

P1-50-8 出生前におけるカンジダ感染症の診断, 治療によって異なる転帰をたどった新生児カンジダ感染症の3症例福岡徳州会病院¹, 福岡大², 愛媛県立中央病院³佐藤安南¹, 大竹良子², 荒木陵多³, 吉里俊幸², 窪田孝明¹, 越智 博³, 宮本新吾²

【諸言】 腔カンジダ症は前期破水等により上行感染を来すと稀ながら新生児に全身性カンジダ症を併発し予後不良である。今回出生前における上行性感染の診断の有無, 治療により異なる転帰をとった新生児カンジダ症3症例を経験した。【症例1】30歳, 1経産。妊娠26週6日切迫早産にて入院した。30週0日外陰部掻痒感があり腔分泌物培養でカンジダを認め抗真菌剤を腔内投与した。30週5日に高位破水を認め, 30週6日羊水の顕鏡で真菌を同定し子宮内カンジダ感染症と診断し, 同日経腔分娩で児を出生した。児は生下時より全身性小丘疹と肺炎を認め上気道分泌物培養でカンジダを検出した。直ちに抗真菌剤全身投与を行い症状は改善, 日齢50で退院した。【症例2】24歳, 0経産。22週3日に前期破水にて入院した。外陰部掻痒感はなく腔分泌物培養は行わなかった。23週2日経腔分娩にて児を娩出した。児は出生時, 耳漏, 胃液培養でカンジダを認め日齢4から抗真菌薬を投与したがDICによると考えられる慢性肺疾患及び呼吸障害を来した。その後症状は軽快し日齢148に退院した。【症例3】23歳, 1経産。妊娠25週1日に胎胞形成にて入院し, 同日経腔分娩で児を出生した。入院時陰部掻痒感はなかったが腔分泌物培養にてカンジダを認めた。児は日齢9に小腸穿孔性腹膜炎を併発した。開腹時の腹水培養, 日齢11での血液培養でカンジダ陽性にて日齢11から抗真菌剤投与を開始した。日齢32に循環不全にて死亡した。【結論】 前期破水, 胎胞形成等で上行性, 産道感染の危険がある症例においては外陰部掻痒感の有無に限らず腔, 羊水培養にてカンジダを早期に検出し, 出生前後の早期治療を行うことで児の予後の向上に資することが示唆された。

P1-50-9 前期破水症例における ABPC 耐性大腸菌による新生児感染症

大阪府立母子保健総合医療センター

笹原 淳, 石井桂介, 中川美生, 渡辺正洋, 嶋田真弓, 川口晴菜, 山本 亮, 村田将春, 林 周作, 日高庸博, 光田信明

【目的】 前期破水早産症例における ABPC 耐性大腸菌による新生児感染症の発生率と臨床的背景を検討する。【方法】 2008年1月より2011年9月までに当院で管理した前期破水症例のうち, 妊娠34週未満の早産となった113例において, 新生児の ABPC 耐性大腸菌感染の頻度と症例の背景を後方視的に検討した。なお当院では, 妊娠34週未満の前期破水症例には, 子宮収縮抑制剤投与, ABPC点滴投与, 臨床的絨毛羊膜炎などを除外したうえでベタメサゾン投与を行っている。34週以降は子宮収縮抑制剤投与を中止し, 自然陣痛発来待機もしくは積極的な妊娠終了を症例毎に決定している。分娩方法は単胎, 頭位であれば経腔分娩を基本としている。【成績】 113例のうち84例(74.3%)に ABPC が投与されており, 22例(19.5%)には ABPC 以外の抗生剤のみが投与されていた。分娩前腔分泌物培養にて大腸菌が検出されたのは10例(8.8%)であり, うち9例に ABPC が投与されていた。出生時の新生児の各細菌培養にて ABPC 耐性大腸菌が検出されたのは2例(1.8%)であり, いずれも重症感染症をきたした。1例は在胎23週(破水後7日)に634gで出生したが, 母体 ABPC 投与は5日間, 腔分泌物培養で大腸菌が検出されていた。感染に伴うPPHNが遷延したが, 現在3歳にて発育発達は良好である。もう1例は在胎23週(破水後2日)に602gにて出生した。母体 ABPC 投与は2日間で, 腔分泌物中に大腸菌は検出されなかった。敗血症のため新生児死亡となった。【考察】 各種ガイドラインでは, 前期破水例には GBS 感染を考慮して ABPC を主要薬剤とした抗菌薬投与が推奨されている。しかし稀であるが ABPC 耐性大腸菌による新生児重症感染例が認められ, 注意が必要である。

P1-50-10 妊娠28週, 出生体重350gの生児を得た一例

加古川西市民病院

上田あかね, 山田 隆, 三木恵里加, 酒井理恵, 太田岳人, 房 正規

【緒言】 胎児発育遅延(FGR)は, 胎児死亡が新生児死亡のリスクを上回り, 新生児予後が胎児娩出によって改善される場合に分娩となる。しかし, 重症のFGRでは娩出時期の判断は非常に困難である。今回我々は妊娠28週で帝王切開を施行し, 出生体重350gの生児を得た症例を経験した。【症例】36歳, 初産婦。高血圧症合併妊娠のため妊娠9週で当科紹介受診。アンジオテンシンII受容体拮抗薬を内服していたためメチルドパに変更した。その後の血圧コントロールは良好であった。妊娠20週の超音波検査で, 推定体重163g(-2.9SD)のFGR, 羊水最大深度(MVP)29mmの羊水過小を認めた。妊娠25週で臍帯動脈(UmA)が途絶, MVP16mmと減少し入院管理とした。胎児スクリーニングでは, 明らかな胎児形態異常は認めなかった。入院後は, 胎児心拍モニタリングや胎児エコーで児の発育, 羊水量, UmA波形を頻りに観察し胎児の状態を評価した。また子宮収縮抑制のため, 塩酸リトリン点滴を行った。妊娠28週2日の時点で推定体重380g(-5.6SD)であったが, MVP減少(9mm), UmA波形逆流, 高度変動一過性徐脈出現頻度の増加があり, 子宮内胎児死亡のリスクを考慮し帝王切開を施行した。Apgar score1分2点, 5分6点, 350gの男児を娩出した。児は合併奇形なく, 日齢67で772gに体重増加した。また明らかな頭蓋内病変を認めない。【結語】 重症FGRの娩出時期には苦慮するが, 新生児科医師からの説明の機会を設け, 両親の児の予後を最優先したいとの希望に基づき, 児の娩出時期を決定した。重症FGRの周産期管理指針は確立されておらず, 今後症例を蓄積し, 当院の成育限界を検討していきたい。