

## 4) ITP 合併妊娠におけるハイリスク症例の検討

藤本 征一郎・山田 秀人・奥山 和彦

周産期において、母体の特発性血小板減少性紫斑病 (idiopathic thrombocytopenic purpura ; ITP) は希な疾患ではない。ITP 合併妊娠では、母体出血の危険性に加えて、流産、子宮内胎児発育遅延、子宮内胎児死亡などにより、周産期死亡率は 20% に達するともいわれている。母体・胎児の血小板数によって、帝王切開術とするか経陰分娩かという分娩様式の見積りが迫られる。さらに、新生児頭蓋内出血の原因となる胎児血小板減少症 (passive immune thrombocytopenia ; PIT) の発症の予知・予防も重要な問題となる。

### 1. 対象および方法

1983年1月から1992年12月までの期間に北大産婦人科で経験した双胎2例を含む ITP 合併妊婦 39 症例と新生児 41 症例を対象に、PIT の発症頻度から、母体 ITP に対する各種治療 (副腎皮質ステロイド、ガンマグロブリン大量療法、血小板輸血、妊娠前脾臓摘出術など) の効果、各種検査項目 (PAIgG、抗血小板抗体、出血時間など) の有用性などを検討した。

### 2. 結果

母体に対する各種治療別の PIT 発症率を表 1 に示す。脾臓摘出を受けていた群で有意な PIT 発症頻度の上昇を認めたが、多くの治療群では発症頻度に変化はなかった。なお、治療の必要がなかった群では PIT 発症を認めなかった。

検査項目では、PIT との関連を示したのは抗血小板抗体であった (表 2)。胎児児頭採血と臍帯穿刺による胎児血小板数の計測を行ったが、臍帯穿刺の有用性を確認するには至らなかった。

表 1 母体 ITP 治療の胎児 PIT 発症率に対する影響

治療法	症例数	PIT 発症例数 (重症 PIT*)	PIT 発症率 (%) (重症 PIT*)
脾臓摘出術	6	4 (3)	66.7 (50.0)
副腎皮質ステロイド	17	4 (3)	23.5 (17.6)
大量ガンマグロブリン	17	4 (2)	23.5 (11.8)
血小板輸血	7	2 (1)	28.6 (14.3)
無治療	12	0	0

\*血小板数 < 5 万/mm<sup>3</sup>

表 2 母体血清抗血小板抗体の有無と PIT 発症との関連

抗血小板抗体	症例数 (*)	PIT 発症例数 (*)
陽性	7 (5)	4 (4)
陰性	18 (7)	4 (0)

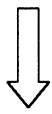
\*妊娠 22 週から 32 週の期間に抗血小板抗体検査が行われた症例

### 3. 結論

現時点では、妊娠以前に脾臓摘出を受けている症例・妊娠 32 週以前から抗血小板抗体が陽性の症例を PIT 発症のハイリスク群として、慎重な妊娠管理が必要である。出血時間を妊娠期間中 7 分以下に保ち、胎児血小板数 5 万を参考に分娩様式を決定するのが安全と考える。



**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



周産期において、母体の特発性血小板減少性紫斑病(idiopathic thrombocytopenic purpura; ITP)は希な疾患ではない。ITP 合併妊娠では、母体出血の危険性に加えて、流早産、子宮内胎児発育遅延、子宮内胎児死亡などにより、周産期死亡率は 20%に達するともいわれている。母体・胎児の血小板数によって、帝王切開術とするか経膈分娩かという分娩様式の選択が迫られる。さらに、新生児頭蓋内出血の原因となる胎児血小板減少症(passive immune thrombocytopenia; PIT)の発症の予知・予防も重要な問題となる。