

生涯研修プログラム クリニカルカンファレンス (生殖内分泌領域)

2. 思春期の女性医学

1) 原発無月経

前大阪大学助教授 田坂慶一

無月経は女性の生殖機能異常の表現型として臨床重要な症状である。原発無月経はその原因疾患分布において続発無月経とは大きく異なり、ターナー症候群など染色体異常、アンドロゲン不応症(精巣性女性化症)、副腎性器症候群などの遺伝子異常、先天性の解剖学的異常などを伴うことが多く、診断と治療手順においては慎重に手順を進め、患者の一生を視点に入れた精神的、身体的両面からの細やかなケアが必要である。来院時には患者は多くは思春期であることを考慮し時間をかけて診断を確定してゆく。ターナー症候群では成長ホルモンによる治療、女性ホルモン補充を適切な時期に行い、各種合併症に関する検索、妊娠の可能性に関する心身両面からの継続的治療が必要である。性管分化異常に関しては診断、性機能

評価、解剖学的検索と治療を年次を追って行ない、必要な場合は陰形成術を行なう。アンドロゲン不応症に関しては診断が出生時になされる場合と無月経で思春期になって判明する場合とがあり、原因、病態は患者の理解を超え、若年者では受け入れがたいものである。ホルモン状況、精巣の有無、摘除の時期、陰形成術の必要性および患者の受け入れについて慎重に進めてゆく必要がある。副腎性器症候群については多くの場合、生下時に診断がついているが、外陰形成の可否について検討を必要とする。早期に治療すれば問題なく、妊娠分娩例も多いことを説明する。

以上、心身両面のケアの観点から各症例についての症例を示しながら、一生にわたる治療計画を議論したい。

2) 月経不順, 続発性無月経

大分大学教授 檜原久司

月経不順, 続発性無月経は、視床下部-下垂体-卵巣-子宮の連関に障害があれば生じる。続発性無月経の分類として、性ステロイド投与後の消退出血の有無による分類(第1度無月経, 第2度無月経)や障害部位別分類(視床下部性無月経, 下垂体性無月経, 卵巣性無月経, 子宮性無月経など)がある。

思春期の続発性無月経に関する我々のアンケート調査では、第1度無月経の誘因は「不明」が最も多く「減食」がこれに次いだ。第2度無月経の誘因は「減食」が最も多く61%を占めた。第2度無月経では第1度無月経に比較して有意に無月経の期間が長かった。第1度無月経と第2度無月経の境界となるエストラジオール(E₂)のcut off

値は、ROCカーブにより28.2 pg/mlとなった。

診断には、その誘因を探るための問診、現症、内分泌検査、基礎体温の経過確認が重要である。挙児希望の有無でその治療方針は異なる。挙児希望のない場合はカウフマン療法などの性ステロイド療法を、不妊症例には排卵誘発法を実施することが一般的であるが、原因(誘因)除去とともに障害部位に応じた治療を要する。

月経異常, 続発性無月経は、妊孕性や将来の骨粗鬆症・心血管障害の発生に重大な影響を与えるため、原因(誘因)を早期に除去し、診断に即した治療を行う。また、排卵誘発では、卵巣過剰刺激症候群や多胎妊娠を防ぐなど患者及び児のQOLを考慮することが重要である。