

P2-59-7 抗SS-A抗体陽性妊婦の胎児大動脈-上大静脈房室伝導時間スクリーニングと先天性完全房室ブロックの発症予防神戸大¹, 神戸大小児科²荒井貴子¹, 平久進也¹, 谷村憲司¹, 金子めぐみ¹, 篠崎奈々絵¹, 出口雅士¹, 森岡一朗², 山田秀人¹

【目的】先天性完全房室ブロック(CCAVB)は、抗SS-A抗体陽性妊婦の約2%に発症し、死亡率15~30%、生存例の約2/3で恒久的ペースメーカーを要する重篤な疾患である。前方視的研究として、抗SS-A抗体陽性妊婦に超音波パルスドプラ法で胎児大動脈-上大静脈房室伝導時間(Ao-SVC AV-int)を測定した。Ao-SVC AV-int延長(1度AVB)母体にはステロイド投与し、CCAVB予防効果を調べた。【方法】2010年7月以降、倫理委員会承認と同意の下、実施した。抗SS-A抗体陽性妊婦に対し、Ao-SVC AV-int測定を妊娠16週~34週まで行った。16~25週は1~3週毎、26~34週は2~4週毎に測定した。Ao-SVC AV-int>140m秒が、24時間以上あけて2回以上確認された母体にベタメタゾン12mg/週筋注を34週まで行った。スクリーニング妊婦の全出生児に対して心電図と心エコーを実施した。【成績】抗SS-A抗体陽性の43妊婦46妊娠に対して、Ao-SVC AV-int測定を平均3.6±1.9(SD)回/妊娠の頻度で行った。Ao-SVC AV-int値は、116.1±10.2m秒であった。Ao-SVC AV-int>140m秒は、3妊娠(6.5%)に認められた。うち、2回以上確認されたのは1妊娠(2.2%)であった。30週にAo-SVC AV-intは186m秒を示し、31週~34週に母体ステロイド投与を計4回行った。初回投与4日後にAo-SVC AV-int138m秒と短縮し、以後は正常域であった。38週に2698g女児を出産した。出生後心電図でPR間隔180m秒(正常≤120m秒)と延長を認めたが、1度AVBの診断基準は満たさなかった。他の出産児45人にPR間隔延長やAVBを認めなかった。【結論】Ao-SVC AV-intスクリーニングと延長例に対する母体ステロイド投与は、抗SS-A抗体陽性妊婦のCCAVB予防に有用である可能性がある。

**P2-59-8 洞性徐脈の評価に胎児心磁図が有用であった症例**筑波大¹, 筑波大小児科²高尾航¹, 大原玲奈¹, 眞弓みゆき¹, 人見義郎¹, 八木洋也¹, 安部加奈子¹, 永井優子¹, 小島真奈¹, 堀米仁志², 濱田洋実¹, 吉川裕之¹

【緒言】胎児の洞性徐脈の中には頻度は少ないが、QT延長や洞機能不全などが含まれる。胎児心エコーではQT時間は測定できないため、出生前には不整脈および胎児機能不全の鑑別に苦慮することがある。【症例】25歳の未産婦。妊娠35週の健診時に胎児心拍数の基線100bpmと徐脈が認められたため当院へ紹介された。NRFSを示唆する所見なし。失神や突然死、ペースメーカー埋込みの家族歴なし。胎児心エコーでは心拍数は108bpmで心房と心室収縮は1:1であった。内臓逆位と診断されたが、心奇形はなく心機能は良好であった。胎児心磁図では88~132(平均114)bpmでQTc=474msecと延長あり。抗SS-A及び抗SS-B抗体は陰性。妊娠38週1日に分娩誘発し経膈分娩となった。児は3223gの男児、Apgar scoreは1分8点、5分9点。小さな心室中隔欠損があったが、検索した範囲では二次性QT延長をきたす原因はなかった。心電図ではQTc=431~510msec(日齢0~5), 425msec(日齢23), 453msec(日齢66)と変動あり。ホルター心電図で心拍数65~151(平均108)bpmで年齢不相応の最小心拍数であり洞機能不全も否定できなかった。遺伝子検索をすすめながら、長期的な追跡を予定している。【考察】胎児心拍数≤110bpmあるいは妊娠週数における3percentile未満の心拍数はQT延長症候群を疑う契機になるとの報告がある。また稀ではあるが、心奇形や自己抗体のない胎児期発症の洞機能不全の報告がある。【結語】家族歴がなくても、胎児徐脈の場合には積極的に胎児心磁図でQT時間を測定し、出生後も繰り返し心電図を行うことで、遺伝性不整脈や乳幼児突然死症候群のリスク評価につながると考えられる。

P2-59-9 妊娠29週時に娩出し、開胸ペーシングにて救命を得た胎児完全房室ブロック症例~当院で経験して胎児房室ブロック症例に関する検討も含めて~

静岡県立こども病院周産期センター

加茂亜希, 堀越義正, 河村隆一, 西口富三

【緒言】胎児房室ブロックは、その発症機序に母体由来の抗SSA抗体が関与することが知られているが、除脈の進行ならびに心筋炎の併発が予後規定因子となる。当院では、心房粗動を併発した症例も含め、これまで4例の房室ブロック症例に対処してきたが、今回、妊娠29週で娩出を決断し、出生直後の開胸ペーシングにより救命しえた症例を経験したので報告する。【症例】29歳、未経妊未経産婦。妊娠19週の時点で胎児除脈を指摘され、前医を紹介受診、胎児心室拍数50bpm、完全房室ブロックと診断された。塩酸リトドリン投与(経口投与ののち点滴)にも関わらず除脈は進行し、妊娠26週で右室を中心とした壁運動低下、心筋肥厚が出現し、胸腹水の出現に至った。当院へは妊娠27週2日に紹介受診となり、心室拍数40bpm、心房拍数130bpm、CTAR50%、右室腔の狭小化を伴う心筋肥厚および心内膜の高輝度エコー像を認め、既に心内膜繊維弾性症(EFE)をきたしている可能性が高いと判断された。患者家族らとのICののち、デキサメサゾン4mg内服および塩酸リトドリン点滴を開始した。しかし除脈の改善は見られず、皮下浮腫の出現が見られたため、出生直後の開胸ペーシングの準備を整えたうえで、29週2日選択的帝王切開術を施行した(1558g男児Ap3/4)。児は挿管のうえ、出生20分後には開胸ペーシングを開始され、速やかに心室拍数は上昇した。胸腹水は改善し、現在、生後1か月になるがIVHやPVLなどの合併症はみられていない。なお体重増加が得られた後にペースメーカ植え込み術を行う予定である。