症例報告

嚢胞性子宮腺筋腫に対し子宮鏡下摘出術を施行した一例

大阪医科大学 産婦人科

前田和也、古形祐平、丸岡 寛、田中智人、
恒遠啓示、寺井義人、猪木千春、大道正英

A Case of cystic adenomyoma treated by TCR.

Kazuya Maeda, Yuhei Kogata, Hiroshi Maruoka, Tomohito Tanaka,
Satoshi Tsunetoh, Yoshito Terai, Chiharu Inoki, Masahide Ohmichi

Department of Obstetrics and Gynecology, Osaka Medical College

Abstract

We herein describe a case of cystic adenomyoma that was treated by transcervical resection. A 29-year-old female with hypermenorrhea presented with an intrauterine cyst measuring 4 cm in diameter on transvaginal ultrasonography and magnetic resonance imaging. Hysteroscopy showed the patient to have either a submucosal myoma or an endometrial polyp with a slightly hard surface. Transcervical resection was performed to remove the cyst, which was filled with chocolate-colored blood. The operative findings and a histopathologic examination confirmed the diagnosis of cystic adenomyoma of the uterus. At 7 months after undergoing resection, she became pregnant without using any reproduction therapy. To maintain the patient's fertility, transcervical resection may be a minimally invasive alternative for the treatment of cystic adenomyoma.

Key words: uterus, cystic adenomyoma, TCR

緒 言

嚢胞性子宮腺筋腫は子宮筋層内で限局性に出血を繰り返すことで嚢胞を形成する極めてまれな疾患であり、著明な過多月経の原因となり得るが、妊孕性温存を希望する場合、治療に難渋することも多い。今回嚢胞性子宮腺筋腫に対し子宮鏡下での摘出に成功し、その後自然妊娠に至った症例を経験したので、文献的考察を交えて報告する。

症 例

29歳女性 既婚

主訴：過多月経、不正性器出血

妊娠歴：7経妊2経産 流産3回 中絶2回

既往歴：特記事項なし

家族歴：祖母（母の母）：糖尿病 祖母（父の母）：
糖尿病

現病歴：過多月経、月経後に続く出血を主訴に前

医を受診された。前医で妊娠反応陰性、子宮内膜細胞診陰性を確認され経過観察とされていたが、3ヶ月間の経過フォロー中に子宮体部に嚢胞性腫瘍を認めたために当院紹介受診となった。

来院時現症

身体所見：身長155cm、体重65kg

内診所見：子宮は鶏卵大、可動性は良好で圧痛なし。両側付属器は触知できず。

超音波所見：経腔超音波検査で子宮内腔に3.5×4.3cm大の嚢胞性腫瘍を認め、嚢胞内部は均一な低エコー領域で占められる。両側付属器に腫大を認めなかった。腹水貯留なし。（図1）

病理学的所見：

子宮頸部細胞診 class IIIa ASC-H

後日コルポスコピー下生検を施行しCIN2の診断であった。

子宮内膜細胞診 陰性

血液検査所見：

図1 初診時の経膣超音波所見。
子宮内に4 cm大の嚢胞性腫瘍を認める。
嚢胞の内部は均一な低エコー領域で占める。

<血算>WBC $9.60 \times 10^3 / \mu\text{L}$, RBC $4.32 \times 10^6 / \mu\text{L}$,
Hb 11.5g/dL, PLT $367 \times 10^3 / \mu\text{L}$

<生化学>TP 7.3g/dL, Alb 4.2g/dL, T-Bil 0.2mg/dL,
AST 13U/L, ALT 14U/L, LDH 163U/L, ALP 240U/L,
 γ -GTP 20U/L, CK 61U/L, AMY 68U/L, BUN 13mg/dL,
Cre 0.68mg/dL, UA 5.6mg/dL, CRP 3.41mg/dL

<凝固>PT-INR 0.88, APTT 33.5sec, Fib 459mg/dL,
FDP $4.7 \mu\text{g/dL}$

MRI画像所見：

子宮底部の内腔にT2強調画像で高信号、T1強調画像で高信号、脂肪抑制画像で抑制効果を認めない4 cm大の嚢胞性腫瘍を認める。嚢胞は子宮筋層と同信号1 cm程度の壁に覆われている。造影後の画像では嚢胞は子宮筋層内に確認できる。子宮筋層内に粘稠な液体貯留を認め、粘膜下に発育

した嚢胞性子宮腺筋腫を疑う所見であった。(図2-A, B, C, D)

ヒステロファイバー：

生理食塩液を灌流液としたヒステロファイバーで、子宮底部より表面平滑な、異型血管を伴わない腫瘍の突出を認めた。一見すると子宮粘膜下筋腫の様相であったが、表面は筋腫よりやや軟らかく、掻爬では摘出できず、内膜ポリープにしては難出血性であった。(図3-A, B, C)

来院後経過：上記より嚢胞性子宮腺筋腫と考え、挙児希望のあることより、手術加療は行わず経過観察とした。過多月経による月経困難があるため、超低用量ピル(ルナベルULD[®])を投与したが不正出血が続いたため中止し、その後EP合剤(プラノバル配合錠[®])で止血を図った。その後低用量ピル(ルナベルLD[®])を使用するも出血状況の改善はなく、ジェノゲスト(ディナゲスト[®])の投与を開始した。経過観察の間、腫瘍径は不変であった。

当院初診時より7ヶ月後(ジェノゲスト投与開始より1ヶ月後)、過多月経の増悪および倦怠感を認め外来を受診された。採血でHb 4.4g/dLの高度貧血を認めたため入院し輸血を行った。内診で外子宮口より腫瘍が筋腫分娩様に露出しており、子宮内腔の嚢胞性病変は初診時に比べ、子宮頸部付近まで垂れ下がっていた。嚢胞のサイズは初診時より変化を認めなかった。(図4)

著明な貧血をもたらす子宮内腫瘍であり、若年、妊孕性温存希望のため、子宮鏡下に腫瘍の摘出を図った。

図2A. T2強調画像(矢状断)

図2B. T2強調画像(水平断)

図2C. T1強調画像（水平断）

図2D. 拡散強調画像（水平断）

図2 MRI画像所見

全身麻酔下の碎石位で子宮鏡下子宮嚢胞性腫瘍摘出術を施行した。桜井式陰鏡を挿入し、26Frヒステロレゼクトスコープ（オリンパス®社製）で内部観察すると、子宮底部で子宮内に広範囲に子宮と付着した表面平滑な腫瘍を認めた。ループ電極で子宮との付着部内膜を高周波凝固し、同部位をスコープ本体で圧排することで子宮壁より剥離させた。その後腫瘍を胎盤鉗子で把持、捻除した。捻除の際に嚢胞部の破綻を認め、チョコレート様の内容物の流出を認めた。再度内腔を観察し、子宮穿孔のないことを確認し、付着部位をボール電極で高周波凝固し、手術を終了した。手術時間

は46分、出血量は少量であった（図5）。尚、術中灌流液はD-ソルビトール（ウロマチックS®）を用い、使用量10000ml、回収量10000mlであった。摘出標本は厚さ1cm程度で、肉眼的には正常子宮筋層に類似していた。病理学的所見は、正常な筋層組織の両面に萎縮した内膜様組織を認めた。嚢胞の外側（子宮内腔側）のみならず嚢胞内側にも内膜組織が存在することから、子宮筋層内に発生した嚢胞性子宮腺筋腫と診断した。（図6）

術後経過は良好で手術翌日に退院となった。術後、明らかな再発を認めず、術後7ヶ月で自然妊娠が成立し、現在妊婦健診を継続している。

図3A

図3B

図3C

図5-1. 内腔を観察したところ、子宮底より突出する腫瘍（画面上）を確認した。

図5-3. 摘出標本。

考 察

子宮腺筋症は子宮筋層内に内膜組織が発生した病態であり、筋層内に出血を繰り返すことで月経

図4 7ヶ月後の経膣超音波検査所見。
子宮内腔の嚢胞性病変は初診時に比べ、子宮頸部付近まで垂れ下がっている。嚢胞のサイズに変化は見られなかった。

図5-2. ループ電極で子宮との付着部を高周波凝固し、スコープ本体で圧排し子宮壁より腫瘍を分離させた。

痛、過多月経、下腹部痛の原因となる疾患である。子宮腺筋腫は筋層内に結節を形成した子宮腺筋症の一種の亜型であり、子宮に発生する嚢胞性疾患は全子宮腫瘍の0.35%とされている¹⁾。なかでも嚢胞性子宮腺筋腫は子宮筋層内で限局的に出血を繰り返すことで嚢胞を形成すると考えられ、極めてまれな疾患である。病理学的には内膜腺と平滑筋より構成され、チョコレート様の内容液によって占められる²⁾。多くの場合0.5cm未満と小さく、腫瘍径の大きなものは珍しい³⁾。

術前診断は難しく、卵巣嚢腫や変性子宮筋腫、子宮留血腫、あるいは双角子宮、副角子宮など子宮奇形と診断されることもある。MRIは子宮との連続性の有無や内部の液体の質的診断が他の画像診断より明確であるため、術前診断に有用であると考えられる⁴⁾。

症状は過多月経、貧血、月経困難症、下腹部圧

図6 病理学的所見。
正常な筋層組織の両面に萎縮した内膜様組織を認めた。

迫感などが多いが、まれに過多月経による大量性器出血や、破裂による急性腹症で発見された報告もある⁵⁾。

治療については報告が少ないが、多くの症例では開腹による単純子宮全摘出術が施行されており、術後の病理組織診断にて確定診断に至っている⁴⁾。子宮全摘出術は子宮筋腫や子宮腺筋症と同様、再発がないこと、臨床症状が消失することから根治的な治療となると考えられる。

挙児希望のある症例の場合、GnRH agonistや低用量ピルなどの薬物による保存的治療が検討されることもあるが、投与期間が限定され、また投与中止後には早期に月経困難症が再燃する。エタノール固定も治療として用いられるが、一時的に疼痛の改善を認めるものの、約6～12ヶ月で嚢胞内容物の再貯留や症状の再燃を認める症例が多く、保存的治療に対して抵抗性である場合が多い⁶⁾。以上より、最終的には手術療法を選択する必要性が生じてくる。かつては開腹での嚢胞切除が一般的であったが、最近では技術の進歩とともに腹腔鏡下による嚢胞切除を施行した症例が報告されている⁵⁻⁷⁾。子宮鏡下筋腫摘出術は、適応が子宮内腔に突出して発育した嚢胞性子宮腺筋症のみに限られ、一般的な子宮粘膜下筋腫の摘出と同様、子宮を温存し妊娠能を保つことができる点、経頸管的な摘出により開腹や腹腔鏡下での摘出に比べて低侵襲な点が利点として挙げられる。過去、子宮鏡

下に摘出しえた報告例はPontrelliらによる1例が確認できたが⁸⁾、子宮温存療法後に自然妊娠に至った例は確認できる限り最初の報告である。

結 語

嚢胞性子宮腺筋腫に対し、子宮鏡下での摘出を施行した1例を経験した。嚢胞性子宮腺筋腫はまれな疾患であり、妊孕性を温存した治療についての報告は少ない。今回の症例は子宮鏡下での嚢胞摘出を行うことで妊孕性を温存することに成功し、その後実際に自然妊娠に至った貴重な一例である。

本論文の要旨は、第56回日本産科婦人科内視鏡学会において発表した。

本論文に関わる筆者の利益相反なし。

Reference

- 1) Buerger PT, et al. Congenital cysts of the corpus uteri. Am J Obstet Gynecol 1954 ; 67 : 143-151
- 2) Tahlan A, et al. Uterine Adenomyoma : A Clinicopathologic Review of 26 Cases and a Review of the Literature. Int J Gynecol Pathol 2006 ; 25 : 361-365
- 3) Wang JH, et al. Single large cystic adenomyoma of the uterus after cornual pregnancy and curettage. Fertil Steril 2007 ; 88 : 965-967

- 4) 八代知美, 他. 最近経験した嚢胞性子宮腺筋症の2例. 青森臨産婦誌 2007 ; 22 : 5-97
- 5) 安田実加, 他. 急性腹症のため腹腔鏡下核出術を施行した嚢胞性子宮腺筋症破裂の1例. 日産婦内視鏡学会 2016 : 32 : 225-229
- 6) 北野孝満, 他. 嚢胞性子宮腺筋症に対する腹腔鏡下手術. 日本内視鏡外科学会 2007 ; 12 : 521-527
- 7) 竹田明宏, 他. 腹腔鏡下核出術を施行した嚢胞性子宮腺筋症の1例. 日産婦内視鏡学会 2000 ; 16 : 138-141
- 8) G Pontrelli, et al. Rare case of giant cystic adenomyoma mimicking a uterine malformation, diagnosed and treated by hysteroscopy. Obstet Gynecol Res 2015 ; 41 : 8 : 1300-1304

投稿日：2017年 5 月11日

採択日：2017年 6 月19日