

K3-32 羊水量較差を認めるMD双胎 (Amniotic fluid discordance) の臨床経過とレーザー治療の適応拡大

国立成育医療センター周産期診療部

林 聡, 左合治彦, 高橋宏典, 三浦裕美子, 北川道弘, 名取道也

【目的】双胎間輸血症候群 (TTTS) はレーザー治療 (FLP) により予後が著しく改善された。しかし TTTS の診断基準を満たさず羊水量較差を認める amniotic fluid discordance (AFD) 例の予後は不良なことが多く、今後の課題である。AFD 例の臨床経過を検討し、FLP の適応拡大について考察した。【方法】2002年3月から2007年8月末に、妊娠26週未満の一絨毛膜二羊膜双胎で初診時の超音波検査で TTTS の診断基準を満たさない AFD43 例を対象とした。羊水過多 (最大羊水深度: MVP:8cm 以上) を認めるが羊水過少 (MVP:2cm 以下) を認めない Normal-Poly (NP) 群, 羊水過少を認めるが羊水過多を認めない Oligo-Normal (ON) 群にわけ、それぞれの臨床経過について検討を行なった。【成績】AFD 症例43例の初診時妊娠週数 (中央値) は20.2週で、内訳は NP 群22例, OP 群14例であった。TTTS に進行した例は NP 群16例 (73%), ON 群10例 (71%) で、26週未満に進行した NP 群5例, ON 群5例は FLP を施行した。26週以降の進行例は FLP 適応外で、NP 群11例の経過は2児死亡3例, 1児死亡1例, 神経学的異常所見3例に認めた。また ON 群5例は1児死亡例2例, 神経学的異常所見は2例に認めた。TTTS 非進行例の NP 群6例, ON 群4例ともに死亡例, 神経学的異常所見例は認めなかった。【結論】AFD 例は TTTS に進行する率が高く、FLP 適応の時期を過ぎて進行し予後不良となる例が多かった。AFD 例を FLP の適応とする妥当性があり、臨床試験によって慎重に評価する必要がある。

K3-33 稽留流産の保存的治療法

関東中央病院

中村久基, 平池 修, 湯 暁暉, 武知公博

【目的】現在、稽留流産の標準的治療は子宮内容除去術であるが、近年、手術をしないで自然排出を待つ報告が散見される。そこで、稽留流産に対し、自然排出を期待して子宮内容除去術を行わない、いわゆる待機的治療の安全性と有効性を後方視的に検討した。【方法】当院では稽留流産症例に対し、インフォームドコンセントをとった上で1~2週間毎の外來経過観察としている。今回、我々は2005年1月~2006年12月に待機的治療を行った稽留流産95症例について、輸血・子宮内感染等の有害事象の有無、子宮内容除去術施行の有無について検討した。また、胎嚢の大きさと、診断確定から自然排出までの期間の統計的検討を行った。【成績】上記期間に114例が稽留流産と診断され、10例が子宮内容除去術施行、95例が経過観察となった。経過観察群において、4例が患者の希望により経過観察を中止して、子宮内容除去術を行った。輸血・子宮内感染等の重篤な合併症はなかった。また、自然排出に至った91例の診断確定から排出までの期間は中央値9日間、平均値13.7日間、最大値67日間であった。自然排出までの期間と経過観察中の胎嚢最大値について相関係数を検討し正の相関関係が認められた。 $(r=0.285 \quad p=0.04)$ 【結論】今回、大部分の症例が経過観察のみで重篤な合併症も無く自然排出に至った為、初期流産の診断後、インフォームドコンセントを得て待機的治療とすることは有効な治療であると考えられた。

K3-34 当科における Cesarean Hysterectomy 12 例の解析~リスク因子の解析と輸血・子宮全摘のタイミング~

聖隷浜松病院

成瀬寛夫, 松下 充, 神農 隆, 西岡嘉宏, 石井桂介, 安達 博, 尾崎智哉, 渋谷伸一, 村越 毅, 中山 理, 鳥居裕一

【目的】産科出血は妊産婦死亡の主原因であり、従来にも増して適切な管理が求められるようになってきている。前置胎盤、癒着胎盤をはじめとする分娩後の止血困難症例に対して、帝王切開に引き続き、子宮全摘が施行される手技 (Cesarean Hysterectomy: CH) がある。当科で扱った CH 例を対象として、リスク因子、輸血・子宮全摘のタイミングなどを検討したので報告する。【方法】2000年1月から2007年6月までの間に当科で扱った、妊娠22週以降で分娩となった CH 例について、後方視的に症例の背景、輸血・子宮全摘のタイミングなどの項目を検討した。【成績】(1) CH 例は12例であり、12例/11102分娩、12例/3260帝王切開であった。(2) 最終的診断は癒着胎盤:9例 (内7例は前置胎盤を合併)、高度腺筋症:2例、前置胎盤+弛緩出血:1例であった。(3) 妊娠分娩歴は既往帝王切開:7例、流産:4例、存続絨毛症:1例、正常分娩:1例、妊娠歴なし:1例であった (重複あり)。(4) 緊急手術:7例・予定手術:5例、輸血:11例であり、11例は一期的に CH が施行され、1例に対し、途中に子宮動脈塞栓術を施行した (前置胎盤+弛緩出血例)。(5) 母体死亡例が1例存在した。母体死亡は前置癒着胎盤+敗血症の症例であった。(6) 一期的に CH された母体生存10例において、総出血量:平均4299g (2170~7500g)、輸血開始時の出血量:平均2106g (1750~2450g)、子宮全摘決定時の出血量:平均2514g (1750~3600g) であった。【結論】輸血・子宮全摘の開始のタイミングは、出血量がそれぞれ2100gと2500gを越えて止血傾向が確認できない状況であった。子宮操作に加え、高度の子宮腺筋症も分娩時止血困難のリスク因子となる。