

3. 既往帝王切開妊婦の取り扱い

高知医科大学
周産母子センター助教授
久保 隆彦

座長：福島県立医科大学
産婦人科教授
佐藤 章

背景

欧米における既往帝王切開妊婦の取り扱いの変遷は Cragin の “once a cesarean, always a cesarean” に始まる。当時は古典的縦帝王切開であり、深部横切開の普及により、子宮破裂の頻度が減少し、帝切後の経膈分娩 (VBAC) が報告され、“once a cesarean, not always a cesarean” ともいわれるようになった。1980年代になると VBAC のマスタディが蓄積され、母児ともに危険性が少ないことが明らかとなり、1988年には ACOG が病院では禁忌のない前回深部横切開妊婦には VBAC を試みることを勧告している。しかし、最近のカナダでのマスタディでは試験分娩の重篤な母体合併症は予定帝王切開の倍との報告もあり、既往帝切妊婦の管理法はまだ議論の余地があるところである。

ACOG の VBAC の禁忌

ACOG は古典的縦切開、逆 T 字切開、切開法不明のみを禁忌とし、筋層のダメージを窺わせる子宮筋腫核出術後、2 回以上の帝王切開の既往あるいは難産が予想される多胎、骨盤位、巨大児分娩に関しては判断できるほどデータがないとしている。

VBAC 実施施設の条件と我が国の現状

VBAC を実施する施設は (1) 24 時間体制で産科医、麻酔医、新生児医が待機する。(2) 胎児モニタリングし、分娩第二期には 5 分ごとに胎児評価する。(3) 異常発生時には 30 分以内に帝王切開で児を娩出できる。が要求される。子宮破裂の報告では 17 分以内に娩出した児には後遺症を認めなかったことより、15 分以内に娩出することを要求する勧告もある。

一方、我が国の分娩取り扱い施設の現状は厚生省心身障害研究「妊産婦死亡の防止に関する研究」班によれば、平成 3 年、4 年の母体死亡に関係した分娩取り扱い施設 (大学病院：55、総合病院：108、病院：54、開業医：81) の 298 施設で麻酔医の待機状況は日勤帯でも 49%、時間外では 22% しか院内には待機していなかった。小児科医の待機状況も同様であった。また、帝切決定から執刀までの時間は 15 分以内と答えたのは日勤帯で 7.6%、時間外ではわずか 2% に過ぎない。30 分以内は日勤帯で 67%、時間外で 40% で、もし、VBAC 中に異常が生じたとしても我が国の半数以上の施設では児を後遺症なく救命することは困難といえる。このような現状では米国で主流となっている VBAC を推進すべきと結論づけることはできない。したがって、各施設で VBAC 可能な否かを十分に検討し、緊急に対応できる母児管理体制を確立したうえで VBAC を導入する必要がある。

が本人の希望で帝切を選択していた。

試験分娩を行った79例の前回帝切理由は胎児仮死、難産、母体適応、骨盤位、胎児適応と種々の理由で帝切されていたが、特徴的な理由は認めなかった。

試験分娩中に下腹部痛を訴え、子宮破裂を疑った8例、胎児仮死となった4例、回旋異常のため分娩停止となった1例の合計13例が帝切になり、66例83.5%がVBAC成功した。

VBAC 成功予測スコア

図1はVBAC成功率を予測するスコアリングで、前回帝切理由が難産か否か、経腔分娩の既往、CTGの異常、誘発を必要とするか否か、入院時の頸管熟化程度、母体年齢をパラメーターとしている。試験分娩に際してインフォームドコンセントを得る場合、このようなスコアリングによりVBACの成功率を妊婦に呈示することも必要である。

前回帝切創の異常

自験例は185例が帝切であった。そこで、反復帝切時に前回の切開創の異常（完全子宮破裂、筋層の離開：子宮筋は離開しているが卵膜あるいは漿膜は保たれている、筋層の菲薄化：術者が胎児が透過してみえるほど筋層が極めて薄い）を観察した。臨床的には子宮破裂以外は母児の予後に影響は少ないといわれているが、子宮破裂の予備軍あるいはニアミス症例として意義があると考え検討した。

前回帝切創の異常は全帝切例では筋層の菲薄化が34例(18.4%)、筋層の離開が12例(6.5%)、子宮破裂が1例(0.5%)であった。予定帝切では20.5%であったが、緊急帝切は36.2%と高率であり、その中でも試験分娩後の緊急帝切では46.2%に前回帝切創の異常を認めた。

次に、前回帝切創異常を来しやすい因子について検討した。前回帝切理由と切開創異常発生に有意の相関はなかった。

また、今回の帝切理由と切開創異常との関係では、前回帝切に問題があった理由のうち、ACOGでVBACの禁忌としている古典的縦切開：100.0%、逆T字切開：75.0%、切開創不明：21.2%と高率に切開創を認めたが、前回帝切後6カ月以内の妊娠の半数に筋層の離開を、術後の発熱・2回以上の帝切の1/3にも切開創異常を認めた。また、下腹部痛・子宮破裂の疑いでは71.4%に切開創異常を認め、既往帝切妊婦の管理では注意すべき症状といえる。一方、今回難産が予想される問題の帝切理由では切開創異常を認めた症例は極めて少数であった。

このことからVBACの禁忌にはACOGの基準に加え、前回帝切後6カ月以内の妊娠、術後の感染、2回以上の帝切も含めることが妥当と考えられた。

既往帝切症例の母児の予後

既往帝切妊娠の母児の予後をみると、母体死亡は予定帝切、緊急帝切、経腔分娩いずれにも認めず、子宮摘出した症例は骨盤位で帝切後3回の経腔分娩があり、他院で試験分娩中に母体ショックで緊急母体搬送され、子宮破裂の確認後子宮全摘した1例のみであった。分娩・帝切に伴った輸血は緊急帝切の3例、いずれも前置胎盤の母体搬送例で、帝切の出血のために輸血した症例はなかった。

胎児・新生児死亡は6例に認め、緊急帝切の1例は横隔膜ヘルニアで経腔分娩の4例はいずれも胎内死亡の診断後、搬送された胎内死亡で、VBACした。試験分娩・帝切の

1例は前述した子宮破裂のための胎児死亡であった。

今回の我々の既往帝王切開妊婦の検討からみると、試験分娩で1例（1.3%）の子宮破裂を認めたが、帝王切開を選択したために母児の予後を不良とした症例は認めなかった。

まとめ

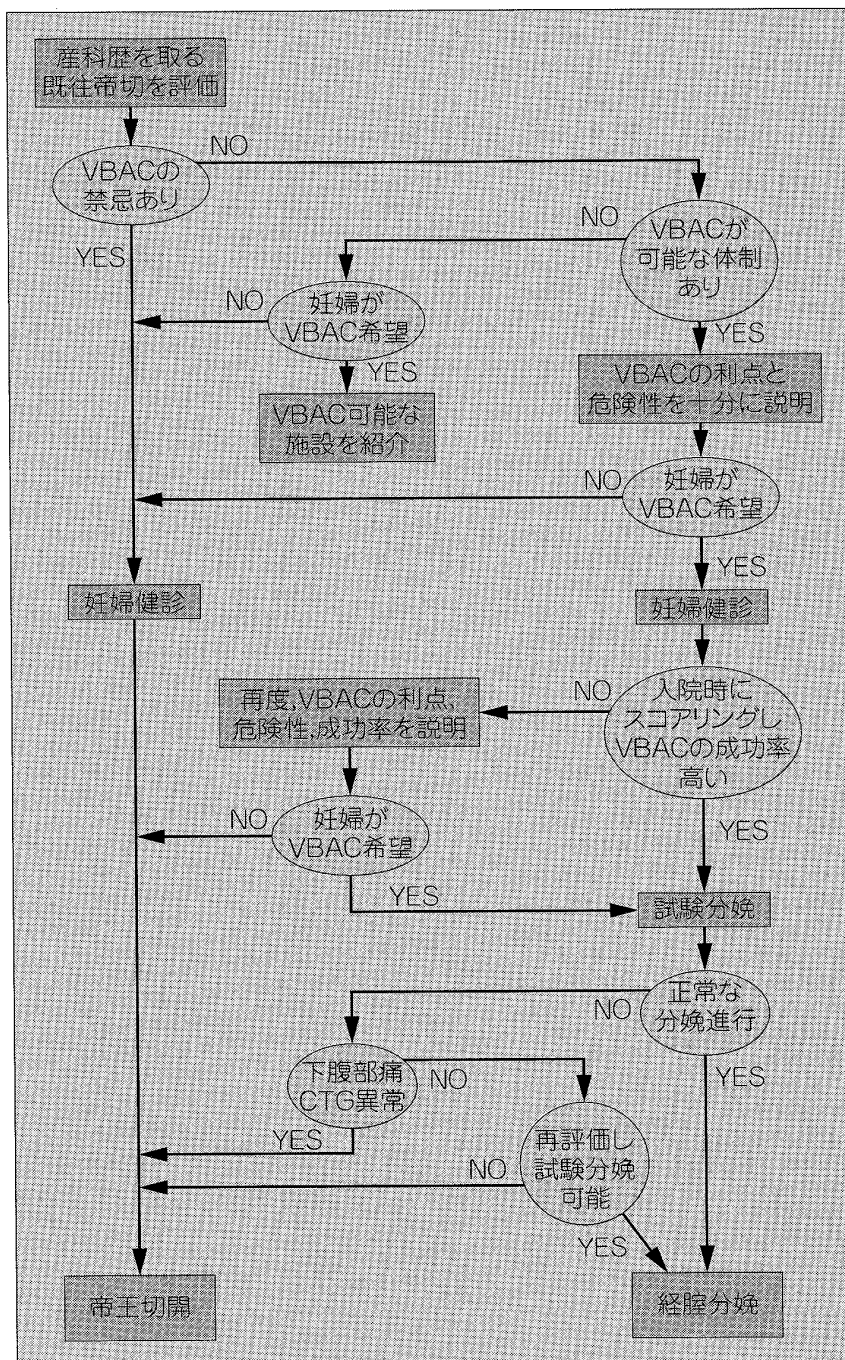
図2にACOGの既往帝王切開妊婦の管理フローをもとに今回の検討結果を加え新しいフローを作成した。

VBACの禁忌を認めなくとも、VBAC可能な体制もなく、患者がVBACを希望すれば、VBAC可能な施設に患者を紹介すべきである。

十分なインフォームドコンセントのうえでVBACを希望しても、分娩目的入院時にVBACの成功率を評価し、再度インフォームドコンセントを取る。

試験分娩中は必ず胎児モニタリング、血管確保し、下腹部痛、CTG異常が生じればすみやかに帝王切開に切り替える。

現在の日本の産科水準であれば、輸血をすることなく母児ともに安全に帝王切開を実施することは十分に可能である。VBAC推進は妊婦のコストベネフィットを考えると必要であるが、VBACの管理体制を整え、正しい適応の下に、十分なインフォームドコンセントを取り、VBACすることが重要であり、むやみに反復帝王切開を非難することは我が国の分娩取り扱い施設の現状からみれば不適切といえる。



（図2）既往帝王切開妊婦の管理