

Q₁

不育症の治療について教えてください。

A₁

不育症の定義は統一されておらず、診断・治療の方針を決定する際に苦慮することも少なくないが、リスク因子に準じた適切な治療を提示し実践することが必要である。

1. 不育症の診断

“不育症”は単一の診断名ではなく、複数の病態が含まれる。日本生殖医学会編『生殖医療の必修知識2017』では「妊娠はするが流産・死産を繰り返して児を得られない場合」と定義されている¹⁾。厚生労働省不育症研究班(2008～2010年度)では、「妊娠はするけれど2回以上の流産・死産もしくは生後1週間以内に死亡する早期新生児死亡によって児が得られない場合」を不育症と定義している²⁾。欧州生殖医学会では不育症(recurrent pregnancy loss ; RPL)を、3回以上の連続した化学流産を含む妊娠のロス(pregnancy loss)と定義している³⁾。一方、米国生殖医学会ではRPLを、2回以上の子宮内妊娠確認後の流産と定義しており⁴⁾、わが国でもこれを踏襲して、「生化学的妊娠は不育症の診断時の妊娠回数として考慮しない」とすることが多いが、明確な基準は定まっていない。不育症例はわが国では2～3万例いると推測されており日常診療で頻繁に遭遇する疾患であるが¹⁾、上記のように不育症の定義は統一されておらず、現状としてはエビデンスが乏しく、診断・治療の方針を決定する際に苦慮することも少なくない。

2. 不育症の治療

妊娠初期の流産の半数以上は胎児染色体異常が原因であるが、不育症症例では流産の確率が高まるさまざまなリスク因子が存在している。不育症のリスク因子を調査した厚生労働省不育症研究班(2008～2010年度)は、抗リン脂質抗体陽性10.2%、子宮形態異常7.8%、プロテインS欠乏7.4%、第Ⅻ因子欠乏7.2%、甲状腺機能異常6.8%、染色体異常4.6%と報告しており、リスク因子不明の偶発的流産が65.3%を占めていた²⁾。これらはいくまで“リスク因子”であり、“原因”ではないことに注意が必要である。抗リン脂質抗体症候群に対する低用量アスピリンとヘパリン併用療法の有効性は報告⁵⁾されており、甲状腺機能異常は内科的管理を先行し、正常化を確認してから妊娠を許可する。子宮形態異常では中隔子宮や粘膜下筋腫などに対して外科的治療も考慮されるが、エビデンスは十分とはいえない。夫婦染色体検査において、染色体構造