

診 療

当科における Residual Ovary Syndrome の臨床的検討

山形県立河北病院産婦人科

大野 勉 太田 信彦 赤塚 和彦
高橋 俊文 田中 栄一 小田 隆晴

Clinical Study on Residual Ovary Syndrome

Tsutomu ONO, Nobuhiko OHTA, Kazuhiko AKATSUKA,
Toshifumi TAKAHASHI, Ei-ichi TANAKA and Takahare ODA

Department of Obstetrics and Gynecology, Yamagata Prefectural Kahoku Hospital, Yamagata

Key words: Residual ovary syndrome

緒 言

子宮全摘時に卵巣を残すか予防的に摘出するかは、議論のあるところで一定の結論は得られていない。しかし、残った卵巣から悪性腫瘍が出現したり¹⁾、重症の癒着を生じて再開腹するなど、卵巣を残した場合の長期の観察は重要である。当科では、子宮全摘術の際に卵巣を残した場合、術後は2週間から半年ごとの診察を行っているが、その際に見受けられる Residual Ovary Syndrome (以下 ROS) について検討し、経過観察の重要性と非観血的治療法について検討した。

研究方法

対象は、昭和60年4月から平成4年3月までの7年間に、当科で良性疾患・子宮頸癌のため腹式及び腔式子宮全摘術を行った1,044例のうち、卵巣を残した377例とした。その内訳は、腹式子宮全摘術のみは286例、腔式子宮全摘術は34例、腹式子宮全摘術+右付属器切除術は27例、腹式子宮全摘術+左付属器切除術は30例であった。これらのうちから後に ROS となった症例は12例であったが、手術記録が残っているのは11例であった。この12例を除く365例を対照群とし、他院で子宮全摘術が行われた ROS 3例を加えて最終的には15例の ROS と対照群の365例につき、follow up study を行った。ROS の診断は、子宮全摘術後に、卵巣周囲の圧痛を伴った下腹痛・腰痛・性交不快感及

び無症候性骨盤内腫瘍が単独又は重複して出現したものとした。無症候性骨盤内腫瘍に関しては、直径5cm 以上の腫瘍とした。統計処理は Student T test あるいは Mann-Whitney 順位和検定を行った。

研究成績

表1に ROS 15症例の子宮全摘時の所見を示した。腹式子宮全摘術時の所見を ROS 11症例と対照群365例で比較すると(表2)、ROS の平均年齢は 36.8 ± 1.1 歳(mean $\pm$ S.E.)で、対照群の平均年齢 39.8 ± 0.2 歳に比べ有意に若かった($p < 0.05$)。症例8(帝王切開例)を除いた出血量では ROS と対照群で有意差はなかった。さらに、手術時間の平均も有意差はなかった。

開腹時の癒着所見では、11例中1例が高度癒着(広範囲に強固な癒着)であったが、ほかは中等度癒着(一部に強固な癒着)以下で、特に ROS 群に多い傾向はなかった。

診断は、大部分が子宮筋腫で、特に内膜症が多いといった傾向は認められなかった。

表3に ROS15症例の概略を示した。腹式子宮全摘術から ROS 診断までの期間は、42カ月(3年6カ月) $\pm$ 16カ月であったが、2年以内の症例が11例(73.3%)であった。

主訴は、下腹痛11例で、このうち直径5cm 以上の嚢腫を伴うもの7例であった。

表1 Residual Ovary Syndrome をきたした症例の子宮全摘時の所見

症例	年齢	手術名	出血量 (g)	手術時間 (分)	癒着程度	診 断 名
1	46	ATH				
2	35	CSATH				
3	35	ATHL				
4	37	ATHL	225	94	中等度	子宮筋腫+卵管水腫
5	37	ATH	225	67	な し	子宮腺筋症
6	38	ATHR	395	143	重 度	子宮筋腫+卵管水腫
7	40	ATHR	106	66	な し	子宮筋腫
8	28	CSATH	1,231	165	な し	常位胎盤早期剥離
9	36	ATHR	87	60	な し	子宮筋腫
10	40	ATHL	34	69	軽 度	子宮筋腫
11	42	ATHL	54	73	な し	子宮筋腫+子宮内膜症
12	36	ATH	54	73	な し	子宮上皮内癌
13	34	ATH	122	75	な し	子宮腺筋症
14	37	ATH	124	72	な し	子宮腺筋症
15	38	ATH				

ATH:腹式子宮全摘術, ATHR:腹式子宮全摘術+右付属器切除術, ATHL:腹式子宮全摘術+左付属器切除術, CSATH:帝王切開術+腹式子宮全摘術
症例1・2・3・15は手術記録なし

表2 Residual Ovary Syndrome をきたした症例と卵巣を残した子宮全摘術症例(対照群)の子宮全摘時の所見

	Residual Ovary Syndrome (n=11)	対照群 (n=365)	
年齢(歳)	36.8±1.1	39.8±0.2	p<0.05
出血量(g)	142.6±35.0	174.3±6.5	np
手術時間	1時間19分±7分	1時間19分±1分	np
骨盤内癒着			np
な し	8/11	254/365	
軽 度	1/11	62/365	
中等度	1/11	35/365	
重 度	1/11	14/365	
子宮内膜症合併例	2/11	22/365	np

ROS の左右別頻度を, 11例について検討した(表4). 卵巣を残した子宮全摘術377例中, ROS が左側に出現したもの6例(1.6%), 右側5例(1.3%)で, 計11例(2.9%)あった. 腹式子宮全摘術のみの症例では, 320例のうち左側3例(0.9%), 右側2例(0.6%)であった. 腹式子宮全摘術+右付属器切除術27例中3例(11.1%), 腹式子宮全摘術+左付属器切除術30例中3例(10.0%)であった. いずれも左右間の有意差は認

められなかったが, 両側卵巣を残すよりも, 片側卵巣を残した方がROSの発生頻度は有意に高かった(p<0.05).

治療経過は, 経過観察のみは4例であったが, 直径5cm程度の囊腫も消退することがあった. エストロゲン・プロゲステロゲンの合剤(ピル)内服のみ4例で1例は途中から観察されていないが, 3例は治癒しており, この中には直径7cmの囊腫もあった. ピル内服後手術となったもの2例で, 1例は術後数カ月でイレウスとなり死亡した(症例5). 保存的治療を行わず初めから手術したもの2例であった. これらの手術所見はいずれも, 高度な癒着と癒着性付属器貯留囊腫を伴った典型的なROSであった. さらに症例15は, 両側卵巣癌で開腹時すでに癌性腹膜炎の状態であった. このため手術後化学療法を10クール行ったが, 1年半で死亡した. また, 15例中手術しないで治癒したもの9例(60.0%)であった.

考 案

ROSの頻度は, DeNeef and Hollenbeck²⁾ 3.3%, Christ and Lotze¹⁾ 3.1%であり, 我々の2.9%とほぼ同様の頻度であった.

ROSを発症した患者の子宮全摘術を行った年齢が対照群よりも有意に低かった. このことは,

表 3 Residual Ovary Syndrome 症例の概略

症例	診断までの期間	主 訴	左右別	嚢腫の最大径 (mm)	治 療 法	転 帰
1	18年	下腹痛	左	81×73	LAD	治 癒
2	10年	下腹痛	右	65×42	ピル	不 明
3	2 カ月	下腹痛	右	35×26	ダナ+ピル+RAD	治 癒
4	1 年11カ月	下腹痛	右	54×53	経過観察	治 癒
5	10カ月	下腹痛	右	96×69	ピル+BAD	死 亡
6	10カ月	腰 痛	左	85×60	ピル+LAD	治 癒
7	1 年 6 カ月	便 秘	左	77×77	ピル	治 癒
8	1 年 6 カ月	下腹痛	左	78×64	ピル	治 癒
9	1 年	下腹痛	左	55×50	経過観察	治 癒
10	4 年		右	65×47	RAD	治 癒
11	1 年 1 カ月	下腹痛	右	32×36	経過観察	治 癒
12	11カ月	下腹痛	左	47×47	ピル	治 癒
13	4 カ月	下腹痛	左	53×49	経過観察	治 癒
14	2 カ月	下腹痛	右	42×47	ダナ	治 癒
15	11年	腹部膨満	両側	小児頭大	手術	死 亡

LAD；左付属器切除術，RAD；右付属器切除術，BAD；両側付属器切除術，ピル；エストロゲン・プロゲステロゲンの合剤，ダナ；ダナゾール

表 4 Residual Ovary Syndrome の左右別頻度

ROS	TH	TH n=320	TH+RAD n=27	TH+LAD n=30	計 n=377
左		3 (0.9%)	3 (11.1%)	／	6 (1.6%)
右		2 (0.6%)	／	3 (10.0%)	5 (1.3%)
計		5 (1.6%)	3 (11.1%)	3 (10.0%)	11 (2.9%)

TH；子宮全摘術，TH+RAD；子宮全摘術＋右付属器切除術，TH+LAD；子宮全摘術＋左付属器切除術，ROS；Residual Ovary Syndrome

原谷らの報告³⁾と一致し，30歳代の子宮全摘術に際しては，その後の経過観察が重要であることを示すと共に，ROSの発症機序を考える意味でも示唆に富んだ成績と思われる．ROSを発症した患者の子宮全摘術について，年齢以外の因子については，有意な所見は得られなかった．

ROSの左右頻度に有意差は認められなかった．しかし今回の検討では，原谷ら³⁾と同様に，両側卵巢を残すよりも，片側卵巢を残した方がROSの発症頻度は高かった．子宮全摘後の卵巢機能に関しては，各種の報告があるが，基礎体温をみていくと，83.8%は二相性の基礎体温となり⁴⁾，片側卵摘後そのストレスにより血中LH・FSHが一過性に上昇するが，一定期間後ほぼ全例が正常となる

と報告されている．さらに，卵巢の病理所見より⁵⁾，残った卵胞が代償的にホルモンを分泌しているなどから，残った一つの卵巢のhyperfunction⁵⁾の可能性が示唆されており，これが片側卵巢を残した方が癒着等を生みROSの頻度が高い原因と推測される．

ROSのうち，卵巢癌の占める割合は，数%程度¹⁾だが，卵巢癌症例のうち11～13%⁶⁾は，以前に子宮全摘術を行っており，子宮全摘術の際に卵巢を摘出していれば防げた症例である．Speroff et al.⁷⁾も，卵巢癌発生と骨粗鬆症の面からみると，40歳以降に子宮全摘する際は卵巢を残すよりも両側卵巢を摘出してホルモン補充療法をした方が生存期間が長いと報告している．以上より，卵巢癌発生・

骨粗鬆症・ROS の点からは、40歳代後半の子宮全摘の際には両側卵巢摘出しホルモン補充療法を行うことも考慮すべきと思われる。40歳代前半以前ではさらに検討の必要があるが、片側卵巢腫瘍で片側付属器切除する際や重症子宮内膜症では、両側卵巢摘出し、長期ホルモン補充療法も考慮にいれる必要があると思われた。そして片側卵巢を残す場合は、長期にわたる経過観察が必要であることを強調したい。ROS の治療については症例5のように、貯留囊腫摘出後イレウスとなり、再開腹術後死亡した症例があり、特に発症が数年以内のものは新生物と鑑別したうえで、可能な限り保存的治療を行うべきと考えている。今回の検討では、27%は経過観察で治癒しており、この中には直径5cm 程度の囊腫も消失していた。さらに、15例中9例(60.0%)は、開腹せずに治癒している。開腹した6例のなかにも、保存的治療を試みずに開腹した症例もあり、かなり多くの症例は、開腹せずに済むと考えられる。

文 献

1. Christ JE, Lotze EC. The residual ovary syn-

- drome. *Obstet Gynecol* 1975; 46: 551—556
2. DeNeef JC, Hollenbeck ZJR. The fate of ovaries preserved at the time of hysterectomy. *Am J Obstet Gynecol* 1966; 96: 1088—1097
3. 原谷博信, 五十嵐司, 本多廣行, 土岐利彦, 倉本雅規, 中山千冬, 中野盛夫. 子宮摘出術後に発生した付属器腫瘍に関する臨床病理学的研究. *日産婦誌* 1992; 44: 1471—1474
4. 早藤 雅, 片山和明, 望月眞人. 婦人科手術後における温存卵巢の機能維持に関する動的解析. *産婦の進歩* 1986; 38: 563—574
5. Souza AZ, Fonseca AM, Izzo VM, Clauzet RM, Salvatore CA. Ovarian histology and function after total abdominal hysterectomy. *Obstet Gynecol* 1986; 68: 847—849
6. Sightler SE, Boiko GM, Estape RE. Ovarian cancer in woman with prior hysterectomy, a 14 years experience at the University of Miami. *Obstet Gynecol* 1991; 78: 681—684
7. Speroff T, Dawson NV, Speroff L, Haber RJ. A risk-benefit analysis of elective bilateral oophorectomy: Effect of changes in compliance with estrogen therapy on outcome. *Am J Obstet Gynecol* 1991; 164: 165—174

(No. 7461 平5・12・10受付)