

CQ15 妊娠初期の卵巣嚢胞の取り扱いとは？*Answer*

1. 卵巣嚢胞の有無および良悪性の評価には超音波検査を行う。妊娠中に頻度の高い黄体化卵胞嚢胞(ルテイン嚢胞)の診断のため、複数回の検査で嚢胞径の変化を観察する。(A)
2. ルテイン嚢胞や子宮内膜症性嚢胞などの類腫瘍病変が疑われる場合、経過観察を行う。(B)
3. 良性腫瘍が疑われる場合、直径が6cm以下の場合には経過観察、10cmを越える場合は手術を考慮する。6~10cmの場合、単房嚢胞性腫瘍は経過観察、それ以外は手術を考慮する。手術時期は妊娠12週以降が望ましい。(C)
4. 悪性または境界悪性腫瘍が疑われる場合、大きさや週数にかかわらず手術を行う。(B)
5. 強い疼痛等があり、捻転、破裂、出血などが疑われる場合、良悪性や妊娠週数にかかわらず手術を行う。(A)

▷解説

1. 卵巣嚢胞の合併頻度は全妊娠の1~4%である¹⁾²⁾。卵巣嚢胞の発見および良悪性の診断には超音波検査が第一選択であり、経腔および経腹超音波を適宜使用する。悪性を疑う所見としては、壁の肥厚や結節、内腔への乳頭状隆起、充実性部位の存在が重要である³⁾。カラードプラについては、良悪性の鑑別に有効であるという報告⁴⁾と有効性は低いという報告⁵⁾の両者がある。MRIは安全に行えるが、National Radiation Board of Great Britain等の勧告により妊娠14週以降に行うのが望ましい。一般に造影MRIは妊娠中には使用しない。MRIの診断精度は超音波検査を越えないと報告されているが⁶⁾、嚢胞内容の質の評価により成熟嚢胞性奇形腫および内膜症性嚢胞の診断に有用であり、また超音波観察が困難な部位にも適用される。CTは一般に妊娠中は禁忌である。CA125、AFP、hCGなどの腫瘍マーカーは妊娠中に生理的に上昇するので有効でない。

2. 妊娠に合併する卵巣嚢胞の約半数がルテイン嚢胞を初めとする機能的嚢胞であり、次いで、成熟嚢胞性奇形腫、漿液性嚢胞腺腫、粘液性嚢胞腺腫、子宮内膜症性嚢胞、悪性腫瘍の順である¹⁾⁷⁾⁸⁾。ルテイン嚢胞や子宮内膜症性嚢胞など類腫瘍病変と考えられる場合は原則として経過観察とする。特に直径が5cm以下の場合には約80%が黄体嚢胞などの機能的嚢胞であり、妊娠16週までには消失する。一方、5cmを越えると真性腫瘍の割合が増加し、自然退縮の頻度も低下する⁷⁾⁸⁾。まれにovarian hyperstimulation syndrome(OHSS)に類似した両側性の大きな多発卵胞嚢胞を形成することがある(hypereactio luteinalis)。また、子宮内膜症性嚢胞の場合、妊娠に伴う異所性内膜の脱落膜化により内腔の結節像を呈し、悪性腫瘍との鑑別が困難な場合がある⁹⁾。

3. 良性腫瘍と考えられる場合、手術適応条件は確立されていないが、径6cm以下の場合には捻転の危険性も低く悪性腫瘍の可能性も低いいため経過観察を、直径が10cmを越える場合は破裂や分娩時障

害の頻度、悪性腫瘍の可能性が高まるので手術を勧める報告が多い¹⁾²⁾⁷⁾⁸⁾。径6~10cmでは、単房嚢胞性の場合には経過観察を、隔壁や小結節などを認める場合や成熟嚢胞性奇形腫の場合には手術を考慮する¹⁾²⁾⁷⁾⁸⁾。手術時期は胎盤からのプロゲステロン分泌が確立される妊娠12週以降が望ましく、それ以前の手術では流産予防のためのプロゲステロン補充が必要な場合がある¹⁾。

良性腫瘍と考えられる場合の手術方法については、近年、腹腔鏡下手術が行われる頻度が増加してきている。しかし、腹腔鏡下手術の母体や胎児に対する影響に関してはいまだ一定した見解が示されていない¹⁰⁾。

良性腫瘍に対して手術を行った場合も、分娩方法は原則として経腔分娩である¹⁾²⁾。経過観察中の場合も経腔分娩が基本であり、分娩後に卵巣腫瘍の取り扱いを検討する。腫瘍による分娩遷延や他の産科的適応があれば、帝王切開術と腫瘍摘出術を同時に行う。

4. 妊娠に合併する卵巣腫瘍のうち卵巣がん(悪性および境界悪性腫瘍)が1~3%を占める。進行期は大部分がI期である。組織分類では、表層上皮性腫瘍が50~70%、未分化胚細胞腫などの胚細胞腫瘍が20~40%である。また表層上皮性腫瘍のうち境界悪性腫瘍が約80%を占める¹⁾²⁾⁷⁾。

手術時期では、悪性が疑われる場合、原則として妊娠週数にかかわらずただちに手術を行う。境界悪性腫瘍が強く疑われる場合は、腫瘍発育が比較的緩徐であるため妊娠12週以降に手術を考慮する。

悪性腫瘍に対する治療法は基本的に非妊娠時と同様であり¹⁾²⁾、卵巣がん治療ガイドライン2007を参考に¹¹⁾、妊娠中の卵巣悪性腫瘍はほとんどがI期であるため、基本的に妊娠を継続する方針で臨む。開腹術により、まず患側の卵巣腫瘍の手術を行い、迅速病理診断にて組織型を決定する。Surgical stagingとして、必ず腹腔洗浄細胞診を行い、必要に応じて腹膜生検、大網切除、骨盤および傍大動脈リンパ節の評価(触診または生検)を行う。対側卵巣の生検は肉眼的に異常がなければ省略する。腫瘍が片側性の場合の標準術式は患側付属器切除術である¹²⁾。卵巣以外に腫瘍が認められるII期以上では腫瘍減量術 cytoreductive surgery の適応となる。

術後、摘出標本の病理組織学的検討により、進行期Ia期で組織分化度 grade 1 の腫瘍は化学療法を行わないが、それ以外は化学療法の適応となる。第一選択のレジメンは、上皮性卵巣癌ではTC (paclitaxel+carboplatin) 療法、悪性胚細胞腫瘍ではBEP (bleomycin+etoposide+cisplatin) 療法である¹¹⁾。化学療法が妊娠中期~後期に行われる場合は胎児への影響は軽微であるとされる¹³⁾。

付属器切除術後の分娩方法は経腔分娩が選択される。化学療法が施行された際には骨髄抑制の時期を避けるため、分娩前2週間には化学療法を終了させておくことが望ましい¹⁴⁾。上皮性卵巣癌で進行期がIa期を越えていた場合、分娩後に標準術式を施行することも考慮する。

5. 良性と考えられる場合には腹腔鏡下手術の適応があるが、悪性の可能性がある場合には開腹手術が基本である。緊急手術では予定手術よりも切迫流産や破水の頻度が高くなるという報告¹⁵⁾と差異はないという報告の両者がある¹⁶⁾。

文 献

- 1) Swensen RE, Goff BA, Koh W-J, et al.: Cancer in the pregnant patient. In: Hoskins WJ, Perez CA, Young RC, et al.: editors. Principle and Practice of Gynecologic Oncology. 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins 2005; 1279-1294(III)
- 2) Cunningham FG, Leveno KJ, Bloom SL, et al.: Williams Obstetrics. 22nd ed, New York, McGraw-Hill, 2005, 964-966 (III)
- 3) Bromley B, Benacerraf B: Adnexal masses during pregnancy: accuracy of sonographic diagnosis and outcome. J Ultrasound Med 1997; 16: 447-452 (III)