生涯研修プログラム7 [P] 合併妊娠の取り扱い～甲状腺疾患・不整脈～

1) 甲状腺疾患

国立成育医療研究センター周産期・母性診療センター 母性内科 荒田尚子

甲状腺疾患は妊娠可能年齢に多くみられることから産婦人科医が甲状腺疾患合併妊娠に対応すべき機会は多い。妊娠中は、E2の増加に伴い血中の総サイロキシン値は妊娠15週までに約1.5倍に増加する。また、妊娠10週をピークとした胎盤からのhCGによる甲状腺刺激によって妊娠初期fT4は軽度上昇し、妊娠中後期には非妊娠時の基準値に比較して低値を示す。

未治療やコントロールの不十分なバセドウ病の場合は流産、死産、胎児発育遅延、妊娠高血圧症候群、心不全、新生児甲状腺機能異常などのリスクが一般妊婦に比較して高く、妊娠前からの適切な治療によりそのリスクを軽減できる。抗甲状腺薬には、チアマゾール(MMI)とプロピルチオウラシル(PTU)の2剤がある。MMIがPTUより効果や副作用の点では明らかに優れているが、MMIの催奇形性(わが国では臍腸管遺残や臍帯ヘルニア、頭皮欠損の報告が多い)のために、

妊娠初期のMMI内服を可能な限り回避する必要がある。胎児の甲状腺は18～20週以降はその機能がほぼ完成することから、妊娠後半は胎児への胎盤経由のTRAbの影響と抗甲状腺薬や無機ヨウ素の影響の両者を考えて管理を行う。外科治療やアイソトープ治療の既往のある場合は、母体甲状腺機能が正常または低下していてもTRAbが高値の場合は胎児バセドウ病の発症に留意する。

潜在性甲状腺機能低下症(fT4値正常かつTSH値が軽度高値)と流産などの妊娠転帰、および甲状腺自己免疫と流産との関連性が明らかになり、甲状腺自己抗体陽性の場合、TSH値が2.5μIU/mLを超えた軽度の潜在性甲状腺機能低下症であっても十分なレボチロキシン投与を行うことが海外では推奨されている。甲状腺自己抗体陰性の潜在性甲状腺機能低下症の場合は、介入の有効性の証拠はいまだ十分とはいえない。

2) 不整脈合併妊娠の管理

国立循環器病研究センター 吉松 淳

妊娠による前負荷の増加、血管抵抗の低下、血圧の軽度低下などは不整脈の誘因となる。妊娠に伴う精神的なストレスや肉体的な負荷も不整脈の誘因となりうる。分娩時にはさらに急激な血行動態の変動、内分泌環境の変化、自律神経系の変動により不整脈が誘発される。このように妊娠は不整脈を発症させ、また、有している不整脈を増悪させることが知られているが、不整脈という理由だけで、避妊の必要はない。

基礎疾患の有無は妊娠・分娩中の不整脈管理に影響を与える重要な因子である。心疾患を伴わない場合、妊娠中の不整脈は上室性期外収縮、心室性期外収縮が最も多く、心室性期外収縮は全体の60%を占める。これらは無症状または軽度の症状の場合は、原則として治療の対象とならない。

先天性心疾患を伴う場合、約1/4で不整脈の発症、増悪が認められる。不整脈は先天性心疾患

者の妊娠の予後不良因子であり、その発症には注意が必要であるが、妊娠前に心臓超音波検査や長時間心電図などで不整脈の頻度、種類、重症度や心機能を診断するが、妊娠や分娩が不整脈の発症や増悪にどの程度の影響を与えるかを事前に予測することは困難である。

ほとんどの抗不整脈剤で妊娠にとって有害な副作用が記載されている。また、妊娠中の薬物吸収、代謝の変化によって抗不整脈薬のリスクは増加する。そのため、有害性の低い不整脈は治療の対象にならないが、頻拍型不整脈など緊急を要する場合には積極的に治療を行わなくてはならない。分娩後にも重篤な不整脈は発生する。QT延長症候群では心停止や失神発作などが分娩後に多く認められる。

動悸など不整脈を思わせる症状を訴える場合、専門的な評価を受けておくことが勧められる。