

前縦隔洞皮様嚢腫の一例

金沢大学医学部放射線医学教室(主任 平松教授)

助手 飯 森 又 郎

Mataro Imori

専攻生 坂 下 保 太

Yasuta Sakashita

(昭和29年8月10日受附)

(本論文要旨は第8回日本放射線医学会北陸部会において発表した)

緒 言

21歳の男子，軽度の心悸亢進及び呼吸困難を訴えて来科。当科において前縦隔洞良性腫瘍を

推定し，手術により確認された前縦隔洞皮様嚢腫の1例を報告する。

症 例

患者： M. I., 21歳，男子，農業。

家族歴： 父母共に健在，同胞の1名に心臓疾患を有する他，特記すべきことはない。

既往歴： 生来健康にして著患を知らない。

現症： 昭和28年5月頃より，歩行時，深吸气時に心悸亢進，呼吸困難を認め，某医により，大動脈瘤といわれ，同年10月5日当科外来を訪れ精査を求めた。

入院時所見： 主訴は，呼吸困難及び心悸亢進にして，体格中等度，筋骨の發育良好，顔面は稍々紅潮，呼吸数は稍々速く，動脈の硬化は認められなかつた。血圧は最高138mmHg，最低90mmHg，脈搏数は1分間97，淋巴腺の腫脹は触れなかつた。

胸部打診において，心臓右縁濁音界は胸骨右縁より2横指右にあり，左胸部においては第2肋骨以下に濁音を呈した。聴診上，心音は第2肺動脈音の亢進を認める以外著変はなく，打診上濁音を呈した部分は前胸部より呼吸音を認めなかつた。

胸部レ線透視において，腫瘤に搏動を認めず，又斜位においては心臓及び大動脈の陰影と腫瘤のそれとは連続的でなかつた。胸部レ線写真において，心臓は右方に圧迫され，左第2肋骨より第5肋骨に渉る境界鮮明にして，均等なる陰影を認めた。形態は，体軸に略

一致し，上方に窪を有する。辺縁や凹凸ある橢円形をなしていた。断層撮影は背面より，5cm，7cm，9cm，11cm，13cmの深さにて行つたが，腫瘍内に異常陰影を認めず，7cmにおいて腫瘍の全貌を見ることが出来た(断層撮影において，辺縁の凹凸がより鮮明に認められた)。なお側面像において，肋膜肥厚が認められた。肺活量は，立位及び坐位にて1700cc，臥位にては1600ccであり，その他腹部には異常を認めず，ただ左上肢に軽度なシビレ感を訴えていた。赤沈は1時間値27mm，2時間値72mm，血液像には著変を認めなかつた。喀痰検査においても，毛髪及び異常細胞は認めなかつた。

心電図所見としては，頰脈を認め，S₁はやや深く，尖つたP_{II}，及びT_{II}の増高を認めた。型は右位型に近く，特殊誘導によるelectrical positionは半垂直位をなし，移行帯はV₃とV₄の中間にあつた。レントゲンキモグラムでは，心臓は右方へ圧迫され，右第2弓に心室波が著明であつた。左室陰影にはDichteänderungが認められたが，腫瘤陰影内には認められず，且つ辺縁は完全に静止状態にあり，搏動像は認められなかつた。

経過： 入院後毎日，腫瘍に向い，前後側の各面よ

り1日1門, 10cm×15cmの照射門口にて, レ線深部治療を行つた。1回照射量は250γ 或いは200γ にして, 入院中45日間に総量6500γ を照射した。なお二次電圧は180K.V., 二次電流は6.0m.A. にして, 濾過板はCu0.7cm, Al0.5cm である。後に軽度の皮膚炎を生じてからは隔日照射を行つた。

自覚症状は, 入院治療後一時的にやや軽快した。11日目に至り, 左肋膜腔に液滯留像を認めた。穿刺により褐黄色, 透明, アルカリ性の液60ccを採取したが, 終末頃にFibrinの析出を認めた。比重1.015, Rivalta反応陰性にして, 沈渣成分は白血球(主に淋巴球)及びFibrin様の細長き細胞を認めたが, 毛髪及び異常細胞は認められなかつた。更に喀痰検査においても, 毎度異常を認めず, 気管枝造影法を行うも, 腫瘍と気管枝との交通は認められなかつた(附図4)。

腫瘍の増大は, 昭和28年5月, 10月及び12月のレ線胸部写真を比較するに(附図1, 附図2及び附図5), 5月より10月にかけては急速な増大を見たが, 10月から12月にかけては上方に約1肋骨幅の増大を認めたのみであつた。しかし常に腫瘍辺縁は鮮明であつた。又

12月の写真に無気肺像が認められ, 更に腫瘍中に数個の境界鮮明にして, 均等なる濃陰影を認めた(これは入院中の写真には認められなかつた)。しかしこれが物体の投影像であるか, 現像ムラ等によるものかは当時断定出来なかつた。なお同様な陰影は同時に影つた断層撮影(背面より7cm, 9cm, 11cm)の中, 9cmにおいても認められた(附図7)。又入院時及び退院後(その間61日)の断層撮影を比較するに(附図3及び附図6), 何れも7cmにおいて腫瘍の全貌を見ることが出来た。なお全身状態は終始良好であつた。

以上の事実より良性腫瘍を疑い, 本学久留外科に依頼し, 腫瘍の全摘出を行つた。切開は前胸部左第4, 第5肋骨の間を肋骨に沿つて行い, 両肋骨を切除し, 胸腔に入つた。腫瘍は体壁, 縦隔洞両肋膜の一部と夫々癒着し, 茎を以つて縦隔洞と連続していた。又一部に僅かの無気肺をも認めた。腫瘍の大きさは縦14cm, 横13cm, 厚さ8cmで, 上方に彎入を有する, 辺縁凹凸著明な類卵円形であつた。壁には壊死を認めず, 内部に毛髪, 骨, 軟骨等を有する複雑性皮様囊腫で(附図8及び9), 重量は180gであつた。

総括並びに考案

本例は青年期に到つて, その症状を呈した前縦隔洞皮様囊腫であるが, 一般に本例の如く比較的若年者に多く, 殊に思春期と共に発現し, 生育期には急速な發育を成すといわれる⁴⁾。本例においても, 5月及び10月のレ線胸部写真を比較するに(附図1及び2), その發育は決して緩徐なものとはいえない。發育の顯著なのは, この期の身体成熟と関係ありとされ²⁾, 又本例の如き筋骨の發育良好なものに多いといわれる⁴⁾。而して良性腫瘍としての本症は近接臓器に対する重篤な影響はなく, 従つて自覚症状も軽度なことが多い^{4) 7)}。本例においても, 終始重篤ならざる呼吸困難及び心悸亢進を認めたのみであつた。咳嗽も屢々認められる症状であるが, 喀痰中に毛髪を証明出来れば本症の診断は確實となる^{4) 7) 9)}。本例においては認められなかつたが, Dangschaft⁷⁾, 野崎⁴⁾は本症の20%以上に毛髪の喀出を認めると述べている。又毛髪の喀出がなくても囊腫と気管枝との交通

のある例が報告されている⁹⁾。しかし乍ら本例においては, その何れも認められなかつた。

レ線検査は本症の発見及び診断に大きな価値を有するが^{4) 7) 9)}, これのみにて診断を下すことは屢々困難なことが多い⁷⁾。しかし乍ら少なくとも, 手術の適応かどうかを決めることが出来, これが又レ線検査の重要な使命である⁸⁾。即ち良性腫瘍と診断がつけば, 試験的開胸を躊躇してはならない⁹⁾。本例においては, 生来健康にして既往症に特記すべきものなく, 入院中も終始, 全身状態は良好で, 後述する腫瘍の悪性化症候は認められなかつた。腫瘍のレ線感受性も殆んどなく, レ線照射総量.6500γに及んだが, 腫瘍は寧ろ増大した。又R. T. Hood⁹⁾は腫瘍内に石灰沈着像を認めれば, 必ず良性腫瘍であると述べているが, 本例においても腫瘍内に濃厚陰影を認めた。しかしこれが石灰像であるか, 現像ムラ等によるものであるかは断定し得なかつた。レ線検査のみによつても,

腫瘍陰影中に歯牙、骨等の陰影を認めれば、本症の診断は確実なものとなる¹⁾⁴⁾⁷⁾⁸⁾。又 Phemister⁴⁾等は立位像で、陰影の上部にレ線吸収の少ない Cholesterin¹⁾が層状に浮遊することが本症の診断に価値あるものと述べているが、本例においてはこれを認めることは出来なかつた。

本症の予後は、外科的摘出を行わなければ悪く⁴⁾⁶⁾、本例の如くレ線治療は効がない⁵⁾。その悪化は腫瘍壁の壊死による周囲臓器への破綻によるものが多く⁹⁾、又痛並びに肉腫への悪性変化も6~15%にあると報告されている⁴⁾⁵⁾⁶⁾。而して、その悪化症状として、自覚及び他覚症状の急激な増進、転位の発現、腫瘍辺縁の不鮮明化、横隔膜麻痺の出現、著明な静脈の鬱血等⁴⁾⁷⁾が挙げられるが、本例においては、5月より10月にかけての緩徐とはいえない腫瘍の膨脹性増大(しかし常に辺縁は鮮明であつた)及び圧迫による一時的な濾出液瀦溜、軽度な無気肺が認められただけであつて、悪性化の徴候は認められなかつた。而して当科において、本例は良性腫瘍なりと推定し、外科的摘出の適応と認められたものである。

本邦における全縦隔洞腫瘍(悪性腫瘍を含む)中、本症は比較的多く、栗原、石山⁸⁾は夫々15.7%、23%を占めるといふ。

次に本症と鑑別すべきものとして：

1) 大動脈瘤は、種々の方向からのレ線的観

察において、腫瘤と大動脈影とが連続的であること、及び多くの場合著明な搏動を有することが挙げられる。その他梅毒、動脈硬化症がその原因となること、又胸骨上窩の搏動、オリーブ症状及び前胸部の過敏帯等²⁾を認める。

2) 前縦隔洞肋膜炎は普通の場合、側方は斜線によつて明確に境されているのが特徴であるが、稀に嚢状をなしている場合は本症との鑑別は困難である。その時は肋膜炎の臨床症状を検し、又レ線の連続的検査を行うことにより鑑別される。

3) 悪性腫瘍は一般に経過が速く²⁾³⁾、平均6カ月といわれる³⁾⁶⁾。又好発年齢も稍遅れ30~50歳である⁶⁾。その他転移巣を認め、或いは胸部以外の原発巣を認め、レ線感受性も大である。

4) 巨大胸腺、残留胸腺は陰影が心臓の上であり、左右対称的である。又陰影は胸骨後部に固定されている。

5) 胸骨下甲状腺腫も陰影が心臓の上であり、嚥下と共に上下する。

その他、繊維腫、脂肪腫等は臨床的に稀であり、レ線検査では鑑別不可能である。

合併症として肺気腫⁶⁾、肺鬱血及び気管枝拡張症による循環器障碍²⁾、肺炎⁶⁾等が挙げられているが、本例においては腫瘍の圧迫によると考えられる軽度の無気肺、濾出液瀦溜、左上肢の軽度のシビレ感更に肋膜癒着を認めた。

結 論

1) レ線学的検査及び臨床的検査において、前縦隔洞良性腫瘍を疑い、手術によりこれを摘出し、内部に毛髪、骨、軟骨等を証明した前縦隔洞皮様嚢腫(複雑性)の一例を報告した。

2) 胸部レ線写真中に認められた数個の濃厚陰影の内、或るものは骨の陰影であることが手

術所見により分つた。

稿を終るに臨み、常に御懇篤なる御指導と御校閲を賜りました、恩師平松教授に、又貴重な資料を提供されました、久留外科教室水上助教授に衷心より感謝の意を捧げます。

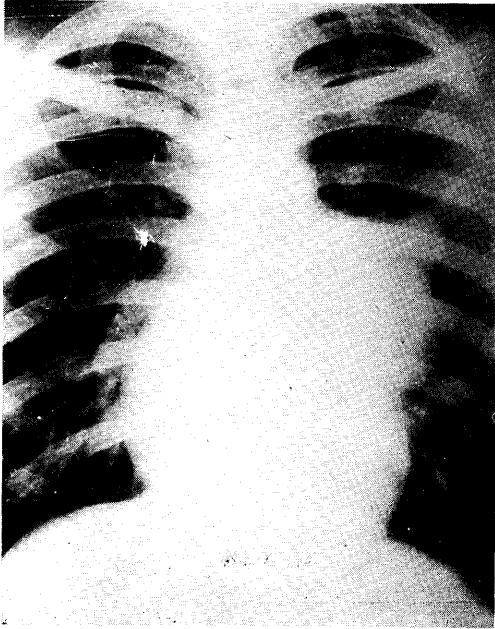
文 献

1) 高橋敏夫：グレンツゲビート、5年1号、

135頁、(昭和6年)。

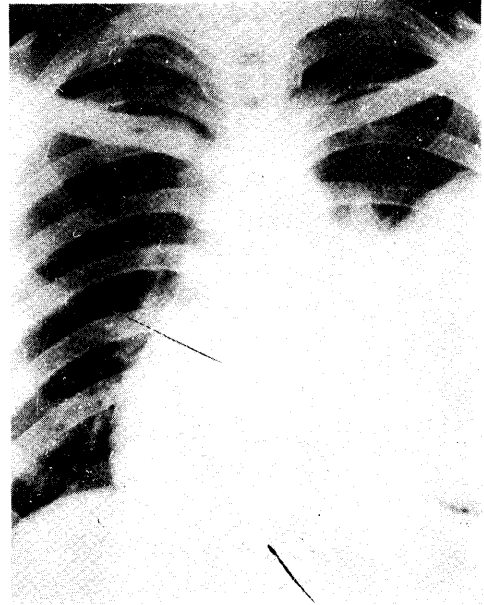
飯森, 坂下論文附圖 (1)

第 1 図



(昭和28年5月撮影)

第 2 図



(同年10月15日撮影)

第 3 図



(同年10月15日撮影)

背面より7cmにおける断層撮影

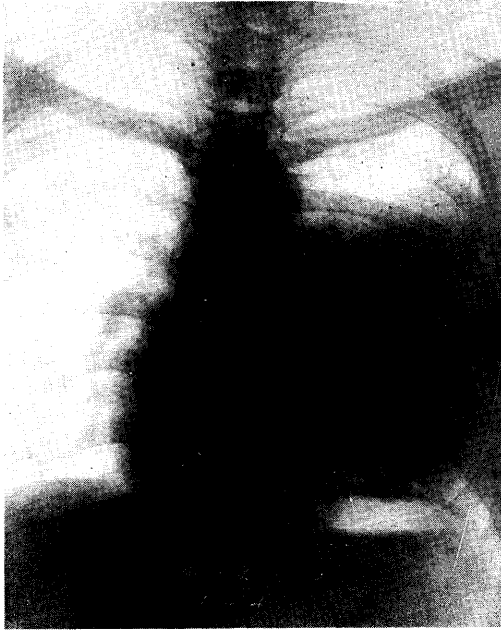
第 4 図



(同年11月24日撮影)

気管枝造影法

第 5 図



(同年12月26日撮影)

第 6 図



(同年12月26日撮影)

背面より7cmにおける断層撮影

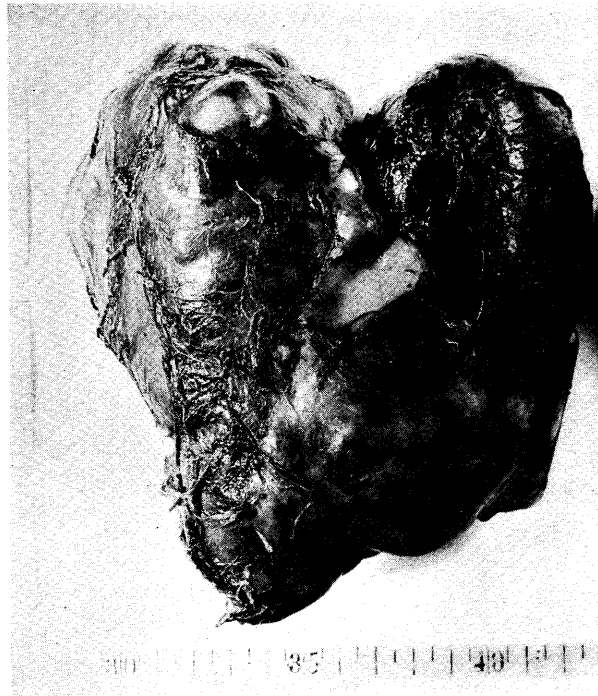
第 7 図



(同年12月26日撮影)

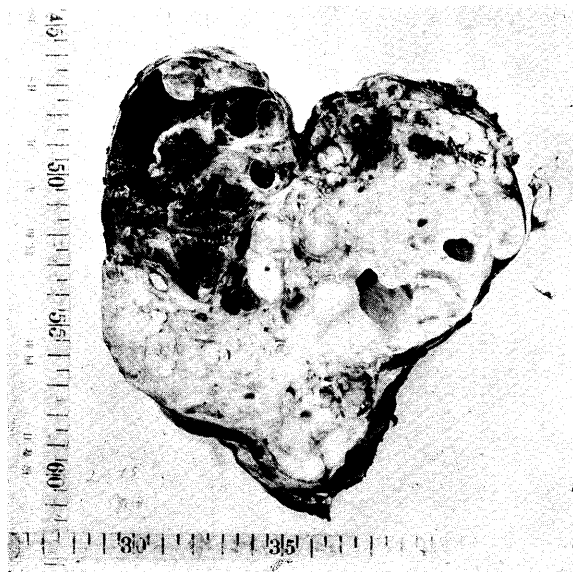
背面より9cmにおける断層撮影

第 8 図



(摘出せる皮様嚢腫)

第 9 図



(同 割 面)

- 2) 河野国光 : 四国雑誌, 2 卷 4 号, 207 頁, (昭和 26 年). 3) 山下清吉 : グレンツゲビート, 6 年 6 卷, 790 頁, (昭和 26 年). 4) 野崎秀英 : 綜合臨床, 1 卷 5 号, 539 頁, (昭和 27 年). 5) 甲斐太郎 : 診断と治療, 41 卷 9 号, 27 頁, (昭和 28 年). 6) Ekehorn, G., : Archiv für klinische Chirurgie, Bd. 56, S. 107, 1898. 7) Leuk, R., : Handbuch der Röntgenkunde, I. Band, 1929. 8) Chaoul, H. : Klinische Röntgendiagnostik der Erkrankungen der Brustorgan, 1929. 9) Hood, R. T. : The Journal of A. M. A. Bd 15, No. 4, P. 157, 1953.
-