

第 54 回  
北陸産科婦人科学会  
総会・学術講演会



主催 北陸産科婦人科学会  
会期 令和8年6月13日（土）、14日（日）  
会場 ホテルフジタ福井  
会長 折坂 誠（福井大学医学部産科婦人科学教授）

## 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
広告協賛企業一覧	33



[写真説明]

文殊山より  
撮影 高橋 仁

第54回北陸産科婦人科学会  
理事会、総会・学術講演会

第54回北陸産科婦人科学会  
会 長 折坂 誠

会 期：令和8年6月13日（土）、14日（日）  
開 催 地：福井県福井市  
会 場：ホテルフジタ福井  
〒910-0005 福井県福井市大手3-12-20  
TEL：0776-27-8811  
総会・学術講演会 3階 天山の間  
理事会 3階 瑞雲の間

※6月13日（土）北陸 Plus One Project

会場：AOSSA 6階

〒910-0858 福井市手寄1-4-1

第54回北陸産科婦人科学会  
総会・学術講演会日程

令和8年6月13日（土）

会場：ホテルフジタ福井 3F 天山の間	会場：福井市地域交流プラザ AOSSA 6F
	北陸 Plus One Project 受付 12：00～13：00
	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】	
懇親会 19：00～20：30	

※懇親会は、Plus One Projectに参加された研修医及び先生方がメインになりますが、皆様ご参加いただけます。

令和8年6月14日（日）

時間	会次第	会場
8：00～8：20	理事会	ホテルフジタ福井 3F 瑞雲の間
8：25～8：30	開会挨拶	ホテルフジタ福井 3F 天山の間
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】	
10：20～12：20	一般演題	
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】	
15：00	閉会の辞	

## <会場案内図>

■ 6月13日(土)、14日(日)

ホテルフジタ福井



### <アクセス方法>

JR 福井駅から徒歩 8 分

車で北陸自動車道「福井 I.C」から約 20 分

### <提携駐車場のご案内>

① 大手第二駐車場 (ホテル地下)

【営業時間】 7:30 ~ 23:00

② 大手駐車場

【営業時間】 24 時間営業

③ 佐佳枝廻社駐車場

【営業時間】 6:30 ~ 23:30



■ 6月13日（土）のみ

AOSSA 福井市地域交流プラザ（北陸 Plus One Project 会場）



《アクセス》

JR、福井鉄道、えちぜん鉄道

福井駅から徒歩1分

京福バス、福鉄バス、すまいるバス

福井駅停留所から徒歩1分

自動車

北陸自動車道「福井IC」から10分

《提携駐車場について》

① AOSSA 地下駐車場

【営業時間】 7：30～23：30

② 福井駅東パーキング

【営業時間】 24時間営業



## 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 カードまたは JSOG アプリより会員証を提示できるようにご準備ください。

機構専門医認定講習の参加受付は JSOG カードまたは 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注意ください。

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13日(土) 17:45～18:45 イブニングセミナー 【産婦人科領域講習】  
「進行卵巣がん初回治療 up to date」
- (2) 6月14日(日) 9:10～10:10 モーニングセミナー 【産婦人科領域講習】  
「内視鏡手術の New Normal ー合併症を減らすためにー」
- (3) 6月14日(日) 12:30～13:30 ランチョンセミナー 【産婦人科領域講習】  
「北陸の皆様と考えたい新しい月経困難症診療のかたち」  
～ QOL と持続可能性を支えるエンパワーメント～
- (4) 6月14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「産婦人科指導医に求められる長期的がんサバイバー支援の視点：  
フレイル予防を軸とした運動介入と地域連携の推進」

## 第54回北陸産科婦人科学会 総会・学術講演会プログラム

会長 折坂 誠（福井大学医学部産科婦人科学 教授）

会期 令和8年6月13日（土）、14日（日）

会場 ホテルフジタ福井 3階 天山の間

————— 6月13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：新潟大学大学院医歯学総合研究科 産婦人科教授 吉原 弘祐 先生

「進行卵巣がん初回治療 up to date」

東京慈恵会医科大学 産婦人科学講座 教授 矢内原 臨 先生

共催：アストラゼネカ株式会社 / MSD 株式会社

————— 6月14日（日） —————

開会の辞（8：25～8：30）

第54回北陸産科婦人科学会 会長 折坂 誠 先生

一般演題【優秀演題候補群】（8：30～9：00）

座長：富山大学 産科婦人科 島 友子 先生

1. 胎児胸腔-羊水腔シャント術後にカテーテルトラブルを経験した症例の検討  
新潟大学医歯学総合病院 産婦人科  
倉井 伶、松下 充、高橋宏太郎、森 裕太郎、須田 一暁、五日市美奈  
西島 浩二、吉原 弘祐
2. 総心拍出量を指標に経時的に分娩時期を検討した胎児巨大心横紋筋腫の一例  
金沢大学附属病院 産科婦人科  
田中 伶奈、鏡 京介、坂東 拓人、干場 菜生、横田 貴子、山口 彩華  
田中 有華、八十島 巖、鈴木 拓馬、神田 龍人、細野 隆、安彦 郁

3. 妊娠 20 週で先進児完全破水、妊娠 22 週に胎児死亡後、妊娠 26 週に Delayed interval delivery に至った二絨毛膜二羊膜双胎の一例

富山大学産科婦人科学教室

廣兼 綾華、伊東 雅美、深田 綾子、高原 佳奈、荒木 左論、津田 竜広  
生水 貫人、津田さやか、米田 徳子、米田 哲、中島 彰俊

4. 前置血管合併の有無による臍帯卵膜付着の臨床像の比較

福井大学医学部附属病院 / 坂井市立三国病院 産科婦人科

金井 貴弘、川村 裕士、南谷 美和、國井 勝俊、中村百合子、佐々木晴菜  
工藤 渉、藤田 将行、八代 憲司、井上 大輔、山田しず佳、白藤 文  
玉村 千代、大沼 利通、津吉 秀昭、品川 明子、折坂 誠

#### モーニングセミナー (9:10 ~ 10:10) 【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 高倉 正博 先生

「内視鏡手術の New Normal —合併症を減らすために—」

富山県立中央病院 産婦人科部長 谷村 悟 先生

共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

#### 一般演題 (10:20 ~ 12:20)

##### ① 演題番号 5 ~ 8 (10:20 ~ 10:50)

座長：新潟大学女性ウェルネス医学講座 南川 高廣 先生

5. 膀胱癒着に対し NanoNeedle Scope 併用 Hybrid vNOTES が有用であった一例

金沢大学 産科婦人科

坂井 友哉、八十島 巖、神田 龍人、細野 隆、飯塚 崇、安彦 郁

6. vNOTES USLS (経膈的腹腔鏡下膈断端挙上術) の初期経験

福井赤十字病院 産婦人科

杉田 元気、平田 悠起、加藤 正隆、田中 良明、辻 隆博、田嶋 公久

7. XY 純粋型性腺形成不全症に対する予防的性腺摘出術における課題

金沢大学附属病院 産科婦人科 /

国立病院機構金沢医療センター 産科婦人科

坂東日桜里、竹田 初美、飯塚 崇、桑原 陽祐、笠間 春輝、坂井 友  
道倉瑛里奈、加戸太 陸、山本 健太、石若 夏季、安彦 郁

8. RPOC に対する子宮鏡シェーバー・灌流装置を用いた手術中に空気塞栓を疑った一例

富山県立中央病院 産科婦人科

中垣 成子、本多 真澄、福田 瑞穂、蓑 花織、松田美智子、山本 祥子  
笹川 輔、松 敬介、草開 友理、草開 妙、小幡 武司、吉越 信一  
炭谷 崇義、南 里恵、飴谷 由佳、谷村 悟

② 演題番号 9～12 (10:50～11:20)

座長：金沢医科大学氷見市民病院産婦人科 佐伯 吉彦 先生

9. 反復再発した顆粒膜細胞腫に対し放射線治療が奏功した一例

石川県立中央病院 産科婦人科

飯田 紗羅、平吹 信弥、藤原 孝史、中出 光、中村 慶乃、上野 洋誉  
碓井 愛、尾山 量子、東 恭子、野村 学史、黒岩 征洋、宮崎有美子  
山崎 玲奈、水本 泰成、佐々木博正

10. 再発との鑑別を要した、乳癌・子宮体癌既往患者における原発性腹膜癌の1例

福井大学医学部附属病院 産科婦人科

中村百合子、大沼 利通、南谷 美和、國井 勝俊、工藤 渉、藤田 将行  
八代 憲司、井上 大輔、山田しず佳、白藤 文、川村 裕士、玉村 千代  
津吉 秀昭、品川 明子、折坂 誠

11. pembrolizumab 併用同時化学放射線療法において血球貪食症候群を発症した一例

富山大学附属病院 産科婦人科

荒木 優衣、島 友子、星井 祐介、椎名 咲衣、八木 萌、森田 章嗣  
須田 尚美、山田 清貴、生水 貫人、津田 桂、竹村 京子、山崎 悠紀  
中島 彰俊

12. ペムブロリズマブ併用 CCRT に伴う irAE として門脈ガス血症を呈した子宮頸癌の一例

福井大学医学部附属病院 産科婦人科

南谷 美和、津吉 秀昭、國井 勝俊、中村百合子、工藤 渉、藤田 将行  
八代 憲司、井上 大輔、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

③ 演題番号 13～16 (11:20～11:50)

座長：金沢大学附属病院 産科婦人科 細野 隆 先生

13. 流産時の多量出血に対するフィブリノゲン活性値測定から先天性低フィブリノゲン血症の診断に至った一例

恵寿総合病院 臨床研修センター / 産科婦人科 / 血液内科  
杉下 翔、新井 隆成、中村 友哉、山崎 雅英

14. 妊娠成立と同時に再燃し準緊急手術を要したバセドウ病の一例

福井大学医学部附属病院 産科婦人科  
國井 勝俊、玉村 千代、南谷 美和、工藤 渉、藤田 将行、八代 憲司  
井上 大輔、山田 しず佳、白藤 文、川村 裕士、大沼 利通、津吉 秀昭  
品川 明子、折坂 誠

15. 遺伝性乳癌卵巣癌症候群の乳癌に対する化学療法および免疫チェックポイント阻害薬療法後に、生殖補助医療を介して妊娠に至った1例

金沢医科大学医学部 産科婦人科学  
石田 徳成、柴田 健雄、高倉 正博

16. 当院における出生前診断された左心低形成症候群児の周産期および出生後転帰の検討

新潟大学医歯学総合病院 産科婦人科  
村竹 将太、森 裕太郎、早福あやか、高橋宏太郎、宗岡 清香、島 英里  
須田 一暁、五日市美奈、松下 充、吉原 弘祐、西島 浩二

④ 演題番号 17～20 (11:50～12:20)

座長：福井大学医学部附属病院 産科婦人科 川村 裕士 先生

17. 助産院での GBS 対策は可能か？ 抗菌薬投与体制の構築と 1 例

市立敦賀病院 産科婦人科  
荒井 悠、黒田 裕子、山本 真、秋元 宏輝

18. 良好な転帰を辿った胎児共存奇胎の 1 例

新潟市民病院 産科婦人科  
寺澤 昂希、生野 寿史、加藤奈都美、為我井加菜、島 英里、上村 直美  
森川 香子、山口 雅幸、常木郁之輔、柳瀬 徹

19. 線維筋痛症様広範疼痛を伴う妊婦に対する硬膜外鎮痛の有用性：無痛分娩管理の一例

石川県立中央病院 産科婦人科

藤原 孝史、平吹 信弥、中出 光、飯田 紗羅、中村 慶乃、上野 洋誉  
碓井 愛、尾山 量子、東 恭子、野村 学史、黒岩 征洋、宮崎有美子  
山崎 玲奈、水本 泰成、佐々木博正

20. 当院における無痛分娩導入の取り組みと初期運用成績

福井県立病院 産科婦人科

南部 仁美、戸室有香子、井上 理史、広多見和子、松井俊一郎、榎本 咲子  
中出 恭平、高橋 仁、堀 芳秋、加藤じゅん、田中 政彰

ランチオンセミナー (12:30 ~ 13:30) 【P 産婦人科領域講習】

座長：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

「北陸の皆様と考えたい新しい月経困難症診療のかたち」

～ QOL と持続可能性を支えるエンパワーメント～

山梨大学医学部 産婦人科学教室教授 吉野 修 先生

共催：キッセイ薬品工業株式会社

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：福井大学医学部産科婦人科学 教授 折坂 誠 先生

「産婦人科指導医に求められる長期的がんサバイバー支援の

視点：フレイル予防を軸とした運動介入と地域連携の推進」

坂井市病院事業管理者 吉田 好雄 先生

閉会の辞 (15:00 ~ 15:05)

第54回北陸産科婦人科学会 会長 折坂 誠 先生

抄 錄

一 般 演 題

## 胎児胸腔 - 羊水腔シャント術後に カテーテルトラブルを経験した症例の検討

新潟大学医歯学総合病院 産婦人科

倉井 伶、松下 充、高橋宏太郎、森 裕太郎  
須田 一暁、五日市美奈、西島 浩二、吉原 弘祐

**【目的】** 当院で施行した胎児胸腔 - 羊水腔シャント術 (Thoraco-Amniotic Shunting; TAS) 症例のうち、カテーテルトラブルを経験した症例の臨床経過を検討する。

**【対象および方法】** 2010年1月から2025年8月までに、当院で周産期管理を行った胎児乳び胸13例に対し、ダブルバスケットカテーテルを用いたTASを延べ18回施行した。このうち、カテーテルトラブルを認めた9例について、診療録を用いて後方視的に検討した。

**【結果】** 13例全例で治療前に胸腔穿刺を施行し、胸水の生化学検査で乳び胸と診断した後、胸水が再貯留した症例にTASを施行した。胎児胸水診断時の妊娠週数の中央値は、26週0日(19週2日～30週5日)であり、初回TAS施行週数の中央値は32週1日(28週4日～32週5日)であった。5例中4例で初回TAS施行後に一旦胸水減少を認めたが、全例で胸水の再増悪を認めた。4例に2回目のTASを施行し、3回以上施行した症例はなかった。全18回施行したTASのうち、カテーテルトラブルを経験した症例は9例であった。カテーテルトラブルの内訳は、皮下埋没3例、子宮内脱落4例、子宮内脱落+皮下埋没1例、凝血塊形成1例であった。最終TAS施行から分娩までの中央値は9日間(6～32日)であった。分娩法は、4例が帝王切開、1例が経膈分娩であり、児は全例生存している。

**【結論】** TAS施行後のカテーテルトラブルは18回中9例(50%)に認めた。TAS施行後に胸水減少を認めた症例でも一定の頻度でカテーテルトラブルが発生することを念頭に置き、施術、管理する必要がある。

## 総心拍出量を指標に経時的に分娩時期を検討した 胎児巨大心横紋筋腫の一例

金沢大学附属病院 産科婦人科

田中 伶奈、鏡 京介、坂東 拓人、干場 菜生、横田 貴子、山口 彩華  
田中 有華、八十島 巖、鈴木 拓馬、神田 龍人、細野 隆、安彦 郁

【緒言】胎児心横紋筋腫は妊娠中に増大しうる一方、出生後には自然退縮が期待される腫瘍である。しかし、腫瘍増大に伴う循環破綻と早期娩出による未熟性リスクとの間にはトレードオフが存在し、分娩時期の決定は臨床上重要な課題である。腫瘍サイズや位置・数は胎児心不全のリスクと関連することが示唆されているが、腫瘍サイズのみでは循環破綻を十分に予測できないとされており、明確な循環指標は確立していない。今回、巨大腫瘍による左室流出路圧排を認めながらも総心拍出量が維持されていたことを根拠に妊娠継続とした症例を報告する。

【症例】39歳、1妊0産。顕微授精により妊娠成立し、妊娠22週で胎児心横紋筋腫を疑う腫瘍を指摘された。心室中隔から右室内へ進展する腫瘍は、最大径48mmまで増大し左室流出路を圧排したが、総心拍出量は維持され胎児心不全徴候を認めなかったため妊娠継続とした。37週で分娩し、出生児は女児2897gで、Apgarスコア8点(1分)8点(5分)、臍帯動脈血液ガスpH7.255であった。出生後早期よりエベロリムス投与を開始し、動脈管閉鎖後も循環動態は安定し腫瘍は縮小傾向を示している。

【考察】胎児心横紋筋腫では腫瘍サイズと循環破綻は必ずしも相関せず、管理には循環評価が重要であるが明確な指標は確立していない。総心拍出量は前負荷、後負荷、収縮力を統合的に反映する指標であり、本症例では腫瘍増大にもかかわらず総心拍出量の低下を認めなかったことから循環維持と判断し、早期娩出を回避し得た。エベロリムスは正期産児に対する有効性は報告されているが早産児での安全性は未確立であり、妊娠継続により胎児の成熟を得ることが重要である。胎児心横紋筋腫の管理では腫瘍サイズではなく循環動態を重視すべきであり、総心拍出量は分娩時期決定を補助する指標となる可能性が示唆された。

# 妊娠 20 週で先進児完全破水、妊娠 22 週に胎児死亡後、 妊娠 26 週に Delayed interval delivery に至った 二絨毛膜二羊膜双胎の一例

富山大学産科婦人科学教室

廣兼 綾華、伊東 雅美、深田 綾子、高原 佳奈  
荒木 左論、津田 竜広、生水 貫人、津田さやか  
米田 徳子、米田 哲、中島 彰俊

【緒言】 Delayed-interval delivery (以下 DID) は多胎妊娠において、先進児が流産もしくは超早産となった後に後続児の出生を意図的に遅らせ、妊娠期間を延長し、生存率や予後の改善を図る管理方法である。今回、妊娠 20 週で先進児完全破水、腔内娩出となり、妊娠 22 週で死産となった直後に頸管縫縮術を施行し、妊娠 26 週まで妊娠延長し得た二絨毛膜二羊膜双胎の一例を経験した。

【症例】 35 歳, G3P1。自然排卵周期での単一融解胚盤胞移植により二絨毛膜二羊膜双胎が成立した。妊娠 20 週 2 日、腔内違和感を主訴に前医を受診。先進児の胎胞が腔入口部から膨隆しており入院となった。入院直後に完全破水し、翌日、先進児の躯幹は腔内、頭部は頸管内にある状態となった。後続児救命目的に妊娠 21 週 4 日、当科へ母体搬送となった。先進児は腔内に留まり約 2 週間生存したが、妊娠 22 週 3 日に心拍消失を確認し娩出した。同日、マクドナルド子宮頸管縫縮術を施行した。感染徴候に留意しつつ管理し、probiotics および lactoferrin を併用した。妊娠 26 週 5 日、38.1℃の発熱および白血球上昇を認め、臨床的 CAM と診断し緊急帝王切開術を施行した (出生体重 960g (-0.1SD), Apgar スコア 4/7 点)。児は感染兆候なく経過し、脳室内出血等の合併症は認めていない。現在、修正 33 週で NIPPV 装着中である。母体の術後経過も良好であった。胎盤病理では CAM III 度であった。

【考察】 本症例では先進児死亡後に頸管縫縮術を施行することで約 4 週間の妊娠延長が得られた。DID における頸管縫縮術は感染リスクとのバランスを要し、適応は慎重に判断すべきであるが、症例を選択すれば妊娠延長と予後改善に寄与する可能性がある。集学的管理のもと、積極的介入も選択肢となり得る。

## 前置血管合併の有無による臍帯卵膜付着の臨床像の比較

福井大学医学部附属病院 産科婦人科<sup>1</sup>

坂井市立三国病院 産科婦人科<sup>2</sup>

金井 貴弘<sup>1,2</sup>、川村 裕士<sup>1</sup>、南谷 美和<sup>1</sup>、國井 勝俊<sup>1</sup>

中村百合子<sup>1</sup>、佐々木晴菜<sup>1</sup>、工藤 渉<sup>1</sup>、藤田 将行<sup>1</sup>

八代 憲司<sup>1</sup>、井上 大輔<sup>1</sup>、山田しず佳<sup>1</sup>、白藤 文<sup>1</sup>

玉村 千代<sup>1</sup>、大沼 利通<sup>1</sup>、津吉 秀昭<sup>1</sup>、品川 明子<sup>1</sup>、折坂 誠<sup>1</sup>

**【緒言】** 2026年改訂の産婦人科診療ガイドライン産科編では、「臍帯付着部」が通常超音波検査の観察項目として追加され、前置血管の診断・管理に関するCQが新設された。本研究では、臍帯卵膜付着 (velamentous cord insertion; VCI) を伴う単胎妊娠において、前置血管の有無による臨床像の相違を検討した。

**【方法】** 2015年1月から2026年3月に当院で管理したVCI合併単胎妊娠を対象とした。前置血管合併例をVP-VCI群、非合併例をisolated VCI (i-VCI群) と定義し、母体背景、診断時期、胎盤の形態・位置異常、分娩転帰を比較検討した。統計解析はFisher直接確率検定およびMann-Whitney U検定を用いた。

**【結果】** 対象は38例 (VP-VCI群10例、i-VCI群28例) であった。VP-VCI群は全例で分娩前診断されていたが、i-VCI群では29%が未診断であった。胎盤位置異常はVP-VCI群で高頻度であった (50% vs 11%,  $p=0.02$ )。VP-VCI群は分娩週数が早く (36週 vs 38週,  $p=0.03$ )、分娩時出血量が多かった (1,018 mL vs 673 mL,  $p=0.03$ )。帝王切開率はVP-VCI群100%、i-VCI群43%であった。胎児機能不全による急速遂娩はVP-VCI群1例、i-VCI群5例で認め、後者の3例は分娩前未診断例であった。新生児予後に有意差は認めなかった。

**【考察】** 前置血管合併例では、胎盤位置や臍帯付着部が注意深く観察され、正確な超音波診断に基づく計画的管理が行われていた可能性が示唆された。一方、前置血管非合併例では卵膜付着の見落としにより、不測の胎児機能不全をきたす症例を認めた。臍帯卵膜付着は前置血管合併例のみならず、非合併例においても周産期リスクを有するため、臍帯付着部を意識した系統的な超音波評価を行うことが重要と考えられた。

# 膀胱癒着に対し NanoNeedle Scope 併用 Hybrid vNOTES が有用であった一例

金沢大学 産科婦人科

坂井 友哉、八十島 巖、神田 龍人  
細野 隆、飯塚 崇、安彦 郁

**【緒言】** 近年、子宮全摘における vNOTES(vaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery) が広く行われるようになってきているが、腔側からダグラス窩や膀胱子宮窩を解放する必要があるため、骨盤内癒着例では膀胱や直腸損傷の危険性が課題となる。今回我々は、術前に膀胱癒着が予想された症例に対し、NanoNeedle™ Scope 2.0（以下超細径スコープ）を用いた Hybrid vNOTES（以下 H-vNOTES）によるアプローチを行い、良好な結果を得たため報告する。

**【症例】** 50 代、3 妊 3 産。過多月経を伴う子宮筋腫および子宮腺筋症のため子宮全摘の方針となった。帝王切開既往のため膀胱癒着が疑われ、また MRI では子宮後壁の小腸癒着が疑われたため、超細径スコープ併用 H-vNOTES の方針とした。経腔的にダグラス窩を開放し、気腹を開始した。子宮後壁の癒着は認めなかった。経腔スコープで観察しながら、臍横より 2.5mm 径ポートを挿入し、経腔スコープと経腹超細径スコープの 2 視野併用で手術を進行した。子宮頸部と膀胱の強固な癒着を認めたが、腹腔側からの視野補助により安全に膀胱子宮窩を開放し得た。その後は経腔操作のみで、臓器損傷なく子宮全摘・両側卵管切除術を施行した。手術時間 2 時間 30 分、出血量 78mL、摘出重量 150g であった。術後経過は良好で第 3 病日に退院となった。

**【考察】** 癒着症例において H-vNOTES が有用であることは広く認識されている一方で、従来のスコープを用いた H-vNOTES では、腹腔鏡手術に対する vNOTES の低侵襲性、整容性のメリットが損なわれることが問題であった。本症例では、経腹スコープを直径 1.9mm の超細径スコープとすることで、そのメリットを保ちながら、癒着症例に対する安全な手術が可能であった。

## vNOTES USLS（経腔的腹腔鏡下膣断端挙上術）の 初期経験

福井赤十字病院 産婦人科

杉田 元気、平田 悠起、加藤 正隆

田中 良明、辻 隆博、田嶋 公久

**【諸言】** 骨盤臓器脱に対する膣断端挙上術は、従来、経腔的または腹腔鏡下に行われてきた。近年、経腔的腹腔鏡（以下 vNOTES）が導入され、低侵襲かつ整容性に優れる術式として注目されている。当院では vNOTES による膣断端挙上術（USLS）を 2025 年 9 月より開始し、5 症例に行った初期経験を報告する。

**【症例】** 対象の年齢中央値は 69（59 - 77）歳、BMI 中央値は 28.5（20.1 - 35.2）、全ての患者が子宮脱または膀胱瘤主体であり、POP - Q ステージ 2 が 1 例、ステージ 3 が 4 例であった。経腔的に vNOTES 用のアクセスプラットフォームを装着して子宮および両側付属器の摘出を行い、仙骨子宮靭帯に左右 2 針ずつ運針して Shull 法で膣断端と縫縮した。症例によって前膣壁形成と会陰形成も追加した。手術時間の中央値 141（127 - 173）分、出血量の中央値 165（133 - 190）g で周術期合併症は認めず、術後短期フォローにおいて再発も認めていない。

**【考察】** vNOTES による膣断端挙上術は、直視下に骨盤深部構造を確認しながら操作可能であり、従来の経腔手術に比べ解剖学的理解や安全性の向上が期待される。また腹壁創を要さず低侵襲という利点もある。一方で、術野確保や器具干渉など特有の技術的課題も存在する。症例の蓄積により長期成績を評価する必要がある。

# XY 純粋型性腺形成不全症に対する 予防的性腺摘出術における課題

金沢大学附属病院 産科婦人科<sup>1</sup>

国立病院機構金沢医療センター 産科婦人科<sup>2</sup>

坂東日桜里<sup>1</sup>、竹田 初美<sup>1,2</sup>、飯塚 崇<sup>1</sup>、桑原 陽祐<sup>1</sup>

笠間 春輝<sup>1</sup>、坂井 友哉<sup>1</sup>、道倉瑛里奈<sup>1</sup>、加戸 太陸<sup>1</sup>

山本 健太<sup>1</sup>、石若 夏季<sup>1</sup>、安彦 郁<sup>1</sup>

**【緒言】**XY 純粋型性腺形成不全症は、46,XY 核型を有しながら女性表現型を呈する稀な疾患である。性腺に悪性胚細胞腫瘍を高率に合併するため、予防的性腺摘出が推奨される。今回、予防的性腺摘出により右未分化胚細胞腫、左性腺芽腫と診断され、術後画像で遺残との鑑別を要した1例を経験した。

**【症例】**症例は45歳。19歳時、原発性無月経を主訴に当科を受診した。染色体検査で46,XY、SRY intact、高FSH・低E2を認め、XY 純粋型性腺形成不全症と診断し、ホルモン補充療法を開始した。予防的性腺摘出術を奨めたが手術同意が得られず、その後意思決定を経て45歳時に手術となった。術前画像検査では両側付属器領域に腫大を認めなかった。予防的腹腔鏡下性腺摘出術、両側卵管切除、子宮腔上部切断術を施行し、術後病理では、右性腺にSALL4、OCT3/4陽性の未分化胚細胞腫を認め、I A期と診断した。術後に転移や遺残の評価目的に実施したPET/CTで左骨盤内に高度のFDG集積を認めた。左性腺の病理組織を再評価すると性腺芽腫を認め、断端の状態から完全摘出されていない可能性があった。左性腺芽腫の遺残や右未分化胚細胞腫からの播種を否定できず、初回手術から2ヶ月後に審査腹腔鏡を施行した。遺残が疑われる部位を含めて左性腺周囲の腹膜を切除したが、摘出標本は壊死および肉芽腫性炎症のみで悪性所見を認めず、腹水細胞診も陰性であった。再発は否定的と判断し、術後は経過観察の方針とした。

**【考察】**SRYを有する体腔内性腺には性腺芽腫を経て未分化細胞腫が発生することがあるが、本症例では腫大のない性腺に病理学的に右未分化胚細胞腫と左性腺芽腫を認め、さらに術後PET/CTで左骨盤内にFDG集積を認めたが、追加切除では悪性所見を認めなかった。性腺腫瘍の画像評価には限界があり、早期の予防的切除を行うことが重要である。また、予防的性腺切除においては周囲腹膜の切除マージンを十分に保つ、切除後すぐに回収袋に収める、などの点に留意する必要がある。

## RPOC に対する子宮鏡シェーバー・灌流装置を用いた手術中に空気塞栓を疑った一例

富山県立中央病院 産科婦人科

中垣 成子、本多 真澄、福田 瑞穂、蓑 花織  
松田 美智子、山本 祥子、笹川 輔、松 敬介  
草開 友理、草開 妙、小幡 武司、吉越 信一  
炭谷 崇義、南 里恵、鉛谷 由佳、谷村 悟

【諸言】 Retained products of conception (RPOC) は流産・分娩後に子宮内に遺残した妊娠組織から発生し、不正性器出血や感染の原因となる。治療として子宮鏡下手術は低侵襲で有用であるが、子宮穿孔や水中毒に加え、稀ではあるが空気塞栓などの重篤な合併症をきたし得る。今回、RPOC に対する子宮鏡シェーバーおよび灌流装置を用いた手術中に空気塞栓を疑った一例を経験したため報告する。

【症例】 42 歳、1 妊 0 産。体外受精を行い、ホルモン補充周期における融解胚移植で妊娠成立した。妊娠 10 週で胎児心拍が消失し、子宮内容除去術を施行した。術後 20 日目より不正性器出血を繰り返し、画像検査で約 3cm の血流豊富な RPOC を認めた。レルゴリクス内服で腫瘍血流は低下したが自然脱落せず、早期の妊娠希望もあるため術後 40 日目に子宮鏡下手術を施行した。子宮鏡シェーバーおよび灌流装置を用いて手術を開始したところ、開始 16 分で胸痛を訴え、SpO<sub>2</sub> 低下、収縮期血圧の低下を認めた。酸素投与によりバイタルサインは改善し安定したが、経過より空気塞栓を疑った。局所麻酔薬中毒も考慮して脂肪製剤を投与し、手術を終了した。術後は症状再燃なく経過し、明らかな後遺症なく退院した。

【考察】 本症例では灌流液切れにより空気が子宮内へ流入し、露出した血管から血中へ移行した可能性が考えられた。子宮鏡手術では灌流系回路の管理不備や接続ミスにより、短時間でも子宮内への空気流入が起こり得るため、複数人による確認体制や事前チェックの徹底が重要である。

## 反復再発した顆粒膜細胞腫に対し 放射線治療が奏功した一例

石川県立中央病院 産科婦人科

飯田 紗羅、平吹 信弥、藤原 孝史、中出 光、中村 慶乃  
上野 洋誉、碓井 愛、尾山 量子、東 恭子、野村 学史  
黒岩 征洋、宮崎有美子、山崎 玲奈、水本 泰成、佐々木博正

**【緒言】** 顆粒膜細胞腫は卵巣性索間質性腫瘍の一種であり、卵巣悪性腫瘍の2～5%と比較的稀な疾患である。長期経過後に再発を繰り返すことがあり、再発時の治療は手術が主体となるが、反復再発例では治療選択に難渋する。今回、多数回の手術および化学療法抵抗性再発病変に対し放射線治療が奏功した1例を経験したため報告する。

**【症例】** X年、44歳時に前医で左卵巣腫瘍に対し、腹式左付属器摘出術が施行され、成人型顆粒膜細胞腫の診断となった。1年後に右卵巣腫瘍を認め、当院で子宮・右付属器摘出術を施行した。その後、再発に対して2回の腫瘍摘出術を行った。X+4年にPEP療法3コース施行後したが、再発を認め、X+7年に再発腫瘍摘出術+大網切除、X+10年に腫瘍減量術を施行した。X+11年に骨盤内に9cm大の嚢胞性再発腫瘍を認めたが、手術では人工肛門造設の可能性が示され、手術は行わない方針となった。X+12年からX+14年までアロマターゼ阻害薬の内服と腫瘍減量目的の経膈穿刺を複数回行ったが、再貯留を繰り返した。X+14年（57歳）に腫瘍増大に対しパクリタキセル+カルボプラチン療法を開始し、途中ベバシズマブを追加したが効果不十分であり、腫瘍による尿閉を呈した。最大13cm大の骨盤内腫瘍に対し50.4Gy/28回の放射線治療を施行したところ、1週で縮小傾向を認め尿道カテーテル抜去可能となり、その後4cm大まで縮小した。X+17年に骨盤内腫瘍の縮小維持中に出現した肝下面腹膜播種に対し、45Gy/15回照射を施行し、奏功した。

**【考察】** 性索間質性腫瘍の初回化学療法後の再発例に対する治療についてのエビデンスは少ない。本症例では放射線治療により局所症状改善と長期腫瘍制御が得られ、化学療法抵抗性かつ手術困難な再発病変に対する局所治療として、放射線治療が有効な選択肢となる可能性が示唆された。

## 再発との鑑別を要した、乳癌・子宮体癌既往患者における 原発性腹膜癌の1例

福井大学医学部附属病院 産科婦人科

中村百合子、大沼 利通、南谷 美和、國井 勝俊、工藤 涉  
藤田 将行、八代 憲司、井上 大輔、山田しず佳、白藤 文  
川村 裕士、玉村 千代、津吉 秀昭、品川 明子、折坂 誠

**【緒言】**乳癌や子宮体癌の既往を有する症例に腹膜病変を認めた場合、既往癌の腹膜播種再発に加え、原発性腹膜癌も重要な鑑別となる。特に臨床経過が非典型的な場合、その鑑別は治療方針決定に直結する。今回、トリプルネガティブ乳癌の既往を有し、低リスク子宮体癌術後に短期間で腹膜癌を発症し、再発との鑑別に苦慮した1例を経験したため報告する。

**【症例】**52歳、2妊2産。X年、左乳房腫瘍を契機に受診し、針生検で乳癌と診断された。左乳房部分切除およびセンチネルリンパ節生検を施行し、浸潤性乳管癌ⅡA期と診断された。免疫染色でER・PR陰性、HER2スコア1のトリプルネガティブ乳癌であり、術後化学療法および放射線療法後に経過観察となった。

X+6年、検診で子宮内膜肥厚を指摘され、内膜生検で類内膜癌G1と診断された。ロボット支援下子宮全摘術・両側付属器切除を施行し、病理診断は類内膜癌（G1）、pT1a、脈管侵襲なしであった。付属器に悪性所見は認めず、再発低リスク群として経過観察とした。

術後5か月でCA125上昇を認め、CTで腹膜播種が疑われたため審査腹腔鏡を施行した。大網生検にて漿液性癌を認め、腹膜癌ⅢC期と診断した。現在、遺伝学的検査を施行中である。

**【結語】**子宮体癌再発低リスク群において術後早期に腹膜播種様病変を呈することは稀である。本症例では、若年発症のトリプルネガティブ乳癌の既往から、BRCA関連腫瘍やLynch症候群など遺伝性腫瘍の関与が示唆された。乳癌および子宮体癌の既往を有する症例に腹膜病変を認めた場合には、既往癌の再発のみならず原発性腹膜癌も鑑別に含める必要がある。特に臨床経過が非典型的な場合には、審査腹腔鏡による組織学的診断が重要である。

# Pembrolizumab 併用同時化学放射線療法において 血球貪食症候群を発症した一例

富山大学 産科婦人科

荒木 優衣、島 友子、星井 祐介、椎名 咲衣、八木 萌  
森田 章嗣、須田 尚美、山田 清貴、生水 貫人  
津田 桂、竹村 京子、山崎 悠紀、中島 彰俊

**【緒言】** 近年、婦人科領域でも免疫チェックポイント阻害剤（ICI）使用の場面が増えてきている。T 細胞活性化作用による抗腫瘍効果を示す一方で、過剰な免疫反応による様々な免疫関連有害事象（irAE）を引き起こす。今回、我々は pembrolizumab を併用した子宮頸癌治療中に、血球貪食症候群（hemophagocytic syndrome：HPS）を発症した症例を経験した。

**【症例】** 53 歳 4 妊 2 産、未閉経。不正性器出血にて前医受診され、子宮頸癌の診断にて当科紹介受診となった。子宮頸癌Ⅲ C1r 期、HPV-associated adenocarcinoma にて、pembrolizumab 併用同時化学放射線療法施行の方針とした。CDDP 40 mg/m<sup>2</sup>/week の 4 サイクルおよび pembrolizumab 200mg/body/3weeks 1 サイクル後、全骨盤照射 40Gy、腔内照射 6Gy 照射時点で汎血球減少出現あり化学療法を中止したが、1 週間後には白血球 810/ $\mu$ l、血小板 2 万/ $\mu$ l までさらに低下し、39 度の発熱を認め、放射線療法も中断した。好中球減少性発熱に準じて、抗菌剤および G-CSF 製剤投与開始するも、血球回復認めず、血液内科にコンサルトした。フェリチン 7668ng/ml と異常高値認め、骨髓検査ではマクロファージの血球貪食像が確認され、血球貪食症候群の診断にてステロイドパルス療法を開始した。パルス開始後翌日には速やかに解熱、血球も回復に転じ、放射線治療を再開・完遂した。以後の pembrolizumab 維持療法は中止した。

**【考察】** HPS は早期診断と適切な治療介入が患者の予後を大きく左右する疾患である。ICI の使用に際して発症しうる HPS は、稀ではあるが重篤な免疫関連有害事象であり、その認識を高めることが必要不可欠であると考えられた。

## ペムブロリズマブ併用 CCRT に伴う irAE として 門脈ガス血症を呈した子宮頸癌の一例

福井大学医学部附属病院 産科婦人科

南谷 美和、津吉 秀昭、國井 勝俊、中村百合子、工藤 涉  
藤田 将行、八代 憲司、井上 大輔、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

**【緒言】** KEYNOTE-A18 試験以降、局所進行子宮頸癌に対する抗 PD-1 抗体ペムブロリズマブ併用同時化学放射線療法（CCRT）が新たな標準治療となりつつある。一方、免疫チェックポイント阻害薬に伴う免疫関連有害事象（irAE）は全身臓器に及び、ときに重篤化する。門脈ガス血症は通常、腸管虚血や壊死に関連する致死的病態であり、irAE に伴う発症は極めて稀である。今回、irAE による消化管障害に門脈ガス血症を合併し、保存的治療で軽快した症例を報告する。

**【症例】** 72 歳女性。子宮頸癌 IIIC1r 期（扁平上皮癌）に対し、ペムブロリズマブ併用 CCRT を施行した。4 コース後に腫瘍は約 90% 縮小したが、Grade3 の全身倦怠感、食欲低下を認め治療を中止した。治療終了 36 日後に吐血し、上部消化管内視鏡で広範な胃粘膜びらんおよび壊死を認めた。造影 CT では胃から大腸にかけて壁肥厚、胃壁内および門脈内にガス像を認めた。以上より、irAE による重症消化管障害に門脈ガス血症を合併したと診断した。消化管に穿孔や不可逆的虚血壊死がないことを慎重に評価し、絶食、中心静脈栄養、ステロイドおよび抗菌薬による保存的治療を行ったところ、症状は改善した。2 週後 CT で門脈ガスは消失傾向、3 週後内視鏡でも粘膜所見は改善した。生検では CD8 陽性 T 細胞優位の炎症細胞浸潤を認め、irAE に矛盾しなかった。ステロイドは漸減中止し、その後再燃を認めていない。

**【考察】** 本症例では、免疫チェックポイント阻害薬に伴う高度な消化管粘膜障害により、腸管内ガスが門脈系へ移行したことが門脈ガス血症の発症機序として考えられた。門脈ガス血症は一般に外科的介入を要するが、irAE が原因の場合は慎重な評価の上、免疫抑制療法主体の保存的治療で回避できる可能性がある。今後、ペムブロリズマブ併用 CCRT の普及に伴い、重篤な消化管障害の鑑別として本病態も念頭に置き、早期診断と迅速な治療介入が重要と考える。

## 流産時の多量出血に対するフィブリノゲン活性値測定から 先天性低フィブリノゲン血症の診断に至った一例

恵寿総合病院 臨床研修センター<sup>1</sup>、産科婦人科<sup>2</sup>、血液内科<sup>3</sup>

杉下 翔<sup>1</sup>、新井 隆成<sup>2</sup>、中村 友哉<sup>1</sup>、山崎 雅英<sup>3</sup>

**【緒言】** 先天性フィブリノゲン欠乏症は100万人に1人とされる稀な先天性出血性疾患であり、妊娠合併例では自然流産や多量出血を契機に診断されることがある。流産時出血の原因検索において、凝固因子異常を念頭に置くことは妊娠を希望する女性診療において重要である。

**【症例】** 40代初産婦。既往に月経過多を認めた。今回IVF-ET後に妊娠成立したが、妊娠5週より性器出血を認め、次第に増量したため当科を受診した。来院時、多量の鮮血色の性器出血を認め、血液検査では血漿フィブリノゲン活性値105 mg/dLと低値であった。止血および流産処置目的に血液内科と連携し、新鮮凍結血漿6単位を輸血するも管理目標の150 mg/dLには満たず、フィブリノゲン製剤3gを投与の上、全身麻酔下で子宮内容除去術を施行した。術後出血の増加なく経過は良好であった。

流産後に凝固異常の精査を行ったところ、フィブリノゲン活性および抗原量がともに低値であり、低フィブリノゲン血症の診断を得た。家族検査では父親にも同様の所見を認め、遺伝性疾患が示唆された。さらに遺伝子検査を含む精密検査を実施し、先天性低フィブリノゲン血症と診断された。退院後も挙児希望があり、次回妊娠時には自然流産および出血予防を目的として、妊娠早期よりフィブリノゲン製剤を予防的に投与する方針とした。

**【考察】** 流産時の多量出血を契機にフィブリノゲン活性値を測定したことで、先天性低フィブリノゲン血症の診断に至った一例を経験した。今回経験した本疾患における早期診断へのアプローチは、その後の妊娠を含む周術期・周産期管理についてあらかじめ方針を立てること、また将来的な出血時の適切な止血対応を可能とし、患者の妊孕性や健康上の安全性向上に寄与する可能性があると考えられた。

## 妊娠成立と同時に再燃し準緊急手術を要した バセドウ病の一例

福井大学医学部附属病院 産科婦人科

國井 勝俊、玉村 千代、南谷 美和、工藤 渉、藤田 将行  
八代 憲司、井上 大輔、山田しず佳、白藤 文、川村 裕士  
大沼 利通、津吉 秀昭、品川 明子、折坂 誠

**【緒言】** バセドウ病は20～30代女性に好発する自己免疫性甲状腺機能亢進症であり、妊娠に合併することも少なくない。コントロール不良例では母児双方に影響を及ぼし、甲状腺クリーゼや新生児バセドウ病のリスクを伴うため、迅速かつ適切な治療選択が求められる。バセドウ病再燃のタイミングで妊娠成立判明し、治療に難渋した一例について報告する。

**【症例】** 30歳、1妊0産。26歳時にバセドウ病と診断されチアマゾール（MMI）を開始し、結婚を契機にプロピルチオウラシル（PTU）へ変更したが、抗好中球細胞質ミエロペルオキシダーゼ抗体（MPO-ANCA）陽性化のため中止した。その後はヨウ化カリウムで安定していたが、病勢増悪のタイミングで自然妊娠成立が判明した。十分な説明の上でMMIを再開し、周産期管理目的に当院紹介となった。

妊娠12週の初診時にANCA再上昇を認め、MMI減量を要したことから、胎児甲状腺の形成期前での手術介入を見据えた管理とした。しかし妊娠17週に甲状腺中毒症状が急速に増悪し入院となり、ステロイド投与下に全身状態を安定化させた上で、妊娠18週に準緊急甲状腺全摘術を施行した。周術期合併症や甲状腺クリーゼは認めず、術後経過は良好であった。

その後の妊娠経過は安定し、妊娠41週4日に経膈分娩となった。児にチアマゾール奇形症候群を疑う形態異常は認めず、新生児バセドウ病の発症もなかった。母児ともに良好な転帰を得た。

**【考察】** 妊娠中のバセドウ病管理では抗甲状腺薬が第一選択だが、本症例ではANCA陽性により薬物療法の継続が制限され、治療選択に大きな制約を伴った。その中で、他科と迅速・密接に連携し、適切な時期に手術療法へ移行したことで、母児ともに良好な転帰を得ることができた。妊娠中の甲状腺手術はセカンドラインではあるものの、病勢制御が困難な症例には有力な治療選択肢と思われる。

# 遺伝性乳癌卵巣癌症候群の乳癌に対する 化学療法および免疫チェックポイント阻害薬療法後に、 生殖補助医療を介して妊娠に至った1例

金沢医科大学医学部 産科婦人科学  
石田 徳成、柴田 健雄、高倉 正博

【諸言】若年乳癌患者の治療成績向上に伴い、治療後の妊孕性は重要な臨床課題となっている。今回、遺伝性乳癌卵巣癌症候群に対する化学療法および免疫チェックポイント阻害薬療法後に、早発卵巣不全（POI）様の所見であったが、生殖補助医療を介して妊娠に至った症例を報告する。

【症例】34歳女性、G0P0。*BRCA1* 変異陽性乳癌（cT2N1M0、cStage IIB、ER 低発現、PgR 陰性、HER2 陰性、Ki-67 90%）と診断された。術前化学療法としてペムブロリズマブ+カルボプラチン+パクリタキセル療法を施行し、続いてペムブロリズマブ+エピルビシン+シクロホスファミド療法を施行後、両側乳房切除術を施行した。術後病理診断は pCR（pathological complete response）と判定した。術後はペムブロリズマブによる補助療法を施行し、補助療法中に患者より妊娠希望を認めた。補助療法中の採血は AMH 0.03 ng/mL 未満、LH 59.4 mIU/mL、FSH 116.3 mIU/mL、E2 23 pg/mL と POI 様の所見であったが、時間経過とともに卵巣機能の回復を認め、排卵が確認された。治療終了約4か月後に採卵を行い、顕微授精により妊娠が成立した。

【考察】本症例は、*BRCA1* 変異陽性乳癌に対する ICI 併用化学療法後に著明な卵巣予備能の低下を認めたが、その後の機能回復により妊娠に至った。本邦においても ICI の使用機会は増加しているが、卵巣機能への直接的な影響は未だ不明な点が多い。本症例における POI 様の状態は、シクロホスファミド等の殺細胞性抗癌剤が主因と考えられたが、ICI による免疫関連有害事象（irAE）としての卵巣機能不全の可能性も考慮し、慎重な経過観察を要した。

若年乳癌患者の診療において、治療直後に卵巣機能が著しく低下した場合でも、時間経過とともに回復し妊娠に至る例が存在する。AMH 等の卵巣予備能評価のみで早期に断念するのではなく、継続的な評価に基づいた適切な生殖医療介入の検討が重要である。

## 当院における出生前診断された左心低形成症候群児の 周産期および出生後転帰の検討

新潟大学医歯学総合病院 産科婦人科

村竹 将太、森 裕太郎、早福あやか、高橋宏太郎

宗岡 清香、島 英里、須田 一暁、五日市美奈

松下 充、吉原 弘祐、西島 浩二

**【目的】** 当院で出生前診断された左心低形成症候群 (HLHS) 児の転帰および関連因子を後方視的に検討することを目的とした。

**【方法】** 2017年4月から2026年3月の間にHLHSと出生前診断された13例を対象に診療録を確認し、妊娠、周産期、出生後転帰、ならびに胎児超音波所見(卵円孔狭小化/閉鎖や右室機能低下、心外奇形)、染色体/遺伝学的異常、早産の有無、出生体重を検討した。妊娠転帰は人工妊娠中絶、子宮内胎児死亡または出生、出生後転帰は生存または死亡とした。さらに、段階的手術が年齢相応に進行しているかについても検討した。

**【結果】** 妊娠22週以前に診断された4例中3例が人工妊娠中絶を選択した。残る1例と妊娠22週以降に診断された9例を合わせた10例が妊娠を継続し、このうち3例が子宮内胎児死亡、7例が出生した。出生した7例のうち早産は2例、正常産は5例あった。早産の原因は母体適応による妊娠終結及び早産期陣発が各1例であった。低出生体重を4例(早産2例、正常産2例)に認めた。出生後転帰としては2例が死亡した。5例は生存しており、うち4例は段階的手術を年齢相応に継続している。児の背景については、13例中、卵円孔狭小化を2例、心外奇形を5例、染色体異常を3例に認めたが、右室機能低下例は見られなかった(重複あり)。転帰不良例の特徴に関して子宮内胎児死亡3例は全例に心外奇形を認め、うち2例は染色体異常を伴い、1例は卵円孔狭小化を有していた。出生後死亡2例のうち1例は心外奇形を有し、残る1例は卵円孔狭小化、早産及び低出生体重(在胎相当体重児)を認めた。

**【結論】** HLHSの不良転帰例では、心外奇形、染色体異常、卵円孔狭小化を伴う症例がみられた。これらの所見を出生前に評価することは、周産期管理および出生後治療方針の検討に重要と考えられた。

## 助産院での GBS 対策は可能か？ 抗菌薬投与体制の構築と 1 例

市立敦賀病院 産科婦人科

荒井 悠、黒田 裕子、山本 真、秋元 宏輝

**【目的】** 助産院における分娩は低リスク妊娠を対象とするが、B 群溶血性レンサ球菌（GBS）陽性妊婦への周産期感染対策は課題である。GBS 陽性であっても臨床的に問題となる症例は限定的である一方、抗菌薬投与体制の不備を理由に医療機関への転院を要する場合があります。助産院分娩の継続に影響を及ぼしている。また医師不在環境において抗菌薬予防投与を安全に実施する体制整備には、運用上および制度上の課題が存在する。本研究では、当該助産院における抗菌薬投与体制の構築と、その初期運用例について検討した。

**【方法】** 年間分娩数 20 例未満の助産院において、嘱託医療機関と連携し、GBS 陽性妊婦に対する抗菌薬投与プロトコルを策定した。分娩経過中にアンピシリンの静脈内投与を開始可能とするため、助産師による実施を前提とした指示書を整備した。また、投与開始が困難と判断される場合の搬送基準を明確化した。導入後に経験した症例について、投与の実施状況および分娩転帰を検討した。

**【結果】** 抗菌薬投与体制の構築にあたり、薬剤の供給体制や責任の所在を明確化するため、関係機関との契約調整に多くの時間と労力を要した。これらの課題を一つずつ整理することで、助産院においても抗菌薬投与が可能な体制を整備した。対象期間中に GBS 陽性妊婦 1 例を経験し、プロトコルに基づく対応を実施した。症例の詳細な経過については当日提示する。

**【結論】** 助産院においても、明確なプロトコルと医療機関との連携により、GBS 陽性妊婦への抗菌薬予防投与は実施可能である。症例は限られるものの、本取り組みは院外分娩における感染対策の一つの実践モデルとなり得る。今後は症例の蓄積とともに運用の検証を進める必要がある。

## 良好な転帰を辿った胎児共存奇胎の1例

新潟市民病院 産科婦人科

寺澤 昂希、生野 寿史、加藤奈都美、為我井加菜、島 英里  
上村 直美、森川 香子、山口 雅幸、常木郁之輔、柳瀬 徹

### 【諸言】

胎児共存奇胎（正常胎児と全胎状奇胎の双胎妊娠）は2万～10万例に1例と非常にまれな疾患であり、流産・妊娠高血圧症候群・胎児死亡など周産期合併症リスクが高いとされる。今回、良好な妊娠経過を辿り、胎児共存奇胎（CHMCF）の診断となった一例を経験したので報告する。

### 【症例】

43歳，6妊1産（自然流産4回）。自然妊娠成立後、妊娠初期より当科にて管理されていた。妊娠13週時にNIPT（非侵襲性出生前診断遺伝学的検査）を施行し、陰性であった。その際の経腹超音波断層法にて胎盤辺縁に長径3cm程度の低輝度エコーを呈する嚢胞性腫瘍がみられた。妊娠20週のスクリーニングエコー時には、モザイク状エコーを呈する状態で流入する血流がみられ、正常胎盤との連続性が疑われた。妊娠25週のMRIでは、胎盤血管腫疑い（鑑別診断としてCHMCF）の結果であったが、妊娠28週時の血中hCG:92,164mIU/mLと異常高値ではなかったため、胎盤血管腫・間葉性異形成胎盤などの可能性を念頭に妊娠管理を継続した。妊娠後期に妊娠糖尿病の診断となったが、それ以外は合併症なく経過した。妊娠37週4日、既往帝王切後妊娠にて選択的帝王切開術施行（男児，3432g，Apgar score:8/9点）。胎盤辺縁に長径7cm大の嚢胞が集簇した病変部を認め、免疫組織化学染色では病変部はp57Kip2陰性，背景胎盤はp57Kip2陽性であり、病変部は背景胎盤に比べてhCG強陽性を示し、胎児共存奇胎の最終診断となった。

### 【考察】

今回、妊娠初期には胎盤辺縁血腫様のエコー像を呈し、妊娠中のhCG値も明らかな異常高値ではなかったため、胎児共存奇胎を積極的に疑うことが困難であった。CHMCFでは続発性疾患の発生頻度が高いため、慎重に奇胎娩出後管理を継続する方針である。

# 線維筋痛症様広範疼痛を伴う妊婦に対する 硬膜外鎮痛の有用性：無痛分娩管理の一例

石川県立中央病院 産科婦人科

藤原 孝史、平吹 信弥、中出 光、飯田 紗羅、中村 慶乃  
上野 洋誉、碓井 愛、尾山 量子、東 恭子、野村 学史  
黒岩 征洋、宮崎有美子、山崎 玲奈、水本 泰成、佐々木博正

**【緒言】** 線維筋痛症や筋痛性脳脊髄炎／慢性疲労症候群（ME/CFS）に代表される線維筋痛症様の広範疼痛を有する妊婦では、疼痛および不安の増悪により分娩管理に難渋する場合がある。特に分娩時の侵害刺激は症状増悪の契機となり得るが、分娩前からの予防的鎮痛介入に関する報告は限られている。今回、線維筋痛症様疼痛を伴う妊婦に対し、分娩前から硬膜外鎮痛を導入し良好な分娩経過を得た症例を経験したため報告する。

**【症例】** 29歳、1妊0産。27歳時、新型コロナウイルス感染症後より全身倦怠感、筋肉痛、関節痛が出現し、前医にてME/CFSと診断され、線維筋痛症様の広範疼痛を呈しトラマドール／アセトアミノフェン内服で加療していた。妊娠後は一時的に症状軽減を認めたが、妊娠33週頃より線維筋痛症様疼痛が再増悪したため内服薬を増量した。妊娠35週より疼痛管理目的に入院し、オピオイド貼付剤を導入したが、疼痛コントロールは不十分であり分娩に対する不安も強かった。妊娠37週に計画分娩とし、誘発前日より硬膜外カテーテルを留置し持続鎮痛を開始したところ、全身痛の軽減および精神的安定を認めた。分娩進行は概ね良好であり、適宜追加投与により疼痛管理可能で、母体の過度な疲弊なく経膈分娩に至った。

**【考察】** 本症例では分娩前から硬膜外鎮痛を導入することで、侵害刺激に対する予防的管理および不安軽減が得られ、安定した分娩進行に寄与したと考えられた。また、分娩に対する心理的負担の軽減により治療アドヒアランスの向上にも寄与した可能性がある。線維筋痛症様の慢性疼痛を合併した妊娠においては、多職種連携のもと分娩前からの計画的鎮痛介入を含めた周産期管理が有用な選択肢となる可能性が示唆された。

## 当院における無痛分娩導入の取り組みと初期運用成績

福井県立病院 産科婦人科  
南部 仁美、戸室有香子、井上 理史、広多見和子  
松井俊一郎、榎本 咲子、中出 恭平、高橋 仁  
堀 芳秋、加藤じゅん、田中 政彰

**【目的】** 近年、妊婦の無痛分娩に対するニーズは高まっている。一方、福井県内では分娩数が減少傾向にあり、無痛分娩取扱施設も限られている。分娩数減少への対応、および基幹病院として無痛分娩ロールモデル構築を目的に、2024年度より無痛分娩を導入した。その過程と課題、初期運用成績について報告する。

**【方法】** 導入に際しては、急変時対応、多職種協力体制、硬膜外麻酔手技の確立を中心に準備した。急変時対応として、当院医師全員が参加する医局会での他科医師に向けた情報共有に加え、全身麻酔患者での人工呼吸の練習、学会などが主催する急変時対応コース受講などを通じて手技習得を図った。さらには助産師・看護師と共同でマニュアル作成や院内勉強会、緊急時シミュレーションを実施した。看護師・薬剤師と協力して、無痛分娩に必要な物品・緊急時必要薬をまとめた無痛分娩カートも作成した。硬膜外麻酔の手技に関しては、当院では帝王切開は原則自科麻酔で行っているため大きな支障なく導入できた。

**【結果】** 無痛分娩希望者（無痛分娩可能と判断した症例に限る）は2024年度49人、2025年度88人、そのうち実際に無痛分娩を施行できたのは2024年度19人、2025年度39人であった。無痛分娩導入後の課題として、導入直後はオンデマンド無痛分娩のみを対象としていたが、スタッフの習熟度や時間的制約の影響により、実施件数は限定的であったことが挙げられる。その後、計画無痛分娩の導入により運用経験の蓄積が進み、実施件数は増加した。その他の導入後の課題としては、既存分娩システムとの共存があげられる。安全に無痛分娩も非無痛分娩も行うために、助産師も交えて分娩待機情報を共有し無痛分娩行えるか毎朝カンファレンスで協議している。

**【結論】** 無痛分娩導入には、急変時対応体制の構築、他科・多職種連携が重要である。当院の取り組みは、地域における安全な無痛分娩導入・定着の一助となる可能性がある。



## 広告協賛企業・病院一覧

エーザイ株式会社

MSD 株式会社

ジェンマブ株式会社

メルクバイオフーマ株式会社

あすか製薬株式会社

武田薬品工業株式会社

科研製薬株式会社

日本新薬株式会社

テルモ株式会社

ファイザー株式会社

福井県済生会病院





hvc  
human health care

## 患者様の想いを見つめて、 薬は生まれる。

顕微鏡を覗く日も、薬をお届けする日も、見つめています。  
病気とたたかう人の、言葉にできない痛みや不安。生きることへの希望。  
私たちは、医師のように普段からお会いすることはできませんが、  
そのぶん、患者様の想いにまっすぐ向き合っていたいと思います。  
治療を続けるその人を、勇気づける存在であるために。  
病気を見つめるだけでなく、想いを見つめて、薬は生まれる。  
「ヒューマン・ヘルスケア」。それが、私たちの原点です。

### ヒューマン・ヘルスケア企業 エーザイ



エーザイはWHOのリンパ系フィラリア病制圧活動を支援しています。



がんに勝ちたい、もっと。

家族と一緒にいたい、もっと。

患者さんを笑顔にしたい、もっと。

革新的な薬を届けたい、もっと。

## がんと向き合う 一人ひとりの想いに応えたい。

私たちMSDは、革新的ながん治療薬を開発する情熱を抱き、  
一人でも多くの患者さんに届けるという責任をもって  
がん治療への挑戦を続けています。

MSD株式会社  
〒102-8667 東京都千代田区九段北1-13-12 北の丸スクエア  
<http://www.msdd.co.jp/>

WINNING

MORE

AGAINST

CANCER



抗悪性腫瘍剤／  
組織因子標的抗体微小管阻害薬複合体

薬価基準収載

# テブダック<sup>®</sup> 点滴静注用 40mg

チソツマブ ベドチン(遺伝子組換え)注

tivdak<sup>®</sup>

生物由来製品 劇薬 処方箋医薬品<sup>注)</sup> 注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む注意事項等情報等については最新の電子添文をご参照ください。

2026年4月作成  
COM-JP-TV-0000087-v2.0



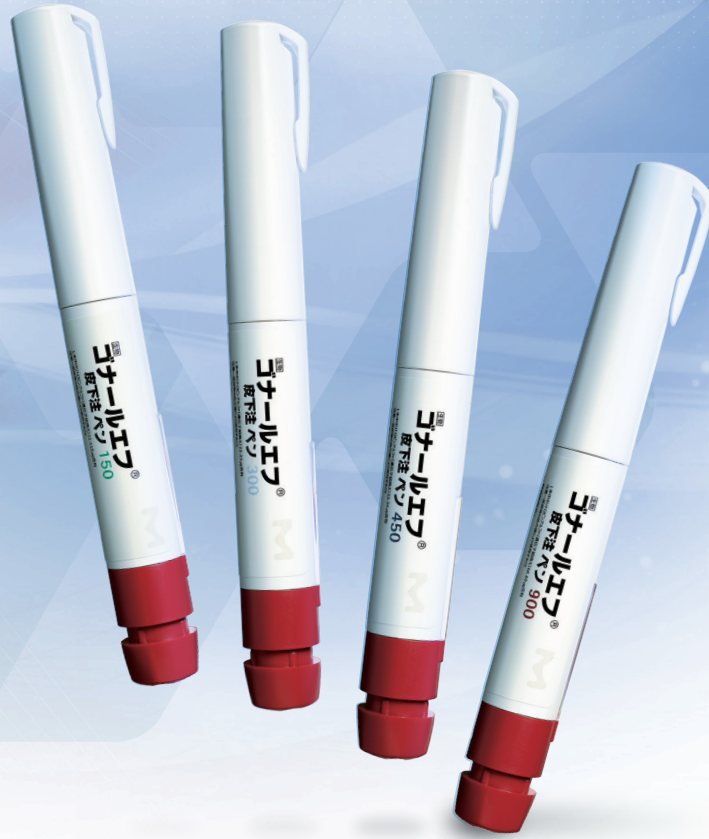
製造販売元

ジェンマブ株式会社  
東京都港区赤坂九丁目7番1号  
ミッドタウン・タワー

【文献請求先及び問い合わせ先】  
くすり相談室  
フリーダイヤル 0120-470-317

**GONALEF**<sup>®</sup>  
FOLLITROPIN ALFA

## ゴナールエフ<sup>®</sup> 皮下注ペンに 新しく150<sup>\*</sup>が加われました



※ホリトロピン アルファ (遺伝子組換え) として11.115 $\mu$ gを含む  
効能又は効果、用法及び用量、警告・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。

生物由来製品 処方箋医薬品<sup>注)</sup>

遺伝子組換えヒト卵胞刺激ホルモン(FSH)製剤

〈薬価基準収載〉

# ゴナールエフ<sup>®</sup> 皮下注ペン<sup>150/300</sup> <sup>450/900</sup>

一般名 ホリトロピン アルファ(遺伝子組換え)

注) 注意—医師等の処方箋により使用すること

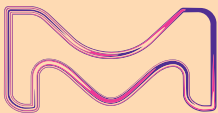
製造販売元

**メルクバイオフーマ株式会社**

東京都港区麻布台一丁目3番1号

文献請求先及び問い合わせ先: メディカル・インフォメーション フリーダイヤル 0120-870-088

2025年1月作成  
JP-GON-01064



**MERCK**



GnRHアンタゴニスト  
劇薬 処方箋医薬品<sup>※1</sup>

**レルミナ<sup>®</sup>錠 40mg**

RELUMINA<sup>®</sup> Tablets 40mg (レルゴリクス) 薬価基準収載

注)注意-医師等の処方箋により使用すること

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



## Better Health, Brighter Future

タケダは、世界中の人々の健康と、輝かしい未来に貢献するために、グローバルな研究開発型のバイオ医薬品企業として、革新的な医薬品やワクチンを創出し続けます。

1781年の創業以来、受け継がれてきた価値観を大切に、常に患者さんに寄り添い、人々と信頼関係を築き、社会的評価を向上させ、事業を発展させることを日々の行動指針としています。

武田薬品工業株式会社  
[www.takeda.com/jp](http://www.takeda.com/jp)



Seprafilm  
ADHESION BARRIER



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]



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)

# 新しい生きるを、 創る。



L. Koechlin



日本新薬

NIPPON SHINYAKU CO., LTD.

TERUMO

スプレーなら、狙いやすい

遮着防止吸収性バリア

Ad: Spray

一般的名称: 遮着防止吸収性バリア 販売名: アドスプレー 医療機器承認番号: 22800BZX00234

製造販売者 テルモ株式会社 〒151-0072 東京都渋谷区幡ヶ谷2-44-1 [www.terumo.co.jp](http://www.terumo.co.jp)

TERUMO Ad: Sprayはテルモ株式会社の商標です。  
テルモ アドスプレーはテルモ株式会社の登録商標です。  
©テルモ株式会社 2016年5月

Pfizer  
ファイザー

新発売

経口CGRP受容体拮抗薬

薬師基準収載

ナルテイク® OD錠  
75mg

Nurtec® OD tablets 75 mg リメゲバント硫酸塩水和物OD錠

処方箋医薬品 注意—医師等の処方箋により使用すること

「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

ファイザー株式会社

〒151-8589 東京都渋谷区代々木3-22-7

文献請求先及び製品の問い合わせ先:

Pfizer Connect / メディカル・インフォメーション 0120-664-467  
<https://www.pfizermedicalinformation.jp>

販売情報提供活動に関するご意見:

0120-407-947  
<https://www.pfizer.co.jp/pfizer/contact/index.html>

2025年12月作成

NUR72Q004A

理念 患者さんの立場で考える



社会福祉法人 恩賜 財団 済生会支部

福井県済生会病院

院長 笠原善郎

〒918-8503 福井県福井市和田中町7番地1

TEL 0776-23-1111 (代表)

URL <https://www.fukui-saiseikai.com/>

社会的に弱い立場にある人々も誰一人取り残さず、  
すべての人が地域社会に参加し、共に生きていくという理念

「ソーシャルインクルージョン」。

私たちは、医療や福祉サービスを通じて

「ソーシャルインクルージョンの根付いた社会 = 誰一人取り残されない社会」  
の実現を目指します。

