Japan Society of Obstetrics and Gynecology



## P3-37-10 胎児染色体異常の予測診断におけるNTと羊膜絨毛膜分離の組み合わせの有用性

福岡大[1]，福岡大総合周産期母子医療センター[2]
四元房典[1]，吉里俊幸[2]，荒木陵多[1]，讃井絢子[2]，宮本新吾[1]

【目的】1st trimesterにおけるnuchal translucency（NT）は胎児染色体異常を診断予測に有用である．本研究ではNTと2nd trimesterにおける羊膜絨毛膜分離（amnion-chorion separation：AC separation）の組み合わせが胎児染色体異常の予測に有用であるか検討した．【方法】2012年1月から2015年4月に当科でNTあるいはcystic hygromaを理由として，胎児染色体検査を行った25例を対象とした．NTは後頸部皮下浮腫が3.5mm以上認めたものとした．AC separationは妊娠15+0週から16+6週の間で，羊膜と子宮内腔の距離が胎盤胎児面を含めた内腔全周の半分以上で3mm以上の隙間を認めるand/or羊膜と子宮内腔の距離が10mm以上認める場合とした．羊水検査は妊娠15+0週から18+6週の間に行った．全症例でインフォームド・コンセントを得た．【成績】25例中染色体異常は16例（trisomy 21：10例，mosaic trisomy 21（47,XY,+21［12］/48,XY,+13,+21［3］）：1例，trisomy 18：5例，）であった．AC separationを認めた症例は17例で，うち染色体異常は13例であった．内訳はtrisomy 21：9例，trisomy 18：4例であった．正常核型を示したものは，cystic hygromaであった．NTは，3.8-8.6mm（平均：6.0 mm）であった．AC separationを認めなかった症例は8例で，うち染色体異常は，3例（37.5%）であった．内訳はtrisomy 21：1例，mosaic trisomy 21：1例，trisomy 18：1例であった．NTは，3.8-11.0mm（平均：6.4 mm）であった．【結論】1st trimesterのNTと2nd trimesterのAC separationの組み合わせにより，簡便で精度の高い胎児染色体異常の予測が可能となることを推察された．

一般演題 24日(日)

## P3-38-1 分娩後9日目に診断され修復された子宮後壁破裂症例

高槻病院
西川茂樹，小寺知揮，徳田妃里，中後　聡，大石哲也，小辻文和

【緒言】子宮破裂の多くは，妊娠・分娩中に突発し緊急処置を要する．また，経産婦や子宮手術既往症例に多い．破裂部位は前壁下部が多く，後壁破裂は少ない．我々は,「子宮破裂のリスクのない初産婦」で「吸引分娩後9日目に診断」された「子宮後壁の完全破裂」を経験した．【症例】38歳，初産婦，手術歴なし．他院での無痛分娩（硬膜外麻酔）中に，胎児ジストレスのために1回の吸引分娩で娩出された．児は新生児仮死で搬送となった．母体は軽度下腹部痛以外に特変はなく7日目に退院した．腹痛が続くために，産褥9日目に，当科を受診した．診察時は歩行可能で，バイタルは安定していた．しかしながら，腹部に反跳痛があり，画像検査で骨盤腔内に少量の腹水を認めた．MRI検査で子宮後壁の破裂が疑われたために，緊急で開腹した．子宮後壁に7cmの水平な完全裂創を認め，結腸が裂創を覆うように付着していた．裂創は両側子宮動脈には達しておらず，筋層は壊死状であり創部からの出血はわずかであった．子宮摘出の選択肢もあったが，初産であることから破裂創の修復を考え，創周辺の壊死組織を除去し修復した．術後の経過は良好で，1年後のMRI検査では創修復部に菲薄化はなく血流も再開していた．【考察】完全破裂であるにも関わらず臨床症状が軽微で，分娩後9日目に診断された症例の報告は，我々が検索した範囲では見つからなかった．本例では筋層破裂部を覆うように結腸が強固に癒着しており，この癒着が出血を抑え，断裂が子宮動脈に至らなかったことに寄与したかもしれない．【結語】完全子宮破裂であっても激症発症でない場合がある．また，次の妊娠が必要な場合には修復を考える必要がある．

## P3-38-2 腹腔鏡下マニピュレーター穿孔の既往で妊娠32週に子宮破裂をきたした1例

ベルランド総合病院
黄　彩実，土田　充，山部エリ，竹井裕美子，室谷　毅，細見麻衣，南　李沙，三宅麻子，濱田真一，峯川亮子，
山嵜正人，村田雄二

近年腹腔鏡下手術の普及に伴い子宮マニピュレーターの使用も増加している．マニピュレーターによる子宮穿孔既往が原因で，妊娠時に子宮破裂をきたす報告は稀であり，今回当院で経験した症例を報告する．症例は37歳女性未経産婦，35歳時他院で腹腔鏡下両側卵巣嚢腫摘出術を施行した際，マニピュレーターによる子宮底部穿孔があった．その後排卵誘発・人工授精にて単胎妊娠成立し，前医での妊娠管理を開始された．妊娠糖尿病に対する食事療法以外に特記すべきエピソードはなかった．32週1日子宮収縮の自覚増強および頸管長短縮のため当院へ母体搬送となった．来院後4分毎の子宮収縮を認めるものの，内診上子宮口閉鎖，血液検査で感染徴候は認められなかった．CTGで胎児well-beingを確認し，ステロイド投与と同時に硫酸マグネシウムによる子宮収縮抑制を開始した．32週5日腹痛の訴えがあり，触診上子宮底部に，子宮収縮とは関連しない強い圧痛を認めた．子宮口未開大，性器出血はなく，CTGで胎児心拍異常（一過性頻脈消失，細変動減少，頻回の遅発性一過性徐脈）を認めた．経腹超音波で羊水を子宮底部のみに認め，子宮破裂を疑い緊急帝王切開を決定した．開腹時腹腔内に約800mlの血液貯留があり，子宮底部5cmの破裂創より胎胞が視認できた．破裂部位より胎児および胎盤を娩出し，胎児は女児1926g，Apgar socre6/8（1分/5分）でNICU管理となった．母体は破裂部を縫合修復し閉腹，術後RBC輸血し経過良好で術後7日目に退院した．本症例から，低侵襲手術の普及に際し，適切なトレーニングによる安全性の追及が重要であることが改めて認識された．

NII-Electronic Library Service