

## P2-16-1 乳癌術後のタモキシフェン投与中に卵巣嚢腫を認めた一例

関西医大

生田明子, 久松洋司, 石原美由希, 溝上友美, 安田勝彦, 神崎秀陽

タモキシフェン(Tamoxifen:TAM)は、乳癌の内分泌療法として確立されている。しかし、一方で婦人科領域の良性・悪性腫瘍発生の誘因となる副作用も指摘されている。今回、乳癌術後の補助療法としてTAMを投与され、両側卵巣嚢腫を認めた症例を報告する。症例は41歳、女性、G0P0。【現病歴】41歳時、当院乳腺外科で右乳癌(非浸潤型乳管癌)の診断の下、右乳房部分切除術を施行。術後、残存乳房に放射線治療を施行。病理組織検査にて、ER(+), PR(+ )のためTAM治療が予定され、内分泌療法前に検診目的で当科受診となる。経陰超音波上、子宮体部に8mmの漿膜下筋腫を認めたが、両側付属器に腫大所見はなく、子宮頸部および体部細胞診はいずれも陰性であった。TAM内服開始に伴い、6か月毎に婦人科検診を施行した。TAM開始約1年後、経陰超音波にて、子宮筋腫の増大所見はみられなかったが、左38mm、右84mmのいずれも多房性の両側卵巣嚢腫を認めた。隔壁は3mm以下でダグラス窩に腹水の貯留は認められなかった。血中エストラジオール(E2)値は1610pg/mlと高値であったが、画像上、ホルモン産生腫瘍とは考え難く、二次的な変化によるものを疑った。乳腺外科医師と相談し、TAMを休薬して経過をみることにした。休薬約1か月後、左卵巣嚢腫は消失、右卵巣嚢腫も38mmと著明に縮小。血中E2値は312pg/mlと低下し、さらに休薬約2か月後、超音波上、両側卵巣はほぼ正常所見となった。【結論】TAMの副作用として卵巣嚢腫の発症は0.1%未満と少ない。しかし、超音波検査上、両側卵巣腫大が見られた場合は血中E2の測定が重要である。

## P2-16-2 腹腔鏡下に摘出を行った Microcystic stromal tumor の一例

小倉医療センター

村上 緑, 川島麻里江, 那須洋紀, 吉満輝行, 川上浩介, 河村京子, 元島成信, 川越秀洋, 熊谷晴介, ウロブレスキ順子, 牟田 満, 大藏尚文

【症例】26歳 0経妊0経産【現病歴】子宮頸部細胞診異常のため精査目的に当科受診。診察時の経陰超音波断層法で左付属器領域に卵巣腫瘍を認めた。MRI検査では同部位に6cm大の壁肥厚を伴う2房性の嚢胞を認め、T1WIで高信号を示し、液面形成を伴うことより内膜症性嚢胞と考えられた。画像上明らかな悪性所見なく、CA125, CA19-9, CEAは正常範囲内であった。外来経過中に増大傾向を認め、GnRHagonistを2回投与後に腹腔鏡下左卵巣腫瘍摘出術の方針とした。腹腔鏡で腹腔内を観察すると、左付属器は8cm大に腫大していた。腫瘍摘出時に腫瘍が破綻し、暗赤色の内容が流出した。腫瘍摘出を試みたが、腫瘍と正常卵巣部分との境界が不明瞭であった。手術中に摘出した腫瘍壁の一部に、肉眼上壁の不整な部分を認め、境界悪性以上の腫瘍も否定できないと判断し、左側の残存卵巣・卵管も摘出し左付属器摘出術とした。術後の病理組織診断で核異型の乏しい腫瘍細胞が充実性に増殖する部分と、大小の嚢胞を形成する部分を認め、免疫組織化学染色ではvimentin, CD10,  $\beta$ -cateninが陽性、inhibinは陰性が疑われたが、悪性腫瘍を完全に否定できず、腹腔鏡下右付属器摘出術を行った。エンドキャッチゴールド(R)を臍部より引きだして、腹腔内への腫瘍の散布を防ぎながら摘出し得た。子宮のあるべきところには痕跡的な線維束があるのみでRokitansky症候群と考えられた。手術時間1時間41分、出血少量、病理所見では、毛細血管の増生と膠原線維主体の結合織増生、円形から多角形の細胞と短紡錘形細胞が混在しながら無構造シート状に増殖しており、SSTの診断であった。今回我々は、SSTのため腹腔鏡下付属器摘出術を行ったRokitansky症候群の1例を経験した。MRIの特徴的所見、FDG-PETで集積がないことなどからSSTを疑い、低侵襲な手術をすることが可能となった。悪性腫瘍を完全に否定することは難しいため、十分なインフォームド・コンセントが重要である。

## P2-16-3 卵巣硬化性間質性腫瘍のため腹腔鏡下付属器摘出術を行った Rokitansky 症候群の1例

旭川医大

市川英俊, 寶田健平, 加藤育民, 片山英人, 西脇邦彦, 千石一雄, 中西研太郎

卵巣硬化性間質性腫瘍(sclerosing stromal tumor of the ovary 以下SST)は、稀な性索間質性良性腫瘍である。画像上悪性腫瘍との鑑別が難しいため、若年女性に発症するにも関わらず、開腹術による付属器摘出術が多く行われている。今回我々は、SSTのため腹腔鏡下付属器摘出術を行ったRokitansky症候群の1例を経験したので報告する。症例は17歳女性、未経妊。原発性無月経を主訴に前医受診。腔が欠損しており、MRI撮影。子宮、腔を認めず、 $\phi 60 \times 44$ mmの嚢胞成分および強く造影される充実成分を伴う右卵巣腫瘍を認め、当院紹介となった。FDG-PETでは集積を認めず、腫瘍マーカーは正常範囲であった。MRI所見をはじめ総合的にSSTが疑われたが、悪性腫瘍を完全に否定できず、腹腔鏡下右付属器摘出術を行った。エンドキャッチゴールド(R)を臍部より引きだして、腹腔内への腫瘍の散布を防ぎながら摘出し得た。子宮のあるべきところには痕跡的な線維束があるのみでRokitansky症候群と考えられた。手術時間1時間41分、出血少量、病理所見では、毛細血管の増生と膠原線維主体の結合織増生、円形から多角形の細胞と短紡錘形細胞が混在しながら無構造シート状に増殖しており、SSTの診断であった。今回我々は、SSTのため腹腔鏡下付属器摘出術を行ったRokitansky症候群の1例を経験した。MRIの特徴的所見、FDG-PETで集積がないことなどからSSTを疑い、低侵襲な手術をすることが可能となった。悪性腫瘍を完全に否定することは難しいため、十分なインフォームド・コンセントが重要である。