

P2-1-7 膀胱外反症を伴った子宮頸部コンジローマ様癌の1例

東邦大医療センター佐倉病院

石田洋昭, 萬来めぐみ, 安達知弘, 佐々木泉, 横川 桂, 瓜田麻由美, 高島明子, 横山安哉美, 竹下直樹, 木下俊彦

子宮頸部コンジローマ様癌は子宮頸部原発悪性腫瘍の中でも稀な疾患である。今回、我々は性器脱と子宮頸部コンジローマ様癌が合併しその後、膀胱外反症を来した1例を経験したので文献的考察を踏まえて報告する。症例：67歳 2妊2産 2013年11月より骨盤性器脱の診断で前医泌尿器科にてフォローされていた。2014年4月経過観察中に膀胱外反症を来したため、麻酔下で整復術を施行した。その際に子宮腔部に乳頭状に発育する6.4×4cm大の子宮腔部腫瘍を生検施行したところ高分化型扁平上皮癌の診断であったため当院産婦人科へ紹介となった。当院での初診時の診察所見では、完全子宮脱を認め、子宮腔部からカリフラワー状に発育する6cm大の子宮腔部腫瘍を認めた。内診上は左右の基帯へ浸潤する所見は認めず、術前診断では子宮頸癌IB2期と診断した。膀胱粘膜が完全に外反している所見と腹部CT検査にて著明な両側水腎症を認めたため当院泌尿器科へコンサルトしたところ膀胱脱と膀胱外反症を来しており、今後、膀胱機能が保たれる可能性が低く腎後性腎不全が増悪する可能性が高いことが予想されるため膀胱全摘と回腸導管が必要であると診断した。2014年6月に子宮頸癌IB2期と膀胱外反症の診断で広汎子宮全摘術 膀胱全摘術 回腸導管造設術を施行した。手術時間は8時間23分、出血量2178mlで濃厚赤血球2単位輸血した。術後の最終病理組織診断でCondylomatous carcinoma of uterine cervixと診断した。

**P2-2-1 子宮頸癌に対する術後放射線療法により直腸腔瘻、膀胱腔瘻を来し、術後約30年後に腔内結石、恥骨骨髓炎に進展した一例**

箕面市立病院

笹瀬亜弥, 足立和繁, 雨宮京夏, 山本善光, 三好ゆかり, 佐々本尚子, 大武慧子, 塩路光徳, 高橋佳世, 鈴木敦子

【背景】骨盤放射線照射による合併症には膀胱腔瘻、直腸腔瘻が知られているが、腔内結石や恥骨骨髓炎まで進展する例は稀である。今回我々は、放射線療法による瘻孔形成を契機に、様々な合併症を生じた症例を経験したので報告する。【症例】64歳女性。31歳時、子宮頸癌に対して広汎子宮全摘術、術後放射線療法が施行された。術後1年で直腸腔瘻のため人工肛門の造設、52歳時には腔より尿漏出あり膀胱腔瘻の診断となった。同時期より腔から排石を認め、62歳時に4cm大の腔内結石を形成し疼痛を伴うため当院を紹介され、結石除去術を施行した。64歳時、骨盤部痛と発熱が出現、会陰部の発赤、疼痛を認めた。血液検査でWBC 12600/μl, CRP 27.5mg/dlと炎症反応上昇、骨盤部X線で恥骨結合の開大、骨破壊像を認めた。造影CT、単純MRIにて恥骨結合腹側に膀胱、会陰と連続する膿瘍腔がみられ、恥骨骨髓、周囲の軟部組織にT1強調像で低信号、脂肪抑制T2強調像、拡散強調像で高信号を認めた。膀胱会陰腔瘻感染、膿瘍化、近接する恥骨骨髓炎の診断で入院となった。MEPM, CLDMに引き続きCMZによる抗菌薬投与、ベッド上安静で保存的加療が開始され、17日目で炎症反応陰性化し抗菌薬は内服に変更、恥骨部骨化傾向認めリハビリを行い、47日目に退院となった。【考察】放射線療法後の瘻孔形成により様々な合併症が引き起こされ、子宮頸癌自体のコントロールは良好でも患者のQOLは著しく低下することがある。本症例は直腸腔瘻、膀胱腔瘻により、膀胱に連続する膿瘍を形成し、近接する恥骨に骨髓炎を引き起こしたと考えられる。再発防止の為に膀胱腔内の貯留を抑制する必要がある、両側腎瘻増設も検討中である。

P2-2-2 子宮頸部原発の神経内分泌性大細胞癌の一症例

大分大

西田正和, 竹林兼利, 古川雄一, 奈須家栄, 植原久司

子宮頸部の神経内分泌腫瘍は、子宮頸部悪性腫瘍の5%以下と非常に稀な腫瘍であり、細胞診での正確な組織推定が困難といわれている。神経内分泌腫瘍なかでも神経内分泌性大細胞癌は非常に稀で、予後不良とされている。今回、神経内分泌性大細胞癌と診断された症例を経験したので報告する。症例は55歳、経妊1、経産1。既往歴、家族歴、生活歴に特記事項なし。近医産婦人科で受けた子宮がん検診で、SCCを指摘され、加療のため当科を紹介受診した。当院での細胞診・組織診でもSCCを指摘され、MRIでは子宮頸部に子宮頸癌を疑わせる腫瘍が認められた。子宮頸癌Ib1の診断で広汎子宮全摘術を施行したが、術中、腹膜播種を疑う所見を認め、拡大子宮全摘術、両側付属器切除術、リンパ節郭清のみを行った。最終病理結果は神経内分泌性大細胞癌という結果で、放射線療法後に化学療法(塩酸イリノテカン、シスプラチン)を2コース行い、CRとなったが、非常に強い全身倦怠感が出現し、いったん化学療法を中止、経過をみている。子宮頸部神経内分泌腫瘍は、小細胞癌、神経内分泌性大細胞癌、古典的カルチノイド、異型カルチノイドの4型へ分類され、このなかで、小細胞癌と神経内分泌性大細胞癌は、非常に予後が悪いことが知られている。神経内分泌性大細胞癌は、子宮頸癌の0.087%~0.6%で40歳前後の比較的若い年代に発症し、HPV16型の感染が関与している可能性も示唆されている。その治療法は確立していないが、放射線療法後、肺の神経内分腫瘍に準じ、塩酸イリノテカン+シスプラチン療法を行った。加療後、CRとなったが、強い全身倦怠感が出現し、2コースのみで外来で経過をみている。