

クリニカルカンファレンス(生殖内分泌領域)：2. 思春期の女性医学

3) 月経困難症

座長：佐世保中央病院特別顧問

石丸 忠之

母子愛育会 総合母子保健センター

愛育病院産婦人科部長

安達 知子

帝京大学教授

綾部 琢哉

はじめに

月経痛(menorrhagia)は、大多数の若い女性が経験することが知られており、初経後しばらくの間はほとんど月経痛を認めないが、2～3年たち、月経周期や期間・量などが安定し始めて、排卵周期が確立される頃に、強い月経痛を感じる者が増加するといわれている¹⁾。月経困難症は、器質的異常を認めない原発性(機能性)月経困難症と器質的疾患によって起きる続発性(器質性)月経困難症の2つに分類される。思春期月経困難症は、そのほとんどが原発性月経困難症であり、月経に対する不安や緊張などの心理的要因の関与も否定はできないとされている¹⁾²⁾。一方で、近年の中・高校生の性交経験率は増加しており、クラミジア感染の頻度は高くこれに伴う月経困難症や、また従来10歳代では稀と考えられていた子宮内膜症による月経困難症も増加している。思春期の女子に対しては、十分なコミュニケーションと信頼関係がより大切であることはいうまでもないが、一方で婦人科診察の重要性も再認識する必要がある。ここでは、月経困難症の治療・管理、特に、若年女性の子宮内膜症に焦点を絞って解説する。

月経痛の程度と頻度

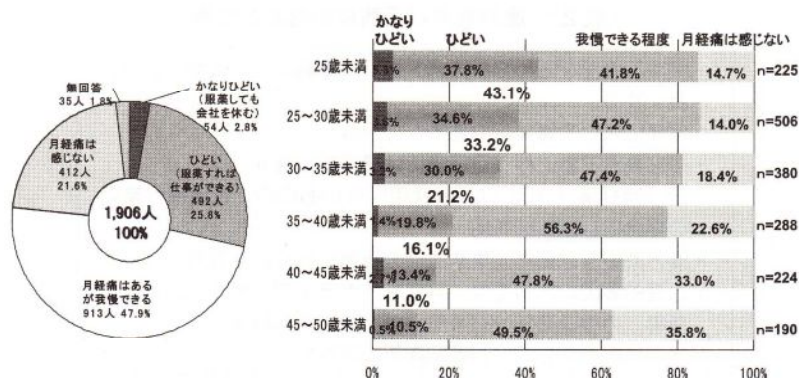
図1に示した16歳から50歳未満の女性1,906人を対象とした、働く女性の健康に関する実態調査(女性労働協会、2004年³⁾)によれば、月経痛はかなりひどい(服薬しても会社を休む)は2.8%、ひどい(服薬すれば仕事ができる)は25.8%で、この両者を併せると、28.6%と1/4以上の女性が強い月経痛を訴えている。その年代別の検討では、年齢が高くなるにつれて、月経痛の程度は軽くなっており、25歳未満の女性には、実に43.1%に強い月経痛を認めている。月経痛などに対する調査としては、本邦では、1965年に10,480人の女性に行った大橋らの大規模調査⁴⁾が有名であるが、これによると、10～15歳では、

Dysmenorrhea in Adolescent Girls

Tomoko ADACHI

Department of Obstetrics and Gynecology, Imperial Gift Foundation, Aiku Maternal and Child Health Center, Aiku Hospital, Tokyo

Key words : Dysmenorrhea · Adolescence · Endometriosis · NSAIDs · Oral contraceptives



(図1) 月経痛の程度
(女性労働協会：働く女性の健康に関する実態調査 2004年より)
左円グラフ：16-49歳の女性の月経痛の程度
右棒グラフ：年齢別月経痛の程度

41.3%に月経痛を、23.9%に月経困難症を、16～20歳では65.7%に月経痛を、35.7%に月経困難症を認めている。

月経困難症の分類

月経困難症(Dysmenorrhea)とは、月経時、あるいはその直前から強い下腹痛や腰痛(月経痛)が始まり、月経期間中に日常生活を営むことが困難な状態をいう。月経困難症は原発性と続発性に分類され、治療方針が異なるため鑑別診断を要する(表1)。思春期における月経困難症の大部分は、原発性月経困難症であるが、続発性の中では、子宮内膜症、クラミジア感染などによる骨盤内炎症、性器奇形に伴うものなども挙げられる⁵⁾⁶⁾。

原発性月経困難症

1) 病態と発生機序

排卵周期に伴って生じることが多い。月経困難症をきたす女性は、子宮内膜より産生されるプロスタグランジン(PG)が多いことが報告されており、より多量に分泌されたPGが子宮筋を過度に収縮させ、血管の攣縮や子宮筋の虚血などを引き起こすことによって本症が生じると推測されている⁵⁾⁷⁾⁸⁾。一方、無排卵でも本症を発症することがある。その場合は、子宮發育不全の子宮腔内に月経血が貯留し、これが硬い頸管を通過する際の刺激によって起こるとされ、前屈や後屈の強い女性に起こりやすい¹⁾⁵⁾。また、若年者では月経への不安や緊張などの心理的要因も大きい¹⁾⁵⁾。一般に、月経痛は成長と共にだんだん弱くなって消失することが多い¹⁾²⁾。

(表1) 月経困難症の分類

1. 原発性(機能性)月経困難症
2. 続発性(器質性)月経困難症
 - ・子宮内膜症
 - ・骨盤内炎症(クラミジア感染など)
 - ・性器奇形
 - ・子宮筋腫
 - ・子宮腺筋症
 - ・IUD挿入
 - ・癒着による牽引痛
 - ・骨盤内うっ血

斜字：思春期にみられやすい月経困難症

(表 2) 原発性月経困難症の対応と治療

- ・腰や下腹部を暖めたり、ストレッチ運動などで骨盤の血流を良くする
- ・疼痛に対して鎮痛剤の速やかな投与
- ・子宮発育不全に伴う月経痛には鎮痙薬の投与
- ・経口避妊薬(OC)は保険適用はないものの、鎮痛薬が無効の場合にしばしば有用
- ・漢方薬投与は鎮痙効果や血液の循環を良くして有効
- ・心理的要因に対しては、月経をネガティブに考えないような指導、カウンセリングや時に精神安定剤が有効
- ・婦人科を受診して、器質的疾患の有無をみる

2) 管理と治療¹⁾⁵⁾

表2に本症の管理をまとめる。すなわち、子宮や骨盤内の血流をよくすることが月経痛の軽減につながる。また、排卵周期が否かを判断するため、基礎体温(BBT)を記録し、痛みの程度をグラフの中に書き込んでもらう。

鎮痛剤は非ステロイド性抗炎症薬(NSAIDs)を用いるが、この鎮痛作用の主体は、種々の程度の末梢でのPG合成阻害作用による⁹⁾。月経痛が比較的軽度であれば、サリチル酸系であるアスピリン[®]、パファリン[®]、鎮痛効果がもっと高く副作用の比較的少ないものとしてプロピオン酸系のロソキシニン[®]、強力な鎮痛効果と即効性を求めるのならアリール酸系のボルタレン[®]、また、フェナム酸系のポンタール[®]は末梢作用のみならず、中枢性の鎮痛効果も有して鎮痛作用は強い。

月経痛を我慢する必要はなく、月経開始とともに激しい痛みが毎周期出現する場合は、むしろ月経開始と同時に、あるいは月経開始の予兆が出現したらすぐに使用する方が、PGなどの産生が早く抑制されるため、効果が高い。

一方、子宮発育不全に伴う月経痛に対しては鎮痙薬としてブスコパン[®]の使用などが有効である。しかし、月経困難症の20~30%にNSAIDsは無効であるので⁵⁾¹⁰⁾、その場合は、保険適用はないものの経口避妊薬(OC)を使用するとよい。

なお、心理的要因が考えられる場合は、月経をネガティブに考えないような指導やカウンセリングが有効で、時に精神安定剤を使うこともある。

難治性、あるいは進行性の月経困難症を認める場合は、器質性の疾患の有無を考えるべきで、そのため、思春期女子であっても、初診後比較的早期に婦人科診察を行うことも必要である。

続発性月経困難症—思春期の子宮内膜症に焦点を当てて

従来より、子宮内膜症については、20歳代以降の疾患で、思春期での発症は極めて少ないと考えられてきた。しかし、2005年4月に出された思春期の子宮内膜症に対するACOG Committee opinion¹¹⁾によれば、思春期の子宮内膜症の頻度は予想よりかなり多いことが窺われるので、これを紹介したい。

pelvic pain(骨盤痛)を訴えた思春期女子全例に腹腔鏡検査を行ったGoldstein et al.の報告¹²⁾では、腹腔鏡検査を行った女子の47%に子宮内膜症を認めたとのことである。同様の調査で、骨盤痛を訴えた思春期女子の19~73%に子宮内膜症を認めたとする多くの報告がある¹¹⁾。症状としては、初経以降の時期に進行性の月経困難症と月経時以外の疼

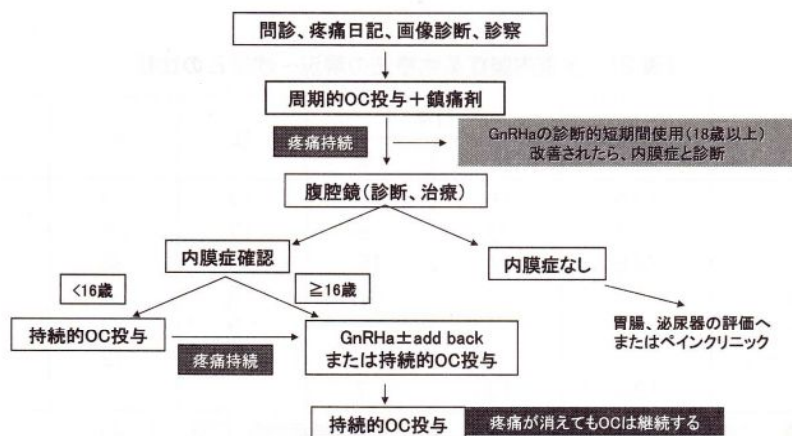
痛などがみられる。

腹腔鏡による内膜症所見は、ほとんどが初期(stage I)で、チョコレート嚢胞や仙骨子宮靱帯の結節はほとんど認められない。しかし、PG産生が活発であると考えられているclear, red, white lesionが多く認められるとのことである。

診断としては、子宮内膜症に特化した診断法はないものの、他の閉塞性の性器奇形や卵巣腫瘍との鑑別は必要で、そのため、直腸診、経直腸エコー、MRIなどが行われることが多い。

治療目標は、疼痛の抑制と、子宮内膜症の進行を抑制することであり、後者は将来の妊孕性の温存につながるため、長期的な管理・治療が必要である。

ACOG Committee opinionによる思春期の骨盤痛と子宮内膜症の評価および治療に対するフローチャートを図2に示した。思春期女子で、骨盤痛を示すものに対し、まずは問診を行い、月経周期にあわせて疼痛状況を書き込む日記を記録してもらい、画像診断や、診察を行って、性器奇形や腫瘍、骨盤内炎症などを鑑別・除外する。そのうえで、周期的な経口避妊薬(OC)投与と鎮痛剤を用いて疼痛のコントロールを行う。これで十分対応ができれば、特に、子宮内膜症の確定診断が得られなくても、この治療を続ければよい。しかし、疼痛が持続する場合は、腹腔鏡検査を行う。ただし、18歳以上であるのならば、GnRHアゴニスト製剤(GnRHa)を診断的に短期間使用して、疼痛が改善されたら、子宮内膜症と診断してよい。腹腔鏡検査を行った場合は、同時に腹腔鏡下治療を行う。しかし、子宮内膜症が確定診断されたなら、例え腹腔鏡下手術で病変が治療されたとしても、持続的OC投与を行う。16歳以上ならば、GnRHa±add back療法を行ってもよい。16歳未満は、骨量が増加する大切な時期であることから、この時期のGnRHa治療は勧められない。なお、最終的に疼痛が消失したとしても、OCは継続すべきである。



(図2) 思春期の骨盤痛と子宮内膜症の評価及び治療

(ACOG Committee opinion April, 2005 より)

原本ではOCの部分には、combination hormone therapyと記載されており、OCのほか、E/P patch, E/P vaginal ring, norethindrone acetateなどを含む

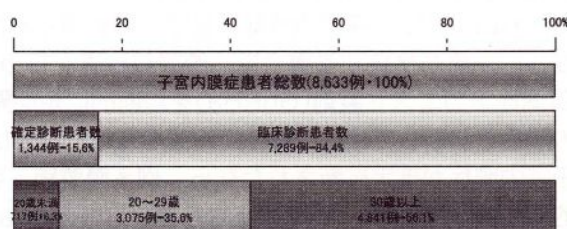
日本産婦人科医会による若年子宮内膜症の治療における実態調査¹³⁾より

産婦人科医会女性保健部が2007年3月にまとめた若年子宮内膜症の治療における実態調査を示す(図3)。

調査対象は産婦人科医会定点モニター938施設で、2006年1～6月の間に診療した子宮内膜症患者に対してのアンケート調査である。回答は334施設、35.6%の回収率で、8,633例の患者のうち、臨床的子宮内膜症の診断は7,289例、84.4%、確定診断は1,344例、15.6%であった。年齢は、20歳未満は717例、8.3%、20歳代は3,075例、35.6%、30歳以上は4,841例、56.1%であった。

1) 子宮内膜症に対する薬物療法の選択(表3)

今回の調査での10～20歳代では鎮痛剤が41.1%と多いものの、OCが24.5%とGnRHaの12.5%を大きく上回っていた。これは、調査方法は異なるものの、1995年の厚生省心身障害研究平成9年度報告、および2005年にインターネットで調査されたあらゆる年齢に対する子宮内膜症に対する治療に比較すると、まず、1995年はOC15%、GnRHa37%、2005年ではOC24%、GnRHa34%であったことから、1995年は低用量OCが承認されていない時期であったことを考慮しても、この10年で子宮内膜症に対してのOC使用率は上昇していること、若年女性に対しては、GnRHa使用が控えら



(図3) 若年子宮内膜症の治療における実態調査における子宮内膜症患者の内訳
日本産婦人科医会若年子宮内膜症調査 2007.3より
調査対象:産婦人科医会定点モニター施設, 回答 334施設, 期間 2006年1-6月

(表3) 子宮内膜症薬物療法の現況—欧米との比較

	今回調査	日本		独	仏	米
		H17	H9			
無治療	17.9	15	26	17	14	
鎮痛剤	41.1	33	5	17	20	39
OC	24.5	24	15	39	38	37
GnRHa	12.7	34	37	15	16	16
ダナソール	2.7	1.5	5	5	4	<1
プロゲスチン				16	12	8
漢方薬	13.9	13	7			

今回調査: 10～20歳代 産婦人科医会 若年子宮内膜症調査(2007.3)より

OCの内訳: 低用量 19.5%, 中用量 5.0%

(重複有り)

日本 H17: 手術待機症例をのぞいた臨床的内膜症例, 産婦人科医 573 例

日本医療データセンター インターネット調査 2005

(%)

日本 H9: 厚生省心身障害研究 平成9年度報告

独・仏: 腹腔鏡下手術未施行例 Schweppe, Drugs of Today 2005

米: 内膜症治療薬市場調査 Schweppe, Drugs of Today 2005

れていることが窺われる。一方、ドイツ、フランス、米国においては、OCの使用が日本の1.5倍高いことがわかる。日本で、近い将来プロゲスチン製剤が治療薬として承認された場合は、さらに若年女性の子宮内膜症に対して、GnRHaの使用は低くなるものと予想される。

2) OCによる子宮内膜症患者への効果

図4に、子宮内膜症の病変、およびその症状にわけて、OC使用前と比較したOCの効果を示した。病変に対しては、不変とするものが55.5%と半数以上を占め、著明改善、改善を合わせたものは40%強であったが、症状に対しては、約80%が著明改善、改善であった。いずれにしても、悪化傾向については、病変で3.9%、症状で1.6%と、どちらに対しても、増悪した症例は4%未満とわずかであったことから、若年女性の子宮内膜症の進行の抑制、症状改善にはOCは有効と考えられる。

3) OCを第一選択薬として処方したことがあるか？

図5に示すように、若年子宮内膜症患者に対して、OCを第一選択薬として処方したことがある医師は45.2%と半数近くを占めた。

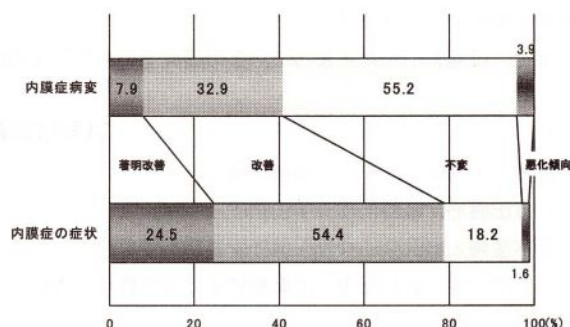
結 語

1) 思春期の女子に対しては、十分なコミュニケーションと信頼関係がより大切であることはいうまでもないが、一方で婦人科診察の重要性も再認識する必要がある。

2) 10歳代における月経困難症の中に、子宮内膜症による続発月経困難症が予想外に多く存在している。我々の調査で子宮内膜症全体の8.3%が10歳代であった。

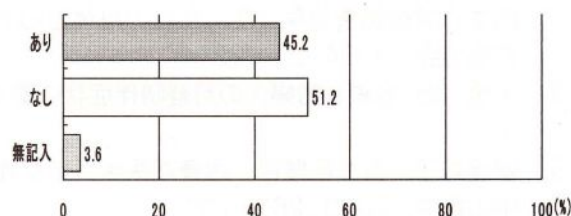
3) 思春期子宮内膜症では、疼痛管理のみならず、病気の進行を抑制することが最も重要な治療目標のひとつである。

4) OCの使用は月経困難症、子宮内膜症の治療に有効であると、多くの産婦人科医が認識している。



(図4) OCによる子宮内膜症患者への効果
(患者全体を100%で表示)

産婦人科医会 若年子宮内膜症調査(2007.3)より



(図5) 低用量OCは保険収載されていませんが、若年内膜症患者に第一選択薬剤として、処方したことがありますか？

産婦人科医会 若年子宮内膜症調査(2007.3)より

謝 辞

稿を終えるに当たり、アンケート調査に際し、ご協力頂きました日本産婦人科医会定点モニター施設の

皆様に深謝申し上げます

また、ご協力いただきました以下の研究者の方々に深謝いたします。(敬称略)

共同研究者

総合母子保健センター 愛育病院

竹田義治, 星野佑季, 中山摂子, 中林正雄

日本産婦人科医会—女性保健部思春期小委員会

山本 宝, 北村邦夫, 武者稚枝子, 秋元義弘, 古賀詔子, 山田栄子, 清水康史, 赤松達也, 佐々木繁, 清川 尚

《参考文献》

1. 松本清一, 月経に伴う愁訴. 思春期婦人科外来—診療・ケアの基本から実際まで—. 東京: 文光堂, 第一版 1995; 83—96
2. 日本産婦人科医会. 月経困難症. 思春期のケア 研修ノート No. 61 1998; 45—46
3. 働く女性の身体と心を考える委員会(座長 坂元正一). 月経痛 働く女性の健康に関する実態調査結果 働く女性の身体と心を考える委員会報告書. 財団法人 女性労働協会 2004; 21—22
4. 大橋 宏. 各種勤労婦人の月経随伴症状に関する研究. 北関東医学 1965; 15: 61—92.
5. 安達知子. 月経困難症. 思春期医学 新女性医学体系 18 武谷雄二編集 東京: 中山書店, 2000; 265—271
6. 小畑孝四郎. 月経困難症. 思春期学 2005; 23: 371—374
7. Powell AM, Chan WY, et al. Menstrual PGF2 α , PGE2 and TXA2 in normal and dysmenorrheic women and their temporal relationship to dysmenorrhea. Prostaglandins 1985; 29: 273—290
8. 本庄英雄, 田中一範. 思春期の月経異常—月経困難症. 産婦人科の実際 1998; 47: 1817—1827
9. 松本真希. NSAIDs. 疼痛コントロールの ABC. 日本医師会雑誌特別号 1998; 119: s70—s74
10. 石川睦男. 婦人科疾患. 疼痛コントロールの ABC. 日本医師会雑誌特別号 1998; 119: s256—258
11. ACOG Committee Opinion. Number 310, April 2005. Endometriosis in adolescents. Obstet Gynecol 2005; 105: 921—927
12. Goldstein CP, De Chohnoky C, Emans SJ. Adolescent endometriosis. J Adolesc Health Care 1980; 1: 37—41
13. 日本産婦人科医会. 若年子宮内膜症の治療における実態調査アンケート結果 2007年3月