

P2-112 FDG [18F-fluoro-2-deoxyglucose] -PET にて強い集積を示した卵巣成熟奇形腫の一例

東京医歯大周産女性診療科
栗原聡美, 宮坂尚幸, 久保田俊郎

FDG-PET は、従来の形態に基づいた画像診断法と異なるグルコース代謝に基づいた機能画像であり、再発卵巣腫瘍やリンパ節転移の診断に有効性が報告されている。卵巣腫瘍の術前診断には超音波検査や MRI などが用いられるが、その質的診断に FDG-PET がどれだけ寄与するかについては一定の見解は得られていない。今回我々は FDG-PET にて強い集積を認め悪性卵巣腫瘍が疑われたが、術後病理組織診断で成熟奇形腫と診断された卵巣腫瘍を経験したので報告する。症例は 32 歳の女性で、下腹部痛を主訴に当科を受診した。下腹部に臍高に達する表面平滑、可動性良好な腫瘍を触知し、超音波断層法検査にて一部隔壁の肥厚を伴う多房性腫瘍を認めた。腫瘍マーカーは CA19-9 が 95.1U/ml と上昇していた以外は正常範囲だった。CT および MRI にて嚢胞内容は水様成分と脂肪成分からなり、一部石灰化を認めたが、肥厚した隔壁に強い造影効果を認めた。FDG-PET では 18F-FDG 3.7MBq/kg 投与 60 分後の腫瘍における standardized uptake value (SUV) は 12.8、135 分後の delayed phase では 14.8 とさらに上昇を認めたことから悪性腫瘍が強く疑われた。付属器摘出術後の病理組織診断は成熟奇形腫であり、腫瘍充実部の大部分は脳組織および小脳組織からなり、豊富な神経膠細胞が認められた。中枢神経系が多くのグルコースを消費していることは良く知られているが、卵巣奇形腫においても中枢神経組織は多くのグルコースを消費していることがわかった。その場合、未熟成分を含んでいなくとも FDG が強い集積を示すことがあり、術前の診断には注意が必要である。

P2-113 Mixed germ cell tumor を発症した同胞内発生 androgen insensitivity syndrome (AIS) の一例

熊本大
角田みか, 岡村佳則, 河村京子, 本田律生, 大竹秀幸, 田代浩徳, 大場 隆, 片瀬秀隆

Androgen insensitivity syndrome (AIS) はアンドロゲン受容体の欠損あるいは異常に基づく性分化異常により発生し、染色体は 46, XY、性腺は精巣で、外性器は男性仮性半陰陽を示す疾患である。われわれは、本疾患の性腺から胚細胞腫瘍の発症を契機にして AIS と診断され、かつ同胞内にも AIS がみられた稀な症例を経験した。症例は 64 歳、表現型は女性であり、男性と結婚し養子を有している。下腹部腫瘍感を主訴に近医を受診し、骨盤内腫瘍が認められ当科に紹介となった。視診にて恥毛の発育がみられなかった。腔鏡診で子宮腔部はなく、双合診でも子宮は触知されなかった。骨盤内に新生児頭大の腫瘍が認められ、MRI 検査で不均一な充実性を示し造影効果がみられた。血液検査で AFP とテストステロン値が高値を示し、染色体検査では 46, XY であった。AIS ならびに悪性性腺腫瘍の診断で、悪性卵巣腫瘍に準じて手術を施行した。病理組織学検査では、右側性腺腫瘍は卵黄嚢腫瘍を主体とした混合型胚細胞腫瘍であり、対側の性腺は萎縮した精巣で悪性所見はなかった。BEP 療法を 3 コース施行し、術後 14 ヶ月を経過し再発徴候は認められない。また、本症例の診断により、同胞の 1 人が AIS で片側精巣摘出術の既往を有し、再手術の必要性を指示されていたことが判明した。この症例の画像検査では、片側性腺の残存が疑われ、腹腔鏡下右側性腺摘出術を施行した。組織学的に萎縮した精巣で、悪性所見はなかった。本症例の家族内において、女性同胞者 5 人のうち 2 人が AIS であり、X 連鎖劣性遺伝によると考えられた。AIS では、染色体上の性と社会的性との不一致に配慮した対応の下、家族内発生ならびに性腺腫瘍の発生に留意する必要がある。

P2-114 25 年後に後腹膜に再発した卵巣未分化胚細胞腫の 1 例

トヨタ記念病院
小口秀紀, 関谷龍一郎, 坂野伸弥, 鈴木史朗, 岸上靖幸, 森脇崇之

卵巣未分化胚細胞腫は化学療法、放射線療法に感受性が高く、予後良好な悪性胚細胞腫瘍である。再発率は 15 から 20% で後腹膜リンパ節を経由するものが多く、晚期再発の報告も散見されるが、25 年後の再発例の報告は極めてまれである。症例は 42 歳、2 経妊 2 経産。17 歳時に右卵巣腫瘍の診断で右付属器摘出術の既往あり。右下肢のしびれと不正性器出血を主訴に近医を受診し、子宮筋腫の診断にて開腹手術となったが、腫瘍は広範な癒着を伴う後腹膜腫瘍であり、骨盤壁にまで浸潤しており、摘出不可能と判断され、試験開腹におわった。右下肢の疼痛が強くなり、リン酸コデインと硬膜外麻酔による疼痛管理を必要とし、切除不能な原因不明の後腹膜腫瘍の診断で、緩和ケア目的で当院紹介受診となった。骨盤内に小児頭大の腫瘍を認め、MRI、CT では右水腎症と骨盤筋群に浸潤を認めた。腫瘍マーカーでは LDH が 1265IU/L、hCG が 0.4mIU/mL と上昇していたが、それ以外は正常であった。腫瘍の確定診断をつけるべく、腔壁を切開し、腫瘍を一部摘出したところ病理組織診断は未分化胚細胞腫であった。また、25 年前に摘出された右付属器の病理組織標本も偶然見つかり、未分化胚細胞腫であった。再発未分化胚細胞腫の診断で CBDCA、VP-16、BLM の 3 者併用化学療法を 4 コース施行したところ CT、MRI 上、腫瘍陰影は完全に消失した。右下肢の不全麻痺は残るものの、現在治療終了後 7 年経過しているが、再発兆候は認めていない。