

**P2-469 75g 糖負荷試験 (75gGTT) を行った妊婦の次回妊娠時の妊娠糖尿病 (GDM) 発症率の検討**

宮崎大

川越靖之, 鮫島 浩, 池ノ上克

【目的】諸外国の文献から GDM の発症率をみると, 前回 GDM であった群では 36%, 前回 GDM でなかった群では 1% と報告されている. そこで自験例を用い, 前回妊娠時に GDM であった群と GDM でなかった群とで, 次回妊娠時に GDM が発症する頻度を検討した. 【方法】1997 年~2004 年の間に 2 回以上の妊娠を経験した症例の中で, それぞれの妊娠中に 75gGTT を行った計 39 症例を対象とした. 75gGTT は GDM のリスク因子がある妊婦を対象に施行した. 1 回目の結果で GDM 群 (n=5) と non-GDM 群 (n=34) とに分類した. 【成績】GDM 群と non-GDM 群で次回妊娠時の GDM の発症率について比較検討した. 次回妊娠時の GDM の発症頻度は non-GDM 群では 3% (1/34) であった. 一方, GDM 群では 5 症例のうち 4 症例 (80%) が再度 GDM と診断された. 【結論】GDM 群では次回妊娠時に 80% が発症し, これまでの報告より高い傾向があった. その一因として全症例に対するスクリーニングとしてではなく, リスク因子を有する妊婦を対象に糖負荷試験を行ったことが考えられた. 一方, リスク因子があっても前回の糖負荷試験が正常であれば, 次回妊娠時の GDM 発症率は低いことが判明した.

**P2-470 妊娠 29 週に急性発症した劇症 1 型糖尿病の 1 例**

愛知医大

木俣清子, 大林幸彦, 木下伸吾, 野口靖之, 藪下廣光, 若槻明彦

(緒言)劇症 1 型糖尿病は, 急性発症しケトアシドーシスの急激な増悪を伴い, 妊婦に発症した場合には母体のみならず児の予後が極めて悪いことから, 迅速な母児の救命治療が必要である. 今回, 妊娠 29 週の妊婦に急性発症した劇症 1 型糖尿病を経験したので報告する. (症例) 28 歳の初妊婦. 特記すべき既往歴はなく, 家族歴で母方の祖母に糖尿病がある. 妊娠経過は初期より順調であったが, 妊娠 29 週 2 日に腹痛, 胃痛, 嘔気, 胎動減少を訴えて受診. 切迫早産と診断されて塩酸リトドリン点滴静注を施行していたが, NST において non-reassuring pattern を認めたため, 緊急帝王切開術を施行した. 新生児 (1366g, 男児 Apgar スコア 1 分値 1 点, 5 分値 7 点) は, 挿管下に NICU 管理されたのち順調に発育した. 母体は, 術後 1 日目より Kussmaul 大呼吸, 傾眠傾向, 口渴, 意識レベル低下を認め, 高血糖 (502mg/dl) とケトアシドーシスを認めた. さらに, グルカゴン負荷試験においてインスリン基礎分泌の完全消失を認め, HbA1c 5.2%, 血中 C-peptide 0.2ng/ml 以下, 尿中 C-peptide 測定不能, 抗 GAD 抗体 0.3U/ml 以下, 抗 ICA 抗体陰性であった. HbA1c が正常値, 急激なケトアシドーシスの増悪, インスリン基礎分泌の消失などの所見より, 劇症 1 型糖尿病と診断し, インスリン強化療法を開始したところ, 症状は改善した. その後も同治療を継続し, 血糖値は良好にコントロールされている. (考察) 劇症 1 型糖尿病の頻度は極めて低く, 急性発症することから, 妊婦検診でこれを予知することは困難である. HbA1c が異常高値でないのに急激なケトアシドーシスの増悪を伴う糖尿病が疑われた場合は, 可能な限り迅速な対応が必要と考えられた.

**P2-471 当科での抗カルジオリピン抗体陽性妊婦の治療について**

聖路加国際病院女性総合診療科

斎藤理恵, 佐藤孝道, 栗下昌弘, 板坂俊典, 塩田恭子, 酒見智子, 榊原嘉彦, 藤田聡子, 秋谷 文, 鈴木麻水, 町田弘子, 阿部江利子

【目的】抗リン脂質抗体症候群 (APS) 妊婦の治療は低容量アスピリン治療 (LDA) とヘパリン療法が一般的であるが, APS の診断基準を満たさない抗カルジオリピン抗体 (ACA) 陽性妊婦の治療法は確立していない. 当科の現状を把握する目的で最近の 3 症例を検討した (ACA-IgG は最高値のみを記載). 【症例】1) 40 歳, 妊娠歴: なし, 既往歴: 高血圧, 現病歴: ACA 陽性のため LDA 中の妊娠. ACA-IgG 177unit/ml, 他の自己抗体は陰性, 内科的全身検索は正常. LDA を継続し, 妊娠 41 週分娩停止のための帝王切開で分娩. 児, 胎盤, 産褥経過は正常. 2) 39 歳, 妊娠歴: 2 経妊 0 経産 (2 回とも胎囊のみ), 既往歴: なし, 流産後の検査で ACA-IgG 16unit/ml, 他の検査は正常. 現病歴: 妊娠 5 週から LDA, ヘパリンはご夫婦と相談し, 希望で導入せず. 現在, 正常に経過中. 3) 36 歳, 妊娠歴: 4 経妊 1 経産 (満期常位胎盤早期剝離による子宮内胎児死亡: IUPD, 妊娠 19 週 IUFD, 妊娠 13 週 LDA 中の IUPD), 既往歴: 腹膜炎, 卵巣嚢腫摘出, 経頸管の子宮筋腫核出. 流産後の検査で ACA-IgG 17unit/ml, 他の自己抗体は陰性. 現病歴: LDA とメトフォルミン投与中の妊娠. 妊娠 5 週からヘパリン導入, 妊娠 34 週で入院, 妊娠 36 週に帝王切開で分娩. 児, 胎盤, 産褥経過は正常. 【考察】当科での APS ではない ACA 陽性妊婦の治療はその背景を考慮し, 個別化して検討している. 今後はヘパリン療法が増加すると推察するが, 導入に際しても同様に個別化した上で十分なインフォームドコンセントが必要と考える.