

シンポジウム・絨毛性腫瘍

司会 絨毛性腫瘍委員会委員長 長谷川敏雄

絨毛性腫瘍の際における子宮剔出の適応

特に適応の範囲と限界について

北海道大学医学部産科婦人科学教室

教授 小川玄一

絨毛性腫瘍、特に破奇、奇胎子宮の剔出適応に関しては、常に臨床医家が当面する実際問題でもあり、また剔出か保存かの2者選擇の1つしかありえないのに、その決定に困難を感ずるのは何故であろうか。思うに絨腫發生の確実な診断をえた時には既に予後絶望の場合が多く他方性急な子宮剔出は挙子の望みを全く断つとの重大な意味をもつ、特に若年婦人に対して子宮剔出にふみきるには余程適確な根拠をもたねばならぬのであるが、それがよりどころを見出せぬまゝ困惑と躊躇を感じているのが現状と思われる。そもそも絨毛性腫瘍と総称している絨腫、破奇、奇胎は一般腫瘍と異つた性格をもつのであるがこの度の子宮剔出の是非に関する議論も、この特殊な本態に根ざして派生した問題であろうから、この点を追求して一般論的に述べてみたい。

さてわれわれが、一応絨毛性腫瘍と一括した、奇胎、破奇、絨腫は勿論、トロホプラストから發生し、形態上もトロホプラストが構成に与つているが、それぞれ、別個の發生因と異つた發生起原をもつものであるかも知れない。即ち便宜上、トロホプラストの病態として一括分類したものか、あるいは、おのおの密接な関連をもち、特に發生起原が共通で、移行の病態である所謂悪性推移を行うものかの基礎的性格が不明である。もしも絨腫が先行奇胎、破奇細胞の変性移行によつて生じるものならば、破奇、奇胎も絨腫前状態と見做して、これらの子宮を剔出することは予防的意味において、手術適応と考えられる。(予防的適応)反対に絨腫が先行奇胎、破奇と関りない新たなトロホプラストから發生するものとすれば、奇胎、破奇時に子宮を剔出することは全く過剰の治療であり、子宮剔出は大出血、破壊子宮の除去という対症的処置(対症的適応)に限られる。しかし、われわれ自験の絨腫35例の中、明らかに先行奇胎、破奇が直前にあつたもの21

例に及び、確実に先行奇胎、破奇トロホプラストが絨腫に移行したと考えざるをえない7例の臨床事実に従つてわれわれはこの3者は悪性推移を行うものと推定している。従つて、既に子を有し爾後の挙子を熱望しない婦人には、破奇は勿論、奇胎子宮においても積極的に剔出にふみ切ることが過剰の処置ではないと考えている。

絨腫においては現在のところ子宮剔出に優る治療法がないので、子宮剔出は絶対の適応(絶対的適応)であるのは勿論である。しかし破奇では同様な意味で絶対子宮剔出の適応はない。

近年ところみられている腫瘍破壊部分の除去に止めた子宮保存は、たしかに挙子ののぞみを与えるものであり、また、われわれが最近、剔出不能の破奇子宮に男「キ」抗癌剤の大量投与によつて治癒と認められるに至つた2例の自験例からすれば治療に子宮剔出は必須のものではない。しかし他の目的、即ち絨腫發生の防止と云う予防的意味では何等抜本的方途でないようである。そうは云うものの自己の生命にかへても挙子を望む若年婦人には絨腫続発率10~5%と云う統計上の数値からただちに、一律に子宮剔出を行うことは忍びない。われわれとしても熱望をかなえるべく努力するは当然であろうが、この場合、内容除去にしる、腫瘤の部分切除にしる、子宮保存を図る場合には、それ相当の決心、即ち爾後の経過視察追求と管理をおこたつてはなるまいと考える。

さて適応決定が困難な第2の理由は当腫瘍では、術前鑑別が容易でないことである。われわれが最初から破奇、奇胎子宮を剔出する意図で子宮剔出を行うことは少く、奇胎内容除去後、出血持続「ツ」反応陽性持続、増加、その他(附表参照)から絨腫發生をうたがい子宮剔出を行うのであるが、絨腫疑いの下で、当教室で行われ

拡大適応範囲

(奇胎罹患後 絨腫発生の疑徴)

- 1) 持続 増量の不正出血
- 2) 子宮収縮不全
- 3) 子宮腫瘍
- 4) 腔 転 移
- 5) 子宮腔造影所見 子宮視鏡所見
- 6) B.B.T. 長期不定
- 7) フリードマン値増加 または陽転
- 8) 尿中ウロビリノーゲン増量(1.0EU以上)
- 9) 組織学的診断
- 10) 細胞学的診断
- 11) 症状発現時期

た子宮別出64例中、術後診断で真の絨腫であつたものは12例に過ぎない。残り52例(82%)は破奇を含むその他になつている。これらの子宮別出は、結果的にみて適正

な適応によつたものとは思えない。しかし、われわれが現在なしうる可及的厳密な多角の診断基準(附表参照)によつても高々20~30%の的中と云う限界を認めざるをえないようであり、これを過誤と云うには絨腫早期治療と云う立場に反することであり、現段階では止むをえぬ適応の拡大(拡大的適応)として許容したい。勿論、不備な診断法、不十分な予後管理の下で行う過誤の子宮別出は厳につつまねばならぬ。

以上絨毛性腫瘍の際の子宮別出適応はその特異性に従つて、予防、拡大の面を適応範囲に含める必要があると考えた。もとより、厳密な適応からある距離をもつものであり、今後の進歩によつて縮小除去されうるものとする。ただ予防的適応はわれわれが、あるトロホプラストが将来いかに推移するかを予測する方法を見出さぬ限り、解決されるものでなく、この範囲の消失は極めて至難と考える。

胞状奇胎妊娠及びその後に於ける子宮剔除の適応に就て

熊本大学医学部産科婦人科学教室
教授 加 来 道 隆

絨毛性疾患で子宮の別出が考慮される場合は、①奇胎妊娠中と、②奇胎妊娠、流産、外妊、正常分娩、等のあとに発生する破壊胞状奇胎や、絨毛上皮腫及びその疑いの非常に強い場合とである。前者、即ち奇胎妊娠のどの様な場合に子宮を別出するかに就ては諸家によつて意見が必ずしも一致していない。私はこれまで奇胎は一般には子宮別出の適応ではないとの方針をとつてきたが、昭和30年、絨腫班結成以来31例の絨腫を経験し、あまりにも予後が不良であることを身をもつて体験するに及んで破奇や、絨腫を発生し易い奇胎妊娠では、妊娠時に子宮別出をすべきではないかと考えている。併し、個々の症例でどの様な例に別出するか、即ち悪性変化を予測しうるかという、これまでの研究でもこの点に就ては明言し得ない。

次に破奇や絨腫の場合は勿論、是等が非常に疑い時には子宮別出が適応とされる。私共はスライドの様な事項を総合して診断を下すことにしている。この場合定型の絨腫は診断が容易であるが、非定型例や破奇は仲々容易でない。私共の教室で昭和30年1月から33年6月ま

での間に県下や県外を含めて175例の奇胎を追跡調査したがその中41例に子宮が別出されている。この子宮を病理学的に検討するとスライドの如く、子宮別出の適応のあつたのは絨腫9例、破奇10例即ち半数以下で、他は適応のなかつた症例と思われる。これは絨腫の予後があまりにも不良なため診断をまたずに予防的に早目に子宮を別出することや、診断そのものも容易でないこと及び奇胎分娩後の管理法にも不十分な点がある等の為ではないかと考えられる。所で、先般奇胎妊娠時や、分娩後における子宮別出の適応に就てアンケート調査を試みたが、奇胎妊娠だから或はそのあとだからといって子宮を別出するのではなく、大多数が条件ずきで子宮を別出しているが、年齢や、生児数を考慮するというものが多く、生児数は大体2~3人以上というものが大多数で年齢は40才以上の場合が多く、且つ臨床所見を主として子宮別出をするというのが70%以上であるが、しかも臨床所見のみでなく他の検査をも参考にするというのが88.6%と圧倒的で、尿中ゴナドトロピン値のみで別出するというのは約1/3で大多数はこれのみによらないとしている。し