

P3-39-5 妊娠中茎捻転を起こした Hyperreactio Luteinalis の一例

済生会吹田病院

太田沙緒里, 村上法子, 小作大賢, 山崎 亮, 成富祥子, 安田美樹, 福田真実子, 多賀紗也香, 佐藤奈葉香, 津戸寿幸, 伊藤雅之, 亀谷英輝

【緒言】Hyperreactio Luteinalis (黄体化過剰反応, 以下 HL) は, 妊娠中の両側卵巣に莢膜黄体化嚢胞が多発し, 卵巣過剰刺激症候群様の卵巣腫大を呈する。今回, 腫大した卵巣の茎捻転で偶発的に発見された HL の症例を経験したので報告する。【症例】31 歳, 1 経妊 0 経産 (人工流産 1 回), 子宮頸部軽度異形成で他院に半年ごとに通院されていた。自然妊娠成立後, 妊娠 7 週時に当院を受診され, 以降妊婦健診を行っていた。妊娠初期は特に卵巣腫大は指摘し得なかった。妊娠 34 週 3 日に右側腹部痛を主訴に受診されるも, 炎症所見の上昇はなく虫垂炎は否定的であった。右叩打痛陽性であり, 超音波にて右腎盂の軽度拡張を認めた。尿路結石を疑い hydration を施行したところ, 症状が軽快したため帰宅となった。妊娠 34 週 5 日, 妊娠 35 週 2 日にも同様の症状が出現し, 尿路結石の保存的加療目的で入院管理となった。入院後, 超音波検査で子宮背側に多房性嚢胞を認めたため MRI を撮像した。両側卵巣が多房性に腫大しており卵巣嚢腫茎捻転の疑いで妊娠 35 週 3 日に緊急帝王切開術と右卵巣の一部生検を施行した。右卵巣は 8cm 大, 左卵巣は 4cm 大に腫大しており, また右卵巣は 180 度捻転していた。術後は経過良好であり術後 7 日目に軽快退院となった。産後 1 か月で卵巣は正常化している。【結語】HL は無症候性のことが多く, 妊娠中の超音波検査や帝王切開時に偶発的に発見されることが多い。通常 HL は分娩後 6 か月以内に自然退縮し正常大に戻るが, 本症例の様に卵巣腫大に伴う合併症や高 HCG 状態に伴う妊娠高血圧腎症や子宮内胎児発育遅延等の合併症を引き起こすため注意が必要である。

P3-39-6 重度な周産期管理を要した既往子宮術後妊娠の 2 例

名古屋大

中野知子, 伊藤由美子, 森山佳則, 平光志麻, 今井健史, 津田弘之, 小谷友美, 吉川史隆

【緒言】初回妊娠時の高齢化と腹腔鏡下手術の普及により, 既往子宮術後妊娠が増加している。既往子宮術後妊娠の合併症として切迫流早産, 子宮破裂, 癒着胎盤, 退縮不全, 産科危機的出血などがあり, 特に筋腫核出術後は子宮破裂を 0.24~5.3% に認め, 慎重な周産期・周術期管理を要する。今回, 当院にて重度な周産期管理を要した既往子宮術後妊娠の 2 例を経験したため, 若干の文献的考察を加えて報告する。【症例 1】32 歳, 1 経妊 0 経産。28 歳時に A 病院にて多発子宮筋腫と診断, 前壁筋腫に対して腹腔鏡下核出術施行。術後 4 年, B 医院で AIH により妊娠成立。妊娠初期より子宮前壁筋層の非薄化と側壁から後壁にかけて多発筋腫を認め当院紹介受診。入院安静, 切迫流早産に準じ治療施行。26 週 1 日に突然強い腹痛出現, 子宮破裂の診断で超緊急帝王切開術施行。腹腔内出血と子宮前壁に径 2cm 子宮破裂を認めた。879g 女児, Ap1/5 にて生産。破裂部縫合, Bakri バルーン留置し閉腹。しかし術後弛緩出血, 産科 DIC スコア 15 点にて補充療法を開始するも DIC の進行認めたため子宮全摘術となった。【症例 2】38 歳, 1 経妊 0 経産。34 歳時に C 病院で後壁腺筋症に対し開腹子宮腺筋症核出術施行。術後 4 年で D 医院にて胚盤胞移植にて妊娠成立。早産や子宮破裂のリスクを説明し, 22 週より入院管理。現在塩酸リトドリン内服にて妊娠継続中。32 週現在, 経過はおおむね良好である。【考察】子宮筋層が非薄化するような手術を行った場合, 妊娠時の子宮破裂のリスクが高いことを十分に説明しておく必要があり, また妊娠後も十分なインフォームド Consent のもと, 重度な周産期管理を行う必要がある。

P3-39-7 妊娠 24 週に子宮表在血管破裂による腹腔内出血を来した 1 例

石川県立中央病院

松本みお, 近藤 壯, 松山 純, 松岡 歩, 平吹信弥, 佐々木博正, 干場 勉

妊娠中の子宮表在血管破裂の頻度は 1/1 万と稀であり, 周産期死亡率は 3.6%, 新生児死亡率 31% と重篤な疾患である。多くは妊娠後期に発症する。今回妊娠中期に発症した 1 例を経験したので報告する。症例は 31 歳, 未経妊, 自然妊娠。近医で妊娠確認され, 妊娠経過は順調であった。2 日前より右下腹部痛を自覚するようになり, 妊娠 24 週 3 日, 痛みが増強し, 前医に救急搬送された。頸管長短縮しており, 切迫早産・骨盤位・虫垂炎疑いのため当院に母体搬送された。到着時, 右下腹部痛は消失しており, 胎胞を認めるも胎児の状態も安定していた。腹部 US で虫垂は同定できず, 心窩部痛の訴え及び腹部全体に筋性防御を認めたため単純 CT 検査を行った。上部消化管穿孔・虫垂炎の所見は認めず, 子宮右側表在性血管破裂もしくは卵巣腫瘍破裂を疑った。バイタルは安定しているため経過を観ていたところ前医 Hb9.9g/dl→到着時 Hb9.3g/dl, HR59bpm→4 時間後 Hb9.0g/dl, HR109bpm と短時間に貧血進行, preshock, 鎮痛不可能な上腹部痛, 子宮収縮が出現したため全身麻酔下に緊急試験開腹術を行った。腹腔内は出血多量で, 上腹部に消化管穿孔はなく, 虫垂に異常は認めなかった。右卵管近傍の表在血管が自然破裂していた。縫合およびベッセルシーリングの止血困難であり, 出血量 860g に達したため帝王切開術に切り替えた。子宮内膜症病変, 子宮筋腫は認めず。Sleeping baby; 632g, 男児, A/S: 1/2 (日齢 176 に NICU 退院) を娩出後, 修復した。出血量 1600g, RBC8 単位, FFP4 単位使用。妊娠中期に子宮表在血管破裂止血術後, 妊娠継続をし得た症例は 5 例のみである。診断の遅れは妊娠子宮に対する止血術を困難とし, 児の胎児機能不全に繋がるが, 画像診断・バイタル・Hb 値の推移が診断に有用である。