

研修医のための必修知識

C. 産科疾患の診断・治療・管理

Diagnosis, Therapy and Management of Obstetric Disease

3. 合併症妊娠の管理と治療

Management and Treatment of Pregnancy with
Medical and Surgical Complications

(1) 婦人科疾患合併妊娠

妊娠に合併して母子にとって high risk となる婦人科疾患は多岐に渡るが、中でも比較的頻度の高いものとして、子宮奇形、子宮筋腫、子宮頸癌、卵巣腫瘍がある。

a. 子宮奇形 Uterine malformation

胎生期における Muller 管の分化、発育、癒合不全によるもので多種多様の形成異常が認められる。妊娠に合併して臨床的に問題となるものとして中隔子宮、双角子宮、重複子宮、単角・副角子宮などがある。

子宮奇形の合併頻度は0.2~2%と報告されており、流・早産、胎児発育障害、胎位異常(骨盤位、横位)、遷延分娩、弛緩出血などの原因となる。副角妊娠では、妊娠中期までに子宮破裂を来すことが多く、子宮外妊娠、特に卵管間質部妊娠との鑑別が重要である。

妊娠中の診察・超音波検査によって初めて発見されることもあるが、むしろ不妊、流・早産の原因検索により、あるいは帝王切開時や分娩後の子宮観察により診断されることが多い。

妊娠中の管理では流・早産に注意し、予防的に頸管縫縮術(Shirodkar 手術, McDonald 手術)を行うのもよい。分娩に際しては胎位異常、微弱陣痛、遷延分娩のため吸引分娩、帝王切開となる頻度が高い。副角妊娠では開腹により副角子宮の切除術を行う。

奇形子宮が診断され、不妊、自然流・早産の既往がある婦人に対しては非妊時に子宮形成術(Strassmann 手術, Jones Jones 手術, Tompkins 手術)を行う。

b. 子宮筋腫 Uterine myoma

妊娠に筋腫が合併する頻度は0.5~2%といわれているが、最近の妊婦の高齢化の影響でその合併率は増加の傾向にある。

子宮筋腫の妊娠・分娩・産褥に及ぼす影響は筋腫の発生部位、大きさ、数によって異なる。粘膜下筋腫では不妊となることが多く、反対に漿膜下筋腫では不妊、流産の原因となることは少ない。妊娠中問題となるのは主に壁内筋腫である。一般的に筋腫のサイズが大きいくほど、また数が多いほど、着床・胎盤付着部位に近いほど筋腫による障害の頻度が高くなる。

妊娠時は流・早産、胎児の発育障害、子宮内胎児死亡、常位胎盤早期剥離、分娩時は胎位異常、産道通過障害、弛緩出血、産褥時は子宮復古不全、悪露停滞、晩期出血の原因となる。妊娠の経過や子宮の増大により筋腫の占拠部位が変動することがあるので、筋腫に

よる分娩障害の可能性は分娩前まで待つて決める方がよい。分娩後は筋腫が変性を起こして、疼痛、発熱、感染源となり緊急手術により筋腫核出または子宮摘出を要する場合がある。

妊娠中の子宮筋腫核出については賛否両論あるが、著者らは Williams Obstetrics(21版)にも記述されているように、原則として妊娠中はもちろん、帝王切開時にも大出血の可能性を考慮して手術は行わないことにしている。妊娠中の筋腫核出術により流産率が改善されるという確証はない。

子宮筋腫が不妊、流・早産、分娩障害の原因となると考えられる場合には非妊娠時に超音波検査、MRI などにより発生部位を正確に診断して筋腫核出術を行う。壁内筋腫の核出を行った症例については、分娩時の子宮破裂の可能性を考慮して、陣痛発来前に帝王切開を行う。

c. 子宮頸癌 Cervical cancer

従来妊娠に子宮頸癌が合併することは比較的稀であったが、最近の子宮頸癌発生の若年化傾向と妊婦の高齢化の影響で妊娠に子宮頸癌の初期病変が合併する頻度は高くなっている。子宮頸癌患者が妊娠を合併する頻度は1%前後、一方妊婦が子宮頸癌を合併する頻度は上皮内癌で約0.13%、浸潤癌で約0.045%と報告されている。

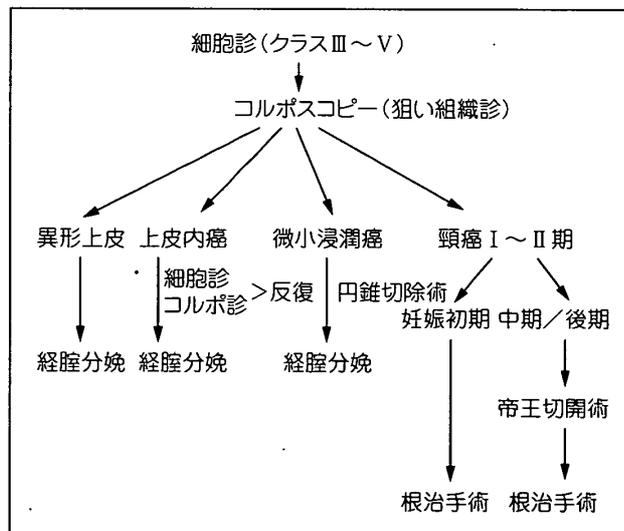
診断は非妊婦人と同様に細胞診、コルポ診、診査切除による。微小浸潤癌の診断に必要な円錐切除術は大出血、流・早産、絨毛羊膜炎などの危険があり避ける傾向にあるが、どうしても必要な場合は頸管縫縮術を行ったうえでサージトロンなどを用いてできるだけ出血の少ない方法で手術を行う。

子宮頸癌の管理方法を図1に示した。異形上皮(高度)、上皮内癌、微小浸潤癌の診断が確定すれば、妊娠により特に癌の進行度が増すという証拠はなく、妊娠予定日まで待つて経腔分娩を行ってよい。進行期Ib以上の子宮頸癌の場合は、妊娠初期であればただちに根治手術を行い、妊娠中期又は後期であれば胎児の子宮外生存が可能となるのを待つて、帝王切開術により胎児を娩出した後に広汎性子宮全摘術と骨盤リンパ節郭清術を含めた根治手術を行う。

しかしこれは一般論であって実際には、癌病巣の進行度、拳児希望の程度、妊娠週数と胎児発育度など個々の症例によって最も適切な対応が迫られる。初期病変で経腔分娩を行った場合にも、産褥期を過ぎてから、再度コルポ診、組織診を行い、必要があれば円錐切除術を行い診断を確定し、治療方針を決定する。

d. 卵巣腫瘍 Ovarian tumor

妊娠初期にスクリーニング的に超音波検査が行われるようになって、妊娠に合併した腫大卵巣又は卵巣腫瘍が検出される頻度は高く



(図1) 妊娠合併子宮頸癌の管理

なっている。

直径5cm以下の嚢胞性腫瘍の大部分は黄体嚢胞で妊娠が進むにつれ徐々に縮小し妊娠15週までには検出されなくなる場合が多い。長径が8cm以上の嚢胞性腫瘍や長径が5cm以下であっても充実性腫瘍の場合は嚴重なfollow-upが必要である。増大傾向や悪性が疑われる場合には流産の危険性が少なくなる妊娠15週を待って摘出手術を行う。

手術適応となるような卵巣腫瘍が妊娠に合併する頻度は0.5~1%で、

その大部分は良性腫瘍で皮様嚢胞腫、漿液性・ムチン性嚢胞腺腫が主流となる。しかし2~5%に悪性又は境界悪性腫瘍が認められることがあり、少しでもその疑いがあればMRI、腹腔鏡検査による精査が必要である。妊娠中の腫瘍マーカーはあまり当にならない。

妊娠合併卵巣腫瘍で問題になるのは、腫瘍の茎捻転と嚢腫の破裂で共に緊急手術を必要とする。妊娠により卵巣腫瘍が茎捻転を起こす頻度は5%前後で、皮様嚢胞腫が最も多い。

直径8cm以上の嚢胞性腫瘍また直径5cm以上の充実性腫瘍は捻転、破裂、産道通過障害、悪性の可能性を考えて妊娠15~16週で開腹により腫瘍摘出術を行った方がよい。妊娠15週まで存続した直径5~8cm嚢胞性腫瘍については中隔、結節、充実部分の有無により手術の適否を判断する。

妊娠合併卵巣腫瘍の摘出に腹腔鏡を応用する場合は通常よりも少し早い妊娠13週前後で、ガスによる気腹は避け腹壁吊り上げ法により手術視野を確保する。

術中病理診断で卵巣癌と診断された場合にも、Ia期で生児希望が強ければ腫瘍を含めた片側付属器摘除術に止め、胎児の母体外生存の可能性を待って帝王切開術を行い、生児を得た後再度腹水細胞診、残存卵巣の生検、大網部分切除などを行い診断を確定する。

(2) 心・血管系疾患合併妊娠

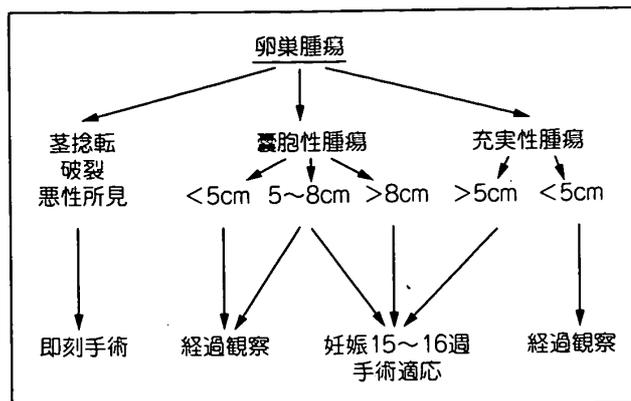
a. 心疾患 Cardiac disorder

妊娠により循環器系は生理的にも非常にダイナミックな変化を示す。心疾患合併妊婦では循環血液量の増加や心拍出量の増加によりうっ血性心不全や肺水腫を来しやすく、妊娠・分娩・産褥期間を通して嚴重な管理が必要である。

妊娠により循環血液量は徐々に増え、妊娠30~32週には非妊時に比べ40~50%に増加する。これは主に血漿量の増加によるもので、赤血球の増加は20~30%に止まるため相対的に貧血傾向となる。1回の心収縮による心拍出量は妊娠20~24週で30~50%に増加する。

分娩時には子宮収縮による胎盤からの血液還流を受けて、また分娩直後においても胎盤循環からの血液還流を受けて心拍出量はさらに増加する。このような循環動態の変化は心疾患合併妊婦には大きな負担となり、心不全の原因となる。

心疾患合併妊娠の頻度は0.5~1%で、心奇形を含む先天性心疾患の他、大動脈弁や僧帽弁の狭窄症、不整脈、虚血性心疾患などの合併がみられる。妊婦の管理対策は合併心疾患の違いにより異なるが、共通して妊娠初期に心機能評価を行い、妊娠の予後判定を行うこ



(図2) 妊娠合併卵巣腫瘍の管理