

クリニカルカンファレンス(周産期領域)；3. 予定日超過妊娠の管理

3) 予定日超過妊娠の分娩取り扱いに際しての留意点

座長：順天堂大学浦安病院教授
吉田 幸洋

兵庫県立こども病院周産期医療センター・
センター長
大橋 正伸

北海道大学保健学科教授
佐川 正

はじめに

平成16年の予定日超過妊娠は総出生数およそ111万件のうちの36%(約41万件)を占める。この数の多さが予定日超過妊娠の管理が一元化できない理由のひとつである。42週以降の過期産では正常産と比較して母児の合併症発生率が有意に上昇することは周知のことである。しかし予定日超過妊娠となると総件数41万件のうち40週から41週が大半を占め、42週以降の過期妊娠は全出生のわずか0.6%に過ぎない。そのため過期妊娠の管理についてはそのリスクが十分に認識されてきたのに対して、年間約40万件が対象となる40週と41週の管理については数の多さから、きめ細やかに対応することに限界があるため軽視されてきた嫌いがある。ところが予定日を越えたのち過期産に至る過程においても母児の合併症発生リスクが高まることが近年明らかにされてきた。内藤らは妊娠41週の出生においては羊水混濁率、帝王切開率、アプガー1分値7点以下の率、新生児仮死率、MAS発生率、4kg以上の巨大児発生率が40週よりも有意に高くなると報告している(表1)¹⁾。本報告は欧米に比して妊娠初期の超音波診断による妊娠週数の修正が一般に広く行

(表1) 予定日超過と母児合併症発生率(内藤ら, 2004)

	40週	41週	42週～
分娩数	70%	28%	2%
分娩誘発	16%	29%	48%
羊水混濁	16%	24%	21%
帝王切開	8.7%	16%	27%
アプガー1分値7点以下	5.0%	7.4%	3.1%
新生児仮死, MAS	2.8%	5.1%	3.3%
4kg以上の児	1.5%	2.6%	2.0%

Management of Postterm Pregnancy

Masanobu OOHASHI

Center for Maternal-fetal Medicine, Hyogo Prefectural Kobe Children's Hospital, Kobe

Key words : Postterm pregnancy · Management

(表2) 過期妊娠の管理指針(ACOG, 2004)

- ・妊娠 42 週を超えるものを過期妊娠という
- ・頸管未熟の過期妊娠は分娩誘発でも待期管理でもかまわない
- ・頸管熟化や分娩誘発にプロスタ製剤を使用しうる
- ・胎児異常あるいは羊水過少があれば分娩誘発すべきである
- ・週数とともに周産期罹患率と死亡率は増加するので、胎児監視は 41 週から 42 週のあいだに開始するのは理にはかなっている。ただしその有効性に関するエビデンスはない。
- ・多くの臨床家は 41 週から羊水量を週 2 回測定している。NST と AFI からなる m-BPP が適切であろう。
- ・多くの報告は 42 週になって頸管が成熟し、他の合併症がなければ早急の分娩を薦めている

われているわが国において検討されたものであるからその信頼性は高いと考えられる。

予定日超過妊娠に定まった管理指針はない

にもかかわらず、予定日超過妊娠の管理法としてオーサライズされたものはいまだどの国にもなく、ACOG が2004年に発表した過期妊娠の管理指針をベースに個々の症例ごとに対応しているのが現状である(表2)²⁾。そのため米国内においてすら予定日超過妊娠の管理法は統一されていないようで、ACOG の管理指針にもかかわらず2006年の調査では日常臨床的に postterm の定義を42週以降と考えるものは48%であり半数を割っている。逆に40週、41週を postterm と見なすものはそれぞれ7%、43%であった。また積極的な胎児監視を開始する週数は40週が32%、41週が65%と大半を占め、42週以降とするものはわずか2%しかいない。さらに分娩誘発の開始週数は40週が6%、41週が73%であり、42週以降とするものは20%に留まっている³⁾。一方、わが国でも分娩誘発開始時期を42週以降とするものは21%にすぎず、40週が11%、41週が68%と、日米ともに41週に入れば約7割の医師は積極的に分娩誘発を行っている状況にあることが判る⁴⁾。

このように予定日超過妊娠の管理は一般的には41週を医学的介入開始の節目として考えられているようである。ところが41週に積極的な医学的介入を行うと周産期予後を悪化させ、かえって帝王切開率を増やすのではないかという論議が長年繰り返されてきた。しかし2003年に Sanches et al. が行った13例の RCT のメタアナリシスによって41週に分娩誘発しても周産期予後を悪化させることなく帝王切開率を下げることができると結論付けられ、今のところ一応本論争に終止符が打たれた⁵⁾。

予定日超過妊娠は誰にとってリスクか

前述のように予定日超過妊娠は過期妊娠に至る前にすでに母児にとってリスクであることは明らかなことである。一方、視点を産科医師の側に変えると、予定日超過妊娠は医事紛争発生率の高さから産科医師にとってリスクであることは注目に値する。奥山は昭和58年から平成10年までに大阪府医師会が取り扱った産婦人科関係の医事紛争を503事例について報告した⁶⁾。それによると503事例中、分娩関係が111例(22%)、および新生児関係が135例(27%)といわゆる分娩周辺期が計246例(49%)を占めていた。しかもそのうちの67例(27%)が妊娠40週以降の分娩に発生していた。67例に発生した母児の異常事態は胎児機能不全(NFRS)が60%と最多で、ついで新生児仮死の13%、子宮破裂が6%、臍帯脱出3%などと続いている(表3)⁶⁾。また医事紛争に至った理由は脳性麻痺が

55%と最多であり、以下IUFDの25%、新生児死亡の12%などであった(表4)⁶⁾。注目すべきは67例のうち分娩関係の65%、新生児関係の75%、計分娩周辺の71%に何らかの分娩誘発を行っていた事実である。この分娩誘発率の高さはすなわち予定日超過妊娠が産科診療上でも極めてリスクであることをいみじくも示している。

予定日超過妊娠は全分娩の3割以上を占めるありふれた事象である。しかし予定日を超えるにつれて母児のリスクが上昇することは明らかかな医学的事実である。そこで産科医師は母児のリスクを軽減、回避するために医事紛争発生のリスクを犯してでも何らかの医学的介入を行わざるを得ない状況にしばしば追い込まれる。しかるに妊婦や家族は予定日に達したことで安全な分娩が確保されたものと思込み、予定日超過妊娠が母児に与えるリスクについて

の認識に極めて乏しい。この医学的事実と社会の認識の大きなギャップがひとたび母児に異常が発生するとその原因を医学的介入の有無にかかわらず産科医師に求める原動力となり、結果的には医事紛争の格好のターゲットとなる。

いかに予定日超過妊娠リスクを回避するか

日米ともに産科医師の7割は41週を超えると何らかの分娩誘発を開始している。そこで予定日超過妊娠のリスク回避はいかに円滑に分娩誘発を行えるかにかかっているといっても過言ではない。言い換えると予定日超過とともに進行する胎児・胎盤機能の悪化速度と子宮頸管の熟化速度のせめぎあいの中で分娩誘発開始時期を適切に判断することに尽きる。しかし分娩誘発の成否は子宮頸管の熟化度にある。Bishop scoreが9点以上あればその後の分娩はスムーズに終了するが、4点以下では頸管熟化不全と考えられ、分娩誘発を行っても不成功に終わることが多く、帝王切開率も高くなると報告されている⁷⁾。そこで日常診療の場ではひたすらに子宮頸管熟化を図るべく苦心することになるが、わが国では欧米で市販されている頸管熟化効果に優れたプロスタグランディンE₂ゲル腔坐剤がいまだ認可されていない。そこでわが国の産科医師にはラミナリア、メトロイリントルなどの機械的方法に頼らざるを得ないという欧米にないハンディを負うため、症例に応じては41週を待たずにより早い時期からの頸管熟化を図る必要があると考えられる。

最後に予定日超過妊娠の取り扱い指針の私案(表5)を示して本稿を終えるが、予定日超過妊娠の取り扱いにおいて留意すべきことは予定日に達したから安心なのではなく、予定日は過期妊娠への第一歩であることを念頭において診療に臨むにつけると考える。

(表3) 予定日超過の医事紛争事例に発生した事象(奥山, 2004)

胎児機能不全(旧:胎児仮死)	40件	60%
新生児仮死	9	13%
子宮破裂	4	6%
臍帯脱出	2	3%
胎盤早期剥離	2	3%
胎児感染	2	3%
母体ショック	2	3%
塞栓症	2	3%
弛緩出血	1	1%
遷延分娩	1	1%

(表4) 医事紛争となった予定日超過妊娠の紛争理由(奥山, 2004)

脳性麻痺	37件	55%
IUFD	17	25%
新生児死亡	8	12%
母体死亡	6	9%
子宮摘出	4	6%
上肢分娩麻痺	1	1%
新生児ケイレン	1	1%

(表5) 予定日超過妊娠の取り扱い指針の私案

- | |
|---|
| A) 40週0日にEFBWが2,600～3,600gであることを確認したのちに
B) AFI ≤ 6cm. or, Biophysical profile score ≤ 6点, or, Bishop score ≤ 6点の一つでも該当する場合は入院⇒胎児監視しつつ頸管熟化を図って分娩誘発.
C) AFI ≥ 7cm. &, Biophysical profile score ≥ 8点, &, Bishop score ≥ 7点の場合のみ外来管理⇒週2回の胎児監視 (AFI + NST) を行う. 41週に入れば入院して胎児監視しつつ分娩誘発. |
|---|

《参考文献》

1. 内藤博之, 須藤なほみ, 占部 智. 予定日超過妊娠の管理法に関する検討. 産婦の実際 2004; 53: 1197—1205
2. ACOG PRACTICEBULLETIN. Management of Postterm Pregnancy. Obstet Gynecol 2004; 55: 639—645
3. Cleary-Gold P, Bettes B, Robinson JN. Postterm Pregnancy: Practice Patterns of Contemporary Obstetricians and Gynecologists. Am J Perinatology 2006; 23: 15—20
4. 平成9, 10年度周産期委員会報告 周産期医療システムにおける情報ネットワークの整備に関する検討小委員会報告(合併症のない妊娠40, 41, 42週例の分娩誘発の実情に関するアンケート調査). 日産婦誌 1999; 51: 243—245
5. Sanchez-Romos L, Oliver F, Delke I. Labor induction versus expectant management for postterm pregnancies: A systematic review with meta-analysis. Obstet Gynecol 2003; 101: 1321—1317
6. 奥山通雄. 産婦人科医事紛争の症例に学ぶ. 東京: 新風舎, 2004
7. Xenakis EM, Piper JM, Conway DL. Induction of labor in the nineties: conquering the unfavorable cervix. Obstet Gynecol 1997; 90: 235—239