Japan Society of Obstetrics and Gynecology

P2-412 緑膿菌による劇症型絨毛羊膜炎の1症例

兵庫県立こども病院周産期医療センター
喜吉賢二，佐本　崇，上田大介，斉木美恵，石原尚徳，船越　徹，大橋正伸

緒言：緑膿菌は健常体内に常在菌として存在するが，日和見感染を引き起こし，薬剤耐性を獲得することなどで医療上問題となる．今回，緑膿菌が原因菌と考えられる劇症型絨毛羊膜炎症例を経験したので報告する．症例：34歳　1回経産婦　自然妊娠成立．妊娠32週3日，前医にて妊婦健診時異常を認めなかった．翌日腹部緊満感あり受診．受診時38℃台の発熱認め，白血球32000/μl，CRP 3.74mg/dlと炎症所見が上昇していたため，切迫早産，絨毛羊膜炎の疑いにて当院へ搬送入院となった．入院時所見は，体温38.5℃のほか異常を認めなかった．腟分泌物は膿血性，子宮口閉鎖，子宮頸管長17mmであった．胎児超音波検査上，発育は週数相当であり，胎盤羊水を含め異常を認めなかった．CTGでは頻脈であったが基線細変動は保たれ，一過性頻脈も認められた．血液検査は白血球31000/μl，CRP4.90mg/dlの他異常値を認めなかった．腟分泌物培養検査は陰性であった．臨床的絨毛羊膜炎の診断にて緊急帝王切開術施行し，2034g男児APS 7/8で娩出した．術中採取した培養検査で羊水，臍帯血，胎盤娩出後子宮内腔で緑膿菌が検出された．母体は術後8日間38度以上の発熱持続と，最高白血球27500/μl，CRP12.73mg/dlなど，種々の抗生剤治療に抵抗性だったが，メロペネム＋セフタジジム投与にて軽快し，術後15日目退院となった．児は生後2日間fetal inflammatory response syndromeであったが，呼吸管理，抗生剤投与などの管理にて軽快し，生後28日目退院となった．結語：臨床型絨毛羊膜炎を診断した場合，分娩に際し，羊水臍帯血などの培養を行って原因菌の同定に努め，術後管理，新生児管理を行うことが重要であると考えられた．

P2-413 感染性流早産と慢性子宮内感染に関する検討

埼玉医大総合医療センター総合周産期母子医療センター母体胎児部門
村山敬彦，松村英祥，市川美和，上山明美，岩田　睦，臼井真由美，斉藤正博，関　博之，馬場一憲，竹田　省

【目的】感染性流早産は，bacterial vaginosis (BV) に起因するtrans-cervical uterine infectionの結果として説明されるのが一般的である．今回我々は，比較的早期の感染性流早産症例において，妊娠成立以前に慢性的な子宮内感染が存在する可能性と，再妊娠時の管理について検討した．【方法】妊娠12週から24週までに感染性流早産となった12症例13妊娠に，流早産前の腟内細菌培養（VC）と流早産後の子宮内月経血細菌培養（UC）を実施し，10症例で夫の精液細菌培養（SC）を実施した．妊娠27週以降の早産5症例の分娩後のUCを実施した．その後再妊娠した5症例6妊娠の経過と転帰について検討した．【成績】10例のUCにてMobiluncus spp, Enterococcus faecalis, Corynebacterium spp, GBS, Prevotella bivia, Veillonella spp, E.coliなどを検出した．VCまたはUCの細菌叢とSCの細菌叢とに8例で共通性を認めた．分娩前にBVを検出しない感染性流早産を5例に認めた．妊娠27週以降の早産例でのUCでは細菌を検出しなかった．再妊娠5例中1例で妊娠15週に再び破水し流産したが，その後の妊娠で在胎35週の生児を得た．その他の再妊娠例は在胎37週以上の生児を得た．3例で，再発回帰を繰り返す絨毛羊膜炎を認め，頻回の抗生剤投与と長期入院加療が必要であった．【結論】比較的早期の感染性流早産においては，妊娠や月経を契機に子宮内で細菌増殖を繰り返すという病態が背景にある可能性が示唆された．夫婦間のピンポン感染を示唆する症例も認めた．このような感染性流早産既往妊娠では，BVを検出しなくとも，既に子宮内に細菌感染が存在する可能性を念頭に，感染に対する厳重な管理が必要である．

P2-414 塩酸リトドリン投与中の妊婦に無顆粒球症を合併しG-CSFを使用した1例

愛媛大
鍋田基生，小島淳美，草薙康城，片山富博，伊藤昌春

薬剤性無顆粒球症の頻度は少なく，特に妊娠中の報告は極めて稀である．本疾患は突然発症し続発性感染症を併発した場合，死亡率が70%との報告がある．今回塩酸リトドリンに起因すると考えられた無顆粒球症を合併し，感染予防対策およびG-CSF投与等により速やかに回復した1例を経験したので報告する．症例は27歳，初産婦．家族歴，既往歴に特記すべき事項はない．平成13年11月IVF-ETを施行し妊娠成立した．当科にて妊婦健診を受け，二羊膜二絨毛膜双胎と診断された．妊娠13週時，性器出血，子宮収縮を認め入院となる．入院時血液所見はWBC7700/μl，RBC308×10^4/μl，Hb10.1g/dl，Plt29.6×10^4/μlであった．安静および塩酸イソクスプリン静脈内投与を開始し，妊娠16週以降は塩酸イソクスプリンを塩酸リトドリンに変更し治療を継続した．妊娠32週時WBCが1000/μl（好中球0.0%）と著明に低下し塩酸リトドリンに起因する無顆粒球症と考えられた．速やかに塩酸リトドリンを塩酸イソクスプリンに変更し，また感染予防目的に広域抗生剤投与を行い，G-CSF100μg/日皮下注を開始した．G-CSF投与3日後にはWBC2700/μlと増加を認め，5日後にはWBC9700/μl（好中球84.1%）にまで回復した．妊娠36週6日陣痛発来し経腟分娩した．第一子は2090gの女児，Apgar score 8/9で，第二子は1692gの女児，Apgar score 8/8であった．妊娠中塩酸リトドリンを長期に使用する場合薬剤性無顆粒球症に留意する必要がある．

NII-Electronic Library Service