

**P2-172 若年女性に発症した子宮動静脈奇形の一症例**

市立秋田総合病院

安田師仁, 村田昌功, 津田 晃

【緒言】子宮に生じる動静脈奇形(AVM)は非常にまれであり, 可妊期女性に発症した場合には, 治療の際に妊孕性の温存が臨床問題となる。本症例では中期中絶後, 過多月経および出血性ショックを契機にAVMの存在が疑われた。MR血管造影検査(MRA)で確定診断に至り, 子宮動脈塞栓術(UAE)で治療を行った。【症例】18歳女性, 0妊0産。うつ病の既往歴あり。平成15年10月21日に近医で妊娠17週の中期中絶を受けた。12月5日性器出血が持続し, 胎盤遺残の診断の下に子宮内容除去術を施行された。その後も断続的な性器出血を認めていた。12月22日多量の性器出血を認め, 救急車で当院に搬送された。出血性ショックの状態でも補液, MAP800ml, PPF500ml およびドーパミンの投与により意識を回復した。骨盤部CT検査で腹腔内出血はなく, 手術時の子宮穿孔ではないと診断した。EP合剤にて止血した後の平成16年1月19日の月経時に再度過多月経があり, プレショック状態となった。尿中hCGは陰性であり, 絨毛性疾患は否定的であった。止血後の1月22日の子宮鏡にて子宮内膜より突出する異常血管を確認し, 翌日のMRAにて子宮AVMの確定診断に至った。続いてUAEを行い, 2月6日に月経再来し, 経血量に異常のないこと, および2月20日の子宮鏡検査で異常血管の消退を確認して, 2月23日に退院となった。【結語】非常にまれな子宮AVMを経験した。絨毛性疾患との鑑別診断のためには, 尿中hCGおよび血管造影が必要である。また, 治療の際には妊孕性の温存が問題となる。UAEにて治療後の妊娠例も報告されていることから, 本症例でも同意を得た上でUAEを選択した。現在のところ過多月経を認めず, 超音波検査でも異常血管影は認めていない。

5  
日  
火  
一  
般  
演  
題**P2-173 超音波ドブラ検査とMRIからみた子宮Cirroid aneurysmの血流像の検討**藤田保健衛生大<sup>1</sup>, 藤田保健衛生大坂文種報徳會病院<sup>2</sup>小澤尚美<sup>1</sup>, 関谷隆夫<sup>1</sup>, 西澤春紀<sup>1</sup>, 塚田和彦<sup>1</sup>, 丹羽邦明<sup>2</sup>, 多田 伸<sup>1</sup>, 中沢和美<sup>2</sup>, 廣田 穰<sup>1</sup>, 宇田川康博<sup>1</sup>

【目的】子宮Cirroid aneurysm(以下CA)は子宮筋層内に動静脈吻合をみる血管病変である。今回は超音波ドブラ検査とMRIで本症の血流動態を検討した。【方法】1)下腹痛や腰痛を主訴に受診し, 超音波断層法でCAと診断された15症例を対象とした。2)全例に超音波検査の, 必要な例にMRIとMRangiography(以下MRA)のインフォームドコンセントを行った。3)超音波経腔走査Bmode法(周波数5-7.5MHz)で子宮縦断面と環状断面を観察し, 筋層内に直径3mm以上の複数の血管像を認めた例を本症とした。超音波経腔走査ドブラ法で子宮血流像を描写し, 一部の例で骨盤MRIとMRAを施行した。4)各画像所見から血管と血流像の形態と方向を検討した。【成績】1)平均年齢45.2±20.5歳, 閉経後33.3%, 経妊回数2.3±1.3, 経産回数2.1±1.2, 中等度以上の月経痛を訴えたのは63.3%, 血管疾患の合併は33.4%。2)超音波ドブラ検査で全例に太い子宮筋層内血流像が検出され, その分布は正中縦断面像で体部全周63.6%, 体部前後壁36.4%, 頸部に至る54.5%, 環状断面像で体部全周45.4%, 半周18.2%, 半周以下36.4%。血流速度波形を観察した8例のCA部分の速度波形は単峰性37.5%, 2峰性37.5%, 3峰性25.0%で, 1例に双方向性血流を認めた。血流速度波形indexはCA部分でRI=0.49±0.23, 子宮動脈でRI=0.87±0.05であった。3)MRAを行った全例で動脈相とはほぼ同時に子宮筋層内異常血流像を認め, 続いて卵巣静脈が造影された。【結論】1)超音波検査は子宮CAの血流像と血流動態の把握に有用で, MRIとMRA所見を反映し, 拡張血管内血流は動脈とも静脈とも異なる性質を示した。2)本症の血流所見の検討は病態の解明に有用で, 治療効果の判定や突発性大量出血をきたす例の予測にも活用できる可能性がある。

**P2-174 残存子宮内膜症部分が感染源と考えられた閉経後子宮筋層内膿瘍の一例**福井・木沢記念病院<sup>1</sup>, 福井大<sup>2</sup>鈴木由里子<sup>1</sup>, 澤村陽子<sup>1</sup>, 吉田好雄<sup>2</sup>, 宿南憲一<sup>2</sup>, 小辻文和<sup>2</sup>

【はじめに】閉経後の骨盤内感染症で, 子宮筋層内に炎症が生じ, さらに膿瘍を形成することは極めて稀である。子宮内膜症部分に消化管より感染し, 子宮筋層内膿瘍を形成した症例を報告する。【症例】79歳, 3経妊, 3経産, 54歳で閉経。排便, 排尿時に急激な下腹部痛が出現し内科救急受診。腹膜炎の診断で, 原因検索のためにCT検査を実施。子宮体部背側と右側にそれぞれ5×4cmの低吸収領域を認め, 腹腔内膿瘍の疑いで当科紹介受診。当科紹介時にはほとんど炎症所見を認めなかった。内診で, タグラス窩に軟らかい嚢胞性腫瘤を触知。骨盤MRIで, 子宮体部背側に, T1造影で一部不均一に造影される肥厚した隔壁を有する嚢胞性腫瘤を認めた。患者の同意を得て実施したPET検査で, 肥厚した隔壁にFDGの非常に高い集積を認めた。悪性腫瘤の存在を疑って開腹術を施行した。子宮と直腸は強固に癒着しタグラス窩は閉鎖していた。子宮と直腸を剝離すると, 子宮後面より白色調の膿の流失を認め, E.coliを検出した。病理所見は, 炎症性肉芽が子宮内膜症部分を取り囲む子宮体部筋層内膿瘍の所見で, 子宮内膜と膿瘍の交通は認められなかった。以上の所見より, 経直腸的に子宮筋層内に感染し膿瘍を形成したと考えた。【まとめ】閉経後の骨盤内感染症で, 経直腸的に子宮筋層内に炎症が波及し, 残存する子宮内膜症部分に膿瘍を形成した初めての症例を経験した。MRI検査で骨盤内腫瘤を認め, かつPET検査でFDGの高い集積を認める場合の鑑別診断の一つに, 子宮筋層内の活動性膿瘍の存在を考慮すべきと思われた。