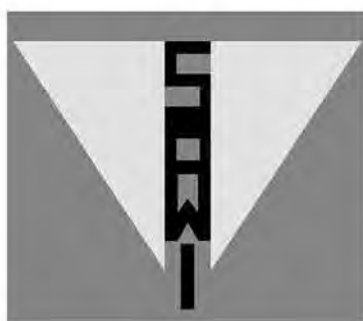




JSAWI2011

The 12th Annual Symposium Japanese Society
for the Advancement of Women's Imaging

A b s t r a c t s



会期：2011年 **9月2日(金)・3日(土)** 会場：淡路夢舞台国際会議場

担当：片瀨秀隆 (熊本大学大学院 生命科学研究部産科婦人科学教授)

主催：JSAWI 後援：SAWI

〔代表世話人〕

小西 郁生（京都大学産婦人科） 富樫 かおり（京都大学放射線科）

〔前代表世話人〕

杉村 和朗（神戸大学放射線科） 藤井 信吾（田附興風会医学研究所北野病院）

〔世話人〕

石河 修（大阪市立大学産婦人科）	稲葉 憲之（獨協医科大学産婦人科）
苛原 稔（徳島大学産婦人科）	大道 正英（大阪医科大学産婦人科）
落合 和徳（東京慈恵会医科大学産婦人科）	楫 靖（獨協医科大学放射線科）
片渕 秀隆（熊本大学産婦人科）	金山 尚裕（浜松医科大学産婦人科）
嘉村 敏治（久留米大学産婦人科）	木村 正（大阪大学産婦人科）
清川 貴子（千葉大学病態病理学）	小林 浩（奈良県立医科大学産婦人科）
櫻木 範明（北海道大学産婦人科）	上者 郁夫（岡山大学保健学科）
田中 忠夫（東京慈恵会医科大学産婦人科）	中島 康雄（聖マリアンナ医科大学放射線科）
鳴海 善文（大阪医科大学放射線科）	似鳥 俊明（杏林大学放射線科）
増崎 英明（長崎大学産婦人科）	丸尾 猛（兵庫県立こども病院）
三上 芳喜（京都大学病理診断部）	南 学（筑波大学放射線科）
村田 雄二（ベルラント総合病院産婦人科）	山下 康行（熊本大学放射線科）

〔監事〕

後閑 武彦（昭和大学放射線科） 宗近 宏次（総合南東北病院放射線科）

〔第12回 JSAWI当番事務局〕

熊本大学大学院生命科学研究部産科婦人科学分野内

ADD：〒860-8556 熊本市本庄1-1-1

TEL：096-373-5269 FAX：096-363-5164

E-mail：obgyn@kumamoto-u.ac.jp (<http://www.jsawi.org/>)

担当：当番幹事／本田 律生・矢鍋雅代



当番世話人制となって初めてのJSAWIを担当して

このたび、第12回JSAWI(ジェイサヴィ : The Japanese Society for the Advancement of Women's Imaging)を2011年9月2日(金)、3日(土)の両日、開催させて頂くことになり、大変光栄に存じております。

JSAWIは、1996年に米国で設立されたSAWI(Society for the Advancement of Women's Imaging)を母体とし、女性の健康に画像診断の面から寄与することを目的として、杉村和朗教授(現 神戸大学医学部附属病院院長)ならびに藤井信吾教授(現 田附興風会医学研究所北野病院院長)を代表世話人として2000年に誕生しました。第1回目は、同年6月16日、17日の両日、淡路夢舞台国際会議場で開催されました。企画されたワークショップのひとつ「子宮体癌の画像診断」では、熊本大学で産婦人科領域のフィルムカンファレンスを長年にわたって担当してきたパートナーで、当時から世話人をお務めであった山下康行教授と、Radiologic-pathologic correlation case discussionを担当したことが懐かしく思い出されます。その後年々この会は発展し、放射線科医、産婦人科医、そして病理医を中心に約300名が集うまでに成長し、2008年からは、富樫かおり教授ならびに小西郁生教授が代表世話人をお務めになっています。今回から、世話人が順次当番として担当することになり、その最初をご指命頂いたことに心よりお礼申し上げます。



今回、ワークショップでは、「放射線科・産婦人科における最近の話題」、「卵巢腫瘍の病理学」、「妊娠とがん」、「婦人科悪性腫瘍の新FIGO分類2009」の4つをテーマとさせて頂きました。特に、「妊娠とがん」では、兵庫県立がんセンターの西村隆一郎病院院長ならびに京都医療科学大学の野和子教授に基調講演をお願いし、具体例として口演で3症例を、ポスターセッションで10症例を個々にご検討頂きます。さらに、ミシガン大学病理学のKathleen R. Cho教授に11年ぶりに来日頂き、卵巢癌のマウスモデルを用いた発癌機構の解明と治療戦略について特別講演を頂きます。また、Case conferenceではモニターを通して3つの臨床科による総合討論を企画し、ポスターセッションではこれまでで最も多い96演題をご発表頂きます。

今年3月12日に全線開通した九州新幹線、博多～鹿児島丁度中央に位置する熊本市には、400年を経て2007年に復元した熊本城に豪華絢爛な「昭君の間」を擁し、今年はその城主であった加藤清正の生誕450年になります。森と水の都である熊本はこの時期はまだ残暑厳しいため、これまで通り淡路を会場とさせて頂きました。かつて花博が開催され、地中海を思わせる絶好のリゾート地で、ノーネクタイのカジュアルな服装で熱い討論をして頂いた後は、バーベキューとお酒をお楽しみ頂くよう、万端の準備を整え、皆様のご参加を心よりお待ちしております。

第12回 JSAWI担当世話人
熊本大学大学院生命科学研究部産科婦人科学 教授
片渕 秀隆

JSAWI2011



ご案内

スケジュール

プログラム

ご案内

1. 登録費

登録費には抄録集代および懇親会費を含みます。

一 般	研修医（卒後2年以内）
¥15,000	¥7,000

※学生は無料です

2. 総合受付

- 1) 受付時間：9月2日（金） 12：00～18：00
9月3日（土） 8：00～13：30
- 2) 受付会場：淡路夢舞台国際会議場 地下1階ロビー
- 3) 事前登録者：ネームカードをご提示ください。
- 4) 当日登録者：当日登録用紙（受付でご用意）に必要事項をご記入頂き、登録費をお支払ください。（現金のみの受付となります。金額は上記をご参照ください。ネームカードと抄録集をお渡しします）
- 5) 座長／ワークショップ講師：ネームカードをご提示ください。
- 6) 日本放射線科専門医制度学術集会参加証、日本産科婦人科学会専門医認定Aシール、日本産婦人科医会研修シールを差し上げます。当日ご芳名をご記入後、お受け取りください。後日配布は致しかねますので、ご注意くださいませ。

3. ワークショップ

1) 講師の方へ：

- ・発表は全てPCによるプレゼンテーションといたします。ご自身でPCをご持参下さい。
- ・会場には液晶プロジェクター（1面映写）を用意いたします。スライド・OHPは使用できません。
- ・発表にはリモートプレゼンテーションシステムを使用いたします。演台上に設置したリモートプレゼンテーションシステムのモニター、キーボード、マウスを用いて、ご自身のPCを遠隔操作していただきます（オペレーターが補助します）。
- ・映像出力端子はD-sub 15pinが備わったものをご用意ください。
この形状に変換するコネクタを必要とする場合は、必ずご自身でご持参ください。

2) 参加者へ：

- ・各ワークショップでは質疑の時間を十分に確保しております。
積極的にディスカッションにご参加ください。
- ・ご所属表記については一部修正、省略させて頂いておりますのでご了承ください。

4. 症例カンファレンス

症例を地下1階イベントホール出入口横にて供覧します。

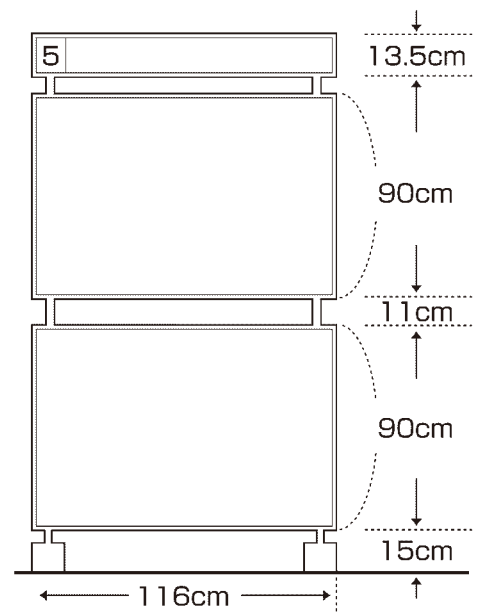
5. ポスターセッション（一般演題）

発表される方へ

- ・ポスター会場は地下1階ロビーと2階レセプションルームB・ホワイエです。9月2日（金）の正午から午後2時迄に掲示ください。撤去は全てのプログラム終了後にお願いします。
- ・今年のポスターセッションは9月3日の9時45分より行う予定です。演題数が多いので、時間の都合上、口頭でのプレゼンテーションは割愛し、質疑応答（3分）のみと致します。従いまして、閲覧のみで内容が分かるようなポスターの作成をお願い致します。またdiscussionに参加される先生方は事前にポスターを閲覧下さいますようお願い致します。

パネル掲示について

- ・パネルのサイズは例年と同様、右図の通りです。演題番号（番号札のみ）は、事務局でご用意致します。ポスター貼付には、備え付けの専用マジックテープをご使用ください。
- ・タイトル（縦13.5cm×横95cmまで）は発表者でご用意ください。
- ・発表資料は、1枚のものでは最大縦200cm×横116cmの大きさまで、小さく分割したものを多数貼る場合は、上下それぞれ縦90cm×横116cm以内、B4シートですと上下それぞれに、縦3枚・横3枚の計9枚ずつの合計18枚まで貼れます。



6. 懇親会

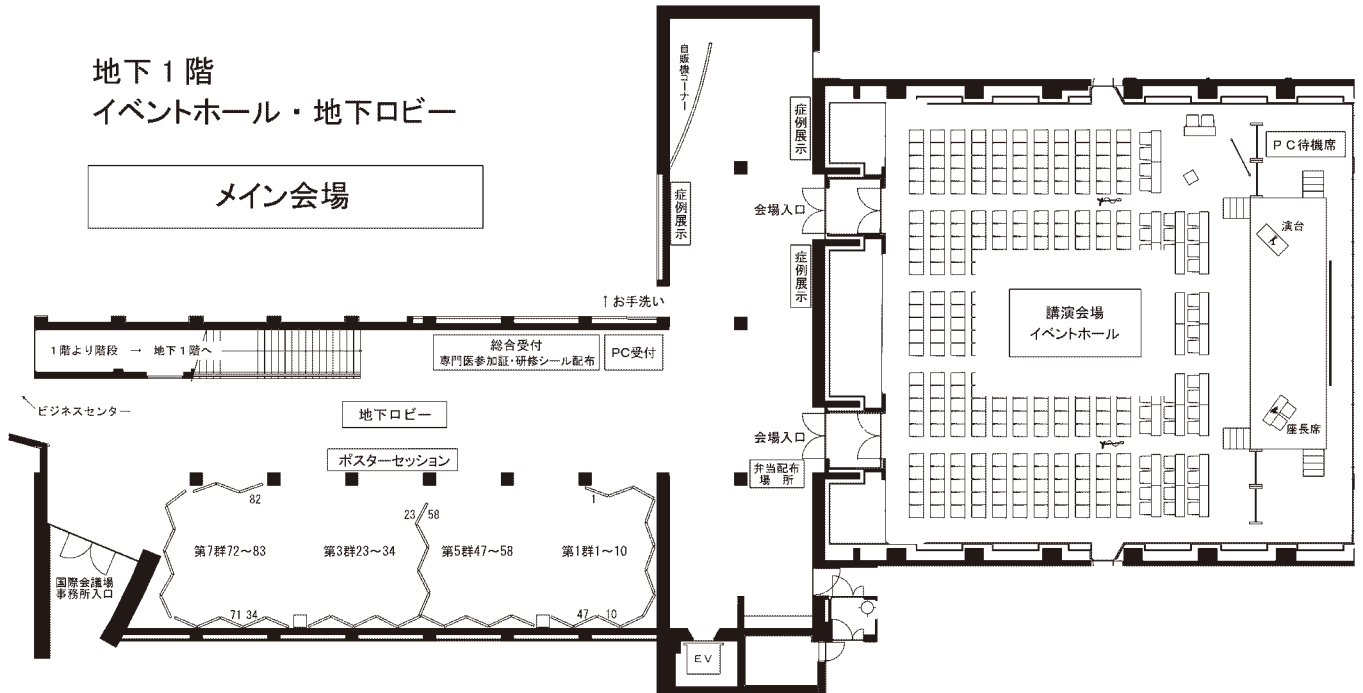
下期の要領にて懇親会を開催します。奮ってご参加頂きますようご案内致します。

- ◆日時：9月2日（金）18：45～
- ◆会場：ウエスティンホテル2階「ココロラーレ・テラス」

7. ワークショップの全ての行事は、ノーネクタイ、カジュアルな服装での参加を原則とします。

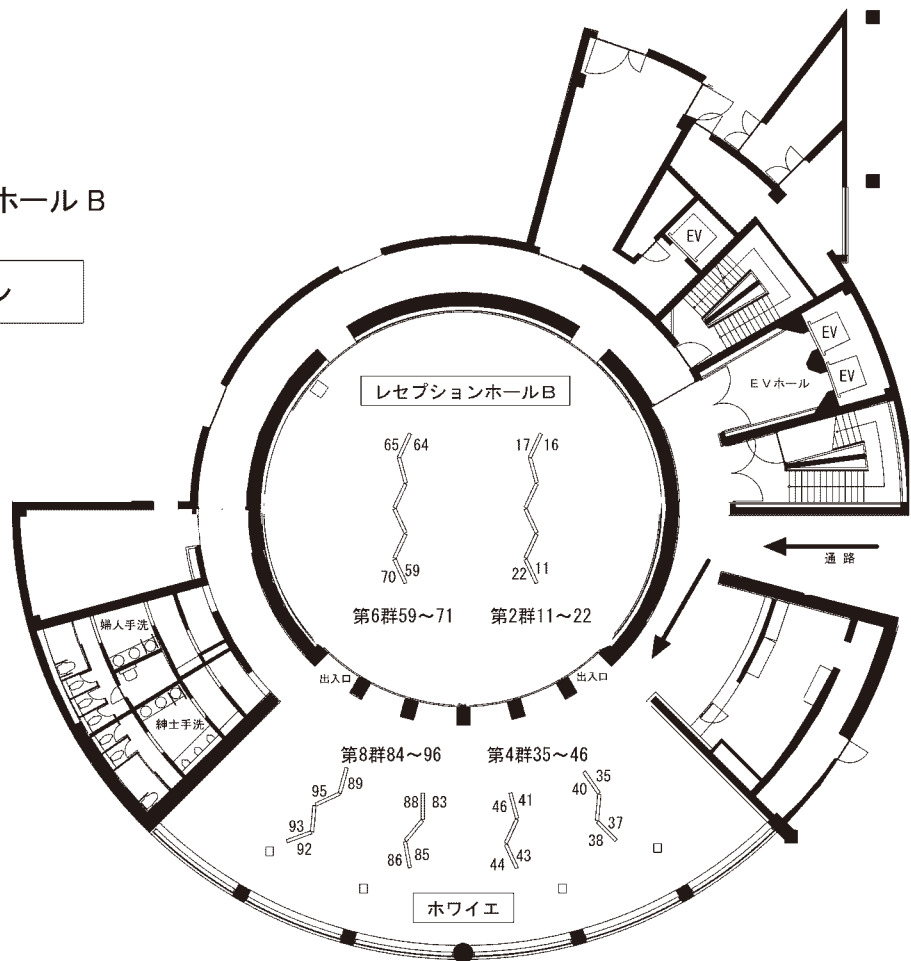
8. 会場のご案内

地下1階
イベントホール・地下ロビー



2階
ホワイエ・レセプションホールB

ポスターセッション



スケジュール

	9月2日(金)	9月3日(土)									
9:00		8:30-9:30 Case Conference (症例提示3例)									
		15分休憩									
10:00		9:45-11:00 Poster Session									
		<table border="0"> <tr> <td>〈地下1階〉</td> <td>……………</td> <td>〈2階〉</td> </tr> <tr> <td>前半:1群・3群</td> <td>……………</td> <td>前半:2群・4群</td> </tr> <tr> <td>後半:5群・7群</td> <td>……………</td> <td>後半:6群・8群</td> </tr> </table>	〈地下1階〉	……………	〈2階〉	前半:1群・3群	……………	前半:2群・4群	後半:5群・7群	……………	後半:6群・8群
〈地下1階〉	……………	〈2階〉									
前半:1群・3群	……………	前半:2群・4群									
後半:5群・7群	……………	後半:6群・8群									
11:00		15分休憩									
12:00		11:15-12:45 Workshop III (Lunch Time Seminar) 「妊娠とがん」 【基調講演】 1. 「子宮頸がん合併妊娠の現状」… 西村 隆一郎(兵庫県立がんセンター) 2. 「妊娠女性に選択する画像検査の適応と限界:安全な検査の実施のために」 …………… 大野 和子(京都医療科学大学) (症例提示3例) 共催:グラクソ・スミスクライン株式会社									
		15分休憩									
13:00	12:50-13:00 Opening 13:00-15:00 Workshop I 「放射線科・産婦人科における最新の話題」 1. 「産婦人科領域の機能画像診断」 …………… 竹内 麻由美(徳島大学 放射線科) 2. 「婦人科疾患の拡散強調画像vsPET」 …………… 浪本 智弘(熊本大学 放射線診断科) 3. 「放射線影響科学」 …………… 榎田 尚樹(国立保健医療科学院 生活環境研究部) 4. 「超音波診断の進歩」 …………… 馬場 一憲(埼玉医科大学総合医療センター 母体・胎児部門)	13:00-15:00 Workshop IV 「婦人科悪性腫瘍の新FIGO分類2009」 1. 「概 要」…………… 寒河江 悟(JR札幌病院 産婦人科) 2. 「産婦人科の立場から」 …………… 渡利 英道(北海道大学 産婦人科) 3. 「放射線科の立場から」 …………… 田中 優美子(筑波大学 応用放射線医学) 4. 「病理(医)の立場から」 …………… 安田 政実(埼玉医科大学国際医療センター 病理診断科)									
14:00											
15:00	15分休憩	15:00-15:10 Closing									
16:00	15:15-17:15 Workshop II 「卵巣腫瘍の病理学」 1. 「総 論」…………… 三上 芳喜(京都大学 病理診断部) 2. 「表層上皮性・間質性腫瘍」 …………… 三上 芳喜(京都大学 病理診断部) 3. 「性索・間質性腫瘍」… 笹島 ゆう子(帝京大学 病理学) 4. 「胚細胞腫瘍」…………… 柳井 広之(岡山大学病院 病理診断科) 5. 「転移性卵巣腫瘍および稀な卵巣腫瘍」 …………… 清川 貴子(千葉大学 病態病理学)										
17:00	15分休憩										
18:00	17:30-18:30 Special Lecture 「Mouse Models for Imaging Ovarian Cancer Progression and Therapeutic Response: Progress and Pitfalls」 …………… Kathleen Ruth Cho 教授(ミシガン大学 病理学) 共催:ヤンセンファーマ株式会社										
19:00	18:45- Reception										

プログラム 9月2日(金)

Opening

12:50-13:00

JSAWI代表世話人

小西 郁生 (京都大学 産婦人科) 富樫 かおり (京都大学 放射線科)

JSAWI当番世話人 片瀨 秀隆 (熊本大学 産婦人科)

Workshop I

13:00-15:00

「放射線科・産婦人科における最新の話題」

〈地下1階 イベントホール〉

座長 落合 和徳 (東京慈恵会医科大学 産婦人科)
富樫 かおり (京都大学 放射線科)

- | | | |
|------------------------|------------------------|-------|
| 1. 産婦人科領域の機能画像診断 | 徳島大学 放射線科 | 竹内麻由美 |
| 2. 婦人科疾患の拡散強調画像 VS PET | 熊本大学 放射線診断科 | 浪本 智弘 |
| 3. 放射線影響科学 | 国立保健医療科学院 生活環境研究部 | 樺田 尚樹 |
| 4. 超音波診断の進歩 | 埼玉医科大学総合医療センター 母体・胎児部門 | 馬場 一憲 |

** 休 憩 ** * * * * * 15:00-15:15

Workshop II

15:15-17:15

「卵巣腫瘍の病理学」

〈地下1階 イベントホール〉

座長 小西 郁生 (京都大学 産婦人科)
清川 貴子 (千葉大学 病態病理学)

- | | | |
|---------------------|-------------------|-------|
| 1. 総 論 | 京都大学医学部附属病院 病理診断部 | 三上 芳喜 |
| 2. 表層上皮性・間質性腫瘍 | 京都大学医学部附属病院 病理診断部 | 三上 芳喜 |
| 3. 性索・間質性腫瘍 | 帝京大学 医学部病理学 | 笹島ゆう子 |
| 4. 胚細胞腫瘍 | 岡山大学病院 病理診断科 | 柳井 広之 |
| 5. 転移性卵巣腫瘍および稀な卵巣腫瘍 | 千葉大学 病態病理学 | 清川 貴子 |

** 休 憩 ** * * * * * 17:15-17:30

Special Lecture 共催：ヤンセンファーマ株式会社

17:30-18:30

座長 片瀨 秀隆 (熊本大学 産婦人科)

〈地下1階 イベントホール〉

「Mouse Models for Imaging Ovarian Cancer Progression and Therapeutic Response : Progress and Pitfalls」

ミシガン大学病理学 Kathleen Ruth Cho 教授

Reception

18:45-

〈ウェスティンホテル 2階
コッコーレ テラス〉

プログラム 9月3日(土)

Case Conference 〈症例提示〉

座長：田代 浩徳（熊本大学 産婦人科）
林田 佳子（産業医科大学 放射線科）

8:30-9:30
〈地下1階 イベントホール〉

*** 休憩 *** 9:30-9:45

Poster Session

〈第1群〉妊娠とがん

座長：小林 浩（奈良県立医科大学 産婦人科）

9:45-10:15
〈地下1階 ロビー〉

- | | | |
|---|-----------------|-------|
| 1. Decidulized Ovarian endometriosis in pregnancy | 久留米大学 産科婦人科 | 蔵本 昭孝 |
| 2. 脱落膜変化をきたした内膜症性嚢胞合併妊娠の一例 | 細木病院 放射線科 | 耕崎 志乃 |
| 3. 妊娠中に内膜症性嚢胞の脱落膜化が疑われた一例 | 獨協医科大学 産科婦人科 | 大島 教子 |
| 4. 術後腹壁創部再発をきたした卵巣明細胞腺癌合併妊娠の1例 | 京都大学 産婦人科 | 江川 絢子 |
| 5. 妊娠に合併した卵巣粘液嚢胞性腫瘍 | 筑波大学 放射線診断・IVR科 | 檜山 貴志 |
| 6. 妊娠中に再発し、経過観察にMRI拡散強調像が有効であった成人型顆粒膜細胞腫の一例 | 奈良県立医科大学 産婦人科 | 永井 景 |
| 7. 子宮頸部腺癌合併妊娠の一例 | 北海道大学 産婦人科 | 小田切哲二 |
| 8. 双胎妊娠に合併した直腸癌の1例 | 京都大学 放射線診断科 | 木戸 晶 |
| 9. 妊娠中にDICを契機として診断された胃癌の一例 | 京都大学 産婦人科 | 多賀 敦子 |
| 10. 妊娠中の頸管ポリープの診断に難渋した症例 | ベルランド総合病院 産婦人科 | 山崎 公美 |

〈第2群〉子宮頸部・乳腺

座長：楢 靖（獨協医科大学 放射線科）

9:45-10:21
〈2階 レセプションホールB〉

- | | | |
|---|---------------------------|-------|
| 11. 子宮頸部腺癌の放射線治療とADCとの検討 | 放射線医学総合研究所 重粒子医科学センター病院 | 尾松 徳彦 |
| 12. CPT-11/Nedaplatinの2剤併用による術前全身化学療法が著効した子宮頸部扁平上皮癌 I b 2~II b 期の3例 | 大田原赤十字病院 産婦人科 | 北岡 芳久 |
| 13. 最少偏倚腺癌と分葉状頸管過形成の2例 | 久留米大学 放射線科 | 角 明子 |
| 14. 両側乳房腫瘍を契機に診断された子宮頸部小細胞癌の1例 | 富山県立中央病院 放射線科 | 阿保 齊 |
| 15. 子宮頸部小細胞癌の1例 | 聖マリアンナ医科大学 放射線科 | 上島 巖 |
| 16. 子宮頸部・膣の小細胞癌の画像所見 | 国立病院機構九州医療センター放射線科・乳腺センター | 松林 路花 |
| 17. 産後仮性動脈瘤に対してTAEを施行した1例 | 北海道社会保険病院 放射線科 | 杉浦 充 |
| 18. 膣前方に発生したangiomyofibrolastoma(AMFB)の一例 | 市立札幌病院 放射線診断科 | 原田太以佑 |

プログラム 9月3日(土)

19. 腔悪性腫瘍との鑑別が困難であった腔壁非結核性抗酸菌症の1例
信州大学 産科婦人科 近藤 沙織
20. 婦人科癌精査中のPET-CTにて偶然発見された他病変についての検討
岡山大学 産科婦人科 村上 優子
21. 骨盤臓器脱術前の造影CTにおける血管・尿管の描出・評価について
広島大学 放射線診断科 本田有紀子
22. 乳管腺腫 (ductal adenoma)の画像所見 国立病院機構九州医療センター 放射線科・乳腺センター 松林 路花

《第3群》子宮体部

座長：上者 郁夫 (岡山大学 保健学科)

9:45-10:21

《地下1階 ロビー》

23. Diffusion Tensor Imaging(DTI)を用いた摘出子宮の
子宮体癌筋層浸潤評価の試み 東京医科歯科大学 生殖機能協関学 鳥羽三佳代
24. 子宮体癌の臨床・病理とMR I -閉経前後の比較- 岡山大学 保健学科 上者 郁夫
25. 新FIGO進行期分類を用いた子宮体癌に対する術前診断、
術中迅速病理診断の有用性の検討 大阪大学 産婦人科 宇垣 弘美
26. 子宮体癌における原発巣SUVmaxは有効な予後不良因子となる
岡山大学 産科婦人科 西田 傑
27. 子宮腺筋症を背景とする癌肉腫の1例 京都桂病院 放射線科 山本菜穂子
28. 子宮腺筋症から発生した類内膜腺癌の一例 鳥取大学 放射線科 福永 健
29. 子宮体部腺筋症から発生した明細胞腺癌の一例 東芝病院 画像診断部 鈴木美奈子
30. 腺筋症を背景として発生した子宮筋層内明細胞癌の一例
国立病院機構九州医療センター 放射線科 原田 詩乃
31. Adenomyomaと子宮体癌が併存した1例 獨協医科大学 放射線医学 吉田 理佳
32. 腔内への発育を呈した子宮体部非上皮性悪性腫瘍の2例 滋賀医科大 産婦人科 三ッ浪真紀子
33. 単頸双角子宮に生じた体癌の1例 島根大学 放射線科 丸山 光也
34. 筋腫分娩との鑑別が困難であった子宮内膜癌の一例
田附興風会医学研究所北野病院 産婦人科 野瀬 真理

《第4群》子宮体部

座長：南 学 (筑波大学 放射線科)

9:45-10:21

《2階 ホワイエ》

35. 子宮筋肉腫と子宮筋腫の鑑別診断におけるFDG-PETの有用性について
熊本大学 画像診断科 阪口 史
36. 平滑筋腫から発生した平滑筋肉腫と考えられる1例 大阪赤十字病院 放射線診断科 大谷 紗代
37. MRIにおける子宮内膜ポリープ画像所見 姫路赤十字病院 放射線科 稲井 良太

プログラム 9月3日(土)

- | | | |
|--|---------------------|-------|
| 38. 浸潤子宮内膜癌との鑑別に苦慮したatypical polypoid adenomyoma (APAM)の一例 | 田附興風会医学研究所北野病院 産婦人科 | 辻 なつき |
| 39. 術前診断が困難であった巨大変性筋腫の1例 | 松下記念病院 産婦人科 | 松本真理子 |
| 40. 高度変性を伴った巨大子宮筋腫の一例 | 東京医科大学 産科婦人科 | 三森 麻子 |
| 41. 術前に診断し得た、巨大筋腫を伴う非妊娠子宮捻転の一例 | 京都第二赤十字病院 放射線科 | 高畑 暁子 |
| 42. MRI所見が帝王切開術のオリエンテーション決定に有用であった子宮筋腫を伴ったUterine Sacculatationの1例 | 新潟大学 放射線科 | 佐藤 卓 |
| 43. Intravenous leiomyomatosisの一例 | 鳥取市立病院 放射線科 | 井上 千恵 |
| 44. 典型的なcotyledonoid dissecting leiomyomaの1例 | 聖マリアンナ医科大学 産婦人科 | 中川 侑子 |
| 45. 子宮転移の3例 | 静岡県立静岡がんセンター 画像診断科 | 澤田 明宏 |
| 46. MRI上、子宮体癌との鑑別が問題となった子宮放線菌症の一例 | 北海道大学 放射線診断科 | 加藤 扶美 |

〈第5群〉 卵巢

座長：大道 正英（大阪医科大学 産婦人科）

10:15-10:51

〈地下1階 ロビー〉

- | | | |
|--|-----------------------|-------|
| 47. 上皮性卵巢腫瘍におけるPET/CT、CA125、CRPの有用性の検討 | 岡山大学 産科婦人科 | 中村圭一郎 |
| 48. FDG-PET/CTによる卵巢腫瘍の良悪の鑑別診断 | 神戸大学 放射線医学 | 北島 一宏 |
| 49. CA19-9 産生卵巢境界悪性類内膜腫瘍の1例 | 国立がん研究センター中央病院 放射線診断科 | 芝 奈津子 |
| 50. MRIT2強調画像にて広範な低信号を呈した卵巢粘液性境界悪性腫瘍の1例 | 埼玉医科大学国際医療センター 画像診断科 | 小澤 栄人 |
| 51. 捻転を契機に診断されたserous borderline tumorの2例 | 新潟大学医歯学総合病院 放射線科 | 山崎 元彦 |
| 52. AFP産生腫瘍と神経内分泌癌を合併した卵巢漿液性乳頭状腺癌の1例 | 滋賀県立成人病センター 放射線診断科 | 有本 麻耶 |
| 53. 巨大肝嚢胞を合併した卵巢癌肉腫の1例 | 津山中央病院 産婦人科 | 赤堀洋一郎 |
| 54. 性索間質性腫瘍を模倣する類内膜腺癌の1例 | 昭和大学横浜市北部病院 放射線科 | 谷坂 愛 |
| 55. 卵巢照射野外固定に生じた転移性卵巢癌 | 近畿大学 放射線医学 放射線診断学 | 香川 祐毅 |
| 56. 巨大卵巢腫瘍により発見された悪性リンパ腫の一例 | 岡山大学 産科婦人科 | 酒本 あい |
| 57. Serous surface papillary adenocarcinomaの一例 | 産業医科大学 放射線科 | 林田 佳子 |

プログラム 9月3日(土)

58. 間欠的な腹痛とCT所見から診断し得たmassive ovarian edema with torsionの症例
 聖マリアンナ医科大学 放射線医学 坂部 亜希

《第6群》 卵巣

座長：似鳥 俊明 (杏林大学 放射線科)

10:21-11:00

〈2階 レセプションホールB〉

59. Adenofibromatous componentを伴う卵巣明細胞腺癌におけるMRI所見の検討
 神戸大学 産科婦人科 蝦名 康彦
60. チョコレート嚢胞破裂を疑う画像所見
 長崎大学 産婦人科 吉田 至幸
61. 子宮内膜症性嚢胞から内頸部型粘液性境界悪性腫瘍を経て粘液性腺癌に移行したと考えられる卵巣癌に子宮体癌が重複した1例
 市立奈良病院 産婦人科 原田 直哉
62. 子宮内膜症性嚢胞から生じた卵巣移行上皮癌の一例
 奈良医大 放射線科 高濱 潤子
63. 卵巣移行上皮癌の一例
 昭和大学 放射線医学 扇谷 芳光
64. 腹腔鏡下手術後に未熟奇形腫と判明した卵巣嚢腫の1例
 那覇市立病院 産婦人科 平川 誠
65. Gliomatosis peritoneiを伴った卵巣未熟奇形腫の1例
 田附興風会医学研究所北野病院 放射線科 道上 佳洋
66. 術前診断に苦慮した内反成熟嚢胞性奇形腫の一例
 東京医科大学茨城医療センター 産科婦人科 長嶋 武雄
67. 術前診断が困難であった卵巣成熟嚢胞性奇形腫に粘液性嚢胞腺腫捻転を合併した1例
 四国がんセンター 放射線科 中島 直美
68. 巨大な多房性嚢胞病変を呈したSex cord tumor with annular tubulesの一例
 千葉大学 産婦人科 佐藤明日香
69. Struma ovariiの一例
 北海道大学 放射線診断科 三村 理恵
70. Thyroglobulin高値がきっかけとなり単純CTで術前に診断した卵巣甲状腺腫
 NTT九州病院 産婦人科 吉村 寿博
71. 卵巣腫瘍との鑑別が困難であった後腹膜腫瘤の3症例
 聖マリアンナ医科大学 産婦人科 藪田 直樹

《第7群》 胎盤・他

座長：後閑 武彦 (昭和大学 放射線科)

10:21-10:57

〈地下1階 ロビー〉

72. 胎盤梗塞では胎盤血管が狭小化するか？
 石心会川崎幸病院 放射線科 信澤 宏
73. 胎盤血管腫の一例
 神戸大学 放射線医学 上野 嘉子
74. 診断に苦慮した胎盤ポリープの一例
 岡山大学 産科婦人科 斎藤 雅子
75. Placental site trophoblastic tumor の1例：画像所見の検討
 東京慈恵会医科大学 放射線科 鱸居百合子
76. MRIにて経過を追うことができた、massive subchorionic thrombohematoma(Breus'mole)の一例
 田附興風会医学研究所北野病院 放射線科 樋本 祐紀
77. 部分胞状奇胎の肺転移が疑われた1例
 ベルランド総合病院 産婦人科 山本 香澄

プログラム 9月3日(土)

78. 癒着胎盤の評価ー単純MRIでの描出能の検討ー 広島大学 放射線診断学 中村 優子
79. 子宮平滑筋肉腫との鑑別が困難であった帝王切開癒着部留血腫の1例 京都大学 産婦人科 川村 洋介
80. 帝王切開創に生じたと考えられた嚢胞性子宮腺筋症の一例 佐賀大学 放射線科 笹栗 弘平
81. 既往帝王切開子宮創部に発生する産科的トラブルと画像所見 神戸大学 産科婦人科 牧原 夏子
82. 胎児より頸部嚢胞腫瘍を形成した稀な先天性梨状窩瘻の画像の一例 東京医科大学 産科婦人科 高江洲陽太郎
83. 胎児期に見つかった後腹膜腫瘍の一例 兵庫医科大学 産科婦人科 池田ゆうき

《第8群》卵管・他

座長：梅岡 成章（京都大学 放射線科）

10:21-11:00

《2階 ホワイエ》

84. 異所性妊娠（卵管妊娠）におけるMRIの診断的価値に関する後方視的検討 大津市民病院 産婦人科 岡田由貴子
85. Female Adnexal Tumor of Probable Wolffian Originの1例：
画像所見の検討 東京慈恵会医科大学 放射線医学 狩野 麻実
86. MRIで経時変化を確認した卵管卵巣膿瘍の2例 新潟大学 放射線科 麻谷 美奈
87. 妊娠を契機に発見されたCurrarino症候群の一例 信州大学 画像医学 丸山 舞
88. 鎖骨上窩リンパ節転移を契機として発見された卵管癌の一例 鳥取大学 病態解析医学講座 医用放射線 金田 祥
89. 傍卵巣漿液性嚢胞性境界悪性腫瘍の2例 大阪医科大学 放射線科 重里 寛
90. 当施設で経験した漿液性境界悪性傍卵管腫瘍の4例 熊本大学 産婦人科 山口 宗影
91. 微小卵管漿液性腺癌から発生したと考えられた上腹部巨大癌肉腫の一例 富山県立中央病院 産婦人科 南 理恵
92. 妊娠中に右大腿骨の骨折をきたした一例 長崎大学 産婦人科 村上 直子
93. 妊婦に投与した経静脈性ヨード造影剤が出生児の腸管内に確認できた一例 岐阜大学 放射線科 大野 裕美
94. 卵巣腫瘍と鑑別を要した盲腸癌の1例 杏林大学 産科婦人科 齋藤 将也
95. ERCPにて主膵管との交通を認めたmucinous cyst neoplasm(MCN)の2例 高知大学 消化器内科 耕崎 拓大
96. 卵巣腫瘍と診断された腸管膜リンパ管腫の1例 和泉市立病院 婦人科 隅蔵 智子

** 休 憩 **

11:00-11:15

プログラム 9月3日(土)

WorkshopⅢ (Lunch Time Seminar)

〈症例提示3例〉 共催：グラクソ・スミスクライン株式会社

「妊娠とがん」

座長 杉村 和朗 (神戸大学 放射線科)
増崎 英明 (長崎大学 産婦人科)

11:15-12:45
〈地下1階 イベントホール〉

【基調講演】

1. 子宮頸がん合併妊娠の現状 兵庫県立がんセンター 西村隆一郎
2. 妊娠女性に選択する画像検査の適応と限界：安全な検査の実施のために 京都医療科学大学 大野 和子

【症例提示】

1. 乳腺転移を来した子宮頸部粘液性腺癌合併妊娠の一例 東京慈恵会医科大学 産婦人科 關 壽之
2. 妊娠中に認めた卵巣明細胞腺癌の1例 大阪医科大学 産婦人科 田中 良道
3. 妊娠中に診断され開頭手術を行った髄膜腫の1例 京都大学 産婦人科 近藤 英治
－ 妊娠中の脳腫瘍の取り扱い －

*** 休憩 *** 12:45-13:00

WorkshopⅣ

「婦人科悪性腫瘍の新FIGO分類2009」

座長 嘉村 敏治 (久留米大学 産婦人科)
山下 康行 (熊本大学 放射線診断科)

13:00-15:00
〈地下1階 イベントホール〉

1. 概要 JR札幌病院 産婦人科 寒河江 悟
2. 産婦人科の立場から 北海道大学 産婦人科 渡利 英道
3. 放射線科の立場から 筑波大学大学院人間総合科学研究科 疾患制御医学専攻 応用放射線医学分野 田中優美子
4. 病理(医)の立場から 埼玉医科大学国際医療センター 病理診断科 安田 政実

Closing

15:00-15:10
〈地下1階 イベントホール〉

片瀨 秀隆 (第12回 JSAWI 当番世話人)
楳 靖 (第13回 JSAWI 当番世話人)

スペシャルレクチャー

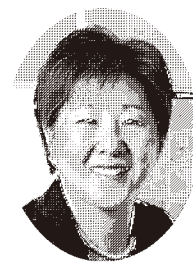


Special Lecture

Mouse Models for Imaging Ovarian Cancer Progression and Therapeutic Response: Progress and Pitfalls

Departments of Pathology and Internal Medicine and the Comprehensive Cancer Center,
University of Michigan Medical School, Ann Arbor, Michigan, U.S.A.

Kathleen R. Cho, M.D.,Ph.D.



The traditional classification of ovarian carcinomas (OvCas), still widely used by diagnostic pathologists, relies entirely on the morphology of the neoplastic cells under the light microscope. In this scheme, most OvCas are classified into one of four major groups (serous, clear cell, endometrioid, or mucinous) based on how closely the tumor cells resemble non-neoplastic cells in other regions of the genital tract. However, accumulated clinicopathologic and molecular data have recently led to a new proposed model of OvCa pathogenesis in which tumors are broadly divided into two categories. The Type I OvCas are considered low grade, genetically stable, and relatively indolent tumors that frequently harbor somatic mutations that dysregulate specific cell signaling pathways. The Type I lesions include most endometrioid, clear cell, and mucinous OvCas as well as low grade serous carcinomas. In contrast, Type II OvCas are presumed to be high grade, biologically aggressive tumors from their outset, with a propensity for metastasis from small-volume and often clinically undetectable lesions. Most Type II OvCas are high grade serous carcinomas, virtually all of which harbor mutant TP53 alleles. We have developed genetically engineered mouse (GEM) models of prototypical Type I and Type II-like OvCas which can be used to study the biology of tumor progression and metastasis. On-board imaging reporters have been incorporated into the model systems, allowing disease progression and therapeutic response to be monitored longitudinally in living animals. GEM model systems such as these are expected to enhance our understanding of Type I and Type II OvCa pathogenesis, and help accelerate the transition of the most promising new therapies for OvCa from the laboratory into clinical trials.

略 歴

- ・ 1980年 エール大学卒業
- ・ 1984年 ヴァンダービルト大学医学部卒業
- ・ 1991年 ジョンスホプキンス大学病理学 講師
- ・ 2002年 ミシガン大学病理学 教授

ワークショップ



Workshop I

「放射線科・産婦人科における最新の話題」



1. 「産婦人科領域の機能画像診断」
…… 竹内 麻由美（徳島大学 放射線科）
2. 「婦人科疾患の拡散強調画像VS PET」
…… 浪本 智弘（熊本大学 放射線診断科）
3. 「放射線影響科学」
…… 櫻田 尚樹（国立保健医療科学院 生活環境研究部）
4. 「超音波診断の進歩」
…… 馬場 一憲（埼玉医科大学総合医療センター 母体・胎児部門）

産婦人科領域の機能画像診断

徳島大学 放射線科
竹内 麻由美

従来の画像診断は形態画像診断が中心であったが、近年のMRIの進歩は産婦人科領域でも子宮や卵巣の機能画像診断を可能とし、臨床に有用な様々な情報が得られるようになってきた。拡散強調像(Diffusion-weighted imaging: DWI)は組織における水分子の拡散運動を画像化したものであり、細胞密度の上昇した腫瘍組織では拡散能が制限され高信号に描出される。主病変のみならず播種や転移巣もDWIにて鋭敏に検出され、ADC値の計測による定量的評価は病変の良悪性の鑑別や治療効果の判定に有用である。高速撮像法の発達は子宮の生理的収縮や蠕動、骨盤底部の脆弱性の状態についてcine MRIによるダイナミックな評価を可能とした。磁化率強調像(Susceptibility-weighted imaging: SWI)は組織間の磁化率の差を強調した画像であり、微小な出血巣を鋭敏に描出でき、内膜症性病変の診断の一助となる。造影ダイナミックMRIは病変の血流情報を反映し、高精細3Dシーケンスを用いた微小な早期癌の検出や、組織灌流の定量的評価による治療効果の判定にも応用が期待される。MRスペクトロスコピー (MR Spectroscopy: MRS)は組織の生化学情報を検出する方法で、様々な代謝物を定性的・定量的に評価することにより、良悪性の鑑別や特異的な組織診断、治療効果の判定などで有用性が期待される。産婦人科領域での報告はまだ少ないが、細胞膜代謝を反映し細胞増殖能の指標となる cholineの定量的評価は子宮体部病変の良悪性鑑別における有用性が報告されており、子宮頸癌の治療効果判定や早期治療効果予測への応用も検討されている。また、筋に由来するcreatineの検出は漿膜下筋腫と卵巣腫瘍の鑑別に寄与し、lipidの検出は莖膜細胞腫のような組織学的に脂質を含む卵巣腫瘍の診断に、粘液中のムチンに起因するN-acetyl mucinous compoundsの検出は卵巣や子宮の粘液性腫瘍の特異的診断に有用と考えられる。

■略歴

現職：徳島大学病院 放射線部 講師
1999年 徳島大学医学部卒業
2003年 同 大学院医学研究科修了
2006年 徳島大学病院 放射線科 助手
2007年 同 助教
2009年～ 現職

婦人科疾患の拡散強調画像 VS PET

熊本大学 放射線診断科
浪本 智弘

近年、体幹部領域において拡散強調画像(DWI)やPETといった機能画像の有用性が各臓器において報告されている。婦人科領域でも機能画像の報告が散見されるが他の腹部臓器に比べ報告は少ない。今回、機能画像としてMRIでは拡散強調画像、核医学ではPET-CTについて各々の有用性と問題点について概説する。

拡散強調画像

DWIの婦人科疾患への臨床応用について、1)正常子宮および卵巣のDWIおよびADC値 2)子宮・卵巣病変に対するDWIおよびADC値による質的診断 3)リンパ節転移、腹膜播種に対する質的診断 4)化学療法や放射線治療によるADC値の変化などについて有用性と限界について説明する。

PET-CT

PET-CTの婦人科疾患への臨床応用について、1)子宮癌に対する質的診断 2)卵巣癌に対する質的診断 3)リンパ節転移、腹膜播種に対する質的診断 4)化学療法や放射線治療の治療効果などについて有用性と限界について説明する。

拡散強調画像やPET/CTが臨床的に使用されるようになってからまだ日が浅く、未だ臨床的意義が十分確立されているとは言いがたいのが現状である。通常の形態学的画像診断であるCT・MRIにこれらの機能画像を追加することにより付加的情報となることが期待できるが、今後症例を重ね更なる検討が必要である。

■略歴

現職：熊本大学 放射線診断学 助教
1992年 香川医科大学医学部卒業 熊本大学放射線科
1999年 熊本大学大学院 医学研究科修了
2000年 国立熊本病院 放射線科
2003年 水俣市立総合医療センター 放射線科
2007年～ 現職

放射線影響科学

国立保健医療科学院 生活環境研究部

櫻田 尚樹

東京電力福島第一原子力発電所事故に伴う放射能汚染・被ばくの問題が発生した。ここでは、低線量被ばくによる健康影響、飲食品の汚染実態、放射線のリスクコミュニケーション等について議論を進めたいと思う。

地震が発生した当初、原子力発電所においては制御棒が自動的に挿入され核分裂は停止したが、約50分後の津波により全停電となり緊急炉心冷却装置が働くなりその後の一連の事象が発生した。チェルノブイリ事故と比較し、損傷はあるものの压力容器、格納容器を保有している福島原発の事故においては汚染状況は限局的といわれている。3月12～16日における水素爆発・火災等で大量の放射性物質が環境中に放出されたが、その後冷却作業実施後は大気中濃度、空間線量率が低減してきている。しかしながら、その後の食品・飲料水汚染や授乳中の母乳から放射性物質の検出、労働者の高度な内部被ばくの問題などが次々とクローズアップされている。今回のような緊急時の被ばく管理における正当化と最適化の考え方についてICRPから3月21日に改めて声明も出されている。

一方低線量・低線量率被ばく時の放射線の生体影響においては、さまざまな防護機能が働いている。p53野生型およびノックアウト(KO)マウスに0～3Gyの放射線を急照射した場合と、緩照射した場合を比較すると、いずれのマウスも急照射時にはDose-responseを持った突然変異の増加を示す。しかし緩照射時には、野生型マウスにおいては突然変異の増加が全く認められない。一方KOマウスでは線量率効果として若干の突然変異頻度の低下は認められるが、ゼロとはならない。同時に観察した脾臓と胸腺におけるアポトーシス頻度を比較すると、p53野生型マウスでは放射線誘発アポトーシスが観察されたが、KOマウスではアポトーシスが認められない。すなわち、放射線によって誘発された遺伝子損傷は、p53-KOマウスにおいてもDNA修復機構により緩照射した際には誘発突然変異頻度は半分程度まで減少するが、p53が正常な場合には、DNA修復機構に加えて、p53依存的なアポトーシスによる組織修復により放射線誘発突然変異頻度をゼロに抑える、ということが観察された。このように、私たちの身の回りには放射線に限らず非常に多岐な有害因子があるが、生体内では非常に高度な防護機構が働いていることが見出されている。

■略歴

現職：国立保健医療科学院 生活環境研究部 部長
1985年 産業医科大学医学部卒業
1991年 産業医科大学医学部放射線衛生学 講師
1997年 産業医科大学医学部衛生学 助教授
2007年 国立保健医療科学院生活環境部 部長
2009年～ 現職

超音波診断の進歩

埼玉医科大学総合医療センター・総合周産期母子医療センター 母体・胎児部門

馬場 一憲

超音波断層法が一般臨床に導入されるようになって、わずか30年程度であるが、この間、診断装置は驚異的な進歩・普及を遂げ、今や、超音波無しの産婦人科診療はありえないという状況に至っている。限られた時間で、超音波診断をめぐる話題のすべてを語りつくすことはできないが、いくつか興味ある話題を紹介する。

1. 胎児形態異常のスクリーニング

胎児形態異常の中には、出生前診断の有無が予後を大きく左右する疾患も少なくない。形態異常の可能性はすべての胎児にあるため、全胎児を対象とした超音波スクリーニングが提唱し始めている。

2. NT

染色体異常(主として21トリソミー)のリスク評価のために、妊娠初期にNT(nuchal translucency)計測を中心とした超音波スクリーニングを行っている国が少なくない。しかし、我国では、この件に関しては議論がある。

3. 超音波ドブラ法の応用: 中大脳動脈収縮期最高血流速度

胎児貧血の有無を評価する方法として、中大脳動脈収縮期最高血流速度(MCA-PSV)計測が有用であることが指摘され、臍帯穿刺などの侵襲的検査法を必要最小限に抑えるのに用いられ始めている。

4. 胎児治療

超音波診断装置は診断だけでなく、子宮内で胎児の治療を行う胎児治療にも応用されている。

5. 3次元超音波

3次元超音波には超音波断層法では得られない画像を得ることができるメリットがあるが、対象物の動きに弱いという欠点があった。しかし、周期的な心拍動の性質を利用して心臓を走査する方法や、微細な振動子を2次元に配列したマトリックスアレイプローブの出現により、これらの欠点が克服されつつある。

6. 硬さの評価

超音波プローブで対象物に圧迫を加えて、各部位の変位から各部の硬さを表示する方法が実用化され、臨床応用が試みられ始めている。

7. 持ち運び可能な超音波診断装置

片手で持ち運べるラップトップコンピュータ型やポケットサイズの超音波診断装置が出現したことにより、装置をベッドサイドに持って行って検査を行うことが容易にできるようになった。

8. 超音波の安全性

様々な研究結果から、臨床で用いられている超音波診断装置から発せられる低出力の超音波は、胎児に対して悪影響を及ぼさないと考えられてきた。しかし、近年、一般臨床で用いられている超音波診断装置でも胎仔に影響がでるといふ実験結果が報告されている。

■略歴

現職：埼玉医科大学総合医療センター、総合周産期母子医療センター 母体・胎児部門 教授
1979年 大阪大学医学部卒業 東京大学医学部附属病院研修医
1989年 東京大学医学部附属医用電子研究施設 講師
1993年 同 助教授
2002年 埼玉医科大学総合医療センター、総合周産期母子医療センター 助教授
2003年～ 現職

Workshop II

「卵巢腫瘍の病理学」



1. 「総論」 …………… 三上 芳喜 (京都大学 病理診断部)
2. 「表層上皮性・間質性腫瘍」
…………… 三上 芳喜 (京都大学 病理診断部)
3. 「性索・間質性腫瘍」
…………… 笹島 ゆう子 (帝京大学 病理学)
4. 「胚細胞腫瘍」 …………… 柳井 広之 (岡山大学病院 病理診断科)
5. 「転移性卵巢腫瘍および稀な卵巢腫瘍」
…………… 清川 貴子 (千葉大学 病態病理学)

総論および表層上皮性腫瘍

京都大学医学部附属病院 病理診断部

三上 芳喜

卵巢腫瘍の組織診断の基本は組織構築と構成細胞の形態を把握することであるが、肉眼所見も極めて重要な情報を与える。すなわち、嚢胞性か充実性か、両者が混在しているのか、嚢胞性であるとするれば、多房性か単房性か、嚢胞内容液の性状、内膜症の共存の有無、出血壊死の有無、組織破壊の有無、などの所見によってある程度まで正確に組織診断を推定することが可能である。本講演では、卵巢腫瘍の分類と組織発生を概説するとともに、画像診断に反映される典型的肉眼所見、組織像を供覧する。

1. 総論

組織学的には、卵巢腫瘍は(1)表層上皮性・間質性腫瘍、(2)性索・間質性腫瘍、(3)胚細胞腫瘍、(4)稀な腫瘍、転移性腫瘍、に大別され、さらに生物学的態度、患者の転帰、組織形態などに基づいて良性、境界悪性、悪性の3つのカテゴリーに分類される。卵巢腫瘍全体の中で表層上皮性・間質性腫瘍が50～70%、胚細胞腫瘍が15～20%、性索・間質性腫瘍が5～10%程度を占める。良性、境界悪性腫瘍の約50%は成熟嚢胞性奇形腫で、漿液性嚢胞腺腫が約25%、粘液性嚢胞腺腫が約10%を占める。悪性腫瘍の各組織型の頻度は国内外で異なることが知られている。欧米では漿液性腫瘍の頻度が高く、50～60%程度を占めるのに対して、明細胞腺癌は4～6%程度に過ぎない。一方、日本では漿液性腺癌が50%、明細胞腺癌が20～25%を占める。

2. 表層上皮・間質性腫瘍

表層上皮・間質性腫瘍はミューラー管由来の様々な上皮の形態を模倣する腫瘍細胞から構成され、種々の程度の線維腫様間質の増生を伴う。組織学的には、卵管上皮、内膜腺上皮、粘液上皮、Arias-Stella反応(妊娠性変化)を示す上皮、Walthard-明城の結節ないし尿路上皮、などへの形態的類似性に基づいて分類される。卵巢を覆っている卵巢表層上皮ovarian surface epithelium (OSE)の陥入によって表層上皮封入嚢胞surface epithelial inclusion cystが形成される過程で、本来中皮細胞の性格を有していたOSEは真の上皮の性格を獲得する。嚢胞の多くは卵管型上皮で裏打ちされているが、粘液化生、尿路上皮化生を示すことがある。上皮直下で内膜間質細胞が増生すると、やがて子宮内膜症となる。これらの上皮成分を母地として様々な漿液性腫瘍、粘液性腫瘍、類内膜腫瘍、明細胞腫瘍、移行上皮性腫瘍(プレナー腫瘍)が発生する。その過程は各組織型型によって異なることが知られている。例えば、漿液性腫瘍の発生については2つの経路が想定されている。1つは表層上皮封入嚢胞から漿液性嚢胞腺腫あるいは腺線維腫が発生し、さらにこれを背景に漿液性境界悪性腫瘍、低悪性度漿液性腺癌が発生するという経路、もう一つは良性ないし境界悪性腫瘍を介さずOSEないし封入嚢胞から直接高悪性度の漿液性腺癌が発生するという経路である。これに対して腸型粘液性腫瘍とプレナー腫瘍は良性腫瘍から境界悪性腫瘍を経て悪性腫瘍が発生する多段階発生を特徴とする。内頸部型粘液性腫瘍、類内膜腫瘍、明細胞癌は主として内膜症を母地として発生すると考えられている。こうした組織発生を理解しておくことも画像の読影には有益である。

■略歴 現職：京都大学医学部附属病院病理診断部 副部長
京都大学大学院医学研究科病理診断学分野 准教授
1990年 弘前大学医学部卒業 東北大学医学部附属病院病理部研修医
1996年 川崎医科大学病理学 講師
1997年 ニューヨーク大学医療センター病理部門 客員研究員
2002年 東北大学 病理形態学分野 講師
2005年 京都大学医学部附属病院病理診断部 講師
2007年～ 現職

性索・間質性腫瘍

帝京大学 医学部病理学

笹島 ゆう子

性索間質性腫瘍とは、顆粒膜細胞、セルトリ細胞といった発生段階における「性索(sex-cord)」に由来する細胞およびこれを支持する夾膜細胞、ライディッヒ細胞、線維芽細胞が、単独あるいはさまざまな組み合わせで構成されている腫瘍である。卵巢腫瘍取り扱い規約では、A.顆粒膜・間質細胞腫瘍、B.セルトリ・間質細胞腫瘍など5項目10種以上の組織型が記載されているが、症例数では線維腫が半数以上を占め、夾膜細胞腫を合わせると性索間質性腫瘍全体の80%に上る。

顆粒膜細胞腫は、卵胞を構成する顆粒膜細胞に類似する細胞からなる腫瘍である。好発年齢とその組織像から成人型と若年型に分けられ、肉眼的には血液を容れる嚢胞を伴う充実性腫瘍として認識されることが多い。組織学的には核溝を持つ類円形細胞が大小の濾胞構造を取りながら増殖し、Call-Exner小体と呼ばれる好酸性物質を容れる小腺腔を形成したり、島状、索状に配列する像が見られる。境界悪性腫瘍に分類される。

線維腫、夾膜細胞腫は、夾膜細胞への分化を有する一連の腫瘍群に属する。うち線維腫は、一般的に白色充実性の肉眼形態を示す。組織学的には膠原線維を産生する線維芽細胞(外夾膜細胞)に類似する細胞からなる。夾膜細胞腫は、典型例では鮮やかな黄色調の断面を有する充実性腫瘍で、脂質を含む内夾膜細胞に類似する細胞からなる。いずれも良性で、悪性型は極めて稀である。

セルトリ細胞腫は、精母細胞の支持細胞であるセルトリ細胞に類似する細胞からなる腫瘍である。高分化型では、肉眼的に充実嚢胞状で、組織学的には明瞭な管状構造を示す。低分化型では紡錘形細胞からなる肉腫様形態が目立ち、肉眼的にも白色調となり出血や壊死を伴うものが多い。

性索間質性腫瘍の特徴の1つとしてホルモン産性が挙げられる。顆粒膜細胞腫・夾膜細胞腫ではエストロゲン産生を示すことが良く知られており、頸部細胞診における表層細胞が増加したり子宮内膜増殖症、内膜癌を合併することがある。セルトリ・ライディッヒ細胞腫ではアンドロゲン産生がみられ、男性化徴候をきたす。ただし、性索間質性腫瘍以外の腫瘍が機能的間質を有することがあり、ホルモン徴候がみられる腫瘍が必ずしも性索間質性腫瘍ではないことは知っておきたい。

本講義では、上記に挙げた3つの組織型およびその他について、画像診断に必要と考えられる病理学的事項を解説する。

■略歴 現職：帝京大学医学部病理学講座 准教授
1991年 群馬大学医学部卒業
1995年 東京大学医学研究所 客員研究員
1999年 昭和大学医学部第一病理学教室 助手
2008年 国立がんセンター中央病院臨床検査部 細胞検査室医長
2011年～ 現職

胚細胞腫瘍

岡山大学病院 病理診断科

柳井 広之

卵巣には発生母細胞の異なる多彩な腫瘍が発生する。それらのうち、分化全能である胚細胞から発生すると考えられている腫瘍が胚細胞腫瘍とよばれる。卵巣胚細胞腫瘍は生殖年齢の女性に好発し、多くは片側性である。胚細胞がいわゆる人体に相当する組織以外にも胎盤や卵黄嚢など体外の組織にも分化することを反映して、胚細胞腫瘍もこれらの構造の特徴を持った多彩な組織像を呈する。もともと未分化な状態の細胞が増殖する腫瘍はデイスジャーミノーマと呼ばれる。この状態から若干分化がみられ、上皮様形態を示すものが胎児性癌である。卵黄嚢腫瘍は卵黄嚢だけでなく、中腸から肝臓の構造にも類似して、網状、管状、肝様などの多彩な組織像を示す。胎盤を構成する細胞のうち栄養膜細胞の増殖を示すものが絨毛癌である。人体を構成する各種臓器の構築を示す腫瘍が奇形腫である。奇形腫には多くの場合2ないし3胚葉に由来する組織の構造が混在してみられ、未熟組織がみられるものは未熟奇形腫、成熟組織のみよりなるものは成熟奇形腫とよばれる。未熟奇形腫はさらに未熟組織が占める割合に応じてグレードが3段階に分かれ、未熟成分が多いものほど悪性度が高い。奇形腫のうち、特定の組織のみがみられるか、優勢であるものは単胚葉性奇形腫と総称され、中には卵巣甲状腺腫、カルチノイドなどが含まれる。これらの他に多胎芽腫や性腺芽腫などが含まれるがそれらはきわめてまれである。また、これらの組織像が一つの腫瘍の中に混在する混合型胚細胞腫瘍もあるが、精巣に比してその頻度は低い。

肉眼形態の面では、デイスジャーミノーマは充実性で比較的均質な腫瘍であり、胎児性癌、卵黄嚢腫瘍では嚢胞成分を伴うことがある。絨毛癌は高度な出血、壊死が特徴的である。未熟奇形腫は成熟奇形腫に比して充実成分が多い。成熟奇形腫の多くは皮膚様組織を主体とする嚢胞が優勢でその中に結節状の充実性隆起がみられ、Rokitansky隆起と呼ばれる。嚢胞内には皮脂、毛などがみられる。

奇形腫を母地として体細胞腫瘍を生じることがあり、扁平上皮癌、各種腺癌などがみられるが、軟部腫瘍や脳腫瘍の発生も報告されている。

■略歴

現職：岡山大学病院 病理診断科 教授
1991年 岡山大学医学部卒業
1996年 岡山大学医学部附属病院病理部 医員
2004年 同 助手 助教授
2007年 同 准教授
2011年～ 現職

転移性卵巣腫瘍および稀な卵巣腫瘍

千葉大学 大学院医学研究院病態病理学

清川 貴子

卵巣悪性腫瘍の外科病理検体の約6-10%は他臓器を原発とする転移性腫瘍である。原発巣より先に転移巣である卵巣腫瘍が発見される場合や、原発性卵巣腫瘍に類似した肉眼的・組織学的像を呈して臨床的にも病理学的にも診断に苦慮することがある。転移性卵巣腫瘍の原発巣となりうる臓器は多岐にわたる。まれに腹膜悪性中皮腫が卵巣に広がり、卵巣上皮性悪性腫瘍との鑑別を要することもある。転移性卵巣腫瘍を決定づける特有の病理像というものがあるわけではなく、最終的には、既往歴や手術所見を含む臨床所見、肉眼像、組織像、時に免疫染色所見を加味して総合的に判定する必要があるが、転移性腫瘍を疑う病理所見と診断時の注意点について概説する。

稀な卵巣腫瘍として、硬化性間質性腫瘍、ステロイド細胞腫、性腺芽腫、高カルシウム血症型小細胞癌、ウォルフ管腫瘍をとりあげ概説する。硬化性間質性腫瘍は、若年者に好発する性索間質性良性腫瘍である。線維芽細胞および黄体化細胞の偽分葉状増殖と、その間に介在する浮腫および膠原線維よりなり、断面も浮腫による偽分葉状を呈する充実性腫瘍を形成する。ステロイド細胞腫は、ステロイド分泌細胞に類似した腫瘍細胞の増生からなる、境界明瞭な黄色調ないし暗赤色調充実性腫瘍であり、①間質性黄体腫、②ライディック細胞腫、③その他に分類される。①は卵巣間質に存在する小型な腫瘍で、閉経後に好発し、半数以上はエストロゲン産生性である。②は腫瘍細胞内にラインケ結晶を有し、閉経後に好発する。卵巣門部に発生することが多く、その場合は門細胞腫とよぶ。多くはアンドロゲン産生性である。ただし、門細胞腫のすべてにラインケ結晶が証明されるわけではない。③は40歳代に好発し、半数はアンドロゲン産生性である。性腺芽腫は、胚細胞と性索細胞の混合性増殖からなり、多くは発育不全性腺に発生し、悪性胚細胞腫瘍の発生母地となることがある。高カルシウム血症型小細胞癌は、若年者に発生する予後不良の未分化悪性腫瘍であり、2/3の症例に高カルシウム血症を認める。肉眼的に、出血・壊死を伴う大型の分葉状充実性腫瘍である。ウォルフ管腫瘍は遺残中腎管由来と考えられている片側性充実性腫瘍で、多くは良性の経過をとる。好発部位は広間膜であるが卵巣にも発生し、肉眼・組織学的に類内膜腺癌やセルトリ・ライディック細胞腫との鑑別を要する。

■略歴 現職：千葉大学大学院医学研究院 病態病理学 准教授

1984年 山形大学医学部卒業
1994年 東京慈恵会医科大学大学院修了
1995年 米国ハーバード大学医学部病理・マサチューセッツ総合病院病理 研究員
2000年 東京慈恵会医科大学病理学講座 講師
2009年～ 現職

Workshop III (Lunch Time Seminar)

「妊娠とがん」



【基調講演】

1. 「子宮頸がん合併妊娠の現状」
…………… 西村隆一郎（兵庫県立がんセンター）
2. 「妊娠女性に選択する画像検査の適応と限界：安全な検査の実施のために」
…………… 大野 和子（京都医療科学大学）

【症例提示】

1. 乳腺転移を来した子宮頸部粘液性腺癌合併妊娠の一例
…………… 關 壽之（東京慈恵会医科大学 産婦人科）
2. 妊娠中に認めた卵巣明細胞腺癌の1例
…………… 田中 良道（大阪医科大学 産婦人科）
3. 妊娠中に診断され開頭手術を行った髄膜腫の1例
－ 妊娠中の脳腫瘍の取り扱い －
…………… 近藤 英治（京都大学 産婦人科）

基調講演 1

子宮頸がん合併妊娠の現状

兵庫県立がんセンター

西村 隆一郎

我が国の妊産婦死亡率は世界でもベストであるが、最近の晩婚化や不妊治療の進歩による妊産婦の高齢化に伴い、悪性腫瘍合併頻度の増加が懸念される。事実、国立循環器病研究センター池田智明部長が2006年の妊産婦死亡原因を調査したところ、羊水塞栓症やDICなどによる直接産科的死亡者数が58名だったのに対して、悪性腫瘍による間接産科的死亡者数は284名にも上った。その悪性腫瘍としては、子宮頸癌と乳癌がトップであり、胃癌、血液癌、肺癌などが続いた。

妊娠に合併する悪性腫瘍の予後については、子宮頸癌、卵巣癌、血液癌などでは、非妊時と変わらないとされるが、肺癌、胃癌、乳癌などではより不良とされている。しかし、妊娠時悪性腫瘍の診断や治療の困難さから、その病態は不明な点が多く、社会的適応も考慮せねばならず、標準的医療は確立し難い。

そこで、我々は、妊産婦に合併する悪性腫瘍の現況を全国アンケート調査により検討した。アンケートは、厚労省「疫学研究に関する倫理指針」に従って作成し、日本産婦科学会研修施設と全国がんセンター協議会加盟施設を対象とし、2008年において①妊娠中に発症または再発した悪性腫瘍②発症して管理した妊婦症例③分娩後6か月以内の発症または再発した悪性腫瘍例について、母児の予後を含めてアンケート調査を行った。

その結果、全国769施設からの回答(回収率51%)が得られ、計228例の悪性腫瘍を合併した妊産婦の報告があった。疾患別には、子宮頸癌162例(71%)、卵巣癌16例(7%)、乳癌15例(7%)、白血病7例(3%)、大腸癌4例(2%)、悪性リンパ腫4例(2%)、肺がん1例(0.4%)、その他14例(6%)であった。上位3者は最近の若年化が指摘されているが、とくに子宮頸癌を合併する妊産婦の増加が推察された。子宮頸癌の臨床期別では0期63.0%、Ia期9.9%、Ib期20.4%、II期3.1%、III期0%、IV期1.2%、不明2.5%であった。自覚症状、診断の契機、妊娠継続の有無、治療法などについて報告する。

結論として、子宮頸癌、卵巣癌、乳癌など最近の若年化が指摘されている癌種の罹患率が、妊産婦においても増加傾向にあることが分かった。とくに、子宮頸癌の罹患率は高く、進行症例もあることから、妊婦健診時には注意深いスクリーニングが必要である。

基調講演 2

妊娠女性に選択する画像検査の適応と限界：安全な検査の実施のために

京都医療科学大学

大野 和子

妊娠女性を対象にした検査は、少なくとも2人の個人を対象とする点において、通常の日常検査に比べて、より多くの倫理的な配慮を必要とする。検査により母親の健康が保証されるか、より安全な治療方法の選択が可能となれば、胎児にも直接的な便益が生じる。

画像検査で利用する放射線はみな電磁波である。周波数帯により、超音波、MRI検査のRF(Radio frequency)波、X線、γ線などに分類できるが、安全面を考える際は、物質の電離作用により、非電離放射線(通常紫外線までを含める)と電離放射線に分類する。非電離放射線は超音波、MRIのRF波を含み、MRIは主に発熱と、高磁場による細胞構造への影響を、X線やγ線といった電離放射線はDNA損傷による細胞障害を考慮する。いずれの場合も胎児が影響を受けやすい時期は、妊娠初期の器官形成期の段階である。しかし、日常の検査で用いる撮影条件や放射性医薬品の投与量の範囲では、母体や胎児へ重篤な影響を生じることはない。但し、一度照射した放射線量の低減は、一部の核医学検査を除いて実施困難である。妊婦の画像検査を実施する前に、検査毎の撮影条件を施設内で検討しておくことよい。

関連学会は、妊婦の画像検査に関する診療ガイドラインを発表している。これらは、遵守を促すものではあるが、胎児に何らかの健康影響のリスクを生じる放射線量に、十分な安全域を設けた数値であり、危険と安全の境界値を提示したのではない。母体の健康を守るために必要不可欠であることが検査の適応であり、妊婦と妊婦以外で適応の違いはない。検査を依頼する医師は、これらの点を理解し、個別に判断を行い、医療情報を得るための最適の線量で検査を実施してほしい。

さらに、検査の十分な適応の判断だけでなく、今回の福島原発事故に伴う放射線の内部被曝を恐怖と感じる患者でも、安全性を理解し安心して検査を受けることが出来るように、医療スタッフ全体を対象とした放射線教育が必要不可欠である。医療関係者にとって、必要な検査が患者の誤った認識や不安で実施されない状況は、患者の利益を追求する医療活動の損失であり、放射線安全の基本的事項を医療スタッフが自ら患者に説明できるスキルが必要と考える。

当日は、これらの考え方の基本を、ICRP(国際放射線防護委員会)やICNRP(国際非電離放射線防護委員会)の医療被ばくに関する勧告等を紹介しながら概説する。

■略歴 現職：兵庫県立がんセンター 院長
1973年 神戸大学医学部卒業
1979年 同 産婦人科 助手
1985年 米国ワイオミング大学生物化学 客員研究員
1989年 兵庫県立成人病センター 婦人科医長
2002年 同 婦人科部長 兼 研究部長
2007年 兵庫県立がんセンター 副院長 兼 婦人科部長 兼 研究部長
2009年～ 現職

■略歴 現職：京都医療科学大学 教授
文部科学省 放射線審議会委員
内閣府 原子力安全委員会 専門委員
医療放射線防護連絡協議会 企画委員長
1992年 愛知医科大学医学部大学院博士課程修了
同 附属病院 放射線医学 医員 助手
1998年 同 講師
2007年～ 現職

症例提示 1

乳腺転移を来した 子宮頸部粘液性腺癌合併妊娠の一例

東京慈恵会医科大学 産婦人科 1)、放射線医学 2)

關 壽之¹⁾、矢内 原臨¹⁾、北井 里実²⁾、
内山 眞幸²⁾、久田 裕恵¹⁾、本村 健一郎¹⁾
嘉屋 隆介¹⁾、永田 知映¹⁾、国東 志朗¹⁾
齊藤 元章¹⁾、高倉 聡¹⁾、山田 恭輔¹⁾
岡本 愛光¹⁾、落合 和徳¹⁾、田中 忠夫¹⁾

近年、若年子宮頸癌の増加及び晩婚化による妊娠年齢の上昇により、妊娠中に診断される子宮頸癌が増加している。臨床進行期、妊娠週数などによって治療方針は慎重に決める必要がある。妊娠30週時に多量出血を機に発覚し、化学療法、重粒子線治療を行ったが、乳腺転移をきたし急速な経過をたどったまれな子宮頸部粘液性腺癌の一例を、若干の文献的考察をふまえて報告する。

症例は39歳(0経妊0経産)。妊娠初期より少量の性器出血を認めていたが、妊娠30週時、多量性器出血及び子宮頸部腫瘍を認め、子宮頸癌合併妊娠の疑いで紹介となった。内診、頸部腫瘍組織診及びMRIより、子宮頸部粘液性腺癌Ⅱbと診断した。腫瘍は7cm大と大きく一期的子宮摘出は行わない方針で、妊娠32週6日、帝王切開で児を娩出した(児1976g Apgar8/9)。術後施行された骨盤MRI検査及び胸部腹部CT検査では、子宮頸部に子宮傍結合織浸潤を伴う径7cm大の腫瘍を認めたが、遠隔転移、リンパ節転移は認めなかった。まず術前化学療法としてシスプラチンによる治療を選択し2サイクル施行するも、腫瘍の増大を認めPDと判断した。その後、患者希望により、他施設での重粒子線治療(74.4GyE/20回)を施行し、局所の腫瘍径は61mmから45mmと縮小し一部に抗腫瘍効果を認めたが、治療終了時期より両側乳房に複数の腫瘍が出現した。胸部CT、11C-メチオニンPET CTでは転移あるいは原発性乳癌を疑う所見であった。同部位の針生検を行い、頸部腫瘍と同様の組織像を呈したため子宮頸癌の乳腺転移と診断した。パクリタキセル及びシスプラチンによる周期的化学療法を施行するも、腫瘍の進展は押さえられず、帝王切開から約1年で永眠された。

子宮頸癌の約3%は妊娠を契機に判明し、妊娠に合併する悪性腫瘍の中では最も高頻度である。一般的に妊娠合併頸癌は0・1a期の初期癌が多く、その取り扱いに関してはガイドラインにて一定の見解を得るが、その他の場合、母体優先の原則はあるものの、妊娠週数や挙児希望の程度などから個別の対応が必要で判断に苦慮するケースもある。また妊娠、授乳期に乳腺転移を来した子宮頸癌は極めて稀である。授乳期の乳腺の発達や乳腺炎の発症により診断が遅れる可能性があり注意が必要である。本ワークショップでは、稀な乳腺転移を来し、急速な転帰をとった本症例を画像診断を中心にあらためて検討したい。

■略歴

現職：東京慈恵会医科大学産婦人科
2007年 大阪医科大学卒業 東京慈恵会医科大学附属病院 初期臨床研修医
2009年 同 後期研修医

症例提示 2

妊娠中に認めた卵巣明細胞腺癌の1例

大阪医科大学 産婦人科

田中 良道、川口 浩史、高井 雅聡、齋 史夏
藤原 聡枝、佐々木 浩、恒遠 啓示、金村 昌徳
寺井 義人、大道 正英

妊娠合併卵巣腫瘍のうち悪性のものは約2-5%で、その頻度は12,000-25,000妊娠に1例とされ、上皮性悪性腫瘍の割合は25-30%と低いのが特徴である。その診断に際して超音波検査やMRI検査、腫瘍マーカーが用いられるが、検査施行回数や造影剤使用への配慮、妊娠に伴う生理的変化などから術前に良悪性を正確に診断する事は必ずしも容易ではない。

一方治療においては妊娠週数や進行期、組織型から、手術術式や手術・分娩時期、化学療法施行時期などを母体および胎児への影響を考慮しながら慎重に判断しなければならない。今回我々は妊娠中に認めた卵巣明細胞腺癌の1例を経験したので妊娠中の悪性卵巣腫瘍の取扱いについて文献的考察を加え報告する。

症例は31歳女性、家族歴・既往歴に特記すべき事なし。無月経を主訴に前医を受診したところ、妊娠の診断とともに左卵巣腫瘍を指摘された。経膈超音波検査で充実成分を含む74×44mm大の左卵巣腫瘍を認めた。腫瘍マーカーはCA125 33 U/ml、CA19-9 133 U/mlであった。妊娠12週時に腹式左付属器摘出、右卵巣楔状切除、大網部分切除術施行した。腫瘍は左卵巣に局限しており右卵巣、大網に転移はなく、腹水細胞診も陰性であった。腫瘍内には子宮内膜症組織がみられ、充実部分では明細胞腺癌と類内膜腺癌が混在していた。インフォームドコンセントの結果分娩後根治術の方針とし、妊娠37週で正常分娩後に腹式単純子宮全摘、右付属器摘出、骨盤・傍大動脈リンパ節郭清術を施行した。癌の遺残はなく、以上からFIGO stage 1a期の診断の下化学療法(TC療法)3コース追加した。現在治療終了から約5か月経過しているが再発兆候はみられない。

■略歴

現職：大阪医科大学産婦人科腫瘍科 助教
2003年 大阪医科大学卒業 大阪医科大学附属病院 初期臨床研修医
2005年 大阪医科大学 産婦人科 助教
2011年 同 大学院医学研究科修了 現職

症例提示 3

妊娠中に診断され開頭手術を行った髄膜腫の1例 —妊娠中の脳腫瘍の取り扱い—

京都大学 産婦人科

近藤 英治

妊娠に合併する脳腫瘍の頻度はおよそ1万妊娠に1例と稀である。今回、片麻痺が急速に進行し妊娠中に開頭腫瘍摘出術を行った髄膜腫の1例を呈示し、妊娠中の脳腫瘍の取り扱いについて述べる。

症例は36歳の1回経産婦で、常位胎盤早期剥離による緊急帝王切開の既往がある。妊娠17週に突然右手足の痺れがあり、1時間以上持続した。翌日の神経内科受診時には症状、神経学的所見を認めなかったが、妊娠22週頃より徐々に右上下肢の筋力低下が出現した。頭部造影MRI検査を施行し、左高位円蓋部の硬膜に付着して発育する径5 cm大の血管に富む脳実質外腫瘍を認め、髄膜腫が疑われた。妊娠23-24週に右上下肢の痙攣がありフェニトインを開始した。右下肢の不全麻痺は進行し、右上肢は完全麻痺となった。妊娠25週に脳血管造影および腫瘍栄養血管塞栓術を行い、翌日開頭して腫瘍を摘出した。術中胎児心拍数モニタリングで異常を認めなかった。病理診断は髄膜腫であった。1週間後より徐々に右片麻痺は改善し、1ヶ月後には右上肢に軽度の巧緻運動障害を残すのみとなり退院した。妊娠38週に選択的帝王切開術を施行し、2444gの女児をApgar score 8/9点で娩出した。腫瘍摘出後2年半を経過したが再発はなく、児にも異常は認めていない。

妊娠中に脳腫瘍を認めた場合は、良性腫瘍の可能性が高く腫瘍の発育や症状の進行が緩徐であれば待機療法でよい。本症例では、麻痺が急速に進行し軽度の脳浮腫も伴うことから妊娠中の開頭手術に踏み切った。髄膜腫は多くが良性腫瘍(WHO分類の grade I)であるが、中間悪性(grade II)や悪性(grade III)のものもある。また通常は年単位で緩徐に発育するが、6-8割にプロゲステロンの受容体が存在するため妊娠中に急速に増大し症状が進行することがある。MRIでは典型的にはよく造影される脳実質外腫瘍として描出され、hemangiopericytoma などのまれな間葉系腫瘍が鑑別に挙げられる。

妊娠中に麻痺や頭蓋内圧亢進症状を認めた場合は、脳腫瘍の可能性を疑う必要がある。母体の予後は約130種類ある脳腫瘍の組織型により様々である。MRIは腫瘍の種類や良悪性の鑑別に非常に有用であり、必要に応じ造影剤も使用する。妊娠中の脳腫瘍の治療方針を決める際には、母体の生命が最優先であるが胎児への影響にも配慮する必要がある。検査所見に加えて、妊娠週数や症状の程度を総合的に判断し、十分なインフォームドコンセンストのもと、個々の症例に応じた治療法を選択することが望まれる。

■略歴

現職：京都大学医学部附属病院 助教
1998年 京都大学医学部卒業 京都大学医学部附属病院研修医
2007年 デューク大学研究員
2009年 京都大学医学部附属病院 特定助教
2010年～ 現職

Workshop IV

「婦人科悪性腫瘍の新FIGO分類2009」



1. 「概 要」 … 寒河江 悟 (JR札幌病院 産婦人科)
2. 「産婦人科の立場から」
…………… 渡利 英道 (北海道大学 産婦人科)
3. 「放射線科の立場から」
…………… 田中 優美子 (筑波大学 応用放射線医学)
4. 「病理 (医) の立場から」
…………… 安田 政実 (埼玉医科大学国際医療センター 病理診断科)

概要

JR札幌病院 産婦人科
寒河江 悟

2009年10月南アフリカでのFIGO総会において、Cancer Committee(伊のS. Pecorelli委員長)から提案されていた「FIGO臨床進行期分類」が総会において承認され世界に公布された。その概要について述べる。

子宮頸癌では、0期が進行期分類から削除され、IIA期を腫瘍径4cmでIIA1期とIIA2期に細分類された。子宮体癌では、術式として、大網切除、リンパ節郭清のリスク別対応を指示しており、0期は進行期分類から削除され、I期はIA期筋層浸潤1/2未満、IB期筋層浸潤1/2以上、IC期は腹腔細胞診陽性、II期は粘膜内か間質浸潤の有無にかかわらず細分類なし。III期はI/II期で細胞診陽性でIIIA期にupstageされない。IIIC期を骨盤内リンパ節転移のみをIIIC1期、傍大動脈リンパ節転移を含む場合をIIIC2期とした。子宮肉腫では、今回新たに進行期分類を制定した。平滑筋肉腫と内膜間質肉腫はI期を腫瘍径5cmで分類し、IA期とIB期とし、腺肉腫は粘膜内、筋層浸潤1/2で分類し、IA期、IB期、IC期に細分類された。全体としてI期は子宮に限局、II期は子宮を超えるが骨盤内まで、III期腹腔内進展、IV期は膀胱・直腸浸潤あるいは遠隔転移と分類された。外陰癌では、腫瘍の大きさは関係なく、リンパ節転移のありなし、肉眼的あるいは顕微鏡的リンパ節転移の個数、などにより分類した。

産婦人科の立場から

北海道大学 産婦人科 渡利 英道、櫻木 範明
北海道がんセンター 婦人科 藤堂 幸治

1988年、FIGOは子宮体癌の進行期分類を従来の治療開始前に決定する臨床進行期から手術摘出標本の詳細な病理学的検索に基づく手術進行期分類に変更した。これによって予後をより正確に反映する進行期分類となったものの、その後いくつかの問題点が指摘されるようになってきたため、2009年に新しい進行期分類に改訂された。今後本邦においても日本産科婦人科学会において取り扱い規約の改訂が行われ、この新しい進行期分類が採用されると思われる。子宮頸癌については改定が軽微であること、肉腫および外陰癌についてはrare tumorであることから単施設で改定の意義を論じることには限界があることから、本講演においては子宮体癌に焦点をあてて論じることとする。

子宮体癌においてはいくつかの改定ポイントがあるが、特にリンパ節転移によるIIIC期に関し、骨盤リンパ節転移陽性例をIIIC1期、傍大動脈リンパ節転移陽性例(骨盤リンパ節転移陽性の有無にかかわらず)をIIIC2期と細区分することとなった。従来から、リンパ節転移部位により予後が異なることされており、この細分類は、予後をより正確に反映するものであると考えられるが、旧分類を採用していた時代に比べて、正確な進行期決定のためには傍大動脈リンパ節郭清を従来より系統的に施行すべきとも考えられる。さらに、再発中・高リスク症例においては傍大動脈リンパ節郭清が予後改善につながることを示された(Lancet, 2010)ことを勘案すると、子宮体癌における傍大動脈リンパ節郭清をどのような症例に対して施行するか、適正な施行基準を術前あるいは術中の所見で決定するための方法論に関する議論を改めて活発に行う必要があると思われる。

今回、われわれの施設で手術療法を施行した子宮体癌症例において旧分類(FIGO1988)と新FIGO分類2009に基づいた症例分布、予後の差異について比較検討するとともに、文献的な考察も加えて子宮体癌における新進行期分類の有用性や問題点について報告する。さらに子宮体癌におけるリンパ節郭清についても改めて考察してみたい。

■略歴

現職：JR札幌病院 副院長
日本婦人科腫瘍学会 常務理事
1977年 札幌医科大学医学部卒業 産婦人科研修医
1999年 同 助教授
2005年～ 現職

■略歴

現職：北海道大学病院 講師(診療准教授)
1989年 北海道大学医学部卒業
1996年 ペンシルベニア大学 研究員
2001年 北海道大学病院婦人科 助手
2006年 同 講師

放射線科の立場から

筑波大学 大学院人間総合科学研究科 疾患制御医学専攻
応用放射線医学

田中 優美子

膣癌、子宮頸癌、子宮内膜癌の FIGO staging 分類が 2009 年に改訂されたことは放射線科医に対しても既に日本医学放射線学会総会や秋季大会の教育講演で周知されている。本改訂は、一見、子宮頸癌においてはIIA期においてもIB期同様、4cmを境にIIA1, IIA2期に分けられたこと、子宮内膜癌においてはI期を筋層浸潤の程度により3段階に分けていたのを2段階に簡素化したこと、リンパ節転移を骨盤内のみのIIIC1期と傍大動脈に至るIIIC2期に分けたことのみが変更点であるかのように見える。しかし本質的な違いは子宮頸癌の進行期分類においてCT, MRの使用を容認した点にある。すなわち、改訂前後とも進行期分類が術後病理診断によりなされる子宮内膜癌においてはこの改訂の持つ意義はまさに進行期の minor change に過ぎないが、もともと手術症例が(世界的には)少なく、臨床進行期分類が最終分類となる頸癌においては放射線科医の役割がより重要となる。しかし一方で今回の改訂はstagingを全面的に画像診断に委ねることにはなっておらず、「腫瘍径の計測に画像を用いることは推奨されるが必須ではない」とされ、「CT/MRで行ったリンパ節転移の評価でstageをかえてはならない」ことから、依然、画像で行ったIVb期(傍大動脈リンパ節転移)の診断は無効であり、直腸診で触れる腫瘍が骨盤壁に達していれば転移リンパ節によるものであってもIIIB期に分類される。更にCT/MRでstagingを行った施設ではもはや麻酔下の内診・膀胱鏡・直腸鏡・排泄性尿路造影は必須ではないとする反面、膀胱直腸浸潤はやはり生検により組織学的に確かめなければならないとされている。本講演ではまず本改訂で画像が決定すべき事項を明示した上で、FIGO announcementでは事例の示されなかった内膜癌の筋層浸潤、頸癌の傍組織浸潤、膀胱直腸浸潤、リンパ節転移等における現状の画像による評価の到達点と問題点について解説する。

■略歴 現職：筑波大学 応用放射線医学分野 講師
1988年 筑波大学医学専門群卒業 筑波大学附属病院 医員(研修医)
1990年 筑波メディカルセンター 救命救急部
筑波記念病院 放射線科
1991年 筑波大学附属病院 医員
1994年 筑波メディカルセンター病院 放射線科
1997年～ 現職

病理(医)の立場から

埼玉医科大学国際医療センター 病理診断科

安田 政実

今回のFIGO staging systemの改訂をみて率直な実感を述べると、以下の様に要約される：使い勝手の善し悪し、分類の整合性など、成熟度からみて未知数というべき新興の体部肉腫分類；頻度的に日常性が低い、馴染みが薄いとの実感が拭えない外陰癌分類；病理組織診断の観点からは目立つ変更点がない頸癌；変更点の本質が病理組織診断に関わっている、すなわち、病理医の判断に委ねられる点が大である体癌。したがって、「病理(医)の立場から」、新FIGO分類2009に考察を加えるなら、その矛先は必ずと体癌に向けられる。

体癌の変更点を列記すると、①癌が内膜内にとどまるか、浸潤が筋層1/2未満であればIA期とし、筋層1/2を超えればIB期とされる(これまでのICが消滅)、②癌が頸部の粘膜腺内に広がった場合はI期に含まれ、筋層に進展・浸潤した場合はII期とする、③IIIA期の定義から腹水・腹腔洗浄細胞診陽性は除外する、④骨盤リンパ節転移と、傍大動脈リンパ節転移は別個に扱う、などである。④を除くと、①②③はいずれも病理診断(医)によって病期がupまたはdownすることになり、直接、治療方針を左右する。

①筋層浸潤：癌が筋層に浸潤しているか、浸潤していないとみるかは一解剖学的に明確な境界(内膜と筋層のinterface)を超えているという点で一予後を決する大きなcritical pointであると理解したいが、生存率からすればそれほどの意義は持たないことが判明した。ただし、この背景には、「筋層浸潤が疑わしきを、浸潤有りと判断する嫌い」が病理医の多くにあるため、統計上は目立って多いIB期(全体の1/3を占める)には、「IA期として問題ないであろう症例」がかなり含まれていることが推察される。少なくとも改訂によって、曖昧なIB期診断に悩む必要がなくなったことは評価すべきと言いたい。

②頸部浸潤：「頸管腺と体部内膜」と「頸部筋層と体部筋層」の境界には明瞭なinterfaceは存在しない。ただし、頸管腺と体部内膜は移行帯を経て漸次入れ換わるため、境界部としては一応の目安にはなる。これまで意義の薄いとされていたIIA期(頸部粘膜内進展)が除外されたことは、上記のIB期同様、分類が成熟したと考えたいが、頸部筋層と・体部筋層の境界をどこに求めるのか一移行帯直下の筋層は頸部とするのか体部とするのか一は現実的な悩みとして残される。

③腹水・腹腔洗浄細胞診陽性：長く議論の対象ではあったが、組織学的な広がり(漿膜浸潤や付属器への広がり)と同等に細胞診異常も、IIIA期の定義に盛り込まれ進行癌の指標とされてきた。「細胞診単独陽性」は予後因子としての独立性に信憑性がないとする立場から、今回の修正は過剰治療を避ける上では意義があると思われる。ただし、「細胞診単独陽性」でも一部の症例は予後不良の転帰をとるため、決してこの議論は解決済みであるとは言えない。

この他、少ない事例ではあるが、体癌の管内播種(頸部に娘結節が形成されることがある)、腺筋症内進展(筋層浸潤の有無・深達度評価が困難なことがある)、腺筋症由来の癌の扱いなど、stagingに明確な指針が与えられていないものなどでは、実地的対応が恣意的とならざるを得ない。また、内子宮口付近に発生した癌は体癌か頸癌か、このような場合HPV感染の有無が発生部位の決定に有益であると言えるのかなど、FIGO stagingが改訂になっても、まだまだ話題は尽きない。

■略歴 現職：埼玉医科大学国際医療センター病理診断科 教授
1988年 富山医科薬科大学医学部卒業
1992年 同 博士課程修了 第一病理学 助手
1996年 東海大学 助手
1999年 同 講師
2000年 米国メリーランド大学研究員
2003年 東海大学 助教授
2007年～ 現職

一般演題



1. Decidulized Ovarian endometriosis in pregnancy

《症例報告》

久留米大学 産科婦人科

寺田 貴武、牛嶋 公生、嘉村 敏治

症例) 36歳 妊娠分娩歴) 0経妊0経産 既往歴、家族歴) 特記事項無し

主訴) 無月経 現病歴)無月経6週6日に近医産婦人科を受診。妊娠の診断を受ける。この際、経腔超音波断層法にて左付属器領域に40×50mmの嚢胞性病変を認め、ルテイン嚢胞と診断され、経過観察されていた。妊娠20週2日、左付属器嚢胞性病変の増大を認めたため、妊娠22週1日に当院紹介初診となった。経過)初診時の経腔超音波断層法にて左付属器領域に90×70mm大の嚢胞性病変を認め、内部不正な壁肥厚および充実性病変を認めた。経腹超音波ドップラー法にて充実性病変に血流は認めなかった。単純MRI撮影にて左付属器領域にT1低信号、T2高信号を示す嚢胞性病変の内部にT1やや低信号、T2中等度信号で、充実性分と思われる不正な信号域を認めた。また、一部にT1高信号、T2低信号で、内部出血を疑わせる病変を認めた。ガドリニウム造影は妊娠中の安全性が確立されていないため施行しなかった。腫瘍マーカーはCA125、CA19-9、CEA、AFPいずれも正常範囲内であった。経過、画像所見よりpregnancy luteomaを考えたが、腫瘍の急激な増大、不正な充実部分を認め、悪性疾患の否定ができないため、十分なインフォームド・コンセントのもと、妊娠28週0日に診断、治療目的に開腹手術を行った。術中所見では腹水、明らかな播種性病変は認めず、左卵巣に超手拳大の腫瘍形成を認めた。同腫瘍はDouglas窩、子宮後壁と癒着を認めた。左付属器を摘出し、術中迅速病理検査を行ったところ卵巣間質部に脱落膜を認め、腫瘍性病変は認めなかったため術式終了とした。術後病理組織診断では、脱落膜様変化を伴った子宮内膜症性嚢胞の診断であった。術後経過は切迫早産を認めたものの良好で、正期産にて分娩となった。まとめ) 妊娠中に脱落膜様変化を来す子宮内膜症を経験した。同疾患は、急速な増大を認め、内部の不正な充実性分を有するなど悪性卵巣腫瘍を示唆する所見を認める。さらに、妊娠中であり、施行できる検査が限られているため、管理方針に苦慮することも多い。しかし、妊娠前の詳細な病歴、初診時の経腔超音波断層法での確認、そして同疾患への周知を行うことで妊娠中の不必要な開腹手術を避けることが肝要である。

2. 脱落膜変化をきたした内膜症性嚢胞合併妊娠の一例

《症例報告》

細木病院 放射線科 1)、高知医療センター 放射線科 2)、高知大学 産婦人科 3)

高知大学 小児科 4)

耕崎 志乃¹⁾、村田 和子²⁾、山本 寄人³⁾、前田 長正³⁾、泉谷 知明³⁾

氏原 悠介⁴⁾、深谷 孝夫³⁾

【はじめに】

妊婦検診で付属器腫瘍が妊娠初期に発見されることがある。大多数は妊娠中期までに自然消失し、臨床上問題となる卵巣腫瘍の頻度は1000妊娠に数例といわれている。妊娠合併悪性卵巣腫瘍は非常に稀ではあるが存在する。今回我々は、悪性卵巣腫瘍との鑑別を要した卵巣腫瘍合併妊娠を経験したので報告する。

【症 例】 31歳女性。PARA 0

【現病歴】 3/1を最終月経とし、4/15市販の妊娠検査で陽性となった。4/30近医産婦人科を受診した際、右卵巣腫瘍を指摘され、精査加療目的に当大学産婦人科紹介受診となった。

【既往歴】22歳 腎盂腎炎

【家族歴】 特になし

【超音波検査】

約54 x 50 x 38mmの嚢腫。嚢腫内部に充実性成分を認める。血流は認めない。

【MR I】

妊娠子宮の右背側に伴う約62mmの嚢胞性腫瘍が見られる。嚢胞成分はT1/T2WIいずれにおいても脂肪抑制を受けない高信号を呈しており、壁在結節様の乳頭状の結節構造を複数個所伴っている。妊娠により脱落膜変化をきたした内膜症性嚢胞が疑われたが、悪性卵巣腫瘍との鑑別が困難だった。

【手術所見】

妊娠15週4日に開腹卵巣嚢腫摘出術を施行した。術中迅速病理では悪性を疑う所見は見られなかった。

【経 過】

術後経過良好で、術後8日目(妊娠16週3日)に退院となった。

退院後の妊娠経過は順調で、妊娠39週6日に男児を出産した。

【病理診断】

脱落膜変化を伴う内膜症性嚢胞、右卵巣

漿液性嚢胞腺腫、右卵巣

【考 察】

内膜症性嚢胞の存在が予め判明している妊婦の骨盤内腫瘍に充実成分が出現しても脱落膜変化であろうと予測できる。内膜症の既往が不明の妊婦でも特徴的なUSやMRI所見が得られれば、診断はさほど困難ではないと思われる。しかし厳密には画像所見のみでは妊娠に合併する悪性卵巣腫瘍の鑑別は困難であり、患者、家族への十分なインフォームドコンセントのもとでの加療が必要となる。

現症例は良性病変であったが、頻度の少ない悪性腫瘍であった場合の妊娠管理はさらに慎重な対応が要求される。

【結 語】

脱落膜変化をきたした内膜症性嚢胞合併妊娠の一例を報告した。

3. 妊娠中に内膜症性嚢胞の脱落膜化が疑われた一例

《症例報告》

獨協医科大学 産科婦人科 1)、放射線科 2)

木内 香織 1)、大島 教子 1)、楫 靖 2)、渡辺 博 1)、深澤 一雄 1)

内膜症性嚢胞は、生殖年齢女性に発生する日常診療でよく遭遇する婦人科疾患の一つであるが、最近、上皮性卵巣癌との合併、特に類内膜腺癌や明細胞腺癌への癌化が注目されておりそのフォローアップには注意が必要である。一方、妊娠中に内膜症性嚢胞が脱落膜化を起こし、超音波検査であったかも悪性卵巣腫瘍が疑われるような像を呈し鑑別診断にMRIが有効と報告されている。今回、我々は妊娠中に内膜症性嚢胞が脱落膜化を呈し、悪性卵巣腫瘍との鑑別を要したが保存的に経過観察が可能であった症例を経験したので報告する。

症例は28歳、初産婦、5年前に近医で右卵巣の内膜症性嚢胞を指摘され定期的に検査を受けていた。その後、自然妊娠成立し近医で妊娠経過をフォローされていたが妊娠13週、右側腹部痛出現し急性腹症の診断で当院を救急受診、腎盂腎炎疑いで入院となった。経膈超音波検査で右卵巣に8.9×5.6cmの内膜症性嚢腫を認めた。嚢腫は内部に突出する充実性部分を伴い、経過を追うごとに充実性部分が増大傾向を示したため、卵巣悪性腫瘍の鑑別診断のためMRI施行。辺縁不整の分葉状の充実性部分はT1強調像で筋肉と等信号、T2強調像で中間信号を示し、胎盤と同等の信号を呈する事より脱落膜化と考えられた。悪性卵巣腫瘍は否定的であったため、妊娠中は摘出手術を施行しない方針とし超音波検査および血中CA125値をフォローしながら保存的に経過観察とした。順調に妊娠経過し妊娠39週3日で2724gの女児を経膈分娩で出産した。現在、超音波検査上4.0×2.9cmでCA125値も30 u/mlと正常範囲で保存的に経過観察中である。

妊娠中の卵巣嚢腫に対する摘出術は流産のリスクなどもあるが、MRI診断により悪性腫瘍の可能性が否定的であれば手術を回避する事ができると思われた。

4. 術後腹壁創部再発をきたした卵巣明細胞腺癌合併妊娠の1例

《症例報告》

京都大学 産婦人科

江川 絢子、鈴木 彩子、馬場 長、松村 謙臣、吉岡 弓子、小阪 謙三

万代 昌紀、小西 郁生

超音波検査の普及により、妊娠中の付属器腫瘍の検出頻度は上昇している。Leiserowitzらは、全妊娠の1~2%に卵巣腫瘍が合併し、そのうち悪性腫瘍の割合は2~5%であり、悪性卵巣腫瘍合併妊娠は12000~47000妊娠に1例であると報告している。今回我々は、卵巣明細胞腺癌合併妊娠で、治療後、経過観察中に腹壁術創部に再発をきたした1例を経験した。

症例は36歳。無月経を主訴に近産婦人科を受診、妊娠と診断されるとともに左卵巣腫瘍を指摘された。腫瘍は120×90mm大で、内部に25mm大の壁在結節を有していた。妊娠15週5日時、同医でPfannenstiel切開にて左卵巣腫瘍摘出術を施行、術後病理組織にて卵巣明細胞腺癌Ic (b) 期と診断、妊娠17週時に当科紹介受診となった。

当科初診時、妊娠経過に問題なく、胎児発育も週数相当で、明らかな異常は認めなかった。またMRI検査では骨盤内に異常所見は認めず、CT検査でも遠隔転移を示唆する所見はなく、有意な腫瘍マーカー上昇も認めなかった。一般に卵巣明細胞腺癌は妊孕性温存治療の適応にないこと、I期であっても予後不良であることを十分に説明した上で妊娠継続の方針とし、妊娠19週5日時に左付属器切除術、妊娠34週6日時に選択的帝王切開術+単純子宮全摘術+右付属器切除術+骨盤内・傍大動脈リンパ節郭清術+大網部分切除術+腹膜ストリッピング+虫垂切除術を施行した。術後病理組織には明細胞腺癌の残存を認めず、術後化学療法としてCPT-11+CDDP 療法を施行した。

以後、外来にて経過観察としていたが、術後1年5カ月目にCT検査にて恥骨上、Pfannenstiel切開創直下に不整な腫瘍性病変を指摘された。腫瘍は腹腔外に存在し、腹壁直下から膀胱前壁、腹直筋へ浸潤するように進展していた。腫瘍摘出術を施行したところ、腫瘍はやはり腹腔外に存在し、腹腔内には明らかな再発所見は認めなかった。膀胱および腹直筋の一部を切除する形で腫瘍を摘出、術後病理診断にて明細胞腺癌再発を確認した。以後追加治療なく外来にて経過観察中である。

術創部への病変の移植や再発は、悪性腫瘍の腹腔鏡下手術におけるポート刺入部再発、帝王切開後の創部内膜症発症の報告が散見されるほか、子宮頸癌の分娩時陰切開創再発も報告されている。本症例につき、文献的考察を加えて報告する。

5. 妊娠に合併した卵巢粘液嚢胞性腫瘍

《症例報告》

筑波大学 放射線診断・IVR科 1)、産婦人科 2)、病理部 3)

檜山 貴志¹⁾、田中 優美子¹⁾、渡辺 あずさ¹⁾、小畠 真奈²⁾、高屋敷 典夫³⁾

野口 雅之³⁾、吉川 裕之²⁾、南 学¹⁾、

症例)

29歳女性、OGOP。妊娠24週時に胎児の左側脳室拡大を指摘され、当院を紹介受診した。25週時に撮影されたMRI・USでは胎児奇型のほか、106×72×90mmの多房性右卵巢腫瘍を認めた。USでは充実成分は指摘されなかった。嚢胞は多くはT2WIで高信号、T1WIで低信号を呈する内容を含み、一部にT1WIで高信号、T2WIで著明な低信号を呈する内容物を含んでいた。DWIでは一部、強く異常信号を呈する部分があったが、T1WIで高信号、T2WIで低信号であったことから粘稠な液体をみていると判断し、粘液性嚢胞腺腫と卵巢甲状腺腫を鑑別に挙げた。33週に胎児機能不全となったため、緊急帝王切開となり、右付属器切除、大網生検がなされた。胎児は出生後死亡した。卵巢腫瘍の組織診断は上皮内癌を伴った境界悪性卵巢粘液嚢胞性腫瘍であった。挙児希望があるため、化学療法は行わず外来で経過観察されているが、再発は認めていない。

考察)

粘液性腫瘍の良悪性の鑑別は画像的には充実成分の有無や壁の性状、房の数によりなされるが、妊娠時は造影MRI検査ができず、充実成分と粘稠な液体はともにDWIで高信号となり鑑別は困難となる。

6. 妊娠中に再発し、経過観察にMRI拡散強調像が有効であった成人型顆粒膜細胞腫の一例

《症例報告》

奈良県立医科大学 産科婦人科 1)、放射線科 2)

永井 景¹⁾、小川 憲二¹⁾、河原 直紀¹⁾、安田 実加¹⁾、赤坂 珠理晃¹⁾

棚瀬 康仁¹⁾、春田 祥治¹⁾、川口 龍二¹⁾、吉田 昭三¹⁾、古川 直人¹⁾、山田 嘉彦¹⁾、

大井 豪一¹⁾、小林 浩¹⁾、小川 真代²⁾、高濱 潤子²⁾、伊藤 高広²⁾

卵巣顆粒膜細胞腫は性索・間質系腫瘍の境界悪性に分類され、卵巣悪性腫瘍の2～5%を占める比較的稀な疾患である。成人型（AGCT：Adult granulosa cell tumor）が約95%を占め、発症年齢は成人型で50～55歳が多いとされるが、比較的若年での発症も報告されており、妊孕能温存術式が選択されることも少なくない。また、妊娠中に発症あるいは再発した場合、胎児への問題から造影剤が使用できないため、病変の評価に苦慮する場合がある。今回、妊娠中に卵巣顆粒膜細胞腫が再発し、腫瘍の評価にMRI拡散強調像（DWI）が有効であった一例を経験したので報告する。

【症例】

30歳、0回経妊、0回経産。前医で卵巣腫瘍にて右付属器摘出術と虫垂切除術を施行され、AGCT pT1c(a)NXM0と診断され、後治療せずに経過観察となっていた。

2年後に自然妊娠したが、妊娠初期の超音波検査で骨盤内腫瘤を認め、妊娠16週のMRIにてAGCTの再発が疑われた。妊娠20週に腫瘍摘出術を施行したが、腸管浸潤のため腫瘍は一部残存した。病理組織検査にてAGCT再発と診断されたため、周産期管理及びAGCTの加療目的で妊娠25週に当科紹介となった。単純MRI検査を行ったところ、残存腫瘍は子宮左側、膀胱前面、回盲部にそれぞれ認められ、T1・T2強調画像のみでは腫瘍径の判定は困難であったが、DWIでは高信号の腫瘤として明瞭に描出された。前医での手術所見と比較して残存腫瘍の増大は軽度と考えられたため、十分な説明の上で経過観察する方針とした。妊娠30週にMRI DWIにて再度評価したが、腫瘍径は不変であった。妊娠37週2日、残存腫瘍摘出も同時に行うため、帝王切開術にてApgar score 8-1/8-5/10-10、2504gの男児を娩出した。回腸末端部位に浸潤している腫瘤を除き全て摘出したが、実際の腫瘍の大きさは妊娠中のMRI DWIでの計測と一致していた。産後、月経の開始とともに出現した新規病変が急速に増大したため、産後7カ月に再度腫瘍摘出術を施行した。強い妊孕性温存の希望があり、子宮と左付属器には明らかな異常所見がなかったため温存した。その後、左卵巣にも病変を認めるようになったため、前回手術から1年後に子宮、左付属器を含め根治術を施行した。3カ月後、肺に多発転移を認めたため、黄体ホルモン療法を開始した。5カ月を経過し、腫瘍の増大を認めていない。

【まとめ】

妊娠中に再発したAGCTの一例を経験した。妊娠中、播種病巣を評価する上でMRI DWIは有用な方法と考えられた。

7. 子宮頸部腺癌合併妊娠の一例

《症例報告》

北海道大学 産婦人科

小田切 哲二、渡利 英道、金野 陽輔、保坂 昌芳、加藤 達矢、小林 範子
首藤 聡子、武田 真人、金内 優典、水上 尚典、櫻木 範明

頸癌の3%は妊娠中に診断され、無症状で細胞診の異常から診断されることも多い。
また、妊娠時は出血しやすく病変の評価が難しいこともある。
今回我々は、子宮頸部腺癌合併妊娠の一例を経験したので報告する。

【症例】

31歳, G0P0。妊娠13週頃から不正出血あり、妊娠18週5日に大量の不正出血を認めた。この時、子宮頸部に乳頭状病変を認め切除した。病理結果でAdenocarcinoma を認めた。妊娠19週5日で当院へ紹介となった。肉眼的に子宮頸部に腫瘤を認め、浸潤癌が疑われた。妊娠中のCTや造影MRIは施行しがたく、単純MRIを施行した。子宮腔部前唇の上皮がやや厚く見え、拡散強調像で同部位に19×11×26 mm大の異常信号を認めた。ADCは低下しており、残存病変が疑われ子宮頸部腺癌 I b1期の診断となった。妊娠継続も検討したが、最終的に本人の希望もあり妊娠21週6日で帝王切開による妊娠中絶と広汎子宮全摘術を行った。術後経過は良好で術後4週間で退院。

病理結果はMucinous adenocarcinoma, 深さ7mm、病変の広がり25mm、pT1b1,N0,M0脈管侵襲なしであった。摘出物標本で検討したところ子宮腔部前唇に17×13×25mm大の病変を認めた。術前MRIの画像所見とほぼ一致しており、拡散強調像は妊娠時の病変の評価に有用と思われた。

8. 双胎妊娠に合併した直腸癌の1例

《症例報告》

京都大学 放射線診断科 1)、産婦人科 2)

木戸 晶¹⁾、藤本 晃司¹⁾、大堂 さやか¹⁾、森澤 信子¹⁾、梅岡 成章¹⁾

富樫 かおり¹⁾、鈴木 彩子²⁾、小西 郁生²⁾

症例：37歳、2G0P（いずれも自然流産）

主訴：無月経、IVF後妊娠16週6日、DD twin、直腸癌合併。

臨床経過：2年前から他院で不妊治療開始。タイミング療法、AIH4回にても妊娠に至らず、軽度男性因子を指摘され、3回目のIVF-ETにて妊娠に至り、二絨毛膜二羊膜双胎。同じ頃、排便時に肛門から脱出し、還納する腫瘤を自覚するも増大傾向なく、放置。妊娠15週頃から還納できなくなり、外科初診。肛門12時方向に鶏卵大の腫瘍が脱出。Rbに存在する有茎性の腫瘤で生検によりadenocarcinoma in tubulovillous adenoma of the rectum, well differentiatedであり、妊娠管理と手術希望にて当院紹介受診。

下部内視鏡にてRb内側にIs+IIa粗大結節病変を認める。明かなSM癌を疑う所見はない。生検にてadenocarcinoma in tubulovillous adenoma of the rectum, well differentiatedの診断。早期直腸癌であり、消化器内科・外科的に内視鏡的切除の適応と考えられた。但し、腫瘍茎が右側であり操作が困難で手技に時間を要する可能性が予測された。また、一般的に粘膜内癌が進行癌に進行するには1年以上を要する為、分娩後（半年後）まで経過観察しても進行癌に至る可能性が低いため、分娩後の切除が選択された。

36週6日、予定帝王切開となる。分娩後1ヶ月の下部内視鏡では、腫瘍の隆起結節部が増大しており、内視鏡的には進達度SM massive-MPであり、外科的切除の方針となった。

手術時、麻酔下で肛門括約筋が弛緩した状態での直腸診断ではSM1の可能性あったため、経肛門的腫瘍切除となった。最終病理では、Adenocarcinoma, (Differentiated tubular adenocarcinoma)の診断であり、追加切除は行わなかった。以後、経過良好である。

妊娠に合併した大腸癌の頻度は1-2例/妊娠10万と稀で、その半数以上が直腸癌と報告されている。若年で病識が低かったり、症状が妊娠随伴症状と類似することで発見が遅れ、妊娠20週未満で診断される例は10%未満と報告されているが、本症例については、症状が明らかであったため、早期に発見され、治療も出産後まで待機することが可能であった。妊娠に伴うエストロゲンの腫瘍増殖促進作用や母体の細胞性免疫の低下、骨盤内血流の増加が予後不良因子とされているが、早期癌であった為、増悪を免れたものと思われる。

9. 妊娠中にDICを契機として診断された胃癌の1例

《症例報告》

京都大学 産婦人科

多賀 敦子、近藤 英治、濱西 潤三、山口 建、巽 啓司、小西 郁生

妊娠中に胃癌を合併する頻度は0.026-0.1%と稀であるが、その多くは進行癌で発見されるため予後不良である。今回、DICを契機に診断された胃癌合併妊娠の1例を経験したので報告する。

症例は36歳、3回経産婦。妊娠25週から腰痛を認め、妊娠26週より食思不振、妊娠27週には両下腿に紫斑が出現した。妊娠28週2日、全身倦怠感の増悪と著明な貧血、血小板減少のために当科に母体搬送された。入院時の血液検査は、Hb 3.1 g/dl、Plt 57x10⁹ /l、Fib 138 mg/dl、FDP 55.7 μg/mlであり、DICと診断した。輸血と抗DIC療法を直ちに開始し、胎児の成熟を促すためベタメサゾンを投与した。血液疾患を疑い施行した骨髄検査で印環細胞様の腺癌細胞を認め、悪性腫瘍の骨髄転移によるDICと考えられた。黒色便を認め、腫瘍マーカーはCEA 168.6 ng/ml、CA19-9 17,679 U/mlと著明に上昇しており、上部消化管内視鏡検査と生検にて胃癌と診断された。妊娠28週4日に帝王切開術で946gの男児 (Apgar score 7/9) を娩出した。腹水細胞診は陽性で、造影CTでは多数のリンパ節転移および胸椎から腰椎にかけて溶骨性変化を認めた。骨シンチグラフィで全身の骨転移が確認された。術翌日より開始したMethotrexate + 5-FUによる化学療法が奏功し、外来化学療法が可能にまで軽快したが、9ヶ月後に癌性リンパ管症を発症し12ヶ月後に原病死した。

妊娠中の遷延する嘔気や嘔吐、心窩部痛は胃癌を疑うべき症状であるが、本症例では、骨髄転移による腰痛が初発症状であり、その後急速にDICへと進行した。一般に、胃癌の1-11%に骨髄転移を認め、DICを併発した場合に化学療法が行われなければ生存期間は数週間とされている。実際、DICで発見された妊産婦の胃癌は過去に1例報告されているが、産褥13日目に死亡している。本症例では速やかに胃癌と診断して化学療法を開始することでDICから回復し、約1年の生存期間を得ることができた。今回は胎児の体外生活が可能な妊娠28週に胃癌と診断されたため児娩出後に化学療法を開始したが、個々の症例毎に妊娠週数を考慮した上で児の娩出時期を決定することが肝要である。産科的基礎疾患を認めないDICに遭遇した場合、本疾患のような悪性腫瘍も念頭において胎児への影響に配慮しつつ迅速に検査を行う必要がある。また、背景にある原疾患が同定されれば、直ちにその治療を開始することで予後の改善が期待できると考えられた。

10. 妊娠中の頸管ポリープの診断に難渋した症例

《症例報告》

ベルランド総合病院 産婦人科 1)、病理部 2)

山崎 公美 1)、濱田 真一 1)、脇本 剛 1)、山本 香澄 1)、中平 理恵 1)、三宅 麻子 1)

峯川 亮子 1)、土田 充 1)、山崎 正人 1)、清水 郁也 1)、村田 雄二 1)

山内 道子 2)、川野 潔 2)

抄録本文：

23歳女性、近医で頸管ポリープを指摘されていたが、切除せずに妊娠に至った。妊娠前の子宮頸部細胞診ではclass IIであった。妊娠11週6日、分娩希望のため当院へ紹介受診された。当院初診時、胎児の発育は良好であったが、子宮口より2cm大の表面が粗で、黄色の斑点を伴ったポリープを認め、その一部を生検した。生検組織において、adenocarcinoma of the endometriumが疑われ、免疫染色を行った。免疫染色では、CEA、角化扁平上皮、上皮Vimentinは陰性、MIB-1 >50%であり、microglandular hyperplasiaを疑った。頸管ポリープの茎部を視診では確認できなかったため、MRI施行した。MRI画像上、ポリープは、子宮頸管内から外子宮口を経て膈上部に突出し、ポリープの附着部は子宮体部から頸部にかけての移行部と考えられ、筋層浸潤を疑う所見は認めなかった。Microglandular hyperplasiaが疑われるが、悪性の可能性は否定できず、妊娠14週5日の時点で腰椎麻酔下に頸管ポリープを部分切除した。切除した組織は、肉眼的には悪性腫瘍にも見えるが、免疫染色ではP53、CEA、MIB-1は陰性であり、悪性を示唆する所見はみとめず、最終的にatypical microglandular hyperplasiaの診断に至り、妊娠継続をすることとした。妊娠16週0日 突然の腹痛と出血が出現し、流産となった。臨床所見として、母体の明らかな感染徴候は認めなかった。胎盤病理検査においても、子宮内感染を示唆する所見も認めなかった。月経再開した時点で、頸管ポリープの再評価を行った。2cm大の残存する頸管ポリープを切除したが、悪性所見は認めなかった。しかし、子宮内膜組織は、atypical endometrial hyperplasiaが疑われ、現在も精査中である。今回、もともと存在していた頸管ポリープが妊娠に伴う内分泌変化によって、異型を呈したと考えられた。妊娠中の頸管ポリープの扱いについて、明確な指針は無いが、非妊娠時に発見された妊娠前の頸管ポリープは積極的に切除することが望ましいと考えられた。本症例における当院での検討内容と若干の文献的考察を含めて報告する。

11. 子宮頸部腺癌の放射線治療とADCとの検討

《臨床研究》

放射線医学総合研究所 重粒子医科学センター病院

尾松 徳彦、岸本 理和、神立 進、小畠 隆行、安藤 謙、若月 優

安藤 裕、鎌田 正

背景・目的)

子宮頸癌のうち、腺癌は、扁平上皮癌よりも、放射線や、化学療法の治療効果は低く、また、リンパ節転移や、遠隔転移をきたしやすいため、同一臨床進行期の扁平上皮癌よりも予後が不良である。腫瘍診断における拡散強調画像の有用性の報告は多数見られ、腫瘍における拡散の低下は、腫瘍の細胞密度を反映していると考えられている。放射線治療、化学療法による腫瘍細胞の減少が拡散を上昇し、大腸癌や神経膠腫において、初期治療において、見かけの拡散係数（ADC）の上昇が、治療効果と良い相関があると報告されている。子宮頸部扁平上皮癌においても、同様の傾向が認められた。腺癌に関して、ADCと治療効果との関連を検討した。

対象・方法)

対象は、2006年4月より、2010年10月までに、当院で、初回の放射線治療あるいは、重粒子線治療を施行した子宮頸部腺癌患者で、治療前の腫瘍体積が、画像上30mm³以上、治療前、治療直後、その後の経過観察のMRIで拡散強調画像を複数回撮像した症例を対象とした。そのうち、治療前のT2強調画像で明らかに嚢胞形成を含む症例は除外した。検討症例は、15例であり、治療開始時平均年齢は59.8歳、平均観察期間は、394.4日であった。組織型は、腺扁平上皮癌 7例、類内膜癌 4例、粘液腺癌 3例、明細胞癌1例であり、病期は、Stage IIA 1例、 Stage IIB 5例、StageIIIB 8例、Stage IIIC 1例であった。使用機種は、フィリップス社製 Achieva 1.5T、 Body matrix coilを使用し、拡散強調画像 (b=0、1000sec/mm²) を撮像した。ADCの測定は、ADCmap上に、腫瘍と考えられる部分の全てのスライスに直接ROIを設定した。設定したROIをすべてのスライスで積分し、腫瘍体積を求めた。また、全スライスの腫瘍の平均ADCを腫瘍のADCとした。治療前、治療直後、治療後のそれぞれのADCと、治療による腫瘍縮小率や、局所再発の有無を比較した。

結果・結論)

局所再発は6例、局所再発は認められないが、遠隔転移は5例であり、臨床上再発、転移の兆候なしが4例であった。治療後、腫瘍のADCは、すべての症例で低下した。局所再発を認めた症例の治療前のADCに有意差は認められなかったが、ADCの上昇率は、認めなかった症例よりも有意に低かった。

12. CPT-11/Nedaplatinの2剤併用による術前全身化学療法が著効した子宮頸部扁平上皮癌 I b2～II b期の3例

《症例報告》

大田原赤十字病院 産婦人科 1)、放射線科 2)

北岡 芳久 1)、水沼 仁孝 2)、竹本 崇史 1)、益子 尚子 1)、野上 郁哉 1)、滝川 彩 1)
田中 聡子 1)、北岡 江里 1)、森川 和彦 2)、福田 大記 2)、白石 悟 1)、

<緒言>

Bulky massを有する局所進行子宮頸癌症例の治療において、術前全身化学療法(Neoadjuvant chemotherapy:NAC)で腫瘍を縮小させた後に根治手術を行うことは、有用な治療方法の選択肢の一つである。今回、子宮頸部扁平上皮癌 I b2期2例とII b期1例の3例に対して、CPT-11(カンプト;ヤクルト)とNedaplatin(NDP/アクプラ;塩野義)の2剤併用による術前全身化学療法を2コース終了後に子宮頸癌根治手術を行ったので、NACの前後における子宮頸部細胞診・腫瘍マーカー(SCC)・骨盤MRIによる評価を交えながら示説する。<NACの投与方法>3例とも、CPT-11(60mg/m²)をDay-1とDay-8に、NDP(80mg/m²)をDay-1にそれぞれ経静脈的投与し、4週間毎で計2コース施行した。

<症例①>

41歳(3G1P)、主訴;不正性器出血・発熱、術前診断;子宮頸部扁平上皮癌 I b2期、子宮頸部細胞診(NAC前→NAC後);SCC→LSIL、腫瘍マーカーSCC(NAC前→NAC後); 37.8ng/ml→0.8ng/ml、最終診断;SCC・pT1b1N1M0、術後治療;CCRT(全骨盤照射48.6Gy・CDDP30mg/m²/週x5回)。

<症例②>

52歳(3G3P)、主訴;子宮頸癌検診、術前診断;子宮頸部扁平上皮癌 I b2期、子宮頸部細胞診;SCC→SCC、SCC;13.7;ng/ml→0.9ng/ml、最終診断;SCC・pT1b1N0M0、術後治療;全骨盤照射45.0Gy。

<症例③>

67歳(4G4P)、主訴;不正性器出血、術前診断;子宮頸部扁平上皮癌 II b期、子宮頸部細胞診;SCC→SCC、SCC; 8.7ng/ml→0.6ng/ml、最終診断;SCC・pTisN0M0、術後治療;なし。

<総括>

最近経験したCPT-11/NDPによるNAC著効子宮頸部扁平上皮癌3症例について報告した。いずれの症例も、NACの前後で腫瘍径は著明に縮小しており、子宮頸癌根治手術を遂行するうえで有用であった。しかし、長期的な予後に関しては現時点では評価困難であり、NACに使用する抗腫瘍剤の選択や投与方法、適応とすべき子宮頸癌症例の選択など、さらなる検討が必要と考える。

13. 最小偏倚腺癌と分葉状頸管過形成の2例

《症例報告》

久留米大学 放射線科 1)、病理学 2)

角 明子 1)、真田 咲子 2)、内田 政史 1)、長田 周二 1)、迫田 順 1)、
矢野 博久 2)、早瀬 尚文 1)、

最小偏倚腺癌(MDA)は高分化の浸潤性腺癌であり、頸部腺癌の1~3%と稀で予後不良な腫瘍である。MRIでは小嚢胞の集簇と嚢胞の間にT2WIで高信号を示す充実部が介在する腫瘍として描出される。浸潤性に発育し、病変の境界が不明瞭であることが特徴とされるが、頸管腺過形成である分葉状頸管過形成(LEGH)との鑑別が時に困難な場合がある。MDAとLEGHの2症例において、病理組織所見の特徴とMRI所見について若干の文献的考察を加え報告する。

症例 1

40歳。検診の子宮頸部擦過細胞診でclass IIIaであり精査加療目的に当院を受診した。経膈超音波で子宮頸部の腫大と嚢胞性病変を認めたが、再度施行した子宮頸部擦過細胞診でclass II、内膜細胞診で陰性であったため経過観察となった。約7ヵ月後に水様性帯下の増加と腹痛で再受診し、子宮頸部擦過細胞診でclass IV、MRIでは子宮頸部に小嚢胞を伴う不整な充実部を認めた。MDAを含めた子宮頸部悪性腫瘍を疑い手術となった。病理組織結果はMDAであった。

症例 2

55歳。子宮頸がん検診目的に近医を受診した。経膈超音波で子宮頸部に多数の嚢胞性病変を指摘され精査加療目的に当院を受診となった。MRIでは子宮頸部に大小の嚢胞性病変を認めた。病変の外側に比較的大きな嚢胞、中心部に小さな嚢胞が集簇し、周囲への浸潤所見は認めなかった。子宮頸部円錐切除を行うも診断に至らず、単純子宮全摘術を施行した。病理組織結果はLEGHであった。

14. 両側乳房腫瘍を契機に診断された子宮頸部小細胞癌の1例

《症例報告》

富山県立中央病院 放射線科 1)、外科 2)、産婦人科 3)、病理診断科 4)

阿保 齊¹⁾、井上 大¹⁾、遠山 純¹⁾、森永 響子¹⁾、出町 洋¹⁾

前田 基一²⁾、松本 多圭夫³⁾、舌野 靖³⁾、谷村 悟³⁾、舟本 寛³⁾

中野 隆³⁾、内山 明央⁴⁾、寺畑 信太郎⁴⁾ (現砺波総合病院 臨床病理科)

【症例】40歳代女性。1経妊0経産（人工流産1）。

【主訴・現病歴・現症】2011年2月中旬より右乳房のしこり、全身の疼痛を自覚し、2月下旬に当院外科を受診。マンモグラフィ、超音波では、両側乳腺に腫瘍が多発しており、両側腫瘍の針生検により小細胞癌と診断された。全身検索のため施行されたPET-CTでは、多発骨腫瘍と腹部多発リンパ節腫脹に加えて、子宮頸部に大きな腫瘍と高FDG集積（SUV最大値6.2）を認めた。子宮頸部原発の腫瘍の可能性が高いと考えられたため、3月中旬に産婦人科紹介受診となった。コルポスコピーでは、子宮腔部に易出血性の浸潤癌の様相を呈した。

【検査・画像所見】各種腫瘍マーカーは異常高値を示し、特にProGRPは3994.0 pg/ml（正常値46.0以下）と著明高値であった。MRIでは、子宮頸部に最大70mm大の腫瘍を認め、拡散強調画像では高信号、T1強調画像では筋肉と等信号、T2強調画像では軽度高信号を示し、高度の変性・壊死領域は認めなかった。また、T2強調画像でみると、腫瘍は後壁主体に位置しており、頸管上皮・頸部間質を腹側方向に弧状に圧排しており、粘膜下主体の腫瘍像を呈していた。Dynamic study早期相では淡く増強され、遅延相にかけてplateau patternを示した。また、両側外腸骨リンパ節及び腹部大動脈周囲リンパ節腫脹を認めた。

【病理組織所見】子宮頸部生検組織では、異型上皮の広範な増殖が認められ、小型～中型の核/細胞質比の高い組織像を示し、明らかな腺や扁平上皮への分化は認めなかった。免疫組織化学的に、神経内分泌系のマーカー(chromogranin A, synaptophysin, NCAM)は陽性を示しており、小細胞癌と診断した。

【経過・治療】肺・縦隔、消化管を含めて、他に原発巣と考えられる病巣はなく、リンパ節腫脹の分布からも子宮頸部原発小細胞癌（FIGOIVb期；傍大動脈リンパ節、両側乳房、多発骨転移）と診断した。現在、肺小細胞癌の治療に準じて、CPT-11+CDDPによる治療を開始・継続中である。

【結語】以上、比較的稀な子宮頸部小細胞癌の1例を経験したので、発育・進展形式の画像所見を含めて、文献学的考察を加えて報告する。

15. 子宮頸部小細胞癌の1例

《症例報告》

聖マリアンナ医科大学 放射線科 1)、産婦人科 2)

上島 巖¹⁾、吉松 美佐子¹⁾、宮川 国久¹⁾、中島 康雄¹⁾、大倉 直樹¹⁾、

戸澤 晃子²⁾、鈴木 直²⁾、木口 一成

小細胞癌は肺に比較的多く発生するが、子宮頸部小細胞癌は子宮頸癌のうち0.5–6%と稀である。小細胞癌は小円形細胞腫瘍 (small round cell tumor) と呼ばれる腫瘍群の範疇に入り、最終診断には免疫学的な鑑別を要する。子宮頸部小細胞癌は腫瘍の脈管侵襲が特徴的であり、再発やリンパ節転移も多い。他臓器発生の小細胞癌と同様に急速に全身性に転移し、予後不良である。

【症例】40代女性、不正出血が持続し近医を受診した。内診では漿液性の多量帯下を認めた。経膈超音波では子宮頸部に粗大な腫瘍性病変を認め、子宮頸癌が疑われた。細胞診ではclass V、初回の組織診では壊死傾向が強く判定不可能であった。造影CTでは子宮頸部に内部壊死傾向の著しい低吸収腫瘤を認め、傍大動脈領域や骨盤腔に多発リンパ節腫大を伴っていた。MRIでは子宮腔部を中心に10×9.5×8.0cm径の粗大な腫瘤を認め、辺縁は境界明瞭であった。子宮頸部の正常筋層は圧排され、膨張性発育した腫瘍と考えられた。造影dynamic MRIでは腫瘍内部の壊死部分は造影効果が乏しく、充実部分は遅延性濃染を呈した。画像上の鑑別として子宮頸部腺癌、小細胞癌が挙げられた。再度、子宮腔部生検を施行した結果、子宮頸部小細胞癌と診断された。現在のところ、子宮頸部小細胞癌については確立した治療方法はなく、化学療法、放射線治療などの集学的な治療が行われる。本症は腫瘍の局所制御を優先し動注化学療法を継続し、外来フォローアップにて縮小傾向にある。今回我々は子宮頸部に生じた小細胞癌を経験したため、MRI所見を中心に文献的考察を含めて報告する。

16. 子宮頸部・膣の小細胞癌の画像所見

《症例報告》

国立病院機構九州医療センター 放射線科・乳腺センター
松林（名本）路花

子宮頸部、および膣の小細胞癌は比較的まれであり、詳細な画像の検討は少ない。今回、3例の子宮頸部、膣の小細胞癌を経験したのでその画像所見について述べる。

症例は50歳代、40歳代、および70歳代（順に症例1-3）。帯下の増加、不正性器出血などを契機として発見された。症例1は9cmを超える病変であったが、内部は均一な中等度信号を呈し、良好な増強効果を認め、傍組織浸潤は見られなかった。症例2、3も病変は症例1ほどのサイズではなかったが、内部は均一であった。

小細胞癌は近年では子宮頸癌の約5%を占め、発症年齢は通常の子宮頸癌より若年傾向にあるとされる。予後は極めて不良で75%は一年以内に死亡という報告もある。今回の画像上、内部の均一性が特徴の一つと思われ、悪性リンパ腫などの鑑別が考えられた。

17. 産後仮性動脈瘤に対してTAEを施行した1例

《症例報告》

北海道社会保険病院 放射線科

杉浦 充

【症例】

28歳、1ヶ月前に経膣分娩(吸引+クリステレル)をして退院後悪露は落ち着いていたが1週間前より少量の出血が持続し、今回多量の出血があり受診、下腹部痛や発熱はなし。経膣エコーで子宮内に2cm大の内部不均一な構造あり胎盤遺残が疑われ、保存的治療で改善せず貧血が進行するため入院となった。骨盤単純MRI上部部内腔に2.5cm大のT2WIで不均一な高信号域あり、左側の子宮筋層からflow voidと考えられる無信号域が連続しており遺残胎盤からの出血で矛盾しない所見であった。翌日撮像した腹部骨盤dynamic CTで子宮内腔は拡大し内部に亜急性期血腫と考えられる高濃度の構造と、処置に伴うと考えられるairもみられた。動脈相で左側優位に子宮動脈の枝が発達し、左から内腔に突出する18mm程度の染まりあり仮性動脈瘤と考えられ、周囲に遺残胎盤ははっきりせず、経膣エコーや単純MRIでは血腫および仮性動脈瘤自体をみていたものと考えられた。

【診断】

産後仮性動脈瘤

【経過】

診断した時点で状態は比較的安定しており翌日定期の枠で子宮動脈塞栓術を施行した。左子宮動脈が子宮内で著明に増生し仮性動脈瘤形成ありゼラチンスポンジ細片を動注し子宮動脈の枝が減少したが塞栓物質を含む造影剤が仮性動脈瘤より子宮内腔に流れ出ていきextravasationを認めたため、ヒストアクリルブルーを追加動注して止血を得た。また右子宮動脈からも再開通防止目的で末梢の血管が描出されなく程度にゼラチンスポンジ細片を動注して塞栓術を施行その後出血は落ち着いた。

【考察】

晩期産褥期出血の原因として胎盤ポリープ及び産後仮性動脈瘤はしばしば経験する。今回経験した産後仮性動脈瘤の診断・治療について若干の文献的考察を加えて報告する。

18. 腔前方に発生したangiomyofibroblastoma(AMFB)の一例

《症例報告》

市立札幌病院 放射線診断科 1)、産婦人科 2)、病理診断科 3)

原田 太以佑¹⁾、白渕 浩明¹⁾、小林 健太郎¹⁾、西岡 典子¹⁾、石黒 絵里¹⁾、
宮崎 知保子¹⁾、内田 亜紀子²⁾、晴山 仁志²⁾、辻 隆裕³⁾、深澤 雄一郎³⁾

[目的]

腔前方に発生したAMFBの一例を報告する。

[症例]

47歳女性、G2P2。子宮下垂感あり、子宮脱治療目的に当院紹介受診された。既往歴としてH9年卵巣奇形腫(MCT)核出術がある。経腔USで左卵巣腫瘍を指摘され、他に特記すべき異常は指摘されなかった。MRIでは左卵巣に25mm大の脂肪成分を含む腫瘍を認めMCTが疑われた。腔前方に境界明瞭な50mmの軟部腫瘍を認め、骨格筋と比べてT2WIで不均一な高信号、T1WIで等信号、ADC低下はなく、比較的均一な造影効果を示した。CTでは軽度の増強効果を伴う境界明瞭、内部比較的均一な低吸収値腫瘍を認めた。卵巣は定型的に切除、軟部腫瘍は腔前壁を切開し経腔的に切除した。

[病理所見]軟部腫瘍では異型や分裂像に乏しい紡錐形細胞が浮腫の強い間質と豊富な血管の増生を伴い増生する像がみられ、紡錐形細胞は血管周囲にやや密に分布する傾向が見られた免疫組織化学的に紡錐形細胞は、ER+、PgR+、desmin+、 α SMA \pm 、vimentin \pm 、S100-、CD34-。でありAMFBと診断された。左卵巣腫瘍は内部に毛髪と油脂を含むMCTであった。

[考察]

angiomyofibroblastoma(AMFB)は腔周囲や外陰部に好発する良性腫瘍であり、免疫組織学的に。ER、PgR受容体の発現が高率に認められ、女性外陰部の間葉系細胞由来と考えられている。肉眼的には弾性軟な白色から黄色、粘液質な腫瘍であり、組織学的には浮腫性間質を伴って紡錐形細胞が束状・柵状に配列し、血管中心性に腫瘍細胞が上皮様に増殖し、細胞密度の高い領域と粘液様な細胞密度の低い領域が混在する。MRIでは浮腫性間質量に応じてT2WIで高～等信号、不均一な増強効果を示す。AMFBはaggressive angiomyxoma(AAM)との鑑別が重要であり、sizeが大きく(>5cm)、浸潤性増殖を呈し、T2WIやGd造影T1WIで渦巻き状や柵状の低信号を伴うのが典型的とされているが、鑑別に苦慮することが多い。

[結語]

腔前方より発生したAMFBの一例を経験した。

19. 腔悪性腫瘍との鑑別が困難であった腔壁非結核性抗酸菌症の1例

《症例報告》

信州大学 産科婦人科

今西 俊明、近藤 沙織、橘 涼太、鹿島 大靖、宮本 強、岡 賢二

堀内 晶子、塩沢 丹里

非結核性抗酸菌症の多くは呼吸器に発生するが、リンパ節、皮膚等にも発症することがある。結核や間質性肺炎等の呼吸器合併症や免疫不全に合併する2次感染型が多いが、近年それらの基礎疾患がない1次感染型が増加している。今回、診断に難渋した腔壁非結核性抗酸菌症の1例を経験したので、報告する。症例は82歳の女性である。既往として、80歳時に左頸部・顎下の腫瘍があり、生検により非結核性抗酸菌によるリンパ節炎と診断され、14か月間抗生剤を投与され軽快している。今回、少量の褐色帯下を認め、近医を受診した。診察上腔壁の肥厚を認めたため、腔壁擦過細胞診が施行されたがclass IIであり、組織診でも肉芽組織のみであったが、腔悪性腫瘍の可能性が否定できないため当科紹介となった。当科での診察上、腔壁は全長性・全周性に厚く、硬く肥厚し、易出血性であった。当科での腔壁生検の結果も肉芽組織のみで悪性細胞は認められなかった。MRI上、子宮頸部～体部、腔壁、膀胱後壁粘膜下に及ぶT1-WI低信号、T2-WI高信号を呈する腫瘍様病変を認めた。また、両側骨盤内リンパ節腫大および仙骨、骨盤骨、両側大腿骨にT2-WIにてまだら状の低信号域を認め、リンパ節転移および骨転移が疑われた。またPET検査でも腔壁に集積を認めた。これらの所見から悪性腫瘍を強く疑ったが、進展形式からは悪性リンパ腫や小細胞癌の可能性が考えられた。腔壁より再度生検を行ったがやはり悪性腫瘍の所見はなく肉芽組織であった。非結核性抗酸菌症の既往があったことから、採取した腔壁腫瘍組織に対し抗酸菌染色を行ったところ、組織球の胞体内に多数の抗酸菌を認めたため、結核または非結核性抗酸菌症と診断した。希望により近医内科に入院し、エタンブトール・リファンピシン・クラリスロマイシン・ストレプトマイシンの投与が開始された。投与2ヶ月で薬疹が生じたため、エタンブトールを中止し、クラリスロマイシンをレボフロキサシンに変更した。以降は外来で治療が継続され、腔壁の腫瘍は治療後4ヶ月で軽快した。現在全身に病変を認めないが、再発防止のためレボフロキサシン・ストレプトマイシン・リファンピシンの投与を継続している。婦人科領域でも細胞診陰性の腫瘍を認める際には非結核性抗酸菌症の可能性を念頭におく必要があると考えられた。

20. 婦人科癌精査中のPET-CTにて偶然発見された他病変についての検討

《臨床研究》

岡山大学 産科婦人科

村上 優子、児玉 順一、斎藤 雅子、井上 誠司、福島 千加子、楠本 知行

中村 圭一郎、関 典子、本郷 淳司、平松 祐司

背景：婦人科悪性腫瘍の領域においてもフッ素（fluorodeoxyglucose:FDG）を用いたポジトロン断層撮像法（positron emission tomography:PET）検査が画像診断法の一つとして広く認識されている。数年前までは臨床研究や高度先進医療として一部の施設で行われていたにすぎなかった検査だが、現在では日常的に臨床の現場で利用される検査と位置づけられている。今回当院で婦人科浸潤癌と診断され、初回検索として行われたPET-CTにおいて他疾患が偶発的に発見された症例について検討した。

方法：平成18年1月から平成23年3月までで当院で卵巣癌・子宮体癌・子宮頸癌と診断された症例の中で、356例でPET-CTによる初回検索が行われた。PET-CTにおいて原発巣、転移巣以外に集積を認め、精査・加療が必要であると考えられた症例について検討を行った。

結果：手術加療を要した疾患として、甲状腺癌2例、肺癌、乳癌、回盲部癌、神経鞘腫が各1例発見された。その他、内科疾患として中でも甲状腺疾患が多数例発見された。

結論：PET-CT検査により予想もしなかった病巣の発見に繋がる場合がある。早期に適切な治療を受けられる可能性があり、全身スクリーニングという観点からも意義があると考えられる。しかしその結果の解釈として、生理的集積との鑑別が非常に重要である。

21. 骨盤臓器脱術前の造影CTにおける血管・尿管の描出・評価について

《臨床研究》

広島大学 放射線診断科 1)、泌尿器科 2)

本田 有紀子 1)、中村 優子 1)、谷 千尋 1)、古本 大典 1)、谷為 恵三 1)

伊達 秀二 1)、栗井 和夫 1)、梶原 充 2)、松原 昭郎 2)

比較的高齢女性の骨盤底弛緩による骨盤臓器脱では、腹圧性尿失禁などQOLを低下させる症状をきたす。近年、tension-free vaginal mesh (TVM) 手術により治療可能で当院泌尿器科でも施行されている。TVMにおいては、膣壁から膀胱、直腸の剥離は直視下に行われ、穿孔などきたしても修復可能であるが、手術手技の一工程である骨盤内穿刺は、盲目的に行われ、血管、尿管の損傷は完全には回避できない。そのため、術前造影CTを撮像し、血管・尿管の同定を前もって行い、安全な穿刺ルートを検討しておくことは、手術を安全に行うため有用である。今回我々は、通常のCT撮像に加え、骨盤臓器脱を意図的に起こした状態での撮像も追加することで、脱の状態での血管、尿管の変位の有無を脱前の状態と比較し、手術時および骨盤臓器脱時に近い状況を再現し病態把握を行う上で、骨盤臓器脱術前CTの適正なプロトコルを検討した。

骨盤臓器脱は立位では比較的起こり易いが、CT寝台上で仰臥位となった場合、更なる工夫がないと臓器脱下の撮像は不可能である。安定して良い撮像が行われるように、プロトコルを完成させ、骨盤臓器脱の病態把握、特に尿管と、内陰部動脈（穿刺においてもっとも損傷されやすいとの報告が多い動脈である）について良好な描出を目指すのが本研究の目的である。また、文献的な報告もあわせて上で、尿管、内陰部動脈のanomalyについてもあわせてまとめる。現時点では日本国内において術前MRの評価が主流となっている。特に、cine MRIでは、臓器の状態がreal time に描出され有用であるが、尿管・血管を同時に、かつ明瞭に描出するにはいたっておらず、術前の検査としては、尿管・血管が明瞭に描出された画像が有利と思われる。また、MRのない医療機関でも施行可能である利点より、本研究は施行するに値すると考えている。

22. 乳管腺腫(ductal adenoma)の画像所見

《症例報告》

国立病院機構九州医療センター 放射線科・乳腺センター

松林（名本）路花

乳癌取り扱い規約第16版で日常診療で経験する重要な組織型として追加され、近年注目されている乳管腺腫（ductal adenoma）の2例の画像所見を詳細な病理とともに述べる。

乳管腺腫はAzzopardiが提唱した概念で臨床的、病理学的にも癌と間違えやすい病変である。乳管内乳頭腫と類縁である。被膜様の硝子化した間質に囲まれ、しばしば間質には石灰化沈着を伴う。良性の上皮細胞の増殖からなる乳管内病変で、二相性を保ちながら増生する。多くの症例で乳管外へ偽浸潤を示しやすい。半数に異型の強いアポクリン化生を伴い細胞診、針生検でアポクリン癌と間違えることがある（同義語として硬化性乳管内乳頭腫(sclerotic intraductal papilloma)がある）。

画像の詳細な報告は少ないが、今回経験した2症例はいずれも偽浸潤を示唆するような特徴的な所見を呈しており、若干の注意深い観察により、術前に鑑別として示唆することが可能であった。

23. Diffusion Tensor Imaging (DTI) を用いた 摘出子宮の子宮体癌筋層浸潤評価の試み

《基礎研究》

東京医科歯科大学 生殖機能協関学

鳥羽 三佳代、宮坂 尚幸、久保田 俊郎

【背景】

若年発症の子宮体癌は増加傾向にあり、妊孕性温存を希望する症例も増えている。妊孕性温存療法が可能なIa期を診断するための筋層浸潤評価にはMRI T2WIやenhanced-T1WIが有用であるが、Ia期とIb期の鑑別精度は必ずしも高くはない。diffusion tensor imaging (DTI) は水分子拡散の異方性を画像化したもので、脳神経領域を中心に臨床応用されているが婦人科領域では未だ利用されていない。子宮は主に平滑筋で構成されている異方性を持つ臓器であり、子宮体癌で筋層浸潤が起ると、平滑筋線維が断裂することで異方性が低下することが予想され、DTIが筋層浸潤評価に有用なのではないかと推測された。

【目的】

子宮体癌筋層浸潤評価におけるDTIの有用性を検討する。

【方法】

本研究は倫理委員会の承認を得て行った。対象は子宮体癌症例のうち、同意が得られた12例である。10%ホルマリンで15時間固定された摘出子宮を、4.7T動物実験用MRIを用いてConventional multislice, spine-echo imaging sequence で拡散強調画像を撮影 (b factor = 0, 1000 s/mm²、motion probing gradient(MPG) 印加軸6軸) し、FA mapを作成。DTIのスライスと同じスライスの組織標本を作成し比較した。

【結果】

筋層浸潤が内膜に限局するものをstageE、筋層1/2以下の浸潤をstageS、筋層1/2以上の浸潤をstageDとした (stageE: n=4, stageS: n=5, stageD: n=3)。筋層浸潤のあるstageS、stageD症例では、腫瘍と筋層との境界にFA値の高い領域が描出され (anisotropic zone)、筋層浸潤部位と一致して、anisotropic zoneが断裂していた。筋層浸潤のないstageE症例ではanisotropic zoneは描出されなかった。このanisotropic zoneは病理組織学的には腫瘍と筋層との境界にある子宮平滑筋線維が他の部位と比較して密になっている領域に一致していた。T2WI画像では詳細な浸潤の有無の評価はDTIと比較して困難であった。

【結論】

DTIを用いることで、子宮体癌の筋層浸潤をより詳細に評価できる可能性があることが示唆された。

24. 子宮体癌の臨床・病理とMRI – 閉経前後の比較

《臨床研究》

岡山大学 保健学科 1)、 姫路赤十字病院 放射線科 2)

岡山大福クリニック 産婦人科 3)

上者 郁夫 1)、 樋口 貴明 1)、 大政 亘 1)、 三森 天人 2)、 宮木 康成 3)

閉経前と閉経後に発生した子宮体癌について、患者の臨床的背景、腫瘍の病理組織学的背景、およびMRI拡散強調画像における病変部のADC値について比較検討を行った。

対象は手術または生検（IVB期の4例のみ）にて診断の確定した子宮体癌123例（閉経前31例、閉経後92例）。検討項目は閉経前後における発症年齢、病期、組織学的分化度および筋層浸潤度の分布、閉経前後での腫瘍最大径とADC値（組織学的分化度別および筋層浸潤度別）の比較および腫瘍最大径とADC値の相関で、統計学的検討はMann-Whitney検定、one way ANOVA検定、および重回帰分析を用いた。

発症年齢は閉経前では40歳台、閉経後では50歳台が最多であった。病期では閉経前がIIIB期以後の進行癌がないのに対し、閉経後はIIIB期以上の進行癌もあり、ほぼ全病期が認められた。閉経前はI期が74%に対し、閉経後は66%で進行癌の割合が多く認められた。また閉経前ではIA期、閉経後ではIB期が最多であった。病理組織型別では閉経前後ともに類内膜癌のG1が最も多く、閉経前では類内膜癌のみであったが、閉経後では他の組織型も存在していた。また、閉経前のほうがG1の割合が高かった。筋層浸潤度別では閉経前では筋層浸潤なし、閉経後では浅い筋層浸潤が最多であった。また、閉経後では筋層浸潤が深くなるにつれてG2とG3が増加した。組織学的分化度および筋層浸潤度と腫瘍最大径に関して、閉経後において有意な関連が認められた。組織学的分化度とADC値では、閉経前のG3はG1に対して、閉経後のG1は閉経前のG1に対して、閉経前のG3は閉経後のG3に対して有意に低値を示した。筋層浸潤度とADC値に関して、閉経前では筋層浸潤群が非浸潤群に比べて有意に低値を示した。また、閉経前後では、深層浸潤群において閉経前が閉経後に比べて有意に低値を示した。これらの結果より、ADC値は閉経前において組織学分化度と筋層浸潤度に影響を受け、特に筋層浸潤度との関連が深く、閉経後では有意な関連は認められなかった。また、腫瘍最大径とADC値は、閉経前では有意な相関はなく、閉経後のみ有意な負の相関が認められた。子宮体癌は閉経前発生と閉経後発生では臨床的背景、病理組織学的背景、およびMRI拡散強調画像におけるADC値について異なる点が多く認められた。

25. 新FIGO進行期分類を用いた子宮体癌に対する術前診断、術中迅速病理診断の有用性の検討

《臨床研究》

大阪大学 産婦人科 1)、病態病理 2)、放射線医学 3)

宇垣 弘美¹⁾、木村 敏啓¹⁾、宮武 崇¹⁾、清原 裕美子¹⁾、平松 宏祐¹⁾

上田 豊¹⁾、吉野 潔¹⁾、藤田 正巳¹⁾、榎本 隆之¹⁾、大西 裕満³⁾、堀 雅敏³⁾

森井 英一²⁾、木村 正¹⁾

【目的】

子宮体癌における新FIGO進行期分類では1988年版分類（旧分類）の1A期と1B期（筋層浸潤がないか1/2未満）が一緒になり進行期1A期とされた。

当院では子宮体癌の手術において術式は術中迅速病理診断の結果により決定している。今回、新FIGO進行期分類を用いた子宮体癌に対する術前診断、術中迅速病理診断を旧分類での診断と比較検討した

【方法】

1999年1月より2008年12月までの10年間に子宮体癌に対して術中迅速病理診断が行われた303症例を後方視的に検討した。子宮体癌の筋層浸潤について術中迅速病理診断、術前診断（MRI）の術後診断との一致率をそれぞれ新FIGO進行期分類と旧FIGO進行期分類を用いて比較検討した。

【成績】

旧分類での筋層浸潤の術中迅速病理診断の一致率は77%であったのに対して、MRIを用いた術前診断では54%で術中迅速病理診断の一致率は有意に高かった。一方、新FIGO進行期分類を用いると筋層浸潤の術中迅速病理診断と術前MRI診断の一致率はそれぞれ87%と82%となり有意な差は認めなかったが共に一致率は上昇した。

【結論】

従来のFIGO進行期分類下では筋層浸潤の術中迅速病理診断はMRIでの術前診断と比して有意に高い一致率で術式決定において不可欠な検査であったが、新FIGO進行期分類下では両者の一致率には有意差をみとめなかった。

その他、術前診断の病理組織診断、術中迅速病理診断での分化度の解析結果も検討する。

26. 子宮体癌における原発巣SUVmaxは有効な予後不良因子となる

《症例報告》

岡山大学 産科婦人科

西田 傑、中村 圭一郎、今福 紀章、丹羽 家泰、楠本 知行、関 典
本郷 淳司、児玉 順一、平松 祐司

【目的】

婦人科疾患においてもPET/CTにて画像診断を行うことが多くなり、18F-FDG集積による最大SUV (SUVmax) が強いほど予後不良とする報告がある。そこで2007年4月から2011年2月までに当院で初回治療を行った子宮体癌患者を対象に原発巣SUVmaxとCA125における有用性を検討した。

【方法】

当院で初回治療を行った子宮体癌106名 (I期:67名、II期:14名、III期:21名、IV期:4名) を対象に絶食後18F-FDGを静注し、90分後の取り込みを半定量化し、PET/CTの原発巣SUVmax測定を行った。また同一患者に治療前CA125測定を行い、臨床的因子やsurvivalについて解析を行った。

【成績】

PET/CTの原発巣SUVmaxでは進行期($p=0.030$)、組織型($p=0.025$)、筋層浸潤($p=0.031$)、腫瘍径($p<0.001$)で有意差を示し、CA125では進行期($p=0.050$)のみで有意差を示した。また予後不良因子において、Disease-free survival、Overall survival(OS)ともに原発巣SUVmaxは有意差を示し($p=0.049$, $p=0.039$)、多変量解析のOSにおいても原発巣SUVmaxは有意差を示した($p=0.025$)。

【結論】

子宮体癌患者において、原発巣SUVmaxが有効な予後不良因子であることを示唆した。

27. 子宮腺筋症を背景とする癌肉腫の1例

《症例報告》

京都桂病院 放射線科 1)、産婦人科 2)、病理診断部 3)

山本 菜穂子¹⁾、山岡 利成¹⁾、玉井 賢¹⁾、樋本 祐紀¹⁾、藤井 剛²⁾

中西 桂子²⁾、安原 裕美子³⁾

症例は7G 2P1SA4AAの47歳女性。既往は特になし。受診の1年半程前から約1年間月経を認めず、半年程前から再び月経様の出血(3~4週間毎に1週間~10日程続く)とともに、腹痛や微熱を認めたため受診した。MRIでは子宮前壁に腺筋症が見られ、内部にT2WIで不均一な7cm大の腫瘤が認められた。腫瘤の一部は子宮筋層と同程度からやや強く造影され、著明な拡散低下を伴う部分も認められた。辺縁にはT1WIで軽度高信号のfluid成分が認められた。また、両側総腸骨動脈から大動脈周囲に複数の腫大リンパ節が散見された。腫瘍マーカーは、CA125=13.1U/mL、AFP=26.7ng/mLと軽度の上昇を認めた。子宮腺筋症由来の(adenomyotic cystから発生した)悪性腫瘍を考えた。急速に進行する腹部膨満感と尿閉を認め、MRI施行の約2週間後に手術が施行された。病理では腺筋症内に肉腫成分を主体とし癌成分が散在する癌肉腫を認めた。肉腫は積極的に異所性を示唆する所見はなく、子宮癌肉腫(homologous carcinosarcoma)の診断となった。

今回の症例は転移リンパ節の存在から悪性腫瘍を疑うことは比較的容易であったが、子宮筋層内の孤立性腫瘤は筋腫やadenomyomaなどの良性病変の可能性が圧倒的に高いと思われる。しかし、通常は子宮内膜に生じる悪性腫瘍が腺筋症の患者では筋層内にできることがあり、通常は細胞診で異常を認めず、良性病変として放置され発見が遅れることがあるため、この病態を認識しておくことは重要であると思われる。腺筋症より発生する悪性腫瘍について文献的考察を含めて報告する。

28. 子宮腺筋症から発生した類内膜腺癌の一例

《症例報告》

鳥取大学 放射線科 1)、女性診療科 2)、がんセンター 3)

福永 健¹⁾、藤井 進也¹⁾、金田 祥¹⁾、神納 敏夫¹⁾、浪花 潤²⁾

紀川 純三³⁾、原田 省²⁾、小川 敏英¹⁾

症例は78歳、主訴は不正性器出血。半年前に他院でMRIが施行されたが筋腫様の所見のみで、子宮内膜組織診でも異型細胞は認められず、経過観察されていた。今回、再度の内膜組織診にて類内膜腺癌と診断され、精査加療のため当院女性診療科へ紹介となった。

経膈超音波では子宮前壁に通常の筋腫とは異なる境界不明瞭な筋層と等エコーの腫瘤を認めたが、内膜に異常は認めなかった。他院MRIでも子宮前壁筋層内にT2強調像でやや高信号、拡散強調像で高信号で、造影効果の乏しい腫瘤を認めた。筋腫としては非典型であり、信号パターンからは体癌の可能性も考えられたため、当院で再度のMRI検査が施行された。子宮体部前壁に認められた腫瘤はさらに増大しており、他院MRIと同様にT2強調像で軽度高信号、拡散強調像で高信号、ADCは著明に低下していた。病変は筋層内に限局しており、内膜に明らかな腫瘤は指摘されなかった。また1H-MRSではCholineとLipidの増加を認めた。この病変の尾側に少し離れて同様の信号パターンを示す1cm大の筋層内腫瘤が出現していた。経過や画像所見から類内膜腺癌の筋層内発生が第1に疑われ、単純子宮全摘+両側付属器切除術が施行された。

摘出した子宮の前壁筋層内に腫瘤を認め、肉眼的に内膜は平滑で明らかな腫瘤はなく、前壁の一部に腫瘍との瘻孔形成がみられた。病理組織所見では子宮筋層に取り囲まれる類内膜腺癌（G1）の増生を認め、腫瘍内の一部や病変周囲に腺筋症と思われる非腫瘍性の内膜様組織が認められた。内膜面にも少量の類内膜腺癌の増生がみられたが、瘻孔から内膜面への腫瘍の進展は認めなかった。以上より、子宮腺筋症から発生した類内膜腺癌と診断された。病変尾側の筋層内に認められた小腫瘤も類内膜腺癌で、周囲に静脈侵襲を伴っていたことから、血行性転移巣と考えられた。

腺筋症由来の悪性腫瘍はまれであり、内腔面に明らかな腫瘍の露出がなく筋層内に限局している場合、診断は困難である。本例の画像所見を提示し、MRIの有用性について若干の文献的考察を加え報告する。

29. 子宮体部腺筋症から発生した明細胞腺癌の一例

《症例報告》

東芝病院 画像診断部 1)、産婦人科 2)、病理 3)

鈴木 美奈子 1)、山平 興 1)、軽部 雅崇 1)、小嶋 馨 1)

奥山 大輔 2)、平林 寧子 3)

症例は50歳台女性、0妊0産。閉経後。左尿管結石、右卵巢内膜症性嚢胞にて右付属器切除術の既往あり。突然の腹痛あり当院泌尿器科を受診し、尿路結石症の疑いでCTを施行され、骨盤内腫瘍および血性腹水、胸水を認めた。卵巢または子宮の腫瘍性病変に伴う急性腹症の疑いで婦人科入院加療となった。血液検査では、血算に異常なく、CRP上昇(8.58mg/dl)、腫瘍マーカー上昇(CA19-9 633.4U/ml, CA125 152U/ml)を認めた。MRI所見は、子宮の右側に血性の嚢胞性腫瘍を認め、壁在性に造影効果を有する乳頭状の充実成分を認めた。右卵巢内膜症性嚢胞術前に施行されたMRIでは、子宮後壁に腺筋症様の肥厚を認めていた。胸水中の腫瘍マーカーは高値で細胞診ではclassⅢの異型線細胞を認めた。既往、検査結果より子宮体部の悪性腫瘍を疑い、手術を施行した。術中所見では、子宮右壁より連続した暗赤色の腫瘍を認め、周囲組織との癒着が強固であった。病理組織では、肥厚した子宮体部右壁内に出血性嚢胞性病変を認め、内腔に不整なもろい腫瘍を認めた。背景の筋層には腺筋症を認め、clear cell adenocarcinoma rising from adenomyosis of the uterine bodyと診断された。腹水の細胞診は陰性で、明らかな腹膜播種、LN転移を認めなかった。胸水所見よりIVb期に準じた術後化学療法を現在施行中である。

子宮腺筋症から発生した腺癌はまれで、そのうち最も多いものは類内膜癌であり、明細胞腺癌の報告は少ない。卵巢内膜症性嚢胞に合併した明細胞癌に類似した興味深い画像所見を呈したので、一例報告する。

30. 腺筋症を背景として発生した子宮筋層内明細胞癌の一例

《症例報告》

国立病院機構九州医療センター 放射線科 1)、産婦人科 2)、病理部 3)

原田 詩乃 1)、松林 (名本) 路花 1)、境 昌宏 1)、松浦 秀司 1)、古谷 清美 1)

安森 弘太郎 1)、山崎 薫 2)、蓮尾 泰之 2)、桃崎 征也 3)

症例は50代後半女性。G3P2。2009年11月に腹痛を主訴に近医受診し、超音波にて骨盤内腫瘍を指摘される。卵巣癌疑いにて当院紹介受診。MRIにて子宮体部に約12.5×8.5×10cmの境界明瞭な腫瘍を認めた。病変は嚢胞性の腫瘍で一部に充実成分がみられた。嚢胞内容はT1WIにて低信号、T2WIにて高信号で非特異的な液体であった。嚢胞変性した平滑筋腫など疑われたが、典型的ではなく悪性も否定できないということで手術を予定していた。しかし、民間療法を希望され、そのまま来院されなかった。それから約1年3ヶ月後、時々左下腹部痛が出現し、不正性器出血もみられたとのことで再来院。MRIにて腫瘍は増大し、充実成分も明らかに増大・増加していた。充実成分は壁から内腔に乳頭状に発育するようにみられ、卵巣の表層上皮性・間質性腫瘍に類似するような形態であった。CA125、LDHの軽度上昇も認められ、子宮由来の悪性腫瘍を疑い、手術が施行された。病理結果は子宮筋層内の明細胞癌であった。周囲に腺筋症が認められ、それを背景として発生したと考えられた。

卵巣内膜症性嚢胞からの癌の発生はよく知られているが、腺筋症からの発生はあまり知られておらず、また画像所見の報告も少ない。今回我々はその1例を経験したのでその画像所見を中心に、若干の文献的考察を加えて報告する。

31. Adenomyomaと子宮体癌が併存した1例

《症例報告》

獨協医科大学 放射線医学 1)、産科婦人科 2)、病理学 (形態) 3)

吉田 理佳 1)、楫 靖 1)、坂本 尚徳 2)、深澤 一雄 2)、小島 勝 3)

症例は70歳代女性、不正性器出血を主訴に当院産婦人科を受診した。子宮内膜細胞診でclass5、経膈超音波で子宮底部に腫瘤が疑われMRI検査が施行された。

MRI検査では子宮底部から内腔に向け突出する有茎性腫瘤(6×5cm大)を認めた。腫瘤はT2強調像で多くは低信号を示し、腫瘤内部に高信号域を伴っていた。内部はT1強調像及び脂肪抑制T1強調像で一部軽度高信号を示した。腫瘤の表面沿いには多発して隆起性病変を認めた。隆起性病変は拡散強調像で高信号を示しADC値は低く、Dynamic造影では早期相から増強効果のある病変であった。子宮筋層から腫瘤内部を貫通し、表層の隆起性病変に連続する血管様構造も見られた。腫瘤内部の造影増強効果は表層の隆起性病変に比して乏しい。PETCTでは腫瘤の表面の隆起性病変に強いFDG集積を認めた(SUV max=18.2)。

表層にある悪性上皮性腫瘍が(良性)間葉系腫瘍を覆っていると類推された。ミューラー管混合腫瘍や、粘膜下筋腫を覆うように子宮体癌を生じた可能性などが挙げられた。腹式子宮全摘除術、両側付属器切除術、骨盤リンパ節廓清術を施行し、病理では子宮底部に存在する境界明瞭なAdenomyomaの表面に萎縮した内膜腺を背景として類内膜腺癌を認めたStageIb (G3)。Adenomyomaと類内膜腺癌は各々独立して存在し、併存していた。MRIではこの二つの病態を反映した特徴的な所見を呈した。

32. 腔内への発育を呈した子宮体部非上皮性悪性腫瘍の2例

《症例報告》

滋賀医科大 産婦人科

三ッ浪 真紀子、脇ノ上 史朗、天野 創、中川 哲也、喜多 伸幸

高橋 健太郎、村上 節

【はじめに】

子宮体部悪性腫瘍は稀に子宮内腔へ外向性に発育し、筋腫分娩様に腔内へ突出することがある。また筋腫分娩様に発育した腫瘍が誘因となり、非産褥性の子宮内反をきたした報告もある。今回我々は筋腫分娩様に発育した低悪性度子宮内腔間質肉腫の一例と、子宮内反をきたした子宮体部癌肉腫の一例を経験したので、その画像所見も含めて報告する。

【症例1】

49歳、1経妊1経産。不正性器出血を主訴に前医受診。子宮口より突出する暗赤色の腫瘍を認め、筋腫分娩疑われ当科紹介となった。MRIにて子宮体部後壁筋層内に境界不明瞭な径65mmの造影効果のある腫瘍を認めた。腫瘍は茎を有し一部腔内へ突出しており、変性出血壊死を生じていると考えられた。子宮頸部細胞診はNILM、子宮内膜細胞診は陰性であった。性器出血は腫瘍から少量持続しており、腹式単純子宮全摘術を施行した。病理組織検査にて低悪性度子宮内腔間質肉腫と診断された。

【症例2】

73歳、4経妊3経産。不正性器出血、下腹部痛、発熱を主訴に前医受診。腔内に充満する腫瘍を認め当科紹介となった。MRIにて子宮底部から発生した腫瘍が子宮内腔から腔内を充満するように発育しており、子宮底部は翻転するように変形していた。生検では扁平上皮癌を疑う所見であったが、壊死が強く確定診断は困難であった。感染をきたしていたため抗生剤投与後、準広汎子宮全摘術を施行した。病理組織検査にて子宮体部癌肉腫と診断された。

【まとめ】

低悪性度子宮内腔間質肉腫は子宮体部悪性腫瘍の0.2%と稀な腫瘍であり、子宮内腔にポリープ様に発育するタイプと筋層に浸潤するように発育するタイプがある。本症例のように腫瘍が筋腫分娩様発育を示すことも稀にある。MRIでは浸潤傾向を反映し腫瘍の境界は不明瞭となり、T2強調像において高信号を呈することが多い。子宮体部癌肉腫は基本的に子宮内膜発生であり、子宮内腔に大きな腫瘍を形成する。腫瘍の増大が速いため腫瘍が腔内に突出することもあり、本症例のように子宮内反をきたすこともある。MRIでは強い浸潤傾向により筋層との境界は不明瞭となり、出血や壊死を伴うことが多いため内部は不均一で多彩な像を呈する。子宮体部非上皮性悪性腫瘍は組織診で確定診断が困難な症例もあり、画像所見が診断の一助になる。日頃から画像所見に慣れ親しみ理解することが肝要である。

33. 単頸双角子宮に生じた体癌の1例

《症例報告》

島根大学 放射線科 1)、放射線部 2)、婦人科 3)、病理部 4)

益田日赤病院 放射線科 5)

丸山 光也¹⁾、吉廻 毅²⁾、森 博史¹⁾、内田 幸司¹⁾、深澤 優子¹⁾、
安藤 慎司¹⁾、勝部 敬¹⁾、山本 伸子¹⁾、福庭 栄治¹⁾、中村 恩¹⁾、
鶴崎 正勝¹⁾²⁾、宮崎 康二³⁾、原田 祐治⁴⁾、棕本 英光⁵⁾、北垣 一¹⁾

今回、我々はCTで発見された単頸双角子宮に体癌が生じた1例を経験したので、画像を中心に報告する。

症例は61歳女性。36歳（25年前）よりSLEと糖尿病で外来加療中であったが、左鼠径部リンパ節腫大を認めるようになった。精査目的のCTで、左鼠径部・骨盤壁リンパ節腫大と片側子宮内膜の肥厚を伴う双角子宮を認め、精査加療目的で当院婦人科入院となった。初経：15歳、閉経：51歳、23歳で結婚し3経妊3経産。これまで子宮癌健診で異常なし。胸腹部身体所見は特に異常なく、血算・生化学・腫瘍マーカーは基準範囲内であった。

造影CTでは単頸双角子宮を認め、右子宮内腔に沿って造影される腫瘤を認めた。骨盤内には均一な2cm大のリンパ節腫大を数個認めた。傍大動脈領域には病的リンパ節腫大はなく、胸腹水も認めなかった。他臓器に異常なし。骨盤MRでは双角子宮の右子宮内腔に拡散強調像で異常信号を呈するびまん性粘膜肥厚を認め、同部位は軽度濃染した。骨盤壁沿いにはリンパ節腫大が認められ、反応性や転移リンパ節、悪性リンパ腫などが疑われた。

内膜組織診にて右子宮内膜よりadenocarcinomaが検出された。よって、単純子宮全摘・両側リンパ節郭清・両側付属器切除術が施行され、双角子宮の右内腔のEndometrioid adenocarcinoma, Grade 1 深達度：bと診断された。リンパ節腫大は反応性のものであった。

双角子宮は女性の約3%に認められ、双角子宮と子宮体癌との合併例の報告は数例である。本症例では画像診断上、双角子宮の両内膜差に注意することが発見に有用であった。また、内膜組織診時にもガイドとして画像情報が有用であった。

34. 筋腫分娩との鑑別が困難であった子宮内膜癌の一例

《症例報告》

田附興風会医学研究所北野病院 産婦人科

野瀬 真理、辻 なつき、熊倉 英利香、宮田 明未、佛原 悠介、自見 倫敦
吉川 博子、上田 創平、宇治田 麻里、榊原 敦子、寺川 耕市、永野 忠義

子宮粘膜下筋腫の分娩との鑑別が困難であった子宮内膜癌の1例を経験したので報告する。

【症例】

43歳 0G0P 3~4年程前より月経過多を自覚していたが、産婦人科受診はしていなかった。X月2日朝に突然の大量性器出血を認め、近医を受診。診察上筋腫分娩が疑われた。出血多量のため意識消失となり、圧迫止血の上、当院搬送となった。当院到着時、性器出血は止血していたが、Hb5.9g/dLと低値を認め、RCC4単位輸血施行した。クスコ診では子宮口から腫瘤の脱出は確認できなかったが、経腔超音波検査では3cm径の内部不均一、iso echoicである腫瘤が頸管内に落ち込むように存在していた。頸管細胞診class II、子宮内膜擦過細胞診は検体不十分であった。骨盤MRIでは子宮体下部後壁から発育・下垂する腫瘤を認め、頸管を開大するように頸管内に存在していた。悪性疾患の除外のためX月6日子宮鏡検査および内膜生検を施行した。搔爬組織から類内膜腺癌（G3）を認め、X月8日に腹式単純子宮全摘術、両側付属器切除術を施行した。術中迅速腹水細胞診でclass Vであり、大網切除術、CDDP100mgの腹腔内投与を追加した。病理組織診断では、類内膜腺癌（G1）であり、僅かに筋層浸潤を認めるのみであった。腫瘍の大きさ自体は大きかったが、浸潤はごく僅かであり、腹水細胞診陽性は、子宮鏡検査の影響もあったのではないかと思われた。進行期はIIIa期ではあったが、追加治療は行わない方針とした。

35. 子宮筋肉腫と子宮筋腫の鑑別診断におけるFDG-PETの有用性について

《臨床研究》

熊本大学 画像診断科 1)、産婦人科 2)

阪口 史¹⁾、白石 慎哉¹⁾、吉田 守克¹⁾、浪本 智弘¹⁾、片瀧 秀隆²⁾

山下 康行¹⁾

子宮筋肉腫と子宮筋腫の鑑別診断におけるFDG-PETの有用性について

目的：子宮筋肉腫と子宮筋腫の鑑別診断におけるFDG-PETの有用性について検討を行った。

方法：術前にPETを施行され、組織学的に子宮筋肉腫が証明された8症例、他疾患精査のためPET施行され、偶発的に3cm以上の子宮筋腫を認めた38症例を対象とした。両群間において、SUVmax値、tumor-to-normal ratio(T/N比)との関係を検討した。また、閉経との関連性についても検討した。結果：各指標の平均値は筋腫群、筋肉腫群にて、それぞれ SUVmax=2.1、15.8、T/N比=1.2、8.2であり、いずれもの指標も群間に有意差 ($p<0.01$) がみられた。尚、閉経前の2例の子宮筋腫症例において高集積を認め、いずれも卵胞期のPET検査であった。閉経後の17例全例の子宮筋腫において高集積例は見られなかった。

結語：子宮筋肉腫と子宮筋腫の鑑別にFDG-PETは有用であるが、閉経前患者においては生理的集積の影響を考慮し診断する必要があるものと思われた。

36. 平滑筋腫から発生した平滑筋肉腫と考えられる1例

《症例報告》

大阪赤十字病院 放射線診断科 1)、産婦人科 2)、病理部 3)

大谷 紗代¹⁾、小山 貴¹⁾、前倉 拓也¹⁾、藤堂 義郎¹⁾、矢野 悠子²⁾

川島 直逸²⁾、吉岡 信也²⁾、新宅 雅幸³⁾

症例は54歳女性。2008年6月、当院の検診にて子宮筋腫を指摘され、当院産婦人科を受診。不正性器出血や月経過多などの症状は認められなかった。MRIにて子宮体部左側壁にT2強調画像にて低信号を呈する約6cm大の境界明瞭な腫瘤を認め、子宮筋腫と診断された。2010年6月より不正性器出血が見られるようになったが、子宮内膜細胞診にて悪性所見は認められなかった。2010年9月、経膈超音波にて子宮筋腫の内部に変性が示唆される高エコー領域の混在が認められた。2011年1月よりGnRH(リュープリン)療法を開始したが、腫瘤径は約4ヶ月の経過で約6cmから9cmと増大傾向が認められた。平滑筋肉腫などの悪性腫瘍が疑われ、2011年5月、MRIを施行したところ、腫瘤は約10cm大に増大していた。腫瘍の大部分は中等度の信号を呈し、造影後には不均一な造影効果が認められた。病変の内部には既存の平滑筋腫と思われるT2強調画像にて著明な低信号、T1強調画像で低信号を呈する領域が断片化して認められた。また、ごく一部にはT1強調画像にてやや高信号の部分が認められ、出血を反映すると考えられた。以上の所見より既存の平滑筋腫から新たに発生した平滑筋肉腫の可能性が考慮され、子宮全摘出術、両側付属器切除術が施行された。病理組織学的には、腫瘍の大部分は異型に乏しい、錯綜する紡錘形細胞の密な増生からなり、一部には類上皮様細胞も認められた。免疫染色ではカルデスモンおよびデスミンにびまん性に陽性であり、CD10は陰性であった。また病変の内部には細胞成分に乏しく、高度の硝子化を呈する領域が認められ、既存の筋腫と考えられた。以上の画像の経過および病理組織学より、最終的に平滑筋腫より発生した平滑筋肉腫と診断された。子宮平滑筋肉腫は既存の平滑筋腫から発生することは極めて稀とされている。MRIにて平滑筋肉腫が既存の筋腫から発生する過程が観察されたという点で、本症例は貴重と考えられる。文献的考察を含めて症例報告を行う。

37. MRIにおける子宮内膜ポリープ画像所見

《臨床研究》

姫路赤十字病院 放射線科 1)、病理 2)

岡山大学 保健学研究科 3)、放射線科 4)

稲井 良太¹⁾、長谷 聡一郎¹⁾、三森 天人¹⁾、武本 充広¹⁾、松原 伸一郎¹⁾

藤澤 真義²⁾、上者 郁夫³⁾、金澤 右⁴⁾

子宮内膜ポリープのMRI所見について検討するため、術前にMRIが撮像され、かつ病理組織学的に内膜ポリープと診断された40例を対象として、下記の項目について評価を行った。T2強調画像および造影MRI、拡散強調画像に関しては正常内膜との比較を視覚的に評価した。結果として、1) 小嚢胞構造：有23(58%),無6(15%),不明瞭11(28%), 2) Fibrous core：有26(65%),無10 (25%),不明瞭4(10%), 3) T2強調画像の信号強度：高1(3%),同等4(10%),軽度低30(75%),明瞭な低5(13%), 4) Dynamic MRI早期相での造影効果(36例)：全体6(17%),一部25(69%),造影効果なし5(14%), 5) 造影MRI所見(37例)：高4(11%),等14(38%),軽度低18(49%),明瞭な低1(3%), 6) 出血：有10(25%),無27(68%),不明瞭3(8%), 7) 病変の境界：明瞭27(68%),不明瞭13(33%), 8) 拡散強調画像の信号強度(39例)：高2(5%),等5(13%),低32(82%),であった。結論としては、従来特徴とされている小嚢胞構造は58%,Fibrous coreは65%と半数以上に認められた。T2強調画像では正常内膜よりも軽度低信号のものが75%を占めていた。造影MRIでは内膜より軽度低信号から同程度のものが85%を占めており、またDynamic MRIでは86%でポリープの一部または全体に造影効果が認められた。拡散強調画像では正常内膜よりやや信号が低下しているものが82%に認められた。これらの画像所見は子宮体癌との鑑別に有用と考えられた。またポリープ内出血が25%の症例で認められ、polypoid adenomyomaとの鑑別が問題となった。

38. 浸潤子宮内膜癌との鑑別に苦慮した atypical polypoid adenomyoma (APAM) の一例

《症例報告》

田附興風会医学研究所北野病院 産婦人科

辻 なつき、野瀬 真里、佛原 悠介、宮田 明未、自見 倫敦、吉川 博子

上田 創平、宇治田 麻里、熊倉 英利香、榊原 敦子、寺川 耕市、永野 忠義

症例は26歳女性、BMI21kg/m²【主訴】月経不順【婦人科歴】未経妊未経産、初経16歳。【既往歴】特に無し【現病歴】初経以来、頻発月経ではあったが特に治療は受けていなかった。X年5月健康診断でCA125の軽度高値(39IU/mL)を指摘され、同年7月にAクリニック受診。子宮内膜細胞診にて子宮内膜異型増殖症の疑いとされ、内膜全面搔爬を勧められたが拒否していた。X+1年1月に近医再診した際にも内膜肥厚を指摘され、精査目的で紹介されたB病院にて内膜全面搔爬を施行された。内膜組織の病理診断は類内膜癌G2、筋層浸潤疑いあり、内膜全面搔爬後に撮影した骨盤MRIでは、相当量の内膜病変残存がみられ、1/2を超えない筋層浸潤を認める子宮内膜癌疑いとされた。B病院では子宮摘出を勧められたが、妊孕性温存を希望し、セカンドオピニオン目的でX+1年2月当院に紹介受診となった。

当院受診時診察では経腔超音波検査で軽度の内膜不整を認めたが、筋層浸潤は明らかではなかった。持参MRI画像は、当院の画像診断医によるレビューにても1/2未満の筋層浸潤を疑う内膜腫瘍とされた。持参標本のレビューでは内膜腺の増殖、平滑筋のほか、扁平上皮化生を認め、atypical polypoid adenomyoma が疑われた。各種腫瘍マーカーは正常値であった。精査目的に子宮鏡検査を行ったところ、表面平滑な内膜像のほかに体部下から体上部にかけて白色で表面粗雑な部分を確認。表面には異形血管が発達している部位も散見された。子宮鏡検査後、異常部分の内膜組織を胎盤鉗子で回収し、内膜全面搔爬を施行した。処置後の経腔超音波検査では、搔爬前に認めた軽度の内膜肥厚像は消失していたが、体下部に0.8×0.9mm大の高輝度エコー像が残存していた。病理診断にて、子宮内膜腺上皮の増殖像と平滑筋組織の増殖が混在して認められ、扁平上皮化生が散見されること、間質反応、ふるい状構築、乳頭状増殖像など癌腫の可能性を示唆する所見が明瞭ではなかったことからatypical polypoid adenomyomaと診断した。ただし、一部に壊死が存在すること、腺上皮の増殖像が顕著である点から、low malignant potentialの範疇として現在外来フォロー中である。

39. 術前診断が困難であった巨大変性筋腫の1例

《症例報告》

松下記念病院 産婦人科

松本 真理子、関岡 佑輝子、広田 千絵、前田 英子、本山 敏彦、保田 仁介

症例：48歳女性 0G0P

既往歴：28歳時子宮筋腫を指摘されるもフォローされず。

現病歴：腹部腫瘤感、腹痛にて初診。初診時、腹部は妊娠10ヶ月の妊婦様であった。エコーにて巨大嚢性腫瘤と骨盤底に充実性腫瘤が認められ、卵巣腫瘍が疑われた。血液生化学所見は、Hb6.1g/dlの重症貧血を認める他異常所見なし。腫瘍マーカーも、CA125 56U/dlと軽度上昇を認めるのみであった。

造影MRI：骨盤内に多数の腫瘤が集簇し分葉状の形態となっている234×167×130mmの巨大病変を認めた。概ねT2低信号の中に、嚢胞状・ヒビ割れ状にT2高信号を認めるが、高信号部の造影効果はなく変性を疑う所見であった。以上より変性を伴った多発筋腫と診断された。それと同時に、前述病変の頭側に275×172×223mm大のT1/T2高信号の出血成分を有する嚢胞性腫瘤も認めた。内部に隔壁や乳頭状の壁在結節を認め悪性卵巣腫瘍を疑う所見であった。鑑別診断として著明に変性した子宮筋腫もあげられていた。

PET-CT：MRIで多発筋腫と考えられた骨盤内腫瘤にSUVmax 17.3の異常高集積を認め、子宮肉腫のような悪性腫瘍混在を疑う所見があった。また頭側の嚢胞性腫瘤は、内部には異常集積は認めないが、辺縁に腫瘤影や異常集積を認め、悪性卵巣腫瘍が疑われた。

筋腫と異なる軟部影と異常集積もあり腹膜播種を疑う所見もあった。

以上の画像所見より、卵巣癌、子宮肉腫の疑いで開腹術施行した。開腹所見で、卵巣腫瘍と考えられていた腫瘤は巨大変性漿膜下筋腫であった。同時に、子宮体部に多発筋腫を認め、腹膜播種と考えられていた腫瘤は、変性漿膜下筋腫であった。病理診断も平滑筋腫で悪性所見は認められなかった。

結語：変性筋腫は、様々な形態を呈しMRIでも診断が困難なことある。また、変性筋腫はPETで強集積を認める事があり、悪性腫瘍との鑑別は困難である。

40. 高度変性を伴った巨大子宮筋腫の一例

《症例報告》

東京医科大学 産科婦人科

三森 麻子、寺内 文敏、岩佐 朋美、伊東 陽介、高江洲 陽太郎

羽田 野景子、井坂 恵一

【背景】

子宮筋腫は女性の約30%で発症する頻度の多い疾患で、超音波、MRIなどの画像検査で比較的診断が容易である。一般にMRI画像では、T2強調画像で辺縁明瞭な低信号の結節像を示し、変性を伴うときは高信号部分が不均一に混在する。しかし、高度に変性を伴うものや巨大なものでは、子宮や卵巣の悪性腫瘍との鑑別が非常に困難な場合がある。今回我々は、高度に変性をきたし、嚢胞性病変を伴った子宮筋腫の一例を経験したので報告する。【症例】48歳0経妊0経産。15年前より子宮筋腫を指摘されていたが、経過観察となっていた。徐々に増大傾向を認めたため、1年前からGnRH療法を3コース行うも筋腫の縮小を認めず、精査加療目的にて当院紹介受診となった。初診時、可動性不良の成人頭大の腫瘤を認め、超音波検査では一部嚢胞状であった。MRI検査にて、骨盤内に20cmの大きな腫瘤性病変を認め、内部は多房性、T2強調画像では高信号で壊死や炎症、嚢胞変性が疑われた。明らかな造影効果は認めなかった。腫瘍マーカー（CA125、CA-19-9、AFP、CEA、LDH）はすべて陰性であった。

子宮筋腫の高度変性を疑い、単純子宮全摘術、右付属器摘出、左卵管摘出術を施行した。術中所見では、子宮超成人頭大に腫大していた。（25×22×10cm）右卵巣は軽度腫大し、内膜症性病変が認められた。腹水が少量みられた。子宮全摘出後に筋腫に切開を入れたところ、大量の緑白色の内容液と、石灰化部分がみられた。検体重量は7kgであった。病理学的検査にて腫瘤は平滑筋腫であり、高度な硝子様変化、石灰化が認められた。悪性所見は認められなかった。

【考察】

今回我々は、高度に変性を起こし、嚢胞性変化を伴った巨大子宮筋腫の一例を経験した。一般的に子宮筋腫は画像診断が比較的容易であるが、変性や壊死を伴う場合には様々な画像所見を呈し、子宮肉腫や悪性卵巣腫瘍との鑑別が困難となる。

本症例をもとに、その特徴について考察する。

41. 術前に診断し得た、巨大筋腫を伴う非妊娠子宮捻転の一例

《症例報告》

京都第二赤十字病院 放射線科 1)、産婦人科 2)、病理部 3)

高畑 暁子¹⁾、八木 いづみ²⁾、桂 奏³⁾、久保田 浩史¹⁾、畑 博之¹⁾

藤田 正人¹⁾、山下 正人¹⁾

症例は74歳、3経妊。既往歴：3年前に乳腺良性腫瘍。現病歴：4年前に腹痛にて近医受診。腹部腫瘍を指摘されたが、症状が軽快したため精査は希望せず、放置していた。某日深夜、突然の下腹部痛にて前医へ救急搬入。腹部CTにて子宮に巨大な腫瘍を認め、腫瘍と連続する脈管が渦巻き構造を示していた。子宮筋腫の捻転が疑われ、当院に転院となった。血液生化学所見はHb 5.5 mg/dl、CPK 269 U/l、CA19-9 44 U/ml。CA125, CEA, LDH は正常範囲内であった。骨盤部MRIでもCT同様、子宮体部に巨大な腫瘍を認め、同部に連続する脈管に渦巻き構造を認めた。さらに、子宮頸部がきつく捻れており、左右の広間膜の捻れも認められた。これらの所見から、子宮腫瘍を伴った頸部での捻転と診断した。尚、子宮体部の腫瘍はT2WIで不均一な高信号を示し、内部に鏡面形成を伴っていた。T1WIでは腫瘍内部が淡い高信号を示し、広範な出血、壊死が疑われた。捻転による影響も考えられたが、悪性の可能性を否定できなかった。

子宮付属器摘出術が施行された。開腹時、中等量の血性腹水を認めた。子宮・付属器はうっ血、腫大していた。子宮体部に巨大な腫瘍を認め、頸管、両側骨盤漏斗靭帯、後腹膜にて反時計回りに1回転半捻転していた。子宮腫瘍の病理診断は変性筋腫であった。

子宮捻転は子宮がその長軸の回りに45度以上回転したものと定義される、稀な病態である。非妊娠子宮の捻転はさらに稀で、検索した範囲では過去の報告は英文8例、邦文4例のみであった。CT, MR所見に関するretrospectiveな検討は複数あったが、術前に子宮捻転を指摘し得たのはLukらの報告1例のみであった。

本例では、CTにて子宮の腫瘍と連続する脈管が渦巻き構造を示しており、子宮筋腫の捻転が疑われた。MRIではCT所見に加え、子宮頸部や広間膜の捻れが明瞭に描出されており、術前に巨大腫瘍を伴った子宮頸部での捻転と診断することができた。

42. MRI所見が帝王切開術のオリエンテーション決定に有用であった子宮筋腫を伴ったUterine Sacculatationの1例

《症例報告》

新潟大学 放射線科 1)、産科婦人科 2)

佐藤 卓¹⁾、麻谷 美奈¹⁾、吉村 宣彦¹⁾、青山 英史¹⁾、島 英里²⁾

五日市 美奈²⁾、生野 寿史²⁾、芹川 武大²⁾、高桑 好一²⁾、田中 憲一²⁾

Uterine sacculatationは3000分娩に1例ほどとの報告があるが、時として診断が困難な場合があり、流産、胎児死亡、胎児の発育障害、早期陣痛などの原因となる。さらに分娩時まで気づかれずに、難産、子宮破裂、遺残胎盤、コントロール不良の後出血を来すことがある。また、帝王切開時に正確な診断がなされて膀胱や子宮頸部などの位置がわかっていなければ、尿路系の損傷や子宮全摘などの予期せぬ合併症を招きかねない。

症例は30代の初産婦。前医で13×7.5cmと4×4cm大の子宮筋腫合併妊娠と診断されていた。妊娠16週頃の妊婦健診時に子宮頸部の前方偏位、sacculatationの指摘を受け、妊娠23週でも変化なく、同時期の前医MRIでもsacculatationを確認された。妊娠25週5日に切迫早産に対する妊娠・分娩管理目的に当院産婦人科に紹介転院。転院後、切迫早産徴候は改善、胎児発育良好にて外来管理となった。妊娠34週0日に当院でMRIを再検し、帝王切開術のオリエンテーションを検討した。MRI所見より、過伸展した子宮頸部が腹側に見られたが内子宮口の断定はできず、前壁に位置する巨大筋腫のため、子宮下節横切開は困難と判断した。また、胎盤は背側に位置していた。これらの所見より、臍上部までの皮膚切開延長、脱転しての子宮底部切開が必要となる可能性があり、全身麻酔スタンバイで手術を行うという方針決定が可能であった。妊娠37週4日で帝王切開により無事に児を娩出した。全身麻酔の影響で娩出時に児はsleeping babyの状態であったが、適切に処置・管理を行い、問題なく経過した。母体には術後感染が見られたが、抗生剤等で治癒した。

本例ではUterine sacculatationの正確な診断、ならびに母子ともに安全な帝王切開のためにMRIによる評価が有用であったと考えられる。

43. Intravenous leiomyomatosisの一例

《症例報告》

鳥取市立病院 放射線科 1)、産婦人科 2)

鳥取大学 放射線科 3)

井上 千恵 1)、田邊 芳雄 1)、松木 勉 1)、長治 誠 2)、福永 健 3)、小川 敏英 3)

症例は46歳女性、腹痛を主訴に受診。CTにて骨盤部より両腎上極レベルに達する、長径30cm強の巨大腫瘤を認めた。骨盤内を占拠し、子宮を左側に圧排、直腸も左側に圧排しており後腹膜を主体とする病変と考えられたが、子宮右側とも連続性が疑われた。MRIでは、境界明瞭な腫瘤で、嚢胞性病変を主体とし不整な充実性成分を伴っていた。子宮と隣接する付近には微細な脂肪と思われるT1強調像にて高信号、脂肪抑制T1強調像にて信号低下する構造を認めた。また子宮筋層、漿膜下には4cmまでの筋腫が多発していた。FDG PET-CTでは、巨大腫瘤内の造影される充実性成分や隔壁様の部位に淡い集積を認めた。遠隔病変は認めなかった。血液検査では特記すべき異常なく、腫瘍マーカーの上昇も見られなかった。手術にて子宮右側に連続する後腹膜腫瘤を認め、病理学的にintravenous leiomyomatosisと診断された。術後の経過観察中、骨盤壁右側沿いに数珠状に連なる構造が徐々に増大、右内腸骨静脈分枝内の残存腫瘍増大と考えられ、手術にて同様の組織が証明された。

intravenous leiomyomatosisは稀な病態で、子宮筋腫あるいは子宮内静脈から生じた平滑筋腫が静脈内に発育伸展したものと考えられている。多くの症例で同時に子宮筋腫を認めるか、子宮筋腫の治療歴を有する。好発年齢は40-50歳、主要症状は過多月経、下腹部痛、不正性器出血など通常の子宮筋腫と同様の症状と、静脈内進展から下大静脈、右心房に達した場合には労作時呼吸困難、胸痛、失神発作などの心不全症状を生ずる可能性がある。子宮外へは、基靭帯内の静脈を経て進展すると考えられている。画像所見は、病変が子宮内のみであれば通常の子宮筋腫との鑑別は困難であり、子宮外や血管内進展を認める場合に考慮される。今回の症例では、腫瘤は子宮に連続して後腹膜を主体に存在していた。retrospectiveには、画像上右側の基靭帯付近を取り巻くように存在し、骨盤部右側の内腸骨静脈分枝内の腫瘍栓を伴っており、intravenous leiomyomatosisとして合致する像であった。病理学的には浮腫や硝子化が混在し、MRIでの不均一な内部性状と一致していた。

44. 典型的なcotyledonoid dissecting leiomyomaの1例

《症例報告》

聖マリアンナ医科大学 産婦人科 1)、放射線医学 2)

聖マリアンナ医科大学西部病院 産婦人科 3)、病理学 4)

中川 侑子¹⁾、吉松 美佐子¹⁾、有泉 泰³⁾、村山 季美枝¹⁾、吉田 彩子¹⁾

近藤 春裕³⁾、木口 一成¹⁾、鈴木 直¹⁾、山城 恒雄²⁾、中島 康雄²⁾

症例は57歳女性、5経妊・2経産で閉経後。他院での子宮体癌検診での検診異常で当院を受診した。MRI検査では子宮左側の前後部に連続して乳頭状増殖するT2強調像での低信号多発腫瘤と液性変性を示唆する高信号を認めた。この腫瘤は子宮の基靭帯を乗り越え、子宮構造を圧排しない形状で存在した。T2強調像での低信号域などや分布からはcotyledonoid dissecting leiomyomaが疑わしかったが、卵巣悪性腫瘍も否定できないとの見解から子宮全摘出術および両側卵巣摘出術が施行された。

永久標本による病理診断では平滑筋細胞を認め、周囲はmyxioid変性を示すものであり、これらの結果から胎盤葉に類似した携帯を示しながら子宮外に発生する良性平滑筋腫でcotyledonoid dissecting leiomyomaと診断した。本疾患は特徴的な発育形態から診断に苦慮することが多いとされており、悪性腫瘍との診断が困難ともされている。今回は典型的なcotyledonoid dissecting leiomyomaの例を報告する。

45. 子宮転移の3例

《症例報告》

静岡県立静岡がんセンター 画像診断科 1)、婦人科 2)

澤田 明宏 1)、朝倉 弘郁 1)、森口 理久 1)、新槇 剛 1)、遠藤 正浩 1)

武隈 宗孝 1)

性器外原発悪性腫瘍が子宮へ転移することは稀であり、本邦では胃癌原発症例が多いとされている。胃以外の原発巣からの子宮転移を来した3例を経験したので報告する。

【症例1】

60歳代、女性。25年前に乳癌（病理診断：signet-ring cell carcinoma）で手術歴あり。不正性器出血で受診。MRIで子宮体部筋層から子宮外に突出するように腫瘤性病変を認め、生検で乳癌子宮転移の診断。同時に傍大動脈リンパ節転移、胸骨・頭蓋骨転移も認められた。

【症例2】

50歳代、女性。3年前に上行結腸癌（病理診断：tubular adenocarcinoma）で手術歴あり。経過中に肝転移・腹膜播種再発の出現あり。不正性器出血で受診。内診で子宮頸部から膣部にかけて内腔に突出する母指頭大の易出血性腫瘤を認めた。MRIでは腫瘤の大部分は筋層内に存在していた。子宮膣部生検で、大腸癌子宮転移と診断された。【症例3】60歳代、女性。4年前に十二指腸乳頭部癌（病理診断：adenocarcinoma）で膣頭十二指腸切除が施行された。不正性器出血で他院を受診し子宮体癌疑いで紹介受診。MRIで子宮体部筋層内に境界明瞭な腫瘤性病変を認めた。子宮内膜細胞診でclass V、子宮内膜生検で子宮転移の診断。子宮全摘および両側付属器切除が施行され、病理所見で粘膜から筋層まで全層性に粘液性腺癌成分で置換されていた。

転移性子宮腫瘍は肉眼形態からびまん型と結節型に、転移経路から血行性とリンパ行性に分けられる。MRI所見に関する検討で、血行性転移例では筋層内に境界明瞭な腫瘤形成を認め、リンパ行性転移では子宮腺筋症に類似したT2強調画像で肥厚した筋層内に境界不明瞭な低信号域を示す可能性が示唆されているが、自験例はいずれも結節型であった。

46. MRI上、子宮体癌との鑑別が問題となった子宮放線菌症の一例

《症例報告》

北海道大学 放射線診断科 1)、婦人科 2)、病理部 3)、放射線治療科 4)

加藤 扶美¹⁾、加藤 達也²⁾、小田切 哲二²⁾、久保田 佳奈子³⁾、渡利 英道²⁾

三村 理恵¹⁾、真鍋徳子¹⁾、小野寺 祐也¹⁾、金内 優典²⁾、櫻木 範明²⁾

寺江 聡¹⁾、白土 博樹⁴⁾

症例は70代女性。下腹痛にて前医受診、膣分泌物は血液混じりで汚く、白血球増加や炎症反応上昇があり、子宮感染症として抗生剤による治療がなされた。炎症反応は改善したものの、子宮体部腫瘍が疑われ、当院婦人科に紹介となった。

MRI上、子宮は年齢と比し軽度腫大しており、後壁を主体にT2強調像で低信号、拡散強調像で高信号を示しADCは低下、筋層よりも淡い造影効果を示す腫瘤状構造を認めた。細胞診は陰性であるものの、MRI上は子宮体部の悪性腫瘍が疑われ、子宮全摘術が施行された。病理では、腺筋症を背景に組織球、リンパ球主体の炎症が結節状に広がり、黄色肉芽腫の像を呈していた。前医での組織診で放線菌と思われる真菌塊を認めていたことから子宮放線菌症と考えられた。IUDの装着歴もあった。

放線菌症はIUD装着歴のある患者に多く認められ、画像上は膿瘍形成と線維成分の豊富な充実性腫瘤として認められ、腹膜や筋膜を越えて浸潤性に発育することが特徴とされている。充実成分は豊富な線維成分を反映してT2強調像で低信号を示す。本症例ではT2強調像で低信号を示していることから放線菌症の可能性も考えられたが、MRI上、明らかな膿瘍形成を認めないにも関わらず、拡散強調像で高信号を示しADCも低下しており、悪性腫瘍の除外が困難であった。

47. 上皮性卵巣腫瘍におけるPET/CT、CA125、CRPの有用性の検討

《臨床研究》

岡山大学 産科婦人科

中村 圭一郎、西田 傑、本郷 淳司、児玉 順一、楠本 知行、関 典子
平松 祐司

【目的】

婦人科疾患においても最近PET/CTを用いて、画像診断を行うことが多くなり、FDG集積による最大SUV (SUVmax) が強いほど予後不良であることが多く報告されている。そこで2007年4月から2010年9月の期間に当院で初回治療を行った上皮性卵巣腫瘍患者を対象に原発巣SUVmax、CA125、C-reactive protein (CRP)における有用性を検討した。

【方法】

当院で治療を行った良性卵巣腫瘍8例、境界悪性卵巣腫瘍 (LPM) 8例、卵巣癌51例の治療前検査を対象に検討を行った。PET/CT においては、185MBqのFDGを静注し、その90分に取り込みを半定量化し、原発巣SUVmaxを測定した。また同一患者から治療前のCA125とCRPを測定し、Mann-Whitney U-testや多変量分析を用い、臨床的因子やsurvivalについて、解析を行った。

【成績】

原発SUVmax、CA125、CRPいずれも卵巣癌は良性卵巣腫瘍やLPMと比較し高値を示しており、いずれもserous adenocarcinoma typeのadvanced stageが特に高値を示した。また生存予後不良因子においては、Disease-free survivalにおいては原発巣SUVmax、CA125、CRPいずれも有意であった ($p=0.008$, $p=0.034$, $p=0.037$) が、Overall survival では唯一原発巣SUVmaxのみが有意差を示した ($p=0.049$)。

【結論】

卵巣癌患者において、原発巣SUVmaxが有効な予後不良因子になる可能性を示唆した。

48. FDG-PET/CTによる卵巣腫瘍の良悪の鑑別診断

《臨床研究》

神戸大学 放射線医学 1)

先端医療センター PET診療部 2)

先端医療センター 分子イメージング研究グループ 3)

神戸市立医療センター中央市民病院 産婦人科 4)

北島 一宏¹⁾、鈴木 加代²⁾、尾西 由美子²⁾、北 正人⁴⁾、千田 道雄³⁾

上野 嘉子¹⁾、前田 哲雄¹⁾、杉村 和朗¹⁾

【目的】

FDG-PET/CTは卵巣癌においても病期診断、再発・転移診断、治療効果判定などに有用なツールであるが、今回は半定量評価の指標であるSUVを用いて、卵巣原発腫瘍の良悪の鑑別診断における有用性を検討する。

【対象】

過去5年間にFDG-PET/CT検査後の手術で病理学的組織診断の確定した115例120病変。年齢は30～80(55.4±8.7歳)。症例の内訳は、良性30病変(内膜症:9、漿液性嚢胞腺腫:7、奇形腫:5、粘液性嚢胞腺腫:4、線維腫:4、甲状腺腫:1)、境界悪性12病変(粘液性:4、漿液性:3、clear cell:1、endometrioid:1、腺線維腫:1、顆粒膜細胞腫:1、未熟奇形腫:1)、悪性78病変(漿液性嚢胞腺癌:30、粘液性嚢胞腺癌:16、類内膜癌:13、明細胞癌:12、その他:7)。境界悪性及び悪性腫瘍90病変のstageはI期、II期、III期、IV期が37、8、37、8病変。

【結果】

①SUVmaxは、良性が0.8～4.2(2.0±0.9)、境界悪性が1.4～4.8(2.7±1.0)、悪性が1.2～22.5(7.4±4.2)。良性と悪性、境界悪性と悪性の間に有意差あるが、良性と境界悪性の間には有意差なし。

②ROC解析にて、境界悪性/悪性を良性と鑑別するSUVmaxの最適cut offは2.56で、感度82.5%、特異度76.8%、正診率81.1%。良性のうち、内膜症3病変、線維腫2病変、奇形腫1病変が2.6以上で、境界悪性/悪性のうち、I期の境界悪性6病変(I Aが4病変、I Bが1病変、I Cが病変)、I期の悪性10病変(I Aが5病変、I Bが3病変、I Cが2病変)が2.5以下。

③境界悪性及び悪性腫瘍90病変のSUVmaxをstage毎に検討すると、I期が1.4～11.0(3.5±2.3)、II期が3.2～7.3(5.2±1.3)、III期が2.8～14.2(8.7±2.6)、IV期が11.3～22.5(15.1±3.8)で、多重比較でI期とII期を除く全ての2群間に有意差あり。

【結語】

内膜症性嚢胞や奇形腫や線維腫は時に集積が中等度見られ、境界悪性や悪性は充実成分のサイズが小さかったりstageが低いと集積が低いことがあり、卵巣腫瘍の良悪の鑑別におけるFDG-PETの有用性は限定的であり、MRIを優先すべきと思われた。

49. CA19-9産生卵巣境界悪性類内膜腫瘍の1例

《症例報告》

国立がん研究センター中央病院 放射線診断科 1)、婦人腫瘍科 2)、病理科 3)

神戸大学 放射線医学 4)

帝京大学 医学部病理学 5)

芝 奈津子 1)、眞鍋 知子 1)、笠松 高弘 2)、天野 創 2)、笹島 ゆう子 3) 5)

津田 均 3)、荒井 保明 1)、杉村 和朗 4)

【症例】

60歳代女性。定期健診の腹部超音波検査にて腹水貯留を指摘され、精査にて卵巣癌を疑われ当院受診した。腫瘍マーカーはCA19-9 1538 (基準値 ≤ 37 U/ml)、CA125 196 (基準値 ≤ 35 U/ml)、SLX 59.4 (基準値 ≤ 38 U/ml)において高値を認めた。

【画像所見】

MRIでは骨盤内に左卵巣由来と思われる8cm大の腫瘍性病変を認め、大部分は充実成分であったが、辺縁および内部に一部嚢胞構造を伴っていた。充実部分はT1WIで等信号、T2WIでは比較的低信号を示し、造影では均一によく増強されたが背側に一部造影不良域を伴っていた。拡散強調像では拡散の低下はほとんどみられなかった。対側卵巣および子宮には明らかな異常所見を認めず、子宮内膜症を示唆する所見も認めなかった。線維成分を含む卵巣境界悪性腫瘍を第一に疑ったが、CA19-9が異常高値を示しており卵巣癌は否定できないと考えた。

【経過】

単純子宮全摘、両側付属器切除、大網切除、リンパ節生検術を施行した。開腹時腹水は700ml、黄色漿液性、やや粘稠であった(腹水細胞診陰性)。左卵巣腫瘍は、表面平滑で光沢のある白色腫瘍で、断面では黄色の充実性多結節構造で一部に嚢胞状構造を呈していた。組織学的には、内膜腺上皮に類似する高円柱状の腫瘍細胞が、間質の増生を伴いながら、分枝腺管や癒合腺管を含む大小の腺管を形成して散在性に増殖する像を認めた。腫瘍腺腔内には壊死物が充満していた。核異型は中等度で、明らかな間質浸潤を認めず、境界悪性類内膜腫瘍、線維腺腫型と診断した。免疫染色にて腫瘍細胞はCA19-9陽性であり、術前の血清CA19-9高値所見に合致するものと考えた。背景には子宮内膜症の所見もみられた。術後経過は良好で、CA19-9は262 U/mlと低下傾向を示している。

【考察】

卵巣境界悪性類内膜腫瘍は、境界悪性漿液性あるいは境界悪性粘液性腫瘍に比して頻度が低く、組織学的には旺盛な腺の増生が見られるものの細胞異型は中等度で間質浸潤を欠く腫瘍である。線維腺腫型と絨毛腺管型の2型が知られており、画像診断の上でもそれぞれの特徴を理解しておくことが重要である。今回、我々は稀な卵巣境界悪性類内膜腫瘍を経験し、その画像所見と肉眼像、病理組織像を対比する機会を得た。本症例につき若干の文献的考察を加えて報告する。

50. MRIT2強調画像にて広範な低信号を呈した 卵巣粘液性境界悪性腫瘍の1例

《症例報告》

埼玉医科大学国際医療センター 画像診断科 1)、婦人科腫瘍科 2)

埼玉医科大学 病理診断科 3)

小澤 栄人¹⁾、西 直子¹⁾、岡田 吉隆¹⁾、岩佐 紀一²⁾、藤原 恵一²⁾、

目黒 史織³⁾、安田 政実³⁾、木村 文子¹⁾

症例は39歳の女性で主訴は腹部腫瘍である。入院時小児頭大の硬い腫瘍を触知し、腫瘍マーカーはSCC、CA125、AFPともに上昇を認めなかった。CTで子宮の右上方に、辺縁平滑な腫瘍を認め、その内部は造影される豊富な充実様部分と一部嚢胞成分から形成されていた。MRIでは腫瘍の一部はT2強調画像で高信号を呈していたが、大部分はT2強調画像低信号を呈していた。造影すると、T2強調画像で低信号呈する部位は、不均一な淡い造影効果を呈していた。卵巣上皮性悪性腫瘍、性索間質性腫瘍、転移性腫瘍などが疑われ手術が施行され、右付属器切除術が施行された。肉眼組織では大部分が充実性部位を呈していたが、組織像では、充実性に見えていた部位は小さな腺組織で構成され、内腔に粘液が存在していた。

51. 捻転を契機に診断されたserous borderline tumorの2例

《症例報告》

新潟大学 放射線科 1)、病理部 2)

山崎 元彦¹⁾、麻谷 美奈¹⁾、佐藤 章子¹⁾、吉村 宣彦¹⁾、青山 英史¹⁾

梅津 哉²⁾

【症例1】

25歳女性。急激な右下腹部痛を主訴に近医より当院産婦人科紹介入院となった。CT、MRI上、右卵巣に ϕ 10cm大の単房性嚢胞性腫瘍、左卵巣に5×3cm大と5×4cm大の二房性嚢胞性腫瘍が認められ、いずれも内部はT1WIで水に比しわずかに高信号、T2WIで高信号を示していた。右卵巣腫瘍の壁の造影効果は低下し、辺縁にくちばし状の軟部影を認め、右付属器不全捻転の状態と考えられた。腫瘍は両側ともにT2WI低信号な壁在結節が認められ、ダイナミック造影では持続濃染するパターンを示しており、境界悪性ないし悪性の嚢胞性腫瘍が疑われた。開腹所見では腫瘍は両側ともに卵巣の辺縁から卵管間膜に潜り込むように発育しており、右卵巣腫瘍は反時計回りに360度捻転していた。切除の結果、両側卵巣由来のserous borderline tumorと診断された。

【症例2】

25歳女性。急激な右側腹部痛を主訴に近医より当院産婦人科紹介入院となった。MRIでは右卵巣に近接して前方に突出する ϕ 10cm大の単房性嚢胞性腫瘍を認め、内部はT1WI、T2WIともに高信号を示していた。右付属器と一塊となって、嚢胞壁と付属器両者の造影効果は欠如しており、茎捻転の状態と考えられた。また腫瘍内腔にはT2WI低信号な壁在結節が多発しており、捻転の影響で造影効果は不明瞭であったが、形態および局在より傍卵巣領域に発生した境界悪性ないし悪性の嚢胞性腫瘍が疑われた。開腹所見では腫瘍は右卵管間膜由来で、右卵巣、卵管とは離れており、卵管起始部を起点に反時計回りに360度捻転していた。切除の結果、右卵管間膜由来のserous borderline tumorと診断された。

【考察】

serous borderline tumorは境界悪性腫瘍の中で約65%を占める最も頻度の高い組織型であり、serous carcinomaに比し若年者に発生するとされている。serous borderline tumorの臨床病理学的特徴および画像所見を中心に、文献的考察を含めて報告する。

52. AFP産生腫瘍と神経内分泌癌を合併した 卵巢漿液性乳頭状腺癌の1例

《症例報告》

滋賀県立成人病センター 放射線診断科 1)、病理診断科 2)、婦人科 3)
有本 麻耶 1)、南 俊介 1)、武内 英二 2)、寺島 剛 1)、宇田 さと子 3)

症例は75歳女性、3経妊3経産。1ヶ月前からの腹痛と便秘を主訴に近医を受診し、USにて腹部腫瘍を指摘され、当院婦人科に紹介受診となった。MRIでは骨盤腔内に15cm大の、嚢胞性成分と充実性成分が混在する腫瘍を認め、悪性卵巢腫瘍と腹膜播種が疑われた。腫瘍マーカーのうち、AFPは3166.5ng/ml、CA125は675.4U/mlと高値を示したが、CEA、CA19-9、SCCは正常範囲内であった。腹式子宮付属器切除術、骨盤及び傍大動脈リンパ節郭清術、大網切除術、直腸低位前方切除術が施行された。手術所見では左卵巢腫瘍腫瘍が子宮、直腸および後腹膜に浸潤し、左腸骨リンパ節腫大が見られた。術後病理診断では、漿液性乳頭状腺癌とAFP産生腫瘍、神経内分泌癌の3つの成分が移行型を有しながら混在していた。pT2cN1MX、FIGO StageIIIcであり、現在カルボプラチンとパクリタキセルによる化学療法中である。

高齢女性でAFP異常高値を示す卵巢腫瘍は比較的稀で、神経内分泌癌との合併例の報告は、我々の検索しえた限り、肉腫と合併した1症例のみであった。よって若干の文献的考察を加えて報告する。

53. 巨大肝嚢胞を合併した卵巢癌肉腫の1例

《症例報告》

津山中央病院 産婦人科

赤堀 洋一郎、中野 裕子、小古山 学、中山 朋子、河原 義文

肝嚢胞は画像診断の発展により早期に発見されることが多くなったが、未治療のまま巨大肝嚢胞となった報告も散見される。我々は嚢胞部分が巨大であり、術前診断に苦慮した卵巢癌肉腫と巨大肝嚢胞の合併例を経験したので報告する。

【症例】65歳 1経妊1経産 55歳閉経

2年前より腹部膨満を自覚していたが、未受診であった。数日前より腹部膨満にくわえ、便秘を認めるようになったことを機に当院初診となった。

【身体所見】身長157cm 体重 52kg 腹囲107cm 腹部は著明に膨隆。下腿浮腫は認めなかった。

【胸部-骨盤部CT】腹腔内には長径28cmと19cmの嚢胞性腫瘍を認めた。さらに子宮背側に9.3cmの嚢胞性腫瘍を認めた。子宮背側の嚢胞性腫瘍内には早期濃染する充実部分を認めた。

【骨盤部MRI】

いずれの嚢胞も内部はT2 高信号 T1 低信号 であった。子宮背側の嚢胞内の充実部分はT2 中間的高信号 T1 低信号であり、造影効果を認めた。

【PET/CT】

嚢胞内充実部分にはFDGの集積を認め、SUV MAXは20であった。上腹部におよぶ嚢胞壁外にFDGが集積する部位を認めた。また、傍大動脈リンパ節にもFDGの集積を認めた。

【経過】

充実部分を含む嚢胞性腫瘍は卵巢由来の可能性が高いと判断し、術前診断は卵巢腫瘍悪性疑い、腹膜播種およびリンパ節転移疑いとした。治療方針は卵巢悪性腫瘍手術を予定し、上腹部におよぶ嚢胞性腫瘍が卵巢腫瘍ではなく肝嚢胞であった場合は肝嚢胞開窓術を追加する方針とし、事前に外科応援を依頼しておいた。開腹所見にて巨大嚢胞は肝嚢胞と判明、肝嚢胞壁外に播種巣を認めた。巨大嚢胞内溶液は13,400mlであった。肝嚢胞除去後、充実部分を含む嚢胞性部分は左卵巢由来で有ることが判明した。迅速組織診断は悪性であり、腹式単純子宮全摘術、両側付属器切除術、骨盤-傍大動脈リンパ節郭清および大網切除術を施行した。肝嚢胞に対しては嚢胞開窓術を行った。術後病理組織診断は卵巢癌肉腫、骨盤および傍大動脈リンパ節転移、腹腔内播種であった(stage IIIc期、pT3c、pN1、M0)。

【結語】稀ではあるが、上腹部まで到達するような巨大嚢胞性疾患は肝嚢胞も念頭にいて術前準備をする必要があると思われた。

54. 性索間質性腫瘍を模倣する類内膜腺癌の1例

《症例報告》

昭和大学横浜市北部病院 放射線科 1)、産婦人科 2)、病理科 3)

谷坂 愛¹⁾、藤澤 英文¹⁾、砂押 紀子¹⁾、船木 翔¹⁾、松成一矢¹⁾

渡邊 孝太¹⁾、櫛橋 民生¹⁾、荒川 香²⁾、高橋 諄²⁾、尾松 睦子³⁾

国村 利明³⁾

卵巢原発の類内膜腺癌は多彩な画像所見・組織像を呈し、他の腫瘍との鑑別を要する。類内膜腺癌の一亜型として、性索間質性腫瘍を模倣する類内膜腺癌が知られている。臨床的・画像診断学的に性索間質性腫瘍との鑑別が困難であった性索間質性腫瘍を模倣する類内膜腺癌を経験したので報告する。

症例は60歳代女性、0回経妊0回経産、初経14歳、閉経48歳。2010年7月より不正性器出血があり、8月に当院産婦人科を受診した。初診時、CA 125 23.9 U/ml、CEA 0.6 ng/ml、CA19-9 26.4 U/ml、CA72-4 1.4 U/mlで腫瘍マーカーの値は正常であった。骨盤造影MRIにて子宮腹側と接する長径6cmの充実性腫瘤を認めた。腫瘤はT2強調像で軽度の高信号が主体で内部に高信号の成分を含んでいた。変性を伴った漿膜下子宮筋腫や卵巢由来の顆粒膜細胞腫、莢膜細胞腫等の性索間質性腫瘍が疑われた。経過観察されていたが、3か月後に右下腹部痛で再度受診した。造影CTにて腫瘤の長径は12cmと増大し、腫瘤内隔壁とその周囲に不均一な造影効果を認めた。腫瘤と連続して右卵巢静脈の拡張があり、右卵巢由来の腫瘍と考えられた。骨盤造影MRIにて内部の信号は不均一となり造影効果を伴う充実性成分も認めた。初診時に子宮内膜肥厚を伴っていた点も踏まえ性索間質性腫瘍を疑う形態であったが、急速な増大を呈した点が性索間質性腫瘍としては矛盾していた。腫瘍マーカーの上昇（CA 125 88.6 U/ml）もあったため、卵巢由来の悪性腫瘍を疑い、腹式単純子宮全摘術及び両側付属器切除術を施行した。腫瘍は右卵巢より発育し、腫瘍内出血を伴っていた。病理組織診断にて性索間質性腫瘍を模倣する類内膜腺癌と診断され、1か月後に大網切除術及びリンパ節廓清術を追加施行した。本腫瘍はまれとされ、報告例は少ない。画像所見を中心に文献的考察を含めて報告する。

55. 卵巢照射野外固定に生じた転移性卵巢癌

《症例報告》

近畿大学 放射線医学 放射線診断学

香川 祐毅、今岡 いずみ、日高 正二郎、兵頭 朋子、柳生 行伸、岡田 真広
柏木 伸夫、小塚 健倫、熊野 正士、石井 一成、足利 竜一郎、村上 卓道

近年、子宮頸癌の低年齢化が進み20歳前後の子宮頸癌も稀ではなくなってきており、卵巢が照射野外固定された症例に出会う機会も増えてきている。今回、上腹部に照射野外固定された卵巢に転移性卵巢癌を生じた症例を経験したので、照射野外に固定した卵巢の機能性変化等の参考症例を交え報告する。

【症例】

40歳代、女性。

半年前に子宮頸癌に対し当院婦人科にて広汎子宮全摘出＋左卵巢照射野外固定術を施行(pT4aN0M0)。術後放射線化学療法後に化学療法を継続していたが左下腹部痛が出現。術後に陰性化した腫瘍マーカーも上昇傾向であったため精査となった。PET/CTでは照射野外固定された左卵巢にFDG集積を認めるも機能性変化が疑われたが、その後も症状が続くため三ヶ月後にMRIと造影CTが施行され卵巢転移が疑われた。腹腔鏡補助下左卵巢切除術後が施行され子宮頸癌の左卵巢転移と診断された。

卵巢照射野外固定は広汎子宮全摘出術の際、卵巢機能の廃絶症状として生じる骨塩量の低下や循環器系への悪影響および精神面にまで及ぶ影響を防ぐだけでなく、術後のup stageおよび再発の際に行われる放射線治療の卵巢への影響を軽減することにある。

部位としては上腹部の腹膜や傍結腸溝に固定されることが多く、今回の症例のように悪性腫瘍の転移の他に、機能性変化および奇形腫や内膜症といった従来の卵巢病変も認めるため、同部位は婦人科疾患術後の画像読影の際は常に留意する必要がある。

56. 巨大卵巢腫瘍により発見された悪性リンパ腫の一例

《症例報告》

岡山大学 産科婦人科 1)、保健学研究科 2)

酒本 あい 1)、福島 千加子 1)、関 典子 1)、楠本 知行 1)、中村 圭一郎 1)、
本郷 淳司 1)、児玉 順一 1)、平松 祐司 1)、上者 郁夫 2)

悪性リンパ腫が巨大卵巢腫瘍を契機に発見されることはきわめて稀である。今回我々は急速に発育する巨大充実性卵巢腫瘍を呈した悪性リンパ腫に対し、画像検査所見より手術的な腫瘍摘出を行うことなく診断し化学療法を施行できた症例を経験したので報告する。

症例は34歳、2回経妊2回経産。平成23年4月初旬より増大傾向のある下腹部腫瘍と食欲不振・咳嗽を自覚し近医を受診した。MRIにて巨大卵巢腫瘍と骨盤内リンパ節腫大・傍大動脈リンパ節腫大、胸水貯留などを指摘され当院紹介となった。

超音波検査では腹水貯留は少量で、膨満した腹部全体を充実性の腫瘍が占拠している状態であった。MRI検査の画像所見では、右卵巢に径23×16×10cm、左卵巢に径10×6.5×4.5cm、腫瘍内部は大小不整に分葉し、隔壁にはGd造影T1強調像で造影効果を認めた。T2強調像では分葉内容は不均一に高信号と低信号が混在する充実性腫瘍であり、左右とも腫瘍辺縁に正常卵胞を示唆する嚢胞構造が多数みられた。骨盤内・傍大動脈領域にはリンパ節腫大を多数認めた。以上の所見より悪性リンパ腫を第一に疑った。

PET/CTの画像所見では両側卵巢腫瘍全体にSUV max15.22の高度集積を認めた。両側鎖骨上・縦隔・傍胸骨・傍大動脈・腸骨リンパ節にも高度集積を認めた。胸水や腹水、腹腔内多発腫瘍にも異常集積が認められ播種や癌性腹膜炎・胸膜炎を示唆すると考えられた。明らかな肺転移や肝転移は認めなかった。

以上の画像所見より悪性リンパ腫の可能性を考慮し、通常卵巢腫瘍マーカーに加えIL2Rを追加した。腫瘍マーカー測定ではLDH 1247 IU/ml, IL2R 1796 U/ml, CA125 174.3 U/mlと上昇を認めた。CEA,AFP,CA19-9,CA72-4はいずれも正常範囲内であった。

胸水貯留による咳嗽と呼吸困難が認められ、症状緩和目的に胸水穿刺・除去(700ml)を行った。除去した胸水中から悪性リンパ腫細胞を確認した。また、組織型確定の為、CTガイド下卵巢腫瘍針生検を施行し、標本の病理組織は悪性リンパ腫(B lymphoblastic lymphoma)であった。

血液内科に転科しステロイド投与の後、hyperCVDC療法が施行された。現在1コース終了し、効果判定のCT検査で左卵巢腫瘍は10×5.5cmまで縮小を認めている。

57. Serous surface papillary adenocarcinomaの一例

《症例報告》

産業医科大学 放射線科 1)、産婦人科 2)

小笠原 篤¹⁾、林田 佳子¹⁾、青木 隆敏¹⁾、興侶 征典¹⁾

川越 俊典²⁾、蜂須 賀徹²⁾

症例は50代女性。6年前に子宮頸癌検診にて近医総合病院受診。その際、左卵巢腫瘍を指摘された。その後も毎年同病院で子宮頸癌検診および卵巢腫瘍の経過観察をされていた。その間、卵巢腫瘍の増大は認めなかった。本年、卵巢腫瘍精査を希望し、当院産婦人受診となった。腫瘍マーカーはCA19-9が53.5U/ml、CA125が71.7U/mlと上昇していた。

CTは子宮左側に約9cm大の石灰化を伴う腫瘍性病変を認めた。MRIでは中心に嚢胞を認め、その外側に乳頭状に発育する増強効果のある充実性成分を認めた。腫瘍の大半が充実性構造であった。境界は明瞭で、周囲への浸潤を疑う所見はみられなかった。リンパ節腫大や腹水も認めなかった。以上より画像上は境界悪性～悪性の漿液性腫瘍を考えたが、6年間サイズの明らかな増大のない点が、積極的に悪性を疑うことができなかった。

両側付属器および子宮摘出術、骨盤内リンパ節・大動脈周囲のリンパ節の郭清が施行された。病理所見はserous surface papillary adenocarcinomaであった。腹水細胞診により腫瘍細胞が検出され、ステージは卵巢癌 ICとなった。以後術後化学療法を施行している。

漿液性卵巢腫瘍の亜型には、serous cystic tumor、serous surface papillary tumor、serous cystadenofibromaの3タイプある。一般的に境界悪性～悪性の漿液性卵巢腫瘍は単房性嚢胞腫瘍内に壁在結節を認める像であるが、今回我々は表在増殖パターンをとり、乳頭状の発育を示す典型的なserous surface papillary adenocarcinomaを経験したので報告する。

58. 間欠的な腹痛とCT所見から診断し得た massive ovarian edema with torsionの症例

《症例報告》

聖マリアンナ医科大学 放射線医学 1)、産婦人科 2)
小児科学 3)、病理学 4)

坂部 亜希 1)、吉松 美佐子 1)、山城 恒雄 1)、大原 樹 2)、中川 侑子 2)
西ヶ谷 順子 2)、鈴木 直 2)、濱野 志保 3)、成木佐 瑛子 4)、小泉 宏隆 4)
藤川 あつ子 1)、中島 康雄 1)、

症例は14歳女児。初経13歳、月経不整。12日前から間歇的に出現する左下腹部痛を主訴に7日前に近医受診、その際CTが施行された。前日に38°Cの発熱がみられた。卵巢腫瘍が疑われ、当院紹介となり精査のため骨盤造影MRIが施行された。MRIでは子宮左側から連続してT2強調像で高信号および低信号の混在する腫瘍(6.0×5.5×2.5cm)が見られ、低信号を示す像は索状を示し線維成分を疑う所見であった。またT1強調像で辺縁や内部の高信号が見られ、出血壊死性変化が疑われた。子宮から連続する索状構造は輪状を呈し、左卵巢腫瘍の茎捻転を示唆する所見であった。右卵巢は軽度腫大を示していた。CTを見直すと、子宮左側にみられる腫瘍の辺縁には卵胞様の輪状像を認めることや、間欠的に症状が出現していることなどから、massive ovarian edema with torsionを第1に鑑別に挙げた。それ以外にはT2強調像での低信号から卵巢間質発生の腫瘍(良性+悪性)も疑った。腹腔鏡下で卵巢腫瘍摘出術が施行された。術中卵巢の捻転の所見が見られたため捻転を解除したが出血変性の所見が改善せず、摘出された。永久病理標本では卵巢腫大と卵巢間質の出血壊死変性、辺縁に偏在する卵胞構造が見られた。これらの所見よりmassive ovarian edema with torsionの所見と考えられた。この疾患に特徴的である間欠的な症状の出現やCTでの卵胞の描出などから診断し得た症例について文献的考察を含め報告する。

59. Adenofibromatous componentを伴う 卵巣明細胞腺癌におけるMRI所見の検討

《臨床研究》

神戸大学 産科婦人科 1)、放射線科 2)

蝦名 康彦 1)、牧原 夏子 1)、出口 可奈 1)、白川 得朗 1)、山崎 友維 1)

新谷 潔 1)、宮原 義也 1)、中林 幸士 1)、吉田 茂樹 1)、中林 幸士 1)

宮原 義也 1)、前田 哲雄 2)、山田 秀人 1)

卵巣明細胞腺癌の大部分はcysticであるが、約15%を占めるAdenofibromatous componentを伴う明細胞腺癌(以下AF-CCC)においては、内膜症の合併頻度が低く、II期以上の症例が多いと報告されている。今回われわれは、AF-CCC症例における、MRI所見の特徴について検討することを目的とした。

対象は2008年1月から2011年2月に当科にて手術を行った卵巣明細胞腺癌25症例のうち、病理組織学的にAF-CCCと診断された2症例である。術前MRI画像の所見について、摘出腫瘍の肉眼所見や病理所見と比較して検討した。

全例において、腫瘍内には嚢胞成分と充実成分が混在して認められた。1例は多嚢胞の複雑な構造の中の一部に充実部分を、またもう1例は比較的単純な嚢胞の壁より1か所内腔へ突出する充実部分を認めた。充実成分についてはいずれもT2強調像にて中等度信号から軽度高信号を呈しており、それらの内部には微細な胞巣状構造が認められており、いわゆる“black sponge”-like appearanceに類似した像を呈していた。

“black sponge”-like appearanceは腺線維腫のMRI像として報告されている特徴的画像所見である。臨床的に卵巣癌が疑われる症例の術前画像においてこの所見が認められた場合、AF-CCCの存在を念頭におく必要性が示唆された。

60. チョコレート嚢胞破裂を疑う画像所見

《症例報告》

長崎大学 産婦人科

吉田 至幸、山崎 健太郎、立石 聖子、下村 友子、福田 雅史

平木 宏一、増崎 英明

【はじめに】

チョコレート嚢胞破裂は、急性腹症として婦人科外来を受診し、消化器症状を伴わない突然の下腹部痛などの臨床症状、血液生化学検査、画像所見などから疑われる。今回、私どもは術前にMRIを施行しチョコレート嚢胞破裂と診断した2例について報告する。

【症例1】

症例は34歳の未婚女性。月経周期は28日型で、月経困難症は認めていない。夜間、突然の下腹部痛があり前医を受診した。CT検査で左卵巢嚢胞、骨盤内の血液貯留を認め、卵巢嚢胞破裂が疑われたため当科を紹介され受診した。血液生化学検査では白血球が $9,900/\mu\text{l}$ 、CRPが 0.23mg/dl と炎症反応は軽度であり、ヘモグロビン値は 13.2g/dl と貧血は認めていなかった。腹部に筋性防御や反跳痛を認め、内診上、左付属器領域に圧痛を認めた。経膈超音波検査で左付属器領域に $6\text{cm}\times 3\text{cm}$ 大の腫瘍像、およびダグラス窩のecho free spaceを認め、MRIでは左付属器領域に細長い嚢胞の内部に液面形成を伴い、T1強調像T2強調像で高信号の内容液を認め、嚢胞は緊満していなかった。また、骨盤腔にも同様の液面形成を伴う液体貯留像が認められた。以上の所見から、チョコレート嚢胞破裂と診断したが、徐々に疼痛は改善し（来院時の10分の2程度）、また、本人と家族が保存的治療を希望したため経過観察とした。その後、下腹痛は消失し入院3日目に退院した。

【症例2】

43歳。2年前よりチョコレート嚢胞と診断され当科で管理していた。月経痛、過多月経などの自覚症状は認めず、嚢胞径も変化していなかった。月経2日目に突然の下腹部痛を自覚し同日に当科外来を受診した。経膈超音波検査で右付属器領域に $5\text{cm}\times 3\text{cm}$ 大の緊満していない嚢胞と、ダグラス窩のecho free spaceを認め、MRI検査でも同様の所見が存在していたので腹腔鏡下手術を施行した。チョコレート嚢胞は破裂しており、内容液は腹腔内に流失していた。術後経過は良好で術後4日目に退院した。

【考察】

チョコレート嚢胞破裂は、急性腹症で受診することが多いため他の疾患との鑑別が重要であり、診断が困難な場合もある。MRI画像では、嚢胞に近接した腹腔内血腫や嚢胞の緊満性の欠除や壁の菲薄化といった所見を認め、診断に有用である。

61. 子宮内膜症性嚢胞から内頸部型粘液性境界悪性腫瘍を経て粘液性腺癌に移行したと考えられる卵巣癌に子宮体癌が重複した1例

《症例報告》

市立奈良病院 産婦人科 1)、放射線科 2)、

奈良県立医科大学 病理病態 3)、産科婦人科 4)

原田 直哉 1)、延原 一郎 1)、春田 典子 1)、梶本 めぐみ 1)、福住 明夫 2)

橋本 彩 2)、島田 啓司 3)、小林 浩 4)

【緒言】

癌の発生経路には、良性の腺腫を経て境界悪性腫瘍から腺癌へと多段階発生する I 型経路と、突然 (de novo) 癌が発生する II 型経路が知られている。子宮内膜症性卵巣嚢胞から粘液性腺癌に悪性転化した症例において、内頸部型粘液性境界悪性腫瘍から I 型経路により癌化したと考えられる症例を経験した。この症例は子宮内膜に限局する早期の子宮体癌も重複していたため、ここに報告する。

【症例】

49歳、経妊経験なし。突然の下腹痛を主訴に近医受診。CTにて卵巣嚢腫の破裂疑うと、前医初診から3日後に当院に紹介となった。来院時には痛みは消失し、軽度の腹部膨満感を訴えるのみで、内診では臍高に達する付属器と思われる腫瘤を触知した。LDH 348IU/l、CA125 4,517 U/ml、CA19-9 >12,000 U/ml、CEA 18.1 ng/ml、CRP 23.9 mg/dl、WBC 16,450/ μ l、Neu 89.1%。MRIで右付属器領域に不均一に濃染され拡散強調画像では高信号を呈する4cm程度の不整形の充実性の部分と、周囲に出血もしくは粘液貯留を疑わせる嚢胞部分を認め、他に骨盤腔一杯に拡がる緊張感のない嚢胞を認めた。左粘液性卵巣癌の破裂を疑い、腹膜偽粘液腫や癌性腹膜炎の合併も考慮した。細胞診は子宮頸部がクラス IIIa (内膜からの混入疑い)、体部が偽陽性 (子宮内膜増殖症疑い)。開腹所見では、嚢腫壁は腹膜と広範囲に癒着していることが判明し、大部分の内容液は暗赤色の漿液性の液体であった。迅速組織診で右卵巣は腺癌であったが、高度の癒着のため子宮および両側付属器と大網のみの摘出となった。永久標本では卵巣には子宮内膜症性嚢胞を認め、腫瘍は乳頭状に増殖する異型細胞からなり、p53、CEAおよびalucian blueは陽性、p63は陰性であり、間質には好中球の浸潤が著明であった。被包している上皮は典型的な頸管線上皮の他に、漿液性細胞や扁平上皮様細胞への分化も認められ、内頸部型粘液性境界悪性の特徴を呈す部分から粘液性腺癌へと移行する部分も認められた。また、子宮内膜からは間質への浸潤はなかったものの類内膜腺癌grade1が認められた。右卵巣癌 (粘液性腺癌pT1c(a)NxM0) と子宮体癌 (類内膜腺癌grade1 pT1aNxM0) の重複癌と診断し、卵巣癌に対しシスプラチンの腹腔内投与およびパクリタキセルとカルボプラチン (TC療法) による維持化学療法を6コース施行した。現在、術後18カ月経過しているが、完全寛快状態である。

【結語】

子宮内膜症に合併しやすい内頸部型粘液性境界悪性腫瘍はI型経路を経て粘液性腺癌に悪性転化する可能性が示唆された。

62. 子宮内膜症性嚢胞から生じた卵巢移行上皮癌の一例

《症例報告》

奈良県立医科大学 放射線科 1)、産婦人科 2)、病院病理部 3)

堀 沙恵香 1)、高濱 潤子 1)、丸上 永晃 1)、高橋 亜希 1)、武輪 恵 1)

伊藤 高広 1)、吉川 公彦 1)、棚瀬 康仁 2)、永井 景 2)、小林 浩 2)

武田 麻衣子 3)、野々村 昭孝 3)

症例は51歳女性4G0P。主訴は嘔気、発熱、下腹部痛。20年前から子宮内膜症を経過観察中であり、3年前に卵巢腫大を指摘されている。内診所見上、左付属器に腫瘤を触知、血液生化学検査では炎症反応軽度上昇を認め、腫瘍マーカーはCA19-9164U/ml、CA125 142U/mlと上昇していた。経膈エコーでは充実性成分を伴う嚢胞性腫瘤を認めた。MRIで、左付属器に9cm大の嚢胞性腫瘤が描出され、嚢胞内容液はT2強調像で高信号、T1強調像で低信号を示し、辺縁にT2強調像でやや低信号を示す壁在結節を伴っていた。壁在結節は表面平滑で、造影後不均一に濃染した。また、主たる嚢胞周囲にはT2強調像で低信号を示し、T1強調像で高信号を示す扁平な内膜症性嚢胞を伴っていた。嚢胞周囲に内膜症性嚢胞を認めたこと、壁在結節の形態から内膜症性嚢胞から生じた明細胞癌と術前診断した。手術予定であったが急性腹症で来院、腫瘍破裂を認めたため準緊急的に子宮全摘、両側付属器切除術が施行された。術中、腫瘍は子宮に強固に癒着しており、一塊として摘出された。明らかな転移、播種は見られなかった。病理組織学的に、嚢胞壁に子宮内膜症および異型子宮内膜症を認め、それらが移行上皮癌からなる腫瘍組織と連続している像が認められたことから、子宮内膜症性嚢胞から生じた移行上皮癌と診断された。術後、補助化学療法6コース併用しているが、術後一年経過した現時点で再発を認めていない。

卵巢原発移行上皮癌は、悪性移行上皮腫瘍のうちブレンナーの成分を欠く、悪性ブレンナー腫瘍より悪性度の高い疾患として1987年にAustinとNorrisによって定義された稀な腫瘍である。

子宮内膜症性嚢胞を母地として、明細胞癌や類内膜癌、漿液性腺癌、粘液性腺癌、扁平上皮癌、stromal sarcomaなどの悪性腫瘍が生じると報告されているが、移行上皮癌は極めて稀で、調べうる限り1例、卵巢原発移行上皮癌の周囲に内膜症性嚢胞を認めたとの報告を認めるのみで画像についての報告はない。若干の考察を加え、画像所見を中心に報告する。

63. 卵巢移行上皮癌の一例

《症例報告》

昭和大学 放射線医学 1)、産婦人科 2)、病理診断科 3)

扇谷 芳光¹⁾、笹森 寛人¹⁾、池田 真也¹⁾、宗近 次郎¹⁾、西城 誠¹⁾
橋爪 崇¹⁾、須山 淳平¹⁾、崔 翔栄¹⁾、清野 哲孝¹⁾、石塚 久美子¹⁾
廣瀬 正典¹⁾、後閑 武彦¹⁾、飯塚 千祥²⁾、森岡 幹²⁾、九島 巳樹³⁾

症例は50歳女性。不正性器出血を自覚したため、近医婦人科を受診。超音波にて約15cm大の多房性嚢胞性腫瘍を認めため、当院産婦人科に紹介受診となった。既往歴に掌蹠膿疱症がある。

造影CTで骨盤部に約19cmの厚い隔壁を有する多房性嚢胞性腫瘍が認められた。MRIのT1強調像(DIXON法)で腫瘍の嚢胞部分は、大部分は低信号として認められた。嚢胞部分の一部は、水画像で高信号、脂肪画像で低信号として見られ、出血と考えられた。T2強調像で嚢胞部分の多くは、高信号として認められた。T1強調像で高信号にみられた部位は、低信号を呈していた。隔壁は低信号として見られた。拡散強調像で隔壁は高信号に描出された。造影dynamic MRIで隔壁は早期相より造影され、後期相でやや強く造影された。手術にて単純子宮全摘出、両側卵管卵巢摘除、大網切除術、骨盤・傍大動脈リンパ節郭清が施行された。病理では、壊死、出血、線維化を伴った嚢胞様構造の内面は重層性の上皮性腫瘍細胞で覆われていた。大型の核・核小体を有する異形の強い腫瘍細胞は、一部で中心に線維性間質を伴って、乳頭状に増殖していた。免疫組織化学的染色は、ER(+), PgR(+), Uroplakin(-), Calretin(-), Inhibi- α (-), EMA(一部+), CEA(-), CK20(-), CK7(一部+), CKAE1/3 (+) で移行上皮癌と診断された。卵巢移行上皮癌は稀とされ、若干の文献的考察を加え、報告する。

64. 腹腔鏡下手術後に未熟奇形腫と判明した卵巢嚢腫の1例

《症例報告》

地方独立行政法人 那覇市立病院 産婦人科

平川 誠、池宮 城梢、當間 敬、渡嘉敷 みどり

約1年前からの排尿困難と尿閉を主訴に近医内科受診。骨盤内腫瘍を指摘され当科紹介となる。MRI上は約10cmの右卵巢嚢腫であり、充実成分は認められず、内容液はT1強調・T2強調画像いずれも高信号で脂肪抑制画像にて抑制を受けるため皮様嚢腫と診断。SCC・CA125・AFP等の腫瘍マーカーも陰性であるため腹腔鏡下手術を選択。腹腔鏡下右卵巢嚢腫摘出術を施行した。術中所見においても内容液は毛髪を含む脂肪成分であり、充実部分は認められなかった。術後病理にて一部の中樞神経組織に未熟な神経管を認め、分裂像は少なくGrade1の未熟奇形腫と診断。進行期はstage 1c (b)となった。Grade1の未熟奇形腫は境界悪性腫瘍に分類されており予後は良好であること、卵巢がん治療ガイドラインにおいてGrade3の未熟奇形腫でも嚢腫摘出術後の付属器摘出の追加を行うかどうかは一定の見解がないこと、また思春期以前の卵巢未熟奇形腫は成人の卵巢未熟奇形腫と比較してさらに予後がよいとの指摘もあることなどから追加手術を行わず経過観察を行うこととした。現在再発の兆候を認めていない。上記について若干の考察を加えて報告する。

65. Gliomatosis peritoneiを伴った卵巢未熟奇形腫の1例

《症例報告》

田附興風会医学研究所北野病院 放射線科 1)、小児外科 2)、病理部 3)
道上 佳洋 1)、奥村 亮介 1)、徳永 幸史 1)、尾上 宏治 1)、森畠 裕策 1)、
舌野 富貴 1)、大野 豪 1)、宮内 雄也 2)、藤本 正数 3)、光野 重根 1)

症例は11歳女児で腹部腫瘍を主訴に当院受診、触診上、臍上に達する巨大腫瘍を認めた。MRIでは右卵巢由来と思われる長径23cm程の巨大嚢胞性腫瘍を認め、内部に大きな充実部を有していた。充実成分内には散在する嚢胞や小脂肪信号域を認め、未熟奇形腫が疑われた。また、ダグラス窩にDWIにて高信号(低ADC)を呈する播種を認め、悪性の播種病巣を思わせる所見であった。術前腫瘍マーカーはCA19-9；254U/ml、CA125；734U/mlと高値を認めたが、AFP,HCGは基準値以下であった。右付属器切除、大網部分切除、腹膜播種生検が施行され、病的に右卵巢腫瘍はGrade1のimmature teratoma、播種巣はgliomatosis peritonei (grade0)と診断された。術後化学療法は施行せず経過観察中である。Gliomatosis peritoneiは奇形腫に伴う稀な病態であり、肉眼上あるいは画像上、悪性の播種病巣と見紛う所見を呈するが、その臨床経過は多くの場合良性である。若干の文献的考察を加えて考察する。

66. 術前診断に苦慮した内反成熟嚢胞性奇形腫の一例

《症例報告》

東京医科大学茨城医療センター 産科婦人科

長嶋 武雄、小島 淳哉、松本 光代、山本 美希子、清水 基弘、藤村 正樹

卵巢の成熟嚢胞性奇形腫は、若年女性に最も高頻度にみられる胚細胞腫瘍である。近年の画像診断の進歩により、術前診断が可能となっている。今回我々は、術前の画像評価では診断し得なかった卵巢成熟嚢胞性奇形腫の内反（反転）例を経験したので報告する。

症例は21歳、0回経妊0回経産。下腹痛を主訴に当科紹介受診。初診時の経膈超音波断層法にて、径約15cm大の充実部分を有さない嚢胞性骨盤内腫瘍を認めた。血液検査所見では、血算、生化学検査ともに明らかな異常を認めず、腫瘍マーカー値はCA125 32.2U/ml、CA19-9 19.4 U/ml CEA 2.9 ng/mlといずれも正常範囲であった。MRI上、T1強調像にてlow intensity、T2強調像にてhigh intensityを呈する嚢胞状腫瘍を骨盤内に認めたが、chemical shift artifactや脂肪抑制画像による抑制所見を認めなかった。以上より、漿液性嚢胞性腫瘍（良性疑い）の診断にて、吊り上げ式腹腔鏡下手術を施行した。腹腔内所見では、左側卵巢より発生する新生児頭大の嚢胞性腫瘍を確認。表面に索状物や脂肪が付着し、全体として表面は皮膚様、さらに腫瘍表面に脂肪組織や毛髪を確認した。ダグラス窩や卵巢周囲にも脂肪の付着が散見され、周辺の腸管壁は浮腫状であった。右側附属器は正常。以上の所見より左側卵巢成熟嚢胞性奇形腫の内反（反転）現象と考えられた。この後開腹手術に移行し、上記所見を直視下に確認した。腫瘍内容は漿液性成分のみであり、充実成分は認めなかった。腫瘍部分のみを摘出し、正常組織部分を形成し手術を終了した。術前の画像所見により診断が可能であった可能性につき検討したが、脂肪成分の同定は不可能であり、術前に本事象を画像から予見することは不可能と考えられた。

今回我々は、内反した卵巢成熟嚢胞性奇形腫の一症例を経験した。画像による術前診断は非常に困難であり、卵巢腫瘍の診断の際には、本症例のような状態もあり得る事を念頭に置く事が必要と考えられた。

67. 術前診断が困難であった卵巢成熟嚢胞性奇形腫に 粘液性嚢胞腺腫捻転を合併した1例

《症例報告》

四国がんセンター 放射線科 1)、婦人科 2)、病理科 3)

中島 直美 1)、菅原 敬文 1)、酒井 伸也 1)、高橋 忠章 1)、清水 輝彦 1)

梶原 誠 1)、細川 浩平 1)、野河 孝充 2)、小島 淳美 2)、寺本 典弘 3)

症例は40歳代 女性、3経妊2経産。2カ月前より持続する左下腹部痛を主訴に、近医を受診。内診にて骨盤腔内を占拠する腫瘤を触知し超音波にて左卵巢腫瘍を疑われ、当院婦人科を紹介受診した。

細胞診は子宮頸部、体部ともにclass IIだった。血液検査ではCA125 265.9 U/ml、CA72-4 200.7 U/mlと高値で、その他は基準値内であった。MRIで、子宮直上から腎下極レベルに及ぶ長径約20cmの腫瘤を認め、腫瘤内部に充実成分、嚢胞成分の混在を認めた。また、腫瘤左端に脂肪成分を内容に持つ房を認め、その他の房の信号は様々だった。腹水が貯留し、腹膜の軽度肥厚と造影効果を認め、成熟嚢胞性奇形腫の悪性転化と腹膜播種を疑った。FDG-PET/CTでは、腫瘤は境界明瞭で明らかな浸潤傾向はなく、充実部分のFDGの集積は軽度で積極的に悪性転化を疑う所見は乏しかったが、腹水貯留、脂肪織混濁、腹膜の不整肥厚と淡いFDGの集積を認め、これらは悪性転化があるとすれば播種の可能性を示唆すると考えた。臨床的には、成熟嚢胞性奇形腫と自然破裂ないしは炎症による腹水貯留と腹膜肥厚を疑われ、一部悪性転化も否定できないと診断された。

開腹にて左卵巢には約18 cm大の嚢胞性病変を認め、被膜が一部破綻しており、内溶液が腹腔内に流出していた。内部に赤褐色の流動物を容れており、内腔には径約8cmの充実部分を認め、一部に角化物や毛髪が見られ、断面は粘液が豊富で壊死を伴っていた。術中迅速病理診断では明らかな悪性所見を認めず、大網・虫垂に肉眼的な異常所見を認めなかったことから、患者の希望も考慮し、術式は両側付属器切除のみにとどめられた。組織学的に大部分が異型の乏しい粘液腺の増生から成り、一部で異型がやや強く、被膜の破綻が見られることからmucinous cystadenoma of borderline malignancy with mature cystic teratomaと診断された。Teratomaの粘液腺のovergrowthの可能性が示唆された。

壊死性変化は卵巢全体に広がっており、Mucinous cystadenomaの捻転に起因する変化と考えられた。捻転に伴う嚢胞壁の破綻と大網や右卵巢に炎症や粘液の沈着を認め、これらが画像上、悪性を示唆する腹膜播種病変と鑑別困難であったと考えられた。

術中には明らかな捻転は確認できず、病理組織像にて発症より2週間以上経過しているものと推察された。右卵巢にも粘液性嚢胞腺腫が存在した。

68. 巨大な多房性嚢胞病変を呈した Sex cord tumor with annular tubulesの1例

《症例報告》

千葉大学 婦人科 1)、生殖機能病態学 2)、病態病理学 3)

佐藤 明日香 1)、石川 博士 1)2)、清川 貴子 3)、富居 一範 3)、生水 真紀夫 1)2)

【諸言】

sex cord tumor with annular tubules(SCTAT)は非常に稀な卵巢性索間質腫瘍である。SCTATの約1/3でPeutz-Jegher症候群(PJS)を合併するが、PJS非合併例では一部悪性経過を示すものがある。今回、腫瘍のエストロゲン産生に起因する思春期早発症で発見されたPJS非合併SCTATの1例を経験したので報告する。

【症例】

8歳7カ月の女児。乳房発育と身長のスパート、不正性器出血を主訴に当院小児科を受診した。血中ホルモン値、およびホルモン負荷試験の結果から末梢性思春期早発症が疑われ、当科紹介となった。触診および腹部エコーでは腹部に剣状突起まで達する巨大な嚢胞性腫瘍を認めた。MRIではダグラス窩から腹腔内全体を占める最大径26cmの多房性嚢胞性腫瘍を認めた。腫瘍は境界明瞭、辺縁整で、内容液は水濃度とほぼ同一であった。充実成分や隔壁の肥厚は認めなかった。左卵巢は正常に描出された。子宮内膜はやや肥厚しており、junctional zoneを認めた。エストロゲン産生性腫瘍による思春期早発症の診断で、腹式右卵巢腫瘍核出術を施行した。術後、血中エストロゲンは速やかに低下し、乳輪突出、恥毛、性器出血は消失し、身長のスパートも鈍化した。

【病理所見】

腫瘍は、径16cm、多房性嚢胞性で、3500mlの黄色透明内容液を有していた。嚢胞壁は概して薄く、ところどころに黄色の平坦な隆起を有していた。組織学的に、嚢胞壁には、円柱状腫瘍細胞が硝子様物を取り囲むように輪状に配列する輪状細管(annular tubules)の形成を認めた。輪状細管は、多数が癒合する傾向にあった。腫瘍細胞は好酸性細胞質と類円形核を有し、核異型は軽度で、核分裂像はほとんど認めなかった。

【まとめ】

嚢胞形成が優位なSCTATは稀である。ホルモン産生を伴う嚢胞性SCTATは、臨床的に顆粒膜細胞腫やセルトリ細胞腫との鑑別を要する。本例はPJSを合併しておらず、今後も注意深い経過観察が必要である。

69. Struma ovariiの一例

《症例報告》

北海道大学 放射線診断科 1)、婦人科 2)、病理部 3)、放射線治療科 4)

三村 理恵 1)、加藤 扶美 1)、加藤 達矢 2)、小田切 哲二 2)、久保田 佳奈子 3)、

渡利 英道 2)、真鍋 徳子 1)、小野寺 祐也 1)、櫻木 範明 2)、寺江 聡 1)

白土 博樹 4)、

症例は30代女性。不正出血を主訴に前医受診。卵巢腫瘍を指摘され、精査・加療のため当院婦人科紹介となった。MRIでは左卵巢に90×80×93mm大の腫瘍を認めた。内部はT2強調像で高信号、T1強調像で低信号を示し、増強されず、嚢胞状と考えられた。辺縁はT2強調像で比較的信号が低く、T1強調像で筋層と同程度の信号を示し、強く増強された。以上より、内部に変性を伴う充実性腫瘍と考えた。充実成分は拡散強調像で強い高信号は示しておらず、悪性腫瘍は否定的と思われた。鑑別としては、辺縁の充実性成分がT2強調像で比較的低い信号を示したことから、線維腫/莢膜細胞腫、Brenner腫瘍、硬化性間質性腫瘍などを考えた。左卵巢腫瘍の診断で左付属器切除術が施行された。病理診断はstruma ovariiであり、中心部には変性したコロイド、フィブリン等の沈着を認めた。悪性を示唆する所見は認めなかった。

struma ovariiは成熟嚢胞性奇形腫のうち腫瘍全体もしくは広範囲が甲状腺組織で占められているもので、全卵巢腫瘍の0.3~1%、成熟嚢胞性奇形腫の3%程度と比較的稀である。閉経前の女性に多く、殆どが良性であり、明らかなホルモン産生をし甲状腺機能亢進症を呈する頻度は低い。画像所見は多房性嚢胞性腫瘍で充実性成分を伴う事が多く、T1強調像、T2強調像で様々な信号を示すstained glass appearanceを呈する。一部の嚢胞では出血や甲状腺コロイドを反映し、T2強調像で著明な低信号を示す事が多い。

本症例では多房性嚢胞性腫瘍ではなく、内部に著明な変性を伴う充実性腫瘍の様な形態を示したため、報告する。

70. Thyroglobulin 高値がきっかけとなり 単純CTで術前に診断した卵巢甲状腺腫

《症例報告》

NTT西日本九州病院 産婦人科 1)、放射線科 2)、田尻クリニック 3)

吉村 寿博¹⁾、片瀨 美和子¹⁾、宮尾 昌幸²⁾、西 潤子²⁾、田尻 淳一³⁾

深田 修司³⁾

(緒言)

卵巢甲状腺腫は稀な疾患で好発年齢は成熟嚢胞性奇形腫のそれとほぼ同じであり、比較的若年者に後発する。95%が良性である。術前診断は難しいとされている。MR像としては嚢胞部と充実部の両成分の混在する多房性の腫瘤で、出血や粘液性のゼラチン質を含むことから、1つの隔壁の中で異なる信号を呈することが特徴と言われている。また厚い隔壁には軽度の増強効果がみられることもある。しかしこれらは粘液性嚢胞腺腫と類似した所見である。isotope検査で術前診断可能であるが、手技が煩雑である。

(症例)

42歳の3回経妊3回経産婦。主訴は過多月経で、子宮筋腫の診断で子宮全摘術の適応と判断され紹介された。既往歴として甲状腺機能低下症の診断でチラーゼンを投与中であった。MRI検査で子宮筋腫と左付属器腫瘍(直径7cm)が認められ、大部分は嚢胞性(多房性)で一部壁肥厚がみられたが、拡散強調像でも異常信号は認めず、悪性所見はないと考えられた。腫瘍マーカー(CA125、CA19-9、CEA、SCC抗原)には異常なかった。甲状腺機能はチラーゼン投与下で正常であったが、血中thyroglobulin値が異常高値(1648.ng/mL)を示した。甲状腺腫瘍も見いだせず、卵巢甲状腺腫を疑い、CT検査を行った結果、子宮の左側に嚢胞性と充実性の両成分の混在する多房性の腫瘤を認め、単純CTにてその一部が淡く(造影したかのごとく)高吸収を呈しており、造影CTにて強く造影された。子宮全摘術と左付属器摘出術を行い、術後病理学的に卵巢甲状腺腫と診断した。尚、術後血中thyroglobulinは正常化した。

(考察)

thyroglobulinは甲状腺濾胞中のコロイドの主成分である。甲状腺腫瘍の場合、組織破壊のために血中濃度が上昇する。良性の甲状腺腫瘍の場合でも、分化した甲状腺組織からthyroglobulinが産生され血中高値を示すこともある。亜急性甲状腺炎などでは組織破壊により高値を呈する。しかし、バセドウ病でも高値を示すため診断上の意義は少ないとされている。卵巢甲状腺腫は比較的若年者に発生するので、可能な限り正確に術前診断を行い、不要な拡大手術を避けねばならないが、画像上は鑑別が難しい。本症例は、thyroglobulinが高値を示したことが、それを類推する手掛かりとなった。

71. 卵巣腫瘍との鑑別が困難であった後腹膜腫瘍の3症例

《症例報告》

聖マリアンナ医科大学 産婦人科 1)、放射線医学 2)

関東労災病院 放射線科 3)

藪田 直樹¹⁾、吉松 美佐子²⁾、大倉 直樹³⁾、遠藤 紫乃¹⁾、大原 樹¹⁾

戸澤 晃子¹⁾、木口 一成¹⁾、鈴木 直¹⁾、中島 康雄²⁾

卵巣腫瘍と後腹膜腫瘍との鑑別が非常に困難な場合がある。この後腹膜腫瘍では腹腔内に存在する卵巣腫瘍が直腸を側方に圧排する、尿管を前方に圧排しているなどの場合考えるうると文献報告がみられるが、判断が困難であることも多い。一例目は妊娠中に発見された骨盤内腫瘍であるが、粘液性の卵巣腫瘍を疑われ腹腔鏡を行うも両側卵巣正常で、腫瘍はretrospectiveに見ると仙骨に広基性に接する腫瘍で後腹膜腫瘍である。結果は後腹膜奇形腫であり、画像では悪性の判断は困難であることから出産後に摘出した。2例目は左卵巣から連続する腫瘍性病変で直腸を強く右側に圧排していることから、後腹膜腫瘍も可能性が疑われたが、左卵巣奇形腫を考え手術を施行。結果は後腹膜奇形腫であった。後腹膜奇形腫の場合には画像で悪性所見がみられなくても悪性potentialがあり、摘出の必要があるとの報告がある。また3例目は右卵巣から直腸右側に広基性に接する腫瘍が見られ、卵巣腫瘍もしくは直腸腫瘍が疑われたが、結果は粘膜下の直腸adenocarcinomaであった。直腸との関係性を綿密に観察することによって診断が可能であったと考えられる。

今回我々は3症例および文献報告にてこれらの後腹膜腫瘍でどのような特徴がみられるかを論じる。

72. 胎盤梗塞では胎盤血管が狭小化するか？

《臨床研究》

石心会川崎幸病院 放射線科 1)

昭和大学 放射線科 2)、産婦人科 3)、病院診断病理 4)

信澤 宏 1)、扇谷芳光 2)、後閑武彦 2)、松岡 隆 3)、九島 巳樹 4)

胎盤梗塞で胎盤血管が狭小化するか否かを検討する。

対象

昭和大学病院で行われた胎盤MRI検査のうちで病理組織学的に胎盤梗塞と診断された18例を対象とした。子宮内胎児発育遅延(IUGR)と妊娠高血圧症候群(PIH)の有無により、3群すなわち、A群；梗塞あり・IUGRあり・PIHあり(5症例)、B群；梗塞あり・IUGRあり・PIHなし(11例)、C群；梗塞あり・IUGRなし・PIHなし(2例)に分類した。比較対象として正常胎盤5例を無作為に抽出した。

検討項目

SSFSE法T2強調像での胎盤母体面と胎盤胎児面のflow void を後方視的検討対象とした。それぞれを、Grade 1(flow void を認めない)、Grade 2(flow voidらしき所見があるが、確実ではない)、Grade 3(ごく少数の血管がflow void として認識できる)、Grade 4(Grade 3 とGrade 5の中間)、Grade 5(flow void を有する血管が多数認められる)、の5 pointsで視覚的に判定した。

結果

母体面血管はA群でGrade 1～3(平均2.0 point)、B群でGrade 1～5(平均2.6 point)、C群でGrade 5(平均5 point)であった。比較群ではGrade 3～5(平均4.4 point)であった。胎児面血管はA群でGrade 3～5(平均3.6 point)、B群でGrade 3～5(平均4.1 point)、C群でGrade 5(平均5 point)であった。比較群ではGrade 4～5(平均4.8 point)であった。

結論

胎盤梗塞では胎盤血管が狭小化している。その程度は母体面血管で強い。

73. 胎盤血管腫の一例

《症例報告》

神戸大学 放射線科 1)、産婦人科 2)、病理診断科 3)

上野 嘉子¹⁾、北島 一宏¹⁾、前田 哲雄¹⁾、牧原 夏子²⁾、山田 秀人²⁾

原 重雄³⁾、伊藤 智雄³⁾、杉村 和朗¹⁾

症例は35歳女性。初診時1回経妊0回経産、既往歴に特記事項なし。妊娠33週2日に前医エコーにて胎盤腫瘍の疑いを指摘され、当院産婦人科に紹介となった。

当院紹介後に撮影されたMRIで胎盤内に約5×5cm大の境界明瞭な腫瘤性病変を認めた。腫瘤はT1強調像でほぼ均一な低信号を示し、T2強調像では隔壁様構造により高信号と低信号を示す二つの領域に隔てられていた。この隔壁様構造内にはflow voidと思われる点状の無信号域が認められた。US所見では腫瘤内部は低エコー部分と不均一高エコー部分に区分され、MRI T2強調像での高信号域と低信号域に一致すると思われた。これらの結果から変性を伴う胎盤血管腫が疑われたが、胎児に貧血や心不全などの兆候はみられず外来で経過観察とされた。妊娠39週4日に破水し、当院にて経膈分娩。肉眼所見では胎盤の臍帯附着部近傍に粘液性の部分と充実性の部分をもつ腫瘤を認め、分娩前に指摘されていた病変と考えた。病理組織所見にて腫瘤の充実部分に異型性の乏しい内皮細胞に裏打ちされた毛細血管の増殖像が認められ、胎盤血管腫と診断された。粘液状の部分は浮腫状変性と考えられた。また隔壁内には血管像が認められ、MRIで認めたflow voidに一致すると思われた。

胎盤血管腫は非絨毛性の胎盤腫瘍であり、妊娠中の発症頻度は約1%程度と報告されている。比較的稀な疾患であるが、羊水過多、切迫早産や胎児心不全、子宮内胎児発育不全などの合併症を引き起こすこともあるため本疾患の存在には留意が必要である。参考症例、若干の文献的考察を加えて報告する。

74. 診断に苦慮した胎盤ポリープの一例

《症例報告》

岡山大学 産科婦人科

斎藤 雅子、井上 誠司、村上 優子、福島 千加子、楠本 知行、中村 圭一郎
関 典子、本郷 淳司、児玉 順一、平松 祐司

妊娠終了を契機に発見される器質的疾患として、種々の絨毛性疾患、胎盤ポリープ、子宮動静脈奇形などが挙げられる。超音波検査やMRI検査が有用ではあるが、これらの疾患を明確に判別するのは困難である場合がある。

今回、術前の諸検査により絨毛性疾患あるいは子宮動静脈奇形が疑われていたが、術後病理診断により胎盤ポリープと診断された1例を経験したので報告する。

症例は35歳女性、7経妊3経産。5月中旬に妊娠10週で人工妊娠中絶手術を行った。術後8日目より不正性器出血が持続し増量してきたため、術後11日目に前医を受診した。超音波検査にて子宮前壁筋層内に血流豊富な腫瘤を認め、血液検査ではhCG高値を呈したため、侵入奇胎が疑われ当科紹介となった。MRIでも子宮前壁に腫瘤を認めflow voidは著明、筋層浸潤は明らかであり、侵入奇胎や絨毛癌に合致する像であった。CTでは子宮外に病変は認めなかった。人工妊娠中絶後であり、画像検査からは、絨毛性疾患や子宮動静脈奇形が鑑別診断に挙げられた。しかし、当院での血液検査ではhCGが1000程度で低下傾向であり、絨毛性疾患は考えにくく、超音波検査でのモザイク状のflowより子宮動静脈奇形が強く疑われた。術前の診断確定は困難であったが、絨毛性疾患の可能性もあったこと、血流豊富な腫瘤であり大出血の可能性もあったこと、挙児希望がなかったことより、人工妊娠中絶後18日目に単純子宮全摘術を施行した。摘出子宮の肉眼的所見として、子宮前壁広範囲に隆起する腫瘤を認め、その表面は絨毛組織が付着していた。術後の摘出物病理検査結果は、胎盤ポリープであった。

画像診断の発展や子宮内操作を行う手術の増加に伴いこれらの疾患に遭遇する機会はこれからも増えていくものと思われる。臨床経過や画像検査、血液検査などを総合的に評価し、他疾患の可能性も念頭においた診療を心がける必要がある。

75. Placental site trophoblastic tumorの1例： 画像所見の検討

《症例報告》

東京慈恵会医科大学 放射線医学 1)、産婦人科 2)、病理学 3)

鱸居 百合子 1)、北井 里実 1)、狩野 麻実 1)、五十嵐 隆朗 1)、松島 理士 1)、

川上 剛 1)、関谷 透 1)、福田 国彦 1)、落合 和徳 2)、田中 忠夫 2)

鷹橋 浩幸 3)

Placental site trophoblastic tumor(PSTT)は、妊娠性絨毛性疾患の最も稀な疾患であり、現在までの報告は100例を超える程度である。胎盤着床部の中間型栄養膜細胞由来の細胞増殖により子宮内に腫瘍を形成し、hCG 分泌量は絨毛癌に比較して低い。1976年、Kurmanら により初めて報告され、その後悪性の可能性がある腫瘍であることから、1981年にScullyとYoungによりPSTT と名称が変更された。PSTT は絨毛癌と同様すべての妊娠に続発して発症するが、正常分娩後の発症例が多い。先行妊娠終了後から発症までの期間は5~6ヶ月の早期から20年以上の長い症例まで様々である。絨毛癌と比較して化学療法の感受性が低く、PSTTの診断がつけば、手術が基本となる。予後は、良好なものから不良なものまで様々である。画像所見の報告も少なく、定まった見解が得られていないが、MRIは病変の同定、血流や筋層浸潤の評価に有用であるとされる。

症例は27歳女性。1経任1経産。主訴は不正性器出血。正常経膣分娩の5ヶ月後に不正性器出血が出現し他院を受診した。経膣超音波およびMRIにて子宮内に2cmの血流豊富な腫瘍を認め、子宮内膜全面搔爬を施行し、組織診にてPSTTが疑われ、治療目的にて当院紹介となった。当院でのhCGは632.4 mIU/mlであった。経膣超音波検査にて、子宮は超鶏卵大で、体部後壁から子宮底にかけて、漿膜近くまで達する約3cmの高エコー腫瘍を認めた。MRIでは、子宮底部内腔から筋層に浸潤する約4cmの類円形腫瘍を認め、内部に出血が示唆されるT1WI高信号域を伴っていた。dynamic studyでは辺縁中心に早期造影効果が見られた。第2子の希望があり、保存的な治療も検討されたが、多量の子宮出血のため緊急で単純子宮全摘出術と骨盤リンパ節生検を施行した。術後病理診断はPSTTで、リンパ節転移は認めなかった。術後約1年の経過で再発を認めない。

PSTTの画像所見を中心に文献的な考察を踏まえ、術前診断における画像の役割を検討する。

76. MRIにて経過を追うことができた、massive subchorionic thrombohematoma(Breus' mole) の一例

《症例報告》

財団法人田附興風会医学研究所北野病院 放射線科 1)、産婦人科 2)、病理部 3)
樋本 祐紀 1)、奥村 亮介 1)、光野 重根 1)、辻 なつき 2)、藤本 正数 3)

massive subchorionic thrombohematoma(Breus' mole)は胎盤胎児側の絨毛膜直下に巨大血腫を生じる稀な疾患である。今回MRIが、超音波検査に比して質的診断能・局在診断能に優れ、補完的な役割を果たしうると考えられた症例を経験したので報告する。

症例は33歳、G4P2AA2。既往妊娠歴に特記事項なし。妊娠26週6日腹部超音波検査にて胎盤近傍の低輝度腫瘍を指摘された。精査目的に27週2日MRI施行され、胎盤胎児側表面、臍帯付着部近傍に長径60mm・厚34mmの腫瘍を認めた。腫瘍の内層は淡いT2WI高信号・一部T1WI高信号、外層はT2WI低信号・T1WI低信号、辺縁には rim 状の薄いT1WI高信号を有し、血腫と考えられた。経過観察目的に32週3日施行されたMRIでは同病変は緊満感に乏しく、縮小が見られた。切迫早産のため、34週2日、緊急帝王切開施行(児1600g、男児、APGAR score 5-8、asymmetrical IUGR)、分娩となった。娩出された胎盤には、臍帯付着部近傍に胎児側卵膜に覆われた50mm程の隆起性病変を認め、慢性期の血腫と考えられた。massive subchorionic thrombohematomaの診断であった。

本疾患は、臨床症状に乏しく、出生前に診断された報告は少ない。超音波検査にて、20-25週前後から発見されることが多い。胎盤機能不全のためと考えられる、IUGR、羊水過少症、子宮内胎児死亡をきたす頻度が高い。児の予後は不良なことが多く、血腫増大の有無や胎児仮死所見の有無など、嚴重な管理が必要である。

超音波では、胎盤腫瘍として描出されうるが、血管腫や嚢胞などとの鑑別は困難なことが多い。また、輝度は様々であり、胎盤とのコントラストが不明瞭なこともある。MRIでは胎盤胎児側の明瞭な無構造腫瘍として描出され、T1WIでは血腫を強く示唆する高信号を呈し、質的診断・局在診断に優れると考えられる。

本疾患は妊娠高血圧症や凝固能異常との関連が多いとされている。本症例においては妊娠高血圧症や凝固能異常の合併はなかったが、産後5日目より両側大腿部痛出現し、約2ヶ月後皮膚筋炎と診断された。調べた限りにおいては報告されていないが、本症と皮膚筋炎などの膠原病とが関連する可能性も考えられる

77. 部分胞状奇胎の肺転移が疑われた1例

《症例報告》

ベルランド総合病院 産婦人科

山本 香澄、脇本 剛、山崎 公美、中平 理恵、三宅 麻子、土田 充
峯川 亮子、濱田 真一、清水 郁也、山崎 正人、村田 雄二

絨毛性疾患では血行性に肺転移がよく認められるが、部分胞状奇胎の肺転移、およびその病巣のFDG-PETの所見に関する報告は少ない。

今回我々は、肺転移を来したと考えられる部分胞状奇胎の一症例を経験したので報告する。患者は31歳、2経妊1経産、第1子を分娩後2年4ヶ月間月経発来なく、不正性器出血を主訴に当科受診した。妊娠反応陽性、子宮は超手拳大、超音波断層法にて子宮内に胎嚢様所見を認めたが、胎児心拍動は認めなかった。2週後の再診時、胎嚢なく内部に小嚢胞を多数含む充実性腫瘤像を認めるとともに血中hCG値は38000mIU/mlと高値を示した。以上より胞状奇胎を疑い、2日後、子宮内容を搔爬した。病理組織所見では、HE染色上水腫状に腫大した絨毛と正常大の絨毛が混在し、trophoblastの増生が目立つことから、部分胞状奇胎と診断された。術後15日、血中hCG値は227mIU/mlまで減少したが、以後漸増した。術後43日にはhCG400 mIU/mlとなったが、胸部単純X線撮影では明らかな肺転移巣は指摘できなかった。術後48日に2度目の子宮内容搔爬術施行するも子宮内容に絨毛成分を認めず。同日造影CTで右肺中葉に6mm ×12mm程度のダルマ型結節影を認めたが、FDG-PET精査では同部位に集積は認めなかった。転移性奇胎を疑い、化学療法（MTX 30mg/m²/週）を開始した。5コース施行後（初回術後89日）に血中hCG値は感度以下まで低下した。計7コース施行後、（初回術後110日目と、168日目の）造影CTで右肺結節の縮小を確認した。以後半年の避妊期間を経て自然妊娠成立し、現在妊娠13週である。

78. 癒着胎盤の評価 —単純MRIでの描出能の検討—

《臨床研究》

広島大学 放射線診断学 1)

国立病院機構 呉医療センター・中国がんセンター 放射線科 2)

中村 優子 1)、豊田 尚之 2)、谷 千尋 1)、本田 有紀子 1)、古本 大典 1)

谷為 恵三 1)、伊達 秀二 1)、粟井和夫 1)

目的：

癒着胎盤は分娩時の大量出血の原因となるため、分娩前に診断することが重要である。癒着胎盤の評価には絨毛膜と脱落膜を鑑別できるダイナミックMRIが有用であるが、胎児における造影剤の安全性が確立されていないため妊婦に造影剤を使用することはしばしば困難である。そこで今回われわれは単純MRIにおいて癒着胎盤の有無を評価できるか検討した。

対象と方法：

対象は1.5TMRI装置でT2WIの水平断と矢状断が撮影された21妊婦（年齢：25-42才，平均32.9才）。

二人の放射線科医が癒着胎盤を疑う所見とされている以下の5つの項目を評価した。①前置胎盤の有無，②子宮のbulgingの有無，③胎盤内のband様構造物の有無，④胎盤に接する子宮筋層の菲薄化あるいは断裂の有無，⑤胎盤信号の均一性（以下のスケールを用いて評価し，1あるいは2を陽性項目と判断した 3：均一，2：やや不均一，1：不均一）。

結果：

21妊婦のうち6人に癒着胎盤が認められた。胎盤内のband様構造物の有無，胎盤に接する子宮筋層の菲薄化あるいは断裂の有無が、癒着胎盤の有無の判断に有意な因子であった（ $p < 0.01$, Fisher's exact test）。胎盤信号の均一性に関しては、癒着胎盤がある症例では癒着胎盤のない症例に比較しスコアが有意に低かった（ $p < 0.01$, Mann-Whitney's U-test）。5つのうち4つの陽性項目が存在した場合、癒着胎盤の診断における感度は83.3%（5/6），特異度は100%（15/15），陽性的中率は100%（5/5），陰性的中率は93.8%（15/16）であった。

結論：

癒着胎盤が疑われるとされる複数の項目を評価すれば，単純MRIでも癒着胎盤の有無が評価可能である。

79. 子宮平滑筋肉腫との鑑別が困難であった帝王切開癒痕部留血腫の1例

《症例報告》

京都大学 産婦人科

川村 洋介、鈴木 彩子、松村 謙臣、馬場 長、吉岡 弓子、小阪 謙三

万代 昌紀、小西 郁生

近年の帝王切開率の上昇に伴い、帝王切開既往に起因する前置・癒着胎盤や帝王切開癒痕部妊娠の増加が問題となっており、また帝王切開癒痕部に生じた良性、悪性腫瘍の報告も散見される。今回我々は、帝王切開癒痕部に発生し、子宮平滑筋肉腫を疑った腫瘍が留血腫であった1例を経験した。

症例は46歳、1経産。27歳時に双胎を帝王切開分娩している。43歳時に内科受診した際に、経腹超音波検査で子宮奇形を疑われ、MRI検査を施行されたが異常は指摘されていない。その1年後より月経量の減少、月経周期の延長、月経後にも継続する茶褐色帯下を自覚するようになっていたところ、2ヵ月前の月経時にこれまでになかった強い下腹痛を自覚、1ヶ月前の月経時には下腹痛とともに、月経終了後に突然、多量の茶褐色な性器出血を認めた。近産婦人科を受診し、子宮悪性腫瘍を疑われ、当科紹介受診となった。

当科初診時、腔鏡診にて子宮腔部は確認出来ず、頸部は全体的に超鶏卵大に腫大、表面平滑で軟な暗赤色の腫瘍として確認出来た。超音波検査では、子宮頸部に6cm大の充実性腫瘍を認め、MRI検査では、同腫瘍は腫瘍辺縁部を中心に広範囲な出血と、内部に不均一な造影効果を伴っており、拡散強調画像では著明な高信号を呈していた。周囲への明らかな浸潤傾向は認めなかった。子宮平滑筋肉腫が子宮頸部に発生することはまれではあるものの、その可能性が否定出来ない所見であった。LDHを含む腫瘍マーカーはいずれも基準範囲内であった。子宮頸部細胞診結果がASC-USであったため、腫瘍の組織型を精査する目的で子宮頸部生検を施行したところ、多量の凝血塊が排出され、同時に腫瘍は消失した。頸部生検組織は肉芽組織のみで悪性所見は認めず、再度施行したMRI検査では、帝王切開癒痕部から前唇にかけて空洞形成が見られ、内部に少量の血液貯留の残存を認めた。以上の経過から、何らかの原因で外子宮口が狭窄した後に、帝王切開癒痕部に月経血が貯留して留血腫を形成したものと考えられた。現在外来経過観察中であるが、楔状の癒痕部は確認されるものの留血腫の再発は認めていない。

今後、本症例のような帝王切開癒痕部に生じるさまざまな病態が増加し、注目されると予想される。本症例の経過につき、その画像所見や文献的考察とともに報告する。

80. 帝王切開創に生じたと考えられた嚢胞性子宮腺筋症の一例

《症例報告》

佐賀大学 放射線科 1)、産婦人科 2)、病因病態科学病理部 3)

笹栗 弘平¹⁾、入江 裕之¹⁾、蒲地 紀之¹⁾、島田 亜紗子²⁾、山崎 文郎³⁾

工藤 祥¹⁾

症例は43歳女性。過去に2回の帝王切開の既往あり（21年前、16年前）。2010年4月、通常月経後に下腹部痛と褐色帯下持続したため、前医を受診した。子宮筋層内に34mmの嚢胞性腫瘤を認め、当院紹介となった。身体所見では、内診で子宮が超鶏卵大と軽度腫大していること以外に異常所見なし。血液検査ではCA125が64 U/mlと軽度上昇を認めた。経陰超音波検査では、子宮前壁筋層内に17.1×23.5mmの嚢胞性病変を認めた。辺縁は不整で、内部に血流は認めなかった。MRIでは子宮体部前壁で、帝王切開部に一致すると思われる部位に長径3cm程度の境界明瞭な嚢胞性腫瘤を認めた。T1、T2強調像ともに水と同程度の信号を呈し、造影後T1強調像で内部に明らかな増強効果は認めなかった。その他、子宮体部筋層内に小さな筋腫が散見される以外、特に異常所見は認めなかった。術前検査にて診断がつかず、患者の希望もあり、単純子宮全摘術が施行された。嚢胞性腫瘤は帝王切開創に一致し、内容物は凝血塊であった。病理にて嚢胞性子宮腺筋症と診断された。

81. 既往帝王切開子宮創部に発生する産科的トラブルと画像所見

《臨床研究》

神戸大学 産科婦人科

牧原 夏子、蝦名 康彦、出口 可奈、白川 得朗、山崎 友維、谷村 憲司

新谷 潔、宮原 義也、中林 幸士、吉田 茂樹、山崎 峰夫、山田 秀人

近年、帝王切開症例の増加に伴い、経膈エコーにて帝王切開創部に一致して筋層の部分欠損を疑う症例を認めるようになった。そのような症例では、非妊時において月経困難、不正性器出血等が出現しやすいことが報告されている。また、次回妊娠時の子宮破裂リスクや、子宮創部筋層部分への妊娠、癒着胎盤等も発生しており、その診断と対応に苦慮する場面が少なくない。今回、当科で経験した既往帝王切開子宮創部に発生する産科的トラブルとその画像所見について考察することを目的とした。

対象は、2009年～2011年まで当科へ紹介され、最終的に外科的治療を要した5例である。全例、既往帝王切開回数は1回であった。当院へ紹介された理由は、子宮切開創部への初期妊娠2例、胎盤遺残による異常出血が2例、エコーにより創部の菲薄化を指摘され、加療を要請されたものが1例であった。

エコー・MRIで診断し、4例は実際に筋層の菲薄化が疑われたため、開腹による修復手術を施行した。そのうち術前に創部妊娠であると診断した2例は、手術前にMTX全身投与を施行した上で子宮内容除去術、実際に筋層の菲薄化を確認した上で、子宮切開創部修復術を施行した。うち1例で、その後の帝王切開分娩を経験している。

一方、帝王切開後異常出血を来し、前医にて胎盤遺残との疑いにて搬送された症例では、創部欠損を疑い同部位からの出血も疑われ、子宮鏡下に子宮創部の観察と遺残胎盤の切除を行った。子宮腔内からの観察では、1例は明らかに筋層の欠損を認めていたため、そのまま開腹し、子宮切開創部修復術を施行した。もう1例は筋層の欠損はみとめておらず、胎盤遺残部位からのみの出血であった。それぞれの症例における、画像診断の所見とその有用性について言及したい。

82. 胎児期より頸部嚢胞腫瘤を形成した稀な先天性梨状窩瘻の画像の一例

《症例報告》

東京医科大学 産科婦人科

高江洲 陽太郎、加藤 令子、岩佐 朋美、三森 麻子、長谷川 瑛、芥川 修
寺内 文敏、井坂 恵一

出生前診断技術の進歩により様々な先天性嚢胞性疾患が胎児期に診断されるようになった。先天性梨状窩瘻は下咽頭先天性梨状に内開口をもつ第3または第4鰓原器官由来であり嚢胞を形成し、頸部リンパ管腫との鑑別の対象となる。

今回、出生前にリンパ管腫が疑われていた頸部嚢胞が、生後急性気道閉塞を来し、精査の結果、先天性梨状窩瘻と診断された症例を経験したので報告する。

症例は日齢0の女児、胎生30.週の胎児超音波およびMRI検査で左前頸部に3cm×3cm大の嚢胞性病変が認められリンパ管腫が疑われた。母体の羊水過多や頸部の周囲臓器圧迫所見は認められなかった。その後の妊娠経過には異常は認められなかった。

妊娠37週3日陣痛発来するも、回旋異常が認められたため同日帝王切開術を施行した。出生体重は2730g Apgar scorは1分8点、5分10点であった。日齢1より嚢胞は急激に増大し気道圧迫症状を来したため頸部X線CTを施行したところ、嚢胞内に鏡面像を伴う液体貯留を認め、また3DCDにて先天性梨状窩瘻が疑われた。

その後、日齢31に手術を施行した。

83. 胎児期に見つかった後腹膜腫瘍の一例

《症例報告》

兵庫医科大学 産科婦人科

池田 ゆうき、武信 尚史、原田 佳世子、坂根 理矢、浮田 祐司、小森 慎二

【症 例】

27歳 女性

【既往歴】

腰椎椎間板ヘルニア

【妊娠歴】

2経妊1経産

(骨盤位にて選択的帝王切開施行)

【現病歴】

自然妊娠。妊娠22週の胎児超音波検査で胎児の腹腔内に21×23mmのhigh echoic massを指摘され精査加療目的で妊娠25週に当科を紹介受診された。

超音波検査で左側の後腹膜に血流のある31×26×22mm大のmassを認めた。呼吸様運動によって腎臓との間はecho free spaceがみられたことから副腎腫瘍などの後腹膜腫瘍を疑った。妊娠28週に施行したMRI検査では左腎頭側、胃の背側にT1強調画像で低信号、T2強調画像ではわずかに高信号で内部に5mm大の一部高信号を示す30×27×25mm大のmassを認めた。副腎神経芽腫や血管腫等を考慮に入れて超音波で経過を観察したところ腫瘍のsizeは増大せず、児のgrowthに明らかな異常は見られなかった。

37週6日に選択的帝王切開を施行し3044gの男児、Apgar score 8/9 で娩出した。母体は産褥経過問題なく術後8日目に軽快退院となった。

児は当院NICUで精査を行った。日令8日目に造影CTを施行し腹腔動脈から流入し上腸管膜静脈へ流出する血流の豊富な腫瘍性の病変を認め副腎神経芽腫が疑われたが、尿中の腫瘍マーカー等は陰性で確定診断には至っておらず現在精査中である。

84. 異所性妊娠(卵管妊娠)におけるMRIの診断的価値に関する後方視的検討

《臨床研究》

大津市民病院 産婦人科 1)、放射線科 2)、 大津日赤病院 放射線科 3)

岡田 由貴子 1)、寺井 万里紗 1)、久保 卓郎 1)、高橋 良樹 1)、市場 文功 2)

青木 悦雄 2)、亀山 恭子 3)

異所性妊娠の診断におけるgolden standardは経膈超音波検査とHCG測定とされている。しかし、無症状の異所性妊娠の早期診断に苦慮することがある。無月経がありHCG陽性にもかかわらず、妊娠5週以降で経膈超音波で子宮内外に胎嚢が確認できない症例に、われわれはしばしば遭遇する。骨盤痛、腹膜炎、急性腹症、出血性ショックなどの臨床症状が全くない無症状の異所性妊娠の早期診断は困難なことも多いが、卵管妊娠において、早期診断は卵管温存手術を可能とするので重要である。＜対象と方法＞われわれは、無症状で経膈超音波で胎嚢が確認できない異所性妊娠の疑いのある28例を対象として、本人の同意のもとに異所性妊娠の早期診断を目的としてMRIを施行した。MRIの無症状の卵管妊娠における術前の診断的価値を後方視的に検討した。MRIの所見は①gestational sac-like structure (GS)、②acute hematoma of distant low intensity on T2-weighted images (AH)、③enhanced tubal wall on postcontrast images(ET)、④T2- and diffusion-weighted images (DW)を4 key MRI featuresとした。＜結果＞MRIで異所性妊娠と診断した28例中、24例で手術的に卵管妊娠が確認され、4例は流産であった。4 key MRI featuresの無症状の卵管妊娠における術前診断のsensitivity(感度)は100%、predictive accuracy(的中精度)は82.7%であった。GS-like structureのsensitivityは52.1%、predictive accuracyは48.3%で、AHは66.7%と72.9%、ETは33.3%と41.3%、DIは62.5%と65.5%であった。Pitfallsの4例中3例は卵巣黄体嚢胞であったことが腹腔鏡下手術で確認された。＜結論＞無症状の卵管妊娠において、4 key MRI featuresの無症状の卵管妊娠における術前診断のsensitivityは100%であった。4 key MRI featuresの中では、AH(急性出血)所見のsensitivityが最も高く66.7%であった。MRIは無症状で未破裂の卵管妊娠の早期診断のgolden standardとなりうると考えられた。

85. Female Adnexal Tumor of Probable Wolffian Originの1例： 画像所見の検討

《症例報告》

東京慈恵会医科大学 放射線医学 1)

東京慈恵会医科大学附属第三病院 産婦人科 2)、病理部 3)

狩野 麻実 1)、北井 里実 1)、鱸居 百合子 1)、五十嵐 隆朗 1)、松島 理士 1)

川上 剛 1)、関谷 透 1)、福田 国彦 1)、佐藤 泰輔 2)、佐藤 陽一 2)

佐々木 香苗 2)、上田 和 2)、磯西 成治 2)、福永 眞治 3)

Female Adnexal Tumor of Probable Wolffian Origin (FATWO)は、1973年にKariminejadとScullyにより初めて提唱された稀な腫瘍で、100例ほどの報告がある。Wolf管遺残に沿って、子宮広間膜や卵管周囲などに発生し、多くは良性の経過をたどるが、再発や予後不良な症例も存在する。稀な腫瘍で、卵巣癌や卵管癌、子宮筋腫との術前診断が難しい。今回、我々は稀なFATWOの一例を経験したので、画像所見および鑑別診断を中心に文献的な考察をふまえ報告する。

症例は36歳女性。2経妊2経産。特記する既往歴なし。検診にて約6cmの付属器腫瘍を認め、精査のため当院を受診した。血算、生化学検査ともに異常所見なし。腫瘍マーカーはCEA 1.2 ng/ml, CA19-9 19 U/ml, CA125 12 U/ml, AFP 5 ng/ml, SCC 0.7 ng/mlといずれも正常範囲内であった。経腔超音波検査では、腹部正中に約6 cmの充実性腫瘍を認めた。子宮には特に異常を認めなかった。骨盤MRIでは、子宮右側に右卵巣と接し約6 cm大の腫瘍を認め、子宮筋層と比較しT1WIにて等信号を示し、T2WIでは軽度高信号で中心部に高信号域を伴っていた。充実性の腫瘍で、内部に変性を示唆する造影不良域を伴う他は均一に造影された。充実部分は、拡散強調画像で高信号を示し、ADCで低信号を呈していた。CTでは腫瘍に石灰化が見られた。腹膜播種や遠隔転移を示唆する所見はなかった。臨床症状がなく、腫瘍マーカーの上昇もなかったことから、良性の卵巣莢膜線維腫や広間膜発生の筋腫が鑑別に上げられたが、拡散強調画像で異常信号を示し、卵巣癌や卵管癌の可能性があり、手術の運びとなった。手術にて、腫瘍は約6 cmで子宮広間膜に存在し、右卵管と一部連続を認めた。子宮は鶏卵大で異常所見を認めず、両側卵巣および卵管も正常大で異常所見は見られなかった。術中迅速診断にてFATWOの回答を得たため右付属器摘出術が施行された。術後病理診断でFATWOを確認し、患側右付属器完全切除であったため、後療法は行わず外来にて経過観察中である。

86. MRIで経時変化を確認した卵管卵巢膿瘍の2例

《症例報告》

新潟大学 放射線科 1)、病理部 2)

麻谷 美奈¹⁾、佐藤 章子¹⁾、山崎 元彦¹⁾、吉村 宣彦¹⁾、梅津 哉²⁾

青山 英史¹⁾

【はじめに】

卵管卵巢膿瘍(Tubo-ovarian abscess; TOA)は卵管や卵巢を含む付属器に炎症が波及し、膿瘍を形成した骨盤内感染症(Pelvic inflammatory disease; PID)のなかで最も重篤な疾患である。基本的に良性疾患であるが、骨盤腹膜炎に比較して抗生剤治療に抵抗性を示し、不妊や子宮外妊娠を続発する例もある。また、一部では炎症所見を欠如する例があり、その画像的特徴を把握しておくことは重要である。今回、我々はMRIで経時変化を確認したTOAの2例を経験したので報告する。

【症例1】

30歳代、女性。両側卵巢内膜症性嚢胞で治療中。PIDの既往あり。超音波にて両側内膜症性嚢胞の増大傾向を指摘されMRIを撮影した。右卵巢に6cm大の単房性嚢胞、左卵巢に7cm大の多房性嚢胞性腫瘍がみられ、内溶液はT1強調像で軽度高信号、T2強調像で高信号、DWIで著明高信号、ADCはそれぞれ0.67, $0.56 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{sec}$ と低下がみられた。嚢胞壁内層のT1強調像での高信号帯は全周で確認でき、造影後は壁の肥厚濃染がみられた。MRI撮影から約1ヵ月後に下腹部痛増強、発熱あり、炎症反応高値(WBC $14520/\mu\text{l}$, CRP 27.78mg/dl)となった。抗生剤治療約1ヶ月後(WBC 8530, CRP 0.89)に再検したMRIでは、右卵巢の嚢胞径は増大、左卵巢嚢胞径は縮小、ADCはそれぞれ0.89, 0.47、嚢胞壁の肥厚濃染は増強した。手術にて緑黄色膿性の内溶液を吸引、起因菌は同定できなかった。

【症例2】

40歳代、女性。急激な下腹部痛が出現したため前医を受診し、CTで子宮筋腫および左卵巢嚢胞性腫瘍を認めたため当院へ入院となった。MRIでは左卵巢に5cm大の液面形成を伴う単房性嚢胞がみられ、底面はDWIで高信号、ADCは1.13であった。左卵管拡張と壁の肥厚濃染もみられ、卵管内溶液も同様の性状であった。嚢胞壁内層のT1強調像での高信号帯は不明瞭であった。抗生剤治療約1ヵ月後のMRIでは嚢胞径は増大していたがADCは1.66と上昇、左卵管拡張と壁の肥厚濃染は軽減、内溶液は嚢胞類似の性状であった。手術にて黄色膿性の内溶液を吸引、起因菌は同定できなかった。

87. 妊娠を契機に発見されたCurrarino症候群の一例

《症例報告》

信州大学 画像医学 1)、産婦人科 2)

丸山 舞¹⁾、大彌 歩¹⁾、渡辺 智治¹⁾、藤永 康成¹⁾、角谷 眞澄¹⁾、
谷野 静絵²⁾、菊池 範彦²⁾、塩沢 丹里²⁾

Currarino症候群は仙骨前腫瘍、仙骨奇形および直腸肛門奇形を三徴とする先天異常であり、比較的稀な疾患である。妊娠を契機に発見された不全型Currarino症候群の一例を経験したので文献的考察を加え報告する。

症例は30歳代女性。8回経妊2回経産。母親と姉はCurrarino症候群と診断されている。以前から双頸双角子宮と診断されていたが、今回近医で妊娠が確認された際にUSにて子宮右後方に腫瘍を指摘された。精神疾患の既往もあることから、周産期管理を目的に当院産科婦人科に紹介入院となった。MRIでは双頸双角子宮と重複腔を認め、左子宮内腔に胎児が確認された。腰仙部では脊髓円錐がL3-4レベルまで下垂する係留脊髓に加え、S3から尾側の仙骨は右側の低形成により左側に凸の三日月状欠損を呈していた。硬膜嚢下端から連続して腹側に突出する20×30mm大の腫瘍を認め、脊髓液と同等の信号を示すことから髄膜瘤が示唆された。さらに仙骨前面には、USで指摘された境界明瞭な51×77×118 mm大の分葉状腫瘍が存在し、内部はT2強調像にて不均一な高信号、T1強調像にて筋と同程度の信号を示すことから非漿液性あるいは血性の嚢胞性病変が疑われた。病変内には粒状構造が集簇し、T1強調同位相像にて高信号、T1強調逆位相像にて低信号を示したため脂肪滴と判断し成熟嚢胞性奇形腫と診断した。本例は子宮・腔奇形に仙骨奇形と仙骨前腫瘍を合併しているが直腸肛門奇形を認めないことから、不全型のCurrarino症候群と診断された。妊娠経過は順調であり、妊娠38週2日で帝王切開にて男児を娩出した。

88. 鎖骨上窩リンパ節転移を契機として発見された卵管癌の一例

《症例報告》

鳥取大学 病態解析医学 医用放射線学

金田 祥, 福永 健, 藤井 進也, 柿手 卓, 神納 敏夫, 小川 敏英

症例は60歳代女性。G2P2。

検診にて左鎖骨上窩に腫瘤を指摘され、精査目的で当院耳鼻咽喉科へ紹介となった。同腫瘤に対し針生検が施行された結果、低分化腺癌の転移と診断され、原発巣検索のためFDG-PET/CTが施行された。左鎖骨上窩および腹部傍大動脈領域のリンパ節と骨盤内左側部にFDGの異常集積が認められ、付属器腫瘍のリンパ節転移を疑われ、女性診療科に紹介となった。

骨盤部MRIでは左付属器領域に19×12×25mm大の多結節状腫瘤が認められた。腫瘤はT1強調像で中等度信号、T2強調像で軽度高信号、拡散強調像で高信号を呈し、不均一な造影増強効果が認められた。以上より、左付属器由来の悪性腫瘍が疑われ、拡大子宮全摘+両側付属器切除+大網切除+骨盤内・傍大動脈リンパ節郭清術が施行された。

摘出した腫瘤は白色調で示指頭大であった。病理組織所見では左卵管のみに腫瘍細胞が認められ、漿液性腺癌であった。鎖骨上窩リンパ節の病理像と同様の所見であり、左卵管癌のリンパ節転移（FIGO分類 IV期）と診断された。

卵管癌は婦人科悪性腫瘍の約0.3%とまれな疾患である。特有な症状に乏しいため術前診断が困難であり、進行した状態で発見される場合が少なくない。また、遠隔リンパ節転移を契機に発見された報告例もある。今回我々は鎖骨上窩リンパ節転移を契機に発見された卵管癌の1例を経験したので、文献的考察を加えて報告する。

89. 傍卵巢漿液性嚢胞性境界悪性腫瘍の2例

《症例報告》

大阪医科大学 放射線科医学 1)、産婦人科 2)、病理学 3)

里 寛¹⁾、松木 充¹⁾、東山 央¹⁾、山本 聖人¹⁾、稲田 悠紀¹⁾

中井 豪¹⁾、立神 史稔¹⁾、結城 雅子¹⁾、鳴海 善文¹⁾、金村 昌徳²⁾

山下 能毅²⁾、寺井 義人²⁾、大道 正英²⁾、山田 隆司³⁾

傍卵巢嚢胞は中胚葉組織もしくは中腎の遺残物由来の嚢胞と考えられ、広間膜に発生し、全付属器腫瘍の約5～10%を占める。傍卵巢嚢胞の悪性または境界悪性腫瘍の発生は非常にまれで、その頻度は約3～5%と報告されている。今回我々は傍卵巢漿液性嚢胞性境界悪性腫瘍の2例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

【症例1】

30歳代女性。妊娠が判明した際の経腹超音波検査にて右付属器に径30mm大の嚢胞性腫瘍を指摘され、当院産婦人科受診。MRIでは、右側正常卵巢の近傍に嚢胞性腫瘍を認め、内容液はT1強調像で低信号、T2強調像で高信号を呈し、嚢胞内に樹枝状の充実成分を認め、T2強調像で中心部が低信号、辺縁が高信号を呈した。以上より右傍卵巢嚢胞由来の境界悪性～悪性腫瘍の術前診断のもと腫瘍摘出術が施行され、病理組織診断にて、傍卵巢漿液性嚢胞性境界悪性腫瘍と診断された。

【症例2】

30歳代女性。健診の経腹超音波検査で両側付属器に嚢胞性病変を指摘され、当院婦人科受診。経腔超音波検査では、右卵巢に接して径38mm大の単房性嚢胞を認め、shadingと小さい壁在結節を認めた。また左卵巢に接して径48mmの単房性嚢胞を認めた。MRIでは、右付属器の嚢胞性病変は、内容液が脂肪抑制T1強調像にて高信号を呈し、出血性嚢胞が疑われた。T2強調像で低信号の壁肥厚と嚢胞内にT1、T2強調像で筋肉より軽度高信号の小さい壁在結節を認めたが、拡散強調画像では壁在結節は指摘されず、広間膜由来のチョコレート嚢胞と診断された。また左付属器の嚢胞性病変は、内容液はT1強調像で低信号、T2強調像で高信号を呈し、近傍の正常卵巢がstretchされて存在し、左卵巢由来と判断され、左卵巢嚢腫あるいは漿液性嚢胞腺腫と診断された。以上より両側嚢胞摘出術が施行され、病理組織診断にて、右傍卵巢漿液性嚢胞性境界悪性腫瘍と左傍卵巢漿液性乳頭状嚢胞腺腫と診断された。

【結論】

傍卵巢嚢胞由来の悪性または境界悪性腫瘍の画像所見は、正常卵巢に接した傍卵巢嚢胞内に突出する充実成分や厚い隔壁を認めることを特徴とする。今回のように1)隣接する卵巢がstretchされた場合、2)内容液が血性の場合、3)壁在結節が小さい場合、術前の局在診断、質的診断が困難と思われた。

90. 当施設で経験した漿液性境界悪性傍卵管腫瘍の4例

《症例報告》

熊本大学 産婦人科 1)、画像診断科 2)

山口 宗影 1)、宮原 陽 1)、本原 研一 1)、本田 律生 1)、田代 浩徳 1)

大場 隆 1)、浪本 智弘 2)、山下 康行 2)、片瀨 秀隆 1)

傍卵管腫瘍は付属器腫瘍の10~20%にみられ、臨床的に遭遇する頻度の比較的高い疾患である。中腎管(Wolffian duct)や中腎傍管(Mullerian duct)、中皮を由来として発生するその腫瘍のほとんどは良性であり、境界悪性あるいは悪性腫瘍の報告は多くない。今回当施設で経験した4例の漿液性境界悪性傍卵管腫瘍の臨床病理学的特徴とMRI所見について報告する。

症例1 (41歳2回経妊2回経産) と症例2 (50歳4回経妊3回経産) ではそれぞれ下腹部痛と下腹部腫瘍感がみられ、症例3 (53歳1回経妊1回経産) では子宮筋腫、症例4 (76歳5回経妊2回経産) では子宮脱の精査中に、経膈超音波断層法を施行され骨盤内に嚢胞性腫瘍を指摘された。骨盤造影MRIでは片側付属器領域に長径3~13cmの単房性嚢胞性腫瘍として描出され、いずれも内容液はT1WI、T2WIともに高信号で、脂肪抑制効果はみられなかった。嚢胞壁の一部には造影効果を伴った数mmから1cm大の結節が認められた。CA125値は症例2で248.8U/ml、症例4で59.9U/mlと高値を呈していた。

全例境界悪性卵巣腫瘍の術前診断にて開腹術を施行した。腹水細胞診は全例で陰性で、術中破綻はなかった。嚢胞性腫瘍は片側卵管間膜内に発育し、卵巣との連続性はみられなかった。内容液は症例1, 3, 4が漿液性、症例2がチョコレート様であり、平滑な嚢胞壁の一部に結節状あるいは乳頭状に隆起する部分が認められた。

病理組織学的には、軽度~中等度の核異型を有する卵管型上皮細胞が、重層性やtuft形成を伴って乳頭状に増殖していたが、間質への浸潤は明らかでなく、漿液性境界悪性傍卵管腫瘍と診断した。卵巣に病巣は認められなかった。悪性卵巣腫瘍に準じた臨床進行期はIa期であり、全例に追加治療を施行せず経過観察中であるが、5ヶ月~3年4ヶ月の観察期間で再発はみられていない。

傍卵管腫瘍は一般に画像診断において卵巣腫瘍との鑑別が困難であるが、我々が経験した4例の漿液性境界悪性傍卵管腫瘍のMRIからは、(1)付属器領域の単房性嚢胞性腫瘍、(2)内容液はT1WI、T2WIともに高信号、(3)脂肪抑制効果はみられない、(4)造影効果を伴う壁在結節が認められる、という共通性が明らかとなった。これらの所見は本腫瘍の診断の一助となる可能性が示唆される。

91. 微小卵管漿液性腺癌から発生したと考えられた上腹部巨大癌肉腫の一例

《症例報告》

富山県立中央病院 産婦人科 1)、病理診断科 2)、放射線科 3)

南里 恵¹⁾、松本 多圭夫¹⁾、中野 隆¹⁾、内山 明央²⁾、石澤 伸²⁾

阿保 斉³⁾

【緒言】

胃生検標本から横紋筋肉腫と診断して手術し、同時に子宮筋腫の診断で摘出した卵管から微小漿液性腺癌を認めたことから卵管原発と考えられた癌肉腫の一例を経験したので文献的考察を加えて報告する。

【症例呈示】

60歳2経産婦。左上腹部に腫瘤を自覚し当院外科を受診。画像検査で胃体上彎側から脾門にかけての16cm径の充実性腫瘤を認めた。胃内視鏡生検で横紋筋肉腫を疑い、幽門側胃切除術・膵体尾部切除・肝部分切除・横隔膜部分切除をし、加えて多発筋腫の治療として単純子宮全摘術および両側付属器切除術を行った。病理検査にて大部分が横紋筋肉腫で一部漿液性腺癌成分を持つ癌肉腫と診断、また左卵管采部分に4mm径の微小な漿液性腺癌を認めた。術後TC療法を開始したが、1ヶ月後には多発肝転移、外腸骨リンパ節転移が出現し、肝転移巣破裂後に急変して治療開始から2ヶ月の経過で死亡した。

【病理診断】

上腹部腫瘍は大部分が肉腫成分であり、特徴的な横紋様構造、免疫組織学検査でmyoglobinが陽性である点から横紋筋肉腫と診断した。また大網側の一部に播種巣のような漿液性腺癌が存在し、癌肉腫と診断した。一方、両側付属器には両側卵管采に微小な漿液性腺癌を認め、また生検した腹膜に漿液性腺癌を認めた。p53はいずれも陰性であった。

【考察】

近年Kurmanらは卵巢癌の多くが卵管腹膜上皮移行帯 (TPJ) から前駆病変が発生し、卵巢癌・卵管癌に変化する説を提唱している。TPJでは月経や卵管采の運動により絶えず組織的な変化が繰り返され、初期悪性病変を生じて卵巢漿膜や腹膜、腹腔内臓器に接触することで卵巢癌およびその播種病態ができあがると説明している。本症例を検討するとTPJに発生した漿液性腺癌成分が腹膜播種転移を起こし、上腹部漿膜や大網で上皮-間質形態的变化を起こして巨大腫瘍を発生した可能性がある。病理組織学的に消化器系臓器から癌肉腫が出現することは非常に稀であり、微小な卵管漿液性腺癌の腹膜播種から癌肉腫へ変化した腫瘍であると考察した。女性の腹腔内に発生した原発不明悪性腫瘍の場合同周囲を念に観察し、TPJからの腫瘍発生を考慮して検索する必要がある。

92. 妊娠中に右大腿骨の骨折をきたした一例

《症例報告》

長崎大学 産婦人科 1)、整形外科 2)

村上 直子 1)、江良 愛 1)、河野 通晴 1)、松脇 隆博 1)、吉田 敦 1)

後藤 久貴 2)、増崎 英明 1)

一過性大腿骨頭委縮症は、1959年にCurtissらによって初めて報告された比較的稀な疾患である。妊娠末期に股関節痛と著明な骨委縮が出現し、出産後に急速な症状の軽快と骨委縮の改善を認める。今回私どもは、妊娠末期に右大腿骨頭骨折に至った一例を経験したので報告する。

症例は30歳の初産婦で既往歴に特記すべきことはない。妊娠初期より他院で妊婦健診を受けていた。妊娠32週頃より右股関節痛を認め、徐々に歩行困難になった。右臀部から右下腿の疼痛も出現したため近医整形外科を受診し、右膝関節単純X線写真を撮影されたが、異常は指摘されず松葉杖のみで経過観察されていた。平成23年4月20日（妊娠36週1日）転倒した後、起立ができなくなり精査加療目的に当院整形外科を受診した。同日、右大腿骨頭骨折の診断で緊急手術を施行された。骨接合術後の股関節単純X線写真では左大腿骨と比較して、右大腿骨の骨梁が減少していた。MRIでも大腿骨骨折・術後性変化および仙骨右側の脆弱性骨折を認め、妊娠に伴う一過性大腿骨頭委縮症の可能性を指摘された。妊娠中に測定した骨代謝マーカーは尿中デオキシピリジノリン(尿中クレアチニン換算)値および活性型ビタミンD値が軽度高値であった。右股関節の開排制限のため、4月20日（妊娠37週6日）に帝王切開術を施行した。帝王切開術後に定期的に股関節のX線撮影を行っているが、6月1日（産褥42日）の股関節X線写真では右大腿骨の明らかな骨梁の回復は認めていない。

一過性大腿骨頭委縮症では特徴的な血液学的所見はないが、MRIでは関節の骨髄がT1強調画像で低信号、T2強調画像で高信号の骨髄浮腫の所見を呈することが多い。原因については、閉鎖神経圧迫説や静脈還流異常説など諸説あるが、未だ一定の見解には至っていない。松葉杖使用、鎮痛剤などの保存的治療で数週から数か月で自然軽快するが、数年後に対側や他関節に再発する例もある。症例では、血液検査では妊娠に伴う骨代謝マーカーの軽度変動がみられたが、その他に有意な所見はなかった。一方、MRIでも骨折・術後性変化による骨髄浮腫を認めており、一過性大腿骨頭委縮症の可能性が示唆された。現在のところ骨梁の明らかな回復は認めていないが、自然軽快するものと考えられる。今後、定期的なフォローを行う予定である。

93. 妊婦に投与した経静脈性ヨード造影剤が 出生児の腸管内に確認できた一例

《症例報告》

岐阜大学 放射線科 1)、小児科 2)

大野 裕美¹⁾、加藤 博基¹⁾、近藤 浩史¹⁾、吉田 麻里子¹⁾、星 博昭¹⁾

兼松 雅之¹⁾、折居 建治²⁾、森本 将敬²⁾、加藤 善一郎²⁾、近藤 直実²⁾

症例は36歳女性。多嚢胞性卵巣症候群などによる不妊症で7年にわたる不妊治療のすえ、凍結胚移植にて双胎妊娠に至った。妊娠36週3日に高血圧、尿蛋白2+のため、妊娠高血圧症候群の診断で当院入院となった。入院時より両側下肢に腫脹、発赤を認め、血液検査でもFDP、D-dimerの上昇を認めたため、深部静脈血栓を疑い、十分なICを行った後、造影CTが施行された。造影剤はオムニパーク300mgI/mlを2ml/kg投与、30秒後に胸部、120秒後に胸部～下肢を撮影した。

造影CTにて深部静脈血栓は否定されたが、妊娠高血圧症候群のため翌日、妊娠36週4日に緊急帝王切開術が施行され2児を出産した。2児ともに健康で、超音波、血液検査所見に特記すべき異常所見は認めなかったが、出生直後、母体の造影CT撮像から23時間9分後にスクリーニング目的に胸腹部単純Xpが撮影された。2児ともに上行結腸内に造影剤の貯留を疑わせる透過性低下部位を認めた。この時点では、母乳の投与はなく、造影剤が経胎盤性に胎児へ移行したと考えられた。

94. 卵巣腫瘍と鑑別を要した盲腸癌の1例

《症例報告》

杏林大学 産科婦人科

齋藤 将也、片山 素子、堂園 溪、網脇 智法、百村 麻衣、松本 浩範

小林 陽一、岩下 光利

<緒言>

卵巣腫瘍は、画像診断において腹腔内の他臓器腫瘍との鑑別を要することが日常診療においてしばしば認められる。今回、我々は術前に卵巣腫瘍を疑い開腹手術を行い、盲腸癌であった1例を経験したので報告する。

<症例>

37歳2経妊2経産、特記すべき既往なし。受診当日に39度台の発熱とそれに伴う右下腹部痛と嘔気を主訴に近医受診。腹部CT上骨盤内に嚢胞状腫瘍を認め、卵巣腫瘍茎捻転疑いにて当院紹介となった。来院時、身体所見として右下腹部中心に筋性防御など腹膜刺激症状を認めた。血液検査ではWBC 3600/ μ l、CRP 11.9mg/dlであった。前医CTにて子宮の前方・やや頭側に10cm超の二房性で一部充実性部分を伴う嚢胞性腫瘍を認めたため、卵巣腫瘍茎捻転または破裂を疑い緊急手術を施行した。術中所見としては子宮及び両側付属器に異常を認めず、画像上指摘された腫瘍は盲腸由来のものであった。腫瘍は自然破綻しており、腹腔内に暗赤褐色の内容物が流出していた。盲腸腫瘍の診断にて消化器外科に依頼し回盲部切除と洗浄ドレナージ術を施行した。腫瘍部位以外の腸管には異常所見はなく、また虫垂炎を示唆する所見も認めなかった。病理診断で腹水細胞診は陰性で、病理組織診断は盲腸癌 (Tubular adenocarcinoma of the cecum) で脈管侵襲を認めた。今後根治目的に右半結腸切除術+リンパ節郭清術を施行後、化学療法を行う予定である。

<結語>

今回我々は卵巣腫瘍と鑑別を要した盲腸癌の1例を経験した。卵巣腫瘍と鑑別を要する消化管腫瘍のひとつとして虫垂粘液性嚢胞腺腫があげられるが、両者とも内部に液体貯留を認める嚢胞状の形態を呈することが多く、鑑別に苦慮することも多い。今回、CTにて虫垂は正常に描出されており、卵巣由来の腫瘍と判断し開腹手術を行った。しかし後方視的に画像を検討すると、腫瘍は消化管との連続性を認めており、消化管由来の腫瘍を疑うべき所見であった。婦人科疾患と外科疾患の鑑別を要することは日常診療においてしばしば経験するため、画像所見のみならず、臨床所見も加味した上で総合的に診断し外科と連携して治療にあたる必要があると思われた。

95. ERCPにて主膵管との交通を認めた mucinous cyst neoplasm(MCN)の2例

《症例報告》

高知大学 消化器内科 1)、放射線科 2)、外科 3)、病理 4)

細木病院 放射線科 5)

耕崎 拓大¹⁾、木岐 淳¹⁾、麻植 啓輔¹⁾、和田 邦彦¹⁾、羽柴 基¹⁾、西原 利治¹⁾

西岡 明人²⁾、小川 弘恭²⁾、市川 賢吾³⁾、岡林 雄大³⁾、花崎 和弘³⁾、

松本 学⁴⁾、弘井 誠⁴⁾、耕崎 志乃⁵⁾

【症例1】

66歳、女性。2007年検診のCTにて膵に嚢胞性病変を認め紹介となった。腹部CTでは膵尾部に約3 cmの皮膜を有する嚢胞性病変を認めた。EUSでは同部にcyst in cystの所見を伴う3.3 cmの嚢胞性病変を認めた。ERCPでは十二指腸乳頭部の膵管口の開大や主膵管に異常は認めなかったが、主膵管と嚢胞腔との交通を認め、また嚢胞内に内部隆起を認めた。CT、EUSではMCNを疑ったが、ERCP所見は分枝膵管型のIPMN(intra ductal papillary mucinous neoplasm)も考えられ膵体尾部切除術を施行した。病理組織では嚢胞内腔は円柱状からやや扁平化した異型に乏しい上皮に被われ、上皮下に紡錘形の核を持つ細胞が比較的密に見られ、いわゆる卵巣様間質を認めた。免疫染色では卵巣様間質細胞の一部の核がprogesterone receptor (PgR)陽性であり、mucinous cyst adenoma (MCA)であった。

【症例2】

63歳、女性。2001年に膵嚢胞を指摘されたが(詳細不明)放置されていた。今回急性膵炎後膵仮性嚢胞を疑われ紹介となる。腹部CTでは膵尾部に約5cmの皮膜を有する嚢胞性病変を認めた。EUSでは同部に約5 cmの多房性の嚢胞性病変を認めた。ERCPでは十二指腸乳頭部の膵管口の開大は認めなかったが、主膵管と嚢胞腔との交通を認めた。IPMNやMCNを疑い膵体尾部切除術を施行した。病理組織では嚢胞内腔は異型の乏しい扁平ないし立方状の上皮に被われ、上皮下にはPgR陽性の卵巣様間質を認めMCAであった。

【考察】

1990年代にMCNの疾患概念が整理され病理学的に卵巣様間質の存在が必要となり、本邦では男性例はわずか5例で、そのほとんどが女性例である。性を規定する因子として原子卵巣細胞の膵原基への組み込みや、sex code stroma由来などの可能性が考えられているが議論の余地を残している。MCNは一般的には膵管との交通を認めないものが多いが、約10%に交通を認めたとの報告があり、腫瘍の浸潤や造影剤の圧による穿通が考えられている。今回の症例では組織学的に膵管と腫瘍の連続部位は同定出来なかった。【まとめ】MCNの中には本例の様に主膵管との交通を認める例もあり、IPMNとの鑑別に際し注意が必要である。

96. 卵巣腫瘍と術前診断された腸間膜リンパ管腫の1例

《症例報告》

和泉市立病院 婦人科 1)、外科 2)、病理 3)

隅蔵 智子 1)、瀬尾 紗織 1)、中野 雄介 1)、本田 謙一 1)、田村 俊次 1)

梅咲 直彦 1)、雪本 清隆 2)、田中 勲 3)

症例は42歳女性。下腹部痛にて近医受診したところ、腹部超音波検査・腹部CT・骨盤MRIで約10cm大の一部嚢胞を伴う充実性腫瘍を認め卵巣腫瘍の疑いで当院紹介受診された。経膈超音波でダグラス窩に多房性嚢胞性病変の腫瘤陰影を認め、腫瘍周囲に小腸の走行を確認した。CA125,CA19-9,STNといった腫瘍マーカーはいずれも陰性であり、子宮頸部細胞診、子宮内膜細胞診ともに異常は認めなかった。

卵巣腫瘍疑いの診断で、試験開腹を施行した。開腹所見では回腸間膜に嚢胞性病変を認め、回腸部分切除し側々吻合を行った。病理組織診断では小腸間膜リンパ管腫であり、手術終了し、術後外科に転科となった。

リンパ管腫は小児に多くみられる疾患であり、成人でかつ腸間膜にみられることは比較的稀とされている。術前診断が困難とされており、女性骨盤内に腫瘤を認めた場合、卵巣由来の疾患を疑い婦人科に紹介される場合も多い。近年MRI矢状断画像での観察が有用であるとの報告もあり、鑑別診断として卵巣腫瘍や奇形腫、膵臓腫瘍、膵臓仮性嚢胞などがあげられる。当院においても術前診断に苦慮し婦人科にて試験開腹を行った症例を経験したので、文献的考察を加え報告する。