

骨盤位分娩の管理

第66回日本産科婦人科学会学術講演会専攻医教育プログラム



筑波大学医学医療系 総合周産期医学 小畠真奈

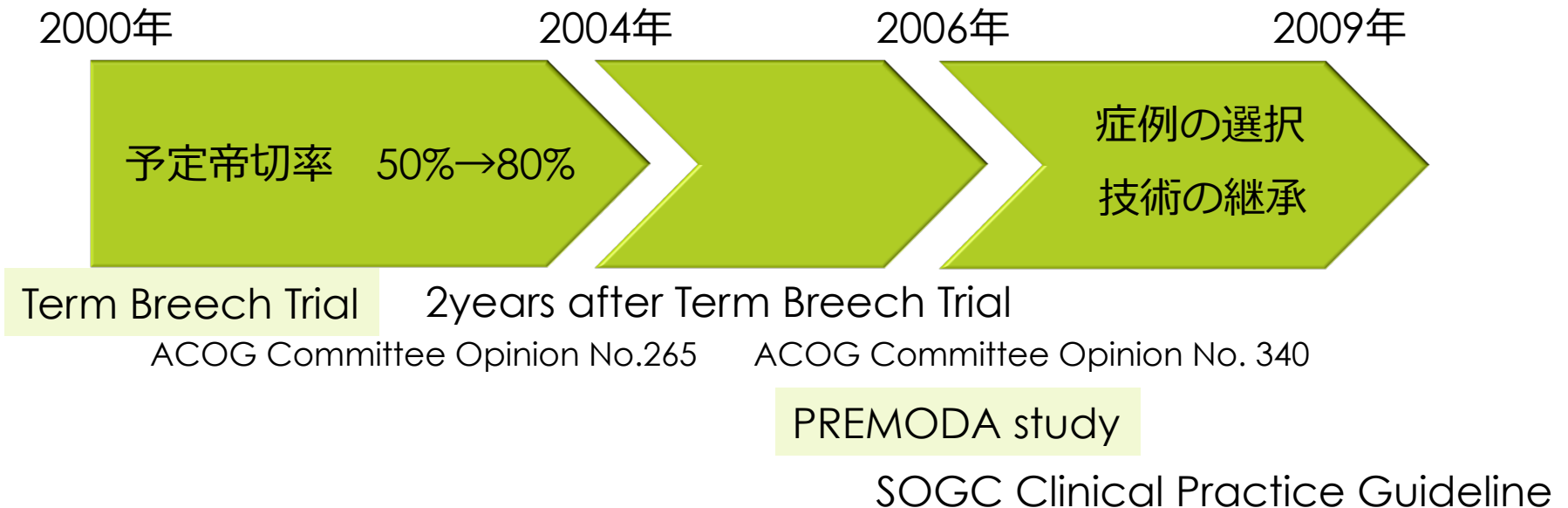
平成26年4月17日

本日お話しする内容

1. 骨盤位分娩に関する臨床試験
2. 骨盤位の分娩管理方針決定に関わる要素
3. 骨盤位経膈分娩の管理

1. 骨盤位分娩に関する臨床試験

□ 骨盤位経膈分娩は前世紀の遺物か？



Term Breech Trial

Hannah ME, et al., *Lancet*, 2000

- 26カ国 121施設 2183人
- 予定帝切群の児の短期予後が、予定経膣群よりも明らかに良い一方で、母体の短期予後は両群で有意差が認められなかった

Planned caesarean section versus planned vaginal birth for breech presentation at term: a randomised multicentre trial

Mary E Hannah, Walter J Hannah, Sheila A Hewson, Ellen D Hodnett, Saroj Saigal, Andrew R Willan, for the Term Breech Trial Collaborative Group*

Summary

Background For 3–4% of pregnancies, the fetus will be in the breech presentation at term. For most of these women, the approach to delivery is controversial. We did a randomised trial to compare a policy of planned caesarean section with a policy of planned vaginal birth for selected breech-presentation pregnancies.

Methods At 121 centres in 26 countries, 2088 women with a singleton fetus in a frank or complete breech presentation were randomly assigned planned caesarean section or planned vaginal birth. Women having a vaginal breech delivery had an experienced clinician at the birth. Mothers and infants were followed-up to 6 weeks post partum. The primary outcomes were perinatal mortality, neonatal mortality, or serious neonatal morbidity; and maternal mortality or serious maternal morbidity. Analysis was by intention to treat.

Findings Data were received for 2083 women. Of the 1041 women assigned planned caesarean section, 941 (90.4%) were delivered by caesarean section. Of the 1042 women assigned planned vaginal birth, 591 (56.7%) delivered vaginally. Perinatal mortality, neonatal mortality, or serious neonatal morbidity was significantly lower for the planned caesarean section group than for the planned vaginal birth group (1.7 of 1039 [1.6%] vs 5.2 of 1039 [5.0%]; relative risk 0.33 [95% CI 0.19–0.56]; $p < 0.0001$). There were no differences between groups in terms of maternal mortality or serious maternal morbidity (4.1 of 1041 [3.9%] vs 3.3 of 1042 [3.2%]; 1.24 [0.79–1.95]; $p = 0.35$).

Interpretation Planned caesarean section is better than planned vaginal birth for the term fetus in the breech presentation; serious maternal complications are similar between the groups.

Lancet 2000; **356**: 1375–83
See Commentary page 1368

Term Breech Trial の2年後

Whyte H, et al., *Am J Obstet Gynecol*, 2004

- 予定帝切は2歳の時点での児の死亡や神経発達遅延のリスク減少にはつながらなかった。

Hannah ME, et al., *Am J Obstet Gynecol*, 2004

- 2年後の母体予後のアンケート調査では、予定帝切と予定経膣でほぼ同じであった。

Su M, et al., *BJOG*, 2004

- 予定帝切は予定経膣よりも分娩中の問題による周産期予後のリスクを減少させる

Term Breech Trial の問題点

Glezerman M., *Am J Obstet Gynecol*, 2006

- 多施設共同研究：国・施設による周産期医療レベルの差
- RCT: 除外基準と振り分けは適切であったか
- 周産期死亡の原因は分娩様式に関連しているか
 - 予定帝切群 1039例中 17例
 - 予定経膣群 1039例中 52例
- Peer reviewは適切に行われたか

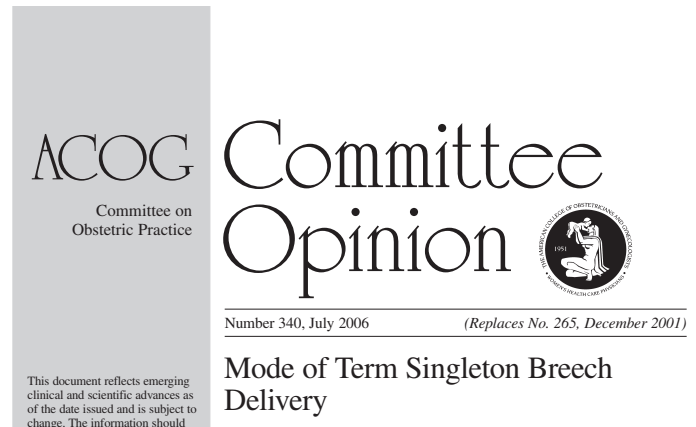
ACOG Committee Opinion

No. 265, *Obstet & Gynecol*, 2001

- 満期単胎骨盤位の予定経膣分娩は、もはや妥当とはいえない

No. 340, *Obstet & Gynecol*, 2006

- 満期単胎骨盤位の分娩様式は、熟練した医師の判断に委ねられるべきである



PREMODA study

Goffinet F, et al., *Obstet & Gynecol*, 2006

- フランスとベルギーにおける観察研究
- 厳密な基準によって症例を選択することにより、満期の骨盤位経膈分娩は安全な選択肢となる

American Journal of Obstetrics and Gynecology (2006) 194, 1002-11



American Journal of
**Obstetrics &
Gynecology**
www.ajog.org

Is planned vaginal delivery for breech presentation at term still an option? Results of an observational prospective survey in France and Belgium

François Goffinet, MD, PhD,^{a,b} Marion Carayol, Midwife,^a Jean-Michel Foidart, MD, PhD,^c Sophie Alexander, MD, PhD,^d Serge Uzan, MD,^e Damien Subtil, MD, PhD,^f Gérard Bréart, MD,^{a,e} for the PREMODA Study Group

INSERM U149, Epidemiological Research Unit on Perinatal Health and Women's Health, Université Pierre et Marie Curie Paris VI, Hôpital Tenon^a; Université Paris-Descartes Paris 5, Faculté de médecine, Service de gynécologie et obstétrique de Port-Royal, Hôpital Cochin Saint-Vincent-de-Paul, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris,^b France; Department of Obstetrics and Gynaecology, La Citadelle Hospital,^c Liège, Belgium; School of Public Health School,^d Bruxelles, Belgium; Department of Obstetrics and Gynaecology, Tenon Hospital, Assistance Publique-Hôpitaux de Paris, Université Pierre et Marie Curie Paris VI;^e France; Department of Obstetrics and Gynaecology, Jeanne de Flandre Hospital,^f Lille Cedex, France

Received for publication June 30, 2005; revised September 30, 2005; accepted October 27, 2005

SOGCのガイドライン 2009

1. 骨盤位経膈分娩は選択的帝切よりも周産期死亡率と新生児短期予後不良のリスクが高い
2. 近代的な施設において慎重に症例を選択して管理すれば、選択的帝切と同様の安全性が得られる。
3. 満期の単胎骨盤位は、症例を選べば経膈分娩は妥当な選択である。
4. 慎重に症例を選択して管理すれば、骨盤位の周産期死亡率は1000出生に約2人、重篤な新生児短期予後不良は2%である。
5. 新生児の短期予後が重篤であっても、長期的な神経学的予後は、どの分娩様式を予定したかによる差はない。

International Journal of Gynecology and Obstetrics, 2009

2. 分娩管理方針決定に関する要素

- a. 骨盤位の基礎知識
- b. 分娩管理方針
- c. 試験骨盤位経膣分娩の必要条件

a. 骨盤位の基礎知識

□ 骨盤位の頻度

- 妊娠28週 25%
- 妊娠36週以降 2-3%

□ 骨盤位の要因

- 母体（狭骨盤、子宮奇形）
- 羊水・胎盤
- 胎児（先天異常）

□ 骨盤位の種類

- 単臀位 Frank 複臀位 Complete
- Incomplete（膝位 Keeling 足位 Footling）

b. 分娩管理方針

- 外回轉
- 選択的帝王切開
- 経膈分娩

C. 試験経腔分娩の必要条件

- 膝位、足位でないこと
- 2500g以上であること
- 37週以降であること
- 母体骨盤が十分な大きさがあること
- Hyperextension of the neckがないこと
- 文書による妊婦の同意が得られていること

3. 骨盤位経腔分娩の管理

- a. 陣痛室・分娩室で
- b. 骨盤位分娩の三種の神器
- c. 骨盤位経腔分娩の分娩手技

a. 陣痛室・分娩室で

- 骨盤位分娩に習熟した医師が管理する
- 分娩進行が順調であることを適宜評価する
- 胎児心拍数陣痛モニタリングを行う
- 破水時はすぐに内診し、臍帯脱出がないことを確認する
- 分娩第二期は手術室に近接した部屋で管理する
- 分娩時には新生児蘇生に習熟した医師が立ち会う

b. 骨盤位分娩の三種の神器

- 支脚器
- タオル
- 後続児頭鉗子

C. 骨盤位経膣分娩の分娩手技

- 自然経膣分娩
 - 臍輪までは自然娩出を待つ
 - Bracht手技
- 部分的な骨盤位牽出術
 - 肩甲娩出法：横8字法、古典的上肢解出
 - 後続児頭娩出法：Veit-Smellie法、後続児頭鉗子
- 骨盤位牽出術
 - 全牽出術は可能な限り回避し、帝王切開を選択する

CQ402 骨盤位の取り扱いは？

産婦人科診療ガイドライン産科編2011

1. 外回転術を施行する場合は、以下のすべての条件を満たす症例とする。(C)
 1. 緊急帝王切開が可能である
 2. 帝王切開既往がない
 3. 児が成熟している
2. 膝位、足位、低出生体重児、早産、児頭骨盤不均衡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。(C)
3. 以下2点を共に満たす場合には、2以外の骨盤位に対して、経膈分娩も(が)選択できる。(C)
 1. 骨盤位牽出術への十分な技術を有する医療スタッフが常駐すること
 2. 経膈分娩と帝王切開双方の危険と利益とを妊婦に充分説明すること
4. 分娩様式選択に際しては、文書による同意を取る。(A)

まとめ

- 慎重に分娩方針を選択した場合、骨盤位の経膈分娩は、帝王切開分娩を予定する場合と同等に安全である可能性がある。
- 骨盤位経膈分娩の管理は、選択肢の一つとしてその技術を継承するとともに検証していかなくてはならない。