

リンパ節転移もしばしば認められる。進行期分類は卵巣癌に準じた分類を用いる。

治療方針も卵巣癌と同様であり、手術療法と化学療法を組み合わせる。両側付属器切除術、単純子宮全摘術、大網切除術、および骨盤内および傍大動脈リンパ節郭清術を行い、腹腔内播種性病変も可能な限り切除する。また卵管采から直接浸潤した隣接臓器を合併切除することは予後改善における意義が大きい。術後化学療法として、これまでのCAP(cyclophosphamide+adriamycin+cisplatin)療法が行われ有効性が報告されてきたが、最近のTJ(paclitaxel+carboplatin)療法も有効である。



(図2) 卵管癌のCT像。左付属器部に、くねくねしたソーセージ様の腫瘤像が認められる

《参考文献》

1. 小西 郁生. 卵管癌の診断と治療. 産婦進歩 1994; 46: 157—160

(5) 卵巣の腫瘍・類腫瘍

女性の性腺である卵巣に腫瘍が発生する頻度は、女性の全生涯で見ると5～7%とされ、精巣に比べてはるかに高い。また極めて多種類の腫瘍が発生するが、その起源により、表層上皮性・間質性腫瘍(surface epithelial-stromal tumors)、性索間質性腫瘍(sex cord/stromal tumors)、胚細胞腫瘍(germ cell tumors)の大きく3群に分類され、各々の全体に占める割合は、表層上皮性・間質性腫瘍60～70%、性索間質性腫瘍5～10%、胚細胞腫瘍15～20%である。以上の3群それぞれに、良性、境界悪性、悪性腫瘍が存在する。さらに、卵巣は他臓器癌の転移の好発部位であり、転移性腫瘍(metastatic tumors)も重要であり、その全体に占める割合は5%である。これに加えて、真の腫瘍ではない類腫瘍性病変(tumor-like lesions)が存在する。

卵巣腫瘍はこのように多種多彩であるが、それぞれが特徴的な臨床所見、画像診断上の特徴、および異なる腫瘍マーカーのパターンを示すため、これらを詳細に検討することにより術前診断がほぼ可能であり、これに基づいて治療計画を立てる。

① 良性腫瘍

臨床像

卵巣腫瘍は無症状のことが多く、しばしば検診にて偶然に発見される。腫瘤の増大に伴い患者は下腹部痛や圧迫感を訴え、新生児頭大以上になると骨盤腔を越え、自ら下腹部腫瘤として触れる。巨大な腫瘤や多量の腹水貯留を伴う場合には腹部膨満が主訴となる。また、良性腫瘍は捻転を起こすことが多く、急性腹症として緊急開腹術を要する。また性索間質性腫瘍の多くはエストロゲン産生腫瘍であり、不正性器出血、無月経、思春期早発などの症状をもたらす。まれに、卵巣線維腫などで腹水や胸水を伴う(Meigs 症候群)。

Key words : Tubal carcinoma · Hydrops tubae profluens · Ultrasonography · CT · MRI

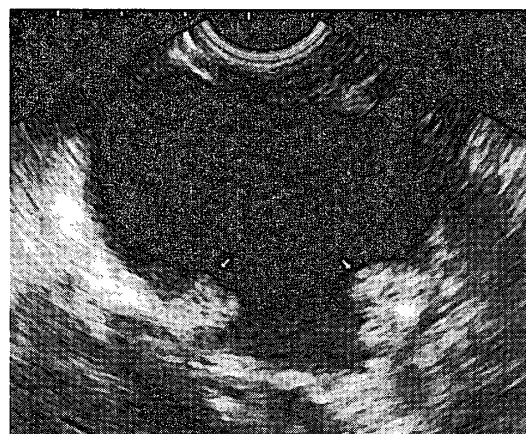
診断—画像診断と腫瘍マーカー

卵巣腫瘍の良悪性の鑑別には腫瘍が嚢胞性か充実性かが重要であり、超音波検査が極めて有用である。また、カラードプラ法により充実部の血流をみることも悪性の補助診断として役立つ。MRI 検査は腫瘍内部にどのような物質が貯留しているかの質的診断に用いる。水のような液体であれば漿液性腫瘍、脂肪であれば成熟嚢胞性奇形腫、古い血液であれば子宮内膜症性嚢胞が疑われる。さらに、良悪性や組織型の推定に腫瘍マーカーのパターンを検討することも重要である。

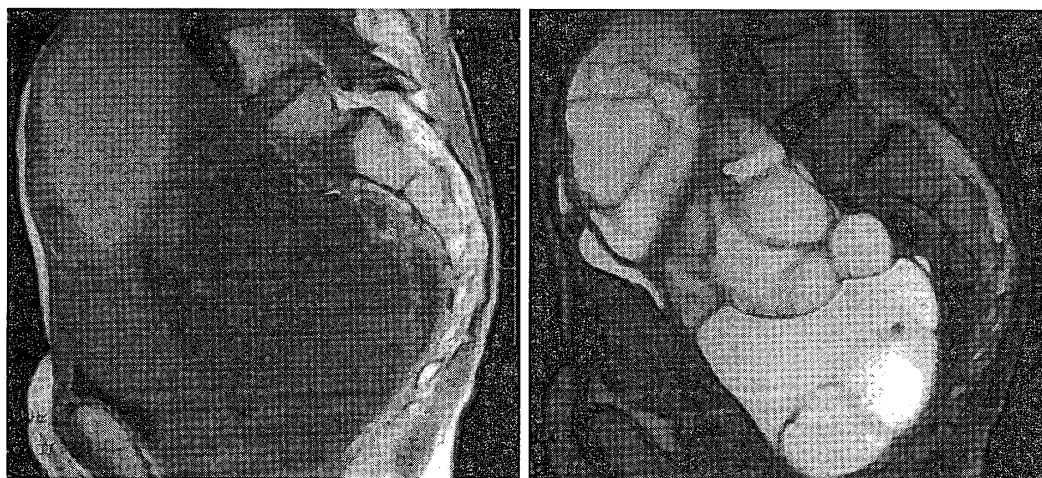
(1) 表層上皮性・間質性腫瘍

漿液性腫瘍は卵巣表層上皮が卵管上皮への分化を示す腫瘍群であり、漿液性嚢胞腺腫には卵管と同様に線毛細胞が観察される。単房性の嚢胞性腫瘍であることが多く、内壁も卵管壁に似てしばしば乳頭状構造を呈する。超音波検査で、嚢胞性の壁が薄く充実部分を認めない場合は嚢胞腺腫と考えられ、また充実部が小さく少数の場合も良性のことが多い(図3)。一方、径2cm以下の小さな充実部が多数認められる場合は境界悪性、壁全体が肥厚し粗造なものや内部に大きな充実部を認める場合は腺癌と予想される。MRI では嚢胞内容が水と同様に、T1強調で低信号、T2強調で高信号を呈する。腫瘍マーカーはCA125が重要で、良性ではCA125の上昇は認められない。これに対して、軽度上昇の場合は境界悪性、200U/ml を越える高値を示す場合は腺癌のことが多い。

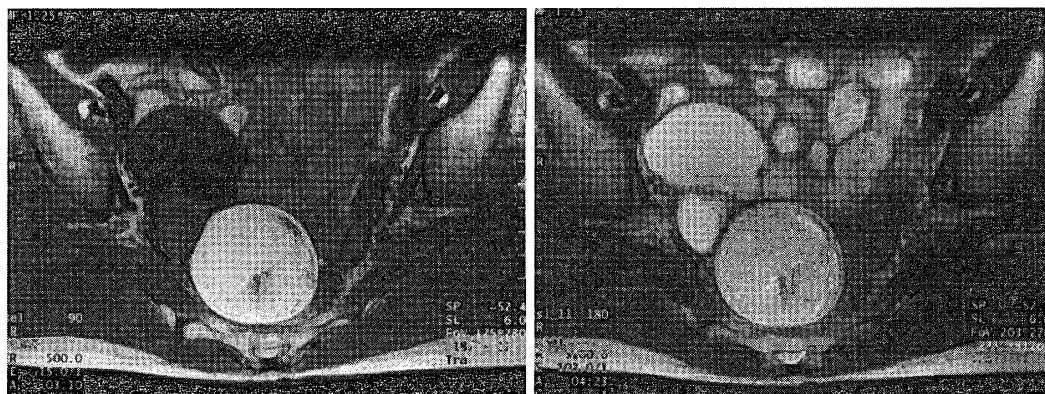
粘液性腫瘍は表層上皮が子宮頸管腺上皮あるいは腸管上皮への分化を示す腫瘍群であり、粘液産生性の上皮細胞で構成される。



(図3) 漿液性嚢胞腺腫の超音波像。単房性嚢胞で内腔に少数の隆起が認められ境界悪性腫瘍も疑われたが、組織学的には良性腺腫であった



(図4) 粘液性嚢胞腺腫のMRI 像。典型的な多房嚢胞性腫瘍であり、T2強調像(右)にて各房により信号強度が異なるという特徴的所見が認められる。左：T1強調像



(図5) 成熟嚢胞性奇形腫のMRI像. T1強調像(左)で高信号を示す場合は脂肪または血液である. T2強調像(右)で典型的な chemical shift artifact(脂肪成分と非脂肪成分との間に一様に生ずる模様)が認められる. この後, 脂肪抑制画像を用いて確定診断を行う

多房性の嚢胞性腫瘍であることが多く, これが超音波検査で認められ, MRIで嚢胞の各房で信号が異なるという特徴が認められる(図4). 腫瘍マーカーはCA19-9とCEAが重要で, 良性腺腫ではこれらの上昇が認められない. すなわち, 多房性に嚢胞性腺腫で明らかな充実部がなく, CA19-9, CEAが正常の場合は良性と考えられる. 一方, CA19-9またはCEAが上昇し, 充実部を思わせる小さな嚢胞の集合を認める場合は境界悪性腫瘍, 明らかな充実部が存在する場合は腺癌のことが多い.

類内膜腫瘍および明細胞腫瘍の良性腫瘍は極めてまれで, 多くは腺線維腫の形態をとり, 術後診断により境界悪性および悪性腫瘍と区別される.

(2) 性索間質性腫瘍

性索間質性腫瘍の多くはホルモン産生性であり, これによる臨床症状が重要である. 良性腫瘍の莢膜細胞腫はエストロゲン産生性で, 不正性器出血, 無月経, 思春期早発などをきたす. 高齢の女性で腔壁がみずみずしく年齢に比して若々しい場合エストロゲン産生卵巣腫瘍の存在を疑う. 莢膜細胞腫は通常, 嚢胞性成分は認められず, まったく充実性の比較的小さな腫瘍である. 線維腫も莢膜細胞腫と同様に充実性の腫瘍を形成するが, ホルモン産生性に乏しく, また大きな腫瘍を形成することもある. 顆粒膜細胞腫およびセルトリ・間質細胞腫瘍は良性腫瘍ではないので別項に譲る.

(3) 胚細胞腫瘍

胚細胞腫瘍は若年女性に多いことが特徴的であり, 最も高頻度にみられる腫瘍は成熟嚢胞性奇形腫である. 茎捻転を起こしやすいが, 検診では偶然発見されることも多い. 嚢胞性であるが, その内部に皮膚組織, 毛髪, 脂肪, 軟骨, 骨などの奇形腫成分を含むため, 超音波検査で極めて多彩な像を呈する. とくに脂肪成分の存在は, MRIにてT1強調で高信号, T2強調で中等度の信号, chemical shift artifactの存在(図5), 脂肪抑制画像による信号抑制により診断される. 脂肪が証明されれば, まず成熟嚢胞性奇形腫と診断してよい. 腫瘍マーカーではCA19-9の軽度上昇をみることが多い.

(4) 類腫瘍病変

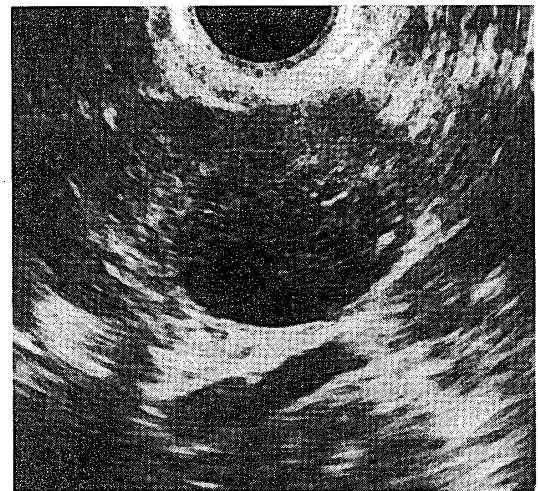
卵巣が嚢胞性に腫大しているが真の腫瘍でないものに卵巣嚢胞や黄体嚢胞などのいわゆる機能性嚢胞がある. 特異な内分泌環境下で認められることが多く, 経過観察にて縮小す

ることにより臨床的に診断される。しかし、機能性嚢胞のなかには大きなものや超音波にて内部エコーの複雑なものがあり、真性腫瘍と誤診する場合があるので注意を要する。

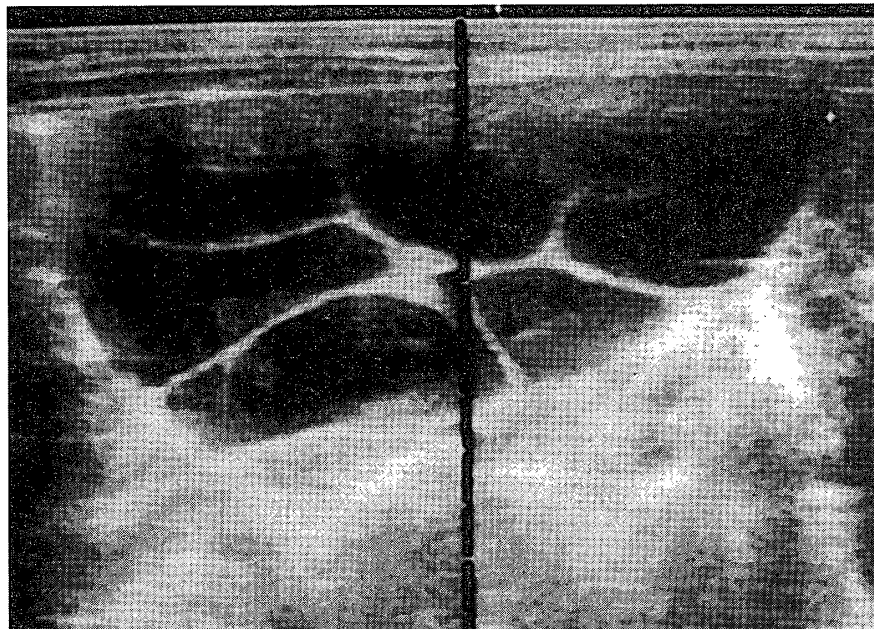
卵嚢嚢胞は排卵が障害され卵嚢が存続することによるもので、更年期の機能性出血の際にしばしば認められる。直径3~5cmの球形嚢胞で、超音波にて内部に均一で低輝度の液体を含有する。また、妊娠初期に認められる黄体嚢胞は片側性でhCGの刺激によりかなり大きくなり、比較的長期間存続しうる。いずれも時間経過とともに縮小する。

出血性黄体嚢胞は排卵や黄体形成の際の卵嚢内出血が通常より増量したもので、下腹部痛または不快感を伴うことが多い。超音波では嚢胞内部に特有の網状エコー像が観察され(図6)、これは凝血塊と析出フィブリンによるものとされる⁹⁾。

多発性黄体化卵嚢嚢胞(黄体化過剰反応 hyperreactio luteinalis)は絨毛性疾患の際に多く認められるが、まれに正常妊娠においても出現する。両側性で臨床的にルテイン嚢胞と呼ばれる。拡張した黄体化卵嚢嚢胞が多数観察され、卵巢径が20cmにも達する(図7)。一見、多房嚢胞性腫瘤にみえるため粘液性腺腫と誤診され、開腹術を行うことが多いので注意を要する。特異な内分泌環境であること、両側性であるこ



(図6) 出血性黄体嚢胞の超音波像。卵巢内部に球形の嚢胞があり、特有の網状エコー像が認められる



(図7) 多発性黄体化卵嚢嚢胞(黄体化過剰反応 hyperreactio luteinalis)の超音波像。正常妊娠に伴って認められたもので径15cmに及ぶ両側性の“多房性”嚢胞を形成していた。妊娠中期まで存続し徐々に縮小した

と、個々の嚢胞の大きさがよく揃っていることにより、本疾患を強く疑い、経過観察を行う。ゴナドトロピン製剤を用いた排卵誘発において認められる卵巢過剰刺激症候群(OHSS)も同様の所見を呈する。

卵巢の子宮内膜症性嚢胞(チョコレート嚢胞)も類腫瘍病変に分類されている。嚢胞内部には異所性内膜の剥脱により古い血液を貯留する。超音波にて、典型的なものは砂粒状の内部エコー像を呈する。MRIが有用で、T1強調で高信号を示すが脂肪抑制画像で抑制されないことで血液の貯留が強く示唆される。腫瘍マーカーではCA125やCA19-9の軽度上昇がしばしば認められる。

治療

卵巢の腫大が認められた場合、超音波やMRIを用いた画像診断の所見および腫瘍マーカーのパターンを検討し、卵巢腫瘍の組織型や悪性度に関する十分な評価を行ったうえで、治療方針を決定する。

(1) 経過観察および保存的治療

類腫瘍病変が疑われる場合は基本的に経過観察とする。通常、現病歴からhCGの関与やホルモン異常が示唆され、経過による形状の変化を把握することが大事である。

子宮内膜症性嚢胞には、状況に応じて経過観察、ホルモン療法、または手術療法を行う。すなわち、挙児希望のない若年女性に認められた小さな内膜症性嚢胞で症状も軽度の場合は経過観察を行う。月経困難症や性交痛などがある場合、大きな嚢胞の場合、不妊症で挙児を希望している場合は、ホルモン療法と手術療法を組み合わせた治療を行う。手術では腹腔鏡を用いた嚢胞摘出術や焼灼術を行い健常卵巢部分をできるだけ残す。

腫瘍性病変の可能性があるが径5cm未満の小さな嚢胞性腫瘤で充実性部分をまったく認めない場合は経過観察を行う。しかし、増大したり充実性部分が出現すれば手術を行う。

(2) 手術療法

真性の卵巢腫瘍には原則として手術療法を行い、組織学的な確定診断を得る必要がある。開腹時に腹水細胞診または腹腔内洗浄細胞診を行うこと、また術中の迅速組織診を行う。

良性腫瘍には、卵巢腫瘍摘出(核出)術、卵巢摘除術、または付属器摘除術を行う。どの術式を選択するかは、患者の年齢、腫瘍の大きさ、周囲との癒着などを考慮して決定されるが、妊孕性温存を要する若年女性では、原則として卵巢腫瘍摘出(核出)術を行う。とくに成熟嚢胞性奇形腫に対してこの手術を行う機会が多いが、薄く進展された正常卵巢部分に多くの卵胞が存在しており、これをできるだけ広く残すことが大事である。また、莖捻転により全体が壊死に陥っている場合は付属器摘除術を行わざるを得ないが、捻転を解除できる場合は腫瘍摘出(核出)術とする。

《参考文献》

1. 日本産科婦人科学会, 日本病理学会, 編. 卵巢腫瘍取扱い規約. 東京: 金原出版, 1990
2. 小西郁生. 若年者の卵巢腫瘍. 産婦治療 1996; 72: 446—450
3. 小西郁生. 良性卵巢腫瘍エコー. 産と婦 1998; 65(suppl): 106—114

〈小西 郁生*〉

*Ikuo KONISHI

*Department of Obstetrics and Gynecology, Shinshu University School of Medicine, Nagano

Key words: Benign ovarian tumor · Tumor-like lesion · Ultrasonography · MRI · Tumor marker