

P3-47-9 当院における広汎性子宮頸部摘出術後妊娠3症例の検討

泉州広域母子医療センターりんくう総合医療センター¹, 泉州広域母子医療センター市立貝塚病院²

吉田 晋¹, 西村真唯¹, 中島文香¹, 澤田真明¹, 橋村茉莉子¹, 後藤摩耶子¹, 張 良実¹, 佐藤 敦¹, 福井 温¹, 鹿戸佳代子¹, 荻田和秀¹, 横井 猛²

若年性子宮頸癌症例の増加に伴い, 妊孕性温存の観点から広汎性子宮頸部摘出術が多施設で行われている。しかし, 広汎性子宮頸部摘出術後妊娠管理について症例報告は少ない。今回当センターで広汎性子宮頸部摘出術を行い, 自然妊娠した3症例(1症例は2回妊娠)について当院での妊娠管理について文献的考察を踏まえ報告する。症例1 子宮頸部上皮内癌の診断で当科にて円錐切除術施行。病理組織診断で子宮頸癌 T1b1 の診断。妊孕性温存を希望され広汎性子宮頸部摘出術施行。術後1年後に自然妊娠成立し, 妊娠中は外来管理とし妊娠38週で選択的帝王切開術施行。分娩後約1年は外来経過観察し, 再度自然妊娠成立。妊娠経過中に妊娠16週頃より子宮収縮自覚し入院。以後は, 子宮収縮抑制剤使用せずに安静管理のみで経過観察。妊娠37週で反復帝王切開術施行し分娩となった。症例2 子宮頸部高度異形成の診断で当センターにて円錐切除術施行。病理組織診断で子宮頸癌 T1b1 の診断。妊孕性温存を希望され当センターで広汎性子宮頸部摘出術施行した。再発所見なく外来経過観察し, 術後4年後に自然妊娠成立した。妊娠初期に性器出血あるも妊娠26週までは通常の外来管理であった。妊娠27週頃より子宮収縮自覚増加し超音波検査でも残存子宮頸部の短縮を認めたため妊娠36週まで入院安静管理とした。妊娠36週に陣痛発来し緊急帝王切開術施行し分娩となった。広汎性子宮頸部摘出術後の妊娠について, 諸家の報告では妊娠中期より入院し子宮収縮抑制剤使用で管理する施設もある。今回当センターでは, 妊娠中期より入院安静を要したが妊娠後期までは通常管理で妊娠継続可能であった3症例を経験したので報告する。

P3-47-10 自然双胎妊娠に発症した OHSS の一例

鹿児島大

永田智美, 新原有一朗, 折田有史, 樋渡小百合, 儀保晶子, 河村俊彦, 沖 利通, 小林裕明, 堂地 勉

卵巣過剰症候群 (OHSS) は排卵誘発により発症する医原性の疾患である。しかし, 極めて稀であるが, 妊娠中に自然発症する OHSS が報告されている。今回, 私たちは自然双胎妊娠で OHSS を発症した症例を経験したので考察を加えて報告する。症例は28歳初産婦 (PCOS を指摘されたことなし), 自然妊娠成立し妊娠8週にて D-D twin の診断となる。この時には卵巣腫大は指摘されていない。13週時に両側卵巣に多嚢胞性病変を認め, 悪性卵巣腫瘍の可能性もあり当科紹介となる。経腹超音波断層法にて, 多房性に腫大した卵巣 (左右とも 10cm 以上) と少量の腹水を認めた。1) 妊娠8-13週の間で腫大してきた, 2) 多嚢胞状である, 3) 両側性である, 4) 双胎妊娠に併発した, ことなどより OHSS を強く疑い外来で経過をみた。なお, 血液濃縮所見, 甲状腺機能異常, VEGF 異常は認めなかった。hCG 値は13週で28万単位と高値を示し, 17週時に8万単位と低下してきた。hCG 値とほぼパラレルに卵巣サイズも20週までは漸減したが, 20週以降はプラトーになった。文献的には, 自然妊娠での OHSS 発症のメカニズムとして, FSH 受容体遺伝子の変異が報告されている。また, FSH 受容体に変異はないが, hCG, TSH が過剰に分泌された場合, OHSS が起こることが報告されている。本症例も双胎妊娠により hCG が過剰に分泌されて発症した OHSS である可能性が考えられる。しかし双胎妊娠の頻度に比較して OHSS の発生頻度が極めて低いことから, hCG に対する卵巣の感受性も関与している可能性もある。以上より, 妊娠中 (8-13週) に多嚢胞状に腫大する卵巣疾患には, 自然発症型 OHSS もあり得ることを知っておく必要がある。このことは不必要な手術の回避にもつながる。

P3-48-1 特発性間質性肺炎合併妊娠の1例

信州大¹, 信州大保健学科²

大平哲史¹, 浅香亮一¹, 田中泰裕¹, 春日裕美¹, 田中恭子¹, 高津亜希子¹, 菊地範彦¹, 金井 誠², 塩沢丹里¹

特発性間質性肺炎 (IIP) は50歳以上の男性に好発する原因不明の疾患であり, 若年女性の発症は稀であるため, 妊娠例の報告は極めて少ない。今回, IIP 合併妊娠の1例を経験した。症例は36歳, 0回妊娠の女性で, 29歳時に乾性咳嗽が出現, その時の胸部 CT で両肺に網状・すりガラス状陰影が認められ, その画像的特徴から IIP の病型の一つである非特異性間質性肺炎と診断された。プレドニゾロンの投与と呼吸困難時の在宅酸素療法が開始されたが, その後咳嗽・呼吸困難は増悪・寛解を繰り返していた。内科医からは避妊するよう指導されていたが, 自然妊娠が成立したため妊娠6週で当科を受診した。受診時 Room air で PaO₂ 77.2 mmHg, 酸素飽和度 95% で, 心エコー上間質性肺炎に伴う2次性の肺高血圧症 (三尖弁逆流圧較差; TA-PG = 36 mmHg) を認めた。しかし妊娠継続の希望が強いため, 酸素飽和度 85% 以上の維持と TA-PG 40 mmHg 以下を目標に妊娠管理を行う方針とした。吸入酸素量 1.5 L で呼吸苦があるため妊娠23週からは入院管理とした。入院後も徐々に会話時の息切れが増悪し, 酸素飽和度 85% 以上の維持には吸入酸素量 4 L が必要であった。妊娠28週の心エコーで TA-PG = 56 mmHg と肺高血圧の増悪を認め, さらに呼吸状態が悪化したことから termination の方針とした。妊娠30週4日に全身麻酔下で帝王切開を施行, 児は1452gの男児, Apgar score 6/7であった。母体は術直後に抜管され, 酸素吸入 3 L で酸素飽和度 95% 以上の維持が可能となった。在宅酸素療法を継続する方針で術後31日目に退院となった。児は NICU 管理となったが経過は順調であった。IIP 合併妊娠の管理では酸素飽和度と TA-PG を指標とした管理が重要であると思われた。