

卵巣転移により判明した子宮頸部悪性腫瘍の一例

A Case of Uterine Cervical Carcinoma Presenting an Ovarian Metastasis

東京慈恵会医科大学産婦人科教室
Department of Obstetrics and Gynecology,
The Jikei University School of Medicine

松本直樹
Naoki MATSUMOTO
佐々木寛
Hiroshi SASAKI

平間正規
Masaki HIRAMA
落合和徳
Kazunori OCHIAI

磯西成治
Seiji ISONISHI
田中忠夫
Tadao TANAKA

概要 術前の画像診断, 細胞診, 組織診, 腫瘍マーカー検索において, 卵巣腫瘍のみが疑われ, 最終診断, 治療法に苦慮した進行子宮頸部腺癌の一例を経験した.

症例は53歳, 卵巣腫瘍の診断にて開腹手術を施行したところ, 右卵巣腫瘍, および膀胱, 子宮頸部, 直腸へと連続する腫瘍性硬結を認めたが, 癌性病変に対する拡大手術の同意が得られておらず, 両側付属器摘出術, 大網摘出術を施行した. 病理組織検索により転移性卵巣癌の診断を得, 直ちに上腹部の原発巣の精査を行ったが明らかな腫瘍は認められず, 前回手術で認めた腫瘍性病変の中に原発巣が存在すると考え, 第2回手術を施行. 膀胱全摘, 子宮全摘, 直腸低位前方切除術, 尿管皮膚瘻造設術を施行した. 本症例の最終病理組織学診断は極めて困難であったが, 病理組織学的検討の結果, 巨大な卵巣転移, および膀胱, 直腸浸潤を伴う minimal deviation adenocarcinoma の進行例と診断した.

Key words: 転移性卵巣癌, 子宮頸部腺癌, minimal deviation adenocarcinoma

緒言

一般に, 子宮頸癌は婦人科癌検診や不正性器出血などを契機として, 子宮腔部, 頸部の擦過細胞診により発見されることが多く, 上皮内癌などの初期の病変においても, その検出率は比較的高い. さらに, 進行している病変であれば, 不正性器出血や帯下の増量などの自覚症状を認めることが多く, また直視下およびコルポスコプを用いて子宮頸部を観察することによって病変部を確認することができる. 今回我々は, 子宮頸癌としての自覚症状を全く認めず, さらに術前諸検査において本疾患を疑うことが不可能であったが, 卵巣転移がきっかけとなり, 精査, 加療となった子宮頸部腺癌の一例を経験したので報告する.

症例

症例は53歳女性. 初経は12歳で周期不順であった. 既往歴に11歳時虫垂切除術がある. 2ヶ月前より持続する下

腹痛を主訴に当科を受診. 内診では, 可動性やや不良な鶏卵大の子宮を認め, 右付属器領域に手拳大の可動性不良な腫瘍を触知した. 細胞診は, 腔部, 内膜ともにclassIIであり, また子宮内膜搔爬による内膜の組織診では, 悪性所見は認めなかった.

血算, 血液生化学検査, 腫瘍マーカー検索では以下の通り異常を認めなかった. WBC; 4500/ μ l, RBC; 4.02×10^6 / μ l, Hb; 12.0g/dl, Plt; 338×10^3 / μ l, BUN; 17mg/dl, Cr; 0.7mg/dl, GOT; 15 IU/L, GPT; 8 IU/L, CA125; 12 U/ml, CA19-9; 8 U/ml, CEA; 1.5ng/ml, LDH; 182 IU/L.

腹部CT写真(写真1)では, 骨盤内に約8cmに腫大する, 内部不均一, 充実性腫瘍を認めた. 骨盤のMRI, T2強調写真の正中矢状断(写真2)では, 少量の腹水を認めるのみで, 子宮, 直腸, 膀胱には異常は指摘できなかった.

以上の, 細胞診, 組織診, 腫瘍マーカー検索, および画像検索の結果, 右卵巣腫瘍と診断し, 開腹手術を施行した.



写真1 腹部CT写真

骨盤内右寄りに約8cmに腫大する、内部不均一、充実性腫瘍を認める。

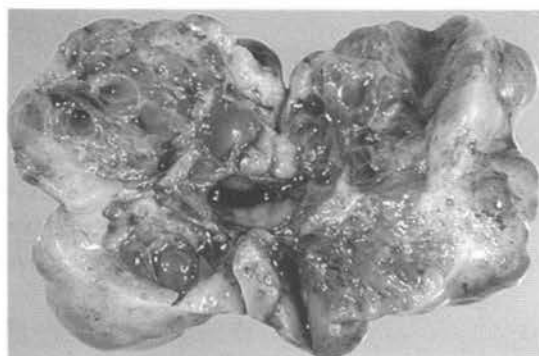


写真3 右卵巢腫瘍

約10cmに腫大する粘液性嚢胞部分を含む充実性腫瘍を認める。



写真2 骨盤のMRI, T2強調写真の正中矢状断
子宮、直腸、膀胱には明らかな異常は指摘できない、少量の腹水を認める。

骨盤内を検索したところ、腫瘍は右卵巢より発生する約10cm大の後腹膜腫瘍と判明したが、大網には明らかな異常は認めなかった。術前検索通り、子宮は正常大であったが、膀胱との間に著しい腫瘍性硬結を認め、また、直腸には長軸方向に約7cmの腫瘍状硬結が認められた。以上の所見から右付属器摘出術を施行。当腫瘍は粘液性嚢胞部分を含む充実性腫瘍であった(写真3)。しかし術中迅速



写真4 卵巢の病理組織像

管腔構造の造成を伴う腺癌病変を認める。

組織診上、転移性の adenocarcinoma、また、腹水の細胞診では class II との回答を得たため、さらに左付属器摘出術、および大網摘出術を施行した。本開腹所見では子宮全摘、膀胱全摘、直腸切除を要すると考えられたが、術前には、卵巢腫瘍としてのみのインフォームドコンセントをとっていたため、転移性卵巢癌に対する再検査の上、再手術または他の治療法を考慮することとし、本術式にとどめた。パラフィン固定にある卵巢の病理組織像(写真4)では、両側ともに管腔構造の造成を伴う腺癌病変を認めた。多結節性で desmoplastic reaction を伴い、転移性卵巢癌が強く疑われ、組織型は well differentiated adenocarcinoma と診断した。

以上のように、卵巢の転移性腺癌の診断が得られたた

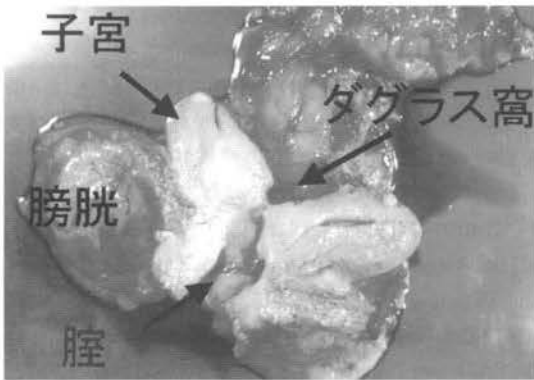


写真5 第2回手術の摘出標本
病巣は膀胱, 子宮頸部, 直腸へ連続する硬結として認める。

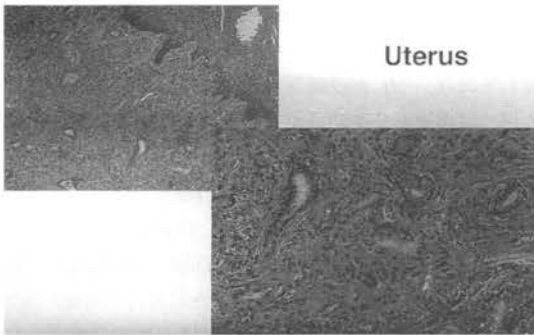


写真6 子宮頸部の病理組織像
卵巣と同様に腺管の cluster を形成する腺癌を認める。

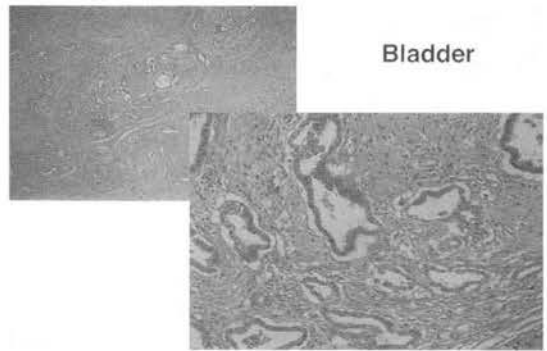


写真7 膀胱壁の病理組織像
子宮との間に浸潤する同病変を認める. 粘膜面に病変は認められない。

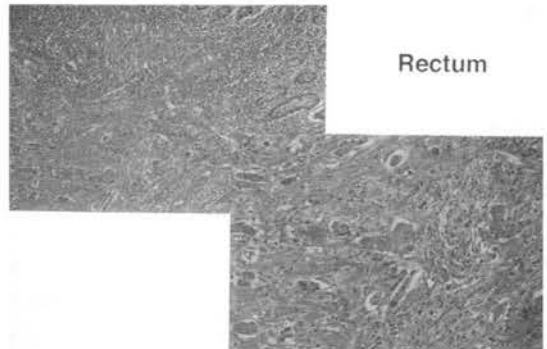


写真8 直腸の病理組織像
漿膜より浸潤性に粘膜下に達する腺癌病変を認めた. 粘膜面に病変は認められない。

め, 術後, 原発巣の再精査を行ったが, 上部消化管, および大腸の内視鏡, 注腸, 上下腹部 CT のいずれにおいても, 原発巣を示唆する病変は認められなかった. 上腹部領域に腫瘍は確認できなかったことから, 前回手術で認めた腫瘍性病変の中に原発巣が存在すると考え, 原発不明転移性卵巣癌の診断にて第2回手術を施行した. 膀胱全摘, 子宮全摘, 直腸低位前方切除術, 尿管皮膚瘻造設術を施行した. 今回の手術では, 初回手術時には確認できなかった複数の 1~2 cm 大の播種性腹膜転移の出現を認めたが, 完全摘出は不可能であった.

第2回手術の摘出標本(写真5)では, 病巣は膀胱, 子宮頸部, 直腸へ連続する硬結として認めた. 子宮頸部の病

理組織像(写真6)では, 卵巣と同様に腺管の cluster を形成する腺癌を認めた. この病変は, 傍子宮組織に達し, 体部では内膜上皮下並びに筋層内に散在する像を認めた. 膀胱壁の組織像(写真7)では, 子宮との間に浸潤性病変を認めた. さらに直腸(写真8)では, 漿膜より浸潤性に粘膜下に達する腺癌病変を認めた.

上腹部に明らかな原発巣を認めず, 病理組織学的に, 卵巣は転移性腫瘍と考えられ, さらに, 膀胱, 直腸の病変はそれぞれの固有粘膜より発生する組織形態をとらず, 漿膜面から浸潤したものと思われ, 最終的に子宮頸部腺癌の一型, minimal deviation adenocarcinoma の進行例と診断した.

表1 子宮頸部癌における卵巣転移 (*1)

FIGO stage	卵巣転移の割合
I b	約2.5%
II	約19%
頸部間質浸潤	卵巣転移の割合
内側 1/3	0%
それを越えるもの	約20%

進行子宮頸部腺癌で、腹膜残存腫瘍の存在が明らかであったため、CAP療法 (Cyclophosphamide 600mg/m², Epirubicin 30 mg/m², Cisplatin 75 mg/m²) による化学療法を2コース施行したが、皮膚転移が出現し、Progressive Disease と判断、Cisplatin, CPT-11併用療法 (Cisplatin 60 mg/m², Camptotesine 60 mg/m² × 3) に変更し、化学療法を続けた。しかし、腹膜病変は癌性腹膜炎に進展し、腸閉塞を併発し、全身状態悪化のため、第2回手術より250日後死亡された。

考 案

本症例のポイントは、診断が困難として知られる minimal deviation adenocarcinoma ではあったが、多発性臓器転移をきたしながら尚、組織診のレベルにおいても最終診断に苦慮した点にある。

子宮頸癌は細胞診の検診制度が普及することによりその死亡率は飛躍的に改善された。ところが、子宮頸部腺癌の一型である本疾患は、細胞診はもとより組織診でさえも確定診断を得るに困難な疾患とされている。本症例は術前検査の子宮頸部細胞診において癌細胞、異型細胞の

出現が全く認められず、画像診断では卵巣腫瘍のみが指摘された。さらに腫瘍マーカーの検索では、異常値が認められず、悪性腫瘍の術前診断も不可能であった。初回手術所見から初めて転移性卵巣癌の診断を得、さらに組織型を加味することにより本疾患の可能性が考えられた。

しかし、病理組織診断においても最終結論は困難であり、諸家の考察を持たねばならなかった。平成12年10月、第11回 Annual Review Course on Gynecologic Oncology and Pathology (於大津) に於いて、Prat J., Sherman, M.E., Silverberg, S.G. らと検討の結果、鑑別診断として直腸の Adenocarcinoid が挙げられたが、3者の統一見解としては、極めてまれな endocervical gland 由来の minimal deviation adenocarcinoma と診断された。

子宮頸部腺癌では、子宮頸部扁平上皮癌と比べ卵巣転移を認める割合が高いことが一般に知られている。Natsume N. らによると (表1)、子宮頸部腺癌において、FIGO stage I b の約2.5%、stage II の約19%に卵巣転移を認めており、一方、頸部間質浸潤が内側の1/3にとどまる例には卵巣転移を認めずそれを越える例では約20%に卵巣転移を認めた、と報告している。

本症例では子宮頸部に発生した腺癌が、外方には発育せず、間質方向にのみ進展し、早期に卵巣転移を来したにも関わらず、通常細胞診では頸部の腺癌を確認しきれなかった、極めてまれな一例であったと考えられた。(本論文の要旨は、第316回日本産科婦人科学会東京地方部会例会で発表した。)

文 献

- 1) Norihiro Natsume, M.D. et al. Gynecologic Oncology 1999; 74: 255-258