

〔B. 妊娠合併症の取扱い〕

2. 子宮筋腫

名古屋市立大学医学部
産科婦人科講師
生田 克夫

座長：岡山大学医学部
産科婦人科教授
工藤 尚文

はじめに

子宮筋腫合併の妊娠は0.3～2.6%とされており、当教室では1985年から1993年までの9年間の分娩のうちの1.6%にみられた。産科の日常診療上でしばしば遭遇する合併症であり、母体年齢の上昇につれて子宮筋腫合併の頻度が高くなる。妊娠に合併した子宮筋腫は近年の超音波断層装置ことに経腔プローブの画像精度の向上により妊娠初期でも容易に診断可能となったが、子宮筋腫の存在が妊娠前から判明していることは少なく、妊娠が成立してから初めて存在を指摘されることが圧倒的に多い。このため妊娠診断時すでに存在しているこの筋腫合併妊娠を妊娠中、ならびに分娩時にいかに管理していくかが重要となる。

臨床統計

〔I. 妊娠が子宮筋腫に及ぼす影響〕

Lev-Toaff et al.¹⁾は超音波を用いて妊娠中の子宮筋腫の大きさの変化について調べ、6 cm 以上の子宮筋腫は第1三半期では80%が増大するものの、第2三半期、第3三半期ではそれぞれ48.3%、58.8%が縮小したとしており、Strobelt et al.²⁾も5 cmを超えるもので妊娠中に増大したものは26%であったとしている。このほかの報告においても妊娠中の著しい増大はみられず、不変ないし縮小する割合の方が多いとしている。当教室の今回の1985年から1993年までの9年間の妊娠に合併した子宮筋腫の検討においても第2三半期には40%が増大を示したものの第3三半期では増大を示すものは26%に過ぎず、60%は不変、14%は縮小した。

妊娠中に子宮筋腫の疼痛や圧痛もしばしば認められるが、子宮壁の伸展や、子宮筋の収縮にともない子宮筋腫が牽引伸展するためにおこっていることが多く、通常軽度のことが多く特別な処置を必要としないことや子宮収縮抑制剤の投与で軽快することが多い。しかし疼痛が強く、白血球の増加や発熱などを認める場合には、妊娠の20週周辺にみられることが多いとされる子宮筋腫の赤色変性を考えねばならない。今回の検討では77症例中11症例、14.3%に疼痛の訴えが認められたが、いずれも変性によるような激しいものではなく軽度で特別な治療も要しなかった。文献的には変性による疼痛の場合でも安静を保ち、プロスタグランジン合成阻害剤を7～10日経口投与することで軽快することが多いとされている。このような場合の薬物治療に関する最近の報告としてイブプロフェン600～800 mg 6時間ごと、インドメタシン25 mg 6時間ごととの投与などがあげられるが、胎児への影響（動脈管の閉鎖）も考えると慎重な投与が望まれる。

〔II. 子宮筋腫が妊娠に及ぼす影響〕

子宮筋腫が妊娠に及ぼす影響として流産があげられる。当教室の検討結果においても子宮筋腫合併妊娠症例の流産率は23.1%と子宮筋腫を合併しない症例の14.7%に比べてやや高率となる傾向が認められた（表1）。早産に関しては子宮筋腫合併妊婦の7.8%（6／

(表1) 子宮筋腫の有無と流早産率

	子宮筋腫合併	子宮筋腫無し
流産	15/65 (23.1%)	404/2,742 (14.7%)
早産	6/77 (7.8%)	411/4,606 (8.9%)

77)が早産に終わっていた。これに対して子宮筋腫を合併しない妊婦の早産率は8.9%(411/4,606)とやや高く統計的な有意差を認めなかった。これは新たな陣痛抑制剤の登場や早産, preterm PROMの原因としての絨毛膜羊膜炎に対する抗生剤治療などが功を奏しつつあるものの、一方で、すでに陣痛の抑制が不可能なものや破水症例など、他院よりの母体搬送が増加していることが要因として考えられる。子宮筋腫合併妊娠の早産症例を子宮筋腫の存在位置で検討すると表2のごとく、子宮頸部筋腫では20.0%(1/5)、体部筋腫は6.9%(5/72)と頸部筋腫でやや頻度が高いものの症例数が少ないことから明らかな差は認められず、また漿膜下、筋層内、粘膜下での比較でも明らかな差は認められなかった。子宮筋腫の大きさを最大長径6 cm未満のものと6 cm以上のものとに分けて比較したがやはり差を認めなかった。さらに胎盤の付着部位と子宮筋腫の存在位置との関係で比較しても早産率に明らかな差は認められなかった。

(表2) 早産と子宮筋腫の位置、大きさとの関係

位置		症例 早産率	
		症例	早産率
位置	頸部	1/5	20.0%
	体部	5/72	6.9%
	漿膜下	1/16	6.3%
	筋層内	4/55	7.3%
	粘膜下	0/1	0.0%
	底部	1/12	8.3%
	前後壁	3/39	7.7%
	側壁	1/21	4.8%
胎盤の位置	筋腫側以外	2/27	7.4%
	筋腫側で接触無し	2/22	9.1%
	筋腫側で接触有り	1/20	5.0%
	子宮筋腫の上	1/8	12.5%
大きさ	6 cm未満	3/46	6.5%
	6 cm以上	3/31	9.7%

胎位異常の頻度は9.7~36.7%と高率の報告がされているが今回の検討においては胎位異常は77症例中3症例、3.9%の骨盤位のみで、子宮筋腫合併妊娠で胎位異常が高頻度に発生しているという結果は得られなかった。しかしながら3例のうち1例は子宮頸部筋腫症例で、このような子宮頸部筋腫では児頭の骨盤腔入口面での固定が妨げられ胎位異常の頻度が上昇することは容易に想像され、頸部筋腫での胎位異常の頻度は1/5、20.0%となるものの、子宮頸部筋腫例の占める割合が少なかったため全体の頻度には反映されなかったためとも考えられた。

胎盤の早期剥離についても発症頻度が高くなるとの報告があり、検討したところ76症例中1症例、1.3%が常位胎盤早期剥離をおこしていた。この症例は70×83×56 mmの子宮

筋腫を子宮体部後壁に認めた症例で、34週で突然の腹痛を訴え、超音波検査で常位胎盤の早期剥離の所見を認めた。胎盤が子宮筋腫の上に付着していた8症例のうちの1例、12.5%の頻度となり、Rice et al.の報告³⁾のように57.1%と高率ではないものの子宮筋腫の上に胎盤が付着する症例では妊娠中十分注意して経過を追う必要があるものと考えられる。

分娩時の異常に関しては、経陰分娩となった62症例の分娩時間の延長はみられなかったが、分娩時出血量は6 cm以上の子宮筋腫を有する症例では 520 ± 656 gと、6 cm未満の子宮筋腫例の 266 ± 261 gに比べて増加の傾向が認められ、大きな子宮筋腫例では分娩時出血に注意が必要と考えられた。出生した児の身長と体重を1994年に改訂された体格基準曲線上にプロットしたが、LFDの児は5児のうち3児がSFDであった。頻度は高くないものの5児中4児は胎盤が子宮筋腫と部分的に重なり合って子宮筋腫上に付着している症例より出生した児で、このような胎盤と子宮筋腫の位置関係の症例より出生した28児のうちの4児、14.3%がLFDとなっており、胎盤と子宮筋腫に接触のなかった場合の49児中1児、2.0%との間に有意な差を認めた。このように子宮筋腫と胎盤が重なり合う位置関係の症例では、妊娠中胎児の発育に注意をはらっていく必要があると思われる。

帝王切開術の施行頻度は77症例中15症例、19.5%であり、子宮筋腫を合併しないものの8.6%と比較して有意に高率となっているが、これは子宮筋腫が分娩進行の妨げになると判断し、選択的帝王切開術を行った6 cm以上の子宮筋腫を有する6症例を含むためで、この症例を除くと77症例中9症例、11.7%となり帝王切開術の頻度の間に有意な差は認められなかった。

子宮筋腫核出術について

妊娠中の子宮筋腫核出術の是非については多くの記載がみられ、妊娠中でも筋腫核出術を積極的に考慮していく立場をとるものから保存的に扱う立場をとるものまで種々のものがみられる。1970年代の末までは積極的に核出を試みる主張が多くみられたが、この後は保存的に扱う立場の主張が多くなってきている。当教室では1985年までに妊娠中に核出術を行った症例と保存的に取り扱った症例との比較を行い、妊娠の転帰に臨床統計上に差がみられず、妊娠中にあえて筋腫を核出する意義を見出せなかったことより、この後は、現在に至るまで、できる限り保存的に扱う立場をとり、核出術は非妊娠時に行うことを勧めている。妊娠中でも核出術を考慮すべき条件としては変性や有茎性筋腫の茎捻転などでコントロールできない疼痛が持続する場合や、悪性を疑う急な増大を示す場合に限ると考え

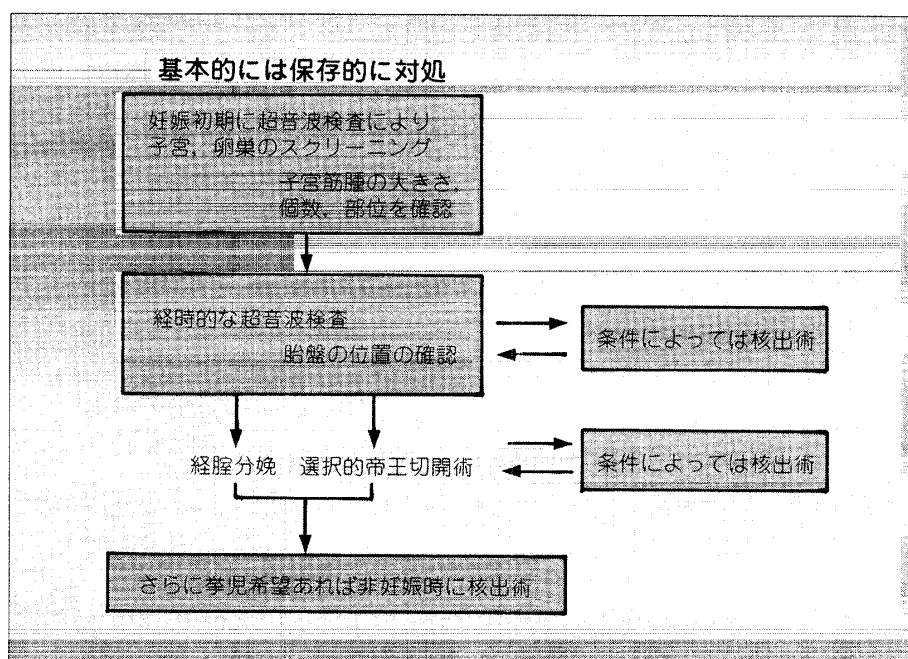
(表3) 妊娠中に子宮筋腫核出術を考慮する条件

変性による疼痛のコントロールが不可能	9
有茎性筋腫の捻転	6
腫瘍から腹腔内への出血を認める	5
卵巣腫瘍との鑑別が困難	4
巨大な筋腫	4
切迫流産徴候の原因	4
胎児発育の障害	3
流産の既往を有する	3
急な増大を認める	2
周囲臓器の圧迫症状	2
分娩の障害が予想される	2
妊娠継続の障害	2
嵌頓	1

ている。参考までに1980年以降の13の報告に記載されている妊娠中の核出術施行の適応とその頻度を表3に示す。また帝王切開術時に子宮筋腫核出術を行うか否かについての見解は、術中出血量の増加を避ける意味から8文献のうち6文献までが基本的には核出術を行わない立場をとり、小さな筋腫で容易に摘出可能な場合や有茎性で茎の細いものなどに限るとしている。

妊娠中の管理方針

以上より子宮筋腫合併妊娠の基本的管理方針をまとめると図1のごとくなる。現在の趨勢としては妊娠中の子宮筋腫の核出術は避け保存的に対処し、条件によっては核出術を考慮するという意見が支持を得ていると思われる。選択的帝王切開術の決定は症例ごとに考えるべきであるが、子宮筋腫を有する症例の帝王切開では術中に止血に難渋する出血に見舞われることもあり安易な手術決定は避けるべきであろう。妊娠の終了後さらに拳児を希望する症例のうち、今回の妊娠、分娩に問題があったと考えられる症例では非妊娠時に子宮筋腫核出術を行っておくことが次の妊娠のために大切であると考ええる。



(図1) 子宮筋腫合併妊娠の管理方針

《参考文献》

- 1) Lev-Toaff AS, Coleman BG, Arger PH, Mintz MC, Arenson RL, Toaff ME. Leiomyomas in pregnancy: Sonographic study. Radiology 1987; 164: 375-380
- 2) Strobelt N, Ghidini A, Cavallone M, Pensabene I, Ceruti P, Vevgami P. Natural history of uterine leiomyomas in pregnancy. J Ultrasound Med 1994; 13: 399-401
- 3) Rice JP, Kay HH, Mahony BS. The clinical significance of uterine leiomyomas in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1989; 160: 1212-1216