



日本女性医学学会 ニューズレター

Vol.22 No.3 May 2017

はじめに

第32回日本女性医学学会を、2017年11月4日(土)・5日(日)に大阪国際会議場(グランキューブ大阪)およびリーガロイヤルホテル大阪で開催させていただきます。日本女性の平均寿命は87歳を超え、超高齢化社会の到来とともに女性医学分野の学術的必要性も益々高まっております。日本女性医学学会は、女性のヘルスケアを掲げ、女性に対する広い疾患・病態に対応する学会へと発展してまいりました。このように、時代の変化とともに女性医学を担う本学会の責務も大変重要になってきました。このような時に学術集会を担当させていただきますことは、責任の大きさを感ずるとともに大変光栄でございます。

さて、本学術集会におきましては、これからの女性医学の新たな展開を見据えて、メインテーマを「これからの女性医学～予防とオーダーメイド医療～」とさせていただきます。女性の幅広いライフステージにおける各種疾患のリスクを予知し、オーダーメイド医療がどこまで可能か否かについてフォーカスを当て、今後の女性のトータルヘルスケアの新たな方向性を見出すことができればと考えております。

主なプログラム

招請講演として、オミックス研究の第一人者であります理化学研究所ゲノム科学総合研究センター プロジェクトディレクターの林崎良英先生をお招きし、「生命をつかさどるプログラム(分子ネットワーク/パスウェイ)解析による疾患予測からの将来の女性医療像」についてのご講演をしていただきます。さらに



大阪大学先端科学イノベーションセンター元教授の山崎義光先生には「生活習慣病の遺伝子診断によるリスク予知の現状」に関するご講演をお願いしております。

特別講演では、日本女性医学学会理事長の水沼英樹先生に「我々が歩んできた女性医学の足跡と将来像」についてのご講演をお願いしました。また九州大学産科婦人科教授の加藤聖子先生には「女性医療分野で活躍している女性医師のためのキャリア形成」に関するご講演をお願いしております。

シンポジウムおよびワークショップにおきましては、最近話

題になっております遺伝性乳がん卵巣がん症候群(HBOC)をはじめ、幅広い女性のライフステージにおける女性医学を考える機会にするため、ホルモン補充療法・心血管予防・骨盤臓器脱・アスリートのヘルスケアなどの種々のプログラムを予定しています。

従来通り、骨粗鬆症研究会学術集会も予定しており、多くのモーニングセミナー・ランチョンセミナー・スポンサーセミナーを準備しております。さらに一般講演として、口演あるいはポスター発表を準備させていただいております。多くの先生やメディカルスタッフの方々からのご発表をお待ちしております。

ちしております。

おわりに

日本女性医学学会の会員は年々増加し、3,000名を超えました。会員は産婦人科医だけでなく内科医やメディカルスタッフなど非常に幅広い学会となり、今後のさらなる発展が期待されます。本学術集会の内容が今後の女性医療の発展に少しでも寄与すれば幸いです。

懇親会におきましては、皆様方の意見交換の場とともに皆様に大阪の食文化を楽しんでいただけるような企画を考えております。会場は「水の都」大阪の中心部に位置しており、近隣には大阪城をはじめとして様々な観光スポットもございます。是非秋の大阪に多くの方々のご参加を教室員一同、心よりお待ちしております。何卒よろしくご挨拶申し上げます。

医療者が行う性教育



西口クリニック婦人科 院長 野口まゆみ

はじめに

性教育は学校だけでなく家庭、地域社会などさまざまな場所で行われるが、ここでは主に学校教育とかかわって医療者が行う性教育について述べる。

医療者が行う性教育は、観念的ではなく生理学的、医学的、科学的に行う「性に関する健康教育」であり、「↑(りっしんべん)」に「生」きると書く「性」はお互いの心を理解し、より良く生きることを学ぶ人間教育と考える。人との関係性を重視し、教科書的な知識だけでなく、問題の解決に向けて自己決定できる知恵が大切である。医療者は日常診療の経験を踏まえ、「性」に関する様々なことについて現実感をもって伝えられる存在であり、発達段階に応じた正確な情報を与え、自ら考え判断し、意思決定し、自律した行動がとれるよう支援することが重要である。

具体的に教える際のポイントと配慮すべきこと

例えば医療者が二次性徴を話す場合、男女双方の発達の違いを理解させたうえで、体の変化は誰にでも起こり驚くことではないこと、成長は人により違いがあり、必ずしも皆が同じように発達していくわけではないことを強調したい。以下にいくつかのテーマについてぜひ伝えたいポイントや配慮すべきことをのべる。

●**妊娠と出産**：受精・妊娠・出産経過を通して、一人ひとりがかけがえのない存在であることを実感させる。一方、無月経でまず考えることは妊娠であり、22週を過ぎるとたとえ望んでいなくても出産せざるを得ないことを具体的に伝える。〔例：4月1日(エイプリルフール)に性交すると、8月15(お盆)頃には22週になり、クリスマスにベビーが誕生する〕

●**10代の妊娠と人工妊娠中絶**：予期しない妊娠は生殖可能な女性が性交すればだれにでも起こりうることであるが、10代の妊娠は社会的、経済的、精神的に継続が困難であることが多く、中絶を選択せざるを得ないことがある。決して中絶を勧めるわけではないが、リプロダクティブ・ヘルス/ライツの視点から、その時点では最良の選択であったとし、臨まない妊娠を繰り返さないための確実な避妊法を伝える。

●**避妊**：男女双方が考えるべきであるが、妊娠するのは女性であり、より主体的な避妊法を選択する必要がある。低

用量経口避妊薬(ピル、OC)は最も確実な避妊法であり、避妊だけでなく、月経量減少・月経痛軽減・月経予定日コントロール可能などの副効用がある。男性用コンドームの避妊効果はあまり高くなく、むしろ性感染症予防効果が重要で、女性はピル、男性はコンドームという「二重予防」を強調する。避妊しない無防備な性交やレイプなどの性被害にあった場合などに有効な緊急避妊薬の情報も重要である。

●**性感染症**：思春期はクラミジア感染症の頻度が高いが、自覚症状が少ないことや不妊症などの後遺症が問題になる。また潜伏期が長く、治療が困難なHIVウィルス感染症への注意は必須である。HIVウィルス感染検査は各地区の保健所で匿名・無料で受けられるという情報は重要。いずれの場合もパートナーを含めて検査・治療が必要であることを強調する。

●**思春期のころ**：思春期は異性に対して興味を持ち、自我に目覚め、何となくイライラしたり不安になったりと情緒が不安定な時期である。このような思春期の特徴は決して自分だけにおこっていることではないこと、また異性だけでなく同性にひかれる人や自身の身体的性別に違和感をもつ人もいることを伝える。

●**性をめぐる様々な問題**：相手を見下した一方的な交際や商品として扱われる性など社会的な問題に触れる必要がある。特にデートDVとSNS(Social networking service)に注意したい。相手に性被害を与えたり、自身が性犯罪に巻き込まれたりする可能性がある。

まとめ

平成23年度より文部科学省は、性教育とは「命」を大切に「指導」であるとして、「性に関する指導」という文言を使うこととしている。自分の身体をまもり、相手の体も大切にするという性の健康教育はまさに命を守ることであるが、それは「指導」ではなく、教える「教育」であると考えられる。医療者には学校教育とは少し違う視点がある。これを活かし、それぞれの地域や学校の状況を考慮したうえで、現場の先生と十分に調整をしながら、学校における性の健康教育を推し進めたい。

参考資料

- 1) 日本産婦人科医会：学校医と養護教諭のための思春期婦人科相談マニュアル。日本産婦人科医会、東京、2013
- 2) 安達知子：性に関する健康教育のあり方。日本医師会雑誌2015；144：775-780。

女性とポリファーマシー



神戸大学名誉教授 平井みどり

ポリファーマシーとは

先日、高齢者医療専門の友人と話していて、ポリファーマシーの話題になりました。一度に服用する薬の種類の多い患者さんについて、彼「何剤ぐらいが最高だと思う？」私「健保のデータを分析してる先生の話を書いたけど、瞬間最大風速で35剤、通常は21剤ぐらいが多いらしいね」彼「勝った！（？）36剤、というのがあった」多ければ勝ち、とはあり得ないのですが、更に驚いたのはその患者さんは23歳なのだそうです。線維筋痛症とは女性に多い疾患で、中高年が主体ですが、この患者さんはその病名で治療を受けられているようで、症状の訴えに対して薬が追加された結果、36剤という驚異的な数の薬剤を服用することになったとのこと。一般的に女性は更年期にさしかかると、婦人科系以外にもさまざまな症状を訴える方が増え、その結果処方薬の種類も追加追加になって増えて行く可能性があります。

ポリファーマシーとは処方薬剤の種類が多いこと、不必要な薬剤が処方されていること、重複がある、今は特に問題は生じていなくても将来薬剤が関係する有害な作用が生じる可能性がある処方、などを言います。単に数だけの問題ではなく、重複があったり薬物相互作用が考えられるものも含まれます。このような場合には、処方を吟味して薬剤を減らすことを考えますが、ステロイドとNSAIDが投与されている際に、胃粘膜保護作用を持つ医薬品を追加する、といった必要性のある薬剤の追加もポリファーマシー対応には含まれます。平成28年度の診療報酬改訂では、6種類以上の内服薬処方を2種類以上減らすことができた際に申請できる「薬剤総合評価調整管理料」が導入されました。この背景としては、せっかく処方されても飲みきれない薬を大量に溜め込む「残薬」の問題や、東京大学病院での調査に基づく処方薬の種類と転倒リスクの関係¹⁾などが存在します。症状がなくなっているにもかかわらず漫然と処方されている薬、患者の症状や要求に合わせて次々と追加される処方薬は、ポリファーマシー是正対象として、今一度処方内容を吟味するべきと考えます。高齢化に伴って「処方カスケード」と呼ばれる点も問題になります。胃腸薬（ドパミン受容体拮抗薬）の副作用として生じるパーキンソン様症状に対して、年齢から考えてパーキンソン病発症と捉え、レボドパ追加といった古典的な例だけではあり

ません。臓器機能の低下した高齢者は副作用が出やすくなり、その症状が高齢者の疾患と類似する場合に、治療薬追加・ポリファーマシーが始まることになります。

高齢女性のポリファーマシー

80代前半の女性、生来胃の調子が悪いと訴えることが多く、市販の胃腸薬やかかりつけ医から貰う胃粘膜保護薬、H₂受容体拮抗薬をしばしば服用。また更年期の期間にうつ状態と診断され入院経験あり。現在もかかりつけ医からベンゾジアゼピンを処方されている。胃の調子が悪いというときに限って、支離滅裂な発言や軽度の被害妄想、不眠が出現するため、抗不安薬や眠剤の処方を受けていた。

上記は筆者の母親です（83歳時に膵臓がんにて死亡）。胃の調子が悪い→H₂受容体拮抗薬服用→副作用にて精神症状出現→抗不安薬等の処方、という処方カスケード・ポリファーマシーの典型例といえます。特に高齢になってからこの傾向が強くなった、ということはやはり、高齢者における臓器機能の低下によって、副作用が表面化したものと考えられます。女性特有の訴えで対応が難しい例がしばしばみられますが、安易に薬を使うことで別な問題が発生する可能性があるため、処方薬追加の際には注意深い検討が必要です。

ポリファーマシー対応を定着させるために

現在、薬剤師の間ではポリファーマシー対応への関心が非常に高まっています。ポリファーマシーを検出するためのツールやガイドラインも存在します。神戸大学医学部附属病院では、薬剤部からの発案でポリファーマシー是正の取り組みを行っております。しかし、処方薬の種類を減らすことに注力しすぎるあまり、適正な処方という視点を忘れては本末転倒です。とはいえ、薬を欲しがらる・薬を持っているだけで安心、と言う方は決して少なくありません。大量の持参薬を入院中に適正化しても、退院した途端に元通りになってしまう例もしばしばみられます。地域ぐるみで適正な処方に取り組むための効果的な方策を探して、検討を重ねるとともに情報提供を行っていきたくと思っています。

1) Kojima T, Akishita M, Nakamura T, et al. Polypharmacy as a risk for fall occurrence in geriatric outpatients. *Geriatr Gerontol Int.* 12 : 425-30, 2012.

女性のヘルスケア⑨

HRTで利用できる黄体ホルモンの種類と特徴



東京歯科大学市川総合病院産婦人科 小川真里子、高松 潔

ホルモン補充療法（HRT）を行う際、子宮のある女性に対しては、子宮内膜保護のために、エストロゲン製剤に加え黄体ホルモン製剤を併用する必要がある。

黄体ホルモン（プロゲステロン）はプロゲステロン受容体に結合して作用するステロイドホルモンの総称であり、そのうち生体内で産生されるものがプロゲステロン（P4）であり、合成された黄体ホルモンはプロゲステンとよばれる。プロゲステンは複数のステロイド受容体と結合することから、それぞれ異なった作用を持つ。なお、天然型プロゲステロンは、経口投与時の吸収の観点から微粒子化したプロゲステロン製剤が海外では販売されているが、国内では2017年3月時点では未発売である。

国内で販売されている黄体ホルモン製剤としては、ジドロゲステロン、プロゲステロン、カプロン酸ヒドロキシプロゲステロン、酢酸メドロキシプロゲステロン（MPA）、クロルマジノン酢酸エステル、ノルエチステロン（NET）、ジェノゲスト、レボノルゲストレル（LNG）などがあるが、HRTガイドライン2012年度版にHRTに使用する黄体ホルモン製剤として記載されているものは、MPA、ジドロゲステロン、LNG、酢酸ノルエチステロン（NETA）の4種である。

MPA（ヒスロン[®]、プロベラ[®]など）は、強力な子宮内膜抑制作用を有し、以前からHRTの際の子宮内膜保護目的にひろく使われてきた。

ジドロゲステロンは天然型プロゲステロンの立体異性体であり、脂質代謝に影響を及ぼさず、エストロゲンによるHDL-C上昇やLDL-C低下を抑制しない。また、他の黄体ホルモン製剤と比較しインスリン抵抗性を改善する。

NETAとLNGはC19-ノルテストステロン誘導体であり、ともにOC/LEP製剤における黄体ホルモンとしてよく用いられている。これらは強い子宮内膜増殖抑制作用を有するが、同時にアンドロゲン作用もつため脂質や糖代謝への影響が懸念される。NETAはメノエイドコンビパッチ[®]に使用されているが、経皮投与としてNETAを使用する場合には、エストロゲンによるLDL-Cの低下や中性脂肪の低下を妨げず¹⁾、血糖値の有意な低下がみられるとされる。また、LNGは、E2の骨密度増加効果を妨げない²⁾。LNGはHRTに使用できる唯一の内服EP合剤であるウェールナラ[®]に使用されている。

ところで、HRTというと乳癌リスク上昇という単語が頭をもたげますが、実はETに関しては乳癌リスクがニュートラルであるというメタ解析の結果もあり³⁾、乳癌リスクへ与えるHRTの影響

は主として併用される黄体ホルモン補充療法であるとされている。合成黄体ホルモン製剤は、すべて乳癌リスクの上昇に関わると考えられているが、天然型プロゲステロンではリスクが上昇しないとされており、黄体ホルモンによる差異がみられる。日本では上述の通り天然型プロゲステロンは販売されていないが、ジドロゲステロンはそれと同様に乳癌リスクへの影響が少ないため⁴⁾、HRTにも広く使われるようになってきている。

HRTの際に黄体ホルモンを併用する目的は、先にも述べたように子宮内膜保護である。一定期間以上黄体ホルモンを併用することにより、子宮内膜増殖症発症率が有意に低下する。周期投与の場合、CEE+MPAでは5～10mgを10日間以上用いることが必要であり、また、持続投与では2.5mgと5mgでは子宮内膜増殖症の抑制効果に差が無い⁵⁾ため、脂質代謝への影響の観点から2.5mgが用いられる。ジドロゲステロンでは、周期投与では経口E2 1mgに対して10mgを14日間、持続投与では5mgの使用で子宮内膜が保護されると報告されている⁵⁾。

現時点でHRTに使用される黄体ホルモンについては上記のみであるが、欧米では、LNG放出子宮内システム（ミレーナ[®]）やジェノゲスト（ディナゲスト[®]）も選択肢となっており、エビデンスの蓄積と日本への導入が期待される。

なお、黄体ホルモン製剤自体には更年期障害などへの保険適応は無く、主薬であるエストロゲン製剤の佐薬（主薬の薬効を補助し、または副作用を防止あるいは緩和する目的で添加される薬物のこと）であることも覚えておきたい。

HRTにおける黄体ホルモンについても、それぞれの特性を知った上で、症例毎の使い分けを求められる段階に入っていると言えるであろう。

文献

- 1) Goddard IF: Effects of postmenopausal hormone replacement therapy on lipid, lipoprotein, and apolipoprotein (a) concentrations: analysis of studies published from 1974-2000. *Fertil Steril.* 75:898-915,2001
- 2) Mizunuma H, Taketani Y, Ohta H, et al.: Dose effects of oral estradiol on bone mineral density in Japanese women with osteoporosis. *Climacteric.* 13:72-83,2010
- 3) Yang Z, Hu Y, Zhang J, et al.: Estradiol therapy and breast cancer risk in perimenopausal and postmenopausal women: a systematic review and meta-analysis. *Gynecol Endocrinol.* 33:87-92,2017
- 4) Fournier A, Berrino F, Clavel-Chapelon F: Unequal risks for breast cancer associated with different hormone replacement therapies: results from the E3N cohort study. *Breast Cancer Res Treat.* 107:103-11,2008
- 5) Schneider C, Jick SS, Meier CR: Risk of gynecological cancers in users of estradiol/dydrogesterone or other HRT preparations. *Climacteric.* 12:514-24,2009

一般社団法人日本女性医学学会入会手続きのご案内

2017年3月31日で会員数3,331名となっております。
入会希望のかたは、右記事務局までご連絡ください。
なお、当ニューズレターについてのお問い合わせ、
ご投稿先は最終面に記載してあります。

一般社団法人日本女性医学学会 事務局連絡先:

〒102-0083 東京都千代田区麹町 5-1
弘済会館ビル (株)コングレ内
TEL03-3263-4035
FAX03-3263-4032

思春期における 月経困難症の課題と対策



聖路加国際病院女性総合診療部 百枝幹雄

思春期の月経困難症は子宮内膜症や子宮腺筋症などの疾患を原因とする器質性月経困難症は比較的稀であり、ほとんどが機能性月経困難症であると考えられている。初経後1～2年以内に発症するが成長とともに軽減することを期待し、また、思春期には本人も親も産婦人科を受診することへの抵抗感が強いいため、小児科、内科で鎮痛薬を処方してもらおうか、市販薬で自己管理してしまうことが多い。しかし、思春期の月経困難症は勉強や運動へ大きな影響を与えている。日本子宮内膜症啓発会議（JECIE）が女子中高生に対して実施したアンケート調査では、71%が月経痛により勉強・運動に影響を受けていると回答した。

さらに、月経困難症は現時点でのQOLを低下させるだけでなく、将来の子宮内膜症発症につながる。オーストラリアの調査では、思春期に月経困難症のある女性は痛みのない女性に比べ、将来子宮内膜症になる可能性が2.6倍高いと報告されている¹⁾。また、月経困難症を有する思春期女性で腹腔鏡を受けた場合、70%に子宮内膜症が認められるというメタアナリシスの報告がある(表1)²⁾。すなわち、思春期に機能性月経困難症と診断されているものには微小～軽度子宮内膜症が潜在しており、将来進行してはじめて子宮内膜症と診断されるというケースが多いという可能性が示唆される。

このような子宮内膜症の診断の遅れは10年以上になる場合もあり、適切な治療の開始も遅れるため、子宮内膜症の重症化、妊孕性の低下にまでつながる。しかし、そうは言っても、月経困難症を有する思春期の女性に対して、子宮内膜症の確定診断をするために腹腔鏡検査を行うことを推奨するのは、コスト・ベネフィット、リスク・ベネフィットの観点から現実的ではない。幸い、日本では月経困難症に

対して低用量エストロゲン・プロゲスチン配合薬（LEP）の保険適用が認められており、子宮内膜症に伴う器質的月経困難症に対しても有効である。さらに、経口避妊薬を内服中の女性では子宮内膜症発症の相対リスクが0.63(95%信頼区間 0.47 – 0.85)であることがメタアナリシスによって示されており³⁾、月経困難症を有する女性は子宮内膜症の確定診断がついていなくとも、早期からLEPを内服することによって月経困難症が緩和されるだけでなく、将来的な子宮内膜症の発症、進行を予防できることが期待される。

このような観点から、JECIEでは月経困難症・子宮内膜症に対する治療の医療経済学的分析を行った。その結果、月経困難症に対する適切かつ早期の治療介入を行えば3.8 QALY（質調整生存年）を獲得し、そのICER（増分費用効果比）は10.6万円に過ぎないことが明らかになった⁴⁾。したがって、子宮内膜症の治療、管理という観点からは、思春期からの早期介入が極めて重要である。

一方、「生理痛はあるのは当たり前」「生理痛で薬をのむのは危ない、不安だ」「思春期で産婦人科を受診するのは抵抗がある」などの理由で、大部分の思春期女性は月経困難症があっても産婦人科を受診しない。その原因は、患者本人、親、教師の知識不足や誤解である。

この問題を解決する対策としては、①産婦人科医が教師や養護教諭と密接に連携しつつ積極的に思春期女子を診療すること、②文部科学省が必要な教育の内容や方法を適切に指導すること、③厚生労働省が社会に対して適切な啓発を行うこと、④実効性のある情報伝達手段であるメディアやネットを利用して啓発活動を行うこと、などが考えられる。

文献

- 1) Treloar SA, Bell TA, et al. Early menstrual characteristics associated with subsequent diagnosis of endometriosis. *Am J Obstet Gynecol*;202(6): 534.e1-6, 2010
- 2) JunJanssen EB, Rijkers AC, et al. Prevalence of endometriosis diagnosed by laparoscopy in adolescents with dysmenorrhea or chronic pelvic pain: a systematic review. *Hum Reprod Update*. 19(5): 570-82, 2013
- 3) Vercellini P, Eskenazi B, et al. Oral contraceptives and risk of endometriosis: a systematic review and meta-analysis. *Hum Reprod Update*;17(2):159-70, 2011
- 4) Arakawa I, Momoeda M, et al. Cost-Effectiveness of Recommended Medical Intervention for Treatment of Dysmenorrhea and Endometriosis in Japan Setting. *Value Health* 18(7): 736-7, 2015

表1 腹腔鏡で確認した思春期子宮内膜症の頻度

(文献2より改変)

主症状	子宮内膜症の頻度
慢性骨盤痛	204/420 (49%)
薬物療法無効の慢性骨盤痛	237/314 (75%)
月経困難症	102/146 (70%)
合計	543/880 (62%)

子宮内膜症の手術と薬物療法のコンビネーション



東京大学産婦人科 甲賀かをり

はじめに

子宮内膜症の治療法には大別すると手術療法と薬物療法の2つのアプローチがあるが、それぞれには特有の効果と問題点がある。子宮内膜症患者の管理においては、患者のライフステージに応じて、手術療法・薬物療法の2つのアプローチの適切なコンビネーションを行うことで、それぞれの問題点をカバーし効果を最大限に発揮できるようにする。

1 子宮内膜症の手術療法の問題点

1) 再発

卵巣摘出、子宮摘出などの根治術を行えば、術後再発はほとんど起きない。しかし、本疾患の多くは妊孕性維持の必要な20歳台～40歳台前半年齢の女性に発症するため、根治術の適応とならず、cystectomyなどの病巣切除に止めることが多い。このような機能温存手術では再発率が高く、卵巣嚢胞に対してcystectomyを行った場合は2年間で約30%の病巣再発、疼痛に対して系統的な癒着剥離／病巣切除を行った場合も5年間で約半数の症状の再発が生ずると報告されている。

2) 卵巣機能低下

機能温存手術を選択した場合でも多少の機能低下は生じる。機能低下を防止するための術式の工夫として、例えば卵巣嚢胞に対するcystectomyの場合は、正しい層での剥離、出血の回避などにより卵巣に愛護的な手術を行うことがあげられる。

3) 合併症

子宮内膜症の手術では癒着や解剖学的偏倚のため、出血、周辺臓器損傷のリスクが高い。特に侵襲性を下げるために腹腔鏡下手術などを用いた場合にそのリスクはかえって高くなることが知られる。

2 子宮内膜症の薬物療法の問題点

1) 排卵の抑制

周知のように現行の子宮内膜症に対する薬物療法は全て排卵抑制によるものであり、現在妊娠を希望している女性には用いることができない。

2) 中止後の再燃

どの薬物療法もその効果は薬物療法投与中に限定的で、中止後も閉経までは再燃する可能性を有する。

3) 副作用

GnRHアナログは卵巣ホルモンを完全に低下させるため更年期症状、骨量低下のリスクがあり、そもそも6ヶ月を超える投与が保険適用とならない。LEP(低用量エストロゲンプロゲステロン製剤)、プロゲステロン製剤は保険適用上の投与期間の制限はないが、種々のマイナートラブルを起こし、患者のコンプライアンスを低くする原因となることが多い。

3 手術療法と薬物療法のコンビネーション例

上記のような手術療法と薬物療法の問題点を解決し、それぞれの効果を最大限に発揮させるためにこれらのコンビネーションを行う。以下に具体例を挙げる。

1) 手術前の薬物投与

手術前に薬物投与を行うことで、一時的に病勢が下がり、病巣の縮小・血流の低下がおき、手術操作が容易になることがある。結果的に手術中の出血が減り、合併症を回避できる場合もある。卵巣嚢胞に対するcystectomyの場合も出血が減り、剥離層がわかり易くなることが多く、結果的に卵巣に愛護的な手術が可能となることがある。ただし術前薬物療法の期間や薬剤によっては、かえって線維化を強くし正常卵巣と嚢胞壁の間や他臓器との癒着剥離が難しくなる場合、また病巣の見逃しが多くなる場合などがあるため、施設や術者によって最適化をする必要がある。またLEPは、手術前4週間の投与は禁忌となっており注意を要する。

2) 手術後の再発防止目的の薬物療法

上述のように、手術後の再発率は高く、特に卵巣嚢胞が再発した場合は、卵巣機能低下も引き起こすため妊孕性を維持したい年齢の女性の場合は術後の再発を予防することが必須である。術後も挙児希望が生ずるまではLEPなどを継続的に服用させることで、再発率を下げることで報告され、ガイドラインなどでも術後の再発防止を目的とした薬物療法が推奨されるようになった。

3) 不妊治療(生殖補助医療)前後の薬物療法と手術療法

自然妊娠を目指す場合は、子宮内膜症に対する手術療法によって腹腔内環境の改善や卵管周囲癒着の剥離により、術後妊娠率が高くなることが知られている。一方、卵巣に対する手術侵襲は卵巣機能を低下させることも知られる。そのため卵巣機能低下のリスクの高い高齢の患者などでは、手術を

スキップし最初から体外受精などの生殖補助医療を目指す場合も多い。その場合、生殖補助医療に先立ち2-3ヶ月のGnRHaなどの薬物療法を行うと妊娠率が高まるというデータがある。また採卵後胚移植をせずに胚凍結を行い、胚移植前に手術を行い、胚移植・妊娠中に合併症の原因となる病巣を除去しておくという戦略を行う場合もある。

まとめ

子宮内膜症に対する手術療法と薬物療法のコンビネーションを用いた管理について紹介した。子宮内膜症は思春期から更年期という女性の長い生殖期間中に生じる慢性的な疾患と捉えられ、適切な治療法の選択と長期管理が必要である。

編集後記

ニューズレター第22巻3号をお届けします。今秋に大阪で開かれる第32回日本女性医学学会学術集会を会長の大道先生にご案内いただきました。「女性医学におけるオーダーメイド医療」というテーマで、様々な話題が提供され活発な討議が行われることと思います。

特集はこれまでの女性医学ではあまりなじみのなかった性教育を取り上げてみました。思春期の重要なテーマである性教育に医療者がどうかか

わるかは、女性の生涯の健康という視点からも大切です。薬学の話題ではポリファーマシーという問題点について専門家からの解説を頂戴しました。HRTでの黄体ホルモンの使い方は、明日からの日常診療に直結して役立つと思います。富士製薬工業から推薦の先生方には、思春期月経困難症と子宮内膜症について、分かりやすい解説をいただくことができました。思春期、性成熟期、更年期、老年期という女性の一生を通して、腫瘍、周産期、生殖医学と並ぶ第4の専門分野であり、さらにその3本の柱を支えるマトリックスである女性医学をもう一度再認識したいと思

います。

これまで4年間編集担当を務めさせていただきました。次号から橋本和法先生に交代します。4年前は2,000名に達しなかった会員数が昨年11月に3,000名を超え、3月末日で3,331名になりました。会員数の増加はさらに新しい形での学会活動につながることを期待されます。年3回の発行はスポンサー3社（バイエル薬品（株）、あすか製薬（株）、富士製薬工業（株））の支援により継続されています。関係の皆様へ心から御礼申し上げてバトンタッチしたいと思います。

（編集担当 甲村 弘子 2017年4月10日記）

2017年5月発行



■ 発行／一般社団法人 日本女性医学学会 ■ 編集担当／甲村 弘子

■ 制作(連絡先)／株式会社 協和企画

〒105-8320 東京都港区虎ノ門1-10-5 日土地虎ノ門ビル
TEL : 03-6838-9219 FAX : 03-6838-9222

■ 発行協力／富士製薬工業株式会社