

悪性変化をしめしていた気管支腺腫の

一症例について*

金沢大学医学部第2外科（主任：水上哲次教授）

宮 城 文 男
磨 伊 正 義
谷 口 哲 夫

金沢大学結核研究所臨床部

村 沢 健 介

金沢大学医学部第2病理（主任：石川大刀雄教授）

武 川 昭 男

金沢市浅野川病院

森 永 健 市

（受付：昭和40年12月10日）

緒 言

気管支腺腫は、1882年、H.Muller が初めて剖検例による報告を行なって以来、欧米では多数の報告例があるが、本邦における報告例はきわめて少なく、1932年、立木の発表したcylindroma 型のものをこうしとして、現在までに数十例が報告されているに過ぎない。

一般に肺の原発性腫瘍の中で、90%を占めるのは、気管支癌であるが、その良性腫瘍の中では、70%が気管支腺腫であるといわれている。

最近、肺癌の増加が社会問題として取上げられ、早期診断及び治療の重要性について論じられているとき、たとえ良性腫瘍であるとはいえ、悪性変化を来す危険性をはらんでいる本症の臨床は重要であり、肺癌との鑑別診断の点からも注目されるべきである。

最近我々が経験した本症の一例を報告し、さらに文献的考察を加えてみたいと思う。

症 例

患 者 上〇初〇 43才 家婦
家族歴 特記するものなし
既往歴 17~18才の頃、右滲出性胸膜炎
現病歴 約2年前（昭和38年）、健康診断で右下葉に腫瘤陰影を指摘されたが、そのまま放

置していた。その後、時々、がいそう、かくたんがあったが、2日程前から頭痛、肩こり、があり、昭和40年5月1日、精検を求め来院す。

入院時所見体格、栄養中等度、貧血や悪液質はみられない。打診上心濁音界は左方に拡大

*（第12回日本結核病学会北陸地方学会にて発表）

し、心音不純、肺には打聴診上、異常なく、腹部は平坦、柔軟で、肝、脾は触れず、腱反射正常、浮腫を認めず。頸部、えきか、その他のリンパ節は触れず。

胸部X線所見 背腹方向単純撮影(図1)で、右下葉に一致して、境界鮮明、ほぼ円形で、中心部に透りよう像を示す均等濃厚陰影が認められ、側面像(図2)及び断層撮影(図3)から、明らかに後方に存在するものと考えられる。

臨床検査成績 赤血球 421×10^4 , 白血球 8,000, Hb 93% (Sahli), 赤沈値 1時間25mm, 2時間55mm, 出血時間 2', 凝固時間 開始7'20", 完了18', 血しょう蛋白7.7gm/dl, モイレングラハト2.8単位, T.T.T. 2.6, Z.T.T. 8.8, G.O.T. 15, G.P.T. 9, Ch.E. 1.16, Wassermann反応 陰性, 検尿, 検便共に異常なし, 肺活量 1100cc, 呼吸停止時間 13", かくたん中結核菌陰性, 心電図正常. 血圧158~92mmHg.

昭和40年6月4日 手術施行.

手術所見 気管内麻酔により、右後側方切開で第5肋間にて開胸。肺と胸膜の癒着はなく、胸水も認められなかったが、上中葉間に分離不全がみられた。腫瘍はS₆の部位にあったので、右下葉を切除した。下葉気管支分岐部のリンパ腺は、ぼし頭大、弾性軟に腫大せるものが2個存在したので、剔除したが、その剖面所見上、

肉眼的には、転移がみられなかった。

腫瘍の肉眼的所見(図4)は、大きさ5×5cm硬さは軟骨様硬で、周囲組織との境界は、はっきりしていた。気管支との関係では、S₆の分岐部より約2cmの末梢部と密接な関係を有している様に思われた。剖面では、レ線の透りよう像に一致して、腫瘍中心部にやや軟化した死組織がみられた。

病理所見(図5, 6, 7)では、intra-bronchialの上皮性腫瘍で、強いcicatrizationと気管内出血を伴い、腫瘍成分は明らかに気管支周囲性に浸潤を示している。気管支上皮と腫瘍細胞との間に移行像があるので、原発性の気管支上皮性腫瘍と考えられる。腫瘍は大部分、充実性、一部小腔を含みその周囲は腺様構造をとっている。腫瘍細胞は単一性で、中等大の略々大きさ一定の立方細胞より成り、一部に明らかな扁平上皮様形態をとっている。核に多少の多型性と大小不同があり、一部に濃染像を認めるが、mitotic figureは、ほとんど認められなかった。以上の所見より、本腫瘍は始めにBronchial adenomaとして発生し、次第にmalignant potentialityを高め、現在は浸潤性を得た段階であると推定される。リンパ腺への転移はなかった。

術後経過は良好であった(図8)。

考 案

気管支腺腫は、発生学的にはMoersch²¹⁾らの気管支粘膜の粘液腺組織から発生するという説、Hampel²⁵⁾らの気管支粘膜中の特異細胞Onkozytesより発生するという説等がある。形態学的にはMoersch²¹⁾らは、比較的充実性で基質の少ないcarcinoid typeと、管腔形成が著明で基質も多く悪性度の強いcylindromatoustypeに分類している。又Holly²⁶⁾らは、carcinoid typeとmixed tumor typeに分けているが、いずれも可成り幅広い組織像を有しているようである。

発生ひん度はcarcinoid typeが多く、欧米では80~90%はこれで占められている。本邦では林¹⁹⁾らの57例の集計では、cylindroma型

が多く文献上明記された症例数は15例(26.5%)に及び、carcinoid typeは13例(22.8%)にすぎない。

悪性度については、Mc. Burney²³⁾らは111例の腺腫の10%に転移を証明しているが、cylindroma typeではcarcinoid typeに比べて転移が3倍も多かったと述べ、諸家の成績もほぼ同様な所見であった。我々の症例では、リンパ腺転移は認められなかった。

好発年齢及び性別については、女子に多いといわれているが、林¹⁹⁾の集計による本邦報告例では、表1の如く性別には著しい差異はなく、20~30代に多くみられる。

発生部位については、本症例では右下葉気管

表1 年令別，性別分布

性	男	女	計
0 ~ 19才	1	4	5
20 ~ 29才	8	10	18
30 ~ 39才	8	8	16
40 ~ 49才	9	3	12
50 ~ 59才	2	0	2
60~	2	1	3
計	30	26	56

支であったが，表2¹⁹⁾²¹⁾²⁴⁾の如く，欧米では左右とも主気管支，下葉気管支に多いようであるが，本邦例では，気管，右主気管支，左上葉気管支に多くみられる。

発育様式としては，Soutter²⁴⁾らは，表3の如く，①気管支腔内発育，②気管支腔外発育および③気管支腔内外発育の3型に分類し，腔内型11例，腔外型3例，腔内外型42例を報告している。我々の症例は腔内型であった。

臨床症状は発生部位によって著じるしく異なるが，Rabin & Neuhof²⁰⁾は気管支腺腫62例の報告で，Adenoma Syndromeとして，①反

表2 発 生 部 位

報告者	右 肺				左 肺			気 管	計
	上 葉	中 葉	下 葉	主気管支	上 葉	下 葉	主気管支		
本邦例	3	5	2	12	10	3	4	16	55
Moersch	7	3	19	15	9	15	14	4	86
Soutter	4	1	5	4	1	5	24	1	45

表3 発 育 様 式

Soutter の報告	56例
① 気管支腔内発育	11例
② 気管支腔外発育	3例
③ 気管支腔内外発育	42例

復するかく血，②若年者における気管支狭さくの2症状を挙げている。本邦例¹⁾¹⁹⁾及びMoersch²¹⁾らの報告例では表4の如く，突発的におこるかく血や血たんの反復，刺戟性がいそう発作などが多いようである。その他，気管

表4 気管支腺腫の主症状

報告者	本邦例	Moersch
血 痰，喀 血	21	49
胸 痛，背部痛	8	48
咳 嗽，喀 痰	14	67
呼 吸 困 難	13	21
発 熱	6	22
無 自 覚	11	0

支腔閉そくによる無気肺，気管支拡張，二次感染による肺化膿症や膿胸等の合併のため，胸痛，発熱，呼吸困難，ぜい鳴などが出現する。発作的に起り，急に停止する様なぜんそく様発作ないし呼吸困難も特徴的で，しばしば気管支ぜんそくと誤診される場合も多い様である。又病悩期間も一般に長く，Wiklund²⁷⁾の70例の報告では診断まで，平均4年を経過しており，無気肺，肺化膿症等の二次的な症状が加わって一層診断が困難になってくる。

レ線症状としては，腫瘍自体が作る陰影と，腫瘍による二次的病変が与える間接的所見に大別できる。所見の大略は表5の如くなる。

表5 レ 線 症 状

- ① 肺腫瘍陰影
- ② 無気肺像
- ③ 浸潤像
- ④ 閉塞性肺気腫
- ⑤ 気管支拡張像

Dotyら²²⁾によると，無気肺40%，浸潤陰影

23%, 腫瘍陰影20%の順になっている。

治療としては, 本症は悪性化の可能性を有すること, しばしば気管支外への發育を示すこと, 肺に不可逆性病変が存在している場合が多い点などから, 肺切除が望ましいと考える。切

除例は予後がよく, Tale²⁸⁾の報告では, 5年生存率は気管支腺腫で86.6%で, 弧立性の悪性肺病変26.6%, 気管支癌15%に比してはるかに良好である。

結 語

頭痛, 肩こりを主訴に来院した43才の女性で, 胸部レ線検査の結果, 右下葉に円形陰形を認め, 肺葉切除によって気管支腺腫が悪性変化

を来たしていた一症例を報告し, あわせて本症の文献的考察を行った。

参 考 文 献

- 1) 梶塚 暁: 胸部外科, 7, 253, 1954.
- 2) 麻田栄, 他: 胸部外科, 9, 179, 1956.
- 3) 岡益尚, 他: 胸部外科, 9, 1200, 1956.
- 4) 砂田輝武, 他: 胸部外科, 10, 361, 1957.
- 5) 高城弘三, 他: 胸部外科, 10, 894, 1957.
- 6) 渡辺 彰, 他: 胸部外科, 10, 832, 1957.
- 7) 金田春雄, 他: 胸部外科, 11, 576, 1958.
- 8) 中出隆三, 他: 胸部外科, 13, 29, 1960.
- 9) 松浦健雄, 他: 胸部外科, 13, 594, 1960.
- 10) 山田淳一, 他: 胸部外科, 13, 856, 1960.
- 11) 伊藤進, 他: 胸部外科, 14, 134, 1961.
- 12) 稲田 潔, 他: 胸部外科, 15, 100, 1962.
- 13) 田中右一, 他: 胸部外科, 15, 453, 1962.
- 14) 黒川一男, 他: 胸部外科, 15, 542, 1962.
- 15) 田中勳, 他: 胸部外科, 16, 441, 1963.
- 16) 馬渡靖彦, 他: 胸部外科, 16, 699, 1963.
- 17) 重康牧夫, 他: 倉敷中央病院年報, 32, 95, 1963.
- 18) 滝田敏弥, 他: 胸部外科, 17, 18, 1964.
- 19) 林 周一, 他: 胸部外科, 18, 693, 1965.
- 20) Rabin & Neuhof. : J. Jh. Surg. 18, 149, 1949.
- 21) Moersch & McDonald. : J. A. M. A. 142, 299, 1950.
- 22) Doty. : J. Jh. Surg. 21, 349, 1951.
- 23) Mc Burney. et al. : J. Jh. Surg. 24, 411, 1952.
- 24) Soutter. et al. : J. Jh. Surg. 28, 412 1954.
- 25) Hamperl. : 24) より引用.
- 26) Holly. et al. : 24) より引用.
- 27) Wiklund. : 16) より引用.
- 28) Jale. : Ann. chiru. et gynaecol. Fenniae 52, 1, 1963.

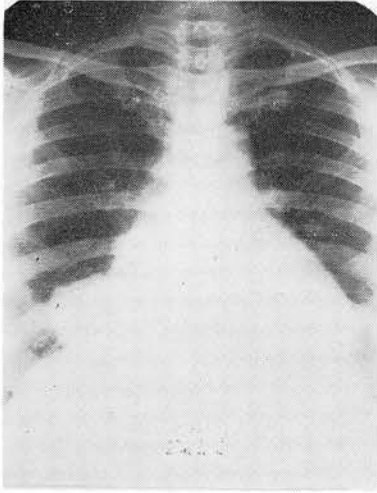


図 1
背腹正面像

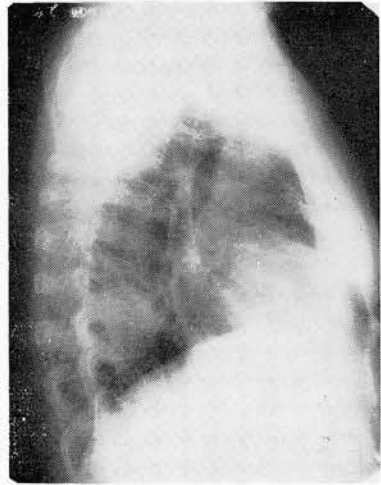


図 2
側面像

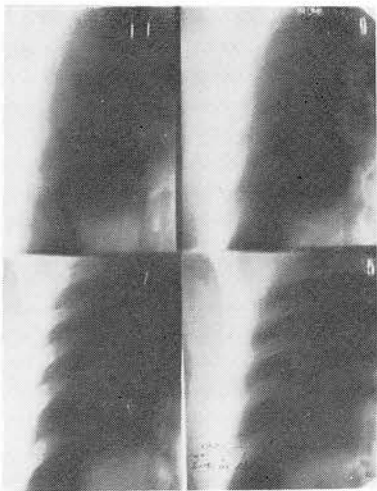


図 3
断層像
(5, 7, 9, 11cm)

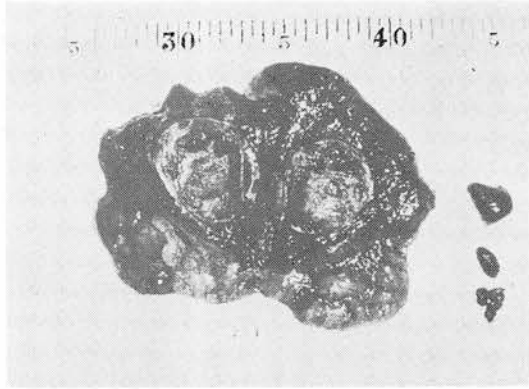


Fig. 4. Resected lung and lymphnodes Note the well demarcated round tumor



Fig. 5. Photomicrograph of solid portion of the tumor with abundant vascular supply

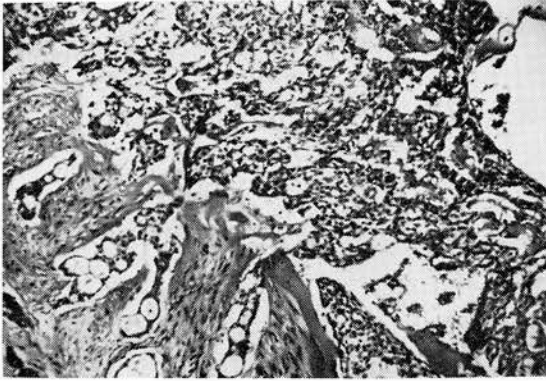


Fig. 6. Admixture of tubular portion of the tumor extending in the bronchial wall

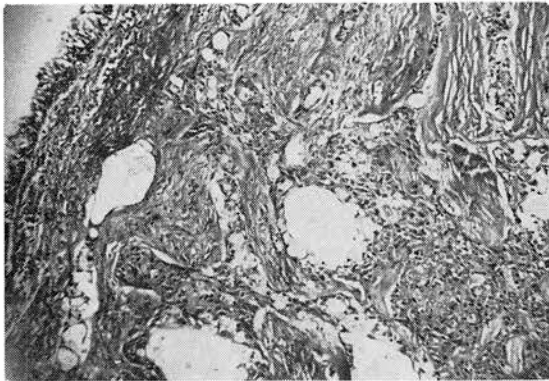


Fig. 7. Adenoacanthomatous portion of the tumor

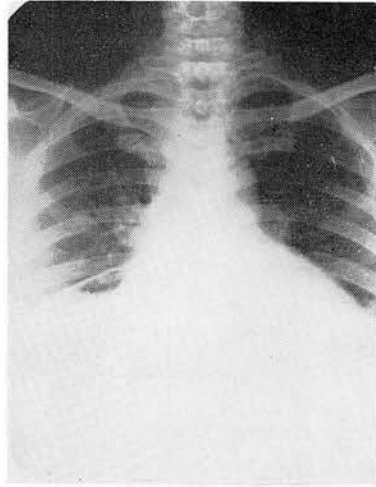


図 8

背腹正面像(術後)