

TOPIC#3

インプラント

南口早智子 先生(京都大学医学部附属病院 病理診断科)

腹膜インプラントは卵巣外に存在する表層上皮性境界悪性腫瘍の播種病変で、予後が良好であるために癌の播種性転移とは厳密に区別されているが、癌に準じて病期が決定される(Ⅱ期ないしⅢ期)。漿液性境界悪性腫瘍でみられることが多く、約20~30%の症例で認められるが、内頸部様粘液性境界悪性腫瘍でもみられることがある。

腹膜インプラントは組織学的に(1)非浸潤性インプラント non-invasive implant、(2)浸潤性インプラント invasive implant、の2つに分類され、非浸潤性インプラントは更に上皮型 epithelial type と線維形成型 desmoplastic type に分けられる。非浸潤性インプラントは腹膜や大網表面に散布されたように存在し、表面は顆粒状である。脂肪小葉間の線維性隔壁に進展することもある。上皮型は卵巣の境界悪性腫瘍と同様の形態を示す腫瘍組織から構成され、腹膜表面に存在する。これに対して線維形成型は高度の肉芽組織型間質反応を伴い、腹膜表面から突出するブランク様の肉眼像を示す。組織像が浸潤癌に酷似するが、弱拡大では既存の腹膜は保持されており、病変部と大網や腸間膜の脂肪織の境界が比較的明瞭であることがわかる。脂肪小葉の隔壁に沿って分布することがあるが、腹膜の破断を伴う脂肪織内進展はみられない。従って、弾性線維染色で腹膜の弾性板が保持されている。これに対して浸潤性インプラントは腹膜下の結合織、脂肪小葉に浸潤する。インプラントは腹膜との関係が把握しやすいように、腹膜に対して垂直方向で切り出すことが望ましい。ときに非浸潤性、浸潤性インプラントが混在するため、提出された組織は可及的に全てサンプリングする。

非浸潤性および浸潤性インプラントの判別は予後予測と治療のために重要である。漿液性境界悪性腫瘍のインプラントでは死亡率、再発率が非浸潤性の場合4.7%、14%、浸潤性の場合34%、65%と報告されている。そのため、浸潤性インプラントが化学療法に適応となるのに対して、非浸潤性インプラントはⅢ期であっても経過観察となる。線維形成性インプラントを浸潤性インプラントと誤認した場合には無用な化学療法を行うことに繋がる。なお、非浸潤性インプラントであっても10~20年の長期にわたって経過観察を行った場合には悪性転化をきたす例があり、死亡率が20%に及ぶことが報告されている。最適な患者マネジメントのためには、原発巣のみならず腹膜病変の評価が極めて重要であるといえる。