

第71回 北日本産科婦人科学会 総会・学術講演会

第101回 北海道産科婦人科学会総会・学術講演会

プログラム・抄録集



2024.9.21{土}~22{日}

{ 会長 } 齋藤 豪 札幌医科大学産婦人科学講座 教授

{ 場所 } 札幌コンベンションセンター 北海道札幌市白石区東札幌6条1丁目1-1

主 催

札幌医科大学医学部産婦人科学講座 〒060-8543 札幌市中央区南1条西16丁目291番地

運営事務局

株式会社コンベンションリンクージ 北海道本部

〒060-0001 札幌市中央区北1条西2丁目 札幌時計台ビル
TEL:011-272-2151 FAX:011-272-2152 E-mail:kitanihon71@c-linkage.co.jp

<https://www.c-linkage.co.jp/kitanihon71/>

第71回 北日本産科婦人科学会 総会・学術講演会

第101回 北海道産科婦人科学会総会・学術講演会

プログラム・抄録集

会 期 2024年9月21日 ㊦・22日 ㊧

会 場 札幌コンベンションセンター

会 長 齋藤 豪（札幌医科大学産婦人科学講座 教授）

ご挨拶



第71回北日本産科婦人科学会総会・学術講演会

会長 齋藤 豪 (札幌医科大学産婦人科学講座)

コロナも終息し、弘前に続いて2回目の完全対面での北日本で、私にとって平成21年（2009年）以来2度目の開催となります。当時のことを思い起こせば、産婦人科は2004年に始まった新臨床研修制度のあおりをまともに被り、若手医師の不足から関連病院の撤退、妊婦のたらいまわしなど暗いニュースが毎日のように聞かれ、どこの大学も満身創痍の状態でした。新人産婦人科医の登竜門と言われる本学会はその影響をまともに受け、演題発表数も減り、最大の懇親の場である夜の学術講演会も行われたのか行われていないのか覚えていない程元気のないものでした。当時私が北日本開催に当たり考えたこととして、産婦人科のムードを盛り上げるためにも夜の学術講演会を復活させることでした。教室員に出した指示は「昔のような下品なものではなく、上品な芸を出してもらおうように心がける」です。実際に講演会が行われたときは会場全体が大盛り上がりで、産婦人科に明るい未来が開けたような気がしました。写真撮影は一切禁止でしたので記録は一切残っておりませんが、当時参加した皆さんの記憶には残っているのではないかと思います。

あれから15年。コロナの中断期間も含め、夜の学術講演会も5年間中断しております。札幌医大がまた復活させるのかというご期待もあるかもしれませんが、今のご時世を考えると残念ながらやるとは言えません。しかしながら、若手産婦人科医の祭典であることには変わらず、それにふさわしい北日本産科婦人科学会として勉強と懇親の面から学会を盛り上げてまいりたいと思います。

皆様、札幌でお待ちしております。

第 71 回北日本産科婦人科学会総会・学術講演会のご案内

■参加者へのご案内

1. 開催形式・会期

第 71 回北日本産科婦人科学会総会・学術講演会は現地開催で行います。
2024 年 9 月 21 日（土）～9 月 22 日（日）

2. 会場

札幌コンベンションセンター
〒 003-0006 札幌市白石区東札幌 6 条 1 丁目 1-1
第 1 会場 2F 小ホール
第 2 会場 2F 206 会議室
第 3 会場 2F 207 会議室
第 4 会場 2F 201+202 会議室
受付・展示 2F 204 会議室
クローク 2F 205 会議室

3. 参加登録（オンライン登録・決済）

受付期間：2024 年 7 月 3 日（水）～9 月 22 日（日）

本学会総会の参加にはオンライン上での参加登録が必須となります。
大会 HP（<https://www.c-linkage.co.jp/kitanihon71/index.html>）より参加登録手続きをお済ませください。当日現金での参加登録はできません。

会期中受付時間

2024 年 9 月 21 日（土）8:00-17:00
2024 年 9 月 22 日（日）8:30-13:00

参加証と領収書の発行について

	発行方法
ネームカード	現地会場にて、お名前でお渡しを行います。
参加証明書	決済完了後、参加登録完了メール内にて、ダウンロード URL をご案内いたします。 URL にアクセスの上、ご自身でダウンロードをお願いいたします。 ダウンロード期日：10 月 31 日（木）まで ※ダウンロード期日を過ぎてからの発行はできません。
領収書	決済完了時にダウンロードすることをおすすめいたします。 ※デジタル版のみの発行となります。 紙媒体での発行や郵送はいたしかねますのでご了承ください。

ネームカードお渡し場所：札幌コンベンションセンター 2F 204 会議室

4. 参加費

参加区分	参加登録
医師・企業	12,000 円
初期研修医 ※	無料
学生 ※	無料

※有効期限内の証明書データのアップデートをお願いいたします。

初期研修医：研修医証明書

学生：在学証明書または学生証

データ形式：PDF, jpg, png

※コメディカルの方で参加登録をご希望の場合は、運営事務局までメールでご連絡ください。

参加登録、参加費のお支払いについて個別にご案内申し上げます。

参加費は 6,000 円となります。

連絡先

第 71 回北日本産科婦人科学会総会・学術講演会 運営事務局

E-mail: kitanihon71@c-linkage.co.jp

メール送信の際は、以下の通りご連絡ください。

件名 「コメディカル参加登録（第 71 回北日本産科婦人科学会総会・学術講演会）」

本文 所属先・氏名・所属先の郵便番号、住所をご記載ください。

5. 参加者へのお願いとご注意

専門医研修出席証明には、JSOG アプリのデジタル会員証または JSOG カードをご使用いただきます。事前に JSOG アプリをダウンロードいただくか、JSOG カードを必ずご持参いただきますよう、お願いいたします。

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



6. 取得単位について

- 1) 事前に JSOG アプリをダウンロードいただくか、JSOG カードを必ずご持参ください。
- 2) 日本産科婦人科学会の会員番号（8桁）が必要になります。
- 3) 取得可能な単位

■日本専門医機構学術集会参加単位

日本専門医機構の学術集会参加単位として3単位を付与いたします（会期中1回）。

取得条件：参加者

期 間：2024年9月21日（土）～9月22日（日）

■日本産婦人科医会研修

研修参加証（医会シール）を配付いたします（会期中1回）。

取得条件：希望者

期 間：2024年9月21日（土）～9月22日（日）

■日本産科婦人科学会（領域講習）

取得条件：希望者

単 位 数：各1単位

単位取得を希望される方へ

各セッションの会場入口で JSOG アプリのデジタル会員証または JSOG カードをリーダーにかざしてください。入退出管理をしていますので、開始10分までに入室してください。

日時	会場	セッション	単位区分
9月21日（土） 12:50-13:50	第1会場 (2F 小ホール)	招請講演	領域講習
9月22日（日） 10:15-11:15	第1会場 (2F 小ホール)	指導医講習会	領域講習

■関連会合等

■北日本産科婦人科学会役員会

日 時：2024年9月22日（日）8:00～8:40

会 場：札幌コンベンションセンター 2F 第2会場（206会議室）

■北日本産科婦人科学会総会

日 時：2024年9月22日（日）13:20～13:40

会 場：札幌コンベンションセンター 2F 第1会場（小ホール）

■講演発表

1. 座長の皆様へ

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

2. 演者の皆様へ

1. 発表時間

発表時間について

各セッションの発表・討論等の時間は下記のとおりです。

プログラムの進行に支障のないよう発表時間は厳守してください。

特別講演	個別にご案内いたします。
招請講演	
共催セミナー	
一般演題（口演）	発表時間 6 分・質疑 1 分

2. 発表形式

PC プレゼンテーション（1 面）のみとします。

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

発表者ツールは使用できませんのでご了承ください。

3. PC 受付

場 所：札幌コンベンションセンター 2F 204 会議室

日 時：2024 年 9 月 21 日（土）8:00～17:00

2024 年 9 月 22 日（日）8:30～13:00

※ご担当セッションの開始 40 分前までに PC 受付にお越しいただき、発表データの試写を行い、データをご提出ください。

4. 発表

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

5. 口演発表データ作成方法

【PC 発表 (PowerPoint) データ持ち込みによる発表の場合】

- ・スライドのサイズは 16:9 で作成をお願いします (4:3 でも投影可能です)。口頭発表は、すべて PC 発表 (PowerPoint) のみといたします。
- ・PC 発表 (PowerPoint) データは、Microsoft PowerPoint 2019 以降のバージョンで作成してください。

※規定外のバージョンで作成された発表データは、表示に不具合が生じる可能性があります。

- ・PC 発表 (PowerPoint) データは、作成に使用された PC 以外でも必ず動作確認を行っていただき、USB フラッシュメモリーにてご持参ください。
- ・フォントは特殊なものではなく、PowerPoint に設定されている標準フォントをご使用ください。また、ご自身の PC 以外でも文字化け等がなくデータを読み込めるかどうかを事前にご確認ください。

〈データの作成環境〉

アプリケーション：Windows MS PowerPoint 2019、2021

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

フォント (英語)：Arial、Century、Century Gothic、Times New Roman

- ・発表者ツールは使用できません。
- ・動画を使用する場合、PowerPoint 本体に埋め込み挿入し、動画ファイル単体は Windows 標準状態のコーデックで再生できるものを使用してください。音声の有無については、PC 受付にてお申し出いただきますようお願いいたします。
- ・スライドの 2 枚目に利益相反の有無、および利益相反がある場合は企業名を掲示してください。フォーマットは以下よりダウンロードをお願いいたします。
<https://www.c-linkage.co.jp/kitanohon71/participants.html>

【PC 持ち込みによる発表の場合】

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

■クロークのご案内

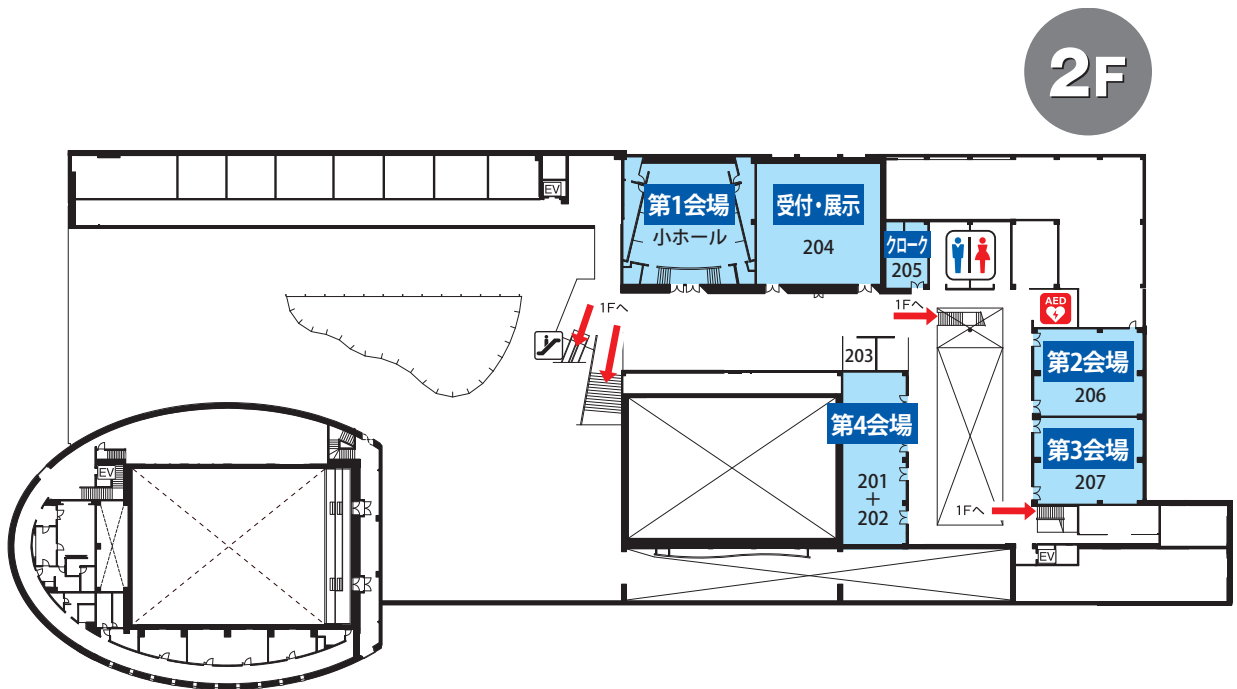
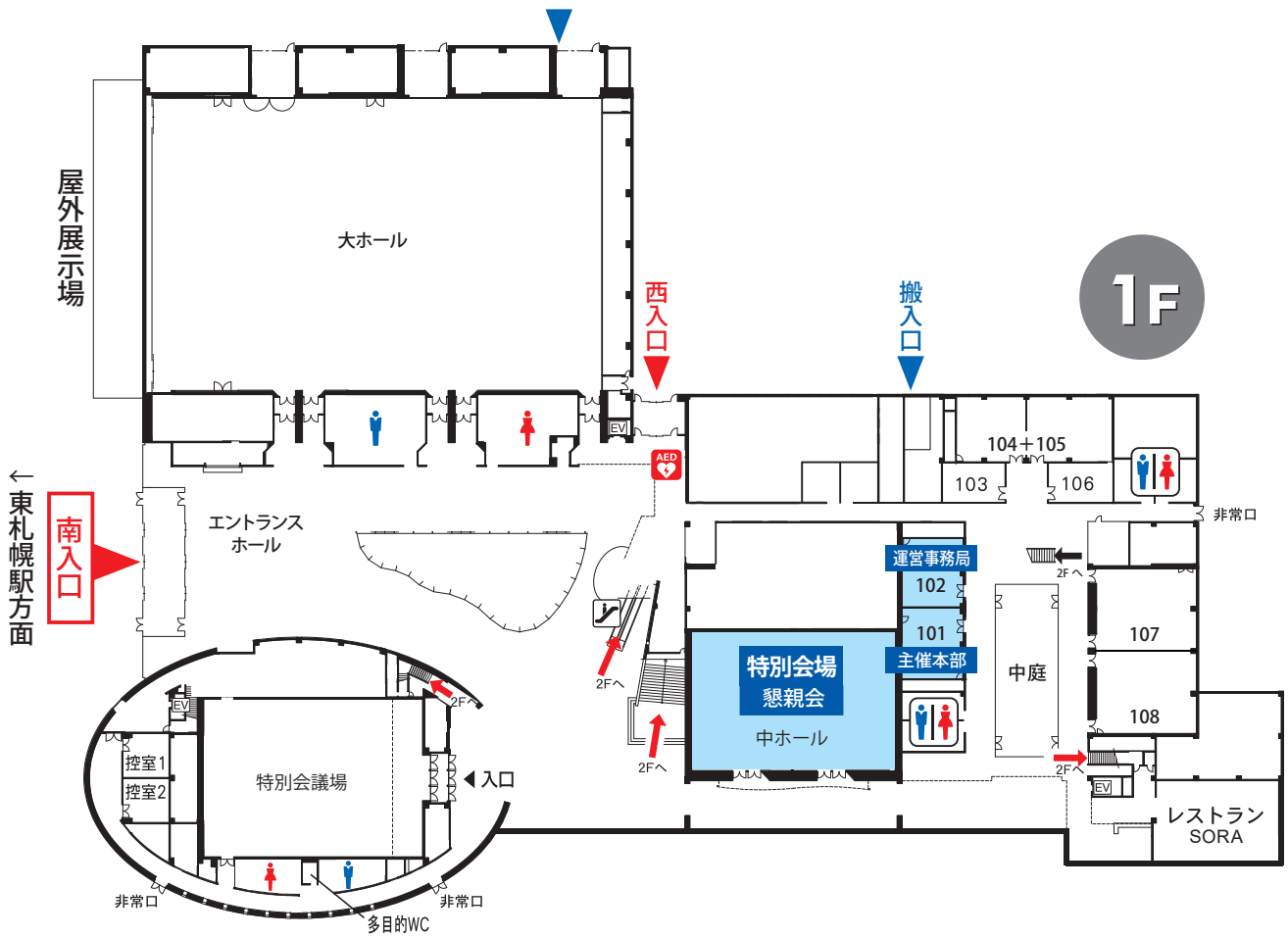
下記の時間、クロークにて手荷物をお預かりいたします。貴重品はお預かりできませんので、あらかじめご了承ください。

開設時間：2024 年 9 月 21 日 (土) 8:00 ~ 19:00

2024 年 9 月 22 日 (日) 8:30 ~ 14:30

場 所：札幌コンベンションセンター 2F 205 会議室

会場案内図



1日目 9月21日

日程表

㊦ 単位取得対象セッション（領域講習）

	1F	2F			
	特別会場 中ホール	第1会場 小ホール	第2会場 206会議室	第3会場 207会議室	第4会場 201+202会議室
8:00			8:00~8:40 東北婦人科腫瘍研究会 共催：アストラゼネカ株式会社		
9:00		8:50~9:00 開会式			
		9:00~9:42 一般演題 優秀演題(産科) 座長：藤森 敬也 馬詰 武	9:00~9:49 一般演題 婦人科疾患合併 座長：折坂 誠	9:00~9:28 一般演題 周産期システム 座長：渡邊 憲和	9:00~9:42 一般演題 産科出血 座長：新開 翔太
10:00		9:47~10:29 一般演題 優秀演題(婦人科) 座長：齋藤 豪 重田 昌吾	9:51~10:33 一般演題 産科合併症1 座長：佐伯 吉彦	9:30~10:12 一般演題 産科合併症2 座長：須田 一暁	9:44~10:19 一般演題 低侵襲手術 座長：大沼 利通
11:00		10:35~11:17 一般演題 子宮頸癌 座長：島 友子	10:35~11:17 一般演題 産科合併症3 座長：笠間 春輝	10:15~10:57 一般演題 産科手術・手術合併症 座長：米田 哲	10:22~11:11 一般演題 胎児異常 座長：飯塚 崇
12:00		11:40~12:40 ランチョンセミナー1 婦人科手術を紐解く 座長：渡利 英道 演者：松浦 基樹 田邊康次郎 共催：科研製薬株式会社	11:40~12:40 ランチョンセミナー2 長期生存に寄与した 進行卵巣癌症例への治療戦略の再考 座長：加藤 育民 演者：添田 周 共催：武田薬品工業株式会社	11:40~12:40 ランチョンセミナー3 子宮体癌を再考する 座長：横山 良仁 演者：吉原 弘祐 共催：MSD株式会社/エーザイ株式会社	11:40~12:40 ランチョンセミナー4 TLHの取り扱い説明書～産婦人科医 17年のキャリアから考える戦略の重要性～ 座長：和田真一郎 演者：仲澤 美善 共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社
13:00		12:50~13:50 ㊦ 招請講演 産科・婦人科領域における 臨床解剖学の新しい知見 座長：渡部 洋 演者：秋田 恵一			
14:00		14:00~15:00 スポンサードセミナー1 卵巣癌患者に寄り添った 初発及び再発治療選択 座長：馬場 長 演者：新美 薫 共催：アストラゼネカ株式会社	14:00~15:00 スポンサードセミナー2 困難症例に対する低侵襲手術戦略 座長：寺田 幸弘 演者：明石 祐史 和田真一郎 共催：テルモ株式会社		13:30~15:00 ハンズオンセミナー 日々の産婦人科診療に役立つ 傍頸管ブロックの実際 講師：君塚 基修・新開 翔太 メインファシリテーター： 新開 翔太 ファシリテーター： 小川 万梨絵・黒川 晶子・長尾 沙智子 共催：ウィメンズヘルス・ ジャパン株式会社
15:00		15:10~15:50 特別講演1 世代を超える影響： 出生前ステロイドの善悪と科学的探求 座長：高倉 正博 演者：濱田 裕貴			
16:00		15:50~16:30 特別講演2 婦人科がんの フォローアップを再考する 座長：吉田 好雄 演者：重藤龍比古			
17:00		16:30~17:10 特別講演3 HAKUOH Study—福井県の27-45歳にHPV4価ワク チンを接種した前向きコホート研究—から学んだこと 座長：齋藤 昌利 演者：品川 明子			
17:30~18:15					
18:00	懇親会： 表彰式・ティータイム				

2日目

9月22日

日程表

㊦ 単位取得対象セッション（領域講習）

2F				
	第1会場	第2会場	第3会場	第4会場
	小ホール	206会議室	207会議室	201+202会議室
8:00		8:00~8:40 役員会		
9:00	9:00~9:49 一般演題 手術 座長：井平 圭	9:00~9:28 一般演題 婦人科良性・その他1 座長：寺本 瑞絵	9:00~9:28 一般演題 感染 座長：中西研太郎	9:00~9:35 一般演題 子宮鏡 座長：松村由紀子
10:00		9:30~10:05 一般演題 婦人科良性・その他2 座長：真里谷 奨	9:30~10:05 一般演題 悪性・その他1 座長：西野 幸治	9:35~10:03 一般演題 生殖・内分泌 座長：竹原 功
11:00	10:15~11:15 指導医講習会 どう向き合う医師の働き方 ～将来を見据えて～ 座長：永瀬 智 演者：加藤 育民			
12:00	11:35~12:35 ランチョンセミナー5 The Unmet Clinical Needs in Endometriosis -深部手術とP抵抗性- 座長：齋藤 豪 演者：谷村 悟 共催：あすか製薬株式会社	11:35~12:35 ランチョンセミナー6 女性の輝く未来を目指し、産婦人 科医にできること～鉄が紡ぐQOL 向上のための貧血治療戦略～ 座長：岩崎 雅宏 演者：小林 範子、川崎 薫 共催：日本新薬株式会社	11:35~12:35 ランチョンセミナー7 頸管熟化と分娩誘発の実際 座長：廣瀬 一浩 演者：長谷川潤一 共催：富士製薬工業株式会社	
13:00	12:45~13:13 一般演題 悪性・卵巣癌 座長：秋元 太志	12:45~13:20 一般演題 悪性・その他2 座長：仲澤 美善	12:45~13:13 一般演題 子宮体癌 座長：幅田周太郎	12:45~13:15 北海道産科婦人科学会 評議員会
	13:20~13:40 総会			
	13:40~13:50 閉会式			
14:00		14:00~14:10 北海道産科婦人科学会 総会		
15:00				
16:00				
17:00				
18:00				

各演題名をクリックすると、該当の抄録ページが閲覧できます。

プログラム

第1日目 9月21日 土

11:40~12:40

ランチョンセミナー1

第1会場 2F 小ホール

座長：渡利 英道（北海道大学大学院医学研究院産婦人科学教室）

婦人科手術を紐解く

ロボット手術の新時代を紐解く

松浦 基樹（札幌医科大学医学部産婦人科学講座）

腹腔鏡手術におけるニッチな問いに挑む

田邊 康次郎（国立病院機構仙台医療センター産婦人科）

共催：科研製薬株式会社

12:50~13:50

招請講演

第1会場 2F 小ホール

座長：渡部 洋（東北医科薬科大学大学院医学研究科 産婦人科学分野）

骨盤底の解剖学：最近の進歩と加齢

秋田 恵一（東京医科歯科大学大学院 臨床解剖学分野）

14:00~15:00

スポンサードセミナー1

第1会場 2F 小ホール

座長：馬場 長（岩手医科大学医学部 産婦人科学講座）

卵巣癌患者に寄り添った初発及び再発治療選択

新美 薫（名古屋大学医学部附属病院 産婦人科）

共催：アストラゼネカ株式会社

15:00～15:50 **特別講演 1**

第1会場 2F 小ホール

座長：高倉 正博（金沢医科大学 産科婦人科）

世代を超える影響：出生前ステロイドの善悪と科学的探求

濱田 裕貴（東北大学病院 産婦人科）

15:50～16:30 **特別講演 2**

第1会場 2F 小ホール

座長：吉田 好雄（福井大学医学部 産科婦人科学教室）

婦人科がんのフォローアップを再考する

重藤 龍比古（弘前大学 産科婦人科学講座）

16:30～17:10 **特別講演 3**

第1会場 2F 小ホール

座長：齋藤 昌利（東北大学 産婦人科）

HAKUOH Study- 福井県の27-45歳にHPV4価ワクチンを接種した前向きコホート研究 - から学んだこと

品川 明子（福井大学医学部 産科婦人科）

11:40～12:40 **ランチョンセミナー 2**

第2会場 2F 206 会議室

座長：加藤 育民（旭川医科大学 産科婦人科学講座）

長期生存に寄与した進行卵巣癌症例への治療戦略の再考

添田 周（福島県立医科大学 産科婦人科学講座）

共催：武田薬品工業株式会社

14:00～15:00

スポンサーセミナー 2

第2会場 2F 206 会議室

座長：寺田 幸弘（秋田大学大学院医学系研究科 産婦人科学講座）

困難症例に対する低侵襲手術戦略

重症子宮内膜症の腹腔鏡手術～合併症を回避するための手術戦略～

明石 祐史（医療法人社団明珠会 札幌白石産科婦人科病院）

妊娠を見据えた腹腔鏡下子宮筋腫核出術

和田 真一郎（医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院 産婦人科）

共催：テルモ株式会社

11:40～12:40

ランチョンセミナー 3

第3会場 2F 207 会議室

座長：横山 良仁（弘前大学大学院 医学研究科 産科婦人科学講座）

子宮体癌を再考する

吉原 弘祐（新潟大学大学院 医歯学総合研究科 分子細胞医学遺伝子制御講座（産科婦人科学））

共催：MSD 株式会社／エーザイ株式会社

11:40～12:40

ランチョンセミナー 4

第4会場 2F 201+202 会議室

座長：和田 真一郎（医療法人溪仁会 手稲溪仁会病院 産婦人科）

TLHの取り扱い説明書

～産婦人科医17年のキャリアから考える戦略の重要性～

仲澤 美善（NTT 東日本札幌病院）

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

日々の産婦人科診療に役立つ傍頸管ブロックの実際

講師：君塚 基修・新開 翔太

メインファシリテーター：新開 翔太

ファシリテーター：小川 万梨絵・黒川 晶子・長尾 沙智子

共催：ウィメンズヘルス・ジャパン株式会社

第2日目 9月22日 日

10:15～11:15 **指導医講習会**

第1会場 2F 小ホール

座長：永瀬 智（山形大学医学部 産婦人科）

医師の働き方改革元年 ～将来を見据えた産婦人科医療体制を考える～

加藤 育民（旭川医科大学 産婦人科）

11:35～12:35 **ランチョンセミナー 5**

第1会場 2F 小ホール

座長：齋藤 豪（札幌医科大学 産婦人科学講座）

The Unmet Clinical Needs in Endometriosis - 深部手術と P 抵抗性 -

谷村 悟（富山県立中央病院 産婦人科）

共催：あすか製薬株式会社

11:35～12:35 **ランチョンセミナー 6**

第2会場 2F 206 会議室

座長：岩崎 雅宏（札幌医科大学 医学部 産婦人科学講座）

女性の輝く未来を目指し、産婦人科医にできること ～鉄が紡ぐ QOL 向上のための貧血治療戦略～

女性の QOL 向上を目指した令和の貧血マネジメント ～高用量静注鉄剤という新たな治療選択肢～

小林 範子（北海道大学病院婦人科）

周産期における鉄欠乏性貧血の治療意義 ～大量出血回復期における高用量鉄静注の有用性～

川崎 薫（近畿大学医学部 産科婦人科学教室）

共催：日本新薬株式会社

頸管熟化と分娩誘発の実際

長谷川 潤一（聖マリアンナ医科大学大学院 周産期発生病態解明学分野）

共催：富士製薬工業株式会社

一般演題プログラム

第1日目 9月21日 土

09:00~09:42

優秀演題(産科)

第1会場 小ホール

座長：藤森 敬也 (福島県立医科大学 産科婦人科講座)
馬詰 武 (北海道大学病院産科・周産母子センター)

- E0-01** 妊産婦の骨格筋量と産後のメンタルヘルスについての検討
中西 研太郎 (旭川医科大学 産婦人科)
- E0-02** 二次性血栓性微小血管症を合併した産褥劇症型溶血性レンサ球菌感染症の一例
鈴木 由佳 (東北大学病院産婦人科)
- E0-03** 絨毛膜羊膜炎による後期流産、超早産症例への子宮鏡検査の有用性に関する検討
八十島 巖 (金沢大学産科婦人科)
- E0-04** 妊娠中に子宮体下部筋層内に血管拡張を呈した症例の検討
笹川 輔 (新潟大学産科婦人科学教室)
- E0-05** 子宮頸管無力症の病態進行に Ureaplasma/Mycoplasma の子宮内感染が関与している可能性がある
米田 哲 (富山大学産科婦人科)
- E0-06** 常位胎盤早期剥離例におけるプロテイン S 欠乏症の有病率の検討
三浦 広志 (秋田大学産婦人科)

09:47~10:29

優秀演題(婦人科)

第1会場 小ホール

座長：齋藤 豪 (札幌医科大学 産婦人科)
重田 昌吾 (東北大学 産婦人科)

- E0-07** 1kg を超える巨大子宮の TLH を安全に行うためのアプローチ法
明石 祐史 (札幌白石産科婦人科病院)
- E0-08** 腹腔鏡手術における 1st トロッカー挿入の工夫
山本 健太 (富山県立中央病院)
- E0-09** Oligometastasis を呈する上皮性再発卵巣癌に関する後方視的検討
佐藤 哲 (福島県立医科大学産科婦人科学講座)
- E0-10** 当院における高齢婦人科がん患者に対する高齢者機能評価の有用性の検討
佐野 詩織 (山形大学医学部 産科婦人科学講座)
- E0-11** EFI スコアに AMH 値を加えた新スコアと子宮内膜症術後の妊娠成績についての検討
西 美智 (山形大学)

E0-12 子宮体癌の発癌過程におけるアンドロゲン受容体と FOXP4 の発現パターン解析

笠間 春輝 (金沢大学産科婦人科)

10:35~11:17

子宮頸癌

第 1 会場 小ホール

座長：島 友子 (富山大学 産科婦人科学教室)

0-01 当院における HPV ワクチン接種推進の取り組み

山本 真 (福井赤十字病院産婦人科)

0-02 子宮頸部腺様基底細胞癌の 1 例

小田原 未波 (弘前総合医療センター 産婦人科)

0-03 子宮体癌に対し子宮全摘後に子宮頸癌の重複癌と診断した 1 例

中陳 哲也 (JA 北海道厚生連 旭川厚生病院)

0-04 演題取り下げ

0-05 直腸浸潤を伴う子宮頸癌の残存病変に対してセミプリマブが著効した 1 例

佐藤 里奈 (秋田大学医学部附属病院)

0-06 当院で放射線性腸炎の晩期障害に対して治療を要した 5 例の検討

松岡 亮 (福島県立医科大学 産科婦人科学講座)

09:00~09:49

婦人科疾患合併

第 2 会場 206 会議室

座長：折坂 誠 (福井大学 産科婦人科)

0-07 子宮内胎児死亡を契機に診断に至った低異型度子宮内膜間質肉腫の一例

石井 顕徳 (八戸市立市民病院 産婦人科)

0-08 妊娠 36 週まで妊娠を継続し得た胎児共存奇胎の一例

藤田 将行 (福井大学医学部附属病院 産婦人科)

0-09 初期から中期に流産となり周産期管理に難渋した子宮腺筋症合併妊娠の 2 症例

蓑 花織 (富山県立中央病院産婦人科)

0-10 I B3 期の子宮頸癌に対して術前化学療法後に広汎子宮頸部摘出術を施行し分娩となった 1 例

佐藤 冴子 (札幌医科大学附属病院産婦人科学講座)

0-11 当院で経験したモザイク型 Turner 症候群合併の妊娠分娩の 2 例

飯田 紗羅 (金沢医科大学産科婦人科学)

- 0-12 外陰部未分化肉腫に対する化学療法と放射線療法の既往をもつ症例の2回の妊娠経過
稲月 あかり (福島県立医科大学 産科婦人科学講座)
- 0-13 不妊治療、妊娠中に繰り返した難治性の卵管卵巣膿瘍の1例
並木 竜介 (秋田大学医学部附属病院産婦人科)

09:51~10:33

産科合併症1

第2会場 206会議室

座長：佐伯 吉彦 (金沢医科大学産科婦人科学)

- 0-14 妊娠高血圧症候群にHELLP症候群と産後DICを合併した一例
三村 萌 (製鉄記念室蘭病院 産婦人科)
- 0-15 分類不能型免疫不全症合併妊娠の一例
宮川 穂波 (富山大学附属病院産婦人科)
- 0-16 全血球計算から行う妊娠高血圧症候群の発症予測～平均赤血球容積の可能性～
関 萌花 (函館中央病院 産婦人科 / 北海道大学病院)
- 0-17 出産後に発症した妊娠関連血栓性微小血管症の1例
向井 将登 (東北公済病院産婦人科)
- 0-18 抗リン脂質抗体陽性SLE合併妊娠の周産期管理の一例
向井 悠馬 (釧路赤十字病院産婦人科)
- 0-19 重症妊娠高血圧腎症に対する緊急帝王切開後に、抗リン脂質抗体陽性が判明し、産褥期に多発脳梗塞を起こした一例
女屋 隼人 (市立札幌病院産科婦人科)

10:35~11:17

産科合併症3

第2会場 206会議室

座長：笠間 春輝 (金沢大学産科婦人科)

- 0-20 脊椎圧迫骨折を来した妊娠授乳関連骨粗鬆症の1例
瀧田 徳勇 (山形県立新庄病院 産婦人科)
- 0-21 妊娠23週で交通事故のため高度脳機能障害を伴う頭部外傷を生じ、帝王切開で生児を得た一例
田中 誠悟 (青森県立中央病院産婦人科)
- 0-22 分娩中に昏迷をきたした統合失調症合併妊娠の一例
南部 仁美 (福井愛育病院)
- 0-23 当院で経験した妊娠中の胆石関連疾患の2例
河西 優理香 (黒部市民病院)

0-24 分娩後異常出血にて救急搬送され急性妊娠脂肪肝と診断した一例

両國 啓 (東北大学病院 卒後研修センター / 東北大学病院 産婦人科)

0-25 腎盂腎炎による敗血症性ショックを契機に筋強直性ジストロフィーが疑われた 1 例

佐藤 珠希 (東北大学病院産婦人科)

09:00~09:28

周産期システム

第 3 会場 207 会議室

座長：渡邊 憲和 (山形大学産婦人科)

0-26 当院での身体的・精神的ケアが必要な妊産婦の母乳導入率と、母乳育児を導入するためのサポート状況について

横山 美奈子 (弘前総合医療センター 産婦人科)

0-27 当院での切迫早産における出生前ステロイド投与に関する検討

佐藤 仁美 (新潟市民病院 産婦人科)

0-28 当院における無痛分娩症例の検討

石津 夕稀子 (市立釧路総合病院 産婦人科)

**0-29 まだ見ぬ母子の命を救うのはだれですか？
避難所運営ゲームを用いた災害時母子救護研修のこころみ**

齊藤 良玄 (北海道大学産婦人科)

09:30~10:12

産科合併症2

第 3 会場 207 会議室

座長：須田 一暁 (新潟大学医学部産科婦人科学教室)

0-30 胎児甲状腺腫大を認めたバセドウ病合併妊娠の一例

西藤 吉宏 (函館中央病院産婦人科)

0-31 妊娠初期の血液検査を契機に鉄芽球貧血の診断に至った 1 例

塚本 若菜 (国立病院機構仙台医療センター産婦人科)

0-32 多発性硬化症による対麻痺合併妊娠の一例

伏見 和人 (秋田赤十字病院産婦人科)

0-33 妊娠中に尿閉をきたした 2 例の検討

石田 里咲 (上越総合病院 産婦人科)

0-34 真性多血症合併妊娠における周産期管理の一例

安藤 夕乃 (手稲溪仁会病院産婦人科)

0-35 帝王切開前後に血液凝固第IX因子を補充して管理した血友病 B 合併妊娠の一例

辻 季野 (福井大学医学部附属病院産科婦人科)

10:15～10:57

産科手術・手術合併症

第3会場 207 会議室

座長：米田 哲（富山大学 産科婦人科学教室）

- 0-36** 当院式 Joel-Cohen 変法と Pfannenstiel 法，下腹部正中切開法の比較～ 531 件の帝王切開症例の検討～
谷口 智紀（仙台市立病院 産婦人科）
- 0-37** Mycoplasma hominis による帝王切開術後腹腔内膿瘍が遷延したクローン病合併妊娠の一例
石川 雄大（旭川医科大学産婦人科学講座）
- 0-38** 緊急帝王切開術後に ESBL 産生大腸菌による腹腔内感染症を来し、腹腔洗浄ドレナージ手術を適用した 1 例
宮下 裕美（秋田厚生医療センター研修センター）
- 0-39** 帝王切開創部のドレッシング剤の違いによる合併症発症率の比較
福田 瑞穂（富山県立中央病院 産婦人科）
- 0-40** Uterine Compression Suture 後に施行した子宮鏡検査の検討
遠藤 輝人（山形大学医学部附属病院 産科婦人科）
- 0-41** 当科で経験した卵管間質部妊娠術後妊娠 9 例の検討
佐藤 元哉（市立札幌病院）

09:00～09:42

産科出血

第4会場 201+202 会議室

座長：新開 翔太（札幌医科大学 産婦人科）

- 0-42** 産後の止血困難な外陰部血腫に対して、膠質液・晶質液を大量に投与して TAE を施行した 1 例
森山 鑑（公立置賜総合病院）
- 0-43** 腎血管筋脂肪腫合併妊娠に対し、分娩前に経カテーテル動脈塞栓術を施行した 1 例
佐多 綜一郎（旭川厚生病院産婦人科）
- 0-44** HELLP 症候群で帝王切開術後、ショックバイタルを契機に肝被膜下血腫と診断し救命しえた一例
山寺 岳（石巻赤十字病院 産婦人科）
- 0-45** 双胎妊娠に対する選択的帝王切開時に発症した支給型羊水塞栓症の一例
鈴木 響子（帯広厚生病院 産婦人科）
- 0-46** 子宮筋腫核出術後の癒痕子宮破裂に対し、緊急帝王切開術及び破裂子宮縫合手術を施行し母体救命できた 1 例
中谷 宏哉（手稲溪仁会病院）
- 0-47** 分娩後に血圧低下を認め、子宮筋腫表面の血管破綻による SHiP と診断した 1 例
林 咲良（石川県立中央病院 産科婦人科）

09:44~10:19

低侵襲手術

第4会場 201+202 会議室

座長：大沼利通（福井大学 産婦人科）

- 0-48** 腹腔鏡下両側付属器切除術後2日目にポートサイトヘルニアを発症した1例
庄子 嘉美（岩手県立磐井病院 産婦人科）
- 0-49** 斜視鏡を用いて腹腔鏡下に摘出した骨盤内腫瘍の一例
三浦 優衣（市立横手病院 産婦人科）
- 0-50** 腹腔鏡下手術用超音波ガイド下でマーキングし腹腔鏡手術を施行した ACUM の一例
八木 萌（富山大学産科婦人科学教室）
- 0-51** 腹腔鏡手術の術後ポートサイト腹壁血腫により腹腔内膿瘍を形成した1例
小林 咲菜（仙台市立病院 産婦人科）
- 0-52** 大きな頸部筋腫に対する TLH ～発生部位ごとのコツと要点～
葛西 剛一郎（八戸市立市民病院産婦人科）

10:22~11:11

胎児異常

第4会場 201+202 会議室

座長：飯塚 崇（金沢大学産科婦人科）

- 0-53** 胎児多発奇形を伴った妊娠 29 週初診の特定妊婦に対し、多職種連携支援を行った1例
川井 直久（北海道社会事業協会帯広病院 産婦人科）
- 0-54** 妊娠経過に異常を認めず、羊水検査で 14 トリソミーモザイクが診断された一例
小林 澄香（長岡中央総合病院産婦人科）
- 0-55** 当院で診療を行った胎児 13、18、21 トリソミー症例の 10 年間の変化
渡邊 憲和（山形大学）
- 0-56** 羊水過多および小さな胃泡を認めたが、出生前に先天性食道閉鎖症の可能性は低いと判断した一症例
高橋 周平（天使病院 産婦人科）
- 0-57** 出生前診断に苦慮した非典型的な脊髄髄膜瘤の1例
飯野 香理（弘前大学医学部附属病院周産母子センター）
- 0-58** 胎児巨大肝血管腫破裂のため緊急帝王切開術を施行した一例
佐藤 萌里（北海道大学病院 婦人科）
- 0-59** 当院で周産期管理を行い児が長期間生存できた Potter 症候群の1例
小鳥遊 明（石川県立中央病院 産科婦人科）

第2日目 9月22日

09:00~09:49

手術

第1会場 小ホール

座長：井平 圭（北海道大学 産婦人科）

- 0-60** 治療にリンパ管造影と塞栓術を要した難治性リンパ嚢胞の2例
立崎 善郎（弘前大学医学部附属病院産科婦人科）
- 0-61** 腹腔鏡下子宮全摘術後に正常卵巣捻転を発生した一例
川村 航輔（北海道社会事業協会帯広病院 産婦人科）
- 0-62** 腎障害をきたした卵巣癌術後の難治性リンパ漏に対してリンパ管造影が有効であった一例
吉川 葉（JA北海道厚生連帯広厚生病院）
- 0-63** リングペッサリーにより臀部腫瘍を来した1例
水沼 月子（旭川医科大学）
- 0-64** 高齢者に生じた子宮筋腫を伴う子宮捻転の一例
松井 俊一郎（富山県立中央病院 産婦人科）
- 0-65** OHVIRA 症候群に対する鏡視下手術を用いた診断と治療
畑 百奈（NTT 東日本札幌病院 産婦人科）
- 0-66** ロボット支援子宮全摘出術での発光式尿管カテーテルと子宮トランスイルミネーターの使用経験
幅田 周太郎（札幌医科大学 産婦人科）

09:00~09:28

婦人科良性・その他1

第2会場 206 会議室

座長：寺本 瑞絵（NTT 東日本札幌病院 産科）

- 0-67** "Floating ball sign" インパクトのある画像所見と著しい SCC 高値を示した卵巣成熟奇形腫の一例
岡田 晴貴（小樽市立病院初期研修医）
- 0-68** 閉経後に増大し赤血球増多症を呈したエリスロポエチン産生巨大子宮頸部筋腫の一例
矢澤 里穂（太田西ノ内病院）
- 0-69** 術中に判明した子宮漿膜下に認めた子宮内膜症性嚢胞の一例
相庭 晴紀（長岡赤十字病院産婦人科）
- 0-70** 卵巣提索から発生した平滑筋腫の1例
高山 圭介（東北医科薬科大学）

09:30~10:05

婦人科良性・その他2

第2会場 206会議室

座長：真里谷 奨（札幌医科大学 産婦人科）

- 0-71** 無症候性の卵巢腫瘍茎捻転が原因と考えられた遊離卵巢腫瘍
小幡 美由紀（山形県立中央病院産婦人科）
- 0-72** 子宮鏡下切除術後に子宮ポリープ状異型腺筋腫の診断とされ、その後自然妊娠で生児を得た一例
松井 優祐（釧路赤十字病院産婦人科）
- 0-73** 帝王切開瘢痕部妊娠流産後のRPOCに対しMethotrexate投与が奏功せず子宮全摘に至った一例
荒木 左諭（富山大学附属病院産婦人科）
- 0-74** 当院における小児腔内異物の3例
滝沢 章（苫小牧市立病院産婦人科）
- 0-75** 子宮捻転を術前に疑った巨大子宮筋腫の一例
土川 恵（旭川医科大学産婦人科）

09:00~09:28

感染

第3会場 207会議室

座長：中西 研太郎（旭川医科大学 産婦人科学講座）

- 0-76** 人工妊娠中絶後に産褥子宮内膜炎による敗血症に至った妊娠18週の前期破水の1例
影近 瑠唯（旭川医科大学産婦人科）
- 0-77** 妊娠悪阻の長期入院管理中に敗血症性DICを発症した一例
長田 昂祐（岩手県立宮古病院 産婦人科）
- 0-78** 妊婦B群溶血性連鎖球菌スクリーニング検査の施行時期に関する検討
八島 誠司（公立置賜総合病院）
- 0-79** 産褥期に劇症型A群溶連菌感染症に至った1例
佐藤 雄翔（福島県立医科大学産婦人科講座）

09:30~10:05

悪性・その他1

第3会場 207会議室

座長：西野 幸治（新潟大学医学部産科婦人科学教室）

- 0-80** 卵巢癌治療により早発卵巢不全となった一例
田付 駿介（岩手県立中央病院）
- 0-81** AYA世代の婦人科悪性腫瘍症例における生存率についての検討
細川 美津希（福井大学医学部附属病院産科婦人科）

- 0-82** 当科における生殖細胞系列由来であることが推定される病的バリエント (PGPV) に関する検討
郷内 雄太 (山形大学 産婦人科)
- 0-83** ループ電極による粘膜下の腫瘍生検で診断に至った子宮頸部原発悪性リンパ腫の一例
穂積 葵 (石巻赤十字病院)
- 0-84** 婦人科癌検診「異常なし」から1年以内に進行期で発見された婦人科癌の2例
成田 悠樹 (大館市立総合病院)

09:00~09:35

子宮鏡

第4会場 201+202 会議室

座長：松村 由紀子 (弘前大学医学部附属病院)

- 0-85** 子宮鏡手術前に GnRH アンタゴニストを内服しスコープ挿入が困難となった1例
曾根 香穂 (富山県立中央病院 産婦人科)
- 0-86** 2回目の子宮鏡シェーバー手術で子宮体癌を診断した一例
本多 真澄 (富山県立中央病院)
- 0-87** アッシャーマン症候群に対して子宮鏡下手術を施行した症例の検討
渡辺 正 (東北医科薬科大学若林病院 産婦人科)
- 0-88** オペラスコープ™を用いた子宮鏡下ポリープ切除術についての検討
村上 一行 (岩手医科大学附属病院)
- 0-89** 当科における子宮鏡下子宮筋腫核出術の検討
西尾 空 (NTT 東日本札幌病院 産婦人科)

09:35~10:03

生殖・内分泌

第4会場 201+202 会議室

座長：竹原 功 (山形大学産婦人科)

- 0-90** 凍結融解胚移植後の卵巣妊娠の一例
小熊 佳那子 (仙台市立病院 産婦人科)
- 0-91** 腹腔鏡下性腺摘出術を施行した Swyer 症候群の1例
五十嵐 冬華 (北海道大学 婦人科)
- 0-92** 生殖補助医療に関連して急速に増大し外科的治療を要した子宮内膜症性嚢胞の2例
黒澤 大樹 (東北医科薬科大学若林病院 産婦人科)
- 0-93** 完全型アンドロゲン不応症の一例
加藤 直人 (山形県立中央病院産婦人科)

12:45～13:13

悪性・卵巣癌

第1会場 小ホール

座長：秋元 太志（札幌医科大学 産婦人科）

- 0-94** 卵巣明細胞癌による pseudo-meigs 症候群の1例
野々垣 康秀（帯広厚生病院）
- 0-95** 骨盤臓器脱に対してロボット支援下仙骨脛固定術を施行し、偶発的に STIC と診断された1例
松岡 珠緒（王子総合病院 産婦人科）
- 0-96** 初回プラチナ感受性再発卵巣がんに対する PARP 阻害薬リチャレンジの有用性について
徐 碧美（岩手医科大学 産婦人科）
- 0-97** Y 染色体成分を有する Turner 症候群患者に発症した卵巣卵黄嚢腫瘍の1例
毛利 春希（東北大学病院）

12:45～13:20

悪性・その他2

第2会場 206 会議室

座長：仲澤 美善（NTT 東日本札幌病院）

- 0-98** 急速な肝不全の進行により救命困難であった多発肝転移を伴う臨床的絨毛癌の一例
渡邊 桜（東北大学病院産婦人科）
- 0-99** パゾパニブ塩酸塩が奏功した腸間膜肉腫の一例
南 怜毅（市立函館病院）
- 0-100** 子宮体癌術後に発症した腸管子宮内膜症由来の類内膜癌の一例
山本 早姫（釧路赤十字病院 産婦人科）
- 0-101** 左卵巣腫瘍を契機に発見された低異型度虫垂粘液腫瘍の1例
亀井 あつこ（岩手県立中央病院）
- 0-102** 脳転移を来した婦人科悪性腫瘍の2例
菊池 美玖（仙台市立病院産婦人科）

12:45～13:13

子宮体癌

第3会場 207 会議室

座長：幅田 周太郎（札幌医科大学 産婦人科）

- 0-103** 33 年を経て再発が明らかとなった子宮体癌の一症例—晩期再発の世界最長記録—
堀川 輝久（小樽市立病院初期研修医 / 小樽市立病院婦人科）
- 0-104** 当院における再発子宮体癌に対するペムブロリズマブ・レンバチニブ併用療法の使用経験
小林 大暉（製鉄記念室蘭病院 産婦人科）

各演題名をクリックすると、該当の抄録ページが閲覧できます。

0-105 当院で経験した子宮体部原発悪性リンパ腫の2例

入江 勇介（北見赤十字病院）

0-106 腺筋症と誤診し発見が遅れた子宮体癌の一例

中村 真彰（市立稚内病院産婦人科）

招 請 講 演

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

骨盤底の解剖学：最近の進歩と加齢

秋田 恵一

東京医科歯科大学大学院 臨床解剖学分野

我々はこれまで、骨盤底を構築する構造についての研究を進めてきた。今回は、その成果について報告する。参加者の皆様の日々の臨床的経験を基にしたご意見・ご感想をいただきたい。

骨盤底は、ヒトの直立二足歩行に適応した特殊な構造であり、重力に抗するため、ならびに排尿・排便の機能を担うために非常に緻密な構造を持つ。骨盤底の主要な構成要素は、筋、筋膜、靭帯であり、これらは加齢によって影響を受ける。特に加齢に伴う横紋筋ならびに平滑筋の変化が骨盤底機能の低下につながる可能性がある。

骨盤底筋の一部である骨盤隔膜は、肛門挙筋と尾骨筋から構成され、直腸を支え肛門を挙上させる役割を果たす。肛門挙筋の機能的部分は前方にあり、さらに複雑な層構成をなしている。とくに、肛門挙筋の“前束”と我々が呼ぶ構造が、非常に重要な働きをしていると考えられる。また、股関節の筋である内閉鎖筋が骨盤底支持に間接的に関与しており、特に股関節手術が尿失禁に与える影響が注目されている。

会陰筋群もまた骨盤底筋の重要な要素であり、外生殖器や排泄器の機能を支えている。我々の研究では、従来考えられていた「会陰小体」の存在に否定的な結果が得られている。「会陰小体」の正体は、直腸から続く平滑筋組織と考えられ、骨盤底筋と骨盤内臓との機能的連関が示唆される。

会陰筋群については、長きにわたって教科書的に信じられている構造ではなく、全体として連続した構造を形成していることを明らかにした。しかし、なぜ、教科書に示されてきたような解剖学的認識がこれまで広がっているのかということについても考察する。

これらの解剖学的理解は、骨盤底の加齢変化や疾患の理解に貢献し、将来的には骨盤底疾患の治療や予防に役立つ可能性がある。加齢に伴う骨盤底の機能低下に関するさらなる研究が期待される。

略 歴

[学歴]

- 1987年3月 札幌医科大学医学部医学科卒業
- 1991年3月 東京医科歯科大学大学院博士課程修了 解剖学専攻

[職歴]

- 1991年4月 東京医科歯科大学医学部解剖学第2講座 助手
- 1993年10月 ~ 1995年9月 海外研究
イギリス ロンドン大学 University College London 医学部解剖学・発生生物学講座
- 1996年4月 東京医科歯科大学医学部解剖学第2講座 講師
- 1999年1月 同講座 助教授
- 2010年10月 東京医科歯科大学大学院医歯学総合研究科臨床解剖学分野教授

指導医講習会

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

医師の働き方改革元年～将来を見据えた産婦人科医療体制を考える～

加藤 育民

旭川医科大学 産婦人科

医師の働き方改革は、医療制度の変革とともに私ども医療者に働き方への様々な挑戦が投げかけられている。日本産科婦人科学会並びに日本産婦人科医会は、長年に渡り厚生労働省の方針に沿うべく、産婦人科医療現場並びに行政と連絡をとりながら急ピッチで準備を進め、日本産科婦人科学会サステナブル産婦人科医療体制確立委員会においては、「新潟宣言」「産婦人科医療改革グランドデザイン 2023」等の様々な提言も行っている。本員会では、現在アンケート調査を開始し、全国の産婦人科の先生方から広く情報を集め（好事例、難題）、早急にフィードバックできるように準備をしている。将来の産婦人科医療体制の維持、そして産婦人科学の発展を期待し、多くの先生方からのリアルな回答を待っている。

産婦人科医療体制にとって、ベースとして検討しなければならないことは周産期医療体制をどのように展開していくべきかであり、世界で最も周産期死亡率が低い本邦の周産期高度医療を維持するため、医師の労働時間ならびに少子化を加味すると各地に応じた緩やかに集約化が避けることができない。少子化に関しては、2023年の「人口動態統計」概数（厚生労働省；2024年6月）が公表され、「合計特殊出生率」については1.20であることが判明した。1947年に統計以降最も低く、前の年を下回るのは8年連続で、少子化が一段と進んでいることが伺える。更に、医師の働き方改革を達成するためには、男女共同参画などを遥かに超えた多様性社会を重視した社会の実現に舵を取っている中、われわれ産婦人科医師も多職種との連携を図りながら、その先頭に立って生き活きと女性とこどもの健康を守り働くことができるように、これまでの働き方を随時見直し、前に進まなくてはならない。

まずは、日本全国の産婦人科医療が持続していくためには、絶え間なく「産婦人科医を目指す医師を一人でも多く確保：産婦人科医師のなり手を増やす」、「ワークライフと働き方への意識改革：医師個々人が、自己の働き方を見つめなおす」、そして「生きがいをもてる働き（環境）を目指す環境の構築」が必要と考えられる。

法律の開始期日を迎え、各地において静かに医療体制の変化が起こっているものと推測する。皆様方の地域における働き方の影響（アンケートの中間報告も含め）や将来を見据えた産婦人科医療体制について考えていきたい。

略 歴

1992年 旭川医科大学卒業、旭川医科大学産婦人科入局
1993年 旭川赤十字病院産婦人科
1994年 国立札幌病院産婦人科
1995年 釧路労災病院産婦人科
1998年 旭川医科大学産婦人科 医員
2002年 旭川医科大学医学博士
2003年 アメリカ国立衛生研究所 (NIH): Postdoctoral Research Fellow
2006年 旭川医科大学産婦人科助教
2012年 旭川医科大学産婦人科講座 周産母子センター講師
2020年6月～現在に至る 旭川医科大学産婦人科講座 教授

[主な所属学会・役職]

日本産科婦人科学会；理事、サステナブル委員会委員長
日本女性医学学会；理事
日本思春期学会；常務理事

特別講演

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

世代を超える影響：出生前ステロイドの善悪と科学的探求

濱田 裕貴

東北大学病院 産婦人科

出生前ステロイド投与（ACS）は、早産リスクの高い胎児の肺成熟を促進し、新生児の呼吸窮迫症候群を予防する確立された治療法である。しかし近年、ACS が神経学的予後に長期的影響を及ぼし、その影響が世代を超えて伝達される可能性が示唆されている。本講演では、ACS の世代間伝達メカニズムに関する最新知見を紹介する。

これまでの動物実験により、ACS が F1 世代から F3 世代に至るまで、ストレス応答や行動に影響を与えることが明らかにされてきた。この形質伝達の要因を明らかにするために、精子の microRNA（miRNA）プロファイルを解析したところ、多くの変化が観察された。特に、miR-125b の発現低下とその標的遺伝子 Itga8 の前頭前皮質における発現上昇は、精子 miRNA の変化が胚発生に影響を与え、長期的な生理学的変化をもたらす可能性を示唆している。

興味深いことに、miRNA の変化は精子では観察されたが、精巣の生殖細胞では観察されなかった。続く研究では、ステロイドが精子 miRNA プロファイルに変化をもたらす機序について探求した。その結果、精巣上体の頭部よりも尾部で精子 miRNA プロファイルの変化が顕著であることが判明した。これは、ステロイドが精巣上体の特定部位を標的とし、精子の成熟過程で miRNA プロファイルを変化させている可能性を示唆している。

これらの知見は、ACS が精巣上体を介して精子 miRNA を変化させ、世代を超えて長期的な脳神経学的発達の変化をもたらす可能性を示唆している。今後、臨床検体を集積したバイオバンクの活用することで、ACS の長期的な健康リスクへの影響を分子医学的に理解し、次世代以降のリスク回避や予防法の確立につながることを期待される。

本研究は、臨床医が基礎研究に携わることの重要性を示している。日々の診療で直面する疑問を科学的に探求することで、新たな治療戦略の開発や既存治療法の最適化が可能となる。若手産婦人科医にとって、このような臨床と基礎を橋渡しする研究は、魅力的なキャリア形成の選択肢となるだろう。

略 歴

2000.04 ~ 2006.03	東北大学医学部
2006.04 ~ 2009.03	気仙沼市立病院 初期研修・後期研修
2009.04 ~ 2009.04	東北大学病院 産婦人科（入局） 大崎市民病院、東北公済病院、東北大学病院 産婦人科医員
2012.04 ~ 2016.03	東北大学大学院医学系研究科博士課程
2016.04 ~ 2017.04	東北大学病院 産婦人科 特任助手
2017.05 ~ 2020.05	トロント大学医学部生理学教室 博士研究員
2020.06 ~ 2022.09	東北大学病院 産婦人科 助教
2022.10 ~ 2023.03	仙台市立病院 産婦人科 医長
2023.04 ~ 現職	東北大学病院 産婦人科 講師

婦人科がんのフォローアップを再考する

重藤 龍比古

弘前大学 産科婦人科学講座

婦人科がん治療において、初回治療が終了した後には定期的な検査が行われているが、各癌腫とも明確なエビデンスを持って検査間隔や検査方法を決定しているとは言い難く、施設毎にガイドライン等を参考にフォローアップ方法を決定しているのが現状と思われる。

例えば卵巣癌のフォローアップとしては、本邦のガイドラインでは受診時の問診、内診、腫瘍マーカー測定、超音波検査、CT等の画像検査が薦められている。CTについては国内では定期的に再発の有無の確認目的に定期的に撮像している施設が多いと思われるが、海外のガイドラインでは腫瘍マーカーの上昇や自覚症状、その他再発を疑う所見がない状態でのルーティンのCT検査は施行しないことが推奨されている。しかし、無症状で腫瘍マーカーの上昇がない再発を定期的なCTで発見するところは稀ではなく、効果的なSDS等、その後の治療に繋がることも多い。また組織型によってはCA125等の採血データが再発時発見のためのマーカーとして機能しない可能性もあり、明細胞癌が少なくない本邦において、海外の方針をそのまま適応してよいのかは検討の余地がある。

また最新の子宮頸癌、子宮体癌治療ガイドラインでは治療後の生活指導についてのCQが設けられており、治療終了時点での合併症の評価や生活習慣病が併存していた場合の生活習慣の改善、関連疾患のサーベイランスの必要性が述べられている。卵巣癌においても新しい治療ガイドラインで治療後の生活指導についてのCQが追加される予定となっている。放射線治療による骨密度の低下や手術による外科的閉経もQOLを低下させる要因となっており、臨床医によるこれらの適切な評価や治療的介入が望まれる。

治療法の選択等、他の分野と比較して光が当たりにくい分野であるが、再発の発見の時期によってはその後の治療経過に大きな影響をあたえ可能性があるため、フォローアップはがん治療において重要な位置を占める。自経例とはなるが、当施設通院中に再発の診断となった症例の診断契機や方法について評価し、有効な検査を行えていたかを振り返る。さらに支持療法も含め、本当に患者さんにとって意味のあるフォローアップとはどのようなものであるかを再考する。

略 歴

- 2001年 弘前大学医学部 卒業
- 2007年 弘前大学大学院医学研究科 卒業
- 2011年 弘前大学大学院医学研究科 産科婦人科学講座 助教
- 2016年 弘前大学医学部附属病院 産婦人科 講師
- 2022年 弘前大学大学院医学研究科 産科婦人科学講座 講師
- 2024年 弘前大学大学院医学研究科 産科婦人科学講座 准教授

【所属学会】

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）、日本癌治療学会、日本臨床細胞学会（指導医）、日本婦人科内視鏡学会

HAKUOH Study - 福井県の 27-45 歳に HPV4 価ワクチンを接種した前向きコホート研究 - から学んだこと

品川 明子¹⁾、大沼 利通¹⁾、黒川 哲司²⁾、山田 しず佳¹⁾、
津吉 秀昭¹⁾、知野 陽子³⁾、折坂 誠¹⁾、吉田 好雄¹⁾

1) 福井大学医学部 産科婦人科

2) 福井県済生会病院 産婦人科

3) 公立丹南病院 産婦人科

【背景および目的】HAKUOH Study は、福井県の対策型検診に参加した 27～45 歳で子宮頸部細胞診陰性であった女性に、「HPV4 価ワクチン (ガーダシル®) を接種することによる HPV16 型と HPV18 型の持続感染予防効果を評価する 2 群間比較の前向きコホート研究である。本研究の開始は 2019 年と、日本では HPV ワクチン接種の積極的勧奨が中止されて接種率が約 1% の時であった。いずれ始めると予想されたキャッチアップ接種に有用なデータとなるのではないかと考え、開始した研究である。

【方法】2019 年 12 月から 2021 年 8 月の期間中に、本研究参加の 11 施設で対策型検診を受けた 27～45 歳の女性に対し、研究参加に同意を得た方を登録者、その中の細胞診陰性者を対象者とした。ワクチン接種希望の有無により、ワクチン接種群とワクチン非接種群に分け、ワクチン接種群は接種の同意を取得して 3 回の接種を実施した。さらに 2 年後の対策型検診の際には、両群ともに、頸部細胞診と HPV-DNA 検査を実施した。本研究の主要評価項目は 2 年後の HPV16/18 型持続感染の有無であり、その判定は、HPV-DNA 検査で HPV16/18 型陽性でかつ、細胞中の p16/Ki-67 の共発現を検出する「CINtec®PLUS」が陽性とした。

【結果】登録者数は 2,016 名であり、細胞診異常等で 125 名を除外して、対象者は 1,891 名であった。対象者はワクチン接種の希望により、ワクチン接種群 821 名、ワクチン非接種群 1,070 名となった。ワクチン接種群における 3 回のワクチン接種完遂率は 92.9%、2 年後の対策型検診受診率は、ワクチン接種群 711 名 (86.6%)、ワクチン非接種群 606 名 (56.6%) であった。2 年後の HPV16/18 型陽性は 17 名 (ワクチン接種群 7 名、ワクチン非接種群 10 名) であった。

【考察】本研究期間中は、日本での HPV ワクチン接種率は低く、コロナ禍で受診差し控えの時期であったが、我々の想定以上にワクチン接種希望者は増加した。ワクチン接種群の特徴や副反応の詳細、さらには 2 年後の検診時に評価しえた持続感染予防効果について検証して報告する。

略 歴

2001 年に福井医科大学 (現在の福井大学医学部) 医学科卒業後 同大学医学部産科婦人科入局
福井愛育病院、京丹後市立弥栄病院 での勤務を経て 2006 年 4 月に帰局
2007 年 4 月より福井大学医学部産科婦人科助教
2022 年 4 月より同講師 現在に至る

産婦人科専門医・指導医、がん治療認定医、婦人科腫瘍専門医、細胞診専門医を取得

一般演題

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

EO-01

妊産婦の骨格筋量と産後のメンタルヘルスについての検討

○中西 研太郎、影近 瑠唯、石川 雄大、吉澤 明希子、金井 麻子、横浜 祐子、加藤 育民

旭川医科大学 産婦人科

【目的】サルコペニア患者を中心に、骨格筋量の低下がメンタルヘルスを悪化させることが報告されているが、骨格筋量の低下が妊産婦のメンタルヘルスにどのように影響するかは明らかではない。妊産婦の骨格筋量の低下が、産後のメンタルヘルスに与える影響を明らかにすることを目的とした。

【方法】本研究は前方視的コホート研究である。研究期間は2022年5月から2024年4月までで、妊娠14週未満に当院を受診し、当院で分娩した女性を対象とした。妊娠初期のデータ欠損のある女性や内服治療中の精神疾患合併妊娠は除外した。妊娠初期、中期、後期、産後1か月の計4回、TANITA社のマルチ周波数体組成計MC-780A-Nを用いて、骨格筋量指数(SMI)を測定した。SMIは四肢骨格筋量を身長²で除した値である。評価項目は、産後1か月健診時のエジンバラ産後うつ病質問票(EPDS)の得点とした。各計測時期のSMIとEPDSの関係について重回帰分析を用いて解析し、 $P < 0.05$ を統計学的に有意と定義した。

【結果】169例中、159例が解析対象となった。年齢および非妊時BMIの中央値(範囲)は、34歳(19-44)、 21.6 kg/m^2 (16.5-40.7)であった。妊娠初期、中期、後期、産後1か月のSMIの中央値(範囲)は6.48(5.24-8.59)、6.60(5.45-10.12)、6.86(5.14-10.51)、6.69(5.35-8.70)であった。EPDSの中央値(範囲)は1(0-15)、9点以上だったのは9例(5.7%)であった。EPDSに対する各計測時期のSMIの偏回帰係数(95%信頼区間)は、初期-0.20(-0.61-0.22)中期-0.23(-0.66-0.19)、後期-0.096(-0.53-0.34)、産後-0.46(-0.86--0.057)で、産後のSMIのみEPDSと統計学的有意に関連した。

【結論】EPDSは産後のSMIと関連することが明らかになった。骨格筋量が多いほど産後のメンタルヘルスが良好である可能性が見いだされた。

EO-02

二次性血栓性微小血管症を合併した産褥劇症型溶血性レンサ球菌感染症の一例

○鈴木 由佳¹⁾、柳田 純子¹⁾、佐藤 珠希¹⁾、田上 和磨¹⁾、濱田 裕貴¹⁾、只川 真理¹⁾、岩間 憲之¹⁾、入間田 大介²⁾、宮崎 真理子³⁾、齋藤 昌利¹⁾

1) 東北大学病院産婦人科、2) 東北大学病院麻酔科、3) 東北大学病院血液浄化療法部

【緒言】本邦では2023年にCOVID-19感染対策が緩和されて以降、産褥劇症型溶血性レンサ球菌感染症(STSS: Streptococcus toxic shock syndrome)の報告数・妊産婦死亡数ともに過去最多である。STSSに対して病巣切除および血漿交換を施行し救命しえた一例を経験したので報告する。

【症例】34歳、3妊2産。妊娠経過に異常なく前医にて妊娠40週に自然分娩となった。産褥2日目に発熱・呼吸器症状があり、COVID-19陽性のため対症療法を開始した。産褥3日目に悪寒と子宮の圧痛が出現し、ショックバイタルとなった。迅速診断キットによる咽頭A群溶血性レンサ球菌陽性で、STSS疑いとして抗菌薬投与開始の上当院搬送となった。当院搬送時もショックバイタルが持続し、著明な子宮の圧痛を認めた。腔分泌物よりグラム陽性連鎖球菌を多数認め、病巣排除のため速やかに腹式単純子宮全摘術を施行した。摘出子宮は悪臭を伴い浮腫状で変色していた。病理組織では子宮漿膜測にグラム陽性球菌の菌塊が多数付着していた。術後は敗血症性ショック・DIC・多臓器不全に対し大量のカテコラミン投与、輸血を含む抗DIC療法、持続血液濾過透析を要した。治療に反応しない血小板低下、意識障害、両足趾壊死を認め、二次性血栓性微小血管症を疑い5日間血漿交換を行った。血漿交換後は徐々に全身状態が改善し、第39病日にICUを退室した。両足趾壊死に対し足趾切断術を行い、現在も腎不全のため血液透析、心機能低下に対し内服治療を行いながら社会復帰を目指しリハビリテーション中である。

【考察】STSSでは病状が急激に進行し致死率は30-50%であるが、本症例を救命しえたのは、①高次医療機関へ迅速な搬送を行い②病巣排除のために子宮摘出を行い③二次性血栓性微小血管症を疑い血漿交換を施行した点にあると考えられる。STSSを疑った際は速やかに抗菌薬投与を開始し、高次医療機関において病巣切除・血液浄化療法を含めた集学的治療を行うことが肝要である。

EO-03

絨毛膜羊膜炎による後期流産、超早産症例への子宮鏡検査の有用性に関する検討

○八十島 巖、折坂 俊介、中村 慶乃、田中 有華、神田 龍人、細野 隆、鏡 京介、山崎 玲奈

金沢大学産科婦人科

【緒言】 早産はこれまでの様々な研究により脱落膜や羊水中に炎症性サイトカインの発現が認められており、感染・炎症が早産の一因であることは既知の事実である。実際に極早産、超早産、後期流産となった症例において、胎盤の病理学的検討で絨毛膜羊膜炎を認める例があるが、その中には次回の妊娠時にも同様の転帰をたどる症例を経験する。絨毛膜羊膜炎は腔からの上行性感染と考えられているが、流早産を繰り返す妊婦は上行性感染を繰り返しているのか、異なる可能性があるのかは明確にはなっていない。今回我々は、超早産、後期流産となった症例で、分娩から数か月後の子宮内腔の状態を子宮鏡で観察した数例で子宮内の炎症を認めたため、文献的考察を加えて報告する。

【症例】 症例は妊娠 21 週～23 週までに陣痛発来し分娩となり、いずれも胎盤病理で絨毛膜羊膜炎と診断された 4 例。分娩後 6～15 週の間子宮鏡で子宮内の観察を行った。コントロールとして絨毛膜羊膜炎のなかった分娩後症例の画像と比較を行った。コントロール群では子宮内に発赤等の所見は認められなかったが、上記の 4 例では、全例に局所的うっ血や出血点を認め、慢性子宮内膜炎の所見と類似していた。

【考察】 子宮内膜局所の持続的な炎症は慢性子宮内膜炎とされ、着床不全や習慣流産の一因とされているが、後期流産や早産との関連性も報告されており、慢性子宮内膜炎非治療群では慢性子宮内膜炎非罹患群と比較して、生児を得る確率が低いとされている。我々の子宮鏡所見は、絨毛膜羊膜炎による炎症が持続している結果なのか、妊娠前から子宮内に慢性子宮内膜炎があったのかは判断できないが、炎症が持続していることは事実であることから、内膜炎の治療を行うことで次回妊娠時の経過を改善させる可能性があると考えられる。今後も極早産、超早産、後期流産となった症例には後日子宮鏡検査を行い、必要に応じて慢性子宮内膜炎に準じた治療を検討したい。

EO-04

妊娠中に子宮体下部筋層内に血管拡張を呈した症例の検討

○笹川 輔、須田 一暁、森 裕太郎、山脇 芳、島 英里、五日市 美奈、松下 充、西島 浩二、吉原 弘祐

新潟大学産科婦人科学教室

前置胎盤の診断に経腔超音波断層法や MRI が有用だが、子宮体下部に集簇した拡張血管の存在により胎盤辺縁の評価に苦慮する症例が存在する。従来、集簇した拡張血管は胎盤辺縁静脈洞と考えられてきた。また近年の報告では、前置胎盤の分類は胎盤辺縁と内子宮口との位置関係で定義されるが、胎盤辺縁は実質であるのか、辺縁静脈洞であるのか明確な規定がない。そのため胎盤実質が内子宮口から離れていても、辺縁静脈洞が内子宮口に近接していれば辺縁洞前置胎盤（Marginal sinus placenta previa）とされる。しかし辺縁静脈洞そのものの定義や機能、発生機序において未だ不明な点が多い。今回、辺縁洞前置胎盤と診断しうる画像所見を呈したものの、集簇した拡張血管は辺縁洞ではなく、子宮筋層由来のものと考えられる症例を経験した。そこで、当科で同様の画像を呈した症例の画像所見や周産期予後を後方視的に調査し、子宮下節に集簇した血管拡張について検討することを目的とした。

当科で 2016 年から 2024 年の間に、妊娠中に MRI を撮影した 194 例を後方視的に検討した。前置胎盤と診断した例は 78 例であった。子宮体下部から頸部を含む筋層内に集簇した血管拡張を 20 例で認めた。拡張血管はすべて後壁に存在し、大部分の症例で後壁付着の前置胎盤症例が該当した。また、産後子宮は後屈を呈している例が多かった。同様の拡張血管を認める例と認めない例で、周産期予後に関連した事象に優位な差を認めなかった。

子宮体下部・頸部後壁における血管拡張は、後壁の低置・前置胎盤で認められる場合が多いが、解剖学的な要因に伴う子宮血液還流を反映した結果である可能性がある。同拡張血管による周産期予後への影響は不明であり、妊娠管理や分娩様式における対応についてさらなる検討が必要である。

EO-05

子宮頸管無力症の病態進行に Ureaplasma/Mycoplasma の子宮内感染が関与している可能性がある

○米田 哲、米田 徳子、新居 絵理、伊東 雅美、生水 貫人、津田 竜広、竹内 麻優子、中島 彰俊
富山大学産科婦人科

【目的】子宮頸管無力症は、後期流産や超早産を引き起こす予後不良の代表的な産科疾患であるものの、その発症原因や病態については、わかっていないことが多い。今回、その病態進行に膣炎、頸管炎、子宮内感染・炎症がどのように関与しているのか検討することを目的とした。

【方法】当院で管理した子宮頸管無力症（前日まで無症状かつスココ診にて胎胞を視認するものと定義）95例を対象とし、これらを腔内胎胞形成（V群：n=35）と頸管内胎胞形成（Cx群：n=60）に分けて、膣炎、頸管炎、子宮内感染・炎症、組織学的絨毛膜羊膜炎など産科学的リスク因子につき統計学的に解析した。子宮内病原微生物は、当院で開発した疑陽性のない高感度PCR法にて評価した。なお、本研究は、当院倫理委員会で承認されている（R2023030）。

【結果】①V群は1例を除き、妊娠28週未満の超早産であった。②V群の羊水中IL-8値、頸管粘液中IL-8値[128.9(1.5-500)ng/mL、457.8(1.4-2,622)ng/mL]は、Cx群の値[33.6(0.2-566)ng/mL、185.8(1.2-2,503)ng/mL]に比し、有意に高値であった（ $p=0.01$ 、 $p=0.02$ ）。③V群の子宮内病原微生物、子宮内ウレアプラズマ/マイコプラズマの感染割合（80%、60%）は、Cx群の割合（46.4%、17.8%）に比し有意に高率であった（ $p=0.03$ 、 $p<0.01$ ）。

【結論】子宮内感染・炎症の存在が子宮口の熟化開大進行に関与するのか、反対に、子宮口が熟化開大し胎胞形成するために子宮内感染・炎症が惹起され易くなるのかは不明ではあるが、腔内に大きく胎胞が膨隆するケースでは、ウレアプラズマ/マイコプラズマの子宮内感染が多く認められた。ウレアプラズマ/マイコプラズマが病態進行に関与している可能性がある。

EO-06

常位胎盤早期剥離例におけるプロテインS欠乏症の有病率の検討

○三浦 広志¹⁾、千葉 和宏²⁾、高須賀 緑³⁾、今野 めぐみ³⁾、佐藤 朗³⁾、有明 千賀¹⁾、藤嶋 明子¹⁾、小野寺 洋平¹⁾、寺田 幸弘¹⁾

1) 秋田大学産婦人科、2) 市立秋田総合病院、3) 秋田赤十字病院

【緒言】プロテインS（PS）欠乏症は凝固能異常をきたす疾患であり、アジア人、特に日本人における有病率が高い。文献では常位胎盤早期剥離（以下、早期剥離）のリスク因子として凝固能異常が挙げられているが、PS欠乏症に関しては関連が否定的とされている。しかしながら、それら既報は主に欧米からの報告であり、日本人における実態は不明である。今回、日本人の早期剥離症例を対象とし、PS欠乏症を含む凝固能異常の有病率を後方視的に検討した。

【方法】2013年から2023年の10年間に、秋田大学医学部附属病院および秋田赤十字病院で早期剥離を発症し、その数か月後に血液凝固能の採血検査（PS関連項目、プロテインC（以下、PC）関連項目、抗リン脂質抗体症候群（以下、APS）関連項目）を受けた女性を対象とした。PS/PC欠乏症、APSの有病率を調べた。

【結果】26例が抽出された。うち11例（42%）がPS欠乏症と診断された。1例のみがAPSと診断された。PC欠乏症はいなかった。PS欠乏症と診断された3例は次回妊娠時にヘパリンによる抗凝固療法を実施され、早期剥離を含めた合併症なく妊娠終了した。

【考察】PS欠乏症と診断された症例は半数程度あり、日本人においてはPS欠乏症が早期剥離のリスク因子である可能性が示唆された。しかしながら、本検討の症例数は多くないこと、期間中の早期剥離全例を検査したわけでは無いこと、産後何か月で非妊時までPS活性/抗原量が回復するかの報告は無くスクリーニング時期として適切であったか、などの課題がある。さらなる調査が望まれる。

EO-07

1kg を超える巨大子宮の TLH を安全に行うためのアプローチ法

○明石 祐史、杉尾 明香

札幌白石産科婦人科病院

いまでは良性疾患の手術として広く普及した腹腔鏡下子宮全摘出術（TLH）であるが、巨大子宮、頸部筋腫、重症子宮内膜症など困難な症例も存在する。このような症例の TLH では、良好な視野を作り子宮を動かしていくことができるかが手術の成否を決定づける。なかでも尿管や子宮動脈周囲に最適にアプローチし、視野を荒らさずに展開していく手技は合併症リスクの低減には必須である。

今回は巨大子宮の TLH を安全に完遂するために我々が重視している、1. 解剖に基づく尿管・子宮動脈へのアプローチ法、2. 最少出血での展開、この 2 点を中心にその手法をビデオにて供覧して解説する。

当院では 2015 年 10 月から 1150 例の TLH を行い、うち摘出子宮重量が 1kg を超えた症例は 44 例（3.8%）経験した。気腹法、ダイヤモンドポジションで行い、吸引管付モノポーラ、超音波凝固切開装置、バイポーラシーリングシステムを用いた。尿管周囲へのアプローチ法を示す。1) まず円靭帯を切断して広間膜前葉を膀胱子宮窩腹膜、卵巣提索に沿って切開することで広く間口を作る。2) 広間膜後葉に沿って後腹膜腔の疎性結合織を剥離し直腸側腔から尿管板・尿管を同定し、尿管内側の膜をトンネル付近まで剥離。3) 次に新膀胱側腔を展開、子宮動脈を単離後結紮（またはクリッピング）を行う。超音波凝固切開装置を使用し、細血管をも止血しながら膜を意識した展開を行っている。症例によってすべて同じ腔に到達するとは限らず、尿管板をメルクマールに適宜層の修正を行う。巨大子宮では子宮動脈や尿管の走行が変化していることが多いため限られたスペースでの腔の展開と解剖の確認が重要となる。術中術後の合併症はなく、手術時間は同時期のその他の TLH 症例と比較すると 60 分程度長くかかった。出血量には差はなかった。

巨大子宮の TLH を安全に行うには、最少出血で正しい膜や腔を見極め、巨大子宮ならではの血管や尿管の偏位に注意しながら尿管板をメルクマールに尿管、子宮動脈にアプローチすることが肝要である。

EO-08

腹腔鏡手術における 1st トロッカー挿入の工夫

○山本 健太、谷村 悟、本多 真澄、草開 友理、草開 妙、炭谷 崇義、吉越 信一、南里 恵、
 飴谷 由佳

富山県立中央病院

【緒言】臍は皮下脂肪が少ないとされており、1st トロッカー挿入に使用される。一方、トロッカー挿入時の合併症のほとんどが 1st トロッカー挿入時に起こるとされ、国内の婦人科腹腔鏡手術件数から推測すると年間 100 例程のトラブルが起きている。トロッカー挿入は腹腔鏡手術において毎回必須の過程であり、熟練者にとっては慣れた手技であるが、初心者が学びたい詳細な解剖や分かりやすい画像などの情報は少ない。安全な 1st トロッカー挿入には、臍の解剖の理解が必須である。

【方法】開腹手術と腹腔鏡手術で腹腔内に 4K カメラを挿入し、臍直下を観察した。また Open 法でのアプローチを接写し、観察した。

【結果】開腹手術で臍を腹腔内から観察したところ、臍直下に数 mm の窪みが存在し、牽引でテント状に吊り上がった。カメラの光源を切って観察すると、光を透見した部分に一致して組織が薄いことを示し得た。また臍は皮下脂肪が少ないとされているが、腹腔内からの観察では腹膜前脂肪はむしろ多く、MRI でも腹膜前脂肪は臍直下まで陥入していることが示された。Open 法でのアプローチを接写したところ、数例で筋膜の欠損、あるいは膜の癒合と思われる所見を観察した。

【結論】生体における臍部の筋膜欠損を初めて示した。さらに臍底には皮下脂肪はないが、周囲に比べ腹膜前脂肪が多いことがわかった。この腹膜前脂肪の多寡が難易度を規定する。牽引によって臍直下の腹膜はテント状に吊り上がり、腹膜前脂肪に囲まれている。この臍底部に接した腹膜翻転部は癒合しているかのようであった。

このような構造を理解しテント状の腹膜を狙うことで、安全に Open 法が実施可能であった。これまで初心者のための臍解剖と精緻なアプローチ画像は記されることがなかった。そのため、我々が観察した臍の生体解剖は、Open・Closed 法など様々な 1st トロッカー挿入の安全な実施に寄与する。

EO-09

Oligometastasis を呈する上皮性再発卵巣癌に関する後方視的検討

○佐藤 哲、添田 周、加藤 麻美、岡部 慈子、三浦 秀樹、古川 茂宜、藤森 敬也

福島県立医科大学産科婦人科学講座

【緒言】 Oligometastasis は 1995 年に Hellman らが提唱した概念である。一般的に少数かつ転移臓器の少ない局所制御が可能な転移性病変と考えられている。大腸癌をはじめ、他癌腫では局所制御による有効性が示されているが卵巣癌に関しては一定の見解はない。

【目的】 卵巣癌 Oligometastasis の評価および局所治療の意義を検討する。

【方法】 2010 年から 2019 年までに初回再発を生じた上皮性卵巣癌 / 卵管癌 / 腹膜癌患者を対象とし、2022 年 12 月までを観察期間とした。観察期間終了または死亡までの治療経過中に化学療法のみではなく根治的局所治療を併用した症例を対象とし、後方視的検討と統計学的解析をおこなった。

【結果】 34 名の患者が対象となった。stage1-2 が 4 名 (11.8%)、stage3-4 が 30 名 (88.2%)、漿液性癌が 26 名 (76.5%)、他組織型が 8 名 (23.5%)、初回治療が PDS であった患者は 28 名 (82.4%)、NAC-IDS は 6 名 (17.6%) であった。初回再発時の年齢中央値は 61 歳 (36-81)、PFI ≤ 6 か月が 10 名 (29.4%)、>6 か月が 22 名 (64.7%) であった。局所治療は 34 名に計 56 回実施されていた。内訳は腫瘍減量手術が 41 回 (73.2%)、根治的放射線照射が 14 回 (25.0%)、ラジオ波焼灼が 1 回 (1.8%) であった。局所介入時点の病変は、全例画像評価で標的病変個数が 5 個以内かつ転移臓器が 2 個以内であった。初回再発後の生存期間中央値は 63 ヶ月 (12-138)、初回局所治療後の生存期間中央値は 44 ヶ月 (4-119) であった。

【考察】 卵巣癌の Oligometastasis を考えるうえで、病変が 5 個以内かつ転移臓器 2 個以内は一定の基準となる可能性がある。局所治療介入によって良好な経過が期待できる。

EO-10

当院における高齢婦人科がん患者に対する高齢者機能評価の有用性の検討

○佐野 詩織、山内 敬子、堀川 翔太、齋藤 緑、深瀬 実加、西 美智、渡邊 憲和、永瀬 智

山形大学医学部 産科婦人科学講座

【緒言】 高齢がん患者は臓器機能障害や合併症の頻度が高く、がん治療の有害事象は合併症を悪化させ、QOL を低下させることが知られている。そのため、患者の背景を評価する高齢者機能評価 (Geriatric Assessment: GA) に基づいた治療選択が求められている。本研究では、当院の高齢婦人科がん患者を対象に、GA と予後・治療合併症との関連を検討した。

【方法】 2020 年 7 月から 2024 年 4 月までに当院に手術目的で入院した 65 歳以上の子宮体癌患者 41 例を対象とした。術前に GA (G8・IADL・術前合併症の有無・居住状況・Mini-cog test) を調査し、診断時年齢・Stage・術後合併症の有無・術後せん妄の有無・予後との関連を解析した。

【結果】 対象者の内、16 例 (39%) に G8 異常があり、6 例 (15%) に身体・認知機能異常があった。当科の基準に基づく縮小手術 (骨盤内リンパ節郭清の省略; 75 歳以上もしくは BMI 35kg/m² 以上、傍大動脈リンパ節郭清の省略; 70 歳以上もしくは BMI 30kg/m² 以上) があったのは 16 例 (39%) であった。G8 異常群では PFS および OS が短縮傾向にあった (PFS; p=0.070, OS; p=0.11)。身体機能低下群では予後との関連を認めなかった一方で、認知機能低下群では PFS が有意に短縮した (p=0.018)。さらに、縮小手術群では OS が有意に短縮した (p=0.045)。GA と術後合併症および術後せん妄との関連は認められなかった。

【結語】 高齢婦人科がん患者において、GA は治療合併症のリスクとは関連しないが、予後予測因子となり得る。また、縮小手術が予後を悪化させる可能性があるため、年齢による手術制限に関しては慎重な検討を要する。

EO-11

EFI スコアに AMH 値を加えた新スコアと子宮内膜症術後の妊娠成績についての検討

○西 美智、日根 早貴、齋藤 緑、中村 文洋、松川 淳、竹原 功、永瀬 智
山形大学

【目的】EFI (Endometriosis fertility index) スコアは既往歴と手術所見から子宮内膜症合併不妊患者の生殖補助医療 (Assisted reproductive technology ; ART) によらない妊娠成績を評価でき、不妊治療を計画する際に有効であるが、ART の妊娠成績との相関は明らかではない。これまで我々は子宮内膜症合併不妊症患者の ART においても、EFI スコアは妊娠成績の予測に有用である可能性と EFI スコアに含まれない抗ミュラー管ホルモン (Anti-Müllerian hormone ; AMH) 値が妊娠成績を予測する独立因子であることを示した。今回、EFI スコアに AMH 値を組み込んだ新たな指標の作成を目指し検討した。

【方法】2017 年 1 月から 2020 年 12 月に当院で行った ART のうち子宮内膜症合併不妊症患者の採卵 282 周期を対象とした。診療録を用いて後方視的に検討し、EFI スコアに術後の AMH 値 1 ng/mL 以上の場合加点する新スコアを作成した。

【結果】子宮内膜症手術歴有りは 128 周期 (手術群)、無しは 154 周期 (非手術群) だった。手術群のうち、妊娠に至ったのは 32 周期 (妊娠群)、妊娠に至らなかったのは 70 周期 (非妊娠群) だった。妊娠群の EFI スコアと AMH 値は非妊娠群に比べて有意に高かった (5 点 vs. 3 点, $p=0.02$ と 1.91ng/mL vs. 1.50ng/mL , $p=0.03$)。胚移植あたりの累積妊娠率は従来の EFI スコア 4 点以上で高く、新スコアにおいては 0~3 点、4~6 点、7 点以上の 3 群間で比較したところ胚移植あたりの累積妊娠率に正の相関を認めた。

【結論】EFI スコアに AMH 値を加えた新スコアを作成した。この新スコアは ART の妊娠成績を予測できる可能性がある。

EO-12

子宮体癌の発癌過程におけるアンドロゲン受容体と FOXP4 の発現パターン解析

○笠間 春輝¹⁾、茅橋 佳代¹⁾、飯塚 崇¹⁾、坂井 友哉¹⁾、小幡 武司¹⁾、岩垂 純平¹⁾、山崎 玲奈¹⁾、藤原 浩¹⁾、大黒 多希子²⁾

1) 金沢大学産科婦人科、2) 金沢大学疾患統合モデル総合研究センター 疾患モデル分野

【緒言】我々はこれまでに、子宮体癌 (類内膜癌) におけるアンドロゲン受容体 (AR) と forkhead box protein P4 (FOXP4) の発現について検討し、腫瘍における AR の低発現と FOXP4 の高発現は子宮体癌の予後不良因子であることを報告した。しかしながら、これらの分子の発癌への作用は不明である。今回、正常子宮内膜と子宮内膜異型増殖症 (Atypical endometrial hyperplasia; AEH) における AR と FOXP4 の発現を解析し、発癌における AR と FOXP4 の作用について考察する。

【方法】当院において良性疾患のために子宮全摘術を行った 89 例の子宮内膜と、AEH のため子宮内膜搔爬術または子宮全摘術を行った 18 例について免疫組織化学染色を行い、腺上皮における AR と FOXP4 の発現を解析した。また過去に検討した子宮体癌 (類内膜癌 Grade1、Stage I A) 127 例の解析結果との比較を行った。

【結果】正常子宮内膜における AR の発現は、閉経前はほとんど発現していないが、閉経後に発現し、閉経から年数が経過するごとに発現が高くなった。月経周期での発現の変化は認めなかった。また AEH では、AR は閉経期よりも高い発現を認めたが、有意差は認めなかった。子宮体癌では AEH や正常内膜と比較して有意に高発現だった。一方、FOXP4 は増殖期および閉経後の正常子宮内膜に発現を認めたが、分泌期の発現は低かった。また FOXP4 は AEH では増殖期正常子宮内膜や子宮体癌と比較して有意に高発現であった。

【考察】子宮体癌と AEH では AR と FOXP4 の発現パターンが異なっており、AEH からの発癌過程においてこれらの分子が関与していることが示唆された。FOXP4 の細胞増殖や分化誘導に対する作用機序より、これらの分子の発癌への関連性について文献的に考察する。

○山本 真、加藤 正隆、伊藤 太郎、江坂 有希恵、辻 隆博、田嶋 公久

福井赤十字病院産婦人科

【緒言】 HPV ワクチンの接種対象者への積極的な勧奨が差し控えられていた状態が終了し、徐々にワクチン接種の機会は増えているものと思われる。特に本年は、HPV ワクチンの公費での接種機会を逃した年代に対する、いわゆるキャッチアップ接種の最終年度でもあり、福井県においても HPV ワクチン接種推進の様々な取り組みが進められている。そこで当院でも産婦人科を中心に、HPV ワクチン接種推進の取り組みを行ったのでその効果と影響を評価し報告する。

【方法】 まず県内で開催された産婦人科医向けの HPV 講習会に参加することで、HPV ワクチンへの知識や対象者への説明方法をブラッシュアップした。次に、一般外来を受診した HPV ワクチン接種対象者やその母に対し、接種の有無を確認し未接種の方には説明資料を用いて接種の勧奨を行った。また、院内のスタッフでも未接種が多いことが判明したため、院内の広報誌での呼びかけや、スタッフを対象とした HPV ワクチンの講習会を開催し、周知するとともに医療スタッフとして知識を深めてもらい更に周囲へ呼びかけてもらうことを目指した。

【結果】 院内スタッフの接種率に関しては、講演会を行うことにより一定の効果があったものとする。一方で、外来での説明に関しては対象者全体の母集団から考えると限られた影響しかない可能性がある。しかし、院内ですぐに取り組みめる対策としては簡便であり、講演会への参加も産婦人科医のモチベーションアップにも有効と感じた。今回の取り組みを通して全体の大きな接種率向上には特別な方策が必要かもしれないが、実臨床においては日々、目の前の患者さんに HPV ワクチンの有用性や必要性を説明していくことも、大事ではないかと感じた。

○小田原 未波¹⁾、横山 美奈子¹⁾、國井 基思¹⁾、対馬 立人¹⁾、小玉 都萌¹⁾、諸橋 聡子²⁾、八木橋 法登²⁾

1) 弘前総合医療センター 産婦人科、2) 弘前総合医療センター 病理診断科

【緒言】 子宮頸部腺様基底細胞癌 (adenoid basal carcinoma: ABC) は子宮頸癌の 1% 未満にのみ見られるよう稀な悪性腫瘍である。既知の報告では、その多くが予後良好であり、リンパ節転移や遠隔転移は稀とされている。今回、子宮頸部組織診で CIN3 となり、子宮頸部円錐切除術を行ったところ ABC の診断に至り、手術を施行した 1 例を経験したので報告する。

【症例】 74 歳、4 妊 4 産の症例である。脳梗塞、高血圧の既往があり、左下肢不全麻痺がある。性器出血を主訴に前医を受診し子宮頸癌が疑われ PET-CT 検査を施行したところ、子宮頸部に SUV max 7.1 の集積を、両側鼠径リンパ節に SUV max 3.8 ~ 5.8 の集積を認めた。子宮頸癌、鼠径リンパ節転移疑いとして当科紹介となった。腔鏡診では肉眼的腫瘍はなく、子宮頸部細胞診では HSIL であり、子宮頸部組織診では CIN3 との診断となった。血液検査では SCC が 1.6 ng/ml と軽度高値であった。造影 MRI 検査では子宮頸部に明らかな腫瘍はなく、造影 CT 検査では両側鼠径リンパ節腫大を認めたものの他に転移を疑う所見はなかった。子宮頸癌の鼠径リンパ節転移を疑い、診断目的に右鼠径リンパ節生検を行ったが悪性所見は確認されなかった。子宮頸部円錐切除術を行ったところ、病理検査では腫瘍の広がり 55mm で central cystic change を伴う小型胞巣状の腫瘍があり、腫瘍内に基底細胞様細胞の増生が見られ ABC かつ CIN3 の診断となった。子宮頸癌 I B3 期と診断し、準広汎子宮全摘術、両側付属器切除術、骨盤リンパ節郭清術、左鼠径リンパ節生検を行った。この際の病理検査では腫瘍の広がり 70mm であり、組織型はやはり ABC であった。両側付属器およびリンパ節に悪性所見はなく、最終的には子宮頸部腺様基底細胞癌 pT1b3N0M0、I B3 期の診断となった。術後治療はなく現在経過観察中である。

【考察】 子宮頸部腺様基底細胞癌という非常に稀な疾患を経験した。本症例に関し文献的考察も加えて報告する。

子宮体癌に対し子宮全摘後に子宮頸癌の重複癌と診断した1例

○中陳 哲也、佐多 綜一郎、穎川 晏奈、麩澤 章太郎、村上 幸治、杉山 沙織、野崎 綾子、中田 俊之、光部 兼六郎

JA 北海道厚生連 旭川厚生病院

【緒言】子宮体癌の診断で子宮全摘術を施行し、摘出検体から体部と峡部に連続性のない癌を認めた。病理学的検討の結果、子宮体癌と子宮頸癌の重複癌と診断した症例を経験したので報告する。

【症例】49歳、近医で頸部細胞診でAGCを指摘され紹介初診となった。初診で頸部細胞診NILM、頸管細胞診NILMで経過観察となり、3か月後の再検で頸管細胞診AGC、内膜細胞診AGC、内膜組織診で類内膜腺癌Grade2を認めた。MRIで子宮体部に筋層浸潤を認めず、CTでリンパ節腫大や遠隔転移は認めなかった。子宮体癌stage I Aと診断しロボット支援下子宮全摘術、両側付属器摘出術を施行した。摘出子宮から体部に類内膜腺癌grade2を認めたが、峡部に体部と連続性を認めない癌を認めた。峡部の病変は体部の類内膜腺癌とは別病変でHPV関連腺癌であり、発生部位が峡部よりも頸部の可能性が高いと判断した。以上から子宮体癌stage I Aと子宮頸癌stage I A2の診断となり、子宮頸癌の治療として腹腔鏡下骨盤内リンパ節郭清術を行いリンパ節転移は認めず外来経過観察の方針とした。

比較的若年発症であること、峡部に近い病変で子宮体癌も認めることからリンチ症候群の可能性を考えユニバーサルスクリーニングを施行した。免疫染色はdMMR、MSI検査でMSI-Hでリンチ症候群を疑い、遺伝カウンセリングを行い遺伝子検査を行った。結果はVUSのリンチ症候群の診断には至らなかった。

【考察】若年や峡部発生の子宮体癌はリンチ症候群の可能性を考慮する必要がある。本症例は臨床的に子宮体癌と子宮頸癌の重複癌と診断し、またリンチ症候群の診断には至らなかったが、同時性または異時性の癌を認めた際はスクリーニングおよび遺伝子カウンセリングは必要と考えられる。

演題取り下げ

○佐藤 里奈、牧野 健一、金子 恵菜実、平川 威夫、菅原 多恵、寺田 幸弘

秋田大学医学部附属病院

【緒言】化学療法後に増悪、または進行した再発の子宮頸癌に対してPD-1を標的とする完全ヒトモノクローナル抗体であるセミプリマブの有効性が示されている。今回我々は、子宮頸癌の同時化学放射線療法後の残存病変に対して、セミプリマブが著効した症例について経験したので報告する。

【症例】71歳、2経妊2経産、婦人科検診は未受診であった。不正性器出血を主訴に近医婦人科を受診した。膣部からの強出血が認められ、精査加療目的に当科を受診した。腔鏡診にて癌腫様の腫瘤を認め、経腔超音波検査で腫瘍は4cm大であり、腔直腸診で左側の骨盤壁に達する傍結合織浸潤が疑われた。子宮頸部組織診にて扁平上皮癌の診断となり、画像検査にて腫瘍の直腸浸潤、左水腎症を認めた。下部消化管検査では直腸に発赤と易出血性なびらんを認め、生検にて子宮頸癌の直腸浸潤を確認し、子宮頸癌ⅣA期(cT4aN2M0)の診断となった。同時化学放射線療法の方針とし、傍大動脈リンパ節と全骨盤への照射(各50.4Gy)、シスプラチン(60mg/body)を5コース完遂した。治療後半から骨髄抑制強く、改善までに治療後1か月程度を要した。効果判定の画像検査で、腫瘍は縮小していたが、その後も2か月経過したが残存病変は不変であり、腫瘍マーカーの再上昇を認めたため子宮頸癌の再燃と判断し、化学療法を行う方針とした。セミプリマブの投与を開始し、irAEを示唆する所見はみられず治療を継続している。4コース終了時点で経腔診察にて肉眼的腫瘍を認めず、画像検査でも直腸浸潤を伴った腫瘍病変は縮小不明瞭化となった。進行・再発子宮頸癌に対する薬物療法について考察する。

○松岡 亮、古川 茂宜、村松 七生、加藤 麻美、岡部 慈子、佐藤 哲、磯上 弘貴、添田 周、藤森 敬也

福島県立医科大学 産科婦人科学講座

【緒言】放射線性腸炎は、骨盤腔内への放射線治療後の2-20%に生じる合併症である。可逆性の早期障害と不可逆性の晩期障害に大別され、晩期障害は血便によるQoLの低下がしばしば問題となる。アルゴンプラズマ凝固(Argon plasma coagulation: 以下APC)が主たる治療とされるが、症状の改善が得られない場合に高圧酸素療法(Hyperbaric Oxygen Therapy: 以下HBO)を治療に選択する報告が散見される。

【目的】放射線治療後に生じた放射線性腸炎症例の治療方法とその成績についての検討を目的とした。

【方法】当院で、2009年から2023年の15年間で、子宮頸癌に対する根治的放射線治療後に、放射線性腸炎を発症した5症例を対象とした。年齢、進行期(FIGO2018)、照射方法、放射線性腸炎の発症時期、行われた治療について調査した。

【結果】年齢中央値は67歳(43-80)、進行期は全例Ⅲ期(ⅢA1例、ⅢB1例、ⅢC1r1例、ⅢC2r1例)で、全例で中央遮蔽、ブースト照射、腔内照射を含む根治的照射が行われており、外照射の総線量は58-64Gy、腔内照射は24Gy行われていた。照射終了後から発症までの期間は約8~11か月で、治療として4例でAPCおよびバイポーラによる凝固止血、4例でHBOが行われていた。2例(1例はHBOのみ、1例はAPCとHBOの併用)では症状の改善がみられたが、2症例(2例ともAPCとHBOの併用)では血便の消失が得られず、うち1例では現在も高圧酸素療法が継続されている。1例は直腸腔瘻の発症により人工肛門造設を要した。全例において長期間の入院管理を要した。

【結語】放射線性腸炎の晩期障害によりQoLの低下を招来し、症状の制御に難渋する症例が散見される。各治療法の特徴を理解して適切に組み合わせることで症状の改善にあたる必要があると考える。

○石井 顕徳、高橋 聡太、鬼怒川 博孝、小丸 扶紗子、湊 敬道、田中 宏典、吉田 瑤子、葛西 亜希子、葛西 剛一郎

八戸市立市民病院 産婦人科

【緒言】低悪性度子宮内膜間質肉腫 (low-grade endometrial stromal sarcoma: LGESS) は子宮体部悪性腫瘍の 0.2% を占める稀な疾患である。また、LGESS 合併妊娠の報告はほとんどされていない。当院で経験した、妊娠および子宮内胎児死亡を契機に LGESS の診断に至った一例を報告する。

【症例】41 歳、1 妊 0 産。市販の妊娠反応が陽性となり前医受診した。多発子宮筋腫合併妊娠として、当科紹介となった。初診時、子宮筋層は多数の筋腫様の腫瘍が存在し、超音波断層法検査で胎嚢の位置確認が困難であったため、妊娠 7 週時に単純 MRI を撮像し、胎嚢が子宮内膜に着床していることを確認した。子宮筋層の腫瘍は筋腫様の像であったが、後腹膜リンパ節腫大の可能性が指摘された。妊娠 12 週の初回妊婦健診時には、子宮内胎児死亡となっていた。患者は挙児希望があったが、死産後〇ヶ月の再評価の造影 MRI、造影 CT 検査で、後腹膜リンパ節腫大が再度指摘された。悪性の子宮平滑筋腫瘍疑いの診断で、開腹子宮摘出術の方針とした。術中病理迅速診断で平滑筋低悪性度腫瘍の可能性があったため、子宮全摘、両側付属器切除に加え、腫大が指摘されていた後腹膜リンパ節の郭清、大網部分切除術を施行した。永久標本で子宮筋層の腫瘍は LGESS の病理診断となった。リンパ節転移と大網転移があり、手術病期分類は FIGO stage IVB であった。退院後は補助療法としてレトロゾールの内服を開始している。

【考察】本症例では、妊娠初期の画像検査で後腹膜リンパ節腫大の可能性を指摘されており、妊娠前から LGESS が存在していたと考えられる。LGESS の進行は緩徐であり、発見時に遠隔転移を認める例は稀であるが、画像検査でリンパ節腫大を伴う子宮腫瘍を認めた際は悪性疾患を考慮する必要がある。

○藤田 将行、川村 裕士、田中 良明、白藤 文、玉村 千代、大沼 利通、品川 明子、折坂 誠、吉田 好雄

福井大学医学部附属病院 産婦人科

【緒言】胎児共存奇胎は正常胎児と胞状奇胎が共存する稀な多胎妊娠で、その頻度は 2.2 万～10 万例に 1 例と報告されている。産科合併症や続発性疾患のリスクを伴うため、妊娠中断を余儀なくされる事も少なくない。今回、妊娠 36 週まで妊娠を継続できた胎児共存奇胎の症例を経験したので報告する。

【症例】29 歳、1 妊 0 産。クロミフェン内服、タイミング指導で妊娠成立し、前医で妊婦健診を開始した。妊娠 12 週 2 日、経腔超音波断層法で子宮内を観察した際、正常な胎児、胎盤とは別に、内子宮口から離れた位置に 4cm 大の胞状奇胎様の病変を認め、胎児共存奇胎と診断された。妊娠 15 週に周産期管理目的に当院へ紹介となった。妊娠継続により生児を得ることができる可能性がある一方で、妊娠継続に伴う様々な産科合併症リスクや存続絨毛症リスクを夫婦へ説明したところ、夫婦は妊娠継続を強く希望された。妊娠 17 週で羊水染色体検査を実施し 46XY 正常核型を確認した。母体の血中 hCG は診断時 316,300IU/mL であったが、経時的に減少し、妊娠 28 週には 112,000IU/mL となった。母体に高血圧や切迫早産兆候は認めなかった。妊娠 32 週に胎児発育不全と診断し、入院管理とした。妊娠 36 週 1 日の胎児心拍数モニタリング検査で高度遅発一過性徐脈が散発したため、胎児機能不全の診断で緊急帝王切開により分娩とした。児は 1,676g の男児、Apgar score 1 分値 9 点、5 分値 9 点、臍帯動脈血 pH7.349 で出生し、NICU に入院となった。奇胎組織は胎盤娩出後に手動的に排出させた。母体の術後経過は良好であり、術後 7 日目に退院とした。母体血中 hCG は順調に低下し、分娩後 2 ヶ月でカットオフ値未満となった。

【考察】本症例では診断時の母体血中 hCG が 40 万 IU/mL 未満と比較的低値であったことに加え、妊娠中に血中 hCG が経時的に低下したこと、奇胎組織が内子宮口から離れた位置に存在していたことが、長期間の妊娠維持が可能であった理由と考えられた。

○蓑花織、草開 妙、松井 俊一郎、曾根 香穂、山本 健太、本多 真澄、南里恵、飴谷 由佳、谷村 悟

富山県立中央病院産婦人科

子宮腺筋症合併妊娠は、流産や早産、妊娠高血圧腎症などのハイリスクであることが報告される。今回、初期流産手術後に多量出血のため子宮動脈塞栓術（UAE）を要した症例、ARTにより双胎を妊娠し高度炎症のため後期流産に至った症例と、それぞれ周産期管理に難渋した子宮腺筋症合併妊娠の2症例を経験したので報告する。

症例1は、43歳3妊0産。他院での子宮腺筋症核出術の既往があった。妊娠10週相当の稽留流産のため当院を紹介受診した。MRIでは一部筋層の菲薄化が疑われた。移植日より数えて妊娠14週時に手動吸引法で流産手術を行ったが、術後に多量出血を認めUAEを行った。総出血量は1500gであり、赤血球濃厚液4単位、フィブリノーゲン製剤の投与を要した。術後4ヶ月、外来子宮鏡検査で子宮腔内の遺残や癒着がないことを確認した。

症例2は、36歳2妊0産。Kishi分類subtype IV、最大径10cmの子宮腺筋症のため当科通院していた。近医で胚盤胞2個を移植され妊娠成立、二絨毛膜二羊膜双胎と診断された。妊娠15週4日に一児子宮内胎児死亡、翌日に死児側の完全破水となった。採血でWBC 21400/μL、CRP 18.06 mg/dLと著明高値であり、抗生剤治療は無効であった。16週4日には生児側の破水を認めた。21週1日に経膈分娩に至ったが、総出血量1900g、赤血球濃厚液6単位、新鮮凍結血漿6単位の輸血を要した。胎盤病理では絨毛膜羊膜炎Stage IIと診断された。

症例1では初期流産の手術にも関わらずコントロールできない出血を認めUAEを要した。症例2では母体の反復する著明な炎症のため妊娠継続が困難であり、本症例でも分娩時の多量出血を認めた。子宮腺筋症合併妊娠では、初期や中期の流産であっても、出血や慢性炎症の増悪に留意した慎重な管理が必要である。

○佐藤 冴子、染谷 真行、玉手 雅人、松浦 基樹、森下 美幸、馬場 剛、石岡 伸一、齋藤 豪

札幌医科大学附属病院産婦人科学講座

広汎子宮頸部摘出術は子宮頸癌に対する治療法の一つであり、特に若年女性において妊孕性温存の観点から重要な治療選択肢となる。しかし、根治性を確保する観点から、腫瘍径が大きい場合は適応とならず、本邦ではI B1期までが適応とされている。今回、我々は腫瘍径41mmで子宮頸癌I B3期と診断された症例に対して術前化学療法後に広汎子宮頸部摘出術を施行し、挙児を得た1例を経験したので報告する。

27歳女性。未妊未産。不正出血で受診し、腫瘍径41mmの子宮頸癌でI B3期と診断された。挙児希望があり、術前化学療法施行し腫瘍の縮小を確認した後に広汎子宮頸部摘出術を施行した。腹水細胞診陰性、切除断端陰性、リンパ節転移陰性であり追加切除や術後補助療法の必要はないと判断した。術後6か月で自然妊娠し、妊娠30週より管理入院としたが、切迫兆候なく経過した。36週4日で帝王切開術を施行した。2730g、女児、Apgar score 8/9点で、術中・術後合併症なく退院となった。当院管理中の子宮頸部細胞診では異常所見を認めなかった。子宮頸癌の今後の管理は近医にて行う方針である。

子宮頸癌に対する広汎子宮頸部摘出術は妊孕性温存術式として確立されている。本症例では術前化学療法で腫瘍縮小を図り、広汎子宮頸部摘出術後に妊娠・出産に至った。妊娠中は合併症なく、周術期にも合併症なく経過した。海外では腫瘍径の大きな局所進行子宮頸癌に対し術前化学療法後の広汎子宮頸部摘出術が数多く報告されている。一方で、本邦では広汎子宮頸部摘出術は腫瘍径20mm以下の子宮頸癌に対しての施行にとどまっておらず、術前化学療法により腫瘍縮小を図った後の広汎子宮頸部摘出術の報告はほとんどない。本症例は子宮頸癌患者の広汎子宮頸部摘出術の適応を拡大させ、妊娠・出産の可能性を広げうる一例であり、今後も慎重に適応を検討し、患者のQOL向上に寄与していくことが重要と考えられる。

○飯田 紗羅、松本 多圭夫、高田 笑、山之内 僚、島田 堇、佐伯 吉彦、柴田 健雄、山本 恵、藤田 智子、高倉 正博

金沢医科大学産科婦人科学

【緒言】Turner 症候群は 45,X を代表とする性染色体異常症で、低身長や卵巣機能不全を特徴とする。本症での自然妊娠率 2.0～7.6%と低く、流産や妊娠合併症も健常女性に比べ多い。今回、モザイク型 Turner 症候群合併の妊娠および分娩を 2 例経験したため報告する。

【症例 1】33 歳，140cm。13 歳時に低身長を契機にモザイク型 Turner 症候群と診断され、小児期にレボチロキシナトリウム内服や GH 補充療法が行われた。月経は 11 歳時に自然発来し、26 歳頃まで 1 か月周期であった。体重減少により徐々に月経不順となり、27 歳時より Kaufmann 療法が開始された。前医にて排卵誘発、漢方内服、タイミング療法が行われ、二絨毛膜二羊膜双胎を妊娠。周産期管理のため妊娠 14 週に当科紹介となった。妊娠中、血圧や耐糖能は正常で、心臓超音波検査、胸部血管 MRI 検査で心血管に明らかな異常は認めなかった。また児の異常も指摘されなかった。切迫早産の予防のために妊娠 26 週 2 日より管理入院とし、安静のみで目立った問題なく経過。合併症発症のリスクを勘案し、妊娠 33 週 5 日に帝王切開を行い、男児 2 人を出産した。両児ともに低出生体重のため NICU 管理となったが、現在本患者と児の経過は良好である。

【症例 2】36 歳，146cm。9 歳時に低身長を契機にモザイク型 Turner 症候群と診断され、GH 療法で加療された。月経は 13 歳時に自然発来した。前医にて排卵誘発、タイミング療法が行われ、妊娠成立。周産期管理のため妊娠 17 週に当科紹介された。潜在性甲状腺機能低下を認めたため、レボチロキシナトリウムの内服を開始した。血圧、耐糖能、心血管、児の異常はなく経過している。

【考察】Turner 症候群合併妊娠では妊娠高血圧、妊娠糖尿病、低出生体重児といった周産期合併症が多い。また頻度は少ないが胸部大動脈瘤破裂による死亡例も報告されている。他科と連携し、合併症の適切な評価、管理を行うことが重要である。

○稲月 あかり¹⁾、安田 俊¹⁾、磯上 弘貴¹⁾、大越 千弘²⁾、福田 冬馬¹⁾、村松 七生¹⁾、松岡 亮¹⁾、山口 明子¹⁾、藤森 敬也¹⁾

1) 福島県立医科大学 産科婦人科学講座、2) 白河厚生総合病院 産婦人科

【緒言】化学療法や放射線療法は C-AYA 世代のがんサバイバーにおける妊娠・出産に影響を与えることが報告されている。今回化学療法・放射線療法の既往を持ち、分娩時・分娩後に出血性ショックを来した症例を経験したので報告する。

【症例】20 代女性。10 代の頃に外陰部未分化肉腫の診断にて、2 回の腫瘍切除、左鼠径リンパ節郭清を行った後に放射線療法と VAC 療法を施行された。第 1 子妊娠時には妊娠 30 週に胎胞突出を認め切迫早産にて入院し、36 週に自然分娩となった。今回自然妊娠成立し、妊娠 17 週 5 日に当科紹介となった。初診時時点で胎胞突出あり入院管理としていたが、19 週 2 日に流産となった。胎盤娩出までの間に大量出血をきたし出血性ショックとなり全身管理を必要とした。産後胎盤遺残を認め保存的に加療を行っていたが、産褥 33 日目に多量の出血で来院し、造影 MRI で胎盤遺残と仮性動脈瘤の診断となり、UAE で止血を行った。その後は出血なく、遺残胎盤は自然排泄した。

【考察】化学療法後の妊娠出産に関し、周産期夜ごとの関連を報じる文献は未だ少数である。一方、放射線暴露後の妊娠出産に関しては、多数の既報がある。子宮への放射線曝露は子宮の血管、内膜、筋層にダメージを与えることで子宮内膜の機能低下を来すとともに、子宮容量の減少・弾性力の低下をきたし早産や分娩後出血リスクを増加させると考えられている。本症例においても、放射線療法の既往が今回の流産や分娩後出血につながった可能性がある。放射線療法の既往は周産期合併症のリスク因子であり、注意深い周産期管理が必要である。

○並木 竜介、熊澤 由紀代、白澤 弘光、岩澤 卓也、小野 有紀、寺田 幸弘

秋田大学医学部附属病院産婦人科

【目的】

卵管卵巣膿瘍（TOA：tubo-ovarian abscess）は、膣、子宮からの上行感染により、発症する骨盤内炎症性疾患である。今回不妊治療中、妊娠中の難治性 TOA 症例を経験したので報告する。

【症例】

32 歳 1 妊 0 産 両側子宮内膜症性嚢胞に対して 2 回の腹腔鏡下卵巣腫瘍核出術歴あり。不妊治療中に TOA を繰り返しており保存的加療を受けていた。人工周期融解胚移植にて妊娠が成立したが、妊娠 6 週 腹痛、発熱で再診し、右卵巣子宮内膜症性嚢胞への感染疑いで入院した。入院 2 日目 腹痛の増悪あり、CT にて、子宮内膜症性嚢胞の破裂、虫垂炎疑いの指摘あり、緊急腹腔鏡手術となった。腹腔内は上腹部まで膿性腹水を認め、虫垂炎や消化管穿孔所見はなく、右卵巣膿瘍が破裂していた。内部を可及的に洗浄し、ドレーンを留置し終了した。術後抗生剤投与するも、膿瘍再貯留あり数回穿刺ドレナージを施行し、術後 18 日に退院した。妊娠経過は良好であったが、妊娠 12 週 2 日発熱を主訴に受診し、右卵巣膿瘍（7cm）を認め入院し、抗生剤治療を再開した。妊娠 12 週 6 日穿刺ドレナージ施行。以降、解熱したが現在も入院加療継続中である。

【考察】

TOA は抗生剤治療に対して難治性なものが多く超音波ガイド下穿刺、腹腔鏡または開腹手術まで必要となる場合がある。本症例では膿瘍破綻での腹膜炎に対し腹腔鏡下膿瘍ドレナージ術を行ったが術後に膿瘍腫大を認め複数回穿刺ドレナージを行なった。穿刺ドレナージは炎症所見、腹痛等諸症状の改善に有効であり、妊娠中にも安全に施行できる。

○三村 萌¹⁾、春日 芙貴子¹⁾、小林 大暉¹⁾、南 香穂¹⁾、中野 遥香¹⁾、足立 岳貴¹⁾、倉 ありさ¹⁾、
萬 和馬¹⁾、齋藤 豪²⁾

1) 製鉄記念室蘭病院 産婦人科、2) 札幌医科大学付属病院 産婦人科

【緒言】妊娠時に高血圧を認めた場合、妊娠高血圧症候群（HDP）と定義される。HDP は全妊娠の 5～10% に発症し、母体死亡や周産期死亡、その他様々な母児合併症の原因となる。今回 HDP に HELLP 症候群を合併し、急速に産後 DIC を来した 1 例を経験したので報告する。

【症例】32 歳、初産、既往歴や家族歴に特記事項なし。妊娠にて当科を初診され、初期検査で妊娠糖尿病 2 点陽性となったが、内科管理の上栄養指導のみで血糖コントロールは良好であった。その他母児共に経過良好であったが、36 週頃から血圧の軽度上昇と体重増加著名、浮腫を認め、自宅血圧測定を指示した。38 週 2 日の夜に自宅で頭痛と血圧 160/100 台の急上昇を認め、即日管理入院となった。入院後降圧薬の内服と安静により、血圧は 140-150/70-80 台に落ち着いたため、翌日の帝王切開を予定していたが、深夜に心窩部痛が出現し、血液検査で HELLP 症候群の診断となり緊急の帝王切開を施行した。2405g、ApgarScore8/9 の元気な男児を出産し、術中出血は 200ml 程度であったが、帰室後も血圧が 160-170/90-100 台と高値を持続していたため、降圧薬と硫酸 Mg の持続投与を開始し、その後は血圧 130/70 台に落ちていた。しかし術後 8 時間頃に乏尿と血尿、創部からの滲む出血が出現し、緊急の血液検査を施行したところ、Plt2.2 万、FDP51.5 μg/ml と DIC 傾向を認め、血液内科にも依頼し、早急に治療を開始した。治療後状態は安定し、術後 8 日目に無事退院となった。

【考察】HDP は様々な合併症を発症し、母児の生命・健康を脅かす重篤な疾患となる場合がある。根本的な治療法は未だなく、妊娠中の適切な管理や発症予防が重要である。発症した場合は、重症化や合併症を起こさせないための先手の予防策が求められる。

○宮川 穂波、米田 哲、津田 竜広、伊東 雅美、竹内 麻優子、新居 絵理、生水 貫人、米田 徳子、
中島 彰俊

富山大学附属病院産婦人科

【背景】分類不能型免疫不全症（CVID : common variable immunodeficiency）は原発性免疫不全症の一つであり、低ガンマグロブリン血症と易感染性を主徴とした症候群である。妊娠中に重症感染症を発症した場合、母児ともに危険な状態に陥ることも考えられる。今回、呼吸器感染症を繰り返す CVID 合併妊娠を経験したので文献的考察を加え報告する。

【症例】28 歳、2 妊 1 産。5 歳時に CVID と診断され、呼吸器感染症を繰り返し、気管支拡張症と無気肺を認めガンマグロブリン補充療法（IVIG）が行われていた（目標値：IgG>1000mg/dL）。自然妊娠後に CVID の管理として、IVIG を増量し加療されていたが、前医で肺炎による入院を繰り返しており、妊娠 13 週 2 日に妊娠分娩管理を目的として当院を紹介受診した。初診時の血液検査では、WBC 6,960 / μL、IgG 1159 mg/dL（基準値内）、IgA 4 mg/dL（低値）、CRP 0.32 mg/dL であった。当院感染症内科と併診し、発熱や炎症反応上昇を認める場合には、抗菌薬感受性などを確認しながら外来にて抗菌薬投与を行った。妊娠期間中、長期において抗菌薬投与を要したが、入院に至るほどの重篤な感染症は認めなかった。感染症内科と合同でカンファレンスを行い、呼吸機能検査を実施のうえ、分娩方針は経膈分娩とし、長期の薬剤投与も考慮し計画分娩した。妊娠 37 週 6 日に入院し、オキシトシン点滴静注による分娩誘発を行い経膈分娩に至った。弛緩出血を認めたものの、子宮双手圧迫とオキシトシン持続点滴静注で対応可能であった。新生児所見：男児、体重 2812g (-0.3SD)、身長 49cm (+0.5SD)、Apgar 9/9、UApH 7.277、BE +1.1 産褥 3 日目に胸部単純 CT 検査を施行し、無気肺、軽度の肺炎を疑う所見もあり、抗菌薬投与を継続したものの、産褥 4 日目に母児ともに退院となった。

【考察】CVID 合併妊娠は稀であり、分娩例は過去 50 年間に約 40 例ほどの報告がある。CVID 合併女性の分娩は、母体への IVIG による重症感染症の発症予防を行うことで安全に施行可能であった。

○関 萌花^{1,2)}

1) 函館中央病院 産婦人科、2) 北海道大学病院

【目的】妊婦健康診査で行う全血球計算で、平均赤血球容積（MCV）や赤血球分布幅（RDW）に注目することは少ない。妊娠高血圧腎症の発症予測に sFlt-1/PlGF が用いられるようになったが、検査へのアクセサビリティの地域差があるため、実臨床で用いられる頻度は高くない。そこですべての妊婦に応用できるように全血球計算で HDP の発症予測を行えないかを検討することとした。

【方法】2013 年から 2023 年に当院で分娩した妊婦のうち、中期・後期の血液検査結果のあった妊娠高血圧症候群（HDP）の妊婦と、その分娩直前に分娩した健常妊婦 1 名を対象とした。対象者の妊娠初期、中期、後期の全血球計算、在胎週数、分娩方法、胎盤重量、胎児体重について検討した。

【結果】HDP47 名と健常妊婦 47 名を対象とし、HDP の内訳は高血圧合併妊娠 17 名、妊娠高血圧 13 名、妊娠高血圧腎症 12 名、加重型妊娠高血圧 5 名であった。HDP を有した集団ではヘモグロビン、ヘマトクリット、MCV、RDW のうち有意に MCV が低値を示した（初期 MCV85.3 vs 89.0 fL, $p<0.01$; 中期 MCV88.5 vs 92.5 fL, $p<0.01$ ）。初期 MCV89.3fL をカットオフとした場合、AUC:0.70 感度 0.71、特異度 0.61 で、中期 MCV92.7fL をカットオフとした場合、AUC:0.75、感度 0.88、特異度 0.59 で HDP を予測した。

【考察】本研究では HDP で正常よりも有意に MCV が低値を示した。HDP の発症機序には炎症性サイトカインが関与しており、それらは慢性疾患に伴う貧血（ACD）の発祥にも関与する。HDP の病態において小球性貧血を呈することが推察される。

【結論】MCV を確認することで、妊婦健康診査で行う検査の範囲内でおおまかな HDP の発症予測を行える可能性がある。

○向井 将登¹⁾、早坂 真一¹⁾、山口 峻史¹⁾、竹中 尚美¹⁾、田野口 孝二¹⁾、西岡 宏泰²⁾、富田 美弥³⁾、吉田 舞³⁾、田中 哲洋⁴⁾

1) 東北公済病院産婦人科、2) 東北公済病院内科、3) 東北大学病院産婦人科、4) 東北大学病院腎臓高血圧内科

【緒言】血栓性微小血管症（thrombotic microangiopathy: TMA）とは微小血管症性溶血性貧血、消費性血小板減少、微小血管内血小板血栓による臓器障害を三主徴とした病態を示す疾患である。今回我々は出産後に大量出血を認め、これを契機に顕在化した TMA の 1 例を経験したため報告する。

【症例】38 歳女性、1 妊 0 産。既往歴：特記事項なし。妊娠 27 週と 34 週の採血で血小板 $15 \text{ 万} / \mu\text{L}$ と低下傾向を指摘されていたが、そのほか妊娠経過には特に問題は認めていなかった。妊娠 40 週に陣痛発来し遷延分娩のためクリステル圧出法併用で経膈分娩となった。分娩後に 1940g の出血あり、出血性ショック（収縮機血圧 80mmHg 台、Shock Index1.37）を来した。輸液でショックからは脱したが、Hb6.4g/dL、血小板 $3.7 \text{ 万} / \mu\text{L}$ と低下を認め、濃厚赤血球液 4 単位を輸血し、産褥 2 日目に Hb8.2g/dL と改善したが、血小板は $4.2 \text{ 万} / \mu\text{L}$ と依然として低値であり、さらに腎機能悪化（Cre3.47mg/dL）を認めたため、当院内科にコンサルトした。産科 DIC スコアは 2 点で産科 DIC 基準は満たさず、溶血性貧血（Hb8.2g/dL、LDH609U/L、ハプトグロビン $<10 \text{ mg/dL}$ ）・血小板低下（ $3.7 \text{ 万} / \mu\text{L}$ ）・腎機能障害（Cre3.47mg/dL）の三主徴を認めることから、妊娠関連 TMA と考えられ東北大学病院に転院となった。ADAMTS13 活性は 70% と低下を認めず、血栓性血小板減少性紫斑病（thrombotic thrombocytopenic purpura: TTP）は否定的で、非典型的溶血性尿毒症症候群（atypical hemolytic uremic syndrome: aHUS）や二次性 TMA が疑われたため、産褥 2-7 日目まで血漿交換療法施行し、血小板、腎機能の改善を認めた。以降経過問題なく、産褥 17 日目に退院となった。

【考察】妊娠関連 TMA は腎障害等の臓器障害を来し得る予後不良な疾患である。診断確定のための諸検査と並行して腎不全等の臓器障害の重症化を予防するために血漿交換療法を含む速やかな集学的治療が必要になるため、本疾患を疑った段階で高次医療施設への早期の搬送が重要であると考えられる。

○向井 悠馬

釧路赤十字病院産婦人科

【緒言】抗リン脂質抗体症候群は動・静脈血栓症ならびに習慣流産、妊娠高血圧症候群などを合併する疾患である。また SLE は妊娠しても自然流産や死産の頻度が高く、生児を得られても早産になる可能性が高い疾患である。そのためこれらの疾患を合併した妊婦の管理は慎重に行う必要がある。今回、SLE に加え、抗リン脂質抗体が陽性であった妊娠症例を経験したので報告する。

【症例】34 歳、未妊、20 歳から SLE の治療中であったが病勢が落ち着いており妊娠は許可されていた。24 週より FGR 傾向が出現し、尿蛋白が増加、26 週で血小板数が 5.7 万 /dl と減少を認めた。また抗リン脂質抗体も認めていた。尿 P/C 比が 5.78 に上昇し、ネフローゼの進行を認めたため SLE の再燃を疑い、入院管理を開始した。安静保持し、妊娠前から内服していたプレドニゾロン 5mg/日とメチルドパ 1g/日を継続した。児は -2.0SD 程度の FGR であったが、成長を認めていたため、可及的に妊娠期間の延長を試みる方針とした。しかし、徐々に血小板減少と低補体血症を認めたため小児科と協議し、術前に血小板輸血とベタメサゾンの投与を行い、33 週 4 日に帝王切開を行った。児は 1447g (-1.8SD)、RDS は認めなかった。胎盤には凝固壊死、顕微鏡的梗塞巣を認めた。産後、血小板数は速やかに回復したが、尿蛋白の増量を認め、内科へ転科となった。

【結語】本症例は SLE に加え抗リン脂質抗体陽性が判明した妊娠例であった。今回、血栓症や妊娠合併症の既往を満たさないため抗リン脂質抗体症候群の診断とはならなかったが、合併症の管理と児娩出時期の決定に苦慮した。特に血小板減少に関しては推移の予測が困難であった。また FGR も出現しており、胎児の well-being にも注意する必要があった。このような症例では、母児双方を管理するため複数科との綿密な連携が重要であると思われた。

○女屋 隼人、平山 恵美、佐藤 元哉、渡邊 碧、今泉 翠、橋本 大樹、川端 公輔、箱山 聖子、早貸 幸辰、首藤 聡子

市立札幌病院産科婦人科

【緒言】抗リン脂質抗体症候群 (APS) では、妊娠高血圧腎症 (PE) や胎児発育不全 (FGR) および、静脈血栓症に加え脳梗塞などの動脈血栓症を発症するリスクが高い。今回 PE により 36 週 1 日で緊急帝王切開を施行され、術後、血小板減少が生じ、病因検索を進める中で、抗リン脂質抗体陽性が判明した患者が、退院後、大脳の多発小梗塞を発症した症例を経験したので報告する。

【症例】31 歳、2 妊 0 産 (人工流産 1 回)。自然妊娠成立後、前医で妊婦健診を受けていた。妊娠 34 週 3 日の健診で血圧 147/88 mmHg を認め、尿蛋白は陰性で、自宅血圧測定を指示された。36 週 1 日に血圧 190/121 mmHg、尿蛋白定性 3+ を認め、当院に母体搬送された。全身浮腫あり即日妊娠終結方針とし、緊急帝王切開により 1948g の男児を ApgarScore8/9 で娩出した。術当日の利尿は十分であり Ca ブロッカーによる降圧も良好であったが、産褥 3 日目血小板減少 (6 万 / μ L)、産褥 4 日目に腹水著明増加を認め利尿薬での対症療法を行った。血小板減少について APS も念頭に検査追加したところ LAC1.31、抗 CL β 2GP1 51.2 U/mL が判明した。産褥 8 日目以降に症状著明改善し、産褥 10 日目に血小板 12.2 万 / μ L に回復、産褥 11 日に下肢静脈超音波検査で深部静脈血栓ないこと確認し、産褥 12 日目に退院とした。退院後 8 日目に頭痛を主訴に当院外来を受診し、MRI 検査を実施したところ多発小梗塞の診断となった。その後抗血小板薬治療が開始され症状は改善した。

【考察】PE を管理する際には、APS が背景にありえることを念頭にいれるべきである。また産褥期に血小板減少をきたした場合に抗凝固療法を行いにくいというジレンマはあるが APS を合併している場合には脳梗塞や肺血栓塞栓の発症を常に念頭に入れた管理 (発症予防と早期発見) が必要と考えた。

脊椎圧迫骨折を来した妊娠授乳関連骨粗鬆症の1例

○瀧田 徳勇、酒井 一嘉、伏見 和朗、堅田 李花

山形県立新庄病院 産婦人科

【序論】

妊娠授乳関連骨粗鬆症は、発症率 0.014% とまれな疾患である。しかしながら妊産婦に脊椎圧迫骨折を発症し、強い腰痛を来すこともある。そのため、妊産婦の生活の質を著しく低下させる恐れがある疾患である。そのため早期発見、早期治療が重要となる。

【症例】

35 歳、2 妊 1 産、身長 151 cm、体重 53 kg。既往歴：不眠症、腰頸椎ヘルニア。家族歴：父が骨粗鬆症。生活歴：喫煙なし、飲酒習慣なし、運動習慣なし。月経周期は 33 日周期で順調だった。自然妊娠し問題なく分娩に至り、産後は完全母乳だった。産後 87 日目に腰痛を主訴に受診し、画像検査で脊椎圧迫骨折と骨密度の低下を認め、妊娠授乳関連骨粗鬆症の診断となった。疼痛管理と断乳、抗ビタミン D 製剤による治療を行い、増悪なく経過している。

【考察】

産後は胎盤の娩出、授乳などホルモンバランスに大きな影響を与えるイベントがある。そこに食生活、運動、家族歴など様々な因子が関与することで妊娠授乳関連骨粗鬆症を発症する。

また、妊娠授乳関連骨粗鬆症は若年女性に発症するため、常に授乳と妊娠を考慮し、適切な薬剤を選択し治療を行う必要がある。

妊娠 23 週で交通事故のため高度脳機能障害を伴う頭部外傷を生じ、帝王切開で生児を得た一例

○田中 誠悟、千葉 仁美、石原 佳奈、田村 良介、三浦 理絵、尾崎 浩士

青森県立中央病院産婦人科

【緒言】妊婦の約 2.9% が交通事故に遭遇しているとの報告がある。今回我々は、妊娠 23 週で交通事故のため重篤な頭部外傷を生じ、帝王切開を行った症例を経験したので報告する。

【症例】33 歳、1 妊 0 産、既往歴に特記事項なし。自然妊娠成立後、近医で妊婦健診を受けていた。妊娠 23 週 0 日、横断歩道歩行中に自動車がノーブレーキで衝突した。JCS3 桁で近医救命救急センターへ搬送となり、CT で脳挫傷、急性硬膜下血腫、クモ膜下血種、気脳症、頭蓋骨骨折、骨盤骨折等を認めた。児は子宮内で生存しており、母体・胎児の管理目的に同日当院へ搬送となった。脳外科では外科的治療で改善の見込みなく、保存的治療の方針となった。産科診察では明らかな常位胎盤早期剥離を疑う所見は認めないが、短期間で母体急変の可能性がある、その場合は児の生命維持も困難になると予測された。患者への意思確認は不可能であり、脳外科医、救急医、産婦人科医より患者家族へ病状説明を行ったところ帝王切開を希望され、同日緊急帝王切開を行った。児は 545 g の女児で、Apgar score 1 分値：1 点、5 分値：4 点で NICU 入院となった。術中に RBC4 単位、FFP10 単位、PC10 単位の輸血を行った。術後の全身管理は救急医が行い、脳波からは脳死判定には至らないが、高度脳機能障害で JCS300 のまま抄録作成時で約 50 日が経過している。児は脳室内出血や消化管穿孔で治療を要し、現在も NICU での管理を継続中である。

【考察】母体が脳死状態での分娩報告は極めて少ない。本症例では、搬送時点では母体の脳死状態への移行、急速な全身状態の悪化が予想され、その場合は児の生命維持も困難になるとの判断のもと、患者家族の希望に沿って妊娠 23 週で帝王切開を行った。この対応については議論の分かれるところであろう。本症例が議論のきっかけや、類似症例の参考になれば幸いである。

○南部 仁美、波々伯部 隆紀、高橋 望、岡 秀明、鈴木 秀文

福井愛育病院

【緒言】統合失調症は妊娠中増悪することがあり、特に分娩～産褥期には増悪しやすいといわれている。また統合失調症の症状の一つである昏迷とは、外部の状況を認識しながらも意思の発動を著しく欠いた状態であり、意識障害をきたす他疾患との鑑別が困難な場合がある。今回、分娩中に意識障害を呈し、最終的に昏迷と診断した症例を経験したため報告する。

【症例】25歳、1妊0産。統合失調症合併妊娠であり、内服アドヒアランスはやや不良だが妊娠後もアリピプラゾール3mg/日を内服継続していた。精神状態は安定しており妊娠経過は順調であった。妊娠39週2日に陣痛発来したが、微弱陣痛であり分娩遷延した。子宮口9cm開大時に過換気発作に続発するGCS6点(E4V1M1)の意識障害が出現した。急速墜娩の可能性考慮したが、1時間程度で意識状態は自然回復した。その間バイタルサイン・胎児心拍陣痛図ともに概ね安定しており、分娩所見も進行あったため経膈分娩続行の方針となった。その後は意識障害なく経過し経膈分娩に至り、児は問題なく出生した。しかし、会陰縫合終了時に再度GCS3点(E1V1M1)の意識障害が出現した。前回同様に1時間程度で自然回復した。意識障害の原因検索のため、頭部CT・頭部MRI・血液検査・脳波検査を行ったが特記すべき異常は認めなかった。また後日改めて確認すると、陣痛発来後はアリピプラゾールを自己中断していたことが判明した。以上より、分娩遷延に伴うストレスおよびアリピプラゾール内服中断を背景にした昏迷と診断した。

【考察】分娩中の意識障害の鑑別は多岐にわたり、器質的疾患の他に精神疾患も考慮する必要がある。特に統合失調症合併妊娠は、分娩時に昏迷を引き起こす可能性を考慮し、本人にとってストレスが少ない分娩方法の選択や、内服アドヒアランスの遵守が必要となる。

○河西 優理香、荻野 奈緒、松井 望、高森 さやか、才津 義亮、伊藤 実香、結城 浩良

黒部市民病院

【緒言】胆道疾患は妊娠に伴い発症リスクが高くなることが報告されている。今回妊娠中に発症し、診断・治療に至った症候性胆石発作および胆石性膵炎について若干の文献的考察も加えて報告する。

【症例】1例目は34歳G1P0。妊娠26週4日に心窩部痛を主訴に近医内科を受診したが、明らかな異常は指摘されず帰宅となった。妊娠27週0日に上腹部痛、悪心が発現したため当科を受診した。胎児・胎盤は正常で、血液検査で肝胆道系酵素の異常はなかったが、経腹超音波で胆嚢腫大と胆嚢内の結石を確認し、胆石発作が疑われた。すぐに外科に相談し、翌日に腹腔鏡下胆嚢摘出術が施行された。術後経過は良好で、その後の妊娠経過も異常なく、妊娠39週6日で吸引分娩に至った。児は3240g、Aps9/10、UApH 7.298であった。

2例目は31歳G2P1。妊娠32週5日に上腹部痛のため近医産婦人科を受診した。頻回の子宮収縮と頸管短縮を指摘されリトドリン塩酸塩点滴を開始されたが改善なく、翌日に当院へ母体搬送となった。胎児・胎盤に異常はなかったが、血液検査で肝胆道系酵素の上昇があり、HELLP症候群や急性妊娠性脂肪肝、急性膵炎を鑑別に腹部CTを撮影したところ急性膵炎を指摘された。妊婦後期でありERCPの施行が困難で保存的加療の方針となったが、上腹部痛発作のコントロールが困難であり妊娠32週6日で帝王切開となった。児は2108g、Aps8/9、UApH 7.26で当院NICUに入院し、RDSの診断でサーファクタント投与後SiPAP管理となったが、日齢5には離脱し、生後1ヶ月11日(修正38週3日)に自宅退院した。患者は帝王切開後に上腹部痛が軽快し、総胆管結石の嵌頓解除が予測されたが、MRCPで胆管内結石を認めたため術後6日目にERCPで結石摘出が施行された。

【考察】妊娠中の上腹部痛では胆石関連疾患も鑑別に入れる必要がある。妊娠時期により積極的治療が行えない場合があり、病態増悪による母児死亡の報告もあるため他科との連携により症例ごとに治療方針を決定する必要がある。

分娩後異常出血にて救急搬送され急性妊娠脂肪肝と診断した一例

○兩國 啓^{1,2)}、富田 美弥²⁾、木村 翔太²⁾、鶴田 光将²⁾、田上 和磨²⁾、柳田 純子²⁾、濱田 裕貴²⁾、只川 真理²⁾、岩間 憲之²⁾、齋藤 昌利²⁾

1) 東北大学病院 卒後研修センター、2) 東北大学病院 産婦人科

【緒言】急性妊娠脂肪肝 (acute fatty liver of pregnancy, AFLP) は妊娠後期に発症し、肝不全や腎不全、DIC をきたしうる重篤な疾患である。今回、吸引分娩後に異常出血をきたしたため救急搬送された後に、急性妊娠脂肪肝と診断した一例を経験したため報告する。

【症例】34 歳女性、4 妊 3 産。既往歴に特記事項なし。妊娠 36 週 4 日、胎児機能不全に対し緊急帝王切開を準備中に、急激に分娩が進行し吸引分娩となった。分娩後に出血量 1263g となり、分娩後異常出血の診断で当院へ救急搬送となった。来院時意識清明、脈拍 110 台、血圧 130/70mmHg 台で、皮膚と眼球結膜に黄染がみられた。採血検査にて T-bil 6.3mg/dL、AST 33U/L、ALT 104U/L、Cre 1.63mg/dL、PT-INR 1.53、APTT 71.9 sec、血小板数 15.6 万 / μ L、AT III 16%であった。超音波検査では肝腎コントラスト上昇、造影 CT では低吸収域を認め、脂肪肝に矛盾しなかった。Swansea criteria で 9 項目を満たし、AFLP と診断した。産後出血に対して、RBC 8 単位、FFP 8 単位を輸血、AFLP に対してフィブリノゲン 6g、AT III 製剤 7200 単位、ウルソデオキシコール酸 600mg/ 日の治療を行った。治療経過は良好で、採血所見も改善したため分娩後 7 日目に退院となった。

【考察】AFLP は 7000 ~ 20000 分娩中 1 例でみられる稀な疾患であり、進行した状態で診断されることもある。肝逸脱酵素の上昇や凝固異常、上腹部症状など HELLP 症候群と共通する臨床所見もあるため、両者の鑑別は容易ではない。AFLP の診断基準は確立されていないが、臨床所見、Swansea criteria、AT III を組み合わせることが診断に有用である。本症例のような臨床所見を呈した際には AFLP も鑑別に入れ精査を行うべきである。

腎盂腎炎による敗血症性ショックを契機に筋強直性ジストロフィーが疑われた 1 例

○佐藤 珠希¹⁾、富田 美弥¹⁾、木村 翔太¹⁾、安藤 宏輔¹⁾、濱田 裕貴¹⁾、齋藤 昌利¹⁾、桜井 愛恵²⁾、金子 仁彦³⁾、井泉 瑠美子³⁾

1) 東北大学病院産婦人科、2) 東北大学病院新生児科、3) 東北大学病院神経内科・遺伝科

【緒言】筋強直性ジストロフィー (dystrophia myotonica : DM) は、筋強直および筋萎縮などの骨格筋症状を主徴とし、多臓器を侵す遺伝性の全身性疾患である。常染色体顕性遺伝形式をとり、表現促進現象により次世代がより重症化することがある。妊娠中の敗血症性ショックを契機に母体の DM を疑い、さらに胎児期より児の先天型 DM を疑った症例を報告する。

【症例】33 歳、1 妊 0 産。子宮筋腫核出術後、体外受精で妊娠成立。妊娠 31 週 5 日に発熱、下腹部痛のため前医救急外来を受診し、全身状態より敗血症性ショックを疑われ当院搬送となった。精査の結果、左腎盂腎炎による敗血症性ショックと診断した。入院時の血液検査でクレアチンキナーゼ 3757 U/L と異常高値を認め、斧様顔貌、把握性ミオトニアがあることから神経筋疾患を疑った。神経内科医より DM の可能性が高いと診断された。経腹超音波で羊水過多傾向、児のテント状口唇と内反足を認め、先天型 DM が疑われた。補液と抗菌薬投与、尿管ステント留置により敗血症は改善し、妊娠 32 週 5 日に退院となった。DM について神経内科・新生児科・当科より説明を行い、分娩後の遺伝カウンセリングを希望された。妊娠 37 週 5 日に新生児科立会いのもと、選択的帝王切開術を施行した。児は 2727 g、女児、Apgar score 3/7 点 (1 分 / 5 分)。呼吸障害を認め、人工呼吸器管理となった。筋緊張低下を認め先天型 DM の可能性が高いと診断された。生後 1 カ月時点で経鼻酸素による呼吸補助と、嚥下障害のため経管栄養を行っている。今後、遺伝カウンセリングを行う予定である。

【結語】DM 合併妊娠のうち、19% で重症尿路感染症を合併したと報告する文献があった。妊娠中の尿路感染症は稀ではないが、重症化する場合は、検査所見、身体所見を確認し DM の可能性も念頭におく必要があると考える。また、妊娠中に DM が判明した場合、患者には自身の疾患だけでなく児の先天型 DM の可能性を念頭においた適切な説明や支援をすることが必要である。

当院での身体的・精神的ケアが必要な妊産婦の母乳導入率と、母乳育児を導入するためのサポート状況について

○横山 美奈子、國井 基思、對馬 立人、小玉 都萌、田中 幹二

弘前総合医療センター 産婦人科

【目的】母乳育児は母体の糖尿病や高血圧の発症リスクを低下させるという報告や、児の1型および2型糖尿病発症予防に有効であるという報告がある。当院は地域周産期医療センターとして近隣周産期施設からハイリスク妊産婦を受け入れる一方、「赤ちゃんにやさしい病院（BFH）」として産後2週間健診時に併設している母乳外来で完全母乳を希望する褥婦に対しては積極的な授乳指導を行っている。そこで今回、身体的ケアが必要な褥婦の母乳外来・産後1か月健診での完全母乳率を比較することにより、当院のサポート体制の有用性について検討した。

【方法】2019年～2022年の4年間に当院で単胎分娩し産後1か月健診を施行した褥婦1,862人を調査対象とし、母乳導入率を調査した。以下の7項目に該当する褥婦を抽出し、母乳外来時および産後1か月健診時の完全母乳率を比較検討した。①帝王切開（CS）施行、②妊娠高血圧症候群（HDP）発症、③妊娠糖尿病（GDM）発症、④産科異常出血（PPH）発症、⑤妊娠中期以降に何らかの理由で当院紹介または搬送、⑥低出生体重児分娩、⑦分娩後に児が何らかの疾患により入院。

【成績】母乳率は産後2週時の母乳外来では52.8%であったが、産後1か月健診時は58.4%と上昇していた。さらに①～⑦の全ての項目において上昇しており、GDM発症妊婦の産後1か月健診時における完全授乳率は50%を超えていた。しかし、HDP発症褥婦の産後1か月健診時の母乳導入率は37.1%と低値であった。そこで、HDP褥婦における産後1か月健診時の完全母乳育児に関する多重ロジスティック回帰分析を行なったところ、Apgar score1 分値および児の出生時体重で有意差を認めていた。

【結論】当院での母乳外来における身体的サポートや授乳指導は有効であったと考えられる一方、HDP発症褥婦のケアについては今後改善すべき点があるものと考えられた。母児双方の健康増進につなげるために今後も母乳育児を希望する産婦のサポートを継続していく方針である。

当院での切迫早産における出生前ステロイド投与に関する検討

○佐藤 仁美、生野 寿史、安田 麻友、上村 直美、森川 香子、山口 雅幸、常木 郁之輔、田村 正毅、柳瀬 徹、倉林 工

新潟市民病院 産婦人科

【目的】出生前ステロイド投与（ACS）は、投与開始後48時間以降～7日以内に分娩となった場合に新生児予後改善が期待できる。一方、ACS施行後の正期産児においては、長期的発達予後への影響が指摘されている。今回、当院での切迫早産症例におけるACS投与の実施時期に関して検討することを目的とした。

【方法】2021～2023年の期間、妊娠22～33週に切迫早産の診断にて入院管理を行い、当院にて分娩となった症例を対象とした後方視的コホート研究である。胎児疾患、子宮内胎児死亡、品胎妊娠、胎盤位置異常は除外対象とした。ACS投与のタイミングは臨床所見から担当医が個別に判断し、妊娠34週未満に1コースの投与を実施し、子宮収縮抑制剤の投与方法は、maintenance tocolysisを原則としている。投与開始後48時間以降～7日以内に分娩となった症例の割合を最適ACS率とし、ACSの実施が完了しなかった症例の割合を投与未完了率とした。ACSを実施したにも関わらず正期産となった症例の割合についても解析を行なった（ACS後正期産率）。

【結果】解析対象は133例であり、うち120例（90.2%）が早産となった。妊娠34週未満の早産率68.7%（92/120例）であり、最適ACS率は24.0%（32/133例）であった。非投与率は12.0%（16/133例）であり、ACS後正期産率は10.5%（14/133例）であった。ACS施行後、1週間以上経過して分娩となった88例のうち、投与開始時に自覚・他覚所見とも子宮収縮が認められていない症例が14例（15.9%）含まれていた。

【結語】当院の最適ACS率は23.9%であり、投与の適正化を図っていく上でもACS実施時期の検討とモニタリング継続が重要であると考えられた。

○石津 夕稀子、梅本 美菜、小川 栞、西村 庸子、岡村 直樹

市立釧路総合病院 産婦人科

【緒言】本邦において無痛分娩の需要は高まっており、実施施設は増加の一途にある。当院では麻酔科協力のもと2021年より無痛分娩を開始した。当院での実施状況について調査し、文献的考察を交えながら報告する。

【方法】2021年10月から2024年3月までに当院で無痛分娩を希望された妊婦に対して施行された硬膜外無痛分娩の状況を調査した。当院では初産婦に対し医学的適応・予定日超過以外は原則陣痛発来時にのみ実施し、経産婦に対しては37週前後の内診所見で子宮口の熟化が得られた例に計画分娩を実施した。硬膜外麻酔導入開始は産婦人科医が総合的に決定し、麻酔科医師へ依頼した。硬膜外麻酔導入開始時間については原則平日9時から16時30分に設定した。

【結果】調査期間内の無痛分娩希望者は210例であり、当院の全体の分娩数の約23.7%であった。無痛分娩外来で説明を受けた後に実施を希望しなかった方は全体の2.8%であった。また全症例のうち医学的適応で無痛介入を行った症例は全体の2.3%であった。分娩第一期の平均は初産婦で646.4時間、経産婦で354.1時間であり、第二期の平均は初産婦で66.6時間、経産婦で18.5時間であった。無痛介入から出生までに要した時間の平均は初産婦で413.6時間、経産婦で370.1時間であった。当院で初産婦が無痛分娩を実施できた割合は56.8%であり、そのうちの22.2%が予定日超過誘発を行った症例であった。微弱陣痛・怒責不足により吸引分娩やクリステレルを行った症例は無痛症例全体の40.5%であった。また、over night 症例は全体の20.3%であった。出生後の児のApgarスコアの平均は8.0/8.9であった。

【結語】当院は根釧地域で唯一の硬膜外無痛分娩実施施設である。産科・麻酔科スタッフでの連携のもと今後も安全な無痛分娩を提供していくため、実施状況の定期的な振り返りつつ、当院の分娩体制をさらにブラッシュアップしていく必要がある。

まだ見ぬ母子の命を救うのはだれですか？

避難所運営ゲームを用いた災害時母子救護研修のころみ

○齊藤 良玄、松宮 寛子

北海道大学産婦人科

【背景】わが国の災害対応は、被害想定の下『いかに減災するか』に焦点があてられている。減災のためには自助、共助を高める必要がある。避難所運営ゲームは北海道内各市町村に配備されており、災害を模擬体験し自助、共助を高めるツールとして有用である。一方で、小児・妊産婦・医療的ケア児に対する対応は、その特殊性から過去の災害時に課題とされていた。そこで我々は避難所運営ゲームを用いた災害時母子救護研修を開催し、母子救護のポイントを伝える啓発活動を2018年から現在までに9回おこなっている。今回、本研修参加者へのアンケート調査から、災害時母子救護における課題および今後の活動の方向性について検討した。

【方法】無記名の事後アンケートにより、会の満足度（5段階）と、受講前知識として、災害時小児周産期リエゾンの存在、妊婦が深部静脈血栓症を発症しやすいこと、新生児低体温症が危険なこと、妊婦が福祉避難所を利用できることについての5項目について調査した。

【結果】研修会の参加者97人中、回答者は70人（68%）だった。参加者の職種は小児周産期領域医療従事者33人（47%）、小児周産期領域以外の医療従事者26人（37%）、非医療従事者11人（16%）だった。会の満足度は平均4.77だった。災害時小児周産期リエゾンを知っていたのは28人（40%）、妊婦が福祉避難所を利用できることを知っていたのは19人（28%）だった。深部静脈血栓症は61人（87%）が知っていて、新生児低体温症は60人（86%）が知っていたが、非医療従事者に限ればどちらも約半数が知らなかった。

【考察】非医療従事者へ啓発すべき母子救護のポイントとして、深部静脈血栓症、新生児低体温症の2つが示唆された。それにより避難所での共助を高め、減災につながる可能性がある。また、災害時小児周産期リエゾンの知名度や福祉避難所利用についての認知度はいまだ低く、今後も平時の活動を重ねていく必要があるかもしれない。

○西藤 吉宏、田沼 史恵、関 萌花、小葉松 斐、中山 大輝、古田 佑、片岡 宙門

函館中央病院産婦人科

【緒言】バセドウ病合併妊娠では胎児の甲状腺機能障害や甲状腺腫大のリスクがあり、慎重な管理を要する。胎児採血で直接的に胎児の甲状腺機能を評価できるが、侵襲性が高いため他の評価法が望ましい。本症例では甲状腺腫大を認めた胎児の甲状腺機能を超音波所見で推定し、定期的に評価を続けた。

【症例】35歳,G1P0.合併症：バセドウ病,プロラクチノーマ.内服薬(妊娠前):ヨウ化カリウム 50mg/day,プロピルチオウラシル 100-150mg/day(100mgと150mgを交互に投与),レボチロキシナトリウム 12.5μg/day,カベルゴリン 0.25mg/day(週2日投与).既往歴:多嚢胞性卵巣症候群

【経過】妊娠前の甲状腺機能はTSH 0.986 μIU/mL,FT3 3.03 pg/mL,FT4 0.78 ng/dLと投薬下に安定していた.妊娠21週に胎児甲状腺腫大を指摘され,以降定期的にHuelらによるエコーでのスコアリングシステムなどにに基づき胎児の甲状腺機能を評価した.出産までスコア1点(2点以上で甲状腺機能亢進症),かつ甲状腺内部は高輝度で均一な状態で経過し,胎児の甲状腺機能は安定と判断していた.妊娠39週2日,分娩停止のため帝王切開で3519gの男児を出産した.臍帯血検査の結果はTSH 3.79 μIU/mL,FT4 1.00 ng/dLと概ね正常値であった.

【考察】スコアリングと甲状腺内部エコー像より,胎児の甲状腺機能を評価し,新生児の所見とも概ね合致した.

【結語】胎児の甲状腺機能評価に超音波検査が有効である可能性がある.

○塚本 若菜¹⁾、桃野 友太¹⁾、勝岡 優奈²⁾、新里 龍司¹⁾、片山 大輝¹⁾、佐藤 直人¹⁾、畠山 佑子¹⁾、柏館 直子¹⁾、武山 陽一¹⁾、新倉 仁¹⁾

1) 国立病院機構仙台医療センター産婦人科、2) 国立病院機構仙台医療センター血液内科

【症例】23歳、女性、1妊0産、既往歴は不安障害、家族歴は特記なし

【現病歴】自然妊娠し、妊娠11週0日、妊娠初期の血液検査で赤血球数 227000、Hb 8.3 g/dL、HCT 24.3%と貧血を認めた。血小板減少はなかった。MCV 107 fl、MCH 36.6 pgと大球性貧血であったため、妊娠20週0日に血液検査を行い、赤血球数 190000、Hb 7.6 g/dL、HCT 21.9%と貧血の進行があった。フェリチン、血清鉄は上昇、ビタミンB12、葉酸は基準値範囲内であり、鉄欠乏性貧血、巨赤芽球性貧血は否定的であった。妊娠20週1日、血液検査で網状赤血球 3.8%と増加あり、芽球の出現を認めた。肝機能障害はなく、甲状腺機能異常はなかった。妊娠20週3日、骨髄穿刺を施行、過形成骨髄、芽球の軽度増加や巨核球系細胞の異形成の所見あり、また環状鉄芽球が見られ、骨髄異形成症候群に伴う鉄芽球貧血が疑われた。精査中から頻回に貧血による体動時の息切れや易疲労感などの症状があり、2-3週間ごとに赤血球輸血を行った。児の経過は大きな問題はなかった。妊娠41週3日、分娩予定日超過のため分娩誘発を行ったが、重症妊娠高血圧のため、緊急帝王切開で分娩した。2966g、Apgar score 1分値 8点、5分値 8点、術中出血は600g。術前Hb 9.6 g/dL、術後1日目のHb 6.9 g/dLであり、赤血球輸血を4単位行い、術後6日目で退院した。術後3週間ごとに赤血球輸血を行っている。引き続き、血液内科で治療中である。

【考察】妊娠中の貧血は母児の周産期予後の悪化に繋がる可能性がある。妊娠中の貧血は75%が生理的な血液希釈による鉄欠乏性貧血と考えられており、鉄剤内服のみで経過観察されることも少なくない。鉄剤内服で改善しない貧血があった場合、鉄欠乏性貧血以外の疾患を鑑別に上げて精査する必要がある。

○伏見 和人、今野 めぐみ、藤島 綾香、高須賀 緑、富樫 嘉津恵、大山 則昭、佐藤 朗

秋田赤十字病院産婦人科

【緒言】多発性硬化症は20~40代の女性に好発するが、本邦における有病率は10万人あたり1人程度と稀である。神経障害に伴う合併症や多発性硬化症の再発のリスクはあるが、適切な管理により安全な妊娠・分娩が可能である。今回、多発性硬化症による対麻痺合併妊娠の一例を経験したので報告する。

【症例】37歳、1妊0産、19歳で対麻痺・尿閉を主訴に多発性硬化症と診断された。ステロイドパルス療法を施行したが、対麻痺は残存し座位は自立できるがTh4以下の感覚障害がある。自然妊娠し初期より当院で妊婦健診を行った。感覚障害により子宮収縮が感知できないため、子宮頸管長を2週間毎に評価した。妊娠30週で頸管長の短縮があり、切迫早産で入院した。母体への影響を鑑み子宮収縮抑制剤は使用しなかった。切迫早産の症状悪化があったことと妊娠継続の母体にかかる負担が大きくなり、妊娠33週4日で計画分娩とした。分娩誘発中に臍帯脱出を認め緊急帝王切開術を施行した。児は1591g、Apgar score8/9点(1分/5分)だった。

【考察】四肢麻痺あるいは対麻痺のある女性の1~2割程度が妊娠分娩を経験する。麻痺があっても経膈分娩は可能であり、分娩方法は通常の産科適応で決定する。これらの妊婦には神経障害による切迫流早産や排便・排尿障害、尿路感染、褥瘡、貧血、静脈血栓症、自律神経過反射などのリスクが伴う。また、多発性硬化症合併妊娠では妊娠前のコントロールが産後の再発リスクを軽減させるが、妊娠・分娩による身体的または精神的ストレス、感染が多発性硬化症を悪化させる。妊娠から産後まで神経障害による合併症および多発性硬化症の管理を適切に行うには、患者と家族の協力をえながら、産科、助産師、神経内科、小児科、介護福祉士などが密接に連携し、治療計画を共有していくことが重要となる。

○石田 里咲¹⁾、山岸 葉子¹⁾、佐々木 秀¹⁾、小幡 宏昭¹⁾、山田 翔太²⁾

1) 上越総合病院 産婦人科、2) 上越総合病院 神経内科

【背景】妊娠中の下部尿路症状としては頻尿や尿失禁が比較的多く認められるものの、尿閉をきたすことは稀である。今回、妊娠13週および妊娠30週にそれぞれ異なる原因で尿閉をきたし、著しいQOLの低下を招いた2例を経験したため報告する。

【症例1】34歳、2妊1産。妊娠13週より下腹部痛と尿閉を繰り返し前医を受診し、以降は自宅で導尿していた。妊娠14週に食思不振と体動困難感を自覚し、妊娠悪阻の診断で入院した。入院後、両上肢の振戦と両下肢の麻痺を認め、神経診察およびMRI検査、髄液検査所見から急性散在性脳脊髄炎と診断された。ステロイド療法およびリハビリテーションを施行しつつ、現在妊娠継続中である。尿閉に対しては膀胱留置カテーテルを用いた。その後に認めた直腸障害に対しては、妊娠18週に高次医療機関で人工肛門増設術が行われた。

【症例2】34歳、1妊0産。妊娠30週より不完全尿閉となった。膀胱に最大で1800mLの尿が貯留していた。自己導尿や膀胱留置カテーテルは疼痛を伴うため拒否し、外来で適宜導尿を行っていた。原因検索のためMRIを撮像し膀胱と両側腎盂尿管の拡張を認めた。排尿障害の早期改善を目的として、妊娠37週に選択的帝王切開術を施行した。開腹時、膀胱が子宮前面を覆い、腹膜翻転部は臍直下に達していた。子宮後面は広範囲な癒着を認め、両側付属器周囲やダグラス窩の観察は不能であった。術後尿閉は改善した。

【考察】妊娠中に尿閉を認めた場合、早期診断を必要とする疾患が背景にあることもあり、尿閉の原因検索を行い適切に介入することが重要であると考えられた。また、尿閉の原因は異なっていたが、2例ともに著しいQOL低下を招くこととなり、精神面を配慮したサポートが必要であった。

○安藤 夕乃、福士 義将、和田 真一郎、酒井 基

手稲溪仁会病院産婦人科

【緒言】真性多血症は骨髄増殖性腫瘍で、赤血球や白血球、血小板の産生が亢進する。血栓症や出血のリスクが高く、真性多血症合併妊娠では妊娠の予後が不良であった報告が多い。今回、真性多血症患者において二度の周産期管理を経験したため若干の文献的考察を交えて報告する。

【症例】34歳、妊娠歴なし、特記すべき既往歴なし。挙児希望があり、他院でのスクリーニング検査で多血症を指摘され、当院血液内科を紹介受診した。真性多血症と診断され、定期的な瀉血が行われていた。同年タイミング法により第一子を妊娠し、妊娠初期より当科を受診した。妊娠中にアスピリン、ヘパリンによる抗血栓療法、瀉血療法を行った。妊娠32週から管理入院を開始し、37週に経膈分娩に至った。新生児所見は2350g(AFD)、Apgar score 1分後6点、5分後8点であった。37歳時に第二子を自然妊娠し、再び当科を受診した。前回同様の妊娠分娩管理を行い、妊娠37週に経膈分娩に至った。新生児所見は2554g(AFD)、Apgar score 1分後8点、5分後8点であった。分娩後数時間で外陰部血腫ができ、緊急血腫除去術を施行した。その際に撮像した造影CT検査で下大静脈から卵巣静脈にかけての広範囲に偶発的に血栓を認めた。ヘパリンやリバーロキサバンによる抗凝固療法、ハイドロキシウレアの投与を行い、血栓が消失したため産褥40日に自宅退院した。

【考察】真性多血症合併妊娠はまれであるが、既報によると、生児出生率が低く、血栓症や出血、妊娠高血圧腎症など合併症が多い。本症例では妊娠中に抗血栓療法、瀉血療法を行い、二度の分娩に至った一方で、産後に偶発的に深部静脈血栓症を認めた。真性多血症患者の周産期においては、血栓症のリスクが高いことを念頭に置いた密な管理が重要である。

【結語】真性多血症患者の周産期管理を経験した。真性多血症患者の周産期において、血栓症のリスクが高いことを念頭に置いた慎重な管理が必要であると考えられる。

○辻 季野、川村 裕土、細川 美津希、工藤 渉、佐々木 晴菜、玉村 千代、大沼 利通、折坂 誠、吉田 好雄

福井大学医学部附属病院産科婦人科

【緒言】血友病Bとは血液凝固第IX因子の遺伝子変異を病因とする、稀な出血性疾患である。保因者の1/3程度は出血症状を有し、重大な合併症をもたらす可能性がある。妊娠中の女性が抜歯後に大量出血したことを契機に、血友病B保因者であると診断した一例を提示する。本症例では保因者と診断されたことで、適切な治療と分娩管理が行われた。

【症例】症例は33歳、1妊0産、自然妊娠により妊娠成立した。幼少期に抜歯後大量出血した既往があるが、家族歴に特記事項はない。妊娠21週で智歯を抜歯した際に大量出血を認めた。その後の妊娠経過は良好で、妊娠33週に当院へ紹介となった。初診時の血液検査でAPTT(活性化部分トロンボプラスチン時間)が47.1secと延長し、第IX因子活性値が13%と低値であり、血友病B保因者と臨床診断した。分娩前後に第IX因子を補充する方針とし、妊娠38週4日に骨盤位の適応で選択的帝王切開術を予定した。妊娠35週で輸注試験を行い、周術期の第IX因子の投与量を計画した。帝王切開当日、は第IX因子活性値100%程度を目標にベネフィクス®(遺伝子組換え血液凝固第IX因子製剤)を6,000単位投与し、APTTが34.7secと正常であることを確認し、全身麻酔下に帝王切開を行なった。出血量は1,470gで輸血は要さなかった。術後は第IX因子活性値50%を目標にベネフィクス®を1日2,000単位ずつ投与する方針としたが、術後2日目のAPTTが46.9secと延長していたため、術後3日目よりベネフィクス®を増量し、術後3日目6,000単位、4・5日目4,000単位を投与した。出血症状はなく、術後7日目に児と退院した。

【考察】血友病Bの診断は、遺伝学的検査による診断が原則だが、臨床においては出血症状の既往とAPTTの延長に基づいて行われることが多い。家族歴が不明な場合でもこれらの指標は、血友病Bの可能性を示唆する。分娩管理においては、輸注試験の結果とAPTTのモニタリングを通じて適切に第IX因子の補充量を決定することの重要性が、本症例で示された。

当院式 Joel-Cohen 変法と Pfannenstiel 法, 下腹部正中切開法の比較～ 531 件の帝王切開症例の検討～

○谷口 智紀、星合 哲郎、小林 咲菜、笹瀬 亜弥、佐々木 恵、氷室 裕美、平山 亜由子、宇賀神 智久、早坂 篤、大槻 健郎

仙台市立病院 産婦人科

【緒言】帝王切開を施行する際の開腹方法は施設、または術者によって様々である。近年、鈍的剥離を中心とした Joel-Cohen 変法において術中出血量、術後疼痛等の点で優位性が報告されている。当院においては、整容面と皮膚の伸展性の観点から Pfannenstiel 法の皮膚切開を置いたのちに Joel-Cohen 変法を参考に、助手と 2 人で鈍的剥離にて開腹する工夫を行っている。そこで当院における帝王切開術 531 例を後方視的に分析し、当院式 Joel-Cohen 変法の傾向を解析した。

【方法】2022 年 1 月 1 日～2023 年 12 月 31 日までの期間に、当院において帝王切開術を施行した症例を集積し、診療録からデータ集積が可能であった 531 例を当院式 Joel-Cohen 変法 (J 群: 255 例)、Pfannenstiel 法 (P 群: 106 例)、下腹部正中切開法 (縦切開群: 170 例) に分類した。また、それぞれの群から年齢、帝王切開術時の妊娠週数、手術 3 日後の NRS (Numerical Rating Scale)、新生児体重、既往帝王切開回数、手術時間、術中出血量、全手術の臍帯動脈血 pH、pH 7.20 未満のアシドーシス症例の有無、予定帝王切開術時における臍帯動脈血 pH を集積し、3 群間において統計学的検討を行った。

【結果】手術時間、術中出血量において J 群は優っており、他群と比較し有意差を認めた ($p < 0.05$)。全手術の臍帯動脈血 pH、予定帝王切開術時における臍帯動脈血 pH は縦切開群において pH は高く有意差を認めた ($p < 0.05$) が pH 7.20 未満のアシドーシス症例の有無を検討すると有意差は認めなかった。

【結語】J 群は手術時間、術中出血量において優位であり、当院式 Joel-Cohen 変法は既報告における Joel-Cohen 変法と同様に良い傾向であることが示された。

Mycoplasma hominis による帝王切開術後腹腔内膿瘍が遷延したクローン病合併妊娠の一例

○石川 雄大¹⁾、影近 瑠唯¹⁾、中西 研太郎¹⁾、吉澤 明希子¹⁾、金井 麻子¹⁾、横浜 祐子¹⁾、中嶋 えりか²⁾、加藤 育民¹⁾

1) 旭川医科大学産婦人科学講座、2) JA 北海道厚生連 旭川厚生病院 産婦人科

【諸言】生殖器常在菌である Mycoplasma hominis (M. hominis) は、細胞壁をもたないため、グラム染色では検出できず、βラクタム系抗菌薬に自然耐性をもつ。診断と治療に苦慮した M. hominis による帝王切開術後腹腔内膿瘍の一例を報告する。

【症例】25 歳、クローン病 (CD) 合併の初産婦で、前医で周産期管理されていた。近医内科で CD に対し妊娠 38 週までベドリズマブ (VDZ) を投与されていた。妊娠 40 週 1 日に子宮内感染の疑いで帝王切開分娩となったが、術後 1 日目より発熱、上腹部痛、嘔吐が出現し、術後感染症およびイレウスを疑いピペラシリン・タゾバクタムが投与された。造影 CT 検査、腹水穿刺が施行されたが感染巣は同定されず、CRP 高値が遷延した。消化管造影検査でクローン病の増悪による腸管狭窄が疑われ、術後 8 日目に当院に転院した。CT 画像の再評価にてクローン病の増悪は否定されたが、術後 11 日目に新たに子宮の圧痛と腹部筋性防御が出現したため、試験開腹を行なった。骨盤内と上腹部に膿瘍を認めドレナージを行ったが、癒着剥離する際に腸管を損傷し、ストマ造設を要した。再開腹後も解熱せず、創部感染を合併した。転院時および手術時腹腔内の細菌培養から M. hominis が分離され、再開腹後 3 日目に抗菌薬をミノマイシンに変更し症状改善を得た。創部離解の治療に時間を要し、再開腹後 42 日目に退院した。

【結論】CD の病歴と βラクタム系抗菌薬で改善しない治療経過から、より早期に M. hominis を想定した抗菌薬に変更することで治療アウトカムを改善できた可能性がある。術前の VDZ 投与は手術部位感染症のリスクを上昇させるとする報告もあり、VDZ 投与中の CD 合併妊娠の診療では、関係する診療科と適切に連携して、最終投与から分娩まで十分な間隔を設けることが考慮される。

緊急帝王切開術後に ESBL 産生大腸菌による腹腔内感染症を来し、腹腔洗浄ドレナージ手術を適用した 1 例

○宮下 裕美¹⁾、佐藤 直樹²⁾、金森 勝裕²⁾、津谷 明香里²⁾、有明 千賀²⁾、能登 彩²⁾

1) 秋田厚生医療センター研修センター、2) 秋田厚生医療センター産婦人科

Extended Spectrum beta (β)-Lactamase (ESBL) 産生菌は薬剤耐性菌の一種で、第 3・第 4 世代セファロスポリン系薬まで分解する β-ラクタマーゼを産生する。症例は 38 歳、2 妊 0 産。IVF-ET により妊娠し、当院で健診を受けた。妊娠 41 週 0 日に予定日超過のため入院し、41 週 4 日に機械的頸管拡張で分娩誘発が開始された。41 週 5 日にオキシトシン静注による陣痛促進がなされたが、Level 4 の胎児徐脈が出現し NRFS として緊急帝王切開術が実施された。2920g の女児を Apgar Score は 8 点 (1 分) / 9 点 (5 分) で娩出した。破膜時には羊水混濁が認められた。術中と術後に予防的抗菌剤 (CEZ) の投与を受けたが、帝王切開術後 3 日目に 39.6℃ までの発熱があり、血液検査では CRP 値 21mg/dl、白血球数 9000/μl と炎症反応が認められた。発熱以外の症状は乏しかったが、手術部位感染が疑われ抗菌剤 (CTRX+CLDM) が追加投与された。術後 5 日目、CRP 値 23 mg/dl、WBC 数 6500/μl、PCT:陰性、血液培養:陰性であった。術後 6 日目、再熱発したため超音波や造影 CT 検査を実施したが、手術部位に有意な所見なく、少量の腹水貯留を認めた。抗菌剤を MEPM に変更して保存的治療を続けたが、術後 7 日目、CRP 値 27mg/dl、白血球数 10000/μl と改善が得られず、診断と治療を目的に洗浄ドレナージ術が適用された。混濁した腹水と子宮下部に白苔付着が認められ、腹水培養で ESBL 産生大腸菌が検出された。抗菌剤は CMZ+MNZ に変更され、以後は CRP 値と WBC 数は順調に低下した。ドレナージ術後 7 日目で抗菌剤投与は終了となり翌日に退院した。本例は ESBL 産生大腸菌による周術期感染症と臨床判断されるが感染経路は不詳である。感染源、予防、治療、について考察し報告する。

帝王切開創部のドレッシング剤の違いによる合併症発症率の比較

○福田 瑞穂、草開 妙、松井 俊一郎、曾根 香穂、山本 健太、本多 真澄、南 里恵、飴谷 由佳、谷村 悟

富山県立中央病院 産婦人科

【目的】帝王切開の創部では、エストロゲン高値や、若年、創部の位置、高血圧などの妊娠合併症といった、肥厚性瘢痕やケロイドの創部トラブルのリスク因子が多くある。形成外科瘢痕外来の受診患者の 6 割は産婦人科手術後であると報告される。創部表面の上皮化は創傷治癒における重要な過程の一つである。術直後に使用するドレッシング剤ごとの帝王切開創部の合併症発症率の違いについて検討することを目的とした。

【方法】2023 年 11 月から 2024 年 3 月までに当院で帝王切開を行った 18 歳から 45 歳の女性のうち、破水後 48 時間以上経過した症例、アトピー性皮膚炎、ステロイド使用中の症例を除外した。ドレッシング剤 A (アクリル系粘着剤) を使用した 31 例、ドレッシング剤 B (ソフトシリコン粘着剤) を使用した 16 例を対象とした。

【結果】A 群 (n=31) の平均年齢は 34.6 歳 (SD 5.5)、B 群 (n=16) の平均年齢は 33.9 歳 (SD 1.4) であった。緊急手術は A 群 51.6% (16/31)、B 群 37.5% (6/16)、腹部正中縦切開は A 群 58.1% (18/31)、B 群 37.5% (6/16) で行われた。その他臨床的特徴に差は認めなかった。術後 1 ヶ月での創部合併症の発症率は、A 群 25.8% (8/31)、B 群 6.3% (1/16) であった。合併症の内訳 (重複あり) は、創部離開が 7 例、縫合糸の飛び出しが 2 例、接触皮膚炎が 1 例であった。

【結論】適切な湿潤環境を作り切開創の創縁の微小壊死を防ぐことが、創部表面の上皮化や創傷治癒の過程を早めることが報告されている。創部管理ではトータルケアが肝要であるが、術直後のドレッシング剤の選択でも帝王切開創部の合併症の発生を減らせる可能性がある。

○遠藤 輝人、仙道 可菜子、山口 理紗子、伊藤 友理、深瀬 実加、山内 敬子、渡邊 憲和、永瀬 智
山形大学医学部附属病院 産科婦人科

【諸言】 Uterine Compression Suture (UCS) は子宮腔内の癒着や Retained products of conception (RPOC) の原因となりうる。子宮鏡検査は子宮腔内の癒着の有無や範囲、程度の評価が可能である。今回、当院で 2023 年に UCS を行い、子宮鏡検査を術後 4 か月で行った 4 例について後方視的に検討した。

【症例】 症例は母体年齢 26-40 歳 (中央値 36.5 歳)、初産が 2 例、帝王切開既往は 2 例、子宮内手術既往は 1 例であった。妊娠方法は自然妊娠が 1 例、凍結融解胚移植が 3 例であった。胎盤位置異常、子宮奇形、子宮筋腫や子宮腺筋症の合併はいずれも認めなかった。在胎週数は 38 週 3 日 -39 週 1 日、胎児数はいずれも 1、分娩方法は自然分娩が 2 例、帝王切開が 2 例だった。分娩後異常出血の原因は 3 例が胎盤遺残、1 例が原因不明であった。総出血量は 1631-6175 g (中央値 4358 g)、UCS の方法は 3 例が Square Suture、1 例が Square Suture および Matsubara-Yano Suture、縫合糸はいずれも吸収糸であった。術後に子宮内感染や子宮筋層壊死を発症した症例はなかった。子宮鏡検査はいずれの症例も術後 4 か月で施行し、その時点で月経が再開していたのは 2 例で、4 例とも子宮腔内の癒着を認めず、2 例に RPOC を認めた。

【考察】 UCS 後の子宮腔内の癒着の頻度は 18-60% と報告されているが、今回は 4 例とも癒着を認めなかった。RPOC を認めた 2 例は、UCS 前に MRI や CT で胎盤遺残と診断された症例だった。月経や妊孕性への影響に関しては、今回の観察期間では不明であるため、長期的なフォローアップが必要である。

【結語】 UCS 後は子宮鏡検査を含めた慎重な管理が必要である。

○佐藤 元哉、平山 恵美、女屋 隼人、渡邊 碧、今泉 翠、橋本 大樹、川端 公輔、箱山 聖子、早貸 幸辰、首藤 聡子
市立札幌病院

【背景】 卵管間質部妊娠 (IP) 術後妊娠では子宮破裂のリスクがあるが、実際には子宮破裂を予知することは困難であることが多く、IP 術後妊娠の管理方針は明確にはなっていない。

【方法】 IP 時の所見と IP 術後妊娠の周産期臨床像を検討することを目的として、2013 年～2024 年 5 月に当院で経験した IP 術後妊娠 8 症例 9 妊娠を対象とし、IP 時所見と手術内容、その後の妊娠時の治療内容と分娩帰結を後方視的に調査した。

【結果】 8 例の IP のうち、7 例で腹腔鏡手術が施行され、その全例で卵管角楔状切除術が選択された。1 例で開腹での卵管角部線状切開術が選択された。IP 術後妊娠の分娩週数の中央値は 36 週 3 日 (31 週 0 日～37 週 6 日) で、分娩様式は全例帝王切開であった。5 例で子宮収縮増強のため子宮収縮抑制剤治療を要し、6 例で人工早産 (31 週 0 日～36 週 3 日) となった。2 症例で子宮破裂 (31 週 0 日、37 週 6 日) を発症した。子宮破裂を含む 5 例が緊急帝王切開となった。未破裂の 6 例中、3 例で帝王切開時に患側の卵管角に子宮筋層の菲薄化や陥凹の所見を認めた。IP 治療手術時の縫合法や使用デバイスは様々であった。3 例で IP 部が 4cm 以上でそのうちの 2 例に子宮破裂を認めた。

【考察】 IP 術後妊娠の子宮破裂リスクは、腹腔鏡下子宮筋腫核出術 (LM) 後妊娠のそれと比較して高いと報告されている。実際に当院の症例でも 9 例中 2 例が子宮破裂となっており、また妊娠初期から管理した LM 後妊娠 146 例中、子宮破裂に至った症例はなく、先行研究に概ね一致した結果と考えられた。

【結論】 IP 術後妊娠では子宮破裂のリスクがあり、医療スタッフと本人がそのリスクを共有することが重要であり、早い週数からの管理入院も考慮されるべきであろう。

産後の止血困難な外陰部血腫に対して、膠質液・晶質液を大量に投与してTAEを施行した1例

○森山 鑑、伊藤 理恵子、八島 誠司、伊藤 泰史、小島原 敬信

公立置賜総合病院

【緒言】産科危機的出血に対して、十分に輸血する前に膠質液や晶質液を大量投与すると、希釈性凝固障害を引き起こし、止血することが困難になる。今回、総出血 3800 ml に及ぶ産科危機的出血に対して、膠質液、晶質液を大量に投与して、TAE (transcatheter arterial embolization) による止血術が奏功した一例を経験したので報告する。

【症例】32 歳、初産。前医で自然分娩後、右外陰部に血腫が出現した。血腫を縫合し 5 連ガーゼで圧迫したが、分娩 2 時間後に突然外陰部の痛みが増強し息苦しさが出現。両側性の外陰血腫を認めたため、管理目的に当院に救急搬送された。搬送時、Shock Index=1.4、HR 168 bpm、sBP 120 mmHg。到着時 Hb 4.6 g/dL であった。急速補液をし、血行動態が安定したところで CT を施行。造影 CT で尿道付近の腔壁から動脈相で血管外漏出を認めた。しかし、縫合止血は尿道を巻き込む恐れがあり、また組織が柔らかく止血困難と判断したため、TAE の方針とした。準備までの間、腔壁内に一部動脈性に出血をしている血管を確認して、縫合による結紮止血を行ったが、完全止血には至らなかった。その間に院内にあった赤血球製剤 4 単位を輸血するも頻脈は改善せず、血液製剤到着までの間、膠質液、晶質液を大量にポンピングして投与した。輸液後、HR 120 bpm、sBP 110 mmHg 前後。その後 TAE により責任血管を塞栓、完全止血を得て、術後 ICU で管理した。ICU 入室時、TAE と輸液により、HR 115 bpm、sBP 99 mmHg。最終的に、出血量 3800 ml に対して、赤血球濃厚液 14 単位、新鮮凍結血漿 8 単位、血小板液 10 単位を輸血した。TAE 後、Hb 9.2 g/dL まで回復して全身状態が安定したため、術後 3 日目に前医に転院された。

【考察】止血困難な産科危機的出血に対して、膠質液や晶質液を大量輸液して、TAE を施行することは、希釈凝固障害発症のリスクはあるが、母体救命のため循環動態を安定させる目的においては、やむを得ないと思う。

腎血管筋脂肪腫合併妊娠に対し、分娩前に経カテーテル動脈塞栓術を施行した1例

○佐多 綜一郎、颯川 晏奈、麩澤 章太郎、中陳 哲也、村上 幸治、杉山 沙織、中嶋 えりか、中田 俊之、野崎 綾子、光部 兼六郎

旭川厚生病院産婦人科

【緒言】腎血管筋脂肪腫 (Renal angiomyolipoma, 以下 rAML) は良性腫瘍であるが、増大により肉眼的血尿・側腹部痛・血圧上昇などをきたし、また後腹膜腔や尿管内に大量出血する場合もある。合併妊娠の報告は少なく、確立された妊娠分娩の管理方針はない。今回我々は有症状の rAML 合併妊娠に対し、分娩前に経カテーテル動脈塞栓術 (TAE) を行った症例について報告する。

【症例】39 歳、初産。血尿と左側腹部痛を主訴に近医泌尿器科を受診し、CT で左腎に 6cm 大の腫瘍を指摘され、また同時に妊娠も判明したため、当科に紹介された。妊娠 18 週であったが、本人は人工妊娠中絶を希望した。腫瘍は rAML と診断されたが、血尿を伴い、腫瘍サイズが大きく内部に動脈瘤を認めることから、分娩時の大量出血リスクが高いと判断された。分娩に先行して TAE を行ったところ速やかに血尿は軽快し、3 日後に人工妊娠中絶を行い、合併症なく分娩に至った。分娩後の評価で腫瘍径は著変なかったが、動脈瘤の所見は認めず、症状の再燃もなく経過している。

【考察】rAML は妊娠中に増大しやすいとする報告もあり、また物理的圧迫や腹圧により腫瘍内動脈瘤の破裂を生じやすいとされ、特に有症状症例の分娩時には大量出血に注意が必要である。TAE は腫瘍由来の出血や動脈瘤の破裂を抑制し、腫瘍の縮小効果も期待できるとする報告があり、本症例でも出血のコントロールに有用であった。ただし、妊娠継続する場合には、妊娠中の造影剤使用や放射線被曝のリスクに留意する必要がある。通常、成人における rAML は腫瘍径が 4cm 未満で無症状であれば経過観察が原則である。次回妊娠に際して事前に手術介入すべきとのエビデンスはないが、妊娠に伴い腫瘍が急速に再増大する可能性があり、慎重な妊娠管理が必要であろう。

【結語】rAML 合併妊娠は腫瘍由来の大量出血等で母児に重大な危険が及ぶ可能性があり、慎重な管理が必要である。TAE は腫瘍からの大量出血回避や止血に有用である。

HELLP 症候群で帝王切開術後、ショックバイタルを契機に肝被膜下血腫と診断し救命しえた一例

○山寺 岳、黒澤 靖大、穂積 葵、鈴木 優希、邑本 美沙希、遠藤 祐介、村川 東、市川 さおり、田中 創太

石巻赤十字病院 産婦人科

HELLP 症候群の合併症である肝被膜下血腫は、致死率 35%と重篤な疾患である。患者は 35 歳、1 妊 0 産、併存疾患に高血圧症がある。原発性不妊症であり凍結融解肺移植で妊娠成立した。妊娠 12 週時に当院紹介となり、以後当院で妊婦健診を行っていた。高血圧症はメチルドパ内服で管理され、家庭血圧は 120/80mmHg 程度で推移していた。妊娠 32 週 2 日、家庭血圧の上昇、四肢の浮腫があり受診した。外来血圧 185/121mmHg、肝機能障害、血小板低下、腎機能障害があり、HELLP 症候群の診断で緊急帝王切開術を実施した。術中出血量は羊水込みで 1005g、児は 1687g の男児で Apgar Score は 6/9 (1/5 分値)、気管挿管され、NICU 管理となった。術後に硫酸マグネシウム、降圧薬の持続投与を行った。術後 1 日目、血圧低下、脈拍数上昇があり、超音波検査で腹腔内に液体貯留を認めた。そのため造影 CT を施行し、肝被膜下血腫・肝破裂の診断となった。放射線科による血管内塞栓術、また大量輸血によりバイタルサインの改善がみられた。同日胸腹水貯留、呼吸不全あり、ICU で NPPV 管理となった。腹腔穿刺、胸腔ドレナージ、輸血を継続すると次第に循環動態が改善し、肝機能障害を含む血液検査所見も改善を認め、術後 24 日目に軽快退院となった。

今回我々は、HELLP 症候群に対して、帝王切開後の肝被膜下血腫を造影 CT で迅速に診断し複数の科による集学的治療により肝部分切除や開腹止血術を要することなく救命しえた症例を警官したので、文献的考察を加えて報告する。

双胎妊娠に対する選択的帝王切開時に発症した支給型羊水塞栓症の一例

○鈴木 響子、野々垣 康秀、福島 莞太、吉川 栞、山田 和佳、秋江 惟能、飯沼 洋一郎、明石 大輔、森脇 征史

帯広厚生病院 産婦人科

【緒言】羊水塞栓症は稀な疾患ではあるものの、妊産婦死亡の主要な原因のひとつで、予後不良な疾患であるため速やかな診断と治療介入が重要である。今回、双胎妊娠に対する帝王切開時に発症した子宮型羊水塞栓症の症例を経験した。迅速に診断、子宮全摘術と DIC 治療を行い、救命しえた本症例について文献的考察を含めて報告する。

【症例】34 歳、2 妊 0 産、胚移植により二絨毛二膜二羊膜双胎妊娠成立。妊娠経過は順調で妊娠 36 週 2 日に選択的帝王切開術を施行した。双胎児の娩出、胎盤娩出は問題なくなされたが、その後子宮収縮不良が認められ出血量が増加した。子宮収縮剤の投与や、子宮腔内バルーンタンポナーデ法を行うも子宮収縮不良は改善されず、非凝固性の出血が見られた。羊水塞栓症の疑いがあるとして麻酔科に報告し、輸血治療を開始した。ショックインデックス 2.5 の高値となり、産科 DIC スコアは 14 点に相当した。子宮は増大し筋層は非常に柔らかく、血液検査で Fib 43mg/dL と低下し、子宮型羊水塞栓症の早期診断基準を満たした。全身麻酔に切り替え、DIC 治療を行いつつ、子宮全摘術によるアナフィラトキシン除去を行った。総出血カウント量は 5966g、DIC 治療として赤血球製剤 16 単位、新鮮凍結血漿 20 単位、血小板製剤 15 単位、加熱人蛋白血漿 500mL の輸血とフィブリノゲン製剤投与を行った。術後は ICU 入院となり、術後 2 日目に一般病床へ転床、術後 7 日目に母児共に退院となった。摘出子宮の病理結果からは、筋層内の血管に羊水成分や胎児成分がみられ、羊水塞栓症と矛盾しないものと診断された。

【結語】本症例では治療抵抗性の子宮収縮不全や非凝固性の出血から子宮型羊水塞栓症と判断し、麻酔科と連帯して早期治療に移行し救命しえた。妊産婦死亡の頻度も高い本症例は通常の分娩でも起こり得るため、早期診断に合致する場合には速やかにマンパワーの確保、DIC 治療を行い、外科療法の準備を開始するべきであると考えられる。

子宮筋腫核出術後の癒痕子宮破裂に対し、緊急帝王切開術及び破裂子宮縫合手術を施行し母体救命できた1例

○中谷 宏哉、福士 義将、和田 真一郎

手稲溪仁会病院

【緒言】子宮破裂は母子ともに重篤な状態に陥る疾患であり、突発的に起こり適切な対応が求められる産科救急疾患である。当院で経験した母体救命できた子宮破裂の1例を報告する。

【症例】37歳、1妊0産。他院で子宮筋腫核出術の既往がある。妊娠34週3日に急激な腹痛が出現し救急要請。ドクターヘリで当院に搬送となった。当院受診時、母体はショックバイタルで経腹エコーにて腹腔内出血及び腹腔内に脱出した児頭を認めた。胎児心拍は認めなかった。緊急帝王切開術及び破裂子宮縫合手術を施行。破裂した子宮からは緊満した卵膜が見られた。児は幸帽児で、腹腔内に突出している状態であった。右卵巣角近傍にて胎盤と子宮筋層の癒着を認めた。子宮破裂は右卵管角近傍から開始し、左側子宮底部まで断裂した印象であった。子宮破裂部位の縫合を行い止血が得られたことを確認し閉腹した。出血量は6,153mlで、RCC14単位、FFP10単位輸血した。術後ICU帰室となり、入院2日目に一般病棟へ転棟。術後経過良好で、入院8日目に退院となった。

【結語】子宮破裂は稀な疾患であるが、子宮筋腫核出術などの癒痕子宮は子宮破裂の危険因子として挙げられる。リスクある患者に対しては常に発症の可能性を念頭に置きながら日常の診療に臨むことが重要である。

分娩後に血圧低下を認め、子宮筋腫表面の血管破綻によるSHiPと診断した1例

○林 咲良、平吹 信弥、水本 泰成、佐々木 博正、黒岩 征洋、桑原 陽祐、八代 憲司、東 恭子、尾山 量子、碓井 愛

石川県立中央病院 産科婦人科

【緒言】SHiP (Spontaneous hemoperitoneum in pregnancy) は、妊娠中もしくは産褥期に非外傷性の腹腔内出血を来たす疾患である。産褥期のSHiPは妊娠中と比較して発症頻度は低いが、母体の転帰に重要な影響をもたらす可能性がある。今回我々は分娩直後に腹腔内出血に気付かれ、子宮筋腫表面の血管破綻によるSHiPと診断した症例を経験したので報告する。

【症例】症例は39歳、2妊1産。子宮内膜症性嚢胞に対して、これまでに3回の腹腔鏡下手術の既往がある。その後再発右卵巣内膜症性嚢胞および子宮筋腫についてフォローされていた。38歳時に第1子を経膈分娩し、妊娠・産褥経過は良好であった。39歳で第2子を妊娠し、妊娠初期の経膈USで最大径35mmの多発筋腫および既知の右卵巣子宮内膜症性嚢胞が確認されていた。妊娠経過は概ね良好で妊娠39週6日に経膈分娩に至ったが、分娩1時間後までに血圧が低下し、BP60/33、HR105 (SI=1.75) となった。外出血量は分娩時360g、分娩後1時間で40gであった。持続する下腹部痛の訴えと、経腹USで上腹部に腹水が観察されたこと、Hb値6.5と低下していたことから腹腔内出血を疑った。造影CTでは子宮後壁に変性及び破綻した漿膜下筋腫がみられ、腹腔内に大量の血腫が貯留していた。子宮破裂の所見はなく、腹腔内出血の原因は筋腫表面の血管破綻であると考えられ、SHiPと診断した。補液とRBC10単位、FFP10単位の輸血によってバイタルサインは徐々に安定し、経時的な経腹USによる腹水量の評価からも再出血はなかったものと思われた。その後の経過は良好で、産褥4日目に退院した。

【考察】分娩後に外出血量に見合わないバイタルサインの異常を認めた際には、腹腔内出血を鑑別に挙げるべきである。原因として子宮破裂を最も疑うが、子宮筋腫表層血管の血管の破綻によるSHiPを来たす症例もある。

○庄子 嘉美¹⁾、菅原 登¹⁾、櫻田 昂大¹⁾、土岐 麻実¹⁾、前川 絢子¹⁾、加賀 敬子¹⁾、荻野 隆央²⁾、清水 健司²⁾

1) 岩手県立磐井病院 産婦人科、2) 岩手県立磐井病院 外科

【緒言】ポートサイトヘルニアは腹腔鏡下手術の稀な合併症である。12mm ポート孔に腸管が嵌頓することが多く、不十分な創閉鎖が原因と考えられる。今回、右卵巢腫瘍に対して腹腔鏡下右卵巢摘出術を施行し、術後 2 日目に発症したポートサイトヘルニアを経験したので報告する。

【症例】55 歳。2 妊 2 産、BMI:22.9、当院で 45 歳時に子宮筋腫で腹腔鏡下子宮全摘術と両側卵管摘出術を施行している。術後 8 年目に径 30mm 大の右卵巢腫瘍が認められた。術後 10 年目には径 60mm 大まで増大し、腫瘍マーカーは陰性であったが、造影 MRI 検査で多房性の右卵巢粘液性境界悪性腫瘍を否定出来ずと診断されたため、腹腔鏡下両側付属器切除術を施行した。手術は臍底部に 5mm トロッカーを、左下腹部に 12mm トロッカーを、腹部正中と右下腹部に 5mm トロッカーをそれぞれ挿入した。右卵巢腫瘍は未破裂のまま回収袋に入れて体外に回収し、2mm ポート部のみ筋鞘縫合と皮下結紮縫合を施行した。手術時間は 1 時間 11 分であった。

術後 1 日目、食事再開後より左下腹部痛を認めた。その 12 時間後に腹痛の増悪と 12mm ポート創部に径 30mm 大の膨隆を認め、造影 CT 検査で膨隆内に腸管が確認された。ポートサイトヘルニアと診断し、手手的還納を試みるも整復出来ず、腹腔鏡下根治術を施行したところ、12mm ポート孔に嵌頓している小腸と S 状結腸脂肪垂を確認した。嵌頓腸管の腸間膜を牽引するも整復出来ず、12mm ポート部の筋膜縫合糸を切離したところ嵌頓を解除することが出来た。S 状結腸脂肪垂のみ壊死していたため、同部位が筋膜縫合糸に縫い付けられていた可能性が高いと考えられた。壊死部位は切除せずに腹膜縫合と筋膜縫合を行い、12mm ポート部を閉鎖した。翌日より飲水を開始し、再手術後 5 日目に退院した。なお病理結果は右卵巢漿液性腺腫であった。

【考察】ポートサイトヘルニアを疑った場合は迅速に対応する事が重要であり、またポート部の創閉鎖は腹膜縫合も行うことが望ましい。

○三浦 優衣¹⁾、長尾 大輔²⁾、佐藤 綾³⁾、坂口 太一²⁾、藤島 綾香⁴⁾、佐藤 敏治²⁾

1) 市立横手病院 産婦人科、2) 大曲厚生医療センター 産婦人科、3) 由利組合総合病院 産婦人科、4) 秋田赤十字病院 婦人科

【緒言】腹腔鏡の術野展開は術者の目となるカメラワークが大切であることは周知の事実である。30 度斜視鏡の利点は見上げ視野や回り込み視野での展開ができることが挙げられる。今回我々は、臓側腹膜下に発育する骨盤内腫瘍を斜視鏡の特性を生かして腹腔鏡下に摘出したので、動画を踏まえてカメラワークの解説をする。

【症例】48 歳。0 妊 0 産。既往歴に特記事項なし。頻尿と残尿感を主訴に前医泌尿器科を受診し、骨盤内腫瘍の精査目的に当科へ紹介された。膀胱を圧排するように臓側腹膜下に発育する 8cm 大の骨盤内腫瘍を認めた。形状から悪性を示唆する所見はなく、経過観察の方針となったが、徐々に増悪傾向を認めた。頻尿と残尿感の原因になっている可能性があったため手術の方針となった。

【結果】手術は変形左パラレル配置で行った。腫瘍は膀胱前面、臓側腹膜下に存在し広間膜内発育であった。子宮、付属器との連続性はなかったため腫瘍のみ摘出する方針とした。通常の 12 時方向からの見下げ 30 度視野では腫瘍の剥離面の視野を確保することが困難だったため、斜視鏡を 4 時～8 時方向で用いて見上げ視野を多用した。腫瘍を牽引しつつ、見上げ視野や回り込み視野で観察しながら剥離可能部位から剥離を進め、腫瘍は破綻なく摘出した。膀胱内を希釈したインジコカルミンで満たして穿孔がないことを確認し、手術を終了した。術後経過は問題なく退院した。病理検査にて腫瘍は Peritoneal Inclusion Cyst と診断された。

【結語】斜視鏡の特性を生かして手術を行うことで臓側腹膜下に存在する腫瘍を摘出することができた。見上げ視野や回り込み視野を多用して手術することは、直視鏡では不可能な術野を展開することができ、手術手技の幅が広がる可能性が示唆された。

○八木 萌、安田 一平、荒木 左論、廣兼 綾華、古田 淳、山崎 悠紀、竹村 京子、島 友子、
中島 彰俊

富山大学産科婦人科学教室

【緒言】ACUM (Accessory and cavitated uterine masses) はまれな子宮嚢胞性疾患で、重度の月経痛や慢性骨盤痛を来す。LEP や鎮痛剤で疼痛コントロール不良である場合も多いため、外科的治療を要することがある。今回、ACUM に対して術中に腹腔鏡用超音波ガイド下でマーキングを行い、腹腔鏡手術を施行した一例について報告する。

【症例】13 歳。初経 11 歳。性交渉歴なし。初経発来直後より月経困難症に対して NSAIDs を内服していた。月経時以外の疼痛を契機に MRI を撮影したところ、子宮体部筋層内右側に 3cm の嚢胞性病変を認めた。ACUM と診断し腹腔鏡手術の方針とした。術中、腹腔鏡手術用超音波を使用し子宮に直接プローブを当て、嚢胞の位置を確認し、モノポーラで子宮漿膜にマーキングを施行した。マーキング部位の筋層を切開し嚢胞性病変を摘出した。止血確認後、腹腔鏡手術用超音波で嚢胞の遺残がないことを確認した。病理検査では、子宮内膜組織が内腔側を覆いそれを平滑筋が取り囲んだ嚢胞様病変を認め、ACUM として矛盾はなかった。術後経過は良好であり、月経痛は 1/10 程度に減少した。

【考察】ACUM は 2010 年頃より提唱され始めた新しい疾患概念であるが、手術加療によって治癒が得られるため、若年の月経困難症で LEP や鎮痛剤で改善を認めない場合には、鑑別に上げる必要がある。腹式、あるいは腹腔鏡手術を施行した ACUM の症例報告が近年散見される。外表から病変が分かりにくい場合には開腹手術のうえ、直接的に病変部位を確認することも想定されるが、今回我々は腹腔鏡下手術用超音波を併用することで、術中に嚢胞部位を確認することが可能であった。

【結論】月経困難症の原因として ACUM を鑑別に挙げることは重要であり、その加療において腹腔鏡下手術用超音波を併用した腹腔鏡手術は低侵襲手術として有用である。

○小林 咲菜

仙台市立病院 産婦人科

【緒言】腹腔鏡術後 1 日目に、左下腹部トロカール刺入部に腹壁血腫を生じ、腹腔内への血腫貯留により腹腔内膿瘍を形成した症例を経験したため先行文献を踏まえ報告する。

【症例】症例は 46 歳、2 経妊 2 経産、2 度の帝王切開歴があった。子宮筋腫に対し全腹腔鏡下子宮全摘術および両側卵管切除術を施行した。臍部から optical 法で 5mm ポートを挿入し、右下腹部・下腹部正中・左下腹部に 5mm ポートを挿入した。上腹部腹膜と大網の癒着を広範囲に認めたため、臍横に追加で 5mm ポートを入れ、癒着剥離を行った。腹腔内の癒着剥離操作を必要とし 4 時間の長時間手術となった。術後翌日、起立した際に左下腹部に疼痛を伴う膨隆と硬結を認めた。造影 CT で腹斜筋群内に血腫形成を認め、圧迫処置を施行し自覚症状の改善を認めた。腹壁血腫は改善傾向であったが、術後 3 日目に 39.4 度の発熱、下腹部全体の反跳痛を認めた。血液生化学的検査では CRP44.5 mg/dL と著明高値であったため、造影 CT を再検し骨盤内左側に 72.9 × 44.1mm 大の腹水貯留を認めた。腸管損傷や腹腔内感染の検索目的に腹腔鏡手術を施行した。腹腔内は上腹部まで及ぶ血性腹水貯留を認め、左下腹部ポート刺入部を中心とした癒着・血腫・膿瘍形成を認め、腹水の培養検査を行った。腹腔内を入念に洗浄・ドレナージを行った。腹水培養はグラム陽性球菌と陰性桿菌が検出された。術後抗生剤を追加し、術後経過良好で再手術後 4 日目に退院した。

【考察】下腹壁静脈を損傷し腹壁血腫形成により腹腔内血腫・膿瘍を生じた稀な術後合併症を経験した。手術時間が長時間に及んだことが血腫感染を助長したと考えられた。今後の手術に生かしていきたい。

○葛西 剛一郎、石井 顕徳、鬼怒川 博孝、小丸 扶紗子、太田 真理子、湊 敬道、田中 宏典、高橋 聡太、吉田 瑤子、葛西 亜希子

八戸市立市民病院産婦人科

大きな頸部筋腫に対する TLH（腹腔鏡下子宮全摘術）は十分に手術を理解して作戦を立てながら手術を進める必要があり非常に面白い。ひとことに頸部筋腫と言ってもその発生部位によって難易度や攻略法が異なる。

基本的に子宮を摘出するためには基靭帯を腔円蓋部の高さまで切り落とし、腔を切断すればどのような子宮でも摘出可能である。しかし大きな頸部筋腫の場合、基靭帯や腔円蓋部の位置が非常にわかりにくいのが最も難しい要因となる。

我々の行う大きな頸部筋腫に対する基本的な戦略は

1：子宮動脈本幹または基靭帯処理及び附属器離断を行うことで子宮への血流を遮断する。

2：筋腫を核出する（特に 10cm 以上の筋腫ではほぼ必須）。

3：残りの小さくなった子宮を摘出する。の 3 点となる。

血流遮断後の筋腫核出は多量出血を起こすことは稀であるため、①の操作が最も重要となる。術前評価では子宮動脈の走行を超音波や MRI で確認しておくことが重要で、術野を展開する上で非常に役に立ち、解剖誤認による不意の多量出血を回避できる。筋腫の発生部位が前壁（腹側）に偏倚するほど基靭帯血管が背側で筋腫の陰となる場合が多いため操作が難しく、さらには前腔円蓋部がわかりにくいため膀胱などを落とすレベルのメルクマールがわかりにくくなり難易度が上がる。また左右どちらかに寄って存在する場合は筋腫が無い側の子宮動脈本幹同定は可能な場合が多い事と、筋腫周囲の結合織を落とすことによる子宮可動性向上効果が大きくなるため手術は比較的行いやすいが、左右にまたがって存在する場合は側方のスペースが作りにくく子宮動脈本管同定困難な場合が多く、手術進行に伴う可動性向上効果も少ないため難易度が上がる。

様々な位置の頸部筋腫に対するコツと要点を動画を供覧し発表する。

胎児多発奇形を伴った妊娠 29 週初診の特定妊婦に対し、多職種連携支援を行った 1 例

○川井 直久¹⁾、和田 渚¹⁾、川村 航輔¹⁾、鹿内 智史¹⁾、杉田 奈穂子¹⁾、松岡 恵²⁾、服部 理史¹⁾、齋藤 豪³⁾

1) 北海道社会事業協会帯広病院 産婦人科、2) 北海道社会事業協会帯広病院 小児科、
3) 札幌医科大学 産婦人科学講座

【緒言】特定妊婦とは、児童福祉法において「出産後の養育について、出産前において支援を行うことが特に必要と認められる妊婦」と定義されている。今回、我々は社会的ハイリスク妊婦が妊娠 29 週で初診し胎児多発奇形を認め、多職種で連携しながら周産期支援を行った症例を経験したため報告する。

【症例】20 歳、2 妊 1 産。第 1 子妊娠時より家庭環境問題や経済困難のため、特定妊婦と認定されていた。今回、妊娠反応陽性で当院を受診した。最終月経は不明で、胎児推定体重より妊娠 29 週 4 日と推定された。同日の胎児スクリーニングで、全前脳胞症、口唇口蓋裂、両眼近接が認められた。両親へ胎児多発奇形を認めること、全前脳胞症の予後が不良であることを告知した。同時期より産婦人科医・助産師・小児科医・医療ソーシャルワーカー・保健師・児童相談所職員間での情報共有を開始し、要支援会議や妊婦との面談を繰り返した。羊水染色体検査を提案したが、経済困難のため希望されなかった。周産期科・妊婦間での話し合いを重ね、分娩方針は誘発での経膈分娩、胎児機能不全の場合に帝王切開は行わないこと、出生児への蘇生措置の実施範囲を決定した。妊娠 37 週 4 日誘発分娩で 2362g の児を出産した。産後に自発呼吸が認められたが、次第に呼吸状態は不良となり、生後 10 時間で児の死亡が確認された。産後 1 日目に退院し、その後保健師が自宅訪問している。

【考察】社会的ハイリスク妊婦には、生活や受診の困難さなどそれぞれの複雑な背景があり、妊娠期から産後にかけて医療機関と行政が連携してサポートしていく必要がある。また、胎児奇形と診断されその告知を受けることは、両親にとって精神的負担が大きく、分娩方法・分娩時期などの困難な選択を迫られるため、情報提供やカウンセリングが大切である。本症例はこれらの問題を同時に抱えていた。症例の背景に合わせた慎重な対応が重要である。

妊娠経過に異常を認めず、羊水検査で 14 トリソミーモザイクが診断された一例

○小林 澄香、霜島 真、木谷 洋平、古俣 大、加勢 宏明

長岡中央総合病院産婦人科

【諸言】14 トリソミーモザイクは非常に稀な疾患である。今回、妊娠経過に異常を認めず羊水検査にて 14 トリソミーモザイクが診断された一例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

【症例】38 歳、4 妊 1 産。前児も羊水検査をおこない異常はみられていない。自然妊娠成立し、妊娠 10 週 4 日で当科初診し、妊娠経過に異常はなかった。妊娠 18 週 5 日に施行した胎児超音波検査でも異常を認めなかった。当院遺伝外来にて高齢妊娠を理由に検査を希望され、NIPT（非侵襲性出生前遺伝学的検査）ではなく羊水検査を選択された。妊娠 16 週 2 日で羊水穿刺を施行し、47,XX,+14[2]/46,XX[13] の 14 トリソミーモザイクと診断された。十分な遺伝カウンセリングの後、人工妊娠中絶を選択され、妊娠 19 週 3 日に児娩出となった。児は体重 254g・身長 23cm と週数相当の発育で、両眼瞼が離れているほかに明らかな外表奇形を認めなかった。

【考察】14 トリソミーモザイクは 2014 年時点で約 40 例が報告されている。基本病態は染色体異常に由来する、成長障害、精神発達遅滞、顔貌異常や心奇形、泌尿生殖器奇形などを含む多発奇形であり、顔貌の特徴としては小頭症、前額突出、小下顎、耳介低位、非対称の顔、奥まった目、眼瞼裂斜下、幅広い鼻根部、口唇口蓋裂、短い頸などが示されている。羊水検査で 14 トリソミーモザイクが判明したものは、これまでに 11 例が報告されている。これらのうち、少なくとも 6 例（54.5%）は顕著な表現型異常を伴っていた。羊水検査におけるトリソミー細胞の比率と奇形の数や重症度には必ずしも明確な相関は示されていない。本症例では羊水検査におけるトリソミー細胞の割合は 13.3% であり、妊娠 19 週時の胎児超音波検査では明らかな異常所見を認めず、軽度の顔貌異常を認めるのみであった。

羊水検査で 14 トリソミーモザイクが診断された報告はまだ少なく、今後も更なる症例報告が望まれる。

○渡邊 憲和、山口 理紗子、伊藤 友理、深瀬 実加、仙道 可菜子、山内 敬子、永瀬 智
山形大学

【目的】近年 NIPT (non-invasive prenatal testing) が普及し、13、18、21 トリソミーの出生前診断が多く行われるようになってきた。当院では 2020 年から NIPT を行っている。NIPT 開始前後で、当院産婦人科で診療した胎児 13、18、21 トリソミー症例に変化があるか検討した。

【方法】本研究は後方視的な観察研究である。対象期間は 2014 年 1 月から 2023 年 12 月までとした。当院産婦人科で診療に関与した胎児 13、18、21 トリソミーの症例について、妊娠経過や胎児所見、転帰を診療録から後方視的に抽出した。抽出した情報をもとに、当院における胎児トリソミー症例の 10 年間の変化を検討した。

【結果】対象症例は 66 例で、母体の平均年齢は 35 歳であった。66 例のうち 13 トリソミーが 8 例 (12%)、18 トリソミーが 30 例 (46%)、21 トリソミーが 28 例 (42%) であった。妊娠の転帰は、人工妊娠中絶が 21 例 (32%)、子宮内胎児死亡が 7 例 (11%)、生産が 38 例 (57%) であった。対象期間を 2019 年までと、当院で NIPT を開始した 2020 年以降に分けると、2019 年までの症例で、トリソミーに関連する異常所見が初めて指摘されたのは、妊娠初期の超音波検査が 14%、NIPT が 0%、妊娠中期以降の超音波検査が 83%、出生時が 3% であった。一方、2020 年以降の症例でトリソミーに関連する異常所見が初めて指摘されたのは、妊娠初期の超音波検査が 42%、NIPT が 19%、妊娠中期以降の超音波検査が 35%、出生時が 3% であった。

【結論】2014 年から 2019 年までの症例では、13、18、21 トリソミーに関連する異常所見が初めて指摘されたのは妊娠中期以降の超音波検査が最も多かったが、当院で NIPT を開始した 2020 年以降の症例では妊娠初期の超音波検査が最も多くなっていた。妊娠初期に胎児の項部肥厚などを指摘されて、NIPT を含めた出生前検査により診断に至る症例が増えていると考えられた。

○高橋 周平、川崎 彩、吉川 諒子、永井 匠、山口 正博、松下 容子、後藤 公美子、渡利 道子、藤枝 聡子
天使病院 産婦人科

【緒言】先天性食道閉鎖症の胎児診断率は 43.5% で、他の外科疾患と比べて低率である。その要因の一つとして羊水量や胃泡のサイズといった間接的な所見に頼った胎児診断が行われていることが考えられる。今回、羊水過多および小さな胃泡を認めたものの、食道スクリーニングにより pouch sign 陰性と食道内腔の連続性を確認し、出生前に食道閉鎖症の可能性が低いと判断した症例を経験したので報告する。

【症例】30 歳。1 妊 0 産。25 歳時に子宮頸部高度異形成に対して子宮頸部円錐切除術を施行していた。妊娠初期より当院で妊婦健診を行い、妊娠 15 週 3 日、円錐切除術後の頸管無力症に対して予防的頸管縫縮術を施行した。妊娠 23 週 3 日、頻回の子宮収縮を主訴に外来受診し、同日より切迫早産で管理入院を開始した。入院時に施行した胎児超音波検査にて羊水過多 (AFI = 25.6cm)、比較的小さな胃泡、2 度の胎児嘔吐 (shout sign) を認め、C 型食道閉鎖症が疑われた。しかし、妊娠 28 週の胎児超音波検査の食道スクリーニングで、Three-vessel-trachea view において気管左後方に直径 2-3mm の食道、頸部矢状断において pouch sign 陰性および食道内腔の連続性を確認し、食道閉鎖症の可能性は低いと判断した。入院中の妊娠 35 週より胎児腹水が出現したため、妊娠 36 週 2 日、選択的帝王切開術を施行した。児は女児、体重 2674g、Apgar score 8/9 点で出生。臍帯血 pH 7.301。出生後、胃管はスムーズに挿入され、胸腹部レントゲンにて coil up sign は認めず食道閉鎖症は否定された。

【考察】食道閉鎖症の 90% は上部食道に盲端を形成し、超音波における pouch sign の径は 7.4-9.5mm と報告されている。羊水過多および小さな胃泡から食道閉鎖症が疑われても、正常径の食道が確認できれば、出生前に食道閉鎖症を否定することは可能であると考えられる。今後、食道閉鎖症の出生前診断率が上昇するように努めたい。

出生前診断に苦慮した非典型的な脊髄髄膜瘤の1例

○飯野 香理¹⁾、薬袋 真帆²⁾、田口 ころこ²⁾、大石 舞香¹⁾、伊東 麻美¹⁾、田中 幹二¹⁾、³⁾、横山 良仁²⁾

1) 弘前大学医学部附属病院周産母子センター、2) 弘前大学医学部附属病院産科婦人科、
3) 弘前総合医療センター産婦人科

【緒言】脊髄髄膜瘤は胚形成期における神経管の閉鎖不全による先天性疾患であり、発生頻度は0.03～0.04%である。約90%は腰椎から仙骨レベルに発生し、頸椎から胸椎での発生は極めて稀である。腰部や尾部の髄膜瘤は出生前に診断されることが多いが、頸椎や胸椎での診断例は少ない。今回、我々は非典型的な胎児期の画像所見のため、出生前診断に苦慮した症例を経験したので報告する。

【症例】34歳、2妊0産。前回の妊娠は完全胎状奇胎であった。今回自然妊娠成立し、初期から当科で妊娠管理を行った。妊娠10週で胎児の後頸部より背部にかけて発生する長径12mmの多房性嚢胞病変を認めた。脳室拡大や小脳の変形はなく、羊水中に浮遊する嚢胞であり、典型的なリンパ管腫や脊髄髄膜瘤とは異なる画像所見であった。妊娠29週の胎児MRIでは後頸部の嚢胞性病変は不明瞭だったが、超音波検査では後頸部から有茎性の長径約40mmの多房性嚢胞を認めた。妊娠38週3日に選択的帝王切開術を施行した。児は2,825gの女児で、Apgar scoreは8/9。児の背部上方正中で皮膚が一部陥没していた。また、この部位から茎のような線状組織があり、先端はゼリー状嚢胞性病変を形成していた。出生当日の全脊椎CTでC6とC7椎体の癒合と、T1レベル皮下に硬膜から連続する索状陰影が認められ、髄膜瘤が疑われた。同日に脊髄硬膜閉鎖術を行った。術後の児の四肢の動きは良好で膀胱直腸障害もなかった。

【考察】胎児頸部から尾部に発生する嚢胞性病変は、非典型的な画像所見であっても脊髄髄膜瘤を念頭に置き分娩方法を含む方針を決定する必要がある。

胎児巨大肝血管腫破裂のため緊急帝王切開術を施行した一例

○佐藤 萌里¹⁾、玉城 良²⁾、山本 竜太郎²⁾、赤羽 慧一郎²⁾、金川 明功²⁾、細川 亜美²⁾、朝野 拓史²⁾、
齊藤 良玄²⁾、馬詰 武²⁾、渡利 英道²⁾

1) 北海道大学病院 婦人科、2) 北海道大学病院 産科

【諸言】肝血管腫は新生児・乳児における肝腫瘍の中で最も頻度が高い疾患である。腫瘍径が40mm以上のものは胎児巨大肝血管腫と定義され、血管床の増大から高拍出性心不全、胎児水腫、凝固障害、重症貧血、腫瘍破裂による出血などの病態を呈し、致死的な経過をとることもある。今回、胎児巨大肝血管腫の破裂を疑い緊急帝王切開術を施行した1例を経験したので報告する。

【症例】26歳、1妊0産。自然妊娠。既往歴に特記なし。前医で妊娠30週に胎児肝臓に長径28mmの腫瘍影を認め、精査のため妊娠31週2日に当院へ紹介された。経腹超音波断層法で胎児肝左葉に長径38mmの腫瘍性病変を認めた。胎児肝血管腫を疑い、同日より管理入院とした。妊娠35週3日の胎児中大脳動脈血流速度が77.5 cm/s (1.50 MoM) と上昇を認め、胎児貧血を疑った。また、単純MRIで長径52mmと腫瘍が増大し、腫瘍内部に新規の出血を認めたため、腫瘍破裂を疑い緊急帝王切開術を施行した。児は1872g (SGA) の男児でApgar scoreは1分値8点、5分値9点、臍帯動脈血pHは7.329であった。出生後、Hb 12.4 g/dlの軽度貧血を認めた。生後4日目にPlt 13.7万/ μ lの血小板減少、凝固障害が出現し、造影CTで55mm大の肝血管腫の腫瘍内に出血を認めた。同日よりプレドニゾロンとプロプラノロールによる加療を開始した。生後1ヶ月の単純MRIで腫瘍は長径61mmまで増大しているが、心不全兆候や凝固障害はなく経過している。

【考察】巨大肝血管腫は種々の合併症を呈し、致死的となりうる疾患である。しかし合併症の有無や重症度の評価を十分にを行い、適切な治療を行うことで児を救命することができると考える。本症例では、連日のNSTと経腹超音波検査、MRI検査を組み合わせ、腫瘍破裂の兆候をとらえて急速遂娩を選択し、生児を得ることが可能だった。

【結語】巨大肝血管腫による出生後の重篤な心不全や凝固障害の発症を防ぎ、速やかに治療を開始するために、胎内診断や合併症の適切な評価が重要である。

○小鳥遊 明、八代 憲司、上野 洋誉、東 恭子、桑原 陽祐、黒岩 征洋、水本 泰成、平吹 信弥、佐々木 博正

石川県立中央病院 産科婦人科

【緒言】 Potter 症候群は腎尿路疾患、羊水過少、肺低形成などを特徴とする予後不良な疾患である。今回我々は、妊娠 37 週に分娩に至り、児の長期生存が得られている Potter 症候群の 1 例を経験したので報告する。

【症例】症例は 31 歳、2 妊 1 産。自然妊娠で妊娠成立し、前医で妊娠管理をされていた。妊娠 25 週 5 日の妊婦健診時 AFP 1.8 cm と羊水過少を認めたため当院に紹介となった。妊娠 25 週 6 日の当院初診時には無羊水の状態であり、推定体重 -1.7 SD で胎児発育不全を認めた。経腹超音波断層法で胃泡は描出できず、両側腎臓は不明瞭で、長径 7 mm の膀胱を認めた。本人と夫に病状説明を行い、Potter 症候群の予後を理解した上で、積極的な治療を希望された。外来での妊婦健診管理を行い、無羊水の状態が持続したが、胎児機能不全の所見がなく経過した。妊娠 37 週 4 日に骨盤位で陣痛発来したため、同日に緊急帝王切開を施行した。児は 1,850 g の女児で、Apgar score 1 分値 2 点、5 分値 6 点で、臍帯動脈血 pH は 7.216 であった。児は特徴的な顔貌、軽度の浸軟様皮膚、肺低形成と関節拘縮を認め、Potter 症候群の診断で NICU に入院した。人工呼吸管理により呼吸状態は安定した。腎不全の診断で日齢 2 に腹膜透析カテーテルを留置し、同日から持続腹膜透析を開始した。日齢 37 に連続携行式腹膜透析へ移行した。日齢 185 に自宅退院となり、現在腎移植の待機中である。

【結論】従来 Potter 症候群は致死的で予後不良とされ、説明後に人工流産を選択した症例や妊娠継続しても蘇生を差し控えた症例もある。本例のような長期生存症例を経験することで、Potter 症候群は必ずしも致死的とはいえないことがわかり、家族への疾患・予後の説明や産科対応も見直す必要がある。

○立崎 善郎、水沼 慎人、追切 裕江、松村 由紀子、重藤 龍比古、横山 良仁

弘前大学医学部附属病院産科婦人科

【諸言】症候性リンパ嚢胞は後腹膜リンパ節郭清後の合併症として生じることがあり、治療として経皮的ドレナージ術や硬化療法等があるが、これらの治療方法は嚢胞径が大きいほど成功率が下がるとされる。その際の治療法として開腹術によるドレナージや後腹膜開窓術があるが、患者への侵襲が大きい。近年リンパ節郭清術後のリンパ嚢胞に対してリンパ管造影と塞栓術が有用であるとの報告があり、その奏効率は70～89%とされている。

今回当院でリンパ管造影と塞栓術で加療した難治性症候性リンパ節嚢胞2例について報告する。

【症例1】60歳の経産婦でX日に骨盤内リンパ節郭清を伴う手術を行い子宮癌肉腫I A期の診断となった。X+33日に左側腹部に23cm大の嚢胞性病変を認めドレナージを行ったところリンパ嚢胞の診断となり、感染も併発していたためドレナージ継続とCMZ+MNZにて加療した。排液培養からMRSAが検出されたため、抗生剤をVCMに変更したところ、発熱がなくなり排液量も減少したため、X+43日にドレーンを抜去した。しかし、その後再度発熱をきたしたためX+49日にリンパ管造影及びリピオドールとシアノアクリル酸N-ブチル(NBCA)による塞栓術を行ったところ治癒に至った。

【症例2】65歳の経産婦でY日に骨盤内リンパ節郭清を伴う手術を行い、子宮体癌漿液性腺癌III C2期の診断となった。Y+30日に左側骨盤底に8cm大のリンパ嚢胞が出現し、その後増大を認めたため、Y+40日に嚢胞穿刺を行った。穿刺後翌日には嚢胞の再増大を認め、Y+87日目にリンパ管造影及びリピオドールとNBCAによる塞栓術を行った。ドレーン排出量の減少を認めなかった為、計2回の塞栓術と4回のピシバニールによる癒着療法を行ったところ、ドレーンを抜去することができた。

【結語】経皮ドレナージのみでは軽快しない難治性リンパ嚢胞に対してはリンパ管造影と塞栓術は効果的な治療法となり得ると考えられる。

○川村 航輔¹⁾、鹿内 智史¹⁾、和田 渚¹⁾、杉田 奈穂子¹⁾、服部 理史¹⁾、齋藤 豪²⁾

1) 北海道社会事業協会帯広病院 産婦人科、2) 札幌医科大学産婦人科学講座

【諸言】

昨今、低侵襲手術の普及により、腹腔鏡下子宮全摘術(total laparoscopic hysterectomy; TLH)の症例数が増加している。それに伴い、卵巣を温存した場合のTLH症例において、付属器捻転を起こすという報告が散見されるようになった。腹腔鏡下症例では、腔式や開腹による子宮全摘術よりも付属器捻転の発生頻度が高いと言われている。今回、TLH後に発症した正常卵巣捻転を経験したため報告する。

【症例】

42歳女性、2妊2産。38歳の時に子宮内膜ポリープ、子宮腺筋症に対しTLHを施行した。術後の経過は問題なかったが、術後4年目に左下腹部痛を主訴に前医を受診し、単純CT検査で3-4cmの左卵巣の肥大と腹水の貯留を認めた。当院を紹介受診した際に撮影した造影MRI検査で左卵巣腫瘍の茎捻転あるいは破裂が疑われ、腹腔鏡下付属器摘出術を実施した。腹腔内所見では左卵巣が360度捻転しており、周囲の脂肪、腸管と軽度癒着をしていた。病理組織学的検査で摘出した卵巣に腫瘍性病変を認めず、TLHの影響による卵巣捻転と考えられた。

【考察】

TLH後に卵巣捻転が生じる原因としては、広間膜を広範囲に切開した状態となるため卵巣の可動性が良くなる、卵巣の損傷が少ないため卵巣機能が維持され腫大の可能性が高くなる、切除範囲が狭いため癒着が少ないなどが考えられ、開腹、腔式より付属器捻転の発症頻度が高くなるとの報告がある。今後、TLH後の正常卵巣捻転防止のために広間膜の切開範囲を狭くする、卵巣固定術を施行するなどの対応が必要と考えられる。

腎障害をきたした卵巣癌術後の難治性リンパ漏に対してリンパ管造影が有効であった一例

○吉川 栞、秋江 惟能、鈴木 響子、福島 莞太、野々垣 康秀、山田 和佳、飯沼 洋一郎、明石 大輔、森脇 征史

JA 北海道厚生連帯広厚生病院

【緒言】婦人科悪性腫瘍手術で後腹膜リンパ節郭清が行われた症例では、合併症としてリンパ漏を2.7～4.5%の頻度で認めることがある。リンパ漏はドレナージや絶食、薬物療法等の保存的治療で軽快することが多い。保存的治療で改善しない難治性リンパ漏の治療として、外科的リンパ管結紮の他、近年リンパ管造影の有効性が報告されている。また、リンパ嚢胞の形成により水腎症に至る場合がある。今回、卵巣癌術後の難治性リンパ漏に伴い腎障害を発症し、リンパ管造影が有効であった一例を経験した。

【症例】59歳、GPO。合併症に糖尿病、高血圧症、脂質異常症、緑内障あり。腹痛を主訴に受診し、卵巣腫瘍の破裂が疑われたため試験開腹を行った。両側付属器切除術＋大網生検を施行し、卵巣癌I C2期(pT1c2NXM0)、明細胞癌と診断した。化学療法後に腹式単純子宮全摘術＋大網切除術＋骨盤・傍大動脈リンパ節郭清を施行した。術後CTで後腹膜腔に多量の液貯留を認めた。試験穿刺で漿液性の排液があり、分画リンパ球97%であることから術後リンパ漏と考えた。その後リンパ漏の再貯留を認めたため、絶食・補液とオクトレオチド投与による保存的治療を行った。Cr 2.80 mg/dlまで上昇し両側水腎症を認めた。後腹膜ドレーンを留置し、腎障害は経時的に改善したが、多量の排液が続いた。2回にわたるリンパ管造影を施行し、排液が減少した。2回目の造影後1か月でリンパ液貯留は少量であり追加介入は要していない。

【考察】難治性の術後リンパ漏により腎後性腎障害をきたすことがある。難治性リンパ漏に対して、リンパ管造影は有効な治療法となりうる。

リングペッサリーにより臀部腔瘻を来した1例

○水沼 月子、土川 恵、酒井 美穂、津村 亜依、板橋 彩、水崎 恵、市川 英俊、片山 英人、加藤 育民

旭川医科大学

【背景】骨盤臓器脱の治療においてPOP-Q Stage II以上の患者に対しペッサリー治療が推奨されている。比較的簡便に挿入でき低侵襲な治療であるが、合併症として出血や腔内びらん形成、膀胱腔瘻・直腸腔瘻などの報告がある。今回リングペッサリーにより臀部腔瘻を来した症例を経験したため報告する。

【症例】84歳、妊娠回数不詳、2産。

5年前に子宮下垂感を主訴に前医受診。POP-Q Stage IIIに対しMilexリングペッサリー(83mm)を留置され以後3～6ヶ月毎の定期診察を受けていた。4年が経過したところでリングペッサリーの一部が腔口から脱出するようになりMilexリングペッサリー(76mm)へサイズを変更した。変更後1ヶ月の診察で腔内に正しくリングペッサリーが正しく装着されていることが確認されたため従来通りの3ヶ月毎の診察となったが初回の診察で右臀部からリングペッサリーが露出しており抜去したところ子宮腔部の露出を認めた。感染も来していたため内服抗生剤が処方され治療目的に当科紹介となった。初診時の診察では右臀部に5cm大の瘻孔を認め、子宮腔部が臀部より露出していた。子宮は可動性良好で容易に腔内へ完納することができた。形成外科へコンサルトし瘻孔の空間が大きいことから一期的な閉鎖は望ましくなく、まず腔式子宮全摘出術、腔壁形成術および瘻孔腔側閉鎖術の方針となった。術後は連日腔内と瘻孔内を洗浄し、腔内エストリール錠を挿入した。自宅での洗浄処置が必要のため訪問看護を導入のうえ術後7日目に自宅退院となった。退院後診察では瘻孔内の肉芽の形成は乏しく瘻孔腔側の創部離開を認めたため筋皮弁による充填なども検討されたが、高齢であり長期入院による廃用リスクが懸念されたため、現在保存的に経過観察中である。

【結語】骨盤臓器脱に対しリングペッサリーは非観血的治療として有用だが、留置により定期診察を行なっても瘻孔などの合併症を生じる可能性があり注意が必要である。

○松井 俊一郎、吉越 信一、宇佐美 拓哉、本多 真澄、草開 友理、草開 妙、炭谷 崇義、南 里恵、
飴谷 由佳、谷村 悟

富山県立中央病院 産婦人科

【緒言】子宮捻転は稀な疾患で、子宮の長軸に沿って45度以上回転したものと定義される。妊娠あるいは子宮筋腫による子宮体部の増大、卵巣腫瘍、子宮奇形、加齢に伴う子宮支持組織の脆弱化などが疾患の原因となることが多い。症状は、無症状や腹部膨満感といった軽症のものから、急性腹症を示すなど重症のものまで様々で、定型的症状はないとされている。今回、術前診断で明らかにならなかったものの、開腹手術を機に子宮捻転の診断に至った1例を経験した。

【症例】79歳、1妊0産。特記すべき既往歴なし。X日に下腹部痛を認めたため、前医内科を受診。単純CTで約13cmの石灰化した子宮筋腫を認め、鎮痛剤を処方されたが、下腹部痛が持続したためX+3日に前医産婦人科を受診。造影MRIでは、肉腫を積極的に疑う所見を認めなかったが、子宮筋腫の捻転の可能性を否定できなかった。手術を含めた精査加療目的に同日当院に紹介受診となった。来院時、D-dimer 24.4 μ g/mLであった。CTでは、血栓所見を認めなかったが、MRIの所見と同様に子宮筋腫捻転を疑った。同日緊急で単純子宮全摘術（膈上部切断術）、両側付属器切除術を行った。子宮全体が両側付属器を巻き込んで360度捻転しており、全体が黒色化していた。術後の経過は良好であり、術後7日目に退院した。

【考察】女性の急性腹症として子宮捻転はまれであるが、D-dimerが高値となることが診断のきっかけとなるのかもしれない。子宮捻転は臨床所見および画像所見のみで確定診断に至る症例は少ない。しかし、致死的になることもあり、上記のような子宮捻転のリスクがある患者での急性腹症では、鑑別として念頭におく必要がある。

○畑 百奈¹⁾、仲澤 美善¹⁾、西尾 空¹⁾、山下 真佑子¹⁾、田淵 雄大¹⁾、寺本 瑞絵¹⁾、齋藤 豪²⁾

1) NTT 東日本札幌病院 産婦人科、2) 札幌医科大学 産婦人科

【緒言】Obstructed Hemivagina and Ipsilateral Renal Anomaly syndrome (OHVIRA 症候群) はミューラー管の先天性異常により、重複子宮、片側腔閉鎖、同側腎欠損を合併する症候群であり約20000人に1人の割合で生じると言われている。今回、初経発来後早期に診断治療しえた症例を経験したため、当院で過去に経験した症例と合わせて報告する。

【症例】症例は11歳女児、生後のスクリーニングにて左無腎が判明しており定期的に小児科にてフォローされていた。定期受診の際に初経発来の申し出があり、経腹部エコーにて膀胱裏に腫瘍を認めた。MRI検査では重複腔、重複子宮、左側の腔に液体貯留を認めたため当科紹介となった。画像からOHVIRA症候群（完全閉塞型）を疑い、診断・治療を兼ねた手術を施行した。全身麻酔下に子宮鏡を用いて閉鎖腔を開窓し洗浄観察を行った。術後経過良好にて術後1日目に退院となった。

【考察】OHVIRA症候群は完全閉塞型が最も多く56%を占め、閉鎖腔側の子宮腔留血症による進行性の月経困難症を呈するため、初経後から症状が出現し平均14歳前後で診断されることが多い。不完全閉塞型では、左右腔間または子宮間に交通を認め月経血が流出するために月経困難症状は軽度であり、初経から時間が経過して診断されることが多い。本症例では片腎であったため当院小児科に定期通院されており、初経後すぐに画像診断を施行することで本疾患を疑うことができた。当科では2018年以降合計6例のOHVIRA症例を経験している。内4例は性交未経験者であった。10代前半の女児や性交未経験者では婦人科診察が困難であるため、診断と治療を兼ねた鏡視下手術は大変有用であると考えられる。

【結論】OHVIRA症候群を疑われる症例に対して、鏡視下手術が診断および治療に有用であった症例を経験した。また生後のスクリーニングで片腎欠損が判明している女児に対しては、初経後早期の画像検査を勧めることも本疾患の発見に有用であると考えられた。

ロボット支援子宮全摘出術での発光式尿管カテーテルと子宮トランスイルミネーターの使用経験

○幅田 周太朗、黒川 晶子、有元 千紘、長尾 沙智子、玉手 雅人、秋元 太志、松浦 基樹、齋藤 豪
札幌医科大学 産婦人科

【緒言】ロボット手術は可動域が広く繊細な操作が可能であるが、触覚がないため視覚を重視した手術が必要である。今回、帝王切開既往症例におけるロボット支援下子宮全摘出術で子宮トランスイルミネーター（SecuFix）を使用し、腔壁切開および傍子宮組織の処理に有用であった。また、再発直腸癌の腔浸潤症例で尿管損傷予防目的に発光式尿管カテーテル（IRIS）を使用した子宮全摘を経験したので報告する。

【症例 1】48 歳、2 妊 1 産、帝王切開の既往あり。子宮腺筋症による過多月経に対しロボット支援下子宮全摘出術および両側付属器摘出術を実施した。術前に SecuFix を挿入し吸引を開始した。照明効果により腔の切開ラインと傍子宮組織との解剖学的位置関係が把握しやすく、安全に傍子宮組織の処理および腔門蓋部の切開を行なうことができた。

【症例 2】60 歳、1 妊 1 産、直腸癌治療後のため経過観察中であったが、不正出血を主訴に近医産婦人科を受診。腔内に腫瘍性病変を認め、生検で直腸癌再発の診断となり、術前化学放射線療法後、IRIS を使用しロボット支援下後方骨盤内臓全摘を実施した。術中、組織の線維化や硬化を認めたが、尿管カテーテルを常時発光させることで視覚的に尿管の位置を把握することができ、安全に組織の剥離や尿管の授動を行うことができた。

【結語】蛍光ガイド下では解剖学的誤認を減らし安全に手術を行うことが可能であり、特に触覚のないロボット手術により有効であると考えられる。

O-67

"Floating ball sign" インパクトのある画像所見と著しい SCC 高値を示した卵巢成熟奇形腫の一例

○岡田 晴貴¹⁾、半田 康²⁾、小館 英明²⁾、櫻木 範明²⁾、金内 優典²⁾

1) 小樽市立病院初期研修医、2) 小樽市立病院婦人科

【緒言】成熟奇形種は卵巢腫瘍の 20%程度を占める良性腫瘍で、2 胚葉あるいは 3 胚葉由来の成熟組織からなり、多くは CT や MRI で診断が可能な特徴的な所見を有する。また、その数%程度に悪性の体細胞型腫瘍が発生することが知られ、45 歳以上で径 10cm 程度を超えるとそのリスクがあり、組織型としては約 80%が扁平上皮癌であるとされている。今回我々は、きわめて特徴的な画像所見と、著しい SCC 高値を示した巨大な成熟奇形種の症例を経験したので報告する。

【症例】患者は 66 歳の女性。4 年ほど前から腹部膨満を自覚していた。急に膨隆が増悪したように感じていたところ、外出中に意識消失発作を起こし前医に搬送された。神経学的には問題がなく、腹部 CT を撮像したところ腹腔内を占拠する巨大な嚢胞性腫瘍を認めたため当科を紹介された。初診時、腹腔内に剣状突起下に及ぶ腫瘍を触知した。経腹超音波検査では嚢胞構造の中に小さな球状物が多数浮遊している像が得られ、MRI でも同様の所見で内容に脂肪像が認められた。血液検査では CA125 が 95.6 U/L と上昇、SCC は 106.0 ng/ml と著しい高値であった。PET-CT では明確な悪性組織を思わせる所見は認められなかったが、いわゆる悪性転化の可能性も考え、腹式単純子宮全摘出術および両側付属器切除術を施行した。巨大な腫瘍は右卵巢由来で 18.5kg、左卵巢にも成熟奇形種の所見があり、子宮と左付属器で 560g であった。巨大腫瘍の内容液は泥状で、画像所見通り 2～3cm 程度の球状塊が多数浮遊していた。術後経過は良好で術後第 9 病日に退院した。病理組織検査では悪性の成分は認められず両側卵巢とも成熟奇形種の診断となった。

【結語】本症例のような画像所見は "Floating ball sign" などと言われ卵巢成熟奇形腫の特徴の一つとして報告されている。まさに一度見たら忘れがたい極めてインパクトの大きい画像所見であり、産婦人科医としての自分の将来を決定する忘れられない症例を経験した。

O-68

閉経後に増大し赤血球増多症を呈したエリスロポエチン産生巨大子宮頸部筋腫の一例

○矢澤 里穂、経塚 標、伊藤 百花、山口 朋子、伊藤 史浩、鈴木 大輔、野村 泰久

太田西ノ内病院

【緒言】異所性のエリスロポエチン (Erythropoetin/EPO) 産生腫瘍は腎臓癌、肝臓癌などで多く報告されているが、子宮平滑筋腫が EPO 産生腫瘍となり赤血球増多を示すことは比較的稀である。赤血球増多症は血栓症のリスクが高く血栓症予防が重要である。今回、術前の検査で赤血球増多症を認め、瀉血後に腹式子宮全摘を行い、血栓症を起こすことなく術後に赤血球増多症が改善した 1 例を経験したため文献的考察を加え報告する。

【症例】75 歳、2 妊 2 産。53 歳で閉経。10 年ほど前から腹部腫瘤を自覚していたが受診せず、腹部膨隆が増悪し当科受診した。腹囲は 150cm、MRI で骨盤内を占拠する 26 × 21cm 大の腫瘍を認め、Hb は 22.3 g/dL、EPO は 24.5mU/ml と高値であった。術前に血栓症の検索、計 1200ml の瀉血を行った後、腹式子宮全摘および両側付属器切除を施行した。摘出標本は 10.5kg であった。術翌日には EPO は基準値内に低下、Hb は 13.0 g/dl となり以降赤血球増多症を認めず経過した。

【考察】EPO 産生の子宮平滑筋腫の報告は約半数が閉経後であり出血のエピソードがないことから多血になりやすいと考える。また EPO 活性により筋腫の増大が促進され、閉経後に筋腫が増大した症例が散見される。このような症例では血栓症リスクが高く血栓症予防及び早期の筋腫摘出が重要と考える。

0-69

術中に判明した子宮漿膜下に認めた子宮内膜症性嚢胞の一例

○相庭 晴紀、今井 諭、佐藤 駿太、斎藤 多佳子、川浪 真里、春谷 千智、堀内 綾乃、芹川 武大、
本多 啓輔、安田 雅子

長岡赤十字病院産婦人科

【緒言】術前の画像診断では卵巣腫瘍が疑われ、開腹手術を行ったところ、子宮漿膜下に発生した有茎性の子宮内膜症性嚢胞であった症例を経験したため、文献的考察とともに報告する。

【症例】51歳女性、0妊0産。40歳で多発子宮筋腫に対して子宮筋腫核出術の既往があった。X日、早朝に激しい下腹部痛にて前医救急外来を受診した。CTにて卵巣腫瘍の破裂が疑われ、精査加療目的に当院へ転院搬送された。経膈超音波検査及び経腹超音波検査にて子宮背側に8cm大の嚢胞性腫瘤を認めた。血液検査にて白血球及びCRPの上昇を認めた。造影CTでは左卵巣嚢胞の破裂並びに汎発性腹膜炎が疑われたため、開腹患側付属器摘出術を緊急で施行する方針とした。術中所見では、右卵管は軽度腫大を認めたが、右卵巣並びに左付属器は正常所見だった。術前に指摘された嚢胞は付属器と連続性はなく、子宮底部背側より有茎性に発生していた。開腹時に嚢胞は破綻しており、血性内容液を認めた。子宮嚢胞切除術＋右卵管切除術に変更し手術を実施した。病理所見は、円柱上皮に裏打ちされた子宮内膜症性嚢胞で、右卵管も内膜症性病変を認めた。術後経過良好で、X+7日目、退院となった。

【考察】本症例は、子宮に接する有茎性の内膜症性嚢胞であり、術前診断で卵巣腫瘍との鑑別が困難であった。子宮内膜症性嚢胞の原因として、子宮筋腫核出術の既往が関連している可能性も考えられた。子宮漿膜における子宮内膜症は捻転や大量腹腔内出血をきたし、緊急手術となった報告もあるため、本疾患を鑑別診断に挙げる必要があると考えられた。

0-70

卵巣提索から発生した平滑筋腫の1例

○高山 圭介¹⁾、渡部 洋¹⁾、谷口 優羽¹⁾、松澤 由記子¹⁾、櫻田 尚子¹⁾、佐々木 史子¹⁾、渡辺 正²⁾、
黒澤 大樹²⁾、徳永 英樹¹⁾

1) 東北医科薬科大学、2) 東北医科薬科大学 若林病院

卵巣提索から発生した平滑筋腫の1例を経験したので報告する。症例は頻尿および腹部膨満感を主訴に当科を受診し多発子宮筋腫の診断で開腹子宮全摘および両側卵管切除を行った。腹腔内右側に確認された腫瘤は卵巣提索から有茎性に発生しており、子宮の多発筋腫との交通性は認められなかった。これまで文献上卵巣提索から発生した平滑筋腫の報告はなく極めて稀な症例である。

0-71

無症候性の卵巣腫瘍茎捻転が原因と考えられた遊離卵巣腫瘍

○小幡 美由紀、齋藤 彰治、今田 綾香、高橋 裕也、武士 ゆい、丸山 真弓、堤 誠司

山形県立中央病院産婦人科

【緒言】 卵巣腫瘍茎捻転は臨床でよく遭遇する疾患である。強い腹痛を主訴として、緊急手術となることが多い。希に腹痛を起こさずに茎捻転を起し、自然に離断して腹腔内に存在する遊離卵巣腫瘍が報告されており、組織型は成熟嚢胞奇形腫が多い。今回、卵巣腫瘍の腹腔鏡下手術で遊離卵巣腫瘍が判明した一例を経験したので報告する。

【症例】 60 歳、3 妊 2 産。4 年前に 3cm 大の卵巣腫瘍を指摘され、婦人科クリニックに通院していた。増大傾向のため精査加療目的に当院に紹介された。内診でダグラス窩に手拳大の腫瘤を触知し、超音波や MRI でダグラス窩に充実性の 8cm 大の腫瘤を認め、卵巣線維腫や莢膜細胞腫が疑われた。手術を希望したため、経腔的腹腔鏡手術で両側付属器切除術を予定した。経腔的にダグラス窩から腹腔内に入ると左卵巣腫瘍が左骨盤壁や直腸と癒着していたため、経腹の腹腔鏡下手術に移行した。腫瘍周囲の癒着を剥離していくと腫瘍は左卵巣提索や左固有靭帯と連続性を認めなかったが、左骨盤壁との間に索状の癒着を認めた。右付属器は肉眼的に異常なかった。左側は卵巣提索から固有索にかけて左卵管と一緒に摘出した。病理組織診で腫瘍は線維腫で、左付属器の組織内に正常卵巣は確認できなかった。

【考察】 卵巣腫瘍の茎捻転が成熟嚢胞奇形腫に起きやすいことから、遊離卵巣腫瘍の組織型は成熟嚢胞奇形腫が最も多い。局在部位は大網やダグラス窩に多い。本症例は、腫瘍の周囲に茎捻転によって起こった炎症によると思われる癒着があり、強い症状が予想される手術所見であったが、患者に強い腹痛の既往はなかった。卵巣提索や卵巣固有靭帯と明らかな連続性はなかったが、左骨盤壁と索状の癒着を認め、これが茎捻転した提索の遺残であった可能性がある。

【結論】 今回、ダグラス窩に癒着した遊離卵巣腫瘍を経験した。手術所見から無症候性の茎捻転後に自然に離断した可能性が考えられた。

0-72

子宮鏡下切除術後に子宮ポリープ状異型腺筋腫の診断とされ、その後自然妊娠で生児を得た一例

○松井 優祐、米原 利栄、向井 悠馬、山本 早姫、青柳 有紀子、東 正樹

釧路赤十字病院産婦人科

【緒言】 子宮ポリープ状異型腺筋腫（以下 APAM）は性成熟期女性に発症する比較的稀な疾患である。また APAM は類内膜腺癌や複雑型子宮内膜異型増殖症と病理組織像が類似する点や病変が共存することがみられる点が問題となるため、妊孕性温存手術後には慎重な病変評価と経過観察が必要である。今回、子宮鏡下切除術後に APAM と診断され、その後自然妊娠で生児を得た一例を経験した。

【症例】 30 歳、0 妊 0 産。特記すべき既往歴はなかった。過長月経を主訴に外来受診し、経腔超音波検査で子宮体下部内腔に 23mm 大の腫瘤性病変を認めた。MRI 撮像し、子宮内膜ポリープを疑った。初診時の子宮頸部細胞診、子宮内膜細胞診では共に異常を認めなかった。子宮鏡下子宮内膜ポリープ切除術を施行し、術後の病理組織で類内膜腺癌(Grade1)が否定できない APAM の診断となった。術後 MRI 再撮像では子宮内腔に病変は認めなかった。残存病変評価と子宮体癌の除外目的に初回手術から 6 週後に子宮内膜全面搔爬術を追加施行し、術後病理組織診断では病変は認めなかった。挙児希望のため、外来で 3 ヶ月毎の経腔超音波と子宮内膜細胞診による経過観察の方針とした。自然妊娠待機の方針となった。術後 7 カ月で自然妊娠成立した。妊娠経過に特記異常なく、妊娠 39 週 2 日で経腔分娩に至った。3207g の男児で新生児仮死は認めなかった。胎盤病理組織診断では悪性所見は認めなかった。経過良好で産後 4 日目に退院し、現在外来で経過観察継続している。

【結語】 本症例においては妊孕性温存手術と術後の残存病変評価を経て、外来での経過観察期間中に病変が再発することなく自然妊娠に至ることができた。APAM はそれ自体の術後の病変残存率や再発率が高く、悪性疾患合併の可能性も含めて、術後の病変評価と経過観察の継続が妊娠・出産を目指す上で重要である。

帝王切開癒痕部妊娠流産後の RPOC に対し Methotrexate 投与が奏功せず子宮全摘に至った一例

○荒木 左論、八木 萌、廣兼 綾華、古田 惇、竹村 京子、安田 一平、山崎 悠紀、島 友子、中島 彰俊

富山大学附属病院産婦人科

帝王切開癒痕部妊娠 (Cesarean scar pregnancy : CSP) は、子宮破裂や出血性ショックのリスクから termination が選択されることが多い。RPOC (Retained products of conception) は、流産あるいは児娩出後の子宮内妊娠組織遺残物を指し、待機療法、外科的治療 (子宮内容除去術、子宮全摘術)、子宮動脈塞栓術 (UAE)、Methotrexate (MTX) 投与など、治療法は確立されていない。我々は、CSP 流産後の RPOC に対して MTX 投与が奏功せず子宮全摘に至った症例を経験した。症例：35 歳、5 妊 1 産 (自然流産 3 回、人工妊娠中絶 1 回、帝王切開 1 回)。X 日 (最終月経開始日より 6 週 3 日)、妊娠反応陽性にて前医を受診。子宮内に胎嚢を認めず自然流産と診断された。X+17 日、大量性器出血を生じ前医に救急搬送された。Hb5.6g/dL、血清 hCG 値は 18283mIU/mL と高値で、骨盤部 MRI 検査で子宮前壁の帝王切開癒痕部に 5cm 大の腫瘤を認めた。CSP 流産後の遺残が疑われ、X+24 日に当院転院となった。入院時の血清 hCG 値は 11941 mIU/mL と高値が持続した。絨毛性疾患の可能性も考慮し組織学的診断を念頭においたが、病変除去による大量出血が予測されたため、経腔的操作の前に腫瘤への血流抑制・病変縮小を期待して MTX 投与の方針とした。X+26 日 (入院 2 日目) より 2 日おきに計 4 回、MTX1mg/kg の筋肉注射を施行。hCG は 3344 mIU/mL と低下傾向であったがその後も性器出血は持続し、MRI 再検にて癒痕部腫瘤の増大を認めた。患者の子宮温存希望は乏しく早期寛解を希望されたため、X+39 日 (入院 15 日目) に腹式子宮全摘術を施行した。帝王切開癒痕部の筋層は菲薄化し腫瘤の透見を認めた。経過良好にて術後 7 日目に退院。術後約 1 カ月で hCG は陰性化した。病理検査では胎状奇胎や絨毛癌を疑う所見はなく、絨毛遺残の診断となった。RPOC では待機療法、MTX や UAE など保存的療法が試みられるが、妊娠部位が帝王切開癒痕部であった場合は特に大量出血のリスクがある。また保存的治療では hCG の陰性化まで長期間を要するとされており、患者の子宮温存希望を考慮した上での治療選択が必要と思われる。

当院における小児腔内異物の 3 例

○滝沢 章¹⁾、高岡 真佐人²⁾、三國 史嵩¹⁾、山田 恭子¹⁾、島畑 顕治¹⁾、佐藤 修¹⁾、藤本 俊郎¹⁾

1) 苫小牧市立病院産婦人科、2) JCHO 北海道病院

【緒言】小児腔内異物は症状が非特異的であり、患者自身に自覚がないため診断に苦慮することが多いとされている。発見が遅れると腔瘻の原因となることが指摘されているほか、腔閉鎖に至った例も報告されている。また、性的虐待が背景にある可能性もあり、注意が必要である。今回我々は当院で確認された小児腔内異物症例を 3 例報告する。

【症例 1】12 歳、女兒。本人が腔内に消しゴムを入れたことを母親に訴え小児科を受診し、当科紹介となった。腔鏡診で腔内に 1cm 大の消しゴムを認め、抜去した。出血や疼痛なく、終診となった。

【症例 2】4 歳、女兒。帯下異常に母親が気付く小児科を受診、抗生剤を投与されたが改善せず、当科紹介となった。当科初診時、自覚症状はなく、会陰超音波検査では異物は確認できなかった。腔培養結果も踏まえ抗菌薬投与を行ったが、改善なく経過したため、静脈麻酔下で軟性子宮鏡による腔内検索を実施した。複数のビーズ、ヘアゴムなどが確認され、すべて摘出した。虐待の可能性が否定できなかったため児童相談所に通告したが、調査の結果、虐待の可能性は低いと判断された。

【症例 3】7 歳、女兒。9 歳の兄が患児の腔内に異物を挿入した、と父が救急要請し小児科に搬送された。単純 CT で腔内に異物を認め、当科紹介となった。静脈麻酔下で異物を摘出したところ、楕円球形の性具であった。父、兄による性的虐待が強く疑われたため児童相談所に通告した。調査の結果、父による虐待の可能性が高いと判断され、本人及び兄は児童養護施設で一時保護となった。

【結語】小児の腔内異物を 3 例経験した。性的虐待が背景にあると疑われる場合は、診断に加え小児科との連携、行政への報告などの慎重な対応が必要であった。若干の文献的考察も加えて報告する。

○土川 恵、水崎 恵、水沼 月子、酒井 美穂、津村 亜依、板橋 彩、市川 英俊、片山 英人、
加藤 育民

旭川医科大学産婦人科

【背景】 子宮捻転は子宮長軸を軸に子宮が 45 度以上回転した状態と定義される。通常妊娠子宮に発症することが多く、非妊時に発症することは稀である。急性腹症で受診することが多いが、術前に診断することは困難であることが知られている。今回当院で子宮捻転を術前に疑った巨大子宮筋腫の一例を経験したため報告する。

【症例】 48 歳 0 妊 157cm 57kg。既往歴としてバセドウ病、統合失調症。

【治療経過】 腹部腫瘍のため前医初診、経腹超音波検査と CT 検査で最大径 20cm の骨盤内腫瘍を認め、X-43 日精査目的に当科紹介初診。X-34 日の MRI で骨盤内に 21x12x19cm の巨大子宮筋腫を認めた。X 日に腹式単純子宮全摘及び両側卵管切除術を予定し、X-1 日に手術目的に入院した。入院時強い腹痛とふらつきを訴え血液検査を施行したところ、Hb6.6 の貧血を認めた。緊急造影 CT 検査で子宮周囲の血管構造が捻じれて観察され、子宮捻転を疑う所見であった。腹腔内出血を疑う所見も認め、同日緊急手術を行った。術中所見では腹腔内に多量の出血があり、子宮と左付属器が一塊となって時計回りに 720 度捻転していた。左付属器は暗黒色で、捻転解除後も色調の回復なかった。右付属器は浮腫があるものの色調良好であり、腹式単純子宮全摘、左付属器摘出及び右卵管切除を行った。手術時間 3 時間 9 分、出血量 1398g、術中に赤血球 10 単位、新鮮凍結血漿 480ml の輸血を要したが、術後経過良好で術後 7 日目に退院とした。

【結論】 今回子宮捻転を術前に疑った巨大子宮筋腫の一例を経験した。巨大子宮筋腫に合併した子宮捻転は国内でも数例の報告があり、巨大子宮筋腫患者が急性腹症を発症した際には子宮捻転を鑑別に挙げる必要がある。

○影近 瑠唯、石川 雄大、中西 研太郎、吉澤 明希子、金井 麻子、横浜 祐子、加藤 育民

旭川医科大学産婦人科

【緒言】妊娠 22 週未満の前期破水では、新生児死亡や脳室内出血や呼吸障害などをきたす原因となる。母体への影響として胎盤除去術、敗血症などによる集中治療、母体死亡などがある。妊娠 18 週台での前期破水で臨床的絨毛膜羊膜炎 (cCAM) を発症し、敗血症に至った一例を報告する。

【症例】25 歳の初産婦で、妊娠初期より前医で妊娠管理がされていた。妊娠 18 週 1 日に水様性帯下を自覚し、妊娠 19 週 4 日に前医で羊水過少を認め、妊娠 20 週 2 日に当科紹介となった。腔鏡診で羊水流出は認めず、経腹超音波検査で無羊水だが胎児疾患は否定的であり、経過から前期破水の診断となった。入院後アンピシリンとアジスロマイシンの投与を開始した。受診時は cCAM を疑う所見はなく妊娠継続を希望したが、最終的には母体合併症のリスクがあることから妊娠中絶を希望し、妊娠 20 週 6 日から頸管拡張開始した。妊娠 21 週 0 日に白血球数 19,830 / μ L、CRP 2.93 mg/dL と上昇を認めたが、cCAM の基準を満たさず、頸管熟化が乏しかったため、再度頸管拡張を行った。妊娠 21 週 1 日の早朝から発熱と帯下の悪臭があり、cCAM と診断した。頸管拡張を中止し抗菌薬をアンピシリン、クリンダマイシン、ゲンタマイシンへ変更した。陣痛発来し、同日 431g の男児娩出となった。白血球数 2080 / μ L、血小板数 13.4 万 / μ L の血球減少と CRP 9.46 mg/dL、および血液培養陽性で産褥子宮内膜炎による敗血症と診断した。産褥 1 日目に起因菌が器質特異性拡張型 β ラクタマーゼ産生大腸菌であることが判明し、抗菌薬をメロペネムへ変更した。血圧低下と頻脈が持続したが輸液により改善した。血液培養の陰性化を確認後、産褥 10 日目に退院となった。

【考察】妊娠 22 週未満の前期破水は、児の予後のみならず重篤な母体合併症についても注意をはらい診療にあたるべきと考えられた。

○長田 昂祐¹⁾、岡田 有加^{1), 2)}、菊池 悠理乃¹⁾、城内 南奈子^{1), 2)}、千葉 洋平^{1), 2)}、羽場 徹²⁾、岩動 ちず子²⁾、小山 理恵²⁾、馬場 長²⁾

1) 岩手県立宮古病院 産婦人科、2) 岩手医科大学 産婦人科学講座

【緒言】感染症は妊産婦死亡の原因別頻度の約 9% を占め、その割合は近年増加傾向である。今回、妊娠悪阻の入院管理中に敗血症性 DIC を発症した症例を経験した。

【症例】31 歳女性、2 妊 1 産。自然妊娠後、初期から吐き気・食欲不振を自覚していた。妊娠 6 週時に、尿中ケトン 2+ 及び 5kg の体重減少を認めたため、入院のうえビタミン B1 を含む補液 2000ml/ 日を開始した。入院 24 病日より病院食を再開し、31 病日に全量摂取可能となったが、同日夜間に悪寒戦慄を伴う 40.0℃ の発熱を認めた。血液所見は WBC 4,750/ μ l、CRP 4.2 mg/dl で、診察上明らかな感染源を特定出来なかった。血液培養提出後、スルバクタムナトリウム・アンピシリンナトリウム 6g/ 日を開始したが、翌日 WBC 31,900/ μ l、PLT 84,000/ μ l、CRP 11.34mg/dl、D ダイマー 37.9 μ g/ml と増悪を認めた。血液培養 4/4 本からグラム陰性桿菌が検出され、DIC 感染症型スコア 6 点 (血小板数 2 点、FDP 3 点、プロトロンビン時間比 1 点) で敗血症性 DIC と診断した。集中治療の必要性を考慮し、同日高次施設へ搬送した。メロペネム水和物 3g/ 日、抗 DIC 療法としてウリナスタチン 10 万単位 / 日、ヘパリンナトリウム 1 万単位 / 日を開始した。35 病日には血液所見の改善を認め、抗 DIC 療法を終了した。38 病日に *Klebsiella Oxytoca* が同定され、感受性からセフトリアキソンナトリウム 2g/ 日に De-escalation した。40 病日に抗菌薬を終了し、42 病日に自宅退院した。妊娠 14 週時点で母児ともに経過良好である。

【考察】経過から Bacterial translocation による敗血症を考えた。悪阻をきっかけとした敗血症は稀であるが、適切な診断と早期治療加入により母児の予後を改善できる可能性がある。

○八島 誠司、伊藤 理恵子、伊藤 泰史、小島原 敬信、手塚 尚広

公立置賜総合病院

【はじめに】B 群溶血性連鎖球菌（GBS）は腔や直腸等に存在する常在菌で、分娩時の垂直感染により新生児に重症感染症を生じうる。日本産科婦人科学会・日本産婦人科医会刊行の『産婦人科診療ガイドライン産科編 2023』では、全妊婦に GBS 検査を施行することが推奨されている。分娩時の産道内 GBS の存在予測には分娩前 5 週間以内の検体採取が望ましいとされ、GBS 検査から 6 週間以上経過した場合は陽性的中率、陰性的中率ともに低下すると報告されている。当院で施行した GBS 検査の実態を調査し、GBS の至適検査時期を検討した。

【方法】2022 年 1 月から 2024 年 5 月までに当院で分娩した延べ 574 人の診療録を抽出し、妊娠歴、GBS 検査の施行時期、分娩日等の項目を後方視的に検討した。

【結果】当院で分娩した 574 例のうち、予定帝王切開および陣痛未発来・未破水の緊急帝王切開を含む 75 例を除外し、対象症例は 499 例であった。初産婦は 271 例（54%）で、経膈分娩は 464 例（93%）であった。日本産婦人科学会の周産期データと比較すると、当院における妊娠 37 週未満の分娩は 26 例（5%）と割合が低いが、妊娠 41 週以降の分娩は 54 例（11%）と割合が高かった。GBS 検査は妊娠 35 週から妊娠 37 週の間 458 例（92%）で施行されていた。GBS 検査陽性は 100 例（20%）に認め、GBS 陽性妊婦から出生した新生児の咽頭培養は 6 例で陽性であったが新生児 GBS 感染症を発症した症例は認めなかった。GBS 検査を施行後 6 週間以上経過して分娩に至った症例は 10 例（2%）存在したが、検査時期を妊娠 36 週以降に変更すると 1 例（0.2%）まで減少する。一方で、検査時期を妊娠 36 週以降に変更することで分娩時に検査結果が判明しない症例は 10 例（2%）となる。

【結論】GBS 検査の施行時期を妊娠 36 週以降に変更すると検査結果の信頼性が担保された分娩が増加する。一方で、早産児は新生児 GBS 感染症のハイリスク因子であり、早産ハイリスク症例では早い時期での GBS 検査も考慮される。施設の特徴も考慮して、GBS 検査の施行時期の検討が必要である。

○佐藤 雄翔、安田 俊、宮川 憲一、三浦 秀樹、福田 冬馬、山口 明子、藤森 敬也

福島県立医科大学産婦人科講座

【緒言】A 群溶血性連鎖球菌は 2023 年 10 月以降に過去 10 年間で最大規模の流行が起きている。2024 年 6 月時点で届出報告数は 977 人と昨年の届出報告数を上回っている。本症例を含めて県内では周産期感染の 2 例報告がある。

【症例】43 歳、2 妊 1 産（1 回自然妊娠）

【現病歴】自然妊娠。40 週 0 日に自宅で助産師立会いの下に自然分娩となる。分娩経過に大きな異常はなかった。産褥 2 日目に 38℃の発熱あり、産褥 7 日目に 39.0℃の発熱・意識レベルの低下が出現し、前医受診となる。採血では WBC:6000/ul、CRP:17.82mg/dl と上昇あり、PIPC/TAZ4.5g を開始した。血液培養 2 セットから A 群溶血性連鎖球菌が検出され、抗菌薬を PCG400 万単位と CLDM900mg に変更した。また、血圧低下も認めて NAd も開始となった。A 群溶血性連鎖球菌感染による敗血症性ショックの診断で高次医療機関での救急管理が必要となり、ドクターヘリで当院に救急搬送となった。当院到着時には意識レベル JCS I -3、四肢の痛みを認めていた。当科診察の腔鏡診で子宮口から膿性帯下を少量認めた。CT 検査では両側肺野に浸潤影を認めていたが、その他には明らかな異常は認められなかった。ICU 入院下で抗菌薬と NAd を継続し、入院 2 日目に NAd は終了となった。敗血症ショックの状態を離脱して、入院 4 日目に MFICU 転棟となった。転棟後に不穏状態が悪化したため、精神科にコンサルトとした。産褥期精神病として、対応していたが脳波検査で徐波を認め、神経疾患も考慮され神経内科コンサルトとなった。頭部 MRIT2 強調像で淡蒼球に高信号を認め、脳炎疑いで神経内科転棟となった。現在も抗菌薬加療を継続し、全身状態は改善傾向である。今後は神経内科で A 群溶血性連鎖球菌感染による脳炎も考慮され、抗体検査を含めた検査を行う予定となっている。

【結語】本症例では A 群溶血性連鎖球菌の感染経路は不明であるが、子宮内膜炎から血行性に敗血症に至ったことも考えられる。今後、更なる感染拡大と共に同様の症例が増加することが懸念される。

O-80

卵巣癌治療により早発卵巣不全となった一例

○田付 駿介、三浦 史晴、佐々木 麻妃、亀井 あつこ、菊地 悠理乃、伊藤 理華子、深川 智之、
金杉 知宣、葛西 真由美

岩手県立中央病院

【緒言】AYA (Adolescent and Young Adult) 世代に対する化学療法や放射線療法、生殖臓器への外科的治療は、性腺機能低下を来し不妊の一因となり得る。挙児希望のある卵巣癌患者では、忍容性温存を考慮した治療が推奨されており、化学療法においても TC (パクリタキセル+カルボプラチン) 療法では、これまで高度な卵巣毒性を来した報告はほとんど認めていない。今回我々は、卵巣癌に対する妊孕性温存手術後の TC 療法により、早発卵巣不全となった症例に対し、体外受精を行い、妊娠成立に至った一例を経験したため報告する。

【症例】34 歳、0 妊 0 産。20XX 年 11 月、充実部を伴う 60mm 大の右卵巣腫瘍を認め、卵巣癌が疑われた。ガイドラインに準じた治療法を提示し、悪性の場合には妊孕性温存手術を希望された。片側付属器摘出術を施行し、術中迅速診断で adenocarcinoma と診断されたため、大網切除術+腹腔細胞診を併施した。病理組織診断は明細胞癌、画像、開腹所見から卵巣癌 I A 期と診断した。術後 TC 療法を 6 コース施行し明らかな再発所見は認めなかったが、その後続発性無月経となり、早発卵巣不全の診断となった。積極的な挙児希望があり、20XX+1 年 10 月、高次施設へ紹介し、体外受精により妊娠成立した。妊娠経過に大きな異常はなかったが、妊娠 37 週時に妊娠高血圧症候群の診断となり、緊急帝王切開術を施行した。手術時、腹腔内に明らかな肉眼的再発所見は認めず、腹腔細胞診も陰性だった。その後、現在に至るまで再発なく経過している。

【結語】癌患者に対する化学療法や放射線療法、外科的治療は卵巣機能障害を来することが多いが、一時的であり機能は回復することが多いとされている。今回我々は、治療により高度な卵巣機能障害を来した症例を経験した。癌治療や生殖補助医療の進歩に伴い、若年女性の治療選択肢は増えてきている。妊孕性温存の選択により患者自身の生命予後を損なうことはあってはならないが、患者背景に応じた治療選択の重要性を再認識する一例であった。

O-81

AYA 世代の婦人科悪性腫瘍症例における生存率についての検討

○細川 美津希、大沼 利通、山田 しず佳、津吉 秀昭、品川 明子、折坂 誠、吉田 好雄

福井大学医学部附属病院産科婦人科

【目的】15 歳～39 歳の年齢層を指す AYA (Adolescent and Young Adult) 世代の癌については子宮頸癌を初めとして婦人科癌が占める割合が大きい。そのためこの世代の婦人科癌の予後改善は重要な課題であるが、これまで日本人の AYA 世代の婦人科癌の予後について検討した報告は少ない。本研究の目的は診断時に AYA の年齢群に属することが、癌の生存率と関連するかどうかを明らかにすることである。

【方法】2007 年から 2023 年までの 17 年間に当科の婦人科癌データベースに登録された 15 歳以上の婦人科悪性腫瘍 1178 例を対象とした。そのうち AYA 世代の婦人科悪性腫瘍は 131 例であった。AYA 世代の婦人科癌の予後を 40 歳以上の年齢層と比較した。予後の主要評価項目は全生存期間 (OS: overall survival) とした。生存解析は Kaplan-Meier 法 (log-rank 検定) 及び Cox 回帰モデルを用いた。

【成績】当院における AYA 世代婦人科癌患者は卵巣癌 36 例、子宮頸癌 69 例、子宮体癌 21 例であった。40 歳以上の婦人科癌患者は卵巣癌 335 例、子宮頸癌 283 例、子宮体癌 395 例であった。婦人科癌全体の OS は、40 歳以上と比較して、AYA 世代で有意に良好であった (log-rank $p < 0.001$) (HR 0.273, 95%CI 0.1568-0.4752, $p < 0.001$)。子宮頸癌の OS は、40 歳以上と比較して、AYA 世代で有意に良好であった (log-rank $p < 0.001$) (HR 0.2466, 95%CI 0.1143-0.5321, $p < 0.001$)。子宮体癌の OS は、40 歳以上と比較して、log-rank 検定でのみ AYA 世代で有意に良好であった (log-rank $p = 0.036$) (HR 0.159, 95%CI 0.0222-1.141, $p = 0.067$)。卵巣癌の OS は、40 歳以上と比較して、AYA 世代で有意に良好であった (log-rank $p = 0.030$) (HR 0.3855, 95%CI 0.1576-0.9427, $p = 0.037$)。しかしながら、卵巣明細胞癌の OS は、40 歳以上と比較して、AYA 世代で有意に不良であった (40 歳以上 40 例, AYA 世代 5 例, log-rank $p = 0.002$) (HR 7.383, 95%CI 1.644-33.16, $p = 0.009$)。

【結論】単施設の後視法的な AYA 世代の婦人科癌を解析した検討結果であるが、AYA 世代婦人科癌の生存率は 40 歳以上と比較し有意に良好であった。しかし、卵巣明細胞癌では、AYA 世代の生存率は 40 歳以上と比較して低く、卵巣明細胞癌は AYA 世代婦人科悪性腫瘍における予後不良因子と考えられた。このため、AYA 世代の卵巣明細胞癌に関する早期診断や治療方法の開発が必要である。

当科における生殖細胞系列由来であることが推定される病的バリエント (PGPV) に関する検討

○郷内 雄太、清野 学、佐野 詩織、堀川 翔太、奥井 陽介、榊 宏論、太田 剛、永瀬 智
山形大学 産婦人科

【緒言】 がん遺伝子パネル検査が保険収載され、がん治療中のゲノム検査が一般的になりつつある中、偶発的に発見される生殖細胞系列由来であることが推定される病的バリエント (PGPV) に対する課題点があると考え、当科における PGPV の現状を検討した。

【方法】 2019 年 4 月から 2024 年 4 月までに当院で婦人科悪性腫瘍 (卵巣・卵管・腹膜癌、子宮体癌、子宮肉腫、子宮頸癌、外陰癌) に対し施行されたがん遺伝子パネル検査について後方視的に検討し、PGPV を認めた症例について解析した。

【結果】 当科で施行したがん遺伝子パネル検査は、卵巣・卵管・腹膜癌 47 例、子宮体癌 27 例、子宮頸癌 22 例、子宮肉腫 9 例、外陰癌 2 例の計 108 例であった。PGPV は全体で 16 例 (14.8%) で認められ、卵巣・卵管・腹膜癌で 7 例 (14.9%)、子宮体癌で 5 例 (18.5%)、子宮頸癌で 3 例 (12.5%)、子宮肉腫で 1 例 (11.1%) であり、外陰癌では認めなかった。卵巣・卵管・腹膜癌では BRCA1/2 が 5 例、ATM が 1 例、MSH2 が 1 例であった。子宮体癌では BRCA1/2 が 3 例、他に POLE、ATM、MSH6 を 1 例ずつ認めた (重複症例あり)。子宮頸癌では BRCA1/2 が 2 例、TGFB2 が 1 例であった。そのうち、生殖細胞系列変異を確認したものは 6/16 例 (37.5%) に留まった。その理由の中には、バリエント保持者の確認検査の希望がなかったことに加え、家族歴から PGPV の可能性が低いと主治医が判断したこと、予後や治療により十分カウンセリングの時間が取れなかったことが挙げられ、課題が明確となった。

【結論】 がん遺伝子パネル検査で認められた PGPV に対する対応は、患者が置かれている医学・社会的背景を適切に評価し、主治医と連携して十分なカウンセリングを行う機会を作る努力が必要と考えられた。

ループ電極による粘膜下の腫瘍生検で診断に至った子宮頸部原発悪性リンパ腫の一例

○穂積 葵、鈴木 優希、山寺 岳、邑本 美沙希、遠藤 祐介、村川 東、市川 さおり、黒澤 靖大、田中 創太
石巻赤十字病院

【緒言】 子宮原発の悪性リンパ腫は節外性リンパ腫の 1% 以下と極めて稀であり、非上皮性腫瘍のため細胞や組織の採取が困難で診断に苦慮することがある。今回、画像検査と外来検査で診断がつかず、ループ電極による粘膜下の腫瘍生検で子宮頸部原発悪性リンパ腫と診断した症例を経験したので報告する。

【症例】 74 歳、2 妊 2 産、下腹部痛と左水腎症の精査で当院泌尿器科を受診。膀胱に突出する腫瘤を生検するも悪性所見は認めず、MRI 検査で子宮頸部左側を中心に周囲へ不整に拡がる腫瘤を認め、子宮頸癌疑いで婦人科紹介となった。当科の診察で、子宮頸部左側に硬い腫瘤を触知するも、腔鏡診で粘膜面は正常だった。子宮腔部、頸管の細胞診、組織診を行ったが、いずれも悪性所見を認めなかった。子宮頸癌以外の悪性腫瘍の可能性を考え、放射線科に再読影を依頼したところ悪性リンパ腫等の非上皮性悪性腫瘍も鑑別となる、と指摘された。CT 検査では軽度の傍大動脈リンパ節腫大はあるも、転移を疑う病変は認めなかった。採血検査で可溶性 IL2 受容体が 731 U/ml と高値であった。悪性リンパ腫の B 症状は認めなかった。診断目的に脊椎麻酔下でループ電極を用いて子宮頸部の粘膜下腫瘍を生検した。悪性リンパ腫の可能性を考え、READ system® に検体を提出。HE 染色で異型リンパ球の集簇を認め、免疫染色で CD20、CD79a+ など B 細胞系抗原が陽性であり、子宮頸部原発悪性リンパ腫、濾胞性リンパ腫 grade 3A、Ann Arbor 分類 I A 期と診断された。現在、血液内科で R-CHOP 療法を行っている。

【考察】 子宮頸部の悪性リンパ腫では細胞診で異常が捉えられる症例が 51% と検出率の低さが指摘されている。本症例のように腫瘍細胞は子宮筋層内に浸潤増殖するため、粘膜面から採取されにくいことが一因となっている。

I 期、II 期では 48 症例中 42 例に完全寛解を認め、長期予後が良好との報告がある。
本疾患は急速に腫瘍が増大することが多く、早期診断、早期治療開始が必要である。

○成田 悠樹、大澤 有姫、中村 真子、横山 万智、小山 文望恵

大館市立総合病院

秋田県北の自治体検診では婦人科がん検診として子宮腔部細胞診と内診、経腔超音波検査を行う。今回、1年以内に受診した婦人科がん検診では異常を指摘されず、後日有症状での受診時にすでに婦人科進行癌を認めた2例を経験したため報告する。

症例1は66歳 3妊2産 既往歴：虫垂炎

前医受診の4か月前に受けた婦人科がん検診では「異常なし」であった。

右側胸部・背部痛を主訴に近医整形外科を受診し、頸椎胸椎MRIで右胸水、単純CTでは腹水と左骨盤内腫瘍を認めた。血液検査でCA125 1130 U/mlと上昇を認め当科紹介となった。骨盤造影MRIでは左卵巣は63mmに腫大し、大網の肥厚所見を認め、PET-CTでは同部位への陽性集積を認めた。左卵巣癌、癌性腹膜炎を疑い試験開腹術を施行し、腹腔内腫瘍を生検しHigh grade Serous carcinoma III C期の診断となった。

症例2は61歳 3妊3産 既往歴：虫垂炎、甲状腺良性嚢胞

4年前に婦人科がん検診で子宮内膜肥厚を認めたが、精査で異常なく半年毎の検診を行っていた。直近の検診でも異常なかったが、半年後に左下腹部痛を主訴に当科を受診した。経腔超音波検査と子宮内膜細胞診では明らかな異常を認めなかった。腹痛精査のため消化器内科を受診し、上下部消化管内視鏡は異常なし、血液検査ではCEA 8.1 ng/mLと上昇を認め、造影CTにて子宮腫瘍が疑われ当科再紹介となった。子宮内膜組織および子宮頸部細胞診を施行したところSquamous cell carcinomaの診断となり、骨盤造影MRIでは子宮頸部から体部へと進展する58mmの腫瘍を認め、PET-CTでは同部位への陽性集積を認めた。子宮頸癌 I B3期の診断となった。

定期的な細胞診による子宮頸癌検診は浸潤癌罹患率減少に有意な効果を認めるとされているが、今回、婦人科癌検診「異常なし」から1年以内に進行癌で発見された2例を経験した。文献的考察を踏まえ報告する。

○曾根 香穂、本多 真澄、草開 友理、草開 妙、吉越 信一、炭谷 崇義、南 里恵、飴谷 由佳、
谷村 悟

富山県立中央病院 産婦人科

【緒言】経口 GnRH アンタゴニスト製剤（以下レルゴリクス）は子宮筋腫の縮小や子宮内膜の菲薄化が期待でき、子宮鏡下子宮筋腫摘出術（TCR）前に使用されつつある。今回、TCR 前にレルゴリクスを使用し、当院で通常行っている術前頸管処置のみでは拡張できずレゼクトスコープ挿入が困難となり、ホロジック社の MyoSure REACH デバイスを用いて手術を完遂できた例を経験したので報告する。

【症例】44 歳、G0P0。過多月経、月経痛を主訴に他院を受診し、多発子宮筋腫を指摘された。低用量エストロゲン・プロゲスチン配合剤やジエノゲスト、GnRH アゴニスト製剤を使用されたが不正性器出血が持続するため当院を受診した。子宮鏡検査では子宮後壁に粘膜下筋腫と子宮内膜ポリープを認めた。MRI では最大 6cm 大の多発子宮筋腫や 15mm 大の粘膜下筋腫を認めた。子宮粘膜下筋腫が原因と判断し、レルゴリクスを 10 週間内服後に TCR を予定した。手術当日朝に 3mm ラミセルで子宮頸管拡張した。全身麻酔後に行ったヘガール拡張は 10 番以降困難であり、予定していた 26Fr レゼクトスコープを挿入できなかった。そこで急遽、組織粉碎回収システムである外径 5.5mm の MyoSure REACH デバイスを使用し、突出率 80%の粘膜下筋腫と子宮内膜ポリープを摘出した。術後経過は問題なく翌日退院した。術後の子宮鏡検査では子宮内に腫瘤を認めなかった。今後はジエノゲストを再開し症状を確認する。

【考察】レルゴリクスは子宮筋腫だけでなく子宮頸管も縮小させる効果がある。レルゴリクス使用後の TCR では、使用期間の検討や前日から複数回の術前頸管拡張処置が必要と考えられた。またレゼクトスコープ挿入困難な症例に対してより細いデバイスのバックアップが有用であった。

○本多 真澄、草開 友理、草開 妙、吉越 信一、炭谷 崇義、南 里恵、飴谷 由佳、谷村 悟

富山県立中央病院

【諸言】

子宮内膜ポリープを疑う腫瘤の手術適応は、過多月経や不正出血などの症状がある場合である。悪性を疑う症例では生検目的で子宮鏡手術を施行する場合がある。当院では子宮内膜ポリープに対して子宮鏡シェーバーを用いた外来子宮鏡手術を施行している。

【症例】

48 歳 G0P0。内膜肥厚、月経困難症で紹介。子宮内膜細胞診陰性で経過観察していた。月経痛増悪傾向であり、子宮鏡シェーバーを用いた外来子宮鏡手術を施行。病理診断は Endometrial polyp の診断だったが、一部に子宮内膜増殖症様の領域あり。月経痛は改善していたが、細胞診等で経過観察していた。術後 2 年で月経痛再燃あり、子宮鏡検査を行うとわずかに子宮内膜ポリープを疑う腫瘤を認めた。子宮内膜細胞診は陰性であったが、手術を希望され再度外来子宮鏡手術を施行した。病理診断は Endometrial carcinoma G1 だった。

【結語】

2 回目の子宮鏡シェーバー手術で子宮体癌を診断した一例を経験した。

子宮鏡シェーバー手術では病変を確認しながら組織を回収することができ、子宮体癌等の悪性疾患の診断にも有用であると考えられる。

○渡辺 正¹⁾、黒澤 大樹¹⁾、小野 貴寛¹⁾、高山 圭介²⁾、谷口 優羽²⁾、佐々木 史子²⁾、櫻田 尚子²⁾、松澤 由記子²⁾、渡部 洋²⁾、徳永 英樹²⁾

1) 東北医科薬科大学若林病院 産婦人科、2) 東北医科薬科大学病院 産婦人科

【緒言】アッシャーマン症候群は、子宮腔に癒着を形成し月経異常、不妊、着床障害などの症状を呈する疾患である。当院で子宮鏡下手術を行ったアッシャーマン症候群の臨床的背景、治療成績について検討した。

【対象と方法】2018年1月から2023年12月までにアッシャーマン症候群に対して子宮鏡を併用した癒着切除治療を施行した不妊症例は14例であり、癒着部位は子宮体部11例(A群)、頸部のみ3例(B群)であった。手術は全例全身麻酔下に行い、手術後には原則として子宮内バルーン、あるいは子宮内避妊器具を挿入し、再癒着の予防に努めた。A群では、手術後にセカンドルック子宮鏡を行った後に妊娠を許可した。

【結果】アッシャーマン症候群の発症には、既往の分娩・流産、子宮内操作、円錐切除術、子宮動脈塞栓療法など様々な要因が関係していると思われた。

A群、B群ともに子宮穿孔をきたした症例はなかった。A群の9例は完全に癒着を解除することができた。セカンドルック子宮鏡では、子宮体部に再癒着をきたした例はなかったが、1例に頸管癒着による狭窄をきたし、再度手術を行なった。B群では、3例ともに外来では癒着解除には至らず、手術前には体部内腔の観察は困難であった。経腹超音波ガイド下に機械的拡張操作で3例いずれも癒着解除に至り、軟性子宮鏡の挿入が可能となり、体部内腔には異常を認めなかった。手術後の妊娠成立はA群で4/11、B群2/3であり、A群の2例、B群の2例は健児を得た。

【考察】アッシャーマン症候群に対する子宮鏡下手術は、直視下に繊細な操作が可能で有用な手技であると思われた。子宮頸部のみ癒着が限局している例では、癒着を解除できれば妊孕予後の改善率は比較的良好と思われたが、子宮体部に発生した癒着の妊孕予後の改善は、癒着解除のみでは難しい例も含まれていた。アッシャーマン症候群の発症リスクを下げる産婦人科診療の精度を保つことも重要と考えられた。

○村上一行、尾上 洋樹、武蔵 実久、佐藤 千絵、馬場 長

岩手医科大学附属病院

【諸言】子宮内膜ポリープは異常子宮出血の原因となるのみならず、不妊症の原因疾患のひとつといわれる。従来当院では子宮鏡手術を全身麻酔下にレゼクトスコープを用い、2泊3日の入院で手術を行ってきた。しかし患者数の増加に伴い、限られた手術枠の中での症例数の増加を目指し外来での手術に向けての取り組みを開始した。オペラスコープ™は細径スコープで、モニターが一体化しており、設備の不十分な環境でも手術が可能となる。そのため今回外来、及び日帰り手術で施行した子宮鏡下ポリープ切除術4例をもとに初期経験について報告する。

【方法】経膈超音波検査で子宮内膜ポリープが疑われた症例に対し術前に子宮鏡検査を行い、切除可能と判断した症例に実施した。診断は軟性鏡で行った。生理食塩水を子宮内灌流液とし、加圧バッグを用いて灌流した。無麻酔、または静脈麻酔下でオペラスコープ™を用いて手術を行った。

【結果】患者年齢は中央値38歳(32-41歳)、手術時間は平均29分(16-39分)であった。子宮内灌流液は平均1125ml(500-2500ml)を使用した。

また静脈麻酔下に施行した症例が2例、無麻酔が2例。疼痛のため完遂できなかった症例が1例あった。単発性有茎性のポリープについては短時間に有効な手術となり得た。一方、多発性ポリープや、無茎性ポリープなどについてはポリープの切除に至らない症例を認めた。また無麻酔での症例については疼痛や手術時間の長時間化に伴い、子宮収縮による視野確保困難症例も認められた。

【考察】限られた手術枠において日帰りでのポリープ切除術は待機時間の短縮や症例数の増加のため患者、医療者ともに有益であると考えられる。鍛錬を積み完全切除可能な症例の拡大を目指したい。一方、多発例やポリープの形状によってはレゼクトスコープや細径鏡においても手動シェーバーの使用が適切と考えられる症例もあるため術前の十分な評価も必要と考えられた。

○西尾 空、寺本 瑞絵、田淵 雄大、金 美善、山下 真裕子、杉山 芽

NTT 東日本札幌病院 産婦人科

【目的】当院では粘膜下筋腫に対し、2011年よりバイポーラシステムを用いた子宮鏡下手術を施行している。当院における子宮鏡下子宮筋腫核出術を検討することにより、現況把握、問題点抽出を行ったので報告する。

【方法】2018年1月～2023年12月の6年間にバイポーラシステムを用い、子宮筋腫核出術を施行した247例において、年齢、妊娠回数、主訴などの患者背景、術前治療の有無、子宮筋腫摘出重量、出血量や手術時間、術後合併症、その後の妊娠経過に関し後方視的に検討を行った。

【結果】全247例の平均年齢は43.1歳(25～78歳)、平均妊娠/分娩回数は0.6回(0～5回)/0.5回(0～3回)。主訴は過多月経が最も多く、次いで不正出血、過長月経、挙児希望の順であった。初診時平均Hb 10.9(4.5～14.9)であった。術前に偽閉経療法を96例(38.9%)に施行し、ホルモン剤で内膜調整を26例(10.4%)に行った。摘出子宮筋腫重量は平均8.8g(1～50g)。出血量は還流液を使用しており正確な計測は困難であるが、中央値少量(0～100g)であった。平均手術時間は24分(3～74分)。また、術者による差はあるが、子宮筋腫摘出重量と手術時間に正の相関を認めた。術中子宮穿孔は認めなかったが、止血困難にて子宮内に小児用バルーン留置を1例に施行した。術後、水中毒等の合併症は認めなかった。また、挙児希望にて妊娠に至った6例の内、2例で固着・癒着胎盤を呈した。

【結論】当科における子宮鏡下手術の現況を報告した。当科では挙児希望よりも、過多月経に施行する割合が多く、手術施行年齢もやや高齢であった。筋腫摘出重量と、手術時間に正の相関が認められ、術前治療の重要性が示唆された。また、子宮鏡下子宮筋腫核出術後妊娠では、固着胎盤を生じる可能性があり、慎重な出産管理が必要であることが示唆された。

○小熊 佳那子、宇賀神 智久、菊池 美玖、小林 咲菜、谷口 智紀、笹瀬 亜弥、早坂 篤、大槻 健郎

仙台市立病院 産婦人科

【緒言】異所性妊娠は全妊娠の1-2%に発生するとされている。その中でも90%程度が卵管妊娠であり、卵巣妊娠は0.5-3%にとどまる。一方、凍結融解胚移植後の異所性妊娠の発生率は0.6%、卵巣妊娠は胚移植症例の0.3%程度とされ、その報告は稀である。今回我々は凍結融解胚移植後の卵巣妊娠の一例を経験したので報告する。

【症例】症例は41歳、2妊1産。両側卵巣内膜症性嚢胞に対し両側卵巣腫瘍核出術、卵管狭窄に対し卵管鏡下卵管形成術の既往を認めた。前医にて自然周期で2週4日に凍結胚移植を実施し、4週4日に妊娠反応検査陽性となった。5週4日時点で血中hCGが1600 mlU/mlであり、子宮内に胎嚢を認めなかった。6週1日時点では血中hCGが3100 mlU/mlまで上昇したが、やはり子宮内に胎嚢を認めなかった。不正性器出血や下腹部痛は伴わなかったが、異所性妊娠が疑われ、同日当院紹介となった。6週2日に施行した経膈超音波断層法にて、左卵巣周囲に腫瘤形成を認め、左卵巣妊娠が疑われた。緊急腹腔鏡下手術を行ったところ、左卵巣表面に約2cmの妊卵を認め、腹腔鏡下妊娠卵除去術を施行した。術翌日に血中hCGは2204 mlU/mlまで低下した。術後経過は良好であり、術後4日に退院した。

【考察】胚移植後であっても卵巣妊娠は生じ得、その機序としては、(1)胚移植時に注入される培養液の量が多く高圧であること(2)移植された胚が卵管に向かって逆行性に移動し、卵巣に着床すること(3)高エストロゲン状態が子宮収縮を刺激し、ゴナドトロピンが卵巣肥大を刺激すること、等が考えられている。卵管妊娠に比較的特徴的な左右差のある下腹部痛や不正性器出血を認めず、子宮内に胎嚢が確認できない場合、胚移植後の妊娠であっても、卵巣妊娠を疑い精査加療を行う必要がある。

○五十嵐 冬華、三田村 卓、櫻井 愛美、黒須 博之、松宮 寛子、山崎 博之、井平 圭、遠藤 大介、金野 陽輔、渡利 英道

北海道大学 婦人科

【緒言】性分化疾患(disorders of sex development ; DSD)とは染色体、性腺、解剖学的性が非典型的である先天的状態のことである。今回、原発性無月経を主訴とした46,XY DSDに対して腫瘍性病変の有無の診断のために腹腔鏡下性腺摘出術を施行したので報告する。

【症例】16歳女性、原発性無月経のため前医を受診した。FSH高値、E2感度以下であり、卵巣性無月経疑いで当院紹介となった。身長164cm、体重48kg、外陰は正常女性型で、乳房発育と陰毛は認めなかった。MRIでは子宮、両側性腺とも癍痕様であった。染色体検査にて46XYであることが判明した。性腺腫瘍の発生リスクを考慮して予防的性腺摘出術を提案したところ本人と家族より希望があり、18歳時に実施した。術中所見として癍痕状の子宮と卵巣様性腺、および卵管を認め、両側卵管性腺を摘出した。病理組織学的所見では両側性腺とも卵巣間質様の領域を認め、周囲には卵巣網とウォルフ管様構築を認めた。また、限局性に未熟な小型細胞が集簇していたが免疫染色にて性腺芽腫は否定された。卵管様構造は異型のない卵管上皮で被覆されていた。これらはstreak gonadsの所見でありSwyer症候群と診断した。

【考察】原発性無月経では46,XY DSDが5%を占めるため、染色体異常やDSDの可能性も念頭に診察する必要がある。また、Swyer症候群やアンドロゲン不応症では性腺芽腫や未分化胚細胞腫等の性腺悪性腫瘍発生のリスクがあるため、予防的性腺摘出術を検討すべきであるという報告がある。

【結語】46,XY女性の診断や治療に際しては慎重なカウンセリングを行い、性腺摘出術やその至適時期について十分に検討すべきと考える。

○黒澤大樹¹⁾、渡辺正¹⁾、小野貴寛¹⁾、佐々木史子²⁾、櫻田尚子²⁾、松澤由記子²⁾、渡部洋²⁾、徳永英樹²⁾

1) 東北医科薬科大学若林病院 産婦人科、2) 東北医科薬科大学病院

子宮内膜症性嚢胞合併不妊症例において、採卵等の処置後に感染を合併したり、不妊治療中または治療後に卵巣癌と診断される症例の報告が散見される。今回、生殖補助医療に関連して急速に増大し、外科的治療を要した子宮内膜症性嚢胞の2例を報告する。

【症例1】44歳、0妊0産。原発性不妊症、子宮筋腫、子宮内膜ポリープのため、腹式子宮筋腫核出術、子宮鏡下内膜ポリープ摘出術を受けた後、不妊専門施設を初診。初診時に20mmの左卵巣子宮内膜症性嚢胞を指摘された。卵巣予備能低下のため、初診より2か月後に両側卵巣に多血小板血漿（PRP）注入を受けた。1か月後に左卵巣嚢胞が65mmに増大し、精査加療目的に当科紹介となった。MRIで卵巣膿瘍を疑う所見を認めたため、症状について確認したところ、PRP注入後に原因不明の発熱を2度きたしていた。腹腔鏡下左卵巣嚢胞摘出術を施行したところ、嚢胞内容は黄緑色膿汁様であった。病理所見では、子宮内膜症性嚢胞に炎症所見が強く加わっていた。

【症例2】38歳、2妊2産。続発性不妊症のため前医初診時、23mmの右卵巣子宮内膜症性嚢胞を指摘。初診より2か月後にアンタゴニスト法で採卵、胚盤胞7個凍結した。採卵2か月後に卵巣嚢胞が61mmに増大し、その1か月後には91mmまで増大し、当科紹介となった。初診時、腹部全体の強い痛みを訴え、右卵巣嚢胞は6cmに縮小、骨盤内から上腹部にかけて血性腹水を認めた。右卵巣嚢胞破裂の診断で同日腹腔鏡下右卵巣嚢胞摘出術を施行した。病理診断は子宮内膜症性嚢胞であった。子宮内膜症性嚢胞が急速に増大した場合、まず悪性化の有無を確認する必要がある。それ以外の原因として、症例1のように、卵巣穿刺後では急性期だけでなく、亜急性期から慢性化した感染の可能性も考慮する必要がある。症例2では明らかな感染徴候はなく、排卵誘発によるエストロゲン上昇等が内膜症増悪に関与していたかは不明であるが、ART治療後も嚢胞増大に注意を払う必要があると考えられた。

○加藤直人、小幡美由紀、丸山真弓、高橋裕也、武士ゆい、今田綾香、齋藤彰治、堤誠司

山形県立中央病院産婦人科

【緒言】アンドロゲン不応症（Androgen Insensitivity Syndrome: AIS）は、核型は46,XYであるが、アンドロゲン受容体の遺伝子変異により、アンドロゲン作用が障害され、外性器および二次性徴が女性型を示す疾患である。AISは完全型（Complete AIS, CAIS）と部分型（Partial AIS）に分類され、CAISでは外性器が完全に女性型を示す。今回、15歳のCAISを経験したので報告する。

【症例】15歳、未経妊。原発性無月経を主訴に前医を受診した。乳房発育はTannerⅢ度であった。テストステロンが高値のためAISが疑われ当院に紹介された。1歳で両側鼠径ヘルニア手術を受けていた。腋毛はなく、恥骨周辺にごくわずかな陰毛が確認された。外性器は女性型であり、膣長は5cm程度であった。経腹超音波で、鼠径管に連続する右31×17mm、左33×26mmの性腺が認められたが子宮は明らかではなかった。MRIでも子宮は確認できず、左右の外腸骨動静脈に沿って性腺を認めた。染色体検査で46,XYであり、CAISと診断された。性自認は女性であった。高校卒業後に精巣を摘出し、その後エストロゲン補充を行う方針とした。

【考察】CAISは外性器や性自認が女性であり、診断時には女性としてのアイデンティティを確立していることが多いため、病名の告知や説明には十分な注意が必要である。本症例では、臨床遺伝専門医と相談した上で、先に両親に診断および今後の治療方針について告知を行った。患者への説明は両親の同意の上で行い、患者の受容は良好であった。

また、AISでは、加齢とともに精巣の悪性化のリスクが上昇するため、二次性徴終了後に精巣摘出術を施行することが一般的である。本症例では、高校生活や大学受験への影響を考慮し、高校卒業後に精巣摘出術を予定した。

○野々垣 康秀、鈴木 響子、福島 莞太、吉川 栞、山田 和佳、秋江 惟能、飯沼 洋一郎、明石 大輔、森脇 征史

帯広厚生病院

【緒言】 Pseudo-Meigs 症候群とは卵巣線維腫以外の骨盤内腫瘍に胸水および腹水を伴い、腫瘍切除で胸水・腹水も改善する症候群であり、卵巣悪性腫瘍に伴うものは稀とされている。今回我々は、卵巣明細胞癌による pseudo-Meigs 症候群の 1 例を経験したので報告する。

【症例】 80 歳女性、3 産。脱力を主訴に当院に救急搬送された。当院で撮像した造影 CT で右卵巣腫瘍と右片側性胸水を認めたため、当科紹介となった。胸水の原因としては、癌性胸膜炎、卵巣腫瘍に伴う Meigs 症候群に加えて既往歴から心不全が鑑別に挙げられた。胸水細胞診は陰性だった。右卵巣腫瘍は MRI で多房性嚢胞性病変と充実部が混在しており、卵巣悪性腫瘍や顆粒膜細胞腫が疑われた。CT で胸水以外に転移を疑う病変は認めず、胸水細胞診は陰性だった。心エコーで胸水余流の原因になる心機能低下は認めなかった。卵巣悪性腫瘍に伴う pseudo-Meigs 症候群、鑑別として顆粒膜細胞腫に伴う Meigs 症候群を疑い、両側開腹子宮付属器切除術の方針とした。胸腔ドレナージで胸水量減少し、一度退院になった。退院 2 週間後に再度右胸水貯留を認めた。呼吸器内科での胸腔ドレナージを経て再入院後 14 日目に開腹両側子宮付属器切除術を施行した。右卵巣腫瘍は周囲に癒着しており、術中操作により被膜破綻した。腹腔内に播種病変は認めなかった。右子宮付属器は病理組織学的に卵巣明細胞癌 I c1 期と診断された。PS 不良であったため、術後化学療法は行わない方針とした。術後 5 日目に胸腔ドレーンの事故抜去があったが胸水の再貯留を認めず、卵巣明細胞癌による pseudo-Meigs 症候群の診断となった。

【考察】 胸水貯留を伴う子宮付属器腫瘍を認めた場合は、癌性胸膜炎の他に、Meigs 症候群や pseudo-Meigs 症候群が鑑別として重要である。

○松岡 珠緒、北川 裕太郎、五十嵐 冬華、宮城 正太、勘野 真紀、野村 英治

王子総合病院 産婦人科

【諸言】 BRCA 陽性症例に卵管切除を施行した場合に STIC が発見される割合は約 2.8%程度とされ、一般女性を母集団とした場合その発見率は 0.01%未満とされる。高齢化が進むにつれて本邦でもがん発症年齢も高齢化している。今回われわれは 75 歳臓器脱症例にロボット支援下仙骨脛固定術 (RSC) + 両側卵管切除 (BS) 施行し STIC と診断された症例を経験したので報告する。

【症例】 症例は 75 歳、Grade2 の骨盤臓器脱の診断にて RSC 施行された。術前の子宮頸部細胞診は陰性であり、術後病理組織学検査では、両側の卵管采で一部に核腫大や極性の乱れを認め、免疫組織化学で p 53 の発現増強が認められた。さらに左卵管采の異型上皮部で Ki-67 陽性細胞が増加も認められ、標識率の 10%以上か断定は出来ないが総合的に STIC として取り扱うべきとの診断であった。術後診断は卵管癌 Stage I A となった。術後補助化学療法は施行せず経過観察し、現在は術後 2 か月となり、再発徴候なく経過している。

【結語】 高齢者に RSC を施行した場合でも BS は可能な限り追加するのがよいと考えられるが、本症例に限らず偶発的に STIC は明らかになった場合、追加治療の可否に議論が残る。文献的考察を交えて報告する。

初回プラチナ感受性再発卵巣がんに対する PARP 阻害薬リチャレンジの有用性について

○徐 碧美¹⁾、庄子 忠宏¹⁾、大塚 遥¹⁾、千葉 洋平²⁾、佐藤 翔¹⁾、高取 恵里子¹⁾、海道 善隆¹⁾、永沢 崇幸¹⁾、利部 正裕¹⁾、馬場 長¹⁾

1) 岩手医科大学 産婦人科、2) 岩手県立宮古病院

【はじめに】近年、PAOLA-1 試験の post hoc 解析で初回再発卵巣がんに対する PARP 阻害薬リチャレンジの有用性が報告されたが、いまだエビデンスに乏しく未知の領域である。我々は初回プラチナ感受性再発卵巣がんに対する PARP 阻害薬リチャレンジについて当院での臨床経過を後方視的に検討した。

【対象および方法】

2020 年 4 月 1 日から 2024 年 6 月 30 日までに、初回治療で PARP 阻害薬を投与しプラチナ感受性再発をきたし、その後の化学療法が奏効し PARP 阻害薬を再度投与した卵巣がん 2 例、卵管がん 3 例、原発性腹膜がん 2 例を対象とし、その安全性および有効性を評価した。この研究は岩手医科大学医学部倫理委員会の承認を受けた（承認番号 H2023-091）。

【成績】年齢中央値は 65 歳（49-82 歳）、PS は全症例が 0 であった。組織型も全症例が漿液性癌であった。以前の PARP 阻害薬はオラパリブが 4 例、ニラパリブが 2 例、ルカパリブが 1 例に投与され、投与期間中央値は 21 か月（1-28 か月）であった。リチャレンジにはオラパリブが 4 例、ニラパリブは 3 例に投与され、投与期間中央値は 6 か月（2-19 か月）であった。オラパリブおよびニラパリブがそれぞれ 2 例で減量投与され、休薬はオラパリブが 2 例、ニラパリブが 1 例におこなわれた。Grade3 以上の血液毒性は好中球減少 1 例、貧血 3 例、血小板減少 1 例に認めた。また grade3 以上の非血液毒性はたこつぼ型心筋症が 1 例認めたが、治療関連死は認めなかった。観察期間中央値は 11 か月であり、PFS、OS 中央値はそれぞれ 9 か月（95%CI:4-NA）、32 か月（95%CI:19-NA）であった。

【結論】初回プラチナ感受性再発症例における PARP 阻害薬リチャレンジは、grade3 以上の血液毒性は認めるものの、減量、休薬をおこなうことで治療継続が可能であり安全に投与することができた。しかし有効性については今後の検討課題となると考えられた。

Y 染色体成分を有する Turner 症候群患者に発症した卵巣卵黄嚢腫瘍の 1 例

○毛利 春希、宮原 周子、清水 孝規、渋谷 祐介、石橋 ますみ、重田 昌吾、島田 宗昭

東北大学病院

【緒言】Turner 症候群は性染色体異常症の一つで出生女児の約 1000~2500 人に 1 人にみられる。Y 染色体成分を伴う患者は性腺腫瘍の発生が問題となり予防的性腺摘出術が考慮される。今回、Y 染色体成分を有する Turner 症候群患者に発症した卵巣卵黄嚢腫瘍を経験したので報告する。

【症例】24 歳。3 歳時に Turner 症候群 (45,X/46,XY +mar: Y origin) と診断されたが性腺摘出術は施行されていなかった。X 年 3 月、腹痛で前医受診。卵巣腫瘍を疑われ当科紹介。骨盤内に 15 cm 大の多房性腫瘍、AFP 22771 ng/mL と高値を認めた。試験開腹術を施行し卵巣卵黄嚢腫瘍 stage IIIC 期の診断。X 年 4 月から BEP 療法 (Bleomycin+Etoposide+Cisplatin) を 4 コース施行し、腫瘍は著明に縮小し手術を予定したが、Bleomycin による間質性肺炎を発症し手術は延期とした。手術待機中に腫瘍が著明に増大し右水腎症も出現したため、手術による根治は困難と考えられ TIP 療法 (Paclitaxel+Irinotecan+Cisplatin) を 3 コース施行した。X 年 10 月、腫瘍は再度縮小し間質性肺炎の改善も認めたため、腫瘍減量術を施行し肉眼的にはすべての腫瘍を切除した。X 年 12 月、TIP 療法 4 コース目を施行したがほぼ同時期に腹膜播種病変・多発肝転移が出現した。その後腫瘍は縮小を認めたが Cisplatin による腎障害を発症した。X+1 年 1 月、TIP 療法 5、6 コース目を減量にて施行したが、病勢増悪と全身状態悪化を認め X+1 年 3 月に永眠された。

【考察】Turner 症候群の患者の約 50% は 45,X の核型を有するが残りの 50% の大半は 45,X と他の核型のモザイクである。Y 染色体成分を伴う患者は約 12% とされ、その中で悪性腫瘍の発生率は約 12% とされている。予防的性腺摘出術を施行し術後病理検査にて性腺腫瘍を認める症例で、術前の画像検査では評価困難であったとの報告もあり、早期の予防的性腺摘出術が考慮される。

○渡邊 桜、重田 昌吾、邑本 美沙希、太田 真理子、吉泉 絵理、湊 純子、橋本 千明、石橋 ますみ、
島田 宗昭、齋藤 昌利

東北大学病院産婦人科

【緒言】絨毛性疾患の1つである絨毛癌は本邦では病理学的診断に頼らず絨毛癌診断スコアによって臨床的に診断されることも多い。肺転移を認める症例でも多剤併用化学療法の寛解率は約80%と比較的予後良好な疾患であるが、今回多発肝転移を認め化学療法施行後に急速な転帰となった臨床的絨毛癌の一例を経験したため報告する。

【症例】症例は39歳女性。妊娠分娩歴は2妊2産、31歳時の吸引分娩、36歳時の自然分娩であった。最終月経から18日目より性器出血と嘔気を認め妊娠反応陽性となり初診医を受診したが、子宮内に胎嚢を認めず異所性妊娠の疑いで前医を紹介受診となった。血液検査にて血中hCG 140,103 mIU/mLと高値であり、造影CT検査では多発肺結節と多発肝腫瘍を認めた。子宮と両側付属器を含め骨盤内臓器に腫瘍性病変は認めなかった。以上より絨毛癌の疑いで当科紹介となった。絨毛癌診断スコア15点となり臨床的絨毛癌Ⅳ期の診断とした。多血性の腫瘍であり出血リスクが高いことと早期治療開始を優先するために病理学的な追加検索は行わず、MEA療法（メトトレキサート、エトポシド、アクチノマイシンD）を開始した。MEA療法2コース施行後に血中hCGは123.62 mIU/mLまで低下を認めたが、Grade3の肝機能障害が遷延し造影CT検査を施行したところ、肝腫瘍に内出血や壊死を伴う増大を認めた。MEA療法2コースから20日後に菌血症による発熱を認め抗生剤加療を開始したが、敗血症に伴う相対的副腎不全と考えられる低血糖昏睡を認めた。また上部消化管出血を認め内視鏡的止血術が施行されたが、翌日にAST 3192mIU/mlの肝不全を呈して肝性脳症に至り、治療反応性に乏しく死亡となった。

【考察】肝転移を伴う絨毛性腫瘍の頻度は約1.6%と稀であるが、肺転移以外の多発転移巣は絨毛性腫瘍の予後不良因子となり治療に難渋することが指摘されている。本症例の経過について2001年以降の当院における絨毛癌症例12例の治療内容とその後の転帰を踏まえて考察する。

○南 怜毅、浅野 拓也、山下 剛、伊藤 崇博

市立函館病院

【背景】腸間膜原発腫瘍は比較的稀で、その中でも肉腫の報告はごくわずかである。今回我々は腸間膜原発の高悪性度子宮内膜間質肉腫（high grade endometrial stromal sarcoma）疑いの切除不能例に対してマルチチロシンキナーゼ阻害剤であるパゾパニブ塩酸塩を投与し治療効果が得られた症例を経験したので報告する。

【症例】61歳女性、G0P0。X年8月、腹部膨満感を主訴に前医を受診し、腹部超音波検査にて腹腔内にモザイク状の巨大腫瘍を認めた。前医で撮影された造影CTで卵巣腫瘍疑いとして当科に紹介となった。MRIでは腫瘍辺縁に拡散障害を伴う不整形の充実部を認め卵巣癌の診断で同年9月に試験開腹術を施行した。術中所見では子宮卵巣は正常であり、腸管粘膜下及び腸間膜内に発育する30cmの腫瘍を認めた。腫瘍の完全切除は不能であったため腫瘍を部分切除し病理検査に提出した。病理結果は間葉系の悪性腫瘍であり、HGESSを除外できないとの結果であった。術後、1st lineとしてアドリアマイシン（ADR）療法を6コース施行したがX+1年3月の治療評価のCTではRECIST判定でPDであった。同時期にがんゲノムプロファイリング（CGP）検査を提出した。2nd lineとしてパゾパニブ塩酸塩を投与したところ、投与から72日目の造影CTで腫瘍は31.0×29.0mmから28.2×17.2mmへ縮小し、癌性胸水が消失し奏功がみられた。治療薬剤選択に際して行ったCGPではKDR（VEGFR2）にamplificationを認めたが、エキスパートパネルにおいてはKDRのamplificationがVEGF, VEGFRとの相関は示されておらず、治療標的となることも報告されていないため推奨薬剤はなしとの結果であった。本症例は現在もパゾパニブ塩酸塩投与を継続している。

【考察】パゾパニブはVEGFR-1,-2,-3、PDGFR- α ,- β およびc-kitに阻害作用を示すマルチチロシンキナーゼ阻害剤であるが、本症例のKDR（VEGFR2）のamplificationを呈する腸間膜肉腫に対して奏功を示した。今後臨床試験の蓄積により、腸間膜肉腫のような希少な悪性腫瘍に対する治療選択がCGPにより可能となることが望ましいと考えられた。

O-100

子宮体癌術後に発症した腸管子宮内膜症由来の類内膜癌の一例

○山本 早姫、向井 悠馬、松井 優祐、青柳 有紀子、米原 利栄、東 正樹

釧路赤十字病院 産婦人科

【諸言】稀少部位子宮内膜症とは好発部位以外の臓器・組織に発生する子宮内膜症の総称である。稀少部位子宮内膜症の癌化はまれである。今回術後の病理結果で腸管内膜症由来の悪性腫瘍の診断となった一例を経験したため報告する。

【症例】50代女性。未経産。X-16年に当科で子宮体癌ⅠA期、類内膜癌G1で拡大子宮全摘＋両側付属器切除術を施行後、X-10年にCTで腔断端に腫瘤を認め再発としてTC療法を3コース施行し、その後再発症状なく経過していた。

X年排便時出血を主訴に前医受診し、下部消化管内視鏡検査で大腸癌疑いの所見であった。高位前方切除術が行われ、R0手術が得られた。リンパ節転移は7/10陽性であり直腸癌Rs T3N2aMx StageⅢb期の所見であった。術後の追加病理結果で、免疫染色結果より子宮、卵巢由来であり、腫瘍近傍に異所性子宮内膜が観察されることなどより、子宮体癌の再発ではなく、腸管子宮内膜症由来の類内膜癌の診断となり、当科へ紹介となった。術後補助化学療法として、TC療法6コースを施行し、再発なく経過し経過観察を行っている。

【考察】術後腸管内膜症由来の類内膜癌の診断となった。腸管子宮内膜症の悪性化はリンパ節転移陽性の症例では短期間で再発していると報告があり、予後不良とされているが、術後補助化学療法を行うことで予後が改善できるとされている。本症例でも術後補助化学療法としてTC療法を施行している。

【結語】今回、腸管子宮内膜症の悪性化の一例を経験した。再発に注意しながら経過観察していく必要がある。

O-101

左卵巢腫瘍を契機に発見された低異型度虫垂粘液腫瘍の1例

○亀井 あつこ、三浦 史晴、佐々木 麻妃、菊池 悠理乃、田付 駿介、伊藤 理華子、深川 智之、
金杉 知宣、葛西 真由美

岩手県立中央病院

【緒言】腹膜偽粘液腫は、腹腔内に粘液性腹水および腫瘤が充満する病態で、腹部膨満を主訴とする。発生率は50～100万人に1人の稀な疾患である。緩徐に経過するが再発を繰り返し、治療後の再発率が高いという報告がある。また、低異型度虫垂粘液性腫瘍（low-grade appendiceal mucinous neoplasm：LAMN）は比較的稀な疾患であるが、腫瘍破裂により粘液が漏出することで腹膜偽粘液腫をきたすことがある。今回我々は、左卵巢腫瘍を契機に発見されたLAMNの1例を経験したので報告する。

【症例】63歳，1妊1産。腹部膨満感を主訴に当院を受診した。MRIで骨盤内に17×19cmの多房性嚢胞性腫瘤と大量の腹水を認めた。CTでリンパ節腫大と遠隔転移は認めなかった。卵巢癌または腹膜偽粘液腫が疑われ、手術の方針とした。腫瘍は左卵巢由来で小児頭大に腫大し、一部破綻しており腹腔内はゼリー様の粘液性腫瘍内容物が充満していた。子宮・右付属器に肉眼的異常は認めなかった。また、虫垂も肉眼的異常は認めなかった。患側付属器の迅速病理診断では悪性所見を認めず、腹式単純子宮全摘・対側付属器摘出・大網切除と虫垂切除術を併施した。術後経過良好で、術後7日目に退院した。術後病理診断は、組織学的に虫垂壁の肥厚を認め、高円柱状の細胞質に粘液を有する細胞が腺管構造をなして増殖しており、筋層の途絶がみられ虫垂原発のLAMNであり、左卵巢は転移性腫瘍と診断された。消化器外科へ紹介し、経過観察中である。

【結語】腹膜偽粘液腫は虫垂原発が多いという報告であるが、虫垂周囲にも画像・開腹所見があることが多いと報告がある。腹膜偽粘液腫をはじめとして、卵巢粘液性嚢胞性腫瘍に対する治療の際は、虫垂原発の可能性も考慮し、虫垂の詳細な観察が重要である。

○菊池 美玖、谷口 智紀、小林 咲菜、笹瀬 亜弥、宇賀神 智久、早坂 篤、大槻 健郎

仙台市立病院産婦人科

【緒言】 婦人科悪性腫瘍における脳転移の発生頻度は約 1%と稀である。当院において卵巣癌及び子宮体癌の脳転移を来した 2 例を経験したため報告する。

【症例】 ① 55 歳女性，3 妊 2 産。右卵巣癌疑いのため腹式子宮全摘出術，両側付属器切除術，大網生検術，腹膜播種切除術，骨盤リンパ節生検術を施行した。病理検査にて卵巣癌（明細胞癌）Ⅲ A1 (ii) 期 (pT2bN1bM0) と診断した。パクリタキセル・カルボプラチン・ペバシズマブ (TC+Bev) 療法を 6 コース施行後，CT 検査にて傍大動脈リンパ節転移を認めた。Bev で維持療法中，嘔気出現し，頭部 CT・MRI 検査を施行した結果，右小脳に腫瘍性病変を認めた。小脳転移が疑われたため，脳外科にて開頭術を施行し転移性脳腫瘍の診断となった。残存腫瘍に対して定位放射線治療後，増大を認めず，現在リポソーム化ドキシソルビシン・Bev 療法を継続中である。② 70 歳女性，3 妊 3 産。不正性器出血を認め精査加療目的に当科紹介となった。子宮内膜搔爬術を施行し，病理検査にて類内膜癌 G2 の診断とされた。CT 検査にて多発肺転移とリンパ節転移を認め，子宮体癌Ⅳ B 期の診断で，腹腔鏡下腔式子宮全摘出術，両側付属器切除術を施行した。病理組織にて混合癌（類内膜癌、漿液性癌）と診断された。TC 療法 6 コース後の CT 検査にて，微小肺転移の残存を認め，3 コースの追加治療を行ったがその後増悪を認めた。ペムプロリズマブ・レンバチニブ療法を開始するも副作用の出現と肺転移の増悪にて中止し，メドロキシプロゲステロン療法を開始した。強い嘔気，めまい症状を認め頭部 CT・MRI 検査を施行した結果，小脳転移と頭蓋骨転移を認めた。以降，緩和ケア治療の方針となり転院し，1 ヶ月後永眠された。

【考察】 婦人科悪性腫瘍で脳転移をきたす頻度は稀だが，嘔気，めまいなどの頭蓋内病変を疑う症状を認めた場合には積極的な画像検査が望まれる。

○堀川輝久^{1,2)}、半田康²⁾、小箆英明²⁾、櫻木範明²⁾、辻脇光洋³⁾、金内優典²⁾

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

【緒言】子宮体癌の約80%は類内膜癌であり早期癌であれば予後は良好である。完全摘出された子宮体癌の再発の多くは2年以内に発生し、10年以上を経て再発することは稀である。

【症例】患者は85歳、3妊3産。52歳時に腹式単純子宮全摘出術、両側付属器切除術および骨盤リンパ節郭清を当科で施行し、病理組織検査で子宮体癌Ⅱa期（FIGO1988）の診断で経過観察となった。75歳時左乳癌手術、82歳時に膣脱のため当科で腹腔鏡下仙骨膣固定術（LSC）を施行したが、鏡視下に腹腔内に異常所見は認められなかった。84歳時の術後検診で異常な所見はなく腹水貯留も認められなかった。85歳時頃から食欲不振があり、近医にて多量の腹水貯留を指摘され当院消化器内科を紹介され初診した。腹水細胞診では腺癌由来と思われる悪性細胞が認められた。PET-CT検査では大網に限局性の淡い信号を認めたが、明確な腫瘍像は検出できなかった。腹水細胞のセルブロックによる免疫細胞化学染色を行ったところ、腫瘍細胞はCK7陽性/CK20陰性、CDX2陰性、SATB2陰性、TTF-1陰性、Napsin陰性、p53はごく一部で陽性、WT-1陰性、ER陽性、GATA3はごく一部のみ陽性、PAX8陽性であったことから、ミューラー管由来臓器の悪性腫瘍つまり子宮体癌の再発を疑った。既往子宮体癌の組織を再評価したところ組織型に変わりはなく、子宮体癌ⅠA期（FIGO2008）と確認された。免疫組織染色で腫瘍組織はセルブロック標本と同様の染色態度を示した。審査腹腔鏡では明らかな腫瘍形成は認められなかったが、がん性腹膜炎を思わせる所見で、横隔膜下には米粒大の病変も認められた。大網を部分切除し病理組織学的に既往子宮体癌の再発と診断された。

【結語】初回手術から33年後にがん性腹膜炎で再発した子宮体癌の一例を経験した。PubMedに掲載された英文報告の中で初回手術が子宮体癌と証明されている症例の再発までの最長記録はTakahashiの検討による28.2年である。今回我々が経験した症例はこれを上回る世界最長の子宮体癌晩期再発である。

○小林大暉¹⁾、春日美貴子¹⁾、南香穂¹⁾、中野遥香¹⁾、足立岳貴¹⁾、倉ありさ¹⁾、萬和馬¹⁾、齋藤豪²⁾

1) 製鉄記念室蘭病院 産婦人科、2) 札幌医科大学附属病院 産婦人科

【緒言】一部の進行・再発子宮体癌に対してペムプロリズマブ・レンバチニブ併用療法が使用可能となり、実臨床における治療方針も変遷を遂げている。当院で子宮体癌ⅠB期に対して術後化学療法を施行したが、2年4か月後に再発を認め、ペムプロリズマブ・レンバチニブ併用療法を施行した一例を経験したので報告する。

【症例】60歳代、4妊2産、閉経53歳、既往歴に高血圧があり内服治療していた。他院で子宮体癌の疑いを指摘され当院へ紹介となり、子宮体癌（推定Ⅱ期）の診断となったため、腹式子宮全摘術+両側付属器切除術+骨盤内リンパ節郭清術を施行した。病理結果はEndometrioid carcinoma, G1, Stage I Bであり、術後化学療法（TC療法6コース）を施行したが、最終治療から2年4ヶ月後にCA19-9が上昇し、CT検査で右下部尿管近傍に腫瘍を認め、子宮体癌のリンパ節転移再発の疑いとなった。手術検体について追加検査をしたところMSI陽性であった。ペムプロリズマブ・レンバチニブ併用療法を開始し、1コース後にCA19-9は正常値まで低下したが、徐々に血圧が上昇傾向となり、2コース後は150-170mmHg台となり、尿蛋白の上昇も認められたため、MSI陽性であったことも考慮し、レンバチニブを休薬、ペムプロリズマブの単独投与とした。その後血圧は正常に戻り、尿蛋白も低下した。現在特に有害事象なくペムプロリズマブ単独投与を継続しており、CT上指摘のあったリンパ節腫大は消失し、腫瘍マーカーも上昇していない。

【考察】一部の進行・再発子宮体癌に対してペムプロリズマブ・レンバチニブ併用療法は有効であり、全生存期間を有意に延長することが期待されている。今後益々その使用が拡大する中で、有害事象を適切に管理しながら、患者のQOLを低下させることなく、いかに長期に治療を継続できるかが重要である。

○入江 勇介、根岸 秀明、川畑 聖羅、川畑 龍暉、安宅 真名美、北 香、水沼 正弘

北見赤十字病院

【諸言】悪性リンパ腫の多くはリンパ節腫大で発見されるが、約25%は節外性臓器で発症する。中でも子宮原発の悪性リンパ腫は稀な腫瘍である。今回我々は、子宮原発のびまん性大細胞性B細胞リンパ腫（diffuse large B-cell lymphoma, DLBCL）を2例経験したので報告する。

【症例1】80歳、3妊3産。不正出血認め当院を受診。子宮は腫大しており、子宮体部細胞・組織診では血性を背景に大型のリンパ球が散見されたが検体は判定困難。血清LDH、腫瘍マーカーは上昇を認めなかった。MRI検査では子宮体部腫大し子宮体癌や癌肉腫を疑われた。腹式子宮全摘術および両側付属器摘出術施行したところ、病理結果より子宮体部原発のDLBCLの診断に至った。術後R-CHOP療法6コース施行し、完全寛解を得られている。

【症例2】79歳、3妊3産。構音障害を主訴に救急外来を受診。頭部MRI検査にて転移性脳腫瘍が疑われ、全身の検索にて子宮内腫瘍指摘され当科紹介となった。経膈超音波検査にて子宮はびまん性に腫大しており、血清LDH 1393U/L、CA125 117.2U/mLと上昇を認めた。内膜組織診より、子宮体部原発のDLBCLの診断に至った。治療開始前に脳腫瘍から出血をきたし死亡した。

【結語】子宮原発の悪性リンパ腫は子宮腫瘍の0.05%と非常に稀である。画像上子宮平滑筋肉腫などの鑑別が困難である。また、間質に腫瘍細胞が存在することが多く、内膜細胞診にて偽陰性が多いとされている。血液検査、画像検査、病理学的検査から総合的に診断し、早期治療介入が必要とされる。当院で経験した症例に文献的考察を加えて報告する。

○中村 真彰、寶田 健平、西脇 邦彦

市立稚内病院産婦人科

【緒言】子宮体部の中腎様腺癌は、WHO2020分類で組織型に記載された腫瘍であり、ミューラー管由来とされ、頻度は1%程度である。早期に肺転移を起こすことや筋層内を広く進展するびまん性・内向型の発育が特徴である。今回多発肺転移を契機に発見された子宮体部混合癌（中腎様腺癌・類内膜癌）の一例を経験したため報告する。

【症例】60歳代女性、2妊0産。不正性器出血を主訴に当科初診。子宮内膜の蜂巢状の肥厚、子宮筋層後壁は子宮腺筋症様の肥厚を認めた。子宮内膜細胞診・組織診はともに陰性であったが不正性器出血が持続していたため、子宮内膜搔爬術を実施したが悪性所見を認めず。以後定期的に子宮内膜細胞診をしていたが正常だった。初診から3年後の内膜細胞診で悪性疑いの診断。また、健康診断で胸部レントゲン写真にて肺の陰影を指摘され、精査目的に施行したCTにて多発肺転移と子宮の腫瘤を認めた。骨盤MRIでは子宮体部後壁に長径56mm大の腫瘤を認め、同部位の拡散制限と造影剤の早期濃染を認め、子宮体癌が疑われた。再度子宮内膜搔爬術を施行し、類内膜癌（G3）の診断でsStage IV B期と考えられた。不正性器出血は落ち着いていたため化学療法先行の方針でTC療法を6コース実施。全身CTにてSDの診断で、腫瘍減量・止血目的に腹式子宮全摘術、両側付属器摘出術、大網部分切除術を施行した。

【組織所見】腹水細胞診は陰性。底部から体部の左側壁が腫瘍径であった。蜂巢状の内膜は嚢胞性子宮腺筋症であった。付属器や大網に転移は認めなかった。免疫組織化学ではTTF-1陽性、CD10陰性、ER陰性であり中腎様腺癌が考えられる領域を50%で認め、その他の50%でTTF-1陰性であり類内膜癌（G2）と考えられ混合癌の診断となった。

【経過】術後経過は良好で、明らかな再発は認めず、TC療法を施行中である。

【結論】一度腺筋症と診断したが子宮体癌であった。内膜肥厚を認めない場合でも筋層内に内向性に発育する子宮体癌に注意が必要である。

北日本産科婦人科学会 担当校および特別講演担当者一覧

年度	回	学 会		特別講演	
		担当大学	会 長	担当大学	演 者
昭和 28 11月1日	1	東北大学 (東北大学医学部中央講堂)	篠田 礼	東北大学 北海道大学 新潟大学	貴家 寛而 田畑 武夫 中山 栄之助
昭和 29 9月12日	2	北海道大学 (北大附属病院大講堂)	大野 精七	福島県立医科大学 新潟大学 札幌医科大学	鈴木 泰三 小坂 清石 明石 勝英
昭和 30	3	東北大学 (東北大学医学部東講堂)	篠田 礼	弘前大学 北海道大学	品川 信良 松田 正二
昭和 31 10月14日	4	岩手医大 (岩手県教育会館)	秦 良磨	岩手医科大学 札幌医科大学	石浜 淳美 赤石 勝英
昭和 32 9月21・22日	5	東北大学 (東北大学医学部中央講堂)	九嶋 勝司	東北大学 新潟大学	鈴木 雅洲 野口 正
昭和 33 8月3日	6	新潟大学 (大和デパートホール)	中山 栄之助	東北大学 北海道大学	山口 竜二 小国 親久
昭和 34 7月14・15日	7	札幌医大 (札幌医大講堂)	赤石 勝英	札幌医科大学 東北大学 日母 学長	小六 義久 野田 起一郎 矢口 彌三郎
昭和 35 11月15・16日	8	東北大学 (東北大学医学部中央講堂)	九嶋 勝司	北海道大学 旭川赤十字病院 東北大学 新潟大学	一戸 喜兵衛 松田 禎夫 吉崎 宏 中山 栄之助
昭和 36 10月14・15日	9	福島医大 (福島県蚕糸会館)	貴家 寛而	福島県立医科大学 札幌医科大学 弘前大学 東北大学	秋山 精治 橋本 正淑 真木 正博 安達 寿夫
昭和 37 10月6・7日	10	北海道大学 (クラーク会館)	小川 玄一	新潟大学 岩手医科大学 小樽	鈴木 正彦 佐藤 友義 石井 碩
昭和 38 10月12日	11	岩手医大 (盛岡市県産業会館)	秦 良磨	札幌医科大学 弘前大学 東北大学	森 和郷 菊池 岩雄 一條 元彦
昭和 39 8月15・16日	12	弘前大学 (十和田市観光ホテルホール)	品川 信良	北海道大学 新潟大学 福島県立医科大学	林 義夫 渡辺 重雄 大川 知之
昭和 40 8月29日	13	新潟大学 (新潟市東映ホテル)	鈴木 雅洲	札幌医科大学 弘前大学 東北大学	小森 昭 永山 正剛 長谷川 直義
昭和 41 9月3・4日	14	札幌医大 (札幌医大大講堂, 北海新聞社ホール)	明石 勝英	岩手医科大学 新潟大学 北海道大学	飯田 肇 関塚 正昭 清水 哲也
昭和 42 8月19・20日	15	東北大学 (東北大記念講堂)	九嶋 勝司	東北大学 弘前大学 福島県立医科大学 札幌医科大学	福島 峰子 長沢 一磨 森田 恒之 小森 昭人
昭和 43 8月24日	16	福島医大 (飯坂 東亜栄養講堂)	貴家 寛而	岩手医科大学 新潟大学 北海道大学	国本 恵吉 岡田 正俊 福島 務
昭和 44 8月10日	17	北海道大学 (クラーク会館)	松田 正二	弘前大学	高野 敦
昭和 45 11月15日	18	岩手医大 (岩手医大臨床講堂)	秦 良磨	札幌医科大学 東北大学	佐竹 実篤 村中 啓
昭和 46 9月25日	19	弘前大学 (ホテル青森)	品川 信良	新潟大学 岩手医科大学	本多 啓輝 利部 輝雄
昭和 47 9月16日	20	新潟大学 (新潟県民会館)	竹内 正七	北海道大学 福島県立医科大学	西谷 巖治 関本 昭治
昭和 48 10月20・21日	21	秋田大学 (秋田教育会館)	九嶋 勝司	弘前大学 札幌医科大学	高沢 哲也 川瀬 哲彦
昭和 49 10月26・27日	22	札幌医大 (札幌医師会館)	橋本 正淑	東北大学 秋田大学	高橋 克幸 齋藤 良治
昭和 50 10月18・19日	23	福島医大 (福島文化センター)	福島 務	新潟大学 岩手医科大学 福島県立医科大学	布川 修 西島 光彦 加藤 敬三

(敬称略)

年度	回	学 会		特別講演	
		担当大学	会 長	担当大学	演 者
昭和 51 11月6・7日	24	東北大学 (仙台市民会館)	鈴木 雅洲	札幌医科大学 北海道大学 山形大学	工藤 隆一 藤本征一郎 広井 正彦
昭和 52 9月24・25日	25	北海道大学 (札幌教育文化会館)	一戸喜兵衛	旭川医科大学 金沢大学 弘前大学	芳賀 宏光 赤祖父一知 齋藤 勝
昭和 53 9月16・17日	26	岩手医大 (盛岡県民会館)	秦 良磨	金沢医科大学 東北大学 秋田大学	桑原 惣隆 東岩井 久 樋口 誠一
昭和 54 9月1・2日	27	新潟大学 (新潟県民会館)	竹内 正七	岩手医科大学 福島県立医科大学 新潟大学	小見 克夫 武市 和之 高橋 威
昭和 55 8月30・31日	28	弘前大学 (パレス瑞祥)	品川 信良	北海道大学 札幌医科大学 山形大学 金沢大学 北海道大学 東北大学	鈴木 重統 田中 昭一 千村 哲朗 西田 悦郎 一戸喜兵衛 鈴木 雅洲
昭和 56 10月2・3日	29	札幌医大 (札幌教育文化会館)	橋本 正淑	富山医科薬科大学 旭川医科大学 弘前大学	柳沼 恣 石川 陸男 佐藤 重美
昭和 57 9月10・11日	30	秋田大学 (秋田文化会館)	真木 正博	秋田大学 東北大学 金沢大学	曾我 賢次 佐藤 章 山田 光興
昭和 58 10月10・11日	31	金沢大学 (金沢文化ホール)	西田 悦郎	金沢医科大学 岩手医科大学 福島県立医科大学 新潟大学	杉浦 幸一 井筒 俊彦 本田 任 小幡 憲郎
昭和 59 10月6・7日	32	山形大学 (ホテルキャッスル)	広井 正彦	山形大学 弘前大学 札幌医科大学 北海道大学	川越 慎之助 野村 雪光 郷久 鉦二 杵沢 武
昭和 60 8月24・25日	33	旭川医科大 (ニュー北海ホテル)	清水 哲也	東北大学 秋田大学 富山医科薬科大学 旭川医科大学	古橋 信晃 平野 秀人 長阪 恒樹 山下 幸紀
昭和 61 10月5・6日	34	金沢医科大学 (教育自治会館)	桑原 惣隆	金沢大学 新潟大学 岩手医科大学 福島県立医科大学	寺田 督 吉沢 浩志 善積 昇 富永 敏朗
昭和 62 9月26・27日	35	東北大学 (戦災復興記念館)	矢嶋 聰	金沢医科大学 弘前大学 福島県立医科大学 北海道大学	高林 晴夫 鍵谷 昭文 星 和彦 田中 俊誠
昭和 63 9月24・25日	36	富山医科薬科大学 (名鉄トヤマホテル)	泉 陸一	東北大学 秋田大学 山形大学 札幌医科大学	岡村 州博 設楽 芳宏 齊藤 憲康 福島 道夫
平成元年 9月30日・ 10月1日	37	福島県立医科大 (グリーンパレス)	佐藤 章	新潟大学 岩手医科大学 旭川医科大学 富山医科薬科大学	本間 滋 西島 光茂 千石 一雄 新居 隆
平成 2 9月29・30日	38	北海道大学 (グリーンホテル札幌)	藤本征一郎	福島県立医科大学 福井医科大学 弘前大学 金沢大学	遠藤 力 小辻 文和 中村 幸夫 橋本 茂
平成 3 9月28・29日	39	福井医科大学 (フェニックスプラザ)	富永 敏朗	札幌医科大学 北海道大学 金沢医科大学 山形大学	伊東 英樹 牧野田 知 井浦 俊彦 齊藤 英和

(敬称略)

年度	回	学 会		特別講演	
		担当大学	会 長	担当大学	演 者
平成 4 10月16・17日	40	岩手医科大学 (岩手県民会館)	西谷 巖	旭川医科大学 秋田大学 東北大学 岩手医科大学	笠茂光範 後藤薫 深谷孝夫 松田壮正
平成 5 9月17日・18日	41	新潟大学 (ホテル新潟)	田中 憲一	富山医科薬科大学 福島県立医科大学 新潟大学 福井医科大学	岡 秀明 柳田 薫 児玉省二 紙谷尚之
平成 6 10月7・8日	42	弘前大学 (弘前市文化センター)	齋藤 良治	金沢大学 金沢医科大学 北海道大学 弘前大学	生水真紀夫 国部久也正 佐川英俊 丸山英俊
平成 7 9月14・15日	43	札幌医科大学 (厚生年金会館)	工藤 隆一	東北大学 札幌医科大学 山形大学 秋田大学	上原茂樹 寒河江 悟 平山寿雄 児玉英也
平成 8 9月20・21日	44	秋田大学 (秋田ビューホテル)	田中 俊誠	新潟大学 岩手医科大学 旭川医科大学 富山医科薬科大学	吉谷徳夫 吉崎陽一 玉手健弘 伏木弘
平成 9 10月31日・ 11月1日	45	金沢大学 (金沢市文化ホール)	井上 正樹	福島県立医科大学 福井医科大学 弘前大学 金沢大学	片寄治男 後藤健次 佐藤秀平 笹川寿之
平成 10 10月2・3日	46	山形大学 (山形市中央公民館)	廣井 正彦	北海道大学 金沢医科大学 秋田大学 山形大学	櫻木範明 金子利朗 高橋道広 手塚尚広
平成 11 8月27・28日	47	旭川医科大学 (旭川市大雪クリスタルホール)	石川 睦男	東北大学 新潟大学 札幌医科大学 旭川医科大学	今野良一 高桑好生 小泉基生 林博章
平成 12 9月1・2日	48	金沢医科大学 (ホテル日航金沢・金沢市アートホール)	牧野田 知	岩手医科大学 福島県立医科大学 富山医科薬科大学 福井医科大学	福島明宗 大川敏昭 藤村正樹 細川久美子
平成 13 9月21・22日	49	東北大学 (勝山館)	岡村 州博	秋田大学 弘前大学 金沢大学 金沢医科大学	福田淳 藤井俊策 村上弘一 吉田勝彦
平成 14 9月20・21日	50	富山医科薬科大学 (富山国際会議場 (大手町フォーラム))	齋藤 滋	北海道大学 札幌医科大学 東北大学 山形大学	山田秀人 斉藤豪 伊藤潔 中原健次
平成 15 10月10・11日	51	福島県立医科大学 (福島県文化センター)	佐藤 章	富山医科薬科大学 新潟大学 福井医科大学 旭川医科大学	酒井正利 青木陽一 吉田好雄 山下剛
平成 16 9月10・11日	52	北海道大学 (ロイトン札幌)	水上 尚典	秋田大学 金沢大学 福島県立医科大学 岩手医科大学	佐藤宏和 田中政彰 藤森敬也 小山理恵
平成 17 9月30日・ 10月1日	53	福井大学 (福井県自治会館)	小辻 文和	弘前大学 北海道大学 山形大学 金沢医科大学	横山良仁 工藤正尊 高橋一広 藤井亮太
平成 18 9月1・2日	54	岩手医科大学 (ホテルメトロポリタン盛岡 NEW WING)	杉山 徹	札幌医科大学 東北大学 富山大学 旭川医科大学	林卓宏 新倉仁 中村隆文 田熊直之
平成 19 10月5・6日	55	新潟大学 (新潟コンベンションセンター「朱鷺メッセ」)	田中 憲一	金沢大学 福井大学 秋田大学 新潟大学	高倉正博 田嶋公久 藤本俊郎 藤田和之

(敬称略)

年度	回	学 会		特別講演	
		担当大学	会 長	担当大学	演 者
平成 20 9月13・14日	56	弘前大学 (弘前文化センター)	水沼 英樹	岩手医科大学 福島県立医科大学 北海道大学 山形大学	西郡 秀和 高橋 秀憲 森川 守 高橋 俊文
平成 21 8月29・30日	57	札幌医科大学 (札幌市教育文化会館)	齋藤 豪	旭川医科大学 金沢医科大学 東北大学 弘前大学	宮本 敏伸 宮澤 英樹 室月 淳 福井 淳史
平成 22 9月18・19日	58	金沢大学 (金沢市文化ホール)	井上 正樹	札幌医科大学 富山大学 金沢大学	鈴木 孝浩 日高 隆雄 中村 充宏
平成 23 9月24・25日	59	秋田大学 (秋田キャッスルホテル)	寺田 幸弘	秋田大学 新潟大学 福井大学	熊谷 仁 八幡 哲郎 折坂 誠
平成 24 9月8・9日	60	山形大学 (山形テルサ)	倉智 博久	山形大学 岩手医科大学 北海道大学	堤 誠司 利部 正裕 金内 優典
平成 25 9月7・8日	61	旭川医科大学 (旭川グランドホテル)	千石 一雄	福島県立医科大学 東北大学 旭川医科大学	渡辺 尚文 宇都宮 裕貴 片山 英人
平成 26 9月27・28日	62	金沢医科大学 (金沢市アートホール, ホテル金沢)	牧野田 知	金沢医科大学 弘前大学 札幌医科大学	高木 弘明 田中 幹二 中岩崎 雅宏
平成 27 9月5・6日	63	福島県立医科大学 (ザ・セレクトン福島)	藤森 敬也	金沢大学 富山大学 福井大学	水本 泰成 中島 彰俊 黒川 哲司
平成 28 9月17・18日	64	北海道大学 (ロイトン札幌)	櫻木 範明	秋田大学 新潟大学 岩手医科大学	佐藤 直樹 関根 正幸 金杉 知宣
平成 29 9月2・3日	65	東北大学 (仙台国際センター)	八重樫伸生	北海道大学 山形大学 福島県立医科大学	渡利 英道 川越 淳 菅沼 亮太
平成 30 9月29・30日	66	富山大学 (ANAクラウンプラザホテル富山)	齋藤 滋	旭川医科大学 東北大学 弘前大学	加藤 育民 島田 宗昭 二神 真行
2019年 9月28・29日	67	福井大学 (ザ・グランユアーズフクイ)	吉田 好雄	札幌医科大学 金沢医科大学 福井大学	郷久 晴朗 坂本 一人 津吉 秀昭
2020年		延 期			
2021年 8月28・29日	68	新潟大学 WEB開催	榎本 隆之	金沢大学 富山大学 岩手医科大学	山崎 玲奈 米田 徳子 永沢 崇幸
2022年 10月15・16日	69	岩手医科大学 (いわて県民情報交流センター アイーナ)	馬場 長	秋田大学 新潟大学 福島県立医科大学	三浦 広志 吉原 弘祐 添田 周
2023年 9月23・24日	70	弘前大学 (アートホテル弘前シティ)	横山 良仁	北海道大学 山形大学 旭川医科大学	小林 範子 太田 剛 中西研太郎
2024年 9月21・22日	71	札幌医科大学 (札幌コンベンションセンター)	齋藤 豪	東北大学 弘前大学 福井大学	濱田 裕貴 重藤 龍比古 品川 明子
2025年 9月12・13日	72	東北医科薬科大学	渡部 洋		
2026年	73	金沢大学			
2027年	74	秋田大学			

(敬称略)

北日本産科婦人科学会会則

(名称)

- 1 本会は、北日本産科婦人科学会と称する。

(事務局等)

- 2 本会は、事務局を東北大学医学部産科学婦人科学教室に置く。

(目的)

- 3 本会は、産科婦人科学の進歩発展、国民の健康と福祉に貢献し、会員の親睦を図ることを目的とする。

(事業)

- 4 本会は、学術集会を開催する。
- 5 本会は、他の学会・研究会と連合して学会を開催することができる。

(会員)

- 6 本会の会員は、北海道、東北6県、北陸4県の産科婦人科学会員とする。
- 7 北海道、東北6県、北陸4県に所属する日本産科婦人科学会の名誉会員は、本学会の名誉会員とする。
- 8 前項の他に本会役員会の推薦により名誉会員を置くことができる。
- 9 北海道、東北6県、北陸4県に所属する日本産科婦人科学会の方員会員は、本会の功労会員とする。

(役員)

- 10 本会には、次の役員をおく。
学術集会長 1名
委員 若干名
幹事 若干名
- 11 学術集会長は、役員会で決定し、任期は次回総会までとする。
- 12 委員は、北海道、東北6県、北陸4県に所属する日本産科婦人科学会役員（理事、監事、名誉会員、功労会員、代議員、幹事）および医系大学産婦人科教授等、本会の名誉会員とする。
- 13 幹事は、東北大学産科学婦人科学教室員の中から同教室教授が若干名指名する。

(役員会)

- 14 役員会は、以下の事項について議決する。
 - (1) 次期学術集会長
 - (2) 次期特別講演者
 - (3) 会則の変更
 - (4) 名誉会員の推薦
 - (5) その他運営に関する重要事項
 - (6) 議決は出席者の過半数以上の議決をもって決する。

(総会)

- 15 総会は、役員会での議決事項の報告などを行う。

(学術集会)

- 16 本会は、毎年1回学術集会を開く。
- 17 学術集会では、研究発表や調査報告などを行う。
- 18 学術集会開催費および総会開催費、各種事務経費は、開催道県の産科婦人科学会が負担する。

平成元年9月30日改定

平成24年9月9日改定

謝 辞

第71回北日本産科婦人科学会 総会・学術講演会の開催に際しましては、下記の企業・団体よりご協力をいただきました。厚く御礼申し上げます。

第71回北日本産科婦人科学会 総会・学術講演会

会長 **齋藤 豪**

(札幌医科大学産婦人科学講座 教授)

共 催

ランチョンセミナー 1	科研製薬株式会社
ランチョンセミナー 2	武田薬品工業株式会社
ランチョンセミナー 3	MSD 株式会社/エーザイ株式会社
ランチョンセミナー 4	ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社
ランチョンセミナー 5	あすか製薬株式会社
ランチョンセミナー 6	日本新薬株式会社
ランチョンセミナー 7	富士製薬工業株式会社
スポンサードセミナー 1	アストラゼネカ株式会社
スポンサードセミナー 2	テルモ株式会社
ハンズオンセミナー	ウィメンズヘルス・ジャパン株式会社


展 示

アトムメディカル株式会社	コニカミノルタジャパン株式会社
株式会社アムコ	GEヘルスケア・ジャパン株式会社
Integra Japan 株式会社	トーイツ株式会社
株式会社紀伊國屋書店札幌本店	株式会社メディコン
コヴィディエンジャパン株式会社	ラインファーマ株式会社

広 告

エーザイ株式会社
大鵬薬品工業株式会社
株式会社ツムラ

(五十音順)



患者様の想いを見つめて、 薬は生まれる。

顕微鏡を覗く日も、薬をお届けする日も、見つめています。
病気とたたかう人の、言葉にできない痛みや不安。生きることへの希望。
私たちは、医師のように普段からお会いすることはできませんが、
そのぶん、患者様の想いにまっすぐ向き合っていたいと思います。
治療を続けるその人を、勇気づける存在であるために。
病気を見つめるだけでなく、想いを見つめて、薬は生まれる。
「ヒューマン・ヘルスケア」。それが、私たちの原点です。

ヒューマン・ヘルスケア企業 エーザイ



A FUTURE FREE OF LIFE
Disability Alliance

エーザイはWHOのリンパ系フィラリア病制圧活動を支援しています。



選択的NK₁受容体拮抗型制吐剤
ホスネツピタント塩化物塩酸塩注射剤
劇薬、処方箋医薬品（注意—医師等の処方箋により使用すること）

薬価基準収載

アロカリス® 点滴静注 235mg

Arokaris® I.V. infusion

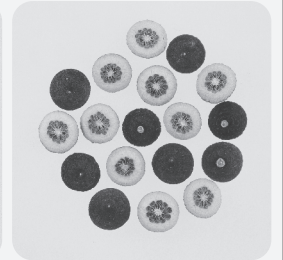
効能又は効果、用法及び用量、禁忌を
含む注意事項等情報等は電子添文を
ご確認ください。



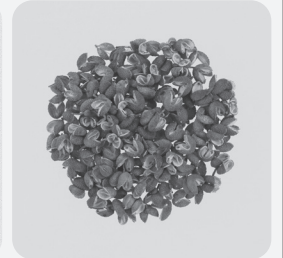
文献請求先及び問い合わせ先
大鵬薬品工業株式会社
〒101-8444 東京都千代田区神田錦町1-27
TEL.0120-20-4527 <https://www.taiho.co.jp/>

提携先 **HELINN** スイス

2023年4月作成



生薬には、
個性がある。



漢方製剤にとって「良質」とは何か。その答えのひとつが「均質」である、とツムラは考えます。自然由来がゆえに、ひとつひとつに個性がある生薬。漢方製剤にとって、その成分のばらつきを抑え、一定に保つことが「良質」である。そう考える私たちは、栽培から製造にいたるすべてのプロセスで、自然由来の成分のばらつきを抑える技術を追求。これからもあるべき「ツムラ品質」を進化させ続けます。現代を生きる人々の健やかな毎日のために。自然と健康を科学する、漢方のツムラです。

良質。均質。ツムラ品質。

