

第 30 回
四国産婦人科内視鏡手術研究会

プログラムおよび講演抄録集

会 期 令和 7 年 10 月 4 日 (土)
会 場 高知医療センター 2F くろしおホール
高知県高知市池 2125 番地 1

四国産婦人科内視鏡手術研究会

ご挨拶

第30回四国産婦人科内視鏡手術研究会の開催にあたり、謹んでご挨拶申し上げます。

本研究会は、平成10年3月に愛媛県の先生方を中心に「四国婦人科内視鏡手術懇話会」として始まりました。四国の産婦人科医が互いに内視鏡手術を学び合う場として発足し、以後、四県が持ち回りながら定期的開催され、本年、節目となる第30回を迎えます。この記念すべき会を高知県で開催できることは当番世話人として大変感慨深く、これまで本会を支えてこられた諸先生方とご参加の皆様にご心より御礼申し上げます。

今回は一般演題18題に加え、滋賀医科大学の辻俊一郎准教授を特別講演にお迎えし、「CSDiからCSPまでの鏡視下手術」についてご講演いただきます。「医原性」ともいわれる帝王切開癒痕部異常(CSDi)の治療やハイリスク妊娠である帝王切開癒痕妊娠(CSP)への対応は、帝王切開術が増加した現代産科婦人科における重要課題です。本講演は大変興味深く、日常診療にも直結する貴重な機会となると確信しております。

一般演題からも明らかなように、研究会発足当時には想像できなかった技術が次々に臨床へ導入されています。ロボット支援手術、経腔的腹腔鏡手術、細径子宮鏡手術など、多様なアプローチが普及し、婦人科内視鏡手術の可能性は一層広がっています。本会がこうした進歩を共有し、臨床に還元する役割を果たしていることは誠に意義深いことです。また今回は、プレコングレスとしてロボット手術や細径子宮鏡手術のハンズオンセミナーを企画し、エキスパートによるビデオクリニックも予定しております。更に若手の熱気あふれる県別対抗腹腔鏡結紮バトル大会、研究会前日には初の懇親会を設けて交流の場を広げることと致します。これらは関係各位のご協力の賜物であり、とりわけ開催準備にご尽力いただいた高知大学産科婦人科学教室の皆さまに深く感謝申し上げます。

限られた会期ですが、本研究会が皆様にとって実りある学びの場となり、四国における産婦人科内視鏡手術のさらなる発展に寄与することを祈念し、開催のご挨拶とさせていただきます。

令和7年10月

第30回四国産婦人科内視鏡手術研究会
当番世話人 林 和俊
(高知医療センター副院長)

第 30 回

四国産婦人科内視鏡手術研究会

世話人会・講演会案内

〈当番世話人〉 高知医療センター 副院長

林 和俊

〈会 期〉 令和 7 年 10 月 4 日 (土)

〈会 場〉 高知医療センター 2F くろしおホール TEL : 088-837-3000(代表)

〈ハズレセミナー〉 1F 研修室・3F 手術室 (8:30~10:00)

〈ビデオクリニック〉 1F 研修室 (10:15~11:15)

〈四国 4 県対抗腹腔鏡結紮バトル大会〉 1F 研修室 (11:20~11:50)

〈世話人会〉 2F やなせすぎ (12:00~12:45)

〈講演会〉 2F くろしおホール (12:55~17:00)

〈事務局〉 第 30 回四国産婦人科内視鏡手術研究会

〒783-8505 高知県南国市岡豊町小蓮

高知大学医学部産科婦人科学講座内

TEL : 088-880-2383 FAX : 088-880-2384

E-mail : shikoku-naishikyo@kochi-u.ac.jp

会場案内図

会 場：高知医療センター 2F くろしおホール
高知県高知市池 2125 番地 1

【JR 高知駅から】

- ・車・タクシー・バイクをご利用の場合/約 25 分
 - ・バスをご利用の場合/約 30 分
- (外部サイト：とさでん交通株式会社 <https://www.tosaden.co.jp/bus/rosen/timetable/>)

【はりまや橋から】

- ・車・タクシー・バイクをご利用の場合/約 20 分
 - ・バスをご利用の場合/約 25 分
- (外部サイト：とさでん交通株式会社 <https://www.tosaden.co.jp/bus/rosen/timetable/>)

【高速道路から】

- ・高知 IC から高知東部自動車道（高知南国道路）に入り高知南 IC（最寄りの IC）から車で約 3 分

くわしくはこちらから



参加者へのお知らせ

【参加受付】

1. 当日、正午より受付を開始いたします。
2. 参加費（3,000円）と引き換えに領収書兼用の名札をお渡ししますので、所属・氏名を各自ご記入の上、ご着用ください。入場の際には必ず着用をお願いいたします。
学生・初期研修医は参加無料です。
3. 本会は日本産科婦人科学会、日本産婦人科医会、日本専門医機構の認定研修会です。
 - 1) 日本産科婦人科学会会員の方は、JSOGカード・JSOGアプリ内デジタル会員証を用いて参加登録を行います。QRコードをご呈示ください。
特別講演の聴講で「産婦人科領域講習（1単位）」が付与されます。
 - 2) 日本産婦人科医会会員には医会研修シールをお渡しします。

【一般演題 演者の方々へ】

1. 一般演題の講演時間は、発表6分、質疑応答3分です。講演時間は厳守してください。
2. 講演開始30分前までに、PC受付へデータの提出と動作確認（PC持ち込みの方を含む）を済ませてください。
会場へは、1. パソコン本体 2. USBメモリのうち、いずれかの形で発表データをお持ちください。
3. 1つ前の発表が始まりましたら、次演者席にご着席ください。

【USBメモリをお持ち込みの方への注意事項】

- (1) ソフトは、Windows版PowerPointに対応いたします。
 - ・Macintoshをご使用の方は、ご自身のノートPCをお持ち込みください。
 - ・動画ファイルをご使用の方は、ご自身のノートPCをお持ち込みください。
- (2) フォントはOS標準のもののみご使用ください。
- (3) 画面の解像度は、XGA(1024×768)をお願いいたします。

【ノートPCをお持ち込みの方への注意事項】

- (1) バックアップとして、必ずメディアもご持参ください。
- (2) 画面の解像度は、XGA(1024×768)をお願いいたします。
- (3) PC受付で画像の出力チェックを行ってください。
 - ・PCの機種やOSによって出力設定方法が異なります。
 - ・試写、動画、音声の再生のご確認後、各自ノートPCをセッション開始15分前までに発表会場内のPCオペレーター席までご持参ください。
- (4) プロジェクターとの接続ケーブルは、HDMI端子です。
 - ・PCによっては専用のコネクタが必要になりますので、必ずお持ちください。
 - ・特にVAIOやMacBook等小型PCは、別途付属コネクタが必要な場合がありますので、くれぐれもご注意ください。
- (5) スクリーンセーバー、省電力設定は事前に解除願います。
- (6) コンセント用電源アダプタを必ずご持参ください。
 - ・内蔵バッテリー駆動の場合、ご発表中に映像が切れる恐れがあります。

【ハンズオンセミナー参加者の方々へ】

※事前に参加申込が必要です。見学も歓迎いたします（制限はありません）。

- ・日 時：10月4日（土）8時20分 集合
- ・場 所：高知医療センター 1F 研修室
- ・参加費：無料

《子宮鏡部門ハンズオン》

- ・トレーニング内容：タコなどを子宮内膜ポリープに見立てた子宮モデルでの細径子宮鏡手術（truclar）の実践ハンズオン

1人10分程度を予定

開始時間をグループごとに後で設定し指定させていただきます。

- ・講師：小松淳子（高知医療センター）、難波孝臣（高知医療センター）

《ロボット部門ハンズオン》

（注）参加者が揃い次第、3F手術室へ移動します。

- ・トレーニング内容：ダヴィンチシミュレーターを用いた基本操作

ダヴィンチ実機（Xi）での基本手技

使用機器：ダビンチ Xi

8:20 高知医療センター 1F 研修室に集合

8:30 3F手術室へ移動 3名1チーム、2チームに分かれて研修開始

10:00 修了

- ・講師：上野晃子（高知医療センター）、牛若昂志（高知大学）

【ビデオクリニック参加者の方々へ】

- ・日 時：10月4日（土）10時00分 集合
- ・場 所：高知医療センター 1F 研修室前
- ・参加費：無料

目的：婦人科内視鏡技術認定医取得に向けての手技のポイントを学ぶ。

また、腹腔鏡手術関連製品のより安全な使用方法を理解する機会とする。

講師：横山幹文（奥島病院）、前川正彦（徳島検診クリニック）

【4県対抗結紮大会参加者の方々へ】

内容：1施設1チーム2名（専攻医と内視鏡技術認定医を目指す医師の組み合わせ）

で、各県2施設2チーム計4名で、合計8チーム16名で参加いただきます。

糸をつかんで、3回結紮して、はさみで糸を切るところまでの合計時間をペアで達成した時間を測定します。2回施行後、3回目は各県チーム内4人中最も早い方に腔断端モデル縫合結紮に挑戦していただきます。左腔断端を単結紮し、右腔断端から中央を連続縫合します。計3回の結紮をしてください。

早いもの順で、1位4点～4位1点まで加点されます。

3回の合計点の高い県代表が優勝となります。

研究会進行表

8:30～10:00 (受付 8:20～)	共催ハンズオンセミナー 《子宮鏡部門》 場所：研修室 1F 講師：小松淳子、難波孝臣 内容：タコなどを子宮内膜ポリープに見立てた子宮モデルでの細径子宮鏡手術（truclear）の実践ハンズオン ※事前に参加申込が必要です。 共催：コヴィディエンジャパン株式会社	共催ハンズオンセミナー 《ロボット部門》 場所：手術室 3F 講師：上野晃子、牛若昂志 内容：ダヴィンチシミュレーターを用いた基本操作 ダヴィンチ実機（Xi）での基本手技 ※事前に参加申込が必要です。 共催：INTUITIVE
10:15～11:15	共催ハンズオンセミナー（ビデオクリニック） 《腹腔鏡部門》 場所：研修室 1F 講師：横山幹文、前川正彦 内容：婦人科内視鏡技術認定医取得に向けての手技のポイントを学ぶ。 共催：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社	
11:20～11:50	《四国4県対抗腹腔鏡結紮バトル大会》 場所：研修室 1F 内容：糸をつかんで、3回結紮して、はさみで糸を切るなど。	
12:00～12:45	世話人会（場所：やなせすぎ 2F）	
(受付 12:00～)	講演会（場所：くろしおホール 2F）	
12:55～	開会の辞 当番世話人 林 和俊	
13:00～15:42	一般演題 セッションⅠ「付属器手術」（13:00～13:36）演題 1～4 座長：宇佐美 知香 セッションⅡ「TLH」（13:36～14:03）演題 5～7 座長：楠本 知行 セッションⅢ「術式の工夫、新技術」（14:03～14:39）演題 8～11 座長：吉田 加奈子 セッションⅣ「ロボット支援手術」（14:39～15:06）演題 12～14 座長：牛若 昂志 セッションⅤ「子宮鏡・周産期関連の内視鏡手術」（15:06～15:42）演題 15～18 座長：天雲 千晶	
休憩（15:42～16:00）		
16:00～17:00	特別講演 「CSDi から CSP までの鏡視下手術について」 演者：滋賀医科大学産科学婦人科学講座 准教授 辻 俊一郎 座長：林 和俊（高知医療センター副院長） 共催：テルモ株式会社	
17:00～	閉会の辞 当番世話人 林 和俊	
機器展示（くろしおホールロビー2F・研修室 1F）12:00～17:00		

プログラム

特別講演 (16 : 00～17 : 00)

座長 高知医療センター
副院長 林 和俊

『CSDi から CSP までの鏡視下手術について』

滋賀医科大学産科学婦人科学講座 准教授
辻 俊一郎 先生

一般演題

セッション I 付属器手術 (13:00~13:36)

座長 愛媛大学 宇佐美 知香

1. 腹腔鏡下リスク低減卵管卵巣摘出術により偶発的に悪性診断となった5例
徳島大学産科婦人科
○中村成穂、吉田加奈子、青木秀憲、乾 宏彰、香川智洋、峯田あゆか、木内理世、
山本由理、岩佐 武
2. サルモネラによる卵巣膿瘍の一例
徳島県立中央病院 産婦人科
○河北貴子、新居真理、宮谷友香
3. 卵管成熟奇形腫の一例と文献的考察 — 卵巣腫瘍との鑑別と診断の留意点
高知大学医学部産科婦人科学教室
○林 佐京、山本槇平、平川充保、都築たまみ、永井立平
4. 若年女性に発症した卵管捻転の2例
愛媛県立中央病院 産婦人科
○上野愛実、門田 麗、河端大輔、井上奈美、井上翔太、池田朋子、田中寛希、森 美妃、
阿部恵美子、近藤裕司

セッションⅡ TLH (13:36～14:03)

座長 高知医療センター 楠本 知行

5. 当院における TLH 導入と若手医師の腹腔鏡下手術修練のための取り組み
つるぎ町立半田病院産婦人科¹
徳島検診クリニック²
○中川奉宇¹、谷口実佑¹、土肥直子¹、沖津 修¹、前川正彦²

6. 漿膜下筋腫および肥満に対し TLH の術野展開に工夫を要した CIN3 の一例
松山赤十字病院 産婦人科
○藤井貴頌、藤岡 徹、行元志門、高杉篤志、梶原涼子、本田直利、栗原秀一

7. CIN3 に対する TLH/RAH と LEEP+レーザー蒸散術の治療成績の検討
徳島大学産科婦人科
○青木秀憲、中村成穂、乾 宏彰、香川智洋、峯田あゆか、木内理世、山本由理、
吉田加奈子、岩佐 武

セッションⅢ 術式の工夫、新技術（14：03～14：39）

座長 徳島大学 吉田 加奈子

8. フレキシブル・アーム・システムを使用した semi-solo surgery による TLH
奥島病院 婦人科
○横山幹文、富岡尚徳

9. 鏡視下手術において検体を経腹搬出した肥満患者 2 例の検討
香川大学医学部周産期学婦人科学
○木村華捺、天雲千晶、谷川りか、喜多美里、鎌田恭輔、香西亜優美、田中圭紀、
花岡有為子、鶴田智彦、金西賢治

10. シーリングでも超音波でもない新しいダイセクターを用いた婦人科腹腔鏡手術の経験
香川大学医学部母子科学講座周産期学婦人科学
○天雲千晶、木村華捺、合田亮人、福家瑛子、香西亜優美、田中圭紀、新田絵美子、
花岡有為子、鶴田智彦、金西賢治

11. 多嚢胞卵巣症候群による卵巣茎捻転の再発に対して腹腔鏡下卵巣固有靱帯縫縮術を施行した一例
国立病院機構高知病院 婦人科
○木下宏実、山中絵里加、甲斐由佳、滝川稚也

セッションⅣ ロボット支援手術（14：39～15：06）

座長 高知大学 牛若 昂志

12. 当科における高度肥満患者に対するロボット支援手術症例の検討

愛媛大学大学院医学系研究科 産科婦人科学講座

○市川瑠里子、宇佐美知香、島瀬奈津子、中橋一嘉、宮上 眸、安岡稔晃、森本明美、
内倉友香、松原裕子、杉山 隆

13. 当院におけるロボット支援下子宮全摘術と経膈的腹腔鏡下子宮全摘術の比較

徳島市民病院 産婦人科

○山本哲史、棚野梨沙、片山幸子、立花綾香、古本博孝

14. 当院でのロボット支援下手術時の下腿圧についての検討

愛媛大学医学部附属病院 産婦人科

○藤田茉由貴、宇佐美知香、島瀬奈津子、市川瑠里子、吉田文香、宮上 眸、安岡稔晃、
森本明美、内倉友香、松原裕子、杉山 隆

セッションV 子宮鏡・周産期関連の内視鏡手術（15：06～15：42）

座長 香川大学 天雲 千晶

15. 動脈性血流を伴う子宮内膜ポリープに対してバソプレシン併用子宮鏡下手術を行った一例
国立病院機構 四国こどもとおとなの医療センター
○村山美咲、米谷直人、前田崇彰、長尾亜紀、檜尾健二、森根幹生、前田和寿

16. UAE 後の TCR で安全に摘出できた胎盤遺残の 2 症例
香川県立中央病院
○谷川りか、矢野友梨、早田 裕、堀口育代、永坂久子、高田雅代、米澤 優、
児玉順一、中西美恵

17. 帝王切開癒痕部症候群 (Caesarean Scar Disorder)：CSDi に対する子宮鏡補助下腹腔鏡
下子宮癒痕部修復術の 2 例
高知医療センター
○吉宗 冨、上野晃子、難波孝臣、川瀬史愛、小松淳子、山本寄人、楠本知行、林 和俊

18. 腹腔鏡用超音波プローブを使用して子宮内妊娠の診断に至った 1 例
高知赤十字病院 産婦人科
○松島幸生、谷口佳代、川島将彰、平野浩紀

抄 録 集

特別講演

『CSDi から CSP までの鏡視下手術について』

滋賀医科大学産科学婦人科学講座 准教授
辻 俊一郎 先生

CSDi から CSP までの鏡視下手術について

滋賀医科大学産科学婦人科学講座 辻 俊一郎

帝王切開子宮癒痕症(Cesarean scar disorder: CSDi)は、帝王切開により生じた深さ2mm以上の子宮峡部創陥凹(Cesarean scar defect: CSD)を原因とする月経終了後の褐色帯下の流出、月経痛、続発性不妊症を生じる疾患として近年注目されている。2023年に国際的なエキスパート集団による病名の決定(JAMA Netw Open. 1;6(3):e235321)、2024年に日本産婦人科内視鏡学会のガイドラインへの掲載、2025年に産科婦人科用語集・用語解説集 改訂第5版への掲載、2026年には産婦人科診療ガイドライン婦人科外来編に追記される予定である。CSDiに対する鏡視下手術には子宮鏡および腹腔鏡手術の有効性を示した論文がRCTを含めすでに50以上存在し、その効果に疑いの余地はない。本邦においても2024年に腹腔鏡下手術が保険収載された。しかし、いまだ広く普及されているとは言えない。演者らはCSDiに対する鏡視下手術を抄録作成時点で230例行ってきた。そこで本講演では、そこから得た経験(手術適応、選択、それぞれのtips)を紹介したい。

また、腹腔鏡下子宮癒痕部修復術は帝王切開癒痕部妊娠(Cesarean scar pregnancy: CSP)の治療に応用できると考え、これまで4例のCSPに本術式を行った。本術式は治療と修復を同時に可能とし、入院期間も術後3日で退院可能であり非常に有用と考えている。本講演が皆様の明日からの診療に役立てれば幸いである。

【略歴】

2002年 滋賀医科大学卒業
2009年 市立長浜病院産婦人科 医長
2010年 滋賀医科大学母子診療科 助教
2013年 公立甲賀病院産婦人科 医長
2017年 カロリンスカ研究所, Department of Women's and Children's Health
2019年 滋賀医科大学母子診療科 講師
2022年 滋賀医科大学産科学婦人科学講座 准教授

【資格】

日本産科婦人科学会専門医・指導医 周産期専門医(母体・胎児)専門医・指導医 生殖医療専門医
臨床遺伝専門医 胎児心エコー認証医 母体保護法指定医 da-Vinci Surgical System (Xi, Si)
certificate 災害時小児周産期リエゾン 新生児蘇生法「専門」Aコース修了 オフィス子宮鏡手術認定医

【受賞歴】

2021年 第17回 日本周産期メンタルヘルス学会学 最優秀演題賞(岡野賞)
2023年 第38回 日本女性医学学会学術集会 優秀演題賞
2024年 第15回 ロート女性健康科学研究賞
2024年 RMB 優秀論文賞

1. 腹腔鏡下リスク低減卵管卵巣摘出術により偶発的に悪性診断となった5例

徳島大学産科婦人科

○中村成徳、吉田加奈子、青木秀憲、乾 宏彰、香川智洋、峯田あゆか、木内理世、
山本由理、岩佐 武

【目的】 遺伝性乳癌卵巣癌症候群は BRCA1/2 生殖細胞系列バリエントに起因するがんの易罹患性症候群であり、リスク低減卵管卵巣摘出術 (Risk Reducing Salpingo-Oophorectomy: RRSO) が推奨されている。RRSO を行い偶発的に悪性病変を認めた5例について報告する。

【方法】 2020年1月から2025年6月までに当科でRRSOを施行したHBOC症例35例のうち、術後の病理診断にて悪性病変を認めた5例について後方視的に検討した。

【成績】 5例の平均年齢は52(39-65)歳で、gBRCA1変異3例、gBRCA2変異2例であった。摘出付属器の病理診断は漿液性卵管上皮内癌 (serous tubal intraepithelial carcinoma: STIC) 2例、浸潤がん3例 (卵巣癌1例、卵管癌1例、卵巣癌+卵管癌1例) であった。4例とも術前の経膈超音波検査またはMRIにて付属器腫大や腹水貯留は認めなかったが、卵巣癌+卵管癌の症例では術前のCA125は上昇していた。STICの1例は単純子宮全摘術を併施しており慎重に経過観察中、浸潤がんの3例では根治術を追加したところ、I期1例、III期2例の診断となった。

【結論】 本邦でRRSOが保険適応となり、対象者に対して積極的に行われるようになってきているが、術前の十分な説明と悪性を念頭に置いた治療が求められる。

2. サルモネラによる卵巣膿瘍の一例

徳島県立中央病院 産婦人科

○河北貴子、新居真理、宮谷友香

要旨

サルモネラ感染症は、菌血症が2~4%に起こり、腸管外病変などを起こしやすい。今回我々は、サルモネラによる卵巣膿瘍を経験したので報告する。

症例は23歳 G0P0。性交歴なし。20XX年3月中旬タイへ旅行した。帰国後より微熱を認めていた。3月末に右下腹部痛が出現し、前医の外科で虫垂炎と回腸周囲の炎症を認め手術を行った。左卵巣は内膜症性嚢胞であり周囲と癒着していた。術後撮影したMRIでは両側の内膜症性嚢胞を認め、血液検査では炎症反応も改善し、膿瘍などを疑う所見は認めなかった。術後24日目に左下腹部痛を認め、当院救急受診。左卵巣は軽度増大あり、月経開始後よりLEP内服予定となった。LEP内服後腹痛は軽快したが、発熱が診られるようになり、左卵巣膿瘍を否定できないため腹腔鏡下手術を施行した。左卵巣周囲に液体貯留を認め、炎症の波及が疑われた。ドレナージや嚢腫摘出では根治的治療は困難と判断し左付属器摘出を施行した。術前に施行した血液培養でサルモネラを検出し、卵巣内容液からもサルモネラを検出した。消化器症状はすでに消失しており、虫垂炎術後の抗生剤で一時的に軽快もしており、診断に難渋した。サルモネラ感染症は若年に多く報告があり、膿瘍核出による治療報告もある。今回の症例は背景が内膜症であり、高度癒着、炎症波及などから付属器摘出を施行した。若年女性の膿瘍においては血行感染によるサルモネラ感染の可能性も考え治療を行う必要がある。

3. 卵管成熟奇形腫の一例と文献的考察 — 卵巣腫瘍との鑑別と診断の留意点

高知大学医学部 産科婦人科学教室

○林 佐京、山本慎平、平川充保、都築たまみ、永井立平

【緒言】成熟奇形腫は卵巣に好発する良性腫瘍であるが、卵管原発は極めて稀であり、これまでに報告されている症例は限られている。今回われわれは卵巣成熟奇形腫との鑑別が問題となった卵管成熟奇形腫の一例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

【症例】43歳、未妊婦。他疾患の経過観察中に撮影されたCT検査で右骨盤内腫瘍を偶発的に指摘され、MRI検査で右卵巣近傍に脂肪成分を含む30mm大の腫瘍を認めた。卵巣あるいは卵管原発の成熟奇形腫が疑われたが、卵巣との明確な連続性が画像上不明瞭であったため、診断確定目的に腹腔鏡下手術を行った。術中、正常大の卵巣に隣接してらせん状に腫大した卵管を認め、切開により脂肪成分を含む内容物が流出した。右卵巣・卵管を切除し、病理診断で右卵管壁内に多様な成熟組織を認め、卵管原発の成熟奇形腫と診断された。

【結語】本症例では、MRI検査で卵巣からの連続性に乏しく、離れた位置に脂肪成分を含む腫瘍を認め、らせん状に拡張した卵管様構造が観察された。MRI検査による腫瘍の性状評価と、卵巣との位置関係や周囲構造の観察が、卵管成熟奇形腫の術前診断に有用であると考えられた。卵管原発の成熟奇形腫は無症候性のことが多く、偶発的に発見される一方で、腫瘍破裂や捻転、卵管妊娠との鑑別を要する。稀であり術前診断が困難な場合があるが、本症を念頭に置くことが重要である。

4. 若年女性に発症した卵管捻転の2例

愛媛県立中央病院 産婦人科

○上野愛実、門田 麗、河端大輔、井上奈美、井上翔太、池田朋子、田中寛希、森 美妃、阿部恵美子、近藤裕司

概要

卵管捻転の発症頻度は非常に稀であることが報告されている。症状は卵巣の血流不全がないことから卵巣腫瘍茎捻転と比較し軽症であることも多く、術前診断に苦慮することが多い。今回、我々は若年女性に発症し、術前診断に苦慮した卵管捻転の2例を経験したため文献的考察を含めて報告する。

【症例1】20歳、G0P0。下腹部痛を主訴に当院を受診した。腹部超音波検査で子宮左側に32mm×35mmの嚢胞性病変を認めたため腹部造影CT検査を施行したところ、左付属器領域に嚢胞性病変を認めた。左卵巣の造影効果が不均一であったことから、左卵巣腫瘍茎捻転を疑い、同日緊急腹腔鏡手術を施行した。左卵管は反時計回りに360度捻転しており、これを解除し、左卵管切除術を施行した。病理組織診断は傍卵管嚢胞であった。

【症例2】13歳、G0P0。急性腹症にて近医小児科を受診し、腹部超音波検査で骨盤内に嚢胞性病変を認めたため当院紹介となった。腹部造影CT検査を施行したところ、骨盤内に管腔構造を有する嚢胞性病変を認めた。腹部症状の改善なく、卵巣腫瘍茎捻転を疑い同日緊急腹腔鏡手術を施行した。左卵管は反時計回りに720度捻転しており、これを解除し、左卵管切除術を施行した。病理組織診断は卵管留水腫であった。

5. 当院における TLH 導入と若手医師の腹腔鏡下手術修練のための取り組み

つるぎ町立半田病院産婦人科¹

徳島検診クリニック²

○中川奉宇¹、谷口実佑¹、土肥直子¹、沖津 修¹、前川正彦²

【抄録】

腹腔鏡下手術の普及、適応拡大に伴い若手産婦人科医にとって腹腔鏡下手術は必修の技術となっている。若手医師への手術教育において手術件数や指導医となるべき腹腔鏡技術認定医に施設間格差があることは大きな課題である。さらに各県において地域枠制度の産婦人科医師は増えてきており、キャリア形成も課題となっている。徳島県の地域枠医師はへき地医療拠点病院及び医師少数区域等にある病院で卒後 9 年以内に最低でも 3 年間以上勤務が必要である。当院は徳島県で唯一、産婦人科研修を行うことができる上記に該当する病院であるが、内視鏡技術認定医は在籍しておらず、TLH は導入されていなかった。2024 年 4 月より地域枠の産婦人科医が赴任し、同年 11 月から内視鏡技術認定医を招聘し TLH を導入した。その際、若手医師への有効な手術教育の実施も大きな目的とした。現在までに 15 例の TLH を行い、手術時間の平均値は 246 分、いずれも手術合併症は起こしていない。近年、手術教育についての報告が増えてきているが、学習者目線での報告は少ない。今後も地方の内視鏡技術認定医が在籍していない病院で安全に TLH を行いながら若手医師が腹腔鏡下手術を修練するために当院で行っている取り組みについて報告する。

6. 漿膜下筋腫および肥満に対し TLH の術野展開に工夫を要した CIN3 の一例

松山赤十字病院 産婦人科

○藤井貴頌、藤岡 徹、行元志門、高杉篤志、梶原涼子、本田直利、栗原秀一

【緒言】TLH において視野の確保が困難な場合、様々な工夫が必要になることがある。今回、CIN3 に対して TLH を行うも肥満さらに漿膜下筋腫を伴い術野の展開に工夫を要した症例を経験したので報告する。【症例】症例は 58 歳、G3P3（経膈分娩 3 回）、閉経 52 才、身長 159cm、体重 82Kg、BMI32。検診の頸部細胞診 HSIL にて前医受診、生検にて CIN3 であり手術目的に当科紹介された。コルポスコピーにて肥厚した白色上皮が頸管内に連続しており頸管内搔爬組織診は CIN3 であった。MRI にて体部前壁に約 10cm の漿膜下筋腫を認めた。TLH+BSO の方針にて手術を進めるも、約 15 度の頭低位にて小腸の骨盤外への授動が困難であった。また漿膜下筋腫により子宮は背側に極度に圧排されて可動性が制限されていた。術野展開における工夫内容を以下に示す。①漿膜下筋腫核出→臍ポートからのカメラ操作で筋腫茎が確認しづらく、カメラを右下腹部ポートに移動して核出を行った。②直腸・S 状結腸の授動→骨盤内の視野確保のため S 状結腸の脂肪垂を左側腹部に牽引・挙上した。③膀胱子宮窩腹膜の下垂→腹膜断端を腹側に牽引・挙上させた。④骨盤内の小腸→リトラクタで頭側に授動した。手術時間 5 時間 38 分、出血量 50ml、術中術後合併症はなく術後 4 日目に退院した。病理組織診の結果は CIN3、平滑筋腫であった。【結語】TLH における術野展開は症例に応じた対応が必要であり、様々な工夫でより安全で確実な操作が可能になると思われた。

7. CIN3 に対する TLH/RAH と LEEP+レーザー蒸散術の治療成績の検討

徳島大学産科婦人科

○青木秀憲、中村成穂、乾 宏彰、香川智洋、峯田あゆか、木内理世、山本由理、
吉田加奈子、岩佐 武

【目的】子宮頸部高度異形成（CIN3）の標準治療は円錐切除術であり、治癒率は90～95%とされる。閉経後患者では頸管狭窄・閉塞をきたし術後評価が困難となることから、子宮温存の必要がない場合には腹腔鏡下子宮全摘（TLH）やロボット支援腹腔鏡下子宮全摘（RAH）が選択される。一方、当院では若年女性に対し、頸管狭窄をほぼ生じない LEEP+レーザー蒸散術を行っている。本研究では、CIN3 に対するこれら3術式の治療成績を比較した。

【方法】2013～2024年に当院でCIN3と診断され、TLHまたはRAHを施行した113例、LEEP+レーザー蒸散術を施行した292例を対象とし、術後病理診断および術後の細胞診結果を後方視的に検討した。

【結果】TLH/RAHでは術後腔断端細胞診陽性が4例あり、そのうち2例（1.9%）がVAINと診断され治療を行った。LEEP+レーザー蒸散術では術後細胞診異常が12例（4.1%：ASC-US 9例、LSIL 1例、HSIL 2例）で、再治療を要したのは3例（1.0%）であった。

【結論】当院での検討では、CIN3に対するTLH/RAHとLEEP+レーザー蒸散術の治療成績は概ね同等であった。患者背景に応じた術式選択が重要と考えられる。

8. フレキシブル・アーム・システムを使用した semi-solo surgery による TLH

奥島病院 婦人科

○横山幹文、富岡尚徳

【目的】当科ではフレキシブル・アーム・システム（FlexArm™ Plus, Mediflex）を使用したTLH（腹腔鏡下子宮全摘術）を semi-solo surgery として導入している。今回、同システムを使用したTLHの症例を集積し、その有用性と課題について検討した。【対象と方法】2023年1月～2025年3月までに、当科でフレキシブル・アーム・システムを用いて施行したTLH症例27例を対象とした。トロッカー配置はパラレル法とし、10mmスコープおよび5mm把持鉗子、さらに子宮マニピュレータ（RUMI II system, CooperSurgical）を本システムに固定した。手術時間、出血量、摘出子宮重量、術中操作性について後方視的に検討した。【結果】全27症例中、TLHは全例完遂可能であり、開腹移行例はなかった。手術時間の中央値は156分（最小119分～最大231分）、出血量の中央値は50mL（10～150 mL）、摘出子宮重量の中央値は158g（35～640g）であった。【結論】フレキシブル・アーム・システムを活用することで、スコープや鉗子、子宮マニピュレータを固定保持でき、熟練した助手を必要としない semi-solo surgery が現実的となった。

以上は、「2025年日本産科婦人科内視鏡学会」に提出するための演題抄録案です。昨年の抄録を参考にし、タイトルにある「semi-solo surgery」としての要素を強調しつつ、2023年から2025年までの27例のTLH症例を反映しています。

9. 鏡視下手術において検体を経腹搬出した肥満患者 2 例の検討

香川大学医学部周産期学婦人科学

○木村華捺、天雲千晶、谷川りか、喜多美里、鎌田恭輔、香西亜優美、田中圭紀、
花岡有為子、鶴田智彦、金西賢治

【諸言】鏡視下手術において、検体は経腔もしくは経腹壁的に腹腔外へ搬出される。腔が比較的狭い場合や、検体サイズの問題で経腔搬出が困難な場合に、経腹壁的な搬出を選択するが、腹壁切開創のデザインはしばしば問題になることがある。特に肥満患者では感染や離開などの創部トラブルに注意が必要である。当院で経験した肥満患者に対するロボット支援下手術において、検体の経腹壁搬出を行った 2 例について報告する。

【症例①】79 歳 3 妊 2 産（経腔分娩）。身長 148.5cm、体重 86.3kg、BMI39.1。子宮体癌 IA 期疑いに対してロボット支援腹腔鏡下单純子宮全摘、両側付属器切除、骨盤リンパ節郭清術を施行した。子宮は超鷲卵大で腔壁伸展性弱く、経腔搬出は困難と判断し、臍を中心に約 5cm 切開して搬出した。術後 4 日目より臍周囲の発赤、熱感を認めた。その後徐々に増悪し、CT で同部位の皮下脂肪織混濁を認めた。このため臍周囲蜂窩織炎と診断し、創部を開窓の上連日洗浄、セフェム系抗菌薬を 1 週間点滴投与し症状は次第に改善した。

【症例②】37 歳未経産（性交渉歴なし）。身長 151.6cm、体重 77.3kg、BMI33.6。子宮体癌 IA 期疑いに対してロボット支援腹腔鏡下单純子宮全摘、両側付属器切除、骨盤リンパ節郭清術を施行した。子宮は超鷲卵大で、未経産・性交未経験であったため経腔搬出は困難と判断し、下腹部を約 7cm Pfannenstiel 横切開して搬出した。術後経過は創部性状も含めて現在まで良好である。

【考察】肥満患者の鏡視下手術で、検体の経腹壁搬出を行う際、症例に応じてのデザインが求められ、感染には特に注意が必要である。

10. シーリングでも超音波でもない新しいダイセクターを用いた婦人科腹腔鏡手術の経験

香川大学医学部母子科学講座周産期学婦人科学

○天雲千晶、木村華捺、合田亮人、福家瑛子、香西亜優美、田中圭紀、新田絵美子、
花岡有為子、鶴田智彦、金西賢治

現在、婦人科腹腔鏡手術において使用されるエネルギーデバイスはベッセルシーリングシステムや超音波凝固切開装置が大半である。ベッセルシーリングシステムは比較的太い血管を熱凝固によりシーリングし、子宮の上部靭帯や下部靭帯を無結紮処理することも可能にさせ、TLH の普及に貢献した。超音波凝固切開装置は組織の切開と凝固を同時に行うため、シャープな切開が可能になることと手術時間の短縮につながるといったメリットがある。いずれのデバイスも術者の好みや習熟度、症例の特徴により選択されている。今回我々は、従来のエネルギーデバイスとは異なる、「Tripolar 出力」により組織をシーリングし、かつ同時に組織を切離する「ダイセクター」に定義される新たなエネルギーデバイスを婦人科腹腔鏡手術において使用したため、その使用経験について報告する。

11. 多嚢胞卵巣症候群による卵巣茎捻転の再発に対して腹腔鏡下卵巣固有靭帯縫縮術を施行した一例

国立病院機構高知病院 婦人科

○木下宏実 山中絵里加 甲斐由佳 滝川稚也

正常卵巣の茎捻転は稀な病態であり、手術で捻転解除し卵巣機能の温存が図られるがその再発率は高いと言われている。今回、多嚢胞卵巣症候群の右側卵巣茎捻転の再発に対して腹腔鏡下に解除術と卵巣固有靭帯縮小術を行ったので報告する。症例は20歳台、初経以来月経は不順で多嚢胞卵巣症候群と診断されていた。結婚後に不妊クリニックで卵巣刺激を行い採卵し全胚を凍結保存した。その後すぐ月経を認めたが月経開始後に腹痛を認め近医を受診し右側卵巣茎捻転疑がわれ他院に搬送された。右側卵巣腫大を認め茎捻転の診断で腹腔鏡下手術が行われ捻転解除と開孔術を施行され症状改善し退院された。その1か月後に再度右下腹部痛を認め持続するため不妊クリニックを受診、右側卵巣は7×5 cmに腫大し卵巣広汎性浮腫を呈した状態で右側漏斗靭帯の腫大も認め再度茎捻転が起こる可能性が高いと判断され当院に紹介された。当院受診時には腹痛の増悪と右側大腿全面への放散痛の訴えが強く、すでに茎捻転状態と判断し同日に緊急腹腔鏡下手術を行った。右側付属器は720度捻転し暗赤色変化を呈していたが捻転解除後に色調は改善した。右側卵巣固有靭帯が左側よりも長いと判断し捻転が起こりやすいと考え卵巣固有靭帯を縫縮した。術後診察では右側卵巣の浮腫は改善し現在の所再発をきたしていない。卵巣固有靭帯縫縮術は正常卵巣捻転の再発予防に有用な可能性が示唆された。

12. 当科における高度肥満患者に対するロボット支援手術症例の検討

愛媛大学大学院医学系研究科 産科婦人科学講座

○市川瑠里子、宇佐美知香、島瀬奈津子、中橋一嘉、宮上 眸、安岡稔晃、森本明美、内倉友香、松原裕子、杉山 隆

【諸言】ロボット支援手術や腹腔鏡手術は、開腹手術と比較して、創部感染などの合併症リスクの低減や入院期間短縮に寄与するとされており、肥満患者に対してもその有効性が示唆されている。今回、2019年から2025年6月までの期間に当院でロボット支援手術を行った症例のうち、初診時BMI 35以上の高度肥満症例11例について、後方視的に検討した。

【結果】対象症例の疾患の内訳は子宮体癌7例、子宮内膜異型増殖症3例、子宮頸部高度異形成1例、手術時の体重中央値は106 kg(80.9-122 kg)、BMI中央値は39.7(34.1-51.1)であった。高度癒着のため1例が開腹手術に移行したが、10例は手術完遂しており、手術時間中央値は207分(144-249分)、コンソール時間中央値は137分(96-199分)であった。記録のあった7例は、いずれも頭低位20度以下で手術可能であった。すべての症例で術中出血は少量で、明らかな周術期合併症は認めなかった。

【結語】肥満症例に対するロボット支援手術は、手術視野の確保や操作性の面から有用であり、周術期合併症の減少も期待される。一方で、肥満度の増加に伴い種々の手術関連リスクや体位による麻酔管理の困難さなどの課題も生じるため、引き続き症例を蓄積し安全な手術遂行に努める必要がある。

13. 当院におけるロボット支援下子宮全摘術と経腔的腹腔鏡下子宮全摘術の比較

徳島市民病院 産婦人科

○山本哲史、棚野梨沙、片山幸子、立花綾香、古本博孝

当院では子宮を摘出する症例に対し、2021年より経腔的腹腔鏡下子宮全摘術(VANH)を導入し、2023年よりロボット支援下子宮全摘術(RAH)を導入している。VANHは整容性に優れ術後疼痛も軽減されると報告されており、RAHでは手術の低侵襲性や肥満などの手術難易度の高い症例でメリットが大きいと言われている。当院では両術式を導入しているため、各術式のメリットや限界を明らかにする目的で比較検討を行った。

子宮筋腫・子宮腺筋症・CINなどの良性疾患症例で、VANH49例、RAH26例を施行した。手術時間はVANH125.7±45.8(66-271)分、RAH204.4±45.6(141-318)分であり、なおRAHのコンソール時間は142.9±37.8(80-240)分であった。手術時間はRAHで長いもののコンソール時間との比較では同等であった。出血量はVANH221.1±175.3(20-800)ml、RAH89.2±106.7(10-400)mlであり、RAHで少なく特に50ml未満で収まる症例が多かった。摘出子宮重量はVANH283.7±215.6(41-1145)g、RAH272.6±171.9(95-680)gであった。子宮重量が400g以上の症例はVANH9例、RAH4例あり、VANH3例では高度癒着のため経腔的腹腔鏡手術に変更した。肥満3度以上の症例はVANH1例、RAH2例であったが、予定手術完遂可能であった。

両手術を比較すると、出血量はRAHでより少なく低侵襲性が高いと思われた。但しVANHでも同種血輸血を要した症例はなかった。高度肥満や高度癒着症例でどの程度各種術式が対応可能かは今後の検討課題と思われた。低侵襲性を求める症例ではRAHが、整容性を求める症例ではVANHが有利であると思われる。

14. 当院でのロボット支援下手術時の下腿圧についての検討

愛媛大学医学部附属病院 産婦人科

○藤田業由貴、宇佐美知香、島瀬奈津子、市川瑠里子、吉田文香、宮上 眸、安岡稔晃、森本明美、内倉友香、松原裕子、杉山 隆

【背景・目的】Well leg compartment syndrome (WLCS)は碎石位での手術の重篤な合併症の一つである。ロボット手術では頭低位の角度が深くリスクが高いと考えられ、また肥満もWLCSの危険因子として知られている。当院ではWLCSの予防を目的に術前・術中に下腿圧測定を行っており、今回、当院のロボット手術における下腿圧について検討した。

【方法】2019年5月から2025年7月の期間に当院にてロボット支援下手術を施行した98例を対象とし、手術記録を用いて後方視的に検討した。

【結果】年齢、BMI、手術時間の中央値は51歳、25.5、220.5分であった。術前に20度の頭低位で測定した下腿圧(右/左)の平均値は、全体で12.10/12.87 mmHg、BMI25未満では11.6/10.99 mmHg、BMI25以上30未満では13.2/11.46 mmHg、BMI30以上35未満では10.22/10.82 mmHg、BMI35以上40未満では16.58/14.95 mmHg、BMI40以上では16.41/14 mmHgであった。術中の測定値についても大きな変化は認めなかった。現在までにWLCSを発症した症例は認めていない。

【結論】ロボット支援下手術において、現状では良好な下腿圧を保ち手術が施行できており、WLCSが予防できている。今後も安全な手術を継続するために現行の対策を継続し、更に工夫を重ねたい。

15. 動脈性血流を伴う子宮内膜ポリープに対してバソプレシン併用子宮鏡下手術を行った一例

国立病院機構 四国こどもとおとなの医療センター

○村山美咲、米谷直人、前田崇彰、長尾亜紀、檜尾健二、森根幹生、前田和寿

子宮鏡下手術において出血のコントロールは、術野確保や安全性の点で重要である。出血量増加が予測される胎盤ポリープ切除術ではバソプレシンやプロスタグランジン F2 α 投与で出血量を最小限に抑えたとの報告がある。今回我々は、バソプレシン局所投与による一時的血流遮断を併用した子宮鏡下手術を経験したため報告する。

症例は44歳、未産婦。前医で不妊治療を行うも妊娠不成立であり、増大傾向の子宮内膜ポリープを指摘されていた。不正出血も認めており精査目的に当院に紹介となった。経膈超音波検査と子宮鏡にて子宮底部から突出する14×12mm大の表面平滑な球形のhigh echo腫瘍を認め、腫瘍の茎には動脈性血流も認めた。出血のリスクが想定されたため、エコーガイド下にバソプレシン（100倍希釈）を筋層内に局所投与し、一時的な血流遮断を図った上で、子宮鏡下子宮内膜ポリープ切除術を施行した。その結果、術中出血量は3mLと極めて少量であったものの、通常の子宮鏡手術と比較して子宮内腔の広がりが悪く、視野の確保が難しかった。可能な範囲で内腔に突出したポリープを切除したものの、術後の診察でポリープの残存を認めた。

バソプレシンの局所投与による一時的血流遮断は、出血リスクの高い子宮鏡下手術において有用な手段と考えられるが、術中の内腔変化による視野制限には留意が必要である。

16. UAE 後の TCR で安全に摘出できた胎盤遺残の2症例

香川県立中央病院

○谷川りか、矢野友梨、早田 裕、堀口育代、永坂久子、高田雅代、米澤 優、児玉順一、中西美恵

【緒言】胎盤遺残は経膈分娩全体の0.5～3%に発生するが、高齢妊娠や生殖補助医療による妊娠の増加に伴い、経験することが増えてきた。治療法は待機療法、子宮内容除去術、子宮鏡下手術（TCR）などあるが、時に大量出血を引き起こし、子宮動脈塞栓術（UAE）や子宮全摘が必要になることもあり、治療法の選択に苦慮する。今回 UAE 後の TCR で安全に摘出できた胎盤遺残の2症例を経験したので、報告する。

【症例1】36歳、2妊1産。自然妊娠し、妊娠39週0日に経膈分娩した。弛緩出血で治療後、産褥6日目に退院した。産褥10日目に出血多量のため当院に搬送された。止血は得られていたが、経膈超音波で血流豊富な胎盤遺残を認め、入院後 UAE を行い、翌日 TCR を施行した。術中術後出血少量であり、術後2日目に退院した。

【症例2】38歳、1妊0産。IVF-BT後に妊娠成立し、妊娠40週0日に経膈分娩した。弛緩出血で加療後、産褥8日目に退院した。産褥25日目に出血多量のため受診し、子宮内に血流豊富な腫瘍を認め、保存的加療で経過観察していた。産褥35日目に再度多量出血を認めたため緊急 UAE を行い、翌日 TCR を施行した。術中術後出血少量であり、術後3日目に退院した。

【結語】出血多量な胎盤遺残に対して、UAE 施行後に TCR を行うことで、出血量を少なく、かつ安全に胎盤遺残を除去することができた。

17. 帝王切開癒痕部症候群 (Caesarean Scar Disorder) : CSDi に対する子宮鏡補助下腹腔鏡下子宮癒痕部修復術の 2 例

高知医療センター

○吉宗 冨、上野晃子、難波孝臣、川瀬史愛、小松淳子、山本寄人、楠本知行、林 和俊

緒言： 挙児希望のある帝王切開癒痕部症候群 (Caesarean Scar Disorder) : CSDi 患者に対し、今回、県外のエキスパートの手術指導のもと、当院に腹腔鏡下子宮癒痕部修復術を導入し 2 例施行し、手術の工夫などを考察した。

症例 1 : 32 歳 G1P1 帝王切開分婥歴 1 回、niche の経膈超音波所見は長さが 6.1mm、深さが 6.3mm、RMT が 1.5mm であり、主症状である月経後に続く褐色帯下、続発性不妊により、CSDi と診断された。手術時間は 4 時間 13 分、出血量 40ml であった。

症例 2 : 32 歳 G4P3、帝王切開分婥歴は 3 回であり、4 人目の挙児希望あり。Niche の超音波所見は、長さ 6.8mm、深さ 5.3mm、RMT は 1.5mm で主症状として月経後に続く褐色帯下と月経痛があり CSDi と診断された。手術時間は 3 時間 12 分、出血量 10ml であった。

考察 : 2 例目で糸の種類を変更し運針を簡素化し、また、右側ポートの位置をより低くしたことで運針の難易度を下げた。また、近赤外イメージング機能を用いて niche の位置を腹腔側から観察し (透過光を用いた PHARUS メソッドを応用)、安全に癒痕部を認識し切除できた。

結語 : CSDi の腹腔鏡下子宮癒痕部修復術を 2 例経験した。今後も症例を重ね、妊娠経過も含め検討していきたい。

18. 腹腔鏡用超音波プローブを使用して子宮内妊娠の診断に至った 1 例

高知赤十字病院 産婦人科

○松島幸生、谷口佳代、川島将彰、平野浩紀

(緒言) 産婦人科領域で術中に腹腔鏡用超音波プローブを使用した報告は少ない。今回、術前に異所性妊娠を疑って腹腔鏡下手術を実施し、腹腔鏡用超音波検査で子宮内妊娠の診断に至った 1 例を経験したので報告する。

(症例) 16 歳、1 妊 0 産。月経遅延および妊娠反応陽性のために近医産婦人科を受診した。異所性妊娠が疑われ、妊娠 5 週 5 日に当科紹介となった。当科初診時には血中 hCG : 3023mIU/mL だったが、経膈超音波検査では子宮内に胎嚢 (GS) は確認できなかった。2 日後 (妊娠 6 週 0 日) の診察では血中 hCG : 11067mIU/mL と上昇した。経膈超音波検査では子宮内に GS を認めず、右付属器周囲に GS 様構造を認めたため、異所性妊娠を疑い、緊急腹腔鏡手術を実施した。術中所見では付属器周囲、骨盤腔および観察範囲に妊娠を疑う部分は認めず、術中に行った経膈超音波検査でも子宮内に GS は確認できなかった。腹腔鏡用超音波プローブを使用した所、子宮底部右側に 3.4mm の GS 様構造を認め、子宮内妊娠が強く疑われたため、観察のみで手術を終了した。術後 2 日目の経膈超音波検査で同部位に 3.6mm の GS を認め、子宮内妊娠と診断した。

(考察) 超音波診断装置の普及で、より早期に異所性妊娠の診断が可能となったが、流産や正常妊娠との鑑別に苦慮する場合がある。異所性妊娠を疑い、腹腔鏡下手術を実施した場合、術中所見で肉眼的に妊娠部位が同定できない際には腹腔鏡用超音波プローブが妊娠部位の診断に有用であると考えられた。

協 賛 謝 辞

テルモ株式会社

INTUITIVE

コヴィディエンジャパン株式会社

ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社

株式会社リブドゥコーポレーション

株式会社アムコ

株式会社メディコン

富士フイルムメディカル株式会社

あすか製薬株式会社

オリンパスマーケティング株式会社

ビー・ブラウンエースクラブ株式会社

江崎グリコ株式会社

科研製薬株式会社

株式会社シーメック

株式会社 カワニシ

トーイツ株式会社

日進商事株式会社

特定非営利活動法人 高知医学研究・教育支援機構

第30回四国産婦人科内視鏡手術研究会の開催に際し、上記の団体・企業より多大なご援助をいただきました。ここに厚く御礼申し上げます。

第30回四国産婦人科内視鏡手術研究会
当番世話人 林 和俊
(高知医療センター副院長)

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-AS30-220198 V3.0
SPF08CP (2024年1月作成)

在宅医療・介護福祉事業

- 帝人在宅医療機器レンタル
- 在宅医療機器販売・レンタル
- ストーマ用具・福祉介護用品販売

医療器材事業

- 医療器材・機器販売
- 医療機器メンテナンス
- 救命救急・防災関連商品販売
- 開業支援

SPD事業

- 院内物流管理代行業務
- 手術室支援業務
- 医療機器保守点検業務



「健康で豊かな暮らしを創りたい」
これが私たちの願いです。



高知本社 / TEL: 088-880-0666

四万十営業所 / TEL: 0880-31-2620

愛媛支店 / TEL: 089-905-8666

松山営業所 / TEL: 089-905-8666

新居浜営業所 / TEL: 0897-47-8168

今治出張所 / TEL: 0898-33-2516

宇和島出張所 / TEL: 0895-25-1002

高松営業所 / TEL: 087-813-9056

丸亀物流センター / TEL: 0877-85-7212

小さな命と
家族のために

特許取得
特許番号
7490123

Babyeets
ベビーツ

LIVE LIVE配信 &
メモリアルムービー
作成サービス



製品サイトはこちら



株式会社 カワニシ

HEART-ON-HEARD

emona CTG
エモナ CTG
MT-830
ポータブル



emona CENTRAL
エモナ セントラル
MF-7700
オンプレ・クラウド対応



New

emona は大切なデータを見逃さない
～分娩監視装置とセントラルの連携～

- ベッド移動中でもエモナセントラルで監視ができる
- ネットワークの接続が途切れても再びつながるとエモナセントラルへ後追い送信
- 未送信データをネットワーク接続後にエモナセントラルへ自動送信(最大72時間分)

トーイツ株式会社
<https://www.toitu.co.jp/>

☎150-0021 東京都渋谷区恵比寿西1-5-10 TEL.(03)3496-1121(代)

