸水貯留・BNP上昇などから周産期心筋症に伴う急性心不全と診断した。降圧薬や利尿薬投与を行った結果, 術後25日目に病状軽快し退院した。妊娠高血圧症候群や双胎妊娠の患者に対しては, 周産期心筋症のハイリスクであることを認識した上で管理することが重要であると考えられる。

80

**帝王切開後に腸閉塞を発症し手術療法を要した1例**

大阪はびきの医療センター

中谷沙也佳, 安川 久吉, 梅原 健耶, 坂元 優太, 穠西 実加, 長安 実加, 赤田 忍

帝王切開術後の腸閉塞は稀ではないが, 保存的加療で改善したとの報告が多い。今回, 帝王切開術後に腸閉塞を発症し, 再開腹を要した症例を経験したので報告する。症例は27歳, 初産婦。自然妊娠し妊娠経過は良好であった。妊娠39週の健診で血圧上昇と尿蛋白を認め, 妊娠高血圧腎症と診断した。硬膜外麻酔を併用し分娩誘発したが, 分娩停止となり緊急帝王切開術を行った。子宮収縮不良でHayman縫合を実施した。術後は発熱が持続し, 術後2日目に腹部膨満著明となった。イレウス管を留置して保存的加療したが改善せず, 術後21日目に癒着剥離術を実施した。回盲部より口側160cmの小腸が子宮後面と縫合糸の周囲に癒着して狭窄していた。術後経過は良好で, 癒着剥離術後8日目に退院した。本症例では術後早期から強い炎症反応と著明な腹部膨満を認め, 術後感染と子宮圧迫縫合による腸閉塞をきたしたと考えられる。子宮圧迫縫合は子宮収縮不良の際の有効な手段ではあるが, 子宮感染や縫合糸による腸閉塞などの合併症に留意する必要がある。

81

**妊娠第1三半期の正常卵巣捻転に対し1孔の鉗子で腹腔鏡下卵巣捻転解除術を行った1例**

千船病院

根来 柚衣, 城 道久, 大木 規義, 村越 誉, 吉田 茂樹

【緒言】妊娠中の正常卵巣捻転は稀で妊娠子宮により診断に難渋する。また腹腔鏡手術を選択する場合は, 妊娠子宮に留意しポート留置が必要である。今回妊娠第1三半期の正常卵巣捻転に対し1孔の鉗子のみで腹腔鏡下卵巣捻転解除術を行った1例を経験した。【症例】27歳, 3妊0産。妊娠10週4日, 8時間前より持続する右下腹部痛があり卵巣捻転の疑いで搬送された。経膈超音波検査で卵胞を伴う53mm大の右卵巣および子宮との間に拡張した卵管を認めた。右正常卵巣捻転と診断し腹腔鏡手術を実施した。左下腹部に10×20cm大のタトゥーがあり下腹部正中・右下腹部のみに5mmポートを留置した。右付属器は1回転半捻転し右卵管はソーセージ様に腫大していた。右下腹部ポートの鉗子のみで右卵巣捻転の解除は可能であった。解除後の右付属器は肉眼的に正常であった。【結論】妊娠中の稀な正常卵巣捻転は超音波で診断できる症例がある。また捻転回数が少ない場合, 腹腔鏡の1ポートの鉗子操作で捻転が解除できる場合がある。



82

**挙児希望を有する Meigs 症候群の女性が生殖補助医療によって生児を得た 1 例**

関西医科大学

小林 さくら, 中尾 朋子, 牧野 琴音, 中川 冴, 服部 葵, 久松 洋司, 村田 絃未,  
北 正人, 岡田 英孝

Meigs 症候群は良性卵巣腫瘍に胸腹水を伴い、腫瘍摘出により胸腹水が消失する病態である。腹水貯留状態での生殖補助医療 (ART) に関する報告は少ない。Meigs 症候群に対して妊孕性に配慮した手術を行い、腹水貯留状態で ART、妊娠管理が成功した 1 例を報告する。症例は挙児希望のある 36 歳女性、0 妊。臍帯ヘルニア修復術、癒着性腸閉塞の既往があり、腸閉塞加療中に両側卵巣の充実性腫瘍と腹水貯留を認めた。Meigs 症候群の疑いで腹腔鏡補助下両側卵巣腫瘍摘出術を行い、卵巣機能温存のため一部の腫瘍残存を許容した。病理組織診断は線維腫であった。術後に腹水再貯留を認めたが、年齢や AMH 値を考慮し追加手術はせず、ART を実施し妊娠成立した。妊娠中、腹水は減少し妊娠 24 週には消失、妊娠 37 週 6 日に正常分娩、産褥 1ヶ月で腹水は妊娠前の容量へ戻った。Meigs 症候群では腫瘍摘出が最善の治療法だが完全摘出が困難な例もあり、患者のライフプランに沿って治療方針を考える必要がある。

83

**炎症が遅延した子宮留膿症・卵管卵巣膿瘍に対し、腹腔鏡下手術が有効であった 1 例**

近畿大学

城 玲央奈, 高矢 寿光, 小谷 泰史, 中井 英勝, 松村 謙臣

61 歳未経妊、30 歳時に腹式右卵巣腫瘍摘出術を受け、術後に子宮内避妊具 (IUD) を留置された。来院 3ヶ月前から悪臭を伴う粘稠帯下を自覚し、来院時の精査で子宮内と右付属器領域に膿瘍の貯留を認め、帯下から放線菌を検出した。放線菌感染による子宮留膿症・右卵管卵巣膿瘍と診断し、IUD を抜去し、抗生剤治療を行いながら経腔的ドレナージを待機した。膿瘍は漸減したが、血液検査で炎症反応が高値のまま推移した。炎症のコントロール目的に腹腔鏡下腔式単純子宮全摘術・両側付属器摘出術を行ったところ、右付属器と腫大した虫垂が癒着し一塊となっており、追加で虫垂切除術を実施した。術後一過性に発熱と炎症反応の再上昇を認めたが、抗生剤治療で熱型と炎症反応は速やかに改善した。ドレナージと抗生剤治療でも炎症反応が改善しない子宮留膿症・卵管卵巣膿瘍では、腸管への炎症の波及の可能性を考慮すべきである。また外科的治療として腹腔鏡下手術は低侵襲であるが、骨盤内の癒着を想定し慎重に臨むべきである。

84

**当院におけるマイクロ波子宮内膜焼灼術 (MEA) による過多月経治療の経過**

1) 明和病院, 2) 兵庫医科大学

三浦 深仁<sup>1)</sup>, 味村 史穂<sup>1)</sup>, 谷 瑞穂<sup>2)</sup>, 森 龍雄<sup>1)</sup>, 星野 達二<sup>1)</sup>, 衣笠 万里<sup>1)</sup>,  
辻 芳之<sup>1)</sup>

重症の挙児希望がない過多月経は子宮全摘が適切である。しかし長期休業ができない、宗教上の理由がある、血液凝固障害を有するなど、子宮全摘ができない症例も多い。このような場合、子宮温存し直ちに社会復帰できるマイクロ波子宮内膜焼灼術 (Microwave Endometrial Ablation, 以下 MEA) が認められている。我々は 2020 年 9 月～2023 年 12 月において、子宮筋腫 20 例、子宮腺筋症 23 例、子宮内膜増殖症 3 例、血液凝固系異常 1 例の計 47 症例に MEA を行なった。その結果全例過多月経がなくなり直ちに社会復帰に成功している。MEA に伴う合併症には穿孔、感染、慢性卵管周囲膿瘍などが知られているが超音波モニタ下での操作、徹底的な debris 除去、子宮鏡による誘導などにより、当院においては 1 例の合併症もない。大部分の患者は月経による苦痛が改善し QOL の向上を訴えている。しかし子宮腺筋症について 23 例中 6 例に腹痛が残り ( $p < 0.05$ )、2 例は後に子宮全摘を選択された (N.S.)。MEA は過多月経に対する優れた治療法であるが子宮腺筋症では必ずしも完全でなく検討の余地を有する。

85

### 卵巣卵管膿瘍に対して臀部からの経皮的穿刺ドレナージが有効であった2症例

大津赤十字病院

堀川 陽平, 石田憲太郎, 星本 泰文, 左古 寛知, 大谷 遼子, 多賀悠希子, 大西 佑実,  
中村 彩加, 多賀 敦子, 金 共子, 藤田 浩平

【諸言】卵巣卵管膿瘍 (tubo-ovarian abscess:TOA) は生殖可能年齢に多く、骨盤内炎症性疾患の15-34%にTOAが存在する。TOAに対し抗菌薬治療や膿瘍穿刺が奏功せず臀部からの経皮的穿刺ドレナージが有効であった2症例を報告する。【症例1】43歳0妊0産。左TOA8cm大。腹腔内癒着高度で手術困難が予想され、抗菌薬治療と経腔超音波下ダグラス窩穿刺で排膿するも奏功せず。放射線科と協議し、CT・超音波ガイド下に左臀部仙骨左縁から穿刺ドレナージし奏功、退院に至った。【症例2】51歳0妊0産。左TOA13cm大。手術には拒否的であり、抗菌薬治療を行ったが奏功せず。左臀部仙骨左縁から同様に穿刺ドレナージし奏功、退院に至った。【結語】治療に難渋したTOAに対し臀部からの経皮的穿刺ドレナージが有効であった2例を経験した。TOAは炎症や癒着のため他臓器損傷リスクが高く手術が困難となりやすい。手術加療を回避し得る経皮的穿刺ドレナージは治療選択肢の1つとして考慮されるべきであると考えられる。

86

### 内分泌療法不応の臍部子宮内膜症に対し外科的切除した1例

京都府立医科大学

東城 悟恵, 古株 哲也, 岡村 綾香, 青山 幸平, 垂水 洋輔, 片岡 恒, 寄木 香織,  
森 泰輔

臍部子宮内膜症は稀少部位子宮内膜症の0.4~4%と稀な疾患である。症例は48歳、帝王切開2回。月経困難症なし。2年前より月経周期と一致して臍部に疼痛、硬結、発赤を認め、前医を受診した。臍部子宮内膜症と判断され、レルゴリクス、ジェノゲスト(2mg/日)処方でも症状改善に乏しく、加療目的に当院紹介となった。臍6時方向に15mm大の弾性硬の腫瘤を触れた。MRIではT1強調画像で低信号、T2強調画像で低信号と高信号が混在し、充実成分は造影効果を伴っており、臍部子宮内膜症と診断した。骨盤内に明らかな子宮内膜症病巣は指摘できなかった。臍部腫瘤切除と腹腔鏡検査を実施した。臍部腫瘤を直視下に摘出後、鏡視下に観察すると両側卵巣表面、帝王切開後癒着部、仙骨子宮靭帯、ダグラス窩に内膜症性病変を認め、病変を可能な限り焼灼した。臍部腫瘤の病理組織診断はendometriosisであった。術後疼痛症状は改善した。内分泌治療に不応な臍部子宮内膜症に対して外科的治療は有効な選択肢である。

87

### 両側多房性卵巣囊腫の原因がFSH産生下垂体腺腫であった1例

大阪医科薬科大学

井上 風香, 恒遠 啓示, 石川 渚, 永易 洋子, 丸岡 寛, 中村真由美, 劉 昌恵,  
林 正美, 大道 正英

ゴナドトロピン産生下垂体腫瘍が、症状を引き起こすケースはとても珍しい。FSH産生下垂体腺腫による両側多房性卵巣囊腫の症例を報告する。症例は、30歳未婚 未妊。3年前に両側卵巣腫大と診断されたが、ホルモン値は正常でPCOSとして経過観察された。1年半後に左卵巣囊腫の茎捻転で開腹術(捻転解除とドリリング)を受けた。その後結婚し、挙児希望と月経不順、卵巣腫大で当科に受診した。初診時検査で、LH低値、FSH正常、E2高値で、両側卵巣がOHSS様に腫大していた。E2高値によるnegative feedbackによるLH低値であり、下垂体腫瘍は否定的ではとの内科の意見もあったが、造影CT施行したところ径33mmの下垂体腺腫を認めた。脳神経外科で経蝶形骨洞下垂体腫瘍摘出術を施行した。FSH産生下垂体腫瘍であり、術後E2は正常化し、卵巣腫大は消失した。

88

## 子宮頸部の検査加療を行なった若年症例のHPVワクチン接種歴と転帰

大津赤十字病院

小野 真彩, 多賀 敦子, 大谷 遼子, 中川 渥裕, 多賀悠希子, 林 真麻子, 中村 彩加,  
李 泰文, 金 共子, 藤田 浩平

HPV ワクチンの公費助成が始まってから積極的勧奨が差し控えとなるまでの期間に定期接種の対象となっていた世代で、当院で2019年1月～2021年12月にHPV検査または子宮頸部円錐切除術を施行した患者51例につき、受診となった経緯、ワクチン接種歴、HPV検査結果、転帰を調査した。対象症例のうち接種歴ありが28例で、うちCIN1が18例、CIN2が1例、CIN3が4例、接種歴なしの患者ではCIN1が12例、CIN2が2例、CIN3が1例であり、HSILの割合は17.9% vs 20%と大きな差は認めなかった。検出されたHPVは重複感染を含め52型が11例、58型が5例、31型が2例などであり、接種歴ありの患者では16、18型は検出されなかった。9価ワクチンで予防可能であったと考えられた症例があり今後の接種推奨の継続が望まれる。しかしその他のHPVに感染してCINに至る症例もあり、検診対象となるすべての患者が頸がん検診を定期的に受診することが重要である。

89

## 妊娠中に腸閉塞を発症した潰瘍性大腸炎合併妊娠の1例

大阪公立大学

猿渡 愛, 田原 三枝, 北田 紘平, 栗原 康, 羽室 明洋, 三枚 卓也, 中野 朱美,  
橘 大介

【緒言】妊娠中の腸閉塞は母児ともに予後不良となりうる重篤な疾患であるが、その頻度は稀であり管理方針に関して定まったものはない。今回妊娠中に腸閉塞を発症した潰瘍性大腸炎合併妊娠の1例を経験したので報告する。【症例】30歳、1妊0産。25歳時に潰瘍性大腸炎のため結腸全摘出術および回腸囊肛門管吻合術を施行された。32週頃から心窩部痛が出現し33週5日に増悪したため来院、内視鏡検査にて回腸囊捻転を認め内視鏡的に捻転解除を施行した。症状は一旦消失したが3日後に疼痛が再度出現し、腸管拡張と潰瘍形成を認めた。脱気にて回復したが翌日腸捻転を再発した。妊娠子宮による圧迫が腸捻転の反復や潰瘍形成の原因である可能性が高いこと、頻回の処置による母体への侵襲を考慮し妊娠終結の方針とした。分娩誘発を行い34週6日経陰分娩に至った。産後は腸閉塞を再発することはなく経過良好で産後5日に退院した。【結語】増大する妊娠子宮の影響で腸閉塞を繰り返す症例では妊娠終結も考慮すべきである。

90

## メトロイリントルを併用し腹腔鏡補助下卵巢嚢腫摘出術を行った卵巢嚢腫合併妊娠2例

県立西宮病院

尹 純奈, 森田 康之, 大月 萌詩, 山野友加里, 萬家 愛賀, 古村 恭子, 山部 エリ,  
浅野 正太, 渡辺 正洋, 増原 完治, 信永 敏克

卵巢嚢腫合併妊娠の手術では、妊娠子宮への愛護的な手術操作が求められる。卵巢嚢腫がダグラス窩に位置している場合、小骨盤外に移動させる際に後腔円蓋に留置したメトロイリントルを手動的に頭側へ押し上げることで、広い圧排面積にて卵巢嚢腫を挙上することができ、妊娠子宮へ最小限の刺激にて手術操作を行うことが可能である。我々は妊娠中の卵巢嚢腫に対し、メトロイリントルを用いて腹腔鏡補助下卵巢嚢腫摘出術を施行した2例を経験したので報告する。症例1) 26歳、1経産。妊娠前より卵巢嚢腫の指摘あり。妊娠5週時に当院紹介となりMRIで左卵巢に約10cm大の単房性嚢胞性腫瘤を認めた。妊娠16週2日腹腔鏡補助下卵巢嚢腫摘出術施行。病理結果は粘液上皮化性を伴う漿液性嚢腫であった。症例2) 29歳、未経産。前医初診時より右卵巢嚢腫を認め、その後も縮小みられず妊娠15週2日に当科紹介。MRIで右卵巢に約7cm大の多房性嚢胞性腫瘤を認めた。妊娠17週0日に腹腔鏡補助下卵巢嚢腫摘出術施行。病理結果は粘液性嚢腫であった。

91

### 双頸双角子宮に腔縦中隔を合併した妊婦において分娩時に腔縦中隔切開を要した2症例

JCHO大阪病院

一宮 汐里, 久原 ゆい, 花澤 綾香, 光田 紬, 田中 稔恵, 繁田 直哉, 清原裕美子,  
原 知史, 井上 貴史, 筒井 建紀

【緒言】子宮形態異常や腔中隔は、ミューラー管の発生過程の障害によって生じ、女性の0.001～10%にみられる。その中でも腔縦中隔に日常診療で遭遇することは稀である。腔縦中隔は無症状であれば手術不要で経過観察される。今回、子宮形態異常に腔縦中隔を合併した妊婦の分娩進行中に、腔縦中隔が児頭下降を妨げとなり、経陰分娩直前に腔縦中隔切開を必要とした2症例を経験したので報告する。【症例】①33歳、1妊0産。双頸双角子宮と腔縦中隔を認めていた。分娩進行中の子宮口8cm開大時点で中隔が児頭の中央に位置し下降を妨げたため、中隔を切開し経陰分娩に至った。②32歳、1妊0産。双頸双角子宮と腔縦中隔を認めていた。分娩進行中の子宮口全開大時に中隔が児頭の中央に位置し、児頭の下降を妨げたため、中隔切開を実施し経陰分娩に至った。【結語】腔縦中隔は経陰分娩の障害となる可能性があり、妊娠前に腔中隔切除術は検討すべきと考える。また、分娩直前に腔縦中隔を切開することにより、経陰分娩が可能となる。

92

### 妊娠中の頭痛と視野障害を契機に発見され正期産での分娩に至った下垂体細胞腫の1例

滋賀医科大学

長谷 夏乃, 笠原真木子, 桂 大輔, 所 伸介, 稲富 絢子, 岡田奈津実, 辻 俊一郎,  
村上 節

【背景】下垂体細胞腫は下垂体後葉に由来する低悪性度の膠腫で、全脳腫瘍の0.1%以下と非常に稀である。今回我々は、妊娠中に発見された下垂体細胞腫合併妊娠の1例を経験したので報告する。【症例】27歳G1P0。自然妊娠後、2ヶ月前の急な頭痛と1ヶ月前からの視野異常を自覚し妊娠23週に眼科を受診した。頭部MRI検査で出血後変化を伴う下垂体腫瘍を認めた。下垂体機能の低下やホルモンの過剰産生は無く、視機能の悪化を慎重に経過観察しながら、頭蓋内圧亢進を避けるため妊娠38週に選択的帝王切開術を施行し生児を得た。産後8日目に内視鏡下経鼻的下垂体腫瘍摘出術を行い、免疫組織化学的にTTF-1、S-100、Vimentin陽性といった所見から下垂体細胞腫と診断された。術後は尿崩症を認めたが薬物療法により制御され、視野異常は改善を認めた。【結語】妊娠期に頭痛の訴えはよく見られるが急な頭痛や視野障害を認める場合には脳腫瘍等の頭蓋内疾患を考慮する必要がある。

93

### 産後高血圧を契機に診断治療に至り、第二子を安全に妊娠・分娩できた大動脈縮窄の1例

国立循環器病研究センター

小川 範子, 澤田 雅美, 神谷千津子, 小川 紋奈, 小永井奈緒, 手向 麻衣, 小西 妙,  
中西 篤史, 柿ヶ野藍子, 岩永 直子, 金川 武司, 吉松 淳

大動脈縮窄症合併妊娠では脳出血、心不全、大動脈解離などの心血管イベントが問題となる。さらに妊娠高血圧症の合併率も高い。第一子妊娠時の高血圧を契機に大動脈縮窄を診断され、次回妊娠は勧められない状態であった女性に外科的介入し、第二子を安全に分娩できた症例を経験したので報告する。31歳、第一子妊娠初期に収縮期血圧160mmHg台を認めたが、その後は境界域血圧で推移し、妊娠41週で経陰分娩となった。産後に血圧高値を認め、大動脈縮窄が診断された。上下肢血圧差は約50mmHg、圧較差は74mmHgであり、全弓部置換術を施行した。術後、血圧は正常化した。その後34歳時に第二子を妊娠した。妊娠中の血圧は110/60mmHg程度で推移し、妊娠37週に経陰分娩に至った。分娩中は収縮期血圧140mmHg台が持続したが、心血管イベントや臓器障害などの合併はなく、分娩後に降圧を認めた。重症高血圧の鑑別に大動脈縮窄が挙げられる。適応症例では、妊娠前の修復術により安全な妊娠管理が可能であることが示唆された。

**妊娠中の深部静脈血栓症を契機に診断に至ったプロテインC欠乏症の2例**

奈良県立医科大学

奥本 美里, 前花 知果, 竹田 佳奈, 美並 優希, 日野友紀子, 脇 啓太, 樋口 渚,  
山中彰一郎, 牧野 佑子, 市川麻祐子, 前川 亮, 木村 文則

緒言：プロテインC（PC）欠乏症は遺伝性血栓性素因の一つで，妊婦は深部静脈血栓症（DVT）や肺塞栓，新生児は脳出血，脳梗塞，電撃性紫斑病を発症することがある．DVTを契機にPC欠乏症と診断した妊産婦2症例を経験した．症例1：32歳2妊1産非妊娠時BMI 21.9．既往歴，家族歴は特になし．妊娠30週にDVTを発症した．PC抗原量と活性低下よりPC欠乏症を疑い遺伝子検査で確定診断に至った．症例2：28歳2妊1産非妊娠時BMI 20.9．既往歴，家族歴は特になし．妊娠9週にDVTを発症した．PC抗原量と活性低下よりPC欠乏症を疑い遺伝子検査で確定診断に至った．2例ともDVT発症から抗凝固療法を施行し問題なく経膈分娩に至った．出生児は頭蓋内超音波検査を含めPC欠乏症を疑う所見はなかった．結語：妊娠中のDVT発症例ではPC抗原量・活性を測定し，PC欠乏症疑い症例では遺伝子検査で確定することで母体と出生児に対する適切な管理が可能である．



# メーリングリストへの登録をお願いします。

近畿産科婦人科学会ではこれまでメーリングリストが存在せず、会員の皆様へのお知らせの手段が限定されてきました。このためメーリングリストを作成し、学術集会や研究部会などの連絡をメールでご連絡させていただければ、利便性が高いと考えております。ご多忙中恐縮ですが、どうぞよろしく御願い申し上げます。

近畿産科婦人科学会 学術委員会

**登録方法は以下の4つです。QRコードからの登録を推奨します。**

## 1: QRコードから登録

(スマホのカメラから右下に示すQRコードにてご送付ください。)

## 2: 近畿産科婦人科学会のホームページから登録

HP (<https://www.kinsanpu.jp>) の「会員メールアドレス登録」から登録

## 3: Email ( [kinsanpu@chijin.co.jp](mailto:kinsanpu@chijin.co.jp) ) にメール(下記3項目を記載)

氏名、日本産科婦人科学会の会員番号(8桁)、メールアドレス

## 4: FAX 075-771-1510 から登録(下記3項目を記載)

氏名、メールアドレス、日本産科婦人科学会の会員番号(8桁)

HP

近畿産科婦人科学会  
The Obstetrical Gynecological Society of Kinki District Japan

産科学・婦人科学の  
進歩発展とともに

近畿産科婦人科学会からのお知らせ



第76巻2号(通巻404号)  
2024年5月1日発行

定 価／1,800円(本体) + 税

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

オンラインジャーナル  
(ONLINE ISSN 1347-6742)

J-STAGE  
Medical Online

<http://www.jstage.jst.go.jp/browse/sanpunosinpo/-char/ja>  
<http://www.medicalonline.jp/>