

P3-233 脳腫瘍で発症した卵巣癌の一例

社会保険中京病院

三輪陽子, 長井佐知, 今尾旨保, 齊藤調子, 山田 悟, 岡本知光

症例は54歳。2経妊2経産。46歳時に下肢突っ張り感、頭痛、嘔吐が出現し脳神経外科受診、MRIにて左小脳橋角部の cystic mass が認められ、摘出術を施行された。その後、頸髄への再発のため、摘出術が2回行われた。いずれの病理組織所見も、粘液産生傾向のある高円柱状の上皮であり、異型性は殆ど認められなかった。49歳時、不正性器出血を主訴に当科受診、成人頭大の多胞性の卵巣腫瘍が認められ、子宮全摘術及び両側付属器摘出術を施行。術後の病理組織検査は、mucinous cystadenoma with borderline malignancy であった。52歳時に脳内の再発巣に対して再度摘出術を施行され、この時の摘出組織が卵巣腫瘍と同一であることが判明した。さらに再度卵巣組織を精査したところ、ごく一部に間質浸潤が認められた。以前の脳腫瘍、頸髄腫瘍も同様の組織所見であり、卵巣癌が原発と診断された。その後も脳内再発を繰り返し、手術及び定位放射線治療が行われた。54歳時にイレウスのため開腹術施行。腸管表面、腹壁に約2mm大の白色結節が多数散在しており、adenocarcinoma の metastasis であった。術後、化学療法を行ったが改善せず、昇天された。脳腫瘍で発症し、後に卵巣癌が原発と診断された極めて稀な症例であり、文献的考察も合わせて報告する。

P3-234 神経内分泌腫瘍の性格を持った卵巣癌の2例

杏林大

井上慶子, 矢島正純, 上原彩子, 岩下光利

卵巣神経内分泌腫瘍は大別してカルチノイドと小細胞癌に分類される。今回われわれは神経内分泌分化を伴った卵巣がんを経験したので報告する。症例1:64歳。主訴は下腹痛。内診上、新生児頭大の腫瘍を触知。MRIにて骨盤内に直径約10cmの充実性一部嚢胞性腫瘍を認めた。CA125、CA72-4はいずれも正常範囲内であった。開腹時、腫瘍は卵巣由来でS状結腸、小腸、子宮に強固に癒着しており、左付属器摘出+腫瘍切除のみとし剥離面に腫瘍が残存した。病理診断は小細胞癌が最も考えられ免疫染色ではSynaptophysin、CD56が陽性であった。卵巣がんIIc期の診断で術後、PTX+CBDCa (TC)を6コース施行するも効果無く腫瘍の増大を認め、7ヵ月後に死亡した。症例2は73歳。子宮筋腫により子宮全摘術と左付属器摘出術が施行されている。主訴は腹部膨満感。内診上、骨盤内に小児頭大の可動性不良な腫瘍を触知した。MRIにて骨盤内に約15cmの嚢胞性・充実性の混在する石灰化を伴う腫瘍が認められ卵巣癌が疑われた。腫瘍マーカーはLDH 2674IU/l、CA19-9が86.7U/mlと高値を示した。開腹時、骨盤内を占拠する大きな腫瘍を認め骨盤壁に癒着していた。右付属器摘出術+大網切除術を施行。腹水細胞診陽性であったが肉眼的な残存はなかった。病理診断は神経内分泌分化を伴う腫瘍で腺癌も混在していた。免疫染色ではSynaptophysinおよびCD56が陽性であった。術後TC療法を施行中である。結論:極めて稀な卵巣神経内分泌腫瘍の2例を経験した。本腫瘍は発生起源が不明であることが多く予後不良とされる。

P3-235 卵巣類内膜腺癌の再発に Medroxyprogesterone acetate が有効であった1例

諏訪赤十字病院

高木 靖, 窪田文香, 品川光子, 浅香亮一, 山田香織, 橘 理絵, 高木 緑

再発卵巣癌におけるホルモン療法としてTamoxifenなどが報告されているが、Medroxyprogesterone acetate (MPA)の報告は少ない。今回、Clomiphene投与後に卵巣と子宮内膜の重複癌を認め、標準的治療後に再発した卵巣癌に、MPAが有効であった症例を報告する。【症例】30歳、未経妊、家族歴・既往歴に特記事項なし。続発性無月経の診断でClomiphene療法を7年間継続中に、両側卵巣腫瘍(右:径9cm 左:径7cm)と子宮内膜の肥厚を認め、内膜組織診:類内膜腺癌(G1)、CA125:1895U/ml、CA19-9:156U/mlであった。手術(子宮全摘・両側付属器切除)後の病理検査では、両側卵巣腫瘍は子宮内膜症から発生したと考えられる類内膜腺癌(G1)でEstrogen・progesterone receptorが陽性だった。子宮体癌の卵巣転移判定基準(Ulbright and Ross.)や重複癌の診断基準(Warren and Gates)により、卵巣癌2c(a)期と内膜癌1b期の同時性重複癌と診断した。術後の補助化学療法(TC/DC療法)を6コース施行後、経過観察中(術後2年)にCA125の上昇を認め、PET-CT検査や臨床経過から卵巣癌の再発(腹膜播種・肺転移)と診断した。化学療法(DC療法)3コース施行したが、効果が不十分で、アレルギーなどの副作用が増強(grade3)し、患者希望でMPA療法(ヒスロンH:600mg/day)に変更した。現在まで約1.5年間継続中で、転移病巣が消失し、CA125も正常化しており、重度の副作用も認めていない。【考察】長期間のClomiphene投与下の発生という背景を考慮し、ホルモン療法としてSelective estrogen receptor modulator以外のMPAを選択した。抗癌剤に耐性の卵巣類内膜腺癌(G1)の再発では、MAPが有効な可能性がある。