

P3-53-8 エストロゲン産生症状が認められた卵巣セルトリ・ライデッヒ細胞腫の2例

島根県立中央病院

宮本純子, 河崎あさひ, 高橋也尚, 西村淳一, 奈良井曜子, 上田敏子, 松岡さおり, 吉野直樹, 栗岡裕子, 森山政司, 山本和彦, 岩成 治

卵巣原発のセルトリ・ライデッヒ細胞腫は性索間質性腫瘍に属し, 全卵巣腫瘍の約0.2%と極めて稀である。好発年齢は20~30歳で50歳以上は10%に過ぎず, さらに低分化型ほど好発年齢が低いとされており, 約40%は男性化徴候を示す。今回我々は, エストロゲン産生症状を認めた, 中~低分化型セルトリ・ライデッヒ細胞腫を2例経験したので報告する。症例1は, 74歳で不正性器出血を主訴に受診され, 経腹超音波で子宮に接した直径120mm程度の腫瘍を認めた。子宮内膜細胞診と子宮頸部細胞診は異常なかったが, maturation indexは右方移動しており, 血中E2は66.8pg/mlと高値を示した。骨盤MRIでは, 子宮体部右側に多結節状の充実性腫瘍を認め, 子宮内膜肥厚を認めた。以上より顆粒膜または莢膜細胞腫を疑い, 腹式単純子宮全摘術及び両側付属器切除術を行った。病理組織診断は, 右卵巣の中~低分化型セルトリ・ライデッヒ細胞腫であり, 術後速やかにE2は低下した。追加治療は行わず, 現在外来で経過観察している。症例2は, 56歳で不正性器出血と左卵巣腫瘍の指摘あり前医より紹介受診され, 経腹超音波では左卵巣に直径50mm程度の充実性腫瘍を認めた。前医での子宮内膜細胞診と子宮頸部細胞診は異常がみられなかった。骨盤MRIでは左卵巣に境界明瞭な充実性腫瘍を認め, 子宮内膜は肥厚しており, 血中E2は83.8pg/mlと高値を示した。腹式単純子宮全摘術及び両側付属器切除術を行い, 病理組織診断は中~低分化型セルトリ・ライデッヒ細胞腫であった。術後, E2は低下したが, 再度上昇傾向にあり, 外来で経過観察中である。

P3-53-9 月経不順を契機に発見されたインヒビン産生性卵巣顆粒膜細胞腫の一例

神戸市立医療センター中央市民病院

林 信孝, 松本有紀, 宮本泰斗, 小山瑠梨子, 大竹紀子, 宮本和尚, 高岡亜妃, 青木卓哉, 今村裕子, 星野達二, 北 正人

顆粒膜細胞腫は全卵巣腫瘍の1%, 充実性腫瘍の4.6%と比較的まれであり, 約1/3~1/2の症例でエストロゲン活性を有し無月経などのホルモン症状を呈するとされている。さらに近年, 顆粒膜細胞腫でのインヒビン産生が報告されており, 本邦でも1990年より13例の報告がある。これらは腫瘍から産生されたインヒビンがFSHを抑制し続発性無月経を起こし, 血中インヒビン値が特異な腫瘍マーカーにもなり得る。今回我々は月経不順を契機に発見されたインヒビン産生性顆粒膜細胞腫の一例を経験したので, 文献的考察を加え報告する。症例は29歳女性, 未婚・未経妊, 主訴は月経不順。初診時に左卵巣に55mm大の充実性腫瘍を認め, MRIにて均一に造影される充実性の卵巣腫瘍であった。血清ホルモン値は, LH 23.69mIU/mL, FSH 1.78mIU/mL, E2 59pg/mL, プロゲステロン 1.0ng/mL, インヒビン 1055pg/mLとFSH低値, インヒビン高値を認めた。GnRH負荷試験では, LHは正常反応, FSHは低反応を示した。これらの所見よりインヒビン産生性顆粒膜細胞腫の疑いの診断に至った。妊孕性温存希望があり, 腹式左付属器切除術を施行した。術後病理診断は, 顆粒膜細胞腫であった。術後2日目の血清ホルモン値は, LH 17.72mIU/mL, FSH 19.09mIU/mL, E2 15pg/mL, プロゲステロン 0.1ng/mLとFSHの改善を認め, 月経周期の正常化を認めた。充実性の卵巣腫瘍においては, 悪性腫瘍との鑑別が問題となるが, 月経異常を伴う腫瘍, ホルモン値の異常を伴う腫瘍においては, 性索間質性腫瘍を念頭におきインヒビン値の測定などを含めた鑑別診断を行っていく事が重要である。

P3-53-10 卵巣原発 Steroid cell tumor の一例岩手医大¹, 岩手医大病理²菅安寿子¹, 利部正裕¹, 石田和之², 池田真妃¹, 小見英夫¹, 杉山 徹¹

卵巣原発 steroid cell tumor は, 間質性黄体腫, Leydig cell tumor, steroid cell tumor not otherwise specified(SCT-NOS)に分類され, SCT-NOSは全卵巣腫瘍のうち0.1%程度と非常に稀な腫瘍である。間質性黄体腫, Leydig cell tumorと比較し, SCT-NOSは悪性の臨床経過をたどることが多いが, 病理組織学的に良・悪性の鑑別は必ずしも容易ではない。症例は80歳, 3経妊3経産, 閉経54歳。骨盤内腫瘍の精査目的に紹介受診した。経腹超音波および骨盤部MRIで, 15cm大の充実性卵巣腫瘍を認めた。血液検査ではCA125 227.5 U/ml, CA19-9 46.8 U/mlと上昇し, 卵巣癌の術前診断で単純子宮全摘, 両側付属器切除術を施行した。術中の迅速診断結果を受けた採血でテストステロン 20.1 ng/ml, エストラジオール(E2) 116.9 pg/ml, プロゲステロン 11.8 ng/mlと上昇していた。病理組織は, 肉眼的に黄褐色調の部位は円形で好酸性の細胞質を有した細胞が充実性に増殖し, 広範囲の黒色調の部位は出血と壊死であった。腫瘍細胞の核異型は軽度で2個/10HPFの核分裂像を認めた。Reinke結晶は見られず, 免疫染色でAd4BP/SF-1, α -inhibin, カルレチニンが陽性であった。以上よりSCT-NOSと診断した。SCT-NOSの良悪性を明確に分ける基準は確立されていないものの, 悪性の経過をたどる症例も認められており, 予後不良因子として組織学的に腫瘍径7cm以上, 核分裂像2個以上/10HPF, 壊死と出血, 核異型などが挙げられている。本症例は上記のうち3項目に当てはまり慎重な経過観察が必要である。SCT-NOSは非常に稀な腫瘍であり, 今後の症例の蓄積が望まれる。