

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 期で挙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

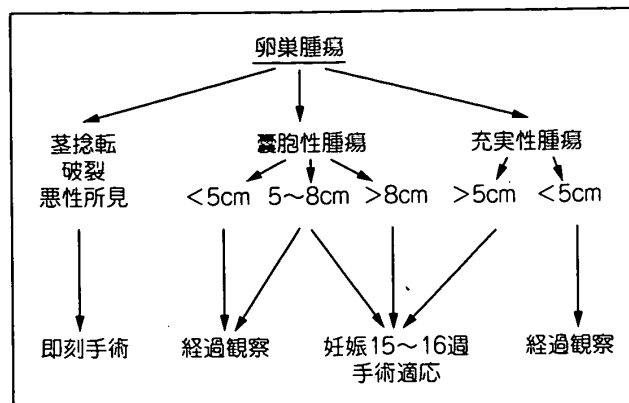
a. 心疾患 Cardiac disorder

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

とが重要である。妊娠の予後判定の指標として以前よりニューヨーク心臓協会(NYHA)の機能的分類(表1)が利用されてきた。NYHA分類1~2度は厳重な管理の下に妊娠の継続は可とし、3度では避妊を指導し、万一妊娠した場合には早期に妊娠中絶を促す。4度ではすでに心不全状態にあり妊娠は禁忌となる。

(表1) ニューヨーク心臓協会(NYHA)の機能的分類(1964)

- | |
|-----------------|
| 1度：日常活動で不快症状なし |
| 2度：日常活動で不快症状あり |
| 3度：軽労作でも不快症状あり |
| 4度：安静時にも心不全症状あり |

一般にNYHA分類1~2度では母体死亡率は1%以下であるが、3~4度では5~15%となり、特にチアノーゼや肺高血圧症を伴う場合の母体死亡率は原因疾患のいかんを問わず非常に高く(30~50%)厳重な避妊が必要である。

①妊娠中の管理

妊娠中は十分な睡眠と休養をとり、体重の増加を避け、減塩食を行い、浮腫が起これば利尿剤を投与する。貧血、感染症に注意し必要があれば十分な治療を行う。妊娠第7~9カ月に最も心負荷が加わり心不全を起こしやすいため、この時期に入院させ心機能の再評価を行い、必要があればジギタリス投与を開始する。少なくとも分娩予定日の2週間前には入院させ安静をとらせる。

②分娩時の管理

原則として分娩は経膈分娩とし、産科的適応がある時にだけ帝王切開を行う。自然陣痛の開始を待ち人工誘発は行わない。必要によりO₂吸入、強心剤投与を行う。努責は禁じ、分娩第2期を短縮するため会陰切開の下に吸引または鉗子分娩を行う。分娩第3~4期出血を最小限に抑える。子宮収縮剤として麦角剤の投与は禁じ、必要があれば合成オキシトシンの投与を行う。

③分娩後および産褥期の管理

分娩後は急激な循環動態の変化により心不全を起こやすく、少なくとも分娩後72時間はベッド上で安静を保たせ、頻回にバイタルサイン(呼吸、脈拍、血圧、体温)をチェックする。呼吸困難、チアノーゼ、咳、痰などの心不全あるいは肺水腫兆候が出現した場合にはただちに半座位をとらせ酸素吸入を行い、強心剤と利尿剤の投与を行う。授乳は褥婦が疲労しない程度とし、夜間は人工乳とする。

b. 静脈血栓症 Venous thrombosis

妊娠・産褥時は静脈血流のうっ滞と血液凝固能の亢進により静脈血栓症が起こりやすく、その発症頻度は非妊時の5~10倍といわれている。深在性静脈血栓症から肺塞栓症を合併して母体死亡に至ることもある。深在性静脈血栓症の原因として、前述の静脈血うっ滞と血液凝固能亢進の他に先天的な凝固抑制因子(ATⅢ, protein C, protein S, V-Leiden因子)や線溶系因子(plasminogen)の質的、量的異常、あるいは抗リン脂質抗体やLupus anticoagulantなどの免疫因子による血栓嗜好症 thrombophilia が注目されている。

表在性のもものでは静脈に沿った有痛性の索状硬結を触知し、深在性のもものでは通常血行障害による偏側性下肢(左側に好発)の腫脹、熱感、疼痛、特に膝を伸展した状態で足関節を背屈させた時に膝窩部又は腓腹部に索引痛を覚えるHoman兆候が認められる。診断には臨床症状に加えて、妊娠中であれば超音波カラー Doppler 法, impedance plethysmography, MRI, 産褥期であればさらに静脈造影検査などにより血栓の部位と程度を確定することができる。