

第 69 回愛媛県産婦人科医会学術集談会
第 35 回愛媛県産婦人科医会臨床集談会

日 時： 令和 2 年 12 月 26 日（土）

16 時 05 分～19 時 00 分

ハイブリッド開催：（WEB 視聴 & 愛媛県医師会館）

会 場： 愛媛県医師会館 4 F 第 1 会議室
愛媛県松山市三番町 4 丁目 5 番 3 号
TEL 089-943-7582

共催： 愛媛県産婦人科医会
あすか製薬株式会社

演者へのお願い

- ・ 発表データは、PC（電源コード）に保存し持参してください。
注1：今回の集談会はZoomウェビナー配信のため、USBメモリ、CD-Rでの対応が不可となりますのでご注意ください。発表者個別に愛媛大学よりご連絡をいたします。 → fujioka@m.ehime-u.ac.jp
注2：Macの場合は専用の接続コネクタを必ずご持参ください。
- ・ セッション開始30分前までに、PC受付、試写または発表データの確認をお済ませください。
- ・ 一般講演は、発表時間 6分、質疑応答 3分、交代準備 1分です。
- ・ ハイブリッド開催に伴い、発表方法はZoomウェビナー経由の配信となります。
- ・ 時間厳守にご協力ください。

会場参加者へのお知らせ

- ・ 受付の際、e医学会カード（UMINカード）が必要となります。e医学会カードをお忘れなくご持参ください。
- ・ ご参加により、日本産科婦人科学会専門医研修出席証明 10点と日本専門医機構学術集会参加 1単位が取得可能です。
- ・ 特別講演の聴講にて日本専門医機構の産婦人科領域講習 1単位が取得できる予定です。
- ・ 日産婦医会会員には医会研修シールをお渡しします。

【新型コロナ感染予防にご協力ください】

- ① **マスクの着用をお願いいたします。**
- ② **受付時の検温・手指消毒にご協力ください。**
- ③ **密を避けてのご着席にご協力ください。**

WEB 参加者へのお知らせ

- Zoom ウェビナー配信開始時間は15時30分を予定しています。
- Zoom ウェビナーご視聴のログ確認により、日本産科婦人科学会専門、医
研修出席証明10点と日本専門医機構学術集会参加1単位が取得可能です。
特別講演の聴講にて、日本専門医機構の産婦人科領域講習1単位が取得
できる予定です。

事前にご提出いただいた【WEB 参加返信用紙】にご記入された学会番号と
お名前を確認したうえで入力いたします。入力の件で個別に確認連絡を
させていただく場合がございます。

- WEB 視聴ログの確認がとれました日産婦医会会員には医会研修シールを後
日郵送します（年末年始休暇の関係で集談会終了後2～3週間ほどお時
間をいただきます）。WEB 視聴時間は厳守していただくようお願いいたし
ます。
- Zoom ウェビナーは長時間配信となりますので定額制プラン以外の場合に
はWi-Fi 環境下での視聴を特におすすめします。
- Zoom ウェビナー接続に関する当日のお問い合わせ先は【あすか製薬 拝原
携帯 080-6645-9119 奥野携帯 080-6645-9365】です。すぐに対応できな
い場合がございますのでご容赦くださいますようお願いいたします。
- 通信環境により配信画像、音声が乱れる場合がございます。その際には
ご容赦くださいますようお願いいたします。

プログラム

第69回愛媛県産婦人科医会学術集談会 第35回愛媛県産婦人科医会臨床集談会

第1群 (16:10～16:50)

座長 松原 裕子

- 1) 妊娠中の卵巣黄体嚢胞茎捻転に対して腹腔鏡下手術を施行した一例
松山赤十字病院 臨床研修センター¹⁾、松山赤十字病院 産婦人科²⁾
井上奈美¹⁾、中島 京²⁾、久保絢美²⁾、片山由大²⁾、高杉篤志²⁾、
梶原涼子²⁾、山口真一郎²⁾、本田直利²⁾、横山幹文²⁾
- 2) 当院における不育症症例に関する検討
愛媛大学医学部 産科婦人科
丹下景子、松原圭一、松原裕子、内倉友香、高木香津子、安岡稔晃、
宇佐美知香、井上 彩、横山真紀、上野愛実、吉田文香、井上翔太、
加藤宏章、藤岡 徹、松元 隆、杉山 隆
- 3) 治療に苦慮した重複子宮の2例
愛媛県立新居浜病院産婦人科
矢野真理、宮植真紀、矢野晶子、宮上 眸、矢野直樹
- 4) 当院で経験した脳出血合併妊娠の3例
愛媛県立中央病院産婦人科
恩地裕史、池田朋子、行元志門、井上 唯、今井 統、秋定 幸、
瀬村肇子、越智良文、阿南春分、上野 繁、森 美妃、田中寛希、
阿部恵美子、近藤裕司

第2群 (16:50~17:30)

座長 宇佐美 知香

5) 腹腔鏡下仙骨子宮靱帯固定術の有用性の検討

松山赤十字病院産婦人科

片山由大、中島 京、高杉篤志、久保絢美、上野晃子、梶原涼子、山口真一郎、本田直利、横山幹文

6) 当院で経験した卵管間質部妊娠 10 例の検討

愛媛県立中央病院産婦人科

今井 統、阿南春分、行元志門、井上 唯、恩地裕史、秋定 幸、瀬村肇子、越智 文、上野 繁、池田朋子、森 美妃、田中寛希、阿部恵美子、近藤裕司

7) 高異型度子宮内膜間質肉腫に対しペムブロリズマブが奏効した 1 例

国立病院機構四国がんセンター婦人科

中野志保、横山貴紀、高畑敬之、藤本悦子、大亀真一、竹原和宏

8) プラチナ製剤抵抗性再発卵巣癌に対する新規治療戦略の開発

愛媛大学医学部 産科婦人科

井上翔太②、松元 隆、宇佐美知香、井上 彩、加藤宏章、安岡稔晃、横山真紀、丹下景子、吉田文香、上野愛実、内倉友香、高木香津子、松原裕子、藤岡 徹、松原圭一、杉山 隆

製品紹介 (17 : 30～17 : 50)

あすか製薬株式会社 学術情報担当 鈴木 佳子

『レルミナ錠40mg』

特別講演 18 : 00～19 : 00

座長 杉山 隆

『 Uterine fibroid: "To remove, or not to remove. That's the question." 』

大阪大学大学院医学系研究科
産科学婦人科学教室
教授 木村 正 先生

【 特別講演 】

「 Uterine fibroid: "To remove, or not to remove. That's the question." 」

大阪大学大学院医学系研究科
産科学婦人科学教室
教授 木村 正 先生

以前に FIGO の理事をやっていたころ、どこかの国の理事と雑談をしていて「お前はまだ子宮筋腫で子宮全摘なんかやっとなのか。ええ度胸しとんな。」と（英語は大阪語に直訳されている）言われた。子宮全摘における尿路合併症の率はいわゆる type 1 hysterectomy で 1/200 程度とほぼ各論文共通で、その国では 1/200 のリスクを医師が負えなくなっているのだろう、と漠然と思った。

そもそも、子宮筋腫はもしその診断が確実であれば命を奪う疾患ではない（まさか Myom Herz（筋腫心）に至るまで放置はしないであろう）。いかなる手術であっても、手術台に乗る限り事故はあり、万が一起こった時でも申し開きができる適応がないと患者を手術台に乗せてはならない。このような考えの下では、「手術適応は？」「子宮筋腫です。」という会話は認められない。阪大の教室では、子宮筋腫の「何で」困っていて、それを手術でどれぐらい取り除くことができるのか？というエビデンスを常に専攻医諸君に求めている。

子宮筋腫を見つけたときに患者に手術を了解させるためには「未病」「先制医療」をこじつければ簡単である。すなわち、さきざきに、

1. 将来子宮肉腫になると怖いから、今のうちに取っておきましょう。
2. 将来妊娠したら大きくなって困るから、今のうちに取っておきましょう。
3. 将来出産のときに難産や帝王切開になって困るから、今のうちに取っておきましょう。
4. 将来妊娠しにくいと困るから、今のうちに取っておきましょう。

などと言えば、どれも尤もらしく、手術を勧めるのに一見立派な理由に見える。しかし、これらの基礎となる臨床データはどれぐらいあるのか、な

どは一度謙虚に考えてみる必要がある。

子宮筋腫の代表的症状は過多・過長月経と圧迫感であり、これらは治療の適応となるものであるが、平易な言葉でこれらをどう評価するか、手術を避けたい、あるいは避けるべき合併症がある場合に、手術以外の代替え治療があるのか、などについてもご紹介したい。

子宮筋腫は産婦人科医なら誰でも経験するありふれた疾患であるがゆえに、常に“To remove or not to remove, That’s the question.”と、Shakespeareの劇 Hamlet の”To be, or not to be, that is the question”のように自問しながら患者と向き合わねばならないと考えている。

ご略歴

学位	医学博士（論文）	平成 5 年 5 月 11 日(1993 年)	大阪大学
学歴	昭和 60 年		大阪大学医学部医学科 卒業
職歴	昭和 60 年		医員（研修医）（大阪大学医学部附属病院）
	昭和 61 年		大阪労災病院 産婦人科医員
	平成 3 年		大阪大学助手（産科学婦人科学講座）
	平成 7 年		ハンブルグ大学(ドイツ)内分泌・生殖研究所客員研究員
	平成 9 年		大阪大学助手医学部（産科学婦人科学講座）
	平成 13 年		大阪府立成人病センター 婦人科医長
	平成 14 年		大阪大学助手（産科学婦人科学講座）
	平成 17 年		大阪大学大学院講師（産科学婦人科学講座）
	平成 18 年		大阪大学大学院教授（産科学婦人科学講座）
	平成 22 年		医学部附属病院総合周産期母子医療センター長（兼任）
	平成 24 年		医学部附属病院病院長補佐（兼任）
	平成 26 年		医学部附属病院副病院長（兼任）
	平成 27 年 9 月		国立大学法人大阪大学副理事（兼任～平成 29 年 8 月）
	平成 30 年		医学部附属病院病院長（兼任）
	令和 2 年		医学部附属病院病院長補佐（兼任）現在に至る

学会活動

日本産科婦人科学会	令和元年～	理事長
FIGO（国際産科婦人科連合）	平成 23～29 年	日本代表理事
AOCOG（アジア・オセアニア産科婦人科連合）	平成 23～29 年	日本代表評議員

日本生殖医学会、日本婦人科腫瘍学会、日本女性医学学会、日本産科婦人科内視鏡学会、日本受精着床学会、日本妊娠高血圧学会、などで理事を歴任するも日産婦理事長就任を機に職を辞しました。

賞罰	平成 6 年	日本内分泌学会第 14 回研究奨励賞
	平成 17 年	第 57 回 日本産婦人科学会 優秀演題賞
	平成 17 年	第 50 回 日本不妊学会学術講演会 優秀演題賞
	平成 17 年	第 20 回 日本生殖免疫学会 学会賞

【 一般演題 】

第 1 群

1) 妊娠中の卵巣黄体嚢胞茎捻転に対して腹腔鏡下手術を施行した一例

松山赤十字病院 臨床研修センター¹⁾、松山赤十字病院 産婦人科²⁾

井上奈美¹⁾、中島 京²⁾、久保絢美²⁾、片山由大²⁾、高杉篤志²⁾、
梶原涼子²⁾、山口真一郎²⁾、本田直利²⁾、横山幹文²⁾

【緒言】妊娠中に付属器腫瘍が発見される頻度は約 5-6%で、そのうち 0.2-22%が卵巣茎捻転を引き起こすといわれ、緊急手術の対象となる。今回、腹腔鏡下手術にて卵巣黄体嚢胞茎捻転と診断し、捻転の解除と黄体穿刺を行った症例を経験したので報告する。【症例】25歳、1妊0産。排卵誘発剤にて妊娠成立後、妊娠13週4日に突然の右下腹部痛が出現し、当院へ搬送された。発熱はなく、血液検査にて炎症所見の上昇は認めなかった。経膈超音波断層法で子宮内に心拍を有する胎児（BPD 27mm）を認めた。右卵巣は6.8×5.4cm大に腫大し、内部に嚢胞を3個認め、悪性所見は認めなかった。右卵巣に血流を認めたが捻転が否定できなかつたため、造影CT検査を施行し、虚血は否定的であった。鎮痛剤を使用し疼痛は改善したが、翌朝より右下腹部痛が再度出現し疼痛コントロール不良のため、卵巣黄体嚢胞茎捻転を疑い腹腔鏡下手術を施行した。腹腔内所見は、右卵巣は6cm大に腫大し、右卵管と右卵巣固有靱帯が反時計回りに360度捻転し色調不良であった。捻転を解除したところ右付属器の色調は改善し、右卵巣は温存可能と判断し、黄体穿刺のみを行った。術後経過は良好で、術後4日目に退院した。その後、前医にて妊婦健診を継続中である。【結語】妊娠中の腫大した卵巣を伴う急性腹症を認めた場合は、卵巣茎捻転の可能性を念頭に置き、腹腔鏡下手術による診断と治療が有用と考えられた。

2) 当院における不育症症例に関する検討

愛媛大学医学部

丹下景子、松原圭一、松原裕子、内倉友香、高木香津子、安岡稔晃、
宇佐美知香、井上 彩、横山真紀、上野愛実、吉田文香、井上翔太、
加藤宏章、藤岡 徹、松元 隆、杉山 隆

【背景】不育症は流産・死産を繰り返し生児が得られない状態と定義される。不育症の原因は多岐にわたり、原因が特定できない症例も多いことが知られているが、適切な診断・治療を行うことで2~3回の流産を繰り返した後の生児獲得率は約80%に達するとされる。単施設における不育症患者の妊娠率や妊娠予後を明らかにすることは、患者へのインフォームドコンセント等の視点から診療上有用であり、今回、当科に紹介された不育症患者を後方視的に検討したので報告する。

【対象患者】2014~2020年に当科に紹介された不育症患者44名を対象とし、その臨床背景や妊娠の成績に関して解析を行った。

【結果】平均年齢 33.5 ± 0.7 歳、流産回数 3.5 ± 0.2 回であった。不育症の原因として、凝固系異常（第XII因子欠乏症・プロテインS欠乏症・プロテインC欠乏症など；22例：50%）の占める割合が高く、バイアスピリンやヘパリンによる治療が行われていた。NK細胞高活性が疑われた患者（4例：9.0%）に対してはプレドニゾロンや柴苓湯が処方されていた。また、流産回数の多い重症患者のうち大量免疫グロブリン療法が行われた症例（3例：6.8%）では全例で生児獲得していた。全体での生児獲得率は81.8%であった。なお、早産率は18.1%、帝王切開率は52.1%であった。

【結論】当科における不育症患者は、生児を得た患者の多くは、当科受診後1~2回目の妊娠で出産に至っていた。凝固系異常を原因と考えられる症例が半数を占め、抗凝固療法は効果的であることが示唆された。一方、早産率は一般人口に比し高く、基礎疾患が関与する可能性が考えられた。不育症に対する個別化医療は妊娠率の向上に寄与することが期待される。

3) 治療に苦慮した重複子宮 2 例

愛媛県立新居浜病院産婦人科

矢野真理、宮植真紀、矢野晶子、宮上 眸、矢野直樹

女性性器の形態異常は初経から妊娠・出産、閉経にいたるまで様々な問題を抱えることが多い。今回、治療に苦慮した重複子宮の 2 例を経験したので報告する。【症例 1】12 才女性。G0P0。初経 12 才。2 回目の月経で陰部疼痛を主訴に来院し、経腹超音波で骨盤内に 10cm の腫瘤を認めた。造影 MRI で重複子宮、左側腔留血症、左腎欠損の所見で OHVIRA 症候群を考えた。月経後に陰部疼痛は軽減し、初診後 18 日目に全身麻酔下に左腔開窓術を行った。術後経過は良好で術後 3 日目で退院した。病理結果より Wunderlich 症候群と診断した。術後 4 ヶ月の診察でも腔留血症は認めなかった。【症例 2】30 才女性。G1P0。重複子宮で FSH -メトホルミン使用下タイミング法で右子宮に妊娠成立した。31 週より前医に入院し子宮収縮抑制剤を点滴開始した。34 週 3 日性器出血を認め子宮収縮抑制剤を増量するも子宮収縮が増強したため 34 週 4 日当院へ母体搬送となった。子宮収縮抑制剤を増量したがコントロール不良で、子宮頸管長が 13mm と短縮した。さらに子宮口の開大傾向を認めたため同日帝王切開を行い、体重 1813g の児を AS8/8 で出生した。母体の術後経過は良好で術後 7 日目退院したが、術後 13 日目にコアグラの排出があり、子宮内に悪露の貯留を認めたため胎盤鉗子で排出し子宮収縮剤を投与した。術後 16 日目に発熱を認めたため翌日入院し、MRI で左腎が欠損しており OHVIRA 症候群と診断した。全身麻酔下に MVA キットで内容を吸引後、翌日には解熱し術後 2 日目に退院した。

4) 当院で経験した脳出血合併妊娠の3例

愛媛県立中央病院産婦人科

恩地裕史、池田朋子、行元志門、井上 唯、今井 統、秋定 幸、
瀬村肇子、越智良文、阿南春分、上野 繁、森 美妃、田中寛希、
阿部恵美子、近藤裕司

【緒言】脳出血は我が国における妊産婦死亡の原因として重要な疾患である。当院にて2019年1月から2020年4月までに経験した脳出血合併妊娠の3例について報告する。

【症例】症例1) 31歳、2妊1産。妊娠34週4日に激しい頭痛及び嘔吐、右片麻痺が出現し前医を受診したところ、頭部CT/MRI検査にて脳梁近傍の脳出血及び脳梗塞を認めたため当院に搬送となった。胎児娩出を優先し緊急帝王切開術を施行した。術後に脳血管撮影検査を行ったが原因は不明であった。保存的加療を行い、入院32日目にリハビリテーション目的に転院となった。

症例2) 35歳、3妊2産。妊娠32週5日に意識障害(JCS:20)が出現し前医に搬送となり、頭部CT検査にてくも膜下出血を認めたため当科に搬送となった。胎児娩出を優先し緊急帝王切開術を施行した。術後に脳血管撮影検査を行い、椎骨一後下小脳動脈分岐部に動脈瘤を認めたためコイル塞栓術を施行し、入院25日目に自宅退院した。

症例3) 32歳、1妊0産。妊娠34週4日に頭痛及び嘔吐、意識障害(JCS:200)、左片麻痺が出現したため前医に搬送となった。血圧は160/60 mmHgに上昇しており、脳出血を疑われ当科に搬送となった。頭部CT検査にて右尾状核出血及び脳室穿破を認めた。妊娠高血圧症候群及び血液検査にてHELLP症候群と診断し、緊急帝王切開術を施行した。内視鏡的脳室内血腫除去術を計2回施行し、入院29日目にリハビリテーション目的に転院となった。

【考察】脳出血合併妊娠は妊産婦死亡につながる重篤な疾患であり、迅速な診断及び治療が必要である。脳神経外科及び救急科、麻酔科、新生児科との緊密な連携による対応が重要と考えられる。

第2群

5) 腹腔鏡下仙骨子宮靱帯固定術の有用性の検討

松山赤十字病院産婦人科

片山由大、中島 京、高杉篤志、久保絢美、上野晃子、梶原涼子、
山口真一郎、本田直利、横山幹文

骨盤臓器脱に対する手術療法として、仙骨子宮靱帯固定術(Shull 法)は、
靱帯を解剖学的な生理的位置に固定する優れた方法である。しかし、靱帯
が伸展、脆弱化している場合、経膈的アプローチでは同定困難な場合があ
り、また、尿管が近いため注意を要する。今回我々は、Lin らの方法により
腹腔鏡下に仙骨子宮靱帯固定術を行ったため、報告する。

症例は計3例、年齢の中央値は71歳で3妊2産であった。いずれも子宮
下垂感、排尿障害を有するPOP-Q StageIIIの骨盤臓器脱で、2型糖尿病を
合併していた。腹腔鏡下に仙骨子宮靱帯を同定し、後方アプローチで尿管
を同定、分離し、子宮動脈を結紮した。子宮摘出、靱帯縫縮後に靱帯
と仙骨子宮靱帯を縫合した。靱帯の両端を仙骨子宮靱帯遠位端に縫合し、
靱帯の骨盤側が靱帯中央にくるように左右に3針ずつ吸収糸で縫合固定
した。手術時間の中央値は3時間8分、出血は少量であった。術後、排尿
障害はすみやかに改善した。追跡期間の中央値は2ヶ月間であるが、再発
は認めていない。

腹腔鏡下手術を行うことにより、仙骨子宮靱帯を容易に同定でき、尿管
損傷のリスクも減少する。また、メッシュ留置が不可能な症例においても
本症例は有用であり、メッシュ留置に伴う合併症も回避できる。軽度の膀
胱瘤であれば改善も期待できる。腹腔鏡下仙骨子宮靱帯固定術は子宮脱主
体の骨盤臓器脱に対し、標準術式の一つになると考えられた。

6) 当院で経験した卵管間質部妊娠 10 例の検討

愛媛県立中央病院産婦人科

今井 統、阿南春分、行元志門、井上 唯、恩地裕史、秋定 幸、瀬村肇子、越智 文、上野 繁、池田朋子、森 美妃、田中寛希、阿部恵美子、近藤裕司

卵管間質部妊娠は、異所性妊娠の 2~4%と比較的稀な疾患であるが、子宮・卵巣の動脈が近接しているため、多量出血の危険性が高く、死亡率は 2.5%と他の異所性妊娠と比較して高く、診断や治療方法を慎重かつ迅速に対応する必要がある。画像診断性能の向上や普及および腹腔鏡手術の向上に伴い、早期発見、低侵襲手術が可能となっているが、破裂による多量出血にて搬送された症例も散見される。今回 2013 年 1 月から 2020 年 10 月までに治療を行った卵管間質部妊娠を対象とし、診断、治療について後方視検討を行った。

対象期間中に異所性妊娠を 112 例認め、そのうち卵管間質部妊娠は 10 例で、全体の 8.1%であった。術前に間質部妊娠の診断となった症例は 6 例で、うち 4 例は MRI 検査にて診断を行った。残りの 4 例は手術中に診断し、そのうち 1 例は術中超音波断層法にて診断した。MRI 検査を行った症例は、Tulandi 等の報告にあるように、①子宮内に胎嚢を認めない、②胎嚢が子宮内膜より 1 cm以上離れている、③胎嚢を薄い筋層が覆う所見を認め、検査を行った症例が 3 例で、1 例は卵管角部妊娠を疑い検査を行った。治療に関しては、3 例は開腹手術、7 例は腹腔鏡手術を施行した。開腹術を施行した症例は①腸閉塞後、②異所性妊娠既往にて両側卵管切除施行後、③術前に卵管間質部妊娠破裂を疑った症例であった。

7) 高異型度子宮内膜間質肉腫に対しペムプロリズマブが奏効した1例

国立病院機構四国がんセンター婦人科

中野志保、横山貴紀、高畑敬之、藤本悦子、大亀真一、竹原和宏

子宮内膜間質肉腫は全子宮体部悪性腫瘍の約0.2%と稀な疾患で、その中でも高異型度子宮内膜間質肉腫 (high grade endometrial stromal sarcoma: HGESS) や未分化子宮肉腫は予後不良な腫瘍である。今回、術後化学療法中に急速に進行するHGESSに対して、ペムプロリズマブが奏効した1例を経験したので報告する。症例は50歳、数週間前からの不正出血と下腹部痛を認め、急激に下腹部痛が増強し前医へ救急搬送され、子宮体癌を疑われ当院に紹介受診した。造影MRI検査では子宮内腔に突出する腫瘤が筋層深部まで浸潤し、左付属器浸潤と傍大動脈リンパ節、骨盤内リンパ節に転移が疑われ、子宮内膜組織診で子宮肉腫が疑われた。下腹部痛が増強したため緊急手術を施行し、単純子宮全摘出術、両側付属器切除術、骨盤内リンパ節生検を行い、病理組織診断は高異型度子宮内膜間質肉腫IIIC期 (pT2aN1M0) であった。手術後ドキソルビシン塩酸塩単剤を1コース投与するも、傍大動脈リンパ節と両総腸骨リンパ節は増大し、新たに肺転移が出現した。MSI検査でMSI-highであったため、ペムプロリズマブを開始したところ、2コース時よりリンパ節腫大や転移病変は縮小、8コース時にはリンパ節腫大はさらに縮小し、肺転移病変は消失しPRであった。6コース施行後より免疫関連有害事象としてGrade3の下痢を認め、8コース施行後より膝関節炎や耳下腺炎、結膜炎といった多彩な症状を認め、ステロイド投与や休薬を行いながら治療を継続している。今回HGESSに対して免疫チェックポイント阻害薬が奏効したが、検索した限りでは同様の使用報告はない。免疫チェックポイント阻害薬の使用時は有害事象について適切なマネジメントが必要である。

8) プラチナ製剤抵抗性再発卵巣癌に対する新規治療戦略の開発

愛媛大学医学部 産科婦人科

井上翔太②、松元 隆、宇佐美知香、井上 彩、加藤宏章、安岡稔晃、横山真紀、丹下景子、吉田文香、上野愛実、内倉友香、高木香津子、松原裕子、藤岡 徹、松原圭一、杉山 隆

【目的】プラチナ製剤 (Pt) 抵抗性再発卵巣癌患者の予後は不良であり、標準治療は依然として単剤化学療法である。われわれは、Pt 抵抗性再発卵巣癌症例のうち、Pt 抵抗性を獲得した後に、Pt を投与していない期間が長期間となった症例に対し、Pt の再投与を試み (Pt リチャレンジ)、奏効例に維持療法としてオラパリブを導入するという、Pt 抵抗性再発卵巣癌に対する新規治療戦略を導入している。今回、治療成績を報告する。

【方法】Pt リチャレンジ化学療法・奏効後にオラパリブ維持療法を導入した Pt 抵抗性卵巣癌 4 例を後方視的に解析した。

【結果】[年齢] 中央値：62 歳 (47～80 歳)。[病理診断] 高異型度漿液性癌：3 例、高異型度類内膜癌：1 例。[化学療法・既往レジメン数] 中央値：3 レジメン (3～5 レジメン)。[Pt 抵抗性を獲得した時点の PFI (Platinum-Free Interval)] 中央値：5 ヶ月 (3～5 ヶ月)。[Pt 最終投与から Pt リチャレンジまでの期間] 中央値：19 ヶ月 (12～25 ヶ月)。[Pt リチャレンジ化学療法レジメン] パクリタキセル+カルボプラチン+ベバスズマブ療法 (TC+Bev 療法)：1 例、ゲムシタビン+カルボプラチン療法 (GC 療法)：1 例、カルボプラチン単剤療法 (CBDCA 療法)：1 例。ネダプラチン単剤療法 (NDP 療法)：1 例。[Pt リチャレンジ化学療法に対する腫瘍縮小効果] 4 例全例において、部分奏効 (PR) が得られた。[Pt リチャレンジ化学療法後の維持化学療法としてのオラパリブの投与期間] 中央値：7 ヶ月 (2～14 ヶ月)。2 例では増悪 (PD) し、オラパリブ投与を中断したが (投与期間：2 ヶ月および 4 ヶ月)、2 例では PR を維持できており、オラパリブを投与継続中である (投与期間：10 ヶ月および 14 ヶ月)。

【結語】Pt リチャレンジ化学療法および奏効後のオラパリブ維持療法は Pt 抵抗性再発卵巣癌に対する新しい治療オプションである。