

診 療

子宮頸部に発生した悪性リンパ腫の1例

宮崎県立宮崎病院産婦人科

嶋 本 富 博 立 山 浩 道

Case Report of Malignant Lymphoma of the Uterine Cervix

Tomihiko SHIMAMOTO and Hiromichi TATEYAMA

Department of Obstetrics and Gynecology, Miyazaki Prefectural Hospital, Miyazaki

Key words: Malignant lymphoma・Uterine cervix・Smear・Chemotherapy

緒 言

悪性リンパ腫は全癌の約2%を占めるといわれているが、子宮原発の症例は極めて稀で、Chorlton et al. が15例⁴⁾、Carr et al. が2例²⁾報告したのが主なものである。私達は子宮頸部原発と思われる悪性リンパ腫の1例を経験したので、ここに症例を提示し、若干の文献的考察を加えた。

症 例

R.K. 28歳，経妊2，経産2。

主訴：不正性器出血。

月経歴：13歳初経以来不順。終経昭和61年1月31日より8日間。

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：特記すべきことなし。

現病歴：昭和61年1月より少量ずつ性器出血が始まり、3月7日急に出血量増大したため近医受診。3月8日当科に紹介来院された。子宮頸部擦過細胞診（以下スメアと略す）でクラス IIIa と診断された。しかしながら、近医での組織検査の結果悪性リンパ腫を疑われたため、5月9日当科再受診。5月12日手術目的で当科に入院した。盗汗等自覚症なし。

入院時現症：身長152cm，体重44kg，体重減少なし，体温36.1度，皮膚所見特になし，頸部リンパ節・腋窩リンパ節・そ径部リンパ節の腫大なし，扁桃の腫大なし，肝脾腎も触知せず，その他異常所見は認めなかった。

内診所見：子宮頸部は鳩卵大，クスコで前唇後唇とも発赤腫大していた。コルポスコピー上

は，パンチバイオプシーをしたと思われる部位の組織欠損以外はびらん等の所見は認められなかった。子宮体部，両側付属器領域は特に異常なし，両側の傍結合織にも異常は認められなかった。

入院時一般検査成績：検尿，検血（分画を含め）正常範囲内，出血凝固系正常範囲内，血液生化学（蛋白分画も含め）正常範囲内，IgG, IgM, IgA 分画正常，PHA, PPD 正常範囲内，ECG 異常なし，胸部写真縦隔リンパ節の腫大を認めず，胃十二指腸透視異常なし，DIP 異常なし，腹部CT 傍大動脈リンパ節腫大を疑わせる所見を認めた，ロマンoscope異常なし，膀胱鏡異常なし。

スメア再検ではクラス V, neoplastic lymphoid cells であり，上皮細胞の他に多数のリンパ球を認め，大小不同が著しく，また幼若な大型のリンパ球の出現をみている（写真1）。

以上の結果より悪性リンパ腫 IEa あるいは IIEa (Ann Arbor Stage), FIGO Stage Ib の疑い

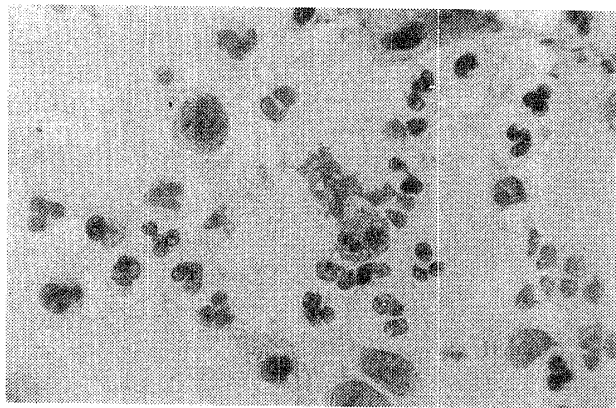


写真1 細胞診

で診断の確定および病期の決定のために5月15日手術を行つた。

開腹時所見：腹部正中切開で単純子宮全摘術，骨盤リンパ節生検，腸間膜リンパ節生検，大網リンパ節生検を行つた。子宮頸部は径4cm位の硬い腫瘤を形成していたが，子宮自体の運動性は良好であつた。また右外腸骨より外そ径上節に至るリンパ節が硬く腫大していた。左側の外腸骨リンパ節も硬く腫大しており以上のリンパ節の生検を行つた。傍大動脈，腸間膜および大網リンパ節に転移を疑わせるリンパ節腫大は認めなかつたが，腸間膜リンパ節と大網リンパ節に柔らかくかつ可動性の良いリンパ節が認められたため，その部の生検を行つた。その他肝・脾・腎・胃・十二指腸・小腸・大腸には異常所見は認めなかつた。摘出子宮に割を入れると腔壁への浸潤は認められなかつたが，傍子宮結合織への浸潤を認めた。

組織：Malignant Lymphoma, diffuse, medium sized type, non-T non-B type. Both external iliac lymph node metastasis.

弱拡大では頸部実質内に広範に中細胞型の腫瘍細胞の浸潤を認めたが，上皮は比較的保たれていた(写真2)。強拡大では濾胞形成を認めない1個の核小体を持つ核分裂像の乏しい腫瘍細胞が見られ(写真3)，リンパ節にも同様の腫瘍細胞が浸潤

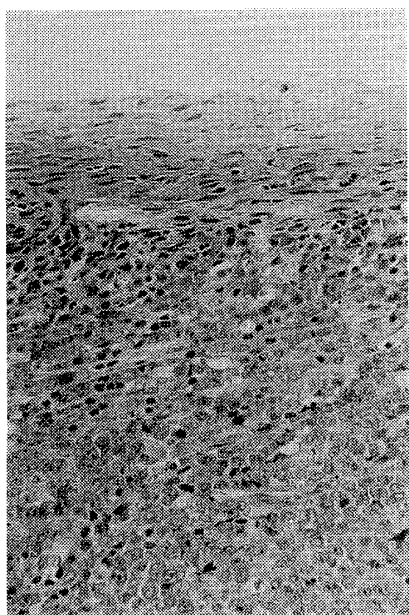


写真2 組織(子宮頸部，弱拡大)

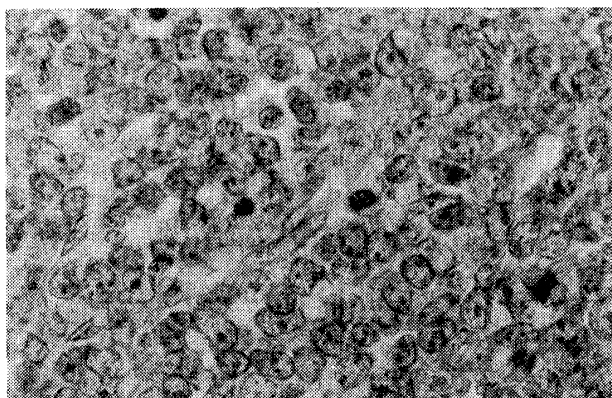


写真3 (写真2の強拡大)

していた。

最終診断：悪性リンパ腫 IIEa 期 (Ann Arbor)。

術後経過：術後特に合併症も認めず，組織診断が確定した時点で6月8日内科転棟。しかしながら，その時には左頸部リンパ節腫大を認めた。6月13日より CHOP 療法を開始した。

(cyclophosphamide 750mg/m², adriacin 50 mg/m², vincristine 1.4mg/m², prednisolone 100 mg/m²の75%) 3 コース終了した時点で，頸部リンパ節の腫大も消失し，寛解期にはいつたと判断し，更に維持療法として3コース治療追加して化学療法終了した。現在外来通院中であるが，再発の徴候は認めていない。

考 案

この症例では子宮頸部に大きな病変があること，領域リンパ節に病変を認めたことおよび初診時他に病変を認めなかつたことから子宮頸部原発と考えて妥当と思われる。

非ホジキン悪性リンパ腫は，全癌の2%を占め米国で年間約15,000例発生している⁵⁾。進行例においては子宮を冒しているものは比較的よく認められているが⁵⁾¹⁰⁾，原発性のものは非リンパ節領域原発性の0.5%と，極めて稀なものである。

発症年齢は平均44歳で，22歳から80歳までの年齢層に発症をみている⁷⁾。

初発症状としては，出血が多くその他血尿，側腹部痛，骨盤腫瘤等がみられる。また他の非リンパ節悪性リンパ腫と異なり，症状発生が早く認められる傾向にある⁴⁾⁷⁾(表1)。その発育形態は上皮

表1 初発症状

症 状	頸 部	腔	内 膜
出 血	13	1	2
腫 瘤	2	2	
血 尿	1		
無 症 状	3	1	
不 明	2		

性の悪性腫瘍と異なり表在性に発育するというよりむしろ深部に増殖していく傾向がある。そのため子宮頸部擦過細胞診では、異常なしという結果を得ることが多い。実際に Carr et al. はクラス I と診断したものが5例、クラス II が3例、クラス V が1例、陽性が1例という結果であった²⁾。特に潰瘍等を形成しない症例では陰性になることが多い⁶⁾。

また組織検査においても子宮頸部の炎症性変化との鑑別が困難なことがあり、未熟なリンパ球浸潤をみる重症性頸管炎や濾胞性頸管炎と濾胞型の悪性リンパ腫との鑑別には注意を要する。その他 endometrial stromal sarcoma, hemangioendothelioma, pregnancy induced pseudolymphoma 等が鑑別すべきものとしてあげられる⁷⁾。

治療としては、悪性リンパ腫が全身的疾患であるという性質上、全身の治療が原則である。そのため極めて限局した症例以外は外科的治療のみでは治癒は望めない。まして広汎子宮全摘術は、術後後遺症を高めるだけで殆どの場合適応とならない⁷⁾。

しかしながらこの症例のように細胞診及びパンチ生検では確診のつかないような場合、単純子宮全摘術及び試験開腹は、他の炎症性病変、腫瘍性病変との鑑別、組織型の確定、T細胞B細胞の分類、病期の決定といった点から意義のあるものと考えられる⁵⁾¹⁴⁾。

IE 期を超えるものでは化学療法が治療の主たるもので、様々な抗癌剤の組み合わせで行われている (CHOP, MOPP, VEMP 等)。IE 期のものについては放射線治療が行われていることが多い。その場合も放射線治療のみの場合、手術と組み合わせる場合とがあるが、全体としては放射線治療前か後に手術 (単純子宮全摘術及び両側附属器摘

表2 非リンパ節リンパ腫の病期分類 (Ann Arbor)

I E 期	一つのリンパ性臓器または部位の侵襲
II E 期	横隔膜のいずれか一侧で一つ以上のリンパ節領域と非リンパ性臓器または部位の侵襲
III E 期	横隔膜の両側のリンパ節領域の侵襲があり、非リンパ性臓器または部位の侵襲
IV 期	一つあるいはそれ以上の非リンパ性臓器あるいは組織のびまん性、散布性侵襲があり、リンパ節腫大はあってもなくてもよい

除術)を行うことの方が多い。

予後を決める因子はいろいろと考えられているが、症例数が少ないため十分な検討が成されていないが、領域リンパ節も考慮にいれて病期分類をする Ann Arbor System による病期のみが予後を左右するものとなつている (IE 93%, IIE 33%, IV 0%, 5 年生存率全体で73%)。

また有意差は出ていないが、濾胞型の方がびまん型より予後が良い傾向がある⁷⁾。

病期分類は上述のように Ann Arbor System を用いた方が予後の良い指標となる (表2)。

FIGO 分類では I, II 期と III, IV 期とでは有意の差は認めなかった⁷⁾。

5 年生存率は全体で73%であり、非リンパ節臓器原発のものの中では予後の良いものの一つである。これは性器出血等の症状のため比較的早期に発見するためであり、同じ婦人科領域でも卵巣原発のものでは34%の5 年生存率しかないのとでは大きな差である⁷⁾。

子宮頸部原発悪性リンパ腫は極めて稀な疾患ではあるが、症状が早くあらわれることが多く、また胃等の臓器とは異なり比較的非侵襲的方法で標本を得られるという特徴がある。しかしながら細胞診、組織診において上皮性悪性腫瘍とは発育形態が異なるため診断に困難を伴う。そのため悪性リンパ腫が疑われる場合は、開腹術も含め十分に評価すべきである。

そして病期に応じた治療を行うことで充分期待できる予後がえられる。

稿を終えるにあたり、宮崎県立宮崎病院臨床検査科河内実世先生、内科田村和夫先生、安藤産婦人科医院安藤正俊先生の御協力に深甚なる謝意を表します。

文 献

1. 須藤淳一：寒冷凝集素症を伴った子宮原発悪性リンパ腫の1例。日内会誌, 72: 30, 1983.
2. Carr, I., Hill, A.S., Hancock, B. and Neal, F. E.: Malignant lymphoma of the cervix uteri: Histology and ultrastructure. J. Clin. Path., 29: 680, 1976.
3. Chak, R.W. and Hamada, J.: Primary reticulum cell sarcoma of the uterus. Cancer, 33: 1039, 1974.
4. Chorlton, I.: Primary malignant reticuloendothelial disease involving the vagina, cervix and corpus uteri. Obstet. Gynecol., 44: 735, 1974.
5. Crisp, W.E., Surwit, E.A., Grogan, T.M. and Freadman, M.F.: Malignant pelvic lymphoma. Am. J. Obstet. Gynecol., 143: 69, 1982.
6. Glatstein, E. and Guernsey, J.M.: The value of laparotomy and splenectomy of the staging of Hodgkin's disease. Cancer, 24: 709, 1969.
7. Harris, N.L. and Scully, R.E.: Malignant lymphoma and granulocytic sarcoma of the uterus and vagina. Cancer, 53: 2350, 1984.
8. Krumerman, M.S. and Chung, A.: Solitary reticulum cell sarcoma of the uterine cervix with initial cytodiagnosis. Acta Cytol., 22: 46, 1978.
9. Larsen, L.: Uterine cellular stromal infiltration. Acta Obstet. and Gynecol., 60: 305, 1981.
10. Spagnoli, I.: Primary malignant lymphoma of the uterus. Diagnostic Imaging, 50: 81, 1981.
11. Steinfeld, A.D.: Histiocytic lymphoma of the cervix. Gynecol. Oncol., 8: 97, 1979.
12. Stransky, G.C.: Reticulum cell sarcoma of the cervix. Obstet. Gynecol., 41: 183, 1973.
13. Welch, J.E. and Hellwig, C.E.: Reticulum cell sarcoma of the uterine cervix. Obstet. Gynecol., 22: 293, 1963.
14. Whitaker, D.: The role of cytology in the detection of malignant lymphoma of the uterine cervix. Acta Cytol., 20: 510, 1976.

(No. 6109 昭62・1・13受付)