

K-19 全胎状奇胎不死化細胞株の樹立

名古屋大¹, 和歌山県立医大²山本英子¹, 新城加奈子¹, 新美 薫¹, 近藤紳司¹, 東真規子¹, 炭竈誠二¹, 小谷友美¹, 井篁一彦², 吉川史隆¹

【目的】胎盤絨毛細胞の悪性腫瘍である絨毛癌の悪性化メカニズムは解明されていない。胎状奇胎からは正常妊娠や流産より悪性化しやすいと考えられる。今回、全胎状奇胎よりレンチウイルスベクターを用いた不死化細胞を樹立したため報告する。【方法】当院の倫理委員会承認と患者からの同意を得て、全奇胎組織を洗浄後細切し培養した細胞を免疫染色にてCK7, hCG, hPLの発現を確認した。この培養細胞に、レンチウイルスベクターを用いてhuman telomerase reverse transcriptase (hTERT), 変異Cdk4, cyclinD1, p53の導入を行い、3種類の不死化細胞株を樹立した。免疫染色にてCK8/18, ビメンチン, hCG, hPLの発現を、染色体検査にて染色体数・核型を、STR解析によりDNA多型を検討した。【成績】全奇胎初代培養細胞は、CK7, hPL, hCG陽性であった。HMol-2C (hTERT/Cdk4/cyclinD1/p53), HMol-3B (hTERT/cyclinD1/Cdk4), HMol-8 (hTERT/Cdk4)の3種類を導入遺伝子の組合せで作成し、上皮様細胞の選択・継代を行った。細胞株は全て、CK8/18, hCG, hPL陽性、ビメンチン陰性であった。染色体検査では、HMol-8は46,XX, HMol-2C, 3Bは81~84, 84~88と4倍体に近い染色体数を持つ細胞が多く、いずれもY染色体は認めなかった。STR解析ではHMol-2C, 3Bは1精子受精による雄核発生で全奇胎由来であったが、HMol-8は母親由来であり子宮内膜由来細胞の可能性が考えられた。【結論】全胎状奇胎由来上皮細胞に対して、テロメラーゼの活性化(hTERTの導入)とRb経路の不活化(Cdk4, cyclinD1の導入)により全胎状奇胎細胞株を初めて樹立した。絨毛細胞機能や絨毛癌の発癌機構解明などを目的とした研究に有用であると考えられる。

K-20 胎状奇胎の病理診断に関するTSSC免疫染色の有用性—DNA多型による遺伝子診断との比較検討—

九州大¹, 真田産婦人科麻酔科クリニック², 西別府病院女性内科³, 北海道がんセンター⁴兼城英輔¹, 小林裕明¹, 井上貴史¹, 奥川 馨¹, 矢幡秀昭¹, 小川伸二¹, 園田顕三¹, 加来恒壽¹, 和氣徳夫¹, 平川俊夫², 松田貴雄³, 加藤秀則⁴

【目的】現行の絨毛性疾患取り扱い規約においては、短径2mmを越える嚢胞化絨毛を肉眼的に認めることが胎状奇胎の診断基準である。ところが近年、経腔超音波断層法の画像改善により、従来より早期に嚢胞化絨毛を疑い子宮内容除去術が施行されるようになり、典型的な胎状奇胎の所見を呈さない症例が増えてきた。すなわち取り扱い規約に基づく肉眼診断ならびに病理診断では診断困難な症例が増え、娩出後の管理方針に混乱が生じている。全奇胎は父親ゲノムのみからなる雄核発生であるため、母親刷り込み遺伝子(インプリンティング遺伝子)発現はない。今回我々は、DNA診断済み奇胎標本を対象に母親刷り込み遺伝子の一つであるTSSC蛋白の免疫染色を行い、全奇胎か否かの診断に有用か検討した。【方法】本邦の多施設で十分なインフォームドコンセントの後に採取された嚢胞化絨毛組織と母体血液に対して、倫理委員会の承認のもとDNA多型解析を行い、全奇胎(1精子または2精子受精雄核発生)、部分奇胎(3倍体)、水腫化流産(正常2倍体)を診断した。DNA診断された雄核発生30例、3倍体10例、正常2倍体5例に対し、TSSC蛋白の発現を免疫染色(SAB法)で検討した。【成績】雄核発生(全奇胎)では30例いずれもtrophoblastにTSSC蛋白の発現を認めなかった。一方、3倍体(部分奇胎)と正常2倍体(水腫化流産)の全てで、cytotrophoblastを中心にTSSC蛋白が強発現していた。【結論】TSSC蛋白の発現の有無による全奇胎の診断は、DNA診断と完全に一致していた。全奇胎を、部分奇胎あるいは水腫化流産と鑑別する際に、TSSC蛋白の免疫染色は極めて有用と考えられた。

15日(金)
高得点演題

K-21 子宮頸癌1b1期の子宮傍組織進展の頻度ならびに縮小手術の可能性についての検討

岡山大

児玉順一, 楠本知行, 中村圭一郎, 関 典子, 本郷淳司, 平松祐司

【目的】子宮頸癌治療ガイドラインに基づき子宮頸癌1a2期では、脈管侵襲がなければ準広汎子宮全摘出術および骨盤内リンパ節郭清術などの縮小手術が行われることが多い。子宮頸部円錐切除で1a2期を超える症例の中にも、より縮小した手術で対応可能な症例も存在すると考えられる。子宮頸癌1b1期の子宮傍組織進展の頻度ならびに縮小手術が可能な症例を抽出することが本研究の目的である。【方法】対象は、当院にて広汎子宮全摘術および骨盤内リンパ節郭清術が施行された子宮頸癌1b1期118例である。カルテおよび病理組織結果などより後方視的に検討した。【成績】118例中15例(12.7%)に子宮傍組織浸潤を認めた。腫瘍径が2cmを超える($p=0.023$)、脈管侵襲陽性($p=0.003$)、リンパ節転移陽性($p<0.001$)および浸潤の深さが10mmを超える症例($p=0.0001$)において有意に子宮傍組織浸潤の頻度が高かった。年齢および組織型と子宮傍組織浸潤との間に有意な関連はなかった。多変量解析では、リンパ節転移が子宮傍組織浸潤に最も影響を与える因子であり(HR: 6.06, 95%CI: 1.54-23.77)、続いて浸潤の深さ(HR: 4.31, 95%CI: 0.83-22.37)であった。浸潤の深さが10mm以下でかつ脈管侵襲陰性症例59例において、子宮傍組織浸潤を認めた症例はなかったが、リンパ節転移を3例(5.1%)に認めた。浸潤の深さが10mm以下でかつ腫瘍径2cm以下の症例55例において、子宮傍組織浸潤を認めた症例は1例であった。【結論】子宮頸部円錐切除術で1a2期の範疇を超えていても、浸潤の深さが10mm以下でかつ脈管侵襲陰性症例であれば、準広汎子宮全摘出術および骨盤内リンパ節郭清術などの縮小手術で対応できる可能性が示唆された。