

4) 診断が困難であった骨盤内腫瘍

新潟大学医学部産科婦人科学教室 (主任: 田中憲一教授)

吉谷 徳夫・加勢 宏明

児玉 省二・田中 憲一

Case of Intrapelvic Tumor Considered to be
Difficult to Diagnosis

Norio YOSHIYA, Hiroaki KASE, Shoji KODAMA
and Ken-ichi TANAKA

*Department of Obstetrics and Gynecology,
Niigata University School of Medicine
(Director: Prof. Ken-ichi TANAKA)*

Normal-sized ovary carcinoma syndrome and fallopian tube carcinoma are rare disease in gynecological malignancy and preoperative diagnosis of those disease has been considered to be difficult.

Normal-sized ovary carcinoma syndrome is defined as the discovery, during exploratory laparotomy, of diffuse metastatic disease throughout the abdominal cavity with ovaries of grossly normal appearance. Five cases of this syndrome were reported: malignant peritoneal mesothelioma (one patient), serous ovarian carcinoma (two patients), undifferentiated ovarian carcinoma (one patient), adenocarcinoma of unknown origin (one patient). And also, seven cases of primary carcinoma of the fallopian tube were studied of clinical and pathologic feature, treatment and outcome. All 12 cases of both disease have been unable to make the diagnosis before laparotomy. Although cisplatin-based chemotherapy was administered, the prognosis in each case of normal-sized ovary carcinoma syndrome was poor.

In this paper, normal-sized ovary carcinoma syndrome and fallopian tube carcinoma have been reported and discussed.

Key word: Normal-sized ovary carcinoma syndrome, Carcinoma of the fallopian tube
卵管癌

Reprint requests to: Norio YOSHIYA,
Department of Obstetrics and Gynecology,
Niigata University School of Medicine,
Asahimachi-dori 1, Niigata City, 951,
JAPAN.

別刷請求先: 〒951 新潟市旭町通1番町
新潟大学医学部産科婦人科学教室
吉谷 徳夫

I. はじめに

術前に正しく診断されることが少ない婦人科領域の骨盤内腫瘍として、Feuer らにより提唱された疾患概念であり、最近本邦でも多用されている normal-sized ovary carcinoma syndrome および、近時報告例が増加している卵管癌について、当科における経験例を集計し、文献的考察を加え概説する。

II. Normal-sized ovary carcinoma syndrome

悪性細胞を混ざる腹水貯留を認め、種々の検査にても原発巣を明らかにすることが出来ない症例に遭遇することがある。normal-sized ovary carcinoma syndrome は、1989年 Feuer らにより提唱された疾患概念であり、「開腹時に卵巣がほぼ正常大であっても、びまん性の転移巣が腹腔内に散在しているもの」と定義されている¹⁾。本症候群は開腹時の肉眼所見を主体としたやや曖昧な定義ではあるが、最近本邦でも多用されており、Feuer らはその組織発生より、中皮腫、性腺外ミューラー管腫瘍、転移性腫瘍、卵巣癌の4つに大別している¹⁾。

1989年8月～1995年4月までに当科では5例を経験した²⁾。年齢は48～70歳で、平均58歳。4例が腹部膨満感を主訴に受診している。全例が腹水を伴う腹部膨満を呈しており、全例に低蛋白血症を認め、腫瘍マーカーは症例1を除きCA125が高値を示していた。開腹時の腹水量は、4,000～5,600mlであり、術前の腹水穿刺所見は、何れも淡黄色～黄色、漿液性、非血性であり、総蛋白4.0～6.8、アルブミンは2.2～2.4mg/dl、比重1.018以上で滲出液の所見を呈した。腹水中の細胞診は症例1を除きクラスVの悪性所見が得られた(表1)。

何れの症例も腹腔内全体に多数の播種巣を認め癌性腹膜炎の状態であり、全例卵巣は正常大で、症例3、4では卵巣表面が顆粒状を呈していた。症例5を除き卵巣切除が行われた。術後病理所見は、症例1が腹膜悪性中皮腫、症例2が卵巣原発未分化腺癌、症例3、4が卵巣原発の漿液性腺癌であったが、症例5は卵巣の検索ができなかったため原発不明腺癌と診断した。術後化学療法は、全例にCDDPを主体とした多剤併用療法が施行された。悪性中皮腫の症例1ではCDDP、ACM奏功せず、CDDP、ADM、CPA、5FUを用いたFCAP療法に変更後も効果なく、8カ月にて死亡。症例2、3、4の卵巣癌では一次的には化学療法の効果が認められたものの再燃し、レジメンを変更し追加加療を行ったが、10カ月～15カ月の経過で死亡している。症例5は術中CDDP腹腔内投与後、VP-16、THP-ADM、CDDPを用いたEAP療法を5コース施行し、更に3カ月毎に2年間EAP療法を追加し、現在disease freeの状態で生存している(表2)。

本症候群は進行した病態を呈していることから、予後は極めて不良ではあるが、その原発組織により治療方針を選択することが肝要と思われる。比較的高頻度にみられる悪性中皮腫と性腺外ミューラー管腫瘍の中に含まれる漿液性表在性乳頭状腺癌との鑑別診断において、Hyaluronidase 消化試験、Vimentin 染色、Ber-EP4 染色が有用との報告がなされている³⁾。悪性中皮腫の化学療法については腹腔内投与が主体でレジメンとしてはCDDP単独やCDDP併用VP-16あるいはADM投与などが試みられ^{4)～6)}、漿液性表在性乳頭状腺癌に対してもCDDPを含む多剤併用療法が有用と考えられている⁷⁾。今後症例の集積により、病態の解明および、より効果的

表1 Normal-size ovary carcinoma syndrome 5症例の概要(I)

症例	年齢	自覚症状	血液検査					腹水所見			
			生化学		腫瘍マーカー			量・性状 (ml)	細胞診	TP	
			TP (g/dl)	ALB (g/dl)	CA125 (IU/ml)	TPA (IU/ml)	SCC (ng/ml)			(g/dl)	(g/dl)
1	61	腹部膨満感	6.0	2.8	32	190	0.9	5,000 淡黄色	I	5.4	2.2
2	56	食欲減退 ・腹痛	7.3	2.9	4,865	58	93	4,200 淡黄色	V	5.9	2.2
3	55	腹部膨満感	7.0	2.8	2,610	—	5.6	4,650 淡黄色	V	—	—
4	48	腹部膨満感	7.5	—	—	—	—	5,600 黄色	V	4.0	2.2
5	70	腹部膨満感	6.0	2.8	649	—	—	4,000 黄色	V	6.8	2.4

表 2 Normal-size ovary carcinoma syndrome 5 症例の概要 (II)

症例	組織診断	術式	化学療法	予後
1	腹膜悪性 中皮腫	試験開腹 卵巣切除	① CDDP・ACM×2 ② FCAP×2	癌死 8ヶ月
2	卵巣原発 未分化癌	試験開腹 卵巣切除 大網切除	① CDDP・VP-16 (ip)×2 ② CAP×3 ③ Taxotere×3	癌死 10ヶ月
3	卵巣原発 漿液性腺癌	試験開腹 卵巣切除 大網切除	① CAP×5 ② EP×3	癌死 1年2ヶ月
4	卵巣原発 漿液性腺癌	試験開腹 卵巣切除 大網切除	① FAMT×4 ② FCAP×8	癌死 1年3ヶ月
5	原発不明癌	試験開腹 大網切除	① CDDP (ip)×1 ② EAP×5 ③ cyclic EAP (2y)	NED 3年

表 3 原発性卵管癌 7 症例の概要 (I)

症例	年齢	妊娠 分娩歴	性器 出血	水様 帯下	その他の症状	骨盤 腫瘤	細胞診		内膜 組織診	CA 125 (IU/ml)	術前診断
							頸部	体部			
1	41	0-0	+	-	下腹部不快感	+	陰性	/	検体不足	/	卵巣嚢腫
2	63	4-3	+	-	-	-	/	陰性	腺癌	930	子宮体癌
3	69	0-0	+	-	-	+	陰性	陰性	異型細胞	15	付属器腫瘍
4	70	4-4	-	+	小脳症状	+	陰性	陰性	/	55	付属器腫瘍の疑い
5	69	0-0	+	-	-	-	陽性	陽性	腺癌	588	子宮体癌
6	57	4-3	-	-	-	-	陽性	陽性	異常なし	<9	初期子宮体癌の疑い
7	68	5-5	-	-	-	+	陰性	陰性	/	1,136	卵巣癌

な治療法の確立が期待されるところである。

III. 卵管癌

原発性卵管癌は、婦人科悪性腫瘍としては稀な疾患であり、全性器癌に対する発生頻度は文献上 0.16~1.75%とされており⁸⁾⁹⁾、術前に正しく診断されることは少なく、他の病名にて開腹されたり、摘出物の病理診断にて確定診断に至ることが多い疾患である。諸家の術前における正診率をみると何れも10%未満であり^{10)~12)}、当科においては、1981年1月~1994年12月までの14年間に7例の原発性卵管癌を経験しているが術前における正診率は0%であった。

卵管癌の臨床的特徴として、好発年齢は閉経期前後であり(大部分は40~65歳に発症)、主な症状としては子宮出血、下腹痛、帯下があり、時に水様性帯下を伴う腹痛(外溢性卵管留水腫)を認めることがある。骨盤内(付属器)腫瘍の特徴として、大きさや形状が縮小したり変化することが挙げられる。また、子宮頸部、子宮内

膜の細胞診が陽性的の場合、腺癌由来細胞を認めるが、子宮内膜組織診ではしばしば悪性病変が得られないことなどが特徴的所見である¹³⁾。

当科にて経験した7症例の概要について検討すると、年齢は41歳~70歳までに分布し、平均年齢は62歳であり、閉経後婦人が7例中6例で、3例が未妊未産婦であった。受診時の自覚症状は性器出血が4例と最も多くみられた。症例4は亜急性小脳失調症にて当院神経内科入院中に抗小脳抗体が陽性的のため悪性疾患が強く疑われて当科を紹介された症例である。

内診、エコー、CTなどにより術前に骨盤内腫瘍を認めたものが4例、子宮頸部細胞診は、施行6例中2例が陽性、体部細胞診は施行6例中2例が陽性を示した。内膜組織診では施行5例中3例に少量の癌組織か異型細胞を認めた。腫瘍マーカー CA 125 が検索された6例中4例は陽性を示した。卵管癌の可能性を念頭において開腹した症例があったものの、術前には卵巣腫瘍あるいは子宮体部腫瘍との診断がなされていた(表3)。

表4 原発性卵管癌7症例の概要(Ⅱ)

症例	手術術式	発生部位	進行期 (FIGO)	術後 化学療法	予 後
1	子宮・両付属器切除	左膨大部	I a	FAMT	癌死 5年5ヶ月
2	子宮・両付属器切除	右膨大部	II b	FCAP	担癌 6年5ヶ月
3	子宮・両付属器切除 大網・虫垂切除, リンパ節郭清	右膨大部	I a	FCAP	NED 4年11ヶ月
4	子宮・両付属器切除, 大網切除	右卵管采	I c	FCAP	NED 4年6ヶ月
5	子宮・両付属器切除 大網切除, リンパ節生検	左卵管采	III c	FCAP	癌死 2年1ヶ月
6	子宮・両付属器切除 大網・虫垂切除, リンパ節郭清	左卵管采	II c	FCAP	NED 3年3ヶ月
7	子宮・両付属器切除 大網・腫瘍切除, 人工肛門造設	右卵管采	IV	CAP	担癌 2年1ヶ月

卵管癌の治療はまだ確立されていないが、一般に卵巣癌に準じて行われている。手術療法が主体で、子宮両側付属器摘出術、大網切除術、骨盤内、傍大動脈リンパ節郭清が選択されるべき術式とされている。化学療法は卵巣癌と同様に CDDP を加えた多剤併用療法が有効で予後の改善が報告されている¹²⁾¹⁴⁾¹⁵⁾。

症例1, 2は術後の摘出標本で卵管癌と判明したもので、子宮および両側付属器摘出術のみが施行されている。症例3~6は術中迅速診断にて診断され、大網切除、リンパ節生検、郭清術が加えられた。全例が術後に化学療法を施行し、症例1は当時の卵巣癌の主たる化学療法であった FAMT 療法が行われているが、他の6例は CD-DP 併用の FCAP, CAP 療法が施行されている。Ⅲ, Ⅳ期症例の予後は不良であるがⅠ, Ⅱ期症例では長期生存が得られている(表4)。

卵管癌は術前診断は困難とされるが、早期発見例は手術および化学療法の併用により予後の改善が期待できることから、本疾患の存在を常に念頭において診療にあたるのが肝要であり、卵巣癌に準じた集学的治療の導入により治療成績の向上が期待される。

参 考 文 献

- 1) Feuer, G.A., Shevchuk, M. and Calanog, A.: Normal-sized ovary carcinoma syndrome. *Obstet. Gynecol.*, **73**: 786~792, 1989.
- 2) 加勢宏明, 児玉省二, 八幡哲郎, 他: Normal-sized ovary carcinoma syndrome 5例の治療経験. 癌の臨床, **41**: 831~836, 1995.
- 3) 山崎輝行, 波多野久昭, 鈴木章彦, 他: Normal-sized ovary carcinoma syndrome, 14例の病理組織学的解析. 日産婦誌, **47**: 27~34, 1995.
- 4) Langer, C.J., Rosenblum, N., Hogan, M., et al.: Intraperitoneal cisplatin and etoposide in peritoneal mesothelioma: favorable outcome with a multimodality approach. *Cancer Chemother. Pharmacol.*, **32**: 204~208, 1993.
- 5) Zindar, B.L., Pugh, R.P., Schiffer, L.M., et al.: Treatment of six cases of mesothelioma with doxorubicin and cisplatin. *Cancer*, **52**: 1788~1791, 1983.
- 6) Einsenhauer, E.A., Evans, W.K., Murray, N., et al.: A phase II study of VP-16 and cisplatin in patients with unresectable malignant mesothelioma. *Investigational New Drugs*, **6**: 327~329, 1988.
- 7) Chen, K.T.K. and Flam, M.S.: Peritoneal papillary serous carcinoma with long term survival. *Cancer*, **58**: 1371~1376, 1986.
- 8) 高田道夫, 石川克美, 和田博美: 卵管癌. 生涯産婦人科学, pp 292~307, 金原出版, 1986.
- 9) Sedis, A.: Primary carcinoma of the fallopian tube. *Obstet. Gynecol. Surv.*, **16**: 209~226, 1961.
- 10) 高階俊光, 堀 保彦, 坂野慶男, 他: 原発性卵管癌について. 産と婦, **49**: 1448~1464, 1982.
- 11) Podratz, K.C., Podczaski, E.S., Gaffey, T.A., et al.: Primary carcinoma of the fallopian tube. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, **154**: 1319~1326, 1986.
- 12) 藤 伸裕, 塚本直樹, 前田聖子, 他: 原発性卵管癌7症例についての検討. 日癌治誌, **24**: 16~20, 1989.

- 13) 児玉省二: 卵管癌の診断と治療. 日産婦誌 (日産婦学会認定医制度研修コーナー), 45: N227~230, 1993.
- 14) Baraket, R.R., Rubin, S.C., Saiga, P.E., et al.: Cisplatin-based combination chemotherapy in carcinoma of the fallopian tube. Gynecol. Oncol., 42: 156~162, 1991.
- 15) Disaia, P.J. and Creasman, W.T.: Carcinoma of the fallopian tube. Clinical Gynecol. Oncol. 4th ed. Mosby-Year Book, St. Louis, 458~466, 1993.

司会 吉谷先生ありがとうございました。それではご質問ございませんか。どうぞ。

関 卵管癌の診断で、1例も術前診断で当たっていないというので、非常に恐縮して聴いていたのですが、その診断の中でしばしば、卵巣癌と非常に鑑別診断が難しく、術後に卵管癌だということは良くあります。あのスライドの中に、子宮体癌と術前診断されていた症例がありますが、体癌と区別が難しかったような case があっ

たか教えていただけませんか。

吉谷 7例の卵管癌のうち、骨盤内に腫瘍があったのは4例です。骨盤内に内診、Echo や CT 等の画像で腫瘍がある場合の術前診断としては、まず付属器の腫瘍を疑うことが一般的です。体癌と間違えるというのは、子宮の体部の細胞診で、class V が出て、組織診で、組織が取れないという症例です。これは恐らく卵管を介して、子宮腔内に細胞が落ちて来るのですが、組織とすれば非常に少量か、或いは negative な所見で、こういう症例は術前には、卵管、或いは付属器に腫瘍を形成していないような症例が多いので、「体癌の疑い」とか、或いは少量の組織所見が取れた場合は、子宮体癌、初期体癌とか診断し治療していることが多いです。

関 あまり、mass を作っているというようなものではないものですね。

吉谷 はい、そうです。そういう case を子宮体癌というふうに診断していることが多いです。

司会 その他ございませんか。それではどうもありがとうございました。

5) 膀胱全摘後の代用膀胱造設術について

新潟大学医学部泌尿器科学教室 (主任: 高橋公太教授)

谷川 俊貴・武田 正之
高橋 公太

Continent Urinary Reservoir and Neobladder for Total Bladder Replacement

Toshiki TANIKAWA, Masayuki TAKEDA and Kota TAKAHASHI

Department of Urology,
Niigata University School of Medicine
(Director: Prof. Kota TAKAHASHI)

Currently, a range of novel approaches to providing continent urinary reservoir and

Reprint requests to: Tosiki TANIKAWA,
Department of Urology, Niigata
University School of Medicine,
Niigata City, 951, JAPAN.

別刷請求先: 〒951 新潟市旭町通1番町
新潟大学医学部泌尿器科学教室

谷川 俊貴