

AMCoR

Asahikawa Medical University Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

北海道産科婦人科学会会誌 (2010.03) 54巻1号:46～48.

腹腔鏡下手術時に核出した子宮アデノマトイド腫瘍の1例

堀川道晴, 吉澤明希子, 宮川博栄, 横浜祐子, 佐藤恒, 宮本敏伸, 加藤育民, 片山英人, 西脇邦彦, 千石一雄, 徳差良彦, 三代川斎之

—— 原著論文(症例) ——

腹腔鏡下手術時に核出した子宮アデノマトイド腫瘍の1例 Laparoscopic excision of uterine adenomatoid tumor; a case report

旭川医科大学産婦人科学講座¹⁾, 同 病理学講座²⁾

堀川 道晴¹⁾, 吉澤明希子¹⁾, 宮川 博栄¹⁾, 横浜 祐子¹⁾, 佐藤 恒¹⁾

宮本 敏伸¹⁾, 加藤 育民¹⁾, 片山 英人¹⁾, 西脇 邦彦¹⁾, 千石 一雄¹⁾

徳差 良彦²⁾, 三代川斎之²⁾

Abstract

Adenomatoid tumors of the uterus are benign tumors derived from mesothelium. We report a case of uterine adenomatoid tumor that was laparoscopically excised contingently. The patient presented with severe abdominal pain and masses in the uterus and right adnexa. Ultrasonography and magnetic resonance imaging revealed multiple masses in the myometrium and cystic tumors in the right adnexa. Laparoscopically mass removal was performed. Enucleation of tumor was difficult and it was thought to be adenomyotic nodule. The historical examination showed a benign adenomatoid tumor of the uterus. The patient has no symptoms of hypermenorrhea and dysmenorrhea at 5 months.

はじめに

アデノマトイド腫瘍は1945年にはじめて報告された中皮細胞由来の良性の腫瘍であり, 男女とも多くは生殖器に発生する¹⁾. 好発年齢は特になく, 30歳から72歳の女性の発症性が報告されており²⁾, 子宮筋腫や子宮腺筋症の診断で摘出された組織に偶然に認められることが多い。発症頻度は0.1から1%と比較的まれであり³⁾, また, 56-80%に子宮筋腫症例を合併することが多い。今回われわれは付属器のう腫, 多発子宮筋腫の診断にて腹腔鏡下子宮筋腫核出時に偶然に発見し, 腹腔鏡下に核出した子宮アデノマトイド腫瘍を経験したので報告する。

症例

34歳女性, 0経妊。数年前より鉄欠乏性貧血にて近医内科にて治療されていたが, 過多月経および月経困難が増悪したため当院を受診した。経膈超音波検査にて右付属器部に11×9cm大のう胞性腫瘍を認め, 子宮後壁に最大径5.3cm大の小結節性病変が多発しており, 多発子宮筋腫が疑われた。腫瘍マーカーはCA125 29U/ml (正常値<27U/ml), CA19-9 22U/ml, AFP 2ng/ml, CEA 2.4ng/mlとCA125値が軽度上昇していたのみであった。骨盤MRI検査では右付属器部に12cm大のT2高信号T1低信号の漿液性のう胞, 2cm大T1T2高信号の右卵巢内膜症性のう胞を認め, また, 子宮は背屈し, 筋層内に大小不同のT2低信号域が散在しやはり多発筋層内筋腫が疑われた(図1)。月経症状の改善および付属器, 子宮腫瘍摘出目的にて手術予定となった。



図1 MRI T2 所見
子宮後面に低信号の子宮筋腫
類似の腫瘍を認める

手術所見

右附属器腫瘍および多発子宮筋腫の診断にて、吊り上げ法を用いた腹腔鏡下手術を施行した。腹腔内を観察したところ、右卵管に約12cm大の傍卵管のう腫を認め、また、右卵巣は腫大しており2cm大のチョコレート腫のう腫が疑われた。子宮は後屈しており子宮後壁の最大径5cmを筆頭に合計6個の漿膜下および筋層内筋腫が疑われた。左卵巣、両側卵管は正常であり腹腔内癒着は認められなかった。体外法にて右傍卵管のう腫を核出。内容は透明な漿液性であり核出後漿膜面を吸収糸で縫合した。同様に右卵巣腫瘍を体外法にて核出した。内容はチョコレート様であった。次に子宮腫瘍核出術を行った。子宮体部後壁より、生食で100倍希釈したバソプレッシンを筋層に注入後、超音波メスで切開を加え核出を開始。右側の腫瘍は容易に核出できたが(図2A)それに連なる左側の腫瘍を核出しようと試みたが周囲組織との境界が不明瞭でありいわゆる子宮筋腫のような核出は不可能であった。その時点では子宮筋腫ではなく子宮腺筋症であると考え、腫瘍と正常筋層の境界面に気をつけながら丁寧に超音波メスで境界と思われる部分に切開をいれながら核出した(図2B)。核出後の筋層創部は吸収糸3層連続縫合で縫合した(図2C)。残り子宮体部、前壁の子宮腫瘍も同様に超音波メスで核出後、吸収糸で縫合結紮をおこない、止血操作、癒着防止剤を貼付

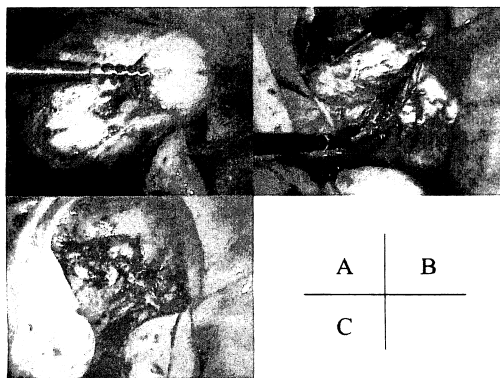


図2 手術所見
A. 子宮筋腫核出時
B. アデノマトイド腫瘍核出時
C. 核出面縫合後

後手術を終了した。手術時間は3時間24分、出血量は61mlであった。摘出した子宮腫瘍はいずれも白色、弾性硬で子宮筋腫および子宮腺筋症であると考えられ、病理検査に提出した。手術後外来にて経過観察を行うも術前に見られた過多月経、月経困難の症状は改善され、5カ月間著変なく、超音波検査にて再発も認めていない。

病理組織所見

右卵巣病変は endometriosis, また傍卵管腫瘍は典型的な傍卵管のう腫と診断した。子宮の筋腫様結節はいずれも典型的な leiomyoma の組織像であったが、一方、子宮後面の容易に剥離できなかった病変は adenomyosis ではなく中皮細胞が不規則に子宮筋層内に浸潤性に発育し、一部管状構造をとった adenomatoid tumor と診断した(図3A: HE 染色)。目立った炎症細胞の浸潤は認められなかった。上皮様細胞の免疫染色の結果は上皮性マーカー keratin 陽性(図3B)、間葉系 vimentin 陽性(図3C)、リンパ管マーカー D2-40 陽性(図3D)、血管内皮マーカー CD31 陽性(図3E)であった。

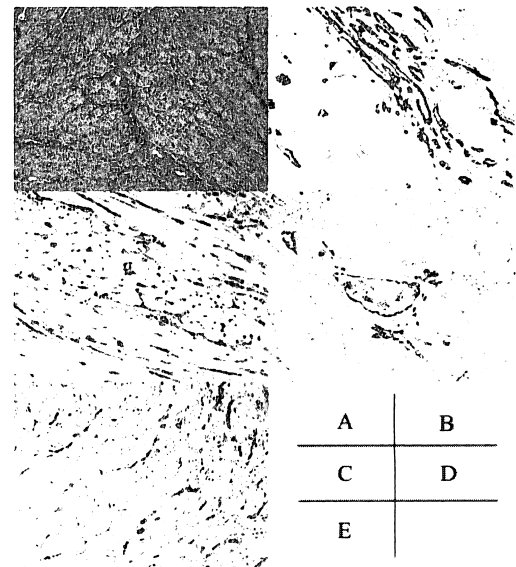


図3 HE染色, 免疫染色所見
A. HE 染色 B~E. 免疫染色
B. keratin C. vimentin
D. D2-40 E. CD31

考 察

アデノマトイド腫瘍は1945年にはじめて提唱された中皮細胞由来の良性的腫瘍であり、病理組織上、索状管状に配列する上皮様あるいは内皮細胞の増生と周囲間質に平滑筋を伴う繊維性結合組織の増生を特徴とする⁴⁾。Quigley らはその組織像により充実性、腺様、血管様、および、のう胞状の4つのサブタイプに分類している⁵⁾。免疫組織学的には上皮性マーカー keratin、間葉系マーカー vimentin、リンパ管マーカー D2-40、血管内皮マーカーCD31などに陽性を示す、中皮由来の特徴を持つ。いずれも男女とも生殖器に好発し¹⁾、女性では子宮に発生することが最も多いが、その他には卵管や、まれではあるが卵巣、傍卵巣組織に発生する⁶⁾。好発年齢は特になく、30歳から72歳(中間値42歳)の女性の発症例が報告されている²⁾。子宮筋腫や子宮腺筋症の診断で摘出された組織に偶然に認められることが多く、頻度は0.1から1%と言われている³⁾。また、子宮筋腫を合併することが多くアデノマトイド腫瘍核出時の56から80%に子宮筋腫が併存する。本症例も付属器のう腫、多発子宮筋腫の診断にて腹腔鏡下核出時に偶然にアデノマトイド腫瘍が認められた。術前に診断された報告はなく、手術時、特に核出時に境界不明瞭な腫瘍であることに初めて気づき、病理検査で診断されることが多い。本症例も、あらためて手術前の腫瘍マーカー値、経膈超音波画像、MRI 画像を再検討したが、手術前にアデノマトイド腫瘍を疑う特徴的所見は無く、術前の診断は困難であると考えられる。症状は子宮腺筋症や子宮筋腫と同様、過多月経や月経困難の症状を訴えることが多く、術後に症状は軽快する。一般に治療法は偶然に見つかるケースが多いことより子宮全摘術が多く、再発の報告はない。核出手術の場合も明らかな残存がなければ再発は少ないといわれており、今回われわれも手術時は子宮腺筋症を

想定し、腫瘍と正常筋層の境界面に気をつけながら丁寧に超音波メスで境界と思われる部分に切開をいれながら核出した。子宮腺筋症も含め腫瘍と正常組織の境界が不明瞭な場合、超音波メスやコールドナイフなどを使用することにより核出が容易となる。縫合に関しても残存無しに核出し得た子宮腺筋症の摘出術同様、縫合及び結紮は比較的容易であり、腹腔鏡下手術を選択することにより、詳細な観察下に、より侵襲の少ない手術が可能になった。手術後5カ月が経過しているが再発兆候は認められない。しかし、腫瘍の残存がある場合には再発の報告があることから⁷⁾今後も慎重に経過を観察する必要があると考えられる。

文 献

- 1) Golden A, Ash JE. Adenomatoid tumor of the genital tract. *Am J Pathol* 1945; 21: 63-79.
- 2) Christensen C. Adenomatoid tumor of the uterus. *Eur J Gynaecol Oncol* 1990; 2: 85-89.
- 3) Lee MJ, Dockerty MB, Thompson GJ, Waugh JM. Benign mesotheliomas of the genital tract. *Surg Gynecol Obstet* 1950; 91: 221-231.
- 4) 加藤 俊, 三宅敏彦, 杉本 誠. 強い臨床症状を伴った子宮体部アデノマトイド腫瘍の1例. *産科と婦人科* 2008; 2: 244-249.
- 5) Quigley JC, Hart WR. Adenomatoid tumors of the uterus. *Am J Clin Pathol* 1981; 76: 627-635.
- 6) Youngs LA, O'Hara KE. Adenomatoid tumor of the uterus and fallopian tube. *Am J Clin Pathol* 1967; 48: 537-542.
- 7) Sieunarine K, Cowie AS, Bartlett JD, Lindsay I, Smith JR. A novel approach in the management of a recurrent adenomatoid tumor of the uterus utilizing a Strassman technique. *Int J Gynecol Cancer* 2005; 15: 671-675.