

**CQ2-08 筋層内・漿膜下子宮筋腫で保存療法を希望する場合の対応はどうか？***Answer*

筋腫の位置や大きさ、過多月経や貧血の有無、年齢や挙児希望の有無などによって、個々に治療方針が決定されなければならない。(A)

## ▷ 解説

診断には内診、超音波検査が必要である。CT、MRI も有用であり、特に子宮腺筋症との鑑別に MRI は有効なことが多い。治療上最も重要な点は肉腫との鑑別であり、急速に増大する、腫瘍内に出血壊死像を有する、LDHの上昇を伴う、などの所見があれば肉腫を疑うが術前診断は難しい。

従来、子宮が手拳大以上の場合はすべて治療の対象とされていたが、近年では診断方法の向上もあり、単に大きさだけでなく位置や年齢、症状等によって個別化して考えるようになった<sup>1)2)</sup>。米国産婦人科学会では、子宮全摘術を行うべき基準<sup>3)</sup>として、無症状であるが腹壁から触知される大きさで患者が不安を感じている子宮筋腫、多量の子宮出血から貧血となる子宮筋腫、下腹痛、背部痛、頻尿などの圧迫による症状を伴う子宮筋腫、としているが子宮全摘術に限らず治療開始の判断基準とすることが妥当である。治療方法は以下のように手術療法、薬物療法など多岐にわたる<sup>4)</sup>。

筋腫核出術：子宮温存を希望する場合は核出術を行う。

子宮筋腫は妊孕性を障害することもあり、核出術による妊孕性向上については多くの報告がある。とくに子宮頸管や間質部に近い筋腫、内膜に変形をきたしている筋層内筋腫は核出することを推奨する論文を挙げると枚挙に暇がない。しかし、日本産科婦人科学会の行った「子宮筋腫の妊娠成立、予後に及ぼす影響と核出術の妥当性に関する検討」<sup>5)</sup>では明確な結果はでなかった。よって、妊孕性改善を唯一の目的とした筋層内あるいは漿膜下筋腫の核出術は、他の不妊原因を十分に検索した後に十分なインフォームドコンセントを必要とする。

一方、妊娠、分娩、産褥期においては、1) 変性に伴う疼痛や切迫流産、2) 胎位、胎勢の異常、3) 常位胎盤早期剥離、4) 産道通過障害、5) 微弱陣痛、6) 弛緩出血、7) 産褥期子宮復古不全や多量の滞留悪露への感染などを種々の問題を起こす可能性がある<sup>6)</sup>。筋腫の位置と胎盤付着部が近接しているとこれらの合併症が起こりやすくなる可能性が示されている<sup>7)</sup>。よって、挙児希望のある患者において、比較的大きな筋腫、多発性筋腫、子宮口に近い筋腫などを認めた場合は、無症状であっても妊娠前に手術療法を勧めてもよい。筋腫の数や位置等によって、開腹あるいは腹腔鏡下手術が選択される。腹腔鏡下手術は開腹術に比べた場合、患者への侵襲は有意に少ないが、妊孕性と妊娠予後に差はないとされている<sup>8)</sup>。筋腫核出術を行った場合は3~6カ月の避妊期間を持つことを勧める。分娩に際しては、筋腫核出創が筋層の全層にわたった場合や多数の筋腫を核出した場合、筋層内筋腫核出と既往帝王切開がともにある場合<sup>9)</sup>は選択的帝王切開を行う。

しかし、妊娠中の筋腫核出術については有茎性漿膜下筋腫の茎捻転などごく限られた症例に対してのみ考慮されるべきである<sup>10)</sup>。また、将来筋腫が悪性変化を示す可能性を理由として手術を行う必要はない。

子宮内膜アブレーション (Endometrial ablation) : CQ3-02 (2) 参照

子宮動脈塞栓術 (UAE) : 両側の子宮動脈に塞栓物質を注入し筋腫への栄養血管を閉塞させて血流を遮断することで筋腫を縮小させる。Katsumori ら<sup>11)</sup>は5年での累積症状改善率は89.5%、再治療率は

10.5%と報告している。GnRH アゴニストによる偽閉経療法より効果は高く、持続も長いですが、現在まだ健康保険の適応はない。また、妊孕性に与える影響についても結論は出ていない。

集束超音波手術(FUS)：超音波を筋腫核に集束させて変性・壊死させる方法で、子宮動脈塞栓術よりも更に低侵襲な治療である。しかし、治療に時間を要するために大きな筋腫や多発性の筋腫などには向いていない。子宮動脈塞栓術より低侵襲であるが治療効果と安定性は劣る<sup>12)</sup>とされ、6カ月後の症状改善率は71%であったが腫瘍縮小率は13.5%との報告<sup>13)</sup>がある。現在まだ健康保険の適応はない。

GnRH アゴニストによる偽閉経療法：腫瘍の体積、子宮全体の体積は有意に縮小するが、投与後卵巣機能が回復するに従い以前の大きさに復する。あくまで一時的に縮小させるのみの治療である。よって、貧血改善のため月経を止めておく、縮小や子宮への血流低下による術中の出血の減少を目的とする場合や、閉経の近い患者への投与（追い込み療法）などに用いる。

対症療法：貧血に対する造血剤、痛みに対して鎮痛剤を投与する。漢方薬を投与することもある。低用量のエストロゲン・プロゲステロン配合薬の投与も行われることがあるが、エストロゲンによる筋腫増大などがあり注意する必要がある。

自覚症状がない場合でも6～12カ月ごとの定期検査を行うのが望ましい。

#### 文 献

- 1) 産婦人科研修の必修知識 2007 子宮筋腫. 日本産科婦人科学会 2009; 505—509 (II)
- 2) 岩下光利：子宮筋腫の取り扱い. 日産婦誌 2006; 58: 1302—1308 (II)
- 3) Uterine leiomyomata. Number 192-May 1994. ACOG technical bulletin. Int J Gynaecol Obstet 1994; 46: 73—82 (I)
- 4) 武谷雄二 (監修)：EBM を考えた産婦人科ガイドライン update 改訂第版. 子宮筋腫, メディカルビュー社, 2008; 54—57 (II)
- 5) 平成 18 年度専門委員会報告 生殖・内分泌報告 1. 本邦における妊孕性温存・回復をめざした新しい手術手技の実態調査とその効果検討小委員会 2) 子宮筋腫の妊娠成立, 予後と核出術の妥当性に関する検討. 日産婦誌 2007; 59: 1142—1145 (II)
- 6) 日本産科婦人科学会/日本産婦人科医会 (編集・監修)：産婦人科診療ガイドライン—産科編 2008, CQ501 「妊婦から子宮筋腫合併妊娠の予後等について問われた時の説明は?」, 133—134
- 7) Exacoustos C, Rosati P: Ultrasound diagnosis of uterine myomas and complications in pregnancy. Obstet Gynecol 1993; 82: 97—101 (II)
- 8) Seracchioli R, Rossi S, Govoni F, et al.: Fertility and obstetric outcome after laparoscopic myomectomy of large myomata: a randomized comparison with abdominal myomectomy. Hum Reprod 2000; 15 (12): 2663—2668 (II)
- 9) 日本産科婦人科学会/日本産婦人科医会 (編集・監修)：産婦人科診療ガイドライン—産科編 2008, CQ403 「帝王切開既往妊婦が経膈分娩を希望した場合は?」, 112—113
- 10) 平松祐司：クリニカルカンファレンス 5. 婦人科腫瘍合併妊婦の取り扱い 1) 子宮筋腫. 日産婦誌 2007; 59: N545—550 (II)
- 11) Katsumori T, Kasahara T, Akazawa K: Long-Term Outcomes of Uterine Artery Embolization Using Gelatin Sponge Particles Alone for Symptomatic Fibroids. AJR 2006; 186: 848—854 (II)
- 12) 井上滋夫：子宮筋腫に対する収束超音波法 現状と今後の展望. 日産婦誌 2006; 58: N114—117 (III)
- 13) Kim Y, Rhim H, Choi MJ, et al.: High-Intensity Focused Ultrasound Therapy: an Overview for Radiologists. Korean J Radiol 2008; 9 (4): 291—302 (II)