

2010年2月

一般演題

367(S-233)

P1-55 妊娠28週未満の無症候性頸管長短縮症例における妊娠32週未満早産リスク因子に関する検討

富山大

米田 哲, 米田徳子, 青木藍子, 鮫島 梓, 立松美樹子, 塩崎有宏, 斎藤 滋

【目的】妊娠24週頃の無症候性頸管長短縮症例は早産ハイリスク例として取り扱われるが、これらの症例における予後不良因子を明らかにすることを目的とした。【方法】2000～2008年に当院で入院管理した妊娠28週未満に25mm以下の頸管長短縮(胎胞形成例を含む)を認めた単胎156例のうち、規則的な子宮収縮がなく、かつ羊水検査の同意を得た64例を対象とし、妊娠32週未満の早産リスク要因を後方視的に解析した。尚、頸管炎(頸管粘液中IL-8値>360ng/ml:当院基準)を認めた場合には、同意を得た上でウリナスタチン1万単位または5万単位を腔内投与し、後に子宮収縮を認めた場合には、塩酸リトドリンまたは硫酸マグネシウムによる点滴投与を行った。【成績】1. 妊娠32週未満の早産群(n=17)において、入院時週数(22, 19～27)週、入院時頸管長(3, 0～19)mm、頸管中IL-8(483, 27～2622)ng/ml、羊水中IL-8(10.5, 0.2～494)ng/mlの値は、妊娠32週以降の分娩群(n=47)の値(24, 16～27)(15, 0～25)(179, 2～2786)(2.2, 0.1～46)に比し、各々有意な差(p<0.05)を認めたが、fFN値(100, 4～1000 vs 23, 0～1000)ng/mlには有意な差は認められなかった(P=0.0788)。2. ROCにて各因子のカットオフ値を求め、多変量解析を行った結果、入院時週数23週以下(odd比11.6, 95%CI 1.8～74.3)、子宮頸管長5mm以下(8.1, 1.3～51.1)、頸管中IL-8値803.5ng/ml以上(11.7, 1.2～111.0)に有意な差(p<0.05)を認めた。【結論】無症候性の妊娠28週未満の頸管長短縮症例における早産リスク因子は、妊娠23週以下の頸管長短縮、子宮頸管長が5mm以下および高度の頸管炎の存在が重要な因子であることが初めて判明した。

23
日
(金)
一般
演題

P1-56 治療的頸管縫縮術の有用性に関する検討

静岡県立こども病院¹, 掛川市立総合病院², JA静岡厚生連遠州病院³, 植原総合病院⁴
西口富三¹, 河村隆一¹, 深谷普子¹, 山崎香織¹, 長橋ことみ², 菊川忠之³, 安立匡志⁴

【目的】治療的頸管縫縮術については、その実施時期や術式のほか、手術にともなう合併症の問題から、その有用性については必ずしも十分なるコンセンサスが得られているとはいえない。今回、治療的頸管縫縮術の有用性についてRetrospectiveに検討した。【方法】平成19年6月から平成21年4月までの期間において、妊娠28週未満、頸管長1.5cm未満の切迫早産症例21例を対象に、子宮収縮が中等度以下(塩酸リトドリン150 μ g以下で抑制可能)の症例には縫縮術を、それ以外は保存的治療(子宮収縮抑制剤およびウリナスタチン腔座剤の併用療法)で対処した。Endopointは単胎妊娠36週、双胎妊娠34週として評価した。尚、頸管長は入院後数日間経過をみたうえで評価した。【成績】1)縫縮術は13例(Shirodkar法4例、McDonald法9例)に施行、手術時妊娠週数は平均23.5週(21～27週)であった。2)胎胞膨隆例は9例で、縫縮術は5例(Shirodkar手術4例、McI1例)に施行。その転帰は、McI例でPROMのため27週での早産に至った症例を除き、残りの症例は36週以降の分娩となっている。2)胎胞膨隆以外の縫縮術症例は8例で、全例36週以降の分娩となっている。3)子宮収縮の抑制が困難であったケースは8例で、1例のみ36週以降の分娩となった。【結論】頸管長が15mmを下回り、かつ、子宮収縮抑制が可能な場合、治療的頸管縫縮術の有用性が高いことが示された。

P1-57 新たな超音波技術による子宮頸管硬度の評価への基礎的検討：経腔プローブによる相対的評価と経会陰プローブによる数値化

奈良県立医大

成瀬勝彦, 重富洋志, 大野木輝, 佐道俊幸, 吉田昭三, 吉澤順子, 小林 浩

【目的】生体の組織硬度を描出する超音波技術が開発されており、産婦人科での臨床応用が期待される。妊娠の子宮頸管の部位別硬度を独立した2つの方法により測定し臨床背景との関連を検討した。【方法】妊娠12週～40週の妊娠45名から同意を得て、健診時に経腔プローブにより組織の相対的硬度を描出するReal Time Tissue Elastography(Elasto)法にて子宮頸管の相対的組織硬度をカラー記録して、内・外子宮口、頸管腺周囲、組織中央の各領域に分け5段階のスコアリングを行い、妊娠時期別の硬度パターンを盲検法で評価した。次に18週～40週の妊娠38名について、経会陰プローブにより硬度の絶対値(剪断波速度)を測定するAcoustic Radiation Force Impulse(ARFI)法を用いた計測を行い、頸管前唇中央における絶対硬度(mean \pm SEM)を測定した。【成績】Elastoにて、頸管腺周囲はどの週数でもそれ以外の部位に比べて軟であった(p<0.01)。内・外子宮口の相対的比較では16週以前は内子宮口が硬く(p<0.05)、32週以降で外子宮口が軟らかかった(p=0.058)。また、16～36週で内子宮口の方が軟らかい例と内・外同等の例(5/14)では内子宮口の方が硬い例(3/22)に比し切迫早産の発症が高率の傾向にあった。ARFIによる剪断波速度平均値は1.26 \pm 0.06m/sであり、妊娠中期(1.26 \pm 0.10)と後期(1.27 \pm 0.07)の間で差を認めなかった。しかし、未産婦(1.18 \pm 0.06)に比し経産婦(1.38 \pm 0.12)で硬度が高い傾向を示した(p=0.052)。【結論】内・外子宮口の硬度差の描出は切迫早産の予測につながる可能性がある。また子宮頸管硬度の絶対値が初めて示され、今後の臨床応用に向けて背景や予後を更に検討する必要がある。