

診 療

自然分娩経過中の初産婦に生じた子宮破裂の1例

宮崎医科大学産婦人科・周産母子センター

長峰由香里 鮫島 浩 肥後 貴史 池ノ上 克

A Case of Uterine Rupture during Spontaneous Labor
in a Low Risk Primiparous Woman

Yukari NAGAMINE, Hiroshi SAMESHIMA, Takafumi HIGO and Tsuyomu IKENOUE

Department of Obstetrics and Gynecology and Perinatal Center, Miyazaki Medical College, Miyazaki

Abstract We reported a uterine rupture which occurred during spontaneous labor and delivery in a primiparous woman, who had no past history of uterine scar. A Japanese woman progressed to labor at 39 weeks of gestation. The fetal heart rate (FHR) monitoring showed reassuring patterns. Suddenly, 2 hours later, baseline FHR became tachycardiac (180 bpm) and there were repeated severe decelerations. Uterine contractions were not changed. Maternal heart rate, respiration, blood pressure and body temperature were stable. She did not suffer from abdominal pain or dyspnea. We performed a cesarean section and noticed a complete uterine rupture after delivering the baby. Both the mother and newborn were healthy and discharged at 13 days. Uterine rupture of an unscarred uterus during spontaneous delivery is extremely rare and severe FHR deceleration is thought to be an important manifestation of uterine rupture.

Key words : Uterine rupture · Unscarred uterus · Severe FHR decelerations

緒 言

子宮破裂は産科救急症のひとつであり、母児の生命を脅かす重大な産科合併症である。全妊婦における発症頻度は約3,000分娩に1例と報告されている¹⁾。

子宮破裂の原因には、子宮収縮剤投与による過強陣痛、巨大児や多胎などで起こる子宮筋の過伸張、前回帝王切開や筋腫核出後の子宮切開癒痕創などが知られている¹⁾。一方、このようなリスク因子を持たない場合の子宮破裂は極めて稀である。今回、上記のリスク因子がないにもかかわらず自然分娩経過中に子宮破裂を生じた症例を経験したので報告する。

症 例

33歳、3回経妊、0回経産の日本人女性。鹿児島県徳之島在住。

産科歴：1994年に週数不明の胎内死亡(児体重250g)、同年8週の自然流産、1996年に8週の自然

流産。

既往歴：特記すべきことなし。

家族歴：特記すべきことなし。

現病歴：1997年、徳之島・宮上病院産婦人科で習慣性流産の診断を受け、精査・加療目的で宮崎医科大学の不妊外来を受診した。抗リン脂質抗体症候群、自己免疫疾患、甲状腺機能異常、糖尿病の合併はなかった。子宮卵管造影検査で卵管通過障害、子宮奇形、子宮内腔の異常を認めなかった。HLA typingの結果からリンパ球移植を行った。

平成10年10月9日を最終月経として妊娠し、徳之島・宮上病院産婦人科にて妊婦健診を行った。基礎体温表とCRL 39mm(11週2日相当)から予定日を決定した。妊娠29週、早産予防のため塩酸リトドリンの内服を開始し、その後は特に異常を認めなかった。妊娠39週2日の妊婦健診で、推定体重3,029g, Amniotic fluid index 12cm, Biophysical profile score 10/10であった。同日、子宮



図1 入院時の FHR モニタリング

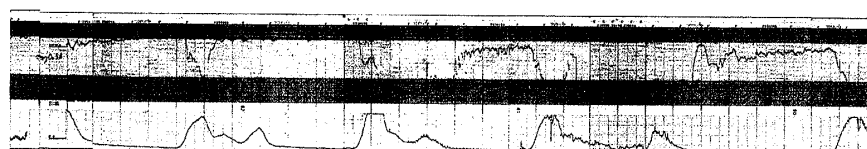
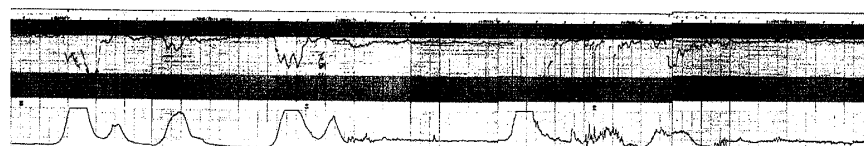


図2 2時間後の FHR モニタリング

収縮が次第に増強し入院した。

入院経過：身長162cm, 体重67.0kg. 入院時の胎児心拍数(FHR)モニタリング(図1)では2～5分ごとの子宮収縮を認め、心拍数基線150bpm, 基線細変動は正常, 一過性頻脈を認め、軽度から中等度の変動一過性徐脈を認めた。内診所見は子宮頸管2cm 開大, 展退60%, 児頭下降度-2であり、破水はなかった。

約2時間後のFHRモニタリング(図2)で心拍数基線が180bpmに上昇し、基線細変動も減少し、1分以上持続するsevere decelerationを頻回に認めた。陣痛は3～5分間隔であり、図1の陣痛と同様のパターンを示した。母体のバイタルサインには著変なかった。体位変換と酸素投与でもFHRモニタリング所見は改善しなかった。内診所見は入院時と変わらず、出血、破水、臍帯下垂は認めなかった。子宮や腹部の圧痛はなく、母体の血圧、

脈拍数、呼吸数にも明らかな変化はなかった。胎児ジストレスの診断で緊急帝王切開術を施行した。

手術所見：腹腔内に中等量の透明な腹水を認めたが、出血はなかった。また子宮に収縮輪を認めなかった。子宮下部横切開を行い、頭位にて児を娩出した。手動的に胎盤を娩出後、子宮を腹腔外に出したところ、子宮底左後壁に縦走する約4cmの破裂部位を認め(図3)、子宮破裂と診断した。胎盤は子宮後壁付着であったが、破裂部位とは一致しておらず、また、臍帯付着部位はほぼ中央であった。破裂は子宮筋層から子宮漿膜にも及び、創部から少量の出血を認めた。はじめに破裂部位を縫合したのち子宮頸部切開創をZ縫合で2層縫合し子宮を温存した。

術中の出血量は、羊水込みで1,550gであった。術後1日目のWBC 9,800, Hb 9.2g/dl, Plt 14.5



図3 子宮破裂部

万, AT-Ⅲ76%, Fibrinogen 234mg/dl であり軽度の貧血を認める以外は特に異常なく, 術後経過は良好であった。

新生児経過: 出生直後, 児は蒼白で第一啼泣を認めず, 筋緊張, 刺激に対する反応も認められなかった。ただちにインファントウォーマー上に移し酸素マスクでバギングを行い, 5分後には心拍数は100以上に上昇した。不規則な努力性呼吸が続いたが, 徐々に pink up し, 12分後には啼泣が認められ筋緊張も回復した。出生体重2,718g, Apgar score は1分2点, 5分6点であった。その後, 新生児はNICUに収容し, 補液と酸素投与を行った。代謝性アシドーシスは約2時間後には改善した。一過性に低血糖も認めたが, ブドウ糖の点滴で速やかに改善し, 翌日から経口哺乳を開始した。胸部X線写真や心臓・頭部超音波検査では特に異常を認めなかった。4生日から3日間, 高ビリルビン血症のため光線療法を施行した。その後の経過は良好であり, 13生日に母児ともに退院した。

考 察

今回, 自然分娩経過中に発症した子宮破裂の1例を経験した。

子宮破裂の発症原因として前回帝王切開の瘢痕, 子宮切開術や子宮内掻爬術などの瘢痕がある。また, 多産婦や巨大児, 胎位の異常, 胎盤の異常, 急速遂娩, オキシトシンによる過強陣痛もリスク因子である^{1)~3)}。本症例では, 1回の子宮内胎児死亡と2回の自然流産歴があり, 流産後の子宮内掻爬術を2回受けている。この時に生じた瘢痕が今

回の破裂につながった可能性は否定できない。しかし, その後不妊治療中に行った子宮卵管造影所見には明らかな瘢痕病変は認められず, あったとしても微細なものであったと考えられる。本症例ではそれ以外にはリスク因子は考えられず, また子宮収縮剤も使用していないことから, 自然分娩経過中に発症した症例と思われる。

発症時の特徴的な症状として, 異常な腹痛, 過強陣痛, 強直性陣痛, 母体ショック症状, FHR異常所見などが報告されている¹⁾。本症例では腹痛や母体のショック症状を認めず, 陽性所見としてFHRモニタリングで頻脈を伴う severe deceleration を認めた。パターンは変動一過性徐脈の形であった。2時間前の入院時は reactive であったことから, 短時間の間に破裂が生じたものと推測できる。この間に診察, 浣腸, 着替えなどを行ったが, 母体に子宮破裂を疑わせる明らかな症状はなかった。

子宮破裂の発症頻度は報告によりさまざまである。全原因をあわせたものでは約 1/1,300~3,000, 前回帝王切開の既往を持つ場合では約 1/125~700, 前回帝王切開妊婦にオキシトシンを使用した場合では約 1/100といわれている。自然に起こる子宮破裂の頻度は約 1/15,000といわれているが¹⁾, この文献の自然子宮破裂には, オキシトシンを使用したものや多産婦なども含まれている。したがってリスク因子のない初産婦で自然分娩中に発症する頻度は極めて稀であると推測される。

子宮破裂を起こすと母児ともに危険な状態に陥り, 児の死亡率は50~75%といわれている⁴⁾。早期診断と適切な対応が児の予後改善につながる¹⁾⁴⁾。しかし本症例のようにリスク因子を持たない場合, 子宮破裂の予測は難しく, また, 破裂時の母体の臨床症状も非典型的であった。

本症例で子宮破裂を疑わせる陽性所見はFHRモニタリングでの severe deceleration であった。子宮破裂でのFHRモニタリングの有用性はRodriguez et al.も強調しており, 子宮破裂76例中, 最も高頻度(80%)に認めた所見は severe deceleration であったと報告している⁵⁾。したがって, いかなる分娩でも子宮破裂が起こり得ることを念頭に

入れておくことが最も大切であり、そのうえでFHRモニタリングで突然 severe deceleration が出現した場合には子宮破裂の可能性を考慮する必要がある。

文 献

1. *Sweeten KM, Graves WM, Athanassiou A.* Spontaneous rupture of the unscarred uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1995 ; 172 : 1851—1856
2. *Fisher RL.* Spontaneous rupture of an unscarred uterus in a primigravid woman. *Am J Obstet Gynecol* 1996 ; 175 : 504—505
3. *Pelosi MA III, Pelosi MA.* Spontaneous uterine rup-

ture at thirty-three weeks subsequent to previous superficial laparoscopic myomectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1997 ; 177 : 1547—1549

4. Rupture of the uterus. In : Cunningham FC, MacDonald PC, Gant NF, et al., eds. *Williams Obstetrics* 20th ed. Connecticut : Appleton & Lange 1997 ; 771—782
5. *Rodriguez MH, Masaki DI, Phelan JP, Diaz FG.* Uterine rupture : Are intrauterine pressure catheters useful in the diagnosis? *Am J Obstet Gynecol* 1989 ; 161 : 666—669
(No. 8123 平12・1・14受付, 平12・7・24採用)