

P1-47-9 妊娠31週で選択的帝王切開を行った脳腫瘍合併妊娠の一例佐世保市立総合病院¹, 長崎大²宮崎恭子¹, 築山尚史², 山崎健太郎², 増崎英明²

【緒言】脳腫瘍合併妊娠は約1/10,000例と頻度は低いが、全母体死亡の8%を占める重篤な疾患であり、妊娠管理・治療方針の決定には苦慮する場合が多い。今回、妊娠31週で診断され、妊娠31週6日で選択的帝王切開術を行った脳腫瘍合併妊娠の1例を経験したので、文献的考察を加え報告する。【症例】30歳、1経妊1経産。現病歴)妊娠初期から近医産婦人科で管理されていた。妊娠31週0日突然左半身の感覚障害が出現し、頭部MRIで脳腫瘍が疑われ、同日当院脳神経外科へ入院した。頭部MRIでは右の側頭葉を中心に造影効果の乏しい腫瘤を認め、脳室の圧迫と軽度のmidline shiftもみられた。経過)入院時は可及的に妊娠の延長を図る方針であったが、妊娠31週4日に2回痙攣発作があったため、早期に児を娩出して脳腫瘍に対する治療を開始する方針に変更した。妊娠31週6日に全身麻酔下での帝王切開術を施行し、術後11日目に開頭生検を施行された。病理組織結果はoligodendrogliomaであった。その後、化学療法を開始している。【考察】脳腫瘍合併妊娠の多くは妊娠初期から中期に初発するが、その症状は妊娠中によくみられる悪阻などの症状と似ているため、診断が遅れることが多い。また、分娩時期の決定は、神経学的所見の重症度、妊娠週数、脳腫瘍の組織型から判断される場合が多く、分娩方法は帝王切開術が推奨されている。本症例でも母体の神経学的所見から妊娠31週での分娩中断を決定し、選択的帝王切開術を行った。【結語】脳腫瘍合併妊娠は稀な疾患であるうえに、症例により妊娠管理や分娩時期、脳外科の治療も異なるため、産婦人科医と脳神経外科医、新生児科医が連携し、分娩の時期を適切に判断することが重要である。

P1-48-1 心肺停止20分後に来院し、蘇生処置および死戦期帝王切開により母体心拍再開を認めた1例

聖隷浜松病院総合周産期母子医療センター周産期科

新垣達也, 松下 充, 三島 隆, 神農 隆, 村越 毅, 成瀬寛夫, 中山 理

AHA(アメリカ心臓協会)は、妊娠20週相当以上の心肺停止状態の妊婦に対して、心肺蘇生に反応せず、急速な経膈分娩が困難である場合、死戦期帝王切開による心肺停止後4分以内の執刀と5分以内の分娩を推奨している。今回、死戦期帝王切開を施行した症例を経験したので報告する。36歳、2経産婦、既往歴なし、アレルギーなし。妊娠38週6日、前医で状態が急変し、当院への救急搬送が依頼された。救急車中で心肺停止となり、救急隊員による心肺蘇生が開始された。心肺停止20分後に当院救命センターに到着、母体は心肺停止状態で胎児心拍は認めなかった。直ちに救急外来で、救命チームによる心肺蘇生が継続された。同時に産婦人科チームによって死戦期帝王切開の施行が決定された。心肺停止22分後(到着2分後)に執刀開始、心肺停止24分後(到着4分後)に児が娩出された。腹腔内には出血および腹水なく、子宮に溢血斑なし、子宮全体が暗黒色調であった。児は2834g、女児、Apgar score1/4、出生時心肺停止状態であり、新生児科チームによる蘇生後に心拍再開を認めた。母体は心肺停止28分後(到着8分後)に心拍再開が認められた。しかし、その後第28病日に永眠された。心肺停止20分後に来院し、心肺蘇生と死戦期帝王切開を施行し、心拍再開を得た症例を経験した。

P1-48-2 救急外来での死戦期帝王切開に必要なこと～心拍再開後も視野に入れた準備

聖隷浜松病院

三島 隆, 松下 充, 新垣達也, 神農 隆, 村越 毅, 成瀬寛夫, 中山 理, 鳥居裕一

【背景】母体搬送中に妊婦が救急車内で心肺停止したため救急救命センターで死戦期帝王切開を行った症例を経験した。日常的に手術が行われていない場での死戦期帝王切開施行後の対応についての報告は少ない。

【症例】妊娠38週の妊婦。帝王切開導入中の意識障害、血圧低下のため母体搬送となり、救急車内で心肺停止となった連絡を受けた。そのため死戦期帝王切開の場を救急外来に設定し、人員の確保、帝王切開のための手術器具の移動を事前に行った。心肺停止から20分後の救急外来到着となり、2分後に手術開始され2分後に児娩出となった。児娩出から4分後に心拍再開したが、子宮収縮不良のため子宮全摘出術の方針となった。救急外来には麻酔器もあり麻酔科医による全身管理も開始されていたが、追加の手術物品の到着が律速となつての子宮摘出開始となった。手術開始から64分後に閉腹となり、ICU入院となった。

【考察】救急外来で心肺停止から4分以内の死戦期帝王切開を行う事自体が実臨床において難しい課題である。実際には全身管理のコマンダーがACLSにそった蘇生を統括しつつ、周産期チームが死戦期帝王切開術を担当し、新生児科が娩出児への対応する事となる。児娩出までは救急外来にメスや開胸セットが常備されている場合はそれで開始できるが、心拍再開となつても病態的にはDICを背景とした子宮収縮不良により子宮摘出を要する状況が十分予想される。そのため死戦期帝王切開を開始したとしても並行してその後の手術続行を視野に入れた場の再設定と人員・物品の準備が行われる必要がある。

【結論】救急外来での死戦期帝王切開には、心拍再開後の子宮全摘出も視野に入れた準備が並行して必要である。