

P3-257 分娩9ヶ月後に侵入奇胎疑いの診断となった胎児共存奇胎の1症例

弘前大

横田 恵, 飯野香理, 福山麻美, 山本善光, 田中幹二, 尾崎浩士, 水沼英樹

胎児共存奇胎は胎児と胞状奇胎を合併した稀な疾患であり続発率が高いことが問題となる。胎児共存奇胎の妊娠継続例で生児を得たが、分娩後9ヶ月で侵入奇胎疑いとなった症例を経過したので、文献的考察を加えて報告する。症例は29歳、1妊1産。自然妊娠後近医にて経過観察していたが、胎嚢近傍に多嚢胞性のエコー像が見られ、妊娠11週で当科に紹介となった。初診時のUSGにて正常胎児、絨毛構造以外に多嚢胞性のエコー像を呈する部分を認め、部分胞状奇胎あるいは胎児共存奇胎が疑われた。血中hCG値は202,050mIU/mlであった。妊娠16週に、羊水染色体検査を施行し正常核型の結果であった。以上から胎児共存奇胎が強く疑われた。続発性絨毛疾患、妊娠高血圧症候群（PIH）、胎児異常などのリスクを説明したが、夫婦より強い妊娠継続の希望あり妊娠継続となった。妊娠20週過ぎより血中hCG値は次第に低下傾向であり、多嚢胞部分の増大もなかった。PIHの症状もなく、胎児発育も良好で妊娠38週で管理入院となった。USGでは多嚢胞部分の縮小を認めた。妊娠40週2日、陣痛発来し3530gの男児を自然分娩した。娩出した胎盤は、正常胎盤と、一部嚢胞状でほとんどが変性した組織で占められた部分からなっていた。嚢胞状部分の病理組織診断では変性が著明であったが胞状奇胎の診断であった。染色体検査では壊死性部分が多く検査不能であった。分娩後の経過良好にて産褥5日目に退院。hCG値は産後5週でカットオフ値まで低下。その後も上昇傾向なかったが、9ヶ月目に8,000mIU/mlと突如上昇しUSGにて子宮内に嚢胞状エコー像認めた。MRIでは絨毛組織の子宮筋層内への浸潤疑われ、子宮内容除去術施行。現在治療方針検討中である。

P3-258 流産手術により絨毛組織が子宮筋層内に移植されたと考えられる1例

昭和大

青野抄子, 市原三義, 宮本真豪, 石川哲也, 森岡 幹, 長塚正晃, 岡井 崇

【はじめに】今回、流産手術後に子宮筋層内に腫瘍が形成され、その発生機序として手術操作により子宮筋層内に絨毛が移植されたと考えられる症例を経験したので報告する。【症例】30才台、1経妊1経産（帝王切開）。稽留流産7週の診断で子宮内容除去術を施行したが、胎盤鉗子を子宮腔内に挿入することが困難であった。病理診断で、摘出された組織は正常絨毛で、trophoblastの異常増殖等は認められなかった。術後7日目に経腔超音波検査で子宮体部前壁に2cm大の腫瘍を認め、その後病巣は徐々に増大し5cmにまで至った。骨盤MRI検査では子宮筋層内に不均一な造影効果を認める境界明瞭な5cmの腫瘍が認められた。手術後尿中hCGは徐々に下降して、術後38日目には53IU/lであった。絨毛性腫瘍や子宮悪性腫瘍の可能性も考え、診断の目的もかね流産手術後41日目に開腹による腫瘍摘出術を施行した。腫瘍は境界明瞭で、肉眼所見では血腫と壊死組織の塊であった。病理組織像では子宮筋組織に凝血と変性絨毛が認められ、正常絨毛の子宮筋層内発育が考えられた。術後経過は順調で再発を認めていない。【まとめ】本症例は流産手術時に子宮筋層に損傷を与えた可能性があり、それにより絨毛組織が子宮筋層内に移植されたと考えられた。子宮内容除去術に際し、特に子宮壁に損傷があるかあるいは手術時に損傷を与えた場合は、本症例を念頭においた術後のフォローアップが必要と思われる。

P3-259 診断に苦慮した妊娠性絨毛癌の一例

大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター

小池奈月, 安川久吉, 阪倉滋是, 赤田 忍

腫瘍破裂で腹腔内出血をきたし診断と治療に苦慮した妊娠性絨毛癌の一例を経験したので報告する。患者：35歳 既往妊娠歴：2回経妊2回経産 家族歴既往歴：特記事項なし 現病歴：妊娠7週時に子宮内に胎嚢を認めず性器出血持続するため妊娠初期の流産の診で経過観察されていたが、妊娠反応が陰性化しないため子宮外妊娠や絨毛性疾患疑いで精査・加療目的に紹介となった。内診所見：子宮は鷲卵大やや軟、経腔超音波所見では子宮筋層内に嚢胞を伴った高輝度エコー像を認めた。血中hCG:92000mIU/dl 子宮内容除去術を施行したが、肉眼的に嚢胞化絨毛は認めなかった。以後外来で経過観察中に急性腹症のため緊急入院した。入院後血圧低下、高度の貧血（Hb5.5g/dl）等のショック症状、また超音波検査で腹腔内出血を疑う所見を認めたため、子宮外妊娠破裂を疑い緊急腹腔鏡手術を施行した。多量の腹腔内出血があり、子宮体部後壁左側に筋層の膨隆を2か所認め、その一部が破裂し持続出血していた。両側卵管・卵巣は正常であった。膨隆部位を一部摘出した。摘出組織の病理組織はPSTTとの診断であった。PSTTでは化学療法の有効性は確立していないこと、腫瘍が残存しており再度腫瘍破裂の可能性があるので同意のうえ子宮摘出術を施行した。摘出標本の肉眼所見では中心に壊死を伴う腫瘍を子宮体部に認めた。最終病理診断は妊娠性絨毛癌とした。術後化学療法を施行し順調にhCG値の低下を認め現在も加療中である。絨毛癌は化学療法が著効するが、本症例のように急速な経過をとることも多く、結果として診断が遅れるため適切な時期に治療を開始できないことがあり臨床上注意が必要である。