

子宮外（異所性）妊娠の手術(卵管保存手術)を受けられる方へ

①子宮外妊娠の発生部位と病態について

子宮外妊娠の 95%は卵管に着床するといわれています。卵管に着床した場合、その伸展能には限界があるため妊娠は中絶の転帰を辿ります。卵管妊娠の中絶様式には卵管破裂と卵管流産があります。卵管破裂では急激に大量の腹腔内出血をきたすためショック状態となることも多い訳です。卵管流産では妊卵が卵管内腔から剥離するが、腹腔内に貯留する血液のスピードは早くないので、ショック状態を呈することは少ないといえます。卵管以外の腹腔内の部位(卵巣、腹膜)に着床した場合は、中絶様式はほとんど破裂の形態をとることが多いとされます。

卵管は子宮の両側に1つずつあり、受精、および受精卵の輸送に重要な働きをしています。排卵した卵子は卵管采で pick up され、卵管膨大部に輸送されます。卵管膨大部で受精が成立し、受精卵は発育した後、子宮腔内に輸送されます。

卵管妊娠の中で最も頻度が高いのが卵管膨大部、ついで卵管峡部、采部、間質部です。

②術式の選択について： 特に保存手術(卵管温存)について

卵管妊娠の手術は 1)着床部位を含めて卵管を切除する方法、2)卵管を切開して妊卵を除去する方法、3) 卵管を切開せずに妊卵を除去する方法に大別されます。

子宮外妊娠自体の根治手術は着床部位を含めて卵管を切除する方法です。しかし、片側の卵管を切除すると、自然妊娠成立のためには残っている反対の卵管の働きにかかってきます。また、片方の卵管(今回の子宮外妊娠の発生部位)を切除したとしても、反対の卵管に妊娠することもしばしばあります。

一方、卵管温存手術では卵管を残すことができますが、術後の絨毛存続症(術後、妊娠反応が低下せず、薬物療法、再手術等の追加治療を必要とすること、約 10%)の発症に注意する必要があります。

どの手術術式が良いかは患者さんごとに個別に検討する必要があります。さらに、卵管温存術式を希望する患者さんすべてに保存手術(卵管温存)が可能(妥当)とはいえません。最終的に、手術時の腹腔内の状況をみて方針を決定する場合もあります。

③子宮外妊娠の手術以外の治療法

子宮外に妊娠したことのある方では、その後の妊娠でも再度子宮外に着床する確率が高い(通常約 10 倍)といわれています。それでは、子宮外妊娠を繰り返しにくくする方法はあるのでしょうか。

手術ではなく、薬物療法で子宮外妊娠を治療する場合があります。薬物療法では卵管に傷をつけずに子宮外妊娠を治療できるので、手術療法後の患者さんより子宮外妊娠を繰り返しにくいとの報告もあります。また、手術、薬物療法を行わずに経過観察のみ(待機療法)で対応する場合があります。

ただし、薬物療法、待機療法とも対象となりうるのは条件を満たした一部の患者さんに限られます(ホルモン値が高い場合や腹痛が強い場合は対象となりません)。そして、血液中の hCG 値が陰性化(約 10mIU/ml 以下)するまでに要する時間は手術療法よりも長く、約 1 ヶ月位かかります。また、子宮外妊娠腫瘍の消失までにはさらに

もう少し時間がかかります。薬物療法で使用する薬剤はメソトレキセートという抗癌剤です。

④退院後の注意点

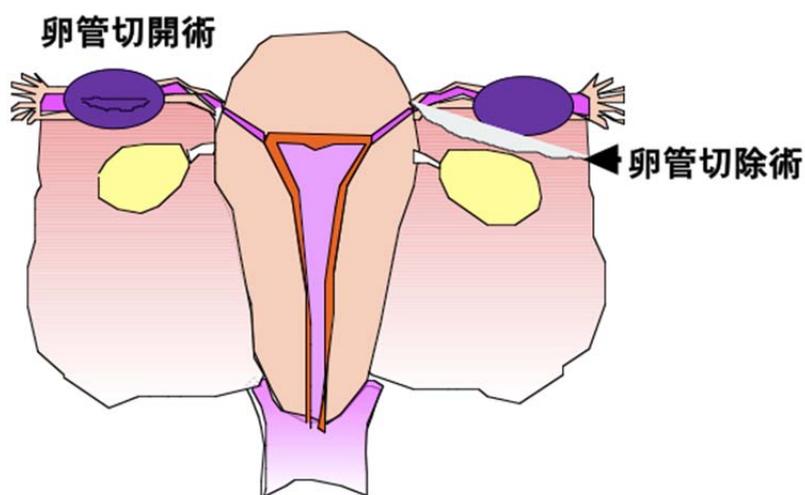
血液中の hCG 値が陰性化(約 10mIU/ml 以下)するまで外来で経過観察します。術後 3-4 ヶ月は避妊していただき、外来で子宮卵管造影検査を行い、卵管の疎通性の状況を確認させていただきます。

その後は、次回妊娠が判明した場合に早期に来院していただき、注意深く経過観察していく予定です。

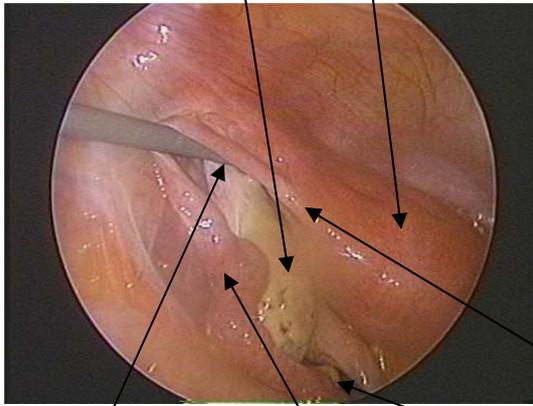
⑤保存手術(卵管温存)の治療成績：自験例より

私たちは過去 15 年で約 600 人の子宮外妊娠症例を治療しており、その中で卵管温存手術を行った患者さんは 200 人前後を数えます。保存手術(卵管温存)の問題は 2 つあります。1 つは手術のみで子宮外妊娠を終結できるかどうかですが、90%の患者さんは 1 回の手術で追加治療を行うことなく治療を完了しております。もう 1 つは手術で残した卵管が疎通性を保持しているかどうかですが、着床部位により成績は異なり、膨大部妊娠では 80%以上、峡部妊娠では 50-60%という結果です。

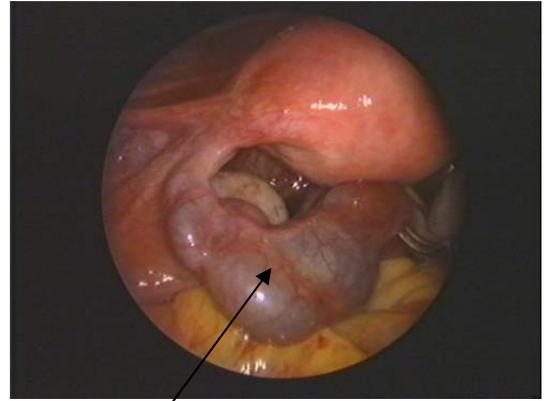
子宮外妊娠の手術術式



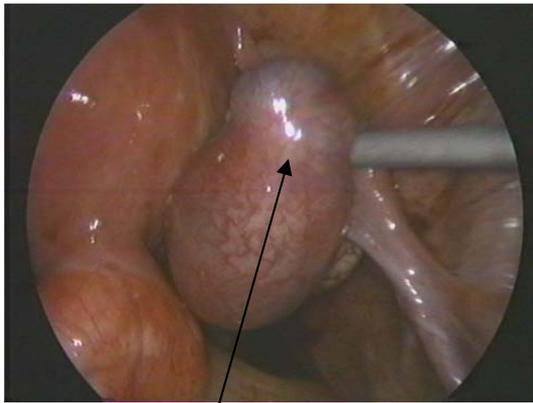
(左)卵管、卵巢、子宮の位置関係



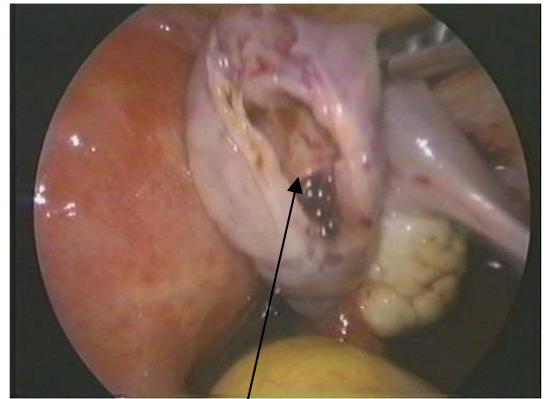
卵管峡部 膨大部 采部



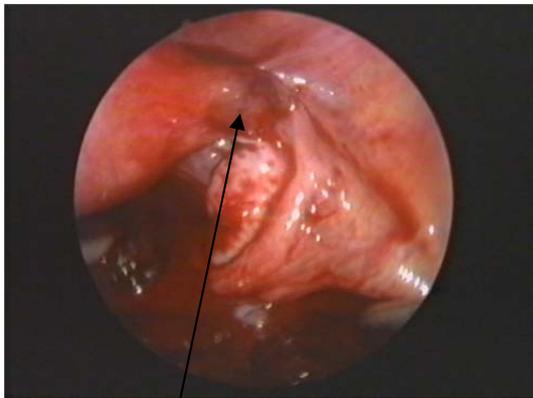
左卵管膨大部妊娠(未破裂)



右卵管膨大部妊娠(未破裂)



卵管切開術後



右卵管峡部妊娠(破裂)



超音波で同定された卵管腫瘍