

診 療

満期産分娩後に絨毛癌を発症した胎児共存奇胎の1例

高知医科大学産科婦人科学教室

小栗 啓義 山本 寄人 木元 正和
前田 長正 深谷 孝夫

A Case of Choriocarcinoma after Full-term Hydatidiform Mole
Coexisting with a Viable Neonate

Hiroyoshi OGURI, Yorito YAMAMOTO, Masakazu KIMOTO, Nagamasa MAEDA and Takao FUKAYA

Department of Obstetrics and Gynecology, Kochi Medical School, Kochi

Abstract Coexistence of a hydatidiform mole with a fetus is rare. Not only is the likelihood of a viable fetus low in such cases, but the prevalence of persistent trophoblastic disease is high. We present a case involving the coexistence of a hydatidiform mole and a viable fetus, and the subsequent delivery of a healthy full-term infant. Hysterectomy was performed since the postpartal serum hCG level increased. A histopathological analysis of the excised uterus confirmed choriocarcinoma. Chemotherapy has brought the cancer into remission, and the patient is now being treated as an outpatient.

Key words : Hydatidiform mole · Choriocarcinoma · Persistent trophoblastic disease

緒 言

正常妊娠と奇胎が存在する胎児共存奇胎は稀であり、生児を得た報告も少ない¹⁾²⁾。1997年に絨毛性疾患研究会で実施された全国97施設でのアンケートによる胎児共存奇胎登録の解析結果によれば登録された72例中生児を得たのは16例と報告されている。また存続絨毛症の続発率が高率であることも報告されており³⁾、奇胎娩出後にはより厳重な管理が必要とされる。今回我々は満期産分娩に至った胎児共存奇胎症例の奇胎娩出後の管理中に血中hCG上昇を認め、奇胎後hCG存続症として加療し、最終的に組織学上chriocarcinomaと診断した症例を経験したので報告する。

症 例

H.Y. 42歳

既往歴：40歳時、子宮筋腫核出術。

家族歴：父親、肝臓癌で死亡。

妊娠分娩歴：1妊0産(39歳時に妊娠初期、稽留流産の診断で子宮内容除去術を施行)。

現病歴：当科において1998年9月14日hMG-hCG-AIHにより妊娠成立した。その後、当科で妊娠管理をしていた。妊娠初期より少量の性器出血が持続し、妊娠5～13週、17週～分娩後退院までの期間入院加療していた。妊娠5～12週の尿中hCG検査では異常を認めなかった。妊娠18週より30週の間に子宮下部前壁に超音波断層法により低輝度で多嚢胞状に描出されるエコー像を認めた(写真1)が、妊娠の進行による児頭下降とともに妊娠32週には確認できなくなった。妊娠37週2日に選択的帝王切開術を施行し、女児2,471gを分娩した。胎盤は児娩出2分後に特に問題なく用手剥離により娩出し、570gであった。

娩出胎盤の辺縁に径5～10mm大の嚢胞状変化を伴った黄色調部分(5×6cm)を認め、肉眼的、組織学的に胞状奇胎と診断されたため本症例は胎児共存奇胎と診断された(写真2,3)。

染色体検査の結果、児は46XX核型であり、胎盤の胞状奇胎部分はFISH法を用いた解析で性染色

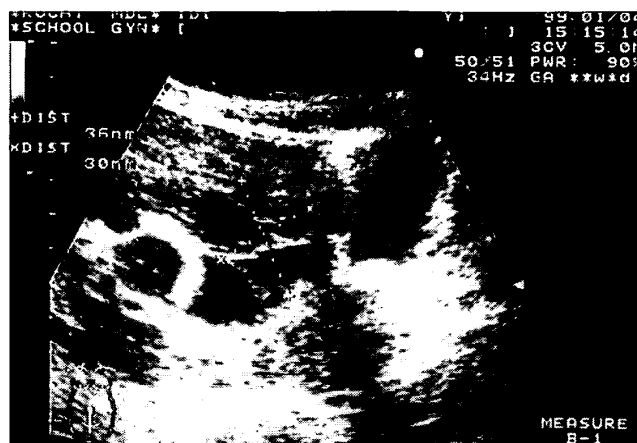


写真1 妊娠18週にみられた子宮内多嚢胞状エコー像
子宮腔内前壁下部に多嚢胞状のエコー像を認めた。

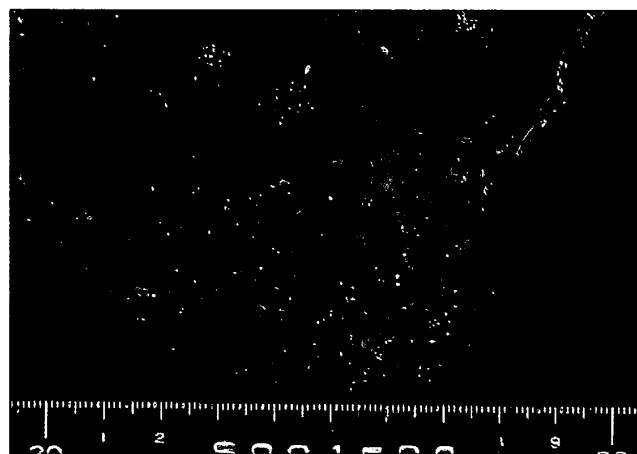


写真2 胎盤に認められた胞状奇胎
娩出胎盤の辺縁5×6cmの範囲に径2mmを越える嚢胞化部分を認めた。

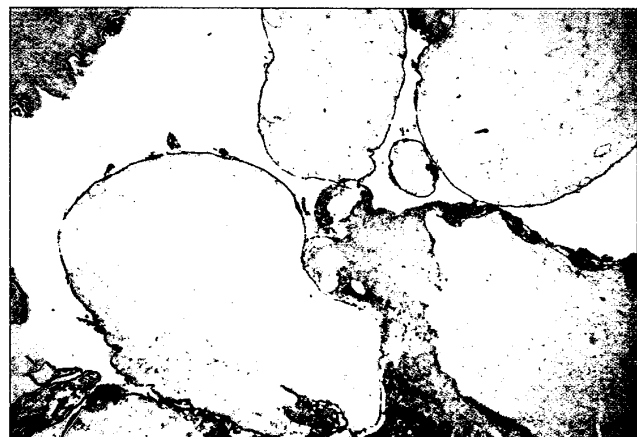


写真3 胞状奇胎部分の病理組織所見(HE染色)
嚢胞化部分では間質の水腫様変化が著明である胞状奇胎に矛盾しない所見であり、胎児成分は認められなかった。



写真4 胞状奇胎部分の性染色体分析(FISH法)
各細胞に2個のX染色体部の赤色の発色を認める。

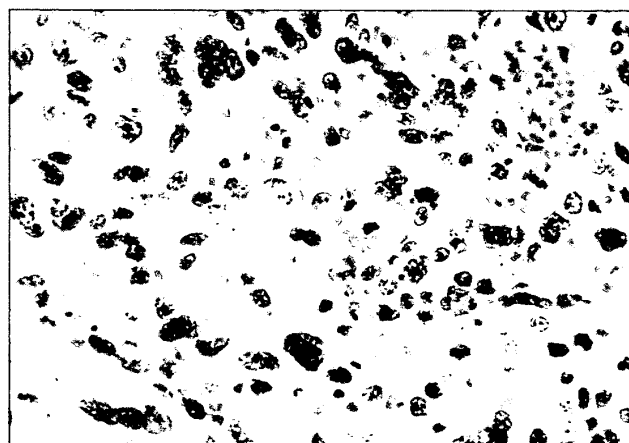


写真5 摘出子宮病理組織所見(HE)(強拡大)
絨毛構造を伴わない異型 trophoblast の増殖巣を認める。

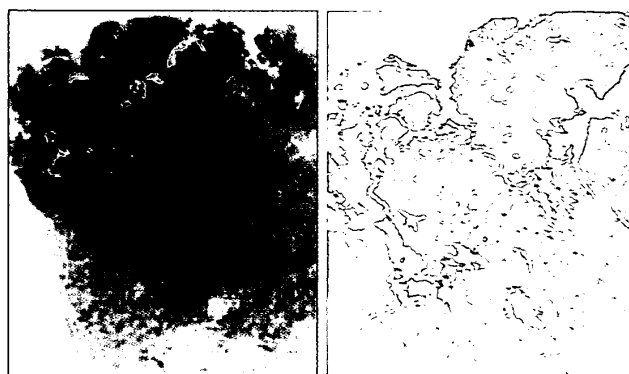


写真6 摘出子宮病理組織免疫組織染色
異型 trophoblast の増殖巣は hCG 染色陽性(写真左), hPL 染色陰性(写真右)であった。

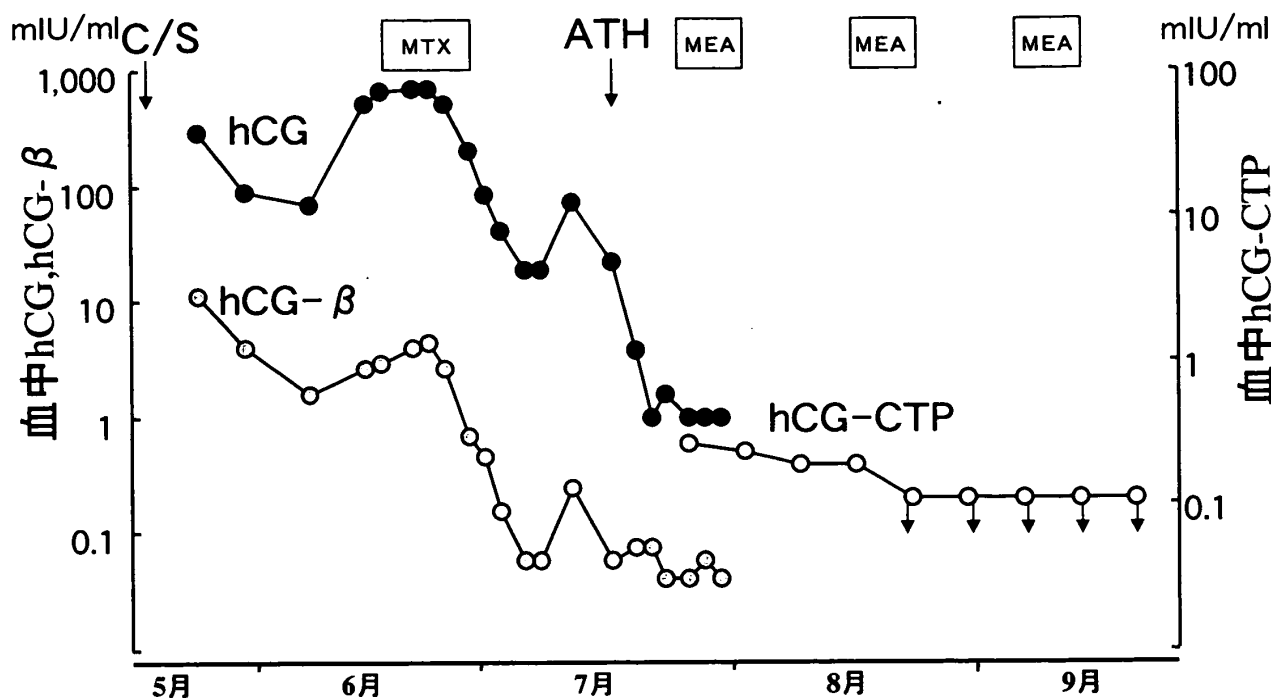


図 1 臨床経過と血中 hCG 値の推移

体は XXdiploid であることが確認された(写真 4)。

帝王切開術後 6 日目の血中 hCG 値は 295mIU/mL であったが、23 日目には 65.3mIU/mL と低下した。しかし、その後上昇し 29 日目には 653mIU/mL まで上昇を示したため存続絨毛症と診断した。術後 30 日目に再入院のうへ Methotrexate (MTX) 20mg 筋注 5 日間を施行し、血中 hCG 値は一時低下を示したものの投与終了後 15 日目に再上昇を認めた。入院後に施行した胸部 X 線写真、胸部・腹部・骨盤部・頭部 CT、骨盤動脈造影、超音波断層法において明らかな異常所見は認められなかった。

臨床経過より奇胎後 hCG 存続症と診断し、同意のもとに帝王切開術後 58 日目に腹式子宮全摘術を施行した。その後 MEA 療法(Methotrexate 50 mg/body ; D1, 3, 5, Etoposide 100mg/body ; D1, 3, 5, Actinomycin D 0.5mg/body ; D1~5)を 3 クール施行した。血中 hCG 値は術後急速に低下し、子宮全摘術後 35 日目より血中 hCG-CTP 値も cut off 値未満を 4 週間以上推移し、寛解状態と判断された(図 1)。

摘出子宮ではごく小範囲に絨毛組織を伴わない異型 trophoblast の増殖を認め、その病理組織像、免疫組織染色(hCG 染色陽性、hPL 染色陰性)より絨毛癌 choriocarcinoma と診断された(写真 5, 6)。

現在、寛解後 19 カ月を経過し、血中 hCG-CTP の上昇および再発徴候なく外来経過観察中である。

考 察

本邦での絨毛性疾患研究会の報告によれば登録された胎児共存奇胎 72 例のうち 16 例の胎児の分娩後の生存が報告されている³⁾。

胎児共存奇胎では奇胎部分と胎児の卵性が胎児の生存、予後を決定するといわれている。つまり、①胎児および奇胎が同一の卵子に由来する部分奇胎である場合、②全奇胎あるいは部分奇胎と正常妊娠の二卵性双胎の二つの病態が考えられる。①では多くは 2 精子受精に基づく 3 倍体(トリソミー)であり、大部分は second trimester に至らず、胎内死亡となり分娩に至る症例はごくわずかである¹⁾²⁾。一方、②のような正常胎児と奇胎の二卵性双胎の場合、胎児染色体は正常であり生児を

得られる可能性は高いと考えられる。

胎児共存奇胎の続発症発生率は30.6%と報告されている³⁾。続発症発生頻度は全奇胎では部分奇胎に比べ高率であるといわれ⁴⁾、胎児共存奇胎における奇胎部分の染色体構成は続発症発生の子知において非常に重要である。

本症例では分娩後の新生児の染色体検査で児の染色体は46XXの正常核型であることが確認されている。また、奇胎部分の性染色体検査ではXXdiploidであり、全奇胎であることが推察され、本症例は正常妊娠と奇胎との二卵性双胎であったことが推測された。

絨毛性疾患の治療に関しては近年化学療法の有効性が確立し⁵⁾⁶⁾、転移病巣も含めた手術療法・放射線療法・化学療法を併用した集学的治療が効果的である⁷⁾。

本症例でも手術および化学療法施行後には血中hCG-CTP値もcut-off値未満に低下し寛解状態に至っており、これらの治療が有効であったと考えられた。

胎児共存奇胎の約20%は排卵誘発が行われており³⁾、本症例も同様であった。近年の生殖補助技術の進歩による多胎妊娠の増加および出産年齢高齢化による受精卵の染色体異常発生率の上昇を背景に、胎児共存奇胎は増加することが考えられる。

胎児共存奇胎は出生後の胎児生存の可能性の診断、妊娠継続許可を含めた妊娠管理、分娩後の続

発症管理といった多くの問題があり、今後早期に管理基準の設定が望まれる。

文 献

1. *Vejerslev LO*. Clinical management and diagnostic possibilities in hidatidiform mole with coexistent fetus. *Obstet Gynecol Survey* 1991; 46: 577—588
2. *Jauniaux E, Brown R, Rodeck C, Nicolaides KH*. Prenatal diagnosis of triploidy during the second trimester of pregnancy. *Obstet Gynecol* 1996; 88: 983—989
3. 松井英雄, 飯塚美徳, 関谷宗英, 和氣徳夫, 半藤保, 岡本知光, 友田 豊. 胎児共存奇胎の管理—全国集計の結果と文献的考察—. *日産婦誌* 1999; 51: 1—8
4. *Matui H, Iizuka Y, Sekiya S*. Incidence of invasive mole and choriocarcinoma following partial hydatidiform mole. *Int J Gynecol Obstet* 1996; 53: 63—64
5. *Suzuki I, Goto S, Yamada Y, Tomoda Y*. Pregnancy after chemotherapy for trophoblastic diseases and psychosomatic development in the progeny. *Asia-Oceania J Obstet Gynecol* 1993; 19: 407—415
6. 友田 豊, 後藤節子, 鈴木孝信, 加藤紀子. 絨毛癌と妊孕能温存. *産婦人科の実際* 1994; 43: 679—682
7. *Ishizuka T, Tomoda Y, Kaseki S, Goto S, Hara T, Kobayashi T*. Intracranial metastasis of choriocarcinoma. *Cancer* 1983; 52: 1896—1903
(No. 8216 平13・2・26受付, 平13・11・5採用)