

P2-65-2 最近経験した MRKH 症候群 4 例：術前 MRI と腹腔鏡所見の比較を中心に

北海道大¹、福住産科婦人科クリニック²金野陽輔¹、保坂昌芳²、嶋田知紗¹、福本 俊¹、古田 祐¹、加藤達矢¹、小林範子¹、武田真人¹、渡利英道¹、工藤正尊¹、櫻木範明¹

【緒言】MRKH 症候群 (Mayer-Rokitansky-Kuster-Hauser syndrome) はミューラー管発達異常が原因とされる卵巣機能正常、機能的子宮及び陰欠損を伴う比較的な疾患である。エコー検査では不明なことが多いが、痕跡子宮を有することが多く、機能性内膜が存在すれば下腹部痛を伴う。最近当施設において、4 例の MRK 症候群を経験した。3 例に対し腹腔鏡下骨盤腹膜利用造陰術 (Davydov 法)、繰り返す下腹部痛を主訴とする 1 例に対し腹腔鏡精査を行った。術前 MRI 画像と腹腔鏡所見の対比、術式、術後経過などにつき報告する。【症例 1】20 歳。原発性無月経、性交障害を主訴に受診した。MRI にて痕跡子宮あり。Davydov 法施行。腹膜をタバコ縫合した後に痕跡子宮頸部に固定した。プロテアーゼにて癒着予防処置を行っていたが、術後 8 か月目で陰の癒着、狭小化あり、剝離したところ陰断端離断したため腹腔鏡下に修復した。【症例 2】18 歳。原発性無月経を主訴に受診。MRI で痕跡子宮あり。腹腔鏡下 Davydov 法施行。腹膜は陰奥支持組織の強化目的に痕跡子宮頸部に直接縫合固定した。術後早期は痕跡頸部のためか陰長は 55mm だったが、術後 9 か月目では陰長 65mm と延長してきている。【症例 3】18 歳。原発性無月経を主訴に受診。MRI では痕跡子宮あり。腹腔鏡下 Davydov 法施行。陰長を保つために痕跡子宮頸部は中央で一度切断し、腹膜と巾着縫合を行った。【症例 4】14 歳。右下腹部痛を主訴に受診。MRI では右痕跡子宮体部の内部に血腫を認めた。腹腔鏡では右痕跡子宮体部は左に比して腫大していた。右骨盤腹膜に内膜症様所見を認めた。現在低用量ピル連続投与で下腹部痛は消失しており、将来的に造陰術、右痕跡子宮体部切除を検討している。

P2-65-3 頸管形成術後にレボノルゲストレル放出子宮内システムを用いることにより良好な経過をたどった Wunderlich 症候群の 1 例

東京女子医大東医療センター

森田吉洋、立花康成、川上 恵、上野麻理子、村岡光恵、長野浩明、高木耕一郎

Wunderlich 症候群とは、1976 年、Wunderlich が傍頸部嚢腫と同側腎無形成を示す重複子宮奇形として報告した症候群である。片側子宮頸管の閉鎖により、月経血の腹腔内逆流を生じ、初経時からの月経困難症を呈するとともに、罹病期間が長くなると子宮内膜症、卵管閉鎖などを引き起こすとされている。治療として患側子宮の頸管形成術が行われるが、流出路の閉塞を起こしやすく、結果、患側子宮の摘出を余儀なくされることも少なくない。今回、我々は本症に対し、経腔的頸管形成術後に患側子宮にレボノルゲストレル放出子宮内システム (L-IUS) を挿入し、良好な経過を辿っている症例を経験したため報告する。患者は 20 歳女性。初経 13 歳とし、増悪する月経困難症を主訴に 17 歳より当科受診。経腔超音波、MRI で卵巣子宮内膜症性嚢胞の診断で低用量ピルによる治療を行うも軽快しないため、再度精査し同症候群と診断した。腹腔鏡にて重複子宮、ならびに腹腔内の内膜症性病変の無いことを確認した後、経腔的に盲端となっている患側子宮頸部を穿刺後、ヘガール頸管拡張器により穿刺孔を拡張し、ドレーンを挿入し、小康をえた。しかし、術後 6 か月にドレーン抜去後、閉鎖したため、患側子宮頸部の円錐切除を行い、術後、L-IUS を患側子宮に挿入したところ、術後約半年間、頸管の狭窄を来さず、順調に経過している。L-IUS は Wunderlich 症候群の術後長期管理にあたり、患側子宮内膜の発育を抑えつつ、長期にわたり頸管の狭窄・閉鎖を予防するために有用なツールと考えられた。

P2-65-4 総排泄腔遺残造陰術後の陰狭窄に対しステロイド局注が奏功した一例

群馬大¹、伊勢崎市民病院²中里智子¹、小林未央¹、小松央憲¹、北原慈和¹、今井文晴¹、岸 裕司¹、五十嵐茂雄²、峯岸 敬¹

【緒言】総排泄腔遺残症は女兒の直腸肛門奇形の特殊型で、尿道、陰、直腸が総排泄腔という共通管に合流し、共通管のみが会陰部に開口する特殊稀少難治性疾患である。出生直後より小児外科での治療や管理を受けるが、幼少期に形成された陰は長期的に狭窄や閉鎖などの問題点が多く、思春期に入ってから再度加療が必要になることがある。今回我々は、総排泄腔遺残症造陰術後の陰狭窄に対し、狭窄部瘢痕除去術後にステロイド (ケナコルト®-A) を局所注射することにより陰狭窄が著明に改善し性交渉可能となった一例を経験したので報告する。【症例】20 歳女性。出生直後後総排泄腔遺残症と診断され小児外科にて 3 管分離術施行。15 歳時、性交障害にて当科紹介受診。初診時、造陰口より約 5cm のところで陰は約 1 指程度に狭窄。尿道口は狭窄部の直上に開口、排尿機能は保たれていた。MRI では重複子宮と陰狭窄指摘、狭窄部より頭側では陰腔は良好に保たれていた。侵襲性の低い Hegarization による鈍的拡張を試みるも膀胱炎を頻発したため、17 歳時狭窄部粘膜直腸側を切開、術後プロテアーゼ挿入し一時的に 2 横指挿入まで拡張したが、術後再度拘縮。性交時の疼痛出現しリザベン服用試すも奏功せず、19 歳時当院小児外科コンサルトし、狭窄部の瘢痕除去術施行後十分なインフォームドコンセントを得た上でケナコルトを瘢痕除去部に 1.0ml を数か所に分け、2-3 週間ごとに計 4 回局所注射したところ十分な陰拡張みとめ、性交渉可能となった。【結論】瘢痕拘縮を伴う陰狭窄に対し、従来行われてきた、鈍的拡張、陰再形成術に加え、ステロイド局注も有用であると思われた。