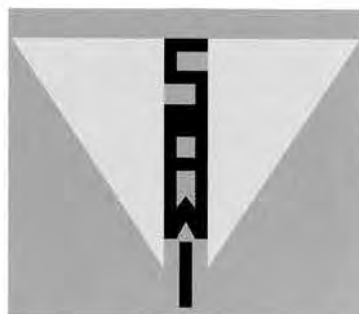


JSAWI2013

The 14th Annual Symposium
Japanese Society for the Advancement of Women's Imaging

Abstracts



会期：2013年9月6日(金)・7日(土)

会場：淡路夢舞台国際会議場

担当：大道正英 (大阪医科大学産婦人科 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(京都医療センター産婦人科)

[世話人]

石河	修(大阪市立大学産婦人科)	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)	片淵	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)	鈴木	直(聖マリアンナ医科大学産婦人科)
田中	忠夫(東京慈恵会医科大学産婦人科)	寺内	文敏(東京医科大学産婦人科)
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)	深澤	一雄(獨協医科大学産婦人科)
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(ペルランド総合病院産婦人科)	山下	康行(熊本大学放射線科)
吉田	好雄(福井大学産婦人科)		

[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14回JSAWI当番事務局]

大阪医科大学産婦人科学教室内

ADD: 〒569-8686 大阪府高槻市大学町2番7号

TEL: 072-683-1221 FAX: 072-684-1422

E-mail: 2013office@jsawi.org HP: <http://www.jsawi.org>

診断から治療への探求



このたび平成 25 年 9 月 6 日（金）、7 日（土）、淡路夢舞台国際会議場にて、第 14 回 JSAWI2013 annual symposium を主催させていただくことになりました。本学会が当番世話人制となつてからは 3 回目の開催となります。産婦人科医、放射線科医、病理医のコラボレーションが実現するこの学会を担当させていただくことは、私ども大阪医科大学産婦人科学教室にとりまして大変光栄なことと喜んでおります。また、本シンポジウムを従来以上に盛況にするべく、緊張感を持って準備を進めてまいりました。ポスター発表で 117 演題という過去最多のご応募をいただいたのも、これもひとえに皆様方のご支援・ご協力あつてのことと心より御礼申し上げます。

今年はメインテーマを“診断から治療への探求”と題しまして、4 つのワークショップならびに病理教育セミナー、さらにイブニングセミナーを企画いたしました。各ワークショップでは婦人科疾患（特に腫瘍病変）の診断と治療の懸け橋となるテーマを取り上げ、診断と治療を有機的に結び付ける、言い換えれば婦人科治療に直結した骨盤解剖や画像診断について、明日からの臨床にすぐにも役立つような内容を模索し、今回のプログラムに至りました。まず、9 月 6 日（金）に行うワークショップ I では、基調講演といたしまして東京有明医療大学学長であり東京医科歯科大学名誉教授の佐藤達夫先生による骨盤解剖学についてのわかりやすく、かつ興味深いレクチャーをお願いいたしました。それに続き、特に子宮頸癌の根治手術である広汎子宮全摘術に必要な骨盤解剖に焦点を当てた画像診断と、また術後の排尿障害を克服するための骨盤神経温存に関する演題をご講演いただきます。ワークショップ II では子宮体癌におけるリンパ節転移の評価として PET-CT、またセンチネルリンパ節に関するご講演を賜ります。9 月 7 日（土）にはワークショップ III で周産期出血への対応として癒着胎盤の画像診断や IVR を含めた対処法を、またワークショップ IV では婦人科腫瘍画像診断における Pit fall と題して子宮頸部、体部、卵巣病変に分け、各部門のスペシャリストの先生方に興味深い症例の提示と解説をお願いいたしました。いずれのワークショップも実地臨床に直結した“明日から使える知識の宝庫”になると確信しており、各セッションで熱い議論が交わされるものと期待しております。

これらワークショップ以外にも病理教育セミナーでは、例年に引き続き清川貴子先生と三上芳喜先生にご講演をお願いいたしました。今回は Lynch 症候群などの特定の症候群に関連する婦人科腫瘍についてレクチャーしていただけるとのことで、非常に興味深い内容となっております。またイブニングセミナーでは徳島大学放射線科の松崎健司先生に“婦人科医に知ってもらいたい放射線診療ガイドライン”と題しましてご講演をいただく予定となっております。産婦人科医にとってなじみが薄いかもしれない放射線診療ガイドラインに触れる重要な機会であり、まさに産婦人科と放射線科の懸け橋となる講演であります。

熱い議論していただいた後は、恒例となっております冷たいビールやワインとバーベキューをお楽しみください。尚、ノーネクタイのカジュアルな服装でのご参加をお願い申し上げます。それでは、淡路島の夢舞台でお目にかかれる日を心よりお待ちしております。

第14回JSAWI annual symposium当番世話人
大阪医科大学産婦人科学教室 教授
大道 正英

JSAWI2013



ご案内

スケジュール

プログラム

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15,000円、研修医（卒後3年以内）7,000円、学生無料（受付にて学生証をご提示下さい）

2. 総合受付

1) 受付時間：9月6日（金）10:00～18:00

9月7日（土）8:00～13:30

2) 受付会場：淡路夢舞台国際会議場 1階エントランスロビー

3) 座長・講師・事前登録者：ネームカードのご提示をお願い致します。

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、登録費をお支払い下さい（現金のみの受付となり、金額は1.をご参照下さい）。ネームカードと抄録集をお渡しします。

5) 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、お受け取り下さい。後日配布は致しかねますので、ご注意下さい。

3. ワークショップ

1) 講師の方へ（詳細についてはあらかじめお送りした書類をご覧ください。）

- ・発表はPCによるプレゼンテーションとします。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下さい。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下さい。
- ・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下さい。

2) 講師・座長の方へ

- ・スケジュールが密であり、またポスターも充分閲覧していただくために、決められた発表時間、討論時間を厳守いただきますようお願いいたします。

4. 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6日（金）の10時30分から12時40分迄に掲示下さい。撤去は全てのプログラム終了後をお願いします。
- ・今年のポスターセッションは9月7日（土）の10時20分より行う予定です。演題数が多いため、プレゼンテーション3分、ディスカッション2分とします。討論に参加される先生方は、事前にポスターを閲覧下さい。

ポスター掲示について

- ・パネルのサイズは例年と同様です。演台番号（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下さい。
- ・演題名（縦13.5cm×横95cmまで）は発表者がご用意下さい。
- ・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。

ポスター撤去について

- ・9月7日（土）15時に会が終了次第、発表者が責任をもってポスターを撤去して下さい。残っているものは廃棄いたします。

5. 懇親会

下記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6日（金）18:50～

◆会場：ウエスティンホテル2階「コッコラーレ・テラス」

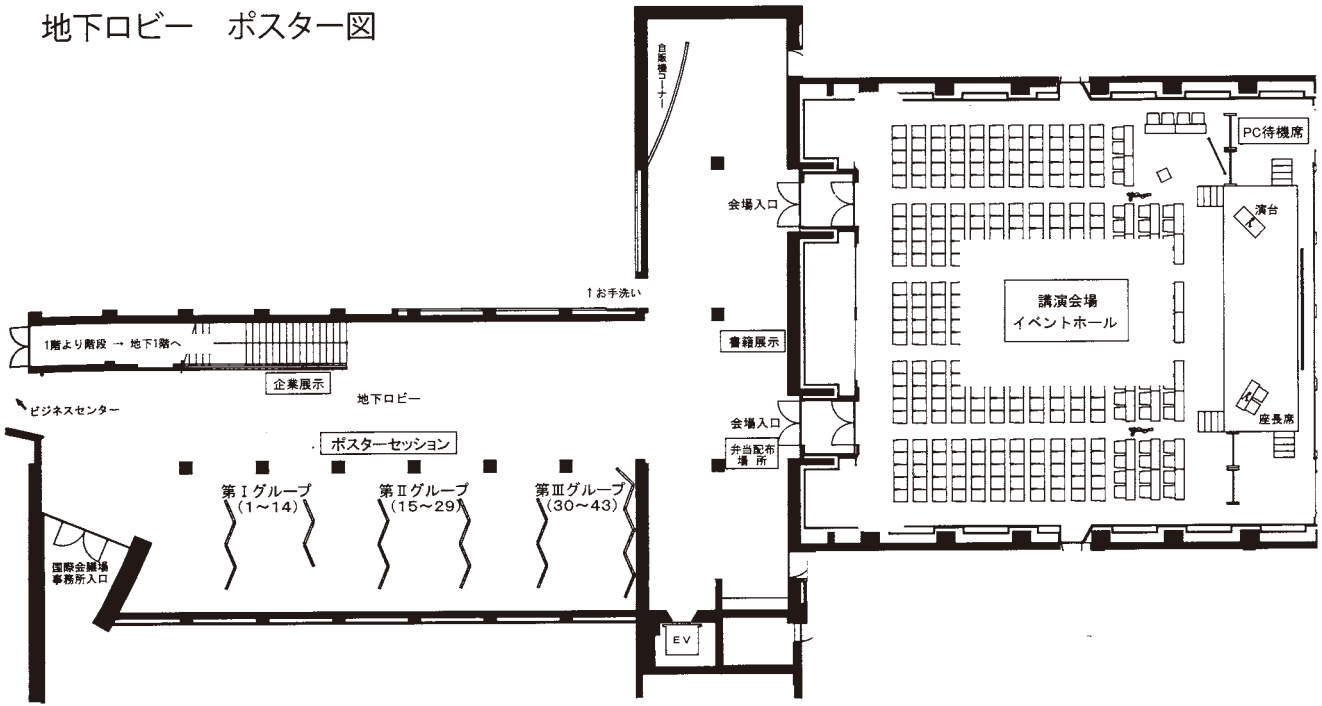
6. 全ての行事は、ノーネクタイ、カジュアルな服装での参加を原則とします。

7. 会場のご案内

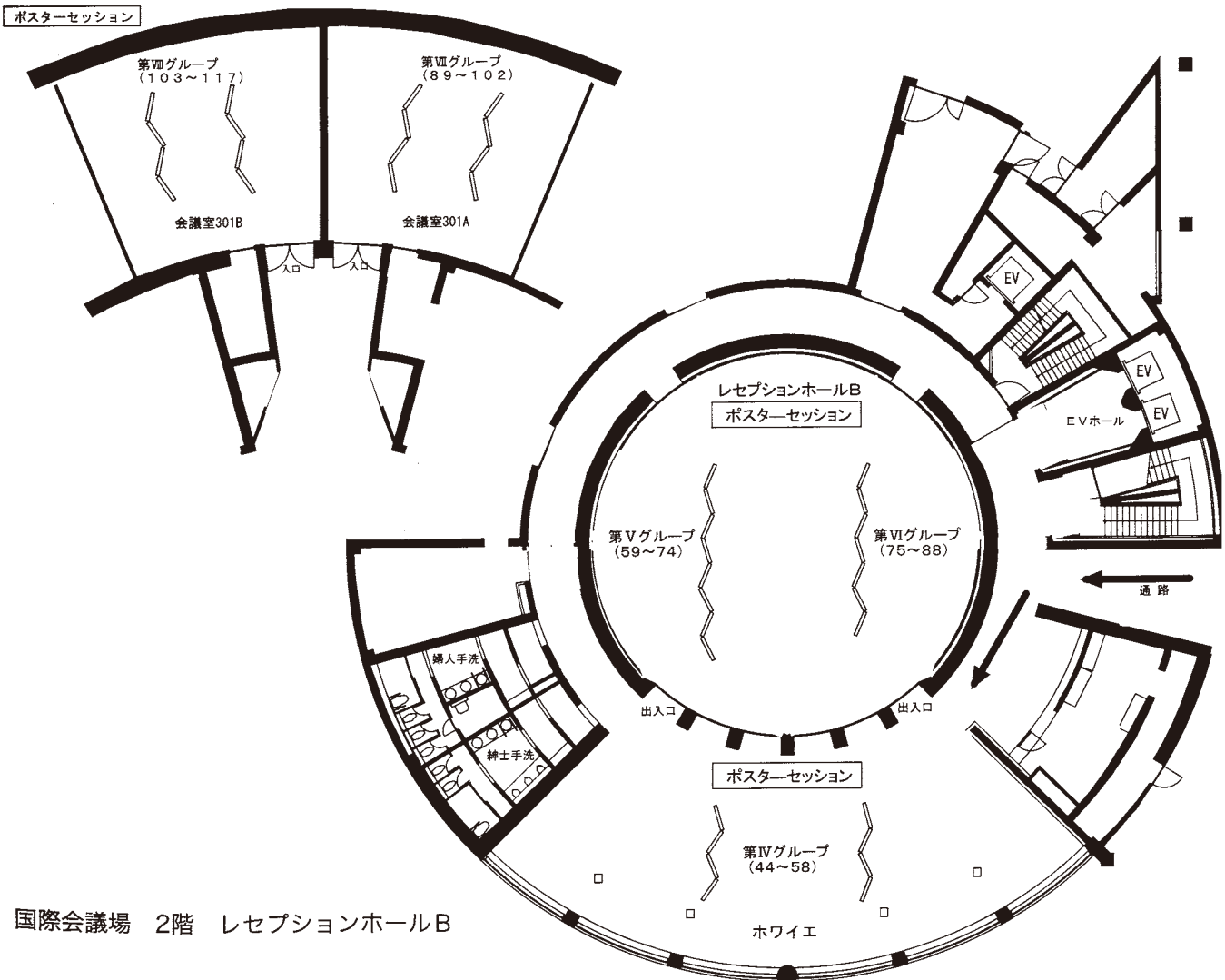
地下1階：イベントホール（講演会場）・地上ロビー（ポスターセッション）
〔総合受付（1階）は地下ロビーから階段を上がってすぐの場所にあります〕

2階：レセプションホールB・ホワイエ（ポスターセッション）
〔ホテルからの通路は、会議場の2階に連絡します〕

地下ロビー ポスター図



会議301A、301B ポスター図



スケジュール

	9月6日(金)	9月7日(土)
9:00		8:30-10:10 ワークショップⅢ 「周産期出血への対応」 1. 周産期出血に対するIVRの真髄 2. エビデンスに基づいた前置癒着胎盤の管理 3. 癒着胎盤のMRI所見について 4. エビデンスを考慮した産褥出血の管理
10:00		休憩・ポスター閲覧
11:00	11:25-11:30 開会	10:20-11:50 ポスター発表
12:00	11:30-12:30 ランチタイムレクチャーⅠ 「卵巣癌のNAC臨床試験を深読みする」 共催：ヤンセンファーマ株式会社	休憩
	休憩	12:00-13:00 ランチタイムレクチャーⅡ 「婦人科がんの術後血栓塞栓症予防」 共催：科研製薬株式会社
13:00	12:40-14:30 ワークショップⅠ 「婦人科腫瘍における骨盤解剖を科学する」 基調講演 女性骨盤の局所解剖序説(自律神経系・リンパ系・臓側筋膜) 一婦人科腫瘍における骨盤解剖を科学する 共催：シーメンス・ジャパン株式会社	休憩
14:00	1. 骨盤内解剖を意識した放射線画像診断 2. 広汎子宮全摘術における骨盤解剖と自律神経について	13:30-15:00 ワークショップⅣ 「婦人科腫瘍画像診断におけるPitfall」 1. 子宮頸部病変の画像診断におけるPitfall 2. 子宮体部病変の画像診断におけるPitfall 3. 卵巣病変の画像診断におけるPitfall
	休憩・ポスター閲覧	
15:00	15:00-16:00 シリーズ企画 病理教育セミナー 1. 婦人科腫瘍と症候群 2. Lynch症候群(家族性非ポリポーシス大腸癌)と婦人科腫瘍	15:00～ 閉会
16:00	休憩	
17:00	16:10-17:30 ワークショップⅡ 「子宮体がんにおけるリンパ節転移の評価 PET vs センチネル」 1. 子宮体がんにおけるリンパ節転移の評価 FDG PET-CT 2. 子宮体がんでのセンチネルリンパ節 3. 当院における子宮体癌におけるセンチネルリンパ節検索 一PET検査におけるリンパ節転移に関する診断精度の preliminaryな検討も含めて一	
18:00	17:30-18:30 イブニングセミナー 「婦人科医に知ってもらいたい放射線診断ガイドライン」 共催：バイエル薬品株式会社	
19:00	18:50～ 懇親会	

プログラム 9月6日 (金)

開 会

11:25-11:30

JSAWI代表世話人

小西 郁生 (京都大 産婦) 富樫 かおり (京都大 放)

JSAWI当番世話人

大道 正英 (大阪医大 産婦)

ランチタイムレクチャー I

共催：ヤンセンファーマ株式会社

「卵巣癌のNAC臨床試験を深読みする」

座長：落合 和徳 (東京慈恵会医大 産婦)

演者：藤原 恵一 (埼玉医大 婦)

11:30-12:30

(地下1階イベントホール)

** 休 憩 ****

12:30-12:40

ワークショップ I

「婦人科腫瘍における骨盤解剖を科学する」

座長：小西 郁生 (京都大 産婦)

富樫 かおり (京都大 放)

基調講演 女性骨盤の局所解剖序説

(自律神経系・リンパ系・臓側筋膜)

—婦人科腫瘍における骨盤解剖を科学する

佐藤 達夫 (東京有明医療大学学長)

座長：落合 和徳 (東京慈恵会医大 産婦)

共催：シーメンス・ジャパン株式会社

12:40-14:30

(地下1階イベントホール)

1. 骨盤内解剖を意識した放射線画像診断

奈良医大 放

高浜 潤子

2. 広汎子宮全摘術における骨盤解剖と自律神経について

国立がんセ 婦

加藤 友康

** 休 憩・ポスター閲覧 ****

14:30-15:00

シリーズ企画
病理教育セミナー

座長：片淵 秀隆 (熊本大 産婦)
杉村 和朗 (神戸大 放)

15:00-16:00
(地下1階イベントホール)

1. 婦人科腫瘍と症候群 千葉大 病理 清川 貴子
2. Lynch症候群(家族性非ポリポーシス大腸癌)と婦人科腫瘍 京都大 病院病理 三上 芳喜

** 休憩 ** 16:00 - 16:10

ワークショップII
「子宮体がんにおけるリンパ節転移の評価
PET vs センチネル」

座長：小林 浩 (奈良医大 産婦)
鳴海 善文 (大阪医大 放)

16:10-17:30
(地下1階イベントホール)

1. 子宮体がんにおけるリンパ節転移の評価 FDG PET-CT 大阪大 放 巽 光朗
2. 子宮体がんでのセンチネルリンパ節 東北大 産婦 新倉 仁
3. 当院における子宮体癌におけるセンチネルリンパ節検索 慶應大 産婦 進 伸幸
—PET検査におけるリンパ節転移に関する診断精度の
preliminaryな検討も含めて—

イブニングセミナー

共催：バイエル薬品株式会社
「婦人科医に知ってもらいたい放射線診断ガイドライン」
座長：山下 康行 (熊本大 放)
演者：松崎 健司 (徳島大 放)

17:30-18:30
(地下1階イベントホール)

懇親会

18:50-
(ウエスティンホテル2階
ココロラーレテラス)

ワークショップIII
「周産期出血への対応」

座長：木村 正 (大阪大 産婦)
中島 康雄 (聖マリアンナ医大 放)

8:30-10:10
〈地下1階イベントホール〉

- | | | |
|------------------------|------------|-------|
| 1. 周産期出血に対するIVRの真髄 | 聖マリアンナ医大 放 | 西尾美佐子 |
| 2. エビデンスに基づいた前置癒着胎盤の管理 | 大阪医大 産婦 | 藤田 太輔 |
| 3. 癒着胎盤のMRI所見について | 神戸大 放 | 高橋 哲 |
| 4. エビデンスを考慮した産褥出血の管理 | 大阪大 産婦 | 金川 武司 |

**** 休憩・ポスター閲覧 ****** **10:10-10:20**

ポスター発表
「第1グループ
(卵巣・卵管1/演題番号1~7)」

10:20 開始

10:20-10:55
〈地下1階ロビー〉

座長：田畑 務 (三重大 産婦)

- | | | |
|------------------------------------|--------------|-------|
| 1. 嚢胞化により非典型的な画像を呈した卵巣硬化性間質性腫瘍の一例 | 昭和大横浜市北部病 放 | 殿内まどか |
| 2. 卵巣celluer fibromaの1例 | 大阪医大 放 | 山本 聖人 |
| 3. 境界悪性表在性乳頭状腫瘍の2例 | 熊本大 放診 | 岐崎 友紀 |
| 4. 術後結核性付属器炎と鑑別を要した卵巣肉芽腫の一例 | 豊見城中央病 産婦 | 前濱 俊之 |
| 5. 初経前の出血性卵巣嚢胞の1例 | 松下記念病 産婦 | 松本真理子 |
| 6. Massive Ovarian Edema (MOE) の1例 | 東京歯科大市川総合病 放 | 馬場 亮 |
| 7. 茎捻転を来した卵巣平滑筋腫の一例 | 鳥取大 放 | 藤井 進也 |

プログラム 9月7日(土)

「第Iグループ (卵巣・卵管2 / 演題番号8~14)」

座長：伊藤 公彦 (関西ろうさい病 産婦)

10:55-11:30
(地下1階ロビー)

8. 卵巣粘液性・漿液性境界悪性腫瘍におけるMRI診断と術中組織迅速診断の比較
三重大 産婦 平田 徹
9. 卵巣移行上皮癌の1例
県立静岡がんセ 画像診断 澤田 明宏
10. 卵巣原発と考えられる粘液型脂肪肉腫の1例
国立がんセ中央病 病理検査 隅蔵 智子
11. PET/CTを含め臨床検査上卵管癌が疑われた症例
国立がんセ中央病 病理検査 隅蔵 智子
12. 当院における卵巣明細胞癌と類内膜腺癌の画像所見の検討
杏林大 産婦 西ヶ谷順子
13. 卵巣癌に起因する抗Yo抗体陽性傍腫瘍症候群と診断し得た1例
岩手医大 放 苫米地牧子
14. 卵管留水腫として経過観察中に、卵巣粘液性腺癌が発生した一例
京都医療セ 産婦 秦 さおり

「第IIグループ (卵巣・卵管3 / 演題番号15~22)」

座長：寺内 文敏 (東京医大 産婦)

10:20 開始

10:20-11:00
(地下1階ロビー)

15. 卵管癌肉腫のMRI所見
埼玉医大国際医療セ 画像診断 小澤 栄人
16. 術前診断が困難であった原発性卵管癌の1例
新潟大医歯学総合病 放 麻谷 美奈
17. Malignant female adnexal tumor of probable wolffian origin (FATWO)の一例
鳥取大 放 加藤亜結美
18. ギナンドロブラストーマの一例
東京医科歯科大 放 町田 洋一
19. 診断に難渋した稀な卵巣性索間質性腫瘍の1例
自治医大さいたま医療セ 放 丹野 啓介
20. 術前診断に苦慮した腺肉腫と顆粒膜細胞腫の重複腫瘍の一例
関西電力病 婦人 勝矢 聡子
21. 骨盤壁への浸潤を認めた成人型卵巣顆粒膜細胞腫の一例
香川県立中央病 産婦 藤川 麻衣

プログラム 9月7日(土)

22. 鼠径ヘルニア嵌頓を生じた卵巢Sertoli細胞腫の1例

石川県立中央病 放診 片桐亜矢子

「第IIグループ (卵巢・卵管4/演題番号23~29)」

座長：塩沢 丹理 (信州大 産婦)

11:00-11:35
(地下1階ロビー)

23. 成熟嚢胞性奇形腫が腹腔内遊離体となった一例

京都桂病 放 濱田 彩

24. 非典型的な画像所見を呈した両側成熟嚢胞性奇形腫の2症例

聖マリアンナ医大 産婦 遠藤 拓

25. 成熟嚢胞性奇形腫に甲状腺性カルチノイドを合併した一例

聖路加国際病 放 谷尾 宜子

26. Sister Mary Joseph's Nodule により発見された卵巢成熟嚢胞奇形腫悪性転化の1症例

神戸大 産婦 内田 明子

27. 急速増大をきたした卵巢未熟奇形腫の1例

名古屋市立大 放 犬飼 遼

28. 当科で診療した未熟奇形腫の2例 -術前のMRI画像診断の有用性について-

奈良県立医大 産婦 中村 春樹

29. 術前にFDG-PET/CTを施行した卵巢甲状腺腫の2例

住友病 放 杉原 良

「第IIIグループ (腔・子宮頸部/演題番号30~36)」

座長：竹島 信宏 (がん研有明病 婦人)

10:20 開始

10:20-10:55
(地下1階ロビー)

30. 腔を占拠し急速増大した近位型類上皮肉腫の一例

久留米大 放 角 明子

31. 腔原発の乳児 yolk sac tumor の1例

島根大 放 河原 愛子

32. 後腔円蓋部に発育した子宮頸部すりガラス細胞癌Glassy cell carcinomaの1例

済生会京都府病 産婦 渡邊 愛

33. 両側卵巢転移で発見され、atypical lobular endocervical hyperplasiaとの
関連性が疑われた子宮頸部粘液性腺癌の1例

富山県立中央病 放診 阿保 斉

34. 子宮体癌と鑑別が困難であった子宮頸部最少偏倚型粘液性腺癌の1例

大阪市立大 産婦 西居由布子

プログラム 9月7日 (土)

35. 子宮頸部原発large cell neuroendocrine carcinoma (LCNEC) の3例
兵庫県立がんセ 放診 松井 律夫
36. serous adenocarcinomaを合併したlobular endocervical glandular hyperplasia (LEGH) の1例
信州大 画像 伊奈 廣信

「第IIIグループ (内膜症/演題番号37~43)」

座長：蝦名 康彦 (神戸大 産婦)

10:55-11:30
(地下1階ロビー)

37. 術前に内膜症性嚢胞の悪性転化が疑われた成人型顆粒膜細胞腫の1例
聖マリアンナ医大 産婦 遠藤 豊英
38. 卵巣子宮内膜症性嚢胞の経過観察中に発生した境界悪性類内膜腫瘍の1例
那覇市立病 産婦 平川 誠
39. 充実性部分を伴う卵巣チョコレート嚢胞合併妊娠の2例
：画像診断による卵巣チョコレート嚢胞の脱落膜変化と悪性腫瘍の鑑別は可能か？
熊本大 産婦 小寺 千聡
40. 腸管子宮内膜症に対するCT colonography の有用性について
九州医療セ 放 久富 栄子
41. MRIで卵巣腫瘍と鑑別を要した回盲部内膜症の1例
ベルランド総合病 産婦 脇本 剛
42. 卵巣悪性腫瘍と鑑別を要したPolypoid endometriosis の3例
東京慈恵会医大 産婦 高橋 一彰
43. 急性腹症として発症したadenomyotic cyst. -発症までの8年間の画像経過-
名古屋市立大 放 上嶋 佑樹

「第IVグループ (子宮体部と筋腫・肉腫1/演題番号44~50)」

座長：角 俊幸 (大阪市立大 産婦)

10:20 開始

10:20-10:55
(2階ホワイエ)

44. 腹腔内出血による急性腹症をきたした子宮原発Perivascular epithelioid cell tumor (PEComa) の一例
京都大 産婦 小林 弘尚

プログラム 9月7日(土)

45. 腹腔内出血を来した子宮perivascular epithelioid cell tumor (PEComa) の一例
北海道大病 放診 加藤 扶美
46. 子宮漿膜下筋腫と腹腔内出血：表在血管破綻が原因と考えられた一例
東京慈恵会医大 放 三間 康之
47. 術前は子宮平滑筋肉腫を疑ったが、病理診断は低悪性度類上皮平滑筋腫瘍とした一例
JAとりで総合医療セ 産婦 伏木 淳
48. 変性子宮筋腫が疑われたsmooth muscle tumour of uncertain malignant potential (STUMP)の1例
ベルランド総合病 産婦 横手真理子
49. 骨盤内から後腹膜腔へ発達した巨大なparasitic myomaの一例
神戸大 産婦 長又 哲史
50. 悪性腫瘍との鑑別に苦慮したdissecting leiomyomaの1例
富山県立中央病 放診 松井 謙

「第IVグループ (子宮体部と筋腫・肉腫2 / 演題番号51~58)」

座長：深澤 一雄 (獨協医大 産婦)

10:55-11:35
(2階ホワイエ)

51. 子宮に生じたuterus-like massの一例 鳥取大 病態解析画像診断治 井上 千恵
52. uterus-like mass より発生したclear cell adenocarcinoma の一例
京都大 産婦 中北 麦
53. 急性腹症にて発症した子宮漿膜下筋腫捻転の2症例：画像所見の検討
東京慈恵会医大 放 井上 玲奈
54. 未分化内膜肉腫の一例 鳥取市立病 放 金田 祥
55. 子宮筋腫フォロー中に発生した若干子宮体部横紋筋肉腫
(横紋筋への異分化を伴う平滑筋肉腫の1例)
大阪市立総合医療セ 婦人 公森 摩耶
56. 子宮胞巣型横紋筋肉腫の一例 名古屋市立大 放 辻村 貴士
57. 画像的に卵巣癌と術前診断された後腹膜原発の脂肪肉腫の一例
松下記念病 産婦 明石 京子
58. 脂肪肉腫への分化を伴う子宮平滑筋肉腫の一例 新潟大 放 田崎 章子

プログラム 9月7日(土)

「第Vグループ (胎盤・絨毛性疾患/演題番号59~67)」

10:20-11:05
(2階レセプションホールB)

10:20 開始

座長：井篁 一彦(和歌山県立医大 産婦)

59. 全胎状奇胎合併妊娠と間葉性異形成胎盤とのMRIによる鑑別
京都大病 放診 樋本 祐紀
60. 子宮動脈以外に腸管膜動脈からの血流を伴った巨大骨盤内侵入奇胎の一例
信州大 産婦 宮下 昭太
61. 絨毛疾患加療中に広範囲の急性動脈閉塞症を来した一例
：3D CT 血管構築画像による評価
熊本大 産婦 今村 裕子
62. Placental mesenchymal dysplasiaの一例
千葉大 診断病理 岩本 雅美
63. 術前診断が困難であった胎盤部トロホプラスト腫瘍の1例
杏林大 産婦 堂園 溪
64. 胎盤腫瘍性病変のMRI所見と病理所見の対比
長崎大 放 峯 聡美
65. 術前診断に苦慮した胎盤ポリープの1例
産業医大 放 宮田 真里
66. 癒着胎盤の診断が困難であった辺縁前置胎盤の一症例
獨協医大 産婦 栃木 辰子
67. 当院における癒着胎盤症例におけるMRIの検討
獨協医大 産婦 木内 香織

「第Vグループ (転移・再発診断3/演題番号68~74)」

11:05-11:40
(2階レセプションホールB)

座長：三森 天人(姫路赤十字病 放)

68. 卵巣癌再発診断におけるFDG-PET/CTの有用性に関する検討
東京医大 産婦 在津 令子
69. EUS-FNAが診断に有用であった卵巣癌胃転移の1例
高知大 消化器内 耕崎 拓大
70. 子宮転移を来した8症例
聖マリアンナ医大 放 大出 創
71. 子宮頸癌のBOLD MRIを用いた腫瘍の酸素状態の検討
重粒子医科学セ病 尾松 徳彦
72. T2強調画像で高信号を呈した子宮頸部病変
聖マリアンナ医大 放 富田 隼人

プログラム 9月7日(土)

73. 子宮体癌の術前子宮筋層浸潤評価における骨盤MRI検査の有用性

東京慈恵会医大柏病 産婦 松井 仁志

74. 胃癌術後10年目に再発した子宮頸部孤立性転移の1例

京都府立医大 女性生涯医科学 山本 拓郎

「第VIグループ
(妊娠・IVR 1 / 演題番号75~81)」

10:20-10:50
(2階レセプションホールB)

10:20 開始

座長：増嶋 英明 (長崎大 産婦)

75. 子宮動脈塞栓により子宮温存できた臨床的羊水塞栓症の3例

広島大 産婦 濱崎 晶

76. A case of an unsuccessful uterine artery embolization (UAE) in a postpartum hemorrhage.

東京慈恵会医大柏病 放 清水勸一郎

77. 筋腫合併産褥出血に対し子宮動脈塞栓術を行い、術後発熱をきたすも、子宮を温存しえた一例

大阪大 産婦 角田 守

78. 産褥大量出血に対する経カテーテル的動脈塞栓術の有効性の検討

大阪大 産婦 澤田 育子

79. 帝王切開瘢痕部憩室の1例

鳥取大 放 福永 健

80. 菲薄化が疑われる既往帝王切開子宮創部に関する画像所見と手術・病理所見の検討

神戸大 産婦 牧原 夏子

81. 産科出血に対するInterventional Radiologyの検討

大阪医大 産婦 蓬萊 亮斗

「第VIグループ
(妊娠・IVR 2 / 演題番号82~88)」

10:50-11:25
(2階レセプションホールB)

座長：今岡いずみ (近畿大 放)

82. 先天性心疾患術後の妊婦で発生した産科大量出血の1例

国立循環器病セ 周産期・婦人 小西 博巳

83. 超音波断層法診断を契機に発見された子宮手術既往のない初妊女性における潜在性子宮破裂の1例

熊本大 産婦 水溜絵津子

84. 帝王切開術後急性期骨盤内感染症4例の画像所見についての検討

東京医科歯科大 周産女性診療 鳥羽三佳代

プログラム 9月7日(土)

85. 子宮膿瘍のMR Spectroscopy 徳島大 放 竹内麻由美
86. 妊娠28週子宮脱による人工早産の方針決定に骨盤部MRIが有用であった一例
ベルランド総合病 産婦 南 李沙
87. 妊娠高血圧症候群に合併し分娩後 brainstem variant of reversible posterior
leukoencephalopathy syndrome を発症した1例
大阪市立総合医療セ 産婦 三田 育子
88. MRIで診断し得た妊娠中の卵巣捻転の一例 近畿大 放診 山田 穰

「第VIIグループ (転移・再発診断1/演題番号89~95)」

10:20 開始

座長: 上者 郁夫 (岡山大 保健学)

10:20-10:55
(3階会議室301A)

89. FDG-PET/CTを利用した卵巣上皮性境界悪性腫瘍の診断に関する検討
四国がんセ 婦人 竹原 和宏
90. 子宮体癌のMRI拡散強調像—ADCmeanとADCmin の値に影響を与える要因—
岡山大 保健学 横田 文乃
91. 子宮体がんでの傍大動脈リンパ節郭清省略における術中超音波検査の有用性
奈良県立奈良病 産婦 杉浦 敦
92. MRIで子宮肉腫を強く疑われたがFDG-PETで筋腫と診断できた2例
神戸大 放 末永 裕子
93. 治療前の原発巣SUVmaxが子宮体癌・癌肉腫の臨床病理学的リスク因子決定と予後予測の
ためのバイオマーカーとなりうるか
和歌山県立医大 産婦 八幡 環
94. 転移性子宮内膜癌の一例 北海道大病 放診 三村 理恵
95. 乳癌の子宮転移の1例 大阪医大 放 稲田 悠紀

「第VIIグループ (転移・再発診断2/演題番号96~102)」

座長: 南 学 (筑波大 放)

10:55-11:30
(3階会議室301A)

96. PET-MRI fusion 画像を用いた婦人科癌の画像診断の試み
神戸大 放 北島 一宏

プログラム 9月7日(土)

97. ^{18}F -FDG PET/CTおよび造影MRIの組み合わせによる卵巣腫瘍の悪性度診断
大阪医大 放 坪山 尚寛
98. 卵巣明細胞腺癌は漿液性腺癌、類内膜腺癌に比べFDG-PET/CTのSUVmax値が低い
四国がんセ 婦人臨床研究セ 小西 晴久
99. 子宮頸癌・体癌の術前リンパ節転移診断におけるPET/CTの有用性
がん研有明病 婦人 末岡幸太郎
100. 子宮頸癌リンパ節転移におけるPET/CT・MRI拡散強調画像の検討
岡山大 産婦 西條 昌之
101. 再発卵巣癌におけるFDG-PET/CT陰性部位の免疫組織学的検討
東京医大 産婦 大村 涼子
102. 子宮頸部扁平上皮癌治療後のADCmeanと予後についての検討
岡山大 産婦 春間 朋子

「第Ⅷグループ (その他1 / 演題番号103~110)」

10:20-11:00
(3階会議室301B)

10:20 開始

座長：楳 靖 (獨協医大 放)

103. 腹腔内に多発播種を認めた腺筋腫症の1例
大阪医大 産婦 橋田 宗佑
104. 子宮動静脈奇形の一例
自治医大さいたま医療セ 産婦 小熊 慶子
105. 子宮のinflammatory myofibroblastic tumorの一例
昭和大 放 扇谷 芳光
106. 子宮留水腫に伴った異なったがん性変化の3症例
九州がんセ 婦人 嶋田 貴子
107. 婦人科疾患との鑑別に苦慮した虫垂腫瘍の1例
京都医療セ 産婦 清水 操
108. 卵巣膿瘍を併発したS状結腸癌の1症例
京都府立医大 女性生涯医科学 伊地智 櫻
109. 付属器腫瘍との鑑別が困難であった非婦人科系腫瘍の2例
那覇市立病 産婦 金城 淑乃
110. 卵巣付属器腫瘍との鑑別が困難であった限局性腹膜悪性中皮腫の1例
市立堺病 放 杉原 英治

プログラム 9月7日(土)

「第Ⅷグループ
(その他2/演題番号111~117)」

座長：松尾 義朋 (イーサイトヘルスケア 放)

11:00-11:35
(3階会議室301B)

111. 子宮体部の類内膜腺癌 (Grade3)に大網の悪性孤立性線維性腫瘍を合併し、
ともにp53の遺伝子変異が認められた1例
市立奈良病 産婦 渡辺 英樹
112. 後腹膜原発粘液性嚢胞腺癌の一例
国立がんセ中央病 放診 小田 麻生
113. 術前診断が可能であった後腹膜腫瘍(神経鞘腫)の1例
聖マリアンナ医大 産婦 遠見才希子
114. 婦人科領域に発生した悪性黒色腫の画像と病理所見の対比
神戸大 放 上野 嘉子
115. Lupus mastitisの一例
九州医療セ 放・乳腺セ 松林(名本)路花
116. Gorlin 症候群の1例
北海道大病 放診 原田太以佑
117. ChiariⅢ型の1例
滋賀医大 放 岬 沙耶香

** 休憩 ** 11:50 - 12:00

ランチタイムレクチャーⅡ

共催：科研製薬株式会社

婦人科がんの術後血栓塞栓症予防

座長：嘉村 敏治 (久留米大 産婦)

演者：吉川 裕之 (筑波大 産婦)

12:00-13:00
(地下1階イベントホール)

** 休憩 ** 13:00 - 13:30

ワークショップⅣ

「婦人科腫瘍画像診断におけるPitfall」

座長：三上 芳喜 (京都大 病院病理)

山本 和宏 (大阪医大 放)

13:30-15:00

〈地下1階イベントホール〉

1. 子宮頸部病変の画像診断におけるPitfall

京都大 放

梅岡 成章

京都大 産婦

馬場 長

2. 子宮体部病変の画像診断におけるPitfall

大阪赤十字病 放

小山 貴

大阪赤十字病 産婦

吉岡 信也

3. 卵巣病変の画像診断におけるPitfall

筑波大 放

田中優美子

筑波大 産婦

中尾 砂理

閉 会

15:00

ワークショップ



Workshop I

「婦人科腫瘍における骨盤解剖を科学する」



基調講演

女性骨盤の局所解剖序説（自律神経系・リンパ系・臓側筋膜）

—婦人科腫瘍における骨盤解剖を科学する

・・・・・・・・佐藤 達夫（東京有明医療大学学長）

1. 骨盤内解剖を意識した放射線画像診断

・・・・・・・・高浜 潤子（奈良医大 放）

2. 広汎子宮全摘術における骨盤解剖と自律神経について

・・・・・・・・加藤 友康（国立がんセ 婦）

基調講演

女性骨盤の局所解剖序説

(自律神経系・リンパ系・臓側筋膜)

—婦人科腫瘍における骨盤解剖を科学する

東京有明医療大 学長

佐藤 達夫

鏡視下手術では細かい脈管・神経が拡大視できるし、しかも開腹術とは異なったアングルで観察可能だという。また画像でも臓側筋膜もかなり明瞭に識別できると聞いている。そのような現状では、もはや局所解剖学の出る幕はなさそうに思われる。しかし、当該部位よりも中枢側の脈管・神経との結びつき、そして周囲諸構造物との相互位置関係等が十分に理解されていなければ、的確な診断と手術は行えないであろう。本ワークショップでは詳しい各論的事項については専門家の講演にゆだね、ここでは、いわば骨盤解剖学の総論的事項、とりわけ、剖出しにくい自律神経系・リンパ系・臓側筋膜について概説しておきたい。

1. 骨盤神経叢（下腹神経叢）：構成については、交感神経成分の主力は“腰内臓神経→上下腹神経叢（腹部大動脈周囲）→下腹神経”という経路である。下腹神経の一部には骨盤神経叢に加わずに、直接、尿管・膀胱移行部へ向かっているものがある。副交感神経成分の骨盤内臓神経はS2～S4から多数の細枝として起こって前進し、下腹神経と合して骨盤神経叢をつくる。神経叢内部では、下腹神経枝群が深層（内側）、骨盤内臓神経群が浅層（外側）と重なりあう傾向が認められる。骨盤内臓神経の最も低い枝の一部には骨盤神経叢に加わずに、直接、膀胱と尿道の移行部へ向かうものがある。神経叢の浅層には内腸骨動脈の枝群が走り、最浅層には静脈叢がかぶさっている。骨盤神経叢から出た枝には以下のような特徴がみとめられる。（1）分布密度は臓器と臓器の移行部で高い（例えば膀胱頸部と尿道の移行部）。（2）子宮枝と膀胱枝は並走していて分離しにくい。（3）肛門挙筋の前内側端部に分布する枝がある。（4）陰核海綿体への枝も剖出可能である。（5）骨盤神経叢から下行・S状結腸へ上行する枝が認められる。

2. リンパ系：とくに側方向経路についてとりあげる。リンパ管は動脈に遡行した状態で考えるのが通例である。したがって内腸骨動脈とその臓側枝（中直腸動脈、子宮動脈および上・下膀胱動脈）が鎖状リンパ管の軸芯血管として重要となる。子宮・膀胱のリンパ管ははじめ子宮・膀胱動脈に随伴するが、途中で側方へそれて外腸骨リンパ節へと向かう。その途中で、臓器の上方から出たリンパ管は臍動脈索の上をまたぎ、下方から出た管は下をくぐるのが通例である。

3. 臓側筋膜：すべての臓器と脈管神経はむき出しのまま裸ではない。程度の差はあれ凝縮した結合組織層という肌着を着ている。したがって臓側筋膜炎の構築は臓器のみならず、脈管・神経を包んだ層として捉えると理解しやすい。骨盤腔を横断面でみると、（1）総腸骨動静脈、（2）腸骨動静脈と内臓の連絡血管、（3）正中部の内臓という3種の構造物の周囲に筋膜ないし血管鞘を形成しやすい。（1）は血管鞘、（2）はいわゆる側方靭帯、（3）は臓器の固有筋膜に相当する。また骨盤腔と腹腔とを連続してとらえるならば、後腹膜の代表的筋膜、すなわち腎筋膜との連続性が問題となる。左右の腎筋膜は正中で互いに移行しており、大動脈と下大静脈周囲の筋膜も兼ねている。この大動静脈周囲・腎筋膜（仮称Reno-aorticocaval fascia）は、下方で以下のように分化している。（a）卵巣動静脈筋膜、（b）下腹神経筋膜、（c）尿管筋膜、（d）腸骨動静脈筋膜。それらは骨盤腔では次のように連続する。（a）→卵巣提索→卵巣、（b）下腹神経筋膜→骨盤神経叢筋膜、（c）→尿管筋膜→膀胱筋膜、（d）→内腸骨血管鞘→膀胱下腹筋膜（臍膀胱前筋膜）。なお（b）と（c）は癒合する傾向が強いので、尿管下腹（神経）筋膜(ureterohypogastric fascia) とひとつにまとめてもよい。（d）の膀胱下腹筋膜とは、内腸骨動脈（古くは下腹動脈と呼んだ）から起こり臍動脈（索）を包み臍に達する血管鞘であり、膀胱の前側方に張っていることから由来する名称である。この筋膜は臍動脈（索）をロッドにしてカーテンのように垂れ下がり、膀胱・子宮の側方に一種の軟性の衝立をつくっている。この筋膜により骨盤腔は内方の臓性領域と外方の体性領域に分けられる。婦人科悪性腫瘍手術

Workshop I 「婦人科腫瘍における骨盤解剖を科学する」

に必要な膜構成は複雑であり、詳細は専門家の講演にゆだねたい。ただ、どの部位でも筋膜配置は複雑・多彩であり、解釈と命名に混乱が生じやすい。上述の私案は、筋膜を系統分類しようとした試みの1例と考えていただきたい。

以上の事項について、剖出所見のスライドと映像も含めて概説し、若手医師の参考に供したい。

■略歴

学 歴

昭和38年3月 東京医科歯科大学医学部卒業

昭和43年3月 同上大学院医学研究科修了(医学博士)

職 歴

昭和43年4月-45年5月 福島県立医科大学講師(解剖学第1)

昭和45年5月-48年12月 東北大学助教授(医学部解剖学第2)

昭和49年1月-平成15年3月 東京医科歯科大学教授(医学部解剖学第2講座、後に大学院医歯学総合研究科臨床解剖学分野)

平成15年4月- 東京医科歯科大学名誉教授

平成16年4月-21年3月 帝京平成大学教授

平成21年4月- 東京有明医療大学学長

学内外役職

昭和58年4月-61年3月 学生部長

平成 3年4月-15年3月 評議員

平成 7年4月-13年3月 医学部長

平成11年4月-12年3月 大学院医歯学総合研究科長

平成13年4月-13年7月 副学長

平成14年4月-15年3月 医歯学教育システム研究センター長

平成11年5月-12年5月 全国医学部長病院長会議会長

平成11年4月-13年3月 (財)医学教育振興財団理事

平成12年10月-13年3月 国立大学医学部長会議常置委員長

平成15年5月- 東京医科歯科大学医科同窓会理事長(会長)

専 攻

マクロ解剖学(筋・神経の比較解剖学)、応用局所解剖学(リンパ系、胃・食道・大腸・肝胆膵・乳腺・頭頸部・骨盤、筋膜等)

所属学会

臨床解剖研究会(会長)

日本解剖学会(永年会員)

日本胃癌学会(特別会員、評議員)

日本食道学会(特別会員)

日本乳癌学会(名誉会員、規約委員)

日本リンパ学会(評議員)

日本消化器外科学会

日本大腸肛門病学会

アメリカ臨床解剖学会(AACA)・編集委員(Clinical Anatomy)・1997年名誉会員

ヨーロッパ臨床解剖学会(EACA)・編集委員(Surgical and Radiologic Anatomy)

日本医学教育学会(2005年医学教育賞牛場賞受賞)ほか

主要著書

Color Atlas of Surgical Anatomy for Esophageal Cancer (Springer・1992・編著)

消化器の局所解剖学・食道・胃・(金原出版・1993)

リンパ系局所解剖カラーアトラス(南江堂・1997・編著)

岩波講座 現代医学の基礎第3巻 人体のなりたち(岩波書店・1998・編著)

日本人のからだ・解剖学的変異の考察・(東京大学出版会・2000・共編)

新女性医学体系43 婦人科腫瘍の手術療法 内外性器血管・神経・リンパ系の局所解剖(中山書店・2001)

人体解剖カラーアトラス原書第5版〔訳書〕(南江堂・2005)

リハビリテーション解剖アトラス(医歯薬出版・2006・共著)

DVD版 臨床に役立つ解剖学実習 I上肢、II下肢、III体幹(医歯薬出版・2007)

人体スペシャル 胸部の地図帳(講談社・2008)ほか

骨盤内解剖を意識した放射線画像診断

奈良県立医大 放¹⁾、同 産婦²⁾

高濱 潤子¹⁾、伊藤 高広¹⁾、吉川 公彦¹⁾、
春田 祥治²⁾、棚瀬 康仁²⁾、小林 浩²⁾

放射線画像の所見を汲み取って診断する上で、正確な病変の存在部位と拡がり把握するためには解剖学的な位置を意識することが重要である。もともと二次元で示される放射線画像においては、その立体的な位置関係を把握するには、一步すすんだ解剖学的理解が必要である。また、骨盤内臓器は、必ずしも放射線画像では描出しきれない「膜」などにより境界されるので、臓器の圧排の方向や程度から、由来臓器と存在部位を推察するしかない場合もある。

病変存在部位の推定には、古くから栄養血管の同定や、臓器の圧排・偏位の方向を意識することが放射線画像診断の基本であった。今回はこの基本的な考え方の復習と、さらに放射線画像の代表であるCT、MRIを用いた直接的に描出できる構造を併せて骨盤解剖を可能な限り体系的に述べる。

1. 子宮支持組織を中心とした解剖学的理解：子宮頸部を支持する基靭帯、仙骨子宮靭帯などの位置と画像所見を示す。
2. 腹腔内と後腹膜領域（広間膜下）の理解：一般的な解剖学的な位置関係を示す。また、臨床問題となる腹腔内病変と後腹膜を首座とする病変についてもその画像所見（臓器の圧排、栄養血管など）を示す。
3. 他臓器由来の腫瘍性病変と婦人科領域との関連：骨盤内腫瘍を認めた場合、しばしば他臓器由来の病変との鑑別が問題となる。膀胱・尿道、消化管・直腸、他の非臓器性腫瘍を示し、解剖学的位置関係とその画像上の鑑別点を示す。
4. 産道出血の部位と画像所見の理解：出血した部位によって異なる血腫の存在部分について示す。①外陰血腫（尿生殖隔膜より尾側の皮下血腫）、②腔壁血腫（内閉鎖筋と腔壁の間の血腫）、③後腹膜血腫（腔壁から円蓋部より頭側、後腹膜の血腫）
5. 骨盤底筋群の構造の理解：骨盤底部を支持する組織・構造をCT、MRIで理解する。また、骨盤臓器脱で見られる所見を示す。

■略歴

平成 6年 奈良県立医科大学医学部卒・放射線科入局
平成 8年 済生会中和病院 放射線科
平成12年 Georgetown university 留学（米国DC）
平成14年 東大阪市立総合病院 放射線科
平成18年 奈良県立医科大学 放射線科 助教

広汎子宮全摘術における骨盤解剖と自律神経について

国立がんセンター 婦人腫瘍

加藤 友康

子宮頸部浸潤癌の標準術式である広汎子宮全摘術では、前・中・後の子宮支帯を子宮頸部から離れた部位で分離・切断する。中部子宮支帯（基靭帯）内の血管を骨盤壁近くで、後部子宮支帯（仙骨子宮靭帯・直腸靭帯）を直腸側で切断する。前部支帯（膀胱子宮靭帯）については前層を切断して、尿管を剥離し側方に圧排してから後層を切断する。続いて腔傍結合組織および腔を切断して子宮を摘出する。広汎子宮全摘術の根治性は高く2004年治療例の頸癌IB1期の5年生存割合は91.1%である。その一方で排尿機能が損なわれ、術後3年経た患者を対象としたアンケート調査によると、尿意鈍麻が32%、腹圧併用排尿が56%、尿失禁が51%にみられる。

子宮摘出後の骨盤機能保持には下腹神経（交感神経系）と骨盤内臓神経（副交感神経系）、両者が交錯する骨盤神経叢とその臓側枝の温存が必要である。骨盤神経叢は前後約40mm上下約25-30mmの四角形の網目状を呈する扁平な神経叢であり、腹膜翻転部直下の後腹膜腔に直腸・腔上部の側方に衝立の様に配置している。その上後角に下腹神経が、下後角に骨盤内臓神経が入る。膀胱枝は骨盤神経叢の上前角および前縁から多数の小枝とし起こり、膀胱壁へほぼ等間隔に入る。これらの自律神経が広汎子宮全摘の切除範囲に含まれるため、膀胱機能が障害される。仙骨子宮靭帯切断時に下腹神経と骨盤神経叢が、基靭帯切断時に骨盤内臓神経が、直腸靭帯・膀胱子宮靭帯切断時に膀胱枝が損傷を被る。

この障害を軽減すべく、自律神経温存広汎子宮全摘が1961年に本邦で報告され、多くの先人達の研究により発展してきた。我々も自律神経を剖出してその走行に関する検討を重ね、最近では尿管下腹筋膜に注目して本術式の確実性向上に取り組んでいる。尿管下腹筋膜は腎筋膜から連続しており、下腹神経や骨盤神経叢、膀胱枝を包含する。この筋膜を意識した剥離を行うことで、出血量の軽減も期待される。だが膀胱枝を全温存することは以下の理由から難しい。広汎子宮全摘では基靭帯を尿管下腹筋膜の外側、骨盤壁近くで切断する。尿管下腹筋膜の内側に位置する子宮を摘出するにはこの筋膜で切開する必要があるため、膀胱枝の損傷は自律神経温存術式とさえど避けられない。準広汎子宮全摘では尿管下腹筋膜の内側で子宮を摘出するため膀胱枝の損傷はごく軽微だが、根治性が低下するので症例選択が問題となる。

■略歴

昭和58年 東京医科歯科大学 卒業
昭和60年 国立がんセンター 婦人科 臨床研修医
平成4年 癌研究会附属病院 婦人科 医員
平成17年 癌研有明病院 婦人科 医長
平成18年 国立がんセンター中央病院 婦人科 医長

Workshop II

「子宮体がんにおけるリンパ節転移の評価 PET vs センチネル」



1. 子宮体がんにおけるリンパ節転移の評価 FDG PET-CT
..... 巽 光朗 (大阪大 放)
2. 子宮体がんでのセンチネルリンパ節
..... 新倉 仁 (東北大 産婦)
3. 当院における子宮体癌におけるセンチネルリンパ節検索
—PET 検査におけるリンパ節転移に関する診断精度の
preliminary な検討も含めて—
..... 進 伸幸 (慶應大 産婦)

子宮体がんにおけるリンパ節転移の評価 FDG PET-CT

大阪大 放
巽 光朗

様々な悪性腫瘍の評価において、今やF-18 Fluorodeoxyglucose (FDG) を用いたPET-CTは欠くことのできない検査となっている。子宮がんや卵巣がんなどの婦人科腫瘍においても、日々多くの検査が、転移や再発の診断を目的として行われている。

子宮がんでは、局所進行の評価は分解能の限界からPET-CTで行うことは困難であり、通常はMRIに委ねられることが多い。PET-CTには、リンパ節あるいは他臓器への転移の評価が主として求められている。CTやMRIなどで陰性と判断されるサイズの小さな、あるいは認識の難しい転移病変の検出が時として可能であり、CTやMRIに対するPET-CTの有用性が報告されている。しかし、PET-CTでも数mm大の転移リンパ節の検出は困難であり、炎症に関連して偽陽性が生じる場合もある。

それでは、同じくリンパ節転移の評価に有用なセンチネルリンパ節生検と比較した場合に、PET-CTの有用性はどこに求められるであろうか。PET-CTの最大の利点は、リンパ節あるいは他臓器への転移を含めた全身でのがんの病勢が、MIP (maximum intensity projection) 像から容易に認識可能な点だと思われる。また、撮像手法がほぼ一定しており、安定した画質の像が得られる点も大きい。再発例での転移の評価も、PET-CTに求められる。

今後センチネルリンパ節生検が頻繁に行われるようになったとしても、PET-CTは相補的に必要とされると考えられる。PET-CTで明らかな多発リンパ節転移の所見があった場合には、センチネルリンパ節生検は省略されるであろう。本ワークショップでは、今後の子宮体がんにおける日常診療を念頭に、PET-CTのリンパ節転移の評価における役割を考えてみたい。現在PET-CTに携わっていない放射線科医や画像診断を専門としていない医師も考慮して、FDG PET-CTの基本的・一般的事項から話を進める予定である。

■略歴

大阪大学医学部附属病院 放射線部講師
医学博士、第1種放射線取扱主任者

1995年 大阪大学医学部卒業後、同放射線医学教室入局。

1997-2001年 大阪大学大学院にてがん領域のPET及び一般核医学の診療・研究に従事。

2001-2004年 学術振興会特別研究員。ジョンス・ホプキンス大学にてPET-CT及び腫瘍核医学の研究に従事。

2004-2006年 康生会 武田病院（京都）画像診断センター副センター長。

2006年- 大阪大学大学院医学系研究科 放射線医学講座 助手。同年10月より現職。

子宮体がんでのセンチネルリンパ節

東北大 産婦
新倉 仁

センチネルリンパ節(SLN)は腫瘍細胞が原発巣からリンパ管に流入し、最初に到達、転移すると考えられるリンパ節である。したがって、実際に転移をしているのかしていないのかはわからないが、転移の成立している可能性が最も高いリンパ節と言い換えることもできる。子宮体がんの所属リンパ節には骨盤内リンパ節のみならず傍大動脈リンパ節も含まれる。どのようなトレーサーの投与方法によればこの広い範囲のリンパ節領域からの的確に子宮体がんのSLNを同定できるかという問題がまず存在する。本来は腫瘍の存在する部位の周囲にトレーサーを注入して、その到達する先をSLNとして検討するべきと考えられ、子宮鏡下にトレーサーを注入する方法は生理的な子宮体がんのリンパ流を検出できている可能性が高い。しかしながら手技的には煩雑であり、当科での報告を含め複数の施設から報告はあるものの、多施設での検証はなされていない。一方、子宮頸がんと同様に子宮の頸部にトレーサーを注入する方法では骨盤内のリンパ節しかSLNとして検出できないとする報告が多いが、この方法でもSLNに転移が発見され、偽陰性は0%とする報告もあり、骨盤内のSLNとしての妥当性は高いと考えられている。手技としても容易であるため多施設での検証結果(SENTI-ENDO)も報告され、低中リスクの初期子宮体がんでの有用性が指摘されている。術中診断を含めたセンチネルリンパ節における転移の検索方法として、実際にどのような方法が適切なのかも、検討されるべき問題である。センチネルリンパ節の転移を確認するためには、検索するリンパ節の個数は少ないため、一般にultrastagingといわれるような0.05~0.2mm程度の間隔で数切片を切り出すような検索方法をとることが可能である。また、サイトケラチンによる免疫染色を加えたり、分子生物学的な方法により、生物学的な意義についてはまだ不明ではあるものの、長径が<0.2mmの孤立性腫瘍細胞や0.2~2mmの微小転移を検出することが可能になってきている。実際に当科での検討でも孤立性腫瘍細胞を含めると約20%の症例にリンパ節転移を検出している。

このように、いまだ様々な問題はあるがセンチネルリンパ節の生検により、子宮体がんのリンパ節転移が効率よく発見されるのは事実であり、今後、最適なSLNの検出、転移の検索方法を確立する必要がある。

■略歴

昭和63年3月 東北大学医学部医学科卒業
昭和63年7月 仙台社会保険病院産婦人科
平成7年9月 岩手県立北上病院産婦人科科長
平成13年4月 東北大学病院婦人科講師
平成24年4月 東北大学病院婦人科科長、特命教授

当院における子宮体癌におけるセンチネルリンパ節検索－PET検査におけるリンパ節転移に関する診断精度のpreliminaryな検討も含めて－

慶應義塾大 産婦1)、同 放射線治療2)、同 外3)、同 病理診断4)

進 伸幸¹⁾、山上 亘¹⁾、片岡 史夫¹⁾、二宮 委美¹⁾、桑波田 美智子¹⁾、滝川 彩¹⁾、
田中 京子¹⁾、阪埜 浩司¹⁾、中原 理紀²⁾、竹内 裕也³⁾、亀山 香織⁴⁾、青木 大輔¹⁾

【目的】子宮体癌におけるセンチネルリンパ節(SN)検索法は未だ標準化されていない。今回我々は、SN検索におけるリンパ節転移に関する診断精度を検討し、また術前PET検査によるリンパ節転移予測結果と比較し、低侵襲であるリンパ節転移診断法としての両法の有用性についてpreliminaryな検討を行った。

【方法】倫理委員会承認の下、子宮体癌と病理学的に診断され、画像検査上病変が子宮に限局していることが推定され、骨盤リンパ節郭清施行予定の子宮体癌患者75例からインフォームドコンセントを得た。手術の16時間前に子宮鏡下でTc-99mを体部粘膜下に局注し、手術1時間前にリンパシンチグラフィもしくはSPECTを撮像、術中はガンマプローブにてSNを同定し、またindocyanine green (ICG)を子宮漿膜下に局注して肉眼的(色素法)もしくはHyperEye Medical Systemを用いた蛍光法にてSNを同定し、back up郭清を含む標準術式(子宮全摘出+両側付属器摘出+後腹膜リンパ節郭清)を施行した。SN3個を迅速病理に提出、術後にcytokeratin免疫染色を施行した。また、2013年5月より術前検査としてFDG-PET検査を原則施行しており、施行した4例においてリンパ節転移診断精度を比較した。

【成績】SN検出率は98.7%で、検出したSNは 5.3 ± 2.4 個であった。リンパ節転移症例は15例で、そのうち微小転移は4例、isolated tumor cell (ITC)は6例であった。免疫染色を併用した術後病理診断は感度、特異度ともに100%であったが、SN迅速病理診断時の感度は57.1%、特異度は100%、陰性適中率は90.9%で、転移形式別ではITC症例の83%、微小転移症例の50%では迅速病理診断では偽陰性であった。PET検査を行った4例ではFDG集積を認めず、またSNおよびnon-SNいずれにも転移を認めず、特異度は100%、転移に関する陰性適中率は100%であったが、感度は算出できなかった。なお、SN検索未施行の別の症例にてFDG集積が骨盤リンパ節2カ所に認められていたが、病理診断では転移は確認されなかった1例を経験した。

【結論】SNの検出率、感度、特異度、陰性適中率は良好であったが、術中迅速病理診断時のSNの微小転移の検出率は低率であった。またPET施行4例の中では特異度、転移に関する陰性適中率は100%であったが、転移例がなかったため、今後症例数追加を図り、感度を含めた診断精度について更なる検討が必要である。

■略歴

昭和61年3月 慶應義塾大学医学部卒業
平成6年3月 博士(医学)取得 慶應義塾大学医学研究科
平成6年6月 国立がんセンター研究所病理部研究員
平成9年3月 慶應義塾大学医学部助手
平成13年4月 慶應義塾大学医学部専任講師

Workshop III

「周産期出血への対応」



1. 周産期出血に対する IVR の真髄
.....西尾美佐子 (聖マリアンナ医大 放)
2. エビデンスに基づいた前置癒着胎盤の管理
.....藤田 太輔 (大阪医大 産婦)
3. 癒着胎盤の MRI 所見について
.....高橋 哲 (神戸大 放)
4. エビデンスを考慮した産褥出血の管理
.....金川 武司 (大阪大 産婦)

周産期出血に対するIVRの真髄

聖マリアンナ医大 放

西尾 美佐子

産科救急におけるIVR 治療は近年のカテーテル、周辺器具の改良や、塞栓物質の工夫により止血手技としての有用性は確立しつつあり、産科危機的出血に対する治療選択肢の一つとしてその認識は深まりつつある。しかしIVR その適応や有効性に関して産婦人科医の中でも、カテーテル治療に従事する放射線科医の中でも経験や技術に差異があり、治療成績にもばらつきがあるのが現状である。

日本IVR学会では産科危機的出血に対するIVR施行医のためのガイドラインを作成し、近年重要性の増してきた産科危機的出血に対するIVR治療に関するIVR施行医のためのガイドラインを作成した。

本学では産婦人科との合同カンファランスなどを通して産科危機的出血に対して積極的にIVR治療を行い、特に凝固異常を伴う頻度の高い本疾患に対してNBCA (N-Butyl-2-Cyano-Acrylate) を塞栓物質として用いることによって良好な治療成績を上げることが出来ている。本学での治療の流れをモデルとし、塞栓物質の選択 (NBCA、ゼラチンスポンジ、コイル)、現時点で産婦人科医や放射線科医、他科がどのような問題点を解決し、協力関係の構築をする必要があるのかまで探っていきたい。

■略歴

平成14年 聖マリアンナ医科大学卒業
長野県厚生連佐久総合病院の初期臨床研修を経て
平成16年 聖マリアンナ医科大学放射線科入局
昨年第1子を出産、今年7月より現職復帰
第39回 日本IVR学会最優秀論文賞受賞
2008年日本医学放射線学会 Cypos賞ブロンズメダル受賞

エビデンスに基づいた前置癒着胎盤の管理

大阪医大 産婦

藤田 太輔、亀谷 英輝、大道 正英

前置癒着胎盤の管理については、大出血を軽減させる様々な試みがなされているが、まだ標準化された管理法はない。本邦の産科診療ガイドラインでも、前置癒着胎盤が疑われる場合の管理法について記載があるが、実地診療での管理は、施設間で大きく異なるのが現状である。今回のワークショップでは前置癒着胎盤胎盤の疫学、超音波やMRIでの画像評価による術前診断、大出血に備えた手術の工夫について文献的考察を含め解説する。またこれらの文献的考察から当院での前置癒着胎盤を疑った症例の管理指針を以下に示す。

- ① 妊娠30週前後より入院管理とし、超音波精査とMRI精査、膀胱鏡などで前置癒着胎盤の画像評価を行う。
- ② 術前までに自己血貯血800mlを準備しておく。前置癒着胎盤を疑った症例に対しては妊娠35週前後に全身麻酔下で予定帝王切開とする。手術当日は輸血部と連携を取り大量出血に備えた血液製剤の確保をしておく。
- ③ 術前に両側総腸骨バルーンカテーテル（CIAB）と両側尿管ステントを留置している。
- ④ 胎盤が既往帝王切開創を覆っている前置胎盤症例は、原則胎盤を剥がさずにCesarean hysterectomy（CH）を施行している。
- ⑤ 胎盤が子宮前壁を覆っている症例は、子宮底部横切開で児を娩出する。
- ⑥ 子宮傍結合織に胎盤が侵入している穿通胎盤が疑われる場合は、通常の単純子宮全摘では子宮傍結合織からの大量出血を招く可能性があることから準広汎子宮全摘に準じた子宮傍結合織の処理を行う。

前置癒着胎盤は、術前診断の難しさもさることながら、生命にかかわる危機的出血を呈する疾患であり、緊急時の対応を含めた術前の綿密な手術計画が重要である。

■略歴

平成13年 大阪医科大学医学部卒業
平成13年 大阪医科大学 産婦人科学教室に入局
平成17年 大阪医科大学附属病院 周産期センター助手
平成19年 大阪医科大学 大学院 入学
平成23年 大阪医科学大学院 医学博士号取得
平成23年4月より 大阪医科大学 産婦人科教室 助教

癒着胎盤のMRI所見について

神戸大病 放1)、神戸大 放2)、同 産婦3)
高橋 哲¹⁾、上野 嘉子²⁾、北島 一宏²⁾、
前田 哲雄²⁾、山田 秀人³⁾、杉村 和朗²⁾

癒着胎盤は、胎盤付着面の床脱落膜の形成欠如や子宮壁癒着組織による脱落膜の発育不全により、絨毛が筋層に浸潤した状態である。発生頻度は約0.01~0.03%と稀な疾患ではあるが、既往帝王切開の前置胎盤が危険因子といわれており、近年の帝王切開率の上昇に伴って、増加傾向にあると言われている。

産科出血やDICの原因となり、母体死亡の原因の約3%を占める場合によっては致死的状态となる病態であり、出産前に予測することが重要である。十分なインフォームドコンセントのもと、輸血や子宮動脈塞栓法などの対応が可能であるため、癒着胎盤の出産前診断は重要である。

通常は超音波検査が診断に有用であると言われるが、超音波検査で診断困難な場合にMRI検査を推奨する報告も多く、特に後壁付着症例ではMRIの診断意義は高いとされている。本講演では、当院での経験に基づき、どのようなMRI所見が癒着胎盤の診断に有用であるか紹介したい。

帝王切開歴を有する36例、婦人科手術歴を有する15例、UAE歴を有する1例を含んだ129例をreviewした。撮像は1.5Tesla MRIで行い、balanced-FFE、TSE法あるいはsingle shot TSE法によるT2強調画像による矢状断を中心に評価した。過去の報告では、胎盤位置異常(低置・辺縁/部分前置・全前置)、胎盤内異常拡張血管(最大径6mm以上)、胎盤内の低信号帯・不均一、胎盤下の筋層が不明瞭、子宮の膨隆が癒着胎盤の所見として報告されているが、今回これに加えて、われわれの経験から「胎盤の内子宮口への突出」を加え、分娩時に胎盤剥離困難であった症例、病理学的に癒着・嵌入・穿通胎盤と診断された症例を癒着陽性群として、MRI所見の各項目について、Fisher's two-sided exact testで評価した。その結果、これまで報告されている、全前置胎盤、異常拡張血管、低信号帯、子宮の膨隆が、癒着胎盤を示す有意な所見として確認され、これに加えて内子宮口への胎盤の突出も癒着胎盤をしめす有意な所見であることが確認された。

■略歴

平成4年 大阪大学医学部卒業
平成10年 大阪大学大学院医学系研究科 放射線医学助手
平成17年 オランダ ナイメーヘン大学
平成21年 神戸大学医学部附属病院 放射線科講師
平成24年 神戸大学医学部附属病院 放射線科准教授・放射線部部長

エビデンスを考慮した産褥出血の管理

大阪大 産婦

金川 武司、木村 正

“obstetrics is blood business” と例えられるように、周産期出血は産科医にとって日常的なことではあるが、管理には的確な判断・対応が求められる。実際、日本においても妊産婦死亡の主要原疾患の約1/3を占め、周産期出血の管理は妊産婦の生命を左右する。その中でも産褥出血の管理は重要な位置を占める。ここでは、産褥出血の管理について、今までに報告されたエビデンスを考慮し、以下の手順・方法を紹介する。

- ① 分娩第3期におけるオキシトシンのよる産褥出血の予防 (Active management of the third stage of labor)
- ② 経腔分娩 (500～) 1000ml以上の出血が見込まれる場合、次段階への早期介入
- ③ 人手をよび、双手圧迫。コマンダーの擁立
- ④ ダブルルートの確保、輸液の急速点滴、輸血の確保
- ⑤ 出血原因の検索
 - ・弛緩出血 (経腔分娩)
 - ⑥ 弛緩出血の場合、高容量オキシトシン (20-40単位/500ml) の急速点滴→ミソプロストール 400～800 μ gの直腸 (・経口) 投与→麦角剤0.2mgの筋注→プロスタグランディンF2 α 250 μ gの筋注
 - ⑦ Bakri SOS BalloonもしくはSB tubeによる子宮内ダンポナーゼ
 - ⑧ 選択的子宮動脈塞栓術
 - ⑨ 子宮全摘
 - ・弛緩出血 (帝王切開)
 - ⑥ 弛緩出血の場合、高容量オキシトシン (20-40単位/500ml) の急速点滴→ミソプロストール 400 μ gの直腸内投与→麦角剤0.2mgの筋注→プロスタグランディンF2 α 250 μ gの筋肉注射
 - ⑦ 子宮圧迫縫合 (B-Lynch縫合もしくはCompression縫合)
 - ⑧ Bakri SOS BalloonもしくはSB tubeによる子宮内ダンポナーゼ
 - ⑨ 選択的子宮動脈塞栓術もしくは子宮全摘
 - ・産道裂傷、胎盤遺残、子宮内反
それぞれの原因によって、外科的介入
 - ・凝固障害を疑う (RCC10単位以上を必要とする大量出血・胎盤早期剥離・羊水塞栓・DIC)
新鮮凍結血漿 (FFP)、血小板の輸血 (Massive Transfusion Protocol :MTPの実行)

■略歴

平成 8年 奈良県立医科大学医学部医学科卒業
同 8年 大阪大学医学部 産科学婦人科学教室 医員
同 11年 国立循環器病センター 研修医 (周産期科)
同 18年 大阪大学医学部 産科学婦人科学教室 助教
同 22年 同 学内講師

WorkshopⅣ

「婦人科腫瘍画像診断における Pitfall」



1. 子宮頸部病変の画像診断における Pitfall
 -梅岡 成章 (京都大 放)
 -馬場 長 (京都大 産婦)
2. 子宮体部病変の画像診断における Pitfall
 -小山 貴 (大阪赤十字病 放)
 -吉岡 信也 (大阪赤十字病 産婦)
3. 卵巣病変の画像診断における Pitfall
 -田中優美子 (筑波大 放)
 -中尾 砂理 (筑波大 産婦)

子宮頸部病変の画像診断における Pitfall

京都大 産婦1)、放診2)

馬場 長¹⁾、梅岡 成章²⁾

子宮頸部病変は内診・病理検査によって診断がつくことが多く、画像診断の主な役割は病変の進展範囲や遠隔転移の検索となる。しかしながら、時に婦人科的診察所見と画像所見が解離すると、診断・治療方針の決定に難渋することもある。

本演題では画像で頸部病変が描出されているにもかかわらず、診断になかなか至らなかった症例を呈示し、このような症例に対する、診断および治療へのプロセスについて広く討議したい。

【症例1】36歳女性。4年前他院にて人工妊娠中絶施行。その時より子宮頸部の腫大と硬化を指摘されるも子宮頸部細胞診陰性。その後、月経時下腹痛や性器出血を認めることがあるものの、細胞診陰性が続き、経過観察されていた。4年後、子宮頸部の腫大と硬化が目立ってきたため当院紹介。内診上、子宮頸部は女子手拳大に腫大し、硬く結節状に触れたが、細胞診に悪性所見は認めず。子宮体部は正常。MRIでは子宮頸部の構造・形状を保ちながら、頸部全体の腫大が見られ、内部はT2強調像・T1強調像ともに均一な低信号を示す。造影では均一に造影効果を受け、拡散強調像では全体的に淡い信号上昇を示した。血液検査上、腫瘍マーカーを含め、明らかな異常は指摘できず。その後、子宮頸部楔状生検にて最終診断をえる。悪性所見なく妊孕性温存希望にて、いったん経過観察する方針となったが、子宮頸部腫瘍は新生児頭大まで増大し、膿性帯下が持続するようになったため子宮頸部切除術を施行した。

【症例2】62歳女性。1ヶ月前から左臀部を中心にしびれを自覚。近医（整形外科）受診、鎮痛剤を処方されるも、下腹部腫瘍を触知するようになり、当院受診。恥骨上5横指に達する弾性硬な腫瘍を触知。内診上、外陰・腔・子宮頸部に明らかな病変は指摘できなかったが、超音波にて充実性の子宮腫瘍を認めた。受診7日後に下肢腫脹あり腫瘍も恥骨上7横指と急速に増大し、水腎症も伴っていたため緊急入院。血液検査上、貧血と血清LDHおよびCreの上昇あり。MRIにて子宮頸部から体部筋層を置換するびまん性に発育する腫瘍を認めたが、子宮内腔の構造は保たれていた。T2強調像にて比較的均一に中等度の信号を示し、均一だが弱い造影効果を示した。拡散強調像では強い信号上昇を示し、多数のリンパ節腫大も伴っていた。腎瘻造設後、針生検にて最終診断に至り、加療を行った。

■略歴

馬場 長 京都大学大学院医学研究科器官外科学婦人科学産科学講師
平成10年 京都大学医学部卒業
平成18年 Duke大学婦人科腫瘍学 研究員
平成20年 京都大学大学院医学研究科器官外科学婦人科学産科学 助教
平成25年3月～ 現職

梅岡 成章 京都大学医学部附属病院放射線診断科 助教
平成10年 京都大学医学部卒業
平成20年 Brigham & Women's Hospital 放射線科 研究員
平成21年 京都大学医学部附属病院放射線診断科 医員
平成21年12月～ 現職

子宮体部病変の画像診断における Pitfall

大阪赤十字病 放1)、同 産婦2)

小山 貴¹⁾、吉岡 信也²⁾

症例 1

25歳、未婚未妊。元来月経は整で特に異常を認めていなかったが、1か月間続く不正性器出血と下腹部痛を主訴に近医を受診。外子宮口に腫瘤を認め腫瘍表面の擦過細胞診および腫瘍の生検を行うも、病理検査で明らかな悪性所見を認めず当院へ紹介受診となった。初診時、腔鏡診で外子宮口からポリープ状に腔内に突出する脆弱な腫瘤を認めた。USG上、子宮内腔を起始部としていた。子宮付属器には異常を認めなかった。腫瘍マーカーはCA125が114U/mlと上昇していたが、CA19-9・CEAは正常範囲内であり、その他の術前の諸検査は異常を認めなかった。

他院で撮像されたMRIにおいては、外子宮口から腔内に突出する腫瘤は子宮内腔から連続が認められ、体部腫瘍と考えられた。T2強調像では腫瘍は全体的に筋層より軽度の高信号を呈し、造影のdynamic MRIでは全体的に造影効果が不良であり、平衡相では不均一な造影効果を呈していた。T2強調像での内膜筋層境界は腫瘍により不明瞭化し、造影後には不整な断裂が認められることより筋層浸潤が疑われた。子宮腹側の大網はびまん性に肥厚を示し、またS状結腸間膜には播種と思われる結節が認められた。両側付属器には明らかな異常は認められなかった。

症例 2

28歳、既婚未妊。元来月経は整で特に異常を認めていなかったが、この数年月経痛の増強を自覚していた。数ヶ月にわたり断続的に続く下腹部痛と不正性器出血を主訴に当科初診。双合診で、ダグラス窩に周囲と強く癒着した鷲卵大の、膀胱子宮窩左側に胡桃大の充実性腫瘤を認めた。腫瘍マーカーはCA125 493U/ml, CA19-9 127U/mlと上昇していたが、その他の術前の諸検査は異常を認めなかった。

MRIにて、Douglas窩にT2強調像で中等度の信号を呈する約6cm大の腫瘤が認められ、その周囲にはT1強調像で高信号を呈する血性と思われる液体貯留が認められた。また、左側子宮膀胱窩にも約3.5cm大の乳頭状の腫瘤を認め、これらの腫瘤にはT2強調像および造影後T1強調像で脳回様の構造が認められた。左側広間膜にはT2強調像で低信号の分葉状の腫瘤が認められ、S状結腸間膜にも内部に嚢胞性変化を伴う結節が認められた。入院時に撮像されたMRIでは骨盤腔内にT1強調像で信号上昇を呈する血性腹水が認められ、右卵巣には液面形成を伴う嚢胞を認めたため、卵巣出血による所見と考えられた。子宮および両側卵巣には明らかな異常所見は認められなかった。

■略歴

小山 貴

平成 6年 京都大学医学部 卒業
平成 7年 大阪赤十字病院 放射線科勤務
平成11年 京都大学 放射線医学教室 医員
平成14年 京都大学医学部附属病院 助教
平成21年 大阪赤十字病院放射線科 副部長

吉岡 信也

平成 3年 京都大学医学部 卒業
平成 4年 日本赤十字社和歌山医療センター産婦人科 医員
平成12年 京都大学大学院医学研究科修了
平成13年 京都大学医学部附属病院 助教
平成20年 大阪赤十字病院産婦人科 部長

「卵巣腫瘍画像診断における Pitfall」

筑波大 産婦1)、同 放2)

中尾 砂里¹⁾、田中 優美子²⁾

付属器腫瘍の診療に際し、術前画像診断が病理組織に診断と食い違うケースは概ね以下のような原因にまとめることができる。

1. 報告されている典型例とは著しくかけ離れた画像所見を呈する非典型例。
2. モダリティの限界。すなわち超音波では内部エコーのある嚢胞性腫瘍、MRでは喘息や腎不全で造影できない場合や金属や腸管ガス等のアーチファクトにより拡散強調画像の劣化が激しい場合など、本来期待される情報を十分に得ることができなかった場合。
3. USでの観察範囲やMRでの撮像範囲に key finding が含まれていなかった場合。たとえば上記の範囲外に原発巣のある片側性の転移性腫瘍など。
4. 検者の思い込み。すなわち発症年齢を含め臨床所見を重視するあまり、或いは過去の経験に引きずられて画像の解釈にバイアスを生じた場合。
5. 検者の力不足。典型例であるにもかかわらず、その疾患の画像所見もしくは疾患概念自体を知らなかった場合。
6. 単純なケアレスミス。すなわち key finding の見落とし、典型例であるにもかかわらず、鑑別診断に思い至らなかった場合。

#1 はやむを得ないともいえるが、#2, #3 は Doppler の併用やCT をはじめとする代替手段を講ずることにより、誤りを減らすことができるかも知れない。#5, #6 は検者個人の努力によるところが大きい。#4 はまさに本Workshop のテーマと考えられ、個人の経験を学会等で共有することにより、集団としての診断能の向上に寄与する可能性がある。

これを踏まえ、本 Workshop では、経膈超音波所見と臨床所見から産婦人科医が診断に苦慮した症例、経膈超音波所見とMR所見から放射線科医が診断に苦慮した症例を一例ずつ呈示する予定である。参加者とともに考え、明日の臨床に役立つ知見を共有できれば幸甚である。

■略歴

中尾 砂理

平成14年 福岡大学医学部 卒業

同年 筑波大学医学医療系産科婦人科 医員

平成24年 筑波大学医学医療系産科婦人科 病院講師

田中 優美子

1988年 3月 筑波大学医学専門学群卒業

1988年 6月 筑波大学附属病院 医員(研修医)

1994年 4月 筑波メディカルセンター病院放射線科医師

1997年 3月 筑波大学臨床医学系 講師

2011年10月 (組織改組) 筑波大学 医学医療系 講師

シリーズ企画



シリーズ企画

病理教育セミナー



1. 婦人科腫瘍と症候群

.....清川 貴子 (千葉大 病理)

2. Lynch 症候群 (家族性非ポリポーシス大腸がん) と婦人科腫瘍

.....三上 芳喜 (京都大 病院病理)

婦人科腫瘍と症候群

千葉大 病態病理

清川 貴子

婦人科腫瘍の中には、特定の症候群と関連するものがある。これらのうち主なもの（Lynch症候群を除く）を取り上げ概説する。

1. 先天性

1) 遺伝性乳癌・卵巣癌症候群－卵管，卵巣高異型漿液性腺癌

BRCA1 遺伝子，BRCA2 遺伝子異常を有する女性では，乳癌とともに卵巣癌（生涯発症リスク 11-62%）の発生リスクが高い。卵巣癌の組織型は高異型漿液性腺癌であるが，これらのうち少なくとも50%以上は実際には卵管（遠位卵管特に卵管采）を原発とする癌の卵巣転移である可能性が示唆されている。

2) Peutz-Jeghers Syndrome－卵巣輪状細管を伴う性索間質性腫瘍，粘液性腫瘍（腺腫，境界悪性腫瘍，腺癌），子宮頸部最小偏倚腺癌（いわゆる悪性腺腫），分葉状過形成

皮膚や粘膜の色素斑と腸管過誤腫性ポリープを主徴とする。発癌性リスクの高い腸管外過誤腫を合併しやすい。常染色体優性遺伝性のほかに散发例もある。

3) 基底細胞母斑症候群(Gorlin's syndrome)－卵巣線維腫，硬化性間質腫瘍

母斑性基底細胞腫を主徴とする常染色体優性遺伝性疾患で，稗粒腫，掌蹠角化症，掌蹠点状陥凹，下顎骨嚢腫，脊椎破裂，中枢神経の器質的異常を伴う。

4) Ollier's disease, Maffici's syndrome－卵巣若年型顆粒膜細胞腫，線維腫，線維肉腫

非遺伝性先天性多発性内軟骨腫症である。これに，皮下，軟部組織の血管腫を合併するものは Maffici's syndrome とよばれる。

5) 平滑筋腫症－子宮平滑筋腫

6) 結節性硬化症－PECOma

2. その他

1) 機能性間質を伴う卵巣腫瘍

性索間質性腫瘍以外の卵巣腫瘍で間質の黄体化とホルモン産生を示すものをよぶ。粘液性腫瘍（原発性，転移性）はその代表である。

2) Meigs'syndrome

卵巣良性腫瘍に腹水ないし胸水を伴う状態をよぶ。卵巣線維腫，線維性成分を多く含む卵巣腫瘍（莢膜細胞腫，ブレンナー腫瘍）にみられることが多い。

3) 高カルシウム血症

高カルシウム血症は，卵巣高カルシウム型小細胞癌の約70%に認めるほか，種々の卵巣腫瘍で生じることがあるが，卵巣悪性上皮性腫瘍のうち明細胞腺癌でみられる頻度が高い。

■略歴

昭和59年 山形大学医学部 卒業

平成7年 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

平成10年 東京慈恵会医科大学 病理学講座 助手

平成12年 東京慈恵会医科大学 病理学講座 講師

平成21年 千葉大学大学院医学研究院 病態病理学 准教授

Lynch症候群（家族性非ポリポーシス大腸癌）と婦人科腫瘍

京都大病 病理診断

三上 芳喜

Lynch症候群（家族性非ポリポーシス大腸癌hereditary nonpolyposis colorectal cancer：HNPCC）は常染色体優性遺伝による疾患で、大腸癌、胃癌、卵巣癌、子宮癌、胆嚢癌、尿管癌、皮膚癌、脳腫瘍、小腸腫瘍、などが発生する。

本症候群に関連する婦人科腫瘍の中で内膜癌は最も頻度が高く、生涯のリスクは40～60%である。内膜癌全体の約2%が本症候群に関連し、50歳以下ではその頻度は4%に達する。発生年齢は孤発例と比較して10～20歳程度低く、平均47～49歳である。背景にはMLH1、MSH2、MSH6、PMS2などのDNAミスマッチ修復遺伝子の異常による遺伝子不安定性があるが、内膜癌ではMSH6の異常が多い。免疫組織化学的に切片上でこれらの蛋白の欠損を確認することは本疾患の診断において感度が高い方法だが、孤発例の25%程度はメチル化によって蛋白が発現していないため、特異的な方法ではない。従って、免疫染色でスクリーニングを行い、遺伝子解析で診断を確定するのが実際的である。一般的には新アムステルダム基準を満たす場合に遺伝子検査が行われる。

内膜癌の多くは類内膜腺癌であるが、明細胞腺癌、漿液性腺癌、癌肉腫も発生する。臨床病理学にはいくつかの特徴があり、内膜癌が最初の腫瘍であることもあるため、遺伝子検査を施行するための指針が提唱されている。発生年齢（50歳未満）、病歴、家族歴、卵巣明細胞腺癌の合併、腫瘍浸潤リンパ球、未分化癌の併存、体下部発生などの所見から本症候群を疑う必要がある。予防的子宮全摘出術、卵巣切除を施行した症例の検討ではそれぞれ24%、4%で癌腫が確認されたことが報告されている（Karamazurinら、2013年）。

Lynch症候群における卵巣腫瘍のリスクは6～8%で、卵巣癌は比較的予後良好である。組織型は類内膜腺癌が多く、明細胞腺癌がこれに次ぎ、漿液性腺癌は少ない。ミスマッチ修復遺伝子の異常が認められる一方で、p53遺伝子、KRAS/BRAF遺伝子の変異が認められない点で孤発例と異なる。子宮頸癌とLynch症候群の関係についてはよく知られていないが、通常型腺癌、最小偏倚腺癌、明細胞腺癌、中腎腺癌を含む60例の頸部腺癌と20例の体下部内膜癌を免疫組織化学的に検討した結果、後者では2例（10%）でミスマッチ修復遺伝子蛋白陰性であることが確認されたのに対して、前者では全例陽性であることが報告されている（Millsら、2012年）。

■略歴

- 平成2年 弘前大学医学部卒業
- 同 2年 東北大学医学部附属病院病理部研修医
- 同 4年 川崎科大学医学部附属病院病理部後期研修医（シニアレジデント）
- 同 14年 東北大学大学院医学研究科病理形態学分野講師
- 同 19年 京都大学医学部附属病院病理診断科准教授

ランチタイムレクチャー



ランチタイムレクチャー I

「卵巢癌の NAC 臨床試験を深読みする」



.....藤原 恵一 (埼玉医大 婦)

卵巣癌のNAC臨床試験を深読みする

埼玉医大国際医療セ 婦人腫瘍

藤原 恵一

進行卵巣癌の標準治療はprimary debulking surgery (PDS)に続いて化学療法が行われる。このPDSにはmaximum debulking effort (MDE)が不可欠であるとされており、その完遂度如何で予後が左右される。

一方、進行卵巣癌では全身状態の悪い患者も多く、MDEによって患者の予後を悪化させるのではないかと、PDSの結果如何に関わらず化学療法は必須なので、まず、NACとして化学療法を投与した後interval debulking surgeryを行えば、PDSと予後は変わらないのではないかとという考えも成り立つ。

この疑問に答えるためにこれまでに二つの臨床試験が行われPDS群とNAC群に予後の差がないことが示された。

しかし、これらの試験データを深読みすると、色々面白いことが見えてくる。本講演では、それらの点について、演者のバイアス満載の結果解釈を試みたい。

■略歴

学歴

昭和54年 岡山大学医学部医学科卒業

職歴

昭和54年 4月 岡山大学医学部附属病院産婦人科研修医

昭和54年12月 三豊総合病院産婦人科

昭和56年 2月 姫路赤十字病院産婦人科

昭和57年 2月 岡山大学医学部附属病院産婦人科医員

昭和58年 2月 広島赤十字病院産婦人科

昭和59年 3月 岡山大学医学部附属病院産婦人科医員

昭和63年 3月 Research Fellow, Section on Gynecologic Oncology, Department of Obstetrics & Gynecology, Bowman Gray School of Medicine, Wake Forest University, Winston-Salem, North Carolina, U.S.A.

昭和63年 9月 Research Fellow, Experimental Radiation Oncology, Department of Radiology, Bowman Gray School of Medicine, Wake Forest University, Winston-Salem, North Carolina, U.S.A.

平成 2年 7月 岡山大学医学部附属病院産婦人科医員

平成 2年11月 川崎医科大学産婦人科講師

平成 5年 4月 川崎医科大学産婦人科助教授

平成17年10月 中華人民共和国首都医科大学客員教授

平成18年 8月 埼玉医科大学 産婦人科 教授

平成19年 4月 埼玉医科大学国際医療センター 婦人科腫瘍科 教授、科長

所属学会

日本産科婦人科学会、日本癌治療学会（評議員）、日本婦人科腫瘍学会（評議員）、日本臨床腫瘍学会、日本癌学会、日本臨床細胞学会、日本自己血輸血学会、日本産婦人科手術学会、

American Association for Cancer Research、American Society of Clinical Oncology、International Society of Gynecologic Cancer、Society of Gynecologic Oncologist

認定資格

日本産科婦人科学会専門医、日本婦人科腫瘍学会専門医、日本臨床腫瘍学会暫定指導医

ランチタイムレクチャーⅡ

「婦人科がんの術後血栓塞栓症予防」



・・・・・・吉川 裕之（筑波大 産婦）

婦人科がんの術後血栓塞栓症予防

筑波大 産婦

吉川 裕之

我々は、婦人科がんでは治療開始前から、主として不顕性の静脈血栓塞栓症(silent VTE)が存在することが少なくないことを報告してきた。卵巣癌、子宮体癌について高率にsilent VTEが存在することを報告した時点で欧米においてそのような報告はなかった。治療前のsilent VTEを見つけ、治療することや適切に対応することが、術後の顕性のVTE発生予防につながるのではないかという仮説のもとに臨床研究を進めてきた。欧米で、術中、術後にVTE予防を強力に行ってきたわりには成果が少ないという印象を持っていたからである。治療前から存在するVTEに対し、IPCによる術中、術後の治療は無効どころか悪化させている疑いも持っていた。また、明細胞腺癌では、卵巣癌、子宮体癌において臨床的にリスク因子という印象を持っていたが、それを立証した報告はなかった。それを統計学的にも立証し、そのメカニズムも解明したいという意欲があった。以上のことなどについて、我々がどこまで明らかにしてきたかを解説したい。

■略歴

学 歴

昭和53年 3月 東京大学医学部医学科卒業
同 53年 5月 医籍登録第239350号
同 61年 4月 医学博士(7837号)

職 歴

昭和53年 6月 東京大学医学部附属病院 研修医(産科婦人科)
同 55年 3月 焼津市立病院 医員(産婦人科)
同 56年 7月 東京大学医学部附属病院 医員(産科婦人科)
同 57年 5月 東京大学医学部 文部技官(産科婦人科)
同 58年 9月 国立予防衛生研究所 研究生(腸内ウイルス部)
同 59年 1月 東京大学医学部 助手(産科婦人科)
同 59年 11月 佐久市立浅間総合病院 医長(産婦人科)
同 60年 7月 東京大学医学部 助手(産科婦人科)
同 61年 4月 ドイツ国立がんセンター(DKFZ) 留学
同 61年 10月 東京大学医学部 助手(産科婦人科)
平成 3年 1月 都立駒込病院 医員(産婦人科)
同 4年 1月 東京大学医学部 助手(産科婦人科)
同 5年 8月 東京大学医学部 講師(産科婦人科外来医長)
同 6年 8月 東京大学医学部 講師(産科婦人科病棟医長)
同 8年 4月 東京大学医学部 助教授
同 9年 4月 東京大学大学院医学系研究科生殖発達加齢専攻
産科婦人科学講座生殖腫瘍学分野 助教授兼担
同 13年 2月 筑波大学臨床医学系産科婦人科 教授
同 13年 10月 筑波大学・大学院人間総合科学研究科、婦人周産期医学分野 教授兼担
同 24年 4月 筑波大学医学医療系長 現在に至る

日本産科婦人科学会；社保担当常務理事
日本臨床腫瘍学会；副理事長
日本性感感染症学会；理事
日本産婦人科手術学会；理事
日本癌学会；評議員
日本癌治療学会；代議員

Annals of Oncology; associate editor (gynecologic oncology担当)

Cancer Science; associate editor (gynecologic oncology担当)

International Journal of Clinical Oncology; Editorial Board

Japanese Journal of Clinical Oncology; Editorial Board

独立行政法人医薬品医療器械総合機構専門委員(平成16年4月21日—現在)

平成10-16年度、18、19年度文部科学省特定領域研究HPV班・班長

平成13-22年度厚生科学研究費補助金「進行卵巣がんの予後改善を目指した集学的治療の研究」班・班長

平成15-22年度厚生科学研究費補助金「妊娠とくすり」班・班長

イブニングセミナー



イブニングセミナー

「婦人科医に知ってもらいたい放射線診断ガイドライン」



.....松崎 健司 (徳島大 放)

婦人科医に知ってもらいたい放射線診断ガイドライン

徳島大 放
松崎 健司

本年7月に日本医学放射線学会および日本放射線科専門医会・医会の編集により「画像診断ガイドライン 2013年版」が上梓された。今回の改訂ではCQ(clinical question)方式で記載され、エビデンスレベルと推奨グレードを提示して解説されており、現時点でのルーチン検査における標準的撮像法も掲載されている。本ガイドラインの対象は画像診断医であるが、放射線科以外の診療科の医師においても画像診断を依頼する際の指標となるべく企画されているものである。

婦人科領域においては10人の委員が以下の10題の婦人科疾患のCQを分担執筆し、討議と推敲を重ねた。「子宮内膜症の診断および経過観察のどのような場合にMRIは有用か?」「子宮筋腫の診断にMRIは有用か?」「子宮腺筋症の診断にMRIは有用か?」「卵巣癌の病期診断に画像診断は有用か?」「卵巣腫瘍の質的診断にMRIは有用か?」「子宮頸癌の病期診断に画像診断は有用か?」「子宮体癌の病期診断に画像診断は有用か?」「子宮肉腫の診断に画像診断は有用か?」「婦人科腫瘍の診断や経過観察においてPETは有用か?」「婦人科悪性腫瘍の経過観察に画像診断を定期的に行うことを推奨するか?」婦人科疾患の画像診断は主に婦人科医によって施行される超音波検査と、一般に放射線科の管轄であるCT、MRI、核医学検査・PET(PET/CT)がある。本ガイドラインでは主に放射線科の管轄である画像検査について記載し、超音波については原則として割愛したことにご留意いただきたい。また、上記のCQに加えて、妊婦の急性腹症について執筆いただいたCQ「妊婦の急性腹症に対して、どのような画像検査を行うべきか」についても、委員による検討を経て追加されている。本講演では、ガイドライン作成の概要についてご紹介し、各CQの内容について概説する。

■略歴

平成 2年3月 徳島大学医学部医学科卒業
平成 2年6月 徳島大学病院 医員(放射線科)
平成 3年4月 徳島大学大学院医学研究科博士課程 第二病理学教室にて研究に従事
平成 7年4月 徳島大学病院 助手(放射線科)
平成11年4月 徳島大学病院 講師(放射線科)
平成20年5月 徳島大学病院 准教授(放射線部・副部長)

現在に至る

専門分野 画像診断(腹部・骨盤領域)

受賞:

平成13年 Cum Laude 欧州放射線医学会 (ECR)
平成14年 優秀展示賞 JSAWI
平成22年 「画像診断」Best Invited Editor賞(特集「卵巣腫瘍の押さえどころ」企画)
平成23年 打田賞 日本腹部放射線研究会

一般演題



演題番号1

嚢胞化により非典型的な画像を呈した卵巢硬化性間質性腫瘍の一例

昭和大横浜市北部病 放1)、同 病理2)

殿内 まどか¹⁾、河原 悠一郎¹⁾、橋詰 典弘¹⁾、
福原 隆一郎¹⁾、福下 貴子¹⁾、藤澤 英文¹⁾、
櫛橋 民生¹⁾、尾松 睦子²⁾、国村 利明²⁾

症例は33歳女性。未妊。月経不順を主訴に近医を受診し、経腔超音波で骨盤内嚢胞性腫瘍が疑われたため当院産婦人科に紹介となった。腫瘍マーカーはCEA、CA125、CA19-9といずれも正常範囲内であった。MRIでは骨盤内に約11cm大の多房性嚢胞性腫瘍が認められた。内部はT2強調像で高信号が主体で、低信号の隔壁様構造を伴っていた。腫瘍の左側縁に沿って淡い低信号を示す充実成分が認められた。T1強調像では嚢胞部分は低信号～水よりやや高信号と様々で、充実部分は低信号であった。拡散強調像で充実部分は嚢胞部分と同等の中等度信号であった。Dynamic造影で充実部分に早期相から後期相に渡り持続する強い増強効果が認められた。腫瘍の左側には拡張した左卵巢静脈と思われるflow voidがみられ、左卵巢由来の腫瘍が疑われた。FDG-PETでは腫瘍に異常集積は認めなかった。多房性嚢胞性腫瘍に充実部分を伴っていたことから悪性腫瘍の可能性も考慮し、左付属器切除術が施行された。病理組織学的には、嚢胞は単房性で内腔にフィブリンの付着による小嚢胞構造が形成されていた。嚢胞を覆う上皮はないことから、充実部分が腫瘍本体で、腫瘍の一部が嚢胞化したものと考えられた。充実部分は浮腫性変化や硝子化が目立つ領域と短紡錘形細胞が密に増殖する領域が混在した偽小葉構造を呈しており、富細胞領域には血管増殖もみられた。悪性像は認めず、免疫染色の結果も併せ硬化性間質性腫瘍と診断された。

硬化性間質性腫瘍は精索間質性腫瘍に含まれる比較的稀な良性腫瘍である。典型的には病理像を反映して富細胞領域がT2強調像で低信号を示し、強い造影増強効果を伴う充実性パターンの画像所見を呈する。今回我々は嚢胞成分が大部分を占める非典型的な画像所見を呈した一例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

演題番号2

卵巢cellular fibromaの1例

大阪医大 放1)、同 病理2)、同 産婦3)

山本 聖人¹⁾、坪山 尚寛¹⁾、山田 隆司²⁾、
山本 和宏¹⁾、稲田 悠紀¹⁾、中井 豪¹⁾、
小山 光博¹⁾、結城 雅子¹⁾、赤木 弘之¹⁾、
熊野 正士¹⁾、大道 正英³⁾、鳴海 善文¹⁾

症例は30代女性。下腹部痛を主訴に前医受診し、骨盤内腫瘍を指摘され、加療目的にて当院受診となった。MRIにて骨盤内に充実成分と嚢胞成分を含む約8cmの腫瘍を認め、充実部の信号は均一で、T1強調画像(T1WI)で筋と等信号、T2強調画像(T2WI)で中等度高信号、拡散強調画像(DWI)で高信号を呈し、淡い造影効果を認めた。嚢胞成分と思われるT2WI高信号域にも内部に淡く不整形の造影効果を認める部分があり、浮腫状間質成分の混在が疑われた。腫瘍は両側卵巢及び子宮と接し、いずれも形態が保たれていたため、術前に由来臓器が問題となった。腹腔鏡下切除術が施行され、術中所見で左卵巢由来である事が判明した。病理組織学的には、腫瘍は紡錘形細胞が錯綜して増殖し、細胞密度は高いものの核異型や核分裂像は認められず、cellular fibromaと診断された。

Cellular fibromaはびまん性に高い細胞密度からなる線維腫で、線維腫の約10%を占める。これまでに画像所見について検索し得た限りでは報告されていないが、DWI高信号を呈する線維腫の報告例の中に混在している可能性がある。自験例における画像所見から、T2WI低信号域を全く含まない事が、線維腫との術前診断を困難にする可能性が考えられる。また自験例においては由来臓器も術前に問題となったが、線維腫はしばしば患側卵巢の形態が保たれたまま外方に発育しうることが報告されており、逆にこのような発育形態を呈する卵巢腫瘍においては、線維腫を鑑別に加えるものと考えられた。

演題番号3

境界悪性表在性乳頭状腫瘍の2例

熊本大 放診1)、同 産婦2)

岐崎 友紀¹⁾、浪本 智弘¹⁾、山下 康行¹⁾、
片淵 秀隆²⁾

卵巢の境界悪性表在性乳頭状腫瘍は表層上皮性・間質性腫瘍に分類され、上皮性成分が主に外方性に乳頭状に増殖し、嚢胞内面にも増殖する稀な腫瘍である。今回我々は、境界悪性表在性乳頭状腫瘍の2例を経験したので、文献的考察を加え報告する。

症例1は20歳代女性、下腹部痛で近医を受診し、経腔エコーで卵巢から突出する腫瘍を認め紹介となった。当院のMRIでは両側卵巢から外方へ突出するシダ状の腫瘍性病変を認めた。両側卵巢腫瘍摘出術が施行され、境界悪性表在性乳頭状腫瘍と診断された。術後1年3ヶ月で両側卵巢から再発が認められ、再手術が施行された。その後現在まで4年間再発は認めていない。症例2は20歳代女性、挙児希望で近医産婦人科を受診し、経腔エコーにて両側卵巢に腫瘍を認め紹介となった。MRIでは両側卵巢から乳頭状に増殖するシダ状の充実性腫瘍を認め、造影効果を伴っていた。右側付属器切除術および左側腫瘍摘出術が行われ、境界悪性表在性乳頭状腫瘍と診断された。術後2年経過した現在まで再発は認めていない。

演題番号4

術後結核性付属器炎と鑑別を要した卵巢肉芽腫の一例

豊見城中央病 産婦

前濱 俊之、上地 秀昭、安座間 誠、濱川 伯楽、
當眞 真希子、田近 映子、土井 生子、
小林 剛大

症例は61歳、2経妊2経産、閉経49歳。5年前に子宮脱手術の既往がある。近医による婦人科検診の経腔超音波検査にて子宮に接する腫瘍を認め、当科に紹介された。当科にてMRI施行、所見として子宮体部左側に子宮との境界が不明瞭で内部が不均一な造影効果をもつ腫瘍を認めた。PETCTにて同部位にFDG集積を認め、卵巢悪性腫瘍が疑われた。血液検査にて腫瘍マーカーは正常であった。悪性卵巢腫瘍の疑いで開腹手術を行った。手術所見にて子宮は正常大、左側の膀胱子宮窩にやや硬めの腫瘍があり、左付属器領域には径5cmの腫瘍を形成していた。左付属器腫瘍を摘出し、迅速病理検査に提出した。結果は大小不整な類上皮細胞を伴う肉芽腫が多発しており、結核性肉芽腫が疑われる所見であった。膀胱子宮窩の腫瘍と子宮の境界を剥離すると、少量の膿が流出したため、培養に提出した。膿瘍内腔を露出させ、内腔壁を病理およびPCR検査のために生検した。術後病理は迅速病理と同様に卵巢は肉芽腫であり、膿瘍壁は慢性膿瘍であった。肉芽腫のチールネールゼン染色は陰性であり、膿瘍壁もPCRで結核菌陰性であった。内科的検索において喀痰検査、クオンティフェロンも陰性であり、結核感染症は否定的であった。したがって、最終的には既往手術による縫合糸などの異物刺激による慢性膿瘍と卵巢肉芽腫と判断した。

演題番号5

初経前の出血性卵巣嚢胞の1例

松下記念病 産婦

松本 真理子、明石 京子、前田 英子、
本山 敏彦、伊藤 良治

出血性卵巣嚢胞は機能的嚢胞であり経過観察で消失する疾患であるが、画像所見が内膜症性嚢胞や充実性腫瘍に類似し誤診され外科手術となることがある。排卵時の出血が腹腔内に漏出したら卵巣出血となるが、黄体嚢胞や卵胞内にとどまる場合、内膜症や充実性腫瘍と画像所見が類似する。嚢胞内に急激に出血が起こると、急性腹症として発症することもあり捻転と誤診されることもある。卵巣出血は、排卵時に起こるので月経発来前の出血性卵巣嚢胞は稀である。

初経前に急性腹症で発症し、充実性腫瘍との鑑別が必要であった出血性嚢胞を経験したので報告する。

症例

13才女性。月経未発来。右下腹部痛で近医受診。経腹超音波で右下腹部に5cm大の高輝度な腫瘍と周囲の腹水を認め付属器疾患疑いで当科初診。当科受診時疼痛は軽減していた。経直腸超音波で右卵巣に58×46mmの高輝度な充実性腫瘍を認めた。卵巣充実性腫瘍捻転疑いで同日単純MRI施行。MRI所見は、T2WI高信号、T1WI低信号を呈する境界明瞭な5mm大の腫瘍を右卵巣に認め、年齢、所見より硬化性間質性腫瘍、未分化胚細胞腫瘍が鑑別となった。捻転の判定は困難であった。緊急手術は不要と判断し、初診10日後に手術予定としていた。悪性疾患が想定されたので術前精査に造影CTを撮影したところ、右付属器に造影効果がなく悪性腫瘍は否定的、卵巣内にとどまる卵巣出血の可能性が示唆された。診断確定のため初回MRI撮影の7日後に再度MRI撮影した。右卵巣の腫瘍は5cm→3.5cmとサイズ縮小、T1WI比較的均一な高信号に変化していた。以上のMRI所見より出血性卵巣嚢胞と診断、手術は中止し外来経過観察、腫瘍は消失した。尚、初診後8日目に初経となった。

月経未発来であっても、初経直前の排卵出血による機能的嚢胞を鑑別にあげる必要性を認識した。

演題番号6

Massive Ovarian Edema (MOE) の1例

東京歯科大市川総合病 放1)、同 産婦2)

馬場 亮¹⁾、山添 真治¹⁾、荻原 翔¹⁾、
小橋 由紋子¹⁾、尾尻 博也¹⁾、都築 陽欧子²⁾、
吉田 丈児²⁾、高松 潔²⁾

症例は39歳の女性。0経妊0経産。2日前からの右下腹部痛を主訴として当院産婦人科を受診。内診や経腔超音波検査で右側に最大横断径約6cm大の腫瘍が疑われ、腹部非造影CTにて右付属器領域にやや淡い高濃度を示す腫瘍性病変を認めた。精査目的にて施行された骨盤MRIにおいて右付属器領域に長径約7.8cm大の境界明瞭、辺縁平滑な楕円形腫瘍を認めた。T2WIにて内部は全体として不均一な高信号を示し、一部に淡い低信号が混在していた。同低信号域はT1WIでは淡い高信号を示していた。辺縁には正常卵胞と思われる数個の小嚢胞様所見を伴っていた。またT2WIでは病変内の一部に結節様低信号域を認めた。dynamic studyにおいて病変には隔壁様の増強効果を認めたのみであった。また遅延相では子宮右側から病変に連続する血管束様の構造を認め、捻転が疑われた。以上より、massive ovarian edemaの疑いのもと、開腹手術が施行された。手術所見としては辺縁に卵胞が存在する腫大した右卵巣の360度の捻転、卵管、卵管間膜、骨盤漏斗韧带の浮腫状変化を認めた。右付属器切除術施行が施行された。病理診断は茎捻転に伴うものと考えられる著明に腫大した右卵巣の間質に高度の浮腫と出血が認められ、massive ovarian edemaとして矛盾ないものと考えられた。T2WIでの低信号の結節は偶発的に合併したfibromaであった。本症例について画像診断および臨床学的事項について文献的考察を交えて報告する。

演題番号7

茎捻転を来した卵巢平滑筋腫の一例

鳥取大 放1)、同 女性診療2)、同 器官病理3)、
同 分子病理4)

藤井 進也¹⁾、福永 健¹⁾、井上 千恵¹⁾、
加藤 亜結美¹⁾、杉浦 公彦¹⁾、神納 敏夫¹⁾、
原田 省²⁾、野坂 加苗³⁾、桑本 聡史⁴⁾、
小川 敏英¹⁾

症例は50歳代女性。0経妊0経産 未婚、閉経：49歳。

既往歴：特になし

現病歴。4-5年前から下腹部腫瘍を触知していた。1ヶ月前に突然の右下腹部痛が出現した。下腹部痛と腰痛が持続するため、近医を受診した。超音波にて巨大腫瘍を指摘された。精査・加療目的に当院女性診療科を紹介され受診。経腔超音波検査にて漿膜下子宮筋腫を疑う腫瘍を指摘された。外来にてMRI精査予定となっていたが、右下腹部痛、腰痛が出現、増強したため、入院となり、CT・MRIが施行された。MRIでは右下腹部から骨盤部にT1強調像でやや不均一な低信号、T2強調像で低信号を主体とし、高信号域が散在する腫瘍を認めた。造影効果は認められなかった。腫瘍の外側から尾側にかけてT2強調像でやや高信号、拡散強調像で不均一な高信号を呈する構造を認め、子宮に連続していた。漿膜下筋腫の茎捻転を疑った。検査後、緊急手術となり、右卵巢腫瘍と360度の茎捻転が確認された。病理組織学的に卵巢平滑筋腫と診断された。卵巢平滑筋腫は稀な腫瘍であり、画像所見の報告は少ない。茎捻転の画像所見と共に、文献的考察を加えて報告する。

演題番号8

卵巣粘液性・漿液性境界悪性腫瘍におけるMRI診断と術中組織迅速診断の比較

三重大 産婦1)、同 放2)

平田 徹¹⁾、小林 茂樹²⁾、奥川 利治¹⁾、
谷田 耕治¹⁾、近藤 英司¹⁾、本橋 卓¹⁾、
田畑 務¹⁾

方法：2005-2011の間に当院にて最終診断が卵巣粘液性境界悪性腫瘍 (M-LMP) または漿液境界悪性腫瘍 (S-LMP) と診断された46例を対象 (M-LMP 32例、S-LMP 14例) に、術前のMRI診断と迅速組織診断 (FR) を比較検討した。

結果：全46症例では、境界悪性以上と診断した症例がMRIでは89%、FRでは77% (P=0.131) であり、統計学的な有意差は認めないものの、MRI診断はFRと同等以上の診断精度であった。M-LMPを境界悪性以上と診断した症例はMRI、FRそれぞれ91%、76% (P=0.119)、S-LMPを境界悪性以上と診断した症例はMRI、FRそれぞれ86%、80% (P=0.711) であった。MRIとFRとも良性和診断し、最終診断で境界悪性であったものはM-LMP、S-LMPそれぞれ1例ずつ認められたが、これらはいずれも境界悪性を示す部位が小さく、顕微鏡レベルのものであった。組織型の推定に関しては、M-LMPを粘液性腫瘍かつ境界悪性以上ととらえたものはMRI 78%、FR 76%、S-LMPを漿液性腫瘍かつ境界悪性以上ととらえたものはMRI 36%、FR 40%と漿液性腫瘍では粘液性腫瘍に比べ診断率が低い傾向であった。

結論：卵巣粘液性・漿液性境界悪性腫瘍におけるMRI診断は術中組織迅速診断に比べ、同等以上の診断精度であると考えられた。特に粘液性腺癌では、MRIにて組織型の推定まで可能であると思われた。

演題番号9

卵巣移行上皮癌の1例

県立静岡がんセンター (画診1)、同 婦人2)、
同 病理3)

澤田 明宏¹⁾、朝倉 弘郁¹⁾、安部 正和²⁾、
渡邊 麗子³⁾

症例は50歳代、女性。1年前から不正性器出血、2か月前から腹部膨満感を自覚し近医を受診。超音波検査で骨盤内腫瘍を指摘され、当院紹介受診となる。内診・直腸診で子宮頸部と卵巣腫瘍は骨盤内に固定、右骨盤壁に母指頭大の結節を触知した。初診時検査成績では腫瘍マーカーはCEA 8.8ng/ml、CA19-9 146U/ml、CA-125 368U/mlと高値を示した。MRIで子宮の頭側に充実性部分と嚢胞性部分からなる長径200mm大の分葉状腫瘍を認め、両側卵巣静脈が流出静脈となっており両側卵巣由来と思われた。腫瘍の充実性部分は骨格筋に比しT1強調画像で等信号、T2強調画像でわずかに高い信号を呈し、造影T1強調画像で不均一な造影効果を示した。嚢胞部分は多房性で、嚢胞の内容はT2強調画像で著明な高信号、T1強調画像で尿に比し大部分がわずかに高い信号を示し一部さらにやや高い信号を呈する部分を認めた。充実部分が明かではない被膜や隔壁の厚さは比較的均一で強い造影効果を示し、拡散強調画像で高信号を呈していた。CTで傍大動脈リンパ節転移と腹膜播種が疑われた。子宮全摘、両側付属器切除、大網切除、播種切除術が施行された。術中所見では両側性卵巣腫瘍であり、左側は小児頭大、右側は鶏卵大で卵管采に浸潤していた。共に周囲との固着はなく容易に脱転できた。直腸表面に微小播種を多数認め、右横隔膜下肝表に播種が散在していた。充実性で多数の嚢胞を形成しつつ増殖する腫瘍で、嚢胞内腔へ乳頭状あるいは脳回状に突出する充実性部分を有し、また、平坦ではあるが、腫瘍細胞は多層性に配列して内面を被覆する構造がみられ移行上皮癌の形態を示した。病変内に良性ブレンナー腫瘍の成分がないことから悪性ブレンナー腫瘍ではなく卵巣原発移行上皮癌と診断された。現在、遺残病変があり術後化学療法が継続されている。

演題番号10

卵巢原発と考えられる粘液型脂肪肉腫の1例

国立がんセンター中央病 病理1)、同 放診2)、
同 婦人腫瘍3)、帝京大 病理4)

隅蔵 智子¹⁾、吉田 正行¹⁾、小田 麻生²⁾、
三宅 基隆²⁾、眞鍋 知子²⁾、吉田 朗彦¹⁾、
笹島 ゆう子⁴⁾、九嶋 亮治¹⁾、加藤 友康³⁾

症例は30歳代後半女性。0経妊。月経周期は順調。既往歴に特記すべき事項はなく、家族歴として、母が胃癌であった。

右側腹部痛にて近医受診し、腹腔内腫瘍を指摘された。画像にて卵巢悪性腫瘍が疑われ、当院紹介受診された。小児頭大の骨盤内腫瘍であり、血液検査上はCA125が182U/mLと高値であったが、他CEA、CA19-9、CA125、SLX、STN、AFPは陰性であった。MRIでは左卵巢相当位置から腹腔内に張り出す最大径21cm大の二房性の腫瘍を認めた。中心部に線維性隔壁様構造を認め、10cm大の2つの腫瘍が密に隣接したような形状を示していた。右側は出血や粘調な液体を含有する単房性嚢胞性腫瘍、左側は乳頭状増殖を示す充実成分が腫瘍辺縁を占め、中心部には不規則形の嚢胞、粘液あるいは壊死性変性が疑われた。左側腫瘍の組織学的推定は画像上困難と考えたが、外側部にて被膜様構造の断裂と、充実成分の腹腔内への露出が疑われたため悪性卵巢腫瘍を疑い、診断治療目的にて手術を施行した。

手術所見としては、腫瘍は左卵巢由来であり、下腹部中央から左側にかけて壁側腹膜と膜性に強固に癒着していた。断面の肉眼的所見では、腫瘍は二房性で、右側は内膜症性嚢胞内に膿瘍を含有したもので、左側は粘液腫状の腫瘍であった。術中迅速診断では、左側腫瘍において浮腫状の細胞質を有する細胞の増殖を認め、良悪性の鑑別は困難であった。

永久標本にて、左側の腫瘍は豊富な粘液性間質を背景として、均一な円形ないし短紡錘形細胞が増殖しており、繊細な分枝血管増生を伴っていた。円形細胞成分は5%未満であった。免疫染色ではAE1/AE3(-)、desmin(-)、 β catenin(-)、c-kit(-)、S100(-)、inhibin α (-)、SALL4(-)であった。FISH法でCHOP(DDIT3)遺伝子の再構成を認め、粘液型脂肪肉腫であることが確認された。左側腫瘍辺縁の被膜様構造内部には卵巢様間質が認められた。右側の単房性腫瘍は、内膜症性嚢胞に炎症、感染が加わった可能性が考えられた。

術後、CT、PET-CT、上下部消化管内視鏡検査にて頭部から四肢にかけて全身検索を行ったが原発巣を疑わせる明らかな腫瘍を認めず、病理学的所見と合わせ、卵巢原発の粘液型脂肪肉腫と診断した。

今回、卵巢原発の粘液型脂肪肉腫の症例を経験した。粘液型脂肪肉腫の多くは四肢に発症し、体幹深部の原発は非常に稀である。卵巢原発の粘液型脂肪肉腫と診断するのは画像上困難と考えられ、非常に興味深い症例であり、症例を提示する。

演題番号11

PET/CTを含め臨床検査上卵管癌が疑われた症例

国立がんセンター中央病 病理1)、同 放診2)、
同 婦人腫瘍3)、帝京大 病理4)

隅蔵 智子¹⁾、加藤 友康³⁾、吉田 正行¹⁾、
小田 麻生²⁾、三宅 基隆²⁾、眞鍋 知子²⁾、
笹島 ゆう子⁴⁾、九嶋 亮治¹⁾

症例は40歳代前半、未経妊。既往歴に特記すべき事項なし。家族歴として叔母が乳癌であった。1年前より帯下過多を自覚し、黄色帯下を主訴に近医受診したところ、頸部細胞診でトリコモナス腔炎とAtypical glandular cells (AGC)を指摘された。AGC精査目的にて当院紹介初診。頸部組織診で分葉状頸管腺過形成(LEGH)を認めた。MRIを施行し、子宮頸部にLEGHを認めたが、さらに両側卵管の軽度拡張と内部に弱い造影効果がみられた。腫瘍マーカーはCA125が33U/mLと正常であった。初診より5ヶ月後の経過観察時に、CA125は67U/mLに上昇していた。MRIを施行したところ、左卵管の拡張は軽快していたが卵管内部の造影効果は増強し、拡散強調像で高信号を呈し、ADC値の低下を示した。右卵管は前回より拡張がみられた。卵管癌が疑われたが、好発年齢より若いことと両側性の可能性から炎症による変化も考えられた。腫瘍性あるいは非腫瘍性の鑑別を目的としてPET/CTを行ったところ、左卵巢領域にFDGの集積(SUVmax 8.6)がみられた。卵管炎急性期も考えられたが、直近の血液検査にてCRP 0.03mg/dLと炎症反応の亢進を認めず、腹部所見もみられないことより、卵管炎の可能性は低いと考えられた。

以上より、MRI所見およびPET/CT所見、腫瘍マーカーの上昇から、卵管癌が強く疑われた。

診断治療目的にて手術を施行したところ、左卵管は軽度腫大しており弾性軟であった。付属器周囲は膜性に癒着していた。術中迅速診断にて、卵管に悪性所見は認められなかった。永久標本においても、両側卵管で炎症細胞の浸潤および卵管上皮に核腫大を認めるも、腫瘍細胞はみられず、卵管炎の所見であった。なお、頸部にはLEGHが確認された。炎症の原因として既往の性感染症も疑われたが、卵管の捺印細胞診にはトリコモナスは検出されなかった。

本症例は、PET/CTにてFDGの集積を認め、またCA125値の漸増からも卵管癌が疑われたが、最終病理診断は卵管炎であった。PET/CTは悪性腫瘍の検出に有効ではあるが、炎症等により偽陽性となることが知られている。考察を加え報告する。

演題番号12

当院における卵巢明細胞癌と類内 膜腺癌の画像所見の検討

杏林大 産婦¹⁾、同 放²⁾

西ヶ谷 順子¹⁾、小林 陽一¹⁾、堂園 溪¹⁾、
片山 素子¹⁾、松澤 由記子¹⁾、澁谷 裕美¹⁾、
百村 麻衣¹⁾、松本 浩範¹⁾、苅安 俊哉²⁾、
吉田 真衣子²⁾、似鳥 俊明²⁾、岩下 光利¹⁾

卵巢子宮内膜症性嚢胞を有する患者の0.72%に卵巢癌が発生し、内膜症性嚢胞を有しない女性に比し優位に卵巢癌の発症が高いこと、またその組織型は明細胞腺癌や類内膜腺癌であることが知られている。両者の画像所見での鑑別は困難であるが、明細胞癌は比較的初期で発見されるものの他の組織型に比し化学療法抵抗性であり治療に難渋することも多く、術前診断にて組織型を推定することができれば、治療方針の検討・実施をより適切に行うことが可能である。今回我々はMRI所見から明細胞腺癌の術前診断が可能かどうか、類内膜腺癌症例との比較を行い検討した。2010年1月から2012年12月までの明細胞腺癌症例22例、類内膜腺癌症例13例の計35例を対象とした。MRI所見(T1・T2強調画像・脂肪抑制T1強調画像・造影T1強調画像・拡散強調画像(以下DWI)・充実性部分の所見)につき、進行期および組織型を推定し得る特徴的な所見が認められるか、またその有用性につき検討を行った。

明細胞腺癌はT1、T2強調像にて高信号を呈する単房性嚢胞性腫瘍で内部にはT1強調像で低信号、T2強調像で高信号～中信号で造影効果を示す充実性結節を認めるものが多いが、類内膜腺癌は肉眼像の多彩さを反映し、充実性優位なパターンを取るものも多く見られた。

また、画像上明らかに内膜肥厚を認めた症例が4例みられ、そのうち3例が類内膜腺癌であり、内膜肥厚所見は明細胞癌より類内膜腺癌を疑う所見であると考えられた。

術前に類内膜腺癌あるいは明細胞癌を疑うことが出来なかった症例の中には、画像を見直すと内膜症性嚢胞を思わせる部位が(充実成分の近くに)みられるものがあり、脂肪抑制T1強調画像、造影T1強調画像、subtraction像・拡散強調画像を詳細に比較読影する必要があると考えられた。

演題番号13

卵巢癌に起因する抗Yo抗体陽性 傍腫瘍症候群と診断し得た1例

岩手医大 放

苫米地 牧子

傍腫瘍性神経症候群は、悪性腫瘍患者に合併する神経障害の免疫学的機序により多様な症状を生じる。今回、卵巢癌が起因と思われた、抗Yo抗体陽性傍腫瘍症候群の1例を経験したので報告する。

症例は50歳、女性。1ヵ月前頃から階段昇降が困難で、書字の不揃いや歩行困難も出現し神経内科へ精査目的に紹介入院となった。

神経学的には下肢に強い小脳性運動失調を認めた。血算、生化学検査、CEA,CA125など腫瘍マーカーは正常、傍腫瘍症候群のマーカーは抗Yo抗体陽性で、髄液検査では単核球有意の細胞数と蛋白が上昇しており、血清同様に抗Yo抗体が陽性であった。

骨盤MRIで左卵巢相当部に20mm程の嚢胞構造を認めた。子宮体部前壁の右下方に接し20mmのT2WI筋層よりやや低-中間信号、T1WIで筋層とほぼ等信号の充実性結節を認め、この同時期の18F-FDG PETでSUV max:9.3(delay 9.7)の集積を認めた。子宮内膜への集積もみられ、SUV max:7.2。左卵巢相当の嚢胞に集積は乏しかった。

この時月経中のため約3ヵ月後に18F-FDG PET再撮像、子宮前壁右下方の結節はSUV max:9.3、左卵巢相当部はSUV max:6.6と集積出現していた。follow upの造影CTで子宮左側の嚢胞病変はサイズ変化は乏しかった。

初診時から約7ヵ月後に腹腔鏡下にて肉眼的に子宮前壁に悪性を疑う腫瘍を認め、子宮・両付属器摘出術を施行。左卵巢に20mm、子宮体部右側前壁に30mm大の充実性腫瘍を認めた。左卵巢原発の漿液性腺癌で、子宮体部前壁腫瘍は筋層内に浸潤しており、右卵巢表面にも1mm以下の転移所見を認めた。

傍腫瘍性神経症候群は各病型に関連する特徴的な自己抗体が血清・髄液中で検出されることが多いと報告されている。また、卵巢の集積はSUV:7.9で57%の感度と95%の特異度で良悪性鑑別されると報告されている文献もあり、骨盤MRIに加えPET所見も診断の鍵と思われたが、年齢的に閉経前後で月経中であったことなど生理的集積と異常集積の解釈不十分が悪性の診断をひき延ばした結果となった。

現在、化学療法と大量免疫グロブリン療法を行っており、再発は見られていないが神経症状の改善が乏しいまま経過している。

演題番号14

卵管留水腫として経過観察中に、
卵巢粘液性腺癌が発生した一例

京都医療セ 産婦

秦 さおり、下園 寛子、清水 操、山西 優紀夫、
奥田 亜紀子、伊藤 美幸、関山 健太郎、
江川 晴人、高尾 由美、北岡 有喜、山本 紳一、
徳重 誠、高倉 賢二

緒言：卵管留水腫は骨盤腹膜炎や慢性感染を来さなければ、積極的な手術の適応はないとされる。今回、卵管留水腫として経過観察中に、悪性転化した卵巢粘液性腺癌の一例を経験したので、文献的考察を含めて報告する。

症例：50歳，3G1P1S1A1A。帝王切開の手術歴がある。喫煙20本/日。45歳時，左下腹部痛のため入院歴があり，この時のCTおよびMRI検査で12×10cmの左卵管留水腫を指摘されていた。悪性を示唆する所見はなく，外来通院となった。49歳時，帯下の増加と断続的な下腹部痛を認めしたが，左卵管留水腫の増大傾向を認めず，経過観察していた。50歳時，更なる帯下の増加と断続的な性器出血が出現した。MRI検査では腹腔内に30×20cmに及ぶ嚢胞性腫瘍を認め，造影効果を伴う小嚢胞の集簇を伴っていた。また，少量の腹水貯留がみられた。左付属器由来の境界悪性以上の腫瘍と考えられた。腫瘍マーカーは手術1ヶ月前から手術前日にかけて，CEA 26.2→693.1ng/ml，CA19-9 31→464U/ml，CA125 111→376U/mlといずれも上昇していた。診断と治療を目的として開腹手術を行った。黄色やや粘性の腹水が5,000ml貯留していた。左付属器は成人頭大の嚢胞性腫瘍を形成しており，緊満感を欠いていたため，1ヶ月以内の破綻が疑われた。左卵巢迅速組織診断において境界悪性以上の粘液性腫瘍との結果を得たため，子宮全摘+両側付属器摘出+大網部分切除術を施行した。術後の病理組織診断で，左卵巢粘液性腺癌と診断された。腹水細胞診は陰性であったが，腫瘍が破綻した形跡があり，pT1cN0M0と判断した。術後補助化学療法としてdose dense TC療法を6コース施行した。腫瘍マーカーは術後1ヶ月目には陰性化し，術後6ヶ月，再発なく経過している。

結語：卵管留水腫と画像診断され，5年間の経過観察中に卵巢粘液性腺癌が発生した一例を経験した。卵管留水腫は感染を伴わなければ経過観察可能であるが，悪性転化にも留意した管理が必要である。

演題番号15

卵管癌肉腫のMRI所見

埼玉医大国際医療セ 画像診断1)、同 産婦2)、
同 病理診断3)

小澤 栄人¹⁾、渡邊 祐亮¹⁾、高橋 正洋¹⁾、
長谷川 幸清²⁾、藤原 恵一²⁾、加藤 智美³⁾、
安田 政実³⁾、木村 文子¹⁾

症例は68才女性。既往歴は特になし。主訴は右下腹部痛で近位受診となる。血液生化学所見は軽度の貧血を認め、腫瘍マーカーはCA 125が上昇していた。術前のMRIでは、辺縁スムーズな腫瘍が右付属器領域に存在していた。T1強調画像では低信号で、T2強調画像で高信号の均一な信号強度をした長径約50mmの腫瘍だった。脂肪抑制のT1強調画像の造影画像では、不均一な造影効果を呈していた。骨盤内には播種性病変も存在していた。手術所見では、肉眼的に6x5x5cmの充実性腫瘍で、播種も認められていた。稀な、卵管癌肉腫であったので、文献的考察を含め報告する。

演題番号16

術前診断が困難であった原発性卵管癌の1例

新潟大 腫瘍放1)、
新潟大医歯学総合病 放2)、同 病理3)

麻谷 美奈¹⁾、田崎 章子¹⁾、吉村 宣彦²⁾、
梅津 哉³⁾、青山 英史¹⁾

【はじめに】 原発性卵管癌は婦人科悪性腫瘍の約0.5%を占める稀な疾患であるが、近年、進行例では卵巢癌と診断される可能性があることから、実際の頻度はより高いといわれている。今回、我々は、広範囲な腹膜播種病変を伴い、術前診断が困難であった原発性卵管癌と考えられた症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】 60歳代、女性。0妊0産。

【既往歴】 1年前に右乳癌で手術（DCIS, TisN0M0, stage I）。緑内障。

【家族歴】 妹；乳癌、肺癌。その他2親等までに乳癌卵巢癌なし。

【主訴】 腹部膨満感。

【現病歴】 2ヶ月前より腹満感あり、前医で腹部腫瘍と腹水貯留を指摘され、精査のため当院産婦人科を紹介された。

【血液検査所見】 CA125 3850U/ml(↑), CA19-9 8U/ml, CEA 1.9 ng/ml, AFP 4ng/ml, SCC 0.7 ng/ml

【子宮頸部細胞診】 Class I

【骨盤部MRI】 右付属器領域に5cm大、左付属器領域に2cm大の乳頭状構造を呈する充実性腫瘍がみられ、dynamic studyでの早期からの濃染や拡散低下が明瞭であった。腹膜の不整肥厚や腹水貯留もみられ、卵巢癌や卵管癌、腹膜癌、転移性腫瘍も鑑別として挙げられた。

【胸腹骨盤CT】 腹水貯留と腹膜不整肥厚、両側付属器領域の充実性腫瘍に加え、大網ケーキの所見もみられた。

【上部消化管内視鏡】 異常を認めない。

【手術術式】 両側付属器切除、子宮全摘、大網部分切除。

【手術所見】 両側卵巢は正常大で、表面に右5cm大、左2cm大の播種病変が付着、広範囲な腹膜播種病変を認めた。

【病理所見】 腫瘍は組織学的には、漿液性腺癌(G2)の所見であり、右卵管内に上皮内癌がみられた。両側卵巢や腹膜には最大7cm大までの腫瘍がみられたが、両側卵巢では卵巢表面の広がり（一部で1cm大までの浸潤）を呈していた。

【病理診断】 原発性卵管癌、stage IIIc。

演題番号17

Malignant female adnexal tumor of probable wolffian origin (FATWO) の一例

鳥取大 放¹⁾、松江赤十字病 放²⁾

加藤 亜結美¹⁾、藤井 進也¹⁾、福永 健¹⁾、
井上 千恵¹⁾、森岡 伸夫²⁾、仲松 暁²⁾、
杉浦 公彦¹⁾、神納 敏夫¹⁾、小川 敏英¹⁾

Female adnexal tumor of probable wolffian origin (FATWO) はWolf管遺残組織由来と考えられる極めて稀な腫瘍である。1973年にKariminejadらによって報告されて以来、現在まで、画像所見に関する報告は少ない。今回我々は卵巢腫瘍と術前診断され、術後に再発をきたしたFATWOの一例を経験したので報告する。

症例は69歳女性で、子宮内膜ポリープと不正性器出血にて、近医から産婦人科紹介受診となった。血液検査上、CA125 42U/mlと軽度上昇を認めた。超音波検査にて充実部分を伴う卵巢腫瘍を認めたため、MRIにて精査が施行された。

骨盤部単純MRIで骨盤内正中～左側にT1強調像にて骨格筋と等信号、T2強調像にて軽度高信号を呈する充実性腫瘍を認め、拡散強調像では高信号を示した。充実成分主体の左卵巢悪性腫瘍が最も疑われた。

子宮付属器摘出術が施行された。左付属器は腹膜に癒着し、腫瘍は後腹膜内に発育していた。左卵巢が同定されなかったため、腫瘍は左卵巢腫瘍として切除したが、迅速検査にて左卵巢が同定され、腫瘍と連続性を認めず、後腹膜内の悪性腫瘍と判断された。

病理組織学的に malignant female adnexal tumor of probable wolffian origin と診断された。

その後外来にて経過観察されていたが、PET-CTにて骨盤内に著明なFDG集積を伴う腫瘍を認め、臨床的にFATWOの再発と考えられた。

FATWOは卵巢近傍や卵巢に発生するため、特に正常卵巢が同定されない場合は、充実性卵巢腫瘍との鑑別が問題となる。過去のFATWOの画像所見に関する報告では、T1強調像で等～軽度高信号、T2強調像で高信号を示す充実性腫瘍であり、嚢胞成分を伴っていることが多い。拡散強調像で非常に強い高信号を呈するとされている。若干の文献的考察を加えて報告する。

演題番号18

ギナンドロプラストーマの一例

東京医科歯科大 放¹⁾、同 周産・女性診療²⁾

町田 洋一¹⁾、北詰 良雄¹⁾、梶山 明日香²⁾、
若菜 公雄²⁾、若林 晶²⁾、富井 翔平³⁾、
大西 威一郎³⁾、倉田 盛人³⁾、久保田 俊郎²⁾、
大橋 勇¹⁾

【症例】80代女性、不正性器出血を主訴に近医より当院女性科を受診。経腔エコーにて右付属器腫瘍を指摘された。MRIでは右付属器にT2WIで中等度信号を呈する分葉状腫瘍を認め、子宮は年齢に比して腫大し、内膜の肥厚と筋層構造の明瞭化が確認された。内分泌検査でE2が高値を示しホルモン産生性卵巢腫瘍が疑われた。腹式単純子宮全摘術、両側付属器摘出術、大網部分切除術が施行され、右卵巢腫瘍はギナンドロプラストーマと診断された。子宮内膜には腫瘍性病変は認めなかった。

ギナンドロプラストーマは内部にセルトリ細胞腫と顆粒膜細胞腫の成分が混在する極めて稀な性索間質系性腫瘍の一つである。これまでギナンドロプラストーマのMRI所見を含めた症例報告はごく限られている。本症例で得られた画像所見と病理所見とを対比して報告する。

演題番号19

診断に難渋した稀な卵巢性索間質性腫瘍の1例

自治医大さいたま医療セ 放1)、同 産婦2)、
同 病理3)、丸山記念総合病 放4)

丹野 啓介¹⁾、津布久 雅彦^{1)、4)}、
小野澤 裕昌¹⁾、千葉 英美子¹⁾、濱本 耕平¹⁾、
赤羽 佳子¹⁾、大河内 知久¹⁾、満下 淳地²⁾、
山田 茂樹³⁾、田中 修¹⁾

【症例】

38歳女性。月経不順、下腹部痛にて前医受診される。超音波にて卵巢腫瘍を指摘され、精査加療目的にて当院受診。

【血液生化学所見】

腫瘍マーカーはCEA、CA19-9、CA125、SCCいずれも陰性。AFP陰性、プロラクチン20.45とやや高値。LH0.16、FSH0.1未満、エストラジオールE2 133、HCG-βサブユニット0.1以下。

【画像所見】

超音波にて右卵巢由来の131x80x110mmの充実性腫瘍を認めた。

CTでは子宮筋層よりは造影効果の乏しい主要な充実成分とその下方辺縁にさらに造影効果の乏しい充実成分を認めた。主要腫瘍部分では太い血管構造が貫通しているように見られていた。MRIでは主要充実成分はT2強調像で子宮筋層よりやや高信号を呈し、腫瘍辺縁から内部に flow void を伴い、T2強調像で低信号の被膜様構造を伴っていた。辺縁充実成分はT2強調像で均一な高信号を呈していた。術前診断としては典型的な顆粒膜細胞腫、セルトリ細胞腫、線維腫などは考えにくく、莢膜細胞腫、dysgerminoma、Brenner腫瘍などを鑑別に挙げたが、苦し紛れであった。

【手術】

充実性腫瘍であり、サイズも約14cmと大きかったため、開腹右付属器切除術施行となった。

【病理】

マクロ的には黄色調充実性腫瘍。ミクロでは類円形の核を有する細胞の極めて密な増殖を認めた。核分裂像は1~2/10HPFs、鍍銀染色ではhistoid patternを呈し、desmin、h-caldesmonが一部に陽性、α-inhibin、α-SMA陽性、脂肪染色でわずかに脂肪滴陽性で、あきらかな腺腔構造や上皮様細胞の索状配列、コーヒー豆様の核のくびれ所見は認めなかった。

【考察】

今回の症例ではMRIT2強調像で均一な中等度高信号で、内部にflow voidも散見されたが、隔壁構造を有する分葉状結節状構造は認めなかった。病理組織所見でも密な細胞増生や血管増生が主であった。

【結語】

術前診断に難渋した、稀な性索間質性腫瘍を経験したので、画像、病理所見と合わせ報告する。

演題番号20

術前診断に苦慮した腺肉腫と顆粒膜細胞腫の重複腫瘍の一例

関西電力病 婦人

勝矢 聡子、芦原 由香、谷和 光、竹森 和正

今回、われわれはその臨床経過より悪性腫瘍を疑うも、術前、診断に苦慮した腺肉腫と顆粒膜細胞腫の重複腫瘍の一例を経験した。

症例は66歳、1経産。63歳時、閉経後出血を主訴にA総合病院受診し、子宮内膜搔破術を施行された。この際、子宮全摘術すすめられるも、拒否し、Bクリニックにて子宮筋腫核出術を施行された。この際の病理診断にて摘出腫瘍は平滑筋腫との結果であった。術後2年、再度不正出血認めるも、放置された。その2ヵ月後、不正出血多量にて救急車にて当科緊急搬送となった。

初診時、E2は軽度上昇しており、約5cm大の腫瘍が子宮頸部より娩出していた。画像上、腫瘍は子宮内腔より発育してした。術前診断のため、腫瘍を捻除するも、病理にては平滑筋腫との診断であった。

左卵巢には充実部分を伴う約7cm大の腫瘍を認めた。

以上より、腹式子宮全摘術、両側付属器摘出術、大網部分切除術施行した。術後病理診断にて腺肉腫と顆粒膜細胞腫の重複腫瘍と診断された。

この症例に関し、若干の文献的考察を含め、報告する。

演題番号21

骨盤壁への浸潤を認めた成人型卵巢顆粒膜細胞腫の一例

香川県立中央病 産婦1)、同 放2)、同 病理3)

藤川 麻衣¹⁾、本郷 淳司¹⁾、渋川 昇平¹⁾、
高田 雅代¹⁾、露木 佳子¹⁾、齋藤 央¹⁾、
米澤 優¹⁾、赤木 史郎²⁾、井原 弘貴²⁾、
中村 聡子³⁾、間野 正平³⁾

顆粒膜細胞腫は精索間質系の卵巢腫瘍で、一般には境界悪性腫瘍に分類される。頻度は悪性卵巢腫瘍の2~5%と稀な腫瘍で、成人型が95%、若年型が5%と報告されている。ほぼ90%以上がI期であり、SEER ProgramによるとI,II期の5年生存率は95%と良好だが、III期以上では59%と不良になる。今回、急速に増大し、小骨盤壁への直接浸潤を認めた成人型顆粒膜細胞腫症例を経験したので報告する。症例は40歳、3経妊2経産。2年前に鶏卵大の子宮筋腫を指摘されていたが、増大傾向にて当院紹介初診となる。初診時、子宮は超手拳大で、体部後壁に90x77mmの変性筋腫様腫瘍を認めるが、左卵巢は確認出来ず卵巢腫瘍も疑われた。月経は整順、腫瘍マーカーはCA125 125U/mlと上昇を認めた。画像検査では充実部と一部嚢胞状を示す腫瘍で充実部の一部は拡散強調画像で高信号を示し、血流分布からも左卵巢癌を疑われた。リンパ節腫大は認めなかった。初診より24日目に開腹したが、その間に腫瘍は160x130mmと急速に増大していた。被膜破綻はないが、腫瘍の一部は小骨盤壁に直接浸潤していた。単純子宮全摘+両側付属器切除、浸潤部周囲の腹膜除去術を施行した。摘出物断面は黄白色の充実性腫瘍で、胚細胞腫瘍の可能性も考慮し、閉腹した。摘出物の病理では、類円形の異型の乏しい均一な腫瘍細胞の蜂巢状~索状の増殖を認め、Call-Exner bodyも多数認められた。小細胞癌との鑑別のため、keratin AE1/AE3, CD56, chromogranin A, synaptophysinの免疫組織染色を行ったが、CD56以外はすべて陰性で顆粒膜細胞腫の病理診断となった。また病理学的にも小骨盤部への浸潤が見られ、その部位では核分裂像が著明であった。腹腔洗浄液の細胞診は陰性で、進行期は小骨盤内の浸潤のためIIb期(pT2bpNx(0)pM0)と診断した。再発リスクを考慮し、術後療法としてBEP療法を行ったが、day 1のエトポシドにて薬疹出現したため中止し、レジメンをPVBに変更して3コースを施行、現在外来にて嚴重フォローアップ中である。

演題番号22

鼠径ヘルニア嵌頓を生じた卵巢Sertoli細胞腫の1例

石川県立中央病 放診1)、同 産婦2)、
同 病理診断3)

片桐 亜矢子¹⁾、宇野 幸子¹⁾、南 麻紀子¹⁾、
小林 健¹⁾、篠倉 千早²⁾、松山 純²⁾、
平吹 信弥²⁾、丹羽 秀樹³⁾、車谷 宏³⁾

Sertoli間質細胞腫瘍は性索間質腫瘍に含まれるまれな腫瘍であり、その75%が30歳以下に発生し、50歳以上での頻度は10%以下である。われわれは、鼠径ヘルニア嵌頓を生じたセルトリ細胞腫の1例を経験したので報告する。

症例は、95歳女性。約35年前から左下腹部の腫瘍を自覚していたが、当初は2cm程度であった。徐々に増大し、当院来院の1年4ヶ月前に前医を受診、腫瘍を指摘されるも本人・家族の意向で経過観察となっていた。さらに増大し、腰痛や歩行困難などADLに支障を来すようになったため、切除目的に当院消化器外科へ紹介受診となった。身体所見では、左下腹部に小児頭大の腫瘍を認めるが、自発痛や圧痛は認めない。初経15歳、閉経50歳、0経妊0経産。

CTにて左鼠径部~下腹壁に径16cmの腫瘍を認め、内部には石灰化を伴っていた。造影後は不均一に濃染、腫瘍に連続する拡張した動静脈がみられ、動脈は左腎動脈のやや頭側で直接腹部大動脈より分岐しており、静脈は左腎静脈へと合流していた。CTでの栄養血管の走行より左卵巢腫瘍の鼠径ヘルニアと考えられたため、産婦人科に紹介となった。転科後にMRIを施行、腫瘍はT1強調像で筋肉よりやや高信号、T2WIでは不均一な低~高信号の多結節が癒合したような充実性腫瘍を示した。

手術時、まず内視鏡で骨盤内を観察すると、左卵巢腫瘍は左鼠径管に入り込み陥頓、左骨盤漏斗韧带、円韧带も鼠径管に引き込まれていた。右卵巢は異常なく、子宮は委縮し痕跡程度であった。腫瘍上の皮膚を切開してヘルニア嚢を剥離し腫瘍を摘出、ヘルニア門をメッシュで補強し閉鎖した。

病理組織では硝子化を伴う線維結合織内に、腫瘍細胞が小胞巣状、索状、一部腺腔状を呈して増殖していた。腫瘍細胞の核には異型は目立たず、 α -Inhibin、CD56陽性であった。明らかなLeydig細胞は確認できず、Sertoli細胞腫瘍と診断された。

演題番号23

成熟嚢胞性奇形腫が腹腔内遊離体となった一例

京都桂病 放1)、同 産婦2)

濱田 彩¹⁾、森島 裕策¹⁾、山岡 利成¹⁾、
江本 郁子²⁾、藤井 剛²⁾

30代女性。早朝に下腹部痛を認め、近医を受診。同医院にて上腹部及び下腹部に腫瘤を認め、婦人科疾患疑いにて当院救急受診となった。血液検査ではCA19-9の軽度高値が見られた他特記すべき所見は見られなかった。他院CTでは子宮右側に2つの嚢胞性腫瘤と肝下面に嚢胞性腫瘤が見られた。いずれにも内部に脂肪成分と石灰化が見られ両側卵巣由来の成熟嚢胞性奇形腫と由来不明の奇形腫が疑われた。当院3D-CTA(冠状断)では子宮右側に見られた3cm及び11cmの脂肪成分及び石灰化を伴う嚢胞性腫瘤が右卵巣静脈と連続するのが確認され、いずれも右卵巣由来の成熟嚢胞性奇形腫と考えられた。また両者の間に卵巣間質様の小嚢胞を含む充実部が存在し、造影効果に乏しいことから捻転が疑われた。肝下面の11cm程度の石灰化及びhair ball様の充実部を含む腫瘤については卵巣との連続性が見られなかった。

右卵巣由来の成熟嚢胞性奇形腫の捻転が疑われたことから開腹下右卵巣腫瘍摘出術が施行された。術中所見では右卵巣腫瘍は2胞性腫瘤が一塊となっており靱帯が反時計まわりに2回転捻転していたため、温存困難と判断し摘出した。肝下面の腫瘤については可動性あり、組織に付着せず遊離している状態であったためそのまま手動的に摘出された。明らかな左付属器は確認できなかったが、円靱帯付近に線維性組織が見られ、先端に白色組織を認めたため左卵巣と考えられた。遊離していた腫瘤については左卵巣由来の成熟嚢胞性奇形腫であり壊死及び脱落后、遊走した状態と考えられた。以上より最終的に右卵巣由来の成熟嚢胞性奇形腫の捻転及び左卵巣由来の成熟嚢胞性奇形腫の捻転・脱落と診断された。

今回の症例において3つの腫瘍の由来が問題となったが、造影CTにて卵巣動静脈を把握し、腫瘍の血管支配や卵巣の位置を同定することにより正確な診断にたどり着くと思われる。最後に腹腔内遊離体について腹膜垂が最も多く知られているが、その他、いずれも少数ながら有茎性の子宮筋腫の壊死・脱落、卵管流産時の血塊が浮遊したもの、また石灰化したリンパ節が脱落したもの、消化管穿孔後に外来性異物を核に発育したもの、今回の症例のように卵巣腫瘍が脱落したものが報告されている。

演題番号24

非典型的な画像所見を呈した両側成熟嚢胞性奇形腫の2症例

聖マリアンナ医大 産婦1)、同 放2)

遠藤 拓¹⁾、近藤 春裕¹⁾、阿部 恭子¹⁾、
遠見 才希子¹⁾、朱 丞華¹⁾、中川 侑子¹⁾、
遠藤 紫乃¹⁾、吉田 彩子¹⁾、近藤 亜未¹⁾、
津田 千春¹⁾、大原 樹¹⁾、戸澤 晃子¹⁾、
鈴木 直¹⁾、中島 康雄²⁾

緒言 急性腹症の一つに卵巣腫瘍の茎捻転があげられる。一般に、茎捻転が疑われる症例では、画像診断と本人の症状等を総合的に判断し、手術の適応について検討される。今回、我々は急性腹症にて当院受診するも、画像診断で明らかな茎捻転は示唆できず、また痛みも軽快したため、待機的に手術を行った成熟嚢胞性奇形腫の症例を経験したので報告する。

症例1 47歳。0経妊0経産。下腹部痛を主訴に近医受診。精査の結果10cm大の左卵巣腫瘍茎捻転が疑われた。身長150cm、体重140kg (BMI 60kg/m²)の高度肥満であり、さらに拡張型心筋症による心機能低下を合併していたため手術のリスクが高いと判断し、また臨床症状も落ち着いていたため経過観察とした。腹部CTによる経時的な画像診断を施行した結果、卵巣腫瘍の位置が右上腹部から左上腹部に移動しており、大網成熟嚢胞性奇形腫の可能性も示唆された。その後、体重が77kg (BMI 34kg/m²)まで減量し、心機能も改善したため手術を施行した。新生児頭大に腫大した左卵巣は右上腹部に移動し、一部大網と癒着していたが、大網からの血流は認められなかった。固有卵巣靱帯は自己切断され、左卵巣提索は捻転し約30cmの長さに過伸張していた。最終病理組織診断は成熟嚢胞性奇形腫であった。

症例2 53歳。1経妊1経産。数日前から続く下腹部痛を主訴に近医内科を受診。左側腹部に腫瘍を認め、当院、外科に紹介となる。来院後の造影CT検査で、骨盤腔内と左腸骨窩に約50mm大の石灰化を伴う腫瘤認め、婦人科依頼となる。骨盤内の腫瘍は卵巣成熟嚢胞性奇形腫を疑うも、左腸骨窩の腫瘍は位置的に他疾患との鑑別が必要と思われた。患者の症状も来院後、軽快傾向にあり、待機的手術の方針となった。後日、腹腔鏡下手術を行ったところ、右卵巣は骨盤内にあり、左卵巣は左腸骨窩に強固に癒着していた。痛みの原因は捻転ではなく、左卵巣の周囲の癒着により引き起こされたと考えられた。診断は両側卵巣成熟嚢胞性奇形腫であった。

結論 今回、我々は卵巣提索が過進展した症例と、癒着により卵巣腫瘍が骨盤腔外に認められた症例を経験した。卵巣腫瘍は骨盤腔内以外に存在することも多く、経腔超音波にて診断不可能の症例も認められる。さらに大網成熟嚢胞性奇形腫との鑑別を考えなくてはならないため複数の画像検査を組み合わせる必要があると思われる。

演題番号25

成熟嚢胞性奇形腫に甲状腺性カルチノイドを合併した一例

聖路加国際病 放1)、
東京北社会保険病 放2)

谷尾 宜子¹⁾、田村 綾子²⁾、赤池 源介¹⁾、
堀内 沙矢¹⁾、森田 有香¹⁾、植田 琢也¹⁾、
齋田 幸久¹⁾

症例は39歳女性。他院にて左卵巢のdermoid cystを指摘され当院紹介受診となった。症状は特になく、腫瘍マーカーはCEA, AFP, CA19-9, CA125, SCC抗原のいずれも正常範囲であった。MRIで左付属器領域に約5cmの境界明瞭な嚢胞性腫瘍があり、T1強調像、T2強調像で高信号、脂肪抑制画像で信号の低下を認め脂肪を含む腫瘍であった。腫瘍の背側部分に約2.5cmの分葉状を呈する充実成分が認められ、T1強調像、T2強調像で軽度低信号、拡散強調像では高信号を示し、造影では緩徐に造影された。

以上から、成熟嚢胞性奇形腫があり、充実成分はカルチノイドや甲状腺腫、あるいは線維腫や莢膜線維腫、成熟嚢胞性奇形腫の悪性転化などを鑑別として考えた。腹腔鏡補助下左付属器切除術が施行された。

病理肉眼像では左卵巢に泥状の内容液を含む嚢胞成分があり、内部に境界明瞭な黄灰白色充実性結節を認めた。病理組織像では嚢胞成分内に皮膚・付属器、繊毛円柱上皮、脂肪成分を認め未熟な成分は認められなかった。充実成分は甲状腺濾胞に類似する構造と小細胞形細胞がリボン状、索状、充実性に増殖する像が混在して認められた。以上より成熟奇形腫および甲状腺性カルチノイドの診断に至った。

甲状腺性カルチノイドは稀な腫瘍であり、低悪性度で予後は概ね良好であると報告されている。画像所見のまとまった報告は少ないが、成熟嚢胞性奇形腫に随伴することも多く、充実成分はT2強調像で低信号を示すこと、充実成分が濃染することが報告されている。

画像所見と病理所見をあわせ、文献的考察を加えて報告する。

演題番号26

Sister Mary Joseph's Noduleにより発見された卵巢成熟嚢胞奇形腫悪性転化の1症例

神戸大 産婦1)、同 放2)、同 病理診断3)

内田 明子¹⁾、牧原 夏子¹⁾、今福 仁美¹⁾、
生橋 義之¹⁾、宮原 義也¹⁾、中林 幸士¹⁾、
蝦名 康彦¹⁾、山田 秀人¹⁾、上野 嘉子²⁾、
北島 一宏²⁾、前田 哲雄²⁾、川上 史³⁾、
伊藤 智雄³⁾

【はじめに】臍転移性腫瘍(Sister Mary Joseph's nodule : SMJN)の原発巣の頻度は日本や海外の報告において、胃癌が20%~38%、大腸癌が12%~15%、膵癌11%~15%、卵巢癌13%である。いずれの報告においても胃癌が最も多く、大腸癌や膵癌および卵巢癌によるものはほぼ同じ割合を占めている。また、卵巢成熟奇形腫は全卵巢腫瘍の10-20%を占める腫瘍であり、悪性転化を来す例は1-2%、悪性転化する組織型としては扁平上皮癌が80%と最も多く、ついで腺癌を認める事が多いとされている。今回我々はSMJNにより発見された卵巢成熟嚢胞奇形腫悪性転化の稀な1症例を経験した。

【症例】68歳、5経妊3経産。約4ヵ月前より臍部の硬結を自覚し、徐々に増加してきたため皮膚科を受診し、皮膚生検の病理組織学的検討では皮膚有棘細胞癌と診断された。全身検索のため施行された腹部単純CTで卵巢腫瘍が疑われて当科紹介となった。腫瘍マーカーは血清SCCが2.0ng/mlと上昇、またCEAも9.7ng/mlと上昇していた。腹部単純CTでは、内部が比較的均一で一部に充実成分を含んだ17cm大の単房性の卵巢腫瘍を認め、骨盤の造影MRIで臍部の腫瘍は造影効果を認めた。また、骨盤MRIにて、卵巢に10.5×13.5×17cm大の表面平滑で周囲組織と境界明瞭な腫瘍を認め、内部はT1強調像で低信号、T2強調像で高信号を示した。この所見より、脂肪成分に乏しい奇形腫か、変性した線維腫などが疑われた。以上より術前診断としては、原発性皮膚癌および卵巢良性腫瘍と考えられ、開腹手術施行となった。しかし、術中に臍部の腫瘍とともに行った卵巢嚢腫の摘出標本で迅速病理診断にて悪性と診断、S状結腸漿膜面に肉眼的に播種巣を認めたため、腹式単純子宮全摘術+両側付属器切除術+大網切除術+S状結腸切除術を施行した。最終的に、右卵巢成熟嚢胞奇形腫の悪性転化とそれに伴うSMJNと診断した。術後維持化学療法を施行し、約2年寛解を維持している。

【考察】臍部の悪性腫瘍と、卵巢腫瘍が併存し、年齢・血清SCC値・腫瘍径等から卵巢悪性腫瘍の可能性が考慮された場合には、卵巢癌のSMJNを考慮する必要がある。

演題番号27

急速増大をきたした卵巣未熟奇形腫の1例

名古屋市立大 放¹⁾、同 産婦²⁾

犬飼 遼¹⁾、上嶋 佑樹¹⁾、長澤 万惟子¹⁾、
河合 辰哉¹⁾、竹内 充¹⁾、芝本 雄太¹⁾、
西川 隆太郎²⁾、西川 博²⁾、荒川 敦²⁾

26歳女性。下腹部膨隆を自覚し当院を紹介受診。US、CT、MRIにて骨盤内に12x9x10cm大の嚢胞性腫瘍を認め、辺縁部には脂肪成分や石灰化、一部充実性成分を伴う多房状嚢胞構造が認められた。卵巣成熟嚢胞性奇形腫と診断され待機的手術予定であったが、1ヶ月の経過で下腹部の膨隆が増大したため、緊急手術となった。術前MRIでは、腫瘍は嚢胞内液体成分を主体に増加しており15x11x18cm大に増大していた。充実性成分に明らかな増大は見られなかった。術中病理では成熟嚢胞性奇形腫の診断であったが、永久組織標本では未熟神経組織が確認され未熟奇形腫grade 1と診断された。未熟奇形腫は、稀な疾患であるが妊娠可能な若年女性に発症することから臨床上問題となる。治療は悪性腫瘍に準じたものであり、早期診断し、手術を行うことが重要である。しかし、未熟奇形腫を診断することは必ずしも容易ではない。最終診断は病理所見になるが、術中病理診断では未熟奇形腫を診断できないことも多い。今回我々は、成熟嚢胞性奇形腫と比較を行いながら、画像診断を中心に未熟奇形腫の特徴を検討した。画像所見以外の特徴としては、未熟奇形腫は好発年齢が20歳弱であり、50%の症例で腫瘍マーカーAFPが軽度上昇することが知られている。通常、片側発生であり、両側に同時発生することは稀である。また、成熟嚢胞性奇形腫の既往があると罹患率が増え、未熟奇形腫の既往があると対側にも発症する確率が増大する。一方、成熟嚢胞性奇形腫は生殖年齢以上の全年齢に発症し、特異的な血液マーカーは存在しない。両側卵巣に同時に発生することも稀ではない。画像所見としては、卵巣に充実性および嚢胞性の腫瘍を形成し、内部に石灰化や脂肪を含んでいることは共通している。未熟奇形腫では、一般的に腫瘍径が大きく、充実成分が中心である。また、内部の脂肪や石灰化は、腫瘍内部に散在性の分布を示す。一方、成熟嚢胞性奇形腫は腫瘍径が小さく、嚢胞成分が主体で、充実成分が一部見られる程度にとどまる。このような違いに十分留意して、未熟奇形腫を総合的に判断することが重要である。

演題番号28

当科で診療した未熟奇形腫の2例 —術前のMRI画像診断の有用性について—

奈良県立医大 産婦

中村 春樹、今中 聖悟、森岡 佐知子、
伊東 史学、棚瀬 康仁、春田 祥治、金山 清二、
川口 龍二、吉田 昭三、古川 直人、大井 豪一、
小林 浩

卵巣の胚細胞性腫瘍は10代から20代の若年者層に好発する腫瘍で、多くは良性であり妊孕性を考慮して腫瘍核出術が行われることが多い。しかし、術後に境界悪性あるいは悪性腫瘍と診断される症例にも遭遇するため、術前に十分に鑑別しておく必要がある。術前の画像診断にて未熟奇形腫を疑診し治療を行った2例を経験したので報告する。

症例1：27歳、0経妊0経産。腰痛と便秘症を主訴として近医を受診したところ、骨盤内に長径15cmの嚢胞性腫瘍を指摘され、MRIにて卵巣粘液腺癌が疑われたため当科紹介となった。当院で前医のMRI画像を再度検討したところ内部の充実性成分が特徴的な嚢胞を伴うscatter様の脂肪分布を認め、未熟奇形腫と術前診断した。開腹し片側付属器切除術を施行、摘出標本の病理組織検査で未熟奇形腫grade 2の診断であった。卵巣未熟奇形腫Ia期と診断し、術後にGnRHa療法を併用の上でBEP療法を3コース施行した。治療後に月経は再開し、治療後9か月で再発なく経過している。

症例2：29歳、1経妊1経産。2か月前より腹部膨満感を自覚し、腹部腫瘍を触知するようになったため当科を受診した。触診では腹腔内を占拠する巨大な嚢胞性腫瘍を認め、MRIにて内部に造影効果を伴う充実成分と散在する脂肪織を認め未熟奇形腫と術前診断した。開腹術を行ったところ左卵巣が成人頭大に腫大しており、一部は被膜破綻していた。ダグラス窩腹膜には小指頭大の軟病腫瘍を認め、片側付属器切除術を施行し腹膜病変も切除した。病理組織検査で卵巣腫瘍は未熟奇形腫grade 2で、腹膜病変は未熟成分を伴わない腹膜インプラントであった。卵巣未熟奇形腫Ic期と診断し、GnRHa療法併用でBEP療法を3コース施行した。現在治療後8か月で、月経は再開し再発なく経過している。

演題番号29

術前にFDG-PET/CTを施行した
卵巣甲状腺腫の2例

住友病 放¹⁾、同 婦人²⁾、同 病理³⁾

杉原 良¹⁾、国富 美佐¹⁾、小林 貴子¹⁾、
山本 浩詞¹⁾、鮫島 義弘²⁾、金 美娘²⁾、
藤田 茂樹³⁾

卵巣甲状腺腫は卵巣胚細胞腫瘍のひとつで、組織の多くを甲状腺組織が占める腫瘍である。発生頻度は全卵巣腫瘍中の0.5～1%、胚細胞性腫瘍中の4%という、稀な疾患である。

MRIなどの画像検査では充実部分を伴う多房性嚢胞性腫瘤として描出されることが多く、嚢胞内容はT1強調像・T2強調像ともにさまざまな信号を呈するという、いわゆるstained-glass appearanceを示す腫瘍のひとつである。腫瘍内に含まれるヨードが単純CTで高吸収を示すとされるが、造影剤での増強効果をもった充実性成分を含むなど、悪性嚢胞性腫瘍の特徴とも類似しており、画像診断が難しい。また生理検査においても、特異的な腫瘍マーカーがなく、甲状腺機能亢進症を示す頻度も5～8%と低いため、術前に診断できない場合もある。

今回、甲状腺機能亢進を伴わない卵巣腫瘍を認め、MRIあるいはCTでよく造影される充実性成分を伴っていたため卵巣癌の可能性があるととして当院婦人科を受診し、FDG-PET/CTを追加撮像して卵巣甲状腺腫の可能性を指摘することができた2症例について報告する。

演題番号30

腔を占拠し急速増大した近位型類上皮肉腫の一例

久留米大 放¹⁾、同 病理²⁾、同 産婦³⁾
角 明子¹⁾・²⁾、真田 咲子²⁾、内田 政史¹⁾、
秋葉 純²⁾、長田 周治¹⁾、嘉村 敏治³⁾、
矢野 博久²⁾、安倍 等思¹⁾

症例は50代女性、無尿と便秘を主訴に近医を受診した。精査にて腔を占拠する巨大な腫瘍を認め、骨盤内リンパ節も著明に腫大していた。腫瘍にて両側尿管は圧排閉塞され、腎後性腎不全を来した状態と考えられた。精査加療目的に当院産婦人科に紹介受診となるも腫瘍は急速に増大し、腫瘍内壊死に感染が加わり、最終的には敗血症より血管内凝固症候群をきたし死亡した。病理解剖を行い、腔原発近位型類上皮肉腫と診断した。

類上皮肉腫は比較的まれな間葉系軟部悪性腫瘍で、若年成人の四肢に多く発生する遠位型（古典型）と30-50代成人の体幹部に好発しaggressiveな性状を呈する筋位型の二つの組織亜型がある。本症例では、腫瘍内に壊死が多くみられるも肉芽腫様の形態は呈さず、また細胞は大型な上皮様の形態で、ラドイド細胞もみられ、筋位型類上皮肉腫の像であった。腔原発類上皮肉腫は非常に稀で、画像所見の報告はほとんどみられない。

今回、腔原発の筋位型類上皮肉腫の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。

演題番号31

腔原発の乳児yolk sac tumorの1例

島根大 放¹⁾、同 小児²⁾、同 病理診断³⁾
河原 愛子¹⁾、吉田 理佳¹⁾、丸山 光也¹⁾、
荒木 久寿¹⁾、勝部 敬¹⁾、山本 伸子¹⁾、
中村 友則¹⁾、福庭 栄治¹⁾、中村 恩¹⁾、
吉廻 毅¹⁾、北垣 一¹⁾、山口 清次²⁾、
荒木 亜寿香³⁾

8ヶ月女児。周産期歴、既往歴に特記事項なし。頻回にオムツ内に出血を認め前医を受診。尿検査で異常なく、不正性器出血が疑われた。血液生化学検査ではsIL-2Rが1491 U/mLと高値であったがその他に異常所見は認めなかった。腹部超音波検査では骨盤正中に30mm大の内部エコー不均一な腫瘍を認めた。腹部造影CT検査では膀胱背側に比較的境界明瞭で造影効果顕著な充実性腫瘍を認めた。遠隔転移は認めなかった。骨盤部造影MRIでは骨盤正中に33×30×51mm大の境界明瞭な充実性腫瘍を認め、T1強調像で低信号、T2強調像で内部不均一な高信号であった。T2強調像で外子宮口の高さよりも尾側で、右腔壁の外側に多数のフローボイドを認め、腔壁を越えて腫瘍への流入が疑われた。拡散強調像では腫瘍に一致して異常高信号を示し、ADC値は軽度低下を示した。Gd造影早期から不均一な造影効果を認めた。腫瘍頭部に正常子宮構造を認め、画像所見からは腔原発の横紋筋肉腫が疑われた。

開腹生検では、腫瘍は腔付近に発生しており、両側卵管卵巣は正常で周囲臓器との癒着は認めなかった。病理検査結果で腔原発のyolk sac tumorと判明しPEB療法(CDDP+VP16+BLM)を開始された。生検後の血液検査では α -fetoprotein (AFP) 値は4561ng/mLと高値を認めた。PEB療法4クール終了時点の骨盤部MRIでは腫瘍は10×12×18mm大と縮小しており、AFPは陰性化を認めた。yolk sac tumorのうち腔原発は3-8%であり、ほぼ3歳以下の小児に生じるとされている。これまでに約100例の報告があり、AFP値上昇が必発である。小児の性器出血をきたす腔原発腫瘍のうち、yolk sac tumorも鑑別の一つに挙げる必要があると考える。若干の文献的考察を加えて報告する。

演題番号32

後膣円蓋部に発育した子宮頸部すりガラス細胞癌Glassy cell carcinomaの1例

済生会京都府病 産婦

渡邊 愛、清水 美代、竹原 也恵、加藤 淑子

すりガラス細胞癌Glassy cell carcinomaは低分化なadenosquamous carcinomaの特殊型で、最も分化度の低いものに分類され、全子宮頸癌の1~2%と稀な疾患といえる。今回、我々は、後膣円蓋部に発育し、子宮頸癌か膣癌か診断に苦慮したすりガラス細胞癌を経験したので報告する。症例は37歳。2経妊2経産、既往歴として25歳時卵巣出血のため開腹手術、35歳よりBasedow diseaseにてチウラジール9錠/日の治療中であった。平成25年4月9日、3月ごろよりの性交後出血、排便痛、下腹痛を主訴に近医受診。子宮頸部後方に腫瘍を疑うが、易出血性であるとの紹介状を持参し当院初診。初診時、出血持続しており、膣鏡にて腫瘍及び出血点を確認しようとするも困難で、ホルムガーゼで圧迫止血し、MRIを施行。MRIにて子宮頸部もしくは膣に、ダグラス窩に突出するような約5 x 3.5 cmの腫瘍を確認した。再度診察、後膣円蓋部に出血を伴うポリープ様病変を一部確認できるのみであった。カラードップラーエコーにて血流が豊富であることが疑われ、組織診はせず、細胞診のみ施行した。細胞診ではadenocarcinomaを疑われ、下腹痛とCRP 1.76mg/dlのため、入院し抗生物質投与を行った。コルポ診ではW1+P1とCINII程度の所見であり、子宮膣部には明らかな腫瘍性変化は認められなかった。この際も出血が多く組織診はできなかった。CA125 < 8.0 U/ml、SCC 1.2 ng/ml、CA19-9 16.4U/mlと腫瘍マーカーの上昇は認められなかったが、PET-CT陽性で悪性腫瘍が疑われた。炎症が治まってからの手術方向とし、自己血貯血を1200ml行った。5月14日広汎子宮全摘出術及び骨盤リンパ節郭清、左付属器切除、右卵管切除を施行した。BMI35とobesityがあり、手術操作が困難であったため、腫瘍の途中で子宮とともに切除、残りの腫瘍をさらに切除する形になった。手術時間は8時間2分、出血量1356gであった。ダグラスの腫瘍は直腸の漿膜面まで浸潤していたが筋層浸潤はないと思われた。病理の結果はGlassy cell carcinoma、N(-)、margin(+)、子宮頸部の一部に腫瘍組織を認め、子宮頸部より発生した腫瘍が、膣の方へ発育したと考えられた。現在は術後補助療法として全骨盤部放射線療法を行っている。今回、我々は膣癌との鑑別診断に苦慮した子宮頸部すりガラス細胞癌Glassy cell carcinomaを経験した。コルポ診で明らかな所見が認められないということが本組織の特徴の一つであり、◆回も同様であった点が術前に診断可能であった可能性もあると反省し、頻度的に多くない疾患を診断することができるように今後も努力したいと考えている。

演題番号33

両側卵巣転移で発見され、atypical lobular endocervical hyperplasiaとの関連性が疑われた子宮頸部粘液性腺癌の1例

富山県立中央病 放診1)、同 産婦2)、
同 病理診断3)

阿保 斉¹⁾、松井 謙¹⁾、望月 健太郎¹⁾、
出町 洋¹⁾、小幡 武司²⁾、中野 隆²⁾、
三川 あかね³⁾、石澤 伸³⁾

神戸大学附属病院産婦症例は38歳、2経妊2経産（いずれも帝王切開）。200X-1年9月頃より下腹部膨隆を自覚し、徐々に増悪。200X-1年12月に前医を受診し、骨盤内腫瘍を指摘され、当院産婦人科を紹介受診。MRIでは骨盤内にそれぞれ137mm大、118mm大のいずれも境界明瞭で卵円形の多房性嚢胞性腫瘍を認めた。各房の信号強度はT1強調画像低信号～淡い高信号、T2強調画像では高信号～著明高信号を示し、いわゆるstained glass patternを呈していた。腫瘍の辺縁部及び内部隔壁は薄く平滑に増強されているが、明らかな充実部は認めなかった。一方、子宮頸部には複数の小嚢胞が集簇したような領域を認め、造影にて内部は増強されないが、辺縁部及び嚢胞間の構造は線状に増強されていた。頸部擦過細胞診ではclassIII、子宮頸部パンチ生検では、粘液性腺癌と診断された。上下部消化管内視鏡では、腫瘍性病変は認められなかった。また、FDG-PET-CTでは、多房性嚢胞性腫瘍の辺縁部にごく淡いFDG集積を認めたが、頸部及び他臓器には明らかな異常集積は認められなかった。術前診断に苦慮したが、子宮頸部の最小偏倚腺癌及び両側付属器転移を疑い、200X年1月に広汎子宮全摘術+両側付属器切除+骨盤リンパ節郭清+虫垂切除を施行した。肉眼的に、子宮頸部腫瘍は明瞭な腫瘍を形成せずに散在性に広がっていたが、病理組織学的には、頸部の内頸部型粘液性腺癌（免疫組織学的にはp-53陽性、Muc-6陽性）の所見であり、体部及び膣への浸潤、両側卵巣、大網、所属リンパ節転が認められ、pT2a2, pN1, pM1 [PER], pStage IVB(UICC-TNM7)と診断された。一方、内頸部の背側には粘液豊富な分葉状腺管の集簇がみられ、全体で3cm弱の腫瘍を形成しており、lobular endocervical hyperplasia; LEGHと考えられた。一部の異型の増強した部分では、前述の浸潤性腺癌に移行するような像もみられたことから、頸部腺癌とLEGHとの関連性が示唆された。

演題番号34

子宮体癌と鑑別が困難であった子宮頸部最少偏倚型粘液性腺癌の1例

大阪市立大 産婦

西居 由布子、福田 武史、橋口 裕紀、
松本 佳也、市村 友季、安井 智代、角 俊幸、
石河 修

子宮頸部最少偏倚型粘液性腺癌は頸部腺癌全体の1-3%を占める超高分化型の粘液性腺癌であり、臨床的には水様性帯下を特徴とし、MRIあるいはCTにて描出される頸部の多嚢胞性病変を特徴とする。今回我々は子宮体癌と鑑別が困難であった、子宮頸部最少偏倚型粘液性腺癌の1例を経験したので報告する。症例は65歳、2経妊0経産。特記すべき合併症は認めず。不正出血を主訴に前医を受診し、経腔エコーにて骨盤内の嚢胞性病変、腹水貯留を認めたため精査加療目的に当科紹介となった。当科初診時の子宮頸部細胞診は異常を認めず、子宮内膜組織診にて類内膜腺癌Grade1が疑われた。骨盤MRIにて、子宮腔内にT2強調画像で淡い高信号を呈する不整形の腫瘍性病変を認め、拡散強調画像において一部高信号を呈し、ADC値の低下を認めた。子宮左側に分葉状の、T2強調画像にて高信号、T1強調画像にて低信号を呈する嚢胞性病変を認めたが、筋層内に子宮筋腫を複数個認めていたことから変性筋腫の可能性を指摘された。また、腹水貯留を認め、ダグラス窩には微小な結節を認め、腹膜播種の可能性も指摘された。子宮内膜組織診の結果及びMRI画像より子宮体癌と診断し開腹手術を行った。腹腔内に淡黄色、粘液性の腹水を大量に認め、多数の腹膜播種性病変を認めた。子宮は鷲卵大で、両側付属器は委縮していた。単純子宮全摘術、両側付属器摘出術を行った。腫瘍は子宮頸部中心に存在し、摘出の際に一部崩壊した。また術前のCTで左鎖骨上窩リンパ節腫大を指摘されており、手術の際に生検を行った。術後摘出標本の病理検査にて子宮頸部最少偏倚型粘液性腺癌と診断され、子宮体部浸潤、左付属器転移、腹膜転移、左鎖骨上窩リンパ節転移を認めた。以上より子宮頸癌IVB期(最少偏倚型粘液性腺癌)と診断し、現在術後補助療法として化学療法(CDDP+CPT11)を施行中である。

演題番号35

子宮頸部原発large cell neuroendocrine carcinoma (LCNEC) の3例

兵庫県立がんセンター(放診1)、同 婦人2)、同 病理3)

松井 律夫¹⁾、竹中 大祐¹⁾、橋本 知久¹⁾、
安部 能崇¹⁾、中林 美日¹⁾、山崎 晴菜¹⁾、
足立 秀治¹⁾、藤原 潔²⁾、梶本 和義³⁾

子宮頸部原発large cell neuroendocrine carcinoma (LCNEC) はまれな腫瘍であるが3例の切除症例の画像について検討した。いずれも術前の組織診でNECは疑われていた。症例①34歳、8×4.8cm、pT2a2N0、頸部から腔腔内に全周性に突出していた。症例②32歳、5×5×2cm、pT1b2N1、前唇を中心に腔腔内に突出していた。①、②はT2WIでは正常頸部間質より極軽度高信号で均一な信号を呈し、拡散強調画像でも高信号であった。dynamic studyにおいて早期から染まりが悪く、平衡相で正常組織との間に明瞭なコントラストがついた。PETでのSUVmaxは①10.86、②12.06であった。症例③41歳、pT2aN0、20×12×9mmの小さな腫瘍でT2WIでは高信号で明瞭であったが、dynamic studyにおいては正常の頸部間質の染まりが悪いためか腫瘍はわかりにくかった。SUVmaxは4.75であった。①、②の症例からはdynamic studyの染まりのパターンが他の組織型と比較し、特徴的である可能性があると考えられた。

演題番号36

**serous adenocarcinoma を
合併したlobular endocervical
glandular hyperplasia
(LEGH)の1例**

信州大 画像1)、同 産婦2)

伊奈 廣信¹⁾、大彌 歩¹⁾、藤永 康成¹⁾、
上田 和彦¹⁾、角谷 眞澄¹⁾、宮本 強²⁾、
塩沢 丹里²⁾

症例は60歳代、女性。約2年前に少量の性器出血を主訴に近医産婦人科受診し、子宮頸部に2cm大の嚢胞を指摘された。その後は出血を認めなかったが、1年後再び少量の性器出血があり細胞診が施行されたが良性と診断され経過観察となった。2か月前、1週間に渡り中等量の出血が続いたため前医で細胞診が再度施行され悪性と診断されたため当院産科婦人科紹介となった。来院時、血液腫瘍マーカーはAFP、CEA、CA19-9、CA125、SCCいずれも正常範囲内であった。MRIでは子宮頸部内子宮口付近に、T2強調像にて著明な高信号、T1強調像にて低信号の境界明瞭な嚢胞性病変を複数認めた。深部には比較的大型の嚢胞が存在し、内膜直下に小嚢胞の集簇を認めた。また嚢胞間はT2強調像で軽度高信号を呈し、同部位は造影にて濃染することから充実性病変の存在が示唆された。以上の所見から、LEGHが疑われた。しかし、生検にてClassV (adenocarcinoma) と診断されたため、広汎子宮全摘術、両側付属器摘出術および両側骨盤リンパ節郭清が施行された。MRIで指摘した病変部には、組織学的には、胃型粘液を有する腺が約2cmにわたり小葉構造をとって増殖しており、LEGHに相当すると考えられた。しかし、病変の一部には大小不同で、腫大濃染した核を持ち、極性の乱れた異型腺細胞を認め、免疫染色ではP53+、ER-、PgR-、ケラタン硫酸-、HIK1083-であり、serous adenocarcinomaと診断された。RetrospectiveにMRIを再検討すると、同部位は拡散強調像で高信号、ADC mapで低信号を呈しており、悪性腫瘍の合併を示唆する所見として指摘可能であった。LEGHには稀ではあるが癌を合併することがあり、若干の文献的考察を加えて報告する。

演題番号37

術前に内膜症性嚢胞の悪性転化が疑われた成人型顆粒膜細胞腫の1例

聖マリアンナ医大 産婦1)、同 放2)

遠藤 豊英¹⁾、戸澤 晃子¹⁾、朱 丞華¹⁾、
遠藤 紫乃¹⁾、中川 侑子¹⁾、近藤 亜未¹⁾、
吉田 彩子¹⁾、横道 憲幸¹⁾、大原 樹¹⁾、
近藤 春裕¹⁾、宮川 国久²⁾、中島 康博²⁾、
鈴木 直¹⁾、中島 康雄²⁾

顆粒膜細胞腫は、性索間質系腫瘍の境界悪性に分類され、全卵巣腫瘍の約2%以下と稀な腫瘍である。発生年齢や組織像の特徴から若年型、成人型に分類される。今回我々は内膜症性嚢胞で経過観察していたが、経過中にMRI所見が変化し、類内膜腺癌等の内膜症性嚢胞の悪性転化を疑い手術したところ、病理診断にて成人型顆粒膜細胞腫であった症例を経験したので報告する。

症例：41歳、1経妊1経産。既往歴：子宮筋腫。家族歴：特になし。現病歴：2年半前に下腹痛にて外来を受診された。精査の結果、右卵管留血症、子宮筋腫、骨盤内腹膜炎の診断となり保存治療（抗生剤加療のみ）を施行したところ軽快傾向がみられたため、経過観察となった。その後、経過中に再度下腹痛を認めたため、再度精査をしたところ子宮筋腫の増大と右付属器に約7cm大の内部に出血を伴う充実性腫瘍が認められ、悪性卵巣腫瘍の可能性が否定できないことから手術施行の方針となった。手術は右付属切除を施行し、術中迅速診断を行った。結果が顆粒膜細胞腫であったため、単純子宮全摘術、両側付属器切除、大網切除を施行した。進行期はpT1aN0M0, FIGO Ia期であった。

MRI所見：2年半前のMRI所見は、子宮右背側に管腔構造を示す腫瘍性病変を認め、T2強調像で腫瘍内部は高信号、腫瘍辺縁はT2強調像で低信号、T1強調像で高信号、右卵管留血症との診断であった。今回のMRI所見では子宮筋腫の増大に加えて、右付属器の領域に充実性腫瘍の出現と腫瘍内出血が認められた。造影効果もみられたことから新たに発生した腫瘍で悪性腫瘍の可能性が考えられた。

病理組織学所見：肉眼所見では右卵巣腫瘍は充実性で軟、滑面が光沢を伴う黄色腫瘍であり、一部は嚢胞化し、腫瘍内部に出血がみられた。組織学的には、N/C比の高い異型細胞がリボン状に配列していた。コーヒー豆様核溝も散見された。免疫組織化学染色ではインヒピンα陽性、CD99 一部陽性、S-100 陽性、ピメンチン陽性であった。以上より成人型顆粒膜細胞腫の診断となった。

考察：本症例は2年半前からの内膜症性嚢胞、骨盤内炎症の既往があったこと、卵管留血症が認められたことから内膜症性嚢胞の悪性転化の可能性を最も考えた。しかしMRI所見は顆粒膜細胞腫においても「出血や充実性成分を伴う嚢胞性腫瘍」所見を呈する可能性があるため、鑑別診断に挙げるべき疾患であった。

演題番号38

卵巣子宮内膜症性嚢胞の経過観察中に発生した境界悪性類内膜腫瘍の1例

那覇市立病 産婦

平川 誠、金城 淑乃、平良 祐介、池宮 城梢、
當間 敬、渡嘉敷 みどり

はじめに

卵巣子宮内膜症性嚢胞の経過観察中に悪性腫瘍が発生することはよく知られている。多くは明細胞腺癌や類内膜腺癌であり内膜症性嚢胞として手術された卵巣の1-5%に認められると報告されているが境界悪性腫瘍が発生することは稀である。また境界悪性類内膜腫瘍は非常に稀であるが卵巣子宮内膜症性嚢胞や内膜症を並存することが知られている。今回卵巣子宮内膜症性嚢胞の経過観察中に発生した境界悪性類内膜腫瘍の1例を報告する。

症例報告

53歳 経産婦

2006年より左卵巣子宮内膜症性嚢胞の診断にて当院で経過観察が行われており、大きさや性状に変化を認めていなかった。2012年9月の超音波検査で腫瘍の増大と内部に充実成分を認めたためMRIを施行。造影効果を認める充実成分が認められたため卵巣子宮内膜症性嚢胞から発生した悪性腫瘍を疑い2012年10月10日に子宮付属器悪性腫瘍手術を施行。術中迅速病理結果は腺癌であったため手術を完遂した。術後病理検査にて嚢腫内に認めた充実部分はatypical endometrial hyperplasia, complexに類似した組織像で間質浸潤を疑う部位は認められず、境界悪性類内膜腫瘍と診断した。子宮内膜には異常所見を認めなかった。FIGO Ia期の診断となり術後療法なしで経過観察中であるが再発を認めていない。卵巣境界悪性類内膜腫瘍は90%以上が進行期I期であり予後は良好であると報告されている。内膜症性嚢胞や内膜症との合併が約30%と報告されているが実際内膜症の上皮細胞から境界悪性腫瘍が認められることは稀である。若干の文献的考察を加えて報告する。

演題番号39

充実性部分を伴う卵巣チョコレート嚢胞合併妊娠の2例: 画像診断による卵巣チョコレート嚢胞の脱落膜変化と悪性腫瘍の鑑別は可能か?

熊本大 産婦¹⁾、同 放診²⁾

小寺 千聡¹⁾、本原 剛志¹⁾、山口 宗影¹⁾、
高石 清美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⁾、
片淵 秀隆¹⁾

子宮内膜症は生殖年齢女性の約10%に発生することが知られており、近年増加の傾向にある。妊娠中のプロゲステロンの作用によって、卵巣チョコレート嚢胞の嚢胞壁に脱落膜変化が生じた場合、画像診断では同部位が充実性部分として描出されるため、悪性腫瘍との鑑別が困難である症例が存在する。今回、妊娠中に充実性部分を伴う卵巣チョコレート嚢胞に対して手術療法を行い、摘出組織の病理組織学的検査にて卵巣チョコレート嚢胞の脱落膜変化と診断した症例、そして卵巣チョコレート嚢胞から発生した明細胞腺癌と診断した症例を経験したので、両者の各種画像診断について対比し検討した。

症例1は27歳の1回経妊1回経産女性で、妊娠初期に前医で施行された経腔超音波断層法検査にて右側卵巣の嚢胞性腫大が認められた。嚢胞内部に充実性部分がみられたため、妊娠16週4日に当施設へ紹介され受診した。カラードブラ法では、同充実部分の血流は乏しく周囲血管のResistance Index (RI)は0.89と高値を示した。骨盤MRI検査では、50×60mmに腫大した嚢胞性腫瘍の内部に20×25mmの充実性部分がみられ、同部位はT1強調像で低信号、T2強調像で高信号であり、拡散強調像では辺縁部にわずかな拡散制限が認められた。卵巣チョコレート嚢胞の脱落膜変化が第一に考えられたが、悪性腫瘍の可能性も完全には否定できなかったため、妊娠18週6日に開腹術を施行した。開腹所見では、右側子宮付属器領域を中心に強固な癒着がみられ、周囲には暗赤色の脆弱な組織が散在性に認められた。これらの組織および嚢胞内に突出した充実成分の術中迅速病理組織検査では、子宮内膜類似の間質の脱落膜変化と判断されたため、右側卵巣チョコレート嚢胞摘出術を施行した。術後の摘出標本の組織学的診断でも卵巣チョコレート嚢胞の脱落膜変化と診断した。

症例2は31歳の1回経妊未経産女性で、妊娠初期に前医で行われた経腔超音波断層法検査にて右側卵巣に嚢胞性病変がみられ、その内部に充実性部分が認められたため、妊娠15週3日に当施設へ紹介され受診した。カラードブラ法では、充実性部分の血流RIは0.45と比較的低値を示した。骨盤MRI検査では、40×42mmに腫大した嚢胞性腫瘍の内部に20×27mmの充実性部分がみられた。同充実部分はT1強調像で高信号、T2強調像で比較的高信号で、造影効果を伴い、拡散強調像では高信号を呈した。悪性腫瘍の可能性を考え、妊娠17週3日に開腹術を施行した。右側付属器摘出術を施行し、摘出組織の術中迅速病理組織検査で明細胞腺癌と診断された。術後の組織学的診断においても同様であり、産褥1ヶ月で卵巣癌根治術を行った(1a期, pT1aN0M0)。現在、根治術後6ヶ月経過したが再発兆候はみられていない。

妊娠中の卵巣チョコレート嚢胞の脱落膜変化と悪性腫瘍の鑑別において、カラードブラ法やMRIの拡散強調像の有用性が示された。得られた画像所見がどのような組織学的な特徴を反映しているのか、それぞれを対比し判断することが精度の高い鑑別診断を可能にするものと考えられる。

演題番号40

腸管子宮内膜症に対するCT colonographyの有用性について

九州医療セ 放¹⁾、古賀病²⁾ 放²⁾

久富 栄子¹⁾、松浦 秀司²⁾、筒井 佳奈¹⁾、
松林 (名本) 路花¹⁾、原田 詩乃¹⁾、
忽那 明彦¹⁾、甲斐 良三¹⁾、古谷 清美¹⁾、
黒岩 俊郎¹⁾、安森 弘太郎¹⁾

腸管子宮内膜症は異所性内膜症の中で最も頻度が高く、直腸やS状結腸に好発する。腸管壁の肥厚や癒着により腸管内腔の狭窄をきたすことで、月経困難症や排便痛だけでなく時にイレウス症状をきたすこともあり、患者QOLに大きく関わる疾患である。

診断は超音波検査、MRI、CT、注腸造影検査、大腸内視鏡検査の組み合わせで施行されるが、各診断法には限界がありそれぞれ相補的である。

さらに手術適応となるような重症例では注腸造影や内視鏡検査が病変部精査のみならず他の腸管病変を検索する上で重要となるが、内膜症による高度癒着や狭窄例では苦痛により検査協力が得られ難い状況や腸管途中で施行困難となり全大腸検査を続行できない症例もしばしばみられる。

このような状況を踏まえ、当院にて腸管子宮内膜症疑い病変に対して比較的新しい大腸検査法であるCT colonography (CTC)を試みた症例を経験したので報告する。

CTCは通常の消化管検査に準じた前処置を行った大腸をガスで拡張しCTを撮像、仮想三次元像を作成することで大腸病変を検索する検査法である。比較的簡便で低侵襲、空気に比べ非常に吸収の早い二酸化炭素をガスとして注入して腸管を伸展させることから注腸造影後の下剤服用の必要がなく、また検査後の腹部腹満感の軽減が期待される。

腸管子宮内膜症において、大腸内視鏡による生検における診断率は7.5-10%程といわれており、画像診断に委ねられる責任は大きい。

CTCは従来の腸管検査法に比べ、患者負担が少なく比較的安定して施行できる検査であり、高度癒着や狭窄により全大腸検査がpoor studyに陥りやすい腸管子宮内膜症診断に対して有用な検査法と考えられる。

演題番号41

MRIで卵巣腫瘍と鑑別を要した回盲部内膜症の1例

ベルランド総合病 産婦1)、同 外2)

脇本 剛¹⁾、大場 一輝²⁾、濱田 真一¹⁾、
細見 麻衣¹⁾、矢船 順也¹⁾、南 李沙¹⁾、
横手 真理子¹⁾、土田 充¹⁾、峯川 亮子¹⁾、
山崎 正人¹⁾、村田 雄二¹⁾

【緒言】子宮内膜症が腸管に及んだものを腸管内膜症といい、月経に随伴してイレウスを呈することがある。今回、月経時にイレウスを発症し腸管切除を必要とした回盲部内膜症を経験したので報告する。

【症例】症例は42歳、未経妊、開腹手術の既往なし。30代の頃より月経困難症があり近医婦人科にてNSAIDs処方にて疼痛コントロールされていた。今回、月経4日目に腹痛増強し、嘔吐繰り返すため近医婦人科受診。イレウス疑いにて当院外科に救急搬送された。造影CTにて骨盤腔内の小腸は屈曲癒着により狭窄を呈しており、小腸イレウス認めた。イレウス管挿入し絶飲食で入院管理とし、保存的治療で症状軽快した。イレウスの原因として腸管内膜症の可能性も考慮され、10日目に当科紹介受診となった。経腔超音波にて子宮背側に27mm×27mmの嚢胞性腫瘍を認め、右卵巣内膜症性嚢胞が疑われた。骨盤単純MRIにて超音波で指摘の内臓性嚢胞から正中側に連続する充実性腫瘍を認め、周囲に小腸の癒着が疑われた。固形腫瘍は内膜症性嚢胞から発生した腫瘍が疑われ、悪性の可能性も否定できないことから、開腹手術の方針とした。右付属器切除術を施行し、術中迅速病理にて右卵巣内膜症性嚢胞の診断であった。MRIで指摘の固形腫瘍は1か所の硬結を中心に花びら状に集簇した回腸であり、回盲部切除を施行した。病理診断は回腸・虫垂内膜症であった。術後9ヶ月経過しているが、再発なく経過良好である。

演題番号42

卵巣悪性腫瘍と鑑別を要した Polypoid endometriosis の3例

東京慈恵会医大 産婦1)、同 放2)、
千葉大 病態病理3)、同 病理4)、同 婦人5)、
同 生殖医学6)

高橋 一彰¹⁾、山田 恭輔¹⁾、北井 里実²⁾、
清川 貴子³⁾、岩本 雅美⁴⁾、錦見 恭子⁵⁾、
楯 真一⁶⁾、上田 和¹⁾、斎藤 元章¹⁾、
矢内原 臨¹⁾、高倉 聡¹⁾、落合 和徳¹⁾、
岡本 愛光¹⁾

Polypoid endometriosisは、子宮内膜症の特殊型で、子宮内膜ポリープに類似した組織像を呈する。比較的大きな隆起性腫瘍が多発して、腫瘍は複数存在することがあり、画像上あるいは手術時に悪性との鑑別を要する。MRIでは、子宮内膜と類似した信号を示し診断の参考となるが、T2強調像で高信号を示し造影効果を有することから、卵巣悪性腫瘍との鑑別が難しい。卵巣あるいは骨盤内の子宮内膜症性嚢胞内に発生したPolypoid endometriosisの3例を経験したので、画像および病理学的な考察を加え報告する。

症例1：35歳、0経妊0経産。32歳時、左卵巣子宮内膜症性嚢胞で嚢腫摘出術の既往がある。術後経過観察中に両側の内膜症性嚢胞の再発を認めた。経腔超音波断層法では、壁に結節性病変を有する径14cmの左卵巣腫瘍と径4.7cmの右卵巣腫瘍を認めた。MRIでは、左卵巣の病変は、T1強調像にて高信号を示す多房性嚢胞性腫瘍で、嚢胞壁にT2強調像で不均一な高信号を示す成分を認め、内膜症性嚢胞から発生した境界悪性腫瘍を疑った。

症例2：44歳、1経妊1経産。下腹部痛を主訴に受診した。内診にてダグラス窩に腫瘍を認め可動性不良であった。経腔超音波断層法にて壁に充実性隆起性病変を伴う径10cmの嚢胞性腫瘍を認めた。MRIでは、右卵巣に径10cmのT1強調像にて高信号を示す多房性嚢胞性腫瘍を認めた。径2cmのT2WI高信号を示す充実部分を認め、造影効果を示し、内膜症性嚢胞から発生した境界悪性腫瘍を疑った。

症例3：26歳、0経妊0経産。下腹部痛・腰痛を主訴に受診した。内診にて右下腹部に圧痛を認め、ダグラス窩に可動性不良の腫瘍を認めた。経腔超音波断層法では、子宮、左卵巣は正常大、右卵巣は径5cmの嚢胞を形成していた。これとは別にダグラス窩に径8.6cmの嚢胞性腫瘍を認め、・胞壁には内部に血流を示す充実性隆起性病変を伴っていた。同病変は、MRIT1強調像にて高信号を示す径10cmの二房性の嚢胞性腫瘍で、壁に沿って複数の小さな結節を認め、結節はT2WI高信号あるいは高信号を示し、造影効果を示した。ダグラス窩内膜症性嚢胞から発生した境界悪性腫瘍を疑った。以上、3例とも術中迅速診断を施行したが、症例1,2では境界悪性腫瘍を否定できなかった。卵巣悪性腫瘍と鑑別を要するPolypoid endometriosisは報告が少なく、画像および病理学的特徴を検討する必要がある。

演題番号43

急性腹症として発症した
adenomyotic cyst.
—発症までの8年間の画像経過—

名古屋市立大 放1)、同 産婦2)

上嶋 佑樹¹⁾、竹内 充¹⁾、河合 辰哉¹⁾、
何澤 信礼¹⁾、芝本 雄太¹⁾、西川 隆太郎²⁾、
西川 博²⁾、荒川 敦志²⁾

症例は47歳女性、月経開始翌日からの下腹部痛と微熱のため当院を受診した。内診では子宮は前傾前屈、下手拳大で硬く、可動性は良好。両側付属器は触知せず。下腹部全体に圧痛を認めた。経膈超音波検査では子宮頭側に128x81x124mm大、血液様の沈殿物を含む嚢胞状病変を認めた。CTでは子宮左側～頭側に138x132x160mm大の亜鈴状腫瘤を認めた。亜鈴状腫瘤の前部は厚く不整な壁を有する130x82x133mmの嚢胞状部分で、内容液の吸収値は65H.U.であった。嚢胞壁は子宮筋層と同程度造影されていた。亜鈴状腫瘤の後部は77x64x75mm大、吸収値が49H.U.、造影後期相で81H.U.と子宮筋層よりやや弱く不均一に造影され充実性であった。亜鈴状腫瘤前部の嚢胞状部と後部の充実部の境界には小嚢胞状病変を複数認めた。また骨盤内の脂肪組織の混濁像と血性腹水を認めた。

MRIでは嚢胞内容はT1WIで高信号、T2WIで軽度高信号と血性であった。充実部はT2WIで低信号主体であり子宮筋腫様であった。嚢胞状部と充実部の境界の小嚢胞内容物はT1WIで高信号、小嚢胞周囲組織はT2WIで低信号であり子宮腺筋症様であった。なお、左正常卵巣は亜鈴状腫瘤の腹側に接して同定可能であった。

チョコレート嚢胞や卵巣あるいは子宮腫瘍の破裂、腹腔内出血の診断のもと開腹手術が施行された。亜鈴状腫瘤は子宮後壁と連続していた。迅速病理診断では平滑筋様細胞とともに内膜腺様腺腔が散在性に分布しており、悪性を示唆する所見を認めなかったため、子宮筋層を一部含めるように腫瘤を摘出した。

摘出された嚢胞内容物は内膜症性嚢胞類似の血性であった。嚢胞内腔面は一層の円柱上皮で裏打ちされており、嚢胞壁内に子宮筋層組織と大小の腺腔と内膜間質を認めたことからadenomyotic cystと診断された。

8年前に子宮筋腫の経過観察のため施行されたMRIを再検討したところ、子宮後壁筋層から突出する4cm大の子宮筋腫とその前部に出血を含む微細嚢胞状病変が認められ、亜鈴状腫瘤の後部は増大した子宮筋腫、境界部は子宮腺筋症の増大、前部は嚢胞内出血、と考えられた。Adenomyotic cystは異所性内膜組織が月経時に出血を繰り返す結果、嚢状となったものとされる。本例の経時的画像所見や鑑別が必要となる疾患との対比を中心に文献的考察を交えて報告する。

演題番号44

腹腔内出血による急性腹症をきたした子宮原発Perivascular epithelioid cell tumor (PEComa)の一例

京都大 産婦

小林 弘尚、吉岡 弓子、馬場 長、濱西 潤三、山口 建、松村 謙臣、小西 郁生

perivascular epithelioid cell tumor (PEComa) は血管周囲上皮細胞を由来とする間葉系腫瘍であり、肝、腎、肺、膵臓、消化器、生殖泌尿器系臓器などに発生する稀な腫瘍である。今回、腹腔内出血による急性腹症をきたした子宮原発Perivascular epithelioid cell tumor (PEComa)の1例を経験したので報告する。

症例は44歳女性、0経妊。既往歴に結節性硬化症がある。37歳時に月経時下腹部痛を主訴に前医を受診。経腔超音波検査にて左卵巣に5cm大の嚢胞性病変を認め、子宮内膜症性嚢胞と診断し、GnRHアナログ投与による治療を施行し、その後当科紹介受診となった。39歳時に月経困難症の増悪を認めため、Dienogestによる治療を開始した。MRIでは両側付属器領域に血液成分の貯留を伴う嚢胞性病変を認め、両側卵巣子宮内膜症性嚢胞と診断。子宮底部に内部に点状出血を伴う腫瘍を認めadenomyomaが疑われた。その後、子宮内膜症性嚢胞のminor leakによると思われる下腹部痛を繰り返し、両側付属器の嚢胞性病変の増大を認めため、X年3月入院となり手術予定としていた。入院後、急激な腹痛の出現、腹水の貯留、不正性器出血、貧血の進行を認め、腹腔内出血による急性腹症と診断し緊急開腹手術を施行した。開腹時、腹腔内に1500mlの血液貯留を認めた。両側卵巣には明らかな病変は認めなかったが、子宮底部には母指頭大の壁の厚い嚢胞性病変を3つ認めた。そのうちの1つに瘻孔を認め、その奥より持続する出血を認めた。単純子宮全摘術、両側付属器切除術を施行し、手術を終了した。病理組織学的所見では淡明な紡錘形細胞が子宮壁内を充実性結節状に浸潤増殖し、正常間質の3/4程度まで及んでいた。免疫組織化学的に検討した結果、PEComa familyに属する腫瘍と診断された。

腹腔内出血をきたし、術前診断に苦慮した子宮のPEComaの1例を経験したので文献的考察を加え検討する。

演題番号45

腹腔内出血を来した子宮perivascular epithelioid cell tumor (PEComa)の一例

北海道大病 放診1)、同 婦2)、同 病理3)、北海道大 放4)

加藤 扶美¹⁾、藪崎 哲史¹⁾、三村 理恵¹⁾、小田切 哲二²⁾、畑中 佳奈子³⁾、首藤 聡子²⁾、飯沼 洋一郎²⁾、金内 優典²⁾、真鍋 徳子¹⁾、宮本 憲幸¹⁾、坂本 圭太¹⁾、工藤 與亮¹⁾、櫻木 範明²⁾、白土 博樹⁴⁾

症例は30代女性。結節性硬化症、肺リンパ脈管筋腫症、腎血管筋脂肪腫で経過観察中、突然の腹痛があり、救急搬送された。貧血を認め、CTで腹腔内出血を認めた。CT上、腎血管筋脂肪腫や消化管からの出血は否定的で、婦人科臓器からの出血が疑われ、MRIが施行された。MRIでは腹腔内出血を認めたが、明らかな出血源は特定できなかった。筋層内や漿膜下に筋腫と考えられるT2強調像で低信号を示す結節や腫瘤が複数認められた。臨床的に卵巣あるいは子宮からの出血が疑われたため、腹腔鏡下手術が施行された。手術所見では、子宮前壁に漿膜下筋腫と思われる有茎性腫瘤があり、その茎部から出血を認めため、この腫瘤の切除術が施行された。病理学的に、この有茎性腫瘤はperivascular epithelioid cell tumor (PEComa)と診断された。

PEComaは、HMB-45陽性の類上皮細胞由来の間葉系腫瘍であり、一連の腫瘍群として血管筋脂肪腫、clear cell “sugar” tumor of the lung、リンパ脈管筋腫症などがPEComa familyと総称されるが、これらを除いたPEComa (PEComa-NOS)は稀とされている。子宮のPEComaは出血を契機に発見されることもあるとされているが、まとまった画像所見の報告はない。

本症例では、MRIで子宮前壁の漿膜下にT2強調像で低信号を示す境界明瞭な腫瘤を認め、術前診断および術中所見では漿膜下筋腫と考えられた。RetrospectiveにMRIをみると、筋腫としては辺縁がやや不整なこと、拡散強調像で強い高信号を示すこと、腫瘤の茎部から中心部に静脈と思われる拡張した血管構造が認められることが、筋腫としては非典型的であり、これらがPEComaを示唆する所見であった可能性がある。

結節性硬化症の患者に子宮筋腫のような病変を見た場合にはPEComaである可能性も考慮すべきで、子宮筋腫よりも出血を来す頻度が高い可能性があるため、注意が必要である。

演題番号46

子宮漿膜下筋腫と腹腔内出血：表在血管破綻が原因と考えられた一例

東京慈恵会医大 放¹⁾、同 産婦²⁾、
東京慈恵会医大葛飾医療セ 病院病理³⁾

三間 康之¹⁾、尾上 薫¹⁾、北井 里実¹⁾、
関谷 透¹⁾、福田 国彦¹⁾、山本 瑠伊²⁾、
高倉 聡²⁾、落合 和徳²⁾、岡本 愛光²⁾、
佐藤 峻³⁾

産婦人科領域における腹腔内出血の主な原因は卵巣出血や子宮外妊娠であり、子宮筋腫に起因することは稀である。子宮筋腫は最も頻度の高い婦人科疾患であり、主な臨床症状は月経過多や不正出血などであるが、稀に腹腔内出血をきたすことがあり、原因として、子宮筋腫破裂、子宮筋腫捻転、子宮筋腫表在血管の破綻が挙げられる。子宮筋腫表在血管の破綻は、突然の下腹痛で発症し、大量の出血をきたす。術前診断は難しいが、迅速な治療が必要で手術の適応となるため、原因不明の腹腔内出血では鑑別に挙げる必要がある。今回、子宮漿膜下筋腫の表在血管の破綻が腹腔内出血の原因と考えられた症例を経験したので、文献的な考察を含めて報告する。

症例は33歳女性。0経妊0経産。子宮筋腫にて当院産婦人科経過観察中であつた。数日前から、上腹部痛を自覚していた。深夜に強い腹痛を認め、前医救急外来を受診した。妊娠反応は陰性。非造影CTにて子宮筋腫と少量の腹水を認めたが、疼痛の原因を特定できなかったため経過観察となつた。しかし、腹痛が持続するため、翌日当院産婦人科を受診した。経膈超音波検査では既知の子宮筋腫と少量の腹水貯留を認めたのみで、腹痛の原因となる明らかな異常を指摘できず、消化器疾患除外目的に造影CT検査が依頼された。CT検査直前にショック状態となり、直後のCTで下腹部から上腹部に至る出血と腹水貯留を認めた。造影CTにて、卵巣出血等明らかな出血の原因を指摘できなかった。子宮漿膜下筋腫の辺縁が一部不明瞭で、周囲の血腫が目立ったが、造影剤の血管外漏出や異常血管は指摘できなかった。翌日施行された骨盤MRIでも同様に腹腔内出血の所見が認められ、左卵巣に小さな出血がみられたが、子宮筋腫内部には明らかな異常信号を指摘できず、出血の原因は特定できなかった。入院後も貧血が進行し、原因不明の腹腔内出血として緊急開腹術が施行された。開腹時約1300mlの腹腔内出血を認め、子宮底部より発生した有茎性漿膜下筋腫の表面に多量の凝血塊が付着していた。拡張蛇行した筋腫表面の血管から持続的な出血を認め、筋腫表在血管の破綻が原因と考えられ、筋腫核出術が施行された。病理組織学的には、硝子変性と粘液腫様変性が散見されたものの、通常の子宮筋腫で悪性を示唆する所見はなかった。子宮筋腫破裂等、明らかな出血の原因もなかった。

演題番号47

術前は子宮平滑筋肉腫を疑ったが、病理診断は低悪性度類上皮平滑筋腫瘍とした一例

JAとりで総合医療セ 産婦¹⁾、
東京医科歯科大 周産女性診療²⁾、同 放³⁾、
同 病理⁴⁾

伏木 淳¹⁾、鳥羽 三佳代²⁾、平田 麻実²⁾、
若菜 公雄²⁾、若林 晶²⁾、宮坂 尚幸²⁾、
久保田 俊郎²⁾、町田 洋一³⁾、北詰 良雄³⁾、
大西 威一郎⁴⁾、倉田 盛人⁴⁾

平滑筋腫瘍は平滑筋への分化を示す細胞よりなる腫瘍と定義される。悪性度の面より平滑筋腫・平滑筋肉腫・悪性度不明の平滑筋腫瘍 (STUMP: smooth muscle tumor of uncertain malignant potential) の3つに分類される。また、組織学的変異亜型として富細胞・類上皮・粘液性・脂肪・異型平滑筋腫瘍等を認める。今回私たちは臨床経過と画像所見から子宮平滑筋肉腫を疑っていたが、病理診断は低悪性度類上皮平滑筋腫瘍だった症例を経験したため、文献的考察を加え報告する。

【症例】65歳、3経妊3経産。閉経後骨盤内腫瘍が増大傾向を認めたため当科に紹介受診となつた。腫瘍マーカーは正常範囲であり、細胞診で特記すべき所見は認めなかった。MRIにて大きさ8cm程度の子宮腫瘍を認め、T2強調像では境界が比較的明瞭で中等度～高信号を呈し、T1強調像にて内部に高信号領域を含んでいた(脂肪抑制効果はなかった)。腫瘍は拡散強調像で全体的に高信号を示し、同部位はADC値の低下を認めた。Dynamic MRIでは腫瘍内部に隔壁構造を認め、腫瘍の不均一造影効果を認めた。以上より平滑筋肉腫を第一に考えたが、画像所見にて腫瘍の境界が比較的明瞭、内部に隔壁構造を認めており、肉腫としては疑問が残る所見もあった。腹式単純子宮全摘術および両側付属器摘出術を施行した。術後病理組織診断にて、腫瘍細胞が多彩な形態を呈しており、悪性を示唆する所見(黄色調外観・辺縁が不整な箇所を指摘できる・血管壁を圧排する像が指摘できる)、良性を考える所見(核異型が強い・核分裂像/増殖活性が比較的乏しい・出血部位は硝子変性に伴うものであり明らかな凝固壊死が指摘できない)が混在していた。STUMPに相当する腫瘍と考えたが、通常の上皮型平滑筋腫とは異なる組織型である点や悪性の可能性を示唆する所見があることを重視し、低悪性度類上皮平滑筋腫瘍と診断した。術後は特記すべき異常なく経過し、腫瘍再発や追加治療なく外来経過観察中である。

演題番号48

変性子宮筋腫が疑われたsmooth muscle tumour of uncertain malignant potential(STUMP)の1例

ベルランド総合病 産婦

横手 真理子、峯川 亮子、細見 麻衣、
矢船 順也、南 李沙、脇本 剛、土田 充、
濱田 真一、山寄 正人、村田 雄二

【症例】2経妊2経産婦、既往歴に特記事項なし。1年前より下腹部膨満感や頻尿症状を自覚していた。月経来後、凝血塊を含む過多月経による全身倦怠感および次第に増強する腹痛のため、月経5日目 近医を受診した。血液検査にてHb 5.4 g/dlと高度貧血あり、MRIでは約10cm大の筋層内変性子宮筋腫を指摘され、精査加療目的に同日当院紹介受診となった。入院後、貧血に対しRCC 4単位輸血施行し、Hb 10.8 g/dlへ改善したのち、月経15日目 単純子宮摘出術を施行した。摘出した子宮の肉眼的所見では、子宮筋層と筋腫との境界は明瞭で、筋腫は赤色および暗褐色が混在し非常に柔らかい組織であった。術後経過は良好であり、その後貧血の進行を認めることなく退院となった。病理検査の結果Smooth muscle tumor of uncertain malignant potential (STUMP)と診断された。現在、術後4か月経過し、超音波検査およびCT検査にてfollowをおこなっているが、再発所見なく経過している。

演題番号49

骨盤内から後腹膜腔へ発達した巨大なparasitic myomaの一例

神戸大 産婦1)、同 放2)、同 病理診断3)

長又 哲史¹⁾、蝦名 康彦¹⁾、牧原 夏子¹⁾、
生橋 義之¹⁾、中林 幸士¹⁾、宮原 義也¹⁾、
新谷 潔¹⁾、上野 嘉子²⁾、北島 一宏²⁾、
神山 久信²⁾、前田 隆樹²⁾、上原 慶一郎³⁾、
川上 史³⁾、山田 秀人¹⁾

術前診断に苦慮した巨大なparasitic myoma (PM) の一例を報告する。

【症例】47歳女性。月経異常を主訴に近医産婦人科を受診した際に、骨盤内から後腹膜腔へ発達する巨大な腫瘍を指摘され当院外科に紹介となった。MRIでは小腸など管腔構造物が疑われたが、腹部造影CTにて腫瘍と腸管との連続性は認めず、骨盤内及び後腹膜腫瘍と考えられた。PET-CTにて腫瘍部位にFDGの有意な集積を認めず、有茎性漿膜下筋腫が疑われたため産婦人科へ紹介された。しかし内診上、腫瘍と子宮との連続性を認めず、後腹膜由来の腫瘍の可能性も念頭に置き、原発不明腫瘍として手術施行となった。開腹時に、腫瘍は大網・腸管と広範囲に癒着しており、また骨盤から広間膜内に入り込んで発育する腫瘍を確認し、腫瘍周囲には大網や腸間膜からの栄養血管が発達していた。子宮と両側卵管は正常であり、子宮との連続性は認めなかったが肉眼的には平滑筋腫と考えられ、腫瘍摘出術を施行した。摘出物は30cm×15cm×15cmで、重量は1300gであった。病理組織診断は平滑筋腫であった。なお、患者は7年前に腹腔鏡下子宮筋腫核出術の既往があり、腹腔内の残存筋腫が生着発育したPMと診断した。また、開腹時に腹膜に認めた2個の腫瘍も平滑筋腫であった。

【考察】PMとは子宮と連続性を持たない良性的平滑筋腫である。自然発生は稀であり、有茎性漿膜下筋腫が腹膜や大網あるいはその他の周辺臓器に付着して栄養血管獲得後に子宮から離断される場合、あるいは脱落により腹腔内に遊離後に生着し栄養血管を獲得する場合などがあるとされる。しかし近年では、腹腔鏡下子宮筋腫核出術時のモルセレーター使用に伴い、腹腔内への筋腫組織片残存による医原性PMの報告が増加している。本症例もモルセレーター使用歴があり同様の機序で発生したと考えられるが、これほど大きなものの報告はあまりない。腹腔鏡手術の普及により今後もこのような症例は増加してくると考えられ、的確な術前診断のためには、詳細な病歴聴取が重要であると考えられる。若干の文献的考察を含めて報告したい。

演題番号50

悪性腫瘍との鑑別に苦慮した dissecting leiomyomaの1例

富山県立中央病 放診¹⁾、同 産婦²⁾、
同 病理診断³⁾

松井 謙¹⁾、斉藤 順子¹⁾、望月 健太郎¹⁾、
阿保 斉¹⁾、出町 洋¹⁾、松本 多圭夫²⁾、
中野 隆²⁾、中西 ゆう子³⁾、石澤 伸³⁾

【症例呈示】患者は40代女性。月経過多を主訴に近医受診したところ、不整な形状を呈する子宮腫瘍及び貧血(Hb 6.8g/dl)を指摘され、精査加療目的に当院産婦人科紹介受診となった。2経妊2経産であり、他に特記すべき既往歴は認めなかった。血液生化学検査ではHb 9.5g/dL、MCV 72.8%、MCH 22.2%、MCHC 30.5%と低球形低色素性貧血を認めたが、CEA、CA19-9、CA125など腫瘍マーカーを含め他の項目はいずれも基準値内であった。子宮内膜細胞診ではclass Iであった。

【経腔超音波所見】最大42.6mm大の不均一高輝度内に索状低輝度を伴う腫瘍を認めた。

【MRI所見】子宮体部前壁から左側壁の筋層内から粘膜層にかけて、最大径72mm大ほどの腫瘍を認めた。辺縁不整、筋層との境界は不明瞭であった。腫瘍内部は体部筋層と比較しT1強調像等信号、T2強調像淡い低信号から不均一高信号を呈していた。拡散強調像では高信号を示した。Dynamic study早期相から遅延相にかけて辺縁部は漸増性濃染を示し、内部には淡染性～不染性領域を伴っていた。この腫瘍により子宮内膜は右側へ弧状に圧排されていた。

【FDG-PET】子宮体部にSUVmax 4.4のFDG集積を認めた。所属リンパ節・遠隔転移を積極的に示唆するFDG異常集積は認めなかった。

【術前診断】悪性腫瘍として子宮内膜間質肉腫、子宮平滑筋肉腫、良性疾患として富細胞性平滑筋腫や浮腫を伴うdissecting leiomyomaが鑑別としてあげられた。

【術式】単純子宮全摘術+両側付属器摘出術

【病理組織学的所見】子宮底部筋層内に40×40×27mm大の腫瘍を認め、これを基部として左側内腔側に30mm大の有茎性ポリープ状腫瘍が突出していた。外部前壁筋層内に16×16×16mm大の腫瘍を認め、断面では筋層深層に食い込むように進展していた。いずれも大部分がmyxoidとなった柔らかい腫瘍であった。いずれの腫瘍も異型性の乏しい好酸性紡錘状細胞が束状・錯綜して増殖し、高度浮腫及び硝子化の混在する平滑筋腫であった。前壁腫瘍は筋層内に舌状に入り込むように進展し、中等大の静脈内進展及び血栓形成を伴っていた点から、intravenous leiomyomatosis像を伴うdissecting leiomyomaと考えられた。

演題番号51

子宮に生じたuterus-like massの一例

鳥取大 病態解析画像診断科

井上千恵、藤井進也、福永健、杉浦公彦、
神納敏夫、小川敏英

症例は20歳代女性。1経妊未経験。月経時の強い右下腹部痛にて、精査目的に当院女性診療科を受診された。子宮外妊娠にて腹腔鏡下左卵管切除術の既往がある。

内診ではダグラス窩に硬結や圧痛はなく、子宮体部は前傾前屈しており可動性は良好であった。MRIでは、子宮体部右側に、径25mm大の比較的境界明瞭な腫瘤状構造を認めた。T2強調像にて辺縁はやや低信号を呈し、内部はT2強調像で高信号、T1強調像では淡い高信号を呈していた。dynamic studyでは、辺縁のやや低信号の部分は周囲筋層と同程度に造影され、中心部の高信号域は中等度に造影され、さらにその中心部に造影不良域を認め、子宮の形態に類似する層構造をなしていた。画像上はadenomyoma、uterus-like mass、副角子宮、変性を伴うleiomyomaなどが疑われた。子宮卵管造影では、右卵管に疎通性を認めた。

腹腔鏡下に核出術が施行された。病理組織像では、中心部に嚢胞状に拡張した腺腔があり、周囲には子宮内膜組織を認め、更に周囲には平滑筋の増生を伴っていた。内膜腺には一定の配列傾向が見られ、正常子宮内膜に類似しており、uterus-like massと診断された。

uterus-like massは、内膜組織と平滑筋より構成され、子宮様の組織像を呈する腫瘍様病変である。内部組織は子宮内膜様の腺管と間質で、その配列は子宮内膜と同様である。外部組織は平滑筋で構成され、子宮筋層同様の組織像を示す。しばしば骨盤内腫瘤を形成し、卵巣に最も発生しやすい。発生機序として化生説、先天奇形説、異所性説などが考えられている。画像上も正常子宮に類似した像を呈し、中心部に子宮内膜と同等の信号を呈する領域、その周りに薄くjunctional zoneと同等の低信号層、さらにその外側に筋層と同等の低信号層を認めると報告されている。中心部には、内膜腺からの出血を反映した嚢胞状領域を含むことがあり、同部は正常の子宮内腔とは連続しない。本症例は、中心部に出血を疑わせる信号を呈する嚢胞状領域を伴い、周囲に子宮内膜と同等のT2強調像高信号、中等度に造影される層と、その外側に子宮筋層と同等のT2強調像低信号、造影効果を有する層が見られ、典型的な画像所見を呈していたと考えられる。まれなuterus-like massの1例を経験したので報告する。

演題番号52

uterus-like mass より発生したclear cell adenocarcinomaの一例

京都大 産婦

中北 麦、安彦 郁、吉岡 弓子、山口 建、
濱西 潤三、馬場 長、松村 謙臣、小西 郁生

【抄録】

Uterus-like massは子宮内膜様の組織によって囲まれた内腔と厚い筋肉の外壁から成る子宮様の構造物である。卵巣や広間膜、子宮頸部などに発生することが報告されているが、悪性腫瘍が発生した症例の報告は極めて稀である。今回我々は後腹膜腔内に発生したuterus-like massの内部にclear cell adenocarcinomaを認めた一症例を経験したので報告する。症例は67歳、1経妊0経産の女性。32歳時に卵巣腫瘍にて左付属器切除術施行の既往あり。15年間当院の外来にて右卵巣子宮内膜症性嚢胞として半年ごとにフォローアップされていた。(X-5)年のMRIでは子宮右背側に4.8cm大のT1強調像で高信号、T2強調像でshadingを示す壁の厚い嚢胞性病変を認め、子宮内膜症性嚢胞が疑われた。X年3月の経腔超音波検査で病変の増大を認め、MRIでは嚢胞が8.1cm大に増大し、嚢胞内容液がT1強調像で低信号、T2強調像で高信号に変化し、嚢胞壁の一部が拡散強調像で高信号を呈していた。子宮内膜症性嚢胞から発生した卵巣癌を疑い、X年5月手術を施行した。開腹時の腹腔内所見では子宮および右付属器に異常所見はなく、ダグラス窩腹膜尾側の後腹膜腔内に腫瘤を触知した。子宮、右付属器摘出後に後腹膜腔を開放し、鷲卵大の弾性軟な腫瘤を摘出した。腫瘤の壁は厚さ1cmで筋肉様であり、内腔にはチョコレート様の液体の貯留を認めた。病理組織学的所見では外壁は子宮筋様の平滑筋組織で、内腔に細胞質が淡明で著明な核異型を伴う腺癌組織が充実性に増殖する像とhobnail patternを呈して乳頭状に増殖する像を認めた。Uterus-like massに発生したclear cell adenocarcinomaと診断された。

Uterus-like massの組織発生および悪性転化について文献的考察を交えて報告する。

演題番号53

急性腹症にて発症した子宮漿膜下筋腫捻転の2症例：画像所見の検討

東京慈恵会医大 放1)、同 産婦2)、同 病理3)

川上 玲奈¹⁾、北井 里実¹⁾、尾上 薫¹⁾、
関谷 透¹⁾、福田 国彦¹⁾、矢内原 臨²⁾、
佐藤 陽一²⁾、落合 和徳²⁾、岡本 愛光²⁾、
片木 宏明³⁾、廣岡 信一³⁾

子宮漿膜下筋腫の捻転は稀な病態であるが、急性腹症を来し外科的手術の適応となりうる。初期には静脈やリンパ管の循環障害を生じ、うっ血や出血を引き起こす。さらに動脈が閉塞すると腫瘍が虚血に陥り、長時間に及ぶと壊死を起こす可能性がある。臨床所見は非特異的で術前診断が難しいとされるが、近年CTやMRの術前診断の有用性が報告されている。今回、漿膜下筋腫捻転の2例を経験したが、CTとMRIが術前診断の一助となった。症例1：50代女性。子宮筋腫にて当院産婦人科経過観察中。半年前頃より腹痛が出現し、疼痛が増悪したため受診した。血液検査にてWBC10,700/mm³、CRP4.83 mg/dl、LDH 340 IU/lと軽度上昇していた。造影CTにて有茎性の漿膜下筋腫は造影不良で、捻転の可能性が考慮されたが、確定診断には至らず経過観察となった。約1ヶ月後に撮影されたMRIではT1強調像、T2強調像ともに不均一な高信号を示し、一部に拡散低下を認めた。出血や壊死を伴う悪性腫瘍も鑑別となる画像所見であったが、経過から子宮漿膜下筋腫の捻転と考えた。開腹時、漿膜下筋腫は360度捻転していた。病理組織学的には梗塞型壊死を伴っていたが、悪性を示唆する所見はなかった。症例2：30代女性。子宮筋腫合併妊娠。妊娠15週。約1週前より筋腫部に疼痛があった。血液検査にてWBC12,300/mm³、CRP13.8 mg/dl、LDHも386 IU/lと軽度上昇していた。腹痛の精査を目的にMRIが施行され、子宮底部と連続する約17cmの有茎性漿膜下筋腫を認めた。画像では確定できなかったが、筋腫茎の捻転も疑われた。一部に軽度の拡散低下が見られたが、出血や変性を示唆するT1強調像、T2強調像の信号はなかった。捻転の可能性も考慮されたが、確定には至らなかった。4日後腹痛の増悪があり、子宮漿膜下筋腫捻転の術前診断にて手術となった。開腹時、子宮漿膜下筋腫は約180度捻転した状態で、筋腫核出術が施行された。病理組織学的には一部に捻転による硝子壊死が見られたが、悪性を示唆する所見はなかった。上述2症例は捻転の期間や程度が異なり、画像所見も異なっていた。出血や壊死を伴うと悪性との鑑別が必要となり、捻転が軽度であると診断が困難であった。画像所見を中心に文献的な考察を加えて報告する。

演題番号54

未分化内膜肉腫の一例

鳥取市立病 放1)、鳥取大 放2)

金田 祥¹⁾、田邊 芳雄¹⁾、松木 勉¹⁾、福永 健²⁾、
藤井 進也²⁾、小川 敏英²⁾

症例は50歳代女性。G0P0。閉経48歳。

3週間前より少量の性器出血、下腹部痛が出現し、当院産婦人科を受診した。初診時血液検査ではLDHの上昇を認めた。CEA、CA19-9、CA125等の腫瘍マーカーの値は正常範囲内であった。経腔エコーにて子宮体部に腫瘤性病変を認め、精査目的にMRIが施行された。MRIでは子宮体部筋層内に12×10×12cm大の境界不明瞭な腫瘤性病変を認めた。腫瘤右側では子宮外に進展し、右卵巣に浸潤しているように見えた。T2強調像では不均一な高信号、T1強調像では低信号主体で一部出血を疑う淡い高信号域が認められた。腫瘤内には造影効果の高い部分と低い部分が認められ、拡散強調像では高信号を呈していた。FDG PET-CTでは原発巣、右側の子宮外進展ともにMRIにて造影効果を認めた部分主体にFDGの高度集積が観察された。造影効果が不良な部分では集積が乏しく、変性壊死を思わせる像であった。画像にて出血や壊死を疑う所見を認め、内膜間質肉腫や平滑筋肉腫等の肉腫が疑われた。手術が施行され病理組織学的検討にて未分化内膜肉腫と診断された。

未分化内膜肉腫は閉経後の高齢女性に多く、予後不良の疾患である。画像診断に関するまとまった報告は少ないが、壊死や出血、浸潤性の増殖等が報告されている。本症例では術後にMRIを再検討したところT2強調像にて高信号に混在する索状低信号域を認め、同部は拡散強調像で低信号を呈していた。腫瘍内に取り残された正常筋層を示唆するものと考えられ、低悪性度内膜間質肉腫に比較的特徴的とされる所見であるが、筋層内への浸潤性増殖を反映した所見であり、未分化内膜肉腫でも同様に認め得る所見と思われた。今回我々は未分化内膜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。

演題番号55

子宮筋腫フォロー中に発生した若年子宮体部横紋筋肉腫（横紋筋への異分化を伴う平滑筋肉腫）の1例

大阪市立総合医療セ 婦人¹⁾、
大阪市立住吉市民病 産婦²⁾

公森 摩耶¹⁾、笠井 真理²⁾、深山 雅人¹⁾、
工藤 貴子¹⁾、北山 利江¹⁾、田坂 玲子¹⁾、
徳山 治¹⁾、西村 貞子¹⁾、川村 直樹¹⁾

子宮体部の横紋筋肉腫はまれな腫瘍で、通常は癌肉腫の異所性成分として認められることが多い。今回、他院にて子宮筋腫として管理中、多量の腹水貯留きたし急速な転帰をとった癌腫成分を伴わない若年子宮体部横紋筋肉腫症例を経験した。

【症例】29歳、0経妊。前医にて3年前に6cm大の赤色変性をきたした子宮筋腫を指摘され、フォロー中の1年間は筋腫の増大は認めていなかった。今回、下腹部痛にて前医受診し、MRIで子宮筋腫の増大と骨盤内腫瘍、大量の腹水貯留を認め、摂食不良となったため当科に転院となった。

MRI：3年前のMRIでは、子宮体部筋層内に径6cm大の境界明瞭な筋層内筋腫を認め、T1WIにて辺縁がリング状の高信号、T2WIでは低信号を呈し、赤色変性をきたしていると考えられた。両側卵巣に明らかな異常を認めなかった。今回のMRIでは、筋腫結節は径7cmほどに増大しており、内部不均一、辺縁のリング状信号は消失し、flow voidを認めた。右卵巣は不明であり、左卵巣に明らかな腫瘍性病変を認めなかった。

造影CT：子宮体部筋層内に比較的境界明瞭な低濃度腫瘍を認め、MRIでのflow voidと一致して淡い不整な造影濃染が認められた。

FDG-PET：子宮体部にSUVmax：17.4の腫瘍を認め、肉腫を含めた悪性腫瘍と考えられた。筋腫と考えられていた結節へのFDGの集積は辺縁のみで、中央部には認められなかった。腹腔内に多発腫瘍を認め、腹膜播種、リンパ節、および胸壁にFDGの集積が認められた。

入院時の子宮頸部細胞診はNILM、内膜細胞診・内膜生検は凝血塊や浸出物が主体であり、いずれも診断に至らなかった。腹水細胞診はNegativeであった。子宮体部腫瘍に対して経子宮頸管的針生検を行ったところ横紋筋肉腫であった。

試験開腹術を行ったが、腫瘍は切除不能で腹膜播種病変の生検のみにとどまった。病理組織診断は横紋筋肉腫であった。複数回の腹水抜去、および抗がん化学療法（VAC療法、ドキソルビシン単剤、ノギテカン単剤投与）を行ったがいずれも効果乏しく、入院79病日に原疾患死に至った。病理解剖の結果、子宮原発の横紋筋への異分化を伴う平滑筋肉腫であった。

【結語】本例は子宮原発と考えられ、赤色変性をきたした子宮筋腫の辺縁の画像所見が変化しており同部からの発生の可能性も考えられたが、確定には至らなかった。

演題番号56

子宮胞巣型横紋筋肉腫の一例

名古屋市立大 放¹⁾、同 産婦²⁾

辻村 貴士¹⁾、上嶋 佑樹¹⁾、高間 夏子¹⁾、
竹内 充¹⁾、何澤 信礼¹⁾、芝本 雄太¹⁾、
西川 隆太郎²⁾、西川 博²⁾、荒川 敦志²⁾

症例は49歳女性。5経妊2経産、特記すべき既往や家族歴なし。過多月経を主訴に前医を受診した。内診所見は正常であった。経腔超音波検査で子宮体部に粘膜炎が疑われた。子宮内膜擦過細胞診で小型異型細胞を認めたため、精査加療目的に当院へ紹介となった。CTでは子宮内腔に35×30mm大、単純45H.U.と内膜より高吸収、造影100秒後77H.U.と軽度造影される腫瘍が認められた。MRIでは腫瘍内部は均一で筋層に比してT1強調像で等信号、T2強調像で軽度高信号、拡散強調像で著明高信号、造影効果は軽度、ADC値は $0.68 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{s}$ と著明低値であった。子宮前壁のjunctional zoneは腫瘍により一部断裂していた。腫瘍は筋層から内腔へポリープ状に突出しており、腫瘍表面は平滑であることから筋層由来の腫瘍が疑われた。子宮内膜組織診で小円形細胞腫瘍（Ewing肉腫/PNETの疑い）の診断となり、広汎子宮全摘術が施行された。摘出標本では白色調の腫瘍が筋層から内腔へポリープ状に突出していた。H.E.染色では小型類円形核を有する細胞質に乏しい細胞が胞巣状や一部充実性に増殖しており、いわゆるsmall round cell tumorであった。免疫組織学的染色ではCK(-)、Desmin(+)陽性、Myogenin(+)であり胞巣型横紋筋肉腫と診断された。病期はIntergroup Rhabdomyosarcoma Study (IRS) GroupのTNM分類でT1aN0M0、手術後グループI、IRS-Vリスク分類で中間リスク群Aであった。術後に本症に対する標準的化学療法である強化VAC療法(Vincristine + Actinomycin D + Cyclophosphamide)が14コース施行された。現在まで12ヶ月間、再発を認めていない。子宮の胞巣型横紋筋肉腫はきわめてまれであるためその画像所見はよく知られていないが、本例ではSmall round cell tumorをよく反映した画像所見が認められた。

演題番号57

画像的に卵巣癌と術前診断された後腹膜原発の脂肪肉腫の一例

松下記念病 産婦

明石 京子、松本 真理子、前田 英子、
本山 俊彦、伊藤 良治

脂肪肉腫はslow growingながら何度も再発を繰り返す、化学療法や放射線療法の奏功し難い難治性腫瘍として知られる。治療の第一選択は外科的切除であるが、易出血性であり部位によってはコントロール不良の大量出血をきたす。原発巣としては四肢深部脂肪組織からの発生が多く、整形外科領域において手術が行われる症例が多い。その一方、特に女性の後腹膜原発症例においては、原発不明癌あるいは婦人科癌と術前診断された症例報告も散見する。今回当院でもこのような症例を経験したためここに報告する。症例は52歳女性、生来健康で特記すべき既往歴および家族歴なし。産科歴は2G2P、2NVDで51歳にて閉経。X年6月29日、人間ドックにて骨盤内に乳頭上に発育する巨大充実性腫瘤を指摘され、同日中に当科に紹介となった。腫瘍は無痛性で骨盤腔内を占拠するが平滑で弾力性に非常に富み、双手診の際に可動性ありと判断した。同7月1日に精査加療目的にて緊急入院とし、同日造影MRI施行。骨盤腔を占拠する約11cm大のT2WI高信号、T1WI低信号、内部に線維性隔壁や血管を疑う線条陰影を伴う充実性腫瘤を指摘。均一な造影効果を認めた。婦人科腫瘍としては非典型的であるが、画像所見より未分化胚細胞腫や卵黄嚢腫瘍をはじめとする卵巣腫瘍、あるいは子宮肉腫の可能性が高いと術前診断した。同7月6日、試験開腹術施行。開腹直後に両側の萎縮様卵巣を目視で確認したこと、腫瘍と子宮が後腹膜下で連続していたことから漿膜下子宮肉腫であると判断し、単純子宮全摘出術および両側付属器摘出術を施行したが、子宮支持組織をほぼ処理し終わった時点で子宮と腫瘍が自然に剥離され、初めて後腹膜腫瘍であることが判明した。ただちに外科にコンサルトし手術続行となったが術中に腫瘍が破綻し止血困難となり、手術時間10時間18分、出血量19550gと非常に侵襲性の高い手術となった。病理結果はMyxoid liposarcoma, G1, pT2b, retroperitoneumであった。幸い術後経過は良好で術後1日目に抜管、14日目に退院となった。本症例は結果としては最適の治療を行った形にはなったが、転科や転院、自己血貯血や十分な術前面談などより適した対応ができた可能性がある。今回は本症例を報告するとともに術前診断が可能であったかどうかを後方視的に検討する。

演題番号58

脂肪肉腫への分化を伴う子宮平滑筋肉腫の一例

新潟大 放1)、新潟大医歯学総合病 病理2)

田崎 章子¹⁾、麻谷 美奈¹⁾、梅津 哉²⁾、
吉村 宣彦¹⁾、青山 英史¹⁾

【症例】70歳台 女性 G2P2【主訴】腫瘤検査目的【家族歴】母：子宮癌 夫：胃癌
【既往歴】60歳台 肺炎【現病歴】3か月前から腹部膨満感
が出現。近医でCTを施行したところ、骨盤内腫瘍を指摘された。MRIで子宮平滑筋肉腫が疑われ、精査加療目的に当院産科婦人科を紹介受診、手術加療目的に同科入院した。
【入院時現症】臍上部までの巨大な腫瘤あり。内診：一塊となった腫瘤を触知。可動性は良好。経膈エコー：径10cm以上の腫瘤あり。腹水貯留あり、腹水細胞診：class 1。
【L/D】WBC 4210 / μ l, RBC/Hb 430万/ μ l / 13.2 g/dl, Plt.15.9万/ μ l, LDH 162 U/L, CEA 3.8 ng/ml, AFP 2 ng/ml, CA125 8 U/ml, CA19-9 5 U/ml
【画像所見】骨盤部MRI：子宮体部右側壁筋層内を首座とする14*13*16cmの比較的境界明瞭な腫瘤あり。T2WIみだらな高-低信号、T1WI低信号主体だが一部に高信号域あり。Chemical shift imagingのopposed-phaseにおいて地図状の脂肪の含有あり。Gd造影後には造影増強不良域を認め、T2WIで液面形成、T1WI高信号を伴っており出血壊死を疑う。充実成分はDWI高信号だがADC=1.4程度と拡散低下はない。出血壊死を伴う子宮平滑筋腫瘍であり、子宮平滑筋肉腫を第一に、鑑別には脂肪成分を含む時点で脂肪肉腫・脂肪平滑筋肉腫が考えられる。
胸腹骨盤部CT：骨盤腔の子宮由来の腫瘤は内部に出血もしくは石灰化を疑う高濃度域と、脂肪を疑う低濃度域を認める。遠隔転移を疑う所見なし。
【術前診断】子宮平滑筋肉腫
【入院後経過・手術所見】入院翌日、上記診断にて準広汎子宮全摘、両側付属器切除術を施行した。子宮は小児頭大まで腫大、周囲組織との癒着は認めず、漿膜面は平滑だった。
【病理組織診断】子宮筋層にみられる145*140mmの腫瘍。粘液様間質を背景に多形成の強い細胞が主体に増生している。一部は脂肪芽細胞への分化を伴う。
【最終診断】leiomyosarcoma with liposarcomatous differentiation
【まとめ】MRI上で認められた脂肪成分に一致して、病理組織像において脂肪芽細胞への分化を証明できた一例。脂肪芽細胞の占める割合が低く、脂肪芽細胞への分化を伴う平滑筋肉腫と診断された。
脂肪を含む子宮平滑筋腫瘍は、①脂肪平滑筋腫②脂肪平滑筋肉腫③脂肪肉腫などがあげられる。本症例でも脂肪を含んでおり、これらが鑑別にあげられた。
若干の文献的考察を加えて報告する。

演題番号59

全胎状奇胎合併妊娠と間葉性異形成胎盤とのMRIによる鑑別

京都大病 放診1)、同 病理診断2)、北野病 放3)、
京都大 産婦4)、北野病 産婦5)

樋本 祐紀¹⁾、木戸 晶¹⁾、南口 早智子²⁾、
奥村 亮介³⁾、森畠 裕策¹⁾、木口 佳代¹⁾、
舌野 富貴¹⁾、藤本 晃司¹⁾、近藤 英治⁴⁾、
最上 晴太⁴⁾、永野 忠義⁵⁾、光野 重根³⁾、
小西 郁生⁴⁾、富樫 かおり¹⁾

全胎状奇胎合併妊娠と間葉性異形成胎盤 Placental mesenchymal dysplasia(PMD)はいずれも稀な疾患であるが、超音波を含めた臨床所見、病理所見が類似するため鑑別が問題となる。

全胎状奇胎合併妊娠は染色体異常のない生児を得うるが、流産など胎児予後は厳しく、存続絨毛症合併のリスクも高いとされ、妊娠継続は慎重に決定する必要がある。一方、PMDは胎児発育不全や早産の高頻度の合併が知られるが、出産後は母児の無病生存が期待できる。

母児の予後の相違、妊娠継続の判断のため、両者の鑑別は重要であり、妊娠中にMRIにより非侵襲的に診断することが可能であれば臨床的に有用と考えられる。

今回、3例の全胎状奇胎合併妊娠症例と3例のPMD症例のMRI所見を後方視的に検討した。

MRI所見の検討項目は、病変部の性状、病変内・外の出血の有無、胎囊との位置関係、正常胎盤との境界の明瞭度とした。出血の評価はT1・T2強調像にて行った。その他の項目はT2強調像にて評価した。

結果、MRIで両疾患とも病変部自体は多嚢胞病変の集簇として描出されたが、病変内外の出血合併の有無、病変の局在、胎盤との境界の明瞭度に差異を認めた。

全奇胎合併妊娠は3例共に、病変内外に出血を合併した、正常胎囊外の病変として描出され、胎盤との境界は非常に明瞭であった。一方、PMDは2例共に、病変は均一であり出血は見られず、胎囊内・胎盤内の病変として描出され、絨毛組織との境界は不明瞭であった。

これらの差異は、奇胎の易出血性や両疾患の発生機序に起因すると考えられ、MRIはその評価に適しており両者の鑑別に貢献しうると考えられた。

演題番号60

子宮動脈以外に腸間膜動脈からの血流を伴った巨大骨盤内侵入奇胎の一例

信州大 産婦

宮下 昭太、安藤 大史、橘 涼太、浦崎 美沙子、
小林 愛子、曾根原 健太、辻 さやか、山田 諭、
大岡 尚実、中村 祐介、山田 靖、小原 久典、
宮本 強、塩沢 丹里

胎状奇胎の娩出後、20%程度で侵入奇胎を続発するが、化学療法により寛解が得られる場合が多い。また胎状奇胎娩出後の管理は確立されており、巨大腫瘤を形成する侵入奇胎例は稀である。今回、胎状奇胎除去術後に臨床的侵入奇胎と診断されるも治療を拒否し、民間療法を1年以上続けた結果、巨大骨盤内腫瘤を形成した侵入奇胎の一例を経験したので報告する。症例は49歳、2011年に近医で胎状奇胎除去術を施行後、16日目にhCGの再上昇を認め奇胎後hCG存続症と診断された。化学療法等の治療を勧められたが、拒否し独自に民間療法を行っていた。17か月後に性器出血、全身倦怠感、腹部膨満感を主訴に前医を受診した。hCG高値とCTにて子宮と連続する血流豊富な径約14cmの骨盤内腫瘤、腹腔内出血および肺転移を認め、臨床的侵入奇胎と診断した。2日後に突然の腹痛と血圧低下があり、CTにて腹腔内出血の増加を認めた。その後止血が得られたため化学療法を開始したが、3日目に再度ショックとなり、当科へ救急搬送となった。前医の血管造影では腫瘤部分は上・下腸間膜動脈からも栄養を受けており、塞栓術や手術療法は困難と判断した。FIGOリスク診断スコアからhigh risk GTNと診断し、出血、凝固異常に対する治療を行い、当科入院後22日目から化学療法を再開した。7コース施行後、hCGは陰性化したため、骨盤内腫瘤は径12cmで残存し内部に血流も認めていたため、摘出術を施行した。腫瘍は子宮右後壁と連続し、回腸およびS状結腸間膜と強固に癒着しており、血流を受けていたものと考えられた。術後再びhCGが上昇したため化学療法を更に4コース追加し現在寛解している。巨大な侵入奇胎例では、子宮動脈以外に上・下腸間膜動脈からの血管支配の可能性もあり、早期に手術療法を行うべきか慎重に判断する必要がある。

演題番号61

絨毛疾患加療中に広範囲の急性動脈閉塞症を来した一例：3D CT血管構築画像による評価

熊本大 産婦1)、同 放2)、同 心臓血管外3)

今村 裕子¹⁾、坂口 勲¹⁾、高石 清美¹⁾、
本田 智子¹⁾、田代 浩徳¹⁾、大場 隆¹⁾、
岡本 健³⁾、浪本 智弘²⁾、川筋 道雄³⁾、
山下 康行²⁾、片渕 秀隆¹⁾

絨毛性疾患では凝固機能が過剰に亢進し、治療の中でフィブリンの分解が進むことで凝固系と線溶系が不均衡となることが知られている。今回、臨床的侵入奇胎の化学療法中に急性の動脈閉塞を来し、3D CT血管構築画像が診断ならびに加療に有用であった症例を経験したので報告する。症例は48歳の2回経妊2回産女性で、月経周期は整順であった。25年間に及ぶ喫煙歴があったが、心房細動や先天性の血液疾患の既往はなかった。不正性器出血を主訴に前医を受診し、胞状奇胎が疑われたため当施設に紹介となった。初診時の血中human chorionic gonadotropin (hCG)値は954,000mIU/mlと異常高値を示した。経腔超音波断層法で子宮内腔および付属器領域に胎嚢様構造物はなく、また子宮内腔を占拠する径91x92mmのvesicular patternを呈する病巣が認められた。子宮内容除去術で得られた内容物は肉眼的に嚢胞状に腫大した絨毛、および脱落膜組織が認められた。病理組織学的に全胞状奇胎の診断に至り、また造影CT scanにて両肺野の末梢側に散在する粒状結節影が認められ転移巣と考えられた。臨床的侵入奇胎の診断でMA(メトトレキサート+アクチノマイシン-D)療法を開始し、術後7日目に2回目の子宮内容除去術を行った。2コースの化学療法終了後に軽度の左側下肢の違和感が出現し、3コース後にも同様の症状が出現したため造影CT scanを施行した。3D CT血管構築画像で左側の深大脚動脈、膝窩動脈から前脛骨動脈、および腓骨動脈から後脛骨動脈分岐部の閉塞が認められた。直ちに抗凝固療法を開始したが、症状が増悪したため心臓血管外科にて血栓除去術を施行した。血栓除去術の2週間後にヘパリン化を行った後に、4コース目の化学療法を再開したが、化学療法8日目に再び左側下肢の疼痛が出現した。再度造影CT scanによる3D血管構築画像を施行し、第5腰椎上縁の高さの腹部大動脈から両側浅大腿動脈に及ぶ広範囲な閉塞領域を認め、急性動脈閉塞の診断に至った。同日、3D血管構築画像を基に、早急に血栓除去術が施行された。術後の嚴重な抗凝固療法により両側下肢は壊死に陥らず下肢切断は回避された。術後の病理組織学的検討にて、摘出された血栓は血液成分のみで絨毛組織を含めサイトケラチン陽性を呈する細胞はみられなかった。動脈閉塞を来し得る基礎疾患がなく、また血栓形成と薬剤との因果関係が不明であるため、化学療法の継続は行わず嚴重な経過観察を行った。現在、血栓除去術後7ヶ月が経過しているが血中hCG値は1.3mIU/mlと低下傾向にあり、動脈閉塞の増悪はみられていない。われわれが渉猟しうる限りでは絨毛性疾患の治療中に発症した急性動脈閉塞の報告はない。稀な病態ではあるものの、絨毛疾患加療中に下肢の疼痛や色調の変化、および足背動脈の拍動の消失が認められた場合には動脈閉塞も念頭に置き、その場合には3D CT血管構築画像が診断ならびに加療に有用である。

演題番号62

Placental mesenchymal dysplasiaの一例

千葉大 診断病理1)、同 周産期母性2)、
同 小児3)、東京慈恵会医大 放4)、
千葉大 病態病理5)

岩本 雅美¹⁾、尾本 暁子²⁾、遠藤 真美子³⁾、
北井 里実⁴⁾、清川 貴子⁵⁾

Placental mesenchymal dysplasia (PMD) は、胎盤の大型化と絨毛および血管の形態異常を来たす稀な疾患である。臨床的に部分胞状奇胎との鑑別が問題となり、子宮内胎児発育不全、子宮内胎児死亡、Beckwith-Wiedemann syndrome (BWS) などとの関連が示唆されている他、女兒が82%を占める。典型的な病理所見を呈するPMDの症例を経験したので提示する。

症例は34歳女性、0経妊0経産。既往歴、家族歴にBWSを含め特記すべき事項は認めなかった。前医で胎盤に多発性嚢胞を指摘され、妊娠38週時に当院周産期母性科を紹介受診となった。当院受診時、超音波断層法で、胎盤に胎児面直下から発生する最大径4.6cmまでの多発嚢胞性病変を認め、臍帯起始部は不明瞭であった。胎児に明らかな異常所見は認めなかった。臨床的に、多発胎盤嚢胞ないし多発臍帯嚢胞が疑われた。妊娠40週2日、経腔自然分娩で3202gの男児を出産した。児のApgar scoreは1分7点、5分9点であり、外表奇形は認めなかったが、全身皮膚に点状出血を認めた。血液学的に、血小板減少と凝固異常を認めた。児は無治療で回復し、日齢6に退院した。

胎盤は、25x22x3.5cm、802g(固定後)と腫大し、10x10x1.8cmの副胎盤を認めた。臍帯は辺縁付着でフォーク状の分岐を示していた。胎盤胎児面に、径4cmまでの嚢胞状に拡張した血管を多数認めた。剖面において、胎盤中心部の胎児側を主座として、径1.0cmまでの嚢胞が集簇する領域を胎盤全体の約30%に認めた。副胎盤に、嚢胞を含めた肉眼的病変は認めなかった。組織学的に、幹絨毛が水腫状に腫大し、絨毛膜血管をはじめとする血管の蛇行、著明な拡張、血栓形成、内皮細胞傷害と血管壁のフィブリノイド壊死を広範囲に認めた。絨毛における栄養膜細胞の異常増殖や、終末絨毛の水腫様腫大は認めなかった。以上より、PMDと診断した。背景の胎盤絨毛組織は、水腫様腫大を示さないものの、妊娠週数に比してやや大型で、絨毛内血管は絨毛中心に分布し、間質は軽度浮腫性であり、週数に比して未熟な像を示していた。臍帯血管の数に異常は認めなかった。

演題番号63

術前診断が困難であった胎盤部トロホプラスト腫瘍の1例

杏林大 産婦1)、同 放2)

堂園 溪¹⁾、田中 啓¹⁾、百村 麻衣¹⁾、
澁谷 裕美¹⁾、西ヶ谷 順子¹⁾、松本 浩範¹⁾、
小林 陽一¹⁾、岩下 光利¹⁾、吉田 真衣子²⁾、
似鳥 俊明²⁾

【緒言】

胎盤部トロホプラスト腫瘍(placental site trophoblastic tumor: PSTT)は、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瘤を形成する絨毛性疾患の一つである。1976年に初めてKurmanらにより、子宮筋層内に浸潤、穿孔した絨毛癌類似の所見を示す予後良好な疾患として報告され“Trophoblastic pseudotumor”と命名された。その後、化学療法に抵抗性であり、転移や死亡をきたす予後不良例の報告がなされ、名称はPSTTと変更された。PSTTの報告は現在まで100例を超える程度であり、病態や治療法に関しては不明な点が多い。今回、非典型的な経過と発育形態を示し、術前診断が困難であったPSTTの1例を経験したので報告する。

【症例】

48歳、2経妊1経産(41歳 正常分娩、42歳 自然流産)。人間ドックでの経腔超音波断層法検査で子宮筋腫を指摘され、当科紹介受診となった。MRI検査では、子宮体部前壁筋層に約90mm大の腫瘤性病変を認めた。腫瘤は、T1WIで低信号、T2WIで淡い高信号の非特異的信号を示し、正常筋層および漿膜との境界は不明瞭であり、内部には出血や壊死を示唆する信号を内包していた。造影後には不均一な比較的弱い増強効果を呈していた。子宮頸部および内膜細胞診は異常なく、腫瘍マーカーは陰性、LDHは軽度上昇を認めた。診断および治療目的に単純子宮全摘術+両側付属器切除術を施行した。肉眼的所見では、腫瘍は子宮前壁内膜からさらに漿膜を超えて浸潤していた。病理組織検査では、①腫瘍細胞の多くが中間型栄養膜細胞に類似している、②一部がhCG陽性である、③腫瘍細胞は筋層内に分け入るように浸潤している、④腫瘍内にはフィブリノイド壊死を示す大型血管の増生をみることで、PSTTが最終病理診断となった。

【考察】

PSTTは、妊娠分娩後の不正出血や無月経を契機に発見されることが多いが、本症例は無症状で、検診の超音波検査にて偶然発見された。また、先行妊娠からの潜伏期間の中央値は2-3年程度とされるが、本症例は6年間と長期間であった。画像上は子宮内に限局する2-3cm程度の結節状腫瘤として発見される報告例が多いが、本症例は90mm大と大きく、子宮平滑筋肉腫ないしは変性子宮筋腫を示唆する所見を呈したために、術前診断が困難であった。PSTTのMRI画像所見に関する報告は極めて少なく、過去の文献例を含めて、その画像的特徴に関して報告する。

演題番号64

胎盤腫瘤性病変のMRI所見と病理所見の対比

長崎大 放

峯 聡美、瀬川 景子

妊婦検診の超音波検査で胎盤に腫瘤性病変が疑われ、当院にてMRIを撮像した症例のうち、胎盤病理をえられた5例について検討した。症例のうちわけは血腫2例、胎盤のう胞1例、血管腫1例、腫瘤状胎盤1例であった。それぞれのMRI所見と病理組織所見の対比を中心に呈示する。

妊婦検診に用いられる画像検査のモダリティの第一選択は超音波である。近年、MRIの撮影技術の進歩により、超音波で異常を指摘された場合にMRIによる精査が行われる頻度が増えてきている。胎盤の超音波診断についてはこれまでに多数の文献が報告され、診断精度も高いが、MRI所見については、頻度の高い血管腫や虚血性病変の症例報告が数例あるのみである。MRIによる胎盤病変の描出は超音波に比べ組織分解能が高く客観性があり、胎盤の全体像を把握するために有用である。胎盤病変は、超音波検査で産婦人科医により診断されている場合が多いが、病変の検出および診断のため、放射線科医にもMRI所見の知識が求められていると考えられる。過去の報告をまとめ、若干の考察を加え経験症例を報告する。

演題番号65

術前診断に苦慮した胎盤ポリープの1例

産業医大 放¹⁾、同 産婦²⁾

宮田 真里¹⁾、林田 佳子¹⁾、大木 穂高¹⁾、
小笠原 篤¹⁾、青木 隆敏¹⁾、興梠 征典¹⁾、
愛甲 悠希代²⁾、栗田 智子²⁾、蜂須賀 徹²⁾

胎盤ポリープとは、残留胎盤片から発生する病変で、凝血塊など加わって次第に増大しポリープ様構造を呈したものをいい、産後数週から数か月目の出血の原因とされる。一方、欧米では胎盤ポリープならびに遺残胎盤などを、retained products of conception(RPOC)と一括して扱っており、本邦での診断基準に混乱もある。画像診断上は、retained products of conception(RPOC)は特に絨毛性疾患との鑑別が問題となる。

今回我々は、術前にMRIを施行し診断に苦慮した胎盤ポリープ (retained products of conception RPOC) の1例を経験したので、若干の考察を加えて報告する。

症例は28歳。1回経妊0回経産。自然妊娠成立後、18週5日目で前期破水の診断にて当院産婦人科に来院した。絨毛膜羊膜炎にて妊娠の継続困難であったため、19週0日で進行流産となった。退院後も性器出血が持続し、自然流産後24日目に再来した。経膈超音波にて子宮内腔に後壁からの血流を伴う46×35mm大を指摘された。造影MRIを施行し、同サイズで子宮内腔に占拠する増強効果を伴う腫瘤影を認め、子宮筋層が圧排され菲薄化していた。画像上明らかな筋層浸潤は認めなかった。Abnormal uterine vasculatureや ovarian theca lutein cystsはみられず、 β -HCGは軽度の上昇のみであった。以上の結果から、胎盤ポリープと診断され、UAE施行後、子宮鏡下切除術が施行された。

(結語) MRIは胎盤ポリープの筋層浸潤への評価、術前の流入血管、血流評価に有効である。

演題番号66

癒着胎盤の診断が困難であった辺縁前置胎盤の一症例

獨協医大 産婦¹⁾、同 放²⁾

栃木 辰子¹⁾、大島 教子¹⁾、木内 香織¹⁾、
多田 和美¹⁾、西川 正能¹⁾、渡辺 博¹⁾、
深澤 一雄¹⁾、塩山 靖和²⁾、稲村 健介²⁾、
楯 靖²⁾

今回我々は、辺縁前置胎盤の症例で癒着胎盤の合併も疑われたが、妊娠中の癒着胎盤の診断は画像上困難で、帝王切開術後6日目に癒着胎盤の遺残を診断、遺残胎盤に対して子宮動脈塞栓術 (UAE: uterine artery embolization) を施行したので報告する。

症例は40歳初産、自然妊娠、多発筋腫合併妊娠で当院紹介、妊娠32週で辺縁前置胎盤の管理入院。経膈超音波検査 (TVS: transvaginal sonography) では前壁付着の胎盤が内子宮口に接している辺縁前置胎盤であったが、その胎盤と子宮頸部筋層との境界が不明瞭で癒着胎盤も疑われた。補助診断のためMRIを施行したが癒着胎盤の有無の評価は不可能であった。妊娠35週1日、全身麻酔下で選択的帝王切開術施行、2200gの男児を出産した。胎盤は多少剥離困難な印象はあったが、手動的に娩出可能、胎盤実質の明らかな欠損は認めなかった。子宮頸部筋層の収縮不良に対して子宮収縮剤投与、手動的圧迫、子宮前面および後面のcompression sutureを行った。術中出血量2,095ml、自己血400ml、濃厚赤血球輸血4単位使用。産褥6日目のTVSで子宮頸部前唇に血流を伴う直径5cmの腫瘤を認めたためダイナミックMRI撮影。TVSで確認できた腫瘤部に一致して血管を伴う高信号域を認め、癒着胎盤の遺残が疑われた。翌日、遺残胎盤への血行遮断を目的にUAE施行。両側内腸骨動脈を選択し上殿動脈を外しゼルフーム、スポンゼルを用いて塞栓。確認造影では胎盤への血流はほぼなくなっていた。その1週間後に再度ダイナミックMRI施行。UAE施行前より血流を有する部分の体積の減少を確認、性器出血はほとんどなくなったため術後22日目に退院、外来管理とした。現在1週間おきに外来でTVSでの腫瘤サイズおよび血流の有無、血中hCG測定で管理を行っている。

演題番号67

当院における癒着胎盤症例におけるMRIの検討

獨協医大 産婦¹⁾、同 放²⁾

木内 香織¹⁾、大島 教子¹⁾、多田 和美¹⁾、
西川 正能¹⁾、渡辺 博¹⁾、深澤 一雄¹⁾、楢 靖²⁾

癒着胎盤の診断目的で施行されるMRI検査は、妊娠により子宮筋層が菲薄化するため胎盤浸潤の程度を評価する事は困難な場合も多いとされている。2007年にLaxらが癒着胎盤のMRI所見の特徴として、T2強調画像での1) intraplacental bandの存在、2) 胎盤内の不均一な信号強度、3) 子宮下部の膨隆の3つを挙げ、胎盤実質内のMRI所見が癒着胎盤の診断に有用であると報告した。今回、我々は癒着胎盤症例のMRIにおける上記3つの所見の有無を後方視的に調べ癒着胎盤の診断に有用であるかを検討した。

症例は2007年1月～2013年5月までに当科で分娩となった癒着胎盤7例 (PA群)、対照として胎盤付着部位の評価のためMRIが施行された前置胎盤21例 (PP群) である。PA群のうち6例は帝王切開に続き子宮摘出術が施行され、摘出標本より全例が癒着胎盤の病理診断であった。1例は癒着胎盤の一部が子宮壁に遺残したままで子宮摘出術は施行されていないが、臨床的に癒着胎盤の診断であった。有意差検定は χ^2 検定を用いた。

1) intraplacental bandの所見はT2強調画像における胎盤内に存在する太く不整あるいは蛇行する帯状陰影を指し、PA群では全例に認めたがPP群では4例 (19%) であった ($p<0.05$)。2) 胎盤内の不均一な信号強度を呈したものは、PA群6例 (86%)、PP群5例 (24%) であった ($p<0.05$)。3) 子宮下部の膨隆所見を認めたものは、PA群4例 (57%)、PP群2例 (10%) であった ($p=0.02$)。

癒着胎盤においてLaxらの報告したMRI所見は、癒着胎盤を伴わない前置胎盤と比較して有意に高頻度に認められた。これらのMRI所見の有無を確認する事は、癒着胎盤の診断率向上に有用であると考えられた。

演題番号68

卵巣癌再発診断における FDG-PET/CTの有用性に関 する検討

東京医大 産婦

在津 令子、寺内 文敏、大村 涼子、中山 大栄、
森竹 哲也、佐川 泰一、西 洋孝、井坂 恵一

【目的】

卵巣癌の再発診断におけるFDG-PET/CTの有用性を検討する。

【対象】

PDSにてcomplete surgeryがなされた卵巣癌症例で再発をきたし、全例術前にFDG-PET/CTにて再発診断を行い、SDS(secondary debulking surgery)を施行した卵巣癌29例。

【方法】

SDSにおける開腹時所見および病理組織学的診断より、FDG-PET/CTのsensitivity、specificityおよびaccuracyを検討した。また、腫瘍マーカー(CA125)との関連を比較検討した。

【結果】

FDG-PET/CTにおける偽陽性・偽陰性を考慮したaccuracyは72.7%であった。6例でFDG-PET/CT陰性部位に、開腹時に肉眼的転移部位を認め病理組織学的診断陽性部位を認めた。Specificityは27.2%だった。

腫瘍マーカー(CA125: cut off<35)陰性中のFDG-PET/CT再発診断例は10例、そのうちFDG-PET/CT偽陰性部位を認めたのは1例であった。また、腫瘍マーカー(CA125)陽性中のFDG-PET/CT偽陰性率は41.7%であった。

【結論】

FDG-PET/CTは卵巣癌再発の早期発見に有用である。腫瘍マーカー陰性であっても再発部位をFDG-PET/CTで診断できる。ただし、再発部位に関しては偽陰性が27.2%であり、腫瘍マーカー高値を示している症例ではFDG-PET/CTで陽性部位の他に偽陰性部位がある可能性が高く、慎重な腹腔内観察が必要である。

SDS25例：PET施行18例、PETなし7例

平均年齢 59歳(28-86)

CA125: 35<=10, 35>=8(うち偽陰性1例)

CA125>35のうちPET偽陰性部位あり=50%

再発期間(初回治療から): 26.17ヵ月

演題番号69

EUS-FNAが診断に有用であった 卵巣癌胃転移の1例

高知大 消化器内1)、同 がんセ2)、同 放3)、
同 産婦4)、同 病理5)、仁生会細木病 放6)

耕崎 拓大¹⁾、永田 友梨¹⁾、木岐 淳¹⁾、
麻植 啓輔¹⁾、西原 利治¹⁾、小林 道也²⁾、
濱田 典彦³⁾、西岡 明人³⁾、泉谷 知明⁴⁾、
深谷 孝夫⁴⁾、中嶋 絢子⁵⁾、戸井 慎⁵⁾、
松本 学⁵⁾、弘井 誠⁵⁾、耕崎 志乃⁶⁾

【症例】63歳、女性。【主訴】なし。【現病歴】57歳時にstage IVの卵巣癌のため両側付属器切除、大網切除術を施行された。補助化学療法を施行されたが、腹腔内播種の出現を認め61歳時に腹腔内播種巣摘出術、骨盤および腹腔内リンパ節切除術を施行した。その後もレジメンを変更し化学療法を継続したが、63歳時に病変評価のPET-CTを施行すると胃壁へのFDGの集積を認め紹介となる。【入院後経過】腹部CTでは幽門部胃壁の肥厚を認めた。上部消化管内視鏡検査では胃角部に潰瘍瘢痕様の病変と前庭部に中心の陥凹した粘膜下腫瘍様の病変を認めたが、生検では悪性所見を認めなかった。確定診断のためEUS-FNA(endoscopic ultrasonography-fine needle aspiration)を施行した。EUSでは前庭部から胃角小弯側にかけて第3層以深の壁肥厚を認め同部位に対しFNAを施行した。病理は異型の強い腺癌細胞を認めた。幽門側胃切除を施行した。粘膜下層から漿膜にかけ腺癌細胞の増殖を認め、免疫染色ではCA125、estrogen receptor、progesterone receptorが陽性であり卵巣癌の既往、内視鏡像とあわせて卵巣癌の胃転移に矛盾しない所見であった。その後も化学療法を施行したが、65歳時に胃十二指腸吻合部再発を認め狭窄による嘔吐が出現したため内視鏡的十二指腸ステント挿入術を施行した。その後腫瘍出血や黄疸など病状が悪化し死亡した。【まとめ】EUS-FNAが診断に有用であった卵巣癌の胃転移を経験した。他臓器癌の卵巣転移はKrukenberg腫瘍として有名であるが、卵巣癌の胃転移は極めて稀であり貴重な症例と思われる報告する。

演題番号70

子宮転移を来した8症例

聖マリアンナ医大 放1)、同 病理2)

大出 創¹⁾、藤川 あつ子¹⁾、西尾 美佐子¹⁾、
森本 毅¹⁾、宮川 国久¹⁾、中島 康雄¹⁾、
成木 佐瑛子²⁾、藤野 節²⁾、高木 正之²⁾

悪性腫瘍性疾患の末期において稀ではあるが子宮転移が認められることが知られている。画像所見上、これらの転移腫瘍のパリエーションや子宮原発腫瘍との鑑別点については明確な定義は得られていない。臨床上すでに原発巣が知られていれば鑑別に苦慮することは少ないと考えられるが、初発時に認められる際にはその限りではない。今回我々が経験した過去の子宮転移症例（乳癌、結腸癌、悪性リンパ腫）の画像所見は、子宮原発腫瘍にも類似する所見も含め幾つかのパリエーションが認められた。若干の文献的考察を加え報告する。

演題番号71

子宮頸癌のBOLD MRIを用いた腫瘍の酸素状態の検討

重粒子医科学セ病

尾松 徳彦、岸本 理和、神立 進、立花 泰彦、
小島 隆行、若月 優、入江 大介、唐澤 久美子、
安藤 裕、鎌田 正

【背景・目的】悪性腫瘍の増大の速度に比べると、悪性腫瘍内の血管の新生は十分ではなく、腫瘍中心部には、酸素供給が十分でない低酸素領域が生じる。低酸素状態の腫瘍は悪性度が増加し、放射線治療や化学療法に対して抵抗性であることが知られている。オキシヘモグロビンは反磁性であるが、デオキシヘモグロビンは常磁性であるという性質がある。MRIにおいて、この赤血球の酸素化の違いによって、信号強度に違いが現れるBOLDがfMRIにおいて利用されている。BOLDを利用して、前立腺癌の低酸素部位を特定することができたという報告がある。また、拡散強調画像による見かけの拡散係数(ADC)は、腫瘍の細胞密度を反映していると報告されている。子宮頸癌のT2*値を求めることにより、腫瘍の組織型の違いによる腫瘍の酸素状態の差があるかどうか、拡散強調画像で求められるADCと腫瘍の酸素状態に関連があるかどうかを検討した。

【対象・方法】対象は、2012年10月から2013年2月に重粒子線治療を受けた17名の子宮頸癌患者である。年齢：30歳～70歳(平均50.7歳)であり、組織型：扁平上皮癌10名、腺癌7名であった。病期：扁平上皮癌がStage IIIa～IVaであり、腺癌はIIb～IVaであった。治療前にT2*強調画像(TE=2.46, 4.92, 7.38, 9.84, 12.3, 14.76ms)と、拡散強調画像(b=0, 1000s/mm²)を撮像し、それぞれT2*map、ADCmapを作成した。腫瘍の全断面にROIを設定し、それぞれT2*値、ADCの中央値を測定した。組織型によるT2*値、ADCの違いがあるか、また、ADCとT2*値との関係を調べた。

【結果】扁平上皮癌のT2*値の中央値の平均は52.4ms、ADCは $0.67 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{sec}$ であり、腺癌のT2*値は57.7ms、ADCは $0.69 \times 10^{-3} \text{mm}^2/\text{sec}$ であった。扁平上皮癌のT2*値は、腺癌よりも低い傾向が認められた。また、扁平上皮癌ADCは、非扁平上皮癌よりも有意に低かった。ADCとT2*値の相関係数は、0.37であり、傾向があると考えられた。

演題番号72

T2強調画像で高信号を呈した子宮頸部病変

聖マリアンナ医大 放

富田 隼人、藤川 あつ子、大出 創、
西尾 美佐子、森本 毅、宮川 国久、中島 康雄

婦人科領域における画像検査は超音波検査やMRI検査が優れているが、組織判定や良悪性の判断に苦慮することが多く、臨床所見を含めた総合的診断が必要になる。子宮頸部は扁平上皮と円柱上皮を併せ持つため病変が多岐に渡る上、日常診療で稀に見つかる疾患や緊急性のある疾患があり、画像診断医は予め十分な知識を持ち対処すべきである。

今回、子宮頸部にT2強調画像で高信号を呈する病変をまとめた。当院で診断された疾患と文献症例を含め、子宮頸部最小偏倚型粘液性腺癌(MDA)、分葉状頸管腺過形成(LEGH)、ナボット嚢胞、子宮頸管ポリープ、子宮頸部妊娠を中心に疾患概念と画像所見を提示する。

演題番号73

子宮体癌の術前子宮筋層浸潤評価における骨盤MRI検査の有用性

東京慈恵会医大柏病 産婦1)、

東京慈恵会医大 産婦2)、東京慈恵会医大柏 放3)

松井 仁志¹⁾、田部 宏¹⁾、鈴木 美智子¹⁾、
森本 恵爾¹⁾、小曾根 浩一¹⁾、飯田 泰志¹⁾、
高野 浩邦¹⁾、佐々木 寛¹⁾、岡本 愛光²⁾、
清水 勸一郎³⁾

子宮体癌は1980年代には子宮悪性腫瘍のなかで占める割合は子宮頸癌が約80%に対し、約20%を占めるにすぎなかったが、その割合は年々増加傾向にあり、2005年には47.9%とほぼ半数に達した(日産婦腫瘍委員会報告)。子宮体癌の初期症状として不正性器出血が最も多く、その際に子宮体部細胞診を施行し子宮体癌の疑いとされることが多い。子宮体癌の確定診断は、あくまで子宮内膜組織生検による病理組織診断であり、子宮体癌の診断後に癌の広がりを検索するための画像検査として、一般的に胸腹部CT検査および骨盤MRI検査が施行され、その結果により根治手術の術式を決定、施行されるのが診断治療の一般的な流れである。

また、近年画像診断の精度が上がり正診率があがっている中、画像検査では診断できない症例や過度に診断しすぎてしまう症例があることも日常臨床では少なからず経験する。今回われわれは、当院で経験した過去3年間の子宮体癌250症例に対し、子宮筋層浸潤や子宮頸部浸潤の評価に用いられる、骨盤MRI検査の感度、特異度の現状を評価するとともに、組織型などある特定の症例においてその精度が低くなる可能性があるのかどうかについて検討した。

演題番号74

胃癌術後10年目に再発した子宮頸部孤立性転移の1例

京都府立医大 女性生涯医科学

山本 拓郎、森 泰輔、澤田 守男、黒星 晴夫、
辰巳 弘、岩破 一博、北脇 城

【はじめに】性器外原発腫瘍からの子宮頸部転移は非常に稀である。今回われわれは胃癌術後10年目に子宮頸部への孤立性転移を来した症例を経験したので報告する。

【症例】46歳、女性。X年に進行胃癌に対し他院で幽門側胃切除術を施行された。病理結果はpoorly differentiated adenocarcinoma, se, sci, ly 1, v0, n2であった。術後化学療法を3年間施行された後は再発徴候を認めなかった。X+10年に不正出血を認めたため近医を受診し骨盤MRIを施行されたところ子宮頸部腫瘍を認めたため当科紹介となった。子宮頸部細胞診ではAGC、コルボスコープ下組織生検ではadenocarcinomaと診断された。免疫染色ではCK7、CK20、MUC2のいずれも陽性を示し、子宮頸癌よりも胃癌からの転移が示唆された。準広汎子宮全摘術および両側付属器摘出術を施行するも切除断端陽性であり、胃癌ガイドラインに基づいて術後療法としてテガフル・ギメラシル・オテラシルカリウム(TS-1) + カペシタビン併用療法を施行した。現在1年9ヶ月経過しているが、病変は寛解しており再発も認めていない。

【考察】子宮頸部は本来転移を来しにくい部位である。現在までに乳癌や胃癌、大腸癌がわずかに報告されているが、その多くが多発リンパ節転移や腹膜播種、Krukenberg腫瘍を伴っており、本例のような子宮頸部への孤立性転移はわれわれの知る限り未だ報告されていない。また本例は不正出血を主訴としており、骨盤MRIでは孤立性病変であったことから子宮頸部原発腺癌か性器外臓器からの転移かの鑑別に留意を要した。また子宮頸部転移の治療方針に一定の見解はないが、広汎子宮全摘術や放射線療法を含めた他の治療法について考慮する必要があると考えられた。

演題番号75

子宮動脈塞栓により子宮温存できた臨床的羊水塞栓症の3例

広島大 産婦

濱崎 晶、坂下 知久、平田 英司、工藤 美樹

臨床的羊水塞栓症と診断し、分娩後の制御困難な出血に対し子宮動脈塞栓 (UAE) により子宮を温存できた3症例を経験した。年齢は25~39歳に分布し、分娩時週数は38~40週であった。いずれの症例も、分娩終了後に制御不能な出血を来し、分娩後1~3時間で産褥搬送された。入院時のShock Indexは1.7~5で、臨床検査値はHb 4.1~6.3 g/dl、Plt 5.6~6.6万/ μ l、PT-INR 1.38~3.96、APTT 47秒~scale out、Fibrinogen 12.1~53.9 mg/dl、AT-III 26~47%であり、いずれの症例も産科的DICスコアは13点以上であった。また、浜松医大にて測定したZnCP1、STNはそれぞれ陰性~5.6 pmol/ml、22~312.3 U/mlであった。搬入後は直ちに抗ショック療法、抗DIC療法、大量輸血、AT製剤、Fibrinogen製剤投与などを行いつつ、UAEを実施し止血可能であった。羊水塞栓症に対するUAEは急速に進行するDICと循環不全の状態でも実施でき、子宮を温存できることから有用であると考えられた。

演題番号76

A case of an unsuccessful uterine artery embolization (UAE) in a postpartum hemorrhage.

Department of Radiology, Kashiwa University Hospital, Jikei University School of Medicine 1)

Department of Obstetrics and Gynecology, The Jikei University University School of Medicine 2)

Department of Obstetrics and Gynecology, Kashiwa University Hospital, Jikei University School of Medicine 3)

Kanichiro Shimizu ¹⁾, Yo Matsui ¹⁾,
Takuji Mogami ¹⁾, Tadashi Tokashiki ¹⁾,
Junta Harata ¹⁾, Hiroaki Aoki ²⁾,
Hitoshi Matsui ³⁾, Takashi Kuroda ³⁾,
Hiroshi Sasaki ³⁾

We report a case of a 34-year-old woman, who underwent caesarian section (C/S) followed by an UAE, due to postpartum hemorrhage. We analyzed the causes of unsuccessful UAE from clinical, angiographic and pathological findings.

The patient was diagnosed with placenta previa totalis, for which C/S was performed at gestational age of 36 weeks. Blood loss during the procedure was 4200ml. Due to further vaginal blood loss of 1200ml and subinvolution of the uterus post-procedure, uterine atony was suspected. Extremely decreased serum fibrinogen level, which was suggestive of severe disseminated intravascular coagulopathy (DIC). UAE was performed using gelatin sponge, which was prepared by the pumping method. Thinning of bilateral uterine arteries and reflux of embolic materials into the dilated ovarian arteries were observed on the angiogram, which were speculated to be the result of ligation during C/S. Unfortunately, hemorrhage was uncontrollable even after UAE, therefore hysterectomy was performed.

The resected uterus was congested and a large amount of coagulation was confirmed in the uterine lumen. Injection of embolic material into a tense uterus should be avoided. From the pathological findings, intramuscular hemorrhage was suspected to be due to severe DIC. A few injected embolic materials were observed only in arteries that were less than 700 μ m in diameter. However the majority of dilated submucosal arteries were larger than 1000 μ m in diameter and hence no embolic materials or thromboses were observed in these vessels.

Extremely dilated submucosal uterine arteries due to atony, stenosis of proximal uterine arteries and a marked increase in blood flow in ovarian arteries due to ligation in C/S, tense uterus due to a large amount of hemorrhage and severe DIC were all suspected to be the causes of the unsuccessful UAE.

演題番号77

筋腫合併産褥出血に対し子宮動脈塞栓術を行い、術後発熱をきたすも、子宮を温存しえた一例

大阪大 産婦1)、同 放診2)

角田 守¹⁾、橋本 香映¹⁾、松崎 慎哉¹⁾、
味村 和哉¹⁾、熊澤 恵一¹⁾、谷口 友基子¹⁾、
遠藤 誠之¹⁾、金川 武司¹⁾、木村 正¹⁾、
岸本 健太郎²⁾、東原 大樹²⁾、大須賀 慶悟²⁾

抄録本文：子宮筋腫合併妊娠は産褥出血の原因となりうる。その際に子宮収縮剤や子宮摘出術、子宮動脈塞栓術などが治療の選択肢となりうる。しかし、産褥出血に対して子宮動脈塞栓術を行った場合、約3分の1程度の症例に熱発を認める。産褥期の熱発の原因が子宮内膜炎などの感染症であった場合、高率に敗血症に移行するため、感染源である子宮の摘出を含めて治療方針を決定する必要がある。よって熱発の原因が感染によるものであるのかどうかの鑑別が非常に重要となる。今回、子宮筋腫合併妊娠の分娩後弛緩出血に対して、子宮動脈塞栓術を行い、その後熱発を認めたが各種検査により感染は否定的であると判断し、保存的加療にて軽快した一例を経験した。【症例】38歳女性。1経妊0経産。妊娠初期より子宮体下部後壁に7cm大の子宮筋腫を認めていた。妊娠経過と共に、筋腫の増大や縮小は認めなかった。妊娠39週で陣痛発来を認め分娩目的に入院となったが、所見に進行を認めず分娩停止の適応で緊急帝王切開術を行った。児を娩出後に筋腫表面の怒張血管などから強出血を認め、頸部に達する筋腫であることから子宮摘出は困難と判断し、子宮動脈塞栓術の方針とし、可及的速やかに閉創・閉腹を行った。造影では明らかな責任血管を認めず、両側の子宮動脈上行枝に対し塞栓術を行い出血量の減少を確認し術を終了した。出血量は合計3150mlで輸血はRCCを4単位行った。その後、出血は少量で全身状態も安定していたため、術後8日目に退院となった。術後17日目に熱発を認め、当院受診した。発熱・悪臭のある帯下を認め、子宮内膜炎などの感染が考えられたため、入院し抗生剤加療を開始した。しかし各種培養は陰性で、白血球の左方移動はなく、プロカルシトニンも陰性であったことから、筋腫の壊死による発熱を第一鑑別に術後20日目に抗生剤を終了した。自然経過にて解熱し術後22日目に退院となった。今回、以上の症例を経験したので、若干の文献的考察を交え報告する。

演題番号78

産褥大量出血に対する経カテーテル的動脈塞栓術の有効性の検討

大阪大 産婦1)、同 放診2)

澤田 育子¹⁾、橋本 香映¹⁾、金川 武司¹⁾、
木村 正¹⁾、大須賀 慶悟²⁾、前田 登²⁾、
東原 大樹²⁾

【目的】経カテーテル的動脈塞栓術(TAE)は、産後の大量出血に対し、低侵襲かつ子宮温存の可能な治療である。今回、当院で施行した産褥出血に対するTAE症例について、その治療効果およびその後の妊孕性について検討した。

【方法】2000年から2011年までに、産後TAEを行った32例を対象とした。診療録を後方視的に調査し、患者背景、出血原因、出血量、TAEに至る治療内容、輸血量、塞栓物質および塞栓部位、治療効果および合併症について検討した。妊孕性に対する影響を、月経再開の有無、次回挙児希望の有無、妊娠の有無について電話アンケートにより確認、検討した。

【成績】症例は全32例で、搬送症例は16例(50%)、当院発生症例は16例(50%)であった。出血原因として、弛緩出血10例(31.3%)、癒着胎盤2例(6.3%)、産道裂傷3例(9.4%)、前置胎盤2例(6.3%)、腔壁血腫3例(9.4%)、胎盤ポリープ3例(9.4%)、仮性動脈瘤破綻2例(6.3%)、その他7例(21.9%)であった。TAEは骨盤部動脈造影にて出血部位を確認し、主にスポンゼルを用いて塞栓を行った。TAEにより28例(87.5%)で止血が得られ、止血困難にて緊急子宮摘出術を施行した症例は3例(9.4%)、予定2期的子宮摘出術を施行した症例は1例(3.1%)であった。合併症としてTAE後の発熱は16例(50%)、腹痛を4例(12.5%)に認めた。その他の重篤な副作用は認めなかった。

妊孕性に関する調査ではTAEにて止血を得られた28例中連絡のとれた19例について検討を行った。1例を除いて月経再開が確認され、無月経の1例はsheehan症候群に伴うものであった。挙児希望のあった10例のうち3例(4分娩)に次回妊娠が確認された。

【結論】TAEは産科出血に対して十分な止血効果を認め、子宮温存可能な治療として有効であった。TAE症例と、TAE施行せずに子宮摘出術を施行した症例との方針決定時のHbに差は認めず、総出血量はTAE症例の方がやや少ない傾向にあった。また、当院発生例と搬送例での有効率にも差はなく、産後出血の治療として適応例を拡大できる可能性が示唆された。妊孕性に関してもTAEが原因で無月経に陥った症例は認められず、少なくとも明らかな悪影響は認めなかった。

演題番号79

帝王切開癒痕部憩室の1例

鳥取大 放¹⁾、同 女性診療³⁾、同 器管病理³⁾
福永 健¹⁾、藤井 進也¹⁾、井上 千恵¹⁾、
神納 敏夫¹⁾、谷口 文紀²⁾、原田 省²⁾、
野坂 加苗³⁾、堀江 靖³⁾、小川 敏英¹⁾

症例は40歳代女性。G6P2、2回の帝王切開歴（最終の帝王切開は8年前）、および子宮外妊娠による右付属器摘出術の既往がある。主訴は月経時下腹部痛。

以前から月経開始前～終了後数日にかけての下腹部痛を自覚しており、他院にて内服加療されていたが、最近1年で症状が増悪してきたため当院女性診療科へ紹介された。

精査のため施行されたMRIでは帝王切開部に一致して子宮峡部前壁に筋層の菲薄化があり、T2強調像では同部に正常の子宮内膜・頸管腺と連続するような約2.5×1cm大の高信号域が認められた。同部は脂肪抑制併用T1強調像でも高信号を呈し、また辺縁にはT2*強調像で低信号を呈する領域が散見されることから、慢性の血腫を含んだ嚢胞性病変が示唆された。腫瘤は菲薄化した峡部の筋層内に憩室状に広がり、また内子宮口は狭小化していた。病変は帝王切開癒痕部に一致しており、内部に血液貯留を伴った帝王切開癒痕部憩室が疑われた。

それまでに行われていた内服加療（低容量ピル）で症状改善がみられず、挙児希望もなかったため、腹腔鏡下子宮全摘＋左卵管切除術が施行された。術中所見では、子宮峡部筋層内に子宮内腔、頸管に連続する憩室状の嚢胞性腫瘤を認めた。腫瘤内には黒褐色調の粘性液体貯留が認められた。内子宮口は狭窄していた。手術後、症状の改善を認め、現在も経過観察中である。

近年の帝王切開症例率の増加に伴い、その合併症の報告が増加している。子宮体下部の手術創部にみられる筋層欠損もその一つであり、不正性器出血、月経困難症、不妊症の原因となると報告されている。今回我々は帝王切開術後に月経困難症を訴え、腹腔鏡下子宮全摘術により帝王切開癒痕部憩室を確認した症例を経験したので、画像を提示すると共に若干の文献的考察を加え報告する。

演題番号80

菲薄化が疑われる既往帝王切開子宮創部に関する画像所見と手術・病理所見の検討

神戸大 産婦¹⁾、同 放²⁾、同 病理診断³⁾
牧原 夏子¹⁾、蝦名 康彦¹⁾、今福 仁美¹⁾、
生橋 義之¹⁾、宮原 義也¹⁾、新谷 潔¹⁾、
山田 秀人¹⁾、上野 嘉子²⁾、北島 一宏²⁾、
前田 哲雄²⁾、川上 史³⁾、伊藤 智雄³⁾

【はじめに】経腔エコーなどにより、既往帝王切開創部に一致して子宮筋層の菲薄化や部分欠損を疑う症例を認めることがある。そのような症例では、不正性器出血、月経困難等が出現しやすく、また次回妊娠時の子宮破裂や、創部筋層への妊娠、癒着胎盤などのリスクがあるため、対応に苦慮する場面が少なくない。しかし、明確な画像診断基準は存在しない。そこで子宮創部の菲薄化が疑われた既往帝王切開症例に関して、画像所見と手術・病理所見を比較検討すること目的とした。

【対象・方法】2009年から当科へ紹介され、最終的に外科的治療を行った4例を対象とした。紹介時には、全例で不正出血・月経異常を認め、経腔エコーにより創部の菲薄化を指摘されていた。経腔エコー、MRI（T2強調像、造影）それぞれの画像所見を確認した。手術は子宮下部の癒痕箇所を確認した上で、同部位の上下に一部正常筋層を含むように切除し、縫合修復した。そして、切除部分の病理学的検索を行った。

【結果】経腔エコー、MRI（T2強調像）における子宮筋層の菲薄化の所見は、術中所見と合致していた。しかし、造影MRI所見と手術所見とは一致せず、切開創部に造影不良な領域が存在していても、子宮筋層の欠損・菲薄化とは関連していなかった。また、切除部分の病理組織学的検索によると、子宮筋層の欠損や創部の線維化を示していない症例も認められた。

【結論】造影MRIにて造影不良域が存在していても、超音波とMRIT2WIでは子宮筋層の菲薄化がはっきりしていない症例では手術療法については慎重に考慮すべきである。

演題番号81

産科出血に対する
Interventional Radiologyの
検討

大阪医大 産婦

蓬萊 亮斗、神吉 一良、藤田 太輔、
梅寄 乃斗香、木野 紘美、太田 沙緒里、
寺田 信一、布出 美紗、村山 結美、
田中 健太郎、佐野 匠、渡辺 綾子、鈴木 裕介、
加藤 壮介、亀谷 英輝、大道 正英

目的

止血困難な産科大量出血に対して、子宮温存可能なInterventional Radiology(IVR)が注目されている。今回当院で経験した産科出血に対してIVRを行った症例の治療成績について検討することを目的とした。

方法

2005年4月から2013年7月までに、当院で産科大量出血に対してIVRを行った13症例を対象とし、出血の原因、出血時期、出血量、止血効果、輸血量、帝王切開歴、子宮内容除去術の既往歴、産科合併症などについて検討した。

成績

IVRを行った15症例の内訳は、遺残癒着胎盤が5症例、弛緩出血4症例、子宮内容除去後の出血が2症例、頸管妊娠が2症例、常位胎盤早期剥離術後創部出血が1症例、胎盤ポリープが1例であった。両側子宮動脈塞栓術(UAE)を13症例で、出血点を確認された2症例は、片側UAEのみを施行した。出血時期は、分娩時や処置時に出血を認める症例から、最長のものでは産後35日目に出血をきたした症例までさまざまであった。UAE前の平均出血量は $3,867\text{ml} \pm 4,452\text{ml}$ で、止血効果は14/15症例でUAE後に止血が確認され、弛緩出血(癒着胎盤)の1症例では止血効果不十分で子宮全摘出術を施行した。同種血輸血は10症例で施行した。UAE施行症例の短期合併症は認めておらず安全に施行でき、癒着胎盤の1症例を除いては子宮温存が可能であった。

結論：産科大量出血に対して、IVRは外科的な子宮全摘よりも侵襲が少なく子宮温存できる極めて有効な手段である。DICを合併している症例では止血成功率が低下するため、UAE施行前までにDICを十分に改善させてから行うべきである。産科大量出血を扱う高次施設では24時間体制でのUAE管理が望まれる。

演題番号82

先天性心疾患術後の妊婦で発生した産科大量出血の1例

国立循環器病センター 周産期・婦人

小西 博巳、澤田 雅美、丸岡 寛、田中 佳世、井出 哲弥、三好 剛一、神谷 千津子、田中 博明、岩永 直子、山中 薫、根木 玲子、吉松 淳

先天性心疾患ではchronotropic incompetence、すなわち、交感神経の亢進に対して心拍数の感受性が低下している場合がある。産科出血のような急激な血液の喪失に対して急性心拍応答としての心拍数の上昇がみられない症例があり、通常用いられるshock index (SI)が出血量の指標とならない。今回、我々は完全大血管転移 (transposition of great artery, TGA) 術後の妊婦で産科出血を経験したので報告する

【症例】25歳、初産、1生日にTGA type IIに対してBalloon Atrial Septostomyを施行、6生日にJatene手術を行なわれた。その後、心機能低下無く、25歳で自然妊娠した。妊娠中の心機能低下や有意な不整脈を認めなかった。妊娠38週2日、妊娠高血圧の診断で誘発分娩となり経陰分娩、児は2830g、Apgar score 8/9、分娩時間は5時間8分、分娩直後の出血量は720gであった。分娩後2時間までで総出血量は1612g、血圧は94/40mmHg、心拍数は63/m (SI 0.7)、尿量は80ml/h、心臓超音波検査ではIVCはcollapseしており輸液を増量した、また、弛緩出血と判断し輪状マッサージ、子宮収縮剤の投与を行なった。その後2時間での出血量は356gで減少がみられず、血圧は102/38mmHg、心拍数は77/m (SI 0.75)であった。分娩後5時間での総出血量は2130gとなり、フィブリノゲンは434から271に低下した。出血が軽減しないため、UAEを施行、その後、出血は低減した。超音波検査で循環血液量が低下していることが確認されたが経過を通じてSIは0.75を超えることは無かった。産科出血の場合、迅速な輸血のための指標としてSIは有用である。先天性心疾患では心拍数の上昇が血液の喪失に見合わない場合があり注意が必要である

演題番号83

超音波断層法診断を契機に発見された子宮手術既往のない初妊女性における潜在性子宮破裂の1例

熊本大 産婦1)、
ウイメンズクリニック グリーンヒル2)、
熊本大学 放診3)

水溜 絵津子¹⁾、本田 智子¹⁾、三好 潤也¹⁾、
本田 律生¹⁾、西村 宏祐²⁾、大場 隆¹⁾、
浪本 智弘³⁾、山下 康行³⁾、片淵 秀隆¹⁾

子宮破裂は母児の急速な状態悪化を来す産科救急疾患のひとつである。子宮破裂の危険因子として、子宮手術の既往、多産、子宮奇形などが挙げられるが、その殆どは分娩時に発症し、陣痛発来前の発生は極めて稀である。今回我々は、子宮手術の既往がない初妊女性で、妊娠32週時に、特に重篤な症状なく子宮底部の筋層欠損部から子宮外に膨隆する嚢胞が出現し、潜在性子宮破裂と診断した1症例を経験したので報告する。

症例は29歳の初妊女性で、近医産婦人科で妊婦健診を受けていた。胎児の両側腎盂拡大の精査加療目的に、妊娠31週6日に熊本大学医学部附属病院産科・婦人科を紹介され受診した。初診時の経腹超音波断層法検査では胎児の両側腎盂拡大と心室中隔欠損が認められたが、母体に特記すべき所見はなかった。妊娠32週2日に腹部右側の局所的な膨満感と同部位に一致した痛みを自覚したため、翌日に前医を受診した。経腹超音波断層法検査で腹部右側に9cmの嚢胞性腫瘍が認められ、胎児心拍数陣痛図で規則的な子宮収縮がみられた。塩酸リトドリンの点滴を開始し、骨盤内腫瘍の精査・加療を目的に熊本大学医学部附属病院総合周産期母子医療センターへ母体搬送されたとなった。入院時の経腹超音波断層法検査では子宮底部右側の筋層の一部に連続性を欠き、同部位から羊水腔が嚢胞状に子宮外へ突出していた。単純MRIでは、同様の所見に加えて、子宮底部左側の筋層の菲薄化もみられた。発熱、母体頰脈に加えて、血液検査で白血球数、CRPの上昇が認められたが、バイタルサインは安定していた。妊娠32週3日に選択的帝王切開術で1,788gの男児を娩出した。腹腔内に血液の貯留は認められず、胎盤は子宮後壁に付着しており、術前に認められていた嚢胞性腫瘍は子宮底部右側後壁寄りに生じた子宮筋層断裂部から脱出・膨隆した卵膜であった。同部位の子宮筋層は幅2cmにわたって全層性に断裂していたが、子宮底部左側にも右側と対称の部位に径2cmの範囲で筋層が局所的に膜様に菲薄化していた。肉眼的に両側卵管起始部は子宮の前方正中寄りに偏倚していた。右側筋層の断裂部位と左側筋層の菲薄化部位を修復縫合した。母体の術後経過は順調で、術後8日目に退院となった。児はNICUに入院となり、出生後の精査で心室中隔欠損と水腎症が認められたが、心機能、腎機能ともに異常がみられないために経過観察の方針となり、児の発育をまって日齢67 (修正在胎週数41週6日) に退院となった。

本症例では、陣痛発来前に特に誘因なく子宮底部筋層が断裂して卵膜の一部が嚢胞状に子宮外に脱出・膨隆しており、潜在性子宮破裂と診断した。子宮手術既往のない妊婦女性における潜在性子宮破裂の報告は渉猟する範囲でこれまでに5例みられ、極めてまれではあるが起こりうる病態であることを認識する必要がある。特記すべきは、本症例を含めた6例中3例の子宮卵管角部に子宮破裂が生じていた。本症例では卵管付着部が前方に偏倚しており、また破裂部の対側にも局所的な子宮筋層の菲薄化が認められたことから、胎生期のミューラー管の癒合異常がその素因となった可能性が考えられる。

演題番号84

帝王切開術後急性期骨盤内感染症 4例の画像所見についての検討

東京医科歯科大 周産・女性診療

鳥羽 三佳代、伏木 淳、大井 理恵、宮坂 尚幸、
久保田 俊郎

【背景】帝王切開は合併症の発生頻度が経産分娩に比して高い。急性期合併症では子宮内膜炎、子宮筋層炎、膿瘍形成などの感染症が最も多く、特に緊急帝王切開術症例で高頻度であることが知られている。急性期感染症例は抗生剤投与による保存的治療で治癒するものと、子宮切開創部に膿瘍を形成し膿瘍除去・再縫合・子宮全摘術などの外科的治療を要する症例がある。これらの鑑別にCTが用いられることが多い。しかし帝王切開術後の子宮創部膿瘍形成および縫合不全のCT所見については一定の見解は得られていない。【目的】帝王切開術後感染部位同定におけるCTの有用性を検討する。【対象】2006年1月から2012年12月までに当院で帝王切開術を施行し術後発熱が遷延した5例(0.84%)のうち精査目的で術後2週間以内に胸部～骨盤造影CTを撮影した4症例【方法】臨床経過、血液検査所見およびCT所見を後方視的に比較検討した。【結果】前期破水後24時間以上経過した分娩停止のため緊急帝王切開となった症例が3例、低身長・比較的狭骨盤の適応で選択的帝王切開術を施行した症例が1例だった。CTは術後2～15日に撮影されており、すべての症例で子宮切開部位に低吸収域を認め、また造影CTにて同部位の造影効果は不良であった。これらの所見からいずれの症例も子宮切開創部膿瘍および縫合不全(創部離解)と診断されていた。4例中2例は再開腹を行い、1例は手術中に縫合不全と切開部膿瘍形成が確認され膿瘍除去、デブリードマン・再縫合が実施されたが、感染巣が除去しきれず再々開腹となり子宮全摘出術を施行し解熱した。1例は創部離解も膿瘍形成も確認されず、腹腔内洗浄のみで解熱した。手術を施行しなかった2例は抗生剤点滴による保存的治療で経過観察したところ解熱した。いずれの症例も産後1か月以上経過して時点で、子宮の画像評価を施行したが形態的に明らかな異常を認めるものはなかった。【結論】帝王切開術後急性期感染巣検索にCTによる画像診断は有用であるが、子宮切開部位の低吸収域および造影不良は、創部の浮腫や結紮による血流低下を反映していることもあり、必ずしも膿瘍形成、縫合不全があるとは限らない。したがって子宮切開部膿瘍、離解(縫合不全)の診断には注意が必要であり、再手術を選択する前に臨床所見を踏まえての慎重な対応が求められる。

演題番号85

子宮膿瘍のMR Spectroscopy

徳島大 放¹⁾、同 産婦²⁾

竹内 麻由美¹⁾、松崎 健司¹⁾、原田 雅史¹⁾、
西村 正人²⁾、苛原 稔²⁾

骨盤部膿瘍の迅速な診断は適切な治療方針を立てるために重要であるが、MRIを含めた従来の画像診断による起炎菌の推定は困難である。MR Spectroscopy (MRS)は非侵襲的に生体内の生化学情報を取得でき、特徴的な代謝物の検出により起炎菌を推定できる可能性がある。脳膿瘍での報告では、Acetate (Ac)およびsuccinate (Suc)のピークは嫌気性菌の感染を示唆し、好気性菌感染では認めないとされる。今回我々はMRSにてAcおよびSucのピークを認めた子宮膿瘍の2症例について報告する。症例1は60歳代の子宮留膿腫の症例、症例2は60歳代の子宮膿瘍の症例であり、いずれも臨床用の3T装置にてMRI/MRSが施行された。MRSはsingle voxel法のPRESS法(TE=144ms)にて測定し、測定時間は5分程度でルーチン検査に追加可能であった。いずれもlipidとAcの高いピークを認め、Sucについては1例で高いピーク、1例で低いピークを認めた。膿汁の培養では症例1で複数の嫌気性菌および通性嫌気性菌感染、症例2では通性嫌気性菌感染(黄色ブドウ球菌)が認められた。AcやSucは解糖系の亢進や発酵により生じ、好気性菌感染では認めないピークであり、嫌気性菌や一部の通性嫌気性菌(黄色ブドウ球菌など)の感染が示唆される。今回の2症例では脳膿瘍での報告と合致する知見が得られており、抗生剤の選択等の治療方針の決定に有用な可能性があるものと考えられた。

演題番号86

妊娠28週子宮脱による人工早産の方針決定に骨盤部MRIが有用であった一例

ベルランド総合病 産婦
南 李沙

子宮脱は高齢者に多く、妊娠に合併するものは稀であり1/10000と言われている。今回我々は妊娠28週に高度子宮脱による頸管炎を生じ妊娠継続が困難であった症例を経験したのでここに報告する。

症例は41歳 2経妊1経産の経産婦で今回の妊婦健診中特に大きな異常は認めていなかった。妊娠28週頸管炎を伴う子宮腔部脱出を認め、用手的環納を試みるも困難にて母体管理目的に当院搬送となった。搬送時、脱出した子宮腔部の糜爛と腹側部に壊死性変化とおもわれる部位認、母体発熱及び採血にて炎症反応高値認めた。子宮内感染を疑い羊水穿刺を行い、子宮内感染は否定できた為、リンデロン投与下に一旦経過観察の方針とした。しかし、翌日子宮頸部の壊死所見の増悪とそれに伴う疼痛訴えの増強を認めた為、妊娠継続困難と考え、帝王切開の方針とした。帝王切開前、子宮頸部壊死部位の到達度の確認目的に術前MRI施行した。MRIにて壊死組織は子宮脱部位のみにとどまっている事を確認出来た為、帝王切開後、子宮脱部位のみの頸管切除術を施行した。術後子宮脱再発する事なく、術後3ヶ月のフォローMRIにても子宮脱再燃は認めていない。

今回の症例より、今後子宮脱合併妊娠における周産期管理では、妊娠後期まで子宮脱の持続する症例においては早期にベッサリー挿入、安静にて静脈、リンパのうっ滞改善を図る必要があると考えられた。

演題番号87

妊娠高血圧症候群に合併し分娩後 brainstem variant of reversible posterior leukoencephalopathy syndromeを発症した1例

大阪市立総合医療セ 産婦1)、聖バルナバ病 産婦2)
三田 育子¹⁾、奥田 伊津子²⁾、中本 収¹⁾、
川村 直樹¹⁾

妊娠中の脳血管障害は非妊娠時に比較し13倍の危険があるとされている。妊娠高血圧症候群(PIH)やHELLP症候群を来たすと、更にリスクは加重される。また、PIHの中には子癇(中枢神経障害に基づく痙攣発作)が含まれ、妊娠中の脳血管障害との鑑別が必要となる。今回、われわれはPIHに合併し、分娩後 brainstem variant of reversible posterior leukoencephalopathy syndrome (RPLS) を発症した症例を経験したので、頭部MRI所見を中心に報告する。

【症例】27歳、初産婦。妊娠38週で分娩に至ったが、分娩後より血圧上昇し重症高血圧が持続し子癇発症したため当院へ搬送となった。来院直後に意識状態が悪化し人工呼吸管理を必要とした。

頭部MRIにて脳幹部を中心にDWI画像で高信号域、ADCmapは低下を示す病変(細胞性浮腫を疑う病変)を認めた。同様の病変は両側中脳から視床の一部にも認め脳幹部RPLSと診断した。画像上からは細胞性浮腫病変で脳梗塞に至る可能性が示唆されたが全身管理により後遺症を残すことなく経過した。画像所見では分娩後3日目に病巣の改善を認め15日目には消失を認めた。

子癇はMRI画像上、RPLSと言う高血圧性脳症に基づく脳浮腫に関連した病態である。Reversibleといった病名からRPLSは一般的に可逆性とされるが4分の1は非可逆性(脳梗塞)に進行するという報告もあり、血管性浮腫(vasogenic edema)による可逆性病変か細胞性浮腫(cytotoxic edema)による非可逆性病変(虚血性変化)かの鑑別が重要である。MRI検査において、血管性浮腫病変はFLAIR(fluid attenuated inversion recovery)で高信号、DWI(diffuse weighed image)で低~等信号、ADCmapは上昇とされるのに対し、細胞性浮腫ではFLAIRで高信号、DWIで高信号、ADCmapは低下とされる。

またRPLSはposterior(後頭葉)で発症するとされるが小脳、脳幹部でも発症することが知られており、脳幹部に発症したものはbrainstem variant of RPLSと呼ばれる。

【結語】

子癇の予後推定ならびに脳血管障害との鑑別にMRIは必須の検査である

演題番号88

MRIで診断し得た妊娠中の卵巣捻転の一例

近畿大 放診1)、同 産婦2)

山田 穰¹⁾、今岡 いずみ¹⁾、柳生 行伸¹⁾、
岡田 真広¹⁾、鶴崎 正勝¹⁾、松木 充¹⁾、
村上 卓道¹⁾、小谷 泰史²⁾、万代 昌紀²⁾

【緒言】今回我々は妊娠中に卵巣捻転を発症し、MRIで massive ovarian edema (MOE :広汎性卵巣浮腫)から捻転と診断しえた一例を経験したので報告する。

【症例】30歳女性、1G0P、妊娠36週1日相当。

【既往歴】11歳時に房室結節回帰性頻拍でアブレーション治療を受けた。以後は頻拍発作を認めていない。

【経過】妊娠36週1日の午前5時から左下腹部痛出現し、他院受診し、ブスコパン、ソセゴン、ボルタレン坐剤使用しても改善しないため当院へ搬送入院となった。入院後、アンヒバ、ソセゴンで対応するが、疼痛改善せず。入院時血液検査は異常なし。腹部超音波検査にて原因を特定できず、入院翌日MRIを施行した。MRI上、左卵巣は顕著に腫大。辺縁に微小な卵胞が分布し、T2WIにて間質は浮腫状高信号と、不均一低信号が混在していた。T1WIで淡い高信号が混じり、既に壊死に陥っていると思われた。また、Douglas窩に少量の血性腹水を認めた。これらにより左卵巣捻転 (massive ovarian edema) と診断した。5日後、疼痛のコントロール不良で、CRP 3.8 mg/dlと炎症所見上昇し、緊急帝王切開となった。左卵巣は360度の茎捻転を起こし、壊死していた。卵巣の温存は不可能と判断し、左付属器摘出術を施行。術後経過は良好。生児は、体重2096g、Apgar score 8 / 9、早期産低出生体重児のため、NICU入院となった。経過中、多呼吸 (新生児一過性多呼吸) を呈したが日齢1には酸素投与中止となり、その後の経過は順調。日齢28に退院となった。

【病理所見】 Severe congestion and necrosis, left ovary, resection.

組織学的には、出血、壊死を広範に認め、構造の観察が困難だが、静脈の著明な拡張、卵胞、濾胞嚢胞などがみられる。脱落膜様変化に見える部位も一部に認めるが、変性が強くはつきりしない。腫瘍を示唆する組織ははつきりしない。

【結語】 massive ovarian edemaとして典型的なMR所見であった。本症は若年女性に好発すると報告されているが、妊娠に合併した症例も少数ながら存在しており、母体管理の方針の決定にMRIが寄与すると考えられる。

演題番号89

FDG-PET/CTを利用した卵巣上皮性境界悪性腫瘍の診断に関する検討

四国がんセンター 婦人科1)、同 放診科2)

竹原 和宏¹⁾、小西 晴久¹⁾、大亀 真一¹⁾、
小島 淳美¹⁾、白山 裕子¹⁾、松元 隆¹⁾、
横山 隆¹⁾、野河 孝充¹⁾、菅原 敬文²⁾

【目的】表層上皮性・間質性境界悪性腫瘍（以下、上皮性境界悪性腫瘍）は、全卵巣腫瘍の9%、全上皮性腫瘍の約17%を占めている。卵巣腫瘍治療において治療前の良悪性の診断は治療方針を決定するうえで重要であるが、術前に予測することが困難なケースに遭遇することがある。近年悪性腫瘍の糖代謝亢進を利用したFDG-PET/CTが導入され、悪性腫瘍の治療方針を決定するうえで必須の画像検査の一つとして急速に普及している。今回我々は卵巣上皮性境界悪性腫瘍の診断におけるFDG-PET/CTの有用性について検討した。

【方法】FDG-PET/CTを導入した2006年4月より2013年4月までに当院にて初回治療を行った卵巣上皮性境界悪性腫瘍を対象とし、術前の悪性度の推定と術後病理学的組織診断について後方視的に検討した。また、同時期の良性卵巣腫瘍8例と上皮性卵巣腫瘍I期34例のSUVmax値の比較を行った。

【成績】期間中に初回治療前にFDG-PET/CTを実施していた卵巣上皮性境界悪性腫瘍は14例であった。術前のCA125値は25-928 U/ml（中央値 90.2 U/ml）、年齢の中央値は52.0歳（25-89歳）であった。全例に手術が実施され、臨床進行期はすべてI期、術後病理診断は粘液性腫瘍9例、漿液性腫瘍5例であった。術前のFDG-PET/CTで上皮性境界悪性腫瘍14例中粘液性境界悪性腫瘍の1例はFDG集積が認められず、1例は他施設での検査でSUVmax値が測定できず、SUVmax値を計測しえた12例の平均値は 2.62 ± 1.99 であった。良性卵巣腫瘍は、8例中3例にFDG集積を認めず、FDG集積が確認された5例のSUVmax値の平均値は 1.66 ± 0.93 で上皮性境界悪性腫瘍との差は認められなかった（ $p=0.219$ ）。上皮性卵巣腫瘍I期34例のSUVmax値の平均値は 7.22 ± 7.03 で、上皮性境界悪性腫瘍のSUVmax値より有意に高値であった（ $p=0.0003$ ）。組織型別では、粘液性境界悪性腫瘍のSUVmax値の平均値が $1.93(0.83-2.80)$ に対して、漿液性境界悪性腫瘍のSUVmax値の平均値は $3.75(1.63-7.36)$ であった。MRI等の画像検査では3例、PET/CTでは5例で良性が疑われており、under diagnosisされていた症例はすべて粘液性境界悪性腫瘍であった。

【結論】卵巣上皮性境界悪性腫瘍のFDG集積は低く、上皮性卵巣癌との鑑別には有用である可能性がある。上皮性境界悪性腫瘍の中で粘液性腫瘍のFDG集積は低く、PET/CTでの良悪性の評価には注意を要する。

演題番号90

子宮体癌のMRI拡散強調像 -ADCmeanとADCminの値に影響を与える要因-

岡山大 保健学1)、姫路赤十字病 放2)、
岡山大福クリニック 産婦3)、岡山大 産婦4)、
岡山大病 病理5)、岡山画像診断セ6)

横田 文乃¹⁾、上者 郁夫¹⁾、森 禎恵¹⁾、
三森 天人²⁾、宮木 康成³⁾、中村 圭一郎⁴⁾、
柳井 広之⁵⁾、加地 充昌⁶⁾

子宮体癌のMRI拡散強調画像の原発巣のみかけ上の拡散係数(ADC値)を求めるための関心領域の設定方法に関して文献上、数種類の手法が報告されている。今回、我々は平均値(ADCmean)および最小値(ADCmin)と両者の減少幅および減少率に関して筋層浸潤度および組織学的分化との関連を検討した。

対象は平成17年4月～平成25年3月の期間に岡山画像診断センターでMRIを行い、岡山大学病院の手術にて子宮体癌(類内膜癌)が確認された146例(組織学的分化度はG1:101例、G2:28例、G3:17例。筋層浸潤度別内訳は、浸潤なし:41例、1/2未満の浅い浸潤:66例、1/2以上の深い浸潤:39例)。拡散強調画像のb値は0、50、1000を用いてADC値を求めた。ADCmapにて低信号で描出されている腫瘍全体に関心領域を設定してADC値を測定し、その平均値をADCmean、最小値をADCminとした。それらの値から減少幅(平均値-最小値)および減少率[(平均値-最小値)/平均値 $\times 100$ (%)]を求めた。検討項目は子宮体癌原発巣のADC値の平均値および最小値と、これらの減少幅および減少率と、筋層浸潤度および組織学的分化度との関連性についての検討である。統計学的検討に関して、分散分析はKruskal-Wallis検定、多重比較はSteel-Dwass検定、2群比較はMann-Whitney U検定またはWilcoxon符号付順位和検定を用いた。

筋層浸潤度とADC値との検討では各筋層浸潤群において、いずれもADCminはADCmeanに対して有意に低値を示した。また、浅層浸潤群および深層浸潤群は、非浸潤群に対して、ADCmeanおよびADCminいずれにおいても有意に低値を示した。組織学的分化度とADC値との検討では各組織学的分化度において、いずれもADCminはADCmeanに対して有意に低値を示した。また、ADCminにおいてG3群はG1群に対して有意に低値を示した。筋層浸潤度とADC値減少幅の検討では、各筋層浸潤度においてADC値の減少幅に有意差はなかった。組織学的分化度とADC値減少幅の検討でも、組織学的分化度の違いによるADC値減少幅に有意差はなかった。筋層浸潤度とADC値減少率の検討では、各筋層浸潤度間で有意差があり、筋層浸潤が深いほど減少率が高値を示した。組織学的分化度とADC値減少率の検討では、組織学的分化度の違いによる有意差はなかった。

子宮体癌のADC値はROIの設定方法により値が有意に異なり、ADC値に影響を与える因子としては、筋層浸潤度が組織学的分化度に比較して強い関連が認められた。ADCmeanとADCminの減少幅は筋層浸潤度および組織学的分化度とは有意な関連はなかったが、減少率は筋層浸潤度と強い関連が認められた。

演題番号91

子宮体がんでの傍大動脈リンパ節郭清省略における術中超音波検査の有用性

奈良県立奈良病 産婦¹⁾、帝京大 産婦²⁾
杉浦 敦¹⁾、喜多 恒和¹⁾、小宮 慎之介¹⁾、
大野 澄美玲¹⁾、石橋 理子¹⁾、小川 憲二¹⁾、
平野 仁嗣¹⁾、河 元洋¹⁾、豊田 進司¹⁾、
井谷 嘉男¹⁾、梁 栄治²⁾

[目的]

子宮体がんにおいて、傍大動脈リンパ節(PAN)郭清の治療的意義は明確になっていない。またPAN郭清を省略する手法としては現在、CT・MRI・PET等を用いた画像検査やセンチネルリンパ節を用いた方法等が検討されているが、明らかに有用なものは確立されていない。今回我々は術中超音波検査(エコー)を用いてPANサイズを測定することにより、PAN転移を予測した。

[方法]

2010年8月～2013年5月の間、子宮体がんに対し患者の同意を得たうえで術中エコー(5mm以上腫大したリンパ節を転移陽性と判定)を施行し、さらにPAN郭清を行った34例を対象として、PANサイズと転移との関係を検討し、さらに術前CT検査(CT)との比較を行った。

[結果]

pT分類(FIGO 2008)はpT1a 25例、pT1b 3例、pT2 4例、pT3a 2例、組織型はendometrioid adenocarcinoma G1 14例、G2 15例、G3 5例であり、2例にPAN転移を認めた。術中エコーにて5mm以上のPAN腫大を認めた症例は11例あり、実際にPAN転移を認めた症例は2例であった。術前CT検査にてPAN腫大を認めた症例は1例であった。これらから、術中エコーの感度は100%、陰性的中率は100%、PAN郭清省略可能率は66.7%、CTの感度は50%であった。PAN転移を認めた2例のうち1例は他の画像検査でPAN腫大を認めず術中触診にてPAN腫大を認めなかったものの、術中エコーにて5mm以上のPAN腫大を検出した。

[考察]

術中エコーはCTと比較し、感度は明らかに高い。種々の報告よりCTを用いてPAN郭清省略を検討することは、見逃し率が非常に高くなる。他方センチネルリンパ節を用いた方法は、設備・コスト面より施行可能な施設に限られており全症例に施行することは非現実的と思われる。それらと比較し術中エコーは簡便であり、感度・陰性的中率が高いことから、PAN郭清省略へ非常に有用なツールであると考えられる。

演題番号92

MRIで子宮肉腫を強く疑われたがFDG-PETで筋腫と診断できた2例

神戸大 放¹⁾、同 産婦、同 病理診断³⁾
末永 裕子¹⁾、北島 一宏¹⁾、上野 嘉子¹⁾、
前田 哲雄¹⁾、前田 隆樹¹⁾、高橋 哲¹⁾、
杉村 和朗¹⁾、市橋 さなえ²⁾、生橋 義之²⁾、
蝦名 康彦²⁾、山田 秀人²⁾、川上 史³⁾

1 症例目は50歳女性。下腹部腫瘍を触知したため当院を受診した。MRIでは子宮体部左側壁筋層内に87×113×95mmの腫瘍を認め、T2WIで内部不均一な信号を呈した。T1WIで広範に高信号を認め、その部位に一致してDWIで高信号を認めた。腫瘍の大部分はやや不均一に漸増性に造影されたが、T1WIでの高信号域に一致して造影不良域を認めた。

2 例目は74歳女性。こちらも主訴は下腹部腫瘍の触知。偶発的に11cmの漿膜下筋腫を指摘され、2年間のフォローで増大を認めなかったが、6年後のMRIで増大を認め、当院を紹介された。MRIで178×84×179mmの境界明瞭な腫瘍であり、T2WIで不均一な信号を呈した。T1WIで一部に高信号を認め、その部位は造影効果が不良であった。

いずれもMRIで出血壊死が示唆され、子宮肉腫が疑われたためFDG-PET/CTを施行したところ、明らかな集積亢進像は認められず、良性と考えられた。手術が施行され、病理組織学的には出血・変性を伴う良性平滑筋腫の像であった。

MRIで子宮肉腫を強く疑われたがFDG-PETで筋腫と診断できた2例を経験した。子宮肉腫と子宮筋腫の鑑別において、FDG-PETは陰性適中率が高い可能性があり、陰性像を呈した場合、診断価値の高い検査法になるかもしれない。

演題番号93

治療前の原発巣SUVmaxが子宮体癌・癌肉腫の臨床病理学的リスク因子決定と予後予測のためのバイオマーカーとなりうるか

和歌山県立医大 産婦

八幡 環、山本 円、小林 彩、谷崎 優子、
城 道久、太田 奈美、馬淵 泰士、八木 重孝、
南 佐和子、井篁 一彦

【目的】

子宮体癌・癌肉腫における術前PET-CTでの原発巣SUVmaxの有用性を検討する。

【方法】

当院で子宮体癌または癌肉腫と診断され、2008年1月から2013年1月の間に術前PET-CT施行後、手術を施行した77例(類内膜腺癌(E):57例、特殊組織型(S):8例、癌肉腫(CS):12例)について原発巣SUVmaxと臨床病理学的因子、無増悪生存期間(PFS)および全生存期間(OS)の関連性を検討した。

【結果】

ROC曲線解析では、臨床病理学的リスク因子であるリンパ節転移、脈管浸潤、筋層浸潤におけるそれぞれの最適なSUVmaxのカットオフ値は7.37、6.45、6.45であった。それぞれの因子においてSUVmax高値群では73・90%の感度をもってリスク因子陽性となることが示唆された。PFSについてROC曲線解析ではSUVmaxのカットオフ値は7.30と決定され、SUVmaxが7.30以上のものでは無増悪率が56%、7.30未満のものでは81%であり、SUVmax高値群ではPFSが有意に不良であった($P=0.039$)。OSについてROC曲線解析でSUVmaxのカットオフ値は7.30となり、SUVmaxが7.30以上のものでは生存率が66%、7.30未満のものでは92%であり、SUVmax高値群においてOSが有意に不良であった($P=0.042$)。PFSの単変量解析および、多変量解析を行い、FIGOstageと筋層浸潤が独立した予後不良因子となったが、SUVmaxは独立した予後不良因子とはならなかった。

【結論】

子宮体癌と癌肉腫におけるFDG-PET/CT検査においてSUVmaxと臨床病理学的因子との間に有意な相関を認めた。治療前の原発巣SUVmaxが子宮体癌のリスク分類の決定と予後を予測するバイオマーカーの一つとなる可能性が示唆された。

演題番号94

転移性子宮内膜癌の一例

北海道大病 放診1)、同 婦人科2)、同 病理3)、
北海道大 放4)

三村 理恵¹⁾、加藤 扶美¹⁾、小田切 哲二²⁾、
首藤 聡子²⁾、畑中 佳奈子³⁾、金内 優典²⁾、
原田 太以祐¹⁾、真鍋 徳子¹⁾、櫻木 範明²⁾、
工藤 興亮¹⁾、白土 博樹⁴⁾

症例は70代女性。7年前に横行結腸癌に対し前医で横行結腸切除術を施行され(SE,ly-,v-,N0,M0,StageII)、その後の腹膜播種に対し化学療法中であった。不正性器出血を認め、前医の精査で子宮体部に腫瘤を指摘され、当院婦人科紹介となった。MRIでは、子宮体部の大部分を占める68×72×70mm大の腫瘤を認めた。T2強調像では不均一な低信号を示し、造影後は辺縁主体に不均一に増強された。拡散強調像では辺縁主体に異常高信号を示し、ADCの低下を認めた。内部には増強不良域を認め、壊死や変性と思われ、一部に脂肪抑制T1強調像で高信号域を認めたことから、出血を伴っていると考えられた。腫瘍は内腔主体と考えられ、子宮筋層は全体に菲薄化していた。内膜細胞診ではadenocarcinoma、組織診ではendometrioid adenocarcinomaと診断されている事も合わせて、筋層浸潤を伴う子宮体癌を考えた。また、ダグラス窩に10mm程の増強される結節を認め、結腸癌の腹膜播種のほか子宮体癌の腹膜播種の可能性も考えられた。その後、子宮全摘出および両側付属器切除術、ダグラス窩の腹膜切除術が施行された。病理組織診断では、子宮腫瘍は子宮体癌と結腸癌の転移のいずれの可能性も考えられたため、免疫染色が追加され、結腸癌からの内膜転移と診断された。ダグラス窩の結節は結腸癌からの播種と診断された。

婦人科領域以外の癌の子宮転移はきわめて稀とされ、末期の全身転移の一環とされている。原発巣で頻度の高いものは乳癌、大腸癌、胃癌である。転移性子宮腫瘍として報告されているものの多くは筋層への転移であり、肉眼形態からびまん型と結節型に分類され、転移経路からは血行性とリンパ行性に分類されている。本症例の様な子宮内膜転移の報告は、検索した範囲では病理学的な報告を含め数例認めるのみできわめて稀であり、画像所見について検討された報告も見られない。

進行期の進んだ悪性腫瘍の既往がある場合に子宮に腫瘍性病変が出現した場合は、頻度は低いものの転移性子宮腫瘍の可能性も念頭に置く必要がある。

演題番号95

乳癌の子宮転移の1例

大阪医大 放¹⁾、同 産婦²⁾、同 病理³⁾

稲田 悠紀¹⁾、坪山 尚寛¹⁾、山本 聖人¹⁾、
東山 央¹⁾、重里 寛¹⁾、中井 豪¹⁾、
結城 雅子¹⁾、小山 光博¹⁾、熊野 正士¹⁾、
山本 和宏¹⁾、鳴海 善文¹⁾、大道 正英²⁾、
山田隆司³⁾

本邦における乳癌の子宮への転移は非常に稀であるが、組織型に浸潤性小葉癌、浸潤性乳管癌が報告されている。発見時期は転移巣が発見契機となった報告例や、乳癌術後1～2年の報告例があり、多くは局所再発や多臓器への転移を伴う。今回われわれは乳癌の子宮転移の1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】67歳女性(G3P2、閉経52歳)。

【主訴】不正性器出血。

【現病歴】不正性器出血を認め、近医婦人科を受診したところ、経腔超音波検査にて子宮内腔に液貯留と体部筋層に腫瘤を指摘された。内容液と子宮内膜・子宮頸部の細胞診にてclassIVと診断され、精査加療目的で当院婦人科を紹介受診となった。

【既往歴】左乳癌(51歳時、乳房切除術(浸潤性小葉癌, T1N1M0)、術後トレミフェン+5FU内服、58歳時まで前医にて経過観察され再発なし)。

【家族歴】父 前立腺癌。母 顎下腺癌。

【血液生化学所見】白血球8340/ μ l、赤血球 5.35×10^6 / μ l、Hb 15.4g/dl、GOT 38U/l、LDH 257U/lの軽度上昇を認めた。

【腫瘍マーカー】CA125 7235U/ml、CA19-9 607.1U/ml、CEA 764.5ng/ml、NSE 17.5ng/mlの上昇を認めた。

【子宮鏡検査】筋層後壁より内腔に突出する腫瘤があり、表面に異型血管を認め、肉腫を疑う。生検による病理組織学的診断では上皮性の悪性腫瘍と診断される。

【MRI】子宮体部筋層後壁内に径84mmの腫瘤を認める。腫瘤の境界は比較的明瞭で、T2WIで筋に比し不均一な高信号、T1WIで筋と等信号を呈し、出血はみられない。DWIでは高信号を呈する。Gd造影では不均一に増強され、一部に変性あるいは壊死を疑う。以上より富細胞平滑筋腫や平滑筋肉腫が疑われる。

【CT】造骨性の多発骨腫瘍を認め、乳癌の骨転移を疑う。左副腎腫瘍、後腹膜リンパ節腫大を認め、一元的には乳癌からの転移を疑う。

【病理組織学的診断】単純子宮全摘出術+両側付属器摘出術+大網切除術施行。子宮体部筋層内を腫瘍が占拠し、異型細胞が充実性に増殖する。免疫染色ではCK7、GCDFP-15、E-cadherinが陽性、CK20が陰性で、Ki-67陽性率は約20%であり、乳癌の転移と診断される。両側卵巣にも同様の所見を認め、転移と考えられる。

【まとめ】自験例は乳癌手術から16年の経過を経て子宮転移を発見され、同時に多臓器転移も発見された。MRI所見と病理所見との対比を中心に報告する。

演題番号96

PET-MRI fusion画像を用いた婦人科癌の画像診断の試み

神戸大 放1)、同 産婦2)

北島 一宏¹⁾、末永 裕子¹⁾、上野 嘉子¹⁾、
前田 哲雄¹⁾、高橋 哲¹⁾、蝦名 康彦²⁾、
山田 秀人²⁾、杉村 和朗¹⁾

婦人科癌においても、FDGを用いたPET-CT検査は癌患者のマネジメントに欠かすことのできない画像診断法として頻用されているが、骨盤内の評価はCTでは造影剤を用いても限界がある。PET-CT一体型装置にかわる次世代の診断機器としてPET-MRI一体型装置が開発され、海外での臨床応用が始まっているが、きわめて高価な機器であり臨床現場へ普及しうるか評価は定まっていない。そこで本研究において、その準備段階として、造影CT併用のPET-CT (の吸収補正後のPET) 画像と骨盤造影MRI画像から、専用のワークステーションを用いて骨盤内のPET-MR fusion画像を作成し、子宮癌・卵巣癌の治療前病期診断や治療後の再発・転移診断における有用性を、骨盤部PET-CT画像や骨盤MRI画像と比較することで検討したので、報告する。

演題番号97

¹⁸F-FDG PET/CTおよび造影MRIの組み合わせによる卵巣腫瘍の悪性度診断

大阪医大 放1)、大阪大 放2)、同 病態病理3)、同 核医学4)

坪山 尚寛¹⁾、巽 光朗²⁾、金 東石²⁾、
大西 裕満²⁾、中本 篤²⁾、堀 雅敏²⁾、
坂根 誠²⁾、堀 由美子³⁾、森井 英一³⁾、
畑澤 順⁴⁾、富山 憲幸²⁾

目的：卵巣病変の悪性度診断において造影MRIは確立したモダリティであるが、粘液性腫瘍や非浸潤性充実性腫瘍などにおける悪性度診断において限界がある。一方¹⁸F-FDG PET/CTの有用性是否定的とされているが、良性/境界悪性と悪性の鑑別においては有用性が期待される。本研究の目的は、卵巣腫瘍の悪性度診断における造影MRIとPET/CTの至適な組み合わせ、及びその有用性を検討することである。
対象と方法：対象は術前に造影MRI及びPET/CTが施行され、外科切除により病理診断された卵巣病変の127例 (良性30例、境界悪性31例、悪性66例)。PET/CTにおけるSUVmaxを病理学的悪性度、および組織型の観点から比較した。また、造影MRIにおける悪性度診断を2名の放射線科医が独立して行い、一つの悪性度に確定出来ない病変は不確定病変とした。

結果：悪性腫瘍 (平均7.8) は良性/境界悪性病変 (平均2.0) より有意に高いSUVmaxを呈したが、悪性のうち粘液性腺癌 (平均3.3) における集積は有意に低かった。そこで、良性/境界悪性と悪性を区別するSUVmaxカットオフ値を粘液性、非粘液性腫瘍において別個に計算すると、2.4と4.0であった。SUVmax4.0未満を呈する低集積の非粘液性悪性腫瘍は主に明細胞癌であった。造影MRIとPET/CTの組み合わせにおいて、粘液性腫瘍か非粘液性腫瘍を疑う形態に応じて上記の異なるカットオフ値を用いると、2名の造影MRI読影では不確定病変がそれぞれ40例と37例存在し、そのうち85%と86.5%の病変が正確に区分された。FDG低集積による悪性病変の過小評価を避けるため、造影MRIにおける確定病変はPET/CTの集積によらずその悪性度を採用した。最終的に造影MRIとPET/CTを組み合わせた悪性度診断能はいずれの読影者においても造影MRI単独より有意に高く、特に良性/境界悪性と悪性の鑑別に有用であった (正診率：Reader 1、造影MRI 63.8%、+PET/CT 90.6%、Reader 2、造影MRI 61.4%、+PET/CT 86.6%、いずれも $p<.001$)。

結語：造影MRIの不確定病変にPET/CTを組み合わせ、組織型を考慮したSUVmaxカットオフ値を用いることにより、卵巣腫瘍の悪性度診断が有意に向上する。

演題番号98

卵巢明細胞腺癌は漿液性腺癌、類内膜腺癌に比べFDG-PET/CTのSUVmax値が低い

四国がんセンター 婦人・臨床研究セ1)、同 放診2)

小西 晴久¹⁾、竹原 和宏¹⁾、大亀 真一¹⁾、
小島 淳美¹⁾、白山 裕子¹⁾、松元 隆¹⁾、
横山 隆¹⁾、野河 孝充¹⁾、菅原 敬文²⁾

【目的】上皮性卵巢癌は組織型により発生や病態が異なることが知られている。糖代謝能の活発な組織に高い集積能を有するFDGを利用したFDG-PET/CTは、悪性腫瘍の診断に有用とされ実臨床で用いられているが、上皮性卵巢癌の組織型による生物学的特性とSUVmax値の関係を検討した報告は殆どない。今回我々は上皮性卵巢癌の組織型とSUVmax値の関係について検討を行ったので報告する。

【方法】2008年1月から2012年12月までに当院にて初回治療を行った上皮性卵巢癌症例について、術前のSUVmax値と術後の病理組織診断の関係を後方視的に検討した。有意差検定には、Mann-Whitney's U testを用いて $p < 0.05$ を有意差ありとした。

【成績】期間中に初回治療を行った卵巢癌患者は135例で、うち治療前にFDG-PET/CTを施行した上皮性卵巢癌症例は82例であった。年齢の中央値は57歳(33-76歳)、臨床進行期はI期34例、II期8例、III期28例、IV期12例であった。組織型別では、漿液性腺癌34例、明細胞腺癌29例、類内膜腺癌15例、粘液性腺癌4例であった。

82例のSUVmax値の中央値は8.53(1.53-40.45)で、組織型別でのSUVmax値の平均値は、漿液性腺癌が11.65(4.24-20.38)、明細胞腺癌が5.14(1.53-20.10)、類内膜腺癌が11.50(3.93-40.45)、粘液性腺癌が2.68(2.15-13.40)であった。明細胞腺癌は類内膜腺癌、漿液性腺癌に比べて有意に低値であった(ともに $p < 0.001$)。

【結論】上皮性卵巢癌に対する術前のFDG-PET/CTのSUVmax値は、明細胞腺癌において有意に低かった。組織型別の生物学的特性によりFDG集積も異なる可能性が示唆された。

演題番号99

子宮頸癌・体癌の術前リンパ節転移診断におけるPET/CTの有用性

がん研有明病 婦人1)、同 核医学部2)

末岡 幸太郎¹⁾、谷川 輝美¹⁾、山本 阿紀子¹⁾、
的田 真紀¹⁾、馬屋原 健司¹⁾、小山 真道²⁾、
小泉 満²⁾、竹島 信宏¹⁾

緒言：

近年子宮癌手術についてリンパ節郭清の治療的意義が様々に検討され、術前の転移診断はより重要性を増していると思われる。そこで我々は子宮癌における術前のリンパ節転移診断におけるPET/CT検査の有用性について検討した。

対象と方法：

2008年1月から2012年12月までの5年間に当院で系統的なリンパ節郭清を含む根治手術を行った子宮頸癌・体癌症例のうち、術前にPET/CT検査が施行されていた174例を対象に、リンパ節のPET/CT所見と術後の病理所見を後方視的に比較検討した。

結果：

頸癌は77例で、NAC症例を3例含み、全例骨盤内郭清のみを行っていた。体癌は97例で、骨盤内のみが58例(59.8%)で骨盤内及び傍大動脈まで郭清した症例が39例(40.2%)であった。PET/CTによるリンパ節転移診断は子宮癌全体での感度は44.7%、特異度は94.9%であり、頸癌・体癌ではそれぞれ53.3%、95.2%・39.1%、94.6%であった。このうちPETでは同定できずに偽陰性となった21症例と真陽性の17症例の詳細を比較検討すると、病理学的に転移していたリンパ節個数の中央値は2(1~22)と6(1~18)であり偽陰性例では少なかった。PET/CTで転移を疑われたが病理学的に転移を認めず偽陽性となった7例と真陽性の17例について比較すると、それぞれ術前の指摘リンパ節数は11箇所と28箇所であったが、偽陽性症例の11箇所のSUV-Max値の中央値は2.08(1.48~3.04)と低く、真陽性症例の28箇所の中央値は3.95(2.5~8.45)と高かった。また偽陽性症例では傍大動脈領域での陽性箇所が占める割合は、11箇所5箇所(45.5%)であり、真陽性症例は28箇所中3箇所(10.7%)と、傍大動脈領域での偽陽性が目立った。

結語

当院の成績では、PET検査による術前のリンパ節転移診断は、感度、特異度ともにまずまずであったが、今後はさらに症例数を重ね、組織型やSUVmaxの値、転移部位などにも着目して検討を行いたい。

演題番号100

子宮頸癌リンパ節転移におけるPET/CT・MRI拡散強調画像の検討

岡山大 産婦

西條 昌之、中村 圭一郎、春間 朋子、
福島 千加子、楠本 知行、関 典子、平松 祐司

目的：

子宮頸癌リンパ節(LN)転移患者は非常に予後不良であり、高リスク群の1つである。現在、放射線治療を行う患者の骨盤LN陽性例は画像上短径(>1.0cm)で評価を行っているが、腫瘍の糖代謝を反映するPET/CT検査や水分子拡散を反映するMRI拡散強調画像という異なる活動性診断法を用いることでより予後予測可能か否かを検討した。

方法：

当院で根治放射線治療を行った(同時化学放射線療法(CCRT)も含む)子宮頸癌患者80人を対象に、治療前骨盤LNのSUVmax値、ADCmin値、リンパ節短径を測定し、臨床的因子と予後の相関関係をMann-Whitney U-test、Kaplan-Meier法、多変量分析を用い、統計学的な解析を行った。

結果：

全患者の無病生存期間(DFS)と全生存期間(OS)の中央値は、それぞれ18.97ヶ月と22.28ヶ月であった。骨盤LNのSUVmax高値群(>2.100)は、低値群に比べ、DFS、OSともに予後不良であり($P=0.003$, $P=0.019$)、また骨盤LNのADCmin低値群(<0.51)はDFS、OSは高値群に比べ、ともに予後不良であった($P=0.033$, $P=0.005$)。骨盤LN短径6.75mm以上であった群のDFSは、有意に予後が悪かった($P=0.018$)。そこで多変量解析を用い、各々を検討したところ、骨盤LNのSUVmax高値のみDFS、OSともに独立した予後不良因子となりえた。

結論：

子宮頸癌患者において、LNのSUVmax高値は重要な再発・予後不良因子となりうることを示唆した。

演題番号101

再発卵巣癌におけるFDG-PET/CT陰性部位の免疫組織学的検討

東京医大 産婦 1)、同 病理 2)

大村 涼子¹⁾、在津 令子¹⁾、永井 毅²⁾、
中山 大栄¹⁾、森竹 哲也¹⁾、佐川 泰一¹⁾、
西洋 孝¹⁾、寺内 文敏¹⁾、井坂 恵一¹⁾

【目的】

FDG-PET/CTは再発卵巣癌の早期診断に有用な検査法である。しかし、偽陰性例もあり、SDS(secondary debulking surgery)時の対応に苦慮する場合も多い。

今回、病理組織学的に再発と診断された部位において、FDG-PET/CT陰性である偽陰性部位と異常集積を認めた陽性部位とを免疫組織学的に検討した。

【対象】

PDSにてcomplete surgeryがなされた卵巣癌症例のうち再発をきたした22例に対してSDSを行った。全例、術前にFDG-PET/CTを施行した。この症例中、偽陰性部位を認めた5症例(18検体)を対象とした。対象症例の組織型は、漿液性嚢胞腺癌3例、明細胞腺癌1例、類内膜腺癌1例であった。

【方法】

この偽陰性部を同一症例の陽性部位とともにKi-67免疫染色を行った。免疫染色はMIB-1抗体と用いて行い、腫瘍細胞1000個中の陽性細胞数の%をKi-67染色指数(Ki-67SI:staining index)とした。

【結果】

全標本が染色された。陽性部位のKi-67SI中央値は55%(44-94%)、偽陰性部位のKi-67SI中央値は65%(43-92%)

【結論】

Ki-67は細胞の増殖活性を示しているが、今回の検討ではFDG-PET/CT陰性である偽陰性部位と異常集積を認めた陽性部位との間に有意差は認めなかった。FDGの集積は細胞のブドウ糖代謝を反映しているが、それが細胞増殖活性も反映しているかは不明確である。偽陰性部位の存在はSDSにおいて重要な問題であるため、今後も症例数を増やしてさらなる検討をしていく予定である。

演題番号102

子宮頸部扁平上皮癌治療後の ADCmeanと予後についての検討

岡山大 産婦

春間 朋子、中村 圭一郎、福島 加子、
楠本 知行、関 典子、平松 祐司

【目的】子宮頸癌の予後因子としてはリンパ節転移、子宮傍組織浸潤、腫瘍径があるが、十分に予後を反映しているとは言えない。子宮頸癌診断でMRIを撮影することが多いが、MRI拡散強調画像 (DWI) より得られる見かけの拡散係数 (ADC) は腫瘍の質的診断に有用であることが分かっており、治療前・治療後の中央ADC(ADCmean)値が子宮頸部扁平上皮癌における予後因子となりうるかどうか検討を行った。

【方法】2006年4月から2013年2月までに当院で放射線治療 (RT) または同時化学放射線治療 (CCRT) にて加療を行った子宮頸部扁平上皮癌69例を対象とした。全例治療前と治療終了後6-8週間でMRI撮影を行い、原発巣のADCmean値を測定し、予後との相関について、検討を行った。

【結果】69例の無病生存期間 (DFS) の平均値は20.97か月、全生存期間 (OS) の平均値は23.47か月であった (観察期間1-72か月)。治療前ADCmean値は腫瘍径、リンパ節転移、子宮傍組織浸潤と相関があった。治療後ADCmean値は傍組織浸潤と相関を認めた。ROC曲線を用いてADCmean値のcut off値を決め、2群に分けてDFS、OSのKaplan-Mayer 曲線を作成し検討を行った。治療前・治療後の原発巣のADCmean値が低い症例はADCmeanが高い症例よりDFS、OSともに有意に予後が悪かった (DFS; $P=0.0130/P<0.0001$ 、OS; $P=0.0010$ 、 $P<0.0001$)。また多変量解析を行ったところ治療後のADCmean低値はDFS・OSともに独立した予後因子であった ($P<0.0001$ 、 $P<0.0001$)。

【結語】子宮頸部扁平上皮癌症例において治療後の原発巣ADCmean低値は再発や生存の予後因子であると考えられた。

演題番号103

腹腔内に多発播種を認めた腺筋腫症の1例

大阪医大 産婦1)、同 放2)

橋田 宗佑¹⁾、藤原 聡枝¹⁾、田中 良道¹⁾、
田中 智人¹⁾、恒遠 啓示¹⁾、金村 昌徳¹⁾、
寺井 義人¹⁾、山本 和宏²⁾、大道 正英¹⁾

婦人科疾患において腺筋腫症は、多くは子宮に発生する良性の上皮・間葉系混合腫瘍である。子宮外に多発する腺筋腫症例の報告例は過去2例のみであり、術前に本疾患を診断しえた報告はない。今回我々は、術前の画像検査では良悪性の判断も含め診断が困難であった、非常に稀な腹腔内に多発播種を認めた腺筋腫症の1例を経験したので報告する。

症例は37歳、1経妊0経産。挙児希望を主訴に前医を受診した。前医での経腔超音波検査で、右卵巢腫瘍を疑われ当科紹介となった。初診時、内診では子宮背側の右付属器に一致して女性手拳大の可動性良好な腫瘍を触知し、経腔超音波検査でも同様に右付属器の位置に径6cm大の充実性腫瘍を認めた。当院で施行したMRIでは、両側卵巢は正常に描出された。T2強調画像にて子宮右背側に径6cm大の低信号を示す充実性腫瘍を認めた。腫瘍の内部には、T1およびT2強調、T1強調脂肪抑制画像の全てにおいて高信号域を伴うことから、腫瘍内出血を伴うことが予想された。また、腹腔内に径2-3cm大の同様の充実性腫瘍を多数認めた。しかし、腫瘍は拡散強調画像で高信号を呈さず、良悪性の判断を含め診断が困難であった。造影CTでは、骨盤内に様々なdensityの成分を有する約6cm大の充実性腫瘍および腹腔内に多数の播種結節を認め卵巢癌を疑った。悪性腫瘍の可能性を考慮し、診断目的を含め開腹術を施行した。開腹所見は、右付属器に一致して女性手拳大の充実性腫瘍を認め、子宮後壁に強固に癒着していた。また、腸間膜には米粒大、大網には女性手拳大の白色、弾性硬の充実性腫瘍が散在し、肉眼的には進行卵巢癌も疑われる所見であった。しかし、術中迅速病理検査ではいずれの腫瘍も悪性所見は見られないことから、術式は右付属器摘出、大網部分切除、散在する腹腔内腫瘍を可及的に核出し手術を終了した。摘出標本の病理組織診断においても悪性所見を認めず、disseminated peritoneal adenomyomatosisと診断した。以上の結果より経過観察の方針とし、現在まで再発所見を認めていない。

演題番号104

「子宮動静脈奇形の一例」

自治医大さいたま医療セ 産婦1) 同 放2)

小熊 慶子¹⁾、丹野 啓介²⁾、根津 幸穂¹⁾、
今野 良¹⁾、田中 修²⁾

子宮の子宮動静脈奇形 (Arterial venous malformation: AVM) は不正性器出血・腹腔内出血の原因の1-2%にみられる。稀な疾患ではあるが、動静脈奇形が破綻した場合、生命の危機に陥る出血を来す。

症例は57歳、6経妊3経産、閉経52歳。胞状奇胎に対して内膜掻爬術歴あり。1か月前から不正性器出血を認めていた。検診の経腔超音波検査で卵巢腫瘍を指摘され当院に紹介となった。閉経前は子宮筋腫を指摘されており、過多月経があった。

当院の経腔超音波検査では子宮の両側に位置する血管が拡張し、筋層内に嚢胞形成が見られ、ドップラーではモザイクパターンを呈していた。CT・MRIでは両側の卵巢静脈の著大な拡張を認め、子宮腔内に連続していた。Dynamic studyでは動脈早期相より著大な造影効果があった。以上よりhigh flow typeの動静脈奇形が疑われた。

AVMには先天性と後天性の発症があり、症例数は後天性が優位である。形態学的に相違点が認められ、前者は胎生期の血管形成不全で骨盤内の毛細血管を介さない動静脈の繋がりであり、後者は子宮動脈と子宮筋層・子宮内膜の静脈の繋がりである。後天性のAVMは生殖年齢に発症し、原因は、分娩、子宮手術、内膜掻爬術、外傷によるもので、何れの女性にも起こりうる疾患である。

診断は経腔超音波 (ドップラー) で、動静脈シャント (抵抗の低いhigh-velocity flow) とモザイクパターンを認める。貧血がある場合や血行動態の破綻を来している場合には血管造影と塞栓術、あるいは外科手術が必要であるが、臨床症状が無い場合には経過観察も選択される。

現在の臨床症状は僅かな不正性器出血のみであり、動静脈奇形破綻の可能性は低いと判断し、引き続き画像診断による経過観察を行っている。

演題番号105

子宮のinflammatory myofibroblastic tumorの一例

昭和大 放¹⁾、同 産婦²⁾、昭和大 病 病理診断³⁾
扇谷 芳光¹⁾、笹森 寛人¹⁾、宗近 次郎¹⁾、
西城 誠¹⁾、須山 淳平¹⁾、小野田 結¹⁾、
石塚 久美子¹⁾、廣瀬 正典¹⁾、後閑 武彦¹⁾、
宮本 真豪²⁾、清水 華子²⁾、森岡 幹²⁾、
九島 巳樹³⁾

症例は、35歳女性。月経が長く持続し、後半に帯下が増量したため、近医受診。超音波検査で子宮に腫瘤を認めた。精査希望で当院産婦人科の関連病院を受診した。MRI T2強調像で、子宮体部右側筋層内に約6.5cmの高信号の腫瘤を認めた。T1強調像で子宮筋層と等信号、拡散強調像で高信号、造影T1強調像で比較的均一な造影効果を示した。子宮筋腫と判断され、腹腔鏡補助下子宮筋腫核出術が施行された。病理では、中心に壊死があり、その周囲に紡錘形～多形間葉系細胞、膠原線維とリンパ球、形質細胞、組織球などの炎症性細胞が混在していた。炎症性偽腫瘍と診断された。術後6か月後に咳嗽と全身倦怠感を自覚したため、近医を受診。CRPなどの炎症反応が高値であり、当院呼吸器内科を紹介受診した。CTで骨盤部に多発する腫瘤を認めたため、当院産婦人科に紹介となった。MRI T2強調像で高信号、T1強調像で等信号、拡散強調像で高信号、dynamic MRIで漸増性の比較的均一な造影効果を示した。炎症性偽腫瘍再発の疑いで、プレドニン40mg/日を開始した。呼吸器症状は改善したが、CRPは一旦低下した後に再度上昇した。腫瘍の増大を認めたため、腫瘍摘出術、右付属器摘出術、S状結腸部分切除術が施行された。病理では、紡錘形細胞が増加し、膠原線維とリンパ球、形質細胞、組織球などの炎症性細胞が混在していた。免疫組織化学的染色では、紡錘形細胞はvimentin陽性、S-100陰性、ALK陰性であった。以上より、inflammatory myofibroblastic tumorと診断された。子宮のinflammatory myofibroblastic tumorについて若干の文献的考察を加え、報告する。

演題番号106

子宮留水腫に伴った異なったがん性変化の3症例

九州がんセ 婦人

嶋田 貴子、有吉 和也、島本 久美、
山口 真一郎、長山 利奈、衛藤 貴子、
岡 留雅夫、齋藤 俊章

[はじめに] 子宮留腫は、子宮腔内に各種貯留液が存在する病態であり、卵管部と子宮頸部における閉塞により発生する。原因は自然な狭窄閉鎖、新生物による閉塞、感染による炎症性の閉塞、手術や放射線治療の既往による閉塞など様々である。我々は子宮留水腫に癌性変化を伴い、画像上或は病理学的に興味深い特徴を有した3症例を経験したのでここに報告する。

[症例] 3症例の年齢は66歳～77歳であった。3例のうち1例は子宮体がん、2例目は子宮頸がん、3例目は子宮頸部上皮内癌の子宮体部内膜進展例であった。前2例は術前のMagnetic resonance imaging(MRI)で骨盤内に直径7.5・20cmの嚢胞性腫瘤を認め、嚢胞内容物はT2強調画像で高信号、T1強調画像ではやや高信号を呈していた。正常子宮や卵巣を同定できず、卵巣腫瘍との鑑別が困難であり、開腹術で診断を確定した。3例目は子宮頸部異形成のため子宮頸部円錐切除術を受けた既往歴があり、その経過観察中に子宮留水腫が診断された。摘出した子宮の病理検査で子宮頸部上皮内癌と診断され、子宮体部内膜全面に渡って異型扁平上皮が被覆し、筋層への浸潤所見を認めなかった。

[考察] 子宮留水腫は、子宮腔内に貯留物を認め同部位が経腔超音波検査で無エコー領域として描出された場合、またMRIにおいては子宮内容物がT2強調画像で高信号、T1強調画像で低信号として認められた場合に疑う。しかし本症例のように腫瘤による圧迫や加齢による変化で子宮や付属器が同定されない場合は、卵巣腫瘍との鑑別が困難であることを経験した。また画像上明らかな充実性部分を示さない子宮留水腫でも、子宮内膜全面を覆うように増殖する子宮頸部上皮内癌など稀な疾患もあることを経験した。

演題番号107

婦人科疾患との鑑別に苦慮した虫垂腫瘍の1例

京都医療セ 産婦

清水 操、関山 健太郎、下園 寛子、秦 さおり、山西 優紀夫、奥田 亜紀子、伊藤 美幸、江川 晴人、高尾 由美、山本 紳一、徳重 誠、北岡 有喜、高倉 賢二

症例は86歳、閉経51歳、4G3P1AA。下腹部膨満感あり前医を受診し、卵巣癌が疑われたため当科紹介受診した。内診では骨盤腔内に女子手拳大の可動性良好な腫瘍を触知し、経腔超音波では、膀胱子宮窩に72×58mmの内部不均一な嚢胞性腫瘍を認めた。腫瘍マーカーはCEA が8.8ng/ml(正常値 < 5.0ng/ml)と軽度上昇していた。

MRIでは右付属器領域に単房性嚢胞性病変を認めた。内部は不整なT2WI低信号を呈し造影効果を有する小粒状腫瘍が多発していたため、境界悪性～悪性の可能性が高いと判断した。一方、CTでは腫瘍の周囲に石灰化を認め、良性腫瘍が疑われた。腸管との連続性は指摘できず、腸間膜嚢腫や漿膜下筋腫の水様変性なども鑑別にあげた。

開腹術を施行し、腫瘍と虫垂との連続性を肉眼的に確認した。虫垂腫瘍は透見できる程に壁が非薄化していたが破綻はなかった。虫垂根部に異常を認めなかったため、年齢を考慮し迅速検査は施行せず虫垂切除術と両側付属器切除術を施行した。腫瘍の内容液は透明～白色で非常に強い粘性を認めた。

病理学的には、腫瘍内腔に核の重層化を有する粘液性上皮を認め、低悪性度虫垂粘液性腫瘍と診断された。両側卵巣に異常は認めなかった。

虫垂粘液性腫瘍は稀な疾患だが、婦人科疾患との鑑別が困難な場合がある。癌や周囲との癒着を認める場合は回盲部切除が必要となり、正確な術前診断が必要とされる。内視鏡検査や注腸造影が術前に有用であったとの報告もあるが、腫瘍の破綻は偽粘液腫を併発させる可能性もあり対応は慎重を要する。婦人科医として虫垂腫瘍の画像所見や発生機序に関する知識は必要であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

演題番号108

卵巣膿瘍を併発したS状結腸癌の1症例

京都府立医大 女性生涯医科学

伊地智 櫻、黒星 晴夫、澤田 守男、森 泰輔、辰巳 弘、岩破 一博、北脇 城

【はじめに】骨盤内炎症疾患のなかでも卵巣卵管膿瘍を含む骨盤内膿瘍は炎症が拡大、重症化したものである。抗菌薬が無効と判断された場合には外科的介入を考慮する必要がある。今回われわれは、卵巣膿瘍を呈したS状結腸癌症例を経験したので報告する。

【症例】61歳女性、家族歴、既往歴に特記すべき事項なし。産科歴は1経妊0経産。腹痛、発熱を主訴に近医内科受診。右下腹部に圧痛を認めた。10 cm大の骨盤内腫瘍を認め、虫垂炎、あるいは右卵巣腫瘍の疑いにて当科紹介となった。WBC 18,000 // μ L、CRP 20.1 mg/dlと著明な炎症反応を呈したが、血液培養検査からは細菌は検出されなかった。精査の結果、卵管留膿腫と診断し、抗菌薬投与による保存的治療を行ったが、症状の改善が認められなかった。腫瘍マーカーの上昇(CA125:243.2 U/ml, CEA:5.5 ng/ml)と、便潜血陽性から下部消化管内視鏡検査を施行したところ、S状結腸に全周性の隆起性病変を認めた。造影CT検査にてS状結腸に造影効果を伴う壁肥厚や骨盤腔内右側に被包化された構造物を認め、その内部には液体貯留が指摘された。腹水貯留を呈していたが、肺や肝臓に転移を示唆する所見は認めなかった。右尿管拡張からは腫瘍による尿管浸潤が疑われた。FDG-PET検査ではS状結腸の腫瘍部分にのみ集積を認め、他臓器に病変を疑う所見はなかった。以上より、膿瘍を伴ったS状結腸癌と診断し、開腹手術することとした。S状結腸に径40×40 mmの腫瘍、さらにその背面に径50×50 mmの腫瘍を認めた。これに対して、S状結腸切除術・尿管合併切除・右子宮付属器切除術とともに膿瘍の除去を行った。摘出標本を観察してみると、S状結腸に発生した腫瘍が右卵巣と交通し膿瘍を形成していた。病理組織学的検査でS状結腸癌の卵巣直接浸潤と最終的に診断。病変部の外科的除去によって全身状態も著しく改善した。

【結語】今回われわれは、卵巣膿瘍を呈したS状結腸癌症例を経験した。外科領域でもS状結腸癌が原因で卵巣膿瘍を形成する報告は稀である。一般に抗菌薬投与後72時間経過しても効果が確認されない場合には外科的介入を考慮する必要があるが、感染巣の同定を行い卵巣悪性腫瘍の有無を検討し、婦人科疾患以外の可能性も考え対応する必要がある

演題番号109

付属器腫瘍との鑑別が困難であった非婦人科系腫瘍の2例

那覇市立病 産婦

金城 淑乃、平良 祐介、平川 誠、池宮 城梢、
當間 敬、渡嘉敷 みどり

<目的> 付属器腫瘍と疑い手術施行し、非婦人科系腫瘍と判明した2例を経験したので報告する。

<症例>

症例1：63歳、2012年3月より右骨盤内囊腫で当科フォロー中、7月に数日前からの右下腹部痛が出現し、子宮付属器の茎捻転を疑いCTを撮像したところ、右付属器領域に9×3cm大のソーセージ状の囊腫を指摘された。虫垂は囊腫に近接して確認でき、腹水貯留も認められなかった。画像上は卵管水腫または付属器良性腫瘍を疑った。茎捻転を疑う所見はなかったが、疼痛が認められたこと不全捻転なども疑われることから開腹手術を選択。術中所見では、両側卵巣卵管の腫大なく、白色化した虫垂が腫大しており虫垂腫瘍と判断し、虫垂切除施行した。腹水を認めず腹腔内に播種を疑う所見認めなかったが付属器への播種なども考えられたため両側付属器摘出術を追加施行した。病理結果は虫垂粘膜炎の診断であった。両側卵巣には異常所見は認めなかった。

症例2：50歳、2013年6月腹痛で近医受診、腹部全体の圧痛と反跳痛を認め、CTにて骨盤内に有茎性の充実性腫瘍が捻転している所見を認め、卵巣腫瘍捻転を疑い当院に搬送となった。同日に緊急開腹手術施行。術中所見では大網に茎の付着を認める充実性腫瘍であり、過捻転して壊死をおこしていた。子宮および両側付属器に異常を認めなかった。病理検査結果は子宮内膜症と平滑筋腫の併発であり、悪性所見を認めなかった。

付属器腫瘍の画像診断の際には、非婦人科系腫瘍も十分に鑑別する必要があることを再認識した。

演題番号110

卵巣付属器腫瘍との鑑別が困難であった限局性腹膜悪性中皮腫の一例

市立堺病 放1)、市立貝塚病 放2)、同 産婦3)、
同 臨床検査4)

杉原 英治¹⁾、吉岡 恵理¹⁾、栗生 明博¹⁾、
油谷 健司¹⁾、中矢 泰裕²⁾、沢井 ユカ²⁾、
横井 猛³⁾、山崎 大⁴⁾

症例は32歳女性。右下腹部痛にて当院産婦人科受診された。経陰超音波にて右骨盤に約7cm大の腫瘍を認めた。MRIでは、右正常卵巣に接していたが、卵巣から膨隆性に発育した腫瘍が卵巣外の腫瘍かの区別は困難であった。子宮とは接するが子宮外と考えられた。腫瘍はT1WIにて均一な低信号、T2WIでは全体がほぼ均一な中等度信号で、小さな囊胞様の高信号域が散在していた。造影にて腫瘍は全体がほぼ均一に濃染され、内部に小囊胞状の造影不領域が多数認められた。拡散強調像では強い高信号を呈した。CA125は124.7U/mlと高値であった。右卵巣の悪性腫瘍が疑われ手術された。開腹にて淡黄色の多量の腹水あり。Douglas窩右側に黄色の柔らかい充実性腫瘍を認めた。腫瘍表面は微細乳頭状を呈していた。腫瘍は子宮に強固に癒着していたが、右付属器とは明らかな連続性は認めなかった。右側卵管は軽度腫大していた。また腹膜が肥厚し、子宮、両側卵巣、直腸、小腸などの表面に多数の小結節を認めた。腫瘍は可及的に全摘出され、また右卵管、腹膜結節の一部が摘出された。固定標本では白黄色分葉状の非常に柔らかい充実性腫瘍であった。HE染色、免疫染色にて上皮型の高分化型腹膜中皮腫と診断された。卵管周囲への浸潤が認められたが、その他に散在していた腹膜結節は炎症細胞浸潤のみで中皮腫細胞は認めなかった。アスペストの曝露歴なく、孤発性の限局性悪性中皮腫と考えられた。腹膜中皮腫は多くはびまん性の進展を呈し、限局性の腫瘍形成は少ないとされる。文献とともに考察し報告する。

演題番号111

子宮体部の類内膜腺癌(Grade 3)に大網の悪性孤立性線維性腫瘍を合併し、ともにp53の遺伝子変異が認められた1例

市立奈良病 産婦¹⁾、同 放²⁾、
奈良県立医大 放³⁾、同 産婦⁴⁾

渡辺 英樹¹⁾、原田 直哉¹⁾、延原 一郎¹⁾、
春田 典子¹⁾、東浦 友美¹⁾、福住 明夫²⁾、
橋本 彩²⁾、高濱 潤子³⁾、小林 浩⁴⁾

【緒言】孤立性線維性腫瘍 (Solitary fibrous tumor : SFT) は、胸膜に好発する線維芽細胞様の紡錘形細胞の増殖により構成されるまれな腫瘍である。核異型に乏しく増大が緩徐であるものの、ときに転移も認められることから、一般に低悪性度の腫瘍と位置づけられるが、ごくまれに核異型や核分裂像が盛んな悪性の報告例もある。胸膜外で発生することは極めてまれとされており、大網由来の悪性SFTについてはほとんど報告例がない。またわれわれの知る限り、子宮体癌を重複した症例は今回が初めての報告となる。

【症例】62歳、2回経産婦。下腹部痛と帯下の増量を主訴に来院。内診で鶏卵大の子宮と、子宮の前方に鶏卵大の可動性のある硬い腫瘍を触知した。子宮内膜組織診で類内膜腺癌(Grade 3)を認め、MRIにて子宮体部内腔に4cm大の腫瘍と、腹腔内に9cm大の充実性の腫瘍を認めた。ともに造影効果を伴いDWIで強調され、子宮体癌と大網(あるいは腸管膜)由来の悪性腫瘍が疑われた。開腹すると、腹腔内の腫瘍は大網由来であり、周囲に浸潤や播種、他臓器への転移を認めず、迅速検査で悪性度の高い肉腫と診断された。腫瘍摘出のために大網を切除した後に、子宮と両側付属器の摘出、後腹膜リンパ節郭清を行った。永久標本HE染色で大網腫瘍はmitosisが極めて多く(>10/10HPF)、異型・異常核分裂像も認められ、免疫染色では子宮体癌はp53が強陽性。大網腫瘍は染色性に違いがあるものの、vimentin、Bcl-2、CD34、CD99、CD10、S-100、c-kit、EMA、CKAE1/AE3、PgR、p16、p53が陽性、SMA、desmin、CK5/6、D2-40、calretinin、ER、CD31が陰性であった。以上から、子宮体癌(類内膜腺癌G3、旧分類pT1cN0M0)および大網腫瘍(悪性SFT)の重複との確定診断となった。PETで全身に異常集積のないこと確認し、子宮体癌に対して維持化学療法(AP療法6コース)を施行し、2年を経過した現在、完全寛解を維持している。

【結語】Grade 3の子宮体部類内膜腺癌に、悪性SFTを合併した症例を経験した。ともに遺伝子の変異(p53)が関与し、II型(de novo)で悪性化したのではないかと考えている。

演題番号112

後腹膜原発粘液性嚢胞腺癌の一例

国立がんセンター中央病 放診¹⁾、
同 泌尿器・後腹膜腫瘍²⁾、同 病理³⁾

小田 麻生¹⁾、眞鍋 知子¹⁾、三宅 基隆¹⁾、
渡辺 裕一¹⁾、楠本 昌彦¹⁾、河原 貴史²⁾、
藤元 博行²⁾、新井 恵吏³⁾、金井 弥栄³⁾、
荒井 保明¹⁾

症例は50歳代。検診にて卵巣腫瘍が疑われ、当院に紹介受診。

CT、MRIが撮像され、後腹膜腔左方に11×8.5×8.5cmの境界明瞭・辺縁整の単房性嚢胞性病変を認めた。内部は大部分が嚢胞性成分主体であるものの、一部の嚢胞壁より乳頭状の充実性成分を認めた。嚢胞性成分はT1強調像にて低信号を示し、T2強調像にて高信号を示した。明らかな拡散抑制を認めなかった。充実性成分はT1強調像にて嚢胞成分と比較して高信号・筋肉と等信号、T2強調像にて低信号を示し、拡散強調像にて拡散抑制を認めた。Dynamic studyでは早期相から遅延相にかけて持続する比較的均一な増強効果を示した。子宮や両側付属器とは離れており、両側付属器の同定は可能であった。

後腹膜原発の悪性腫瘍を疑い、画像所見からは上皮性由来の粘液性嚢胞腺癌を疑った。後腹膜腫瘍摘出術が施行され、病理学で後腹膜原発粘液性嚢胞腺癌の診断に至った。

後腹膜腔腫瘍の約90%は非上皮性腫瘍であり、腺上皮の存在しない後腹膜腔に上皮性腫瘍が生じるのは非常にまれである。発生起源は確定されていないが、(1)中皮陥入説、(2)異所性の過剰卵巣あるいは副卵巣組織発生説、(3)奇形腫瘍発生説、(4)重複腸管発生説が挙げられる。

後腹膜原発粘液嚢胞腺癌は、過去の文献によれば、男性発生は3例のみで、ほとんどが女性に発生するとされている。悪性のものが多く、悪性を示唆する所見としては、腹部CTやMRIにおける嚢胞腔内へ突出する腫瘍の存在が重要であると報告が多い。まれな疾患であるがために、術前の正確な診断は困難であるとされている。

今回後腹膜原発の粘液性嚢胞腺癌の一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

演題番号113

術前診断が可能であった後腹膜腫瘍（神経鞘腫）の1例

聖マリアンナ医大 産婦1)、同 放2)

遠見 才希子¹⁾、大原 樹¹⁾、高橋 由妃¹⁾、
朱 丞華¹⁾、中川 侑子¹⁾、吉田 彩子¹⁾、
近藤 亜未¹⁾、津田 千春¹⁾、近藤 春裕¹⁾、
戸澤 晃子¹⁾、鈴木 直¹⁾、中島 康雄²⁾

【諸言】後腹膜腫瘍は稀な疾患であり、発生頻度は、全腫瘍の0.01%~0.2%と報告されている。その中で原発性後腹膜腫瘍全体に占める神経鞘腫は0.5%~6.9%と少ない。後腹膜腫瘍の場合、その同定が非常に困難とされているが、今回術前の画像診断で診断可能であった神経鞘腫の1例を経験したので報告する。

【症例】症例は49歳女性、1経妊1経産。48歳で閉経。既往歴として48歳白内障手術を施行。不正出血を主訴に近医受診し、骨盤内腫瘍が疑われたため、当院紹介受診となった。初診時の内診上子宮は前傾前屈・鶏卵大、両側付属器は触知せず、帯下は白色・少量であった。腔頸管細胞診はNILM、内膜細胞診は陰性であった。血算・生化学検査においても異常は、認められなかった。

経膈超音波検査では子宮右側に53×26mm大のlow echoicを示す境界明瞭な腫瘍性病変を認めたが、卵巣との鑑別は困難であった。

CTでは、右骨盤腔の骨盤内に境界鮮明で内部均一な低吸収腫瘍を認めた。

MRIでは右骨盤壁側（腹膜腔外）に6cm大の腫瘍性病変を認めた。T2強調像で低信号と高信号が混在している腫瘍で、T1強調像では低信号であったことから神経原性腫瘍が疑われた。開腹手術を選択し、腫瘍摘出術目的にて入院となった。

開腹での所見として、子宮は正常大であったが、底部左側に5cm大の漿膜下筋腫を認めた。左右付属器に腫大は認めなかった。右後腹膜に腫瘍を認め、後腹膜を展開したところ、右閉鎖神経より発生している腫瘍を認めた。閉鎖神経を温存し、腫瘍摘出術を施行した。

術後、合併症は認めず経過良好である。

術後病理診断では、腫瘍は紡錘状の細胞が錯綜して存在し、免疫染色でS-100蛋白が陽性であることから良性神経鞘腫と診断された。

【結語】後腹膜腫瘍は術前診断が困難な場合もあるが、術前診断が十分可能な症例もあるため、術前診断の精度向上に努める必要があると考えられる。

演題番号114

婦人科領域に発生した悪性黒色腫の画像と病理所見の対比

神戸大 放1)、同 病理2)、同 産婦3)、
神戸百年記念病 放4)

上野 嘉子¹⁾、北島 一宏¹⁾、前田 哲雄⁴⁾、
末永 裕子¹⁾、前田 隆樹¹⁾、高橋 哲¹⁾、
川上 史²⁾、伊藤 智雄²⁾、宮原 義也³⁾、
山田 秀人³⁾、杉村 和朗¹⁾

婦人科領域を原発とする悪性黒色腫は全悪性黒色腫のうちでも約1-5%であり、頻度は稀である。通常は膣や外陰部に発生し、子宮頸部にも発生することがある。稀な疾患であるため、その画像所見の報告は少ない。

他臓器発生の悪性黒色腫のMRI所見はたびたび報告されており、T1強調画像で高信号、T2強調画像で低信号を示すことが多いとされる。T1およびT2緩和時間の短縮は腫瘍に含まれるメラニン顆粒が常磁性体であること、腫瘍内出血を来した場合のメトヘモグロビンに起因すると報告されているが、腫瘍中のメラニン含有量や出血の有無により様々な信号を呈する。一般に、悪性黒色腫の中でもメラニン産生のあるものはmelanotic melanoma、ないものはamelanotic melanomaと分類される。

2009年から2012年の間、当院では3例の婦人科領域原発の悪性黒色腫を経験した。症例1は膣に発生したmelanotic melanoma、症例2は子宮腔部から頸部に進展したamelanotic melanoma、症例3は子宮全体を置換するmelanotic melanomaであった。これらの病理組織所見と画像所見を対比し、若干の文献的考察とともに報告する。

演題番号115

Lupus mastitisの一例

九州医療セ 放1)、同 乳腺セ2)

松林(名本)路花^{1)、2)}、大塚 弘子²⁾

lupus mastitisの一例を経験したので報告する。

症例は50代女性、7年前にマンモグラフィーにて異常石灰化を指摘。当院にてエコーを施行されたが石灰化のみで明らかな腫瘍性病変は認めなかった。その後放置されていたが、今回、胸部単純X線写真にて異常石灰化を指摘され精査となった。MMG上、非常に濃厚な樹枝状の石灰化を認め、通常の乳管内石灰化と比し非常に粗大であった(カテゴリー2とした)。7年の経過で明らかに石灰化の範囲、量ともに増加していた。

US上、背景乳腺は不均一で一見乳腺症様の所見を呈し明らかな腫瘍は見られなかった。MRIでは石灰化はsignal voidとして描出され、乳腺の濃染は全体に乏しかった。

lupus mastitisは調べ得た限りで2009年までに16例程度しか画像の報告がなく、稀な疾患である。

演題番号116

Gorlin症候群の1例

北海道大病 放診1)、岩手医大 医歯薬総合研究2)、北海道大病 婦人3)、同 産4)、同 病理5)、北海道大 放6)

原田 太以佑^{1)、2)}、加藤 扶美¹⁾、三村 理恵¹⁾、三田 村卓³⁾、山田 崇弘⁴⁾、畑中 佳奈子⁵⁾、工藤 與亮¹⁾、櫻木 範明³⁾、白土 博樹⁶⁾

症例は21歳女性。2ヶ月前からの月経不順を主訴に前医を受診、超音波検査で腹腔内腫瘍を認め、当院婦人科に紹介受診となった。CT、MRIでは、骨盤内に多数の腫瘍や結節を認め、MRIではT2WI・T1WIで低信号、軽度の造影効果があり、CTでは著明な石灰化を伴っていた。複数の結節を取り囲むようにT2WIで被膜様の低信号を認めた。腫瘍や結節と子宮に連続性はなく、発達した右卵巢血管が認められることから、右卵巢由来が疑われた。左卵巢にも同様の小さな結節を認めた。右付属器切除・左卵巢腫瘍核出術が施行された。右付属器は12x11x8cm大、八頭状の多結節癒合性病変で、弾性軟から線維硬性、石様硬と様々であった。病理学的には異型に乏しい紡錘形細胞が細胞間に膠原線維を介在して、索状に錯綜して増殖する像が認められ、結節ごとに細胞密度や膠原線維の沈着、硝子化・石灰化の程度が異なっていた。左卵巢腫瘍も同様の組織像であり、両側卵巢線維腫と診断された。卵巢線維腫の他に、下顎骨の角化嚢胞性歯源性腫瘍、手足皮膚の陥凹を認め、遺伝子検査にてPTCH-1のヘテロ変異が確認され、Gorlin症候群と診断された。

Gorlin症候群は1960年にGorlin RJらに報告された、発達上の奇形と遺伝性高発癌性を併せ持つ常染色体優性遺伝性の神経皮膚症候群である。Basal Cell Nevus SyndromeやNevoid Basal Cell Carcinoma Syndromeとも呼ばれる。原因として癌抑制遺伝子であるPTCH1変異が同定されており、加齢や紫外線、放射線照射等によって基底細胞癌が多発する。他に、大頭症や特異顔貌、椎体肋骨奇形などの外見発達上の奇形、大脳鎌石灰化、小脳髄膜腫、下顎角化嚢胞性歯源性腫瘍、卵巢線維腫、心臓線維腫などの発生が報告されている。高度の石灰化を伴った両側性卵巢線維腫では本疾患を疑うことが重要であり、下顎嚢胞の有無など全身精査を行う必要がある。ただし、本疾患は放射線被曝による発癌のリスクが高く、不必要な検査を避けることが肝要である。

演題番号117

ChiariⅢ型の1例

滋賀医大 放

岬 沙耶香

症例は生来健康な27歳女性、1G1P。自然妊娠で妊娠成立し、妊娠経過は順調であった。妊娠26週0日に前医で脳室拡大と後頸部嚢胞を指摘され、当院産婦人科に精査目的に紹介となった。超音波断層画像では前医と同様の所見を認め、妊娠28週6日にMRIを撮影された。MRIでは側脳室および第3脳室が拡大、小脳は下垂し、後頭部には嚢胞性腫瘍の突出を認めた。嚢胞内には充実部分を認め、小脳と連続しているようで、脳髄膜瘤と考えられた。腰仙部には脊髄髄膜瘤は認められなかった。羊水染色体は46,XXで異常を認めなかった。妊娠35週2日に胎児心拍陣痛図異常を認め、同日帝王切開で出産となった。児のApgar scoreは3点、5点、呼吸状態が悪く出生後すぐに挿管管理された。後頭部には5×5×4cmの軟らかい皮膚に覆われない灰白色の腫瘍を認めた。大泉門膨隆を認めたため同日に水頭症に対してシャントチューブが留置された。生後3日目にCT、生後6日目にMRIを撮影された。出生後のCTおよびMRIでは出生前の所見に加えてC1の二分脊椎、脊髄空洞症を認め、ChiariⅢ型に合致すると考えられた。生後16日目に脳髄膜瘤の摘出および閉鎖術が施行された。

ChiariⅢ型は稀な疾患で、神経学的予後、生命予後が不良である。出生前MRIの報告は少ないが、出生前MRIで本症を疑うことが周産期の管理に重要と考えられる。出生前に後頸部の嚢胞性腫瘍を認めた際は本症の可能性も考慮すべきと考えられる。