

## 前置胎盤の診断とその予後に関する研究

### 癒着胎盤の関連性について

### 分担研究：胎盤形成障害と超音波診断に関する研究

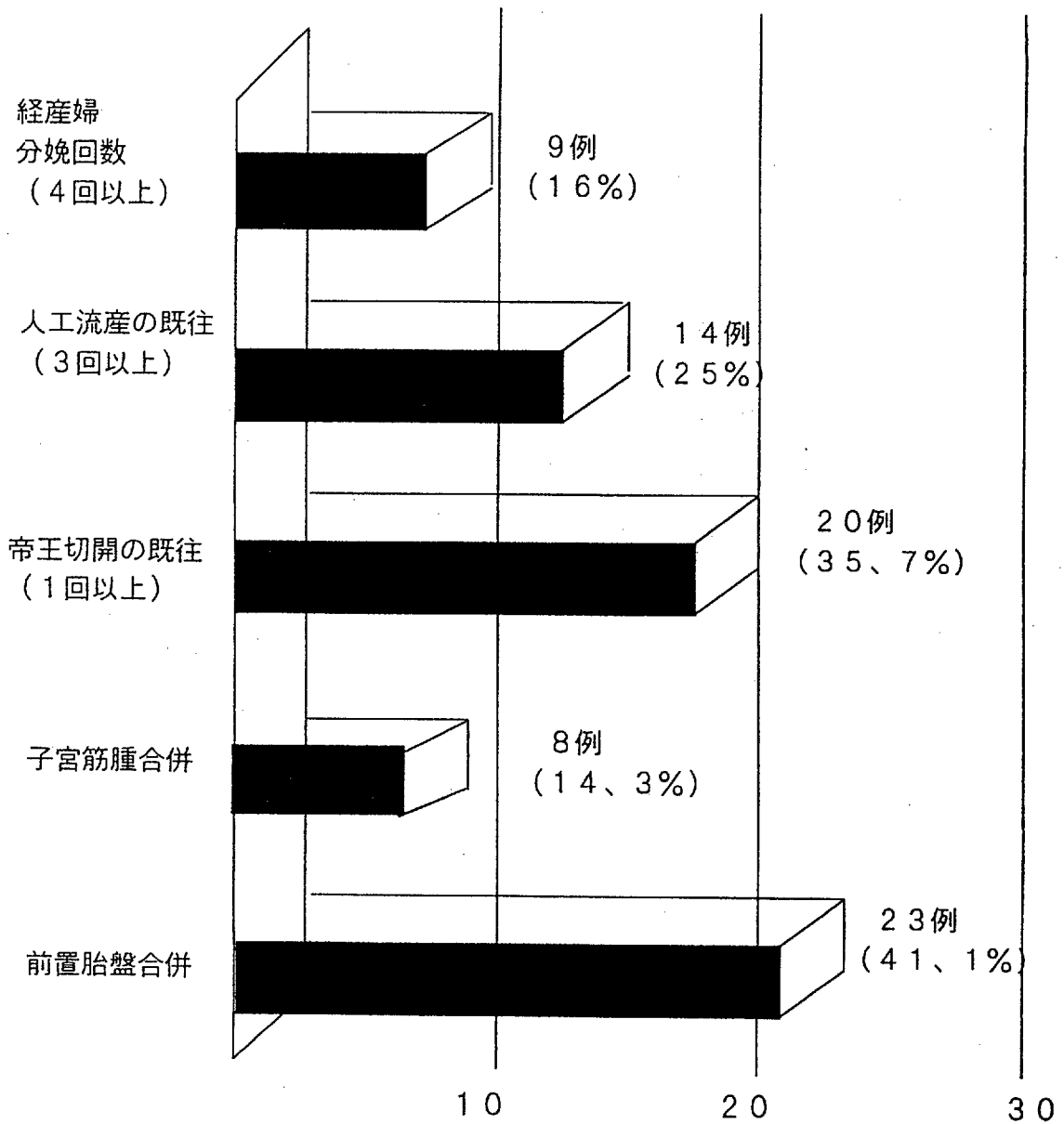
研究協力者：森 晃

我が国の妊産婦死亡原因は出血の頻度が高く、全妊産婦死亡の3割以上を占める。近年母体、胎児の管理に分娩監視装置やカラードブラを備えた超音波診断装置などの診断機器が導入され新たな装いを呈しているものの、少産傾向の時代を背景にして、出産年齢の高齢化による合併症妊娠の増加のため帝王切開の頻度が増加している。そのため次回妊娠時に前回帝王後の妊娠が前壁よりの前置胎盤の場合癒着胎盤の可能性がある。

癒着胎盤は、子宮内膜基底層（床脱落膜）の欠損によるとされ、多産婦や人工妊娠中絶の外傷、帝王切開術の既往後の前置胎盤に合併することが多いとされ、子宮内感染や大出血をきたし、緊急的に子宮全摘を行わなければならない場合がある。本症の診断は、病理学的診断からされるべきだが、臨床的には胎盤の用手剥離の際に診断されるが、癒着胎盤の可能性を考えずに胎盤剥離を試みると止血困難な多量出血をきたす。出血性ショックのために母体は極めて危険な状態に陥ることもある。

東京都母子保健サービスセンターのデータベースを使用し1988～1996年までの、総登録分娩件数92400件から付着胎盤を含む癒着胎盤件数は907件（0、98%）であった。その907例のうち分娩時出血量が1500ml以上の56例（0、06%）の背景因子を検討すると、前置胎盤合併例が23例で41、1%、1回以上の帝王切開の既往を持つものが20例で35、7%で、3回以上の人工流産の既往を持つものが14例で25%、次いで4回以上の経産婦が9例で1、6%であった（図1）。全例分娩後胎盤用手剥離が施行されていた。

図1 癒着胎盤 分娩時出血量1500ml以上 (56例)



56例の分娩時出血量は、

1500~2000ml	8例
2001~2500ml	17例
2501~3000ml	11例
3001~3500ml	8例
3501~4000ml	5例
4000ml以上	7例

56例の分娩方法は、

26例が経膈分娩  
30例が帝王切開

経膈分娩26例の平均出血量は  $1733 \pm 230$  ml

帝王切開30例の平均出血量は  $3051 \pm 993$  ml であった。

帝王切開30例のうち前置胎盤が合併した癒着胎盤23例の  
平均出血量は  $3187 \pm 1105$  mlであった。

また、23例のうち前回帝王切開後の前置胎盤が合併した癒着胎盤は18例あり  
平均出血量は  $4458 \pm 1418$  mlであった。

癒着胎盤

帝王切開数と前置胎盤

帝王切開数	例数	分娩時出血量ml
0	5	$1656 \pm 142$
1	11	$3891 \pm 759$
2	6	$4586 \pm 1055$
3回以上	1	8500

癒着胎盤は、付着絨毛の子宮筋層内侵入の程度によって以下の3つに分類される。

Placenta accreta (絨毛が子宮筋層表面と癒着するが、筋層内には、侵入していないもの。)

Placenta increta (絨毛が筋層内に侵入しているが、筋層を越えないもの。)

Placenta percreta (絨毛が筋層さらにさらに漿膜を穿通しているもの。)

前回帝王切開後の癒着胎盤は、子宮筋切開部への絨毛が侵入する結果発生すると考えられる。したがって、前回帝王切開後の子宮筋切開傷部の子宮内膜が欠損し、子宮筋傷部が露出していれば、子宮前壁付着部の前置胎盤の場合は、癒着胎盤になる。前置胎盤の場合には、妊娠後期まで妊娠が継続すると絨毛は筋層に浸潤し、時に子宮床膜を越えて穿通胎盤となり膀胱へ達し、膀胱出血を起こすこともある。

### 診断

癒着胎盤では、出血ならびに感染のコントロールが必要であるため、治療法を選択するうえでまた、重篤な合併症を防ぐ上で、癒着の範囲や程度を早期に診断することが必要である。

診断法の一つとして超音波断層法における膀胱と胎盤との間の子宮筋層が非薄化し、明瞭に描出されない (Retroplacental hypoplastic lesionの欠如) がある。カラードプラでは、胎盤付着部の子宮壁の血管が異常に緊張し、豊富となっている。

### 予防対策

帝王切開の既往がある前壁付着の前置胎盤では、超音波断層法による Retroplacental hypoplastic lesionの欠如やカラードプラによる胎盤付着部の子宮壁の異常血管の存在により癒着胎盤を疑い、それに準じた対応が必要である。

### 対応

癒着胎盤が疑われる前置胎盤の帝王切開

### 準備

必ず交叉試験が行われた濃厚赤血球と新鮮凍結血漿の準備。可能であれば自己血輸血を準備する。

1. 子宮体部筋層切開は、胎盤に切り込まないようにする。
2. 児娩出後、胎盤剥離を試みない。
3. 両側子宮動脈を小児用腸鉗子にて圧迫し、血流を遮断する。
4. 穿通胎盤 (Placenta percreta) であれば内腸骨動脈の結紮による血流遮断
5. 単純子宮全摘術

特に、膀胱に浸潤した穿通胎盤の場合、内腸骨動脈の結紮による血流遮断の後子宮摘出を試みたり、また児メトトレキセート、エトポシド療法を行い絨毛細胞を変性させる。4～8週後に再開腹して子宮摘出を行うこともある。

子宮腔内と腹腔内へドレーンを留置する

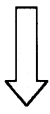
メトトレキセート 1コース、0、4 mg/Kg/日、筋注  
5日間連日3～4コース

エトキシド

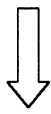
1コース、80～100mg/mm<sup>2</sup>/日  
静注5日間連日3週毎に2～3コース

まとめ

前回帝王切開後の妊娠が前壁よりの前置胎盤の場合、癒着胎盤特に(increta,percreta)を合併していることが多く、診断法の1つとして超音波断層法における膀胱と胎盤との間の子宮筋層が非薄化し、明瞭に描出されないRetroplacental hypoplastic lesionの欠如や、カラー Dopplerで胎盤付着部の子宮壁の血管が異常に緊張し、豊富となっていることが重要であり、分娩後、胎盤用手剥離をせず子宮全摘術を前提とした対応が必要である。



## 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



我が国の妊産婦死亡原因は出血の頻度が高く、全妊産婦死亡の3割以上を占める。近年母体、胎児の管理に分娩監視装置やカラードプラを備えた超音波診断装置などの診断機器が導入され新たな装いを呈しているものの、少産傾向の時代を背景にして、出産年齢の高齢化による合併症妊娠の増加のため帝王切開の頻度が増加している。そのため次回妊娠時に前回帝王後の妊娠が前壁よりの前置胎盤の場合癒着胎盤の可能性がある。

癒着胎盤は、子宮内膜基底層(床脱落膜)の欠損によるとされ、多産婦や人工妊娠中絶の外傷、帝王切開術の既往後の前置胎盤に合併することが多いとされ、子宮内感染や大出血をきたし、緊急的に子宮全摘を行わなければならない場合がある。本症の診断は、病理学的診断からされるべきだが、臨床的には胎盤の用手剥離の際に診断されるが、癒着胎盤の可能性を考えずに胎盤剥離を試みると止血困難な多量出血をきたす。出血性ショックのために母体は極めて危険な状態に陥ることもある。