

2012年2月

一般演題

693(S-567)

P2-33-9 当院で経験した子宮腺筋症核出後妊娠に関するリスク評価

聖路加国際病院女性総合診療部

斎藤理恵, 西澤知佳, 堀井真理子, 真島 実, 彦坂慈子, 秋谷 文, 林 良宣, 堀内洋子, 植田一英, 塩田恭子, 山中美智子, 百枝幹雄

14
一般
(土)演題

近年、子宮腺筋症合併の挙児希望の女性の診療を行う機会が増加しており、保存療法で症状の改善と妊娠を期待することが困難なため、子宮腺筋症の核出術が行われることもある。当院で経験した2例の子宮腺筋症核出後の妊娠・分娩に関して提示するとともにそのリスクや管理の方針に関して考察した。【症例1】(37)習慣性流産, G3P0 (16W, 6W, 21W自然流産) MRIで子宮後壁に子宮腺筋症病変があり、症状の増悪もあり子宮腺筋核出術（3重フラップ法）施行。自然妊娠。妊娠25週、子宮頸管長短縮のため入院管理。子宮収縮抑制剤を使用し、妊娠35週選択的帝王切開術にて分娩。【症例2】(42)G1P0、子宮腺筋症（全周性）、子宮筋腫、内膜症性囊胞の診断で子宮内膜症性囊胞摘出+子宮筋腫核出+子宮腺筋症核出+形成術（TypeII術式 前医）施行。術後半年で結婚。その後約半年でIVF-ET妊娠。当院には20週初診。30週の健診で子宮筋層の菲薄化を指摘され管理入院。安静のみで経過し、妊娠36週で選択的帝王切開術にて分娩。【考察】子宮腺筋症核出後妊娠はその頻度、手術の適応、術式による周産期予後、周産期合併症に関して、客観視できる症例数がなく評価が難しい。子宮腺筋症核出術の子宮破裂のリスクに関しては文献的には帝王切開後妊娠、子宮筋腫核出後妊娠（開腹、腹腔鏡）と比較すると若干破裂のリスクが高いという報告もある。文献的検討を加え、また当科の症例の相違点を検討して報告する。

P2-34-1 糖尿病性腎症で人工透析を導入した2型糖尿病合併妊娠の1例

久留米大総合周産期母子医療センター

三田尾拡, 上妻友隆, 武藤 愛, 網脇瑠璃香, 桃嶋正啓, 小關 剛, 堀之内崇士, 下村卓也, 河田高伸, 林龍之介, 堀 大藏, 嘉村敏治

2型糖尿病から糖尿病性腎症となり、その第2子から第4子までの妊娠分娩管理を当科で施行した症例を経験したので、報告する。症例は35歳、実父と祖母に2型糖尿病の家族歴がある。26歳時に2型糖尿病および糖尿病性腎症第2期と診断され、内服加療が開始された。同年、第1子を妊娠し、近医総合病院で管理され、妊娠34週で妊娠高血圧腎症(PH-LO)のため、帝王切開で妊娠帰結となった。児は先天性心疾患があり、乳児期に死亡した。28歳時に、血糖管理下に第2子を妊娠し、当科で妊娠管理を行った。糖尿病性腎症第3A期で、糖尿病性網膜症に対して、妊娠中に手術を必要とした。妊娠後期に蛋白尿が増悪したが、妊娠37週で2432gの男児を帝王切開分娩した。30歳時、妊娠22週で第3子の妊娠が発覚し、糖尿病性腎症3B期で高血圧を合併していた。妊娠27週の時に胎児発育停滞、母体腎機能増悪にて、678gの男児を帝王切開分娩した。その後、血糖管理は自己中断していた。33歳時に全身浮腫あり、近医で糖尿病性腎症第5期と診断され、3回/週の血液透析が導入された。35歳時、腹部膨隆を主訴に近医産婦人科を受診し、妊娠と診断され、当科に紹介となった。BPDから妊娠23週と診断したが、胎児fallot四徴症、羊水過多(AFI 26)を認めた。また、血液検査結果から透析療法が不十分と判断され、4回/週に透析回数を増やし、周産期管理目的に入院とした。透析前後の血圧変動の管理に苦慮したが、腎臓内科および内分泌代謝内科と連携を計りつつ、妊娠管理を行った。妊娠37週で2528gの男児を帝王切開分娩した。産褥経過は良好で、透析回数を3回/週に減らし、前医での外来管理となった。

P2-34-2 妊娠経過中に尿崩症を呈したプロラクチン下垂体線腫合併妊娠

高知大

牛若昂志、松島幸生、高田和香、渡邊理史、都築たまみ、國見祐輔、山田るりこ、泉谷知明、池上信夫、小栗啓義、前田長正、深谷孝夫

【緒言】直径1cm未満のプロラクチン(PRL)産生下垂体腺腫は、妊娠中に腫瘍が増大することは稀とされている。今回妊娠中にPRL産生下垂体腺腫が増大し、尿崩症を呈した1例を経験したので報告する。【症例】26歳、初産婦。23歳時より内科でPRL産生下垂体腺腫に対してカベルゴリン1mg/週内服で加療されていた。投薬治療後、自然排卵が認められ自然妊娠に至った。妊娠判明後、カベルゴリン内服は中止となった。妊娠18週よりFGR傾向となり、妊娠23週でFGRの増悪と子宮動脈の血流不良とを認めたため、当科入院加療となった。塩酸リトドリン点滴で子宮動脈の血流が改善し、児の成長を認めた。しかし、副作用が強く妊娠28週でマグネシウム製剤併用となった。同時期から尿量測定で、1日尿量が7000ml程度となり尿崩症の合併が疑われた。MRI上、下垂体には20mmの大の多房性囊胞を認めた。さらに、血漿浸透圧285mOsm/l、尿浸透圧223mOsm/l、血中ADH0.5pg/mlであったため、中枢性尿崩症と診断し、DDAVP5μg/日で治療を開始した。しかし、FGRの増悪、臍帶動脈血流の途絶を認めたことから、妊娠29週に緊急帝王切開術を施行し、837gの女児を分娩した。術後はDDAVP2.5μg/日点鼻にて尿量は2000~3000mlで推移した。また下垂体囊胞に対してはカベルゴリン1mg/週の内服を再開とした。術後1ヶ月で経蝶形骨洞下垂体腫瘍摘出術が施行され、pituitary adenomaと診断された。【考察】一般的に、下垂体腺腫が増大することと尿崩症を呈することがあり、下垂体腺腫合併妊娠においては、尿量に留意して周産期管理を行う必要性が考えられた。