

第 14 回東海 ART カンファレンス ワークショップ

フロアーからのご質問

(1) 分娩時の注意点も聞きたいです。妊娠中のコントロールで対応変わりますか？

妊娠中のコントロールで特に対応は変わりません。出産されたらチラーヂン S を中止して 2 ヶ月後に再検してください。TgAb, TPOAb のいずれかが妊娠前から陽性の場合には橋本病の合併がありますので、産後 1 年間は無痛性甲状腺炎や甲状腺機能低下症になることがあります。3 ヶ月に 1 回くらいは FT3, FT4, TSH の検査をしてください。

産後に、バセドウ病に変わることもあります。

(2) 妊娠前、中の潜在性甲状腺機能低下症の時でも治療の対象になると考えて良いでしょうか？また、fT3 と FT4 のどちらかの異常値の場合のみは治療の対象になりますか？

妊娠初期の TSH の基準値は当院の成績では TSH 2.56 以下です。使用検査試薬によって基準値は少し変わりますが（当院は Roche を使用しています）、妊娠前に TSH が 2.5 以上であればチラーヂン S を開始した方が良いのではないかと思います。

FT3 のみ低値で TSH が基準値内であれば治療は不要な場合が多いと思います（ほとんどは Low T3 症候群です）。TSH2.5 以下であっても FT4 が基準値以下であればチラーヂン S 投与が必要な場合があります。

ここで注意点は、妊娠中は FT3, FT4, TSH の基準値が変わることです。

(3) チラーヂンを服用させる場合は夕食後が良いのでしょうか？

チラーヂン S の吸収は食事の影響を受けます。また、コーヒーは吸収を抑制します。眠前が一番吸収が良いと言われていますが、当院では起床時に服用を勧めています。

(4) 子宮卵管造影実施後に TSH のフォローアップを定期的にされるとのことですが、水溶性造影剤を使用した場合にもフォローアップをし続けているのでしょうか？

脂溶性造影剤は検査後 6 ヶ月まではフォローアップが必要です。水溶性は 3 ヶ月位が良いと思います。

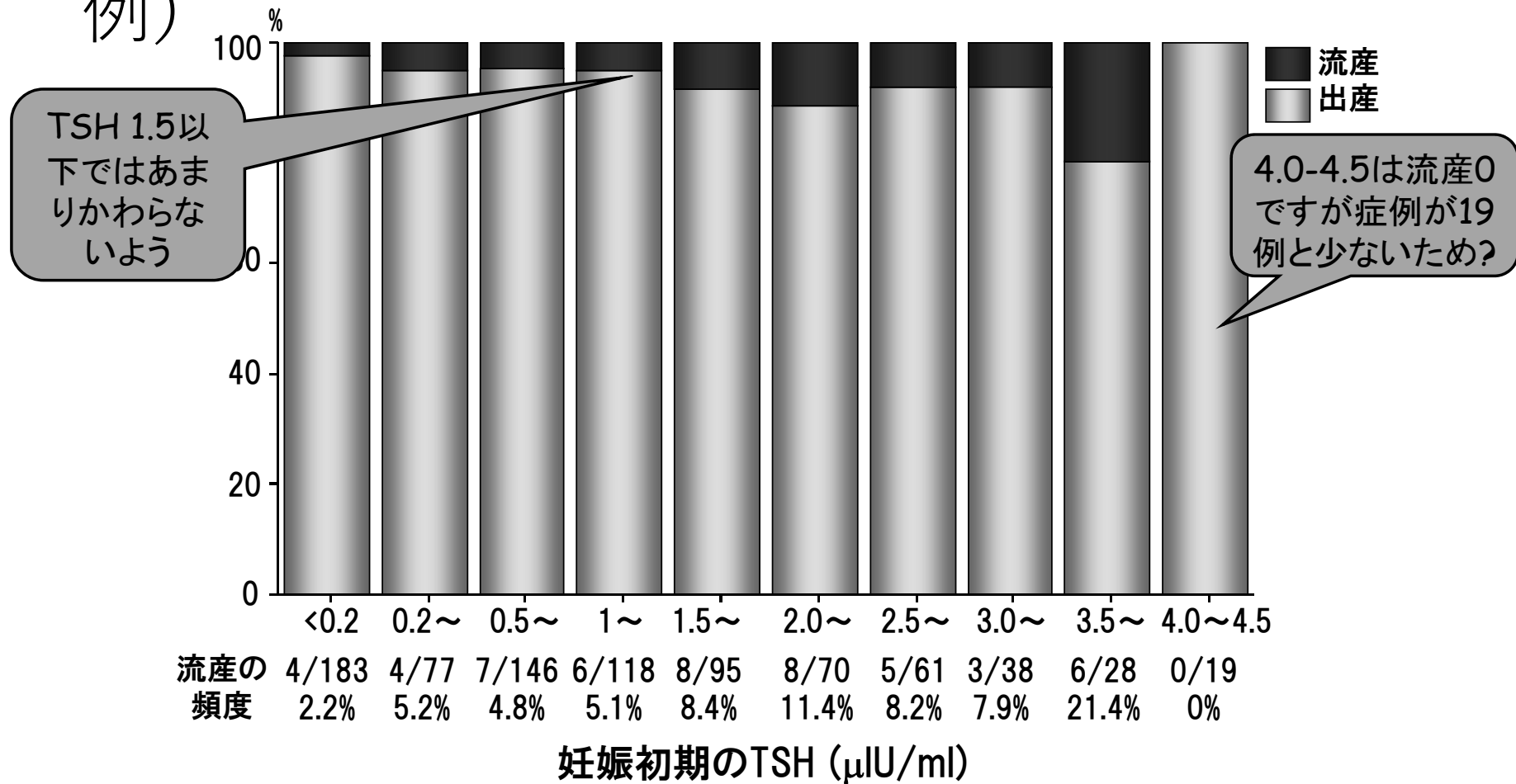
(5) 採卵前には全例抗核抗体を調べるべきでしょうか？

これは専門外ですのでよく分かりませんが、バセドウ病、橋本病とも 10%位は弱陽性から陽性です。特に気にしたことはありません。

(6) TSH4.0 や 4.5 以上での流産率は検討されて無いでしょうか？

当院の成績を添付します。TSH 4.0 から 4.5 μ IU/ml は症例数が 19 例と少なく 0 例でした。

妊娠初期TSH値による流産率の比較(全症例)



Cochran-Armitageの傾向検定 p=0.0011