

診 療

巨大卵巣腫瘍の 1 例

弘前大学医学部産科婦人科学教室

小野 大志 樋口 毅 丸山 英俊
鍵谷 昭文 佐藤 重美 斎藤 良治

A Case of Huge Ovarian Tumor

Hiroshi ONO, Tuyoshi HIGUCHI, Hidetoshi MARUYAMA,
Akifumi KAGIYA, Sigemi SATO and Yoshiharu SAITO

Department of Obstetrics and Gynecology, Hirosaki University School of Medicine, Hirosaki

Key words: Huge ovarian tumor • Mucinous tumor

緒 言

卵巣腫瘍は代表的な婦人科疾患の一つであるが、今日では巨大な例に遭遇することは稀である。今回私たちは腫瘍重量が39.0kgであつた巨大卵巣腫瘍の1例を経験したので文献的考察を加え報告する。

症 例

44歳の主婦，家族歴に特記すべきことはない。初経は14歳で，妊娠分娩歴は3妊2産であり人工妊娠中絶1回，21歳および27歳時にCPDのため帝切分娩している。2回目の帝切時には子宮筋腫合併のため同時に子宮腔上部切断術を某医にて受けている。

1987年末頃より下腹部の膨隆に気づいていた。その後も腹部膨隆が次第に増大してきたが日常生活に支障がないため放置していた。1991年秋頃より起居動作や家事仕事にも不便を感じるようになった。同年12月6日頻尿のため国立弘前病院産婦人科を受診し巨大卵巣腫瘍と診断され，術中・術後の全身管理に問題を生じやすい症例として同年12月18日弘前大学医学部附属病院産婦人科へ紹介され入院した。

身長は150.0cm，体重は106.0kgで，腹囲は148.0cm，脈拍は84/分，血圧は140/90mmHgであつた。腹部は極度に膨隆し，腹壁緊満が著明で腹壁静脈の怒張（図1）と，両下肢の軽度浮腫が認

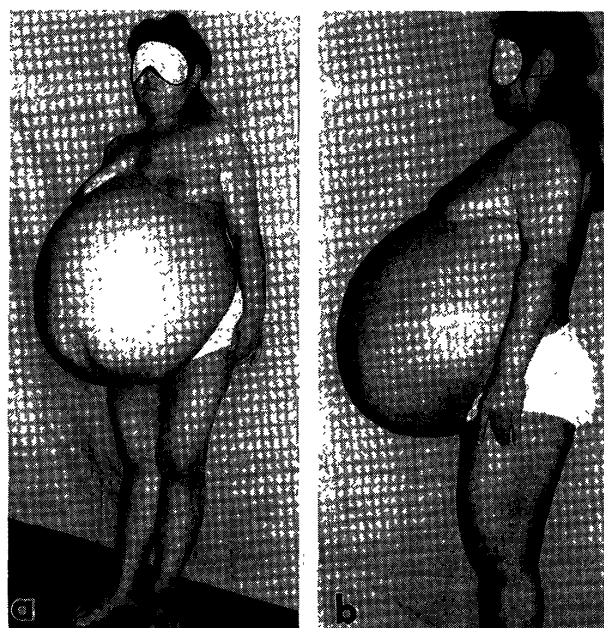


図 1a, b 全身像。腹部の著明な膨隆と腹壁静脈の怒張がみられる。

められたが，歩行困難や呼吸困難はみられなかつた。赤沈は1時間値62mm，2時間値107mmと亢進していた。血液学的検査，血液凝固系検査では異常を認めなかつた。血液生化学検査では血糖値158mg/dl，CRP 2mg/dlであつたほかには異常は認められなかつた。75g GTTでは糖尿病型を示した。胸部X線検査では横隔膜が挙上し軽度の胸水貯留がみられた。肺活量は2,200mlで呼吸機能検

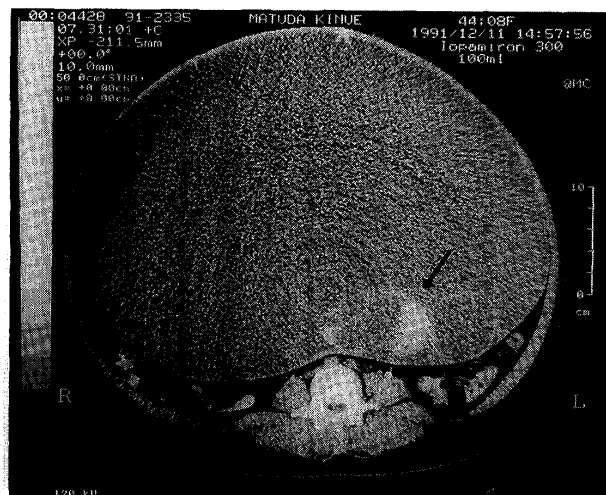


図2 腹部CT像。腹壁は薄く腹腔は腫瘍で占拠されている。腹水はない。腫瘍は均一な density の腫瘍で、ごく一部に high density area (矢印) がみられた。

査、腎機能検査、心電図検査では異常を認めなかった。腫瘍マーカーではCA125 40u/ml, CA19-9 42u/ml, CEA 1.5ng/ml, LDH 23u/ml ではほぼ正常範囲内であった。腹部CT検査では腹壁は菲薄化し、腹腔全体を占拠する均質 density の腫瘍像であり、腫瘍の下方には隔壁がみられ、その一部に high density area が認められた(図2)。尿路系では腎盂や尿管の拡張などの異常所見はみられなかった。

以上の所見より巨大卵巣腫瘍の診断で同年12月25日、挿管全麻下に手術を施行した。はじめに右側臥位で腹壁を穿刺し黄褐色粘液性の腫瘍内容を30 l吸引したのちに仰臥位とし、下腹部正中切開にて開腹した。少量の淡黄色水様性の腹水を認めた。腫瘍は左卵巣から発生したもので左卵巣静脈が著明に怒張していたほか、腸間膜との癒着がみられ腸間膜血管からも血流供給を受けていた。摘出腫瘍の重量は9.0kgであり、前述した吸引内容をあわせた腫瘍総重量は39.0kgであった。子宮は認められず、摘出した左卵巣腫瘍内には一部に充実部分がみられ、この部分の術中迅速病理組織診では粘液性嚢胞腺腫であった。腫瘍内容液の細胞診では上皮細胞はほとんどみられず、悪性を示唆する所見は認められなかった。右卵巣は正常大で一見異常を認めず、念のため楔状切除を行つ

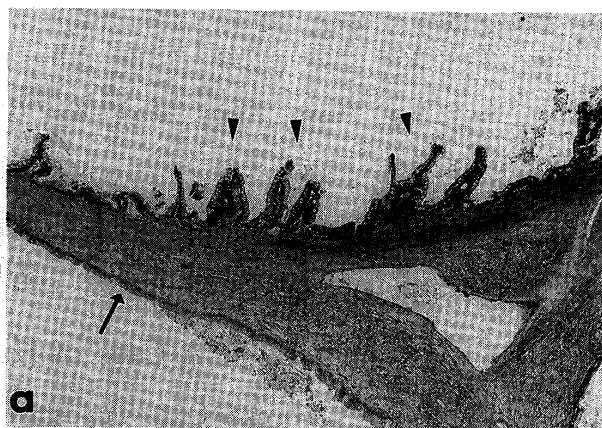


図3a, b 腫瘍の病理組織像

a: 正常な上皮細胞(矢印)とLPMの細胞層(矢頭)が混在している。b: LPMと診断した腫瘍の上皮細胞層。

たが切除部位に異常所見は認められなかった。腹壁縫合は腹壁の余分な皮膚を切除したのち、W字型の皮膚形成術を行つた。術後は集中治療室にて管理した。排ガスは術後46時間5分でみられ、術後合併症もなく、経過良好で術後23日目に退院した。

摘出した左卵巣腫瘍は病理組織学的には、大部分低在性の核と明るい胞体からなる一層の上皮でおおわれた粘液性嚢胞腺腫であった。しかし、充実部のごく一部に間質への細胞浸潤を伴わない上皮細胞の多層化と、細胞集団の内腔への増殖ならびに、核の異型がみられ、粘液性嚢胞性腫瘍(低悪性度腫瘍)と診断した(図3)。退院後当科外来にて糖尿病の管理および5-FU 100mg/日の投与を行い経過観察中であるが、現在のところ異常所見は認められていない。

表 1 本邦における巨大卵巣腫瘍の報告例

報告者	報告年	年齢	診 断	重量	備 考
明石ら ³⁾	1964	60歳	左卵巣偽ムチン嚢腫	90kg	術中ショックとなり3時間後に死亡
石山ら ⁴⁾	1990	32歳	卵巣ムチン性嚢胞腺癌	60kg	術後に再拡張性肺水腫が発生
上田ら ⁵⁾	1991	36歳	左卵巣嚢胞性奇形腫	56kg	術後に呼吸不全、イレウスが発生
小國 ⁶⁾	1954	71歳	左卵巣偽ムチン嚢腫	50kg	術前に内容液排除(4回, 23l)
松原ら ⁷⁾	1958	47歳	左卵巣偽ムチン嚢腫	43kg	術前に内容液排除(4回, 20l)
本症例	1993	44歳	左卵巣粘液性嚢胞性腫瘍 (低悪性度腫瘍)	39kg	糖尿病を合併、腹壁形成術施行
西脇ら ⁸⁾	1988	43歳	?	35kg	記載なし

(1950年以降の腫瘍重量30kg以上の報告例)

考 案

欧米では200ポンド(約90kg)を越える卵巣腫瘍がこれまでおよそ十数例報告されている¹⁾。それらのうち最大の例は、Spohn²⁾の328ポンド(約148.7kg)である。本邦では1950年以降、卵巣腫瘍重量が30kg以上と報告されているのは表1に示すとおり、今回の私たちの症例を含めわずか7例にしかならず^{3)~8)}、それらの中では明石ら³⁾の90kgの例が最大である。

巨大卵巣腫瘍の定義は一定していない。例えばKehrer⁹⁾は腫瘍重量あるいは腫瘍内容が25kg以上のものとし、宮部¹⁰⁾は腫瘍内容が20 l以上のものと定義している。また、これら巨大卵巣腫瘍症例の大部分は、ムチンあるいは偽ムチン性卵巣嚢腫であり、充実性腫瘍はほとんどないともされている⁹⁾。今回の症例も粘液性嚢胞腺腫を主としており、この範疇に入るものと思われる。

一般に卵巣腫瘍はその重量の増大とともに悪性である頻度が増加する¹¹⁾と考えられている。今回の症例では、患者が腹部腫瘤に気づいてから開腹手術を受けるまでに約4年が経過している。そして摘出された腫瘍は病理組織学的には大部分が良性的の粘液性嚢胞腺腫の像であつたが、ごく一部分に low potential malignancy (LPM) の像が認められた(図3)。このことは卵巣粘液性腺腫から腺癌への移行や自然史を推察するうえで興味深い知見かと考えられる。

巨大卵巣腫瘍を有する患者の管理・治療の要点は、①呼吸循環機能、腎機能検査を中心とした術前検査を十分に行うこと、②術後の腹式呼吸の障害を防止する目的で手術終了時に、過度に弛緩し

た腹壁を縫い縮めて腹壁形成術を行うこと、③術後は集中治療室で呼吸・循環、消化器、尿路系などの管理を厳重に行うこと、④摘出標本の病理組織学的検索を充分に実施すること、などと考えられる。今回の症例は糖尿病を合併していたが、幸い術中術後とも特にトラブルもなく管理できた。これは患者が数年来巨大卵巣腫瘍を有しながら通常の日常生活を送っており、術前より呼吸循環機能が代償され比較的安定した状態で手術になつたことが、このような結果を導いたものと考えられる。

巨大卵巣腫瘍摘出後によくみられる合併症としては肺水腫⁴⁾¹²⁾が報告されている。これは再拡張性肺水腫(re-expansion pulmonary edema)と呼ばれ、卵巣腫瘍による圧迫で長期間虚脱状態にあつた肺が腫瘍摘出による圧迫解除により急激に再拡張が起こつて発症する¹²⁾と推察されている。幸いにも本症例の場合には、これの発症をみなかつたが、腫瘍重量が5kgにも満たない卵巣腫瘍の症例でも術後に肺水腫が発症したとの報告¹²⁾もあり、日常臨床においては、この合併症の発症には充分留意しつつ対処する必要がある。

文 献

1. Symmonds RE, Spraitz AF, Koelsche GA. Large ovarian tumor. Report of a case. *Obstet Gynecol* 1963; 22: 473-477
2. Spohn AE. Multicystic ovarian tumor weighing 328 pounds. *Texas J Med* 1905; 1: 273
3. 明石勝英, 平沢 峻, 菊池和男, 川瀬哲彦, 山野 幸. 巨大偽ムチン性卵巣嚢腫の1例. *産と婦* 1964; 39: 1167-1168
4. 石山忠彦, 村上典之, 竹田智雄, 山本道雄. 巨大卵巣腫瘍摘出術の術中・術後管理経験. *臨床麻酔*

- 1990; 14: 981—983
5. 上田 浩, 南野英隆, 生川伸二, 林 道治, 加藤敬也, 田内園彦. 超巨大卵巣腫瘍の管理. 産婦治療 1991; 63: 134—138
 6. 小國孝徳. 高年者に見られたる巨大卵巣嚢腫の1例. 日医誌 1954; 31: 460—461
 7. 松原英夫, 坂川邦彦, 恵木 永. 巨大卵巣嚢腫の治験例. 産と婦 1958; 33: 578—580
 8. 西脇公俊, 浅井りか, 三毛紀夫, 黄 卓, 佐野敏郎, 貝沼関志, 河西 稔, 島田康弘. 巨大卵巣腫瘍摘出術の麻酔経験. 麻酔 1988; 37: 503
 9. *Kehrer E.* Uber Riesenovarialcystome. Arch Gynak 1929; 138: 231—268
 10. 宮部雅之. 巨大卵巣嚢腫ノ1例. 日本婦人科学會雑誌 1938; 33: 154—155
 11. 関場 香, 福本 悟, 赤松信雄, 平井 武, 林 泰堂, 丹羽国泰, 坪田信孝. 卵巣腫瘍のエコーパターン分析 (3). 悪性度推定のための重みづけスコアリング. 日超医論文集 1981; 38: 495—496
 12. 内沼幸子, 野見山延, 田中 亮. 巨大卵巣嚢腫摘出後の肺水腫例の検討. 臨床麻酔 1984; 8: 59—62
- (No. 7299 平4・11・13受付)
-