

術前診断の困難だった仙骨前面腫瘍の2例

関井英高, 東岩井
斉藤晃, 小野寺
長沼

久村口喜代
弘, 矢野正浩
廣*

はじめに

現在, 超音波・CT・MRI等の画像診断法の進歩により骨盤内腫瘍の術前診断は多くの症例で可能となってきている¹⁾。しかし開腹時に術前診断を変更せざるを得ない症例がまだある事も事実である。特に, いわゆる仙骨前面腫瘍と分類される骨盤内腫瘍は悪性度が高いにもかかわらず術前診断が困難である事が多い。今回, 開腹後に診断が確定したいわゆる仙骨前面腫瘍の2例を経験したので若干の考察を加えて報告する。

症例 1

患者: 26歳 0妊0産

主訴: 不正性器出血

既往歴: 25歳時 急性肝炎

現病歴: 平成5年11月不正性器出血を認め某医受診, 子宮筋腫と診断。同時期に急性肝炎となり某内科に2ヶ月入院。退院後当科紹介となり同診断。GnRHアナログを6ヶ月使用後入院。筋腫核出術予定にて開腹した。

内診所見: ダグラス窩及び子宮底に鷲卵大の腫瘤を触知。両側付属器は正常。

血液検査成績: GOT・GPTの軽度の上昇以外異常を認めず。

MRI所見: 子宮背側に子宮筋層とほぼ同じ高信号の直径4cmの腫瘤を認め, 子宮底にT₂強調像で高信号に低信号が入り混じった直径6cm大の腫瘤を認めた。画像上は変性子宮筋腫と診断された(図1)。

手術所見: 子宮背側に直径4cm大の漿膜下筋腫を認め, 筋腫核出術施行。しかし子宮上方に存在したのは子宮と離れて仙骨前面より発生した直径6cm大の腫瘤であった。鈍的に仙骨前面より剝離摘出。腫瘤の断面はゼラチン状であった。

病理組織所見: 腫瘍は紡錘形の細胞が束状に増殖し, 核のPalisading patternがみられるアントニーA型を主とする神経鞘腫と診断された(図2)。

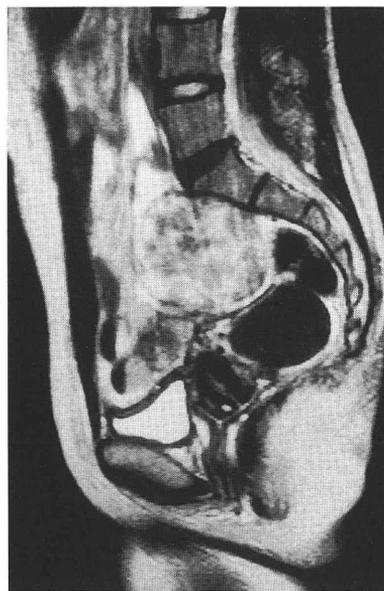


図1. 症例1のMRI T₂強調像
子宮上方・後方に腫瘤が認められ, 高信号の中に低信号が入り混じった像を示していた。

仙台市立病院産婦人科

* 同 病理科

症 例 2

患者：68歳 4妊3産

主訴：下腹部膨満感

既往歴：42歳時 痔核手術。50歳時より、高血圧・発作性心房細動。61歳時 脳出血

現病歴：高血圧・発作性心房細動にて近医内科通院中腹部腫瘍を触知され、当科紹介となる。

内診所見：子宮は正常大。子宮上方に新生児頭大の腫瘍触知、卵巣腫瘍と診断された。

血液検査成績：特に異常認めず。腫瘍マーカーもCA 125：18 IU CA 199：26 IUと正常。

MRI 所見：子宮底部より頭側に広がる直径14 cm大の腫瘍が認められた。T₁強調像では外側が低信号で、T₂強調像では内部が高信号と低信号がモザイク状に入り混じった像を示し、変性子宮筋腫あるいは悪性卵巣腫瘍が考えられた(図3)。

手術所見：子宮上方に仙骨前面より発生した直



図3. 症例2のMRI T₂強調像
腹腔内を占拠する腫瘍が認められ、高信号と低信号がモザイク状に入り混じった像を示していた。

径15 cm大の灰白色弾性硬の腫瘍が認められた。表面は血管に富み、断面では灰白色の充実性腫瘍で、中心部が壊死により、嚢包状になっていた(図4)。

病理組織所見：腫瘍は核異型に乏しい紡錘形の細胞の束状ないし渦状の増殖から成り、中心部の壊死巣に接した部分では核異型の強い細胞の増殖を認めた(図5,6)。また、一部には上皮様の配列を示し(図7)、上皮のマーカーであるサイトケラチン、間葉系のマーカーであるヴィメンチンが陽性な部分が見られ、悪性中皮腫と診断された。更に、腫瘍の被膜側にわずかに骨肉腫様の像も認められた(図8)。

考 察

仙骨前面腫瘍は比較的稀な疾患であり、これまでの統計報告でも、Portland Surgical Centerの63例(30年間)²⁾・Mayo Clinicの70例(16年間)³⁾・New York University Medical Centerの20例(15年間)⁴⁾等、発生頻度は低い。Stewart等の1986年の報告によれば、過去に311例の症例が報告されており、うち50%が悪性であったとのことである。分類別にみると奇形腫・皮様嚢腫等の原発腫瘍が63%・神経原性腫瘍が10%・炎症性腫瘍が8%・骨原性腫瘍が7%・混合性腫瘍が12%となっている⁵⁾。今回我々が経験した二症例は神経原性腫瘍と混合性腫瘍であり、一例は悪性変化を伴うものであった。婦人科領域では、仙骨前面腫瘍の多くは術前子宮筋腫と診断され術後初めて本腫瘍と診断される事が多い。本腫瘍の存在する事を念頭におき対応する事が肝要と思われた。又、仙骨前面腫瘍は無症候性のものが多いため、各報告でも定期検診などで発見された例が大部分であった。今回の二症例も対象腫瘍による症状で発見されたものではなく、稀な疾患とはいえ半数が悪性である事を考えるとき定期的な検診の重要性が示唆された。

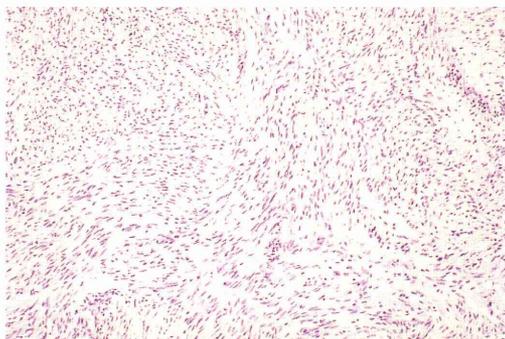


図2. 症例1の病理組織
核の Palisading pattern がみられアントン A 型を主とする神経鞘腫の像である。(HE 染色, 中拡大)

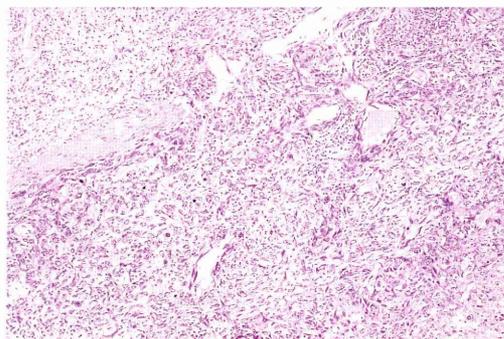


図6. 症例2の腫瘍組織像
中心部の壊死巣に接して核異型の強い腫瘍細胞が見られる(HE 染色, 強拡大)。

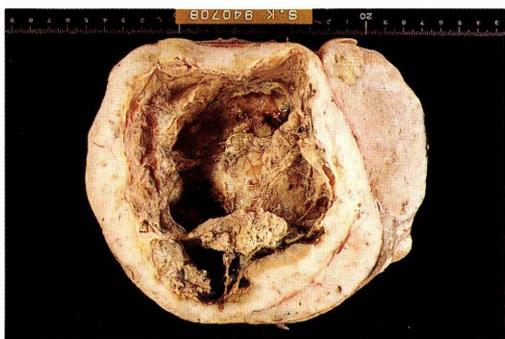


図4. 症例2の摘出標本
灰白色の充実な腫瘍で中心部が壊死により囊胞状になっている。

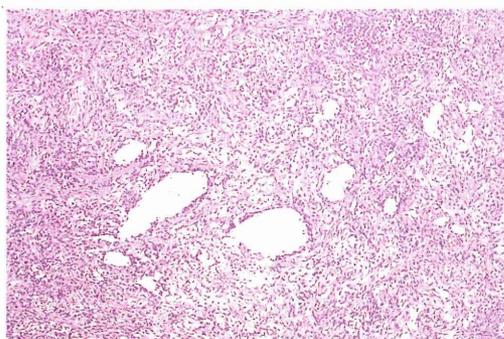


図7. 症例2の腫瘍組織像
一部には腫瘍細胞の上皮様の配列を認め、免疫染色ではサイトケラチン, ヴィメンチンが陽性であった(HE 染色, 中拡大)。

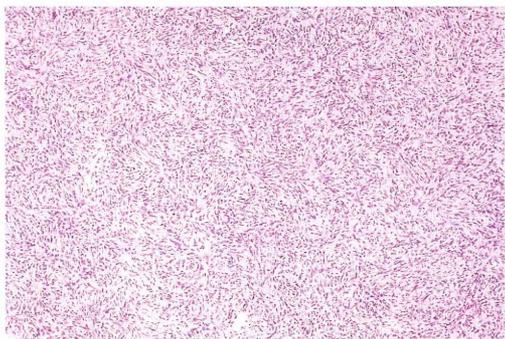


図5. 症例2の腫瘍組織像
核異型の乏しい紡錐形の細胞の束状, 渦状増殖から成る(HE 染色, 中拡大)。

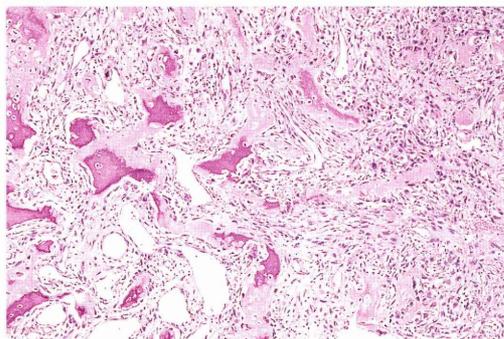


図8. 症例2の腫瘍組織像
被膜側の一部に骨肉腫様の変化を認めた(HE 染色, 中拡大)。

文 献

- 1) 富樫かおり：超音波，CT，MRI の有効な使い方．
臨床婦人科産科 **49**，24-32，1995.
- 2) Uhlig, B.E. et al. : Presacral tumors and cysts
in adults. *Dis Colon Rectum*. **18**, 581-589, 1975.
- 3) Lee, R.A. et al. : Presacral tumors in the
female. clinical presentation surgical man-
agement and results. *Obstet. Gynecol.* **71**,
216-221, 1988.
- 4) Localio, S.A. et al. : Abdominosacral approach
for retrorectal tumors. *Ann. Surg.* **191**, 555-
560, 1980.
- 5) Stewart, R.J. et al. : The presentation and
management of presacral tumors. *Br. J. Surg.*
73, 153-155, 1986.