

CQ2-09 良性腫瘍と考えられる卵巣嚢胞の鑑別診断と管理は？*Answer*

1. 問診, 内診, 超音波検査, 腫瘍マーカー, MRI などで, 悪性腫瘍や非腫瘍性病変および機能性嚢胞との鑑別をする. (B)
2. 腫瘍が大きい場合 (長径 6cm 以上) または嚢胞による症状がある場合は, 手術を勧める. (B)
3. 腫瘍が小さい場合でも, 腫瘍と確実に診断できる場合は, 手術を勧める. (C)
4. 手術をしない場合は, 最初は月経周期を考慮して, 1~3 カ月後, 以後 3~6 カ月ごとに経過観察を行う. (C)
5. 手術をしない場合の臨床的診断精度には, 限界があることを説明する. (A)

▷ 解説

皮様嚢胞腫, 漿液性腺腫, 粘液性腺腫などの良性腫瘍と考えられる卵巣嚢胞の類似の形態を呈する疾患との鑑別診断と, 手術適応基準がテーマである。

1. 卵巣に腫瘍が発生する確率は, 女性の全生涯で見ると 5~7% 程度とされ, 多様な組織型があり, その中に良性から悪性腫瘍までさまざまな腫瘍が存在する¹⁾. それに加え, 卵巣は他臓器癌の転移性腫瘍も 5% 程度ある. 卵巣癌早期発見の試みが行われてきたが, 超音波画像診断や腫瘍マーカーによるスクリーニングの有用性を確立することはできていない²⁾. 悪性が疑われる場合は, MRI で精査する. 腹水がある場合は腹水細胞診を行う. また, 卵巣周囲から発生する傍卵巣嚢胞, 卵管水腫, 偽嚢胞などの非腫瘍性病変や, 生殖年齢では卵嚢嚢胞や出血性黄体嚢胞 (CQ02-10 参照) などの機能性嚢胞との鑑別をする. 機能性嚢胞が疑われる場合は, 卵巣周期を考慮し経過を追って観察する. さらに, 類腫瘍である子宮内膜症性嚢胞との鑑別が問題となることがある (CQ02-04 参照)³⁾.

1) 超音波断層法

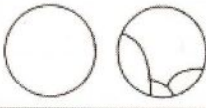




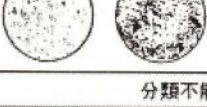
経腔超音波による良性・悪性の正診率は 90% 程度とされている⁴⁾. 一般に悪性を疑わせる所見は, 充実性構造, 腫瘍壁から突出する乳頭状構造, 充実部分と嚢胞部分の混在などがある. 典型的なものでは容易に判断できるが, 判断に迷う症例も少なくない. そこで, 画像をパターン分類して診断を行う方法が試みられてきた. 日本超音波医学会が, その診断基準案を提案している (図 1)⁵⁾. これによると, 悪性腫瘍である確率は I 型・II 型・III 型では 3% 以下であり, IV 型は約 50%, V 型は約 70%, VI 型は 30% とされている. このエコーパターンに加えて, 発育の速さを把握するため定期的な検査を行い, 適切なタイミングでの治療を行う.

2) 腫瘍マーカー

異常に高い値の場合には悪性の可能性は高いが, スクリーニングとしての有用性は否定的である. しかし, 腫瘍が認められた場合に, 腫瘍マーカーの測定を行うことは, 有用である. 項目として CA125 を含んだ組み合わせを考える. 一般的には CA19-9・CA72-4・CEA・STN の中から選択する. 若年者の場合は, 胚細胞腫瘍が多いため, AFP・hCG・CA125・LDH の検査を行う⁶⁾.

3) MRI

卵巣腫瘍の診断において, MRI は非常に有用である. 骨盤内臓器である子宮や卵巣に対しては, CT

I 型		嚢胞性パターン (内部エコーなし)
II 型		嚢胞性パターン (内部エコーあり)
III 型		混合パターン
IV 型		混合パターン (嚢胞性優位)
V 型		混合パターン (充実性優位)
VI 型		充実性パターン
分類不能		

(図 1) 卵巣腫瘍のエコーパターン分類

(表 1) MRI での卵巣癌の診断基準

主所見
嚢胞部分と充実性部分の混在
隔壁の不規則な肥厚、隔壁内の結節の存在
腫瘍内壊死や出血の存在
内部構造の不均一な造影効果の存在
随伴所見
生理的範囲を逸脱した腹水の存在
リンパ節の腫大
周囲への拡大浸潤傾向
腹膜、腸間膜、大網への播種巣の存在

よりも MRI 検査が優れている。T1 および T2 強調画像に加えて、造影 MRI を行うと、より一層良悪性の診断をつけやすくなる。MRI で悪性を疑わせる所見は、表が代表的なものである (表 1)⁷⁾。

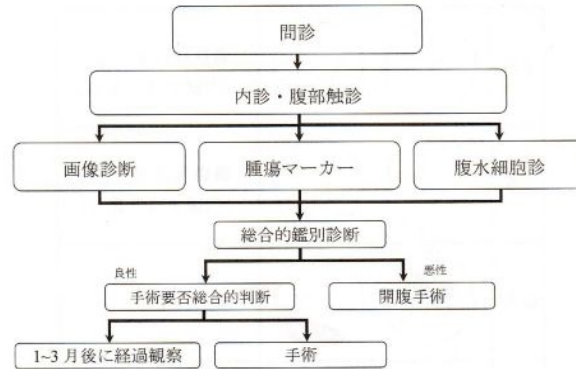
4) CT

CT は、一般的に骨盤内臓器である卵巣には、不向きである。しかし、リンパ節腫脹や遠隔転移などを検出するためには、有用である。悪性が疑われる場合には、造影 CT を行う。

2. 長径 6cm 以上の嚢胞では、捻転のリスクが高く、手術を勧める。長径 6cm 未満では、捻転のリスクが低いいため、経過観察を勧める報告が多い⁸⁾。

3. 長径 6cm 未満でも腫瘍性病変と診断した場合は、消失することはないので、手術を勧める。また、手術をする場合は、嚢腫摘出と付属器切除の選択、腹腔鏡手術と開腹手術の選択について説明のうえで決定することが重要である。

4. 手術をしない場合で、機能的嚢胞や悪性腫瘍の疑いがある場合は、最初は月経周期を考慮して、1～



(図2) 卵巣腫瘍の診断と管理のフローチャート

3カ月後に再診をする。また、貯留嚢胞など3~6カ月で変化するものが疑われる場合は、3~6カ月ごとに経過を観察する。手術を選択するか、経過を観察するかについては、それぞれの利点とリスクをよく説明し同意を得た上で、管理を続けていくことが必要である(図2)。

5. 最終的な良悪性の診断は、病理組織学的検査によること、また、手術をしないで臨床的に診断する場合の精度には、限界があることを説明する。

文 献

- 1) Curtin JP: Management of the adnexal mass. *Gynecol Oncol* 1994; 55: S42 (II)
- 2) Crayford TJB, Campbell S, Bourne TH, et al.: Benign ovarian cysts and ovarian cancer: a cohort study with implications for screening. *Lancet* 2000; 355: 1060-1063 (II)
- 3) 小林 浩: 症例から学ぶ生殖医学 4) 子宮内膜症/子宮腺筋症 卵巣チョコレート嚢胞と癌化. *日産婦誌* 2005; 57: N-351-355 (II)
- 4) 石原楷輔, 他: 婦人科超音波の実際. *産婦治療* 2006; 92: 15-24 (III)
- 5) 日本超音波医学会, 他: 用語・診断基準委員会: 卵巣腫瘍のエコーパターン分類. *Jpn J Med Ultrasonics* 2000; 27: 912-914 (III)
- 6) 小林 浩: 卵巣癌のスクリーニング 2) 腫瘍マーカー. *産婦の実際* 2006; 55: 1875-1878 (II)
- 7) Stevens SK, Hricak H, Stern JL: Ovarian lesions: detection and characterization with MR imaging at 1.5T. *Radiology* 1991; 181: 481-488 (III)
- 8) 日本産科婦人科学会, 日本産婦人科医会, 他(監修): 産婦人科診療ガイドライン産科編 2008-CQ504 妊娠初期の卵巣嚢胞の取り扱いとは? 2008, 138-139 (III)