

P4-109

腹腔鏡下子宮体癌手術でVascular Pseudo Invasionを認めた一例

熊本赤十字病院 診療部

○吉丸 峻、村上 望美、柴田 聡、井手上隆史、三好 潤也、荒金 太、福松 之敦、長峰 理子

子宮体癌1A期や子宮内膜異形増殖症に対する腹腔鏡下子宮摘出術は、保険収載されて以後、症例数が増加している。症例増加に伴い、子宮マニピレーターを使用し腹腔鏡下子宮摘出術を施行した症例で、Vascular "Pseudo" Invasion (VPI) を認める報告が散見される。通常の脈管侵襲は径の細いリンパ管に認めることが多いが、VPIは比較的径の太い血管に認められることが特徴といわれている。VPIは子宮体癌の他、子宮内膜異形増殖症でも認められ、初期癌であっても病理診断が過大評価され、追加治療を行われるリスクにもつながるため、注意が必要である。VPIは、子宮体癌手術時の卵管結紮と、子宮マニピレーターを使用することで子宮内に陽圧が生じ起こるといわれているが、今回我々は子宮体癌1A期の症例に対し子宮マニピレーターを使用せず腹腔鏡下子宮全摘出術を施行し、VPIを認めた症例を経験したので報告する。症例は38歳、未妊婦人。不正性器出血と腹痛で当院に緊急搬送され、Hb4.7g/dlの高度貧血と、骨盤造影MRI検査で子宮内にT1WI等信号、T2WIやや均一な高信号、DWI等信号、造影で早期より増強される腫瘍を認めた。子宮内膜組織診はEndometrioid Adenocarcinoma,G1であり、MRI上筋層浸潤はあっても軽度と考えられたため、腹腔鏡下子宮摘出術、両側付属器切除術を施行した。子宮マニピレーターは使用しなかった。術後病理組織診断ではAtypical endometrial hyperplasiaと一部にEndometrioid Adenocarcinoma,G1を認め、脈管内にはAtypical endometrial hyperplasiaの所見を散見し、VPIが考えられた。腹腔鏡下手術のアーチファクトと判断し、術後追加治療は行わず外来経過観察中であるが、問題なく経過している。今回の症例では、マニピレーターを使用しておらず、陽圧とは関係なくVPIが生じる可能性が示唆された。

P4-111

乳癌、子宮体癌、結腸癌が併存した卵巣成人型顆粒膜細胞腫の1症例

秋田赤十字病院 臨床研修センター¹⁾、秋田赤十字病院 産婦人科²⁾

○畠山 暹¹⁾、佐藤 宏和²⁾、富樫嘉津恵²⁾、大山 則昭²⁾

顆粒膜細胞腫は、卵巣性索間質性腫瘍の中で最も頻度が高い悪性腫瘍で、卵巣悪性腫瘍全体の2.5%を占める。エストロゲン産生により、不正性器出血や月経異常などの症状が出現する場合があるほか、子宮内膜腫瘍の発生率が増加することが知られている。今回我々は、子宮体癌、乳癌、結腸癌が併存した、成人型顆粒膜細胞腫の症例を経験したので報告する。症例は79歳女性、0胎0産、未婚。閉経は53歳。初診の1ヶ月前より不正性器出血を自覚し、当院消化器内科を経て当科に紹介受診した。超音波検査にて、小児頭大の下腹部腫瘍を検出し、血中エストロジオール値の上昇を認めた。左卵巣顆粒膜細胞腫の臨床診断で、腹式子宮全摘術および、両側付属器摘出術を施行した。摘出子宮の病理評価にて子宮内膜に高分化型類内膜癌pT1Aの所見を認めた。術前の乳房評価では、左乳癌を検出され、当科手術後に左乳房切除術と左腋窩リンパ節郭清術を施行された。また、術前の消化管内視鏡検査では、S状結腸に早期大腸癌が認められ、内視鏡下粘膜切除術を施行された。成人型顆粒膜細胞腫に子宮体癌、乳癌、結腸癌が併存した例は、他に報告がない。顆粒膜細胞腫においては、子宮内膜腫瘍の合併だけでなく、乳癌合併率の上昇も報告されており、併存腫瘍や術後機能障害の有無についても注意深く観察していく必要があると考えられた。

P4-113

卵巣腫瘍茎捻転が疑われた骨盤内遊走脾の1例

鳥取赤十字病院 産婦人科¹⁾、鳥取赤十字病院 内科²⁾、

鳥取赤十字病院 外科³⁾

○竹内 薫¹⁾、大島 順恵¹⁾、坂尾 啓¹⁾、山本 宗平²⁾、木原 恭一³⁾、前田 佳彦³⁾

<症例>23歳、女性。未婚、G0P0。主訴：腹痛。現病歴：10日前から腹痛が出現。2日前から増悪したため、急性虫垂炎の疑いで近医から当院救急外来に紹介となった。下腹部に圧痛を伴う超小児頭大の充実性腫瘍を触知した。血液検査では、WBC増多、CRP陽性、Hb低下、凝固系の異常、CA125上昇を認めた。腹部単純CTで虫垂は確認できず、18×10×10cmの大きさの充実性腫瘍が下腹部から骨盤腔内に存在し、一見子宮となつて存在している所見が見られた。卵巣腫瘍茎捻転による急性腹症と術前診断して緊急開腹手術を施行したところ、腫瘍は卵巣由来ではなく脾門部で茎捻転を起こした巨大な遊走脾(重量1515g)であり、温存は困難と判断して脾臓摘出術を行った。病理組織学的に脾臓の出血性梗塞を認めた。腹部腫瘍を作った急性腹症では、鑑別診断のひとつとして遊走脾茎捻転も念頭に置いて、画像診断で脾臓の位置を確認することが重要であると思われる。

P4-110

MRIによる子宮体癌の筋層浸潤の評価精度の検討

熊本赤十字病院 診療部 産婦人科

○藤原 義昌、荒金 太、村上 望美、井手上隆史、柴崎 聡、三好 潤也、福松 之敦

早期子宮体癌に対しての腹腔鏡手術は開腹手術と比較して低侵襲であり近年多くの施設で徐々に普及してきている。子宮体癌に対する腹腔鏡手術の保険適応は、Stage IAに限られており、筋層浸潤が1/2未満であることが必要となる。我々は術前にMRIで筋層浸潤を評価しているが、今回当科で治療した子宮体癌患者の筋層浸潤の術前評価、術後評価を比較し検討したので報告する。2012年から2017年までの術前に子宮体癌と診断され当科で手術を行った220例を対象とした。220例のうち、術後に子宮内膜異形増殖症と診断した27例、平滑筋腫など筋層内に発生した6例を除外した。また、子宮筋腫や留膿症のため筋層浸潤評価が不明だったものが5例あった。残りの182例のうち術前に筋層浸潤1/2未満とされていたものが120例であり、このうち術後に筋層浸潤が1/2以上と判明したものが16例あった。内訳はMELFなどの特殊型が5例、腫瘍が子宮内腔に大きく発育していたものが8例(うち2例は特殊型と重複)、術後の再評価で浸潤を認めたものが2例、理由が特定できないものが4例であった。術前に筋層浸潤1/2以上としていたものは62例で、このうち術後に11例が筋層浸潤1/2未満と判明した。内訳は子宮体癌が子宮内腔に大きく発育していたものが2例、筋層浸潤がT1度1/2と判断したものが2例、理由が特定できないものが7例であった。MRIによる筋層浸潤の評価の感度は76.1%、特異度90.4%、正診率85.2%、陽性の中率82.2%、陰性の中率86.7%であり、他施設のデータと比較しほぼ一致していた。腫瘍が子宮内腔に大きく発育していた場合や特殊型の場合は筋層浸潤の評価を誤りやすいことが判明した。術前の筋層浸潤の評価は、腹腔鏡手術を含めた適切な術式選択をするためにも重要であり、慎重な評価が必要である。

P4-112

合成樹脂製玩具の誤飲により小腸イレウスを来した一例

横浜市立みなと赤十字病院 外科

○清水垂希子、杉田 光隆、神田 智希、川口祐香理、大矢 浩貴、須藤 友奈、鳥谷建一朗、中尾 詠一、有坂 早香、渡部 顕、小野 秀高、馬場 裕之、阿部 哲夫

症例は48歳女性。既往に統合失調症と精神科発達遅滞があり、精神科病院に通院中。腹部膨満と腹痛を主訴に救急搬送となった。数日前から排便がなく、CTで小腸内の高吸収域を閉塞起点とした小腸イレウスの診断となった。意思疎通が難しく、病歴・所見ともに聴取に難渋したが、本人の話では1週間ほど前に持っていた合成樹脂製の玩具(フィギア)を食べてしまったとのことであった。本人の話の通り、CTの3D再構成にて小腸内に玩具を認め、異物誤飲による小腸イレウスと判明した。外科的治療も考慮されたが、明らかな絞扼や穿孔などの所見は認めなかったため、まずはイレウス管を挿入し減圧を行う方針とした。しかし入院翌日の夜間にイレウス管・末梢静脈路を自己抜去してしまい、治療に対する本人の理解が得られないこと、またイレウスに伴う腎機能の増悪も認めており、これ以上の保存的治療は難しいと判断し、入院翌日緊急手術の方針とした。手術所見では空腸に嵌頓した玩具が認められ、腸管を小切開し玩具を摘出した。小腸は全体に色調が悪かったが明らかな壊死や穿孔所見は認めなかった。術後は麻痺性イレウスを来したが、経時的に軽快し、術後8日目に自宅退院となった。本症例のように意思疎通が難しい場合には、正確な病歴聴取を行うことや所見をとることが難しく、また治療に対しても協力が得られない場合があるため、慎重な経過の観察と緊急手術も念頭に置いた臨機応変な対応が必要であると考えられた。また、CTの3D再構成が診断の一助となり治療方針の決定に有用であった。合成樹脂製玩具の誤飲による小腸イレウスを来した1例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

P4-114

虫垂憩室炎と併存した虫垂goblet cell carcinoidの1例

名古屋第一赤十字病院 一般消化器外科

○島本 祐哉、浅井真理子、湯浅 典博、竹内 英司、後藤 康友、三宅 秀夫、永井 英雅、吉岡裕一郎、奥野 正隆、宮田 完志

【はじめに】 虫垂憩室は虫垂切除例の0.004-2.1%にみられる比較的稀な疾患である。一方、虫垂goblet cell carcinoid (GCC) は虫垂切除例の約0.05%にみられる非常に稀な疾患である。今回、急性虫垂炎の診断で虫垂切除術を行い、病理組織学的に虫垂憩室炎と併存したGCCと診断された症例を経験したので報告する。【症例】 73歳男性。2018年3月、夜間の右下腹部痛を主訴に当院救急外来を受診した。来院時、体温は36.5℃、右下腹部に最強点を持つ腹部全体の圧痛を認めた。血液検査ではWBC 8600/μL、CRP 8.97mg/dLと炎症反応の上昇を認めたため、造影CTでは虫垂の腫大、壁肥厚、虫垂から突出する多発囊状構造物、周囲脂肪組織濃度の上昇を認めた。急性虫垂炎を疑い、入院して抗生剤による保存的治療を行った。しかし入院後も38℃を超える発熱、血液検査での炎症反応の上昇を認めたため、入院50時間後に手術を施行した。開腹時、虫垂周囲に膿瘍を認め、虫垂切除を行った。切除標本では虫垂の壁は全体に肥厚し、粘膜面に潰瘍や色調の変化を認めなかった。病理組織学的に粘膜が固有筋層を貫いて漿膜下に達する憩室を多数認め、その周囲に炎症性細胞浸潤を認めたため虫垂憩室炎と診断された。また、虫垂根部に15mmの範囲に杯細胞様の腫瘍細胞が胞果状、索状に増殖しており、免疫組織学的にもGCCと診断された。腫瘍は漿膜下層まで浸潤し、切除断端は陽性であった。【結語】 虫垂憩室炎は急性虫垂炎と臨床所見が酷似するが、病理組織学的には異なる疾患である。虫垂憩室には高率に虫垂悪性腫瘍を伴うという報告もあるため、虫垂切除にあたっては憩室、悪性腫瘍の併存に注意すべきである。