

P2-439 産褥期に重篤な合併症を発症した子宮筋腫合併妊娠のリスク因子に関する検討

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
 上山明美, 村山敬彦, 白井真由美, 斉藤正博, 関 博之, 馬場一憲, 竹田 省

【目的】これまで、子宮筋腫合併妊娠（以下筋腫合併）は妊娠・分娩時における問題点が議論されてきたが、妊娠・分娩時のみならず、産褥期にも重篤な合併症を発症する症例に遭遇する機会が増えてきた。当センターで経験した症例を検討し、そのリスク因子につき考察した。【方法】2004～2005年の総分娩数は1922例で、筋腫合併妊娠は205例だった。その中で、産褥期に重篤な合併症を発症し、長期入院となった5例について、筋腫の個数・位置・大きさ、分娩様式、前期破水および子宮内感染の有無、その治療につき検討した。【成績】全症例が筋層内筋腫で、3例は筋腫核が1個（直径10cm, 9cm, 9cm）、他の2例は筋腫核3個（4cm, 7cm, 8cm）と、筋腫核5個（3cm, 3cm, 5cm, 5cm, 9cm）だった。前期破水と分娩前の子宮内感染は2例に認め、分娩様式は4例が帝王切開、1例が経陰分娩だった。入院日数は平均27日（16～36日）で、産褥期の合併症のうち分娩時大量出血は1例で、弛緩出血によるDICを認め、大量輸血・子宮動脈塞栓術・再手術を必要とした。また、産褥の重篤な子宮内感染および筋膜炎を認めたのは4例で、遷延する症例では筋腫核手術や子宮摘出術に至る症例もあった。【結論】産褥期に重篤な合併症を発症した筋腫合併の特徴は、いずれも筋層内筋腫で、直径7cm以上の筋腫核を単数または複数有し、5例中4例が帝切であった。前期破水や分娩前の子宮内感染の頻度は高くなかった。直径7cm以上の筋層内筋腫を有する症例で帝王切開を施行した症例は、妊娠・分娩時のみならず産褥期も厳重な管理が必要なが示唆された。

P2-440 経陰分娩後に筋層内筋腫が筋腫分娩をきたした一例

名古屋大
 山田純子, 津田弘之, 森光明子, 佐藤菜々子, 荒木雅子, 炭竈誠二, 真野由紀雄, 早川博生, 岡田真由美, 吉川史隆

症例は未妊の36歳。無月経にて当院受診し、超音波検査にて直径6.6cm大の筋層内筋腫を初めて指摘された。妊娠中は切迫流産など見られず順調に経過、36週時にMRI撮影を行い筋腫の位置を確認した。児頭は骨盤内に下降していたため経陰分娩は可能と考え、自己血採取を行い待機した。予定日超過のため40週6日に分娩誘発入院、翌日に3114gの女児を経陰分娩した。分娩後2時間までの出血量は500ml以下で子宮収縮も良好であったが、その後出血が持続し、12時間後の時点で出血量は1800gを越え、採血上Hb 6.5g/dlと著明な貧血を認めた。腔鏡診では腔内に新生児頭大の脆弱な組織があり、子宮内反症との鑑別を要した。超音波で子宮底の漿膜は確認できたが、数時間前まで子宮前壁に存在していた筋腫が確認できなかった。MRI撮影にて10×9×12cm大の筋腫を腔内に確認し筋腫分娩と診断、保存的治療は不可能と判断し、全身麻酔下に緊急筋腫核手術を施行した。経陰的に摘出を試みたが筋腫核が大きく、茎も3cmと太いため、開腹術に切り替えた。摘出標本は602g、病理検査ではleiomyomaであった。出血は計2600ml位、自己血300mlとMAP 10単位を輸血した。術後は順調な経過を示したが、1ヶ月検診時にはまだ筋腫茎の残存が見られ、今後時期をみてTCRを計画している。妊娠時に子宮筋腫を合併する割合は1.5から4.0%とされており、出産の高齢化に伴ってその割合は増加している。妊娠出産に伴って筋腫が変性したり、局在が変化することにより筋腫分娩をきたす可能性があり、出血を含めた周産期管理には十分注意が必要である。

P2-441 子宮筋腫合併妊娠においてペンタゾシン依存症状を呈し漸減法にて対処した一例

市立豊中病院
 松本有里, 村田卓也, 河瀬千晶, 富家真理, 塩路光徳, 大西洋子, 徳平 厚

症例は29歳、1回妊0回産。妊娠初期に約2cm大の子宮体下部の漿膜下筋腫を指摘。妊娠13週、筋腫による疼痛が出現し、疼痛管理目的にて入院。喘息の既往があったため、アセトアミノフェンを避けペンタゾシンによる疼痛管理を開始し、モルヒネ製剤に切り替える予定であった。その後、ペンタゾシンの薬効が切れると『下腹部からつきあげられるような』強い腹痛を訴え、ペンタゾシンの使用量が増加した。妊娠20週時にモルヒネ製剤への移行を試みたが、強烈な腹痛が出現し、ペンタゾシン依存症による離脱症状と考えられた。メサゾン、ブプレノルフィンによる置換法も考えられたが、それらの薬剤に対する離脱症状を考え、マイナートランキライザーを併用した漸減法にて対処することとした。本人には告知をせず、一回に使用するペンタゾシンの量を漸減し、妊娠23週より生理食塩水のプラセボを使用。一定の効果を認めたため、妊娠24週ごろにはプラセボ投与にて疼痛管理を行った。しかし、妊娠20週ごろより子宮収縮による痛みが出現。そのため塩酸リトドリンの投与を開始し、その後極量まで増量。妊娠30週にはマグネゾールも開始したが、全身倦怠感が強く中止。疼痛症状は続いたが、子宮口1cm開大、頸管長約3cmで、頻回の内診にても所見の変化はみられず経過観察した。妊娠35週5日に破水。骨盤位であったため、緊急帝王切開術を施行し2148gの女児をApgar8/9にて娩出した。児に退薬症状は出現せず、エコーにても異常は認めず。出産後は筋腫の痛みはなくなり、術後経過は順調であった。妊娠中ペンタゾシン依存症となった稀有な症例であり、その管理について検討したい。