

異所性子宮内膜症由来と考えられた後腹膜悪性腫瘍の1例

- 1) 横浜市立大学附属市民総合医療センター婦人科
- 2) 横浜市立大学附属病院産婦人科
- 3) 大和市立病院

竹内 梓¹⁾, 岡本 真知¹⁾, 水島 大一¹⁾, 香川 愛子¹⁾
佐藤 綾¹⁾, 石川 雅彦³⁾, 吉田 浩¹⁾, 平原 史樹²⁾

緒 言

子宮内膜症は一般的に子宮, 卵巣, および骨盤腹膜に存在することが多いが, 女性生殖器以外あるいは骨盤腔以外に存在する子宮内膜症病変も認められる. 一方, 子宮内膜症の悪性転化もしばしば見受けられるが, その大部分が卵巣原発であり, 後腹膜原発はきわめて稀である. 異所性内膜症由来と考えられた後腹膜悪性腫瘍を経験したので症例報告をし, 文献的考察を行った.

症 例

患者は44歳, 2回経妊2回経産, 月経周期は順, 月経量は中等量, 月経痛は比較的軽度であった. 家族歴・既往歴にいずれも特記すべきことはなかった.

4年前, 骨盤腹膜炎の精査目的で撮影した

MRI (図1) にて4 cm 大の卵巣嚢腫を指摘されていたが, その後来院せずフォローされていなかった. 今回は, 左下腹部痛および腫瘍感により近医を受診した際に, 経腹超音波上, 左下腹壁直下に嚢胞性腫瘍を指摘され, 当院へ紹介受診となった. 左下腹部上前腸骨稜のやや内側に超鶯卵大のやや可動性不良な嚢胞性腫瘍を腹壁より触知したが, 内診上, 子宮は正常大, 右付属器は触知せず, 圧痛は認めなかった. 超音波検査では子宮は正常所見, 右卵巣正常大, 左付属器領域に一致して8.5×6.3×6.0cmの類円形嚢胞状腫瘍を認め, 嚢腫壁内側面は軽度の凹凸不正像を呈した. 超音波上明らかな血流像は描出されなかった. 骨盤部MRIでは, 4年前に比し明らかに増大した左付属器領域腫瘍を認め, 内壁に不均一な肥厚部分が認められ, 腫

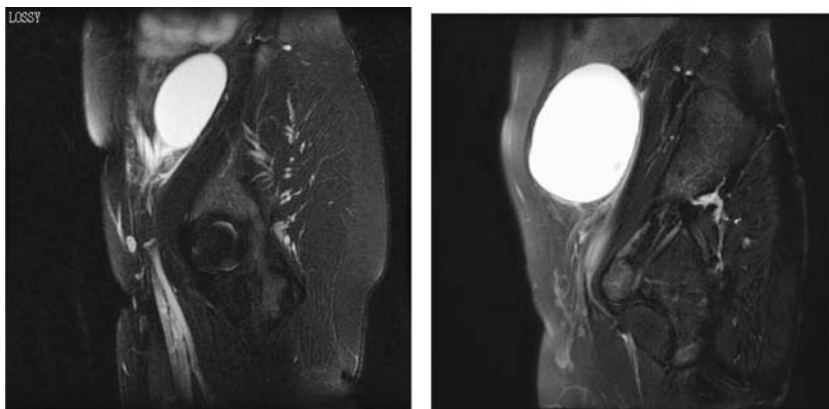


図1 MRI T2強調画像矢状断 左: 4年前, 右: 術前

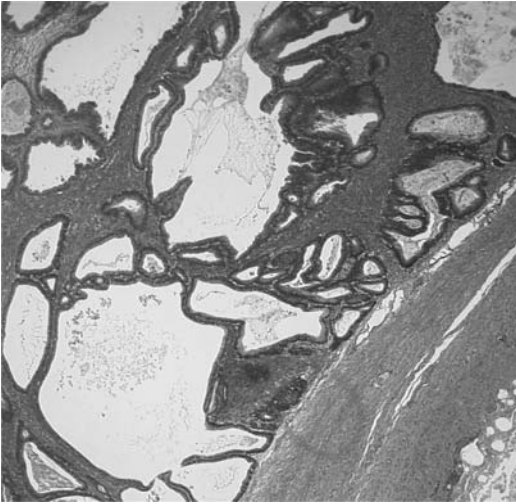


図2 粘液性腺癌 HE染色 4X

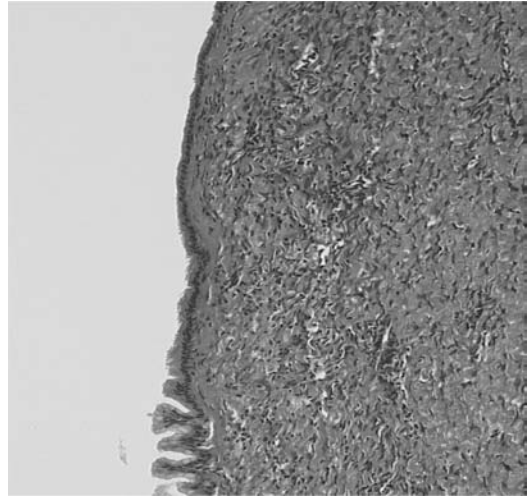


図3 子宮内膜症様組織 HE染色 10X

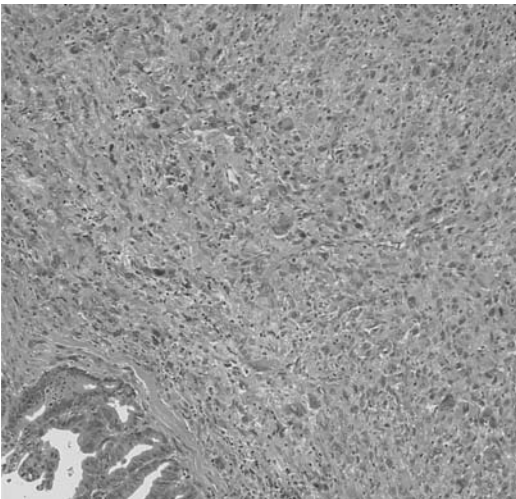


図4 肉腫様組織 HE染色 10X

瘍内容はT1 low, T2 high intensityにて漿液性成分を含んでいると考えられた。右卵巣は正常大に描出されるが、左卵巣は同定されなかった。明らかな骨盤リンパ節腫大や腹水貯留は認めなかった(図1)。血液、生化学的検査、主な腫瘍マーカーは、CEA 1.0ng/ml, CA125 9.0 U/ml, CA19-9 20U/ml いずれも上昇を認めず、他、血液生化学的に異常を認めなかった。

婦人科的細胞診は、頸部・頸管 陰性、内膜陰性。術前診断では、左卵巣腫瘍、壁肥厚より悪性腫瘍を否定できないと考え、開腹付属器切除のうえ迅速診断の方針とした。

開腹手術時、骨盤腔を含め腹腔に癒着なし、腹水なし、子宮、両側付属器は正常大で、左卵巣由来と考えられた腫瘍は左後腹膜腔に位置していた。S状結腸間膜漿膜を切開し、左後腹膜腔を展開すると腫瘍は外腸骨動脈腹側に癒着していた。表面は平滑で破綻はみられなかった。腫瘍は破綻することなく摘出された。卵巣腫瘍ではないため、迅速病理診断の結果で術式に変更がないと考え、迅速病理には提出しなかった。

病理組織検査所見：病理組織診断名は mucinous adenocarcinoma with focal sarcomatous differentiation. 異形の強い腺管構造と、間質は比較的細胞が豊富で、子宮内膜様の間質を伴っており、正常子宮内膜様の所見から乳頭状増殖に移行する様子もみられた。また、腫瘍間質部には肉腫様組織も認められた。免疫組織染色では、サイトケラチン(以下CK)7が陽性、CK20が陰性であり、卵巣粘液性腺癌よりも子宮内膜癌に染色パターンは類似していた。さらに、エストロゲンレセプター、プロゲステロンレセプターとも陽性であった。組織学的に壁外への浸潤は認められなかった(図2~4)。

術後診断は、後腹膜腫瘍、粘液性腺癌、異所性子宮内膜症疑いであり、術後の化学療法を検討したが患者の希望により行わず、外来にて経過観察中である。現在術後1年を経過し再発兆

候を認めていない。

考 察

子宮内膜症全体の悪性転化については、1～2.5%との報告がある〔1〕。そのうち約80%は卵巣より発生し、その他の部位が20%であるが、後腹膜原発のものはきわめて稀といえる。

2005年 Ulrich らは卵巣以外の子宮内膜症の悪性転化139例の発生部位について検討をし、消化管が40例(28%)、直腸腔中核が18例(13%)、子宮筋筋症12例(9%)、腹膜8例(6%)、その他膀胱、膣、膺等さまざまな部位から発生すると報告している〔2〕。また、異所性子宮内膜症の症例には、子宮、付属器に子宮内膜症を認めるものが多いが、本症例は他部位の子宮内膜症は認めなかった。子宮内膜症の組織発生についてはさまざまな説が唱えられているが、本症例は腫瘍が外腸骨動静脈の腹側に位置していたことから、リンパ行性転移により内膜症が生じ、悪性転化した可能性が推測された。

組織学的には、卵巣原発の場合、明細胞腺癌が49%、類内膜腺癌が28%であるが、生殖器以外が原発の場合は類内膜腺癌が66%、肉腫が25%、明細胞腺癌が4.5%となっている〔3〕。

子宮内膜症の悪性転化については、1925年に Sampson が報告したものが最初であるといわれる。また Sampson は子宮内症から発生した癌とするための判定基準〔4〕を提唱しており、①同一組織内に癌と良性子宮内膜症組織が共存していること、②癌がその組織から発生し他の部位からの浸潤や転移ではないこと、③組織学的にも子宮内膜症がその腫瘍の起源と考えて矛盾のないこと、である。さらに1996年に Scott〔5〕が、④良性子宮内膜症から癌への直接的な移行がみられる、と追加している。本症例は Scott が提唱する内膜症から癌への移行ではないが、子宮内膜様組織の乳頭状に増殖する所見が認められた。また Sampson の3つの判定基

準は満たしている。また、粘液性卵巣癌との鑑別が必要となってくるが、免疫組織染色において、粘液性卵巣癌の場合 CK7 陰性、CK20陽性を示す。一方、類内膜腺癌の80～100%は、CK7 陽性、CK20 陰性であり、したがって本症例は卵巣由来ではなく、子宮内膜由来と考え、後腹膜腔の子宮内膜症より発生した粘液性腺癌と診断した。

子宮内膜症は生殖器以外のさまざまな部位に発症し、そこからの悪性転化例も報告されている。本症例のように術前に内膜症の既往がない場合は、特に病理組織学的診断で初めて内膜症由来の組織であると診断されることも少なくない。そのため、診断には免疫染色などを用いた病理組織学的な詳細な検討が必要となる。また、内膜症性嚢胞など内膜症の既往がある場合は、閉経後のエストロゲン単独療法やエストロゲン産生腫瘍によるエストロゲン過剰状態での悪性転化例も報告〔6〕されており、閉経後も超音波や腫瘍マーカーを用いてフォローすることが必要であると考えられた。

文 献

- 〔1〕 Van Gorp et al. Endometriosis and the development of malignant tumors of the pelvis. A review of literature. *Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol* 2004 ; 18 : 349
- 〔2〕 Ulrich U et al. Parametrial and rectovaginal adenocarcinoma arising from endometriosis. *Int J Gynecol Cancer* 2005 ; 15 : 1206 - 1209
- 〔3〕 James M et al. Malignant neoplasms arising in endometriosis. *Obstet Gynecol* 1990 ; 75 : 1023 - 1028
- 〔4〕 Sampson J. Endometrial carcinoma of the ovary, arising in endometrial tissue in that organ. *Arch Surg* 1925 ; 10 : 1 - 72
- 〔5〕 Scott R. Malignant changes in endometriosis. *Obstet Gynecol* 1953 ; 2 : 283 - 289
- 〔6〕 Leiserowitz GS et al. Endometriosis-related malignancies. *Int J Gynecol Cancer* 2003 ; 13 : 466 - 471