

9) 前置胎盤 placenta previa

(1) 定義

受精卵が正常の着床部位(子宮体部)よりも下部の子宮壁に着床し、胎盤が内子宮口の全部または一部を覆う状態をいう。低置胎盤および頸管胎盤は前置胎盤には含まれない。

(2) 分類

臨床上、胎盤が内子宮口を覆う程度により以下のように分類される。この分類は子宮口開大度とは無関係に診断の時点で決め、反復した場合は最終診断による。

①全前置胎盤(complete placenta previa)

胎盤が内子宮口を完全に覆うもの。

②一部前置胎盤(partial placenta previa)

胎盤が内子宮口の一部を覆うもの。

③辺縁前置胎盤(marginal placenta previa)

胎盤の下縁が内子宮口縁に達しているもの。

実際に一部前置胎盤と辺縁前置胎盤を鑑別することは容易ではない。超音波断層法で内子宮口閉鎖時に診断される場合は、全前置胎盤か否(一部または辺縁前置胎盤)かに分類される。

(3) 原因

疫学的には高年齢妊婦、多胎妊娠、帝王切開術既往妊娠、喫煙妊婦に前置胎盤の頻度が高いことが報告されている¹⁾。前置胎盤の成因リスク因子は次のように整理される。

①子宮内瘢痕形成による着床部位異常

帝王切開術既往、流産手術既往、子宮筋腫核出術既往、経産・多産、不妊治療既往、子宮内膜炎既往などによる子宮内瘢痕形成。

②子宮内膜萎縮による着床部位異常

母体高年齢、喫煙、子宮内膜炎既往などによる子宮内膜萎縮。

③子宮腔の変形・制限による着床部位異常

多胎妊娠、子宮筋腫合併、奇形子宮などによる子宮腔の変形・制限。

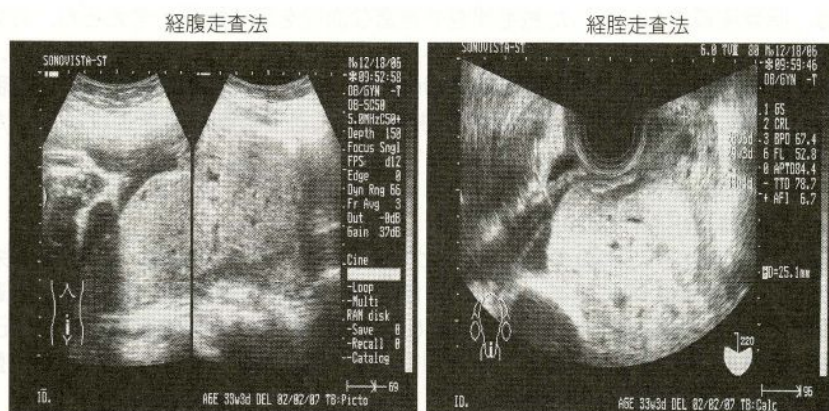
(4) 頻度

成書では0.26~0.57%と報告されている。ハイリスク症例の比較的多い総合周産期センター23施設の5年間(2001~2005年)の検討(末原ら, 2007)では、前置胎盤は1.3%(0.6~2.8%)1,018症例であった。出産年齢の高年齢化、帝王切開分娩の増加は前置胎盤の頻度を高くする因子であり、その影響で前置胎盤は増加傾向にある。また、総合周産期センター23施設1,018症例の検討では、全前置胎盤67%、一部または辺縁前置胎盤33%であり、後壁付着73%、前壁付着25%であった(表D-6-9)-1)。また、前置胎盤で癒着胎盤の頻度は、帝切既往がない場

(表 D-6-9)-1) 前置胎盤の臨床像(末原ら, 2007)

臨床統計 2001 ~ 05 : 1,018 例
総合周産期センター 23 施設

- ・ 頻度 : 1.3% (0.6 ~ 2.8%)
- ・ 緊急搬送 40%, 外来紹介 40%, 自施設例 18%
- ・ 全前置胎盤 67%, 部分または辺縁 33%
- ・ 後壁付着 73%, 前壁付着 25% (切開創 21%)
- ・ 緊急帝切 51% (出血 41%, 陣痛 6%, 破水 3%)
- ・ 腰椎麻酔 69%, 全身麻酔 20%
- ・ 早産 59% (32 週未満 41%, 28 週未満 15%)
- ・ 胎児死亡 11 例, 新生児死亡 16 例
- ・ 出血量 2,000ml/ 以上 24%, 4,000ml/ 以上 4%
- ・ 子宮摘出 60 例 (6%) (予定 6, 術中 31, 術後再開腹 12)



(図 D-6-9)-1) 全前置胎盤(33W)の超音波断層像

合は4%、帝切既往1回の場合は後壁付着で5%、前壁付着で20%、帝切既往2回の場合は後壁付着で8%、前壁付着で38%と報告されている²⁾。

(5) 症状

症状は妊娠中期以降の性器出血であり、疼痛を伴わないことが多い。総合周産期センター23施設1,018症例の検討では、緊急帝王切開術が50.6%で、大部分は出血が症状であった。また、児の下降が妨げられるため、胎位異常を伴うことが

多い。さらに、子宮下部は脱落膜の形成が悪いため癒着胎盤の合併が比較的多く、また筋層が薄く収縮力が弱いため、胎盤剥離後の子宮出血が多量となるリスクが高い。

(6) 診断

診断には超音波断層法(特に経腔走査法)が用いられる。妊婦健診での胎盤スクリーニングは、まず経腹走査法で行い、位置異常が疑われた場合には、経腔走査法で確定診断を行う(図 D-6-9)-1)。診断の時期は子宮下節が伸展し開大する妊娠24週以降が望ましい。診断の要点は、胎盤が内子宮口を覆っているか否かの判断であり、子宮頸管の検出と内子宮口の同定を正確に行う技術と判断が必要である(図 D-6-9)-2)。子宮下部の局所収縮像や絨毛膜下血腫像は前置胎盤と誤読されることがあり注意を要する。鑑別法として、胎盤血流の観察にはカラードプラ法やパワードプラ法が有用である。また、内子宮口またはその周囲に sponge-like echo または placenta lacuna や echo free space がみられる画



(図 D-6-9)-2) 全前置胎盤の経腔超音波像

像所見は、胎盤実質内の拡張した絨毛間腔や豊富な血流を示す所見と考えられ、妊娠中に突然多量出血をきたしたり、胎盤剥離後に多量出血をきたすリスクが高い。さらに、超音波断層法単独では、後壁側の所見や胎盤癒着の所見、帝王切開癒着部の所見等を明瞭に解析することは難しいので、MRI 画像診断を併用することで診断精度を上げることが可能となる³⁾(図 D-6-9)-3)。

(7) 治療・管理

①妊娠中期以降に出血がない場合

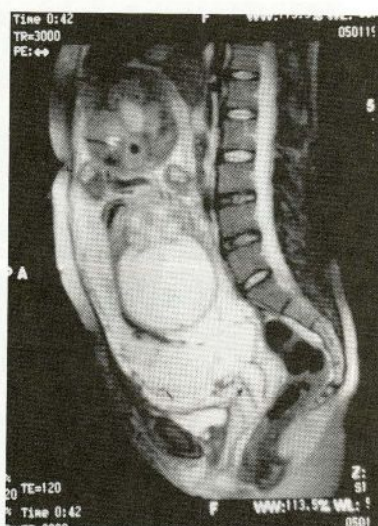
総合周産期センター23施設の1,018症例の検討では、早産は59%、妊娠32週未満は41%、妊娠28週未満は15%であった。全前置胎盤は妊娠28週以降、遅くとも34週には入院管理を考慮し、出血がない場合は妊娠36週以降に予定帝王切開術を行う。自己血貯血が可能なら事前に準備する。また妊娠後期に出血がない症例では、むしろ癒着胎盤を念頭に置くことも必要である。

②妊娠中期以降に出血がある場合

妊娠中に出血が認められた場合は入院安静とし、必要に応じて子宮収縮抑制を行い、頸管炎を伴っている場合は抗菌薬の投与を行う。妊娠期間の延長をはかり、妊娠36週になるか出血がコントロールできなくなった場合は、十分な輸血を準備して帝王切開術を行う。

③帝王切開術の注意

胎盤付着部位が前壁の場合は、通常の下節横切開は避け、体部切開を選択する方が無難である。癒着胎盤を合併し胎盤剥離が困難と推測される場合や剥離後子宮出血が多量の場合は、内腸骨動脈結紮術や子宮摘出術を考慮する。総合周産期センター23施設1,018症例の検討では、子宮摘出例は60例(6%)で半数は術中に決定された。



- ・42歳、2G2P、妊娠32週6日
- ・全前置胎盤、切迫早産適応で再反復帝切を施行。
- ・MRIで前壁癒着部筋層への嵌入胎盤と診断され、体部縦切開で胎児娩出。
- ・前置胎盤の剥離は行わず、縦切開創を縫合後、子宮全摘とした。
- ・児1,848g、AS9(1)、10(5)。
- ・出血量1,200g、自己血1,400ml輸血。
- ・胎盤は前壁下部広く付着し癒着部は剥離不能。

(図 D-6-9)-3) 前置・癒着胎盤、前二回帝切のMRI像

(表 D-6-9)-2) 前置・癒着胎盤症例 胎児娩出後の選択

A. 直後に胎盤用手剥離娩出 ⇒剥離面止血処置 1) 剥離面圧迫止血処置 2) 子宮血流減少処置 3) 子宮摘出術	B. 胎盤剥離せず児娩出創部閉鎖 1) 連続して子宮摘出術 2) 閉腹して経過観察 ⇒胎盤剥離待機・処置 ①自然待機 ②子宮血流減少処置(UAE) ③薬物療法(MTX等) ⇒胎盤娩出処置 ①経腔的胎盤娩出 ②再開腹術：子宮切開胎盤娩出 ：子宮摘出術
--	---

また、術前より前置・癒着胎盤と診断された症例では、児娩出後に胎盤剥離は行わず連続して子宮摘出術を行う場合、あるいは、児娩出後に胎盤剥離は行わず閉腹し、後日に胎盤娩出または子宮摘出術を行う場合、等の選択肢があり、術前に十分検討して対応することが大切である(表 D-6-9)-2)。

(8) 予後と施設間連携

① 児の予後

総合周産期センター23施設1,018症例の検討では、死産11例、新生児死亡16例で児損失率3%であった。出生児体重は、2,500g未満51%、1,500g未満12%であり、出生児の51%はNICUに収容された。早産、死産、新生児死亡となるリスクが高く、早期からNICUの整備された産科施設での管理が望ましい。

② 母体の予後

総合周産期センター23施設1,018症例の検討では、分娩時の出血量2,000ml以上は240例(23.6%)、4,000ml以上は45例(4.4%)、8,000ml以上は9例(0.9%)であった。出血量4,000ml以上の45症例の88%は経産婦で、58%は帝切既往であり、71%は子宮摘出された。内腸骨動脈結紮または子宮動脈結紮は7例(0.7%)に実施され、6例は子宮摘出術も併用された。術後子宮動脈塞栓術は10例(1%)に行われ、半数は子宮摘出術も併用された。出血多量例はDICの合併、多臓器機能不全のリスクが高く、ICUの整備された産科施設での管理が望ましい。

《参考文献》

1. Oyelese Y, Smulian JC. Placenta previa, placenta accreta, and vasa previa. *Obstet Gynecol* 2006; 107: 927—941
2. Miller DA, Chollet JA, Goodwin TM. Clinical risk factors for placenta previa-placenta accreta. *Am J Obstet Gynecol* 1997; 177: 210—214
3. Palacios Jaraquemada JM, Bruno CH. Magnetic resonance imaging in 300 cases of placenta accreta: surgical correlation of new findings. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2005; 84: 716—724

〈杉本 充弘*〉

*Mitsuhiro SUGIMOTO

Department of Obstetrics and Gynecology, Japanese Red Cross Medical Center, Tokyo

Key words: Placenta previa・Placenta accreta・Cesarean section・

Antepartum hemorrhage・Postpartum hemorrhage

索引語: 前置胎盤、癒着胎盤、帝王切開、分娩前出血、分娩後出血