

診 療

子宮の atypical polypoid adenomyoma の 2 症例

九州大学医学部婦人科学産科学

松尾美智代 加来 恒寿 松尾 州裕
上平 謙二 杉原耕一郎 斎藤 俊章
嘉村 敏治 塚本 直樹 中野 仁雄

Two Cases of Atypical Polypoid Adenomyoma of the Uterus

Michiyo MATSUO, Tsunehisa KAKU, Kunihiro MATSUO,
Kenji UEHIRA, Kouichirou SUGIHARA, Toshiaki SAITOU,

Toshiharu KAMURA, Naoki TSUKAMOTO and Hitoo NAKANO

Department of Gynecology and Obstetrics, Faculty of Medicine Kyushu University, Fukuoka

Key words: Atypical polypoid adenomyoma • Endometrial hyperplasia • Endometrial cancer

緒 言

子宮の atypical polypoid adenomyoma (以下, APAM と略する) は, 1981年 (昭和56年) Mazur の報告以来, 現在までに40例が報告されているが, なお頻度が少ない疾患としてその詳細を検討する必要がある。われわれは最近, 同疾患を2例経験したので文献的考察を加えて報告する。

症 例

症例 1

患者: 18歳, 未婚未妊未産。

主訴: 不正性器出血。

月経歴: 初経11歳, 周期不順, 過多月経, 月経障害あり。

既往歴, 家族歴: 特記すべきことなし。

現病歴: 昭和62年頃より過多月経と月経障害があり, 近医にて貧血を指摘され, 鉄剤投与と輸血を受けていた。昭和63年2月に九州大学医学部附属病院産科婦人科を初診したが, 翌日に多量の不正性器出血を認め緊急入院となった。

入院時現症: 入院時顔面は蒼白で, 末梢血一般検査はヘモグロビン値6.6g/dl, ヘマトクリット値19.6%であった。腔鏡診で, 子宮内から発生する有茎性で超鶏卵大の腫瘤を認めた。

治療経過: 腫瘤表面からの持続性の出血があり

止血が困難であったため, 筋腫分娩の術前診断で経腔的腫瘤切除術を施行した。

病理組織所見: 腫瘤は75×55×50mmで, 重量は70gであった。表面は平滑で, 断面は白色で分葉構造を認め, 多数の小嚢胞よりなっていた。鏡検では, 子宮内膜腺は大部分が腺腫性増殖症の像を示したが, 嚢胞性腺増殖症を示す部分もあり, また一部には扁平上皮化生を伴っていた。腺周囲間質には, 錯綜する平滑筋細胞の増殖を認めたが, 細胞異型や核分裂像はなかった。以上の病理組織所見にもとづき APAM と診断した。

術後経過: 経過良好で, 外来で4年間経過観察中であるが再発を認めていない。

症例 2

患者: 34歳, 主婦, 未妊未産。

主訴: 不正性器出血。

月経歴: 初経13歳, 周期不順, 過多月経, 月経障害あり。

現病歴: 不正性器出血を訴え, 当科を初診した。子宮内膜組織診等の精査を行い子宮内膜癌Ⅱ期と診断した。

治療経過: 同診断で, 広汎子宮全摘出術, 両側付属器切除術, 骨盤リンパ節郭清, 傍大動脈リンパ節生検を行った。摘出子宮の下部に長径78mm

の硬い結節性病変を認めた。

病理組織学的所見：子宮内膜腺は、数が増加し、腺管の配列は不規則であつたが、細胞異型は認めず、腺腫性増殖症の像を呈した。また、間質には錯綜する平滑筋細胞の増殖を認め、Masson-trichrome 染色で赤染した。平滑筋細胞は軽度の異型を示したが、核分裂像は強拡大視野中2個以下であつた(写真1, 2)。以上の所見にもとづきAPAMと診断した。

術後経過：この症例は、術後6年を経過しているが、再発を認めていない。

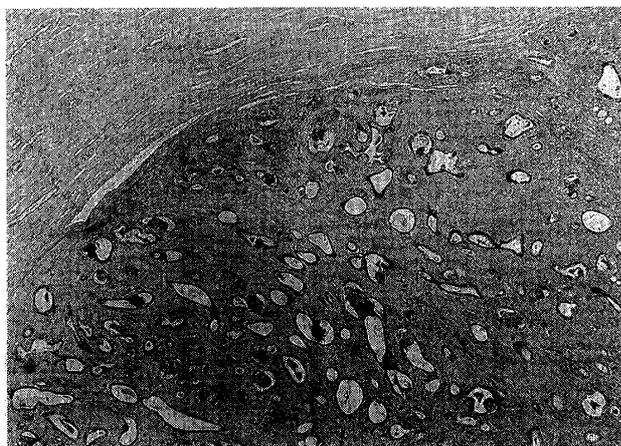


写真1 症例2の病理組織像(H.E.染色, ×100)。子宮筋層と明瞭に境界された腫瘤を認める。子宮内膜腺の増殖と、その周囲に錯綜する平滑筋の増殖を認める。



写真2 症例2の病理組織像(H.E.染色, ×400)。子宮内膜腺は、腺腫性増殖症の像を示し、著明な扁平上皮化生を伴っている。間質の平滑筋細胞には異型を認めない。

考 案

従来APAMの報告(表1)によると、年齢は21~53歳(平均40歳)で、閉経前に発症する例が多い。

主訴は、不正性器出血が40例中34例(85.0%)、過多月経が29例(72.5%)、月経障害が5例(12.5%)である。

発生部位としては、子宮頸管や子宮下部に多く発生部位の明らかな22例中の18例(81.8%)を占め、残り4例(18.2%)は子宮底部である。

肉眼的には、長径が1~60mm(平均22mm)のポリープ状の硬い腫瘤である。その断面は黄赤色、灰色、白色などを呈し、充実性で時に分葉構造を示すものもある。

組織学的所見としては、子宮内膜腺は一部に扁平上皮化生を伴う子宮内膜増殖症の像を呈し、間質は錯綜する平滑筋細胞の増殖から成り立っている。子宮内膜腺細胞および平滑筋細胞のどちらも軽度から中等度の異型を示すことがあり、間質の平滑筋では強拡大視野中2個以下の核分裂像を認めることがある。

鑑別すべき疾患として、子宮内膜癌、腺肉腫、ミューラー管混合腫瘍などがある。

特に子宮内膜癌との鑑別が重要で、Young et al.もAPAMのうち約25%の症例が、子宮内膜癌と診断されていたと報告している¹⁾。今回の症例2のようにAPAMは、しばしば腺癌細胞の子宮筋層への浸潤と誤認される。しかし、APAMの子宮内膜腺細胞には高度の細胞および構造異型を認めない。また間質の平滑筋細胞では細胞成分が増加しかつ錯綜する像を認め、通常の筋層とは区別できる。これらの所見により子宮内膜癌と鑑別できる^{1)~6)}。

次に腺肉腫とは、APAMでは腺周囲の囲い込み(cuffing)や、間質細胞の高度の細胞異型を認めない点で鑑別できる¹⁾³⁾⁴⁾⁶⁾。

またミューラー管混合腫瘍とは、APAMでは上皮成分および間質成分の高度の異型性や多数の核分裂像を認めない点で鑑別できる^{1)3)~5)}。

治療法としては、ポリープ切除術や子宮内膜掻爬術などの保存的治療が10例(25.0%)、単純子宮

表1 文献にみられた atypical polypoid adenomyoma の報告例

症例	年齢 G-P	症状	部位	長径 (mm)	治療法	観察期間 (再発)	文献 No.その他
1	36 0-0	不正出血	不詳	7	D & C	4ヵ月間 (無)	3)
2	33 0-0	不正出血 月経障害	不詳	15	D & C	16ヵ月間 (無)	3)
3	44 3-3	不正出血	不詳	8	D & C TAH BSO CHE	24ヵ月間 (無)	3)
4	40 1-0	不正出血 過多月経	子宮下部	30	D & C TAH BSO	14ヵ月間 (無)	3) 子宮筋腫合併 DM, HT 合併
5	37 0-0	不正出血	不詳	15	D & C TAH BSO	18ヵ月間 (無)	3) DM, HT 合併 ビル内服用
6	40 3-2	不正出血 過多月経 月経障害	子宮下部	15	D & C TAH BSO	24ヵ月間 (無)	8)
7~31	21 ~53 平均 39.7 歳 未産 10例 経産 6例 不明 9例	不正出血 22例 過多月経 23例 帯下 1例 無症状 2例	子宮下部 8例 子宮頸管 1例 子宮底部 3例 不明 13例	1~60 平均19	P 1例 D & C 5例 TAH 15例 TAH + BSO 2例 TAH + BSO + RAD 2例	3ヵ月 ~23年間 1年未満 2例 1年以上 6年 未満 13例 6年以上 1例 不明 9例 (再発 2例*)	1)
32	28 0-0	不正出血	子宮頸管	不明	D & C TAH	3ヵ月間 (無)	1), 4) Turner**
33	21 0-0	不正出血	子宮頸管	25	D & C	8年間 (無)	1), 4) Turner**
34	24 0-0	不正出血	子宮下部 ~頸管	40, 50 2個有	D & C TAH	18ヵ月間 (無)	4), 双角子宮 Turner
35	45 0-0	過多月経 月経障害	子宮下部	15	TAH LSO	12ヵ月間 (無)	7)
36	42 0-0	過多月経 月経障害	子宮下部	25	TAH	1年間 (無)	7)
37	41 0-0	不正出血 過多月経 月経障害	子宮下部	20	D & C TAH	10年間 (無)	7)
38	38 0-0	過多月経	子宮頸管	不明	TAH BSO	7年間 (無)	7)
39	50 2-2	不正出血	子宮底部	30	TAH BSO	不明 (無)	5)
40	45 4-3	不正出血	不詳	25	TAH BSO	不明	2)
41	18 0-0	不正出血 過多月経 月経障害	不詳	75	P	5年間 (無)	症例 1
42	34	不正出血 過多月経 月経障害	子宮下部	78	RAH BSO	6年間 (無)	症例 2

G-P: 経妊一経産, D & C: 子宮内膜搔爬術, TAH: 単純子宮全摘出術, RAH: 広汎子宮全摘出術, BSO: 両側付属器切除術, LSO: 左付属器切除術, P: ポリープ切除術, CHE: 化学療法, RAD: 放射線治療, DM: 糖尿病, HT: 高血圧, Turner: Turner's syndrome

*この2例はD & Cを行い, 治療後それぞれ10ヵ月目と3年目に再発を認めた。

**Turner's syndromeのため6年間エストロゲン治療をした後に発症した。

全摘出術やそれ以上の治療を行ったものが30例(75.0%)である。

観察期間は、子宮内膜癌と診断され、再検後にAPAMと診断されたものを含むと3カ月から23年間で、再発が2例である。これらはそれぞれ子宮内膜掻爬術後10カ月目と3年目に再発したがともに悪性変化はなかつた¹⁾。

APAMの原因は不明であるが、Turner症候群でエストロゲン療法後に発症した報告もあり、エストロゲンの関与が示唆されている⁴⁾。

今回の2症例で以前の報告と異なっている点は、症例1で発症年齢が18歳と若年であること、また腫瘍の長径が症例1, 2で、75, 78mmと大きいことである。

APAMは、非常に稀な疾患でかつ本邦においてあまり知られておらず、前述のような悪性疾患として取り扱われていることがある。

しかし、APAMには現在までのところ悪性変化を認めておらず、子宮温存の必要のある症例では、子宮内膜掻爬術やポリープ切除術などの保存的治療法が可能な疾患であると考えられる。ただし、再発の報告もあるので治療後も慎重に経過観察を行う必要がある。

また、不正性器出血のコントロールが不良な症例や閉経後で悪性変化の可能性の否定できない症例については、やはり単純子宮全摘出術が望ましいと考える。

文 献

1. Young RH, Treger T, Scully RE. Atypical

- polypoid adenomyoma of the uterus. A report of 27 cases. *Am J Clin Pathol* 1986; 86: 139-145
2. 鈴木君義, 大野喜作, 木村恒子, 塚原和夫, 丸山正義, 田久保海誉. Herpes感染を伴うAtypical polypoid adenomyomaの1例. *日臨細胞誌* 1991; 30: 354
3. Mazur MT. Atypical polypoid adenomyomas of the endometrium. *Am J Surg Pathol* 1981; 5: 473-482
4. Clement PB, Young RH. Atypical polypoid adenomyoma of the uterus associated with Turner's syndrome. A report of three cases, including a review of "estrogen-associated" endometrial neoplasms and neoplasms associated with Turner's syndrome. *Int J Gynecol Pathol* 1987; 6: 104-113
5. Palma SD, Santini D, Martinelli G. Atypical polypoid adenomyoma of the uterus. An immunohistochemical study of a case. *Tumori* 1989; 75: 292-295
6. Kaku T, Silverberg SG, Major FJ, Miller A, Fetter B, Brady MF. Adenosarcoma of the uterus: A gynecologic oncology group clinicopathologic study of 31 cases. *Int J Gynecol Pathol* 1992; 11: 75-88
7. Rollason TP, Redman CWE. Atypical polypoid adenomyoma clinical histological and immunocytochemical findings. *Eur J Gynaecol Oncol* 1988; 19: 444-451
8. Delgado WJ, Stevens SMB, Baird PJ. Atypical polypoid adenomyoma: A case report with ultrastructural examination. *Pathology* 1985; 17: 522-525

(No. 7300 平4・11・13受付)