

婦人卵巣の胎児性癌の2例

札幌医科大学産科婦人科学教室（主任 明石勝英教授）

橋 本 正 淑 森 和 郷
小 森 昭 下 山 利 雄

札幌医科大学病理学教室（主任 新保幸太郎教授）

松 原 徹 平 田 和 一 郎

緒 言

1939年に Schiller¹⁾は特有な構造を有する卵巣腫瘍に注目し之が Mesonephric remnant に由来するとの見地から Mesonephroma Ovarii と名づけた。以来数人の学者により同様な腫瘍が報告されたが1954年に Teilum²⁾は同族である卵巣及び辜丸腫瘍を分類して Schiller の Mesonephroma は理論的には Germ cell 由来の特殊腫瘍群の中間型とすべきであると述べ、彼は之等腫瘍の由来を未分化な時期に於ける性腺細胞の Embryonic developmental anomaly に歸している。更に Schiller の Mesonephroma は Extra embryonic mesoblast の過剰発育からなるもので従つて Mesoblastoma と名づけている。

又この中間型には卵巣も辜丸も同様に腺様或は乳嘴様構造におきかえられるものがあり、之は Embryonal の Ectoderm 及び Embryonic centres 及び body から由来するもので Embryonal carcinom と呼んで居る。又最近辜丸腫瘍に就いて Friedmann, Dixon 及び Moore³⁾ はその様々な構造の混合型及びその分類について更に広く論を進めている。

我々は19才未婚及び34才未産婦に於ける Embryonal carcinom 及び Seminom 類似の構造が混存せる2症例を経験したので報告する。

症例 1

患 者：34才，未産婦

家族歴：特記すべきものなし

既往歴：18才肋膜炎，28才痔核手術，33才（昭和32年1月14日）子宮筋腫手術。

月経状況：初経19才，30～32日型，不規則，持続3～5日，月経時下腹痛あり。

現病歴：昭和32年5月末より下腹部膨満感あり右下腹部に腫瘤を觸れるが圧痛はないと云う。前記手術時には子宮筋腫及び腸結核と診断され大量の腹水を認めたと云う。現在SM, P A Sの治療を継続して居る。

初診時所見（昭和32年6月29日）

全身所見：体格中等，栄養良，顔貌稍々苦悶状，皮膚及び可視粘膜に黄疸を認め，浮腫なし。甲状腺，鎖骨淋巴腺に腫大なし。胸部に著変なく，腹部は強度に膨隆，腹水を認める。下肢に浮腫あり。

局所所見：前回開腹創を腹部正中線に認む。腹囲は83.5cmで腹部緊張甚だしく内診困難なれど，子宮は前傾前屈，大きさ及び硬さは正常で，子宮の前部に手拳大なる囊腫様腫瘤を觸れる。腔鏡診では腔部ビランは認めない。

悪性附属器腫瘍の診断の下に直ちに入院。

入院時所見 体温37°C，脈搏90，赤血球 299万，Hb 65% (Sahli)，白血球6800，血沈20，40，66 血圧 140～120，内科に於てバリウム透視の結果，腫瘤は胃・腸管と関係無きものと診断された。

食思不振，便秘を訴えるが，悪心及び嘔吐は無い。7月3日ダグラス窩穿刺により，穿刺液約2,300 ccを得た。液は血性，嗅気なく，リバルタ陽性，多数の赤血球，白血球，Histeozyten, Endothelzellen を認めたが悪性細胞は認め得なかつた。7月5日開腹手術施行。

手術時所見 血性腹水約2,000 cc，子宮は小，

底部に前回手術時に筋腫を核出したと思われる切創を認める。左付属器は既に剔除，右付属器は小指頭大の索状物として觸知される。右腹壁腹膜外に鷲卵大の腫瘍を觸れる。腸漿膜に小指頭大の腫瘍を多数に認め，又上腹部に2手掌大の軟なる腫瘍が存在する。

以上の所見より，腹腔内悪性腫瘍と思われ，試験開腹に終った。術後腹部は次第に膨隆し心臓衰弱のため5月12日午前10時死亡した。

症例 2

患者：19才，未婚

家族歴：特記すべきものなし

既往歴：月経状況，初経14才，爾来整調，30日型，持続4日，量中等度，月経時頭痛を訴う。その他特記すべき既往なし。

現病歴：昭和32年7月23日，突然下腹痛，嘔吐あり。某医にて虫垂炎の診断の下に直ちに開腹した所，虫垂は正常，腹腔内に血液の流出を見たので直ちに正中切開，子宮は後腹膜と癒着し，之を剝離するに，小骨盤内に脆弱な一見 *Dicidua gewebe* を思わせるものあり，これを剝離除去。この際，この *Gewebe* の組織学的検索をせず，上記の如き組織であつたので腹腔妊娠と考えて手術を終了した。然るに術後内診により処女膜の完存せるを認め，又患者自身も妊娠を否定するので或は後腹膜より発生せる肉腫を考え，経過を見る事を約し同年8月1日退院した。

退院後は自覚的苦痛は比較的少なかったが8月24日頃より全身倦怠感腹部膨隆，腹部圧痛，食思不振及び悪心を訴え診するにダグラス窩に充満せる腫瘍を認め肉腫を疑い，8月27日当科を訪れた。

初診時所見（昭和32年8月27日）

全身所見：体格稍小，栄養中等，顔貌稍苦悶状を呈す。皮膚着色，浮腫共になく，可視粘膜は貧血性で，白色舌苔を認める。甲状腺，鎖骨上の淋巴腺の腫大は認められない。胸部には収縮期雑音を認める外は著変なく，腹部膨隆，緊張波動を認め左季肋部に圧痛あり，腹部緊張のため，腹壁上より腫瘍は觸知不能であつた。下肢に軽度浮

腫及び腓腸筋痛を訴えた。

局所所見：子宮は前傾，上部に挙上せられ，小にして硬，移動性は全く無く，子宮の右後方に超手拳大の稍硬き腫瘍を觸れる。この腫瘍の下及び右縁は明瞭で上縁も比較的平滑である。腔鏡診により右腔壁は隆起し，稍黄色の帯下を認めるが腔部のビラン，及び子宮出血は認めなかつた。直腸診によりダグラス窩に稍軟なる新産児頭大の腫瘍を觸れるが直腸壁には変化を認めない。

以上の所見より右卵巣悪性腫瘍（ダグラス窩悪性腫瘍）の診断の下に直ちに入院せしめた。

入院時所見 体温37.5℃，脈搏90，赤血球 342万，Hb 60% (Sahli)，白血球8,400，血沈2，11，56，血圧118～90，尿稍混濁アルカリ性，蛋白及び糖は証明されない。

8月30日腔内及びダグラス窩穿刺により得たる内容をパパニコロー染色検査するに，腔内よりのものは変性強く判定不能なれど赤血球，白血球，リンパ球を中等度に認める外に悪性細胞を思わせるものは認められなかつた。

入院経過 入院初期より，全身倦怠，腹部膨満，及び胸部の絞扼感を訴えたが8月31日頃より心悸亢進及び胸部圧迫感を訴え始め，一般状態悪化9月2日より上記訴えの外に，嘔吐及び呼吸困難を訴えた。9月2日，腹水穿刺，血性腹水約1,100 ccを吸引，リバルタ陽性，多数の赤血球と数視野に1個の上皮細胞の外には悪性を思わせる細胞は認められなかつた。9月3日腹水穿刺，血性腹水1,200 ccを得た。その後も呼吸困難，心悸亢進，嘔吐を続け，輸血，輸液，強心剤，酸素吸入するも効果なく，9月4日深部レントゲン治療2門200r宛実施，9月4日午後8時50分死亡した。

病理学的事項

剖検所見及び組織学的所見は何れも主要病変についてのみ述べる。

症例 1 病理解剖学的診断

- 1) 腹腔内腫瘍特に大網の腫瘍形成
- 2) 癌性腹膜炎
- 3) 下腹部腹壁への腫瘍転移

- 4) 肺の初感染群
- 5) 左卵巢の手術的欠損
- 6) 肝, 腎, 心筋の実質性変性

剖検所見

体格中等, 高度るいそうの女性屍, 腹部は膨隆し波動を認める. 下腹部正中線上に15cm長の手術痕を認める.

腹腔内に約3,000ccの血性粘稠液を容れ, 大網の部位に一致して腸管を覆うようにして児頭大に達する融合性の腫瘍形成が見られる. この腫瘍塊の表面は粗大顆粒状で, 割面は灰白色, 一部出血性又は壊死性となり脆弱である. 大網根部の腫瘍が特に大きく9×3×3cmで, その一部は廻盲部と癒着している. 腹壁腹膜表面には無数の小指頭大までの灰白色の小結節形成が散在する. 腸間膜リンパ節の系統的な腫脹は認められないが1~2個小指頭大に腫脹しているものがあり, この割面は乾酪状を呈する. 腸管漿膜, 腸間膜表面のほとんど全面にわたり灰白色扁平な結節があり, 腹腔内腫瘍と強く癒着しているものが多数みられる.

胃体部後壁と横隔膜の間には壊死性膿瘍形成がみられる.

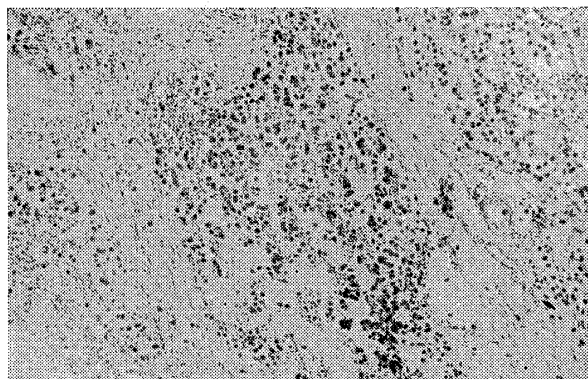
小骨盤内臓器は腹腔内腫瘍と横行結腸, 小腸, 子宮附属器が癒着して一塊となり, 右卵巢及び子宮はその内部に埋没している. 腫瘍は子宮の外膜と癒着するが筋層への浸潤は見られない. 腹壁には腹腔内へ膨隆した腫瘍があつて表面は腹膜に被われている. その大きさは5×5×3cmで割面は灰白色で脆く一部は出血性である. 右肺下葉横隔面胸膜下に小指頭大の石灰沈着巣があつて境界鮮明, 右肺門部リンパ節の石灰沈着と相俟つて結核初期感染群を形成している.

組織学的所見

1) 腹 壁 一見組織学的に構造を異にするように見える2種類の腫瘍細胞が認められ, 両者は結合織によりかなり明確に區別されている. この中で筋及び結合織で囲まれ実質性に見える所では **Disgerminoma** に一致する所見を呈する. すなわち, 腫瘍細胞は大型円形で, 核はクロマチンに富

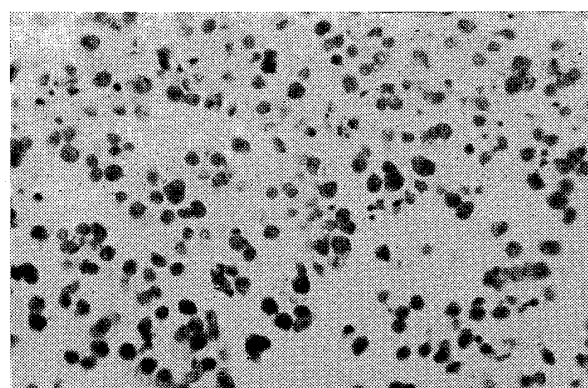
み, 核小体及び核分裂像はあまり明瞭でない. 細胞質はやゝ嗜塩基性で顆粒状に見える. これらの腫瘍細胞巢はリンパ球の浸潤を有する疎性結合織によつて分割され蜂窠様構造を示す点は辜丸の精上皮腫と全く一致する所見である (第1図及び第2図).

第 1 図



症例1 腹壁に見られた腫瘍 Disgerminoma
様構造を示す部分. 弱拡

第 2 図



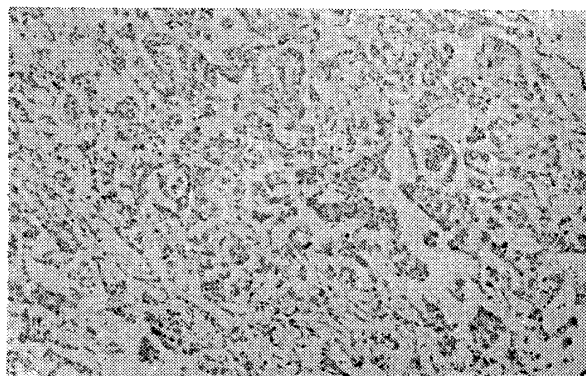
同上, 強拡

他方の腫瘍組織は表在性で乳嚢様増殖を示し, 大小不規則の内腔形成がみられる. 内腔を囲む腫瘍細胞は骰子状ないし, 短紡錘形, 核はやゝ淡明で核小体が認められる. 細胞の多い所はやゝ実質性に見えるが, 全体は腺癌様構造を示している (第3図及び第4図).

2) 腸間膜位腫瘍 腸間膜表面は疎性肉芽組織によつて被われ, 腫瘍細胞はこの中に混在するが, 表面層に多く絨毛状をなしている.

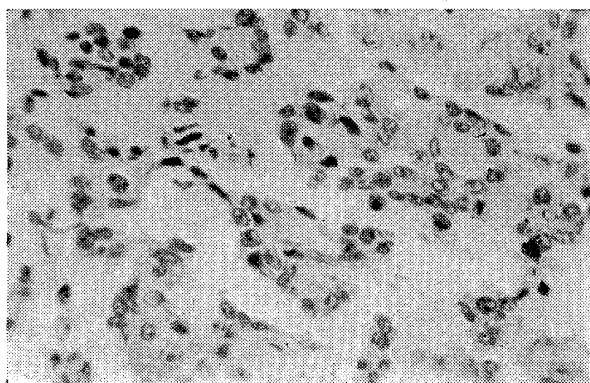
腫瘍細胞は大型類円形ないし多角形の淡明な或

第 3 図



症例1 腹壁の腫瘍，腺様構造を示す部分，弱拡大

第 4 図



同上，強拡大

は泡沫状の細胞質を有し，核もかなり淡明で大小不同が認められる．核小体は明瞭で1～2個証明せられ，核分裂像も散見される．この腫瘍細胞の脂肪染色及びPAS染色によつて胞体内の泡沫状空腔は脂肪及び多糖類であることが認められた．部分的に高度の腫瘍細胞巢の壊死を認める．間質には多形核白血球，単核細胞，リンパ球が浸潤し，又血管が発達してかなり拡張を示し，内にフィブリン血栓が多数見られる．腫瘍塊に埋没した腸壁は漿膜側からの腫瘍の浸潤がみられるが粘膜筋層はなおよく保たれている．

3) 腸間膜リンパ節 小指頭大に腫脹したものに於いては，リンパ節の大部分が乾酪変性に陥り，リンパ節構造は周辺部に僅かに残されるのみで壊死巣との間は結合織が境界をなしている．こゝには腫瘍細胞は認められない．

4) 子宮 筋層には異常なく外膜の所々に上

記のものと同様の腫瘍細胞の浸潤がみられ，その外側の部分は広汎に亘り壊死に陥り炎症性細胞反応も認められる．

5) 右卵巢 実質には異常を認めないが外膜に上記と同様の腫瘍性増殖がみられる．

症例 2 病理解剖学的診断

- 1) 右卵巢腫瘍
- 2) 腹膜，肝，大網，腸間膜，肺門リンパ節，直腸への腫瘍転移
- 3) 左腎盂並びに両側尿管拡張
- 4) 肝の実質性変性
- 5) 肺の膨張不全

剖検所見

体格栄養ともに中等度の女性屍，腹部は軽度に膨満している．腹腔内には血性液が潑溜し軟化した壊死状の腫瘍組織が充満して大網と癒着している．又腹壁腹膜の全面にわたつて蒼灰白黄色のグルミ大までの多数の結節形成が認められる．しかし腸間膜リンパ節は腫脹していない．

肝は右葉側面に8×6cm大の腫瘍形成をみると剖面は灰白色で一部出血性となり周囲との境界は明瞭である．この腫瘍は粥状軟となり壊死に陥っている部分がある．

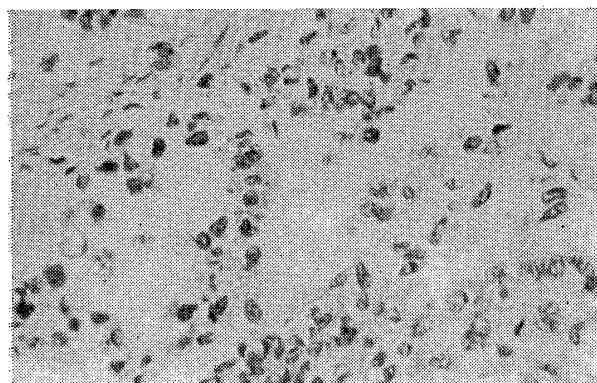
子宮には異常を認めないが，右卵巢に相当する部分は8×4×4cm大となり灰白色腫瘍状となり剖面は軟化して空洞状となつている．左卵巢には異常を認めない．

組織学的所見

1) 腫瘍化した右卵巢 腫瘍は出血壊死の傾向が強く何れの部分を見ても出血壊死が認められる．壊死部には以前の構造をうかがい得る程度に間質ないしは血管が遺残し，こゝに単核性細胞及び多形核白血球の浸潤が強い．

腫瘍細胞は周辺の一部にのみ見られるが，こゝでは類円形ないし多角形のやゝ大型のエオジン好性の細胞質をもち核は円形ないし楕円形で中等度のクロマチン量を示している．このような細胞が密集ないしは乳嘴状に配列している．腫瘍自身の間質は少なく，かつこゝに少数の多形核白血球の浸潤がみられる（第5図）．

第 5 図



症例2 腫瘍化した右卵巣，乳嘴状配列を示す。強拡大

2) 左卵巣 実質は異常なく周囲に乳嘴状に發育した腫瘍細胞を認め，その大部分は壊死に陥っている。

3) 肝 腫瘍転移部周辺に於ては肝細胞索の配列が甚だしく亂れ，又細胞は胞体内に空胞を有するもの，又強く圧迫されて萎縮しているものが認められる。腫瘍は前記と同様の細胞が乳嘴状に發育し壊死に陥っているものも見られる。

総括並びに考按

上記の腫瘍は退形成の強い細胞の形態及び壊死化傾向などから2例とも胎児性癌と考えられ卵巣原発と推察される。

胎児性癌は急速に増殖し且つ悪性で，本症例の如く比較的若年者に来たり Santesson⁴⁾ 等により2½より35才迄とされるが，先に述べた如く之等一群の Germ cell 由来の腫瘍は1931年の R.Meyer の Atypische Hypernephrom の報告以来 Schiller により Mesonephroma として注目され其の組織学的に特有な要素は Glomeruluslike unit であるとされたが，翌年に Kazancigel, Laqueur, 及び Ladewig⁵⁾ はこの特有な血管の群はしばしば Angioma 及び Cavernoma の配列に類似する所から Angio endothelioma と称し，又1943年 Stromme 及び Trant⁶⁾ は所謂 “Mesonephroma” は漿液性或は偽ムチン卵巣囊腫に類似するとの観点から Teratoid cystadenoma と名づけている。其の後 Teilum により Schiller の Mesonephroma は Mesoblastoma と呼ばれ Em-

bryonal carcinom と共に同じく Germ cell 由来の腫瘍群である Dysgerminom と Choriocarcinoma の中間型とされた。この考え方は現在に至るも L. Santesson 及び Marrubini により支持されているようである。最近 Friedmann, Dixon 及び Moore により個体発生学的解釈を導入した睾丸腫瘍の明快な分類がなされ，以来胎児性癌は Germ cell より由来した Totipotentialな腫瘍であつて之が somatic な或は Trophoblastic な分化をすることによりそれぞれ Teratoma 及び Choriocarcinoma になるとの考えが一般化されるようになった。従つてこの癌細胞は Somatic element と Trophoblastic element を混在して内蔵しているものと考えるべきである。従つて Marchetti 及び Lewis (1952) ⁷⁾ が指摘した如く之等の腫瘍には分化型から悪性型への種々の混在像があり，Friedmann, Dixon 及び Moore も Washington Armed Forces Institut of Pathology での睾丸腫瘍の研究の結果，第1群 Seminoma 単独，第2群胎児性癌単独及び Seminoma との合併，第3群 Teratoma 単独或はそれと Seminoma, 第4群 Teratoma と胎児性癌或は Choriocarcinoma との合併又は両者との合併，更に Seminom を合併するもの，第5群 Choriocarcinoma 単独及び胎児性癌或は Seminoma 或はこの両者との合併を分類している。

又最近本邦樋口教授⁸⁾は之等の腫瘍を更に分類し所謂未解決腫瘍群として，A群—腫瘍実質の全部或は大部分が幼若な多形細胞をもつて形成されるもの，B群—A群様部+Disgerminom, C群—A群様部+奇型性要素混合例，B群様部+奇型性要素混合例と A,B,C 3群に分けている。

ひるがえつて本症例について考えて見ると第1例に於いては腹腔中腫瘍のことごとくが乳嘴状構造を呈する型の癌でありながら，腹壁に形成された腫瘍は，この乳嘴状のものと結合織で境され，Monocellular form で組織学的に Dysgerminom 類似のものとなつている。これはこの腫瘍が Somatic な分化を来したしながらも1つは乳嘴状となり，他は Dysgerminom 様の發育を遂げたもの

と解せられ、Friedmann 等の分類では第2群に属し、樋口の分類による所謂未解決腫瘍群のB群に入るものと考えられる。

第2例に於いては乳嘴状構造を呈するもののみ見られ、Friedmann 等の同様第2群、樋口のA群に属するものであろう。

結 論

34才未産婦及び19才未婚の婦人の急激に悪性化し死の転帰をとつた胎児性癌と思われる2剖検例について報告した。第1例は腹腔内腫瘍は総て乳嘴状構造を示す型のものであるが、腹壁に形成された転移巣のものは Dysgerminoma 類似の構造を合併しており、第2例は乳嘴状構造を呈するもののみが見られた。

稿を終るにのぞみ、御指導を賜つた明石教授並びに

病理学教室新保教授に深謝す。

文 献

- 1) Shiller, W.: Am. J. Cancer, 35, 1, 1942. Arch. Path. 33, 443, 1942. Arch. Path., 35, 391, 1943.
- 2) Teilum, G.: Acta Pathologica et Microbiol. Scandinavica, 34, 431, 1954. —3) Friedmann, N.B. and Moore, R.A.: Mil. Surgeon, 99, 573, 1946. Dixon, Fr. J. and Moore, R.A.: Cancer, 6, 427, 1953. —4) Santesson, L. and Marrubini, G.: Acta Obst. et Gynec., Scandinav., 36, 399, 1957. —5) Kazancigil, T.R. Laqueur, W. and Ladewig, P.: Am. J. Cancer, 40, 199, 1940. —6) Stromme, W.B. and Trant, H.F.: Surg. Obst. & Gynec., 76, 293, 1943. —7) Marchetti, A.A. and Lewis, L.G.: Am. J. Obst. & Gynec., 63, 294, 1952. —8) 樋口一成: 日産婦誌, 2 (5) 1 (1950). 産婦人科最新の進歩 (第1集), 247 (1956).

(No. 963 昭34・1・9受付)