

以下であったのは約 15%で、そのうち実際に赤ちゃんに治療を要した症例はその約半数と報告されています。頭蓋内出血が認められた赤ちゃんは一人であったと報告されています。

現在までのいずれの報告も、妊娠、出産に関して一般的に予後は良好であるとするものの、血小板数の確認や、必要な治療を行うことが大切であるとされています。また上のお子さんの血小板数が少なかった方は、次のお子さんも血小板数が少なくなる可能性が高いことが知られていますので、注意が必要です。

妊娠、出産に関しては、予め医療機関と相談され、計画的にされる方がよいと考えられます。

妊娠、出産を考える前に

かかりつけの血液内科、産科を受診し、今後の妊娠、出産に関してご相談いただくようお願いいたします。妊娠に関して併行して行う治療方針について相談し、それが実施可能な施設かどうか検討する必要があります。また出生後の赤ちゃんも、血小板数によっては治療が必要となる場合がありますので、赤ちゃんの管理も行える施設である必要があります。

妊娠中の管理について

血小板は血を止めることに作用しますので、特に出血が問題となります。母体は特に分娩時の血小板数が問題となります。

母体；

妊娠の初期、中期では出血の症状がなく、血小板数が 2~3 万/ μl 以下に減少することがなければ特に治療をすることはありません。しかし、出血を伴うような処置が必要であるときには、処置に応じて血小板数を維持する必要があります。妊娠後半になると今度は出産にむけて血小板数をコントロールする必要があります。一般的には分娩時の血小板は 5 万/ μl 以上が望ましいとされており、帝王切開手術の際にも血小板数 5 万/ μl 以上が望ましいと考えられています。また硬膜外麻酔や脊椎麻酔といった手術に対する麻酔が必要な場合は、脊髄神経の近くを穿刺する処置が必要となりますので、血腫などを形成しないために血小板数 7.5 万/ μl 以上が望ましいとする報告が多いようです。

赤ちゃん；

抗血小板抗体は胎盤を通過するといわれていますので、赤ちゃんの血小板数にも影響を及ぼすことが知られています。

生後に皮下出血や下血などの症状がないか確認を行います。また出血の症状として最も重症なものに頭蓋内出血があります。以前は出産方法を決めるために胎内の赤ちゃんの血小板数を調べようと、臍帯を穿刺して赤ちゃんの血液を採取し、血小板数を確認する方法がとられていたこともありましたが、赤ちゃんの頭蓋内出血のリスクは 1%以下とされており、臍帯穿刺もリスクを伴いますので(検査による赤ちゃんの死亡率は 1-2%とされています)、最近では行われていません。しかし、頭蓋内出血を認めた赤ちゃんの予後は不良とされており、

子宮内胎児死亡の報告例もあります。

分娩方法について

基本的には経膣分娩を行っていただきます。産科的適応がある場合には帝王切開術分娩が考慮されます。ただ、出産にむけ母体の血小板数をコントロールしておく必要はあります。以前はお腹の中の赤ちゃんの血小板数を知ることが難しかったため、赤ちゃんの頭蓋内出血を心配して帝王切開分娩が選択されていましたが、最近の報告では、経膣分娩を行った場合の赤ちゃんの死亡率は0.6%程度とされていて、赤ちゃんの安全性確保のために帝王切開術を行うべき、という報告は最近ではほとんどありません。

産後について

血小板数のコントロールがついていれば、母体の産後出血が特別増加するという報告はありません。赤ちゃんの血小板数は生後数日して最も低い数値となることが多いため、生後数日は特に注意して経過観察が必要です。

妊娠中の治療について

① ステロイド

通常は 10～20mg/日（プレドニゾロン）内服から開始し、血小板数を確認しながら量を調節していきます。

② 免疫グロブリン静脈内投与療法 (IVIg)

ステロイド治療に反応しない場合や、ステロイド治療の副作用が強い場合に考慮されます。

これらの治療が無効である場合には、大量ステロイド投与や免疫抑制剤の使用などが考慮されます。また血小板は脾臓で破壊されるので、脾臓摘出が考慮される場合もあります。もしも脾臓摘出が必要である場合は妊娠の中期で行うことが多いようです。

2012/1/4 現在

今回ご紹介した内容は 2012/1/4 現在の知見です。今後医学の発展により新しい知見が加わる可能性があります。

参考文献

1. Gasim T. Immune thrombocytopenic purpura in pregnancy: a reappraisal of obstetric management and outcome. *J Reprod Med*. 2011 Mar-Apr;56(3-4):163-8.
2. Provan D, Stasi R, Newland AC, Blanchette VS, Bolton-Maggs P, Bussel JB, et al. International consensus report on the investigation and management of primary immune thrombocytopenia. *Blood*. 2010 Jan 14;115(2):168-86.
3. Ozkan H, Cetinkaya M, Koksall N, Ali R, Gunes AM, Baytan B, et al. Neonatal outcomes of pregnancy complicated by idiopathic thrombocytopenic purpura. *J Perinatol*. 2010 Jan;30(1):38-44.
4. Koyama S, Tomimatsu T, Sawada K, Kanagawa T, Isobe A, Taniguchi Y, et al. Prenatal diagnosis of fetal intracranial hemorrhage in pregnancy complicated by idiopathic thrombocytopenic purpura. *Prenat Diagn*. 2010 May;30(5):489-91.
5. Koyama S, Tomimatsu T, Kanagawa T, Kumasawa K, Tsutsui T, Kimura T. Reliable predictors of neonatal immune thrombocytopenia in pregnant women with idiopathic thrombocytopenic purpura. *Am J Hematol*. 2012 Jan;87(1):15-21.
6. Grgic O, Ivanisevic M, Delmis J. Treatment of idiopathic thrombocytopenic purpura in pregnancy with pulsed dose of dexamethasone. *J Obstet Gynaecol*. 2010;30(8):864.
7. Fujita A, Sakai R, Matsuura S, Yamamoto W, Ohshima R, Kuwabara H, et al. A retrospective analysis of obstetric patients with idiopathic thrombocytopenic purpura: a single center study. *Int J Hematol*. 2010 Oct;92(3):463-7.
8. Belkin A, Levy A, Sheiner E. Perinatal outcomes and complications of pregnancy in women with immune thrombocytopenic purpura. *J Matern Fetal Neonatal Med*. 2009 Nov;22(11):1081-5.
9. Marti-Carvajal AJ, Pena-Marti GE, Comunian-Carrasco G. Medical treatments for idiopathic thrombocytopenic purpura during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev*. 2009(4):CD007722.
10. Cines DB, Bussel JB. How I treat idiopathic thrombocytopenic purpura (ITP). *Blood*. 2005 Oct 1;106(7):2244-51.
11. Guidelines for the investigation and management of idiopathic thrombocytopenic purpura in adults, children and in pregnancy. *Br J Haematol*. 2003 Feb;120(4):574-96.