絨毛性腫瘍に対する子宮剔除の適応

東京共済病院

三宅秀郎

東大とその同窓会関係計34病院の成績を集計した結果は

1. 昭和36~38の3年間の分娩81147例、この間奇胎が283例(分娩数の0.34%)あり、その中の42例(14.9%)が子宮剔除を受けている。さらに他院で奇胎の内容除去をうけ、其後診療したのが126例あり、この群では44例(34.9%)子宮剔除を受けているので、その合計86例について考察した。

2. 組織所見は絨毛上皮腫委員会の申し合せに従い

A 絨毛上皮腫

B 絨毛型を伴う増殖(破壊奇胎)

C 絨毛性組織はあるが、絨毛上皮腫とはいえない。(絨毛遺残、絨毛細胞遺残など)

D 絨毛性組織を認めない。

E その他

と分類した(以下これらをA.B.Cと略記)。

3. 子宮を剔除した理由を分類すると、

(1) 絨毛上皮腫と診断した、又はその疑いが最も多く42例

(2) 高年者又は健康児があるので、絨毛上皮腫の発生子防を主としたもの27例。

(3) 急性症状のある破壊奇胎、又はその疑い9例。

(4) 腫瘍などの慢性症状のある破壊奇胎、又はその疑1例

(5) 他の疾患と診断したため4例

(6) その他3例

となる。これらの理由と、子宮の組織所見との関係は次の如くである。

	組織所見				
	A	B	C	D	E
(1) 絨毛上皮腫	42	24	7	4	7
(2) 予防	27	2	6	12	6
(3) 破壊奇胎(急性)	9	2	5	2	
(4) 破壊奇胎(非急性)	1			1	
(5) 他疾患と診断	4	1		1	1
(6) その他	3	1		1	
計	86	30	18	21	2

以上のように組織所見上絨毛上皮腫(A)は30例あり、うち、6例死亡、なお破壊奇胎18例中1例が死亡している。

予防的剔除について

1. 時期との関係

(1) Mole in utero 5例 (B 2, C 2, E 1)

(2) 1週以内 10例 (A 1, B 1, C 6, D 2)

(3) 1カ月以内 8例 (B 2, C 2, D 4)

(4) 1~6カ月 5例 (C 1, B 2, C 3)

2. 年齢 25~29才2例、~34才6例、~39才4例、~44才5例、~49才5例、50才以上4例

3. 生存児、1~9、平均3.8人

4. 手術術式、腔上部切断5例、単純全剔除22例で、卵巣を共に剔除するのが多い。

5. 放射線療法は全例に行わず、なお5例のみ化学療法を併用した。

6. 現在のところ死亡例はない。

このように予防的効果はあるようだが、管理期間が短いため結節は次回としたい。さらに長期間を経て発生した絨毛上皮腫、又は受精卵と共存する絨毛上皮腫のあることを思えば、1~2年の観察では論じ難い。

臨床的に絨毛上皮腫と診断した群

1. 年齢 20~24才4例、~29才17例、~34才11例、~39才3例、~44才1例、~49才5例、50才以上1例

2. 手術術式、1例のみ腔上部切断で、他の41例は単純全剔除(2例は腔壁の1部も)、卵巣の剔除は約半数である。

3. 放射線療法を併用しない33例のうち16例は化学療法も行わず、17例は化学療法を併用した(死亡3例)。放射線療法を併用した9例のうち6例は化学療法も併用した(死亡3例)。

4. 手術時期

(1) 1週以内、1例 (A 1) (死亡1)

(2) 1カ月以内 3例 (A 4, B 2, D 2)

(3) 1~6カ月 25例 (A 14, B 5, C 1, D 5) (死亡3)

(4) 6カ月以後 8例 (A 5, C 3) (死亡3)

5. 子宮の大きさ

- (1) 正常～や>大15例 (A 7, B 3, C 1, D 4)
- (2) 鶯卵大前後 19例 (A 14, B 2, C 2, D 1)
- (3) 手拳大前後 6例 (A 3, C 1, D 2)

6. フリードマン法との関係

- (1) 5～10万単位 3例 (A 3)
- (2) 1万単位 7例 (A 3, B 2, C 1, D 1)
- (3) 1000単位 11例 (A 7, D 4)
- (4) 200～500単位 4例 (A 3, C 1)
- (5) 100単位定性も含む 12例 (A 5, B 4, C 2, D 1)
- (6) 100単位陰性 2例 (A 1, D 1)

7. 転移

- (1) なし 31例 (A 15, B 6, C 4, D 6) (1例死亡)
- (2) あり 11例 (A 9, B 1, D 1) (死亡6)

場所は膈壁3, 肺4, 肺, 脳2, 右付属器1, 子宮旁結合織1である。

各病院において夫々ゴナドトロピンの長期減存, 特に1万単位までの上昇, 手拳大までの子宮増大ならびに転移の有無を一応絨毛性上皮腫診断, 従つて子宮剔除の目標としている。が上のようにゴナドトロピンが1万単位以下でも, 子宮が鶯卵大前後でも絨毛上皮腫は発生しており, 臨床的に一線を劃すことは不可能に近い。このうち転移の発生は絨毛上皮腫を十分考えられるが, その子宮剔除例に予後不良例が多い点から, 絨毛上皮腫の疑をおいたときは多少過剰治療の傾向が出るのも止むを得まい。

追加 (岐阜大) 夏目 操

破奇と絨腫の鑑別は必ずしも容易ではないが, 破奇と推測され, その上患者が若く, 子供のない場合には, 剔除を一応さし控え, MTX, Vinblastine の如きものを試みることを提案したい。効くものには迅速に効果が現れるから, 治療のチャンスを逸するきづかいはない。

自験例

(1) 19才の婦人 人工中絶後10カ月目試験掻爬により絨腫と診断される。

HCG titer は5 K. E. (+) MTX 2コースで陰転, 只今妊娠4カ月

(2) 25才の婦人 4カ月前に奇胎分娩 Urethral wulst に暗紫色の Tumor 出現, HCG を行うに子宮に病巣らしきものなし, HCG titer 100 K. E. (+) 核出した標本の組織検査を行うと, Langhans 細胞優勢, Mitose 極めて著明の破奇。核出後 Vinblastine 投与, 現在 Fr 反応陰性管理中

(3) 29才の婦人 2カ月前に奇胎分娩 HCG titer は 10,000 K.E. (+) HSG により病巣は子宮前壁中央稍右寄りに限局していると判定されたので核出を行う。予想したように破奇であつた。術後 Vinblastine を投与し Fr 反応陰転現在管理中

以上3例は子宮剔除寸前に救われたもので, 内1例は妊娠し, 他の2例も妊娠を期待できる。

尚興味あることはHSGがかかる場合にかなり重要な役割を演ずるといふことで子宮アトニー像はほぼHCGの動きを反映し, 血管像は子宮内病巣の存否, 核出の適応などを判定する上に, 有力な示唆を与えるといふことである。

質問 (北大) 小川 玄一

私は先程申したように破奇, 絨腫に対する子宮剔除は予防的適応にしる拡大適応にしる問題はないと思うが, 奇胎特に未だ内容のあるままの時の子宮剔除の適応をどう考えられるか, これが本日のシンポジウムの焦点と想うが如何でしょう。

更におたずねしたいのは, 絨毛性腫瘍(奇胎, 破奇, 絨腫)の本態, 特にこれら相互は連続性に発すると思われるか, それとも三者個々別個の発生か, これが只今の適応を云々する場合の骨子になるように思いますが。

答弁 (熊大) 加来 道隆

私の方から寧ろお尋ねしようと思つていた所です。私は胎状奇胎のうみ悪性変化するもののみを剔除すべきと考えどの様なものが悪性変化をするかしらべた事がありますが, 粒の大小, Hunt の分類等も幾分は参考になるようであるが, 決定事項ではないので, 個々の症例ではどの様な場合剔除するかについては決めかねている。現在は Hunt の分類で第3類でしかも40才以上で生児2～3人以上をもちもう児を欲せずしかも子宮剔除を希望するならば剔除してもよいと考えている。

答弁 (京大) 西村 敏雄

Blasennmole の時にとつてしまう。

子供のある年とつた人では Praktisch によいでしよう。

しかし Blasennmole よりの絨毛性腫瘍の発生は10%内外です。

早期診断, 端的にいつて只今常用されている Friedmann の Reaction が頭打ちになる。あるいは役に立たないということを確認するまでは一概には Blasennmole の時にとつてしまうことはできない。その様な在り方で行き度いと私は考えております。

即ちもつと早期診断上の決めてについて壁を破る方法の出現に努力すべきと存じます。

追加 (長大) 三 谷 靖

私共の例では初発症状と初診断までの期間が胞状奇胎、破奇、絨腫と期間が長くなっています。このことは或程度の相互関連性を思わせます。勿論そう強いものではない。

次に治療についてであります。若い子のない婦人に対しては、時に筋腫の核出術に似た方法で病巣のみの剔出を行つて、子宮を温存し、立派に児を得た2経験例がありますので厳重な管理下に試みるべき方法と思いません。

質問 (熊大) 加 来 道 隆

小川教授に対して

個々の症例でどのような場合、摘除しておられるか。

答弁 (北大) 小 川 玄 一

私は先程申しましたように絨毛性腫瘍の診断法で総ての場合症例で、的確と思うものは何一つとしてないと思う。従つてして云えば現段階では患者の子供の状態を考慮して適応を定める以外他に方途のもちあわせはありません。

質問 (慈大) 細 川 勉

小川教授に対し

絨毛上皮腫のすべてが破壊性奇胎を経過するという考え方に私は反対であります。先程のスライドでも10%になつていましたが確かにそのような例があることは認めますが高率であることは強い疑いがあります。

答弁 (北大) 小 川 玄 一

私の論旨は先程おききの通りで私は連続説をまつころから支持するのではなく連続説は否定できぬ。なおそれ以上に強く心をひかれるものがあると申しておるので

追加 (東京共済) 三 宅 秀 郎

予防剔除は高年者、健康児を数名有するものに行うのは疑問はないが、劃一的にすべての奇胎に行うのは賛し難い。特に臨床的に増殖性の著しくないものには後期的に行うべきであろう。

絨毛上皮腫と考へて、剔除した群で、真の絨毛上皮腫は24/42にすぎない。この成績を反省検討することによつてより確実な診断をつけられる理由だが、現今のところ確実に一線を劃し得ないので、多少過剰診療になることは止むを得ないとはいえ、成績を検討してより少くするように努むべきである。

第16回総会絨毛性腫瘍シンポジウムに対するむすびの言葉

絨毛性腫瘍委員会委員長

長 谷 川 敏 雄

絨毛性腫瘍殊に奇胎の治療方針としては、化学療法は別として、

1. 子宮内容除去のみに留める保存療法
2. 予防的子宮剔除

の両者があり、絨腫の続発並に将来の妊娠に対する患者側の希望を考慮すればその孰れに依るべきか決し兼ねる場合が少なくなく、殊に2の場合をも含め、1の場合の術後管理途上において、絨腫乃至その転移の発生を暗示する症状の発来に基づき子宮剔除に踏みきるための何等かの目安乃至基準があれば承りたいと云うのが本シンポジウムの狙いであつたのに対し、それら腫瘍の続発を予知することが至難であること、その術前診断が必ずしも容易ではないこと、加うるにそれらが、一度続発した場

合の予後が甚だしく不良であること等に想到すれば、寧ろ最初から2を断行すべきであり、更に1の場合に就ては、一旦陰性化したFriedman反応の陽転、その力価の急昇、転移の出現等所期の目標は幾つかはあるが、それらは各単独では重要な参考とはなつても、決定的決め手となるものではないと云うのが、本体に於て各講師並に交見者各位を通じての意見のようであり、本症本体究明の現段階並に本症の性状からはこれも已むを得ないこととて性急に結論をだすことは困難と思われ、今後も引續き研鑽を重ねることに依り歩一歩前進を期すべきであろうが、少くとも本問題に就き吾等のよるべき或程度の見解が得られたことは、否定し得ぬところで、茲に関係各位の貴重な寄与に対し深甚な謝意を表する。