

**P2-448** 子宮収縮後まもなく発生した自然子宮破裂の2例鹿児島・国立指宿病院<sup>1</sup>, 鹿児島大<sup>2</sup>東 洋一<sup>1</sup>, 新村亮二<sup>1</sup>, 池田敏郎<sup>2</sup>, 米原幸愛<sup>2</sup>, 吉永光裕<sup>2</sup>, 堂地 勉<sup>2</sup>

妊娠中の子宮破裂は、分娩時しかも前回帝王切開症例に圧倒的に多く見られる。今回我々は、妊娠35週と31週に子宮収縮後まもなく子宮破裂を認めた症例を経験したので報告する。【症例1】32才, para3-0-1-3, 既往歴: 31才時腹腔鏡下卵巣腫瘍摘出術施行。2001年8月当科にて妊娠10週の診断。その際、子宮内にIUDを認めるも本人の希望もあり妊娠継続となる。妊娠33週時に下腹部痛を認め受診。USTにて子宮底部に径2.5cmの突起物を認め、他院を紹介したところ子宮筋腫の変性の診断で経過観察となった。妊娠35週時急性腹痛で緊急入院。USTにて児の死亡を確認、さらに子宮底部に10cmの嚢胞を認め、子宮破裂の診断で開腹術施行。子宮体部が約20cm縦方向に破裂しており、胎児の一部が腹腔内に娩出していた。破裂の原因として以前行った人工妊娠中絶時の子宮筋層の損傷または児頭のIUDの圧迫により筋層が局所的に炎症を起こし脆弱になっていたことが考えられた。【症例2】33才, para1-0-0-1, 既往歴: 双角子宮の診断で妊娠38週時に帝王切開施行。児は1400gのIUGRであった。今回、妊娠初期より問題なく妊娠31週時に軽度の子宮収縮を認め、切迫早産の診断で塩酸リトドリンの内服にて様子を見ていたが、同日夕方突然腹痛、嘔吐を認め緊急入院となる。入院時腹腔内出血を認めショック状態であったため、緊急帝王切開施行。子宮体部中央が縦方向に約10cm破裂していた。児は1632g, APS 3/5, 臍帯血PH6.76であったが、その後は母児共に経過良好であった。破裂部位の筋層は約2mmとひ薄化し前回の帝王切開の創部と離れていたことから、子宮奇形のために子宮筋層の未熟性が原因で子宮容量が限界となり破裂したと考えられた。

5  
日  
火  
一  
般  
演  
題**P2-449** 夜勤帯、低リスク妊婦に子宮破裂が発生し母児とも救命し得た1症例

済生会神奈川県病院

秋葉靖雄, 小西康博, 櫻井友義, 中林 章, 小関みづほ, 中野眞佐男

分娩中の子宮破裂は発生頻度が極めて稀であるが、その予後は母児ともに不良であることが多い。そして子宮破裂の危険因子として子宮癒痕の存在、陣痛促進剤の不適切使用、多産婦の墜落産などがあげられる。今回、夜勤帯に手術歴・妊娠歴のない妊婦が分娩第2期に子宮破裂を起こしたものの、母体の子宮温存と児のintact surviveを得られた症例を経験したので報告する。症例は34歳IVF-ETにより妊娠し、経過中LFDや羊水過多の所見はなかった。平成16年4月、37週6日で陣発するも、分娩経過中微弱陣痛と判断し本人および家族の同意を得て、オキシトシン投与を2mIU/minから導入し6mIU/minまで漸増した。子宮口全開大から1時間40分後、児頭下降不良のためKristeller Maneuverを併用したところ、陣痛間歇時の腹痛・下腹部の一時的な膨隆・同部位の圧痛・児頭の骨盤内への還納・児心音の聴取困難を認めたため子宮破裂を強く疑い、直ちに吸引分娩とした。3446gの男児を娩出、児のAPGAR scoreは1分後1点、5分後4点であったが、蘇生を続け30分後には10点となった。この間、母体には腹膜刺激症状と思われる嘔吐と腹痛が続いていたが、意識は清明で血圧も安定していたので児の処置を優先した。小児科医到着まで母体の診察は不可能であったが、分娩室での内診にて容易に子宮後壁の完全破裂と診断された。開腹所見ではその他の損傷はなく破裂創の縫合のみで閉腹した。翌日、児に痙攣が頻発したため高次の病院へ搬送となったが、頭蓋内に器質的変化はなく、まもなく抗痙攣剤から離脱した。現在まで母児とも経過良好である。

**P2-450** 妊娠後期まで卵巣過剰刺激症候群の卵巣を呈した一症例滋賀医大<sup>1</sup>, 大津赤十字病院<sup>2</sup>吉川知江<sup>1</sup>, 木村文則<sup>1</sup>, 井上貴至<sup>1</sup>, 喜多伸幸<sup>1</sup>, 廣瀬雅哉<sup>2</sup>, 高橋健太郎<sup>1</sup>, 野田洋一<sup>1</sup>

卵巣過剰刺激症候群は、排卵誘発剤の使用が誘引となり、一般に、自然周期では起こらないと言われている。今回我々は自然周期の排卵で二卵性双胎妊娠となり、妊娠初期から卵巣過剰刺激症候群を指摘され妊娠中期、後期まで卵巣腫大が継続した症例を経験したので報告する。症例は27歳0経妊0経産。近医にて双胎妊娠を指摘される。妊娠7週までは卵巣の腫大は指摘されなかった。妊娠11週より卵巣の腫大を指摘され、卵巣の形状から卵巣過剰刺激症候群が疑われていた。その後卵巣は一時期縮小を認めたが妊娠15週頃から腫大は変化せず、妊娠29週でも超音波検査・MRIで左右卵巣は卵巣過剰刺激症候群を疑わせる多嚢胞性の卵巣を呈していた。血液中の腫瘍マーカー値はCEA, CA19-9, CA125, SLXはカットオフ値以下であり、時間経過で卵巣サイズに変化はなかった。妊娠38週6日二絨毛膜二羊膜双胎妊娠、第二子骨盤位の適応で選択的帝王切開術施行。2654g女児Ap9/9, 2708g女児Ap9/9を分娩。左右卵巣は多嚢胞性で肉眼的にも卵巣過剰刺激症候群を疑わせた。分娩後卵巣は速やかに縮小し、妊娠が起因した卵巣過剰刺激症候群と判断した。本症例のように卵巣過剰刺激症候群が自然発症する病態として、家族性卵巣過剰刺激症候群が報告されている。現在本症例も患者の同意及び本大学の倫理委員会の承認のもとGonadotropin receptorの遺伝子異常の有無について解析中である。卵巣過剰刺激症候群は一般に自然周期の妊娠では起こらないといわれているが、家族性に同様の症候群を呈する症例があることを文献的考察も含めて報告する。