

“

1. 概念

”

子宮内膜症 (endometriosis) は、子宮内膜あるいはその類似組織が子宮外で発育・増殖する疾患である **図 1-1**。病理学的には良性であるにもかかわらず、本来は子宮内腔に存在するはずの内膜組織が、子宮外の骨盤腔などで増殖・浸潤し、周囲組織と強固な癒着を形成する。悪性腫瘍の転移にも似た類腫瘍性の性格をもつ奇異な疾患である。

“

2. 発生部位と病変

”

子宮内膜症の発生部位としてはダグラス窩周辺が最も多く **表 1-1**、活動性の初期病変の大部分はこの部位に認められる。逆流した月経血は、この部位に

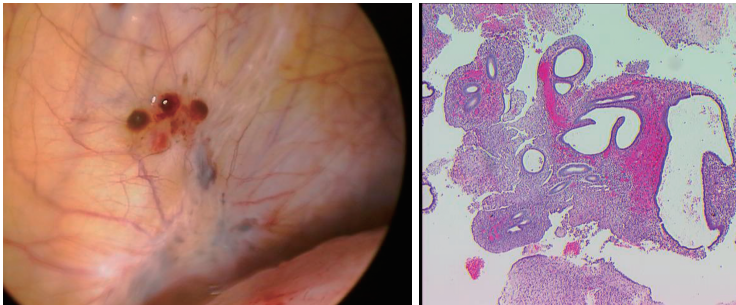


図 1-1 子宮内膜症腹膜病変と組織像

膀胱子宮窩の子宮内膜症腹膜病変: 赤色, 黒色, 白色病変をすべて含んでいる (左)

組織像: 子宮内膜に類似した腺構造と間質および出血がみられる (右)

表 1-1 子宮内膜症の発生部位

好発

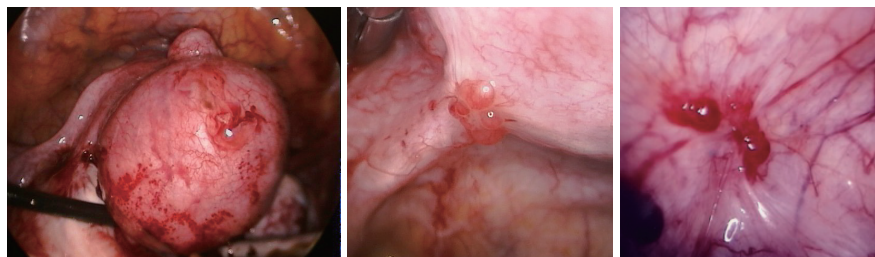
卵巢・子宮漿膜・ダグラス窩・仙骨子宮靱帯・直腸腔中隔・卵管

比較的稀

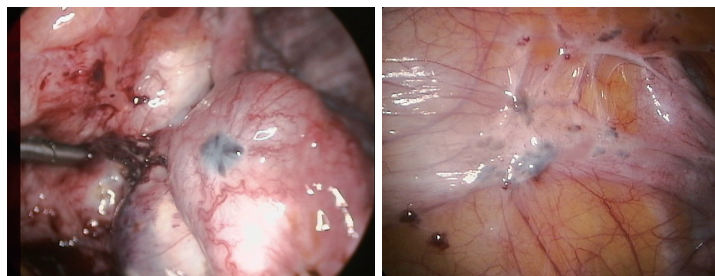
広靱帯・膀胱・子宮腔部・腔・虫垂・尿路系・大網・皮膚 (手術癒着部・臍)

稀

肺・胸膜・小腸・筋肉・骨



赤色病変



黒色病変

白色病変

図 1-2 腹膜病変

貯留することから、月経血逆流現象が内膜症発生の一要因であることが推察される。子宮内膜症の病変は、体のほとんどあらゆる部位にできるが、性器外の稀な部位にできたものは稀少部位子宮内膜症とよばれている。

子宮内膜症の病変としては、腹膜病変、卵巣チョコレート嚢胞、深部子宮内膜症 (deep infiltrating endometriosis: DIE) などがある。DIE は腹膜表面から 5 mm 以上浸潤した病変と定義されているが、一般には、直腸や S 状結腸、直腸膈中隔、膀胱子宮窩にできる腺筋症様病巣 (adenomyosis externa) をさす¹⁾。

異所性内膜症組織は正所性内膜と同じレベルではないが、性ホルモンに反応して月経様出血を起こす。その結果、内膜症病変は新旧血液を含んだ大小の血性嚢胞を形成する。血液成分の二次変化により壊死組織成分を含んだ凝固血液やヘモジデリン沈着がみられる。

腹膜病変は数ミリ径の透明、赤色あるいは青黒色の結節 (blueberry spot) が主体である **図 1-2 Memo 1**。卵巣に発生した内膜症性嚢胞は、血液貯留に伴って破裂・重積を繰り返し徐々に増大する (卵巣チョコレート嚢胞)

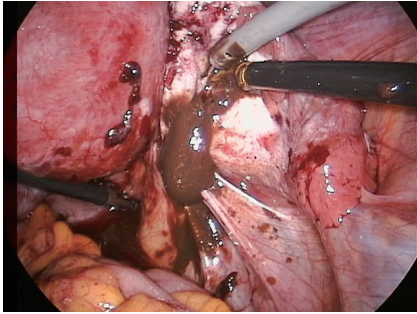


図 1-3 卵巣チョコレート嚢胞

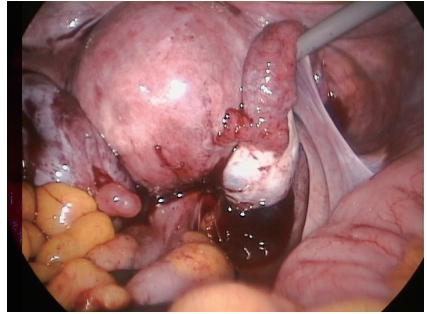


図 1-4 癒着病変
左卵巣チョコレート嚢胞とダグラス窩閉鎖

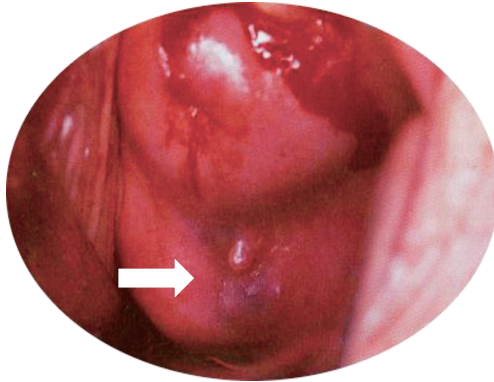


図 1-5 深部子宮内膜症病変
後陰門蓋部の病変: 矢印

図 1-3 . 血液成分による刺激によって周囲組織との癒着が形成され 図 1-4 , 病変周囲は線維化・器質化を起し硬結となる 図 1-5 .

3. 稀少部位子宮内膜症

胸腔，尿管・膀胱，腸管および臍などの性器外で比較的稀な場所にてできる内膜症を稀少部位内膜症とよぶ。なかでも，腸管と尿路系に多いが，肺，神経，副腎，皮膚，角膜などの報告がある。子宮内膜症患者の1~12%にみられるといわれ，骨盤内の子宮内膜症を伴わない場合もある²⁾。



腸管内膜症

発生部位としては、直腸とS状結腸がおよそ半数を占めている。腸管の病変は、通常は漿膜から筋層に達するが粘膜下や粘膜に達するものは少ない。腸管の狭窄を招くと、腹痛、下痢、下血、腹部膨満などの症状が出現して、腸閉塞を起こすこともある。重症例には腸切除が必要となる **症例 1**。

症例 1

腸管子宮内膜症の症例

45 歳 2 妊 2 産 (帝王切開術 2 回)

【現病歴】

- 2000 年 月経痛を主訴に鳥取大病院婦人科を初診した。NSAIDs にて外来で経過観察とした。
亜イレウスを繰り返し、当院消化器内科にて薬物治療が行われた。
- 2005 年 12 月～ LEP を処方開始して、月経痛は軽快した。
- 2010 年 8 月～ 受診を中断した。
- 2012 年 2 月 月経痛が再燃したため、当科を再受診した。子宮筋腫および右卵巢チョコレート嚢胞と診断した。臍部と左上腹部皮膚に、月経時に疼痛が増強する病変を認め、稀少部位子宮内膜症を疑った。
- 2012 年 5 月 ミレーナ® 挿入により、月経痛は軽快した。
- 2013 年 10 月 腹痛と嘔気を主訴とするイレウス症状のため入院し、保存的治療を受けた。
- 2013 年 11 月 イレウス症状の増悪により、再入院となった。

【入院後の所見】

骨盤 MRI 検査 (2012.05) 1-6

右卵巢に 3 cm 大のチョコレート嚢胞と子宮前壁などに複数個の筋腫核を認めた。

腹部 X 線検査 1-7

腹単でイレウスに特徴的な腸管拡張像とニボー所見があった  1-7a。

消化管透視検査では回腸に 2 カ所の狭窄部位がみられた  1-7b。

手術

消化器外科にて、回腸部分切除術が行われた。

回腸末端から 40 cm の部位とその口側 10, 20 cm に拘縮が認められ、この部分を含めておよそ 20 cm の回腸を切除した 図 1-7c .

摘出標本と病理 図 1-8

回腸漿膜から筋層内にかけて、子宮内膜に類似する高円柱上皮からなる腺腔が不規則に増生している。

【術後経過と薬物療法】

術後経過は順調で、現在までイレウス症状は出現していない。

臍部および皮膚子宮内膜症の疼痛が増悪したことと 図 1-9 , 腸管内膜症の再発予防を目的として術後 1 カ月よりジエノゲスト服用を開始した。

投与 3 カ月後には、腫瘤は軟化し、疼痛はほぼ消失した。現在まで、不正子宮出血、肝機能異常、骨塩量低下などの副作用は認めていない 図 1-10 .

【まとめ】

本症例はイレウス症状を繰り返して、その後症状が増悪して腸管切除に至った症例である。腸管子宮内膜症はかならずしも月経と症状が一致しないことも多く診断が遅れる。腹痛やイレウス症状を繰り返す時は、腸管子宮内膜症を鑑別診断にあげる。

図 1-6 ■ 骨盤部 MRI

