

ISSN 2186-6244

新潟産科婦人科学会 会誌

第119巻 第2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

新加坡女科学会
会 誌

編集委員

吉原 弘祐・西島 浩二・倉林 工

目 次

症 例

妊娠38週に交通外傷による多発骨盤骨折を来した一例

新潟県立新発田病院 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 31

人工妊娠中絶術後に発症した子宮動静脈奇形に対し子宮動脈塞栓術を行った一症例

長岡赤十字病院 産婦人科

金子 愛・相田 桃奈・百瀬 恵理・笹川 輔・

今井 論・春谷 千智・堀内 綾乃・上田 遥香・

八幡 夏美・能仲 太郎・芹川 武大・本多 啓輔・

安田 雅子 35

理事会報告

新潟産科婦人科学会 令和6年度第1回定例理事会 41

新潟産科婦人科学会 令和6年度第2回定例理事会 44

そ の 他

第197回 新潟産科婦人科集談会 45

第198回 新潟産科婦人科集談会 49

令和6年新潟大学医学部産科婦人科学教室 同窓会総会・集談会 プログラム 53

論文投稿規定 59

あとがき 62

症 例

妊娠38週に交通外傷による多発骨盤骨折を来した一例

新潟県立新発田病院 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

【概要】

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。

症例は37歳、2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。超音波断層法や胎児心拍数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、入院経過観察とした。複数個所の骨盤骨折を来したが、保存的に経過観察可能であった。受傷直後の安定型骨盤骨折の場合に、経膈分娩を許容できるかについての文献を確認できなかった。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。骨盤骨折は分娩後も増悪なく、外来で経過観察可能であった。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。

Key words : High Energy Trauma, Pelvic Fracture, Term pregnancy

【緒言】

非妊娠時や妊娠中期までの骨盤骨折は、不安定型骨盤骨折であったとしても、妊娠満期までに治癒・安定化すれば経膈分娩を考慮可能である^{1) 2)}。妊娠末期の未治癒骨盤骨折の場合、経膈分娩による負荷が母児の転帰に及ぼす影響を論じた文献を確認できず、経膈分娩が安全に行えるかどうかは不明である。妊娠末期に外傷による骨盤骨折を来したが、安定型骨盤骨折であったため分娩様式の選択に難渋した症例を経験したので報告する。

【症例】

患者：37歳 2経妊0経産

身長170cm 体重78.8kg BMI 27.27kg/m² (当科初診時)

既往歴：20年前に交通外傷で受傷し頭蓋骨骨折、左眼失明、パニック障害

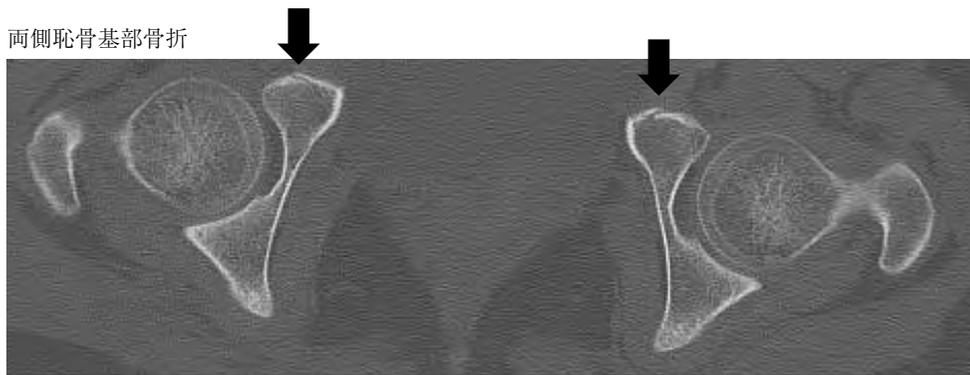
内服歴：なし

現病歴：

自然妊娠成立し、近医にて妊婦健診を施行していた。B群溶血性連鎖球菌のスクリーニングが陽性であったが、それ以外に妊娠経過中異常の指摘はなかった。妊娠38週3日の定期健診では子宮口未開大であった。

妊娠38週6日に軽自動車を時速60km程度で運転中、時速50km程度で走行中の普通車より助手席側から側方衝突された。相手普通車の一時停止非遵守に伴う受傷であった。患者自身はシートベルトを着用していた。運転していた軽自動車は衝撃で路肩の田畑に横転転落し、エアバッグが作動した。救急隊接触時、患者は骨盤痛のみで腹痛の訴えはなかった。当院救急外来に緊急搬送された。当院救急科接触時、胎動の自覚あり、経腹超音波断層法で胎児心拍を確認した。母体の全身スクリーニングとして、FAST (Focused Assessment with Sonography for Trauma) にて腹腔内出血ないこと、また頸部胸部腹部骨盤造影CTで骨折以外に粗大な臓器障害がないことを確認した。そのうち当科コンサルトとなった。

当科初診時、血圧128/73mmHg、脈拍84/分、体温36.9℃、血中酸素飽和度99% (室内気) であった。意識清明であり、腹部軟で子宮に緊満感を認めず胎動の自覚があった。胎児心音モニタリングでは基線140bpmであり、基線細変動は中等度であった。一過性頻脈を認め、一過性徐脈を認めず、Reassuring fetus statusであった。また子宮収縮は40分間に2回認めたが、痛みを伴わなかった。経腹超音波断層法では、児は第1頭位で推定体重3268g、+1.1SDであった。最大羊水深度は5.6cmであり、羊水量は適正であった。胎盤は右壁付着であり、胎盤肥厚や血腫を認めなかった。血液検査はWBC 9400/ μ L、好中球69.5%、RBC 43.2万/ μ L、Hb 13.1g/dL、PLT 23.8万/ μ L、BUN 9mg/dL、Cre 0.64mg/dL、AST 29U/L、ALT 18U/L、ALP 184U/L、LDH 352U/L、T-Bil 0.5mg/dL、CK 84U/L、CRP 0.12mg/dL、APTT 29.9秒、PT-INR 0.81、Fib 489mg/dL、D-dimer 17.8 μ g/mLであった。貧血を認めず、肝臓機能・腎臓機能に異常はなく、D-dimerの上昇以外に凝固系の異常を認めなかった。頸部胸部



恥骨結合外側骨折

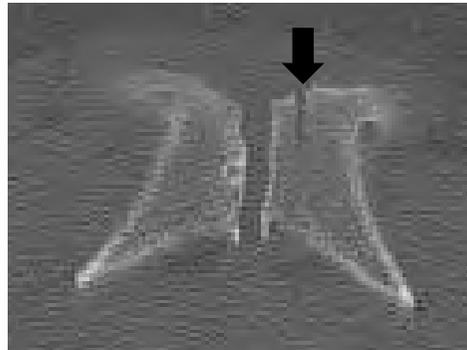


図1-1 水平断

両側恥骨基部骨折



恥骨結合外側骨折

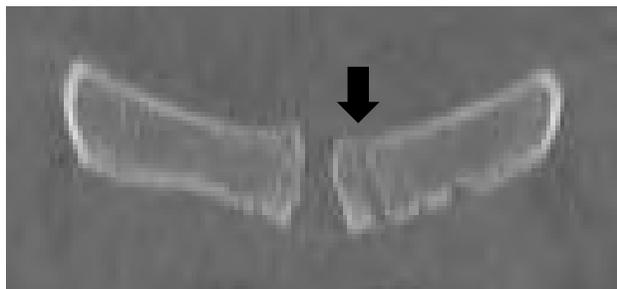


図1-2 冠状断

図1 頸部胸部腹部骨盤造影CT
両側恥骨基部骨折，恥骨結合外側骨折を認めた。

腹部骨盤造影CTでは両側恥骨基部骨折、恥骨結合外側骨折、右第5腰椎横突起骨折を認めた(図1)。

入院経過観察の方針とし、分娩監視装置を24時間継続して装着した。経過中、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。骨折自体はわずかな転位を認めるものの、骨盤輪の変形を伴わなかったことから安定型骨盤骨折と判断した。保存的に経過観察可能であった。D-dimerの上昇を認めたが、造影CTの撮像範囲において粗大な血栓を認めず、症候性深部静脈血栓症を疑う徴候を認めなかった。後日下肢静脈超音波断層法を施行する方針とし、弾性ストッキングを着用した。受傷直後から腰痛は持続したが、アセトアミノフェン錠500mg頓用内服で自制可能な範囲内であった。

分娩方法を検討するにあたり、方針決定の参考となる文献を検索した。非妊娠時や妊娠初期の骨盤骨折既往の経陰分娩について記載した文献は認めたが、骨盤骨折受傷直後や骨折未治療状態での経陰分娩の可否について本症例の条件に合致する文献を確認できなかった。当院整形外科、当科で協議し、経陰分娩により恥骨骨折が増悪する可能性が否定できないこと、恥骨骨折が増悪した場合に分娩後の骨折治療に影響が出る可能性があることと結論付けた。予定帝王切開での分娩とすることを提案し、患者本人、家族の同意を得た。手術日程調整中に陣痛発来したため、妊娠39週2日(受傷3日目)に緊急帝王切開の方針とした。手術時間は52分、出血は羊水込みで677mlであった。胎児は第1頭位で、体重3406g、身長49.5cmの男児であった。Apgar scoreは1分値9点(皮膚色-1点)、5分値9点(皮膚色-1点)であり、臍帯動脈血ガスはpH 7.30、ABE -0.9であった。羊水混濁や臍帯巻絡を認めず、胎盤は癒着なく容易に剥離可能であった。

分娩後1日目(受傷後4日目)から母児同室とした。通常の育児手技練習に加えて、リハビリ介入を依頼し、立位や歩行練習などで早期の離床を図った。D-dimerは分娩当日には2.8に低下していたが、受傷後より安静臥床が続いているため、深部静脈血栓症発症高リスク症例として、分娩後1日目からエノキサパリンナトリウム皮下注4000IU/日を使用し管理した。その後の経過は良好で、通常の帝王切開後の褥婦と同様に分娩後9日目(受傷後12日目)で自宅退院した。骨折は分娩後も保存的介入のみで、観血的治療を要さなかった。1か月健診時の母体の全身状態に問題はなく、当科通院は終了とした。

【考察】

妊娠中の外傷は全妊娠の7%³⁾に起こるとされ、在胎週数が進むにつれ外傷の頻度は上昇する。妊娠中の

外傷の半分以上は妊娠後期に発生するため、母体と胎児の2者への対応が必要となる。外傷は妊娠中の非産科の死亡の主な原因であり、外傷後の妊産婦死亡率は6~7%である。妊娠中の外傷の50%⁴⁾を自動車事故が占めるが、高エネルギー外傷の急性期は母体と胎児の両者の生命が危険に曝される。胎児死亡率は重傷な外傷において61%⁴⁾、母体がショック状態では80%⁴⁾にまで達する。胎児死亡原因の40~60%³⁾を常位胎盤早期剥離が占める。本症例は母体の全身状態に問題なく、救急医による胎児の状態確認が速やかに行われた。受診当初の胎児健全性は推測されたが、常位胎盤早期剥離は受傷後遅発性に発症する可能性があるため、入院安静の上、分娩監視装置による胎児心拍数と陣痛の連続記録を行った。

本症例で問題となったのは妊娠満期に骨盤外傷を来したことであった。非妊娠時の骨盤外傷の既往がある女性の治療後の経陰分娩については、たとえ不安定型骨盤骨折で観血的治療を要しても、治療後で骨盤不安定性が解消されていれば、外傷の程度によらず経陰分娩を考慮可能である^{1) 2)}。また外傷後8~12週^{3) 5)}で骨折は治療するとする報告もあり、妊娠初期から中期の骨盤骨折は経陰分娩を避ける理由とはならない。妊娠26週に受傷し、寛骨臼骨折に対して観血的手術を施行後、妊娠38週で経陰分娩に至り生児を得た症例報告がある³⁾。この症例では分娩後の経過観察において、偽関節の形成や関節炎などの有害事象は生じなかった。総じて骨盤骨折の既往自体は経陰分娩の禁忌とはならない。帝王切開が相対適応となる場合として、骨折未治療時や恥骨枝にずれがある場合³⁾、また尿道・膀胱に隣接する恥骨枝骨折や、産科的真結合線を縮小させるような著しい側方圧迫骨折⁵⁾が挙げられる。

一方で、不安定型骨折直後に経陰分娩を行った症例報告は1症例⁵⁾確認した。1回経産婦で妊娠32週時に梯子から転落し、寛骨臼両柱骨折を来した症例で、妊娠34週に選択的帝王切開を予定していた。しかし受傷7日目の妊娠33週に陣痛発来し、手術室に向かう途中で経陰分娩に至ってしまった。分娩後に観血的手術を受けたが当初より分娩後は同一手術を施行する予定であり、経陰分娩自体は骨折治療に影響を及ぼさなかったとの考察であった。しかし妊娠33週と早産の時期であったこの文献からは、本症例の妊娠末期における受傷直後の経陰分娩が安全であると判断できなかった。

また、経陰分娩そのものが母体の骨盤へ与える影響は少なからず存在する。経陰分娩後の骨盤痛は産後の愁訴として珍しいものではなく、褥婦の75%⁶⁾において認められるとする報告がある。軽度の恥骨離開は妊

娠中の生理現象であり、通常の特にはリスクのない経膈分娩においても一定の割合で発生する。生理的恥骨離開の定義は3~7mm程度の離開であり、病的恥骨離開は離開幅が10mmを超える場合である。病的恥骨離開のリスクは0.005%~0.8%⁶⁾と非常に稀な病態である。しかし、骨盤骨折直後の経膈分娩で恥骨離開や骨盤輪骨折が起こった場合の骨折治療への影響は不明であり、母体や児の転帰への影響もないとは言い切れない。本症例は初産であり、既往から恥骨離開を起こすかどうかの可能性を判断できなかった。骨盤輪の変形を来していないものの恥骨結合に軽度の転位を伴う骨折を認めており、恥骨離開を起こした場合、骨折治療に影響を与える可能性があると考えた。

受傷後早期に分娩が予想される症例では、経膈分娩が禁忌と断言できないものの、分娩方法の選択には骨盤骨折の部位や程度を含め、それぞれの症例に応じた検討が必要である。

【結 語】

妊娠満期に骨盤骨折を来した症例を経験した。安定型骨盤骨折であったが、骨癒合が得られていない時期の分娩によるリスクを回避するため分娩様式は帝王切開とし、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。骨盤骨折は分娩後も増悪なく、当院整形外科外来で経過観察した。妊娠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。

本論文に関する利益相反：なし

【参考文献】

- 1) Vallier HA, Cureton BA, Schubeck D: Pregnancy outcomes after pelvic ring injury. *J Orthop Trauma*. 2012 May; 26(5): 302-7. doi: 10.1097/BOT.0b013e31822428c5.
- 2) Parry J A, Stage K E, Lencioni A, Werner B, Maufrey C: Should a history of pelvic fracture fixation be an indication for cesarean section? *Eur J Orthop Surg Traumatol*, 2023 Dec 16. doi: 10.1007/s00590-023-03804-7.
- 3) Amorosa LF, Amorosa JH, Wellman DS, Lorich DG, Helfet DL: Management of Pelvic Injuries in Pregnancy. *Orthop Clin North Am*. 2013 Jul; 44(3): 301-15. doi: 10.1016/j.jocl.2013.03.005.
- 4) Barraco RD, Chiu WC, Clancy TV, et al: Practice Management Guidelines for the Diagnosis and Management of Injury in the Pregnant Patient: The EAST Practice Management Guidelines Work Group. *J Trauma*. 2010 Jul; 69(1): 211-4. doi: 10.1097/TA.0b013e3181db1e1a.
- 5) Leggon RE, Wood GC, Indeck MC: Pelvic fractures in pregnancy: factors influencing maternal and fetal outcomes. *J Trauma*. 2002 Oct; 53(4): 796-804. doi: 10.1097/00005373-200210000-00033.
- 6) Hoehmann CL, Doss W, DeTore S: Pelvic Ring Disruption During Childbirth A Case Report. *JBJS Case Connect*. 2022 Jan 20; 12(1). doi: 10.2106/JBJS.CC.21.00491.

人工妊娠中絶術後に発症した子宮動静脈奇形に対し 子宮動脈塞栓術を行った一症例

長岡赤十字病院 産婦人科

金子 愛・相田 桃奈・百瀬 恵理・笹川 輔・今井 論・
春谷 千智・堀内 綾乃・上田 遥香・八幡 夏美・能仲 太郎・
芹川 武大・本多 啓輔・安田 雅子

【概要】

今回我々は、子宮動静脈奇形に対して子宮動脈塞栓術を行った一例を経験した。症例は26歳、1妊0産。人工妊娠中絶術後に性器出血が持続し、経膈超音波検査にて子宮内腔に腫瘤影を認めたため、当科紹介受診した。Retained products of conception (RPOC) と診断し待機療法とした。その後出血減少し、術後71日目に月経再開、術後104日目にhCGの陰性化を確認したが、術後135日目に多量性器出血が出現した。経膈超音波検査では子宮筋層から内膜にかけて無エコー域と、カラードプラ法で同部位の血流を認めた。造影MRI検査によるT2強調像にて拡張した血管を認め、子宮動静脈奇形(UAVM: uterine arteriovenous malformation) と診断した。妊孕性温存を希望されたため、子宮動脈塞栓術(UAE: uterine artery embolization)を行った。UAE後の経膈超音波検査で無エコー域は消失した。UAE後14日目に完全止血し、30日目に月経再開した。多量性器出血を伴うUAVMにおいて妊孕性温存が必要な症例では、UAEが有用である可能性が示唆された。

Key words : uterine arteriovenous malformation (UAVM), uterine artery embolization (UAE), retained products of conception (RPOC)

【緒言】

子宮動静脈奇形(UAVM: uterine arteriovenous malformation)は分娩後や子宮術後の0.63%に発生すると報告されている、まれな疾患である¹⁾。診断には超音波検査が有用であるが、確定診断には血管造影検査が必要とされている²⁾。治療については多量出血時には子宮全摘が基本であるが、妊孕性温存のためには子宮動脈塞栓術(UAE: uterine artery embolization)が有効であり、出血がコントロールされ待機可能な症例では、内科的管理の有効性に関する報告も存在する³⁾。

今回我々は、人工妊娠中絶術後にUAVMを発症し、UAEにより止血を得た一例を経験したので報告する。

【症例】

症例: 26歳 既婚 1妊0産 (今回の人工流産1回)

家族歴: 特記事項なし

既往歴: 突発性難聴

主訴: 不正出血

現病歴: 自然妊娠成立後、妊娠6週4日に前医にて掻除法による人工妊娠中絶を施行された。術後1週の診察で子宮内にわずかに遺残を認めるも経過観察となった。術後13日目に性器出血があり前医を受診し、子宮内血腫を除去された。その後出血は減少したが持続し、術後25日目に出血量が増加したため前医を受診した。膣鏡診で暗赤色の出血を認めるも活動性出血はなかった。血清hCG 927mIU/mLと高値で、経膈超音波検査では子宮内腔に腫瘤影を認めた。胎盤関連疾患や絨毛性疾患が疑われ、術後27日目に当科紹介受診した。

当科初診時、バイタルサインに異常はなかった。膣鏡診では前医同様に暗赤色の出血があり、活動性出血は認めなかった。hCG 720mIU/mLとやや低下傾向であった。経膈超音波検査で内腔に10mm大の腫瘤を認めた(図1)。Retained products of conception (RPOC) と診断し、全身状態の問題がなかったため待機療法の方針とした。その後徐々にhCG値は低下し、腫瘍も

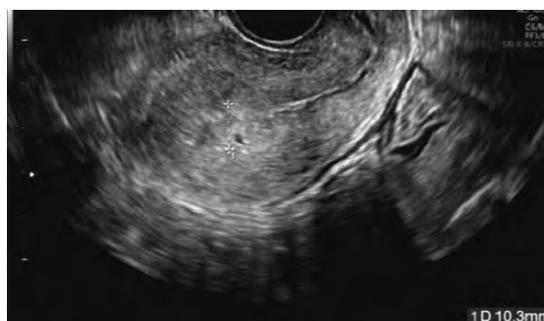


図1

不明瞭化し縮小傾向を認めた。術後71日目に月経再開し、術後104日目にhCG 1.2mIU/mL以下と陰性化を確認した。その後hCGの上昇はなかった(図2)。術後135日目に不正性器出血があり受診した。腔鏡診で凝血塊を含む赤色の出血を認めた。経腔超音波検査で子宮筋層から内腔に突出する無エコー域を認め、またカラードプラ法で血流を認めた(図3)。造影MRI検査を施行し、T2強調画像で子宮筋層から内膜に拡張したflow voidを認めた(図4)。子宮筋層と子宮内腔を交通する異常な血流を認め、UAVMと診断した。

メチルエルゴメトリンの内服を開始したが、出血は持続した。止血が必要であり、若年で妊孕性温存のためにUAEの方針とした。術後145日目にUAEを施行した。塞栓前のX線透視検査で子宮体部に異常濃染を認めた(図5)。両側子宮動脈を塞栓後には異常濃染が消失した。UAE後2日目、腔鏡診で出血は少量であり、経腔超音波検査で無エコー域の消失を確認した(図6)。その後出血量は徐々に減少し、UAE後14日目に完全に止血した。UAE後30日目に月経再開した。その後無エコー域の再出現なく経過した。

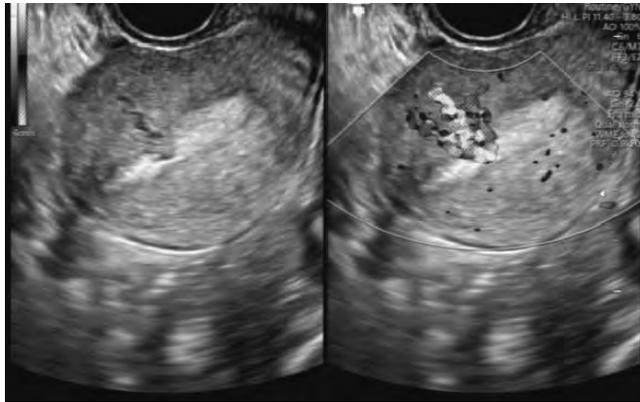


図2

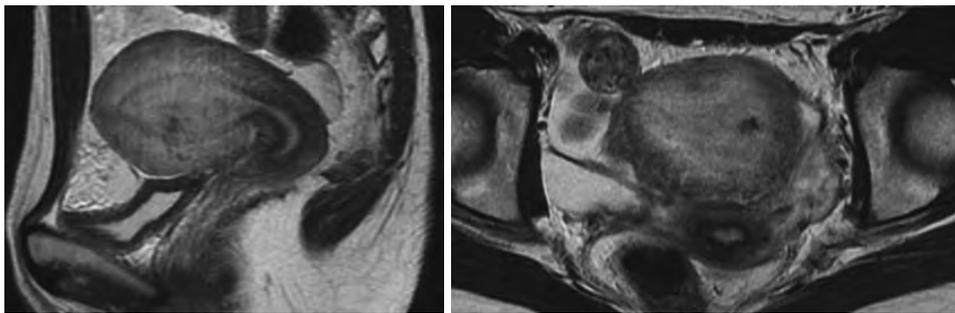


図3

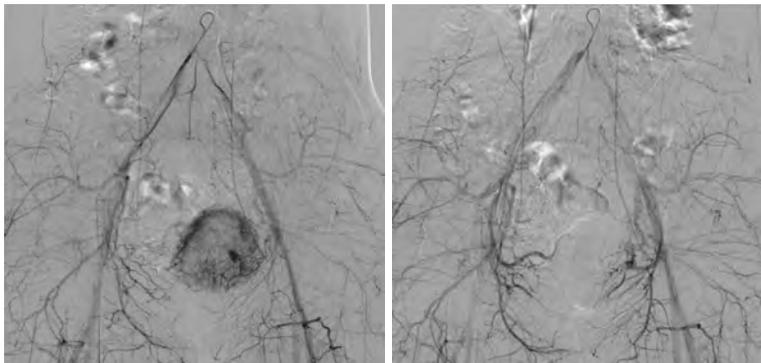


図4

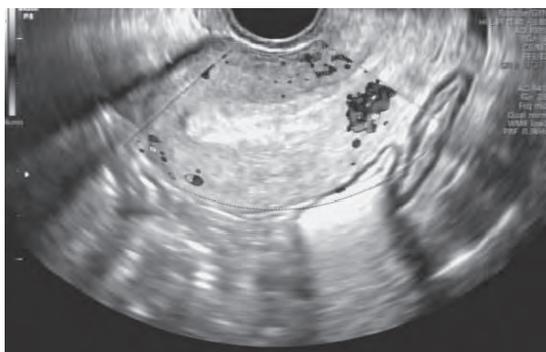


図5

【考 察】

動静脈奇形 (AVM: Arteriovenous malformation) は、動脈と静脈が毛細血管を介さずに直接つながった状態である。圧の高い動脈血が毛細血管を経由せず、異常血管を介して直接静脈に流入するため、静脈内圧が上昇し破裂のリスクが高まるとされる。動静脈奇形は全身に発生する可能性があるが、脳内の動静脈間に発生する脳動静脈奇形が最も多く、UAVMはまれである⁴⁾。UAVMでは、子宮動静脈間に形成される異常な接続により、多量子宮出血の原因となる⁵⁾。UAVMは先天性に発生する場合もあるが、多くは子宮手術や分娩後など後天的に生じるとされる^{1,6)}。その中でも子宮内容掻脱術が最多の原因である¹⁾。今回の症例でも子宮内容掻脱術後に発生しており、この処置が影響を与えたものと考えられる。

UAVMの正確な発生率は不明であるが、分娩や人工妊娠中絶後の0.63%に発生するという報告がある⁷⁾。

UAVMは組織学的には、子宮動脈硬膜内動脈枝と子宮筋層静脈叢との間の動静脈瘻とされる⁸⁾。分娩、流産など様々な要因による医原性子宮外傷によって、子宮筋層内の動静脈を連結する毛細血管網が破壊されると、巨大な空隙が形成され、毛細血管を介さない動静脈間の瘻孔接続が発生すると考えられている²⁾。

UAVMは無症状であることもあるが、過多月経や性器出血をきたすこともある⁹⁾。UAVMが子宮内腔に穿破した場合には多量出血をきたす¹⁰⁾。

UAVMの診断について、Szpera-Gozdiewiczらは、カラードップラー超音波検査が第一選択であるが、3次元CT血管造影検査が診断の確定に役立つと述べている¹¹⁾。また、Noemi Salmeriらは、UAVMの存在を確定するために最初に行われた診断ツールはほぼすべての症例でカラードップラー超音波検査であったが、そのうち90.9%の症例において最終的にUAVMの診

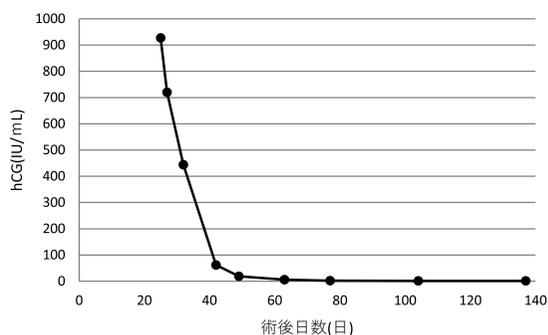


図6

断を確定するために骨盤血管造影が必要であったと述べている²⁾。今回我々の症例でも、カラードップラー経陰超音波検査を用い、管腔状の無エコー域を確認し、さらにカラードップラーで動脈性の血流像を認めため、UAVMが疑われた。CT血管造影検査は施行しなかったが、UAE時に異常血管の塊nidusを認め、これによりUAVMと判断した^{1,9)}。

UAVMの根本的な治療法は子宮全摘であるが、主に生殖年齢の女性に発症するとされる¹²⁾ため、近年妊孕性を温存する治療法が特に注目されている。中でも、症候性UAVMに対する子宮温存治療として子宮動脈塞栓術の有効性が報告されている¹³⁾。Yoonらは、UAEを受けた54人の患者をレビューし、UAE後の最終的な成功率は91%であったと報告している¹⁾。またPeitsidisらは、UAVMに対してUAEを受けた59例を検討し、42例(71%)で初回UAEに成功し、17例(29%)でUAEの繰り返し、内科的管理、手術などのさらなる治療が必要であったと報告している¹⁴⁾。一方、UAEにはいくつかの問題点が指摘されている。具体的には治療費負担の上昇や高い侵襲性、UAE後の不妊、早発卵巣不全、子宮収縮不全との関連性などが報告されている¹⁵⁻¹⁷⁾。今回我々の症例では性器出血が増加し、かつ子宮温存希望がありUAEの方針とした。初回UAE後に止血を得られ、その後再発はなく、追加治療は回避可能であった。UAE後速やかに止血を得られ、本治療は有効であったと考えられた。UAE後30日目でも月経の再開を認めたが、今後の妊孕性への影響や早発卵巣不全を含む卵巣機能については、長期的なフォローアップが必要である。

一方UAVMに対する内科的管理については、単回UAEと同等の成功率(88%)が示されている³⁾。UAVMに対する内科的管理法としては、ホルモン抑制、メトトレキサート、子宮収縮薬などがあるが、文献的には

ほとんど記載されていない。1996年に報告されたUAVMに対する内科的管理の最初の症例は、手術待期間に一時的な治療薬として子宮収縮薬を試みたものであった。本症例では2週間後に病変が消失したため、最終的に手術は中止された¹⁸⁾。UAEのような侵襲的な治療法と比較し、内科的管理においては高い利便性と低い侵襲性、治療費負担の軽減、将来の生殖能力への長期的影響が少ないこと、などが利点として挙げられる。しかし現在のところ標準化された内科的管理法は存在せず、最適な治療法や有効性についてのコンセンサスは得られていない³⁾。今回我々の症例では子宮収縮薬を用いた内科的管理を行った。しかし、出血が持続し最終的にUAEを要しそれにより止血を得ることができた。

内科的管理においては、GnRHアゴニストの有効性に関する報告が多く存在する。GnRHアゴニスト使用後の低エストロゲン血症が、子宮血流量の減少や血管新生経路の抑制を引き起こし、UAVM病変の退縮を誘導している可能性がある¹⁹⁾。また、GnRHアゴニスト投与に伴うエストロゲン分泌のダウンレギュレーションは、子宮動脈抵抗の増大と子宮血流量の減少、血管炎や血管のアテローム性動脈硬化などの組織学的変化を誘導する可能性が指摘されている¹⁹⁾。一定期間の低エストロゲン血症は、子宮血流量を減少させるという点でUAEと同様の機序で治療効果を発揮していると考えられる。

【結 論】

今回我々は若年女性の子宮内容掻把術後に発症したUAVMに対して、UAEを選択し止血を得ることができた。UAVMは妊孕性温存が必要な若年女性に多く発症するため、治療選択が重要である。GnRHアゴニストなどの内科的管理も効果があると考えられているが、本症例では出血のコントロールにおいてUAEが有用であった。

本論文における利益相反: なし

【文 献】

- 1) D.J Yoon, M. Jones, J.A. Taani, C. Buhimschi, J.D Dowell: A Systematic Review of Acquired Uterine Arteriovenous Malformations: Pathophysiology, Diagnosis, and Transcatheter Treatment. *AJP Rep.* 6(1): e6-e14, 2016.
- 2) N. Salmeri, M. Papale, C. Montresor, M. Candiani, E. Garavaglia: Uterine arteriovenous malformation (UAVM) as a rare cause of postpartum hemorrhage (PPH): a literature review. *Arch of Gynecol and*

- Obstet.* 306(6): 1873-1884, 2022.
- 3) A. Rosen, W.V. Chan, J. Matelski, C. Walsh, A. Murji. Medical treatment of uterine arteriovenous malformation: a systematic review and meta-analysis. *Fertil Steril.* 116(4): 1107-1116, 2021.
- 4) K. Suzuki, N. Tanaka, T. Ebine, T. Momma. Pelvic congenital arteriovenous malformation diagnosed by transrectal ultrasonography: A case report. *Can Urol Assoc J.* 6(2): E61-63, 2012.
- 5) H Fleming, AG Ostor, H Pickel, DW Fortune. Arteriovenous malformations of the uterus. *Obstet Gynecol.* 73(2): 209-214, 1989.
- 6) T. Ishikawa. Congenital arteriovenous malformations involving the pelvis and retroperitoneum: a case report. *Angiology.* 30(1): 70-74, 1979.
- 7) H. Yazawa, S. Soeda, T. Hiraiwa, M. Takaiwa, S. Hasegawa-Endo, M. Kojima, et al. Prospective evaluation of the incidence of uterine vascular malformations developing after abortion or delivery. *J Minim Invasive Gynecol.* 20(30): 360-367, 2013.
- 8) P. O'Brien, A. Neyastani, AR Buckley, SD Chang, GM Legiehn. Uterine arteriovenous malformations: from diagnosis to treatment. *J Ultrasound Med.* 25(11): 1387-1392, 2006.
- 9) 岡田理, 岡田正宗, 竹谷俊明, 杉野法広: 過多月経を示した子宮動静脈奇形の1例. *産婦人科中国四国会誌*, 55(3): 25-29, 2007.
- 10) 樋口正太郎, 岡賢二, 小野元紀ら: 巨大な子宮動静脈奇形に対して、複数回の動脈塞栓術により生児を得た症例. *信州医学雑誌*, 67(5): 299-305, 2019.
- 11) A. Szpera-Gozdziewicz, K. Gruca-Stryjak, G.H Breborowicz, M.Ropacka-Lesiak. Acquired uterine arteriovenous malformation- a diagnostic dilemma. *Ginekol Pol.* 89(4): 227-228, 2018.
- 12) R.M Grivell, K.M Reid, A. Mellor. Uterine arteriovenous malformations: a review of the current literature. *Obstet Gynecol Surv.* 60(11): 761-767, 2005.
- 13) S. Ghai, D.K Rajan, M.R Asch, D. Muradali, M.E Simons, K.G TerBrugge. Efficacy of embolization in traumatic uterine vascular malformations. *J Vasc Interv Radiol.* 14(11): 1401-1408, 2003.
- 14) P. Peitsidis, E. Manolakos, V. Tsekoura, R. Kreienberg, L. Schwentner. Uterine arteriovenous malformations induced after diagnostic curettage: a systematic review. *Arch Gynecol Obstet.* 284(5): 1137-1151, 2011.
- 15) N. Berkane, C. Moutafoff-Borie. Impact of previous uterine artery embolization on fertility. *Curr Opin*

- Obstet Gynecol. 22(3): 242-247, 2010.
- 16) M. Toguchi, Y. Iraha, J. Ito, W. Makino, K. Azama, J. Heianna, et al. Uterine artery embolization for postpartum and postabortion hemorrhage: a retrospective analysis of complications, subsequent fertility and pregnancy outcomes. *Jpn J Rad.* 38(3): 240-247, 2020.
- 17) B. McLucas, W.D Voorhees, S. Elliott. Fertility after uterine artery embolization: a review. *Minim Invasive Ther Allied Technol.* 25(1): 1-7, 2016.
- 18) M.K. Flynn, D. Levine. The noninvasive diagnosis and management of a uterine arteriovenous malformation. *Obstet Gynecol.* 88: 650-652, 1996.
- 19) T. Nonaka, T. Yahata, K. Kashima, K. Tanaka: Resolution of uterine arteriovenous malformation and successful pregnancy after treatment with a gonadotropin-releasing hormone agonist. *Obstet Gynecol.* 117: 452-455, 2011.
- 20) K. Katano, Y. Takeda, M. Sugiura-Ogasawara: Conservative therapy with a gonadotropin-releasing hormone agonist for a uterine arteriovenous malformation in a patient with congenital heart disease. *Clin Case Rep.* 3(6): 479-482, 2015.

理事会報告

新潟産科婦人科学会 令和6年度第1回定例理事会

令和6年6月29日(土) 13:30~

新潟大学医学部有壬記念館 2階 大会議室

出席者

〈会長〉

吉原 弘祐

〈理事〉

下越地区: 浅野 堅策, 藤卷 尚

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

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)

〈名誉会員〉

田中 憲一

〈教室〉

西島 浩二, 安達 聡介, 島 英里, 南川 高廣

欠席者

〈理事〉

下越地区: 遠山 晃

新潟地区: 湯沢 秀夫, 広橋 武, 内山三枝子

中越地区: 小菅 直人

〈名誉会員〉

半藤 保, 金澤 浩二, 榎本 隆之

〈功労会員〉

後藤 司郎, 佐々木 繁, 須藤 寛人

(敬称略)

(名) …名誉会員

(功) …功労会員

〈次第〉

I. 報告事項

1. 会員異動について
2. 専門医・指導医の新規申請, 更新申請について
3. 第53回北陸産科婦人科学会総会・学術講演会について
4. その他

II. 協議事項

1. 令和5年度収支決算書案について

2. 令和6年度収支予算書案について
3. 新潟産科婦人科学会誌の発刊について
4. ゆうちょ銀行預金者情報の整備に伴う本会総会議事録及び収支決算書の提出について
5. 監事に係る会則の変更について
6. その他

I. 報告事項

1. 会員異動について

以下のとおり報告された。(島 英里先生)

〈異動〉

伊川沙奈恵 新: 新潟大学医歯学総合病院

旧: 県立新発田病院

上田 遥香 新: 県立中央病院

旧: 長岡赤十字病院

大桃 俊幸 新: 済生会県央基幹病院

旧: 新潟市民病院

加藤奈都美 新: 新潟市民病院

旧: 新潟大学医歯学総合病院

金子 愛 新: 新潟大学医歯学総合病院

旧: 長岡赤十字病院

川浪 真里 新: 長岡赤十字病院

旧: 立川総合病院

北上はるか 新: 県立がんセンター新潟病院

旧: 新潟市民病院

倉井 伶 新: 魚沼基幹病院

旧: 長岡中央総合病院

斎藤多佳子 新: 長岡赤十字病院

旧: 鶴岡市立荘内病院

齊藤 朋子 新: 新潟大学医歯学総合病院

旧: 魚沼基幹病院

齋藤 宏美 新: 済生会県央基幹病院

旧: 新潟大学医歯学総合病院

佐々木 秀 新: 上越総合病院

旧: 新潟大学医歯学総合病院

佐藤 駿太 新: 長岡赤十字病院

旧: 上越総合病院

佐藤 仁美 新: 新潟市民病院

旧: 立川総合病院

霜鳥 真 新: 長岡中央総合病院

旧: 佐渡総合病院

菖野悠里子 新: 新潟大学医歯学総合病院

旧: 新潟市民病院

早福あやか 新: 県立新発田病院

旧: 魚沼基幹病院

高橋 佳奈 新: 佐渡総合病院

旧: 新潟市民病院

夏目 学浩 新：済生会県央基幹病院
旧：済生会三条病院
錦織 瑞彩 新：立川総合病院
旧：新潟大学医歯学総合病院
生野 寿史 新：新潟市民病院
旧：新潟大学医歯学総合病院
幡谷 功 新：済生会三条病院
旧：三条総合病院
廣川眞由子 新：済生会新潟病院
旧：新潟大学医歯学総合病院
深津 俊介 新：魚沼基幹病院
旧：長岡中央総合病院
松下 充 新：新潟大学医歯学総合病院
旧：県立中央病院
南川 高廣 新：新潟大学医歯学総合病院
旧：魚沼基幹病院
村竹 将太 新：県立中央病院
旧：済生会新潟病院
百瀬 恵理 新：済生会新潟病院
旧：長岡赤十字病院
安田 麻友 新：新潟市民病院
旧：県立中央病院
山口 雅幸 新：新潟市民病院
旧：県立がんセンター新潟病院
横田 一樹 新：新潟大学医歯学総合病院
旧：魚沼基幹病院
(五十音順, 敬称略)

〈新入会〉

相庭 晴紀 (長岡赤十字病院)
小林 澄香 (長岡中央総合病院)
沼尻 彩水 (魚沼基幹病院)
石田 里咲 (上越総合病院)

〈退会〉

磯貝 勤：退会希望
田中 康一：退会希望
遠藤 道仁：退会希望

(敬称略)

2. 専門医・指導医の新規申請, 更新申請について
以下のとおり報告された。(島 英里先生)

(I) 令和5年度活動報告

- (1) 専門医新規申請・資格更新及び指導医新規申請・資格更新について
①専門医新規申請者…7名 (合格7名)

②専門医資格更新者…更新該当者：31名
更新申請者：30名
(合格30名)

③指導医新規申請者…5名 (合格5名)

④指導医資格更新者…更新申請者：7名
(合格7名)

(II) 令和6年度活動方針

(1) 機構専門医資格更新について

更新予定者：22名

更新申請者：21名

(2) 指導医資格申請について

新規申請者：1名

(3) 指導医資格更新について

更新予定者：1名

更新申請者：1名

3. 第53回北陸産科婦人科学会総会・学術講演会
について

以下のとおり報告された。(島 英里先生)

開催日時：

令和7年6月14日(土), 15日(日)

開催場所：

総会・学術講演会：ホテルイタリア軒

Plus One Project：新潟医療人育成センター

4. その他

II. 協議事項

1. 令和5年度収支決算書案について

資料に沿って説明され承認された。(島 英里先生)

2. 令和6年度収支予算書案について

資料に沿って説明され承認された。(島 英里先生)

3. 新潟産科婦人科学会誌の発刊について

現在不定期発刊となっているが、以前のように定期発刊(3月, 9月)に戻し企業協賛も募る予定。そのためには査読期日も厳守の必要あり。(吉原弘祐先生)

田中憲一先生より査読人数の確認があった。

4. ゆうちょ銀行預金者情報の整備に伴う本会総会議事録及び収支決算書の提出について

提出に対し反対意見なく承認された。(吉原弘祐先生)

5. 監事に係る会則の変更について (資料3)
資料に沿って説明。会則第21条監事の補充に対し「監事に事故あるときは」→「監事に事故等あるときは」に変更。承認された。(吉原弘祐先生)

6. その他
現在同窓会を含めて集談会を年4回(2月, 6月, 10月, 12月)開催している。
10月は全国学会も多く、Webでのポイント取得が容易となったため10月集談会の開催に関する是非を確認したい。(吉原弘祐先生)
医会との関連があるため即答はできない。(高桑好一先生)
若手の自己研鑽, 発表の機会と質について考慮していただきたい。(田中憲一先生)

以上で終了となった。

新潟産科婦人科学会 令和6年度第2回定例理事会

令和6年10月12日(土) 13:30~14:30
新潟医療人育成センター 4階 ホール

出席者

〈会長〉

吉原 弘祐

〈理事〉

下越地区：浅野 堅策, 藤卷 尚
新潟地区：児玉 省二(功), 廣橋 武,
高桑 好一(名), 戸田 紀夫
中越地区：平澤 浩文, 安田 雅子, 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)

〈名誉会員〉

田中 憲一

〈功労会員〉

佐々木 繁

〈教室〉

西島 浩二, 安達 聡介, 島 英里, 南川 高廣

欠席者

〈理事〉

下越地区：遠山 晃
新潟地区：徳永 昭輝(功), 湯澤 秀夫,
吉沢 浩志, 内山三枝子, 倉林 工
中越地区：小林 弘子, 相田 浩, 加勢 宏明,
佐藤 孝明, 小菅 直人

〈名誉会員〉

半藤 保, 金澤 浩二, 榎本 隆之

〈功労会員〉

後藤 司郎, 須藤 寛人

(敬称略)

(名) …名誉会員

(功) …功労会員

〈次第〉

I. 報告事項

1. 会員異動について
2. 機構専門医更新時の診療実績証明免除の廃止について
3. その他

II. 協議事項

1. 代議員選挙について

2. その他

I. 報告事項

1. 会員異動について
以下のとおり報告された。(島 英里先生)

〈異動〉

相田 桃奈 新：新潟大学医歯学総合病院
旧：長岡赤十字病院

〈転入〉

角 真徳 新：医療法人恵和会 ミアグレースタ
リニック新潟
旧：地方独立行政法人 りんくう総合
医療センター

〈退会〉

北原ます子：退会希望

(以上、敬称略)

2. 機構専門医更新時の診療実績証明免除の廃止について(資料1)

資料に沿って報告された。(島 英里先生)
日本専門医機構による「整備指針(第三版
2020年2月版)における「専門医の認定・更新」
に関する補足説明」の内容が一部改訂され、連
続して複数回の更新を経た専門医であっても、
診療実績の証明の免除は行わないことになった。
産婦人科では2026年度の更新審査より本運用
が開始される予定。

2026年度における専門医の更新申請から、過
去の更新回数に関わらず診療実績の証明が必要
となる。

3. その他

II. 協議事項

1. 代議員選挙について
資料に沿って報告された。(島 英里先生)
選挙管理委員会委員：
寺島隆夫先生, 新井 繁先生, 廣橋 武先生
承認いただいた。

2. その他
機構専門医更新の方法に対する追加説明。(吉
原弘祐先生)

以上で終了となった。

そ の 他

第197回 新潟産科婦人科集談会

日時：令和6年6月29日 (土)

14時30分より

会場：新潟大学医学部有壬記念館

■ 新潟産科婦人科学会総会 14：30～15：30

■ 新潟県産科婦人科医会総会

■ 集談会

◆ 一般演題 第一群 15：30～16：00

座長：郷戸千賀子

1. 「不妊治療中の流産はその後の予後を改善するか」

済生会新潟病院 産婦人科

明石絵里菜, 長谷川 功, 百瀬 恵理, 登内恵理子, 廣川真由子, 甲田有嘉子, 山田 京子,
藤田 和之, 吉谷 徳夫

2. 「評価に苦慮した子宮下節筋層の血管拡張の2例」

新潟大学大学院医歯学総合研究科 産科婦人科

笹川 輔, 須田 一暎, 金子 愛, 為我井加菜, 森 裕太郎, 宗岡 清香, 山脇 芳,
島 英里, 五日市美奈, 松下 充, 西島 浩二, 吉原 弘祐

3. 「産褥期に生じた嵌頓子宮の一例」

新潟市民病院 産婦人科

佐藤 仁美, 常木郁之輔, 加藤奈都美, 安田 麻友, 上村 直美, 森川 香子, 生野 寿史,
山口 雅幸, 田村 正毅, 柳瀬 徹, 倉林 工

◆ 一般演題 第二群 16：00～16：30

座長：南川 高廣

4. 「レルゴリクスを用いて保存的治療を行ったRPOCの一例」

長岡中央総合病院 産婦人科

霜鳥 真, 小林 澄香, 木谷 洋平, 古俣 大, 加勢 宏明

5. 「術中に判明した子宮漿膜下内膜症性嚢胞の一例」

長岡赤十字病院 産婦人科

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

6. 「子宮体癌1190例の組織型別解析と近年の動向」

県立がんセンター新潟病院 婦人科

櫛谷 直寿, 菊池 朗, 北上はるか, 田村 亮, 西川 伸道

◆ 特別講演 16：40～17：40

座長：吉原 弘祐

「中枢生殖内分泌学の進歩と現在の生殖医療」

徳島大学大学院医歯薬学研究部 産科婦人科学分野 教授

岩佐 武 先生

1. 不妊治療中の流産はその後の予後を改善するか

済生会新潟病院 産婦人科

明石絵里菜, 長谷川 功, 百瀬 恵理, 登内恵里子,
廣川眞由子, 甲田有嘉子, 山田 京子, 藤田 和之,
吉谷 徳夫

【目的】一般不妊治療中の流産はARTステップアップを考える上でどのように解釈すればよいのか定説はないことから、流産後の成績を解析した。

【方法】2013年1月～2022年12月の10年間に当院を初診した不妊症患者4,084例を対象とした。一般不妊治療中に1度も流産しなかった症例の全治療周期に、1回以上流産した症例の初回流産までの治療周期を加え「流産前周期」とし、初回流産後の治療周期を「流産後周期」と定義して両群を比較した。

【結果】流産前周期では妊娠率10.4%、生産率8.7%、流産率16.9%で、流産後周期では各々13.3%、10.0%、25.0%と有意ではないがやや向上していた。特に35～39歳では妊娠率10.4%→18.8%、生産率8.3%→14.3%と有意に上昇していた。

【結論】35～39歳の一般不妊治療での流産後は妊娠率が有意に向上しており、ステップアップ前の治療回数延長を考慮してよい可能性がある。

2. 評価に苦慮した子宮下節筋層の血管拡張の2例

新潟大学大学院医歯学総合研究科 産科婦人科

笹川 輔, 須田 一暁, 金子 愛, 為我井加菜,
森 裕太郎, 宗岡 清香, 山脇 芳, 島 英里,
五日市美奈, 松下 充, 西島 浩二, 吉原 弘祐

前置胎盤の診断に経膈超音波断層法やMRIが有用だが、子宮体下部に集簇した拡張血管の存在により胎盤辺縁の評価に苦慮する症例が存在する。前置（低置）胎盤の胎盤辺縁に血管像を認めた場合、辺縁静脈洞を疑うが、この血管の意義は不明な点が多い。前置胎盤の分類は胎盤辺縁と内子宮口との位置関係で定義されるが、胎盤辺縁が実質であるのか、辺縁静脈洞で

あるのか明確な規定がない。近年の報告では、胎盤実質が内子宮口から2cm離れているにもかかわらず、辺縁静脈洞が内子宮口に近接している状態を辺縁洞前置胎盤（Marginal Sinus Placenta Previa）と定義している。今回、辺縁洞前置胎盤と考えられる2症例を経験したため、症例を提示するとともに、辺縁静脈洞の意義について考察したため報告する。

3. 産褥期に生じた嵌頓子宮の一例

新潟市民病院 産婦人科

佐藤 仁美, 常木郁之輔, 加藤奈都美, 安田 麻友,
上村 直美, 森川 香子, 生野 寿史, 山口 雅幸,
田村 正毅, 柳瀬 徹, 倉林 工

症例は42歳, 2妊1産。既往歴なし。低置胎盤にて妊娠38週で選択的帝王切開術施行。胎盤剥離面の血管性出血あり吸収糸で止血した。産褥経過は順調で、退院診察では子宮内遺残なく第7病日退院したが、第13病日に多量出血あり当科へ救急搬送された。BP163/97mmHg HR67bpm BT36.2℃, 腹痛, 排尿困難, 多量の性器出血あり。腔鏡診で子宮腔部は視認困難。子宮は超手拳大で圧痛強く, 子宮腔部は拳上しており, 超音波・CT検査で嵌頓子宮の診断であり, 子

宮内血腫, 血管外漏出も認めた。膀胱留置カテーテル挿入後, 全身麻酔下で整復の方針としたが, 全身麻酔施行後の診察では自然に整復されていた。子宮内血腫除去後, 子宮内腔をバクリバルーンで圧迫した。翌日バルーンを抜去したが出血なく, 嵌頓再発は認めなかった。嵌頓子宮は稀な疾患であるが, 妊娠中だけでなく産褥期でも起こりうることを念頭に入れる必要があると考えられた。

4. レルゴリクスを用いて保存的治療を行ったRPOCの一例

長岡中央総合病院 産婦人科

霜鳥 真, 小林 澄香, 木谷 洋平, 古俣 大,
加勢 宏明

【緒言】RPOC (retained products of conception) とは流産または分娩後の子宮内の妊娠組織遺残物の総称である。従来, 子宮内容除去術や子宮鏡下切除術などの侵襲的治療がなされることが多かったが, 近年, 保存的治療の有用性の報告が多くみられるようになった。今回, 中期中絶後のRPOCに対してレルゴリクス内服を行った症例を経験したので, 報告する。

【症例】36歳, 3妊1産。自然妊娠成立後, 妊娠16週に前期破水となり, 人工妊娠中絶を行った。産褥34日目に血流を伴う子宮内腫瘍性病変を認め, RPOC

(retained products of conception) と診断した。保存的治療の方針とし, それまで性器出血が持続していたため, 止血を目的にレルゴリクス内服を開始した。消退出血後に出血は停止し, その後の管理が容易であった。病変の血流消失を確認した産褥167日目に内服を中止し, 産褥173日に腫瘍性病変が排出された。

【結語】RPOCに対してレルゴリクス内服を行うことで, 不正出血の機会を減らし, 保存的管理が容易となる可能性がある。

5. 術中に判明した子宮漿膜下内膜症性嚢胞の一例

長岡赤十字病院 産婦人科

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

【緒言】子宮漿膜下内膜症性嚢胞は文献的考察とともに報告する。

【症例】51歳女性, 0妊0産。X日, 激しい下腹部痛にて前医救急外来受診した。CTにて内膜症性嚢胞の破裂を疑われ, 当院へ転院搬送された。超音波検査にて子宮背側に8cmの嚢胞性腫瘍を認めた。造影CTにて左卵巣嚢胞破裂の疑い, 汎発性腹膜炎と診断し, 開腹患側付属器摘出術の方針とした。しかし, 術中に子宮後壁の嚢胞であると判明した。術式を子宮嚢胞摘出

術+右卵管切除術に変更した。病理診断は, 子宮内膜症性嚢胞であった。術後経過良好で, X+7日目, 退院となった。

【考察】本症例は, 子宮漿膜下に認められた有茎性の内膜症性嚢胞の破裂により緊急手術を要した。子宮筋腫核出術の既往があり, 核出術の創部に発生した可能性が考えられる。本症例のような病態があることを知っていることは日常診療で診断の一助となると考えられる。

6. 子宮体癌1190例の組織型別解析と近年の動向

県立がんセンター新潟病院 婦人科

櫛谷 直寿, 菊池 朗, 北上はるか, 田村 亮,
西川 伸道

【目的】非類内膜癌の組織型別予後と組織型の関連性を明らかにすることを目的とした。

【方法】2000年~2022年に当院で初回治療を受けた子宮体癌1190例を組織型別に解析した。

【結果】組織型別割合は類内膜癌78%, 明細胞癌4%, 漿液性癌7%, 混合癌3%, 癌肉腫6%, その他の組織型2%であった。類内膜癌に比べて非類内膜癌は各組織型とも有意に患者は高齢で進行症例が多く, 5年生存率も低かった。多変量Cox回帰分析では年

齢, ステージIII/IV, 漿液性癌, 癌肉腫, その他の組織型が独立した予後不良因子であった。年代別に2000年~2006年, 2007年~2014年, 2015年~2022年の3群に分けると, 漿液性癌と混合癌の割合が有意に増加していた。

【結論】予後不良な非類内膜癌の中でも漿液性癌は最多で, 近年増加傾向である。新たな治療法の開発が必要である。

第198回 新潟産科婦人科集談会

日時：令和6年10月12日(土)

14時45分より

会場：新潟医療人育成センター 4階ホール

◆ 一般演題 第一群 14：45～15：15

座長：山口 雅幸

1. 「妊娠経過に異常を認めず、羊水検査で14トリソミーモザイクが診断された一例」
長岡中央総合病院 産婦人科
小林 澄香, 霜鳥 真, 木谷 洋平, 古俣 大, 加勢 宏明
2. 「分娩時に特発性食道破裂を発症した一例」
1) 新潟市民病院 産婦人科, 2) 同 救急科, 3) 同 消化器外科
安田 麻友¹⁾, 生野 寿史¹⁾, 佐藤 仁美¹⁾, 加藤奈都美¹⁾, 上村 直美¹⁾, 森川 香子¹⁾,
山口 雅幸¹⁾, 常木郁之輔¹⁾, 田村 正毅¹⁾, 柳瀬 徹¹⁾, 倉林 工¹⁾, 石井 俊輔²⁾,
小林 和明³⁾, 須藤 翔³⁾, 桑原 史郎³⁾
3. 「妊娠24週死産後に止血に難渋したRPOC (Retained products of conception) の1例」
新潟県地域医療推進機構 魚沼基幹病院 産婦人科
倉井 伶, 鈴木 美奈, 沼尻 彩水, 深津 俊介, 新井 龍寿, 吉田 邦彦, 加嶋 克則

◆ 一般演題 第二群 15：20～15：50

座長：田村 亮

4. 「通常の妊娠で黄体化過剰反応 (Hyperreactio Luteinalis) を発症した1症例」
済生会新潟病院 産婦人科
百瀬 恵理, 長谷川 功, 廣川真由子, 明石絵里菜, 甲田有嘉子, 山田 京子, 藤田 和之,
吉谷 徳夫
5. 「当科で治療した神経内分泌癌の臨床像」
新潟県立がんセンター新潟病院 婦人科
北上はるか, 櫛谷 直寿, 田村 亮, 西川 伸道, 菊池 朗

◆ 情報提供 16：00～16：20

「現在進行中の治験(婦人科がん領域)について」

新潟大学医歯学総合研究科 産科婦人科

吉原 弘祐

◆ 特別講演 16：30～17：30

座長：吉原 弘祐

「[弛緩出血]を科学する」

熊本大学大学院生命科学研究部 産科婦人科学講座 教授

近藤 英治 先生

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

長岡中央総合病院 産婦人科

小林 澄香, 霜鳥 真, 木谷 洋平, 古俣 大,
加勢 宏明

【症例】38歳, 4妊1産。自然妊娠成立し, 妊娠経過に異常はなく妊娠18週で施行した胎児スクリーニングエコー検査でも異常を認めなかった。高齢妊娠を理由に羊水検査を希望され, 羊水穿刺で47, XX, +14[2]/46, XX[13]の14トリソミーモザイクと診断された。十分な遺伝カウンセリングの後, 人工妊娠中絶を選択され, 妊娠19週3日に児娩出となった。児は週数相当の発育で, 両眼瞼が離れているほかに明らかな外表奇形を認めなかった。

【考察】14トリソミーモザイクの基本病態は染色体異常に由来する, 成長障害, 精神発達遅滞, 顔貌異常や心奇形などを含む多発奇形である。

羊水検査で14トリソミーモザイクが判明したものはこれまでに11例が報告されており, 少なくとも6例は顕著な表現型異常を伴っていた。羊水検査におけるトリソミー細胞の比率と奇形の数や重症度には必ずしも明確な相関は示されていない。本症例では軽度の顔貌異常を認めるのみであった。

2. 分娩時に特発性食道破裂を発症した一例

1) 新潟市民病院 産婦人科, 2) 同 救急科, 3) 同 消化器外科

安田 麻友¹⁾, 生野 寿史¹⁾, 佐藤 仁美¹⁾, 加藤奈都美¹⁾,
上村 直美¹⁾, 森川 香子¹⁾, 山口 雅幸¹⁾, 常木郁之輔¹⁾,
田村 正毅¹⁾, 柳瀬 徹¹⁾, 倉林 工¹⁾, 石井 俊輔²⁾,
小林 和明³⁾, 須藤 翔³⁾, 桑原 史郎³⁾

食道破裂は食道に急激な内圧の上昇が生じ発症するまれな疾患である。今回, 分娩第2期に発症した食道破裂を経験したので報告する。

症例: 34歳, 1妊0産。自然妊娠成立後, 近医にて妊娠管理されていた。妊娠39週0日破水にて入院後, 陣痛促進併用しながら吸引分娩にて経膈分娩となった(女児, 2560g, Apgar score 1分値9点)。分娩20分前より呼吸苦あり。分娩後より胸背部痛が出現し, SpO2低下も認めため, 当院へ救急搬送となった。

来院時の造影CTにて両側気胸を認め, 両側胸腔ドレナージを施行し, 呼吸状態は改善した。入院3日目のCT再検にて食道破裂が疑われ, 食道造影検査にて下部食道より造影剤の漏出を認めた。食道縫合閉鎖・両側胸腔ドレナージ・腸瘻増設術を施行後, 状態改善し, 産褥38日目に退院となった。

食道破裂は, 分娩時の嘔吐・努責等が誘因となる可能性があり, 早期の診断につなげることが重要と考えられた。

3. 妊娠24週死産後に止血に難渋したRPOC (Retained products of conception) の1例

新潟県地域医療推進機構 魚沼基幹病院 産婦人科

倉井 伶, 鈴木 美奈, 沼尻 彩水, 深津 俊介,
新井 龍寿, 吉田 邦彦, 加嶋 克則

分娩後異常出血 (PPH) の原因としてRPOCがあり、生殖補助医療 (ART) の増加により発生頻度が増している。今回、妊娠24週に子宮内胎児死亡となり、止血に難渋した症例を経験した。症例は37歳、凍結胚移植により妊娠したが、24週で胎児死亡となり、死産後にPPHを発症した。超音波検査で胎盤遺残を認めず、造影CTで静脈相にextravasationを認めたため弛緩出血と診断した。子宮内バルーンタンポナーデ・子宮動脈塞栓術 (UAE) を施行し、一度は止血したが、

産褥22日目に再出血をきたした。内診と造影MRIで子宮体下部～頸管内に6cm大の腫瘤を認め、筋腫分娩またはRPOCを疑った。強い子宮温存希望あり、開腹併用腔式子宮腫瘍切除術を施行し、少量出血で摘出できた。摘出物は、病理学的に遺残胎盤であった。流産・分娩後に止血困難な場合は、RPOCを考慮し、カラードプラ超音波検査、ダイナミックCT、造影MRIによる画像診断が有用と考えられる。

4. 通常の妊娠で黄体化過剰反応 (Hyperreactio Luteinalis) を発症した1症例

済生会新潟病院 産婦人科

百瀬 恵理, 長谷川 功, 廣川真由子, 明石絵里菜,
甲田有嘉子, 山田 京子, 藤田 和之, 吉谷 徳夫

【緒言】黄体化過剰反応 (HL) は絨毛性疾患や妊娠などによる高hCG血症が原因となり、両側卵巣が多嚢胞性に腫大する良性疾患である。通常の妊娠でHLを発症した例を報告する。

【症例】31歳。1妊0産。凍結融解胚移植にて妊娠成立。妊娠15週時に両側卵巣10cm大に腫大を認めた。胎児に胎児頸部嚢胞性リンパ腫を認め、人工妊娠中絶を希望された。16週で中絶施行時には両側卵巣約15cmまで腫大を認めた。産褥1ヶ月では卵巣所見

は不変であり、精査目的にMRIを撮像。悪性を疑う所見は認めずHLと判断し経過観察の方針とした。自然縮小し、産褥5か月目で正常大に至った。

【結語】HLは急速に増大する卵巣腫瘍として悪性疾患と誤診され卵巣摘出に至るケースもあり、HLについての知識を深めることが不要な外科手術を避けるためにも重要である。また、次回妊娠時に再発する可能性もあり、再発時は卵巣捻転や妊娠高血圧腎症発症などを念頭に置きつつ慎重な妊娠管理が必要である。

5. 当科で治療した神経内分泌癌の臨床像

新潟県立がんセンター新潟病院 婦人科

北上はるか, 櫛谷 直寿, 田村 亮, 西川 伸道,
菊池 朗

【緒言】 婦人科領域の神経内分泌癌 (NEC) は稀な疾患であり, 管理方針は確立していない。

【研究方法】 2000~2023年に当科で経験したNEC23例を後方視的に検討した。組織型はWHO分類2020に従い, 進行期は原発臓器限局型, 遠隔転移型, および局所進展型に3分類した。

【結果】 5年生存率は原発臓器限局型 (7例) 43%, 進行例 (局所進展型+遠隔転移型:16例) 15%であり, 進行例の予後は極めて不良であった。原発臓器限局型

の長期生存例はすべて, 局所療法に加えて化学療法を行った症例であった。進行例の長期生存例は, シスプラチン/イリノテカンの著効例と, MSI陽性で免疫チェックポイント阻害剤が著効した症例の2例であった。

【考察】 NECでは全身療法が重要であり, 原発臓器限局型でも局所療法に化学療法の追加は必須である。MSI陽性例は免疫チェックポイント阻害剤により長期生存できる可能性が考えられた。

令和6年新潟大学医学部産科婦人科学教室 同窓会総会・集談会 プログラム

令和6年12月21日(土)

14時35分より

於：ホテルイタリア軒

◆ 一般演題 第一群 14:35 - 15:15

座長 松下 充

1. 胎児心臓腫瘍の一例

長岡赤十字病院 産婦人科

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

2. ESBL (extended-spectrum β -lactamase) 産性大腸菌感染症により臨床的絨毛膜羊膜炎から敗血症を呈した一例

新潟大学大学院医歯学総合研究科 産科婦人科

為我井加菜, 松下 充, 島 英里, 伊川沙奈恵, 齋藤 朋子, 森 裕太郎, 宗岡 清香,
山脇 芳, 須田 一暎, 五日市美奈, 西島 浩二, 吉原 弘佑

3. 当院における妊娠25週未満の分娩様式と周産期予後に関する検討

新潟市民病院 産科婦人科

加藤奈都美, 生野 寿史, 佐藤 仁美, 安田 麻友, 上村 直美, 森川 香子, 山口 雅幸,
常木郁之輔, 田村 正毅, 柳瀬 徹, 倉林 工

4. 当院における産褥期出血に対するIVR施行症例の検討

新潟県立新発田病院 産婦人科

早福あやか, 横尾 朋和, 小川裕太郎, 浅野 堅策

新潟県立新発田病院 放射線科

中川 範人

◆ 一般演題 第二群 15:15 - 15:55

座長 西野 幸治

5. 細胞診とセルブロックによる免疫染色が診断に有用であった転移性卵巣悪性腫瘍の2例

新潟県立がんセンター新潟病院 婦人科

富田悠太郎, 菊池 朗, 北上はるか, 榎谷 直寿, 田村 亮, 西川 伸道

新潟県立がんセンター新潟病院 病理診断科

川崎 隆

6. CGP (がん遺伝子パネル検査) より繋がった遺伝カウンセリング症例～LS (リンチ症候群) 疑い症例について

聖隷浜松病院 産婦人科

安達 博, 村越 毅

7. 子宮頸がん検診のHPV検査単独法導入に向けて: ASC-USの確定診断

新潟南病院 婦人科

児玉 省二, 寺島 隆夫

8. RRSO, はじめました・第3報 ～新潟県でのこれからの形を考える～

新潟大学大学院医歯学総合研究科 家族性・遺伝性腫瘍学講座

西野 幸治, 須田 一暁

新潟大学大学院医歯学総合研究科 産科婦人科学講座

金子 愛, 相田 桃奈, 横田 一樹, 笹川 輔, 黒澤めぐみ, 斎藤 強太, 明石 英彦,

谷地田 希, 鈴木 美保, 工藤 梨沙, 南川 高廣, 安達 聡介, 小林 暁子, 吉原 弘祐

新潟大学大学院医歯学総合研究科 消化器一般外科学講座

諸 和樹, 若井 俊文

新潟大学保健学研究科

小山 諭

新潟大学医歯学総合病院遺伝医療センター

藤田沙緒里, 栗山 洋子, 中野 麻恵, 入月 浩美, 池内 健

◆ 令和6年産科婦人科学教室同窓会総会 16:00 - 16:30

◆ 学術奨励賞記念講演 16:30 - 16:50

SLFN11 is a BRCA Independent Biomarker for the Response to Platinum- Based Chemotherapy in High-Grade Serous Ovarian Cancer and Clear Cell Ovarian Carcinoma.

明石 英彦

◆ 特別講演 16:55 - 17:55

司会 吉原 弘祐

「子宮頸癌手術の歴史と現状, 技術の伝承」

東北医科薬科大学医学部産科婦人科学教室, 教授

徳永 英樹 先生

1. 胎児心臓腫瘍の一例

長岡赤十字病院 産婦人科

齋藤多佳子, 川浪 真里, 相庭 晴紀, 佐藤 駿太,
今井 諭, 春谷 千智, 堀内 綾乃, 芹川 武大,
本多 啓輔, 安田 雅子

胎児期に発生する心臓腫瘍は稀であるが、胎児不整脈、胎児水腫及び胎児死亡などをきたすリスクがある。今回、偶発的に胎児心臓腫瘍を発見し、結節性硬化症を念頭に胎児管理を行った一例を報告する。

症例は28歳、2妊1産、既往歴や家族歴に特記事項はなかった。自然妊娠成立し、妊娠6週より当院で妊娠管理を行った。妊娠27週時に胎児心房中隔と右室壁にエコー輝度の高い心臓腫瘍を認め、結節性硬化症に合併する横紋筋腫を疑い、妊娠28週より入院管理

を行った。腫瘍は徐々に増大したが、血流障害、心機能低下及び胎児水腫の発症を認めなかったため、妊娠30週以降外来管理とした。妊娠35週2日に陣痛発来し、体重2274gの男児がApgarスコア8点/9点(1分/5分値)で経膈分娩にて出生した。児は出生後、脳MRIで上衣下結節を認め結節性硬化症の診断となった。

胎児心臓腫瘍は胎児死亡のリスクがあるが、不整脈や胎児水腫の発症に注意し、待機的な管理ができた。

2. ESBL (extended-spectrum β -lactamase) 産性大腸菌感染症により臨床的絨毛膜羊膜炎から敗血症を呈した一例

新潟大学大学院医歯学総合研究科 産科婦人科

為我井加菜, 松下 充, 島 英里, 伊川沙奈恵,
齋藤 朋子, 森 裕太郎, 宗岡 清香, 山脇 芳,
須田 一暁, 五日市美奈, 西島 浩二, 吉原 弘佑

症例は34歳、1妊0産。BMI 51の高度肥満を認め、高血圧、2型糖尿病、甲状腺機能低下症、注意欠陥多動性障害を合併していた。人工授精にて妊娠成立し、当科で周産期管理を行っていた。妊娠36週6日、加重型妊娠高血圧腎症を呈し分娩誘発を行うも経膈分娩に至らなかった。妊娠37週4日、前期破水し、その後臨床的絨毛膜羊膜炎を呈したため、緊急帝王切開術にて分娩誘導を行なった。術後敗血症性ショックとな

りICU管理を行った。術後3日、各種培養からESBL産生大腸菌が検出され抗生剤をCTRXからDRPMに変更した。術後7日、腹壁創部離開と腹腔内膿瘍を発症した。腹壁創部離開に対しては、解放創とし洗浄を行ない、術後32日、再縫合を行なった。腹腔内膿瘍に対して、CTガイド下経皮的膿瘍ドレナージを行い、術後24日、カテーテル抜去した。術後38日軽快退院した。

3. 当院における妊娠25週未満の分娩様式と周産期予後に関する検討

新潟市民病院 産科婦人科

加藤奈都美, 生野 寿史, 佐藤 仁美, 安田 麻友,
上村 直美, 森川 香子, 山口 雅幸, 常木郁之輔,
田村 正毅, 柳瀬 徹, 倉林 工

【目的】 妊娠25週未満の超早産症例における分娩様式および新生児短期予後について検討する。

【成績】 解析対象は、30例であった。分娩週数は、妊娠22週：3例、23週：12例、24週：15例であった。早期新生児死亡は6例（20％）に認め、週数別では22週2例（67％）、23週3例（25％）、24週1例（6.7％）であった。分娩様式は、15例が帝王切開（CS）を選択されており、22週0例（0％）、23週7例（58.8％）、24週8例（53.3％）であり、適応は骨盤位9例（60％）、胎児機能不全2例（13.3％）、その他4例であった。早

期新生児死亡の割合は、23週：CS 28.6％／VD 40％、24週：CS 12.5％／VD 0.0％であった。非頭位の分娩様式による早期新生児死亡の割合は、23週：CS 20％／VD 100％であり、その他の週数では大きな違いは認められなかった。

【結論】 妊娠22週および24週台においては、分娩様式と予後に一定の傾向は見出せなかった。23週台では、胎位によらず帝王切開のほうが予後良好である可能性がある。

4. 当院における産褥期出血に対するIVR施行症例の検討

新潟県立新発田病院 産婦人科

早福あやか, 横尾 朋和, 小川裕太郎, 浅野 堅策

新潟県立新発田病院 放射線科

中川 範人

【目的】 Interventional Radiology（以下IVR）は産褥期出血に対する保存的治療法の一つであり、他治療法と併用されることも多い。当院はIVR実施可能施設であり、これまで当院で行った産褥期出血に対するIVR症例を検討した。

【対象と方法】 2007年から2024年10月までに当院で施行した産褥期のIVR症例9症例を対象として、診療録を用いて後方視的に検討した。

【結果】 IVRを施行する原因となった診断名は、後期分娩後異常出血が3例、胎盤遺残が2例、腔壁血腫が1例、後腹膜血腫が1例、帝切後腹腔内血腫が1例、

弛緩出血が1例であった。胎盤遺残および後腹膜血腫の2例は、出血制御目的に手術前にIVRを行った。IVR施行時期は分娩後24時間以内が4例、それ以降が5例であった。全例でIVRにより効果的な止血が得られた。1例でIVR後に子宮内感染が疑われ、抗生剤治療により軽快した。

【結語】 産褥期出血に対するIVRの臨床的成功率は約90％と高いが、IVRを実施可能な施設は限られており、施設間や様々な診療科との連携、IVR適応の迅速な判断が必要である。

5. 細胞診とセルブロックによる免疫染色が診断に有用であった転移性卵巣悪性腫瘍の2例

新潟県立がんセンター新潟病院 婦人科

富田悠太郎, 菊池 朗, 北上はるか, 榎谷 直寿,
田村 亮, 西川 伸道

新潟県立がんセンター新潟病院 病理診断科

川崎 隆

【緒言】腹水細胞診とセルブロックによる免疫染色が転移性卵巣腫瘍の術前診断に有用であった2例を経験したので報告する。

【症例1】48歳, 腹部膨満感出現, CTで腹水, 両側卵巣腫瘍, 腹膜播種にて当院紹介。大腸内視鏡でS状結腸癌 (SM浸潤疑い) の指摘された。原発性, 転移性いずれにせよ, 完全摘出を目指して外科と共同手術の方針であったが, 肺塞栓症発症し, 手術延期。化学療法先行も考慮され, 原発巣推定とレジメン決定のた

め腹水細胞診・セルブロックによる免疫染色施行, 大腸癌卵巣転移の診断。

【症例2】76歳, 腹部膨満感出現, CTで腹水, 両側卵巣腫瘍, 腹膜播種, 及び多発リンパ節腫大にて当院紹介。PS不良であり, 腹膜播種も高度であったため手術不可と判断, 腹水細胞診・セルブロックによる免疫染色施行。B細胞性リンパ腫の診断。

【結語】組織診が困難な場合セルブロックによる免疫組織検査が原発巣の推定に有用な場合がある。

6. CGP (がん遺伝子パネル検査) より繋がった遺伝カウンセリング症例～LS (リンチ症候群) 疑い症例について

聖隷浜松病院 産婦人科

安達 博, 村越 毅

広く行われるようになってきたCGPであるがPGPV (生殖細胞系列由来であることが推定される病的バリエーション) が指摘されても遺伝性腫瘍確定を目的とした遺伝外来に繋がる症例は少ないのが現状である。

当院がんゲノム外来において2019年6月1日～2024年3月31日までに検出した177例中, PGPV症例は14例 (7.9%) でそのうち遺伝外来受診症例は3例 (21.4%) のみ, いずれもLS疑い症例であった。

原疾患脳腫瘍が2例, うち1例はPGPVとしてMLH1が指摘され, もう1例はPGPV指摘無いものの既往歴

家族歴よりLSが疑われた。前者はシングルサイト遺伝学的検査提出, 後者は免疫染色にて対象遺伝子を選定しMLPA法提出, いずれもLSの診断に至った。3例目は原疾患腺癌でシングルサイト提出, 生殖細胞系列バリエーションは否定された。

当該3症例についてはCGPにて新規治療戦略として免疫チェックポイント阻害剤を提案されるというLS疑い症例特有の好条件も有り遺伝外来受診に繋がる印象があったが同様の好条件を期待しにくい遺伝性腫瘍において受診を勧める方策が課題と考える。

7. 子宮頸がん検診のHPV検診単独法導入に向けて：ASC-USの確定診断

新潟南病院 婦人科

児玉 省二, 寺島 隆夫

目的：子宮頸部がん検診で細胞診ASC-US・HPV検査陽性例のcolpo診断を調査し、今後導入予定のHPV検診の確定診断の状況を把握すること。

対象と方法：1. 子宮頸部細胞診でASC-USと診断され、HPV検査陽性と診断された135症例、2. colpo下の組織診断結果、3. 観察期間：当科で2014年4月から2024年6月まで、6か月ごと2年間のfollow-up、結果 HPV検査陽性例の画定診断結果は、初見なし5例(3.7%)、異常なし50例(37.1%)、CIN1 57例(42.2%)、

CIN2 20例(14.8%)、CIN3 2例・浸潤頸部腺癌1例計3例(2.2%)であった。この浸潤腺癌は、過去10年間に5回の検診歴を有していた。

結論：30歳以上のHPV単独検診では、陽性例は細胞診による。トリアージ検査となり、細胞診がASC-US以上は、確定診断のcolpo診断が必須とされる。今回、CIN3、検診歴のある浸潤腺癌が発見され、HPV検査の導入が期待される。

8. RRSO, はじめました・第3報 ～新潟県でのこれからの形を考える～

新潟大学大学院医歯学総合研究科 家族性・遺伝性腫瘍学講座

西野 幸治, 須田 一暁

新潟大学大学院医歯学総合研究科 産科婦人科学講座

金子 愛, 相田 桃奈, 横田 一樹, 笹川 輔,
黒澤めぐみ, 齋藤 強太, 明石 英彦, 谷地田 希,
鈴木 美保, 工藤 梨沙, 南川 高廣, 安達 聡介,
小林 暁子, 吉原 弘祐

新潟大学大学院医歯学総合研究科 消化器一般外科学講座

諸 和樹, 若井 俊文

新潟大学保健学研究科

小山 諭

新潟大学医歯学総合病院遺伝医療センター

藤田沙緒里, 栗山 洋子, 中野 麻恵, 入月 浩美,
池内 健

我々は、これまでの集談会において、RRSOを開始した旨と(2020年12月)、第2報としてRRSO31例の概要を報告した(2023年2月)。RRSOは正常な卵巣と卵管、すなわちその時点で病気がない臓器を摘出する、ある意味「侵襲の強い」遺伝医療である。RRSOが広まりつつあるこのタイミングで、第3報として今一度原点に立ち返って新潟県における今後の在り方を考えた。その課題の1つは、今後のRRSO実施施設を拡大するのか、このまま限定しておくのか、という点である。RRSOは単純な手術ではあるが、様々な算定要件や基準を満たして認定を受けた施設でのみ保険診

療として実施可能となり、関係診療科間でのカンファレンスが義務付けられている。また、RRSOは単独で意味をなすものではなく、本人の腹膜がんを含めた他癌のサーベイランスを含め、希望する家系員に情報を広げて共有していくことが肝要であり、それがまさに遺伝医療の“キモ”である。RRSOはあくまで“遺伝診療の中の一部”に過ぎず、その全体のシームレスな流れの中で行われなければならない。今後、新潟県として一枚岩となり、質を担保した遺伝医療・RRSOを県民に届けるべく引き続き体制整備を考えていきたい。

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

Artificial Intelligence (AI) は急速に進化しています。2024年9月に発表された OpenAI o1 は、従来の GPT シリーズを超える高度な推論能力を備え、問題を深く分析し、より正確な回答を生成する能力が向上しました。さらに、2025年2月には、最新モデルの OpenAI o3 を基盤とし、複数の情報ソースから自動的にデータを収集・解析して包括的なリサーチレポートを生成する Deep Research の提供が始まりました。

このような時代において、新潟産科婦人科学会雑誌はどのようにその価値を高めていくべきでしょうか。少なくとも、AI は膨大なデータを高速かつ正確に処理し、私たちの日常診療や研究において欠かせない存在になっていくことは確実です。だからこそ、学術誌としての使命は、単なる情報提供にとどまらず、臨床経験に基づく洞察や議論、先駆的なアイデアを共有する場を創り出すことにあると考えます。

AI の発展を活用しながらも、人間にしかできない審美眼と批判的思考を磨き続けることが、私たちの学会誌の価値を今後さらに高める鍵となるでしょう。

(吉原弘祐 記)

令和7年3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
株式会社ウイザップ
TEL 025(285)3311 (代)