

P2-361 先天性横隔膜ヘルニアの予後予測に関する検討—ECMO 適応も含めて—

金沢医大

渡邊之夫, 篠倉千早, 藤田智子, 井浦俊彦, 牧野田知

【目的】先天性横隔膜ヘルニア (CDH) は予後の悪い疾患であり, 出生前にさまざまな予後予測法が試みられている. CDH の予後予測法として ECMO の導入率も含め比較検討した. 【方法】1998 年 1 月からの 2006 年 8 月までに他院で CDH を指摘され, 当院で精査し分娩に至った CDH14 症例を患者の同意を得て対象とした. 超音波による L/T 比, 胸腔内への肝脱出の有無, MRI での肺/肝信号比, 性別, 発見週数の各因子について ECMO 導入例 4 症例 (生存 2 例) も含めて比較検討した. 【成績】生存 10 症例, 死亡 4 症例であった. 各因子別の生存数 (ECMO の導入数と生存数: 導入率%) P 値は次の通りであった. 1) L/T 比: 0.2 未満 4/6 (2/3:50) 症例, L/T 比 0.2 以上 3/4 (0/1:25) 症例, $P=0.78$, 2) 肝脱出例 4/6 (0/2:33) 症例, 肝非脱出例 6/7 (2/2:33) 症例, $P=0.42$, 3) 肺/肝信号比 2.0 以上 9/10 (1/1:10) 症例, 2.0 未満 1/4 (1/3:75) 症例, $P<0.02$, 4) 男 4/7 (1/2:33) 症例, 女 6/7 (1/2:29) 症例 $P=0.24$, 5) 発見週数 24 週未満 2/2 (0/0:0), 24 週以降 8/12 (2/4:36) $P=0.33$. 生命予後の有意差を認めたのは, 肺/肝信号比のみであった. ただし, 症例数が少ないものの ECMO の導入率は肺/肝信号比 2.0 未満と L/T 比が 0.2 未満の症例が高く, ECMO 施行症例に関しては肝脱出例で生存率が最も低かった. 【結論】CDH の予後の予測に関して, MRI の肺/肝信号比を用いた予後判定が最も有用であることが明らかにされた. また, 娩出後の ECMO 導入の選択などには L/T 比が, ECMO 施行時の予後予測に肝脱出の有無も有用であると思われた.

P2-362 胎児胸水に対する胎児治療の検討

国立成育医療センター胎児診療科

湯元康夫, 左合治彦, 井原規公, 渡場孝弥, 林 聡, 北川道弘, 名取道也

【目的】胎児胸水は大量に貯留すると循環不全から胎児水腫をきたし予後が不良である. 治療は胸水除去を目的として胸腔羊水腔シャント術が行われる. 当院で胎児治療を行った胎児胸水例について検討した. 【方法】2002 年から 2006 年に当院で胎児胸水と診断して胸水吸引術を施行した 20 例を対象として後方視的に検討した. 原発性胸水または続発性では肺分画症が疑われる症例に対してまず胸水吸引術を行い, 胸水が再貯留する症例に対して胸腔羊水腔シャント術を施行した. 治療に際しては夫婦の同意を得て行った. 【成績】胸水吸引術 20 例中 10 例に胸腔羊水腔シャント術を施行した. 胸水の原因は乳び胸 (4 例), 肺分画症 (3 例), ダウン症 (2 例), 特発性 (1 例) であった. 10 例全例胎児水腫を伴い, 9 例でシャント後胎児水腫が軽減し治療効果があった. ダウン症の 1 例は経過不明となったが, 8 例で生児を得た. 1 例はシャント効果が無効で早期新生児死亡となった. シャント後妊娠継続期間は 29.4 日, 平均分娩週数は 35 週であった. 胸水吸引術のみは 10 例で, 3 例は吸引術のみで胸水が消失した. 5 例は胸水の再貯留を認めたが, CTG 異常, リング染色体, 合併奇形, 血性胸水, 羊膜剝離 (各 1 例) により穿刺術のみとなった. また 2 例はダウン症と判明し経過不明となった. 【結論】胸水吸引術のみでの治療例もあり, 胸水吸引術後シャント術を施行したのは約半数であった. 原発性胸水や肺分画症による続発性胸水に対して, 胸腔羊水腔シャント術は胎児水腫の改善や妊娠期間の延長に有効であった. しかしシャント術が無効な例も存在し, またダウン症など染色体異常の合併も少なくなく, 慎重な取り扱いが必要である.

P2-363 特発性非免疫性胎児水腫の短期および長期予後

九州大

北條哲史, 月森清巳, 中野仁雄, 和氣徳夫

【目的】特発性非免疫性胎児水腫 (NIHF) 症例において胎児治療の有無と短期生命予後および生存例における神経学的発達を含めた長期予後との関連について検討した. 【方法】1984 年 4 月~2005 年 4 月の期間に当院で管理した特発性 NIHF 33 例を対象とした. 特発性 NIHF は形態異常および染色体異常を伴わない NIHF とし, 胸水貯留は 26 例 (P 群), 胸水を伴わない例は 7 例 (NP 群) であった. 胎児治療としては胸水症に対しては胸水除去 (TC) を, 低蛋白血症に対しては腹腔内アルブミン投与法 (AI) を用いた. 各群における胎児治療の有無と, 周産期死亡および長期予後について比較検討した. 長期予後は遠城寺式発達検査, 知能検査 (WIPPSI, WISC-R) を用いて身体的・神経学的発達を評価した. 本研究を行う際, 全例に説明と同意を得た. 【成績】P 群では 10 例が無治療, 9 例に TC, 7 例に TC+AI を施行し, 周産期死亡は各々 8 例 (80%), 5 例 (55.6%), 7 例 (100%) であった. NP 群では 5 例が無治療, 2 例に AI を施行し, 周産期死亡は各々 1 例 (20%), 2 例 (100%) であった. 生存例 10 例 (P 群 6 例, NP 群 4 例) は全て 1 年以上生存し, 発達遅滞 (発達指数<70) を認めた症例は P 群の 2 例であった. 【結論】特発性 NIHF では, 1) 胸水, 低蛋白血症を伴わない例では胎児治療を行わなくても短期生命予後は比較的良好で, 生存例は全て正常発達であること, 2) 低蛋白血症を伴う例では胸水の有無, 胎児治療の有無に関わらず全例周産期死亡に至ったこと, 3) 低蛋白血症はないが胸水を伴う例の短期生命予後は不良であるが, 胸水除去により周産期死亡は減少し, 生存児の長期予後は必ずしも不良ではないことが分かった. 特発性 NIHF では胸水に対する治療のみならず, 低蛋白血症に対する適切な治療が重要であると考えられた.