

婦人科がん患者における Bone health と骨粗鬆症のスクリーニング

Bone health and osteoporosis screening in gynecologic cancer survivors

Sobecki JN et al

Gynecol Oncol 160:619-624, 2021

背景・目的 婦人科がんの女性は卵巣摘出術や補助療法に続発して、骨量減少のリスクが高くなる。婦人科がん女性に関するデータをレビューし、骨粗鬆症スクリーニングの必要性について考える。

がん治療による影響 【卵巣摘出術】2015年の研究で、リスク低減両側付属器摘出術(以下、RRSO)を行った225人に対して中央二重エネルギーX線吸収測定法(以後DEXA)を施行したところ、骨量減少は56%、骨粗鬆症は12%に生じた。【化学療法】化学療法単独の影響を調査した研究はわずかであり、さらなる研究が望まれる。【放射線療法】2020年のsystematic reviewによると、骨盤放射線療法施行後の婦人科がん女性の骨盤機能不全骨折を調査した38の研究、6,488人の女性のメタアナリシスでは骨盤不全骨折の発生率が19.4%であった。リスク因子は骨粗鬆症、閉経後、糖尿病の既往であった。

骨粗鬆症のガイドライン ASCOは骨粗鬆症性骨折の危険

因子(高齢、喫煙、アルコール過量摂取、非外傷性骨折、性腺機能低下症、両親の股関節骨折歴、閉経後)を持つ患者に対してスクリーニングを推奨している。

婦人科がん女性における骨粗鬆症のスクリーニング 骨量減少のリスクが高い患者は①BSOを受けている閉経前女性②骨盤放射線療法施行後③骨折のリスク因子を保持する女性(末検査の高齢女性、非外傷性骨折の既往、長期間ステロイド使用、関節リウマチ、喫煙、アルコール過量摂取、低体重、両親の骨折歴)であり、がん治療開始後1~2年以内にDEXAのスクリーニングを推奨する。

結論 婦人科がん患者は治療完了後、早ければ1年で骨量減少を生じる可能性があり、リスク因子を把握し、スクリーニングを適時行うことにより、骨量減少を予防することができるだろう。

(東京女子医科大学 下地香乃子 抄)

SMFMによる胎児発育不全の診断と管理

Society for Maternal-Fetal Medicine Consult Series #52: Diagnosis and management of fetal growth restriction: (Replaces Clinical Guideline Number 3, April 2012)

Society for Maternal-Fetal Medicine (SMFM); Martins JD et al

Am J Obstet Gynecol 223:B2-B17, 2020

背景 胎児発育不全(FGR)は、様々な母体因子、胎児因子および胎盤因子から生じ、妊娠の10%で起こるといわれている。これは新生児の罹患率と死亡率の原因となるが、検出率が比較的低く、予防と治療の選択肢が限られている。この論文の目的は、FGRの診断と管理の方針を示すことにある。

FGRの診断 FGRは超音波検査で推定体重(EFW)または腹囲(AC)が在胎週数の10パーセンタイル未満と定義する(Grade 1B)。32週未満で診断された場合は早発型、32週以降に診断された場合は遅発型と分類できる。早発型のFGRではより重症であり、胎児の血流異常、妊娠の高血圧症候群に関連し、重大な胎盤機能障害を示す。早発型は最大20%まで遺伝子異常と関連するため、詳細な超音波検査を必要とする(Grade 1B)。また、EFWが在胎週数の3パーセンタイル未満は重度のFGRと定めている。32週以前の精査で説明がつかないFGRを認めた際は、マイクロアレイ解析を含めた遺伝学的探索が必要である(Grade 1B)。

FGRの管理 臍帯動脈血流を経時的に評価する(Grade 1C)ことがFGRを監視するのに適しており、臍帯動脈

の血流異常の有無で分娩時期を検討する。臍帯動脈のPulsatility Index (PI), Resistance Index (RI), Systolic-to-Diastolic ratio (S/D)で評価を行い、95パーセンタイルを超える臍帯動脈のPI, RI, S/Dや途絶、逆流が認められた場合で分娩時期を検討する。重度のFGRではなく、臍帯動脈ドブラが正常な場合は、妊娠38~39週での出産(Grade 1C)、臍帯動脈血流異常を伴わないが、重度のFGRの場合は、妊娠37週での出産が推奨されている(Grade 1B)。臍帯動脈の途絶や逆流は胎盤機能の増悪を反映しており、周産期の死亡率が上昇する。死産率や出生後の重症度を考慮すると、途絶があった場合、妊娠33~34週、逆流があった場合妊娠30~32週での出産を考慮することが望まれる(Grade 1B)。そのほかに、妊娠33週6日より前に出産が予想される、または妊娠34週~36週で早産のリスクがある場合は、出産前コルチコステロイドの投与(Grade 1A)や妊娠32週未満の胎児および新生児の神経保護に、分娩前の硫酸マグネシウム投与(Grade 1A)が推奨されている。

(東京女子医科大学 山口暁子 抄)