

最近経験した興味ある絨毛性腫瘍 を疑わせる2症例

東京女子医科大学産科婦人科学教室 (主任: 川上 博教授)

神 田 郁 子・村 山 啓三郎
カン ダ イク コ ムツ ヤマ ケイサブロウ

助教授 高 橋 文 子・教 授 川 上 博
タカ ハシ フミ コ カワ カミ ヒロシ

東京女子医科大学病院中央検査室病理部

助教授 平 山 章
ヒラ ヤマ アキラ

(受付 昭和48年1月31日)

はじめに

近年、産婦人科領域における進歩のうちでも、絨毛性腫瘍についての概念の整理や治療法の進歩などは、とくに著しいものの1つといえることができる。

絨毛性腫瘍とは、胞状奇胎、破壊性胞状奇胎および絨毛上皮腫の3種を総称するが、これら3種の疾患の相互関係については、それぞれ独立したものではなく、1つの連続疾患であると考えた方が理解しやすい多くの事実がある。

胞状奇胎の5~10%は、続発腫瘍の発生を認め、絨毛上皮腫の先行妊娠の60%は、胞状奇胎であるという臨床統計的事実は、多くの研究者のひとしく認めるところである。

したがって、胞状奇胎娩出後、これに続発する胞状奇胎や絨毛上皮腫への悪性化過程を早期に診断し阻止することがきわめて重要であり、この目的にそつた胞状奇胎娩出後の慎重な管理の重要性が強調されている。

最近われわれは、診断に迷つた絨毛性腫瘍を疑わせる2症例を経験したので報告する。

症 例

症例Ⅰ

患者: 矢○紀○子, 32才, 主婦。

主訴: 性器出血および左下腹部痛。

既往歴: 既往疾患は特になし。月経: 初経13才, 周期30日型, 5日間, 順調。量は中等量, 血塊(+), 疼痛(+), 月経前緊張症(-)。結婚23才。

妊娠分娩歴 (表1)。

現病歴: 最終月経昭和47年8月2日より4日間, 9月2日, 9月4日にわずかに褐色の出血あり。10月8日下腹痛部をみとめ某医受診。自然流産の疑いにて, 10月9日子宮内膜搔爬術を施行す。そのとき, 子宮はやや大きく, 腺筋症あるいは, 子宮肥大症があるとの診断を受け, 妊娠所見は全く認められなかつたとのこと。その後, 性器出血, 下腹部痛が持続し, 10月20日 (搔爬後11日目) に当科外来受診す。

初診時所見

全身所見: 心臓, 肺に異常所見なし。臍下2指左側下腹部に腫瘤あり。圧痛をみとめる。

局所所見: 子宮前傾前屈, 手拳大, わずかに圧痛あり。子宮腔長は7cmで両側付属器を触れず。ダグラス窩に異常なし。

Ikuko KANDA, Keisaburo MURAYAMA, Fumiko TAKAHASHI, Hiroshi KAWAKAMI, Department of Obstetrics and Gynecology (Director: Prof. Hiroshi KAWAKAMI), Tokyo Women's Medical College.

Akira HIRAYAMA, (Central Clinical Laboratory, Tokyo Women's Medical College Hospital): Two cases on suspected trophoblastic neoplasia.

表1 症例Ⅰの妊娠分娩歴

	年 令	妊娠月数	自然・人工・流・早産	妊娠経過	分娩様式	産 褥	児 所 見
1	24才	10		正常	正常分娩	正常	♀ 3150 g
2	28	10		正常	帝王切開	正常	♂ 3700 g
3	29	3	人工流産				
4	31	4	自然流産				
5	32	3(?)	自然流産(?)……(今回の症例に関係するもの)				

子宮の大きさ、硬度および性器出血から妊娠を疑い、検査の結果、ゴナビスライド(+)、Friedman 反応 10×10 家兎単位(-)、胸部 X-P 所見は正常であった。

以上より絨毛性腫瘍+子宮筋腫を疑い、精検のため10月23日入院。

入院時ならびに入院後の諸検査

血液一般、血沈、血清化学、肝機能、心電図すべて正常。Friedman 反応 500単位(+), 1000単位(-), ゲステート $4 \times (+)$, $8 \times (-)$, BBT 高温相持続, 骨盤動脈撮影にて子宮左下方部分に腫瘍の存在を十分うたがわしむる所見を認めた(写真1, 2, 3)。

Friedman 反応 500単位(+), BBT 高温相, 骨盤動脈撮影による異常所見から、絨毛上皮腫の疑いと診断し、47年11月1日、子宮単純全別出術+両側付属器別出術施行(写真4)。

病理所見: Retented placental tissue (写真5, 6)。

症例Ⅱ

患者: 美○啓○, 31才, 主婦。

主訴: 胞状奇胎娩出後の精査希望。

既往歴: 既往疾患: 特になし。初経13才, 月経順調。28日型, 4日間。結婚24才。

妊娠分娩症(表2)

現病歴: 昭和46年7月26日, 某医にて妊娠18週, 胞状奇胎の診断にて子宮内容除去術施行。同院にて8月28日再び, 子宮内容清掃術を受ける(この際の組織検査結果は不明)。9月6日よりMTX20mg/dayの注射にて計100mgの投与を受ける。その後, Friedman 反応(-), BBT 2相性。昭和46年11月5日, 胞状奇胎娩出後の精査を希望し, 当科外来受診す。

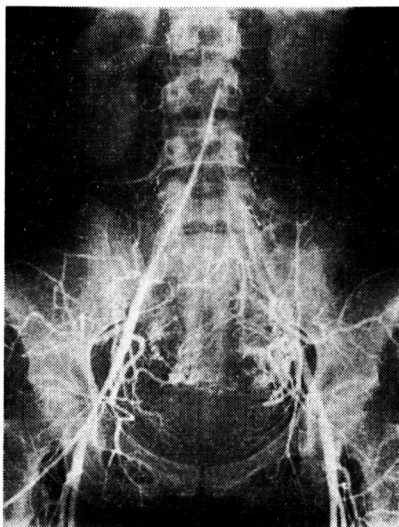


写真1 症例Ⅰ 造影剤注入1.5秒後
左側子宮動脈のにじんだ状態の不整血管像を呈すA-V shuntをみとめる

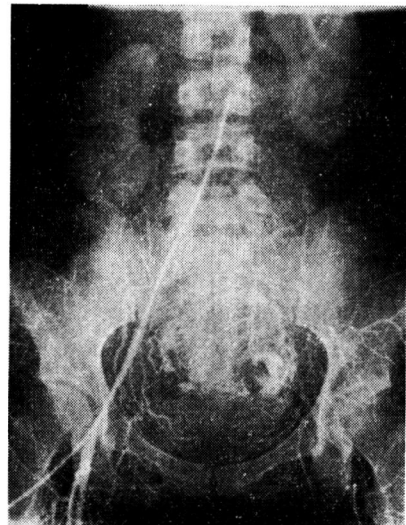


写真2 症例Ⅰ 造影剤注入4秒後
子宮筋層にのこる淡い血管像と子宮と思われる部分の左下方に濃染した造影剤の貯溜像をみとめる。内部に未充盈の部分のみとめる。

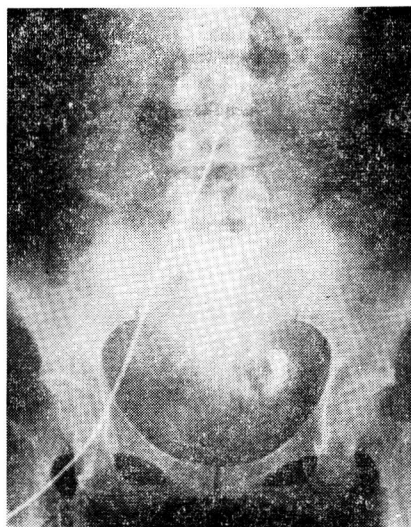


写真3 症例Ⅰ 左下方に造影剤の貯溜像の残りがみられる



写真4 症例Ⅰ 摘出標本

子宮峡部すなわち解剖学的内子宮口の下部に組織の増殖と一部崩壊部がみとめられる

11月6日, 13日, 12月13日の Friedman 反応50単位(一), 胸部 X-P 所見正常.

昭和47年3月27日, 性器出血1カ月以上も持続し来院. 子宮腔部びらんと子宮出血の診断にて試験的子宮内膜搔爬術を施行.(その後, 性器出血消失.)

病理所見: 一部早期の分泌期内膜とその他に necrotic-



写真5 症例Ⅰ 100×拡大像(正常な絨毛と脱落膜)

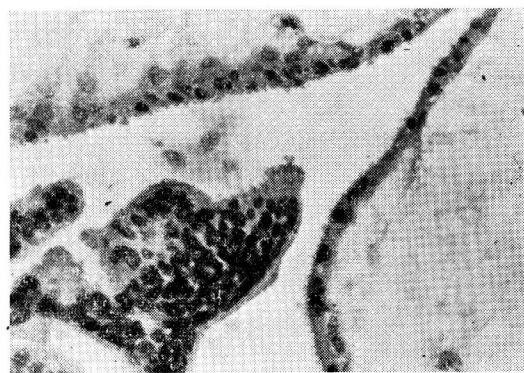


写真6 症例Ⅰ 450×拡大像(写真5の中央部分)

decidua の混入あり.

6月1日, 陰部びらんにて portio-biopsy+conization 施行. 病理所見にて Chronic cervicitis with squamous metaplasia. その間の Friedman 反応50単位(一).

9月12日, 子宮頸管前壁に茎の長いエンドウ豆大の暗紫赤色の出血性粘膜ポリープが発生し, これを摘出したが, その組織の病理所見は Trophoblastic-invasion で, その時点での BBT は図1に示すように, 3週間の高温相が持続し, この間不正出血をみた. しかし, Friedman 反応50単位(一), 胸部 X-P 所見正常. 突然11月2日, Friedman反応50単位(十)となり, それまでは高温相が持続しており, 11月10日にエンドウ豆大の暗紫色の出血性ポリープが再発. ただちにこれを摘出したが, その病理所見は, 写真7, 8に示すごとく, 絨毛上皮腫をうた

表2 症例Ⅱの妊娠分娩歴

	年 令	妊娠月数	自然, 人工, 流, 早産	妊娠経過	分娩様式	産 褥	児 所 見
1	27才	10M		正常			♀ 2550 g (肺拡張不全 にて死亡)
2	30	5 M	人工流産(胎状奇胎)……今回の症例に関係するもの				

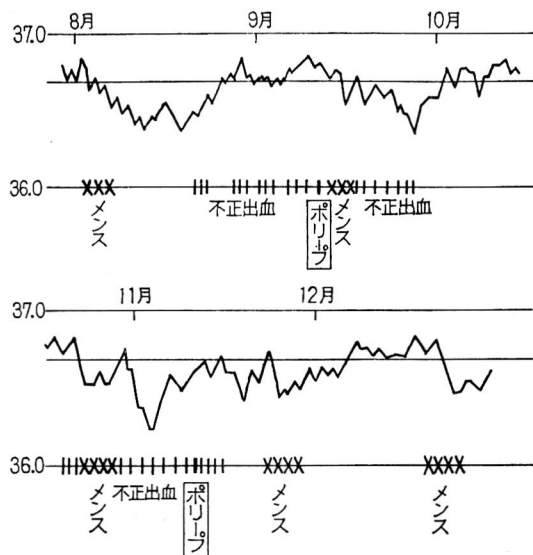


図1 症例Ⅱ 昭和47年8月—12月におけるBBTと出血との関係



写真7 症例Ⅱ 35×拡大像
Trophoblastの空腔変性のある細胞の増殖がみられ、異型は軽い

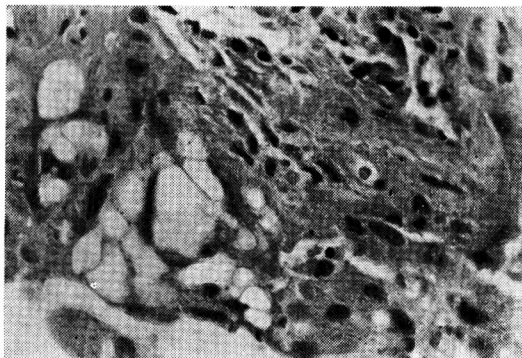


写真8 症例Ⅱ 450×拡大像

がわしむる所見であつた。ただちにMTX 5 mg/day を14日間内服させ、11月23日入院となる。

入院時所見：全身所見特に変わりなし。

局所所見：子宮後傾後屈，正常大．やや圧痛あり，付属器触れず，ダグラス窩正常。

入院時および入院後の諸検査：

昭和47年11月23日：血液一般，血清化学，肝機能，腎機能，胸部X-P所見，すべて正常．11月25日，Friedman反応50単位（－），11月27日，骨盤動脈撮影（写真9，

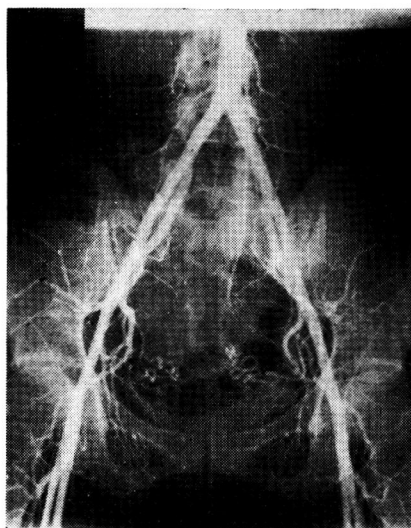


写真9 症例Ⅱ 造影剤注入 1.2秒後

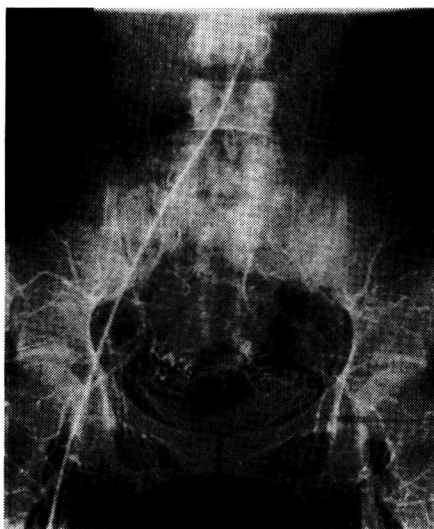


写真10 症例Ⅱ 造影剤注入 3秒後
子宮動脈の血流量多く，子宮がやや大きい他には異常所見はみられない。

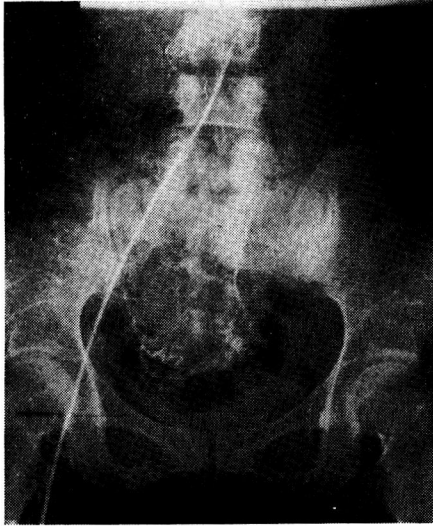


写真11 症例Ⅱ 造影剤注入6秒後

10, 11) 異常所見 (一), 12月2日, Friedman 反応50単位 (一), 胸部 X-P 所見正常, 12月7日一時退院にて経過観察中である。

考 案

絨毛上皮腫の診断において、その存在が疑われるときには、試験的子宮内膜搔爬術などは極力ひかえ、他の方法により診断を確立することが必要である。これは原病巣が絨毛上皮腫であつたとき、搔爬術施行により絨毛上皮腫細胞の血行性転移をひき起こす可能性があるからである。

1969年 UICC (Union Internationale contre le cancer) の絨毛性腫瘍国際共同研究班 (International Study Group for Trophoblastic Neoplasia) も新たな治療概念として原病巣に直接手術的操作を加えず絨毛上皮腫の臨床診断を行ない、これにもとづいて治療を行なうことの重要性を示した²⁾。

絨毛上皮腫の臨床診断に関する有力な方法として Borell³⁾ による Pelvic Angiography (以下 P A G と略) がある。一般的に、両側子宮動脈上

行・下行枝の著明な拡張蛇行、血管増生像 hyper-vascularity および動静脈短絡像 arterio-venous shunt or communication が、絨毛上皮腫における P A G の特徴的所見とされているが、鈴木ら⁴⁾⁵⁾ は、P A G による診断の的中率は85.7%程度であり、折鐫針金像、および直径1mm以下の個々に分離した辺縁のやや不鮮明な数個の円形像の集簇が絨毛上皮腫に特異的所見であり、この集簇円形陰影は本質的には折鐫針金像と同一で、巢内裂隙の造影像であろうと言っている。

症例Ⅰ、Ⅱともに、先行妊娠からの期間、先行妊娠の種類、尿中 H C G 値、B B T の pattern などから絨毛上皮腫が考えられたが、症例Ⅰでは、P A G において上記の特異所見を思わせる造影像が認められ、病理所見には、悪性像なく、症例Ⅱでは、P A G に絨毛上皮腫所見は認められず、病理所見に絨毛上皮腫を考えさせるものがあつた。この2症例の取扱いに最も困難を感じたのは、この P A G 所見と病理所見との相違であつた。

このように、絨毛上皮腫の臨床的診断はむずかしく、数種の臨床的事項の総合判定によつており、究極的には、組織学的診断を決め手としているのが現状である。絨毛上皮腫の臨床診断において、H C G 測定、H P L 測定などの方法とともに、最近とくに有力視されている P A G が、胃癌における造影法の如きの中率をもつて発展することを切望するものである。

(本論文の要旨は第190回四水会にて発表した)

文 献

- 1) 野田起一郎：産婦の実際 21 940 (1972)
- 2) Holland, J.F.: Working Analysis IV, International Study Group for Trophoblastic Neoplasia (UICC) Dec (1969)
- 3) Borell, U. et al.: Acta Radiol 44 378 (1955)
- 4) 鈴木健治・他：産婦治療 25 181 (1972)
- 5) 鈴木健治・他：産と婦 39 1129 (1972)