

妊娠17週で常位胎盤早期剥離を起こした、 絨毛膜下血腫合併妊娠の一例

こ ばやし まさ ゆき かん の こう すけ
小 林 正 幸 菅 野 晃 輔
つぼ くら かおり
坪 倉 かおり

キーワード：常位胎盤早期剥離，絨毛膜下血腫，播種性血管内凝固症候群（DIC）

要 旨

今回我々は妊娠12週から絨毛膜下血腫を認め、切迫流産にて加療，経過観察していた症例で，妊娠17週4日に急激な激しい腹痛と破水感があり，救急搬送され，常位胎盤早期剥離，前期破水，播種性血管内凝固症候群（DIC）と診断し，緊急帝王切開を行った症例を経験した。妊娠17週でも常位胎盤早期剥離の病態は発生し，DICも併発し得ること，発生した時には胎盤の早期娩出，DIC治療が必要であることが認識された。またこの症例は絨毛膜下血腫が常位胎盤早期剥離を惹起した可能性が否定できず，絨毛膜下血腫が持続する症例は，慎重な管理が必要であると思われた。

はじめに

常位胎盤早期剥離は母児共に重篤な状態になりうる疾患であるが，流産期での発症に関しては殆ど報告がない。今回妊娠12週に出血と絨毛膜下血腫を認め，加療，経過観察を行っていた症例で，妊娠17週で常位胎盤早期剥離を起こし，DICを併発し，緊急帝王切開をおこなった症例を経験したので報告する。

症 例

症例は34歳女性の2回経産婦であり，既往歴に

は上室性頻拍にてアブレーション手術と2人目出産後の鬱病歴がある。2人目の妊娠期に妊娠糖尿と診断された。今回妊娠中も75g GTTにて84-191-149の1点異常の妊娠糖尿と診断され加療していた。12週5日に出血を訴え受診され，切迫流産の診断にて入院し止血剤子宮収縮抑制剤の治療が開始された。13週2日症状軽快退院となったが，入院中25×14mmの絨毛膜下血腫が認められていた(図1)。退院後は止血剤，子宮収縮抑制剤の内服にて経過をみていた。たまたま褐色の帯下を認める程度で腹痛はなかったが，51×25mm程度の絨毛膜下血腫は妊娠17週1日の時も確認できた。妊娠17週4日に，急な腹部激痛，破水感，気分不良あり救急搬送された。搬送時水溶性血性羊水流出現あり，チェックプロム陽性，超音波にて羊水は

Masayuki KOBATASHI, et al.

独立行政法人国立病院機構浜田医療センター 産婦人科

連絡先：〒697-8511 浜田市浅井町 777-12

浜田医療センター

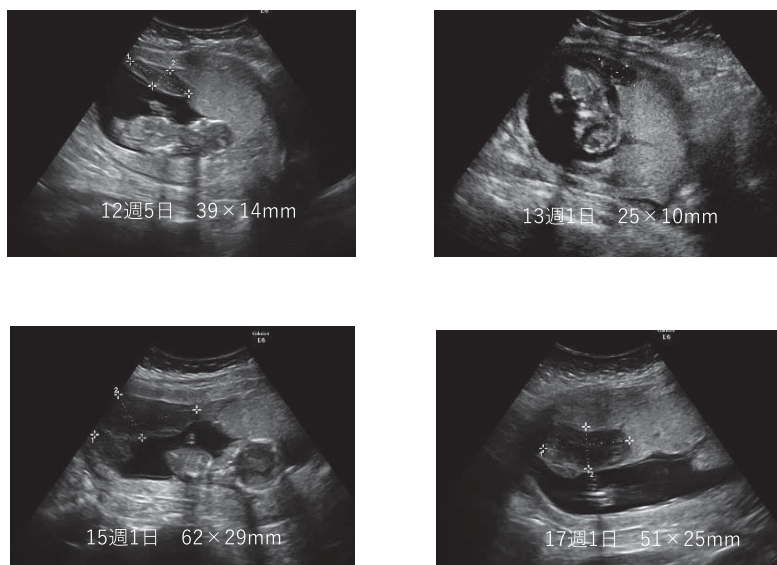


図1 絨毛膜下血腫の経過

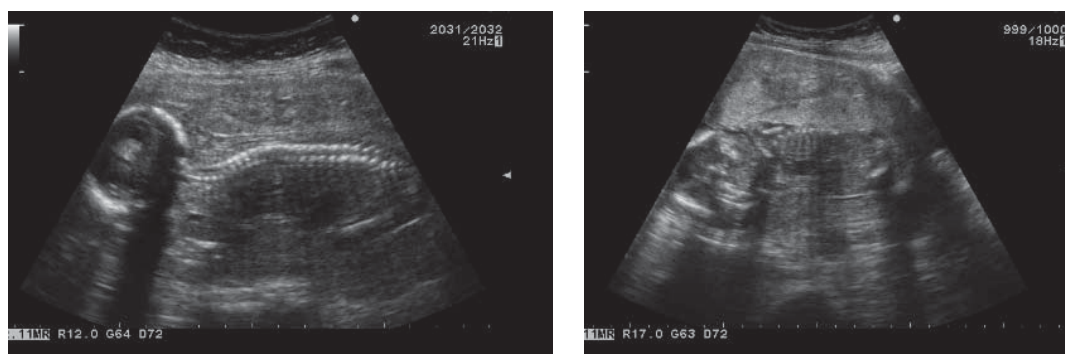


図2 17週4日救急搬送時の超音波

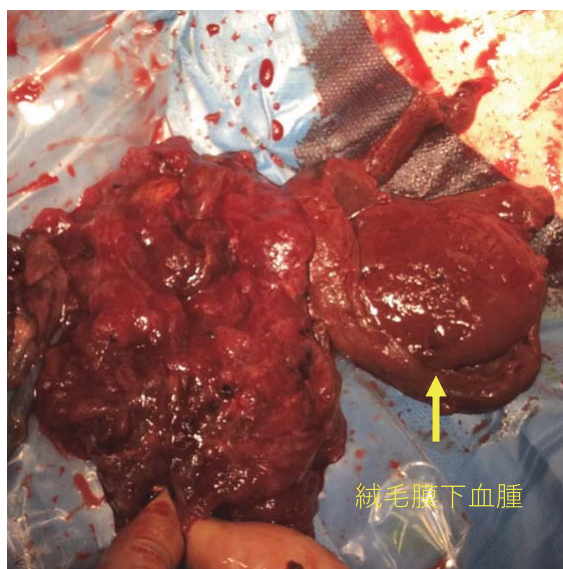


図3 帝王切開時胎盤所見

著明減少し、胎児は高度徐脈であった。図2に示すが、明らかな胎盤後血腫は確認できなかった。単なる前期破水にしては、激しい腹痛と、顔面蒼白、高度胎児徐脈の所見が一致せず、血液検査で確認したところ、表1に示すようにDダイマー406.8 μ /dl、フィブリノーゲン177mf/dlであり、DICを起こしかけている胎盤早期剥離の可能性が高いと診断した。子宮頸管は固く閉鎖していた。胎児の救命は可能性がない時期であり頸管拡張してプレグランディン[®]も検討したが、1日以上分娩までかかりそうであり、その間にDICの進行が懸念され、DICの治療も行いつつ帝王切開で

表1 血液検査の推移

		妊娠12週	搬送時妊娠17週	手術直後	手術7時間後	1日目	5日目
CRP	mg/dl		0.6		1.08		3.34
白血球	/ μ l	13730	12160	16430	11250	9490	5960
HB	g/dl	13.1	12.3	9.9	9.5	10.1	9.7
血小板	万/ μ l	24.6	15.7	13.1	14.0	13.0	18.4
フィブリノーゲン	mg/dl		177	99	148	272	425
PT	%		95.9	67.8	92.5	109.4	123.3
FDP	μ g/ml		測定していない	異常高値	675.9	147.4	4.5
Dダイマー	μ g/ml		406.8	341.5	159.0	49.9	2.9
AT-III	%		81.5	66.5	91.6	86.7	76.9

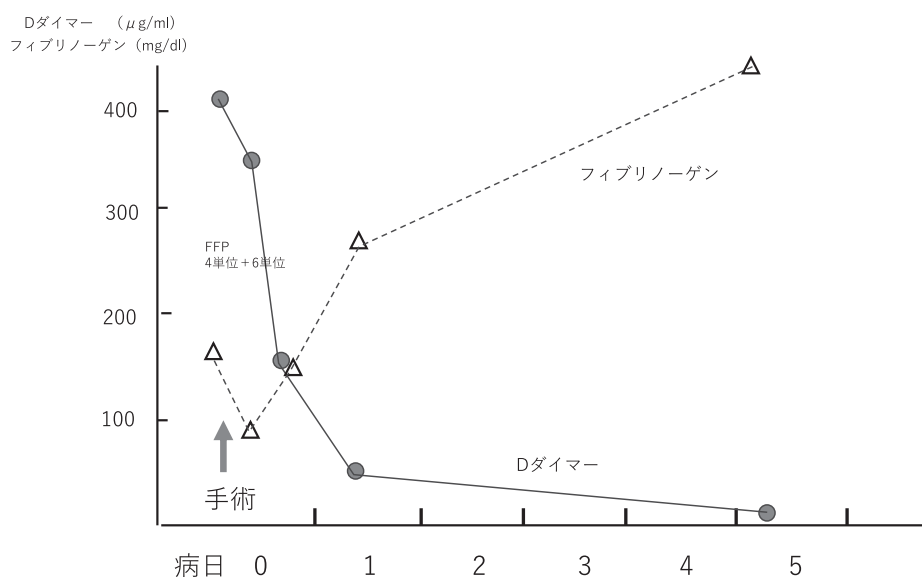


図4 Dダイマーとフィブリノーゲンの推移

の娩出を選択した。健常児が2人おられ、子宮全摘も提案したが、今後の挙児希望も希望があり選択されなかった。手術開始までにFFP4単位を手術開始前から手術終了までに実施しながら全身麻酔にて手術を行った。手術開始直前の超音波で胎児心拍は停止していた。

子宮切開は体部縦切開とした。身長21cm、体重182gの児を娩出し、胎盤は容易に圧出できた。

胎盤に接して絨毛膜下血腫が確認できた。明らかな胎盤後血腫は認められなかった(図3)。出血量は計290mlであった。

手術直後フィブリノーゲン値は99mg/dlであり、FFP6単位追加した。AT-IIIが66.5%であり、ノイアート1,500単位投与した。ガベキサートメシル酸塩^R1,500mgを24時間で投与した。その後は経過良好で術後5日目の血液検査は正常に復帰

した表1) 図4)。

検 討

常位胎盤早期剥離は胎児が子宮内に存在するにもかかわらず、胎盤が脱落膜で子宮壁より剥離してしまう状態である。脱落膜におけるらせん動脈の破綻が原因とされており、剥離は急速に進行する¹⁾。常位胎盤早期剥離の発症数は妊娠32週頃から急激に増加し、妊娠36週で最大となる²⁾。早剥は妊娠28週以前の超早産期にも発症しうるが、その頻度は少なく²⁾、MSD マニュアルプロフェッショナル版³⁾でも、通常妊娠20週以降に発生すると記載されており、妊娠17週頃の流産時期に常位胎盤早期剥離が発生するという概念自体が明確ではない。今回の症例は急性発症の激しい腹痛、血性羊水、発症早期から胎児高度徐脈をきたし子宮内胎児死亡に至ったこと、急激な播種性血管内凝固症候群(DIC)の発症があり、常位胎盤早期剥離であったと考える。ただ帝王切開時胎盤は容易に圧出できたが、肉眼的胎盤後血腫は確認しえなかった。

DICに関しては搬送時のスコアが9点であり、DICに進展する可能性が高く、産科DICとして対応するという点数になっている。常位胎盤早期剥離によるDICの際には以前からの経験も含め、FDP(Dダイマー)上昇、フィブリノーゲン低下、血小板低下の順に起こってくる。この症例の後に経験した、妊娠34週2日で常位胎盤早期剥離(部分)起こし手術にて胎盤後血腫も確認できた症例の発症直後の血液検査を示す。FDP:51.7 μ /ml, Dダイマー:11.3 μ /ml, フィブリノーゲン388mg/dl, 血小板23.3万/ μ lとなっており、FDP,Dダイマーがいかに早期のDIC,胎盤早期剥離の診断に重要かが理解できよう。FDPという

のは、fibrin/fibrinogen degradation products(フィブリン/フィブリノーゲン分解産物)であり、Dダイマー(D-dimer:DD)とはフィブリン分解産物の細小単位である。FDPとDダイマーは絡み合うように上昇することが多い。その比率はほぼ4:3程度である⁴⁾。しかし極めて高度な線溶活性化が生じている場合(線溶亢進型DICなど)には、フィブリノーゲンの分解が進行するために、FDPとDダイマーの間に解離現象を生じる(FDP/Dダイマー比が上昇する)と言われている⁴⁾。

この症例の搬送時はDダイマー406.8 μ g/dlと異常高値であり、FDPはオーダーしていなかった。手術直後FDPは異常高値(960 μ /dl以上)、Dダイマー341.5 μ g/dlと手術1日目までは解離現象を伴うFDP,Dダイマー高値を認めた。34週の部分早剥症例も、解離現象を伴うFDP,Dダイマー高値を認めた。

これほど重要なFDPであるが、産科DICスコアでは10 μ /dl以上が1点となっているだけである。多田ら⁵⁾は新しいFDP基準値の適用による常位胎盤早期剥離における既存のDIC診断基準の診断能力の比較としてFDPの正常上限、中等度上昇、著明上昇の境界値を20, 32, 80(μ g/mL)と定義し評価し有効な成績を得ている⁵⁾。このような評価は今後産科DICスコアにも反映されるべき項目と思われる。FDPが10 μ /dl未満であったときは、DICの否定、ひいては常位胎盤早期剥離の発症の否定をしても良いのではないかとと思われる。

今回の胎児胎盤の娩出方法であるが、妊娠17週で胎児の救命は無理な時期であり、経膈分娩も考えたが、子宮口は堅く閉鎖しており、頸管拡張し子宮収縮剤投与するにまではかなりの時間を要

すると考えられたこと、プレグランディン[®]使用の可否も不明確でDICの急激進行も懸念されたため、腹式子宮全摘出術か帝王切開を提案した。胎児が死亡しているときも治療はDICを引き起こしている根源の胎盤を早期に摘出することが大事であり、並行してFFP投与、AT-Ⅲ、血小板の管理も重要である。今回は2人児はいるものの、更なる拳児の希望もあり、子宮全摘出術は選択せず、帝王切開とした。子宮切開方法は妊娠週数を考え体部縦切開とした。同切開は次の妊娠時に子宮破裂の危険性が増す可能性があることは説明した。手術後はFFPの追懐、AT-Ⅲ製剤投与、ガベキサートメシル投与も行い急速に状態は改善していった。

絨毛膜下血腫については、日本産婦人科医学会の研修ノート No.99 流産のすべて⁶⁾において脱落膜と絨毛膜との間の三日月型のhypoechoicないしanechoicな像として認められる血腫のことをいうと記載されている。絨毛が脱落膜に侵入する際、血管を傷害して血腫ができ、部分的に絨毛膜が剥離した病態と推測されている。出血は胎盤周囲の静脈より起こっている。流産のリスク因子として、(i) 絨毛膜下血腫が消失しないこと、(ii) 絨毛膜羊膜炎を合併すること、(iii) 血腫が大きいこと、が挙げられている。常位胎盤早期剥離のリスクにもなると言われている⁶⁾。

絨毛膜下血腫は臨床的によく見かけるが、徐々に吸収され流産・早産の危険性は少ない印象であった。second trimester以降も存続して性器出血や子宮収縮などの臨床症状が持続する症例では、約15%が流産となり、妊娠22週以降まで妊娠が継続できても、80%近くが早産となり、満期産となるのは10%以下である⁶⁾とも記載されており、今回常位胎盤早期剥離を起こした経験からも、より慎重な経過観察が必要であると認識した。

Naftolin[®]により慢性胎盤早剥(慢性早剥)という概念が提唱されたが、7日間を超えて慢性的に出血が続く症例という定義でやや曖昧である。絨毛膜下血腫も吸収されずに出血が続くものは慢性早剥にはいると考えてよい。慢性早剥は胎盤周囲の静脈叢からの出血であり、慢性に経過し、DICは起こさないものと認識され、周郭胎盤との関連がみられる。この病態に羊水過少を伴うと、慢性早剥羊水過少症候群(chronic abruption-oligohydramnios sequence: CAOS[®])である。一方常位胎盤早期剥離は脱落膜におけるらせん動脈の破綻が原因とされており、剥離は急速に進行しDICを惹起することが多く、慢性早剥とはかなり病態が異なる病態であることを認識したい。

利益相反

当研究において利益相反はない。

参 考 文 献

- 1) 常位胎盤早期剥離, 慢性早剥羊水過少症候群(CAOS) 牧野佑子, 菊池昭彦
埼玉医科大学総合医療センター総合周産期母子医療センター母体胎児部門
産科と婦人科 90(suppl): 33-38, 2023.
- 2) 超早産期に発症した常位胎盤早期剥離の臨床像の検討

- 永光今日香, 坂井淳彦, 蜂須賀信孝, 佐藤由佳, 城戸咲, 日高庸博, 加藤聖子
九州大学病院産科婦人科
日本周産期・新生児医学会雑誌 57(2): 251-256, 2021.
- 3) <https://www.msmanuals.com/ja-jp/プロフェッショナル/18-婦人科および産科/妊娠の異常/常位胎盤早>

期剥離

- 常位胎盤早期剥離-18. 婦人科および産科-MSD マニュアル プロフェッショナル版 (msdmanuals.com)
- 4) <http://www.3nai.jp/weblog/entry/26414.html>
金沢大学呼吸器内科・循環器内科 血液・呼吸器内科のお役立ちブログ
FDP と D ダイマーとの関係
- 5) 160. 新しい FDP 基準値の適用による常位胎盤早期剥離における既存の DIC 診断基準の診断能力の比較
多田克彦¹⁾, 宮木康成^{2,4)}, 熊澤一真¹⁾, 大岡尚実¹⁾, 吉田瑞穂¹⁾, 沖本直輝¹⁾, 塚原紗耶¹⁾, 立石洋子¹⁾, 政廣聡子¹⁾
1) 独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター 産婦人科, 2) Medical Data Labo, 3) 三宅おおふくクリニック, 4) 埼玉医科大学国際医療センター 婦人科腫瘍科
- 現代産婦人科 69(suppl): S73-S73, 2021.
- 6) <https://www.jaog.or.jp/note/3>. 絨毛膜下血腫/ 感染性流産による流産
日本産婦人科医会の研修ノート No.99流産のすべて 3. 絨毛膜下血腫/ 感染性流産による流産 3. 絨毛膜下血腫 / 感染性流産による流産
- 7) Naftolin F, Khudr G, Benirschke K, Hutchinson DL. The syndrome of chronic abruptio placentae, hydrorrhea, and circumvallate placenta. *Am J Obstet Gynecol* 1973; 116: 347-350.
- 8) Elliott JP, Gilpin B, Strong TH, Finberg HJ. Chronic abruption-oligohydramnios sequence. *J Reprod Med* 1998; 43: 418-422.