

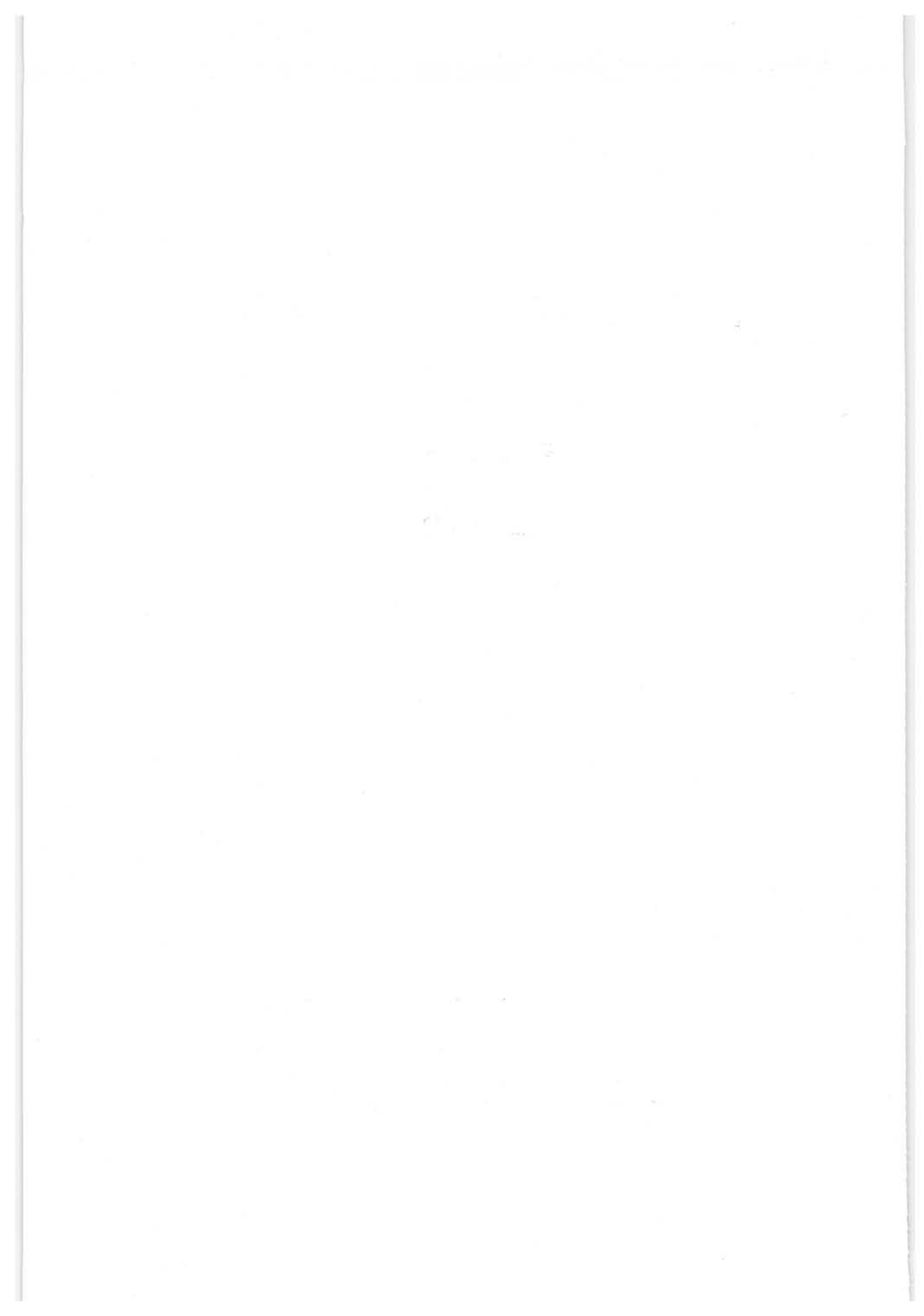
愛媛県臨床病理研究会年報

第 11 号

(通算 13 報)

1979

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	須賀清次郎	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
国立病院四国がんセンター	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	江里口健次郎	院長
松山市民病院	松山市大手町2丁目6-3	宮田信熙	院長
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 13 報

1978・1979年現在の会員（機関別ABC順）

愛媛大学医学部 第二病理	田 部 井		亮
	野 呂		崇
	近 藤	万	里
	中 条	邦	昭
愛媛大学医学部 第一病理	福 西		亮
	森	浩	志
	吉 田	浩	己
	吉 田	愛	知
	門 田	明	彦
国立病院四国がんセンター	中 西	速	夫
	森 脇	昭	介
	春 間		賢
	高 嶋	成	光
松山市医師会検査センター	今 川	文	一
	山 本		司
松 山 市 民 病 院	浜 崎	美	景
	(現 三豊総合病院)		
愛媛県立中央病院	重 松		授
	田 尾		茂

Ryo TABEL, Takashi NORO, Mari KONDO, Kuniaki NAKAJO, Ryo FUKUNISHI, Hiroshi MORI, Hiroki YOSHIDA, Aichi YOSHIDA, Akihiko KADOTA, Hayao NAKANISHI, Shosuke MORIWAKI, Ken HARUMA, Shigemitsu TAKASHIMA, Genichi IMAGAWA, Tsukasa YAMAMOTO, Mikage HAMAZAKI, Sazuku SHIGEMATSU and Shigeru TAO.

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

検 討 症 例 一 覧 表 (昭和53・54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			
581	1	県立中央病院	M	33	縦隔腫瘍	Seminoma, 胸腺原発	78-183
* 582	2	"	M	37	左副腎褐色細胞腫, 7.6×5.7×3.3 cm, 130 gm, 発作性高血圧型, 250—290 mmHg	Pheochromocytoma	78-1213
583	3	"	M	35	右中手骨背側腫瘍	Synovial sarcoma, monophasic	78-76
584	4	"	F	30	Mammary fibroadenoma, 再発3回	Malignant cystadenoma phyllodes, metastasis (-)	78-1824
* 585	5	"	M	63	左そけい部腫瘍, 筋膜下10年間, 最近3年間で超鶏卵大, 約10ヵ月後に局所再発	Malignant mesenchymoma	78-1508
586	6	"	M	41	上顎肉腫, リンパ節転移(-)	Leiomyosarcoma, pleomorphic	78-1624
* 587	7	愛媛大一病理	F	49	原発不明転移性肺腫瘍, 前縦隔胸腺の位置に4.5×2.5×1.0 cmの腫瘍, 転移: 肺, 脾, 脳, 肝, 腎, 卵巣	Malignant thymoma	A78-12
588	8	松山市民病院	M	70	前立腺腫瘍再発, くるみ大, 尿道・直腸に浸潤	Leiomyosarcoma of the prostate	78-335
* 589	9	国立病院四国がんセンター	M	2 M	左上腕腫瘍, 生後まもなく発生, 軟, 放射線感受性良好, 2年10月で死亡	PAS(+), EMでもグリーコーゲン顆粒(+), Ewing's tumor, Myofilament(-)	イ77-223
* 590	10	"	F	55	胃腫瘍, 体部前壁, 5.5×4.5 cm, 潰瘍形成をみる境界明瞭, 硬い腫瘍	Inflammatory fibroid tumor? Azan 青染, van Gieson 赤染	78-868
* 591	11	"	F	52	総胆管結石, 急性膵炎, 腹腔内腫瘍	腹腔内寄生虫性肉芽腫 (ウエステルマン肺吸虫の異所寄生)	イ78-3191
* 592	12	"	M	55	右背部発赤硬結と右腋窩腫瘍, 全経過51.7—53.3死亡, 右腋窩以外リンパ節腫大は軽度, 末期示指頭大(両頸)	Malignant lymphoma? +X? histiocytic type, 皮下のリンパ管内侵襲(+), 周囲にリンパ様組織増殖	77-277 リンパ節 (市医師会センター) 皮膚検生

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			
* 593	13	国立病院四国がんセンター	M	42	腹壁血管腫? 有茎性, 6.5×3.0×2.5 cm, 1年前より発生, polyp 状となる	Benign haemangioendothelioma	イ78-3309
594	14	〃	M	64	右上顎癌, 鼻出血で発症, 骨破壊(-), 51. 6.11—52.6.29 死亡, 放射 6,000 Rad, 甲状腺腫あり T ₃ 19.3%, Chronic thyroiditis	分泌腺由来の癌	76-2204 76-1422 76-1953
595	15	〃	M	51	胃粘膜下腫瘍, 集検にて指摘される, 体中部後壁の亜有茎性隆起, 生検 Group II, 腫瘍摘出術	タマネギ様蜂窩状構造, Azan 赤染, van Gieson 黄染 平滑筋腫	76-2474
596	1	愛媛大一病理	F	33	右腎結石, IVP で tumor, 8×3 cm, 腎盂の被膜性	Angiomyolipoma	
* 597	2	〃	M	79	肛門輪から 5 cm 口側に広基性腫瘍, 直腸 2.0 cm 大隆起性病変	直腸 Carcinoid tumor, Argentaffin (+)	78-1454
598	3	県立中央病院	M	68	左下腿 18 才時から Osteomyelitis, 再発をくり返す, 植皮部腫瘍形成, WR (+)	Angiosarcoma? Squamous cell carcinoma の肉腫様変化?	79-573
599	4	〃	F	62	右腎腫瘍	Pyelonephritis	79-398
600	5	〃	F	31	右上腹部腫瘍形成, 440gm, 11×12×5cm, 2年前から	Fibrosarcoma, low malignancy	79-465
601	6	国立病院四国がんセンター	M	5	左側頸リンパ節炎, 20日後左腋窩にピンポン球大腫瘍, (愛大小児科入院中)	Histiocytosis X (Letterer-Siwe)? Malignant lymphoma (RS)?	イ79-922 イ79-1120
602	7	〃	F	94	後頭部腫瘍, 数年前より気付くも放置, cystic, 波動(+), 弾性軟, 5×7×4 cm	Fibrous histiocytoma? 脂肪性肥厚+感染+リンパうっ滞?(非腫瘍性)?	イ79-1190
* 603	1	松山市民病院	F	10	背部線維腫, 2 cm	Angiomatoid malignant fibrous histiocytoma	
* 604	2	愛媛大一病理	F	53	肺癌疑い, 右肺中葉 B ₅ , 3 cm	肺硬化性血管腫あるいは肺芽細胞腫	79-252
* 605	3	〃	M	47	腹壁線維腫の疑い, 約10年前から右側腹部皮膚に有茎性腫瘍, 3×2 cm	Benign juvenile melanoma	79-2100 松山日赤症例

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			
* 606	4	国立病院四国がんセンター	F	33	右肺腫瘍, 肺外性, 11×8.5×7.0 cm	肺癌肉腫 (腺癌の肉腫様変化)	A 855
* 607	5	県立中央病院	M	68	左下腿, 18才時から Osteomyelitis, 再発をくり返す, 植皮部腫瘍形成, WR(+), 胃癌もあり	慢性骨髓炎後に発生せる皮膚血管肉腫	80-86 79-384 79-573
* 608	6	〃	F	29	右下顎腫瘍, 右乳房腫瘍, 腹部膨満		80-59
609	7	〃	M	60	上顎癌, 11年前 (49才), 放治	Maxillary sinus tumor Fibrosarcoma? or Liposarcoma?	79-1374 79-120

*は写真とともに詳細記載例

肺癌肉腫（腺癌の肉腫様変化）（写真1～6）

症例 606 33才, 女

臨床診断：右肺腫瘍

昭和53年12月頃から倦怠感、咳嗽あり、食欲不振や体重減少をきたした。54年3月中旬、某病院を訪れ、入院加療中血性胸水がみられ、当院に紹介された。

入院時右胸痛あり、胸部レントゲン撮影により、右横隔膜挙上し、外側ほど中央部に3.5×2.5 cm大の腫瘍陰影あり、胸壁との癒着が認められる。多量の胸水の貯留をみたため、排液を行ったところ、血性滲出液であった。

細胞診で初回 Class II としたが、3回目の検索で、数は少ないが濃染核、腫大核をみ、胞体は微細胞泡状で、一見組織球様。細胞の性状は把握しがたいが、孤在することからも、非上皮性悪性細胞とくに悪性中皮腫を疑った。その後も排液と同時に胸腔内に MMC, BLM など注入し、細胞診でも治療に伴う変性腫瘍細胞が少数出現していた。

喀痰の細胞診検査では、全経過を通じて、腫瘍細胞は確認できなかった。

入院後僅か3か月で死亡、剖検した。

剖検所見：右胸腔には1000 mlの血性貯留液をみ、上葉外側は胸壁と癒着する。

腫瘍は肺外性に増殖する11×8.5×7.0 cm大の灰白色充実性、軟かく肉腫を思わせる。

肺実質にも連続性に腫瘍をみるが、境界明瞭な6.5×4.0 cm大の結節である。肺門部リンパ節の腫大はない。

組織所見：主病巣である肺外性腫瘍は、紡錘形細胞がびまん性に増殖し（写真1）、胞体もエオジン好染で、比較的豊富、核も紡錘形から棍棒状あるいは不規則で、大小不同や異型性が強く、明瞭な核小体がみられる。紡錘形細胞は束状となり、これが交叉しているため、横断面や斜断面の部分もみられ、形態が多彩性にみえる。核分裂像も多数出現する。

類壊死や凝固壊死巣も散在し、間質は乏しいが、硝子様化あるいはアミロイド様にみえる。

肺実質内腫瘍もほぼ同様の紡錘形腫瘍細胞が密に増殖しているが、正常肺との境界部で円柱上皮よりなり、肺胸壁に沿って増殖したり、肺胞内で充実性癌巣を呈する部、粘液産生する腺癌部分があり（写真4）、周囲の気管支周囲の脈管内に、核濃染し、異型性の強い腺癌の侵襲をみ（写真3）、気管支上皮由来の腺癌の所見である。

前記の紡錘形細胞は H. E. 染色では、線維肉腫あるいは平滑筋肉腫様で、Azan 染色で赤染、van Gieson 染色で黄染、Masson-trichrome 染色で赤紫色に染まり、一見筋原性の所見を呈する。燐タングステン酸ヘマトキシリン染色で、横紋は確認できない。PAS-Alcian blue 染色で、分泌物は青染する。

銀染色で、紡錘形細胞部に細線維が介在し非上皮性腫瘍の所見をとる（写真6）。

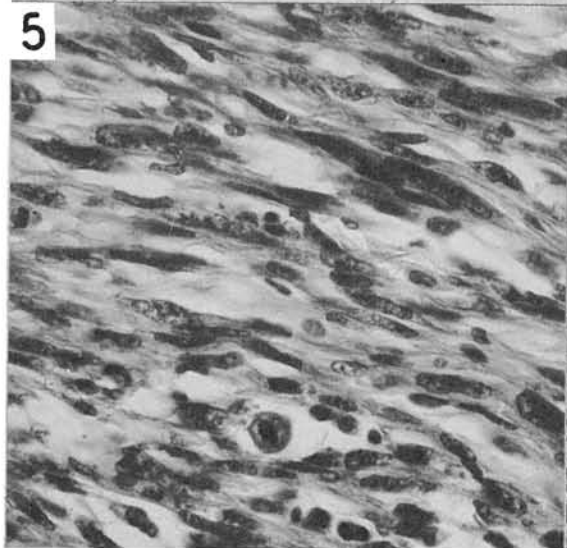
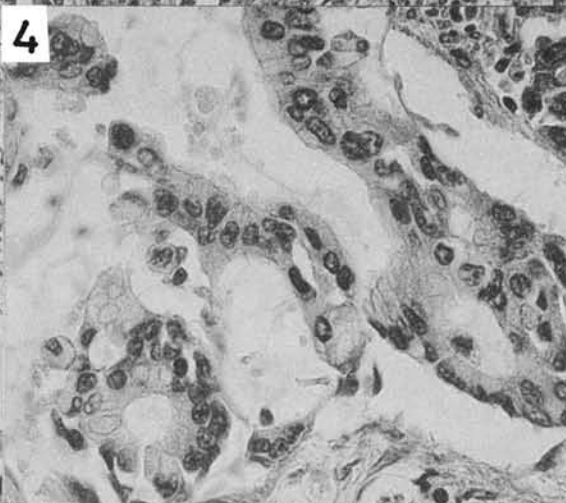
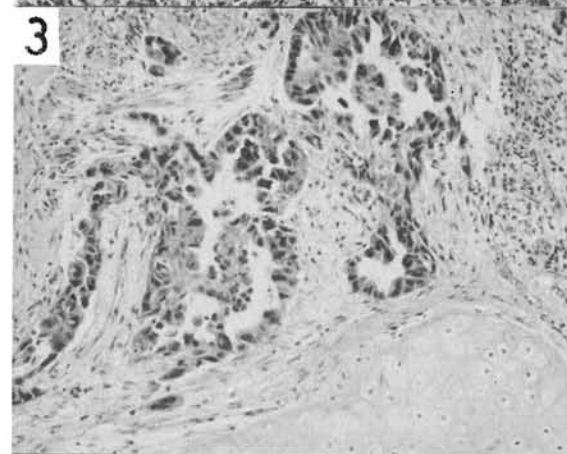
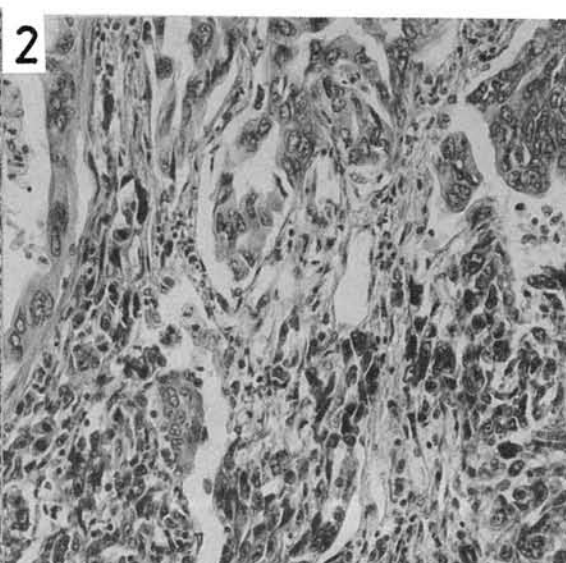
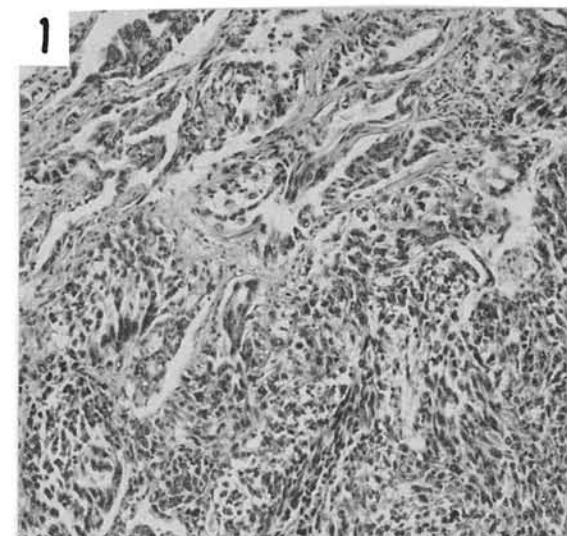
この両者の細胞を個々にみると、全く無関係にみえるが、写真1、2のように明らかに両者の移行部がみられる。

肉眼的および顕微鏡的に、左肺、肝、左腎、脾、腸管、右副腎、甲状腺、腰椎の諸臓器に血行性転移をみ、これらはほとんど肉腫様形態を示していた。

一方リンパ節転移は Virchow, 縦隔、右肺門、肝門、後腹膜にみられ、組織学的に腺癌の所見のみ、あるいは腺癌型が優勢であった。

このような肉眼的および顕微鏡的所見から、肋膜由来の悪性中皮腫を考えたが、富山医科薬科大学病理学教室の北川正信教授から papillary adenocarcinoma with sarcomatous variety と組織診断され、末梢性気管支由来の腺癌の variation と理解するとの御教示をえた。

我々は種々の癌で、肉腫様変化あるいは癌肉腫 carcinosarcoma といわれる所見に、稀ながら遭遇するが、本症例のように、原発巣は別としても、血行性、リンパ行性転移でその所見を著しく異にし、2方向へ異った分化をする症例は稀であり、興味がある。



肺硬化性血管腫あるいは肺芽細胞腫 (写真7~13)

症例 604 53才, 女

臨床診断: 肺癌疑い

3カ月前の集検で胸部異常陰影を指摘されたが自覚症はなかった。国立愛媛病院での気管支造影では右肺中葉B₃の閉塞像が認められたが、brushing では Pap I であった。ESR 20 mm (1°), CRP (-), ツ反応 (-) など。検査成績に特に異常は認められなかった。

肉眼所見: 部分切除された右 S₃ に肋膜の肥厚はなく、肋膜表面に米粒大~小豆大の白色腫瘍が数こ認められたが、主腫瘍は肺組織内にあった。大きさ径 3 cm までの白色、充実性腫瘍が数こ、互いに癒合しつつ肋膜近くに存在し、境界はかなり明瞭、壊死はみられず、石灰沈着を伴っていた。

組織所見: 結節状の腫瘍に被膜はないが境界明瞭、少量の atelectatic な肺組織を介して近接し、気管支直下にも存在するが、内腔には露出していない。組織像の特徴は two cell pattern のみられることで、明らかな腺構造を示す上皮性細胞群とその間を埋め、間質に相当する細胞群とからなる (写真7)。種々の成熟段階がみられ、成熟初期のものは繊毛円柱上皮を混じ、腺腔が明瞭、間質細胞は丸く、かなり大きく、類上皮様に配列し膠原線維は乏しい (写真8, 9)。成熟するにつれ間質に膠原線維が増量し、石灰も沈着 (写真12)、細胞は小さく少なくなり、これに圧迫されて腺腔は狭細となり、上皮性細胞の丈も低くなっている (写真10, 11)。鍍銀標本では嗜銀線維が間質に著しく増生し、個々の類上皮様細胞を取り巻いている。腫瘍の間および周囲の肺組織には foamy cell が出現し、壁の硝子化、ときに石灰化する多数の小血管が認められる (写真13)。

考按: 肉眼的に境界明瞭で壊死を欠き、組織像が多彩で一連の成熟過程のみられることから adenocarcinoma は除外され、hamartoma, blastoma, sclerosing hemangioma が考えられた。Hamartoma は通常単発で、気管支を構成する種々の組織成分、殊に軟骨の増生が認められる。しかし未分化の間葉組織や胎児性肺胞組織などを認めることもあるとされている。Sclerosing hemangioma は以前は血管系腫瘍と考えられていたが、現在は未分化な肺胞の間葉系細胞の増殖によると考えられている。Kennedy は電顕学的観察から、“sclerosing hemangioma” は type II pneumocyte からなる腫瘍で、papillary pneumocytoma と呼ぶのが妥当と考えており、他臓器の sclerosing hemangioma とは概念・組織像が異なるようである。Pulmonary blastoma は内胚葉起原の多分化能を有する細胞から生ずる腫瘍で、胎児性 carcinosarcoma とも呼ばれる。腎の Wilms' tumor (Spencer) あるいは乳腺の cystosarcoma phyllodes (Millard) に相当すると考えられている。

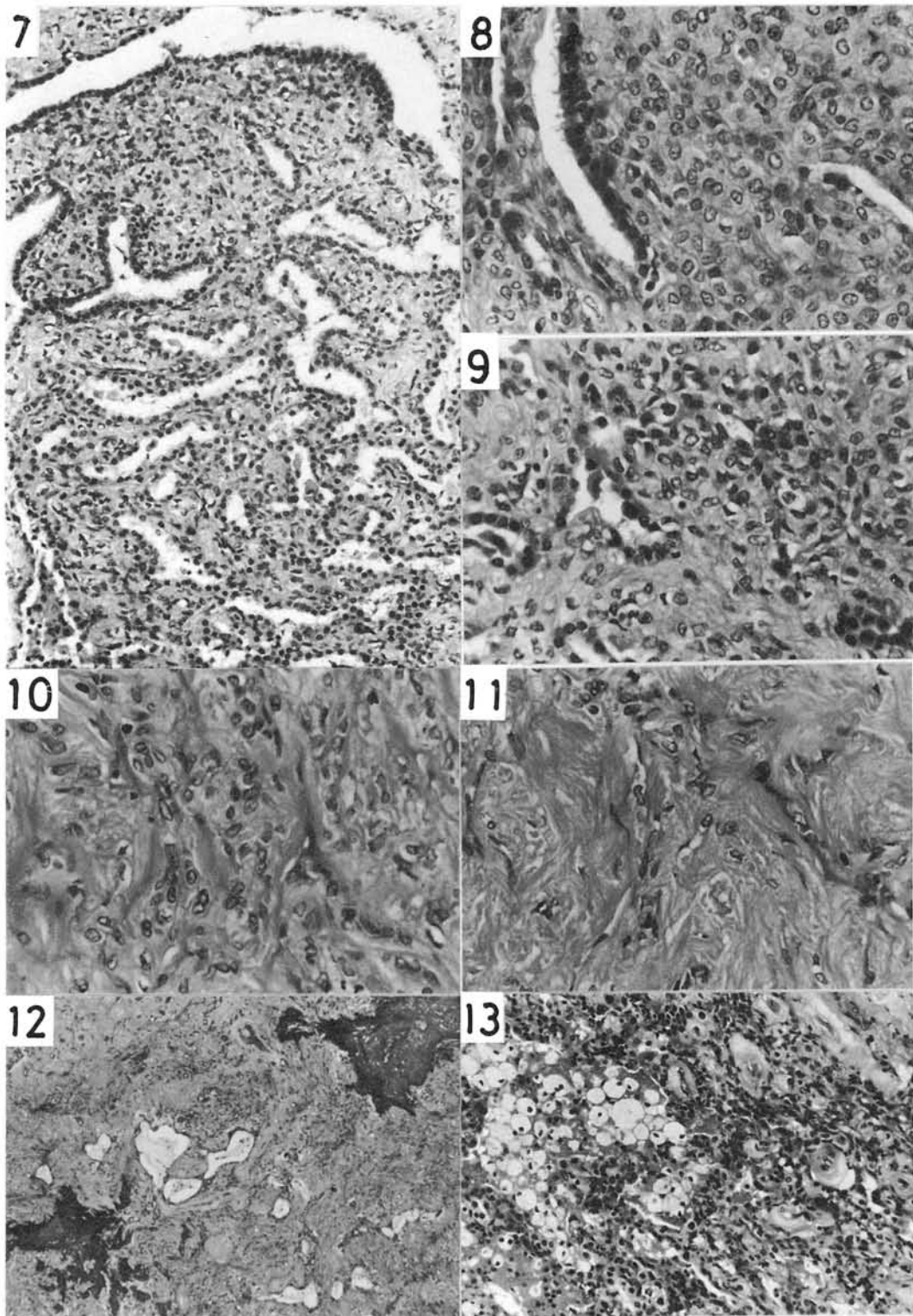
以上鑑別すべき3つの腫瘍ないし腫瘍様病変のうち、hamartoma は他の二者とはかなり異なった位置にあるが、sclerosing hemangioma と pulmonary blastoma は概念・組織像とも近縁関係にあり、病理形態像から単一の診断を下すのは実際上困難なようである。

文 献

Anderson, W. A. D. & Kissane, J. M.: Pathology, 7th Ed., Vol. 2, pp.1124—1151, C. V. Mosby, Saint Louis, 1977.

Spencer, H.: Pathology of the lung, 3rd. Ed., Vol. 2, pp. 933—936, 973—997, Pergamon Press, N. Y., 1977.

Kennedy, A.: “Sclerosing hemangioma” of the lung: an alternative view of its development.



腹壁血管内皮腫 (写真 14~17)

症 例 593 42才, 男

臨床診断: 腹壁血管腫疑

1年前から下腹部の無痛性腫瘍にきづき、徐々に増大して小児手拳大となり、有茎性ポリープ状増殖をする。摘出材料は6.5×3.0×2.5 cm大の長楕円形の有茎部1.5 cm大、タコの胴状の腫瘍で、先端は表皮剝離する浅い潰瘍形成をみる。弾性硬、やゝ赤色調を呈する。

剖面では中心部に出血巣をみ、その周囲に灰白色のやゝ粗な部をみるが、大部分は充実性、均質である(写真14)。

組織所見: 潰瘍表面には線維素が付着し、少数の炎症細胞の遊出をみる。大部分は表皮の扁平上皮で被われる。潰瘍部を除いて、表皮と腫瘍組織の間に、真皮の結合組織が層状に残存し、頸部は腫瘍組織の辺縁は鈍となり消失し、結合組織で腹壁と連なっている。

腫瘍細胞は類円形から紡錘形の核を有する細胞が、小管腔を形成し、びまん性に増殖する。

腫瘍内外側には拡張した血管をみ、大きいものでは、数層の壁構造を認めるものがある。

腫瘍内全体に淡明な大きい胞体を有し、小さい類円形核が浮いたようにみえる。組織球が多数散在する。

Azan 染色で腫瘍部は赤染、van Gieson 染色で黄染、銀染色で一層の細胞でとりかこまれた蜂窩状ないし管状構造がみられるが、場所により網状に線維の増殖がある(写真17)。

これら構造は比較的大きい血管から細血管、毛細血管、管腔形成は不明なるも血管内皮細胞への移行像が伺え、後者の構造にとむ(写真15, 16)。

腫大した細胞には核小体を有するも、核分裂像はみられない。

中心の出血巣の周辺にはヘモジデリンの沈着や組織球、リンパ球の遊出、線維化をみ、線維黄色腫あるいは、硬化性血管腫様の所見を思わせる像を呈するところがある。

一般に皮下腫瘍で、有茎性増殖をするものは、線維腫あるいは脂肪腫で、広基性隆起の場合は、隆起性皮膚線維腫あるいは線維肉腫が疑われるが、本腫瘍は明らかにこれらと組織学的にことなり、臨床的に血管腫を疑っているように、組織像も血管系腫瘍と考えた。

管腔形成の乏しい充実性増殖を呈するものが多いが、血管肉腫とすべき所見はなく、毛細管性血管腫あるいは血管内皮腫様像を呈する。

全体的に種々の大きさ、構造の血管の増殖をみるが、管腔形成は小さく、一層の内皮細胞で被われるものが多いことから、良性血管内皮腫と診断した。

血管系腫瘍は、一般に良性、悪性に分け、良性では海綿状血管腫、毛細管血管腫、壁構造を有するものは、静脈性あるいは動脈性血管腫、ときにはその形態から蔓状血管腫、さらに血管内皮腫、周皮腫、グロムス腫瘍などと呼ばれるものがある。しかし元来血管内皮腫は悪性とする考え方があり、良性の場合は、良性血管内皮腫と記載されることが多い。現実それぞれ診断に対し、明確な線が引かれず、中間型あるいは移行型の存在することも事実で、とくに毛細管血管腫の一部と、血管内皮腫の鑑別、後者の良悪性の診断は必ずしも容易でないものがある。

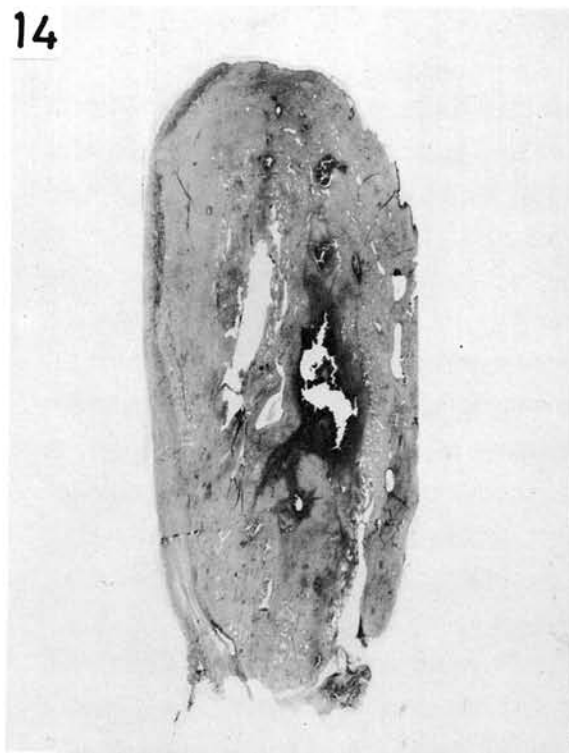
悪性では血管肉腫のほか、悪性血管内皮腫、周皮腫、血管芽細胞腫、趣きは異なるが Kaposi 肉腫などの診断がなされるものがある。

さらに他の軟部組織と密接な関係を有するものに血管筋腫や血管脂肪腫、特定の臓器にみられる血管腫性髄膜腫、Lindau 腫瘍、血管線維腫(若年者の鼻咽頭に発生する)、腎の血管筋脂肪腫と多岐にわたる。

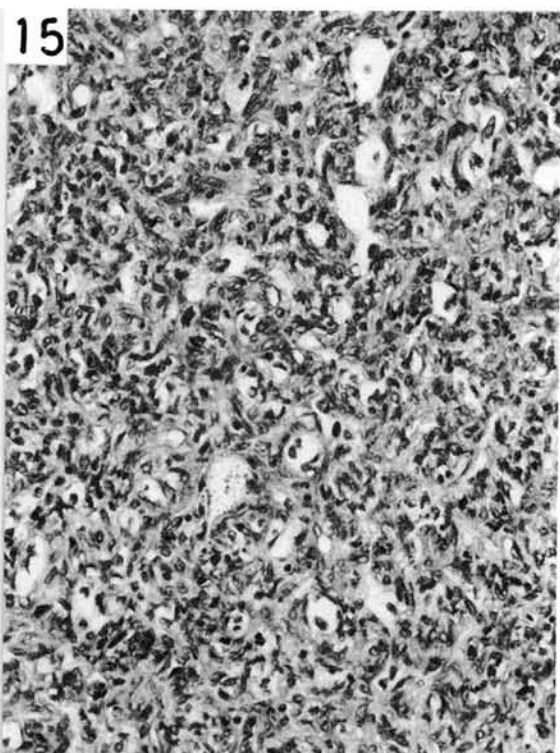
臨床的には肝、脾を主として多発傾向を有する海綿状血管腫では、血小板減少、低フィブリノーゲン血症を伴う特異な症状を呈する Kasabach-Merritt 症候群がある。

こうしてみると血管系腫瘍もきわめて多彩で興味がある。余白うめるために蛇足と知りつゝ血管系腫瘍についてながめてみた。

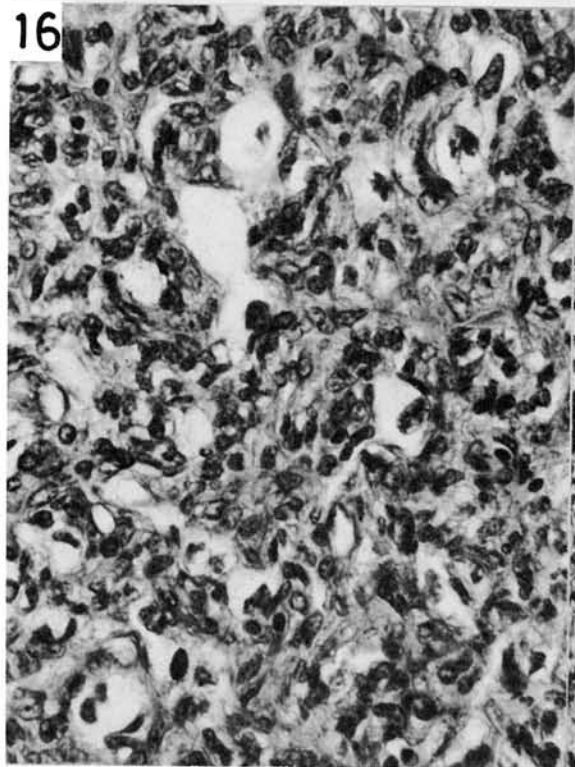
14



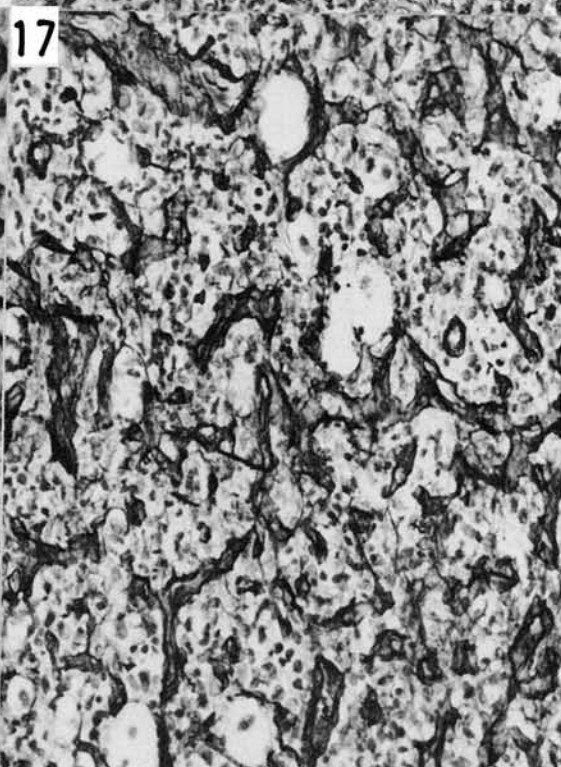
15



16



17



慢性骨髄炎後に発生せる皮膚血管肉腫の一例 (写真 18~23)

症例 607 69才, 男

Mayo clinic の McAnally と Dockerty によると, 約 4,000 例の骨髄炎のうち, 癌腫の続発は 0.23% であったという。骨髄炎に続発する肉腫は, 癌腫に比し遙かに稀である。症例は 68 才, 男子。主訴は左下腿の難治性潰瘍, 後に同部の腫瘤形成。既往歴に先天梅毒と 66 才に胃癌で胃全摘術をうく。現病歴は, 13 才~30 才頃まで全身各部に骨膜炎を反復し, 合計 40~50 回の切開排膿をうけている。特に左下腿骨は再発回数が多かった。昭 53 年 6 月, 左下腿部を打撲し, 2 ヶ月後に同部化膿し難治性であった。昭 53 年 12 月当院整形外科初診。左下腿近位内側部に 4×4 cm の黒色隆起部あり。これは壊死組織であり, これを除去すると肉芽様の潰瘍面がみられる。膿排出はない。X 線上, 左脛骨は太くなり彎曲変形(+), 慢性骨髄炎の像である。入院後, 肉芽様組織を除去し遊離皮膚移植を行うも, 壊死となる。昭 54 年 2 月, 同部の肉芽組織が膨隆してきた。同年 3 月, 腫瘤は暗赤色で更に増大し, かつ膨隆を増す (写真 18, 19)。生検の病理組織検査 (No. 79—384) で血管肉腫を疑う。4 月, 周囲皮膚を含めて腫瘤を切除し, 脛骨表面も削除した。(病理組織 No. 79—573) (写真 20~23)。血管肉腫の診断の下に, 左大腿切断を勧めたが拒否し, 6 月に退院す。10 月, 左脛骨近位部の骨破壊と病的骨折を来し再入院。前回と同一部位にカリフラワー状の腫瘤再発す。11 月, 左大腿部膝上にて切断。昭 55 年 1 月, 多数の肺転移をみとめ, 2 月, 呼吸困難にて肉腫発症後 1 年で死亡。死後剖検せず。

フィブリン滲出, 出血を伴う表層の組織壊死部の深部には, 炎症性肉芽組織があり, その中に写真 20 に示すような大小の管腔を形成する腫瘍組織が散在する。円味をおびた幼若な内皮細胞におおわれた vasoformative tumor である。写真 21 では, 幼若な内皮細胞が増殖して管腔内に重層化したり, 乳頭状に突出している。写真 22 は, 写真 20 の強拡大像 (×200) であり, 内皮細胞の核の腫大, 核質増量, 核の多形性, 核分割像を認める。内皮細胞の乳頭状増殖もあり, 血管内皮細胞肉腫と診断できる。写真 23 は, 鍍銀染色であり, 腫瘍組織内に銀線維がよく発達し, 大小の管腔形成が明瞭である。腫瘍細胞は, 銀線維の管腔内側に位して配列している。

Johnston and Miles によると, 1973 年 1 月までに慢性骨髄炎の瘻孔より発生せる肉腫症例の報告は, 10 例あり, うち 6 例は線維肉腫, 残り 4 例は肉芽組織の悪性転化(2), 血管肉腫(1), 横紋筋肉腫(1)である。線維肉腫 6 例中 5 例は, 切断術後 4 ヶ月~10 年経過したが再発, 転移を認めなかった。(1 例は他病死)。線維肉腫以外の 4 例は, 切断術後 5~10 ヶ月以内に全身転移にて全例死亡した。即ち, 両者の予後が著しく異なることが注目される。Olmi and Rubbini は, 慢性骨髄炎における血管肉腫の二症例を報告しているが, 腿部切断術後の予後には触れていない。私達の症例は, 切断術後 3 ヶ月余, Johnston and Miles の症例は, 術後 5 ヶ月で死亡していることより, 骨髄炎に続発する血管肉腫の予後は, 極めて悪いものと推定される。

文 献

1. R. M. Johnston, and J. S. Miles: Sarcomas arising from chronic osteomyelitic sinuses. *J. Bone and Joint Surg.*, 55—A, 162~168, January 1973.
2. R. Olmi and L. Rubbini: Angiosarcoma in osteomyelitis cronica. *Istituti Ortopedici Rizzoli di Bologna*. 765~768.
3. J. M. Morris, and D. B. Lucas: Fibrosarcoma within a sinus tract of chronic draining osteomyelitis. *J. Bone and Joint Surg.*, 46—A, 853~857, June 1964.

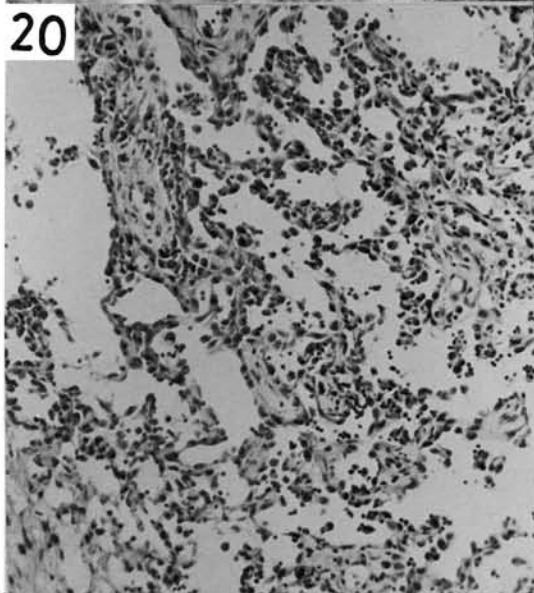
18



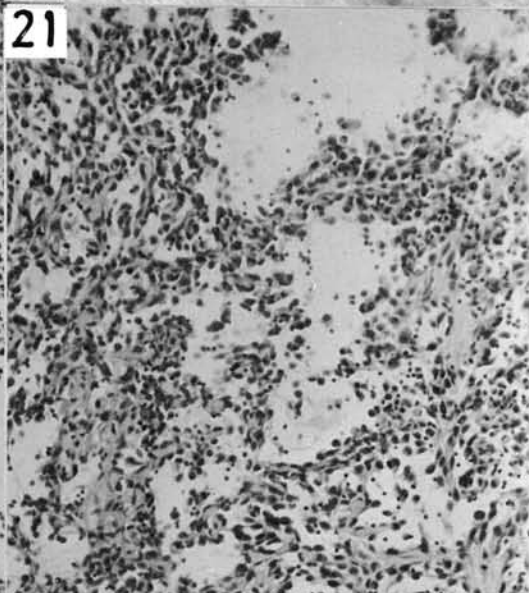
19



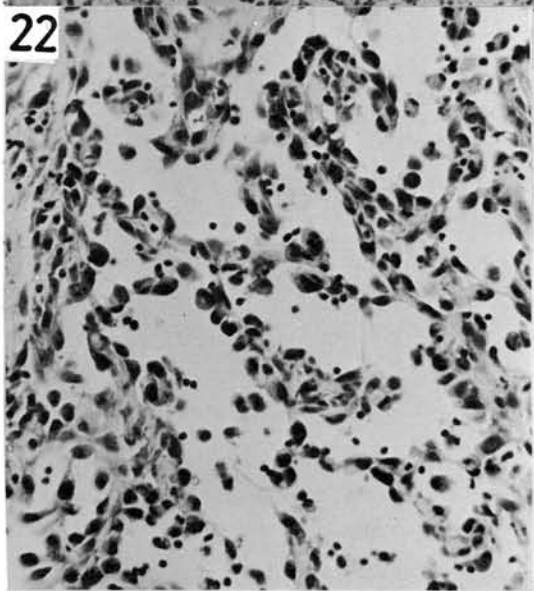
20



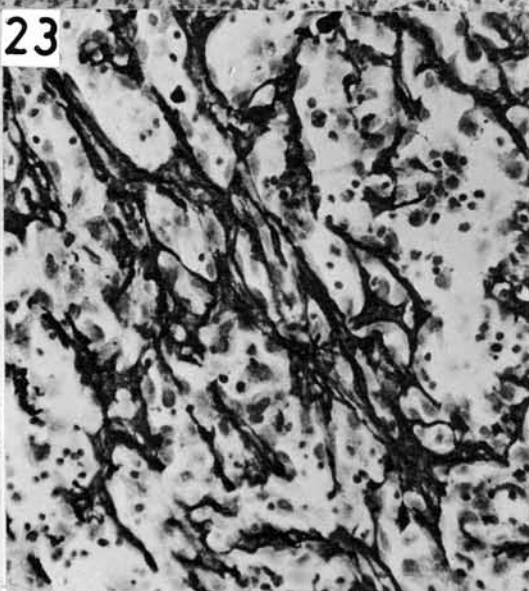
21



22



23



[14]

Ewing 腫瘍 (写真 24~28)

症 例 589 生後2カ月, 男児

臨床診断: 左上腕腫瘍

38週で正常出産, 生下時体重3,100g, 生下時よりすでに左上腕の腫瘍にきづき, 生後40日, 近医で生検, 当院にて凍結迅速標本で, 血管肉腫あるいは胎児性横紋筋肉腫を疑った。

上腕切断術をすゝめるも, 家族の同意がえられず, 非根治的腫瘍摘出に終わった。

腫瘍はX線撮影で写真24のように上腕骨幹部に, 吸収像をみ, 辺縁不規則, 変形する。骨棘形成は明らかではない。

摘出材料は灰白色で充実性, 軟かく, とくに出血, 壊死など変性は著明でない。

組織所見: 類円形核には, 濃縮小型核と, 核網を認めるやゝ大きい核がみられ, いずれも胞体は乏しい(写真25)。

核分裂像は散在性に出現する。

腫瘍細胞は, 場所により粗密種々で, ロゼット様構造も一部にみられるが(写真26), 血管周囲に大型細胞が巣状に出現する。

洞様の血管構造や毛細血管, 細血管の増殖, 出血などが部位によりみられる。

PAS染色で一部腫瘍細胞の胞体内に微細陽性顆粒をみるが, その量は少ない。

銀染色で写真27のように網状細線維が増殖する部もあるが, 一般にはきわめて少ない。

類骨組織や化骨形成はみられない。

電顕的に, 腫瘍細胞はHE染色でみるよりも, 胞体にとみ, 糸粒体の数は少なく, 小胞体の発育は著明ではない(写真28)。細胞によっては胞体内にグリコーゲン顆粒をみる。核は類円形で, 電子密度は比較的乏しく, 不規則である。胞体内に筋原線維はみられない。

これら組織所見は骨肉腫や胎児性横紋筋肉腫と異なり, Ewing 腫瘍と診断した。

本症例は左上腕の変形以外, 年齢に相当する体格, 知能発育を示す。

診断の結果当院に紹介され, Co^{60} γ 線で週5回計1,100rad, 総計5,060radの放射線治療を行い, 著効をみたので退院し, 外来にて経過観察中, 1年半後に胸部X線撮影で, 右下葉に円形陰影を認め再入院した。

各種生化学的検査では特に異常を認めず, VMA 1.3mg/day と上昇をみない。

同じ頃肝右縁に腫瘍を触れ, 肝シンチグラムでも両葉に淡い腫瘍像を思わせる所見が出現し, 転移を考えた。

原発巣および転移肺腫瘍とも, 放射線感受性が良いことも Ewing 腫瘍を疑わせる所見の一つであるが, 一般に本腫瘍の予後はきわめて不良で, 2年以内に96%が転移をおこし, 75%が2年以内に死亡するといわれる。5年生存率は4~15%と報告者により幅がある。

本症例は生下時すでに発生していたと思われるが, それにしては生後2才10ヵ月生存し, 予想以上に経過が長かった。

末期家族の希望により退院し, 1週間後に自宅で死亡したため, 剖検できなかった。

Ewing 腫瘍は10才代に約42%と最も多く, 次いで0~9才代に26.0%と, 20才以下に併せて68%が発生する, 若年者に多い腫瘍である。それにしても, 本症例のように生後すでに発生していたと思われるものは稀である。

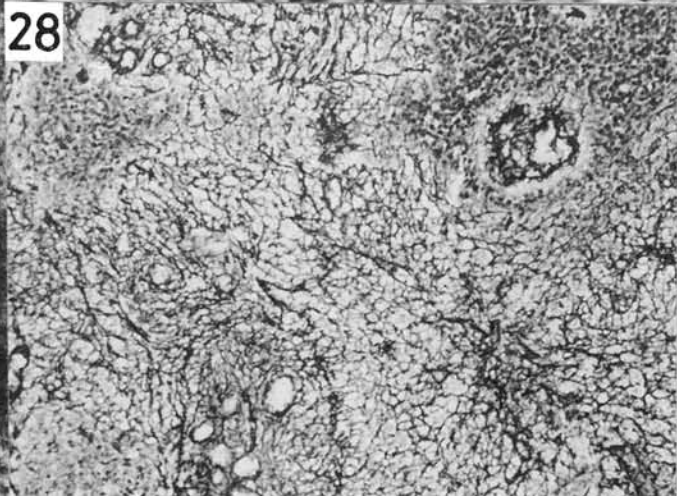
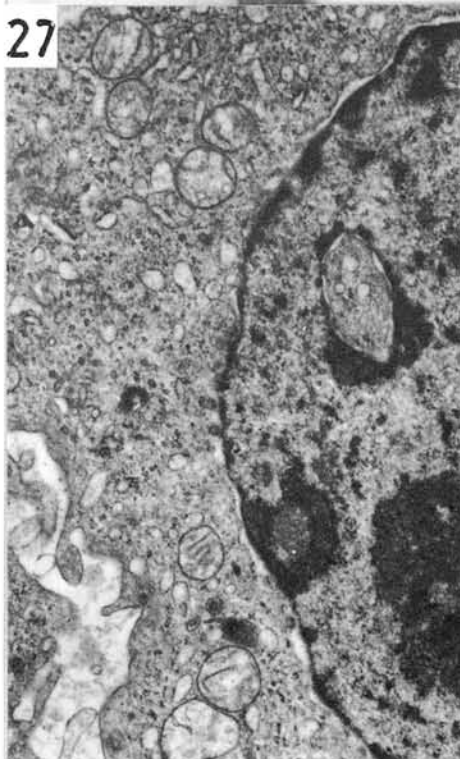
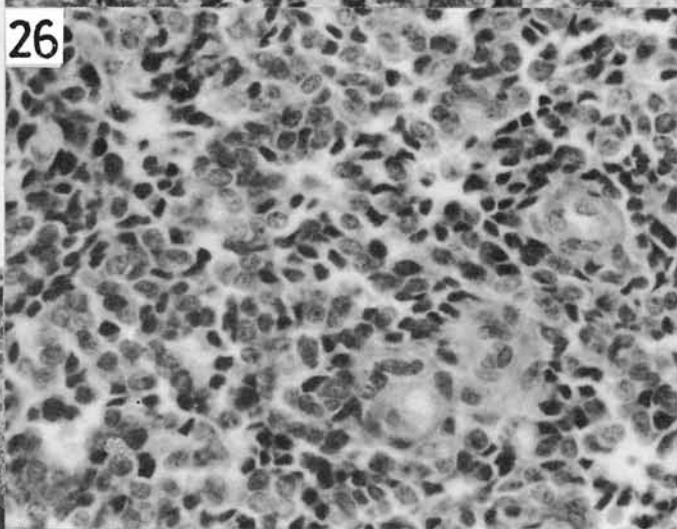
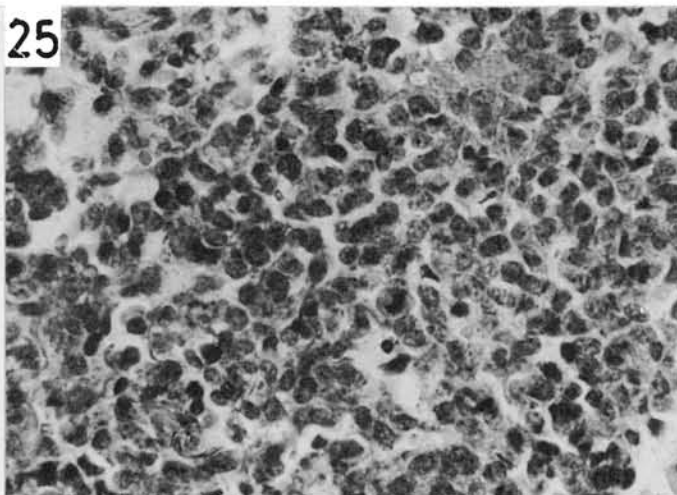
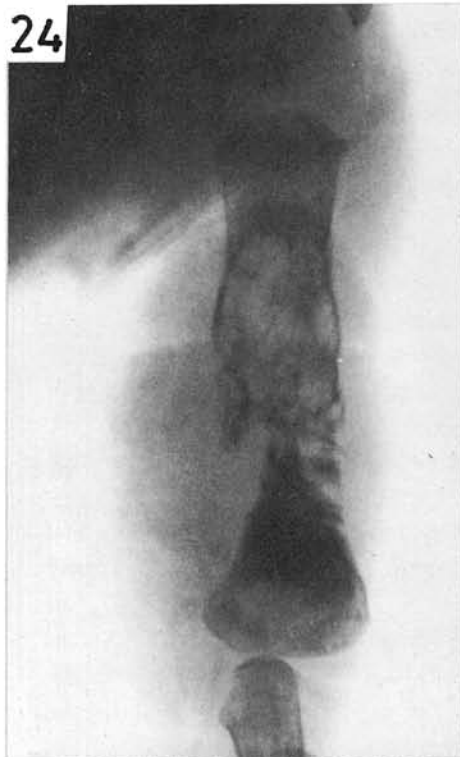
男女比は約2:1で男児に多い。

発生部位は大腿, 腸骨, 上腕骨に多いが, 末梢部手足骨には少ない。

文 献

二ノ宮節夫, 阿部光俊: Ewing 肉腫の歴史的考察, 整形外科, 20, 1092~1096, 1969.

Salzer-Kuntschik, M., Wunderlich, M.: Das Ewing-Sarkom in der Literatur: Kritische Studien zur histomorphologischen Definition und zur Prognose, Arch orthop. Unfall-Chir. 71: 297-306, 1971.



Benign juvenile melanoma (写真 29—31)

症 例 605 47才, 男

臨床診断: 腹壁線維腫の疑い

約 10 年前から右側腹部皮膚に有茎性の 3×2 cm の腫瘍があり, 近年少し縮小したとのことである。切除組織の凍結迅速切片で malignant melanoma の疑いもたれた。

組織像: 表皮に異常はみられないが, 真皮の皮膚付属器は萎縮し, 数が少ない。表皮とは 400 μm 以上の距離をおいて, 真皮へ皮下組織に上皮様細胞が島嶼状あるいは索状の細胞巣を形成して増殖し, 硝子化の強い膠原線維によって小葉あるいは小胞巣に分けられる (写真 29)。腫瘍細胞は核が小さく丸く, 中等量の細胞質を持つものもあるが (写真 30), 大型の細胞が多い。後者の巨細胞の核は大きく不整形で, 空胞や好酸性封入体のみられることがあり, 豊富な細胞質は淡好酸性で均質, 無構造である (写真 31)。多核細胞も散見される。メラニン顆粒を有する細胞が少数表皮近くにみられるが, それは腫瘍細胞というより, その間に存在する小型の細胞で melanophore であるようにみえる。核分裂像はほとんど認められない。腫瘍深部では一見脈管内に侵入しているようにもみえるが, 標本作製時の組織の収縮による人工的な裂隙と思われる。

考按: Benign juvenile melanoma は組織学的に一見 malignant melanoma に類似し, 通常の色素性母斑とは異なるかなり特徴のある良性腫瘍である。この腫瘍は小児の頬に発生することが多く, 急速に発育するが, 本例では 47 才の腹部にあり, 10 年の経過をとり, しかも最近縮小傾向にあること等, 定型例とはかなり異なっている。この腫瘍は組織学的には spindle, epithelioid および giant type の 3 型に分けられる。本例では giant および epithelioid type が優勢である。

本例の病理学的な問題点は良悪の鑑別である。経過が長いこと, 真皮表皮接合部に腫瘍細胞が存在しないこと, 核の分裂像や異型性に乏しいことなどから malignant melanoma は一応否定される。しかし良性の色素性母斑にみえても脈管侵襲のあることもあり, その否定は完全ではない。

文 献

Lund, H. Z. & Kraus, J. M.: Melanotic tumors of the skin, pp. 44—47, A. F. I. P., Washington, D. C., 1962.

Burkitt Lymphoma の一症例 (写真 32—33)

症 例 608 29才, 主婦

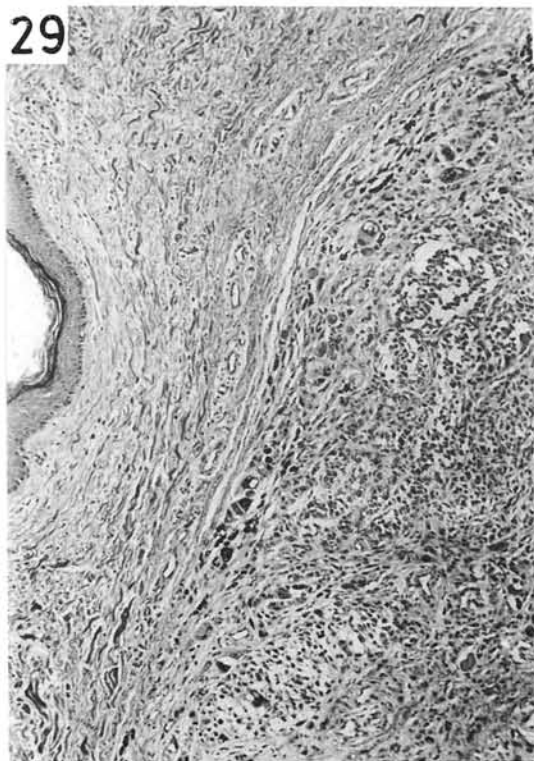
主訴は右下顎腫瘍, 右乳房腫瘍, 腹部膨満。既往歴, 家族歴: 特になし。外国居住歴なし。

現病歴: 昭 54 年 12 月, 右下顎腫脹, 歯痛を訴えて当院歯科へ来院。歯肉生検にてリンパ性白血病疑として, 昭 55 年 1 月, 内科へ入院。入院時, 右下顎全体に有痛性腫瘍(+), 右乳房にクルミ大及びソラ豆大腫瘍各 1 ケ (+), 下腹部に手掌大腫瘍を触れ, 腹水あり, 肝脾腫なし。表在性リンパ節は腫脹なし。神経学的所見, 心肺に異常なし。X—Pにて, 下顎骨の萎縮, 破壊はない。血液検査: RBC 421 万, Hb 13.0 g/dl, WBC 3,700 (St 22, Seg 36, Ly 29, Mo 10, Eo 2, Ba 2), Pl. 24 万, 骨髓像: リンパ性白血病の像はない。右乳房腫瘍を摘出。その組織像は, 皮下脂肪及び乳腺組織内に, びまん性に腫瘍細胞が浸潤増殖し, その間に細胞破片を貪食した明るい組織球が散在性に認められた (Starry sky appearance)。腫瘍細胞は, ほぼ均一の大きさであり, 類円形核を有し核質は細顆粒状, 1~3 ケの明瞭な核小体を有し, 原形質に乏しいリンパ芽球様細胞である。核分裂像も多く, 又, 核濃縮・核分解して壊死に陥った腫瘍細胞も散見される (写真 32)。鍍銀染色では, 銀線維の増生はなく, リンパ滲胞の出現も認めない (写真 33)。臨床像, 腫瘍の分布, 組織像より Burkitt 腫瘍を強く疑い検査をすすめた。腹水中の腫瘍細胞は, 幼若なリンパ芽球の形態であり, 原形質は強く好塩基性で, 原形質内に多数の空胞を認めた。腹水の腫瘍細胞は, EB ウィルス特異核抗原(-)であり, 血清 EB ウィルス抗体価は, VCA-IgG 抗体価×160 (陽性), EA 抗体価 (陰性), 腫瘍細胞の 90%に表面 IgG- λ 陽性であった。種々の多剤化学療法を行ったが寛解せず, 新たに右胸水貯溜を来し, 末期には末梢血にも Lymphoma cell が出現し, 約 5 ケ月の経過で死亡した。死後解剖せず。

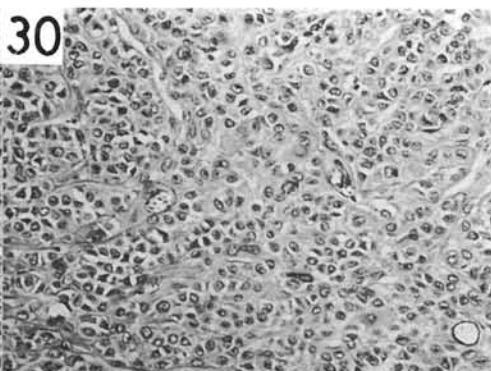
文 献

1. WHO: Histopathological definition of Burkitt's tumor. Bulletin of the World Health Organization, 40: 601~607, 1969. Geneva.
2. 月本一郎, 他: 本邦における Burkitt 腫瘍 —— 1 自験例および本邦報告例の総括 ——, 臨床血液 14 (8), 849~860, 1973.

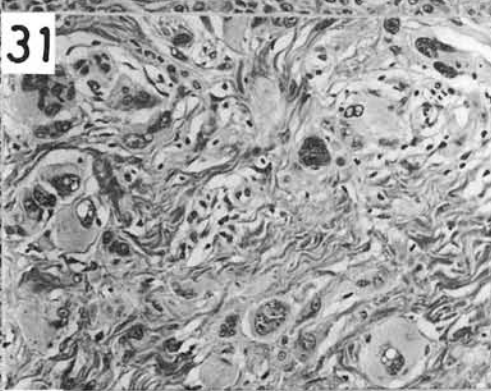
29



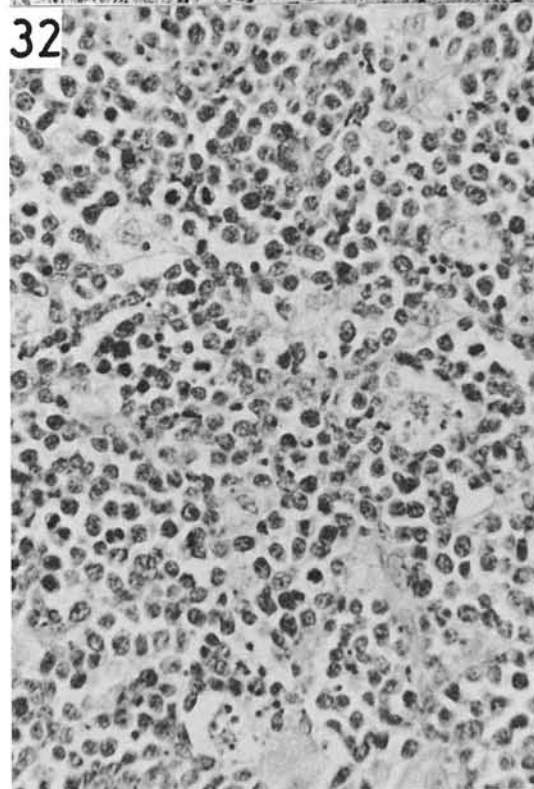
30



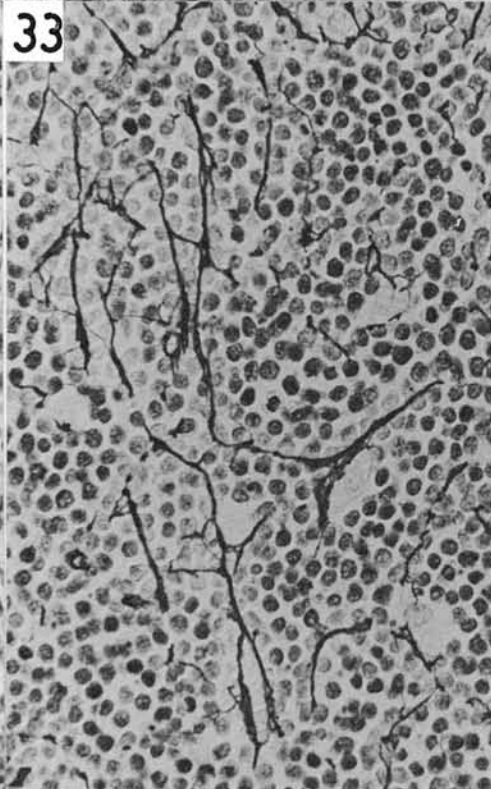
31



32



33



悪性リンパ腫？+X？（写真 34～39）

症 例 592 55才，男

臨床診断：右腋窩リンパ節腫大

既往症：昭和 50 年 11 月，胆石症で某病院で手術，退院時の 12 月右背部に発赤をともなう皮下の硬結を触れるも，放置する。

51 年 2 月 右腋窩腫瘍にきづき，漸次増大するので，同年 11 月，某医を訪れ，抗生物質の投与をうけ，縮少したが，なお残存する同部腫大リンパ節の生検を行ったところ，深部に多数のリンパ節腫脹をみた。腺塊形成はなかった。

生検リンパ節（市医師会検査センター）は示指頭大で，硬度増加し，剖面では均質，壊死や出血はみられない。組織学的には，好酸性胞体にとみ，類円形核のクロマチンは少く，比較的明るい腫瘍細胞が，びまん性に増殖し，在来リンパ節組織は辺縁に圧迫されて，わずかに残存し，リンパ滲胞も萎縮，消失する。腫瘍組織中にリンパ球が残存，混在する（写真 34，36）。

核分裂像も多数みられる。

銀染色で，辺縁洞の一部開存をみるが，大部分は圧迫され，全体的に在来リンパ節構造は破壊されている（写真 35）。

銀線維の増殖はみられず，むしろ少ない。

これら所見から非ホジキンリンパ腫で，組織球型リンパ腫を疑ったため，当院に紹介された。

入院後脊部硬結の生検を行ったところ，写真 38 のように，表皮には著変をみない。真皮から皮下脂肪組織に，主として皮脂腺，汗腺や血管周囲に，リンパ滲胞様構造を形成し，リンパ球様細胞の浸潤をみる。

一方胞体が比較的豊富で明るく，顆粒状あるいは泡沫状を呈し，類円形の核は，前者に比しクロマチン乏しく，腫大した明瞭な核小体を有する腫瘍細胞が，境界明瞭で，脈管内侵襲の所見を呈して充実性に増殖している。

PAS 染色で泡沫腫瘍細胞には，少数ながら陽性顆粒をみる。

皮膚の銀染色で，リンパ球の浸潤部は滲胞様構造と，細網細胞の増殖をみるが，淡明腫瘍細胞巣は，写真 37 のように境界明瞭な太い銀線維で囲まれたなかにあり（写真 39），その充実性腫瘍組織内には細線維の介在はない。

淡明腫瘍細胞は，生検リンパ節にびまん性に増殖していた，組織球性細胞と類似するが，皮膚では真皮の脈管内の侵襲を思わせ，リンパ球との混在を認めないことから，上皮性腫瘍の転移を否定しえない。

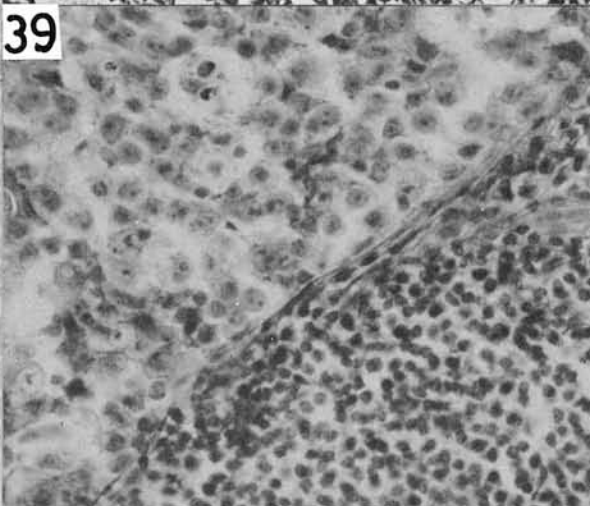
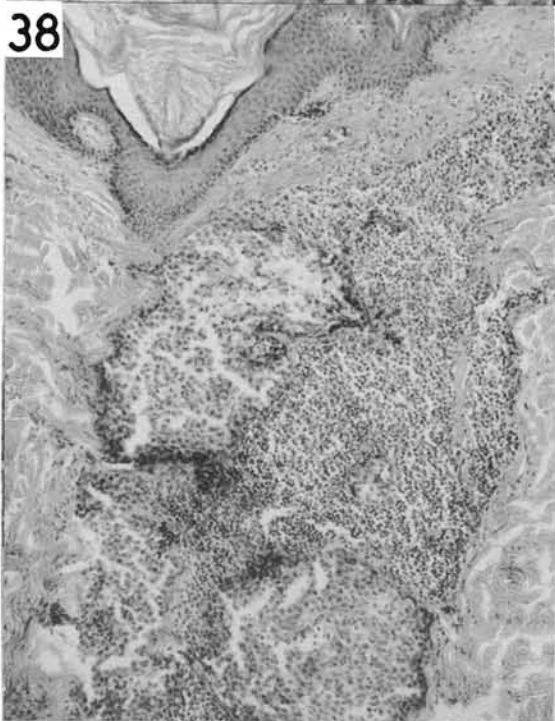
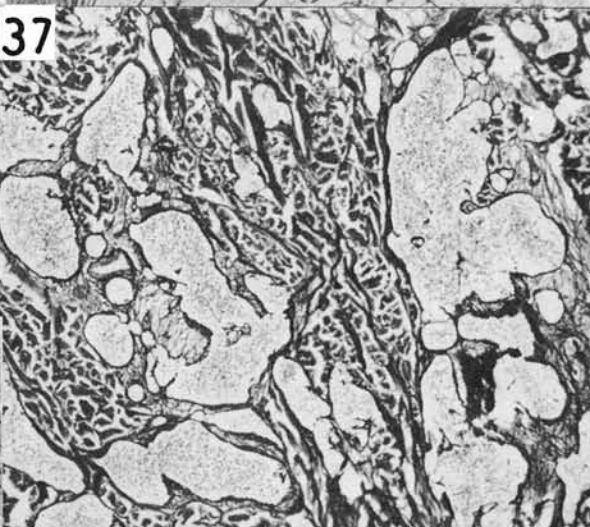
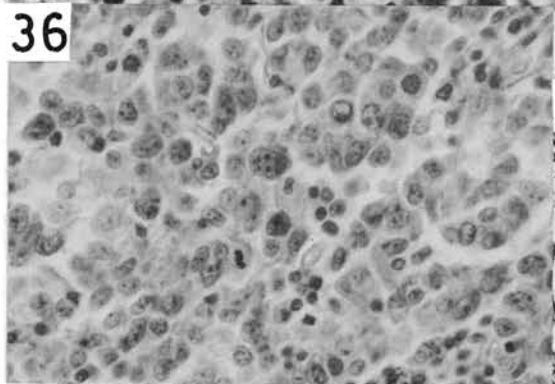
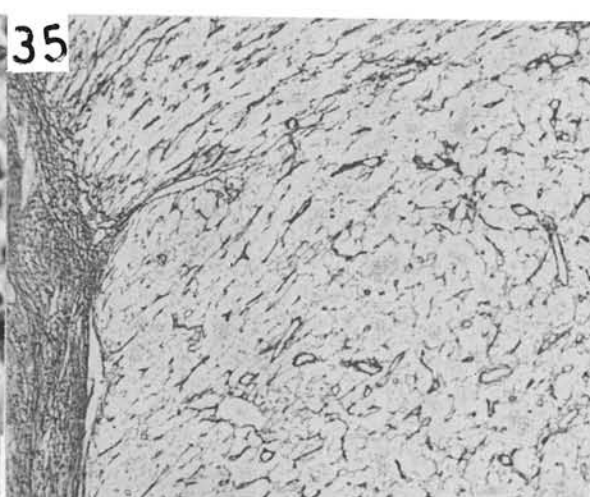
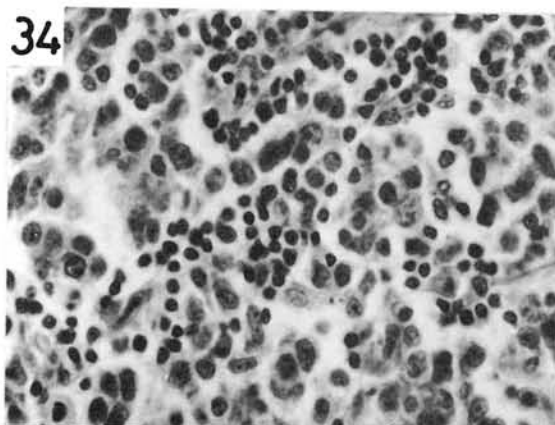
胞体の明るいことから，腎細胞や汗腺由来をはじめ，諸臓器の原発巣の検索につとめたが，いずれも明らかな原発病巣を発見しえなかった。

表皮内や表層真皮にはこれら腫瘍細胞の浸潤はなく，紅斑を伴う硬結なるも，落屑はなく，菌状息肉症細胞 mycotic cells はみられない。

全経過を通じて，末梢血に異常細胞の出現はない。

当院での全経過 1 年 1 カ月間に 3 回の入院をくりかえし，その間放射線療法，ステロイド剤や制癌剤を投与し，一時は軽快したが，悪化し死亡した。剖検がなされず，本腫瘍の本体を詳細に検索することはできなかった。

結局本症例について，1. 原疾患は悪性リンパ腫か，2. 皮下に浸潤した淡明細胞が，リンパ節のそれと同一腫瘍細胞か，3. 淡明細胞は皮下では脈管内にみられ，リンパ球と混在しないのは，全く別の腫瘍細胞—上皮性腫瘍と考えられないか，4. 上皮性腫瘍とすれば，原発巣が不明，5. その浸潤態度はむしろ非上皮性あるいは，炎症性乳癌のような外観を呈し，組織像は皮膚悪性リンパ腫やその皮膚転移と所見が異なる，などの疑問は解決されなかった。



悪性胸腺腫（剖検例）（写真 40～43）

症例 587 49才, 女

臨床診断：原発不明転移性肺腫瘍。

定期健診に際して両肺野の multiple coin lesion を指摘さる。精査のため入院。自覚症状なし。右側臥位で、左肋骨弓下に手拳大腫瘤を触知。血液・生化学的諸検査異常なし。喀痰細胞診 Class I。脾シンチグラムにて、脾腫と多発生陰影欠損を認む。入院後頭痛、悪心、嘔吐出現、脳 CT スキャンにて右後頭葉の腫瘤に気づいた。脳症状は亢進を続け、入院3カ月目に死亡。

病理解剖学的所見：前縦隔胸腺の位置に一致して4.5×2.5×1.0 cm の弾性硬、被膜を有する境界明瞭な腫瘤を認めた（写真41）。剖面黄白色充実性、狭少な結合織によって小結節に分割され、嚢胞形成も認められた。胸水（-）。肺には径20 cm 以下の境界明瞭な黄白色充実性腫瘤を認めた（写真40）。胸水（-）。脾臓は540 g と腫大、最大径7 cm に至る黄白色充実性腫瘤を認めた。大脳回転は扁平化し、右後頭葉に径3 cm の周囲脳実質と境界明瞭な腫瘤形成をみた。同時に帯状回ヘルニアが存し、直接死因となったと考えられる。その他肝、右腎、右卵巣にも径0.5 cm 以下の充実性黄白色腫瘤をみた。いずれの臓器の腫瘤も血液に富み、壊死傾向は著明でなかった。リンパ節腫脹なし。副病変としては肺水腫、気管支肺炎、DIC、肝中心性脂肪化が認められた。

腫瘍の組織学的所見：各臓器の腫瘤は全て同一の組織像を呈する。境界不明瞭な長円形、紡錘形細胞が上皮様配列をとって増生し、リンパ球は混在しない。腫瘍細胞集団は毛細血管のよく発達した狭少な結合織で境され、hemangiopericytoma 様の組織像を呈する部も多い（写真42）。核分裂像は少数散見される。また一部では明らかなロゼット形成を認める（写真43）。鍍銀染色では基本的には上皮性パターンを示す。前縦隔腫瘍は厚い結合織性被膜で完全に被われており、被膜外への浸潤はなく、被膜外には少数のハッサル小体を含む萎縮性の胸腺実質を認める。以上より胸腺腫と診断した。脾臓原発の hemangiopericytoma にロゼット形成を伴うことは考えられず、逆に胸腺腫にはロゼット、hemangiopericytoma-like pattern はしばしば認められるとの報告が多い。

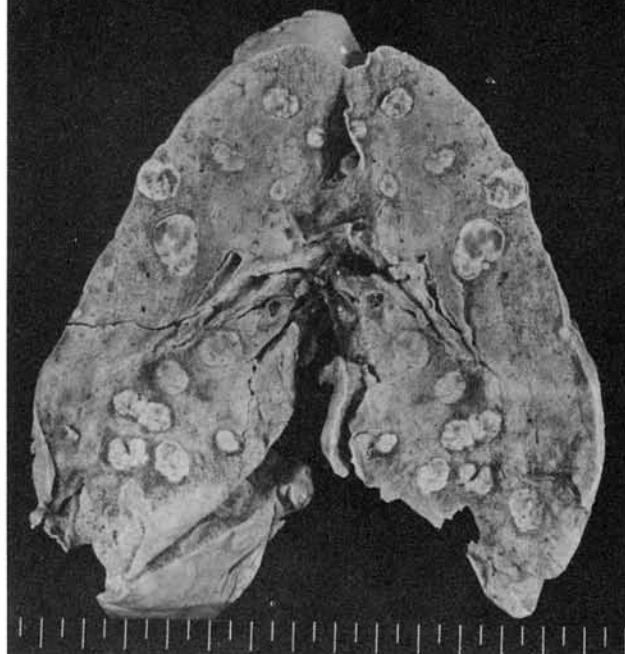
胸腺腫は局所的浸潤傾向を有するものも多いとの報告もあるが、本来良性腫瘍と考えられており、遠隔転移をみることは稀である。胸腺腫54例中11例（20.4%）に転移を認めたという Batata ら報告を除けば、1962年から1979年に発表された数多くの統計をまとめてみても、その頻度は全胸腺中の0.7%である。転移先としては肺・胸腔内外のリンパ節が多く、血行性転移例は少い。特に脳および脾への転移は文献的に各々2例ずつが報告されているに過ぎない。Rosai の統計によれば、本症例でみられたと同様、純上皮型の組織像は胸腺腫全体の約4%に見られるにすぎないが、転移を示す胸腺腫には上皮型が多く、転移を示すものの70～80%が上皮型とされる。腫瘍細胞の多形性・異型性と悪性度との相関については多くの報告で否定的であり、悪性・良性を区別できる組胞学的な差異は見出し難いとされている。本症例においても、散在性に核分裂像を見出す以外、積極的に悪性を示唆する細胞学的特徴は見られなかった。

最後に本症例には myasthenia gravis, pure red cell aplasia 等、胸腺腫に伴う疾患は認めなかった。

文 献

1. Batata, M. A. et al.: Thymomas; Clinicopathologic Features, Therapy, and Prognosis. *Cancer* 34: 389-396, 1974.
2. Gray, G. F. and Gutowsky, W. T.: Thymoma, A Clinicopathologic Study of 54 Cases. *Am. J. Surg. Pathol.* 3: 235-249, 1979.
3. Leggs, M. A. and Brady, W. J.: Pathology and Clinical Behavior of Thymomas. *Cancer* 18: 1131-1144, 1965.
4. LeGolvan, D. P. and Abell, M. R.: Thymomas. *Cancer* 39: 2142-2157, 1977.
5. Rachmaninoff, N. and Fentress, V.: Thymoma with Metastases to the Brain. *Am. J. Clin. Pathol.* 41: 618-625, 1964.
6. Rosai, J. and Levine, G. D.: Tumor of the Thymus. *Atlas of the Tumor Pathology*. 2nd Series, Fasc. 13, AFIP, Washington, D. C., 1976.

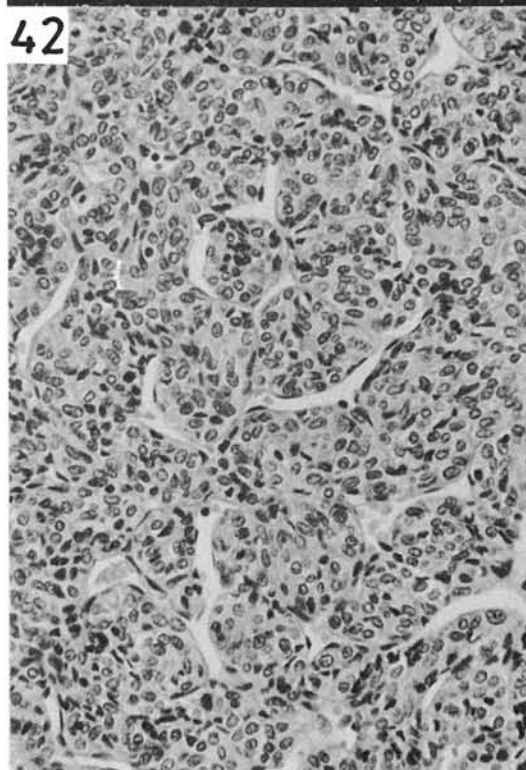
40



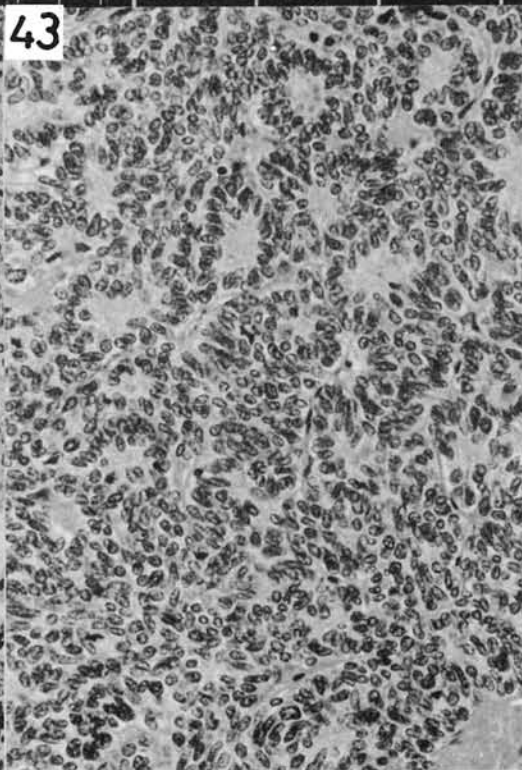
41



42



43



Argentaffin 直腸カルチノイド (写真 44~50)

症 例 597 79才, 男

臨床診断: 直腸隆起性病変 (癌の疑い)。

十二指腸潰瘍を指摘され, 精査の為入院。便潜血陽性。直腸指診にて3時の方向に軟い腫瘤を触知。注腸透視, 内視鏡, 生検施行後 *abdominoperineal resection* を行った。全経過を通じ 顔面紅潮等カルチノイド症候群を思わせる所見はなく, 尿中 5-HIAA, ヒスタミンの定量は行われなかった。

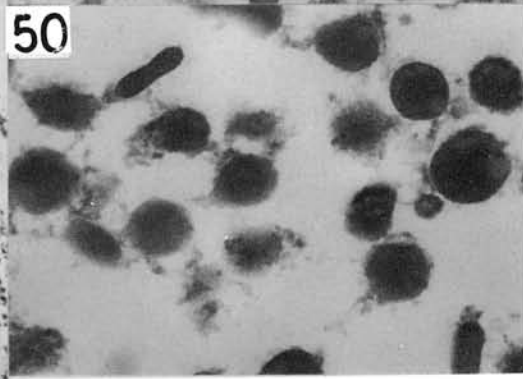
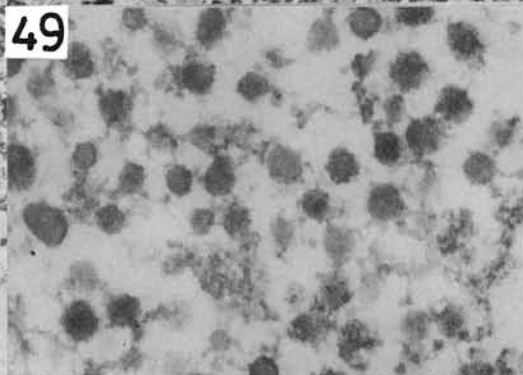
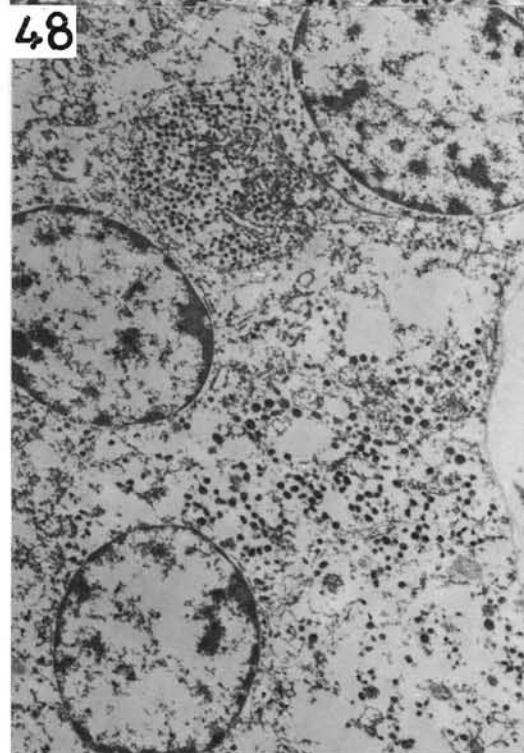
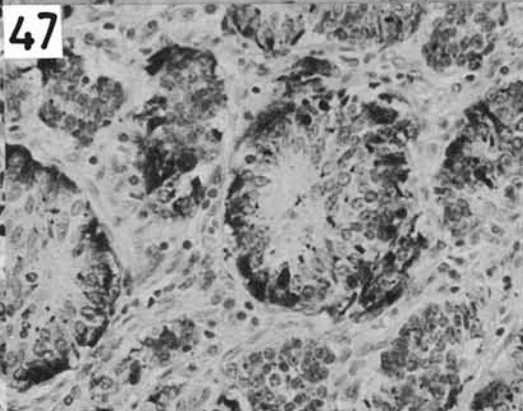
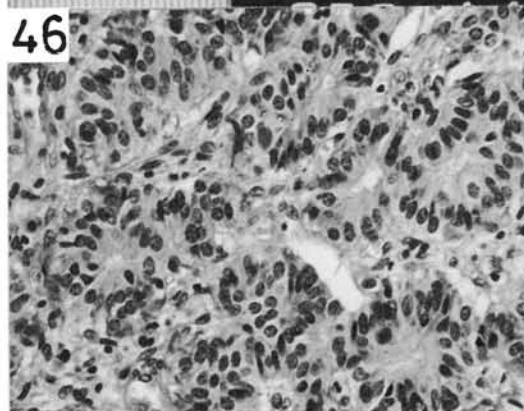
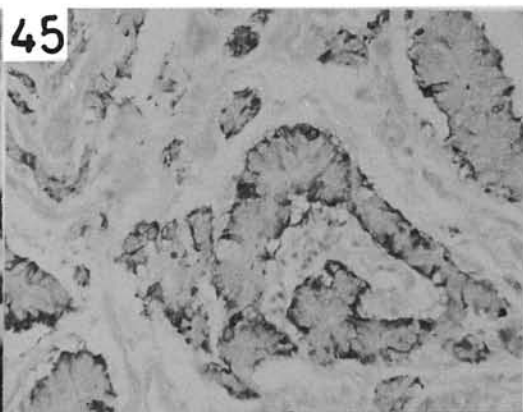
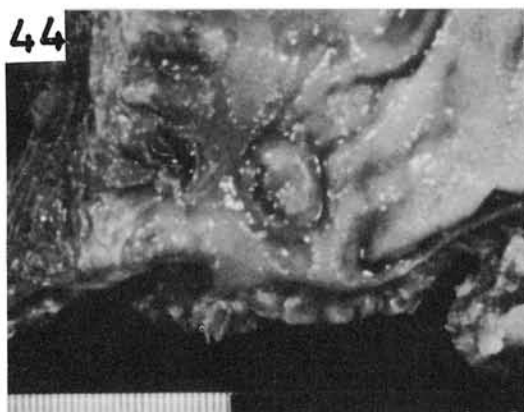
肉眼所見: 肛門輪より口側 4 cm の部を中心に 1.5×0.9 cm の表面平滑な広基性隆起を認める (写真 44)。ホルマリン固定後の剖面では, 淡黄褐色の充実性腫瘤が粘膜下腫瘤として認められ, 周囲組織との境界は明瞭である。

組織所見: 腫瘍直上部の直腸粘膜上皮は, 腫瘍により圧排・菲薄化するが残存する。腫瘍は粘膜固有層下半から粘膜筋板を貫いて粘膜下層に限局し, 浸潤傾向を欠く。腫瘍を形成する大小の細胞巣は狭少な結合織性間質により互いに隔てられる。腫瘍細胞は高円柱状で, ロゼット形成が著明にみられる (写真 46, 47)。一部には少数であるが腺腔形成・髄様構造・リボン状配列を認める。以上の組織像よりカルチノイドと診断し, さらに銀親和性顆粒の検索を行った。Grimelius 染色では, ほぼ全ての腫瘍細胞に神経分泌顆粒が認められ, また, Masson-Fontana 染色でも陽性顆粒が認められることより, 本症例を *argentaffin* 直腸カルチノイドと考えた (写真 45)。直腸カルチノイドの報告は我が国でも近年増加しており, 本研究会においても国立松山病院の症例が検討されている。発生学的に後腸由来の直腸カルチノイドでは, 銀親和性顆粒を検出し得るものは例外的と考えられてきた。しかしながら Hosoda らが4例の *argyrophil* 直腸カルチノイドを報告して以来, *argyrophil* 直腸カルチノイドの報告例は増加しつつある。一方 *argentaffin* 直腸カルチノイドについては, その報告は非常に少なく, 1963年に Gibbs が文献上に13例を見出したが, 組織化学的検索方法に疑問の存する症例も多いとされる。Gibbs の報告以後, 欧米の文献には, わずか1例の報告を認めるに過ぎない。

ここで興味深いのは, Grimelius 染色では, ほぼ全ての腫瘍細胞が陽性反応を示したのに対し, Masson-Fontana 染色で *Argentaffin* 顆粒が証明されたのは, 一部の腫瘍細胞のみであるという事実である。パラフィンブロックより作成した電顕標本では, 腫瘍細胞の細胞質内には多数の分泌顆粒を認める (写真 48)。顆粒には 100~180 nm の直径を有する円形のもの, 比較的大型で不規則な形・大きさを示す最大径 150~350 nm のものの二種類の顆粒が認められる (写真 49, 50)。これら二種類の顆粒は, 相互に混じり合うことなく, 独立して存在する。ホルマリン固定後の標本では, 細胞膜の保存状態が悪く, 細胞境界が不明であるが, 1個の細胞は1種類の顆粒のみを有するという印象を受ける。100~180 nm の大きさの円形顆粒は *argyrophil* カルチノイドの症例で報告されている顆粒に類似し, 大型不規則な形の顆粒は, 直腸以外にみられる *argentaffin* カルチノイド症例において *pleomorphic granules* として記載されている顆粒に一致する。以上より, 本症例には, 二種類の *cell population* が腫瘍形成に関与している可能性が存すると思われる。

文 献

1. Gibbs, N. M.: The Histogenesis of Carcinoid Tumors of the Rectum. *J. Clin. Pathol.* 16: 206-214, 1963.
2. Hosoda, J. et al.: Is Rectal Carcinoid Argyrophilic? An Application of Grimelius Silver Nitrate Stain in Four Cases. *Dis. Colon Rectum* 18: 386-390, 1975.
3. Soga, J. and Tazawa, K.: Pathologic Analysis of Carcinoids, Histologic Reevaluation of 62 Cases. *Cancer* 28: 990-998, 1971.
4. Wilander, E. et al: Enteroglucagon and Substance P-like Immunoreactivity in Argentaffin and Argyrophil Rectal Carcinoids. *Virchow Arch. B Cell Pathol.* 25: 117-124, 1977.



褐色細胞腫 Pheochromocytoma (写真 51~55)

症 例 582 37才, 男

臨床診断: 左副腎褐色細胞腫

昭和 53 年 5 月頃より狭心症様症状と共にいろいろがあらわれ, 7 月 8 日, 内科へ収容された。発作性に血圧上昇 (最高血圧 250~290 mmHg)・不整脈・心悸亢進・呼吸困難等の症状があり, 入院当初から褐色細胞腫 (発作性高血圧型) が疑われた。尿中ノルアドレナリン, アドレナリンおよび VMA は異常高値をしめし, グルカゴン誘発試験は陽性でレジチン試験も陽性と判定された。発作時の症状は Phenoxybenzamine の投与により可成りよくコントロールされた。動脈造影その他の検査にて左副腎に腫瘤の存在が確認され, 8 月 28 日, 開腹術が施行された。

手術所見: 腫瘤は左腎の前内側に位置しており上方に正常の副腎組織の一部を残していた。左副腎全剔に際して上後方に軽度の癒着がみられたが, 腫瘤の大部分は被膜に包まれており比較的容易に剔出された。

肉眼所見: 大きさは 7.6×5.7×3.3 cm 大, 重量は 130 g で, 表面に多少の凹凸あり, 褐色調を呈した。剖面には大小多数の cyst が形成され血性液を容れ, その間の腫瘍実質は黄褐色髄様であった (写真 51, 52)。

組織学的所見: 腫瘍には, 多角形ないし菱形で好塩基性に染まる原形質と淡明な類円形核を有する細胞が密に増生し, 一見副腎髄質の肥大を思わせる部分と, 著しく多形性に富みきわめて広い好酸性の原形質と, 濃染する大型核や奇怪な形の核と大きく明瞭な核小体を有し, 多核細胞や巨細胞もみられる本腫瘍を特徴づける細胞群とが混在している (写真 53)。腫瘍間質は血管から成る。クロム染色を施すと黄褐色顆粒が原形質内に認められるが, その顆粒密度は各細胞間に差があり一様ではない。又, 鍍銀染色を行うと, 写真 54 にみられるように, 比較的小型の細胞群のところでは蜂巢状構造をしめしているが, 大型細胞群の部分ではその網様構造は乱れ, 拡張したり離断したりしている。さらに, 後者の部位では cyst 形成の初期像ともみられる偽腺状構造が存在する (写真 55) ことと合わせ考えれば, これら著しい異型・多形をしめす大型細胞は本腫瘍において, ある種の変性過程にある細胞と, みなしてよいのであろうか。

褐色細胞腫の良性・悪性の区別は, 他の副腎腫瘍と同様, 組織学的にはきわめて困難といわれるが, 本例では細胞の小型化傾向, 血管侵襲等とはみとめられず, 良性褐色細胞腫と診断してよいと思われる。臨床的にも, 術後 2 日目から血圧は正常値となり, 術前の発作はあらわれず良好に経過している。

悪性間葉腫 Malignant mesenchymoma (写真 56~61)

症 例 585 63才, 男

臨床診断: 左そけい部腫瘍

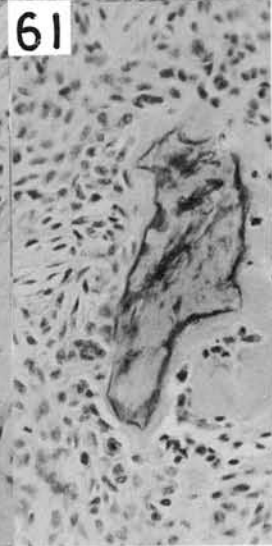
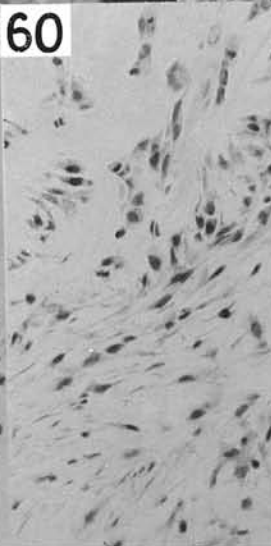
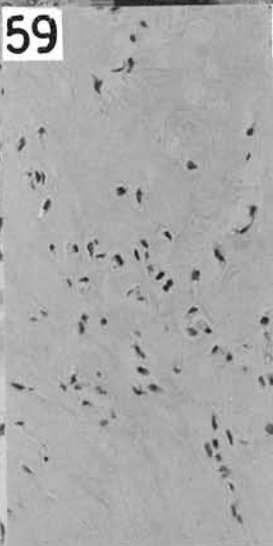
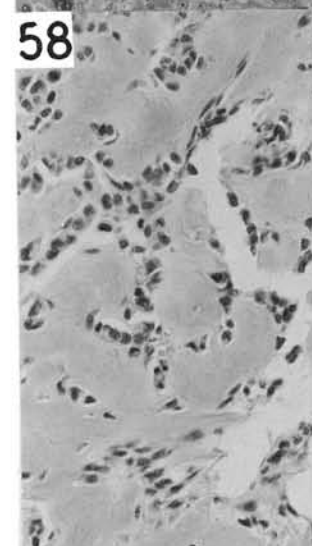
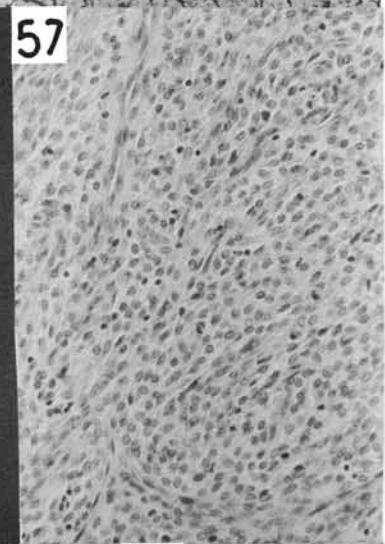
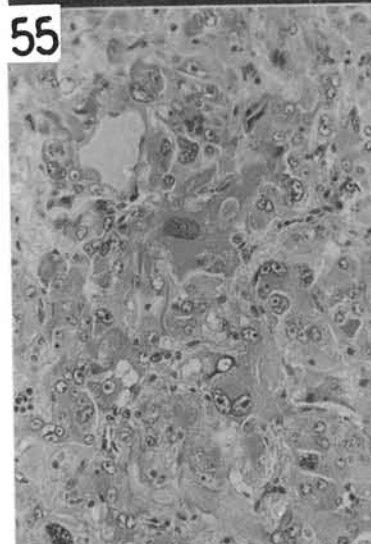
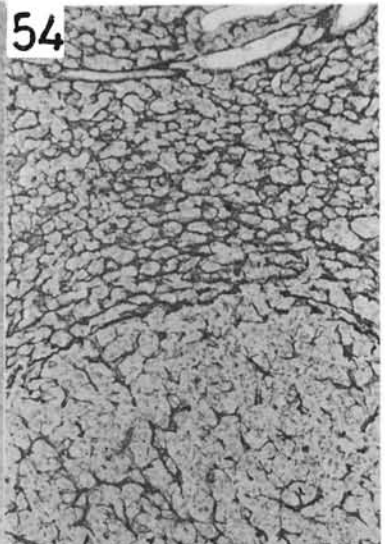
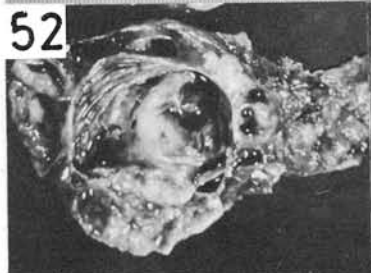
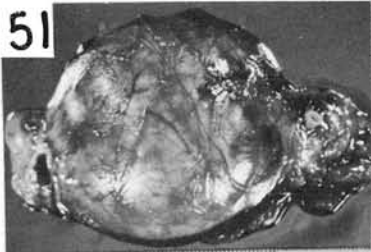
10 年ほど前から左そけい部に境界明瞭な腫瘤を触れていた。最近の 3 年間に腫瘤の大きさが, 10 円硬貨大から超鶏卵大に増大した。

手術所見: 腫瘤は左そけい部内側の筋膜下にあり, M. gracilis におもわれている。下端は骨格筋と癒着し上方は恥骨下面と線維性に癒着していたが, その他の部分は線維性被膜に包まれており容易に剝離した。

肉眼所見: 大きさ 6×6.4×5.8 cm 大で, 一見玉ねぎ状, 表面は平滑である。弾性硬であるが一部に骨様硬のものが触知された。剖面は灰黄色を呈しごく一部に灰白色の小石灰化ないし骨化像がみとめられ, 軟化・融解した小壊死巣も存在するが, 小葉構造はなく概ね髄様である (写真 56)。

組織学的所見: 間葉系細胞からなる多彩な組織像がみられる。即ち, 線維肉腫 (写真 57), 骨肉腫 (写真 58, 59), 軟骨腫 (写真 60), 線維粘液腫 (写真 61) 等を思わせる種々の像が混在している。全体を通じて mitosis が高頻度にみられ, 異型性の強い細胞も少くない。典型的な悪性間葉腫と診断される。

本症例は切除術後, アドリアシン, エンドキサン等の抗癌剤が投与されたが, 約 10 カ月後に成人手拳大の腫瘤が局所に再発した。そこで, 放射線治療が加えられたが, 腫瘤の縮少はみられなかった。術後 22 カ月目, 外表からみる腫瘤の大きさは左程変らないが神経痛様疼痛が左下肢に頑固に持続している。



前立腺平滑筋肉腫 (写真 62~63)

症 例 588 70才, 男

臨床診断: 直腸前壁腫瘍

患者は昭和53年5月, 排尿困難を主訴として当院外科に受診, 肛門より3cm上方で直腸前壁に粘膜下に腫瘤をふれ, 小指頭大の腫瘤を摘出した。組織像は分化した平滑筋の束状の錯走が見られ核分裂像もなく, 良性平滑筋腫と診断された(写真62)。

排尿困難に対しては泌尿科において内尿道切開を行い経過をみていたが, 尿閉となったため昭和54年1月に泌尿科で腫瘍摘除術を行った。腫瘍はくるみ大で前立腺から尿道や直腸にかけて浸潤していた。

組織学的には(写真63)前立腺組織は異型性の著しい平滑筋細胞が束状に, あるいはびまん性に増殖することによって破壊置換され, 残存する前立腺の腺房(GL)は腫瘍組織中に包埋されている。核分裂像(矢頭)も多くみられ, 平滑筋肉腫の像を呈するが, 腫瘤の周辺部では第一回の手術材料に見られたような, よく分化した良性平滑筋腫様の像に移行しているのが認められる。

前立腺肉腫は前立腺悪性腫瘍の0.1%を占めるにすぎぬ稀なもので, 小児では横紋筋肉腫, 成人では平滑筋肉腫が多い。症状としては排尿障害がよく見られる。本症例の第一回手術材料では腸壁の良性平滑筋腫と誤認したのであるが, 排尿障害を主訴としたことに着目すれば前立腺平滑筋肉腫を疑うことも可能ではなかったかという点が本例の反省材料である。

文 献

F. K. Mostofi and E. B. Price: Tumors of the male genital system, Atlas of tumor pathology, second series.: p. 253, AFIP, Washington, 1973.

Angiomatoid malignant fibrous histiocytoma (写真 64~65)

症 例 603 10才, 女

臨床診断: 背部線維腫

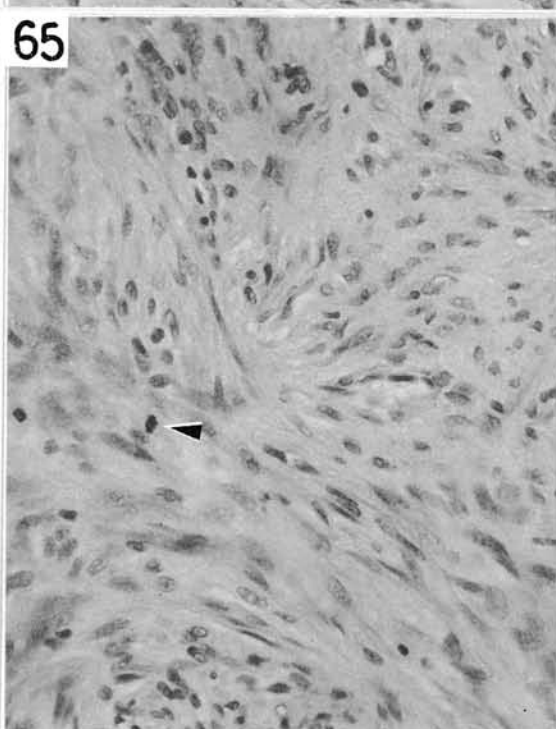
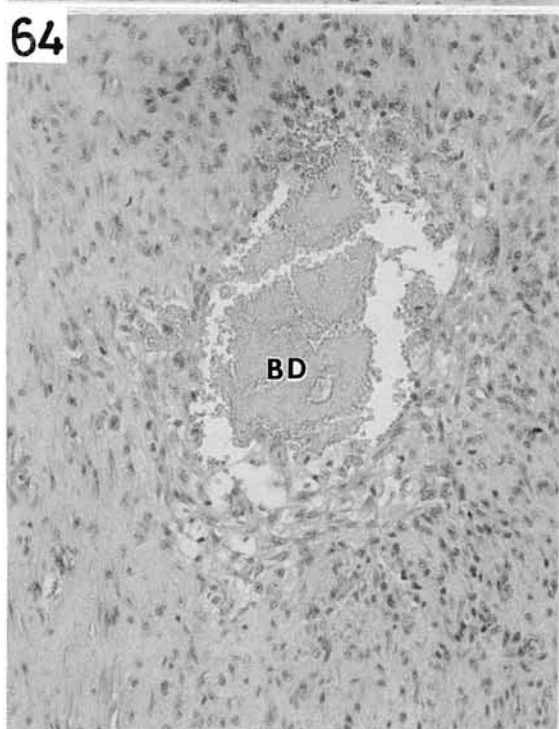
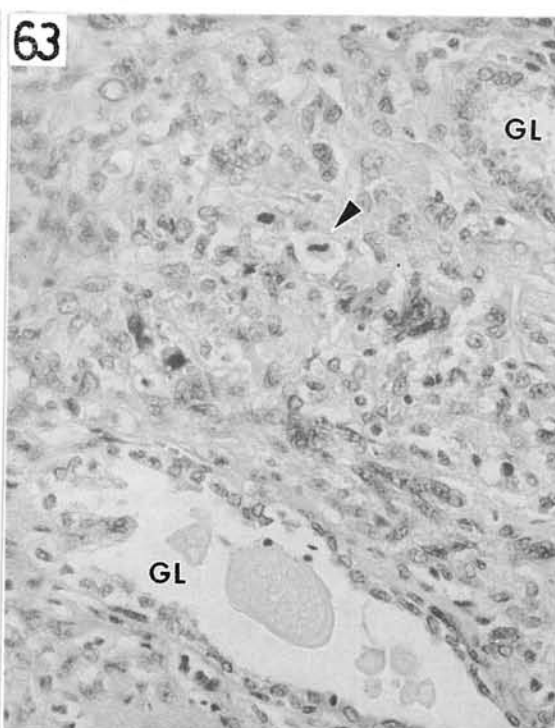
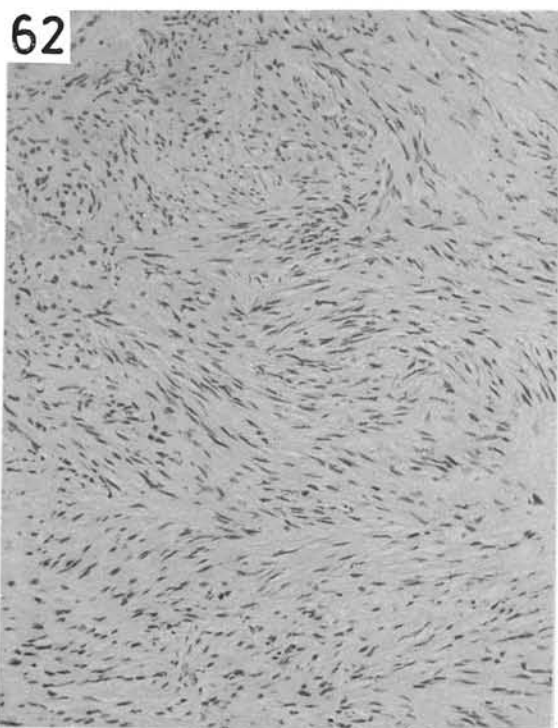
患者は約2年前より背部腫瘤に気づいていたが, 疼痛もなく放置していた。昭和51年1月に当院外科に受診, 線維腫として摘出術が行われた。腫瘤は径約2cm指頭大で皮膚とは強固に癒着し, 主として皮下組織中に比較的明確な結節状をなして存し, 筋膜と癒着はない。剖面では帯黄白色弾性硬の実質の中央に血液を容れた囊胞状腔を1個認める。

組織学的には線維芽細胞様の腫瘍細胞の増殖よりなり, 上記の肉眼的にみられた血液囊胞のほかにも顕微鏡的な小囊胞が散在して内腔に赤血球を充たしている(写真64 BD)。腫瘍細胞は束状に渦紋状に走っていわゆる storiform pattern を示す部があり, また核分裂像(矢頭)も多数に認めうる(写真65)。特殊染色を実施すると Sudan III 陽性, ベルリン青陽性の組織球性の細胞の介在が認められ, 電顕的にも fibroblastic および histiocytic の二種類の腫瘍細胞が認められた。

Angiomatoid MFH は, AFIP の軟部腫瘍病理部門の Enzinger が41例を集めて一つの entity として提唱したもので, 成人の MFH は比較的高年令に多く, 深部に好発し急速に増大して腫瘤を作り予後も不良であるのに対して, Angiomatoid MFH は若年層に好発し(平均年令13才), 多くは浅在性に皮下組織中に生じ, 発育も比較的緩徐で腫瘤の大きさは平均径2.5cm, しばしば再発し稀に転移も来すが追跡調査で死亡例は患者の12%に過ぎぬと言う。肉眼的および組織学的に血液性囊胞の散在が特徴の一つで, 臨床的に血腫あるいは血管腫と誤られることがしばしばであると言う。本症例の患者は現在まで再発の徴は認められていない。

文 献

F. M. Enzinger: Angiomatoid malignant fibrous histiocytoma, Cancer 44: 2147-2157, 1979.



胃良性粘膜下腫瘍 Inflammatory fibroid tumor? (写真 66~70)

症 例 590 55才, 女

臨床診断: 胃平滑筋腫または平滑筋肉腫?

誘因なく吐血・下血をきたし, 某病院を訪れ, 胃レントゲン検査や内視鏡にて, 胃体部前壁よりに, ドーナツ型を呈する中心に深い潰瘍を形成し, 辺縁隆起する病変をみ, 上記診断を疑い, 胃生検を行った。

組織学的には, 表層性胃炎像で Group I と診断したが, 腫瘍組織は採取されておらず, 病変の性格は不明であった。

手術のため当院を紹介され, 再生検を行い, 潰瘍底の壊死組織と, 辺縁の再生粘膜で, 悪性組織は確診できなかった。

臨床的に粘膜下腫瘍を疑うも, Borrmann II 型の胃癌も否定できないとのことであった。

手術材料: 肉眼的に幽門輪から, 7.0 cm 口側の胃体部に, 小彎から前壁にかけて, 中心に 2.0×1.5 cm 大の類円形の深い潰瘍を有する 5.5×4.5 cm 大の一見ドーナツ型の隆起性病変がある。

潰瘍底部は比較的きれいで, 隆起部の粘膜面はほぼ均質な微細顆粒状, 周囲粘膜に比し発赤をみるが, 自然に移行している。硬度は硬く, やや弾力性がある (写真 66)。

剖面では灰白色, 充実性の境界明瞭な硬い粘膜下腫瘍で, 粘膜を下から圧迫して隆起し, 中心部潰瘍は一見深くみえるが, U1 II で, その辺縁には下堀れがある。筋層は腫瘍と接して圧迫萎縮するも, 断裂はなく, 漿膜側への胃外性隆起増殖はみられない (写真 67)。

肉眼的に非上皮性良性増殖の所見で, 平滑筋腫を疑わせる像を呈していた。

組織所見: 周囲と境界明瞭な粘膜下腫瘍で, ヘマトキシリン・エオジン染色では潰瘍底表面に線維素の付着や, 表層に炎症細胞の浸潤する, 菲い限界膜が濃染してみえる (写真 68)。

腫瘍は全体的にほぼ均質な線維性組織が増殖し, 波状あるいは刷毛ではいたように, 膠原線維束が不規則に交叉し, その間に線維細胞, 線維芽細胞, 少数のリンパ球, 形質細胞, 部分的に好酸球などが混在し, 古い肉芽組織の観を呈する (写真 69)。細血管の新生もみられるが, 特に豊富ではない。リンパ濾胞の形成もない。

Azan 染色では青染, van Gieson 染色で赤染, Masson-Trichrome 染色で青緑色, PAS 染色で膠原線維束が淡染するも, 顆粒状可染物はみられない。銀染色では塩化金好染の赤紫〜黒紫色の膠原線維束にとむ (写真 70)。

これら染色態度から筋原性腫瘍は否定された。

本腫瘍が肉眼的に境界明瞭な圧迫性・充実性増殖から, 腫瘍性性格を呈するが, 組織学的には, 腫瘍性増殖といいがたい。炎症細胞が少なく, 線維芽細胞, 毛細血管の新生も乏しいとはいえ, 消化管に発生する類似性病変を求めるとするならば, いわゆる inflammatory fibroid tumor と診断した。

本症例は東京の胃腸疾患研究会に提出し, 線維腫との診断をうけた。

しかし胃の線維腫はきわめて稀で, 吉井の成書によっても, 胃発生の線維腫の経験はなく, 確実な報告例はないとし, Minnes らは胃の良性非上皮性腫瘍 546 例中 42 例, 7.6%に, 大井は本邦 193 例中 19 例, 9.8%と報告しているが, 線維腫に関する記載は, 佐野の成書にも具体例はみられず, 平滑筋腫や神経鞘腫との鑑別が必要である。

一方 inflammatory fibroid (polyp) tumor にしても全く異論がないわけではないが, その概念の理解も, かなりのへだたりがあると思われ, 症例報告をみても, その形態・組織像に大きな差異がある。

文 献

吉井 隆博: 胃の病理, 特に組織像の読み方, 261, 医学図書出版, 東京, 1973.

Minnes, J. F. et al.: Benign tumors of the stomach. Am. J. Cancer, 28: 136, 1936. 佐野より引用

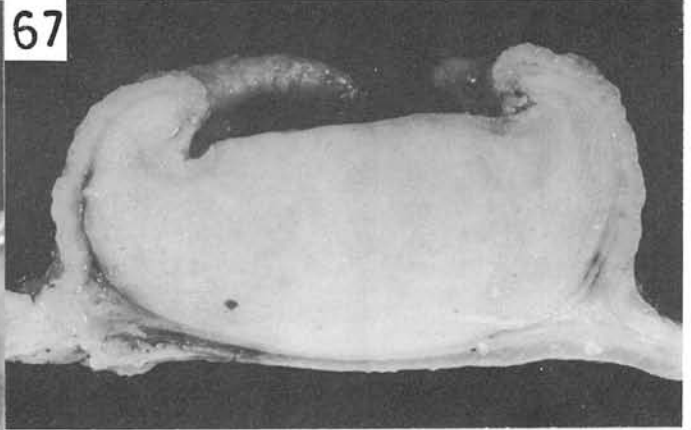
佐野 量造: 胃疾患の臨床病理, 289, 医学書院, 東京, 1974.

大井 実他: 非癌性胃腫瘍—全国 93 主要医療施設からの集計的調査—外科, 29: 112, 1967.

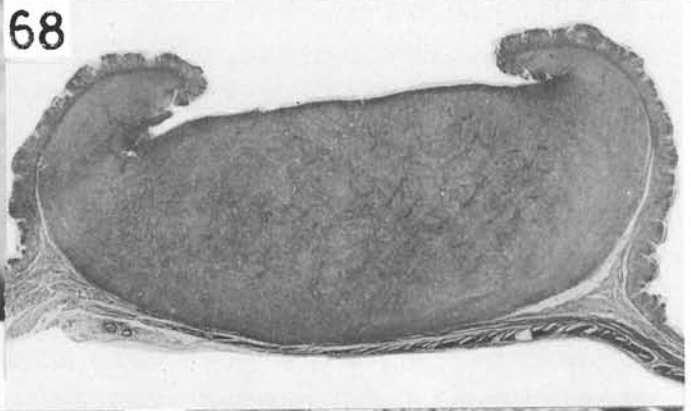
66



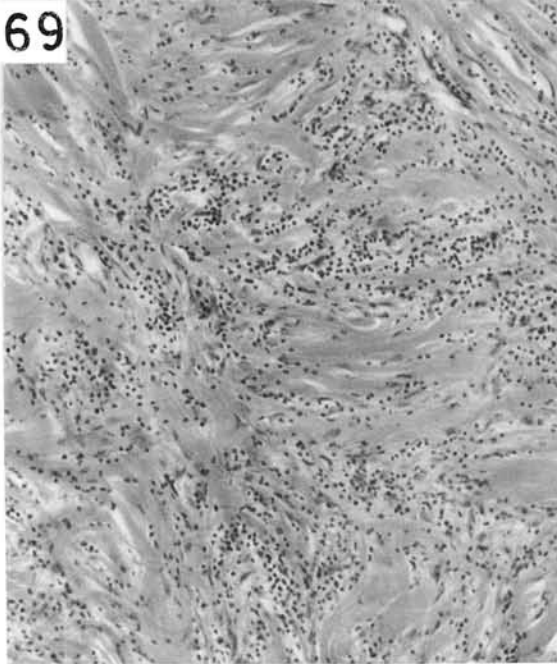
67



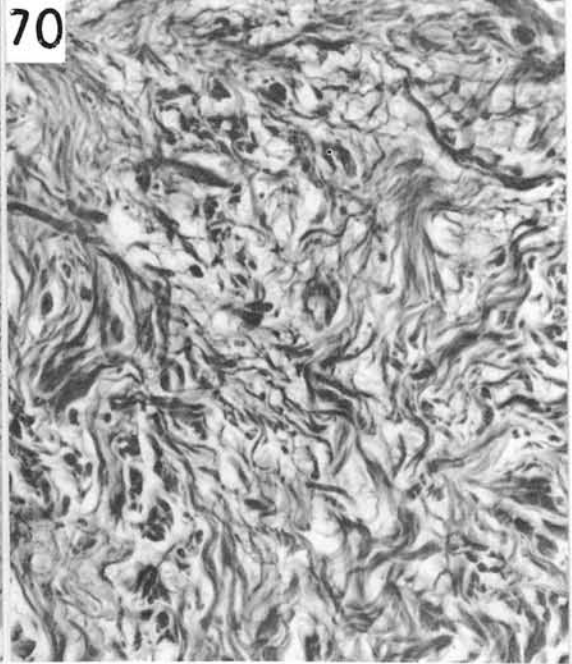
68



69



70



腹腔内寄生虫性肉芽腫 (写真71~75)

症 例 591 52才, 女

臨床診断: 総胆管結石, 急性肺炎, 大網結節

月に2, 3回心窩部痛, 右季肋部痛発作があったが, 昭和53年11月5日に激痛・嘔気・嘔吐があり, 閉塞性黄疸とアミラーゼの上昇, 諸検査の結果, 総胆管結石として手術した。

その際大網に癒化したと思われる, 超拇指頭大の結節があり, これを摘出した。

表面粗なるも, 凹凸はなく, 大小2ヶの結節が融合した5.0×1.5cm大の腫瘍で硬いが, 一見囊腫様でもある。剖面では石灰化をとまなう硬い部分があるが, うすい被膜で被われ, 壊死状, 液状内容物をみだし, 壁在性隆起, 中隔様物や結節をみる(写真71)。

脱灰操作をし, 標本作製した。

組織所見: 石灰沈着や骨化する, 硝子様変性の強い1~2mmの被膜で被われた, 囊腫様構造をみる。硝子様化した壁内, 変性壊死組織や石灰沈着部に, 楕円形の黄褐色から黄金色の卵殻が多数みられ(写真74, 75), 外殻のみ, あるいは変性内容物を入れる。大きさは変性したものと切断面により異なるが, 約100×50μである。

外殻は前方に蓋様の構造物を見, 均質である(写真72, 73)。卵殻周囲には異物巨細胞や組織球をみる。石灰化をとまなう変性組織内には, コレステロール様の結晶がみられる。

結節周辺や周囲脂肪組織内には, 形質細胞の浸潤や血管の増殖がある。

虫卵は, 愛媛大学医学部寄生虫学教室西田 弘教授により, ウェステルマン肺吸虫 *Paragonimus westermani* と同定され, その腹腔内異所寄生と確診された。

本症は淡水産カニ, とくにサワガニの生食によって感染し, 小腸粘膜から腸壁を穿通して, 腹腔内に達し, 横隔膜を介して胸腔内に入り, 最終寄生臓器である肺に定住し成虫となる。しかし肺以外の臓器, すなわち異所寄生したものは, 長期生存は不可能とされている。

異所寄生としては, 腹腔, 肝, 副腎, 陰囊, 腹壁, 脳などの報告がある。

かつて愛媛県はウェステルマン肺吸虫の濃厚な浸淫地として知られ, とくに南予地方の淡水産カニ中に, 幼虫が検出され, 小学校児童の肺吸虫症皮内反応による, スクリーニングテストで5.3~7.1%に, そのうち虫卵検出率約40%と高率にみられた時期があったが, 現在ではきわめて稀となった。

最近ではウェステルマン肺吸虫以外に宮崎肺吸虫の人体寄生例の報告もあり, 我々はサワガニを生食後感染し, 喀痰中に多数の虫卵を喀出した症例を経験している。

肺吸虫症では, 鉄さび状の色調を呈する喀痰が特徴的であるとされているが, この例でも同様喀痰であった。

瀬戸内海沿岸地方は, 本邦での各種寄生虫の汚染地であったが, 環境衛生の向上や農薬の使用により, 最近ほとんど問題にならない, 過去の疾患となりつつある。

しかし胃はじめ腹腔臓器の手術あるいは生検材料で, アニサキスなど寄生例や肝吸虫卵などの寄生例を偶然発見することがあり, 当地方では念頭におかねばならぬ疾患といえよう。

文 献

森脇 昭介, 山本 陽子, 山内 政之, 宇佐美孝子, 香川 久: 喀痰細胞診で確診した宮崎肺吸虫症, 日臨細胞誌, 15: 28-31, 1976.

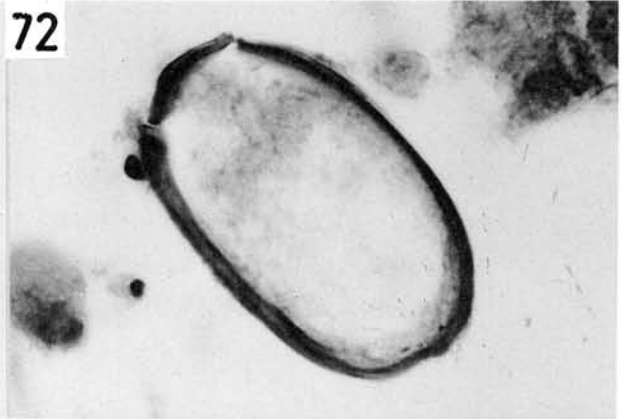
横川 宗雄: 肺吸虫症の診断と治療, 肺進, 32: 110~125, 1962.

森下 哲夫: 臨床医のための寄生虫病学, 107~115, 金原出版, 東京, 1968.

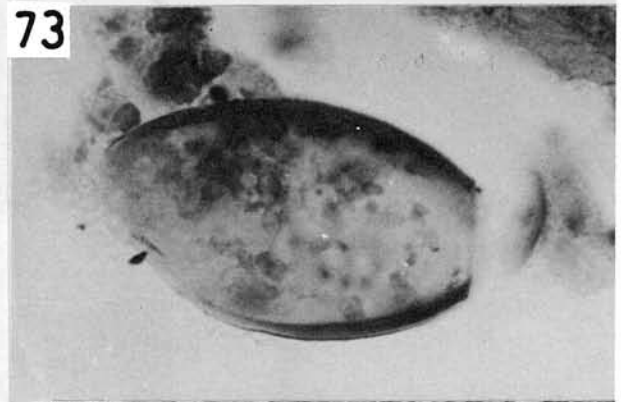
71



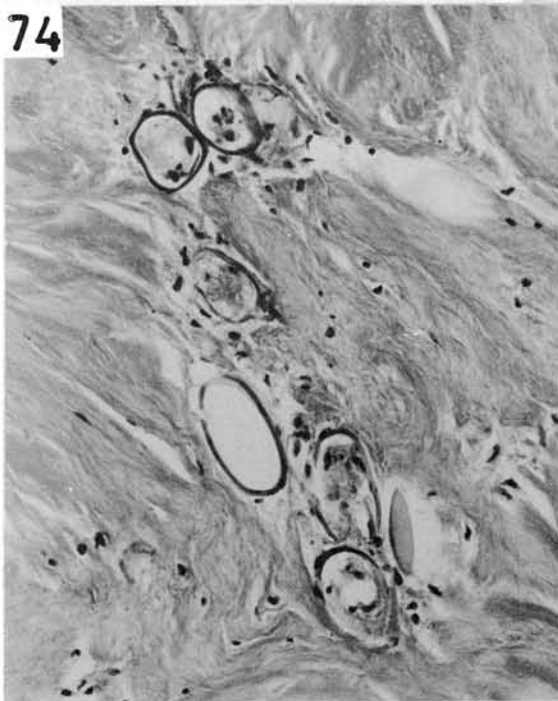
72



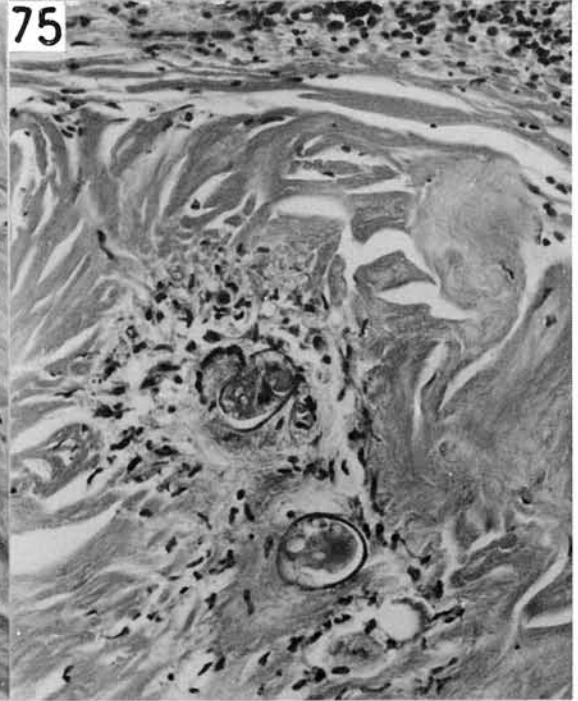
73



74



75



後

記

愛媛県臨床病理研究会年報第11号の編集にあたりまして、会員諸先生の御協力をいただき有難うございました。愛媛大学医学部がお仲間に入れていただきましてより、数年が経ち4号目にあたります。森脇先生の日夜をわかつたぬ御努力に改めて畏敬の念をいただいております。

市医師会をはじめ各機関の御理解なくしては、本研究会も今日まで継続することが出来ませんでした。心より感謝申し上げますとともに、今後とも御高配を賜りますようお願い申し上げます。

本誌の発行にあたり、日本対がん協会および県がん予防協会（会長今川七郎先生）県、市医師会より研究助成金の交付を受けましたことを記し、感謝いたします。

R. T. 記

昭和55年12月10日 印刷

昭和55年12月20日 発行

発行所 松山市堀之内13 TEL ㊟1111

国立病院四国がんセンター研究検査科内

愛媛県臨床病理研究会

印刷所 松山印刷有限公司

松山市木屋町1丁目5番 TEL ㊟3141-4

