

ISSN 2186-6244

新潟産科婦人科学会 会誌

第119巻 第1号 令和6年

新潟産科婦人科学会 発行

新潟県医師会 協賛

ISSN 2186-6244

新渭產科婦人科學會 會 誌

編集委員

吉原 弘祐・西島 浩二・倉林 工

目 次

綜 説

綜説	新潟県における組織型子宮頸がん検診の「これまで」と「これから」 新潟南病院 婦人科 日本産婦人科医会がん対策委員会委員 児玉 省二	1
----	---	---

症 例

NILM 判定後1年半で子宮頸癌ⅡB期となった骨盤臓器脱の一例 新潟大学医歯学総合病院 産科婦人科 小林 暁子・西野 幸治・谷地田 希・工藤 梨沙・ 安達 聡介・吉原 弘祐	7
--	---

理事会報告

新潟産科婦人科学会 令和5年度第3回定例理事会	11
-------------------------------	----

そ の 他

第196回 新潟産科婦人科集談会	13
第39回新潟産科婦人科手術・内視鏡下手術研究会	19

論文投稿規定	27
--------------	----

あとがき	30
------------	----

綜 説

綜説 新潟県における組織型子宮頸がん検診の

「これまで」と「これから」

新潟南病院 婦人科

日本産婦人科医会がん対策委員会委員

児玉 省二

【概 要】

新潟県の組織型子宮頸がん検診のこれまでの経過とその課題について報告し、これから導入が予定されているHPV検診の対応について述べる。新潟県の組織型子宮頸がん検診の動向は、受診者の年齢背景では1985年度は罹患の多い30歳～50歳代が最も多い年代であったが、年次的に高齢者に移行し固定化され、2021年度は70歳代が最も多くがん発見の有効性は失われている。また、がん発見の多い初診者より再診者が2/3を占め有効性の乏しい検診となっている。液状検体法は、新潟県では2005年度から導入が開始され2021年度は97.8%を占め、不適正標本の減少と精度管理に貢献してきた。

新しい組織型検診体制は、20歳代は細胞診法で2年に1回、30歳以降はHPV検診を優先し60歳まで5年間隔になることが示されている。当県では、すでに液状化検体法が導入され、HPV検査に必要な開始条件をクリアしハードルは低いが、実施主体の自治体や関連部署と婦人科医師の対応が今後の残された課題であり急務となっている。それまでに、この検診のアルゴリズムに習熟し、有効な検診体制の普及に期待したい。

本稿では、新潟県における組織型子宮頸がん検診の「これまで」の実績と「これから」の課題を述べたい。

Key words : Cervical cancer screening, Niigata Prefecture, The past and the future

【はじめに】

子宮頸がん検診の目的は、がん死亡の低下と子宮温存にあり、がん検診の有効性評価には対費用効果として罹患数の多い年代の参加と効率的な検診方式が挙げられる。

新潟県の子宮頸がん検診は、市町村実施の組織型検診と職場での職域健診があり、前者では受診者の増加は見られず、後者は精度管理の実態が十分に把握されていない。がん検診の対費用効果を上げるには、罹患数の多い年代の参加と実務の効率化が必要である。

現在の組織型検診の方法は、細胞診は20歳以降2年に1回とされているが、腺癌は毎年の検診でも発見され検診間隔を伸ばせず有効性は見られない¹⁾。私は、腺癌に対してもHPV検査は有効であると考えている（一部の組織型では関連していないが）。自験例の研究では、組織内HPV検査の結果、腺癌32例中26例陽性、6例が陰性であった。陰性例は、内頸部型26例中4例（MDA2例）、類内膜型4例中2例であった²⁾。

これからの検診は、子宮頸がんの主な原因とされるHPV感染の把握が主体となっている^{3, 4, 5)}。

本稿では、私が日本産婦人科医会がん対策委員会委員として精度の高い検診事業の普及を目指して活動し、新潟県生活習慣病対策協議会子宮がん部会委員、新潟市子宮頸がん検診検討委員会委員長を務め県内外の検診資料に接する機会を得ている立場から、新潟県における組織型子宮頸がん検診の「これまで」の実績と「これから」の課題を述べたい。

1. 「これまで」のがん検診

1) 新潟県の組織型子宮頸がん検診の年次別の推移

(1) 受診者数 (図1)

新潟県の子宮がん検診は、昭和35（1960）年度から実施されてきたが、当時の資料によれば昭和39年度に6,911名の検診が報告されている⁶⁾。当初は車検診による集団検診であったが、現在は県下統一方式で車検診と施設検診が単独・併用で各市町村を中心に実施されている。

検診受診者の総数は、昭和45（1972）年度26,760人から経年的に増加してきたが、平成3（1991）年度の約10万人をピークに減少傾向に転じている。そして、平成21（2009）年度に導入された無料クーポン事業によりその数は一時的に増加し、その後の5年間は若年者の増加が図られた⁷⁾。しかし、平成28（2016）年度から20歳のみが無料券の対象となり受診者数は減少傾向を示しているが、令和3（2021）年度は新型コロナ下で64,504人の受診で前年度より反転し上昇した。

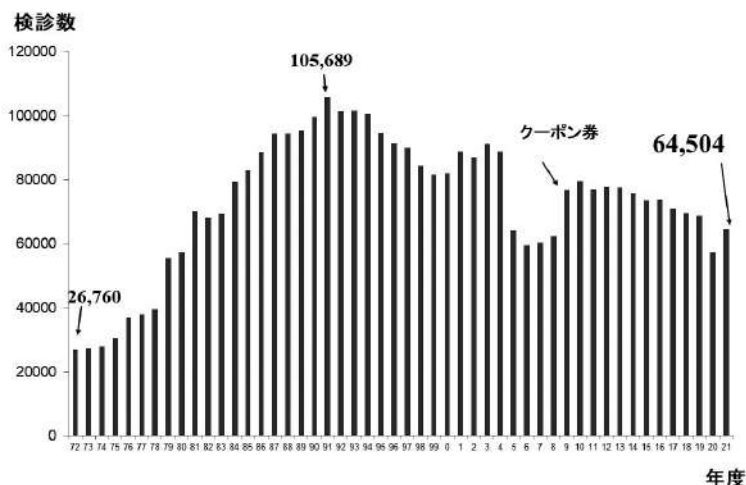


図1 新潟県における子宮がん検診受診者数の年度別推移

(2) 検診受診者の年齢階級別年次推移（図2）

年齢階級別検診受診者の年次別推移は、昭和60（1985）年度から国民調査が行われた10年ごとにみると、昭和60（1985）年度は、35～39歳13,442人、50歳～54歳13,616人と多かった。その後は年次的に50歳代以前の減少と60歳代以降の増加により、令和3（2021）年度では70歳代が最も多く高齢者へと推移している。がん罹患の多い年代は30歳代から50歳代であるが、この年代で受診者が低下していることは有効な検診でなくなっていることを示している⁷⁾。

(3) 受診者の初診・再診（図3）

初診者は再診者よりがん発見が多いことが知られ、当県では初診者は再診者の約8倍の頻度となっているが⁷⁾、令和3年度の受診者を初診と再診に分け年齢階級別にみると、初診者は30歳～40歳代に多いものの突出した年代ではない。一方、再診者は35歳以降から初診者数を上回り、60歳以降は70歳をピークに上

昇と減少を示し、80歳以降でも再診をくり返す受診者がみられる。

(4) 標本作製別受診数の年次推移（図4）

細胞診による子宮がん検診では、適正な標本での観

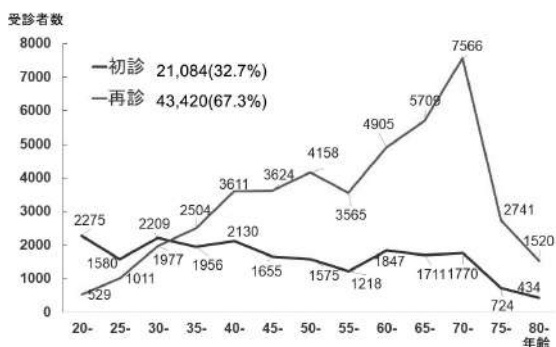


図3 新潟県令和3年度の子宮がん検診の初診・再診別、年齢階級別受診者数

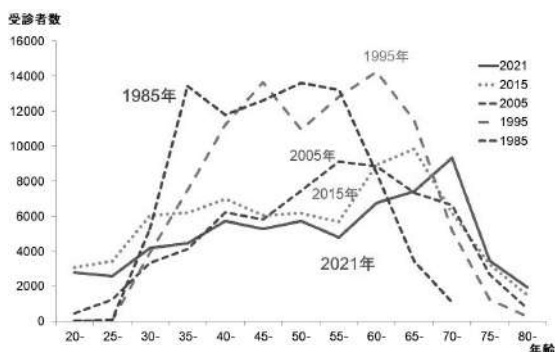


図2 新潟県の子宮がん検診受診者の年次別、年齢階級別推移

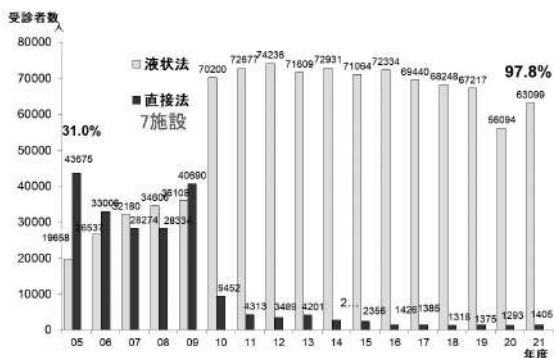


図4 新潟県組織型検診の標本作製別受診者数の年次推移

察診断が重要であり、標本評価はベセスダシステム2001で初めて導入された。そして、わが国の子宮頸部細胞診断の記載方式では⁸⁾、平成23(2015)年度より標本評価により不適標本は同年内に再検査することになった。新潟県では、新潟県臨床細胞学会がこのベセスダシステム方式による標本評価導入を平成15(2003)年より取り組み、平成17(2005)年度より標本評価を開始した結果、同年の不適正標本率は19.0%と高いことが判明した^{9, 10)}。このため、検診機関では、従来の直接塗抹法から液状化検体法の導入が普及し、標本作成別割合は、平成17(2005)年度は液状化検体法31.0%、直接法69.0%から、令和3(2021)年度は液状化検体法97.8%、直接塗抹法2.2%(7施設)となった¹¹⁾。そして不適標本の割合は、平成17(2005)

年度の19.9%から令和3(2021)年度には液状検体法の導入で0.03%に激減した¹¹⁾。

(5) 子宮頸がん検診成績の年次推移の概略(表1)

年次的に総検診数と受診率は減っている。標本品質は上昇し、診断精度も上昇し、要精検率は低下している。精検受診率は、2年間のfollow-upを徹底し90%以上となり目標値を達成している¹¹⁾。

(6) がん発見の年次推移(表2)

新潟県では平成23(2011)年度にベセスダ方式が導入され、要精検率が上昇しがん発見・がん発見率(人口10万対)も上昇し、平成24(2012)年度には117.0と最も高い値となった。平成30(2018)年度より高度異形成と上皮内癌はCIN3となっているが、その増減の変化は乏しい¹¹⁾。

表1 新潟県における組織型子宮頸がん検診成績の年次推移概略

(新潟県生活習慣病検診等管理指導協議会子宮がん検診部会資料より作成)

年度	検診数	受診率	不適正	ASC-US	要 精検率	精検 受診率
2004	88,723	16.6			0.62	85.2%
2005	63,988	18.9	12,135(19.0%)		0.88	83.0%
2007	60,454	17.2	1,657(2.7%)		0.96	65.5%
2010	79,652	22.3	220(0.27%)		1.94	73.9%
2011	77,065	22.8	26(0.03%)	495(0.6%)	2.19	71.4%
2012	77,794	22.5	31(0.04%)	623(0.8%)	2.39	76.5%
2013	77,642	23.1	39(0.05%)	691(0.9%)	2.40	78.0%
2014	75,574	23.1	25(0.03%)	702(0.9%)	2.49	75.4%
2015	73,420	15.9	20(0.03%)	588(0.8%)	2.19	85.5%
2016	73,760	15.4	17(0.02%)	593(0.8%)	2.23	91.4%
2017	70,825	13.4	16(0.02%)	549(0.8%)	2.00	91.3%
2018	69,565	13.1	17(0.02%)	511(0.7%)	2.18	91.2%
2019	69,212	13.0	26(0.04%)	411(0.6%)	2.01	86.3%
2020	57,954	12.3	28(0.05%)	394(0.7%)	1.90	86.1%
2021	64,504	12.1	18(0.03%)	381(0.6%)	1.73	90.7%

表2 新潟県における子宮頸がん検診成績の年次別推移

年度	検診数	がん発見数			がん発見率(人口10万対)		
		上皮内癌/ CIN3	浸潤癌	合計	上皮内癌/ CIN3	浸潤癌	合計
1991	105,689	46	22	68	43.5	20.8	64.3
2004	88,723	57	16	73	64.2	18.0	82.3
2005	63,988	34	12	46	53.1	18.8	71.9
2007	60,454	26	4	30	43.0	6.6	49.6
2010	79,652	58	14	72	72.8	17.5	90.4
2011	77,065	80	8	88	103.8	10.4	114.2
2012	77,794	74	17	91	95.1	21.9	117.0
2013	77,642	73	12	85	94.0	15.5	109.5
2014	75,574	51	16	67	67.5	21.2	88.7
2015	73,420	59	14	73	80.4	19.1	99.4
2016	73,760	37	9	46	50.2	12.2	62.4
2017	70,825	36	7	43	50.8	9.9	60.7
2018	69,565	99	20	119	142.3	28.7	171.1
2019	69,212	86	9	95	124.3	13.0	137.3
2020	57,954	60	10	70	103.5	17.3	120.8
2021	64,504	84	13	97	130.2	20.2	150.4

2018年よりCIN3(高度異形成、上皮内癌)

2. 「これから」のがん検診^{3, 4, 5)}

これからの子宮頸がん検診の要点は、精度の高いHPV検査を優先し、罹患の多い30歳～50歳代の受診者を増やし、罹患の少ない60歳を超える年代の終了、HPV検査では受診間隔を5年とするなどで、HPV陽性者のアルゴリズムに基づく取り扱いに習熟することです。

1) HPV検診の導入 (表3, 図5)

第38回⁴⁾、40回⁵⁾がん検診あり方検討会では、HPV検診の有効性が示され20歳代は感度が高いものの特異度が低く細胞診が優先されるが、30歳以降はHPV検査が優先される^{3, 4, 5)}。

HPV検診法は、液状化検体法で実施され、陽性となれば同じ検体を使用してトリアージ検査 (細胞診) の実施が想定されている。これまで液状検体法が導入されていなかった地域では、そのスタートが最初のハードルとなる。幸い、液状化検体法は、新潟市では平成22 (2010) 年度から完全導入され、新潟県での令和3年度では97.8%の実施率で、液状化検体法の導入はクリアされている¹¹⁾。

2) 年齢と検体処理法の変更 (表3)

子宮頸がんの罹患リスクはHPVの持続感染であり、

表3 有効性評価に基づく子宮頸がん検診ガイドライン更新版

(2020年7月29日国立研究開発法人国立がん研究センター)

項目	検診方法	
	細胞診単独	HPV単独
年齢	20歳～29歳	30歳～60歳
検診間隔	2年毎	5年毎(節目年齢) 30,35,40,45,50,55,60歳

HPV検査を用いた検診は、実現可能性のあるアルゴリズムの構築と検診の精度管理を含めて、適切な検診の運用ができる場合のみ実施すべきである。

若年者では一過性に増加するが自然免疫の獲得でその後低下し、50歳以降の頻度では5～10%程度以下と低い程度の持続感染が知られている¹²⁾。そのため、罹患が少なくなる60歳以降には、細胞診の陰性結果が継続していた場合やHPV検診を導入し陰性で非持続感染が確認された低リスク群は検診の終了となる。ただし、60歳以降でも浸潤癌があり、60歳を境にHPV検診で持続感染者の把握が必要となる。

今後は、20代は細胞診で行われ2年間隔、30歳代から60歳まではHPV検診で実施され、5年間隔の節目検診とされている。この節目検診は数年をかけての是正が想定され、28歳の偶数年受診者で細胞診実施例は2年後の30歳でHPV検診、そしてその後の35歳へと続くことになる。

3) 検診の遂行とアルゴリズム (図5, 6)

(1) トリアージ検査 (細胞診)

HPV検査で陽性であればトリアージ検査として細胞診の実施となる。細胞診が異常なければ1年後のHPV検査となる。

(2) 確定精密検査

細胞診がASC-US以上であれば二次検診 (確定精密検査) となり、コルポ診で異常があれば組織診断が要求される。ここからは、保険診療となり、CINのグレードにより治療や経過観察となる。わが国の産婦人科のガイドラインによれば¹³⁾、CIN1は4～6か月ごとの細胞診によるフォローアップで「2回連続細胞診陰性であれば通常検診」となり、大部分は消滅し節目健診でのスケジュールに戻ることになる。CIN2では、3～4か月ごとの細胞診・コルポ診でフォローアップし、妊娠女性を除いてただちにレーザー蒸散/円錐切除も考慮容認とされている。CIN3は、基本的には治療が選択される。

(3) 追跡検査 (HPV検査) (図6)

HPV検査陽性で細胞診がASC-US以上の診断では、確定診断と経過観察や治療となり、その後の経過で細

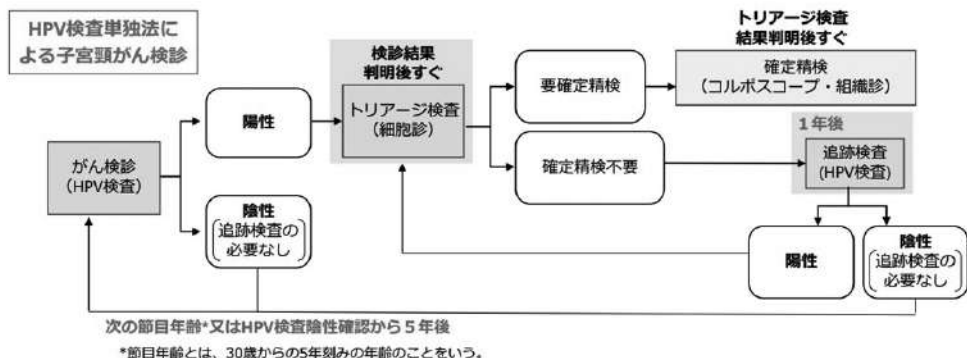


図5 HPV検査単独法

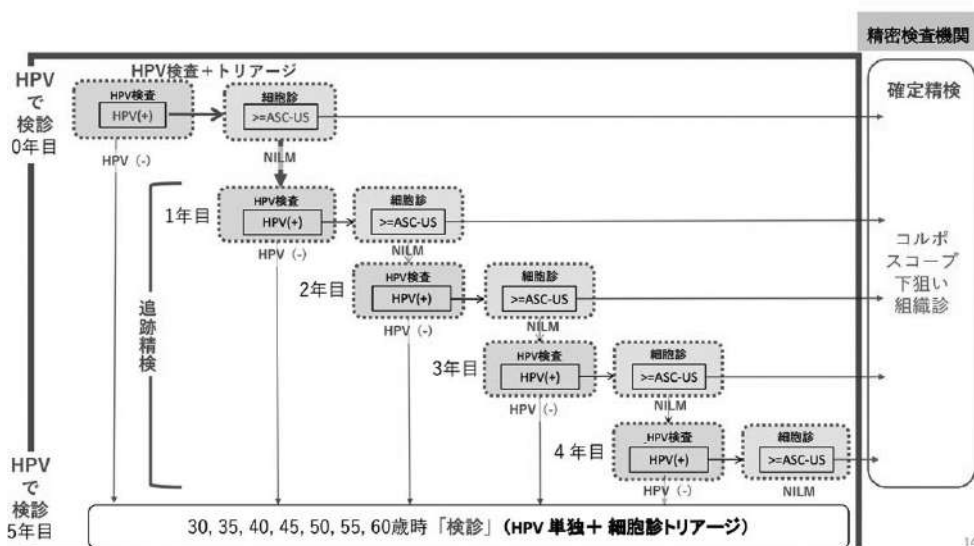


図6 検診 (HPV 検査), トリアージ (細胞診), 追跡精検 (HPV 検査)

胞診がNILMであれば1年後のHPV検査となる。その結果が、陽性であれば細胞診を再度実施し、陰性であれば節目検診となる。このように、HPV検査が陰性となるまで追跡検査となる。

(4) モニタリング

自治体や医療機関等において必要な事前準備では、検診のマニュアル、チェックリストの作成、モニタリング体制を整備するデータベースの準備も必要となり、その完成は令和7年度末ともいわれている⁵⁾。

(5) 受診率の向上の対策

30～50歳の年代に罹患率が最も高く⁷⁾、この年代での検診が集中されることが必須であるが、この年代の検診率は年次的に低下している。検診受診率の向上の工夫には、すでに多くの議論がされているがわが国では決定的なものはない¹⁴⁾。がん検診を受けない理由としては、内閣府が行った平成28年(2016年)の「がん対策に関する世論調査」によれば、「受ける時間がないから」が最も多い理由であった¹⁴⁾。このことから、私は新潟南病院で2016年から年2回の日曜日に新潟市のがん検診を施設検診で開設してきたが、宣伝不足もあってか期待ほどの成果はなく5年間で終了した。思うに、各個人が健康バイアスを払拭しない限り検診の普及は困難であり、個別あるいは組織型検診の将来が危惧される。未受診者に直接電話で受診勧奨するコールリコールシステムは米国疾病管理センターにより受診率向上に有効であることが検証されているが、我が国では受診者未受診者の把握システムの欠落、財政的裏付けがなく実施主体も不明確であることが阻害要因であると指摘されている¹⁴⁾。健康バイア

スの払拭には、健康教育、対象者の把握、検診者のインセンティブなどが想定される。対象者の把握には、住民基本台帳の作成・利用が不可欠で、マイナンバーポータルの利用が想定されているが、受診歴の把握には困難が予測される。直近の厚労省の新たなハンドブックでは¹⁵⁾、勧奨として「年度初めに検診通知を送るだけでなく、時期を見て、繰り返し勧奨を行いましょう」ですが、従来の視点と同じく感じられ、個人の健康バイアスを揺るがす熱心なアプローチが求められる。そして、モニタリングも検診と保険診療が混在して複雑化し、どこまで国民に受け入れられるか国や自治体担当者の工夫と医療関係者の協力と努力が試されている。

3. おわりに

今後のHPV検診導入の予定は、令和6年度は体制整備、整ったところは令和7年度から開始し、令和8年度から開始が示されている⁵⁾。この検診が60歳以降の検診者を除外し検診者数を減らすのみで終わることを危惧し、30歳～50歳代の受診者を増加させてはじめてがん発見の向上に貢献できることを願っている。

本論文における利益相反:なし

【文 献】

- 1) Makino H, Sato S, Yajima A, et al : Evaluation of the effectiveness of cervical cancer screening : A case-control study in Miyagi, Japan. Tohoku J Exp

- Med. 175 : 171-178, 1995.
- 2) 児玉省二：51回日本臨床細胞学会会長講演 子宮頸がん検診の確かさを求めて。児玉省二退職記念誌 83-89, 2014年3月。
 - 3) 国立がん研究センター 社会と健康研究センター。有効性評価に基づく子宮頸がん検診ガイドライン更新版 (ncc.go.jp/jp/information/pr_release/2020/0729/20200729.pdf)
 - 4) 青木大輔：子宮頸がん検診へのHPV：検査の導入について。第38回がん検診あり方に関する検討会 (mhlw.go.jp/content/001102879.pdf)。
 - 5) 厚労省：第40回がん検診あり方検討会資料1子宮頸がん検診へのHPV検査単独法導入について (mhlw.go.jp/content/001179402.pdf)
 - 6) 新潟県福祉保健部：がん検診評価・推進事業報告書。1-201。1999。
 - 7) 児玉省二：新潟県における対策型子宮頸がん検診の精度管理の現状と課題。新潟県医師会報。810 : 15-18, 2017。
 - 8) (社)日本産婦人科医会刊「ベセスダシステム2001準拠子宮頸部細胞診報告様式の理解のために」2008。
 - 9) Akamatsu S, Kodama S, Himeji Y. et al : A comparison of liquid-based cytology with conventional cytology in cervical cancer screening. *ActaCytol.* 56 : 370-374. 2012.
 - 10) 児玉省二, 生田直美, 井上博子, 他：新潟県における子宮がん検診の液状化検体法導入への道のり。新潟県臨床細胞学会報。37 : 3-9. 2022。
 - 11) 新潟県福祉保健部健康対策課：令和3年度新潟県生活習慣病検診等管理指導協議会 子宮がん検診部会。資料（令和3年12月27日）
 - 12) Inoue M, Sakaguchi J, Sasagawa T, et al. : The evaluation of human papillomavirus DNA testing in primary screening for cervical lesions in a large Japanese population. *Int J Gynecol Cancer.* 16 : 1007-1013. 2006.
 - 13) 日本産科婦人科学会／日本産婦人科医会：CQ204組織診で確認されたCIN1/2（軽度・中等度異形成）の管理・治療は？。53-57。産婦人科診療ガイドライン。婦人科外来編2017。
 - 14) 厚労省：有効ながん検診受診率向上策とは。平成20～22年度厚生労働科学研究費補助金（がん臨床研究事業）(mhlw.go.jp/stf/shingi/2r98520000035gn5-att/2r98520000035grs_1.pdf)
 - 15) 厚労省：エビデンスに基づく全国での取り組み分析。受診率向上施策ハンドブック（第3版）。(mhlw.go.jp/content/10900000/001109464.pdf)

症 例

NILM判定後1年半で子宮頸癌ⅡB期となった骨盤臓器脱の一例

新潟大学医歯学総合病院 産科婦人科

小林 暁子・西野 幸治・谷地田 希・工藤 梨沙・
安達 聡介・吉原 弘祐

【概 要】

子宮頸部細胞診の特異度は96.7%と非常に高いが、それはあくまで「適正標本」でNILMと判定された場合に当てはまる。今回我々は、NILMの判定後1年半で子宮頸癌ⅡB期と判定された骨盤臓器脱症例を経験したので報告する。

症例は78歳、1妊1産。腹部大動脈瘤手術の際に10年以上続く4度骨盤臓器脱を認めた。初診時の子宮頸部細胞診では検体適正・NILM。経膈超音波検査にて子宮は底部に筋腫を認めるものの頸部に腫瘤性病変を認めなかった。翌月に中央腔閉鎖術を施行した。術後1年3か月で、出血を認めたため腔に作成した側孔より挿入したブラシを用いて子宮頸部細胞診を施行したところ、検体適正・NILM。術後1年6か月目より臀部の痛みを訴え、直腸診察にて子宮頸部に腫瘤を触知した。同日腔側孔から採取した組織診では疣状癌疑い。経膈的生検による組織診にて扁平上皮癌であり、CT・MRI・直腸診察にて子宮頸癌ⅡB期と診断した。細胞診所見では角化した表皮表層型扁平上皮でほとんどを占めており、一部の扁平上皮細胞で小型、N/C比が高い。再評価したところ、移行帯細胞少数にて適切な採取ではなかった。初診時の細胞診がNILM判定であったが、1年5ヶ月後にⅡB期子宮頸癌と診断された経緯からは、初診時すでに細胞診異常があったことが推測される。骨盤臓器脱による下垂した子宮に対しては、腔延長による腔鏡での展開が困難であり、頸部擦過による圧排で子宮が脱出嚢に還納してしまうなどの理由により、適切な細胞採取が非常に難しい。また、長期脱出による腔壁角化のため、角化扁平上皮数を増やし病変をマスクした可能性もある。

脱出子宮の頸部細胞診においては、移行帯細胞採取不良になりやすい可能性がある。

Key words : uterine prolapse, Squamous cell carcinoma of the uterine cervix, cytology

【緒 言】

子宮脱は女性によくみられる疾患であるにもかかわらず、子宮頸癌と子宮脱の併発は極めてまれである。文献的には、子宮脱患者における子宮頸癌の発生率は

0.14%～1%である^{1) 2)}。他の文献では、子宮脱が子宮頸癌を予防する可能性を仮定する著者がいる一方で、体外に出ることによる子宮頸部への物理的な刺激が腫瘍性変化の傾向を高めると考える著者もいる^{3) - 5)}。しかし、明確な説明は検証されていない。

さらに子宮脱では脱出による粘膜の乾燥、腔壁の延長や、骨盤底の機能障害に左右差があることで、頸部細胞診採取の場所が不十分となることが予想される。

今回我々は完全子宮脱に対して術前細胞診NILMを確認したのちに中央腔閉鎖術を行った症例で術後の子宮頸癌を経験したので報告する。

【症 例】

年齢：79歳。

妊娠分娩歴：1妊1産（経膈分娩1回）。

既往歴：75歳時に腰椎脊柱管狭窄症、骨粗鬆症。79歳腹部大動脈瘤に対してステントグラフト手術施行。

現病歴：10数年前より子宮脱あり、5年前より還納不能となっていた。腹部大動脈瘤に対して手術を行うために当院心血管外科に入院し、完全子宮脱を指摘。当科紹介初診となった。

身長147cm、46kg、バイタルサイン問題なく、Performance Statusは0でADLは自立していた。

診察所見としては、完全子宮脱および全周性の尿道粘膜脱を認め、腔壁は肥厚乾燥しており、一部にびらんを認めた（図1）。子宮腔部は脱出嚢の先端で開口

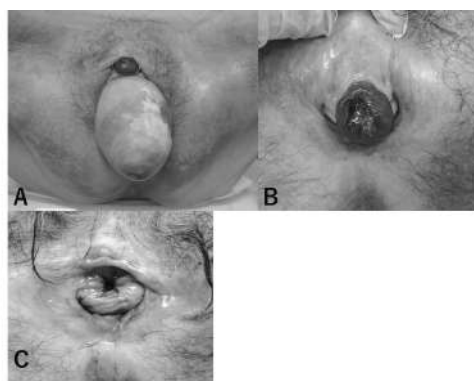


図1. 初診時脱出所見 (A). 初診時尿道瘤 (B). 術後所見 (C)

しており、生理食塩水にて周囲を湿潤させてからサーベックスブラシで細胞診を採取した。結果はNILM、検体適正であった。子宮を腔内に還納して行った内診・超音波検査では、子宮頸部に腫瘤を認めず、子宮底部に35mmの子宮筋腫を認めた。子宮全体は萎縮性でやや頸部延長を認めた。初診から約1か月後に全身麻酔下での中央腔閉鎖術を施行した。剥離した腔壁は病理検査を施行していない。術後経過は良好で陰部洗浄指導を行い術後7日目に退院となった。

外来経過観察は1か月後、半年後、1年後とした。診察上、腔閉鎖創および挙上は保たれており、側孔も両側保たれていた。経会陰超音波にて腫瘤の検出なし。1年後の受診時に頸部細胞診として、両側の側孔からユイノブラシを深く挿入して採取したが、結果はNILM、検体適正であった。

術後1年5か月の診察にて臀部の痛み、膿性帯下および下腹部違和感の訴えがあり、診察上膿性帯下があり、直腸診にて子宮頸部腫脹を疑った。創部癒痕の感染を第一に疑ったが、腫瘍性病変を否定する目的で細胞診を施行した。NILM、検体適正の判定であった。細胞診を観察すると、多数の好中球とともに核腫大を示す扁平上皮細胞を認め一部にクロマチン増量も見られているが良性の範疇と判断された(図2)。側孔からの吸引組織診では、変性、壊死と、強い角化傾向を伴う重層扁平上皮と、好中球を多数混じった血液、フィブリンが主体で、少量の肉芽組織を認める。疣状癌との鑑別は挙げられるが扁平上皮癌の診断がつけられず、経腔的に腫瘍生検したところ、扁平上皮癌を認めた(図3)。

MRIにて子宮頸部から左傍組織に浸潤する5センチ大の腫瘤を認め、腔壁浸潤も疑う所見であった

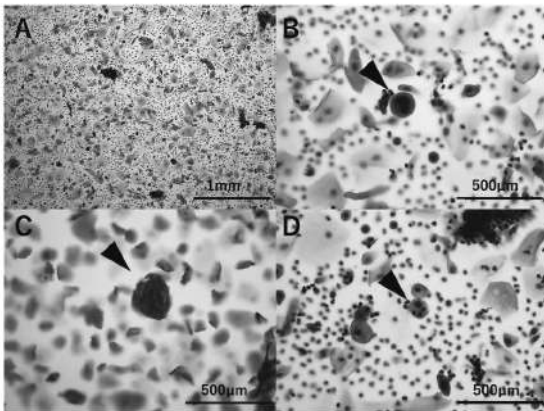


図2. 術後1年5か月細胞診 (A) 多数の好中球とともに核腫大を示す扁平上皮細胞, (B) 一部にクロマチン増量 (矢頭), (C) 角化した細胞集塊 (矢頭), (D) 多核細胞 (矢頭)

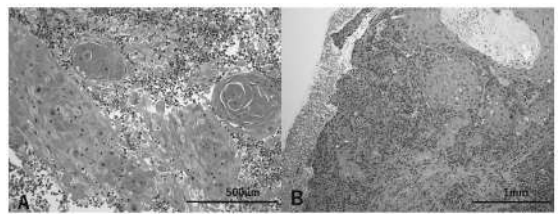


図3. 病理像 (A) 側孔からの吸引組織診: 変性, 壊死と角化傾向を伴う重層扁平上皮と好中球を多数混じった血液, フィブリンが主体, (B) 経腔的組織診: 扁平上皮癌

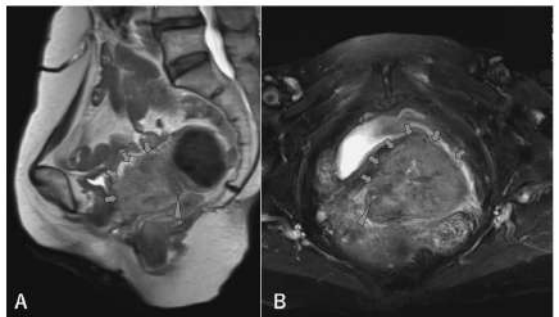


図4. MRI T2強調像 (A) 子宮頸部 (矢頭) 腹側に5cm大の腫瘤 (矢印) あり, 後屈した体部に筋腫あり, (B) 子宮頸部左側壁から外方突出傾向を示す腫瘤 (矢印) 形成あり, 中心部に壊死あり。Stromal ring (矢頭) の断裂あり, 間質浸潤あり。

(図4)。CTでは遠隔転移やリンパ節転移は指摘できなかった。

子宮頸癌ⅡB期 (FIGO2018) cT2bNXM0の診断にて同時化学放射線療法 (concurrent chemoradiotherapy: CCRT) を施行。外照射52Gy, CDDP6サイクル施行した。腔内照射は腔閉鎖後に困難と判断した。治療後、1か月後のMRIにて腫瘍残存を認めた。追加の化学療法を希望されず、ベストサポートケアを希望された。子宮頸癌の診断から9か月後、原病死となった。

【考 察】

今回の症例では完全子宮脱に対する中央腔閉鎖を施行する前にNILMであったにもかかわらず術後1年5か月で子宮頸癌ⅡB期の診断となった。通常NILMであり腫瘤検出もなかった子宮頸部においてこのような経過となる可能性は極めて低いと考える。

初診時の細胞診について再度見直した (図5)。表層由来の扁平上皮細胞が多数みられ、円柱上皮が認められなかった。しかし、判定においては検体適正のう

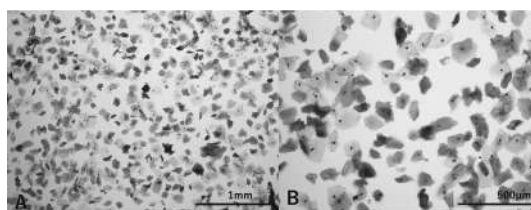


図5. 初診時の細胞診：多数の表層由来の扁平上皮細胞

え、NILMであった。ベセスダシステムの精度管理について正確な細胞診断では、①適正な検体採取(部位, 方法), ②適正な標本作成, ③正しい病理診断が求められている(6)。適正な検体採取として重要なのは、腫瘍が発生する移行帯からの細胞採取が挙げられている⁶⁾。骨盤臓器脱において外来台上診の際、適切に移行帯の細胞を採取することが可能かどうかが注意すべき点である。今回の状況としては長期に外部に脱出した粘膜の上皮は乾燥し、上皮化していることで、多量の扁平上皮を採取することが出来る反面、そこが移行帯であるかどうかの判定が難しい。その他の骨盤臓器脱においても図6に示す通り、腔壁が不整に延長することで正しい子宮腔部を露出させることが出来ず、あたかも子宮腔部かのように張り出した腔壁から採取している可能性があると推察する。子宮脱では延長した腔壁があたかも子宮腔部のようになり、その奥の子宮腔部の細胞を採取できないことがある。さらに膀胱瘤や直腸瘤では延長した腔壁で子宮腔部が視認できず、その手前の腔壁細胞を採取するリスクが高い。ベセスダシステムの診断基準からは適正検体かどうかの指標が扁平上皮細胞の量による判断となり、移行帯から取られているかどうかについては判定されない。しかし今回の病理報告において、タイトル診断ではNILM、検体適正とされていたものの、コメントに表層細胞のみが提出されている旨が記載されており、採取が適正ではない可能性について検討するための注意喚起であった。病理レポートを読み解く婦人科医が、細胞診診断医が鳴らす警鐘をしっかりとらえ、再検すべきかどうか検討することも可能であった。一方、本症例においては乾燥・角化上皮化が強く、再検にて検出できていたかどうかについては定かではない。

また、本症例が腔癌であった可能性については完全には否定できない。しかし術後の創部側孔からの採取ではあったが、子宮頸癌発症時に腔壁を介して採取した病変の病理診断の範囲においては、腔壁に腫瘍性変化はなかった。緒言にも示す通り、機械的刺激が腫瘍性変化を助けるとするならば、中央腔閉鎖において摘出した腔壁を病理検査することは意義がある可能性が

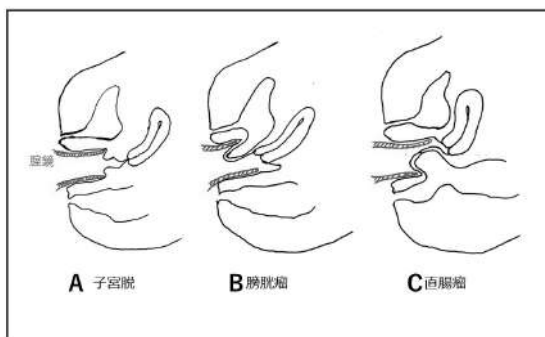


図6. 骨盤臓器脱における子宮腔部細胞診 (A) 子宮脱：子宮腔部周囲の腔壁延長, (B) 膀胱瘤, (C) 直腸瘤：腔壁の膨隆による子宮腔部露出困難

ある。本症例においては病理検査をしていない。

完全子宮脱を有する子宮頸癌患者79例のシステマティックレビュー⁷⁾では、脱出の自覚から頸癌発覚までの期間は147.9か月で平均腫瘍径は8.9cmで、組織型は扁平上皮癌(83.9%)が最も多く、患者の大部分(56.2%)はI期癌であった。本症例も10年間脱出していた期間があった。その報告の中には骨盤臓器脱術前に発見が困難であった症例は含まれず、本症例のような経過は稀であったと考える。子宮頸癌と骨盤臓器脱は合併することは非常にまれであるが、それぞれの治療法は確立されている。しかしレビューにおいても、治療法による予後の差はあるものの、正確な術前診断があれば適切に対処できると考える。本症例では心血管リスクを有しており、手術侵襲をできるだけ低減するために子宮を温存し中央腔閉鎖の方針とした。子宮温存する場合の子宮癌、腔癌の術前スクリーニングの重要性和細胞診の落とし穴について注意したい。

【結 語】

骨盤臓器脱における細胞診採取は延長した腔壁により、正しく移行帯細胞採取することが難しいことがある。婦人科医は丁寧な細胞診採取と評価をする義務がある。子宮腔部の正確な細胞診採取には、十分に子宮腔部を内腔から牽引し、子宮腔部および内腔からも行うことを提案する。HPVワクチンの接種率が高くなることが期待される世の中になっても未だ高齢者人口の増加に伴い、子宮頸癌は流行する可能性があり、我々は最適治療計画を立てる必要に迫られている。

【文 献】

- 1) Edwards EA, Beebe RA : Carcinoma of the cervix in association with procidentia. Q Bull Northwest Univ Med Sch 1950 ; 24 : 12
- 2) Mehboob R, Ahmad N : Unexpected pathology at

- vaginal hysterectomy for genital prolapse. Pak J Med Res 2002 ; 41 : 1-5
- 3) Loizzi V, Cormio G et al : Locally advanced cervical cancer associated with complete uterine prolapse. Eur J Cancer Care 2010 ; 19 : 548-550
- 4) Da Silva BB, da Costa AR et al. : Carcinoma of the cervix in association with uterine prolapse. Gynecol Oncol 2002 ; 84 : 349-350
- 5) Cabrera S, Franco-Camps S et al. : Total laparoscopic radical hysterectomy for cervical cancer in prolapsed uterus. Arch Gynecol Obstet 2010 ; 282 : 63-67
- 6) 本山悌一：ベセスダシステムの精神と細胞診・組織診の精度管理 J Jpn. Soc. Clin. Cytol. 2012 ; 51 (1) 39-41
- 7) Matsuo K, Fullerton ME et al. : Treatment patterns and survival outcomes in patients with cervical cancer complicated by uterine prolapse : a systematic review of literature. Int Urogynecol J. 2016;27 (1) : 29-38

理 事 会 報 告

新潟産科婦人科学会 令和5年度第3回定例理事会

令和6年2月18日(日) 14:00~15:00

新潟大学医学部有壬記念館2F大会議室

出席者

〈会長〉

吉原 弘祐

〈理事〉

新潟地区: 徳永 昭輝 (功), 児玉 省二 (功),

吉沢 浩志, 高桑 好一 (名)

倉林 工, 戸田 紀夫

下越地区: 浅野 堅策, 藤巻 尚

中越地区: 平澤 浩文, 安田 雅子, 小林 弘子,

相田 浩, 加勢 宏明, 佐藤 孝明,

加嶋 克則, 夏目 学浩

上越地区: 有波 良成, 小幡 宏昭

〈監事〉

新井 繁, 加藤 政美 (功), 吉谷 徳夫 (功)

〈功労会員〉

佐々木 繁

〈教室〉

西島 浩二, 島 英里, 山脇 芳

欠席者

〈理事〉

新潟地区: 湯沢 秀夫, 広橋 武, 内山三枝子

下越地区: 遠山 晃

中越地区: 小菅 直人

〈名誉会員〉

半藤 保, 金澤 浩二, 田中 憲一

〈功労会員〉

後藤 司郎, 須藤 寛人

(敬称略)

(名) …日本産科婦人科学会 名誉会員

(功) …日本産科婦人科学会 功労会員

〈次第〉

I. 報告事項

1. 会員異動について

2. 令和6年度日本産科婦人科学会会費減額会員について

3. その他

II. 協議事項

1. 日本産科婦人科学会新潟県選出代議員推薦について

2. 新潟産科婦人科学会誌の投稿規約変更案について

3. その他

I. 報告事項

1. 会員異動について

資料に沿って報告された(島先生)

〈異動〉

明石絵里菜 新: 済生会新潟病院

旧: 新潟大学医歯学総合病院

〈退会〉

斎藤金三郎

〈転入〉

富永麻理恵

(敬称略)

2. 令和6年度日本産科婦人科学会会費減額会員について

資料に沿って報告された(島先生)

〈令和6年度より〉

大野 雅弘 高内 則男

〈継続〉

丸岡 稔 後藤 司郎 北原ます子

佐々木 繁 半藤 保 伊藤 久彰

富田 哲夫 小熊 甚吉 布川 修

遠山 晃 上原 政夫 寺島 隆夫

北川 寛 樋口 朗 西山藤司夫

森川 重文 須藤 寛人 小川 弘良

渡邊 信也 石黒 義隆 渡部 担

徳永 昭輝 高木 成子 木村 隆志

新井 繁 川上紀久子

(敬称略)

3. その他

(1) 研修会開催における日本専門医機構の単位申請について

主催者側での単位申請に変更となる旨別紙資料に沿って説明された(吉原会長)

II. 協議事項

1. 日本産科婦人科学会新潟県選出代議員推薦について

関根正幸先生のご栄転に伴い不在となっていた

代議員枠に教室の安達聡介准教授を推薦したいと提案（吉原会長），賛成多数で承認された。

2. 新潟産科婦人科学会誌の投稿規約変更案について

別紙資料に沿って説明（吉原会長），反対意見なしで承認された。

3. その他

榎本隆之先生を日産婦学会の名誉会員に推薦する旨報告された（吉原会長）

そ の 他

第196回 新潟産科婦人科集談会

日時：令和6年2月18日 (日)

15時10分より

会場：有壬記念館2階大会議室

◆ 一般演題 第一群 15：10～15：50

座長：生野 寿史

1. 「妊娠末期の高エネルギー外傷後の一例」

新発田病院 産婦人科

伊川沙奈恵, 横尾 朋和, 小川裕太郎, 浅野 堅策

同整形外科

野崎あさみ

2. 「感染性心内膜炎による心不全増悪をきたし開心術を要した弁膜症術後妊婦の一例」

新潟市民病院 産婦人科

高橋 佳奈, 倉林 工, 大桃 俊幸, 北上はるか, 菖野悠里子, 杉野健太郎, 上村 直美,

森川 香子, 常木郁之輔, 田村 正毅, 柳瀬 徹

3. 「子宮筋腫合併妊娠に伴う後屈嵌頓子宮の1例」

立川綜合病院 産婦人科

小林 琢也, 郷戸千賀子, 佐藤 仁美, 廣川哲太郎, 佐藤 孝明

4. 「小児泌尿生殖器疾患チーム発足5年の活動報告」

¹⁾ 新潟大学医歯学総合病院

²⁾ 新潟県立がんセンター

³⁾ 長岡赤十字病院

小林 暁子¹⁾, 谷地田 希¹⁾, 島 英里¹⁾, 春谷 千智³⁾, 黒澤めぐみ¹⁾, 齋藤 宏美¹⁾,

工藤 梨沙¹⁾, 石黒 竜也¹⁾, 西川 伸道²⁾, 吉原 弘祐¹⁾

◆ 一般演題 第二群 15：50～16：30

座長：加勢 宏明

5. 「Trousseau 症候群様症状を認めた子宮腺筋症の1例」

長岡赤十字病院 産婦人科

百瀬 恵理, 金子 愛, 相田 桃奈, 今井 諭, 春谷 千智, 堀内 綾乃, 上田 遥香,

八幡 夏美, 芹川 武大, 本田 啓輔, 安田 雅子

6. 「当院における子宮体癌に対するペムプロリズマブ+レンパチニブ併用療法の現状」

新潟大学医歯学総合病院 産婦人科

谷地田 希, 錦織 瑞彩, 笹川 輔, 菅井 駿也, 長谷川順紀, 黒澤めぐみ, 明石 英彦,

齋藤 宏美, 工藤 梨沙, 鈴木 美保, 石黒 竜也, 安達 聡介, 小林 暁子, 西野 幸治,

吉原 弘祐

7. 「40年間の子宮体癌の治療成績の変化 ―当院の院内腫瘍登録から―」

新潟県立がんセンター新潟病院 婦人科

山口 雅幸, 櫛谷 直寿, 田村 亮, 西川 伸道, 菊池 朗

8. 「粘膜剥離を回避した腔閉鎖術を必要とした直腸癌術後子宮脱の一例」

長岡中央総合病院 産婦人科

木谷 洋平, 加勢 宏明, 倉井 伶, 深津 俊介, 古俣 大

◆ 妊産婦死亡症例検討会 16:30～16:50

座長：西島 浩二

◆ 特別講演（産婦人科領域講習） 17:00～18:00

座長：吉原 弘祐

「FGRの周産期管理（latest update）」

大阪母子医療センター 周産期診療局長

石井 桂介 先生

1. 妊娠末期の高エネルギー外傷後の一例

新発田病院 産婦人科

伊川沙奈恵, 横尾 朋和, 小川裕太郎, 浅野 堅策

整形外科

野崎あさみ

【緒言】妊娠中の高エネルギー外傷は、常位胎盤早期剥離などを招く恐れがある。今回重篤な病態に至らなかったものの、妊娠末期に骨盤骨折をきたした一例を経験した。

【症例】症例は37歳、1経妊0経産、他院で妊娠管理され、特に問題を指摘されていなかった。妊娠38週6日、交通外傷で受傷し当院に救急搬送された。超音波断層像や胎児心拍陣痛図で常位胎盤早期剥離や胎児機能不全を疑う徴候を認めなかったため、入院経過

観察した。複数個所の骨折を来していたものの、保存的に経過観察可能であった。受傷直後の不安定性でない骨盤骨折の場合に、経陰分娩を許容できるかについての文献がなく、判断に難渋した。本症例は帝王切開での分娩を選択し、生児を得た。術後経過は順調で特に問題なく、自宅退院した。骨盤骨折は出産後も増悪なく、外来で経過観察された。

【結語】満期の骨盤骨折における分娩方法の明確な指針はなく、個々の症例に応じた検討が必要である。

2. 感染性心内膜炎による心不全増悪をきたし開心術を要した弁膜症術後妊婦の一例

新潟市民病院 産婦人科

高橋 佳奈, 倉林 工, 大桃 俊幸, 北上はるか,
菖野悠里子, 杉野健太郎, 上村 直美, 森川 香子,
常木郁之輔, 田村 正毅, 柳瀬 徹

【症例】33歳、2妊1産。先天性大動脈弁狭窄に対して自己心膜を用いた大動脈弁再建術の既往あり。妊娠14週から微熱、咳嗽、倦怠感が持続。妊娠16週心エコーでは疣贅なく弁膜症の増悪なし。妊娠24週時倦怠感、咳嗽のため当院小児科受診。炎症反応、BNPの上昇と、経過から感染性心内膜炎が疑われ入院した。入院時心エコーで疣贅なし。抗菌薬投与開始したが症状は残存した。妊娠27週嘔気や背部痛増強、BNP・トロポニンIの上昇、心エコーで重度大動脈弁

逆流を認め、感染による形成弁破壊が示唆された。母体心不全治療のため、同日全身麻酔下に緊急帝王切開術を行った。術後全身状態不良であり、術後5日目に外科治療のため高次施設に搬送され、開心術が行われた。術後経過は良好で術後2ヶ月に退院した。児もNICU管理にて経過良好である。

【結語】心疾患合併妊婦においては易疲労感や息苦しさ等の自覚症状の変化も見逃さず積極的に評価を行っていくことが重要である。

3. 子宮筋腫合併妊娠に伴う後屈嵌頓子宮の1例

立川綜合病院 産婦人科

小林 琢也, 郷戸千賀子, 佐藤 仁美, 廣川哲太郎,
佐藤 孝明

症例は34歳, 1妊0産。挙児希望で初診した際, 子宮底部～後壁に5cm大の筋腫を指摘された。凍結胚移植で妊娠成立。妊娠20週6日, 腔鏡診／経腔超音波で, 大きく恥骨側に偏位した子宮腔部, ダグラス窩に嵌頓した筋腫, 延長した子宮頸管を認め, 後屈子宮嵌頓症を疑いMRIで診断を確定した。妊娠37週3日, 硬膜外併用脊髄くも膜下麻酔下に選択帝王切開を施行。正中縦切開で開腹し, 術中超音波検査を用いて胎盤や子宮頸管の位置を確認しながら体下部横方向の子

宮切開ラインを設定した。3086gの男児をApgar score 8/9点で分娩。子宮収縮は良好であった。子宮後壁に超手拳大の筋腫を認め, その表面からダグラス窩にかけて広範に内膜症を思わせる炎症性の癒着が見られた。術後経過は良好であった。後屈妊娠子宮嵌頓症は, 未診断のまま分娩に至ると子宮破裂や帝王切開時の頸管切開といった重篤な合併症を来しうる。病歴や経腔診察で評価のうえ, 分娩前に診断することが肝要である。

4. 小児泌尿生殖器疾患チーム発足5年の活動報告

¹⁾ 新潟大学医歯学総合病院 ²⁾ 新潟県立がんセンター ³⁾ 長岡赤十字病院

小林 暁子¹⁾, 谷地田 希¹⁾, 島 英里¹⁾, 春谷 千智³⁾,
黒澤めぐみ¹⁾, 齋藤 宏美¹⁾, 工藤 梨沙¹⁾, 石黒 竜也¹⁾,
西川 伸道²⁾, 吉原 弘祐¹⁾

新潟大学医歯学総合病院では, 2018年10月より小児外科を中心とした多診療科多職種による「小児泌尿器疾患チーム」を結成した。取り扱った症例は主に総排泄腔遺残8例, 総排泄腔外反症6例, 尿生殖洞13例, その他12例であった。チーム結成後に総排泄腔外反症2例出生した。2018年10月より2023年9月までの5年間にチームカンファレンス33回, チームで行った全身麻酔下手術や処置・検査は延べ26件であった。うち産婦人科主科の手術が8例あった。

婦人科外科的手術の目的は経血流出路の確保, 性機能の獲得, 妊孕性獲得および周産期管理である。新生児期から合同手術が直接性路の手術ではなくても産婦人科は尿路の手術などで将来の性路獲得の再建術が可能な状態になるよう保護する。病状説明にて性の問題についてもカウンセリングする。さらに性路の形成術に長期のメンテナンスが必要になる。以上から早期の産婦人科の介入が必要と考える。

5. Trousseau 症候群様症状を認めた子宮腺筋症の1例

長岡赤十字病院 産婦人科

百瀬 恵理, 金子 愛, 相田 桃奈, 今井 諭,
春谷 千智, 堀内 綾乃, 上田 遥香, 八幡 夏美,
芹川 武大, 本田 啓輔, 安田 雅子

【緒言】Trousseau 症候群は悪性腫瘍により凝固亢進状態を来し、脳梗塞などを生じる傍腫瘍性神経症候群の一つである。今回、子宮腺筋症で高CA125血症を来し、Trousseau 症候群様の多発脳梗塞を認めた症例を経験したので報告する。

【症例】41歳女性。6年前より子宮腺筋症を指摘されていた。X日、右上下肢麻痺と異常行動のため前医を受診し、MRIで多発脳梗塞を認めた。当院神経内科へ緊急入院となり抗凝固療法開始となった。CA125の著明な上昇を認め、婦人科疾患による多発血栓症と

考えられ当科紹介となった。画像上は子宮腺筋症または子宮肉腫を疑った。血栓症治療のため早期の原疾患治療が必要であると判断し、X+26日に単純子宮全摘出術を施行した。術後診断は子宮腺筋症であった。術後は著明にCA125の低下を認め、神経症状改善傾向に至った。

【結語】婦人科良性疾患であってもCA125高値の場合にはTrousseau 症候群様の多発脳梗塞を発症する例があることを念頭に置き、診療にあたる必要がある。

6. 当院における子宮体癌に対するペムブロリズマブ+レンバチニブ併用療法の現状

新潟大学医歯学総合病院 婦人科

谷地田 希, 錦織 瑞彩, 笹川 輔, 菅井 順也,
長谷川順紀, 黒澤めぐみ, 明石 英彦, 齋藤 宏美,
工藤 梨沙, 鈴木 美保, 石黒 竜也, 安達 聡介,
小林 暁子, 西野 幸治, 吉原 弘祐

【目的】当院における、進行・再発子宮体癌に対するペムブロリズマブ+レンバチニブ併用療法（LENPEM療法）の現状を報告する。

【方法】2023年12月までに当院でLENPEM療法を実施した子宮体癌の診療録から臨床情報を収集し、症例の背景、治療効果、副作用を検討した。

【結果】LENPEM療法をMSI陰性20例、MSI陽性3例の計23例に実施、類内膜癌G1/G2が13例、その他の組織型は20例、PFI12ヵ月未満は20例であった。

奏効率は8/22（36%）で、CRは6/22（27.3%）であった。レンバチニブ中止は5/23（21.7%）例、減量例は18/20（85%）であった。有害事象は高血圧、甲状腺機能低下症、手足症候群、下痢、蛋白尿の発症頻度が高く、発現時期は高血圧が中央値7日、多くの副作用が1-2か月以内に出現した。

【結語】LENPEM療法はMSI陰性の進行・再発子宮体癌に対して奏効が期待できるが、早期に多彩な副作用が出現するため、慎重な経過観察を要する。

7. 40年間の子宮体癌の治療成績の変化—当院の院内腫瘍登録から—

新潟県立がんセンター新潟病院 婦人科

○山口 雅幸, 櫛谷 直寿, 田村 亮, 西川 伸道,
菊池 朗

【目的】約40年間の当院での子宮体癌治療成績の変化を検討し、子宮体癌治療における今後の問題点を明らかにすることを目的とした。

【対象・方法】1984-2022年の間に当院初診し治療を行った、子宮体癌症例1463例を対象とした。各臨床的所見につき、診療録および院内腫瘍登録をもとに後方視的に検討した。統計解析にはEZR version1.54を用いた。

【結果】初診時年齢中央値は59歳（20-95歳）、組織型割合はそれぞれ類内膜癌64.7%、非類内膜癌18.8%、不明16.5%であった。進行期はstage I・II・III・IV・不明がそれぞれ63.1%・5.5%・12.0%・6.7%・12.7%であった。主治療としては手術が施行されたものが93.6%を占めた。単変量解析で年代ごと（1984-1991年（n=136）、1992-1999年（n=137）、2000-

2006年（n=258）、2007-2014年（n=415）、2015-2022年（n=517）に5群に分け生命予後を比較すると、2015-2022年の症例群が最も予後不良傾向（Log-rank test $p=0.125$ ）であったが、初診時年齢中央値と非類内膜癌例の割合がそれぞれ経時的な上昇を示していることとの関連が示唆された。一方、多変量解析では、2000-2006年の症例が最も予後不良（HR=1.88（95%CI: 1.27-2.78）、 $p=0.001$ ）、2015-2022年（reference HR=1）の症例が最も予後良好であった。一つの理由として、「子宮体癌治療ガイドライン」の発行により、以降の標準治療が確立してきた影響が示唆された。

【結語】今後の子宮体癌治療において予後改善のためには、子宮体癌症例の高齢化と、それに伴う非類内膜癌の増加に対する対策・治療法が望まれる。

8. 粘膜剥離を回避した腔閉鎖術を必要とした直腸癌術後子宮脱の一例

長岡中央総合病院 産婦人科

木谷 洋平, 加勢 宏明, 倉井 伶, 深津 俊介,
古俣 大

背景：中央腔閉鎖術は様々な子宮脱患者への手術として最も手術侵襲が低いとされる術式であるが、腔後壁が骨盤壁に強く固着した直腸癌手術後の手術症例を経験した。

症例：80代女性。子宮および前腔壁が下垂しており腔口外まで脱出していた。また、保存療法であるリングペッサリーは脱落してしまう状態であった。排尿困難がみられ、間歇自己導尿をおこなっていた。直腸癌手術および人工肛門造設後であり、腔後壁の下垂が全くなく、骨盤壁と固着していた。このため、後腔円

蓋の処置が難しいため、腔深部側は粘膜剥離を要しないSimple colpocleisisとした。腔入口部側は通常の中腔閉鎖と同様に施行した。

考察：Simple colpocleisisは、抗凝固薬の中止が困難な骨盤臓器脱症例に対し腔粘膜の剥離・切除を行わない腔閉鎖術として報告されている。今回は、腔後壁深部での腔粘膜剥離が極めて難しい状態であり、一部に同法をおこなった。長期予後は不明であり、更なる検討が必要である。

第39回新潟産科婦人科手術・内視鏡下手術研究会

2024年2月17日(土) 15時00分より

開催場所: アートホテル新潟駅前 4階「湯沢の間」(現地開催のみ)

住所: 新潟市中央区笹口1-1 TEL: 025-240-2111

◆ 情報提供 15:00~15:10 科研製薬株式会社

◆ 一般演題Ⅰ 15:10~15:55

座長: 新潟大学医歯学総合病院 産科婦人科
病院講師 小林 暁子 先生

1. 「当院の鏡下手術の約10年の変遷~LSCに取り組むまで~と課題」

新潟市民病院¹⁾, 関塚医院²⁾

森川 香子¹⁾, 大桃 俊幸¹⁾, 北上はるか¹⁾, 高橋 佳奈¹⁾, 菖野悠里子¹⁾, 杉野健太郎¹⁾,
上村 直美¹⁾, 常木郁之輔¹⁾, 田村 正毅¹⁾, 柳瀬 徹¹⁾, 倉林 工¹⁾, 八幡 哲郎²⁾

2. 「当院において骨盤臓器脱に対して内視鏡下に子宮全摘術および腔断端仙骨子宮靱帯固定術を施行した3例」

魚沼基幹病院 産婦人科

新井 龍寿, 早福あやか, 齊藤 朋子, 横田 一樹, 南川 高廣, 吉田 邦彦,
鈴木 美奈, 加嶋 克則

3. 「マンチェスター手術既往のある子宮筋腫患者に対して, Hybrid vNOTES (transvaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery) を施行した1例」

長岡中央総合病院 産婦人科

木谷 洋平, 古俣 大, 倉井 伶, 深津 俊介, 加勢 宏明

4. 「適切な腫瘍内容吸引により良好な周術期経過を得た巨大卵巣腫瘍の3例」

新潟大学医歯学総合病院 産婦人科

佐々木 秀, 西野 幸治, 加藤奈都美, 長谷川順紀, 黒澤めぐみ, 明石絵里菜,
齋藤 宏美, 谷地田 希, 鈴木 美保, 工藤 梨沙, 石黒 竜也, 安達 聡介,
小林 暁子, 吉原 弘祐

◆ 一般演題Ⅱ 16:05~16:50

座長: 長岡中央総合病院 産婦人科
部長 古俣 大 先生

5. 「子宮体癌に対する手術術式の個別化にむけた後方視的解析」

新潟県立がんセンター新潟病院 婦人科

櫛谷 直寿, 菊池 朗, 田村 亮, 山口 雅幸, 西川 伸道

6. 「腹腔鏡手術における5mmポートからの癒着防止材セプラフィルム®挿入法の工夫」

上越総合病院 産婦人科¹⁾, 新潟大学医歯学総合病院 産科婦人科²⁾

佐藤 駿太¹⁾, 山岸 葉子¹⁾, 佐藤彩恵子¹⁾, 小幡 宏昭¹⁾, 小林 暁子²⁾

7. 「妊娠15週のCIN3に対してTLHを実施した一症例」

済生会新潟病院 産婦人科

村竹 将太, 登内恵里子, 甲田有嘉子, 山田 京子, 藤田 和之, 長谷川 功,
吉谷 徳夫

8. 「高度の子宮後屈を伴う帝王切開癒痕症候群に子宮鏡下手術と腹腔鏡下円靱帯短縮術を施行して妊娠成立した1例」

済生会新潟病院 産婦人科

登内恵里子, 村竹 将太, 甲田有嘉子, 山田 京子, 藤田 和之, 長谷川 功,
吉谷 徳夫

◆ 特別講演 17:00～18:00

座長：新潟大学大学院医歯学総合研究科 産科婦人科
教授 吉原 弘祐 先生

「産科危機的出血への対応指針に関連したエビデンスの構築」

順天堂大学医学部附属浦安病院 産婦人科

教授 牧野真太郎 先生

1. 当院の鏡視下手術の約10年の変遷 ～LSCに取り組むまで～と課題

新潟市民病院¹⁾, 関塚医院²⁾

森川 香子¹⁾, 大桃 俊幸¹⁾, 北上はるか¹⁾, 高橋 佳奈¹⁾,
菖野悠里子¹⁾, 杉野健太郎¹⁾, 上村 直美¹⁾, 常木郁之輔¹⁾,
田村 正毅¹⁾, 柳瀬 徹¹⁾, 倉林 工¹⁾, 八幡 哲郎²⁾

日本産科婦人科内視鏡学会腹腔鏡技術認定医の常勤勤務に伴い2014年から本格的に腹腔鏡下手術に取り組んでいる。2023年までの10年間で1,082件の腹腔鏡下手術と121件の子宮鏡下手術をおこなった。技術認定医の常勤数は毎年1名だった。

導入期には腹腔鏡の手術数が増え、2018年から減少したが2023年には回復傾向にある。腹腔鏡手術の修練医師が多いほど手術数は多い傾向にあった。腹腔鏡手術の合併症発生件数は導入期には多かったが、近年の発生件数は年間数例にとどまっている。10年間

でもっとも多い合併症は筋腫核出術における500ml以上の出血だったが、自己血で対処できたものがほとんどだった。

2023年からは腹腔鏡下仙骨腔固定術を導入した。現時点では合併症なく行えている。

今後も安定的に手術数を維持するためには執刀医だけでなく、助手の育成の必要性も感じた。未来のロボット手術増加も視野に医師の育成を考えていかなければならない。

2. 当院において骨盤臓器脱に対して内視鏡下に子宮全摘術および 腔断端仙骨子宮靱帯固定術を施行した3例

魚沼基幹病院 産婦人科

新井 龍寿, 早福あやか, 齋藤 朋子, 横田 一樹,
南川 高廣, 吉田 邦彦, 鈴木 美奈, 加嶋 克則

【緒言】骨盤臓器脱は骨盤底損傷部位を正確に診断し修復することが重要である。Delanceyが分類した腔管支持機構Level1の損傷に対しては子宮摘出後の断端の固定が重要であり、今回腹腔鏡下子宮全摘術に追加して腔断端仙骨子宮靱帯固定術を施行した3例について報告する。【症例】①73歳1妊0産、閉経後。POP-Qstage2の子宮脱で手術希望あり、TLH + Shull法を施行した。Shull法に要した時間は約20分で、術後1年時点で再発を認めない。②50歳、1妊1産、未閉経。POP-Qstage2の子宮脱に対して、TLH + Shull

法を施行した。Shull法に要した時間は20分で、術後3か月時点で再発を認めない。③50歳、3妊2産、未閉経。CIN3に対してTLH方針となったが、POP-Qstage2の子宮脱とstage1の直腸瘤も合併あり、TLH + BSO + Shull法を施行した。術後3か月時点で再発を認めない。【結論】適応症例の選択が重要であるが、腹腔鏡下腔断端仙骨子宮靱帯固定術は低侵襲な非メッシュ手術で、安全性、合併症リスクなどの観点から有用な術式と考える。

3. マンチェスター手術既往のある子宮筋腫患者に対して、Hybrid vNOTES (transvaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery) を施行した1例

長岡中央総合病院 産婦人科

木谷 洋平, 古俣 大, 倉井 伶, 深津 俊介,
加勢 宏明

患者は40代女性で、2回の経膣分娩歴がある。27歳時に子宮脱と腹圧性尿失禁の診断で、マンチェスター手術とTOT (trans-obturator tape) 手術を施行している。子宮筋腫と過多月経の診断で子宮全摘の方針となり、既往手術による子宮下部の解剖学的偏位が予測されたことから、臍からの腹腔鏡視野を併用したHybrid vNOTES (transvaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery) による手術を選択した。臍部に5mmポートを設置して骨盤腔内を観察、GelPOINT® V-Pathを設置可能と判断し、腔式操作へ移行した。腔粘膜を剥離し、前回手術で子宮頸部前壁に縫縮した基靱帯を含む諸靱帯を切断、頸部後壁に縫

縮した仙骨子宮靱帯も切断し、腔からの直視下と臍からの鏡視下で確認しながら、膀胱子宮窩腹膜とダグラス窩腹膜を切開して腹腔内へ到達した。腔式腹腔鏡下に子宮傍組織の切離を進め、子宮と卵管を経腔的に摘出した。手術時間は3時間20分、出血量は213mL、摘出した子宮と両側卵管の重量は377gであった。術後経過は良好であり、術後3日目に退院とした。

キーワード：マンチェスター手術, 子宮筋腫, Hybrid vNOTES (transvaginal Natural Orifice Transluminal Endoscopic Surgery)

4. 適切な腫瘍内容吸引により良好な周術期経過を得た巨大卵巣腫瘍の3例

新潟大学医歯学総合病院 産婦人科

佐々木 秀, 西野 幸治, 加藤奈都美, 長谷川順紀,
黒澤めぐみ, 明石絵里菜, 齋藤 宏美, 谷地田 希,
鈴木 美保, 工藤 梨沙, 石黒 竜也, 安達 聡介,
小林 暁子, 吉原 弘祐

【緒言】巨大卵巣腫瘍に対する手術では、腫瘍内容の吸引・腫瘍縮小が必要になることが多い。その際、急激な腹腔内圧低下により一気に静脈環流が増加し再膨張性肺水腫をきたす場合があり、慎重な手術計画ならびに周術期管理が必要となる。今回、術中の適切な速度での腫瘍内容吸引により、良好な周術期経過が得られた3症例を報告する。

【症例1】56歳、長径30cm大の多房性粘液性腫瘍に対し、1本の吸引管を使用し、500ml/分で、計22分かけて計11.3Lの腫瘍内容を吸引して腫瘍を縮小させ、付属器摘出術を実施した。

【症例2】67歳、長径40cmを超える巨大卵巣腫瘍に対し、2本の吸引管を使用して450ml/分で計56分かけて計25Lの腫瘍内容を吸引し、付属器摘出術を実施した。本例では腹部～下肢の浮腫がひどく術後の静脈環流増加、体液コントロールが困難と判断し、術後1

日目まではICU管理、2日目から一般病棟に転棟したが、その後20日間でさらに25kgの体重減少を認め、腫瘍内容と合わせ計49kgの減少となった。リハビリは術後13日目から介入し、長期臥床による筋力低下を認めていたが、体重減少とともに徐々にADLの上昇を認め、術後20日目に退院した。

【症例3】57歳、長径34cm大の多房性粘液性卵巣腫瘍に対し1本の吸引管を使用して500ml/分で計20分かけて計10.1Lの腫瘍内容を吸引し、両側付属器切除を行った。

これら全ての症例で、術中のバイタルサインの大きな変動や呼吸状態の悪化、術後の再膨張性肺水腫を認めず経過した。

【結語】巨大卵巣腫瘍に対しては、450-500ml/分程度での腫瘍内容吸引により、安全な手術並びに周術期管理が行える可能性がある。

5. 子宮体癌に対する手術術式の個別化に向けた後方視的解析

新潟県立がんセンター新潟病院 婦人科

櫛谷 直寿, 菊池 朗, 田村 亮, 山口 雅幸,
西川 伸道

【目的】子宮体癌のリンパ節郭清省略における術前スコアリングの有用性について検討する。【方法】2018年-2022年に当院で初回治療として手術治療を行った術前進行期IA期の子宮体癌症例177例を対象に、後方視的にLNM Score（筋層浸潤、組織型、CA125値、腫瘍体積）でスコアリングを行い、0点群、1-3点群の臨床病理学的所見を比較した。術後再発リスクの評価は子宮がん治療ガイドライン2023年に則った。【結果】術前IA期症例177例のうちLNM Score 0点:85例（48%）、1-3点:92例（52%）であった。

手術病理所見では脈管侵襲陰性は0点：75例（88%）、1-3点：65例（70%）、術後再発低リスク症例は0点：61（72%）、1-3点26（28%）でそれぞれ有意差を認めた。再発は0点：2例（2%）、1-3点：10例（11%）、現病死に至ったのは0点：0例（0%）、1-3点：6例（7%）であり予後についても有意差を認めた。【結論】子宮体癌におかれ術前に組織型、CA125値、筋層浸潤、腫瘍体積からリスク分類を行うことはリンパ節郭清の要否を検討する際に有用である。

6. 腹腔鏡手術における5mmポートからの癒着防止材セプラフィルム[®]挿入法の工夫

上越総合病院 産婦人科¹⁾, 新潟大学医歯学総合病院産科婦人科²⁾

佐藤 駿太¹⁾, 山岸 葉子¹⁾, 佐藤彩恵子¹⁾, 小幡 宏昭¹⁾,
小林 暁子²⁾

術後の妊娠性の維持やイレウスの防止のため癒着防止材を使用することが望ましいとされている。産婦人科領域で保険適応となっている癒着防止材としてはセプラフィルム[®]や酸化再生セルロースを編んだ類白色の布状シートなどがある。セプラフィルム[®]は、透明のフィルムであり、貼付後に出血の有無の確認ができ

る。また、組織付着力が強く、貼付後の定着が安定している。しかし、腹腔鏡手術では、腹腔内への挿入に苦慮することがあり、これまで様々な挿入法が報告されている。今回、専用の機材を使わず、セプラフィルム[®]の分割方法や把持方法などを工夫することで腹腔内にスムーズに挿入することができた。

7. 妊娠15週のCIN3に対してTLHを実施した一症例

済生会新潟病院 産婦人科

村竹 将太, 登内恵里子, 甲田有嘉子, 山田 京子,
藤田 和之, 長谷川 功, 吉谷 徳夫

【緒言】2nd-trimesterの妊娠子宮に対するTLHの症例報告はほとんどない。今回、妊娠15週のTLHを1例経験した。

【症例】42歳, 4妊3産, 既往歴なし, BMI 27, X-1年2月, 頸部細胞診HSIL, 生検でCIN3の診断となった。円錐切除術を考慮すべき状態と説明したが同意を得られず, 経過観察となった。その後, 定期的な頸部細胞診でHSILが持続。希望によりTLHの方針となった。X年8月, 手術日程を決める為に受診した際に, 妊娠13週1日の診断。妊娠継続希望なく, X年9月,

妊娠15週でTLHの方針となった。手術時間212分, 出血量250g, 左尿管の同定時に出血が多めであった。子宮は大きく, 臍切開創から摘出する際の摘出に時間がかかった。術後3日目, 経過に問題なく退院となった。術後3週間後, 外来での診察も問題なかった。病理はCIN3, 断端陰性であった。

【考察】子宮周囲の易出血性を考慮し慎重に操作したため時間を要し, 出血量は多くなったが, 妊娠15週のTLHを合併症なく完遂できた。

8. 高度の子宮後屈を伴う帝王切開癒痕症候群に子宮鏡下手術と腹腔鏡下円靱帯短縮術を施行して妊娠成立した1例

済生会新潟病院 産婦人科

登内恵里子, 村竹 将太, 甲田有嘉子, 山田 京子,
藤田 和之, 長谷川 功, 吉谷 徳夫

帝王切開術による子宮切開縫合部の陥凹性癒痕を原因として不妊症を生じることがあり, 帝王切開癒痕症と言われている。子宮後屈は陥凹性癒痕部ができる要因として挙げられ, 同時に不妊治療におけるカテーテル挿入を困難にする。

31歳, 1妊1産。初産時は男性因子のため凍結胚移植を行い, 帝王切開術で出産。第2子を希望されたが, 凍結胚移植でも妊娠成立せず, 帝王切開癒痕症と診断した。また, 子宮は高度に後屈しており, 胚移植

を困難にしていた。子宮鏡下帝王切開癒痕部焼灼術と腹腔鏡下円靱帯短縮術を行った。術後, 子宮後屈は改善, 1回の凍結胚移植で妊娠成立した。

子宮後屈を伴う場合, 子宮鏡下手術では再発の報告があり, 腹腔鏡下癒痕部修復術が選択されることが多いが, 侵襲度が高い。子宮鏡下手術に円靱帯短縮術を併用することにより後屈が改善され, 胚移植を容易にさせると同時に子宮鏡下手術を選択しても再発を予防させることができると考えられる。

論文投稿規定

論文投稿規定

投稿者の資格

第1条 本誌に投稿するものは原則として本会の会員に限る。(筆頭著者が研修医で本会の会員でない場合は、共著者に本会の会員が含まれていれば投稿は可能)ただし、会員以外のもので、編集委員会で承認されたものはこの限りではない。

投稿の内容

第2条 投稿は原著、綜説、連絡事項、その他未発表のものに限り、既に他誌に発表されたものは受け付けない。

執筆要領

第3条 本誌の投稿用語は原則として和文とし次の要領に従って執筆する。

*投稿規定

1. 平仮名横書きとし、句読点切り、明瞭に清書すること。当用漢字と新仮名使いを用い、学術用語は日本医学会の所定に従うこと。
2. 記述の順序は表題、所属、著者名、概要(800字以内)、本文、文献、図表、写真とすること。(概要を必ず記載する)
3. 本文は次の順に記載すること。緒言、研究(実験)方法、結果、考察、総括または結論(概要に含ませて省略してもよい。)
4. 図、表、写真は別にまとめて添付し、図1、表1、の如く順番を付し、本文中に挿入されるべき位置を明示しておくこと。
5. 数字は算用数字を用い、単位、生物学、物理学、化学上の記号は、mm, cm, μ m, ml, dl, l, kg, g, mg等とする。記号のあとには点をつけない。
6. 外国の人名、地名は原語のまま記し、欧語はすべて半角で記載する。
7. 文献の引用は論文に直接関係のあるものにとどめ、本文に引用した箇所の右肩に引用した順に1) 2) のように番号を付し、本文の末に一括して掲げ、1) 2) 3) の様を書くこと。文献は著者名と論文の表題を入れ、次のように記載する。本邦の雑誌名は日本医学雑誌略名表(日本医学図書館協会編)に、欧文誌はIndex Medicusによる。
 - 1) 新井太郎, 谷村二郎: 月経異常の臨床的研究. 日産婦誌, 28: 865, 1976.
 - 2) 岡本三郎: 子宮頸癌の手術. 臨床産科婦人

科, 162, 神田書店, 東京, 1975.

3) Brown, H. and Smith, C. E: Induction of labor with oxytocin. Am. J. Obstet. Gynecol. 124: 882-889, 1976.

4) Harris, G: Physiology of pregnancy. Textbook of Obstetrics, 2nd Ed., McLeod Co., New York & London, 1976.

著者名を記載する場合、6名以上の際には、初めの3名の名前を記入し、……ら、……et al. と略す。

8. Keyword (英語で3つ以上5つ以内) 概要の後に記入すること。
9. 原稿は原著・診療・綜説・随筆・学会講演、その他の内容要旨に分類する。投稿者は希望(或は該当)の分類を明記する。
10. 原稿はWord format のfile としてe-mail に添付ファイルとして編集部事務局 (obgyjimu@med.niigata-u.ac.jp) に投稿する。図表はpdf, jpg, tiff, format などの画像ファイルとして同様に投稿する。本文の長さは原則として、8000字以内とする。(原稿をプリントアウトしたものや原稿用紙に記入したものを事務局まで郵送してもよい)
11. 投稿する際に共著者全員の同意を得る。

論文の採択

第4条 投稿規定に定められた条項目が具備された時、査読に入る。論文の採択は査読者の査読をへて、編集会議(編集担当理事により構成される)に提出され、その採否が決定される。

原稿の掲載

第5条

1. 採択された論文の掲載順序は原則として登録順によるが、編集の都合により前後する場合がある。
2. 論文その他の印刷費のうち、困難な組版代及び製版代は著者負担とする。
3. 投稿料、掲載料は原則として無料とする。本会の非会員に対しては、掲載された本誌の郵送を希望する場合は実費負担とする。
4. 特別掲載の希望があれば採用順序によらず速やかに論文を掲載する。
この際には特別の掲載として一切の費用(紙代、印刷費及び送料超過分)は著者負担とする。特別掲載を希望するものはその旨論文に朱書すること。

校正

第6条 校正はすべて著者校正とする。校正した原稿は編集者指定の期日以内に原稿とともに返送する。校正の際には組版面積に影響を与えるような改変や極端な組替えは許されない。

別刷

第7条

1. 別刷の実費は著者負担とする。予め希望部数を原稿に朱書する。
2. 別刷の前刷は行なわない。

3. 編集会議よりの依頼原稿や学術論文は別刷30部を無料贈呈することがある。

著作権

第8条 本誌に掲載される著作物の著作権は新潟産科婦人科学会に帰属する。

利益相反（conflict of interest）の開示

第9条 投稿する論文の内容に関する利益相反の有無を筆頭著者、共著者全員について論文の末尾に明記すること。

論文投稿の同意書

投稿論文名

筆頭著者および共著者全員は、上記の論文の投稿原稿を読み、その内容および今回の投稿に同意いたします。また、掲載された論文の著作権が新潟産科婦人科学会に帰属することを了承します。

全著者の自筆署名を列記して下さい。捺印は不要です。

著者名	日付
	(年 月 日)
	(年 月 日)
	(年 月 日)
	(年 月 日)
	(年 月 日)
	(年 月 日)
	(年 月 日)

あ と が き

以前まで、新潟産科婦人科学会会誌（通称「グリーンジャーナル」）は3月と9月に発刊しておりました。しかし、近年では専攻医の論文投稿先として最も人気となり、また論文レビューに時間がかかることなど、さまざまな事情が重なり、発刊が不定期となっていました。しかし、新潟産科婦人科学会会誌には、総説や原著、症例報告だけでなく、理事会報告や集談会プログラムなど、定期的に報告しなければならない原稿も含まれています。また、不定期発刊となってからは、企業からの協賛が得られず、広告収入がない状況が続いておりました。

このような現状の問題点を新潟産科婦人科学会総会でご相談し、新潟産科婦人科学会会誌をサステナブルな雑誌にするため、3月と9月の定期発刊に戻すことが賛成多数で認められました。

そこで、指導医の先生方へお願いがございます。まず、専攻医を指導する際には、新潟産科婦人科学会会誌が定期発刊であることにご留意ください。専門医申請に必要なことから、発刊ギリギリに投稿することのないようご配慮をお願いいたします。また、指導医の先生方には原稿の査読を依頼させていただいておりますが、ぜひ期限内に査読票の返信をお願い申し上げます。

（吉原弘祐 記）

令和6年9月 発行

発行所
新潟産科婦人科学会
新潟県医師会

〒951-8510 新潟市中央区旭町通1の757
新潟大学医学部産科婦人科学教室
TEL 025(227)2320, 2321

印刷
新潟市中央区南出来島2丁目1-25
株式会社ウィザップ
TEL 025(285)3311（代）