

第142回

東海産科婦人科学会 プログラム・抄録集

ハイブリッド開催(現地開催+WEB開催)

現地開催&ライブ配信: 2022年3月5日(土)・6日(日)

オンデマンド配信: 2022年3月17日(木)~31日(木)

[場 所] 長良川国際会議場

〒502-0817 岐阜市長良福光2695-2
電話 058-296-1200

[事 務 局] 岐阜大学医学部産科婦人科学教室

〒501-1194 岐阜県岐阜市柳戸1番1
E-mail: obgytokai142@cs-oto.com

[会 長] 森重 健一郎

[事務局長] 竹中 基記

東 海 産 科 婦 人 科 学 会

※学会参加費¥5,000を当日いただきます。
(評議員の先生は昼食代¥1,000を当日いただきます)



Better Health, Brighter Future

タケダは、世界中の人々の健康と、
輝かしい未来に貢献するために、
グローバルな研究開発型のバイオ医薬品企業として、
革新的な医薬品やワクチンを創出し続けます。

1781年の創業以来、受け継がれてきた価値観を大切に、
常に患者さんに寄り添い、人々と信頼関係を築き、
社会的評価を向上させ、事業を発展させることを日々の行動指針としています。

武田薬品工業株式会社
www.takeda.com/jp



ご挨拶

岐阜大学大学院医学系研究科産科婦人科学分野 教授
森重 健一郎

第142回東海産科婦人科学会を2022年3月5日（土）～6日（日）に、岐阜市長良川国際会議場で開催させていただきます。第140回～141回とコロナ禍のためにハイブリッドまたはウェブ開催となりました。当初は現地開催のみも可能かと期待しましたが、現在の第6波の感染状況からハイブリッド開催とさせていただくことになりました。（2022年2月3日現在）

コロナ感染症と産婦人科、生殖医療の保険適応、リプロダクティブヘルス&ライツなど、産婦人科医にとって欠かせないテーマを取り上げたいと思います。ハイブリッド開催ですので、ハンズオンセミナーは開催形式を変えて実施予定です。産後出血の管理、産科超音波、内視鏡手技などを学んでいただく企画を立てました。

私たちは2年間のコロナ禍の中で、それまでとは全く異なる社会環境下で産婦人科医療を進めてきました。ただそれぞれの施設で妊娠分娩を取り扱い、手術に取り組むことは全く同じでした。Zoomなどのウェブ環境にも慣れ、わざわざ学会会場に行かなくても聴講でき繰り返し聴けるなどのメリットがあることを知りました。一方、コロナ前までは全国の各地で様々な学会が開催されそこで講演を聞き演題発表して議論し、その知見を日常臨床や研究に生かす努力を重ねてきました。そこでは参加者同士で議論できる環境がありました。また学会が行われている普段いけない場所を訪れることができる楽しみもありました。

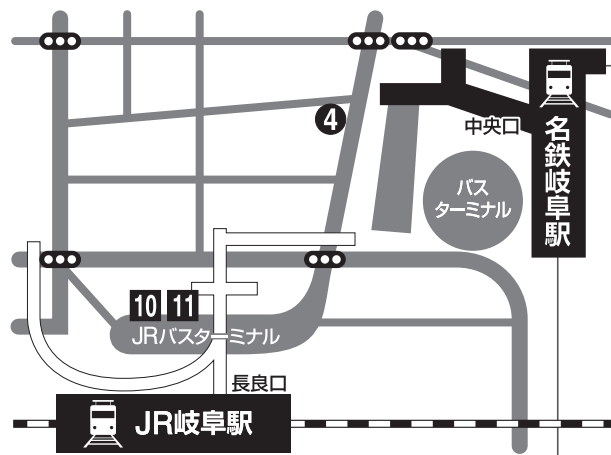
この度は、両者のメリット・デメリットを踏まえて、未来の東海産科婦人科学会を考えるきっかけになればと思います。

皆様のご参加をお待ちしています。

交通案内



バス乗り場のご案内



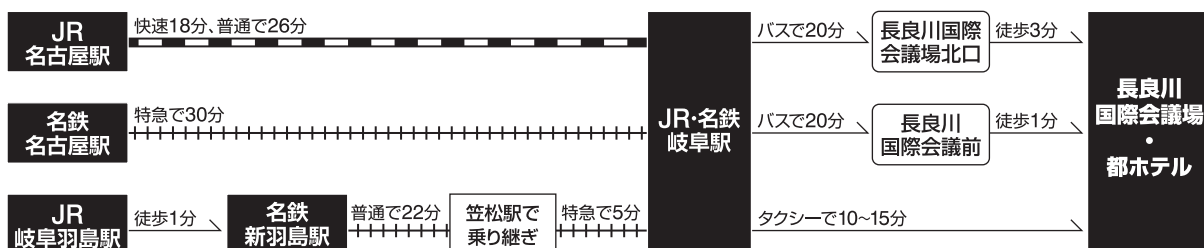
■ 行先番号「K50」「K55」は、岐阜バスターミナル始発（JR岐阜駅前 10 乗場）「長良川国際会議場前」下車 徒歩1分、JR岐阜駅から約20分

※「市内ループ左回り」（JR岐阜駅前 11 乗場 / 名鉄岐阜駅前 4 乗場）でもアクセス可「長良川国際会議場北口」下車徒歩3分、JR岐阜駅から約20分

※7時～22時までは、約10分間隔で運行しております。

主要駅から会場へのアクセス

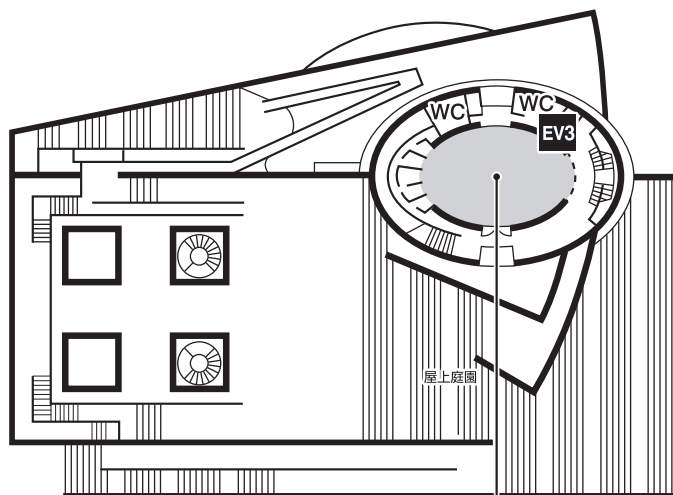
※新幹線をご利用の方は、名古屋駅でJR東海道本線にお乗り換えいただくと大変便利です。



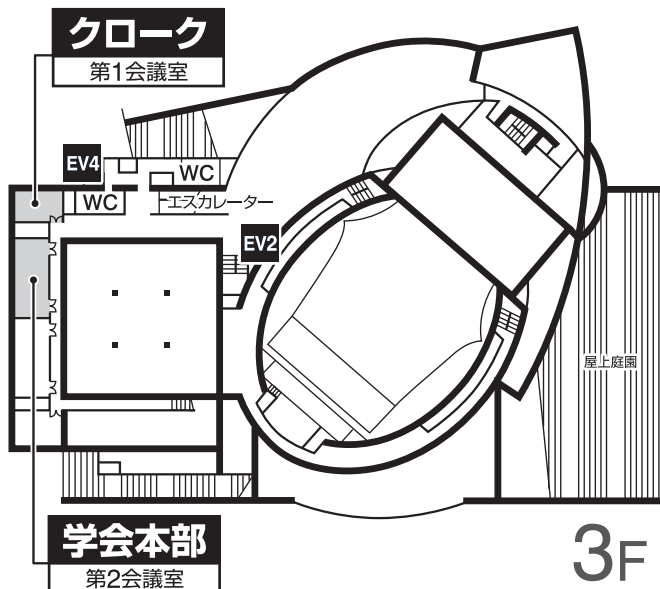
会場案内

長良川国際会議場

第1会場	4F 大会議室
第2会場	5F 国際会議室
企業展示	4F ロビー
総合受付	
PC受付	
ドリンクコーナー	
学会本部	3F 第2会議室
クローク	3F 第1会議室



第2会場 5F
国際会議室



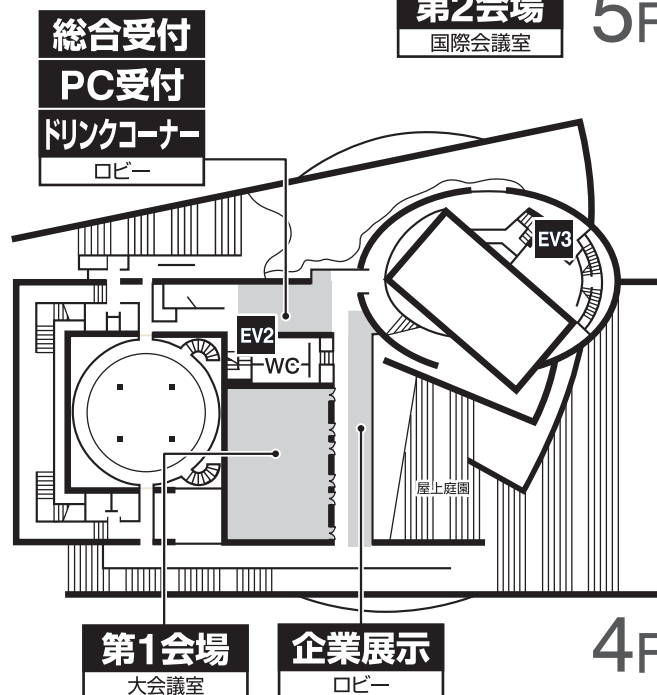
クローク

第1会議室

学会本部

第2会議室

3F



総合受付

PC受付

ドリンクコーナー

ロビー

第1会場

大会議室

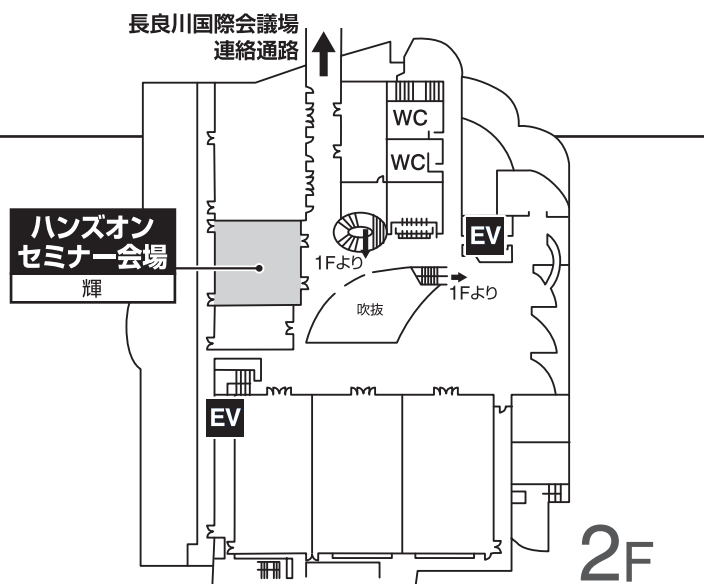
企業展示

ロビー

4F

都ホテル 岐阜長良川

ハンズオンセミナー会場 2F 輝



長良川国際会議場
連絡通路

**ハンズオン
セミナー会場**
輝

1Fより

吹抜

1Fより

EV

2F

日程表 3月5日(土)

長良川国際会議場		都ホテル	長良川国際会議場
第1会場	第2会場	ハンズオン セミナー会場	企業展示
4F 大会議室	5F 国際会議室	2F 宴会場「輝」	4F ロビー
11:00			
11:30-12:00			
理事会			
12:00			
12:10-12:50			
評議員会			
13:00			
13:00-13:10			
開会式			
13:10-14:10	13:10-14:10		
共通講習1 <small>単位</small>	第2群		
新型コロナウイルス感染症(COVID-19)と 周産期医療 早川 智 【池田 智明】	胎児奇形・妊娠 演題: 7~12 【岩垣 重紀】		
14:00			
14:20-15:20	14:20-15:20		
第1群	第3群		
COVID-19・感染症 演題: 1~6 【篠原 康一】	疾患合併妊娠他 演題: 13~18 【鈴木 伸宏】		
15:00		15:00-17:00	
15:30-15:45		ハンズオン セミナー1	13:00-18:00 企業展示
総会			
16:00			
16:00-17:00	16:00-17:00		
スポンサーセミナー1 <small>単位</small>	第4群		
産婦人科医にもきつと役立つ 急性期での漢方薬の使い方 ~最近の救急医療の話題を踏まえて~ 熊田 恵介 【古井 辰郎】 共催: 株式会社ツムラ	帝王切開・産科出血・胎盤遺残 演題: 19~24 【小谷 友美】		
17:00			
17:10-18:10	17:10-18:10		
イブニングセミナー1 <small>単位</small>	イブニングセミナー2 <small>単位</small>		
子宮内膜症治療 UPDATE 原田 省 【森重 健一郎】 共催: あすか製薬株式会社	子宮内膜症性疼痛に対するベストアプローチ ~改訂版子宮内膜症取り扱い規約に基づいて~ 森 泰輔 【若槻 明彦】 共催: バイエル薬品株式会社		
18:00			
18:20-19:00			
若手特別企画			
ディベートしようぜ! これからの働き方改革 齋竹 健彰 他			
19:00			
			産後出血の初期対応~我々にできること、やるべきこと~ レクチャー 子宮止血バルーン誕生秘話などフリートーク 高橋 雄一郎/岩垣 重紀/志賀 友美/ 八十川 雄図/島岡 竜一 共催: アトムメディカル株式会社

日程表 3月6日(日)

長良川国際会議場		都ホテル	長良川国際会議場	
第1会場	第2会場	ハンズオン セミナー会場	企業展示	
4F 大会議室	5F 国際会議室	2F 宴会場「輝」	4F ロビー	8:00
8:30-9:30	8:30-9:30			9:00
第5群 腹腔鏡下手術 演題: 25~30 【梅村 康太】	第7群 境界悪性腫瘍 演題: 37~42 【野村 弘行】			
9:40-10:40	9:40-10:40	9:30-11:00		10:00
単位 スポンサーセミナー2 腹腔鏡下子宮全摘出手術、 腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術でのPitfall&Tips 菊野 享子 / 池田 芳紀 【山本 和重】 共催: ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社	第8群 がん遺伝子診療 演題: 43~48 【竹中 基記】	ハンズオン セミナー2		
10:50-11:50				11:00
単位 指導医講習会 人生100年時代における女性の健康 江崎 禎英 【吉村 泰典】		電解質溶液(生理食塩水)を用いた TCRハンズオンセミナー 共催: オリンパス株式会社	9:00-14:00 企業展示	
12:00-13:00	12:00-13:00			12:00
ランチョンセミナー1 進行卵巣癌の初回治療と再発治療update 吉野 潔 【梶山 広明】 共催: アストラゼネカ株式会社 / MSD株式会社	ランチョンセミナー2 MIS時代の婦人科手術における治療戦略 ~骨盤解剖の視点から術式の選択まで~ 近藤 英司 / 仲村 勝 【藤井 多久磨】 共催: テルモ株式会社			
13:10-14:10	13:10-14:10			13:00
単位 共通講習2 生殖周産期に関わる生命倫理 —NIPTおよびPGTの現状と今後— 永松 健 【杉浦 真弓】	第9群 悪性腫瘍 演題: 49~54 【池田 芳紀】	13:30-15:00		14:00
14:20-15:20	14:20-15:20			15:00
第6群 ロボット支援下手術・子宮内膜症 演題: 31~36 【吉田 健太】	第10群 その他 演題: 55~60 【早崎 容】	ハンズオン セミナー3		
15:20-15:30				16:00
閉会式		ライブデモ「岐阜発!胎児診療科エコーの実際」 1)今だから胎児心臓 2)今だから胎児血流計測 高橋 雄一郎 他 共催: GEヘルスケア・ジャパン株式会社		

参加者の皆様へ

1. 開催概要

現地開催：2022年3月5日(土)・3月6日(日)

ライブ配信：全ての講演を、現地開催およびライブ配信いたします。

オンデマンド配信：2022年3月17日(木)正午～3月31日(木)正午

共通講習 1・2、指導医講習会

【学会参加単位・日本専門医機構単位付与対象期間】

2022年3月5日(土)・3月6日(日) および 3月17日(木)～3月21日(月)

詳細は **7. 単位認定について**の項をご確認ください。

2. 参加受付

ホームページでの WEB 参加登録受付ならびに会期当日、長良川国際会議場 4F ロビーにて行います。

注：新型コロナウイルス感染拡大防止対策として、検温および健康チェックシートの記入を参加者全員に
お願いしております。ご協力の程、お願いいたします。

(1)WEB 参加登録について

下記の期間において、学会ホームページにて参加登録をお受けいたします。

※ 指定された振込口座へ 2022年3月1日(火)までに着金するようにお振込みください。

※ 事前参加登録は上記期日までの入金を持ちまして完了いたしますのでご注意ください。

※ お振込確認次第、プログラム・抄録集および WEB 視聴用の ID とパスワードを記載したネームカードを
郵送いたします。

<ライブ配信視聴および現地来場される方>

登録期間：2022年2月4日(金)15:00～2022年2月28日(月)正午まで

振込期限：2022年3月1日(火)着金分まで

参加費：5,000円

学生・初期研修医は参加費無料です。

<オンデマンド配信を視聴される方>

登録期間：2022年3月14日(月)15:00～2022年3月28日(月)正午まで

振込期限：2022年3月29日(火)着金分まで

参加費：5,000円

学生・初期研修医は参加費無料です。

(2)当日参加登録受付について

学会当日、会場受付(長良川国際会議場 4F ロビー)にて受付を行います。

※学会参加単位および単位対象受講確認は、e 医学会カードで行います。お忘れないうちにご持参ください。

受付：3月5日(土)11:00～17:30(役員・評議員の受付も 11:00 より開始)

3月6日(日) 8:00～14:30

参加費：5,000円

学生・初期研修医は参加費無料です(プログラム・抄録集は有料となります)。

プログラム・抄録集：当日受付をされた方に、1人1冊お渡しさせていただきます。

プログラム・抄録集が複数冊必要な場合は当日受付にて1冊2,000円で販売いたします。

3. PC 受付

長良川国際会議場 4F ロビーにて行います。発表 30 分前までにデータ受付をお済ませください。

受 付 : 3 月 5 日(土)11:00~17:30

3 月 6 日(日) 8:00~14:30

4. クローク

手荷物のお預けはクローク(長良川国際会議場 3F 第 1 会議室)をご利用ください。

貴重品のお預かりはできませんので、予めご了承ください。

開 設 : 3 月 5 日(土)11:00~18:30

3 月 6 日(日) 8:00~15:45

5. 企業展示

長良川国際会議場 4F ロビーにて企業展示を行います。

開 設 : 3 月 5 日(土)13:00~18:00

3 月 6 日(日) 9:00~14:00

6. 託児室

期間中会場内に託児室(部屋番号は予約の方にのみお知らせします)を設置いたします。

託児室の利用にはお申し込みが必要です。

第 142 回東海産科婦人科学会 参加者のお子様(0 歳から小学校 6 年生まで)に限ります。

開 設 : 3 月 5 日(土)12:00~18:30

3 月 6 日(日) 8:30~15:30

費 用 : 2,000 円/1 日

当日、総合受付にてお支払いください。

申 込 方 法 : 学会ホームページに掲載の「利用規程」「託児を希望される保護者の方へ」および下記の注意事項をご確認いただき、内容にご同意いただいた上で、メール(sanfujin@gifu-u.ac.jp)または FAX(058-230-6348)でお申し込みください。

申 込 締 切 : 2 月 27 日(日)

※締切の時点でお申し込みがない場合には、託児室の設置はいたしません。

注 意 事 項 : ・お預かりするお子様方に快適にお過ごしいただくため、ゲーム機の持ち込みはお断りさせていただきます。

・コロナ対策のため、託児室内での昼食はご遠慮願います。一度室外に出てお子様と昼食を取られた後、お戻りくださいます様ご協力お願いいたします。

7. 単位認定について

対象の講演は以下の通りです。

	分類	セッション名	日時	会場
1.	共通講習	共通講習 1 (感染対策)	3 月 5 日 (土) 13:10~14:10	第 1 会場 4F 大会議室
2.	領域講習	スポンサードセミナー1	3 月 5 日 (土) 16:00~17:00	第 1 会場 4F 大会議室
3.	領域講習	イブニングセミナー1	3 月 5 日 (土) 17:10~18:10	第 1 会場 4F 大会議室
4.	領域講習	イブニングセミナー2	3 月 5 日 (土) 17:10~18:10	第 2 会場 5F 国際会議室
5.	領域講習	スポンサードセミナー2	3 月 6 日 (日) 9:40~10:40	第 1 会場 4F 大会議室
6.	領域講習	指導医講習会	3 月 6 日 (日) 10:50~11:50	第 1 会場 4F 大会議室
7.	共通講習	共通講習 2 (医療倫理)	3 月 6 日 (日) 13:10~14:10	第 1 会場 4F 大会議室

(1)日本産科婦人科学会専門医研修出席証明

下記のいずれかの条件を満たす場合において、通常の学会参加と同様に、日本産科婦人科学会専門医研修出席証明(10点)および日本専門医機構学術集会参加単位(3単位)が取得できます。

- ①受付にて付与いたします。e 医学会カードをお持ちの上、バーコード面をご提示ください。
- ②ライブ配信の視聴ログが確認できた方。
- ③単位付与対象期間内にオンデマンド配信(共通講習または一般演題)を視聴いただき、オンデマンド配信の視聴ページで必須項目にご入力いただいた方。

※ 単位取得には、参加登録時に日本産科婦人科学会の会員番号入力が必要となりますのでご注意ください。

(2)日本産婦人科医会研修参加証について

日本産婦人科医会研修参加証(医会シール)は、日本産婦人科医会会員である方に限り1枚発行申請が可能です。WEB視聴の方は、参加登録時にWEB参加登録フォームよりお申し込みください。

現地にてご参加される方は、受付にてお渡しさせていただきます。

(3)日本専門医機構単位付与講習について

下記のいずれかの条件を満たす場合において、通常の学会参加と同様に単位取得が可能です。

【共通講習について】

- ①受講確認は、会場入口にて行います。
また、講演開始後10分を過ぎますと受付はできませんので、ご注意ください。
- ②ライブ配信の視聴ログが確認できた方に付与いたします。
- ③オンデマンド配信は、対象セッションを最後まで視聴し、設問回答(5問5択に80%以上正解すること)をもって単位を付与いたします。
視聴だけでは、単位付与対象になりませんので、ご注意ください。

【産婦人科領域講習/指導医講習会について】

- ①受講確認は、会場入口にて行います。
また、講演開始後10分を過ぎますと受付はできませんので、ご注意ください。
 - ②ライブ配信の視聴ログが確認できた方に付与いたします。
※同一時間帯の複数のプログラムの単位の取得はできません。ご注意ください。
 - ③オンデマンド配信は、対象セッションを最後まで視聴し、設問回答(1問に正解すること)をもって単位を付与いたします。視聴だけでは、単位付与対象になりませんので、ご注意ください。
- ※ 単位取得には、参加登録時に日本産科婦人科学会の会員番号入力が必要となりますのでご注意ください。

8. その他

- ・会期中は必ず参加証が見える場所につけて会場にお入りください。
- ・原則として会場内での呼び出しはいたしません。
- ・お車でお越しの際は、長良川国際会議場 都ホテル岐阜長良川の共同駐車場(有料100円/30分)をご利用ください。無料券、割引券の取り扱いは行っていません。なお、駐車スペースには限りがありますと混雑緩和のため、できるだけ公共交通機関をご利用いただきますようご協力をお願いいたします。
- ・館内はすべて禁煙となっております。喫煙される場合は、指定場所をお願いします。
- ・講演会場におきましては、写真撮影・ビデオ撮影・録音等は、著作権保護および個人情報保護の観点から全面的に禁止させていただきます。ただし、事前に学会本部へ申請され許可を得た方に限っては、撮影等を認めることもあります。許可なく撮影、録音を行っている方へは、係の者がお声を掛けさせていただくことがあります。
- ・会場内では携帯電話の電源をお切りになるか、マナーモードに設定してください。
会場内での通話は禁止させていただきます。
- ・学会本部に直通電話はございません。長良川国際会議場(TEL:058-296-1200)にお電話いただき、「第142回東海産科婦人科学会 学会本部(3F 第2会議室)」とご依頼ください。

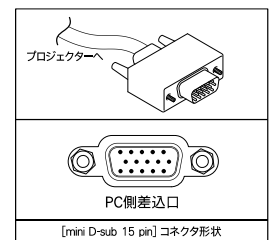
座長の皆様へ

1. 総合受付に座長・指定演者受付を設けておりますので、参加受付の際、お立ち寄りください。ご担当セッションの開始 10 分前までに会場内右側前方の次座長席にご着席ください。
2. スムーズな進行のため、時間厳守にご協力ください。

演者の皆様へ

<現地来場にてご発表される方>

1. 一般演題の講演時間は**1 題 6 分間**、討論時間は**1 題 3 分間**です。時間厳守をお願いします。
※舞台上に計時装置が設置してあります。発表終了 1 分前に黄色、終了時に赤色の警告ランプが点灯いたします。時間厳守にご協力ください。
2. 会場には液晶プロジェクターと発表用 PC (Windows10) を設置しております。スライド操作はご自身で行っていただきます。
3. 発表 30 分前までに「PC 受付」にてデータ受付をお済ませください。
4. 発表は PC によるプレゼンテーションで行います。当学会では下記使用の PC を準備しております。
オペレーションシステム: Windows10
アプリケーションソフト: PowerPoint2010/2013/2016/2019
発表者ツールはご利用いただけません。
5. フォントは OS 標準のもののみご用意いたします。「MS ゴシック」「MS 明朝」をお薦めします。特殊なフォントの場合、表示のずれ、文字化けが生じることがありますのでご注意ください。
6. 動画データ利用のご発表の場合:
ご自身のコンピューターを使用してのご発表をおすすめいたします。
USB メモリでデータをお持ちいただく際には、以下を遵守してください。
 - a. 動画ファイルは wmv 形式のみ受け付けます。その他の形式では再生できません。音楽などの出力にも対応いたしません。
 - b. Power Point とのリンク状態を保つため、使用動画データも同じフォルダと一緒に保存してください。
 - c. 動画を含む発表データを USB メモリにて持ち込む場合には、バックアップ用としてご自身の PC もご持参ください。
7. Mac の場合はご自身の PC 本体をご持参いただくか、事前に Windows データに変換し、Windows での動作・フォント・枠組みなどをご確認の上、USB メモリでご持参ください。
8. PC 本体お持ち込みの場合:
一般的な外部出力端子 (Mini D-Sub15pin) での接続となります。
音声出力には対応できません。
Mac、一部の Windows PC では変換コネクタが必要となりますので、必ずご持参ください。会場内での準備はございません。AC アダプターを必ずご持参ください。また、念のため USB メモリでバックアップデータをご持参ください。スリープ機能やスクリーンセーバーの設定は事前に解除してください。PC 本体の返却は発表終了後、オペレーター席で行います。
9. 発表 10 分前までに会場内左側前方の次演者席にご着席ください。
10. コピーした発表データは学会終了後、事務局にて責任を持って破棄させていただきます。



<現地来場できない方>

1. **1 題 6 分以内**で MP4 の動画を作成し、指定された URL に期日までにアップロードしてください。詳細は運営事務局からのメールをご確認ください。
2. 当日の質疑応答はございません。

演題発表時の利益相反状態開示方法について

学術講演会における演題発表時の利益相反状態開示方法は以下の通りとします。

1. 【開示しなくてはならない筆頭演者】

臨床研究に関するすべての発表において、利益相反状態の有無にかかわらず開示しなくてはなりません。

2. 【開示方法】

演題名・演者名・所属のライドの次のライド(第 2 スライド)に、次に示すひな形に準じたライドを呈示した上で、利益相反状態の有無を述べてください。演題名・演者名・所属のライドがない場合は、このライドが第 1 スライドとなります。



各種会議

1. 理事会(現地開催のみ)

2022年3月5日(土)11:30~12:00 【第1会場】4F 大会議室

2. 評議員会(現地開催+WEBのハイブリッド開催)

2022年3月5日(土)12:10~12:50 【第1会場】4F 大会議室

現地参加の方 :4F 大会議室前の受付にお越しいただき、お弁当代 1,000 円をお支払いください。

WEB参加の方 :URL を会期 1 週間ほど前にお送りいたします。

3. 総会(現地開催+WEBのハイブリッド開催)

2022年3月5日(土)15:30~15:45 【第1会場】4F 大会議室

プログラム

プログラム (1日目)

1 日目 3 月 5 日 (土)

【第 1 会場】長良川国際会議場 4F 大会議室

開 会 式 (13:00~13:10)

共通講習 1 (感染対策) (13:10~14:10)

単位: 共通講習

座長 池田 智明 (三重大学大学院医学系研究科 産科婦人科)

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) と周産期医療

..... 日本大学医学部 病態病理学系微生物学分野 / 早川智

第 1 群 (14:20~15:20)

COVID-19・感染症

座長 篠原 康一 (愛知医科大学 産科婦人科学講座)

- 1 当院で経験した新型コロナ感染症合併妊娠の 3 症例
..... 岐阜市民病院 / 相京晋輔 他
- 2 COVID-19 肺炎を合併した未破裂卵管妊娠に対して吊り上げ法による単孔式腹腔鏡下手術が有用であった 1 例
..... 岐阜県立多治見病院産婦人科 / 林祥太郎 他
- 3 当院で対応した COVID-19 妊産婦について
..... 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 産婦人科 / 服部涉 他
- 4 COVID-19 流行下における SARS-CoV-2 陽性妊産婦の管理
..... トヨタ記念病院 周産期母子医療センター 産科 / 小島遊明 他
- 5 当院で経験した骨盤放線菌症 6 症例の臨床的検討
..... 岐阜県立多治見病院 産婦人科 / 松川哲 他
- 6 化学療法投与 4 日目に *Aeromonas hydrophila* による敗血症性ショックに陥った子宮体癌 期の 1 例
..... 春日井市民病院 / 鬼頭まり 他

総 会 (15:30~15:45)

スポンサーセミナー1 (16:00~17:00)

単位: 領域講習

座長 古井 辰郎 (岐阜大学医学部附属病院 成育医療センター)

SS1 産婦人科医にもきつと役立つ急性期での漢方薬の使い方
~ 最近の救急医療の話題を踏まえて ~

..... 岐阜大学医学部附属病院 医療安全管理室 / 熊田恵介

共催: 株式会社ツムラ

イブニングセミナー1 (17:10~18:10)

単位: 領域講習

座長 森重 健一郎 (岐阜大学大学院医学系研究科 産科婦人科学分野)

ES1 子宮内膜症治療 UPDATE

..... 鳥取大学医学部附属病院 / 原田省

共催: あすか製薬株式会社

若手特別企画 (18:20~19:00)

ディベートしようぜ! これからの働き方改革

..... 岐阜大学医学部附属病院 / 齋竹健彰 他

1 日目 3 月 5 日 (土)

【第 2 会場】長良川国際会議場 5F 国際会議室

第 2 群 (13:10~14:10)

胎児奇形・妊娠

座長 岩垣 重紀 (岐阜県総合医療センター 産科・胎児診療科)

- 7 予定帝王切開により生児を得た巨大胎児仙尾部奇形腫の 1 例
..... 愛知医科大学病院 産婦人科学講座 / 杉浦一優 他
- 8 管理方針に苦慮した胎児両側低形成異形成腎の一例
..... 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 産婦人科 / 田中梨紗子 他

- 9 出生前に Pallister-Killian 症候群が疑われた 1 例
 日本赤十字社 愛知医療センター名古屋第二病院 / 鈴木敬子 他
- 10 妊娠後期において双胎妊娠が母体腎機能に及ぼす影響 ~ 単胎妊娠との比較 ~
 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 産婦人科 / 簗田章 他
- 11 正期産に至った低リスク妊婦における妊娠中体重増加量と出生体重の関係
 清慈会鈴木病院、藤田医科大学 / 山田芙由美 他
- 12 切迫早産の入院管理中に *Serratia marcescens* 感染と診断された症例
 藤田医科大学医学部 産婦人科学講座 / 水野雄介 他

第 3 群 (14:20~15:20) **疾患合併妊娠他**

座長 鈴森 伸宏 (名古屋市立大学 産科婦人科)

- 13 妊娠中に著明な増大を認めた腎外性後腹膜血管筋脂肪腫の 1 例
 名古屋大学医学部附属病院 産婦人科 / 玉木修作 他
- 14 同側腎無形成を伴う片側閉塞性重複子宮合併妊娠 7 例の検討
 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 / 中村侑実 他
- 15 出産を契機に発症し、治療に難渋した妊娠関連二次性血栓性微小血管症(TMA)の 1 例
 医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院 臨床研修センター / 大川明日香 他
- 16 当院で経験した筋緊張性ジストロフィー合併妊娠の 2 例の検討
 岡崎市民病院 / 木村真梨子 他
- 17 妊娠を契機に発見された悪性卵巣胚細胞腫瘍の 2 例
 JA 愛知厚生連豊田厚生病院 / 大澤奈央 他
- 18 無介助自宅分娩した妊婦の 1 例 - インスタグラム投稿から考察した無介助分娩の現状 -
 高山赤十字病院 / 溝口冬馬 他

第 4 群 (16:00~17:00) **帝王切開・産科出血・胎盤遺残**

座長 小谷 友美 (名古屋大学医学部附属病院 総合周産期母子医療センター)

- 19 帝王切開時の筋腫核出術
 高山赤十字病院 / 神田明日香 他
- 20 帝王切開後に腹腔内異物が疑われ、子宮卵管造影時の造影剤の遺残と診断された一症例
 名古屋市立大学医学部附属西部医療センター / 倉本泰葉 他
- 21 産後大量出血の治療に対する新鮮凍結血漿輸血量とバイオマーカー
 (C1 inhibitor、SCC、C3 および C4) の関係
 岐阜県総合医療センター、岐阜大学医学部附属病院 / 島岡竜一 他
- 22 膈壁血腫に対して動脈塞栓術が有効であった 1 例
 小牧市民病院 産婦人科 / 藤井詩子 他
- 23 子宮内容除去術後に帝王切開癒痕部絨毛遺残による腫瘤形成を認め
 腹腔鏡下子宮全摘出術を施行した 1 例
 中京病院 産婦人科 / 加藤彬人 他
- 24 三重大学病院 生殖医療センターでの Retained products of conception についての検討
 伊勢赤十字病院 / 辻尚也 他

イブニングセミナー2 (17:10~18:10)

単位: 領域講習

座長 若槻 明彦 (愛知医科大学 産婦人科学教室)

- ES2 子宮内膜症性疼痛に対するベストアプローチ
 ~ 改訂版子宮内膜症取り扱い規約に基づいて ~
 京都府立医科大学大学院 女性生涯医科学 / 森泰輔
 共催: バイエル薬品株式会社

1 日目 3月5日(土) **【ハンズオンセミナー会場】都ホテル岐阜長良川 2F 「輝」**

ハンズオンセミナー1 (15:00~17:00)

「産後出血の初期対応」~我々にできること、やるべきこと~

レクチャー 子宮止血バルーン誕生秘話などフリートーク

..... 高橋雄一郎、岩垣重紀、志賀友美、八十川雄図、島岡竜一

共催: アトムメディカル株式会社

プログラム (2日目)

2日目 3月6日(日)

【第1会場】長良川国際会議場 4F 大会議室

第5群 (8:30~9:30) **腹腔鏡下手術**

座長 梅村 康太 (豊橋市民病院 女性内視鏡外科・産婦人科)

- 25 腹腔鏡補助下腔式子宮全摘術の前投薬としてのレルミナ錠とリュープロレリン注射薬の短期投与での比較
..... 岐阜県立多治見病院産婦人科 / 竹田明宏 他
- 26 腹腔鏡下单純子宮全摘術後に膀胱自然破裂を来した一例
..... 江南厚生病院 産婦人科 / 内村優太 他
- 27 腹腔鏡下手術にて治療し得た腹膜妊娠の1例
..... 江南厚生病院 / 橋本陽 他
- 28 当院における小児の卵巣捻転3症例についての報告
..... 豊橋市民病院産婦人科 / 堂山瑶 他
- 29 不明熱を来した成熟嚢胞性奇形腫の1例
..... 小牧市民病院 産婦人科 / 秋田寛佳 他
- 30 Undescended ovary に対して審査腹腔鏡検査を行った一例
..... 名古屋大学 / 三宅菜月 他

スポンサーセミナー2 (9:40~10:40)

単位: 領域講習

腹腔鏡下子宮全摘出手術、腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術での Pitfall&Tips

座長 山本 和重 (岐阜市民病院 産婦人科)

- SS2-1 TLH の Pitfall & Tips
..... 岐阜大学医学部附属病院 産婦人科 / 菊野享子
- SS2-2 ENSEAL X1 Curved Jaw を用いた子宮体癌に対する腹腔鏡下骨盤リンパ節郭清
..... 名古屋大学 医学部 産婦人科 / 池田芳紀
共催: ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

指導医講習会 (10:50~11:50)

単位: 領域講習

座長 吉村 泰典 (一般社団法人 吉村やすのり 生命の環境研究所)

人生100年時代における女性の健康
..... 社会政策課題研究所 / 江崎禎英

ランチオンセミナー1 (12:00~13:00)

座長 梶山 広明 (名古屋大学 大学院医学系研究科 産婦人科学)

- LS1 進行卵巣癌の初回治療と再発治療 update
..... 産業医科大学 産科婦人科学 / 吉野潔
共催: アストラゼネカ株式会社 / MSD 株式会社

共通講習2 (医療倫理) (13:10~14:10)

単位: 共通講習

座長 杉浦 真弓 (名古屋市立大学 産婦人科)

生殖周産期に関わる生命倫理 NIPT および PGT の現状と今後
..... 東京大学医学部附属病院 女性診療科・産科 / 永松健

第 6 群 (14:20~15:20)

ロボット支援下手術・子宮内膜症

座長 吉田 健太 (三重大学医学部附属病院 産婦人科)

- 31 内視鏡下子宮全摘術における NIRC™ 蛍光尿管カテーテルの使用経験
..... 岐阜市民病院 産婦人科 / 林佳奈 他
- 32 東海地方 (愛知・岐阜・三重) におけるロボット支援下手術の普及状況
..... 豊橋市民病院 産婦人科 / 河合要介 他
- 33 当科でのロボット支援下子宮全摘術の導入
..... 岐阜市民病院 / 釣餌咲希 他
- 34 卵巣内膜症性嚢胞に対する腹腔鏡下卵巣腫瘍摘出手術における摘出組織に関する検討
..... 名古屋市立大学医学部附属東部医療センター / 犬塚早紀 他
- 35 人間ドックで指摘された気胸を契機に診断された胸腔子宮内膜症の 1 例
..... 松波総合病院 産婦人科 / 牛田汐美 他
- 36 当院の LNG-IUS の使用症例の検討
..... 名古屋掖済会病院 / 秋田寛文 他

閉会式 (15:20~15:30)

2 日目 3 月 6 日 (日)

[第 2 会場] 長良川国際会議場 5F 国際会議室

第 7 群 (8:30~9:30)

境界悪性腫瘍

座長 野村 弘行 (藤田医科大学医学部 産婦人科学講座)

- 37 男性化を契機に発見された卵巣 Leydig 細胞腫の 1 例
..... 一宮市立市民病院 / 久保裕子 他
- 38 腹腔鏡下付属器腫瘍摘出術後に成人顆粒膜細胞腫と判明した 1 例
..... 一宮市立市民病院 / 久保裕子 他
- 39 再発卵巣顆粒膜細胞腫に対するアロマターゼインヒビターの使用経験
..... 岐阜大学医学部附属病院 産婦人科 / 東松明恵 他
- 40 進行した微小乳頭状構造を伴う漿液性卵巣境界悪性腫瘍に対し
審査腹腔鏡が治療戦略の一助となった若年女性の 1 例
..... 岐阜大学医学部附属病院 産科婦人科 / 合田知弘 他
- 41 鼠径部腫瘤から卵巣癌や消化器癌の播種が疑われた悪性腹膜中皮腫の 1 例
..... 愛知医科大学病院 / 吉田敦美 他
- 42 診断に難渋した悪性腹膜中皮腫の一例
..... 名古屋掖済会病院 / 競悦子 他

第 8 群 (9:40~10:40)

がん遺伝子診療

座長 竹中 基記 (岐阜大学医学部附属病院 産婦人科)

- 43 当院における卵巣癌患者に対する myChoice 診断システムの実施状況と課題
..... 名古屋市立大学医学部附属西部医療センター / 田尻佐和子 他
- 44 当院における遺伝性乳癌卵巣癌症候群の管理
..... 三重大学医学部附属病院 / 金美希 他
- 45 Pembrolizumab が著効した MSI-High 難治性子宮体癌の 1 例
..... 名古屋市立大学医学部附属西部医療センター / 菅野顕 他
- 46 がん遺伝子パネル検査を利用し治療が奏功した再発子宮体癌・卵巣癌の重複癌の 1 例
..... 名古屋市立大学 / 鈴木奈香 他
- 47 PARP 阻害薬内服中に腸管切除した再発腹膜癌の 2 例
..... 公立西知多総合病院 / 齋藤理 他
- 48 カルボプラチンによる過敏性反応を契機に
PARP 阻害剤オラパリブによる維持療法を開始した再発卵巣癌の 1 例
..... 豊橋市民病院 / 古井達人 他

ランチオンセミナー2 (12:00~13:00)

座長 藤井 多久磨 (藤田医科大学医学部 産婦人科学講座)

MIS時代の婦人科手術における治療戦略
~骨盤解剖の視点から術式の選択まで~

LS2-1 婦人科悪性疾患に対するロボット手術の現状

..... 三重大学大学院医学系研究科 産科婦人科学 / 近藤英司

LS2-2 婦人科手術に活かすための膀胱・尿管周囲を中心とした骨盤解剖

~臨床解剖, 系統解剖どちらが重要か?~

..... 藤田医科大学医学部 先端ロボット内視鏡手術学講座 / 仲村勝

共催: テルモ株式会社

第 9 群 (13:10~14:10) **悪性腫瘍**

座長 池田 芳紀 (名古屋大学医学部 産婦人科)

49 上皮性卵巣癌再発後生存に対する妊孕性温存手術の影響:

傾向スコア逆数重み付け法による後方視的解析

..... 名古屋大学 / 吉原雅人 他

50 粘液性卵巣癌における臨床パラメーターの検討

..... 名古屋大学 / 鈴木一弘 他

51 子宮筋腫と診断し腹腔鏡下手術を実施し、術後1年で平滑筋肉腫再発と診断された1例

..... 桑名市総合医療センター / 千田時弘 他

52 子宮腺筋症の診断後に再発契機で Low-grade endometrial stromal sarcoma が判明した一例

..... 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 産婦人科 / 寺沢直浩 他

53 右卵巣のエストロゲン産生を伴う Mesonephric-like adenocarcinoma と

濾胞性リンパ腫、甲状腺乳頭癌を併発した一例

..... 名古屋掖済会病院 / 杉原穂乃花 他

54 後腹膜に原発した未分化成分を伴う粘液性癌の一例

..... 江南厚生病院 / 柴田茉莉 他

第 10 群 (14:20~15:20) **その他**

座長 早崎 容 (岐阜大学大学院医学系研究科 産科婦人科学)

55 当院にて外陰癌に対し広汎外陰切除術を施行した2症例

..... 藤田医科大学 / 伊藤真友子 他

56 難治性外陰部潰瘍を契機として発見された Bowen 病の一例

..... 岐阜県総合医療センター / 青島友維 他

57 岬角前面へのメッシュ固定が困難な骨盤臓器脱症例に対して

腹腔鏡下外側固定術 (Laparoscopic lateral suspension) を施行した6例

..... トヨタ記念病院 産婦人科 / 森将 他

58 骨盤臓器脱に対するペッサリー自己着脱法の治療成績

..... JA 岐阜厚生連中濃厚生病院 / 加藤順子 他

59 性機能障害治療に有用な精液腔内自己注入法 (IVI)

..... 可世木レディースクリニック / 可世木博 他

60 生殖補助医療後の卵巣過剰刺激症候群により子宮内外同時妊娠の診断に難渋した一例

..... 小牧市民病院 / 春原友海 他

2日目 3月6日(日)

【ハンズオンセミナー会場】都ホテル岐阜長良川 2F「輝」

ハンズオンセミナー2 (9:30~11:00)

電解質溶液 (生理食塩水) を用いた TCR ハンズオンセミナー

共催: オリンパス株式会社

ハンズオンセミナー3 (13:30~15:00)

ライブデモ「岐阜発! 胎児診療科エコーの実際」

1) 今だから胎児心臓 2) 今だから胎児血流計測

..... 岐阜県総合医療センター産科・胎児診療科 / 高橋雄一郎 他

共催: GEヘルスケア・ジャパン株式会社

共通講習1(感染対策) 共通講習2(医療倫理) 指導医講習会

共通講習1(感染対策)・共通講習2(医療倫理)・ 指導医講習会について

受講確認はe医学会カードで行いますので、必ずご持参ください。

第1会場受付でe医学会カードをご提示いただきバーコードを読み込みます。
講演開始後、10分を過ぎますと受付できませんので、ご留意ください。

新型コロナウイルス感染症 (COVID-19) と周産期医療

日本大学医学部病態病理学系微生物学分野

早川 智

古典ギリシア語では、悠久の時の流れをあらわすクロノスに対し、何らかの事件でそれまでの社会や秩序、個人の価値観や認識が変わる主観的な時をカイロスという。COVID-19 の流行は、わが国にとって明治維新や第二次大戦の終戦にも匹敵するカイロスであろう。歴史の上で、感染症の大流行と社会の変化は度々生じている。近くは 100 年前のスペイン・インフルエンザ、遠くは 500 年前のコロンブス交換による梅毒の流行、さらに遡って 700 年昔の黒死病であろうか。これら同様、COVID-19 は全世界に大きな影響を与えたが、周産期医療も例外ではない。今回のパンデミックで我々が最初に心配したのは妊婦に及ぼす影響である。10 年前の新型インフルエンザでは妊婦が重症化したが、数年前のジカ熱子宮内感染による小頭症や、予防接種率の低下による先天風疹症候群の増加も記憶に新しい。当初、妊婦は「免疫力」が低下するから重症化しやすいという不正確な情報が流れたが、生命予後は非妊婦と変わらない。ただ、妊娠後半期に感染すると、横隔膜の挙上や凝固能亢進によって重症化しやすいことから、母児双方の管理に苦慮することがある。周産期管理は、当初の感染者は全例帝王切開から産婦人科学的な適応による現在の基準に落ち着いてきたが産婦人科医に加えて小児科医、感染症内科医の協力が必須である。立会分娩や帰省分娩の自粛も多くの患者さんの理解が得られている。母子感染については現時点では 1% と極めて稀である。興味深いことに子宮内感染のない症例でも胎盤にウイルス抗原や遺伝子が検出され有効な胎盤バリアが存在する可能性が高い。実際、in vitro で培養絨毛細胞に SARS-CoV-2 をチャレンジしても複製されず、胎盤には感染防御機構が存在する。治療薬については、妊婦に使用できるのはステロイドとレムデシビルのみであり、モルヌピラビルやパクスロビドは胎児毒性があり禁忌である。一方では、ワクチンがパンデミック発生から半年という極めて短期間で実用化され、90% 以上の有効性が示された。しかし、現在 株による第 6 波が世界を襲っている。さらに一時は特效薬と期待された抗体カクテルも変異株には有効性が低下し新たな創薬が行われている。COVID-19 は社会的・経済的に全世界に大打撃を与え、いまだ世界は回復に途上にある。しかし、短期間に病原体の同定から免疫病態の解明さらにワクチンや抗体医薬などの開発がなされたことは現代医学に対する社会の信頼を強固にしてくれるであろう。

【略 歴】	1986 年	日本大学助手 (産婦人科学無給)
	1992 年	同助手、第二病理学教室出向
	1997 年	同講師 (専任扱) 国立感染症研究所エイズ研究センター
	2004 年	研究員併任
	2007 年	日本大学医学部助教授 (先端医学講座・感染制御科学)
		産婦人科併任
		日本大学医学部病態病理学系微生物学分野教授

生殖周産期に関わる生命倫理 NIPT および PGT の現状と今後

東京大学医学部附属病院 女性診療科・産科

永松 健

近年の目覚ましいゲノム解析技術の進歩は医療に大きな影響を与えている。生殖周産期の分野においても、従来は人知の及ばない領域であった妊娠初期の胎児、さらには妊娠成立前の胚のゲノム情報を得ることを可能となった。しかし、こうした技術的進歩は生命倫理的側面で社会の中で新たな葛藤を生じている。無侵襲的出生前遺伝学的検査 (NIPT) および着床前遺伝学的検査 (PGT) の臨床導入の過程では、それらの検査を希望する方々が多く存在する一方で、検査が普及することにより先天の疾患を持つ患者に対する社会の理解が後退するのではないかという強い懸念が示されてきた。

NIPT は、2013 年 4 月に日本産科婦人科学会の指針に基づく認定施設で開始されたが、妊婦のニーズに対して受け皿となる認定施設が少ないことや指針が示す実施対象条件などが要因となり、無認定施設での実施が急増する状況が生じた。遺伝カウンセリングの質を保ちつつ妊婦のニーズに対応できる新たな実施体制の重要性が指摘されている。現在、厚生労働省が主導する形で NIPT を含めた出生前診断の情報提供、検査施設および実施施設の認証制度の設立在り予定されている。

PGT は従来着床前診断に関する見解に基づいて、重篤な遺伝性疾患および染色体転座による習慣流産のみを対象として症例個別的に承認の可否の審査が行われてきた。しかし、全ゲノム増幅と次世代型シーケンサーあるいはアレイ CGH の組み合わせた全染色体の網羅的な数的・構造的解析が可能となったことを契機に正倍数性胚の選択による ART 診療の治療成績の向上という新たな目的のための PGT (PGT-A) が海外で普及した。国内でも、PGT-A 特別臨床研究が実施され、PGT に関して 3 種類に区分された新たな日本産科婦人科学会の見解が 2022 年 1 月に示された。3 種類の PGT が内包する生命倫理的な課題は異なり、それらの実施に際して夫婦の意思決定において必要とされる遺伝カウンセリングは違いがある。

本発表では、NIPT および PGT に関わる生命倫理、社会の中でのコンセンサスや今後の実施体制に関する展望について概説する。

【略 歴】	1999 年 3 月	東京大学医学部医学科 卒業
	1999 年-2002 年	東京大学医学部附属病院研修医、連携病院にて産婦人科臨床研修
	2006 年 3 月	東京大学大学院医学系研究科 生殖発達加齢医学専攻 医学博士取得
	2008 年 1 月	ミズーリ州立大学コロンビア校 招聘研究員
	2010 年 4 月	東京大学医学部附属病院 女性外科 助教
	2014 年 2 月	東京大学医学部附属病院 女性診療科・産科 講師
	2016 年 11 月～現在	東京大学医学部附属病院 女性診療科・産科 准教授

人生 100 年時代における女性の健康

社会政策課題研究所

江崎 禎英

「人生 100 年時代」と言われる現在、如何に最期まで幸せに「生ききる」かが重要なテーマであり、誰もが年齢や体力に応じて社会の一員としての役割を果たすことが出来る「生涯現役社会」を構築することが重要である。少子高齢化の進展は、経済が豊かになり社会が安定化する社会における共通の傾向であり、こうした時代に相応しい社会経済システムの構築こそ政策の基本に据えるべき目標である。特に、平均寿命が長い女性が生き生きと暮らし続けられる社会の構築は、世界に先駆けて超高齢社会に突入した日本が取り組むべき重要な課題である。

日本の社会保障制度は、戦後復興・経済成長期に基本設計がなされており、世界に冠たる日本の「国民皆保険制度」は、結核に代表される感染症が死因の上位を占めていた時代に整備されたものである。他方、現状では医療費の約三分の一は生活習慣病由来の疾病に費やされており、老化に由来する疾患を加えると実に医科診療費の半分以上が自らの生活管理によって左右される者になっている。

我々が取り組むべきは、単に財政逼迫に起因する社会保障制度の改革に止まらず、人口構造の変化を踏まえて「社会経済システム」そのものの見直しを行うことである。そのためには、まず人生の前半である「生産年齢」の段階から、経営者や従業員が健康管理に取り組みやすい環境を整える「健康経営」を推進することが重要である。現在、「健康経営」の取り組みは、既の上場企業のみならず中堅・中小企業を始め、医療関係団体にも広がりつつある。

注目すべきは、これまで積極的に健康経営に取り組んできた企業の多くが、今後の重要テーマに「女性の健康」を挙げていることである。多くの経営者が企業活動を支える重要なプレーヤーとしての女性に着目し、女性の健康管理を経営戦略に位置付け取り組みを始めようとしている。こうした取り組みは女性のみならず、ひいては男性にとっても働きやすい環境の創出に繋がることが期待される。

こうした取り組みを通じて、人生 100 年時代に相応しい社会経済システムを再構築し、新たな産業群を育成することが、時代の転換期にある我が国社会の課題である。

【略歴】

平成元年、通商産業省に入省。日米通商問題に携わった後、大蔵省に出向し金融制度改革を担当。その後、通商産業省にて店頭市場改革（ベンチャー企業育成）外為法改正に取り組む。英国留学、EU（欧州委員会 DG）勤務を経て、通商産業省に戻り IT 政策を担当。この間、内閣官房にて個人情報保護法の立案に参画する。その後、経済産業省にて、ものづくり政策、外国人労働者問題に携わり、平成 17 年から資源エネルギー庁エネルギー政策企画室長として地球温暖化問題を担当。平成 20 年から岐阜県庁に出向し、商工労働部長を務める。平成 24 年に経済産業省に戻り、生物化学産業課長として再生医療を巡る法制度の改革に携わったのち、ヘルスケア産業課長を経て、平成 29 年から商務・サービスグループ政策統括調整官及び内閣官房健康・医療戦略室次長を務め、平成 30 年には厚生労働省医政局統括調整官も併任。令和 2 年 7 月に内閣府大臣官房審議官（科学技術・イノベーション担当）に就任。同年 11 月に依願退職。令和 3 年 3 月社会政策課題研究所を設立し所長に就任。岐阜大学客員教授及び藤田医科大学教授を兼務。著書に「社会は変えられる～世界が憧れる日本へ～（国書刊行会）」がある。

共催セミナー

(ランチョンセミナー、イブニングセミナー、スポンサードセミナー)

単位認定のあるイブニングセミナー、スポンサードセミナーについて
受講確認はe医学会カードで行いますので、必ずご持参ください。
各会場前の受付でe医学会カードをご提示いただきバーコードを読み込みます。
講演開始後、10分を過ぎますと受付できませんので、ご留意ください。

LS1. 進行卵巣癌の初回治療と再発治療 update

産業医科大学 産科婦人科学

吉野 潔

近年、卵巣がんの治療は新たな治療選択肢が増え、患者に大きなメリットを生み出している。初回治療では手術療法と TC 療法の組み合わせに、分子標的薬などの新規薬剤を併用あるいは維持療法として加えることにより、飛躍的に患者の予後の改善が期待できるようになった。

血管新生阻害薬であるベバシズマブは TC 療法に併用および単剤維持として GOG218 試験、ICON7 において有効性が示され実臨床において使用されている。本邦初の PARP 阻害薬オラパリブは SOLO-1 試験で BRCA1/2 変異陽性進行期がんで初回治療後の CR、PR 症例に維持療法として投与することにより OS を延長することが示され保険適応となった。また進行期高異型度漿液性または類内膜卵巣がんの初回治療後の CR、PR 症例に BRCA1/2 変異の有無にかかわらずベバシズマブ+オラパリブを用いた併用維持療法の有効性、安全性が PAOLA-1 試験によって示された。さらに本邦 2 番目となる PARP 阻害剤ニラパリブによる維持療法が PRIMA 試験で示され保険適応となっている。

初回治療同様に分子標的薬の保険適応にともない再発がんの治療選択肢も増えてきている。プラチナ感受性再発に対して標準的にカルボプラチン併用化学療法すなわち TC、GC、PLD-C のいずれかが投与される。いずれも高いエビデンスで有効性が示されているが、それぞれ施設あるいは担当医の判断で選択されていると推測される。SOLO-2 試験、Study19 試験においてオラパリブは再発がんに対するプラチナ併用化学療法の効果をクリニカルバイオマーカーとして投与することで有効性を示した。NOVA 試験においても、BRCA1/2 変異の有無および HRD の有無にかかわらず再発後のプラチナ併用化学療法が CR、PR の症例に対してニラパリブによる維持療法が有効であることが示された。上記の臨床試験の最新結果が ASCO、SGO 等の主要国際学会で報告されており、本セミナーでは最新の学会報告の結果も合わせて解説したい。

【略 歴】	1991 年	大阪労災病院 産婦人科 研修医
	1994 年	大阪大学医学部附属病院 医員
	1998 年	米国 NCI 研究員
	2001 年	大阪労災病院 産婦人科 医員
	2002 年	大阪府立母子保健センター 産科 医員
	2003 年	大阪大学医学部産科婦人科学教室 助手
	2007 年	大阪府立成人病センター 婦人科 副部長
	2010 年	大阪大学医学部産婦人科 助教・講師
	2014 年	大阪大学医学部産婦人科 准教授
	2018 年	産業医科大学医学部産科婦人科学 教授

LS2-1. 婦人科悪性疾患に対するロボット手術の現状

三重大学大学院医学系研究科 産科婦人科学

近藤 英司

当院での子宮体癌 stage IA 期（類内膜癌 Grade 1/2）に対する術式の変遷は 2013 年から Minimally invasive surgery (MIS) を開始し、2013 年から 2020 年まで 22%, 12.5%, 55%, 45%, 71%, 90%, 93%, 93% と巨大筋腫など切開が必要な症例以外は MIS で施行し、増加している。中でもロボット手術を 2018 年から開始し、全体の 61%, 71%, 83% を占めており、2021 年 7 月にはロボットを用いた子宮体癌根治術の施行数は 100 件を超えた。ロボット手術の利点は、肥満合併症例には気腹圧とロボットアームの吊り上げ効果の併用により、working space が広くなり、手術が安全に遂行できる。さらに鏡視下手術のメリットである拡大視効果、高い深部到達能を持ちながら、腹腔鏡手術以上に多関節機能を有するインストゥルメント鉗子を用いることができる手術とされている。当院の BMI30 の高度肥満合併子宮体癌患者において腹腔鏡手術とロボット手術の比較を行い、術中出血量の減少が有意であった。(150 ml(3-730) vs 3 ml (3-100), p<0.01)。

以前は子宮体癌 B-II期のやや進行期の進んだ子宮体癌に対して腹腔鏡下による傍大動脈リンパ節・para-aortic lymphadenectomy (PAN) 郭清を含む 1 期的な子宮体癌根治術が先進医療 A で可能であったが、保険改訂により、MIS で施行するのは 2 期的にせざるを得なくなっているのが現状である。我々はロボット PAN 郭清はまだ保険適応となっていないが、上述したメリットを生かして臨床研究として院内 IRB が通過したため 2021 年 10 月から開始した。現在まで当院で施行した腹腔鏡下の PAN 郭清は経後腹膜アプローチと経腹膜アプローチを併用して施行していたが、ロボット下の PAN 郭清は多関節機能のインストゥルメントを使用するため経腹膜アプローチのみで手術が完遂できるメリットがある。

現在、当院はロボット手術の術者ライセンスを取得するための指定症例見学施設の一つである。2018 年から開始し、現在も当院に直接来院していただき、手術症例を見学してライセンス取得をしている。また最近では、直接当院に来院せずリモート症例見学が可能となった。さらにこのリモート症例見学はライセンス取得の目的ではなくロボット手術導入のための教育や手術手技の向上にも応用できる。

【略 歴】	1996 年 3 月	山口大学医学部卒業
	1996 年 4 月	三重大学医学部附属病院 医員
	2013 年 4 月	三重大学医学部附属病院 婦人科病棟医長
	2013 年 10 月	がん研有明病院 婦人科 医長 病棟医長
	2016 年 7 月	三重大学医学部附属病院 助教 婦人科病棟医長
	2017 年 7 月	三重大学医学部附属病院 講師 医局長
	2019 年 4 月	三重大学大学院医学系研究科 産科婦人科学 准教授

LS2-2. 婦人科手術に活かすための膀胱・尿管周囲を中心とした骨盤解剖 ～臨床解剖，系統解剖どちらが重要か？～

藤田医科大学医学部 先端口ポット内視鏡手術学講座

仲村 勝

開腹手術やロボット手術を含めた腹腔鏡下手術において解剖の理解が重要なことは言うまでもない。解剖と一言にいても臨床解剖と系統解剖が存在する。腹腔鏡下手術では系統解剖の観察が詳細にできるためにこれまで以上に系統解剖と臨床解剖をリンクさせた理解が必要と考えられる。今回、全腹腔鏡下子宮全摘出術(以下 TLH)や広汎子宮全摘出術において重要な膀胱剥離や尿管剥離の際に関係する解剖に焦点をあてて解説をしていきたい。

TLH や広汎子宮全摘出術中に脂肪組織や結合組織の分布に注目しながら膀胱剥離を丁寧に行った。その過程で膀胱や尿管周辺を詳細に観察するとともに、同部位の確認を未固定遺体や固定遺体を用いて行い、TLH や広汎子宮全摘出術に役立つ情報を探った。

側臍靭帯から膀胱へと連続する結合組織の膜や脂肪組織を認識しながら膀胱剥離を丁寧に行うと側臍靭帯から膀胱へと連続する結合組織の膜の中に子宮動脈や上膀胱動脈を確認できた。腔からの膀胱剥離を十分に行うことで尿管は尿管膀胱移行部で視認が可能となり、尿管の腹側には子宮動脈だけでなく上膀胱動脈やその分枝が走行していた。膀胱は膀胱下腹筋膜にそって頭側につりあがっており、膀胱脚とよばれる部位は脂肪組織が傍子宮結合織に付着して形成される artifact と考えられた。膀胱脚の深部には膀胱子宮靭帯前層に相当する部位が存在すると考えられた。

膀胱脚や膀胱子宮靭帯前層はいわゆる臨床解剖学的な用語である。TLH や広汎子宮全摘出術では、その展開の違いから、近い構造を違う artifact に見立てていると推察される。腹腔鏡下手術では、結合組織や脂肪組織が詳細に観察できることから、剥離操作が開腹手術よりも丁寧に行えることがメリットである一方で、従来の開腹手術操作とは異なる操作が求められる。つまり開腹手術下では臨床解剖として理解されてきた構造を系統解剖で整理して操作する必要があると考えられる。TLH や広汎子宮全摘出術いずれの術式においても膀胱や尿管周囲の解剖に熟知することが安全な手術遂行には重要と考えられる。

【略 歴】	2001年5月	慶應義塾大学病院研修医(産婦人科)
	2003年5月	慶應義塾大学医学部助手(専修医)(産婦人科学)
	2005年5月～2008年3月	国立病院機構栃木病院, 国立病院機構埼玉病院にて研修
	2008年4月～2014年3月	慶應義塾大学病院産婦人科助手
	2014年4月	東京歯科大学市川総合病院産婦人科助教
	2020年4月	慶應義塾大学助教(医学部産婦人科学)
	2021年10月	慶應義塾大学専任講師(医学部産婦人科学)
		藤田医科大学医学部 先端口ポット内視鏡手術学講座准教授

ES1. 子宮内膜症治療 UPDATE

鳥取大学医学部附属病院

原田 省

子宮内膜症は生殖年齢女性に好発し、疼痛と不妊を主症状とすることから現代女性のQOLを低下させる疾患として認識されている。晩婚・晩産や少子化という現代女性のライフスタイルは、生涯の月経回数の増加に繋がり子宮内膜症発症のリスクとなっている。

治療としては手術療法と薬物療法があり、併用療法も行われる。手術療法の有効性は高く、低侵襲である腹腔鏡手術が選択される。卵巣子宮内膜症性嚢胞に対しては嚢胞摘出術が有用であるが、術後の卵巣予備能低下が必須である。術後の再発・再燃の頻度も高く長期の薬物療法が必要となる。長期療法には、プロゲステロンであるディナゲストや低用量エストロゲン・プロゲステロン合剤（LEP製剤）が広く使われている。LEP製剤は機能性月経困難症の保険適応も有し、月経困難症の軽減にきわめて有用で普及してきた。この度、GnRHアンタゴニストが子宮内膜症の保険適応を受けた。

本剤は、第一選択とはならないが重症の子宮内膜症である深部子宮内膜症や子宮腺筋症を合併して疼痛症状が強い症例などに応用できる可能性がある。本講演では、GnRHアンタゴニストの新たな使用法について考察する。

【略 歴】	昭和 58 年 3 月	鳥取大学医部卒業 鳥取大学医部卒業
	昭和 58 年 4 月	鳥取大学医部産科婦人教室入局
	昭和 60 年 7 月	英国リーズ大学 体外受精技術習得（4 ヶ月）
	平成元年 5 月	鳥取大学医部助手
	平成 4 年 4 月	大阪学医部内科第三講座国留（1 年）
	平成 5 年 10 月	鳥取大学医部講師
	平成 19 年 6 月	鳥取大学医部准教授
	平成 20 年 12 月	鳥取大学医部教授（～令和 3 年 3 月）
	平成 23 年 4 月	病院長 特別補特別補佐（～平成（～平成 24 年 1 月） 低侵襲外科センター長（～平成 25 年 3 月）
	平成 24 年 1 月	同副院長
	平成 29 年 4 月	同副学長・病院長

ES2. 子宮内膜症性疼痛に対するベストアプローチ ～改訂版子宮内膜症取り扱い規約に基づいて～

京都府立医科大学大学院 女性生涯医科学

森 泰輔

2021年8月に「子宮内膜症取り扱い規約 第2部診療編第3版(日本産科婦人科学会編)」が刊行された。これは11年ぶりの大幅な改訂である。この間、子宮内膜症に対する認知度は少しずつ高まり、基礎研究は大きく進歩してきた。月経痛や骨盤痛のみならず、近年では、産科合併症、卵巣がん、不妊症のほか心血管系疾患などの各種疾患に寄与することが指摘されている。そのため、子宮内膜症へ進展する前の月経困難症の段階でコントロールすることが重要な課題であり、若年女性に対する早期からの積極的な治療介入が臨まれている。また治療面では、解像度に優れた内視鏡機器が開発されてより繊細で確実な手術操作が可能になっている。一方、薬物療法では、2008年にLEP(Low estrogen-progestin)が保険適用となって以降、今やさまざまな種類のLEP製剤やプロゲスチン製剤が販売されている。LEP製剤の投与様式についても従来の周期的投与方法に加えて、連続投与の有用性が明らかになってきている。これらの普及により、疼痛の緩和を目指した子宮内膜症患者の管理面では治療法の選択肢は明らかに広がっている。本講演では、子宮内膜症取り扱い規約の改訂のポイントを紹介し、さらにデータを交えながら子宮内膜症疼痛に対する薬物療法に関して解説する。

【略 歴】	2001(平成13)年3月	大阪医科大学 卒業
	2001(平成13)年4月	京都府立医科大学産婦人科教室 入局
	2002(平成14)年4月	済生会滋賀県病院 産婦人科医員
	2002(平成14)年8月	国立舞鶴病院 産婦人科医員
	2003(平成15)年4月	市立福知山市民病院 産婦人科医員
	2005(平成17)年4月	京都府立医科大学大学院 医学研究科(女性生涯医科学)入学
	2007(平成19)年3月	City of Hope, Beckman research Institute, CA, USA, Research fellow
	2009(平成21)年4月	京都府立医科大学大学院修了 学位取得 甲1301号
	2010(平成22)年4月	京都府立医科大学大学院 女性生涯医科学 病院助教
	2010(平成22)年4月	京都府立医科大学大学院 女性生涯医科学 助教
	2017(平成29)年4月	京都府立医科大学大学院 女性生涯医科学 講師
	2020(令和2)年4月	京都府立医科大学大学院 女性生涯医科学 准教授
	2021(令和3)年10月	京都府立医科大学大学院 女性生涯医科学 教授

SS1. 産婦人科医にもきっと役立つ急性期での漢方薬の使い方 ～ 最近の救急医療の話題を踏まえて～

岐阜大学医学部附属病院 医療安全管理室

熊田 恵介

➤ なぜ救急医療に漢方か

救急患者では詳細な病歴や既往等が不明なまま、時間的制約の中で治療を開始せざるを得ない場合がある。この際、正確な診断より病状の安定化が第一とされ症状に応じた対応、いわゆる症候学的なアプローチで治療を行う。一方、東洋医学では患者個々に対してその時々状況（証）を見ながら対応するため、ある意味、救急診療に通じる点がある。漢方薬は自然治癒力を高める治療戦略をとることがあるため、慢性期に用いられる薬剤で「長く飲まないと効かない」と思われていることが多い。しかし、1800年以上前より急性疾患に対して用いられており、急な疼痛や感染症など急性期での医療、つまり救急医療の領域で活用できる機会が多い。なお、外傷での骨折の固定術や開腹止血術、急性心筋梗塞など急性血管病変などでは西洋医学的な治療が有効であることは明確で、補助的・補完的に漢方薬を使用することで治療の幅が広がる。

➤ 救急医療における漢方薬の使い方

救急領域で漢方薬を使用する際には短期集中的に服用させる、生薬含有数により使い分ける、2剤以上の併用は極力行わない、投与方法を工夫する、副作用については常に注意するなどいくつかのポイントがある。実際、当院の高度救命救急センターでは積極的に漢方薬を用いている。

最近の救急医療の話題を含め急性期病棟、集中治療の領域で活用できる漢方薬を中心に述べる。

【略 歴】	1994 年	三重大学医学部卒業 聖路加国際病院、川崎医科大学附属病院、 高知医療センターを経て
	2007 年	岐阜大学医学部附属病院 高度救命救急センター
	2012 年	岐阜大学医学部附属病院 医療安全管理室 副室長
	2020 年	岐阜大学医学部附属病院 室長（教授）

SS2-1. TLH の Pitfall & Tips

岐阜大学医学部附属病院 産婦人科

菊野 享子

当院は県内で 5 施設ある認定研修施設の一つであり、腹腔鏡下悪性腫瘍手術やロボット支援下手術も行っております。

腹腔鏡手術は低侵襲な手術方法であり患者さんへのメリットも多いことから、腹腔鏡手術の習得は今後ますます必要な要素となってくると考えられます。

しかし、開腹手術ができるからといってそのまま腹腔鏡での子宮全摘ができるわけではなく、腹腔鏡手術を行うには、また新たな技術を習得しなければならない手術ではないでしょうか。技術だけでなく、鏡視下手術特有のカメラ操作の方法、様々な種類のパワーデバイスの操作、開腹手術では起こらない気腹や頭低位などに伴う合併症への理解など多くの知識も必要です。

私自身は、産婦人科専門医を取得後に内視鏡技術認定医を取得させていただき、現在修練を継続しているところです。

腹腔鏡手術の技術向上に関して最も効果的であると感じているのは、自分もしくは達人の手術映像を何度も見直すことです。自分の手技を客観的に見る事、また手術当日に見直すことで改善点が見つかりやすくなり、また何度も見ることで自分の到達度を客観的に評価することができると思います。

まだまだ未熟な私がお話できることはあまりありませんが、後輩の先生方の中には技術認定医取得を目指している先生方も多くいらっしゃり、上記のような自身の経験を踏まえ、技術認定医を取得する際に行った修練方法や初心者ゆえの疑問、pitfall について少しでも役立つお話ができたらと思います。

今回なるべく多くの動画を使用して技術認定医取得を念頭においた TLH のポイントを解説させていただきます。

【略 歴】	H21.4 ~ H23.3	鹿児島大学医学部附属病院研修医
	H23.4 ~ H24.2	岐阜大学医学部附属病院 産婦人科 医員
	H24.3 ~ H24.8	高山赤十字病院 産婦人科 医師
	H24.9 ~ H25.9	岐阜県総合医療センター 産婦人科 医師
	H25.10 ~ H26.9	岐阜市民病院 産婦人科 医師
	H26.10 ~ H30.3	岐阜大学医学部附属病院 産婦人科 医員
	H30.4 ~	岐阜大学医学部附属病院 産婦人科 臨床助教

SS2-2. ENSEAL X1 Curved Jaw を用いた子宮体癌に対する腹腔鏡下骨盤リンパ節郭清

名古屋大学 医学部 産婦人科

池田 芳紀

子宮体癌に対する腹腔鏡下子宮悪性腫瘍手術は、良性疾患に対する腹腔鏡下子宮全摘術と比べて子宮は小さく癒着は少なく子宮摘出は容易なことが多い。子宮切除ラインも当院では早期子宮体癌に対して行ってきた開腹手術に合わせて単純子宮全摘術である。したがって子宮摘出に関しては岐阜大学菊野先生にお任せし、本発表では良性との違いとして、当院で行っている悪性腫瘍を扱うことに対する配慮と、早期子宮体癌に対する腹腔鏡下骨盤リンパ節郭清について、今後修練される先生方・現在修練中の先生方を対象に考え方を提示したい。

腫瘍のこぼれ落ちを極力減らすため両側卵管をシールし、マニピュレーターを使用せず、ポビドンヨードで腔内を消毒後、外子宮口を縫合閉鎖してから操作を開始する。腔内に腫瘍組織を認めたら腔洗浄をする。腫瘍組織の圧出を防ぐため子宮を袋に収納して経腔回収する。腫瘍細胞を縫い込まないように腔断端縫合前に生理食塩水で小骨盤腔全体を入念に洗浄する。

早期子宮体癌に対する腹腔鏡下骨盤リンパ節郭清は主に外腸骨・閉鎖領域を行っている。ダイヤモンド配置のポートで頭側の操作はやりにくいいため、総腸骨領域は1~2cm程度の郭清範囲になっている。仙骨節・内腸骨節・基靭帯節・鼠径上節は郭清していない。所属リンパ節を残して操作しやすい領域のリンパ節だけを取って郭清と称し、治療的意義はなく診断目的ということに違和感を抱きつつも日々同様に行っている。外腸骨・閉鎖領域のリンパ節郭清を指導する際にイメージがわかりやすいと思い、たとえ話をする。「串が残ったままの竹輪から串を外す操作」である。串を長軸方向に抜くのではなく、竹輪の身を観音開きして串を短軸方向に外す操作であり、リンパ節が竹輪の身、外腸骨動静脈・閉鎖神経などが串である。大抵は串付きの竹輪を見たことがないというリアクションで終わる。このたとえ話、ピギナーの先生方の理解の助けになるだろうか？観音開きと串を外す操作に使う道具として、ハサミ、電気メス、超音波、アドバンスドバイポーラが考えられる。各自が使い慣れていて安全に操作できる道具でよい。以前私は電気メスを使用していたが、ある研究会で動画発表した際にご高名な先生方から危ないのご指摘を受け、アドバンスドバイポーラを使うことが多くなってきた。そのような中 ENSEAL X1 Curved Jaw が登場した。これを用いた動画を供覧する。

【略 歴】	2009年3月	福井大学医学部 卒業
	2009年4月	半田市立半田病院 研修医
	2011年4月	同産婦人科 医師
	2013年7月	豊橋市民病院産婦人科 医員
	2017年4月	名古屋大学医学部附属病院産科婦人科 医員
	2018年2月	名古屋大学大学院医学系研究科産婦人科学 特任助教
	2020年4月	名古屋大学医学部附属病院産科婦人科 病院助教
	2021年4月	名古屋大学医学部附属病院産科婦人科 助教

若手特別企画
一般演題

ディベートしようぜ！これからの働き方改革

岐阜大学医学部附属病院

齋竹 健彰 他

古来より医療における医師の役割は重大であり、昼夜なく働き、「お医者様」と表現されるほどの尊敬を集める傍ら、その働き方は多忙を極めている。特に産婦人科医の労働環境は医師不足の中、「大野事件」以来多忙に拍車がかかり、人材確保に難渋している。しかし近年、働き方改革の波が産婦人科医にも及んでおり、2024年には「時間外労働は年960時間、やむを得ない場合にのみ1860時間まで許容」「当直回数の制限」などが検討されており、現在は医師の働き方の把握に奔走している。

今回、若手企画としてこれからの働き方についてディベート形式で議論をしたいと考える。敢えてディベート形式とすることで、立場を強制的に決め、様々な忖度なくそれぞれの立場のメリット・デメリットを十分に議論することができるためである。決して発言時の意見については本人の意見と一致しない点について留意頂きたい。

さあ、ディベートしようぜ！

第1群(1日目 14:20-15:20) 第1会場

1. 当院で経験した新型コロナウイルス感染症合併妊娠の3症例

岐阜市民病院

相京晋輔、釣餌咲希、林佳奈、尹麗梅、桑山太郎、
谷垣佳子、柴田万祐子、平工由香、豊木廣、山本和重

当院で新型コロナウイルス感染症を発症した妊婦の症例を3例経験したので報告する。

【症例1】21歳2経産婦、既往歴に小児喘息あり。妊娠16週時に新型コロナウイルス感染者と濃厚接触あり、翌日から38度台の発熱症状出現し、PCR検査で陽性が確認された。発症2日目から当院新型コロナ病床に入院、経過観察となった。発熱症状は次第に改善傾向を認めたが、子宮収縮の症状と少量性器出血が持続した。子宮収縮抑制薬(リトドリン塩酸塩 15 mg/日)内服で経過観察したところ子宮収縮症状と性器出血も収まり発症10日目に退院となった。新型コロナワクチンは未接種だった。

【症例2】21歳初産婦、既往歴に急性肝炎あり。妊娠34週時に38度台の発熱症状ありPCR検査で陽性。発症2日目から入院となった。入院当日に抗体カクテル療法(ロナプリーブ点滴)を施行した。発熱症状は入院後軽快したが、入院3日目から子宮収縮症状の訴えあり子宮収縮抑制薬(リトドリン塩酸塩 15 mg/日)内服開始した。入院4日目には性器出血の症状あり診察したところ子宮頸管熟化所見を認め陣痛発来と判断。高次医療機関へ母体搬送となった。搬送先病院で緊急帝王切開を施行された。

【症例3】31歳1経産婦、既往歴に甲状腺機能低下症あり。妊娠28週時39度台の発熱症状あり、PCR検査で陽性のため発症2日目に入院。入院時に抗体カクテル療法(ロナプリーブ点滴)施行された。発熱症状は軽快し、子宮収縮症状や性器出血も認めず入院10日目に退院した。

【考察】

新型コロナウイルスに感染した妊婦の症例を経験した。文献上新型コロナウイルスは妊娠中には重症化しやすいことや、早産の原因となる可能性が指摘されている。実際にコロナ感染後に早産域で陣痛発来した症例を経験した。今後コロナ感染症が妊娠に与える影響とその対応につき検討する必要があると思われる。

2. COVID-19 肺炎を合併した未破裂卵管妊娠に対して吊り上げ法による単孔式腹腔鏡下手術が有用であった1例

岐阜県立多治見病院産婦人科

林祥太郎、柘植志織、篠根早苗、松川哲、中村浩美、
竹田明宏

【緒言】新型コロナウイルス(SARS-CoV-2)による感染症(COVID-19)の蔓延により、感染者に婦人科緊急疾患が合併した場合の対応が重要となっている。今回、未破裂右卵管妊娠と同時にCOVID-19肺炎中等症と診断し、抗ウイルス療法後に施行した吊り上げ法による単孔式腹腔鏡下手術が有用であった1例を経験したので報告する。

【症例】33歳、3妊2産。8か月前に変異株によるCOVID-19の罹患歴があった。今回、妊娠反応陽性のため前医を受診し、超音波検査で右卵管妊娠が疑われたため、当院へ搬送となった。搬送中に38度の発熱、咳嗽、嗅覚障害を認めため、SARS-CoV-2迅速PCR検査を施行したところ、陽性であり、後に変異株の感染と判明した。血清-hCG値は3254 IU/Lであった。CT上、肺炎像を認め、COVID-19肺炎中等症に合併した未破裂右卵管妊娠と診断した。未破裂右卵管妊娠については、バイタルが安定しており、全身麻酔下での手術による肺炎の悪化が危惧されたため、緊急手術の回避を目的として、メトトレキサート(MTX)投与を行った。また、COVID-19肺炎に対して、カシリピマブ/イムデビマブとレムデシベルを投与し、肺炎の病状は改善した。MTX投与後4日目の血清-hCG値は、6070 IU/Lと上昇したため、MTX療法は無効と判定した。破裂が危惧される状況となったため、PPE対応で全身麻酔下に吊り上げ法による単孔式腹腔鏡下右卵管切除術を施行した。術後は集中治療室で管理し、経過は良好で、術後4日目に退院となった。

【考察】COVID-19肺炎患者の異所性妊娠の治療については、海外文献で手術療法とMTX療法の成功例が各1例報告されるのみである。また、炭酸ガス気腹法でのウイルスの拡散リスクを回避する上で、吊り上げ法が有用である可能性が指摘されている。今回のCOVID-19肺炎罹患中の異所性妊娠手術の経験から、抗ウイルス療法後の吊り上げ法による腹腔鏡下手術が有用である可能性が示唆された。

3. 当院で対応した COVID-19 妊産婦について

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第二病院 産婦人科

服部渉、加藤紀子、鈴木敬子、野村理絵、鈴木智太郎、梶健太郎、河井啓一郎、白石佳孝、小川舞、高木春菜、丸山万理子、新保暁子、林和正、茶谷順也、山室理

2019年12月、中国保健機関が発表した湖北省武漢の「原因不明の肺炎」に端を発し、致死的な重症例から無症状で経過する軽症例まで幅広い臨床像を示す新型コロナウイルス感染症(COVID-19)が発生した。本邦では発生後約2年が経過したが、現在第5波に至るまで流行は続いている。COVID-19患者の診療は感染拡大防止のため、厳重な感染対策下での診察が求められる。加えて重症例に対しては人工呼吸器やECMOの使用に多くの人材を必要とするため人的資源、医療資源の双方が圧迫される。妊娠中は切迫早産での入院を必要としたり、陣痛発来や破水・常位胎盤早期剥離など緊急帝王切開術が必要となる可能性が常にある。妊産婦がCOVID-19を発症した場合は陰圧室での診察や感染対策下での入院管理ならびに手術がいつでも可能な体勢を整えなければならない。当院では患者診察を救急外来の陰圧室で、入院管理をCOVID-19専用病棟で、帝王切開術を陰圧手術室で行えるよう整備した。分娩時期や分娩方法は麻酔科や新生児科、呼吸器内科を始めとした各科と連携して決定し、児はCOVID-19妊婦より出生した児としてNICUの中でも陰圧室となる部屋に入室する体制をとっている。術後、肺炎治療が必要となれば呼吸器内科に転科とし、また状態が安定している術後患者については新たな急性期患者を受け入れる病床確保のため、術後管理を後方病院に依頼することも多い。今回、感染流行当初から現在までに対応したCOVID-19妊産婦において、当院の管理指針ならびに症例から得られる考察について発表する。

4. COVID-19 流行下における SARS-CoV-2 陽性妊産婦の管理

トヨタ記念病院 周産期母子医療センター 産科

小島遊明、村井健、森将、稲村達生、柴田崇宏、上野琢史、竹田健彦、大野真由、岸上靖幸、原田統子、小口秀紀

【緒言】妊娠中の severe acute respiratory syndrome coronavirus 2 (SARS-CoV-2) 感染は早産のリスクとされ、妊娠後期は coronavirus disease 2019 (COVID-19) 重症化のリスク要因と考えられ、COVID-19 と診断された妊婦は感染症に対応できる病院での周産期管理が推奨されている。感染症指定医療機関ではない当院において周産期管理を行った SARS-CoV-2 陽性妊婦について後方視的に検討した。【方法】2020年7月から2021年9月までに当院で周産期管理を行った SARS-CoV-2 が陽性であった妊産婦17例を対象とした。年齢、陽性が判明した週数、COVID-19の重症度、周産期経過、新生児の SARS-CoV-2 検査の結果について検討した。【結果】17例の平均年齢は30.0歳で SARS-CoV-2 陽性が確認された時期は、第1三半期が4例、第2三半期が6例、第3三半期が7例であった。軽症14例、無症状3例であった。周産期合併症として、妊娠糖尿病が3例、切迫早産が1例、preterm PROMが1例、PROMが1例あった。これまでに17例中13例が分娩に至った。13例中11例は隔離解除後に陣痛が発来し、10例が経膈分娩となり、1例は産科的適応により帝王切開となった。残りの2例は分娩直前に SARS-CoV-2 陽性が確認され、帝王切開後に隔離管理となった。第3三半期に SARS-CoV-2 陽性となった母体から出生した新生児7例の SARS-CoV-2 検査はいずれも陰性であった。【結語】感染症指定医療機関でなくても感染対策に留意し SARS-CoV-2 陽性妊婦の周産期管理を行うことは可能であった。

5. 当院で経験した骨盤放線菌症 6 症例の臨床的検討

岐阜県立多治見病院 産婦人科

松川哲、柘植志織、林祥太郎、篠根早苗、中村浩美、竹田明宏

[目的・方法] 放線菌症は放線菌(*Actinomyces israelii*)によって引き起こされる感染症で膿瘍や瘻孔を形成する慢性の化膿性肉芽腫性疾患であり、婦人科領域では長期の子宮内避妊具装置(IUD)との関連が注目されている。放線菌による腫瘍はその診断が困難で、骨盤内腫瘍として手術が施行され、病的に放線菌症と診断されることが多い。今回、当院で2007年1月から2021年10月までの15年間に細胞診、組織診により放線菌症と診断された6例を後方視的に検討した。

[成績] 年齢は中央値47歳(33~63歳)であった。全例経産婦で長期にIUDを装着しており、装着期間の中央値は18.5年間(10~30年間)であった。全例で下腹部痛を認め、白血球増多およびCRP高値であった。5例は手術療法(ダグラス窩膿瘍開放術1例、腹腔鏡下両付属器切除2例、腹式子宮全摘+両付属器切除1例、腹腔鏡補助下子宮全摘+両付属器切除1例)を施行したが、1例では虫垂切除術、腸閉塞のため癒着剥離術と2回の開腹術の既往があり手術の難航が危惧されたため、子宮鏡下にIUD抜去後に抗生剤治療を継続することにより腫瘍の縮小、自覚症状および炎症所見の消失を認めた。5例は術後6ヶ月間ペニシリン療法を行い、1例はペニシリン療法でアレルギー症状出現したためエリスロマイシン療法6ヶ月間行い治癒に至り、再発を認めていない。

[結論] 当院における骨盤放線菌症は全例IUD長期留置が原因と考えられた。

このような観点から、日常的診療においてIUD挿入時には長期間放置した場合、稀にはあるが本症のような重篤な感染疾患の誘因となりうる危険性があることを患者に十分説明しておくことが重要と考えられた。

6. 化学療法投与4日目に *Aeromonas hydrophila* による敗血症性ショックに陥った子宮体癌 期の1例

春日井市民病院

鬼頭まり、高村志麻、中尾優里、板東眞有子、大塚かおり、佐藤麻美子、伊藤充彰

[緒言] *Aeromonas hydrophila* は、グラム陰性嫌気性桿菌で河川などの淡水土壤中に存在する。ヒトでは腸管感染症として食中毒の起炎菌として知られている。潜伏期間は12~14時間で担癌患者や肝機能障害などの免疫能低下状態では敗血症を呈しやすく高い死亡率を示すとの報告がある。本菌による腸管感染から敗血症性ショックを来し急激な転帰をたどった一例を報告する。[症例] 52歳女性、0妊。下腹部痛の為、前医を受診。12cm大の巨大子宮腫瘍を認め当院に紹介。両側尿管閉塞による腎後性腎不全を認め、画像上両側卵巣転移、骨盤内・大動脈周囲リンパ節腫大および大網、腹膜播種を認めた。子宮内膜細胞診より類内膜腺癌を認め、子宮体癌期と診断した。腎機能改善後、パクリタキセル280mgとカルボプラチン785mg AUC5を投与した。投与3日後より嘔吐が出現し、投与4日目より嘔吐下痢後体動困難となり救急搬送された。血圧80/58mmHg、HR117回/分、呼吸数35回/分、体温37.5度、WBC300/ μ lと敗血症性ショックおよび発熱性好中球減少を認め、MEPM3.0g/dayを開始した。投与6日目、血小板35000/ μ lにまで低下しDIC状態となった。血液培養から *Aeromonas hydrophila* が分離され、腔培養からはカルバペネム及びキノロン耐性緑膿菌分離された為、投与9日目からTAZ(18g)/PIPC(20U)に変更した。その後も引き続き集学的治療を行っていたが、14日目に死亡への転帰となった。[結語] 進行癌および化学療法に伴う免疫能低下が、腸管からのbacterial translocationを引き起こし敗血症の原因になったと考えられる。進行癌患者に対し化学療法を行う際はより慎重な投与が必要であり、食生活の指導など化学療法による副作用以外も留意することが必要と考えられた。

第2群(1日目 13:10-14:10) 第2会場

7. 予定帝王切開により生児を得た巨大胎児仙尾部奇形腫の1例

愛知医科大学病院 産婦人科学講座

杉浦一優、斉藤拓也、野口靖之、若槻明彦

【概要】

胎児仙尾部奇形腫 (SCT) は、胎児の尾骨先端に位置する原始線状の遺残組織から生じる良性腫瘍である。ほとんどが良性腫瘍で、新生児期に尾骨を含めた腫瘍全摘を行うことで良好な予後が期待できる。しかし、腫瘍が増大すると、娩出時のストレスが腫瘍内出血を誘発し心不全や DIC による死産や新生児死亡に至るリスクが増加する。今回、妊娠中期に SCT を診断し、妊娠 37 週まで周産期管理を行い帝王切開により出産した巨大 SCT を経験したので報告する。

【症例】

33 歳、2 妊 1 産。既往歴に特記事項なし。妊娠 33 週に胎児仙尾部に多胞性構造を伴う約 10 cm 大の腫瘤を指摘され当院に紹介となり、当院の MRI で Altman 型の胎児 SCT と診断された。妊娠中の超音波検査では胎児水腫などの異常所見を認めず、妊娠 37 週 6 日に腫瘍損傷回避目的の予定帝王切開術を施行した。出生体重 3660 g、Apgar スコア 9/10 点、臍帯血 pH 7.38 であった。一時的に陥没呼吸を認め CPAP を施行したが、速やかに改善した。児の心臓および頭部超音波検査で異常を認めず、小児外科医師により SCT 切除術を施行した。出血量は 12 ml と少量であった。腫瘍は約 1/3 が充実成分であり、病理診断は成熟嚢胞性奇形腫であった。母児ともに経過良好であり、母は術後 8 日目、児は術後 14 日目に退院した。その後児の健診で再発は認めず、発育は良好であった。

【考察】

SCT は、周産期管理中に羊水過多、胎児心不全および胎児水腫を認めると子宮内胎児死亡や死産になる可能性が極めて高い。今回の経験よりこれらの所見がなく、嚴重な周産期管理を行えば妊娠継続は可能と考えられた。しかし、胎児の成熟に伴い SCT が増大するため、腫瘍損傷回避を目的とした帝王切開は、新生児外科医による緊急手術と新生児科による緊急輸血を準備した上で実施する必要があると考えられた。

8. 管理方針に苦慮した胎児両側低形成異形成腎の一例

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 産婦人科

田中梨紗子、伊藤由美子、寺沢直浩、簗田章、告野絵里、中村侑実、正橋佳樹、鈴木美帆、中村拓斗、上田真子、福原伸彦、手塚敦子、齋藤愛、坂堂美央子、廣村勝彦、津田弘之、安藤智子、水野公雄

[緒言] Potter 症候群は両側の腎無形成や形成不全により羊水過少をきたし、肺低形成や四肢変形を生じる症候群である。児の生命予後は肺低形成による呼吸障害が最も大きく影響する。今回我々は Potter 症候群に対し複数回に渡り経腹的羊水注入を施行した一例を経験したので報告する。[症例] 38 歳女性、3 経 1 産。妊娠 20 週で羊水過少及び左腎盂拡大認め精査目的に当院紹介となった。初診時の超音波では膀胱は認めなかったものの、両側腎臓ならびに腎血流が確認できたため、臍帯圧迫による循環不全からの羊水過少が疑われた。妊娠 20 週 3 日に初回羊水注入実施、羊水腔保たれていたため経過観察とした。しかし徐々に羊水腔が減少し、超音波で膀胱が一度も確認できなかった経過から腎泌尿器疾患が疑われた。妊娠 29 週で MRI 施行し、両側腎形成異常が疑われた。肺低形成による呼吸障害および腎代替療法の必要性など複数回にわたる IC の上、児の救命を希望されたため妊娠 34 週まで計 11 回羊水注入実施した。妊娠 37 週 0 日で帝王切開術施行。2250g の男児、Apgar6/7 点、第一啼泣を認めたが徐脈出現し、生後 15 分で挿管された。肺低形成による肺高血圧症を認め、NO 療法など行われたが改善乏しく、日齢 2 に死亡となった。[結語] 妊娠中期より羊水過少を認めた場合、先天性腎泌尿器疾患が鑑別に上がる。診断は困難であることも多く、今回胎児 MRI 検査が診断につながった。近年 Potter 症候群に対し羊水注入により救命し得た症例報告も散見されるが、本症例では肺低形成を予防できず救命には至らなかった。また、初回の人工羊水注入時点では将来的に無機能腎に至るかの予測が非常に困難であった。家族へ治療方針を説明する上でも、診断・管理方法につき十分に検討を重ねる必要があったと考えられた。

9. 出生前に Pallister-Killian 症候群が疑われた 1 例

日本赤十字社 愛知医療センター名古屋第二病院

鈴木敬子、加藤紀子、野村理絵、近藤友香里、鈴木智太郎、梶健太郎、河井啓一郎、白石佳孝、服部渉、小川舞、高木春菜、丸山万理子、新保暁子、林和正、茶谷順也、山室理

[緒言] Pallister-Killian 症候群は 12 番染色体短腕 i(12p)の過剰による 12p テトラソミーで発症する極めて稀な疾患である。筋緊張低下、重篤な精神発達遅延、特徴的顔貌、横隔膜ヘルニア、四肢短縮等を主徴とする。本症例での妊娠経過および超音波検査所見、出生後の経過について報告する。[症例]46 歳、5 妊 1 産、凍結融解胚 2 個移植で二絨毛膜二羊膜性双胎妊娠が成立し、妊娠 8 週に双胎一児死亡となった。他院の羊水染色体検査で 47XY,+i(12)(p10)(20)/46XY〔5〕を認め、妊娠 19 週に当院分娩希望のため紹介となった。超音波検査で脳室拡大、鼻根部の平坦化、大腿骨長の短縮とファロー四徴症が疑われた。妊娠 32 週、腹部緊満感のため受診し、羊水過多、子宮頸管長短縮を認め入院となり、安静、塩酸リトドリン内服を開始した。妊娠 33 週の MRI 検査では鼻梁は低く、脳回形成異常、四肢短縮を認めた。妊娠 36 週 1 日に子宮収縮抑制困難となり、既往帝王切開後妊娠を適応に帝王切開術を施行した。出生体重 2906g、Apgar score 7/7 点、臍帯動脈血液ガス pH 7.267 BE -1.9 であった。外表奇形は鼻根部平坦、耳介低位、粗な毛髪を認めたが筋緊張低下はなく精査管理目的のため NICU に入院となった。日齢 0 の超音波検査でファロー四徴症と診断し、肺動脈血流途絶、動脈管開存のためアルプロスタジルの投与を開始した。今後は待機的に Blalock-Taussig シヤント術を予定している。また末梢血染色体検査を含めた精査を行っていく方針である。[考察]羊水検査により Pallister-Killian 症候群が疑われた 1 例を経験した。本疾患において児の末梢血リンパ球の染色体は正常核型を示すことが多く、出生前の羊水染色体検査で偶発的に診断されることも多い。本症例のように、出生後早期に治療介入が必要な重篤な心疾患や、横隔膜ヘルニアを合併することも踏まえて、遺伝カウンセリングや情報提供を行うことが重要である。

10. 妊娠後期において双胎妊娠が母体腎機能に及ぼす影響 ～単胎妊娠との比較～

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 産婦人科

簗田章、津田弘之、田中梨沙子、寺沢直浩、告野絵里、中村侑実、正橋佳樹、鈴木美帆、中村拓斗、上田真子、福原伸彦、伊藤由美子、手塚敦子、斎藤愛、坂堂美央子、廣村勝彦、安藤智子、水野公雄

[目的]妊娠により母体腎は構造的、機能的変化を引き起こし、血清クレアチニン(Cre)値は初期から中期にかけて低下するものの、妊娠後期から末期にかけて上昇することが知られている。これらの変化は単胎と双胎で異なる可能性があるがあまり検討されていない。今回、単胎、双胎の妊娠後期における母体腎機能について検討した。[方法]2019 年 1 月 1 日から 2021 年 6 月 30 日の間に当院で出産した単胎、双胎を対象とした後方視的観察研究である。診療録よりデータを抽出し、出産の 1 か月以内に BUN、Cre、eGFR の項目を含む血液検査を実施した合計 1712 例の患者を対象とした。また上記期間内に 2 回以上分娩した症例については別個として取り扱った。本研究に際し、当院倫理委員会の承認を得た。[成績]対象症例中、単胎は 1548 例、多胎は 164 例(うち MM 双胎 2 例、MD 双胎 52 例、DD 双胎 110 例)であった。単胎と双胎の比較では、FGR の割合が双胎で有意に高かった($p < 0.001$)。腎機能の比較では、双胎は単胎と比較して有意に Cre が高く($p < 0.001$)、eGFR が低く($P < 0.001$)、腎機能障害の割合が高かった($p = 0.001$)。双胎の膜性別での差は認めなかった。多変量ロジスティック解析の結果、双胎は母体腎機能障害の独立した関連因子であった($OR 3.36, p < 0.001$)。腎機能障害を認めた双胎 13 例のうち、出産後も腎機能低下が持続したものは 2 例で、ともに途中でフォローを中断されており、その後の腎予後は不明である。その他 11 例は産後 1 週間から 1 か月前後で腎機能は改善した。[結論]双胎妊娠は妊娠後期における腎機能低下の有意なリスクである可能性が示唆された。出産後はほとんどの症例で腎機能は速やかに改善したが、一部には分娩後も腎機能低下が持続する症例もあるため、慎重な腎機能のフォローが必要である。

11. 正期産に至った低リスク妊婦における妊娠中体重増加量と出生体重の関係

¹清慈会鈴木病院、²藤田医科大学

山田芙由美^{1,2}、藤井真紀¹、鈴木崇浩¹、鈴木清明¹

【目的】妊娠前および妊娠中の母体栄養状態は胎児の発育に強く影響し、妊娠管理を行う上で不可欠な評価項目である。今回、正期産に至った低リスク妊婦を対象として母体体重変化と出生体重との関連を検討した。【方法】低リスク妊婦を取り扱う一次分娩取扱施設において正期産に至った単胎妊娠 9,698 例を対象とした。母体の非妊時 BMI により、やせ群、標準群、肥満群の 3 群に分類し、さらに、やせ群については妊娠中体重増加量 (GWG; gestational weight gain) により、GWG が 9kg 未満を低 GWG 群、9kg 以上 12kg 未満を中間 GWG 群、12kg 以上を高 GWG 群の 3 群に分類した。検討項目は、母体の年齢、身長、非妊時体重、非妊時 BMI、分娩時妊娠日数、GWG とし、児の SGA、LGA、低出生体重、過体重の発症リスクとの関連を検討した。

【成績】やせ群における SGA の発生率は 10.8% で、標準群に対する調整オッズ比は 2.04 (95% CI 1.70-2.44, $p < 0.001$) と有意に高く、さらにやせ群を GWG により分類した 3 群の検討では、低 GWG 群における中間 GWG 群に対する SGA 発症の調整オッズ比は 1.63 (95% CI 1.16-2.28, $p < 0.01$) と有意に高かったが、高 GWG 群では 0.68 (95% CI 0.44-1.06, $p = 0.089$) と有意差を認めなかった。

【結論】正期産に至った低リスク妊婦であっても、やせ妊婦で GWG が 9 kg 未満の場合には SGA 児の出生リスクが高く、妊娠前から妊娠中にかけて十分な GWG が確保されるように、注意深く体重管理を行う必要がある。

12. 切迫早産の入院管理中に *Serratia marcescens* 感染と診断された症例

藤田医科大学医学部 産婦人科学講座

水野雄介、宮村浩徳、小谷燦璃古、高橋龍之介、
會田訓子、坂部慶子、森山佳則、西澤春紀、関谷隆夫、
藤井多久磨

【緒言】セラチア菌は、自然界に広く存在するグラム陰性桿菌である。多くは *Serratia marcescens* が日和見感染の原因となり、院内感染においてはカテーテルから血液中に侵入しエンドトキシンショックをきたすことがある。今回、我々は切迫早産に対して塩酸リトドリンの持続点滴管理中に *Serratia marcescens* によるカテーテル関連血流感染の症例を経験したので報告する。【症例】症例は 27 歳、2 妊 1 産。妊娠 29 週 1 日に切迫早産の治療目的にて入院となり、塩酸リトドリンの点滴の持続静注投与を開始した。妊娠 33 週 6 日に 38.0 度の発熱と点滴挿入部位に静脈炎症状を認め、末梢静脈カテーテルを交換し、Cefazolin 2g/日を開始した。妊娠 34 週 0 日の血液検査では WBC:9900/ μ l、CRP10.5 mg/dl であり、胎児心拍陣痛図で胎児頻脈を認め、菌血症による母児の影響を考慮し、帝王切開とした。児は、男児で出生体重は 2282g、Apgar score(1/5 分) 3/4 点、UApH:7.39 の生児を得た。同日、血液及び末梢静脈カテーテルの細菌培養検査で *Serratia marcescens* が同定された為、抗生剤を Cefepime 2g/日に変更し、術後 7 日目に炎症症状は改善し退院となった。【結語】妊娠に伴う易感染性時にはセラチア感染などによるエンドトキシンショックの重篤化のリスクがある為、特に切迫早産などの長期入院管理時における感染症の発症時には、カテーテル関連血流感染の発生を念頭に発症予防の為にスタンダードプレコーションの徹底はもとより、実際に発症した場合には重症化を防ぐ適切なカテーテル管理と抗菌薬の選択が重要である。

第3群(1日目 14:20-15:20) 第2会場

13. 妊娠中に著明な増大を認めた腎外性後腹膜血管筋脂肪腫の1例

名古屋大学医学部附属病院 産婦人科

玉木修作、小林知子、松尾聖子、飯谷由佳子、芳川修久、中村紀友喜、牛田貴文、今井健史、小谷友美、梶山広明

[緒言]血管筋脂肪腫の多くは腎臓に発生する腫瘍で、稀に腎臓以外の臓器や後腹膜に発生することも報告されている。術前に悪性腫瘍との鑑別に苦慮することも多く、また破綻すると大量出血を来し生命の危険に及ぶこともある。我々は妊娠中に著明な増大を認めた後腹膜血管筋脂肪腫合併妊娠の1例を経験したため報告する。[症例]32歳、2妊1産。家族歴に特記事項なし。既往歴に左卵巣嚢腫核出術があり、その術前MRIで後腹膜腫瘍を指摘され、非妊娠時に他院で経直腸生検を施行され平滑筋腫の診断となった。妊娠前のMRIでは7cm×5cmだったが、妊娠初期から腫瘍は増大傾向で妊娠14週のMRIでは16cm×13cmと腫大していた。悪性疾患の可能性も否定できず、他科とも協議し、妊娠16週で超音波ガイド下生検を施行した。その結果は平滑筋腫だったが、低悪性度の可能性も否定できなかった。患者希望もあり妊娠継続の方針となった。妊娠24週から管理入院となった。D-dimerが上昇傾向だったため、妊娠27週から未分画ヘパリンを開始した。妊娠29週のMRIでは妊娠14週と比して腫瘍は2倍程度まで増大した。切迫早産、深部静脈血栓症、腸閉塞などの合併症なく経過し、妊娠37週2日で選択的帝王切開を施行した。全身麻酔下で手術を開始し、胎児娩出後に外科と合同で腫瘍摘出術を施行した。腫瘍はS状結腸間膜由来で、子宮動脈からも栄養されていた。出血は羊水込みで1313g、手術時間は5時間8分であった。術後経過は良好で術後11日目で退院となった。病理検査結果は血管筋脂肪腫で悪性所見はなかった。現在外来通院で経過は良好である。[結語]血管筋脂肪腫は妊娠中に増大する可能性があり、他科とも協働して、慎重な周産期管理を要すると考えられた。

14. 同側腎無形成を伴う片側閉塞性重複子宮合併妊娠7例の検討

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院

中村侑実、安藤智子、田中梨沙子、寺沢直浩、蓑田章、姜真以乃、告野絵里、正橋佳樹、中村拓斗、上田真子、鈴木美帆、福原伸彦、伊藤由美子、手塚敦子、齋藤愛、坂堂美央子、廣村勝彦、津田弘之、水野公雄

【緒言】女性生殖器奇形は、幼少期は無症状で経過し思春期以降に月経困難や性交障害を契機に発見されることが多い。不妊・不育症や、流早産、胎位異常、胎児発育不全、弛緩出血など周産期合併症をきたしやすいと言われているが、奇形の種類や程度によりそのリスクは異なる。重複子宮は子宮奇形のうち約15%を占めるが、片側閉塞性重複子宮に同側の腎無形成を伴った症例は稀で、妊娠予後の報告は少ない。当院で経験した症例を報告する。

【症例】同側腎無形成を伴う片側閉塞性重複子宮の妊娠症例7例、9妊娠を経験した。7症例中5例が月経困難症等で婦人科を受診し、腔中隔・頸管開窓術や患側子宮摘出術などの手術の既往があった。自然妊娠例は9妊娠例中6妊娠、1妊娠は排卵誘発、2妊娠はARTで妊娠成立した。妊娠子宮は9妊娠中健側5例、患側4例であった。1妊娠は希望により人工妊娠中絶、1妊娠は健側妊娠であったが30週で原因不明の子宮内胎児死亡となった。1例は現在妊娠中で、現時点で生児を得た6症例は全例頭位であったが様々な理由で、帝王切開での出産となった。

健側妊娠3例中、1例は軟産道強靱のため41週出産となり、術中出血多量であった。1例は臍帯辺縁付着で37週出産となった。1例は妊娠高血圧腎症のため33週出産となった。患側妊娠3例中、1例は筋腫合併で37週出産となったが、術中出血多量、児娩出に時間を要し児は新生児仮死を認めた。1例は切迫早産、緊満抑制困難で35週出産となった。1例は切迫早産、低置胎盤、臍帯下垂のため34週出産となった。

【考察】本症候群では、低置胎盤や切迫早産、術中多量出血などを認め、全症例で帝王切開での出産となった。このような稀な子宮奇形合併妊娠に対し決まった管理の指針はないが、患側、健側子宮での妊娠に関わらず厳重な管理が求められる。

15. 出産を契機に発症し、治療に難渋した妊娠関連二次性血栓性微小血管症 (TMA) の 1 例

医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院

¹臨床研修センター、²産婦人科

大川明日香¹、長船綾子²、小林眞子²、佐藤亜理奈²、古井憲作²、黒田啓太²、服部恵²、鈴木祐子²、可世木聡²、山本真一²、梅津朋和²

TMA は血小板減少と溶血性貧血に腎障害や中枢神経障害などの臓器障害を合併する疾患群である。妊娠関連 TMA には、血栓性血小板減少性紫斑病(TTP)や非典型溶血性尿毒症症候群(aHUS)やHELLP 症候群を含む二次性 TMA が挙げられる。今回、我々は緊急帝王切開後に発症し治療に難渋した妊娠関連二次性 TMA の 1 例を経験したため報告する。

症例は生来健康な 28 歳、初産婦。近医産婦人科を受診した際に超音波検査で妊娠 36 週相当の児を認め、未受診妊婦のためハイリスク妊娠として当院紹介となった。以降は当院にて妊婦健診を行ったが特に問題なく経過した。妊娠 41 週 2 日で前期破水のため入院し、微弱陣痛のため分娩誘発を行ったが、母体発熱、胎児心拍異常を認めため緊急帝王切開を施行した。児は 2650g、Apgar Score 8/9 であった。術後 2 時間で計 1178ml の出血があり、ダイナミック造影 CT では両側子宮動脈からの造影剤の漏出が疑われ子宮動脈塞栓術(UAE)を施行し、集中治療室に入室した。UAE により止血は得られたが、産科 DIC スコア 8 点、溶血(LDH170IU/L)、血小板減少(5.6 万/ μ L)、肝逸脱酵素上昇 (AST14IU/L, ALT43U/L) を認め HELLP 症候群と診断し抗 DIC 治療を開始した。しかし、乏尿、腎機能障害が遷延するため腎臓内科に介入を依頼した。採血で破碎赤血球を認め、計 6 回の血漿交換と血液透析を施行し、腎機能障害・肝機能障害の改善を認め術後 21 日目で透析離脱し、退院となった。

TMA では急性期の適切な診断と治療が予後に直結するとされている。溶血、血小板減少、肝逸脱酵素上昇時は HELLP 症候群を第一に考え、非典型的に臓器障害が重症化や遷延した場合には、早期より腎臓内科の介入を検討する。

16. 当院で経験した筋緊張性ジストロフィー合併妊娠の 2 例の検討

岡崎市民病院

木村真梨子、森田剛文、足立健敏、根井駿、井土琴美、白崎茉莉、今川卓也、野坂和外、榎原克巳

[緒言]筋緊張性ジストロフィー(Myotonic dystrophy: 以下 MD)は常染色体優性遺伝病である。筋症状の他、心伝導障害、内分泌異常を呈する。MD 合併妊娠は妊娠中は切迫流早産、羊水過多症、前置胎盤、尿路感染症、分娩時は分娩遷延、弛緩出血などに注意が必要なハイリスク妊娠である。また妊娠を契機に母体の MD の症状の悪化や児の先天性 MD の発生も問題となる。今回当院で臨床経過が対称的な MD 合併妊娠の 2 例を経験したので報告する。

[症例]1 例目は MD と診断されていない状態で妊娠し、妊娠 22 週で早産となり、産後の筋 CT、筋電図で MD と診断された初妊婦。妊娠歴、家族歴なし。妊娠 16 週初診で、以降受診はなかった。妊娠 22 週に前期破水、切迫早産で入院となった。リトドリン使用後高 CK 血症を認め、マグセントに変更して tocolysis としたが、分娩進行し、入院翌日に経膈分娩で男児(Apgar score 1 点/5 点)出生となった。男児は出生 29 日目に死亡した。2 例目は妊娠前に MD と診断を受け、凍結融解胚移植で妊娠した初妊婦。妊娠歴、家族歴なし。遺伝カウンセリングや着床前診断は希望されなかった。妊娠初期から神経内科に併診してもらい、切迫早産兆候、羊水過多、尿路感染症に注意しながら管理中である。現在合併症なく経過しているが、若干の筋力低下を認めている。骨盤位のため帝王切開の予定である。

[考察]MD 合併妊娠の報告は散見されるが、妊娠中・分娩後に MD と診断された報告もある。MD 合併妊娠は母児に重篤な症状を起こす可能性があるため、診断がついている場合は疾患の特性を考慮した周産期管理が望ましい。一方で事前に診断を望まない女性もあり、早産兆候を契機に診断に至る場合もあり、リトドリン投与後の著しい高 CK 血症をみた時は MD の可能性を検討する必要がある。MD は遺伝疾患であり、知る権利・知らないでいる権利の両方に配慮する必要がある。

17. 妊娠を契機に発見された悪性卵巣胚細胞腫瘍の2例

JA 愛知厚生連豊田厚生病院

大澤奈央、荒木甫、宮本絵美里、神谷知都世、安井裕子、新城加奈子、針山由美

悪性卵巣胚細胞腫瘍は悪性卵巣腫瘍の約4%の比較的稀な疾患であるが、小児や若年者に好発することが知られており、妊娠に合併する悪性卵巣腫瘍としては18~28%を占める。今回我々は、妊娠を契機に発見された悪性卵巣胚細胞腫瘍2例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。【症例1】34歳1産。25歳時に右卵巣皮様嚢胞にて嚢胞摘出術の既往あり。妊娠15週ころより腹部膨満の自覚があった。妊娠23週時の腹部超音波検査にて巨大腹腔内腫瘍、腹水貯留を確認し、開腹手術を行った。右卵巣由来の巨大腫瘍に対し右付属器摘出術を実施した。腫瘍は手術時点で破綻しており、腹水細胞診疑陽性。術後病理にて卵黄嚢腫瘍を含む混合性胚細胞腫瘍、pT1c3の診断。術後切迫早産にて入院管理中であったところ、24週時に胎胞形成となり、周産期管理のため他院へ搬送。前回帝王切開既往のため妊娠25週6日、帝王切開にて分娩。術中所見として遺残病変なしとのことであり、妊孕性温存希望はなかったが、卵巣腫瘍に対する追加手術は実施しない方針とした。産後当院にて化学療法を行い、経過観察中である。【症例2】26歳2産。他院にて第2子妊娠分娩管理を受けていた。妊娠初期に4センチ大の左卵巣腫瘍の指摘あり。正常分娩後の2週間健診にて10センチ大に増大した腫瘍を認め、当院紹介。産後10週にて開腹手術。左卵巣由来の巨大腫瘍であり、術中迅速診断にて悪性胚細胞腫瘍の診断であった。妊孕性温存希望がなかったためそのまま根治術に移行した。術後病理にて未分化胚細胞腫、pT1aN0M0、術後補助療法を行わず、現在経過観察中である。【結語】妊娠に合併する悪性胚細胞腫瘍は稀な疾患であるが、急速増大が疑われる腫瘍の場合には念頭に置き、適切な治療方針のもと迅速に対応する必要がある。

18. 無介助自宅分娩した妊婦の1例 - インスタグラム投稿から考察した 無介助分娩の現状 -

高山赤十字病院

溝口冬馬、加藤雄一郎、神田明日香、手塚慶吾

患者は36歳、2妊0産の初産婦。近医で分娩予定日を決定され、妊婦健康診査を受けていたが、無介助自宅分娩を希望したため高次医療機関である当院を妊娠31週で紹介受診した。超音波検査で週数相当の胎児発育を認め、スクリーニング上も異常は無かった。妊婦健康診査の受診は拒否しなかったものの、出産に対する医療介入を拒否し、無介助自宅分娩を希望した。この後、多職種で情報共有し、院内臨床倫理委員会を開催した。いかなる場合でも無介助分娩を許容できない旨を再三説明したが、説得は不可能であった。無介助分娩となった際には陣痛発来時、分娩後に当院へ連絡すること、異常時には救急要請することを説明したところ、同意を得られた。その後、妊娠35週を最後に受診しなかったが、41週に自宅で自然頭位分娩となり、その後胎盤も娩出されたとの連絡があった。母体の経過は良好な様子であった。産褥3日に当院小児科を受診し、児は新生児黄疸と診断されたが、光線療法を拒否した。1か月児健康診査も受診したが、やはり予防接種、ビタミンK投与等の介入は拒否した。本邦では自宅分娩の報告は少なく、その概数も把握できていない。そのため、本症例の報告にあたってはインスタグラムに投稿された出産報告を参考にした。無介助分娩を希望する妊婦も、子宮内妊娠の確認、超音波検査画像の受領などを目的に、一度は医療機関を受診することが多いようである。その際に無介助分娩を希望した妊婦を各医療機関が追跡し、分娩の状況を聴取、記録し報告すること、加えてそれぞれが症例を報告し、統計を作成することが無介助分娩の実態を把握する上での当面の課題であると考えられる。

第4群(1日目 16:00-17:00) 第2会場

19. 帝王切開時の筋腫核出術

高山赤十字病院

神田明日香、加藤雄一郎、手塚慶吾、溝口冬馬

【緒言】妊娠に子宮筋腫が合併する頻度は 0.1～12.5%といわれている。筋腫径が 5cm 以上の場合には、各種周産期合併症のリスクが増加する。ガイドラインでは帝王切開時の筋腫核出術について、一般的には推奨されないとされているが、そのリスク・デメリットについては十分検討されていない。今回我々は帝王切開時に筋腫核出術を行い、合併症なく経過した 2 例を経験したので報告する。

【症例 1】32 歳、1 妊 0 産、里帰り分娩で 28 週 3 日に紹介受診。妊娠初期より子宮後壁筋層内に 7cm 大の子宮筋腫を指摘されていた。骨盤位で経過し、37 週 5 日に脊椎麻酔下で外回転術施行したが、不成功であったため、同日帝王切開および子宮筋腫核出術を施行。2946g、手術時間 53 分、術中出血量 1020g、筋腫重量 174g。輸血は要さず術後 7 日に退院となった。【症例 2】34 歳、3 妊 2 産、2 経産、31 週 6 日、子宮右側後壁に 9cm の筋腫を認め、子宮筋腫合併妊娠として紹介となり、37 週 3 日に選択的帝王切開および筋腫核出術を施行した。2758g、手術時間 34 分、術中出血量 540g、筋腫重量 390g。合併症なく術後 7 日に退院となった。【考察・結語】帝王切開時の筋腫核出希望は、筋腫のための再手術の必要がなくなる利点があるが、出血量の増加や核出が困難となるといったリスクも考えられる。ただし、近年の手術デバイスの発展に伴い、手術時間の短縮および出血量を減少させることも可能となってきており、症例を慎重に検討すれば、以前ほど回避されるべき手術ではなくなっている可能性がある。文献的考察を加え、症例とともに提示する。

20. 帝王切開後に腹腔内異物が疑われ、子宮卵管造影時の造影剤の遺残と診断された一症例

¹名古屋市立大学医学部附属西部医療センター、²さわだウィメンズクリニック、³名古屋市立大学医学部附属西部医療センター消化器外科、⁴同 放射線診断科

倉本泰葉¹、田尻佐和子¹、澤田富夫²、若杉健弘³、堀部晃弘⁴、西本麻衣¹、菅野顕¹、佐藤玲¹、野々部恵¹、川端俊一¹、牧野明香里¹、中元永理¹、三井章³、原真咲⁴、荒川敦志¹、尾崎康彦¹、西川尚実¹

【緒言】術後の遺残事故に関する報道や報告は後を絶たず、術後異物遺残で一番多いものはガーゼである。今回帝王切開後の腹部単純 X 線検査にて腹腔内異物を疑い、精査にて金属異物の疑いがあり異物摘出術を行った後に、油性造影剤と診断された症例を経験したので報告する。【症例】40 歳、2 妊 0 産、子宮手術既往（腹腔鏡下子宮筋腫核出術）があり、妊娠 38 週時に予定帝王切開となった。当院では異物遺残の有無の確認目的に手術終了後、開腹手術では全例腹部単純 X 線検査を行っている。その時の腹部単純 X 線検査にて 1 cm 大の透過性低下した円形の陰影を認めた。精査目的の腹部 CT 検査でも金属と同程度の吸収値であることから異物が疑われた。そのため帝王切開後 6 日目にレントゲン透視下に緊急腹腔鏡下手術を行い、異物疑いのものを摘出した。術後摘出したものを CT 検査と病理検査を行ったところ、嚢胞化されたヨード造影剤であることが診断された。【結語】腹腔内異物を認めた場合、子宮卵管造影の既往のある患者では油性造影剤の遺残の可能性を念頭に置く必要性を痛感した症例であった。子宮卵管造影時の造影剤が嚢胞化されると単純 X 線検査や単純 CT 検査では金属とよく似た吸収値となるため、開腹歴のある症例では手術時の異物混入の可能性があり、診断に混乱を招く。そのため詳細な病歴聴取や Dual energy CT 検査を行うことが有効であると考えられた。

21. 産後大量出血の治療に対する新鮮凍結血漿輸血量とバイオマーカー (C1 inhibitor、SCC、C3 および C4) の関係

¹ 岐阜県総合医療センター、² 岐阜大学医学部附属病院

島岡竜一^{1,2}、志賀友美²、森重健一郎²

【目的】羊水塞栓症の病態評価として C1 inhibitor、SCC、C3 および C4 のバイオマーカーが有用とされている。産後大量出血 (PPH) の中には出血量に似合わない凝固異常顕在化、子宮弛緩を伴う子宮型羊水塞栓の関与を示唆するものが散見される。PPH における新鮮凍結血漿 (FFP) 輸血量とバイオマーカーの関係を検討した。

【方法】2019 年 4 月～2021 年 3 月までの PPH に対する単施設前方視観察研究。分娩後 24 時間以内の PPH に対する搬送症例、および院内で分娩時出血が経産分娩で 1000ml 以上、帝王切開分娩で 2000ml 以上の PPH 症例が対象。搬送到着時または発症時に C1 inhibitor、SCC、C3 および C4 を計測。ROC 曲線を用いて FFP 輸血量予測に対するバイオマーカーの有用性を評価した。また interaction 解析を用いて FFP 輸血量と C1 inhibitor および SCC の関係を評価した。研究プロトコールは当該施設倫理委員会の承認を得た。

【成績】PPH 176 例のうち 24 時間以内発症の 132 例が対象。対象の症例背景として出血量の中央値 2123ml (500ml～13800ml)、FFP 輸血量の中央値 0U (0～95U)、PPH の治療として子宮腔内バルーンタンポナーデ 21 例 (16%)、経動脈カテーテル血管塞栓術 26 例 (20%)、子宮全摘術が 6 例 (5%) に施行された。血液検査所見は C1 inhibitor の中央値 56 (感度未満～98)、SCC の中央値 3.2 (0.7～18.9)、C3 の中央値 87 (12～159)、C4 の中央値 17 (2～46) だった。FFP 輸血量が 15 単位以上の予測に対する ROC では C1 inhibitor と SCC の cut off 値は 56% と 4.4ng/ml で感度 54% と 70%、特異度 100% と 62%、AUC 0.82 と 0.60 だった。C3 と C4 の cut off 値は 80mg/dl と 15mg/dl で感度 66% と 59%、特異度 100% と 85%、AUC 0.84 と 0.76 だった。FFP 輸血量に対する interaction 解析では、C1 inhibitor < 55% かつ SCC 値が有意な説明因子だった (回帰係数: 2.2、95%信頼区間: 0.96～3.46、p<0.001)。

【結論】PPH において、C1 inhibitor が低値かつ SCC が高値である場合に FFP 輸血量が増加することが示唆された。病態背景として子宮型羊水塞栓の関与、および補体価を用いた治療戦略への応用が期待される。

22. 腔壁血腫に対して動脈塞栓術が有効であった 1 例

小牧市民病院 産婦人科

藤井詩子、藤原多子、春原友海、秋田寛佳、池田沙矢子、佐野美保、森川重彦

【目的】腔壁血腫は産褥期の危機的出血の一因であり、後腹膜腔へ進展する可能性もあるため迅速な診断と治療が必要である。今回、分娩後の腔壁血腫に対して経カテーテル動脈塞栓術 (transcatheter arterial embolization; TAE) 施行後に外科的に血腫除去した症例を経験したので報告する。

【症例】39 歳、1 妊 0 産。近医にてタイミングで妊娠成立後、妊娠経過は良好であった。予定日超過のため妊娠 41 週 0 日オキシトシンで誘発するも、母体疲労と分娩停止のため吸引分娩を施行し、3416g の男児を娩出した。分娩直後の診察では、2 時方向に頸管裂傷と 8 時方向に 2 度会陰裂傷を認め、それぞれ縫合止血した。分娩 15 分後に腰痛が出現したため診察すると、5 時方向に 10cm 大の腔壁血腫が形成され、さらにショックバイタルとなり当院へ救急搬送となった。到着時 BP90/70 台、HR140 台で shock index > 1 であった。内診で左側の外陰から腔にかけて 10cm ほどの血腫形成を認めた。dynamic CT では左腔壁の 10cm 大の血腫内へ左内陰部動脈からと思われる extravasation を認めた。濃厚赤血球と新鮮凍結血漿を輸血しつつ TAE を施行した。左内陰部動脈より造影剤の漏出を認め、分岐部にて内陰部動脈を NBCA で塞栓した。その後、全身麻酔下で腔壁の血腫除去を施行した。術中出血は 765g であったが、死腔からの活動性出血は少量であった。術後は順調に軽快を認め、術後 3 日目に前医へ転院した。

【結論】産道損傷による出血の多くは縫合やパッキングにより止血が得られるが、止血困難なことも稀にみられる。本症例では、外科的処置の前に dynamic CT と TAE を施行することにより責任血管を同定し、塞栓できたことで安全で有効な止血につながったと考えられた。

23. 子宮内容除去術後に帝王切開癒痕部絨毛遺残による腫瘍形成を認め腹腔鏡下子宮全摘出術を施行した1例

中京病院 産婦人科

加藤彬人、鈴木徹平、竹内智子、桐ヶ谷奈生、藤井詩子、杉田智歌、齊藤調子

【緒言】帝王切開癒痕部妊娠は帝王切開既往妊娠の0.15～0.45%程度に合併する稀な病態である。今回明らかな癒痕部妊娠所見のない妊娠6週相当の子宮内容除去術後に多量出血を来とし、帝王切開癒痕部に腫瘍を形成したため準緊急で腹腔鏡下子宮全摘術を施行した1例を経験したので報告する。

【症例】3妊2産(帝王切開2回)。前医で胎児心拍陽性を確認、妊娠6週と診断され患者希望により子宮内容除去術が施行された。術後に少量の性器出血が持続し、術後15日目に尿中hCG値:6,927mIU/mL、術後18日目には36,139mIU/mLと上昇を認めた。術後21日目に再手術のため子宮頸管拡張を施行されたが、出血が多くなり当院搬送となった。当院初診時、少量の性器出血が持続していた。経膈超音波断層法及びMRI検査で子宮体下部前壁に50mm大の血流豊富な腫瘍を認め、血中hCG値は5,920mIU/mLで、帝王切開癒痕部の絨毛遺残を疑った。再出血のリスクが高く、また妊孕性温存希望がなかったため、受診翌日に腹腔鏡下子宮全摘出術を施行した。手術時間は3時間33分、術中出血量30mlであり、経過良好で術後3日目に退院となった。病理組織検査で癒痕部に絨毛組織の遺残が確認された。前医の超音波検査断層法画像を確認したが、胎嚢は子宮体部内腔に位置し通常の妊娠所見と考えられ、子宮内容除去術後に絨毛組織の一部が癒痕部に遺残し腫瘍を形成したものと考えられた。

【結語】帝王切開既往例では、子宮内容除去術後に絨毛組織が癒痕部に遺残し、出血や癒痕部に腫瘍形成することがあり、術後は慎重な観察が必要と考えられる。

24. 三重大学病院 生殖医療センターでの Retained products of conception についての検討

¹伊勢赤十字病院、²三重大学

辻尚也¹、西岡美喜子²、阪本美登²、北野裕子²、二井理文²、渡邊純子²、高山恵理奈²、前沢忠志²、池田智明²

[目的]Retained products of conception (以下RPOC)は胎盤ポリープや胎盤遺残などの子宮内遺残物の総称であり、流産・分娩後の出血、子宮内感染の原因となりうる。RPOCは超音波 Doppler 法で enhanced myometrial vascularity として検出される。RPOCからの多量出血により、輸血や集中治療を要する症例がある一方で、保存的治療が可能であった症例も報告されている。特に挙児希望症例の対応には、妊孕性保持や産科的合併症に留意が必要である。[方法]2015年8月～2020年6月に当院での不妊治療で妊娠した547妊娠の中で、RPOCと診断した15例16妊娠について、その臨床像や経過を後方視的に検討した。評価項目は、年齢・妊娠方法・RPOC治療方法・病変部の血流速度(Doppler法)・RPOC治療後の妊娠成績である。[成績]年齢は27歳～43歳(中央値:38歳)、初回妊娠が8例で、妊娠方法は全て体外受精・凍結融解胚移植であった(内、ホルモン補充周期15妊娠、自然周期1妊娠)、妊娠・分娩経過は帝王切開2妊娠、経膈分娩3妊娠、初期自然流産10妊娠(内、自然排出5、流産手術5)、後期自然流産1妊娠であった。RPOCと診断から自然軽快した症例は4妊娠、子宮収縮薬など投薬を行った症例は12妊娠、子宮内バルーン留置3妊娠、TCR施行1妊娠、血管塞栓術+子宮全摘術施行1妊娠であった。RPOC軽快後妊娠した症例は10例11妊娠で、3妊娠は分娩に至った。1例は自然流産後のRPOCを2回反復した。[結論]当院の不妊治療後妊娠でのRPOC発生率は2.9%と一般的な報告より高く、その69%が自然流産後の発生であった。ARTにより妊娠率は高いが、女性の加齢により流産率も高く、流産後のRPOCを診療することも多い。流産・分娩後の異常出血に対して、超音波 Doppler 法を用いてRPOCの早期診断に努め、管理に有用であるか症例を蓄積し検討していきたい。また、RPOC軽快後に妊娠、分娩は可能であり個々の挙児希望を確認し適切な管理を行うべきである。

第 5 群(2 日目 8:30-9:30) 第 1 会場

25. 腹腔鏡補助下腔式子宮全摘術の前投薬としてのレルミナ錠とリュープロレリン注射薬の短期投与での比較

岐阜県立多治見病院産婦人科

竹田明宏、柘植志織、林祥太郎、篠根早苗、松川哲、中村浩美

[目的] GnRH アンタゴニスト製剤であるレルミナ錠は、経口薬であることが特徴である。今回、子宮筋腫に対して、レルミナ錠あるいはリュープロレリン注射薬の短期投与後に、腹腔鏡補助下腔式子宮全摘術(LAVH)を行い、それらの治療効果や手術成績について比較検討した。[方法] 術前にレルミナ錠あるいはリュープロレリン注射薬を 2 ヶ月程度短期投与し、同一術者により LAVH を施行した各 35 症例を対象とし、後方視的検討を行った。また、術後に患者へアンケートを郵送し、副作用や投与薬の希望について調査した。[成績] 投与期間の中央値は、レルミナ投与群とリュープロレリン投与群で、それぞれ、7.5 週と 8.4 週であった。投与前の子宮体積の中央値は、レルミナ投与群とリュープロレリン投与群で、それぞれ、480cm³ と 542cm³ で差を認めなかった。投与前からの子宮体積の減少は、レルミナ投与群とリュープロレリン投与群で、それぞれ、-33%と-37%で差を認めなかった。摘出子宮重量の中央値は、レルミナ投与群とリュープロレリン投与群で、それぞれ、371g と 424g で差を認めなかった。手術所要時間や術中の出血量においても差を認めなかった。患者アンケートでは、ホルモン欠落症症状等の訴えを認めたが、有意な差は認めず、副作用により投与を中断した例は無かった。投与薬の希望では、どちらでも良いという方が半数程度いる反面、レルミナ錠は飲み忘れる可能性があるため、月に 1 回で済むリュープロレリン注射薬を希望する方やリュープロレリン注射薬は痛いので、レルミナ錠を希望するという方もいた。[結論] レルミナ錠あるいはリュープロレリン注射薬の術前短期投与においては、全てのパラメーターにおいて、同様な成績が得られたことから、患者個々の希望により、内服薬の煩雑さや注射薬の痛み等を考慮して、治療薬を選択することが可能と思われた。

26. 腹腔鏡下单純子宮全摘術後に膀胱自然破裂を来した一例

江南厚生病院 産婦人科

内村優太、橋本陽、西田光希、近藤恵美、柴田茉莉、小崎章子、水野輝子、松川泰、熊谷恭子、木村直美、池内政弘、樋口和宏

膀胱破裂は外力による破裂と明らかな外力なしに発症する自然破裂に大別され、後者は比較的稀である。今回我々は、腹腔鏡下子宮全摘術後の神経因性膀胱に起因するとみられる膀胱自然破裂の症例を経験し、保存的な治療で良好な転帰を得られたため報告する。

症例は 45 歳女性、2 妊 1 産。左卵巢内膜症性嚢胞のアルコール固定術の既往と子宮内胎児死亡による帝王切開術の既往がある。子宮腺筋症にて当院外来フォロー中に子宮増大傾向あり、腹腔鏡下单純子宮全摘術を施行した。術中所見では膀胱子宮窩、直腸子宮窩に高度な癒着を認め、癒着剥離に難渋した。術中の膀胱、直腸のリークテストではリークは認めなかった。術後の経過は良好であり、術後 5 日目に退院となった。退院前の経膈超音波検査では膀胱内の液体貯留は少量で、腹水貯留は認めなかった。退院した翌日、夜間に急な腹痛を訴え受診し、造影 CT で造影剤の腹腔内への漏出を認めた。泌尿器科にコンサルトし、膀胱破裂と診断され、膀胱カテーテル留置による保存的治療を開始した。1 カ月後に外来受診し、新たなリークは認めず、カテーテル抜去となり、自尿排泄も問題なく可能となっている。

膀胱自然破裂は広汎子宮全摘術後など膀胱直腸障害を来しやすい術後や放射線治療後などに多いとされている。本症例では子宮前面の癒着剥離に伴い膀胱筋層が菲薄化し、子宮後面の癒着剥離の際に直腸子宮窩の剥離創が骨盤深部にまで達し、骨盤神経叢に含まれる骨盤内蔵神経や下腹神経の一部に損傷を与えた可能性がある。癒着剥離により術後膀胱直腸障害の可能性がある場合は尿排泄能に注意して観察する必要があると考えられた。また、膀胱破裂は比較的稀であるが、子宮摘出後の急性腹症の場合、鑑別に挙げるべきと考えられた。

27. 腹腔鏡下手術にて治療し得た腹膜妊娠の1例

江南厚生病院

橋本陽、内村優太、近藤恵美、柴田茉里、小崎章子、水野輝子、松川泰、熊谷恭子、木村直美、池内政弘、樋口和宏

腹膜妊娠は異所性妊娠の中で1%以下の頻度であり稀な疾患である。一般に腹膜妊娠は術前の確定診断が難しく、術中に腹膜妊娠と診断がつくことがほとんどである。今回MRI検査で腹膜妊娠が疑われ、腹腔鏡下異所性妊娠手術を施行した症例を経験した。症例は29歳、0妊。前医受診し、子宮外に胎嚢を認め当院に紹介された。経膈超音波検査にて右付属器周囲にGS 30mm、CRL 22mmの胎児(妊娠9週2日相当)、胎児心拍を認め右卵管妊娠と考えられたが、MRI検査にて右子宮広間膜に着床した腹膜妊娠が疑われた。腹腔鏡下に観察し、右子宮広間膜前葉に4cm径の暗赤色腫瘤を認め、腹膜妊娠と診断し、腹腔鏡下で腫瘤摘出を施行した。術中出血は100mlであった。術後経過は良好で術後5日目に退院し、血中hCG値も順調に下降した。腹腔鏡下手術は腹膜妊娠の診断・治療に有用である。しかし、病巣径3cm以上の場合や、絨毛が広範囲に深く侵入している場合、着床部が重要臓器に近接している場合などは腹腔鏡下手術から開腹手術に移行する可能性が報告されている。本症例は病巣径4cmと大きめであったが腹腔鏡下で手術を完遂できた症例であった。

28. 当院における小児の卵巣捻転3症例についての報告

¹豊橋市民病院産婦人科、²同女性内視鏡外科

堂山瑤¹、梅村康太²、古井達人¹、山田友梨花¹、鈴木邦明¹、嶋谷琢真¹、窪川芽依¹、尾瀬武志¹、諸井條太郎¹、國島温志¹、河合要介¹、町田弘子¹、岡田真由美¹、河井通泰¹

小児における卵巣捻転は小児急性腹症の一つであるが、虫垂炎などふくめて鑑別が難しく、診断の遅れにより卵巣の摘出を余儀なくされる場合がある。当院にて経験した小児の卵巣捻転3症例について報告する。症例1は7歳で発症し、CT・MRIにて石灰化や脂肪成分を含む嚢胞構造を認めた。右卵巣捻転の可能性を指摘され、開腹手術を施行した。捻転を認め、解除すると血流は良好であり、腫瘍摘出術を行った。永久病理診断でも成熟嚢胞性奇形腫の診断であった。症例2は6歳で発症し、CT・MRIにて右卵巣の腫大と浮腫上変化を認め、茎捻転の可能性を指摘されたため、腹腔鏡下試験開腹術施行した。右卵巣は5cm大きさに腫大し、540度捻転して、卵管も腫大していた。実質の血流はよく一部嚢胞壁の生検と、両側の嚢胞を穿刺して終了した。病理は正常卵巣所見であった。症例3は12歳で発症し、CT・MRIにて6cm大の嚢胞と内部の出血を認め、捻転による変化を疑われたため、腹腔鏡下試験開腹術を施行した。左傍卵巣腫瘍は7-8cmに腫大し、1080度捻転していた。卵管と傍卵巣腫瘍のみ摘出した。病理はうっ血状、壊死状で詳細な判定は不可能だが、嚢腫と考えられた。3症例とも卵巣を温存することができた。CT・MRIといった画像精査をもとに早期の手術治療を施行することが重要と考えられた。

29. 不明熱を来した成熟嚢胞性奇形腫の1例

小牧市民病院 産婦人科

秋田寛佳、藤原多子、春原友海、池田沙矢子、佐野美保、森川重彦

成熟嚢胞性奇形腫は卵巣腫瘍の約 20%を占め、20代前後の女性に多くみられる。腫瘍内容物の漏出や腫瘍破裂により併発する化学性腹膜炎や腫瘍茎捻転により発熱や腹痛などをおこす。今回、不明熱の原因が成熟嚢胞性奇形腫であった 1 例を経験したので報告する。症例は 15 歳女性、未妊。7 日前から持続する発熱のため当院小児科を紹介受診した。随伴症状は頭痛と倦怠感のみで、初診時に CRP 7.04mg/dL と上昇を認めた。同日入院し、諸検査を施行するも発熱の原因は不明であり、抗生剤投与を開始となった。入院して 6 日経過しても 37 台後半の微熱と CRP 3.83mg/dL と軽度の炎症反応上昇は残存していたが、抗生剤は一旦中止となった。造影 CT 検査にて最大径 94mm の右卵巣成熟嚢胞性奇形腫を認め、当科紹介となった。腹部症状は全く認めなかった。造影骨盤部 MRI 検査でも奇形腫の診断であり、捻転や破裂所見は認めなかったが、約 10cm という腫瘍の大きさから待機的手術を予定した。入院 9 日目までに膠原病、血液疾患、大動脈炎症候群の可能性などを考えて様々な検査を施行したが、熱源を特定することはできなかった。入院 15 日目に腹腔鏡下右卵巣腫瘍核出術を施行した。術中所見でも腫瘍は捻転や破裂所見は認めなかった。術後は一過性の発熱および CRP 上昇を認めたが、術後 5 日目には解熱し、CRP 1.31 mg/dL にまで改善したため退院した。退院後も発熱することなく経過し、不明熱の原因は成熟嚢胞性奇形腫であった。本症例は成熟嚢胞性奇形腫自体が不明熱の原因となっていた稀な症例であり文献的考察を加えて報告する。

30. Undescended ovary に対して審査腹腔鏡検査を行った一例

名古屋大学

三宅菜月、中村智子、関友望、田中秀明、矢吹淳司、曾根原玲菜、村上真由子、吉田沙矢子、村岡彩子、仲西菜月、大須賀智子、後藤真紀、梶山広明

【緒言】Undescended ovary は稀な病態であるが、主に不妊症スクリーニング中に診断され、不妊治療中の卵胞発育の観察や生殖補助医療 (ART) における採卵手技が困難となりうる。今回、undescended ovary の疑いおよび両側骨盤内嚢胞に対し審査腹腔鏡での評価を行った一例を報告する。【症例】27 歳、未妊未産。既往歴なし。挙児希望および月経不順を主訴に近医を受診し、早発卵巣機能不全の疑い、および MRI にて正常位置に卵巣構造を認めないことから、当院を紹介受診した。当院ではエストラジオールの基礎分泌を認め、子宮卵管造影および通水検査により卵管開通の可能性が考えられ、超音波検査および CT、MRI にて子宮や尿路系の奇形は認めなかった。塩酸クロミフェンによる排卵誘発を試みたが卵胞発育を確認できなかったことから、ART への step-up の有用性評価目的に審査腹腔鏡手術を施行した。両側骨盤上縁付近に嚢胞を認め、その尾側に胞状卵胞を有する癒痕化した卵巣様構造を認めた。膜様の卵管および卵巣固有靱帯様構造を認めたが、両側卵管の疎通性は認めなかった。今回の手術所見より、経腔採卵や超音波ガイド下経腹採卵が困難であると考えられ、今後の妊娠の可能性として腹腔鏡補助下経腹採卵や卵子提供などの選択肢について患者夫婦に提示した。【考察】Undescended ovary は稀であり、ミューラー管形成不全に伴う発生が比較的多く報告されているが、卵巣位置異常のみを呈する報告例も散見される。本症例の卵巣は癒痕様であり、既報でも不妊治療を要した症例が多いものの自然妊娠例も報告されている。今回、審査腹腔鏡を行ったことで、今後の妊娠に対する詳しい情報提供が可能となった。【結語】Undescended ovary を疑う挙児希望患者の病態把握および情報提供において、審査腹腔鏡が有用であった。

第6群(2日目 14:20-15:20) 第1会場

31. 内視鏡下子宮全摘術におけるNIRC™蛍光尿管カテーテルの使用経験

岐阜市民病院 産婦人科

林佳奈、山本和重、平工由香、柴田万祐子、谷垣佳子、尹麗梅、桑山太郎、相京晋輔、栗原万友香、釣餌咲希、豊木廣

【目的】内視鏡下子宮全摘術では子宮内膜症症例や、肥満患者など尿管の走行がわかりにくく、尿管損傷のリスクが高い症例を経験する。今回我々はNIRC™蛍光尿管カテーテル(日本コヴィディエン)を使用し、内視鏡下子宮全摘術9例(腹腔鏡下7例、ロボット支援下2例)を経験したため報告する。

【方法】腹腔鏡の内視鏡システムはオリンパスのVISERA ELITEを使用し、ロボット手術はda Vinci XiのFirefly機能を使用した。全身麻酔後に産婦人科医より膀胱鏡下蛍光尿管カテーテルを留置した。先端ストレート型カテーテルを使用し、非透視下操作で施行した。尿管カテーテルは手術終了時に非透視下抜去した。

【成績】術中尿管カテーテルの発光は明瞭で、尿管の同定は容易であり、尿管の走行を確認しながら安全な操作ができた。ロボット支援下に行った高度肥満、頸部筋腫の1症例では、開始当初には筋腫の影響で膀胱鏡にて尿管口が確認できず、そのためカテーテル挿入ができなかった。そこで筋腫を核出したのちに再度膀胱鏡を行い、カテーテルの留置に成功した。腹腔鏡下に行った1例で術後2日目に側腹部痛と血尿を認め、一時的な尿管カテーテル留置による血餅で上部尿路閉塞を疑い補液したところ翌日には軽快した。他症例は術後の経過良好で、合併症はなかった。

【結論】蛍光尿管カテーテルを用いることにより尿管の同定が容易にでき、子宮内膜症や肥満により尿管同定が困難な症例でも安心して手術操作が行えるようになり、尿管損傷の予防に有用であると思われた。また先端ストレート型カテーテルを使用することで、泌尿器科に依頼せず産婦人科医でも操作でき、透視を使用せず放射線被爆もないことから、コストはかかるものの普及していくのではないかと考える。注意点として術後の血尿トラブルを回避するために補液は十分にすべきと思われた。

32. 東海地方(愛知・岐阜・三重)におけるロボット支援下手術の普及状況

豊橋市民病院 産婦人科、²同 総合生殖医療センター

河合要介¹、堂山瑤¹、古井達人¹、鈴木邦昭¹、山田友梨花¹、尾瀬武志¹、窪川芽衣¹、嶋谷拓真¹、諸井條太郎¹、國島温志¹、町田弘子¹、梅村康太¹、安藤寿夫²、岡田真由美¹、河井通泰¹

【目的】ロボット支援下手術は、2000年代より米国、欧州を中心に広がり、近年は日本でも増え続けている。婦人科においては2018年4月に保険適用になったことで全国的普及が目覚ましく、今後他科の手術件数を凌駕する可能性がある。ランニングコストは高いが、婦人科において保険点数が腹腔鏡手術と同等であるなどの問題点もあり、地域格差や施設格差が生じてしまっていることは事実である。全国データから見た東海地方(愛知・岐阜・三重)のロボット支援下手術の普及状況を俯瞰的に評価した。

【方法】da Vinci Surgical Systemの各施設への導入時期から年次推移を調査した。2021年11月時点の導入台数や機種、産婦人科での導入状況、プロクター人数を調査し、それらデータを全国データと比較した。

【成績】da Vinci Surgical Systemは愛知県に28施設34台、岐阜県に6施設7台、三重県に8施設9台導入されていた。初期導入時期は、2008年1施設、2010年3施設、2011年2施設、2012年4施設、2013年5施設、2014年2施設、2015年1施設、2016年2施設、2017年3施設、2018年4施設、2019年5施設、2020年4施設、2021年6施設と徐々に普及していた。導入台数はのべ42施設において、3台が1施設、2台が6施設、その他は1台であった。機種はのべ50台において、Xiが39台と最も多く、Xが7台、Siが4台であり、全国452台のうち11.1%であった。日本婦人科ロボット手術学会認定プロクターは、愛知県7名、岐阜県0名、三重県2名の9名おり、全国47名のうち19.1%であった。

【結論】東海地方におけるロボット支援下手術は、人口比では全国的にも普及していることが判明した。それぞれの地域や病院の、医療情勢や産婦人科事情を鑑み、普及した腹腔鏡手術との棲み分けを考え、最適なロボット支援下手術の導入や有効利用を検討する必要がある。

33. 当科でのロボット支援下子宮全摘術の導入

岐阜市民病院

釣餌咲希、山本和重、平工由香、柴田万祐子、谷垣佳子、桑山太郎、尹麗梅、相京晋輔、柴原万友香、林佳奈、豊木廣

【目的】当科でロボット支援下子宮全摘術を導入したので、経過と成績について報告する。【方法】2020年8月から2021年10月に施行した19症例について後方視的に検討した。ロボット支援下手術は肥満や癒着症例に向いているとの報告があり、繊細な血管処理が可能であるため筋膜外子宮全摘術に適していると考え、対象症例はBMI28以上、子宮内膜症合併、子宮前癌病変とした。2021年4月からは既往帝切症例も追加した。5孔法(da Vinciポート4孔、助手ポート1孔)、頭低位15-25度、気腹圧10で施行し、詳細を検討した。【成績】重複するがBMI28以上12例(中央値31.6)、内膜症合併1例、子宮前癌病変6例、既往帝切症例1例であった。手術時間289分、コンソール時間215分、セットアップ時間15.8分、出血量15ml。子宮本体サイズ72mm、摘出標本重量230g、入院期間6日間、重篤な合併症は無かった。エントリーは1例目が臍部ダイレクト法、2-4例目は臍部クローズド法だったが、5例目以降は症例に応じて臍窩上縁から臍上3cmのダイレクト法にしている。【結論】ロボット支援下手術は立体視が可能であり、手ぶれを補正するfiltering機能、鉗子先端の多関節機能により骨盤深部での繊細な操作に向いており、また腹壁を持ち上げる効果があり肥満症例に適していると考えられる。まだ導入期であり手術時間も長く試行錯誤しながら行っているが、症例を重ねるごとに手術時間は短縮傾向であり、幸い重篤な合併症は発生していない。ダイレクト法の工夫として、術前エコー検査で穿刺部直下の腹壁厚と筋膜までの距離を計測し穿刺深度の目安にしているのと同時に腹壁直下の癒着の有無も評価している。今後も子宮把持器が挿入できない子宮頸部筋腫など適応を拡大し、腹腔鏡でも可能ではあるが、難渋するかもしれない症例を対象として検討を重ねていきたい。

34. 卵巣内膜症性嚢胞に対する腹腔鏡下卵巣腫瘍摘出手術における摘出組織に関する検討

名古屋市立大学医学部付属東部医療センター

犬塚早紀、近藤好美、倉兼さとみ、関宏一郎、小島和寿、村上勇

【目的】卵巣温存希望のある卵巣子宮内膜症性嚢胞に対する手術療法として、腹腔鏡下卵巣腫瘍摘出術や嚢胞焼灼術が行われている。嚢胞摘出術は過去のRCTの結果から準術式とされているが、嚢胞摘出の際に正常卵巣組織も一部摘出されることによる術後の卵巣機能低下が報告されている。今回は嚢胞摘出術において摘出検体にどの程度正常卵巣が含まれているかを調べることを目的とした。【方法】2018年1月から2020年12月までに、卵巣内膜症性嚢胞の診断で腹腔鏡下卵巣腫瘍摘出術を行った45症例に対し、患者背景、内膜症性嚢胞の最大径についての情報をカルテより収集した。また病理検体中に正常卵巣組織を認めるか後方視的に再検鏡を行い、卵巣組織を認めた群、卵巣組織を認めなかった群に分類した。なお本検討は当院倫理委員会の承認を得て行った。【成績】45症例の平均年齢は35.7±7.29歳、未産婦33例、経産婦12例、挙児希望のあるものが36例、挙児希望なしが9例であった。卵巣組織を認めた群は25例(55.6%)であった。平均年齢は卵巣組織を認めた群が38.2±7.26歳、認めなかった群が32.6±6.15歳で、有意差を認めた(p=0.014)。内膜症性嚢胞の大きさは卵巣組織を認めた群で平均76.7±22.1mm、卵巣組織を認めなかった群は67.6±22.7mmで有意差を認めなかった(p=0.07)。挙児希望のある36例中、卵巣組織を認めたのは16例(44.4%)であった。挙児希望のない症例では9例中9例に卵巣組織を認めており、挙児希望のある症例では卵巣組織を認めた例が有意に少なかった(p=0.0027)。【結論】過去の報告では54%に正常卵巣組織がみられたとの報告があり、当院では55.6%とほぼ同様の結果と思われた。卵巣組織を認めなかった群は有意に若年であり、このことより内膜症の罹病期間が短いことが卵巣温存に有利である可能性がある。

35. 人間ドックで指摘された気胸を契機に診断された胸腔子宮内膜症の1例

松波総合病院¹産婦人科、²呼吸器外科

牛田汐美¹、市古哲¹、高木博¹、川鱈市郎¹、松波和寿¹、春日井敏夫²、今井篤志¹

症例は38歳女性。1経産。ドック健診の胸部X-Pで気胸を指摘されたが、月経時の一過性右胸背部不快感以外に自覚症状がないため自然経過観察となった。半年経っても気胸が改善しないため、胸腔子宮内膜症を疑い、胸腔鏡での精査を行った。右横隔膜胸膜に散在する数mm大のブルーベリー様病変を認めたため、胸膜を剥離切除した。病理診断は異所性子宮内膜症であった。婦人科精査では、子宮・付属器を含めた骨盤内には子宮内膜症を疑う所見は認めなかった。CA125は73.6と軽度高値を認めた。術後再発予防のためLEPを開始した。術後1年半まで再発は認めていない。若年者の自然気胸は男性に多いが、女性の場合、月経随伴性気胸が最も頻度の高い症状であり発症年齢のピークは40歳頃にある。また月経随伴性気胸は9割が右側に発生するが、今症例も右側に発症した。婦人科医にとっては、月経と症状の関連性は容易に関連付けられるが、他科ではハードルが高い問診と思われる。生殖年齢の女性の気胸に遭遇した場合には胸腔子宮内膜症を疑う啓蒙を発信したい。

36. 当院のLNG-IUSの使用症例の検討

名古屋掖済会病院

秋田寛文、清水顕、競悦子、杉原穂乃花、篠田真実、安藤万恵、藤掛佳代、高橋典子、三澤俊哉

[目的] LNG-IUSはレボノルゲストレルの子宮内留置型のdrug delivery systemである。過多月経や月経困難症に対して2014年11月から保険適応となっている。クリニックを含めたあらゆる医療現場で使用されているが、今回比較的高次医療機関である当院での使用症例を後方視的に検討することで、その有効性および有害性の傾向を把握することを目的とした。

[方法] 当院で採用となった2015年1月から2021年9月までの期間を対象として、36名の患者にLNG-IUSを使用した。後方視的に治療効果および有害事象について検討した。

[成績] 患者の平均年齢は40.2歳(28~50歳)であった。過多月経患者は16名で、月経困難症患者は20名で、両方を有する患者は2名だった。患者を機能性と器質性にそれぞれ分けて治療効果の有無を検討したところ、過多月経は87.5%(7/8)、62.5%(5/8)、月経困難症は83.3%(5/6)、71.4%(10/14)でいずれも機能性症例に対して有効である傾向を認めた。また器質性で治療効果なしの症例の多くに有害事象として滑脱を認めた。

[結論] LNG-IUSは過多月経、月経困難症いずれにおいても器質性より機能性症例において有効である傾向を認めた。滑脱の多くは器質性症例で認められ、治療効果なしにつながったと考えられ、LNG-IUS適応判断の重要性が示唆された。

第7群(2日目 8:30-9:30) 第2会場

37. 男性化を契機に発見された卵巢 Leydig 細胞腫の1例

一宮市立市民病院

久保裕子、佐々治紀、浅井大策、田中幸余、水野克彦、林萌、神谷正臣

卵巢 Leydig 細胞腫は性索間質性腫瘍の中の純粹型間質性腫瘍に分類され、全卵巢腫瘍の 0.1%にも満たない極めてまれな腫瘍である。我々は男性化を契機に来院し精査・手術の結果、卵巢 Leydig 細胞腫と判明した症例を経験したので報告する。患者は 67 歳、2 妊 2 産で、2 型糖尿病と高血圧症の治療中であった。2 か月前から体毛が濃くなったことや声が低くなったこと、また頭部の脱毛を認めたため前医受診し、精査目的にて当院に紹介受診となった。採血にてテストステロン 811 ng/ml と高値であった。単純 CT 検査では特記すべき所見は認めなかったが、造影 MRI 検査で左卵巢に T2 強調像で軽度高信号、T1 強調像で低信号、造影効果を呈する 20mm 大の結節を認めた。副腎腫瘍は認めず、テストステロン産生卵巢腫瘍が疑われたため、診断・治療目的に腹腔鏡下両側付属器摘出術を施行した。摘出した左卵巢には出血を伴う 1.5cm ほどの腫瘍を認めた。組織学的には左卵巢腫瘍は境界明瞭で、豊富な好酸性の胞体を持つ細胞が胞巣状からびまん性に増生していた。腫瘍は卵巢門部に位置し太い血管に接して増生しており、門細胞の過形成像や核内封入体も認めた。ラインケ結晶は明らかではなかったが、ライディッヒ細胞腫を思われるステロイド産生腫瘍と診断した。右付属器には特記すべき所見は認めなかった。術後 1 日目の採血にてテストステロン 15.8 ng/ml と低下を認め、全身の発毛速度もゆるやかとなり、声質の変化も戻る傾向にあり、経過良好である。

38. 腹腔鏡下付属器腫瘍摘出術後に成人顆粒膜細胞腫と判明した1例

一宮市立市民病院

久保裕子、佐々治紀、浅井大策、田中幸余、水野克彦、林萌、神谷正臣

成人顆粒膜細胞腫は従来、境界悪性腫瘍として取り扱われてきたが、WHO 分類(2014)では低異型度の悪性腫瘍と明記されており、日本産科婦人科学会でも、2017 年からは悪性腫瘍として取り扱われている。我々はまれな疾患である成人顆粒膜細胞腫を経験したので報告する。患者は 32 歳、2 妊 2 産、既往歴は川崎病、手術歴はなかった。近医での子宮頸癌検診で ASC-H と診断され、同時に経膈超音波検査で右卵巢腫瘍を指摘されたため当院に紹介となった。造影 MRI 検査で多房性 7cm 大の右卵巢腫瘍を認めたが、悪性所見は認めなかったため、腹腔鏡下右卵巢腫瘍摘出術を施行した。摘出物は肉眼的には黄色調で充実部を伴う嚢胞性腫瘍を認めた。組織学的には淡好塩基性胞体を有する紡錘形細胞が索状に増殖しており、コーヒー豆様の核溝を有する楕円形の核を認め、成人顆粒膜細胞腫の典型的な像であった。術後に測定したエストラジオールは 138pg/ml と正常値であり、造影 CT 検査では再発や転移を認めなかった。卵巢癌の標準治療に準じ、子宮全摘術、両側付属器摘出術、大網切除術、虫垂切除術を施行し、残存病変がないことを確認した。追加治療なく経過観察しているが再発は認めていない。

39. 再発卵巣顆粒膜細胞腫に対するアロマターゼインヒビターの使用経験

岐阜大学医学部附属病院 産婦人科

東松明恵、森美奈子、斎竹建彰、小池大我、坊本佳優、竹中基記、磯部晶、早崎容、森重健一郎

[目的] 成人型卵巣顆粒膜細胞腫は、性索間質性腫瘍のひとつであり、従来は境界悪性腫瘍に分類されていたが、近年では悪性腫瘍に分類される。20-30%の症例で再発がみられ、10年以上経過してからの晩期再発例の頻度も高い。稀な腫瘍であるため、治療に関するエビデンスは十分ではないが、手術療法や化学療法に加え、ホルモン療法の有効性も少ないながら報告されている。等科での卵巣顆粒膜細胞腫再発例に対するアロマターゼインヒビター(AI)の使用経験を報告する。[方法] 当科での卵巣顆粒膜細胞腫症例について診療録から後方視的に検討した。[成績] 2005-2020年の間に当科で治療、経過観察を行った顆粒膜細胞腫症例は16例認め、その中で再発症例は6例で、複数回の再発を繰り返したのは3例であった。複数回の再発を繰り返した3例では3回から5回の再発を認め、初発から再発までの期間の中央値は11.5年(5-40年)であった。再発症例の初回の再発からの観察期間は中央値7.5年(1-12年)で、再発しても比較的長期の生存が得られていると言えた。再発を繰り返した3例でホルモン療法としてAIの使用を行っており、腫瘍縮小効果、止血効果を認めた。[結論] 顆粒膜細胞腫は比較的緩徐に増大し、長期に渡る治療が必要となることも多いため、副作用が少なく一定の効果が期待出来る可能性のあるAIの使用は有用であると考えられた。卵巣顆粒膜細胞腫における当院でのAIの使用経験を文献的考察を交えて報告する。

40. 進行した微小乳頭状構造を伴う漿液性卵巣境界悪性腫瘍に対し審査腹腔鏡が治療戦略の一助となった若年女性の1例

岐阜大学医学部附属病院 産科婦人科

合田知弘、竹中基記、早崎容、古井辰郎、森重健一郎

[緒言] 上皮性境界悪性卵巣腫瘍は早期で比較的予後良好なことが多いが、進行例は再発するリスクが高く、さらに若年女性の場合、妊孕性温存の面からも術式決定に難渋する。今回、進行した両側境界悪性卵巣腫瘍の若年症例に対して審査腹腔鏡を行い、治療方針について検討した1例を経験したので報告する。[症例] 症例は17歳女性。未婚、未妊。骨盤造影MRIにて右卵巣は87mm、左卵巣は47mmに腫大しており、内部に充実部分、かつ外向性・乳頭状に発育する病変が広く骨盤内に広がっていた。境界悪性腫瘍が疑われたが、治療方針に難渋したため、審査腹腔鏡を施行した。審査腹腔鏡では両側卵巣腫瘍から外向性に発育する乳頭状腫瘍を認め、それ以外にも壁側腹膜や大網、横隔膜、肝臓表面にも病変が広がっていた。生検結果から微小乳頭状構造を伴う漿液性卵巣境界悪性腫瘍で、非浸潤性インプラントも認め、C期の診断に至った。審査腹腔鏡所見より子宮温存は可能と思われたが、両側卵巣の大部分が腫瘍に置換されており正常卵巣部分は一部のみであった。また、横隔膜など広範囲におよぶ病巣切除が必要と思われた。卵子凍結などのがん・生殖医療、妊孕性温存手術、根治術などの選択肢を提示した上で、妊孕性温存手術の方針となった。妊孕性温存手術は、一部正常卵巣を残す形で腫瘍を摘出し、子宮表面のインプラント病変は切除・焼却した。また、大網全摘、腹膜・肝表面・横隔膜病変など残存病変がないよう可能な限り切除した。術後経過は良好で、術後補助化学療法については現在検討中である。[考察] 審査腹腔鏡は病理診断や正確な病期決定、さらには治療方針決定に有効であるが、若年症例の妊孕性温存の観点から審査腹腔鏡が有効であった症例報告は少ない。今回のように、進行した微小乳頭状構造を伴う漿液性卵巣境界悪性腫瘍自体も稀であり、抗癌剤の効果も不明で再発リスクも高いため、根治術を考慮することが妥当である。しかし、若年女性の場合、妊孕性も考慮しなければならず、術式決定に難渋する。今回、審査腹腔鏡を施行することにより、診断や進行期決定のみならず、妊孕性温存の可否を判定するのに有用であった。

41. 鼠径部腫瘍から卵巣癌や消化器癌の播種が疑われた悪性腹膜中皮腫の1例

愛知医科大学病院

吉田敦美、松下宏、藤原聖奈、守田紀子、橋理香、若槻明彦

【緒言】悪性腹膜中皮腫は腹膜の中皮細胞由来の悪性腫瘍であり、中皮腫全体の約1割を占める。発症にはアスベスト曝露との関連が指摘されており、曝露後約40年経過して発症するとされる。また、稀な疾患であるため治療法が確立されておらず、胸膜中皮腫に準じた治療が行われることが多く、予後は不良である。今回、術前に卵巣癌が疑われた悪性腹膜中皮腫の症例を経験したので報告する。

【症例】50歳、2妊2産、保育士。健診で肝腫瘍が疑われ、精査目的で当院消化器内科を紹介受診した。CTで鼠径部腫瘍を認め、卵巣癌や消化器癌播種の可能性も否定できないため当科を受診した。鼠径部腫瘍は1年前から自覚していたが、近医にてヘルニア疑いで経過観察とされていた。卵巣癌が疑われたため試験開腹術を施行した。鼠径リンパ節腫大、右卵巣周囲と大網に癌を疑う組織を認め、右付属器と鼠径リンパ節を切除し迅速病理組織診断に提出した。原発臓器の推定は不可能であったが転移性腫瘍が疑われたため、子宮、両側付属器、大網、骨盤腫大リンパ節、ダグラス窩播種病変を摘出したが、鼠径部とダグラス窩に病変が残存し治癒切除は不可能であった。永久病理組織診断では免疫染色でcalretinin(+), D2-40(+), WT-1(+), CEA(-), TTF-1(-)であり、悪性腹膜中皮腫(上皮型)と診断された。術後は当院のがん薬物療法委員会検討し、悪性胸膜中皮腫に準じペメトレキセドとシスプラチンの併用化学療法を施行している。

【考察】悪性腹膜中皮腫は術前診断が困難であり、病理組織診断により早期に診断し治療を開始することが望ましい。本症例では、試験開腹術により悪性腹膜中皮腫と診断し、胸膜中皮腫に準じた治療を行っており、術後8ヵ月で残存病変の縮小が確認されている。しかし、予後は不良であるとされ、今後も慎重な管理が必要であるとともに有効な治療法の確立が望まれる。

42. 診断に難渋した悪性腹膜中皮腫の一例

¹名古屋掖済会病院、²同 病理

競悦子¹、藤掛佳代¹、秋田寛文¹、杉原穂乃花¹、篠田真実¹、安藤万恵¹、清水顕¹、高橋典子¹、佐藤朋子²、佐竹立成²、三澤俊哉¹

【緒言】悪性腹膜中皮腫は腹膜中皮細胞より発生する比較的稀な疾患で予後は不良である。画像上特有の所見はなく、卵巣癌や腹膜癌等との鑑別がしばしば困難である。今回卵巣癌を疑い手術に至ったが、最終的には肉腫型悪性腹膜中皮腫と診断した一例を経験したため報告する。

【症例】71歳、2妊2産。気胸にて手術歴あり。石綿暴露歴なし。難治性気胸治療後にて当院呼吸器内科で経過観察中、骨盤内腫瘍を指摘され当科紹介受診となった。CT、MRI検査では子宮を取り囲むように増大した血流豊富な多房性充実性腫瘍を認めた。また腹膜播種を疑う腫瘍も散見された。腫瘍マーカーはヒト精巣上体蛋白4(HE4)、CA125が高値であった。上部・下部消化管内視鏡検査では所見を認めず。以上より画像所見は非典型的であるものの、卵巣癌を第一に疑い試験開腹術を施行した。骨盤内は脆弱な腫瘍で占拠されており腹膜播種巣も多数認めた。子宮・卵管は腫瘍の癒着を認めるのみであったが、卵巣実質は腫瘍で置換されていた。可及的に骨盤内腫瘍、播種巣を摘出した。病理組織検査では、まず卵巣癌、腹膜癌、悪性腹膜中皮腫が鑑別に挙がったが、免疫染色にてcalretinin, D2-40, WT-1, AE1/AE3, CAM5.2, ER, PAX8, Claudin4等を検討し最終的には肉腫型悪性腹膜中皮腫と診断した。

【考察】腹膜中皮腫は稀な疾患ではあるものの、胸膜中皮腫と比べ女性の比率が多いとされる。そのほとんどで石綿暴露歴が認められるが、本症例のように明らかな暴露歴がないこともある。腹部悪性腫瘍を疑い、さらには婦人科腫瘍として典型的な所見でない場合は特に本疾患の可能性も念頭に入れて検討する必要があると考える。

第8群(2日目 9:40-10:40) 第2会場

43. 当院における卵巣癌患者に対する myChoice 診断システムの実施状況と課題

名古屋市立大学医学部附属西部医療センター

田尻佐和子、菅野顕、西本麻衣、佐藤玲、倉本泰葉、野々部恵、川端俊一、牧野明香里、中元永理、西川尚実、尾崎康彦、荒川敦志

[目的]myChoice 診断システム(以下、myChoice)は、相同組換え修復欠損(HRD)を検出し PARP 阻害薬の卵巣癌患者への適応を判断するためのコンパニオン診断に用いられている。当院では2021年1月より導入され、現在までの実施状況とその問題点について報告する。

[方法]2021年1月から10月までに、当院においてmyChoiceを実施した卵巣癌患者について後方視的に検討した。

[成績]myChoiceを8例実施し、HRD5例、解析不能1例だった。BRCA1に1例、BRCA2に1例、病的バリエーションを認めた。HRD5例中4例は、ペバシズマブを含む初回化学療法後の維持療法としてオラパリブを使用中もしくは使用予定である。1例は高血圧、消化管病変のためペバシズマブを使用せず、BRCA1病的バリエーションを適応としてオラパリブを使用予定である。投与開始基準を満たせず貧血治療している症例、治療開始後にG3以上の貧血で治療延期し減量した症例がそれぞれ1例あった。BRCA1/2病的バリエーションを認めた2例は遺伝診療部と連携している。BRCA1症例は生殖細胞系列でも病的バリエーションが判明し、HBOC関連腫瘍の検索と血縁者検査を実施し、予防的乳房切除について検討中である。BRCA2症例は今後受診予定としている。

[結論]当院ではmyChoiceの結果、5例の卵巣癌患者に初回治療後の維持療法としてPARP阻害薬が適応となっている。開始や継続にあたっては貧血管理が問題となっている。BRCA1/2病的バリエーションを有する症例は、遺伝診療部と連携しHBOC診断や関連腫瘍の検索、血縁者検査へと結びつけられている。HRDかつBRCA1/2病的バリエーション陰性症例は現時点では遺伝的アプローチができていない。

44. 当院における遺伝性乳癌卵巣癌症候群の管理

三重大学医学部附属病院

金美希、金田倫子、砂田希美、手石方康宏、北村亜紗、岡本幸太、吉田健太、鳥谷部邦明、近藤英司、池田智明

[目的]遺伝性乳癌卵巣癌症候群(Hereditary Breast and Ovarian Cancer: HBOC)において、リスク低減卵管卵巣摘出術(risk reducing bilateral salpingo-oophorectomy: RRSO)は卵巣癌リスクを軽減する最も有効な予防法である。HBOC診療の保険拡大に伴い、RRSO目的の紹介患者が増加している。今回、当科におけるHBOC症例の臨床背景と課題を検討した。[方法]当科で2019年10月~2021年10月にHBOC診療を受けた15例を、診療録より臨床情報を後方視的に抽出した。[成績]当科受診時年齢は中央値44歳(37-66歳)、BRCA1変異が6例、BRCA2変異が9例で、乳癌発症が14例、うち両側乳癌既往4例、乳癌未発症者は1例であった。家族歴は乳癌、卵巣癌、前立腺癌、膵臓癌のいずれかが14例にみられた。RRSO施行例は7例、うち乳癌未発症者で自費診療が1例、腹腔鏡下子宮上部切断術+仙骨腔固定術、腹腔鏡下子宮全摘術施行が各1例、5例は手術予定である。未施行2例は更年期障害の懸念による延期と、乳癌の再燃の治療優先であった。遺伝カウンセリングからRRSOまでの期間の中央値は4か月(2-15か月)で、最長はRRSO保険収載まで延期した症例であった。RRSO手術時年齢は中央値45歳(38-66歳)、手術時間は中央値117分(77-324分)、出血量は全例少量であった。摘出標本には全例病変なく、腹水細胞診は陰性であった。術後から退院までの日数は中央値4日(3-5日)であった。[結論]本検討ではRRSOは安全に施行できた。一方で、RRSO施行時の年齢が高いこと、同時手術の保険適応、乳癌未発症者の自費診療、術後の卵巣欠落症状が課題と考えられた。今後、当科のHBOC外来にて他職種チームと患者支援を行っていく。

45. Pembrolizumabが著効したMSI-High難治性子宮体癌の1例

名古屋市立大学医学部附属西部医療センター

菅野顕、中元永理、尾崎康彦、西川尚実、田尻佐和子、川端俊一、牧野明香里、野々部恵、倉本泰葉、佐藤玲、西本麻衣、荒川敦志

【緒言】2018年よりマイクロサテライト不安定性(MSI)検査においてMSI-Highを示した固形癌に対する免疫チェックポイント阻害薬抗PD-1抗体Pembrolizumabが保険適用となり、新たな治療選択肢として期待される。当院でMSI-Highを有する難治性子宮体癌においてPembrolizumabを使用し著効した1症例を経験したので報告する。【症例】50歳代、1産、基礎疾患に高血圧、糖尿病がある。多発子宮筋腫の精査治療目的で当院紹介されたが、子宮内膜組織診にて類内膜癌G2と診断され、骨盤部MRIや胸腹骨盤CTの所見を参考に子宮体癌IIIA期相当と判断した。開腹術を施行した所、腫瘍は左子宮傍組織から骨盤壁へ直接浸潤しており摘出不能と判断し閉腹した。化学療法としてTC療法8サイクル施行した所、腫瘍はやや縮小したが貧血、尿路感染などの有害事象のため中止した。続いて放射線療法として外部照射を行った。照射後MRIで腫瘍はほぼ不明瞭となったが、照射終了8か月後に施行したMRIにて原発巣の増大を認め再発と診断した。治療前の内膜組織検体においてMSI-Highが判明したため、Pembrolizumab療法を9サイクル施行したところMRIにおいてCRと判定された。その後もPembrolizumab療法を継続しているが再発を認めず、また明らかなirAEを認めていない。【結語】子宮体癌においてはMSI-Highとなる可能性が比較的高く、Pembrolizumabが著効する可能性があるため、今後も難治性の子宮体癌に対しても積極的なMSI検査を施行し、Pembrolizumabによる治療の機会を逃さないようにする必要がある。

46. がん遺伝子パネル検査を利用し治療が奏功した再発子宮体癌・卵巣癌の重複癌の1例

名古屋市立大学

鈴木奈香、間瀬聖子、吉武仙達、粟生晃司、矢野好隆、後藤崇人、岩城豊、小島龍司、小川紫野、松本洋介、西川隆太郎、佐藤剛、杉浦真弓

【諸言】当院は2018年4月にがんゲノム医療連携病院の施設認定を受けて以降、中核拠点病院と連携し、遺伝子パネル検査の実施やその結果に基づいた治療を実施している。今回、がん遺伝子パネル検査でTumor Mutation Burden(以下TMB)高値を認め、患者申出療養制度を利用しニボルマブの投与を行い、奏功した再発子宮体癌・卵巣癌の重複癌の1例を経験したので報告する。【症例】66歳、201x年に子宮体部類内膜腺癌B期(日産婦2011,FIGO2008)、卵巣粘液性腺癌c(2)期(FIGO1998)の重複癌の診断で初回治療として手術及び術後化学療法(TC療法)を施行した。201x+3年に左下腹壁下・骨盤内リンパ節再発に対してDC療法6コースを施行しPR、その3ヶ月後に再燃し、201x+5年DC療法6コースを施行したがPDであった。201x+6年に提出したMSI検査は陰性で、AP療法9コースを施行したがPDであった。201x+6年12月に施行したCTガイド下腹壁下再発腫瘍生検により得られた検体をがん遺伝子パネル検査(FOUNDATION ONE CDx[®])に提出し、TMB 323mut/Mbと高値を認めた。エキスパートパネルにおいて免疫チェックポイント阻害剤の効果が期待されるとの検討結果であり、Phaseの臨床試験等を検討していたが参加希望なく、TC療法、weekly-CPT-11療法を施行したがいずれもPDであった。201x+7年8月に患者申出療養制度を利用したがんゲノム中核拠点病院でのニボルマブの投与が可能となったため、施設紹介の上、ニボルマブ治療開始に至った。治療開始後重大な有害事象なく投与継続されており、201x+8年5月の画像検査において転移病変の縮小を維持している。【考察】当院で施行したレジメン候補のなくなった再発固形癌に対し、がん遺伝子パネル検査は有効となりうる治療選択肢を増やすことができると考える。

47. PARP 阻害薬内服中に腸管切除した再発腹膜癌の 2 例

公立西知多総合病院

齋藤理、太田肇、永坂万由子、川地史高

【緒言】2018 年 1 月からプラチナ感受性再発卵巣癌の維持療法として PARP 阻害薬処方が可能となった。今回、プラチナ感受性再発腹膜癌の PARP 阻害薬治療中に再発の腸管浸潤にて腸切除を施行した 2 例を経験したので報告する。【症例 1】71 歳。2 妊 1 産。61 歳時に他院にて両側付属器摘出術+大網切除術施行。腹膜癌、高異型度漿液性腺癌、FIGO C 期と診断。残存腫瘍に対し 6 コース 74 サイクルの化学療法後、67 歳時に当院に転院。画像検査で肝表面に一部石灰化した腹膜肥厚と回盲部に小播種を 2 個認めた。転院後 DTX 療法を 2 サイクル施行後、経過観察を希望。播種巣の緩徐増大を示し、転院 23 ヶ月後から DC 療法を 6 サイクル施行。腫瘍の縮小を認め PARP 阻害薬を開始。治療開始 6 ヶ月後に右下腹部の播種巣周囲の限局性腹膜炎にて入院。保存的治療で軽快しないため回盲部切除施行。播種巣は腸管粘下層に塊状に浸潤し粘膜面に穿通していた。【症例 2】75 歳。70 歳時に下腹部痛精査で、切除不能の腹膜癌と診断。術前 TC 療法 4 サイクル後、両側付属器摘出術+子宮全摘出術+大網切除術施行。腹膜癌、高異型度漿液性腺癌、FIGO C 期の診断。術後 TC 療法 4 サイクル追加。術後 15 ヶ月後に上行結腸近傍の播種に TC 療法施行し、6 ヶ月後再度 TC 療法 4 サイクル施行後腫瘍マーカー正常化し、術後 29 ヶ月後から PARP 阻害薬開始。内服 15 ヶ月後から腫瘍マーカー漸増、画像検査では再発巣認めず。内服開始 24 ヶ月後に下血を認め、CT にて下行結腸に腫瘍を認めた。下部消化管内視鏡は術後癒着により検査できず、PET-CT で集積は下行結腸腫瘍以外認めず、便通異常の増悪のため下行結腸切除術施行。切除標本は、漿液性腺癌で粘膜下層に塊状の腫瘤を示し浸潤は腸管内腔に至り 2 型大腸癌様所見を示した。【結語】再発腹膜癌の PARP 阻害薬維持療法中に、再発巣が腸管内腔側に浸潤した 2 症例を経験した。腫瘍は大腸癌様の画像を呈し、穿通による症状がなければ画像検査での術前診断は難しいと考えられた。

48. カルボプラチンによる過敏性反応を契機に PARP 阻害剤オラパリブによる維持療法を開始した再発卵巣癌の 1 例

¹豊橋市民病院、²同 総合生殖医療センター

古井達人¹、河合要介¹、堂山瑠¹、鈴木邦昭¹、山田友梨花¹、尾瀬武志¹、窪川芽衣¹、嶋谷拓真¹、諸井條太郎¹、國島温志¹、町田弘子¹、梅村康太¹、岡田真由美¹、安藤寿夫²、河井通泰¹

【緒言】PARP 阻害剤であるオラパリブは、プラチナ感受性再発卵巣癌に対してプラチナ製剤を含む化学療法奏功後に維持療法として用いる。カルボプラチンは総投与回数が増えるにつれ、重篤な過敏性反応を起こすことがあり、一度過敏性反応を発症すると投与継続が困難となり、再発治療でしばしば問題となる。今回カルボプラチンによる過敏性反応を契機に早期にオラパリブによる維持療法を開始し、長期に寛解状態が維持できている再発卵巣癌症例を経験したので報告する。

【症例】54 歳、右乳癌の既往あり。近医で卵巣腫瘍を指摘されて当院紹介となった。画像検査にて左卵巣に約 6cm 大の多房性嚢胞性腫瘤を認め、造影される充実部分を伴っていた。左卵巣癌、腹膜播種疑いで試験開腹術を施行し左付属器を摘出した。病理組織診断は high grade serous carcinoma であり、c 期 (pT3cNXM0) と診断した。TC 療法による neoadjuvant chemotherapy 後に interval debulking surgery を施行し complete surgery を達成できた。引き続き TC+Bev 療法と Bev 維持療法を 21 コース施行した。その後、platinum free interval が約 3 年で腹膜播種再発した。プラチナ感受性再発卵巣癌に対して再度 TC+Bev 療法を施行したが、再発後 3 コース、合計 15 コース目でカルボプラチン過敏性反応を認め投与を中止した。腫瘍マーカーは正常化しており、画像検査でも腹膜播種は縮小していた。BRCA 陽性が判明しており、以後オラパリブによる維持療法を開始した。オラパリブ開始後約 2 年が経過するが、腹膜播種は縮小を維持している。

【考察】PARP 阻害剤投与機会の損失を防ぐためにも、過敏性反応を起こすなどプラチナ製剤の投与が困難となった場合、非プラチナ製剤への変更でなく早期にオラパリブによる維持療法へ移行することも選択肢の一つとして考慮すべきと考えられた。

第9群(2日目 13:10-14:10) 第2会場

49. 上皮性卵巣癌再発後生存に対する妊孕性温存手術の影響：傾向スコア逆数重み付け法による後方視的解析

名古屋大学

吉原雅人、北見和久、茂木一将、宇野枢、伊吉祥平、
田野翔、藤本裕基、芳川修久、梶山広明

[目的] 子宮および健側卵巣を温存する妊孕性温存手術は、初期の上皮性卵巣癌において許容されているものの、再発後を含めた長期生存への影響は不明である。今回我々は上皮性卵巣癌の再発後生存に対して妊孕性温存手術が与える影響を、傾向スコア逆数重み付け法を用いて後方視的に解析した。[方法] 1986年から2019年の間に、東海卵巣腫瘍研究会を基に集積した4,730人の患者のうち、45歳以下でI期上皮性卵巣癌の診断にて腫瘍完全切除手術が施行された後の再発卵巣癌患者を対象とした。妊孕性温存手術の影響を検討するため、傾向スコア逆数重み付け法を用いて、妊孕性温存手術群、非妊孕性温存手術群の群間バイアスを減少させ、再発後生存期間の解析を行なった。[成績] 対象患者は40人で、追跡期間中央値は18.6ヶ月であった。傾向スコア逆数重み付け法による調整後、妊孕性温存手術群(n=14)と非温存手術群間(n=26)の偏りは減少し、調整後の生存解析にて再発後生存期間における両群間の有意差を認めなかった(ログランク検定:P=0.353)。無再発生存期間においても同様に両群間において有意な差を認めず、再発部位における妊孕性温存手術の影響も明らかでなかった。一方妊孕性温存手術群において4例(28.6%)に健側卵巣での再発を認めしたが、妊孕性温存手術群における非卵巣再発例および非温存手術群と比較して、卵巣再発例では再発後生存期間の有意な悪化を認めなかった(ハザード比:0.594, 95%信頼区間:0.136-2.591, P=0.610)。[結論] 若年女性における再発上皮性卵巣癌において、妊孕性温存手術は有意な予後への影響を与えないことが判明した。また健側卵巣再発の臨床的悪影響は認められず、I期上皮性卵巣癌では、再発後生存への影響の観点からも妊孕性温存手術は許容される選択肢であると考えられる。

50. 粘液性卵巣癌における臨床パラメータの検討

名古屋大学

鈴木一弘、横井暁、黒田啓太、吉田康将、吉原雅人、
玉内学志、池田芳紀、芳川修久、西野公博、新美薫、
梶山広明

[目的] 粘液性卵巣癌において、治療開始前の良悪鑑別が困難なケースは少なくない。そこで治療開始前の臨床情報から、卵巣粘液性癌と卵巣粘液性境界悪性腫瘍の鑑別を試みた。

[方法] 当院にて、2017年から2021年に手術治療を行い、病理組織学的に卵巣粘液性癌または卵巣粘液性境界悪性腫瘍と診断された46例を対象とした。臨床情報を診療録から後方視的に検討した。群間比較にはMann-Whitney U検定を用い、鑑別精度の指標にはROC曲線を用いて解析を行った。

[成績] 卵巣粘液性癌が15例、卵巣粘液性境界悪性腫瘍が31例であった。CEA、CA19-9、CA125、CA72-4、腫瘍体積を評価項目として解析を行った。癌群と境界悪性群での各血清腫瘍マーカー中央値(IU/ml)は、CEA、CA19-9、CA125、CA72-4でそれぞれ、3.3 vs. 2.2、115 vs. 28.0、43.9 vs. 28.2、21.4 vs. 2.40であった。CA72-4のみ統計学的に有意差を認めた(p<0.001)。腫瘍体積は、癌群の中央値は1,262cm³に対して、境界悪性群の中央値は2,363cm³であり境界悪性群で大きい傾向があった。各腫瘍マーカーでROC曲線を作成すると、ROC曲線下面積はCEA、CA19-9、CA125、CA72-4でそれぞれ、0.699、0.620、0.625、0.834であった。それぞれのパラメータの組み合わせを検討すると、CA72-4と腫瘍体積を組み合わせた場合が最も精度が高く、ROC曲線下面積は0.875となった。

[結論] CA72-4が卵巣粘液性癌と卵巣粘液性境界悪性腫瘍の鑑別に有用であった。CA72-4に腫瘍体積の情報を組み合わせることが鑑別に有用である可能性が示唆された。

51. 子宮筋腫と診断し腹腔鏡下手術を実施し、術後1年で平滑筋肉腫再発と診断された1例

桑名市総合医療センター

千田時弘、前川剛輝、榊原康平、大阪優、二村涼、脇坂太貴、平田徹

【緒言】子宮平滑筋肉腫を術前に診断することは困難なことが多く、MRIにて子宮筋腫と診断された症例の0.1%が肉腫と最終診断されたと報告がある。提出標本での診断も大きな腫瘍の中でごく一部のみが肉腫の診断要件を満たすことがあり、正確な診断に至らない症例もあると思われる。今回、筋腫に対し腹腔鏡下子宮全摘術を実施し病理組織診にて平滑筋腫と診断されたが、術後1年で骨転移にて子宮平滑筋肉腫再発と診断された症例を経験したので報告する。【症例】36歳、5経妊2経産。近医より巨大子宮筋腫の手術目的に当院紹介初診となった。造影MRIにて12×9cm大の変性子宮筋腫と診断し、血清LDHの上昇は認められなかった。偽閉経療法を4サイクル実施後、腹腔鏡補助下に単純子宮全摘術を実施した。病理組織診にて子宮平滑筋腫と診断された。初診から1年4ヶ月後、術後1年後に肋骨痛、骨盤骨痛を訴え近医整形外科を受診し、レントゲン写真にて悪性腫瘍の骨転移を疑われ高次医療機関へ紹介となった。骨生検にて平滑筋肉腫と診断された。当院の病理検体を再検討したところ、ごく一部に核分裂像が指摘され子宮平滑筋肉腫と診断修正された。子宮平滑筋肉腫の再発と診断され、ドキソルビシン+イホマイドによる化学療法を実施後に、腸骨及び肋骨部の病変を切除され、平滑筋肉腫の骨・軟部転移と診断された。その後、当院にてフォローアップし、初診から2年3ヶ月後、再発治療後8ヶ月後に、CT、PET-CTにて右肺中葉、左恥骨軟部に再発を認め、現在放射線治療中である。

52. 子宮腺筋症の診断後に再発契機で Low-grade endometrial stromal sarcoma が判明した一例

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院 産婦人科

寺沢直浩、廣村勝彦、田中梨紗子、簗田章、告野絵里、中村侑実、正橋佳樹、鈴木美帆、中村拓斗、上田真子、福原伸彦、伊藤由美子、手塚敦子、齋藤愛、坂堂美央子、津田弘之、安藤智子、水野公雄

【緒言】低異型度子宮内膜間質肉腫（low-grade endometrial stromal sarcoma：LGESS）は子宮悪性腫瘍の1%未満と言われ非常にまれな腫瘍である。良悪性の診断や組織型の診断に苦渋する場合がある。今回、子宮腺筋症の診断後に再発契機でLGESSが判明した一例を経験したので報告する。【症例】41歳、0妊。近医で子宮筋腫に対してフォローされていたが過多月経となり、造影MRIで筋腫の増大と不均一な像を認め、悪性を否定できなかったものの本人希望によりリュープレロリン酢酸塩で保存的治療を継続した。その後も出血持続するため、手術を勧められ当院紹介となった。腔部細胞診：NILM、内膜細胞診：陰性、腫瘍マーカーは基準範囲内、MRIでは子宮体部後壁筋層にT1強調画像で等信号、T2強調画像で高信号域が内膜より筋層内に連続するような所見を呈し、悪性所見の否定できない子宮腺筋症の術前診断で単純子宮全摘術、両側卵管切除を施行した。病理組織診断は子宮腺筋症であったため、経過観察で終診となった。しかし、術後16か月に性器出血のため、近医を受診。その際に経膈エコーで腔断端部に腫瘤を認め、当院紹介となった。紹介時には腔断端部に肉眼的に腫瘤を認め、MRIではT1強調画像で等信号、T2強調画像で高信号、拡散低下のある膀胱浸潤を伴う骨盤内腫瘤を認めた。腔断端部腫瘤の生検ではLGESSの診断であり、前回の手術病理検体を改めて見直すとLGESSと判明した。PET-CTでは左閉鎖リンパ節にFDG集積を認め、LGESSの再発およびリンパ節転移と診断した。その後はMPAを開始し、59か月経過した現在まで外来通院中である。【結語】術後に子宮腺筋症と病理診断された後、再発を契機にLGESSの診断に至った症例を経験した。病理組織診断は治療方針と予後に重要となる。診断の精度をあげるために、婦人科医、病理医、放射線科医のそれぞれ情報共有することが重要である。

53. 右卵巢のエストロゲン産生を伴う Mesonephric-like adenocarcinoma と濾胞性リンパ腫、甲状腺乳頭癌を併発した一例

名古屋掖済会病院

杉原穂乃花、高橋典子、秋田寛文、競悦子、篠田真実、安藤万恵、清水顕、三澤俊哉

Mesonephric-like adenocarcinoma は子宮体部および卵巢に発生するまれな腫瘍である。また近年、癌遺伝子の研究が進むにつれて多重癌の症例の解析が注目されている。今回は Mesonephric-like adenocarcinoma を伴う重複癌の症例の 1 例を経験したので報告する。症例は 70 歳女性、不正出血を主訴に来院し右多房性卵巢腫瘍をみとめた。悪性腫瘍疑いにて単純子宮全摘、両側付属器切除術、骨盤内リンパ節生検および大網切除術を行った。術後永久標本にて Mesonephric-like adenocarcinoma と診断された。子宮、左卵巢、左卵管、リンパ節からは濾胞性リンパ腫を認めた。術前に E2 上昇あり、免疫染色にて腫瘍細胞からのエストロゲン分泌と考えられた。濾胞性リンパ腫の進行期判定のために撮影した PET-CT で全身に多発性の節外病変を認め、濾胞性リンパ腫 期の診断となった。RB 療法 6 コース終了後に Complete Metabolic Response の診断となった。化学療法終了時の PET-CT で両側の甲状腺腺腫が疑われ、生検にて両側とも甲状腺乳頭癌の診断となった。他院に紹介となり、今後甲状腺手術が予定されている。この患者には悪性腫瘍の家族歴はなく、BRCA1/2 遺伝子検査も陰性であった。Mesonephric-like adenocarcinoma は症例数が少なく、今回のように濾胞性リンパ腫および甲状腺乳頭癌を合併した報告もない。今後同様の報告があれば重複癌を来す遺伝的要因の一つの解明につながる期待があり、今後の報告が待たれる。

54. 後腹膜に原発した未分化成分を伴う粘液性癌の一例

¹江南厚生病院、²同病理

柴田茉莉¹、橋本陽¹、内村優太¹、近藤恵美¹、小崎章子¹、水野輝子¹、松川泰¹、木村直美¹、池内政弘¹、樋口和宏¹、河野奨²、福山隆一²

多くの後腹膜腫瘍は非上皮性で、上皮性腫瘍の頻度は低いとされ、粘液性癌の発生に関しては極めて稀とされている。今回我々は、後腹膜に原発し、卵巢腫瘍に見られる所見と類似した未分化成分を伴う粘液性癌を経験したので報告する。症例は 56 歳、G2P2。腹部腫瘍を自覚し近医を受診され、精査目的で当院内科へ紹介となった。CT 検査で左腎下極の尾側に 18 × 12 × 15 cm の腫瘤性病変と多発肺腫瘍を認めた。上部・下部内視鏡検査では明らかな異常所見はなく、泌尿器科と当科へ紹介となった。MRI 検査では、左腎下極の尾側に局在し、辺縁部に充実性成分を有する嚢胞性病変を認めた。腫瘍マーカーは CA125: 69U/ml、CA19-9: 533U/ml、CEA: 11.2ng/ml であった。経膈超音波検査では子宮と両側付属器が正常に描出され、腫瘤性病変との連続性はなかった。泌尿器科で開腹手術を施行。腫瘍は後腹膜から発生し、子宮や付属器との連続性はなかった。摘出した組織は粘液性の内容液を約 2500ml 含んでいた。病理組織検査では、卵巢腫瘍に見られる所見と類似し、未分化な成分を伴う粘液性癌と診断された。術後、経膈超音波検査・骨盤 MRI では子宮と両側付属器に明らかな異常はなかった。PET-CT で多発肺腫瘍に集積を認め、卵巢癌に準じた治療として TC + Bev 療法を 6 コース施行。化学療法後の CT で多発肺転移の著明な縮小・消失を認めた。現在 Bev 単剤療法を施行しているが、再発なく継続中である。後腹膜原発の粘液性癌は症例数が少なく、治療や予後については確立されたものがない。本症例では、多発肺転移があり化学療法を先行した。後腹膜原発の粘液性癌の発生起源には諸説があり、卵巢癌が後発する可能性も指摘されており、維持療法終了後は子宮・付属器切除を検討する予定である。

第 10 群 (2 日目 14:20-15:20) 第 2 会場

55. 当院にて外陰癌に対し広汎外陰切除術を施行した 2 症例

藤田医科大学

伊藤真友子、野村弘行、小谷燦璃古、山田芙由美、大脇晶子、金尾世里加、三木通保、市川亮子、藤井多久磨

【目的】外陰癌は婦人科癌の 3~5%を占める稀な疾患である。外陰癌の治療は、外陰部の原発巣が切除可能であれば手術療法が第一選択となる。しかしながら、部位の特殊性や再建の必要性、高齢者や既往症を有する患者が多いことから、術後合併症に対する慎重な管理を要する。今回我々は、外陰癌に対し広汎外陰切除術を行った 2 症例を経験したので報告する。

【症例 1】79 歳、3 妊 3 産。糖尿病、高血圧の既往あり。外陰癌 (扁平上皮癌) III C 期に対し広汎外陰切除術、鼠経リンパ節郭清術、および有茎性皮弁形成術を施行した。術後の安静度は 1 週目までベッド上安静とし、2 週間目まで座位を禁止した 60 度までのギャッジアップと歩行可、それ以降は安静度制限を解除のスケジュールとした。術後抗凝固療法を施行したが、術後 9 日目に下肢深部静脈血栓症、肺血栓塞栓症を発症した。創面の治癒は良好であったが、術後 55 日目に鼠径部病巣の増悪を認め、全身状態が安定せず緩和ケアへ移行した。

【症例 2】74 歳、2 妊 2 産。高血圧、胸部大動脈瘤の既往あり。外陰癌 (扁平上皮癌) IB 期に対し広汎外陰切除術、鼠経リンパ節郭清術、および有茎性皮弁形成術を施行した。術後の安静度は症例 1 と同様のスケジュールとした。術後早期よりベッド上でのリハビリを開始するとともに、離床が完了するまで抗凝固療法を継続した。皮弁の局所感染を認めたがデブリードマンと洗浄で改善し、その他の術後合併症はなく退院となった。

【結論】外陰癌術後は創面保護のため、感染対策を行いながらの長期の臥床安静を必要とする。それに伴い筋力低下や血栓塞栓症等のリスクが高まるため、他科や他部門との綿密な連携を図りつつ術後合併症の減少に努める必要がある。

56. 難治性外陰部潰瘍を契機として発見された Bowen 病の一例

岐阜県総合医療センター

青島友維、野老山麗奈、佐藤香月、鈴木真理子、神田智子、佐藤泰昌、横山康宏

【緒言】Bowen 病は主に中高年の体幹、四肢などに生じ、境界明瞭な紅褐色の局面を呈する表皮内癌である。外陰部はまれな発症部位であり、外陰部 Bowen 病は通常の Bowen 病とは異なり、ピロード状の紅色局面を形成する。外陰上皮内腫瘍 (VIN) に相当し、原因には HPV の関与が報告されている。治療としては、手術療法のほか、凍結療法、光線力学療法、5-FU 軟膏、イミキモドが勧められる。今回、外陰部潰瘍を契機に外陰部 Bowen 病と診断され治療に至った症例を経験したので報告する。

【症例】54 歳。4 年前から外陰部に繰り返す激しい掻痒と痛みを自覚し、近位でステロイド塗布したが改善なし。前医で外陰部潰瘍を認め、ステロイドと抗真菌薬で改善認めず、当科紹介受診。後交連と肛門の間に直径 3cm 程度の淡赤色皮疹と潰瘍を認めた。潰瘍部を生検したところ、Squamous cell carcinoma in situ (Bowen 's disease)の診断となった。外陰部腫瘍から 3mm のマージンを取り腫瘍摘出後、腹部から全層植皮術を施行。術後病理結果は Squamous cell carcinoma in situ (Bowen 's disease)の診断。免疫染色で p16 陽性、HPV ハイリスク群陽性であった。

【考察】外陰部 Bowen 病は HPV ハイリスク群の関与が認められ、その中でも HPV16 型が多いとされる。子宮頸癌との合併も報告されている。Bowen 病は有棘細胞癌の前癌病変でもあり、早期発見と治療が重要である。外陰部潰瘍を診察する際は外陰部 Bowen 病の鑑別も念頭におき、難治性の場合には生検を施行すべきである。

57. 岬角前面へのメッシュ固定が困難な骨盤臓器脱症例に対して腹腔鏡下外側固定術(Laparoscopic lateral suspension)を施行した6例

トヨタ記念病院 産婦人科

森将、小鳥遊明、村井健、稲村達生、柴田崇宏、上野琢史、竹田健彦、大野真由、原田統子、岸上靖幸、小口秀紀

【目的】骨盤臓器脱に対する手術療法として、近年、ゴールドスタンダードとなっているLaparoscopic sacrocolpopexy (LSC)では、岬角前面での前縦靭帯の露出とメッシュ固定が不可欠である。しかし、種々の要因により手術操作が困難な症例が一定の割合で存在する。腹腔鏡下外側固定術(Laparoscopic lateral suspension; LLS)は、脆弱化した膀胱膈筋膜や直腸膈筋膜に固定したメッシュのアームを腹膜下に通し、前腹壁の筋膜に固定し側方へ牽引する術式で、LSCが困難な症例に対して施行可能な術式であるが、本邦での報告は少ない。

【方法】これまでに当院でLSCの適応と考えられた骨盤臓器脱症例のうち、術前、術中にLLSに術式を変更した6例について、年齢、stage、LLSへの術式変更理由、手術時間、出血量、周術期合併症の有無、術後経過につき後方視的に検討したので報告する。

【成績】平均年齢は76.3歳(72-89歳)で、重症度はPOP-Q stageが1例、stageが5例であった。LLSへの術式変更理由としては、5例が総腸骨動静脈の岬角前面の走行のため、1例が岬角前面からの出血のためであった。手術時間は平均3時間54分(3時間5分-6時間14分)で、出血量はいずれも少量であった。周術期合併症はなく、術後平均4日(3-6日)で退院となった。術後の観察期間は平均5ヵ月(2-13ヵ月)で、再発例はなく短期的予後は良好であった。

【結論】LLSは岬角前面へのメッシュ固定が困難な骨盤臓器脱症例においてLSCに替わる術式である可能性が示された。

58. 骨盤臓器脱に対するペッサリー自己着脱法の治療成績

¹JA 岐阜厚生連中濃厚生病院、

²岐阜赤十字病院 ウロギネセンター

加藤順子¹、上原里枝²、増田美和¹、太田俊治¹、伊藤直樹¹、守山洋司²、山口茜²、三輪好生²

【目的】骨盤臓器脱に対するペッサリー整復は簡便かつ有効な治療として広く行われている。しかし、ペッサリーの長期留置による膣炎やびらんはほぼ必発であり、長年にわたり定期通院しなければならない問題点もある。今回、当院および連携施設におけるペッサリー自己着脱法の治療成績について報告する。【方法】対象は2015年から2021年の期間に当院骨盤底再建外来または連携施設ウロギネセンターを受診された患者のうち、ペッサリー自己着脱法を希望された症例。医師または看護師により自己管理の利点をわかりやすく説明し、診察室で実践、管理方法を指導した。指導後は1ヶ月、6ヶ月、1年後に受診、以降問題がなければ半年~1年毎の受診とした。使用ペッサリーの種類、転帰、自己着脱継続率を検討した。【成績】指導した症例は56名で平均年齢67.5歳であった。使用ペッサリーはウォーレスリング4名、Millexサポート型32名、リング型20名であった。指導に要した時間は、ほとんどの症例で30分以内であった。自己着脱継続率は78.6%、その他の転帰として中止8名、手術移行3名、離脱1名であった。中止の理由は高齢、体型による操作困難、精神的負担、帯下増加や尿失禁の悪化があった。ペッサリーが原因とみられた膣炎やびらん自己着脱によって全例改善し、出血や帯下も消失した。ペッサリーの取り出しが困難な症例では牽引用ヒモの使用により容易となった。【結論】多くの症例で自己着脱が可能であり、ペッサリーによる合併症は速やかに改善した。提案時は不安を訴える患者がほとんどであったが、ペッサリーの適切な使用法を理解し、患者主体で行うこの方法は患者の自信を回復させ、結果的に非常に満足度の高い治療であると感じた。対象の選別に若干の工夫はあるものの、ペッサリーの自己着脱は有害事象を減らし、有用な治療であると思われる。

59. 性機能障害治療に有用な精液腔内自己注入法 (IVI)

¹可世木レディスクリニック、²名古屋学芸大学看護部、

³可世木婦人科 ART クリニック

可世木博¹、菅沼信彦²、清水麻記子³

[目的]性機能障害カップルに対する不妊治療として人工授精 (IUI) や体外受精 (IVF) 実施前に精液腔内自己注入法 (IVI) を適応してその有用性を検討した。[方法]2009年1月から2018年12月までの10年間に当院に受診した不妊患者5034例のうち、性機能障害カップルは208例であった。この208例のうち156例にIVIを適応した。このうちフォローできた144例を対象としてIVI、そしてその後適応したIUIやIVFの妊娠率を検討した。またIVI実施例での妊娠、非妊娠例を比較検討した。[成績]IVI実施144例のうち58例が妊娠した(妊娠率40.3%)。IVI非妊娠例のうち60例にIUIを実施し20例で妊娠を得た。IVIでもIUIでも非妊娠だった症例のうち27例にIVFを行い18例の妊娠を得た。IVI非妊娠例で直接IVFを行った7例中5例が妊娠した。IVIは実施しないでIUIやIVFを適応した人はそれぞれ18人、10人いて、それぞれ4人と1人が妊娠に至っている。総括すると、妊娠率はIVI:40.3%(58/144)、IUI:30.8%(24/78)、IVF:59.1%(26/44)であった。IVI実施例を妊娠、非妊娠例で比較検討したが、不妊期間が長いほど(p=0.0027)、男性の年齢が高いほど(p=0.0104)非妊娠例が多かった。[結論]性機能障害カップルに対する不妊治療としてIVIはIUIやIVF治療に劣らない成績をもたらすことが明らかとなった。IVIは非侵襲的で安価に施行できるので、性機能障害カップルにIUIやIVF治療前に試みてよい手段と思われる。近年増えている性機能障害(特にED)治療の問題点として、当事者はその事実を隠し受診が遅れがちになり、産婦人科医は即、IUIを適応しがちであることが挙げられる。産婦人科医は、悩み抜いた患者から性機能障害という事実を上手に聞き出し、IVIという二人の共同作業で妊娠できることを伝えるべきだと考える。

60. 生殖補助医療後の卵巣過剰刺激症候群により子宮内外同時妊娠の診断に難渋した一例

小牧市民病院

春原友海、藤原多子、秋田寛佳、池田沙矢子、佐野美保、森川重彦

子宮内外同時妊娠は稀であるが近年生殖補助医療(ART)の普及により報告数が増加傾向にある。一方、卵巣過剰刺激症候群(OHSS)はARTにより引き起こされる医原性の病態であるが様々な予防策が講じられるようになり重症例は減少してきている。我々はARTによる妊娠成立後、OHSSを発症した妊婦が子宮内外同時妊娠であった一例を経験したため報告する。症例は30歳、G1P0、既往歴なし。前医にてhMG、hCGを併用したタイミング療法にて二絨毛膜二羊膜双胎(DDT)妊娠が成立した。妊娠7週1日に少量の性器出血と悪阻症状の悪化を認めため入院した。徐々に尿量の低下と腹痛の増悪を認め、妊娠8週2日に血圧低下傾向あり当院へ救急搬送となった。経膈超音波検査では大量の腹水を認め両側卵巣は多房性に腫大し、子宮内には2児の心拍が確認された。DDT妊娠のOHSS併発と診断し補液治療を開始したところバイタルは安定した。しかし翌日の採血検査でHb5.1g/dLと急激な貧血の進行を認めたため、腹腔内出血の存在を疑い緊急腹腔鏡下手術を行った。術中所見では両側卵巣は約12cm大に腫大し腹腔内には多量の血性腹水が貯留していた。さらに右卵管は腫大し同部位より活動性の出血を認め、右卵管妊娠破裂であった。右卵管切除を行い病理組織検査にて確定診断を得た。OHSSによる腹部膨満感を伴う下腹部痛と腹水貯留により異所性妊娠の破裂による下腹部痛と腹腔内出血がマスクされてしまい、異所性妊娠の診断に難渋した一例である。OHSSと異所性妊娠破裂の臨床症状が類似していることに加え、子宮内外同時妊娠が稀な疾患であることから初診時より本疾患を積極的に疑うことは困難であった。しかし異所性妊娠は産科的救急として速やかな対応を要する疾患であり、特にART後には発症率が上昇することを念頭に置いて治療にあたる必要があると思われた。

協賛企業・団体 一覧

第 142 回東海産科婦人科学会の開催にあたり下記の皆様にご協賛いただきました。
ここに深甚なる感謝の意を表します。

第 142 回東海産科婦人科学会
会長 森重 健一郎

あすか製薬株式会社
アステラス製薬株式会社
アストラゼネカ株式会社
アトムメディカル株式会社
株式会社アムコ
井上精機株式会社
エーザイ株式会社
江崎グリコ株式会社
MSD 株式会社
大塚製薬株式会社
オリンパス株式会社
科研製薬株式会社
クラシエ薬品株式会社
コヴィディエンジャパン株式会社

GEヘルスケア・ジャパン株式会社
ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社
ゼリア新薬工業株式会社
武田薬品工業株式会社
中外製薬株式会社
株式会社ツムラ
帝人ヘルスケア株式会社
テルモ株式会社
バイエル薬品株式会社
ミヤリサン製薬株式会社
メルスモン製薬株式会社
持田製薬株式会社
株式会社八神製作所
雪印ビーンスターク株式会社

2022年2月18日現在
(敬称略・50音順)



MEDICAL INSTRUMENT SCHEMICAL INSTRUMENTS
SINCE 1933



健康へのおもいでです。
80年間つみあげたのは

井上精機株式会社

医療機器 | 病医院諸設備 | 研究機器 | 福祉介護機器

■本社
〒500-8687
岐阜市玉宮町一丁目11番地の1
TEL 058-265-4501(代)
FAX 058-262-7858

■高山営業所
〒506-0058
高山市山田町290番地1
TEL 0577-32-6277
FAX 0577-32-5689

■大垣営業所
〒503-0852
大垣市禾森町四丁目2019番地の13
TEL 0584-82-4384
FAX 0584-82-4386

■多治見営業所
〒507-0028
多治見市弁天町一丁目47番地1
TEL 0572-24-6161
FAX 0572-24-6188

Seprafilm
ADHESION BARRIER



癒着防止吸収性バリア

セプラフィルム®

承認番号20900BZY00790000

高度管理医療機器 保険適用

ヒアルロン酸ナトリウム/カルボキシメチルセルロース癒着防止吸収性バリア

- 禁忌・禁止を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。

製造販売元(輸入) **バクスター株式会社**
東京都中央区晴海一丁目8番10号

発売元
文献請求先
及び問い合わせ先



科研製薬株式会社

〒113-8650 東京都文京区本駒込2丁目28-8
医薬品情報サービス室

JP-AS30-200099 V1.0
SPF04AP (2021年3月作成)



ワキアガル、新たな可能性。

日本初、保険適用の原発性腋窩多汗症用外用剤承認。



原発性腋窩多汗症治療剤

【薬価基準収載】

エクロック®ゲル5%

ソフピロニウム臭化物ゲル

ECCLOCK® gel

処方箋医薬品（注意—医師等の処方箋により使用すること）

2021年12月1日より
投薬期間制限
解除

2. 禁忌（次の患者には投与しないこと）

- 2.1 閉塞隅角緑内障の患者〔抗コリン作用により眼圧が上昇し、症状を悪化させることがある。〕
- 2.2 前立腺肥大による排尿障害がある患者〔抗コリン作用により、尿閉を誘発することがある。〕〔9.1.1参照〕
- 2.3 本剤の成分に対し過敏症の既往歴のある患者

4. 効能又は効果

原発性腋窩多汗症

6. 用法及び用量

1日1回、適量を腋窩に塗布する。

9. 特定の背景を有する患者に関する注意（抜粋）

- 9.1 合併症・既往歴等のある患者
 - 9.1.1 前立腺肥大症（排尿障害がある場合を除く）の患者
抗コリン作用により排尿障害が発現する可能性がある。当該患者は臨床試験では除外されている。〔2.2参照〕
 - 9.1.2 塗布部位に創傷や湿疹・皮膚炎等がみられる患者
使用しないことが望ましい。体内移行量が増加し、抗コリン作用に基づく副作用（散瞳、口渇等）があらわれやすくなる可能性がある。

●その他の使用上の注意等については電子化された添付文書をご参照ください。

11. 副作用

次の副作用があらわれることがあるので、観察を十分に行い、異常が認められた場合には投与を中止するなど適切な処置を行うこと。

11.2 その他の副作用

	1%以上	1%未満
適用部位	皮膚炎（6.4%）、紅斑（5.7%）、 そう痒感、湿疹	汗疹
眼		散瞳、霧視 ^{注）}
消化器	口渇	
その他		ALT増加、AST増加、γ-GTP 増加、好酸球百分率増加

注）長期投与試験で認められた副作用

21. 承認条件

医薬品リスク管理計画を策定の上、適切に実施すること。

25. 保険給付上の注意

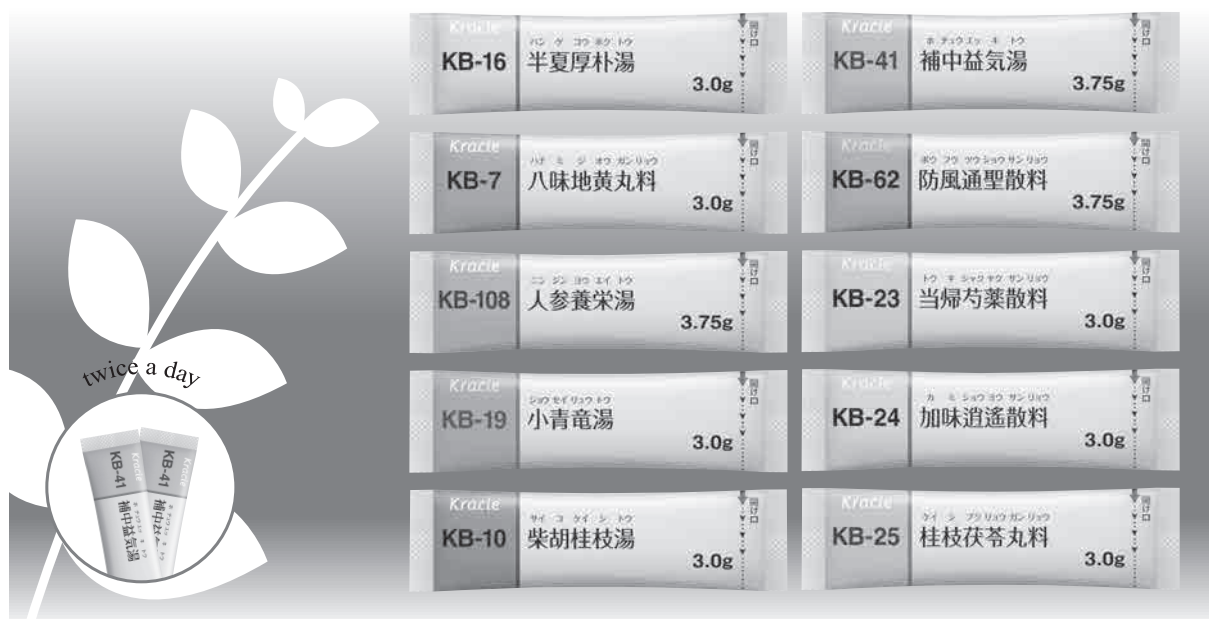
本剤の効能又は効果は「原発性腋窩多汗症」であることから、原発性腋窩多汗症の確定診断が行われた場合にのみ投与すること。
また、本剤の投与開始に当たっては、多汗症疾患重症度評価尺度（HDSS）を診療報酬明細書の摘要欄に記載すること。



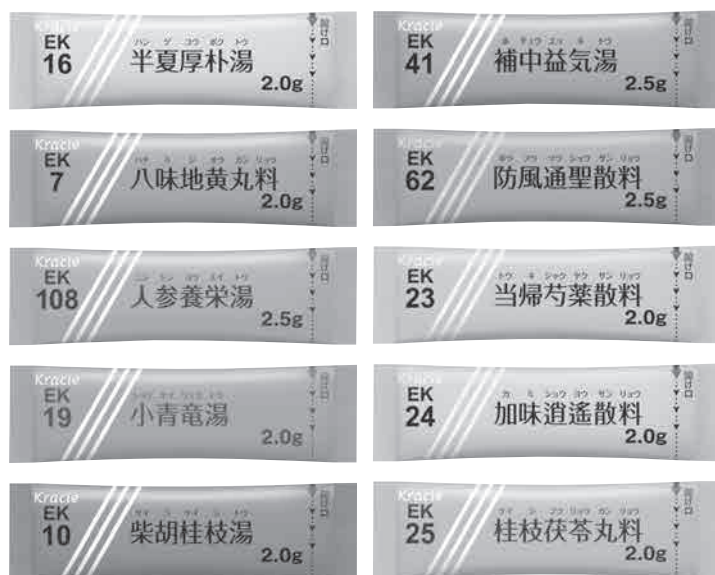
製造販売元〔文献請求先及び問い合わせ先〕
 Eisai 株式会社
東京都文京区本駒込2丁目28-8
医薬品情報サービス室

2021年11月作成
ECG03AG

Kracie



twice or three times a day 選べるやさしさ



スティックで、健やかな暮らしへ

クラシエ 薬品株式会社

[資料請求先] 〒108-8080 東京都港区海岸3-20-20

医療用医薬品ウェブサイト 「漢・方・優・美」 <http://www.kampoyubi.jp>

■各製品の「効能・効果」、「用法・用量」、「使用上の注意」等については製品添付文書をご参照ください。

LigaSure™ は、 一歩先へ

Nano-Coated Jawは、
シーリング後の組織とアゴ内部のくっつきを抑えます。





鉄欠乏性貧血治療剤

処方箋医薬品[※] 薬価基準収載

フェインジェクト[®] 静注500mg

Ferinject[®] solution for injection/infusion 500mg カルボキシマルトース第二鉄注射液

注) 注意－医師等の処方箋により使用すること

「効能又は効果」、「用法及び用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等については、製品添付文書をご参照ください。

製品情報サイト <https://medical.zeria.co.jp/di/ferinject/#tabRelation>

PC、スマホ、タブレットで
ご覧になれます。



製造販売元

ゼリア新薬工業株式会社

東京都中央区日本橋小舟町10-11 〒103-8351

〔文献請求先及び問い合わせ先〕お客様相談室

TEL.(03)3661-0277 / FAX.(03)3663-2352

2021年8月作成

スプレーなら、狙いやすい

癒着防止吸収性バリア

Ad Spray



月経困難症治療剤 処方箋医薬品^注

薬価基準収載

ディナゲスト錠 0.5mg

DINAGEST Tablets 0.5mg

ジェノゲスト

注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

※「効能又は効果」、「用法及び用量」、「禁忌を含む使用上の注意」等の詳細は添付文書をご参照ください。



製造販売元<文献請求先及び問い合わせ先>
持田製薬株式会社
東京都新宿区四谷1丁目7番地
TEL 0120-189-522 (くすり相談窓口)

2020年5月作成 (N2)



今日もどこかで 誰かを支えています

私たち八神製作所は、
2021年、創業150周年を迎えました。
これまでの歴史を、これからの未来へつなぐ今
目の前の仕事のその先にある、健やかな人生を希って
予防・医療・介護の現場を支えること、
「地域」に寄り添いながら、頼られるサービスを届けることに
これからもひたむきに、取り組んでまいります。

株式会社 八神製作所

〒460-8318 名古屋市中区千代田二丁目16番30号
TEL. 052-251-6671 (代)



YAGAMI
www.yagami.co.jp

めざしているのは、母乳そのもの。

母乳は赤ちゃんにとって最良の栄養です。

雪印ビーンスタークは1960年日本初の全国規模の母乳調査を行って以来、現在にいたるまで母乳の成分、そのはたらき(機能)に加え、母親の生活環境も調査対象に入れ母乳研究を続けています。

「ビーンスターク すこやかM1」は母乳が足りないときや与えられないときに、母乳の代わりにお使いいただくためにつくられた最新のミルクです。



BeanStalk

雪印ビーンスタークの育児サポートサイト

雪印ビーンスタークの公式サイト
<http://www.beanstalksnow.co.jp/>

育児情報のコミュニティのサイト
まめこみ <http://www.mamecomi.jp/>

GnRH^{注1)}アンタゴニスト
劇薬 処方箋医薬品^{注2)}

レルミナ[®]錠 40mg

RELUMINA[®] TABLETS 40mg (レルゴリクス)

注1) GnRH: 性腺刺激ホルモン放出ホルモン
注2) 注意—医師等の処方箋により使用すること

薬価基準収載

●効能・効果、用法・用量、禁忌を含む使用上の注意等
については添付文書をご参照ください。

製造販売元[文献請求先及び問い合わせ先]
あすか製薬株式会社
東京都港区芝浦二丁目5番1号

販売
武田薬品工業株式会社
大阪市中央区道修町四丁目1番1号

2020年2月作成

まだないくすりを
創るしごと。


世界には、まだ治せない病気があります。

世界には、まだ治せない病気とたたかう人たちがいます。

明日を変える一錠を創る。

アステラスの、しごとです。

明日は変えられる。

 **astellas**
アステラス製薬株式会社

www.astellas.com/jp/

- 81 -

抗悪性腫瘍剤 / ポリアデノシン5' ニリン酸リボースポリメラーゼ (PARP) 阻害剤

リムパーザ錠

100mg
150mg
(オラパリブ錠)

薬価基準取載

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)

効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等については添付文書をご参照ください。



製造販売元 [文献請求先]

アストラゼネカ株式会社

大阪市北区大深町3番1号

TEL 0120-189-115

(問い合わせ先フリーダイヤル メディカルインフォメーションセンター)

2020年12月作成

無希釈で迅速簡単に、フィブリノゲン測定が行えます。

産科危機的出血および止血モニタリング指標等にご活用いただけます。



測定時間

最短 **2** 分

- 全血測定の専用試薬カード
- 4ステップの簡単な測定手順
- 移動や設置が簡単なA4サイズ
- アニメーション画面の操作ガイド

血液凝固分析装置

FibCare

POCT フィブリノゲン分析装置

血液凝固分析装置 FibCare / 届出番号 : 14B3X000010000KP
ドライヘマト Fib-HS II / 届出番号 : 14E1X80001FIB004



アトムメディカル株式会社

本社 : 〒113-0033 東京都文京区本郷3-18-15
<https://www.atomed.co.jp>

お問い合わせ総合窓口 [カスタマーサポート]

☎ 0800-111-6050

03-6388-9887

受付時間 平日9:00~17:00



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



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。

患者さんの Quality of Lifeの向上が 私たちの理念です。



TEIJIN
Human Chemistry, Human Solutions

帝人ファーマ株式会社 帝人ヘルスケア株式会社 〒100-8585 東京都千代田区霞が関3丁目2番1号

PAD003-TB-2103-1

すべての革新は患者さんのために

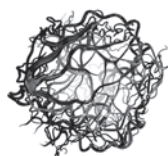


中外製薬

Roche A member of the Roche group

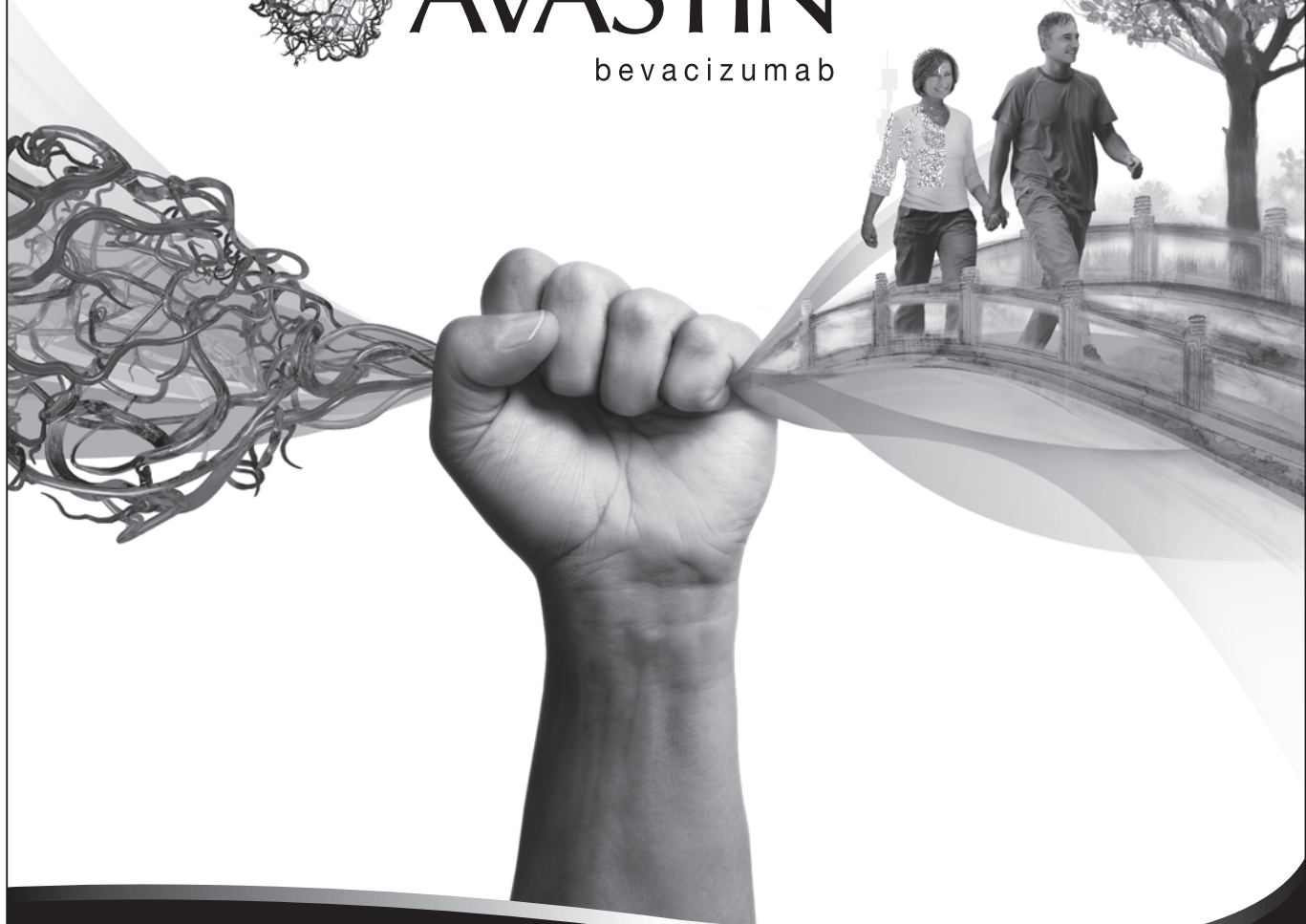


at the Front Line
CHUGAI ONCOLOGY



AVASTIN®

bevacizumab



日本標準商品分類番号 874291

抗悪性腫瘍剤 抗VEGF^{注1)}ヒト化モノクローナル抗体
生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品^{注2)}

薬価基準収載

アバステン® 点滴静注用 **100mg/4mL**
400mg/16mL



ベバシズマブ(遺伝子組換え) 注

注1) VEGF : Vascular Endothelial Growth Factor(血管内皮増殖因子)
注2) 注意—医師等の処方箋により使用すること

※ 効能・効果、用法・用量、警告、禁忌を含む使用上の注意、効能・効果に関連する使用上の注意、用法・用量に関連する使用上の注意等は製品添付文書をご参照ください。

〔資料請求先〕

製造販売元 中外製薬株式会社 〒103-8324 東京都中央区日本橋室町2-1-1

ホームページで中外製薬の企業・製品情報をご覧ください。
<https://www.chugai-pharm.co.jp/>

2017年11月作成



多くの産婦人科の先生にご好評いただいている
超音波画像診断装置Volusonシリーズ。

Voluson Series

Volume Ultrasound for OB/GYN



eM6C G3 Probe

IC9-RS Probe



Voluson SWIFT

Voluson S10 Expert

Voluson E10 / E8

Voluson S8 Touch

Voluson P8

3D/4Dボリューム超音波から内診室向け経膈超音波まで
幅広いラインナップが揃いました。

〈医療機器認証/承認番号〉

製造販売：GEヘルスケア・ジャパン株式会社

販売名称：汎用超音波画像診断装置 Voluson E8 医療機器認証番号 218ABBZX00100000

※Voluson E10はVoluson E8の類型です。

販売名称：汎用超音波画像診断装置 Voluson S8 医療機器認証番号 222ABBZX00198000

※Voluson S10 ExpertとVoluson S8 TouchはVoluson S8の類型です。

販売名称：汎用超音波画像診断装置 Voluson SWIFT 医療機器認証番号 302ACBZX00020000

販売名称：汎用超音波画像診断装置 Voluson P8 医療機器認証番号 224ABBZX00143000

販売名称：IC9-RSプローブ 医療機器認証番号 226ABBZX00154000

販売名称：eM6Cプローブ 医療機器認証番号 223ABBZX00126000

※eM6C G3プローブはeM6Cプローブの類型です。

販売名称：RAB2-6-RSプローブ 医療機器認証番号 224ABBZX00152000

販売名称：RIC5-9A-RSプローブ 医療機器認証番号 227ABBZX00098000

記載内容は、お断りなく変更することがありますのでご了承ください。

JB04030JA

GEヘルスケア・ジャパン株式会社

カスタマーコールセンター 0120-202-021

gehealthcare.co.jp

キラリと光る
グローバルプロバイオティクス
製薬企業