

**P2-18-30 当科における原発性卵管癌 19 例の検討**

東海大

信田政子, 増岡 愛, 柏木寛史, 篠田真理, 宇田優貴, 田島敏樹, 池田仁恵, 平澤 猛, 村松俊成, 石本人士, 和泉俊一郎, 三上幹男

【目的】婦人科悪性腫瘍の約 0.2~0.5% を占めるとされている原発性卵管癌の臨床的特徴ならびに予後を明らかにする。【方法】1991 年から 2009 年までの間に当院で初回治療を行った原発性卵管癌 19 例を対象にし、臨床学的項目について検討した。【成績】平均年齢は 59 歳 (46-72 歳)、臨床進行期は Ia 期 2 例, Ic 期 1 例, IIc 期 2 例, IIIc 期 8 例, IV 期 6 例であった。主症状は、下腹部痛が 6 例 (32%)、腹満が 4 例 (21%)、性器出血が 4 例 (21%)、帯下増量が 2 例 (21%) であったが、2 例は無症状で経過し検診で細胞診異常を指摘され発見された。子宮頸部細胞診陽性例は 6 例 (31%)、子宮内膜細胞診陽性例は 9 例 (50%)、内膜組織診陽性例は 4 例 (21%) であった。これらは進行期とは相関していなかった。発生側は左側 12 例、右側 7 例であった。病理組織は漿液性腺癌が 16 例 (84%)、粘液性腺癌が 2 例 (11%)、未分化癌が 1 例 (5%) であった。全症例における CA125 の陽性率は 78.9% (平均 1128U/ml) で、その平均値は進行期にともなって上昇していた。術後化学療法を 17 例に施行した。19 例中 9 例が再発と診断され、再発まで期間は初回治療から平均 27 カ月であった。IV 期 6 例中 5 例が 50 カ月以内に癌死 (無病生存 1 例)。IIIc 期 8 例中 3 例が無病生存し、4 例が癌死した。全卵管癌症例の 5 年生存率は 50.5% であった。【結論】卵管癌は腹部症状と性器出血が多いが、無症状で発見される進行症例もある。術前診断は困難であるが、内膜細胞診陽性や CA125 上昇が診断の参考になる。転帰は 3 年以内の再発が多く予後不良である。

**P2-19-1 術前診断が困難であった子宮頸部 adenoid basal carcinoma の 1 例**

群馬県立がんセンター

鹿沼達哉, 平石 光, 伊吹友二, 平川隆史

子宮頸部 adenoid basal carcinoma は稀な疾患で、英語文献を当たっても 100 例弱の報告があるのみである。WHO の分類では扁平上皮癌の亜型で、悪性度の高い adenoid cystic carcinoma と対局をなす、低悪性度の癌であるとされている。子宮がん検診で腺癌細胞が検出され、精査目的で紹介となった 69 歳の症例を経験したので、報告する。不正性器出血はなかったが、がん検診を受診し、腺癌陽性との診断で、当科に紹介となった。当科での子宮頸管細胞診は陰性、内膜細胞診では腺癌細胞陽性であったが、他院標本の再読では内膜細胞診陽性、頸管内細胞診からも異形細胞が検出された。子宮内膜組織診および頸管内搔爬組織診では十分な組織量が得られなかったが、両者を併せて得られた組織片の病理診断は、扁平上皮癌であった。類内膜腺癌 G3 や未分化癌などを疑って特殊染色を試みたが、組織量が少なく確定診断に至らなかった。十分な説明を行い同意を得た後、単純子宮全摘術を行ったところ、摘出物の子宮頸部に adenoid basal carcinoma が検出された。追加治療は行わず経過観察中である。最近の医療環境を鑑みると、術前に確定診断なく手術を行うこと、あるいは過不足の無い術式を決定することには慎重とならざるを得ないが、この症例も悪性腫瘍があることは間違いないと判断したが、どこにどれだけの癌があるかを確定せずに手術に踏み切りざるを得ず、術前の説明には苦慮した。結果的には最善の治療となったと判断している。また、患者さんからは、個人情報を出さず、個人を特定できない様式で、症例報告を行うことの同意を得ている。

**P2-19-2 子宮頸部上皮内癌 (CIS) 診断後にリンパ節転移を認めた 1 症例**

産業医大

西村和朗, 川越俊典, 卜部理恵, 栗田智子, 鏡 誠治, 土岐尚之, 松浦祐介, 蜂須賀徹

症例は 24 歳 0 経妊。他院で子宮頸部上皮内癌 (CIS) の診断のため子宮頸部円錐切除が施行された。切除標本では上皮内病変をほぼ全周性に認めるものの明らかな間質浸潤はなく、最終診断は CIS とされていた。その後子宮頸部細胞診で経過観察されるも異常は認めなかった。術後約 2 年後に左腰痛と発熱の出現を認め、近医整形外科で左大腰筋膿瘍と診断され、切開・排膿が施行された。そのときの膿瘍壁より扁平上皮癌を認め、転移性が疑われた。しかし MRI 検査では子宮、付属器に異常はなく、子宮頸部細胞診も陰性であり、また CT 検査でも明らかな原発は不明であった。また PET 検査で左大腰筋以外に右卵巢および右外腸骨領域に高集積を認め、婦人科疾患の転移性の可能性を疑われ、当科紹介受診され、開腹術の方針となった。開腹所見では骨盤内に右外腸骨~内腸骨・基靱帯節にかけて連続する腫瘍 (リンパ節腫大) を認めた。また肉眼的に子宮、卵巢に異常なく、さらに PET で高集積を認めた右卵巢の部分切除を行い、術中病理検査を行うも異常は認めなかった。本人の強い妊孕性の希望があったため、子宮・卵巢は温存し、左大腰筋および右外腸骨腫瘍の切除および骨盤内リンパ節郭清、傍大動脈リンパ節生検を施行した。左大腰筋腫瘍および右外腸骨腫瘍 (リンパ節) の病理組織は扁平上皮癌であったが、その他のリンパ節転移は認めなかった。また円錐切除後の子宮頸部より HPV (型不明) を、右外腸骨腫瘍より HPV (16 型) を検出した。臨床経過、組織型および HPV 感染より、子宮頸部原発のリンパ節転移が考えられた。