



日本女性医学学会 ニューズレター

Vol.21 No.1 Sept. 2015

はじめに

この度、第21回日本女性医学学会ワークショップを平成28年2月28(日)に東京 両国にありますKFC Hall & Roomsにて開催させていただくことになりました。伝統ある本ワークショップを担当させていただくことをたいへん光栄に思っております。このような機会を与えていただきました学会員の先生方に心より御礼を申し上げますとともに、小さな医局ではありますが、精一杯有意義なものとするべく努力する所存です。

テーマは「もう一度女性医学の原点を考える」といたしました。何人かの先生方からは「日本女性医学学会へ名称変更してまだ4年しか経っていないのに・・・」というご意見もいただきました。確かに日本女性医学学会となってから、対象とする疾患・病態も広がって活発な活動を続けており、日本産科婦人科学会でも女性医学が第4のsubspecialtyとして認められるなど発展を続けてきました。しかし一方で、逆に対象が広がったために、これからどこへ向かっていくのかという不安があるのも事実だと思えます。そこで、今一度、来し方行く末を改めて考えることにより本学会の方向性について明らかにしたいと思った次第です・・・と言うとカッコイイのですが、実は会場を決めた段階で思いついたことです。ちょうど両国は日本の国技である相撲が行われる両国国技館が建つ伝統ある場所であると同時に、すぐそばには東京スカイツリーという新しい東京を象徴するランドマークのある場所でもあります。古き良きものと新しく魅力的なものが融合する街での熱いディスカッションを期待しております。

本ワークショップのみどころ・聴きどころ

現段階では未確定な部分もあるのですが、10時から16時まで、参加してよかったと思っただけのような充実したプログラムとするべく検討中です。

午前中のワークショップではHRTについて取り上げてみたいと思えます。良い意味でも悪い意味でも日本の更年期医療に大きなインパクトを与えたのが2002年のWHI研究中間報告であったことは周知のとおりです。そこで10年以上が経過した現在、改めてWHIとは何だったのかを再考することにより、日本におけるHRTの将来を考えてみたいと思っております。WHI研究を含めたHRT関連の大規模研究の結果から分かったこと、日本におけるマスコミの対応とその影響、そして現在改訂中のHRTガイドラインについてご講演いただく予定です。これからのHRTについての議論を期

待しております。

続いての招請講演では、亀田総合病院で院内弁護士として活躍の水沼 直樹 先生に「法律家からみたガイドラインの意義」というテーマでお話しいただきます。ガイドラインを別の立場から視ることにより、その意義や利用法について改めて考えることができるのではないかと考えております。

ランチオンセミナーは漢方を取り上げます。女性医学に欠かすことのできない漢方療法の実際やコツを慶應義塾大学漢方医学センターの渡辺 賢治 先生に「女性に対する漢方療法」という内容でお話しいただきます。

午後は、まず女性医療の大きな柱の一つである骨粗鬆症について学びたいと思っております。特別講演として骨粗鬆症の予防と治療のガイドライン2015年版改訂の要点をまとめていただく予定にしております。

そして、シンポジウムでは、女性医学の将来について議論したいと思います。これから女性の健康の包括的支援に関する法案が成立すると言われておりますが、このような現状で我々に何ができるのかを考えてみましょう。この法律案の概要について内閣官房参与 吉村 泰典 先生に基調講演をいただいた後、「女性の健康の包括的支援に向けてこれからの女性医学学会に求められること」と題しまして、産婦人科医、内科医、看護師、薬剤師など各分野からの意見を伺うとともに、フロアの先生方とのディスカッションにより、専門領域を超えた今後の方向性を探る一助になればと考えております。

第21回 日本女性医学学会 ワークショップの 開催にあたって



第21回日本女性医学学会ワークショップ実行委員長
東京歯科大学市川総合病院産婦人科

高松 潔

おわりに

両国駅からはJR総武線各駅停車を使うと一駅で錦糸町駅です。錦糸町駅から東京駅までは総武線快速で10分弱、さらに直通で品川駅まで行き、京急線に乗り換えると羽田空港まで約45分という便利な場所です。両国駅のすぐそばには江戸東京博物館もありますし、近くには水上バスの乗り場もあり、隅田川から東京湾へのクルージングで東京観光もできます。東京ディズニーリゾートも近いです。また、ちょうど2月はちゃんこ鍋の美味しい季節ではないでしょうか？会場の皆様とお会いできますことを楽しみにいたしております。





はじめに

「頭痛」は、誰もが一生のうちで何度となく経験する自覚症状の1つではある。しかしながら、それが慢性的かつ繰り返し認められる場合には、日常生活に多大な影響を及ぼし、生活の質を著しく低下させる。このような頭痛の代表として、いわゆる頭痛持ちの頭痛と言われている片頭痛が挙げられる。疫学的にみると、片頭痛は30～40歳の性成熟期女性の患者数が多く、月経周期に伴う女性ホルモン動態と連動してその頭痛が月経発来前後や排卵期に認められることも少なくない。

一方、更年期とその周辺女性では、片頭痛ほど激しい頭痛ではないが、緊張型頭痛も見過ごすことは出来ない慢性頭痛の1つである。

そこで本稿では、このような女性に多い慢性頭痛への女性医学の立場からの対処法について述べる。

頭痛の臨床的分類

医学の見地からの「頭痛」の分類については、国際頭痛学会 (International Headache Society) から公表された分類に従う。1988年の「頭痛の分類と診断基準 (旧分類)」にはじまり、現在は国際頭痛分類第3版 beta 版 (ICHD-3β) が刊行されている。それによれば、「頭痛」は、1) 一次性頭痛、2) 二次性頭痛、3) 有痛性脳神経ニューロパチー、他の顔面痛およびその他の頭痛の3群に大別されている。

そして一次性頭痛は、片頭痛、緊張型頭痛、群発頭痛、三叉神経・自律神経性頭痛、その他の一次性頭痛疾患に細分類され、それぞれ診断基準が明文化されている。このうち、女性に多いとされるのは、片頭痛と緊張型頭痛である。

片頭痛の診断と治療法

片頭痛は、日常生活に支障を来す一次性頭痛で、世界的にみても有病率の高い疾患である。片頭痛は、頭痛に先行ないし随伴する一過性の局在神経症状 (前兆) を伴う「前兆のある片頭痛」とそのような前兆を伴わない「前兆のない片頭痛」という2つの主要なサブタイプに分類される。いずれの場合においても、診断基準では、未治療もしくは治療が無効の場合の頭痛発作の持続時間が4～72時間と規定され、その特徴的な事項として1. 片側性、2. 拍動性、3. 中等度～重度の頭痛、4. 日常的な動作 (歩行や階段昇降など) による頭痛の増悪ないしは頭痛のための動作制限の4項目のうち少なくとも2項目は満たすこと、そして頭痛発作中の悪心または嘔吐 (あるいはその両方)、光過敏および音過敏の少なくとも1項目を満たすことが挙げられている。また前兆としては、運動麻痺 (脱力) を伴わない完全可逆性の視覚症状 (きらきらした光・点・線および/または視覚消失) や感覚症状 (チクチク感および/または感覚鈍麻) あるいは完全不可逆性の失語性言語障害が挙げられている。

片頭痛の急性期治療としては、軽度～中等度の頭痛には鎮痛薬 (アセトアミノフェン) や非ステロイド抗炎症薬 (NSAIDs) を使用し、中等度～重度の頭痛や軽度～中等度の頭痛でも過去にNSAIDsの効果かなかった場合はトリプタン系薬剤が推奨されている。もちろん女性医学の立場から言えば、神経内科ないし脳神経外科の頭痛専門医へのコンサルテーションを考慮することも重要である。

また片頭痛発作の軽減や発作回数の減少効果がある程度期待出来、かつ女性医学の立場からも安全に施行出来る治療法としては、漢方療法 (呉茱萸湯には片頭痛の適応あり) が挙げられる。

緊張型頭痛の診断と治療法

ICHD-3βにおける頻発反復性緊張型頭痛の診断基準では、頭痛の持続時間が30分～7日間とされ、その特徴的な事項として1. 両側性、2. 非拍動性、3. 軽度～中等度の頭痛、4. 日常的な動作で頭痛が増悪しないの4項目のうち少なくとも2項目は満たすこと、そして悪心や嘔吐はなく、光過敏や音過敏はあってもどちらか一方のみの両項目を満たすことが挙げられている。

緊張型頭痛の急性期治療は、鎮痛薬 (アセトアミノフェン) やNSAIDsが主体である。ただし、これらの薬剤の治療効果が低く、服用量が多くなっているようであれば、神経内科ないし脳神経外科の頭痛専門医へのコンサルテーションが必要である。

また緊張型頭痛に女性医学の立場からも安全に施行出来る薬物治療 (漢方療法) として、釣藤散が挙げられる。

二次性頭痛の鑑別ポイント

先の項で述べたICHD-3βの診断基準に従えば、女性医学の分野においても一次性頭痛である片頭痛や緊張型頭痛の診断は、十分に可能である。しかしながら、更年期とその周辺女性では、クモ膜下出血や脳腫瘍のような器質性疾患に伴う二次性頭痛も忘れてはならない。以下のような症状を認めた場合には、直ちに神経内科ないし脳神経外科へのコンサルテーションを考慮する。

- ① 突然発症したこれまでに経験したことがないような激しい頭痛
- ② その頻度と程度が日増しに増していく頭痛
- ③ 50歳以降に初発した頭痛
- ④ 神経脱落症状 (神経麻痺、歩行障害、言語障害など) を有する頭痛
- ⑤ 発熱、項部硬直などの髄膜刺激症状を有する頭痛

おわりに

以上、女性に多い頭痛を中心に述べた。頭痛を主訴に産婦人科外来を受診する患者は必ずしも多くはないが、片頭痛や緊張型頭痛が女性に多い疾患であることを考慮すれば、頭痛診療の窓口としての役割は十分にあるものと考えられる。

女性のヘルスケア④

サージカルメノポーズとヘルスケア



山形大学医学部産婦人科 准教授 高橋 一広

はじめに

女性にとって重要な内分泌臓器である卵巣を、乳がんや卵巣がんの発症リスクを低減するために予防的に摘出する場合と、卵巣がんや子宮体がんにおいて治療として摘出される場合があります。いずれにしる閉経前女性が両側卵巣摘出術を受けると、外科的閉経（サージカルメノポーズ）という状態になります。卵巣は女性にとって重要な内分泌臓器であるため、卵巣摘出が女性の健康にどのような影響を与えるのか、また、サージカルメノポーズは自然閉経と何が異なるのかを知っておくことが、術後女性のヘルスケアを行う上で重要だと思えます。

1. 自然閉経とサージカルメノポーズは何が異なるのか？

1) ホルモン変化の違い

自然閉経とサージカルメノポーズの最も大きな違いは、血中エストラジオール減少の違いです。自然閉経の場合、エストラジオールは閉経の約6か月前から低下し始め、閉経から数年かけてさらに低下していくのに対し、サージカルメノポーズの場合は手術後6時間以内に速やかに低下します。この減少スピードの違いが更年期症状の発現頻度や重症度に関与していると考えられています。

2) 更年期障害の頻度と重症度

サージカルメノポーズは自然閉経と比較して更年期症状の発現頻度が高くより重症で¹⁾、性機能の低下もより高頻度であることが報告されています²⁾。つまり、サージカルメノポーズは自然閉経よりQOLを低下させるということがわかっています。

3) 心血管系疾患と生命予後

50歳未満で卵巣を摘出し、かつエストロゲン補充が行われない場合、心血管系疾患および死亡率のリスクが増加することが報告されています³⁾。

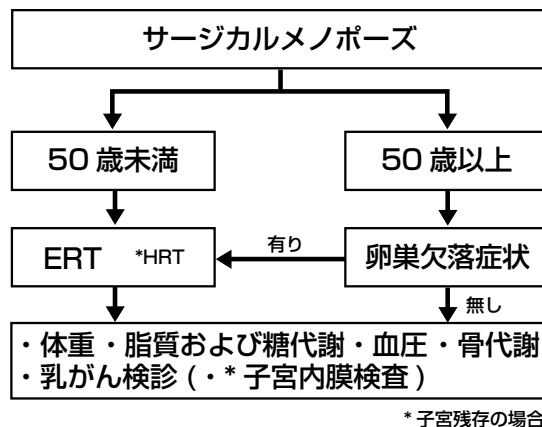
2. サージカルメノポーズのヘルスケア

サージカルメノポーズの場合は更年期症状がより重症であること、また50歳未満のサージカルメノポーズでエストロゲン補充されない場合、生命予後に影響を及ぼすことが報告されています。よって、50歳未満でサージカルメノポーズとなった場合、禁忌症例を除いてホルモン補充療法を勧めても良いと考えます(図)。

悪性腫瘍治療後にサージカルメノポーズになった場合、がん

治療後のホルモン補充療法に関しては、「ホルモン補充療法のガイドライン」を参考にさせていただきたいと思えます。ガイドラインによると、子宮頸部扁平上皮がんはホルモン依存性ではないため、ホルモン補充療法は再発リスクに影響を与えないと考えられています。子宮内膜がんの再発低リスク群に関しては、エストロゲン補充療法は可能と考えられていますが、低悪性度子宮内膜間質肉腫はホルモン補充療法が禁忌です。卵巣がん治療後に関しては、ガイドラインではホルモン補充療法は考慮できると記載されています。しかし、卵巣がんの組織型に対する記述はありませんので、腫瘍がエストロゲン依存性であると考えられる場合はホルモン補充療法を回避した方が無難と考えられています⁴⁾。

図 サージカルメノポーズの取り扱い



おわりに

卵巣は女性にとって重要な内分泌臓器であるため、サージカルメノポーズはその後のQOLや生命予後に大きな影響を及ぼす、という認識を産婦人科医は持つべきだと思います。予防的卵巣摘出術を受けた女性はもちろんのこと、がんサバイバー女性に対して、サージカルメノポーズをきっかけにホルモン補充療法を含めたトータルヘルスケアを行うべきだと思います。

文献

- 1) Ozdemir S, Celik C, Görkemli H, et al: Compared effects of surgical and natural menopause on climacteric symptoms, osteoporosis, and metabolic syndrome. Int J Gynaecol Obstet 2009;106:57-61.
- 2) Madalinska JB, Hollenstein J, Bleiker E, et al: Quality-of-life effects of prophylactic salpingo-oophorectomy versus gynecologic screening among women at increased risk of hereditary ovarian cancer. J Clin Oncol 2005;23:6890-6898.
- 3) Parker WH, Broder MS, Chang E, et al: Ovarian conservation at the time of hysterectomy and long-term health outcomes in the nurses' health study. Obstet Gynecol 2009;113:1027-1037.
- 4) 日本産科婦人科学会・日本女性医学学会(編・監):ホルモン補充療法ガイドライン2012年度版 2012



一般社団法人日本女性医学学会入会手続きのご案内

2015年6月30日で会員数2,374名となっております。
入会希望のかたは、右記事務局までご連絡ください。
なお、当ニューズレターについてのお問い合わせ、
ご投稿先は最終面に記載してあります。

一般社団法人日本女性医学学会 事務局連絡先:

〒102-0083 東京都千代田区麹町 5-1
弘済会館ビル(株)コングレ内
TEL03-3263-4035
FAX03-3263-4032

食べる順番で防ぐ糖尿病

京都女子大学家政学部食物栄養学科 今井 佐恵子
梶山内科クリニック 梶山 静夫



食後高血糖は、重要な動脈硬化促進因子であり、糖尿病患者だけでなく、軽症糖尿病や糖尿病予備軍の状態から血管内皮障害や炎症を引き起こす。また、低血糖により心血管イベントや死亡率が増大する可能性が報告されている。動脈硬化や心血管障害を抑制するには、血糖変動を抑え、質の高い血糖コントロールを得ることが重要になる。5分ごとの血糖値が自動的に測定できる持続血糖測定器（CGM）を使用すると、1日288回の血糖測定が可能になり、食後の血糖上昇や夜間の低血糖など、血糖の日内変動が把握できるようになった。

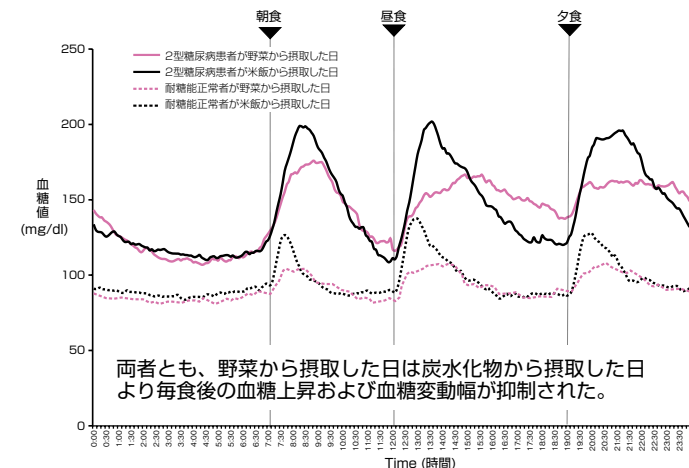
本稿では、筆者らが実施した独自の食事療法と血糖変動の関連について概説する。

野菜を最初に摂取すると血糖変動が抑制できる

筆者らは、食品の摂取順序を重視し、毎食最初に野菜をよくかんで食べることを基本とした食事療法「食べる順番療法」を指導している。すなわち、まず野菜をにぎりこぶし1個か2個分を5分間、次にタンパク質のおかずを5分間、最後に炭水化物である米飯、麺類、パン、イモ類を5分間で食べる。野菜は生野菜だけでなく加熱調理したものでもよい。海藻、きのこ類、こんにゃくも野菜類と同様、最初にゆっくりよく噛んで食べる。

2型糖尿病患者19名および健常者（耐糖能正常者）21名を対象に、3食の試験食を野菜→主菜（タンパク質）→主食（炭水化物）の順に摂取した日と、主食（炭水化物）→主菜（タンパク質）→野菜の順に摂取した日の血糖値のちがいを、CGMを用いてクロスオーバー法により調べた。

図2 2型糖尿病患者（n=19）および健常者（n=21）が、野菜から摂取した日と炭水化物から摂取した日の平均血糖値



Imai Set al, JCBN 54:7-11, 2014 より引用

図に示すように、糖尿病患者および健常者の両者とも、野菜から摂取した日は炭水化物から摂取した日より、食後の血糖上昇が抑制された。同じ栄養量（糖質量）の食事を摂取しても、野菜を最初に摂取し、炭水化物を最後に摂取するだけで食後血糖値が抑えられ、血糖変動は30%以上減少した。

また、2型糖尿病患者に毎食野菜から摂取する摂取順序を指導したときの長期間の臨床検査データを調べると、HbA1c、体重（BMI）、血清脂質、血圧がすべて有意に低下した。筆者らは、糖尿病予備軍においても同様の効果がみとめられたことを報告した。

野菜を最初に摂取するとインスリンが節約できる

食事療法のみで治療中の外来2型糖尿病患者を対象に、野菜を米飯の前に摂取したときと米飯の後に摂取したときの、食後血糖値およびインスリンの変動をクロスオーバー法により調べた。結果、野菜を先に摂取したときは米飯を先に摂取したときと比較して、食後のインスリン値が30%抑制された。インスリンの分泌量が少なく、インスリン分泌のタイミングが遅れがちな日本人にとって、野菜を最初に炭水化物を最後に摂取する「食べる順番療法」は、食後血糖上昇を抑えるだけでなく、インスリンが節約でき、膵臓に負担をかけない食べ方であるといえる。

なぜ野菜を最初に摂取すると血糖変動が抑制されるのか

食後の血糖上昇が抑えられた要因として、野菜に含まれる食物繊維が糖質の消化吸收を遅らせ、食後の血糖上昇を抑制したことが考えられる。また炭水化物の摂取前に野菜を摂取することにより、GLP-1の分泌を促進し、インスリン作用の増強および胃内容物の排出遅延、腸管の蠕動抑制作用により、食後の血糖上昇を抑制し、血糖変動の減少に寄与したと考えられる。この食事療法を長期間続けると、野菜の摂取量が増え、食品を十分に咀嚼することにより、脳の満腹中枢が刺激され、最後に摂取する炭水化物の量が減る。また、野菜料理を最初に食べるため、料理の味付けが薄くなり、減塩が無理なく実行できる。

糖尿病患者だけでなく、糖尿病予備軍および健常者においても、「食べる順番療法」は、糖尿病を予防する可能性のある、簡単で実行しやすい食事として有効であると考えられる。

子宮内膜症・子宮腺筋症の治療戦略



倉敷平成病院婦人科 太田 郁子

はじめに

子宮内膜症、子宮腺筋症は生殖女性の約10%が罹患する疾患であり、その約35～50%が不妊を呈する慢性進行性疾患である。そのため、早期発見早期介入が必要であるが、腹膜、筋層に生じる微小病変および癒着病変であるために、早期診断が困難であるのが現状である。今回は子宮内膜症および子宮腺筋症の早期診断と治療戦略について述べたい。

診断

子宮内膜症は進行すれば、卵巣チョコレート嚢胞や子宮腺筋症として画像による診断が可能になるが、主病変は腹膜を中心としたblueberry spotなどの点状の微小病変であり、早期に画像で診断するのは困難である。したがって、症状から早期に診断することが望ましい。子宮内膜症の症状は、月経困難症が約90%で最多であるが、その他症状として、排便痛や性交痛、不妊などがある。すべての症例が月経困難症を呈するわけではないが、少なくとも毎月鎮痛剤を必要とする月経困難症がある場合は、卵巣チョコレート嚢胞や子宮腺筋症が画像上認められなくても、子宮内膜症を念頭に置いた疼痛コントロールが必要であると思われる。

治療選択

治療選択は大きく分けて、偽閉経療法と偽妊娠療法に分類される。ダナゾールやGn-RH agonistによる偽閉経療法は前更年期(FSH 30mIU/ml以上でかつE₂ 30pg/ml以下)の症例の逃げ込み療法や子宮筋腫が合併し出血のコントロールが不良な症例には有効であると思われる。一方、低エストロゲン状態による更年期症状や骨密度低下などの副作用を鑑みると、若年には不向きな治療であると考えられる。偽妊娠療法はLEPに代表されるエストロゲン・プロゲステロン配合剤とジエノゲストやレボノルゲストレル除放型子宮内システム(以下LNG-IUS)に代表されるプロゲステロンの単剤があるが、これらも病変の分布や経済的側面から選択する必要がある。特に月経困難症の適応で使用できるLEP製剤は、10代後半から使用でき、汎用性が高い。高い疼痛コントロール効果を有し、チョコレート嚢胞術後の再発を抑制することも知られている。したがって、画像上子宮内膜症病変を認めなくても、強い月経困難症の症状があれば、初期の子宮内膜症を想定し、若年から使用することがよいと思われる。しかし、その一方で配合されるエチニルエストラジオールによる血栓症リスクの約3倍の増加は留意しなければならない。血栓症のリスクは年齢に比例し、40歳以上の女性では5倍と報告されている。したがって、血栓性素因の考慮は無論であるが、40歳以上の女性に対しては第一選択としないよう、ガイドラインには記載されている。

以上より40歳以上の月経困難症・子宮内膜症女性の疼痛コントロールと子宮内膜症の進行抑制に対しては、血栓症リスクの上昇が懸念されないプロゲステロン単剤による治療が勧められる。ジエノゲストとLNG-IUSの使い分けは表に示す。ジエノゲストは経口剤のため広範囲の子宮内膜症病変に有効であり、また子宮内膜症病変への直接作用を有することも報告されている。懸念されるホットフラッシュ、うつ、骨密度低下に関してもその発生頻度は4%程度と偽閉経療法に比較して著しく低い。投与初期から認められる

不正出血量を留意すれば非常に有用な製剤であると思われる。しかし、子宮内膜症は長期薬物療法が必要な慢性疾患であるため、高額な薬価は患者の負担になりうる。またアドヒアランスの低下はプロゲステロン濃度の変動につながり、薬効の低下や不正出血の原因として問題となる。LNG-IUSは5年間子宮周囲組織に作用するレボノルゲストレルのドラッグデリバリーシステムであり、安価でノンアドヒアランスであるというメリットがある。ESHREのガイドラインでは、子宮腺筋症およびダグラス窩を中心とする深部子宮内膜症の疼痛コントロールに有効であると記載され、本邦における適応は月経困難症であるが、月経困難症を呈する軽度の子宮腺筋症および深部子宮内膜症の薬物療法としては適していると思われる。けれどもLNG-IUSは子宮内に留置するという形態のためその適応を十分考慮しなくてはならない。粘膜下筋腫、子宮内腔の癒着・変形、子宮奇形、子宮感染症に対しては禁忌であり、挿入後の子宮穿孔、脱出、子宮感染症などの報告もある。

最後に子宮内膜症婦人で挙児を希望している場合に関しては、上記の薬物療法は適応にはならない。不妊症を呈する場合は、薬物療法により、妊娠率が向上しないため不妊治療を優先するようガイドラインでは提唱されている。しかし、不妊症ではなく、月経時の疼痛コントロールのみを希望する患者においては、排卵を抑制しないと報告されている第1世代のプロゲステロンであるデハイドロゲステロンを持続投与するとよい。デハイドロゲステロンは低力価のため、用量によっては排卵が保持される。しかし排卵が保持される用量であるということは、ジエノゲストなどのプロゲステロン製剤と比較して、子宮内膜症への作用、進行抑制効果は低い可能性が高い。また排卵の保持率も約7割程度と考えられ、本邦女性に対するその有効用量は現在未報告である。したがって、あくまで妊娠を希望している期間に最大限の進行抑制と疼痛コントロールを期待することを目的として、用量を考慮して使用するべきであると考えられる。

表 黄体ホルモン製剤の子宮内膜症での使い分け

薬剤 (投与経路)	効能	作用範囲	共通点	子宮内膜症での推奨処方例
ジエノゲスト (経口)	・子宮内膜症	全身	・不正性器出血あり ・長期投与可 ・エストロゲンに起因する副作用少ない (血栓症リスクが増加しない、消化器症状 (嘔気) 等がない)	◆卵巣嚢腫、腹壁病変、稀少部位子宮内膜症を有する患者 LNG-IUSでは有効成分が到達せず、有効性が期待しにくい。 ◆LNG-IUSで疼痛が残る患者 子宮局所以外の病変にも有効 ◆若年者および未経産婦 子宮筋腫合併患者 子宮内癒着および奇形が疑われる場合 IUSが入れにくい患者。 脱出しやすい患者 ◆骨盤内感染症または既往者
LNG-IUS (子宮内装着)	・過多月経 月経困難症 その他: 避妊 過多月経 (器質性過多月経の患者では、原疾患の治療を優先)	子宮局所	・子宮内膜 (症) に対する直接作用あり	◆卵巣嚢腫がなく主な症状が月経困難症の場合 軽症患者 ◆軽度子宮腺筋症 ◆経産婦 IUDが入れやすい。 ◆服用アドヒアランスの悪い患者

まとめ

子宮内膜症の治療は長期に渡るため、患者の年齢、挙児希望の有無、リスク因子、経済状態などを考慮して選択する必要がある。また子宮内膜症はその特徴から多岐の臓器に渡り分布することも多く、病変の範囲、重症度も鑑みなくてはならない。今後これらの薬剤の長期に渡る治療効果の報告が待たれる。

ミドルエイジへのOC普及



女性クリニック We! TOYAMA 種部 恭子

なぜOCを普及させる必要があるのか

我が国でもこの20年で女性の生き方が変わり、女性がキャリアを持ち、社会で活躍することは、今や日本の生き残りのための切り札である。必然的に初産年齢は上昇、生涯の出産回数は減少、生涯に起こる月経と排卵の回数は増加し、子宮体がんと卵巣がんが増加した。また、初経から初産までの期間が約18年と長くなったことで、妊娠・出産を希望するまでに子宮内膜症を発症するリスクが高まった。自己実現を果たしながらライフプランを考える必要がある現代の女性においては、子宮内膜症の予備軍とも言える月経困難症がある場合はもちろん、潜在する子宮内膜症のリスクを念頭に置いて、積極的にOC (Oral contraceptives; OC) を普及させることが、リプロダクティブ・ヘルスを向上させ子宮体がん・卵巣がんのリスクを低減させる可能性がある。

また月経による生活の制限は、進学やスポーツなどでの自己実現や職業選択、仕事の効率にも影響を与えるものであり、月経をコントロールできる手段を普及させることは女性の活躍のための必須条件とも言える。しかし、日本ではOC承認から16年が経過してもなお普及率は他の先進諸国と比して各段に低い。

OCの普及が進まない背景には、産婦人科は受診しにくい、ピルに対する偏見、経済的負担などの社会的要因と、「ホルモン剤」が怖い、副作用が心配、太る、不自然といった心理的・個人的要因がある。一旦OCのベネフィットを体験すると不

安が払拭されコンプライアンスは上昇するが、OCを開始するまでにハザードがある。

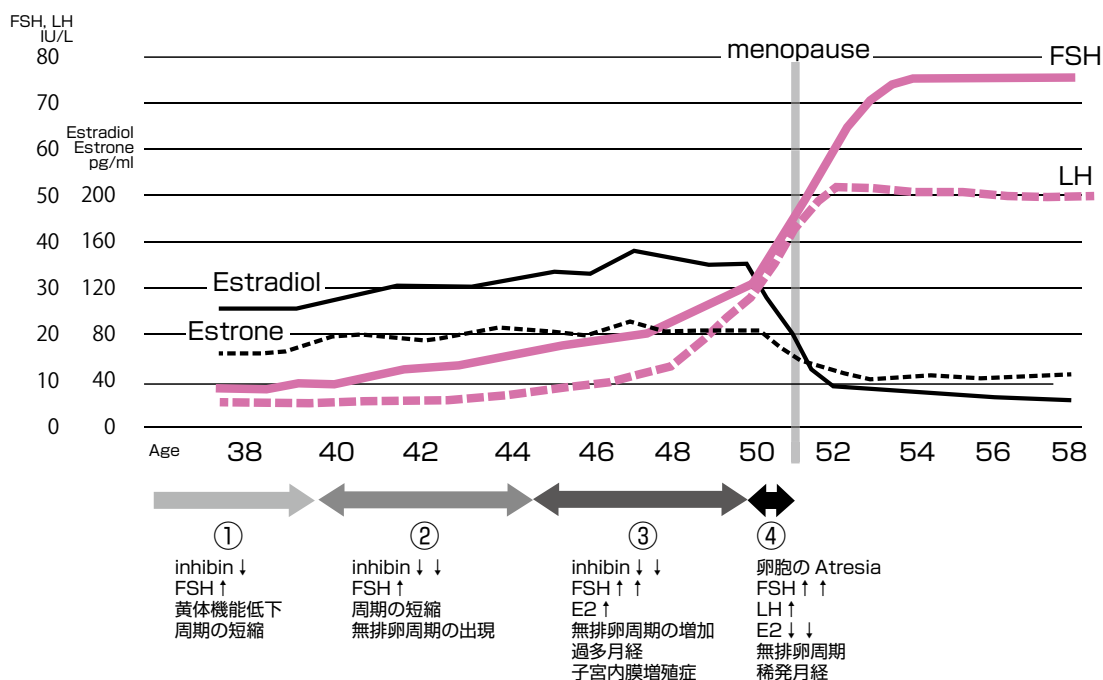
しかし、30代後半～40代は、このハザードを越えるほどの動機づけのチャンスを持つ。

30代後半～閉経移行期のホルモンの変化と月経のトラブル

35歳ごろから原始卵胞の減少によりインヒビンの分泌は低下し、ネガティブフィードバックが利かなくなる。卵胞期のごく早期から発育卵胞のリクルートメントが起こるようになり、月経周期が短縮する。30代後半の女性ではPMSが出現・悪化したり、黄体機能低下に起因する黄体期後期の出血によりQOL低下を来すことも多くなる。

40代になるとさらなる原始卵胞の減少によりFSHが上昇し、月経周期はさらに短縮する。インヒビンの低下はさらに顕著になり、FSHに比してE2はむしろ上昇するため過多月経となりやすい。月経前の不調や黄体期出血に加えて周期短縮があると、体調の良い期間が月経後のわずか数日になる場合もある。42～46歳ごろからは無排卵周期が増加し、予期せぬ大量出血を来すようになる。しかし、閉経の約1年前まではむしろE2レベルは十分に維持され、周期が2か月ほど開くような場合であっても、LHが完全に上昇するまでは、約4分の1に排卵を伴うとされており、予期せぬ妊娠に注意を払う必要もある。

図 ミドルエイジの血中ホルモンの変化と月経トラブル



Speroff et al: Clinical Gynecologic Endocrinology and Infertility, 8th edition, 2011. より引用・改変

ミドルエイジは OC / HRT 普及の鍵

このように、35 歳以降閉経までは予期せぬ出血や頻回の月経およびその随伴症状で QOL が著しく低下するため、ニーズに迫られて婦人科を訪れるチャンスが多く、月経をコントロールできる手段を手に入れることへの共感も得られやすい。

これらの月経トラブルに対しては、健康でリスクがなく、とくに避妊を必要としている場合には、個人の健康上も社会的にも OC が有用である。QOL 低下のため必要に迫られてホルモン治療を開始するため、OC への理解が得られやすく、コンプライ

アンスも高い。ベネフィットを体験することは hormone fear の払拭につながるため、後の HRT の受容度も高くなる。また、この年代は思春期の娘を持つ場合があり、受診を契機に子どもの健康相談を受けることも多い。親世代の hormone fear が払拭されていることで、親子での受診、そして子世代での OC 使用にもつながりやすい。

自身も更年期を前にして健康と向き合い、かつ家族の「健康管理センター」の役割を担っているミドルエイジの女性を、ヘルスプロモーションのキーパーソンと捉えて啓発をかねた診療にあたるのが、OC / HRT 普及の鍵と考える。

編集後記

前号に引き続き会員数増加のニュースです。今年 6 月 30 日現在で 2374 名となりました。とても喜ばしいことです。冒頭には東京歯科大学市川総合病院産婦人科の高松潔先生に第 21 回ワークショップの御案内をしていただきました。ポスターの見返り美人のように優雅に

し方を振り返りながら女性医学の原点を考える、盛りだくさんの充実した内容です。多くの先生方に御参加いただきたいと思います。特集は女性の頭痛について牧田和也先生に解説いただきました。漢方についても触れて下さり明日からの診療に役立ちそうです。また、高橋一広先生には女性医学の立場からサージカルメノポーズについて教えていただきました。「食べる順番と糖尿病」という興味深い

話題について今井先生に書いていただきました。先生はこの話題で講演に引っ張りだこであるとか。誌上で教えていただけるのは幸いです。内膜症・腺筋症および OC について、それぞれの分野でご活躍の太田先生と種部先生に御教示いただきました。今号も先生方のお役にたてれば幸いです。

(編集担当 甲村 弘子 2015年8月9日記)

2015年9月発行



■ 発行／一般社団法人 日本女性医学学会 ■ 編集担当／甲村 弘子

■ 制作(連絡先)／株式会社 協和企画

〒105-8320 東京都港区虎ノ門1-10-5 日土地虎ノ門ビル
TEL : 03-6838-9219 FAX : 03-6838-9222

■ 発行協力／バイエル薬品株式会社