

CQ8 妊娠 12 週未満の流産診断時の注意点は？*Answer*

1. 子宮外妊娠の可能性を念頭に置く. (A)
2. 胎芽・胎児が確認できない稽留流産の診断は、適切な間隔をあけて複数回の診察後に行う. (B)
3. 流産診断後の取り扱いは以下のようにする.
 - 1) 稽留流産・不全流産・進行流産
待機的管理もとり得るが、外科的治療（子宮内容除去術）を原則とする。胞状奇胎、子宮外妊娠などに留意し、また子宮内容遺残による予定外の入院・手術の危険があることを説明する. (B)
 - 2) 完全流産
外科的治療（子宮内容除去術）は原則行わずに、子宮外妊娠、子宮内外同時妊娠などにも注意しながら経過を観察する. (C)

▷ 解説

1. 尿妊娠反応陽性の患者が受診した場合、まず超音波検査で子宮内に胎嚢を確認し子宮内妊娠の証明を行う。特に、性器出血があり胎嚢が証明できない場合、不全流産や進行流産と安易に診断することは子宮外妊娠の見逃しにつながり、患者の生命を危険にさらす可能性がある。また、ART 後妊娠を中心に子宮内外同時妊娠の頻度が上昇しているという指摘があるので注意を要する¹⁾。このような場合、子宮内妊娠流産と子宮外妊娠の合併ということもあり得る。妊娠初期流産診断時には常に子宮外妊娠の可能性を念頭に置く。

2. 胎芽・胎児が確認できない場合、ただ 1 回のみ診察での稽留流産の診断は避ける。最終月経から計算した妊娠週数に比し妊娠構造物が小さい場合、常に排卵遅れの可能性を考慮し、適切な間隔をあけて再検討し稽留流産診断の妥当性について検討することが望ましい。正常妊娠を稽留流産と誤診することは避けたい。

3. 流産診断後の取り扱い

妊娠 12 週未満稽留流産・不全流産治療法において、本邦では mifepriston, misoprostol 等の薬剤使用は認められていないため、待機的管理と外科的治療（子宮内容除去術）のいずれかが選択される。

2005 年に発表されたメタアナリシスによれば、外科的治療が待機的管理よりも子宮内容完全排出率が高い傾向 ($p=0.09$) にあった²⁾が、子宮内感染、中等量以上の出血、輸血、緊急掻爬術の頻度等には差がなかった。一方、Cochrane Review では、2006 年 4 月の段階で以下のように結論している³⁾。待機的管理は、結局外科的治療を必要とするような子宮内容遺残や出血のリスクが高い。これに対して外科的治療は感染のリスクが高い。どちらが優れた治療法であるかが不明であるとすれば、患者自身の希望は治療方針の決定に重要な役割を果たす。その後、2006 年 7 月に過去最大規模の RCT が発表された⁴⁾⁵⁾。待機的管理 398 例と外科的治療 402 例の比較であり、それによれば、いずれの管理法でも最終的には満足できる治療効果（子宮内容完全排出）が得られ、子宮内感染の発生頻度もともに低値（約

3%)で有意差は全くなかった。ただし、待機的管理群で有意に子宮内容遺残率が高く、その結果として緊急入院率(49% vs. 8%)や予定外手術率(外科的治療群では再手術)(44% vs. 5%)が高かった。日常生活復帰までの期間や精神的ダメージは同等だった。なお、外科的治療では待機的管理の約1.5倍の社会的コストを要した。

以上の一連の結果は、稽留流産・不全流産に対して待機的管理をとり得る可能性を示すものではあるものの、待機的管理には批判もある。特に、外科的治療に比して胎状奇胎、子宮外妊娠などを見逃す可能性が高いという批判である。したがって、患者への説明の際にはこれらについて言及することが必要となる。また、出血が多くなるリスク(出血傾向、粘膜下子宮筋腫など)を有している患者は待機から除外することも重要であろう。前述の2006年7月に発表されたRCTにおいては、待機的管理群に割り付けられた患者に対しては、24時間電話相談体制と24時間診察・治療・入院可能体制が設けられた。待機的管理を選択するためにはこれも条件となろう。待機的管理は原則2週間を限度とすべきとする意見もある。少なくとも、最終的には経腔超音波検査による子宮内容完全排出、および臨床的な妊娠終了を確認する必要がある。

なお、外科的治療を行った場合には、除去された子宮内容の病理学的検査を行うことが望ましい。また、待機的管理によって排出された子宮内容についても、可能であれば病理学的検査を行う。

一方、妊娠12週未満進行流産の管理方針について高レベルエビデンスはない。専門家の意見としては、不全流産に準ずるといふものが多い。

妊娠12週未満完全流産管理方針についても高レベルエビデンスはない。専門家の意見としては、外科的処置を行わずそのまま経過を観察してよいといふものが多い。2週間以内の止血確認、子宮外妊娠・子宮内外同時妊娠の否定、臨床的な妊娠終了の確認が、外科的処置を行わない場合の重要な注意点となる。

文 献

- 1) Ectopic pregnancy. Williams Obstetrics 22nd ed. McGraw-Hill Co., 2005; 253—272 (III)
 - 2) Sotiriadis A, Makrydimas G, Papatheodorou S, et al.: Expectant, medical, or surgical management of first-trimester miscarriage: a meta-analysis. *Obstetrics and Gynecology* 2005; 105: 1104—1113 (II)
 - 3) Nanda K, Pelligia A, Grimes D, et al.: Expectant care versus surgical treatment for miscarriage. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006 Apr. (II)
 - 4) Trinder J, Brocklehurst P, Porter R, et al.: Management of miscarriage: expectant, medical, or surgical? Results of randomised controlled trial (miscarriage treatment (MIST) trial). *British Medical Journal* 2006; 332: 1235—1240 (I)
 - 5) Petrou S, Trinder J, Brocklehurst P, et al.: Economic evaluation of alternative management methods of first-trimester miscarriage based on results from the MIST trial. *BJOG: An International Journal of Obstetrics and Gynaecology* 2006; 113: 879—889 (I)
-