

P-838 一絨毛膜二羊膜性(MD)双胎の双胎間輸血症候群(TTTS)を防止し、児の長期予後改善をめざす非侵襲的産科管理についての前方視的検討

市立伊東市民病院¹、静岡・聖隷三方原病院²

坂田麻理子¹、宇津正二²、杉山 緑¹、徳永直樹¹、前田一雄²

【目的】TTTSには急性循環不全から鬱血性心不全や虚血性胎児障害を来す群と体重やHb差が慢性的に起る群がある。今まで我々はMD双胎の胎盤表面の短絡血流に注目し子宮収縮時に血流が方向性偏移しTTTSが発症する初期段階を観察してきた。今回は血流偏移の原因となる子宮収縮を抑制することでTTTS発症を遅らせ、児の長期予後改善に寄与可能か前方視的に検討した。【方法】MD双胎25例に予防的頸管縫縮術を施行。子宮収縮を避けるよう生活指導し、収縮確認時から塩酸リトリン投与で徹底的に収縮抑制し、超音波カラードブラで短絡血流を探索した。収縮と各種血流波形、特に児心胸郭面積比(CTAR)、下大静脈前負荷指数(PLI)を指標に胎児循環動態を評価し分娩時期を決定した。胎児付属物異常と循環変動の関係も検討した。【成績】吻合(+)群16例は収縮抑制困難時には1児のCTAR、PLIが不可逆的に0.4を超え、短時間で急激な循環不均衡が生じた為直ちに全麻下に帝王切開した(平均32週)。本群には臍帯過捻転や卵膜付着を高頻度に認め、新生児心不全治療を要した例があった。(-)群9例は循環変動なく平均36週で予定帝切となった。今回の管理方式では両群共脳室周囲白質軟化症(PVL)発症も周産期死亡もなかった。【結論】MD双胎では妊娠初期から子宮収縮抑制に努めて急激な血流不均衡を防止し、TTTS発症時期を遅らせることが可能である。特に短絡血流例、付属物異常例はhigh riskで、これらを確実に抽出し頻回に胎児評価を行うことでTTTS発症前の循環不均衡を早期発見し、胎外治療の成績が期待できる時期なら不可逆的な血流変化がおきた時点で速やかに娩出すればTTTSによるPVLや周産期死亡減少に貢献できると考えられた。

P-839 2生児を得た、生殖補助医療による全胎状奇胎合併品胎妊娠の1症例

静岡・聖隷浜松病院¹、静岡・聖隷三方原病院²

成瀬寛夫¹、原 信²、渋谷伸一¹、東條義弥¹、村越 毅¹、鳥居裕一¹、宇津正二²

【緒言】品胎妊娠に胎状奇胎が合併することは稀であり、2生児がintactに成長した報告は調べた限りない。今回、2生児が良好な発育をしている胎状奇胎合併品胎妊娠を経験したので、妊娠・分娩・分娩後管理について報告する。【症例】25才、0経妊0経産、他院にて男性因子不妊の為TESE-ICSI(分割胚を3個移植)により妊娠した。妊娠8週より断続的な性器出血を認め、2絨毛膜2羊膜性双胎と診断された後、妊娠16週時に超音波断層法・MRIにて胎状奇胎の合併が確認された。インフォームドコンセントを得、妊娠継続の方針となり、妊娠21週5日に周産期管理を目的として当科へ転院となった。Tocolysis・経膈的抗炎症療法・CRPの上昇に対する抗生剤投与を施行し、妊娠継続した。MRI上、妊娠22週6日に子宮全容積に占める胎状奇胎の割合は27.4%、妊娠25週5日では34.2%であり、その間の容積増加はほとんど胎状奇胎の増大分であった。本症例では妊娠悪阻の増悪、妊娠中毒症の出現は認めなかった。妊娠26週0日破水、陣痛発来を、緊急帝王切開を施行し、549gの女児、782gの男児、約1250gの壊死組織を伴った胎状奇胎を娩出した。血中hCGは分娩前に最高335万mIU/mlであり、分娩後約6ヵ月で陰性化した。胎状奇胎は46, XX、遺伝子解析の結果は雄核発生の全胎状奇胎であり、統発性絨毛性疾患の発生なく、慎重に経過観察中である。女児に声門下狭窄の為気管切開が施されているが、生後8ヵ月の時点で両児とも神経学的発達に異常を認めていない。【結語】胎状奇胎合併品胎妊娠でも厳重に管理することで2生児が得られる可能性がある。また、産後には全胎状奇胎の場合、統発性絨毛性疾患の発生に注意する必要がある。

P-840 選択的胎盤血管吻合レーザー焼灼術を施行した妊娠24週双胎間輸血症候群 Stage III の一例

静岡・聖隷浜松病院周産期科

村越 毅、生野寿史、松本美奈子、東條義弥、成瀬寛夫、鳥居裕一

【緒言】双胎間輸血症候群(TTTS)の治療法は本邦では羊水除去が主に行われている。我々は妊娠24週のTTTSに対し選択的胎盤吻合血管レーザー焼灼術(selective laser photocoagulation of communicating vessel: SLPCV)を行ったので報告する。【症例】31才初産、1絨毛膜2羊膜双胎。19週より羊水差を認めTTTSの診断にて23週6日紹介となる。羊水深度は124mm/18mmとstuck twinであった。供血児の臍帯動脈拡張期途絶および受血児の臍帯静脈波動を認め、TTTS stage IIIと診断した。羊水除去およびSLPCVにつき説明を行い同意のもとに24週0日SLPCVを施行した。本治療は当院の倫理委員会の承認を得ている。全身麻酔下に経皮的に3.5mmのトロッカーを挿入後、胎盤を観察し7本の吻合血管(動脈-動脈吻合1本、動脈-静脈吻合6本)をNd:YAGレーザー(15-25W)にて焼灼した。同時に2.5lの羊水除去を施行した。術中に出血や破水等の合併症は認めなかった。SLPCV後に受血児の動脈血は酸素化された明赤色になったが、供血児は焼灼前よりも暗青色となり酸素化が不良となった。術後4時間で供血児は胎児死亡となった。術前に45%であった受血児の心胸郭面積比は34%と改善し胎児心機能も正常化した。術後3週間で前期破水となり27週6日に帝王切開にて男児948g、Apgar7/7、335g(死産)で分娩となった。胎盤の観察により吻合血管は全て遮断されており両児間の循環は完全に分離できていた。胎盤占有面積は受血児9:供血児1の割合であり、治療直後の胎児死亡はこのためと思われた。受血児は、心不全治療の必要なく良好な経過であり神経学的異常も認めていない。【結語】重症TTTSに対してはSLPCVも考慮される治療法の一つであると考えられた。