

教育講演

子宮内膜症の保存療法

浜松医科大学教授 川 島 吉 良

子宮内膜症患者は近年増加傾向を辿り、最近は新来患者の約3%, 不妊症患者の10~20%を占めるに至り、妊孕能温存乃至復活を図りながら治療せんとする保存療法に大きな期待が寄せられている。

本症患者群の妊孕率は内性子宮内膜症が80~85%, 外性子宮内膜症が50~60%と見做されるので、特に後者の妊孕能低下は著しい。その原因は卵管周囲癒着による卵の卵管内取込と卵管内輸送の障害, LUF 症候群に見られるような排卵障害, 性交痛による性交障害, プロラクチン分泌異常, ダグラス腔液中のプロスタノイド及びマクロファージ等と推察される。従つてこれらを考慮して保存療法を行うことが肝要である。

保存療法はホルモン療法と保存手術療法が主体をなす。

ホルモン療法は開発順に挙げると、アンドロゲン療法(1943)、合成ゲスタゲン及び偽妊娠療法(1958)、抗ゴナドトロピンのダナゾールによる偽閉経療法(1971)、抗ゴナドトロピンのゲストリノン療法(1982)、LH-RH の作動薬ブセレリン療法(1982)などである。これらホルモン療法は単独または手術と併用して行われ、術前療法は病巣を縮小し、癒着剝離をしやすいので手術は容易となり、術後療法よりも効果的である。

保存手術療法は子宮及び卵管周囲の癒着剝離、卵巣チョコレート嚢腫切除と残存部機能保持、電気焼灼、漿膜欠損面の修復、子宮前方懸垂などが行われ、主として Beecham の分類II, III期例が対象となる。

保存療法の適応は原則として、挙児希望者、進行期はI, II, III期、年齢は35歳までが望ましい。実際には症例毎に進行期、症状、不妊期間、年齢、ホルモン反応性などに応じて治療を進める。

期別の治療指針は次のようである。I期で自覚症状軽微、不妊期間2年以内、他に不妊原因がな

ければ子宮卵管造影、腹腔鏡診及び焼灼などの後に経過を観察し、不妊期間2年以上に及べばホルモン療法を行う。II期はホルモン療法後妊娠を期待し、1年以上経過して妊娠しなければ保存手術を試みる。III期はホルモン療法に引続いて保存手術を行う。IV期の所謂 frozen pelvis はむしろ根治療法の適応である。

ホルモン療法は月経周期の第1~5日より開始し、1コース4~6カ月間の長期に亘るため選択には慎重を要す。一般的には、アンドロゲン療法は男性化と言う忌むべき副作用のため、他剤難治例、再発例、比較的高齢者に用い、総量1,000mg 以内にとどめるべきである。偽妊娠療法は安価な割に効果的であるため従来は first choice として用いられた。特に術前療法は手術をしやすくする。ダナゾール療法は更に効果的で腺筋症や筋腫合併例にも有効であるため今日的な内膜症治療剤として広く用いられている。

ゲストリノン療法とブセレリン療法は何れも本邦では現在治験中である。

ホルモン療法中は自他覚的所見の他に、CA-125, TPA などのマーカーを用いて経過を追跡する。副作用の中でも特に肝障害に留意し、毎月1回トランスアミナーゼを測定し、正常域を越せば2週間休薬する。有効度や副作用により他剤に切り換えることもある。

保存療法後は基礎体温測定を励行し、排卵障害があれば積極的に排卵誘発療法を加えて妊娠成立を図る。ホルモン療法後は大多数が2カ月以内に排卵性周期を復活し、妊娠例は12カ月までに最も期待される。保存療法後の自他覚的改善率70%以上、妊娠率40%以上、2年以内の再発率30%以下ならば、その治療法は推奨に値するものと言える。

性機能が温存される限り再発の可能性を秘めているので、再発を繰り返せば根治療法に切り換えるを得ない。