第　53　回

北陸産科婦人科学会
総会・学術講演会

（兼　第200回新潟産科婦人科集談会）

主催　北陸産科婦人科学会
会期　令和７年６月14日（土）、15日（日）
会場　ホテルイタリア軒　３階サンマルコ
会長　吉原弘祐
（新潟大学大学院医歯学総合研究科 産科婦人科学 教授）

目　　次

1．理事会、総会、学術講演会 …… 1

2．理事会、総会、学術講演会日程 …… 2

3．会場・駐車場案内図 …… 3

4．ご案内 …… 5

5．総会・学術講演会プログラム …… 7

6．一般演題抄録 …… 13

7．広告協賛企業一覧 …… 36

第53回北陸産科婦人科学会
理事会、総会・学術講演会

第53回北陸産科婦人科学会
会　長　　吉原　弘祐

会　　期：令和７年６月14日（土）、15日（日）
開　　催　地：新潟県新潟市
会　　場：ホテルイタリア軒　３階サンマルコ
新潟市中央区西堀通七番町1574番地
TEL：025－224－5111

新潟医療人育成センター（６月14日（土）北陸Plus One Project）
新潟県新潟市中央区旭町通一番町757番地（新潟大学旭町キャンパス内）

第53回北陸産科婦人科学会
理事会、総会・学術講演会日程

令和７年６月14日（土）

会場：ホテルイタリア軒 3Fサンマルコ	会場：新潟医療人育成センター
	北陸Plus One Project 受付　12：30～13：00
	北陸Plus One Project 実習　13：00～17：00
イブニングセミナー 17：45～18：45 【P　産婦人科領域講習】	
Plus One Project懇親会 19：00～20：00	

令和７年６月15日（日）

時間	会次第	会場
８：00～８：20	理事会	ホテルイタリア軒 12階ゴンドリーナ
８：25～８：30	開会の辞	ホテルイタリア軒 ３階サンマルコ
８：30～９：00	一般演題［優秀演題候補群］	
９：10～10：10	モーニングセミナー 【P　産婦人科領域講習】	
10：15～12：20	一般演題①	
12：30～13：30	ランチョンセミナー 【P　産婦人科領域講習】	
13：35～13：50	総会	
14：00～15：00	指導医講習会 【P 産婦人科領域講習／指導医講習会】	
15：05～15：30	一般演題②	
15：30	閉会の辞	

※北陸産科婦人科学会閉会後、新潟産科婦人科学会・新潟県産婦人科医会定例理事会及び総会を行います。

＜会場案内図＞

■６月14日（土）、15日（日）

ホテルイタリア軒

≪アクセス方法≫

新潟駅からタクシーで10分、バス＋徒歩で20分

新潟空港からタクシーで25分

車で新潟バイパス「桜木I.C.」から15分、「紫竹山I.C.」から15分

≪提携駐車場のご案内≫

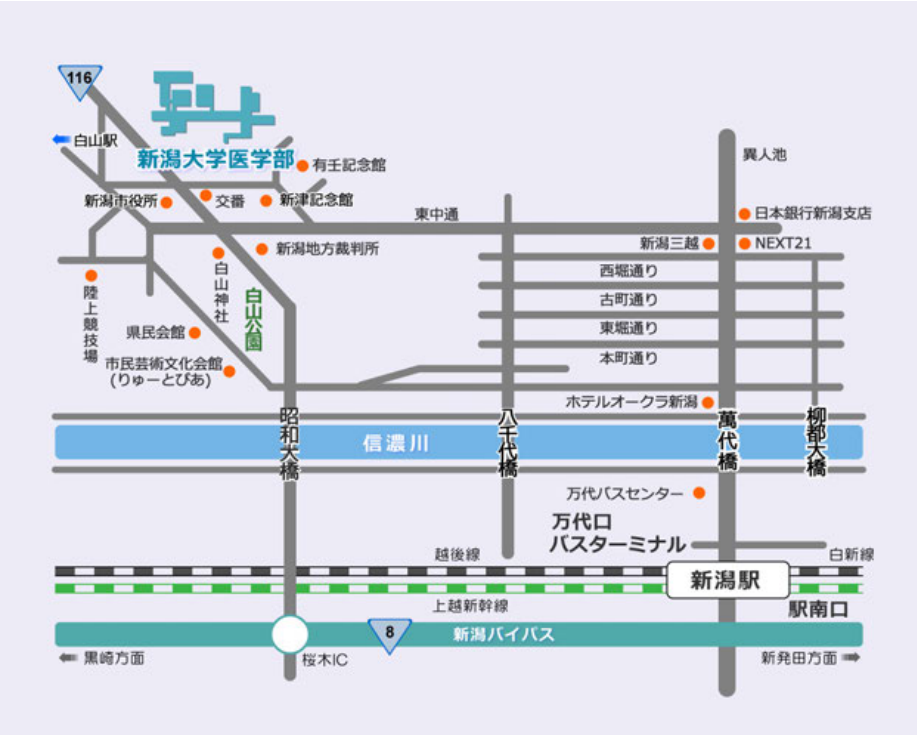
日生不動産西堀パーキング

【営業時間】24時間営業

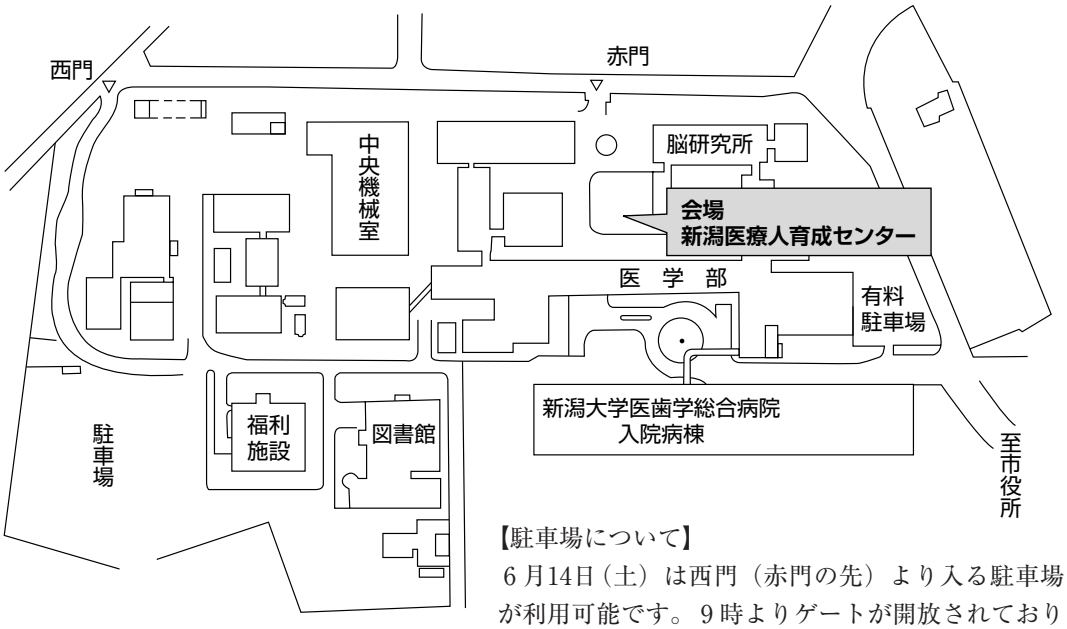
※お帰りの際は、ホテル１階のフロントにて駐車券をご提示ください。

■６月14日（土）のみ

新潟医療人育成センター（北陸Plus One Project会場）



〈構内地図〉



【駐車場について】
６月14日（土）は西門（赤門の先）より入る駐車場が利用可能です。９時よりゲートが開放されておりますので、そのままお入りください。

ご　案　内

≪参加者へのお願い≫
本学術講演会は事前登録制ではございませんので、当日受付にて参加受付をお願いいたします。
JSOGカード又はJSOGアプリより会員証を提示できるようご準備ください。
機構専門医認定講習の参加受付はJSOGカード又はJSOGアプリ会員証で行います。
講演開始後10分を過ぎますと出席単位の付与はされませんのでご留意ください。
医会シールは参加登録時に受付にてお受け取りください。
学会参加証は必ずお付けください。

≪一般演題演者へのお願い≫
(1)　一般演題は全て口演で発表時間５分、質疑応答２分です。
(2)　発表形式はPCプレゼンテーション（発表時間５分、原則動画は不可）のみです。
(3)　会場ではWindows PCのみを用意いたします。Macintoshを使用される方はPC本体をお持ちください。（ディスプレイアダプターも忘れずにお持ちください。）
(4)　会場へはUSBメモリ、PC本体のいずれかの形で発表データをお持ち込みください。PC本体をお持ち込みの方はバックアップとして必ずUSBメモリもご持参ください。
(5)　発表者ツールはご使用になれません。また会場スピーカーに音声は流せません。
(6)　講演開始30分前までにPC受付にて発表データの試写と受付をお済ませください。PCお持ち込みの方も30分前までにPC受付までお越しください。
(7)　動画ファイルをご使用される場合は万が一に備えて動画単体もお持ちください。

≪座長へのお願い≫
座長はセッション10分前に次座長席へご着席ください。
プログラムに定められた時刻にその群の講演等が終了するように時間厳守にご協力ください。

≪講演に対する意見者へのお願い≫
質問は必ずマイクをご使用ください。発言は座長の指示に従って行い、所属、氏名を述べた後、要領よく簡潔にご発言願います。

≪日本専門医機構単位付与講習について≫

(1)　6月14日（土）17：45～18：45　イブニングセミナー　【産婦人科領域講習】
「手術を上達させるためのコツ」

(2)　6月15日（日）9：10～10：10　モーニングセミナー　【産婦人科領域講習】
「E4を極める ～エストロゲンとプロゲスチンの変遷とともに～」

(3)　6月15日（日）12：30～13：30　ランチョンセミナー　【産婦人科領域講習】
「子宮体癌を深く診る、広く治す」

(4)　6月15日（日）14：00～15：00　【産婦人科領域講習／指導医講習会】
指導医講習会「シミュレーション教育と患者安全」

第53回北陸産科婦人科学会
総会・学術講演会プログラム

会長　吉原　弘祐（新潟大学大学院医歯学総合研究科 産科婦人科学 教授）
会期　令和７年６月14日（土）、15日（日）
会場　ホテルイタリア軒　３階　サンマルコ

―― 6 月14日（土）――

イブニングセミナー　（17：45～18：45）【P　産婦人科領域講習】

座長：金沢医科大学　産科婦人科学　教授　　髙倉　正博 先生

「手術を上達させるためのコツ」

四谷メディカルキューブ　婦人科　部長　　羽田　智則 先生

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

―― 6 月15日（日）――

開会の辞　（８：25～８：30）

第53回北陸産科婦人科学会　会長　　吉原　弘祐 先生

一般演題［優秀演題候補群］（８：30～９：00）

座長：福井大学医学部　産科婦人科学教室
品川　明子 先生

１．産婦人科手術患者を対象とした周術期口腔ケアの効果検証
金沢医科大学医学部産科婦人科学
髙田さくら子、柴田　健雄、石井　　航、富松　壮平、飯田　紗羅、劉　　璟壬、山之内　僚、佐伯　吉彦、島田　　菫、髙田　　笑、山本　　恵、松本多圭夫、藤田　智子、出村　　昇、高倉　正博

2．臓器移植後の挙児希望者に対するプレコンセプションケアの重要性―生体腎移植後の双胎妊娠症例から―
金沢大学　産科婦人科
福田　瑞穂、八十島　巌、戸室有香子、竹田　初美、田中　有華、山口　彩華、神田　龍人、細野　　隆、鏡　　京介、折坂　俊介、山崎　玲奈、安彦　　郁

3．有棘糸を用いた帝王切開筋層縫合に関する検討
黒部市民病院、富山大学附属病院
松井　　望、伊藤　実、荻野　奈緒、高森さやか、才津　義亮、結城　浩良

4．福井県における看護師・養護教諭対象HPVワクチン勉強会の実施報告～多職種連携による知識向上と疑問解消を目指して～
福井大学医学部産科婦人科
金井　貴弘、黒田　裕子、南部　仁美、山本　　真、吉田　好雄

モーニングセミナー　（9：10～10：10）【P　産婦人科領域講習】

座長：国立大学法人富山大学　学術研究部医学系
産科婦人科学講座　教授
中島　彰俊 先生

「E4を極める ～エストロゲンとプロゲスチンの変遷とともに～」
京都府立医科大学産科婦人科学教室　教授　　森　　泰輔 先生
共催：富士製薬工業株式会社

一般演題【1】10：15～12：20

一般演題　①-1（10：15～10：45）演題番号5～8

座長：金沢大学医薬保健研究域医学系　産科婦人科学　神田　龍人 先生

5．妊娠中に虫垂子宮内膜症由来の急性虫垂炎を発症し腹腔鏡下虫垂切除術を施行した一例
石川県立中央病院　産婦人科
野村　学史、垣内寿枝子、矢尾　龍一、竹内　一雄、山崎　　洋、秋元　宏輝

6．子宮切開創の決定に難渋させられた巨大子宮筋腫合併妊娠の１例
富山大学産科婦人科学教室
椎名　咲衣、生水　貫人、米田　徳子、河西優理香、波多野智哉、坂口　史奈、荒木　左諭、津田　竜広、丸山恵利子、伊東　雅美、米田　　哲、中島　彰俊

7．妊娠性肝内胆汁うっ滞症を発症した双胎妊娠の１例
新潟市民病院　産婦人科
笹原　崇生、上村　直美、石田　里咲、安田　麻友、為我井加菜、生野　寿史、森川　香子、山口　雅幸、常木郁之輔、柳瀬　　徹、倉林　　工

8．帝王切開後に高血圧、乏尿、浮腫の増悪を認め、後に産褥性心筋症を発症した１例
福井県済生会病院産婦人科／福井大学医学部附属病院産科婦人科
佐藤　萌香、川村　裕士、工藤　　渉、河村まいか、加藤　将人、里見　裕之、細川久美子、金嶋　光夫、黒川　哲司、折坂　　誠、吉田　好雄

一般演題　①-２（10：45～11：15）演題番号９～12

座長：富山大学　産科婦人科学教室　安田　一平 先生

9．満期で生児を得た偽性軟骨無形成症合併妊娠の一例
金沢大学　産科婦人科
戸室有香子、竹田　初美、福田　瑞穂、八十島　巌、山口　彩華、田中　有華、神田　龍人、細野　　隆、鏡　　京介、折坂　俊介、山崎　玲奈、安彦　　郁

10. 当院で妊娠管理を行ったムスリム妊婦の特徴
国立病院機構　金沢医療センター　産婦人科
成之坊果代、石丸　美保、野島　俊二

11. Birt-Hogg-Dubé症候群を背景とした妊娠中の気胸合併例に対し帝王切開術を施行した一例
金沢医科大学医学部産科婦人科学
石井　　航、柴田　健雄、富松　壮平、飯田　紗羅、劉　　璟壬、髙田さくら子、山之内　僚、佐伯　吉彦、島田　　堇、髙田　　笑、山本　　恵、松本多圭夫、藤田　智子、高倉　正博

12. 胎盤辺縁血腫の一例
長岡赤十字病院　産婦人科
寺澤　詩織、沼尻　彩水、錦織　瑞彩、深津　俊介、今井　　諭、川浪　真里、
春谷　千智、堀内　綾乃、芹川　武大、本多　啓輔、安田　雅子

一般演題 ①- 3 （11：15～11：45）演題番号13～16

座長：金沢医科大学　産科婦人科学　柴田　健雄 先生

13. 卵巣明細胞癌に合併した後腹膜原発PEComaの１例
金沢大学付属病院　産婦人科
蓑　　花織、飯塚　　崇、横田　貴子、坂井　友哉、笠間　春輝、茅橋　佳代、
藤原　孝史、安彦　　郁

14. 腹腔鏡下傍大動脈リンパ節生検を実施した子宮頸癌ⅢC1r期の２症例
金沢大学附属病院　産科婦人科
藤原　孝史、笠間　春輝、横田　貴子、坂井　友哉、茅橋　佳代、飯塚　　崇、
蓑　　花織、安彦　　郁

15. 両側成熟嚢胞性奇形腫破裂後の再発性化学性腹膜炎に対し外科的治療と薬物療法による集学的治療が有効であった一例
福井大学医学部附属病院
工藤　　渉、津吉　秀昭、佐藤　萌香、國井　勝俊、佐々木晴菜、藤田　将行、
八代　憲司、田中　良明、金井　貴弘、山田しず佳、白藤　　文、川村　裕士、
玉村　千代、大沼　利通、品川　明子、折坂　　誠、吉田　好雄

16. 内膜症関連子宮体癌の臨床病理学的検討
新潟大学医歯学総合病院　産科婦人科
早福あやか、南川　高廣、村竹　将太、鈴木　魁也、大桃　俊幸、高橋宏太朗、
黒澤めぐみ、齋藤　強太、明石　英彦、谷地田　希、森　裕太郎、鈴木　美保、
工藤　梨沙、田村　　亮、須田　一暁、安達　聡介、小林　暁子、吉原　弘祐

一般演題　①- 4 （11：45～12：15）演題番号17～20

座長：金沢大学医薬保健研究域医学系　産科婦人科学　飯塚　　崇 先生

17. 広汎子宮頸部摘出後に腹腔鏡下子宮全摘術を施行した１例
金沢大学医薬保健研究域　医学系　産科婦人科学
神田　龍人、戸室有香子、中出　　光、福田　瑞穂、藤原　孝史、蓑　　花織、横田　貴子、道倉瑛里奈、八十島　巌、竹田　初美、坂井　友哉、田中　有華、山口　彩華、鈴木　拓馬、笠間　春輝、細野　　隆、茅橋　佳代、鏡　　京介、飯塚　　崇、折坂　俊介、山崎　玲奈、安彦　　郁

18. トルソー症候群を発症した両側卵巣転移を伴う局所進行子宮頸癌の一例
新潟大学医歯学総合病院　産科婦人科
鈴木　魁也、谷地田　希、早福あやか、村竹　将太、大桃　俊幸、黒澤めぐみ、齋藤　強太、明石　英彦、鈴木　美保、工藤　梨沙、田村　　亮、南川　高廣、小林　暁子、安達　聡介、西野　幸治、吉原　弘祐

19. 院内がん登録からみた卵巣明細胞癌の臨床像
新潟県立がんセンター新潟病院　婦人科
横田　一樹、櫛谷　直寿、西野　幸治、西川　伸道、菊池　　朗

20. 当院小児泌尿生殖器疾患チームにおいて新生児期対応を要した性分化疾患10例のまとめ
新潟大学医歯学総合病院　産科婦人科
大桃　俊幸、小林　暁子、田村　　亮、黒澤めぐみ、谷地田　希、島　　英里、安達　聡介、松下　　充、西島　浩二、吉原　弘祐

ランチョンセミナー　（12：30〜13：30）【P　産婦人科領域講習】

座長：福井大学学術研究院医学系部門医学領域
器官制御医学講座産科婦人科学分野　教授
吉田　好雄 先生

「子宮体癌を深く診る、広く治す」
金沢大学医薬保健研究域医学系　産科婦人科学　教授　　安彦　　郁 先生
共催：アストラゼネカ株式会社

総会　13：35〜13：50

指導医講習会　（14：00～15：00）【P　産婦人科領域講習／指導医講習会】

座長：新潟大学大学院医歯学総合研究科　産科婦人科　　吉原　弘祐 先生

「シミュレーション教育と患者安全」

新潟大学大学院医歯学総合研究科 麻酔科学分野 准教授　　古谷　健太 先生

一般演題【２】（15：05～15：30）

座長　　新潟大学大学院医歯学総合研究科　産科婦人科　　安達　聡介 先生

21. 当院産科遺伝外来の現状
JA新潟厚生連　長岡中央綜合病院　産婦人科
寺澤　昂希、相庭　晴紀、小林　琢也、木谷　洋平、古俣　　大、加勢　宏明

22. 子宮頸がん検診のHPV検診単独法導入に向けて：ASC-USの確定診断と４年予後
新潟南病院　婦人科
児玉　省二、寺島　隆夫

23. Lipschütz潰瘍が疑われた妊娠中の難治性外陰部潰瘍の１症例
新潟大学医歯学総合病院　産科婦人科
伊川沙奈恵、森　裕太郎、齊藤　朋子、為我井加菜、宗岡　清香、山脇　　芳、須田　一暁、島　　英里、五日市美奈、松下　　充、西島　浩二

閉会の辞　（15：35～15：40）

第53回北陸産科婦人科学会　会長　　吉原　弘祐

抄　　録

一　般　演　題

産婦人科手術患者を対象とした周術期口腔ケアの効果検証

金沢医科大学医学部産科婦人科学
*金沢医科大学医学部顎口腔外科学
髙田さくら子、柴田　健雄、石井　　航、富松　壮平、
飯田　紗羅、劉　　璟壬、山之内　僚、佐伯　吉彦、
島田　　菫、髙田　　笑、山本　　恵、松本多圭夫、
藤田　智子、出村　　昇*、高倉　正博

【諸言】周術期口腔ケアは術後肺炎や手術部位感染（surgical site infection：SSI）等の術後感染症予防に有効とされ、2012年に保険適用となった。しかし産婦人科手術における有効性のエビデンスは乏しい。当科では2023年より産婦人科手術患者に周術期口腔ケアの導入を進めており、今回その効果を後方視的に検証した。

【方法】2023年４月～2024年９月に金沢医科大学病院で麻酔科管理下に手術を受けた産婦人科症例を対象とした。周術期口腔ケアの有無（ケア群 vs 非ケア群）と術後感染症（術後３ヶ月以内の投薬・処置・入院延長を要した例）の発生状況を後方視的に比較検討した。ケア実施は主治医判断とした。帝王切開、短期滞在手術、緊急手術は対象から除外した。ケア群は術前２～４週前に歯科口腔外科を受診し、口腔内評価・指導・管理（必要に応じ歯科処置、術前日クリーニング含む）を受けた。統計解析はR（ver 4.05）を使用し、t検定、χ^2検定、Fisher正確確率検定を用い、$p<0.05$を有意とした。

【結果】対象は297例（ケア群137例［46.1%］、非ケア群160例［53.9%］）であった。ケア群は有意に高齢（平均58.4 vs 52.5歳、p=0.01）で、骨盤臓器脱の割合が高かった（23.3% vs 11.2%、p<0.01）。手術方法（開腹手術、腹腔鏡手術、その他）の割合に差はなかった。術後感染症の発症率はケア群2.2%（３例）、非ケア群8.1%（13例）で、ケア群が有意に低かった（p=0.036）。感染の内訳は、SSIがケア群0.73%（１例）、非ケア群5.0%（８例）とケア群で有意に少なかった（p=0.041）。一方、腸炎（０% vs 2.5%、p=0.13）や肺炎（0.73% vs 0.63%、p>0.99）には差を認めなかった。

【考察】周術期口腔ケアを受けた患者は術後感染症、特にSSIの発症が有意に少なかった。本ケアは産婦人科領域においてもSSI予防に有効である可能性がある。今後、前向き研究でさらにエビデンスを蓄積し、本ケアが産婦人科領域の周術期管理法として広く普及することが期待される。

臓器移植後の挙児希望者に対するプレコンセプションケアの重要性―生体腎移植後の双胎妊娠症例から―

金沢大学　産科婦人科
福田　瑞穂、八十島　巌、戸室有香子、竹田　初美、
田中　有華、山口　彩華、神田　龍人、細野　　隆、
鏡　　京介、折坂　俊介、山崎　玲奈、安彦　　郁

【緒言】生体腎移植を受けた女性の妊娠・出産は、移植腎機能の維持と母体・胎児の安全確保の両立が求められる。今回、生体腎移植後でドナー特異抗HLA抗体（DSA）陽性の挙児希望者に対し、プレコンセプションケアセンター介入による十分な事前リスク評価と周産期管理により妊娠34週まで妊娠継続できた症例を経験したので報告する。

【症例】28歳、1妊0産。X-13年にANCA関連血管炎を発症し、X-9年に実父をドナーとする生体腎移植を実施した。ミコフェノール酸モフェチル（MMF）、メチルプレドニゾロン（mPSL）、タクロリムス（TAC）で免疫抑制療法を行い、以降腎機能は安定していた。X-3年にDSA陽性が判明したが、明らかな拒絶反応を認めず経過観察とした。X-1年に結婚を契機に挙児希望があり、当院プレコンセプションケアセンター介入のうえ、MMFをアザチオプリン（AZA）に変更し、6週間の経過観察期間を経て妊娠を許可した。多嚢胞性卵巣症候群に対して一般不妊治療を行った結果、二絨毛膜二羊膜双胎妊娠となった。以後慎重に外来管理継続し、28週より切迫早産のため入院管理を行った。妊娠後の腎機能は血清クレアチニン（Cr）0.8mg/dL台で推移していたが、妊娠30週頃よりCr 1.0mg/dLと増悪した。尿中β2-マイクログロブリンも高値を認め、移植腎拒絶による間質障害を否定できなかったため、妊娠34週0日に準緊急帝王切開術を行い、生児を得た。術翌日より尿細管マーカーは著減し、腎機能も改善した。

【考察】腎移植後DSA陽性の双胎妊娠では、拒絶反応や妊娠高血圧症候群、子宮内胎児発育不全や早産等のリスクが上昇する。本例ではプレコンセプションケアセンターが診療科横断的な意思決定に重要な役割を果たし、事前の適切なリスク評価と、妊娠中の継続的な連携管理により周産期合併症のリスクを最小限に抑えることができた。

有棘糸を用いた帝王切開筋層縫合に関する検討

黒部市民病院 (1)
富山大学附属病院 (2)
厚生連高岡病院 (3)
松井　望 (1)(2)、伊藤　実香 (1)(3)、荻野　奈緒 (1)、
高森さやか (1)、才津　義亮 (1)、結城　浩良 (1)

【目的】当院では、2024年３月以降、帝王切開症例の子宮筋層縫合に有棘糸（STRATAFIX®Spiral PDS Plus®）を採用している。以前は通常の合成吸収糸（VICRYL Plus、オペポリックス®）を用い１層目Z縫合、２層目連続縫合で行っていた。今回、有棘糸による連続二層縫合に変更したことで得られた効果について検討した。

【方法】2023年７月～2024年９月に帝王切開を行った患者90人で患者背景（年齢、BMI、既往帝王切開の数、帝王切開の適応、分娩週数、5cm以上の子宮口開大の有無、児の性別、児の出生体重）、手術記録（出血量、手術時間）と術後所見（術後１カ月時のnicheの深さ、広さ、残存筋層厚）を比較検討した、手術動画を振り返り、子宮筋層縫合時間、児娩出から手術終了までの時間、頸管拡張の有無、止血のために追加したZ縫合の数を確認し、比較検討した。

【結果】従来法36例、有棘糸法39例について情報が得られた。患者背景に有意差は認めなかった。子宮縫合時間は従来法群で952.2±288.1秒 対 有棘糸群で787.6±186.2秒（中央値、p=0.02）と有棘糸群で有意に短縮したが、全手術時間は従来法67.8±17.6分 対 有棘糸群 69.4±13.9分（中央値、p=0.70）と有意差は見られなかった。創部の追加縫合の数も有意な減少はなかった。また、術後１か月時の残存筋層厚は従来法群で11.3±2.6mm対 有棘糸群で14.0±3.7mm（平均値、p=0.01）と有棘糸群で有意に厚くなったが、創部のnicheの大きさに有意差はなかった。

【結論】

有棘糸を用いた縫合により残存筋層の厚みを保つことができ、次回以降の妊娠分娩リスクを軽減できると考える。

福井県における看護師・養護教諭対象HPVワクチン勉強会の実施報告～多職種連携による知識向上と疑問解消を目指して～

福井大学医学部産科婦人科
福井県産婦人科医師連合
金井　貴弘、黒田　裕子、南部　仁美、山本　　真、吉田　好雄

【目的】

HPVワクチン接種勧奨の重要な役割を担う看護師・養護教諭に対し、「何を知りたいか＝事前の疑問」を元に内容を組み立てた勉強会を行なった。正しい知識の普及と不安の解消を図り、地域での接種推進体制の強化を目指した。

【方法】

福井県内の看護師・養護教諭32名が参加した。開催前にアンケートで「HPVワクチンのどんなことに不安や疑問を感じているか」を尋ね、それをもとに勉強会の内容を決定した。

勉強会では、まず、産婦人科医による推進活動の報告、養護教諭や高校生による実践紹介を行った後、疑問点に答えるクイズ形式の講義を実施。終了後、無記名アンケートで満足度や理解度、自由意見を集めた。

【結果】

事前アンケートでは、副反応や長期的効果、個別対応の方法に関する質問が多く挙がった。事後アンケート回収率は65.6％（21名）、満足度は５段階で平均4.7と非常に高かった。

自由記述では「疑問が解消された」「クイズで楽しく学べた」「現場の活動が参考になった」など肯定的な意見が多数見られた。参加者の疑問に合わせて内容を構成したことで、理解が深まり、現場での実践意欲の向上につながったと考えられる。

【結論】

事前に参加者の「知りたいこと＝ニーズ」を把握し、それに応じたクイズ形式の講義形式で行った勉強会は、看護師・養護教諭の知識や対応力の向上に有効だった。医療・教育・若者が協力したこの取り組みは、地域全体のHPVワクチン接種率向上にもつながる可能性があり、今後も継続すべき活動と考えられる。

妊娠中に虫垂子宮内膜症由来の急性虫垂炎を発症し腹腔鏡下虫垂切除術を施行した一例

[1] 石川県立中央病院　産婦人科
[2] 市立敦賀病院　病理診断科
[3] 市立敦賀病院　外科
[4] 市立敦賀病院　産婦人科
野村　学史[1]、垣内寿枝子[2]、矢尾　龍一[3]、
竹内　一雄[3]、山崎　　洋[4]、秋元　宏輝[4]

【緒言】異所性子宮内膜症の中でも虫垂子宮内膜症は比較的稀な疾患であり、さらに虫垂子宮内膜症を背景として妊娠中に急性虫垂炎を発症することは極めて珍しい。肥大化した子宮に対して妊娠への影響を最小限に抑えつつ手術を行うためには腹腔鏡下手術が有用であるが、ワーキングスペースの狭小化もあり工夫が求められる。今回、妊娠22週で虫垂子宮内膜症を背景とした急性虫垂炎を発症した症例に対し、MRIを用いて診断を確定し、腹腔鏡下虫垂切除術を施行することで良好な経過を得たため報告する。【症例】35歳女性、２経妊１経産。第一子出産後にMRIにて右卵巣に32mm大の内膜症性嚢胞を指摘されていた。妊娠22週で急性腹症のため救急外来を受診しMRIにて虫垂の腫大と壁肥厚を認め急性虫垂炎の診断で緊急手術となった。臍部・右季肋部・右中腹部の３ポートで腹腔鏡下手術を行い、必要以上に子宮に触れることなく手術を完遂することができた。病理標本にて子宮内膜症組織による虫垂の狭窄を認め、これを背景とした急性虫垂炎と判断した。【考察】妊娠により脱落膜化した子宮内膜組織は血管透過性亢進、浮腫、血管リモデリングなどを引き起こしサイズが増大するという報告があり、本症例においても元々異所性子宮内膜組織により壁肥厚を認めていた虫垂が妊娠によって子宮内膜組織の脱落膜化が起こり、組織が肥大化したことで虫垂内腔の狭窄が起こり急性虫垂炎を発症したものと考えられた。

子宮切開創の決定に難渋させられた
巨大子宮筋腫合併妊娠の１例

富山大学産科婦人科学教室
椎名　咲衣、生水　貫人、米田　徳子、河西優理香、
波多野智哉、坂口　史奈、荒木　左諭、津田　竜広、
丸山恵利子、伊東　雅美、米田　　哲、中島　彰俊

【緒言】子宮筋腫合併妊娠では、弛緩出血などの産科合併症のリスクが増加するだけでなく、経腟分娩困難症例や帝王切開時の子宮筋層切開に難渋することがある。今回、巨大子宮筋腫合併妊娠に対し、子宮底部横切開法での帝王切開術を施行した症例を報告する。

【症例】41歳、１妊０産。40歳時に他院で9cm大の子宮頸部筋腫を指摘されたが、無症状のため未治療であった。今回、体外受精で妊娠し当院へ紹介となった。MRIと超音波検査での評価では、子宮筋腫は長径21cm大と増大し子宮下部前壁に存在、骨盤腔内を占拠しており、胎児はその頭側の上腹部に存在していた。さらに、胎盤は子宮前壁に広く付着していた。妊娠29週より腹部膨満感が著明となり、軽度呼吸苦の出現、食事摂取不良となった妊娠34週４日、全身麻酔下で帝王切開術を施行した。子宮筋腫は広間膜内で発育し、子宮下節での筋層切開は困難であった。術中超音波を併用し、胎盤付着部を避け、かつ児娩出を誘導しやすい子宮底部横切開を行った。児は2,432g、アプガースコア１分値６点/５分値７点であった。出血量は760mlであり、自己血を術中に返血した。術後１日目からエノキサパリンナトリウムで抗凝固療法を行ったが、術後２日目に右外腸骨静脈に腫瘍による静脈圧迫に起因すると考えられる血栓形成・胸水貯留を認め、ヘパリンナトリウムでの血栓溶解療法が必要となった。

【考察】本症例のように巨大子宮筋腫により通常の子宮下部横切開法が困難である場合には、児の娩出が最も容易でかつ母体に負担の少ない子宮切開創を決定する必要がある。今回は結果的に子宮底部横切開法による娩出となったが、この絶対的適応は、胎盤が子宮前壁を広く覆う前置胎盤で、癒着胎盤を否定できない症例であり、次回妊娠では子宮破裂のリスクも 高いとされる。通常と異なる子宮切開創となる場合には、その必要性と次回妊娠へのリスクを考慮し、慎重な判断と患者への十分な説明が必要となる。

妊娠性肝内胆汁うっ滞症を発症した双胎妊娠の１例

新潟市民病院　産婦人科
笹原　崇生、上村　直美、石田　里咲、安田　麻友、
為我井加菜、生野　寿史、森川　香子、山口　雅幸、
常木郁之輔、柳瀬　　徹、倉林　　工

【諸言】妊娠性肝内胆汁うっ滞症（intrahepatic cholestasis of pregnancy, ICP）は皮膚掻痒感と血清総胆汁酸上昇を特徴とする疾患で。全妊娠における頻度は0.1～１％と稀である。母体予後は良好だが、子宮内胎児死亡（IUFD）のリスクとなることが指摘されている。今回、双胎妊娠で妊娠31週に掻痒感、33週に総胆汁酸上昇を認めICPと診断、34週で帝王切開を行い生児を得た典型的な１例を経験したため報告する。
【症例】29歳。G1P0。自然妊娠。二絨毛膜二羊膜双胎。妊娠31週までは問題なく経過。妊娠31週で皮疹を伴わない全身の掻痒感が出現。33週２日で特に手掌と足底の掻痒感が強く不眠症状を訴えたため血液検査施行するとAST66U/L、ALT88U/Lと軽度肝障害あり。33週５日再診時肝障害増悪、腎障害を認め総胆汁酸検査を提出し同日管理入院とした。総胆汁酸41.4μmol/Lと高値であり、HELLP症候群・急性妊娠脂肪肝を含めた他疾患が否定的であったためICPと診断した。34週２日、有痛性子宮収縮悪化のため帝王切開術施行。同日の総胆汁酸は172.4μmol/Lと著明に上昇していた。出生体重は2035g、1906gでApgarスコアは両児とも１分値８点、５分値９点であった。両児ともに羊水混濁を認めた。分娩後は速やかに皮膚掻痒感は改善し肝逸脱酵素、総胆汁酸も低下した。
【考察】本症例はICPのリスク因子として多胎妊娠を保有しており、手掌と足底に強い皮膚掻痒感と総胆汁酸上昇を認めた典型的な一例であった。ICPはIUFDなど重篤な胎児合併症を引き起こす一方で、その管理や娩出時期については定まった見解がないのが現状である。皮疹を伴わない皮膚掻痒感では本疾患も疑い、肝逸脱酵素、更には総胆汁酸の測定に繋げ診断することが重要であると考えられた。

帝王切開後に高血圧、乏尿、浮腫の増悪を認め、後に産褥性心筋症を発症した１例

[1]福井県済生会病院産婦人科
[2]福井大学医学部附属病院産科婦人科
佐藤　萌香[1][2]、川村　裕士[2]、工藤　　渉[2]、
河村まいか[1]、加藤　将人[1]、里見　裕之[1]、
細川久美子[1]、金嶋　光夫[1]、黒川　哲司[1]、
折坂　　誠[2]、吉田　好雄[2]

【緒言】

産褥性心筋症とは、心筋疾患の既往を有しない女性が分娩後に重度の心機能低下から心不全へ至る原因不明の心筋症であり、妊娠高血圧症候群は重要なリスク因子である。今回我々は、帝王切開後に高血圧・全身性浮腫・体重増加を認め、後に産褥性心筋症を発症した１例を経験した。

【症例】

38歳、２妊０産。子宮筋腫核出術、甲状腺機能低下症の既往あり。自然妊娠で妊娠成立し、妊娠初期より母児ともに経過順調であった。妊娠37週３日に選択的帝王切開術にて3,258gの男児を出産した。術後より非重症域の高血圧を認め、術後３日目には乏尿（350ml/日）を認めていた。術後７日目に退院となったが、退院前体重は59.7kgであり、分娩前から約2kg増加していた。術後９日目頃より自宅で臥床中に咳嗽を認め、術後12日目に呼吸苦が出現したため救急外来を受診した。体重58.3kg、血圧160/115mmHg、脈拍114回/分、SpO2 92%（room air）、呼吸数23回/分。両側下腿浮腫あり、起坐呼吸を認めた。心エコー検査（UCG）で明らかな左室収縮不全を認め、胸部レントゲンで心胸郭比65%と著明な心拡大および肺うっ血所見を認めた。産褥性心筋症による急性心不全と診断し、集中治療室へ入室した。入院後より酸素投与を開始し、心不全治療（利尿剤、強心薬投与）を行なった。入院後２日目のUCGで左室駆出率は46%であった。治療により心不全症状は徐々に改善し、第12病日に退院となった。第80病日の心エコー検査で左室駆出率58%と改善傾向を認めている。

【考察】

本症例では分娩後に乏尿、体重増加（全身浮腫）を伴う高血圧を認めており、心肺合併症の発症リスクが高かった可能性がある。このようなリスクの高い症例に対しては積極的に胸部レントゲンや心エコー検査を行い、産褥性心筋症の早期発見に努めるべきである。

満期で生児を得た偽性軟骨無形成症合併妊娠の一例

金沢大学　産科婦人科
戸室有香子、竹田　初美、福田　瑞穂、八十島　巌、
山口　彩華、田中　有華、神田　龍人、細野　　隆、
鏡　　京介、折坂　俊介、山崎　玲奈、安彦　　郁

【緒言】偽性軟骨無形成症は四肢短縮型低身長を呈する常染色体顕性遺伝形式の骨系統疾患である。軟骨無形成症とは異なり、知的発育異常は伴わず、骨格外の合併症がないことも特徴である。これまでに同疾患における妊娠の報告は少なく、軟骨無形成症と同様の早産リスクがあるかを明確に示した報告はない。今回、偽性軟骨無形成症の中でも比較的低身長の母体で、37週まで妊娠継続可能であった症例を経験したので報告する。

【症例】26歳、１妊０産、身長108cm、偽性軟骨無形成症のため当院整形外科通院中である。同疾患による下肢変形に対し股関節と下肢に計３回の手術歴を有する。自然妊娠し前医受診した。著明な低身長を認め周産期管理目的に妊娠６週相当で当科紹介となった。妊娠継続の場合、胎児発育に伴う呼吸困難等の臓器圧迫症状、四肢・関節負荷増加による歩行障等のADL低下や妊娠合併症のため早産期に妊娠中断となる可能性が予想された。分娩に関しても児頭骨盤不均衡のため帝王切開分娩になると考えられた。妊娠初期よりこれらのリスクについて十分な情報提供を行い、過剰な体重増加に注意を払いながら慎重な外来管理のもと経過観察を継続した。母体に関しては最終的に体重増加は5.8kgに留まった。腰痛・恥骨痛を認めるもののADL低下は認めず、臓器圧迫症状も軽度で入院管理を要することなく経過した。妊娠37週３日、児頭骨盤不均衡の診断で選択的帝王切開術を施行し、2342g、46cmの児を分娩した。区域麻酔は困難と考えられ全身麻酔下で手術施行した。術後は早期リハビリ介入し翌日には歩行可能となった。

【考察】偽性軟骨無形成症の女性は一般的に平均身長116cmとされるが、本症例では108cmとさらに低身長であった。偽性軟骨無形成症の妊娠では、母体の骨格系にかかる身体的負担が懸念されるが、過剰な体重増加に注意を払いながら関節負荷を最小限にとどめるよう努めることで、満期まで妊娠継続することが可能であった。

当院で妊娠管理を行ったムスリム妊婦の特徴

国立病院機構　金沢医療センター
成之坊果代、石丸　美保、野島　俊二

【目的】在留外国人は年々増加しており、それに伴い当院の外国人妊婦の割合は上昇している。言語や文化、生活様式の違いを理解し、妊娠管理を行っている。その中でイスラム教徒（ムスリム）は宗教的背景による独特の食生活や慣習を持ち、妊娠管理に難渋することがあり、体格差や高い帝王切開率が目立っていた。ムスリム妊婦の円滑な妊娠分娩管理を目指し、日本人妊婦と比較検討を行った。【方法】2023年１月から2024年12月に当院の正期産単胎妊婦を対象とし、妊娠時年齢、出産回数、身長、非妊娠時BMI、妊娠中の体重増加・最低Hb値、帝王切開率、児出生体重・光線療法実施率、１か月健診時完全母乳率を後方視的に検討した。【結果】日本人妊婦（J群）90例、ムスリム妊婦（M群）11例において、M群で年齢は若く（29.7±2.9: 33.0±5.7歳, p＜0.004）、低身長で（154.5±3.0: 160.0±5.6cm, p＜0.0001）、BMI高値だった（24.9±4.1: 21.4±3.1, p＜0.01）。Hb値が低く（10.0±1.0: 10.8±1.0g/dL, p＜0.029）、完全母乳率は有意に高かった（81.8%: 28.9％, p<0.0005）。一方、出産回数（経産率）（72.7%: 56.7％, p=0.307）、妊娠中体重増加（8.64±1.9: 9.70±4.0kg, p＝0.147）、帝王切開率（45.5%: 26.7%, p=0.193）、児出生体重（3148±326.4: 3944±432.6g, p=0.354）、光線療法実施率（20.0%: 18.9%, p=0.886）に有意差はなかった。【結論】ムスリム妊婦は低身長や肥満が多く、貧血率が高かった。妊娠初期から宗教的背景を理解した上での栄養指導に加えて、遅滞なく薬物治療を開始することが必要である。完全母乳率の高さは宗教的思想を反映していると思われた。

Birt-Hogg-Dubé症候群を背景とした妊娠中の気胸合併例に対し帝王切開術を施行した一例

金沢医科大学医学部産科婦人科学
石井　　航、柴田　健雄、富松　壮平、飯田　紗羅、
劉　　璟壬、髙田さくら子、山之内　僚、佐伯　吉彦、
島田　　堇、髙田　　笑、山本　　恵、松本多圭夫、
藤田　智子、高倉　正博

【緒言】妊娠中の自然気胸は比較的稀な合併症であり、妊娠中の管理方法や分娩方法の選択に関して明確な指針は確立されていない。今回、臨床的にBirt-Hogg-Dubé（BHD）症候群と診断され妊娠後期に気胸を発症した妊婦に対して、慎重な呼吸管理のもと帝王切開術を施行した症例を報告する。

【症例】20歳代女性、G1P0。母親がBHD症候群と診断され、患者に対して遺伝子検査を行うかどうか遺伝カウンセリング中であった。呼吸困難感を主訴に当院呼吸器外科を受診し、初発の右自然気胸と診断され、同時期に妊娠反応陽性が確認された。気胸は保存的アプローチで軽快し外来管理されていた。CTで両側の肺下葉を中心に嚢胞を認め、家族歴にBHD症候群があったことから臨床的に同症と診断された。妊娠19週に右気胸を再発し、癒着療法を行うも奏功せず妊娠21週に胸腔鏡下肺縫縮術を施行した。その後は気胸の再発なく経過し、妊娠経過および児の発育に異常を認めなかった。妊娠38週に選択的帝王切開術を施行した。産褥経過は問題なく術後７日目に母児ともに退院した。

【考察】妊娠中の気胸は稀な合併症であるが、BHD症候群を背景とする場合、再発リスクが高いため慎重な管理が求められる。本症例では、気胸を繰り返し、妊娠後期にも再発したことから、分娩方法の選択が課題となった。経腟分娩は、いきみに伴う胸腔内圧の上昇が気胸の悪化を引き起こす可能性があり、再発リスクの高い症例では帝王切開術が合理的な選択肢と考えた。また、全身麻酔の陽圧換気による気胸悪化のリスクを回避するため、硬膜外麻酔＋脊椎麻酔を用い、術後も慎重な呼吸管理を行い、気胸の再発なく経過した。妊娠中の気胸合併例では、妊娠週数、既往歴、呼吸状態、分娩時のリスクを総合的に評価し、最適な分娩方法を選択することが重要であり、今後さらなる症例の蓄積と管理指針の確立が求められる。

胎盤辺縁血腫の一例

長岡赤十字病院　産婦人科
寺澤　詩織、沼尻　彩水、錦織　瑞彩、深津　俊介、
今井　　諭、川浪　真里、春谷　千智、堀内　綾乃、
芹川　武大、本多　啓輔、安田　雅子

【諸言】胎児発育不全・切迫早産の管理中に胎盤辺縁血腫が生じ、保存的な管理を行い、生児を得た一例を経験したため、報告する。

【症例】29歳女性。１妊０産。既往歴：なし、合併症：双角子宮。人工授精で妊娠成立し、前医で妊娠管理されていた。妊娠20週より胎児発育不全が指摘され、妊娠25週２日に当院を紹介受診した。初診時、胎児推定体重552g（-2.2SD）と胎児発育不全を認め、妊娠26週２日より入院管理とした。子宮収縮増加に対し塩酸リトドリン、硫酸マグネシウムを投与した。妊娠29週４日、経腹超音波検査断層法で胎盤に接する61×29mmの低エコー域を認め、MRIで血腫と診断した。胎盤後血腫や性器出血はなく、胎児機能不全を認めず、妊娠継続の方針とした。以降、血腫は増大傾向なく経過した。妊娠31週５日、子宮収縮抑制困難となり骨盤位であったため、緊急帝王切開術を施行した。児は1198g、Apgar score7/９点（１/５分）だった。胎盤には術前に指摘されていた辺縁血腫を認めた。母体の術後経過は良好で、術後７日目に退院した。児は出生後、当院NICUに入院となり順調に経過し、日齢65（修正41週０日）に退院した。

【考察】胎盤辺縁血腫の頻度は1.0%と稀である。胎盤辺縁血腫を認めても、胎児のwell-beingと母体の健康が保たれていれば、妊娠継続できる場合があると考えられる。その場合は血腫の増大により胎盤剥離が進行し、母児の状態が急変する可能性を常に念頭に置き、慎重な経過観察が必要である。

卵巣明細胞癌に合併した後腹膜原発PEComaの１例

金沢大学付属病院　産婦人科
蓑　　花織、飯塚　　崇、横田　貴子、坂井　友哉、
笠間　春輝、茅橋　佳代、藤原　孝史、安彦　　郁

【緒言】

Perivascular epithelioid cell tumor（PEComa）は血管周囲類上皮細胞に由来する稀な間葉系腫瘍であり、婦人科臓器では主に子宮や卵巣に発生することが知られている。形態学的特徴は紡錘形細胞や類上皮細胞の増殖で、免疫染色でHMB-45やSMA陽性を示す。病態としてTSC1/TSC2遺伝子変異によるmTOR経路の活性化が関与していると考えられている。

【症例】

症例は54歳、G2P2、50歳閉経。頻尿と腹部膨満を主訴に前医受診した。超音波で骨盤内に充実部を伴う嚢胞を認めたため精査加療目的に当院を受診した。当院での画像精査で長径20cmの骨盤内嚢胞と骨盤内リンパ節の腫大を認めた。卵巣癌、リンパ節転移の疑いで手術の方針となった。術中迅速病理診断で左卵巣明細胞癌と診断され、子宮全摘術、両側付属期摘出術、骨盤・傍大動脈リンパ節郭清、大網切除術が実施された。術後の病理診断で明細細胞癌IC1期と診断された。一方、後腹膜リンパ節にはがん細胞の転移は認めず、紡錘形細胞の腫瘍性増殖を広範囲に認めた（リンパ節44個中23個））。免疫染色でHMB-45が陽性でありPEComaと診断された。PEComaの遺伝子パネル検査でTSC2遺伝子の病的変異が同定された。病理所見ではPEComaの増殖活性は低く、悪性度は低いと判断されたため、無治療で経過観察の方針となった。明細胞癌に対しては術後補助化学療法としてTC療法が実施されている。

【考察】

本症例では、PEComaを子宮を含めた他臓器に認めなかったことから後腹膜原発と考えられた。今後の管理において、リンパ節腫大時にはPEComaと卵巣癌の再発との鑑別が困難であることが予想される。PEComaの診断、治療、今後の管理方針について文献的な考察を含めて報告する。

腹腔鏡下傍大動脈リンパ節生検を実施した子宮頸癌ⅢC1r期の２症例

金沢大学附属病院　産科婦人科
藤原　孝史、笠間　春輝、横田　貴子、坂井　友哉、
茅橋　佳代、飯塚　　崇、蓑　　花織、安彦　　郁

【緒言】

進行子宮頸癌の治療は同時化学放射線療法（CCRT）が主体となるが、ⅢC1期と診断して骨盤のみの照射を行った後に傍大動脈リンパ節転移が顕在化した場合、照射野の重複により十分な線量を照射できない問題がある。PET検査で骨盤内に複数のリンパ節転移が疑われ、傍大動脈リンパ節に明らかな転移を認めないⅢC1r期症例に対し、腹腔鏡下傍大動脈リンパ節生検を実施し、その結果に基づいて照射範囲を設定する治療方針を導入した。

【症例】

これまでに２症例に対して腹腔鏡下傍大動脈リンパ節生検を実施した。経腹膜アプローチで大動脈分岐部から下腸間膜動脈レベルまでのリンパ節を摘出し、上下端に留置した金属クリップの位置を指標に最終的な照射範囲を設定した。１症例目はcT3bN1M0、２症例目はcT1b3N1M0であり、手術時間はそれぞれ113分、118分、摘出リンパ節数は３個、２個であった。いずれも出血は少量であり、合併症は認めなかった。１例目ではリンパ節転移陽性が判明し、照射範囲を傍大動脈領域まで拡大して免疫チェックポイント阻害薬を併用したCCRTを実施している。

【考察】

画像検査で傍大動脈領域に明らかなリンパ節転移を認めないが、生検リンパ節に転移を認める症例があった。腹腔鏡下傍大動脈リンパ節生検は照射範囲の最適化に有用であると考えられる。今後も症例を蓄積し、この治療方針の有用性について検討していく。

両側成熟嚢胞性奇形腫破裂後の再発性化学性腹膜炎に対し外科的治療と薬物療法による集学的治療が有効であった一例

福井大学医学部附属病院
工藤　涉、津吉　秀昭、佐藤　萌香、國井　勝俊、佐々木晴菜、
藤田　将行、八代　憲司、田中　良明、金井　貴弘、山田しず佳、
白藤　文、川村　裕士、玉村　千代、大沼　利通、品川　明子、
折坂　誠、吉田　好雄

【緒言】

成熟嚢胞性奇形腫の破裂は漏出した脂肪成分によってときに重度の化学性腹膜炎を併発する。しかし、その治療戦略はいまだ確立されていない。今回我々は、成熟嚢胞性奇形腫の自然破裂による再発性の化学性腹膜炎に対し外科的治療と薬物療法による集学的治療が有効であった症例を経験したので過去の報告の系統的レビューとともに報告する。

【症例】

30歳、０妊、性交渉経験なしの女性。強い下腹部痛と発熱を主訴に救急外来を受診した。血液検査で白血球および炎症反応の高度上昇を認めており、CT検査で石灰化所見を含む両側卵巣腫瘍を認めた。腫瘍マーカーCA125が58.5U/ml,CA19-9が36117U/mlと著明に上昇していた。成熟嚢胞性奇形腫の捻転もしくは破裂が疑われ、緊急で腹腔鏡手術を実施した。術中、左右それぞれの卵巣腫瘍に裂孔が生じて脂肪成分が広く腹腔内へ散布されていることが確認された。両側成熟嚢胞性奇形腫の破裂と診断し、両側付属器腫瘍摘出に加え十分な腹腔内洗浄と残存する脂肪成分を排出するため腹腔内ドレーン留置を行った。術翌日より炎症反応、熱型とも改善し術後10日目に退院としたが、術後20日目に発熱と腹痛の増悪を認め、再入院とした。CT検査では腹膜炎の所見に加え同部位に脂肪成分の残存を認めたため、化学性腹膜炎の再燃と診断した。血液培養陰性を確認後にプレドニゾロン5mg/日の内服を開始したところ、症状は改善し入院17日目（術後37日目）に退院とした。

【考察】

これまで両側成熟嚢胞性奇形腫の破裂とそれに伴う化学性腹膜炎に対する治療戦略を明確に示した系統的レビューは存在しない。本症例のように、初回治療として腹腔鏡下の腫瘍摘出および脂肪成分の洗浄・ドレナージを行い、腹膜炎再発に対して経口ステロイドを使用する集学的治療によって、再手術や開腹手術といったより侵襲性の高い治療を回避できる可能性が示唆された。

内膜症関連子宮体癌の臨床病理学的検討

新潟大学医歯学総合病院産科婦人科
早福あやか、南川　高廣、村竹　将太、鈴木　魁也、
大桃　俊幸、高橋宏太朗、黒澤めぐみ、齋藤　強太、
明石　英彦、谷地田　希、森　裕太郎、鈴木　美保、
工藤　梨沙、田村　　亮、須田　一暁、安達　聡介、
小林　暁子、吉原　弘祐

【目的】子宮内膜症は、卵巣癌における類内膜癌および明細胞癌のリスク上昇と関連することはよく知られている。しかし、子宮内膜症と子宮体癌との関連については議論が分かれている。そこで、子宮体癌と子宮内膜症との臨床病理学的関係を評価することを目的として、本検討を行った。
【方法】2000年から2020年の間に当施設で手術を受け、病理学的に子宮体癌と診断された女性720名を対象とし、子宮内膜症患者（n=101）と子宮内膜症でない患者（n=619）の２群に分け、診療録を後方視的に分析し、比較した。
【結果】子宮内膜症を伴う子宮体癌患者は有意に若年（年齢中央値54.0 vs. 58.0; p = 0.002）であり、妊娠・分娩回数が少ない傾向にあった（妊娠回数中央値1.58 vs. 1.99; p = 0.019, 分娩の中央値1.25 vs. 1.56; p = 0.012）。子宮体癌IA期の患者の割合は、子宮内膜症を伴う子宮体癌患者で有意に高かった（68.3% vs 56.4%；p = 0.029）。子宮内膜症を伴う子宮体癌患者では卵巣癌の二重原発癌の割合が高かった（14.9% vs 1.6%；p＜0.001）。
【結論】若年発症の早期子宮体癌と子宮内膜症との関連は、臨床的に無視できない重要な所見である。

広汎子宮頸部摘出後に腹腔鏡下子宮全摘術を施行した１例

金沢大学医薬保健研究域 医学系 産科婦人科学
神田　龍人、戸室有香子、中出　　光、福田　瑞穂、
藤原　孝史、蓑　　花織、横田　貴子、道倉瑛里奈、
八十島　巌、竹田　初美、坂井　友哉、田中　有華、
山口　彩華、鈴木　拓馬、笠間　春輝、細野　　隆、
茅橋　佳代、鏡　　京介、飯塚　　崇、折坂　俊介、
山崎　玲奈、安彦　　郁

【緒言】広汎子宮頸部摘出術は広汎子宮全摘術が必要とされる症例において妊孕性温存目的に施行される術式である。広汎子宮頸部摘出術後11年経過し、卵管膿瘍のため腹腔鏡下子宮全摘術を施行した症例を経験したので報告する。

【症例】42歳。１妊０産。X－11年前に検診でHSILを指摘され紹介となり子宮頸部円錐切除術が施行され子宮頸癌ⅠB1期と診断された。妊孕性温存希望のため広汎子宮頸部摘出術＋骨盤リンパ節郭清を行った。術後良好に経過していたがX－４年頃より徐々に増大する子宮粘膜下筋腫を認めX－２年頃からは卵管留血腫も認めていた。X年発熱・腹痛で近医を受診し麻痺性イレウス・骨盤腹膜炎のため入院となった。抗生剤加療されるも炎症反応高値が持続し当院紹介となりCT検査から両側卵管膿瘍が疑われた。感染制御のためCTガイド下ドレナージを施行され小康状態となった。感染を繰り返すことが予想され方針を相談したところ今後の挙児希望なく手術加療の方針となった。広汎子宮頸部摘出術後、卵管膿瘍加療後で高度癒着が予想されたため蛍光尿管カテーテルを併用し腹腔鏡手術で開始。子宮頸管は狭小であったためヘガールで頸管拡張の後に子宮マニピュレーターを挿入した。両側付属器は腸管に埋もれるように癒着しており慎重に剥離し付属器を同定。子宮及び右付属器と左卵管を切除しアレクシス回収システムで経膣的に検体を回収。術後経過良好で現在外来通院中である。

【考察】広汎子宮頸部摘出後に子宮全摘術を施行された報告はほとんどない。今回の症例は、広汎子宮頸部摘出後に加え、卵管留血腫・卵管膿瘍の加療後で尿管損傷や腸管損傷などの合併症リスクが高い症例と考えられた。手術においては蛍光尿管カテーテルを併用し尿管の位置を可視化することは非常に有用であった。

トルソー症候群を発症した両側卵巣転移を伴う局所進行子宮頸癌の一例

[1] 新潟大学医歯学総合病院 産科婦人科
[2] 新潟県立がんセンター新潟病院 婦人科
鈴木　魁也[1]、谷地田　希[1]、早福あやか[1]、村竹　将太[1]、
大桃　俊幸[1]、黒澤めぐみ[1]、齋藤　強太[1]、明石　英彦[1]、
鈴木　美保[1]、工藤　梨沙[1]、田村　　亮[1]、南川　高廣[1]、
小林　暁子[1]、安達　聡介[1]、西野　幸治[2]、吉原　弘祐[1]

【緒言】卵巣転移を伴う局所進行子宮頸癌の治療指針は確立しておらず、方針決定に苦慮する。右心不全に至る肺塞栓を発症した、両側卵巣転移を有する局所進行子宮頸癌の治療経過を報告する。

【症例】44歳。労作時呼吸困難と、下肢浮腫を主訴に近医受診。受診時大量性器出血を認め当院ICU搬送。右心不全と呼吸性アルカローシスを認め、D-dimer 43.5μg/ml、CTで両側肺動脈塞栓、両下肢に広範囲の深部静脈血栓症を同定した。内診で子宮頸部腫瘍を触知、腟壁2/3を超える浸潤と骨盤壁に達しない両側傍組織浸潤を認めた。MRIで3.5cmの子宮頸部腫瘍、右17cm・左11cmの充実部分を伴う両側卵巣腫瘍、右閉鎖リンパ節腫大を同定した。子宮頸部組織診は腺扁平上皮癌で、子宮頸癌IIIC1r（c.T3aN1M0）、両側卵巣転移または卵巣癌との重複癌、トルソー症候群と診断した。ヘパリン持続静注後、肺血栓の軽度縮小とそれに伴う心負荷軽減を認め、26日目にDOACへ変更した。更なる血栓制御目的にも原病治療開始の方針とし、CDDP投与に伴う容量負荷を考慮してPTX+CBDCA triweeklyの全身化学療法を選択した。2コース後両側卵巣腫瘍の40%縮小を認めたが、子宮頸部病変の縮小は得られず、子宮頸癌に対する同時化学放射線治療（CCRT）開始を検討した。照射範囲を超える卵巣腫瘍であること、病理学的診断の必要性を考慮し、全身状態改善を待って両側付属器摘出術を先行、子宮頸癌の両側卵巣転移と診断した。容量負荷への忍容性も確認し、CDDP併用CCRTを完遂した。効果は完全奏効、DOAC内服継続でD-dimerは陰転化し血栓消失を確認した。治療後10か月寛解を維持している。

【考察】肺塞栓による心不全と照射範囲を超える両側卵巣転移を伴う局所進行子宮頸癌に、全身化学療法及び卵巣腫瘍摘出術先行のCCRTは有効な治療戦略であった。

院内がん登録からみた卵巣明細胞癌の臨床像

新潟県立がんセンター新潟病院　婦人科
横田　一樹、櫛谷　直寿、西野　幸治、西川　伸道、菊池　　朗

【目的】当院では院内がん登録を行っており、病院として長期間生存確認を実施している。院内がん登録から卵巣明細胞癌（CC）の臨床像と、問題点を明らかにすることとを研究目的とした。
【方法】1991年から2023年の33年間に院内がん登録に登録されたCC198人を研究対象とし、同時期に登録された卵巣漿液性癌（SC）288人と比較検討した。年代による差を明らかにするために、診断日により1991-2001年（A群）、2002-2012年（B群）、2013-2023年（C群）に分けて検討した。全生存期間（OS）の検定にはlog-rank testを使用し、ハザード比はcox回帰分析にて求めた。
【結果】A、B、Cの各群の１年間当りの平均CC数はそれぞれ、2.3人、6.1人、9.5人であり、CC/SC比は、0.43、0.67、0.8であり、CCは増加傾向を示した。CCはSCに比べて年齢は低く（中央値：56歳 vs 60歳）、I期が多かった（67% vs 18%）。OSはIII/IV期では不良であった。Ì/II期でも３年までの死亡が多い傾向を認めた。B群に対するA群、C群のOSのハザード比［95％信頼区間］は、CC: 2.23（1.02-4.87）、0.89（0.45-1.76）、SC: 1.06（0.70-1.59）、0.72（0.50-1.06）であった。
【結論】CCは増加している。SCに比べて、進行例は少ないが、進行期を考慮した予後は不良である。SCはB群に比べC群で予後の改善傾向が認められた。これはベバシズマブやPARP阻害剤の登場が寄与している可能性がある。しかしCCではA群に比べてB群で予後は改善したが、B群とC群間では予後改善は認められなかった。CCの予後改善のためにはCCに有効な治療法の開発が必要である。

当院小児泌尿生殖器疾患チームにおいて
新生児期対応を要した性分化疾患10例のまとめ

新潟大学医歯学総合病院産科婦人科
大桃　俊幸、小林　暁子、田村　　亮、黒澤めぐみ、
谷地田　希、島　　英里、安達　聡介、松下　　充、
西島　浩二、吉原　弘祐

【目的】性分化疾患（Disorder of Sex Development、以下DSD）は染色体、性腺、内性器、外性器のいずれかの分化過程が非典型的となる先天的疾患である。胎児期には超音波所見異常、新生児期には非典型的な外性器を契機に発見されることが多く、法律上の性別決定や生命維持のために内科・外科的な緊急対応が必要な疾患である。当院はDSD診療の中核施設であり、2018年10月より小児外科が主体となる、小児科、泌尿器科、形成外科、放射線科、産婦人科による多診療科チームを結成し、診療に当たっている。今回は当院にて過去６年間に経験した、新生児期における性分化疾患への対応を後方視的に検討することを目的とした。
【方法】チーム診療開始後、2018年10月から2025年２月までの新生児期対応を要したDSD10症例を対象とし、疾患や施行された内科・外科的治療、性別決定について診療録を元に検討した。
【結果】胎生期の超音波所見の異常により紹介されたのは10症例中２症例であった。８症例は出生後の外性器所見を元に初期対応が開始され、新生児搬送は６症例認めた。全症例で産婦人科も初期対応に参加し、外性器の評価、MRI画像や手術立ち会いによる経血流出路等の評価を行った。５症例で日齢０～１の緊急手術や内科治療を要した。９症例で日齢０～４で検査が開始され性別を評価ができたが、１症例のみ日齢５に搬送されアンドロゲン受容体異常症疑いとして女児と評価された後に精査によって5α-還元酵素欠損症と診断された。
【結論】性別決定までに十分な評価行うために、非典型的な性器所見等を見逃さずに中核病院での精査、加療に速やかに引き継ぐことが肝要である。初期対応から産婦人科が参加することで将来を見据えた内外性器の評価や処置に貢献でき、思春期や性自認、妊孕性などの問題に対応し、長期的なサポートも行うことができる。

当院産科遺伝外来の現状

JA新潟厚生連　長岡中央綜合病院 産婦人科
寺澤　昂希、相庭　晴紀、小林　琢也、木谷　洋平、
古俣　　大、加勢　宏明

【背景】当院は新潟県の中越地区、長岡市にある地域周産期母子医療センターである。2023年８月に出生前検査認定制度等運営委員会の定める連携施設として認証を受け、産科遺伝外来にてNIPT（非侵襲性出生前遺伝学的検査）を導入した。
【目的】NIPT導入後の当院産科遺伝外来受診者の背景など情報収集を行い、現状を把握する。
【方法】2023年８月から2025年３月の１年８ヶ月の間に当院産科遺伝外来を受診した25例を対象とし、問診票・電子カルテ記載内容・検査結果などから情報収集した。（１）産科遺伝外来受診前の患者の希望と受診後の転帰、（２）主たる受診理由について後方視的に検討した。
【結果】（１）対象期間に産科遺伝外来を受診した25例のうち、問診票の記載のある21例の検査受検前意向は、受診前より出生前検査受検を希望した方は17名（NIPT希望９名、NIPTまたは羊水検査希望３名、羊水検査希望１名、検査内容未定４名）、検査受検を迷っている方は２名、話だけでも聞いてみたい方は２名であった。受診前より検査希望の17名は初めから羊水検査を希望した１名を除いた16例でNIPTを受検された。検査受検を迷っている方は１名がNIPTを受検、１名は検査を希望されなかった。話だけでも聞いてみたい方は２名とも検査を希望されなかった。（２）主たる受診理由は高年妊娠（35歳以上）９例（36%）、不安（35歳未満の受診者）11例（44%）、染色体疾患児妊娠既往２例（８%）、超音波形態異常（後頸部肥厚）３例（12%）であった。
【結論】主たる受診理由は不安（35歳未満の受診者）が最多であり、年齢制限の緩和により産科遺伝外来受診者に35歳未満のリスクのない方が過去の報告と比較して増加傾向にあると考えられた。受診者の多様化に対応し、自律的な意思決定を行えるような受診前後の遺伝カウンセリングが重要である。

子宮頸がん検診のHPV検診単独法導入に向けて：ASC-USの確定診断と４年予後

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検査陽性例のコルポ診断とその後の経過を調査し、今後導入予定のHPV検診への対応の一助に資すること。【方法】１．対象：子宮頸部細胞診でASC-US、HPV検査陽性と診断された179名、２．コルポ診察下の組織診断結果、３．観察期間：当科で2014年４月から2024年12月まで、６か月ごと２年間のfollow-upとその後の経過。４．年齢では、20歳代59名、30歳～60歳114名、60歳越え６名であった。【成績】細胞診ASC-US・HPV検査陽性例の確定診断は、初見なし７名（3.9%）、異常なし63名（35.4%）、CIN1 74名（41.0%）、CIN2 28名（15.8%）、CIN3　６名・浸潤腺癌１名計７例（3.9%）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。４年後の経過は　未受診31名（17.3%）、転居15名（8.4%）、終了56名（31.3%）、２年経過中49名（27.4%）、病変持続15名（8.4%）、手術13名（7.3%）であった。臨床経過でのHPV検査は、終了25名のうち陽性９名（36.0%）、病変継続中８名のうち５名（62.5%）、手術６名では０であった。【結論】30歳以上のHPV単独検診では、細胞診ASC-US例は４年間の間に保険診療中や子宮摘出手術で追跡検査や検診の対象外が発生し、アルゴリズム遵守の困難性が伺えた。しかし、確定診断された病変は、その後の臨床的な追跡調査によりCIN3までの段階で発見が可能であった。また、検診歴のある浸潤腺癌が発見され、今後のHPV単独検診５年間隔の導入が期待される。

Lipschütz潰瘍が疑われた妊娠中の難治性外陰部潰瘍の１症例

新潟大学医歯学総合病院産科婦人科
伊川沙奈恵、森　裕太郎、齊藤　朋子、為我井加菜、
宗岡　清香、山脇　　芳、須田　一暁、島　　英里、
五日市美奈、松下　　充、西島　浩二

【緒言】妊娠中に発症する外陰部潰瘍は、妊娠経過や分娩様式に影響を及ぼす可能性があり、適切な鑑別診断と管理が求められる。今回我々は、妊娠後期に外陰潰瘍を呈し、ヘルペス外陰潰瘍と診断され抗ウイルス薬で治療されたが難治性であった症例を経験した。臨床経過と各種検査所見よりLipschütz潰瘍を疑い、文献的検討を加えた。
【症例】36歳、３妊１産（１回自然流産、１回経腟分娩）。前回妊娠時、妊娠31週に子宮腟部に白色乳頭状隆起性病変を認めたが、悪性所見なく、ヘルペス感染も否定され経腟分娩となった。今回の妊娠では、妊娠34週５日に外陰部11時方向の小陰唇内側に有痛性の孤発性潰瘍を認め、ヘルペス外陰潰瘍と診断されバラシクロビル1000mg/日を10日間内服するも改善せず、妊娠37週３日に当科を紹介受診した。潰瘍は2cm大で陥凹を伴い、圧痛を認めた。ヘルペス迅速検査および血清学的HSV-IgM・IgG抗体は陰性で、梅毒（RPR・TPHA）も陰性であった。潰瘍部の組織生検では多核巨細胞や好中球浸潤を認めず、壊疽性膿皮症やヘルペス感染を否定した。また、口腔粘膜や眼病変を欠くことからベーチェット病も否定的であった。感染性疾患が否定されたため、経腟分娩を選択し、潰瘍は分娩後に速やかに消退、その後の再発も認めていない。
【考察】Lipschütz潰瘍は、性感染症、膠原病、悪性腫瘍などを除外して診断される非感染性潰瘍であり、病理学的所見に乏しいことが特徴である。本症例では、妊娠後期に発症した難治性潰瘍に対し、ヘルペスや梅毒、ベーチェット病などの感染性・免疫性疾患を除外した上で、Lipschütz潰瘍と診断した。妊娠中の発症は稀ではあるが、的確な診断により過剰な医療介入を回避し、分娩様式の適切な選択にもつながることが示唆された。

広告協賛企業一覧

クロスウィルメディカル株式会社

コヴィディエンジャパン株式会社

あすか製薬株式会社

科研製薬株式会社

CROSSWILL MEDICAL

クロスウィル メディカル株式会社

本社：〒950-8701　新潟市東区紫竹卸新町 1808 番地 22
事業所：秋田・大館・横手・山形・酒田・鶴岡・高崎・さいたま・熊谷
佐倉・虎ノ門・新潟・長岡・上越・佐渡
URL：https://www.crosswill.co.jp/

Medtronic

LigaSure™ XP Maryland
Sonicision™ 7

“次のステージ” へ

医療機器承認番号:22800BZX00157000
医療機器承認番号:21900BZX00853000
医療機器承認番号:30500BZX00058000

コヴィディエンジャパン株式会社
Tel:0120-998-971

medtronic.co.jp

© 2020 Medtronic
Medtronic、メドトロニック、2020 Medtronicロゴ&テーグラインは、Medtronicの商標です。

SI-A1359

GnRHアンタゴニスト
劇薬 処方箋医薬品注)
薬価基準収載
レルミナ®錠40mg
RELUMINA Tablets 40mg(レルゴリクス)
注)注意-医師等の処方箋により使用すること
RELUMINA
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
につい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]
あすか製薬株式会社
東京都港区芝浦二丁目5番1号
販売元
武田薬品工業株式会社
大阪市中央区道修町四丁目1番1号
2023年4月作成

Seprafilm
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
KAKEN
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-AS30-220199 V2.0
SPF07DP (2024年1月作成)