

P1-34-2 妊娠前の心機能評価が十分でなく、妊娠中期に心室性頻拍を認めた一例

富山大

石田博美, 塩崎有宏, 福田香織, 伊藤実香, 米田 哲, 竹村京子, 米澤理可, 米田徳子, 橋本佳子, 中島彰俊, 日高隆雄, 斎藤 滋

【緒言】心疾患合併妊娠は、循環負荷の増大に伴い病態が増悪するリスクがある。治療が遅れると致死性であり、疾患のコントロール状況は妊娠可否の決定において非常に重要である。妊娠前の心機能評価が十分でなく、妊娠29週にPVC・VT発作を認め、除細動を要した一例を経験したので報告する。【症例】25歳、1回経妊1回経産（前回自然分娩）。近医で妊娠管理されており、里帰り分娩の予定であった。帰省後、子供が感冒のため前医に入院。妊娠29週2日付き添い中に発熱・咳嗽を認め、病室前で倒れているところを発見された。前医にて心室頻拍発作を認め、DCを施行後に当院へ搬送された。来院時、左心不全の状態であり、当院循環器内科と相談し、肺うっ血を軽減してから帝王切開の方針とした。入院後鎮静下に人工呼吸器管理としたが、胎児心拍数基線は170bpmに上昇し、鎮静下とはいえ variability の減少を認めたため、妊娠29週3日緊急帝王切開術施行。出生児は男児、1449g、Ap4/8、UAPH 7.163であった。児娩出直後より母体の循環動態は安定した。術後22日目に心臓カテーテル検査施行したが、EF24.4%と依然低値であり、心筋生検結果からは明らかな心筋炎の所見はなく、心筋症の発症には妊娠による循環負荷が大きく関わっていると考えられた。【結語】本症例は心機能低下を指摘されているが管理が不十分で、心機能を評価せずに妊娠に至り、一般診療所で管理された。現在も心機能が低下しており次回妊娠は禁忌と言える。心機能非改善症例では妊娠後の死亡報告もあるので、産科医だけでなく内科医による妊娠可否についての厳密な評価が必要であると言える。

P1-34-3 Jervell-Lange Nielsen 症候群合併妊娠の管理経験

東京医歯大周産・女性診療科

関口将軌, 高嶺智子, 桃原祥人, 宮坂尚幸, 久保田俊郎

【緒言】Jervell-Lange Nielsen 症候群（以下JLN症候群）は、常染色体劣性遺伝形式をとり先天性聾啞を伴うきわめてまれな先天性QT延長症候群であり、心室性不整脈による突然死をきたす疾患である。JLN症候群合併妊娠の報告は少ないが、今回我々は1例を経験したので報告する。

【症例】37歳、1経妊0経産。先天性聾啞があり、6歳時にJLN症候群と診断され、プロプラノロール内服加療中であった。また29歳時にCIN3に対する円錐切除術の既往があり、兄に先天性聾啞およびQT延長の家族歴がある。2010年4月下旬を最終月経とする続発性無月経にて6月上旬に初診。妊娠6週と診断した。妊娠中はプロプラノロールを中止したがQTcは延長せず経過した。妊娠29週1日、性器出血・子宮収縮および子宮頸管長短縮を認め、切迫早産と診断し入院とした。硫酸マグネシウム持続点滴による子宮収縮抑制を行ったがコントロール不良となり、循環器内科と協議の上でリトドリン塩酸塩持続点滴を併用したところQTcが延長し、アテノロール経口投与を開始した。妊娠32週4日、子宮収縮抑制が困難になり緊急帝王切開術を施行。1,804gの男児を娩出しApgarスコアは4点/4点であった。母体の術後経過は順調であり、術後7日に退院となった。児は日齢33の聴性脳幹反応にて両側難聴を認めた。また児のQTcは出生時に延長を認めたが、その後短縮傾向であり経過観察中である。

【結語】JLN症候群合併妊娠では母体不整脈への対応が重要であり、特に子宮収縮抑制薬の選択・投与中の監視は慎重を要する。また本症が遺伝性疾患であり乳幼児突然死症候群の原因となりうることから、児に対しても心電図や聴覚検査による早期スクリーニングと観察が必要である。

P1-34-4 マルファン症候群合併妊娠にてStanfordB型解離をおこした2例について

名古屋大

小谷友美, 炭竈誠二, 津田弘之, 真野由紀雄, 杉山知里, 服部友香, 渡部百合子, 中野知子, 松川 哲, 吉川史隆

Marfan 症候群では、大動脈径 50mm 以上で解離することが多いとされ、心エコーによる大動脈径の定期的チェックが推奨されている。しかしながら、Stanford B 型解離は、大動脈径との関係が不明とされている。当院でこれまで周産期管理をおこなった Marfan 症候群合併 7 妊娠 6 分娩の内、2 分娩で妊娠後期に B 型解離を発症したので、文献的考察を加え報告したい。【症例 1】33 歳初産婦。Marfan 症候群と診断後、他院にて体外受精にて妊娠成立。妊娠 10 週より当院にて周産期管理。定期的心エコー検査では、大動脈径の拡大傾向は認めなかったが、僧帽弁逆流の進行を認めた。妊娠 34 週に、突然の胸痛で緊急受診され、造影 CT にて解離と診断された。保存的治療の方針となり、骨盤位にて全身麻酔下緊急帝王切開施行。母体は ICU 入室管理した。母体術後経過は、降圧療法と安静にて解離の進行みとめず退院となった。【症例 2】30 歳 1 回経産婦。27 歳時に大動脈瘤切除術施行。自然妊娠成立で妊娠判明時より当院にて周産期管理。妊娠 28 週に頸管長短縮を認め、入院管理となった。妊娠 35 週に突然の胸痛が出現し、臨床症状から解離を疑い、翌日に緊急帝王切開施行し、術後 CT にて解離と診断され、同様に安静、降圧管理のみで、経過良好にて退院となった。【結語】A 型解離の方が予後不良とされるが、B 型解離であっても逆行性の解離進行や腎動脈分岐下までの解離進行は重症となりうる。文献検索したところ、妊娠中発症 B 型解離 8 例中 5 例に、解離前に大動脈径 40mm 超を認めていた。自験例では 2 例、1 例は定期的な径計測で異常なく、もう 1 連は術後であった。これらの症例でも、妊娠中期以降は突然発症に留意する必要があることが改めて示唆された。