

症 例 |||||

腹腔妊娠の3例

弘前大学医学部産科婦人科学教室

福原理恵・坂本知巳・田中幹二
重藤龍比古・横山良仁・水沼英樹

独立行政法人国立病院機構弘前病院

船橋 大・真鍋麻美・斎藤正昭

レディースクリニックすごう

須郷孝信

Three Cases of Abdominal Pregnancy

Rie FUKUHARA, Tomomi SAKAMOTO, Kanji TANAKA,
Tatsuhiko SHIGETO, Yoshihito YOKOYAMA, Hideki MIZUNUMA

Department of Obstetrics and Gynecology, Hirosaki University School of Medicine

Masaru FUNAHASHI, Mami MANABE, Masaaki SAITO

Hirosaki National Hospital

Takanobu SUGO

Sugo Ladies Clinic

はじめに

子宮外妊娠は、現在の生殖補助技術 (assist ed reproductive technology; ART) の発達に従い、発生頻度が全体的に増加している。子宮外妊娠の着床部位としては、やはり卵管膨大部が最も多く、腹腔妊娠は全子宮外妊娠の1.3%¹⁾と稀である。今回、われわれは腹腔妊娠の3例を経験したので報告する。

症 例

症例1 29歳
既往歴 特記事項なし
妊娠分娩歴 1妊1産(自然分娩)
月経歴 初経14歳, 周期は整で28日型。

現病歴

無月経を主訴に居住地の開業産婦人科を初診し、妊娠反応陽性ではあるが子宮内に胎嚢を確認できず、子宮外妊娠疑いとして翌日総合病院へ紹介初診となった。同様の所見として、経過観察の方針となり2週間後に再診予定とされていた。受診翌日、帰省目的に自家用車で青森県へ移動した。弘前市へ到着した2日後の早朝に突然の下腹部痛が出現したため、弘前市内開業産婦人科を受診した。同医で子宮外妊娠と診断、同日弘前大学医学部附属病院産婦人科へ救急搬送となった。

入院後経過

入院時の意識レベルは清明であり、血圧109/60 mmHg, 脈拍76/分, 体温37.5℃で、

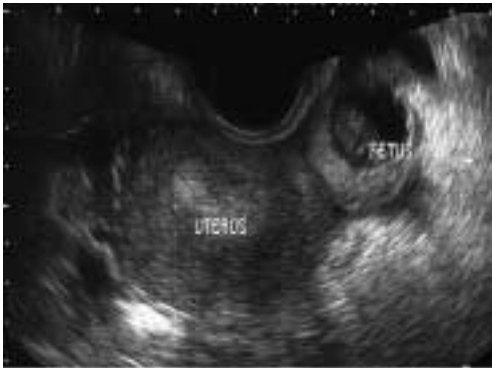


図1 症例1の超音波断層写真

下腹部全体に軽度の自発痛と中等度の圧痛、反跳痛を認めた。経腔超音波断層法で、子宮内は肥厚した内膜のみで胎嚢を認めず、ダグラス窩には中等量の液体貯留を認めた。左付属器周囲に胎嚢様エコー像を認め、その中に心拍動を伴う胎児頭殿長 22.5 mm (9 w 3 d ± 1 w 相当) の胎児を確認した(図1)。また、左卵巣は正常に確認できた。本人の記憶している最終月経からの算定では妊娠6週1日であったが、その前周期の月経からの算定では妊娠10週1日であり、胎児の大きさなどから、後者であると思われた。また、術前の血液検査では、Hb 13.6 g/dl と貧血は認めなかった。また、血中 hCG 26,875 mIU/ml, β -hCG 98,907 mIU/ml と高値であったため、子宮外妊娠(左卵管妊娠疑い)として同日緊急開腹手術を行うこととした。

手術所見

全身麻酔下に開腹したところ、腹腔内には約600mlの出血があった。膀胱子宮窩にある凝血塊を取り出したところ、その中に胎児と胎盤様組織を一塊として認めた。子宮は鶏卵大で異常を認めず、両側卵管および卵巣周囲の腫大や凝血塊付着も認めず、正常であった。膀胱子宮窩を観察したところ、子宮前面左側腹膜に組織塊と持続的な出血を認めた。腹腔内に他の異常所見を認めないことから、着床部位は同腹膜であると診断した。組織塊が付着していた着床部位と思われる腹膜と一部子宮筋層も一緒に切除、摘出した(図2)。



図2 症例1の摘出標本

摘出標本の病理組織学的検査により、胎児と一緒に一塊になってみられた胎盤様組織に絨毛成分が確認された。

術後経過

術後経過良好のため、術後7日目には退院とし、外来で慎重にhCGの経過を追った。退院時の血中hCG 732 mIU/ml, β -hCG 1,229 mIU/mlであったが、術後27日目には血中 β -hCG 1.14 ng/ml, 尿中hCG <40 IU とhCGの下降も良好であり、以後は患者の居住地の病院での経過観察とした。

症例2 35歳

既往歴 特記事項なし

妊娠分娩歴 0妊0産

月経歴 初経11歳、周期は不整

現病歴

最終月経の約4週間後から少量の性器出血が持続し、次第に肛門痛も伴うため、その2週間後、開業産婦人科を初診した。子宮内に胎嚢を認めず、血中hCG 915 mIU/mlであり、その後の経過観察でも所見が変わらないため、初診の1週間後に子宮外妊娠疑いとして弘前病院産婦人科へ紹介となった。

初診時現症

当科初診時、意識レベルは清明であり、血圧112/67 mmHg, 心拍数70/分、体温36.6℃であった。腹部の自発痛などは認めないものの、内診でダグラス窩に硬結を触れ、その部位に強い圧痛を認めた。また、Hb 12.5 g/dl



図3 症例2の超音波断層写真



図4 症例3の超音波断層写真

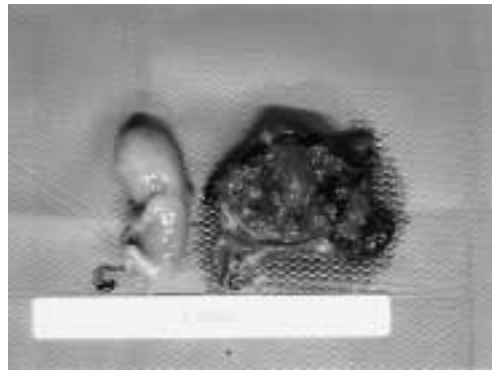


図5 症例3の摘出標本

と貧血は認めなかった。経腔超音波断層法で、子宮内に胎嚢を確認できず、右卵巣に接して血腫に囲まれた約1cmの胎嚢様エコー像を認め、右付属器妊娠を疑い、同日開腹手術を施行した(図3)。

手術所見

全身麻酔下に開腹したところ、腹腔内には少量の出血を認めた。子宮、両側の卵巣、卵管は正常であった。ダグラス窩の右側に鶏卵大の血腫様組織塊が付着しており、他に腹腔内に異常所見がないことから、この部位への腹腔妊娠と診断し、組織塊を摘出した。摘出組織の病理組織学的検査で、組織内に絨毛成分を確認できた。

術後経過

術後8日目には尿中hCG<25IUとなり、経過良好で退院した。

症例3 33歳

既往歴 特記事項なし

妊娠分娩歴 0妊0産

月経歴 初経11歳, 40~60日周期で不整
現病歴

約2ヶ月間の少量性器出血の持続を認め、また目眩, 下腹痛, 腹満感, 嘔気症状が出現したために、開業産婦人科を初診し、子宮外妊娠と診断され、同日すぐに弘前病院産婦人科へ紹介初診となった。

入院後経過

初診時は意識レベルも清明であり、下腹部の膨満, また腹部全体に中等度の自発痛, 圧痛を認めた。経腔超音波断層法で、子宮外の子宮体部前壁と膀胱との間に胎児心拍を伴う頭殿長10cm, 児頭大横径25mmの胎児を認め、腹腔妊娠を疑った(図4)。前医での検査結果でHb 8.9g/dlと貧血もあり、すぐに緊

急開腹手術の目的で入院管理とした。ところが、入院後、急激に全身蒼白、意識レベル JCS 30、血圧 62/32 mmHg、脈拍 100/分とショック状態を呈し、Hb 3.2 g/dl となったため、腹腔妊娠破裂による出血性ショックと考え緊急手術を施行した。

手術所見

開腹したところ、腹腔内には約 2,500 ml の出血があり、それを吸引したところ、ダグラス窩に胎児を認めた。右卵管から子宮広間膜後葉、後腹膜にかけて絨毛様組織が発達して一塊になっており、これを右卵管も含めて摘出した(図 5)。摘出組織の病理組織学的検査で、絨毛組織を認め、また右卵管内にも少量の絨毛組織が確認されたため、続発性腹腔妊娠と考えられた。

術後経過

術後経過は良好で、術後 10 日目には尿中 hCG 80 IU/l に下降し、退院した。

考 察

腹腔妊娠は受精卵が腹腔内腹膜や諸臓器の表面に着床して発育したもので、10 万生産に 10.9 件、全子宮外妊娠の約 1.3% の頻度で発症する稀な疾患である。近年増加しつつある ART 後の子宮外妊娠では、卵管妊娠の比率が低下し、子宮内外同時妊娠、卵巣妊娠、腹腔妊娠、頸管妊娠の症例が増加しているため、今後特に注意が必要な病態である^{2,3)}。

腹腔妊娠の成因としては、受精卵が腹膜面に直接着床発育する原発性のものと、卵管や卵巣などの他の部位の着床面から二次的に腹膜面に到達し発育する続発性の二種類があり、大部分は続発性である。

腹腔妊娠の診断は、特有の症状を示さず、そして比較的稀な疾患であるため困難であるが、最も診断価値の高い方法としては超音波断層法であり、その所見についていくつかの報告が散見される。Angtuaco⁴⁾らの報告では、腹腔妊娠を疑う注意すべき所見としては、①空虚な子宮外に胎児を証明することは骨盤内臓器が描出される妊娠初期が最適である、

②特に妊娠後期において頸管と羊水腔との間の連続性を証明しえないこと、③胎児周囲の子宮筋層の欠如、の 3 点をあげている。ただ、骨盤外腹膜に着床した際には診断はさらに困難である。骨盤外の部位としてはこれまで、肝臓、小腸間膜、腸骨血管、横隔膜、脾臓、大網などが報告されている。

今回の 3 症例において考えてみると、症例 1 では、確かに上記①、③に相当していたが、両側卵巣が正常であることから、子宮外妊娠部位の頻度から考え、卵管妊娠と術前に判断した。症例 2 は胎児が確認される前の症例であったため、上記超音波所見には当てはまらないが、右卵巣に接して胎嚢様エコー像を認めたため、右付属器妊娠と術前に考えた。症例 3 では上記①、③から術前診断することが可能であった。腹腔妊娠と診断する際には、まずはその疑いをもつこと、そして卵管妊娠と診断するならば、解剖学的な部位にのみこだわらなくてはならず、それに付随する卵管拡張のような所見がみられないかどうかなども観察することが、術前診断で重要であると思われた。

子宮外妊娠の中でも腹膜妊娠は卵管内妊娠などと異なり、妊娠の継続がまれに保たれることがある。しかしながらその反面、腹膜妊娠では母体側の罹患率、死亡率が通常の子宮外妊娠の 7.7 倍、子宮内妊娠の 89.8 倍高いとの報告もみられる⁵⁾。したがって妊娠初期に発見された腹膜妊娠では、当然安易に週数を延長することなく、確定診断後直ちに開腹して胎児および胎盤を摘出すべきである。一方、妊娠中期以降に腹腔妊娠が発見された際には、胎児が体外生存可能になるまで、妊娠継続がなされる場合もあり、実際に生児を得た報告も散見される⁶⁾。しかしながら、妊娠週数が進むほど児娩出後の胎盤の剥離が困難となり、母体の出血性ショックなどのリスクもより高くなるため、その際には慎重なインフォームドコンセントと共に、周産期管理が必要とされる。

子宮外妊娠の中で、比較的稀である腹腔妊

娠の3症例について報告した。腹膜妊娠は子宮外妊娠の中でも比較的症状が乏しく, 症例によっては妊娠中後期まで正常妊娠として妊娠継続されることもまれにあるため, 妊娠初期での診断が重要であると考えられた。

文 献

- 1) J. Bouyer et al: Sites of ectopic pregnancy : a 10 year population-based study of 1800 cases. Hum. Reprod. 17 : 3224-3230, 2002.
 - 2) 小口健一・他: 排卵誘発後の子宮内双胎妊娠に合併した腹膜妊娠. 産科と婦人科 109: 1089-1092, 1998.
 - 3) 齊藤正博・他: 顕微受精・胚移植後に腹腔妊娠となった1例. 産科と婦人科 113: 667-670, 2001.
 - 4) Angtuaco TL et al: Ultrasound evaluation of abdominal pregnancy. Clinical Reviews in Diagnostic Imaging 35: 1-59, 1994.
 - 5) Jamal Rahaman et al: Minimally invasive management of an advanced abdominal pregnancy. Obstet Gynecol 103: 1064-1068, 2004.
 - 6) 田村一郎・他: 腹膜妊娠により成熟生児を得た14年不妊婦人の1例. 周産期医学 18: 1065-1068, 1988.
-