

クリニカルカンファレンス(一般診療・その他)；5. 婦人科腫瘍合併妊婦の取り扱い

3) 卵巣腫瘍

座長：島根大学教授
宮崎 康二

琉球大学医学部器官病態医科学講座
女性・生殖医学分野
教授
青木 陽一

東京慈恵会医科大学
青戸病院教授
落合 和彦

はじめに

卵巣腫瘍合併妊婦の取り扱いについては、Evidence level では明確になっていない部分が多いのが現状である。良性腫瘍の場合、待機か手術かの Randomized clinical trial も少数例の報告ばかりで、また悪性腫瘍の場合の手術方法、抗癌剤使用等、各々の症例での対応を迫られることが多い。本稿では妊娠に合併した卵巣腫瘍の取り扱いの現況を総括したい。

卵巣腫瘍合併妊娠の頻度

妊娠初期から超音波検査が頻繁に施行されるようになり、付属器腫瘍の検出頻度は上昇したとされる。Lavery et al.¹⁾は、3,918人の妊婦に対し、妊娠初期から超音波で検索し、妊娠5週で8.8%に付属器腫瘍が検出できたが、妊娠16~20週になると、わずか0.35%のみの検出であり、96%の腫瘍が消失したとした。Bernhard et al.²⁾は18,391人の妊婦にエコーを行い432人(2.3%)に付属器腫瘍を検出した。フォローアップ可能であった422人の追跡により、320人は5cm以下の単純性嚢胞で、102人は5cm以上の単純性嚢胞または充実性・嚢胞性混合腫瘍であったが、うち70人では消失、残りの32人(18,391人中の0.17%)のみが臨床的に問題となる腫瘍であった。さらに、Condous et al.³⁾も3,000人の妊婦を対象に卵巣腫瘍のエコーによる検出を行ったところ、166人(5.5%)に付属器腫瘍を検出し、うち7人(3,000人中の0.23%)のみが手術を要したとした。悪性の腫瘍の頻度はさらに低く、妊娠合併卵巣腫瘍のうち2~5%程度とされる⁴⁾。妊娠に合併した臨床問題となる卵巣腫瘍の頻度は1,000妊娠に2~3例、また妊娠に合併した悪性卵巣腫瘍の頻度は12,000~25,000妊娠に1例とされる。

Managing Ovarian Tumors during Pregnancy

Yoichi AOKI

Department of Obstetrics and Gynecology, Faculty of Medicine, University of the Ryukyus,
Okinawa

Key words : Ovarian tumor · Pregnancy · Malignancy

妊娠合併卵巣腫瘍の診断

診断としてはまず超音波検査が行われ、診断にあたっては「真性腫瘍と黄体嚢胞の鑑別」と「悪性の否定」が重要である。黄体嚢胞に関して東⁵⁾は、10cmを超えるものはなく、7cmを超えるものも6.8%であり、12~13週以降では7cmを超えるものはないとしている。境界悪性・悪性卵巣腫瘍の診断に関しては非妊時と同様に充実部の存在、隔壁の肥厚・不整、乳頭状隆起、充実部の血流診断等を診断の一助とする。悪性が疑われる場合、MRI診断も必要と考えられるが、妊娠中のMRI撮影に関しては、2002年のNational Radiological Protection Board(NRPB)の勧告や2003年の日本放射線科専門医会・医会からの画像診断ガイドラインによると、長期的安全性が十分確立されていないため、慎重な適応と器官形成期を避ける配慮が必要とされ、14週以降の施行が安全である。MRI造影剤の使用に関しては、禁忌とはされていないがやはり有益性投与ということになり、十分な配慮が必要である。

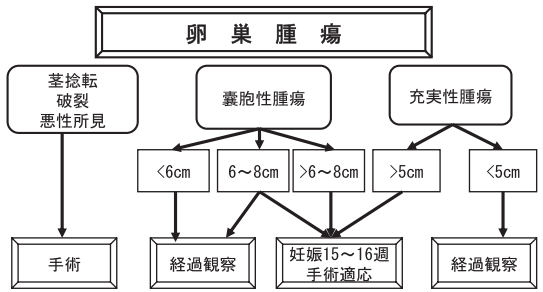
補助診断として、腫瘍マーカーが測定されるが、妊娠により影響されるマーカーもあり若干の注意が必要である。妊娠中に上昇するマーカーとして、CA 125, LDH, AFP, TPAなどが、また軽度の上昇を示すものに、SCC, CA72-4, SLX, そして妊娠の影響を受けないマーカーとしてCA19-9, CEAなどがある。CA125は胎生期の体腔上皮に存在する糖蛋白と関連し、妊娠7~8週頃最高値に達し、以後減少し、上限値は200U/mlとされ、これを上回る上昇に対しては悪性の存在について注意を払う必要がある。AFPも妊娠8週頃から上昇を開始し、妊娠28~30週にピークとなり、上限値は200~500ng/mlとされる。妊娠によるAFPと腫瘍性のAFPの鑑別にAFPのLCA分画測定も有用である⁶⁾。

卵巣腫瘍合併妊婦の問題点

卵巣腫瘍を合併した妊婦に起こりうる合併症として、卵巣腫瘍の茎捻転は10~20%の頻度で起こるとされ、妊娠初期に起こりやすく、産褥期にも急激な妊娠子宮の縮小により起こるとされる。卵巣嚢腫の破裂は分娩時に多く3%程度に、また流・早産も合併症としてあげられ、妊娠前半期に集中し5~15%に合併するとされる。さらに、卵巣腫瘍の存在により胎位異常、分娩遷延の原因となることもある。

妊娠中の良性卵巣腫瘍の管理

図1に示すように茎捻転や破裂所見、また悪性が疑われる場合には、手術が選択される。嚢胞性腫瘍ではサイズは6~8cmを、充実性腫瘍では非妊時と同様の5cmを目安に、妊娠週数は12~14週を目安に経過を観察し、手術適応を決定するのが適当と考えられる。早い週数での手術は黄体嚢胞の摘出等、不要な手術となる可能性があり、また遅めの週数での手術は悪性の場合治療遅延となってしまう可能性や手術操作が困難となること等を考慮にいれ手術施行週数を決定する。妊娠中の良性卵巣腫瘍の手術方法は、表1に各手術方法の利



(図1) 卵巣腫瘍合併妊婦の管理方針

(表 1) 良性卵巣腫瘍の手術

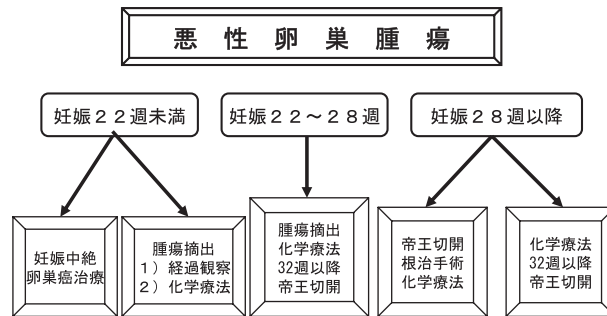
	利点	欠点
開腹術	視野がよい 腰椎麻酔でも可能	手術創が大きい 入院期間が長い
腹腔鏡下手術 気腹法	手術創が小さい 入院期間が短い	全身麻酔が必要 笑気ガスによる催奇形性 気腹による胎児アシドーシス
腹腔鏡下手術 腹壁吊り上げ法	手術創が小さい 入院期間が短い 腰麻、硬麻でも可能	視野が狭い
腹腔鏡補助下 小開腹手術	腹腔鏡の視野の良さ と小開腹の利便性	癒着剥離など高度な操作は困難

点、欠点を示したが、各施設で最も適切な方法が選択されるべきである。妊娠中の良性腫瘍の組織型は、皮様嚢胞腫が約40%、漿液性嚢胞腺腫が10~20%、ついで粘液性嚢胞腺腫が5~10%、さらに内膜症性嚢胞が5%前後とされる。

妊娠中の悪性卵巣腫瘍の管理

妊娠中の悪性卵巣腫瘍の管理のポイントは、超音波検査、MRI、腫瘍マーカーで悪性を疑うことから始まり、その腫瘍の組織型(上皮性か胚細胞性か)と進行期の推定と母体予後評価を行う。妊娠時に診断される卵巣癌の組織型は上皮性が25~30%、胚細胞性腫瘍が15~30%、上皮性境界悪性が20~50%とされ、非妊娠時との比較において、年齢が若年ということで様相を異にしている。進行期はI期が80~90%を占めるが、Ⅲ、Ⅳ期の進行癌も稀ながら存在するため注意が必要である⁴⁾。次いで診断時の妊娠週数と胎児評価により、胎児の intact survival 等の評価を行う。これらを総合して、今後予想される卵巣癌治療について、患者・家族に十分なインフォームドコンセントを行う必要がある。卵巣癌の治療を考えるうえで、癌化学療法の施行の是非は常に念頭に置いておかねばならない。これまでの妊娠中の“Fetus in utero”での癌化学療法の報告^{7)~9)}を総合すると、妊娠前期では高率に先天奇形を発症させるため、その使用は禁忌と考えた方がよい。妊娠中期・後期では非可逆性後遺症の心配は極めて少なく、抗癌剤投与は可能と考えられる。

これらを踏まえて、図2に示すように、妊娠22週未満では、妊娠の中絶後、通常の卵巣癌治療が必要となることもあり得るし、また、腫瘍が卵巣に限局し早々の化学療法が絶対適応とならない場合、腫瘍摘出のみを行い、その後厳重に経過観察をしていくという選択もある。妊娠22~28週では、腫瘍摘出、化学療法(妊娠中の施行も考慮し)、児娩出の時期と娩出方法、この三者をどのように組み合わせるか、卵巣癌の状態(進行期、組織型)、施設NICUの実力等により評価・判断する必要がある。妊娠28週以降では、児の intact survival の比率がますます高まる週数となるので、児娩出をいつ行うか、卵巣癌に対する治療をいかに進めるか、妊娠22~28週時と同様に、評価・判断し治療を選択していく。妊娠中の卵巣癌合併は非常に稀ではあるが、十分な評価を行い、十分なインフォームドコンセントのもと、各々の症例に対して慎重な対応が必要である。



(図2) 悪性卵巣腫瘍合併妊婦の管理方針

《参考文献》

1. Lavery JP, Koontz WL, Layman L, Shaw L, Gumpel U. Sonographic evaluation of the adnexa during early pregnancy. Surg Gynecol Obstet 1986 ; 163 : 319—323
2. Bernhard LM, Klebba PK, Gray DL, Mutch DG. Predictors of persistence of adnexal masses in pregnancy. Obstet Gynecol 1999 ; 93 : 585—589
3. Condous G The management of early pregnancy complications. Best Pract Res Clin Obstet Gynaecol 2004 ; 18 : 37—57
4. Leiserowitz GS, Xing G, Cress R, Brahmhatt B, Dalrymple JL, Smith LH. Adnexal masses in pregnancy : how often are they malignant? Gynecol Oncol 2006 ; 101 : 315—321
5. 東 政弘. B 妊娠合併症の取扱い 3. 卵巣腫瘍. 日産婦誌 1995 ; 47 : N-197—N-200
6. Aoki Y, Higashino M, Ishii S, Tanaka K. Yolk sac tumor of the ovary during pregnancy : a case report. Gynecol Oncol 2005 ; 99 : 497—499
7. Randall T. National registry seeks scarce data on pregnancy outcomes during chemotherapy. JAMA 1993 ; 269 : 323
8. Ebert U, Loffler H, Kirch W. Cytotoxic therapy and pregnancy. Pharmacol Ther 1997 ; 74 : 207—220
9. Cardonick E, Iacobucci A. Use of chemotherapy during human pregnancy. Lancet Oncol 2004 ; 5 : 283—291