Japan Society of Obstetrics and Gynecology

P1-114 子宮体下部の胎盤は3rd trimesterでmigrationは起こるか？

福岡大総合周産期母子医療センター[1]，福岡大[2]
吉里俊幸[1]，小濱大嗣[2]，野尻剛志[2]，大竹良子[2]，瓦林達比古[2]

【目的】低置胎盤は「内子宮口」から胎盤の辺縁までの距離をもって定義するが，超音波断層法において内子宮口を解剖学的に同定することは困難である．低置胎盤の新たな定義を行うための予備的臨床研究として，低置胎盤症例において3rd trimesterではplacental migrationは起こるのかを検討した．【方法】胎盤が子宮後壁付着で，妊娠28-30週時に経腟超音波断層法による計測で，胎盤下縁から頸管内側端までの距離≦2cmの10症例を対象とした．妊娠28-30，31-33，34-36週に各1回，妊婦に排尿後，婦人科仰臥位で経腟超音波断層装置（Aloka社製，SSD-3500，経腟プローブ中心周波数：7.5MHz）を用い，頸管外側端（OC），内側端（IC），胎盤辺縁静脈洞（MS）を同定した．各三点間，OC-IC，IC-MS，OS-MSの距離を計測した．計測は3回行い，その平均を代表値とした．3つの計測値の経時的変化を解析した．統計学的解析にはFriedman検定，Wilcoxon T検定を用い，統計学的有意水準は$P<0.05$とした．【成績】妊娠28-30，31-33，34-36週のOC-MSは54.5±3.2（Mean±SEM）mm，50.1±2.2 mm，52.9±2.1 mmで，各妊娠期間の間で有意差を認めなかった．OC-ICは39.3±3.7 mm，34.8±3.2 mm，33.3±3.6 mm，IC-MSは15.3±1.1 mm，15.4±1.8 mm，19.7±2.3 mmで，各妊娠期間の間で有意差を認めた（$P<0.05$）．28-30～34-36週で，OC-ICは短縮，IC-MSは延長した（$P<0.05$）．【結論】子宮体下部後壁において，胎盤は3rd trimesterではmigrationは認められず，この間における胎盤の子宮体部への移動は，頸管長短縮によってみかけ上起こったものと考えられた．後壁付着の低置胎盤症例は妊娠30週時には診断が確定できることが示された．

P1-115 癒着胎盤を疑う所見とは

山形大
堤　誠司，吉田隆之，山谷日鶴，佐藤　恵，須藤　毅，倉智博久

【目的】癒着胎盤の術前診断は多くの場合困難である．我々は，癒着胎盤を疑う症例に対して統一した診断アプローチを行い，その診断精度について検討した．【方法】平成19年7月より20年7月の間に経験した，癒着胎盤のリスクが高いと考えられる前置胎盤3例，前置胎盤ではないが胎盤が前回帝切創を覆う3例を対象とした．全6例に超音波検査とMRIを施行した．6例中4例で胎盤から子宮筋層に侵入する血流像や，placental lacunaeの超音波像を呈し，子宮筋層に並走する脱落膜の連続性の途絶や，胎盤が子宮筋層に侵入しているMRI所見，或いは子宮筋層の連続性喪失や，flow voidなどのMRI所見を認めた．前置胎盤や帝切既往などのリスク因子に加えて，これらの画像所見を認めたので，この4例は「癒着胎盤の疑いが強い」と診断した．これらの症例は自己血貯血と内腸骨動脈バルーンカテーテル留置を行い，児の娩出後，バルーンカテーテルを膨らませて血流を遮断し，胎盤剥離を行わず子宮を摘出した．術後，肉眼的に胎盤剥離の有無を確認するとともに，病理検査を行い，癒着胎盤の確定診断とした．【成績】画像上強く癒着が疑われ，子宮全摘を施行した4例全例で，術後，胎盤は子宮壁から剥離できないことが確認された．そのうち前置胎盤の3例で病理学的にも癒着胎盤が確認された．前回帝切創瘢痕部癒着胎盤を疑った3例のうち，MRIで所見を認めなかった2例は帝王切開時に胎盤が容易に剥離できた．【結論】前置胎盤や帝王切開既往症例は癒着胎盤のハイリスク群であり，超音波検査及びMRIで得られる所見は癒着胎盤の診断に有用であった．今後症例を蓄積して総合的な診断基準の確立が望まれる．

P1-116 前置癒着胎盤の多量出血のため人工妊娠中絶を行い，動脈塞栓術などの治療を行ったが子宮温存が不可能であった1例

熊本市立熊本市民病院
堀之内崇士，石松順嗣，平居裕子，市原憲雄，上妻友隆，大島雅恵，園田豪之介，綱脇　現

症例は28歳，2経妊2経産で前2回の分娩は帝王切開分娩であった．自然妊娠で，帝王切開瘢痕部妊娠疑いのため妊娠初期に当院へ紹介となった．妊娠8週頃より不正性器出血があり，妊娠13週1日に多量出血のため入院管理となった．絨毛膜下血腫の出血と考えたが，妊娠15週3日に胎盤は前置胎盤で前回の帝王切開瘢痕部に付着していると診断した．入院後は少量の出血が持続し，妊娠16週0日に意識消失を伴う多量の性器出血があり人工妊娠中絶を行うこととした．妊娠16週2日のMRIで嵌入胎盤が示唆された．子宮温存の希望が極めて強く，妊娠17週2日に両側内腸骨動脈塞栓術を行い，妊娠17週3日に開腹で子宮体部縦切開による流産手術を行った．胎盤は，後壁付着部の一部のみは剥離が出来たが，前壁付着部分は全く剥離不能なため，子宮内にガーゼを挿入し断端を腟内に留置した．術後3日目にガーゼを除去し，術後10日目よりメソトキセレート20 mg/bodyを5日間投与した．術後15日目から多量の性器出血が出現し，子宮温存は不可能と判断した．術後19日目に再度，両側内腸骨動脈塞栓術を行った．同日，経腟的に子宮内容除去術を行ったが，胎盤の剥離は不可能であり，子宮腟上部切断術を行った．病理組織検査で胎盤は，子宮漿膜面まで侵入しており穿通胎盤と診断した．全経過中の総輸血量はMAP 30単位，FFP 10単位であった．癒着胎盤に対して動脈塞栓術は，出血量を軽減し，子宮温存に対して有効である報告がみられるが，本症例のように無効のため子宮の摘出を避けられない症例もあり，子宮摘出の判断の困難さを痛感した．

NII-Electronic Library Service