

薬物抵抗性を示した再発鼠径部子宮内膜症の1例 —手術療法が効を呈した症例—

健保連大阪中央病院婦人科

橋本 佳子, 松本 貴, 佐伯 愛, 蔵盛理保子
奥 久人, 久野 敦, 伊熊健一郎

緒 言

鼠径部子宮内膜症は、子宮内膜症のうち0.3～0.8%ときわめて稀な疾患であり [1-4]、月経時に随伴する鼠径部の腫瘍感と疼痛は、女性のQOLを著しく損なう。発生機序としてはいくつかの説が報告されているが、子宮内膜細胞が、深鼠径輪から鼠径管を通り浅鼠径輪へと至る円靭帯の血管やリンパ管を介して移行する説が有力である。

当科では、2006年4月から2009年12月までの間に鼠径部子宮内膜症を8例経験した。そのう

ちの1例は、他院で鼠径部病巣切除術の既往がある再発例で、低用量一相性ピル（以後OCと示す）を内服するも疼痛コントロールが不良であった。本稿では、腹腔鏡併用下に鼠径部から円靭帯まで一塊とした病巣の切除により、症状の改善をみた症例を経験したので報告する。

当科で経験した鼠径部子宮内膜症

当科で2006年4月から2009年12月の間に、8例の鼠径部子宮内膜症を経験した。その内訳を表1に示す。8例全例に、月経時に増悪する鼠径部痛を認めた。当院での治療内容の内訳は、

表1 鼠径部子宮内膜症の8例の内訳

症例	年齢	経産	経産	主訴	左右	当院における治療	鼠径部以外の子宮内膜症病巣	手術既往
1	35	0	0	鼠径部痛 血便	左	手術→妊娠	深部, 直腸	卵巣子宮内膜症性嚢胞摘出
2	36	1	0	鼠径部痛 月経痛	左	手術 →ジェノゲスト	深部, 直腸	卵巣子宮内膜症性嚢胞摘出 子宮内膜症病巣焼灼 鼠径部病巣切除
3	24	0	0	鼠径部痛 腫瘍感	右	手術→OC	—	—
4	38	0	0	鼠径部痛 腫瘍感	右	不妊治療中	—	卵巣子宮内膜症性嚢胞摘出 直腸低位前方切除 深部子宮内膜症病巣切除
5	40	0	0	鼠径部痛 月経痛	右	OC	(臍部) ^{注1}	鼠径部病巣切除
6	36	0	0	鼠径部痛 腫瘍感	右	OC	—	—
7	32	0	0	鼠径部痛	右	OC	腹壁, (深部) ^{注1}	鼠径ヘルニア 卵巣皮様嚢腫摘出
8	38	2	2	鼠径部痛	右	OC	—	卵巣皮様嚢腫摘出

注1 ; 括弧内のは臨床症状, 内診所見, 画像所見からの診断であり, 組織学的には証明されていない病巣である。

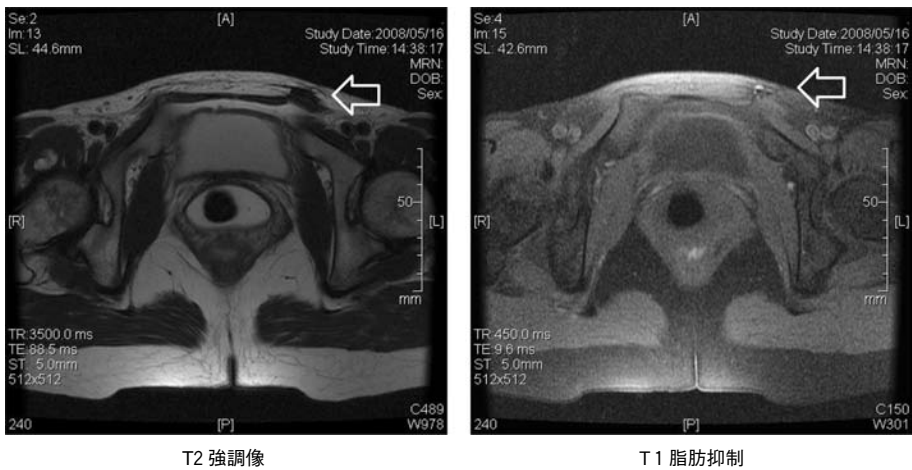


図1 左鼠径部にT2で低信号，T1脂肪抑制で一部高信号域のある病変を認める（症例2）

手術治療を行った症例が3例（症例1～3），OCもしくはジェノゲストによる薬物療法のみが4例（症例5～8），経過観察が1例（症例4）であった。8例中4例（症例1，2，4，5）は以前に子宮内膜症に対する手術既往があり，そのうち2例（症例2，5）は他院での鼠径部病巣切除術後の再発例であった。再発例のうち1例（症例5）はOC内服で鼠径部の疼痛が軽減したが，もう1例（症例2）はOC内服にもかかわらず，疼痛のコントロールが不良であったため，当院での手術施行となった。

症 例

背景：36歳，既婚，1経妊0経産。1997年（24歳）頃より月経痛が増悪したため，近医を受診。子宮内膜症の診断の下，GnRHaを処方されたが副作用のため中止。2001年に他院での中用量ピル処方でも月経痛は軽減したが，妊娠希望のため1年間で内服中止となった。2004年月経時に左鼠径部痛の出現と月経痛の増強のため前医を受診。同年9月に腹腔鏡下に左卵巣子宮内膜症性嚢胞摘出，子宮内膜症病巣焼灼，左鼠径部腫瘍切除の手術を受けた（rASRM stageⅢ，33点）。術後は妊娠希望のため，薬物治療は行わず，経過観察となったが，2007年3月頃より再度月経痛，左鼠径部痛の増強のため，OC内服となったが，症状の改善が認められなかったため，2008

年5月当院への紹介となった。当科初診時には左鼠径部に3×1cm大の腫瘤を触知し，内診，直腸診でダグラス窩の左側に硬結，圧痛を認めた。MRI画像では，左鼠径靭帯に沿ってT2で低信号，脂肪抑制で一部出血と思われる高信号域がある病変を認めた（図1）。以上より，深部子宮内膜症，鼠径部子宮内膜症と診断し，薬物療法に抵抗性であったため，保存手術を検討したが，患者の強い子宮全摘希望があり，2009年3月腹腔鏡下に深部および鼠径部子宮内膜症病巣切除術，子宮全摘術の方針となった。

手術内容と経過：腹腔鏡下での腹腔内所見として，左円靭帯に発赤を認め（図2-1），ダグラス窩は子宮内膜症による癒着のため，完全に閉鎖していた（図2-2）。まず骨盤内の癒着剥離の後，ダグラス窩，仙骨子宮靭帯，腹壁の深部病変，直腸筋層部の病変切除を行った後，子宮全摘を行った。最後に鼠径部の病巣切除に移った。はじめに腹腔内より円靭帯を深鼠径輪まで剥離した後（図2-3），体外操作に移った。病変部を皮膚切開し，鼠径部腫瘤の周囲を剥離し，円靭帯と一塊にして病巣を摘出した（図2-4）。再度腹腔内に戻り，腹膜を縫合修復して手術を終了した（rASRM stageⅣ，47点）。手術時間は331分，出血量は125mlであった。病理組織学的所見では仙骨子宮靭帯，ダグラス窩，鼠径

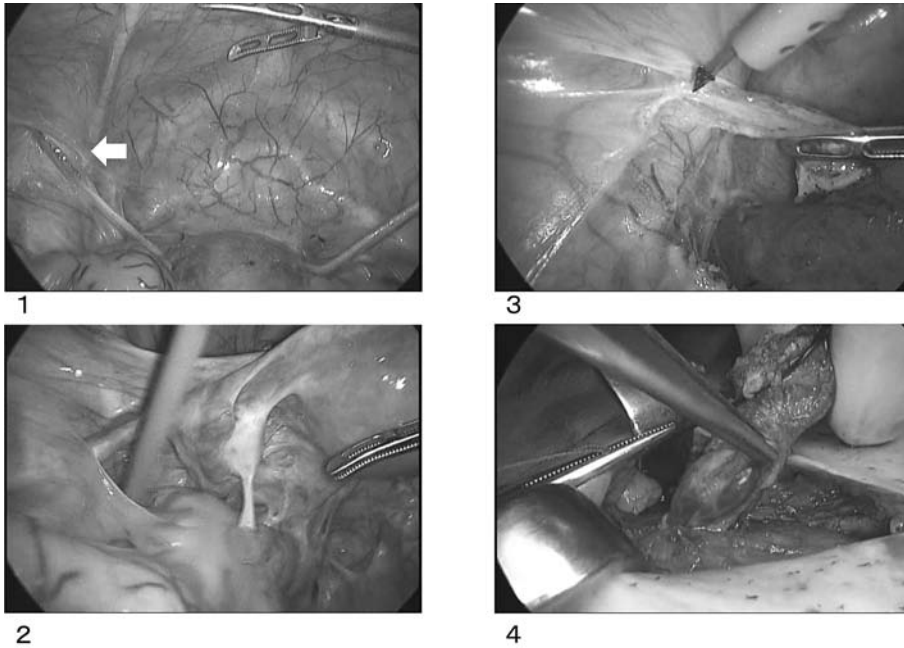


図2 腹腔鏡下と体外での手術所見

- | | |
|---------------------|-----------------|
| 1 左円靭帯に発赤を認める | 2 手術開始時のダグラス窩癒着 |
| 3 腹腔内より円靭帯を深鼠径輪まで剥離 | 4 腫瘍周囲を剥離し、病巣摘出 |

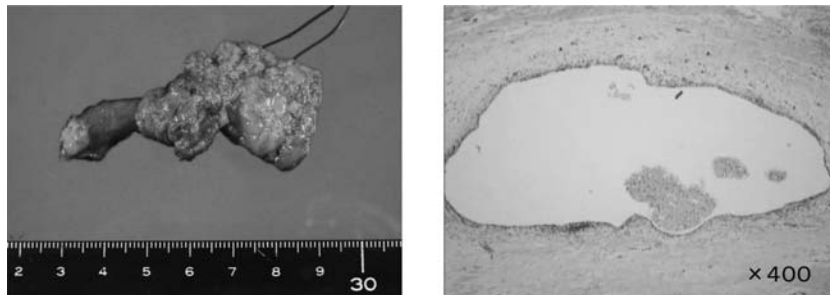


図3 鼠径部病巣の摘出物標本（8g）、および病理所見

部から円靭帯（図3）のいずれの病巣においても子宮内膜症組織を認めた。術後の経過は良好で、術後7日目に退院。術後1年経過したが、現在のところ再発兆候は認めていない。

考 察

子宮内膜症は成人女性の約10%に発症し、鼠径部子宮内膜症はその子宮内膜症患者のうち0.3～0.8%と稀な疾患である。好発年齢は25～50歳、右側に多いと報告されている〔4,5〕。当院での8症例では、初診時の平均年齢は34.8歳

（24～40歳）、8例中6例（75%）が右側であり、報告と一致していた。またこれらの8例中2例が再発例であり、卵巣子宮内膜症性嚢胞など他の内膜症病巣と同様、術後に薬物療法を行わなかった場合の再発率の高さが示唆された。

ここで、当科における鼠径部子宮内膜症など特異部位子宮内膜症を含む重症子宮内膜症の基本的な治療指針を図4に示す。まず、挙児の希望があるか否かで分ける。すぐに挙児希望がある場合は、保存手術を行う。将来的な挙児希望

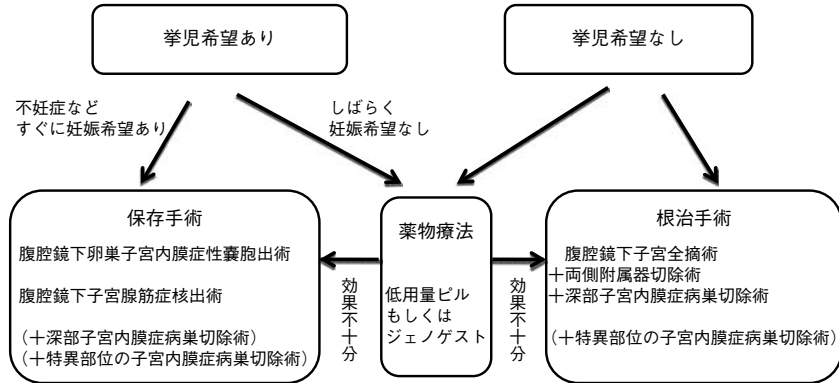


図4 当院における重症子宮内膜症（特異部位子宮内膜症を含む）の治療指針

はあるが当面はない場合には、まずOCやジェノゲストなどの薬物療法を行う。薬物療法で疼痛コントロールが可能な場合は、薬物療法を継続し、疼痛コントロールが十分でない場合は手術を考慮する。また挙児希望のない症例に対しては、薬物療法、もしくは根治手術を行う。

鼠径部子宮内膜症の発生機序としては、①子宮内膜細胞移行説（リンパ管、血管を介した転移説・機械的移植説・経卵管移植説）、②化生説、③胎生組織遺残説、④複合説などさまざまな学説がある。そのなかで子宮からのリンパ流経路として仮定されている5つのうち、1つは円靭帯を通過して鼠径部リンパ節に至る経路のため、リンパ管を介する転移説が最も有力なようである〔6〕。

今回われわれは、薬物抵抗性の鼠径部子宮内膜症再発例に対し、前述の発生機序を考慮したうえで、円靭帯と一塊にした病巣切除を行った。文献上も、再発例に対して円靭帯部分までを含めた鼠径部病変の切除により、良好な術後経過が得られたとする報告がある〔7〕。病巣切除を行う際、再発率の高さを考えると、特に再発例や妊娠希望のため術後薬物療法を行えない症例に対しては、体外からのアプローチと腹腔鏡を併用し、円靭帯を含めた病巣切除は有効な治療

法になると思われる。

結 語

今回われわれは、薬物抵抗性の鼠径部子宮内膜症再発例に対し、円靭帯までを一塊にした病巣切除を行うことで、良好な術後経過を得た。鼠径部子宮内膜症に対する手術治療を考慮する場合には、円靭帯部分を含む病巣の切除により根治性が期待できると考えられた。

文 献

- [1] Jimenz M et al. Inguinal endometriosis. *Ann Surg* 1960 ; 151 : 903-911
- [2] Strasser EJ et al. Extra peritoneal endometriosis. *Am Surg* 1977 ; 43 : 421-422
- [3] Markham SM et al. Extra pelvic endometriosis. *Obstet Gynecol Clin North Am* 1989 ; 16 : 193-219
- [4] Giovanni C et al. Inguinal endometriosis : pathogenetic and clinical implications. *Obstet Gynecol* 1991 ; 78 : 191-194
- [5] 安 炳九ほか. 鼠径ヘルニアに合併した子宮内膜症の1例. *日臨外会誌* 2004 ; 65 : 1980-1983
- [6] Minoru U et al. Histologic study of endometriosis and examination of lymphatic drainage in and from the uterus. *J Obstet Gynecol* 1991 ; 165 : 201-209
- [7] Luigi F et al. Radical excision of inguinal endometriosis. *Obstet Gynecol* 2007 ; 110 : 530-533