

令和 8 年度
第51回岡山産科婦人科学会

総会ならびに学術講演会 プログラム・抄録集

付 岡山産科婦人科学会会則および役員名簿

会期：令和 8 年11月15日（日）

会場：岡山県医師会館 三木記念ホール
岡山県岡山市北区駅元町19番 2 号

会 長：味村 和哉

共 催：岡山県医師会
岡山県産婦人科医会

令和 8 年度
第51回岡山産科婦人科学会

総会ならびに学術講演会プログラム

◆座長の先生方へ

- ・次座長の先生は次座長席でお待ちください。
- ・時間厳守でスムーズな進行をお願い致します。

◆演者の先生方へ

- ・次演者の先生は次演者席でお待ちください。
- ・発表時間 7 分，討論時間 3 分です。時間厳守をお願い致します。

◆参加の先生方へ

- ・日本産科婦人科学会の専門医研修出席証明および日本専門医機構の産婦人科領域講習（対象プログラム「特別講演」）出席証明は，JSOG カードもしくはデジタル会員証を使用いたします。必ずご持参ください。
- ・特別講演につきましては，講演開始10分を過ぎた場合，聴講は可能ですが，機構専門医単位付与はされません。ご了承ください。
- ・日本産婦人科医会の参加証明は会員証で受付致しますので，必ずご持参下さい。（参加証（シール）の配布は終了しました。）

総会・学術講演会プログラム

9：25 開 会

9：30～11：40 一般講演

9：30～10：30 第1群 座長 菅野 潔 先生(倉敷成人病センター)

10：40～11：40 第2群 座長 清川 晶 先生(倉敷中央病院)

11：00～12：00 役員会（4階会議室）

12：00～13：00 ランチョンセミナー 座長 三宅 達也 先生
(三宅おおふくクリニック)

「女性の未来を支えるビタミンD
—生殖・周産期から更年期のエクオール活用まで—」
川崎医科大学 産婦人科学 特任准教授
太田 邦明 先生
(共催：大塚製薬株式会社)

13：05～13：20 総 会

13：30～14：30 スポンサーセミナー 座長 増山 寿 先生(岡山大学)
「子宮筋腫診療の再考：
病態機序・分類・妊孕性を統合した最新理解」
名古屋大学医学部附属病院 産科婦人科 診療教授
中村 智子 先生
(共催：キッセイ薬品工業株式会社)

14：40～15：40 特別講演 座長 味村 和哉 先生(川崎医科大学)
「内科医の立場から挙児希望の女性を
応援してきた四半世紀を振り返って」
一般社団法人 妊娠と薬情報研究会 理事長
埼玉医科大学 リウマチ膠原病科 客員教授
村島 温子 先生

15：50～16：50 一般講演
第3群 座長 松本 良 先生(川崎医科大学)

16：50 閉 会

一般演題

第1群（9：30～10：30）

座長 菅野 潔 先生（倉敷成人病センター）

1）性交歴のない女性を対象とした骨盤磁気共鳴画像の年齢層別所見の検討

三宅おおふくクリニック¹⁾，三宅医院²⁾，三宅医院問屋町テラス³⁾

○佐野力哉¹⁾，河本貴之¹⁾，高吉理子²⁾，伊藤 綾²⁾，小田隆司²⁾，小國信嗣³⁾，
江口武志²⁾，橋本 雅²⁾，高田智价²⁾，清川麻知子²⁾，酒本あい²⁾，秦 利之²⁾，
三宅達也¹⁾，三宅貴仁²⁾

2）無症候で経過した卵巣妊娠の1例

岡山二人クリニック¹⁾，川崎医科大学 産婦人科学²⁾

○森本裕美子¹⁾，羽原俊宏¹⁾，増本由美¹⁾，小坂由紀子¹⁾，寺田さなえ¹⁾，
吉岡奈々子¹⁾，林 伸旨¹⁾，齋藤 渉²⁾，太田邦明²⁾，味村和哉²⁾

3）当院における vNOTES 104例の短期成績と周術期合併症の検討

倉敷中央病院

○深江 郁，堀川直城，河合優紘，田中秀憲，山岡千夏，西 正，
三嶋怜奈，由良典子，稲川貴一，手塚 聡，堀川陽平，橋本阿実，
福田真優，杉山亜未，畑山裕生，黒田亮介，雪本めぐみ，田中 優，
清川 晶，中堀 隆，本田徹郎，長谷川雅明，福原 健

4）TVM 術後の骨盤臓器脱再発に対してロボット支援ペクトペクシーを施行した1例

倉敷中央病院

○山岡千夏，堀川直城，河合優紘，田中秀憲，西 正，三嶋怜奈，
由良典子，稲川貴一，手塚 聡，堀川陽平，橋本阿実，福田真優，
畑山裕生，深江 郁，黒田亮介，雪本めぐみ，田中 優，清川 晶，
中堀 隆，本田徹郎，福原 健

5）局所進行子宮頸癌に対して術前化学療法後の円錐切除術により妊孕性温存治療を行った1例

岡山大学病院 産婦人科

○谷岡桃子，長尾昌二，依田尚之，田中佑衣，藤川 淳，今谷稜子，
杉原花子，谷 佳紀，岡本和浩，松岡敬典，原賀順子，増山 寿

6) 集学的外科治療により完全切除し得た進行成人型顆粒膜細胞腫の一例

川崎医科大学 産婦人科学

○田坂佳太郎, 太田啓明, 松島晴香, 岡本 華, 河村省吾, 齋藤 渉,
松本 良, 杉原弥香, 太田邦明, 坪内弘明, 味村和哉

第2群 (10:40~11:40)

座長 清川 晶 先生(倉敷中央病院)

7) 胎児期の骨盤内嚢胞から総排泄腔遺残症を疑った多発構築異常児の1例

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室

○石原理絵, 大平安希子, 栗山千晶, 坂田周治郎, 篠崎真里奈, 中藤光里,
加藤正和, 三島桜子, 桐野智江, 衛藤英理子, 増山 寿

8) 品胎の一児に胎児頰脈を認め, 出生後に先天性接合部異所性頻拍と診断された一例

独立行政法人国立病院機構岡山医療センター 産婦人科

○柏原朋佳, 塚原紗耶, 浅桐育男, 甲斐憲治, 吉田瑞穂, 政廣聡子,
沖本直輝, 熊澤一真, 多田克彦

9) 当院における ERAC に基づいた帝王切開管理: グラニセトロン予防投与における
IONV/PONV 予防効果

岡山中央病院 産婦人科

○三枝資枝, 久保倫子, 伊賀美穂, 木村吉宏, 江口勝人, 金重恵美子

10) PPH の病態 - 1. PPH で認める凝固障害非合併例および子宮・胎盤限局型凝固障
害例における凝固線溶活性の特徴

独立行政法人国立病院機構 (NHO) 岡山医療センター¹⁾, Medical Data Labo²⁾,
サン・クリニック³⁾, NHO小児・周産期医療ネットワーク研究グループ⁴⁾

○吉田瑞穂¹⁾⁴⁾, 宮木康成¹⁾²⁾³⁾, 多田克彦¹⁾⁴⁾, 浅桐育男¹⁾, 柏原朋佳¹⁾,
甲斐憲治¹⁾⁴⁾, 塚原紗耶¹⁾⁴⁾, 政廣聡子¹⁾, 沖本直輝¹⁾⁴⁾, 熊澤一真¹⁾⁴⁾

11) PPH の病態 - 2. 出血速度, fibrinogen, FDP および DIC 予測式を用いた PPH で
認める病態を分類するアルゴリズム

独立行政法人国立病院機構 (NHO) 岡山医療センター¹⁾, Medical Data Labo²⁾,
サン・クリニック³⁾, NHO小児・周産期医療ネットワーク研究グループ⁴⁾

○多田克彦¹⁾⁴⁾, 宮木康成¹⁾²⁾³⁾, 吉田瑞穂¹⁾⁴⁾, 浅桐育男¹⁾, 柏原朋佳¹⁾,
甲斐憲治¹⁾⁴⁾, 塚原紗耶¹⁾⁴⁾, 政廣聡子¹⁾, 沖本直輝¹⁾⁴⁾, 熊澤一真¹⁾⁴⁾

- 12) 4度の心肺停止を来した重症 postpartum hemorrhage に対し Damage Control Surgery を含む集学的治療により救命し得た1例

川崎医科大学 産婦人科学

○松島晴香, 松本 良, 田坂佳太郎, 岡本 華, 河村省吾, 齋藤 渉,
杉原弥香, 太田邦明, 坪内弘明, 太田啓明, 味村和哉

ランチオンセミナー (12:00~13:00)

座長 三宅 達也 先生

(三宅おおふくクリニック)

「女性の未来を支えるビタミンD

— 生殖・周産期から更年期のエクオール活用まで —

川崎医科大学 産婦人科学 特任准教授

太田 邦明 先生

(共催: 大塚製薬株式会社)

総会 (13:05~13:20)

スポンサードセミナー (13:30~14:30)

座長 増山 寿 先生 (岡山大学)

「子宮筋腫診療の再考:

病態機序・分類・妊孕性を統合した最新理解」

名古屋大学医学部附属病院 産科婦人科 診療教授

中村 智子 先生

(共催: キッセイ薬品工業株式会社)

特別講演 (14:40~15:40)

座長 味村 和哉 先生 (川崎医科大学)

「内科医の立場から挙児希望の女性を

応援してきた四半世紀を振り返って」

一般社団法人 妊娠と薬情報研究会 理事長

埼玉医科大学 リウマチ膠原病科 客員教授

村島 温子 先生

第3群 (15:50~16:50)

座長 松本 良 先生 (川崎医科大学)

- 13) 受精卵の生命誕生における運動エネルギーと自由エネルギー原理

サン・クリニック¹⁾, Medical Data Labo²⁾, 岡山二人クリニック³⁾,

ミオ・ファティリティ・クリニック⁴⁾

○宮木康成¹⁾²⁾, 萬 もえ¹⁾, 立石洋子¹⁾, 山縣威日¹⁾, 羽原俊宏³⁾, 林 伸旨³⁾,
見尾保幸⁴⁾

14) 当院の妊孕性温存の実施状況

倉敷中央病院 産婦人科¹⁾, 臨床検査技術部²⁾,
がん相談支援センター³⁾, 薬剤部⁴⁾
○田中秀憲¹⁾, 雪本めぐみ¹⁾, 田中 優¹⁾, 綱島充英²⁾, 森迫知早³⁾,
松嶋史絵³⁾, 石原泰子⁴⁾, 本田徹郎¹⁾

15) 完全型アンドロゲン不応症の2例

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科婦人科学教室¹⁾,
岡山大学大学院 保健学研究科²⁾
○光井 崇¹⁾, 西田康平¹⁾, 檜野千明¹⁾, 中塚幹也²⁾, 増山 寿¹⁾

16) 帝王切開術後の腹部 Xp で腹腔内異物の存在が疑われた子宮卵管造影後の造影剤遺
残の2例

独立行政法人国立病院機構岡山医療センター 産婦人科
○新谷隆斗, 沖本直輝, 浅桐育男, 柏原朋佳, 甲斐憲治, 吉田瑞穂,
塚原紗耶, 政廣聡子, 熊澤一真, 多田克彦

17) 帝王切開後に創部周囲から腹直筋内へ進展した腹壁子宮内膜症の1例

岡山赤十字病院 産婦人科¹⁾, 岡山赤十字病院 病理診断科²⁾,
岡山赤十字病院 形成外科³⁾
○瀬尾里奈¹⁾, 大木知佳²⁾, 栗山修平³⁾, 相本法慧¹⁾, 秋定 幸¹⁾, 山本梨沙¹⁾,
柏原麻子¹⁾, 佐々木佳子¹⁾

18) 当院における過去10年間の性感染症定点報告の年次推移

川崎医科大学総合医療センター 産婦人科¹⁾,
川崎医科大学総合医療センター 泌尿器科²⁾,
川崎医科大学総合医療センター 皮膚科³⁾
○藤原道久¹⁾, 近藤佳子¹⁾, 松本桂子¹⁾, 村田卓也¹⁾, 中村圭一郎¹⁾,
下屋浩一郎¹⁾, 上原慎也²⁾, 山本剛伸³⁾, 本郷淳司¹⁾

演題に対するご注意

講演時間 1題7分, 討論3分, スライド1面でお願いします。

特別講演では以下の単位が付与されます。

特別講演	産婦人科領域講習 1 単位，生涯教育講習 1 単位
------	---------------------------

なお，特別講演を受講した場合，岡山県母体保護法指定医師の更新の為の出席回数にカウントされます。

抄 録 集

[特別講演]

内科医の立場から挙児希望の女性を応援してきた四半世紀を振り返って

一般社団法人 妊娠と薬情報研究会 理事長
埼玉医科大学 リウマチ膠原病科 客員教授
村島 温子

研修医時代に担当した20代の全身性エリテマトーデス患者との出会いをきっかけに、この不条理な病気をどうにかしたいと、膠原病を専門とする道を選んだ。3回の出産を経て「膠原病患者の妊娠」に取り組む中で、今度は、病気をもつ女性が妊娠をあきらめなければならないという不条理に直面した。それをどうにかしたいという思いが、母性内科への道につながった。母性内科に従事した20数年間、産科医や新生児科医、そして患者さんから学びながら、社会に一定の貢献ができたと感じる一方、期待に応えられなかった症例や、命を救えなかった患者さんのことを、今も折に触れて重い気持ちで振り返っている。

薬物治療は、母性内科における重要な診療の柱である。しかし、妊娠・授乳中であることを理由に十分な治療を受けられず、母児ともに不幸な転帰をたどる症例に遭遇し、3つ目の不条理に直面した。その解決を模索する中で、妊娠と薬情報センターの設立に携わる機会を得られたことは、私にとって大きな幸運であった。産科医や薬剤師の先生方とともに、エビデンスに基づく情報提供体制を構築し、相談症例をもとにしたエビデンスの創出や、添付文書の妊婦禁忌の見直しに取り組んできた。また、診療ガイドラインの作成への協力や、講演・執筆を通じて、この領域の理解を広めることに努めてきた。

本講演では、3つの不条理に対する「なぜ」という問いを原動力として歩んできた軌跡をたどりながら、母性内科医が目指してきたもの、そしてこれから目指すべき医療についてお話ししたい。

村島 温子

【略歴】

昭和57年 3 月 筑波大学医学専門学群卒業
昭和57年 4 月 国家公務員共済組合連合会虎の門病院内科研修医
昭和60年 4 月 順天堂大学 膠原病内科学講座入局
平成 7 年10月 同 講師
平成14年 3 月 国立成育医療センター 周産期診療部 母性内科医長
平成20年 4 月 同 妊娠と薬情報センター センター長併任
平成22年 4 月 国立成育医療研究センター 母性医療診療部部長
平成25年11月 同 周産期・母性診療センター 主任副センター長
令和 5 年 4 月 同 妊娠と薬情報センター センター長専任
令和 6 年 1 月 埼玉医科大学 リウマチ膠原病科 客員教授
令和 6 年 3 月 国立成育医療研究センター退職
令和 6 年 4 月 一般社団法人妊娠と薬情報研究会 理事長

現在に至る

1. 性交歴のない女性を対象とした骨盤磁気共鳴画像の年齢層別所見の検討

三宅おおふくクリニック¹⁾, 三宅医院²⁾, 三宅医院問屋町テラス³⁾

○佐野力哉¹⁾, 河本貴之¹⁾, 高吉理子²⁾, 伊藤 綾²⁾, 小田隆司²⁾,
小國信嗣³⁾, 江口武志²⁾, 橋本 雅²⁾, 高田智价²⁾, 清川麻知子²⁾,
酒本あい²⁾, 秦 利之²⁾, 三宅達也¹⁾, 三宅貴仁²⁾

【目的】性交歴のない女性を対象として行った骨盤 MRI の臨床的診断を年齢層別に評価することを目的とした。

方法：当院で骨盤 MRI 検査を施行した性交歴のない女性262名を対象とした。後方視的単一施設研究である。放射線専門医による MRI の読影所見を器質性疾患と機能性疾患に分類した。MRI を行うにいたった主訴, MRI による臨床的診断とその後の治療内容を年齢層別に調査した。

【結果】全集団における MRI の有所見率は87.4%と極めて高値であった。10代は20歳以上に比して機能性疾患の割合が有意に高く ($p < 0.001$), 逆に器質性疾患の割合は有意に低かった ($p < 0.001$)。また, 10代の3割に器質性疾患の所見が確認された。MRI 後の治療介入率は10代で74.6%に達し, 20歳以上と比較して有意に高かった ($p < 0.001$)。治療全体の6割以上をホルモン治療が占めていたが, 10代では対症療法が, 20歳以上では手術療法がそれぞれ有意差をもって選択されていた ($p < 0.05$)。

【結論】骨盤 MRI は性交歴のない女性においても非侵襲的かつ有力な診断モダリティである。MRI 所見は最適な治療選択につなげるツールの1つである。

2. 無症候で経過した卵巣妊娠の1例

岡山二人クリニック¹⁾，川崎医科大学 産婦人科学²⁾

○森本裕美子¹⁾，羽原俊宏¹⁾，増本由美¹⁾，小坂由紀子¹⁾，寺田さなえ¹⁾，
吉岡奈々子¹⁾，林 伸旨¹⁾，齋藤 渉²⁾，太田邦明²⁾，味村和哉²⁾

【緒言】異所性妊娠の95%は卵管妊娠とされ，卵管以外の着床部位である卵巣妊娠は1-3%程度と稀である。早期から破裂し腹腔内出血を来す例が多いが，今回，無症候性に経過し術前は卵管妊娠と診断したものの，手術所見により卵巣妊娠と判明した症例を経験したので報告する。

【症例】33歳，0妊。最終月経X年7月某日。月経不順あり。月経26日目に挙児希望で当院を初受診した。その後，最終月経からの換算で妊娠5週6日にあたる日に妊娠反応陽性を確認，同6週4日に当院を再診した。内診で圧痛や外性器出血はなく，経膈超音波検査で左付属器領域に約20mmの胎芽像（妊娠9週1日相当，心拍陰性）を認めた。ダグラス窩の液体貯留はごく少量であり，血中hCG値は53,000mIU/mLであった。左卵管妊娠疑いにて他院へ紹介し，腹腔鏡下手術の方針となった。術中，左卵管は正常で左卵巣表面に着床部位を認め，左卵巣妊娠と診断された。妊孕性温存のため卵巣部分切除が検討されたが，病変部からの出血コントロールが困難であり，腹腔鏡下左付属器切除術が施行された。総出血量は1,500mLに及び，術後輸血を要した。なお，術後の病理組織検査にて卵巣妊娠と確定診断されている。

【考察】卵巣妊娠は急性腹症で発症することが多いが，本症例のように無症候のまま胎芽が発育する場合がある。妊孕性温存のためには可能な限り健常な卵巣組織を残すことが望まれるが，本症例のような血流の豊富な病変では出血コントロールが困難となり，母体安全のために付属器切除を余儀なくされる場合がある。子宮内に胎嚢を認めない場合は，卵巣妊娠も念頭に置いた慎重な画像評価と，緊急時の大量出血に備えた周到な手術準備が不可欠である。

3. 当院における vNOTES 104例の短期成績と周術期合併症の検討

倉敷中央病院

○深江 郁, 堀川直城, 河合優紘, 田中秀憲, 山岡千夏, 西 正,
三嶋怜奈, 由良典子, 稲川貴一, 手塚 聡, 堀川陽平, 橋本阿実,
福田真優, 杉山亜未, 畑山裕生, 黒田亮介, 雪本めぐみ, 田中 優,
清川 晶, 中堀 隆, 本田徹郎, 長谷川雅明, 福原 健

【目的】 vaginal natural orifice transluminal endoscopic surgery (vNOTES) は、経腔的に腹腔内へアプローチすることで腹壁創を必要としない低侵襲手術であり、婦人科良性疾患に対する新たな術式として普及しつつある。当院では vNOTES を導入後、骨盤臓器脱、良性子宮疾患、卵巣腫瘍へと適応を拡大してきた。今回、当院における vNOTES 104例の短期手術成績および周術期合併症について検討した。

【方法】 2023年6月から2026年3月までに当院で vNOTES を施行した104例を対象とした。内訳は骨盤臓器脱（子宮全摘，腔閉鎖，腔断端挙上）37例，子宮良性疾患（子宮全摘）40例，卵巣腫瘍（付属器切除，腫瘍摘出）27例であった。各疾患群における患者背景，手術時間，出血量，術式変更および周術期合併症について後方視的に検討した。さらに，症例経験の蓄積に伴う周術期合併症の推移について検討した。

【結果】 対象は104例で，骨盤臓器脱37例，子宮良性疾患40例，卵巣腫瘍27例であった。手術時間の中央値はそれぞれ162分，161分，95分，出血量の中央値はそれぞれ47mL，103mL，20mLであった。術式変更は骨盤臓器脱および子宮良性疾患で各1例に認め，卵巣腫瘍では認めなかった。周術期合併症は5例（4.8%）に認め，内訳は膀胱損傷2例，輸血を要した骨盤内血腫1例，500mL以上の出血2例であった。臓器損傷や輸血を要する合併症は導入早期から中期に認めたが，その後に発生した合併症はいずれも輸血を要さない出血であり，症例経験の蓄積後には重篤な合併症を認めなかった。

【結論】 導入初期から中期には臓器損傷や輸血を要する合併症を認めたが，症例経験の蓄積に伴う手技の習熟により，その後は重篤な合併症を認めなかった。vNOTES を安全に施行するためには，適切な症例選択と手技の習熟が重要と考えられた。

4. TVM 術後の骨盤臓器脱再発に対してロボット支援ペクトペクシーを施行した 1 例

倉敷中央病院

○山岡千夏, 堀川直城, 河合優紘, 田中秀憲, 西 正, 三嶋怜奈,
由良典子, 稲川貴一, 手塚 聡, 堀川陽平, 橋本阿実, 福田真優,
畑山裕生, 深江 郁, 黒田亮介, 雪本めぐみ, 田中 優, 清川 晶,
中堀 隆, 本田徹郎, 福原 健

【緒言】仙骨脛固定術は骨盤臓器脱に対する有効な術式であるが, 稀ながら重篤な合併症として仙椎椎間板炎が報告されている。ペクトペクシーは左右の iliopectineal ligament を固定点とし, 仙骨岬角への操作を要しない。今回, Anterior and Posterior Tension-free Vaginal Mesh (TVM-AP) 術後のメッシュ露出を伴う再発性骨盤臓器脱に対し, ロボット支援ペクトペクシー (Robot-assisted Pectopexy : RAP) を施行した 1 例を報告する。

【症例】78歳, 2 妊 1 産。糖尿病既往あり。X-16年に子宮脱, 膀胱瘤に対し TVM-AP 法, X-6 年に子宮脱再発のため脛式子宮全摘術を施行した。X-2 年より脛断端脱および膀胱瘤が再発し, 増悪のため X 年に受診した。POP-Q stage IV で, 後脛壁に既存 TVM メッシュの露出を認めた。既存メッシュ露出を伴うことから感染性合併症に配慮し, 仙骨への固定を回避できる RAP を選択した。露出メッシュを経脛的に部分切除し脛壁を吸収糸で修復後に RAP に移行した。残存 TVM-A メッシュと膀胱の癒着を認めたものの, 膀胱と脛前壁の剥離は可能であった。T 字型メッシュを脛前壁と左右の iliopectineal ligament に固定した。後脛壁メッシュの露出があるため, 後脛壁メッシュは留置しなかった。術後 2 か月現在, 感染, 再発およびメッシュ露出を認めていない。

【考察】既存メッシュを有する再発性骨盤臓器脱に対する再建術の報告は限られており, 再メッシュ留置に伴う感染リスクの予測は難しい。RAP はメッシュを使用するため感染自体を回避するものではないが, 仙骨への固定を要さないため, 脊椎椎間板炎を懸念する症例では利点がある。

【結論】本症例のように既存メッシュ露出や易感染性背景を有し, 仙骨岬角への操作を避けたい再発性骨盤臓器脱において, RAP は治療選択肢となり得る。

5. 局所進行子宮頸癌に対して術前化学療法後の円錐切除術により妊孕性温存治療を行った1例

岡山大学病院 産婦人科

○谷岡桃子, 長尾昌二, 依田尚之, 田中佑衣, 藤川 淳, 今谷稜子,
杉原花子, 谷 佳紀, 岡本和浩, 松岡敬典, 原賀順子, 増山 寿

現在, 腫瘍径 2 cm を超える子宮頸癌に対する妊孕性温存治療の安全性は確立していない。当院では, 子宮頸癌 IB2-IB3 期を対象に, dose-dense paclitaxel plus carboplatin (dd-TC) 療法 3 サイクル後に円錐切除術を行う妊孕性温存治療を特定臨床研究 (jRCTs061250041) として実施している。今回, 本治療を施行した 1 例を報告する。症例は 37 歳, 1 妊 0 産, 既往歴なし。頻回の不正性器出血を主訴に近医を受診し, 子宮頸部に 3 cm 大の腫瘤を認め, 子宮頸癌 IB2 期と診断された。妊孕性温存を強く希望し, セカンドオピニオン目的に当院紹介受診となった。コルポスコピー検査では腔部癌様であり, 子宮頸部組織診で扁平上皮癌と診断された。腔壁浸潤および子宮傍組織浸潤は認めなかった。経腔超音波検査および造影 MRI 検査で子宮頸部に最大径 4.8 cm の腫瘤を認め, 造影 CT 検査ではリンパ節転移および遠隔転移を認めず子宮頸癌 IB3 期と診断した。妊孕性温存に対する患者の強い希望を再確認し, 卵子凍結を施行した後, 治療を開始した。dd-TC 療法を 3 サイクル施行後の造影 MRI 検査で腫瘍は最大径 3.9 mm まで縮小した。子宮頸部細胞診は ASC-US であり, PET-CT 検査では子宮頸部に軽度の集積を認めたものの, 治療後変化として矛盾しない所見であり, その他転移は認めなかった。円錐切除術を施行し, 病理組織学的に腫瘍の残存を認めなかったが腫瘍瘢痕部が体部側に露出していた。続いて腹腔鏡下骨盤リンパ節郭清術を施行し, 病理学的リンパ節転移がないことを確認した。術後 4 か月現在, 無再発生存中であり, 2 年の経過観察の後, 妊娠許可予定である。本症例は, 腫瘍径 2 cm を超える子宮頸癌に対する術前化学療法後の妊孕性温存治療の可能性を示唆する一方, その適応には, 治療前後の腫瘍局在, 治療効果および患者の意思を踏まえた慎重な判断が必要である。

6. 集学的外科治療により完全切除し得た進行成人型顆粒膜細胞腫の一例

川崎医科大学 産婦人科学

○田坂佳太郎, 太田啓明, 松島晴香, 岡本 華, 河村省吾, 齋藤 渉,
松本 良, 杉原弥香, 太田邦明, 坪内弘明, 味村和哉

【緒言】成人型顆粒膜細胞腫（adult granulosa cell tumor：AGCT）は全卵巣腫瘍の約1～2%を占める稀な性索間質性腫瘍で、多くはⅠ・Ⅱ期で発見される。今回、傍大動脈および骨盤リンパ節腫大を伴う卵巣腫瘍から卵巣癌を疑い手術を施行したが、最終的にFIGOⅢA1(ii)期AGCTと診断された症例を経験したので報告する。

【症例】50歳，3妊3産。月経困難症で受診し，経腔超音波で充実性と嚢胞成分が混在する6cm大の左卵巣腫瘍および子宮筋腫を認めた。骨盤MRIでは類内膜癌または漿液性癌が疑われ，造影CTで左腎静脈直下および左総腸骨領域のリンパ節腫大を認めたが，腫瘍マーカーは正常であった。

【経過】腹腔鏡下に左卵巣腫瘍を摘出し，術中迅速病理診断は線維腫疑いであったため，子宮全摘術を追加し，腫大リンパ節のうち左閉鎖リンパ節のみ摘出した。最終病理診断はAGCTで，子宮および閉鎖リンパ節転移を認めFIGOⅢA1(ii)期（pT2a, N1b, M0）と診断した。追加手術で右卵巣摘出および左腎静脈直下リンパ節生検を施行したが，左総腸骨領域の腫大リンパ節は総腸骨静脈背側で静脈浸潤を認め摘出困難であった。AGCTでは進行例であっても術後化学療法や放射線療法のエビデンスが乏しいことから，心臓血管外科と合同で開腹し，残存リンパ節を完全摘出した。

【考察】AGCTは術前・術中迅速診断が困難な症例があり，本例は稀なⅢ期症例であった。進行AGCTでは術後補助療法の有効性が確立しておらず，腫瘍の完全切除が重要と考えられる。摘出困難な病変に対しては，関連診療科と連携した領域横断的な手術体制を構築し，完全切除を目指すことが重要である。

7. 胎児期の骨盤内嚢胞から総排泄腔遺残症を疑った多発構築異常児の1例

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室

○石原理絵, 大平安希子, 栗山千晶, 坂田周治郎, 篠崎真里奈,

中藤光里, 加藤正和, 三島桜子, 桐野智江, 衛藤英理子, 増山 寿

【緒言】総排泄腔遺残症は女児のみに発生する先天性泌尿生殖器疾患の1つであり、発症頻度は約6～10万出生に1例とされている。合併疾患の発生頻度も高く、出生後は複数診療科による包括的治療が必須となる。今回、心臓・腎臓・脊椎の構築異常を合併した総排泄腔遺残症の症例を経験したため報告する。

【症例】母体は25歳の初産婦で、自然妊娠で妊娠成立した。妊娠16週の胎児超音波検査で、右房拡大と腹腔内嚢胞、単一臍帯動脈を認めた。羊水染色体検査は46, XXの正常核型であった。妊娠25週に肺静脈還流異常症が疑われ、妊娠32週に当院に紹介となった。当院での胎児超音波検査で、肺静脈還流異常症(ⅡA)ならびに左上大静脈遺残を認め、単一臍帯動脈、左水腎症、右腎低形成に加えて、膀胱背側に径46×45mmの嚢胞性病変を認めた。児の推定体重は週数相当であった。MRI検査では嚢胞性病変が肛門方向に連続しており、S状結腸以降の腸管が不明瞭であったことから、総排泄腔遺残症の疑いと診断した。なお、胎児超音波検査による鎖肛の評価は、胎位の影響で困難であった。妊娠38週、帝王切開術を施行した。出生児に鎖肛・水腔の所見を認め、総排泄腔遺残症の確定診断に至った。また心臓・腎臓については出生前と同様の所見であり、さらに仙骨癒合椎も認めた。出生後の循環動態は安定しており、日齢1で人工肛門造設術ならびに会陰形成術を施行、日齢18で心臓修復術を行った。今後は尿路感染症に注意しながら、乳児期以降に肛門形成術などを行う予定である。

【考察】総排泄腔遺残症を出生前に診断することはしばしば困難であるが、今回、胎児期の骨盤内嚢胞に対してMRI検査を行うことで、出生前より本疾患を積極的に疑うことができた。本疾患は出生後早期に外科的治療が必要であり、合併疾患を有することも多いため、本症例のように早期診断をすることで、複数科での適切な診療・治療計画立案が可能となる。

8. 品胎の一児に胎児頻脈を認め、出生後に先天性接合部異所性頻拍と診断された一例

独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター

○柏原朋佳, 塚原紗耶, 浅桐育男, 甲斐憲治, 吉田瑞穂, 政廣聡子,
沖本直輝, 熊澤一真, 多田克彦

【背景】先天性接合部異所性頻拍 (CJET) は出生後 4 週までに好発する, 房室結節 (および His 束領域) における異常自動能亢進が原因と考えられる稀な頻脈性不整脈で, 死亡率 35% と予後不良である。胎児期診断例は少ないが, 軽度頻脈でも胎児水腫や心拡張機能障害を来しやすく, 経母体治療が推奨されるとの報告もある。今回, 品胎の一児に胎児頻脈を認め, 出生後 CJET と診断された一例を報告する。

【症例】24 歳 1 妊 0 産, 排卵誘発剤内服で三絨毛膜三羊膜性品胎妊娠が成立し, 妊娠 7 週で当科紹介となった。初診時より 1 児に発育遅延 (-2 SD 前後) を認めたが, 他の 2 児に子宮内胎児発育不全 (FGR) は認めなかった。切迫早産のため入院管理中の妊娠 33 週 3 日, FGR 児の胎動減少の訴えがあり, 胎児心拍数陣痛図 (CTG) で心拍数 170bpm の頻脈を認めた。経腹超音波検査で脳胎盤血流比 (CPR) 低下と臍帯静脈拍動, 三尖弁逆流を認め, 胎児機能不全を疑ったが, CTG で一過性徐脈はなく基線細変動も保たれていたため, 他 2 児も考慮し経過観察としたところ, 翌日には心拍数は 120bpm と正常化し, 超音波所見も消失した。以降も間欠的に軽度頻脈を認めたが胎児機能不全には至らず, 妊娠 35 週 0 日に品胎妊娠のため選択的帝王切開術にて分娩となった。児は体重 1,756 g, 女児, Apgar score 9/9 (1 分値 / 5 分値) で, 早産児のため NICU へ入院した。日齢 19 に ATP 投与無効な 220bpm の頻脈を認め CJET と診断され, 集中治療を要した。

【考察】本症例の頻脈は典型的な不整脈域には至らず, 一過性の洞性頻脈や品胎特有の体重増加抑制とも解釈でき, 出生前に不整脈は疑われなかった。しかし CPR 低下・臍帯静脈拍動・三尖弁逆流という随伴所見と速やかな正常化は, 胎児不整脈による一過性の心拍出量低下を示唆した可能性がある。ゆえに胎児期の心機能評価, または出生後早期の心電図評価が早期診断に有用であったと推測される。

【結論】JET は極めて稀な疾患ではあるが, 軽度の胎児頻脈であっても, 血行動態的随伴所見を伴う場合は, 不整脈を考慮し, 心機能評価, または出生後新生児科医に情報提供のうえ, 心電図評価を検討することが有用と思われた。

9. 当院における ERAC に基づいた帝王切開管理：グラニセトロン予防投与における IONV/PONV 予防効果

岡山中央病院 産婦人科

○三枝資枝, 久保倫子, 伊賀美穂, 木村吉宏, 江口勝人, 金重恵美子

【目的】 Enhanced Recovery After Cesarean section(ERAC)は, 帝王切開における周術期の回復促進だけでなく, 患者がより快適に出産を経験できることを目指した包括的な周術期管理である。当院では ERAC の概念に基づき, 帝王切開を受ける妊婦の周術期の快適性向上に取り組んでいる。中でも IONV (intraoperative nausea and vomiting : 術中悪心・嘔吐) や PONV (postoperative nausea and vomiting : 術後悪心・嘔吐) は患者に不快感をもたらす大きな要因の一つである。当院では IONV・PONV 予防を目的として約半年前からグラニセトロンのルーチン投与を開始した。今回, グラニセトロンのルーチン投与導入前後で術中および術後に追加の制吐剤投与を必要とした症例の割合を比較し, その有用性を検討した。

【方法】 2025年9月から2026年8月までの約1年間に当院で行った帝王切開症例を対象とし, グラニセトロンをルーチン投与する前の症例を非投与群, ルーチン投与導入後の症例を投与群とした。両群において, 帝王切開術中および術後に追加の制吐剤投与を必要とした症例数を後方視的に調査した。全身麻酔を行った症例, 児娩出後に鎮静剤を投与した症例は除外した。

【結果】 非投与群は103例, 投与群は84例であった。追加の制吐剤投与を必要とした症例は, 非投与群で28例 (27.2%), 投与群で11例 (13.1%) であった。グラニセトロンのルーチン投与導入後, 追加制吐剤投与を必要とする症例の割合は低下した。

【結論】 帝王切開時のグラニセトロンのルーチン投与により, 術中および術後に追加の制吐剤投与を必要とする症例が減少した。悪心・嘔吐の予防は, 患者の不快感を軽減しより快適な帝王切開を提供するうえでも重要である。手術であり出産であるという特殊な側面をもつ帝王切開術において, ERAC の概念に沿った快適な帝王切開を実現するためグラニセトロンのルーチン投与は有用な取り組みの一つとなる可能性が示唆された。

10. PPH の病態－ 1. PPH で認める凝固障害非合併例および子宮・胎盤限局型凝固障害例における凝固線溶活性の特徴

独立行政法人国立病院機構（NHO）岡山医療センター¹⁾，

Medical Data Labo²⁾，サン・クリニック³⁾，

NHO 小児・周産期医療ネットワーク研究グループ⁴⁾

○吉田瑞穂¹⁾⁴⁾，宮木康成¹⁾²⁾³⁾，多田克彦¹⁾⁴⁾，浅桐育男¹⁾，柏原朋佳¹⁾，

甲斐憲治¹⁾⁴⁾，塚原紗耶¹⁾⁴⁾，政廣聡子¹⁾，沖本直輝¹⁾⁴⁾，熊澤一真¹⁾⁴⁾

【目的】重症分娩後異常出血（PPH）で認める凝固障害非合併例と，播種性血管内凝固（DIC）とは病態が異なる，最も頻度の高い凝固障害である子宮・胎盤限局型凝固障害（LIPC）の凝固線溶活性の特徴を明らかにすること。

【方法】対象は NHO 9 施設の共同研究で得られた重症 PPH で，症例数／研究期間は154例／2011-2015年（dataset A），171例／2020-2024年（dataset B）であった。凝固の亢進が開始する fibrinogen（Fbg）閾値は，dataset A で人工知能を用い fibrin/Fbg degradation products（FDP）の分布関数を解析することで237mg/dL と決定した。Fbg 正常域の FDP 中央値（2 mg/dL）を凝固の亢進が開始する FDP 閾値とした。これより Fbg $\geq$ 237mg/dL を凝固障害なし（NCP），Fbg $<$ 237mg/dL および FDP $\geq$ 2 mg/dL で FDP $<$ 60mg/dL を LIPC と定義し，dataset B で 2 群の凝固線溶活性の程度を以下に示す内科領域の DIC 診断境界値と比較した：Fbg $<$ 100mg/dL，FDP $\geq$ 4 mg/dL，TAT $\geq$ 20ng/mL，PIC $\geq$ 10 μ g/mL。

【結果】NCP（n = 88），LIPC（n = 58）の Fbg；FDP；TAT；PIC の中央値はそれぞれ，325.5，181mg/dL；2.6，11mg/dL；16.5，38ng/mL；1.8，6.15 μ g/mL であった。また，NCP，LIPC において内科領域の DIC 診断を満たした Fbg；FDP；TAT；PIC の症例数の割合（％）はそれぞれ 0，7；34，74；41，70；4，27 であった。

【結論】重症 PPH では，子宮・胎盤局所での止血血栓の形成のために，DIC でなくても内科領域の DIC と同等の凝固の亢進（TAT，FDP の上昇）を認めた。産科領域の DIC 診断のためには産科独自の FDP 値の設定が必要と思われる。

11. PPH の病態－ 2. 出血速度, fibrinogen, FDP および DIC 予測式を用いた PPH で認める病態を分類するアルゴリズム

独立行政法人国立病院機構（NHO）岡山医療センター¹⁾,

Medical Data Labo²⁾, サン・クリニック³⁾,

NHO 小児・周産期医療ネットワーク研究グループ⁴⁾

○多田克彦¹⁾⁴⁾, 宮木康成¹⁾²⁾³⁾, 吉田瑞穂¹⁾⁴⁾, 浅桐育男¹⁾, 柏原朋佳¹⁾,

甲斐憲治¹⁾⁴⁾, 塚原紗耶¹⁾⁴⁾, 政廣聡子¹⁾, 沖本直輝¹⁾⁴⁾, 熊澤一真¹⁾⁴⁾

【目的】重症分娩後異常出血（PPH）で fibrinogen (Fbg)- fibrin/Fbg degradation products (FDP) 平面において臨床的播種性血管内凝固（DIC）を予測する式を作成することと、出血速度, Fbg, FDP と共に PPH で認める病態を分類するアルゴリズムを開発すること。

【方法】対象は NHO 9 施設の共同研究で得られた重症 PPH で、症例数／研究期間は107例／2020-2023年（dataset C）、171例／2020-2024年（dataset B）であった。dataset C で人工知能により、Fbg<170mg/dL 領域で Fbg, FDP など15種類の凝固線溶因子を用い、肉眼的血尿合併（臨床的 DIC）の有無で多次元空間を二分した。次に dataset B にて出血速度が95%ile（61mL/分）以上を出血速度の速い全血喪失型（WBLH；n = 9）とした。出血速度<61mL/分で Fbg≥237mg/dL を凝固障害なし（NCP；n = 88）、Fbg <237mg/dL を凝固障害とし、そのうち FDP<2 mg/dL を出血速度の遅い全血喪失型（WBL；n = 12）、FDP≥2 mg/dL を凝固因子消費型（CFC；n = 62）とした。CFC の重症例は DIC 判別式にて DIC 診断をする。

【結果】Fbg-FDP 平面で以下の DIC 判別式を得た：FDP-Fbg/3-60 (mg/dL) ≥ 0 なら DIC, < 0 なら局所限局型。WBLH の FDP の中央値は1.19mg/dL で WBL (0.91mg/dL) と差がなく、共に主な基礎疾患は弛緩出血であり全血喪失の病態と一致した。WBL の hemoglobin (6.3g/dL) は低値, shock index (1.0) は高値で出血性ショックの病態を示した。CFC の Fbg (168mg/dL) は他の3群より有意に低く、胎盤早期剥離は CFC に含まれた。

【結論】出血速度, Fbg, FDP を用いた PPH の病態を分類する本アルゴリズムは PPH の病態の理解を助けると思われる。

12. 4度の心肺停止を来した重症 postpartum hemorrhage に対し Damage Control Surgery を含む集学的治療により救命し得た 1 例

川崎医科大学 産婦人科学

○松島晴香, 松本 良, 田坂佳太郎, 岡本 華, 河村省吾, 齋藤 渉,
杉原弥香, 太田邦明, 坪内弘明, 太田啓明, 味村和哉

【緒言】重症 postpartum hemorrhage (PPH) では、出血性ショックや播種性血管内凝固 (DIC) が進行すると、根治的止血操作が生理学的破綻を招くことがある。今回、4度の心肺停止 (CPA) を来した重症 PPH に対し、Damage Control Surgery (DCS) を含む集学的治療により救命した 1 例を経験した。

【症例】39歳、6 妊 2 産。辺縁前置胎盤に伴う警告出血のため前医で入院管理され、妊娠36週 4 日に反復帝王切開術を施行された。約3,000mL 出血し閉腹されたが、退室前に腹腔内出血が疑われ再開腹となった。さらに約5,000mL 出血し膈上部切断術が施行された。前医で2度の CPA を来し、最初は無脈性心室頻拍、2度目は約45分間の心肺蘇生後に自己心拍再開した。無尿・電解質異常に対する血液浄化目的に紹介されたが、当院到着時には腹部膨満、換気障害、循環不全を認め、大量腹腔内出血による腹部コンパートメント症候群と判断した。搬送直後に3度目の CPA となり、蘇生後に緊急開腹した。減圧後も産科 DIC による骨盤内出血を認め、ガーゼパッキングによる DCS へ移行した。術後に4度目の CPA を来したが蘇生した。当院では計4回の開腹術を行い、第3回手術で残存子宮頸部を摘出しようやく止血を得ることができ、第4回手術で閉腹した。総出血量は約34.4L、輸血量は RBC 52単位、FFP 50単位、PC 110単位であった。ICU 管理中に S 状結腸 NOMI を発症し人工肛門造設術を要し、前医でのメイロン® 血管外漏出による右下肢組織障害のため右下腿切断術を施行したが、脳機能障害は認めず、現在下肢リハビリテーション中である。

【結語】重症 PPH では、病態を迅速に評価し、根治的止血に固執せず DCS へ移行することが救命につながり得る。本症例は長時間の心肺蘇生を含む反復 CPA 後にも良好な神経学的転帰を得た貴重な症例と考えられた。

13. 受精卵の生命誕生における運動エネルギーと自由エネルギー原理

サン・クリニック¹⁾, Medical Data Labo²⁾, 岡山二人クリニック³⁾,
ミオ・ファティリティ・クリニック⁴⁾

○宮木康成¹⁾²⁾, 萬 もえ¹⁾, 立石洋子¹⁾, 山縣威日¹⁾, 羽原俊宏³⁾,
林 伸旨³⁾, 見尾保幸⁴⁾

【目的】生物においては自己組織化された系が環境で適応していくためには変分自由エネルギーを最小化するという自由エネルギー原理という学説がある。主に脳で研究されているが単一神経細胞でも成立しうるとされているので、ヒト受精卵にも適用しうるのかどうかについて調べた。

【方法】ミオ・ファティリティ・クリニックでの受精から第1回分裂が始まるまでのヒト受精卵（正常7個，異常11個）の2分間隔のタイムラプス映像を用いて細胞質粒子の運動エネルギーを求めた。細胞質粒子の norm 値は，オプティカルフロー法を用いて算出した。

【結果】正常例の運動エネルギー（平均±標準偏差）においては以下の3相が確認された：第1相： $2.199 \times 10^{-24} \pm 2.076 \times 10^{-24}$ ，第2相： $2.369 \times 10^{-24} \pm 1.255 \times 10^{-24}$ ，第3相： $1.078 \times 10^{-24} \pm 4.720 \times 10^{-25}$ (J)。特に重要性が高いと考えられた第2相でのエネルギーは正常例で $2.369 \times 10^{-24} \pm 1.255 \times 10^{-24}$ ，異常例で $4.694 \times 10^{-24} \pm 2.996 \times 10^{-24}$ (J) ($p = 0.0372$) であり，所要時間は正常例で 8.114 ± 2.937 ，異常例で 6.018 ± 5.685 (h) ($p = 0.0413$) であった。エネルギー変化プロファイルは正常例では脳とほぼ相似だった。また自由エネルギー原理の変化プロファイルと異なるプロファイルを示した全ての受精卵は第1分割に至らず異常例だった。

【考察】正常な受精卵の細胞質粒子の運動エネルギーの変化プロファイルは自由エネルギーの原理に従っていると推察された。細胞質粒子の運動エネルギーを自由エネルギーの原理に基づいて解釈することは，ヒトの生命の誕生における原理的理解を深めることになりうると思われた。

14. 当院の妊孕性温存の実施状況

倉敷中央病院 産婦人科¹⁾，臨床検査技術部²⁾，
がん相談支援センター³⁾，薬剤部⁴⁾

○田中秀憲¹⁾，雪本めぐみ¹⁾，田中 優¹⁾，綱島充英²⁾，森迫知早³⁾，
松嶋史絵³⁾，石原泰子⁴⁾，本田徹郎¹⁾

【緒言】若いがん患者に対する妊孕性温存がここ10～15年重要視されるようになった。当院の実施状況を報告する。

【対象】男性：当院で電子カルテを導入した2007年1月から2026年6月までに妊孕性温存の情報提供を行った患者111例（5.7例/年）。女性：情報提供を行った症例をすべて記録するようになった2019年1月から2026年6月までの50例（6.7例/年）。当院では精子／卵子／胚保存は行っているが卵巢組織保存は行っていない。

【結果】①年齢。男性は12～48歳。女性には11～43歳。②がん治療科。男性では血液内科，泌尿器科，女性では乳腺外科，血液内科の順で多かった。③妊孕性温存を希望したか。男性は全例が希望した。女性には27/50例（54%）が希望した。④精子・卵子・胚が保存できたか。男性では3例で無精子症のため保存できず，3例で体調不良で射精できず，TESE 希望例はなかった。残り105例で精子保存できた。女性では卵子保存希望（12～39歳）13例中12例で保存でき，1例で保存できなかった。女性の胚保存希望（27～42歳）14例中13例で保存でき，1例で保存できなかった。⑤利用率。男性8例（7.2%）が保存精子を使用し，当院でARTを受けた7例中6例が生児を得ていた。未使用の内訳は，保存継続中58例，廃棄39例（うち廃棄希望14例，死亡13例，連絡がつかず9例，精子所見良好3例）であった。卵子保存をした女性12例で使用例はなかった（未婚のため）。胚保存をした13例で7例が使用し，4例が出産，2例が妊娠継続中，1例が治療継続中であった。5例は胚保存継続中，1例は胚廃棄（離婚のため）であった。

【考察】妊孕性温存の実施状況と結果は他報告と同等であった。未婚で精子／卵子の保存を行った場合は，男女とも利用率が低かった。既婚者では男女とも精子／胚の利用率が高く，挙児率も高かった。妊孕性温存では，施設間，職種間の密接な連携が求められる。今後も地域医療に貢献していきたい。

15. 完全型アンドロゲン不応症の2例

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科婦人科学教室¹⁾,

岡山大学大学院 保健学研究科²⁾

○光井 崇¹⁾, 西田康平¹⁾, 檜野千明¹⁾, 中塚幹也²⁾, 増山 寿¹⁾

【緒言】完全型アンドロゲン不応症(complete androgen insensitivity syndrome : CAIS)とは、染色体は46, XYの男性型で精巣が存在するが、外見や体型が完全に女性として発達する性分化疾患である。病因は、Xq11-12に存在するアンドロゲン受容体遺伝子の異常により発症し、男性化障害を呈する。今回、完全型アンドロゲン不応症で腹腔鏡下性腺摘出術を2例施行したため、報告する。

【症例】症例1. 17歳, 0妊。身長163cm, 体重63.4kg, BMI 22.7。原発性無月経のため、前医受診。経腹超音波検査にて子宮は同定困難であり、骨盤MRI検査でも同様の所見であったため、性分化疾患が疑われ当科へ紹介となった。当院診察所見では、Tanner分類乳房Ⅳ度、恥毛Ⅰ度、外陰部は女性型、陰腔は認めたが、子宮付属器は同定困難であった。血液検査にて、E2 23.3pg/mL, LH 20.2mIU/mL, FSH 23.7mIU/mL, テストステロン566.6ng/mLと高値を認め、染色体検査で46, XYの男性型であったため、完全型アンドロゲン不応症と診断した。18歳時に腹腔鏡下両精巣摘出術を施行。術後、エストロゲン補充療法を施行している。

症例2. 15歳, 0妊。身長165cm, 体重55.8kg, BMI 20.0。原発性無月経のため、前医受診。陰入口部は確認できたが、経腹超音波検査にて子宮は同定困難であり、性分化疾患が疑われ当科へ紹介となった。当院診察所見では、Tanner分類乳房Ⅳ度、恥毛Ⅰ度、外陰部は女性型、陰入口部は認めたが、3cm程で盲端になっており、両側付属器は確認できるものの、子宮は同定困難であった。骨盤MRI検査では子宮を認めず、両側付属器は精巣が疑われた。血液検査にて、E2 39.4pg/mL, LH 24.4mIU/mL, FSH 5.2mIU/mL, テストステロン8.48ng/mLと高値を認め、染色体検査で46, XYの男性型であったため、完全型アンドロゲン不応症と診断した。18歳時に腹腔鏡下両側精巣摘出術を施行。術後、エストロゲン補充療法を施行し、今後、造陰術を検討している。

【考察】完全型アンドロゲン不応症では、腹腔内の精巣が腫瘍化リスクを有するために摘出術を行う必要がある。また、X連鎖潜性遺伝であるため、患者同胞の女性の50%が無症状キャリアの可能性があり、遺伝カウンセリングも重要な疾患である。

16. 帝王切開術後の腹部 Xp で腹腔内異物の存在が疑われた子宮卵管造影後の造影剤遺残の 2 例

独立行政法人国立病院機構岡山医療センター 産婦人科

○新谷隆斗，沖本直輝，浅桐育男，柏原朋佳，甲斐憲治，吉田瑞穂，
塚原紗耶，政廣聡子，熊澤一真，多田克彦

【緒言】子宮卵管造影に用いられる油性造影剤は腹腔内に長期間遺残し，カプセル化されると X 線検査で金属異物様に描出され腹腔内異物との鑑別を要することが知られている。今回我々は帝王切開術後の腹部 Xp で腹腔内異物が疑われた子宮卵管造影後の造影剤遺残の 2 例を経験したので報告する。

【症例 1】34 歳，3 妊 2 産。2 回帝王切開既往あり。前医での不妊治療後の 2 絨毛膜 2 羊膜双胎妊娠で，既往帝王切開の適応で妊娠 38 週 1 日に選択的帝王切開術を施行した。術後の腹部 Xp で骨盤内にそら豆大の高吸収結節を認め腹腔内異物が疑われたが，手術器具遺残の可能性は低いと判断し手術終了した。術後 4 日目の腹部単純 CT で子宮の左背側に 2 cm 大の高吸収結節を認め金属成分が疑われたが，不妊治療中に子宮卵管造影既往があり，前医へ確認して以前から同結節を認めていたことが判明したため造影剤遺残と診断した。術後 9 日目に退院となった。

【症例 2】38 歳，3 妊 1 産。前医での不妊治療後に妊娠成立し，既往帝王切開術の適応で妊娠 38 週 3 日に選択的帝王切開術を施行した。術後の腹部 Xp で骨盤内に小豆大の高吸収結節を認めたが，4 か月前に症例 1 の経験があったため造影剤遺残を疑い手術終了した。術後の腹部単純 CT で子宮の右背側に 8 mm 大の著明な高吸収結節を認めたが，前の症例と同様に不妊治療で子宮卵管造影既往があったため造影剤遺残と診断した。経過観察の方針とし術後 8 日目に退院となった。

【結語】近年，不妊治療による妊娠が増加しており，子宮卵管造影既往がある場合は造影剤遺残の可能性を考慮し，詳細な問診を行い腹腔内異物との鑑別を念頭に管理することが重要であると思われた。

17. 帝王切開後に創部周囲から腹直筋内へ進展した腹壁子宮内膜症の1例

岡山赤十字病院 産婦人科¹⁾, 岡山赤十字病院 病理診断科²⁾,
岡山赤十字病院 形成外科³⁾

○瀬尾里奈¹⁾, 大木知佳²⁾, 栗山修平³⁾, 相本法慧¹⁾, 秋定 幸¹⁾,
山本梨沙¹⁾, 柏原麻子¹⁾, 佐々木佳子¹⁾

【緒言】帝王切開後に創部周囲に発生する腹壁子宮内膜症は稀少部位子宮内膜症の一つであり、皮下に限局せず筋膜・筋層へ進展することがある。今回、帝王切開後に創部周囲から腹直筋内に達していた腹壁子宮内膜症を経験した。

【症例】31歳，2妊2産。帝王切開歴2回，いずれも下腹部横切開であった。X-2年6月，腹部CTで左下腹部腹壁に軟部腫瘤を指摘され，造影MRIおよび針生検により子宮内膜症と診断された。ジエノゲストを開始したが精神症状のため中止し，その後も持続痛および月経時の疼痛増悪を認めたため，切除目的に当院紹介となった。MRIでは皮下脂肪層から腹直筋に及び，腹直筋を超えて膀胱方向へ連続する病変が疑われた。膀胱鏡では膀胱粘膜面への病変を認めなかった。形成外科と合同で皮下腫瘤切除，錐体筋・腹直筋部分切除および焼灼術を施行した。開腹下に腹腔内と膀胱側を評価するも明らかな子宮内膜症病変を認めなかった。病理組織学的に皮下組織および骨格筋内に子宮内膜組織を認めたが，悪性所見は認めなかった。

【考察】帝王切開後の腹壁子宮内膜症では，手術時の子宮内膜組織の直接播種が有力な発症機序として考えられている。直接播種を低減する目的で，創部の十分な洗浄，腹壁閉創時の針の交換，腹壁創部のガーゼ保護などが提唱されているが，予防効果を裏付ける質の高いエビデンスは乏しい。本症例では骨盤内病変を認めず，帝王切開創部周囲から筋層内へ病変が局在しており，直接播種説と整合する所見であった。また，術前MRIによる深達度評価は，膀胱鏡の追加や形成外科との連携を含む治療方針決定に有用であった。帝切既往例の創部周囲の腫瘤や疼痛，特に月経随伴性疼痛では本疾患を念頭に置く必要がある。病変の切除術を行う場合は，画像検査による進展範囲の評価と多科連携による切除範囲の検討が重要である。

18. 当院における過去10年間の性感染症定点報告の年次推移

川崎医科大学総合医療センター 産婦人科¹⁾，
川崎医科大学総合医療センター 泌尿器科²⁾，
川崎医科大学総合医療センター 皮膚科³⁾
○藤原道久¹⁾，近藤佳子¹⁾，松本桂子¹⁾，村田卓也¹⁾，中村圭一郎¹⁾，
下屋浩一郎¹⁾，上原慎也²⁾，山本剛伸³⁾，本郷淳司¹⁾

性感染症とは性行為あるいはその類似行為により感染する疾患の総称であるが、現在では20種類を超える疾患がその範疇に入るとされている。感染症法により実施されている感染症発生動向調査の対象になっている性感染症は、全数報告のHIV/エイズおよび梅毒、定点報告の性器クラミジア感染症、性器ヘルペス感染症、尖圭コンジローマおよび淋菌感染症の6疾患である。当院では1999年4月より性感染症定点届出医療機関に指定され、産婦人科、泌尿器科および皮膚科より性感染症4疾患の定点報告を毎月行っている。2016年4月～2026年3月までの10年間に当院産婦人科、泌尿器科および皮膚科より報告された性器クラミジア、性器ヘルペス、尖圭コンジローマおよび淋菌の4疾患について集計を行い、以下の結果を得た。

- 1) 10年間ににおける性感染症報告数は、男性216例、女性275例で総数491例であり、女性の報告数は男性の約1.3倍であった。
- 2) クラミジアは計176例で女性は男性の約1.6倍。ヘルペスは計114例で、女性は男性の約9.4倍。コンジローマは計129例で、男性は女性の約2.6倍。淋菌は計72例で、男性は女性の約1.5倍であった。
- 3) 男性の年次推移では、クラミジアおよびコンジローマでは漸減傾向であったが、2024年および2025年の集計では増加していた。ヘルペスはほぼ横ばいであり、淋菌では漸減傾向であった。
- 4) 女性の年次推移では、クラミジアは2020年および2021年に減少したが、その後2016～2019年の数値に戻った。ヘルペスおよびコンジローマではほぼ横ばいであり、淋菌では緩やかに減少していた。

岡山産科婦人科学会

会則および役員名簿

岡山産科婦人科学会会則

第1章 総 則

名 称

第1条 本会は、岡山産科婦人科学会と称する。

事務所

第2条 本会は事務所を岡山市北区鹿田町2丁目5番1号 岡山大学医学部産科婦人科学教室内に置く。

目 的

第3条 本会は産科学・婦人科学の進歩発展、会員相互の親睦を図り、岡山県内の医療の向上を期するとともにひいては人類社会の福祉に貢献することを目的とする。

事 業

第4条 本会は前条の目的達成のため、次の事業を行なう。

1. 学術集会の開催。
2. 各種の学術調査研究。
3. 国際および日本産科婦人科学会、中国四国産科婦人科学会その他内外関係学術団体との連絡ならびに提携。
4. 日本産婦人科医会および岡山県支部との連絡および提携。
5. 日本学術会議・日本医学会・日本医師会・岡山県医師会・岡山県庁・その他諸官公庁ならびに諸団体からの諮問に対する答申またはそれらへの建議。
6. その他本会の目的達成に必要な事業。

第2章 会 員

資 格

第5条 本会の会員は、本会の目的に賛同する医師および自然科学者などで、会長および理事の推薦する者とする。

本会の会員は同時に日本産科婦人科学会および中国四国産科婦人科学会の会員でなければならない。

入 会

第6条 本会に入会しようとする者は、規定に従い、本会にその旨を申し出て会長の承認を得なければならない。

再入会の場合もまた同じ。

会員の義務

第7条 会員は、次の義務を負う。

会員は本会の会則を遵守するとともに、本会所定の会費を納入しなければならない。但し、年齢77歳以上で、40年以上会費を完納した会員は会費を免除することができる。

会員の権利

第8条 会員は次の権利を有する。

1. 本会の総会に出席することができる。
2. 本会の主催する学術集会に参加することができる。

3. 日本産科婦人科学会への入会に際し、会長の推薦をえることができる。

会員の資格喪失

第9条 会員は次の事由によって、資格を喪失する。

1. 退 会
2. 死 亡
3. 除 名

除 名

第10条 会員が次の各号の一に該当するときは、総会において会員数の2/3以上の決議を経て除名することができる。

1. この会則その他の規則に違反したとき
2. 本学会の名誉を傷つけ、または目的に反する行為をしたとき

会員の退会

第11条 本会を退会しようとする者は規定に従い本会にその旨を申し出て、会長の承認を得なければならない。

会員の除名

第12条 本会の名誉を汚し、あるいは特別の事由なく会費2年以上滞納した場合、会長は規定に従い、これを除名することができる。

既納会費の不返還

第13条 既納の入会金、会費はいかなる理由があっても返還しない。

会員の称号

第14条 本会に功労のあった者にはそれぞれの規定に従い、名誉会員または功労会員の称号を授与することができる。

第3章 役員，幹事，および職員

役員の名称および定数

第15条 本会は、会員の選挙により次の役員を置く。

- 会 長 1名
- 理 事 若干名（会長および理事は日本産科婦人科学会代議員となる。）
- 監 事 2名

役員を選出

第16条 本学会の役員は会員中から選出する。

1. 日本産科婦人科学会代議員は立候補制（自薦，他薦とも可）とし、全会員の投票により選任し、理事会の承認を経て、岡山県産婦人科専門医会で報告する。代議員選出方法については別に定める。
2. 日本産科婦人科学会代議員を岡山産科婦人科学会理事とする。
3. 会長は会員の選挙により選任する。
4. 監事は理事会の承認を経て、会長が委嘱する。

役員職務

第17条 役員職務は各々次のごとく定める。

1. 会長は、本会を代表し、会務を総理する。
2. 理事は、理事会を組織し、会務を執行する。また、日本産科婦人科学会代議員

として日本産科婦人科学会総会に出席し、議決権を行使する。

3. 監事は、会務を監査する。

役員の任期

第18条 役員の任期は各々次のごとく定める。

1. 会長、理事および監事は2年とし、再任を妨げない。補充ならびに増員により就任した役員の任期は、次期改選期までとする。役員は、任期満了後であっても、後任者が決定するまでは、その職務を行わなければならない。

幹事

第19条 本会に、幹事若干名を置くことができる。

幹事は理事会の承認を経て、会長が委嘱する。

幹事は、会長および理事の命により、会務に従事する。

幹事は、必要があるときに幹事会を開催することができる。

幹事の任期は2年とし、再任を妨げない。

幹事は任期満了後であっても、後任者が決定するまでは、その職務を行わなければならない。

幹事の補充

第20条 幹事に事故があるときは、会長は、理事会の承認を経て補充することができる。

補充により就任した幹事の任期は前任者の残任期間とする。

日本産科婦人科学会専門医制度地方委員会

第21条 地方委員の定数は6～12名とし、岡山産科婦人科学会と日本産婦人科医会支部の協議により選出された委員より構成される。

第22条 地方委員会は、研修指導機関の推薦、認定申請者および認定更新申請者の審査、研修、中央委員会との連絡などの業務を行う。

第4章 会 議

会議の名称

第23条 本会の会議は総会、理事会とする。

総 会

第24条 総会は年1回原則として11月に会長が招集し、その際に学術集会を行なう。

第25条 次の事項は理事会の議決または承認を経て総会に報告する。

1. 会計報告
2. 会員の異動
3. 専門医の報告
4. その他の重要事項

第5章 学術集会、その他

学術集会

第26条 本会は総会を年1回会長が主宰して開催する。

第27条 本会は学術集会において特別講演、教育講演、シンポジウムなど行なうことができる。

第6章 運営および会計

運 営

第28条 本会は基本金、会費、寄付金（特に指定されたもの以外の寄付金は基本金に繰入れる。）入会金、その他の収入によって運営される。

会 計

第29条 本会の会計年度は毎年4月1日に始まり、翌年3月31日に終る。

第30条 本学会の事業報告及び収支計算書等については、毎事業年度終了後、会長が作成し、監事の監査を受けた上で、理事会の承認を経て、総会の承認を受けなければならない。

第7章 日本産科婦人科学会地方連絡委員会

委員の推薦

第31条 本学会は、日本産科婦人科学会に設置されている地方連絡委員会の委員として本学会会長を推薦する。

職 務

第32条 日本産科婦人科学会地方連絡委員会委員は、日本産科婦人科学会地方連絡委員会に出席する。

また、職務は日本産科婦人科学会の定款施行細則、専門医制度規約および同施行細則に準ずる。

第8章 会則の変更

会則の変更

第33条 本学会会則は理事会の議決を経て、総会出席会員の過半数の承認を得なければ変更することはできない。

附 則

1. 本会則は昭和61年11月16日から施行する。
2. 改訂 平成12年11月19日
3. 改訂 平成17年5月15日
4. 改訂 平成20年11月16日
5. 改訂 平成22年5月16日

役 員 名 簿

(令和8年10月31日現在)

岡山産科婦人科学会

会 長 増山 寿

理 事 小川千加子, 下屋浩一郎, 長尾 昌二, 中塚 幹也, 中村圭一郎,
福原 健

幹 事 中村圭一郎

監 事 福井 秀樹, 江尻 孝平

日本産科婦人科学会岡山専門医制度委員会

委 員 長 増山 寿

委 員 下屋浩一郎, 本田 徹郎, 長尾 昌二, 中村圭一郎, 衛藤英理子

日本産科婦人科学会名誉会員

平松 祐司

日本産科婦人科学会功労会員

平野 隆茂, 本郷 基弘, 奥田 博之, 塩田 充

中国四国産科婦人科学会名誉会員

平野 隆茂, 本郷 基弘, 奥田 博之, 平松 祐司, 塩田 充

協賛企業一覧

(50音順)

<共催>

大塚製薬株式会社

キッセイ薬品工業株式会社

<展示>

GE ヘルスケア・ジャパン株式会社

江崎グリコ株式会社

コニカミノルタジャパン株式会社

<広告>

あすか製薬株式会社

オルガノン株式会社

科研製薬株式会社

大鵬薬品工業株式会社

武田薬品工業株式会社

テルモ株式会社

トーイツ株式会社

株式会社明治

持田製薬株式会社

ご協力ありがとうございました。