

CQ39 骨盤位の取り扱いとは？*Answer*

1. 外回転に関する定説はないが、施行する場合は、以下のすべての条件を満たす症例とする。(C)
 - ・緊急帝王切開が可能である
 - ・帝王切開既往がない
 - ・児が十分に成熟している
2. 膝位、足位、低出生体重児、早産、児頭骨盤不適合のいずれかまたはそれを疑わせる場合には帝王切開を行う。(B)
3. 骨盤位娩出術への十分な技術を有する医療スタッフが常駐する施設であって、上記以外の骨盤位の場合には、経膈分娩、帝王切開双方の、危険性と利益に関し、妊婦に十分説明したうえで、経膈分娩を選択できる。(C)
4. 分娩様式選択に際しては、文書による同意を取る。(A)
文書例を以下に示す。

〔文書例〕

骨盤位分娩の分娩様式選択に関する説明

あなたは、現在、妊娠〇〇週〇〇日、骨盤位（〇殿位）です。分娩方法として、経膈分娩と帝王切開が選択できます。この2つの分娩方法のいずれが安全であるかについては、以下のような研究報告とそれに対する議論が存在しています。

- 1) 短期予後（1歳までに赤ちゃんに不都合が起こるかどうか）について：複数の大規模研究では、周産期死亡、新生児死亡、重篤な新生児罹病のいずれについても、帝王切開の方が経膈分娩よりも少ない（約1/3）、と報告されました。母体の罹病率（産後の発熱等）は、帝王切開の方が、わずかに高い（約1.3倍）と報告されています。
- 2) 長期予後（1歳以降の不都合）について：帝王切開でも経膈分娩でも、母児ともに差はないと報告されています。
- 3) これらの報告は多くの国での成績をまとめたものであり、批判も多く、本当に帝王切開の方の短期予後が良いのかどうかについてはまだ完全には決着がついていません。また、一度帝王切開をすると次回分娩も帝王切開になってしまう確率が高くなり、これは帝王切開のマイナスポイントだと言えます。
- 4) 経膈分娩しても良さそうな妊婦さんを厳格に吟味し（正しい適応）、熟練した医師が正しい方法で経膈分娩を行うならば、経膈分娩でも帝王切開に劣らない短期予後が得られたとの先進国の報告もあります。

このように、現在、あなたのような普通の逆子妊婦さん、つまり正期産臀位で他に合併症のない妊婦さんの場合、帝王切開がいいのか経膈分娩がいいのか、どちらがいいのかが医学的にはまだはっきりわ

からないのが現状です。しかし、経腔分娩の方が帝王切開よりも赤ちゃんの予後が良い、というデータはありません。

100%安全なお産はありません。帝王切開の場合も経腔分娩の場合も絶対安心というわけではありません。ここでは、帝王切開と経腔分娩についての世界からの主だった研究成績をご説明しました。どちらのお産法を選ぶにしても、十分納得してお選び下さい。選ぶにあたり足りない情報があれば主治医がさらにお話し上げます。

▷解説

2000年にLancetに発表された論文、「正常産単胎骨盤位においては、選択的帝王切開を選択した方が経腔分娩を選択するより児の周産期予後がよい」とする報告¹⁾をもとに、ACOGは2001年、「正常産単胎骨盤位は選択的帝王切開すべきであり、経腔分娩の選択はもはや適切ではない」というCommittee opinionを発表した²⁾。文献¹⁾の研究結果は、他のRCTを含めたメタアナリシス³⁾によっても変わらず、また、分娩後3カ月後⁴⁾、2年後⁵⁾においても、母体の合併症出現頻度は両分娩法で変わらないとされている。これらの報告、特に文献¹⁾の報告により、世界的には、骨盤位分娩は選択的帝王切開で行われることが多くなったと考えられ、実際、そのような報告もなされている⁶⁾⁷⁾。しかしながら、文献¹⁾の論文に対する批判も数多く存在する。すなわち、多くの国にまたがる複数施設で実施されたものであり、施設間の分娩管理能力や新生児管理能力を考慮していない、X線計測等の骨盤計測が行われていない症例が多い、超音波による児体重の計測などの管理方法が規定されておらず、施設間の差が大きい、分娩前に胎位の評価がなされておらず、分娩開始後振り分けが行われた症例が多くふくまれている、あるいは逆に振り分け後分娩までの時間が長すぎるものも多い^{8)~10)}などである。経腔選択群の周産期死亡率も1.3%と高い。母体の2年後合併症の評価項目にしても、次回妊娠の帝王切開率が入っていないという問題がある。また、分娩2年後においては、母体だけでなく、児についても、児死亡や合併症の頻度に両分娩法で差がないとわかっている¹¹⁾。さらに、RCTではないものの、厳密な適応を守れば、児合併症の頻度は、選択的帝王切開群と経腔群で差がなかったとする先進国の前方視的¹²⁾、後方視的¹³⁾¹⁴⁾観察研究も報告されている。以上の議論を踏まえ、ACOGは2006年、2001年のCommittee opinionを一部変更し、十分な骨盤位経腔分娩の管理技術を有する産科医が減少していることから、多くの産科医にとっては帝王切開を選択することが望ましいとしながらも、経腔分娩の適応と管理に関する施設ごとのガイドラインに従うならば、経腔分娩を選択することは理に適っているとするCommittee opinionを新たに発表した¹⁵⁾。本邦は、周産期死亡率が低く、分娩管理能力が整っている施設が多く、かつ施設間の格差も少ない。したがって、厳密な適応と条件を守り¹⁶⁾¹⁷⁾、十分な技術を有する医療スタッフが常駐し、かつ文書による同意を得ているという条件がそろえば、骨盤位経腔分娩を選択することが可能と考えられる。しかし、それ以外の場合は、選択的帝王切開が望ましい。

また、外回転については、妊娠37週以降に行うと、非頭位の分娩と帝王切開が減少し¹⁸⁾、さらに妊娠37週より前に実施したほうが、非頭位の分娩を減少させる効果が高い¹⁹⁾ことがわかっており、臨床的意義があると考えられる。しかし、一方で、児の周産期予後は変わらず¹⁹⁾、また、胎盤早期剥離や胎児心拍の悪化といった副作用もあり、操作前後の胎児心拍モニター実施に加え、緊急帝王切開が可能な施設であること、十分なインフォームドコンセントが取れることが必要である²⁰⁾。また、未熟児出産の可能性を考え、操作は胎児が成熟する週数以降に実施することが望ましい²⁰⁾が、早期に外回転を実施する場合には、未熟児管理ができる施設であることが必須である。また、帝王切開既往である場合、外回転成功率は変わらないが、操作に伴う子宮破裂のリスクが明らかでないため、外回転は避けるべきと考えられる。

また、外回転操作時に、子宮収縮抑制剤を使用することは、少なくとも初産婦については意義があり、推奨されると考えられる²⁰⁾。

文 献

- 1) Hannah ME, Hannah WJ, Hewson SA, et al.: Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomized multicentre trial. Term Breech Trial Collaborative Group. *Lancet* 2000; 356: 1375—1383 (I)
 - 2) ACOG committee opinion: number 265, December, 2001: Mode of term single breech delivery. *Obstet Gynecol* 2001; 98: 1189—1190 (III)
 - 3) Hofmeyr GJ, Hannah ME: Planned caesarean section for term breech delivery. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; 1: CD000166 (I)
 - 4) Hannah ME, Hannah WJ, Hodnett ED, et al.: Term Breech Trial 3-Month Follow-up Collaborative Group: Outcomes at 3 months after planned cesarean vs planned vaginal delivery for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *JAMA* 2002; 287: 1822—1831 (I)
 - 5) Hannah ME, Whyte H, Hannah WJ, et al.: Term Breech Trial Collaborative Group: Maternal outcomes at 2 years after planned cesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the international randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191: 917—927 (I)
 - 6) Hogle KL, Kilburn L, Hewson S, et al.: Impact of the international term breech trial on clinical practice and concerns: a survey of centre collaborators. *J Obstet Gynaecol Can* 2003; 25: 14—16 (III)
 - 7) Rietberg CC, Elferink-Stinkens PM, Visser GH: The effect of the Term Breech Trial on medical intervention behaviour and neonatal outcome in The Netherlands: an analysis of 35,453 term breech infants. *BJOG* 2005; 112: 205—209 (III)
 - 8) Comment on *Lancet* 2000. 356:1375—83: *Lancet* 2001; 357: 225—228 (III)
 - 9) Hauth JC, Cunningham FG: Vaginal breech delivery is still justified. *Obstet Gynecol* 2002; 99: 1115—1116 (III)
 - 10) Glezerman M: Five years to the term breech trial: the rise and fall of a randomized controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194: 20—25 (III)
 - 11) Whyte H, Hannah ME, Saigal S, et al.: Term Breech Trial Collaborative Group: Outcomes of children at 2 years after planned cesarean birth versus planned vaginal birth for breech presentation at term: the International Randomized Term Breech Trial. *Am J Obstet Gynecol* 2004; 191: 872—873 (I)
 - 12) Goffinet F, Carayol M, Foidart JM, et al.: PREMODA Study Group: Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium. *Am J Obstet Gynecol* 2006; 194: 1002—1011 (II)
 - 13) Alarab M, Regan C, O'Connell MP, et al.: Singleton vaginal breech delivery at term: still a safe option. *Obstet Gynecol* 2004; 103: 407—412 (III)
 - 14) Guilliani A, Scholl WM, Basver A, et al.: Mode of delivery and outcome of 699 term singleton breech deliveries at a single center. *Am J Obstet Gynecol* 2002; 187: 1694—1698 (III)
-