

P2-553 卵管障害の診断における血中クラミジア抗体検査の有用性について

愛知医大

野口靖之, 野口真理, 若槻明彦

【目的】女性性器に感染したクラミジアが、長期間無治療のまま放置されると子宮腔部から上行性に感染し卵管障害を引き起こす。血中の抗クラミジア抗体価は、臨床的にクラミジア既往感染の指標として用いられている。本研究は、クラミジア持続感染により高値を示す血中抗クラミジア抗体価の上昇が卵管障害を反映するか否かを検討した。【方法】卵管鏡により両側卵管内腔を観察し得た不妊症例 215 例を対象とし、血中抗クラミジア(クラミジア主要外膜蛋白)IgA, IgG 抗体価を ELISA 法により測定した。卵管障害の有無は、卵管鏡検査により得られた卵管内腔所見 (1. 卵管ヒダの消失 2. 卵管内癒着) で評価し、卵管障害と抗体価 (cut off index: C.O.I) との関連を検討した。【成績】クラミジア IgA, IgG 抗体価は、卵管ヒダ消失の有無で有意差を認めなかったが (IgA: 消失なし 0.6 ± 0.8 消失あり 0.5 ± 0.7 $p=0.17$, IgG: 消失なし 0.6 ± 1.5 消失あり 0.8 ± 2.2 $p=0.30$)、卵管内癒着のあった群がなかった群に比較して IgA, IgG いずれも有意に高値を示した。(IgA: 癒着なし 0.5 ± 0.9 癒着あり 1.0 ± 0.9 , $p=0.005$, IgG: 癒着なし 0.5 ± 1.5 癒着あり 1.6 ± 1.5 , $p=0.007$)。【結論】血中クラミジア抗体価高値の症例の場合、卵管内癒着による卵管障害を有する可能性が示唆され、クラミジア抗体検査は、不妊治療の際に必要な検査と考えられた。

P2-554 mycoplasma hominis が原因と考えられた骨盤内感染症の一例

昭和大藤が丘病院

荒川 香, 横川 香, 大塚純子, 三村貴志, 澤田真紀, 長谷川明俊, 本間 進, 横山和彦, 齋藤 裕

今回、Mycoplasma hominis が原因と考えられた骨盤内感染症の稀有な症例を経験したので報告する。症例は 35 歳、未婚。健診で子宮筋腫を指摘され、当院紹介となる。内診で小児頭大の腫大した子宮を認め、帯下は正常であった。MRI で多発性子宮筋腫、内腔への突出所見を認めたため手術前日に子宮鏡検査を施行した。腹式子宮筋腫核出術を施行、(子宮内腔への到達なし) 計 11 個、740g の筋腫を核出した。術後 3 病日より頻回の下痢と発熱を認めた。抗生剤を変更するも下痢・発熱は改善せず、第 9 病日、CRP16mg/dl と上昇、CT 検査でダグラス窩膿瘍を認めたことから同日再開腹術を施行した。術中所見として腸管は肥厚し、右付属器からダグラス窩にかけて 6cm 大の膿瘍を認めたため、膿瘍除去と腹腔内洗浄を行い、ドレーン留置をおこなった。臨床経過からクラミジア感染症を疑い抗生剤を TC に変更するも、後日血清クラミジア抗体は陰性と判明、抗生剤を MEPM に変更した。術後麻痺性イレウスを併発したためイレウス管を挿入、第 13 病日軽快退院となった。術中膿培養検査で 1 週間後に同定不能な菌 (4+) の発育が検出され、DNA 検査で mycoplasma hominis と同定された。今回の骨盤内感染症発症の原因として、腔内細菌として存在した mycoplasma hominis が手術前日に施行した子宮鏡検査により腹腔内に流入し、消化管を巻き込んだ骨盤内膿瘍をきたした可能性が示唆された。今後、骨盤腹膜炎の難治症例に対しては mycoplasma hominis による感染も念頭に置き、従来の培養法のみならず遺伝子解析の導入などを考慮する必要があると思われる。

P2-555 劇症型 A 群レンサ球菌感染症による突発性敗血症性ショックの 1 例

榛原総合病院

田中 晶, 宮本由記, 谷口千津子, 北村公也, 茂庭将彦

劇症型 A 群レンサ球菌感染症 (STSS) は A 群レンサ球菌 (GAS) による突発性敗血症ショック症状を呈する。病態は短時間で進行し、不幸な転帰を来すことが多いとされている。今回、我々は、子宮内膜細胞診後に発症した STSS 症例を経験し、救命することが出来たので報告する。症例は 37 歳女性、1 年前より近医にて子宮内膜異形成のフォローアップを受けていた。9 月 6 日子宮内膜細胞診施行。7 日発熱および下腹部痛出現。8 日発熱および血圧低下し、血小板減少を伴うショック症状を呈したため当院へ緊急搬送となる。入院時所見は血圧: 76/43, 体温: 38.6℃, 脈拍: 113, WBC: 2500, 血小板: 8.5 万, CRP: 11.0mg/dl, APTT: 56.6 秒, フィブリノーゲン: 115mg/dl。全身状態および検査結果より検査時の子宮穿孔による敗血症疑いと診断し、原因を除去する目的にて血小板を確保した上で緊急手術を施行した。開腹時、子宮はほぼ正常大でピンク色なるも両側卵巣は暗黒色で壊死性であり、骨盤漏斗韧带にそって血管内には連続性に血栓が確認されたため、敗血症性 DIC と診断し、子宮及び両側付属器を摘出した。術後には無尿、肺水腫、出血傾向、血小板減少および全身に発疹などが出現したが、集学的治療により救命できた。術後、腔内細菌培養により GAS が検出され、診断基準より STSS の可能性が高いと診断した。摘出標本では、子宮内膜に急性内膜炎と考えられる病巣を認め、卵巣とその周囲や傍子宮組織中の主として静脈内に血栓が散見された。GAS による咽頭炎の場合には抗生物質による治療が必要とされている。細菌性膣炎でも GAS が検出されることがあり、膣炎を伴う患者に対しての子宮内操作の際には注意が必要である。