

P1-29-7 胎児ガス壊疽から母体敗血症、DIC、母体死亡に至った一例

筑波大¹, 水戸済生会総合病院²飯場萌絵¹, 安部加奈子¹, 佐藤愛佳¹, 天神林友梨¹, 人見義郎¹, 大原玲奈¹, 八木洋也¹, 永井優子¹, 小畠真奈¹, 藤木 豊², 濱田洋実¹, 吉川裕之¹

【緒言】胎児壊疽は、かつて分娩誘発不成功や子宮破裂が多く報告されてきた。しかし本症は非常に稀で最近 20 年間の報告はなく、現代産科学における分娩管理法は確立していない。今回胎児ガス壊疽から母体死亡となった症例を経験し、CT 検査の役割を検討したので報告する。【症例】23 歳未産婦。パニック障害とうつ病あり。45kg の体重増加と続発性無月経を認め、家族から再三産科受診を勧められるも本人は妊娠を頑に否定し、精神科医の勧めで悪臭帯下にて近医を受診した。IUF、高血圧、尿蛋白、意識レベル低下を認め、妊娠高血圧腎症と子癇発作の疑いで前医へ搬送された。CT 等の精査により、妊娠 39 週相当の重症妊娠高血圧腎症、前期破水、子宮内感染、IUF、胎児ガス壊疽、DIC の診断となり、ABPC/SBT、CLDM 投与、DIC 治療と同時に分娩誘発を開始した。翌日、子宮口全開大となるも DIC 進行による全身状態悪化のため当院搬送の上、悪臭を伴う多量のガスと共に 2940g の女児を経膣分娩した。児は全身性の浸軟と腹部膨満、黒色の皮膚変性を認めた。母体は敗血症性ショック、DIC の集中治療を行うも、産褥 2 日に死亡した。母体血液培養で *Prevotella bivia* が、児口腔内培養から *Bacteroides capillosus*, *Anaerococcus prevotii* が検出された。病理解剖にて、母体は子宮内感染に起因する敗血症、児はグラム陽性球菌による敗血症が死因と診断された。【考察】CT 検査は重症例でも簡単に施行でき、ガス壊疽の進展範囲を正確に知るのに非常に有用であった。一方、本症例は CT 検査で子宮筋層に感染が及んでいなかったために分娩誘発を選択したが、CT 検査に基づく分娩様式の選択や子宮摘出の是非を決定するにはエビデンスが乏しかった。



P1-29-8 妊娠中にメチリン感受性黄色ブドウ球菌 (MSSA) 絨毛膜羊膜炎で敗血症性ショックを来した一例

飯塚病院

空野すみれ, 後藤麻木, 松岡咲子, 森 博士, 山本広子, 中村寿美得, 松岡智史, 深見達弥, 松岡良衛, 辻岡 寛, 江口冬樹

妊婦の敗血症は 100~500 例に 1 例と言われており、敗血症性ショック・多臓器不全をきたした場合、妊婦の死亡率は 20~28% に至ると言われている。今回、妊娠中にメチリン感受性黄色ブドウ球菌 (MSSA) による敗血症性ショックとなり、母児ともに集中管理を要したが、両者とも後遺症なく救命に至った症例を経験した。22 歳初産。妊娠 39 週 1 日に下腹部痛で来院。体温 40.5 度、血圧 94/30mmHg、脈拍 130 回/分で全身熱感と全身の皮膚の発赤著明。胎児頻脈と軽度変動一過性徐脈を頻回に認め、採血で血小板低下を認めた。母体敗血症性ショックと胎児機能不全の診断で緊急帝王切開術を施行した。児は Apgar score 3 点/7 点、臍帯血動脈 pH 6.932。新生児敗血症、重症新生児仮死に対する加療目的に NICU 入院となった。母体は術後もショックが持続し、ICU にて全身管理・DIC 治療を行った。術前に採取した母体血液培養・腔培養から MSSA が検出され、児の血液培養からも同様の結果を認めた。培養結果確認後、感受性のある抗生剤に変更したところ状態は安定し、産褥 20 日目で母体は軽快退院となった。通常、絨毛膜羊膜炎の原因菌としては腔常在菌や腸内細菌が主で、黄色ブドウ球菌による感染の報告は非常に稀であり、報告症例はいずれも児の救命には至っていない。今回、妊娠中に急激な経過をとった MSSA による敗血症性ショックの症例について、文献的考察を含め報告する。

P1-29-9 帝王切開癒痕部の膿瘍および瘻孔に対し保存的に治療し得た一例

国立国際医療研究センター病院

大西賢人, 大石 元, 郷田朋子, 諸宇ヒブン, 中西恵美, 張 士青, 中西美紗緒, 梶谷法生, 高本真弥, 定月みゆき, 山澤功二, 矢野 哲

【緒言】帝王切開癒痕部の瘻孔形成は 6.6% に発生するとされており、月経瘻や次回妊娠時の子宮破裂の原因になることがある。修復方法として腹式、腔式、腹腔鏡下手術が報告されている。今回、開腹手術で修復が試みられた後に残存した膿瘍および瘻孔に対し、CT ガイド下ドレナージ術と GnRH アナログ療法にて保存的に治療し得た一例を経験したので報告する。【症例】19 歳、3 経妊 1 経産。前医にて子宮内感染および胎児機能不全に対し妊娠 27 週 5 日に緊急帝王切開術を施行された。出生児は男児 1202g、Apgar Score 1 点 (1 分值) 3 点 (5 分值) であり、DIC と診断され日齢 5 に死亡した。術後 5 日目に発熱があり、子宮下節縫合部に 3cm 大の膿瘍を認めて抗生物質が開始された。術後 10 日目に下腹痛の増強と炎症反応上昇があり、MRI にて子宮下節縫合部に膿瘍および瘻孔形成を認めたため開腹ドレナージ術および修復術が施行された。術後も抗生物質が継続されたが、膿瘍の縮小を認めなかったため精査加療目的に術後 24 日目に当科搬送となった。来院時の経膣超音波検査にて子宮下節縫合部に 3cm 大の膿瘍を認めた。2 回の開腹手術歴があることと、感染の併発により外科的な修復は困難であると判断し、翌日 CT ガイド下ドレナージ術を施行した。ドレナージ術後は膿瘍の再発は無く経過したが、MRI にて子宮内腔と腹腔内の交通を認め、月経瘻による感染の再発を予防するために GnRH アゴニスト投与を開始した。計 4 回投与し、子宮鏡検査および MRI にて交通部の閉鎖を認めた。現在は月経が再開しており月経瘻を認めていない。【結語】帝王切開癒痕部の膿瘍および瘻孔形成に対する修復方法として、症例によっては保存的治療が有効であると考えられた。