

①着床障害（子宮筋腫）

筋腫の分類

子宮筋腫の場合 3 通りのパターンがあります。

- ①漿膜(しょうまく)下筋腫:外側に発育(2割)
- ②筋層内筋腫:筋層内に発育(7割)
- ③粘膜下筋腫:子宮内膜直下に発育(1割)

不妊症と一番関連があるのは③粘膜下筋腫です。子宮腔内を筋腫が占拠する事により着床部位に直接影響を与えていると考えられています。また内膜が薄くなったり、内膜が血流障害を受けたりして影響を与えているとも考えられています。

症状

- ①過多月経
- ②月経困難症
- ③不妊

その他周辺臓器への圧迫症状として腰痛、便秘、頻尿、排尿障害、尿閉があります。

診断方法

①超音波

超音波にて筋腫があるかどうかは容易にわかります。もし大きい筋腫や多発性の筋腫があった場合はMRI 検査を予約します。なぜなら超音波だとその性質上大きいものや多発性に対して正確な診断が難しくなるからです。

②MRI

MRI は筋腫の子宮内膜への突出度、大きさ、数等の細かい所まで正確にみる事が出来ます。そのため手術を検討している場合、筋腫の診断にはMRI は欠かせません。

③ソノヒステログラフィー

ソノヒステログラフィーとは子宮内腔に水を入れて内腔を膨らませながら超音波検査を行います。子宮内腔へ突出した筋腫が浮き出てきて、筋腫の内腔への突出率が計算できます。それにより手術をすべきかどうかの判断材料になります。

④子宮鏡

子宮鏡は直接内腔を観察する事が出来るため、より詳細に内部の情報を得る事が出来ます。

治療方法

①筋層内筋腫の場合

妊娠を希望しているので子宮を残して筋腫のみを取り除く子宮筋腫核出術が最適な治療法です。術式は開腹手術と腹腔鏡手術があります。一般的には子宮が臍の高さ以下であれば腹腔鏡で取り除くことが可能になります。

②粘膜下筋腫の場合

開腹をせず、経腔的に子宮鏡下に筋腫を摘出する事が可能です。ただサイズが大きい場合や筋腫が筋層内に入り込んでいるような場合は子宮鏡だけでは取り除けないので腹腔鏡と合同で行う事もあります。

筋腫の直径が3～5センチ以下、突出率50%以上、被覆正常筋層厚5mm以上が子宮鏡下子宮筋腫核出術の適応基準となります。筋腫直径は手術時間と比例します。筋腫突出率は手術難易度と反比例します。つまり子宮鏡下子宮筋腫核出術の適応決定には正確な診断が必要と言えます。

筋腫の手術すべきかどうかについて

不妊症例に子宮筋腫がある時にどのように対処すべきか考えたいと思います。

筋腫が小さく数が少なく妊娠に影響のないものであれば、残しておいても問題はありません。妊婦さんで筋腫を合併している方は1～5%程度います。切迫流産、切迫早産、胎位異常、胎盤早期剥離、弛緩出血等の異常が生じるケースもありますが、大抵は問題なく出産できます。

子宮筋腫が着床障害の原因になっているか？なっていないか？これを事前に正確に判断する事がとても重要になります。10cm以上の明らかに大きい筋腫があり、子宮内膜を圧迫している場合は手術で取り除く事は妥当な判断だと思われます。また3cm程度でも多数あり、子宮を取り囲んでおり、かつ子宮内膜も圧迫している筋腫も手術は妥当と思われます。

迷うケースは影響してそうだけど、もしかしたら影響してないかもしれない？？そう思わせるような「なんとも言えない筋腫」のケースです。このように迷うケースが結構ある所が筋腫合併不妊症の頭を悩ませる所でもあります。こういうグレーゾーンの場合は筋腫を摘出してから体外受精の治療をすると妊娠率が上がるという報告はあります。ただ体外受精は年齢との戦いです。いたずらに筋腫を取って胚移植の時期を遅らせる事は避けるべきと言えます。また子宮にメスを入れるという事は、分娩が帝王切開になる事につながり、安易な選択をしてはいけないと思います。

また明らかに着床障害になりそうな筋腫があるのにもかかわらず、強引に胚移植をすることも避けるべきと言えます。手術をするべきか迷っている場合は、一度良好胚の胚移植をしてみて、妊娠しない場合に手術をする、という考えもあります。

要は、年齢、不妊期間、不妊治療歴、流産の既往、筋腫のサイズ、位置、数等を総合的に判断して手術を行うべきかどうかを慎重に判断する事が大切になります。またハイブリッド療法という年齢をカバーできる便利な方法もありますので、このハイブリッド療法は選択肢として必ず説明しています。

尚最近「シネ MRI」といって高温期中期に撮影して子宮内膜の蠕動運動を見ることにより筋腫が妊娠に影響しているかどうかを判断する方法が有効とされています。