

P3-16-3 妊娠中期に劇症型 A 群 β 溶血性連鎖球菌感染をきたし母体死亡に至った 1 例

九州大

藤原ありさ, 穴見 愛, 湯元康夫, 藤田恭之, 矢幡秀昭, 福岡恒太郎, 加藤聖子

A 群 β 溶血性連鎖球菌 (Group A streptococcus: 以下 GAS) 感染症の中には, 敗血症, 播種性血管内凝固症候群 (DIC) 等の重篤な 2 病態が急速に続発する劇症型があることが知られている。妊娠後期の報告が 90% と多いが, 今回我々は妊娠 18 週で GAS 感染症により母体死亡に至った 1 例を経験した。

症例は 35 歳, 2 経妊 1 経産, 近医産婦人科で妊娠の診断後, 妊婦健診を受けていた。妊娠 14 週に咽頭痛, 発熱のため近医内科を受診し, GAS 感染症と診断され, セフェム系抗生剤による治療が行われた。妊娠 17 週 6 日に発熱, 咽頭痛, 嘔吐で産婦人科を受診し, 咽頭炎と診断されたが, その 5 時間後に下腹部痛が出現, 再診時には血尿及び全身状態不良で, かつ子宮内胎児死亡と診断され, 母体の全身感染症, 子宮内胎児死亡の診断で当院母体搬送となった。全身性炎症反応症候群, DIC と診断し, また搬送 2 時間後より急速に呼吸不全, ショックとなったため GAS による敗血症性ショック (Streptococcal toxic shock syndrome: STSS) を疑い, ICU 管理へ移行した。人工呼吸管理下にアンピシリン投与, 抗 DIC 療法ならびに昇圧剤投与を開始した。加療開始後も全身状態は悪化傾向のまま多臓器不全を来し, 搬送 10 時間後 (妊娠 18 週 0 日) に永眠された。入院時の血液を含め各部位の細菌培養検査で GAS が陽性で, 今回の母体死亡は劇症型 GAS 感染症が原因と判断した。今回, 先行した GAS 感染の治療歴があったことより, 本人に劇症型 GAS 感染症の存在について, また咽頭痛等の有症状時は早期受診を勧める旨を説明することが啓蒙される症例と考えられた。

P3-16-4 妊娠初期における風疹初感染の 5 例

三井記念病院

中林 稔, 鈴木研資, 小西久也, 杉浦由紀子, 森田一輝, 佐山晴亮, 板橋香奈, 高田恭臣, 中山裕敏, 柿木成子, 中田真木, 小島俊行

【緒言】妊娠初期の初感染を 5 例経験したため報告する。【症例 1】27 歳未妊, 妊娠 9W5D, 風疹 HI<8 倍, 11W で夫が香港に渡航後風疹に罹患。14W0D より発疹・発熱出現。風疹 HI=256 倍・IgM=0.2→7.76・IgG=0.09→50.1。19W2D, 当科紹介受診し羊水検査にて PCR 強陽性。20W2D, 本人希望にて中絶。【症例 2】22 歳未妊, 海外にて家族が風疹に罹患し 12W6D より発疹・発熱・頸部リンパ節腫脹出現。21W6D 当科紹介受診。風疹 HI=512 倍・IgM=4.35・IgG=128。その後再び海外へ帰国。【症例 3】29 歳 1 妊 1 産。10W6D, 風疹 HI 抗体<8 倍, 妊娠初期に夫が風疹に罹患している。17W3D より発疹・発熱出現。風疹 HI=1024 倍・IgM=9.12。19W1D, 当科紹介受診し羊水検査にて PCR 陰性。妊娠継続中。【症例 4】28 歳未妊, 妊娠 11W, 風疹 HI 抗体<8 倍。18W5D より発疹・発熱出現。同時期に職場の同僚 6 人が風疹を発症している。風疹 HI=256 倍・IgM=10.0・IgG=39.6。21W2D, 当科紹介受診。妊娠継続中。【症例 5】30 歳未妊, 妊娠初期の風疹 HI 抗体<8 倍。19W2D より発疹・発熱出現。風疹 HI=512 倍・IgM=0.78→7.53・IgG=1.2→70.8。23W1D, 当科紹介受診。妊娠継続中。【考察】全症例共 30 歳以下で, 風疹ワクチン接種歴は不明であり初期の風疹 HI 抗体は<8 倍であった。また妊娠初期に同居家族が風疹に罹患しているケースが多く, さらに海外渡航歴がある傾向がみられた。【結語】妊娠初期に風疹 HI<8 倍である場合, 早期の結果説明及び同居家族への風疹ワクチン接種を勧め, 風疹罹患患者との接触を避けるよう説明する。風疹に罹患した場合は, 早期の二次施設の受診を勧める。また, 周囲の風疹罹患の状況や同居家族の海外渡航歴の問診なども重要であると考えられた。

P3-16-5 常位胎盤早期剝離を発症したパルボウイルス B19 ウイルス感染症例の分子病理学的検討埼玉医大総合医療センター総合周産期母子医療センター¹, 埼玉医大総合医療センター²玉石絢香¹, 村山敬彦¹, 成田達哉¹, 赤堀太一², 大原 健², 松村英祥¹, 高井 泰², 斉藤正博², 高木健次郎², 馬場一憲¹, 関 博之¹

【緒言】パルボウイルス B19 (PB19) は赤血球系細胞の主要糖脂質である globoside (P 抗原) を受容体として感染しアポトーシスを誘導するが, 同じく globoside を有する胎盤栄養膜細胞でも同様の所見を呈することが報告されている (Placenta 2002; 23: 547-553)。我々は PB19 感染から母体重症貧血をきたし, 常位胎盤早期剝離に至った症例を経験したので, 胎盤の分子病理学的検討を加えて報告する。【症例】32 歳 2 回経産, 妊娠 30 週に第 1 子が伝染性紅斑に罹患し, 本人も 38℃ 台の発熱をみとめた。34 週 6 日に前医で Hb 4.9g/dL のため, 36 週 6 日に当科を受診し, 同日緊急入院した。母体血清 PB19 IgM(+), 骨髓検査で PB19 感染による血球減少の可能性が指摘された。37 週 6 日に突然の腹痛, 意識消失, ショック, 胎児徐脈 (80 bpm) を認め, 緊急帝王切開術を施行した。胎盤付着面の約 30% に凝血塊を認め, 常位胎盤早期剝離と診断した。児は 2922 g 男児, 臍帯動脈血 pH 6.781 で胎児水腫を認めず, 生後 1 年現在発育・発達に異常を認めない。胎盤パラフィン切片を用いた定量 PCR 法では PB19 陽性であり, HE 染色で脱落膜に局限した炎症・壊死病変を認め, アポトーシスで切断されたサイトケラチン 18 を認識する M30 CytoDEATH 抗体を用いた免疫染色では脱落膜近傍の栄養膜細胞に染色像を認めた。【結語】これまで PB19 感染による常位胎盤早期剝離の報告はみられないが, 本症例では PB19 が脱落膜近傍の栄養膜細胞のアポトーシスを誘導し, 同部位に局限した炎症・壊死を引き起こすことによって常位胎盤早期剝離を発症したと推察された。