

P1-32-6 帝王切開術後亜急性に発症した上腸間膜静脈・門脈血栓症の1例札幌医大¹, 市立釧路総合病院²寺本瑞絵¹, 齋藤雅恵², 竹田倫子², 染谷真行¹, 岡村直樹², 蠣崎和彦², 斎藤 豪¹

【緒言】近年、生活習慣の欧米化や帝王切開の増加に伴い、妊娠・産褥期における深部静脈血栓塞栓症の増加が報告されている。深部静脈血栓症の中でも、上腸間膜静脈・門脈血栓症(superior mesenteric and portal venous thrombosis; 以下 SMVT/PVT)は稀な疾患であり、症状が非特異的かつ緩徐に進行するため、早期診断が困難であることが多い。今回我々は帝王切開後12日目に診断にいたった二次性 SMVT/PVT を経験した。interventional radiology (以下 IVR) を用いた保存的治療にて血栓溶解し、腸壊死に陥ることがなく治療可能であったので報告する。【症例】23歳, 0回経妊0回経産。特記すべき既往歴・家族歴なし。骨盤位のため妊娠38週帝王切開術にて3242g男児を出産した。術後経過良好であり術後8日目退院。その後軽度の上腹部痛出現。徐々に疼痛増悪、嘔気出現し術後12日目再診。CT検査にて肝内門脈から上腸間膜静脈にかけ血栓を認め、SMVT/PVTと診断した。腸管壊死徴候がなく、IVR治療治療を選択し、上腸間膜動脈からウロキナーゼ2400万単位を動注。その後ダナパロイドナトリウム2500万単位/日を点滴静注。診断3日目よりワルファリン内服を併用。血栓縮小し腸管狭窄・壊死等認めなかったため、診断11日目より食事開始。診断25日目退院となった。現在血栓はほぼ溶解し、外来にてワルファリン内服でコントロール中である。【考察】SMVT/PVTは症状が非特異的であるため診断が遅れ、腸管壊死を生じ重篤な経過をたどる症例も多い。早期診断し、腸管壊死を回避することが肝要であり、血栓溶解療法として、上腸間膜動脈からIVR治療を一期的に行った本治療が治療成績を向上させる可能性があると考えられた。

P1-32-7 当院での帝王切開術後における静脈血栓塞栓症の予防的低用量未分画ヘパリン皮下注後にDダイマーが上昇した4症例の検討川崎市立多摩病院¹, 聖マリアンナ医大²岩端秀之¹, 大熊克彰¹, 横道憲幸¹, 秦ひろか¹, 鈴木 直²

当院では帝王切開後に肺血栓塞栓症を引き起こした症例を契機に、深部静脈血栓症や肺血栓塞栓症予防のため帝王切開後に全例術前からの弾性ストッキング装着、術中術後の間欠的空気圧迫法に加え低用量未分画ヘパリン皮下注を施行してきた。2010年から今日までlow riskを含めて100例に予防的低用量未分画ヘパリン皮下注を施行した。方法は術後6時間以上経過し、手術創などからの出血の無いことを確認して12時間ごとにヘパリンカルシウムシリンジ5000単位を1日1万単位、5日間皮下注した。投与した症例の中で術後7日目の血液検査でDダイマーが30μg/ml以上に再上昇する症例が4例存在した。4例とも呼吸苦やSpO₂の低下など肺血栓塞栓症を疑う所見は無く、ホーマンズ徴候など深部静脈血栓症を疑う所見も無かったが下肢超音波検査と全身造影CT検査を施行した。幸い全例に明らかな血栓は存在せず、症候性の静脈血栓塞栓症は否定された。しかし無症候性の静脈血栓塞栓症は否定できないため抗凝固療法を再開した。全例Dダイマーは低下してその後の再上昇は認めなかった。うちわけは4例のうち3例は選択的帝王切開術で、この中で35歳以上が2例であり、もう1例は妊娠中12kg以上の体重増加を呈していた。もう1例は前期破水から3日経過して分娩停止が適応の緊急帝王切開術であった。Dダイマーは陰性であれば静脈血栓塞栓症は否定されと言われていたが、臨床の立場からすれば予防をしているにも関わらず入院中にDダイマーが再上昇すれば、静脈血栓塞栓症を早期に発見しなければならない。この4例についてlow risk症例を含め患者背景、術後経過などから今後の帝王切開後の抗凝固療法について検討した。

P1-33-1 先天性無フィブリノーゲン血症患者の妊娠・分娩管理 5症例7分娩の経験浜松医大¹, 浜松医療センター²小田智昭¹, 下山 華¹, 内田季之¹, 鈴木一有¹, 杉原一廣¹, 伊東宏晃¹, 金山尚裕¹, 小林隆夫², 寺尾俊彦¹

【目的】フィブリノーゲン(fibrinogen: 以下Fbg)は血液凝固過程の最終段階に関与する因子で、止血機構にとって必須かつ最も重要な因子である。また、Fbgは血液凝固因子であると同時に接着因子でもあるため、妊娠維持に関しても極めて重要な働きがある。このため無Fbg血症合併妊婦は、補充療法なしでは必ず流産となる。当院では、1985年に本疾患の妊娠・分娩の成功例を世界で初めて報告して以来、2010年までに5症例7分娩を経験した。今回我々は、これらの症例を報告するとともに、無Fbg血症の妊娠、分娩管理方針を提示する。【成績】妊娠初期よりFbg製剤の補充することにより妊娠維持ならびに分娩に成功した。分娩様式は、帝王切開は3症例4分娩、経陰分娩は2症例3分娩であった。妊娠合併症は、胎盤早期剝離1回、子宮内胎児発育不全1回が認められた。妊娠維持に必要な血中Fbg値については、妊娠初期には血中Fbg値60mg/dl以上であればほとんどの場合出血しないが、妊娠維持に必要な血中Fbg値については、妊娠初期には血中Fbg値60mg/dl以上でFbg消費量が亢進するため、妊娠中は100mg/dl以上に保つことが望ましい。陣痛開始時は、胎盤早期剝離を予防するためにFbg値は150mg/dlできれば200mg/dl以上を維持することが望ましい。産褥期にはFbgの必要量は急速に減少する。【考察】我々は先天性無Fbg血症患者の妊娠・分娩の成功例を5症例7分娩経験した。適切なFbg製剤補充により妊娠維持が可能である。分娩時には胎盤早期剝離に留意する必要があるが、原則として経陰分娩がすすめられる。また、必要に応じて帝王切開も可能である。