

CQ14 子宮頸部円錐切除後の妊娠の取り扱いとは？*Answer*

1. 早産ハイリスク群と認識する。(A)
2. 早産徴候（頸管長短縮，子宮収縮等）に注意して管理する。(B)
3. 症例によっては頸管縫縮術が考慮される。(C)

▷ 解説

円錐切除後の妊娠では早産率が8～15%であり，対照群の1.5～3倍と有意に高くなることが報告されている^{1)~4)}。これはメスを用いたコールドナイフ法，レーザー法，LEEP (loop electrosurgical excision procedure) 法でも差異はなく，切除した頸部組織が大きいほど早産率が高まる²⁾⁵⁾⁶⁾。児が低出生体重児となる頻度も約2～4倍増加する³⁾⁴⁾。一方，レーザー蒸散法による局所治療では早産率の増加は報告されていない。円錐切除後妊娠に対して全例に頸管縫縮術を施行しても早産予防効果はないという報告が多いが，症例によっては頸管縫縮術が有効であるという意見もある^{7)~9)}。頸管長との関連性については，円錐切除後妊娠では16～24週で頸管長25mm以下の場合に有意に早産率が高いという報告¹⁰⁾，頸管長が30mm以上の場合には頸管縫縮術は不要であるという意見¹¹⁾がある。なお，コールドナイフによる円錐切除術後には分娩時に頸管裂傷の頻度が7倍増加するという報告がある¹²⁾。

文 献

- 1) Crane JM: Pregnancy outcome after loop electrosurgical excision procedure: a systematic review. *Obstet Gynecol* 2003; 102: 1058—1062 (II)
- 2) Sadler L, Saftlas A, Wang W, et al.: Treatment for cervical intraepithelial neoplasia and risk of preterm delivery. *JAMA* 2004; 291: 2100—2106 (II)
- 3) Samson SL, Bentley JR, Fahey TJ, et al.: The effect of loop electrosurgical excision procedure on future pregnancy outcome. *Obstet Gynecol* 2005; 105: 325—332 (II)
- 4) Kyrgiou M, Koliopoulos G, Martin-Hirsch P, et al.: Obstetric outcomes after conservative treatment for intraepithelial or early invasive cervical lesions: systematic review and meta-analysis. *Lancet* 2006; 367: 489—498 (II)
- 5) Leiman G, Harrison NA, Rubin A: Pregnancy following conization of the cervix: complications related to cone size. *Am J Obstet Gynecol* 1980; 136: 14—18 (III)
- 6) Acharya G, Kjeldberg I, Hansen SM, et al.: Related Pregnancy outcome after loop electrosurgical excision procedure for the management of cervical intraepithelial neoplasia. *Arch Gynecol Obstet* 2005; 272: 109—112 (II)
- 7) Zeisler H, Joura EA, Bancher-Todesca D, et al.: Prophylactic cerclage in pregnancy. Effect in women with a history of conization. *J Reprod Med* 1997; 42: 390—392 (III)
- 8) Kalitsaris A, Paschopoulos M, Paraskevaïdis E, et al.: Fertility and pregnancy after conization. *Ann Ostet Ginecol Med Perinat* 1991; 112: 257—261 (III)
- 9) 岩田 卓，塚崎克己，野澤志朗，他：頸管縫縮術の適応と問題点：円錐切除後妊娠における適応と問題点。 *臨床婦人科産科* 2002; 56: 858—861 (III)

たとしている (経腔群 : 32% vs. 17%, 帝王切開群 : 54% vs. 33%)。

妊娠中に例外的に筋腫核出術が行われることがある⁴⁾⁸⁾¹⁰⁾¹³⁾¹⁴⁾が現状では利益・不利益についてよく検討されておらず、標準的治療にはなっていない。その適応として、1)出血、疼痛などの切迫流産徴候のとれないもの、2)急激な腫瘍の増大、あるいは変性を認めるもの、3)過去に子宮筋腫が原因と思われる流産既往のあるもの、4)子宮筋腫の存在が妊娠継続の障害となると判断されるもの、5)筋腫茎捻転、血管断裂、変性による疼痛を繰り返すなどの急性症状のある等が提唱されている¹³⁾¹⁴⁾。妊娠中の子宮筋腫核出術の最大のメリットは87%の患者において術前にみられた筋腫に伴う症状が消失することにある¹⁴⁾が、保存的療法と手術療法の優劣に関しては今後 randomized study が必要である。帝王切開時の筋腫核出術は勧められないとするのが一般的である。「出血量増大をまねきやすい」のが理由なので、比較的容易に摘出でき出血量増大につながらない筋腫に関してはそのかぎりではない。

文 献

- 1) 木川源則 : 妊娠に合併した子宮筋腫とその手術適応. 産と婦 1991 ; 49 : 895—898 (III)
- 2) 浮田昌彦 : 子宮筋腫合併妊娠の管理法. 産婦治療 1989 ; 47 : 433—437 (III)
- 3) 高島英世 : 妊娠と子宮筋腫. 産婦治療 1898 ; 59 : 183—187 (III)
- 4) 杉本充弘, 中川潤子 : 子宮筋腫. 産と婦 2001 ; 38 : 590—596 (III)
- 5) Koike T, Minakami H, Kosuge S, et al.: Uterine leiomyoma in pregnancy: its influence on obstetric performance. J Obstet Gynaecol Res 1999; 25: 309—313 (II)
- 6) Phelan JP: Myomas and pregnancy. Obstet Gynecol Clin North Am 1995; 22: 801—805 (II)
- 7) Vergani P, Locatelli A, Ghidini A, et al.: Large uterine leiomyomata and risk of cesarean delivery. Obstet Gynecol 2007; 109: 410—414 (II)
- 8) Exacoustos C, Rosati P: Ultrasound diagnosis of uterine myomas and complications in pregnancy. Obstet Gynecol 1993; 82: 97—101
- 9) 久保 武, 重光貞彦, 沖 明典 : 妊娠と子宮筋腫の保存療法. 産婦実際 1992 ; 41 : 1903—1907 (III)
- 10) 杉本充弘, 中川潤子 : 妊娠合併子宮筋腫の取り扱い. Hormone Frontier in Gynecology 2003 ; 10 : 187—193 (III)
- 11) Coronado GD, Marshall LM, Schwartz SM: Complications in pregnancy, labor, and delivery with uterine leiomyomas: a population-based study. Obstet Gynecol 2000; 95: 764—769 (II)
- 12) Winer-Muram HT, Muram D, Gillieson MS: Uterine myomas in pregnancy. J Can Assoc Radiol 1984; 35: 168—170 (III)
- 13) 平松祐司, 工藤尚文 : 妊娠に合併した子宮筋腫に対する手術療法. 産婦治療 1998 ; 76 : 13—18 (III)
- 14) 平松祐司, 増山 寿, 水谷靖司, 洲脇尚子, 工藤尚文 : 妊娠時, および帝王切開時の子宮筋腫核出術. 生殖外科学会誌 2002 ; 15 : 55—64 (III)
- 15) 平松祐司 : 子宮筋腫合併妊婦の管理. 日産婦誌 2007 投稿中 (III)