

会員各位

産婦人科診療ガイドライン—婦人科外来編作成委員会
委員長 八重樫伸生

日本産科婦人科学会と日本産婦人科医会の共同事業として「産婦人科診療ガイドライン—婦人科外来編 2011」(以下、本書)の作成が進められており、2011年2月刊行が予定されています。本書中には72項目のClinical Question(CQ)とそれに対するAnswerが示される予定ですが、これら72項目中**27項目とベセスダCQ(案)についてこの度、日本産科婦人科学会誌10月号に掲載し、会員の皆様方からのご意見を頂くことになりました。**つきましては今回示されるCQ and Answer案に関してご意見がある場合には**2010年12月15日**までに所定の用紙をコピーして使用し、産婦人科診療ガイドライン係(Fax: 03-5842-5470)までFaxして下さいようお願い致します。なお、本案は「2010年10月版(案)」であり、今後発刊までに加筆修正される可能性があります。

本案(2010年10月1日版)作成までの経緯

- 1) 2008年10月、日本産科婦人科学会と日本産婦人科医会の共同事業としての「産婦人科診療ガイドライン—婦人科外来編」作成が決定された。作成委員28名は学会と医会から招集され、吉村学会理事長・寺尾医会会長連名の委嘱状が交付された。以後、学会事務所会議室・医会事務所会議室で計5回のガイドライン作成委員会が開催され(審議時間は計25時間)、また作成委員会メーリングリストを活用した長時間の検討が常時行われ、ガイドライン仮案が2009年8月に完成した。
- 2) 2009年10月に作成委員会とは独立したガイドライン評価委員会(委員長、久保田俊郎氏)が結成された。評価委員26名は学会と医会から招集され、吉村学会理事長・寺尾医会会長連名の委嘱状が交付された。川端委員ならびに吉川委員が作成委員会・評価委員会連絡調整役となった。評価委員による2009年8月版の審議・評価は評価委員会メーリングリストと評価委員会(全体会議は10月29日と1月28日の2回開催)で行われ、2月9日に評価委員会意見書が作成委員会に送付された。評価委員会意見書を基に作成委員会は4月4日と4月18日の2回の全体会議を開き(審議時間は計14時間)、2009年8月版を改訂し2010年3月版(案)を作成した。
- 3) 2010年3月版は第1回コンセンサスミーティング(2010年3月6日、東京主婦会館、午後1時～午後6時、113名参加)、第2回(4月23日、東京、東京国際フォーラム、午後3時～午後6時、232名参加)、第3回(5月22日、岩手、盛岡メトロポリタンホテル、午後4時～午後6時30分、118名参加)、ならびに第4回(7月18日、東京、主婦会館プラザエフ、午後1時～午後6時、90名参加)コンセンサスミーティングで検討された。円滑なミーティングのために、予め学会と医会会員専用ホームページに学術集会長提供コンセンサスミーティング用資料(第1回用資料)として2010年2月22日にCQ26項目、第2回コンセンサスミーティング用資料として4月9日にCQ20項目、第3回コンセンサスミーティング用資料として5月11日にCQ19項目、第4回コンセンサスミーティング用資料として7月5日にCQ25項目(再検討項目を含む)を掲載した。これらでの議を経て、ガイドライン作成委員会は2010年9月版(案)、2010年10月版(案)を作成した。

1 案の掲載がもれておりましたので CQ6-07 のみ掲載致します。

FAX : 03-5842-5470
産婦人科診療ガイドライン係(12月15日締め切り)

FAX 送信者氏名
ご所属
ご連絡先 FAX 番号

ご意見欄

CQ6-07 性器脱の外来管理は？*Answer*

1. 患者自身から、「性器脱症状（下垂感，腔の膨隆感など）で困る」との訴えがあれば，正確な診断のもとに性器脱の初期治療を開始する．(B)
2. 最下垂部位が処女膜近くに達しない場合（POP Stage I 以下）の初期治療として骨盤底筋訓練を行う．(B)
3. 最下垂部位が処女膜近くに達する場合（POP Stage II 以上）の初期治療としてペッサリー療法を行う．(B)
4. ペッサリー装着後，最初の 1 年間は 1～3 カ月ごとに，その後は 2～6 カ月ごとに診察し，その効果ならびに腔壁びらんなどの有害事象が発生していないかを確認する．(B)
5. ペッサリー装着後の腔壁びらんに対しては，エストリオールを投与する．(C)
6. 外来管理が困難な場合もしくは患者の希望があれば，十分なインフォームドコンセントのもとに手術療法を勧める．(B)

▷ 解説

ガイドライン案

性器脱（骨盤臓器脱，Pelvic Organ Prolapse；POP）の管理については，①経過観察（薬物療法や理学療法を含む），②ペッサリー療法，③手術療法が挙げられるが，外来管理可能である性器脱の初期治療（①と②）に必要な知識ならびにエビデンスを解説する。

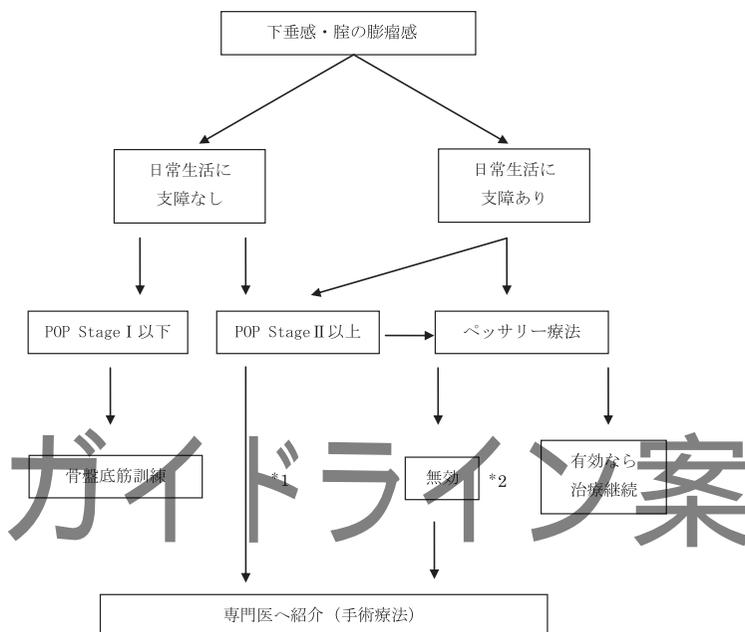
性器脱の管理のポイントは，①症状（下垂感，排尿障害，排便障害など）の程度と②性器脱重症度の客観的な評価である．症状については，患者自身の日常生活の支障度で管理法が異なるが，明確なエビデンスは存在しない．性器脱の客観的な評価法として，pelvic organ prolapse quantification（POP-Q）法が標準的になってきており¹⁾，最下垂点で評価した Stage 分類が有用である．簡易版を表に示す．なお，最下垂点は，内診時に患者に怒責をさせて評価する．

1. 診療のアルゴリズムを図に示す．POP Stage II 以上で下垂感・排尿障害・排便障害などの症状発現頻度が増加するため，この段階で何らかの積極的な管理が必要となる．Tan et al. は，1,912 名の下垂感を有する女性を対象に，POP Stage と症状について検討したところ，Stage II 以上で POP の症状が増加することを報告している²⁾．しかし，POP Stage 0 でも，下垂感を訴えるようであれば，骨盤底筋訓練などの侵襲性の低い治療法を選択する．

2. 骨盤底筋訓練は，排尿障害や排便障害に対する有用性の報告は多いが，性器脱に対する治療的位置付けはこれまで確立されていなかった³⁾．しかしながら，2010 年に Brakken et al. は，109 名の性器脱患者を骨盤底筋訓練群（59 名）とコントロール群（50 名）の 2 群に分け，6 カ月後に評価したところ，POP-Q 法による Stage 分類で 1 段階改善したものが骨盤底筋訓練群で 11 名（19%）であったのに対してコントロール群では 4 名（8%）と有意差を認めたと報告している⁴⁾．また，骨盤底筋訓練が性器脱の悪化を防ぐという報告も認められる．Piya-Anant et al. によれば，654 名の性器脱患者をコ

(表) POP-Q 法による Stage 分類

| Stage | 定義 |
|-------|-----------------------------------------------|
| 0 | 下垂なし |
| I | 最下垂部位が処女膜より 1cm 奥まで達しない |
| II | 最下垂部位が処女膜より 1cm 奥～ 1cm 脱出の間 |
| III | 最下垂部位が、処女膜より 1cm を越えて脱出するも、(全腔管長 - 2cm) を越えない |
| IV | 最下垂部位が (全腔管長 - 2cm) を越えて脱出、または完全脱出 |



*1: 手術療法を希望する症例

*2: ①ペッサリーを装着したものの容易に自然脱出してしまう症例、②ペッサリーを装着したものの膣壁びらんによる性器出血を惹き起こす症例

(図) 性器脱診療のアルゴリズム

ントロール群 (324 名) と骨盤底筋訓練群 (330 名) の 2 群に分け、6 カ月ごとに 2 年間フォローしたところ、性器脱悪化率はコントロール群で 72.2% であったのに対して骨盤底筋訓練群では 27.3% と有意な差を認めたと報告している⁵⁾。

3. ペッサリー療法は、手術療法を除く唯一の性器脱に対する積極的な管理法である。その歴史は古く、紀元前 400 年頃のヒポクラテスの時代までさかのぼるが、今日に至るまでその使用に関する明確なエビデンスは存在しない⁶⁾。しかしながら、2000 年の歴史の中で誰もがその有用性を確認した結果、今日の婦人科医の 86% およびウロギネコロジストの 98% がペッサリー療法を選択している⁷⁾⁸⁾。装着するペッサリーのサイズの目安は、腔口の長径より 1~2cm 大きいサイズである。現在、わが国で広く流通しているものは、ウォーレス・リング・ペッサリー[®]である。これは、ポリ塩化ビニル製であるため柔らかく装着を容易にしている。サイズは、50mm~80mm までは 3mm ごとで、最大 110mm まで市

販されている。従来のエボナイト製のペッサリーも、これに次いで使用されている。

4. ペッサリーの管理法については明らかなコンセンサスは存在しないが、Wu et al. は、ペッサリーの初回装着にあたり十分な指導を行って自然抜去や出血がなければ2週間後に装着状態を点検、その後の1年間は3カ月ごと、1年経過してからは6カ月ごとに診察し、腔壁びらんなどの有害事象のチェックと適切なペッサリーの洗浄や交換を行うプロトコルを提唱している⁹⁾。

5. エストリオールは、腔粘膜のトーン・弾性・血管増生を回復させ、骨盤底の脆弱化した支持機構を改善する。しかしながら、エストリオール単独での性器脱治療の有効性は報告されていない¹⁰⁾。ペッサリー療法時の有害事象の予防に、エストリオール投与は有用である¹¹⁾。投与方法の実際は、エストリオール（エストリール[®]1mg錠分1またはホーリン[®]1mg腔錠毎睡前挿腔）を2~4週間投与し、びらんの程度を評価する。ペッサリーが長期放置され腔に一部が埋没した場合は、肋骨穿刀などでペッサリーを分断し除去し、腔粘膜が正常化するまでエストリオールを投与する。また、腔壁びらんの発生予防として、ペッサリーの自己着脱が報告されており、専門看護師による指導を行っている施設もある。ペッサリーによる性器脱のコントロールが良好な場合は、長期的には腔口が狭小化してくるため、検診時にペッサリーのサイズダウンを検討する。

6. 外来管理の限界は、①ペッサリーを装着したものの容易に自然脱出してしまう症例、②ペッサリーを装着したものの腔壁びらんによる性器出血を惹き起こす症例、③手術療法を希望する症例である。その際は、手術療法に関するインフォームドコンセントを行う。

文 献

- 1) Bump RC, Mattiasson A, Bo K, Brubaker LP, DeLancey JO, Klarskov P, et al.: The standardization of terminology of female pelvic organ prolapse and pelvic floor dysfunction. *Am J Obstet Gynecol* 1996 Jul; 175 (1): 10—17 (III)
 - 2) Tan JS, Lukacz ES, Menefee SA, Powell CR, Nager CW: San Diego Pelvic Floor Consortium. Predictive value of prolapse symptoms: a large database study. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2005 May-Jun; 16 (3): 203—209 (II)
 - 3) Hagen S, Stark D, Maher C, Adams E: Conservative management of pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2006 Oct; 18 (4): CD003882 (II)
 - 4) Brakken IH, Majida M, Engh ME, Bo K: Can pelvic floor muscle training reverse pelvic organ prolapse and reduce prolapse symptoms? An assessor-blinded, randomized, controlled trial. *Am J Obstet Gynecol* 2010 Apr 30 [Epub ahead of print] (II)
 - 5) Piya-Anant M, Therasakvichya S, Leelaphatanadit C, Techatrissak K: Integrated health research program for the Thai elderly: prevalence of genital prolapse and effectiveness of pelvic floor exercise to prevent worsening of genital prolapse in elderly women. *J Med Assoc Thai* 2003 Jun; 86 (6): 509—515 (II)
 - 6) Adams E, Thomson A, Maher C, Hagen S: Mechanical devices for pelvic organ prolapse in women. *Cochrane Database Syst Rev* 2004; (2): CD004010 (II)
 - 7) Cundiff GW, Weidner AC, Visco AG, Bump RC, Addison WA: A survey of pessary use by members of the American urogynecologic society. *Obstet Gynecol* 2000 Jun; 95 (6 Pt 1): 931—935 (III)
 - 8) Pott-Grinstein E, Newcomer JR: Gynecologists' patterns of prescribing pessaries. *J Reprod Med* 2001 Mar; 46 (3): 205—208 (III)
-

-
- 9) Wu V, Farrell SA, Baskett TF, Flowerdew G: A simplified protocol for pessary management. *Obstet Gynecol* 1997 Dec; 90 (6): 990—994 (III)
 - 10) Rechberger T, Skorupski P: The controversies regarding the role of estrogens in urogynecology. *Folia Histochem Cytobiol* 2007; 45 Suppl 1: S17—21 (III)
 - 11) Arias BE, Ridgeway B, Barber MD: Complications of neglected vaginal pessaries: case presentation and literature review. *Int Urogynecol J Pelvic Floor Dysfunct* 2008 Aug; 19 (8): 1173—1178 (III)

ガイドライン案
