

D. 産科疾患の診断・治療・管理

Diagnosis, Therapy and Management of Obstetrics Disease

8. 合併症妊娠の管理と治療

Management and Treatment of Pregnancy with Medical and Surgical Complications

1) 婦人科疾患合併妊娠

子宮奇形, 子宮筋腫, 子宮頸癌, 卵巣腫瘍を中心に述べる.

(1) 子宮奇形

頻度

子宮奇形合併妊娠は多くは妊娠の経過の異常から偶然に発見されることが多く, 頻度は600~1,000例に1例といわれる.

Müller 管異常の分類 (American Fertility Society, 1998年)

- I 形成不全/無形成 (a) 腔 (b) 頸管 (c) 子宮底 (d) 卵管 (e) 混合
- II 角子宮 (a) 交通 (b) 非交通 (c) 内腔なし (d) 痕跡角なし
- III 完全分離重複子宮
- IV 双角子宮 (a) 完全 (b) 部分
- V 中隔子宮 (a) 完全 (b) 部分
- VI 弓状子宮
- VII DES 剤関連

妊娠・分娩管理

流産を繰り返す症例では手術療法を考慮する.

早産を併発しやすく, 切迫早産症例では, 入院治療をする.

II, III, VIでは予防的頸管縫縮術が必要な場合もある.

胎児の位置異常を合併することが多く, 子宮奇形の根治手術の既往例同様, 帝王切開を考慮する.

頭位の場合, 経腔分娩が可能である. 腔中隔は, 分娩時に中隔が進展した時点で切断する. 分娩後には, 胎盤遺残に注意する.

(2) 子宮筋腫

頻度

妊娠に子宮筋腫が合併する頻度は0.5~2%程度である¹⁾.

妊娠が子宮筋腫に及ぼす影響

一般には筋腫は増大するが, 不変のままや, 縮小する筋腫核もある. 筋腫自体が硝子様変性や嚢胞性変性を起こし, 壊死に陥って, 自発痛や圧痛, 発熱を伴うことがある.

子宮筋腫が妊娠に及ぼす影響

筋腫の大きさが3cm以上になると, 妊孕性が阻害されたり, 早産(10%), intrauterine growth restriction(IUGR), 前期破水, 常位胎盤早期剥離(10%), 骨盤痛(5cm以上で25%以上), 胎位異常(骨盤位は4倍)が増加²⁾する. また, 周囲臓器圧迫症状³⁾や尿閉, 排尿障

害³⁾がみられることもある。

子宮筋腫が分娩・産褥に及ぼす影響

微弱陣痛, non-reassuring fetal status(胎児機能不全), 胎位異常や回旋異常により帝王切開が増加(6倍)する。弛緩出血や子宮内腔から突出した筋腫表面からの oozing により出血量の増加もみられる。

頸部筋腫では児頭の下降が筋腫によって障害され, 経腔分娩が不可能なことがある。逆に, 陣痛発来後子宮収縮によって筋腫が上昇して経腔分娩が可能になることもある。

産褥期には, 子宮復古不全, 悪露滞留, 感染, 壊死, 子宮内反症, 強度の後陣痛などの異常がみられる。

筋腫の管理(手術の有無について)

1) 妊娠前

鶏卵大(直径6cm)以下の筋腫で不妊, 習慣流産などの訴えがない場合は, そのまま経過を観察する。鶏卵大以下の筋腫でも, 不妊, 習慣流産の原因と考えられる場合は手術を行う。手術により流産率が改善される確証はない³⁾。

筋腫核出術時に内膜の損傷があるものは, 子宮破裂の危険があるため, 陣痛発来前に帝王切開を行う⁴⁾。

2) 妊娠中

できるだけ保存的に対処する。手術は一般的には禁忌である⁴⁾。

妊娠12週以前に筋腫の変性による症状が出る場合は, 12~13週に核出術も検討するが, 有茎性の筋腫に限るべきである。

3) 帝王切開時

妊娠中と同様に帝王切開時に筋腫核出術は行わないのが一般的である⁴⁾。

4) 分娩

筋腫の縮小がみられない場合は分娩後6カ月目以降に手術の適応の有無を検討する。子宮復古が起きるまでは子宮筋腫核出術は行わない⁴⁾。

分娩管理

妊娠38週には超音波断層法にて胎位, 児頭の高さ, 筋腫の大きさや位置を確認し, 分娩の方針を決める。陣痛が発来しても筋腫が児頭より下方にある場合は帝王切開を行う。胎盤遺残, 癒着胎盤, 子宮収縮不全による産後出血に注意する。分娩後収縮不全の為, 子宮収縮剤を使用するが, 時に筋腫変性の誘因になることがあるので注意する。帝王切開術施行の際には原則として子宮下部横切開が望ましいが, 切開創は筋腫核より2~3cm 離れた所にすべきである。帝王切開時の筋腫核出術は, 有茎性の筋腫に限るべきであるとの意見が多い。

《参考文献》

1. 日本産科婦人科学会, 編. 産婦人科研修の必修知識 東京: 日本産科婦人科学会 2004; 223
2. Rice JP, et al. The clinical significance of uterine leiomyoma in pregnancy. Am J Obstet Gynecol 1989; 160: 1212
3. Phelan JP. Myomas and pregnancy. Obstetrics and Gynecology. Clinics of North America 1995; 22: 801
4. Williams Obstetrics 22th. New York Appleton & Lange 2005; 961

(3) 子宮頸癌

頻度

1) 妊娠に合併する悪性腫瘍の中で、子宮頸癌は2,000~2,500妊娠に1例とされ、頻度としては最も多い¹⁾。

2) 子宮頸癌の2.7%から3.5%が妊婦に起こる²⁾。

3) 妊娠中の上皮内癌は0.13%、浸潤癌は0.05%(2,000妊娠に1例)である³⁾。

診断

妊婦または産褥期における子宮頸癌の診断と治療は、非妊婦と同じ(子宮頸部細胞診、コルポ診下ねらい組織診)であるが、頸管内搔爬は出血や破水を起こす可能性があるので施行すべきではない⁴⁾。円錐切除術については、妊娠中は出血、早産が起こる可能性が高いので円錐切除術は避けるべきであるが²⁾³⁾、細胞診が陽性で、浸潤癌がコルポスコピーと生検で診断できない時には、診断的円錐切除術が行われる場合もある⁵⁾。

妊娠が子宮頸部上皮内腫瘍・子宮頸癌に及ぼす影響²⁾

妊娠によって浸潤癌の進展が助長されることはない⁶⁾。

子宮頸癌が妊娠に及ぼす影響²⁾

妊娠に及ぼす影響はほとんどなく、胎児や胎盤に転移したという報告もない⁷⁾。胎盤や胎児への転移は稀である。

妊娠中の管理と分娩方法

異型上皮、上皮内癌、微小浸潤癌(I a期)では、経膣分娩を試みる。

I a₂期、または、脈管浸潤またはリンパ節浸潤がみられる場合、ただちに帝王切開術を試行し⁵⁾⁸⁾、引き続きただちに準広汎子宮全摘出術とリンパ節郭清を行う⁵⁾。

I b期以上

a. I b~II a期の症例は原則的に広汎子宮全摘除術を試行する⁹⁾。

b. 胎外生存が可能な時期であれば、帝王切開術後根治術を試行する⁵⁾⁸⁾。

なお、帝王切開術は古典的帝王切開術を行う⁷⁾。

c. 妊娠20週以前では、原則的に妊娠子宮のまま広汎子宮全摘除術を試行する³⁾⁷⁾。

d. 児の肺成熟が確立していない時、妊娠20週以前で発見された子宮頸癌でもステロイド投与で肺成熟を促進し、分娩することも可能である²⁾。

e. 妊娠22週以降に進行癌が発見された場合には、胎児成熟をみながら帝王切開術のタイミングを決定する。

II b期以上または医学的理由で手術ができない症例

原則として放射線治療が行われる³⁾。

《参考文献》

1. Shivers SA. Preinvasive and invasive breast and cervical cancer prior to or during pregnancy. Clin Perinatol 1997; 24: 369 Review
2. American College of Obstetrics and Gynecologists. Diagnosis and treatment of cervical carcinomas. Practice Bulletin No.35, October 2002
3. Williams Obstetrics 22th. Genital cancer New York: Appleton & Lange 2005; 1264
4. Wright TC Jr, et al. 2001 Consensus guidelines for the management of women with cervical cytological abnormalities. JAMA 2002; 287: 2120
5. Krivak TC, et al. Cervical and vaginal cancer. In: Berek JS, et al. Eds. Novak's gynecology 13th. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins 2002: 1199

6. 村田雄二, 編. 合併症妊娠. 改訂2版. 東京: メディカ出版 2003; 371
7. Berman ML, et al. Pelvic malignancies, gestational trophoblastic neoplasia, and nonpelvic malignancies. In: Creasy R, et al eds. Maternal-Fetal Medicine 5th Philadelphia: WB Saunders 2004; 1213
8. Burtness B. Neoplastic disease. In: Burrow GN, et al. eds. Medical Complications during pregnancy 6th. Philadelphia: Elsevier Saunders 2004; 479
9. 日本産婦人科学会編. 産科婦人科用語集・用語解説集(改訂新版). 東京: 金原出版 2003; 212

(4) 良性卵巢嚢腫

頻度

妊娠に合併する卵巢腫瘍の頻度は約1,000の妊娠に1~2例で, 約95~98%が良性腫瘍である¹⁾.

卵巢腫瘍が妊娠・分娩に及ぼす影響¹⁾

- 1) 茎捻転: 妊娠早期と産褥期に多く¹⁾, その頻度は5%前後で皮様嚢腫が最も多い²⁾.
- 2) 流早産: 頻度は5~15%で, 妊娠前半期に集中する¹⁾.
- 3) 卵巢嚢腫破裂: 分娩時に起こしやすく, その頻度は3%である¹⁾.
- 4) 分娩停止

妊娠が卵巢腫瘍に及ぼす影響

妊娠により増大する傾向はない

診断

1) 黄体嚢胞と真性嚢胞の鑑別をする. 妊娠によって生じた黄体嚢胞は妊娠週数が進むにつれて消退し, 4カ月では消失することが多い. 超音波断層法により, 腫瘍の性状, 大きさの増減を判定する.

2) 黄体嚢胞では7cmをこえたものは6.8%で, 妊娠12~13週では7cmを超えるものはないと報告されている(東政弘. 日産婦誌 1995年³⁾).

3) 腫瘍の充実部分が含まれる場合, 悪性との鑑別が重要となるが, 腫瘍マーカーは高値を示しても妊娠の影響があるため, 非妊時に比べ診断価値は少ない.

管理

- 1) 黄体嚢胞との鑑別のために妊娠12週まで待機する.
- 2) 嚢胞の直径が6~7cm以上で消退傾向のないものは, 妊娠18週までに手術療法にて摘出する(できれば妊娠12~14週以降に行うのが望ましい). 術式は嚢腫摘出術が原則であり, チョコレート嚢腫など癒着が高度な場合にかぎり, 内容吸引にとどめる. 術後流産率は自然流産率と変わらないと報告されている⁴⁾.
- 3) 妊娠後期に診断された場合, 分娩まで経過観察し, 嚢腫が産道の通過障害を来す場合は帝王切開とし, 同時に嚢腫を摘出する.
- 4) 上記以外のいかなる場合でも, 嚢腫の茎捻転や破裂を起こした場合は緊急手術となる.

分娩

基本的には分娩は経膈分娩とする

《参考文献》

1. 村田雄二, 編. 合併症妊娠. 改訂2版. 東京: メディカ出版 2003; 345
2. 日本産科婦人科学会, 編. 産婦人科研修の必修知識 2004. 東京: 日本産科婦人科学会 2004; 223

3. 東 政弘. II.クリニカルカンファランス B. 妊娠合併症の取り扱い 3. 卵巣腫瘍
日産婦誌 1995; 47: N197-N200
4. 植田政嗣, 他. 悪性腫瘍での妊孕能保存療法ならびに妊娠合併例の管理産婦の進歩
1997; 49: 41

(5) 卵巣癌

頻度

悪性卵巣腫瘍が妊娠に合併するのは12,000~25,000妊娠に1例である(Tewari K et al. 1999)¹⁾.

妊娠が卵巣癌に及ぼす影響²⁾

妊娠により進行が早くなることはない.

卵巣癌が妊娠に及ぼす影響

- 1) 茎捻転: 妊娠8~16週に多い²⁾.
- 2) 流早産: 頻度は5~15%で, 妊娠前半期に多い³⁾.
- 3) 卵巣嚢腫破裂: 分娩時に起こしやすい²⁾.
- 4) 分娩停止, 胎位異常²⁾

診断

1) 卵巣腫瘍一般で6cm以下の嚢胞性腫瘍で, 妊娠14週頃までに縮小しないか, 増大傾向にあれば腫瘍性と考え²⁾.

2) Color-flow Doppler imaging: hypervascularity⁴⁾, resistance indexの低値⁴⁾が役立つかもしれない. 第2三半期に入っても腫瘍が認められ, simple cystでなければ外科的な評価がなされるべきである⁴⁾⁵⁾.

妊娠中の管理

1) 卵巣癌の場合, 妊娠12~16週頃に手術する. 境界悪性または, 悪性群でも分化型腺癌の場合には, 進行期がI a期であれば, 患側付属器摘出, 健側楔状切除を行い, 以後はエコー, 腫瘍マーカーで管理する.

2) I b期以上の場合は母体の安全を優先する. 術式は根治術で妊娠中絶が原則. ただし, 拳児切望の場合で, 進行がごく初期であれば保存手術が可能なこともある. この場合には, 開腹時の所見と病理組織により, 術後の取り扱いを慎重に検討する必要がある.

3) 妊娠22週以降に発見された場合には, 胎児成熟をみながら帝王切開術のタイミングを決定する. この場合, あらかじめ抗癌剤を投与する等の治療は行わない.

分娩・産褥時の管理

卵巣癌保存手術後の場合には, 選択的帝王切開術を行い, 同時に子宮摘出術, 大網切除術を行う. 拳児希望が強くても, 術中迅速細胞診が陽性なら, 根治手術を行う.

《参考文献》

1. Tewari K. Managing cervical cancer in pregnancy. Comt OB/GYN 1999; 133
2. 村田雄二 編. 合併症妊娠. 改訂2版. P367 東京:メディカ出版 2003;367
3. 松岡松男. 妊娠時の卵巣良性腫瘍の取り扱い. 産婦実際 1973; 22: 514
4. Burtness B. Neoplastic disease. In: Burrow GN, et al eds. Medical Complications during pregnancy 6th Philadelphia: Elsevier Saunders 2004; 479
5. Grendys EC Jr, et al. Doppler sonography. J Ultrasound Med 1994; 13: 295
Ovarian cancer in pregnancy. Surg Clin North Am 1995; 75: 1