

先天性食道閉鎖症の出生前診断における問題点

下川浩，中野仁雄（九州大学医学部婦人科学産科学教室）

〔はじめに〕

先天性形態異常児の出生前診断は，超音波断層法，特に電子スキャンの普及にともない飛躍的に向上してきた。そして，このことが先天性形態異常児の周産期管理に大きな変化をもたらしていることは否めない事実である。しかし，一方では全ての先天性形態異常児の出生前診断が可能であるかのごとき印象を社会に与えていることは，出生前診断がつかなかったことを「誤診」ととられる可能性をひめており，出生前診断にあたる周産期医として憂慮すべき一面をもっている。

今回，出生前診断の有用性ととも，その今日的限界を明らかにする目的で，当科で出産した先天性食道閉鎖例に対して後方視的検討を加えた。

〔対象及び方法〕

1984年1月から1986年12月までに九州大学医学部附属病院分娩部で出産した6例の先天性食道閉鎖例を対象とした。出生前診断の内容，妊娠・分娩経過については分娩部診療録，超音波報告書をもとに，また，児の帰結，合併奇形の有無については分娩部および当院小児外科の診療録，剖検記録をもとに検討を加えた。

〔結果〕

当院で出産した6例の先天性食道閉鎖例は全て紹介患者であった。その紹介理由は6例中5例が羊水過多であり，1例が腹部の多房性腫瘍であった。紹介時期は妊娠28週未満1例，妊娠28週から31週1例，妊娠32週から35週3例，妊娠36週以降1例であった。

出産時の妊娠週数は妊娠37週未満の早産が2例，正期産が4例であった。早産の2例は合併奇形のため妊娠継続を断念した症例である。正期産4例の当科紹介から出産までの期間をみると妊娠37週で紹介となった1例を除くと5週から11週であった。このことは羊水過多に対する羊水除去と子宮収縮抑制剤の投与による早産予防のための周産期治療の効果が反映されているものと思われる。分娩様式は6例中5例が経膈分娩，1例が帝王切開であった。児の転帰をみると6例中3例が早期新生児死亡，1例が乳児死亡，2例が生存して

いる。新生児死亡の3例中2例が染色体異常を伴い、1例が重複奇形であった。また、乳児期に死亡した1例は21トリソミーの児であった。新生児期に外科的治療を受けたのは6例中3例で、内2例が生存している(表1)。

合併した異常についてみると6例全てが何らかの異常を合併していた。その内訳をみると心大血管系4例(66.7%)、消化器系3例(50%)、泌尿器系3例(50%)、中枢神経系3例(50%)、染色体異常3例(50%)、その他の異常3例(50%)と本症が身体各臓器系統に多種の異常を伴うことを示している。

先天性食道閉鎖の出生前診断については6例中4例で正診を得ている。しかし、2例では十二指腸閉鎖、multicystic kidneyの出生前診断であった。十二指腸閉鎖と診断された一例では食道閉鎖、十二指腸閉鎖、鎖肛が合併しており出生前の超音波検査では典型的な十二指腸閉鎖の像を呈していた。また multicystic kidney の一例では胃像が認められたため multicystic kidney と原因不明の羊水過多と診断された。出生前に正診を得た4例では、全て胃の像の欠如と腸管像が少ないという所見を得ている。胃の像を確認できた2例は、食道閉鎖のタイプはGross Cであったが、胃の像の確認できなかった4例ではGross A 2例、Gross C 2例であった。胃の像が確認できないことがGross Aの食道閉鎖を意味する所見ではないことが明らかとなった。

【結論】

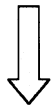
1. 食道閉鎖例では全例羊水過多をともなっていた。このことは羊水過多例では本症を念頭において胎児の精査を行う必要がある。
2. 今回の研究では本症の全例が他の胎児異常を合併していた。このことは本症の出生前診断がつけば、羊水での染色体検査も念め合併異常の有無について精査を行う必要性を示している。
3. 現在、本症の出生前診断の超音波検査上の基準となっている胃像の欠如を診断基準とすると一定数の本症合併胎児が出生前診断できないことが明らかになった。また胃像の欠如がGross Aの食道閉鎖を意味するものではない。
4. 本症の出生前診断は、羊水過多に対する周産期治療により分娩を正産期まで延長することを可能とし、そのことで新生児の外科的侵襲へのリスクを軽減することができる。

表 1

| 症例 | 診断週数 | 妊娠週数 | 分娩様式 | 出産体重 | 1分APGAR | Gross分類 | 転帰 |
|----|------|-------|---------|--------|---------|---------|----|
| 1 | 27W | 38W1D | Vaginal | 1566 g | 8 | C | 死 |
| 2 | 30W | 36W5D | Vaginal | 1420 g | 1 | C | 死 |
| 3 | 32W | 35W2D | Vaginal | 804 g | 2 | A | 死 |
| 4 | 37W | 38W1D | Vaginal | 2680 g | 9 | C | 生 |
| 5 | 33W | 39W2D | C/S | 2895 g | 7 | A | 生 |
| 6 | 32W | 37W6D | Vaginal | 2130 g | 4 | C | 生 |

表 2 合併奇形の頻度

| | 症例数 (頻度,%) | 内訳 (症例数) |
|-------|------------|--|
| 心大血管系 | 4 (66.7) | VSD(2), DORV(1), ASD(1) |
| 消化器系 | 3 (50.0) | Imperforate anus(3), Malrotation(2) Duodenal atresia(1) |
| 泌尿器系 | 3 (50.0) | Horse-shoe Kidney(2), Multicystic-kidney(1) |
| 中枢神経系 | 3 (50.0) | Spina bifida(2), Holoprocencephaly(1) |
| 染色体異常 | 3 (50.0) | 46XX 21P(1), 21-trisomy(1), 18-trisomy(1) |
| その他 | 3 (50.0) | Omphalocele(1), Syndactyly(1) Clubfeet(1), Thumb bone defect(1) |
| 合 計 | 6 | |



検索用テキスト OCR(光学的文字認識)ソフト使用
論文の一部ですが、認識率の関係で誤字が含まれる場合があります



〔はじめに〕

先天性形態異常児の出生前診断は、超音波断層法、特に電子スキャンの普及にともない飛躍的に向上してきた。そして、このことが先天性形態異常児の周産期管理に大きな変化をもたらしていることは否めない事実である。しかし、一方では全ての先天性形態異常児の出生前診断が可能であるかのごとき印象を社会に与えていることは、出生前診断がつかなかったことを「誤診」ととられる可能性をひめており、出生前診断にあたる周産期医として憂慮すべき一面をもっている。

今回、出生前診断の有用性ととも、その今日の限界を明らかにする目的で、当科で出産した先天性食道閉鎖例に対して後方視的検討を加えた。