

後縦隔洞から発生した巨大なる 良性畸型腫の1治験例

金沢大学結核研究所診療部 (主任：卜部美代志教授)

高 野 徹 雄
出 口 国 夫
上 原 時 雄

(受付：昭和37年8月27日)

縦隔洞腫瘍のうち畸型腫はそのひん度が多く近年にいたって胸部外科の発展とともに本腫瘍の剔出例が数多く報告されている。縦隔洞畸型腫は前縦隔洞から発生する機会が多いとされているが、著者らは最近後縦隔洞から発生した巨大なる1例を経験したので報告する。

症例 渋○和○ 30才男、会社員

家族歴：両親兄弟共健康で特記すべきものなし。

既往歴：生来健康であったが11才時左側肋間神経痛の診断をうけたことがある。当時左前胸部に激痛があり約10日間の治療をうけて軽快した。ツベルクリン反応は16才時陽転。

現病歴：昭和26年某会社に入社。入社後の定期検診で胸部X線上、左肺の陰影を指摘され、自覚症状は全くなかったが肺結核と診断をうけて約3カ月間自宅にて化学療法を行った。その後復職し普通勤務した。昭和31年10月なら誘因と思われることなく突然左前胸部の激痛をおぼえ約1週間加療をうけて軽快した。その後胸部X線写真上、左肺陰影や増大したといわれたが、がいそう、かくたん発熱などは全く認めず、普通勤務していた。昭和36年9月上旬前回と全く同様に左前胸部の激痛及び39°Cの発熱が約4日間持続し抗生物質の投与によって下熱した。10日後再び左胸痛と発熱を認めたの

で某病院に入院、胸部X線写真で陰影の著明な増大が認められたので肺腫瘍の疑ありと診断され当院に転入院した。がいそう、かくたんはほとんど認めたことがなく、毛髪などを喀出したこともない。

現症：身長164cm、体重62kg、体格栄養共良好。体温37°C、脈はく76整で緊張良好。呼吸は胸腹式で平靜。頸部、胸部の形態は正常で胸郭運動には異常を認めない。頸部、鎖骨か及び腋かりんば腺の腫脹はない。心濁音界はやや右方に移動している。第2肺動脈音の軽度のこう進を認めるが心雑音を聞かない。右胸部は打聴診上異常を認めないが左胸部は全般に打診上短調で後上胸部は濁音を呈し、呼吸音は弱く、わずかにねん髪音を混ず。腹部は異常なく肝腎脾は触知しない。四肢に浮腫、知覚異常はなく、反射機能は正常。食思、睡眠共良好。自覚症状として左側胸部より前胸部にかけて鈍痛を訴え、第5肋骨に沿って軽度の圧痛あり。赤血球数416万、白血球数9900、好中球56%、リンパ球39%、単球5%で軽度の核左方移動あり、血色素量(Sahli値)103%、血圧125~95、血沈1時間値97mm、肺活量3400ml、尿し共異常なく、かくたん中結核菌陰性。かくたんの細胞検査では腫瘍細胞陰性。Bsp排泄試験2%、血清梅毒反応陰性。

胸部X線所見：入手し得た昭和26年に撮影した写真はやや不鮮明であるが左鎖骨下に上方の境界が不明りょうであたかも無気肺を思わせる陰影を認める。これが昭和32年にはやや増大し、更に昭和36年になると陰影は下向に向つて著明に増大している。すなわち左上肺野から中肺野に及んで下方の境界明りょうな腫りゅう状陰影が左肺野のほぼ上半分を占めている。心陰影はこのために著明に右方に移動している。側方撮影によりこの腫りゅう状陰影は後胸壁に接して位置し、肺門部気管支分岐部を境として上方に超鶏卵大、下方に手けん大の2コの腫りゅうが存在するように見える。いずれも前方の境界は明りょうであるが後方の境界は不明りょうである。断層撮影では後面より8cmで最も明りょうで、心陰影左縁に接して肺門部より腫りゅう状に膨隆した手けん大陰影とその外方に直径約5cmの限局性陰影及びその上方に手けん大の限局性陰影の計3コ存在するようにみられる。しかしこれらの陰影は独立して存在するのではなくお互に連続しゆ合しているようにみうけられる。なお術後にX線写真を再検討したところ、よく注意しないと見のがすが、肺門部腫りゅう陰影の中に骨陰影を認めている。すなわち断層撮影で後面より6cmで肺門部に近く肋骨走行とほぼ直角に長さ約4cmの肋骨の太さ大の骨陰影を認めることが出来る。気管支造影所見では気管の軽度右方転位があり左上葉の末しょう気管支には造影剤の進入は不良であるが、気管支の狭さく、あるいは陰影欠損などは認められない。

術前経過：入院後、がいそう、かくたんは全くないが時々38°Cに及ぶ発熱が2～3日持続しSMあるいはCMの投与によって下熱した。左前胸部の鈍痛は発熱と同時に増強し時には左胸部圧迫感を訴えた。気管支鏡検査では気管の軽度右方転位を認めるほかは可視範囲内においては腫よう、狭さくなどは認められない。

以上の臨床経過及び諸検査の結果から考えて縦隔洞の良性腫瘍に二次的感染が加わったもの

であろうとの診断のもとに昭和36年11月9日手術を施行した。

手術所見：エーテル維持による閉鎖循環式気管内麻酔で、後側方切開により第5肋間にて開胸した。肋膜遊離腔は全くなく特に後側方には強い肋膜肥厚を認めた。腫瘍は後胸壁と肺との間に存在し大きさは超兒頭大で左肺上葉は腫瘍による圧迫のために著明に縮し下葉も前下方に向つて圧迫されていた。腫瘍は後胸壁及び肺と密にゆ着しているためはく離は困難を窮めた。胸壁面のはく離に際して腫瘍壁を損傷したため多量の黄色半透明ゼラチン様物質及び毛髪を含む灰白色のかゆ状物質が流出し腫りゅうは縮小したので以後の操作はやや容易となった。はく離を進めるに腫瘍は肺門部においても強くゆ着し大動脈とはく離も容易ではなかった。腫瘍と肺とはく離が困難なることと、S₂、S₆に鶏卵大腫りゅう状に触知する部分が存在したこと及び気管内加圧によるも下葉は充分なる膨張が得られなかったので腫瘍剔出と同時に左肺切除を行った。

胸腔内洗浄後PC40万単位、SM1g m 散布し手術終了した。

剔出腫瘍及び肺所見：腫瘍は重量235g m、大いさ14×8×5cm 壁は一部欠損しているが肥厚の著明な部分も認められる。割を入れると中心部に腔を有しその内容は手術時に一部は排出されているが、中には多量の脂肪組織が存在しその中に長さ5cmの肋骨太さ大の骨を含んでいる。又壁に付着した内容はゼラチン様物質と豆腐かす様のたい廃物の混合したもので同時に多くの遊離した毛髪が付着している。著明に肥厚した部分はほとんど結合織様の構造を示しているがその中に一部腸管様の断面を示す部分がみられる。

肺は重量320g m、全体として著明に縮している。腫瘍に接していたS₂、S₆は硬くその割面は灰白色で一部え死に陥っている。

組織学的には腫瘍内腔は一部重層扁平上皮におおわれ、汗腺、毛のう及び皮脂腺を認め上皮

細胞は角化しているが部分的に不全角化様の像も認められる。また、腫瘍壁の一部にはムチン様物質を含む粘液組織を中心としてプラズマ細胞、血管の充えい及び異物巨細胞がみられ炎症性反応を強く呈している。腔の一部でこのムチン様物質に接するところに強い類え死変化がみられる。肉眼的に腸管様断面を呈した部分は組織学的には腸腺を備えた完全な腸管の像を示している。

肺の組織学的所見は全般に肺胞腔の著明な縮小がみられ或る部分には完全な肺胞腔の消失像

がみられる。S₂, S₆の肺胞はほとんど肉芽組織をもっておきかえられこの肉芽組織周辺部には血管の新生及び線維細胞の増殖が強い。気管支ことに上葉の小気管支においては上皮脱落、淋巴球の浸潤が著明であるが場所により小気管支を中心として多数の単核球、淋巴球及びはく離した肺胞上皮細胞がみられる。つまり肺病変は小気管支を中心とした炎症に始まり、比較的新しい病変及び肉様変化などの古い病変までいろいろの病変度を呈している。

考 案

畸型腫は Willis⁴⁾によると単なる畸型とは異なり良性にしる悪性にしる進行性の發育力を有する真性の腫瘍の一つであるとしている。従来、良性のう腫性畸型腫 benign cystic teratoma に対して皮様のう腫 dermoid cyst なる名称がよく用いられていたが皮様のう腫なる名称は次の三つの理由から適當ではなく、う腫性畸型腫の名称を用うべきであるとしている。すなわち 1) dermoid cyst (あるいは epidermoid cyst) なる名称は皮膚、頭がい内その他の部位に発した skin-lined cyst に適用されるがこれは teratoma とは全く別のものである。2) 最も単純なる teratoma でも皮膚のほかにも多種多様の組織を含んでいる。3) いわゆる dermoid cyst の中には壁のほとんど大部分が皮膚以外の組織たとえば神経系、呼吸器系、消化管系の組織あるいはこれらの混合した組織で構成されている場合があることなどである。発生場所としては卵巣に最も多く次にこう丸、前縦隔洞、腹膜腔の順にそのひん度が少なくなるという。畸型腫の成因に関しては不明で、現在までのところ定説はない。組織学的には次の組織を含んでいる。皮膚、毛髪、汗腺、皮脂腺時には色素沈着部をも有し、リンパ腺あるいは粘液腺を伴った口腔いん頭部の粘膜上皮、更に呼吸器粘膜上皮もしばしばみられる。歯もしばしばみられ、単一のこともあるが時には数十個存在することも

ある。腸管上皮もしばしばみられるが胃あるいはすい臓組織は希である。悪性畸型腫ではこれらの組織のどれかが種々の段階の未熟度の状態でみられるわけである。神経組織はすべての畸型腫に最もよくみられるもので約80%に見出される。糸球体及び細尿管を有するじん組織もまれにみられる。軟骨あるいは骨はしばしばみられる構成要素の一つであり同時に脂肪組織、結合組織、血管もみられることが多い。悪性の場合にはこれらが胎生期の mesenchyme としてみられる。平滑筋は消化管系あるいは呼吸器系上皮の周囲にしばしばみられ、横紋筋も時にはみられることがある。

縦隔洞畸型腫については、葛西他⁵⁾は1953年までに文献上わが国における手術例は24例(うち2例は悪性畸型腫)であったとし、更に2例の自験例を加えて報告している。その後ト部⁶⁾による更に詳細なる集計では自験例を加えてわが国における手術例の報告は畸型腫あるいは皮様のう腫として39例(うち悪性畸型腫は4例)であったとしている。その後も近年の胸部外科の発展に伴って畸型腫のえき出報告は数多い、⁷⁾⁸⁾⁹⁾¹⁰⁾¹¹⁾¹²⁾¹³⁾¹⁴⁾¹⁵⁾¹⁶⁾¹⁷⁾¹⁸⁾²¹⁾一方外国における報告は更に多く Brewer 他³⁾は1949年44例の縦隔腫瘍手術のうち8例の畸型腫を報告し Nelson 他¹⁹⁾は14例の縦隔腫瘍のうち12例の teratodermoid(うち2例は悪性)

があったと報告し, Morrison²⁰⁾は332例の縦隔洞腫瘍のうち36例(うち3例が悪性)が畸型腫であったとし, Joannides 他²²⁾は117例の縦隔洞腫瘍のうち11例の teratoid を報告している。

縦隔洞畸型腫は次第に増大し種々の症状を呈するようになる。主として周囲臓器に対する圧迫症状と炎症性ゆ着, 内圧の増加, 腫瘍壁の栄養障害によるせん孔をきたしその結果として急性肺炎, 肺壊疽, 胸膜炎, のう胸, 心のう炎などの合併症で死亡するといわれている。又前述のごとく悪性化も時として認められ, Rusby²⁾によると251例の畸型腫のうち12.9%が悪性であったという。前述の諸家の報告でも10~20%に悪性例をみている。したがって悪性化せざるものはある一定以上の大きさになるまで無症状のことが多い。症状としては腫瘍による圧迫及びせん孔感染が主で他の縦隔洞腫瘍と比較して特異な点はなく, 発熱, がいそう, 胸痛, チアノーゼ, 顔面浮腫, 胸内圧迫感, 心きこう進,

呼吸困難, 患側胸壁浮腫, 静脈怒張, 肋間神経痛, えん下困難, ホルネル症候群などである。従って相当に進行するまで無自覚であるから早期発見は困難である。診断は正面及び側面X線撮影が最も重要で時に石灰化像あるいは歯牙, 骨陰影が認められれば診断は確実である。その他X線による透視診断, 気管支鏡, 気管支造影, 動脈撮影, 胸腔鏡による検査も診断の一助となる。また試験穿刺により毛髪, 腫瘍内容を得れば診断は一層確実である。

本症は文献上にもみられるごとく初期にはしばしば肺結核と誤認される場合が多い。本症例も初期には肺結核と診断をうけていたが, 腫瘍増大とともに肋間神経痛, さらにせん孔による反復性の肺感染症をきたして発熱を認めたのでようやく治療をうける運びとなったものである。

本腫瘍の治療法としてはえき出が最も望ましく, 前述のごとく悪性化の傾向も認められるので早期発見による早期手術が妥当である。

結 論

30才男の後縦隔洞から発生した巨大なる良性畸型腫の1治験例について, その症例を報告す

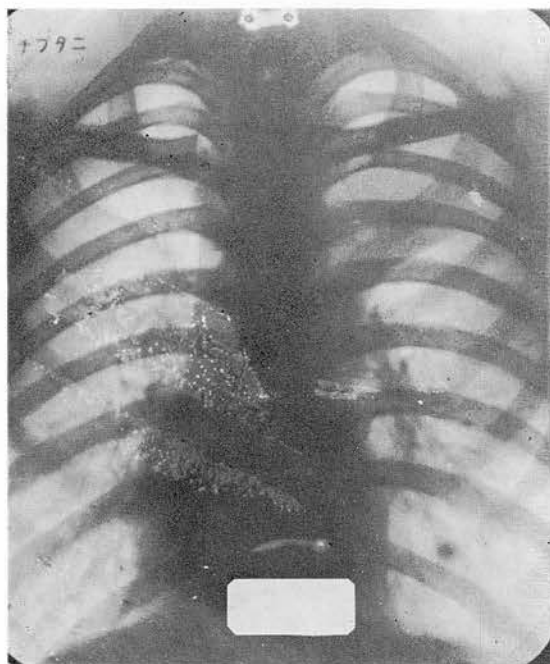
るとともに文献的に考察を加えた。

文 献

- 1) Willis, R. A.: J. Path. Bact., 40, 1, 1935.
- 2) Rusby, N. L.: J. thoracic Surg., 13, 169. 1944 (Brewer & Dolley より引用)
- 3) Brewer, L. A. III. & Dolley, F. S.: Am. Rev. Tuberc., 60, 419, 1949.
- 4) Willis, R. A.: Teratomas, Atlas of Tumor Pathology, Armed Forces Institute of Pathology, Washington, D. C. 1951.
- 5) 葛西森夫, 中村好和: 臨牀外科, 8, 577, 1953.
- 6) 卜部美代志: 縦隔の外科, 日本外科全書, 17, 407, 1955.
- 7) 甲斐太郎, 南波晋, 細川卓: 胸部外科, 6, 425, 1953.
- 8) 太中弘, 浅野献一: 胸部外科, 6, 430, 1953.
- 9) 宮川忠弘, 佐藤権内, 斉藤尚二: 胸部外科, 8, 361, 1955.
- 10) 宮本忍, 古賀良平, 寺田巖蔵: 胸部外科, 9, 428, 1956.
- 11) 太中弘, 小池脩, 西村菊夫: 胸部外科, 9, 434, 1956.
- 12) 木村忠, 吉井信夫, 田中滋: 胸部外科, 9, 444, 1956.
- 13) 鈴木良一: 胸部外科, 9, 452, 1956.
- 14) 津田誠訳: 手術, 10, 191, 1956.
- 15) 須藤和夫, 飯田豊, 日野昇: 胸部外科, 10, 458, 1957.
- 16) 酒井正宏: 胸部外科, 10, 552, 1957.

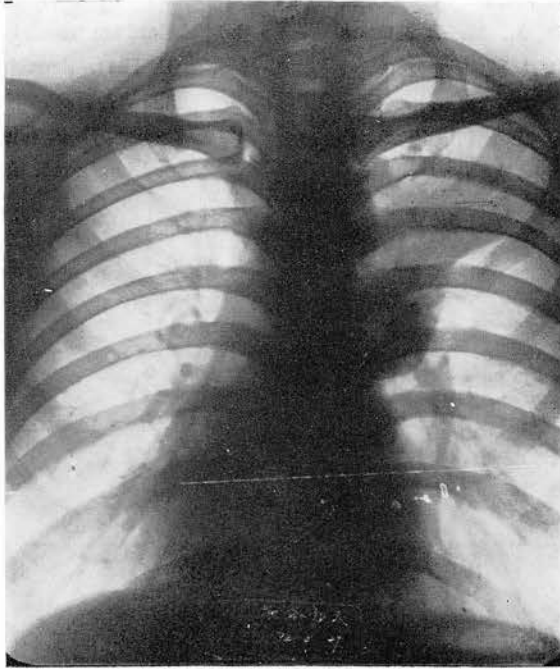
- 17) 奥口昭三: 胸部外科, 10, 897, 1957.
- 18) 手塚毅: 医療, 11, 118, 1957.
- 19) Nelson, T. G., Shefs, L. M. & Bowers, W. F.: Dis. of chest, 32, 123, 1957.
- 20) Morrison, I. M.: Thorax, 13, 294, 1958.
- 21) 成瀬昇, 安藤良輝, 岡本良平, 山下圭司: 京都府立医大雑誌, 65, 405, 1959.
- 22) Joannides, M. JR. & Langston, H. T.: Dis. of chest, 38, 243, 1960.
- 23) Adler, H., Taheri, S. A. & Weintraub, D. H.: J. thoracic and Cardiovas. surg., 39, 579, 1960.
- 24) Edge, J. R. & Glennie, J. S.: J. thoracic and cardiovas. Surg., 40, 172, 1960.

図 1



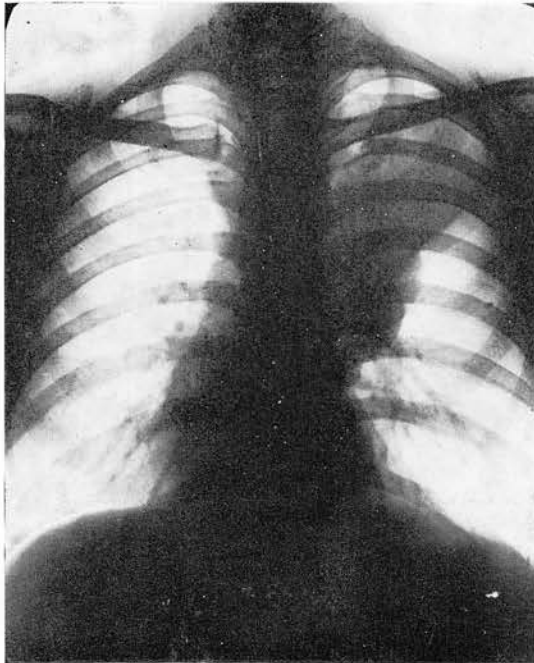
昭和26年4月: 定期検診で発見

図 2



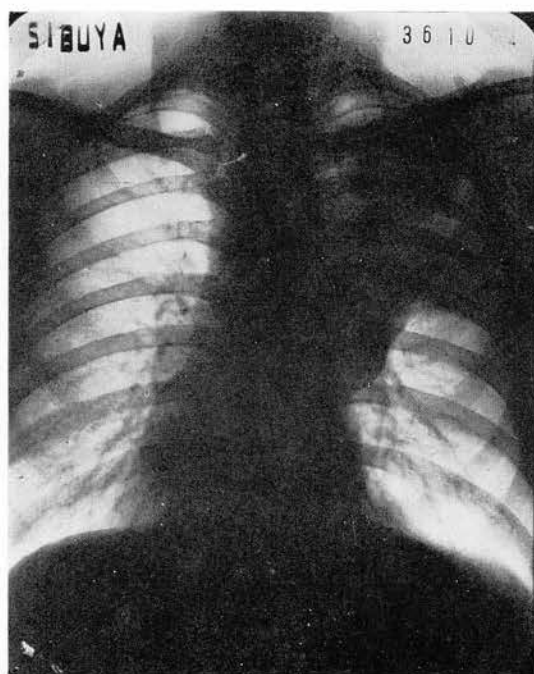
昭和32年 8 月 : 陰影はやや増大

図 3



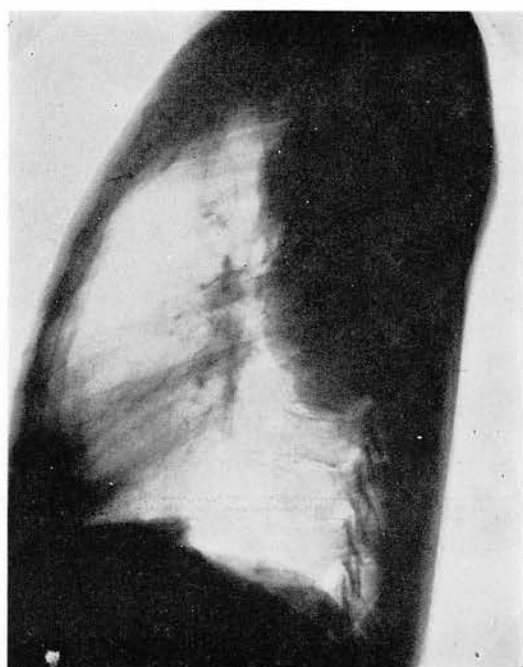
昭和36年 6 月 : 陰影は更に増大し肺門部では腫りゆう状を呈す

図 4



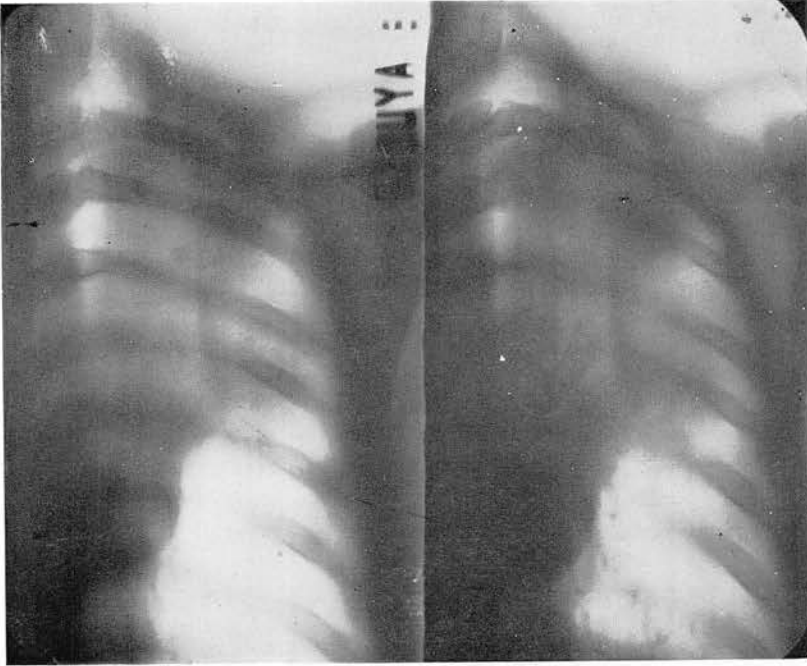
昭和36年10月: 陰影は著明に増大した肺野の上半部を占める

図 5



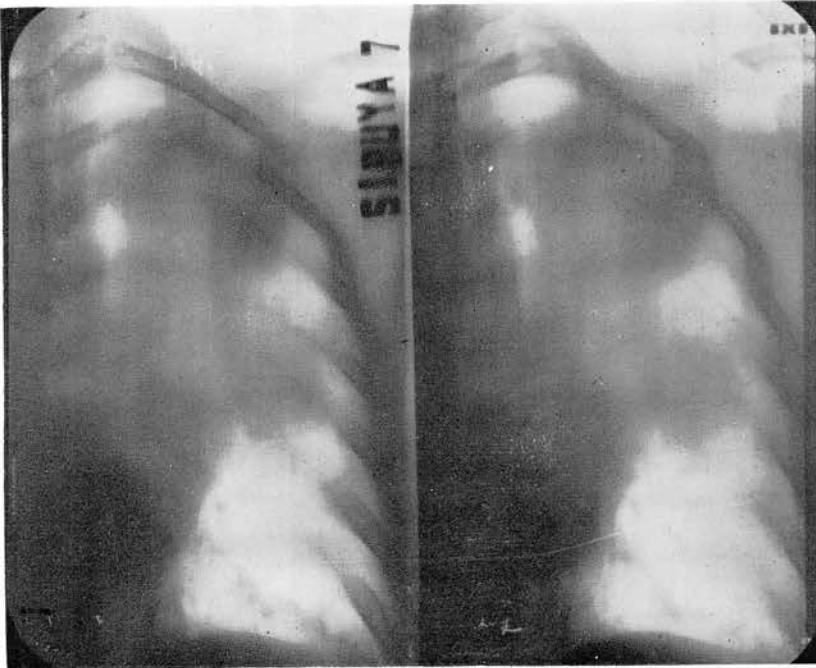
昭和36年9月: 側方撮影では腫りゆうは後胸壁に接している

図 6



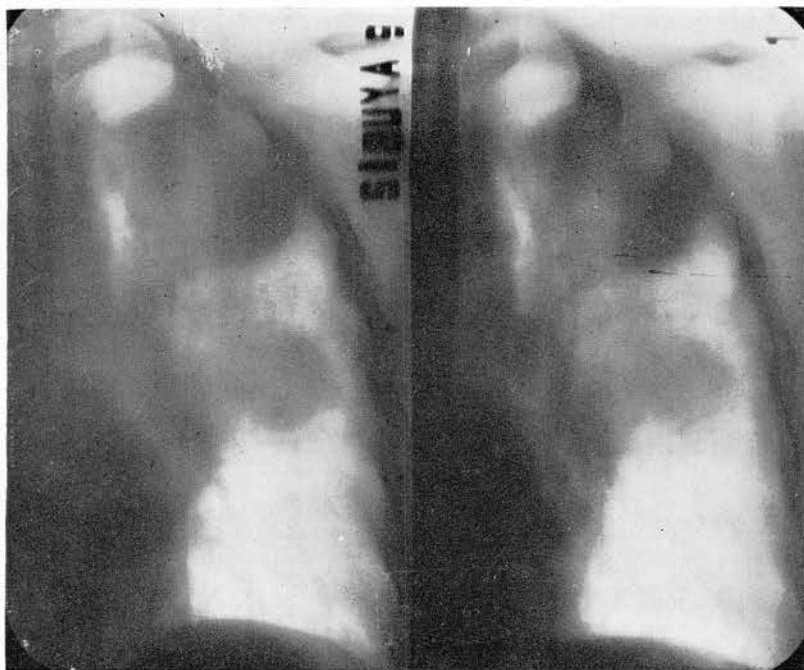
昭和36年10月：断層撮影 面背より 5 cm, 6 cm 骨陰影あり

図 7



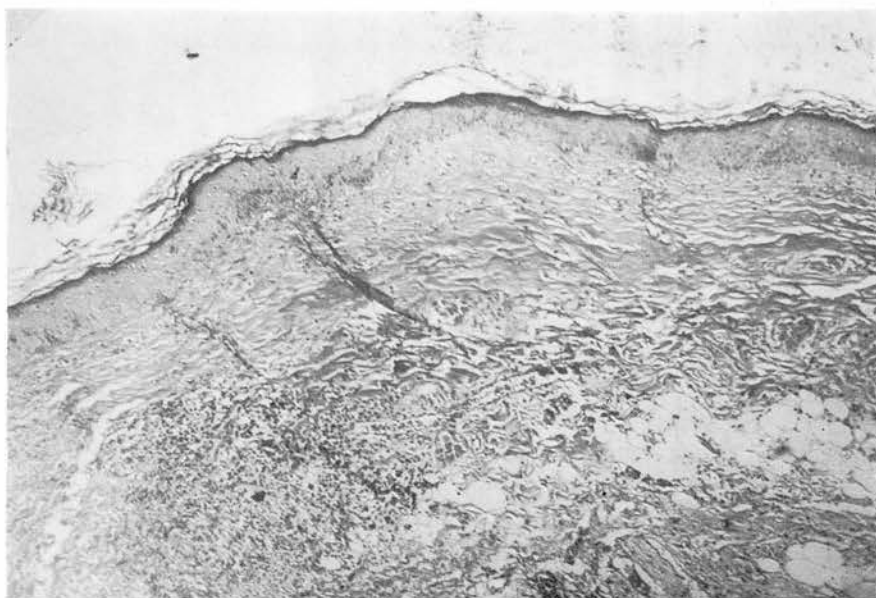
昭和36年10月：断層撮影 背面より 7 cm, 8 cm

図 8



昭和36年10月: 断層撮影 9 cm, 10cm

図 9



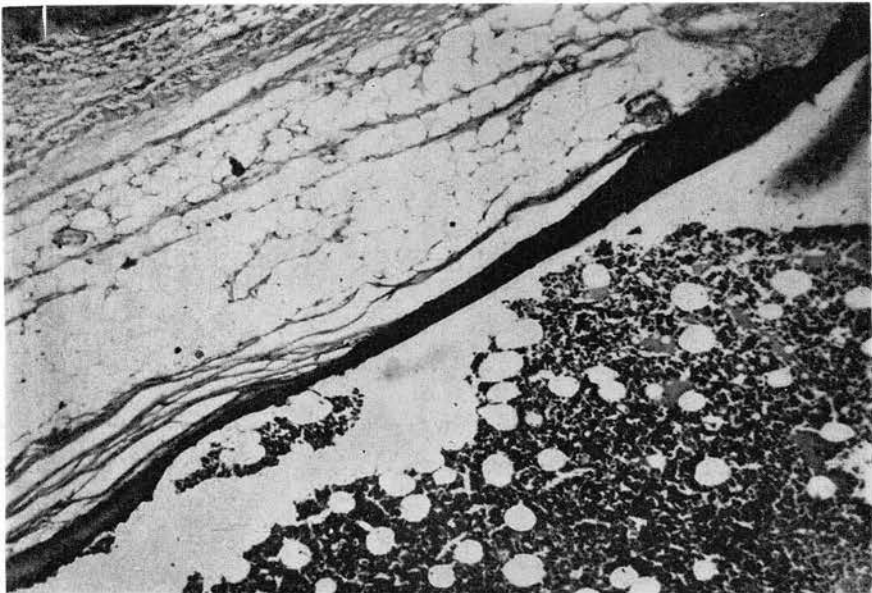
角化層を伴った重層扁平上皮, 汗腺及び皮脂腺を認める

図 10



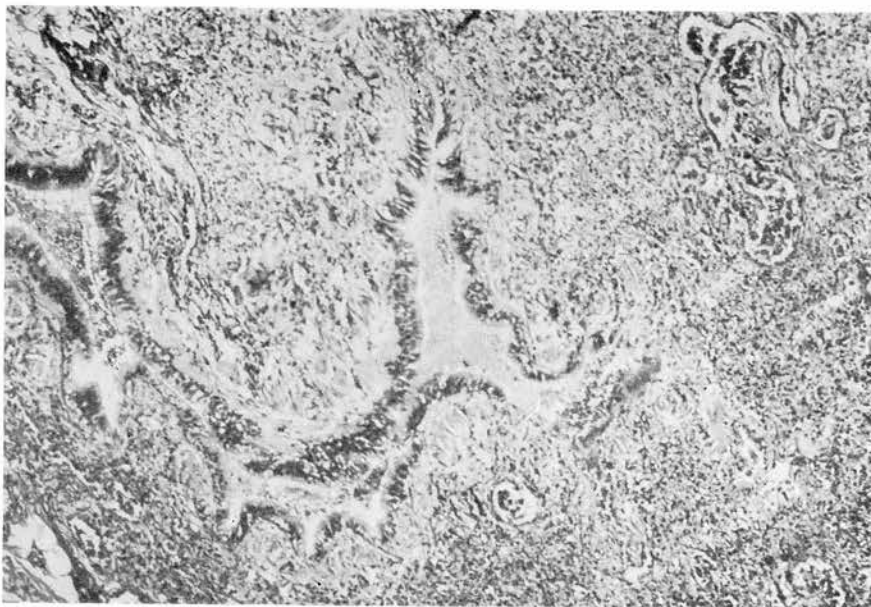
腸管構造を呈する部分

図 11



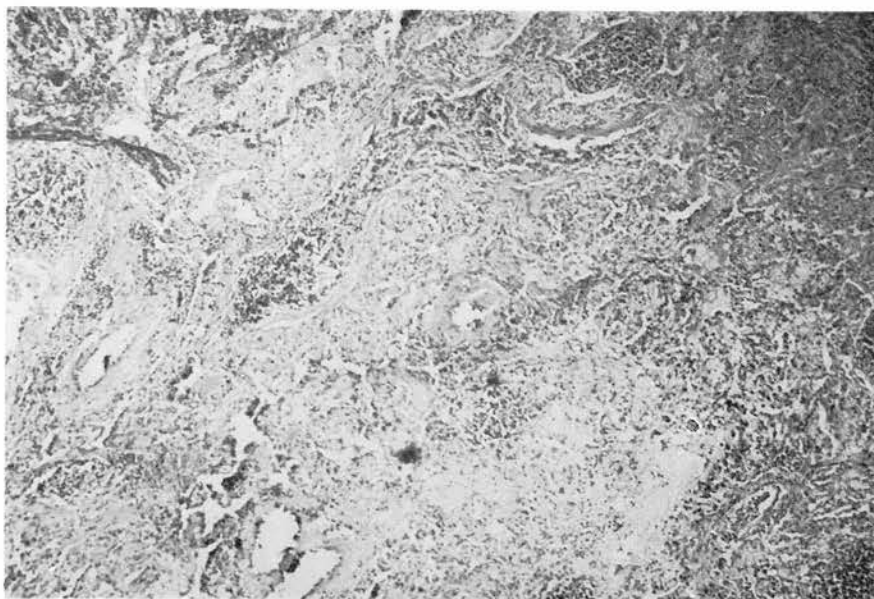
骨構造を呈する部分

図 12



左肺上葉の小気管支を中心とする炎症性反応

図 13



左肺下葉 S₆ の一部，肉様変化 Carnification を呈す