

P1-109 Bartter 症候群合併妊娠の1例

三重大

伊藤讓子, 小河恵理奈, 小林良成, 前沢忠志, 杉原 拓, 梅川 孝, 神元有紀, 杉山 隆, 佐川典正

Bartter 症候群は、腎尿細管の $\text{Na}^+\text{-K}^+$ 共輸送体の遺伝子異常により機能不全が原因で、代謝性アルカローシスや重度な低カリウム (K) 血症などを呈する症候群であり、妊娠時の合併は極めて稀である。今回、Bartter 症候群合併妊娠を経験したので報告する。症例は 39 歳、初妊婦。30 歳時に Bartter 症候群の診断にて、妊娠前より K 補充療法 (約 80mEq/日) を行いつつ前医で妊婦健診を受けていたが、妊娠 26 週頃より四肢のしびれ感を訴え、27 週時に当センターを紹介。妊娠 28 週頃より血清 K 濃度が低下傾向を呈し、妊娠 30 週時には約 120mEq/日の K 補充が必要となった。その後、四肢のしびれや全身倦怠感の頻度が増加し、妊娠 32 週時に血清 K 値が 1.9mEq/l となったため入院となった。入院後も血清 K 濃度が 2.5mEq/l 以上を保つように K 補充量を増加したが、血清 K 値は時々低下し、K 補充量は 180-200mEq/日に及んだ。一方、児の発育は初診時より AGA であり、その後の発育も -1.0~-1.5SD の間で推移し、羊水量の異常は認めなかった。妊娠 36 週 1 日、自然陣痛発来し、経陰分娩となった。出生後の児の電解質に異常を認めず、母体への K 補充量は 120mEq/日まで減量可能となり、母子ともに経過は良好であった。本疾患では、妊娠中の血清 K 濃度の維持を図るために K 補充療法が一般的であるが、問題点として、妊娠中は腎カリウム排泄が増加するので、頻回の血液検査や投与量の変更を要すること、さらに K 製剤の量が増大するために内服が困難となる場合があることがあげられる。事実、本症例では妊娠末期において補充量増加を必要とした。Bartter 症候群合併妊娠における血中 K コントロールに関する治療法について文献的考察も加えて報告する。

P1-110 妊娠中に自然発症した脊髄硬膜外血腫の3例

藤田保健衛生大

多田 伸, 宮村浩徳, 山田英登, 宮田雅子, 南 元人, 安江 朗, 廣田 穰, 宇田川康博

【緒言】脊髄硬膜外血腫は多くが外傷性、腫瘍、凝固異常、血管奇形によるもので妊娠中の自然発症は極めて稀である。今回、妊娠中に突然自然発症した脊髄硬膜外血腫の3例を経験したので報告する。【症例】症例1は26歳の1回経産婦(正常分娩)。妊娠31週で突発的に背部痛を訴えた後、上行性に進行する知覚運動麻痺をきたし、神経学的検査、MRIなどにより脊髄硬膜外血腫と診断後、血腫除去術および減圧術を施行。術後3週間を経て、妊娠34週で前期破水後、吸引分娩にて2110g、アプガール10点の男児を出産した。症例2は21歳の初産婦。妊娠39週5日、突然の背部痛が出現し、次いで右上下肢のしびれを自覚。MRIにて脊髄硬膜外血腫と診断後、全身麻酔下に緊急帝王切開(児は2970g、アプガール10点の女児)後、椎弓切除、血腫除去術を施行した。症例3は25歳の1回経産婦(遷延分娩にて帝王切開術)。妊娠35週3日、突発的な下肢のしびれ、脱力感をきたし、MRIにて胸椎硬膜外血腫の診断にて、帝王切開術および椎弓除去、血腫除去術を施行。児は2730gの男児(Ap10点)で、発症から12時間以内の手術により、母体の神経症状は早期に改善した。【結語】妊娠中に自然発症した報告は10数例にすぎない。今回の3例は外傷、血液凝固異常の既往はなく、妊娠高血圧症候群の合併もない。原因は動静脈奇形の存在も否定できず、妊娠子宮による物理的な圧迫とそれに伴う静脈のうっ血なども推察される。神経障害の予後は、発症から減圧までの時間が関与するため、突発する背部痛から進行性の麻痺を認めれば本症を念頭におき治療にあたる必要がある。

P1-111 脊髄空洞症合併妊娠の2例

筑波大

小島真奈, 豊田真紀, 野口里枝, 志村玲奈, 中村佳子, 竹島絹子, 八木洋也, 安部加奈子, 小倉 剛, 藤木 豊, 濱田洋実, 吉川裕之

脊髄空洞症は頸髄・胸髄の空洞が緩徐に拡大する進行性の神経変性疾患であり、典型的な症状は成人早期にはじまる解離性感覚障害と上肢の脱力である。罹患率は10万人に8.4人とされ、Arnold-Chiari I型奇形(ACM-I)に伴うものが多い。診断にはMRIが有用であり、治療として空洞短絡術や後頭蓋窩減圧術が行われる。脊髄空洞症患者の妊娠分娩の報告は極めて少なく、特に分娩様式や麻酔方法を含めた分娩管理に関する明確な指針はない。今回我々は2例の脊髄空洞症患者の妊娠分娩管理を経験したので報告する。症例1は30歳の0回経産婦で、20歳時にACM-I、脊髄空洞症と診断され減圧術を施行された。妊娠12週より当院にて妊娠管理、軽度の頭痛と神経症状を認めたが妊娠経過中の増悪はなかった。分娩及び麻酔に伴う頭蓋内圧上昇と神経症状増悪の可能性について本人と家族に十分なインフォームド・コンセントを行ったところ、分娩様式は、産科的適応がない場合は経陰分娩の方針となった。妊娠40週1日前期破水にて入院、オキシトシンによる分娩誘発を行い、3,130gの女児を正常分娩した。症例2は26歳の0回経産婦で、20歳時にACM-I、脊髄空洞症と診断され、22歳時に減圧術を施行された。妊娠5週より当院にて妊娠管理、経過中頭痛や神経症状は認められなかった。インフォームド・コンセントの上、分娩様式は選択的帝王切開の方針となり、妊娠37週3日、全身麻酔下に帝王切開にて2,625gの女児を分娩した。2症例とも、分娩中および分娩後の神経症状の増悪は認められなかった。MRIの普及に伴い診断症例の増加が予想され、今後更なる症例の蓄積が必要と考えられる。