

P3-39-7 大網の悪性孤立性線維性腫瘍に子宮体癌を合併した1例

市立奈良病院

原田直哉, 延原一郎, 春田典子, 東浦友美, 梶本めぐみ

【緒言】一般に孤立性線維性腫瘍 (SFT) が胸膜外で発生することは稀とされている。特に大網由来の悪性の SFT はほとんど報告例がなく、子宮体癌との合併例は今回が初めてである。【症例】62歳。下腹部痛と帯下の増量を主訴に来院。内診で鶏卵大の子宮と、子宮の前方に鷲卵大の可動性のある硬い腫瘤を触知した。子宮内膜組織診で類内膜腺癌 (G3) を認め、MRI にて子宮体部内腔に 4cm 大の腫瘍と、腹腔内に 9cm 大の充実性の腫瘍を認めた。ともに造影効果を伴い DWI で強調され、子宮体癌 (旧分類) IB 期と大網 (あるいは腸管膜) 由来の悪性腫瘍の合併と診断した。手術時に腹腔内の腫瘍は大網原発で、周囲に浸潤や播種、他臓器への転移を認めないことが判明したが、迅速検査で悪性度の高い肉腫と診断された。大網切除後に、子宮と両側付属器を摘出し、リンパ節を郭清した。永久標本で子宮体癌は p53 が強陽性。大網腫瘍は mitosis が極めて多く (>10/10HPF)、異型・異常核分裂像も認められ、免疫染色では強さ違いはあるものの vimentin, Bcl-2, CD34, CD99, CD10, S-100, c-kit, EMA, CKAE1/AE3, PgR, p16, p53 が陽性、SMA, desmin, CK5/6, D2-40, calretinin, ER, CD31 が陰性であった。子宮体癌 (類内膜腺癌 G3 pT1bN0M0) および大網腫瘍 (悪性 SFT) との確定診断に至り、術後に施行した PET で全身に異常集積のないこと確認の後、子宮体癌に対する維持化学療法 (AP 療法 6 コース) を施行した。1年半を経過した現在、完全寛解を維持している。【結語】悪性 SFT に II 型 (de novo) で発生したと考えられる子宮体癌を合併した症例を経験した。ともに遺伝子の変異 (p53) が悪性化に関与した可能性が示唆された。

P3-39-8 3年3カ月の経過を辿った、頸部リンパ節腫脹が初発症状であった、原発不明癌の剖検例

日本大

梶田賢司, 高田眞一, 小林祐介, 加藤恵利奈, 仲尾岳大, 澤田君恵, 山本樹生

原発不明癌とは十分な検索にも関わらず原発巣が不明で組織学的に転移巣と判明している悪性腫瘍のことで、頻度は約 1~5% とされ、剖検後もなお原発不明は 20~50% 存在する。一般的に予後不良で、生存期間の中央値は 6~9 カ月とされるが一部治癒しうる患者群も存在する。診断・治療の原則は、臨床的に原発を疑う癌腫に元づく治療を行い、過剰な検査で治療開始を遅くしないことである。長期の経過を辿った、頸部リンパ節腫脹初発の原発不明癌を経験し、剖検し得たので文献的考察を加え症例提示する。症例は 45 歳、4G2P。頸部リンパ節腫脹を主訴に耳鼻科受診し細胞診で classV (扁平上皮癌疑い) と診断されたが、PET で頸部と上縦隔リンパ節と腹膜に異常集積を認めたため当科紹介となった。MRI で 4cm の卵巣腫大と子宮筋腫を認め、血液検査は CA125 軽度異常値のみであった。耳鼻科、皮膚科、呼吸器内科、乳腺外科、消化器内科で原発を示唆する所見を否定されたため、当科で頸部に放射線療法と 1 次化学療法として TC 療法を施行した。CA125 は基準値となり PET は極小残存を認めるが新たな病変部は認めなかった。1年後に出現した右乳房の腫瘍摘出を行い、病理組織診は Mucoepidermoid carcinoma, metastatic で乳腺原発は否定的とされた。2次化学療法の TC 療法を施行後、ATH+BSO を施行した。腹水や腹膜播種は認めず病理組織診は Fibroma と Multiple leiomyoma であったが、その後 3 次化学療法は PI 療法、4 次化学療法はノギテカンを施行した。しかし転移巣は増大増加し、初診から 3 年 3 カ月の経過で死亡した。剖検の結果、原発は右乳房の Invasive micropapillary carcinoma を強く疑う所見であった。

P3-39-9 子宮頸部および腔に転移した膀胱尿路上皮癌の1例

日本赤十字社和歌山医療センター

宮崎有美子, 渡邊のぞみ, 寒河江悠介, 稲田収俊, 横山玲子, 坂田晴美, 吉田隆昭, 中村光作

膀胱癌の子宮や腔への転移は比較的稀であるが、経尿道的膀胱腫瘍切除術 (Transurethral resection of the bladder tumor: TURBT) の際に使用した灌流液や尿が腔内に流入することによって膀胱腫瘍が腔内に転移したとする報告が散見される。当科では、膀胱癌に対する初回治療の 10 年後に子宮と腔に urothelial carcinoma が発生した症例を経験した。症例は 69 歳、2 経妊 0 経産。既往歴として、59 歳時に膀胱癌 (urothelial carcinoma) に対して TURBT、術後動注化学療法、放射線治療が行われたが、その後に膀胱内に再発を繰り返したためその度に TURBT が行われ、1 年前には尿道への再発に対して尿道部分切除術が行われた。今回、不正性器出血を主訴に近医産婦人科を受診、腔壁の組織診にて悪性腫瘍が疑われたため前医を紹介された。前医では子宮内膜肥厚のために行った内膜組織診にて urothelial carcinoma が見つかったため、膀胱癌の再発を疑って当院泌尿器科を紹介された。しかし尿路に再発所見が見つからなかったため当科を紹介された。当科にて行った腔壁および子宮内膜の組織診にて urothelial carcinoma がみつかったため、膀胱癌の子宮と腔への転移と診断し、子宮全摘術、両側付属器切除術、腔壁部分切除を行った。病理組織診では、子宮頸部に urothelial carcinoma を認め、浅い浸潤を伴っていた。また腔には urothelial carcinoma 由来の CIS を認めた。これらの組織標本の免疫染色では、cytokeratin7 陽性、cytokeratin20 陰性であった。臨床経過と病理組織所見から、膀胱癌の子宮と腔への転移と診断したが、その転移経路として TURBT 時の灌流液や尿を介した播種が考えられた。