

P3-232 胎盤に vesicle pattern を認めた3症例

北里大

田維有紀, 田代真紀, 望月純子, 新井正秀, 渡辺 純, 天野 完, 海野信也

胎児共存奇胎を経験したので胎盤に vesicle pattern を認めた2症例と合わせ報告する。【症例1】31歳, 2経妊1経産。妊娠10週より超音波で内子宮口にかかる胎盤部分に vesicle pattern が出現, 比較的境界明瞭な正常胎盤部分も存在した。12週時点での血中hCG 61万 mIU/ml。羊水染色体検査では46,XXであった。26週, 前置胎盤による多量性器出血のため出血性ショック, 胎児徐脈のため緊急帝王切開術施行。病理で絨毛の水腫様変化, trophoblast の増生, 正常胎盤部分の存在が確認され, p57^{KIP2}免疫染色が陰性であり胎児共存奇胎と診断した。術後4週, 血中hCG 3万 mIU/ml と高く, 子宮内膜搔破施行後, 持続絨毛症のため, MA療法施行し経過観察中である。【症例2】31歳, 2経妊1経産。13週頃より血圧上昇, 尿量減少, 下腿浮腫出現。15週, 母体状態悪化, 母体搬送された。超音波で胎盤に vesicle pattern を認め, 血中hCG 100万 mIU/ml と上昇。低蛋白血症, 肺水腫が進行し, 20週妊娠中断となった。病理で絨毛の水腫様変化, trophoblast の増生がみられ, p57^{KIP2}免疫染色は陽性, 染色体は69,XXXであり部分胞状奇胎と診断した。【症例3】28歳, 2経妊2経産。20週で胎盤に vesicle pattern を認め, 紹介受診。羊水染色体分析は46,XX。30週頃より vesicle pattern は徐々に消失した。38週, 2592gの女児を出生。病理で絨毛の水腫様変化, 血管過形成を認めたが, trophoblast の増生は認めず, placental mesenchymal dysplasia(PMD)と診断した。【結論】胎盤に vesicle pattern と胎児成分を認めた場合, 共存奇胎, 部分奇胎, PMD が考慮される。鑑別には染色体分析, p57^{KIP2}免疫染色が有用である。胎児共存奇胎は生児を得ることも可能であるが, 続発症の可能性もあり, 十分な管理が必要である。

P3-233 胎児母体面に母体血によって貫流される巨大無エコー領域を認めた1例大阪市立大¹, 愛賛会浜田病院²西本幸代¹, 中井祐一郎¹, 田原三枝¹, 松本万紀子¹, 延山裕之¹, 安井智代¹, 石河 修¹, 奥田英人², 浜田健二²

妊娠19週のパニック症候群合併の1回経産婦。超音波スクリーニングにより胎盤後壁の50%程度を占めると推測される広大な無エコー領域を認め, 当科紹介。妊娠23週の超音波断層法でも同様の所見を得, 空隙内は血液の動きを示唆する所謂 fine echo によって充填されていた。カラードプラ法でもその一部は描出可能であった。血液凝固系には異常はなかったが, 常位胎盤早期剝離の亜型を疑い, 精査入院。無エコー領域の最大横径は7cmを超えていたが, 子宮収縮に伴い3cm以下まで縮小するのが観察され, B-flow法では, 少なくとも6か所で母体側から無エコー領域に向かって噴出する流れが確認された。一方, 無エコー領域から子宮筋層に向かう流れも2か所で確認され, その一部はカラードプラ法でも描出可能であり, パルスドプラ法で母体心拍と同期する波形が確認された。更に超音波造影剤投与により, 動脈相において無エコー領域を母体血が充填するのが観察された。MRIの所見からは, 常位胎盤早期剝離が疑われた。推定体重は328g(-4.4SD)と救命困難であることや妊娠19週から病変部が安定していることなどから, 自然経過に任せた外来管理とした。児の体重は400gを超えた時点で完全な発育停止となり, 妊娠32週子宮内胎児死亡が確認された。この時点では凝血塊を疑わせる信号が出現し, 無エコー領域が若干縮小していたが, なお噴出流は数か所で確認された。プレグランディン腔坐剤により分娩誘発を行い, 350gの死産児を娩出。胎盤の部分剝離時に鮮紅色の多量の出血をみたが, 胎盤の娩出とともに止血した。その後の経過に異常なく, 産褥2日に軽快退院した。

P3-234 診断が困難であった広範な placental lake の1例

浜松医大

村松慧子, 伊東宏晃, 平井久也, 鈴木一有, 杉原一廣, 杉村 基, 金山尚裕

【緒言】胎盤直下に広範囲に存在し, 鑑別診断並びに対応に苦慮した巨大 placental lake の1例を経験したので報告する。【症例】26歳, 初妊婦。自然妊娠し妊娠初期より某医にて妊婦健診を受けていた。妊娠35週, 経腹超音波検査にて胎盤の子宮側に全面にわたり厚さ2~3cmの低エコー領域を認め当科へ紹介された。MRI所見では胎盤の子宮側1/2が胎児側1/2に比して軽度高信号を示しその内部には太い脈管構造が複数貫通しており, 放射線科の診断は胎盤血管腫であった。超音波検査では低エコー領域内においてドップラ法により脱落膜層に一致した血流波形に動脈血流波形は存在せず, 緩やかな渦流様の不規則な血流を認めた。超音波所見から巨大な placental lake を強く疑ったが確定診断にいたらず, 子宮収縮時のなんらかの破綻出血あるいは分娩時の出血のリスクを完全には否定できなかったため入院管理とし予防的に塩酸リトドリン投与による子宮収縮抑制を開始した。分娩時大量出血のリスクを考慮し, 十分なインフォームド・コンセントの後, 妊娠37週に選択的帝王切開術とした。2876gの女児娩出後, 胎盤は通常通り剝離娩出した。胎盤娩出後の子宮収縮は良好であり, 術中総出血量は羊水込み400gであった。胎盤は肉眼的に異常所見は無く, 病理所見には広範な絨毛の血管拡張, chorangiosis を認めた。以上の臨床経過ならびに胎盤所見から巨大 placental lake と診断した。術後経過は良好であり, 第7病日目に退院となった。【結語】placental lake は拡張した胎盤静脈洞と考えられ, 一般に母児共に予後良好な疾患であるがその取り扱いに定見はない。診断および取り扱いに苦慮した1例を提示する。