

## 症例報告

## 子宮頸部細胞診で異型腺細胞 (AGC) が持続し、腹腔鏡下子宮全摘術 (TLH) により子宮頸部微小浸潤腺癌と診断された1例

A case of microinvasive adenocarcinoma of the cervix removed by total laparoscopic hysterectomy in the cytologic diagnosis of AGC.

金井 麻子<sup>1)</sup> 水崎 恵<sup>1)</sup> 野澤 明美<sup>1)</sup> 高橋 知昭<sup>1)</sup>  
 Asako Kanai Megumi Mizusaki Akemi Nozawa Tomoaki Takahashi  
 北村 晋逸<sup>1)</sup> 吉田 英樹<sup>2)</sup> 森 博章<sup>2)</sup>  
 Shin-itsu Kitamura Hideki Yoshida Hiroaki Mori

Key Words : The Bethesda System 2001, atypical glandular cells, microinvasive adenocarcinoma, laparoscopy

## はじめに

異型腺細胞 (atypical glandular cells : AGC) はベセスダシステム 2001<sup>1)</sup>において、腺細胞に異型はあるが上皮内腺癌 (adenocarcinoma in situ : AIS) とするには異型が弱いもの、あるいは腺癌が疑われるが断定には至らない場合の診断カテゴリーである。子宮頸部腺系病変は近年増加傾向にあるが、術前の組織診で確定診断することは難しく、臨床的対応に苦慮することが多い。今回、我々は子宮頸部組織診で扁平上皮系病変である子宮頸部中等度異形成 (CIN2) の診断であるが、子宮頸部細胞診にて腺系病変を疑う AGC が持続しているため腹腔鏡下子宮全摘術を施行し、子宮頸部微小浸潤腺癌 IA1 期と診断された症例を経験したので報告する。

## 症例

症例 : 77 歳、3 経妊 3 経産

主訴 : 検診での細胞診異常

既往歴 : 2 型糖尿病、高血圧、脂質異常症、骨粗鬆症、両側人工股関節置換術、虫垂切除術

現病歴 : 自治体の検診で、子宮頸部細胞診で AGC-NOS、体部細胞診で疑陽性であるため、ともに 1 ~ 3 ヶ月後に精密検査を要するとの指示。検診の 4 ヶ月後に当科を初診した。

現症 : 身長 143cm、体重 43.7kg、自覚症状はなし。

経膈超音波検査 : 子宮は萎縮しており、軽度の子宮留水腫を認めた。両側子宮付属器は萎縮してお

り、超音波検査では確認できなかった。

腔鏡診 : 子宮腔部は萎縮しており、子宮腔部びらん認めなかった。

子宮頸部細胞診 : AGC-NOS (AGC-not otherwise specified) (図 1、2) 重積性を伴い、シート状細胞集団で出現する腺細胞を認める。重積性を伴い、軽度配列乱れ、やや核腫大・核形不整を呈しているが、結合性は保たれている。

子宮体部細胞診 : 細胞数が少なく判定保留

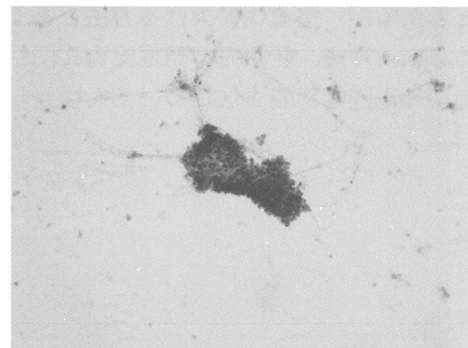


図 1 子宮頸部細胞診的所見 Papanicolaou 染色 100倍 AGC-NOS

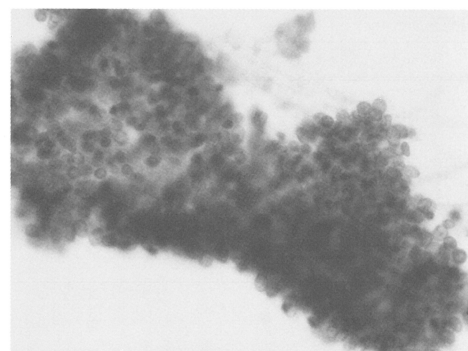


図 2 子宮頸部細胞診的所見 Papanicolaou 染色 400倍 AGC-NOS

1) 名寄市立総合病院 産婦人科  
 Department of Obstetrics and Gynecology,  
 Nayoro City General Hospital

2) 名寄市立総合病院 医療技術部 臨床検査科  
 Department of Clinical Laboratory,  
 Nayoro City General Hospital

**初診後経過：**

初診 1 ヶ月後：子宮頸部組織診で子宮頸部中等度異形成 (CIN2)、子宮体部細胞診で class I。  
 初診 4 ヶ月後：子宮頸部組織診では no evidence of malignancy (NEM)  
 初診 7 ヶ月後：子宮頸部細胞診で AGC-NOS、子宮体部細胞診で class III  
 初診 8 ヶ月後：子宮頸部組織診では NEM、子宮体部組織診では複雑型子宮内膜増殖症  
 初診 11 ヶ月後：子宮頸部細胞診で AGC-NOS、子宮体部細胞診で判定保留  
 初診 12 ヶ月後：子宮頸部組織診では子宮頸部軽度異形成 (CIN1)  
 初診 15 ヶ月後：子宮頸部細胞診で AGC-NOS、子宮体部細胞診で判定保留  
 初診 16 ヶ月後：子宮頸部組織診では CIN2、子宮体部細胞診で class I  
 初診 18 ヶ月後：腺系上皮細胞異常である AGC-NOS が長期間持続しているため、診断的手術を行うことになった。高齢で子宮頸部が萎縮しており円錐切除術が困難であるため、腹腔鏡下子宮全摘術 (TLH)、両側子宮付属器摘出術を施行した。(図 3)

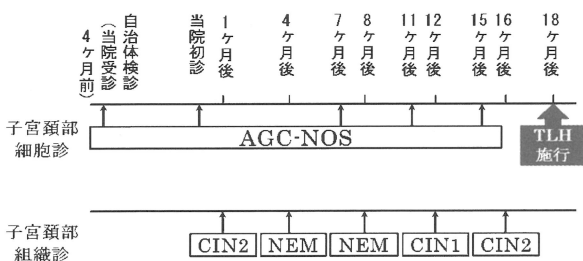


図 3 子宮頸部細胞診・組織診の経過

**ポート位置：**臍輪部にオープン法でスコープ用 12mm トロカールを挿入後、両側および正中下部に 5mm トロカールを 3 本挿入し手術を開始した。(図 4)

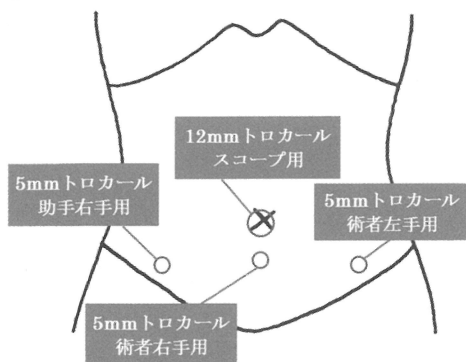


図 4 ポート位置

**手術所見：**子宮は超鶏卵大。両側子宮付属器は萎縮していた。腹腔内には異常所見を認めなかった。(図 5) 手術時間 140 分、出血量 50ml であった。



図 5 手術所見

**摘出標本：**摘出物重量 (子宮、両付属器) 55g、  
**術後病理診断：**子宮頸部微小浸潤腺癌 (Carcinoma of the uterine cervix, Microinvasive adenocarcinoma) (図 6、7)。リンパ管侵襲、脈管侵襲は認めず。切除断端、子宮傍組織の切除断端陰性。リンパ節郭清が行われていないため、リンパ節転移の評価は不可能 (pNx)。Stage (FIGO2008) :IA1、TNM 分類 (UICC 7th) : pT1a1, Nx, Mx。

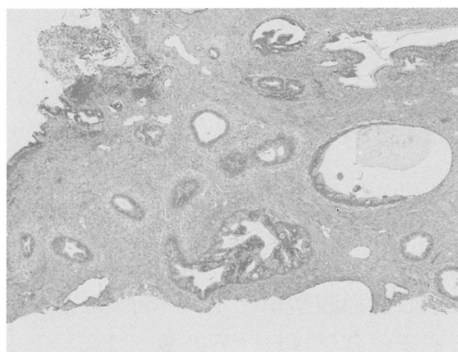


図 6 病理組織学的所見 H-E 染色 40倍 microinvasive adenocarcinoma

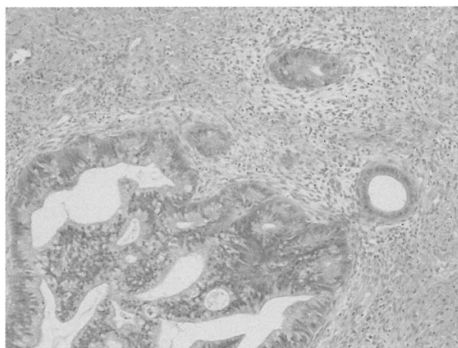


図 7 病理組織学的所見 H-E 染色 100倍 microinvasive adenocarcinoma

術後経過：術後1日目から食事再開、行動拡大を行った。ダグラス窩ドレーンを抜去。尿道バルーンカテーテル抜去後、自排尿がないため泌尿器科にコンサルト。神経因性膀胱の診断でウラピジル内服を開始し、徐々に自排尿できるようになり、術後5日目に退院となった。

子宮頸部微小浸潤腺癌の確定診断後、外来で造影CT検査を施行。リンパ節転移・遠隔転移を認めなかった。脈管侵襲を認めず、高齢であるため追加治療を行わない方針となった。現在術後8ヶ月、無病観察中である。

## 考 察

子宮頸部細胞診の判定は、従来のクラス分類に基づくパニコロウ分類を改訂した「日母分類」からベセスダシステム2001への変更がなされた。子宮頸部細胞診は、もともと扁平上皮病変のスクリーニングを主な標的として行われてきたが、腺病変の検出感度に限界があることを認めた上で、ベセスダシステム2001<sup>2)</sup>には、特定の癌前病変を指すのではなく癌へのリスクの高さを示す項目が設けられている。腺系病変においては異型腺細胞(atypical glandular cells: AGC)がそれにあたる。

AGCはさらに腫瘍性を示唆するAGC-favor neoplasticと特定不能なAGC-NOSに分けられる。AGC-NOSとは、反応性あるいは修復変化を上回る異型を占めすものの、上皮内腺癌(AIS)や浸潤性腺癌の基準を満たさない腺細胞を認めた場合の判定項目である。

異型が弱い腺癌ないし上皮内腺癌、良性内頸部腺病変もAGCと判定されうるが<sup>3)</sup>、AGCと判断された症例の経過観察中に10～40%に組織学的に高異型病変が発見され、その多くは扁平上皮病変(CIN2、3)であると報告されている<sup>4,5)</sup>。

子宮頸部の扁平上皮系のHPV(human papillomavirus)関連異常では、一般的に1～2年以上の経過で消退する一過性感染と癌前駆病変または癌に進行するハイリスクHPV持続感染に分けられる<sup>1)</sup>。

また子宮頸部腺癌においても、HPV陽性率が70-80%と報告されており、特にHPV18型は特に腺癌に特異的でもっとも頻度が高く40%前後を占め、次に16型が多く約30%と報告されている<sup>6)</sup>。一方、CIN1-3のHPV陽性率は76.1%であり、うちHPV18型は1.4%、HPV16型は19.3%であったと報告されている<sup>7)</sup>。また頸部腺異形成ではHPV検出率はきわめて低いとされている<sup>8)</sup>。AGCの診断及び管理は扁平上皮系細胞異常よりも不確定の要素があるが、AGCが出現した場合にHPV検査を併用することにより、CINを合併していてもHPV18型が陽性であればAIS以上の合併を推定することができるのではないかと考えられる。

## 文 献

- 1) 日本産婦人科医会：ベセスダシステム2001準拠子宮頸部細胞診報告様式の理解のために、2008年12月
- 2) Solomon D, Nayar D (平井康夫 監訳)：ベセスダシステム2001アトラス。東京、スプリングー・ジャパン；2007
- 3) 清川 貴子：異型扁平上皮(atypical squamous cells: ASC)と異型腺細胞(atypical glandular cells: AGC)の組織診における位置づけ。J.Jpn.Soc.Clin.Cytol 51: 42-48, 2000
- 4) Mody DR, Ramzy I: Glandular neoplasia or the uterus and adnexa. In: ed. Clinical Cytopathology and Aspiration Biopsy, 2nd. New York, MacGraw-Hill: p97-117, 2001
- 5) Wibur DC, The cytology of the endocervix, endometrium, and upper female genital tract. In: Bonfiglio TA, Erozan YS, eds. Gynecologic Cytopathology. Philadelphia, Lipincott-Raven: p107-156, 1997
- 6) Clifford GM, Smith JS, Plummer M, et al: Human papillomavirus types in invasive cervical cancer worldwide: a meta-analysis. Br J Cancer 88: 63-73, 2003
- 7) Maehara T: Epidemiological study in Okinawa, Japan, of human papillomavirus infection of the uterine cervix. Infect Dis Obstet Gynecol 13: 77-80, 2005
- 8) Samaratunga H, Negri G, Sideri M, et al: Human papillomavirus DNA in glandular lesions of the uterine cervix. J Clin Pathol 46: 718-721, 1993