

で、絨腫ではリンパ管蔓延ではなく静脈内蔓延を示すので、L型がV型、即ち腫瘍先端で実質細胞が静脈内に入っている型となるものである。

その結果は、I期ではC型に死亡例が認められず、II期では少数で、III期でも死亡例は半数以下を示していた。これに対し、P及びV型では、I期でも約半数、II期では約 $\frac{2}{3}$ の死亡が認められた。すなわちCPV分類はかなり有用な予後判定法であると言えることが出来る。

次に絨腫では腫瘍のどこにも実質細胞を認めるとはかぎらないので、実質細胞優勢型と凝固壊死優勢型に分ち検討してみたが、CPV分類とは異り期別と共に凝固壊死優勢型が多くなつたが、予後との関係は明らかでなかった。またLanghans型細胞優勢型、Syncytium型細胞優勢型に分ち検討してみたが、予後の上で有意とは認められなかった。

112. 絨毛性腫瘍における子宮内視鏡使用の意義についての症例検討

(京都大)

○藤井 信吾, 杉本 修, 松浦 俊平
中島 襄, 富永 敏明, 余語 郁夫
本橋 亨, 麻生 武志, 青地 秀樹
杉並 洋, 西村 敏雄

絨毛性腫瘍の診断及びそのfollow upに際し、化学療法進展に伴い直接その病理組織学的所見の把握が困難となつてきた。そこで我々は、子宮腔内の絨毛性腫瘍の直視下の変化を求める意味で子宮内視鏡を採用し、これと臨床症状、尿中・血中HCG、血中Progesterone測定、骨盤内血管造影PAGの所見と併せ検討を試みたので報告する。(方法)子宮内視鏡は入院時より2週毎、PAGは4週毎、Friedmann反応は毎週、血中HCGはDioxan法により、ProgesteroneはCPB法により週2回測定を原則とし、治療はHollandの方式に従つた。

(成績) HCG値は絨毛性腫瘍の診断とそのfollow upに重要な位置を占めるものであり、子宮内視鏡所見との関連性においては、3例にHCG値が高値時子宮腔内に膨隆する変化と血腫を認めHCG値の低下・正常化と共にその縮小像を明らかに認め、1例は尿中HCG値上昇と共にその増大像を認めた。子宮内視鏡所見による確定的な絨毛性腫瘍像は現時点ではなく、あくまでも補助手段と考えるが、初診時全く子宮腔内に変化を認めえなかったものが治療過程で血腫出現をみた1例のように直視下にその立体構造の消長を連続的観察できることにその利点が発揮できると考える。我々は以上のようにHCG

値を中心としてPAG、子宮鏡などを多角的に活用することにおいて、その相互の不足分を補い絨毛性腫瘍に対処しているが、今後、子宮内視鏡像と他との関連性などについて更に症例検討してゆく必要があると考える。

追加 (倉敷中央病院) 中堀 等

49才の流産後の出血を主訴とする患者に対し、診察所見に特に異常を認めないが、Friedmann反応50単位陽性のため絨毛性腫瘍の疑いをもちつつ子宮鏡検査を施行したところ、ポリープを認めその附着部付近に小血腫の散在を認めた。

後に子宮全剝術を施行して同部の筋層内にあずき大の絨毛上皮腫を発見したが、ポリープは壊死に陥つた脱落膜であつた。

このことから絨毛性腫瘍に対する子宮鏡検査の限界と、子宮鏡検査の陥入り得る落し穴についてのべ絨毛性腫瘍の診断には疑いをもつことが大切であることをのべた。

質問 (徳島大) 磯島 晋三

established tumorの場所によつてはhysteroscope挿入時に、強出血等のaccidentが起こることが予想されるが、それを加味しても従来の方法に加える価値がある程の方法でしょうか。

解答 (京都大) 杉本 修

現在まで子宮出血をきたす症例には全てヒステロスコピーによる補助診断を行なつている。絨毛性腫瘍については当然強出血や子宮穿孔の危険が考えられるが、現在までのところこのような副作用例はない。

質問 (川崎市立病院) 小林 英郎

血中プロゲステロンを絨毛性疾患のfollow upに於いて測定している由ですが、われわれの得た結果では胎状奇胎では低値を示している。そこで、絨腫発生の予想されるような、プロゲステロンの動きがあつたら、お教え頂き度い。

解答 (京都大) 藤井 信吾

絨毛性腫瘍と思われるものの血中プロゲステロン測定したものは2例しかなく、絨毛性腫瘍におけるプロゲステロン変動のきめてと思われる結果はまだ得てなく、今後検討してみたいと思う。

追加・解答 (京都大) 余語 郁夫

奇胎例のprogesterone値は低い傾向は認められるが、progesterone assayのもう1つの意義はfollow up中の排卵の判定にあります。

113. 血中HPL/HCG比による絨毛性腫瘍の診断について

(新潟大) ○佐藤 芳昭, 大竹 四郎
 広井 正彦, 竹内 正七

1) 意義: 絨毛性腫瘍の早期診断についての最近の進歩は目ざましいが, とくに免疫学的妊娠反応の普及につれて主としてHCGが注目されて来ている. しかし本症の診断をHCGの定量のみで行なう事は困難である. 近年同じ syncytial trophoblast より分泌される蛋白ホルモンであるHPLが注目をあびているが, HPL, HCGの同時測定を行ない, その比を算出して絨腫を診断する方法を検討し, 興味ある結果を得たので報告する.

2) 方法: 正常妊娠および絨腫患者の午前9時, 空腹時に採血し直ちに血清分離しすみやかに実験に供した. 同一血清にてHPL, HCGを測定し, HPLは二抗体法による Radioimmunoassay, 高濃度に存在するHCGは Immuno-Assay (HAIR) にて定量した.

成績: 正常妊娠ではHPLは妊娠7週より出現し, 日数とともに上昇して妊娠末期に小さな peak をみとめた.

正常妊婦血清の HPL/HCG 比は妊娠月数が進むにつれて上昇した. しかし絨腫にては奇胎ではHPLは低濃度又は検出不能であり絨毛がんではHPLの検出は不能であつた. 一方HCGは逆に正常値より高い傾向を示し, 従つて HPL/HCG 比は低値を示した. 以上のことから絨毛性腫瘍の診断に際しては, 血中の HPL/HCG をみることで, より確実な診断が期待される.

114. 胞状奇胎時の好中球 Alkaline phosphatase(L. Alp) の診断的価値

(大阪市大)

荻田 幸雄, 長谷川博規, 川合 謙造
 浜田 和孝, 島本 雅典, 亀井 輝二
 松本 雅彦, 田中 文平, 山崎 嘉和
 須川 信

【意義】我々は既に L. Alp が, 妊娠の月数に伴つて上昇し, その活性の異常高値又は低値は fetal distress, 胎内死亡等の胎児異常を予知する鋭敏な検査法たり得る事を追試確認し, 且つ, 分娩発来予測, 流早産の予知, 予後判定をなし得る事を見出した. そして更に, この活性上昇の機作について, ①妊婦血中に activator が存在する事, ② estriol が流血中白血球の成熟性を促進させ, ③流血外白血球を流血中へ動員させる結果である事を示唆して来た. 今回我々は, 胞状奇胎の L. Alp. 活性を追試検討し, 特徴ある知見を得たが, 他の検査法で診断不能例に於いても診断的価値を認めたので報告する.

【方法】L. Alp. 活性の検出: pH 8.6, 基質: Naphthol AS-MX phosphate, 発色剤: Fastblue RR とする 朝長法を用いた.

【成績】①正常妊娠では, L. Alp. 活性は妊娠月数に伴つて上昇するが, 胞状奇胎例では, 全て, 正常妊娠域を越えて, 異常高値を示し, 奇胎排出後も高値を継続する. ②部分奇胎例も同様に異常高値を示す. ③尿中HCG低値で臨床的にも奇胎の診断がつかない例に於いて, L. Alp. のみ高値を示す. ④ L. Alp. 異常高値を示す場合, 他の活性上昇をもたらせる疾患を除外出来れば, 奇胎妊娠を濃厚に疑い得る. ⑤去勢婦人に対するHCG投与は L. Alp. 活性上昇をもたらさない. ⑥ in vitro に於けるHCG負荷も有意な L. Alp. 上昇を示さない. ⑦奇胎妊娠血中の activator の存在を濃厚に暗示する.

115. 絨毛性腫瘍治癒過程における尿中 HCG 排泄動態

(徳島大) ○奈賀 脩, 香山 浩二
 土屋 邦男, 磯島 晋三

我々の提唱する低単位尿中HCG連日測定を行ない (迅速 polymerized anti-HCG 使用法), 胞状奇胎の排出, 絨腫患者の子宮摘除又は化学療法を行なつた場合の尿中HCG動態を解析した結果より以下の方式を提案する. (1)胞状奇胎排出後, 1週間目に第2回目の子宮内容除去術を行なつた後2週間以内 (排出後3週間) にHCGが<1000IU/l, 3週間以内 (排出後4週間) に<150IU/l に下降した場合, 以後の化学療法は必要とせず follow-up のみでよい. (2)以上の基準に達しない場合 pelvic angiography を行ない, 異常所見を認めるか, 或いは更に2週間 (排出後6週間) follow-up して, <150IU/l に達しない場合は established tumor として化学療法を始める. (3)破奇, 絨腫の化学療法中にはほとんど常に細胞効果がみられる. (4)治療中のHCG下降は大きい振巾を持つた日差変動 (我々の云う undulation) を示しつつ, レベルが低下する. (5)化学療法を反復実施中, HCG値の undulation を示すものは6—10カ月間HCG高値を維持しても (従来薬剤抵抗) ある時期に達すると急激な低下を示す. このパターンは薬剤抵抗とは云い難く, 化学療法を行なつてもHCG値の上昇傾向を続けるもののみに薬剤抵抗という言葉は限定すべきである. (6)HCG値がLHレベルに低下して細胞効果を示さない2クール以上の化学療法の後, 初めて一応の寛解とみてよい. 但し尚再発した例もある. (7)以上の