

## P2-7-2 子宮内膜細胞・組織診施行後に骨盤内炎症性疾患を発症した4例の検討

神戸医療センター

山下詩乃, 辻野太郎, 吉田 愛, 杉本 誠, 武内享介

骨盤内炎症性疾患 (PID) は子宮内操作を契機として発症することが知られている。我々は子宮内膜細胞・組織診施行後にPIDを発症した4症例を経験し、その背景因子を分析することで、管理方針を検討したので報告する。症例は48歳から67歳と比較的高齢者であった。内膜細胞診施行理由は検診が2例で不正出血を含む帯下異常が2例であった。子宮内操作は細胞診が3例、組織診が1例であった。発症時期は検査施行当日(夜間)もしくは翌日であり、下腹部痛と発熱が主症状であった。腔分泌物培養からは3例で連鎖球菌が検出され、治療方針としては入院あるいは外来でのセフェム系抗生剤の投与を基本とした。発症2日目に治療を開始した2症例では付属器膿瘍が認められたのに対して、発症翌日に治療を開始した2症例では付属器膿瘍を形成せず、治療に要した日数もやや短縮した。子宮内膜の組織学的あるいは細胞学的検索では悪性所見が存在した症例はなく、1例に子宮留膿腫が認められた。内膜細胞診は日常臨床で頻用される手技であるが、中高年者では子宮内膜の免疫反応が低下し、子宮内操作後に常在細菌叢による感染症が惹起される可能性があることから、帯下異常などの子宮内感染の可能性が疑われる場合には予防的抗生剤の投与を考慮する必要があると考えられる。また、治療開始が早いほど症状の重篤化の防止、治療期間の短縮が可能であったことから、下腹部痛や発熱などの症状が生じた場合には、直ちに来院するよう患者に十分説明することが必要である。高熱を伴う腹膜炎症状が子宮内操作直後より発症する症例では溶連菌感染を疑いセフェム系もしくはペニシリン系抗生剤を選択するべきと考えられる。

## P2-7-3 消化管穿孔に起因する付属器膿瘍との鑑別を要した付属器放線菌症の1例

姫路赤十字病院臨床研修部<sup>1</sup>, 姫路赤十字病院<sup>2</sup>岩橋美佳<sup>1</sup>, 田中理恵<sup>2</sup>, 柏原麻子<sup>2</sup>, 江口武志<sup>2</sup>, 西田友美<sup>2</sup>, 佐藤麻夕子<sup>2</sup>, 松本典子<sup>2</sup>, 中山朋子<sup>2</sup>, 中務日出輝<sup>2</sup>, 小高晃嗣<sup>2</sup>, 水谷靖司<sup>2</sup>

【緒言】骨盤内放線菌症は子宮内避妊具(IUD)長期使用との関連性が指摘されているが、診断に苦慮することが多い。今回、消化管穿孔に起因する付属器膿瘍との鑑別を要した付属器放線菌症の1例を経験したので報告する。【症例】42歳、3経妊1経産。7年前にIUD挿入。下腹部痛、発熱、体重減少を主訴に当院内科を受診し、腹部CTで左付属器領域に7cm大の充実性腫瘍を認め当科へ紹介となった。CTで腫瘍は近接する直腸と穿通が疑われた。内診で腫瘍の可動性は不良、経陰超音波では子宮内腔にIUDを認めたが子宮と右付属器に異常は認められなかった。骨盤MRIでは腫瘍はCT同様直腸との穿通が疑われ、悪性腫瘍を疑う所見はなく炎症性腫瘍と考えられた。消化管穿孔に起因する左付属器膿瘍の診断で抗生剤投与を開始。注腸検査では腫瘍と直腸との穿孔は確認できず。IUDは試みたが抜去できず。抗生剤投与で十分な改善なく開腹手術を施行。腹腔内癒着が高度で左付属器切除に単純子宮全摘術およびS状結腸部分切除術を要した。術後は経過良好で急速に炎症所見の改善を認めた。病理検査で左卵巢実質に膿瘍形成と強い炎症所見を認め放線菌と思われる集塊を散見し、付属器放線菌症と診断した。子宮内腔と右付属器に同所見は認められず、腫瘍性病変の合併はなく、腫瘍と腸管との穿通所見は認められなかった。【考察】IUD長期使用者でもあり放線菌感染症も鑑別に挙がったが、子宮には感染所見はなく画像での直腸との穿通が疑われたため、診断が困難であった。【結語】IUD長期使用患者では子宮内に感染所見がなくとも付属器単独感染がありうることに十分留意し診療にあたるのが重要である。

## P2-7-4 悪液質を伴った巨大pyomyomaの1例

和歌山県立医大

岩橋尚幸, 馬淵泰士, 城 道久, 太田菜美, 八木重孝, 南佐和子, 井篁一彦

Pyomyomaは子宮筋腫の感染により引き起こされる非常に稀な疾患である。今回われわれは、重症貧血および炎症反応異常高値に加え、悪液質を伴った巨大pyomyomaの症例を経験したので報告する。53歳の経産婦で7か月前より無月経であった。第3子出産後にIUDが挿入されていた。2年前より徐々に増強する腹部膨満感があり、四肢の筋力低下および歩行困難となったため近医受診し、婦人科腫瘍が疑われ当院を紹介受診となった。下腹部より剣状突起にまで至る巨大な腹部腫瘍を認め、内診および腔鏡診で子宮腔部を確認できず、細胞診は施行できなかった。Hb5.7g/dL, WBC57300/ $\mu$ L, CRP20.24mg/dLと貧血および炎症反応上昇を認めたが、発熱及び性器出血はなかった。CTおよびMRIで壁肥厚を伴い、内壁が不均一な42cmの単房性腫瘍を認めた。抗菌薬の投与を開始するとともに、同種血輸血を施行し、第11病日に開腹術を施行した。腫瘍に切開を加えると、悪臭を伴う緑黄色の膿汁が12.4L排出された。子宮は右前方に偏位し、腫瘍は子宮体部後壁より発生していた。両側付属器に異常は見られなかった。単純子宮全摘出術および両側付属器摘出術を施行した。摘出物は長径50cmで重量は13.5kg、腫瘍内に巨大な空洞形成を認めたが子宮内腔との交通はなかった。組織診断はleiomyomaで悪性所見はなく、腫瘍および内容液よりStreptococcus agalactiaeが検出された。術後経過は良好であり、術後14日目に退院となった。本症例ではpyomyomaに典型的な発熱・腹痛がなく巨大な腫瘍であり、婦人科悪性腫瘍との鑑別が困難であった。本疾患は良性疾患ではあるが生命に危険を及ぼす可能性があり、腹部巨大腫瘍の鑑別診断として留意する必要がある。