

P2-55-6 前置癒着胎盤に対する後方処理を先行する逆行性子宮全摘術

兵庫県立塚口病院

佐藤 浩, 山田一貴, 今井更衣子, 田口奈緒, 鈴木尚子, 濱西正三, 廣瀬雅哉

【緒言】近年の帝王切開分娩の増加にともない、以後の妊娠での癒着胎盤の頻度は増加している。とりわけ帝王切開既往のある前壁付着の前置胎盤では癒着胎盤の頻度は高く、その帝王切開時には大量出血に対する対策が不可欠であり、子宮全摘術時には膀胱剝離時の大量出血と膀胱損傷が問題となる。われわれはこのような症例に対し、膀胱剝離を子宮摘出の最終操作とし、後方処理を先行させる逆行性子宮全摘術を行っている。【症例】症例1: 35歳2回経産婦、妊娠16週より前置癒着胎盤が疑われた。妊娠36週に帝王切開と子宮全摘術を施行した。術中出血量は1600g(羊水も含む)で1500mlの自己血輸血を行った。症例2: 38歳1回経産婦、妊娠初期より前回帝王切開創部に胎盤の付着がみられ、前置癒着胎盤が疑われた。妊娠34週に帝王切開と子宮全摘術を施行した。術中出血量は1570g(羊水も含む)で600mlの自己血輸血を行った。手術は、全身麻酔、子宮底部横切開による児娩出、子宮切開創縫合閉鎖、両側尿管ステント挿入、円靭帯切断、両側内腸骨動脈露出、子宮付属器切離、腔後壁切開、仙骨子宮靭帯切断、膀胱生食注入、前方剝離、基靭帯切断、腔管切断、膀胱剝離、腔管縫合閉鎖、の手順で実施した。【考察】前置癒着胎盤では通常の子宮全摘術の手順では膀胱剝離の時点で大出血に見舞われる可能性がある。後方処理を先行する逆行性子宮全摘術は、子宮腔部の位置確認ができ以後の操作を容易にする。また、Perosiの方法により膀胱剝離を最後に行うことで、膀胱剝離面からの出血、および膀胱損傷に対する対応を容易にする。本法は子宮温存を希望しない症例には有用な方法であると考えられる。

11日(土)
一般演題

P2-55-7 産褥子宮全摘へのAldridge法の適用：癒着胎盤の子宮摘出に要する出血量と時間はここまで減少した

大阪大

松崎慎哉, 金川武司, 瀧内 剛, 柿ヶ野藍子, 高田友美, 味村和哉, 熊澤恵一, 小林栄仁, 上田 豊, 吉野 潔, 木村 正

【目的】癒着胎盤に対しては帝王切開時にしばしば出血制御のため子宮摘出が行われるが、術中出血量は多く、周術期合併症は多い。そのため、胎盤を残した保存療法、動脈バルーンカテーテル留置など術中出血量の減少や合併症の減少のため様々な取り組みがなされている。我々は術中出血量の減少や周術期合併症を減少させるため産褥子宮全摘の工夫を考案した。【方法】2007年から当科において術前に超音波やMRIにて癒着胎盤を疑われた症例21例を対象とした。産褥子宮全摘術の工夫としてはAldridge法を産褥子宮全摘術に応用し、子宮頸部傍組織の出血減少および時間短縮を認めるかを検討した。膀胱剝離が可能であり、かつ胎盤剝離を試みずに子宮摘出を行った症例に対し、工夫の適応前後で出血量、輸血量、術中合併症、子宮摘出に要する時間を検討した。【成績】工夫の適応前の症例が8例、適応後の症例が13例であった。患者背景に有意差を認めなかった。適応前の術中出血量の中央値は3150ml、子宮摘出に要する時間は38分であり、輸血は8例中7例に必要であった。新術式適応後の術中出血量の中央値は1100ml、輸血は13例中1例であり、子宮摘出に要する時間は18分、有意に出血量、輸血量の減少、子宮摘出に要する時間の短縮を認めた($p<0.05$)。術中合併症は適応前が膀胱損傷2例であったのに対し、適応後は術中合併症を認めなかった。【結論】膀胱剝離が可能な癒着胎盤症例に対し、当科で現在行っている工夫は、当科の従来法や過去の報告と比較し、極めて良好な結果であり、本発表において詳細に報告したい。今後さらに症例を重ね本法の有用性について検討していく予定である。

P2-55-8 前置胎盤におけるTransplacental approachと新生児貧血の関連

自治医大

馬場洋介, 松原茂樹, 鈴木寛正, 高橋宏典, 薄井里英, 大口昭英, 鈴木光明

【目的】Transplacental approach (TA)では胎児失血により新生児貧血が起こると報告されているが、具体的な検証はされていない。1) TAは新生児貧血を起こすか、2) 起こすならその程度・児の有害事象の有無、3) TA以外の子宮切開部位別の新生児ヘモグロビン(Hb)値: 以上3点を検討した。尚、TAの採用基準は、術中エコーで切開予定胎盤厚が1-2cm以下、胎盤大血管が存在しない、臨床経験15年以上の医師が執刀、以上3つを全て満たす事とした。【方法】2006-12年(総分娩数7754)に前置胎盤(n=205)で帝切分娩した単胎新生児のうち、出生後60分以内に採血できた71例が対象。TA(+)(n=5)vs(-)(66)について以下を検討。a) Hb, b) 臍帯動脈血pH, c) アプガースコア(1, 5分), d) 在胎週数, e) 出生体重, f) 帝切時出血量(t検定, Mann-Whitney検定)。また、TA(+)vs(-)だけでなく、子宮切開法別のHbも検討した(Kruskal Wallis検定)。【成績】TA(+)5例はすべて前壁付着の前置胎盤であり、子宮下節横切開が行われた。TA(-)は前壁付着が15例、後壁付着が51例。1) TA(+)では(-)に比して新生児Hb値(g/dl)は有意に低かった(12.6 ± 1.2 vs 15.6 ± 2.1 ($p=0.002$)). しかし2) TA群で新生児輸血や神経学的後遺症は認めなかった。その他の項目(b-f)は両群間で有意差を認めなかった。3) TA(-)66例での切開部位別(4群)の新生児Hb値に有意差を認めなかった(後壁付着で下節横切開(n=49): 後壁で子宮体部切開(2): 前壁で子宮体部切開(10): 前壁で子宮底部切開(5) = $15.1: 16.3: 16.6: 15.3$, $p=0.329$)。【結論】TAは、当科での採用基準を守った場合に、その他の切開法に比して新生児Hbを低下させたが、それによる新生児の有害事象は観察されなかった。