活性は20IU/day 以下であった。

絨毛上皮腫および破壊性奇胎の Pregnanediol 値は、妊娠に比較すると、HCG値が高いにもかかわらず低値を示す。胞状奇胎ではPG値は相当妊娠月数に比して低い値を示すが、絨腫および破奇に比較すると高値を示した。

絨毛上皮腫および破壊性奇胎におけるTotal estrogen値は、正常妊娠および胞状奇胎に比して低く正常月経周期より高値を示し、胞状奇胎で、正常妊娠月数に比して低値を認めた。

17-KS値は絨毛性腫瘍にやや正常より低値を示すものもあつたが、大部分は正常範囲を示した。17-OHCS値は、ほぼ全例正常範囲にあつた。

甲状腺機能は Triosorb test では妊娠および胞状奇胎で低値を、絨毛上皮腫および破壊性奇胎では正常非妊婦人の値を示した。血中TSHは20 μ IU/ml以下の値であり、基礎代謝率、血清コレステロール値も正常範囲にあつた。

以上のごとく、絨毛上皮由来の絨毛性腫瘍と妊娠との間に異なる内分泌環境を推定する結果を得た。

質問 (神戸大) 望月 真人

1) 各種蛋白ホルモンの測定のうち特にTSHの測定をねらわれた理由と。

2) 正常妊娠時でも甲状腺機能は生理的に亢進しますので特にその機能亢進が腫瘍とどのように関係があるのか先生の考え方。

3) TSHの測定は非常に難しく、測定値の測定方法のいかんによつて変つてまいります。

特に radioimmunoassay では Iodination に用いる TSHと anti TSH serum の系が重要です。そこでどのような系を使用されて測定したものかなどの点について御教示下さい。

答弁 (名古屋大) 岡本 美枝

絨腫瘍の中に甲状腺機能亢進があるということまた絨腫組織中にTSHをみとめたという報告にもとずき血中TSHの動態を追求したものである。

RIAに使用したものは、人純化TSHでAnti TSHおよび人TSHとも、NIHより提供を受けた。TSHのStandardはLondonのMRCより提供された人TSHのInternational Standardである。

*76. 絨毛性腫瘍の HCG 低単位 follow-up

(長崎大)

自見 昭司, 指方 照章, 三浦 清鬱

加瀬 泰昭, 石丸 忠之, 〇陳 徳和
呉 旭宸, 正岡 尚

Radioimmunoassay によるHCG低単位測定にはHCGとHL間に交叉反応が存在するため絨毛性腫瘍患者以外の排卵期、排卵期以外、卵巣剔除例、閉経期婦人のLH分泌状態を測定した。すなわち、排卵期 86.46(220~50)、排卵期以外4.72(30~2 $\downarrow$)、卵巣剔除例6.73(28~2 $\downarrow$)、閉経期 73.89(152~17)であつた。この結果から2 $\downarrow$ ~50iu/l, 50~100iu/l, 100~200iu/l, 200iu/l $\uparrow$ の4群をHCG低単位 follow-up の目標にすることにした。

現在まで胞状奇胎24例、破壊性奇胎5例、絨毛上皮腫8例のHCG低単位 follow-up を行ない、治療後のHCG排泄パターン(少なくとも1週間以上持続した測定値)につき症例を示した。ホルモン排泄パターンと予後との関係については、奇胎、破奇の0~50iu/l群は現在まで増悪を認めていない。絨腫は0~50iu/lに1例、

100~199iu/lに1例、200iu/l以上に1例、何れも50KE(一)以下に一旦降つてから再発を認めた。寛解例の振幅は0~50iu/l群についてはほとんど10iu/l以下であり、卵巣剔除例は非剔除例に較べやや高値を示す印象をうけている。ホルモン排泄値とBBT2相化日数の関係については10iu/l以下にホルモン測定値が降下すると大体1週間前後でBBT2が2相化するようと思われるが、化学療法を10iu/l以下に降つた時点で行なつたものはBBT2相化がかなり遅れている。以上の結果からHCG低単位 follow-up に際しては50KE(一)が大前提になるが、卵巣剔除の有時にかかわらず、Radioimmunoassay 測定値が一旦10iu/l以下に降下すること、少なくとも50iu/e以下になることが必要であると考えられる。50~200iu/lの範囲を1週間以上も排卵期以外で持続すればLH+HCGの可能性があり注意が必要であり、200iu/l以上では50KE(一)、レ線(胸部、骨盤動脈造影、子宮卵管造影)等所見がなくても再発(あるいは増悪)はほとんど確定的であり、治療追加が必要であると考えられる。卵巣剔除例でも50KE(一)で、しかも50iu/l以下であれば寛解と考えられるが、なおも厳重な視察が必要である。

追加 (名古屋大) 川島 吉良

1) 絨腫瘍化学療法に伴うHCGの療胞効果を指摘された。これはわれわれが既に認めている現象である。われわれの報告に1つの確証を与えられたものであるので全く同意する。そこで1つ追加意見を述べたい。すな

わちR I レベルで低単位HCG時期においても細胞効果の消失するまで化学療法を行なう必要がある。

追加 (中華民国台北医学院) 徐 千田

化学治療は治療効果の発現後すなわち臨床症状の消失後、LHが Radisimmunoassay が正常値に戻った後も最少2 Course 理想的には Course の追加投与が必要である。これは腫瘍細胞の再復活を予防するためである。

質問・追加 (神戸大) 水沢 富一

Peedioimmonoassay で絨毛性腫瘍患者の術後管理を行なう場合、重要なことは微量HCGの測定のみならず、下垂体Gの分離測定が考えられます。すなわち微量HCGの測定は one point assay の結果ではなく、すなわち経目的に測定し、その分泌パターンにより患者の予後は判定すべきである。また抗HCGがLHと交叉反応を示すところからその測定値が本来のHCGを示しているかどうか疑問がある。この点について、われわれは大量の testosterone を投与し、その後のG値の推移により判定している。術後の下垂体Gの増量では、testosterone 投与後約4日目頃より減少傾向を見るようである。減少傾向を示さないものには、CM-C に対する、HCGとLHの吸着態度の差を利用している。すなわちpH 6.0, 0.01M NH₄AC の Buffer ではHCGは非吸着分画にLHは吸着部分に見られる。以上のように質問1) 分泌パターン分類はされたか。2) 臨床的にLHとの分離測定はされたか。以上。

答弁 (長崎大) 陳 徳和

LHとHCG交叉反応のため、CM-C と estrogen 投与、その他の方法によるLHとHCGを分離は現在のところ致しておりません。

*77. 絨毛性腫瘍における化学療法の効果とその限界

(熊本大) 田代 仁男, ○桑原 仁

絨毛性腫瘍(以下絨腫瘍)における化学療法の優秀性については既に多くの報告がみられるが、われわれも1963年より主としてはMTXを、1966年より Act D を使用し、顕著な治療成績の向上をみている。1963年以降の絨腫瘍治療例は絨毛上皮腫(以下絨腫)20例、破壊性胎状奇胎10例、組織学的確認のない単独化学療法例すなわち分類不明の39例であり、その死亡率はそれぞれ45%、10%、0%となっている。ここで1956年よりの絨腫について、1963年を境として3年後死亡率を比較してみると、1956~1962年は実に90%であつたのが、1963~1966年は58.3%と激減している。これを転移の有無によりみると前者では20例のうち転移を認めた18例中全例が死亡、後

者では12例のうち転移を認めた11例中7例が死亡し、転移例においても死亡率は100%から63.6%と減少している。また分類不明39例中転移性のものが17例あり、これもMTXあるいはAct D で緩解を得ている。以上のようにより転移性絨腫瘍においても、化学療法の効果はかなり期待できるものである。また術前化学療法の有無により、絨腫の治療成績を比較してみると、術前術後投与群ではその死亡率は33.3%に対し、術後投与群では46.2%であり、特に前者の結果が良好とはいえないにしろ、病巣の不活性化ないし限局化、特に転移巣消失化の点で術前投与の意義は大きいと考える。われわれは現在原則として絨腫瘍においては化学療法を優先し、再発や耐性出現あるいは緩解傾向が遅れ、化学療法にその限界を感じた場合、手術併用を行なっている。優秀な化学療法剤の開発によりその治療成績はきわめて向上したとはいえ、薬剤のみによる治療効果を完全に期待し得ない場合に遭遇する。すなわち絨腫瘍の治療に占める化学療法の役割はきわめて大きいとはいえ、そのみでは限界があり、適切な手術療法の併用により、本疾患の一層の治療率の向上、また化学療法の効果をさらに期待し得るものと考えられる。すなわち、重篤な絨腫患者に十分な化学療法を行ない著効をみたが、完全治癒をみずその限界と思われた症例に手術療法を併用し、緩解した症例を経験しつつあるので、その1例をあげ説明した。

質問 (鳥取大) 前田 一雄

最近、非常に抵抗性の強い肺・外陰転移を有する絨毛性腫瘍例に、大量のMTX(全身投与1日50mg, 外陰腫瘍内注入1日100mg, 注射数時間後にロイコポリン筋注、合計1週間にMTX 750mg)と、その前後にAct-Dを併用し、脱毛以外は著しい副作用をみることなく尿HCG低下をみた。さらに治療中であるが、化学療法の限界についてはこのような投与方法についても検討することが必要と考える。この点について御意見を伺いたい。

答弁 (熊本大) 桑原 仁

投与量については、MTXは20~25mg/dayを4日間、Act-Dは0.5mg/dayを5日間投与していきまして、それ以上の大量投与につきましては、検討していません。

82. 絨毛性腫瘍の細胞増殖の解析

(北海道大) 山下 幸紀, ○福島 務

正常妊娠初期絨毛細胞および奇胎細胞、特にラングハンス細胞(以下ラ細胞)の、増殖力などの解析に、マ