

診 療

子宮頸部原発平滑筋肉腫の1例

静岡県立総合病院産婦人科

小阪 謙三 門間 千佳 籠田 文夫
佐橋 徹 横山 重喜

A Case of Leiomyosarcoma of Uterine Cervix

Kenzo KOSAKA, Chika MOMMA, Fumio KOMODA,
Tohru SAHASHI and Shigeki YOKOYAMA

Department of Obstetrics and Gynecology, Shizuoka Prefectural General Hospital, Shizuoka

Key words: Leiomyosarcoma • Uterine cervix

緒 言

子宮頸部原発肉腫は極めて稀な疾患である。さらに、そのうちで組織学的に平滑筋肉腫と確定診断された症例は、我々の検索したかぎり、海外で19例、本邦で5例の報告があるにすぎない(表1)。我々は今回、このように極めて稀な子宮頸部原発平滑筋肉腫を経験したので報告し若干の文献的考察を加える。

症 例

患者は55歳の未婚、未妊婦。主訴は閉経後性器出血、腹痛、および尿失禁。

表1a 海外文献

報告例	報告者	症例数	報告年
1	Aaro LA and Dockerty MB ⁷⁾	3	1959
2	Sturdy DE	1	1959
3	Blaustein A and Immerman B ⁸⁾	1	1963
4	Abell MR and Ramirez JAG ⁹⁾	8	1973
5	Rothbard MJ et al.	1	1974
6	Jawalekar KS et al.	1	1981
7	Rothmens J et al. ¹⁾	18 (上記15例を含む review)	1983
8	Abdul-Karim FW et al. ⁴⁾	1	1987

表1b 和文文献

1	滝沢ら ⁹⁾	1	1956
2	蘇 ¹⁰⁾	1	1964
3	天神ら ³⁾	1	1972
4	加藤ら	1	1974
5	小島ら ¹¹⁾	1	1979

家族歴：父が高血圧のほか特記事項なし。

既往歴：特記事項なし。

初経：15歳，周期28日型，持続7日間。

閉経：50歳前後。

現病歴：平成6年初め頃より閉経後性器出血に気付いたが放置していた。同年11月より出血量増量し，腹痛，尿失禁も出現したため平成7年1月11日当院外科を受診した。外陰に突出する腫瘤を認めたため同日当科紹介受診となった。

初診時所見：眼瞼結膜蒼白。外陰に突出する表面不整で比較的軟らかい手拳大の子宮腫瘍を認めた。一部は有茎性に発育し壊死に陥っていた(写真1)。その他には特記事項なし。

入院時検査所見：＜末梢血＞WBC=10,700/mm³，Hb=6.5g/dl，Ht=21.2%，Plt=76.4万/mm³，＜赤沈＞127mm/152mm(1h/2h)，と白血球増加，赤沈亢進，血小板増加，および著明な貧血を認めた。生化学検査は特記すべき異常値なし。

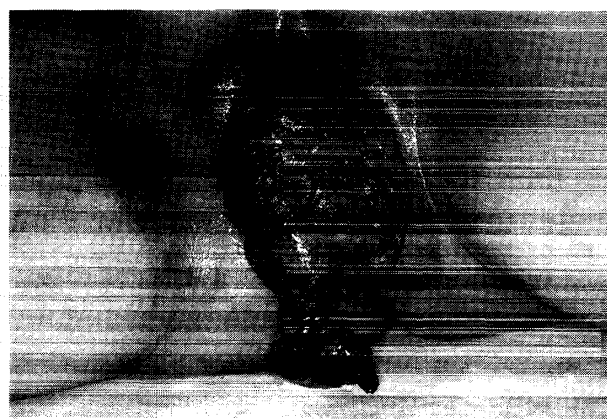


写真1 外陰所見を示す

＜腫瘍マーカー＞SCC=0.4, CA125=19.6, CEA=0.4と陰性。

病理学的診断：腫瘍表面の擦過細胞診は class IIIa, 生検にて肉腫との診断を得た。

画像診断その他：CT 上 parametrium への浸潤は認めない。膀胱鏡・直腸鏡検査上、膀胱・直腸粘膜面への浸潤は認めない。

排泄性腎盂造影：異常なし。

入院後経過：貧血は正の目的にて濃厚赤血球輸血を計6単位施行した。なお、抗 Le^a抗体陽性であった為、Le^a抗原陰性の血液を輸血した。平成7年1月24日腹式単純子宮全摘術および両側付属器摘出術を施行した。

手術所見：腹水は認めず、肉眼的に子宮頸部以外には子宮体部、両側付属器、および腹腔内に転移・浸潤を認めなかった。また腫瘍の発育は外向性であり、parametrium は柔らかであった。摘出標本観察上、腫瘍は子宮頸部より発生しており、頸部の肥厚は全周にわたりほぼ均一であった(写真2)。

病理学的診断：全体に細胞密度が非常に高く、筋線維束を思わせる、いわゆる“えりまき状”の

組織配列を認める。また、壊死組織・出血像が散在している(写真3a)。

強拡大像では核異型を伴う紡錘型の細胞から成っていることがわかる。また核分裂像も豊富であり、17-18/10HPF 観察された(写真3b)。

鍍銀染色では一つ一つの細胞が好銀線維に囲ま



写真2 摘出標本を示す
体部のみ切開し、内腔からゾンデを挿入した。ゾンデの出ている部分が外子宮口。

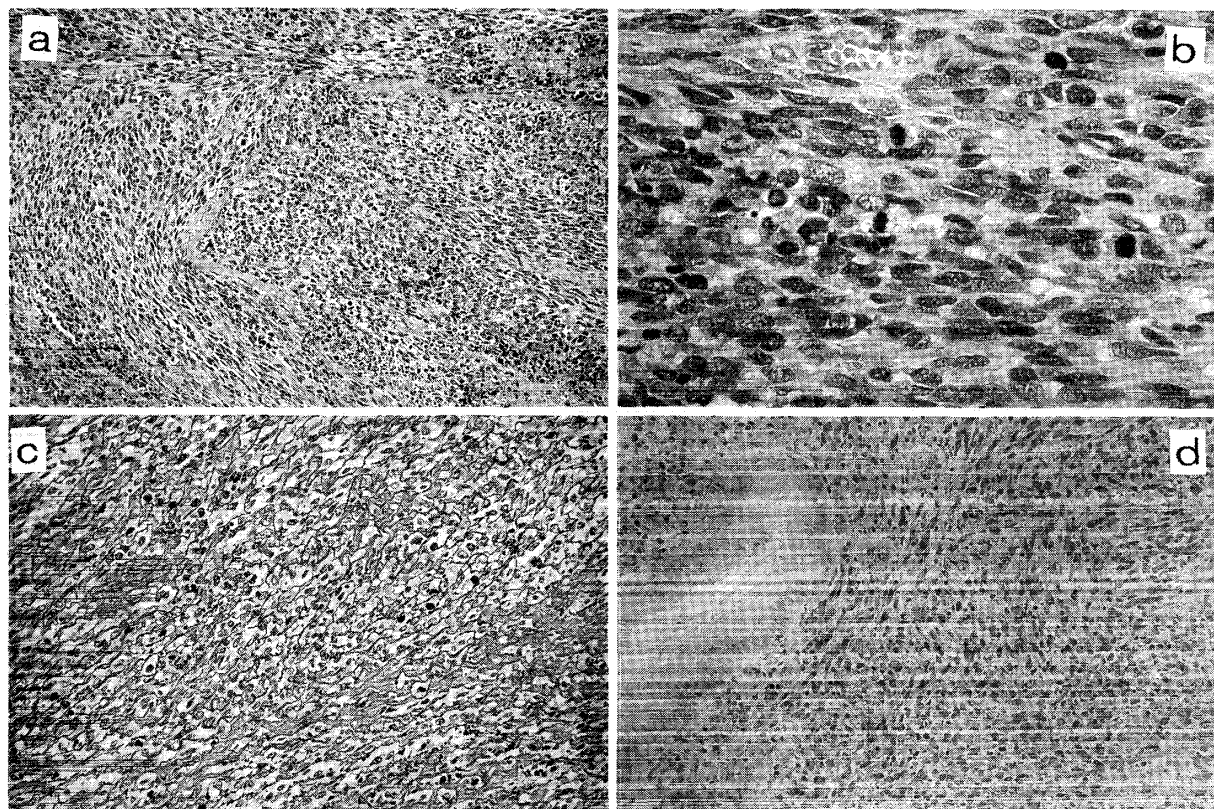


写真3 病理組織像

a: HE染色 (×100), b: HE染色 (×400), c: 鍍銀染色 (×200), d: 免疫染色 (HHF 35) (×200)

れる、いわゆる“箱入り”像を認める(写真3c)。これは Leiomyosarcoma に特徴的といわれている。また筋線維束様の組織構築も HE 染色に比べより明瞭に観察される。さらに免疫染色では筋系のマーカーである HHF35 が陽性である(写真3d)。以上の所見より Leiomyosarcoma と診断した。鑑別診断として carcinosarcoma, rhabdomyosarcoma, epithelioid leiomyoma などとも考慮に入れねばならないが、上皮成分への分化は全くみられないこと、横紋筋の特徴を示す細胞が存在しないこと、筋細胞間に粘液成分が存在せず核周囲の halo も認めないことから否定した。

病変は頸部のみに限局しており頸部原発と診断した。なお、腔断端、parametrium の腫瘍残存も認めなかった。

術後経過：本人および家族が放射線治療・化学療法などの追加治療を希望しなかった為、外来にて経過観察とした。しかし平成7年5月になり腔断端および腹部術創下部に再発腫瘍を認めた。この時の細胞診所見と CT 所見を示す(写真4)。患部から少量の新鮮出血が持続する為、同意を得てこれに全骨盤放射線照射50Gy、両側内腸骨動脈からの動注化学療法(CDDP=75mg, DTIC=100mg)、両側内腸骨動脈塞栓術を施行したところ腫瘍の著明な縮小と止血を認めた。平成7年12月現在、外来通院中である。

考 察

子宮頸部に原発する肉腫は稀である。組織学的には頸部間質肉腫と平滑筋肉腫の二つに大別され、81%が頸部間質肉腫、19%が平滑筋肉腫といわれている¹⁾。

＜頸部原発肉腫＞世界で百余例の報告がある。好発年齢は、幼児・小児に発生することの多い、いわゆる“Sarcoma Botryoides”を除けば、体部子宮肉腫と同様閉経期およびその前後である²⁾。頻度は、全子宮悪性腫瘍の0.2～0.5%、子宮頸部悪性腫瘍の0.5%、子宮肉腫の約7～8%である¹⁾。

主訴は主に不正性器出血である。局所的には、頸部から発育するポリープ状腫瘍又は“barrel lesion”と表現されるような頸部の腫大として認められる¹⁾。一般に、頸癌に比べて腫瘍は大きい傾向にある²⁾。しかし、今回のように外陰に大きく突出するまで放置された症例は見当たらず、患者が独身であることも一因と考えられる。

診断面の特徴は、体部肉腫と異なり細胞診・生

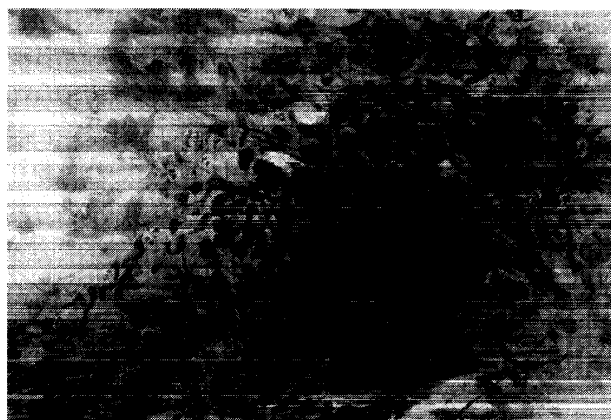


写真 4a 細胞診所見 (×200)

クロマチンに富む核を持った異型性の強い細胞が集塊を成している。核分裂像も目立つ。

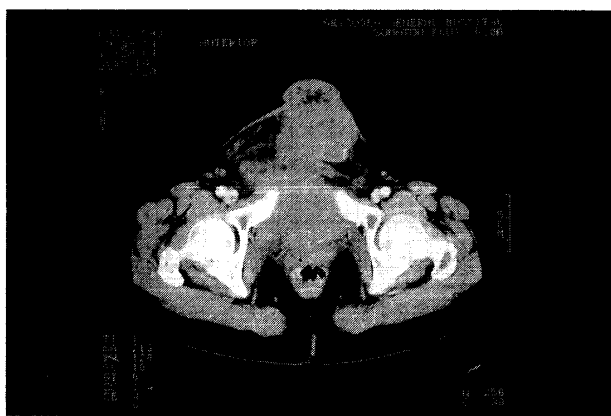


写真 4b CT 所見

骨盤内外に広がる再発腫瘍を認める

検が可能で術前診断が期待できることである。しかし、細胞診に関しては注意が必要で、腫瘍表面を直接擦過するにもかかわらず陰性であることが少なくない。今回の症例でも class IIIa であった。この原因は、平滑筋肉腫で分化型のものは細胞の異型性が少ないことや³⁾、肉腫が間質由来である為に腫瘍表面の擦過では上皮成分しか得られないことがある為とされる⁴⁾。したがって、頸部の肉腫を疑った場合には細胞診だけでなく生検を行う必要がある。

また、今回の症例は外科受診時に表面が壊死に陥った子宮脱を疑われていた。実際に臨床の場合遭遇した場合、我々産婦人科医も同様の診断あるいは壊死に陥った筋腫分娩との診断を下さないと限らない。子宮頸部原発の肉腫が存在することを常に念頭におき、必要に応じて生検を行うこと

が肝要である。

病理組織学的診断基準は子宮肉腫一般に核異型よりも核分裂像が重視され⁵⁾⁶⁾、強拡大10視野中10個以上の分裂像を認めるものを肉腫とするTaylor and Norrisの診断基準⁵⁾が広く用いられており、Abdul-Karim et al.は頸部肉腫にもこれを適応するのが妥当だろうと述べている⁴⁾。

治療は専ら手術切除が行われる。現段階では切除が完全治癒の希望をもてる唯一の治療である²⁾。子宮肉腫一般に放射線治療、化学療法ともに著効があるとはいいがたい。放射線治療あるいは化学療法単独で完全治癒が得られた症例はなく、頸部肉腫の場合治療経験の蓄積はないが、著効があったとする報告もない。ただし、放射線治療にて一時的に腫瘍の縮小を認めたとする報告は少ない³⁾。

本症例では再発腫瘍からの出血が患者のQOLを損ねていたが、放射線治療、化学療法、栄養血管塞栓術の併用で止血しその後著明な出血を認めない。これらの補助療法も状況に応じて用いればQOLを高めるうえで有意義である。

予後は不良で、早期に局所再発、血行性転移を示すことは体部原発の肉腫と同様である。ただし、高分化型間質肉腫のみは若干予後がよい¹²⁾。

体部肉腫と比較した場合の頸部肉腫の特徴としては、頻度がさらに少ないこと、生検が可能で術前に診断され得ることがあげられる。その他は、好発年齢・病理組織像・治療に対する反応・予後などほぼ同じで、あたかも頸部筋腫と体部筋腫との関係のように、発生部位の違いはあるものの腫瘍としての性格そのものは同じと考えてよい。

＜頸部原発平滑筋肉腫＞我々の検索した範囲では海外で19例¹⁾²⁾⁴⁾⁷⁾⁸⁾、本邦で5例^{3)9)~11)}が報告されているにすぎない。その発生年齢は36~77歳で平均年齢は47歳である¹⁾。

また組織学的に、平滑筋肉腫は子宮肉腫全体の20~25%を占めるといわれるが、頸部肉腫でも96例中18例すなわち19%の頻度とする報告がある¹⁾。

診断は先にも触れたとおりTaylor and Norrisの診断基準が広く用いられる。

予後について、海外文献による19例中12例でフォローアップがなされており、これによると8例が死亡、2例が再発しながら2年間生存中、2例が再発兆候なく6年および10年生存中である¹⁾。つまり、5年以上再発なく生存した症例は

18%ということになる。再発を認めていないこの2症例はいずれもTaylor and Norrisの診断基準を満たしている²⁾。ここで興味をひくのは、子宮頸部切除のみで6年間再発を認めない症例が存在することである。この症例は頸部から発育した有茎性の腫瘍で、頸部切除以外には一切の追加治療を受けていない。また、10年間生存している症例も治療は単純子宮全摘のみである²⁾。なお、広汎子宮全摘術後長期生存した症例の報告は今のところない。したがって現段階では、根治性、術後のQOLを考慮した場合どのような術式が適当か結論を出すことは不可能である。しかし、可能な限り広汎性に手術を行い治療経験を蓄積することが重要と思われる。

以上、極めて稀な子宮頸部原発平滑筋肉腫を経験したので、報告し考察を加えた。今後とも症例報告、治療経験の蓄積が望まれる。

文 献

1. Rotmensch J, Rosenshein NB, Woodruff JD. Cervical Sarcoma: A review. *Obstet Gynecol Surv* 1983; 38: 456-460
2. Abell MR, Ramirez JAG. Sarcomas and carcinosarcomas of the uterine cervix. *Cancer* 1973; 31: 1176-1192
3. 天神美夫, 杉下 匡, 山片重房, 森田みち子, 岩田正晴, 鰐坂 陽, 伊村公男, 石井博基. 子宮頸部肉腫の1例—細胞診で診断のついた子宮頸部肉腫—. *産婦人科の実験* 1972; 21: 263-271
4. Abdul-Karim FW, Bazi TM, Sorensen K, Nasr MF. Sarcoma of the uterine cervix: Clinico-pathologic findings in three cases. *Gynecol Oncol* 1987; 26: 103-111
5. Taylor HB, Norris HJ. Mesenchymal tumors of the uterus. *Arch Path* 1966; 82: 40-44
6. Kempson RL, Bari W. Uterine sarcomas—Classification, diagnosis, and prognosis. *Human Pathology* 1970; 1: 331-349
7. Aaro LA, Dockerty MB. Leiomyosarcoma of the uterus. *Am J Obstet Gynecol* 1959; 77: 1187-1198
8. Blaustein A, Immerman B. Leiomyosarcoma of the cervix. *Obstet and Gynecol* 1963; 22: 224-227
9. 滝沢晴雄, 新村 忠, 福沢芳章. 子宮肉腫の2例. *臨婦産* 1956; 10: 647-652
10. 蘇 綴彬. 子宮肉腫の8例について. *産科と婦人科* 1964; 31: 186-193
11. 小島洋子, 森脇昭介, 北島武志, 千葉 丈, 久保喬士, 越智 脩, 猪原照夫. 稀な子宮頸部平滑筋肉腫. *産婦人科治療* 1979; 39: 243-247

(No. 7820 平8・11・18受付)