

生涯研修プログラム 生殖・内分泌

クリニカルカンファレンス 合併症を有する患者の不妊治療

3) 腎疾患

山形大学 高橋 俊文

女性のライフスタイルの変化による挙児希望年齢の高齢化は、不妊症を増加させるばかりでなく高血圧、糖尿病、腎疾患などの内科的合併症も増加させる。腎疾患は臨床経過、組織像、原疾患の有無により急速進行性腎炎症候群、慢性腎炎症候群、ネフローゼ症候群、IgA 腎症、ループス腎炎などに分類される。従来、このような腎疾患を有する女性の妊娠は母児ともに予後不良であったが、最近の腎疾患に対する治療と周産期管理の進歩によりその予後は改善されつつある。しかし、現在でも妊娠・出産後に腎疾患が悪化し蛋白尿の増加や高血圧、さらには透析や腎移植を必要とする末期腎不全に移行する患者は少なからず存在する。妊娠が腎疾患に与える短期的・長期的な影響は妊娠前の腎機能障害の程度と相関することから、妊娠前に腎機能を正確に評価することが重要である。すでに腎疾患と診断され治療を受けてい

る挙児希望患者に対しては、血清クレアチニン値や糸球体濾過量 (GFR) により腎機能障害の程度を評価し、疾患別の妊娠許可基準を参考に腎臓内科医と協議の上、妊娠が腎疾患に与えるリスクと腎疾患が妊娠に与えるリスクを十分に説明する必要がある。

一方、腎疾患は自覚症状に乏しく挙児希望患者の中にはこれまで腎疾患の診断を受けていない者も存在すると考えられる。慢性腎臓病 (CKD) は、上述した腎疾患をすべて包括する概念で、腎臓の障害もしくは GFR 60 ml/min/1.73 m² 未満の腎機能低下が3カ月以上持続するものと定義される。蛋白尿は腎障害のマーカーであり、高血圧は CKD のリスク因子である。挙児希望患者に対して、検尿と血圧測定を行うことで CKD の早期発見が可能である。

4) 肥満、摂食障害

鹿児島大学 沖 利通

単なる体重増加や多嚢胞性卵巣症候群 (PCOS) による肥満、摂食障害 (神経性食欲不振症) を合併する不妊例は稀ではない。肥満や摂食障害の病態と不妊治療について述べる。

肥満合併不妊治療のポイントは4つある。不妊治療開始前に、①耐糖能異常や高血圧、特に PCOS では子宮体癌などの合併症に対する診断と治療②妊娠前の減量で産科的合併症を予防する。治療を開始したら、③各々の内分泌異常に合った排卵誘発を行う。妊娠・出産後は、④代謝異常・心臓血管系合併症の予防に対する管理を行う。卵巣や脂肪細胞の内分泌因子が誘導する GnRH pulse generator の分泌異常と、肥満による insulin 抵抗性亢進が起点となる insulin-IGF 系異常が PCOS と同様なメカニズムで排卵障害を起こす。肥満症例では5%程度の体重減少で排卵障害が改善さ

れ、適切な薬物療法の選択で妊娠可能である。

神経性食欲不振症は、摂食中枢の機能異常や脂肪細胞由来のレプチン・胃由来のグレリンの分泌異常が食行動異常を、GnRH 分泌の著しい低下が無排卵を起こす。神経性食欲不振症は難治性の精神障害を合併するので、精神科へ紹介し精神療法を最優先させる。食事療法を受容可能になったら体重回復を進め、体重がある程度 (元体重の90%,あるいは43kg) 回復しない限り、不妊治療は原則として開始しない。体重回復で約50%は排卵が回復するが、回復しない場合は、積極的に排卵を起こし不妊治療を行う。

両者とも体重回復が治療の原則であるが、それぞれの病態に合わせた栄養管理や不妊治療だけでなく、神経性食欲不振症では、不妊治療中から出産後まで精神科医との連携が必須である。