

令和7年度
第50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

日時：令和7年11月16日（日）
会場：岡山県医師会館 三木記念ホール

会長：増山 寿（岡山大学）

協賛：岡山県医師会
岡山県産婦人科医会

令和7年度
第50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

日時：令和7年11月16日（日）

会場：岡山県医師会館 三木記念ホール

◆座長の先生方へ

- ・次座長の先生は次座長席でお待ち下さい。
- ・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下さい。
- ・一般演題の発表は7分、質疑は3分です。発表時間を厳守してください。

◆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。）

第1群 (10:35~11:35)

座長 岡山大学 衛藤英理子 先生

1. 測定原理の違いにより検査値の差が大きかった妊娠初期のトキソプラズマ初感染が疑われた1例
岡山医療センター 教育研修部¹⁾, 産婦人科²⁾, 新生児科³⁾
○河合優紘¹⁾, 多田克彦²⁾, 吉田瑞穂²⁾, 中村 信³⁾, 熊澤一真²⁾, 沖本直輝²⁾, 塚原紗耶²⁾,
高谷 優²⁾, 甲斐憲治²⁾, 政廣聡子²⁾
2. PPHの病態- 1. 出血速度, fibrinogen値, FDP値を用いた分娩後異常出血で認める病態のアルゴリズム
岡山医療センター¹⁾, Medical Data Labo²⁾, 三宅おおふくクリニック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⁾⁴⁾, 吉田瑞穂¹⁾⁴⁾, 熊澤一真¹⁾⁴⁾, 政廣聡子¹⁾⁴⁾, 沖本直輝¹⁾⁴⁾,
塚原紗耶¹⁾⁴⁾, 甲斐憲治¹⁾⁴⁾, 高谷 優¹⁾⁴⁾, 安日一郎⁴⁾, 津村圭介⁴⁾, 佐川麻衣子⁴⁾,
田中教文⁴⁾, 江本郁子⁴⁾, 山口恭平⁴⁾, 前田和寿⁴⁾, 川上浩介⁴⁾
3. PPHの病態- 2. 全血喪失型の病態を示した出血性ショックに陥った産後異常出血症例の臨床経過
岡山医療センター¹⁾, Medical Data Labo²⁾, 三宅おおふくクリニック³⁾,
NHO小児・周産期医療ネットワーク研究グループ⁴⁾, サン・クリニック⁵⁾
○吉田瑞穂¹⁾⁴⁾, 多田克彦¹⁾⁴⁾, 宮木康成¹⁾²⁾³⁾⁴⁾, 甲斐憲治¹⁾⁴⁾, 熊澤一真¹⁾⁴⁾, 政廣聡子¹⁾⁴⁾,
沖本直輝¹⁾⁴⁾, 塚原紗耶¹⁾⁴⁾, 高谷 優¹⁾⁴⁾, 立石洋子⁵⁾, 萬 もえ⁵⁾
4. 胎児診断に難渋した先天性巨大肝血管腫破裂の一例
岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室
○栗山千晶, 大平安希子, 坂田周治郎, 中藤光里, 加藤正和, 三島桜子, 桐野智江,
衛藤英理子, 増山 寿
5. 特発性血小板減少性紫斑病に対し経静脈的免疫グロブリン療法施行も奏効不十分で血小板輸血併用
下に緊急帝王切開術を行った一例
岡山赤十字病院 産婦人科
○竹内志織, 高知佑輔, 瀬尾里奈, 兼森雅俊, 山本梨沙, 柏原麻子, 佐々木佳子
6. AIとカオスの次元と自由エネルギー原理に基づく胎児意識の検出
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⁾
○宮木康成¹⁾, 高吉理子²⁾, 伊藤 綾²⁾, 酒本あい²⁾, 清川麻知子²⁾, 江口武志²⁾, 小田隆司²⁾,
小國信嗣³⁾, 橋本 雅²⁾, 高田智价²⁾, 秦 利之²⁾, 三宅貴仁¹⁾²⁾³⁾

役員会 (11:00~12:00) 岡山県医師会館 4階 401会議室

ランチョンセミナー（11：45～12：45）

座長 岡山大学 長尾昌二 先生

「子宮体癌治療の新展開 ～免疫療法導入で変わる実臨床～」

愛媛大学大学院医学系研究科 病因・病態領域
産科婦人科学講座 助教

森本明美 先生

（共催：アストラゼネカ株式会社）

総 会（13：00～13：15）

特別講演（13：15～14：15）

座長 岡山大学 増山 寿 先生

「救えなかった命を救うために
～人工子宮・人工胎盤の実現を夢みて～」

東北大学大学院医学系研究科
産科学・胎児病態学分野／周産期医学分野／婦人科学分野

齋藤昌利 教授

休 憩（14：15～14：25）

第2群（14：25～15：15）

座長 倉敷中央病院 福原 健 先生

7. 前回妊娠時に子宮内胎児発育不全であった症例における不育症スクリーニングの結果と次回妊娠転帰の後方視的検討

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⁾，樫野千明¹⁾，中塚幹也²⁾，増山 寿¹⁾

8. 結節性硬化症合併妊娠において分娩時に胎児徐脈をきたした1例

川崎医科大学 産科婦人科学教室¹⁾，三宅医院²⁾

○松本 良¹⁾，坪内弘明¹⁾，辻 佳世¹⁾，田坂佳太郎¹⁾，森本由美子¹⁾，岡本 華¹⁾，河村省吾¹⁾，
齋藤 渉¹⁾，杉原弥香¹⁾，太田邦明¹⁾，太田啓明¹⁾，小田隆司²⁾，三宅貴仁²⁾，下屋浩一郎¹⁾

9. 硬膜外無痛分娩で高位麻酔となり硬麻下麻酔が疑われた2症例

倉敷中央病院 産婦人科

○山岡千夏，福原 健，西 正，岸塚有未，中野秀亮，山中智裕，由良典子，稲川貴一，
杉山亜未，橋本阿実，福田真優，深江 郁，黒田亮介，田中 優，清川 晶，堀川直城，
中堀 隆，本田徹郎，長谷川雅明

10. 帝王切開瘢痕部妊娠に対し、瘢痕部切除術と子宮動脈塞栓術を併用し、子宮温存できた一例
岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室
○加藤正和, 三島桜子, 栗山千晶, 坂田周治郎, 中藤光里, 大平安希子, 桐野智江,
光井 崇, 衛藤英理子, 増山 寿
11. 周産期の肺水腫を契機に全身性エリテマトーデス (SLE) と診断された一例
倉敷中央病院 産婦人科
○岸塚有未, 清川 晶, 西 正, 山岡千夏, 由良典子, 稲川貴一, 中野秀亮, 山中智裕,
手塚 聡, 福田真優, 橋本阿実, 杉山亜未, 深江 郁, 黒田亮介, 雪本めぐみ, 田中 優,
堀川直城, 中堀 隆, 本田徹郎, 長谷川雅明, 福原 健
12. バルトリン腺膿瘍に対して肛門側からの切開で効果的なドレナージを実施できた一例
岡山市立市民病院 産婦人科
○味野宏紀, 徳毛敬三, 大石恵一, 角南華子, 平松祐司
- 第3群 (15:25~16:25) 座長 川崎医科大学 太田啓明 先生
13. 骨盤臓器脱に対してvNOTESによる腔断端仙骨子宮靱帯固定術を施行した一例
津山中央病院 産婦人科
○杉原百芳, 坂手慎太郎, 福武功志朗, 片山菜月, 伊藤沙希, 石川陽子, 岡真由子,
佐藤麻夕子, 河原義文
14. ロボット支援下子宮全摘術の導入経験
岡山済生会総合病院 産婦人科
○春間朋子, 白河伸介, 平野由紀夫
15. 筋腫関連赤血球増多症を合併した巨大子宮筋腫の一例
岡山赤十字病院 産婦人科¹⁾, 大阪中央病院 産婦人科²⁾
○相本法慧^{1), 2)}, 津田洋之介²⁾, 細川有美²⁾, 松本 貴²⁾
16. 当院における子宮頸癌ⅢC期に対する同時化学放射線療法の治療成績および予後因子検討
岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室
○田中佑衣, 藤川 淳, 今谷稜子, 谷岡桃子, 杉原花子, 谷 佳紀, 岡本和浩, 依田尚之,
松岡敬典, 原賀順子, 小川千加子, 中村圭一郎, 長尾昌二, 増山 寿
17. HRPと全身性炎症反応の組み合わせと進行卵巣癌の予後に関する調査
岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室
○藤川 淳, 中村圭一郎, 田中佑衣, 今谷稜子, 谷岡桃子, 杉原花子, 谷 佳紀, 岡本和浩,
依田尚之, 松岡敬典, 原賀順子, 小川千加子, 長尾昌二, 増山 寿

18. 当科で治療を行った子宮留膿腫症例の検討
倉敷市立市民病院 産婦人科
○多賀茂樹, 大村由紀子

閉 会 (16:25)

増山 寿 会長

特別講演

「救えなかった命を救うために ～人工子宮・人工胎盤の実現を夢みて～」

東北大学大学院医学系研究科

産科学・胎児病態学分野／周産期医学分野／婦人科学分野

教授 齋藤 昌利

周産期医療はこの数十年で大きく進歩しました。胎児治療の開発、超音波診断の進化、新生児医療の発展など、技術的には目覚ましいものがあります。しかし現実には、世界で毎年およそ1,500万人、日本でも年間5万人近い赤ちゃんが早産で生まれており、特に妊娠23～24週といった「生育限界」で生まれた赤ちゃんの予後はなかなか改善していません。現在の医療は、産まれた瞬間から人工呼吸に頼らざるを得ず、未熟な肺や循環系に大きな負担がかかり、さまざまな合併症を引き起こしてしまうのが現状です。こうした課題を打ち破る一つの答えとして、「人工子宮・人工胎盤」があります。「人工子宮・人工胎盤」と聞くとまるでSFのように思われがちですが、もし実現すれば「今まで救えなかった命を救えるかもしれない」技術になります。この研究は1950年代から挑戦が始まり、1980年代には日本から大きな成果も報告されました。我々の研究室も2007年から妊娠ヒツジを用いた人工胎盤研究に挑みましたが、そのスタートは「これは絶対に無理だろう」と思わざるを得ないほど過酷でした。それでも試行錯誤を重ねるなかで、少しずつ前進し、ポンプレス人工胎盤システムによる胎仔維持に成功することができました。その研究結果は、増山教授にご指導頂きながら2020年の学会で発表することができました。その後も、人工胎盤システム上での胎児手術やカテーテル手術、より小さな胎児への応用など、挑戦を続けています。今回の講演では、人工胎盤研究の歴史を振り返りつつ、一歩進んで二歩下がる我々の紆余曲折の道のりを紹介したいと思います。そして、日本の周産期研究のワクワクを感じ、みなさんのリサーチマインドを刺激できたら幸いです。

抄 録 集

1. 測定原理の違いにより検査値の差が大きかった妊娠初期の トキソプラズマ初感染が疑われた1例

独立行政法人国立病院機構岡山医療センター 教育研修部¹⁾,
産婦人科²⁾, 新生児科³⁾

○河合優紘¹⁾, 多田克彦²⁾, 吉田瑞穂²⁾, 中村 信³⁾, 熊澤一真²⁾,
沖本直輝²⁾, 塚原紗耶²⁾, 高谷 優²⁾, 甲斐憲治²⁾, 政廣聡子²⁾

【背景】 トキソプラズマ感染が疑われる妊婦の管理において、感染時期の推定にはトキソプラズマ特異的IgG・IgM抗体価の推移の評価が重要である。近年、本邦では酵素結合免疫吸着測定法（ELISA法）に加え、より高感度・高特異度とされる化学発光酵素免疫測定法（CLEIA法）が導入されている。今回、トキソプラズマ初感染が疑われた妊婦において、ELISA法とCLEIA法の検査値が乖離した症例を経験したので報告する。

【症例】 症例は30代初産婦。前医で妊娠10週に実施されたスクリーニング検査でCLEIA法トキソプラズマIgG抗体269.7IU/mL, IgM抗体24.1S/COと高値であり、さらにIgG avidity indexが0.22と低値を示し初感染が疑われ当院に紹介となった。発熱やリンパ節腫脹等の自覚症状は認めなかった。妊娠14週に当院で実施したELISA法IgG・IgMはそれぞれ80IU/mL, 7.4S/COと高値であったものの、紹介医の検査値より低値であった。患者の同意を得た上で、両院で検査を実施し検査値の経時的推移を評価した。妊娠20週に向けてIgM値は減少したが、CLEIA法の方がより明確な変化を示した。検査結果よりトキソプラズマ初感染が疑われたが、胎児エコー検査にて先天感染を疑う所見はなく、患者の希望で羊水検査をせずに妊娠を継続した。妊娠38週3日で骨盤位のため選択的帝王切開術にて、2,784gの女児がApgarスコア8点で分娩となった。ELISA法による臍帯血IgM 0.1S/CO（陰性）であり、また児に理学的に異常所見はなく、胎内感染は否定的であった。

【結語】 本症例では、CLEIA法によるIgG・IgM値はELISA法より高く、検査値の経時の変化率はCLEIA法で大きかった。トキソプラズマ症の感染時期の診断にあたっては、測定法によって数値や変化率が異なる点に留意する必要がある。

2. PPHの病態－1. 出血速度, fibrinogen値, FDP値を用いた 分娩後異常出血で認める病態のアルゴリズム

岡山医療センター¹⁾, Medical Data Labo²⁾, 三宅おおふくクリニック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⁾⁴⁾, 吉田瑞穂¹⁾⁴⁾, 熊澤一真¹⁾⁴⁾,
政廣聡子¹⁾⁴⁾, 沖本直輝¹⁾⁴⁾, 塚原紗耶¹⁾⁴⁾, 甲斐憲治¹⁾⁴⁾, 高谷 優¹⁾⁴⁾,
安日一郎⁴⁾, 津村圭介⁴⁾, 佐川麻衣子⁴⁾, 田中教文⁴⁾, 江本郁子⁴⁾,
山口恭平⁴⁾, 前田和寿⁴⁾, 川上浩介⁴⁾

【目的】分娩直後の湧き出るような危険な出血は、単位時間あたりの出血量（出血速度）で表すことができる。本研究の目的は、出血速度, fibrinogen値, FDP値を用いて分娩後異常出血（PPH）で認める病態を診断するアルゴリズムを作成することである。

【方法】9施設の母子医療センターが参加した多施設共同研究で2020年から2024年の間に発生したPPH 171例（うち常位胎盤早期剥離40例）を対象とした。出血速度は、採血時の出血量（mL）を分娩から採血までの時間（min）で除した値と定義し、その異常値は全症例の95th percentile値（61mL/min）とした。凝固の亢進が開始するfibrinogen（237mg/dL）, FDP（2 mg/dL）の境界閾値は、fibrinogenとFDPの生物学的関係性を基に人工知能にて求めた値を用いた。臨床的DICの診断には人工知能を用いて作成した以下の判別式を用いた：FDP-fibrinogen/3-60；計算値が正ならDIC、そうでなければ非DIC。

【結果】まず出血速度を評価し、出血速度 ≥ 61 mL/minを出血速度の速い全血喪失型（n=9）とする。そうでなければfibrinogen値を評価し、fibrinogen ≥ 237 mg/dLであれば凝固障害なし（n=88）とする。そしてfibrinogen < 237 mg/dLを凝固障害とし、FDP < 2 mg/dLを出血速度の遅い全血喪失型（n=12）、FDP ≥ 2 mg/dLを凝固因子消費型（n=62）とする。凝固因子消費型の重症例はDIC判別式を用いてDICか否かを診断する。

【結論】PPHの病態は出血速度, fibrinogen値, FDP値の3因子で説明することができる。この3因子のみで構成された本アルゴリズムは、PPHで認める病態の理解を助けPPHの管理に有用と思われる。

3. PPHの病態－2. 全血喪失型の病態を示した出血性ショックに陥った産後異常出血症例の臨床経過

岡山医療センター¹⁾, Medical Data Labo²⁾, 三宅おおふくクリニック³⁾,
NHO小児・周産期医療ネットワーク研究グループ⁴⁾, サン・クリニック⁵⁾
○吉田瑞穂¹⁾⁴⁾, 多田克彦¹⁾⁴⁾, 宮木康成¹⁾²⁾³⁾⁴⁾, 甲斐憲治¹⁾⁴⁾,
熊澤一真¹⁾⁴⁾, 政廣聡子¹⁾⁴⁾, 沖本直輝¹⁾⁴⁾, 塚原紗耶¹⁾⁴⁾, 高谷 優¹⁾⁴⁾,
立石洋子⁵⁾, 萬 もえ⁵⁾

【緒言】我々は出血速度、fibrinogen、FDPを用いて分娩後異常出血（PPH）の病態を診断するアルゴリズムを作成し、その中で出血速度が速い症例、FDPが上昇しない症例を全血喪失型とし、臨床的に緊急度の高い病態と位置付けた。今回、腔壁からの出血の止血が困難で出血性ショックに陥った、全血喪失型と診断されたPPH例を経験したので報告する。

【症例】31歳，1妊1産。SLEにてプレドニゾロン6mg/日内服中。前医にて妊娠40週5日に2,556gの女児を自然経膣分娩後に、明らかな裂傷を認めないにもかかわらず腔中央9時方向からの出血が持続し、最初に出血量を測定した分娩後47分の時点で出血量2,000mL（出血速度42.6mL/min）に達した。縫合による止血が困難であったため、ガーゼ圧迫をした状態で分娩後3時間後に血液製剤の輸血なしで当院に搬送となった。到着時の出血量3020mL，血圧60/40mmHg，脈拍数138bpm（shock index 2.3），JCS 10であった。血液検査所見はhemoglobin 4.7g/dL，fibrinogen 169mg/dL，FDP 2.4mg/dLと高度の貧血とFDPの非上昇が特徴で、上述のアルゴリズムから全血喪失型と診断した。腔鏡診にて700mLの凝血塊を排出した後も腔壁から少量の出血が持続したが、出血点が不明のため子宮動脈塞栓術を実施し、動脈性出血が確認され止血した。輸血により術後のhemoglobin（7.2g/dL）とfibrinogen（190mg/dL）は回復し、FDPは低値（0.4mg/dL）を維持していた。総出血量は4,800mLであった。

【結語】全血喪失型は短時間で出血性ショックに陥り、患者の生命を脅かす病態であることが確認された。我々の提唱したアルゴリズムはPPHの管理に有用であると思われた。

4. 胎児診断に難渋した先天性巨大肝血管腫破裂の一例

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室

○栗山千晶, 大平安希子, 坂田周治郎, 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】先天性巨大肝血管腫は肝血管腫の中でも直径4 cm以上の腫瘍と定義され、その発生率は10,000人あたり0.64人と稀な疾患である。一般的に無症状だが、巨大肝血管腫は動静脈シャントによる高拍出性心不全や腫瘍破裂による腹腔内出血など、生命を脅かす重篤な合併症をきたすことがあり死亡率は30%～100%とされている。超音波検査やMRI検査にて血流の豊富な腫瘍を認めるが、非典型的な所見を示す症例もあり時に診断に難渋する。今回胎児診断に難渋し、出生後に肝血管腫破裂と診断された症例を経験したので報告する。

【症例】23歳，2妊1産。自然妊娠にて妊娠成立，前医にて周産期管理施行され胎児発育は週数相当であった。妊娠31週4日の妊婦健診にて胎児腹腔内に腫瘍を疑う所見が出現し精査加療目的に妊娠33週2日に当院紹介受診。精査にて右側腹部に長径85mmの腫瘍と心拡大，心嚢液貯留を認めたため同日管理目的に入院となった。入院後の胎児超音波検査でも血流が乏しく胎児肝血管腫の典型的な所見は認められず，MRIでは胎便性腹膜炎，リンパ管奇形，神経芽腫が鑑別に挙げられた。

心不全徴候もあり早期娩出の可能性を考慮し入院2日目よりベタメタゾン投与を施行。入院4日目の妊娠33週5日に胎動減少の訴えあり，超音波検査で呼吸様運動・筋緊張を認めずBPS4点であり胎児機能不全として緊急帝王切開を施行した。出生児は男児，2,193g，Apgar Score 3/5/8点。出生後の造影CTにて巨大肝血管腫の破裂による腹腔内出血と診断された。

【結語】本症例は腫瘍内の血流が乏しかったことや腫瘍が境界不明瞭で内部不均一な信号といった胎便性腹膜炎との鑑別を要する所見の混在から診断に難渋した。非典型的な胎児腹部腫瘍，特に心不全徴候や急激な腫瘍増大を伴う症例においては肝血管腫の破裂の可能性も念頭に置くこと，定期的なモニタリングを行うことが重要であることが示唆された。

5. 特発性血小板減少性紫斑病に対し経静脈的免疫グロブリン療法施行も奏効不十分で血小板輸血併用下に緊急帝王切開術を行った一例

岡山赤十字病院 産婦人科

○竹内志織，高知佑輔，瀬尾里奈，兼森雅俊，山本梨沙，柏原麻子，
佐々木佳子

【緒言】妊娠中の血小板減少の鑑別として，特発性血小板減少性紫斑病（ITP）は重要である。高度な血小板低下を伴う症例では分娩前に経静脈的免疫グロブリン療法（IVIg）を行うことで，血小板数の回復が見込めることが報告されている。この度当院で高度な血小板減少を伴うITPに対してIVIgを施行したが奏功せず，血小板輸血を行ったうえで緊急帝王切開術を施行した症例を経験したため報告する。

【症例】34歳，0妊0産，凍結融解胚移植で妊娠成立した。特記すべき既往歴はなし。前医で妊婦健診を行っていたが，妊娠中期に妊娠糖尿病（GDM）の診断に至り，周産期管理目的に妊娠32週で当院を紹介受診となった。妊娠37週の血液検査でPlt 7.9万/ μ Lと血小板低値を認めた。血液内科に紹介し，骨髓検査を施行したうえでITPの診断に至った。妊娠38週4日から5日間IVIgを行ったが，妊娠39週4日時点でPlt 4.9万/ μ Lと奏功しなかった。IVIg不成功と判断し，血小板を計60単位投与しPlt 8.3万/ μ Lまで回復した状態で全身麻酔下に緊急帝王切開術を施行した。産褥は母児とも経過良好で，母体の血小板数も時間経過で回復した。

【考察】ITP合併妊娠の第一選択はステロイドであり分娩直前には速効性のIVIgが用いられることが多いが，その治療効果は個体差が大きく，一過性かつ不成功例も存在する。治療で分娩に十分な血小板数を確保できない場合には血小板輸血を要するが，その効果は一時的であるため，輸血後の迅速な分娩終結のために時に緊急帝王切開術が選択される。また出生児の血小板数は母体治療の奏効に関わらず低値となり得ることが報告されている。これらの背景からITP合併妊娠の周産期管理では新生児管理を含め多職種の同時並行準備が重要である。我々は本症例を経験し，多職種で適切に連携するために分娩時期や分娩方法，輸血のタイミングについて予め閾値を設定し，事前合意を得ておくことの重要性を再認識した。

6. AIとカオスの次元と自由エネルギー原理に基づく胎児意識の検出

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⁾
○宮木康成¹⁾, 高吉理子²⁾, 伊藤 綾²⁾, 酒本あい²⁾, 清川麻知子²⁾,
江口武志²⁾, 小田隆司²⁾, 小國信嗣³⁾, 橋本 雅²⁾, 高田智价²⁾,
秦 利之²⁾, 三宅貴仁¹⁾²⁾³⁾

【目的】人工知能（AI）を利用して超音波診断装置を用いた胎児表情から算出したカオスの次元を介して，胎児の意識の存在を自由エネルギー原理にて説明すること。

【対象および方法】2020年1月から9月までの妊娠19週から38週の93例の胎児から4次元超音波技術を用いて922枚の胎児表情画像を収集し，独自に開発したdeep neural networkにて表情認識AIを作成した。次に2021年2月から12月までの妊娠27週から37週の33例の胎児からの37本の表情動画にこのAIを適用し，表情カテゴリのconfidence scoreから構成された7次元時系列データを生成した。ついでこれからカオスの次元（特に相関次元）を計算し，脳活動を解釈するため自由エネルギー原理の数理モデルを作成した。統計解析には，マン・ホイットニー検定を用いた。

【成績】表情認識AIの正診率は0.996だった。時系列データから密と疎の状態の存在とその変動とを発見した。26-29次元の埋め込み次元空間におけるカオスの次元値は密と疎のそれぞれで 1.19 ± 0.22 , 1.33 ± 0.27 (Mean $\pm$ SD) で，両群間に有意差があった ($P < 0.05$)。胎児表情とカオスの次元値と変分自由エネルギーの関連性をKullback-Leibler divergence, generative density, recognition densityの概念などを用いて作成した数理モデルからはactive inferenceの存在が示唆された。

【結論】AIを介した脳活動に関連するカオスの次元値は自由エネルギー原理に関連していると考えられ，脳活動状態は密と疎の状態間を変動しており変分自由エネルギーが変化する過程が検出された。すなわちactive inferenceの存在からは，少なくとも妊娠27週以降の胎児には意識が存在すると解釈できる。

7. 前回妊娠時に子宮内胎児発育不全であった症例における 不育症スクリーニングの結果と次回妊娠転帰の後方視的検討

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⁾

【目的】当科では, 前回妊娠時に子宮内胎児死亡や重度の子宮内胎児発育不全 (fetal growth restriction : FGR) であった症例に対して, 不育症スクリーニングを実施している。本研究では, 前回妊娠時にFGRであった症例における不育症スクリーニング結果と, 次回妊娠時に治療介入した際の妊娠転帰につき検討したため報告する。

【方法】前回妊娠時にFGRであったため, 次回の妊娠に向けて不育症スクリーニングを希望し, 2013年から2023年までの間に当科を受診した52例を対象とした。52例中26例 (50.0%) で, 前回妊娠時に生児が獲得できていなかった。不育症スクリーニングの検査項目は, 抗カルジオリピン抗体, 抗 β 2GPI抗体, ループスアンチコアグラント, 甲状腺機能検査, Protein S活性, Protein C活性, 第XII因子凝固活性, 抗核抗体とした。不育症スクリーニングの結果と, 次回妊娠時に治療介入した際の妊娠転帰を後方視的に検討した。

【成績】不育症スクリーニングの結果, Protein S活性低下を認めた症例が14例 (26.9%) と最も多く, 抗リン脂質抗体陽性を認めた症例は10例 (19.2%) であった。抗リン脂質抗体陽性を認めた10例中 9 例に低用量アスピリン・ヘパリン併用療法を施行し, 8 例で生児を獲得した。妊娠経過中に妊娠高血圧腎症や子宮内胎児発育不全を発症した症例はいなかった。また, Protein S活性低下を認めた14例中13例に低用量アスピリン・ヘパリン併用療法を施行し, 12例で生児を獲得した。妊娠経過中に妊娠高血圧腎症 2 例, 子宮内胎児発育不全 1 例を認めた。

【結論】前回妊娠時にFGRであった症例では, 抗リン脂質抗体やProtein S活性低下を認める症例が多く, 次回妊娠に向けて原因検索を行い, 治療介入を行うことで妊娠転帰を改善することができる可能性がある。

8. 結節性硬化症合併妊娠において分娩時に胎児徐脈をきたした1例

川崎医科大学 産科婦人科学教室¹⁾, 三宅医院²⁾

○松本 良¹⁾, 坪内弘明¹⁾, 辻 佳世¹⁾, 田坂佳太郎¹⁾, 森本由美子¹⁾,
岡本 華¹⁾, 河村省吾¹⁾, 斎藤 渉¹⁾, 杉原弥香¹⁾, 太田邦明¹⁾,
太田啓明¹⁾, 小田隆司²⁾, 三宅貴仁²⁾, 下屋浩一郎¹⁾

【緒言】結節性硬化症（TSC）は6,000-10,000出生に1例の希少な遺伝性疾患で、患者の47-67%に心横紋筋腫を合併する。TSC関連心横紋筋腫による胎児不整脈の80%はWPW症候群を中心とした頻脈性不整脈であり、徐脈性不整脈は極めて稀とされている。本邦のTSC合併妊娠10報告中、分娩時胎児徐脈による帝王切開例は1例のみであった。今回、胎児徐脈を認めた稀なTSC合併妊娠例を経験したので報告する。

【症例】37歳初産婦。2012年に右側脳室内腫瘍（上衣下巨細胞性星細胞腫）に対する開頭摘出術の既往あり。2022年、反復する子宮瘤血症の精査中にFDG-PETで脊椎・骨盤の異常集積を認め、TSC1遺伝子にナンセンスバリエーションが検出されTSCと診断された。2024年自然妊娠し、初期・中期スクリーニングでは心臓、頭蓋内に異常を認めなかった。妊娠39週3日、無痛分娩目的で入院。誘発分娩中に、胎児心拍数90bpmの徐脈が反復出現した。胎児不整脈と判断し経膈分娩を継続したが、徐脈の反復により帝王切開術を施行した。新生児は3,125g, Apgar score 8/9点で娩出され、臍帯動脈血ガスは正常であった。出生時心エコーで右室流出路近傍に10mm大の心横紋筋腫を認め、最終的に左室・右室流出路に計4個の腫瘤が確認された。頭部MRIでは側脳室前角に脳室上衣下結節を認めた。日齢13日よりエベロリムス治療を開始し、心臓腫瘍の縮小を認めている。

【考察】中期スクリーニングでは心臓腫瘍は指摘されなかったが、心横紋筋腫は妊娠後期にかけて増大することが知られており、存在していた可能性は高い。TSC関連心横紋筋腫による胎児不整脈は頻脈性が主体であり、本症例のような分娩時胎児徐脈の報告は稀である。本症例はTSC合併妊娠における分娩時管理、特に稀な徐脈性不整脈への対応について重要な症例と考えられた。

9. 硬膜外無痛分娩で高位麻酔となり硬膜下麻酔が疑われた2症例

倉敷中央病院 産婦人科

○山岡千夏, 福原 健, 西 正, 岸塚有未, 中野秀亮, 山中智裕,
由良典子, 稲川貴一, 杉山亜未, 橋本阿実, 福田真優, 深江 郁,
黒田亮介, 田中 優, 清川 晶, 堀川直城, 中堀 隆, 本田徹郎,
長谷川雅明

硬膜外麻酔の合併症として、カテーテル留置時にくも膜下、血管内、あるいは硬膜下へ誤って迷入することがある。このうち硬膜下とは、硬膜とくも膜の間の潜在的な空間であり、この部位に局所麻酔薬が投与された場合、「硬膜下麻酔」と呼ばれる。硬膜下麻酔の特徴には、麻酔域が過度に広がること、まだらな麻酔効果が現れることなどが挙げられる。これらの臨床所見と、高位ではあるもののくも膜下や血管内への迷入ではないと判断されることから診断が可能とされている。今回、当院での硬膜外無痛分娩において、硬膜下麻酔が疑われた2症例を経験したので報告する。

症例1 29歳, G1P0。てんかん合併妊娠で、妊娠39週6日に前期破水のため入院し、自然陣痛を認めた。硬膜外麻酔開始後、母体徐脈および胎児徐脈が出現し、麻酔域がTh4まで及んでいたため投与を中止した。運動ブロックは認めないためことからくも膜下麻酔は否定的であることと、疼痛によるてんかん発作の誘発リスクを考慮し、麻酔薬の投与量を減量したうえで再開し、無事に分娩に至った。後の検討で硬膜下麻酔を疑った。

症例2 27歳, G2P1。妊娠38週3日で陣痛発来し、硬膜外カテーテルを留置した。麻酔開始後、冷感消失が頸部まで進行したため、局所麻酔薬の投与を中止した。カテーテルの再挿入は行わず、慎重に経過観察を続け、自然分娩に至った。

硬膜下麻酔は、薬剤投与中止により改善することが多いが、低血圧や無呼吸などの重篤な症状を引き起こす場合もあり、稀には硬膜下血腫による不可逆的な神経障害をきたすこともあるため注意が必要である。また、まだらな麻酔効果により「無痛分娩の失敗」の一因でもある。無痛分娩中に麻酔の効果が過剰であったり、逆に効果が不十分であった場合には、硬膜下麻酔の可能性を念頭に置いて対応することが重要である。

10. 帝王切開瘢痕部妊娠に対し、瘢痕部切除術と子宮動脈塞栓術を併用し、子宮温存できた一例

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室

○加藤正和, 三島桜子, 栗山千晶, 坂田周治郎, 中藤光里, 大平安希子,
桐野智江, 光井 崇, 衛藤英理子, 増山 寿

【緒言】帝王切開瘢痕部妊娠（cesarean scar pregnancy：CSP）は、既往帝王切開術等の瘢痕部に妊卵が着床し、同部の筋層方向へ絨毛が浸潤した異所性妊娠の一つである。子宮破裂や大量出血のリスクを伴う重篤な疾患であり、治療においては母体の安全性だけでなく、妊孕性の温存も重要な課題である。治療には、様々な方法があり、メトトレキサート（MTX）や塩化カリウム（KCl）の投与後に、子宮動脈塞栓術（UAE）、子宮内容除去術や子宮鏡による妊娠組織の摘出を行い、腹腔鏡下での瘢痕部修復術を行う等様々な方法を組み合わせて行う。

今回我々は、MTX投与と子宮動脈塞栓術（UAE）を併用し、瘢痕部切除術にてBarbed sutureによる筋層を修復した一例を経験したので報告する。

【症例】30代女性，G3P2。前2回の帝王切開歴を有し、今回3回目の妊娠となったが、自然排卵周期にて妊娠成立。不正出血を主訴に近医を受診し、CSPを疑われ、前医へ紹介受診。CSPの診断となり、子宮全摘術を提案されたが、妊孕性温存を強く希望したため当院へ紹介受診となった。当院での経膈超音波断層法にて妊娠7週相当のtype 2外向型CSPと診断。hCGは97,541mIU/mLであった。妊娠継続は子宮破裂や早産などのリスクがあることを説明し、妊娠中絶の方針となった。胎児穿刺により心拍停止処置を施行し、MTXの全身投与を行った。day 5のhCGは130,862mIU/mLと減少せず、胎嚢への血流も温存されていたため、UAEを施行した。翌日、開腹にて胎児・胎嚢摘出術および瘢痕部切除術を施行し、筋層Barbed sutureにて瘢痕部を修復した。hCGの低下を確認し、術後6日目に退院、外来管理とした。

【考察】CSPの治療戦略は症例ごとに最適化する必要がある。本症例では、MTX単独では効果不十分であったが、UAEを併用することで出血リスクを抑制しつつ安全に瘢痕部切除が可能であった。また、Barbed sutureは、瘢痕部切除による確実かつ効率的な筋層修復を可能にし、子宮温存をより安全に行える可能性がある。妊孕性温存を希望するCSP症例において、UAE併用の外科的切除とBarbed sutureを用いた瘢痕部修復は有効な選択肢の一つとなり得る。

11. 周産期の肺水腫を契機に全身性エリテマトーデス（SLE）と診断された一例

倉敷中央病院 産婦人科

○岸塚有未，清川 晶，西 正，山岡千夏，由良典子，稲川貴一，
中野秀亮，山中智裕，手塚 聡，福田真優，橋本阿実，杉山亜未，
深江 郁，黒田亮介，雪本めぐみ，田中 優，堀川直城，中堀 隆，
本田徹郎，長谷川雅明，福原 健

【症例】36歳，3妊1産【主訴】両側下腿浮腫，顔面浮腫【既往歴】特記なし

【現病歴】自然妊娠。妊娠30週5日の健診で妊娠高血圧腎症と診断され前医に入院した。入院後，SpO₂ 90%（室内気），Dダイマー 12.1 μ g/mLを認めたことから肺血栓塞栓症の疑いで当院当科へ緊急搬送された。来院時，意識清明でBP 159/101mmHg，HR 94bpm，RR 30回/min，SpO₂ 97%（O₂ 2L）であり，両下腿と顔面に著明な浮腫が見られた。経胸壁心臓超音波検査では，重症肺塞栓の所見なく心収縮能は保たれていたが，心嚢液の貯留，下大静脈拡張，胸水貯留と肺野のB-Lineを認め，心不全（HFpEF）と肺水腫による呼吸不全と考えられた。胸部X線写真で心拡大，肺野の透過性低下を認め，血液検査ではNT-proBNP 3685pg/mLと高値を認めた。前医の造影CTでは深部静脈および肺野に明らかな血栓を認めなかった。児は推定体重1444gと週数相当であり，超音波スクリーニングで特記すべき異常を認めなかった。妊娠高血圧腎症の増悪による肺水腫を来したと考え，緊急帝王切開術を行った。児は男児，体重1410g，Apgar scoreは1分8点，5分9点でNICUへ入院となった。術後の心収縮能は保たれており，フロセミドとニフェジピン投与により一時的に循環動態は安定したが，産褥11日の時点でも呼吸困難が遷延し胸水の増加を認めた。周産期心筋症の診断基準は満たさず，HDP関連HFpEFとして，薬物治療を継続，全身状態の改善が得られたため産褥21日目に退院した。

退院1週間後（産褥29日目）から発熱が持続し，頸部リンパ節腫脹，関節痛，腎障害，蛋白尿を認め，抗核抗体・抗dsDNA抗体・U1-RNP抗体陽性よりSLEの診断に至った。心臓MRIでは急性心筋炎を示唆する所見を認め，臨床経過とあわせ，最終的にSLE心筋炎と診断した。産褥9か月，心機能は良好に保たれておりSLEの治療を継続している。

【考察】第二子の妊娠・出産を契機にSLEが心筋炎として顕在化した稀な症例である。周産期の肺水腫に遭遇した際には，経過や随伴症状に注目し，自己免疫疾患を常に鑑別に含める必要があると考えられた。

12. バルトリン腺膿瘍に対して肛門側からの切開で効果的なドレナージを実施できた一例

岡山市立市民病院 産婦人科

○味野宏紀（初期研修医）、徳毛敬三、大石恵一、角南華子、平松祐司

【症例】40代，未婚

【既往歴】潰瘍性大腸炎：21歳発症で5～6年前より2カ月毎に抗TNF α 抗体製剤を投与していた。40歳頃より右バルトリン腺膿瘍を繰り返している。

【妊娠歴】G0

【現症】身長142cm 体重42.0kg BMI 20.8

【現病歴】20歳代から月経困難で他院産婦人科通院していた。40歳頃バルトリン腺膿瘍で入院既往あり。その後も1-2年に1回程度バルトリン腺が腫大し抗菌薬内服していた。X年8月，バルトリン腺膿瘍と蜂窩織炎による疼痛で前医に入院し抗生剤投与したが無効で，当科救急搬送となった。

【経過】来院時，痛みで内診台に上がれずベット上で診察，右優位の外陰部痛，右臀部に硬結と疼痛があった。37℃代の発熱と血液検査で白血球は，17,740/ μ l。CRPは6.3mg/dlであった。

緊急で腰椎麻酔下に切開したが，出血のみで排膿は確認できなかった。術後2日目に造影MRIで右外陰部から背側に肛門管前方にまで進展する長径4cmの被包化された膿瘍を認めた。

術後3日目に外科紹介し，肛門側方9時を1cm局所麻酔下に切開したところ排膿を得られた。切開創部の洗浄を2日間行った。培養は陰性であった。

抗生剤は，セフトリアキソン，メトロニダゾールを点滴で10日間，その後内服に切り替えてさらに10日間使用した。術後9日目の腹部造影CTで膿瘍は消失した。右外陰切開創部と臀部の硬結や痛みも改善し経過良好で術後2週間で退院となった。

【結語】本症例は，バルトリン腺膿瘍が再発を繰り返した結果，肛門管前方まで膿瘍が進展したと考えられる非常に珍しい一例である。

MRI撮影で，膿瘍腔が膈粘膜から2cm程離れているのに対し，肛門側からの距離が1cm程度と近く，肛門側からの切開がより簡易的かつ重力の影響で排膿も効果的に得られると判断し実施し，抗菌薬と合わせ治癒に至った。

外見上の所見のみならず，切開排膿前にはCT，MRI画像撮影をして膿瘍腔の場所と形状を把握して臨機応変に対応することが大事である。

13. 骨盤臓器脱に対してvNOTESによる膣断端仙骨子宮靱帯固定術を施行した一例

津山中央病院 産婦人科

○杉原百芳，坂手慎太郎，福武功志朗，片山菜月，伊藤沙希，石川陽子，岡真由子，佐藤麻夕子，河原義文

【緒言】骨盤臓器脱に対するメッシュ手術が普及している中で，稀ではあるがメッシュによるびらんや感染症など特有の合併症もみられ，メッシュを用いない術式であるNative tissue repairが見直されている。今回vNOTESによる膣断端仙骨子宮靱帯固定術を施行したため報告する。

【症例】52歳，2妊2産，経膣分娩2回，未閉経。既往歴として28歳から2型糖尿病に対して内服およびインスリン加療歴あり。8年前より陰部違和感があり，他院産婦人科を受診し子宮脱を指摘されていたが経過観察されていた。検診で下部消化管内視鏡検査を施行時に，著名な子宮脱を指摘され，当科を紹介受診された。POP-Q stageⅣの診断であり，手術を希望された。BMI26の肥満や年齢から再発リスクが高いと考えられ，また糖尿病があることからメッシュ使用による感染への懸念もあったため，経膣的内視鏡下に子宮全摘術，両側付属器切除術，膣断端仙骨子宮靱帯固定術（Shull法），前後壁膣壁形成術を施行した。周術期合併症はなく，術後経過良好で，術後6日目に退院された。術後2ヵ月時点で明らかな再発所見なく経過している。

【結語】骨盤臓器脱に対して特に再発リスクが高い症例では，経膣手術と鏡視下手術による膣断端挙上術を併用することで低侵襲でより安全な手術が可能であり，再発リスクを低減できる有用な術式の一つであると考えられる。

14. ロボット支援下子宮全摘術の導入経験

岡山済生会総合病院 産婦人科

○春間朋子，白河伸介，平野由紀夫

【目的】 ロボット支援下子宮全摘（robot assisted simple hysterectomy, RASH）は婦人科領域において低侵襲手術として普及が進んでいる。RASHは腹腔鏡下子宮全摘（total laparoscopic hysterectomy, TLH）と比較して手術の習得が早いことが知られている。当院では2024年12月にRASHを導入した。今回，導入期における主担当術者の連続12例を解析し，学習曲線を明らかにすることを目的とした。

【方法】 当院で施行したRASHのうち，主担当術者が執刀した連続12例を対象とした。主要評価項目は手術時間とし，副次的にコンソール時間および腔断端縫合時間を解析した。症例を前半6例と後半6例に分け，成績を比較した。

【結果】 全12例の平均手術時間は208分（164-287分）であった。前半6例の平均手術時間は229分（181-287分）であったのに対し，後半6例では188分（164-232分）と約40分の短縮を認めた。コンソール時間も前半163分（136-201分）から後半140分（103-160分）へ減少し，腔断端縫合時間も漸減した。特に10例目以降は手術時間168分（164-172分），コンソール時間108分（103-118分）となった。全例で重大な合併症や開腹移行は認めなかった。

【結論】 導入初期においてもRASHは安全に施行可能であり，症例経験の蓄積とともに手術時間の短縮が得られた。特に前半と後半で明確な改善を認め，短期間で学習効果が現れることが示唆された。今後も安全かつ円滑に手術を行い，適応を拡大していきたいと考えている。

15. 筋腫関連赤血球増多症を合併した巨大子宮筋腫の一例

岡山赤十字病院 産婦人科¹⁾, 大阪中央病院 産婦人科²⁾

○相本法慧¹⁾²⁾, 津田洋之介²⁾, 細川有美²⁾, 松本 貴²⁾

筋腫関連赤血球増多症 (myomatous erythrocytosis syndrome : MES) は、赤血球増加、子宮筋腫の存在、摘出後の速やかな血算正常化を特徴とする稀な疾患である。発症機序としては、筋腫自体からのEPO産生が主要因と考えられており、免疫染色やmRNA解析によりその発現が確認されている。MESは巨大子宮筋腫を伴うことが多く、従来は開腹手術が主な治療法とされてきた。近年、腹腔鏡下手術での摘出例も報告されているが、巨大腫瘍では腫瘍断片の腹腔内播種が懸念される。今回我々はMESを合併する子宮筋腫に対して、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。

症例は60歳、未経妊未経産で53歳時に閉経。健診で多血を指摘され近医血液内科を受診し、血液検査で赤血球612万/ μ l, Hb 18.5g/dl, Hct 56.3%, EPO15.3mIU/mlであった。CT検査で骨盤内に巨大腫瘍を認め、産婦人科に紹介となった。骨盤MRI検査から21.0×19.2×8.2cmの子宮筋腫と診断されたが、当初は手術を希望せず経過観察されていた。その後腹部膨満感の増悪に伴って手術希望となり、当院に紹介された。血液検査では赤血球589万/ μ l, Hb 14.7g/dl, Hct 47.5%であった。悪性を示唆する所見なく、腹腔鏡下子宮全摘術の方針とした。術中、子宮体部後壁に頸部右後方から広間膜後葉側へ伸展する巨大子宮筋腫を認めた。

子宮回収にはアイソレーションバッグ[®]を用いたin bag morcellationを施行した。子宮重量2470g, 出血量25ml, 手術時間 4 時間14分, 永久病理標本は子宮平滑筋腫の診断であった。術後合併症は認めず経過は良好で、術後4日目に退院。術後1ヶ月にはHb 13.0g/dl, Ht 41.3%と多血の改善を確認し、EPO 9.2mU/mlと低下を認めたことから、多血症の原因は子宮筋腫からのEPO産生に矛盾しないと考えられた。

16. 当院における子宮頸癌ⅢC期に対する同時化学放射線療法の治療成績 および予後因子の検討

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室

○田中佑衣, 藤川 淳, 今谷稜子, 谷岡桃子, 杉原花子, 谷 佳紀,

岡本和浩, 依田尚之, 松岡敬典, 原賀順子, 小川千加子, 中村圭一郎,
長尾昌二, 増山 寿

【目的】2018年のFIGO分類改訂により, リンパ節転移の有無が子宮頸癌の進行期分類に組み込まれ, 新たにIIIC期が定義された。KEYNOTE-A18試験を踏まえ, 従来の同時化学放射線療法 (CRT) にペムブロリズマブ (Pem) を併用・維持する治療法が選択肢となりつつあるが, 免疫関連有害事象は時に不可逆的であり, 慎重に適応を判断すべきである。そこで, 当院におけるCRT単独の治療成績を再評価し, Pem導入の妥当性を検討する予後不良因子の探索を目的とした。

【方法】2018年1月～2024年12月に当院でCRTを施行した子宮頸癌ⅢC1～2期 (FIGO 2018) 62例を対象とした。診療録より患者背景および治療関連情報を収集し, 無増悪生存期間 (PFS) に影響を与える因子を解析した。

【成績】年齢中央値は50歳 (33～79歳), 進行期はIIIC1期42例 (68%), ⅢC2期20例 (32%) であった。T分類はT1 9例 (15%), T2 38例 (61%), T3 15例 (24%) であった。治療後の増悪または再発は16例 (26%) に認め, うち照射野内3例, 照射野外13例であった。T分類の進行に伴いPFSは短縮する傾向を示したが, 有意差は認めなかった ($P=0.64$)。また, 進行期, 腫瘍径, 転移リンパ節数, 子宮傍組織浸潤の有無もPFSと有意な関連は認めなかった。一方, 腔壁浸潤を有する群ではPFSが有意に短縮しており ($P=0.011$), 腫瘍径および子宮傍組織浸潤の有無を加えた多変量解析においても, 腔壁浸潤は独立した予後不良因子であった。

【結論】CRT施行例において, 腔壁浸潤が独立した予後不良因子であった。一方で, リンパ節転移の個数や範囲はPFSに影響しなかった。以上より, 当院ではT分類を重視したりスク層別化を行い, 特にT2以上の症例に対してPem併用を検討する方針とした。ただし, 症例数が少なく解析には限界があるため, 今後は多施設共同研究による再検証を予定している。

17. HRPと全身性炎症反応の組み合わせと進行卵巣癌の予後に関する調査

岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 産科・婦人科学教室

○藤川 淳, 中村圭一郎, 田中佑衣, 今谷稜子, 谷岡桃子, 杉原花子,
谷 佳紀, 岡本和浩, 依田尚之, 松岡敬典, 原賀順子, 小川千加子,
長尾昌二, 増山 寿

【緒言】PARP阻害薬の登場は、上皮性卵巣癌の薬物治療に大きなパラダイムシフトをもたらした。全身性炎症反応（SIR）と上皮性卵巣癌の予後との関連はこれまでも複数の研究で指摘されてきたが、PARP阻害薬の出現後にHRD、HRPとSIRを組み合わせることで上皮性卵巣癌の予後を解析した研究は数少ない。本研究は、HRDステータスとSIRを組み合わせたものが進行卵巣癌の予後を反映するかを調査した。

【方法】2020年10月から2024年10月までの間にPARP阻害薬のコンパニオン診断としてHRD検査を受け、維持療法を施行された進行上皮性卵巣癌患者166名を対象とし、SIR、HRDステータス、予後、臨床病理学的特性について調査した。SIRは好中球/リンパ球比（NLR）、リンパ球/単球比（LMR）、血小板/リンパ球比（PLR）、CRP/アルブミン比（CAR）、全身性炎症指数（SII：血小板数×NLR）、予後推定栄養指数（PNI）で評価した。

【結果】GISコアはSIRのいずれの項目よりも強くPFSと関連していた（GIS：AUC=0.738, NLR：AUC=0.486, LMR：AUC=0.579, SII：AUC=0.551, PNI：AUC=0.607）。さらに、6ヶ月以内の再発とGISコアも強く関連していた（GIS：AUC=0.785）。多変量解析によって、HRPはPFSを予測する独立した因子であることが示された（ $p<0.001$ ）。さらに、HRPとSIRを組みあわせることで、進行上皮性卵巣癌の予後はより強く反映されることが示唆された。

【結論】HRPであることは予後を反映する。さらにSIRを組み合わせることによって進行上皮性卵巣癌の予後をよりよく反映する。

18. 当科で治療を行った子宮留膿腫症例の検討

倉敷市立市民病院 産婦人科

○多賀茂樹，大村由紀子

【緒言】子宮留膿腫は高齢者に好発し，通常保存的治療が行われるが，悪性腫瘍や，穿孔・瘻孔形成等の合併症に注意が必要である。今回，当科で治療を行った子宮留膿腫症例について検討した。

【方法】2021年から2025年まで，当科で加療した子宮留膿腫17例につき，患者背景，治療内容，合併症，結果について検討を行った。

【結果】年齢は73歳から100歳まで，平均83歳であった。治療内容は，子宮内容吸引・内腔洗浄が15例，内容吸引のみ洗浄なしが2例であった。抗生剤を投与したのは11例であった。悪性腫瘍の合併は子宮頸癌が2症例で，子宮内膜間質性肉腫疑いが1例あった。腫瘍以外の合併症はS状結腸腔瘻が1例あった。その他の13例は症状改善し，何回か治療を繰り返した例はあるが，現在寛解状態にある。

【結論】子宮留膿腫は高齢者に多く，全身状態も不良のことが多いが，悪性腫瘍や穿孔・瘻孔形成等の合併症には注意が必要であり，保存的治療で改善がみられない場合は外科的治療の検討も必要であると考えられた。

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 |

役員の選出

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。

役員の職務

第17条 役員の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7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, 平野由紀夫, 長尾 昌二, 中村圭一郎

日本産科婦人科学会名誉会員

太田 博明, 平松 祐司

日本産科婦人科学会功労会員

河野 一郎, 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

河野 一郎, 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〉 アストラゼネカ株式会社
- 〈展 示〉 ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社
ファイザー株式会社
株式会社メディコン
- 〈広 告〉 あすか製薬株式会社
アステラス製薬株式会社
エーザイ株式会社
MSD株式会社
科研製薬株式会社
キッセイ薬品工業株式会社
武田薬品工業株式会社
テルモ株式会社
西日本メディカルリンク株式会社
バイエル薬品株式会社
メンリッケヘルスケア株式会社

ご協力ありがとうございました