

臍部子宮内膜症の1例

国家公務員共済組合連合会名城病院泌尿器科 (部長: 岡村武彦)

安井 孝周*, 岡村 武彦

A CASE OF UMBILICAL ENDOMETRIOSIS

Takahiro YASUI and Takehiko OKAMURA

From the Department of Urology, Federation of National
Public Service Mutual Aid Associations Meijo Hospital

A 54-year-old female was referred to us for a nodule under her umbilical region. The nodule had enlarged slowly and reached a size of 20 mm in diameter over the last 2 years. She had no symptoms and there was no oozing of blood or pain during menstruation. The nodule was removed under lumbar anesthesia. Histological examination of the resected nodule revealed an island of glandular tissue in the deep dermis, which was composed of a single layer of columnar cells, and was diagnosed as umbilical endometriosis. There was no associated lesion in the intrauterine or pelvic space. There has not been any evidence of recurrence five months postoperatively. On finding an umbilical mass in women, this rare disease must be considered.

(Acta Urol. Jpn. 49 : 753-755, 2003)

Key words : Umbilical, Endometriosis

緒 言

子宮内膜症は子宮内膜の異所性増殖であり、卵巣、骨盤腹膜、直腸・結腸などの頻度が高く、臍部での発生は全体の0.2%とされており、比較的稀である¹⁾。今回われわれは、月経随伴症状を伴わない、いわゆる silent type と診断された臍部子宮内膜症の1例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

症 例

患者: 54歳, 女性, 既婚

主訴: 臍部腫瘍

既往歴: 53歳より子宮筋腫を指摘され、手術を勧められるが放置。

妊娠分娩歴: 妊娠2回, 出産2回

現病歴: 2001年ごろに臍部腫瘍を自覚するも放置。子宮筋腫にて受診中の婦人科医へ報告せず。臍部腫瘍が増大してきたため2003年1月15日当院外科受診。尿管管との関連を疑われ、1月28日当科紹介受診となった。

入院時現症: 臍部は視診上異常認めず。臍部皮下に弾性硬、やや不整な、可動性不良の腫瘍を触れた。圧痛なし。下腹部恥骨直上には弾性硬の手拳大腫瘍を触知した。

入院時検査所見: 血液生化学, 尿一般検査に異常所



Fig. 1. CT demonstrated a defined, high density mass under umbilical region (arrow).

見を認めず。

画像所見: 腹部単純 CT にて臍部皮下に 22×20 mm の境界一部不明瞭な腫瘍を認め、腹膜との癒着が疑われた (Fig. 1)。また、骨盤内には直径 12 cm 大の子宮筋腫を認めた。

入院後経過: 以上より臍部腫瘍と診断し、2月13日入院し、外科的切除と病理診断の目的で2月14日、腰椎麻酔下、臍部腫瘍切除術を施行した。臍と一塊にして腫瘍を切除したが周囲皮下組織との境界は不明瞭であった。また腫瘍の最深部では腹膜と一部癒着しており、併せて切除した。腹腔内への連続性は認めなかつ

* 現: 名古屋市立大学大学院医学研究科腎・泌尿器科学分野

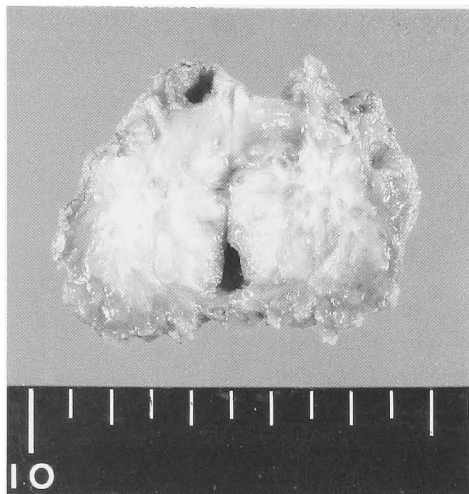


Fig. 2. Numerous variable-sized hemorrhagic and cystic foci are present in the serosa of resected mass.

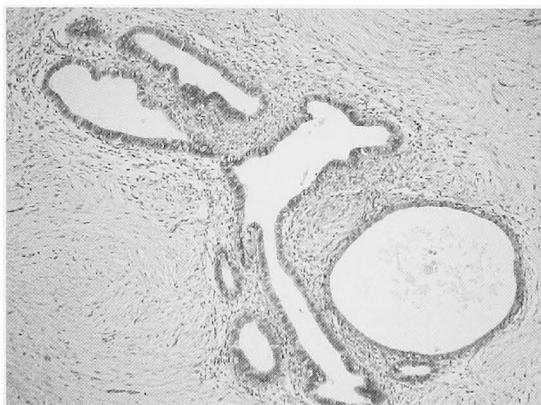


Fig. 3. A histological examination of the removed nodule revealed islands of glandular tissue composed of single layer of columnar cells, and diagnosed as endometriosis. HE $\times 100$.

た。術前の患者との話し合いで臍形成術は行わなかった。摘出標本は大きさ 21×20 mm の充実性で赤褐色を呈し、断面は黄白色、充実性 (Fig. 2) で数 mm 大の cystic lesion を数カ所に認め、淡黄色の内容液であった。術後経過は良好で2月16日退院した。

病理組織学的所見：臍部真皮組織に相当する部位に大小の嚢胞状を呈した腺管構造を認め内腔には少量の赤血球を含む液体成分を有していた。腺腔を構成する細胞は一層の円柱上皮であり、子宮内膜組織に類似した腺腔構造と間質の増生を認め (Fig. 3)、臍部子宮内膜症と診断した。

病理診断の後、患者に病歴を再確認すると、性周期と関連し、月経時に増大する臍部腫瘤の変化が聴取された。当院婦人科を受診し、他部位に子宮内膜症認めないこと、月経も不規則で数年以内に閉経に至ることから、ホルモン療法施行せず、経過観察となる。術後5カ月経過した現在、子宮内膜症の再発を認めていな

い

考 察

子宮内膜症は通常、子宮内膜および類似組織が子宮内膜層以外に発生した病態であり、以前は病巣が子宮内にあるものを内性子宮内膜症、子宮外にあるものを外性子宮内膜症と呼んでいた。しかし両者は異なる発生機序を持った病態であるとの観点から前者を子宮腺筋症、後者を子宮内膜症と表現するようになってきた。1993年に名称の統一と概念の明確化を目的に子宮内膜症取り扱い規約²⁾が出版された。その中で子宮内膜症を子宮内膜および類似組織が子宮内膜層以外の骨盤内臓器で増殖する疾患として用い、このうち子宮筋層内に発育するものは発症機序の違いから子宮腺筋症と呼ぶこととなった。また発生部位を特定する場合は臓器名を最初につけて臍部子宮内膜症などと呼ぶこととなった。

子宮内膜症の発生に関しては子宮内膜由来説、腹膜上皮化生説、胎生上皮由来説があるが、子宮内膜由来説が大勢を占めている³⁾。子宮内膜由来説には直接深部増殖説と移植説があり、子宮腺筋症は直接深部増殖説で説明され、子宮内膜症は移植説で説明される⁴⁾。移植説には経卵管移植説、直接移植説、転移性移植説がある。経卵管移植説は子宮口が卵管腹腔口により腹腔腔と交通する解剖学的特徴から、子宮内膜が月経時に剝離し、卵管を逆流して腹腔内に播種し、増殖するというもので、腹腔内に発生した子宮内膜症はこの説明が妥当とされる。皮膚子宮内膜症は帝王切開術後あるいはその他の下腹部手術後の癒痕部に発生することが多く、これらは手術的操作によって子宮内膜が移植されたとする直接移植説で説明されてきたが、子宮に割をいれない手術癒痕部に子宮内膜症が発生する率と帝王切開術後癒痕部に発生する率がほぼ同率⁵⁾であることから、赤木ら⁶⁾はむしろリンパ流に乗った子宮内膜組織が手術癒痕部で通過障害を起こして定着、増殖するものであるという仮説を提唱している。臍部子宮内膜症については Scott ら⁷⁾は実験的にサルの子宮広間膜に色素や放射線物質を注入し、これらが骨盤腔内からリンパ管を通して臍へ集積することを証明した。しかし、Steak⁵⁾らは臍にはリンパ節がないので子宮内膜症が臍のリンパ管に沿った部位に衛星状に発生すべきだが、実際には臍窩にのみにしか発生しないと指摘している。臍窩は出生後の臍帯の脱落癒痕化と臍輪の閉鎖により形成されたものであり、本質的には癒痕組織であることから、赤木ら⁶⁾、渡辺ら⁸⁾は最終的に臍部皮膚子宮内膜症もリンパ流に乗った子宮内膜組織が癒痕部である臍で定着、増殖するものであると考えた。この説が臍部子宮内膜症の発生機序として最も有力である。本症例でも手術既往がないことから同様

の発生が考えられ, 腫瘤が増大し, 深部で腹膜と癒着したと考えられる。

子宮内膜症の大部分は骨盤内に発生し, 皮膚子宮内膜症は全子宮内膜症の1.9%を占めるに過ぎず¹⁾, さらに臍部子宮内膜症はこのうち19~34%ときわめて稀であり^{1,9)}, われわれが検索しえたかぎり1960年から2002年4月まで本邦での報告は88例であった。梅田ら¹⁰⁾が本邦報告81例を検討しており, その後の報告を含めて検討すると, 好発年齢は40歳前後で, 自覚症状としては, 疼痛, 圧痛が66%, 出血が60%にみられ, 無症状の症例は約9%と少なく, 月経周期に一致した腫瘤の腫脹, 疼痛, 表面からの分泌, 出血を見ることが特徴といえる。腫瘤は単発性で大きさは5~35 mm, 多くは10~20 mmで弾性硬, 表面平滑な, 暗赤色から褐色の半球状の腫瘤で筋膜との可動性が良好なものは約30%であった。

鑑別診断としてはデスマイオイド, 脂肪腫, ヘルニア, 転移性皮膚腫瘍などが挙げられる。臍部子宮内膜症は女性の臍部腫瘤のうち約40%を占めることから⁵⁾, 女性の臍部腫瘤を見た場合, まず本疾患を疑い, 月経周期に一致した疼痛や出血の有無などの詳細な病歴の聴取を行うことが重要である。本症例では術前にendometriosisを考慮に入れず, 診断と治療目的に切除術を施行した。病理診断の後, 患者に病歴を再度確認したところ, 性周期との関係が聴取でき, 術前にendometriosisを考慮に入れていれば問診で性周期との関係についても把握できていたかもしれない。

治療法としては手術的治療とホルモン療法にわけられる。ホルモン療法はエストロゲンとゲスタゲンの併用による偽妊娠療法や偽閉経療法, LH-RH アゴニストがあるが, 再発頻度が高いことが問題である。手術療法は約90%の症例に行われており, 腫瘤全切除後の再発がないことから第一選択といえる^{10,11)}。近年では腫瘤切除後の臍再建が行われており, 良好な成績であるため, 手術を行うにあたっては一考すべきと思われる^{12,13)}。本症例は患者が全身麻酔の拒否, 短期間の入院, 手術時間の短縮を希望していたため, 臍再建術を行わなかった。また, 以前より婦人科で勤められていた子宮筋腫についても手術を希望せず, 経過観察を続けている。

結 語

臍部子宮内膜症の1例を経験した。女性の臍部腫瘤を見た場合, 念頭に置くべき疾患であると考えられた。

文 献

- 1) Masson JC: Extrapelvic endometriosis. *Trans West Surg Ass* **53**: 35-50, 1945
- 2) 杉本 修: 子宮内膜症取扱い規約第1部—診断および進行度分類基準とカラーアトラス—。日本産婦人科学会編。第1版, 金原出版, 東京, 1993
- 3) 細川 勉: 子宮内膜症, 現代産科婦人科学大系。鈴木雅洲, 坂元正一, 倉智敬一編。第1版, 8B2巻, pp 88-119, 中山書店, 東京, 1975
- 4) 田中幸代, 津田道夫: 臍部子宮内膜症の1例。皮の臨 **39**: 141-143, 1997
- 5) Steck WD and Helwig EB: Cutaneous endometriosis. *J Am Med Assoc* **191**: 167-170, 1965
- 6) 赤木竜也, 高垣謙二, 今岡千治, ほか: 臍部皮膚子宮内膜症の1例。皮の臨 **36**: 673-675, 1994
- 7) Scott RB, Nowak RJ and Tindale RM: Umbilical endometriosis and the cullen sign. study of lymphatic transport from pelvis to umbilicus in monkeys. *Obstet Gynecol* **11**: 556-563, 1958
- 8) 渡辺大輔, 城 尚子, 松本義也, ほか: 臍部子宮内膜症の1例。臨皮 **51**: 741-743, 1997
- 9) 太田 孝, 佐藤拓二, 安部正瑞, ほか: 臍部子宮内膜症の1例。皮の臨 **31**: 49-52, 1989
- 10) 梅田晋嗣, 南 祥一郎, 喜多野征夫: 臍部皮膚子宮内膜症の1例—本邦報告例81例の検討を含めて—。皮膚 **42**: 325-329, 2000
- 11) 栗村理恵, 中島静香, 原田敬之, ほか: ホルモン療法を試みた臍部子宮内膜症の1例。臨皮 **50**: 1015-1017, 1996
- 12) 山本正樹, 川中隆雄, 野田博司: 臍再建を要した臍部皮膚子宮内膜症 (silent type) の1例。形成外科 **37**: 667-671, 1994
- 13) 風間健太郎, 近藤紀子, 脇坂長興, ほか: 臍部皮膚子宮内膜症 (silent type) の1例。日形成外会誌 **20**: 529-533, 2000

(Received on July 1, 2003)

(Accepted on August 26, 2003)