

第30回日本受精着床学会

2012.08.30-31 大阪

ワークショップ（臨床 1） 「子宮内膜症の臨床科学」

子宮内膜症合併不妊における ART

医療法人三慧会 IVF なんばクリニック 伊藤 啓二郎

子宮内膜症は子宮内腔以外の部位に子宮内膜様組織が異所性に存在し、月経痛などの慢性疼痛や不妊の原因となる疾患である。生殖年齢女性の約 10%に発生し QOL の低下を招き社会的関心も高い。子宮内膜症の存在は骨盤内臓器の癒着や変位だけでなく様々な免疫学的因子が関与し不妊症の原因となっていると考えられており、実際不妊症患者群では子宮内膜症の合併率が高いことが報告されている。子宮内膜症合併不妊症例に対して高度生殖補助医療（Assisted reproductive technology: ART）での治療が必要となった場合、まず ART を実施するのか、または先に子宮内膜症を治療してから ART を行うべきかが問題となり議論が尽きない。ART の採卵前に 4cm を超える子宮内膜症性卵巣嚢胞がある場合、嚢胞摘出術は ESHRE および RCOG のガイドラインでは推奨されているが ASRM では効果は疑問視され推奨されていない。手術療法として腹腔鏡下嚢胞摘出術が選択される場合が多いが、これは術後再発率が低く、内膜症性嚢胞の病理学的検索が可能であり、腹腔内癒着剥離を同時に行うことが可能であり骨盤内疼痛の軽減も期待できるという利点がある。特に組織学的診断が可能であることは、内膜症性嚢胞は悪性卵巣腫瘍の発生母地となっている可能性があるため、摘出した腫瘍を鑑別診断できる意義は大きい。しかしこの方法は術後の原始卵胞数の減少と血流不全による卵巣予備能低下をまねき、ときに医原性早発卵巣機能不全の原因ともなる場合もあり注意が必要である。一方、アルコール固定術は経腔的に超音波ガイド下に内膜症性嚢胞を穿刺し内容を吸引したのち 95%エタノールを嚢胞内に充てんして内膜症細胞を固定し、活動・増殖を抑制して ART の成績向上を目指すものである。この方法は外来通院で実施可能で簡便であり卵巣予備能への影響も少ない。しかし嚢胞摘出術に比較して再発率が高く、増殖抑制効果は一時的であること、組織学的検索が不可能であること、術中アルコール漏出による腹膜炎発生などリスクもあり選択とするにも慎重である必要がある。また、大きな子宮腺筋症が原因で着床を障害していると考えられる場合には volume reduction の手術を行う場合もある。しかし、子宮筋層にびまん性に浸潤し発育した子宮内膜症組織を除去するにはその部分の正常筋層も切除され、子宮本来の機能を損なうこととなる。手術の適応や術式、その効果についてはまだ一定した見解がなく議論が続く。本ワークショップでは子宮内膜症合併不妊症例に対する ART 実施時の治療戦略についてその選択と利点・注意点について述べる。