

P2-55-9 Transplacental approach により帝王切開を行った前置胎盤症例の検討

順天堂大静岡病院

矢田昌太郎, 田中利隆, 藤原里紗, 石田ゆり, 大野基晴, 松井泰佳奈, 菅沼牧知子, 田中沙織, 宮国泰香, 田口雄史, 三橋直樹

【目的】前置胎盤の帝王切開術は、妊娠週数、胎盤の位置、胎児の胎位、癒着胎盤の有無などによって切開部位は異なる。特に胎盤が子宮前壁を広く覆っている場合は、切開部位の決定に難渋する。Transplacental approach (TA) は、通常と同じ腹壁切開と子宮下部横切開で行うため、腹壁切開創が大きくなりやすく、かつ次回妊娠時の子宮破裂のリスクを軽減できる。しかし娩出時のトラブルが母児の予後悪化に直結するため、迅速な手術操作が必要不可欠である。今回 TA により帝王切開を行った前置胎盤症例について検討した。【方法】当院で2004年1月から2014年9月までに経験した癒着胎盤以外の前置胎盤218例をTA症例(TA群)33例と、TA以外の症例(非TA群)185例に分けその背景、母児の予後について比較検討した。【成績】手術開始から児娩出までの時間はTA群 3.52 ± 1.39 分、非TA群 4.51 ± 1.90 分、手術時間はTA群 31.2 ± 9.2 分、非TA群 41.9 ± 16.3 分とそれぞれTA群で有意に短かった。術中羊水込みの平均出血量(±SD)はTA群 1413 ± 718 ml、非TA群 1294 ± 639 mlと有意差を認めなかった。出生児のApgar scoreは1分TA群 8.3 ± 1.2 点、非TA群 8.1 ± 1.3 点、5分TA群 9.5 ± 0.6 分、非TA群 9.0 ± 1.0 分、臍帯動脈血pHはTA群 7.35 ± 0.03 、非TA群 7.33 ± 0.04 と有意差を認めず、両群とも良好であった。【結論】今回の検討ではTAでも母児ともに明らかなリスクの上昇は認めなかった。まず胎盤を避けて切開可能かどうかを十分に検討する必要があるが、実際にTAを選択しなければいけない例も存在する。そのような場合でも、手術手技、注意点を十分に理解することで、母児の予後悪化を防ぐことが可能であると思われる。

一般演題
付日土

P2-56-1 子宮筋腫が骨盤に嵌頓した前置胎盤の2例

浜松医大

堀川せり乃, 向 麻利, 東堂祐介, 柏木唯衣, 幸村友季子, 古田直美, 内田季之, 谷口千津子, 鈴木一有, 杉原一廣, 伊東宏晃, 金山尚裕

【緒言】前置胎盤は周産期出血の高リスクである。また、筋腫合併妊娠は切迫早産や分娩時弛緩出血等のリスクを伴う。今回我々は前置胎盤筋腫合併妊娠を2例経験したので報告する。【症例1】35歳0経産。無月経となり自然妊娠と診断された。骨盤内には直径約10cmの筋腫が嵌頓し、他に子宮体部に直径10~1cmの多発筋腫を認めた。子宮頸部は恥骨上部まで伸展し、胎盤は内子宮口ならびに骨盤に嵌頓する子宮筋腫を覆う前置胎盤であった。妊娠35週6日、両側尿管ステント挿入、両側総腸骨動脈バルーン留置を行い全身麻酔下に選択的帝王切開術を施行した。子宮体部横切開で2342gの女児を娩出した。胎盤娩出後の出血を圧迫制御する目的で子宮内に24Fネラトシカテーテル2本を経腹的に留置した。術中出血量は2384ml、自己血800ml輸血した。術後麻痺性イレウスを発症するも経過し術後12日目に退院となった。【症例2】42歳0経産。子宮底部~後壁に6.7cmの筋腫あり。黄体期に黄体ホルモン補充を受け無月経となり妊娠と診断された。妊娠31週の妊婦検診では筋腫は直径9.7cmに増大し骨盤内への嵌頓を認めた。子宮頸部は恥骨上部まで伸展し、胎盤は内子宮口ならびに骨盤に嵌頓する子宮筋腫を覆う前置胎盤であった。妊娠35週2日、両側尿管ステント挿入、両側総腸骨動脈バルーン留置を行い全身麻酔下に選択的帝王切開術を施行した。子宮体部縦切開で2366gの女児を娩出した。漿膜下筋腫を核出後、慎重に胎盤を剝離した後に閉創した。術中出血量は465g。経過良好で術後8日目に退院となった。【結語】子宮筋腫が骨盤に嵌頓した前置胎盤の2症例に対して、複数診療科と連携して集約的管理を行った。

P2-56-2 低置胎盤・子宮筋腫を合併した妊娠子宮嵌頓症の1例

大阪府立呼吸器・アレルギー医療センター¹, 平松産婦人科クリニック²安田実加¹, 安川久吉¹, 永井 景¹, 中村春樹¹, 赤田 忍¹, 平松恵三²

【緒言】妊娠子宮嵌頓症とは、妊娠時に子宮が過度に後屈し子宮底が小骨盤に嵌頓したまま増大する稀な病態である。過度な後屈により子宮頸管の著明な延長を伴い、術前診断がなされることなく帝王切開術を施行した場合、頸管の切断や大量出血などの手術合併症が報告されている。今回、妊娠中のMRIにて子宮筋腫を伴った妊娠嵌頓子宮と診断し、帝王切開時の術中超音波検査にて子宮筋層の切開位置を決定し、良好な経過であった症例を経験したので報告する。【症例】33歳、初産婦。既往歴は特記事項なし。妊娠31週に子宮筋腫合併、全前置胎盤を疑われ当科紹介受診。MRIにて8cm大の子宮筋腫が骨盤底仙骨前面に嵌り込み、頸管の著明な延長と内子宮口の挙上が見られた。また経膈超音波検査で全前置胎盤が疑われたが、子宮後壁に付着する低置胎盤であった。妊娠経過中に腹痛、排尿障害など症状はなく、胎児発育は良好で、常に横位であった。自己血600mlの貯血を行い、妊娠37週4日に脊髄も膜下麻酔下に帝王切開術を施行した。術中に子宮前壁より超音波プローブを当て胎盤の位置を確認し、胎盤辺縁より上方に内子宮口が存在するため、その頭側を切開部とし、ほぼ膈の高さで子宮筋層に横切開を加え、児を娩出した。子宮筋層縫合終了の時点での出血量は多くなく、全身状態も良好であったため、同時に計5個の筋腫核出術を行った。出血量は羊水量を含めて1180ml、手術時間は57分であった。術後経過は良好で自己血も返血することなく前屈子宮を確認した後、術後10日目に退院となった。【結語】妊娠子宮嵌頓症の診断にはMRIが有用であり、術中超音波検査を使用することで安全に帝王切開術を行うことができると思われた。