

## 原発性卵管癌14例の臨床的検討

癌研究会付属病院婦人科

平井 康夫 郭 宗正 手島 英雄  
 陳 瑞東 浜田 哲郎 藤本 郁野  
 山内 一弘 荷見 勝彦 増淵 一正

癌研究会付属病院病理部

坂本 穆彦

Clinical Study of Primary Carcinoma of the Fallopian Tube :  
 Experience with 14 Cases

Yasuo HIRAI, Sousei KAKU, Hideo TESHIMA,

Jui-Tung CHEN, Tetsuro HAMADA, Ikuno FUJIMOTO,

Kazuhiro YAMAUCHI, Katsuhiko HASUMI and Kazumasa MASUBUCHI

*Department of Gynecology, Cancer Institute Hospital, Tokyo*

Atsuhiko SAKAMOTO

*Department of Pathology, Cancer Institute Hospital, Tokyo*

**概要** 1950年から1986年の36年間に癌研婦人科で原発性卵管癌と診断され、治療された14症例を対象に、臨床症状、病理所見、予後などを検討した。

本疾患が婦人科悪性腫瘍中にしめる頻度は、0.13%であつた。平均年齢は56.0歳。最も多くみられた症状は、不正性器出血で11例(79%)にみられ、多量の水性帯下も4例(29%)にみられた。術前の細胞診では6例(43%)が癌細胞陽性であつた。

治療として、全ての症例に手術が施行された。さらに術後照射または術後化学療法が追加され、2nd look, 3rd lookの手術も追加された。

病理組織学的には全て腺癌で有り、高分化型腺癌が4例、中分化型が7例、低分化型が3例であつた。

予後は、はつきりした癌死が2例で、いずれもⅢ期以上の進行癌であつた。5年生存率は57% (4/7)であつた。Ⅰ期癌に限ると5年生存率は80% (4/5)であり、この期の予後は比較的よいと推定された。

**Synopsis** Between 1950 and 1986, 14 cases of primary carcinoma of the fallopian tube were treated and diagnosed at the Cancer Institute Hospital. These cases constituted 0.13% of the total number of gynecologic malignancies at the hospital during the period. The clinical/pathological findings and prognoses were described.

Of the 14 cases, the average age was 56.0 years. The most frequent symptom was atypical genital bleeding, seen in 11 cases (79%). Massive watery discharge was seen in four cases (29%). In preoperative cytologic examination of vaginal smears, six cases (43%) were positive for cancer.

All cases underwent operation as therapy. Postoperative irradiation, adjuvant chemotherapy, and/or second- or third-look operation was also used. Histopathologically, all materials were found to be adenocarcinoma. Four cases were well differentiated, seven were moderately differentiated, and three were poorly differentiated.

Two patients with stage III and IV cancers died of the disease. Nine patients were still alive at the end of this study. The five-year survival rate was 57% (4/7). In stage I cancers, the five-year survival rate was 80% (4/5). The prognosis of stage I cancer patients was estimated as rather good.

**Key words:** Primary carcinoma • Fallopian tube • Genital bleeding • Histopathology • Prognosis

## 緒 言

原発性卵管癌は、婦人科悪性腫瘍の中では非常

に稀な疾患である。しかし、本症は、卵巣癌、子宮体癌、子宮頸部腺癌の術前診断に際し、鑑別す

べき疾患の一つであるため、その正確な臨床像の検討は重要と思われる。本症の病理組織学的な検索に基づいた最初の症例報告は Orthmann (1888年)<sup>14)</sup>によるとされ、以後現在まで文献上の報告は1,000例を超える<sup>13)</sup>。日本でも、本疾患の報告は近時増加し、すでに100余例に及んでいる<sup>6)</sup>。しかし、単一施設の一連の患者の予後追跡に基づく臨床所見についての詳細な報告は、本疾患の稀少性故に、殆どない。我々は癌研婦人科で経験した14症例の臨床像について検討したので報告する。

### 研究方法

1950年から1986年の36年間に癌研婦人科で治療され、原発性卵管癌と診断された14症例を対象とした。これらの組織標本及び病理報告書は病理医と婦人科医が再検討し、腫瘍の組織像と局在が Hu et al.の原発性卵管癌の診断基準<sup>12)</sup>を少なくとも満たす事を確認した。この14症例について臨床症状、病理所見、予後などを検討した。組織分化度は、Hu et al.の原発性卵管癌の分類<sup>12)</sup>を参考に高分化、中分化、低分化の3段階に分けた。

なお、No. 1, No. 2, No. 3の各症例は、増淵らが既に詳細に報告した<sup>1)-3)</sup>。

### 研究成績

表1、表2に14症例の概略を示した。No. は治療年度順である。

1950年から1986年の36年間に癌研婦人科で治療した婦人科悪性腫瘍は10,382例に及ぶ。このうち原発性卵管癌は14例で、その頻度は0.13%であった。

平均年齢は56.0歳で、最年少でも42歳であった。

未妊婦は2例(14%)、未産婦は3例(21%)含まれる。

最も多くみられた症状は、不正性器出血で11例(79%)にみられた。多量の水性帯下は4例(29%)にみられ、下腹痛も同じく4例(29%)にみられた。

腫瘍の両側発生が、2例(14%)にみられた。発生部位では、卵管采に近い部分の発生が8例(57%)と最も多く、膨大部が5例(36%)、峽部が1例(7%)で、はつきりした間質部発生はなかった。

大きさは小豆大から新生児頭大に及ぶが鶏卵大以下のものが多かった。形状は囊腫状、結節状、腸詰状などであった。写真1～3に各形状の代表例を示した。写真4にはNo. 14の腫瘍部断面像を示した。

癌の子宮内膜への浸潤が1例にみられたほか、卵巣への転移が4例、骨盤内腹膜への播種が6例にみられた。はつきりした腹水は1例に認められた。手術時施行のダグラス窩腹水細胞診では11例

表1 原発性卵管癌症例(1)

No.	年齢	経妊	経産	下腹痛	性器出血	水性帯下	その他の症状	患側	発生部位	大きさ	形状	腹腔端	腹水有無	腹水細胞診	細胞診 VCE・EM
1	51	5	4	-	-	-	肛門不快	右	膨大部	示指頭大	腸詰様	閉	5ml	未施行	陰性 (EM無)
2	51	0	0	++	+	-	-	両側	膨大部	示指大 小豆大	囊腫状	閉	30ml	未施行	陰性 (EM無)
3	52	7	6	+	+	+	-	両側	膨大部?	鶏卵大 示指大	囊腫状	閉	100ml 血性	未施行	陰性 (EM無)
4	49	0	0	-	+	-	-	右	膨大部	拇指頭大	腸詰状	閉	5ml	陰性	陰性
5	62	3	3	-	+	-	-	左	卵管采	拇指頭大	囊腫状	開	5ml	陰性	陽性
6	67	1	0	-	+	-	-	右	卵管采	示指頭大	腸詰状	開	5ml	陰性	陽性
7	45	3	3	+	+	+	腹部膨満	左	卵管采	新生児頭大	囊腫状	閉	2,000ml 以上	陽性	陰性
8	54	5	3	-	+	-	-	左	卵管峽部	示指頭大	結節状	閉	30ml	陽性	陽性
9	42	3	3	-	+	+	-	左	卵管采	鶏卵大	囊腫状	閉	5ml	陰性	陰性
10	61	6	4	-	+	-	-	左	卵管采?	手拳大	囊腫状	開	5ml	陽性	陰性
11	67	5	3	-	-	-	-	右	卵管采	拇指頭大	結節状	開	5ml	陽性	陽性
12	73	1	1	-	+	-	-	右	卵管采	拇指頭大	結節状	閉?	5ml	陽性	陽性
13	46	3	1	+	-	+	-	右	卵管采	鶏卵大	結節状	開?	50ml	陽性	陰性
14	64	4	3	-	+	-	-	右	膨大部	拇指頭大	結節状	開?	5ml	陰性	陽性

表2 原発性卵管癌症例(2)

No.	術前診断	術式	手術完 遂度	その他の治療	癌の拡がり	Stage	組 織 分 化 度	予 後
1	卵巣癌疑	単摘+両付切	完	レ線	meta 無	Ia	高分化	35年 生存
2	急性付 属器炎	単摘+両付切	完	レ線	meta 無	Ib	高分化	9年 他癌死
3	卵管癌疑	単摘+両付切	不完/残 2cm以上	無	両側卵巣・胃・ ウイルヒョウ転移	IV	中分化	5ヵ月 癌死
4	付属器 腫瘍	単摘+両付切	完	—	meta 無	Ia	高分化	11年 生存
5	子宮体 癌疑	単摘+両付切	完	Linac 6,000rad	meta 無	Ia	中分化	6年 生存
6	子宮体 癌疑	単摘+両付切	完	無	meta 無	Ia	高分化	2年 他病死
7	卵巣癌	単摘+両付切 +大網切除	完	CAPF12クール, 3rd LO	大網・骨盤腹膜に meta	III	低分化	4年 癌死
8	子宮体 癌疑	単摘+両付切	不完/残 2cm以下	CAPF6クール	子宮内膜・左卵巣・骨盤 腹膜に multiple meta	III	中分化	2年 生存
9	卵巣癌疑	単摘+両付切	完	FAM10クール	meta 無	Ia	低分化	1年 生存
10	卵巣癌	単摘+両付切 +大網切除	不完/残 2cm以下	FAMT1クール, CAPF6クール	右卵巣・大網・骨盤内 腹膜 meta	III	中分化	1年 他病死
11	子宮体 癌疑	単摘+両付切+ S状結腸切除	不完/残 2cm以下	CDDP4クール	子宮表面・右卵巣・ S状結腸に meta	IIb	中分化	1年 生存
12	子宮体 癌疑	単摘+両付切 +大網切除	完	CAPF3クール	ダグラス表面に meta	IIb	中分化	1年 生存
13	卵巣癌疑	単摘+両付切 +大網切除	不完/残 2cm以下	CAPF6クール	ダグラス表面に meta	IIb	中分化	9ヵ月 生存
14	子宮体 癌 Ia	単摘+両付切 +リン摘	完	CAPF1クール	meta 無 (EM Probe Ca.+)	Ia	低分化	3ヵ月 生存



写真1 嚢腫状の卵管癌(症例 No. 9)

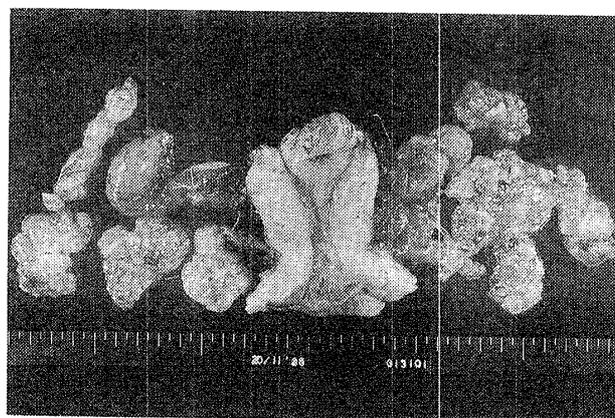


写真2 結節状の卵管癌(症例 No. 14)

中6例(55%)で癌細胞陽性だった。

術前診断で、卵管癌を強く疑ったのは1例で、その診断根拠は子宮卵管造影だった。殆どの症例の術前診断は、卵巣癌か子宮体癌であった。細胞診陽性で術前に癌を推定できたのは、6例(43%)だった。子宮内膜吸引細胞診(EM smear)施行例に限れば、11例中6例(55%)が陽性だった。

治療として、全ての症例に手術が行われた。術

式は単純子宮全摘に両側付属器切除、さらに大網切除や骨盤リンパ節廓清が加えられた。腫瘍の残存が無い完全手術は9例(64%)であった。術後治療として、1964年以前のNo. 1~6の例では放射線治療が追加されたが、No. 7以降は化学治療が追加された。さらにNo. 7では3rd look手術まで施行され、その際腹膜播種が確認された。No. 9では2nd look手術が施行されたが腫瘍は認められ

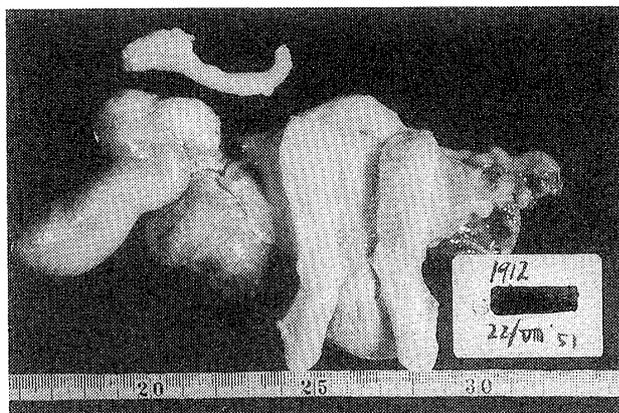


写真3 腸詰状の卵管癌(症例 No. 1)

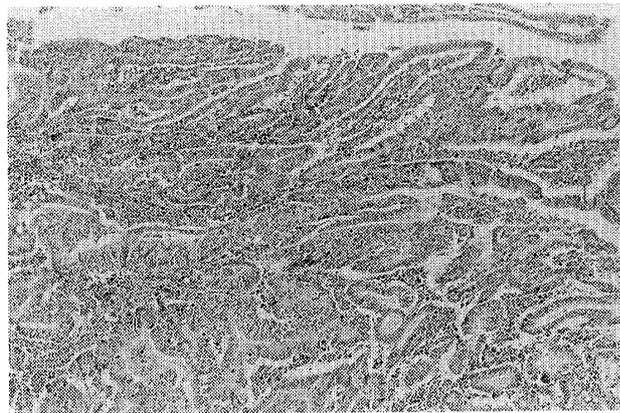


写真5 高分化型腺癌(症例 No. 6, H-E 染色, 100×)

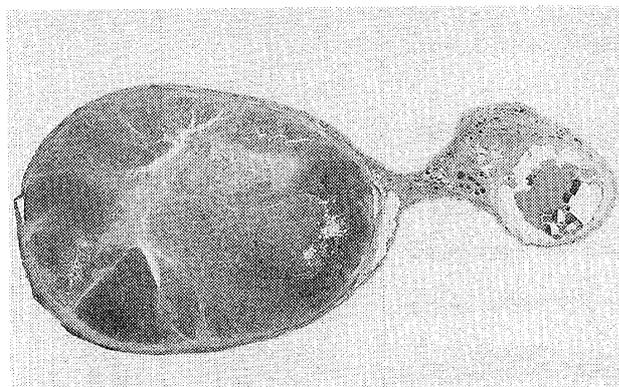


写真4 結節状卵管癌の断面像(症例 No. 14, H-E 標本より)左は結節状に腫大した卵管, 右は卵管間膜である。卵管内に低分化充実性の癌が充満している。

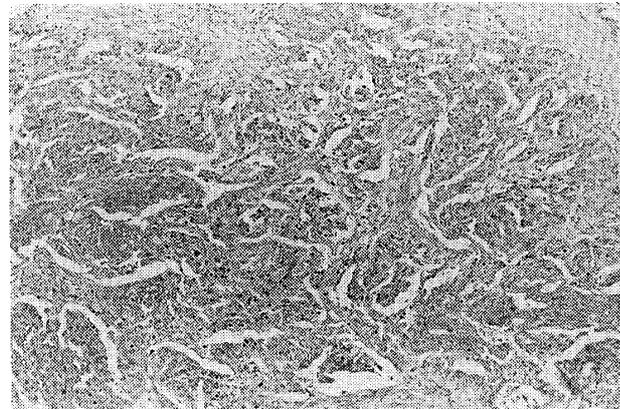


写真6 中分化型腺癌(症例 No. 11, H-E 染色, 100×)

なかつた。

予後との関連をみるため臨床期別分類をした。表3に示す様に卵巣癌の期別分類を援用した Dodson et al.の分類<sup>9)</sup>が実際的なのでこれを用いた。I期7例(50%), II期3例(21%), III期3

例(21%), IV期1例(7%)であつた。

病理組織学的には全て腺癌であつた。写真5~7に我々の症例の分化度別の代表的な組織像を示した。高分化が4例, 中分化が7例, 低分化が3例であつた。

表3 臨床進行期別分類 (Dodson et al., 1970)

Stage I	: Growth limited to the tube
	Ia. Growth limited to one tube: no ascites
	Ib. Growth limited to both tube: no ascites.
	Ic. Growth limited to one or both tubes: ascites present with malignant cells in fluid
Stage II	: Growth involving one or both tubes with pelvic extension
	IIa. Extension and/or metastasis to the uterus or ovary
	IIb. Extension to other pelvic tissues
Stage III	: Growth involving one or both tubes with widespread intraperitoneal metastasis to the abdomen (the omentum, the small intestine and its mesentery)
Stage IV	: Growth involving one or both tubes with distant metastasis outside the peritoneal cavity

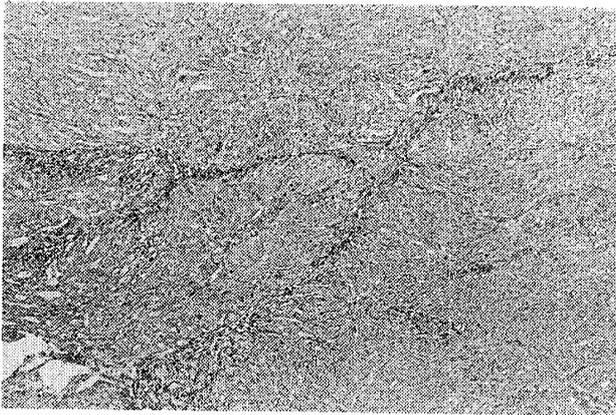


写真7 低分化型腺癌(症例 No. 9, H-E 染色, 100×)

予後は、はつきりした癌死が2例あり、いずれもIII期以上の進行癌であった。現在生存は9例あり、最長生存期間は35年、5年以上の生存例が4例あった。

### 考 察

原発性卵管癌はその稀少性のために単一施設の連続症例としては観察検討し難く、これまで報告も殆どない。癌研婦人科の本シリーズはその意味で貴重なものと思われる。

原発性卵管癌の婦人科悪性腫瘍中の頻度は文献上0.22~1.11%<sup>16)~18)</sup>と様々だが、いずれにしても頻度は低い。癌研の集計でも0.13%で、最もまれな癌の一つであった。

好発年齢は40歳以上のいわゆる癌年齢とされている<sup>5)</sup>が、我々の例でも50歳以上が10例(71%)と高齢者が多数をしめた。

妊娠歴に関して、本腫瘍と不妊との関係を強調する報告は多い<sup>5)18)</sup>。我々の例では未妊婦は14例と比較的少なく、従来本疾患の素因として注目されていた慢性的な骨盤内の炎症も認められなかった。

不正性器出血は文献的にも本疾患で最も多くみられる症状であった<sup>5)18)</sup>。癌の末期に出る症状とする報告もあるが、我々の例ではI期でも86%(6/7)にみられ、末期に特有な症状とはいえない。卵管癌に特有な症状とされる、多量の水溶性帯下は29%にみられた。

本腫瘍の両側発生率は本邦例では20%<sup>5)</sup>である。Sedlis et al.は26%と報告<sup>18)</sup>し、本腫瘍の両側

同時発生について言及した。我々の例では、はつきり両側発生と思われたのは2例14%のみだった。発生部位は卵管采、膨大部といった卵管末梢側に多かった。

子宮内膜への癌浸潤の頻度は、文献上11~15%と低い<sup>5)19)</sup>。我々の例でも1例にのみ子宮内膜浸潤がみられた。その他の転移では、骨盤内腹膜への播種が6例と高率にみられた。これら6例は全て腹水細胞診も陽性だった。

本症の術前診断は非常に困難とされている<sup>5)</sup>。細胞診の陽性率も30~80%と報告<sup>5)19)</sup>によりさまざまである。従来報告では殆どが子宮内膜細胞診を施行していない。我々の症例では11例に内膜細胞診まで施行し、その陽性率は55%だった。他に有力な診断手段はなく、現時点では、細胞診とくに内膜吸引細胞診は癌を検出する有効な手段と言える。なお、多量の水溶性帯下があった4症例では、いずれも術前の細胞診が陰性であった。既に報告したように、帯下が多量の時はむしろ癌細胞が洗い流されてしまうと考えられる<sup>11)</sup>。

術前診断で卵管癌を強く推定できた1例は、子宮卵管造影(HSG)で特徴的な腸詰様像が認められたためである<sup>3)</sup>。HSGの適応に関しては賛否があるが<sup>5)</sup>、診断確定の有力な手段と考えられ、我々は禁忌とは考えていない。

治療は卵巣癌に準じて行われ、最近では手術の完遂度に関わらず抗癌剤による補充化学療法および2nd look, 3rd look手術を追加する方式をとっている。最近、卵管癌に対する2nd look手術の意義についての報告<sup>10)</sup>もみられている。

予後について、術後5年以上経過観察できたのはNo. 1~7の7例だった。これらの3年生存率は71%(5/7)、5年生存率は57%(4/7)であった。従来報告では5生率を、Benedet et al.は34.7%<sup>7)</sup>、Podratz et al.は41%<sup>15)</sup>と報告した。またDenham et al.はI期の5生率を68%と報告した<sup>8)</sup>。我々の症例の5生率が従来報告に較べてよいのは、この7例のうち5例がI期癌であったためと考えられる。我々の例ではI期の5生率は80%(4/5)であり、例数は少ないが、I期の癌の予後は比較的良好と推定される。病理組織学的分

化度では、中分化および低分化の各1例が癌死しているが、予後との関連ははつきりしない。今後 follow up を続け症例数の増加を図りたい。

#### 文 献

1. 増淵一正：原発性卵管癌について。産婦の世界，4：746，1952.
2. 増淵一正，御園生義良，田中 良：再び原発性卵管癌の1例。癌，46：277，1955.
3. 増淵一正，御園生義良：原発性卵管癌の診断について。癌の臨床，3：367，1957.
4. 岡村 均，宮崎康二：原発性卵管癌。日産婦誌，39：309，1987.
5. 高階俊光，堀 保彦，坂野慶男，水内英充，岡和田昌弘，北崎光男，工藤隆一，橋本正淑，川瀬哲彦：原発性卵管癌について。産と婦，49：1448，1982.
6. 高田道夫：卵管癌のすべて。産婦人科 Mook, No. 1, 166, 金原出版，東京，1980.
7. *Benedet, J.L., White, G.W., Fairey, R.N. and Boyes, D.A.* : Adenocarcinoma of the fallopian tube. *Obstet. Gynecol.*, 50: 654, 1977.
8. *Denham, J.W. and MacLennan, K.A.* : The management of primary carcinoma of the fallopian tube. *Cancer*, 53: 166, 1984.
9. *Dodson, M.G., Ford, J.H. and Averette, H.E.* : Clinical aspects of fallopian tube carcinoma. *Obstet. Gynecol.*, 36: 935, 1970.
10. *Eddy, G., Copenkand, K.J. and Gershenson, D.M.* : Second-look laparotomy in fallopian tube carcinoma. *Gynecol. Oncol.*, 19: 182, 1984.
11. *Hirai, Y., Hasumi, K. and Masubuchi, K.* : Clinico-cytologic aspects of primary fallopian tube carcinoma: Report of 10 cases. *Acta Cytol.* (in print)
12. *Hu, C.Y., Taymor, M.L., Hertig, A.T. and Brookline, M.* : Primary carcinoma of the fallopian tube. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 59: 5867, 1950.
13. *Johnston, G.A.* : Primary malignancy of the fallopian tube: A clinical review of 13 cases. *J. Surg. Oncol.*, 24: 304, 1983.
14. *Orthmann, E.G.* : Primareskarzinom in einer tuberkulosen. *Ztschr. Geburtsh. Gynec.*, 15: 212, 1888.
15. *Podratz, K.C., Podczaski, E.S., Gaffey, T.A., O'Brien, P.C., Schray, M.F. and Malkasian, G.D.* : Primary carcinoma of the fallopian tube. *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 154: 1319, 1986.
16. *Punnonen, R., Lauslahti, K. and Pystymen, P.* : Primary malignancies of the fallopian tube. *Ann. Chirur. Gynaec.*, 74(Suppl.): 15, 1985.
17. *Roberts, J. and Lifshitz, S.* : Primary adenocarcinoma of the fallopian tube. *Gynec. Oncology*, 13: 301, 1982.
18. *Sedlis, A.* : Primary carcinoma of the fallopian tube. *Obst. & Gynec. Survey*, 16: 209, 1961.
19. *Takashina, T., Ito, E. and Kudo, R.* : Cytologic diagnosis of primary tubal cancer. *Acta Cytol.*, 29: 367, 1985.

(No. 6205 昭62・6・2 受付)