

P1-14-6 胞状奇胎後、正常分娩を経て、臨床的絨毛癌となった一例

三重大

吉田健太, 谷田耕治, 西岡美喜子, 渡邊純子, 塩崎隆也, 本橋 卓, 近藤英司, 奥川利治, 田畑 務, 池田智明

存続絨毛症は、奇胎後 hCG 存続症・臨床的侵入奇胎・臨床的絨毛癌に亜分類される。絨毛癌診断スコアは、臨床的に侵入奇胎と絨毛癌を 90% 以上の確率で鑑別できる有用なスコアであるが、病巣の確認が必須項目とされている。しかし、我々は病巣の確認し得なかったが、臨床的絨毛癌が疑われる症例を経験したので報告する。患者は 17 歳時に部分胞状奇胎で子宮内清掃術を行なったが、奇胎後 hCG 存続症として MTX を 5 コース施行された。終了後の血中 hCG は 20mIU/ml であったが、その後本人が治療を拒否されたため、追加治療はされなかった。寛解未確認のまま、20 歳時に正常分娩された。22 歳時、無月経・妊娠反応検査陽性のため近医を受診され、エコーにて胎嚢が見られないことから、当科紹介となった。来院時の血中 hCG は 13,724mIU/ml で、子宮外妊娠疑いの診断のもと、腹腔鏡検査を施行するも異常所見なく、子宮内掻爬も施行したが絨毛性病変を確認出来なかった。さらに、頭部 MRI・胸部～骨盤部 CT でも明らかな病巣は指摘出来なかった。術後 3 週目の血中 hCG も変動ないことから、明らかな病巣は認めなかったが、絨毛癌診断スコアから臨床的絨毛癌と診断し、EMA/CO 療法を開始した。EMA/CO 療法 4 コースにて血中 hCG は 2.1mIU/ml、 β -hCG は陰性化したので、追加 4 コースにて治療終了の予定である。本症例は、hCG 高値だが病巣の組織学的存在が確認できないため存続絨毛症に分類される。しかし寛解を確認できていない部分胞状奇胎後に正常分娩を経ており、奇胎後 hCG 存続症と亜分類するのが困難であった。そのため、臨床的に病巣の存在が確認できないが、絨毛癌診断スコアを用い、臨床的絨毛癌と診断し加療を行なった。

P1-14-7 組織学的診断と免疫組織化学的診断とが異なった胎児共存全奇胎

帝京大

櫻井理奈, 松本泰弘, 川田龍太郎, 手島映子, 香山哲徳, 市田宏司, 梅澤幸一, 末永昭彦, 中川俊介, 竹下茂樹, 梁 栄治, 綾部琢哉

緒言：部分胞状奇胎と胎児共存全奇胎では存続絨毛症の発症率が全く異なるため、客観的鑑別が重要である。しかし部分奇胎と全奇胎とを鑑別するには、組織学的検査のみでは困難な場合があり、免疫組織化学的検査や DNA 多型解析が必要になることがある。我々は、組織学的検査では「正常絨毛と部分奇胎」と診断された症例において、染色体検査では両絨毛ともに 46, XX であったため、p57kip2 免疫染色を施行し「正常絨毛と全奇胎」の診断に至った例を経験したので報告する。症例：38 歳 2 回経妊 1 回経産。自然妊娠後、9 週 2 日部分胞状奇胎の疑いで当院紹介受診となった。超音波検査を行ったところ、子宮底側には頭殿長 18.1mm の正常心拍を有する胎児と、内子宮口側には 44×31×23mm の多嚢胞様領域を認め、胎児共存奇胎を疑った。血中 β -hCG 300ng/ml、尿中 hCG 760,000 mIU/ml であった。中絶を希望されたため、10 週 6 日、超音波ガイド下に奇胎組織と正常絨毛組織とを分別掻爬した。肉眼所見では、奇胎絨毛の水腫径は 2mm 以上であり全胞状奇胎を疑った。しかし、組織所見では奇胎絨毛は partial hydatidiform mole であり、正常絨毛は villi without hydatidiform mole と診断された。両絨毛の染色体検査は共に 46, XX であったため、鑑別診断として p57kip2 免疫染色を施行した。この結果、奇胎絨毛は染色されず complete hydatidiform mole と診断された。結語：組織学的検査は診断医の主観に頼らざるを得ない部分がある。また臨床側から超音波検査所見等の情報を詳しく伝えることも重要である。一方、免疫組織科学的検査や DNA 多型解析は客観的検査であり、その信頼性は極めて高い。診断精度を上げるためには考慮すべき検査である。

P1-14-8 子宮底異常腫瘍を合併する流産を 3 回繰り返す placental site trophoblastic tumor を疑ったものの子宮を温存し健児を得た placental site nodule 疑いの一例

東京大

山下隆博, 藤井知行, 永松 健, 松本陽子, 森嶋かほる, 兵藤博信, 川名 敬, 亀井良政, 矢野 哲, 上妻志郎, 武谷雄二

placental site trophoblastic tumor (以下 PSTT) は中間型栄養膜細胞由来の腫瘍を形成する絨毛性疾患の 1 つである。一方 placental site nodule (以下 PSN) は胎盤付着部の残存した組織で良性とされる。今回我々は妊娠時子宮底に異常腫瘍を形成する流産を 3 回繰り返す、病変部を切除したのち健児を得た、病理学的に診断の困難であった特異な症例を経験したので報告する。【症例】31 歳 5 経妊 2 経産。妊娠分娩歴：24 歳時妊娠 39 週にて正常産。以後 24 歳、26 歳、27 歳時自然流産となる。初回流産の妊娠中子宮腔内に 15mm 大の多嚢胞性腫瘍を認めたが D&C 後消失した。2 回目の流産時も 25mm 大の腫瘍を子宮底筋層内に認めた。MRI にて絨毛性疾患が疑われたが hCG は 2000mIU/ml にとどまり 12 週後には陰性となった。14 週後にはやや hyperechoic ではあるものの腫瘍はほぼ消失し妊娠許可となった。3 回目の流産時 D&C 後 3.5cm 大の腫瘍を認め当科紹介となった。初診時子宮底左側筋層内に 3.5cm 大の血流豊富な腫瘍を認めた。血中 hCG は 79 mIU/ml と低値であった。MRI にて PSTT を疑い子宮全摘を考慮したが、挙児希望が強くインフォームド・コンセントを得た上で腫瘍摘出術の方針とした。約 1 年後に 15mm 大まで縮小したため左卵管角楔状切除術を施行した。病理学的には PSN に近いものの判断が難しい trophoblastic lesion という結果であった。半年後自然妊娠、妊娠中異常腫瘍の再発を認めず選択的帝王切開にて健児を得た。【考察】PSTT を疑ったが挙児希望が強く子宮を温存し健児を得た症例を経験した。臨床的に重篤な経過を示す PSTT が疑われるものの病理学的所見に乏しい症例が存在することは今後の絨毛性疾患の管理上注意を要すると考える。