

## P2-38-1 本邦における正常妊娠の経腔超音波検査による子宮頸管長の基準値の作成と人種間の比較

藤田保健衛生大

野田佳照, 関谷隆夫, 奈倉裕子, 大脇晶子, 宮崎 純, 須田梨沙, 岡本治美, 宮村浩徳, 西澤春紀, 廣田 穰, 藤井多久磨

【目的】経腔超音波検査による子宮頸管長の測定は、早産の予測に有用とされ、多数の報告がなされている。しかし、本邦における子宮頸管長の経時的な基準値の報告は少ない。正常妊娠における子宮頸管長の基準値を評価するために、経腔超音波検査による頸管長 (CL) の測定を経時的に行い、後方視的検討を行った。【方法】院内倫理審査委員会承認のもとで、単胎妊娠のうち分娩に至った 203 症例を対象とした。合併症妊娠は症例から除外した (経産婦、帝王切開例含む)。対象を妊娠 (A) 20~23 週・(B) 24~27 週・(C) 28~31 週・(D) 32~35 週・(E) 36~39 週・(F) 40 週以降に分類し、経時的な CL の測定・評価を行い、比較検討した。統計計算は、Paired t 検定で行い、bonferroni 補正を行った。また、外国人単胎妊娠のうち、分娩に至った 28 症例 (アジア群 17 症例、ヒスパニック群 11 症例) の CL を測定し、日本人妊娠群と比較した。【成績】日本人妊娠群の CL 平均値±標準偏差は、(A) 42.5±6.2, (B) 41.7±6.5, (C) 37.9±7.2, (D) 33.9±8.1, (E) 28.1±9.1, (F) 23.1±10.7 であった。28 週以降で CL は有意な短縮を認めた。外国人妊娠群の CL 平均値±標準偏差は、アジア群で (A) 42.9±6.0, (B) 43.5±4.6, (C) 41.7±6.1, (D) 40.6±9.4, (E) 35.5±13.0, (F) 27.5±7.3, ヒスパニック群で (A) 48.1±5.8, (B) 49.4±8.3, (C) 42.6±7.4, (D) 36.5±6.7, (E) 32.0±8.7 であった。アジア群・ヒスパニック群の CL 平均値は、両群とも日本人妊娠群に比べ、どの週数においても長い傾向にあった。【結論】本邦における連続的計測値を用いた子宮頸管長の基準値の作成は、今後の重要な課題である。

23  
日  
土  
一般演題

## P2-38-2 子宮頸管に交通のある重複子宮に生じた難治性頸管無力症に対し経腹的頸管縫縮を行い成熟児を得た一例

倉敷中央病院

高口梨沙, 福原 健, 稲葉 優, 池田真規子, 山本彩加, 植田彰彦, 重田 護, 上田あかね, 河原俊介, 中堀 隆, 本田徹郎, 長谷川雅明

【緒言】経腹的頸管縫縮術 (TAC) は、経腔的頸管縫縮術 (TVC) 後の流産既往例や解剖学的に TVC が困難な症例に適応となるが、明確な適応基準はない。子宮頸管に交通のある重複子宮に生じた難治性子宮頸管無力症に対し、TAC を施行し成熟児を得た 1 例を経験したので報告する。【症例】症例は 37 歳、3 経妊 1 経産。初回妊娠時は切迫徴候なく、鎖肛手術既往の適応で他院で選択的帝王切開術を施行された。2 度目の妊娠時は妊娠 19 週に胎胞形成のため当院に母体搬送となり、緊急 TVC を施行したが翌日再度胎胞形成となり流産に至った。精査で両側子宮頸管の隔壁に欠損があり、欠損部を介し内腔が交通した状態の重複子宮であることが判明した。胎胞が交通部を通過して非妊娠子宮側へ陥入し、非縫縮側の頸管より脱出したと考えられた。3 度目の妊娠時は両側子宮頸部に対し妊娠 13 週に予防的 TVC を施行したが、妊娠 17 週に縫縮糸滑脱し流産に至った。TVC では交通部より高位の縫縮が困難で滑脱に至ったと考えられた。今回の妊娠では上記経過を踏まえ、患者への十分な説明と同意の下に、妊娠 12 週に TAC を施行した。術中、超音波で子宮動脈上行枝を同定し、頸管交通部より高位で縫縮を行った。妊娠 18 週より 24 週まで切迫早産に対し入院管理を行った以外は、切迫兆候なく経過した。妊娠 37 週 3 日に選択的帝王切開術で 2725g の女児を娩出、同時に縫縮糸を抜糸した。帝王切開時に子宮下部横切開部に一致して子宮頸管の交通部を認め、初回妊娠時の帝王切開術時に生じた頸管壁欠損が難治性子宮頸管無力症の要因となった可能性がある。【結論】本例のように特異な子宮頸管形態異常により高位での頸管縫縮を要する場合には TAC が有効と考えられた。

## P2-38-3 当院での子宮頸部円錐切除後妊娠における流早産予防因子の検討

釧路赤十字病院

米原利栄, 桑島一彦, 能代 究, 田中理恵子, 青柳有紀子, 東 正樹, 山口辰美

【目的】子宮頸癌罹患の低年齢化に反し妊娠は高齢化しているため、妊孕性温存目的の子宮頸部円錐切除術とその後の妊娠例は増加している。当院では予防的頸管縫縮術はルーチンには行っていないが流早産が増加した印象はない。そこで円錐切除術施行後に分娩に至った症例において流早産の規定因子につき後方視的に検討を試みた。【方法】2007 年 1 月から 2014 年 12 月までの 8 年間に当院で子宮頸部円錐切除術を施行した 233 例のうち、術後に妊娠・分娩した 35 例で、流早産 11 例と正期産 34 例における摘出組織重量、頸管縫縮術の有無、妊娠時の細菌性陰症 (BV) スコアについてそれぞれ比較検討した。円錐切除術は全てフック型の超音波凝固切開装置を用いた。組織型は CIN3 が最も多く (27 例 77%) 全て断端陰性であった。また施行した頸管縫縮術は全て予防目的であった。BV スコア 8 点以上は全て抗生剤を投与し治療した。【成績】流早産例 11 例のうち 4 例は予防的頸管縫縮術施行例であった。頸管縫縮術を施行し正期産に至った例は 5 例であったのに対し、非施行例でも 19 例は正期産に至った。流早産例と正期産例において、妊娠中期の子宮頸管長、摘出物重量には統計学的有意差を認めなかった。BV スコアも有意差を認めなかったが、流早産例のうち 18-9 週で死産となった例が 3 例あり、それらは全て BV スコアが 8 点であった。【結論】円錐切除後妊娠の流早産予防には子宮頸管縫縮術は必ずしも有効ではない可能性がある。子宮頸管長、摘出物の大きさも妊娠転帰を左右しない。さらなる症例蓄積の必要はあるが、頸管内の細菌環境の悪化は流早産に影響しうると考えられる。