

P2-1-1 子宮頸部上皮内癌治療後のリンパ節転移に対し局所放射線治療と化学療法を経て、自然分娩に至った1例産業医大¹, 産業医大産業保健学部広域・発達看護学²金城泰幸¹, 川越俊典¹, 卜部理恵¹, 植田多恵子¹, 栗田智子¹, 鏡 誠治¹, 松浦祐介², 蜂須賀徹¹

今回我々は子宮頸部上皮内癌(CIS)の治療後に子宮頸部病変を伴わない大腰筋と右外腸骨～内腸骨・基靭帯リンパ節転移を認めた一例を経験した。妊孕性の希望から子宮・卵巣を温存し局所放射線治療と化学療法を行い、再発を認めず自然分娩に至った。CIS治療後の子宮頸部病変を伴わないリンパ節転移のみの報告例はなく文献的考察を加え報告する。症例は28歳, 0経妊。他院でCISの診断で子宮頸部円錐切除術が施行され、摘出標本による最終診断はCISとされた。その1年8か月後に発熱と左腰痛を認め左腸腰筋膿瘍と診断され、切開排膿が行われた。膿瘍壁の組織検査で扁平上皮癌を認めたが、子宮頸部に病変はなくPETを含む画像検査では右外腸骨領域と左周囲に異常集積を認める以外に原発巣は不明であった。精査目的に当科紹介となり、確定診断と腹腔内精査の目的に開腹手術が実施された。子宮や卵巣に異常はなく、転移が疑われた左後腹膜下腫瘍と右内腸骨・閉鎖リンパ節の組織型が扁平上皮癌であり、また腫大リンパ節よりHPV16型の検出を認めた。以上より子宮頸部からの再発・転移と考えた。患者の強い育児希望から子宮・卵巣を温存し、左後腹膜腫瘍へ局所放射線治療と化学療法(イリノテカン+ネダプラチン)を行った。治療後3年以上経過するも再発所見は認めず、顕微授精・胚移植(ICSI-ET)で妊娠成立した。妊娠経過は問題なく、妊娠39週4日に頭位経陰分娩で3594gの男児を娩出となった。

**P2-1-2 IgG4関連疾患を合併した浸潤子宮頸癌の1症例**

滋賀県立成人病センター

水野 林, 山西優紀夫, 宇田さと子, 樋口壽宏

IgG4関連疾患は血清IgG4高値とIgG4陽性形質細胞の浸潤により罹患臓器に腫瘍性および肥厚性病変を呈し、一見悪性腫瘍と類似するものの、ステロイドが奏効する原因不明の疾患である。今回、IgG4関連疾患合併による多臓器病変及び全身のリンパ節腫大を認め、進行期決定に苦慮した浸潤子宮頸癌症例を経験したので報告する。症例：46歳 4経妊4経産多量の不正性器出血を自覚し前医を受診し、子宮頸癌と診断され当科へ紹介となった。初診時、腔腔を占拠する頸部腫瘍と右傍子宮組織の浸潤を認め、組織診にて子宮頸部扁平上皮癌と診断した。全身CT検査では頸部から縦隔および骨盤内の多発リンパ節腫大を認め、FDG-PET検査にて子宮頸部、腫大全身リンパ節に加え、両側唾液腺、脾臓全体、腎実質にもFDGのびまん性集積を認めた。これらの所見は進行子宮頸癌のリンパ節転移としては一元的な説明が困難であり、IgG4関連疾患の合併を疑い施行した顎下腺生検では形質細胞の浸潤を認め、血清IgG4も738mg/dlと高値であった。これらの所見よりIgG4関連腫瘍を合併した子宮頸癌2B期と診断し、術前化学療法を1コース施行後に根治術を施行した。IgG4関連腫瘍疾患は認知度の上昇とともに報告が増加しており、まれに悪性疾患の合併も報告されている。IgG4関連疾患が悪性疾患に合併した場合にはリンパ節転移や多臓器転移の解釈が困難となり、本症例のように進行期と治療方針決定に苦慮することがある。悪性腫瘍の原発巣からの転移として説明が困難な多発リンパ節腫大を認めた場合には、IgG4関連疾患合併の可能性を想定し、鑑別の一つとする必要がある。

P2-1-3 いわゆる atypical LEGH の1例

国立国際医療研究センター

諸宇ヒブン, 中西美紗緒, 山澤功二, 郷田朋子, 中西恵美, 大西賢人, 張 士青, 榎谷法生, 高本真弥, 大石 元, 定月みゆき, 矢野 哲

【緒言】近年、分葉状頸管腺過形成(lobular endocervical glandular hyperplasia; LEGH)に構造異型または細胞異型を伴う例を atypical LEGH と定義し、最小偏倚型粘液性腺癌(minimal deviation adenocarcinoma; MDA)の前駆病変であるとして注目されている。今回、いわゆる atypical LEGH と考えられた症例を経験したので報告する。【症例】45歳、未経妊。Peutz-Jeghers 症候群合併なし。子宮頸がん検診にて異常を指摘され当科受診し、頸部細胞診はClass III, AGC-NOSで、コルポスコピー・子宮頸管生検では悪性所見を認めなかった。MRI所見で子宮頸部にコスモサインに一部充実性部分を伴う40×38mm大の嚢胞性腫瘍病変を認めた。診断目的にて施行した子宮頸部円錐切除術の病理組織所見では、endocervical typeの異型腺管が深部に広範囲に見られたため、術前診断 adenocarcinoma in situ (AIS) with LEGH component にて拡大子宮全摘術を施行した。手術標本は円錐切除同様で、シタ状に著明に分葉した endocervical type の腺管構造と、軽度の細胞異型を伴う大小不同の異型腺管が広範囲にみられた。前者はLEGHであるが、後者をAISとするか否か診断に困難を要した。しかし、通常のAISと配列が異なること、LEGHを発生母地としていること、さらには免疫染色(MUC6, HIK1083, p16INK4)の結果から、本例は atypical LEGH であると診断した。なお、術後補助療法は施行せず、術後5か月現在再発なく経過している。【結語】本症例は、LEGHに広範囲の異型腺管が共存し、三上らが提唱する atypical LEGH と合致する。