

Wilson-Mikity 症候群の産科的背景

大阪府立母子保健総合医療センター

産科池沢孝夫, 久靖男
新生児科藤村正哲, 北島博之
検査部病理中山雅弘, 中村陽一

Wilson-Mikity 症候群の原因は不明である。しかし、我々は児の高 Ig M 血症や、胎盤、臍帯の炎症所見を初めて指摘し^{1)~9)}、胎生期の感染にその原因を求める段階に至っている。今回我々は本症の産科的背景を明らかにすることを目的として、母体の臨床像について検討したので報告する。

対象と方法

これまでの院内出生のうち、本症と診断された児の母体は 22 例であった。対照群としては、表 1 に示した基準で本症を発症しなかった児の母体 49 例を選んだ。両群の新生児の在胎週数及び出生体重には有意差を認めなかった。臍帯血又は新生児早期の血清中 Ig M はこれまでに報告してきた様に W-M 発症群では平均 110 mg/dl と著しい高値を示した。

結果

W-M 発症群の胎盤内膜には全例に細胞浸潤を中心とした強い炎症所見を認めた(図 1)。この絨毛膜・羊膜炎の所見を急性か遷延性かで比較すると 23 例中 19 例に遷延性の炎症所見を認め、対照群に比し急性のものより遷延性のものの頻度が高い。また、亜急性壊死性臍帯炎の所見も約半数 11 例と多くに見られた。

表 2 は既往妊娠歴を比較したものである。経妊数、経産数、及び自然流産数は両群間に有意差を認めなかったが、人工流産数は W-M 発症群の方が多かった。初妊初産婦の頻度は 2 例 9% と低かったが有意差はない。しかし、1 回経産例は 15 例 68% に見られ対照群に比し有意に多かった。

表 3 は今回の母体妊娠合併症をみたものである。両群とも PROM による切迫早産の頻度が最も高かった。W-M 発症群では羊水過少を疑われた者

が 22 例中 10 例 45% に、また切迫流産のあった者も 9 例 41% と高率に見られ、共に対照群に比し有意に多かった。

図 2 は切迫流早産徴候を示し当センターに入院した週数の分布をみたものである。W-M 発症群では 25 週以前に入院した者が最も多く、次第に少なくなっている。また、斜線で示した様に入院から分娩迄の期間が 3 日以上のは両群とも 27 週以前に入院した者に多くみられるが、全体でみると W-M 発症群では 22 例中 13 例が入院後 3 日以上経過して分娩に至っており、対照群に比し長期間 tocolysis が可能な例が多い。

tocolysis を行なわなかった者は対照群の 12 例に対し W-M 発症群では 1 例しかなかったが有意差はなかった(図 3)。一方 tocolysis を行った症例についてテルブタリンの投与濃度の検討を行った。W-M 発症群では高濃度で tocolysis を続けた者が多い。一般に陣痛の抑制は難しく、子宮収縮が長期間にわたって持続するが本格的な陣痛には至らない症例が多い。また、妊娠経過中に 1 週間以上の子宮出血を認めた者が 16 名中 73% と高頻度に認められたのは特徴的である。

次に母体の感染徴候について検討した。入院中の母体白血球数は平均値でみると、W-M 発症群では最低値・最高値とも対照群のような著しい高値を示さず、最低値が 10000 以下の者は 11 例中 50% と多く、又逆に最高値が 15000 以上の者は 5 例 23% と少なかった(表 4)。一方 CRP 値や発熱の有無についても検討したが有意差を認めなかった。

母体白血球数、CRP 値、37.5℃以上の発熱の有無で子宮内感染の出生前診断を Retrospective に行ったが、疑いありとされた者は 12 例 55% であり、対照群 38 例 78% に比し有意に少ない(表

5)。他の臨床所見や検査所見から実際に主治医から子宮内感染の出生前診断がなされていた者はわずか3例14%にすぎず、感染の診断が困難であることを示している。

次に分娩に至った主な理由を見てみると、両群とも陣痛抑制不可能が第1位をしめるが、第2位以下は対照群が子宮内感染、胎児仮死の順であるのに対し、W-M発症群では胎児仮死が8例36%に見られ子宮内感染と順位が逆転する(表6)。W-M発症群の児の16例70%にCTG上の胎児仮死の所見を認めたが有意差は認めなかった。又、アプガースコアにも有意差を認めなかった。

最後に分娩様式について検討した(図4)。母体の帝切率はスライド右端に示した様にそれぞれ31%、55%でW-M発症群の方がやや高いが有意差は認めなかった。一方胎位別でみると頭位での帝切率はW-M発症群では18例中9例50%であり対照群34例中5例14%に比して有意に高く、9例中8例が胎児仮死によるものであった。

ま と め

今回我々は、W-M症候群を発症した児の母体の臨床像について初めて検討した。

本症の発症には子宮内感染の存在が強い関連性を持っているが、母体には感染徴候が表われにくい。しかし、妊娠中や分娩時にいくつかの特徴が見出され、これらの特徴を共通して有する者の児については、出生後臍帯血IgMの測定や胎盤・臍帯の病理検索を行い新生児期に注意深いケアが必要と思われる。

今後さらに原因の追究をおしすすめていき、予防法や治療法についても検討していきたい。

文 献

1) 藤村正哲, 藪内愛子, 金矢忍, 他: 極小未熟

児の慢性呼吸障害に関する研究(1)新生児期のIgM高値及び白血球数増加. 新生児誌, 16: 504, 1980.

2) Fujimura, M., Takeuchi, T.: Elevated immunoglobulin M of the neonates and subsequent development of Wilson-Mikity syndrome. (abstract) 2nd Asia-Oceania Congress of Perinatology, Auckland, 1981.

3) 中山雅弘, 藤村正哲, 北島博之: ウイルソン・ミキティ症候群の胎盤病理所見, 新生児誌, 19: 605, 1983.

4) 中山雅弘: 亜急性壊死性臍帯炎の臨床病理学的検討. 日病会誌, 72:110, 1983.

5) Fujimura, M., Takeuchi, T., Ando, M., et al.: Elevated immunoglobulin M levels in low birth-weight neonates with chronic respiratory insufficiency. Early Hum. Dev., 9: 27-32, 1983.

6) 北島博之, 藤村正哲, 中山雅弘, 中村陽一: ウイルソン・ミキティ症候群の胎盤病理所見(第2報). 第28回未熟児新生児研究会抄録集, 1983.

7) 田中裕久, 西村章, 尹赫一, 他: Wilson-Mikity症候群の双胎例. 新生児誌, 21:85-86, 1985.

8) 藤村正哲, 北島博之, 中山雅弘, 竹内徹: 新生児高IgM血症に続発する慢性呼吸障害. 新生児誌, 21:86, 1985.

9) Fujimura, M., Takeuchi, T., Kitajima, H., Nakayama, M.: Elevated serum IgM of the neonate and chronic inflammation of the placenta with subsequent development of Wilson-Mikity syndrome. Biol. Neonate., 47: 251, 1985.

表 1

研究の対象と方法

昭和56年10月から59年12月までの39ヶ月間の
院内出生のうち

A. ウィルソン・ミキティ発症群

本症と診断された児23例と母体22例

B. 対照群

34週未満の早産出生児のうち、胎盤内膜
に強度の炎症所見を認めたにもかかわらず、
本症を発症しなかった児51例と母体
49例

として、両群の産科的因子について有意差検
定を行なう。

新生児の特徴

	対 照 群 N=51	ウィルソン・ミキティ 発 症 群 N=23	P
在胎週数 (週)	28.7±2.7	28.8±1.9	N.S.
出生体重 (g)	1151±376	1127±308	N.S.
血清中 IgM値 (mg/dl)	22±46	110±89	<0.001

N.S.: 有意差なし

胎盤内膜及び臍帯の炎症所見

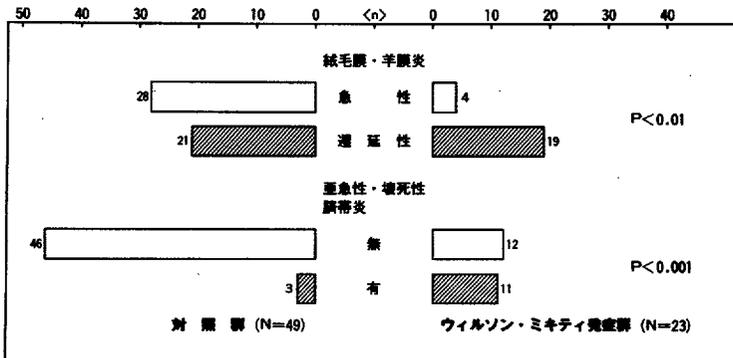


図 1.

表 2

既往妊娠歴

	対 照 群 N=49		ウィルソン・ミキティ 発 症 群 N=22		P
	n	%	n	%	
年 令	30.2 ± 4.4		29.3 ± 4.2		N.S.
経 妊 数	1.8 ± 1.7		2.3 ± 1.5		N.S.
経 産 数	1.0 ± 0.9		1.1 ± 0.8		N.S.
自然流産数	0.57 ± 0.91		0.59 ± 0.80		N.S.
人工流産数	0.24 ± 0.52		0.68 ± 0.89		<0.05
初妊初産婦	14 (29%)		2 (9%)		N.S.
1回経産婦	17 (35%)		15 (68%)		<0.01
人工流産歴有り	10 (20%)		10 (45%)		<0.05

N.S.: 有意差なし

表 3

母体妊娠合併症

合 併 症	対 照 群 N=49		ウィルソン・ミキティ 発 症 群 N=22		P
	n	%	n	%	
PROM	34	69	11	50	N.S.
羊水過少症	3	6	10	45	<0.001
切迫流産	5	10	9	41	<0.01
頸管縮短術施行	9	18	5	23	N.S.
頸管ポリープ切除	1	2	2	9	N.S.
常位胎盤早期剥離	1	2	2	9	N.S.
前置胎盤	2	4	1	5	N.S.
重症妊娠中毒症	1	2	1	5	N.S.
羊水過多症	1	2	0	0	N.S.
中期流産または 早産の既往有り	13	27	4	18	N.S.

N.S.: 有意差なし

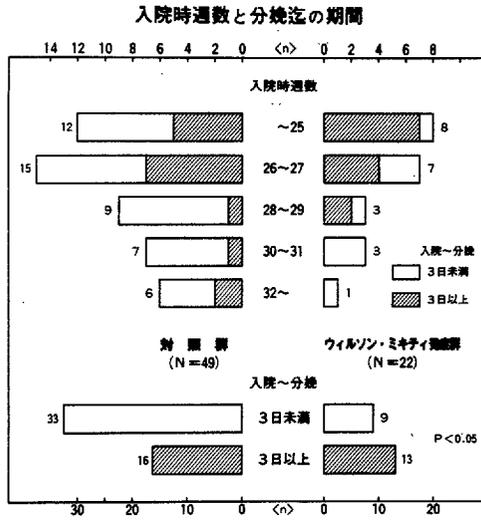


図 2.

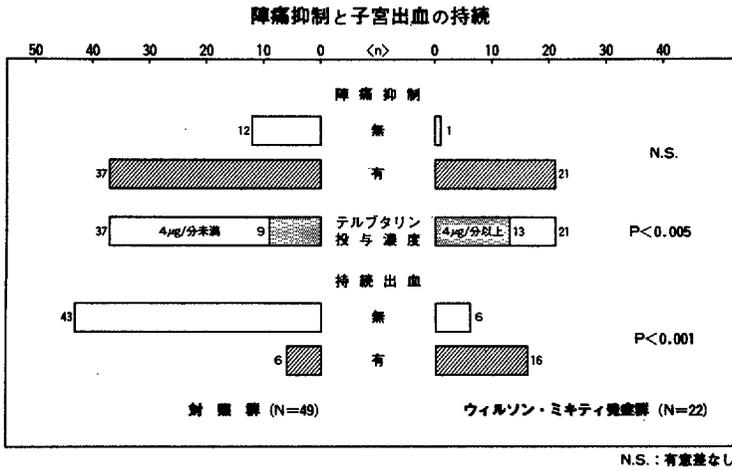


図 3.

表 4

入院中の母体白血球数・CRP値と発熱

	対 照 群	ウィルソン・ミキティ 発 症 群	P
母体白血球数			
最低値	14400±4600	10800±4300	<0.01
最高値	16300±4600	12600±4000	<0.01
母体白血球数			
最低値≤10000	8/46 (17%)	11/22 (50%)	} <0.01
最低値>10000	38/46 (83%)	11/22 (50%)	
最高値<15000	20/46 (43%)	17/22 (77%)	} <0.01
最高値≥15000	26/46 (57%)	5/22 (23%)	
母体 CRP 値			
最低値<2+	19/24 (79%)	10/13 (77%)	} N.S.
最低値≥2+	5/24 (21%)	3/13 (23%)	
最高値<2+	10/24 (42%)	5/13 (38%)	} N.S.
最高値≥2+	14/24 (58%)	8/13 (62%)	
37.5℃以上の発熱	23/49 (47%)	7/22 (32%)	N.S.

N.S. 有意差なし

表 5

子宮内感染の出生前診断

診断基準	対 照 群	ウィルソン・ミキティ 発 症 群	P
A. WBC(最大値)≥ 15000	26	5	
B. CRP(最大値)≥ 2+	14	8	
C. 37.5℃以上の発熱	23	7	
n (AUBUC)	38/49 (78%)	12/22 (55%)	<0.05
臨床的子宮内感染	36/49 (73%)	3/22 (14%)	<0.001

N.S.: 有意差なし

表6

分娩に至った主な理由

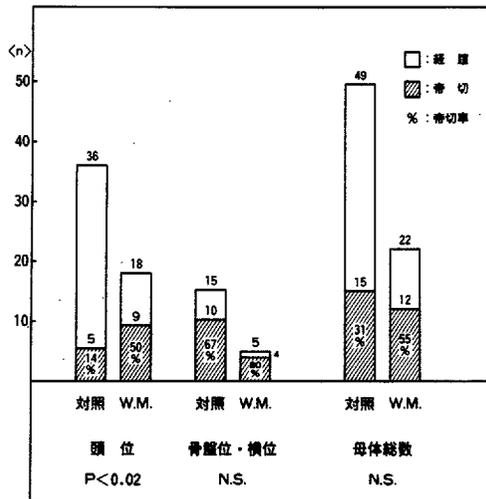
理由	対照群 N=49		ウィルソン・ミキティ 発症群 N=22			
	n	%	順位	n	%	順位
陣痛抑制不可能	31	63	1	13	59	1
胎児仮死	3	6	3	8	36	2
子宮内感染	14	29	2	1	5	3
その他	1	2	4	0	0	4

CTG上の胎児仮死所見とアプガースコア

	対照群 N=51	ウィルソン・ミキティ 発症群 N=23	P
CTG上の胎児仮死			} N.S.
無	28 (55%)	7 (30%)	
有	23 (45%)	16 (70%)	
アプガースコア			
1分後	5.2 ± 2.5	5.4 ± 2.3	N.S.
5分後	7.6 ± 1.7	8.0 ± 1.4	N.S.

N.S.: 有意差なし

胎位と分娩様式



WM: ウィルソン・ミキティ発症群
N.S.: 有意差なし

図 4.

↓ **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

まとめ

今回我々は,W-M 症候群を発症した児の母体の臨床像について初めて検討した。

本症の発症には子宮内感染の存在が強い関連性を持っているが,母体には感染徴候が表われにくい。しかし,妊娠中や分娩時にいくつかの特徴が見出され,これらの特徴を共通して有する者の児については,出生後臍帯血 IgM の測定や胎盤・臍帯の病理検索を行い新生児期に注意深いケアが必要と思われる。

今後さらに原因の追究をおすすめていき,予防法や治療法についても検討していきたい。