

# 子宮内膜症性卵巣嚢胞への対応

近畿大学医学部  
産科婦人科教授  
星合 昊

## はじめに

子宮内膜症は発生機序の研究を背景として種々の考え方があり名称さえ統一されていない。1993年子宮内膜症診断基準設定小委員会により子宮内膜症取扱い規約（第1部）が発行され、用語の統一はなされたが未だに徹底されていない。取扱い規約では卵巣の子宮内膜症について、病巣が表面にあるものを「卵巣子宮内膜症」、嚢胞を形成して膨大したものを「卵巣チョコレート嚢胞」と呼び、タール嚢胞、サンプルン嚢胞、卵巣子宮内膜嚢胞などは用いていない。これは米国不妊学会の Re-AFS 分類を考慮したためである。子宮内膜症、とくにその初期病巣は骨盤腔内臓器の表面、すなわち漿膜面に発生し、進行発育とともに二次的に周囲組織との癒着を起こす。この進行に強く関わっているのがエストロゲンである。卵巣ステロイドの周期的変化にともなって病巣は増殖・出血を繰り返して徐々に進行すると考えられている。

## 卵巣チョコレート嚢胞の病理

### 〔I. 肉眼所見〕

卵巣は骨盤内子宮内膜症の好発部位であり、多くはチョコレート嚢胞を形成するとされてきた。しかし腹腔鏡が普及し子宮内膜症の軽症病変が診断されるようになると、1) 卵巣の表面のみに限局して存在する場合（卵巣子宮内膜症）と、2) 卵巣内部にあり嚢胞を形成している場合（卵巣チョコレート嚢胞）とに肉眼的に分類されるようになった。

1. 卵巣子宮内膜症；腹膜の子宮内膜症と同様にブルーベリー斑（blueberry spot）、血性水疱（blood bleed）、線維性癒着（puckering scar）などがみられる。内部はチョコレート色を呈した液状物が貯留し、内容物が多く貯留した場合には表面の被膜が破れて流出し周囲の組織と癒着する。
2. 卵巣チョコレート嚢胞；卵巣実質に嚢胞性の病巣が認められ、割を入れた部位からチョコレート液状の内容物が流出し、嚢胞の周囲に黄白色の被膜様組織を認める。

### 〔II. 組織学的所見〕

子宮内膜症の組織所見は、子宮体部内膜の基本構造である内膜上皮細胞と内膜間質細胞が観察されかつ腺腔内出血、周囲間質への出血、色素沈着および色素貪喰マクロファージの出現がみられる定型的なものと、これらの構成成分を欠如している非定型的なものに分けられる。頻度はむしろ非定型的の症例が多い。とくに卵巣チョコレート嚢胞では、内膜上皮細胞がほとんどないか欠如し、内膜間質細胞のみが観察される例が多い。また周囲間質には出血、色素沈着や色素貪喰マクロファージなどがみられる。出血、色素沈着や色素貪喰マクロファージなどの所見のみがみられ、内膜上皮および間質細胞の両要素が認められない例もある。この場合、病巣および周囲の組織所見ならびに肉眼的所見などを合わせた状況証拠が大切である。

## 症 状

卵巣チョコレート嚢胞が腹膜などの骨盤子宮内膜症と併存している場合には、子宮内膜症の典型的な症状である、月経時痛・月経時以外の下腹痛および腰痛・性交時痛・排便時痛・不妊などをみることが多い。しかし卵巣チョコレート嚢胞のみの例では必ずしも子宮内膜症の典型的な症状をとみなわず、他の卵巣嚢腫と同様に典型的な症状がない。時に下腹部鈍痛などを愁訴とすることがある。

## 診 断

子宮内膜症の確定診断のためには腹腔鏡検査や試験開腹が必要である。直視法によらず診断した場合を「臨床子宮内膜症」とし、確定診断された子宮内膜症とは臨床統計上区別する。臨床子宮内膜症の診断は、自覚症状、他覚所見および補助診断法をもとに総合的に行う。卵巣チョコレート嚢胞の疑診をいただいた場合は、子宮内膜症の確定診断とともに悪性卵巣腫瘍の除外診断が極めて重要となる。

### 〔I. 問診〕

自覚症状の有無は重要であり、詳細な病歴の聴取が大切である。月経痛・月経困難症は子宮内膜症でもっとも頻度の多いもので、続発性で次第に増悪するのが特徴である。月経時以外にも腰痛・下腹痛を訴え、これに加えて性交痛や排便痛を訴える場合がある。不妊症を合併することも多く、不妊期間も参考になる。

既往歴では、過去の子宮内膜症治療の有無、子宮後転や卵巣嚢腫に対する手術歴が重要である。

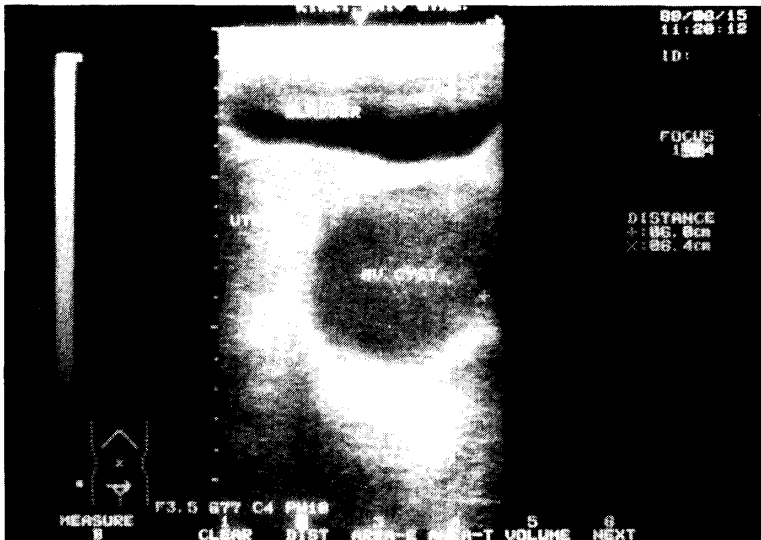
### 〔II. 内診〕

子宮内膜症の特徴的所見は、可動性の制限された癒着性子宮後転症(子宮の可動性制限)、子宮頸部の挙上により肛門の奥や子宮後方、付属器に放散する疼痛(内診時疼痛)、ダグラス窩および仙骨子宮靱帯周囲に圧痛をとこなう結節状腫瘤・抵抗(ダグラス窩の硬結)などである。

チョコレート嚢胞は、圧痛は少なく、周囲との癒着があれば移動性に乏しい。大きさの多くは驚卵大までで、やや弾力のある腫瘤として触れる。直腸診、腔直腸診は内診に比べて、子宮後面から卵巣にかけての病変を明確に捉えることができ、子宮内膜症の診断には有用である。月経直前あるいは月経時に、これらの他覚所見が増強するのも特徴である。

### 〔III. 画像診断法〕

1. USG (超音波断層法) ; 卵巣チョコレート嚢胞は、内腔に多数の比較的均一な微細点状エコー (scatter) を含むことが多い。時に微細点状エコーが体位の変換により移動したり鏡面像を呈することもある。内部エコーが全く描写されない例や、ヘモジリン沈着が充実部のごとく描写される例もあり注意を要する。さらに腫瘤の周囲が不規則で、周囲より強いエコーを持ち、時には小結節状を示すことにより癒着が推測できることもある。
2. CT ; エコー像と本質的に差はないが全体像を捉えるのに適している。チョコレート嚢胞では壁が厚く不鮮明で、均一な high density な内容を持つが、癒着の把握や微細な変化を捉えることはやや困難である。
3. MRI ; 卵巣チョコレート嚢胞の多くは T<sub>1</sub>、T<sub>2</sub>強調画像のいずれでも high intensity を示す。T<sub>1</sub>、T<sub>2</sub>強調画像の所見から、他の卵巣腫瘍をある程度鑑別することが可能である。



(図1) 卵巢チョコレート嚢胞のUSG像

嚢胞の輪郭は正で子宮との境界はやや不明瞭であり楕円形を示している。壁の肥厚も認められ内部には微細点状エコーを有するが隔壁、充実部は認められない。



(図2) 卵巢チョコレート嚢胞のCT像

嚢胞は子宮の右後方に位置し幹郭は正であるが子宮との境界は不明瞭である。嚢胞壁には肥厚が認められるが隔壁、充実部は認められない。

#### 〔IV. 血液学的検査〕

血中 CA125が子宮内膜症の補助診断として用いられる。実際には Re-AFS 分類のⅢ期、Ⅳ期の進行症例では上昇する例も多いが、Ⅰ期、Ⅱ期の軽症例では陽性例は少ない。CA125は悪性卵巣腫瘍や子宮腺筋症、PID、月経時、妊娠初期などでも高値を示すので注意を要する。しかし子宮内膜症が確定診断された症例における治療効果の判定や再発の早期発見には有用な補助診断法である。

#### 〔V. 腹腔鏡検査〕

子宮内膜症の確定診断、悪性腫瘍との鑑別が困難な例に行う。チョコレート嚢胞に対してはむしろ治療的な意義が大きい。

#### 〔VI. 他の卵巣腫瘍との鑑別診断〕

卵巣腫瘍の中でも骨盤内に癒着しているものは内診による鑑別が難しい。またUSGやCTによる画像診断でもチョコレート嚢胞は多様な所見を呈するため鑑別が困難なことがある。炎症や術後の腹腔内癒着による偽嚢胞も同様である。悪性卵巣腫瘍との鑑別には、子宮腔内の細胞診やダグラス窩穿刺による腹水細胞診が参考となり、CA125、CA199、 $\alpha$ -Fetoprotein、SCC、HCG、LDHなどの腫瘍マーカーも検討する。

以上の検索によっても鑑別困難な場合は、腹腔鏡検査や開腹術による肉眼的、組織学的な検索を行う。直視下にチョコレート嚢胞と診断されても、まれにチョコレート嚢胞内に悪性所見を認める場合があるので注意を要する。

## 治 療

卵巢チョコレート嚢胞の治療には、薬物療法と手術療法があり、手術療法は腹腔鏡下手術と開腹術とに分類できる。手術術式は、基本的には嚢胞核出術であるが、条件により卵巢摘出術、付属器摘出術、嚢胞内容吸引・アルコール固定術などがある。治療法の選択には妊孕能保存の必要性の有無により決定する。

### 〔I. 薬物療法〕

使用薬物によりダナゾール、GnRHa、偽妊娠療法、があり、投与目的により、薬物単独療法、術前投与方法、術後投与方法に分類される。投与期間は4～6カ月。

### 〔II. 手術療法〕

1. 嚢胞核出術；妊孕能保存の必要性のある例では他側卵巢が正常であっても嚢胞核出術の適応とする。妊孕能保存の必要性のある例に対する手術の際には、たんに嚢胞摘出のみではなく術後癒着防止対策を常に念頭におく。妊孕能保存の希望のない症例であっても閉経前であれば可能な限り適応とする。
2. 嚢胞内容吸引・アルコール固定術；他の術式よりは術後癒着が少ないと考えられているが、実施後6カ月以内に約50%は再発するため、薬物療法との併用が必要である。不妊をとまなっていれば、本術式による腫瘍体積の一次的縮小から再発までの間に妊娠成立するように治療計画を立てる。
3. 卵巢摘出術、付属器摘出術；原則的に閉経後の症例を適応とする。閉経以前でも妊孕能保存を希望しない症例や、残存卵巢に機能を期待できない症例、悪性腫瘍を完全には否定できない症例にも適応とすることがある。

### 《参考文献》

- 1) 子宮内膜症取扱い規約（第1部）。日本産科婦人科学会編 東京；金原出版，1993
- 2) 子宮内膜症（日田研修ノート No. 44）。東京；日本母性保護医協会，1992. 3