

P3-37-6 胎児発育不全症例 (fetal growth restriction: FGR) における Cerebroplacental ratio (CPR) カットオフ値 1.1 と胎児予後の検討山口大¹, 浜田医療センター²西本裕喜¹, 前川 亮¹, 村田 晋², 折田剛志¹, 田村 功¹, 李 理華¹, 山縣芳明¹, 田村博史¹, 杉野法広¹

【目的】胎児発育不全 (fetal growth restriction: FGR) 児は胎児機能不全を合併しやすく, 入院管理が必要とされる場合も多い。今回, FGR 症例に対して, 当科で設定した cerebroplacental ratio (中大脳動脈/臍帯動脈血流 RI 比: CPR) のカットオフ値 1.1 が胎児機能不全及び発育停止の予測に有用であるかを検証した。【方法】当科で妊娠 24 週から入院管理を行った単胎の FGR 症例 (10% tile 未満) 29 例を対象とし, CPR の測定を分娩に至るまで 1 週毎に行った。 (1) 妊娠 37 週以降に分娩に至った 22 症例において, 分娩前 1 週間以内の CPR 良好群 (≥ 1.1), 不良群 (< 1.1) における胎児機能不全発症の有無を検討した。 (2) CPR 良好群, 不良群において, 妊娠 37 週未満の胎児機能不全及び発育停止の有無を検討した。【成績】 (1) 22 症例のうち 18 例が CPR 良好群 ($\text{mean} \pm \text{SD}; 1.36 \pm 0.18$), 4 例が不良群 (0.90 ± 0.10) であった。良好群 18 例のうち 1 例 (5.6%) が胎児機能不全に至り, 不良群の 4 例は全例 (100%) で胎児機能不全に至った。CPR 良好群と不良群間で胎児機能不全の発症に有意差 ($p < 0.01$) を認めた。 (2) CPR 良好群 21 例 (1.34 ± 0.18) のうち, 2 例 (9.5%) が 37 週未満に胎児機能不全に至り, 1 例 (4.8%) が発育停止に至った。CPR 不良群 8 例 (1.00 ± 0.25) のうち, 4 例 (50%) が 37 週未満に胎児機能不全に至り, このうち 2 例 (25%) が発育停止を呈した。CPR 良好群と不良群間で胎児機能不全の発症に有意差 ($p < 0.05$) を認めた。【結論】CPR 1.1 未満を用いることで, 正期産及び早産において胎児機能不全の予測に有用であると考えられ, 外来管理の可否の指標となることが示された。

P3-37-7 早発型 PIH を伴う FGR における胎児推定体重についての検討

広島市立広島市民病院

関野 和, 斎藤雅子, 浅野令子, 香川幸子, 小松玲奈, 中務日出輝, 舩本明生, 依光正枝, 小坂由紀子, 石田 理, 野間 純, 吉田信隆

【目的】early onset の妊娠高血圧症候群 (PIH) は重症化しやすく早期に娩出となることが多いが, その際に推定体重は重要な情報となる。PIH では asymmetrical IUGR であることが多く推定体重と出生体重で誤差が大きくなると推測される。今回 FGR, 特にその中でも PIH を伴う FGR (fetal growth restriction) で胎児推定体重と出生体重に差あるのかを検討したので報告する。【方法】2006 年 10 月から 2011 年 6 月までの期間に当院で娩出した, 在胎週数 22 週~32 週で, 出生体重が -1.5SD 以下の単胎の FGR 87 症例を対象とし, 経腹超音波による胎児推定体重と出生体重とを比較検討した。有意差の検定は Wilcoxon 検定を用いた。【成績】在胎週数は 29.7 ± 2.0 ($\text{mean} \pm \text{SD}$) で, 出生体重は $915 \pm 253\text{g}$ ($-2.7\text{SD} \pm 0.73$) であった。87 例中 52 例 (60%) に PIH をみとめ, PIH を伴う群では 45/52 (86%) で有意に推定体重が大きく計測されていたが ($P < 0.001$), 一方 PIH を伴わない群 35 例 (40%) では 16/35 (46%) が大きく計測していたが有意差を認めなかった。PIH を伴う群で推定体重と出生体重の差が計算式の誤差範囲内 (10% 以内) であったのは 25 例 (48%) で, 10% 以上大きく計測していた症例は 27 例 (52%) と半数以上を占めていた。とくに -2.0SD 以下の severe FGR の群でその傾向は強かった。一方, 10% 以上小さく計測していた症例は 1 例も認めなかった。【結論】PIH を伴う FGR では従来の計算式では実際の体重よりも推定体重を大きく推測してしまう傾向があった。このような症例では推定体重より実際の児の体重が 10% 以上小さく出生する可能性があることを考慮して管理する必要がある。

P3-37-8 妊娠中期に FGR と診断された児の周産期予後についての検討

聖隷浜松病院総合周産期母子医療センター

武藤はる香, 松下 充, 神農 隆, 村越 毅, 成瀬寛夫, 鳥居裕一

【目的】妊娠中期に子宮内胎児発育不全 (FGR) と診断した児の, 周産期予後との関連について検討すること【方法】2009 年 4 月~2010 年 4 月末までに, 当科にて妊娠中期に超音波検査技士によるスクリーニングエコーを施行し, 当科にて分娩管理を行った単胎妊婦 741 例を対象として前方視的研究を行った。胎児推定体重が -1.5SD 未満のものを FGR, それ以外のものを non-FGR とし, 出生体重が 10% tile 未満のものを Light for date (LFD) とした。基準値としては胎児体重基準値 (JSUM, 2003) および出生時体重基準値 (Ogawa, 1998) を用いた。構造異常, 染色体異常を伴う症例, 多胎, 他院にて分娩となった症例は除外した。周産期予後として, LFD 児出生, 母体 PIH 発症, 早産, NICU 入院, 子宮内胎児死亡について検討した。統計学的検定として Fisher の直接法もしくは χ^2 検定を用いて評価した。【成績】妊娠中期技師エコーは妊娠 26.3 週 (23.7-31.3 週) で行われていた。分娩週数の中央値は 39 週 (28-42 週) で, FGR は 31 例, non-FGR は 710 例であった。non-FGR 群に 1 例子宮内胎児死亡がみられた。FGR 群では, non-FGR 群に比較して LFD 児出生 ($p < 0.001$, 感度 18.8, 特異度 97.7, PPV 51.6, NPPV 90.2), NICU 入院 ($p = 0.001$, 感度 14.3, 特異度 96.6, PPV 25.8, NPPV 93.2) を多く認めた。一方, 母体 PIH 発症, 早産, 子宮内胎児死亡については両群に差を認めなかった。【結論】妊娠中期胎児体重計測は LFD 児出生を予想しうる可能性がある。ただし FGR 群の半数以上が満期の AGA 児として出生しており, さらなるリスク因子の抽出が必要と考えられる。