

P2-25-8 急速な転帰をとり病理解剖にて診断された undifferentiated endometrial sarcoma の一例

防衛医大

曾山浩明, 渡辺昭夫, 秋元太志, 宮本守員, 後藤友子, 高野政志, 笹 秀典, 古谷健一

【背景】undifferentiated endometrial sarcoma (UES) は子宮肉腫全体の5%程度とされ、予後不良な疾患とされる。今回我々は急速な経過をたどり、生存中に診断が困難であった症例を経験したので報告する。【症例】47歳女性、3経妊3経産。既往歴なし。一ヶ月前からの不正性器出血のため前医受診。子宮内膜細胞診陽性で当院紹介。当院初診までの2週間で急激に腹囲が増大し、下肢の浮腫が出現。来院時、子宮は軽度腫大し、子宮内膜は26mmと肥厚し子宮体部原発腫瘍に合致する所見であったが、腹水貯留、腹腔内播種を多数認めた。子宮内膜の生検組織では分化を示さず Undifferentiated malignant tumor とのみ診断された。入院後1週間で腫瘍は急激に増大し、全身状態悪化。手術療法困難と判断し、入院後10日目から weekly-TC 療法 (paclitaxel 80mg/m², carboplatin AUC 2) を開始したが、3週投与後には腫瘍増大により腹部の著明な膨隆、水腎症を併発し腎不全となった。入院後5週目に死亡した。病理解剖で腫瘍は子宮体部原発と考えられ、子宮付属器、膀胱、腸管と一塊で、腹腔内に最大6cm大の多数の播種があった。腫瘍細胞はびまん性、充実胞素状に既存の子宮平滑筋を分け入るよう増殖し、子宮内膜は萎縮性であった。免疫組織学的に Vimentin 陽性、CD10/BerEP4/MOC31 わずかに陽性、cytokeratin/alpha-SMA/desmin/myoglobin/c-kit/CD30 陰性。リンパ管/血管侵襲、壊死を認めた。分化傾向を示さず、UES と診断された。【結論】UES は種々の癌、肉腫の除外で診断される腫瘍で確定診断が困難である一方、経過が急激であり本人や家族の病状受け入れも困難なことが予想され、臨床医は本疾患の存在を念頭におくべきである。

P2-25-9 ジエノゲストが奏功したダグラス窩腺肉腫の1例

筑波大

田坂暢崇, 松本光司, 佐藤豊実, 中村優子, 越智寛幸, 小貫麻美子, 岡田智志, 水口剛雄, 沖 明典, 吉川裕之

<はじめに>腺肉腫は Muller 管由来の良性上皮成分と悪性間質成分からなる稀な腫瘍である。内分泌療法として種々の黄体ホルモンを用いた報告があるが、ジエノゲストが奏功した報告はない。<症例>44歳、2経妊2経産。前医にて子宮内膜症として管理されていたが、子宮肉腫を疑われ当科紹介された(初診時 CA125:336.5 U/ml)。画像検査では骨盤底から左臼蓋背側、直腸に浸潤する不定形の腫瘤を認めた。さらに腫瘤は左尿管内に進展し左水腎症を来すとともに、後陰門蓋から腔内・直腸内へ進展し多数のポリープ様腫瘤を形成していた。2009年4月腹式単純子宮全摘術+両側付属器摘出術+ダグラス窩腫瘍切除術+大網生検を施行したが、左尿管内、左骨盤壁、直腸前面に腫瘍が残存した。病理診断は adenosarcoma で、上皮成分、間質成分ともにエストロゲン受容体陽性、プロゲステロン受容体陽性であった。手術・病理所見からダグラス窩の子宮内膜症から発生した腫瘍と考えられた。5月より後療法としてイホスファミド・シスプラチン併用療法 (IFM:1500 mg/m² day1, CDDP:20 mg/m² day1~4, 4週毎)3コースを施行し、8月より化学放射線療法 (CDDP:35 mg/m² 毎週投与4回、全骨盤+左骨盤壁照射計60Gy)を施行した。残存腫瘍の縮小が見られず CA125 の再上昇を認めたため、11月よりジエノゲスト2mg/日投与を開始した。本症例では術前に下肢深部静脈血栓症 (DVT) があったため黄体ホルモン療法として血栓塞栓症の有害事象が少ないジエノゲストを選択した。投与後6ヶ月で CA125 は70 U/ml から16 U/ml へ低下し、画像検査でも腫瘍の縮小を認めた (RECIST 基準で PR)。DVT などのジエノゲストによる有害事象は認めていない。

P2-25-10 骨盤内子宮内膜症から発生したと考えられる腺肉腫の2例東邦大医療センター佐倉病院¹, 東邦大医療センター佐倉病院病理²石田洋昭¹, 矢野ともね¹, 齋藤麻由美¹, 安田 豊¹, 高島明子¹, 川島秀明¹, 木下俊彦¹

子宮内膜症の悪性転化は多くは卵巣に発生し、卵巣外の骨盤内子宮内膜症から発生することは少ない。今回卵巣外の骨盤内子宮内膜症から発生したと考えられる腺肉腫というまれな症例を経験したので報告する。【症例1】42歳。4回経妊3回経産。4回目の帝王切開術時に癒着胎盤のため子宮全摘術と左付属器切除術を施行。不正性器出血と骨盤内腫瘍精査中に通院を自己中断。10か月後に症状悪化し入院となった。骨盤内腫瘤と膀胱内腫瘤は増大し膀胱浸潤、直腸浸潤の増悪を認めた。腔内の乳頭状腫瘤と膀胱粘膜の組織診では子宮内膜間質肉腫が疑われたため、骨盤内臓全摘術(膀胱摘出、左尿管下部切除、直腸切除、右付属器切除)を施行した。病理組織検査で腺肉腫と診断された。右付属器は正常であったが、摘出検体に腺肉腫と子宮内膜症が混在していたことから骨盤内に残存していた子宮内膜症から発生した腺肉腫と考えられた。【症例2】47歳。3経妊3経産。右卵巣腫瘍疑いで精査。CTにて骨盤内に6cm大、内部不均一な造影を伴う充実性部分と細石灰化を伴う腫瘤を認めた。骨盤内腫瘤(筋腫疑い)の診断にて、開腹手術を施行。両側卵巣は正常であるが、子宮前壁右側漿膜面に65×52mm大の充実性腫瘤を認め一部が小腸へ浸潤していた。腹式単純子宮全摘、両側付属器切除、骨盤リンパ節生検、小腸部分切除、虫垂切除を施行。病理組織学診断は腺肉腫であった。卵巣には子宮内膜症はみられなかったが、腺肉腫と子宮内膜症が混在しており腹膜に存在した子宮内膜症から発生したと考えられた。子宮内膜症の悪性転化を卵巣外の骨盤内腫瘤の発生機転として考慮する必要がある。