Japan Society of Obstetrics and Gynecology

生涯研修プログラム　Ⅲ）クリニカルUpdate—臨床最前線，いま何が問題か—

1．子宮内膜症の最前線

1）内分泌学的背景と新診断法

京都府立医科大学助教授　北　脇　城

子宮内膜症の確定診断は，原則として腹腔鏡あるいは開腹などの直視的に行うことが必要であり，その際の組織学的所見も重要である．しかし，不妊症患者を除いては現実的には容易に腹腔鏡を行えないことが多い．そのため，自覚症状，内診所見(一般的にはBeecham分類を用いる)，画像診断，腫瘍マーカーなどを総合的に判断して，いわゆる臨床子宮内膜症としてまず診断する．すなわち，この時点での診断精度を高めることがその後の治療方針決定に際して重要である．

我々は，血清中CA-125値の内診症診断におけるカットオフ値の設定について再検討した．その結果，理学的所見，画像診断で陽性所見がない場合，30U/ml以上ならほぼ子宮内膜症と診断でき，20〜30U/mlなら子宮内膜症である可能性が高い．しかし，20U/ml未満の場合は子宮内膜症が少なからず存在するため診断は困難である．

また，正常子宮内膜にはエストロゲン生合成酵素であるアロマターゼが発現しないのに対して，子宮内膜症，腺筋症，筋腫を有する患者の正所性子宮内膜にはこれが発現することを利用して，子宮内膜生検組織での本酵素の発現を調べることによって診断を試みている．良好な感度(91%)及び特異度(100%)をもって正常群と疾患群とを鑑別することができる．腺筋症や筋腫は画像技術の補助により比較的容易診断できることから，この方法と組み合わせれば内膜症を高い確率で診断できる．

一般臨床の場での具体的な診断方法について論じる．

2）子宮内膜症の病態からみた治療の実際

鳥取大学講師　原　田　省

疼痛と不妊を主症状とする子宮内膜症は生殖年齢女性の5〜10%に存在し，リプロダクティブヘルスを損なう疾患として社会的にもその対策が迫られている．本症は，微小な腹膜病変から血液貯溜により腫大した卵巣チョコレート嚢胞，ダグラス窩が完全に閉鎖された凍結胎盤といった多彩な病変を呈する．これらの病変と症状との関連及び症状発生のメカニズムなど，いまだ明らかではない．活動性腹膜病変を有する内膜症患者腹腔には炎症性サイトカインが高濃度に存在することを明らかにしたが，最近になって腹膜病変やサイトカインの存在と不妊や疼痛といった本症の症状との関連が示唆されている．子宮内膜症の治療は薬物療法と手術療法に大別されるが，治療に際しては，患者年齢，挙児希望の有無，病変の重症度ならびに既往治療などを考慮して治療の個別化を行う．本講演では，不妊あるいは疼痛症状を有する内膜症患者の腹膜病変と卵巣チョコレート嚢胞に対する薬物療法と腹腔鏡下手術について，文献上のエビデンスとともに教室の成績を紹介し，内膜症治療の問題点について考察する．

NII-Electronic Library Service