症 例

腹水中に腫瘍細胞が出現した卵管原発腺癌の1例

市立釧路総合病院病理¹⁾, 同 産婦人科²⁾, 札幌医科大学病理学第2講座³⁾

中野 勝彦¹⁾ 飛岡 弘敏³⁾ 北村 玲子¹⁾ 小関 孝之¹⁾

吉田 豊¹⁾ 三好 正幸²⁾ 蠣崎 和彦²⁾

腹水細胞診で興味深い所見が得られた卵管原発腺癌の1例を経験したので報告する。

症例は66歳, 女性。不正出血にて初発後, 1年2ヵ月で著明な腹水貯留を認めた。術前の腹水細胞診で, 砂粒体およびいわゆる偽線毛を伴う多数の腺癌細胞を認め, 卵巣原発漿液性嚢胞腺癌が疑われ, 化学療法施行後子宮全摘術および両側付属器切除術が施行された。開腹時, 腹腔内に広汎に結節状転移巣を認め, 術後の病理組織学的検索により, 卵巣および子宮には腫瘍を認めず, 左卵管内腔に卵管壁と連続して直径約1.5 cmの結節状腫瘤を認め, 卵管原発腺癌と診断した。

原発性卵管癌は細胞診においては特徴的所見に乏しく, 術前診断は困難であるとされている。砂粒体および偽線毛は卵巣原発漿液性嚢胞腺癌に特徴的な所見であるが, 原発性卵管癌にこれらが認められたとする報告はこれまでなく, 今回これが認められたことは, 同腫瘍の細胞診断および組織発生を考えるうえで興味深い。

Key words : Fallopian tube—Cytology—Ascites—Pseudocilia—Psammoma body

I. はじめに

原発性卵巣癌は婦人科領域の悪性腫瘍の中でもまれな腫瘍である。本症が手術前に診断されることはまれであり, ほとんどの症例は他疾患の診断で開腹後初めて発見されるものである¹⁾。

今回, われわれは腹水細胞診で偽線毛構造や砂粒体

を伴う腺癌細胞を認め, 卵巣癌を疑ったが, 術後左卵管腺癌と診断された1例を経験したので, その組織像および腹水細胞像を中心に報告する。

II. 症 例

患 者 : 66歳, 女性。6回経妊6回経産。

月経歴 : 初潮13歳。閉経51歳。

家族歴・既往歴 : 特記すべきことなし。

現病歴 : 1988年7月, 不正出血を主訴として当院産婦人科受診した。内診所見, 子宮頸部細胞診(Class II), 体部細胞診(Class I)所見に異常なく, 老人性腔炎の診断で治療を受けていた。1989年9月, 腹部膨満感を主訴として当院内科受診, 大量の腹水貯留を認めた。腹部超音波検査では, 後腹膜に腫瘤状陰影を認めたが, 子宮および卵巣には著変を認めなかった。消化管の精査では異常を認めず, 腹水細胞診ではClass V, 卵巣癌疑いと診断されたため, 当院産婦人科入院となった。

A case of primary adenocarcinoma of fallopian tube : its cytological findings

Katsuhiko NAKANO¹⁾, C.T., I.A.C., Hirotohi TOBIOKA³⁾, M.D., Reiko KITAMURA¹⁾, C.T., J.S.C., Takayuki KOSEKI¹⁾, M.T., Yutaka YOSHIDA¹⁾, M.D., Masayuki MIYOSHI²⁾, M.D., Kazuhiko KAKIZAKI²⁾, M.D.

¹⁾Department of Pathology and ²⁾Department of Gynecology, Kushiro General Hospital

³⁾Department of 2nd Pathology, Sapporo Medical College
論文別刷請求先 ☎ 085 釧路市春舞台1の12 市立釧路総合病院病理 中野勝彦

平成2年9月25日受付

平成3年4月12日受理

写真1 腹部CT写真。大量の腹水および左付属器周囲を含む多発性腫瘤を認める

写真2 乳頭状集塊 (Pap. 染色, ×1000)

写真3 砂粒体を含む集塊 (Pap. 染色, ×1000)

写真4 線毛状構造を認める (左: Pap. 染色, 右: アルシアン青染色, ×1000)

入院後施行された腹部CT検査（写真1）では、大量の腹水と左付属器周囲に腫瘤状陰影を認めた。同時に施行された腹水細胞診で再度 Class V と診断された。血清腫瘍マーカーはCA 125が765 U/ml, CA 72-4が8.5 U/mlと高値を示したが、CEA, CA 19-9は正常範囲であった。その他、一般検血、生化学検査、尿検査などには異常を認めなかった。卵巣癌 Stage III 疑いの臨床診断で、腹水除去（11,000 ml）、シスプラチン腹腔内単独注入後、1989年11月28日、開腹術を施行した。

腹水細胞所見：炎症性細胞の少ないきれいな背景に、多数の腫瘍細胞を認める（写真2）。腫瘍細胞の大部分は、シート状配列あるいは孤在性に認められるが、一部腺様配列、乳頭状配列、大型裸核状細胞も認められる。細胞形は、多角形および類円形で大小不同を示し、細胞質はレース状あるいは大小の空胞を有し、ライトグリーンに淡染するが、孤在細胞では細胞質は厚みを増す。N/C比は大で、核は偏在～中心性に位置し、類円～不整形で多核、分葉状、切れ込みなど強い不整

を示すものが多く、また核分裂像も多数認められる。クロマチンは、細～粗顆粒状で核縁の肥厚はほとんど認められない。孤在細胞では、核小体は小型のものを複数個有するが、それほど明瞭ではない。乳頭状集塊では明瞭な大型円形核小体を1個認める。砂粒体を伴う集塊が少数認められる（写真3）。また、孤在細胞の大部分とシート状に配列した細胞の一部に、アルシアン青染色陽性の線毛状構造を認める（写真4）。この構造は、卵巣原発の漿液性嚢胞腺癌において特徴的であるとされる偽線毛に酷似しており、Class V、卵巣癌疑いと術前診断した。

開腹所見および摘出臓器所見：Douglas 窩、腸間膜に直径1 cmまでの結節状腫瘤が散在し、大網に癒着を認めた。子宮全摘術、両側付属器切除術および大網切除術を施行し、術後にシスプラチン腹腔内注入を行った。術後左卵管内腔に直径約1.5 cmの結節状腫瘤が確認された（写真5）。子宮および付属器には著変を認めず、また腫瘍の浸潤も認められない。

病理組織学的所見：左卵管内腔に一部卵管壁と連続

写真5 左卵管断面ルーペ像 (H-E 染色)

して乳頭状構造の明らかな腺癌を認める (写真6, 7). 個々の細胞は小型立方形のものが多く, 所々に bizarre な核を伴う大型細胞が散見される. 腫瘍細胞には線毛構造は認めない. 腫瘍組織内には砂粒体が散見される.

III. 考 案

本症例では, 術前には広範な腹腔内転移を認め, 原発臓器の同定は困難であったが, 術後に左卵管内腔に直径 1.5 cm の腫瘍を認め, 肉眼的検索の時点で原発性卵管癌が疑われた. 卵管癌が原発性か続発性か, 判定困難な場合も少なくないが, Hu ら²⁾は, 原発性卵管癌であるという判定基準として,

肉眼的に, (1) 主要の腫瘍は卵管粘膜にあって乳頭状の増殖を示すこと, (2) 子宮と卵巣は正常であるか, 病変があっても癌以外のものであること. 組織学的に, (1) 癌は卵管粘膜より発生し, 乳頭状の構造を示すとともに卵管粘膜の組織学的特徴を保有していること, (2) 卵管上皮の中で良性和悪性の部分の間に移行部が認められること, (3) 子宮内膜と卵巣は正常であるか, 良性の病変が存在するか, あるいは悪性の変化が認められたとしても大きさ, 分布は小で組織学的にも卵管の病変より転移したものと考えられるものであること, をあげている. 本例ではこのうち肉眼的基準の (1)(2), および組織学的基準の (1)(3) を満たしており, また胸腹腔内の主要臓器に腫瘍を認めなかったことから, 原発性卵管癌であると確定診断した. また, 本例では卵管壁に明らかな穿孔を認めず, おそらく卵管内腔を経て腹腔内に広汎に播種性病変を形成したものと考えられる. 明らかな血行性, リンパ行性転移は認められてい

写真6 病理組織学的所見. 腫瘍は卵管壁と連続して乳頭状に増殖している (H-E 染色, ×200)

写真7 病理組織学的所見 (×400)

ない.

卵管癌は, 卵管采ないし卵管膨大部に多いとされ, また早期発見・早期治療がむずかしいことから, 癌性腹膜炎を起こすことが多いとされている. 高階ら³⁾の報告によれば, 原発性卵管癌において約半数の症例に腹水の貯留が認められ, 術前に腹水細胞診が施行された6例のうち5例に悪性細胞が認められている.

卵管癌の体腔液細胞診所見は古田ら⁴⁾の報告などに詳しい記載があるが, いずれも特徴的所見に乏しく, その術前診断を困難なものにしている. 本例ではこれらに加えて, 砂粒体および偽線毛という卵巣の漿液性嚢胞腺癌に特徴的であるとされる所見が認められたが, 卵管癌の術前細胞診断およびその組織発生を考えるうえで興味深い所見であるといえる. 卵管癌における砂粒体の出現は小川ら⁵⁾によれば, 2例の報告があるのみであり, 本疾患においてまれに認められる所見である. 体腔液細胞診における偽線毛構造は, 微絨毛が線毛様に長くのびたものといわれ⁶⁾, 1957年に Spriggs⁷⁾によって卵巣の漿液性嚢胞腺癌に特異的な

所見として初めて記載されて以来、胃癌などに認められるとする記載はあるが、卵管癌においてこれが認められたとする報告例は認められない。本例では組織学的に癌細胞に線毛構造を確認することはできず、また組織学的に卵管癌には線毛構造は認められないとする高田ら¹⁾の記載を勘案すれば、本例で認められたものも、いわゆる線毛ではなく、漿液性囊胞腺癌で認められるものと同様の“偽線毛”である可能性が高い。腹水細胞診において上記のような所見が認められた場合、卵巣の漿液性囊胞腺癌のみではなく、卵管癌の可能性も考慮すべきであることを銘記したい。

Summary

We report a case of primary adenocarcinoma of the left fallopian tube exhibiting interesting findings of aspiration cytology from ascites.

A 66-year-old woman was admitted because of ascites. Aspiration cytology of the ascites revealed many adenocarcinoma cells with pseudo-cilia and psammoma bodies, which are commonly considered to be characteristic of ovarian serous cyst-adenocarcinoma. Thus, a preoperative diagnosis of ovarian adenocarcinoma was made. Total hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy was carried out after chemotherapy. Macroscopically, a solid tumor, 1.5 cm in diameter, was found in the left fallopian tube. After histological examination of the tumor, the final diagnosis of

primary adenocarcinoma of the left fallopian tube was established.

Since primary adenocarcinoma of the fallopian tube lacks characteristic cytological findings, preoperative diagnosis of this tumor has been considered difficult. On the other hand, pseudo-cilia and psammoma bodies in aspiration cytology of primary adenocarcinoma of the fallopian tube have not been previously described. This case may supply some information about the cytological features and histogenesis of this tumor.

文 献

- 1) 高田道夫：卵管癌のすべて，産婦人科 MOOK No. 10, pp. 166~184, 金原出版, 1980.
- 2) Hu, C., et al. : Primary carcinoma of the fallopian tube, *Amer. J. Obstet. Gynec.*, 59 : 58, 1950.
- 3) 高階俊光・他：原発性卵管癌の細胞診の意義，*日臨細胞誌*, 22 : 155~163, 1983.
- 4) 古田一郎・他：胸水を主徴とした卵管癌の1剖検例，*日臨細胞誌*, 11 : 242~247, 1972.
- 5) 小川雅利・他：原発性卵管癌3例の細胞学的検討，*日臨細胞誌*, 22 : 813~818, 1983.
- 6) 日本病理学会編：細胞診とその技術：310, 1981.
- 7) Spriggs, A.I. : *The Cytology of Effusions in the Pleural, Peritoneal Cavities*, London, William Heinemann Medical Books Ltd., 1957.