

P2-38-5 産褥期劇症型 A 群溶連菌感染症から敗血症性卵巣静脈血栓症を併発したが救命できた 1 例

医科歯科大

久保拓之, 江川真希子, 内藤未帆, 岡本慈子, 大井理恵, 鳥羽三佳代, 宮坂尚幸, 久保田俊郎

【緒言】産褥期 A 群 β 溶血性連鎖球菌 (Group A streptococcus; GAS) 感染症の中には短時間に敗血症から DIC, 多臓器不全が進行する母体死亡率の高い劇症型がある。また一方で産褥期の発熱の原因として、頻度は 0.05~0.18% と低い卵巣静脈血栓症が知られている。今回この両者を合併したが救命できた 1 例を経験したので報告する。【症例】症例は 34 歳, 1 経妊 1 経産。妊娠 41 週で 4200g の男児を経膣分娩で出産した。産褥 4 日目, 40 度の発熱を認め、その後全身状態が急激に悪化し、全身性炎症反応症候群, DIC と診断した。急激な発症であること, かつ病態の重篤度より GAS による敗血症性ショックなどを念頭に ICU 管理へ移行した。その後血液, 悪露培養検査から GAS が分離されたため, 抗ショック療法, 抗 DIC 療法とともにペニシリン大量療法を行った。一時全身状態は改善したかにみられたが, 血小板は減少し続け, 3.3 万になった時点で病巣除去が必要と判断, ICU 入室後 2 日目に血小板輸血後, 手術を施行した。腹腔内は膿様の腹水を中等量認め, 子宮・両側卵巣とも青紫色に変色, また両側卵巣堤索が著明に腫大しており, 卵巣静脈内には下大静脈まで血栓が累々と充満していた。そのため子宮全摘術, 両側付属器摘出術に加え, 両側卵巣堤索を可及的に摘出した。術後に血小板輸血は行わなかったが, 血小板数はすみやかに増加に転じ, 術後約 1 か月で軽快退院となった。【結論】本症例では GAS による敗血症が誘因となり, 卵巣静脈内に急激に血栓が形成され, 血小板が消費されていたと類推された。敗血症の重症度, 血栓形成のマーカーとして血小板数の推移を評価することが本症例の救命につながったと考えられた。

P2-38-6 産褥期に劇症型 A 群レンサ球菌感染症により母体死亡に至った 1 例—非妊娠時発症の A 群レンサ球菌感染症による腹膜炎 2 例との比較—

奈良県立奈良病院

河 元洋, 小宮慎之介, 大野澄美玲, 石橋理子, 小川憲二, 杉浦 敦, 平野仁嗣, 豊田進司, 井谷嘉男, 喜多恒和

【目的】劇症型溶血性レンサ球菌感染症 (STSS) は, 主に A 群溶血性レンサ球菌 (GAS) により引き起こされる。当科では GAS による汎発性腹膜炎 3 例 (産褥期 1 例, 非妊娠例 2 例) を経験した。GAS 感染症の特徴を考察し報告する。【症例 1】26 歳 G1P1。妊娠 39 週 2 日正常経膣分娩。産褥 1 日から腹痛あり, 産褥 2 日腹痛の増強, 血圧低下, 頰脈を認め当科へ母体搬送された。来院時, 汎発性腹膜炎であり, 白血球が $1500/\text{mm}^3$ と著明低下から重症敗血症が示唆され ICU 管理した。急激な発症から GAS 感染を疑い sepsis workup 後 PIPC, CLDM, 免疫グロブリン投与, 開腹術施行し腹腔内洗浄, ドレーン留置した。術後 PMX, CHDF 追加も, 全身状態改善無く, 感染源の除去が必要と考え, 産褥 3 日に腹式単純子宮全摘出術, 両側付属器摘出術, 腹腔内洗浄, ドレーン留置, 会陰切開部解放施行した。治療続行も状態改善なく産褥 4 日入院 38 時間後永眠された。後日細菌培養で GAS 判明し STSS と最終診断した。【症例 2】65 歳 G2P2。糖尿病を指摘されるも未治療。6 日前から食欲低下を自覚。全身倦怠感, 発熱のため当院受診した。糖尿病性ケトアシドーシス, 汎発性腹膜炎と診断した。また子宮脱をみとめた。開腹術施行, TAZ/PIPC 投与した。腹水から, 後日に GAS 検出されるも, 結果判明時には症状改善していた。【症例 3】28 歳 G0P0。下腹部痛で来院。タグラス窩穿刺で腹水採取したが GAS 迅速キットで陽性であり, GAS による汎発性腹膜炎と診断した。PIPC, CLDM 投与し発症 12 時間後に開腹術施行後, 症状改善した。【結論】産褥期発症例は STSS を疑いただちに治療を開始するも救命不可能だったが, 非妊娠時発症例は本報告の他, 諸家の報告でも予後良好例が多い。妊娠子宮が GAS 感染症を悪化させている可能性がある。

P2-38-7 Mycoplasma hominis による帝王切開後の重篤な子宮筋層切開部感染の 2 症例

済生会山形済生病院

阪西通夫, 大貫 毅, 西村杏子, 須田真弓, 鈴木聡子, 原周一郎, 木原香織, 金杉 浩

【緒言】*M. hominis* は健常女性生殖器にも高率に存在し, 種々の感染症の原因となる。最近では, 産褥感染症さらに早産との関連においても注目されているが, β -ラクタム系抗菌療法では効果がない。今回我々は帝切後の本菌による子宮筋層切開部感染の 2 症例を経験したので報告する。【症例 1】35 歳 0 経妊 0 経産。妊娠 26 週 5 日に頸管開大, 胎胞脱出で入院。トコライシス中は DRPM を投与, 術後に CMZ を投与。術後 3 日目に発熱, 腹痛が出現し, WBC $22400/\text{mm}^3$, CRP 26.7 mg/dL と著しい炎症所見を認め, 抗菌剤を MEPM に変更した。CT, MRI で腹水と子宮筋層切開部の炎症, 無気肺を認めた。炎症所見は徐々に軽快。起炎菌の同定は困難を極め, PCR 検査で本菌が検出されたが, MEPM の治療効果が良好なため抗菌剤の追加変更はしなかった。【症例 2】21 歳 1 経妊 0 経産。妊娠 22 週 1 日に頸管開大, 胎胞脱出で入院。トコライシス中は DRPM を投与, 術後に CMZ を投与。術後 2 日目に発熱, 腹痛が出現し, WBC $16100/\text{mm}^3$, CRP 13.8 mg/dL と著しい炎症所見を認め, 抗菌剤を MEPM に変更した。超音波で腹水と子宮筋層切開部の膿瘍形成を認めた。その後本菌による感染を疑い, LVFX を追加し軽快した。悪露中の本菌確認の報告は, 症例 1, 2 ともに症状改善後であった。【結語】本菌による感染の早期診断は難しい。症例 1 は本菌に有効な抗菌剤は使用しておらず, 自己免疫力で改善した可能性もある。一般術後の予防的な抗菌療法で改善しない症例では, 本菌による感染の可能性も考慮し抗菌剤の変更や追加が必要と考える。