

専攻医教育プログラム

11. 多嚢胞性卵巣症候群 (PCOS)

京都大学 佐藤 幸保

多嚢胞性卵巣症候群 (polycystic ovarian syndrome: PCOS) は、特徴的な臨床症状 (排卵障害に伴う月経異常および不妊, 肥満, 多毛など), 卵巣の多嚢胞性変化, 内分泌学的異常 (血中 LH $\geq$ FSH, 高アンドロゲン血症など) を主徴とする疾患で生殖年齢女性の 5~8% に認められる。PCOS の臨床像は広範なスペクトラムを呈し, 自然排卵を認め自然妊娠が可能な軽症例から排卵誘発に難渋する重症例まで様々である。本邦での特徴として, 明らかな高アンドロゲン血症や男性化徴候を示す症例が欧米に比して少ないことがあげられる。

2003 年に欧州ヒト生殖学会 (ESHRE)・米国生殖医学会 (ASRM) 合同で作成された PCOS 国際診断基準との互換性および本邦での特徴を考慮に入れた新しい PCOS の診断基準が, 2007 年 4 月に日本産婦人科学会から発行された。この診断基準

では①月経異常 (無月経, 即発月経, 無排卵周期症のいずれか) ②多嚢胞性卵巣 ③内分泌学的異常 (血中アンドロゲン高値または LH 値高値かつ FSH 値正常) のすべてを満たす症例を PCOS としている。

PCOS の治療は, 挙児希望の有無により異なる。挙児希望がない場合は, 子宮体がん発生予防の観点から Holmstrom 療法や Kaufmann 療法により定期的に消退出血を起こさせる。挙児希望がある場合は, 排卵誘発を行う。排卵誘発法として, クロミフェン単独療法, クロミフェンと他剤 (メトホルミン, プレドニン, カバサルなど) との併用療法, FSH 低用量漸増療法などが挙げられる。PCOS では排卵数の制御が困難な症例も多く, その場合には外科的治療 (腹腔鏡下卵巣多孔術) や体外受精による胚移植数の制限が考慮される。

12. 不育症

日本医科大学 竹下 俊行

不育症は流産・死産を繰り返し生児が得られない状態と定義される。不育症の原因は多岐にわたるが, 系統的な原因検索のスクリーニングを行っても原因が特定できないケースは半数に上る。厚労省班研究 (平成 20~22 年度) で行ったリスク因子別の出現頻度調査でも抗リン脂質抗体陽性が最も多く, 次いで子宮形態異常, プロテイン S 欠乏, 第 XII 因子欠乏, 甲状腺機能異常, 夫婦染色体異常が続いた。本講演では原因別に診断と治療について最近の知見を含めて解説する。

1. 抗リン脂質抗体症候群

2006 年に改定された診断 (分類) 基準に従って診断するが, この基準に完全に合致する症例はそれほど多くない。治療は, 妊娠初期からのアスピリン・ヘパリン併用療法が有効と考えられている。ヘパリンカルシウムの妊娠中の投与 (自己注射) が保険適応となる見込みであるが, 患者指導の要点, 処方の際の留意事項について解説する。

2. 子宮形態異常

先天奇形や粘膜下筋腫などがその原因になる。先天奇形では, 中隔子宮が不育症と最も関連が深い。診断は子宮卵管造影のほか, 超音波検査や MRI, 子宮鏡などを組み合わせて行うが, 双角子宮との鑑別には 3D 超音波が簡便で正診率が高い。

3. 血液凝固異常

血栓性素因と不育症の関連性について多くのエビデンスが集積しつつある。凝固第 XII 因子欠乏症やプロテイン C, S 欠乏症が注目されている。特にプロテイン S 欠乏症は日本人に多く, 厚労省研究でも無治療群で生児獲得率が低いことが判り, 抗血栓療法が必要かも知れない。

4. 染色体転座

日産婦学会が染色体転座に起因する習慣流産に対する着床前診断を臨床研究として認めて以来, 少なからぬ症例が蓄積されている。倫理面を含めて, 専攻医が知っておくべき事項について解説する。