

内頸部型粘液性境界悪性腫瘍（EMBT） 3期の一例

産婦人科 藤本真理子, 東山 希実, 川村 明緒
砂田 真澄, 佐々木聖子, 堀江 克行

卵巣の内頸部型粘液性境界悪性腫瘍（Endocervical-like Mucinous Borderline Tumor:EMBT）は比較的、予後良好とされているが悪性腫瘍との鑑別が難しく、術前に診断することは困難なことが多い。比較的若年発症であるため、妊孕性温存希望であることも多く、治療方針も苦慮することがある。症例は32歳挙児希望のある女性で、下腹部腫瘍にて紹介された。画像診断では悪性腫瘍の破裂による癌性腹膜炎が疑われたが、術中迅速診断では境界悪性にて腫瘍摘出術のみ施行。術後の病理診断では悪性腫瘍と診断。その後他施設にて再度境界悪性（EMBT）と診断された。病理診断が難しかった EMBT 3期の1例を報告する。

keywords：卵巣腫瘍，内頸部型粘液性境界悪性腫瘍，病理診断

1. はじめに

卵巣の内頸部型粘液性境界悪性腫瘍（endocervical-like mucinous borderline tumor: EMBT）は比較的予後良好とされているが、悪性腫瘍との鑑別が難しく、術前に診断することは困難なことが多い。比較的若年発症であるため、妊孕性温存希望であることも多く、治療方針も苦慮することがある。今回術後の病理診断が難しかった、EMBT 3期の1例を報告する。

2. 症 例

32歳，0経妊0経産，既婚。2，3カ月前からの下腹部痛にて近医産婦人科を受診。腹水と直径10cmの充実性卵巣腫瘍を疑われ，当院産婦人科へ紹介される。

既往歴・家族歴は特記事項なし。

月経不順である。挙児希望がある。

(1)初診時所見

腹部膨満軽度あり，下腹部全体に圧痛軽度あり，不正出血なし，子宮に異常所見なし。経腔

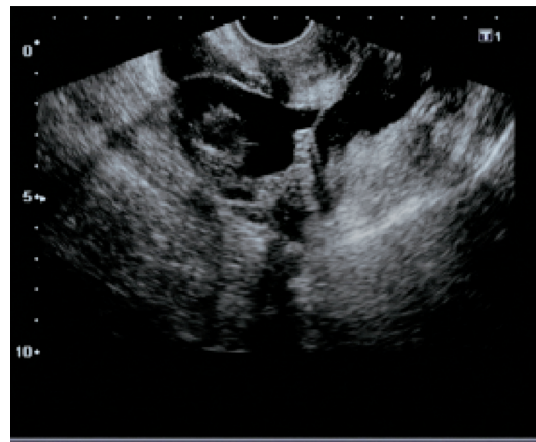
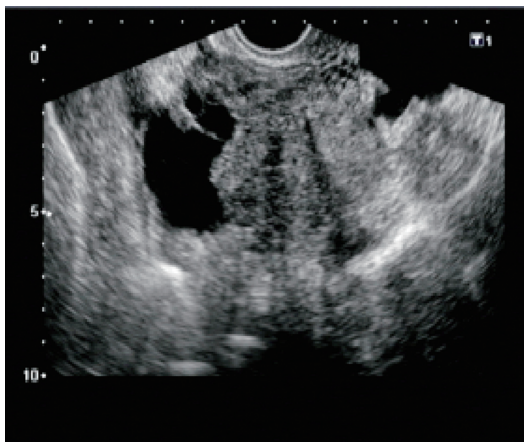


図1. 経腔エコー

直径10cmの囊胞壁のない充実性腫瘍，内部に小さい囊胞多数あり。周囲に腹水と腹水中に大小の囊胞を認める。

超音波にて右卵巣に直径10cmの一部 cystic, ほとんど充実性の腫瘍を認める。腫瘍に嚢胞壁を認めず。腹腔内に表面不正な乳頭状腫瘍が露出してみえる。腫瘍内にはドップラーで血流を多く認める。中等量の腹水あり, ほか腹腔内に1~3 cm大の嚢胞を多数認める(図1)。

CT, MRIにて右卵巣の漿液性乳頭状腺癌と癌性腹膜炎との診断。虫垂原発の可能性もあると指摘(図2)。

PET検査では腫瘍部分に弱い取り込みを認めるのみ。良悪性の判断はつかず。採血結果ではCA125:97.4U/mL(〜35), CA199:1121U/mL(〜37)のみの異常で, ほか炎症反応などは正常値であった。

以上より, 術前診断としては, 漿液性卵巣癌+癌性腹膜炎, または腹膜偽粘液種の診断となった。挙児希望が強く, 妊孕性温存を希望されたが, 術中迅速診断結果が悪性の場合は子宮両側付属器切除の同意を得, 初診より6日後に開腹手術を施行した。

(2)開腹時所見

右卵巣に術前の予想どおり, 嚢胞壁のない乳頭状充実性腫瘍9 cm大を認める。非常にやわらかくもろく, 表面は粘液で覆われる。

腫瘍は肥厚した大網と強固に癒着。子宮, 虫垂周囲に1~3 cmの多数のゼリー状粘液性嚢胞を認めた。左付属器に子宮内膜症の所見あり。

腹水は粘液性(血性でない, 細胞診はⅢ)。

術中迅速病理診断は粘液性卵巣境界悪性腫瘍の診断にて, 右付属器切除, 虫垂切除, 大網切除を施行し, 腹腔内ドレンを留置し手術を終了した(妊孕性は温存した)(図3 a, b)。

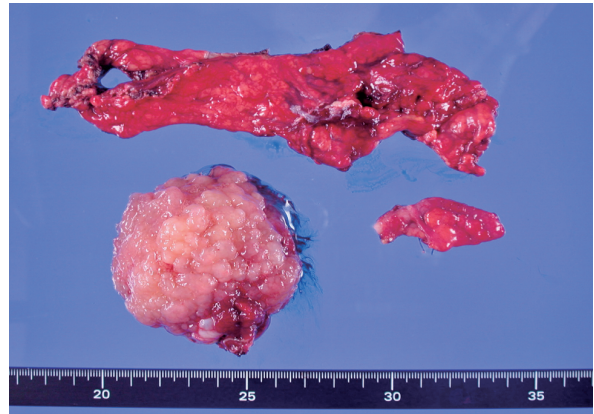


図3 a. 摘出標本
大網(上), 卵巣腫瘍(左下), 虫垂(右下)



図3 b. 摘出標本
卵巣腫瘍(固定後, 剖面)

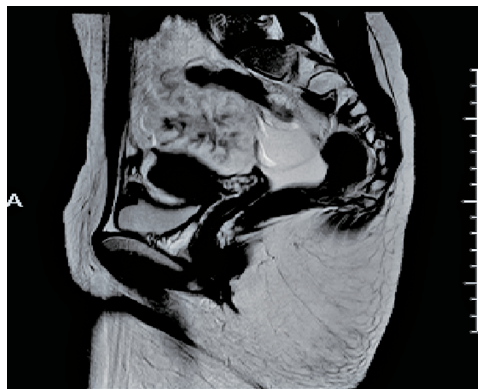


図2. MRI所見

子宮と膀胱の間に嚢胞様構造(+). 中等量の腹水も認める。右卵巣由来の腫瘍だが, 可能性として dysgerminoma, cystadenocarcinoma を考える。虫垂らしき構造とも連続しているようにも見え, 虫垂原発も否定できない。

3. 病理組織学的検討

右卵巢：Mucinous (papillary) adenocarcinoma, grade 1-2, with peritoneal (omental) dissemination, pT3b or pT3c.

大網・腹膜播種：Metastatic (disseminated) carcinoma in the greater omentum.

虫垂：No evidence of malignancy.

以上の結果をうけて、腹腔内留置ドレンより、抗癌剤 CDDP100mgを腹腔内投与した。

この結果では3期の悪性卵巢癌という診断となり、標準術式では、子宮および対側卵巢の追加切除、さらに追加抗癌剤治療が必要と考えられたが、本人、家族に強い挙児希望があり、今後の治療方針を悩み、京大産婦人科教室に相談した結果、病理標本を再度検討された。

病理診断は下記に変更となった。

卵巢：Mucinous borderline tumor, endocervical-like, with noninvasive peritoneal implants and desmoplastic reaction, pT3b or pT3c.

大網・腹膜播種：Noninvasive peritoneal implants and desmoplastic reaction.

4. 考 察

病理組織学的判断が悪性から境界悪性に変更になった点は、病理標本上、一見漿液性卵巢境界悪性腫瘍でみられるような、分枝を伴う乳頭状発育を示すが、表面を被包する上皮は粘液細胞と線毛細胞、好酸性の細胞質を有する。

軽度～中等度の核異型、核の重積を示すが、破壊的間質浸潤は認めない。

乳頭状発育の芯部分に好酸球浸潤がみられる。

以上の点より、内頸部型粘液性境界悪性腫瘍 (endocervical-like mucinous borderline tumor: EMBT) と診断された (図4)。

転移性腫瘍と診断された大網の病変についても、線維芽細胞、線維筋性増生を伴う、肉芽状変化。その中に好酸性細胞質を有する、上皮細胞の集塊が埋め込まれるようにして存在。

既存の腹膜表面に局限しており、また腹膜表面と直下の脂肪織が保持されていることより、

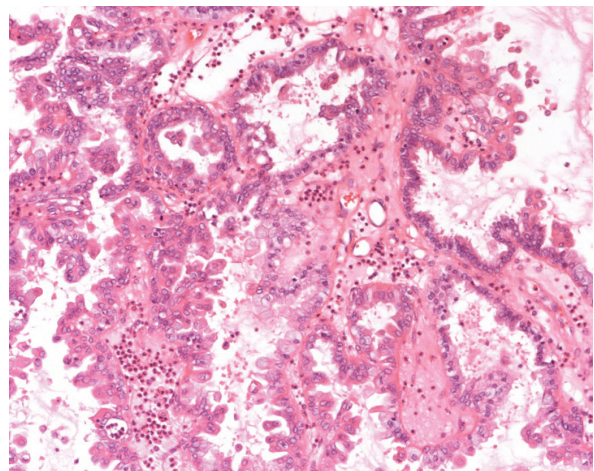
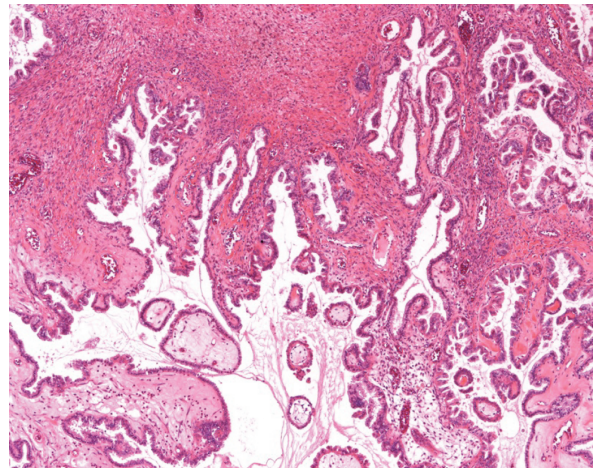


図4. 上：卵巢 HE染色 弱拡大
下：卵巢 HE染色 強拡大

線維形成型 (desmoplastic-type) の非浸潤性インプラント (noninvasive implant) と考える。

以上の結果、追加治療は不要と判断された (図5)。

患者は再発徴候なく経過しているが、その後挙児希望のため、不妊治療専門施設に転院となり、現在不妊治療中である。

卵巢内頸部型粘液性境界悪性腫瘍 (EMBT) は1988年に Rutgers and Scully らにより報告された、卵巢の粘液性境界悪性腫瘍の10～15%を占める腫瘍である¹⁾。腸上皮型 (IMBT) と比して、若年、両側性、内膜症の合併が多いといわれるが、報告はほとんど1期であり、3期の報告はまれである²⁾。

従来予後は良好とされていたが、浸潤癌や再発の報告もわずかにある^{2,3)}。

今回まれな EMBT3期の症例を経験した.

文 献

- 1) Rutgers JL, Scully RE : Ovarian mullerian mucinous papillary cystadenomas of borderline malignancy. A clinicopathologic analysis. *Cancer* **61**(2) : 340-348, 1988.
- 2) Song T, Choi CH, Lee YY et al. : Endocervical-like versus intestinal-type mucinous borderline ovarian tumors:a large retrospective series focusing on the clinicopathologic characteristics. *Gynecol Obstet Invest* **76**(4) : 241-247, 2013.
- 3) 和仁洋治: 卵巣内頸部型粘液性境界型腫瘍から発生した腺癌の1例. *日本婦人科病理学会誌* **3**(1) : 28-31, 2012.

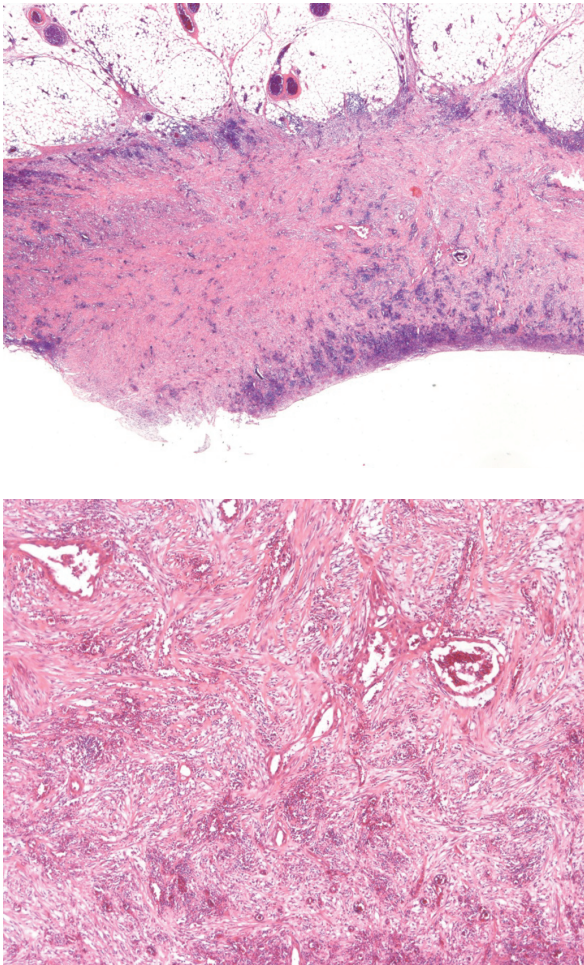


図5. 上:大網 HE染色 弱拡大
下:大網 HE染色 強拡大