

0-9-21

悪性卵巣甲状腺腫の1例

熊本赤十字病院 診療部

○片岡 菜摘、荒金 太、三好 潤也、井手上隆史、村上 望、吉松かなえ、楠木 槇、福松 之敦

卵巣腫瘍全体のうち15～20%を胚細胞腫瘍が占め、胚細胞腫瘍の95%が成熟奇形腫である。奇形腫は腫瘍内に甲状腺組織を含むことがあるが、組織学的に50%以上を甲状腺組織が占めるものを卵巣甲状腺腫と定義している。その中で核異型や血管侵襲などの悪性所見を伴うものを悪性卵巣甲状腺腫という。悪性卵巣甲状腺腫の頻度は、奇形腫の0.1%、卵巣腫瘍全体では0.01%と、非常にまれな卵巣腫瘍である。今回我々は、悪性卵巣甲状腺腫の1例を経験したので報告する。症例は、54歳、2回経妊2回産婦人科。健診で卵巣腫瘍を指摘され、近位産婦人科を受診した。MRI精査で45mmの左卵巣粘液性腫瘍の疑いの診断で経過観察となった。6か月後の経陰超音波断層法で一部腫瘍壁の肥厚を認めたため、精査加療目的で当科紹介となった。初診時、内診で付属器に腫瘍は触知しなかった。腫瘍マーカーを含む血液検査ではいずれも異常所見はみられなかった。経陰超音波断層法で左付属器領域に壁を結節を有する長径42mmの単房性嚢胞性病変を認めた。MRI検査では、明らかな悪性所見はなかった。以上より、左卵巣腫瘍の診断で腹腔鏡下左付属器切除術を施行した。術後病理検査で、甲状腺成分が腫瘍の大部分を占め、甲状腺乳頭癌と同様の所見があり、悪性卵巣甲状腺腫を診断した。追加手術として、単純子宮全摘術+両側付属器切除術+大網切除術を施行した。最終診断は、卵巣悪性甲状腺腫 Stage IA期、pT1ANxM0とした。術後の追加治療は施行せず、現在外来でフォロー中である。本症例には卵巣腫瘍および甲状腺腫瘍のガイドラインを参考に術式を検討したが、悪性卵巣甲状腺腫は非常に稀な疾患であるために、治療法や予後について定まった見解が得られていない。悪性卵巣甲状腺腫の治療法に関して文献的考察を加え報告する。

0-9-23

ジェノゲスト投与中に悪性化した再発卵巣チョコレート嚢胞の1例

日本赤十字社和歌山医療センター 産婦人科

○中村 充宏、吉田 隆昭、伊藤 拓馬、日野 麻世、安田枝里子、家村阿紗子、横山 玲子、山村 省吾、坂田 晴美、豊福 彩、中村 光作、小野 一雄

卵巣子宮内膜症性嚢胞（チョコレート嚢胞）から卵巣癌が発生する頻度は0.7～0.8%とされ、その管理には十分な注意を要する。特に45歳以上、6cm以上で発痛のリスクが高まるとされている。今回、我々は腹腔鏡下チョコレート嚢胞摘出術後の再発チョコレート嚢胞に対してジェノゲスト投与中にCA125、CA199の上昇、MRIで造影効果のある壁を結節の増大を認め摘出したところ漿液粘性悪性腫瘍の合併を認めた症例を経験したので報告する。症例は40歳、未婚、未経妊、未経産。11年前に左チョコレート嚢胞に対して腹腔鏡下摘出術を受けていた。6年前から月経困難症が悪化したため当科を受診したところ卵巣壁に2cm以下のチョコレート嚢胞を認めジェノゲストの内服を開始した。本人希望で半年で内服を中止したが、その半年後から月経困難が増悪しLEPを開始したもののうつ状態を中止し経過観察となっていた。2年前の検診時に子宮筋腫、腺筋症、右卵巣チョコレート嚢胞を認めCA125、CA199の上昇も認めた。ジェノゲスト内服を再開し半年後には右卵巣チョコレート嚢胞の縮小は認められたが、MRIで一部の房に造影される壁を結節を認めたためジェノゲスト内服を継続し経過観察していた。マーカーがさらに上昇しMRIで壁を結節も増大してきたため右付属器切除することにした。術中迅速で腺癌であり術中破綻もありIc期として子宮全摘、左付属器切除、リンパ節廓清、大網切除を追加した。術後病理組織検査では異型が軽度のもので境界悪性、癌相当の部分まで多形に認める漿液粘性腫瘍であった。術後、TC+Bev療法を施行中である。

0-9-25

当院における腹腔鏡下子宮全摘術の現状

徳島赤十字病院 産婦人科

○別宮 史朗、湊 沙希、木内 理世、牛越賢治郎、名護 可容

当院における腹腔鏡下子宮全摘術の現状徳島赤十字病院 産婦人科別宮史朗、湊 沙希、木内理世、牛越賢治郎、名護可容【緒言】子宮全摘術は、腔式子宮全摘術TVH、腹式子宮全摘術TAH、腹腔鏡下子宮全摘術TLHなどの方法があり、最近ではTLHが最もポピュラーな術式になりつつある。当院では以前からTVHを第一選択として行ってきたが、2008年からTVHが困難と思われる症例からTLHを導入した。2013年からはTLH件数が最も多くなり、2016年12月までに227例のTLHを行った。執刀医はのべ6人で、そのうち内視鏡技術認定医は1名であった。【結果】主要疾患名は、子宮筋腫65%、子宮腺筋症を含む子宮内膜症が25%、子宮頸部異形成が6%、子宮内膜増殖症が3%であった。手術時間は平均197分(93分～451分)で、摘出子宮重量は平均262g(30g～1177g)であった。出血量は、50ml以下が53%、平均は131mlで、600ml以上の出血症例が7例(3%)であった。同種血輸血症例は1例で、2回の帝王切開既往があるうえ広範囲な癒着と巨大な筋腫症例が開腹手術へ移行し、総出血量が2500mlにおよび自己血輸血4IUと共に同種血輸血2IUを必要とした。開腹手術への移行例は5例(約2%)であった。重篤な合併症は、後腹膜膿瘍が2例と尿管狭窄をきたした症例が1例(約2%)であった。【結論】TVHは非常に侵襲性の少ない良い手術であるが、子宮の大きさや癒着、卵巣嚢腫や卵巣チョコレート嚢胞の合併などによっては困難な症例がある。今後もTVH困難症例にこそTLHを行っているべき。

0-9-22

S状結腸に発生した子宮内膜症の1例

熊本赤十字病院 診療部¹⁾、熊本赤十字病院 産婦人科²⁾、熊本赤十字病院 外科³⁾○黒木 健至¹⁾、村上 望美²⁾、荒金 太²⁾、楠木 槇²⁾、吉松かなえ²⁾、井手上隆史²⁾、三好 潤也²⁾、福松 之敦²⁾、相馬 泰平³⁾、永末 裕友³⁾、田中 栄治³⁾

子宮内膜症は卵巣やダグラス窩腹膜など発生頻度の高い部位以外にも、全身のあらゆる場所に発生し、直腸や、膀胱、尿管、空腸、回腸、臍、胸膜、肺などへの発生が報告されている。これらは稀少部位子宮内膜症と呼ばれており、発生部位が多岐にわたるため、産婦人科だけではなく、外科、泌尿器科などの他科と連携して加療が必要となることも多い。今回我々は、外科との連携を要したS状結腸内膜症症例を経験したので、ここに報告する。症例は39歳女性、5回経妊2回経産。慢性的な下腹部痛の増悪のため前医を受診した。同院の下部消化管内視鏡検査でS状結腸狭窄を指摘され、当院紹介となった。当院で施行した下部消化管内視鏡検査でも前医と同様にS状結腸の狭窄を認めた。同部位の組織生検で腸管内膜症の診断となった。またMRI検査では両側卵巣チョコレート嚢腫(右37×24×35mm、左26×18×22mm)、および子宮腺筋症(子宮前壁30mm、後壁35mmに肥厚)を認めた。これらの病変に対し、産婦人科、外科合同で、腹腔鏡下子宮摘出術、内臓症病巣除去術、およびS状結腸切除術の同時手術を行った。術中の腹腔内所見では、子宮後面、S状結腸、両側卵巣および卵管の強固な癒着を認め、ダグラス窩は完全閉塞していた。r-ASRM分類ではStageIVであった。術後病理組織診断で切除腸管に子宮内膜組織を認め、腸管内膜症の確定診断となった。また、子宮筋腫、両側卵巣、卵管にも同様に子宮内膜組織を認めた。現在、産婦人科、外科の両科で経過観察中である。

0-9-24

急速な全身転移を来した予後不良な転帰を辿った子宮内膜間質肉腫の1例

釧路赤十字病院 産婦人科

○藤野翔太郎、青柳有紀子、田中 景子、前田 悟郎、東 大樹、米原 利栄、東 正樹、山口 辰美

【緒言】子宮内膜間質肉腫(ESS: Endometrial Stromal Sarcoma)は正常の子宮内膜間質細胞に類似した細胞からなる肉腫である。稀な発生頻度のため、標準的治療法は未だ確立していない。今回、我々は低悪性度ESSと診断されたものの、急速に多臓器転移を来し、予後不良な転帰を辿った症例を経験したため報告する。【症例】61歳、4経産。不正出血を主訴に来院した。TVUSで内膜の一部に肥厚を認め、内臓鏡診ClassIIIであったためD&Cを施行した。組織はCD10陽性、ER陽性でありlow grade ESSと診断した。画像上遠隔転移を認めず、単純子宮全摘術+両側付属器摘出術を行った。腫瘍は子宮内に限局しIA期であったが、術後4ヶ月に撮影したPET-CTで皮下、脾臓に転移を疑う集積を認めた。皮下腫瘍摘出、脾臓摘出を行ったところいずれもESSの再発であった。その後、術後化学療法を施行中に、異常行動が見られ、CTで前頭葉に転移を疑う腫瘍性病変と周囲の出血像を認めた。脳外科で術変を切除したが、その後容態が悪化し永眠した。【考察】ESSは平滑筋腫と同様に術前診断は難しく、筋腫や腺筋症として摘出した標本ではじめて診断されることも多い。一般的には悪性度が低いものほどER、PgRの発現頻度が高いとされている。本症例では原発病変はER陽性であったが、転移巣ではER陰性であった。悪性度の評価方法とその治療法について考察する。

0-9-26

地方拠点病院としての腹腔鏡下手術への取り組み

熊本赤十字病院 産婦人科

○村上 望美、荒金 太、楠木 槇、吉松かなえ、井手上隆史、三好 潤也、福松 之敦

熊本県内に産婦人科病床を有する病床数400床以上の病院は3ヶ所である。当院は、産科、婦人科とその緊急疾患を含め地方の拠点病院としての役割を果たしている。中でも日本産科婦人科内視鏡学会技術認定医が常勤する唯一の拠点病院として、腹腔鏡下手術に取り組んでいる。当院では1999年から腹腔鏡下手術を開始し、2017年4月までに4465例の手術を行なった。当院でのこの17年間の症例を検討し、地方拠点病院としての役割を再考し報告する。症例数は年々増加しており、2016年は手術数948例のうち50.4%にあたる490件を腹腔鏡下手術で行なっている。直近の2017年4月には緊急手術症例を含め50例の腹腔鏡下手術を行い、前年を上回る症例数となっている。開始当初は、疾患として不妊症、異所性妊娠、卵巣腫瘍が多かった。2012年には子宮体癌根治術を開始、2016年には子宮頸癌に対する広汎子宮全摘出術も開始し、当院での腹腔鏡下手術における適応は年々拡大している。2016年には、子宮筋腫が191例と最多となっており、術式では腹腔鏡下子宮全摘出術が158例と最多であった。子宮体癌根治術が10例、広汎子宮全摘出術が1例と悪性腫瘍症例も徐々に増加している。適応が拡大され、経験症例が増えたことで、良性疾患も、難易度の高い腹腔鏡下手術を比較的短時間で施行することも可能となっている。我々は、地方拠点病院として、より安全で低侵襲の医療を患者さんに提供し続けることを課題と考える。現在熊本県内で婦人科腹腔鏡下手術を主に行っているのは当院のみであり、これからは症例数は増えていくことが予想され、婦人科内視鏡認定医の下、我々の技術向上にも必要と思われる。