

CQ3-03 無排卵性の月経周期異常はどう管理するか。*Answer*

1. 問診, 身体所見, 内分泌学的検査などから, 月経周期異常の原因を検索する. (B)
2. 挙児の希望がない場合はホルモン療法を行う.
 - 1) 慢性の無排卵周期による頻発月経や希発月経では, 周期的なプロゲステンの投与 (ホルムストルム療法) を行う. (B)
 - 2) 第1度無月経では周期的なプロゲステンの投与 (ホルムストルム療法) を行う. (B)
 - 3) 第2度無月経では周期的なエストロゲンとプロゲステンの投与 (カウフマン療法) を行う. (B)
 - 4) 経口避妊薬 (OC) などのエストロゲン・プロゲステン配合薬の投与を行う. (C)
3. 現在, 挙児の希望がある場合は排卵誘発を行う. (B)

▷解説

無排卵性月経は, 中枢性あるいは性腺障害により, 卵胞がある段階にまで成熟しエストロゲン分泌を行うが排卵が障害されるため, 成熟した卵胞はそのまま退縮し, エストロゲンレベルが急速に低下することにより消退出血を起こし発症する. 多くの場合には, 月経期間が延長し, 月経持続期間も短かったり長かったりするが, 中には正常月経と外見上は同じものもある¹⁾.

月経周期日数の正常範囲は, 周期日数が25~38日の間にあり, その変動が6日以内である. 月経周期が短縮し, 24日以内で発来した月経を頻発月経という. 19日以内の頻発月経では60%が無排卵である. 月経周期が延長し, 39日以上で発来した月経を希発月経という. 51日以上の希発月経の30%が無排卵である. これまであった月経が3カ月以上停止したものを続発無月経という. 3カ月という期間は単なる月経発来の遅延と, 希発月経との境界を引くために設定したものである¹⁾.

無排卵周期 (症) は, 月経はあるが排卵を伴わないものをいう¹⁾. 月経周期は不順のことが多いが, 頻発月経, 希発月経あるいは正常月経周期の中にも無排卵周期の場合があることになる.

1. 月経周期異常においては, 注意深い問診と身体所見の観察, 内分泌学的検査 (FSH, LH, PRL, E₂) などを系統だてて行うことにより病態を診断する²⁾⁻⁵⁾.

甲状腺疾患, 高プロラクチン血症やPCOSなどの診断を確定しておくことは重要である²⁾⁵⁾. それぞれ, 原因に対応した治療が原則となるからである²⁾. なお, 本書CQ3-05高プロラクチン血症, CQ3-06PCOSの項も参照されたい.

2. この領域では, 経験的な知識の集積から臨床の実際はほぼ確立しているといつてよい. このため, 治療の優劣や論点を明らかにするためのRCTはほとんど見当たらない.

初経発来後の数年間や閉経前期では比較的高い頻度で無排卵性月経がみられる⁶⁾⁷⁾ので, 貧血をきたすような頻回の子宮出血がない場合には経過観察としてもよい³⁾⁴⁾.

若年婦人や挙児希望のない成熟婦人では, 必要に応じてホルモン療法を行い一定期間 (3~6周期) 周期的な消退出血を起こした後, 経過観察を行う. ホルモン療法として, 慢性の無排卵周期症では, 周期

的なプロゲステロンの投与 (ホルムストルム療法) を行う⁵⁾。慢性の無排卵周期症⁵⁾あるいは頻回の子宮出血で煩わしさを訴える場合⁴⁾や偶発的な妊娠を避けたいとの希望がある場合⁶⁾は経口避妊薬などのエストロゲン・プロゲステロン配合薬の投与を考慮する。第1度無月経では周期的なプロゲステロンの投与 (ホルムストルム療法) を、第2度無月経では周期的なエストロゲンとプロゲステロンの併用投与 (カウフマン療法) を行う^{2)~4)}。

積極的に排卵誘発を行わないが、第1度無月経や希発月経では、必要に応じて、クロミフェン投与を一定期間 (2~3周期) 行うことも選択できる²⁾。

長期にわたるプロゲステロン分泌を伴わないエストロゲンの子宮内膜への作用は、子宮内膜増殖症や子宮内膜癌の発生リスクを高めることから、このような症例では子宮内膜の評価が必要である⁵⁾。

過度のダイエットや運動負荷による月経周期異常では、適正な食事や運動のメニューを指導する。運動で消費されるエネルギーとバランスをとったカロリー摂取により月経周期異常の改善が期待できる¹⁰⁾¹¹⁾。低エストロゲン状態が長期に続いた場合、若年女性といえども骨量減少が懸念される。エストロゲンレベルが低い場合に、併せてエストロゲン補充を行うと、更なる骨量減少を抑制することが指摘されている¹⁰⁾¹¹⁾。

3. 挙児希望のある成熟婦人では排卵誘発を行う²⁾⁴⁾。無排卵周期症や第1度無月経ではクロミフェン療法が第1選択である²⁾³⁾⁵⁾。第1度無月経のうちクロミフェン無効例や第2度無月経ではゴナドトロピン療法を行う²⁾⁹⁾。

なおクロミフェンやゴナドトロピン製剤の使用にあたっては、あらかじめ患者に、多胎妊娠や卵巣過剰刺激 (症候群) が起こることがあることをよく説明しておく。

文 献

- 1) 日本産科婦人科学会編：産科婦人科用語集・用語解説集，東京，金原出版，2003
- 2) 内分泌疾患 1) 月経異常，産婦人科研修の必修知識。日本産科婦人科学会 2007; 393—400 (III)
- 3) 研修ノート No.61 思春期のケア。日本母性保護産婦人科医会 1998 (III)
- 4) 研修ノート No.79 女性健康外来—ライフサイクルと診療—。日本産婦人科医会 2007 (III)
- 5) ACOG practice bulletin: Management of anovulatory bleeding. Int J Gynaecol Obstet 2001; 72: 263—271 (Guideline)
- 6) Mansfield MJ, Emans SJ: Adolescent menstrual irregularity. J Repro Med 1984; 29: 399—410 (III)
- 7) Burger HG, Robertson DM, Baksheev L, Collins A, Csemiczky G, Landgren BM: The relationship between the endocrine characteristics and the regularity of menstrual cycles in the approach to menopause. Menopause 2005; 12: 267—274 (II)
- 8) Chuong CJ, Brenner PF: Management of abnormal uterine bleeding. Am J Obstet Gynecol 1996; 175: 787—792 (III)
- 9) 三宅麻喜，星 和彦：無排卵症 (無排卵性月経)。日本臨床 (別冊) 内分泌症候群 (第2版) II，日本臨床社，2006, 352—355 (III)
- 10) Stafford DE: Altered hypothalamic-pituitary-ovarian axis function in young female athletes: implications and recommendations for management. Treat Endocrinol 2005; 4: 147—154 (III)
- 11) Warren MP, Periroth NE: The effects of intense exercise on the female reproductive systems. J Endocrinol 2001; 170: 3—11 (III)