

診 療

子宮頸部に発生した異所性子宮内膜症の1例

県西部浜松医療センター産婦人科

高橋 伸卓 前田 真 村上 浩雄 武隈 宗孝
松井 浩之 芹沢麻里子 山下 美和 岡田 善親

A Case of Ectopic Endometriosis Developing in the Uterine Cervix

Nobutaka TAKAHASHI, Makoto MAEDA, Hirotake MURAKAMI, Munetaka TAKEKUMA, Hiroyuki MATSUI,
Mariko SERIZAWA, Miwa YAMASHITA and Yoshichika OKADA
Department of Obstetrics and Gynecology, Hamamatsu Medical Center, Shizuoka

Abstract We report a patient with endometriosis in the uterine cervix in whom diagnosis was difficult. A 38-year-old unmarried nulligravida complained of dysmenorrhea. A cystic lesion was observed in the posterior wall of the uterine cervix, and a diagnosis of endometriosis in the uterine cervix was made. The cystic lesion decreased in size after GnRHa administration but increased again after menstruation started again. Since pain in this area was marked, abdominal total hysterectomy was performed. No recurrence has been observed thereafter. Her clinical course is reported with a review of the literature.

Key words : Endometriosis · Uterine cervix · GnRHa

緒 言

子宮内膜症は非腫瘍性の良性疾患でありながら、その発生部位は多彩である。Massonの報告によると、正所性69%、異所性31%とされ、その中でも子宮頸部は0.01%と極めて稀であり¹⁾、診断に苦慮することがある。

今回我々は、子宮頸部にのみ発生し、診断、治療に苦慮した異所性子宮内膜症の1例を経験したので報告する。

症 例

患者：38歳，未婚，未妊婦。

既往歴：23歳時，十二指腸潰瘍。

家族歴：母 高血圧，糖尿病。

月経歴：初経14歳，周期30日型。

現病歴：平成10年8月頃から過多月経を自覚するようになり，徐々に増悪するため，平成11年1月，近医受診し対症療法を受けている。しかし，症状は軽快せず，同年10月からは月経痛も出現したため，11月18日，当科初診となった。

内診所見：子宮は鴛卵大に腫大するも可動性は保たれており，両側付属器は触知しなかった。視診上，子宮頸部後方は暗赤色に腫大し，同部に強い圧痛を認めた。

経腔超音波断層法所見：子宮腔部後唇からダグラス窩にかけて，透過性不均一な液体を貯留する径5.6×4.1cmの嚢胞性病変が認められた。

内診，超音波所見からは嚢胞の原発部位が特定できず，卵巣腫瘍との鑑別が必要と判断し，MRI検査を施行した。

MRI所見(図1)：T2強調画像で，子宮頸部後壁内に径4.5cmの血腫像を認めた。子宮体部並びに両側卵巣には異常所見なし。

子宮頸部病変の診断並びに疼痛症状の軽減を目的として，平成12年1月26日，経腔的に同部の穿刺排液を行った。内容液は暗赤色の古い血液様でチョコレート嚢胞を強く疑った。細胞診はclass IIであり，多数の好中球の中に頸管円柱上皮を認めるも，体内膜細胞は認めなかった。

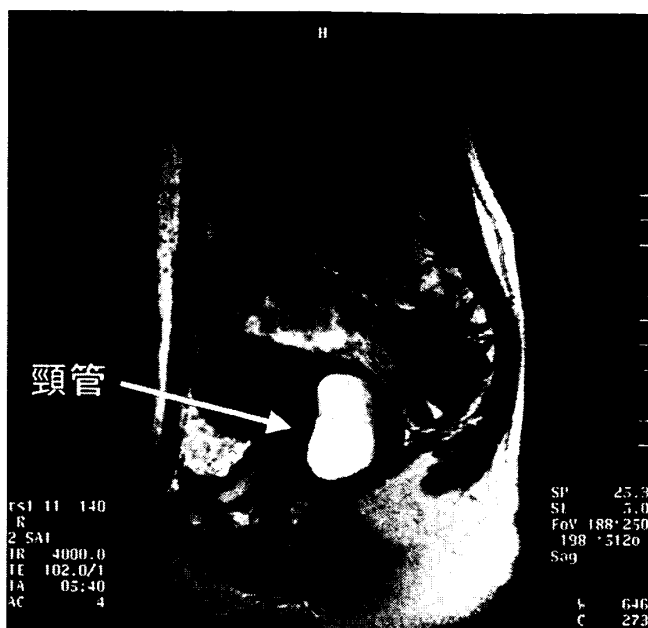


図1 MRI T2 強調画像

矢印で示す子宮頸管の後方に嚢胞性病変を認める

検査所見：WBC $7.7 \times 10^3/\text{mm}^3$, RBC $4.38 \times 10^6/\text{mm}^3$, Hb 13.2g/dl, Hct 40.3%, Plt $25 \times 10^4/\text{mm}^3$, GOT 17IU/l, GPT 14IU/l, ALP 202IU/l, LDH 135IU/l, BUN 10.8mg/dl, Cre 0.43mg/dl, CA-125 37U/ml.

子宮頸部擦過細胞診：class II.

治療経過：以上から異所性子宮内膜症と考え、同年2月の月経発来後、GnRHアナログ(スプレキユア®)の点鼻投与を開始した。投与開始2カ月後からは無月経となり、頸部病変は縮小し、疼痛などの臨床症状もすべて消失した。しかし、GnRHアナログ投与終了後、再び12月から月経が発来し、頸部病変は再び腫大し始め、 4.0×3.4 cmの有痛性嚢胞が再形成された。

患者本人に挙児希望なく、根治手術を強く望んだため、平成13年2月13日、腹式単純子宮全摘術を施行した。

開腹所見：腹腔内に癒着はなく、ダグラス窩、子宮漿膜面、両側卵巣には異常なし。子宮頸部は腫大し、タルマ状を呈していた。またblue berry spotなどの子宮内膜症を疑わせる所見は腹腔内には認められなかった。

摘出標本(図2)：図2aはホルマリン固定後の

摘出子宮の矢状断面を側方からみたものである。頸部は腫大、延長していた。頸部後壁に空洞形成を認め、同部位はチョコレート状の液体で満たされていた。図2bは頸部後壁の嚢胞性病変を切開開放した正面像であり、子宮頸管は嚢胞壁と隔てられていた。

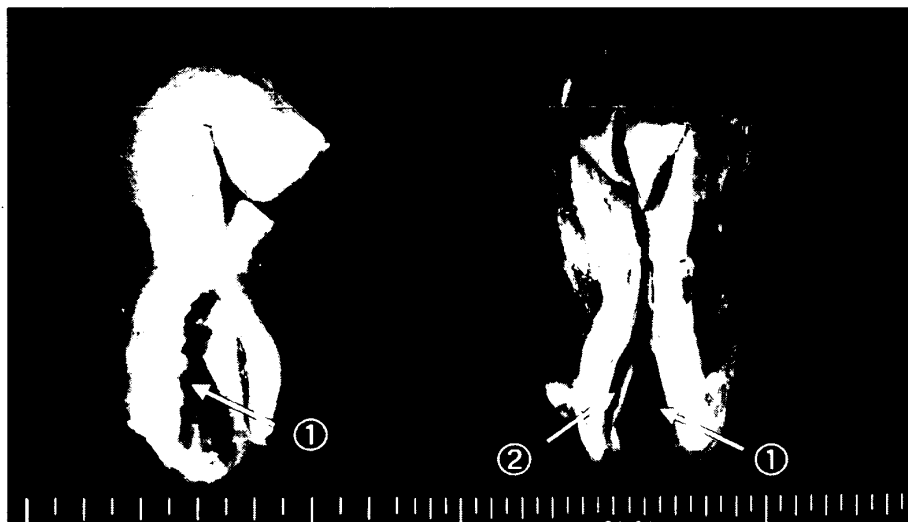
病理組織所見(図3)：図3aは弱拡大、図3bは四角の部分の強拡大である。嚢胞壁は単層、一部重層の円柱上皮で被覆されている。また線毛をもつ細胞や明るい胞体をもつ細胞をみる。周囲には内膜間質様の組織がみられ、出血やリンパ球浸潤も認められる。

以上から Endometriotic cyst of the Uterine cervix と診断した。術後経過は順調であり、第8病日には退院となった。以後、外来経過観察中であるが、残存卵巣を含め局所再発は認めていない。

考 察

子宮内膜症の病因については、多くの説が唱えられており、以前は月経期の子宮内膜の移植という説が最も有力とされていたこともある。しかし最近では、腹膜の変異があり、遺伝的形質に関連があると考えられるようになってきている²⁾。また、近年、直腸腔中隔に存在する子宮内膜症は骨盤内膜症あるいは卵巣内膜症とは異なる病態であるとする仮説も提唱されている。Nissole and Donnez は直腸腔中隔に深く浸潤している内膜症は子宮腺筋症に類似した結節性病変で、しばしば少量の間質と周囲の結合組織の過形成を伴う子宮腺筋腫(adenomyoma)像を呈し、ミューラー管遺残組織の化生に起因するとして、骨盤及び卵巣の内膜症とは別の病態であると述べている³⁾。

以上のように、子宮内膜症の発生要因はいくつかの機序があると考えられているものの不明な点が多く、その発生部位も多岐に渡っており、診断、治療に難渋することがある。腹腔内や胸腔内の異所性子宮内膜症の報告例は多くみられるが、子宮頸部発生への報告は極めて少なく、発生率は Masson によると0.01%¹⁾、Veiga-Ferreira によると0.5~2.5%⁴⁾にしかすぎない。また、頸管裂傷、円錐切除術後など子宮頸部の外傷後に発生することが多いといわれている⁵⁾⁶⁾。そして頸部内膜症の症

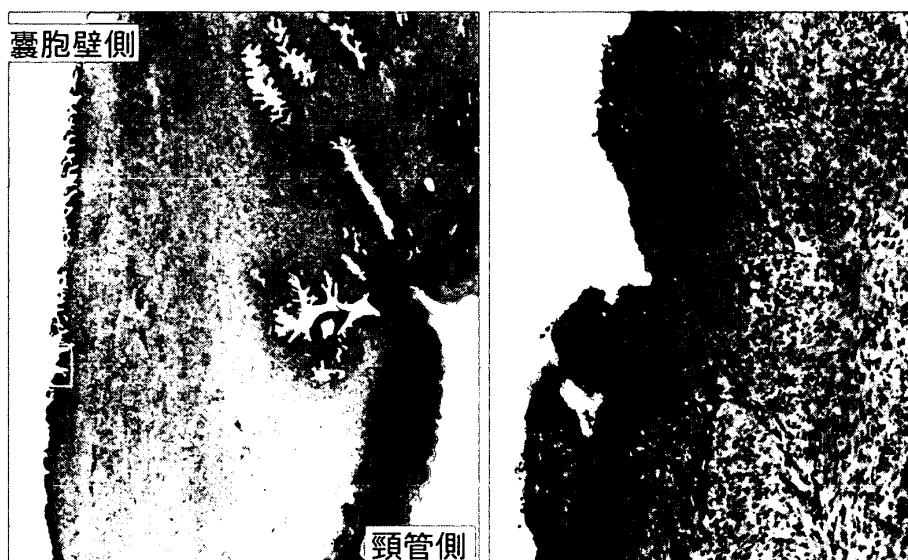


(a) 矢状断

(b) 正面

図2 摘出子宮(ホルマリン固定後)

①は嚢胞, ②は頸管を示す. 頸部後壁に嚢胞が形成されている



(a) 弱拡大

(b) 弱拡大

図3 病理組織所見(bは□の強拡大である)

矢印で示すように嚢胞壁は円柱上皮で被覆されており, 周囲には内膜間質様の組織がみられる

状としては一般の子宮内膜症の症状に加えて接触出血が特徴的で, 内診所見として, 月経時に有痛性の結節を触知することが診断に有用である。

本症例は, 初診時の所見では子宮頸部からダグラス窩にかけての嚢胞性病変であったため, 卵巣腫瘍も否定しきれず, MRI 所見と嚢胞内容液の性

状から子宮内膜症を疑った. 発症年齢が38歳と初経から経年数が多く, 子宮奇形は否定的で, 月経時に一致して頸部腫大, 疼痛がみられることから子宮頸部に発症した異所性子宮内膜症と考え, 偽閉経療法を行った. しかし, 月経再来後にすぐ再燃し, 患者が子宮全摘術を強く望んだため手術療

法が選択され、摘出子宮で確定診断に至った。

子宮頸部に限局した病変を認めた場合、鑑別診断として、悪性腫瘍、奇形以外に、中腎管(Wolff管)の遺残、腔アデノシス(腔腺症)などが挙げられる。腔アデノシスは通常扁平上皮化生を通じて自然消退するとされており、無症候の例もあるが、持続的な出血や痛みを呈する例や悪性転化する報告例もある^{8)~10)}。好発部位としては、腔前壁であり、後腔円蓋部に好発する頸部内膜症とは異なる。組織学的には、内膜間質を欠くこと、急性炎症所見あるいは出血像を欠くことなどで鑑別される。本症例もこのような所見は認めなかった。しかし、先に述べたように子宮頸部内膜症は同部の外傷後に多いとされているが、本症例の既往にはなく、発生要因については不明のまま興味深い点でもある。

子宮頸部に発生する内膜症に対する治療は部分切除、光線焼灼術などが行われているが、再発率が高いといわれており、確立した方法はない¹¹⁾。頸部内膜症は同時に骨盤腔内に内膜症病変を認めることは極めて少ないとされているが、局所に対する治療では再発率が高いことから、拳児希望のない本症例のような場合は子宮全摘術を行う方がよいと思われた。

文 献

1. *Masson JC*. Present Conception of endometriosis and its treatment. *Trans Western Surg Ass* 1945; 53: 35—50

2. 小平 進. 腸管子宮内膜症の病態. *胃と腸* 1998; 33: 1323—1328
3. *Nissole M, Donnez J*. Peritoneal endometriosis, ovarian endometriosis and adenomatous nodules of the rectovaginal septum are three different entities. *Fertil Steril* 1997; 68: 585—596
4. *Veiga-Ferreira MM*. Cervical endometriosis: Facilitated diagnosis by fine needle aspiration cytologic testing. *Am J Obstet Gynecol* 1987; 157: 849—856
5. *Ranney B, Chung JT*. Endometriosis of the cervix uteri. *Am J Obstet Gynecol* 1952; 64: 1333—1337
6. *Williams GA*. Endometriosis of the cervix uteri—a common disease. *Am J Obstet Gynecol* 1960; 80: 734—741
7. 北島道夫, 藤下 晃, 蓮尾敦子, 宮村泰豪, 増崎英明, 石丸忠之. 子宮腔部内膜症の診断に苦慮した deep endometriosis(?) の1例. *エンドメトリオーシス研究会会誌* 2000; 21: 51—55
8. *Singer A, Mansell ME, Neill S*. Symptomatic Vaginal adenosis. *Brit J Obstet Gynecol* 1994; 101: 633—635
9. *Bornstein J, Sova Y, Atad J, Lurie M, Abramovici H*. Development of vaginal adenosis following combined 5-fluorouracil and carbon dioxide laser treatment for diffuse vaginal condylomatosis. *Obstet Gynecol* 1993; 81: 896—898
10. *Goodman A, Zukerberg LR, Nikrui N, Scully RE*. Vaginal adenosis and clear cell carcinoma after 5-fluorouracil treatment for condylomas. *Cancer* 1991; 68: 1628—1632
11. *Gardner HL, Kaufman RH*. Benign diseases of the vulva and vagina. St Louis: The C.V. Mosby Company, 1969; 98—104
(No. 8265 平14・8・9受付, 平14・10・7採用)