

P3-35-6 先天性心疾患患者における子宮動静脈奇形に対する Gonadotropin-Releasing Hormone Agonist による保存的治療

名古屋市立大¹, ダイヤビルレディースクリニック²

片野衣江¹, 水谷栄太², 服部幸雄¹, 佐藤 剛¹, 尾崎康彦¹, 杉浦真弓¹

子宮動静脈奇形 (AVM) は稀だが大量性器出血の原因となり, 子宮動脈塞栓術が子宮温存のため選択される。先天性心疾患を合併し妊娠を契機に発見された子宮 AVM で Gonadotropin-Releasing Hormone Agonist (GnRHa) による保存的治療が成功した症例を経験したので報告する。患者は 20 歳既婚, 未妊妊。10 歳時に心房中核欠損症 (心内膜床欠損不完全型) にて心内膜パッチ閉鎖術を受けたが, その後再開通するも全くフォローうけず。自然妊娠成立し, 絨毛膜血腫にて近医入院, 心エコーにて large ASD, 左右シャント遺残, 肺高血圧みとめ, 周産期管理目的に当科紹介受診したが, 胎盤後血腫, 胎盤剝離傾向となり死産にいたる。死産後血中酸素飽和度低下あり CCU 管理となる。心エコー所見にて ASD (I) nonrestructive でほとんど単心房, 修復した所見見あらず, 心房中隔欠損症, 肺動脈性肺高血圧症の診断。全身状態安定し退院。退院 1 か月後に過多月経様出血あり。その 2 週間後不正性器出血・重症貧血にて再入院。カラー経腔超音波検査および MRI にて子宮体部後壁 AVM の診断。CT にて多脾, 腹部内臓逆位, 肝下部大静脈欠損・奇静脈連結の所見。心臓手術は心機能低下にて予後改善が見込めないため予定されず。子宮動脈塞栓術はシャントがある状態では塞栓物質による脳梗塞のリスクにて本人拒否。子宮摘出も本人拒否。GnRHa 長期投与開始とした。GnRHa 投与開始 1 年後に胸痛あり, 子宮 AVM 病変消失し, 投与中止。中止 1 年 4 か月後, 子宮 AVM 認めず, 過多月経なし。心機能の回復あり, 今後根治的心臓手術の可能性も出てきた。

P3-35-7 子宮動静脈奇形の術前診断にて動脈塞栓術後に腹腔鏡下子宮全摘術を施行した 1 症例

岐阜大

矢野竜一郎, 竹中基記, 早崎 容, 森重健一郎

【緒言】今回我々は子宮動静脈奇形 (uterine arteriovenous malformation; U-AVM) の術前診断にて子宮動脈塞栓術 (transcatheter arterial embolization; TAE) 後に腹腔鏡下子宮全摘術 (total laparoscopic hysterectomy; TLH) を施行した 1 症例を経験したので報告する。【症例】30 歳, G (11) P (5) (人工流産 x5, 正常分娩 x4, 子宮外妊娠 x1, 帝王切開 x1)。平成 24 年 5 月前医にて帝王切開施行時, 左卵管角付近子宮表面に著明に拡張した血管を認め, U-AVM 疑いにて平成 24 年 7 月当科紹介初診となった。超音波検査, CT および MRI の結果, 左子宮動脈の拡張および右卵巣静脈の拡張を認め, U-AVM と診断された。無症状であるが今後血栓症あるいは心不全発症などのリスクがあること, そして TAE のみでは根治が困難と判断したため, 十分なインフォームド・コンセントを施行後, 平成 25 年 6 月 17 日 TAE 施行後総腸骨動脈バルーンカテーテル留置下にて TLH 予定とした。手術に先立ち, 動脈塞栓術を施行した。骨盤血管造影にて AVM の血流は左子宮動脈主体に認め, これをコイルにて塞栓した後, 右子宮動脈に対してはヒストアクリルによる塞栓を行った。その後手術室にてバルーンカテーテル留置下で TLH を施行した。手術時間は 2 時間 04 分, 術中出血量は 15ml であった。術中合併症は無く, バルーンカテーテルは膨化させず手術を完遂した。経過良好にて術後 3 病日目に退院となった。術後病理は placental site lesion との結果を得た。【結語】高度な U-AVM に対しての治療は, インフォームド・コンセントが得られれば子宮全摘が選択されるが, 術中出血軽減目的での術前 TAE および TLH 施行は安全性かつ低侵襲の観点から有用であると思われた。

P3-36-1 原発不明癌を疑い試験開腹手術を施行するも全身性のサルコイド様反応と診断された一例

黒部市民病院

日高隆雄, 鹿見山浩, 津田 圭, 高地圭子, 八十島邦昭

【はじめに】非乾酪性類上皮細胞肉芽腫がサルコイドーシスを合併しない患者に認められることが稀に存在し, サルコイド様反応と呼称されるが, その成因や臨床的意義に関しては不明な部分が多い。【症例】53 歳女性。腹痛, 食欲不振, 体重減少 (3kg/月) を主訴に当院胃腸科受診。CT で両側肺に散在性小結節, 多数の腸間膜リンパ節腫大および少量の胸水, 腹水を認めるも, 明らかな原発巣を指摘できなかった。上・下部消化管も異常なく, 多発肺転移, 癌性腹膜炎疑いの診断で当科紹介となった。婦人科的診察では子宮は正常大で両側付属器の腫大もなく, ダグラス窩腹膜の軽度肥厚を認めるのみであった。腫瘍マーカーでは CA125 は 151.7U/ml と上昇。PET では CT に一致して軽度～中等度の集積増加を認めた。組織学的確認および卵巣癌, 卵管癌, PSpC であれば根治手術の方針で試験開腹術を施行した。手術所見としては腸間膜に大豆大～小指頭大の多発リンパ節腫大を認めるのみで癌性腹膜炎の所見はなかった。術中迅速病理検査は非乾酪性類上皮細胞肉芽腫と診断された。術後の CT では肺の小結節は消失していた。除外診断として結核, リンパ腫, サルコイドーシスをスクリーニングしたが, 異常を認めず, 最終診断は何らかの感染に対するサルコイド様反応とされた。現在 (術後 1 年 6 か月), サルコイドーシスに準拠した経過観察を行っているが, 異常を認めていない。【結論】画像的には癌に伴う多発リンパ節転移と判断したが, 病理学的には腫大リンパ節は反応性のものであり, 全身性のサルコイド様反応と診断された。現状の画像診断 (CT, MRI, PET 等) の限界を示した症例と考えられた。