

愛媛県臨床病理研究会年報

第 10 号

(通算12報)

1977

愛媛県臨床病理研究会

関 連 医 療 機 関

愛媛県がん予防協会	松山市味酒町1丁目10-5	今 川 七 郎 会長
愛 媛 県 医 師 会	松山市三番町4丁目	吉 野 章 会長
松 山 市 医 師 会	松山市柳井町2丁目	須 賀 謙次郎 会長
松山市医師会検査センター	松山市柳井町2丁目	河 野 恒 文 所長
国 立 松 山 病 院	松山市堀之内13番地	三 木 直 二 院長
愛媛県立中央病院	松山市春日町83番地	白 石 善 之 院長
松 山 市 民 病 院	松山市大手町2丁目6-3	中 西 恒 心 院長 現 (宮 田 信 熙)
松山赤十字病院	松山市文京町1番地	土 屋 定 敏 院長
国立療養所愛媛病院	温泉郡重信町横河原	赤 松 松 鶴 院長
愛媛大学医学部	温泉郡重信町大字志津川	福 西 亮 教授 田部井 亮 教授

愛媛県臨床病理研究会
臨床病理組織，細胞診検討会症例記録

第 1 2 報

1976・1977年現在の会員（機関別ABC順）

愛媛県立中央病院	重	松		授
	田	尾		茂
愛媛大学医学部第一病理	福	西		亮
	森		浩	志
	吉	田	浩	己
	広	田	紀	男
	門	田	明	彦
愛媛大学医学部第二病理	田	部	井	亮
	藤	原		隆
	野	呂		崇
国立松山病院	森	脇	昭	介
	高	嶋	成	光
松山市医師会検査センター	今	川	玄	一
	山	本		司
松山市民病院	浜	崎	美	景

Sazuku SHIGEMATSU, Shigeru TAO, Ryo FUKUNISHI, Hiroshi MORI, Hiroki YOSHIDA, Norio HIROTA, Akihiko KADOTA, Ryo TABELI, Takashi FUZIWARA, Takashi NORO, Shosuke MORIWAKI, Shigemitsu TAKASHIMA, Genichi IMAGAWA, Tsukasa YAMAMOTO and Mikage HAMAZAKI.

Case Records of Ehime Clinico-pathological Society.
Pathological Cytological Conference.

検討症例一覧表(昭和51, 52年)

No.		提出先	患者		臨床診断および必要事項	病理組織学的診断	備考
通算	年		性	年齢			
* 557	1	松山市民病院	F	29	腹壁腫瘍, 直腹筋中の超鵝卵大, 境界明瞭, 弾性硬, 剖面粘液腫様	Nodular fasciitis	76-25
* 558	2	県立中央病院	M	50	胃癌, 大弯側, 半年前から食欲不振, 体重減少, 噴門部の潰瘍をともなう病変(Kissing ulcer 様), 癌にしては癒着が強すぎる	Chronic granulomatous gastritis with gastric ulcer (UI-IV)	75-1038
559	3	愛媛大一病理	F	33	縦隔洞腫瘍, 昨年4月から咳嗽, 肺炎で4ヵ月後入院(愛療), 左胸水穿刺で血性, レ線で食道, 気管圧迫像, 左肺表面, 胸膜を被う板状硬化	小…手術材料 大…剖検材料…腹腔転移 Mesothelioma? Malignant schwannoma?	
* 560	4	国立松山病院	M	41	胃癌, Borrmann III, 3—4ヵ月前から上腹部痛, 腹水⊕, 血性	Gastric cancer (tub2-por) の肉腫様変化, 腹腔内巨大腫瘍, 軟, 出血性, 充実性, 癌性腹膜炎	A-503
* 561	5	〃	M	29	睾丸腫瘍, 中学生の頃睾丸外傷, その後徐々に大きくなる。尿妊娠反応(-), α-Feto(-), 睾丸外腫瘍	Adenomatoid tumor	76-215
* 562	6	県立中央病院	M	67	左肺癌, 転移性肋膜炎? 昭和50年10月から自覚症状, 左肺びまん性陰影, 剖検で胸腔に21.2×12 cm 実質性腫瘍, 肝, 右肺転移	Leiomyosarcoma	
* 563	7	〃	M	26	腹部腫瘍, 横行結腸平滑筋肉腫? 手術にて大網に10.5×9.5×6.6cm 大の腫瘍300g, 4×4cm の娘腫瘍	Haemangiosarcoma (endothelioma or pericytoma, malignant or benign?)	75-1612
* 564	8	愛媛大二病理	F	63	右側腹部腫瘍, 2ヵ月前からきづく, 約1.0 cm 大	Granular cell myoblastoma 電顕で胞体に顆粒あり, mast cell 様	
565	9	国立松山病院	M	58	上腹部腫瘍, 昭和50年10月末から上腹部不快感, 12月中旬から通過障害, 5年前自然気胸で1月入院, 内視鏡で胃粘膜下腫瘍, 右鎖骨窩リンパ節転移	Gastric carcinoma PAS(-), Alcian-blue 軽度(+) tub2~por. 一部に扁平上皮化生あり	A-639
* 566	10	松山市医師会検査センター	F	36	Abdominal tumor, myoma uteri で手術, 成人手拳大, 一見肉腫様の腫瘍, 筋腫より軟, 均質	Stromal adenomyosis (stromatosis)	51-533
* 567	11	松山市民病院	F	22	Breast tumor, 昭和44年8月7cm 大の腫瘍摘出, 翌年再発, 摘出後 MMC, Endoxan, Co ⁶⁰ , 2年後骨, 肺, 肝転移で死亡, (S47.11)	Haemangiosarcoma	住友別子岡大砂田外科症例
* 568	12	愛媛大二病理	F	21	Perianal tumor, 昭和51年4月妊娠, その頃から肛門周囲皮下腫瘍, ソケイリンパ節転移, 抗癌剤に反応し縮少	Alveolar rhabdomyosarcoma PAS(+), ジアスターゼで消化	市立宇和島病院症例
* 569	13	国立松山病院	M	46	Upper abdominal tumor 血糖値正常, 腓外性 10×8×7 cm 大腫瘍, 大部分は血腫様	Islet cell adenoma (non-B cell), 少数の分泌顆粒を電顕的にみとめる	76-2259

No.		提出先	患者		臨床診断および必要事項	病理組織学的診断	備考
通算	年		性	年齢			
570	14	愛媛大二病理	M	58	左膝関節部痛, 昨年春頃から歩行時痛, 大腿骨遠位端に透明像をみ巨細胞腫と診断, 切断術	Chondrosarcoma	市立宇和島病院症例
571	15	県立中央病院	M	25	23才時(49年頃)左耳上部の潰瘍形成, 50年徳大皮膚科に透明像をみ巨細胞腫と診断, 治療するも軽快せず増大, 再発する	Histiocytoma? 大型の組織球性細胞の出現, 赤血球や褐色色素を含む, 炎症高度	76-1040
* 572	1	松山市民病院	M	56	昭和51.8, 心窩部違和感, 12月, 飲酒後心窩部痛, 12月末, 住友病院へ来院, 諸検査の結果, 胃癌と診断。昭和52, 1月上旬胃亜全摘術施行。《肉眼像》胃体部前後壁に接吻潰瘍様に陥凹(Ⅱc+Ⅲ型), 最大長径4cm(標本は後壁病変)	Tubular adenocarcinoma(sm), Lymphoid stromal reaction強し。(N _{1-4,6,7} :0/6)	住友別子病院症例 15383
* 573	2	国立松山病院	M	72	臨診: 進行胃癌, 数年前より上腹部痛(+), 今回精査の結果, ボルマンⅢ型胃癌と診断され, 胃亜全摘術(4/5部切除)を施行(R ₂ op), 肉眼上, 大弯上に10×9cmの隆起性病変があり, 中心潰瘍型剖面は, 境界明瞭の tumor で, 均一な髄様外観を呈す	Reticulum cell sarcoma of stomach. N ₁₋₁₂ :11/33に転移 (注)一部に胃ホジキン氏病の如き所見あり	76-1338
574	3	県立中央病院	M	50	第78回検討会 No. 558 と同一症例	Chronic granulomatous gastritis with gastric ulcer (Ul-N), etiology unknown.	75-1038
575	4	愛媛大一病理				Chronic hepatitis. 小葉改築傾向(+)	
* 576	5	松山市民病院	M	60	昭和52年2月11日感冒なれど, 雨に打れて日雇労働に従事す。翌日より39°C 発熱, 胸痛, 咳嗽, 喀痰出現し, 16日入院す。臨診は, 肺化膿症, 腎機能障害→腎不全, 肝硬変(疑)であった。死亡1週前より, 乏尿, BUN, クレアチニンの上昇(5月21日死亡)。尿沈渣RBC多数, BUN40→80, CRP5(+), RAT(++)。尿蛋白500mg/dl(+4), なお既往に, 数年来 RA あり(放置)	Rapidly progressive glomerulonephritis	剖検例
577	6	愛媛大二病理				"Classical" seminoma	
* 578	7	県立中央病院	M	77	主訴: 排尿困難, 頻尿, 昭和52年6月20日膀胱炎といわれたが, 下腹部腫瘍にて7月4日当院へ紹介さる膀胱。膀胱鏡にて膀胱後壁より tumor が内腔に突出し, tumor 表面は壊死物質が付着す。術前 BUN97.7mg/dl にて人工透析施行後, 膀胱全摘術, 両尿管皮ふ嚢造設す。肉眼上, tumor は巨大ポリープ状で, 膀胱後壁に発生し, 有茎性である	Carcinosarcoma of urinary bladder. 移行上皮癌の成分の他, 腺癌, 平滑筋肉腫, 骨格筋肉腫, 未分化肉腫の成分が同一腫瘍内に共存す	77-1084

No.		提出先	患者		臨床診断および必要事項	病理組織学的診断	備考
通算	年		性	年齢			
* 579	8	県立中央病院	M	28	昭和50年3月より vasculo- Behçet の診断にてステロイド療法, 昭和52年8月10日突然に腹痛とメレナあり。右下腹部に筋性防禦(+), Intestinal Behçet による盲腸穿孔にて回盲部切除を施行。肉眼下, 回腸末端に Ul-M が多発し, 盲腸にも active ulcer (+)	Intestinal Behçet associated with intestinal perforation. vasculitis の所見はみられない	77-1170
580	9	県立中央病院	M	55	昭和51年1月より Subileus 症状 ⊕, 8月より, イレウス症状あり, 洗腸にて排便させていた。9月9日腹痛腹満にて緊急手術となる。バウヒン弁より 8 cm 口側の回腸末端に 3.9×2.7 (全周) cm の tumor あり。Borrmann III 型, S ₂	Papillary adenocarcinoma invading subserosal tissue (So), Borrmann II type, small intestinal origin	76-1534 市立宇和島病院症例

* 印は写真とともに詳細記載例

非機能性膵島細胞腫（写真1～5）

症 例 569 46才 男

臨床診断 上腹部腫瘍

17年前胃潰瘍で胃切除術を受けている。

8カ月前より腹部膨満感がはじまり、最近全身倦怠感も加わったため来院した。

心窩部に4×4 cm, 球形, 弾性硬, 表面平滑な腫瘍を触れた。

臨床検査成績は異常なく, 血管造影, 胃腸レントゲン写真でも腫瘍による圧排所見だけで, 確診はつかなかったが, 肝囊腫を疑い手術を行った。

開腹時腫瘍は膵体部上縁より生じ, 血管にとむ被膜に被われ, 大部分は膵外性に發育しており, 容易に摘出できた。

摘出腫瘍は10×8×7 cm, 400 g, 球形, 完全に被膜につつまれ, 一部囊腫状の部位も認める。剖面では中心部は凝血でみたされた血腫様で, 壁在性に灰白色充実性の腫瘍組織が残存している（写真1）。

組織学的所見：硝子様化した厚い被膜につつまれ, 被膜外には正常膵腺房組織を認める。腫瘍組織は充実性小胞巣を形成し, 索状あるいはリボン状配列もみられる（写真2）。腫瘍細胞は好酸性の胞体と大型, 楕円形の核を有し, 正常島細胞に類似する（写真3）。

異型性は軽度で, 脈管あるいは被膜侵襲像は認めず, 良性の膵島細胞腫と診断した。

Grimelius 染色で胞体内に微細な好銀顆粒がみられる（写真4）。そのほか Chromehematoxylin-phloxine 染色で胞体は赤染し, Azan-Mallory 染色で赤色顆粒が認められ, Tryptophan 染色陽性, Aldehyde-fuchsin 染色, Aldehyde-thionin 染色陰性, Toluidine blue 染色で metachromasia はみられず, A細胞と類似の染色態度を示した。

電顕像では短桿状のミトコンドリアが多数みられ, 明瞭なゴルジ野を有し, 極性をもった細胞で, 詳細に検索すると胞体内に300 μm までの限界膜をもった中心電子密度の高い分泌顆粒がみられた（写真5）。

本例の問題点は膵島細胞腫として異論はないが, 増殖細胞の種類, 肉眼的に血腫様囊腫の原因, 膵外性増殖した大きな島細胞腫で, きわめて稀な症例などである。

膵島細胞由来の腫瘍として, インシュリン, グルカゴン, ガストリン等のホルモンを分泌し, 特有な臨床症状を呈する機能性島細胞腫がよく知られている。

非機能性島細胞腫はこのようなホルモン分泌を伴わず, 臨床症状に乏しいため, 巨大な腫瘍を形成したもの, 悪性化したもの, 他疾患で開腹時に偶然みだされるもの以外の発見は困難であり, 本邦では自験例を含め15例が報告されているにすぎない。

最近ホルモン産生腫瘍は APUD 細胞系の概念で説明され, APUDOMA として包含されつつあり, 膵島細胞もこれに属し, 各種のホルモンを分泌する能力をもつものとされている。

自験例は IRI (23 μU/ml), ガストリン (76 pg/ml) 以外のホルモンの測定がなされていないため断定はできないが, 臨床症状に特異的なものがなく, 各種特殊染色や電顕所見から, A細胞由来と思われる非機能性島細胞腫と診断した。

血腫様囊腫形成について, 本腫瘍の囊腫形成傾向, 間質血管の増殖などの記載はなく, 非特異的な所見と考えた。

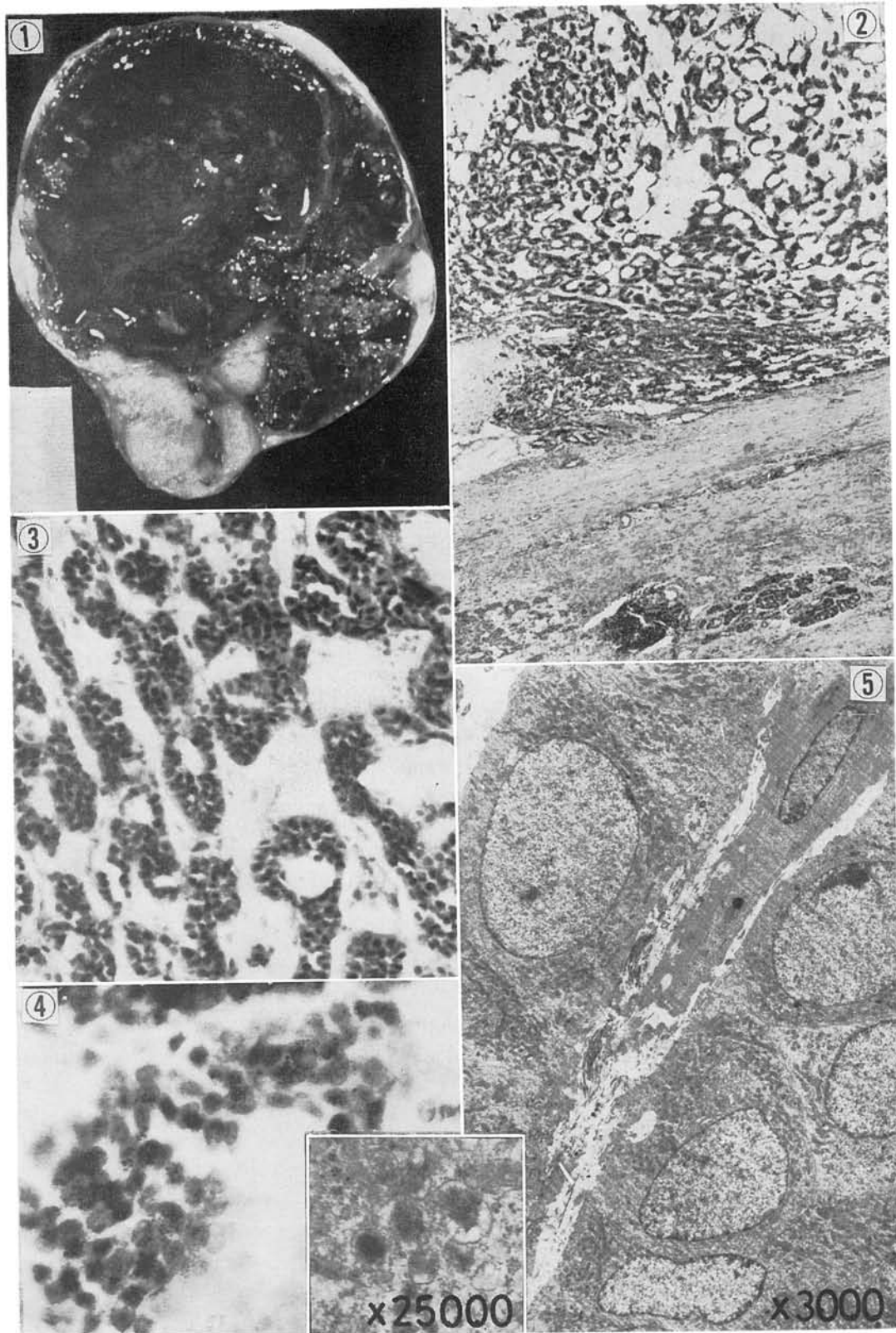
膵外性發育に対しては膵被膜下および外に孤立性の島細胞巣が高頻度に認められるとの報告もあり, 我々も日常剖検例でもよく経験されるところで, このような組織から発生したと考えられる。

文 献

高嶋成光, 福田和馬, 芳村 剛, 三好恵一, 森脇昭介: 巨大な非機能性膵島細胞腫の1例. 臨床外科, 32: 925-928, 1977.

石川七郎, 笹野伸昭, 井村裕夫: ホルモン産生腫瘍, 医学書院, 東京, 1977.

伊藤 漸: 膵島腫瘍. 臨床科学, 13: 1370-1377, 1977.



腹壁 nodular fasciitis (写真6~8)

症 例 557 29才, 女

主訴は腹壁腫瘍。手術所見では左腹直筋に埋まって一見子宮筋腫様の腫瘍があり単純摘出を行う。大きさは鶏卵大で周囲との境界は比較的明瞭, 弾性硬で断面は白色均一で充実性, ふれるとぬるぬるとする感触がある。

組織学的所見では境界はおおむね明瞭であるが被膜はなく, 組織は主として紡錘形ないしは星芒状の線維芽細胞様の細胞よりなる。細胞はある部では束状の流れをつくり, ある部では無方向性に粗に分布し, 細胞間には繊細な膠原線維が形成されている。また淡紫染する amorphous な基質が豊富で, 裂隙状空隙をしばしば形成し, また myxoma 様の組織像を示す部分も多い。この基質はアルシアン・ブルーで陽性に着染する。細血管は豊富に分布しその内皮は腫大するものが多く, 血管周囲には軽度の円形細胞浸潤を認める。また血管外に出た赤血球がしばしば線維間に散見される(写真6, 7), 2~3核を有する非特異的巨細胞も見られ, 少数の核分裂像も認めるが異型的分裂像はみられない。以上の組織所見は nodular fasciitis の特徴的組織像として記載されているものによく一致し, 定型的な症例と考えられる。J. A. Wirman (1976) は nodular fasciitis 8例を電顕的に検索し, fibroblast 様の細胞には myofilament の束や hemidesmosome 様構造が認められることから, nodular fasciitis は "lesion of myofibroblasts" であるとし, 組織化学的にも PTAH 染色で着染することを示している。本症例においても PTAH 染色により陽性に染る細線維が胞体内に証明される(写真8)。発生部位としては上肢・軀幹上半に多く, 腹壁は比較的少ない部位と思われる。

文 献

Wirman, J. A.: Nodular fasciitis, a lesion of myofibroblasts—an ultrastructural study—, *Cancer*, 38: 2378—2389, 1976.

星島克彦・浜崎美景: Nodular fasciitis, *細胞核病理学雑誌*, 11: 143—146, 1967.

乳腺血管肉腫 (写真9~11)

症 例 567 22才, 女

患者は2ヵ月来の右乳房腫大を主訴とし, 血管腫の臨床診断で8×7 cm の, 断面血管腔に富んで海綿状を呈する腫瘍を摘出した。患者は翌年再発して根治手術を受け放射線・化学療法を行ったが骨・肺・肝等に転移を生じて3年余の経過で死亡した。

2回の手術材料は組織学的にほぼ同様の像を示し(写真9), 一見良性 capillary hemangioma 様の組織が乳腺実質間にびまん性に増殖し, その間に不規則洞状の血管腔が散在する。洞状腔の壁は異型的な内皮細胞がしばしば数層に重畳し, またいわゆる "papillary structures" を形成し(写真10), 定型的な血管肉腫の像を呈している。

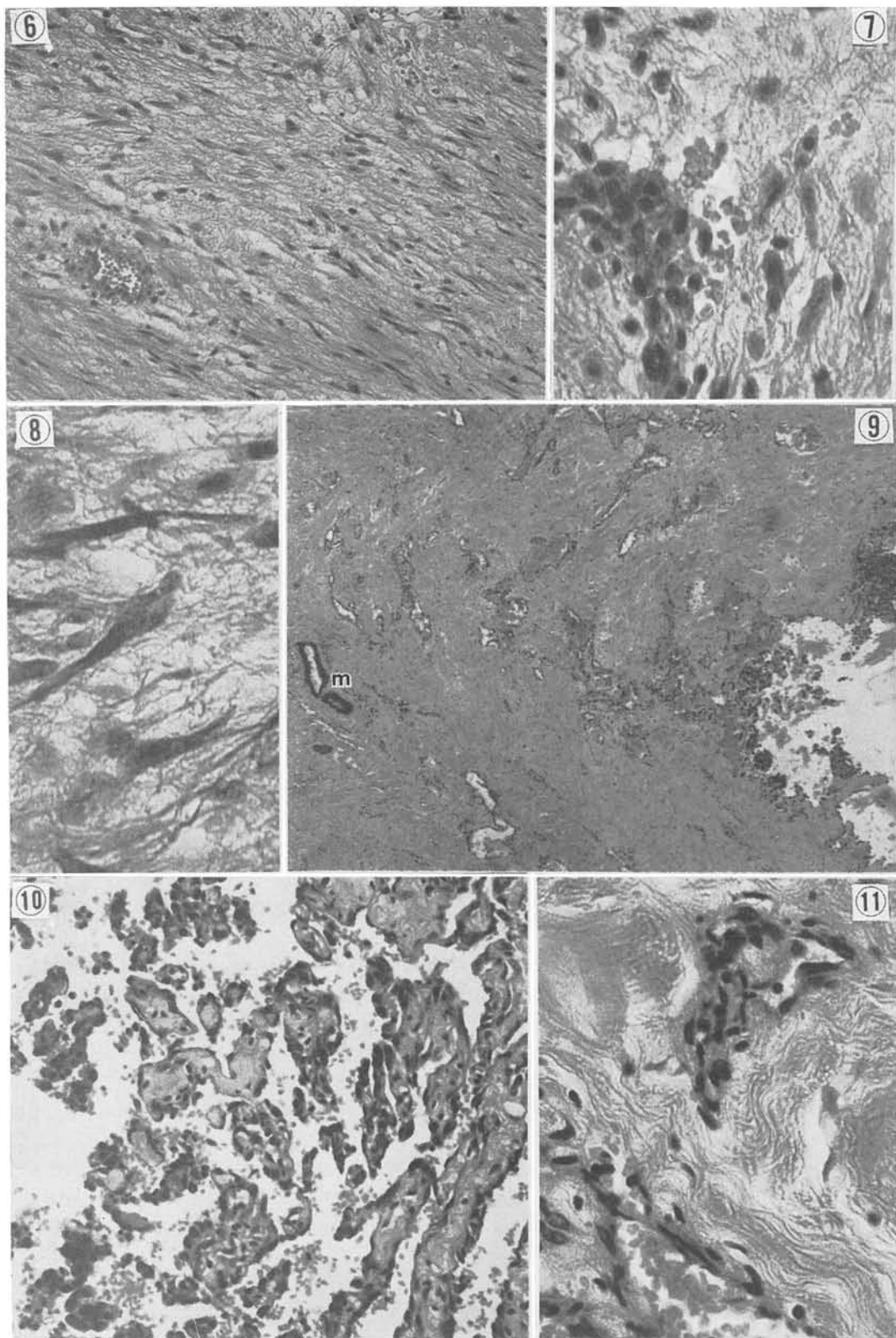
この "papillary structures" は光顕的には乳頭状に, 血管腔に遊離端を浮遊させているように見えるが, 走査電顕的観察では両端が壁に移行する橋状構造で, ちょうど壁に沿って蜘蛛の巣をはったような観を呈する(文献1)。

良性血管腫様に見える部分は, これが真に良性腫瘍であってこれを母地として悪性化の生じた可能性も疑いうるが, このようにびまん性に増殖する乳腺血管腫の記載はない。乳腺良性血管腫として知られるのは "perilobular hemangioma" であり, これは小葉内外に生じて顕微鏡的な小病巣をつくるものとされる。血管肉腫がときに良性血管腫に酷似するのは周知のところで, これは血流の形成的影響であり, 血流が入ると良性と区別し難い扁平な内皮でおおわれるようになる(松沢)。しかしこのような部も精査すると, 内皮細胞の腫大, 過密, 核クロマチン量の不同を認めうる(写真11)。乳腺血管肉腫は本例を含めて本邦で4例の報告がある。

文 献

Hamazaki, M and T. Tanaka: Haemangiosarcoma of the breast—case report with SEM study. *Acta Path. Jap.* (in print.)

Gulesserian, H. P. et al.: Angiosarcoma of the breast. *Cancer*, 24: 1021—1026, 1969.



横行結腸間膜血管肉腫 (Hemangiosarcoma) (写真12~17)

症例 563 26才, 男

臨床診断: 腹部腫瘤

腹部に3カ月前から“しこり”をふれて来院。上腹部に小児頭大の可動性ある腫瘤が触知される他は全身状態良好。昭和50年11月7日, 摘出術が行われた。腫瘤は横行結腸間膜に位置し胃大弯側と軽度に癒着していたが被膜を有し横行結腸の一部と共に容易に切除された。図12は切除標本では成人手拳大, 球形のトックリ型を呈し剖面は暗赤色調強く, 血性液をいれた大小多数の囊胞形成がみられるが一部は充実性である。

組織所見: 弱拡大でみると図13の如く細胞成分が密な部分と一見海綿状血管腫を思わせる部分とから成っている。さらに, 前者の部分の詳細に観察すると, 写真14, 15にしめす様にクロマチンに富む円形ないし楕円形の核(大小不整)と乏しい胞体を有する異型細胞が増殖し, その間には多数の小管腔(赤血球を少数いれる)が形成されている。この像から悪性の血管腫と診断することはさほど困難ではないが, H. E 染色のみでは小管腔壁に正常な血管内皮細胞がありその周囲に悪性細胞が増殖しているかの如き印象を受けるところもあるので銀染色にも注目したい。写真16, 17の如く好銀線維は細網状ないし蜂巢状に発達し, 腫瘍細胞はその内側で増殖しているのが明らかである。Malignant hemangioendothelioma と診断される。但し, 本症例の表題には, 悪性血管腫の一般的呼称—血管肉腫 (Hemangiosarcoma) を採用しておく。

(追記) 本症例はその後肝転移をきたし, アドレアシンを中心とする多剤併用化学療法により, 一時的には顕著な肝腫の縮少がみられたが昭和52年10月4日(術後約23カ月), 死亡し剖検された。

腸型ベーチェット (Intestinal Behçet) (写真18~24)

症例 579 28才, 男

臨床診断: 急性穿孔性虫垂炎?

昭和51年3月頃より52年4月頃までに, 口腔粘膜アフタ性潰瘍(図20), 両下腿結節性紅斑様皮疹および皮下血栓性静脈炎, 陰部潰瘍(写真19)等があらわれ, ベーチェット病として治療を受けていた。この間腹部症状は訴えていない。52年8月10日, 急に激しい右下腹部痛に襲われ外科受診し, 腸管穿孔による腹膜炎と診断されて緊急手術が行われた。

図18は, 回盲部切除標本で盲腸より上行結腸にかけて種々の深さの不規則な形をした数コの潰瘍が認められ, そのうちの1つに穿孔がみられる。

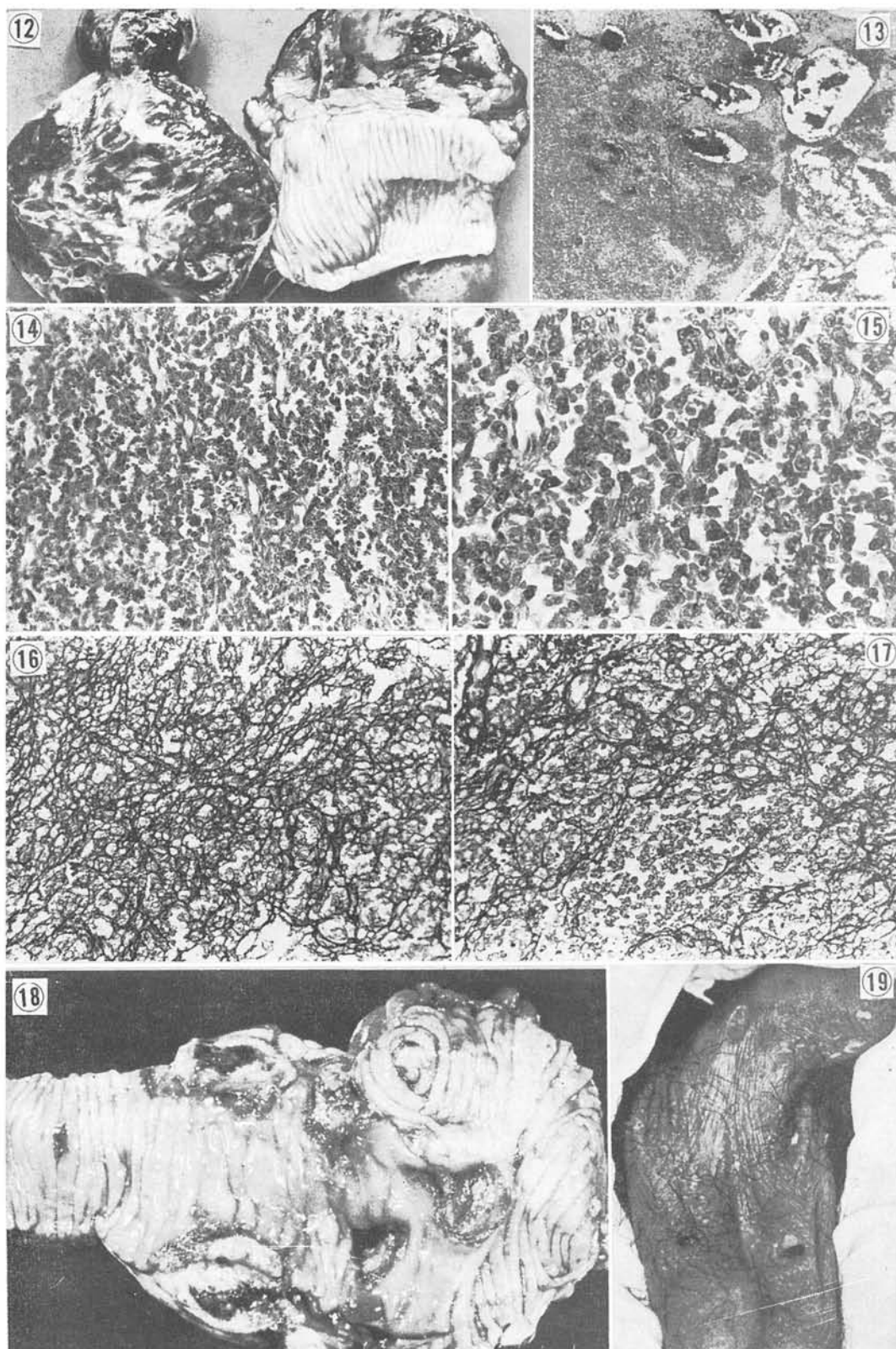
組織所見: これらの潰瘍はUIⅢ~UIⅣの深さの活動性潰瘍で著明な“下堀れ”をしめし(図22), 潰瘍底にはフィブリンの析出と好中球の游出がみられるがこれより深層ではリンパ球とプラズマ細胞の浸潤が著しい。しかし結合織の増生は余り目立たない。即ち, 肉芽腫の形成がみられない非特異性潰瘍であり, 図21, 23の如く穿孔や fissuring を伴っている。なお, 漿膜部や腸管周辺の脂肪組織内の小血管に図24にしめす如き血管炎の像がしばしば認められるが, 激しい漿膜炎を惹起していることでもあり本症例の病理組織像を特徴づける重要な所見とは言いがたい。

本症例を腸管ベーチェットと診断するにあたり, 先ず問題になるのはいわゆるステロイド潰瘍との識別である。この患者には数カ月来ステロイドが継続的に投与されていることから, 本剤が潰瘍発生に関与し何らかの影響を与えていることは否定しがたい。たゞ, ステロイド潰瘍は, 一般にステロイド投与開始後比較的早期に発生するとされているが, 本症例の場合はかなりおくれで発症している。次にクローン病との鑑別であるが, 1)潰瘍は不規則に発生し縦走潰瘍ではない, 2)潰瘍と潰瘍との間の粘膜に cobble stone の様相を欠く, 3)炎症は全層性であるが肉芽腫性炎症ではない等の所見からクローン病を除外することに(既存の概念からすれば)さほど抵抗を感じない。

腸管ベーチェットでは, その非特異性潰瘍発生に関して, 腸管壁の毛細血管および細小血管特に小静脈にみられる血管炎の病変を重視する傾向もあるが, 全面的には容認されていない現況である。本症の潰瘍発生機序に関しては他の“非特異性”腸管潰瘍と病理発生の上に共通した病因因子の介在も想定され, その解明にはさらに時日を要するものと思われる。

文 献

- 1) 長尾孝一ほか: Intestinal Behçet の病理組織的解析. 日本大腸肛門学会誌, 29: 409, 1976.
- 2) 白鳥・稲次: 本邦における腸管 Behçet 病手術症例66例の文献的考察. 外科治療, 38: 129, 1978.



肉芽腫性胃炎をともなう胃潰瘍 (Gastric ulcers with chronic granulomatous gastritis) (写真25~29)

症例 558 50才, 男

臨床診断: 胃癌

10 数年来, 時折心窩部痛を訴えていたと言う。昭和50年7月12日, 1カ月前より続く食欲不振・体重減少を主訴として受診した。胃透視および内視鏡検査では, 胃体部後壁寄りに中心を有する硬癌と診断されたが, 生検の結果には潰瘍性病変しかあらわれなかった。同年7月28日, 胃全剝術がなされ, その際胃後壁と脾門・脾尾部との癒着が著明であったので脾および脾尾部の合併切除が加えられた。

なお, 既往に結核はなく, 表在リンパ節は触知されず, 胸部X線像も正常であった。

図25, 26は切除標本(固定後)である。胃体部から噴門部の前後壁にわたり不整形の潰瘍が多発し, あるものは対称性に位置しその間に不規則に走る線条潰瘍もみられる。それら潰瘍は活動性をしめすものから, 大湾側にみられるごとく著しい線状性収縮をきたしているものまで新旧一様でない。又胃壁はびまん性に硬く肥厚しているが, 食道噴門接合部や胃体下部より肛門側は正常像を保っている。

組織所見: UI I ~ UI IV の潰瘍がみられ各潰瘍間の粘膜上皮は萎縮・再生が著しいが癌は見出されない。粘膜層から粘膜下層にかけてはおびただしいリンパ球・プラズマ細胞の浸潤がみられる(写真27)。さらに粘膜下層には図28に示す様に多数の巨細胞が集簇性にあるいは散在性にあらわれ少数の類上皮細胞を伴っている。又粘膜下層には膠原線維の増加も顕著でそれらはしばしば図29にみられる如く硝子様変性に陥り, その中に細胞成分を島状に残している像がみうけられる。即ち, 本症例では潰瘍形成と共にこの様な肉芽組織の形成が特徴的であるが, 肉芽の形成は潰瘍の周辺部に一致してみられるのではなく, むしろ潰瘍と離れた部位に発達している傾向がある。

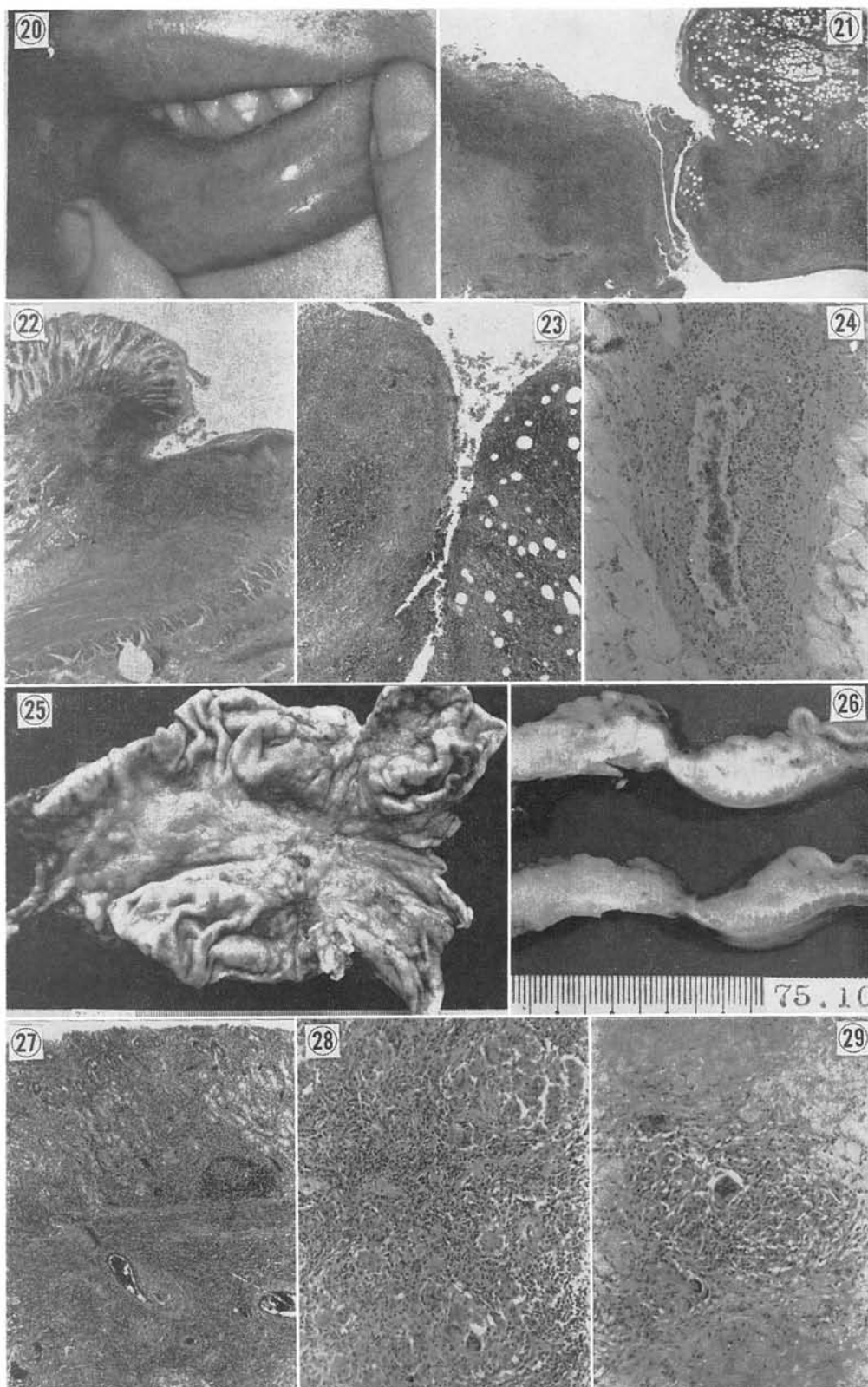
なお, 胃周囲リンパ節は多数腫大していたが特異的な肉芽の形成はみとめられなかった。

以上の所見から, 本症例を単に多発性胃潰瘍として片づけるわけにはいかず, “稀な胃病変”として若干の考察を試みたい。

先ず, 結核との鑑別であるが, 本症例には中心乾酪化をしめす定型的結核結節はみられず, 結核菌染色も陰性で, かつ潰瘍と肉芽形成とのあり方および所属リンパ節に結核性変化を欠くこと等から胃結核は否定されてよいと思われる。次に, 胃サルコイドーシスであるが, 文献上では全例胃粘膜層に肉芽腫がみられるとされているが本症例の場合サルコイド様肉芽は粘膜下層にしかみられないこと, 所属リンパ節にも特有の変化がみられないこと, 他臓器にサルコイド病変が証明されないこと等から本症例を胃サルコイドーシスと診断することにも抵抗を覚える(Kveim 反応は施行していない)。今一つ, 最近話題の多いクローン病においても, ときに結核やサルコイドーシスと識別しにくい肉芽の形成がみられることがあり, 現に斉藤らは本邦で胃サルコイドーシスと報告されている症例の中には胃クローン病が含まれている可能性があることを指摘している。しかし, 本症例においては UI IV に相当する潰瘍は形成されているものの肉芽腫性炎症は筋層以下に波及しておらず, かつクローン病にほとんど pathognomonic であると言われる fissuring も証明されない。結局, 本症例をどの様な clinicopathological entity に入れるか未解決のまま過ごしている現状であるが今後検討・整理さるべき病変として記録した次第である。

文 献

- 1) 伊藤慶夫ほか: 胃のサルコイド病変について. 日本臨床, 33: 1575—1758, 1975.
- 2) 常岡健二ほか: 胃結核. 胃と腸, 4: 611—617, 2969.
- 3) 斉藤 建ほか: クローン病の病理組織学的診断. 胃と腸, 10: 1053—1061, 1975.



[14]

胃癌の肉腫様変化 (写真30~32)

症 例 560 41才, 男

臨床診断: 進行胃癌

3—4月前から腹部膨満感, 上腹部痛をきたし, 嘔吐や腹水貯留をみ, 漸次症状悪化する。当院に入院精査の結果 Borrmann III 進行胃癌と診断された。手術不能のため制癌剤を投与開始したが, 入院後 11 日, 全経過 4 カ月で死亡し, 剖検した。

胃は大弯側を中心に前後壁にわたり不規則な 7.0×3.5 cm 大の潰瘍と, 辺縁が軽度堤防状に隆起する悪性病変をみ, 幽門近くから噴門領域まで壁の肥厚や硬化がある。

特異なことは腹腔をみたとす 21×17×15 cm (3,400 g) の軟かい腫瘍をみた。腹腔臓器との癒着は乏しく, ほとんど容易に剝離できる結節状で, 剖面は出血性, 均質, 弾性軟の所見から, 胃癌とは別に, 肉腫を疑いたい所見であった。

組織学的所見: 胃粘膜面の癌組織は潰瘍 (Ul IV¹) の周囲 1.5 cm の中に腺管腺癌 (tube₂) をみ, sm から s に浸潤する腫瘍細胞は, 肉眼的に壁の硬化を認めた範囲に por. or ud. の癌細胞が硬性癌様に浸潤するが, 病変の拡がりには sm が主である (写真 30)。

一方腹腔腫瘍は小型の腫瘍細胞がばらばらと肉腫様に増殖しており, その間に多核巨細胞が散在し, さらに数個から 10 数個の腫瘍細胞が充実性集塊を形成する癌巣がみられる (写真 31, 32)。

胃と腹腔の肉眼所見と両者の組織所見から胃癌の腹腔転移と解釈しがたい点もあり, とくに後者を mesothelioma ではないかと疑問をもった。検討会では一元的に理解すべきであるとの意見が多かった。富山医科薬科大学病理, 北川正信教授の御教授をうけたところ, “胃癌の転移とすべきであるが, 胃癌でもこのように紡錘形をとって肉腫様に増殖するところなどは, 中皮腫との鑑別が問題になりうることを教えてくれた症例である” との御返事をいただいた。私信の一部を記載し, 御指導に感謝する。

胃悪性リンパ腫 (細網肉腫) (写真33~35)

症 例 573 72才, 男

臨床診断: 進行胃癌

昭和 50 年 5 月頃から上腹部痛を訴え, 51 年 5 月胃精査の結果大弯側体部の Borrmann III 型進行胃癌と診断された。

生検標本の大部分は壊死性病変で, これに混じる腫瘍細胞の性格は判然としないが, Group V, 未分化癌と診断した。

胃亜全摘 (4/5), R₂, 横隔膜に癒着する。

手術材料を小弯側で展開すると体部に 10×9 cm 大の不規則, 凹凸不正の潰瘍を形成し, 辺縁は堤防状に隆起する境界明瞭な腫瘍をみる。剖面は灰白色, 弾性軟, 充実性均質で肉腫様所見を呈し, 周囲とは圧迫性増殖をし, 漿膜側に腫瘍のろ出をみる (写真 33)。

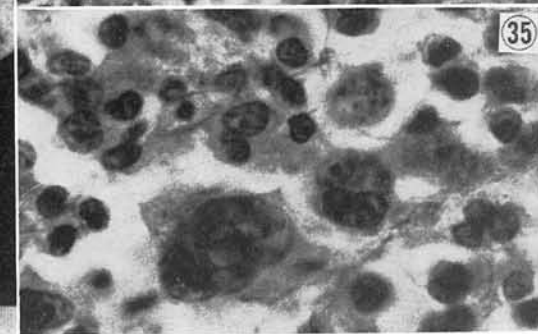
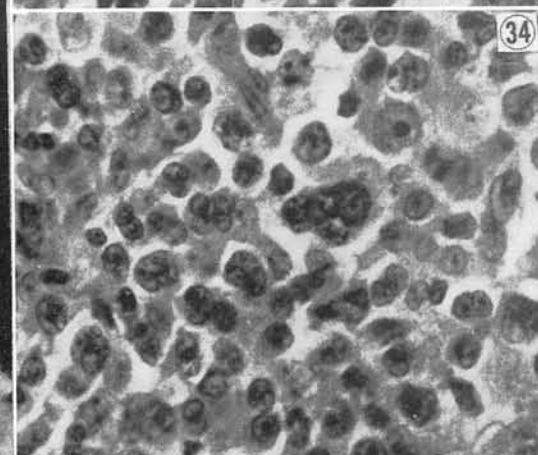
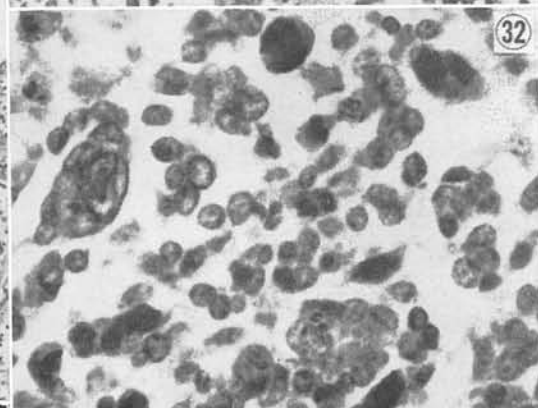
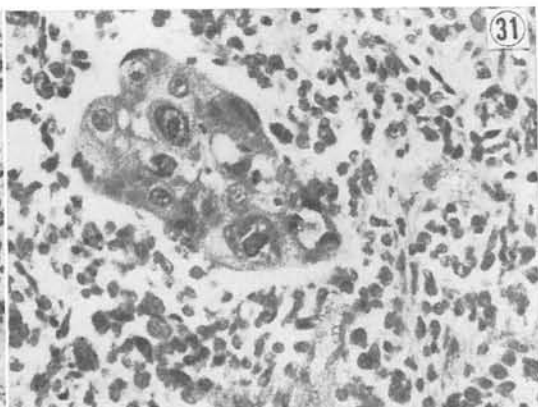
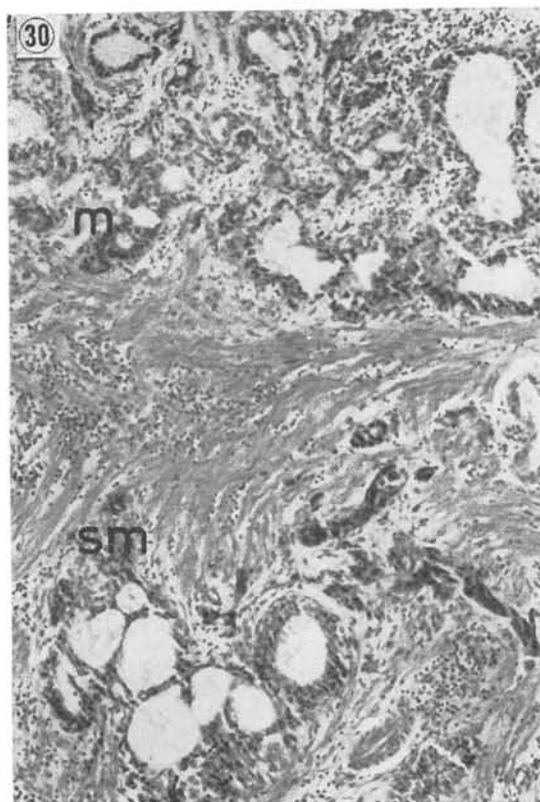
組織学的所見: 表層は生検標本と同様壊死変性組織で被われ, 細血管は増殖, 拡張する。胃壁全層にびまん性増殖する腫瘍細胞は, 大小不同著しく, 胞体は好酸性で豊富なものから, ほとんど認められないもの, 類円形核や分葉状, 多核巨細胞も出現する。しかしほとんど単一系の細胞で占められ, 部分的にリンパ球, 好中球, 好酸球の遊出をみても少数である (写真 34, 35)。

摘出リンパ節は 11/33 に浸潤をみた。

銀染色では細線維の増殖はあるが, 部位によってその程度は異なる。

本症の問題点は生検による強い変性組織の場合, 組織型の診断の困難さ, 次いで散在性に出現している多核巨細胞や奇形核, 明瞭な核小体を有する単核大型細胞を Reed-Sternberg's giant cell および Hodgkin's cell とも考えられることである。しかし増殖腫瘍細胞の多様性は単一細胞系であり, Hodgkin 病とするほど出現細胞の多彩性に乏しく, これら異型細胞は多形型細網肉腫と解釈した。

本症例について愛知がんセンター 長与健夫病理部長の御教示をいただいたことを記し感謝する。



胃のリンパ球浸潤性髄様癌 (MCLI) (写真36~38)

症例 572 56才, 男

患者は昨年8月心窩部違和感, 12月飲酒後心窩部痛あり, 12月末受診し諸検査の結果胃癌として本年1月胃亜全摘術施行。肉眼的に胃体部前後壁に接吻潰瘍様に陥凹性病変をつくりⅡc+Ⅲ型, 長径4cm。リンパ節転移なし。

組織学的には深達度 sm, 組織型はおおむね単純癌様の未分化な像を示すが部分的に管状腺癌の像もみられる。癌が粘膜下層に浸潤した部では癌巢内外の著明なリンパ球浸潤によって一見リンパ様組織を見る感がある。すなわち癌巢周囲の間質にはリンパ球を主とし形質細胞・刺戟型組織球・好酸球が浸潤しリンパ様組織化があり芽中心も諸所にみられる。癌実質内にもリンパ球の浸潤がある。粘膜層の癌では lymphoid stroma は発達していないが実質内リンパ球浸潤は著しい。すなわち本症例は medullary carcinoma with lymphoid infiltration (MCLI) と診断される。

予後のよい乳癌組織型として知られる MCLI が胃癌にも 1.3%(浜崎)~4%(渡辺)に見出され, その予後の良いことが確認されている。

癌実質内リンパ球浸潤も留意すべき所見で, 胃癌および子宮頸癌でこの所見の程度と5年生存率とに相関が見出されている。Schoorl ら(1976)によれば乳癌50症例につき蛍光抗体法で検索して, 癌細胞巢内に見出されるリンパ球はすべてT細胞であることを報告している。本例の所見でも単純癌様の部分(写真37), 管状腺癌の部分(写真38)いずれにも, 癌細胞間にリンパ球の介在が著明にみられる。このような像の癌は術後の成績良好にとどまらず放射線・化学療法とくに免疫療法によく反応することが期待される。

文 献

浜崎美景, 他: 胃のリンパ球浸潤を伴う髄様癌—予後良好な胃癌の一組織型. 細胞核病理誌, 12: 115—120, 1968.

Watanabe, H. et al.: Gastric carcinoma with lymphoid stroma. *Cancer*, 38: 232—243, 1976.

Rapidly progressive glomerulonephritis (RPGN) (写真39~41)

症例 576 60才, 男

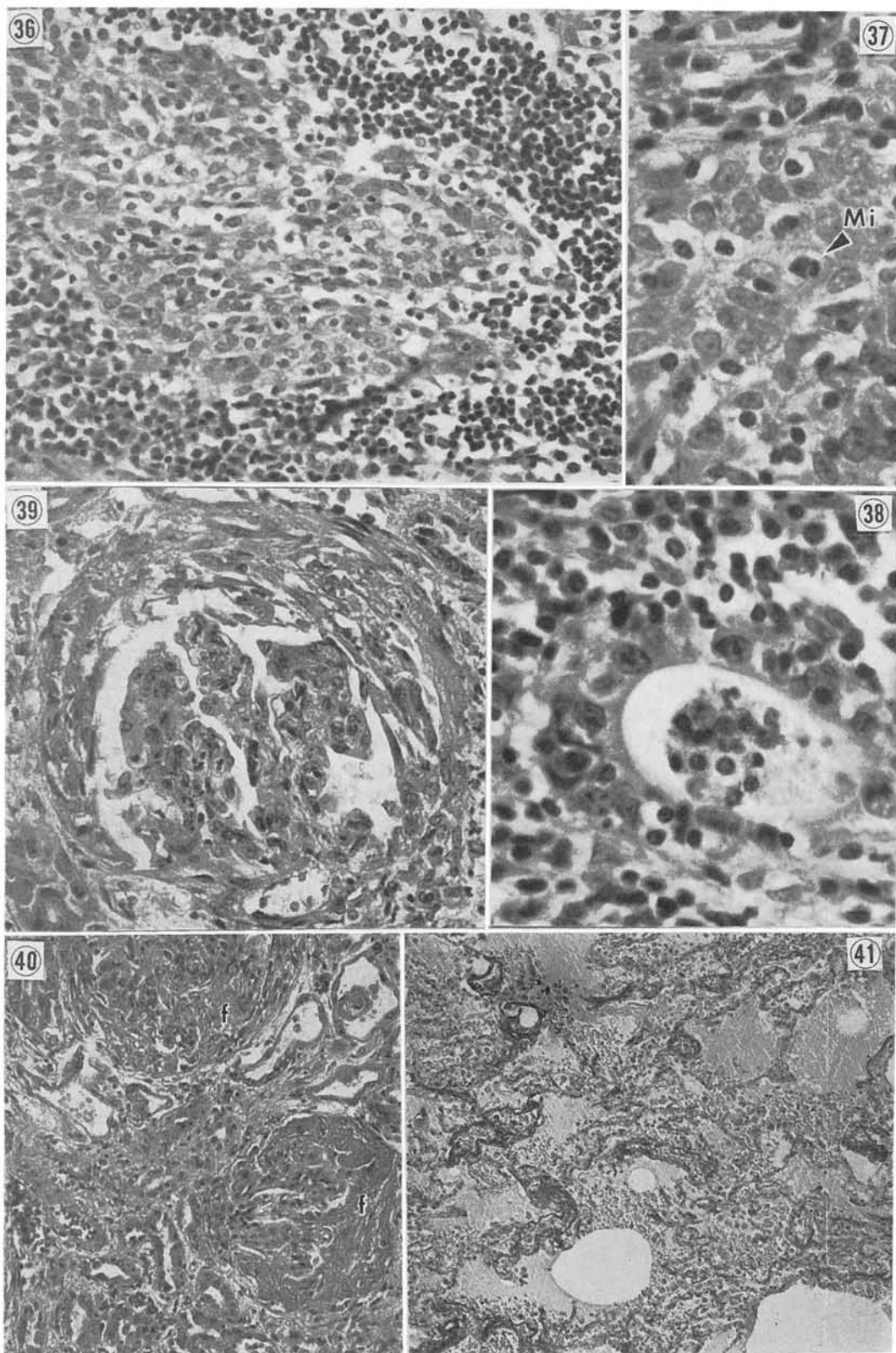
患者は日雇労働者, 52年2月11日感冒なれど雨に打たれて労務に従事する。13日急激に咳嗽・喀痰が増し咽頭痛・鼻汁あり, 熱発が高熱化し下痢をともなって16日入院。既往では数年来 RA あり放置していた。喀痰膿性, 黄色ブドウ球菌を証明, ASLO: 160, CRP: 5(+), RAT(+), 尿蛋白 85 mg/dl, 沈渣 W: 7~8/GF, 血圧 140/60, 肺化膿症の臨床診断で化学療法を行い4月頃やや症状好転す。この頃より尿沈渣に赤血球を多数認めるようになり, 5月に入ると尿蛋白 110→450→500 mg/dl, 尿酸窒素 20→40→80, クレアチニンの上昇をきたし, 死亡1週間前より乏尿, 死亡3日前より血痰あり, 5月21日尿毒症にて死亡。腎障害の強い抗生物質を用いないのに腎不全を来した点, 腎機能の悪くない時期にもよく浮腫を来した点を疑問として剖検を行った。腎は右 155 g, 左 165 g, 表面は平滑で緊満し蒼白で点状出血が散見される。組織学的に多数の糸球体が上皮性半月体の形成を示し(写真39), またボ氏囊腔に線維素・赤血球をみだしてこれが半月体に置きかえられつつある像もみられる(写真40)。尿細管は変性・萎縮ありしばしば円柱をいれ, 間質は浮腫性で円形細胞浸潤あり, 血管には動脈炎などの著変をみない。肺は容積がまして重く暗赤色調で含気量に乏しい。限局性病巣なく肺化膿症の所見なし。組織学的にはびまん性に肺胞腔に浸出液と赤血球をいれ, しばしば出血が著明, 大食細胞もまじえるがヘモジデリンは証明されない(写真41)。限局性に軽微な気管支肺炎の像をみるが間質炎の所見はない。

以上の所見より microscopic polyarteriitis および Goodpasture's syndrome を除外して RPGN と診断した。

文 献

日本腎臓学会編: 原発性糸球体疾患の病型分類, 1975. 大阪.

馬杉洋三: Rapidly progressive glomerulonephritis の病理. 血液と脈管, 6: 855—862, 1975.



Carcinosarcoma of the urinary bladder. (写真42~47)

症 例 578 78才, 男, 無職

臨床診断: 膀胱腫瘍

主訴: 下腹部緊満感, 尿・便頻回。

既往歴: 6年前, 前立腺肥大症にて剔除術施行。

現病歴: 1977年7月4日, 下腹部の小児頭大腫瘤を触知して当院泌尿器科入院。尿蛋白(+), 尿沈渣にてRBC 30~40/GF, WBC 無数/GF, 円柱(-), 尿比重1010。膀胱鏡にて, 巨大な腫瘍が膀胱後壁より内腔に突出し, 腫瘍表面は壊死状であった。入院1週後, BUN 97.7 mg/dl, K 5.3 mEq/Lにて透析を開始す。(以後, 8月15日迄, 24回実施。)入院23日後, 膀胱全摘術及び尿管皮膚瘻形成術を施行す。今回供覧するのは, この摘出腫瘍である。患者は術後経過良好であったが, 12月中旬に腫瘍の再発を来し, 腫瘍は急速に増大して, 骨盤腔を満たし, 臍上方にまで達した。翌年2月11日死亡。死後剖検す。

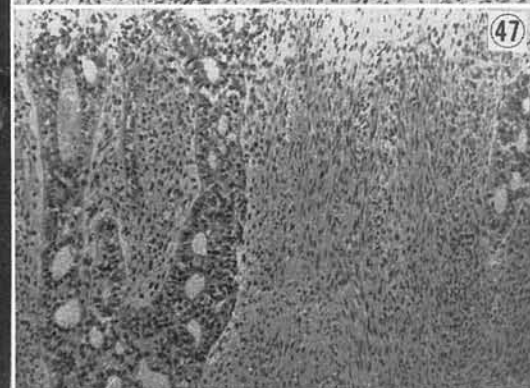
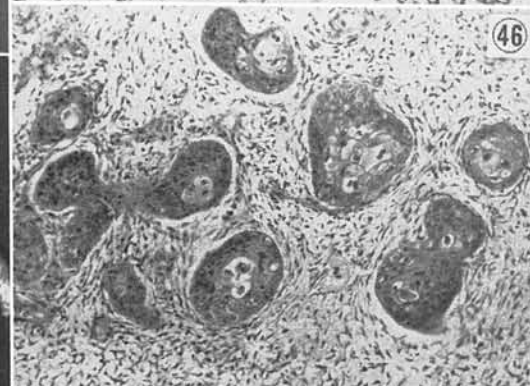
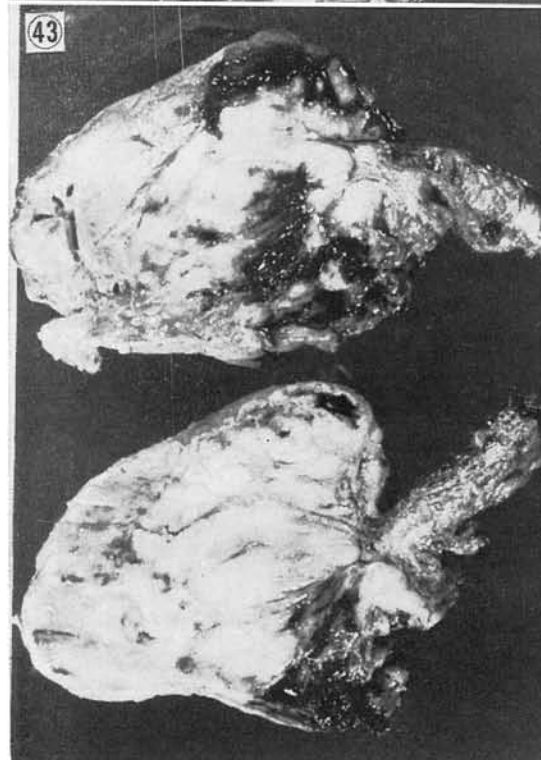
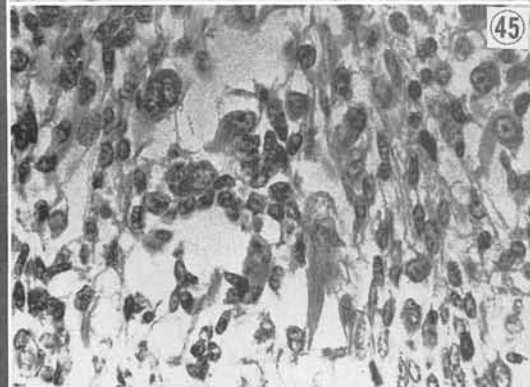
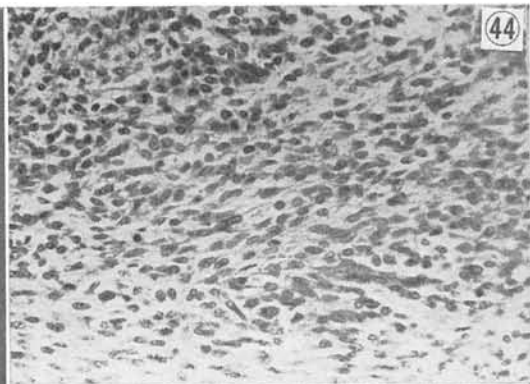
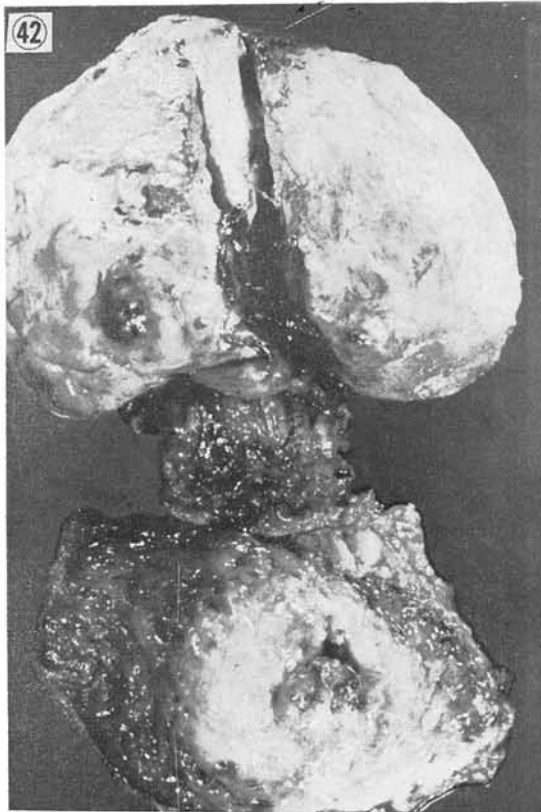
摘出腫瘍の肉眼所見: 腫瘍は, 有茎性の巨大なポリープ様腫瘤であり, 膀胱底部後壁に発して膀胱内に突出する(写真42)。ポリープ頭部は, 12.5×12.7×9.0 cm, 茎部の高さ2.2 cm, 周径12.7 cm, 腫瘍の重量700 gm。腫瘍の表面は, 淡褐色, 軟であり, 大部分粘膜上皮で被われず, 壊死状で, 炎症性滲出物が付着する。一部, 斑状出血巣をみる。腫瘍の剖面(図43)は, 一様に髓様であり, 表層部近くは淡褐色, 軟で壊死状である。特に腫瘍の上方1/3部分は壊死が強い。その他の部分は, 灰白色, 弾性軟で生きた腫瘍組織である。所々, 囊状壊死や出血壊死を認め, 又, 斑状出血を散見する。茎部では, 髓様の腫瘍が膀胱固有筋層内に膨張性に浸潤している。腫瘍部以外の膀胱をみると, 膀胱底部の粘膜に広範な斑状出血を認める。

腫瘍の組織学的所見: 摘出腫瘍は紡錘形細胞肉腫が主体で, これが大部分を占める(写真44, ×200)。核分裂像も比較的多い。この様な腫瘍細胞群の間に, やや大きい類円形 或いは 多角形の好酸性原形質を有する rhabdomyoblast や strap cell が少数, 諸所に混在する。多角形の rhabdomyoblast には横紋を認めないが, strap cell には, 時々明瞭な横紋を認める(写真45, HE染色, ×400)。PTAH染色では, strap cell の原形質は青染し, 横紋らしきものを認める。多角形の rhabdomyoblast, 紡錘形細胞肉腫は可染せず。PAS染色では rhabdomyoblast は強陽性, strap cell は中等度陽性を示す。紡錘形細胞肉腫の中には, この肉腫細胞と移行を示す軟骨肉腫ともいえる部分が少量認められ, 硝子軟骨基質と異型性を示す chondroblasts より成り, 軟骨基質はアルシアン青染色で青染し, 鍍銀染色で淡褐色を呈する。又, 紡錘形細胞肉腫の中には, 中等度分化型腺癌組織が集簇性に或いはバラバラと分散して認められる(写真47, ×100)。腺癌と肉腫の組織型の間には, 移行型を認めず, 画然と区別されている。鍍銀染色では, 腺癌の癌胞巢の周囲には, 明らかな基底膜が全周に形成されている。腺癌の他に, 分化した扁平上皮癌をみることも少くない(写真46, ×100)。又, 腺癌の扁平上皮化生しつつある像も認められる。

以上, 1個の膀胱腫瘍内に種々の肉腫要素と癌腫の要素を混然と共存させている点より, これを膀胱原発の癌肉腫と診断して異論はなからう。癌肉腫は, collision tumor, composition tumor, combination tumor (mixed mesodermal tumor) に分類されるが, 本例は少くとも collision tumor ではない。又, 中胚葉由来の膀胱三角部や尿道前立腺部に原発していないし, 癌と肉腫が相互に移行している形態もつかんでいないので, combination tumor とは断定し難い。本例の肉腫の組織型が, 前述の如く多様である点は, 粘膜固有層由来の肉腫細胞の多潜能が文献上も示されており, 同部由来の肉腫を強く示唆するものである。従って, 今後多数のブロックを切り出して, 膀胱上皮の浸潤癌が確認できれば, 本例は composition tumor であると考えてよからう。

文 献

1. Fred Holtz, et al.: Carcinosarcoma of the urinary bladder. Cancer, 29: 294—304, 1972.
2. James A. Brinton, et al.: Carcinosarcoma of the urinary bladder. Cancer, 25: 1183—1186, 1970.



睾丸腫瘍 Adenomatoid tumor (写真48~52)

症例 561 29才, 男

臨床診断: 睾丸腫瘍

14才時右睾丸打撲の既往がある。17才頃から同部が徐々に腫大してきたので、本院を紹介されて来院。妊娠反応は陰性、 α -Fetoprotein 20 mg/ml と上昇をみず、女性化乳房、血尿もない。左睾丸は正常大で異常をみない。

右睾丸は周囲組織と癒着なく、容易に摘出できた。摘出腫瘍は275g、表面は被膜で被われた硬い8.5×8.0×7.0 cm 大の腫瘤で、境界明瞭、睾丸とは明らかに境界され、副睾丸は尾部から中央部までは追及でき、腫瘍外側に圧迫され付着しているが、それより上部は腫瘍と剝離不能になり、移行する。

腫瘍の断面は灰白色、凹凸不正の顆粒状、多結節性の充実性腫瘍で、その様相は子宮筋腫のそれに類似する(写真48)。

組織学的所見: 部位により像はかなり異なり、類円形—紡錘形核を有し、淡明空胞化する豊富な胞体からなる細胞が、線維性結合織内に孤在するもの、腺様構造や索状に配列し、上皮性性格を思わせるものなど、種々の程度に集団を形成し、不規則ながら結節構造が伺われる。空胞化細胞には単核から数個の核を入れるものがある。

間質組織は紡錘形、好酸性胞体をもち不規則に走行する平滑筋線維、タマネギ状構造や不規則波状走行する細線維、静脈性血管の増加とその内皮細胞の腫脹をみ、これが腺様構造を示すものもある。

細胞成分の乏しいところでは浮腫状、粘液様変性をみる。肉眼のおよび組織学的所見から子宮筋腫のある種の所見にきわめて類似することから、当初 *angioliomyoma* と診断した。

胞体空胞化する上皮様細胞は PAS, alcian-blue 染色で陰性、むしろ腺様構造の間質が後者で淡染した。平滑筋紡錘型細胞には微細顆粒状の PAS 陽性物質をみるものがある。Azan, van Gieson 染色でも筋原性と線維性組織が不規則に介在している。

銀染色で腺様構造物に相当して類円形、管状欠損部をみるが、基底膜の存在は不明瞭で、かつ内面に不規則細線維が介在し、上皮性性格という根拠はえられなかった。

睾丸組織は肉眼的にやや圧迫されているが、浸潤性増殖はなく、被膜で境界され、年齢に比し *spermatogenesis* は乏しい。

本例の問題点は上皮様細胞をいかに解釈し、組織診断するかにある。一見上皮性腺様構造を呈するが、銀染色などによっても上皮性細胞という根拠はなく、空胞化や索状配列する細胞の由来は非上皮性性格としても、その起源は不明である。平滑筋や血管構造、線維性結合織が不規則かつ密に混在し、空胞化細胞の存在など、発生部位的にも *adenomatoid tumor* の所見に相当する。

睾丸の *adenomatoid tumor* の好発部位は尾部副睾丸、睾丸の後下部で、睾丸への圧迫性増殖はするが、浸潤はしないといわれる。

自験例の発生部位は副睾丸のほぼ中央部で、誘因として外傷が考えられ、かつこのように大きい *adenomatoid tumor* も稀である。

組織発生として Mackay らは電顕的検索で中皮細胞起源を推測し、酒徳らは中腎管由来を示唆しているほか、内皮細胞説、Müller 管説などがあるが定説はない。

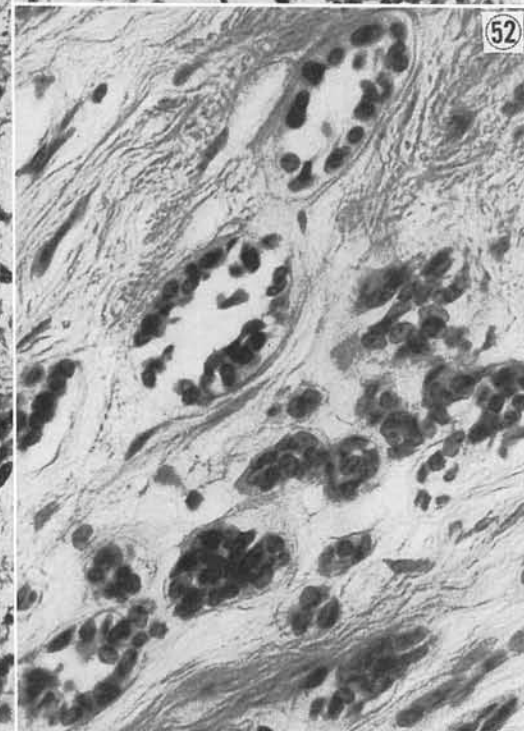
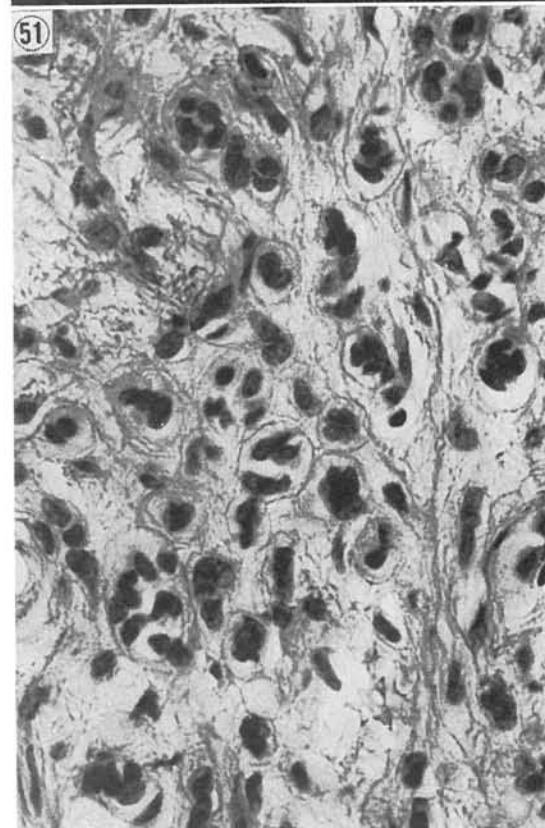
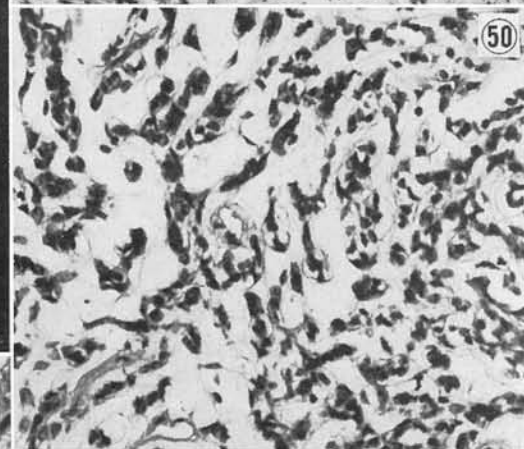
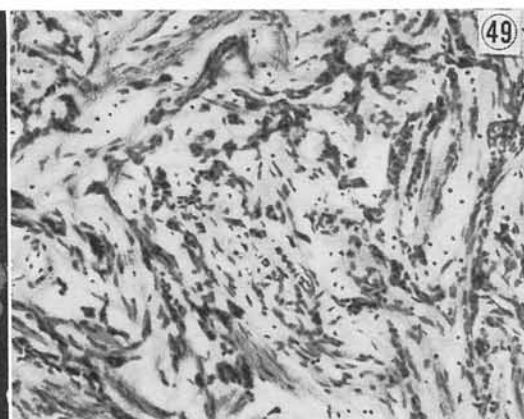
本症の同義語に *adenomatoid mesothelioma*, *adenofibroma*, *adenofibromyoma*, *angiomatoid tumor*, *lymphadenoma* のほか多くの用語が用いられてきたが、現在は *adenomatoid tumor* が一般化しているものの、本態を説明しうるものではない。

文 献

Mackay, B., Bennington, J. L., & Skogland, R. W.: The adenomatoid tumor: Fine structural evidence for a mesothelial origin. *Cancer*, 27: 109—115, 1971.

Mostofi, F. K. & Price, E. B.: Tumors of the male genital system. 2nd series, 144—151, A. F. I. P. Washington, 1973.

酒徳治三郎, 高橋陽一: 副睾丸の *adenomatoid tumor* の2例とその組織発生についての検討. 泌尿紀要, 8: 171—175, 1970.



Endometrial stromatosis (sarcoma?) (写真53~58)

症 例 566 36才, 女

臨床診断: 腹部腫瘍—子宮筋腫

妊娠4回の経産婦, 数年来下腹部の腫瘤に気づいたが, ホルモン異常症状はない。

子宮筋腫の診断で, 膈上部切断術を施行した。摘出子宮は成人手拳大で, 大小3個の筋腫様腫瘤形成をみ, 硬度は筋腫に比し軟かい。

剖面で底部に10cm大の淡黄色—灰白色調の境界明瞭な充実性腫瘍をみ, 一見肉腫様所見を呈している。下部には7.5×5.5cm大の剖面顆粒状, 前者に比し境界やや不明瞭で硬い腫瘤形成をみ, 腺筋腫様所見を呈する(写真53)。

内膜は軽度肥厚する。

組織学的所見: 内膜は増殖期像で, ほぼ正常生理的所見から腺管構造が減少し, 間質細胞が増殖かつ腫大し, 肥厚内膜へ移行する(写真54, 55)。

底部腫瘍は内膜組織から連続性あるいは島状に内膜腺構造を欠き, 間質細胞類似の細胞が結節状に増殖している。

増殖細胞は類円形の核をもち, 淡明な少量の胞体を有する, ほぼ同大単一系細胞よりなる。核分裂像も少数みられる(写真56)。

大部分の増殖巣は周囲の子宮筋組織と境界明瞭な大小不同, 不規則な結節よりなるが, 部分的には筋層間に浸潤性増殖するところもある。筋組織と間質細胞増殖巣の量は部位により異なる。

脱落膜様変化はないが, 正常内膜間質細胞に比し腫大する。PAS染色では胞体不染, 銀染色で細線維が各細胞間に介在し, 網状構造を呈する。筋組織との境界は明瞭であるが, 限界膜様構造はない(写真57)。

部分的に血管腔内に陥入性増殖をみる。

本例は組織学的に子宮内膜組織と連続性に移行を認め, 増殖期間質細胞に類似を求めることができ, 間質細胞由来の異常増殖であることには異論はない。

本例の問題点は組織学的に良性・悪性の判定, すなわち *endometrial stromatosis* とするか *endometrial stromal sarcoma* と診断するか意見が交された。

成書でも間質性子宮内膜症と内膜間質細胞肉腫には移行があり, 組織学的に両者の明確な鑑別が困難なことがあると記載されており, その判定が容易でないことを示している。

本例では肉眼的に境界明瞭であるが, 軟かく肉腫様所見を呈し, 悪性が疑われた。組織学的には正常内膜間質細胞からの移行をみ, 核分裂像は少数認められても, 異型性はなく均質な細胞の増殖で, 悪性と積極的に診断する所見は乏しい。しかし一部血管内に突出して増殖する所見をみると, (写真58) 腫瘍の一般的概念からすれば当然悪性とすべきであるが, 子宮にはリンパ管や血管内に増殖する *endolymphatic stromal myosis* があり, 脈管内増殖が悪性の指標となりえないこともある。また *endometrial stromal sarcoma* と *endolymphatic stromal myosis* の関係が論じられている現在, この所見だけで本例を直ちに悪性と断定しかね, 臨床側に十分な経過観察を依頼した。

術後約2年の現在まで再発をみず, 健康である。

文 献

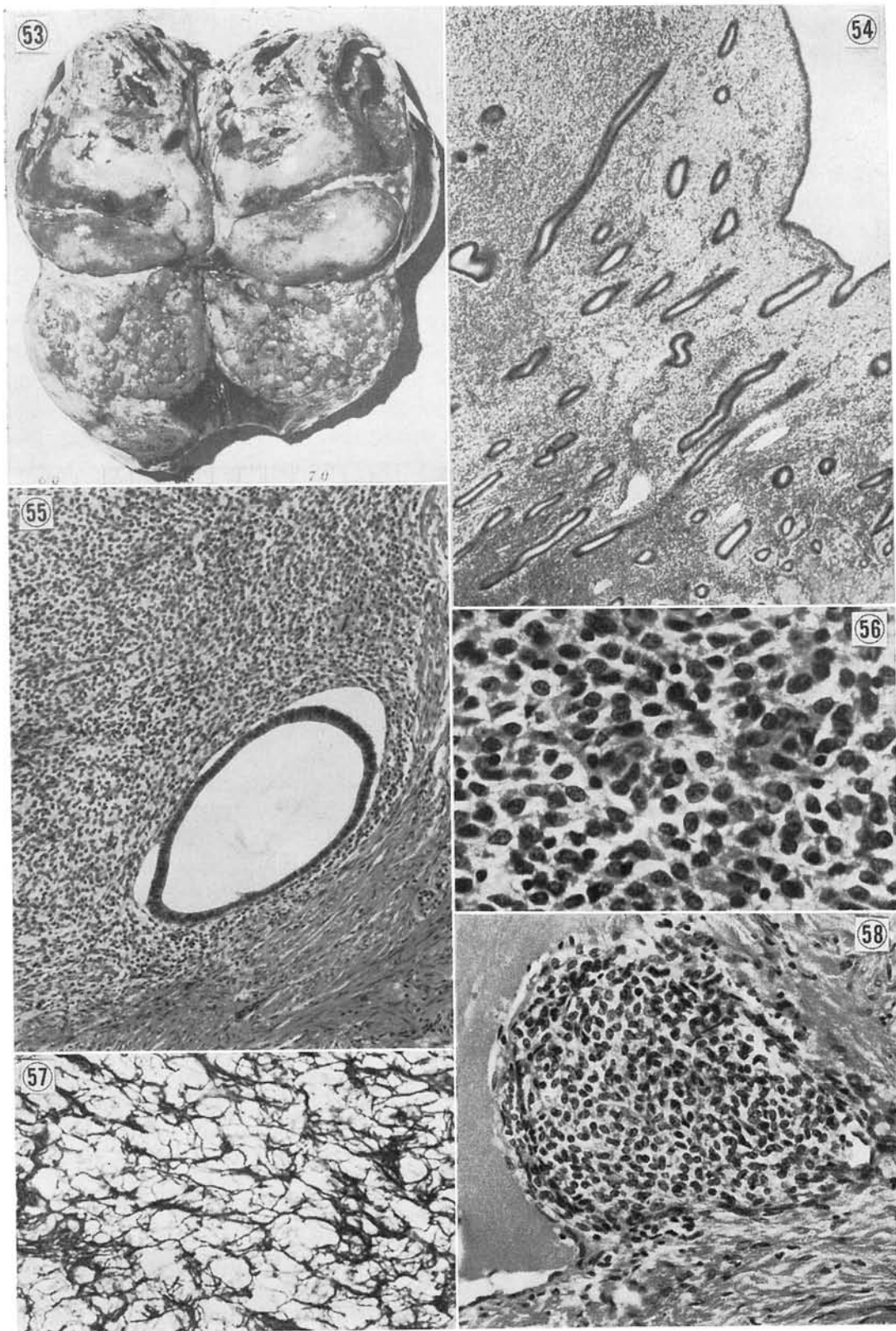
Heryig, A. T. & Gore, H.: Tumors of the female sex organs, Part 2. Tumors of the vulva, vagina, and uterus, 230—234, 246—253, A. F. I. P., Washington, 1960.

Jensen, P. A., Dockerty, M. B., Symmonds, R. E. & Wilson, R. B.: Endometrioid sarcoma ("stromal endometriosis"): Report of 15 cases including 5 with metastases, *Am. J. Obst. Gynec.*, 95: 79—90, 1966.

三谷 靖, 山辺 徹: 現代産科婦人科学大系 8B₂, 女性性器の肥大, 萎縮, 腫瘍 II, 245—259, 中山書店, 東京, 1975.

Symmonds, R. E., Dockerty, M. B. & Pratt, J. H.: Sarcoma and sarcoma-like proliferations of the endometrial stroma, III. Stromal hyperplasia and stromatosis (stromal endometriosis). *Am. J. Obst. Gynec.*, 73: 1054—1070, 1957.

Weiser, G., Propst, A.: Zur Histogenese der Angiomatosis uteri—sog. Stromatosis uteri: Eine elektronenoptische Studie. *Virchows Arch. Path. Anat.*, 361: 229—239, 1973.



左横隔膜に発生せる平滑筋肉腫（剖検例）（写真59～64）

症 例 562 67才，男，元教員

臨床診断：左癌性胸膜炎

主訴：呼吸困難と左胸部痛。既往歴に36才，肺結核症。62才，乾性胸膜炎にて半年 SM 筋注をうけた。

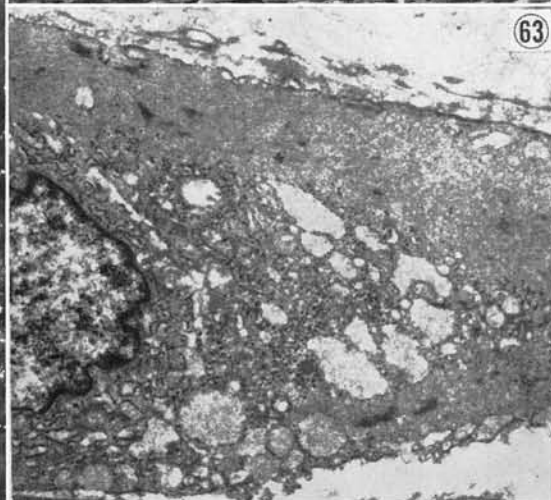
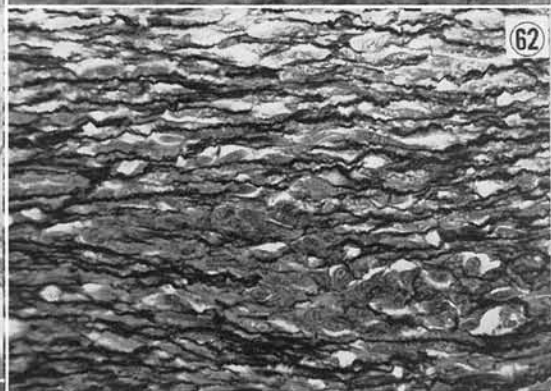
現病歴：昭和50年10月，全身倦怠を訴え，11月，開業医にてX線検査の結果，左肺が真白であると指摘された。12月末日，咳嗽，左胸部痛，起坐呼吸を要する程の呼吸困難を来し当院内科を受診し，翌年1月3日入院す。入院時，左肺は打診にて全面に濁音があり，聴診にて呼吸音を聴取せず。胸部レ線像では，左肺野は全面真白で，心臓は右方へ圧排されている。右肺上野に石灰化像，右肺下野に類円形の腫瘍転移を認める。臨床検査では左胸水が血性で，細胞診にてパパニコロー class V。喀痰は結核菌陰性。その他の検査は異常なし。入院後，血性胸水を2～3日毎，1.5～2リットルずつ穿取したが，容易に再び胸水貯溜を来し，全経過約4カ月にて死亡。死後剖検す。

病理解剖学的所見：左胸腔には血性胸水が3,000 cc 有り，臓側及び壁側胸膜は，全面びまん性に腫瘍浸潤をうけて，1～3 cm の厚さに肥厚している。この部の腫瘍は灰褐色，髓様であるが，出血が広範にみられ，腫瘍組織の壊死も散見される。又，左横隔膜から，21.5×12×8.8 cm 大の境界明瞭な雪ダルマ型腫瘍が胸腔内に突出している（写真59）。その腫瘍の内側上方に，腫瘍の胸膜浸潤によって小さく無気肺状になった左肺がある。剖面では，雪ダルマ型の腫瘍は表面に線維性被膜をかむり，腫瘍実質は灰褐色，髓様である。しかし，腫瘍の中心部は灰白色ないし黄白色の線維増生が目立ち，又，出血，壊死や囊状壊死も散在する（写真60）。これらの腫瘍は横隔膜の胸膜組織に一致して増殖し，骨格筋層に浸潤する所見は認めない。腫瘍の浸潤は，左胸膜，心包にみられ，転移は両肺，リンパ節（気管分岐部，左傍気管，大動脈弓部）にみられた。副病変としては，右肺の気管支肺炎及び陈旧性肺結核症，活動性十二指腸潰瘍（UI—II），食道憩室がみられた。

腫瘍の組織学的所見：胸廓の壁側胸膜の腫瘍組織では，紡錘形細胞が束状に交錯し，矢はず模様を示す所もある。腫瘍細胞は，楕円形ないし辺縁鈍な長楕円形核を有し，核分裂像も多い。腫瘍細胞の間質は，ごく微量の膠原線維である（写真61，×200）。腫瘍組織内に新鮮出血や小壊死巣を認める。雪ダルマ型腫瘍では，腫瘍中心部は広範な壊死後，硝子化膠原線維束で置換され，その周辺では腫瘍細胞間に膠原線維性間質がよく発達している。線維化巣より離れた部位でも，紡錘形腫瘍細胞は，蛇行する膠原線維に両側を伴走されて存在する。鍍銀染色（写真62，×200），Azan Mallory 染色，van Gieson 染色によって，腫瘍の間質が蛇行する膠原線維から成ることが証明される。なお，PTAH 染色では，腫瘍細胞は染まらなかった。以上より，①平滑筋肉腫 ②線維肉腫 ③悪性中皮腫を疑い，多数切片によって精査するも，中皮腫の腺管構造は確認できなかった。電顕像では，紡錘形の腫瘍細胞であり，楕円形或いは細長い核は，両側から強い彎入を示す。原形質内には，myofilament が豊富に発達し，dense body 及び dense zone も明らかに認められる。基底膜構造と pinocytotic vesicles は認めない。核の周辺，特に両尖端近くには，r ER の発達が著明で，糸粒体の発達は中等度みられ，糖原の出現もそれらの周辺に多い（写真63，×16,000）。写真64は，4万倍の電顕像であり，腫瘍細胞の長軸に平行して走る直径60 Å の Actin filament が多数認められ，その上に種々の大きさの dense body 及び細胞膜に付着する dense zone を認める。以上の所見を多くの腫瘍細胞に認めることより，本腫瘍を平滑筋肉腫と診断した。横隔膜原発の平滑筋肉腫の報告は，国内，国外の文献上，稀なものである。

文 献

1. 勝瀬 烈，他：横隔膜ないしその近辺から発生したと思われる横紋筋肉腫の1例。四国医誌，25：453—457，1969. Apr.
2. 岡本十二郎，他：横隔膜腫瘍の1症例。臨床放射線，10：143—148，1965.



Perianal rhabdomyosarcoma (写真65~68)

症 例 568 21才, 女

臨床診断: Perianal tumor

昭和51年4月妊娠。その頃より肛門周囲皮下が硬く膨れ、便が出にくくなる。7月、肛門周囲全周にわたる硬結あり、7時方向には約4×10cmの拡がりをもつ弾性硬の腫瘤が触知され右ソケイ部リンパ節の腫大もみられた。

生検によるリンパ節の組織学的所見では、腫瘍細胞はジアスターゼで消化されるPAS陽性顆粒を有し、巨細胞を混じ、alveolar patternを示し増殖している。鍍銀染色では個々の細胞に繊細な細網線維が認められた。PTAH染色等で横紋の証明はなされなかったがrhabdomyosarcomaと診断した。

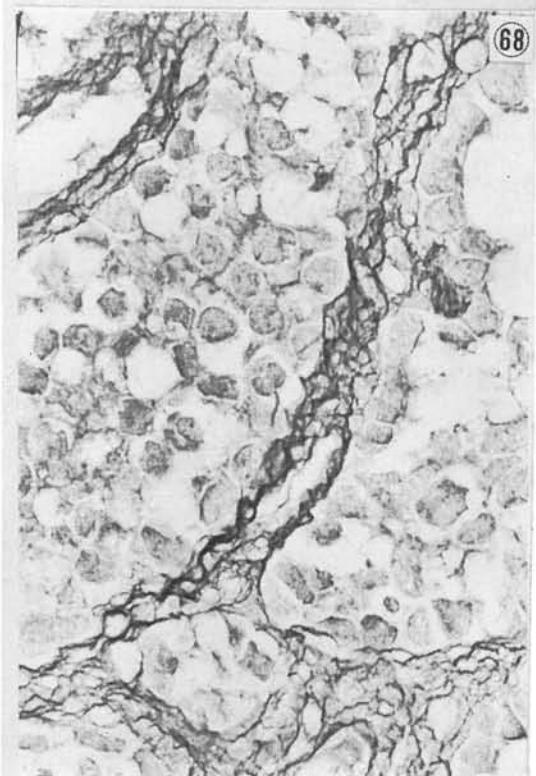
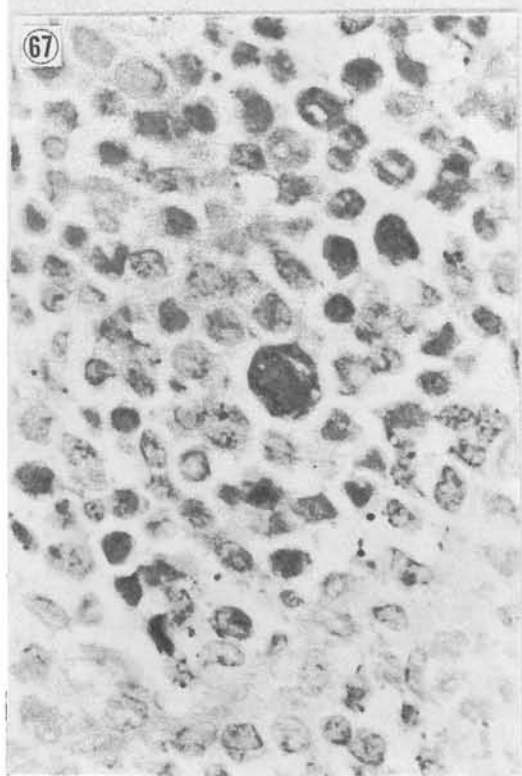
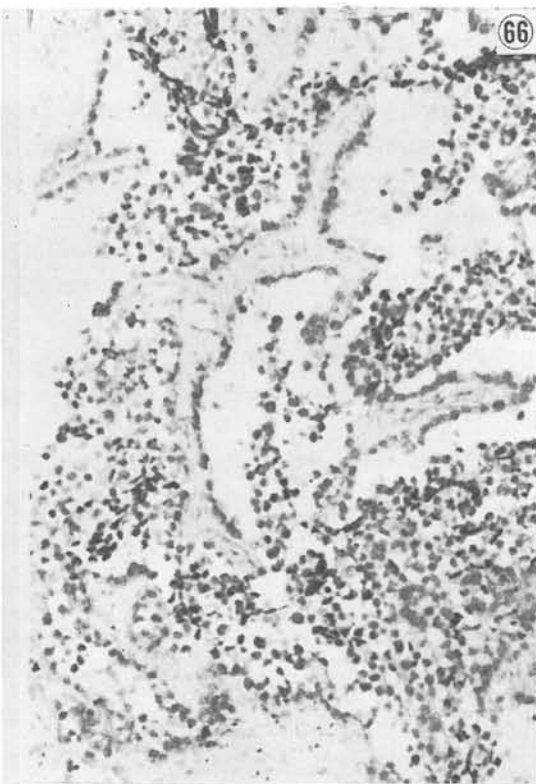
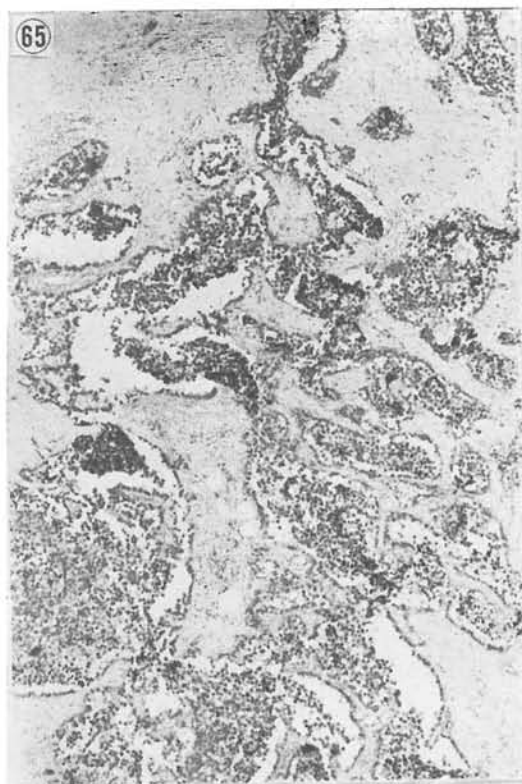
本例は、①肛門周囲のrhabdomyosarcomaは1976年まで世界で、成人7例、小児4例の報告がなされておるのみで非常に稀であり、更に②妊娠を契機としており、胎児の卵黄ノウ等で産生される α -Fetoproteinは免疫機能をおさえる事が知られており、silentであった腫瘍が免疫監視機構をのがれて増殖したことが予想された点で興味ある症例であった。

文 献

Enzinger, F. M., & Shiraki, M.: Alveolar rhabdomyosarcoma. *Cancer*, 24: 18—31, 1969.

Srouji, M. N. et al: Perianal rhabdomyosarcoma in childhood. *Cancer*, 38: 1008—1012, 1976.

Murgita, R. A., & Tomasi, T.B.: Suppressor of the immune response by α -Fetoprotein. *J. Exp. Med.*, 141: 440—452, 1975.



[28]

Granular cell myoblastoma (写真69~72)

症 例 564 63才, 女

臨床診断: 右側腹部腫瘤

昭和51年5月頃, 右側腹部皮膚に径約1cmの腫瘤に気づき生検。

組織学的には真皮に径30~60 μ に及ぶ, 胞体豊富な腫瘍細胞の巣状増生が認められた。胞体にはPAS陽性でジアスターゼ抵抗性の顆粒が認められ, 電顕では電子密度の高い微細顆粒として証明され, Granular cell myoblastoma と診断した。

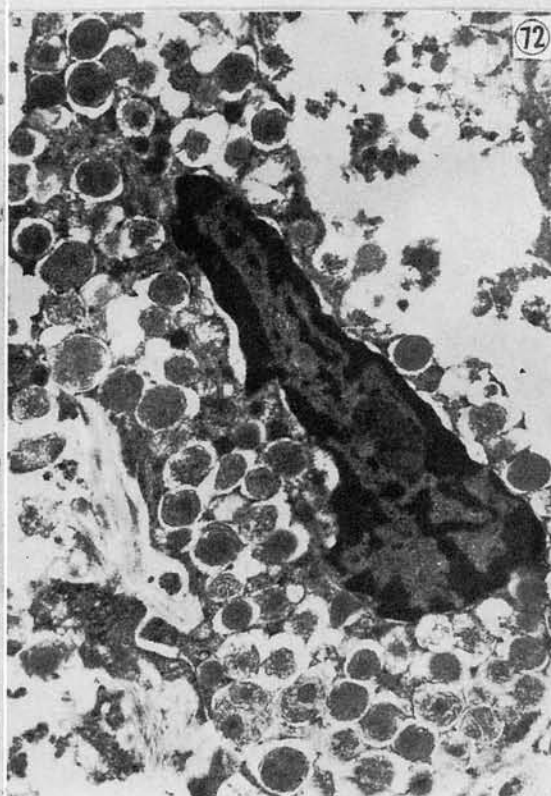
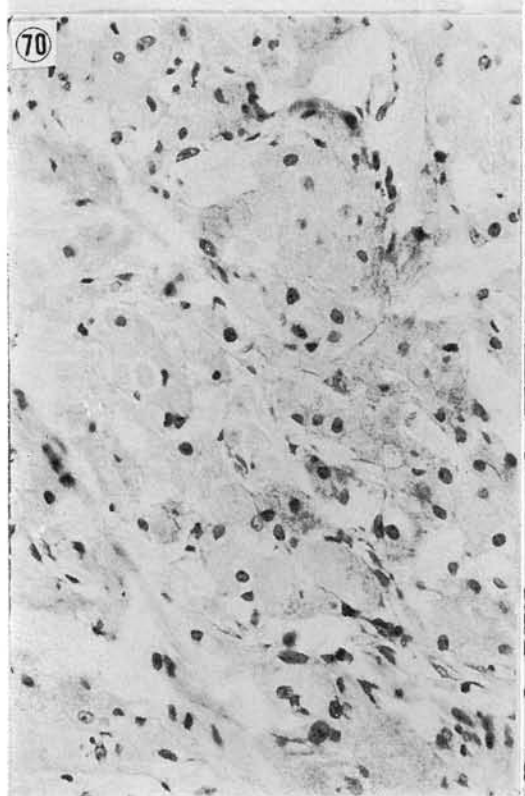
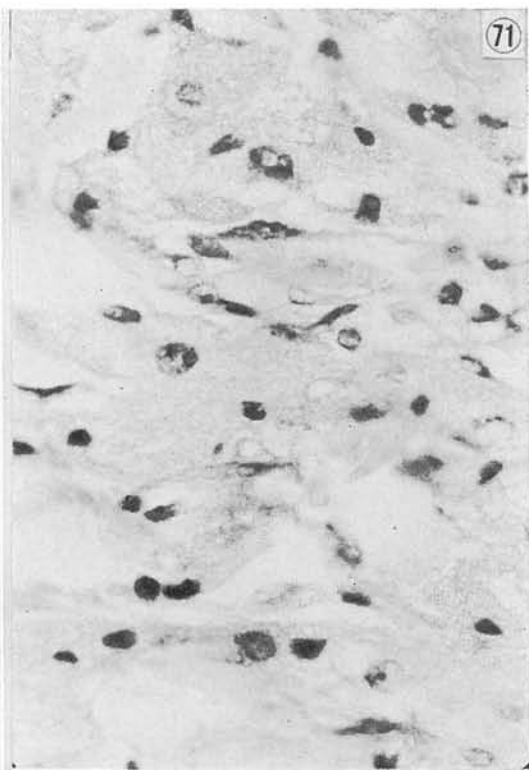
尚本例では, 胞体内顆粒に lamellar structure が認められ, 肥満細胞との鑑別が必要であった点で興味もたれた。本腫瘍及び肥満細胞の origin については現在不明である。

文 献

須藤守夫: 肥満細胞の形態と機能, 代謝, 13:(5), 367—377, 1976.

Garancis, J. C., Komorowski, R. A., & Kuzma, J. F.: Granular cell myoblastoma. Cancer, 25: 542—550, 1970.

Strong, E. W., McDivitt, R. W. & Brasfield, R. D.: Granular cell myoblastoma. Cancer, 25: 415—422, 1970.



昭和53年5月1日印刷
昭和53年5月31日発行

発行所 松山市堀之内13 TEL ②1111

国立松山病院研究検査科内(〒790)

愛媛県臨床病理研究会

印刷所 松山印刷有限会社

松山市木屋町1丁目5番 TEL ②3141-4

