生涯研修プログラム 2. クリニカルカンファランス

1) 腫瘍 こんな症例、手術するかしないか

3) 症例 3 38歳 既婚未妊妊女性 挙児希望の強い子宮前壁子宮腺筋症

熊本大学 本 田 律 生

術式：子宮腺筋症病巣縮小術

論点：手術を行わず ART を優先し、結果的に流産などの不幸な転帰になる？

子宮腺筋症（腺筋症）は、診断技術の向上と不妊女性の高齢化の要因から不妊治療の対象疾患として取り扱われる機会が増加している。腺筋症は子宮内膜症や子宮筋腫を高率に合併するが、腺筋症単独で不妊症や不育症に至るメカニズムは明らかではない。推察される原因として、着床環境の変化や着床部位への血流の低下、子宮内膜基底層とその直下の筋層における筋収縮の異常による精子輸送障害などが挙げられている。腺筋症に対する病巣縮小術による術後妊娠率は16～72%と施設間格差が大きく、腺筋症のARTへの影響についても、妊娠率や流産率に有意差がないという報告や、流産率が有意に高いという報告がある。また、腺筋症合併妊娠の予後に関する報告も少なく、挙児希望例に対する治療方針に一定の見解はないのが現状であるが、腺筋症以外の因子が認められ

ない例や流産既往例に対しては積極的に手術療法を行う施設が増加している。

妊孕性向上を目的とした病巣縮小術では、正常筋層の最大限の温存と病巣の最大限の切除に加え、高率に合併するチョコレート嚢胞や子宮筋腫の核出も行う。これにより不妊因子が解除された結果、自然周期において妊娠が成立する例も多いが、再燃を考慮し術後早期にARTに移行する例を含めて術後の治療成績には年齢の関与が大きい。一方、特に卵巣機能の低下が危惧される高齢の女性に対しては、ARTを先行し胚を凍結した後、長期にわたりARTによる不妊治療を受けた症例の中には、手術の同意が得られない症例もみられる。

本カンファランスでは、38歳未妊妊女性で、子宮前壁に子宮腺筋症病巣を有する挙児希望例について、「手術を行わずARTを優先した場合に流産などの不幸な転帰になる？」について考える。

4) 症例 4 22歳 未婚未妊妊女性 子宮頸部高度異形成

信州大学 堀 内 晶 子

術式：子宮頸部円錐切除術

論点：その後の妊娠を考えると、この年齢で選択していいのか？

本邦では若年者の子宮頸癌は急増しており、未婚未産婦の子宮頸部異形成(CIN)症例にしばしば遭遇する。CINに対する治療の適応基準はCIN1、CIN2は経過観察、CIN3以上の病変が治療の対象とされてきた。これは、CIN1、CIN2の進展率がそれぞれ10%、20%程度に過ぎないが、CIN3は4～10年の観察で1.4～40%が浸潤癌に進行すると報告されているためである。CIN3から浸潤癌へ進展した症例の特徴を検討すると、細胞診・コルポ診にて異常が持続していた。また、高リスク型HPV陽性例では進展危険度は高く、逆に高リスク型HPV以外では進展率は低かった。このような子宮頸癌進展の自然史から考えると、今後はCIN3の診断がなされた場合でも、すぐに治療するのではなく、コルポ・組織診所見、HPV型などを総

合して検討し、嚴重な経過観察のうえ妊娠・出産後に治療を行うことも一つの選択肢となる可能性もある。また、治療を行う場合はその後の妊娠に対する影響を考慮することが重要である。治療法は、凍結療法、レーザー蒸散、メスによる円錐切除、高周波ループ切除法、レーザー円錐切除など種々の方法が施行されているが、円錐切除後の妊娠では、切除方法にかかわらず、切除した頸部組織が大きいほど早産率が高まることが示されている。凍結療法やレーザー蒸散は手術による子宮頸管健康部の損失は少なく、術後の妊娠分娩への悪影響は少ないが、最終組織診断が得られないため、術前診断に高度な診断精度が要求される。浸潤癌や頸管内病変が疑われる場合は、最終組織診断の得られない手技は推奨できない。円錐切除術を行う場合は、細胞診、コルポ・組織診所見、MRI検査も含め、大きな切除範囲になりすぎないように注意する必要がある。