

診 療

15歳の若年婦人に発症した巨大な卵巣チョコレート嚢胞

知多市民病院産婦人科

*愛知医科大学産婦人科学教室

三澤 俊哉 浅井 光興* 東出 香二

A Case of Giant Chocolate Cyst in a Fifteen-year-old Girl

Toshiya MISAWA, Mitsuoki ASAI* and Koji HIGASHIDE

Department of Obstetrics and Gynecology, Chita City Hospital, Aichi

**Department of Obstetrics and Gynecology, Aichi Medical University, Aichi*

Abstract A rare case of giant ovarian chocolate cyst in an adolescent woman is presented. The patient was 15 years of age, and suffered from severe dysmenorrhea and lower abdominal pain. Image diagnoses, including ultrasonography, computed tomography and magnetic resonance imaging, revealed a large cystic tumor of the right ovary and a small polycystic tumor of the left ovary. Although a malignant ovarian tumor could not be excluded due to the high level of serum CA125 (1,550.6U/ml), a post operative pathologic study disclosed bilateral ovarian endometriotic cysts. She is now well following a course of GnRH analogue therapy. Although ovarian endometriotic cysts are frequently encountered in females at the reproductive age, it should be remembered that the lesion also may be occasionally found in adolescent women.

Key words : Adolescent woman · Chocolate cyst

緒 言

若年婦人にみられる卵巣腫大は小児科や内科を経由して産婦人科を受診することが多い。また羞恥心のために強い症状が出現した後に初めて病院を受診することが多く、巨大な腫瘍となることも珍しくない。今回我々は15歳の若年婦人に発症し、術前に診断できなかった巨大な卵巣チョコレート嚢胞を経験したので報告する。慢性の骨盤痛や強い月経痛を訴える若年婦人には腹腔鏡により子宮内膜症病変が高率に認められるとの報告も多い。前述したように若年婦人の卵巣腫瘍では産婦人科の受診が遅れることが多く、子宮内膜症が重症となる可能性も考えられるためチョコレート嚢胞も鑑別診断として念頭に置いておくべき疾患であると考えられた。

症 例

患者：15歳6カ月，高校1年生。

家族歴，既往歴：なし。

月経歴：初経年齢は11歳6カ月，当初より月経周期は30から37日で順調であり，月経量は中等量であった。12歳より月経困難症が出現，暫時増悪し14歳時には腰痛も伴った。

最終月経：平成11年8月1日より継続中である。

現病歴：平成11年8月4日(15歳6カ月)に食思不振と下腹痛，下腹部腫瘍感を主訴として近医(内科)を受診し，下腹部に巨大な腫瘍を触知したために当科へ紹介された。

初診時理学的所見：身長151cm，体重56.5kg。軽度の疼痛を伴う著明な下腹部膨隆を認めるも，発熱などの炎症症状は認めなかった。

直腸診所見：骨盤内に成人頭大の嚢胞性腫瘍を触知した。可動性と圧痛は認めなかった。

経腹超音波所見：下腹部に長径16cmの多房性嚢胞を認め，内容は均一な軽度の高輝度エコーであったために粘液もしくは脂肪を疑った。

血液検査所見：白血球は5,500/ μ lであった。

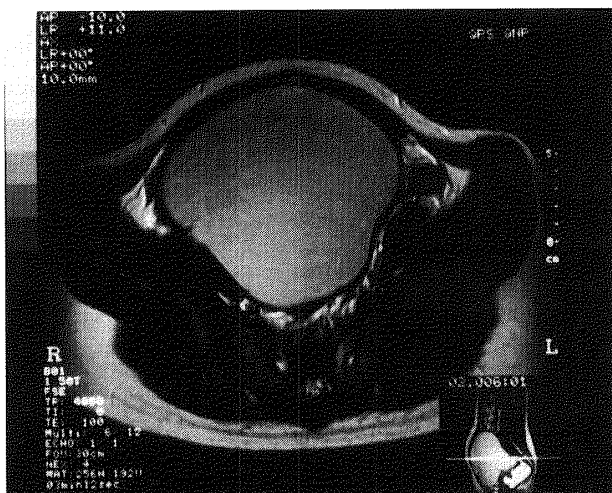


写真1 下腹部MRI(T2強調画像)所見

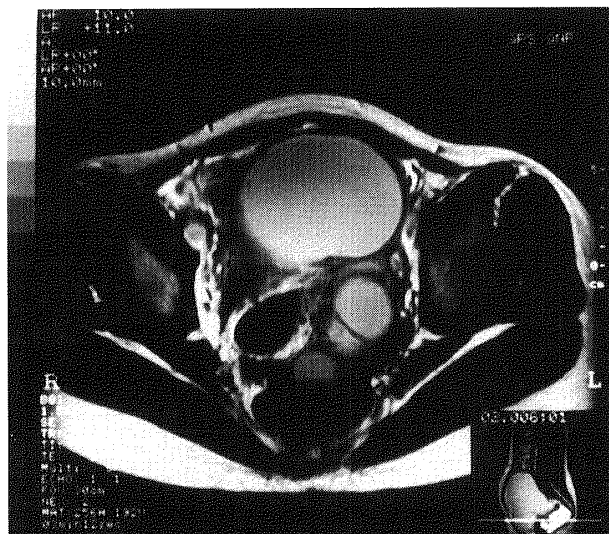


写真3 骨盤MRI(T1強調画像)所見



写真2 下腹部MRI(T1強調画像)所見

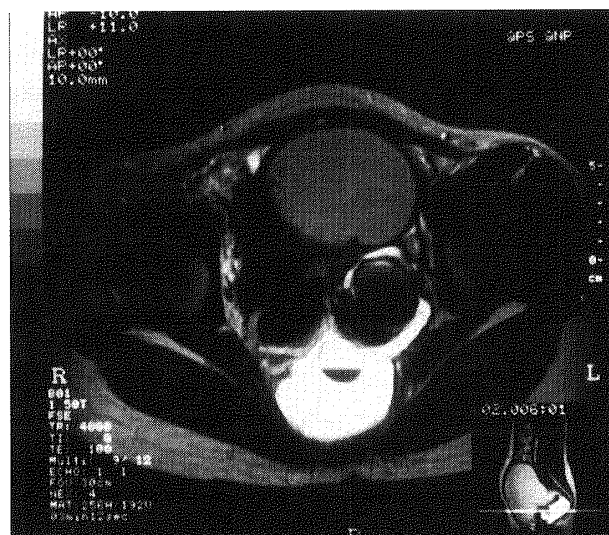


写真4 骨盤MRI(T2強調画像)所見

CA 125は1,550.6U/mlと高値であり, CA 19-9は154.4U/ml, CEAは0.9ng/ml未満であった。

MRI 検査所見: 下腹部正中に16×14×13cmの二房性嚢胞を認め, T1強調画像は高信号, T2強調画像は中等度高信号を示すために高蛋白の嚢胞内容液を疑った(写真1, 2). また骨盤内左側に長径4cmの二房性嚢胞(T1強調画像で軽度高信号, T2強調画像で低信号)を認め, ダグラス窩にはこの嚢胞と連続性があり, T1・T2強調画像ともに内部に高信号領域と低信号領域に分れた鏡面形成を認める径1.5cmの単房性嚢胞を認めた(写真3, 4).

MRI 診断: 右卵巣の高蛋白内容液を伴う巨大

嚢腫および左卵巣の多房性嚢腫。

CT 検査所見: 下腹部に巨大な嚢胞(16×14×13cm)を認め, 造影CTでは壁は厚く造影されているが充実性部分は認めない(写真5). また骨盤内左側には長径4cmの二房性嚢胞を認め, 壁は厚く造影されていた。

CT 診断: 右卵巣の巨大嚢腫および左卵巣の多房性嚢腫。

術前診断: CA125高値から, 悪性も否定できない巨大卵巣腫瘍の術前診断で8月19日に開腹手術を施行した。

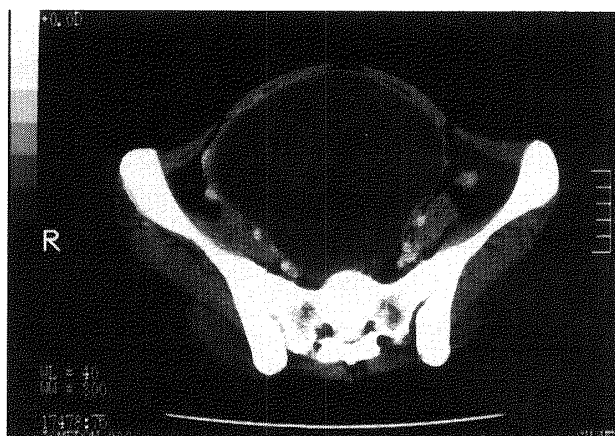


写真5 下腹部造影 CT 所見

術中所見および処置：右卵巢は成人頭大に腫大しており，子宮後面・左卵巢嚢胞・ダグラス窩と癒着していた。子宮は正常大で右前方へ圧排されている。左卵巢は水腫化した左卵管と一体化して鵝卵大に腫大し，右卵巢嚢胞と左骨盤壁に癒着していた。骨盤内に少量の血性腹水を認めたが，術中細胞診は陰性であった。右卵巢嚢胞は広範囲の癒着のため可動性がなく，粘度の少ないチョコレート状液を約1,200ml 穿刺吸引した後に右付属器切除を行った。左卵巢嚢胞は癒着剥離した後に腫瘍摘出術を行った。またダグラス窩の径約3cmの漿液性小嚢胞を摘出してダグラス窩を開放した。

摘出標本の病理学診断：両側卵巢の endometriotic cyst

術中腹水細胞診：陰性

子宮内膜症の進行期：術中所見より Re-AFS 分類はⅣ期(96points)，Beecham 分類ではⅢ期と判定した。

術後治療：子宮内膜症の再発防止のために手術後11日目の8月30日より3カ月間 Gn-RH アナログを投与して CA 125は9月28日に20.7U/ml，11月30日に6U/ml 以下と低下し，画像診断上も左卵巢腫大も認められないために治療を中止して経過観察中である。なお Gn-RH アナログの副作用としては軽度の hot flush がみられたのみであった。

考 察

若年婦人にみられる卵巢腫瘍の特徴として，上

坊らは2から15歳までの卵巢腫瘍24例中の17例が胚細胞腫瘍であり，主訴としては腫瘍感・腫瘍触知(24例中10例)と腹痛(24例中10例)が多く，腹部膨満感(24例中3例)は少なかったと報告している¹⁾。当症例の主訴は食思不振であるが，これは若年婦人の卵巢腫瘍の主訴としては頻度が低いと考えられた。また Norris and Jensen は0から19歳までの卵巢腫瘍353例中で胚細胞腫瘍が58.1%(205例)と最も多かったと報告している²⁾。このように若年婦人に認められる卵巢腫瘍が腫瘍である場合には胚細胞腫瘍の頻度が高いと判断できる。しかし卵巢腫瘍には多くの非腫瘍性卵巢嚢胞が含まれており，Winter et al.は生後7日目から20歳までの若年婦人に認められた付属器腫瘍521例中335例が非腫瘍性嚢胞であり，その中で260例が単純嚢胞・卵胞嚢胞と黄体嚢胞で，75例がチョコレート嚢胞(15歳以上に認められた)・多嚢胞性卵巢・炎症性腫瘍・子宮外妊娠などであったと報告している³⁾。当症例では術前診断として高蛋白内容液を伴う巨大な卵巢嚢腫を疑ったが，術中所見および病理組織学的診断より卵巢チョコレート嚢胞と診断した。鑑別診断として子宮内膜症を重視していなかったことも一因であり，15歳という年齢を別にすれば T1強調画像で高信号，T2強調画像で中等度高信号を示すこの腫瘍に対しては卵巢チョコレート嚢胞を疑い，脂肪抑制 T1強調画像の撮影を考慮するべきであったと考える。CA125が高値であることも結果的には子宮内膜症の存在を示唆する所見であった。

武谷らは子宮内膜症は平均31.1歳で発症し，10から60歳代の受療率は人口10万対298人であったが，若年婦人では低い(10から14歳で人口10万対2人，15から19歳で人口10万対56人)と報告している⁴⁾。また子宮内膜症病変の部位としてはチョコレート嚢胞が高率(57%)に認められ，Re-AFS 分類では各進行期ともほぼ同頻度と報告している。しかし Vercellini et al. は慢性的な骨盤痛を訴える若年婦人47名(11から19歳)に腹腔鏡を施行して18例(38.3%)の子宮内膜症を認め，全例が軽症(Re-AFS 分類Ⅰ期が12例とⅡ期が6例)であったと報告している⁵⁾。また Reese et al.も難治性の骨盤痛

を訴える67名の若年婦人(11から19歳)に腹腔鏡を施行して49例(73.1%)の子宮内膜症を認め、Re-AFS分類でⅠ期, Ⅱ期, Ⅲ期, Ⅳ期は各々39, 6, 3, 1例であり, 直径3cm以上の卵巣チョコレート嚢胞は3例のみ(6.1%)に認めたと報告している⁶⁾. このように若年性子宮内膜症はまれな疾患ではなく, 積極的な腹腔鏡検査によって診断率は向上すると考えられる. また Davis et al.は強度の月経痛を訴える若年性子宮内膜症36例(13から20歳)の腹腔鏡検査における進行期はRe-AFS分類でⅠ期, Ⅱ期, Ⅲ期, Ⅳ期は各々10, 8, 7, 11例であり, 病変部位としては広間膜(72%), ダグラス窩腹膜(69%)が多く, 卵巣チョコレート嚢胞は少ない(19%)と報告している⁷⁾. このことより若年婦人であっても強い症状を伴う場合には中等症以上の子宮内膜症が認められる可能性が高いと思われる. しかし卵巣チョコレート嚢胞に関してはいずれの報告から判断しても発症率は低く当症例のような巨大な卵巣チョコレート嚢胞についての報告はまれであるが, Liang et al.が開腹術を施行した若年性子宮内膜症(12から19歳まで)16例の中に17歳の若年婦人に発症した30×20×20cmの巨大な卵巣チョコレート嚢胞があったと述べている⁸⁾.

術後の追加治療に関しては Propst and Laufer は術後の初回治療として16歳未満では経口避妊薬の連続投与, 16歳以上では3から6カ月間のGn-RHアナログ投与が適応となるが, 経口避妊薬では高率(80%以上)に下腹痛などの症状が続行するのでGn-RHアナログの追加投与を考慮すべきであると述べている⁹⁾. ただし同時にGn-RHアナログの長期的な副作用として骨量の減少は重要であり, エストロゲンを併用したAdd-back療法も検討されるべきであると報告している. 当症例では十分な性成熟が認められることを確認したうえで, また重症子宮内膜症であったことを考慮して

3カ月間のGn-RHアナログ投与を行った. 今後は骨量の定期的な評価と必要あれば経口避妊薬の継続投与について検討したいと考える.

潜在例も含めると若年性子宮内膜症はまれな疾患ではないと考えられる. ただし一般的に重症例や卵巣チョコレート嚢胞を伴う例は少なく, また大きなチョコレート嚢胞例もまれである. しかし若年婦人の卵巣腫瘍に対して症状や超音波断層所見より子宮内膜症が否定できない場合には, MRIやCTなどの非侵襲的検査を活用して正確な術前診断に努めるべきであると考えられた.

文 献

1. 上坊敏子, 中原優人, 島田信宏. 少女に多い卵巣腫瘍. 産科と婦人科 1988; 55: 768—772
2. Norris HJ, Jensen RD. Relative frequency of ovarian neoplasms in children and adolescents. Cancer 1972; 30: 713—719
3. Winter JTV, Simmons PS, Podratz KC. Surgically treated adnexal masses in infancy, childhood, and adolescence. Am J Obstet Gynecol 1994; 170: 1780—1789
4. 武谷雄二, 青野敏博, 伊吹令人, 吉村泰典, 多賀理吉, 堤 治. リプロダクティブヘルスからみた子宮内膜症の実態と対策に関する研究. 平成9年度厚生省心身障害研究 1—17
5. Vercellini P, Fedele L, Arcaini L, Bianchi S, Rognoni MT, Candiani GB. Laparoscopy in the diagnosis of chronic pelvic pain in adolescent women. J of Reproductive Medicine 1989; 34: 827—830
6. Reese KA, Reddy S, Rock JA. Endometriosis in an adolescent population: the emory experience. J of Pediatric Adolescent Gynecology 1996; 9: 125—128
7. Davis GD, Thillet E, Lindemann J. Clinical characteristics of adolescent endometriosis. J of Adolescent Health 1993; 14: 362—368
8. Liang CC, Soong YK, Ho YS. Endometriosis in adolescent women. Chang Gung Med J 1995; 18: 315—321
9. Propst AM, Laufer MR. Endometriosis in adolescents. Incidence, diagnosis and treatment. J of Reproductive Medicine 1999; 44: 751—758 (No. 8105 平12・1・11受付, 平12・4・17採用)