

## P1-26-5 母児共に救命可能であった妊娠中脾動脈瘤破裂の一例

沖縄県立南部医療センター・こども医療センター

高山尚子, 鎌田麻由美, 前田寿里亜, 栗原みづき, 北代祐三, 山下 薫, 平田真由美, 大橋容子, 井上 格, 田村充利, 佐久本薰

【はじめに】脾動脈瘤合併妊娠は妊娠中に破裂する危険が高く、破裂した場合の母体死亡率は75%、新生児死亡率は95%と報告される非常に危険な疾患である。今回母児共に救命出来た症例を経験したので報告する。【症例】35歳、初産婦。産科的リスク因子無し。妊娠29週、突然の心窩部痛にて前医に救急搬送され、バイタル・心電図・産科的診察・CTG異常なく鎮痛剤使用し経過観察していた。3時間後痛みが再燃、CTGにてloss of variability, late decelerationを認め当院へ母体搬送となる。来院時バイタル正常、持続的な腹痛あり。外出血は無く、子宮可動痛及びダグラス窩にecho free spaceを認めた。児心拍約60bpmで持続しており、胎児機能不全、常位胎盤早期剥離・腹腔内出血の疑いで緊急帝王切開施行。手術所見：腹腔内に約200mlの鮮血貯留あり。1256gの女児をapgar1点4点で分娩。早剝・子宮破裂の所見無し。後腹膜腔に多量の凝血塊を認め術中血管造影検査施行。脾動脈に約3cmの動脈瘤を確認し外科にて脾臓摘出術を施行。病理学的に分節性動脈中膜壊死による脾動脈瘤破裂の診断。経過：母体は術後ICU管理を行い23日目に軽快退院。児はNICU管理し日齢69日に退院。生後4か月現在明らかな発達障害を認めていない。【考察】脾動脈瘤は女性に多く、背景因子の一つに妊娠がある。破裂した場合、通常の腹腔内出血と違い多彩な症状となるため診断が難しい。妊娠中の破裂は3rd trimesterに多く、子宮血流が減少し母体より先に胎児の状態が悪化する。確定診断に至る前に母児共に極めて危険な状態となる事があり、妊娠中の原因不明の腹痛・胎児機能不全の場合には本疾患も念頭に入れ迅速な対応が必要である。

## P1-26-6 妊娠初期に急性脾炎を合併した一例

島根大

満尾友美, 折出亜希, 金崎春彦, 佐藤絵美, 石原とも子, 片桐 浩, 石川雅子, 今村加代, 山上育子, 中山健太郎, 宮崎康二

【緒言】妊娠中に急性脾炎を発症する頻度は約3000妊娠に1例と稀であり、発症時期は70~80%が妊娠後期および産褥期の発症である。今回我々は、妊娠初期に急性脾炎を合併した症例を経験したため報告する。【症例】36歳0経産婦。人工受精にて妊娠成立し、妊娠7週より悪阻症状を認めていた。妊娠11週2日、腹痛が出現したため入院となった。血液検査にてCRP 6.77 mg/dlと炎症反応の上昇、P-Amylase 170 IU/L, Lipase 332 IU/Lと脾酵素の上昇を認めたが、腹部超音波では腹痛の原因は不明であった。妊娠11週4日、心窩部を中心とする腹痛が増強し、上腹部MRI検査を施行し、急性脾炎と診断され、ナフアモスタッフメシル酸塩、ウリナスタチンにて治療を開始した。児への影響を考慮し、造影CTは施行しなかったが、MRI所見からは造影CT GradeのGrade2に相当するため重症急性脾炎と判定した。また、絶飲食となるため中心静脈栄養管理とした。脾炎の原因としてアルコール摂取歴はなく、MRCPにて胆石が無いこと、脾管、総胆管の拡張や合流異常が無いことを確認した。自己免疫疾患を疑わせるマーカー上昇はなく、脂質異常症、糖尿病などの基礎疾患も認めなかった。何らかのウイルス性感染が原因として考えられたが、原因は特定できなかった。脾酵素は第8病日をピークに低下傾向となり、腹痛も軽快傾向となつた。徐々に経口摂取を開始し、妊娠19週3日に退院となった。【結語】妊娠初期に発症した急性脾炎の症例を経験した。血液検査、MRI、MRCPより急性脾炎の診断に至り、早期に治療を開始できることにより、急性脾炎は治癒し、妊娠を継続することができた。

## P1-26-7 妊娠中に診断され腹腔鏡下副腎摘除術が必要となった原発性アルドステロン症の1例

下関総合病院

菊田恭子, 梶邑匠彌, 水本久美子, 丸山祥子, 鳴村勝典, 高崎彰久, 森岡 均

原発性アルドステロン症が妊娠に合併することは非常にまれであるが、高血圧のコントロールが不良であると母児にとって極めて危険である。この為妊娠の早い時期では積極的な外科的切除が必要となることがある。今回、妊娠経過中に副腎腫瘍による原発性アルドステロン症と診断し、腹腔鏡下副腎摘出術により血圧のコントロールは良好となったが、その後、重症妊娠高血圧症候群の合併により早産に至った症例を経験したので報告する。症例は31歳、4経妊娠2経産。7年前に第2子を出産後より高血圧症を発症し治療中であった。妊娠5週で高血圧合併のため当科紹介となったが、降圧剤投与下で167/102mmHgと血圧コントロールは非常に不良であった。低レニン高アルドステロン血症、低カリウム血症を認めたが腹部超音波検査で明らかな副腎腫瘍を認めず、カリウム補正のみで経過観察した。妊娠週数が進んでも低カリウム血症が持続するため、妊娠19週でMRI検査を行った所、左副腎領域に直径15mmの充実性腫瘍を認めた。ACTH負荷併用・選択的副腎静脈サンプリングを行い、左副腎腫瘍による原発性アルドステロン症と診断した。片側副腎病変であることから、今後の妊娠への影響と内服薬の副作用を考慮し、妊娠24週3日に腹腔鏡下左副腎摘出術を施行した。術後血圧のコントロールは良好で外来管理可能となったが、妊娠29週6日に重症妊娠高血圧症候群を続発した後、妊娠30週2日に子宮収縮抑制困難となり緊急帝王切開分娩で1235gの児を娩出した。分娩後は緩徐に血圧の低下が認められ、児は出生後2か月で合併症なくNICUを退院した。