

P3-50-7 双胎妊娠における妊娠中期の子宮下節を含めない頸管長の評価

日本医大

深見武彦, 黒木睦実, 間瀬有里, 古市直子, 立山尚子, 佐藤杏月, 針金幸代, 高屋 茜, 角田陽平, 稲垣知子, 米山剛一, 竹下俊行

【目的】妊娠中期までは子宮下節（以下下節）未開大例が存在する。双胎妊娠における下節開大の頻度や下節を含めない頸管長の変化についての詳細は未だ不明である。本研究ではこれらを明らかにすることを目的とした。【方法】対象は2008-15年に妊娠中期以降当院で経過が観察された双胎妊婦196例（妊娠34週未満の自然早産14例、妊娠34週以降分娩182例）である。対象妊婦の頸管は妊婦健診時に経腔超音波にて観察された。エコー画像上解剖学的内子宮口から頸管腺領域像末端までを下節と定めた。得られた頸管のエコー像を後方視的に検討し、下節開大の有無と下節を含めない頸管長（以下頸管長）について妊娠34週未満の自然早産（以下早産）の有無別に比較検討した。前置胎盤、子宮内胎児死亡、子宮奇形、胎児奇形、一羊膜性双胎は検討から除外した。【成績】早産例と34週以降分娩例の頸管長（中央値）を比較すると、18-19週：35.7mm vs 41.8mm, $p=0.001$, 20-21週：40.3mm vs 41.3mm, $p=0.87$, 22-23週：35.2mm vs 41.2mm, $p=0.02$, 24-25週：33.8mm vs 39.2mm, $p=0.04$, 26-27週：32.3mm vs 37.9mm, $p=0.01$ であった。同様に下節開大頻度を比較すると、18-19週：83.3% vs 66.9%, 20-21週：100% vs 80.8%, 22-23週：100% vs 88.2%, 24-25週：100% vs 95%, 26-27週：100% vs 97.3%で、いずれも有意差はなかった。【結論】双胎妊娠における妊娠中期の頸管所見を早産の有無別に比較すると、下節を含めない頸管長は早産例において妊娠18-19週、妊娠22週以降に有意な短縮を認めた。また下節開大の頻度はいずれの妊娠時期においても両者に差はなかった。

P3-50-8 一絨毛膜二羊膜双胎における妊娠中期の入院安静管理による周産期予後改善効果の検討

三重中央医療センター

中尾真大, 紀平 力, 波多野美美, 武田真由子, 前川有香, 日下秀人, 吉村公一, 澤木泰仁, 前田 眞

【目的】一絨毛膜性双胎妊娠は、双胎間輸血症候群（TTTS）や羊水不均衡症（TAFD）など、二絨毛膜性双胎と比べて厳重な妊娠管理が必要となることが多い。当院では以前から、一絨毛膜二羊膜（MD）双胎症例に対し、妊娠中期（16から20週まで）の安静入院管理が有用かどうか検討している。今回、MD双胎妊娠に対する妊娠中期の予防管理入院の有効性について、後方視的に検討した。【方法】2013年1月から当院で管理した総分娩数は1569例で、この中でMD双胎妊娠38例（TTTS予防入院群：7例、非TTTS予防入院群31例）を対象とした。それぞれについて、母体年齢、経産、周産期予後（双胎間輸血症候群（TTTS）、双胎間羊水不均衡症（TAFD）の頻度、分娩週数、および34/35/36週以上の分娩について解析を行った。統計解析は、Wilcoxon（Chi Square）検定を使用し、 $p<0.05$ を有意差ありとした。【成績】母体年齢、経産回数はそれぞれ中央値31.5（23-42）歳、1（0-3）回で、両群間に有意差はなかった。周産期予後に関して、TTTS（0vs9.6%）、TAFD（0vs12.9%）の頻度は、両群に有意差を認めなかった。また、分娩週数、34-36週以上の分娩に関して、両群間に有意差を認めなかった。【結論】一絨毛膜性双胎に対し、妊娠中期の安静入院は周産期予後を改善しない可能性が示唆され、今後更なる検討が必要であると考えられる。

P3-50-9 双胎貧血-多血症候群を強く疑ったが、結果的に両児ともに貧血であり、帝王切開時に母児間輸血症候群を発症したと考えられた1絨毛膜2羊膜双胎の1症例

愛育病院

大井理恵, 安達知子, 湯澤憲子, 佐藤歩美, 松葉悠子, 首里英治, 川名有紀子, 竹田善治, 山下隆博, 坂元秀樹, 岡井 崇, 中林正雄

37歳初産婦の1絨毛膜2羊膜（MD）双胎妊娠で妊娠19週から1児に発育不全（FGR）と臍帯動脈血流拡張期途絶を認め、type 2のselective FGRとして妊娠22週から入院管理を開始した。胎児治療の適応には至ることなく経過したが、妊娠29週にsmaller（S）児の羊水過少とlarger（L）児の心嚢水を認め、双胎間輸血症候群（TTTS）または類縁疾患に移行するリスクが高いと考えて胎盤間シャント血流を抑制する目的で塩酸リトドリン点滴を開始した。S児の羊水過少が改善せず、加えてL児の心拡大（心胸郭断面積比44.4%）および臍帯動脈流速増加（99 cm/秒）と羊水過多傾向（最大羊水深度73 mm）、S児の中大脳動脈流速増加（ $>1.55\text{MoM}$ ）がみられたため、妊娠30週4日に双胎貧血-多血シーケンズ（TAPS）疑い、L児心不全の診断で選択的帝王切開術（帝切）を施行した。S児の貧血を増悪させない目的で切開部遠方のS児を先に被膜児の状態で娩出し（836 g 女児, Hb 9.6 g/dL）、続けてL児を娩出した（1,348 g 女児, Hb 9.6 g/dL）。胎盤には両児間の動静脈吻合を認めた。多血疑いのL児の方にも予想外の貧血を認めたが、その原因は、帝切翌日の母体血中HbF 2.3%, AFP 3,240 ng/mLから、帝切時の母児間輸血症候群であると推測した。MD双胎では10~20%にTTTSが発症するが、TAPSや双胎間羊水量較差などTTTSの診断基準を満たさず似たような循環動態を呈する類縁疾患も複数あり、いずれも児の予後に大きく影響するため両児の各種パラメータに留意しつつ慎重な妊娠管理をおこなうべきである。加えて、分娩時に母児間輸血症候群を発症して貧血・心不全が増悪する可能性についても注意が必要と考えられた。