

14-24 性別が異なる一絨毛膜二羊膜性双胎の一例

長岡赤十字病院

菊池 朗, 岡田潤幸, 安田雅子, 安達茂美, 須藤寛人

一絨毛膜性双胎は一卵性であり、胎児の性別は一致すると考えられてきた。例外として表現型が女性型を示す児がTurner症候群であると、一卵性でも性別が異なることがあることが知られていた。最近核型正常の性別が異なる一絨毛膜二羊膜性双胎が報告され、2卵性であることが証明された。その発生機序は別々に受精した胚細胞の後期桑実胚における融合と推測され、体外受精が誘因になる可能性が示唆されている(N Engl J Med 2003; 349: 154-8)。我々も体外受精後の性別が異なる一絨毛膜二羊膜性双胎を経験したので報告する。症例は28歳、0妊0産、体外受精により妊娠成立。妊娠初期の超音波所見より一絨毛膜二羊膜性双胎と判断されていた。妊娠27週0日切迫早産にて当科に母体搬送された。当科入院時の超音波検査では胎児間に推定体重及び羊水水量に大きな差がないこと、また性別が異なる可能性が高いことが指摘された。感染徴候強く妊娠27週1日緊急帝王切開術施行。第1子男児900g Hb7.2g/dl、第2子女児1064g Hb16.7g/dlと体重差は軽度であるが著明なHbの差を認めた。胎盤の病理所見は一絨毛膜二羊膜であり、血管吻合を介して胎児間に血液移行がおこったと考えられた。性別の異なる原因を明らかにするため、現在染色体などの検索を進めている。性別が異なるると二絨毛膜二羊膜性双胎と考えがちであるが、一絨毛膜二羊膜性双胎であることが稀に存在し、双胎間輸血症候群などの合併症の危険も高いと考えられる。妊娠初期の超音波所見が一絨毛膜二羊膜ならば胎児の生別が異なっている一絨毛膜二羊膜性双胎として扱うべきである。

4 一般演題
月 12 日
月

14-25 重度心不全を認めた一絨毛膜二羊膜性双胎受血児の一例

宮崎大

河崎良和, 金子政時, 池田智明, 大里和広, 西村卓朗, 山下理絵, 大橋昌尚, 中野ゆうき, 鮫島 浩, 池ノ上克

羊水過多過少(TOPS)を合併した一絨毛膜二羊膜性双胎(MD双胎)の受血児は出生後の心不全のため予後不良となることが多い。今回我々は重度心不全を認めたMD双胎の受血児を治療し良好な結果を得たので報告する。【症例】妊娠17週より体重および羊水不均衡を認めた。羊水過多に対しては21週までに計2100mlの羊水除去を行い以後羊水過多は認めなかった。妊娠22週から受血児に腹水が出現したが27週以降は減少し30週以降は消失した。胎児心エコーでは17週時の心胸郭面積比(CTAR)は26%であったが徐々に心拡大が進行し30週以降は60%以上となった。32週2日、供血児に遷延性徐脈を認めnon-reassuring fetal statusと判断し緊急帝王切開を行った。出生体重は1886gと1241g。受血児はApgar score 5/6。胸写上CTRは72%、心エコーでは重度の房室弁逆流を認めた。心室中隔は奇異性運動を呈し、左室駆出率(LVEF)は58%であった。DOA、DOBおよびFFP投与を行い、さらにミルリノンを加え後負荷の軽減をはかった。生後18時間までは尿量は保たれたが、以後減少し中心静脈圧も14mmHgまで上昇、LVEFは30%に低下、FiO₂も100%まで上昇した。さらなる後負荷の軽減をはかるためにニトログリセリンを開始し生後44時間から利尿がつき、それに伴い中心静脈圧は3mmHgまで低下しFiO₂も21%に低下した。8生日でミルリノンおよびニトログリセリンを中止し、9生日に人工呼吸器から離脱した。生後一ヶ月のLVEFは80%であり発達も良好である。【考察】受血児の管理にニトログリセリンを使用して積極的に後負荷の軽減を図ることにより良好な結果を得ることができた。

14-26 均衡型染色体転座保因者46,XX,t(7;16)(q34;q21)の母親より出生した染色体異常46,XX,der(7)t(7;16)(q34;q14)matの1症例

兵庫医大¹, 兵庫医大先端医学研究所発生生殖部門²田中宏幸¹, 伊藤宏一¹, 和田 龍¹, 澤井英明², 小森慎二¹, 香山浩二¹

子宮内胎児発育遅延(IUGR)の5-15%に胎児の染色体異常が認められ、IUGRの重要な原因と考えられる。今回我々は母親が転座型保因者46,XX,t(7;16)(q34;q21)で、著明なIUGRを呈した染色体異常46,XX,der(7)t(7;16)(q34;q14)matの症例を経験したので報告する。妊婦は4回経妊・1回経産で、既往分娩は妊娠31週で子宮内胎児死亡であった。この児は剖検が実施されたが、明らかな異常は認められなかった。しかし妊婦本人の染色体検査で均衡型染色体転座46,XX,t(7;16)(q34;q21)が認められたため、今回の妊娠では健診中の医療機関から羊水検査を勧められたが、本人は希望せず、実施しなかった。そこで妊娠経過を観察していたところ、妊娠中期よりIUGRが出現し、妊娠29週5日に精査目的で当科に紹介・入院となった。入院時、児は超音波断層法にてI型IUGR(symmetrical IUGR)であった。入院後再度羊水検査について説明したところ、希望されたため、妊娠30週2日に実施したが、妊娠31週1日に子癇前症が出現したため、緊急帝王切開となった。児はApgar score 2/5の女児(724g)で、外表奇形として、右第3指と第4指の合指症、股関節の開排制限、両側の小眼球症が認められた。出生後に羊水検査の結果が判明し、転座型染色体異常46,XX,der(7)t(7;16)(q34;q14)matであった。これは、7番染色体の部分モノソミーと16番染色体の部分トリソミーであるが、文献検索ではそれぞれ単独の類似報告例はあるが、この症例と同じ46,XX,der(7)t(7;16)(q34;q14)matについては、報告例はなかった。