

〔B. 妊娠合併症の取扱い〕

3. 卵巣腫瘍

琉球大学医学部
産科婦人科助教授
東 政弘

座長：岡山大学医学部
産科婦人科教授
工藤 尚文

はじめに

妊娠に合併した卵巣腫瘍には非妊時と異なり多くの問題点があるが、今回は、1)手術適応と時期、2)悪性群での保存手術を中心に述べた。

妊娠合併卵巣腫瘍の頻度

1984年10月から1994年12月までに当科で経験した卵巣腫瘍は333例で、そのうち妊娠合併例は33例、9.9%であった。種類別では悪性3例、境界悪性3例、良性27例で、皮様嚢胞腫がもっとも多く、過半数をしめていた。この間の分娩数は1,949例、流産数は271例であり、妊娠初期の卵巣腫大が116例、6.0%にみられた。このうち妊娠と卵巣腫瘍の合併頻度は手術後当科を受診した4例と類腫瘍病変4例を除くと25例、1.3%であった。

黄体嚢胞・多発性黄体化卵胞嚢胞と真性腫瘍との鑑別

黄体嚢胞などの機能性の卵巣嚢胞のなかには真性腫瘍との鑑別がつけにくい例もある。そこで、妊娠経過中に自然消失した卵巣嚢胞81例延べ152例について、各妊娠週数における嚢胞の大きさについて調べた。この中で自然妊娠例を黄体嚢胞、hMG投与後妊娠例を多発性黄体化卵胞嚢胞として比較した。全体として、妊娠経過とともに縮小傾向を示し、12～13週以降では直径が7 cmを超えるものは1例もなかった。

表1のように黄体嚢胞44例では、10 cmを超える例はなかったが、6.1～10.0 cmまでのものは11例(25%)と相当数あった。直径が10 cmを超える場合は黄体嚢胞と真性腫瘍は区別できるが、10 cm以下では大きさだけでは区別ができないことがわかる。この鑑別診断には超音波検査による嚢胞の内部エコー像が重視される。

それでも鑑別が困難な時には妊娠経過中に縮小傾向のないもの、妊娠14～16週以降でも7 cmを超える腫瘍があるものは真性腫瘍とみなすことができる。

(表1) 妊娠合併卵巣腫瘍の種類と大きさ

最大径 (cm)	黄体嚢胞	多発性黄体化卵胞嚢胞	悪性	境界悪性	良性
10.1～	0	4 (10.0%)*	2	1	7
8.1～10.0	1 (2.3%)	12 (30.0%)	1	1	10
7.1～8.0	2 (4.5%)	8 (20.0%)	0	1	1
6.1～7.0	8 (18.2%)	3 (7.5%)	0	0	4
6.0以下	33 (75.0%)	13 (32.5%)	0	0	2
計	44 (100%)	40 (100%)	3	3	24

* 3例は茎捻転で手術

妊娠合併卵巣腫瘍の手術適応と時期

妊娠合併卵巣腫瘍33例の治療成績の結果と諸家の報告などから手術適応と時期についてまとめてみると1)超音波検査で嚢腫内に充実部を認め、悪性の疑われるものや、茎捻転・破裂の急性腹症は妊娠週数に関係なく手術を行う。2)合併症のない良性腫瘍は、妊娠14～16週に手術を行う。1st trimester を過ぎたこの時期は麻酔剤の胎児への影響や手術による流産の危険も少なく、黄体嚢胞などとの鑑別もたやすくなる。妊娠後期に発見された場合は分娩まで経過を観察し、分娩障害例は帝王切開時に、経膈分娩例では分娩後早期に摘出する。3)妊娠14～16週以降も直径が7 cm を超えるものは真性腫瘍の可能性が高くなり、分娩障害を避けるためにも手術適応とする。また直径が5 cm 以下のものは悪性例はなく、合併症もなかったとの報告もあり通常は手術適応とはならない。

妊娠合併悪性卵巣腫瘍の成績

妊娠に合併した悪性卵巣腫瘍の症例は表2に示す。症例1, 2は当科での手術例、3以下は初回手術は他院で行われた。症例1のみは人工妊娠中絶がなされたが、他の5例は健児を得た。治療は5例が保存手術を選択され、後療法として、症例1はCAPを、症例5, 6にはPVBを行った。予後はいずれも良好であったが、それは効果的な化学療法によるといえる。

(表2) 妊娠合併悪性卵巣腫瘍の症例

症例	年齢	組織型	進行期	手術時期	術式	後療法 (コース数)	予後
1	35	類内膜腺癌	Ic	8週	保存手術	CAP(6)	3年10ヵ月 生
2	32	粘液性, 境界悪性	Ia	18週	保存手術	—	2年 生
3	37	漿液性, 境界悪性	Ia	16週	保存手術	—	14年6ヵ月 生
4	28	カルチノイド	Ia	帝王切開時	保存手術	—	5年8ヵ月 生
5	21	卵黄嚢腫瘍	Ic	産褥10日	保存手術	PVB(4)	2年8ヵ月 生
6	35	未分化癌	Ⅲb	産褥30日	根治手術	PVB(4)	10年 生

非妊娠時における妊孕性保存手術について

妊娠時の悪性腫瘍の取扱いとは原則的には非妊時と同様であるが、若年者が多いので、妊孕性保存手術が問題となる。

従来、保存手術を行う条件としては、若い妊児希望のIa期症例に限り、しかも組織型が高分化型腺癌や未分化胚細胞腫などで、癒着もないものとされてきた。現在は有効な化学療法を追加することにより保存手術の適応が拡大され、とくにchemosensitiveな悪性胚細胞腫瘍ではIc期や転移のある例でも保存手術が可能となった。当科での保存手術を施行した33例の成績は表3と表4に示す。われわれは、若年者の悪性胚細胞腫瘍は組織型や進行期に関係なく、保存手術を行ってきたので¹⁾²⁾、Ic期やⅢ期、Ⅳ期、再発例などが多数含まれている。

悪性胚細胞腫瘍の術後の化学療法は主としてPVBを用い、Einhornのoriginal regi-

(表 3) 妊孕性保存手術例の内訳

腫瘍の種類		進 行 期					計
		Ia	Ic	Ⅲ	Ⅳ	再発	
胚細胞腫瘍	悪 性	6	3	3	1	1	14
	境界悪性	2	0	0	0	0	2
表層上皮性・ 間質性腫瘍	悪 性	1	3	0	0	0	4
	境界悪性	10	2	1	0	0	13
計		19	8	4	1	1	33

(表 4) 妊孕性保存手術例の予後

腫瘍の種類		例数	再発・死亡例	分娩例	平均観察期間
胚細胞腫瘍	悪 性	14	0	4	77ヵ月
	境界悪性	2	0	1	79ヵ月
表層上皮性・ 間質性腫瘍	悪 性	4	0	1	39ヵ月
	境界悪性	13	0	5	69ヵ月
計		33	0	11	70ヵ月

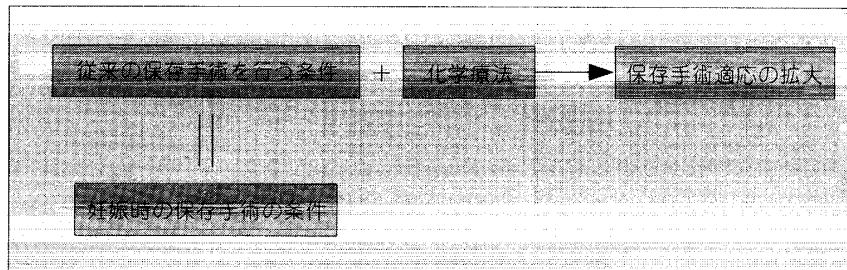
men の用量と治療間隔を厳格に守って行うようにした。PVB のコース数は 4～6 である。表層上皮性悪性腫瘍の保存手術例のうち Ic 期の 3 例には CAP 療法を 6 コース行った。保存手術例の予後は良好で 33 例中再発死亡は 1 例もなく、分娩例は 11 例あり、延べ 18 人の健児を得ている。この中には卵黄嚢腫瘍の再発例で PVB 療法後に分娩した例も含まれている。平均観察期間は 70 カ月である。現在諸外国においてもこれと同様な報告がなされている³⁾。以上の成績から次のことがいえる。1) 悪性胚細胞腫瘍の治療は妊孕性保存手術を原則として進行症例でも多くの例が cytoreduction を図りながら対側卵巣や子宮を温存することができる。2) 術後直ちに BEP または PVB 療法を行う。ただし未分化胚細胞腫と未熟奇形腫 grade I, Ia 期には後療法は行わない。

表層上皮性悪性腫瘍の保存手術の適応としては 1) Ia 期の境界悪性や高分化型腺癌。これは従来の方針であるが、2) 被膜破綻、周囲と癒着はあるが一側卵巣に限局する境界悪性や高分化型腺癌に対する保存手術例ではその一部には補助化学療法を追加する。3) 中等度または低分化型腺癌の Ia 期には補助化学療法を加える。4) 摘出可能な転移巣をもつ境界悪性腫瘍に対する保存手術、などが試みられているが、2) 3) 4) は選択肢の一つとして研究段階にあると理解すべきである。従来の保存手術の適応は保存手術のみで治癒の見込める、予後の非常によい疾患に限られていたが、効果のある化学療法の追加によりその適応が大きく拡大されるようになった。

術中迅速病理診断と Informed consent

術中迅速診断に基づいて根治手術を決定すると保存手術を希望する人の場合は術後診断が良性となることもあり、取り返しのつかない結果を生じることもある。したがって、若

年者の妊孕性温存を希望する婦人では術中病理診断により根治手術を行うかどうかを決めるべきではなく、永久標本による確定診断を待ち、十分な informed consent を得て決定すべきである。そのために再開腹することになっても止むを得ないと考えるべきであろう。



(図1) 妊娠合併悪性卵巣腫瘍の妊孕性保存手術の適応

おわりに

妊娠合併卵巣腫瘍の取扱いのうえでもっとも重要なことが二つある。その一つは開腹すべきかどうかの判断であり、それは超音波検査で真性の腫瘍かどうかを診断し決定する。

その二つは悪性腫瘍の保存手術の適応である。図1のように従来の保存手術を行う条件に化学療法を追加することにより保存手術の適応が大きく拡大されたことはさきに述べたが、妊娠中は通常化学療法を行うことができないので従来の保存手術を行う条件がまさしく妊娠時の保存手術の条件となり、妊娠を継続することができる。それ以外では妊娠は中絶し、非妊時と同様に対処する。ただ妊娠中期以降では化学療法が試みられ生児を得た報告もあるので、妊娠継続しながらの化学療法を行うのも選択肢の一つとなるかもしれない。複雑な医療を享受したいと願う人々が多くなっている現在では、十分な informed consent を得てあるいは informed choice により方針を決定することが大切だと思われる。

《参考文献》

- 1) 東 政弘, 佐久本薫, 伊波 忠, 稲福 薫, 金澤浩二. 悪性卵巣胚細胞腫瘍に対する妊孕性温存治療. 産婦人科の実際 1994; 43: 673-678
- 2) 東 政弘, 佐久本薫, 佐久本哲郎, 中山道男. 悪性卵巣腫瘍の妊孕性温存治療. 産婦人科治療 1992; 65: 1-7
- 3) Gershenson DM. Update on malignant ovarian germ cell tumors. cancer 1993; 71: 1581-1590