症例報告

レゼクトスコープを用いて診断した atypical endometrial hyperplasia in endometrial polypの1例

大阪市立大学 女性病態医学¹⁾、石切生喜病院 婦人科²⁾
中島安紗海¹⁾、市村友季¹⁾、笠井真理¹⁾、山内 真¹⁾、
橋口裕紀¹⁾、安井智代¹⁾、田村一富²⁾、角 俊幸¹⁾

Atypical endometrial hyperplasia in endometrial polyp diagnosed with resectoscope: A case report

Asami Nakajima¹⁾, Tomoyuki Ichimura¹⁾, Mari Kasai¹⁾, Makoto Yamauchi¹⁾,
Yasunori Hashiguchi¹⁾, Tomoyo Yasui¹⁾, Kazutomi Tamura²⁾, Toshiyuki Sumi¹⁾

Department of Gynecology, Osaka City University¹⁾,

Department of Gynecology, Ishikiriseiki Hospital²⁾

Abstract

Preoperative diagnosis of small uterine endometrial lesions by endometrial curettage biopsy can be difficult because tissue from localized lesions may not be obtained by this procedure. We here report a case of atypical endometrial hyperplasia in an endometrial polyp that was not diagnosed by several endometrial curettage biopsies but was finally diagnosed by resectoscopic partial resection. A 54-year-old woman, gravida 2, para 2 was referred to our hospital because cervical cytology had shown atypical glandular cells-favoring neoplasia. Cervical and endometrial biopsies obtained in our hospital yielded only normal tissue and MRI examination showed no obvious abnormalities. Hysteroscopy revealed a polypoid lesion near the ostium of the left fallopian tube, prompting repeat endometrial curettage biopsy. However, it proved difficult to collect a sample from that polypoid lesion, which was therefore removed via a resectoscope. Histological examination of the specimen thus obtained resulted in a diagnosis of atypical endometrial hyperplasia in an endometrial polyp. Abdominal simple total hysterectomy and bilateral salpingo-oophorectomy was therefore performed. The final pathological diagnosis was also atypical endometrial hyperplasia. We therefore suggest that removal of specimens via a resectoscope may be a useful means of diagnosing endometrial lesions from which it is difficult to collect tissue by endometrial curettage.

Key words: resectoscope, atypical endometrial hyperplasia in polyp, abnormal cytology of the uterine cervix

【緒 言】

子宮内膜に存在する腫瘍性病変の診断は、超音波検査などの画像検査と子宮内膜細胞診によるスクリーニングを行い、精密検査として子宮内膜生検を行いその病理診断によって確定するが、病変が小さくかつ組織が採取しにくい部位に限局して

存在する場合には、MRI検査で病変が描出できずかつ通常の掻爬生検では病変からの組織が採取されないために診断が困難となる可能性がある。今回、サイズが小さいためMRI画像で描出されず、病変が卵管口付近に存在するポリープに限局していたため、子宮内膜掻爬生検を2回施行するも診断に至らず、診断確定のためレゼクトスコープに

責任著者：中島安紗海（大阪市立大学 女性病態医学） E-mail：a.nakajima04@gmail.com

投稿日：2020年10月16日／採択日：2020年12月24日

よる切除を要した子宮内膜異型増殖症の1例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。なお、学会発表ならびに論文化に関して対象となる個人より文書での同意を得ている。

【症 例】

症例は54歳2妊2産で、49歳で閉経しており、既往歴に23歳時に受けた胆石に対する開腹術での胆嚢摘出術があった。前医で健診として受けた子宮頸部細胞診の結果がAGCであったことから当科に紹介となった。不正性器出血や腹痛などの自覚症状はなかった。超音波検査では子宮および両側付属器に明らかな異常は認めず、初診時の診察でも性器出血は認められなかった。子宮頸部細胞診の再検ならびにコルポスコピー観察下の子宮頸管内膜生検と、子宮体部内膜生検を施行したが、その結果は頸部細胞診所見（図1）がAGC-FN、コルポスコピー所見がV3、子宮頸管内膜および体部内膜生検は評価に十分な組織採取がされていないとのことで判定不可であった。頸部細胞診の所見で背景が腫瘍性でなかったことから、付属器病変の有無を評価する目的でMRIの撮像を行ったが、両側の卵巣および卵管には画像で評価できる異常所見は認められなかった。なお、子宮内膜についてはMRI検査でも線状に描出されており、腫瘍の存在は明らかでなかった。そこで、子宮頸管内膜および体部内膜の観察と生検を目的として子宮鏡検査を行うこととした。子宮鏡はHOPKINS®II テレスコープ30°（STORZ社）を用い、生理食塩水を子宮体部内腔に充填し観察した。子宮鏡所見（図2）では左卵管口付近に10mm程度のポリ-

図1 頸部細胞診所見
Papanicolaou染色（600倍）。クロマチン細顆粒状に軽度増量したNC比の大きい細胞を認め、ロゼット形成も一部にみられた。背景は非腫瘍性であった。

プを認めたが、そのほかの子宮体部内腔には異常所見なく、子宮頸管内膜にも異常は認められなかった。ポリープは表層に出血や壊死を伴わず、内部に血管が目立つも異型血管は認めず、悪性腫瘍を積極的に疑う所見には乏しいと思われた。左卵管口付近に対し内膜生検を行ったが、結果は前回同様判定不可であった。ここまでの検査所見から、頸部細胞診異常の原因は左卵管口のポリープであるも、搔爬生検では採取されないため診断に至らない可能性を考え、レゼクトスコープによりポリープを切除して診断を行うこととした。

手術前日に子宮頸管に子宮頸管拡張器（日本ラミナリア桿®）を挿入し、全身麻酔下に碎石位で手術を開始した。拡張器抜去後、日母型ヘガール子宮頸管拡張器をNo.13まで子宮腔内に順次挿入して頸管拡張を行った後に硬性ヒステロレゼクトスコープ（STORZ社）を挿入し、3%D-ソルビトール液を注入して子宮内腔の観察を行った。左卵管口付近に10mm程度のポリープを認めたが、そのほかの部位には頸管内膜も含め異常所見がないことを改めて確認した。続いてpolypectomyに移り、閉経後症例であることから卵管に関しては特に意識せず、ループ型モノポーラ電極を用いてポリープを茎部付近で切除（切除モード40W）し、切除後は創部をボール電極で凝固止血（凝固モード40W）して手術を終了した。手術時間は30分、出血量は5ml、使用したソルビトール液は2300mlで、術中の子宮穿孔や術後の感染症などの合併症はなかった。摘出したポリープは9mmで（図3）、HE染色所見（図4）ではポリープ間質内に増殖期の内膜腺管を認め、腺管の一部は不規則な増殖を示し、腫大した核や核小体の目立つ核を有する腫瘍細胞の増殖が認められた。一方で、間質浸潤や間質の線維化は認めず、生検標本による病理診断結果は atypical endometrial hyperplasia in

図2 子宮鏡所見
左卵管口付近にポリープ状腫瘍を認め（矢印）、表層に血管が目立つも異型血管はみられなかった。他の子宮体部内腔ならびに子宮頸管内膜には肉眼的異常所見は認められなかった。

図3 摘出標本肉眼像
レゼクトスコープにより摘出した左卵管口付近のポリープ状
腫瘤肉眼像。長径9mmで表面は平滑であった。

図4 摘出標本HE染色所見
増殖期の内膜腺管を認め、1部は不規則な増殖を示した。腫
大核や、核小体の目立つ核を有する腫瘍細胞を認めたが、間
質浸潤や間質の線維化は認められなかった。

endometrial polypであった。

追加治療として子宮摘出を勧め、同意を得て腹式単純子宮全摘出術と両側付属器摘出術、および術中迅速病理検査を行った。腹腔内所見は腹水や出血は認めず、子宮体部は小鶏卵大で両側卵巣は示指頭大であった。摘出子宮の体部内腔には左卵管口付近を含め肉眼的に明らかな異常は認められなかった。術中迅速病理検査で浸潤癌を認めずとの結果であったことから手術を終了した。手術時間は125分、出血量は40mlであった。摘出標本の術後永久病理検査結果は、左卵管口付近の切り出し検体から軽度核異型を伴う腺管をわずかに認めたが、そのほかの部位に腫瘍性病変はみられず、本例の最終診断を子宮体部のatypical endometrial hyperplasia in endometrial polypとした。

【考 察】

子宮内膜に存在する腫瘍性病変の診断は通常、超音波検査やMRI検査などの画像診断と、子宮内膜生検による病理診断によって行われる。しかしながらその診断は必ずしも容易に行うことができるわけではなく、子宮筋腫や子宮腺筋症のために子宮に増大がみられる場合や、粘膜筋下腫瘍や子宮奇形などのために子宮内腔に変形を伴う症例においては、内膜生検で腫瘍組織が採取されないために偽陰性となる可能性がある。また、本例のように病変が小さく、かつ通常行う内膜掻爬生検では組織が採取されにくい部位に局限して存在するような場合にも診断が困難となる可能性があると考えられる。

本例は子宮頸部細胞診の結果がAGCであったことがその発見の契機となったが、頸部細胞診における背景所見とコルポスコピー所見から、頸部異形成よりは子宮体部や付属器の異常を疑いMRI検査と体部内膜生検を行った。内膜生検の結果は『判定不可』であったが、閉経後の萎縮内膜からは内膜生検で十分な内膜腺管や間質の採取ができないことも多く、閉経後の患者に対して行った内膜生検の結果が『判定不可』であった場合、多くは子宮体部内腔に腫瘍がない可能性が推定されるが、ときに偽陰性である可能性があり、そのことも念頭に置き対応する必要があると考えられる。本例ではMRI検査で検出可能な異常所見が付属器や子宮に認められなかったことから、子宮内膜の微小病変の存在を確認する目的で子宮鏡検査を行うこととした。結果的には子宮鏡検査でポリープ状腫瘤の存在が明らかとなったが、子宮鏡下の組織採取はいったん子宮鏡を抜去してblindで検査を行うことになり、左卵管口周辺を重点的に掻爬するも採取標本には肉眼的にポリープ状腫瘤が認められず、組織診断も判定不可の結果であった。そこで鏡視下に行う生検が必要と考え、レゼクトスコープを用いて生検を行い、これにより診断することができた。このようにレゼクトスコープによる鏡視下生検は、病変が限局性で小さく、解剖学的に採取しにくい部位に存在する場合でも組織の採取が可能になると考えられる。これまでも、子宮内膜病変が子宮底部や卵管角に存在する微小病変である場合には診断に十分な検体採取ができない可能性が報告¹⁾されている。また、子宮内膜細胞診が陰性であった早期子宮体癌症例をレゼクトスコープによる狙い生検を行うことで診断でき

たとの報告²⁾もみられ、同論文では子宮体部内腔の限局性病変はレゼクトスコープを用いることで的確に生検することができるとし、レゼクトスコープによる子宮体部限局性病変の診断精度向上について述べている。しかし一方で、当施設で行うレゼクトスコープは子宮鏡に比べ径が大きいため、ラミナリア桿による前処置が必要となり、全身麻酔あるいは腰椎麻酔下に手術室で行うことから入院が必要となり、患者への負担からその適応について事前に検討する必要があると考えられた。本例の場合は細胞診の結果がAGCで生検の必要性が高く、ほかに病変がみつからなかったこと、および生検により卵管閉塞が起こった場合でも閉経後症例のためその影響が大きいことから、レゼクトスコープを用いてポリープを摘出し組織診断を行うことのメリットが大きいと判断し生検を行った。

レゼクトスコープを用いた生検結果が子宮内膜異型増殖症であったこと、ならびに閉経後症例であったことから、追加治療として子宮全摘出術を行うこととしたが、われわれはアプローチとして開腹術を選択した。ポリープ病変の組織診断結果で病変残存の可能性が指摘されていたこと、ならびにこれまでに子宮内膜ポリープ切除標本の病理組織学的検討結果において類内膜癌G3症例の報告³⁾もみられていることから、残存部分に類内膜癌G3の病変が存在する可能性を考慮し、万一の場合それに対応できるように腹式単純子宮全摘出術・両側付属器摘出術および術中迅速病理検査を行った。しかし、実際にはそのようなケースは極めてまれであり、本症例に対しては鏡視下手術による治療が適応になると考えられた。子宮摘出が望ましいことを説明し、同意を得て追加手術を施行しているが、そのアプローチに関しても情報提供を行ったうえで選択可能な方法を提示し、患者と話し合いを行っておくべきであったかもしれない。

子宮内膜ポリープに発生する子宮内膜異型増殖症などの前がん病変に関してまとまった報告が散見され、本邦で0.4~1.5%^{3,4)}、海外で2.0~7.3%⁵⁻⁷⁾と、海外での頻度がやや多い印象を受けたが著者らが検索した範囲ではその理由は不明であった。ただし頻度に関しては、不正性器出血など症状を契機に発見される子宮内膜癌では病変がすでに広がりを見せてしまい、その症例が内膜ポリープに発生した症例かどうかの判断が困難となっていると考えられ、すべての症例が網羅されているわけ

ではない。内膜ポリープにはがんの併存が認められることも報告されており、さらにこのような症例において子宮内膜細胞診が陰性であった症例もみられる⁴⁾。このようなことから、子宮内膜ポリープを確認した場合には治療と診断を兼ね、摘出することが望ましいとの見解もみられる。しかしながら、前述のようにレゼクトスコープによるポリープ摘出には一定の負担が伴い、手術であることから合併症が発生する可能性もある。またこの見解に従えば、摘出後にポリープが再発した場合には再びポリープ摘出手術を受けなければならないことになる。そのため、細胞診異常や不正性器出血などを伴わない子宮内膜ポリープ患者に対しては、保存的管理のリスクと摘出に伴うリスクについて情報提供を行って方針を決定すべきと思われる。

【結 語】

子宮頸部細胞診異常を契機として発見された子宮内膜異型増殖症の1例を経験したが、本例は約1 cmとサイズが小さいポリープに病変が限局し、かつポリープが左卵管口付近に存在していたことから通常の内視鏡検査では採取されず診断に苦慮した。今回、このような症例に対してはレゼクトスコープを用いた摘出による診断が有用である可能性が示唆された。

本論文の要旨は第59回日本産科婦人科内視鏡学会において発表した。すべての著者は開示すべき利益相反はない。

【参考文献】

- 1) 木崎雄一郎、他: 子宮内膜異型増殖に対する開腹あるいは腹腔鏡下子宮全摘出術施行時の問題点-子宮体癌併存のリスクと術式の工夫、日本産婦内視鏡会誌 2018; 34: 184-187.
- 2) 平野由紀夫、他: 診断に苦慮した若年子宮体癌の一例、産婦中四会誌 1998; 46: 197-201.
- 3) Kuribayashi Y, et al: Frequency of endometrial cancer and atypical hyperplasia in infertile women undergoing hysteroscopic polypectomy. The Journal of Obstetrics and Gynecology Research 2017; 43: 1465-1471.
- 4) 栗山真実子、他: 当科での子宮鏡下手術261例の後方視的検討、埼玉産科婦人科学会雑誌2011; 41: 7-12.
- 5) Marco AL, et al: Premalignant and malignant lesions in endometrial polyps in patients undergoing hysteroscopic polypectomy. Einstein 2014; 12: 16-

21.

- 6) Jian HW, Jin Z, Jun L: Opportunities and risk factors for premalignant and malignant transformation of endometrial polyps: management strategies. *Journal of Minimally Invasive Gynecology* 2010; 17: 53-58.
- 7) Rahimi S, et al: Endometrial polyps and the risk of atypical hyperplasia on biopsies of unremarkable endometrium: a study on 694 patients with benign endometrial polyps. *Int J Gynecol Pathol* 2009; 28: 522-528.