

P3-42-10 当院で経験した May-Hegglin 異常症合併妊娠の一例

昭和大藤が丘病院

小田原圭, 松浦 玲, 山下有加, 松下友美, 竹中 慎, 市原三義, 小川公一

【目的】May-Hegglin 異常症 (MHA) は巨大血小板を特徴とする先天性血小板異常症であり, 非常にまれな疾患である。近年原因遺伝子が同定され, 常染色体優性遺伝であることから, 妊娠に合併した場合出血のリスク等を加味した管理が必要となる。今回経験した MHA 合併妊娠の周術期管理について報告する。【症例】35 歳初産婦, 以前より血小板低値を指摘されていた。家族歴で祖母, 母に血小板減少症を認めた。妊娠 10 週より当院産婦人科に通院し, 妊娠初期の血小板数は $6.1 \text{ 万}/\mu\text{l}$ であった。血小板減少症の精査を血液内科にて進め妊娠 35 週で血小板減少症と巨大血小板と白血球封入体の三主徴があり病歴, 家族歴より MHA と診断された。分娩は胎児が骨盤位のため帝王切開の方針とした。血液内科および麻酔科, 小児科とも分娩前から情報共有を綿密に行い, 血小板数 $7 \text{ 万}/\mu\text{l}$ に満たないため麻酔は脊椎麻酔でなく全身麻酔を選択し妊娠 37 週帝王切開を施行した。手術時間は 45 分, 出血量は 867 ml で術中出血も問題なく終了した。手術中に準備血小板製剤 10 単位を投与した。術後出血等による合併症なく退院前の血小板は $6.4 \text{ 万}/\mu\text{l}$ で術後 8 日目退院となった。現在外来にて母児ともに合併症等を精査中である。【考察】血小板減少性疾患合併妊娠では母体だけでなく遺伝形式等を考慮した児の管理, 他科との連携も必要となる。MHA では詳細な家族歴等も含めた問診, 巨大血小板, 白血球封入体を確認するために血液検査の際血球塗抹標本の観察が診断で重要である。診断後の患者に対しては母児の出血のリスクも考慮した分娩形式, 帝王切開における麻酔方法, 分娩後の管理について綿密な計画が必要である。

P3-42-11 新生児同種免疫性血小板減少症の 2 例; 過去の妊娠で児が新生児同種免疫性血小板減少症を発症した女性の周産期管理神戸大¹, 神戸大小児科²上中美月¹, 森實真由美¹, 平久進也¹, 谷村憲司¹, 出口雅士¹, 森岡一朗², 山田秀人¹

【緒言】母体に胎児血が流入すると, 同種免疫反応により妊婦は自分が保持しない抗原に対して抗体を産生する。これが経胎盤的に移行し, 新生児同種免疫性血小板減少症 (neonatal alloimmune thrombocytopenia: NAIT) を発症する。NAIT は初回妊娠から発症するが第 2 子以降の罹患率は高率であり, 妊娠中の診断や管理が重要である。過去の妊娠で NAIT を発症した女性の周産期管理を経験したので報告する。【症例 1】29 歳のロシア人で 1 経妊 1 経産。吸引分娩で出生した第 1 子の血小板数は $1.5 \text{ 万}/\mu\text{l}$, くも膜下出血・頭血腫が見られた。母体血から抗 HPA-1a 抗体が検出され NAIT と診断された。再婚後第 2 子を妊娠, 患者は HPA-1b/b, 夫は HPA-1a/a であり, 妊娠中の抗 HPA-1a 抗体価は第 1 子妊娠と同程度であった。第 2 子も HPA-1a/b であり NAIT 発症の可能性が高いと考え, 母体の血小板貯血をした上で妊娠 37 週に選択的帝王切開術を行った。児の血小板数は生後 4 時間に $6.7 \text{ 万}/\mu\text{l}$ であったが出血傾向はなかった。【症例 2】32 歳の日本人で 1 経妊 1 経産。第 1 子は経陰分娩で出生し, 血小板数は $4.7 \text{ 万}/\mu\text{l}$ と低値であった。母体に夫 HLA (A2) に対する抗体を認め NAIT と診断されたが無治療で軽快した。第 2 子妊娠時にも母体血清中に抗 HLA-A2 抗体が検出された。妊娠 32 週時に行った羊水検査では HLA-A2 抗原が検出されず, 児が NAIT を発症する可能性は低いと判断し, 経陰分娩とした。児の血小板数は $25 \text{ 万}/\mu\text{l}$ であった。【結論】胎児の抗原型を知ることにより適切な周産期管理が可能であった。

P3-42-12 胎動 10 カウント法が母児間輸血症候群の早期診断に有用であった 1 例伊勢赤十字病院¹, 寺田産婦人科², 三重大³仁儀明納¹, 神元有紀³, 大多和慶子¹, 河村卓弥¹, 平田 徹¹, 紀平知久¹, 山脇孝晴¹, 寺田 厚², 池田智明³

【緒言】当県では大学の倫理委員会の承認を得て 2015 年より常位胎盤早期剥離の早期発見につなげるための取り組みとして, 胎動 10 カウント法を県下約 15000 分娩の全ての妊娠管理に導入している。今回, 自覚症状に乏しく, 早期診断が難しい母児間輸血症候群の早期診断に, 胎動 10 カウント法が有用であった症例を経験したため報告する。【症例】38 歳, 未経産, 3 回の流産既往があり, 不妊治療がなされていた。自然妊娠成立後, 経過は良好であった。妊娠 28 週より開始し, 妊娠 28 週 6 日に里帰り分娩のため, 前医紹介となった。妊娠 37 週 2 日, 胎動 10 カウント法にていつもより時間を要したため前医を受診した。受診時評価では腹部超音波検査で胎動認められず, 胎児心拍モニタリングでは Sinusoidal pattern が認められた。non-reassuring fetal status のため, 当院へ救急搬送となり, 緊急帝王切開を施行した。児は 2652 g , 男児, アプガースコア 1 (1 分値) / 3 (5 分値), 臍帯動脈血 pH 7.26 であった。児の末梢血は Hb 4.3 g/dl , Ht 13.8% と重篤な貧血を認めた。児は NICU 入院とし低体温療法および輸血療法を施行した。児の NICU での経過は順調であり, 頭部 MRI 検査, 脳波検査で異常は認めず, 33 生日に退院した。【結語】胎動の評価は主観的な側面が強く, その減少を受診に結びつけることは難しい。胎動 10 カウント法を用い, 胎動減少を主訴とした受診の機会を増やすことは, 母児間輸血症候群のより早期の診断につながる可能性があると考えた。