

第 70 回愛媛県産婦人科医会学術集談会
第 36 回愛媛県産婦人科医会臨床集談会

日 時： 令和 3 年 5 月 29 日（土）

14 時 55 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
科研製薬株式会社

◎ 演者へのお願い

- ・ 発表データは、PCに保存し電源コードと共に持参してください。
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。
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（先着 40 名程度に制限させて頂きます）

- ・ 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 14 時 45 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。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WiFi 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【科研製薬 安藤携帯 080-5983-0623、山田携帯 080-6858-3976】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、音声がかか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70回愛媛県産婦人科医会学術集談会

第1群 (15:00~15:30)

座長 森 美妃

1) 妊娠中に診断した Meckel-Gruber 症候群の一例

愛媛県立中央病院 産婦人科

市川瑠里子、池田朋子、伊藤 恭、行元志門、井上 唯、今井 統、
瀬村肇子、阿南春分、田中寛希、森 美妃、阿部恵美子、近藤裕司

2) Wunderlich 症候群術後患側子宮妊娠の2例

愛媛大学産婦人科

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

3) 血液培養が産科診療に有用であった3例

愛媛県立今治病院 産婦人科

中橋一嘉、村上祥子、堀 玲子、濱田洋子

第2群 (15:30~16:10)

座長 藤本 悦子

4) 子宮魚鱗癬の1例

愛媛大学大学院医学系研究科 産科婦人科学¹⁾

松山まどんな病院 産婦人科²⁾

山内雄策¹⁾、松原裕子¹⁾、松原圭一¹⁾、丹下景子¹⁾、中野志保¹⁾、井上翔太^{②1)}、加藤宏章¹⁾、吉田文香¹⁾、上野愛実¹⁾、横山真紀¹⁾、安岡稔晃¹⁾、森本明美¹⁾、内倉友香¹⁾、宇佐美知香¹⁾、高木香津子¹⁾、藤岡 徹¹⁾、松元 隆¹⁾、杉山 隆¹⁾、甲谷秀子²⁾

5) 愛媛大学病院における新規 PARP 阻害剤・ニラパリブの使用経験

愛媛大学医学部附属病院・産婦人科

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

6) 当院で経験した PTEN 過誤腫症候群の1例

松山赤十字病院 産婦人科

恩地裕史、高杉篤志、井上奈美、駒水達哉、吉里美慧、矢野晶子、青石優子、信田絢美、梶原涼子、栗原秀一、本田直利、横山幹文

7) 卵巣内膜症性嚢胞術後に大腰筋に発生した子宮内膜症由来の明細胞癌の1例

国立病院機構四国がんセンター 婦人科

日比野佑美、竹原和宏、横山貴紀、藤本悦子、坂井美佳、大亀真一

第3群 (16:10~16:50)

座長 松原 圭一

- 8) 妊娠 33 週の高度肥満妊婦に生じた右卵巣腫瘍茎捻転を腹腔鏡手術にて加療した一例

愛媛県立中央病院産婦人科

伊藤 恭、阿南春分、市川瑠里子、行元志門、井上 唯、今井 統、瀬村肇子、池田朋子、田中寛希、森 美妃、阿部恵美子、近藤裕司

- 9) 当院でのモルセレーション式子宮鏡 TruClear™の導入と使用経験

つばきウイメンズクリニック

須賀真美、鶴久森夏世、金石環、兵頭慎治、鍋田基生

- 10) ロボット支援下子宮全摘出術の導入時の手技の工夫及び手術成績

松山赤十字病院 産婦人科

高杉篤志、井上奈美、駒水達哉、吉里美慧、矢野晶子、恩地裕史、青石優子、信田絢美、梶原涼子、栗原秀一、本田直利、横山幹文

- 11) 腹腔鏡下子宮全摘出術およびロボット支援下子宮全摘出術により摘出された CIN の病理組織標本の artifact に関する検討

松山赤十字病院 産婦人科

栗原秀一、井上奈美、吉里美慧、駒水達哉、恩地裕史、矢野晶子、高杉篤志、信田 絢美、青石優子、梶原涼子、本田直利、横山幹文

----- 休 憩 (16:50~17:00) -----

第36回愛媛県産婦人科医会臨床集談会

第4群 (17:00~17:30)

座長 松原 裕子

12) 骨盤位・鉗子分娩・自然出産法による、帝切回避率とその合併症

日浅産婦人科
越智 毅

13) 血清 hCG が高値である卵管間質部妊娠に対し、MTX 全身投与を行った1例

市立宇和島病院 産婦人科
井上翔太①、井上 彩、清村正樹、中橋徳文

14) 女性アスリートの三主徴 (FAT) を呈した長距離走選手の治療経験

医療法人矢野産婦人科¹⁾、日本スポーツ協会公認スポーツドクター²⁾
矢野浩史^{1,2)}、矢野知恵子¹⁾、古谷公一¹⁾

製品紹介 (17:30~17:50)

科研製薬株式会社

『癒着防止吸収性バリア セプラフィルム』

特別講演 18:00~19:00

座長 杉山 隆

『卵胞発育と排卵の常識に挑戦する』

千葉大学大学院医学研究院 生殖医学講座
教授 生水 真紀夫 先生

【 特別講演 】

『卵胞発育と排卵の常識に挑戦する』

千葉大学大学院医学研究院 生殖医学講座
教授 生水 真紀夫 先生

体外受精胚移植による治療がはじまって30年余が過ぎた。この間、採卵は自然周期の単一排卵周期から調節過排卵周期へと遷り、ホルモン検査や超音波検査など高精度で侵襲性の低いモニタリング手法が導入され、妊娠成績は飛躍的に向上した。このような体外受精の進歩は、治療成績の向上という恩恵のほかに、それまでブラックボックスであったヒトの生殖・妊孕に多くの知見をもたらしている。

振り返ると、われわれ生殖医療の従事者は、「正常女性の自然周期での妊孕が、もっとも理想的で高率のよい妊孕である」をセントラルドグマとして持ち続けてきたように感じる。自然周期では、最も良好な卵子が選択されて主席卵胞のなかで成熟し、破裂して卵管に取り込まれると信じて疑わなかった。単一排卵から多排卵周期に移行した現代においても、自然周期の単一の主席卵胞の大きさ(20mm)を目標にすることに疑問を挟むことは無かった。

われわれは、最近の体外受精成績の観察からこのセントラルドグマに疑いを持つようになった。本講演では、(1) 非主席卵胞でない卵胞で良質な卵子が成熟している、(2) 卵胞が破裂しても50%で卵子が放出されていないという2つの発見について紹介する。これらの知見は、セントラルドグマを見直しIVF・ETのやり方を変えることで、IVF・ETの成績を向上させることが可能なことを示している。

【 一般演題 】

第 1 群

1) 妊娠中に診断した Meckel-Gruber 症候群の一例

愛媛県立中央病院 産婦人科

市川瑠里子、池田朋子、伊藤 恭、行元志門、井上 唯、今井 統、
瀬村肇子、阿南春分、田中寛希、森 美妃、阿部恵美子、近藤裕司

【緒言】 Meckel-Gruber 症候群は後頭部脳瘤、嚢胞腎、多指趾症を三主徴とし、その他にも多彩な臨床症状を呈するが、有効な治療法はなく生命予後不良な疾患とされている。国内での報告は少ないが、妊娠中に診断される症例が増えている。今回、妊娠中に同症候群と診断した症例を経験したので報告する。【症例】 38 歳、G3P2。既往歴、家族歴に特記すべき事項なし。自然妊娠成立し、妊娠 21 週時に小頭症、腎嚢胞および腹囲の増大を認め、精査目的に妊娠 22 週 4 日に当院を紹介受診した。超音波検査では後頭部脳瘤とキアリ奇形、多発性嚢胞腎、多指趾症、四肢の短縮や変形を認め、Meckel-Gruber 症候群を強く疑った。その後、羊水過少、口蓋裂、心奇形、胸郭低形成を認めた。妊娠 35 週 0 日の MRI 検査でも、超音波検査と同様の所見を認めた。肺低形成、腎所見から生命予後は厳しいことが予想されたため、疾患と予後に関する説明を新生児内科医師と共に行い、児は出生後自然経過観察の方針となった。児の腹囲増大のため経膈分娩は困難と判断し、妊娠 38 週 5 日に選択的帝王切開を行なった。女児、体重 2427 g、身長 42 cm、Apgar score 1/1、臍帯動脈血 pH 7.29 で、小頭症、前額部縮小、後頭部脳瘤、口蓋裂、両側多指趾症、腹部緊満を認めた。超音波検査では両側腎臓に多数の嚢胞を認め、膀胱は確認できなかった。臨床所見から Meckel-Gruber 症候群と診断し、家族に説明を行なった上で看取りの方針となった。児は出生後、自発呼吸を認めず生後 7 分で永眠した。【結語】 稀な疾患である Meckel-Gruber 症候群を経験した。生命予後不良な疾患であり、妊娠中に家族に対する十分な情報提供を行う必要があると考えられた。

2) Wunderlich 症候群術後患側子宮妊娠の 2 例

愛媛大学産婦人科

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

【緒言】 Wunderlich 症候群は、重複子宮、傍頸部嚢腫および同側の腎形成不全を合併する症候群である。早期に適切な治療をすることにより妊孕性を温存できることが知られているが、非常に稀な疾患であり、その術後の周産期予後は不明で管理について確立されたものはない。当院において Wunderlich 症候群術後患者の患側子宮妊娠 2 例を経験したので報告する。

【症例 1】 32 歳、G1P0、18 歳時に Wunderlich 症候群左子宮頸部嚢胞開窓術施行した。左（患側）子宮に自然妊娠成立し、近医で妊娠管理を受けていたが、妊娠 29 週 4 日大量出血と子宮収縮を認めたため、当院に緊急母体搬送となった。切迫早産によると考えられる出血と考えられ、子宮収縮抑制を図り落ち着いていたが、妊娠 30 週 0 日にリトドリンが原因と考えられる肺水腫を認め、リトドリン投与を中止した。その後、子宮収縮が増強し緊急帝王切開となった。

【症例 2】 22 歳、G1P0、12 歳時に Wunderlich 症候群左子宮頸部嚢胞開窓術施行した。左（患側）子宮に自然妊娠成立し、妊娠管理を行っていたが、妊娠 34 週 5 日切迫早産のため入院管理とし、妊娠 38 週 0 日選択的帝王切開を施行した。

【考察】 近年、本疾患と鑑別診断に挙げられる症候群を Herlyn Werner 症候群、OHVIRA 症候群と総称する傾向がある。しかし、病型・症状・治療法・妊娠時リスクが異なるため、一律に論ずることはできない。早期に正しく診断・治療を行えば、妊孕性は基本的に単角子宮と変わらないと考えられるが、感染・内膜症などが生じると不妊となる可能性がある。海外の報告のほとんどは組織による確定診断が行われておらず、詳細な妊娠・出産率は不明であり、周産期管理については確立されていない。病型に基づいた厳重な妊娠管理が必要である。

3) 血液培養が産科診療に有用であった 3 例

愛媛県立今治病院 産婦人科

中橋一嘉、村上祥子、堀 玲子、濱田洋子

【緒言】血液培養検査は感染症診療における起因菌検査と的確な抗菌薬投与のために大きな役割を持つ。産科領域の診療で血液培養検査が有用であった症例を経験したので報告する。

【症例①】39 歳 稽留流産の経過観察中に発熱を認めた。血液培養検査から *H.influenzae* BLNAR が検出され、子宮内容除去術時の内容物からも同種を検出した。

【症例②】27 歳 G1P0 妊娠 41 週 1 日 発熱と頻回の下痢のため周産期管理目的に紹介された。血液培養検査の嫌気性ボトルから *Salmonella* ser.Enteritidis を検出した。入院当日に経膈分娩に至り、児への感染は認めなかった。

【症例③】37 歳 帝王切開術後 2 週間の受診時に右腰背部痛の訴えと発熱あり、エコーで右水腎症を認めた。血液培養・尿培養検査から *Candida albicans* が検出、その他菌種は認めず、真菌血症と診断した。

いずれの症例も、培養検査をもとに抗菌薬・抗真菌薬投与を行い、治療後経過は良好であった。

【結語】産科領域においても血液培養検査は迅速な診断と適切な治療方針の決定のために有用である。

第2群

4) 子宮魚鱗癬の1例

愛媛大学大学院医学系研究科 産科婦人科学¹⁾

松山まどんな病院 産婦人科²⁾

山内雄策¹⁾、松原裕子¹⁾、松原圭一¹⁾、丹下景子¹⁾、中野志保¹⁾、井上翔太^{②1)}、加藤宏章¹⁾、吉田文香¹⁾、上野愛実¹⁾、横山真紀¹⁾、安岡稔晃¹⁾、森本明美¹⁾、内倉友香¹⁾、宇佐美知香¹⁾、高木香津子¹⁾、藤岡 徹¹⁾、松元 隆¹⁾、杉山 隆¹⁾、甲谷秀子²⁾

【緒言】子宮魚鱗癬は子宮内膜の表層もしくは全層を扁平上皮化生が置換した極めてまれな疾患である。扁平上皮癌や疣状癌、コンジローマ様癌、類内膜腺癌を伴った症例が報告されている。今回我々は子宮魚鱗癬の1例を経験したので報告する。

【症例】55歳、G2P2、50歳で閉経。不正性器出血を主訴に前医を受診。子宮頸部および内膜細胞診に異常所見を認めなかったが、子宮内に腫瘍性病変を認めたため、子宮内膜組織診が施行された。病理所見では、重層扁平上皮に変化しており、その表面に高度の角質増生が認められ、子宮魚鱗癬と診断された。SCC 13.8 ng/ml と高値であり、悪性腫瘍の合併も疑われたため、精査加療目的に当院に紹介された。当院での子宮内膜組織診でも子宮魚鱗癬で、明らかな扁平上皮癌成分はないが、極めて高分化な疣状癌の可能性はあるとの診断であった。PET-CTでは同部に高度のFDG集積を認め、悪性の可能性も否定できず、腹腔鏡下子宮付属器全摘術を施行した。最終組織診断では悪性所見は認められなかった。

【考察】子宮魚鱗癬は非常に稀な疾患でその詳細は不明である。悪性疾患との合併の報告が散見されるが、癌があっても異型細胞が表層に存在しない場合もあり、内膜組織診でも、画像精査でも術前に悪性を完全に否定できるものはない。術前に子宮内膜組織診で扁平上皮細胞を認める場合には、悪性疾患や本疾患を念頭に置き管理する必要がある。

5) 愛媛大学病院における新規 PARP 阻害剤・ニラパリブの使用経験

愛媛大学医学部附属病院・産婦人科

中野志保、松元 隆、宇佐美知香、森本明美、安岡稔晃、加藤宏章、山内雄策、丹下景子、井上翔太②、吉田文香、上野愛実、横山真紀、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】2020年11月、新規 PARP 阻害剤・ニラパリブが保険承認された。今回、当院におけるニラパリブの使用経験について報告する。

【方法】ニラパリブ投与症例 10 例を後方視的に解析した。

【結果】[年齢] 中央値：55 歳 (52～65 歳)。[治療時期] 初回治療：3 例 / プラチナ感受性再発：7 例。[病理診断] 高異型度漿液性癌：9 例 / 明細胞癌：1 例。[BRCA 遺伝子検査] 変異なし：3 例 / 実施なし：7 例。[導入化学療法] パクリタキセル+カルボプラチン：7 例 / パクリタキセル+ネダプラチン：2 例 / リポソーム化ドキシソルビシン+カルボプラチン：1 例。実施サイクル数・中央値：6.5 (4～8)。[ニラパリブ投与日数] 中央値：57 日 (17～784 日)。[ニラパリブ中止理由] 進行：3 例 / 有害事象：1 例 (好中球減少) / 投与継続中：7 例。[血液毒性] 好中球減少：20% (2/10) / 貧血：20% (2/10) / 血小板減少：50% (5/10)。[グレード 3 以上の血液毒性] 好中球減少：10% (1/10) / 血小板減少：10% (1/10)。[非血液毒性] 悪心：90% (9/10、いずれもグレード 1) / 倦怠感：40% (4/10、いずれもグレード 1) / 逆流性食道炎：10% (1/10、グレード 1) / 血清クレアチニン増加：10% (1/10、グレード 1)。[有害事象による休薬] 1 回：50% (5/10) / 2 回：30% (3/10)。[有害事象による減量] 40% (4/10)。[転帰] 無病生存：1 例 / 有病生存：8 例 / 原病死：1 例。

【結語】新規 PARP 阻害剤ニラパリブは安全に投与可能であるが、休薬・減量を必要とする症例も多く、有害事象の適切な管理が継続投与のために重要である。

6) 当院で経験した PTEN 過誤腫症候群の 1 例

松山赤十字病院 産婦人科

恩地裕史、高杉篤志、井上奈美、駒水達哉、吉里美慧、矢野晶子、
青石優子、信田絢美、梶原涼子、栗原秀一、本田直利、横山幹文

【症例】21 歳、G0P0、性交渉歴なし。既往歴は特記事項なし。家族歴は母が乳癌であった。右下腹部痛のため当院内科を受診した。腹部単純 CT 検査で骨盤内に 20 cm 大の多房性嚢胞性病変を認め当科を紹介受診した。画像診断上、右卵巣癌、腫瘍破裂、子宮内膜肥厚／子宮体癌の可能性を疑われた。腹式右付属器切除術、大網部分切除術、虫垂切除術、骨盤内リンパ節生検、腹膜生検、子宮内膜全面搔爬術を施行した。右卵巣腫瘍から endometrioid carcinoma, G1 (EC/G1)、子宮内膜組織からも EC/G1 を認めた。子宮体癌及び右卵巣癌の重複癌が疑われたため根治術の方針とし、腹式単純子宮全摘術、左付属器切除術、骨盤内リンパ節生検、傍大動脈リンパ節生検を施行した。術後、子宮体癌 IA 期 (EC/G1) 及び右卵巣癌 IC2 期 (EC/G1) と診断した。術後化学療法として c-TC 療法及び Bevacizumab 併用療法を施行した。若年発症の悪性腫瘍であることから遺伝子パネル検査を施行し、PTEN 遺伝子に変異を認め PTEN 過誤腫症候群と診断された。術後 23 ヶ月現在、明らかな再発や転移は認めていない。

【考察】本患者は臨床的に PTEN 過誤腫症候群の 1 つである Cowden 症候群と推測される。同症候群は皮膚、消化管、乳腺、泌尿生殖器など全身臓器に過誤腫病変を多発する常染色体優性遺伝性疾患である。悪性腫瘍の合併が高率であることから、今後は定期的な全身のスクリーニングを継続し、慎重な管理を行う方針である。

7) 卵巣内膜症性嚢胞術後に大腰筋に発生した子宮内膜症由来の明細胞癌の1例

国立病院機構四国がんセンター 婦人科

日比野佑美、竹原和宏、横山貴紀、藤本悦子、坂井美佳、大亀真一

患者は40歳代、1妊1産、閉経後。16年前に右卵巣腫瘍核出術の既往がある。2か月前から腹部腫瘍感を自覚し、画像検査にて後腹膜腫瘍を指摘され当院紹介受診した。血液検査に異常はなく、腫瘍マーカーは陰性だった。骨盤部MRIでは右大腰筋を外側へ圧排するように12cm大の充実成分を伴う嚢胞性腫瘍を認めた。嚢胞成分はT1WI, T2WIともに高信号で出血を疑った。PET-CTでは充実部分にFDG高集積を認めた。CTガイド下針生検を施行したところ、腫瘍内容液は粘稠度の低いチョコレート色の液体で細胞診はclass V、充実部分の病理組織学検査ではhobnail patternを示し、免疫組織化学染色ではCK7陽性、CK20陰性、PAX-8陽性で、ミューラー管由来の明細胞癌と診断した。手術にて腫瘍摘出術を施行した。病理組織学検査結果では、組織の大部分は壊死していたが、針生検と同様のhobnail patternを示し、腫瘍壁には内膜類似の間質を認めた。16年前の右卵巣腫瘍手術記録を確認したところ、内膜症病変の癒着が強く後腹膜を開放していた。これらより、右大腰筋に発生した子宮内膜症由来の明細胞癌と診断した。術後は卵巣癌に準じてmTC療法を6コース施行し、現在再発所見なく経過している。子宮内膜症の悪性転化と後腹膜腫瘍について、若干の文献的考察を加え報告する。

第3群

8) 妊娠 33 週の高度肥満妊婦に生じた右卵巢腫瘍茎捻転を腹腔鏡手術にて加療した一例

愛媛県立中央病院産婦人科

伊藤 恭、阿南春分、市川瑠里子、行元志門、井上 唯、今井 統、瀬村肇子、池田朋子、田中寛希、森 美妃、阿部恵美子、近藤裕司

【緒言】高度肥満患者は腹腔鏡手術の際、視野確保に難渋する事があり、また妊婦では妊娠子宮に留意してトロッカーの位置を決定する必要がある。今回、妊娠 33 週 4 日の高度肥満妊婦に腹腔鏡手術を行ったので報告する。

【症例】32 歳、4 妊 1 産。身長 161 cm、体重 105 kg、BMI 40.5。妊娠 33 週 4 日に右下腹部痛が出現し、前医受診され急性腹症の精査加療目的に当院へ救急搬送された。

来院時に右下腹部圧痛、反跳痛を認め、単純 CT 検査で子宮右側に強く圧排された径 6.4 cm の腫瘤を認めた。右卵巢奇形腫の茎捻転を疑い、腹腔鏡手術の方針とした。腫瘤は上腹部に存在しており、トロッカー位置について外科と協議し、術野でも超音波検査にて腫瘤、子宮底等の位置を確認した。手術台を 30 度左側臥位とし、右季肋部正中やや外側に第 1 トロッカーを留置した。その後、腹腔内を観察しながら右季肋部正中線上の臍下 1 横指の高さで第 2 トロッカー、右腋窩中線上の臍下 1 横指の高さで第 3 トロッカーを順次留置した。右卵巢は捻転により鬱血していたが、捻転解除で血流の回復を認め、体外法にて右卵巢腫瘍核出術を行った。最終病理診断は成熟奇形腫であった。

術後は抗凝固療法を行った。術直後より子宮収縮増強を認め、子宮収縮抑制剤投与を開始した。その他の周術期合併症の発現なく、術後 6 日目に抗凝固療法を終了し、術後 12 日目に tocolysis を終了した。術後 13 日目（妊娠 35 週 3 日）に自宅退院し、前医にて妊娠 40 週 3 日に自然経膈分娩に至った。

【結語】妊娠 33 週の高度肥満妊婦で、トロッカー位置、視野確保に難渋したが、合併症、周産期予後に問題なく腹腔鏡手術を施行することができた。

9) 当院でのモルセレーション式子宮鏡 TruClear™の導入と使用経験

つばきウイメンズクリニック

須賀真美、鶴久森夏世、金石環、兵頭慎治、鍋田基生

当院では、子宮内膜ポリープに対しレゼクトスコープを使用して日帰り入院で、子宮鏡下ポリープ切除術を行なっていたが、手術前に十分な頸管拡張を要するため、前日の受診が必要であった。また、未経妊、多発ポリープ、肥満、子宮後屈症例に手術困難な場合があった。手術前の患者・医療者の負担軽減と、子宮内膜への熱損傷をなくし、より低侵襲な子宮鏡手術を行うことを目的に、2020年6月末からモルセレーション式硬性子宮鏡 TruClear™を導入した。

TruClear™はポリープを細切・吸引しながら組織を回収するため、一度子宮内に挿入すれば、機器の出し入れすることなく効率よく手術ができる。また、外筒の最大径が 5.7 mm と細く、最小限の子宮頸管拡張で手術が可能である。また、電気デバイスをを用いず、熱損傷を加えないため内膜にダメージが少ないという特徴がある。

当院での TruClear™を用いた日帰り子宮鏡下内膜ポリープ切除術の方法、レゼクトスコープとの比較、今後の課題について報告する。当院では子宮鏡手術を行う患者が未産婦の不妊患者が多いため、TruClear™の特徴が十分に発揮され、患者・医療者双方にとって利点が多かった。今後も、経験を重ねより簡便で安全に手術ができるように検討を続けていく。

10) ロボット支援下子宮全摘出術の導入時の手技の工夫及び手術成績

松山赤十字病院 産婦人科

高杉篤志、井上奈美、駒水達哉、吉里美慧、矢野晶子、恩地裕史、
青石優子、信田絢美、梶原涼子、栗原秀一、本田直利、横山幹文

【目的】2018年4月にロボット手術が保険収載され、当院では2020年4月より良性疾患に対してロボット支援下子宮全摘出術(RALH)を開始した。導入時の手技の工夫及び手術成績を報告する。

【方法】2020年4月から2021年4月までにRALHを施行した27症例について患者背景(年齢/経産回数/BMI)、総手術時間、コンソール時間、出血量、摘出子宮重量、合併症について後方視的に検討を行った。

【成績】導入時から変更した点、手技の工夫は下記の3点であった。①腹壁ポートの位置を変更した、②第4アームのダビンチ鉗子をベッセルシーラーエクステンド[®]からシンクロシール[®]へ変更した、③大きな子宮に対しては筋腫核出後、モノポーラーカーブドシザーズ[®]を用いることで細切が容易となったことであった。患者の年齢/経産回数/BMIは(以下中央値および最大値—最小値で示す)で47歳(38-76)/1回(0-4)/24.7kg/m²(17.6-30.6)であった。総手術時間は179分(125-307)、コンソール時間は123分(82-249)、出血量は10ml(10-134)、摘出子宮重量は131g(38-520)であった。合併症は1例でポートサイトヘルニアによる術後腸閉塞であった。開腹移行および輸血例はなかった。

【結論】初期の導入時に種々の工夫により適応の拡大が可能であると考えられた。

11) 腹腔鏡下子宮全摘出術およびロボット支援下子宮全摘出術により摘出された CIN の病理組織標本の artifact に関する検討

松山赤十字病院 産婦人科

栗原秀一、井上奈美、吉里美慧、駒水達哉、恩地裕史、矢野晶子、高杉篤志、信田 絢美、青石優子、梶原涼子、本田直利、横山幹文

【背景・目的】 CIN2/3 の術前診断で子宮全摘出術が行われた場合、病理診断の主な目的は浸潤癌の有無の検索と切除断端の評価である。腹腔鏡 (TLH)あるいはロボット (RASH) 手術では子宮マニピュレーター (UM)、脛パイプ (VP)、頸部把持鉗子等による経腔的操作を加えることが多く、病理診断への悪影響が懸念されるため、検討を加えた。

【方法】 2017 年以降に CIN2/3 に対して TLH を施行した 11 例と RASH を施行した 3 例の計 14 例に関して検討した。HE 染色標本を観察し、子宮頸部表層を覆う上皮の剥脱の有無に関して、再評価をおこなった。

【結果・考察】 子宮頸部表層を覆う上皮の剥脱が 14 例中 12 例において認められた (症例毎の上皮の残存率は 18%から 100%)。摘出標本に CIN を認めた 12 例のうち、2 例 (16.6%) においては上皮の剥脱により切除断端の正確な評価が困難であった。組織像や上皮が剥脱している部位を考慮すると、熱による変性ではなく頸部に対する摩擦がその原因となっている可能性が疑われた。切除断端の評価が困難であった 2 例においては、いずれも UM を使用せず VP を使用していた。浸潤癌の有無の評価に支障をきたす artifact はみられなかった。

【結語】 16.6%の症例においては子宮頸部表層を覆う上皮の剥脱による悪影響がみられた。摘出標本の quality の改善には子宮操作器具の使用に関して再検討する必要が示唆された。

第4群

12) 骨盤位・鉗子分娩・自然出産法による、帝切回避率とその合併症

日浅産婦人科

越智 毅

目的；骨盤位・鉗子分娩・自然出産法による、帝切回避率とその合併症。

対象；1985～2017年、33年間における、当院の出産例：7,597例。

方法；骨盤位分娩法：ミューラー法、レブセト法、古典的上肢解出法。

（横8字牽引法）

鉗子分娩：Dudenhausen氏が主張する方法。

自然出産法：Active Birth法（Janet Balaskas）。

結果；鉗子分娩の実施率：初産婦； $217/3,251=6.7\%$ 、経産婦； $45/4,346=1.0\%$ 。

骨盤位分娩の実施率：初産婦； $73/3,251=2.2\%$ 、経産婦； $83/4,346=1.9\%$ 。

骨盤位分娩の経膈分娩率：初産婦； $73/127=57.5\%$ 、経産婦； $83/97=85.6\%$ 。

骨盤位・鉗子分娩・自然出産法による帝切回避率：初産婦； $290/3,251=8.9\%$ 、経産婦； $109/4,346=2.5\%$ 、全体； 5.3% 。

当院の帝切率は 8.1% 、平成19年頃の全国的な帝切率を 14% とすれば、当院の帝切回避率は、 5.9% 。

合併症；横8字牽引法による分娩後児死亡が1例、鉗子分娩による頰部皮下出血が1例。

考察；骨盤位・鉗子分娩・自然出産法は、帝切回避に有効。特に、初産婦に有効。

鉗子分娩は児への障害は避けられない。

横8字牽引法は不完全な骨盤位娩出法。

骨盤位分娩を希望する産婦に扉は開かれているべき。

13) 血清 hCG が高値である卵管間質部妊娠に対し、MTX 全身投与を行った 1 例

市立宇和島病院 産婦人科

井上翔太①、井上 彩、清村正樹、中橋徳文

【緒言】卵管間質部妊娠は異所性妊娠の 2%程度とされる比較的稀な一型である。従来、治療は外科的治療が原則とされていたが、薬物療法の高い成功率を報告する文献を多数認める。今回、治療開始前 hCG が 16251 mIU/mL と高値であった間質部妊娠症例に対し、MTX 全身投与にて治療を行った症例を経験したので報告する。

【症例】症例は 24 歳、G3P1(今回含む)。既往歴に特記事項なし。最終月経開始日より 7 週 5 日、子宮内に胎嚢が確認されず近医より紹介となった。経膈超音波断層法および MRI 検査にて間質部妊娠と診断した。GS 径は 15mm で、明らかな胎児心拍は認めなかった。血清 hCG は 16251 mIU/mL と高値であったが、全身状態は安定しており、患者夫婦からの手術回避の希望が強く、薬物療法の方針とした。MTX 50 mg/m²を筋注し、hCG 値の推移を見て、7 日目および 14 日目にも同量を筋注投与した。hCG は緩徐に低下し、投与後 83 日目に陰性化した。経過中に破裂を疑う徴候は無く、MTX による重篤な有害事象も認めなかった。

【結語】間質部妊娠においては、hCG がある程度高値であっても、薬物療法が奏功する可能性が十分期待できる。手術侵襲やそれに伴う次回妊娠時への影響なども踏まえ、今後も治療選択肢として検討できるが、破裂時には大量出血を来すため、長期に慎重な管理を要すると考える。

14) 女性アスリートの三主徴 (FAT) を呈した長距離走選手の治療経験

医療法人矢野産婦人科¹⁾、日本スポーツ協会公認スポーツドクター²⁾
矢野浩史^{1,2)}、矢野知恵子¹⁾、古谷公一¹⁾

【緒言】女性アスリートの三主徴 (FAT) が注目されている。FAT (Female Athletes Triad) は、1. 利用可能なエネルギー不足、2. 視床下部性無月経、3. 骨粗鬆症の三要素で、医学的介入を要する。今回、FAT を呈した症例を経験したので報告する。

【症例】19才長距離走選手、主訴は原発性無月経。小学5年(10才)には陸上選手として活躍していた。高校はスポーツ強豪校で、長距離走の選手として毎日平均20kmを走っていた。高校2年になっても初経は発来しなかったため、近医にてホルモン補充療法(HRT)を開始した。初診時所見：身長162cm、体重44.4Kg、体脂肪率14.2%、BMI16.9、BMIの低値を認めた。血液検査所見：LH0.3mIU/ml、FSH0.05mIU/ml、E25.0pg/ml、P40.07ng/ml。ホルモン分泌がほとんど認められなかった。DXA法による骨密度Z-SCORE：-0.9(L2-4)。骨量の低下を認めた。HRTを行いながら食事栄養指導をしたところ、自然の月経発来を認めた。

【結語】原発性無月経の長距離走選手にHRTと栄養指導が効奏した。近年、女性アスリートの活躍が目覚ましいが、月経異常や月経随伴症を伴う選手は多い。産婦人科医による若年層からのヘルスケアが必要である。