

II. クリニカルカンファランス

3. 子宮外妊娠の取り扱い

—術後妊孕性の観点からみた治療—温存か摘出か—

高知医科大学
産婦人科教授
深谷 孝夫

座長：近畿大学教授
星合 昊

はじめに

子宮外妊娠の発症率は近年増加の傾向にあり、産婦人科医療の中でも頻繁に経験される疾患の一つである。今日では、経腔超音波診断および高感度妊娠診断薬の普及により妊娠早期に子宮外妊娠の診断が可能になり、卵管破裂を伴うショック症例はほとんど経験されなくなった。また、内視鏡手術が広く応用されるとともに待機的治療か積極的治療あるいは卵管温存か卵管摘出かが論議されている。現時点では、早期診断と早期治療により早期に日常生活への復帰を図ることと、症例によっては将来の妊孕性を維持させることが子宮外妊娠の基本であり、この目的のためにどの治療法が最適かを考慮する必要がある。

子宮外妊娠の早期診断

妊娠早期における子宮外妊娠の診断は、その後の治療法の選択を左右するために重要である。すなわち、卵管破裂直前もしくは腫瘍径が増大した場合には卵管切除が余儀なくされ、卵管温存手術は困難である。したがって、妊娠診断薬で陽性にもかかわらず超音波診断にて胎嚢が子宮内に確認されない症例においては必ず子宮外妊娠を疑うことが重要である。また、血中hCG値が500mIU/ml以下であっても子宮内妊娠症例が存在し、このような症例のほとんどが稽留流産と診断され子宮内清掃術を受けてから子宮外妊娠と診断されがちである。そのために時間が経過し、結果的に緊急しかも卵管切除を余儀なくされる症例も少なくない。少なくとも妊娠6週になっても胎嚢が確認されなければ、内視鏡による確定診断は必須であると考えられる。

子宮外妊娠治療方法

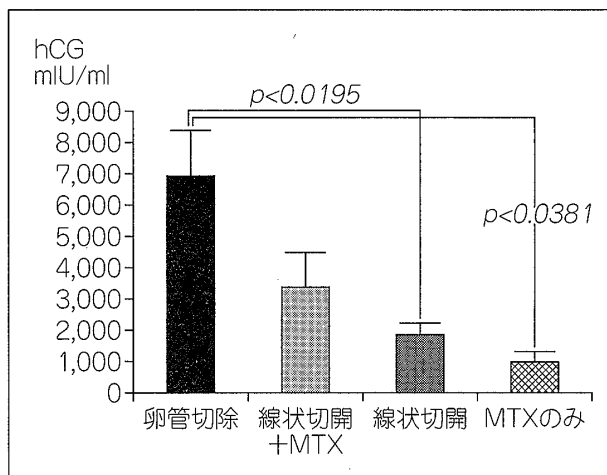
子宮外妊娠の治療方法としては待機療法、非観血療法、観血療法の三つに大別される。

待機療法は確定診断がなされた後に血中hCG値の推移のみで経過観察し、自然寛解を期待するものである。ただ自然寛解を期待される症例には条件がありすべてが待機可能ではない。待機可能な条件としては、血中hCG値が1,000~2,000mIU/ml以下でしかも1~2日の間に急速にhCGが低下する症例に限られる¹⁾。また、hCG値が2,000mIU/ml以上の症例では93.3%が待機療法に失敗することも報告されており¹⁾、本療法はhCGを迅速に測定可能かつ緊急内視鏡下手術を施行できる施設のみで行われるべきである。

非観血療法としてはMTXの全身投与あるいは経腔超音波ガイド下に病巣部へMTXを局所注入する方法である。ただ、MTXの副作用あるいは寛解に要する期間が長いなどの点から、全身投与より局所注入の方がよい。また、経腔超音波ガイド下に病巣部へ正確にMTXを注入することが難しく、内視鏡を用いる観血的MTX局所注入の方が確実である。

観血的治療法としては、開腹手術と内視鏡下手術の二つがある。最近では、術後妊孕率、

早期離床・早期退院，患者に対する低侵襲性から，ショックや高度癒着症例以外には開腹手術は選択しないのが一般的である。このためには，たとえ夜間においても緊急内視鏡手術が可能な体制を作るべきと考えられる。われわれの施設では1990年から子宮外妊娠に対する内視鏡下手術を試みてきたが，1994年からは平均して70%の症例が内視鏡下に試行されている。1995年以降に限ってみると開腹に至った症例ではショック症状，高度肥満や骨盤腔内高度癒着が78.9%に認められ，この頻度は内視鏡下手術における頻度と比較し有意に高かった。すなわち，今日ではこれらの要因により術式が決定され，内視鏡下手術が子宮外妊娠特に卵管妊娠治療の gold standard となっているといっても過言ではない。



(図1) 術式別術前血中 hCG 値

卵管妊娠に対する内視鏡下手術としては，前述の MTX 局所注入，卵管線状切開および卵管切除の三つがあり，それぞれ適応を考えて術式を選択する。実際の手術にあたっては，将来とも挙児希望のない症例においては患側卵管の切除が最も合理的な治療であるが，妊孕性を温存させる場合には年齢，不妊歴，癒着，病巣の大きさ，既往の卵管切除，存続絨毛症，治療側再子宮外妊娠などを考慮したうえで治療を選択すべきである。術前の血中 hCG 値も術式選択の指標であり，今回の検討でも retrospective な成績であるが術式との間に差が認められた (図1)。

内視鏡下子宮外妊娠治療と術後妊孕性

われわれの成績では，最も術後妊娠率が高かったのは MTX 治療群で55.6%であった。MTX 群の妊娠率は卵管切除および卵管線状切開と比べ有意に高率であり，これは病巣部が小さいことと局所注入のみであるため卵管に対する侵襲性が少ないためと考えられる。一方，卵管切除群と線状切開群では前者の方が妊娠率は高率であったが有意な差は認められなかった。現在までの種々の報告では，妊娠率に関しては卵管切除と卵管切開はほぼ同

(表 1) 卵管切除後の妊娠率，再外妊率

報告者 (年)	症例数	妊娠率	再外妊率
Silva (1993)	47	54.0	—
Dubuisson (1996)	145	50.3	15.2
dela Cruz (1997)	56	49.0	18.0
Yao (1997)*	3,584	38.1	9.8
Fernandez (1998)	213	70.4	10.4
Mol (1998)	79	30.4	23.0
Colacurci (1998)	11	27.3	—
今回の検討	53	37.3	5.7

* 1997 年までの各報告の文献学的な統計

(表 2) 卵管線状切開後の妊娠率，再外妊率

報告者 (年)	症例数	妊娠率	再外妊率
Thornton (1991)	—	60.0	15.0
Silva (1993)	48	60.0	—
Donnez (1994)	—	63.0	8.0
del Cruz (1997)	34	68.0	12.0
Yao (1997)*	1,514	61.4	15.4
Mol (1998)	56	53.6	28.0
Colacurci (1998)	26	42.3	—
今回の検討	22	22.4	9.1

* 1997 年までの各報告の文献学的な統計

(表3) 子宮外妊娠術式選択のための基準²⁾

Factor	Score	
One previous EP	2	
Each additional EP ^{a)}	1	
Laparoscopic adhesiolysis ^{b)}	1	0～3点
Micro surgery ^{b)}	2	卵管線状切開
Solitary tube	2	4点
Salpingitis	1	患側卵管切除
Homolateral adhesion	1	5点以上
Controlateral adhesion ^{c)}	1	患側切除+対側結紮

^{a)}両側に発生した場合には2点

^{b)}子宮外妊娠側に対して加点

^{c)}対側卵管が閉塞もしくは欠損の場合2点

率で(表1,2), 卵管機能を温存させる目的からは線状切開が主流になりつつある。しかし, 線状切開は技術的に難易度が高く卵管内膜の損傷すなわち卵管通過性が障害されやすい。子宮外妊娠手術において術後妊孕性を考慮するためには線状切開は今後とも有力な方法とは考えられるが, 存続絨毛症や再子宮外妊発生を考えれば現時点では卵管切除とくらべ格段に勝っている手技とはいえない。表3に Pouly et al.²⁾が報告した子宮外妊娠温存療法を選択基準を示したが, 線状切開施行時には骨盤内所見の評価が極めて重要である。一方, Pouly et al. の選択基準の中には入っていないが, 健常側卵管が正常でしかも何も不妊因子が存在しない30歳以下の症例では卵管切除後と線状切開の術後妊娠率は同様であり, このような症例の場合には卵管切除を考慮してもよいと考えられる³⁾。現時点では, 線状切開は技術的に安定した指導者のもとに施行されるべきであり, 一般的には卵管切除でよいと考えられる。

存続絨毛症の発生と治療

卵管温存手術を施行した場合の手術直後の留意点は存続絨毛症の発生であり, 線状切開およびMTX療法ではその発生が皆無ではない。われわれの施設では線状切開施行時にはほとんどの場合MTX注入を併用しており術後hCG低下は速やかで存続絨毛症の発生は認めなかった。むしろMTX単独治療の場合に術後hCG低下が緩徐であり, 27.3%が存続絨毛症となり追加治療を要した。いずれにしろ卵管温存手術後には経日的な血中hCG測定は必須であり, 低下しない場合には存続絨毛症を疑う必要がある。存続絨毛症と判断された時の治療法としてはMTX症の全身投与が一般的である。ただ, MTX単独治療を施行した場合には追加投与しても無効なことが多く, その際には内視鏡下卵管切除を選択せざるを得ない。

単一卵管症例における子宮外妊娠治療

種々の温存手術後の妊孕性を厳密に評価するためには, 一側にしか卵管が残っていない症例に発生した子宮外妊娠に対する温存手術後の臨床成績を検討する必要がある。今回のわれわれの検討においては, 既往子宮外妊娠などにより一側の卵管が切除され残っている卵管に子宮外妊娠が発生した症例が11例存在した。温存療法の可否を評価するためにこれらの症例の治療成績を検討したところ, MTX治療にて2例の術後妊娠が認められた。

けであり、卵管線状切開群では妊娠成立が認められなかった。しかし、これまでに報告された単一卵管症例の子宮外妊娠治療成績では⁴⁾線状切開後50%の症例に妊娠が成立しており、今後とも積極的に温存手術を考慮すべきと考えられる。ただ、再子宮外妊娠率は27.8%であり⁴⁾、術後の厳密な管理が必要である。再子宮外妊娠の場合は通常温存療法の適応ではなく、卵管切除後にIVFを考慮すべきである。

おわりに

妊孕性温存を考慮した場合の子宮外妊娠の取り扱いに関して一定の見解はまだなく、症例の背景および病変の状態によって治療法が決定されるべきと考えられる。現時点では、1) 内視鏡による病変部へのアプローチ、2) 病巣部が小さくしかも血中hCG値が低値であればMTX局所注入法、3) 技術的に手技が確立されれば卵管線状切開、4) 緊急手術時あるいは健常側が正常であれば卵管切除、5) 卵管が一側だけの症例では症例によってはMTXもしくは線状切開などが一般的な考え方であろう。

《参考文献》

- 1) Shalev E, Peleg D, Tsabari A, Romano S, Bustan M. Spontaneous resolution of ectopic tubal pregnancy : natural history. *Fertil Steril* 1995 ; 63 : 15—19
- 2) Pouly JL, Chapron C, Manhes H, Canis M, Wattiez A, Burhat MA. Multifactorial analysis of fertility after conservative laparoscopic treatment of ectopic pregnancy in a series of 223 patients. *Fertil Steril* 1991 ; 56 : 453—460
- 3) Fernandez H, Marchal L, Vincent Y. Fertility after radial surgery for tubal pregnancy. *Fertil Steril* 1998 ; 70 : 680—686
- 4) Tulandi T. Reproductive performance of women after two tubal ectopic pregnancies. *Fertil Steril* 1988 ; 50 : 164—166