

産婦人科の必修知識 (教育委員会企画)

—専門医を目指す若手医師のための教育プログラム—

4) 思春期女子の体重減少と無月経への対応

神経性食思不振症, 体重減少性無月経への対応の詳細,
生活指導, 薬物療法をマスターする

横浜市立大学 榊 原 秀 也

思春期はエストロゲンの上昇に伴って第2次性徴が発現する時期で, 妊孕性の獲得, 骨量の獲得にとって重要である。その急激な変化は精神的な不安定さをもたらし, 「やせ」を礼賛する社会的風潮に惑わされて無理なダイエットを行ったり, 極端な場合は神経性食思不振症 (AN) に陥ったりする。

思春期女子の疾患の約半数は月経異常, さらにその半数を無月経が占める。実際, 当科の統計では2003年からの8年間に受診した続発性無月経142例のうち, 体重減少に起因するものは56例(39.4%)を占めていた。そのうち15例(10.6%)がANであった。

こうした患者の産婦人科への受診契機の多くは続発性無月経であるが, 児童精神科から摂食障害治療中に無月経の治療を依頼される場合もある。

無月経の診断は, 問診, 身体所見, 血算, 生化学, 内分泌学的検査等を系統的に行い, 最終的に原因を特定する。続発性無月経の場合, まず問診で初経年齢, 無月経期間, 体重減少の有無, 既往歴, 常用する薬剤の有無を確認する。精神科で摂食障害の治療が開始されている場合には, 薬剤性の高プロラクチン血症の併発も念頭に置いて乳汁分泌の有無も確認する。また, 摂食障害を鑑別するために食事の内容を聞いておくことも必要である。身体所見では, 身長, 体重, BMIなどを確認する。ANでは低血圧, 徐脈にも注意する。第2次性徴は乳房および恥毛の状態をTanner stageにより評価する。血液検査で血算, 生化学で貧血や低栄養の有無を, 内分泌検査ではLH, FSH, E₂, PRLや甲状腺, 副腎機能もチェックしておく。無月経期間が長期にわたる場合には, 経腹超音波や骨盤MRIによる子宮の大きさやDEXAなどによ

る骨密度の評価をしておくことが望ましい。

治療の手順としては, 体重減少への対応, 無月経への対応, 骨密度低下などのその他の合併症への対応の順に考えていく。まずは体重の回復を図ることを優先する。標準体重の90%, BMI 17程度まで体重が回復すると血中エストロジオール値が上昇し, 月経が回復する。しかし, ANの場合には自己の体型や体重の認知に障害があり, 体重増加を強く恐れているために体重増加を図ることは難しい。一方, 無月経に関する治療は希望しているので, 「やせ」により無月経が起こっていることや「栄養障害」により骨粗鬆症や将来の妊孕性にまで影響することをよく「説明」することで治療に対して積極的に取り組むように誘導する。それでも困難な場合には, 栄養相談など体重を回復するような生活指導や専門医によるカウンセリングを勧める。無月経に対しては2~3カ月に1回の消退出血を起こすことを原則とする。第一度無月経に対してはHolmstrom療法, 第二度無月経に対してはKaufmann療法を選択する。標準体重の70%を下回る極度の体重減少性無月経では, 貧血の助長や体力の消耗を避けるために月経の誘導を行わずに体重の回復を待つ。しかし, 原発性無月経や長期にわたる無月経で子宮の委縮や骨量減少を伴う場合には, 貧血や栄養状態が改善後に体重の回復を待たずにエストロゲン補充療法や継続的なKaufmann療法を開始することも考慮する。

思春期における低エストロゲン状態は思春期以降も性成熟期の「不妊」や「周産期異常」, 更年期以降の「骨粗鬆症」や「うつ」などに繋がっていくので, 長期にわたる継続的なフォローを行っていく必要がある。