

第146回

東海産科婦人科学会 プログラム・抄録集

[場 所] ポートメッセなごや
コンベンションセンター

〒455-0848 名古屋市港区金城ふ頭二丁目2番地
電話 052-398-1771

【事務局】 愛知医科大学 産婦人科学講座

〒480-1195 愛知県長久手市岩作雁又1番地1
E-mail: obgytokai146@cs-oto.com

[会 長] 渡辺 員支

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。



すべての人の健康のために

地域社会とつながり、**予防・医療・介護**のサービスを通じて「人」を支える

私たち八神製作所は

2021年、おかげさまで創業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。

YAGAMI

-Human Care Company-



株式会社 **八神製作所**

〒460-8318 愛知県名古屋市中区千代田二丁目16番30号

TEL. 052-251-6671 (代)

www.yagami.co.jp

福祉用具レンタル・介護用品販売の

ヤガミホームヘルスセンター

www.yagami.co.jp/yhhc



ご挨拶

第 146 回東海産科婦人科学会
会長 渡辺 員支
愛知医科大学 産婦人科 教授



第 146 回東海産科婦人科学会を 2026 年 2 月 28 日(土)～3 月 1 日(日)に、ポートメッセなごやで開催させていただくこととなりました。今回も前回同様に現地開催させていただきます。

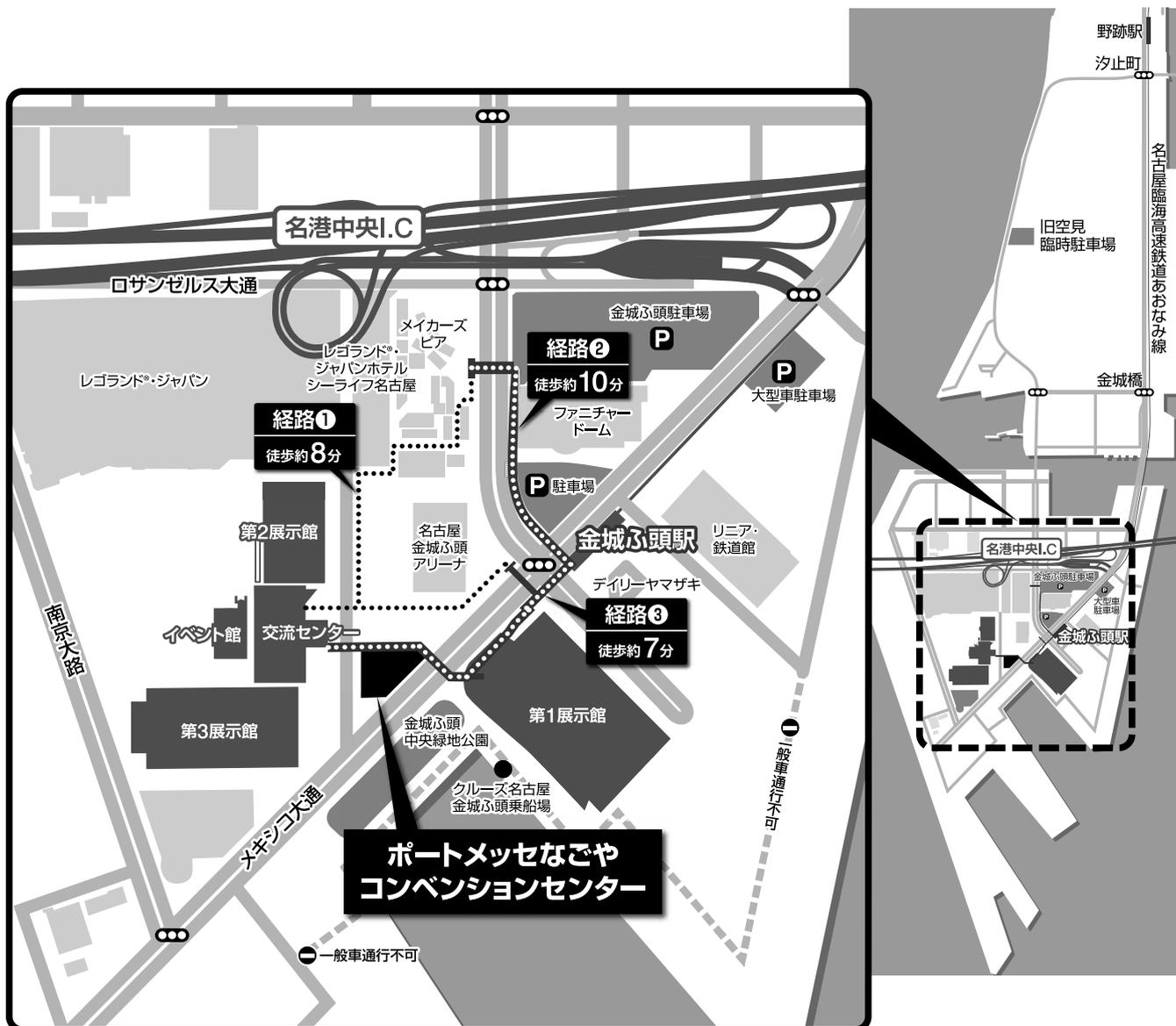
プログラム内容は、指導医講習会、共通講習(医療倫理、感染対策)、スポンサードセミナー、ランチョ
ンセミナー、イブニングセミナー、一般演題を予定しております。日本専門医機構の共通単位の企画もし
ており、産科婦人科専門医取得・更新のために必要な単位を取得できるように工夫をいたしました。ま
た、各種セミナーに関しては、各企業様のご支援を賜り、産婦人科における最先端の情報をご専門の先生
方をお招きしてご講演頂く予定です。一般演題では、研究・症例報告など多数の演題が発表されるもの
と思われ、活発な討論が期待されます。

会期中の託児所開設も予定しております。お子様連れの先生方でも参加できますように考えておりま
すので是非ご参加いただきたく存じます。

第 1 日目の 2 月 28 日(土)夜には情報交換会の場も準備しており、東海 6 大学の先生方や地域の先生方
が、大学の垣根を越えて親睦を深めていただければと願っております。是非ご参加下さい。

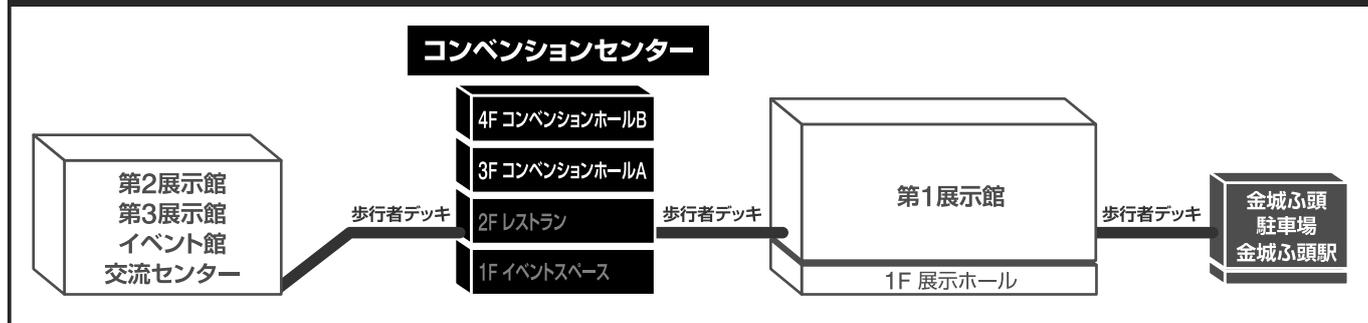
充実した学術集会になるよう教室員一同で準備し、皆様のご参加を心よりお待ちしております。

交通案内



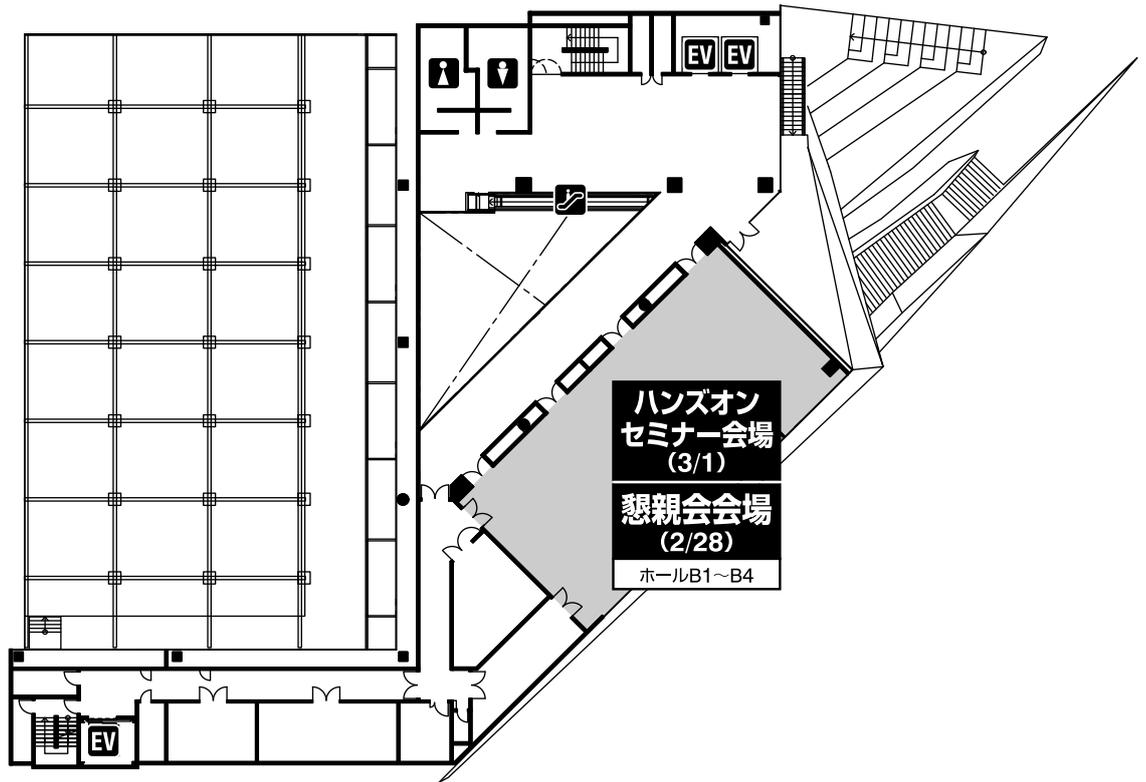
- 経路① 金城ふ頭駅→交流センター：徒歩約8分
- 経路② 金城ふ頭駅→交流センター：徒歩約10分
- 経路③ 金城ふ頭駅→交流センター：徒歩約7分

ポートメッセなごやへは、金城ふ頭駅・金城ふ頭駅と歩行者デッキで結ばれ、雨にぬれずに移動可能



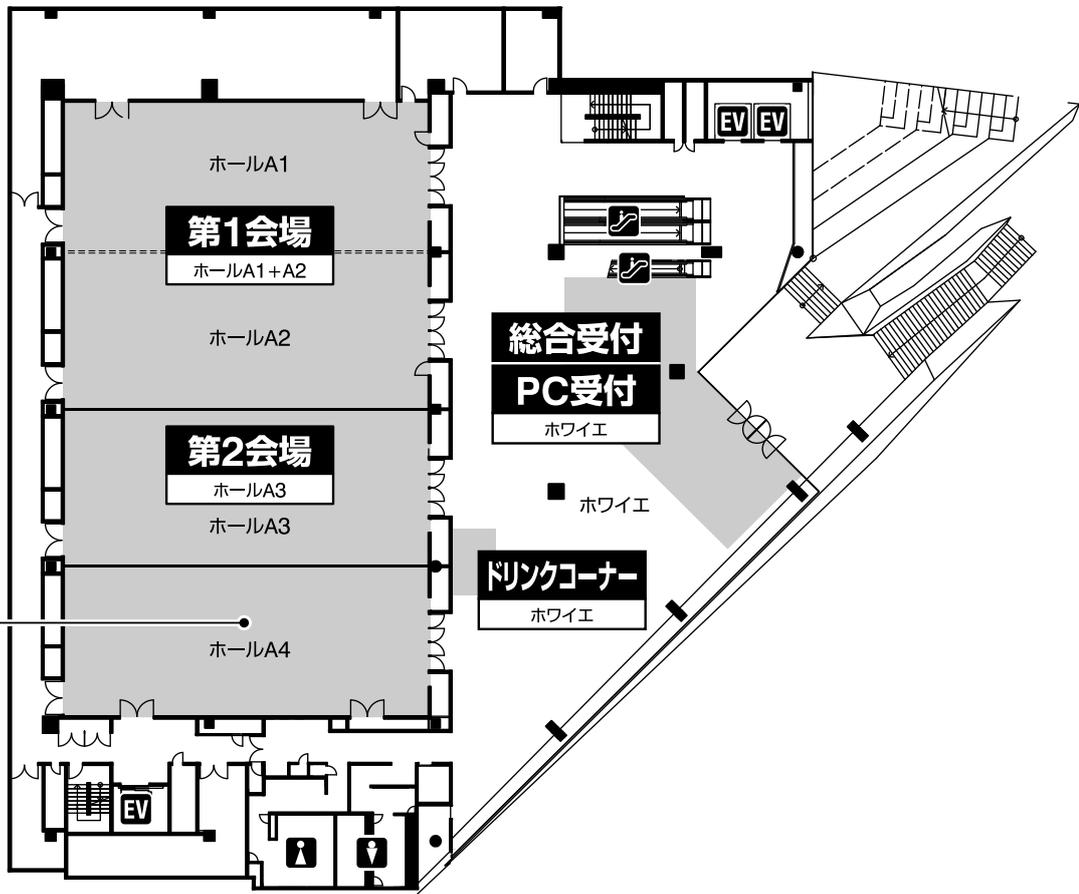
会場案内

4F



企業展示
休憩コーナー
学会本部
クローク
ホールA4

3F



日程表 3月1日(日)

第1会場	第2会場	ハンズオンセミナー会場	総合受付	企業展示
3F		4F	3F	
ホールA1+A2	ホールA3	コンベンションホールB1	ホワイエ	8:00
				9:00
9:40-10:40 単位(領域) 指導医講習会 HDP、GDMの インターコンセプションケアから ポストコンセプションケアまで 田中 幹二 【渡辺 員支】	9:40-10:40 単位(領域) スポンサードセミナー5 卵巣癌マーカーTFPI2の リアルワールドでの活用データ 川口 龍二 【近藤 英司】 共催:東ソー株式会社	9:00-10:30 ハンズオンセミナー1 細径硬性子宮鏡/ モルセレーターシステム ハンズオンセミナー 篠原 康一/針山 由美/ 中原 辰夫/中村 智子 共催:ホロジックジャパン株式会社	8:30-14:30 総合受付	9:00-15:00 企業展示
10:50-11:50 単位(領域) スポンサードセミナー3 心身の体調を整えるための 補剤の使い方 堀場 裕子 【西尾 永司】 共催:クラシエ薬品株式会社	10:50-11:50 単位(領域) スポンサードセミナー6 月経困難症治療の新たな戦略 — E4/DRSPの臨床的可能性 中村 智子 【西澤 春紀】 共催:富士製薬工業株式会社		総合受付	11:00 12:00 13:00
12:10-13:10 ランチョンセミナー1 RSウイルス感染症の 新たな予防戦略 ~maternal vaccine接種の意義~ 吉原 重美/倉澤 健太郎 【関谷 隆夫】 共催:ファイザー株式会社	12:10-13:10 ランチョンセミナー2 進行・再発子宮体癌の 複合免疫療法を深掘りする 京 哲 【磯部 真倫】 共催:アストラゼネカ株式会社			14:00 15:00
13:20-14:20 単位(領域) スポンサードセミナー4 乳癌を科学する -インフラボン(エクオール)の可能性- 二村 学 【中山 健太郎】 共催:大塚製薬株式会社	13:15-14:20 第5群 婦人科腫瘍(悪性) 演題:O34~O42 【新美 薫】	13:10-14:40 ハンズオンセミナー2 豚の摘出臓器や Bio-tissueを使用して 婦人科腹腔鏡の手術手技を行う ハンズオントレーニング 大須賀 智子/仲西 菜月/ 西子 裕規/松川 哲也 共催:ジョンソン・エンド・ジョンソン メドテック サージェリー事業本部		
14:30-15:30 単位(共通) 共通講習2 感染対策 女性生殖器における マイコプラズマ属による感染症 三嶋 廣繁 【野口 靖之】	14:25-15:30 第6群 婦人科腫瘍・合併症 演題:O43~O51 【木須 伊織】			16:00
15:30-15:35 閉会式				

【 】は座長です

参加者へのご案内

1. 開催概要

会 期：2026年2月28日（土）～3月1日（日）

開催形式：現地開催のみ

2. 参加受付

日 時：2026年2月28日（土）11:00～16:30 ※役員の受付も11:00より開始いたします。

2026年3月1日（日） 8:30～14:30

場 所：ポートメッセなごや コンベンションセンター3F ホワイエ

参加費：5,000円（現金のみ）

※学生・初期研修医の方は参加費無料（抄録集は別途有料）です。学生証等の身分証明書をご提示ください。

※学会参加単位および単位対象受講確認は、JSOGアプリのデジタル会員証またはJSOGカードで行いますので必ずご持参ください。

3. プログラム・抄録集

参加受付をされた方に、1人1冊お渡しいたします。

学生・初期研修医の方や、複数冊必要な場合は1冊2,000円でご購入ください。

数に限りがございますので、予めご了承ください。

4. クローク

日時：2026年2月28日（土）11:00～18:30

2026年3月1日（日） 8:45～16:00

場所：ポートメッセなごや コンベンションセンター3F ホールA4

※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。

※情報交換会中はクロークからお荷物をお引き取りいただき、情報交換会の会場内荷物置場をご利用ください。

5. 情報交換会

日時：2026年2月28日（土）18:15～20:00

場所：ポートメッセなごや コンベンションセンター4F コンベンションホールB

会費：参加費に含まれます。

6. 企業展示

日時：2026年2月28日（土）13:00～17:00

2026年3月1日（日） 9:00～15:00

場所：ポートメッセなごや コンベンションセンター3F ホワイエ

7. 託児室

会期中の会場内にて託児室を開設いたします。

託児室のご利用には、事前のお申し込みが必要です。

第146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。

開設日時：2026年2月28日（土）12:00～19:00

2026年3月1日（日）9:00～15:45

開設場所：ご予約の方のみご案内いたします。

費用：2,000円/日

申込方法：本会HP「託児室」に記載されている詳細をご確認の上、WEBよりお申込みください。

申込期限：2026年2月13日（金）17:00

※締切の時点でお申し込みがない場合には、託児室は開設いたしません。

8. 各種単位取得のご案内

(1) 日本専門医機構学術集会参加単位（3単位）

JSOGアプリのデジタル会員証またはJSOGカードをご持参の上、参加受付にお越しくください。

(2) 日本産婦人科医会研修参加証(医会シール)

日本産科婦人科学会会員かつ日本産婦人科医会会員の方：

参加登録いただいた方は、後日、自動的に日本産婦人科医会研修参加証を付与いたします。

日本産婦人科医会非会員で日本産婦人科医会研修参加証（医会シール）をご希望の場合、個別に運営事務局（obgytokai146@cs-oto.com）までお問い合わせください。

※参加登録いただいた方が対象です。

(3) 日本専門医機構単位付与プログラム

受講確認は、講演会場入口にて行います。JSOGアプリのデジタル会員証またはJSOGカードをご持参の上、講演開始10分前から開始後10分までに出席登録をお済ませください。

※開始時間から10分以上遅れて来場された場合、聴講は可能ですが単位の付与はされませんのでご了承ください。

<対象プログラム>

	分類	セッション名	日時	会場
1	領域講習	スポンサードセミナー1	2月28日（土）13:00～14:00	第1会場
2	領域講習	スポンサードセミナー2	2月28日（土）14:10～15:10	第1会場
3	共通講習	共通講習1（医療安全）	2月28日（土）15:50～16:50	第1会場
4	領域講習	イブニングセミナー	2月28日（土）17:00～18:00	第1会場
5	領域講習	指導医講習会	3月1日（日）9:40～10:40	第1会場
6	領域講習	スポンサードセミナー5	3月1日（日）9:40～10:40	第2会場
7	領域講習	スポンサードセミナー3	3月1日（日）10:50～11:50	第1会場
8	領域講習	スポンサードセミナー6	3月1日（日）10:50～11:50	第2会場
9	領域講習	スポンサードセミナー4	3月1日（日）13:20～14:20	第1会場
10	共通講習	共通講習2（感染対策）	3月1日（日）14:30～15:30	第1会場

9. 各種会議のご案内

- 理事会 2026年2月28日(土) 11:30~12:00
第2会場(ポートメッセなごや コンベンションセンター3F ホール A3)
- 評議員会 2026年2月28日(土) 12:10~12:40
第2会場(ポートメッセなごや コンベンションセンター3F ホール A3)
- 総会 2026年3月1日(日) 15:20~15:40
第1会場(ポートメッセなごや コンベンションセンター3F ホール A1+A2)

10. 其他のご案内

- ・会場内では携帯電話の電源を切るか、マナーモードに設定してください。
- ・会場内は禁煙です。
- ・許可のない掲示、展示、印刷物の配布、写真撮影、録音、ビデオ撮影は固くお断りいたします。
- ・発表者に質疑をされる方は、発言時は全て座長の指示に従い、マイクを用いて、所属・氏名を述べてから行ってください。

座長・演者へのご案内

◆座長の先生方へ

- ・ご担当セッションの開始 10 分前までに、ご担当セッション会場内の次座長席（会場内右側前方）へお越しください。
- ・座長席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します。
- ・セッションの進行は時間厳守でお願いいたします。

◆演者の先生方へ（口演）

1) 一般演題（口演）の持ち時間は発表 5 分、討論 2 分、合計 7 分です。

演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します。時間厳守にご協力ください。

2) 発表形式について

- ・口演発表はすべて PC（パソコン）による発表のみです。
- ・会場には下記使用の PC を準備しております。発表者ツールはご利用いただけません。
オペレーションシステム：Windows 10
アプリケーションソフト：Windows 版 PowerPoint 2021
- ・Apple 製品でデータ作成した場合や動画等を含む場合は、ご自身の PC をご持参ください。

3) 利益相反（Conflict of interest: COI）の開示について

ご発表時に該当する COI 状態について、利益相反状態の有無に関わらず、発表スライドの冒頭で必ず開示をお願いいたします。

演題名・演者名・所属のスライドの次のスライド（第 2 スライド）に、次に示すひな形に準じたス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・所属のスライドがない場合は、このスライドが第 1 スライドとなります。

<利益相反状態にある場合のひな形>

<p>第146回東海産科婦人科学会 利益相反状態の開示</p> <p>登録演者氏名: ○○ ○○ 所 属: △△△△産婦人科</p> <p>私の今回の演題に関連して、開示すべき利益相反状態は以下のとおりです。</p> <p>役員・顧問職/客付講座所属 ○○製薬株式会社 講演料など □□製薬株式会社 研究費/奨学金付金 株式会社××ファーマ</p>
--

<利益相反状態にない場合のひな形>

<p>第146回東海産科婦人科学会 利益相反状態の開示</p> <p>登録演者氏名: ○○ ○○ 所 属: △△△△産婦人科</p> <p>私の今回の演題に関連して、開示すべき利益相反状態はありません。</p>

4) PC 受付について

日時：2026年2月28日（土）11:00～17:00

2026年3月1日（日）8:30～14:30

場所：ポートメッセなごや コンベンションセンター3F ホワイエ

※ご発表 20 分前までにデータ登録ならびに外部出力の確認をお済ませいただき、ご発表の 10 分前までに発表会場内の次演者席（会場内左側前方）へお越してください。PC をご持参される方も必ず PC 受付にお立ち寄りください。

※上記時間外にご発表される方も、受付時間内にお越してください。

- ・発表データのファイル名は「演題番号_演者名」としてください。
- ・発表スライドの 1 枚目に、表題を付けてください。
- ・スライドサイズはワイド画面（16:9）を推奨いたします。
- ・2 画面設定（デュアルモニタ）は使用できません。
- ・舞台上には、モニター、キーボード、マウスをご用意いたします。
ご登壇いただくと最初のスライドが表示されますので、その後の操作は各自で行ってください。
- ・発表データに他のデータ（静止画・動画・グラフ等）をリンクさせている場合は、必ず元データも保存し、事前に他のパソコンでの動作確認を行ってください。万が一、リンク先が開かない、動画が動かないなどの不具合が発生した場合は、自己責任のもと割愛いただき進行してください。

◎メディアをご持参される方

- ・フォントは文字化け、レイアウト崩れを防ぐために標準フォントを推奨いたします。
- ・作成に使用された PC 以外でも必ず動作確認を行ってください。
- ・発表データは終了後、事務局で責任を持って消去いたします。

◎PC 本体をお持ちになる方

- ・Apple 製品でデータ作成した場合や動画等を含む場合は、ご自身の PC をご持参ください。
- ・映像接続ケーブルは、HDMI を準備いたします。上記以外の出力端子の場合は、ご自身で変換アダプターをご用意ください。
- ・電源アダプターは必ずご準備ください。
- ・動画ファイルの拡張子は、「.mp4」「.wmv」に対応いたします。
動画ファイルを本体の液晶画面に動画が表示されても、PC の外部出力に接続した画面には表示されない場合があります。実際にお持ちいただく PC の外部出力をモニターまたはプロジェクターに接続してご確認ください。
- ・バッテリー切れになることがございますので、電源アダプターを必ずご用意ください。
- ・無線 LAN 機能、スクリーンセーバー、省電力設定、ウイルスソフトなどのタスクスケジュール、ログオフ設定など、発表の妨げになる設定はご自身であらかじめ解除をお願いいたします。PC 受付での設定はいたしかねますのでご了承ください。また、これらの機能により、発表に支障をきたした場合、事務局では責任を負いかねますのでご了承ください。

プログラム

プログラム (1日目)

1日目 2月28日(土)

【第1会場】3F ホール A1+A2

■開会式 (12:50~13:00)

○スポンサーセミナー1 (13:00~14:00) **単位:領域講習**

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)

SS1. 卵巣がん治療における多様性 ~PARP 阻害剤と外科治療の最適化 ~

..... 滋賀医科大学医学部附属病院 女性診療科/天野創

共催: 武田薬品工業株式会社

○スポンサーセミナー2 (14:10~15:10) **単位:領域講習**

座長 柴田 清住 (藤田医科大学 ばんだね病院)

技術認定医取得を目指す ~正確な剥離層で安全性と効率を両立する~

SS2-1. 真の低侵襲手術を目指して ~患者・術者双方に優しい手術とは~

..... 公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院/岩井夏実

SS2-2. 術者の主体性を体現する層解剖に基づいた TLH の定型化— FUSE 取得者が語るエネルギー戦略 —

..... 滋賀医科大学医学部附属病院/高橋顕雅

共催: ジョンソン・エンド・ジョンソン メドテック サージェリー事業本部

■総会 (15:20~15:40)

○共通講習 1 (医療安全) (15:50~16:50) **単位:共通講習**

座長 篠原 康一 (愛知医科大学 産婦人科学講座)

医療安全を『文脈』からデザインする: 官僚的から創造的安全へのシフト

藤田医科大学病院 医療の質・安全対策部/救急総合内科/奥村将年

○イブニングセミナー (17:00~18:00) **単位:領域講習**

座長 大須賀 智子 (愛知医科大学医学部産婦人科学講座)

ES. 女性活躍時代の子宮内膜症 management

..... 千葉大学医学部附属病院 婦人科・周産期母性科

千葉大学大学院医学研究科生殖医学/甲賀かをり

共催: あすか製薬株式会社

1 日目 2 月 28 日(土)

【第 2 会場】3F ホール A3

○第 1 群 (13:00~14:05) **産科**

座長 幸村 友季子(愛知医科大学産婦人科学講座)

- O1. 母児間輸血症候群発症後の子宮出血にて診断された胎盤内絨毛癌の一例
..... 名古屋大学医学部附属病院/柘植志織 他
- O2. 家庭血圧に基づいた妊婦の血圧値の分類の作成とその有用性の検討
..... 吹上マタニティクリニック/鈴木佳克 他
- O3. 胎動減少が腸管穿孔の回避に寄与した十二指腸閉鎖・多発小腸閉鎖の一例
..... 三重大学医学部附属病院/九谷葉月 他
- O4. 経腹超音波検査で胎児の多発関節拘縮症が疑われた一例
..... 名古屋市立大学医学部附属西部医療センター/大野園果 他
- O5. EXIT 法を施行した胎児頸部リンパ管奇形の 1 例
..... 名古屋大学医学部附属病院/池淵圭祐 他
- O6. 胎児脳室拡大と知的発達予後の検討
..... あいち小児保健医療総合センター/足立健敏 他
- O7. 当院における過去 10 年間に施行した器械分娩の後方視的検討
..... 市立四日市病院/小関詩津恵 他
- O8. 妊娠中の非特異的腹痛が示した稀な腓腫瘍: 腓尾部充実性偽乳頭状腫瘍の 1 例
..... 三重大学医学部附属病院/森岡里桜 他
- O9. 妊娠後期に椎骨動脈解離による小脳梗塞を発症した一例
..... 愛知医科大学病院/梶優太 他

○第 2 群 (14:10~15:00) **女性医学**

座長 北折 珠央(名古屋市立大学産科婦人科学教室)

- O10. 筋強直性ジストロフィー 1 型に対する PGT-M を用いた非罹患胚移植による妊娠成立の 1 例
..... 三重大学/長田和昌 他
- O11. 思春期に診断した重複子宮 4 例における超音波断層法所見の検討
..... トヨタ記念病院/下川浩希 他
- O12. レボノルゲストレル放出子宮内システム抜去時に残存したアーム除去に難渋した 1 例
..... 八千代病院/佐藤悠太郎 他
- O13. 当院で施行した妊孕性温存目的の Turner 女性に対する卵子凍結の検討
..... 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院/松原令実 他
- O14. Time to live birth を重視したレトロゾールによる低刺激卵巣刺激法による一般不妊治療と生殖補助医療(ART): 若年多嚢胞性卵巣症候群(PCOS)の 1 症例
..... 豊橋市民病院総合生殖医療センター/安藤寿夫 他
- O15. 当院における着床前遺伝学的検査 (Preimplantation Genetic Testing for Aneuploidies, PGT-A) の臨床的有用性に関する後方視学的検討
..... まるた ART クリニック/濱田雄行 他
- O16. 漢方薬の長期内服により消化管有害事象をきたした 2 例
..... 医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院/梅村周平 他

○第 3 群 (15:50~16:50) **IVR、産科手術**

座長 志賀 友美(岐阜大学医学部附属病院 産科婦人科)

- O17. 他院から搬送となった重症産道裂傷に伴う産後危機的出血の 3 例
..... 知多半島総合医療センター/幡野菜穂 他
- O18. 産後異常出血の管理における陰圧誘導を用いた子宮内バルーンタンポナーデ法の有効性と安全性
..... 岐阜県総合医療センター/島岡竜一 他
- O19. 非痕痕子宮破裂をきたしたが母子ともに救命しえた 1 例
..... 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院/高林詩帆 他
- O20. 粘膜下筋腫による過多月経で高度貧血を呈し、準緊急 UAE により奏功した一例
..... 藤田医科大学/生駒弥香 他

- O21. 子宮筋腫に対する球状塞栓物質を用いた子宮動脈塞栓術の導入と初期経験
 藤田医科大学／飯田眞大 他
- O22. 帝王切開後の臓器/体腔 SSI に対して局所陰圧閉鎖療法を施行し早期治癒に至った一例
 JA 愛知厚生連 海南病院／坂倉優一 他
- O23. 帝王切開後、GBS により心停止を来した一例
 岐阜市民病院／神田明日香 他
- O24. 当院における産科出血に対する IVR 症例の検討
 岡崎市民病院／小島優奈 他

○第 4 群 (16:55～18:00) **婦人科手術**

座長 吉田 健太(三重大学医学部産科婦人科学教室)

- O25. vNOTES 付属器手術における直腸穿孔の一例
 JA 愛知厚生連 豊田厚生病院／袴田樹里 他
- O26. ロボット支援下子宮全摘術後の遅発性出血の一例と当院での子宮動脈処理手技の改善
 岐阜県立多治見病院／山下和俊 他
- O27. vNOTES を施行した巨大卵巣嚢胞性腫瘍の 2 例
 トヨタ記念病院／河原颯 他
- O28. 当院における骨盤臓器脱手術への vNOTES 手技導入
 松波総合病院／安部茂 他
- O29. vNOTES による仙骨子宮靭帯固定術の短期治療成績
 中濃厚生病院／相京晋輔 他
- O30. 当院でのロボット支援下子宮全摘術の手術成績について～内視鏡技術認定に焦点をあてて～
 小牧市民病院／秋田寛文 他
- O31. MyoSure® MANUAL を用いた子宮鏡下子宮内膜ポリープ切除術後に頸管内癒着を来した 5 例
 岐阜市民病院／栗原万友香 他
- O32. 直腸癌子宮浸潤に対して外科合同でロボット支援下手術を行った一例
 岡崎市民病院／佐野友里子 他
- O33. 2 度の腹部手術既往のある卵巣腫瘍患者に対して vNOTES を選択し安全に腹腔内へ到達できた
 1 例
 岡崎市民病院／加藤未千与 他

プログラム (2日目)

2日目 3月1日(日)

【第1会場】3F ホールA1+A2

○指導医講習会 (9:40~10:40)

単位:領域講習

座長 渡辺 員支 (愛知医科大学 産婦人科学講座)

HDP、GDM のインターコンセプションケアからポストコンセプションケアまで

独立行政法人 国立病院機構 弘前総合医療センター 産婦人科/田中幹二

○スポンサードセミナー3 (10:50~11:50)

単位:領域講習

座長 西尾 永司 (藤田医科大学医学部 産婦人科学講座)

SS3. 心身の体調を整えるための補剤の使い方

..... 慶應義塾大学医学部 漢方医学センター/堀場裕子

共催: クラシエ薬品株式会社

○ランチョンセミナー1 (12:10~13:10)

座長 関谷 隆夫 (藤田医科大学病院 産科・婦人科)

RS ウイルス感染症の新たな予防戦略~maternal vaccine 接種の意義~

LS1-1. 新生児・乳幼児における RS ウイルス感染症の疾病負荷と予防の重要性

..... 獨協医科大学 小児科学・アレルギーセンター/吉原重美

LS1-2. 定期接種化となる初の母児免疫ワクチン(RSVpreF)について

※2026年1月26日現在、RSV ワクチンの定期接種制度については厚生労働省のワクチン分科会にて最終審議中です。

..... 横浜国立大学 産婦人科/倉澤健太郎

共催: ファイザー株式会社

○スポンサードセミナー4 (13:20~14:20)

単位:領域講習

座長 中山 健太郎 (東部医療センター産婦人科)

SS4. 乳癌を科学するーイソフラボン (エクオール) の可能性ー

..... 岐阜大学医学部附属病院 乳腺外科/二村学

共催: 大塚製薬株式会社

○共通講習 2 (感染対策) (14:30~15:30)

単位:共通講習

座長 野口 靖之 (プライベートケアクリニック名古屋栄)

女性生殖器におけるマイコプラズマ属による感染症

..... 愛知医科大学 医学部 臨床感染症学講座/三嶋廣繁

■閉会式 (15:30~15:35)

2 日目 3 月 1 日(日)

【第 2 会場】3F ホール A3

○スポンサードセミナー5 (9:40~10:40) **単位・領域講習**

座長 近藤 英司 (三重大学医学部 産科婦人科学教室)

- SS5. 卵巣癌マーカーTFPI2 のリアルワールドでの活用データ
 奈良県立医科大学 産婦人科学講座/川口龍二
 共催: 東ソー株式会社

○スポンサードセミナー6 (10:50~11:50) **単位・領域講習**

座長 西澤 春紀 (藤田医科大学医学部 産婦人科学講座)

- SS6. 月経困難症治療の新たな戦略 — E4/DRSP の臨床的可能性
 名古屋大学医学部 産婦人科/中村智子
 共催: 富士製薬工業株式会社

○ランチョンセミナー2 (12:10~13:10)

座長 磯部 真倫 (岐阜大学大学院医学系研究科医科学専攻
生殖・発育医学講座 産科婦人科学)

- LS2. 進行・再発子宮体癌の複合免疫療法を深掘りする
 島根大学医学部 産科婦人科学/京哲
 共催: アストラゼネカ株式会社

○第 5 群 (13:15~14:20) **婦人科腫瘍(悪性)**

座長 新美 薫 (名古屋大学医学部産婦人科)

- O34. 当院における子宮頸がんに対する組織内照射の後方視的検討
 名古屋大学医学部附属病院/鈴木杏奈 他
- O35. 若年発症の SMARCA4 欠損子宮未分化肉腫の二症例
 三重大学医学部附属病院/田畑愛生子 他
- O36. 再発を繰り返し筋層浸潤をきたした Atypical polypoid adenomyoma with low malignant potential (APAM-LMP) の一例
 一宮市立市民病院/小野田麻友子 他
- O37. 子宮がん肉腫に対して Lenvatinib + Pembrolizumab 療法中に irAE 硬化性胆管炎を発症した 1 例
 岐阜県総合医療センター/亀山千晶 他
- O38. 当院における審査腹腔鏡の現況
 知多半島りんくう病院/浅井千鶴 他
- O39. 術後化学療法初回にイレウスから敗血症性ショックを発症し、CMV 腸炎を併発した子宮体癌の一例
 JA 愛知厚生連 海南病院/石戸裕梨 他
- O40. 腫瘍崩壊症候群をきたした卵巣癌の一例
 岐阜大学医学部附属病院/千田朋香 他
- O41. 免疫チェックポイント阻害薬使用中の閉塞性黄疸を契機に子宮体癌の胆管転移と診断した 1 症例
 名古屋市立大学/佐藤玲 他
- O42. 機械学習を用いた上皮性卵巣癌における臨床因子と予後の関連性の検討: 次元圧縮解析および Cox 比例ハザードモデルを用いた解析
 名古屋大学医学部附属病院 卒後研修・キャリア形成支援センター/中川裕介 他

○第 6 群 (14:25~15:30) **婦人科腫瘍・合併症**

座長 木須 伊織 (藤田医科大学医学部産婦人科)

- O43. 子宮筋腫分娩に伴う子宮内反症に対して外科的治療を行った 2 例
 名古屋市立大学医学部附属東部医療センター/浅井大策 他
- O44. 妊娠中に併発し、卵巣嚢腫との鑑別が困難であった tailgut cyst の 1 症例
 名古屋市立大学附属病院/永井彩華 他
- O45. 当院内視鏡手術におけるガーゼを使用した汚染視野対策
 安城更生病院/杉原穂乃花 他

- O46. 卵巣成熟嚢胞性奇形腫に対する手術直後に難治性のけいれん重積を認めた1例
 名古屋市立大学医学部附属東部医療センター／前島翼 他
- O47. 腹腔鏡下に診断、治療した卵巣外奇形腫の一例
 伊勢赤十字病院／金子修都 他
- O48. 膣原発の良性混合腫瘍 (Mixed tumor of the vagina) の1例
 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院／山下恵子 他
- O49. 帝王切開術痕跡症候群と子宮内膜症にて子宮留膿腫を発症1例
 総合大雄会病院／嶋津光真 他
- O50. 正常卵巣捻転が再発した一例
 名古屋掖済会病院／大野元彰 他
- O51. 当院における婦人科腫瘍による Trousseau 症候群の検討
 医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院／加藤頼香 他

2日目 3月1日(日) 【ハンズオンセミナー会場】4F コンベンションホールB1

○ハンズオンセミナー1 (9:00~10:30)

細径硬性子宮鏡 / モルセレーターシステム ハンズオンセミナー

- 愛知医科大学病院／篠原康一
 豊田厚生病院／針山由美
 中原クリニック／中原辰夫
 名古屋大学医学部附属病院／中村智子
 共催：ホロジックジャパン株式会社

○ハンズオンセミナー2 (13:10~14:40)

豚の摘出臓器や Bio - tissue を使用して婦人科腹腔鏡の手術手技を行うハンズオントレーニング

- 愛知医科大学病院／大須賀智子
 愛知医科大学病院／仲西菜月
 愛知医科大学病院／西子裕規
 愛知医科大学病院／松川哲也
 共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン メドテック サージェリー事業本部

共通講習1(医療倫理)・
共通講習2(感染対策)・
指導医講習会・

共通講習1(医療倫理)・共通講習2(感染対策)・指導医講習会について
受講確認はJSOGカードまたはJSOGアプリにて行いますので、必ずご持参ください。
講演会場前受付でJSOGカードまたはJSOGアプリをご提示いただき
QRコードを読み込みます。
講演開始後、10分をすぎますと受付できませんので、ご注意ください。

医療安全を『文脈』からデザインする：官僚的から創造的安全へのシフト

藤田医科大学病院 医療の質・安全対策部/救急総合内科

奥村 将年

本講演は、産科・婦人科医療の「安全」概念を、従来の「官僚的・軍事的な Safety-I」の枠組みから解体し、「創造的・冒険的な Safety-II」へと転換するための、デザイン的かつ哲学的な補助線を引きます。

現在の医療安全は、事故という「失敗」を還元主義的に分析し、マニュアルと規制による「技術的問題」の解決に依存してきました。しかし、このアプローチは、複雑な医療現場で生じる「適応課題」を見過ごし、権威主義的高モダニズムの思想のもと、現場の柔軟性と創造性を阻害しています。過剰な規則は、批判思考や問題解決力を失わせる「幼児化」を招き、逆説的にリスクを高めています。この隘路を脱するために、私たちは安全を「結果」ではなく、現場の適応力によって「達成されるべき創造的な営み」として捉え直します。シドニー・デッカーが提唱する安全アナキズムの視点を取り入れ、現場の知恵や自律的な適応を、規則と同等に有用な「安全の資源」としてシステムに組み込むことを提案します。そして、患者や事象を客体として扱う「我とそれ」の関係から、対話と信頼に基づく「我と汝」の関係へと移行することが不可欠です。

本講演は、私たち医療者が、患者を型に当てはめるのではなく、「文脈を持つ個人（汝）」として認識し、その経験を尊重すること。そして、医療者が自らの創造性を発揮して適応できる「自由度の高い安全」を、デザインによって構築することを提案します。これは、安全を単なる責任回避ではなく、人間性の尊重から生まれる、未来の医療のための哲学です。

【略 歴】

2004年3月	名古屋大学大学院 生命理学専攻 博士課程満期退学
2008年3月	富山大学医学部卒業
2008年4月	名古屋掖済会病院 研修医
2010年4月	名古屋掖済会病院 救急科
2012年10月	大阪市立総合医療センター 集中治療部
2016年4月	愛知医科大学 麻酔科学講座 助教
2021年4月	愛知医科大学病院 医療安全管理室 副室長, 准教授
2022年4月	愛知医科大学病院 NP 部部長(兼任), 卒後臨床研修センター副センター長(兼任)
2023年4月	愛知医科大学病院 医療安全管理室 特任教授
2025年9月	藤田医科大学病院 医療の質・安全対策部 病院教授

女性生殖器におけるマイコプラズマ属による感染症

愛知医科大学 医学部 臨床感染症学講座

三嶋 廣繁

女性生殖器におけるマイコプラズマ属による感染症は、*Mycoplasma genitalium* (*M. genitalium*)、*Mycoplasma hominis* (*M. hominis*)、および *Ureaplasma parvum* (*U. parvum*) / *Ureaplasma urealyticum* (*U. urealyticum*) などを主要原因菌として、多彩な臨床像を呈する。これらは従来「常在菌」と見なされてきたが、分子診断技術の進歩により、性感染症 (STI) の重要な病原体としての位置づけが明確化されつつある。*M. genitalium* は特に、非淋菌性・非クラミジア性子宮頸管炎や骨盤内炎症性疾患 (PID) の原因として注目され、マクロライド耐性株の急増が臨床対応上の深刻な課題となっている。

また、*M. hominis* および *Ureaplasma* 属は、妊娠関連感染症や早産・絨毛膜羊膜炎・新生児敗血症との関連が示唆されており、特に母子感染を介した周産期合併症との関係が再評価されている。これらは免疫応答や腔内マイクロバイオーームの変化とも密接に関連しており、腔内乳酸菌叢の減少や pH 上昇による防御機構の破綻が、病原性発現の一因と考えられている。

一方、*M. genitalium* 感染に対しては、マクロライド (アジスロマイシン) 耐性率が日本国内で 80% 程度までに増加しつつあり、ニューキノロン耐性株も増加傾向にある。これにより、欧米では二段階治療 (マクロライド耐性遺伝子検出後にモキシフロキサシンまたはシタフロキサシンを選択) を推奨するガイドラインが示されているが、日本における治療選択肢は依然として限られている。元来、分離培養が困難であり、核酸増幅検査 (NAAT) を用いた遺伝子診断が診療上の鍵となる。

本講演では、これらマイコプラズマ属による女性生殖器感染症の病態、診断法の進歩、薬剤耐性動向、治療戦略、および妊娠・不妊との関連について最新の知見を概説する。また、腔内マイクロバイオーームとの相互作用や、将来的なワクチン開発・マイクロバイオーーム制御療法の可能性にも言及し、臨床現場における実践的対応策を考察する。

【略 歴】

1983 年 3 月	名古屋大学文学部卒業
1989 年 3 月	岐阜大学医学部卒業
1994 年 3 月	岐阜大学大学院医学研究科博士課程修了 (医学博士)
1989 年 5 月	岐阜大学医学部附属病院 医員
1994 年 4 月	岐阜大学医学部附属病院 医員
1994 年 9 月	岐阜大学医学部 助手
1997 年 10 月	岐阜大学医学部 講師
2003 年 4 月	Channing Laboratory, Harvard Medical School, Research Scholar
2004 年 4 月	岐阜大学 生命科学総合研究支援センター 嫌気性菌研究分野 助教授
2007 年 4 月	岐阜大学大学院 連合創薬医療情報研究科 感染症治療学 准教授
2007 年 8 月	愛知医科大学大学院医学研究科 臨床感染症学 主任教授
2013 年 1 月	愛知医科大学病院 感染症科 部長 (教授)

HDP, GDM のインターコンセプションケアからポストコンセプションケアまで

独立行政法人 国立病院機構 弘前総合医療センター 産婦人科

田中 幹二

プレコンセプションケアという概念が注目される中、妊娠時に合併症があった場合の次回妊娠までのケア（インターコンセプションケア）についても認識されつつある。弘前大学では2014年より妊娠高血圧症候群(HDP)や妊娠糖尿病(GDM)を含む糖代謝異常合併妊娠例に対するインターコンセプションケアと産後長期フォロー（ポストコンセプションケア）にも取り組んでいる。今回、インターコンセプションケアとポストコンセプションケアの概要と実践について紹介する。

I. インターコンセプションケア

インターコンセプションケアとは女性およびその次児の転帰改善のため、妊娠と妊娠の間に提供されるケアのことを言う。過去の妊娠で合併症のあった妊娠希望女性に対してはリスク評価の上、必要な介入を行うことが推奨され、中でも注意すべき合併症にHDP、GDMがある。

1. HDP 既往妊娠希望女性では、産褥期から継続した血圧測定と生活習慣介入が望ましく、産後血圧管理に難渋する場合や尿蛋白が持続する場合には内科と連携を図る。また再発にはBMIが強く関与することからBMIを適切に保つよう指導する。

2. GDM 既往女性では再発リスクが43～72%と高く、妊娠前BMI25以上、先行妊娠でのインスリン使用などがリスク因子である。このため適切なBMI維持とともに、胎児異常予防のためにも血糖、HbA1cを正常に保った上での妊娠を指導する。

II. ポストコンセプションケア

HDP 既往女性は将来的に高血圧、脂質異常、慢性腎臓病等を発症しやすく、GDM 既往女性は2型DM発症リスクが7.4～9.5倍で、脳心血管疾患による死亡リスクも上昇する。一方、定期的フォローアップと生活習慣介入はこれら疾患リスクを低下させることが報告されており、年に一回程度の定期的健診が推奨される。また、「妊娠糖尿病既往女性フォローアップに関するガイドライン」では、GDM 既往女性で、肥満かつ産後IGTと診断された女性に対してDM発症予防のため生活習慣介入を強く推奨している。

III. おわりに

HDP・GDM 既往女性は、次回妊娠時の再発リスクに加え、将来的に生活習慣病や脳心血管疾患を発症しやすい。しかし、定期的フォローと生活習慣介入によりそのリスクは減少させ得る。妊娠・出産という比較的若年世代のうちに将来のリスクを把握できることを前向きに捉え、医療者側がそのことを理解した上で、次回妊娠時リスクと長期予後について患者側に十分説明し、医師、看護師、栄養士、保健師など多職種で連携し継続的支援を行うことが重要である。

【略 歴】

平成2年3月	岡山大学医学部卒業
平成6年3月	弘前大学大学院医学研究科修了 医学博士(弘前大990号)
平成6年5月	大館市立総合病院産婦人科医師に採用
平成7年4月	厚生技官(国立弘前病院産婦人科医師)に採用
平成10年4月	文部教官(弘前大学 助手 医学部附属病院産科婦人科)に転任
平成19年8月	弘前大学医学部附属病院周産母子センター講師
平成24年11月	弘前大学医学部附属病院周産母子センター准教授
平成26年1月	弘前大学医学部附属病院周産母子センター診療教授
令和6年4月	国立病院機構弘前総合医療センター産婦人科部長、弘前大学医学部臨床教授

共催セミナー

単位認定のあるスポンサードセミナーについて

受講確認はJSOGカードまたはJSOGアプリにて行いますので、必ずご持参ください。

講演会場前受付でJSOGカードまたはJSOGアプリをご提示いただき

QRコードを読み込みます。

講演開始後、10分をすぎますと受付できませんので、ご注意ください。

LS1-1. 新生児・乳幼児におけるRSウイルス感染症の疾病負荷と予防の重要性

獨協医科大学 小児科学・アレルギーセンター

吉原 重美

RSウイルス（respiratory syncytial virus: RSV）はRNAウイルスでA型とB型の2つの型があり、世界中に広く分布し、年齢を問わず乳幼児から成人まで広く感染する。2歳までにはほぼ100%が感染するが、終生免疫は獲得されず再感染がみられる。上気道炎から重症肺炎まで多彩な臨床像を示し、特に新生児・乳児では入院やICU管理を要する下気道感染症の主な原因となる病原体である。短期の健康損失にとどまらず、保護者負担や医療資源への影響に加えて将来的な喘息リスクなどを含め疾病負荷は大きい。感染した児に対して治療薬はなく対症療法しかないため、予防もしくは重症化を抑制する必要がある。その疾病負荷から新生児科医、小児科医、小児感染症科医にとって最も留意すべき感染症の一つである。

これまでハイリスク児（早産児等）に対して抗RSウイルスヒトモノクローナル抗体が投与され効果をあげてきた。しかし適応となる児は限定されており、多くの児はその恩恵を受けられていない。2024年から母子免疫ワクチンや長期間作用型モノクローナル抗体などが使用できるようになり、RSウイルス感染症に対して新たな予防方法が実用化されてきている。なお、母子免疫ワクチンは定期接種化の検討が前進しており、その決定が待たれる。

RSウイルス感染症の疾病負荷は大きく、全ての児において予防策が必要であることを理解した上で、母体ならびに新生児・乳児・幼児の健康を守る医療従事者が協働し、今後の予防戦略を充実させる必要がある。本講演では新生児・乳幼児におけるRSウイルス感染症とその疾病負荷、予防の意義を中心に解説する。

【略歴】

1977年	栃木県立宇都宮高等学校卒業
1983年	獨協医科大学医学部医学科卒業
1983年	同大学小児科学教室入局
1987年	静岡県立大学薬学部(矢内原研究室)国内留学
1989年	獨協医科大学医学系大学院修了／医学博士
1989年	同大学小児科学教室助手
1990年	同大学小児科学教室講師
1993年	カルフォルニア大学サンフランシスコ校(Jay.A.Nade研究室)海外留学
2004年	獨協医科大学医学部小児科学 准教授
2017年	同大学医学部小児科学教室 主任教授 同大学病院とちぎ子ども医療センター長
2018年～	同大学病院アレルギーセンター長
2020年	同大学病院副病院長
2024年～	同大学名誉教授
～	同大学小児科学特任教授

LS1-2. 定期接種化となる初の母児免疫ワクチン(RSVpreF)について

※2026年1月26日現在、RSV ワクチンの定期接種制度化については厚生労働省のワクチン分科会にて最終審議中です。

横浜市立市民病院 産婦人科

倉澤 健太郎

RSV ウイルス (RSV) は新生児・乳児における急性下気道感染症の主要な病原体であり、生後 6 か月未満では特に重症化率が高いことが知られている。治療は対症療法が中心となるため、感染予防は極めて重要である。これまでの予防・対策は、パリビズマブやニルセピマブ (2024 年から投与可能) などハイリスク児を対象としたモノクローナル抗体投与が中心であり、健常児に対する予防手段は存在しなかった。しかし、母体から胎児への抗体移行を利用する maternal immunization の概念が提唱され、組換えプレフュージョン F 蛋白を抗原とする妊婦を対象とした RSV ワクチン (RSVpreF) が 2024 年 5 月末にわが国でも接種可能となった。

RSVpreF の国際第 III 相試験 MATISSE (7,420 例) では、生後 90 日および 180 日までの高度の MA-LRTI (重度 RSV 関連下気道疾患) に対して、それぞれ 82.4%、70.0% の予防効果が示され、生後 12 ヶ月間の重篤な有害事象は新生児黄疸 2.1%、新生児高ビリルビン血症、早産児各 1.4% であった。

早産リスクについては国・地域別解析では南アフリカなど一部地域で不均衡がみられたものの、最近では様々なリアルワールドデータ (VAERS・VSD) も報告があり、早産・低出生体重・新生児死亡の増加は確認されていない。2025 年に報告されたアルゼンチンの BERNI 研究では、生後 3 か月までの入院予防効果が 78.6%、6 か月までの入院予防効果が 71.3% と、臨床有効性を裏付ける実地データも蓄積してきた。

これらの科学的根拠を踏まえ、日本で 2025 年 10 月、厚生労働省は妊婦に対する RSV ワクチン接種を定期接種に位置づける方針を固めた。日本における RSV 感染による重症化予防効果のエビデンスがない中では極めて異例であるが、乳児の RSV 重症化を出生直後から予防できる初めての公衆衛生上の施策であり、今後の周産期医療において極めて重要な転換点となる。

ワクチンの初期導入に際しては、接種時期 (定期接種の接種期間は 28 週~36 週)、流行時期の地域差、費用負担軽減、接種記録の管理などが課題となる。また妊婦ワクチンは心理的・社会的障壁が大きく、WHO の提唱する BeSD (behavioral and social drivers) モデルに基づき、妊婦の「認知」「社会的影響」「動機」「実際の障壁」を系統的に評価し介入することが求められる。

妊婦接種によって新生児の重症 RSV 感染を包括的に予防可能となった今、産婦人科医・助産師をはじめとするヘルスケアプロバイダーは最新のエビデンスに基づいた正確な情報提供と接種支援を行う責務があると言える。定期接種化により母児の健康を守る新たなツールが実装されるにあたり、臨床現場での適切な運用が極めて重要となる。

【略 歴】

H10 年 3 月	琉球大学医学部医学科卒業
12 年 4 月	横浜市立市民病院 産婦人科専修医
14 年 1 月	横浜市立大学医学部附属病院産婦人科常勤特別職
16 年 4 月	横浜市立大学附属病院 産婦人科助手 のちに助教
20 年 4 月	小田原市立病院 産婦人科医長
22 年 4 月	横浜市立大学附属市民総合医療センター総合周産期母子医療センター助教
26 年 4 月	同 講師
26 年 9 月	厚生労働省雇用均等・児童家庭局母子保健課生殖補助医療対策専門官
29 年 4 月	横浜市立大学大学院医学研究科産科婦人科学講座 講師
31 年 4 月	同 准教授
R3 年 4 月	同 周産期医療センター長 (兼務)
5 年 4 月	同 診療教授/周産期医療センター長 (兼務)
6 年 4 月	横浜市立市民病院産婦人科科長・部長/母子医療センター長
7 年 4 月	同 病院長補佐 (兼務)

ランチョンセミナー2 (2 日目 12:10~13:10)

【第 2 会場】

共催：アストラゼネカ株式会社

LS2. 進行・再発子宮体癌の複合免疫療法を深掘りする

島根大学医学部 産科婦人科学

京 哲

進行・再発子宮体癌では DUO-E 試験、GY018 試験による TC 療法と ICI 併用の複合免疫療法が急速な進展を見せているが、各々の試験の根底にある rationale は十分には議論されていない。特に DUO-E 試験において子宮体癌に初登場した olaparib は、これまで卵巣癌の維持療法として用いられてきた薬剤である。コンパニオン診断として HRD 陽性や BRCA1/2 変異陽性を確認した上での使用が保険適用とされてきた薬剤である。では、olaparib が子宮体癌に用いられる rationale は何なのか？ HRD 等を測定する必要はないのか？ 薬効や使い方としては卵巣癌の維持療法と同じ考え方で良いのか？など、様々な疑問が湧いてくる。本講演ではこれらの疑問にメスを入れ、科学的根拠、rationale に基づいてプロトコルの理解を深め、臨床の現場でこれらを選択する際の一助となるよう解説をする。

【略 歴】

1986 年	産業医科大学医学部医学科卒業
1986 年	大阪大学医学部附属病院産婦人科医員
1993 年	米国ノースウエスタン大学 分子細胞生物学部門 post-doctoral fellow 留学
1995 年	金沢大学医学部附属病院産婦人科助手
1999 年	金沢大学大学院医学系研究科 産婦人科講師
2014 年	島根大学医学部 産科婦人科 主任教授

ES. 女性活躍時代の子宮内膜症 management

千葉大学医学部附属病院 婦人科・周産期母性科
千葉大学大学院医学研究院生殖医学

甲賀 かをり

生物の「メス」の身体は、優秀で健康な子孫を効率よく産み育てられるよう進化してきた。ヒトの女性についても例外ではない。例えば、交尾という妊娠に直結するイベントがなくても、排卵し、子宮内膜の脱落膜化が起き、妊娠しなければ月経が来る、といった現象は、長い妊娠期間に子宮内で効率よく胎児を发育させるために発達した、ヒト固有の生殖機構である。

一方、昨今の「女性活躍」により、女性が男性と同様に社会進出し、女性の価値観も多様化した結果、必ずしもこの生殖機構がその女性個人にとって有益ではない、それどころか、むしろ「月経困難症」「PMS」といった女性の健康や well-being を害する原因となることも問題となってきた。加えて、これまで女性がマイノリティーであった多くの組織では、月経や妊娠、出産、更年期といった女性特有の健康問題に対する理解と支援が不足している場合が多く、それが「女性活躍」を阻んでいるという実態もある。さらに医療提供や政策決定などの機関に女性専門職が少ないことが、女性特有の疾患に対する研究費や医療費の過少分配に関連しているという報告もある。

男女問わず社会で能力を最大限に発揮するためには、健康が基本である。真の「女性活躍」には、生命科学的見地から性差を捉え、政策の充実や社会の意識改革を行う必要がある。本講演では、活躍する世代の女性に特に罹患率の高い子宮内膜症の management について、「女性活躍」との関連を考えながら、問題提起とディスカッションを行いたい。

【略 歴】

1996 年	千葉大学医学部卒業
2003 年	東京大学大学院医学系研究科 生殖発達加齢医学専攻修了
1996 年	東京大学医学部附属病院 産婦人科 研修医
1997 年	三井記念病院 産婦人科 研修医
1998 年	国立霞ヶ浦病院 産婦人科 医員
2001 年	JR 東京総合病院 産婦人科 医員 (大学院在学中)
2003 年	日本赤十字社武蔵野赤十字病院 産婦人科 医員
2004 年	東京大学医学部附属病院 女性診療科・産科 助手
2006 年	豪州プリンスヘンリー研究所 ポスドク研究員
2006 年	米国イェール大学 産婦人科 ポスドク研究員
2008 年	東京大学医学部附属病院 女性診療科・産科 助教
2013 年 4 月	東京大学医学部附属病院 女性診療科・産科 講師
2014 年 8 月	東京大学大学院医学系研究科 産婦人科学講座 准教授
2023 年 1 月	千葉大学大学院医学研究院産婦人科学 教授

SS1. 卵巣がん治療における多様性 ～PARP 阻害剤と外科治療の最適化～

滋賀医科大学医学部附属病院 女性診療科

天野 創

卵巣がんは婦人科悪性腫瘍の中でも最も予後不良な疾患であり、多くが進行期で診断される。従来の治療戦略は外科的切除と paclitaxel/carboplatin を中心とした補助化学療法が基本であったが、近年は維持療法の導入により生存期間の延長が期待されている。主に高異型漿液性癌を対象とした複数の大規模臨床試験により、PARP 阻害剤の有効性が示され、BRCA 遺伝子変異や相同組換え修復欠損陽性例を中心に維持療法として確立しつつある。PARP 阻害剤の治療効果を最大限に引き出すとともに、通院負担の軽減や副作用管理を通じて生活の質を維持するためには、患者一人ひとりの背景に応じた治療の最適化が求められる。当科では、HRD 検査に加え、CA125 の減少速度を指標とする KELIM 値を臨床判断の補助として用い、化学療法感受性の高い症例に対して PARP 阻害剤による維持療法を積極的に検討している。講演前半では、PRIMA 試験および PAOLA-1 試験などの最終結果を踏まえ、PARP 阻害剤の位置づけと適応の考え方、当科での投与経験、安全性管理、そして実臨床での運用上の工夫について概説する予定である。

一方で、卵巣がん治療の根幹はあくまで外科的切除である。自身も「薬でがんは治らない。手術こそが唯一がんを治す手段である。」と教えられてきた。維持療法や分子標的薬が発展する現在においても、初回手術（primary debulking surgery）による完全切除が予後を左右する最も重要な因子である。進行卵巣がんに対しては、他科との密接な連携のもとで完全切除を目指すことが不可欠である。再発時には、臨床試験においてプラチナ感受性再発で手術による切除の有効性が示されているが、症例を慎重に選択すれば、プラチナ抵抗性再発や化学療法抵抗性を示す卵巣明細胞癌においてこそ外科的切除の意義が最大化されると考えている。当科では、完全切除が期待できる再発例に対して積極的にサルベージ手術を実施しており、複数回の再発手術を含め長期生存が得られた症例を経験している。がん治療の進歩により多様な分子標的薬や維持療法が登場しているが、“切って治す”という外科治療の基本理念に揺るぎはない。特に進行再発卵巣癌においては、薬物療法と手術療法の最適な組み合わせを探ることこそが、治療戦略の核心であると考えている。本講演では、卵巣がん治療の多様性を踏まえ、薬物療法と手術療法の最適なバランスについて、臨床現場の視点から考えてみたい。

【略 歴】

2002年 4月	滋賀医科大学医学部附属病院産婦人科 研修医
2005年 4月	日立総合病院産婦人科
2007年 4月	国立がんセンター中央病院(現国立がん研究センター中央病院) 婦人科レジデント
2011年 4月	滋賀医科大学女性診療科 助教
2013年 10月	公立甲賀病院産婦人科
2014年 4月	滋賀医科大学女性診療科 特任助教
2015年 4月	滋賀医科大学女性診療科 助教
2019年 2月	高島市民病院産婦人科 部長 (出向)
2019年 8月	滋賀医科大学女性診療科 助教
2021年 1月	滋賀医科大学医学部附属病院女性診療科 講師 (学内)
2022年 4月	滋賀医科大学医学部附属病院女性診療科 講師
現在に至る	

SS2-1. 真の低侵襲手術を目指して ～患者・術者双方に優しい手術とは～

公益財団法人田附興風会医学研究所北野病院

岩井 夏実

近年 web セミナーや動画コンテンツなどで多数の腹腔鏡下子宮全摘術(TLH)の動画を見るのが可能となり、技術認定医取得を目指す医師はどこに居てもいつでも何度でもエキスパートから学ぶことができるようになった。その中で、より高みを目指すためには、学んだ知識から自分なりの術式を確立し再現性のある低侵襲手術を施行できるようになることが一つの目標になり得ると考える。患者に優しい手術を可能にするためには術式だけでなく膜構造を始めとする解剖、エネルギーデバイスについての理解も不可欠である。

また、術者の負担を軽減するためにはエルゴノミクスを意識したポート配置やデバイス選択も行った方がよりストレスの少ない手術を行うことができると思われる。

腹式手術とは異なる視野や経ポートにより限られた範囲での鉗子の可動域、牽引方向の制限を逆手に取りながらも、より精細に微小血管や膜構造が観察できるメリットを活かす手術をするためにどのような工夫ができるか考えてみたい。

【略 歴】

- | | |
|-----------------|---|
| 2013 年 | 長崎大学 卒業 |
| 2013～2015 年 | 武蔵野赤十字病院 初期研修医 修了 |
| 2015～2018 年 | 聖路加国際病院 女性総合診療部 後期研修修了
(最終年度にチーフレジデント) |
| 2018～2023 年 6 月 | 医療法人伯鳳会 大阪中央病院 婦人科 |
| 2023 年 7 月～現在 | 医学研究所 北野病院 産婦人科 |

SS2-2. 術者の主体性を体現する層解剖に基づいた TLH の定型化

— FUSE 取得者が語るエネルギー戦略 —

滋賀医科大学医学部附属病院

高橋 顕雅

腹腔鏡技術認定医の取得は、単に手技の巧拙を評価する制度ではなく、術者としての洞察力、解剖学的理解、さらに手術全体を主体的にコントロールする能力を総合的に証明するプロセスである。近年、ロボット支援下手術が急速に普及しているが、腹腔鏡下手術の基本原則と高度な技術は依然として外科治療の根幹を成しており、腹腔鏡技術認定資格の持つ意義は揺るがない。

技術認定審査において最も重視されるのは、術者の「主体性」である。提出された手術動画からは、術者が解剖をどのように理解し、どの層を、どのような意図で展開・剥離しているのかという意味決定の過程が明確に評価される。操作に迷いが見られたり、無駄な動きが多かったりする場合には主体性の欠如と判断される一方、意図の明確な操作は、安全で再現性の高い手術として高く評価される。この主体性を動画の中で体現するための要点は、三つに集約される。

第一は、手術の定型化である。術式を標準化し一貫性を持たせることで、次に行う操作が予測可能となり、助手や手術室スタッフとの意思疎通が円滑になる。定型化は単なるルーチンワークではなく、不測の事態に直面した際にも冷静に対応できる心理的・時間的余裕を生み出す点で、重要なリスクマネジメント戦略である。

第二は、ホワイトサージェリーの徹底とエネルギーデバイスの戦略的活用である。術野を血液で汚さず、解剖構造を常に明瞭に保つことは、安全な手術遂行の基盤である。FUSE の概念に基づきデバイスを適切に選択・運用することで、超音波凝固切開装置は切離のみならず剥離・展開にも有効に機能し、出血を最小限に抑えたクリアな術野の維持に寄与する。

第三は、組織愛護性を重視した尿管ハンドリングである。腹腔鏡下子宮全摘術において尿管の扱いは常に重要な論点である。近年は過度な露出を必須としない考え方もあるが、技術認定医を目指す段階では、尿管を確実に同定・剥離する工程をあえて定型に組み込むことが有用である。デバイスの特性を理解し、重要構造を損傷しない操作を理論的背景とともに示すことは、術者の高い解剖理解と組織愛護の姿勢を明確に示す。

以上のように、デバイス特性を踏まえ、解剖学に基づいた「場の展開」を追求することは、手術の質と安全性の向上に直結する。術者の意思と戦略が明確に伝わる手術動画を提示することこそが、腹腔鏡技術認定医取得への最短距離であり、外科医としての本質的成長につながると考える。

【略 歴】

2005年4月～2007年3月	滋賀医科大学医学部附属病院	初期臨床研修
2007年4月	滋賀医科大学医学部附属病院	母子診療科
2009年9月	大津市民病院	産婦人科
2011年4月	滋賀医科大学医学部附属病院	女性診療科 医員
2013年3月	滋賀医科大学医学部附属病院	女性診療科 特任助教
2014年4月	がん研究会有明病院	婦人科 医員
2016年4月	長浜市立長浜病院	産婦人科 部長
2018年4月	滋賀医科大学医学部附属病院	女性診療科 助教
2020年1月	Hormel Institute, University of Minnesota, USA	(研究休職)
2022年1月	滋賀医科大学医学部附属病院	女性診療科 助教(復職)
2022年4月	東近江総合医療センター	産婦人科 医長
2023年4月	滋賀医科大学医学部附属病院	女性診療科 助教 教育医長
2024年4月	滋賀医科大学医学部附属病院	母子診療科 講師 外来医長
2025年4月	同上	教育医長

SS3. 心身の体調を整えるための補剤の使い方

慶應義塾大学医学部 漢方医学センター

堀場 裕子

「補剤」とは、心身に不足しているものを補い、体調を整える働きを助けると考えられている漢方薬の総称です。心身の不足した状態が続くと、疲労・倦怠感、肩こり、頭痛、食欲不振、不眠といったさまざまな症状が出現します。また、風邪を引きやすくなる、回復に時間がかかるなど、免疫力や抵抗力の低下もみられます。そのような不足状態を補い、心身の本来持っている回復力をサポートしてくれるのが「補剤」です。

補剤には多くの種類がありますが、大きく3つのグループに分類されます。

- ・気力や体力が不足している場合の「補気剤」
- ・血液の不足がみられる場合の「補血剤」
- ・加齢によるエネルギーの低下がしている場合の「補腎剤」

患者さんの不調がどの不足に由来するのかを診察し、それぞれのグループから適切な漢方薬を選択します。例えば、多くの方が自覚する疲労・倦怠感でも、その原因が気力の不足であれば補気剤から選択することになります。同じ症状でも処方される漢方薬が異なるのは、患者さん一人ひとりで必要とする補剤が異なるためです。患者さんに合った補剤を選ぶことができれば、症状の改善につながりやすくなります。

補剤を選択する際に重要なのが、問診と診察所見です。問診では、症状の緩解因子・悪化因子、食欲の有無、睡眠状態などを確認します。診察所見では、体力の程度や、漢方医学の診察方法のひとつである舌診所見を加えることで、より適切な漢方薬の選択が可能となります。

本日は短い時間ではありますが、「補気剤」「補血剤」「補腎剤」の代表的な漢方薬、問診のポイント、簡単な舌診所見などを提示しながらお話しします。先生方の明日からの診療に少しでもお役に立ち、漢方薬を通して患者さんがより良い体調を取り戻す一助となれば嬉しく思います。

【略 歴】

- | | |
|----------|--------------------------|
| 2003年3月 | 杏林大学医学部卒業 |
| 2003年4月～ | 慶應義塾大学医学部 研修医（産婦人科学） |
| 2005年5月～ | 慶應義塾大学医学部産婦人科学 助手 |
| 2007年5月～ | 慶應義塾大学医学部産婦人科学 助教 |
| 2008年4月～ | 慶應義塾大学医学部漢方医学センター 助教 |
| 2013年4月～ | 北里大学北里研究所病院 産婦人科 |
| 2014年4月～ | 慶應義塾大学医学部漢方医学センター 助教/医局長 |
| 2022年10月 | 博士取得（医学） |
| 2024年4月～ | 慶應義塾大学医学部漢方医学センター 専任講師 |
| 現在に至る | |

SS4. 乳癌を科学する—イソフラボン（エクオール）の可能性—

岐阜大学医学部附属病院 乳腺外科

二村 学

イソフラボン、大豆成分に含まれるポリフェノールで、体内で腸内細菌によりエクオールに変換されることがあり、エクオール産生能によって効果が大きく異なる。構造学的にエストロゲンと類似構造を持ち、閉経前は主に抗エストロゲン作用、閉経後は弱いエストロゲン様作用（選択的 ERβ アゴニストに近い）を持つとされる。このため、婦人科領域では更年期症状の改善に用いられる。その臨床的エビデンスとして、効果は HRT（ホルモン補充療法）より弱いものの、多くのメタ解析でホットフラッシュの頻度・強度の軽減が示されており、軽度～中等度の症状では治療選択肢となりうる。この他に骨密度低下抑制作用、月経前症候群（乳房痛、気分変動等）への軽度改善の報告もある。

乳癌の 7 割は、女性ホルモン受容体（エストロゲン受容体: ER、プロゲステロン受容体: PgR）陽性であり、術後再発予防のために内分泌療法として、SERM（タモキシフェン等）あるいは、アロマターゼ阻害剤（アナストロゾール等）を、5～10 年の長期にわたって服用する必要がある。内分泌療法には様々な有害事象があるが、タモキシフェンで特に顕著なホットフラッシュは多くの閉経前患者を悩ませ、治療中断の原因にすらなる。エクオールはホットフラッシュ改善の可能性、あるいは HRT 禁忌乳癌患者における代替選択肢として使われることもある。

またこのエクオールは ER を刺激することから、エストロゲン依存性腫瘍（乳癌、子宮体癌）への影響が議論されている。乳癌診療ガイドライン 2022 によると、欧米、アジアにおける研究報告を用いたメタアナリシスでは、イソフラボン摂取と乳癌再発の関係では有意なリスク減少がみられた（HR: 0.76）。乳癌死亡との関連では HR: 0.97、乳癌患者における全死亡との関連では HR: 0.99 であり有意な差はなかった。現時点では、食事によるイソフラボン摂取は乳癌患者の予後を改善する可能性がある、とのステートメントとなっている。また、アロマターゼ阻害剤服用乳癌患者の半数以上は、エストロゲン枯渇による関節痛、こわばりなどの症状に悩まされているが、有効な治療法がないのが現状である。このためエクオールの投与によって関節症状の改善を目指した臨床試験も現在進行中である。

このようにイソフラボン（特にエクオール）は、乳癌患者にも福音をもたらす可能性を秘めており、現在の立ち位置を乳癌ならびに子宮体癌の方面から科学してみたい。

【略 歴】

1988.3	岐阜大学医学部卒業
1988.5～1989.5	岐阜大学医学部第 2 外科研修医
1989.6～1990.5	岐阜市民病院外科研修医
1990.6～1996.3	高山赤十字病院 外科救急部医師
1996.4～1997.3	岐阜大学医学部附属病院 第二外科医員
1997.4～2001.3	岐阜大学大学院医学研究科（医学博士取得） この間、1997.5-1999.4 東京大学医科学研究所ヒトゲノム解析センター（中村祐輔研究室）に国内留学「Potential role of BRCA2 in a mitotic checkpoint after phosphorylation by hBUBR1」にて学位授与。
2000.11～2002.11	米国オハイオ州立大学博士号取得後研究員（Prof. Ming You）
2002.12～2003.3	米国ワシントン大学（セントルイス）博士号取得後研究員（Prof. Ming You）
2003.4～2010.3	国立がんセンター研究所 生物物理部室長
2010.4～2011.3	岐阜北厚生病院 手術部部長
2011.4～2016.3.31	岐阜大学医学部 乳腺・分子腫瘍学講座准教授
2016.4.1～2017.10	岐阜大学大学院医学系研究科 腫瘍外科学分野准教授
2017.11	岐阜大学医学部附属病院 腫瘍外科学講座臨床教授
2019.4	岐阜大学医学部附属病院 乳腺外科長
2022.1.1	岐阜大学医学部附属病院 乳腺外科教授

SS5. 卵巣癌マーカーTFPI2 のリアルワールドでの活用データ

奈良県立医科大学 産婦人科学講座

川口 龍二

組織因子経路インヒビター2 (Tissue Factor Pathway Inhibitor-2; TFPI-2) は卵巣明細胞癌の培養上清のプロテオーム解析から発見された卵巣癌の新規バイオマーカーであり、2021年4月に保険収載となった。TFPI2は高い明細胞判別性能を有しており、試薬添付文書には悪性腫瘍と良性腫瘍を鑑別するTFPI2のカットオフ値は191 pg/mL、明細胞癌と非明細胞癌を鑑別するカットオフ値として270 pg/mLと記載されている。

しかし、TFPI2が保険収載となった後のリアルワールドでのTFPI2のデータ蓄積はまだ少ない。われわれは、TFPI2が保険収載されてから2023年5月までの期間に卵巣腫瘍にて手術を行い、病理組織学的診断の確定した124例においてTFPI2の有用性について、CA125と比較して検討を行った。

その結果、良性腫瘍群と境界悪性腫瘍および悪性腫瘍を合わせた群との比較、良性腫瘍および境界悪性腫瘍を合わせた群と悪性腫瘍群との比較、明細胞癌群と非明細胞癌群との比較ではそれぞれCA125、TFPI2ともに有意差をもって鑑別可能であり、明細胞癌群と卵巣子宮内膜症性嚢胞群との比較ではCA125では有意差を認めないもののTFPI2では有意差をもって鑑別可能であった。また術後TFPI2の上昇が卵巣癌増悪を反映していた症例も経験した。これらの結果より実臨床においてもTFPI2は既存の腫瘍マーカー同様に有用であることが分かった。現在、当科において、術前の画像検査により、明細胞癌が疑われた場合はTFPI2、CA125、CA19-9を、また漿液性癌が疑われた場合はTFPI2、CA125、HE4を組み合わせて測定している。

さらに、TFPI2が卵巣癌における予後予測マーカーになりうるかも検討を行い、術前のTFPI2が高値である症例の予後は有意に不良であった。

以上のように、TFPI2は明細胞癌、卵巣腫瘍の良悪性の鑑別する診断マーカーだけでなく、予後予測因子になるバイオマーカーとなりうるのがリアルワールドのデータとして明らかとなった。

【略 歴】

1996年3月	奈良県立医科大学卒業
2002年3月	奈良県立医科大学大学院医学研究科(医学博士)修了
1996年4月	奈良県立医科大学産科婦人科学講座入局
2004年4月	奈良県立医科大学産科婦人科学講座助手
2007年7月	静岡県立静岡がんセンター副医
2009年7月	奈良県立医科大学産科婦人科学講座助教
2015年4月	奈良県立医科大学産科婦人科学講座講師
2019年4月	奈良県立医科大学産科婦人科学講座准教授

SS6. 月経困難症治療の新たな戦略 — E4/DRSP の臨床的可能性

名古屋大学医学部 産婦人科

中村 智子

月経困難症は、若年女性の QOL を著しく低下させる疾患であり、その背景には子宮内膜症の存在が少なくない。子宮内膜症は、慢性的な骨盤痛や不妊の原因となるだけでなく、進行性・再発性の病態であるため、長期的かつ安全な治療戦略が求められている。従来、低用量エストロゲン・プロゲステン配合剤 (OC/LEP) は月経困難症に広く用いられてきていたが、血栓症や乳腺刺激などの副作用が懸念される。

近年、天然のエストロゲンであるエストロール (E4) と、抗ミネラルコルチコイド作用および弱いアンドロゲン作用を有するドロスピレノン (DRSP) を組み合わせた新しい OC/LEP 製剤が登場し、注目を集めている。本講演では、E4/DRSP 製剤が子宮内膜症に対して示しうる多面的な効果と、月経困難症治療における新たな選択肢としての可能性について概説する。

まず、子宮内膜症の発生に関して、生体内エストロゲンは異所性子宮内膜組織の生着を促進する可能性が示されている。実際、OC 使用歴と深部子宮内膜症との関連が報告されており、エストロゲン活性の高さが病態の侵襲性に影響する可能性が示唆されている。E4 は低エストロゲン活性をもつため、病変の発生リスクを抑制し得ると考えられる。

また、腹膜子宮内膜症モデルマウスにおいて E4 投与により病変の体積・重量が減少したことから、子宮内膜症の進行を抑制する効果が期待される。さらに、プロゲステロン抵抗性は、子宮内膜症に特徴的でホルモン療法の効果を低減させることが知られているが、E4 はこのプロゲステロン抵抗性に対して、ER α の発現亢進、ER β の抑制、PGR の発現増加を介して感受性の改善に寄与する可能性がある。

一方で、血栓症と乳がんリスクは OC/LEP 製剤における重大な合併症である。基礎データでは、E4 は肝臓での凝固因子誘導が少なく、乳がん細胞の遊走と浸潤を抑制する可能性が示唆されている。

本講演では、これらの知見をもとに、月経困難症治療における E4/DRSP 製剤の臨床的意義と今後の展望について考察し、患者中心の治療戦略としての可能性を提示する。

【略 歴】

2003 年 3 月	名古屋大学医学部 卒業
2003 年 4 月	愛知厚生連海南病院産婦人科
2006 年 4 月	小牧市民病院産婦人科
2010 年 4 月	名古屋大学大学院医学系研究科 入学
2014 年 3 月	名古屋大学大学院医学系研究科修了 (医学博士)
2014 年 4 月	名古屋大学医学部附属病院 助教
2018 年 4 月	名古屋大学医学部附属病院 講師
2023 年 3 月	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 准教授
2025 年 4 月	名古屋大学大学院医学系研究科産婦人科学 准教授
2026 年 1 月	名古屋大学医学部附属病院産科婦人科 診療教授 (兼任)

一般演題

第 1 群(1 日目 13:00~14:05) 第 2 会場

O1. 母児間輸血症候群発症後の子宮出血にて診断された胎盤内絨毛癌の一例

¹名古屋大学医学部附属病院、²岐阜県立多治見病院

柘植志織¹、白崎茉莉¹、安井裕子¹、吉田康将¹、
中村浩美²、新美薫¹、梶山広明¹

【緒言】胎盤内絨毛癌は、16 万出生に 1 人の割合で母体に発症するとされている稀な疾患である。異常血管の影響により母児間輸血症候群の一因となる。今回、母子間輸血症候群を契機に胎盤内絨毛癌と診断された症例を経験したため報告する。

【症例】28 歳、3 妊 1 産 1 流産の女性。自然妊娠成立し妊婦健診を継続、経過に特記すべき異常を認めなかった。妊娠 38 週 2 日の妊婦健診にて胎動減少の訴えあり、腹部超音波断層法にて胎動の減少、呼吸様運動の消失、胎児心拍モニタリングにて non reassuring fetal status を認めため緊急帝王切開を施行した。出生体重 2796g、Apgar スコア 2/6 点 (1/5 分)。児は啼泣を認めたが全身蒼白で、臍帯動脈血 Hb1.9g/dL と著明な貧血を呈した。母体血 HbF 0.4 % と上昇は認めなかったが、AFP 6074 ng/mL と異常高値を認め、臨床的に母児間輸血症候群と診断した。母体の退院診察では、子宮内遺残は認めず、術後 6 日目に退院した。しかし、術後 13 日目に大量性器出血のため救急搬送となり、造影 CT にて血管外漏出を認めため、弛緩出血の診断で子宮動脈塞栓術を施行した。血管造影時に子宮内腫瘍を認め、 β -hCG 525,443 IU/L と異常高値が判明した。胸部 CT にて多発腫瘍影を認め、絨毛癌診断スコア 5 点以上であり、臨床的絨毛癌と診断し名古屋大学病院へ転院した。臨床的絨毛癌の診断にて化学療法開始し、後日胎盤病理の再検査にて、異型細胞増殖が指摘され胎盤内絨毛癌の診断となった。化学療法開始後、hCG は漸減傾向を示し、現在治療継続中である。児は日齢 12 で退院となり、現時点で発達の異常は認めず、 β -hCG 陰性を確認している。

【考察・結語】胎盤内絨毛癌が発症要因と考えられる母子間輸血症候群の症例を経験した。母子間輸血症候群の原因として、稀ではあるが胎盤内絨毛癌の合併の可能性も念頭に置き、hCG の測定、詳細な胎盤病理検索を行うことが肝要である。

O2. 家庭血圧に基づいた妊婦の血圧値の分類の作成とその有用性の検討

吹上マタニティクリニック

鈴木佳克、山本珠生

【目的】家庭血圧 (HBP) 測定は、診察室血圧 (OBP) に比べて血圧の日間変動の評価に適している。内科領域では心血管障害ハイリスク群のスクリーニングとして血圧値の分類が用いられている。妊娠初期に正常血圧であった日本人の妊婦において多施設前方視的研究を行い、妊婦の血圧の変動をより明らかにした。その sub 解析として妊婦における血圧の分類を行い、さらに OBP に対応した妊婦の血圧値の分類の作成し、その有用性を検討した。

【方法】1. 多施設前方視的研究は妊娠初期に正常血圧であった日本人の妊婦 184 名、妊娠高血圧症候群 (HDP) 発症 14 名、内妊娠高血圧 (GH) 13 名と normotensive 170 名において HBP 測定を連続的に行った。Mean HBP 回帰曲線は、収縮期血圧 (SBP, mmHg): $Y=120-2.41X+0.0909X^2-0.000956X^3$ $R^2=0.912$ 、拡張期血圧 (DBP, mmHg): $Y=90-2.41X+0.0909X^2-0.000956X^3$ $R^2=0.902$ であった。日本高血圧学会の血圧値の分類の基準値 normal BP: SBP115mmHg と DBP75mmHg、high normal BP: SBP125mmHg と DBP75mmHg、elevated BP: SBP135mmHg、DBP85mmHg を非妊娠時に相当する 35 週の BP にマッチさせ、妊婦の血圧値の分類を決定した。登録された 184 名の BP 回帰曲線を作成し、血圧値の分類を行った。high normal +elevated をハイリスク領域として比較検討した。

2. 白衣減少を加味し OBP に対応した血圧値の基準を策定した。2021 年 1 月~2025 年 3 月に分娩した妊娠初期正常血圧妊婦は 838 名、HDP51 名 (6%)、妊娠高血圧腎症 (PE) 24 名 (3%)、GH27 名 (3%) であった。正常血圧妊婦より抽出した 64 名をコントロールとして OBP 曲線により、後方視的に血圧値の分類を検討した。本検討は倫理委員会の承認を得て、患者より同意を得て行った。

【成績】1. SBP 回帰曲線は HDP 患者において normal/high normal+elevated は 5/9、normotensive では 141/39、Odds ratio 6.51, $P=0.0001$ 、DBP は normal/elevated は 7/7、normotensive では 156/24、Odds ratio 6.50, $P=0.0002$ であった。

2. OBP 対応した SBP 回帰曲線において HDP 患者では normal/high normal+elevated は 40/11、normotensive では 61/3、Odds ratio 5.59, $P=0.009$ 、DBP では normal/elevated は 44/7、normotensive では 60/4 で差を認めなかった。GH 患者では早期にハイリスク領域に BP が上昇するものが多く、PE では発症直前に BP の上昇を認めた。

【結論】HDP は妊娠中期に認められる BP 下降時期に血圧値の分類というハイリスク領域への BP 上昇するものを多く認め、血圧値の分類は HDP ハイリスク妊婦のスクリーニングとして有効である。特に GH 患者で顕著であり、HBP 測定はその変化をより明瞭化できる。

03. 胎動減少が腸管穿孔の回避に寄与した十二指腸閉鎖・多発小腸閉鎖の一例

三重大学医学部附属病院

九谷葉月、高倉翔、牧野麻理恵、加藤麻耶、栗山萌子、中尾真大、真川祥一、鳥谷部邦明、近藤英司

【緒言】小腸閉鎖は成熟児で他の先天異常がない場合、予後は良好とされるが、腸管穿孔を併発すれば重症化し得る。近年、出生前診断の精度は向上しているものの、胎動減少といった母体の自覚症状が異常の早期発見に寄与する例も少なくない。今回、胎動減少を契機に胎児機能不全を早期に認識し、腸管穿孔を回避し得た十二指腸閉鎖・多発小腸閉鎖の一例を経験したため報告する。

【症例】母体は27歳、1妊0産。妊娠28週の健診で、経腹超音波断層法にてdouble bubble signと羊水過多を認め、羊水検査で21トリソミーと診断された。妊娠32週、小児外科管理が必要と判断され、当院へ転院となった。妊娠33週より精査のため入院したところ、double bubble signに加え、小腸閉鎖を示唆する嚢胞状構造を認めた。妊娠34週2日、胎動減少を自覚し、胎児心拍数モニタリングで一過性頻脈の消失と基線細変動の減少を認め、BPS (biophysical profile scoring) 2点で胎児機能不全と判断し緊急帝王切開術を施行した。出生当日、児は十二指腸閉鎖および小腸閉鎖の疑いで緊急開腹術が行われた。術中所見では、十二指腸閉鎖と多発小腸閉鎖を認め、さらにトライツ靱帯から60cmの腸管は拡張し、90cmの部位で盲端を形成する空腸に虚血壊死と腸管切迫穿孔の所見があった。

【結論】本症例では、胎動減少が胎児機能不全の早期認識につながり、腸管穿孔を回避し得た。小腸閉鎖では、胎動減少が腸管虚血や穿孔の前兆を捉える契機となり得るかもしれない。妊婦への胎動カウントの推奨は、重篤な合併症予防に有用と考えられる。

04. 経腹超音波検査で胎児の多発関節拘縮症が疑われた一例

名古屋市立大学医学部附属西部医療センター

大野園果、中元永理、藤村圭悟、成田明日香、尾崎馨、時岡礼奈、菅野颯、内藤麻衣、西田光希、粟生晃司、林祥太郎、牧野明香里、川端俊一、松本洋介、西川尚実、荒川敦志

【緒言】先天性多発性関節拘縮症は先天性非進行性の四肢多発性の関節拘縮と運動障害を主症状とする症候群である。妊娠24週時の経腹超音波検査にて胎児の関節拘縮が指摘され、分娩後に先天性多発性関節拘縮症の原因になりうるPena-Shokeir症候群I型と診断された症例を経験したため報告する。

【症例】28歳、初産婦、子宮筋腫合併妊娠のため妊娠9週に当院紹介受診となった。妊娠24週に経腹超音波検査にて胎児の関節拘縮が指摘された。胎児染色体分析目的で羊水検査を提案したが、希望されなかった。妊娠26週から羊水過多が認められた。児の推定体重は-0.9SDから-1.2SDであった。胃泡は小さめに描出され、胎児心エコーを施行したが、心奇形は認めなかった。妊娠29週5日に前期破水にいたり、入院管理となった。入院中の経腹超音波検査にて小顎症が疑われ、娩出後の気管挿管困難について小児科をはじめとして小児外科や麻酔科とも協議した。MRIにて子宮筋腫の所見や児の小顎症の有無を確認後、妊娠30週2日に予定帝王切開術を施行した。児には小顎症と開口困難あり挿管困難であったが、最終的に挿管できた。他にも四肢関節拘縮、両股関節脱臼、右膝関節脱臼、側弯、両側脳右室拡大、D型食道閉鎖、肺低形成を認め、Pena-Shokeir症候群I型と診断された。日齢2に食道閉鎖に対し、胃瘻造設術施行した。日齢14にCRP上昇あり、抗生剤開始した。血液培養から大腸菌が検出された。日齢30に敗血症によるDICコントロール不良のため死亡した。

【考察】今回、妊娠24週時の経腹超音波検査にて胎児の関節拘縮が指摘され、分娩後にPena-Shokeir症候群I型と診断された症例を経験した。今回、児の気管挿管困難を予測し準備したため挿管可能であったが、児が敗血症によるDICコントロール不良のため救命できなかった。出生前に関節拘縮が疑われる場合、本疾患も念頭に置き管理するべきだと考える。

05. EXIT 法を施行した胎児頸部リンパ管奇形の 1 例

¹名古屋大学医学部附属病院、²春日井市民病院、
³藤田医科大学病院

池淵圭祐^{1,2}、松尾聖子¹、稲村達生¹、白石佳孝¹、
田野翔¹、夫馬和也¹、甲木聡¹、森山佳則³、牛田貴文¹

【緒言】EXIT (ex utero intrapartum treatment) は、帝王切開時に臍帯血流を維持したまま胎児の気道確保を行う手技であり、出生直後の気道確保が困難と予測される症例に適応となる。今回、胎児巨大頸部腫瘍に対してEXIT法を施行した1例を経験したため報告する。

【症例】30歳、2妊1産。自然妊娠。妊娠18週より胎児頸部嚢胞を指摘され、増大傾向を認めたため、妊娠30週1日に胎児MRIを撮影したところ、最大径95×83mmの嚢胞性腫瘍を認めた。リンパ管奇形や奇形腫を鑑別に挙げ、周産期管理及び出生後の治療を考慮して妊娠32週に当院へ紹介となった。MRIでは腫瘍による気道圧排を認め、さらに気道前面に病変が位置し気管切開も容易ではないことが予想された。2回のシミュレーションで手術の流れ、使用機器、役割分担を確認したうえで、新生児科、小児外科、耳鼻咽喉科立ち合いのもと、全身麻酔下でEXIT施行の方針となった。妊娠37週4日に選択的帝王切開を施行。子宮切開・破膜後、児頭と頸部腫瘍、右上肢を娩出し、新生児科医師がビデオ喉頭鏡下に気管挿管し、気管支鏡で位置を確認後に胎児娩出、臍帯切断した。手術時間69分、EXIT時間5分、出血量1157mL。児は3246gの男児でApgarスコア(1分/5分)は3/6であった。出生後の精査でリンパ管奇形と診断され、シロリムスによる治療開始。日齢12に抜管し、その後も経過良好であり、日齢35に退院。現在も外来通院中である。

【結語】EXITが適応となる症例は稀であるが、多職種による綿密な連携と術前シミュレーションが重要である。本症例では事前準備を重ねることで安全かつ円滑な手技遂行が可能であった。

06. 胎児脳室拡大と知的発達予後の検討

あいち小児保健医療総合センター

足立健敏、野崎雄揮、早川博生

【目的】当院は小児脳神経外科手術が可能のため、胎児の脳室拡大(Ventriculomegaly:VM)症例が多く紹介される。両親にとってわが子の神経学的経過が最大の関心事となるため、予後予測は治療方針決定や家族への説明に重要である。そこで今回我々は胎児期VMの程度と知的発達予後の関係を検討することにした。

【方法】2017年2月から2024年12月の間に当院へ紹介された胎児疾患に対して超音波検査でVMを認めた症例を抽出し、臨床情報を診療録より後方視的に検討した。側脳室三角部(atrial width:AW)を測定し、10mm以上15mm未満を軽度VM、15mm以上を重度VMと分類した。左右差がある場合は大きい側のAWを採用した。知的発達予後は生後12か月以上経過観察できた症例を評価し、知的発達のマイルストーンから逸脱した症例を知的発達遅滞と評価した。

【成績】対象症例は70例。胎児MRIは56例で撮影された。軽度VMは39例、重度VMは31例であった。軽度VMのうち人工妊娠中絶が4例、出生後当院経過観察なしが19例、生後12か月以上経過観察できた症例は全16例で知的発達遅滞が9例(56%)、知的発達正常が7例(44%)であった。重症VMのうち人工妊娠中絶は6例、出生後当院経過観察なしが4例、生後12か月以上経過観察できた重度VMは全21例で知的発達遅滞が8例(38%)、知的発達正常が13例(62%)であった。

【結論】当院では軽度VMの方が重度VMより知的発達予後が悪かった。軽度VMは染色体異常や遺伝子異常が多く、知的発達遅滞に影響したと考えられる。重度VMは脳梁欠損例が多かった。VMだけでは知的発達予後の程度予測は困難であるが、VMの程度によらず基礎疾患の有無を精査することが重要である。今回の限界の一つとして出生後に当院で経過観察できていない症例が多く、さらなる検討が必要である。

07. 当院における過去 10 年間に施行した器械分娩の後方視的検討

市立四日市病院

小関詩津恵、辻誠、柿原杏那、福森史也、岡田貴行、二村涼、小林奈津子、長尾賢治

【目的】当院では今後、無痛分娩導入に伴い器械分娩の適応拡大が予想される。そこで、過去 10 年間に施行した鉗子分娩および吸引分娩の適応と母児予後を比較し、適切な器械選択の一助となる情報を得ることを目的とした。

【方法】2015～2024 年に当院で経膈分娩となり器械分娩を施行した 363 例を対象とし、鉗子分娩 109 例と吸引分娩 254 例を後方視的に比較した。患者背景、分娩所見、母体・児合併症について解析し、カイ二乗検定または Mann-Whitney U 検定を用いた。P<0.05 を統計学的有意とした。

【成績】年齢・身長・体重および経産の有無は両群間で差を認めなかった。一方、出生体重 3500g 以上の割合は鉗子群で有意に多かった (21.1% vs 9.8%, p=0.0037)。また産瘤を認める場合には鉗子分娩を選択している傾向があり、吸引分娩困難による鉗子への切り替え症例が 9 例 (8.3%) 認められた。

出血量は鉗子群で有意に多く (中央値 697g vs 500g, p<0.05)、会陰裂傷Ⅲ度以上の割合も鉗子群で有意に高かった (23.9% vs 10.2%, p=0.0007)。

児合併症では頭血腫が鉗子群で多い傾向を認めたが、有意差はなかった (13.8% vs 7.5%, p=0.0597)。一方、皮膚痕など軽度外傷は鉗子群で顕著に多く (39.4% vs 1.6%, p<0.05)、眼底出血 (1 例) や鎖骨骨折 (2 例)、帽状腱膜下血腫 (1 例)、硬膜下血腫 (2 例) など重症例も少数ながら鉗子群でのみ認められた。

【結論】鉗子分娩は吸引分娩と比較し、母体出血および外傷リスクが高く、児合併症も増加傾向を示した。ただし、鉗子群では出生体重 3500g 以上の割合が多く、適応の違いが結果に影響している可能性がある。無痛分娩導入に伴い娩出力低下例の増加が見込まれるなか、母体外傷軽減の観点からは吸引分娩を優先しつつ、産瘤により吸引カップの装着が困難な場合や Heavy for date (HFD) などでは鉗子分娩が有用となる可能性が示唆される。今後は適応別のアウトカム評価や無痛分娩下での検討が求められる。

08. 妊娠中の非特異的腹痛が示した稀な腓腫瘍：腓尾部充実性偽乳頭状腫瘍の 1 例

三重大学医学部附属病院

森岡里桜、真川祥一、加藤麻耶、奥村亜純、高倉翔、鳥谷部邦明、近藤英司

【緒言】充実性偽乳頭状腫瘍 (solid pseudopapillary neoplasm : SPN) は稀な低悪性度腫瘍であり、妊娠中の発見は極めて少ない。今回、妊娠後期に腹痛を含む腓炎症状を契機に診断された SPN 症例を報告する。

【症例】36 歳、1 経産。既往歴はなく、体外受精胚移植で妊娠成立後、当科で妊娠管理されていた。妊娠 37 週 5 日に心窩部痛を主訴に受診し原因精査目的に入院となった。入院後に繰り返す胆汁性嘔吐を認めた。血圧は 116/66mmHg であり、血液検査では HELLP 症候群や妊娠性急性脂肪肝を示唆する所見は認めないものの、P 型アミラーゼの上昇を認めた。腹部超音波検査で腓腫瘍を指摘された。追加で施行した腹部 MRI では腓尾部に径約 5cm の腫瘍を認め、辺縁部は被膜様の低信号域、内部は不均一な信号を呈し、一部は液貯留様の T2WI 高信号域あり出血も否定できず SPN が疑われた。血液検査所見と合わせて、妊娠および SPN に伴う軽症腓炎の併発が考慮された。絶食、輸液で治療を行い、妊娠 38 週 4 日に計画無痛分娩で 3254g の女児を出生した。分娩後症状は改善しており経過観察可能であった。外科に併診依頼し、産後 2 カ月半にロボット支援下脾温存腓体尾部切除術を施行された。病理診断は SPN であった。現在、外科で経過観察中である。

【結論】妊娠後期の心窩部痛については HELLP や妊娠性急性脂肪肝の鑑別を要する一方で、逆流性食道炎などの非定型的な疾患も存在するため診断には難渋することが多い。妊娠中の SPN は稀な疾患であるが、腓炎を併発する可能性や悪性度の観点から確実な診断が求められる。超音波検査でその存在を疑い、腹部 MRI 検査で確定診断を行うことにより、速やかに症状改善にむけた治療および外科との根治術の計画を立てることが可能となる。原因不明の腹痛については血液検査だけでなく画像検査を併用し、妊娠中の腹痛や腓炎様症状から SPN を想起することも必要である。

O9. 妊娠後期に椎骨動脈解離による小脳梗塞を発症した一例

¹愛知医科大学病院、²愛知医科大学神経内科

梶優太¹、藤本裕基¹、幸村友季子¹、高橋周治²、藤盛允章¹、杉浦一優¹、岡本知士¹、岡本宜士¹、松川哲也¹、西子裕規¹、仲西菜月¹、篠原康一¹、丹羽淳一²、熱田直樹²、大須賀智子¹、渡辺員丈¹

【諸言】妊娠中の脳梗塞の治療においては、母児の安全性と予後への影響を考慮し、時間的制約がある状況下で迅速に治療方針を決定することが求められる。今回、我々は、妊娠後期に椎骨動脈解離による小脳梗塞を発症した症例に対して、多診療科と連携して周産期管理を行った一例を経験したので報告する。

【症例】34歳6妊4産、自然妊娠にて妊娠成立。既往帝王切開後妊娠のため、妊娠38週0日に帝王切開予定であったが、妊娠36週3日に、突然のめまいと嘔吐を主訴に発症1時間で当院へ救急搬送された。頭部MRIにて、左上小脳動脈支配域に一致した梗塞像を認めた。神経内科と脳神経外科とも治療方法について検討し、血栓回収術は適応外であり、脳卒中の評価スケールであるNIHSSは1点と低値であったことと椎骨動脈解離が疑われる経過であった為、rt-PA静注療法は避け、アスピリン内服による保存的治療を選択した。発症後の脳浮腫進行に伴う脳ヘルニアの可能性を考慮し、母体の急変時に迅速な治療介入ができるよう緊急帝王切開術を施行した。出生児は男児、2972gで、Apgarスコアは6/7(1分値/5分値)、臍帯動脈血液ガスはpH 7.291、術中出血量は356gであった。母体は小脳症状は残存したものの、懸念された脳浮腫による脳ヘルニアや著明な出血性梗塞の合併はなく、発症後18日目に退院となった。発症後、先天性凝固異常、血管炎症候群等の鑑別疾患について精査を行ったが、明らかな脳梗塞の原因となる疾患は指摘できなかった。

【結語】妊娠中の脳梗塞では、病態評価に基づく適切な治療選択と迅速な分娩時期の判断、さらに多診療科による周産期管理が重要であると考えられた。今後、妊婦における脳梗塞治療方針の確立には、さらなる症例の蓄積と検討が求められる。

O10. 筋強直性ジストロフィー1型に対するPGT-Mを用いた非罹患胚移植による妊娠成立の1例

¹三重大学、²済生会松阪総合病院

長田和昌¹、西岡美喜子¹、辻尚也¹、矢嶋秀彬¹、志村真由子¹、高山恵理奈¹、池田智明^{1,2}、近藤英司¹

【緒言】筋強直性ジストロフィー1型(DM1)はDMPK遺伝子におけるCTGリピートの異常伸長による常染色体顕性遺伝疾患で、重症例では新生児期から呼吸不全や摂食障害を呈する。単一遺伝子疾患に対する着床前診断(PGT-M)は日本産科婦人科学会の指針に基づき、成人期までに日常生活を強く損なう症状が発現する疾患に限定して、倫理委員会の承認のもと実施可能である。今回我々は、DM1に対してPGT-Mを実施し、非罹患胚の移植により妊娠成立を得た症例を経験したので報告する。

【症例】症例は2妊1産の35歳女性。母体は第1子妊娠期に羊水過多、切迫早産に対してリトドリン塩酸塩を投与したところCPK上昇とgrip myotoniaが出現し、遺伝子検査でCTGリピート数660-1000回により保因者と診断された。第1子は在胎38週に前期破水、胎児機能不全のため緊急帝王切開術で出生し、出生直後より呼吸不全を発症した。夫婦は次子希望に際し、DM1罹患を回避するため、PGT-Mを希望した。遺伝カウンセリングを経て、採卵・顕微授精を6周期行い、胚盤胞5個を凍結保存した。当院と日本産科婦人科学会より承認を得て、胚盤胞5個にPGT-Mを実施したところ、解析結果は非罹患胚3個、罹患胚1個、判定不能1個であった。非罹患胚1個(胚盤胞グレード5AC)を自然排卵周期に融解胚移植し、現在妊娠継続中である。

【考察】DM1は表現促進性を有し、母体が無症候であっても重症罹患児が出生する可能性があり、PGT-Mは次世代の罹患を回避する有効な選択肢である。しかし、対象症例の限定、申請・承認手続きの長期化、複数回の採卵・体外受精を経て非罹患胚を得るまでの過程は、PGT-M実施の現実的課題である。今後は倫理的配慮を維持しつつ、適応の拡大や実施体制の整備が望まれる。

O11. 思春期に診断した重複子宮 4 例における超音波断層法所見の検討

トヨタ記念病院

下川浩希、橋本明璃、柴田莉奈、小鳥遊明、森将、春原友海、原田統子、岸上靖幸、小口秀紀

【目的】 Obstructed hemivagina and ipsilateral renal agenesis(OHVIRA)症候群や Wunderlich 症候群を含む子宮奇形は、臨床症状と超音波断層法を中心とした画像所見を用いて、総合的に評価することが重要である。今回当院で経験した重複子宮の 4 例について、超音波断層法の所見に関する検討を行った。

【方法】 2015 年 1 月 1 日から 2025 年 10 月 31 日までに当院で重複子宮と診断し、超音波画像記録があった症例を対象とした。症例の背景、経過、超音波断層法の所見について後方視的に検討した。

【成績】 対象は 4 例で、OHVIRA 症候群 1 例、Wunderlich 症候群 2 例、右片腎と左卵巣子宮内膜症性嚢胞を合併した重複子宮 1 例であった。年齢の中央値は 13.5 歳(12-18 歳)であった。全例に下腹部痛、月経困難症を認めた。OHVIRA 症候群および Wunderlich 症候群では、初診時の経腹超音波断層法で留血腫を示唆する echo free space(EFS)を認めた。残りの 1 例では留血腫を示唆する EFS は認めず、右片腎と、左卵巣に high echoic な液貯留のある 3.8 × 3.3 cm の腫瘤を認め、左卵巣子宮内膜症性嚢胞と診断した。経腹超音波断層法で全例に重複子宮を確認し、手術時の経腔超音波断層法では重複子宮に加え、OHVIRA 症候群では腔内、Wunderlich 症候群では子宮頸部に留血腫を形成していることが確認できた。全例で腔式開窓術を施行し、病理組織検査で確定診断を得た。術後、月経困難症は改善した。

【結論】 若年の月経困難症の原因として、子宮奇形を念頭に置く必要がある。診断には経腔超音波断層法が有用とされるが、若年例では施行が困難な場合も多い。経腹超音波断層法は片腎の有無や重複子宮の評価が可能で、初診時のスクリーニングとして有用であった。

O12. レボノルゲストレル放出子宮内システム抜去時に残存したアーム除去に難渋した 1 例

八千代病院

佐藤悠太郎、岡本治美、伊藤博則、吉村俊和、加藤智子

【緒言】 レボノルゲストレル放出子宮内システム(以下 LNG-IUS、Mirena®) は月経困難症や過多月経、避妊目的に対して広く使用されているが、稀に筋層内埋没などによる抜去困難や子宮穿孔、腹腔内迷入をきたす。抜去操作に伴うデバイス破損はさらに稀であり、治療方針の選択が問題となる。今回、LNG-IUS 抜去困難でデバイス破損をきたし、子宮鏡下摘出が不能であったため、術前画像評価を経て子宮全摘術を選択した症例を経験した。

【症例】 48 歳 1 経産(頸管無力症による頸管縫縮術後、帝王切開 1 回)。子宮腺筋症による過多月経に対して LNG-IUS を留置し、5 年経過したため抜去を試みたところ、破損して垂直軸のみ抜去された。子宮鏡下に摘出を試みたところ、LNG-IUS の片側アームが子宮体下部から頸部 9 時方向に強固に埋没しており、牽引操作中に破損して片側アームの先端一部が遺残した。子宮鏡下では遺残位置の同定が困難であったため、破損部位の位置同定のため CT 検査を施行した。CT 検査では破損アーム先端が子宮右側筋層に埋没して遺残していることを確認した。腹腔内への穿孔リスクを否定できないため、残存デバイス回収の方針とし、安全性を考慮して腹式子宮全摘術を選択した。術中、アーム遺残は触知できなかったため、摘出検体を X 線撮影することで、完全に回収されたことを確認した。

【結語】 LNG-IUS の筋層内埋没は抜去困難の原因となり、牽引操作で破損を来すことがある。子宮鏡下での摘出が不可能な場合、CT 検査や X 線撮影による LNG-IUS の正確な位置評価が重要であり、なかでも本症例のように頸部に近い部位や筋層深部に微小に遺残してしまった場合には、患者とも相談のうえ、子宮全摘術を含めた外科的介入も検討する必要がある。

O13. 当院で施行した妊孕性温存目的の Turner 女性に対する卵子凍結の検討

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院

松原令実、齋藤愛、藏野真弥、高林詩帆、山下恵子、中島菜都美、箕浦広大、白倉知香、宗宮絢帆、長岡明日香、田中梨紗子、寺沢直浩、告野絵里、鈴木美帆、福原伸彦、伊藤由美子、手塚敦子、坂堂美央子、廣村勝彦、津田弘之、安藤智子

【目的】性染色体異常を示す性分化疾患のひとつに Turner 症候群がある。早期の性腺機能低下は主症状のひとつで、月経発来・妊娠まで至る例は稀である。医学的・社会的適応による卵子凍結が広がる中で、性腺機能低下をきたす疾患への妊孕性温存に関心が寄せられている。当院では 2020 年以降、Turner 女性に対する妊孕性温存目的の卵子凍結を行っており、その成績を報告する。

【方法】2020 年 1 月から 2025 年 11 月に当院で妊孕性温存目的に卵子凍結を希望した Turner 女性を対象とし、染色体核型、初経の時期、月経周期、採卵時の年齢、血清 AMH 値、卵巣刺激の方法、採卵回数等を後方視的に検討した。なお、卵子凍結は妊娠継続困難な重篤な合併症がなく、FSH や AMH の値から卵巣機能低下を認める症例を対象としている。

【成績】対象は 7 名で全例に初経を認め、初回採卵時の平均年齢は 20 歳(18~22 歳)であった。AMH 値の平均は 0.31ng/ml、刺激方法は、多くの症例で内服の排卵誘発剤に少量の FSH を追加する GnRH アンタゴニスト法であった。7 名に 46 周期の刺激を行ったが、反応不良などの理由により、採卵に至った周期は 19 回で、6 名に 14 個の凍結卵子を獲得した。採卵あたりの成熟卵子数は 0~3 個と少なく、5 症例が複数回の採卵を試みていた。現時点では、凍結卵子を用いた不妊治療を施行した症例は認めてない。

【考察】Turner 女性において、月経が不規則ながらも発来している症例では、8 割程度に卵子凍結が可能であった。一方、性腺機能が低下しているため、一度に多くの卵子を採取することは困難であった。十分な数の卵子凍結を目指すには、複数回の採卵が必要であるが、自費診療であり、経済的負担になっている可能性がある。卵巣機能の低下と妊孕性温存の介入のタイミングについて検討が必要である。また Turner 女性の凍結卵子を用いた不妊治療の成績についてもデータの蓄積が必要である。

O14. Time to live birth を重視したレトロゾールによる低刺激卵巣刺激法による一般不妊治療と生殖補助医療 (ART) : 若年多嚢胞性卵巣症候群 (PCOS) の 1 症例

¹豊橋市民病院総合生殖医療センター、²同 産婦人科

安藤寿夫¹、小梶正人²、古井達人²、姜真以乃²、諸井條太郎²、梅村康太²、岡田真由美²

【目的】PCOS には、著しい排卵障害を伴う症例が含まれる。歴史的に多様な治療法が提案されてきたが、今なお治療プロセスの指針は頻繁に更新されている。

【方法】以下の項目を患者カップルと共有しての意思決定、すなわち shared decision making (SDM)により行った治療例を報告する：著しい排卵障害、PCOS、抗ミュラー管ホルモン(AMH)高値、生涯希望児 1 人(カップルで一致)、高年齢喫煙男性、禁煙と ART 早期実施の意義。

【症例】基礎体温一相性で児を希望して紹介受診。女性は 20 歳代後半標準体格、男性は 40 歳代前半標準体格。生殖スクリーニングで血清 AMH > 15 ng/ml、LH > FSH、多嚢胞性卵巣所見を認め、卵管通過性両側良好、一般精液検査所見正常だった。精子 DNA 断片化が顕著なら若年卵子でも受精後胚発生に影響を及ぼす可能性があるため、初診時に禁煙を指導したが、禁煙できず。提案した精子 DNA 断片化検査もできず。初診 3 か月後に ART クラス受講、レトロゾール刺激を含む一般不妊治療を経て、初診後 6 か月で ART を実施となった。レトロゾール少量 2 段投与 FSH 注射併用の GnRH アンタゴニスト法による低刺激で、3 個の成熟卵を得て新鮮胚移植で生児獲得に至った。その後、希望により凍結余剰胚も廃棄した。

【考察】未だ病態が解明されていない PCOS には、様々なアプローチができる施設であることが望ましい。若年 PCOS 症例においては、当院での経験を踏まえると貯胚よりレトロゾールによる低刺激のメリットが高く、一般不妊治療も症例によっては短期間試みるべきと考える。

【結論】著しい排卵障害を有する PCOS 児希望カップルにおいて、レトロゾールによる卵巣低刺激法を用いて time to live birth 短縮を実現した。

O15. 当院における着床前遺伝学的検査 (Preimplantation Genetic Testing for Aneuploidies, PGT-A) の臨床的有用性に関する後方視学的検討

¹ まるた ART クリニック、

² 神戸大学科学技術イノベーション研究科、

³ 東京農工大学

濱田雄行^{1,2,3}、丸田英¹

【目的】2016年より国内4施設において、反復着床不全および反復流産を対象としたPGT-Aのパイロット試験が開始され、移植当たりの臨床妊娠率は反復着床不全で70.8%、反復流産で66.7%に改善したことが報告された。2019年からは200施設による多施設臨床研究が開始され、反復着床不全では65.5%、反復流産では74.7%の臨床妊娠率が報告されている。さらに、2022年よりPGT-Aは医療行為として位置付けられ、2025年からは35歳以上にも適応が拡大された。現在、PGT-Aに対して228施設、PGT-SRに対して193施設が認定施設として登録されている。今回、新鮮胚に対するPGT-Aを開始してからの1年間の成績について、後方視的に検討した。

【方法】対象108人に対し、724検体のPGT-Aを実施し、その成績を検討した。

【成績】A胚の割合は36.7%、B胚は13.3%、C胚は49.9%、D胚(判定不能)は0.1%であった。年齢別のA胚割合は、29歳以下で55.6%、30~34歳で51.2%、35~39歳で40.2%、40~42歳で28.3%、43歳以上で5.4%であった。胚盤胞グレード別のA胚割合は、グレード1は実施例がなく、グレード2で37.8%、グレード3で34.2%、グレード4で25.0%であった。授精方法としてc-IVFとICSIを比較したところ、A胚率、B胚率および妊娠率に有意差はなかった。27例の胚移植を行い、臨床的妊娠率は凍結胚で64.7%、新鮮胚で70.0%であり差は認められなかった。また、非PGT-A胚の49.5%に比較すると有意差はないものの、高い傾向を示した。

【結論】PGT-Aにおける授精方法ならびに凍結融解胚と新鮮胚の臨床成績に差が認められないことが示唆された。

O16. 漢方薬の長期内服により消化管有害事象をきたした2例

医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院

梅村周平、長船綾子、加藤頼香、竹中実咲、小林眞子、佐藤亜理奈、黒田啓太、鈴木祐子、永井孝、梅津朋和

偽メラノーシスは大腸粘膜のマクロファージにリポフスチンが溜まり色素沈着を来し、腸間膜静脈硬化症(mesenteric phleboscrosis, MP)は右側結腸を中心に腸間膜静脈の線維性肥厚と石灰化を来し、慢性虚血性変化を呈する疾患である。近年、漢方薬の漫然とした長期内服との関連が指摘され、症状は腹痛や下痢まで多彩であり、便潜血陽性を契機に発見される例も少なくない。今回、漢方薬の長期内服歴を有し消化管有害事象と診断された2例を経験したため報告する。

症例1は70歳女性。卵巣癌術後フォロー中に防風通聖散を約18年間継続し、X-1年に癒着性イレウスで腹腔鏡下癒着剥離術を施行後、同薬を再開していた。X年6月に1日10回以上水様性下痢が出現し中止後3か月以上下痢が持続、低カリウム血症となり内科紹介となった。CTで小腸~大腸の液体貯留を認め、大腸内視鏡で粘膜固有間質に中等度のリンパ球・形質細胞浸潤と高度な偽メラノーシスが疑われ、ロペラミド内服で症状は改善した。

症例2は57歳女性。X-19年、子宮筋腫に対してリュープロレリン投与を開始し、更年期症状の訴えがあり加味逍遙散を処方し経過をみていた。筋腫増大を認めたため、X-9年に腹腔鏡下子宮全摘術、両側卵管切除術を実施。その後も加味逍遙散を継続していた。X年11月に右上腹部痛で受診し、CTで上行結腸の全周性壁肥厚と壁内小石灰化を認めた。入院のうえ漢方を中止し絶食管理下に大腸内視鏡を施行したところ、上行~横行結腸に浮腫状粘膜と潰瘍を認めMPと診断した。

両症例とも漢方中止と保存的加療により速やかに症状改善を得た。漢方の長期内服患者で腹部症状や便潜血陽性を認める場合、これらの疾患を念頭にCTおよび大腸内視鏡で評価することが重要であり、漫然とした処方を行うことには注意が必要である。

第3群(1日目 15:50~16:50) 第2会場

O17. 他院から搬送となった重症産道裂傷に伴う産後危機的出血の3例

知多半島総合医療センター

幡野菜穂、井上美香子、太田幸希、澤田雅子、藤掛佳代、諸井博明

【緒言】産後危機的出血は、産道の機械的損傷や弛緩出血、凝固異常などを要因として発生し、妊産婦死亡原因の18%を占める。当院で経験した産後危機的出血の症例を報告する。

【症例】症例①27歳、妊娠39週1日、他院で誘発分娩。分娩3時間後の多量出血のため診察したところ頸管裂傷認め、縫合後も止血得られず当院に搬送となった。当院到着までに2500g以上出血あり。当院到着時にショックバイタルと認め、RBC12単位、FFP16単位、フィブリノゲン3g投与したが止血が得られず、同日子宮全摘術施行した。術中所見で子宮頸管から膣穹蓋・膣壁に至る裂傷を認めた。症例②37歳、妊娠38週1日、他院で吸引分娩。頸管裂傷あり縫合したが止血得られず。分娩1時間30分後出血量が2900g、収縮期血圧50mmHgとなり当院に搬送となった。当院到着後、RBC24単位、FFP20単位、血小板20単位、フィブリノゲン3g投与したが止血が得られず。同日開腹手術したところ頸管裂傷が子宮体部に及んでいた。症例③29歳、妊娠37週4日、他院で自然経膣分娩。分娩時に頸管裂傷あり縫合を行った。分娩2時間後出血量が1710g、収縮期血圧62mmHgとなり当院に搬送となった。当院到着時に意識レベル低下、ショックバイタル認め、RBC24単位、FFP20単位、血小板20単位、フィブリノゲン3g、アルブミン5%500ml投与。循環作動薬投与、挿管管理のまま同日子宮摘出術施行した。頸管裂傷が子宮体部に及んでいた。

【結語】上記3例は前医で頸管裂傷と診断されたが、搬送後に深部頸管裂傷や子宮破裂など重症度の高い外傷があることが判明した。また3例とも搬送前に1500g以上出血しており凝固異常を合併したため大量輸血を要している。多量出血に伴う凝固異常を合併した場合緊急手術を行っても致死的になる場合があるため、産科危機的出血と判断した場合は直ちに高次医療施設への搬送を行うことが重要である。

O18. 産後異常出血の管理における陰圧誘導を用いた子宮内バルーンタンポナーデ法の有効性と安全性

岐阜県総合医療センター

島岡竜一、小野ひとみ、松井雅子、浅井一彦、岩垣重紀、高橋雄一郎

【目的】産後異常出血(PPH)に対して子宮内に陰圧を誘導する止血用デバイスが近年注目されている。この研究の目的は、実臨床においてModified Bakriシステムを用いた陰圧誘導子宮内バルーンタンポナーデ法(vacuum-induced intrauterine balloon tamponade: vi-IBT)の有効性と安全性を評価することである。

【方法】2022年10月から2025年9月までにPPHに対してvi-IBTを施行した症例を対象とした単施設観察研究。分娩時出血1000mL以上かつ持続出血がある場合、または分娩24時間後までの観察において100ml/hを超える持続出血を認めるPPHに対してvi-IBTを施行した。Vi-IBTのプロトコールでは、まず子宮内バルーンカテーテルを挿入し、生理食塩水50~100mLを用いて拡張した。次にドレナージチューブに陰圧吸引器を接続し、60kPaの陰圧誘導を1時間継続した。陰圧誘導終了後は15分間観察し、止血が確認されればバルーンカテーテルは抜去した。主要評価項目はvi-IBTによる止血達成率、副次評価項目はvi-IBTの合併症とした。

【成績】Vi-IBTの適応基準を満たしたPPHは44例あった。すべての症例でvi-IBTは施行可能であり、止血成功率は95%(42/44例)だった。Vi-IBTに関連して子宮穿孔、子宮内膜炎などの合併症は認めなかった。PPHの原因として常位胎盤早期剥離2例、母体ミラー症候群を伴う重症妊娠高血圧腎症1例、子宮内反症1例、癒着胎盤に対する胎盤用手剥離4例が含まれていたが、高度な凝固障害を有する症例であっても良好な止血が得られた。輸血は34%(15/44例)に施行された。Vi-IBTの止血不成功2例はいずれも胎盤遺残があった。1例は子宮内バルーンを追加拡張し、従来のIBTに切り替えることで止血を得た。もう1例は分娩直後にはvi-IBTにて止血を得たが、産褥2週間で再出血を認めた。いずれの症例も追加治療を必要とせず自然軽快した。Vi-IBT施行後1ヶ月以内に子宮復古異常や子宮損傷を指摘された症例はなかった。

【結論】Vi-IBTはPPHに対して有効な止血管理を達成し、安全かつ容易に施行できる。

O19. 非癒痕子宮破裂をきたしたが母子ともに救命しえた1例

日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院

高林詩帆、手塚敦子、藏野真弥、松原令美、山下恵子、中島菜都美、箕浦広大、白倉知香、宗宮絢帆、長岡明日香、田中梨紗子、告野絵里、鈴木美帆、福原伸彦、伊藤由美子、齋藤愛、坂堂美央子、廣村勝彦、津田弘之、安藤智子

【緒言】子宮破裂の中でも分娩開始前の非癒痕子宮破裂は稀少である。非癒痕子宮破裂の一例を経験したので報告する。

【症例】34歳、3妊2産。妊娠33週より切迫早産のため前医に入院中であった。妊娠35週2日に突然腹痛を訴え始め、血圧60/30mmHg、脈拍80回/分とショックバイタルとなり、加えて胎児心拍数図異常を認めるとのことで当院へ搬送となった。到着時に経腹超音波検査を行ったところ、右側腹部にエコーフリースペースと凝血塊を疑う像を認め、胎児心拍は極度の徐脈であった。子宮破裂と判断し超緊急帝王切開を施行した。開腹すると腹腔内出血多量であり、胎児胎盤娩出後に子宮後方を観察したところ、子宮後壁右側が子宮体部から仙骨子宮靭帯付近まで縦に裂けていた。破裂部分は子宮内腔へは貫通しておらず子宮内膜は保たれていた。破裂中央部より拍動性の出血を認め、縫合止血を試みたところ止血が得られたため、子宮は温存した。術中の出血量が2220mL、初回血液検査でHb4.0g/dLであり、赤血球濃厚液10単位とクリオプレシピテートを輸血した。術後経過は良好であった。児は2354g、Apgar Score1 分值2点、5分值4点、臍動脈血ガス分析pH6.712、BE-23.8と新生児仮死を認め、蘇生後に新生児科へ入院となった。軽度筋緊張低下は残存しているが概ね経過良好で日齢25に退院した。今後も成長発達をフォロー予定となっている。

【結語】非癒痕性子宮破裂は稀だが、急速に出血性ショック・胎児死亡を起こすため、早期の診断と対応が必要である。

O20. 粘膜下筋腫による過多月経で高度貧血を呈し、準緊急UAEにより奏功した一例

藤田医科大学

生駒弥香、大脇晶子、西尾永司、伊藤真友子、佐藤杏奈、飯田眞大、姜智蓮、花澤俊哉、西澤春紀

【緒言】粘膜下筋腫は過多月経により高度貧血を来すことが多く、迅速な止血処置の選択が必要である。今回、粘膜下筋腫による高度貧血に対して準緊急で子宮動脈塞栓術(UAE)を施行し、奏効した1例を経験したので報告する。

【症例】40歳 女性

【妊娠分娩歴】4妊1産(1回帝王切開、3回流産)

【既往歴】抗リン脂質抗体症候群に対してワーファリン内服加療あり。

【現病歴】粘膜下筋腫に対してレボノルゲストレルを挿入されていたが自然脱落を繰り返し、高度貧血による輸血療法を呈したため、レルゴリクス内服に変更した。治療抵抗性の持続性器出血が続き、ショックバイタルとなり、加療目的に当院へ救急搬送となった。

【入院後経過】当院搬送時、血圧85/46mmHg、脈拍85回、血液検査にてHb4.6mg/dLと出血性ショックの状態であったため、まずは赤血球6単位輸血を行い、全身状態を安定させた。輸血療法により全身状態は安定したが、出血は改善しなかったこと、抗リン脂質抗体症候群に対してのワーファリン内服は入院後中止していたもの手術療法に際しリスクと判断しIVR(Intervention Radiology)での止血を検討し放射線科医師と協議した。協議の結果、X+2日に準緊急での永久子宮動脈塞栓術(UAE)を施行した。UAE後より出血量は速やかに減少し、全身状態も改善し経過は良好である。

【結語】粘膜下筋腫は出血によりショックとなり、早期の止血術が必要な症例が散見される。合併症を有する手術困難症例には、UAEが有効である。

O21. 子宮筋腫に対する球状塞栓物質を用いた子宮動脈塞栓術の導入と初期経験

¹藤田医科大学、²同 放射線医学

飯田眞大¹、伊藤真友子¹、生駒弥香¹、大脇晶子¹、大谷清香¹、西澤春紀¹、赤松北斗²、井上政則²

【緒言】子宮筋腫治療の選択肢の一つである子宮動脈塞栓術（Uterine Artery Embolization : UAE）において、2025年10月より症候性子宮筋腫に対して永久塞栓物質である球状塞栓物質を用いたUAEを新たに導入した。今回、導入初期の2例を経験したため、その導入経験ならびに短期治療成績について報告する。

【症例】症例1：46歳。過長月経を主訴に前医を受診し、MRIで最大径10cmの子宮体部筋層内筋腫を認めた。腹腔鏡下子宮全摘術を勧められたがUAEを希望され、当院紹介となった。500–700 μ mの球状塞栓物質を用いて両側子宮動脈を塞栓した。手技時間は72分で、術後にポストエンボリゼーション症候群である軽度の疼痛と発熱を認めたが重篤な合併症はなく、術後3日目に退院した。術後1か月で月経量の減少を認め、MRIにて筋腫径は7cmに縮小していた。

症例2：53歳・未閉経。下腹部痛で前医を受診し、手術目的で当院紹介となった。MRIで最大径14cmの筋層内筋腫を認め、腹式筋腫核出術を提案したが手術を拒否されUAEを選択した。同様に500–700 μ mの球状塞栓物質で両側子宮動脈を塞栓した。手技時間は110分で、術後は軽度のポストエンボリゼーション症候群のみであった。術後3日目に退院し、1か月後には圧迫症状の軽減を認め、経膈エコーで筋腫径は11cmに縮小していた。

【結語】当院における球状塞栓物質を用いた子宮動脈塞栓術の導入初期例では、安全な施行が可能であり、短期的な症状改善を認めた。今後は症例を蓄積し、長期成績を含めた有効性・安全性の検討が必要である。

O22. 帝王切開後の臓器/体腔 SSI に対して局所陰圧閉鎖療法を施行し早期治癒に至った一例

¹JA 愛知厚生連 海南病院、²同 形成外科

坂倉優一¹、山田里佳¹、石戸裕梨¹、伊藤瑞希¹、田中千花¹、吉武仙達¹、塩澤文子¹、猪飼恵¹、加藤智子¹、鷺見整¹、安村恒央²

【緒言】手術部位感染（Surgical Site Infection:SSI）は治療に難渋することも少なくないため、適切な治療と予防が重要である。今回、帝王切開後のSSIに対して局所陰圧閉鎖療法（Negative Pressure Wound Therapy:NPWT）を実施し奏功した一例を経験したため報告する。

【症例】31歳、2妊2産。胎位異常、分娩停止のため前医で緊急帝王切開を受けるも、術後3日目に自己都合で退院した。術後7日目に発熱と腹痛を主訴に前医を再診した。

創部周囲に発赤、熱感を認め、白血球数14700/ μ L、CRP23 mg/dLと炎症反応高値を認めたため、創部感染疑いで当院紹介となった。入院し抗生剤加療を開始したが、翌日創部離開した。感染コントロールが不良と判断して形成外科に応援を要請し手術室で創を開放した。皮膚縫合部は外力で容易に開放され縫合糸を除去したところ、膿が皮下から子宮前面まで貯留しており十分にデブリードマンと洗浄を実施した。

創部の開放および洗浄操作中に子宮縫合創も自然に開放され、子宮内にも膿の貯留を認めた。子宮創部は炎症により組織がかなり脆弱化しており、縫合は不能と判断し自然癒合を待つ方針とした。ドレンを留置し創は開放したまま終了した。その後抗生剤投与と創部洗浄処置を連日実施し、腹腔内との交通が閉鎖したと考えられるデブリードマン後7日目にNPWTを導入し、14日目に終了、19日目に退院した。デブリードマン後2ヶ月まで数回外来フォローし、創傷治癒良好であったため終診とした。

【結語】NPWTはSSIの治療期間の短縮に有用であったと考えられる。

O23. 帝王切開後、GBS により心停止を来した一例

岐阜市民病院

神田明日香、桑原万友香、窪田佑奈、大城華佳、篠田幸恵、服部明恵、山田惇之、柴田万祐子、平工由香、豊木廣

ギラン・バレー症候群（GBS）は急性発症の末梢神経障害であり、妊娠中の発症率は一般集団と大きな差はないとされる。しかし妊婦では症状の進行が母体予後に重大な影響を及ぼすことがあり、迅速な診断と治療が重要である。今回、妊娠高血圧腎症及び双胎一児死亡に伴う緊急帝王切開後に GBS が急速に進行し、心停止に至った症例を経験した。

症例は 37 歳初産婦。凍結胚盤胞移植による二絨毛膜二羊膜双胎妊娠で経過していた。妊娠 35 週 1 日に四肢のしびれを主訴に前医を受診し、一児死亡を確認。血圧上昇と蛋白尿を認め妊娠高血圧腎症として当院へ搬送され、同日緊急帝王切開となった。術後より四肢筋力低下と構音障害が進行。神経内科での精査予定となっていたが、術後 6 日目に呼吸苦を契機に心停止となり、蘇生後 ICU へ入室した。追加検査により GBS と診断され、免疫グロブリン療法 2 コースおよびステロイド療法 1 コース施行した。術後 14 日目に気管切開を要したが、その後徐々に神経症状は改善し、術後 46 日目に人工呼吸器を離脱、術後 82 日目にリハビリ転院となった。

妊娠中の GBS は必ずしも稀ではなく、妊娠後期や分娩前後に急速に重症化し得る。本症例は、初期症状の段階で GBS を念頭に置き、早期に専門科と連携して治療介入を検討することの重要性を示した。今後、妊娠中に四肢筋力低下や感覚異常を認めた際には、本疾患を速やかに鑑別に挙げ、母体救命につながるための迅速な評価と介入が求められる。

O24. 当院における産科出血に対する IVR 症例の検討

岡崎市民病院

小島優奈、鈴木徹平、加藤未千与、青山章、山田祥登、石川奈央、木村真梨子、佐野友里子、根井駿、中川敦史、森田剛文、後藤真紀

【目的】産科出血に対する Interventional Radiology（IVR）は低侵襲で妊孕性温存が期待できる有効な手段であるが、次回妊娠への影響が懸念される。当院で産科出血に対して IVR を行った症例について検討した。

【方法・成績】2013 年 12 月から 2025 年 11 月までの 12 年間に、産科出血に対して IVR を行った 34 例を対象とした。原因は腔壁血腫 11 例、後期分娩後異常出血 9 例、弛緩出血 5 例、癒着胎盤・胎盤遺残 5 例、産褥子宮全摘後出血 3 例（うち 2 例は子宮型羊水塞栓症）、常位胎盤早期剥離（早剥）1 例であった。IVR により止血が得られた症例は 31 例であり、3 例で追加処置を要した。追加処置例の内訳は、子宮奇形合併例で弛緩出血に対し IVR 施行後に子宮収縮不良のため子宮全摘を追加した 1 例、早剥による帝王切開後の DIC 例で腹腔内出血のため IVR 施行後も出血が持続し開腹止血術を追加した 1 例、産褥 6 日目の腔壁出血に対する IVR 施行後に対側腔壁からの再出血に縫合止血を追加した 1 例であった。IVR 後に子宮内感染を来し抗菌薬治療を要した症例が 2 例あったが、重篤な合併症は認めなかった。子宮動脈塞栓（UAE）を行い子宮が温存された症例は 19 例で、そのうち 5 例で次回妊娠が確認された。4 例は自然妊娠、1 例は体外受精による妊娠であった。転帰は自然流産 1 例、早産 1 例、正期産 3 例であった。早産例は早剥に対する IVR 症例で、次回妊娠でも 33 週で早剥を来していた。正期産の 3 例はいずれも癒着胎盤、弛緩出血などにより出血量が多かった症例であった。

【結論】当院の産科出血に対する IVR の止血成功率は 91%で、重篤な合併症は認めなかった。UAE 後の妊娠例では癒着胎盤や弛緩出血を合併する症例があり、周産期リスクが高い可能性が示唆された。

第4群(1日目 16:55~18:00) 第2会場

O25. vNOTES 付属器手術における直腸穿孔の一例

JA 愛知厚生連 豊田厚生病院

袴田樹里、森田絵利加、鈴木杏奈、近藤友宏、浅野智美、大澤奈央、新保暁子、新城加奈子、針山由美

【緒言】vNOTES はさらなる低侵襲手術として、産婦人科領域で急速に普及が進んでいる。当院でも2021年10月から子宮全摘術、2023年9月から付属器手術でvNOTESを導入し、重大な合併症なく症例を重ねていたが、今回、リトラクター挿入時に起きたと思われる直腸穿孔を経験した。vNOTESにおける消化管損傷につき、文献的考察を加えて報告する。

【症例】76歳、1産。特記すべき既往歴なし。左付属器嚢胞に対し付属器摘出術の予定となり、腹部手術歴等ないことからvNOTESの適応とした。碎石位10度骨盤高位とし、後膣円蓋、ダグラス窩腹膜を開き腹腔内に到達し、イントロデューサーに装填したGelPOINT V-Path®7センチ用リトラクターを挿入した。この際に若干の抵抗があったものの、腹腔内でインナーリングが展開されていることを確認し、GelSealキャップを装着し、骨盤高位20度にて鏡視下操作を行った。予定通り左付属器切除を行ったが、手術終盤にダグラス窩に粘液様の貯留が増加してきたことから、直腸穿孔に気づいた。摘出物を経膣的に回収後、外科医により直腸穿孔部位の縫合修復を直視下に行った。経肛門ドレーン、腹腔内ドレーンを留置し、通常通りに閉創して手術を終了した。術中画像を確認したところ、鏡視下操作開始時点ですでに直腸損傷が起きていたことが判明し、リトラクター挿入時の損傷が考えられた。

【考察】vNOTES 付属器手術における消化管損傷は0.2~1.8%などの報告があり、直腸損傷はダグラス窩癒着症例が高リスクとされている。今回のように癒着のない症例においても、不用意な操作で直腸損傷の可能性はあり、今後は癒着症例の除外に加え、リトラクター挿入操作や術中の直腸けん引操作などについても注意が必要と考えられた。

O26. ロボット支援下子宮全摘術後の遅発性出血の一例と当院での子宮動脈処理手技の改善

1岐阜県立多治見病院、2名古屋大学医学部附属病院

山下和俊¹、森正彦¹、梶浦花香¹、田口京華¹、富田斐月香¹、柘植志織²、篠根早苗¹、松川哲¹、中村浩美¹

【背景】ロボット支援下子宮全摘術は低侵襲性を特徴とし近年普及が進んでいる。術後の遅発性出血は稀ながら重篤化する合併症であり、今回当院では術後遅発性出血の一例を経験し、本症例を契機に子宮動脈処理の手技改善を行ったため報告する。

【症例】42歳、1経妊1経産。円錐切除術後に子宮頸部異形成の再発を認め、ロボット支援下子宮全摘術を施行した。摘出子宮重量126g、コンソール時間1時間5分、手術時間1時間42分、術中出血量10mL、術後経過良好で4日目に退院した。術後23日目に突然の大量性器出血を呈し救急搬送された。来院時Hb 12.4 g/dL。造影CTにて左子宮動脈断端からの活動性出血を確認し、同日子宮動脈塞栓術を施行した。塞栓術後は順調に回復し、術後2日目に退院した。

【考察】当院では、従来は手術時間の短縮および費用面を考慮し、子宮動脈の結紮操作やシーリングデバイスでの凝固切離を行わず、バイポーラーで凝固・切離していた。しかし本症例を経験し、子宮動脈を確実に単離・結紮する方針へ変更した。当院では尿管交差部で尿管走行を確認しながら単離・結紮することを基本手技としているが、状況に応じてより末梢側や中枢側での単離・結紮を行う場合がある。また、浅子宮静脈が子宮動脈と伴走している場合は単離操作が難しくなることが多く、子宮静脈を含めて一括での結紮を行う場合もある。こうした子宮動脈処理を行うことで、術中・術後の出血リスクを低減することができる。手技変更後、子宮動脈切離断端からの術後出血を来した症例は認めていない。

【結語】ロボット支援下子宮全摘術において、子宮動脈の解剖を踏まえた適切な単離・結紮手技は術後出血予防に有用である。

O27. vNOTES を施行した巨大卵巣嚢胞性腫瘍の2例

トヨタ記念病院

河原颯、西田裕亮、柴田莉奈、小鳥遊明、森将、
春原友海、松下宏、岸上靖幸、小口秀紀

【目的】vNOTES (vaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery) は自然孔を利用した低侵襲手術として報告が増えているが、巨大卵巣嚢胞性腫瘍に対してvNOTESを施行した報告はほとんどない。今回我々は、当院においてvNOTESを施行した巨大卵巣嚢胞性腫瘍の症例に関して後方視的に検討した。

【方法】当院では2025年4月にvNOTESを導入した。2025年4月から2025年11月の期間に、腫瘍最大径が10cm以上の卵巣嚢胞性腫瘍にvNOTESを施行した症例に関して、患者背景および手術成績を検討した。

【成績】上記期間中に2例の巨大卵巣嚢胞性腫瘍に対してvNOTESを施行した。症例1は39歳、2産、子宮筋腫と17.7×15.5cmの左卵巣多房性嚢胞性腫瘍に対してvNOTESにて子宮全摘出術および左付属器摘出術を施行した。鏡視下に卵巣腫瘍をカテーテルで穿刺し内容を1,700mL吸引し、卵巣腫瘍を縮小させ手術視野を確保した。手術時間は3時間58分で、病理組織診断はmucinous cystadenomaであった。症例2は61歳、3産、子宮筋腫と22.8×12.1cmの右卵巣単房性嚢胞性腫瘍に対してvNOTESにて子宮全摘出術と両側付属器摘出術を施行した。鏡視下に卵巣腫瘍をカテーテルで穿刺し内容を3,300mL吸引し、卵巣腫瘍を縮小させ手術視野を確保した。手術時間は2時間42分で、病理組織診断はserous cystadenomaであった。いずれの症例においても特記すべき周術期合併症は認めなかった。

【結論】巨大卵巣嚢胞性腫瘍に対してvNOTESを施行することが可能であった。適切な症例選択のためには、さらなる症例の蓄積が必要である。

O28. 当院における骨盤臓器脱手術へのvNOTES手技導入

松波総合病院

安部茂、高木博、山本和重、二村汐美、市古哲、
川崎市郎、今井篤志、松波和寿

Vaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery(vNOTES)は、自然孔である膣を用いた内視鏡手術である。当院では骨盤臓器脱手術において、これまで行っていた膣式子宮全摘術+McCall法による膣断端挙上術、いわゆる経膣Native Tissue Repairに代えて、2024年6月より膣式子宮全摘術を行った後に、vNOTESでのShull法による膣断端挙上術を行っている。他施設の報告によれば、腹腔鏡下またはvNOTESで膣式子宮全摘術と膣断端挙上術を一連で行うのが一般的であるようだ。しかし当院の方式であれば、膣式子宮全摘術のメリットである、(1)お腹に創が残らない点、(2)子宮から切断した各靭帯の断端を腹膜外に引き出して腹膜縫合を行うため、止血確認が確実に行える点、(3)vNOTESでの子宮全摘に比べ頭低位の時間を短縮できる点、を生かしつつ、経膣NTRの欠点である、(1)視野が狭くトレーニングが困難である点、(2)子宮付属器へのアプローチに難があり、卵巣腫瘍合併症例には適さない点、(3)膣断端挙上術において、仙骨子宮靭帯の近くに尿管が走行しており、尿管の走行の確認が難しい中での運針を余儀なくされる点、をクリアできる。

昨今、習熟に時間がかかることや腹腔鏡手術の普及により、経膣手術を経験しない若手医師が増加傾向にある。vNOTES導入により、画像を介した術野の共有や、術後の振り返りを容易に行えるため、若手医師が経膣手術に興味を持つきっかけにしたいと考えている。なお、当院では2024年6月に膣式子宮全摘術+vNOTES-Shullの1例目を行って以降、計7例の手術を施行した。観察期間は短いですが、術後合併症を認めた症例はなく、再発が確認された症例も今のところない。今後は症例数の積み上げを図りつつ、合併症発生症例、再発症例については手術動画を確認することで、精度の向上につなげていきたい。

O29. vNOTES による仙骨子宮靱帯固定術の短期治療成績

¹中濃厚生病院、²岐阜赤十字病院 ウロギネセンター

相京晋輔¹、加藤順子¹、三輪好生²、伊藤直樹¹

【目的】vNOTES (Vaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery)は腔式アプローチに内視鏡視野を組み合わせた低侵襲手術として注目されている。当院では 2022 年より導入し、POP-Q (Pelvic Organ Prolapse-Quantification) stage II 以上の子宮脱を主体とする症例に対し、vNOTES による子宮全摘および仙骨子宮靱帯固定術を実施している。本発表では、本術式の手技の概要と短期成績を報告する。

【方法】対象は 2022 年以降に当術式を施行した 10 例である。全身麻酔下に膀胱子宮窩およびダグラス窩を腔式に開放し、GelPOINT® V-Path 装着後に気腹下で骨盤腔を展開した。子宮・付属器（または卵管のみ）を摘出後、仙骨子宮靱帯を明瞭に同定し、非吸収糸で腔断端を両側靱帯へ固定した。必要に応じて前後腔壁形成術を併施した。アウトカムは手術時間、気腹時間、出血量、合併症の有無、解剖学的再発の有無とし、POP-Q C 点は術後 3 年目の評価とし、経過中症例は最終診察時点の値を用いた。再発は stage II 以上を解剖学的再発と定義した。

【成績】年齢中央値 63.5 歳 (53-77)、BMI 21.4 (18.8-25.9)であった。手術時間中央値は 144 分 (119-187)、気腹時間 47.5 分 (27-112)、出血量 90g (5-420)であった。気腹下で仙骨子宮靱帯の同定と運針は安定して施行可能であった。術後 C 点の中央値は-5 を維持し、良好な腔頂支持が得られていた。術後血腫・排尿障害などの合併症は認めなかった。解剖学的再発は 3 例に認めしたが、いずれもレベル II の前後腔壁下垂であり、腔断端の支持は保たれており、自覚症状もないため経過観察としている。

【結論】vNOTES による仙骨子宮靱帯固定術は、体壁に創を残さず、良好な視野で確実な腔断端固定が可能な低侵襲アプローチである。初期 10 例の短期成績は概ね良好であり、vNOTES は実臨床において有望な術式である可能性が示唆された。今後は症例数と観察期間を蓄積し、有用性と安全性をさらに検討していく必要がある。

O30. 当院でのロボット支援下子宮全摘術の手術成績について～内視鏡技術認定に焦点をあてて～

小牧市民病院

秋田寛文、藤原多子、高橋海果莉、榊原尚敬、田中秀明、池田沙矢子、佐野美保、森川重彦

【目的】2018 年 4 月より良性疾患に対するロボット支援下子宮全摘術 (RASH) が保険収載された。その症例数の増加に伴い内視鏡技術認定資格を持たない医師が RASH を執刀する機会が増えてきている。そこで当院での RASH の手術成績を内視鏡技術認定に焦点をあてて検討した。

【方法】2020 年～2025 年までに当院で行った RASH のうち、内視鏡技術認定医の実施した症例と、腹腔鏡下子宮全摘術の経験の少ない執刀医の症例を対象に、周術期結果 (コンソール時間・出血量・摘出標本重量) および手術アウトカム (鎮痛剤使用回数・術後炎症値) の関連性を後方視的に検討した。

【成績】2 群間のコンソール時間の中央値は 121 分 ±60 分と 190 分 ±50 分で有意差を認めた。コンソール中の操作にかかる時間の中で、膀胱子宮窩や傍子宮組織の処理および腔断端縫合に関して有意差を認めた ($p < 0.05$)。ただ摘出標本重量や出血量、また手術アウトカムに関しては、2 群間で有意差は認めなかった。また両群ともにコンソール時間については右下がりのラーニングカーブを認めた。

【結論】今回の検討では、術者経験や摘出標本重量に関わらず、出血量や術後アウトカムに関しては有意差を認めなかった。認定医取得前でも、術中および術後の振り返りを含めて認定医が指導することで、RASH を安全に試行できると考えられた。

O31. MyoSure® MANUAL を用いた子宮鏡下子宮内膜ポリープ切除術後に頸管内癒着を来した5例

岐阜市民病院

栞原万友香、平工由香、窪田佑奈、篠田幸恵、大城華佳、神田明日香、服部明恵、山田惇之、柴田万祐子、豊木廣

【目的】当院では MyoSure® MANUAL を用いた子宮鏡下子宮内膜ポリープ切除術を 2022 年 10 月から導入している。導入時は事前に頸管拡張をしていたが、灌流液の漏れや視野不良が生じ、現在は基本的には事前の頸管拡張なしで静脈麻酔・傍頸管ブロックを行い、術中に日母型子宮頸管拡張器へガール型の 5-7 号まで頸管拡張して手術を実施している。術後は全例で外来にて軟性子宮鏡を用いたセカンドルックヒステロスコーピーを実施し、遺残や癒着の有無を確認しているが、術後に頸管内癒着を来した症例を経験したため報告する。

【方法】2022 年 10 月から 2025 年 10 月までに当院で MyoSure® MANUAL を用いて子宮鏡下子宮内膜ポリープ切除術を実施した症例について、診療録を用いて後方視的に検討した。

【結果】術後に頸管内癒着を来した症例は 5 例であった。年齢の中央値は 46 (28-52) 歳であり、経産婦は 2 例 (うち 1 例は帝王切開) であった。全例静脈麻酔と傍頸管ブロックを行い、事前の頸管拡張なしで術中に頸管拡張を行っていた。摘出した子宮内膜ポリープの最大サイズ (術前計測) は 16 (7-25) mm 大であり、1 例は慢性子宮内膜炎によるマイクロポリープを認めた。手術時間の中央値は 15 (5-19) 分であった。術後 1 か月診察時に 4 例は膜様癒着、1 例は結合組織性癒着を認めた。膜様癒着は軟性子宮鏡先端で剥離可能であった。結合組織性癒着はラミケンアール® 3 mm 1 本を挿入し、1 時間経過後に子宮ゾンデの通過を確認して再度軟性子宮鏡を挿入し、子宮内腔に到達した。

【考察】MyoSure® MANUAL は外径が 5.5 mm と細径であり、事前の頸管拡張なしでも手術は可能であるが、術中の急な頸管拡張や手術操作が頸管内癒着の原因となった可能性がある。

【結語】細径硬性鏡による手術においても頸管内癒着を来す可能性があり、愛護的な手術操作を心がけ、頸管拡張の方法は症例に応じて検討する必要がある。

O32. 直腸癌子宮浸潤に対して外科合同でロボット支援下手術を行った一例

岡崎市民病院

佐野友里子、鈴木徹平、小島優奈、加藤未千与、青山章、山田祥登、石川奈央、木村真梨子、根井駿、中川敦史、森田剛文、後藤真紀

【緒言】ロボット支援下手術は各科の悪性腫瘍手術で普及してきている。直腸癌では、2018 年に保険収載以降、急激に増加している。また、直腸癌の隣接臓器浸潤は 15% 程度で、切除が有効と言われている。今回、直腸癌の子宮浸潤に対して外科と合同でロボット支援下手術を行った 1 例を報告する。

【症例】72 歳、3 妊 3 産、既存症に糖尿病、高脂血症がある。貧血の原因の精査を目的に施行した下部消化管内視鏡検査で直腸癌を認め、当院外科に紹介受診となった。子宮後壁に直腸癌の直接浸潤を認め、da Vinci Xi によるロボット支援下直腸低位前方切除術、D3 郭清、子宮・両側付属器切除術、人工肛門造設術を予定した。右上前腸骨棘~臍~左上腹部の直線上に、右下腹部 2 か所・臍・左上腹部に 8mm ポートを、心窩部に助手用 12mm ポートを留置した。子宮体部後壁に直腸が癒着しており腫瘍の浸潤と考えられた。直腸後腔の展開・直腸の受動・膀胱子宮窩剥離・円靭帯・卵巣提索・傍子宮組織の処理を行った後に、逆行性アプローチで腔管の前後壁を切開した。直腸を切離した後、腔断端縫合を行った。臍を小切開し、子宮・直腸を一塊にして体腔外へ挙上し、口側腸管を切離、標本を摘出した。直腸吻合・人工肛門造設し終了した。手術時間 8 時間 16 分、コンソール時間 5 時間 15 分、出血 200ml であった。術後経過は問題なく、直腸癌 pStage II A(pT4bN0M0)の診断で術後化学療法の方針となった。

【結語】ロボット支援下手術の適応拡大により、他科との合同手術は増えることが予想される。術式によりポート配置は異なるが、本症例は通常直腸低位前方切除術のポート配置で子宮・両付属器切除術を行うことが可能であった。また逆行性アプローチの腔管切開操作では、ロボット支援下手術の多関節鉗子の利点が活かされると考えられた。

O33. 2度の腹部手術既往のある卵巣腫瘍患者に対して vNOTES を選択し安全に腹腔内へ到達できた1例

岡崎市民病院

加藤未千与、鈴木徹平、小島優奈、青山章、山田祥登、石川奈央、佐野友里子、木村真梨子、根井駿、井土琴美、中川敦史、森田剛文、後藤真紀

【緒言】vNOTES (Vaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery)は整容面に優れ、術後疼痛の軽減も期待でき、腔式手術と腹腔鏡手術の両方の利点を持つ術式である。今回、2度の開腹手術既往のある卵巣腫瘍患者に対しvNOTESを選択したことで癒着部位を回避しながら腹腔内に到達し、安全な付属器切除が施行可能であった症例を経験したため報告する。

【症例】49歳のブラジル人で1妊1産(帝王切開)であった。既往歴に高血圧、虫垂炎手術、全身性エリテマトーデス、肝臓部分切除・脾臓切除(X-27年ブラジルで施行、詳細不明)があった。腹部に帝王切開の横切開癒着と、臍上15cmから臍下5cmに臍を縦断する縦切開癒着を認めた。X-6年から前医で直径約45mmの左卵巣をフォローされていたが、徐々に増大傾向となりX年に精査加療目的に当院紹介となった。骨盤MRIにおいて、T1強調像で低信号かつT2強調像で高信号を呈する直径約77mmの左卵巣単房性腫瘍を認めた。術前診断は左卵巣漿液性腺腫の疑いであった。経膈分娩歴はなかったが診察上は腹腔のスペースは十分にあり、かつ既往手術による腹腔内の癒着が想定されたため術式はvNOTES-左付属器切除を選択した。経膈的にダグラス窩を開放、リトラクターを使用し気腹し腹腔鏡で観察すると臍部を中心に既往手術の創に沿って腹壁に広く大網の癒着を認めた。当科で通常行っている腹腔鏡手術での臍底部への第一穿刺を行った場合には腹腔内への到達に難渋したものと考えられた。骨盤内には癒着の所見は認めず左付属器切除を行い終了した。手術時間は1時間49分、出血は17mlで、術後3日目に予定通り退院した。

【結語】既往手術による癒着が予想される症例に対して、vNOTESによる経膈的アプローチは開腹時や腹腔鏡の第一穿刺時の臓器損傷回避に有効な可能性がある。

O34. 当院における子宮頸がんに対する組織内照射の後方視的検討

名古屋大学医学部附属病院

鈴木杏奈、長尾有佳里、吉田康将、茂木一将、吉原雅人、玉内学志、横井暁、芳川修久、新美薫、梶山広明

【目的】局所進行子宮頸がんに対する標準治療は、腔内照射を含む同時化学放射線療法である。しかし、腫瘍径が大きい例や子宮傍組織・腔壁への進展例では、腔内照射単独では十分な線量を確保できず、局所制御率の低下が問題となる。このような症例に対して腔内照射に組織内照射を併用することが近年有用とされ、当院でも2022年7月より導入した。本研究は、当院における組織内照射併用症例の有用性と安全性の評価を目的とする。

【対象・方法】2022年7月から2025年5月に根治照射目的で組織内照射を施行した子宮頸がん20例を対象とし、診療録を用いて臨床背景、治療成績、再発、合併症を後方視的に検討した。

【結果】対象20例のうち、完全奏功16例、進行2例、未判定2例であった。完全奏功例のうち3例に再発を認め、その内訳は照射野外リンパ節転移2例、肺転移1例であった。治療中の合併症として、腔壁裂傷による出血を2例に認めたが速やかに改善した。また、直腸炎または膀胱炎が5例に発生したが、組織内照射による明らかな増加はなかった。大きな腫瘍や子宮傍組織浸潤例においても、リスク臓器線量を増加させることなく十分な標的線量を確保できる可能性が示された。

【結論】組織内照射は局所進行子宮頸がんに対する有効かつ安全な治療手段であり、特に腫瘍径が大きい症例や子宮傍組織・腔壁への進展例において有用と考えられた。今後は腔内照射単独群との比較や長期予後の評価を行い、治療効果の更なる検証を行う必要がある。

O35. 若年発症の SMARCA4 欠損子宮未分化肉腫の二症例

三重大学医学部附属病院

田畑愛生子、吉田健太、砂田希美、小高紗季、奥村亜純、岡本幸太、松本剛史、金田倫子、近藤英司

【緒言】SMARCA4 は、DNA 複製・修復や転写調節に重要な役割を担う。2018 年に婦人科分野で SMARCA4 欠損が報告され、稀ではあるが若年発症が多く、急速に進行する特徴がある。SMARCA4 欠損子宮肉腫の 2 例を経験したので報告する。

【症例 1】24 歳の未婚女性、不正性器出血を主訴に受診され、MRI で 63mm 大の子宮内腫瘍を認めた。生検で SMARCA4 欠損腫瘍が疑われ、子宮未分化肉腫（分類不能肉腫）I 期として、腹式単純子宮全摘術、両側付属器切除術を施行した。病理組織では SMARCA4 欠損未分化子宮肉腫 IB 期 (pT1b、脈管侵襲あり) と診断された。現在経過観察中である。

【症例 2】25 歳の未婚女性、BMI 48.0kg/m²。不正性器出血・高度貧血 Hb 6.3 g/dl のため救急搬送となり、造影 MRI で筋層分娩による子宮内反症と診断された。腹腔鏡補助下子宮腫瘍核出術、内反整復術を施行し、病理で SMARCA4 欠損未分化子宮肉腫と診断された。PET-CT で傍大動脈リンパ節転移が疑われ、腫瘍減量目的に腹式単純子宮全摘術、両側付属器切除術、傍大動脈リンパ節生検を行い、FIGOstageIIIc、pT1a N2 と診断された。現在、ADM 単剤化学療法で経過観察中である。

【結語】SMARCA4 欠損腫瘍未分化子宮肉腫は予後不良の腫瘍であり、若年女性への発症が特徴である。未分化の子宮間葉系悪性腫瘍では、免疫組織化学的に SMARCA4 発現を確認することは重要であるが、その治療方法はまだ画一されておらず、症例の集積が必要だと考える。

O36. 再発を繰り返し筋層浸潤をきたした Atypical polypoid adenomyoma with low malignant potential (APAM-LMP) の一例

一宮市立市民病院

小野田麻友子、佐々治紀、岩瀬桃子、川村祐司、林萌、小川紫野

Atypical polypoid adenomyoma (APAM) は若年女性に発生する稀な子宮内腔病変で、良性腫瘍に分類される。特に腺構造が著しく複雑なものは、筋層浸潤リスクや再発率が高いことから Atypical polypoid adenomyoma with low malignant potential (APAM-LMP) と定義される。これまでに低悪性度ながら再発を繰り返す症例や、子宮内膜癌やその前駆病変を併存した症例の報告がある。妊孕性温存のため局所切除と厳重な経過観察が選択されることが多いが、筋層浸潤をきたした症例の報告は少なく、治療方針や妊孕性温存の面での課題が多い。今回、反復再発を経て筋層浸潤を認めた APAM-LMP の 1 例を経験したので報告する。症例は 34 歳、未経妊。子宮内膜増殖症の疑いとして当院初診。内膜組織診で子宮内膜異型増殖症の可能性が否定できず、子宮内の多発ポリープ状腫瘍を切除したところ APAM-LMP の診断となった。妊孕性温存のためメドロキシプロゲステロン酢酸エステル(MPA)による治療を行い、細胞診で陰性化を確認。1 年 5 か月後の経過観察目的の子宮内膜組織診にて APAM-LMP 再発の診断。MRI で内子宮口付近の内膜の拡散強調信号が目立つようになり再度 MPA 療法を施行。治療終了後、内膜組織診で陰性化を確認したが、11 か月後の内膜組織診にて再度再発した。MRI で内膜肥厚ではなく筋層主体の病変を認め、子宮体癌の疑いとなった。内膜組織診、子宮鏡下手術による腫瘍部生検ともに APAM の診断であったものの、MRI での筋層浸潤所見は子宮内膜癌のそれと類似しており鑑別が困難であった。これまで MPA 療法、組織学的検査、子宮鏡検査による経過観察を行っていたが、今回、妊孕性温存を断念し、腹腔鏡下子宮全摘術を施行した。術後病理診断は APAM-LMP の筋層内病変であり、癌とは異なる腫瘍性増殖病変であった。筋層浸潤を伴う APAM-LMP は子宮内膜癌などとの鑑別が困難である。再発例では組織診および MRI による慎重な経過観察が重要であり、治療選択には厳密な評価と判断が求められる。

O37. 子宮がん肉腫に対して Lenvatinib + Pembrolizumab 療法中に irAE 硬化性胆管炎を発症した 1 例

岐阜県総合医療センター

亀山千晶、神田智子、市川天音、齋竹健彰、尹麗梅、佐藤香月、鈴木真理子、佐藤泰昌、横山康宏

【緒言】irAE 硬化性胆管炎は比較的稀であり、ステロイド抵抗性とされている。子宮がん肉腫に対して Lenvatinib+Pembrolizumab (LP) 療法中に irAE 硬化性胆管炎を発症した 1 例を報告する。

【症例】78 歳、4 妊 2 産。2 年前に子宮がん肉腫 StageIV に対し、手術後 Paclitaxel+Carboplatin (TC 療法)6 コース行い、CR 得られた。4 ヶ月後、膈断端再発、左胸膜播種を認め、LP 療法開始した。Pembrolizumab 9 コース投与後 Day12 (X 日)、肝胆道系酵素上昇 G2 を認めた。CT で横隔膜上腫瘍・腹膜播種の増大、新規骨盤内腫瘍・肺転移を指摘された。消化器内科コンサルトし、肝生検・MRCP 施行した。CD8+、肝内胆管狭窄を認め、irAE 硬化性胆管炎と診断し、X+5 日より PSL80mg/日開始した。X+12 日肝胆道系酵素上昇 G1 まで改善し PSL60mg/日に減量、以降 1 週間毎に PSL10mg/日ずつ減量した。X+33 日の CT で病変の急速な増大を認めた。PSL30mg/日まで減量できており、肝胆道系酵素は基準値内で全身状態良好であったため、十分な IC の上 TC 療法を開始した。腫瘍内出血、骨髄抑制 G3 のため輸血を要したが、4 コース施行しえた。CT で腫瘍が著明な縮小を得られ、現在まで TC 療法継続中である。

【考察】irAE 硬化性胆管炎は比較的稀であり、特に子宮体癌や子宮肉腫での報告は極めて少ない。一般に irAE 肝障害に準じて治療が行われるが、硬化性胆管炎はステロイド抵抗性を示すことが多いとされる。近年、他のがん種において肝外胆管型やびまん型に比べ肝内胆管型ではステロイド反応性が比較的良好である可能性が指摘されている。本症例では肝内胆管優位であり、PSL に良好な反応が得られたことで抗癌剤治療を継続し得た。

【結語】子宮がん肉腫に対して LP 療法中に irAE 硬化性胆管炎を発症した 1 例を経験した。PSL が著効したことで、抗癌剤治療継続でき、腫瘍縮小得られた。稀な合併症であるが、本有害事象を念頭に置き早期診断・介入が重要と考えられる。

O38. 当院における審査腹腔鏡の現況

知多半島りんくう病院

浅井千鶴、松山泰寛、永坂万友子、三浦麻世、笠原幸代、黒土升蔵

【緒言】癌性腹膜炎と判断された症例において、その原発巣を確定診断するためには組織診断が必要となる。当院では腹壁吊り上げ法にて審査腹腔鏡を実施している。これまで当院で経験した症例を後方視的に検討するとともに、当院で行なっている手技について報告する。

【術式】腰椎麻酔下にて、臍下部 3～数cm 正中切開にて腹腔内へ到達。腹腔内組み立て式吊り上げ鉤（ミズホ株式会社）を用いて腹壁を挙上。腹腔内を観察し、病巣の主座と思われる部位や播種病変の組織を採取し閉創して終了した。

【症例】当院での経験症例はいずれも腹部膨満症状または画像診断において腹水を認め、術前の画像診断では原発巣は不明で腹膜播種や大網の異常などの所見が確認された。腹水細胞診は陽性であり、腺癌を指摘されていた。すべての症例において合併症なく術後 3-4 日で退院していた。術後の病理診断において、消化器科領域の悪性疾患であった症例を 1 例経験した以外は卵巣由来の腺癌と診断され、術後すみやかに化学療法が実施され、その後根治的手術が行われた。

【結語】腹壁吊り上げ法で行う審査腹腔鏡は腰椎麻酔下で行うことができるため、より低侵襲であり、また自科麻酔で迅速に手術日程を組むことができるため、術後は速やかに治療を開始することができる。さらに、正確な HRD 検査を実施するためには化学療法を行う前の新鮮な組織が必要であるが、本法はその採取にも非常に有用であり、広く実施されることが望まれる。

O39. 術後化学療法初回にイレウスから敗血症性ショックを発症し、CMV 腸炎を併発した子宮体癌の一例

¹JA 愛知厚生連 海南病院、²同麻酔科、³同消化器内科

石戸裕梨¹、鷺見整¹、坂倉優一¹、伊藤瑞希¹、
田中千花¹、吉武仙達¹、塩澤文子¹、猪飼恵¹、
加藤智子¹、関谷憲晃²、橋詰清孝³、山田里佳¹

【緒言】化学療法は好中球減少症やアレルギー症状、消化器症状などの合併症に注意しながら実施されるが、ときに重症合併症を引き起こす。今回我々は、子宮体癌IA 期(pT1a,pN0,M0)に対するパクリタキセル+カルボプラチン (TC) 療法施行後に、イレウスから敗血症性ショックを発症し、さらにサイトメガロウイルス (cytomegalovirus ; CMV) 腸炎を併発した症例を経験したので報告する。

【症例】74 歳、X 年 5 月より不正出血あり内膜組織診にて、Endometrioid carcinoma G3、画像検査より子宮体癌IB 期の疑いで、X 年 6 月に準広汎子宮全摘+両側付属器摘出+骨盤内・傍大動脈リンパ節郭清+大網切除術を施行し、術後に TC 療法を実施した。6 日目に麻痺性イレウスを発症し、翌日ショック状態となった。発熱や腹痛を伴い、検査所見からも敗血症性ショックが疑われ ICU 入室、循環動態安定化を図りつつ MEPM を開始した。8 日目には Clostridioides difficile (CD) 抗原も陽性となり、バンコマイシン内用液を併用した。全身状態はある程度改善したものの、下痢、腹痛が遷延し、29 日目に再度発熱、炎症反応も上昇したため、消化器内科へ相談した。下部消化管内視鏡検査を実施し、組織診断で CMV 腸炎所見を認めたため、バルガンシクロビル塩酸塩内服を開始した。以降軽快を認め、51 日目に退院となった。

【考察】本症例では、TC 療法初回に麻痺性イレウスを発症し、それを機に敗血症性ショックや CD 腸炎、CMV 腸炎が続発し重症化を認めた。原因探索に時間を要したが、他科と連携し軽快した。当初は化学療法に伴う合併症ハイリスク症例とは考えていなかったが、重症化の背景には、元々の便通コントロール不良などがあったと思われる。患者の基礎状態により、一般的な化学療法後でも重症合併症が起こりうる可能性を念頭に置くことが重要と考えられた。

O40. 腫瘍崩壊症候群をきたした卵巣癌の一例

岐阜大学医学部附属病院

千田朋香、桑山太郎、松原佳奈、坊本佳優、村瀬紗姫、
大塚かおり、菊野享子、早崎容、磯部真倫

【緒言】腫瘍崩壊症候群(tumor lysis syndrome; TLS)とは腫瘍細胞の急速な崩壊により細胞内の代謝産物である核酸、蛋白、カリウムなどが血中へ大量に放出されることによって引き起こされる代謝異常の総称である。主に血液腫瘍で発生するが、婦人科悪性腫瘍でも報告されている。今回、卵巣癌治療開始直後に TLS をきたした 1 例を経験したので報告する。

【症例】67 歳 2 妊 2 産、下腹部痛を主訴とした。骨盤部 MRI では、14×12cm 大の卵巣腫瘍を認め、子宮への直接浸潤、直腸漿膜浸潤、腹膜播種、骨盤内リンパ節転移、傍大動脈リンパ節浸潤、直腸間膜リンパ節浸潤が認められた。腹水細胞診は偽陽性であったが、臨床的に卵巣癌ⅢC 期が疑われ、パクリタキセル、カルボプラチン(TC)療法導入を予定した。しかし化学療法導入前に炎症反応高値、貧血、腎機能低下を認め、造影 CT を行ったところ腫瘍内出血、腫瘍増大による両側尿管圧排所見、腹膜播種の増悪、腹水増量を認めた。腎後性腎不全を疑い、両側尿管ステント留置し腎機能改善がみられたが、経過から進行が早く、悪性度の高い腫瘍が予想された。薬物治療の合併症により治療関連死の可能性も考えられることを、本人および家族に十分に説明したところ積極的治療を希望されたため TC 療法を開始した。5 日目の採血にて LDH、尿酸、K、P 上昇、Ca 低下を認め、腫瘍崩壊症候群を疑った。同日集中治療室に転棟し、血液浄化療法の導入し集学的治療を開始した。徐々に呼吸状態・循環動態が悪化し非侵襲的陽圧換気療法の開始や、昇圧薬投与と輸血を行った。しかし、骨髄抑制も伴い、循環動態を保てず永眠された。

【結語】固形癌は通常、TLS 低リスク疾患とされ、婦人科腫瘍における TLS は稀だが致死的となる。腫瘍サイズが大きい場合や高悪性度、化学療法感受性例では TLS の合併を念頭に置き、TLS を疑った場合には積極的な介入が必要である。

O41. 免疫チェックポイント阻害薬使用中の閉塞性黄疸を契機に子宮体癌の胆管転移と診断した1症例

名古屋市立大学

佐藤玲、小島龍司、内村優太、神谷将臣、間瀬聖子、西川隆太郎、杉浦真弓

【緒言】子宮体癌の転移臓器としては所属リンパ節、卵巣、膣、腹膜、肺などが一般的であり、胆管転移は極めて稀である。今回、免疫チェックポイント阻害薬 (immune checkpoint inhibitor : ICI) 使用中に発症した閉塞性黄疸を契機として、胆管転移の診断に至った1例を報告する。

【症例】70代、子宮体癌ⅢC2期 (pT3aN2M0)、類内膜癌 Grade 3、子宮全摘・両側付属器摘出・血管損傷リスクを考慮しリンパ節生検を行い、術後 paclitaxel および docetaxel と carboplatin 療法を計6コース施行した。終了3ヶ月後に多発リンパ節転移と左副腎転移が出現し、Lenvatinib と Pembrolizumab 併用療法を開始した。2回目投与日に肝機能障害 Grade 3 を認め治療延期とし、その2日後に発熱と体動困難のため救急搬送された。免疫関連有害事象 (immune-related adverse event : irAE) による肝炎 Grade 4 と判断し、プレドニゾン 1mg/kg/day と抗菌薬投与で速やかな改善を認めた。しかし、数日後に再度肝酵素とビリルビン上昇を認め、黄疸が出現した。当初 irAE 胆管炎を疑い精査すると、遠位胆管の狭窄を認めた。薬物治療では改善せずステント留置を行い、留置時に採取した遠位胆管組織より類内膜癌の転移と診断され、腫瘍による閉塞性黄疸と判断した。その後再度発熱を認め、血液培養で緑膿菌が検出された。CTで肝膿瘍と同時に肝門部胆管への腫瘍浸潤が疑われ、今後の炎症コントロールは困難と判断して Best Supportive Care となった。

【結語】ICI 使用中に黄疸を契機として子宮体癌の胆管転移と診断した極めて稀な症例を経験した。irAE、感染症が併存する状況では原因同定が難しく、胆管転移の可能性も念頭に置いた幅広い鑑別と他科連携による診療が重要である。

O42. 機械学習を用いた上皮性卵巣癌における臨床因子と予後の関連性の検討：次元圧縮解析および Cox 比例ハザードモデルを用いた解析

¹名古屋大学医学部附属病院 卒後研修・キャリア形成支援センター、²同 産婦人科

中川裕介^{1,2}、吉原雅人^{1,2}、茂木一将²、伊吉祥平²、吉田康将²、長尾有佳里²、玉内学志²、横井暁²、芳川修久²、新美薫²、梶山広明²

【目的】卵巣癌の予後因子は多岐にわたるが、臨床背景が複雑であるため患者集団が潜在的に層別化されている可能性がある。本研究では、次元圧縮解析による症例構造の可視化と、生存解析により各因子の予後への寄与を検討した。

【方法】東海卵巣腫瘍研究会で集積した上皮性卵巣癌患者の中で、初回治療での手術において完全切除を達成した1,239例を対象とした。年齢、進行期分類、組織型、CA125値、腹水細胞診陽性、化学療法、腹水量全ての情報が揃う症例を対象とした。t-SNE および UMAP により症例間の潜在構造を解析し、進行期分類などによる群形成の可否を評価した。続いて Cox 比例ハザードモデルを用いて全生存および無再発生存に対する独立予後因子を検証し、C-index で予測精度を評価した。また Random Survival Forest (RSF) による非線形モデルでの性能を比較検討した。

【成績】t-SNE および UMAP では進行期分類、腹水細胞診陽性、組織型いずれでも明瞭なクラス形成を認めず、症例は連続分布を示した。Cox 比例ハザードモデルでは進行期分類と腹水細胞診陽性が全生存および無再発生存に対する独立予後因子であり、組織型、CA125値、腹水量、化学療法施行の寄与は限定的であった。C-index は0.72であった。RSF の C-index は0.708であり、Cox 比例ハザードモデルと同等の予測精度であった。

【結論】本検討では臨床因子による明確なサブグループ形成は認められず、予後評価には離散的な分類より連続的リスク評価が妥当と考えられた。また Cox 比例ハザードモデルは少数因子で予後予測が可能であり、RSF は精度改善において限定的であった。これら解析手法の併用は上皮性卵巣癌の予後予測における新たなアプローチとなり得ると考える。

第6群(2日目 14:25~15:30) 第2会場

O43. 子宮筋腫分娩に伴う子宮内反症に対して外科的治療を行った2例

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター

浅井大策、前島翼、石橋朋佳、関宏一郎、小島和寿、村上勇、中山健太郎

子宮筋腫分娩に伴う子宮内反症が発症することはまれであり、治療方針に関して議論の余地がある。筋腫分娩に伴う子宮内反症に対して外科的治療を行った2例を経験したので報告する。症例1は、39歳、子宮筋腫、不正出血のため紹介受診となった。前医で撮影したMRIでは84×46mm大の子宮内の粘膜下筋腫を認めていた。性器出血の増悪あり、出血コントロール目的に入院管理とし、止血剤投与、輸血を行った。再度MRI撮影すると、子宮底を付着部とする粘膜下筋腫が分娩し、子宮内反症を認めた。術前に両側尿管ステントを留置し、開腹子宮全摘術を施行した。術中所見として、尿管は子宮下部で子宮筋腫の近傍を走行しており、子宮摘出には膀胱子宮靭帯の前層処理が必要であった。術中出血は300mlであった。症例2は、43歳、子宮筋腫分娩、不正出血で紹介受診となり、出血コントロール目的に入院管理となった。MRIで、子宮底を付着部とする101×91mm大の粘膜下筋腫の分娩に伴う子宮内反症を認めた。術前の尿管ステント留置を試みたが、筋腫分娩の影響で尿管ステントを留置できなかった。出血コントロール目的に開腹子宮全摘術を施行した。本症例も同様に尿管が子宮筋腫の近傍を走行していた。子宮後壁に切開を加えて、筋腫の付着部を切断し、先に筋腫を核出した。筋腫核出後、子宮はある程度縮小し、尿管も容易に外側に剥離することができ、単純子宮摘出術を施行することができた。これらの症例から、分娩した子宮筋腫を先に核出させてから子宮摘出を行うことで、尿管損傷リスクを下げ安全に手術できる可能性を見出した。筋腫分娩に伴う子宮内反症はまれな病態であるものの、今回経験した外科的アプローチは、類似症例における手技選択の一助となり得ると考えられた。

O44. 妊娠中に併発し、卵巣嚢腫との鑑別が困難であった tailgut cyst の1症例

名古屋市立大学附属病院

永井彩華、犬塚早紀、山森玲奈、竹中礼、加藤悠太、鬼頭慧子、野々部恵、小笠原桜、矢野好隆、伴野千尋、澤田祐季、後藤志信、北折珠央

【緒言】tailgut cystは胎生初期に発生する後腸由来の尾腸(tailgut)が遺残した先天性嚢胞性病変であり、仙骨前面の直腸後腔に発生することが多い。多くは無症状で経過し、MRIなどの画像検査にて偶発的に診断されることが多い。

今回我々は、妊娠中にtailgut cystを疑い、その後経膈分娩に至った症例を経験したので報告する。

【症例】35歳、女性、4妊0産。体外受精により妊娠成立し、硬膜外分娩希望のため当院へ紹介となった。初診時、経膈超音波検査でDouglas窩右側に46mm大のcystを認め、右卵巣嚢腫と判断した。経過観察したが嚢胞は増大なく妊娠経過は順調であった。

37週4日妊婦健診時に経膈超音波検査で嚢胞は依然として子宮頸管近傍にあり、経膈分娩可否を判断するため骨盤部MRIを施行した。MRIでtailgut cystが疑われ、外科へコンサルトした。経膈分娩時にcystが破裂するリスクはあるが、合併症や緊急手術を要する可能性は低く経膈分娩は可能であるとの判断であった。40週5日に予定日超過のため分娩誘発を行い、クリステレル圧出法併用下に吸引分娩で児を娩出した。分娩直後に経膈超音波検査を施行し、子宮頸管背側に46mm大のcystを認めたが、内部は血腫様でありcystの破裂を疑い、外科にコンサルトした。分娩1時間後の観察でcystの増大を認めず、バイタルも安定しており活動的な出血は否定的であった。産後1日目に単純CTを施行し、tailgut cyst未破裂であった。産後3日目の血液検査でCEA、CA19-9ともに上昇は認めなかった。産後経過は問題なく、産後5日目に自宅退院となった。今後、外科にて手術を行う方針である。

【結語】Tailgut cystは非常に稀な疾患であり、発生部位から卵巣嚢腫と誤認される可能性がある。妊娠後期までDouglas窩に存在する嚢胞性病変を認めた場合にはtailgut cystも鑑別に挙げる必要がある。妊娠中に認めた場合は大きさや位置によって分娩様式に影響することがあり慎重に管理する必要がある。

O45. 当院内視鏡手術におけるガーゼを使用した汚染視野対策

安城更生病院

杉原徳乃花、藤田啓、林有眞、上田美南、尾崎香菜子、吉田泰斗、石川智仁、西上佑奈、安達弥生、田村優介、松井真実、花谷茉也、傍島綾、中村紀友喜、深津彰子、菅沼貴康、鈴木崇弘

【目的】内視鏡手術において、出血や腫瘍破裂による汚染により視野が制限される症例がある。そういった場合に出血や腫瘍内容を生理食塩水にて洗浄、吸引して対応し、視野を確保することが多い。しかし視野の汚染が血餅や、粘性の高い腫瘍内容液による場合は洗浄、吸引のみで対応しようとするとう吸引管が閉塞してしまい難渋することがしばしばある。このような症例において比較的容易に血液や腫瘍内容を除去し、速やかに正常視野に復帰するために当院で行っている工夫について報告する。

【方法】内視鏡手術の場合、術野の汚染に対し吸引注水管を使用したくなるが、開腹手術ではしばしばガーゼを用いて血液や腫瘍内容をからめとるように視野展開することが多い。そこで開腹手術同様、ガーゼを用いて血餅や腫瘍内容を拭うことで容易に正常視野に復帰が可能と考えられた、具体的な方法としてガーゼを必要枚数腹腔内に挿入し、可及的にガーゼにからめて傍結腸溝にガーゼを留置、視野が復帰したらガーゼ枚数をカウントしながら回収袋に検体ともに納入し、腹腔外に搬出後も再度ガーゼカウントを行う。大部分の吸引不可な内容を除去後は通常通り洗浄、吸引にて仕上げをする。

【成績】ガーゼを用いた汚染視野対策が特に有用であるシチュエーションは大量出血を伴う異所性妊娠破裂や成熟嚢胞性奇形腫の術中破綻と考えられ、上記方法を実践することで速やかに正常視野に復帰が可能。腫瘍破綻においては洗浄をメインとした場合に上腹部への汚染拡大のリスクも伴うが、速やかに同方法を行うことで、上腹部に及ぶ腫瘍の飛散を最小限に抑えることができた。発表の実際動画を供覧する。

【結論】内視鏡手術における汚染視野症例では、吸引のみで視野確保が困難な場合、ガーゼを適切に使用することで速やかに良好な視野を展開することが可能。

O46. 卵巣成熟嚢胞性奇形腫に対する手術直後に難治性のけいれん重積を認めた1例

名古屋市立大学医学部附属東部医療センター

前島翼、石橋朋佳、浅井大策、近藤好美、関宏一郎、小島和寿、村上勇、中山健太郎

【緒言】抗NMDA受容体脳炎は、精神症状やけいれん、不随意運動、意識障害、認知機能障害等を来し、卵巣成熟嚢胞性奇形腫に関連して発症することが多い疾患である。卵巣腫瘍を合併する場合は腫瘍切除による病態の改善が知られている。今回我々は、成熟嚢胞性奇形腫に対する手術直後に重篤なけいれん重積が出現した1例を経験した。

【症例】24歳、0妊。既往歴なし。X年Y月、血便精査目的のCT検査にて両側の卵巣腫瘍を指摘され、当科紹介となった。MRI検査にて両側卵巣成熟嚢胞性奇形腫(右23mm、左96mm)を疑う所見を認め、X年Y+9月、腹腔鏡下両側卵巣腫瘍摘出術を施行した。術中所見では、右卵巣は4cm大、左卵巣は10cm大と腫大を認め、腫瘍破綻を来したが、他に特筆すべき問題点はなかった。抜管後、覚醒不十分であったが意思疎通は可能であった。病棟への入室30分後に強直間代性痙攣が出現した。ジアゼパムを投与するも重積状態となったため、ICUでの気管挿管、鎮静管理となった。神経内科へ転科となり、自己免疫性脳炎を疑い、抗てんかん療法に加え、ステロイドパルス療法、血漿交換を施行した。術後9日目に抜管、10日目にICU退室となった。その後のけいれん発作や、意識障害、精神症状、異常行動は認めなかったが、高次脳機能障害を認めており、再度のステロイドパルス療法、血漿交換を施行中である。

【結語】卵巣腫瘍の手術直後に自己免疫性脳炎を発症したという報告はこれまでになく、極めて稀な1例を経験した。現在確定診断には至っていないが、術後けいれん重積について文献的考察を加えて報告する。

O47. 腹腔鏡下に診断、治療した卵巣外奇形腫の一例

伊勢赤十字病院

金子修都、田中浩彦、日下直子、若林慧美里、萩元美季、紀平知久、奥川利治、前川有香

【緒言】成熟嚢胞性奇形腫は良性の胚細胞性腫瘍で、卵巣腫瘍の中でも比較的頻度の多い腫瘍である。卵巣に好発するが、卵巣外の成熟嚢胞性奇形腫は頻度が 0.4%と非常に稀である。今回腹腔鏡下手術時に卵巣外奇形腫と診断した一例を経験したので報告する。

【症例】57 歳女性。3 経産婦。更年期症状を主訴に前医を受診した。経腔超音波検査で両側付属器領域に右 68mm、左 53mm 嚢胞性腫瘤を指摘された。腫瘤内部は線状エコーが観察され、成熟嚢胞性奇形腫が疑われ、精査加療目的に当院へ紹介された。腫瘍マーカーはいずれも正常範囲内であった。MRI 検査で両側卵巣由来の成熟嚢胞性奇形腫と考え、腹腔鏡下両側付属器摘出術を予定した。術中所見では左卵巣に 50mm 大の腫瘤を認めたが、右卵巣は萎縮していて腫瘤を認めなかった。右付属器領域の腫瘤は右卵管と離れていて、子宮前面に位置しており、大網が覆い被さる形で癒着していた。一部膀胱子宮窩腹膜とも癒着していた。癒着部をクーパーで剥離し、腹腔鏡下に両側付属器摘出術および右付属器領域の腫瘤を摘出した。術後経過は良好であった。摘出標本の病理組織検査結果は、右付属器領域の腫瘤および左卵巣腫瘍ともに成熟奇形腫であった。

【結語】成熟嚢胞性奇形腫を認めた場合、頻度は少ないが、大網や後腹膜等、卵巣外にも発生することが報告されており、腹腔鏡による幅広い視野や操作範囲は多種多様な腹腔内の奇形腫に対し対応可能であり、有用であると考えられた。

O48. 腔原発の良性混合腫瘍 (Mixed tumor of the vagina) の 1 例

¹ 日本赤十字社愛知医療センター名古屋第一病院、
² 同 病理部、³ 同 放射線診断科

山下恵子¹、廣村勝彦¹、藏野真弥¹、松原令実¹、高林詩帆¹、中島菜都美¹、箕浦広大¹、林紗由¹、白倉知香¹、宗宮絢帆¹、長岡明日香¹、田中梨紗子¹、寺沢直浩¹、鈴木美帆¹、福原伸彦¹、伊藤由美子¹、手塚敦子¹、齋藤愛¹、坂堂美央子¹、津田弘之¹、村上秀樹²、森雄司³、安藤智子¹

【緒言】混合腫瘍 (Mixed tumor) は異なる組織成分から構成され、腔に発生するものは非常に稀である。今回われわれは、腔に発生した良性混合腫瘍に対し、術前動脈塞栓術を併用することで安全に摘出できた症例を経験したので報告する。

【症例】25 歳、未妊。月経異常を主訴に近医を受診し、性器出血で再診した際に偶発的に腔壁腫瘤を認めたため当院紹介となった。疼痛や腫瘍感などの自覚症状はなし。内診にて右腔壁下に径 7×5cm 大の弾性軟の充実性腫瘤を認め、経腔超音波では豊富な血流を確認した。骨盤 MRI の T1 等信号、T2 中間信号の分葉状腫瘤で、著明な拡散低下を認めたため、悪性の可能性も疑われ、コア針生検を施行した。病理検査では、紡錘形細胞を主体とした上皮様成分を認める二相性パターンを示し、免疫組織染色検査では、AE1/AE3(+), CD34(-), CD10(+), WT1(+), SMA(+), S-100(-)であり、Ki-67 陽性細胞は 5%未満であった。腔の良性混合腫瘍が示唆されたが、腹部 dynamic 造影 CT では腫瘤に向かって内腸骨動脈から分岐する複数の栄養血管を認めたことから、径カテーテル動脈塞栓術 (TAE) 後に腫瘍摘出術を施行した。腫瘍重量は 68.5g で、肉眼的に境界明瞭な淡黄色充実性腫瘍であった。腫瘍の血管内には塞栓物質を認め、病変は完全切除できていた。核分裂像や壊死はなく、Mixed tumor of the vagina (spindle cell epithelioma) の最終診断となり、現在外来観察中である。

【結語】極めて稀な腔原発の良性混合腫瘍の症例を経験した。十分な術前評価を行い、動脈塞栓術を組み合わせることで手術を安全に施行できた。

O49. 帝王切開術癒痕症候群と子宮内膜症にて子宮留膿腫を発症 1 例

総合大雄会病院

嶋津光真、坂井啓造、西川有紀子、南谷智之、今永弓子、服部慎之介、岡京子、岡崎友里、中村真弓

帝王切開癒痕症候群は、術後の癒痕部における形態的異常や慢性的炎症を背景に、不正性器出血や疼痛、不妊の原因となることが知られている。子宮内膜症は異所性に内膜組織が存在することで慢性骨盤痛や不妊を引き起こし、婦人科領域で頻度の高い疾患である。さらに、子宮留膿腫は子宮腔内に膿性分泌物が貯留する病態であり、感染や閉塞性変化に起因する。これら三疾患は相互に関連しうるが、臨床的に同時併存する報告は稀である。今回帝王切開術後 19 年経過し、帝王切開癒痕症候群と子宮内膜症と子宮留膿腫を発症した 1 例を経験した。

【症例】52 歳 女性 既往歴:大腸炎 妊娠歴 3 妊 2 産

本症例は 19 年前に双胎妊娠にて帝王切開術既往があった。近医から性器出血にて帝王切開癒痕症候群の診断にて紹介受診した。MRI 画像検査により子宮下部嚢胞にて認めた。子宮腺筋症と両側卵巢嚢腫(チョコレート嚢腫)を認めた。挙児希望が無く、月経困難と不整性器出血であった。ホルモン療法を選択し症状が消失した。5 年経過した腹痛と発熱にて受診した。CT 検査で右側卵巢膿瘍 卵管留膿腫 子宮留膿腫 子宮下部嚢胞(帝王切開癒痕症候群)を認めた。開腹手術にて子宮摘出術と右側付属器摘出術施行となった。子宮内膜症病変を認めた。これらの併存により症状が複雑化し、診断と治療に難渋した。

【考察】帝王切開癒痕部の形態異常は、子宮腔内の排泄障害を惹起し、二次的に感染や留膿腫形成を助長する可能性がある。慢性的炎症環境は子宮内膜症の進展に寄与することが示唆される。本症例は、術後 19 年経過し帝王切開癒痕症候群が子宮留膿腫や子宮内膜症の病態形成に関与し得ることを示す貴重な臨床例である。

【結論】帝王切開癒痕症候群、子宮内膜症子宮腺筋症、子宮留膿腫の併存は稀ではあるが、相互に病態形成を修飾し合う可能性がある。術後患者の慢性下腹痛や不正出血に対しては、これらの複合的病態を念頭に置いた包括的診断と治療が必要である。

O50. 正常卵巢捻転が再発した一例

名古屋掖済会病院

大野元彰、村上真由子、成田佑一郎、岡見ゆりか、競悦子、安藤万恵、高橋典子、清水頭

【緒言】正常卵巢捻転は稀な疾患であり、初経前の小児の報告が多い。今回我々は、再発をきたした成人の正常卵巢捻転に対し、腹腔鏡下で捻転を解除した後に、卵巢固有靭帯を縫縮することで再発予防を行った症例を経験したので報告する。

【症例】33 歳で、0 妊 0 産、29 歳時に右正常卵巢捻転に対して腹腔鏡下卵巢捻転解除術が行われた既往がある。3 年前に一次施設で多嚢胞性卵巢症候群を指摘されて以来、低用量エストロゲン・プロゲステン配合錠を内服していた。突然の右下腹部痛を発症し、徐々に痛みが増悪してきたため、救急要請された。経膈超音波検査では両側卵巢に多数の小さな卵胞を認めたものの、CT 検査を含め明らかな腫瘍性病変は確認できなかった。正常卵巢捻転の既往があること、前回卵巢捻転を発症した時と同様の痛みであるという自覚症状から、卵巢捻転の可能性を考え緊急腹腔鏡下手術を施行した。腹腔内を観察すると右卵巢は 5cm ほどに軽度腫大しており、1080 度の捻転を認めたため、捻転を解除した。捻転解除後に観察すると、卵巢固有靭帯が引き伸ばされ伸長をしていたため、再発予防を目的として、卵巢固有靭帯の卵巢側と子宮側に糸をかけ縫縮した。術後経過は良好で通常通り術後 4 日目に退院した。

【考察】正常卵巢捻転は、発症時の症状は腹痛、嘔気・嘔吐など非特異的なものが多く、診断に苦慮する症例も多い。再発症例の報告も見られるため、初発症例でも明らかに卵巢固有靭帯が長いなど再捻転のリスクが高いと考えられる症例に対しては卵巢固有靭帯の縫縮術が有用である可能性がある。

051. 当院における婦人科腫瘍による Trousseau 症候群の検討

医療法人豊田会 刈谷豊田総合病院

加藤頼香、長船綾子、梅村周平、竹中実咲、小林真子、
佐藤亜理奈、黒田啓太、鈴木祐子、永井孝、梅津朋和

Trousseau 症候群は悪性腫瘍による血液凝固亢進により血栓塞栓症を惹起する傍腫瘍性神経症候群のひとつである。なかでも婦人科悪性腫瘍は Trousseau 症候群を発症しやすい腫瘍として知られている。また近年では良性子宮腫瘍に伴う Trousseau 症候群の報告が散見される。今回、当院での過去 10 年間における婦人科腫瘍に伴う Trousseau 症候群の発症例について文献的考察を加え報告する。

2015 年 1 月から 2025 年 11 月までの約 10 年間において、当院で Trousseau 症候群を発症したのは 10 例であった。10 例のうち年齢は 40 歳代が 3 例、50 歳代が 2 例、60 歳代が 2 例、70 歳代が 3 例であった。原疾患は子宮体癌が 2 例、卵巣癌が 5 例、卵管癌が 1 例、境界悪性腫瘍が 1 例、子宮腺筋症が 1 例であった。脳梗塞を契機に婦人科腫瘍が判明した症例は 4 例であった。その他、再発治療中での発症が 4 例、手術待機中に 1 例、経過観察中に 1 例発症した。転帰は無症状生存が 2 例、麻痺などの症状が残った症例が 3 例、死亡退院が 4 例、1 例が転院により転帰不明であった。4 例の死亡のうち 3 例は原疾患による死亡であったが、1 例は脳梗塞を契機に卵巣明細胞癌と診断され、来院から 38 日で死亡退院となった。

Trousseau 症候群は卵巣癌に多いとされているが、当院での過去 10 年間において、卵巣癌だけではなく、良性腫瘍や子宮体癌、境界悪性腫瘍などを原疾患として発症した症例も認めた。脳梗塞が先行して診断され、急速に病態が悪化することもあるため、画像で多発脳梗塞を認め D-ダイマー高値の際には、Trousseau 症候群を鑑別にあげて全身検索をすることが重要である。

謝 辞

第 146 回東海産科婦人科学会の開催にあたり下記の皆様より格別のご支援をいただきました。
ここに謹んで御礼申し上げます。

第 146 回東海産科婦人科学会
会長 渡辺 員支

旭化成メディカル株式会社	武田薬品工業株式会社
あすか製薬株式会社	中外製薬株式会社
アストラゼネカ株式会社	テルモ株式会社
アトムメディカル株式会社	東ソー株式会社
株式会社アムコ	トーイツ株式会社
エーザイ株式会社	名古屋八光商事株式会社
江崎グリコ株式会社	日本新薬株式会社
MSD 株式会社	バイエル薬品株式会社
大塚製薬株式会社	ファイザー株式会社
科研製薬株式会社	富士製薬工業株式会社
キッセイ薬品工業株式会社	ホロジックジャパン株式会社
クラシエ薬品株式会社	株式会社ミトラ
コヴィディエンジャパン株式会社	株式会社メディコン
シスメックス株式会社	株式会社メドレー
ジョンソン・エンド・ジョンソン メドテック	メルスモン製薬株式会社
サージェリー事業本部	持田製薬株式会社
株式会社ステムセル研究所	株式会社八神製作所
有限会社胎児生命科学センター	

2026 年 1 月 8 日現在
(敬称略・50 音順)

その他、多数の方々にご協力を賜りましたことを御礼申し上げます。

CRYOSEAL®
SYSTEM

保険適用

自己血漿から生まれる、生体組織接着剤



自動調製

クリオシールシステムは、患者血漿から生体組織接着剤の成分であるクリオプレシビテート(以下、クリオ)およびトロンビン液を滅菌閉鎖回路内で自動的に調製します。



凍結保存可能

調製されたクリオとトロンビン液は、28日間、凍結保存が可能です。手術時に解凍し、混和することにより、生体組織接着剤としての機能を果たします。

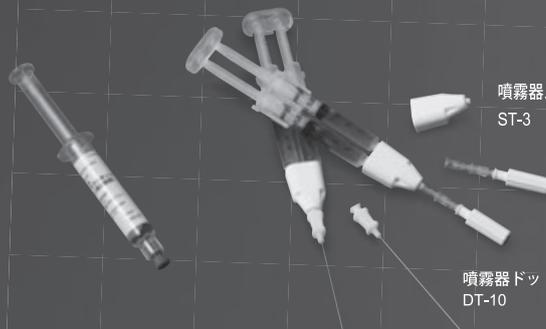


リスク回避

特定生物由来製品の使用による「感染のリスクを完全に否定することができない」おそれを回避することが可能です。

血液成分分離キット
クリオシールディスポーザブルキット
(承認番号 22300BZX00371000)

血漿処理ユニット CP-3



トロンビン用添加液

噴霧器スプレーチップ
ST-3噴霧器ドットチップ
DT-10

噴霧器

クリオシールディスポーザブルキットは、「血漿処理ユニット CP-3 (1 個)」、「トロンビン用添加液 (1 個)」、「噴霧器 (2 個 (袋))」から構成されます。

血液成分分離用装置
クリオシール CS-1
(承認番号 22300BZX00372000)クリオシールシステム
ホームページ

旭化成メディカル株式会社

〒100-0006 東京都千代田区有楽町1-1-2 日比谷三井タワー
TEL: 03-6699-3771 www.asahikasei-medical.co.jp

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





GnRHアンタゴニスト 薬価基準未収載

 **イセルティ錠 100mg**

リンザゴリクスコリン錠 yselty[®] Tablets 100mg

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」、「禁忌を含む注意事項等情報」等の詳細については、電子添文をご参照ください。

[文献請求先および問い合わせ先] **キッセイ薬品工業株式会社**
<文献請求先><すり相談センター> 東京都文京区小石川3丁目1番3号
0120-007-622
<販売情報提供活動問い合わせ先> 0120-115-737

製造販売元
 **キッセイ薬品工業株式会社**
松本市芳野19番48号

YL002-01
2026年1月作成

Medtronic

LigaSure™ XP Maryland

Sonicision™ 7

“次のステージ”へ



コヴィディエンジャパン株式会社
Tel:0120-998-971

medtronic.co.jp

販売名:Valleylab FT10エレクトロ-ブ ラットフォーム 医療機器承認番号:22800BZX00157000
販売名:ForceTriadエレクトロ-ブ ラットフォーム 医療機器承認番号:21900BZX00853000
販売名:Sonicision 7 コードレスシステム 医療機器承認番号:30500BZX00058000

使用目的又は効果、警告・禁忌を含む使用上の注意等の情報につきましては製品の電子添文をご参照ください。
© 2024 Medtronic.
Medtronic、メドトロニック及びMedtronicロゴマークは、Medtronicの商標です。

新しい

生きるを、創る。

A new way of life

独自技術で難病に挑み、ひとりの「生きる」に希望をとどける。

ユニークな機能性食品で、みんなの「生きる」を健やかにする。

京都から世界へ。

新しい時代の、新しい生きるを、わたしたちは、創っていく。



日本新薬
NIPPON SHINYAKU CO., LTD.



植物デンプン由来の吸収性局所止血材が
外科手術をサポートします。

デンプン由来吸収性局所止血材
バード アリスタ[®] AH

承認番号: 22600BZX00455000
クラス分類: 高度管理医療機器(クラスIV)
一般的名称: 吸収性局所止血材
償還区分: デンプン由来吸収性局所止血材
(本体アプリーケータのみ)



製品に関する
お問い合わせは
こちらから



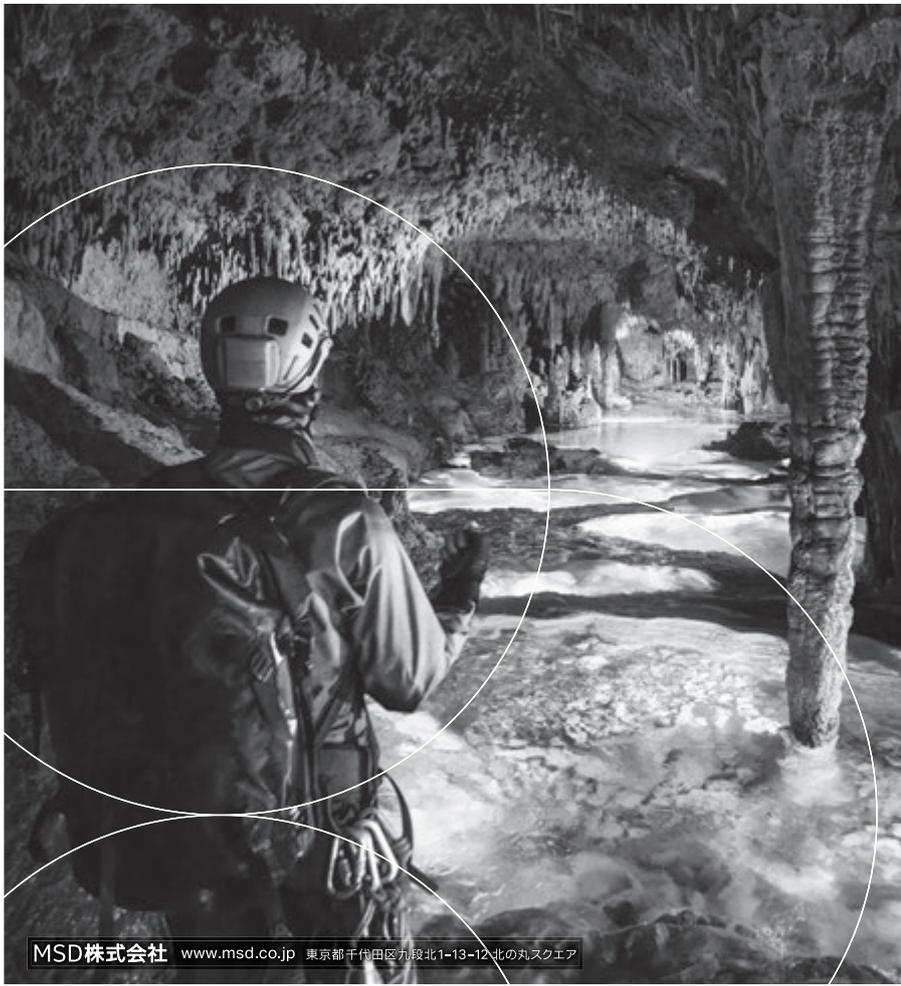
- ・事前に必ず電子添文(注意事項等情報)を読み、本製品の使用目的、禁忌・禁止、警告、使用上の注意等を守り、使用方法に従って正しくご使用ください。
- ・本製品の電子添文は独立行政法人医薬品医療機器総合機構(PMDA)のホームページで閲覧できます。

製造販売元
株式会社メディコン
カスタマーサービス www.bdj.co.jp/s/cs/

bd.com/jp/

BD, the BD Logo, Arista are trademarks of Becton,
Dickinson and Company or its affiliates. ©2024 BD. All rights reserved.
2024年1月作成





MSD株式会社 www.msd.co.jp 東京都千代田区九段北1-13-12北の丸スクエア

INVENTING FOR LIFE

人々の生命を救い
人生を健やかにするために、挑みつづける。

最先端の医薬品の創造。それは長く険しい道のりです。
懸命な研究開発の99%以上は実を結ばない現実。
でも、決してあきらめない。
あなたや、あなたの大切な人の「いのち」のために、
革新的な新薬とワクチンの発見、開発、提供を
私たちは続けていきます。



承認番号20900BZY00790000

高度管理医療機器 | 保険適用

癒着防止吸収性バリア

セプトラフィルム®

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電子化された添付文書をご参照ください。

製造販売元(輸入) バクスター・ジャパン株式会社
東京都港区芝浦三丁目4番1号グランパークタワー30階

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二丁目28番8号
医薬品情報サービス室

JP-AS30-220198 V3.0
SPF08CP (2024年1月作成)

お腹の赤ちゃんが心配なお母さんへ —

Fresh Thinking in Prenatal Care

FLSC
Fetal Life Science Center

有限会社 胎児生命科学センター
〒464-0073 名古屋市千種区高見一丁目3番1号

お問い合わせは

☎ 052-715-6356
✉ info3@flsc.jp
🌐 www.flsc.jp



-VAC
JVAC-IM0032

すべての革新は患者さんのために

CHUGAI 中外製薬
Roche ロシュグループ

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

アバスタチン[®] 点滴静注用 100mg/4mL 400mg/16mL

ベバシマブ(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

※効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等は電子化された添付文書をご参照ください。

製造販売元 **CHUGAI 中外製薬株式会社**
〒103-8324 東京都中央区日本橋室町2-1-1
Roche ロシュグループ

文獻請求及び問い合わせ先) メディカルインフォメーション部
TEL.0120-189-706 FAX.0120-189-705

(販売情報提供活動に関する問い合わせ先)
https://www.chugai-pharm.co.jp/guideline/

2022年3月作成



薬価基準収載

子宮内膜症に伴う疼痛改善剤・月経困難症治療剤

ヤーズフレックス® YazFlex. 配合錠

ドロスピレノン・エチニルエストラジオール錠
処方箋医薬品[※] 注)注意-医師等の処方箋により使用すること

※効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む
注意事項等情報等につきましては電子添文をご参
照ください。

製造販売元 [文献請求先及び問い合わせ先]

バイエル薬品株式会社
大阪市北区梅田2-4-9 〒530-0001

<https://pharma.bayer.jp>

[コンタクトセンター]

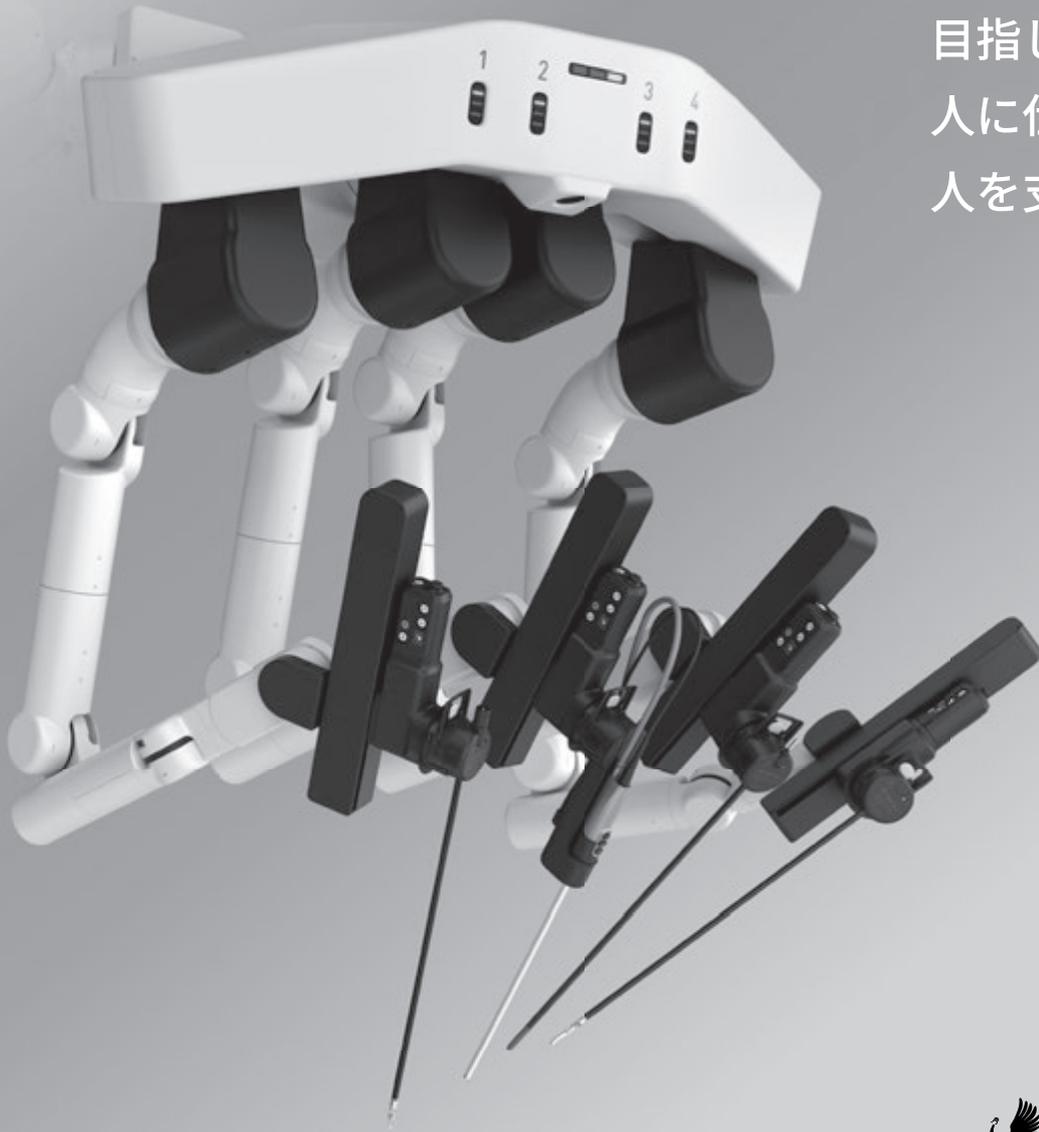
0120-106-398

<受付時間> 9:00~17:30(土日祝日・当社休日を除く)

PP-YZF-JP-0666-18-11

2024年11月作成

hinotori™ サージカルロボットシステム



目指したのは
人に仕え、
人を支える存在

 **hinotori™**

販売名：hinotori™ サージカルロボットシステム 承認番号：30200BZX00256000
*外観、仕様等については改良のため予告なしに変更することがあります。

Copyright © Medicaroid Corporation All Rights Reserved. © Tezuka Productions

総代理店
シスメックス株式会社

(お問い合わせ先)

支店 仙台 022-722-1710
大阪 06-6341-6601
営業所 札幌 011-700-1090
千葉 043-297-2701
京都 075-255-1871
鹿児島 099-222-2788

北関東 048-600-3888
広島 082-248-9070
盛岡 019-654-3331
横浜 045-640-5710
神戸 078-251-5331

東京 03-5434-8550
福岡 092-687-5380
長野 0263-31-8180
静岡 054-287-1707
高松 087-823-5801

名古屋 052-957-3821
新潟 025-243-6266
金沢 076-221-9363
岡山 086-224-2605



注：活動及びサイトの適用範囲は規格により異なります。
詳細は www.tus.com の ID 0910589004 を参照。
Note: Scopes of sites and activities vary depending on the standard.
For details, refer to the ID 0910589004 at www.tus.com

www.sysmex.co.jp

製造販売元
株式会社メディカロイド
〒650-0047
兵庫県神戸市中央区港島南町一丁目 6-5
国際医療開発センター 6F

TERUMO

スプレーなら、狙いやすい

癒着防止吸収性バリア

Ad Spray

一般的名称:癒着防止吸収性バリア 販売名:アドスプレー 医療機器承認番号:22800BZX00234

製造販売業者 **テルモ株式会社** 〒151-0072 東京都渋谷区幡ヶ谷2-44-1 www.terumo.co.jp

TERUMO、Ad Sprayはテルモ株式会社の商標です。
テルモ、アドスプレーはテルモ株式会社の登録商標です。
©テルモ株式会社 2017年5月



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

ジエノゲスト

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」、「禁忌を含む注意事項等情報」等の詳細は電子添文をご参照ください。



MOCHIDA

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)

2023年2月作成 (N3)