

P3-38-3 前置癒着胎盤症例の Cesarean hysterectomy に対する大量出血軽減の新たな試みと問題点について

大阪医大

広田千賀, 藤田太輔, 松波小百合, 尾崎千景, 田吹邦雄, 神吉一良, 加藤壮介, 荘園ヘキ子, 金村昌徳, 寺井義人, 亀谷英輝, 大道正英

前置癒着胎盤は、大量出血量を減らすため、動脈バルーンカテーテル留置や、胎盤を剝離せず子宮を摘出する Cesarean hysterectomy (CH) が有用との報告があるが、現時点ではまだ標準化されるには至っていない。今回我々は、CH を施行した前置癒着胎盤4症例を経験したので、これらをふまえ当院における大量出血軽減の新たな試みと問題点について紹介し、文献的考察を加えて報告する。症例は、(1) 妊娠35週、侵入胎盤、(2) 妊娠36週、癒着胎盤、(3) 妊娠36週、双胎妊娠、子宮傍結合織に連なる穿通胎盤、(4) 妊娠33週、子宮傍結合織に連なる侵入胎盤。いずれも、術前に両側総腸骨バルーンカテーテル(CIAB)を留置後、胎盤を剝離せずCHを施行した。(1)(2)(3)は単純子宮全摘術を行った。それぞれの出血量は2630ml~4550mlであった。(3)は、右側子宮傍結合織を処理中に穿通胎盤であったため、胎盤の一部が露出し、その部位からの出血を認めたためCIABにて総腸骨動脈を一時閉鎖した。(4)は子宮傍結合織に連なる穿通胎盤である可能性があると考え、子宮傍結合織からの大量出血を減らす目的で、CIABにて総腸骨動脈を一時閉鎖し、同部位の処理の際に、尿管を後腹膜より剝離し、子宮動脈の尿管交叉部を同定してから、子宮動脈を結紮処理し、準広汎子宮全摘に準じた術式を施行した。出血量は1300mlであった。文献でも子宮傍結合織に胎盤が侵入している穿通胎盤では、通常の単純子宮全摘では子宮傍結合織からの大量出血を招く可能性があることが報告されている。前置癒着胎盤に対するCHは準広汎子宮全摘に準じた子宮傍結合織の処理が出血を軽減できる。

15
日
田
一
般
演
題**P3-38-4 Cesarean Hysterectomy を施行した頸管胎盤・癒着胎盤の一症例**

市立秋田総合病院

佐藤 亘, 津田夏紀, 池上悦子, 軽部裕子, 福田 淳, 高橋 道

【目的】前置胎盤の特殊型である頸管胎盤は極めて稀な疾患であり、本邦での報告は数例に過ぎない。今回われわれはCaesarean Hysterectomy を施行した頸管胎盤・癒着胎盤の一例を経験したので報告する。【症例】37歳、7妊3産(3回帝王切開、4回人工妊娠中絶)。妊娠初期より医療機関未受診。妊娠28週に近医受診、全前置胎盤の診断。妊娠33週、周産期管理目的に当科紹介され初診。経膈超音波、MRIでの精査の結果、頸管胎盤・癒着胎盤の疑いと診断。入院管理の上、Caesarean Hysterectomy の方針となった。妊娠35週5日、Caesarean Hysterectomy 施行。全身麻酔下に尿管ステント挿入後、子宮底部縦切開にて児を娩出。胎盤を剝離すること無く単純子宮全摘出術を施行した。児は2456gの女児であり、Ap 8/9と特に異常を認めなかった。術中出血量は2317mlであり、MAP8単位、FFP10単位の輸血を要した。胎盤は子宮前壁から子宮頸部前壁にかけて一部漿膜まで達しており頸管胎盤・穿通胎盤の所見であった。術後経過は良好であり、術後10日目に退院となった。【結論】稀有な疾患である頸管胎盤・癒着胎盤の一例を経験したので報告した。本症と前置胎盤とは、その臨床症状は同様であるが、胎盤付着部が子宮峡部を越えて頸管に及ぶ点が異なり、そのため、脱落膜形成が脆弱であり、絨毛が頸部筋層に深く侵入することで癒着胎盤の状態になる点が異なる。前置胎盤の診断、治療にあたっては、本症の可能性もあり得ること、本症の場合にはCaesarean Hysterectomy を必要とすることを考慮に入れておく事が大切であると考えられる。

P3-38-5 多科連携により管理したエプスタイン奇形合併前置癒着胎盤の1例東邦大医療センター大森病院産科婦人科¹, 東邦大医療センター大森病院新生児科²青木千津¹, 前村俊満¹, 上山 怜¹, 釘宮剛城¹, 大路斐子¹, 松江陽一¹, 宗 晶子¹, 間崎和夫¹, 片桐由起子¹, 田中政信¹, 森田峰人¹

近年、進歩した医療への期待から高年者や合併症などのリスクを有する女性も挙児を希望するため、ハイリスク妊娠は増加している。今回、複数の科との連携により管理し得たエプスタイン奇形合併前置癒着胎盤の症例を経験したので報告する。症例は41歳、5回経妊0回経産(流産3回中絶2回)そのうち3回は機能性不妊を適応としたIVF後妊娠。5回目の妊娠時はPotter症候群と診断され、21週で他院にて人工妊娠中絶となったが、経過中に大量出血を認め帝王切開術での児の娩出となった。その後エプスタイン奇形、WPW症候群を診断され、他院でカテーテルアブレーションを施行した後に妊娠を許可された。他院にて凍結融解胚移植後に妊娠し当院で妊婦健診していたが、超音波およびMRI所見で前置癒着胎盤の可能性が濃厚と診断した。産科、新生児科、麻酔科、循環器内科、循環器外科、泌尿器科による合同カンファレンスで、妊娠34週に手術を予定した。全身麻酔下に術前に尿管ステントおよび動脈閉塞バルーンカテーテルを留置し、cesarean hysterectomy を施行した。術中出血量は2,425mlで自己血および同種血輸血を施行した。術後は循環動態の変動を考えICUで管理した。児は2,579gでNICU管理となった。産褥期に心原性と思われる脳梗塞を発症したため母乳を中止し神経内科にて抗凝固療法中である。母体合併症のエプスタイン奇形と産科合併症の前置癒着胎盤の双方の問題があり、多科連携により母児を管理した。今回のようなリスク因子を複数有する症例が妊娠を希望された際には、妊娠や出産の母児に与えるリスクを十分説明する必要があると思われる。