

生涯研修プログラム II) クリニカルカンファランス—これだけは知っておきたい—

1. 不妊治療の最前線—多胎妊娠を予防するために—

1) 胚盤胞移植

東邦大学講師 安部裕司

1978年ヒト体外受精8細胞期胚を子宮内に移植し挙児が得られて以来、媒精後2~3日目の2~8細胞期胚を子宮内へ移植することが一般的となってきた。このような早期移植の理由として体外培養胚の発育遅延による子宮内膜環境との位相差を最小限にし、体外環境に対する暴露時間を短縮することが挙げられる。しかし通常この時期の胚は卵管内に存在しこのような早期移植は非生理的状态といわざるを得ない。従って妊娠率を上昇するためには多数の胚を移植することとなるが、そのため多胎妊娠が増加し、その周産期管理や減数手術などによる患者の精神的、肉体的重圧が問題となっている。これら多胎妊娠を予防するには移植胚数を制限することである。生理的な着床環

境に viable な胚を選別し移植すれば妊娠率を低下させずに移植胚数を制限することが可能となる。これらを解決する目的で、近年培養液の改良とともに胚盤胞移植が広く行われるようになってきた。胚盤胞移植における利点は、生理的に子宮腔内に存在する胚盤胞を移植することにより胚のステージと子宮内環境を一致させることができ、また培養時間延長のため胚の淘汰による良好胚の選別が可能となる点である。しかしその反面、一卵性双胎の発生や培養時間延長による胚への影響、laboratory work の負担などが懸念されている。これらに対する基礎および臨床データを呈示し、さらに単一胚移植の可能性について検討を加えたい。

2) 病態からみた排卵誘発法の選択

群馬大学周産母子センター講師 安藤一 道

本邦の多胎妊娠率は依然増加傾向で周産期医療に重大な影を投げかけており、排卵誘発剤の使用に際しては患者の病態を十分把握し適切な排卵誘発法を選択し適切な妊娠率の向上とともに多胎妊娠の予防に努める必要がある。

排卵障害は血中 PRL・LH・FSH 値より高 PRL 血症性、低ゴナドトロピン(G)血症性、正 G 血症性、および高 G 血症性排卵障害に分類され、高 PRL 血症性にはドーパミン作動薬(プロモクリプチン・テルグリドなど)、低 G 血症性(視床下部性第二度無月経)には GnRH パルス療法、多嚢胞性卵巣症候群(PCOS)を含む正 G 血症性には抗エストロゲン療法(クエン酸クロミフェン・シクロフェニールなど)が第一選択の排卵誘発法で、これ

らの治療法では多胎妊娠の発生頻度は少ない。これに対して下垂体性性腺刺激ホルモン(hMG)製剤を用いた G 療法は、おもに抗エストロゲン療法抵抗性の PCOS を含む正 G 血症性排卵障害に対する第二選択の治療法に位置づけられるが、hMG 製剤に対する卵巣の反応性は病態および個人により大きく異なり、時に多発卵胞発育・排卵が誘発され多胎妊娠の発生頻度が高くなる。単一卵胞発育機序の解明が道なればである現状で、hMG 製剤による多発卵胞発育を予防するため漸減法や少量漸増法、FSH-GnRH パルス療法などさまざまな hMG 製剤の投与法が工夫されている。本カンファランスでは多胎妊娠を予防するための G 療法時の最適排卵誘発法を中心に論じたい。