

P2-553 著しい貧血を呈した子宮筋腫の一例

福山市民病院
青江尚志, 河西邦浩

症例は2経産の35歳で、以前から子宮筋腫を指摘されていたが、放置していた。身体がしんどくなり近医を受診し、Hbが1.1g/dlであったために当院に緊急搬送された。入院時意識は簡単な会話は成り立つ程度のJCS1で、血圧120/66mmHg、脈拍78、体温34.1度、RBC:59万、Hb:1.0g/dl、Ht:3.8%、WBC:15500、Plt:24.4万、PT:24%、APTT:130.2秒であり、酸素投与下でpH:7.191、PCO₂:12.5mmHg、PO₂:248mmHg、BE:-22.7であった。仰臥位の胸部XPではCTRは76%と著しい心肥大を認めた。直ちにメイロンでアシドーシスを補正しながらMAP16単位、FFP12単位を輸血するとともに、心臓超音波検査を施行し左房拡大、左室拡大、僧房弁閉鎖不全、右房拡大、三尖弁閉鎖不全を認めた。第2病日にはHbは8.6g/dlまで回復したが、夜間から月経発来し、第3病日にはHb:6.9g/dl、Plt:7.2万、FDP:33μg/mlとなり、抗DIC治療するとともにFFP4単位を輸血した。第4病日にはHb:4.5g/dl、Plt:5.3万まで下降したためMAP4単位、FFP2単位、PC10単位を輸血した。以後は月経も減少傾向となり、鉄剤投与で血液検査も改善されたが、第9病日の心臓超音波検査では改善は認められなかった。Hb:8.4g/dlまで回復した時点で全身麻酔下に腹式子宮全摘出術を施行した。手術は問題なく施行でき、手術時間85分、出血量100ml、摘出物1540gであり、術後経過は順調で術後7日目に退院した。組織検査では硝子化変性を伴う平滑筋腫であり、初診から3ヶ月後の心臓超音波検査では心房と心室の拡大は消失し、軽度の僧房弁閉鎖不全、三尖弁閉鎖不全を認めるのみとなり、以後の心臓検診は不必要と判断された。

P2-554 移動虫垂炎による腹膜炎が疑われた腸管子宮内膜症の一例

東京医歯大周産・女性診療科
馬場咲弥子, 石川智則, 尾林 聡, 久保田俊郎, 麻生武志

30~40歳代の性成熟期に好発する腸管子宮内膜症は、全子宮内膜症の12%に存在し、好発部位は直腸・S状結腸であると報告されている。また、その症状は発症部位により異なり、無症状であることも多く、臨床症状や通常の諸検査による確定診断は困難であるといわれている。今回われわれは、原因不明の発熱と下腹痛を初発とし、卵巣腫瘍、水腎症さらに移動虫垂を合併した腸管子宮内膜症の一例を経験した。症例は40歳、1回経妊0回経産。1ヶ月前からの不明熱、左腰背部痛、下腹部痛を主訴として来院し、左下腹に反跳痛を伴わない圧痛を認め、精査の結果、左水腎症と鶯卵大左卵巣腫大が発見された。骨盤内感染症の診断のもと保存的治療を行ったが、腫瘍サイズに変化はなく症状再発の可能性が考えられたため、開腹術が施行された。手術所見では正常大子宮の後面から左側にかけて、強固な癒着が認められ、左卵巣腫瘍の背側にやや腫大した移動虫垂を認めた。炎症は左後腹膜腔にまで達し左尿管を巻き込み、水腎症の原因となっていると考えられた。肉眼的に移動虫垂炎から波及した発熱・水腎症と考え、腹式単純子宮全摘、左付属器切除、回盲部切除、尿管ステント挿入が行われ、軽快退院した。ところが術後病理検査により虫垂には炎症所見は認められず、また卵巣周囲での細菌感染の所見も明らかではなく、腸管漿膜側を中心に粘膜下層にまで達する子宮内膜症による強い炎症所見が認められ、腹腔内の癒着原因と判断された。子宮内膜症はさまざまな症状を惹起することから、不明熱・下腹痛と水腎症などを合併した症例では、他疾患の鑑別を行いながら、本疾患も考慮しておく必要があると考えられた。

P2-555 自然破綻により外陰・腔壁血腫を認めた外陰部海綿状血管腫の1例

山口赤十字病院
高橋弘幸, 浪花 潤, 岡田 誠, 谷川正浩, 辰村正人

海綿状血管腫のため外陰・腔壁部に血腫を形成し、外科的処置を必要とした症例を経験したので報告する。症例は19歳、学生。5歳時に外陰部血管腫のため治療歴があるが詳細は不明である。現病歴は左外陰部の腫脹と痛みのため、近医の肛門科を受診し、肛門周囲膿瘍の診断で総合病院の産婦人科を紹介され入院管理となった。フロモキシセフの投与によりWBC数13400から6500、CRP 3.3から1.1mg/dlに低下したところで、実家近くでの治療を希望され当院に紹介転院となった。転院時すでにWBC数6600、CRP 0.22mg/dlと血液所見は改善していたが、疼痛と外陰部の膨隆は続いていたのでフロモキシセフの投与を継続した。転院4日目にMRI検査を施行したところ、左殿部から外陰部にかけての海綿状血管腫と外陰および腔壁血腫と診断された。疼痛が改善しないため転院10日目、局所麻酔下に外陰部の血腫を穿刺し5mlの古い血液を吸引した。血腫の自然吸収を期待してしばらく経過観察したが、痛みが間歇的に続くため、転院16日目、脊椎麻酔下に外陰部と腔壁の血腫を穿刺し、それぞれ8mlと3.8ml吸引し血腫は縮小した。しかし疼痛は完全には取れなかったため治療法を検討した。放射線による治療は卵巣が照射野に入るため、形成外科の治療を選択した。皮膚科に転科し可及的血管腫切除術を受けたが、皮膚が部分壊死をきたしたため再度、癒着形成術・皮弁形成術を実施された。外陰部の海綿状血管腫はきわめて稀であるが、直腸・肛門にもおよぶ広範囲に存在した例では死亡例も報告されており、慎重な対応が必要である。