

**P2-118 赤芽球癆合併妊娠の一例**

遠軽厚生病院

金井麻子, 上田寛人, 野澤明美, 木村広幸

赤芽球癆は1922年に初めて報告された、骨髄における赤芽球の著減、末梢血における網赤血球の著減を特徴とし、重症貧血を呈する希な疾患である。後天性の赤芽球癆の原因として、胸腺腫、白血病、自己免疫疾患、ウイルス感染、腎不全、薬剤などがあるが、妊娠を契機に発症するという報告も散見される。今回、妊娠初期に赤芽球癆を発症し、妊娠後期に寛解した症例を経験したので報告する。症例は25歳、0妊0産。平成21年2月、妊娠12週での採血にてHb 10.0のため鉄剤を内服していたが、その後の職場健診でHb 7.7のため鉄剤注射に変更。その後も貧血は増悪し平成21年4月にめまい、ふらつきが出現。Hb 5.8の原因不明の貧血のため当院内科に紹介。骨髄穿刺で赤芽球系統の著減を認めため、赤芽球癆の診断で当科入院。輸血(RCC8単位)のみで貧血は改善した。原因検索を行ったが、胸腺腫、免疫学的異常は認められなかった。その後は外来での輸血のみでHb 8-9台に維持可能であり、超音波検査上、胎児発育は順調であった。妊娠後期にはHb 10前後で経過し、平成21年9月、妊娠39週で自然経膈分娩(男児, 2810g, Aps 8)した。分娩時出血は495gで産褥1日目にHb 9.8, Fe 20 $\mu$ g/dlであったため鉄剤内服し、産褥6日目にはHb 10.5に回復した。産褥9日目に内科で改めて全身検索、骨髄穿刺を行ったところ、原因疾患は同定し得ず骨髄所見は改善していた。産後健診時にはHb 11.5まで自然回復していた。妊娠時に原因不明の正球性貧血を呈した場合、赤芽球癆を念頭に置く必要がある。

**P2-119 先天性アンチトロンビン III 欠損症合併妊娠の一例**沖縄県立宮古病院<sup>1</sup>, 沖縄県立中部病院<sup>2</sup>尾身牧子<sup>1</sup>, 奥平忠寛<sup>1</sup>, 市来絵美<sup>1</sup>, 竹谷 朱<sup>1</sup>, 後藤禎人<sup>2</sup>, 大畑尚子<sup>2</sup>, 橋口幹夫<sup>2</sup>

アンチトロンビン III (ATIII) 欠損症患者は妊娠、分娩、産褥での血栓症が問題となり、その診断と血栓予防が重要となる。常染色体優性遺伝であり、血栓症の家族歴がある場合、高率に血栓症を発症する。家族歴より ATIII 欠損症と診断し、生児を得た症例を経験したので報告する。19歳0回経妊0回経産。妊娠41週3日、母体低身長、巨大児妊娠疑いにて当院紹介受診となった。児頭骨盤不均衡が示唆され、本人と家族と協議し帝王切開をすることとなった。翌日帝王切開を予定し病歴を聴取したところ、実母が ATIII 欠損症で下肢深部静脈血栓症を妊娠後に2回発症したことがあり、さらに血縁関係に血栓症発症者が数多くいるとの情報を得た。緊急で測定した患者の ATIII 活性値は61%と低値であり、患者も欠損症の可能性が高いと判断した。帝王切開での血栓症のリスクが高いことを十分に説明した上で帝王切開を希望された。術前に ATIII 濃縮製剤 5000 単位を静注し、間欠的空気圧迫法を用いて帝王切開を行った。児は4054gの男児、アプガースコア7点9点、臍帯血ガスは pH 7.33 であった。術後はカプロシン 5000 単位を8時間おきに48時間使用し、術後12時間の ATIII 活性値が70% 台であったため ATIII 濃縮製剤 1000 単位を24時間おきに2回静注した。術後8日目、術前の ATIII 抗原量も低値と判明したためワーファリンの内服を開始した。患者は現在産後5ヶ月で血栓症の発症はない。血栓予防なしでは欠損症患者の60%が周産期に血栓症を発症するといわれ、今後は血栓発症のリスクを回避するため、家族への適切な情報提供に努めていくことが肝要である。

**P2-120 血栓症既往のある先天性プロテイン S 欠乏症合併妊娠に対し抗凝固療法を行った1例**

奈良県立医大

重光愛子, 佐道俊幸, 伊東史学, 吉澤順子, 成瀬勝彦, 野口武俊, 北中孝司, 大井豪一, 小林 浩

【緒言】先天性プロテイン S (PS) 欠乏症合併妊娠では妊娠中～産褥期に静脈血栓塞栓症 (VTE) 発症のリスクが高く、特に血栓症既往のある際には厳重な管理が必要である。今回、血栓症既往のある先天性 PS 欠乏症合併妊娠に対し、妊娠初期より抗凝固療法を行い、良好に経過した1例を経験したので報告する。【症例】36歳、未産婦。既往歴は14歳時に脳梗塞を発症し、先天性 PS 欠乏症と診断、ワルファリンを継続服用している。家族歴は父と叔父が DVT や脳梗塞の既往があり、共に先天性 PS 欠乏症と診断されている。妊娠経過は妊娠7週0日に当科初診、直ちにワルファリンの投与を中止し、ヘパリン Ca の投与 (10000 単位/日) を開始した。ヘパリン Ca は APTT を指標に投与量の調節を行った (10000～15000 単位/日)。妊娠10、35週に下肢静脈エコーを施行し、DVT 無きことを確認した。妊娠経過中、D-dimer は 0.8～2.1 $\mu$ g/ml, TAT は 1.2～16.0ng/ml で各々推移し、異常高値となることはなかった。また、妊娠高血圧症候群や子宮内胎児発育制限等は認めなかった。妊娠40週3日に分娩停止のため帝王切開術施行し、女児、3612g, Ap9-1/10-5 を娩出した (分娩時出血量 618g)。胎盤の病理所見は軽度梗塞のみであった。ヘパリン Ca は有効陣痛発来後に中止し、分娩後2時間目より10000 単位/日の投与を再開、術後3日目よりワルファリンの服用を再開した。術後7日目に下肢静脈エコーで DVT 無きことを確認後、退院となった。現在ワルファリンの服用を継続中で、VTE は発症していない。【結語】VTE 発症の最高リスクである血栓既往のある先天性 PS 欠乏症合併妊娠症例で、厳格な抗凝固療法を行い、VTE を発症することなく順調に経過することができた。