

P1-30-8 分葉状頸管腺過形成 (LEGH) 合併妊娠の2例

信州大¹, 信州大保健学科²高津亜希子¹, 石川香織¹, 古川哲平¹, 田中恭子¹, 菊地範彦¹, 大平哲史¹, 金井 誠², 塩沢丹里¹

分葉状頸管腺過形成 (lobular endocervical glandular hyperplasia: LEGH) は良性疾患とされているが, その自然史は不明であり, 悪性腺腫 (minimal deviation adenocarcinoma: MDA) に類似した臨床病理学的特徴をもつこと, また MDA と共存することが多いことから, MDA の前駆病変である可能性も示唆され, いまだ確立した診断, 治療指針はない。我々は多施設共同研究により LEGH の術前診断と対応法を提唱し, 近年それに基づいて慎重な経過観察を行っている。今回, 経過観察中に妊娠し, 生児を得た LEGH の2例を経験したので報告する。症例1は40歳, 0経妊0経産の女性で, 37歳時に子宮頸部嚢胞を指摘され, 子宮頸部円錐切除術を施行し, 術後の病理検査で LEGH と診断された。挙児希望があり, 経過観察していたところ自然妊娠が成立した。妊娠21週の健診時に水様性帯下を認め, 前期破水が疑われ入院管理となった。その後も水様性帯下は持続したが, 感染兆候や, 子宮収縮の増強, 羊水量の減少等はなく, 妊娠25週で破水は否定された。妊娠36週で前期破水し, オキシトシンによる陣痛誘発を行い経膈分娩となった。児は2806gの女児で, Apgar scoreは9/10であった。症例2は37歳, 0経妊0経産の女性で, 34歳より LEGH 疑いの臨床診断で経過観察されていた。自然妊娠成立後, 切迫早産兆候等なく経過した。妊娠40週で微弱陣痛にてオキシトシンによる陣痛増強を行い, 経膈分娩となった。児は2800gの女児で, Apgar Scoreは9/10であった。分娩後のMRIでは頸部病変に変化は認めなかった。2例とも頸管裂傷はなく, 分娩後多量出血も認めなかった。今回, LEGH と周産期管理について文献的考察を加え報告する。

P1-30-9 妊娠28週子宮脱による高度頸管炎を認め, 人工早産に至った一例

ベルランド総合病院

南 李沙, 横手真理子, 脇本 剛, 土田 充, 濱田真一, 峯川亮子, 村田雄二, 山崎正人

子宮脱は高齢者に多く, 妊娠に合併するものは稀であり1/10000と言われている。今回我々は妊娠28週に高度子宮脱による頸管炎を生じ妊娠継続が困難であった症例を経験したのでここに報告する。症例は41歳 2経妊1経産の経産婦で今回の妊婦健診中特に大きな異常は認めていなかった。妊娠28週頸管炎を伴う子宮腔部脱出を認め, 用手的環納を試みるも困難にて母体管理目的に当院搬送となった。搬送時, 脱出した子宮腔部の糜爛と腹側部に壊死性変化とおもわれる部位認, 母体発熱及び採血にて炎症反応高値認めた。子宮内感染を疑い羊水穿刺を行い, 子宮内感染は否定できた為, リンデロン投与下に一旦経過観察の方針とした。しかし, 翌日子宮頸部の壊死所見の増悪とそれに伴う疼痛訴えの増強を認めた為, 妊娠継続困難と考え, 帝王切開の方針とした。帝王切開前, 子宮頸部壊死部位の到達度の確認目的に術前MRI施行した。MRIにて壊死組織は子宮脱部位のみにとどまっている事を確認出来た為, 帝王切開後, 子宮脱部位のみの頸管切除術を施行した。術後子宮脱再発する事なく, 術後3か月のフォローMRIにて子宮脱再燃は認めていない。今回の症例より, 今後子宮脱合併妊娠における周産期管理では, 妊娠後期まで子宮脱の持続する症例においては早期にベッサリー挿入, 安静にて静脈, リンパのうっ滞改善を図る必要があると考えられた。

P1-30-10 腫瘍穿刺により保存的に妊娠継続が可能であった Hyperreactio luteinalis の一例

一宮市立市民病院

小川紫野, 浅野智子, 吉原紘行, 小島龍司, 澤田祐季, 松本洋介, 井口純子, 岡田英幹, 松原寛和, 大嶋 勉

【緒言】Hyperreactio luteinalis (黄体化過剰反応; 以下HL) は, hCGの異常高値またはhCGレセプターの感受性異常が原因で両側卵巣に莢膜黄体化嚢胞が多発し, OHSS様の著明な卵巣腫大を呈する稀な疾患である。前回妊娠時に手術にてHLと診断され, 今回は保存的に妊娠継続が可能で経膈分娩に至った一例を経験した。【症例】33歳, 1経妊1経産。前回妊娠時に15週で30cm大の両側巨大卵巣腫瘍を指摘され他院より紹介, 開腹下腫瘍摘出術施行し病理診断はpregnancy luteomaであった。今回は妊娠前には卵巣腫瘍の指摘はなく, 妊娠8週より徐々に卵巣腫大を認めた。MRIにて腫瘍は両側卵巣に発生する多房性嚢胞性腫瘍であった。前回妊娠時の病理結果および今回の臨床経過と検査所見よりHLと診断し, 妊娠17週には左卵巣20cm大, 右卵巣10cm大と腫大を認めたため腹部およびダグラス窩より腫瘍穿刺を行い, 合計2600ml吸引した。その後の妊娠経過は問題なく, 穿刺により一旦腫瘍は縮小したが再度増大を認めたため, 妊娠36週時にも腫瘍穿刺を行い1350mlを吸引, 妊娠40週5日で経膈分娩となった。産後4か月経過した時点で, 血中hCGは基準値以下となったが, 左卵巣は18cmと腫大を認めたままであった。その後徐々に縮小し産後12か月で6cm大まで縮小, 産後16か月で正常大となった。【結語】前回妊娠時の手術にてHLと診断され, 今回は開腹手術を施行することなく妊娠継続が可能であった症例を経験した。HLは稀な疾患であるが妊娠に伴う両側卵巣腫瘍を認めた場合に鑑別すべき疾患の一つであり, 臨床経過および画像所見よりこれを診断することで妊娠中の不要な手術を回避できる可能性があると考えられた。