症 例

腔、内膜細胞診および術中ダグラス窩液細胞診
に出現した原発性卵管癌の1例

癌研究会附属病院婦人科

増渕 誠夫 藤本 郁野 岩本 絹子 増渕 一正

同 細胞診断部

平田 守男 都竹 正文 佐野 裕作

南 敦子 高橋由美子

緒 言

原発性卵管癌は婦人科性器癌の中でも、最もまれな悪性腫瘍で、当院においても現在まで、今回の1例を加えて4例¹⁻³⁾を数えるにすぎない。最初に腔細胞診陽性の卵管癌を報告したのは、Isbell⁴⁾ および本邦では桜井⁵⁾で、その後、Fidler⁶⁾ は卵管癌の診断に頸部スミアの有用性を始めて記載し、術前に卵管癌を思わせた症例を報告している。今回の1例も、術前に腔、頸管および子宮腔吸引スミアが陽性で、頸管および、体部内膜組織診の結果、子宮内膜癌と診断され、開腹術後に原発性卵管癌と判明した症例である。

症 例

53歳家婦，結婚34歳，妊娠歴なし．閉経49歳．

既往歴：45歳右側乳癌根治術．

現病歴：昭和50年10月末頃より不正出血を認め、

昭和51年1月末日，近医を受診し，細胞診にて子宮癌を疑われたため，2月9日本院受診す．

初診時所見：腔分泌物茶褐色，子宮は前傾前屈，正常大，両側付属器およびダグラス窩に何ら抵抗，腫瘤をふれない．腔細胞診(写真1)，頸管内細胞診(写真2)，子宮内膜吸引細胞診(ポリチューブ法)(写真3)にて腺癌細胞を検出した．同時に行った頸管組織診および子宮内膜組織診(写真4)中に，乳頭状管状腺癌を認めた(子宮内膜は萎縮性で，ごく僅少の組織しかとれなかった)．

写真 1

写真 2

Primary carcinoma of the Fallopian tube with positive vaginal, endometrial and cul-de-sac smears

Shigeo MASUBUCHI, M.D., Ikuno FUJIMOTO, M.D., Kinuko IWAMOTO M.D., and Kazumasa MASUBUCHI M.D., F.I.A.C (hon).

Department of Gynecology, Cancer Institute Hospital, Tokyo

Morio HIRATA, C.T., I.A.C., Masafumi TSUZUKU, C.T., I.A.C., Yusaku SANO, C.T., I.A.C., Atsuko MINAMI C.T., I.A.C., and Yumiko TAKAHASHI C.T., I.A.C.,

Department of Cytology, Cancer Institute Hospital, Tokyo

昭和52年3月23日受付

写真 3

写真 6

写真 4

写真 7

写真 5

写真 8

このため、子宮体癌第Ⅱ期の臨床診断の下に、3月4日広汎性子宮全摘術および両側付属器切除術施行した。開腹時にダグラス窩に軽度血性の腹水少量あり、これを細胞診用に採取する。術後直ちに、この腹水を遠沈し、沈渣をパパニコロー染色を行ったところ、腺癌細胞群がスライドガラス面に認められた(写真5)。

摘出物肉眼所見：子宮は正常大、表面に小さな漿膜下筋腫を認めるほか著変なし(写真6)。子宮内膜は萎縮性平滑、頸管も平滑で癌を思わせる所見は全くみられない。両側卵巣は萎縮性で悪性所見なし。両側卵管は一見肉眼的に著変なしと思われたが、ダグラス窩腹水細胞診陽性のことから、入念に検索したところ、左側卵管が一

部他より膨隆している部分(写真6の矢印)を認め、縦切開を加えたところ、卵管内腔を充塞して増殖する腫瘍組織を認め(写真7)、原発性卵管癌の診断がついた。

病理組織学的所見：子宮内膜は萎縮像のみ、頸部にも何ら腫瘍組織を認めない。右卵管は異常なし。左卵管癌は卵管粘膜より発生し、内腔に向かう増殖を示す乳頭状管状腺癌で(写真8)、内腔を充塞している。漿膜面への浸潤は認めない。遠隔転移としては、左側卵巣、虫垂の腹膜面に顕微鏡的転移巣を認め、病態的に癌性腹膜炎の状態である。卵巣実質は萎縮像のみである。

細胞診所見：腔スメア(写真1)では、腔粘膜上皮は萎縮像を示し、背景は出血性。出現した異型細胞は、腺

房状の小集団ないし乳頭状の組織片で認められた。細胞は比較的小型ではあるが、核小体が単個で大型ないしは、数個を認め、腺型悪性細胞を疑った。頸管擦過スミア（写真2）には、異型細胞は腺房状集団ないし乳頭状の組織片として多数認められた。核肥大、大小不同著明、核小体の増大（大きいものは10 μ に及ぶ）、形の不整の強い腺癌細胞である。

内膜スミア（写真3）は頸管スミアと同様の細胞所見である。腹水スミア（写真5）も頸管および内膜スミアと同様の細胞群である。

術後経過：術中摘出したリンパ節には転移像を認めなかったため、術後照射を行わず、癌性腹膜炎に対し全身性抗癌剤の投与を開始、5FU 250 mg、マイトマイシンC 4 mg、エンドキサン 100 mg を連日交互に静脈内投与し、総量各々 2,500 mg, 40 mg, 1,000 mg となった時点で、退院させ、以来エンドキサン1日 100 mg の内服をつづけており、1年経過後の現在、全身的、局所的に全く異常を認めず、経過観察中である。

考 按

本症の女性性器悪性腫瘍中の頻度は、当院では 0.07 %⁷⁾、Novak⁸⁾による 0.1~1.0 % が示すように極めてまれである。年齢的には本邦では、篠塚⁹⁾の報告によると 50.5 歳と比較的高齢者に多い。

初発症状としては、出血、疼痛、帯下があげられているが、本症例では疼痛を全く訴えていない。これは卵管癌に特有とされる疼痛は卵管水腫が卵管筋層の収縮により排出されるために起こるので、本例のように、卵管水腫を伴わない症例では疼痛を欠くのは当然であろう。従って、一般に卵管癌に特有とされる *Hydrops tubae profluens* と呼ばれる症状も当然本例では認められなかった。また帯下も、コハク色帯下を特徴¹⁰⁾とするといわれているが、本例では欠き、術前、臨床的に全く卵管癌を思わせる所見がなかった。

1) 細胞診の卵管癌診断上の意義について

Fidler⁶⁾が1954年、頸部スミア陽性で、臨床的に右付属器に抵抗をふれることから、術前に卵管癌と診断し、頸部スミアの有用性を最初に記載して以来、殊に近年の細胞診の普及により、腔スミア陽性の卵管癌症例が内外で数多く報告されているが^{11~18)}、篠塚⁹⁾は卵管癌の細胞診陽性率を 39.4 % と報告している。これらの卵管癌細胞は、Benson¹⁵⁾によると卵管の子宮側が開放し、腹腔端が閉塞している場合のみ陽性となり、このような場合は腹腔内への撒布が防げるので、治癒の望みが多いとし

ているが、本例のように局所的には腫瘍は極めて小さく、早期と思われるような場合でも、卵管が両側端とも開放しており、子宮側および腹腔内のどちらにも腫瘍組織が流出することが起こるわけである。本例のように、子宮腔内細胞診及び組織診ともに、腺癌を認め、子宮体癌と誤診される例がかなり認められる^{5,9,11,16,17)}のは、卵管よりの腫瘍が塊となって子宮内に落ちてくるためである。

卵管原発の癌を、内膜腺癌、頸部腺癌、卵巢腺癌と細胞診上区別することは難しく^{7,14,19)}、更年期後で、内膜搔爬後にもなお出血や細胞診陽性がつづく場合などは、一応、卵管癌やその他、子宮外腫瘍を疑う必要があるといわれる²⁰⁾。本症例では頸管の組織診でも、腺癌組織が検出されたが、これは詳細に検討してみると頸管組織とは完全に遊離しており、たまたま頸部にまで落ちてきていた腫瘍組織が採取されたとみるべき所見であった。

本例のような症例は、篠塚⁹⁾はじめ数例の報告があるが、術前に確定診断がつくことは不可能で、子宮体癌と診断されたのは無理からぬことである。なお、本症例の原発巣は非常に小さいため、手術直後の摘出物の肉眼的検索では腫瘍組織を発見できず、原発不明癌かとの思いを抱かせたが、術中採取した腹水細胞診所見より、卵管癌の可能性を思い、再度摘出物の検索を行い、左側卵管癌を発見した。術中 routine に採取しているダグラス窩腹水の細胞診が、確定診断に重要な役割をなした。

なお、8年前の乳癌と本症とは全く関連はないと考える。

2) 治 療

卵管癌の予後は極めて悪く、5年生存率は 23.5 % といわれているが³²¹⁾、Boutselis²²⁾は、FIGO の卵巢癌分類と同様にして分類した臨床期の各期における症例の生存年数を報告しているが、I。期の3例、すなわち一侧の卵管のみに限局する場合は、5年、9年、10年と長い生存年数を示し、腫瘍が卵管に限局している中に適切な手術を行えば、治しうるとしている。

術後の化学療法として、Borrnow²³⁾は各種の alkylating agents が進行した卵管癌によい結果を生んでいるとし、Alkeran (L-phenylalanine mustard) を使用しているし、Boutselis²²⁾ もやはり、5FU、アルキル化剤の使用例を報告している。本邦でも、高田²⁴⁾、加藤²⁵⁾らは抗癌剤多剤併用療法を試みている。

術後放射線療法の必要性は、殊に、Fogh²⁶⁾が従来のX線照射では2年生存率が 30 % であったのが、近年の高圧X線深部照射により、60 % と飛躍的に延びたことを示し、術後照射の必要性を説いている。

結 論

腔, 頸管および内膜細胞診, および組織診より子宮体癌と誤診した原発性卵管癌で, 腫瘍細胞が卵管腹腔側を通過して, 腹腔内にも播種されていたという症例で, 原発巣が非常に小さく, 術中採取した腹水細胞診の結果より, 卵管を精査して確定診断ができた。日頃 routine に行っていた腹水細胞診の価値を再認識した次第である。

Summary

This is a case of 53 years-old female, gravida 0 with positive vaginal, endocervical, and endometrial aspiration cytology. Preoperative diagnosis was carcinoma of the endometrium. Postoperative examination of the removed uterus and both ovaries failed to reveal a malignancy, but on the basis of the positive cul-de-sac smear taken at the operation, malignancy of the fallopian tube was suspected and very small lesion was found in the left fallopian tube. In this case, cul-de-sac smear was very helpful making the correct diagnosis.

文 献

- 1) 増淵一正: 原発性卵管癌について, 産婦世界, 4: 746~752, 1952.
- 2) 増淵一正・他: 両側性卵管癌の1例, 癌, 45: 301~304, 1954.
- 3) 増淵一正・他: 再び両側原発卵管癌の1例, 癌, 46: 277~279, 1955.
- 4) Isbell, N.P., et al.: A correlation between vaginal smear and tissue diagnosis in 1045 operated gynecologic cases, Am. J. Obst. & Gynec., 54: 576~583, 1947.
- 5) 桜井健吉・他: 腔塗抹標本に癌細胞の現われた原発卵管癌の1例, 臨産婦, 4: 465~469, 1950.
- 6) Fidler, H.K., et al.: Carcinoma of the fallopian tube detected by cervical smear, Am. J. Obst. & Gynec., 67: 1103~1111, 1954.
- 7) 増淵一正: 婦人科がん検診のすべて, pp. 227~234, 南江堂, 1972.
- 8) Novak, E.R., et al.: Novak's textbook of gynecology, p. 395, Williams & Wilkins, Baltimore, 1965.
- 9) 篠塚孝男・他: 子宮腔内細胞診で検出された原発性卵管癌の1例, 日臨細胞誌, 13: 209~213, 1974.
- 10) 山辺 徹・他: 原発性卵管癌について, 産と婦, 39: 1318~1324, 1972.
- 11) Brewer, J.I., et al.: Diagnosis of uterine-tube carcinoma by vaginal cytology, Obst. & Gynec., 8: 664~672, 1956.
- 12) Larsson, E., et al.: Positive vaginal cytology in primary carcinoma of the fallopian tubes, Am. J. Obst. & Gynec., 72: 1364~1366, 1956.
- 13) Schenk, S.B., et al.: Primary carcinoma of fallopian tubes with positive smears, Am. J. Obst. & Gynec., 81: 782~783, 1961.
- 14) Wachtel, E.: The cytology of tumors of the ovary and fallopian tubes, Clin. Obst. & Gynec., 4: 1159~1171, 1961.
- 15) Benson, P.A.: Cytologic diagnosis in primary carcinoma of fallopian tube, Acta Cytologica, 18: 429~434, 1974.
- 16) 小林昭夫: 子宮腔部細胞診により悪性細胞を検出した初期卵管癌の1例, 日臨細胞誌, 10: 267~270, 1971.
- 17) 久保田忍・他: 子宮体癌と誤診した原発性卵管癌の1例, 産と婦, 40: 1381~1384, 1973.
- 18) Pascu, F., et al.: Früherkennung eines Tubenkarzinoms durch Exfoliativ-Zytologie, Dtsch. Med. Wschr., 100: 1476~1477, 1975.
- 19) Koss, L.G.: Diagnostic cytology and its histologic bases, p. 268, J.B. Lippincott, Philadelphia, 1968.
- 20) Kneale, B.L.G., et al.: Primary carcinoma of the fallopian tube, Am. J. Obst. & Gynec., 94: 840~848, 1966.
- 21) Sedlis, A.: Primary carcinoma of the fallopian tube, Obstet. & Gynecol., Survey 16: 209~226, 1961.
- 22) Boutsellis, J.G., et al.: Clinical aspects of primary carcinoma of the fallopian tube, Am. J. Obst. & Gynec., 111: 98~101, 1971.
- 23) Borronow, R.C.: Chemotherapy for disseminated tubal cancer, Obst. & Gynec., 42: 62~66, 1973.
- 24) 高田道夫・他: 原発性卵管癌の2例, 臨産婦, 28: 621~629, 1974.
- 25) 加藤 俊・他: 原発性と考えられる卵管癌の1例, 産婦人科治療, 23: 459~467, 1971.
- 26) Fogh, Ib: Primary carcinoma of the fallopian tube, Prog. Clin. Cancer, 5: 263~266, 1973.