

P2-121 DJ療法にて管理中の卵巣顆粒膜細胞腫術後再発例について

石川県立中央病院

佐々木博正, 高橋 仁, 篠倉千早, 前川真知子, 山田里佳, 吉成秀夫, 平吹信弥, 干場 勉, 朝本明弘

今日でも卵巣顆粒膜細胞腫の再発例に対する治療は評価は定まっていない。一般的には、手術療法の反復や種々の化学療法が試みられるが、近年では、タキサン系薬剤についての報告もみられる。今回我々が経験した症例は、52歳で子宮筋腫のため子宮全摘術と両付属器摘出術を受けた際に、卵巣顆粒膜細胞腫と診断された。56歳で再発、CBDCA単剤化学療法2コース施行。58歳で腫瘍増大傾向と腹水・胸水貯留がみられ、腫瘍切除と大網切除術にCBDCAの腹腔内および胸腔内投与とBEP療法3コースが行われた。60歳より緩徐な腫瘍の増大を指摘されていたが、自覚症状に乏しいため経過観察。62歳で転居のため当科を紹介初診。骨盤内および肝下面に小嚢胞が集簇した腫瘍形成および腹水貯留あり。手術は拒否、化学療法もBEP療法以外を希望され、充分な協議の上でTJ療法を選択された。1コース目は問題なく終了したが、2コース目にアレルギー症状出現、以降はDJ療法に変更し、計2回施行。腹水はほぼ消失したが、約6ヶ月後には腹水再貯留、2セット目はDJ療法5コース施行。約1年後に3セット目のDJ療法を5コース施行。腫瘍マーカーは、腹水貯留と平行してCA125値が増減していたが、当初同様の変化を示した血中E2値は、DJ療法2セット後は、変化が消失した。これはタキサン系薬剤の細胞骨格に対する効果が、ステロイド産生に直接作用したと推定された。今回の症例では、腫瘍の縮小効果は小さかったが、腹水に対する効果は良好で、外来投与も可能なDJ療法は進行再発例に対する治療の選択枝と成り得ると思われた。

P2-122 卵巣原発平滑筋肉腫の1例広島市立安佐市民病院¹, 国立病院機構東広島医療センター²佐野祥子¹, 谷本博利¹, 児玉尚志², 藤東猶也¹, 永井宣隆¹, 三田尾賢¹

原発性卵巣肉腫は卵巣悪性腫瘍の3%を占め、大部分は線維肉腫、横紋筋肉腫であり、平滑筋肉腫は極めて稀である。その発生については不明な点が多く、治療法も確立していない。今回我々は、卵巣原発平滑筋肉腫の1例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

症例は66歳、腹部膨満感を主訴に当院紹介受診した。超音波検査で15cm大の骨盤内腫瘍を認め、腫瘍マーカーはCA125、CA19-9、STNとも正常範囲、LDHが256IU/lとやや高値を示した。CT、MRIでは、骨盤内を占拠する多結節状の腫瘍を認め、不整形の内部像を認めた。卵巣腫瘍の診断で開腹、迅速病理で悪性を認め子宮全摘術・両側付属器切除術・骨盤リンパ節郭清・大網切除術・虫垂切除術を施行した。摘出腫瘍は重量1405g、表面不整で、断面は黄白色、分葉構造を呈していた。病理学的検索では、出血・壊死を伴って、好酸性胞体と紡錘形核を有するspindle cellが束状配列を示して錯綜し増殖する像と、大型不整形の単核・多核のbizarre cellの混在を認め、核分裂像も多くみられた。免疫組織化学では平滑筋アクチン陽性、デスミン陽性、カルデスモン陽性で平滑筋への分化を認めた。卵巣平滑筋肉腫、臨床進行期Ic期と診断した。術後の本人と家族へのインフォームドコンセントで追加治療は希望されず、外来で経過観察を行った。術後12ヶ月目にS状結腸左側に約3cm大の腫瘍を認め摘出、単発性の再発腫瘍であった。引き続き外来で経過観察を行ったが、初回手術後29ヶ月目にCTで肺転移と思われる多発結節を認め、現在化学療法について検討中である。

P2-123 卵巣原発のneuroendocrine carcinomaの1例

鹿児島大

新塘奈央, 井元有紀子, 深町信之, 神尾真樹, 辻 隆広, 松尾隆志, 吉永光裕, 堂地 勉

神経内分泌系腫瘍である小細胞癌(neuroendocrine carcinoma:NC)は予後不良であり、婦人科領域では子宮頸部に稀に見られるが、卵巣原発は極めて稀である。今回我々は、卵巣原発のNCの1例を経験したので報告する。症例は、46才、身長165cm、体重97kg(BMI35.6)、未婚未産、2006年6月頃より腹部膨満感を自覚し近医受診。内診、画像診断および腫瘍マーカーにて右側卵巣腫瘍(悪性疑い)の診断にて当科紹介受診となる。入院後、内診にて腹部に小児頭大の腫瘍を認め、USTおよびMRIにて右側卵巣が10×12×9cmに腫大し、腫瘍内腔はほとんど充実部分で占拠されており、また腹腔内に大小多数の結節および腹水を認め播種が疑われた。腫瘍マーカーは、CA125:914U/ml、LD:1790IU/lと高値を示し、卵巣腫瘍(悪性疑い)の診断で手術施行した。開腹所見では、右側卵巣が小児頭大に腫大し後腹膜および腸管と強固に癒着しており、腹腔内および大網に播種所見を認め、傍大動脈リンパ節は親指大に腫大し、大量の血性腹水(約7000ml)を伴っていた。迅速病理結果はgerm cell tumorであったため、術式は子宮腔上部切断術、両側付属器切除術、大網切除術を施行した。免疫組織化学的に、Vimentin、EMA、CD56、NSEで陽性を示し、さらにneuroendocrine differentiationが認められたことから、最終病理結果は、卵巣原発のNCと診断された。術後、TJ(Paclitaxel:180mg/m², Carboplatin:AUC5.0)による化学療法を施行中であり、腫瘍マーカーは2コース終了時点で正常範囲まで低下した。NCは一般に極めて予後不良といわれているが、今回我々は極めて稀な卵巣原発のNCを経験し、NCの診断、治療の問題点について文献的考察を加えて報告する。