

P2-6-6 PTHrP 産生に伴い高カルシウム血症を呈した成熟嚢胞性奇形腫悪性転化の1例西神戸医療センター¹, 西神戸医療センター病理²小菊 愛¹, 伊藤崇博¹, 秦さおり¹, 奥杉ひとみ¹, 近田恵里¹, 佐原裕美子¹, 川北かおり¹, 竹内康人¹, 片山和明¹, 橋本公夫²

【緒言】悪性腫瘍患者に高カルシウム血症を伴う症例はしばしば見られるが、今回 PTHrP 産生に伴い高カルシウム血症を呈した成熟嚢胞性奇形腫の悪性転化の1症例を経験したので文献的考察を含め報告する。【症例】63歳。腹部膨満感、便秘、食思不振を主訴に前医を受診し、卵巣癌・腹膜播種の疑いで当科へ紹介受診。初診時超音波検査にて骨盤内に15×12cm大の腫瘍と腹水貯留を認めた。MRI検査にて径13cm大の右卵巣成熟奇形腫とそれに連続する充実性腫瘍が見られ、腹膜や肺に腫瘍、傍大動脈リンパ節の腫大も認めた。腫瘍マーカーはCEA 7.6 ng/ml, SCC 30.4 ng/mlと高値。以上より卵巣癌 StageIVの疑いで子宮全摘術と両側付属器切除術、大網切除術、また術中S状結腸間膜への浸潤を認めたため、同部位の切除後端々吻合を施行。病理診断は成熟嚢胞性奇形腫の扁平上皮癌への悪性転化。なお、術前の生化学検査において補正血清Ca 13.6 mg/dlと高値であったが、術直後低下。術後 weekly Paclitaxel-Carboplatin 療法を開始したが、2クール目に汎血球減少症が著明となり中止。同時期よりカルシウム値が著増し、意識レベルの低下を認めた。この時の補正Ca 16.5 mg/dl, PTHrP 34.6 pmol/l, PTH 16 pg/l, カルシトニン 21 pg/ml であり、高カルシウム血症の原因は腫瘍の PTHrP 産生によるものが考えられた。補液とともにループ利尿薬、ビスフォスフォネートの投与を行い現在加療中である。【考察】成熟嚢胞性奇形腫悪性転化による PTHrP 産生は非常にまれであるが、カルシウム値が病勢に鋭敏に反映していることから、高カルシウム血症のコントロールをはじめ、複合的な治療が必要と考えられた。

P2-6-7 未熟奇形腫再発との鑑別が困難であった Gliomatosis peritonei を伴った卵巣成熟奇形腫の一例

NTT 東日本札幌病院

川俣あかり, 西川 鑑, 山ノ井睦, 南 妃奈, 清水亜由美, 二瓶岳人

【はじめに】神経膠播種 Gliomatosis peritonei は、粟粒状腹膜播種性病変であり、卵巣奇形腫に伴うことがある。組織学的には Grade0 に相当する成熟した神経膠組織から成るが、肉眼的には癌性腹膜炎との鑑別を要する。我々は卵巣未熟奇形腫の治療歴があり、画像診断上、悪性卵巣腫瘍との鑑別が困難であった一例を経験したので報告する。【症例】15歳。初潮は12歳。7歳の時、他院で Grade0 の神経膠播種を伴う未熟奇形腫 Grade2 に対し、右付属器切除、化学療法を施行し、その後再発徴候を認めていない。今回は、月経痛を主訴に近医を受診し左卵巣腫瘍を発見され、手術目的に当科を紹介された。超音波では左卵巣に連続した8cmの多房性の腫瘍を認め、MRIでは、少量の脂肪成分を含む多房性腫瘍で、一部充実性の結節を含み、悪性腫瘍の可能性も示唆された。CTでは腹腔内に広範に、石灰化を伴う腹膜病変を認めた。腫瘍マーカーはCA125が53U/mlと軽度高値である他は正常値範囲であった。診断目的に腹腔鏡手術を行った。腫瘍は左卵巣に有茎性に連続しており、腹膜表面には広範に播種病変がみとめられ、肉眼的には未熟奇形腫の再発か Gliomatosis peritonei を伴った成熟奇形腫かの鑑別は困難であった。左卵巣腫瘍摘出、腹膜播種病変数カ所の生検を行った。病理組織診断では、左卵巣腫瘍は成熟奇形腫、播種病変は S100 蛋白陽性の細胞が主体で、MIB-1 陽性細胞は1%以下と低く、腹膜神経膠播種と診断された。【おわりに】今回、未熟奇形腫の治療歴があり、再発癌との鑑別が困難であった神経膠播種を伴う成熟奇形腫の一例を経験した。石灰化を伴う播種病変をみた際は本疾患も念頭に入れることが必要である。

P2-6-8 巨大卵巣腫瘍の存在はイレウスを引き起こすのか繰り返すイレウス症状を来した両側卵巣成熟嚢胞奇形腫の1例

聖隷浜松病院

加藤晴子, 安達 博, 北代祐三, 塩島 聡, 中山 理, 鳥居裕一

【緒言】臨床の現場で開腹手術や腹膜炎の既往を有するイレウス症例は少なくないが、巨大卵巣腫瘍の存在のみでイレウスを来す症例は多くない。今回我々は、繰り返すイレウス症状を来した両側卵巣成熟嚢胞奇形腫の1例を報告する。【症例】68歳。0経妊0経産、50歳閉経の女性で既往歴に開腹手術や腹膜炎はない。嘔気・嘔吐を主訴に前医を受診、腹部エコーで腹部腫瘍を指摘され当科紹介となった。CT検査で石灰化を有する2個ののう胞性病変を認め、両側卵巣成熟嚢胞奇形腫を疑った。明らかな腸管の閉塞起点や拡張像を認めず経過観察したが症状改善せず。腹部レントゲン上、Niveau像が増悪しイレウスと診断し絶食補液管理とした。一旦、症状及び所見も改善し経口摂取を再開したが再燃、卵巣腫瘍の存在がイレウスの原因である可能性も考え開腹手術を施行した。少量の黄色透明腹水を認め、右卵巣は30cmの表面平滑な嚢胞性腫瘍で皮膜破綻や癒着は認めなかった。左卵巣は10cmの嚢胞性腫瘍で Douglas 窩に陥入するように位置し、皮膜破綻や茎捻転の所見を認めないものの表面に大網の癒着を伴っていた。さらに空腸同士が癒着しループ形成し捻転、それに大網が巻き込まれ先端が左卵巣腫瘍表面に癒着する形となっていた。全ての癒着を解除し両側付属器を摘出し手術終了とした。術後経過は順調で、摘出標本の病理検査で悪性所見を認めなかった。【結語】当初、巨大卵巣腫瘍を有する症例ではあったが、開腹手術歴や腹膜炎の既往はなくCT画像上も腸管の閉塞起点を認めず、経過観察可能と考えた。結果として原因不明の癒着を契機にイレウスを来しており、手術療法が不可欠な症例であった。