



# 日本女性医学学会 ニューズレター

Vol.29 No.2 May, 2024

## はじめに

第39回日本女性医学学会 学術集会は、2024年11月9日(土)、10日(日)の2日間、獨協医科大学の担当で、ライトキューブ宇都宮をメイン会場として開催いたします。2023年3月のワークショップでも使用しましたこの新規コンベンションセンターは、JR宇都宮駅東口に直結しているため、東北新幹線を利用すれば東京から50分弱です。繰り返したCovid-19パンデミックの制約が軽減されていることを期待して、以前の学会と同様に基本は現地開催をめざして総懇親会まで開催するつもりでおりますが、会員の先生方の利便性も考え一部プログラムは後日Web視聴もできるハイブリッド開催を予定しています。

今回のメイン・テーマは「QOL増進のTactics」としました。

健康寿命を伸ばすために大切な女性のQOL向上を目的とする本学会ですが、ターゲットのひとつの更年期障害の症状である頭痛やホットフラッシュ、さらに不眠症状などに対する利用可能な治療薬剤の開発には近年めざましい進歩があります。これらの女性医学をサポートするさまざまなツールや創意工夫についての知見を集積する予定ですので、日々の臨床の現場でお役に立ていただければ幸いです。また会員の皆様が日常臨床で行われている工夫や基礎的なデータを演題発表し情報を共有していただくことが、さらに女性医学の進歩に繋がると考えていますので、多数の会員の皆様からのご応募をお待ちいたします。

## 学会プログラム

今回特別講演として、お二人の先生方にご登壇をお願いしています。

お一人目は、筑波大学国際統合睡眠医科学研究機構 機構長の柳沢正史先生です。ご紹介するまでもありませんが、エンドセリンを発見された筑波大学から渡米され、テキサス大学サウスウェスタン医学センター教授として研究室を主宰され、1998年覚醒・食欲を制御する神経ペプチドであるオレキシンの発見、以後20数年を経てその受容体拮抗薬が現在睡眠薬の選択剤となっています。2010年から最先端研究開発支援プログラムに採択され、筑波大学に研究室を開設。

2012年より文科省世界トップレベル研究拠点プログラム国際統合睡眠医科学研究機構(WPI-IIMS) 機構長・教授を務めておられ、国家的プロジェクトを率いるスケールの大きなお話をしていただけるとと思います。

お二人目は、国立がん研究センターがん対策研究所副所長 間野博行先生です。悪性腫瘍組織の遺伝子情報から最適な治療薬を選ぶ「がんゲノム医療」のための遺伝子検査(パネル検査)が婦人科腫瘍でも現在行われていますが、先生はこのがんの遺伝子変異の解析のパイオニアのおひとりです。女性医学においても目標とする、患者にあった個別治療を行う「プレジジョン・メディシン」において、日本の腫瘍分野は世界屈指のシステムが構築されています。その技術を開発されてきた先生から、今後の薬剤を含めた個別の治療選択の方向性をお聞きできると期待しています。

その他のプログラムは構築中ではありますが、学会指定プログラムとしてはPOPと排尿障害、また今回から本会中に指導医講習会を開催する予定です。また最新の研究を若手の先生にお話しただくシンポジウムや骨粗鬆症研究会、女性医学関連のワクチンの最近の話題に関するセッションを感染対策連携委員会の先生方をお願いしています。

## おわりに

JRからつづく学会会場の2階入り口は宇都宮の北西・大谷地区で産出される大谷石がふんだんに使われていて、軟らかく温

かみのある独特な雰囲気を作っています。また会場横では、2023年8月に、国内では75年ぶりとなる次世代型路面電車の芳賀・宇都宮ライトレール(LRT: Light Rail Transit)の運行がはじまり、会場の1階がターミナルになっています。また再開発された駅東口のビルやホテル・商業施設とともに、LRTによる地域を結ぶコンパクトなまちづくりをめざして整備された駅前の広場では、休日平日ともにイベントなどが多く、週末には大変な賑わいをみせています。世界で活躍する渡辺貞夫氏を輩出しジャズの街としても知られる宇都宮ですが、最近では駅周辺でもパフォーマンスを行うミュージシャンが増加しており、ジャズを中心とした軽音楽活動が活発です。また11月は宇都宮市内や近郊の公園での紅葉の帳も期待できますので、ぜひ現地へ足をお運びいただき、Covid-19以前と同様に活発な御討議をいただければ幸いです。

## 第39回日本女性医学学会 学術集会について



獨協医科大学 産科婦人科学教室 教授

尾林 聡

# 深部子宮内膜症の治療



富山県立中央病院 産婦人科 部長 谷村 悟

## 定義

深部子宮内膜症 (DE: Deep endometriosis) は1990年に Koninckxらにより、腹膜下5mm以下に浸潤するDIE: deep infiltrating endometriosisと定義されたが、自身でその後否定し2021年のESHREの定義は「腹膜面上または腹膜下に進展する子宮内膜様組織病変。通常、結節性で、隣接する構造物に浸潤することができ、線維化や正常な解剖学的構造の破壊を伴っている。」と改定された。

## 起源

DEの起源は不明であるが、私たちは直腸側方靭帯に基部を持ち、骨盤神経叢の内側に位置する直腸子宮靭帯が結節化すると推測してきた<sup>1)</sup>。直腸子宮靭帯は後腔円蓋も覆うアーチ状の形状で、ミューラー管由来で平滑筋が豊富なため結節化しやすい。

## 診断

DEは診断が難しいため、痛みを理解してもらえず患者が苦しむ場合も多い。適切なトレーニングとDEを診断するという能動的な意識がないと見つけることはできない。また最近ではGnRHアンタゴニストを診断・治療を兼ねて投与する場合もある。

## 治療

ホルモン剤と手術治療について記す。ここでは保険適用からはずれた内容もあり留意していただきたい。

### 【ホルモン剤】

重症性交痛を伴う場合はLEP/OCではなく、ジェノゲストの使用が望ましい。一方、DEではプロゲステロンレセプターの活性が減少しており、黄体ホルモン抵抗性の場合がある。この抵抗性は黄体ホルモン治療によりさらに増す可能性も指摘されている。レルゴリクスは早期の効果が得られるため診断にも有用であるが、長期には使えない。私たちはレルゴリクスから開始し、症状が落ち着けばジェノゲストに変え、症状が悪化すれば再度短期的にレルゴリクスを挟むホルモンローテーションに期待し実施している。また黄体ホルモンの投与により内膜症組織ではアロマターゼ活性が上がるため、Aromatase inhibitorsにも期待が持てる(国内保険適用なし)。

ホルモン治療で効果がない、あるいは不妊でホルモン治療が実施できない強い性交痛・排便痛患者は手術適応となり得る。

### 【手術】

通常ホルモン治療では効果が期待しがたい線維化や結節もターゲットとして腹腔鏡下に切除する。不妊に対するDE手術も有効性が示唆されているが、私たちは性交痛・排便痛の改善を目的に手術している。過去の報告では手術手技のば

らつきがあるため、手技の普遍化を目的に症状改善を目的とした4段階の手術を提唱している(図、表)。従来の仙骨子宮靭帯という曖昧な概念では手技の言語化は困難であった。直腸側方靭帯に基部を持ち、骨盤神経叢の内側に位置し、子宮後頸部・後腔円蓋を覆うように存在する直腸子宮靭帯という構造を定義したことにより手術の定型化が可能となった。レベルIは直腸子宮靭帯の部分切除、レベルIIは直腸子宮靭帯を全切除する。線維化が進行した症例ではレベルIIIとして、一部の骨盤神経叢や側方靭帯、直腸腔靭帯を切除、レベルIVでは直腸など他臓器を(部分)切除する。レベルIII以降の手術では排尿機能障害が起こる可能性もあり十分な説明が必要である。一方適切なDE手術は膀胱機能を改善するとの報告もある<sup>2)</sup>。

図 目的に合わせた4段階の術式

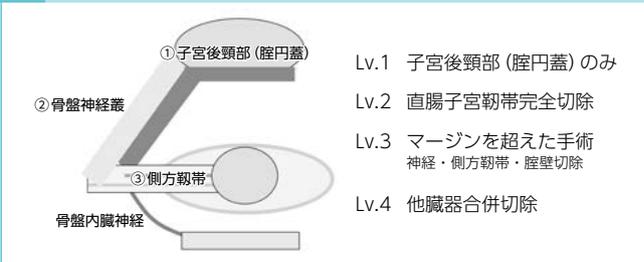


表 症状改善から想定する手術レベル

症状	病変	目標	手術レベル
性交痛	直腸子宮靭帯の一部 直腸子宮靭帯全体 腔壁浸潤	後腔円蓋の受動 直腸子宮靭帯切除 腔壁部分切除	Lv.1 Lv.2 Lv.3
排便痛	ダグラス窩閉鎖 側方靭帯浸潤	ダグラス窩開放、直腸受動 側方靭帯切除	Lv.1-2 Lv.3*
神経痛	骨盤神経叢に浸潤	神経の受動・部分切除	Lv.3*
他臓器障害	臓器浸潤	臓器(部分)切除	Lv.4*

\*排尿障害リスクあり

DEの切除後12か月の観察で完全切除群ではホルモン治療が不要とする報告もあり<sup>3)</sup>、手術の意義は大きい。挙児希望のない例で不完全切除となった場合は術後のホルモン治療(ジェノゲスト・レルゴリクス)を考慮する。

DE手術は線維化による解剖学的偏位のため他の婦人科良性疾病手術に比べて合併症率は高い。日本産科婦人科内視鏡ガイドラインでは他科との連携が可能な施設において、熟練した医師の下で行うことを提案している。

### 参考文献

- 1) 谷村 悟: 深部子宮内膜症手術では直腸子宮靭帯を切除する-側方靭帯・神経との位置関係-。日本エンドメトリオーシス学会誌。41: 103-111, 2020
- 2) Laterza RM, et al: Is the Deep Endometriosis or the Surgery the Cause of Postoperative Bladder Dysfunction? J Minim Invasive Gynecol. 29(4): 567-575, 2022
- 3) S Angioni, et al: Pain control and quality of life after laparoscopic en-block resection of deep infiltrating endometriosis (DIE) vs. incomplete surgical treatment with or without GnRHa administration after surgery. Arch Gynecol Obstet. 291(2): 363-370, 2015

# 薬学教育における 女性医学の位置づけと今後の課題



大阪医科薬科大学薬学部 臨床薬学教育研究センター 教授 矢野良一

## はじめに

日本では国内に6万店舗以上の薬局が開設され<sup>1)</sup>、1万8000店舗以上のドラッグストアが存在する<sup>2)</sup>。薬剤師は、OTC薬、サプリメント、衛生用品、あるいは美容用品等の相談・販売を通じて、女性の様々なライフステージに対応する機会があり、身近な医療専門職として、疾病予防や健康増進に関する相談役として機能することが期待される。

## 薬学教育モデル・コア・カリキュラム令和4年度改訂版と薬学教育の特徴

薬学教育モデル・コア・カリキュラム(コア・カリ)<sup>3)</sup>は、令和4年度に医学・歯学教育と同時改訂され、2024年4月の入学生から適用される。今回の改訂では、医師、歯科医師、薬剤師に求められる基本的な資質・能力が原則共通化された。

歴史的に、我が国の薬学教育は「物」である薬の理解に重点がおかれ、「人」に対する視点が弱かった。また、薬学部卒業生の進路は病院や診療所だけではなく、薬局やドラッグストア、企業、行政など多方面に渡る。しかし、医療現場で薬剤師に期待される役割の変化を受け、薬学部に6年制教育が導入され、さらに新コア・カリでは「臨床薬学」という教育体制の構築が謳われた。

新コア・カリでは、はじめに「A 薬剤師として求められる基本的な資質・能力」が示された後、人間性や社会性を育む「B 社会と薬学」、薬学の科学的基盤である「C 基礎薬学」、臨床薬学の基礎となる「D 医療薬学」、社会・集団における健康の維持・増進のための「E 衛生薬学」、総合的な臨床薬学能力の修得を目指す「F 臨床薬学」、さらに課題発見・問題解決能力の修得を目指す「G 薬学研究」という6つの大項目が配置されている。臨床教育の充実大きく舵を切った薬学教育ではあるが、医薬品や化学物質等の「物」を切り口とした思考は薬剤師の強みであり、大項目B～Fの中で「物」と「人」の両者に対する視点をバランスよく配置している。また、薬学部のほとんどの学生は、複数年にわたり研究室に配属され、卒業研究に取り組む。この卒業研究が重要視されている点は薬学教育の特徴であると考えられる。

薬学教育では5年次に「実務実習」を課している。はじめに薬局で11週間、続いて病院で11週間の連続性のある22週間

で実施される。医学教育における「基本診療科」のような、学生が必ず経験すべき領域についての指定はなく、大学と実習施設との協議に基づき、代表的な疾患(循環器、糖尿病、がん、感染症など)について、可能な範囲で経験できるように実施されているため、女性医療分野の症例を経験する機会は限られている。

## 薬学教育における女性医学の位置づけ

新コア・カリにおいて、女性医学関連の学修項目を概観すると「C-7 人体の構造と機能及びその調節」において、生殖器系を構成する器官の構造や機能、性ホルモンやそれらの分泌を調節するホルモンと生殖器系器官との機能的な関連、受精から出産までの過程等を学ぶ。それを受けて「D-2-14 生殖器系の疾患と治療薬」の項目を修得する流れとなっている。D-2-14の学修事項として例示されているものには、子宮内膜症、妊娠と分娩、切迫早・流産、不妊症、避妊があり、骨粗しょう症は別の項で取り上げられている。薬学教育モデル・コア・カリキュラムにおける学修事項の記載はあくまでも例示であるが、月経異常や更年期障害のようによく遭遇する症候が取り上げられていない点は少し気になる。なお、社会と薬学の「B-2 薬剤師に求められる社会性」の中に「ライフステージに応じた健康管理、環境・生活習慣の改善に向けた薬剤師の役割」という学修事項がある。

## 今後の課題

これまで述べたように、現状の薬学教育では、女性医学領域の学修機会が限られている。自分事として学生が女性医学に関心を持てるような機会、あるいは生涯教育の機会の充実を通じ、薬剤師がさらに女性医学に貢献できるよう啓発が必要である。

## 参考文献

- 1) 衛生行政報告例2022年度, 厚生労働省 <https://www.mhlw.go.jp/toukei/list/36-19.html> (2024年1月4日アクセス)
- 2) 商業動態統計, 経済産業省 <https://www.meti.go.jp/statistics/tyo/shoudou/result-2/index.html> (2024年1月4日アクセス)
- 3) 薬学教育モデル・コア・カリキュラム—令和4年度改訂版—[Internet]. 文部科学省 薬学系人材養成の在り方に関する検討会; 2023年2月(参照2024年3月) [https://www.mext.go.jp/content/20230227-mxt\\_igaku-100000058\\_01.pdf](https://www.mext.go.jp/content/20230227-mxt_igaku-100000058_01.pdf)

# ホルモン補充療法における プロゲステルゲン製剤使用率について ～日本人のリアルワールド研究より～



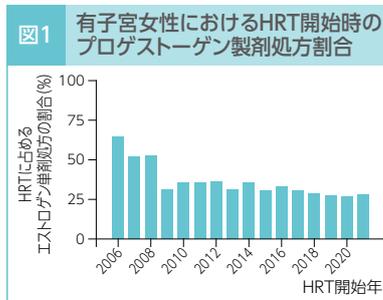
京都大学大学院医学研究科・医学部 婦人科学産科学教室 稲山嘉英

## ホルモン補充療法(HRT)におけるプロゲステルゲンの役割

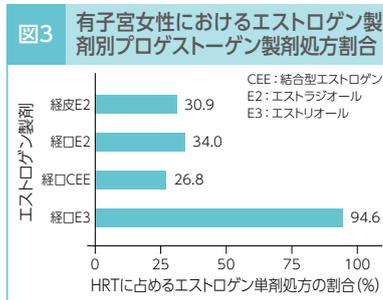
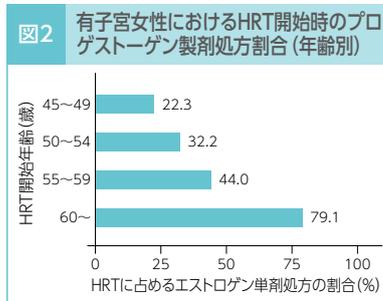
HRTは血管運動神経症状をはじめとする更年期症状に有効であり、広く使用されている。子宮が存在する女性におけるエストロゲンの単独投与は子宮体癌を増加させることは広く知られており、子宮のある女性では子宮内膜保護効果のため、プロゲステルゲンの併用が必要である。本邦におけるホルモン補充療法ガイドライン上でも有子宮女性ではエストロゲン・プロゲステルゲン療法(EPT)が、子宮摘出後の女性ではエストロゲン療法(ET)が推奨されている<sup>1)</sup>。しかし、実臨床においては必ずしも子宮のある女性においてEPTが開始されていない<sup>2)</sup>。筆者が発表したデータを基に、日本のHRTにおけるプロゲステルゲンの処方率について述べてみたい<sup>2,3)</sup>。この研究はJMDCデータベースを使用し、45歳以上の女性におけるET及びEPTの初回処方の施行実態調査で、2005年1月から2021年12月までを解析対象としている。病院ベースの研究ではなく、保険者から収集したレセプトデータに基づいているため、保険診療下での処方であれば、処方された病院に関わらず解析対象となっている。

## 有子宮女性におけるプロゲステルゲン製剤使用率

短期使用のホルモン製剤は使用目的が異なる可能性があるため、180日以上使用されたHRTについてのデータを提示している。プロゲステルゲン製剤の処方率はHRTの開始年に関わらず、2009年以降一貫してほぼ約70%であった。一方、プロ



ゲステルゲン製剤の併用がない、つまりETはHRTの約30%を占め、2021年におけるETの割合は30.6%であった(図1)<sup>2)</sup>。患者の処方開始年齢別に見ると、45から49歳で22.3%、50から54歳で32.2%、55から59歳で44.0%であった(図2)<sup>2)</sup>。エストロゲンの製剤別にみても、ETの割合は、経皮エストラジオール(30.9%)、経口エストラジオール(34.0%)、経口結合型エストロゲン(26.8%)と、約30%であった(図3)<sup>2)</sup>。年齢層により多少の差はあるものの、60歳未満ではHRTのうち30%近くがETとして開始されている可能性が示唆されている。この研究はあくまでHRTの開始時のETとEPTの割合を調べたものであること



には留意が必要であるが、初回処方後のプロゲステルゲン製剤の追加処方を考慮しても、その処方がエストロゲン処方量に比して充足していた患者の割合はET開始患者の2割ほどにとどまっていた<sup>3)</sup>。日本の実臨床で、多くの患者においてプロゲステルゲン製剤が十分に使用されていない可能性があることが示唆されるデータといえる。

また、60歳以上ではETの割合が79.1%と多くなっていたが、この患者層では使用されたエストロゲン製剤の63.5%をエストリオール内服製剤が占めていた。経口エストリオールにおいては、プロゲステルゲン製剤処方のない単剤処方が94.6%を占めており、60歳以上ではETの割合が多くなっているのは経口エストリオール製剤の処方時にプロゲステルゲン製剤が併用されていないことによる影響と考えられる(図3)。エストリオールの生理活性はエストラジオールよりも低いが、エストリオールも長期の内服を行う場合は子宮体癌リスクを上昇させ、ガイドライン上も、長期投与の場合はプロゲステルゲン製剤の併用が推奨されていることには留意が必要である<sup>1)</sup>。

## 子宮摘出後女性におけるプロゲステルゲン製剤使用率

子宮摘出後女性におけるHRTの大部分はETであり、2021年には94.3%を占めた。わずかに認められたEPTにおいて併用されていたプロゲステルゲンは、経皮酢酸ノルエチステロン、すなわち経皮エストラジオールとの合剤がほとんどであった。この研究は処方目的にフォーカスをしたものではないため処方意図の詳細は不明であるが、子宮内膜症が存在する症例に対するHRTとしてプロゲステルゲンが併用された可能性も考えられる<sup>4)</sup>。

## 適切なプロゲステルゲン製剤の使用を

EPTはETと比較すると乳がんリスクを上昇させるものの、HRTによる乳がんリスクの上昇自体は肥満、アルコール摂取、運動不足などの生活習慣因子による乳がんリスク上昇と同等かそれ以下である<sup>5)</sup>。日本において多く行われている数年間のHRTの施行では、リアルワールドデータ上も著明な乳がん増加は認めていない<sup>6)</sup>。他方、実際に本邦において有子宮女性へのET施行によって子宮体がんが、一定数発生していることも懸念される<sup>6)</sup>。有子宮女性にはEPT、子宮摘出後の女性にはETという、ホルモン補充療法ガイドラインに基づいたHRT施行の遵守が望まれる。

### 参考文献

- 1) 日本産科婦人科学会/日本女性医学学会: ホルモン補充療法ガイドライン 2017年度版。
- 2) Inayama Y, et al: Real-world practice of estrogen and progestogen prescriptions in menopausal women in Japan: A descriptive study using a Japanese claims database. J Obstet Gynaecol Res. 49(12): 2952-61, 2023.
- 3) 稲山嘉英, 他: 日本における周閉経期, 閉経期女性におけるホルモン療法についてのリアルワールド研究 -Progestogenの使用は十分か-. 日本女性医学学会雑誌, 2023.
- 4) Becker CM, et al: ESHRE guideline: endometriosis. Hum Reprod Open. 2022(2): hoac009, 2022.
- 5) Lambrinoudaki I, et al: Menopausal hormone therapy and breast cancer: Need to put risks in perspective. Maturitas. 131: 89-90, 2020.
- 6) Inayama Y, et al: Hormone replacement therapy and cancer risks in perimenopausal women: A retrospective cohort study using a Japanese claims database. J Obstet Gynaecol Res. 49(7): 1805-14, 2023.

# がんサバイバーに対するHRT ～卵巣癌サバイバーについて～



野村クリニックなんば院 副院長 大阪医科薬科大学 非常勤講師 佐々木浩

## はじめに

上皮性卵巣癌 (EOC) の診断時の年齢中央値は約60歳であるが、罹患女性の40%は30～60歳、5%～15%は40歳未満であることから有経女性の罹患も少なくない。EOCの標準的な手術は、病期分類および根治を目的として子宮摘出術、両側卵管・卵巣摘出術、大網摘出術、骨盤および傍大動脈リンパ節郭清術である。ただし妊孕性温存希望で初期疾患の若年女性の場合には妊孕性温存手術 (片側付属器摘出) が選択されることもある。有経女性における両側卵巣摘出術に伴う外科的閉経は血管運動神経症状・不眠・腰痛などの更年期症状をはじめ、心血管疾患や骨粗鬆症のリスク増加、GSM (閉経関連泌尿生殖器症候群) の増加などを来すことがわかっている。また外科的閉経によるこれらの症状は、自然閉経よりも強く表れることが知られている。そのようなことから早発閉経や外科的閉経の女性には、少なくとも自然閉経の平均年齢までの女性ホルモン補充療法 (HRT) が推奨される。HRTは更年期症状の改善や心血管疾患・骨粗鬆症のリスクの軽減など様々なメリットがある。またEOCの基本手術で子宮を摘出していることからHRTはエストロゲン単剤療法で行うことが多く、HRTの問題である乳癌発症リスクへの影響もほとんどなく、比較的導入しやすい。

## 再発・全生存期間への影響

一方でEOC患者へのHRTでは再発への影響が懸念される。今日まで卵巣がんの術後HRTの再発や全生存期間を調査したメタ解析は4つある。EOC患者を対象としたLiらのメタ解析<sup>1)</sup>では全生存期間でHRT群が統計的に有意に延長 (HR 0.69 95% CI : 0.61-0.79) していた。一方でPergialiotisによるEOC患者におけるがん関連死亡と再発に関するメタ解析<sup>2)</sup>では、OSと再発に関していずれも統計的に有意差はなかった。2020年の外科的治療を受けたEOC患者の更年期症状に対するHRTの安全性と有効性を評価したコクランの系統的レビュー<sup>3)</sup>では、HRTによりOSが延長 (HR 0.71 95% CI : 0.54-0.93) する可能性が示された。最近の報告では2023年に3758人 (912人がHRT群) のEOC術後患者を対象としたメタ解析 (7814件の研究から包含基準および除外基準を設けて選定したRCT2件を含む11件のメタ解析)<sup>4)</sup>では、OS (HR 0.66 (95% CI : 0.57-0.76)) およびPFS (HR 0.73 95% CI : 0.57-0.95) ともHRT群が有意に延長していた。この研究では進行期、分化度、手術完遂度および年齢におけるサブ解析も行われているが、それらの有意差はなかった。以上より、現時点ではいずれのメタ解析でも全生存期間や再発リスクを悪化させるとの報告はない。

## 各学会ガイドラインによる卵巣がん治療後のHRTについて

本邦におけるホルモン補充ガイドライン2017年度版<sup>5)</sup>および卵巣がん・卵管癌・腹膜癌治療ガイドライン 2020年度版<sup>6)</sup>では卵巣がん治療後のHRTにおける推奨レベルは「1 : 強い推奨」としている。また欧州閉経学会 (EMAS)/国際婦人科癌学会 (IGCS)<sup>7)</sup>および婦人科腫瘍学会 (SGO)/北米閉経学会 (NAMS)<sup>8)</sup>による婦人科がん術後のホルモン補充療法の recommendation では高悪性度の漿液性癌、初期の低悪性度漿液性癌・類内膜癌、粘液癌および明細胞癌では術後HRTは概ね問題ないとしている。一方で、進行期 (II期以上) の類内膜癌および低悪性度漿液性癌はレトロゾールやタモキシフェンなどの維持ホルモン療法が有効であることからHRTは推奨しないとしている。しかしHRTがこれら組織型の卵巣がんにおいてOSやPFSを悪化させたとのデータはなく、さらなる検討が必要である。

## おわりに

婦人科悪性腫瘍の治療成績は飛躍的に向上していることから、治療後の患者に対して長期的な観点からの予防医療は重要である。特に若年悪性腫瘍治療で外科的閉経を来した患者に対してのHRTはQOLの改善のみならず長期予後へも影響することから、我々は再発のリスクを含めた正しい知識を持ち十分なインフォームドコンセントを行ったうえでホルモン補充療法など個別管理を行っていくべきである。

## 参考文献

- 1) Li D, et al: Postoperative hormone replacement therapy for epithelial ovarian cancer patients: a systematic review and meta-analysis. *Gynecol Oncol.* 139(2): 355-362, 2015
- 2) Pergialiotis V, et al: Hormone therapy for ovarian cancer survivors: systematic review and meta-analysis. *Menopause.* 23(3): 335-342, 2016
- 3) Saeai N, et al: Hormone replacement therapy after surgery for epithelial ovarian cancer. *Cochrane Database Syst Rev.* 28: 1(1): CD012559, 2020
- 4) Achimaş-Cadariu PA, et al: Impact of Hormone Replacement Therapy on the Overall Survival and Progression Free Survival of Ovarian Cancer Patients: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Cancers (Basel).* 15(2): 356, 2023
- 5) 日本産科婦人科学会・日本女性医学学会: ホルモン補充ガイドライン. 126-127, 2017
- 6) 日本婦人科腫瘍学会: 卵巣がん・卵管癌・腹膜癌治療ガイドライン. 金原出版, 128-130, 2020
- 7) Rees M, et al: European Menopause and Andropause Society (EMAS) and International Gynecologic Cancer Society (IGCS) position statement on managing the menopause after gynecological cancer: focus on menopausal symptoms and osteoporosis. *Maturitas.* 134: 56-61, 2020
- 8) Sinno AK, et al: Hormone therapy (HT) in women with gynecologic cancers and in women at high risk for developing a gynecologic cancer: A Society of Gynecologic Oncology (SGO) clinical practice statement: This practice statement has been endorsed by The North American Menopause Society. *Gynecol Oncol.* 157(2): 303-306, 2020

# 最近の婦人科性感染症についての動向



日本大学医学部産婦人科学系 産婦人科学分野 主任教授 川名 敬

## 若年女性で性感染症は増加している

女性では、性器クラミジア感染症の頻度が圧倒的に高く、逆に淋菌感染症は最も頻度が低い。この発生頻度はあくまでも医療機関で診断をつけられた患者数(定点報告数)であって、医療機関を受診していない隠れた感染者数は計り知れない。女性における性器クラミジアの報告数を見ると(図1)、一時期減少していたが、その後下げ止まり、2016年くらいから20代を中心に増加に転じている。この傾向は男性でも同様である。女性の性感染症患者の年齢分布をみると20代前半にピークがくるのがわかる(図2)。

図1 性器クラミジアの女性罹患者の報告数

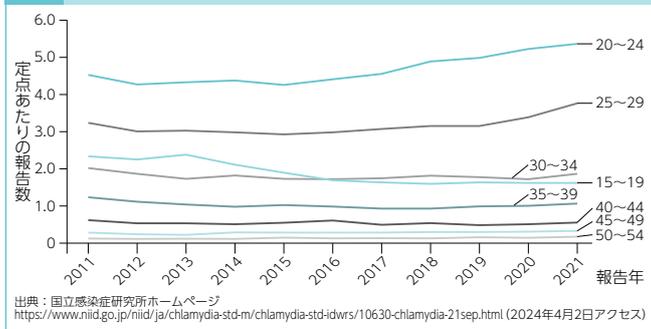
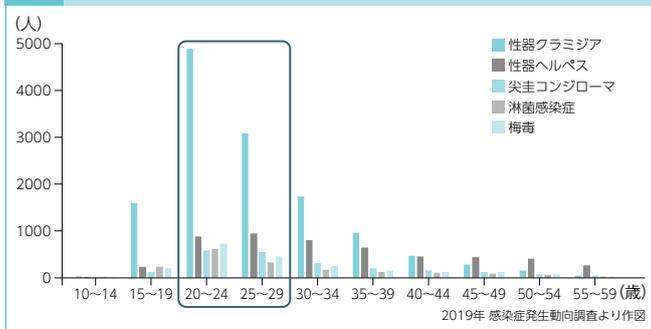


図2 各性感染症の女性罹患者の年齢分布



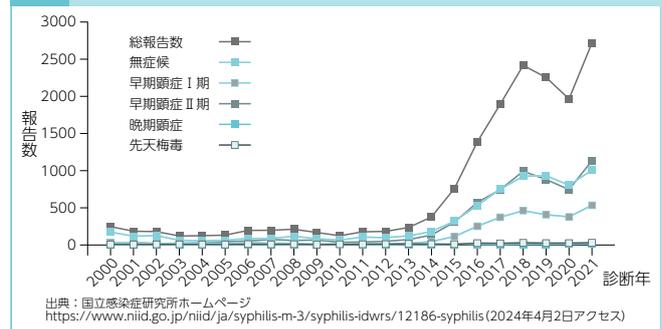
## 男女ともに20代で増加傾向

近年の性感染症は、男女ともに20歳代で増加傾向が顕著であり、SNS等によって、年代、空間を越えて、誰とでも出会うことができるようになったことが一因であると言われている。NHKと筆者が共同で実施した性感染症に対する実態調査では、不特定との性交渉において相手と出会った方法として「顔見知り」「オンライン」が大部分であった。その理由として「性的な快楽のため」に次いで「寂しいから」が挙げられている。若年者を中心に健康リテラシーが低いと、性感染症に罹患していることに気づかず、医療機関の受診行動にもつながらないまま、未治療の感染者が蔓延を助長している。近年のネット文化に社会が追いついていないために弱者である若者がその被害者となっている。特に女性にとっては、リプロダクティブヘルスを脅かす大きな脅威であり、それを打破するためには健康教育による性感染症予防の啓発が急務である。

## 梅毒急増の実態と母子感染のリスク

一方、2013年頃から世界的に流行が始まった梅毒は、日本でも社会問題となっている。梅毒は、50年に一度大流行が起こると言われている。日本では、1922年、1967年が最近のピーク年である。2023年は梅毒の報告数が15000人を超え、1967年のピークを越えようとしている。2012年までは女性の梅毒患者報告数は年間100~200人程度であったが、2021年には3000人となり、2023年まで増加し続けている(図3)。さらに女性の梅毒患者の年齢分布では、上述したように20~24歳がピークで、その前後を合わせて20~30代で全体の75%を占めている。妊娠年齢の女性が梅毒の脅威に曝されている。その結果、梅毒合併妊婦は年間200例強報告されるようになり(妊婦は2019年以降の報告数把握)、先天梅毒も増加の一途であり、2023年には年間37人となった。定点報告が始まって以来、過去最高となっている。日本産科婦人科学会の女性ヘルスケア委員会で実施した梅毒と先天梅毒の調査では、経口ペニシリン剤を4週間以上投与された妊婦から出生した児で、14%が先天梅毒になっていることを見出した。つまり、日本で長く行われてきた経口ペニシリン剤投与では梅毒の母子(胎内)感染は防ぎ切れないことを示している。ベンジルペニシリンベンザチン水和物(ステルイズ®)の筋注が使えるようになったが、それでも母子感染を予防できるとは言えない。妊娠前に梅毒を診断・治療しておく必要があり、プレコンセプションケアの重要性が高まっている。

図3 女性の梅毒患者の報告数(年次推移)



この梅毒の流行は、大都市部から地方都市に移動し始めている。東京、大阪、名古屋、札幌では報告数が上げ止まっているが、地方都市では2023年は2022年の1.5~2倍近くになっている都市もある。梅毒の特徴は、男性患者の年齢分布が20~60歳に広く分布していることである。上述したNHKと筆者の調査では、不特定の相手と出会う方法として男性の場合は性風俗が多い。梅毒は、潜伏期があるために感染局所に発症する1期梅毒(初期硬結や硬性下疳)を見落とすと一旦症状が消え、全身に広がった2期梅毒(バラ疹、脱毛等)を発症するまで気付かれない。その間に性行為によって感染を拡げてしまっている。コンドームの着用など性感染症予防の知識を周知することを徹底しなければならない。

## 編集後記

ゴールデンウィークの喧騒がやや落ち着いてきた状況で、ニューズレターの第29巻2号をお届けします。今回は巻頭で尾林聡先生に、第39回日本女性医学学会学術集会のご案内を頂き、テーマは「QOL増進のTactics」で、ハイブリッド開催が予定されているとのことでした。谷村悟先生には「深部子宮内膜症の治療」について、DEの定義と診断および薬物療法や腹腔鏡下の手

術療法について解説して頂きました。矢野良一先生には「薬学教育における女性医学の位置づけと今後の課題」について、現状の薬学教育では女性医学領域の学修機会が限られており、機会の充実と薬剤師が女性医学に貢献できるよう啓発が必要であるとの解説を頂きました。稲山嘉英先生には「ホルモン補充療法におけるプロゲステロゲン製剤使用率」について、日本人のリアルワールド研究の結果では、HRTの際に多くの患者においてプロゲステロゲン製剤が十分に使用されていない可能

性があり、子宮体がんが一定数発生している懸念があるとの結論でした。佐々木浩先生には「がんサバイバーに対するHRT」について、卵巢癌サバイバーにおいて治療後の患者に対する長期的な観点からの予防医療の重要性について解説を頂きました。川名敬先生には「最近の婦人科性感染症についての動向」について、若年女性で増加している性器クラミジア感染症や梅毒急増の実態と母子感染リスクについて解説を頂きました。

(編集担当 橋本 和法 2024年5月14日記)



## 一般社団法人日本女性医学学会入会手続きのご案内

2024年3月31日で会員数4,811名となっております。入会希望のかたは、下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

〒103-0027 東京都中央区日本橋 3-10-5 オンワードパークビルディング(株) コングレ内  
TEL 03 (3510) 3743 FAX 03 (3510) 3748

2024年5月発行



■ 発行／一般社団法人 日本女性医学学会 ■ 編集担当／橋本 和法  
■ 制作／株式会社 協和企画