

愛媛県臨床病理研究会年報

第 1 2 号

(通算 14 報)

1 9 8 2

愛媛県臨床病理研究会

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 4 報

＜関連医療機関および会員＞

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 今川玄一 (故)山本司	所長
国立病院四国がんセンター	松山市堀之内13番地	(前)三木直二 (現)楠本五郎 森脇昭介 山本洋介 高嶋成光	院長 院長
愛媛県立中央病院	松山市春日町83番地	江里口健二郎 田尾茂 乗松授	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 岩下明德	院長
国立療養所愛媛病院	温泉郡重信町横河原	山本好孝	院長
愛媛大学医学部	温泉郡重信町大字志津川	福西亮 福西亮 森浩志(現阪大) 吉田浩己 吉田愛知 中西速夫 田部井亮 田部井亮 大森高明	教授 教授 教授 教授 教授 教授
愛媛労災病院	新居浜市南小松原町13-27	大石省三 大西博三	院長

山本司先生の御逝去を悼む

山本先生は、昭和58年3月22日午後2時過ぎ、享年55才の若さで、あまりにも急ぎ不帰の客とられました。

生前のお元気な先生に接した方々は、いつもあの大きな体と心で、我々を受けとめて下さり、誰もが心暖まる思いをいたしたことでしょう。一方では繊細な面をお持ちで、多くの人々に心から親われておられたことは、こゝに申し上げるまでもございません。

先生は昭和56年9月21日、松山赤十字病院外科で、S状結腸癌の手術をされました。その生検材料を自ら私のところに持ってこられ意見を聞かれたとき、病理を学ばれた先生にとって、自ら癌の診断をされ、又聞かされるお気持は、察するに余りあります。

また手術標本を見せていただきましたが、私の経験からこんなに早く再発しようとは夢にも思いませんでした。

手術後も1〜2ヶ月毎に私のところにおいでになり、世間話をして帰られ、私もお会いするのを楽しみにしておりました。外観では健康も回復され、私の念頭から癌の影が薄らぎかけた頃、本年2月17日、急性腎不全の症状で緊急入院されたのです。

再発にしては理解しがたい点が多く、いや再発を考えたくないことから、いろいろ原因を頭に浮かべていました。

しかし2〜3回目のお見舞いに上ったとき、原因は何であれ、私はきわめて不吉な予感がして参りました。その後お会いする度に1日1日と急速に症状の悪化する気がしてなりません。そして最後は、まだ意識のはっきりしておられた、僅か2時間前の面会が、この世のお別れとなったのです。

ある程度予測していたとはいえ、私にとって信じ難く、こんなに早くと絶句せざるを得ませんでした。

今考えると昨年末から先生はお嬢さんのことや体の調子などあれこれと、いつもより長く話して帰られることが多くなりました。その頃から体の変調を感じておられたのでしょうか。しかし最後まで弱音ははかれず、なくなる1日前いつもと違って、苦しきのなかからも、はっきりと私の帰り際に「いつもありがとう」と言われたのが妙にひっかかったものです。この時すでに自らの運命を覚悟しておられたのかもしれない。

私が松山にきた昭和38年7月以来公私にわたり、ほんとに親身にお世話いただき、松山に定住する気持になったのも、先生なくしては考えられません。私の人生で決して忘れ得ぬ人であり、去られた今、先生の偉大さ、私にとっていかに大きな存在であったか、を改めて痛感いたしております。

先生のことはいくら書いてもつきませんが、かえって多くの言葉は蛇足になりましょう。

筆をとりつゝも、お世話になった20年間の先生のお姿が次々と現われては去り、去っては現われて参ります。今夜もひょっこり、笑顔で私の前においでになるのではないかと思う程です。

なぜ、どうしてこんなに早くという私共の悲しみより、御遺族のお気持ははかり知れぬものがあり、言葉もございません。

今となっては残された御家族の方々が、一日も早く生きる力をとりもどされることを願うのみです。

先生はきっと生前と同様、あの世でも迷える多くの魂を癒やし、安らぎを与えておられることでしょう。

今川玄一先生とともに、最初からの会員でありました先生に、こゝに会を代表して先生の永年の御指導に感謝

[4]

するとともに、御遺徳を偲び、謹んで御冥福をお祈り申し上げます。

昭和58年4月10日

森 脇 昭 介

検討症例一覧表 (昭和55, 56, 57年)

No. 通算年	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
		性	年齢			
* 610	8	県立中央病院	M	50	4日前から鶏卵大腫瘍を左腋窩下部にきづく、次第に増大、上腕の運動障害なし、腫瘍は前鋸筋内にあり、白色〜褐色を呈し、非常に硬い	Proliferative myositis 80-820
611	9	"	M	57	55才右鼻出血、右頬部圧迫感、右上顎腫瘍で右上顎骨剔除術、外頸動脈結紮、57才、両頸部リンパ節腫大、6×4 cm 大	Metastatic poorly differentiated adenocarcinoma (上顎洞腺管由来) 80-702
612	10	愛媛大第一病理	F	28	右大腿下端部腫瘍、X線像で骨透像を認める 細胞診で悪性を疑う	良性骨巨細胞腫 80-1080
613	11	愛媛大第二病理	F	46	右肺下葉に陰影をみ、喀痰細胞診で class V、癌を疑う	Relapsing polychondritis with pseudolymphoma
614	12	"	M	18	拳丸腫瘍	Rhabdomyosarcoma
615	13	愛媛大第一病理	F	55	上腹部腫瘍、手術4ヶ月前からきづき、徐々に増大、自覚症状なし、開腹すると臍尾部に被膜を有する小児頭大腫瘍、1.4 kg	Islet cell adenoma (non-beta) 80-1475
616	14	愛媛大中検病理	M	47	腋窩腫瘍、3年前投球時疼痛、漸次増大し、小児頭大、X線で肩甲骨と癒着、被膜を有し、筋層下に腫瘍をみる	Extra-abdominal desmoid 80-1177
* 617	15	国病四国がんセンター	M	53	肝脾腫	脾原発悪性線維性組織球腫 A-913
618	1	県立中央病院	F	17	心窩部痛、胃生検で RLH または悪性リンパ腫、手術後抗癌剤を投与し、1ヶ月後退院	胃 reactive lymphoreticular hyperplasia associated with chronic active gastric ulcer (ul-III) 80-1172
619	2	"	F	74	6ヶ月前より仙骨部〜臀部にフルンケル様病変、最近急速に増大し、皮下の手拳大腫瘍となる、剖面で粘液様部分あり	脂肪肉腫、粘液型 80-1978
620	3	"	M	32	左上顎洞骨腫瘍、暗赤色、56年頸部転移巣を生検、再発をくりかえし、放治する	Giant cell tumor of bone. Grade III 79-1006 81-182
621	4	愛媛大第一病理	M	27	10年前から左大腿後面腫瘍にきづき、次第に増大する、弾性硬	Fascia 由来の fibromatosis? or keloid? 腫瘍ではない 80-2306
622	5	"	M	71	両側副腎部の腫瘍 左 115 g, 右 60 g, 蛋白尿, 高グルカゴン血症	悪性褐色細胞腫 剖80-42
623	6	愛媛大中検病理	F	48	左乳腺腫瘍	Adenoid cystic carcinoma of the breast 80-2707
624	7	"	F	75	左甲状腺腫瘍	甲状腺乳頭状腺癌、転移巣で骨形成をみる 80-3079
625	8	国病四国がんセンター	M	46	右腎腫瘍、肉眼的血尿と腰痛、周囲との癒着つよく、530 g, 10年前 (37才) 早期胃癌で手術、II c型, ss. n1. ly1. の進行胃癌	Metastatic renal cell carcinoma from gastric cancer 81-2893 73-675

No.	通算年	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
			性	年齢			
* 626	9	愛媛大第二病理	F	48	56年3月頃から背部に腫瘤を生じ、10月摘出	カンジダ性肉芽腫	81-1739
* 627	10	"	M	50	回腸多発性潰瘍、穿孔、脳卒中後遺症で入院加療中、発熱、腹痛増殖し、汎化膿性腹膜炎の診断で開腹	回腸多発性潰瘍（原因不明）	81-1987
628	11	愛媛大第一病理	F	41	糖尿病、上部消化管出血、敗血症、死亡20日前急性鼻炎、潰瘍性口内炎、6日前全身発疹出現、意識消失	Wegener's granuloma	A81-13 (日赤)
* 629	12	"	F	78	末梢血中R537×10 ⁴ 、W55,000~70,000、Pl630,000~1,070,000、単球13%、幼若顆粒球6.5%、赤芽球⊕、腹水⊕、うっ血性心不全、転倒し硬膜下出血で意識消失	Myeloproliferative disorder	
630	1	"	F	21	歯肉部に約3.0cm大の腫瘤形成、有茎性	Malignant mesenchymal tumor?	剖82-0068 82-1082
* 631	2	県立中央病院	F	4	数ヶ月前より上口唇に5mm大の暗赤色、ドーム型の腫瘤形成	Juvenile melanoa	82-688
* 632	3	国病四国がんセンター	F	56	56年10月両側耳下腺部腫脹、2~3ヶ月後左縮小、両耳とも閉塞感あり、諸検査で著変なし	Sialosis	82-984
633	4	"	M	73	56年10月頃から発熱、全身倦怠、57年4月全身リンパ節腫脹	Plasmacytoma?	82-1182
634	5	愛媛大中検病理	F	37	鼻腔内腫瘍、53年2月慢性副鼻腔炎で手術、54年7月再手術、8月上咽頭にも腫瘍出現	Paraganglioma	81-2091
* 635	6	愛媛大第一病理	M	38	左背部腫瘍、400g、10cm大を摘出、56年12月、57年3月再発し次第に増大、後頭部に達する。	Liposarcoma	82-0936
* 638	7	県立中央病院	F	34	不妊症(+), 約2年前より排便時新鮮出血あり、S字結腸に狭窄あり、同部に7.1×2.7cmの粘膜下腫瘤をみる	Extra-uterine endometriosis in S-colon	81-1555
* 637	8	国病四国がんセンター	M	44	不明熱と腹水貯留をとともなう腹腔内腫瘍あり、癌性腹膜炎（原発不明）で開腹、大網は一塊となり顆粒乳頭状腫瘍形成	腹膜悪性中皮腫、類上皮型表面顆粒状、剖面で多房性小嚢胞(+), 硬い腫瘍	82-1969
* 638	9	"	M	75	57年4月中旬より歩行障害、右上肢の運動障害出現、CTにて脳転移を思わす所見あり、左肺上葉末梢部(S ₁₊₂)に比較的境界明瞭な板状・結節性腫瘍をみ、肺癌を疑う	左胸膜限局性悪性中皮腫、肉腫型、多発性血行性転移をみる	A-1082
* 639	10	"	F	53	子宮体癌+癌性腹膜炎で化学療法を行う、糖尿病(+), HB(+)	脊索腫(潜在性)+甲状腺癌(潜在性)+右卵巣癌	A-1090

638 ←

No. 通算年	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	
		性	年齢				
640	11	県立中央病院	F	51	主訴は呼吸困難, 顔面・四肢の浮腫, RA(+), 抗核抗体(-), ASLO(-), 抗DNA(-), クームス(-), 血痰2回(+), 尿沈渣で赤血球無数, 腎機能増悪, 血液ガス所見増悪, 著明な貧血をみる	Goodpasture's syndrome	A82-25
641	12	"	M	36	10年前両背部に腫瘍形成をみ, 最近疼痛出現, 肩甲骨の裏面に肋骨骨膜と接した腫瘍, 対称性, 松山市出身, 大工	Elastofibroma dorsi	82-1335 82-1286
* 642	13	愛媛大第一病理	M	73	後頭部皮下腫瘍, 半年前より後頭部腫瘍出現し増大, CTにて外側より骨破壊像あり	Meningothelial meningioma (malignant)	82-401 82-539
643	14	"	M	41	肺腫瘍, 57年3月頃から咳嗽, 血性喀痰, 細胞診 class N, 左下葉に円形陰影—肺切除術	Pulmonary granuloma with lymphoid hyperplasia	82-576
* 644	15	"	M	46	肺癌, 呼吸困難, 浮腫, 5年前心臓病で1月入院の前歴あり, 胸部X線で多発性円形陰影	Malignant teratoma of heart	剖82-16
645	16	県立中央病院	M	49	左肺腫瘍, 上葉に円形陰影出現, 細胞診 class II, 肋膜下 S ₄ に3.1×3.8 cmの灰白色腫瘍, 中心部に空洞2.2×1.4 cmをみる	Pulmonary hamartoma (adenochondroma)	82-2109
646	17	"	F	64	右肋骨痛, 胆嚢腫大を触知する, 胆嚢頸部近くで壁が肥厚, 漿膜浸潤(+), 胆嚢は2房性	Undifferentiated carcinoma of gall bladder	82-2353
647	18	愛媛労災病院	F	90	CEA 上昇, 頸部リンパ節腫脹, 転移を疑う, 他に左顎下, 耳下部, 上咽頭腫脹, タール様便⊕	Malignant histiocytosis?	
648	19	"	F	70	回腸末端1.5 m口側腸間膜附着部に12.5×8.5×4.5 cm大の腫瘍, 腸管内腔と交通あり	平滑筋肉腫	
649	20	松山日赤病院	M	24	右睾丸腫瘍, 57年4月頃にきづく, α-Feto 330, HCG 4990	Malignant teratoma with choriocarcinoma, seminoma, and embryonal ca. elements + intratubular malignant germ cells	82-3465
* 650	21	愛媛大第一病理	F	44	1年前から意識障害の発作あり, 7月低血糖, 高インスリン血症を認め, 脾島細胞腫として手術, 尾部に1.0 cm大の腫瘍をみとめる	Insulinoma	82-2031
651	22	"	M	70	口腔粘膜腫瘍, 5年前からあり, 増大, 縮少をくりかえし, 異所性耳下腺炎として治療, 粘膜面は異常なし	リンパ様組織増殖	82-2521
* 652	23	愛媛大第二病理	F	30	頭部小指頭大の肉芽腫	Nodular hidradenoma	57-2875

原因不明の回腸多発性潰瘍及び穿孔の1例

大森 高明, 田部井 亮, 近藤 万里 愛媛大・二病理
坂東 康生 県立今治病院・外科

症 例 627: 50才, 男 (愛大2病理依託研究 81-1987, 県立今治病院)

臨床診断: 汎腹膜炎+回腸末端多発性潰瘍穿孔

数年前の脳梗塞による後遺症のリハビリ療法の為に他院にて入院加療中, 10日前より発熱・腹痛持続, 次第に増強し汎腹膜炎の診断で県立今治病院を紹介され入院し手術を受けた。患者は脳代謝賦活剤 (トレントール, ヒデルギン), ビタミン剤の投与を1年以上続けていた。

肉眼的には回腸末端約1mにわたって回盲弁まで発赤・軽度の浮腫と共に122個の潰瘍がみとめられ, そのうち51個が穿孔して汎腹膜炎を起こしていた。潰瘍は腸間膜付着部に一致する傾向なく, 更に縦走潰瘍の所見もなく, 粘膜の敷石状外観や偽膜形成も認められなかった。

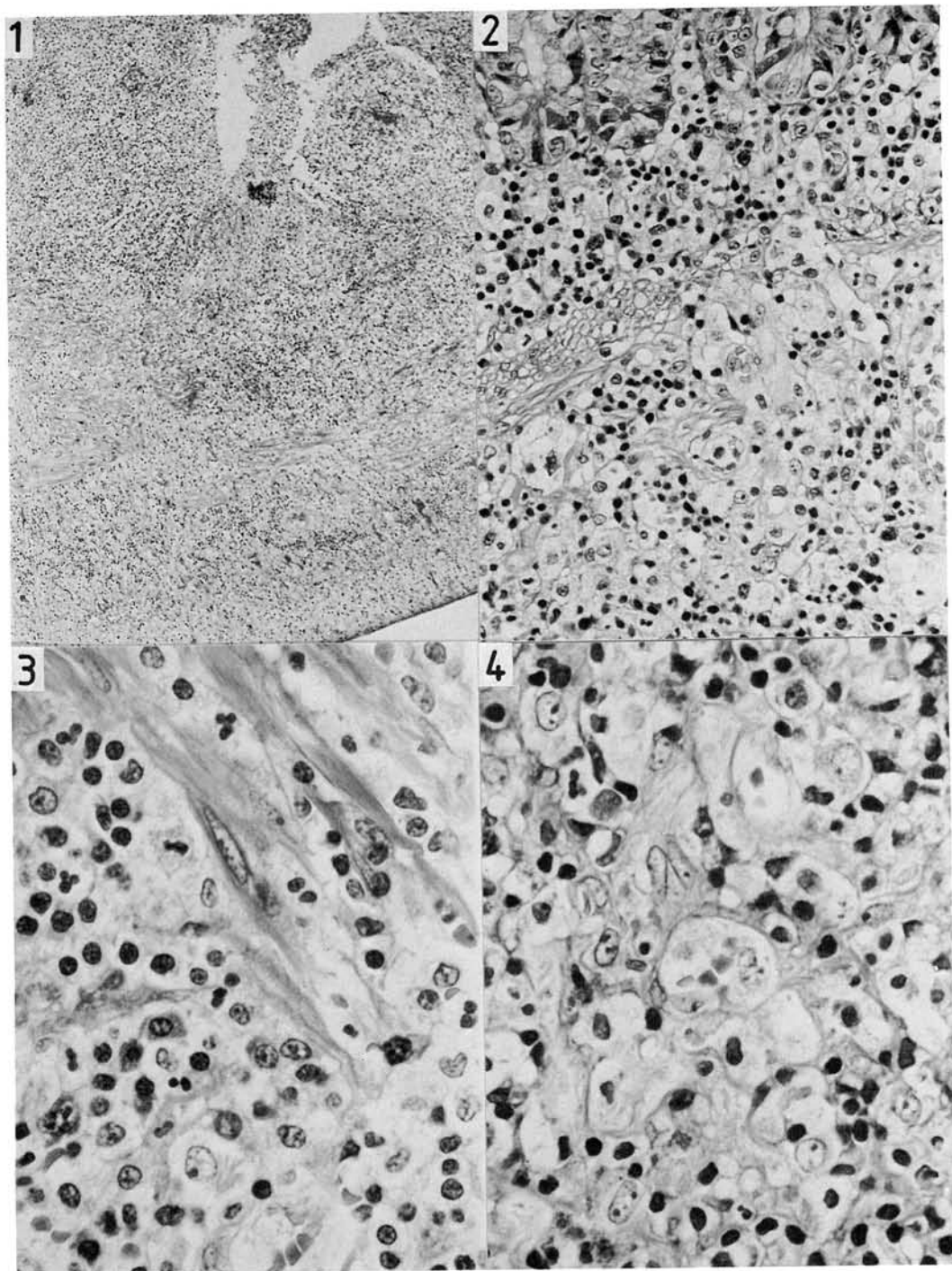
顕微鏡的には潰瘍やその穿孔部 (写真1) を中心に泡沫様組織球, 好中球, リンパ球, 形質細胞の浸潤と共に毛細血管の増生, 内皮細胞の腫大や充血・浮腫・フィブリンの沈着が粘膜 (写真2) と漿膜下に特に強く認められ, 筋層も泡沫様組織球や好酸球の浸潤で筋層の膨化・断裂と筋細胞の萎縮や消失が認められた (写真3)。出血や血管炎の所見, 又虚血性の変化とくに粘膜上皮の壊死 (立ち粘れ) 所見は見当たらず, 潰瘍部には痂皮の形成はあるがその清浄化や癒着性変化は全く認められなかった。粘膜の孤立リンパ濾泡は細網細胞の増生と組織球の浸潤により腫大し, それらの胞体には赤血球や細胞崩壊物を喰食している細胞もみとめられた (写真4)。しかし, 特異的肉芽腫の形成, 類上皮細胞や巨細胞の出現は認められなかった。

本症例の鑑別すべき疾患としては, 限局性回腸炎 (クローン氏病), 虚血性小腸炎, 薬剤性小腸炎, 腹部ベージェット病, 腸結核症, マラコブラキア, 悪性組織球症および腸チフス等が考えられる。臨床的には脳梗塞の既往のあることより虚血性小腸炎が容易に考えられるが臨床経過, 肉眼的病理所見より否定される。薬剤性小腸炎も常用していた個々の脳代謝改善剤によるこの様な症例の報告は見られず, 抗生剤の服用もなく, しかもその場合にみられる急性出血性, まれに偽膜性腸炎としての特長に乏しいことから否定される。更に組織学的にも血管炎などが全く認められない点より腹部ベージェット病も考えにくい。限局性腸炎は特に鑑別すべき重要な疾患であるが, 粘膜や潰瘍の肉眼所見上もその特徴に乏しく, 組織上それを立証するに十分な高度の粘膜下の浮腫と好酸球浸潤, 筋層や漿膜下の巨細胞肉芽腫などの所見を認めない点より否定される。更に, 類上皮細胞や巨細胞のみられる特異的肉芽腫が認められないこと, 肺結核を有しないことより腸結核も考えにくい。悪性組織球症は出現している組織球には悪性とする程の異型性に乏しいものが多く, しかもその自律的増殖像が明瞭でないことより考えにくい。マラコブラキアは当初膀胱に発生する特異な疾患と考えられていたが, その後胃腸管, 腎, 肺, 睪丸などの報告もある¹⁾²⁾。本症例では顕微鏡的にその特徴である泡沫状組織球内外に出現する Michaelis-Gutmann 小体は鉄染色・石灰染色・PAS 染色でも認められず, その立証は困難である。しかし, なおその初期の病像である可能性もあり, 本症の今後の研究報告が期待される。最後に腸チフスは病理組織上完全に否定は出来ないが, 他の全身的な合併症が全くみられないことなどよりその可能性も非常に乏しいと思われる。

文 献

Gupta RK, Schuster RA, and Christian WD: Autopsy findings in a unique case of malakoplakia. A cytoimmunohistochemical study of Michaelis-Gutmann bodies. Arch. Pathol. 93: 42-48, 1972.

大森高明, 大嶋正人, 谷掛龍夫, 日浅義雄, 村田吉郎: 睪丸・副睪丸に発生した malakoplakic granuloma の1例. 奈良医学雑誌 28: 875-884, 1977.



慢性関節リウマチ加療中、背部皮膚に単発したカンジダ性肉芽腫の一例

大森 高明, 田部井 亮 愛媛大・二病理

石村 啓輔 市立大洲病院整形外科

症 例 620:48才, 女(愛大二病理依託研究 81-1739, 市立大洲病院)

臨床診断: 背部(左肩甲骨下方)皮膚腫瘍.

患者は20年来の慢性関節リウマチで全関節の強直があり, ほとんど臥床に近い生活をし, リウマチの治療を受けている。約7カ月前より背部の腫瘍にきつき近医を受診し約6カ月間種々の軟膏(含抗生物質ステロイド剤)等による処置を受けたが軽快せず, 腫瘍摘出術が行われた。

腫瘍は約3.5×3.0×3.0 cmで周囲より皮膚と比較的境界明瞭でやや膨隆し, その表面は表皮を有せず厚い痂皮様物で被われ, 弾性硬であった。剖面は中央部・表面に近い程軟骨様の固さで白色均質な性状で, 周辺部は出血・充血を認める肉芽腫様であり周囲との被膜形成は認められなかった。

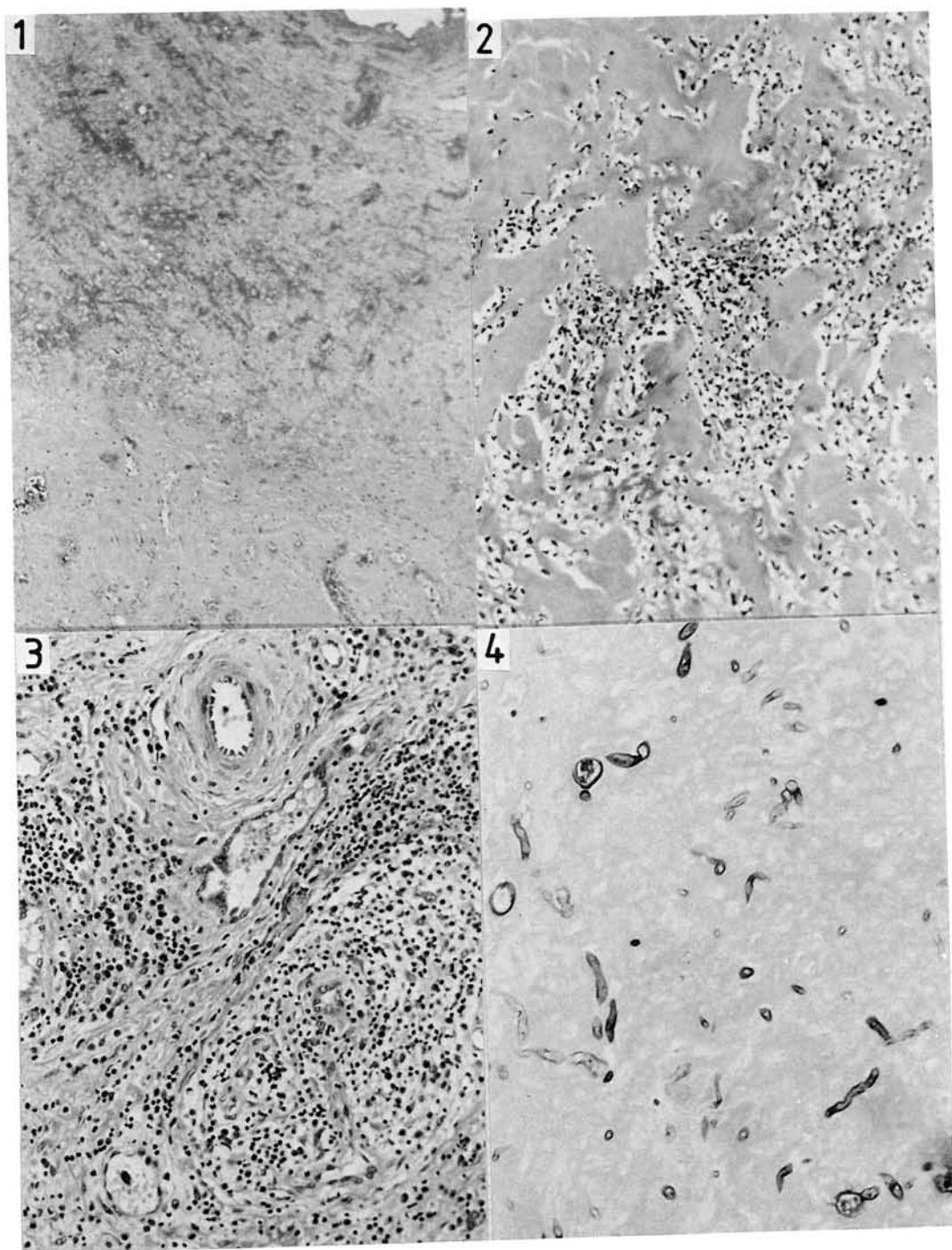
組織所見では肉眼所見にほぼ一致して表面より中央部に広範なかなり均質な壊死領域がみとめられ, その周辺部には好中球の浸潤とその破壊物, fibrin の沈着や, 出血などがみとめられ, その周囲には線維芽細胞や血管芽細胞の増生, 組織球, 類上皮細胞がみられ, 更にその周辺には血管の増生とその周囲のリンパ球や形質細胞, 好酸球の浸潤が認められた。又, 壊死部には石灰沈着も軽度みとめられた(写真1-3)。PAS染色では壊死部全体に表面に近い範囲に散在性, 所々集簇性に真菌の菌糸(直径2~4 μm)と卵円形の孢子(直径3~5 μm)が認められ, それは *Candida albicans* の特徴を示していた。即ち菌糸には septate と branching at an septate, multilateral budding による増殖が認められた(写真4)。

以上の組織学的特徴は candidiasis の病変に良く一致するものであり^{1), 2)}, カンジダ性肉芽腫と診断した。更に本症例ではその他の皮膚や粘膜に本症が認められていない点より, 当部単発性であると考えられ, 更に初期に真菌性病巣であることを確認し得ないままの種々の軟膏等による慢性の治療や慢性リウマチの治療とその病態に関連してこのように大きな腫瘤病変に成長したのか, 又は通常の炎症で上記の治療中に2次的にカンジダ感染を惹起したものと思われる。

文 献

Lever W. F. and Lever G. S.: Fungal diseases. Histopathology of the skin, 5th ed., 307-332, J. B. Lippincott Company, Philadelphia-Toronto, 1975.

桶口謙太郎, 占部治邦編, 真菌病学: 深在性真菌症, 114-239, 金原出版, 東京, 1964.



S 状結腸子宮内膜症 (Endometriosis of the Sigmoid Colon)

重松 授 愛媛県立中央病院

症 例 636: 34 才, 女, 主婦

臨床的事項: 昭和 56 年 7 月 7 日初診。2 年前より時折下血があり, 腰部鈍痛を訴えていた。10 年前に結婚したが妊娠歴はない。

注腸透視で S 状結腸癌が疑われたが, 大腸内視鏡検査では, 肛門より 30 cm 口側に狭窄があり, 粘膜に著変がみられないことから管内外腫瘍と判定され, 子宮内膜症も疑われた。

手術所見: S 状結腸迂曲部に径約 3 cm の硬い腫瘍形成がみられ, 後腹膜にあたかも癌の浸潤のごとく癒着していた。リンパ節の腫大はみられなかった。写真 1 は切除結腸の前面を開いたものであり, 筋層を中心に灰白色の腫瘍があり内腔に突出して全周性の狭窄をきたしているが, 粘膜には潰瘍形成はみられずほぼ正常像を保っている。

組織学的所見: 粘膜は正常である。粘膜下から漿膜にかけて写真 2, 3 にみられるような成熟した円柱上皮からなる腺管構造とそれを取り巻くように子宮内膜型の間質細胞が島状ないし巣状にみとめられる。この病変は固有筋層において特に顕著である。即ち, 異所性にみられる子宮内膜像である。

考按: 大腸における子宮内膜症は, 組織学的診断は容易であるが, 臨床的には結腸・直腸の腫瘍とくに癌腫と症状が似ているから, 両者の鑑別については治療法の選択が問題となる。本症例では術前に注腸造影・大腸内視鏡検査・血管造影が実施され, 子宮内膜症が疑われたが, 手術時には癌を完全には否定しえずリンパ節郭清を付加した S 状結腸切除が行なわれた。成書にも本症が硬性癌と肉眼的に酷似する場合があること, さらに稀ながら本症を母地としたと想定される腺癌の発生例があることが記載されており注目を要する。

Sialosis

森脇 昭介, 山本 洋介, 小地 聡之, 川上 登史, 国立病院四国がんセンター

症 例 632: 51 才, 女性, 主婦

臨床診断: 両側耳下腺腫脹

現病歴: 約 4 ヶ月前から両側耳下腺腫脹をきたし, 左側は軽減するも, 右側腫脹は持続するため来院する。

主要検査成績: 末梢血液検査では著変をみない。耳下腺造影, 超音波検査でも特別な所見は得られないため, 混合腫瘍の疑いで, 昭和 57 年 4 月右耳下腺腫瘍を摘出した。

肉眼所見: 黄色調を呈する均質な組織で, 比較的軟かい。一見脂肪組織を思わせる。

組織所見: 唾液腺は萎縮し, 大部分は脂肪組織で置換されており, 残存腺組織はほぼ均質に分布している。炎症細胞の浸潤は少量のリンパ球以外みられず, 新生物としての増殖もないため, sialosis と診断した。

考察: Sialosis は通常耳下腺に発生するが, 顎下腺にも発生する, きわめて稀な疾患? である。臨床的に反復する両側唾液腺の無症候性腫脹, 非炎症性, 非腫瘍性腫瘍であるとされている。混合腫瘍が疑われるが, 両側性で, 反復する点ことなる。反復する原因については明らかでない。

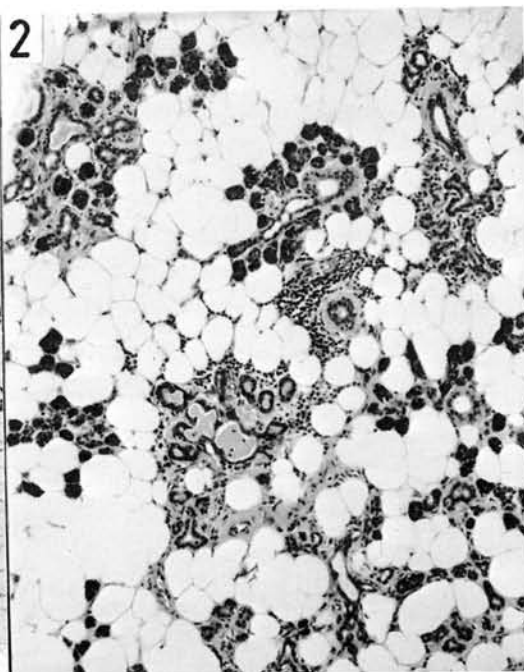
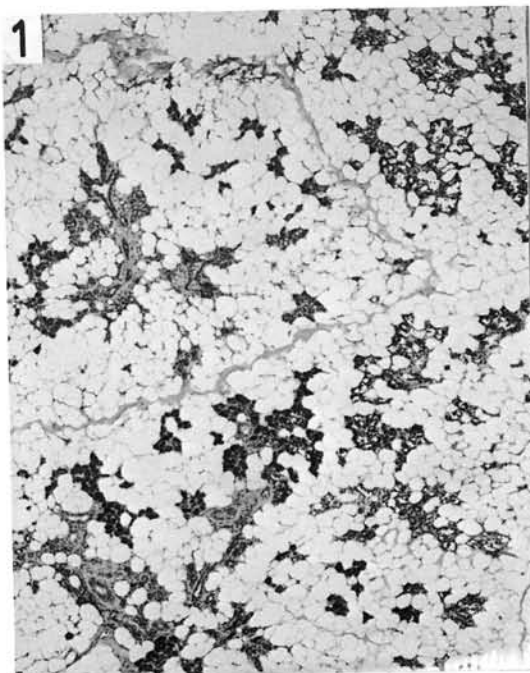
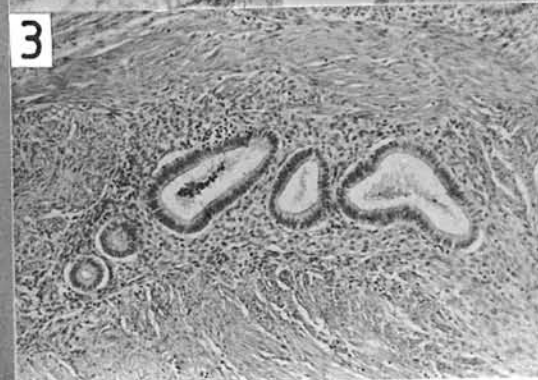
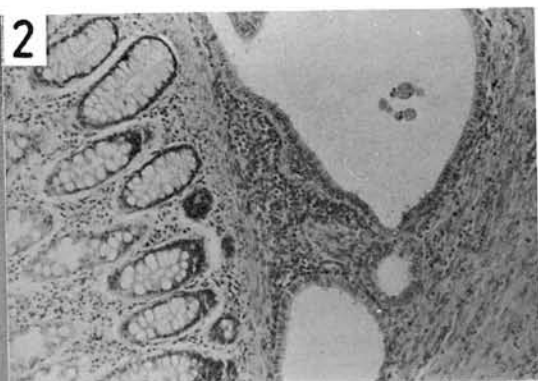
原疾患又は合併疾患として, 肝硬変症, 糖尿病, 卵巣や甲状腺機能不全, 慢性アルコール中毒などがあげられているが, 本例では 50 g ブドウ糖負荷試験で, 軽度の糖尿病型を呈するも, 空腹時血糖値は高値を示さず, 肝機能検査でも軽度障害を認めるも, 他に著変なく, sialosis との関係は不明である。

文献的にも本症の報告例はきわめて少なく, 10 例にみたく, いずれも女性である点興味がある。組織学的に脂肪織との置換を萎縮にともなう代償性の増殖とするか, 脂肪織の浸潤による唾液腺組織の萎縮かはまだ定かでない。

文 献

Thackray, A. C. & Lucas, R. B.: Tumors of the major salivary glands, Atlas of tumor pathology, 2nd ed., 133—134, 1974. AFIP. Washington, 1974.

Godwin, J. T. & Harris, J.: Fatty infiltration of parotid glands, report of a case. A. M. A. Arch. Surg. 76: 525—526, 1958.



背部弾性線維腫 (Elastofibroma Dorsi)

重松 授 愛媛県立中央病院

症 例 641: 36才, 男, 大工

臨床的事項: 昭和57年6月11日初診。10年ほど前に両側背部腫瘤に気づいた。疼痛なく増大の傾向もないので放置していたが、数日前から激しい労働のあと背部痛がひどく、又深呼吸に際しても鈍痛を覚えるようになった。2年前に肋骨骨折(事故)の既往がある以外には著患を知らない。生来松山市に居住し家族歴にも特記すべきものはない。

腫瘤は左右肩甲下部にほぼ対称的に存在し、径3~4cmで弾性軟、辺縁は不分明でかなりの可動性を有していた。

手術時所見: 左右腫瘤とも肩甲骨下第6肋骨の高さで骨格筋群と胸郭との間に位置していた。深部は肋骨骨膜および肋間筋筋膜と線維性に密に癒着し、上端は靭帯様索状物で肩甲骨下角に強く癒着し鋭的剝離を要したが、骨格筋と接する部分は脂肪組織でおおわれており容易に剝離しえた。

摘出標本は弾性軟で被膜は有せず辺縁は不明瞭で胸郭周囲の疎性結合織に移行するかにみえた。剖面では全体的には線維性に灰白色を呈しているが、辺縁部では脂肪組織が斑状ないし島状に存在し黄色調を混えていた。大きさは左側腫瘤が5.2×3.5×3.0cm大で、右側のものが4.0×4.0×2.5cm大であった。

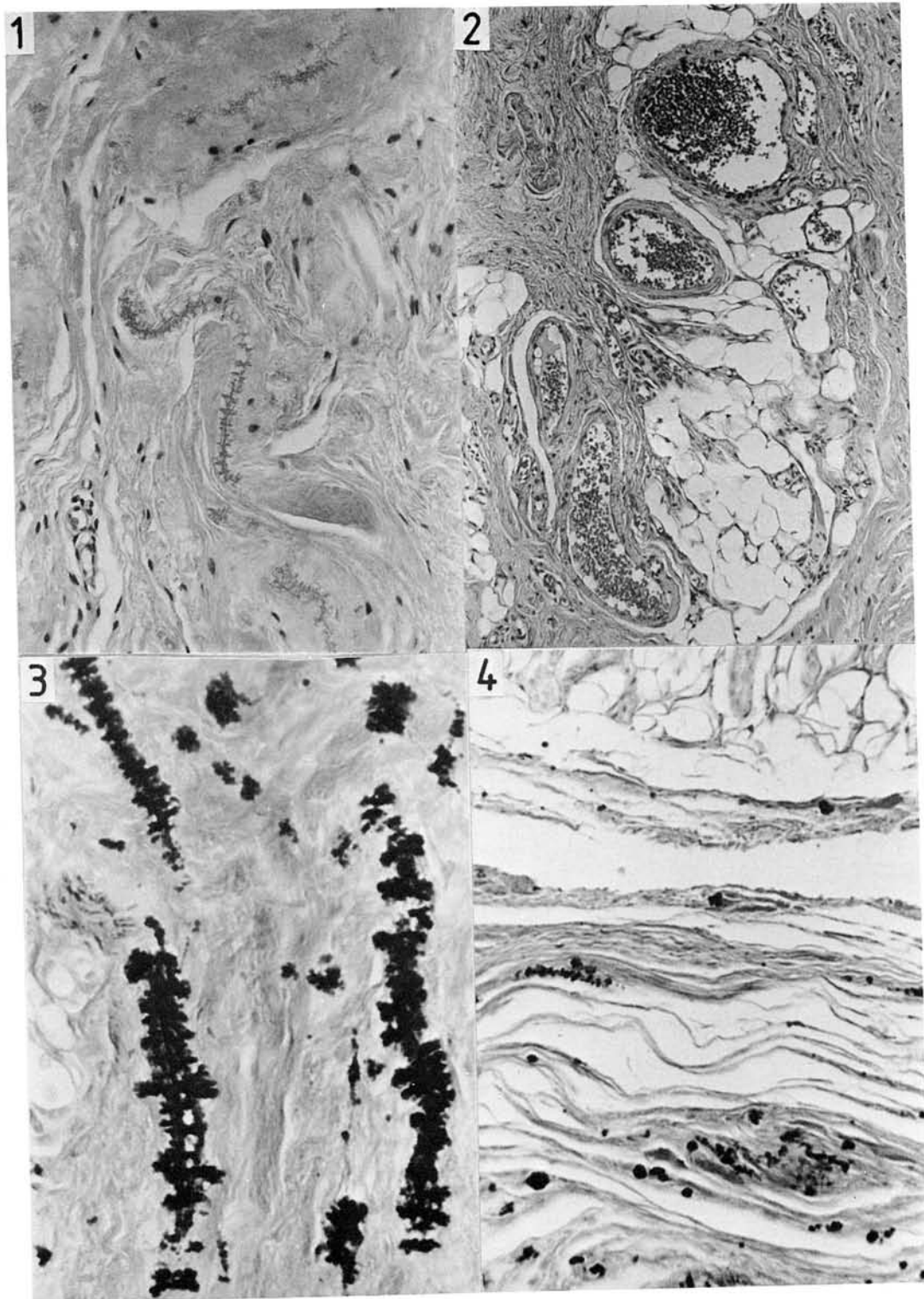
組織学的所見: 腫瘤の主体をなすものは膠原線維に富む線維性結合織であり、腫瘤辺縁部では線維組織が脂肪組織の中に侵入しこれを取り囲むように増加している(写真2)。これらはいずれもよく成熟したものであり、腫瘍的性格はみとめられない。さらに特徴的なのは、この線維性結合織の中にエオジンに淡染しほぼ均質にみえる線維状ないし棍棒状あるいは小球状の物質が多数混在していることである。ときにはその物質は長く蛇行し百足虫状にみえることもある(写真1)。ここでWeigert弾性線維染色を施すと、これらの物質はよく染色されてその像を明瞭にすることができる(写真3)。この染色によると、辺縁が比較的平滑な球状ないし棍棒状にみえるものから、中心部に針金状の芯(central core)があり、その周囲に分節状、連珠状、放射状に弾性物質が付着(外套 mantle)し、とげとげしい観を与えるものまで種々の形態をみることができる。いわゆる弾性線維腫線維(EFF)である。このEFFはPAS染色でも弱陽性をしめす。その他、この腫瘤にはところにより血管成分が豊富にみられるが、血栓形成や内腔閉塞はなく、又炎症性細胞の浸潤はきわめて軽微であった。

考按: 弾性線維腫は悪性化することはないとされ、又その組織像からも腫瘍的性格は充分に否定しうる。一方、この腫瘤はごく少数例を除けば、その発生部位が両側又は偏側の肩甲骨下部に限られていることが特異的であり、職業歴では過激な肉体労働経験者をもっとも多いとされている。即ち、日常生活において絶えず可動を強いられかつ荷重のかかり易い部位の骨格筋に接して発生をみる疾患である。このことは、この腫瘤の発生に外的要因が深くかかわりがあるかにみえる。ところが、国療沖繩病院の長嶺氏は、本腫瘤の自験例実に201例を報告しており、その中で沖繩県内における弾性線維腫の発生分布を詳細に調査し、家系内発生例を記載するとともに南島先史文化圏や琉球方言分布と本腫瘤の発生地域が密な関連があることを述べている。即ち、本症の発生に遺伝的・体質的要素いわば内的要因が濃厚に関係していることを示唆している。氏らによれば、弾性線維腫は、弾性線維の過剰産生と形成過程の障害により生じたもので、体質的素因を背景にした一種の反応性病変と定義されている。

文 献

長嶺 信夫, 野原 雄介, 他: 沖繩における弾性線維腫の分布調査と家系内発生例について. 臨整外, 17: 196—203, 1982.

Nagamine, N., Nohara, Y. & Ito, E.: Elastofibroma in Okinawa: A clinicopathologic study of 170 cases. Cancer 50: 1794—1805, 1982.



左前鋸筋に発生せる Proliferative Myositis

田尾 茂 愛媛県立中央病院

症 例 610:50才, 男

職歴に, 20才代にトビ職をし, 全身打撲の経験あり。最近は外傷の経験なし。

主訴: 左側胸部腫瘍, 現病歴: 昭和55年3月, 左側胸部に腫瘍を触れ, 同部に鈍痛あり。腫瘍が徐々に大きくなるので3日後, 某市立病院外科を受診。

初診時, 左腋窩下方の深部に鶏卵大の腫瘍を触れ, 弾性硬, 皮膚発赤(-), 上肢の運動制限(-)。腫瘍にきづいてから1週間後, 生検診断のため腫瘍を摘出。

手術時, 腫瘍は第5〜第7肋骨辺りに付着する左前鋸筋内に局在し, 表面平滑, 黄白色, 境界不鮮明で非常に硬い。周辺骨格筋との癒着はない。腫瘍は6×4×2.7cm大, 周囲骨格筋の1部と共に切除した。腫瘍の剖面(写真1)は, 充実性で, 壊死・出血を認めない。腫瘍は, 灰白色の癥瘕様硬結の如くであり, その中に筋線維束の残存がよく目立つ。

組織像(写真2)では, epimysium, perimysium における線維芽細胞, 線維細胞の強い増殖が特徴である。前記2者ほど強くはないが, 個々の骨格筋細胞間の endomysium にも, 軽度の線維芽細胞, 線維細胞の増殖をみる。一次的に間質の線維増加がおこり, その結果二次的に一部骨格筋線維が萎縮, 乏血性壊死や消失を来している。筋再生像は認めない(写真3)。増殖した線維組織の中に, 広い, 多角形的好塩基性原形質を有する巨細胞が群をなして所々に出現している。その核は胞状で大きく, 鮮明な核小体を有し, 原形質内に偏在している。2個の核を有する巨細胞も出現し, 巨細胞及び線維芽細胞に核分裂像をしばしば認める。巨細胞の原形質は, Masson trichrome 染色では褐色調を呈するが, PAS 染色(-), PTAH 染色では横紋(-), よって横紋筋芽細胞とは考えにくい。又, cresyl violet 染色にて Nissle 顆粒(-), Bodian 染色にて, 神経突起, 軸索を検索したが陰性で, 神経細胞とも異なる。巨細胞と線維芽細胞の間には移行があり, この巨細胞の本態は, 線維芽細胞と考えた。写真4では, endomysium に線維芽細胞の軽度の増殖と血管周囲の浮腫, リンパ球を主とする炎症性細胞浸潤をみとめる。この様な炎症所見は, 軽度のものであり, よく探してやっと見当る程度である。この他, 本例においては, perimysium の強い線維増殖巣の中に, 微小の類骨組織を2〜3箇所みとめた。その周囲の骨格筋細胞には変性・壊死像なし。これらの所見は, myositis ossificans というより, proliferative myositis の類骨化生を示す所見と解釈した。

化骨性筋炎, 結節性筋膜炎との鑑別診断は, Enzinger の論文に詳しい。Extra-abdominal desmoid とは, 今迄のべてきた組織所見より鑑別でき, 予後も又, proliferative myositis は, 局所摘出術後再発をみない故, 大いに異なる。

Proliferative fasciitis とは, 酷似する点も多いが, fasciitis は, 皮下脂肪織, 筋膜を病変の場とする点で区別できる。

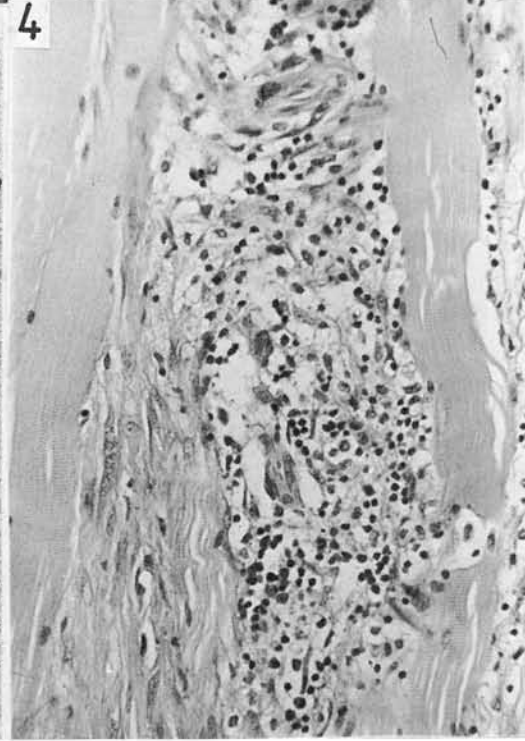
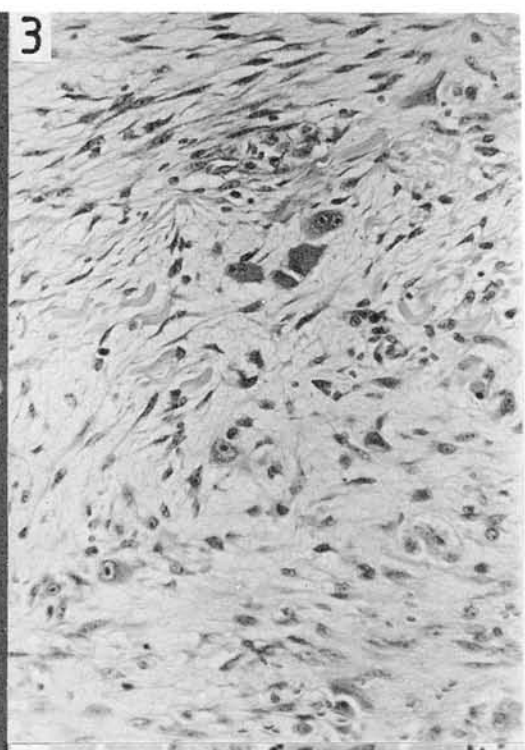
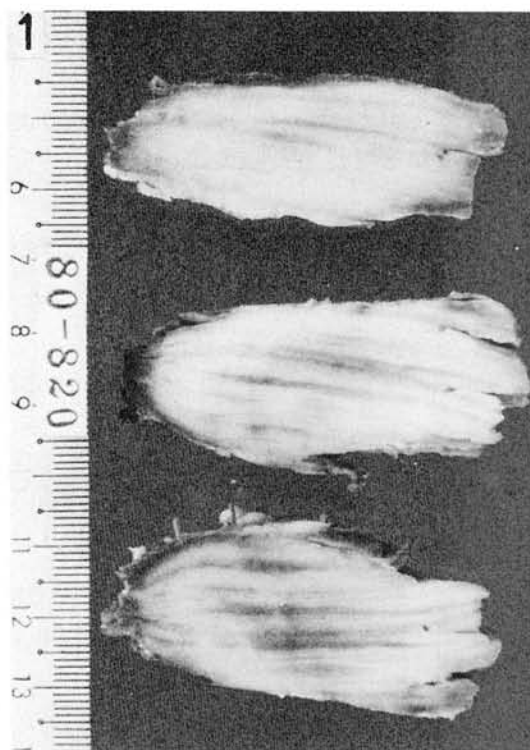
最も重要なのは, 肉腫と誤診され易い事である。先ず, 本症の存在を知っておき, その特徴を熟知しておれば, その誤診を招くこともない。

文 献

Enzinger F. M. and Dulcey F.: Proliferative myositis, report of 33 cases. *Cancer* 20: 2213—2223, 1967.

Chung E. B. and Enzinger F. M.: Proliferative fasciitis. *Cancer* 36: 1450—1458, 1975.

Kern W. H.: Proliferative myositis; a pseudosarcomatous reaction to injury. *A. M. A. Arch. Pathol.* 59: 209—216, 1960.



巨核球系の異常増殖を示した骨髄増殖症候群

中西 速夫 愛媛大一病理

症 例 629:78才, 女

臨床診断: 慢性骨髄性白血病疑い

現病歴: 昭和56年4月頃より全身倦怠感が出現した。8月に肝脾腫・腹水を指摘され, 末梢血で赤血球増多(537万) 著明な白血球増多(5万, 骨髄球6.5%, 桿状・分葉核球75%, リンパ球6%, 好塩基球0%, 好酸球0%) および血小板増多(107万) が認められた。少数の赤芽球を認めたが, 芽球様異型細胞の出現はなく, 涙滴赤血球も認めなかった。好中球 Al-Pase 値は正常範囲で, Ph¹ は検索していない。骨髄穿刺にて, 骨髄球系, 巨核球系の著増がみられたが成熟障害はみられず, 明らかな細網線維の増加も認めなかった。入院後うっ血性心不全が著明となり, 硬膜下血腫により9月下旬, 全経過6ヶ月にて死亡した。

病理解剖所見: 脾は380g と中等度の脾腫を呈したが, 肝は1,350g で正常上限であった。骨髄は灰白色髄で, リンパ節に腫大は認められなかった。

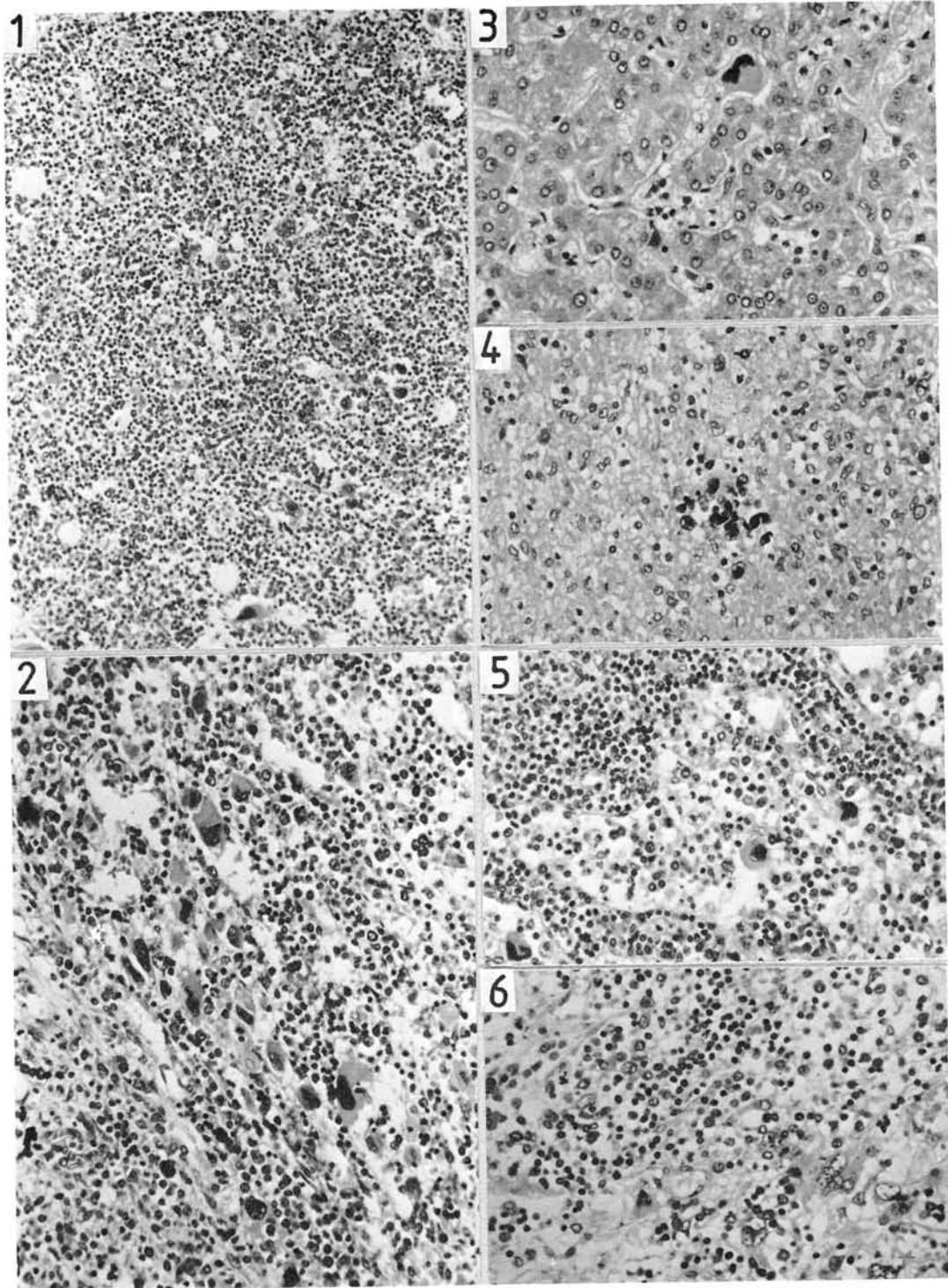
組織学的所見: 骨髄には骨髄芽球と思われる大型芽球を主とした骨髄球系細胞の過形成像と巨核球の著増がみられた(写真1, 2)。大型芽球様細胞は PAS 陰性で, 巨核芽球とは形態的に異なるように思われた。巨核球に異型はなく, 銀染色にても好銀線維の増生は認めなかった。

肝類洞(写真3), 脾, リンパ節の静脈洞(写真4・5) および腎糸球体毛細血管内に巨核球が散見され, 腎盂脂肪織内には, 骨髄3系統の増生を伴う骨髄化生が認められた(写真6)。しかしいずれの部位にも好銀線維の増生は認められなかった。肺には乾酪性類上皮結節が多数認められた。

本症例は骨髄3系統の増殖性病変であるがとりわけ巨核球の増多が著明で, 諸臓器に, 巨核球の散在を認めた。巨核球系の増殖性病変には, 巨核球性白血病(悪性骨髄巨核球症), 血小板増多と巨核球増殖を伴う CML, CML の巨核芽球性急性増悪および骨髄線維症その他が知られている。本症には貧血, 巨脾はみられず, 末梢血・骨髄の巨核芽球様細胞の出現および細網線維の増生も認めないこと, また Ph¹ 染色体は未検索であるが, Al-Pase 値が正常範囲内にあることなどから上記のいずれにも相当せず, 巨核球の異常増殖の目立つ“骨髄増殖症候群”の一亜型と考えざるを得ない。

文 献

- Dameshek, W: Some speculations on the myeloproliferative syndromes. *Blood* 6: 372—375, 1951.
- Bain, B. et al: Megakaryoblastic transformation of chronic granulocytic leukemia. *J. Clin. Pathol.* 30: 235—242, 1977.
- Jacobsen, R. J. et al: Agnogenic myeloid metaplasia. *Blood* 51: 189—194, 1979.
- Gilbert, H. S.: The spectrum of myeloproliferative disorders. *Med. clin. N. Am.* 57: 355—393, 1973.
- 中澤 正樹, ほか: DC と MHA を合併した悪性骨髄巨核球症の症例. *治療学* 7: 121—124, 1981.
- Den Ottolander G. J. et al: Megakaryoblastic leukemia. *Brit. J. Haematol.* 42: 9—20, 1979.



上唇に発生せる若年性黒色腫

田尾 茂 愛媛県立中央病院

症 例 631: 4才, 女児

昭和56年11月, 上唇に虫刺され様に発赤あるも放置。昭和57年3月, 段々盛り上ってきたため当院形成外科初診。初診時, 写真1の如く, 上唇左半に暗赤色, 直径5mmの有莖性球状腫瘍を認めた。圧痛(-), メラニンの滲み出し(-)。臨床的に血管腫疑にて4月5日, 全身麻酔下に周辺皮膚を含め腫瘍を切除し, 形成術を行った。5日後退院, 術後11ヶ月現在, 再発なく経過良好である。摘出腫瘍の組織像は, 表皮は概ね萎縮するも, 一部の表皮突起は延長する(写真3)。紡錘形の腫瘍細胞は, 乳頭層より真皮深部まで束状に交錯しつつ増殖し, 深部では骨格筋層部に浸潤している(写真2)。腫瘍細胞群は表皮内に裂隙をつくって浸潤し, 恰も境界部活性の如き像を呈する所も少なくない(写真3)。腫瘍細胞は, 楕円～紡錘形核を有し, 核小体1～2箇明瞭, 核膜肥厚なく核質疎で明るく, 紡錘状原形質を有す。核分裂像を少数みとめ, 大きな濃染核を有するものも稀に混在する。多核巨細胞は認めない。表皮下の少数の腫瘍細胞内に, メラニンを有するものを散見する。Masson-Fontanaのメラニン検出法では, それが鮮明に示される(写真4)。又, 真皮表層で間質の浮腫が中等度みとめられ, 腫瘍間質には拡張し, うっ血した毛細血管や細静脈が目立つ。以上の臨床所見, 組織学的所見はSpitz, Allenの記載によく一致し, 若年性黒色腫(J. M.)の診断に余り問題はないものと考え。本症はSpitz(1948)によりJuvenile melanomaと命名され, その他spindle cell and epithelioid cell nevus, spitz nevus等々とよばれている。

本邦報告104例中, 男:女=42:62=1:1.48で, やや女子に多い。年齢は命名の如く若年者に多いが, 16才以上の症例も本邦例23/107(22%)を占め, Allen(1967)によれば414例中15%が成人であり, Weedon(1977)らの報告では, 64/211例(31%)が成人例である。好発部位は, 本邦111例でみると, 顔面87(78.3%), うち頬部52(46.8%), 下肢10, 上肢9, 軀幹4, 頭部1である。皮疹の数は殆んどが単発である。臨床像を要約すると, 60%は表面平滑, 30%は疣状, 円形隆起せる紅色ないし紫紅色, 紅褐色で, 弾性軟または硬の小結節, 大きさは直径2～17mm, 198/211例(94%)は1cm未満(Weedon 1977), 数mm～3cm(Allen 1967)であり, 自覚症状はなく, 成長の早い結節である。病理組織発生は, 母斑細胞母斑の一異型であるとされている。J. M. 悪性黒色腫(M. M.)との鑑別は, しばしば困難な問題となるが, その鑑別点を挙げると, J. M. の大きさは, 94%が9mm以下, その肉眼的形態は, 多くは隆起状～ポリリーブ状であり, M. M. の33%は平坦である。J. M. の深達度は真皮内に局限することが多い。J. M. ではepithelioid cellやgiant cellの特徴的形態像に注目し, 核異型や異常核分裂像がない。メラニンが少なく, 腫瘍組織深部における母斑細胞の分化を認めることがある(25%)。J. M. では表皮内への浸潤傾向が少なく, 特に単細胞性侵入は少ない。J. M. では真皮結合織を破壊せず, それらの間に混合する様に侵入する。J. M. では, 腫瘍細胞周囲に膠原線維形成傾向がより強い。私共の症例でも, 核異型は殆んどなく, 核分裂像はあっても少なく, 異常核分裂像は認めない。メラニンを保有するのは表皮下のごく一部の細胞のみである。表皮内への浸潤傾向は少なく, 単細胞性浸潤はみない。肉眼像は, J. M. によく一致している。

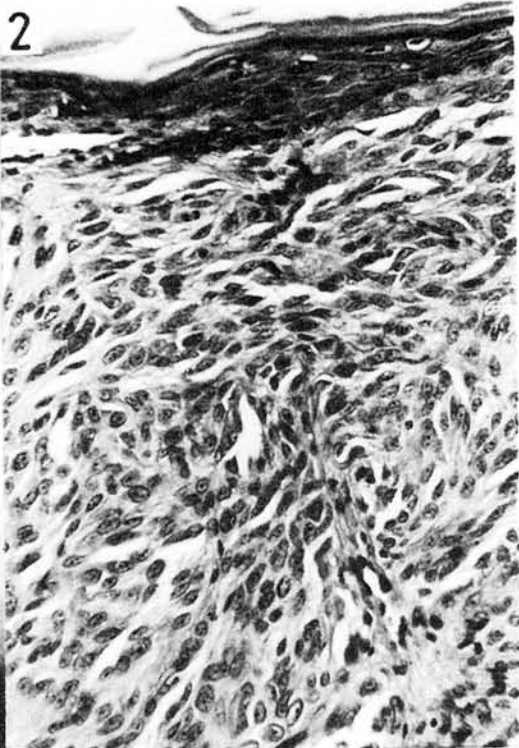
文 献

Weedon D. and Little J. H.: Spindle and epithelioid cell nevi in children and adults. *Cancer* 40: 217—225, 1977.

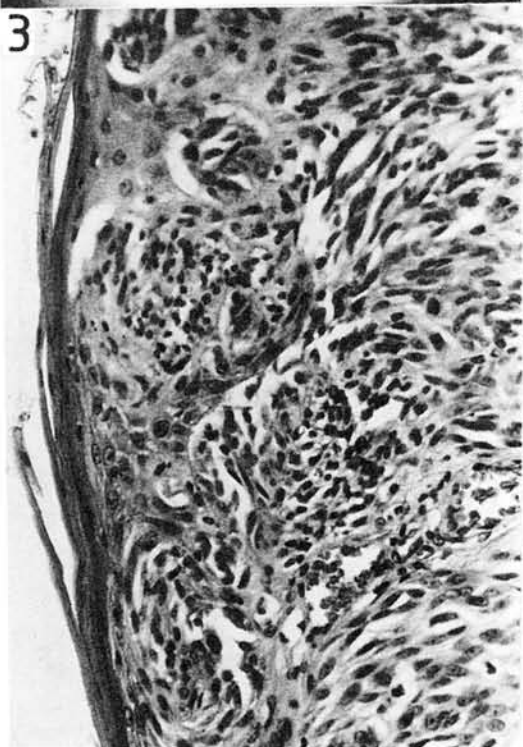
野口 知子, 他: 若年性黒色腫の2例. *臨床* 32: 745—752, 1978.

夏秋まき子, 他: 若年性黒色腫の3例. *西日皮膚* 42: 41—44, 1980.

1



3



脂肪肉腫の一症例

辻村 崇浩 愛媛大一病理

症 例 635:38才, 男

臨床診断: 左肩軟部腫瘍

昭和56年7月頃左肩で腫瘤にきづくも放置。腫瘤は次第に増大してきたため、同年12月愛大整形外科にて摘出術を受ける。腫瘍は径約10cmのほぼ球状を呈し、重量は約400gで、表面は薄い被膜で被われ、深部は一部肩甲骨と連続していた。腫瘍の剖面は黄白色で、深部は比較的柔らかく、表層部になるに従って硬度を増す。腫瘍の病理組織像は多様であった。すなわち深部では *bizarre* な核を有する *pleomorphic pattern* の部分(写真1)と *myxoid pattern* の部分(写真2)が混在し、周辺部では *fibrous pattern* を呈した(写真3)。MFH (*malignant fibrous histiocytoma*) との鑑別が困難であったが Sudan III 染色陽性細胞(写真4)を重視して *liposarcoma* と断定した。腫瘍は以後身体の各部分に再発をくりかえした。すなわち翌年3月右臀部、5月には左側項部、右臀部にもみられるようになり、この頃から肺に転移性の陰影がみられた。再発した腫瘍の組織像を初回のものとは比べてみると、*pleomorphic pattern* や *myxoid pattern* の部分は殆んど見られず *fibrous-fascicular* な部分が大部分を占めていた。

患者は腰椎転移による下肢の激痛や肺転移のため入院加療となるも昭和57年8月呼吸不全のため永眠す。病理解剖で両肺、横隔膜、肝、腰椎周囲等に多数の腫瘤を認めた。解剖の時の腫瘍の組織像はどの部分もほぼ同じで、*fibrous pattern* であった(写真5)。

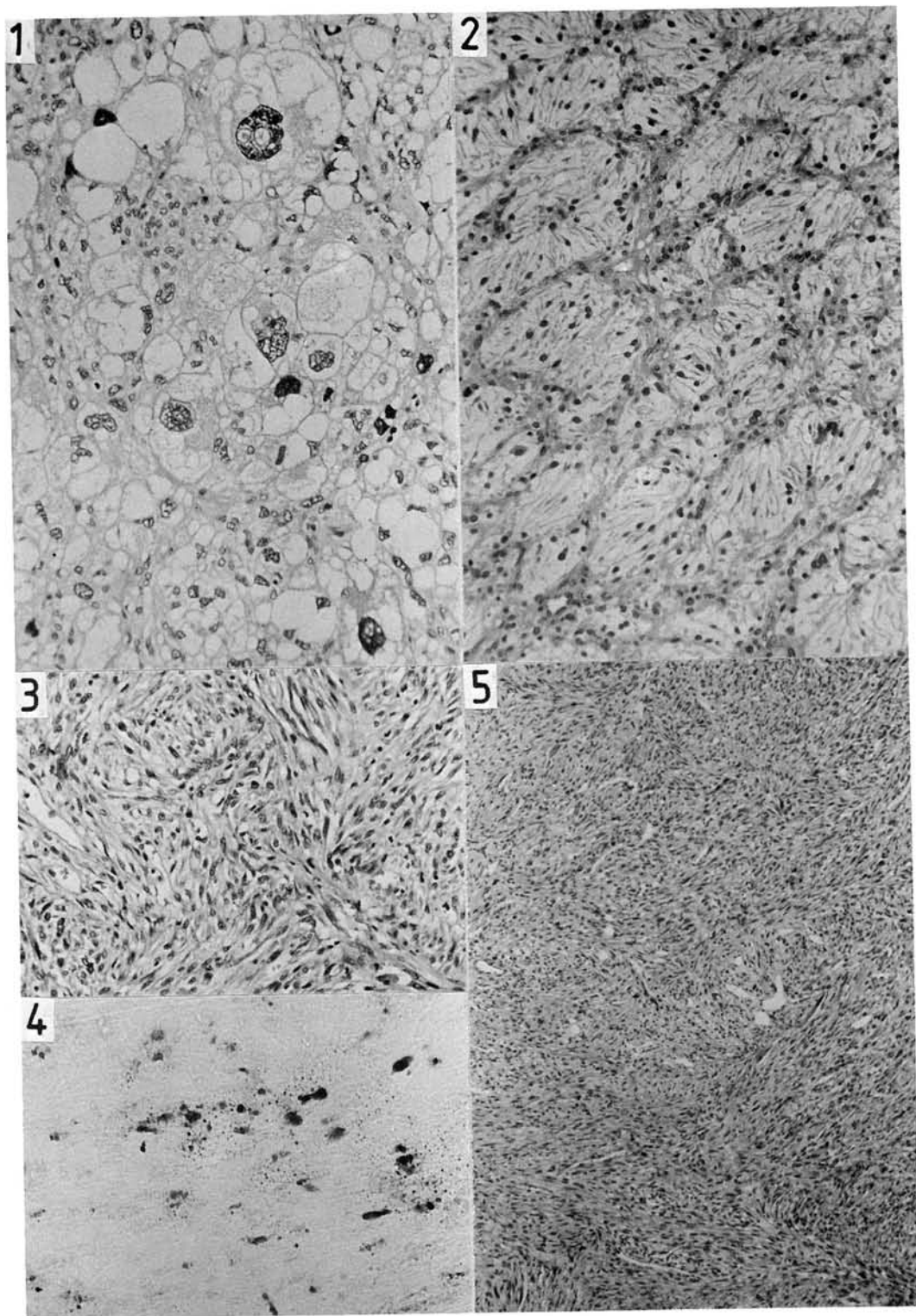
本症例は腫瘍の初期の病理組織像が部分により多彩な像を呈したため診断が困難であったこと、手術摘出材料や剖検を含めて4回経時的に初期から終末まで組織像の変遷を追跡し得たことなどから興味深い症例である。

本症例の初期には MFH との鑑別が困難であった。Enzinger によれば、MFH にはその *variant* として *myxoid pattern*, *pleomorphic pattern* をとる場合があるが本症例は *fibrous* 部分が MFH の特有な像とやや異なる点、及び脂肪染色等から *liposarcoma* と断定、終末像は腫瘍の変遷を考慮し、Hajdu の分類により *liposarcoma, fibroblastic type* とした。

文 献

Weiss S. W. and Enzinger F. M.: Myxoid variant of malignant fibrous histiocytoma. *Cancer* 39: 1672—1685, 1977.

Hajdu S. I.: *Liposarcoma*, Pathology of soft tissue tumors. 250—295, Lea & Febiger, Philadelphia, 1979.



心腫瘍の一部検例

吉田 愛知 愛媛大一病理

症 例 644: 46才, 男。

臨床診断: 転移性肺腫瘍。

生来健康であったが, 死亡約2ヶ月前より顔面浮腫・労作時呼吸困難を自覚して近医を受診した。胸写にて両肺野に多発性円形陰影を指摘され, 精査目的で愛大放射線科に入院した。入院時意識清明, 脈拍100/分・整。顔面浮腫, 頸静脈怒張著明。胸写では多発性肺陰影と心拡大が著明であった。CEA 3.8 ng/ml, AFP 5.0 ng/ml以下。心電図では, 顕著な右心負荷と軸偏位は認められたが, 全経過を通じて伝導ブロックや細動などの刺激伝導系の異常は認められなかった。転移性肺腫瘍の臨床診断のもとに原発巣の検索が行われたが, 原発巣不明のまま, 心肺機能の低下をきたし死亡した。

剖検所見: 心は620 g。右房冠状静脈洞附近を中心とし, 心房中隔後半と右房後壁の一部から心内腔に突出する9×7×7 cm, 表面凸凹不整な腫瘍が存在し, 三尖弁を越えて右室内壁にも達する(写真1)。左心系の内壁には腫瘍なく, また心外膜も平滑である。肺(左920 g, 右1,020 g)には, 米粒大から最大径3 cmに至る球形結節を多数認める。心肺いずれの腫瘍も断面は充実性・軟軟であり, 黄白色, 一部に壊死を伴う。他臓器には腫瘍形成なく, うっ血による変化を認めるのみであった。

組織学的所見: 心腫瘍の組織像は多彩であり, 大きく2種類に分けられた(写真2)。第1は, 上皮様成分が腺管状構造を形成しながら増殖する部分であり, 腺管構造の分布密度は部位により差がある。腺管構造をとり巻く紡錘形細胞にも異型, 核分裂像が認められ, あたかも子宮の mesodermal mixed tumor を思わせる様な形態を示す(写真3)。一部では上皮成分が乳頭状増生を示したり(写真4), cystic に拡張した腺腔を示す部も見られた。上皮細胞および腺腔には PAS, alcian blue 陽性物質が認められ, それぞれ消化試験でも消化されなかった。紡錘形細胞は特殊染色では, 線維芽細胞性, 筋原性いずれの性格も示さなかった。第2の組織像は, 多数の核分裂と巨細胞を伴う未分化な細胞集団のみより成る部分である(写真5)。肺の腫瘍では, いずれも, 特定の組織構築を示さない未分化な細胞集団のみが認められ, 上皮様成分や紡錘形細胞成分は認められなかった。後者の組織像を示す部分では微小な骨形成巣も認められた(写真6)。

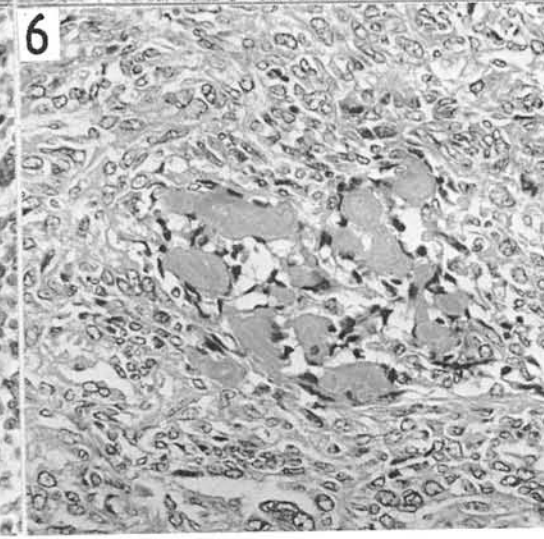
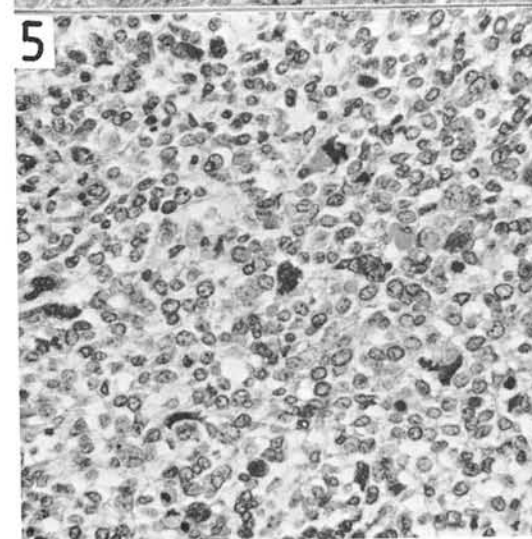
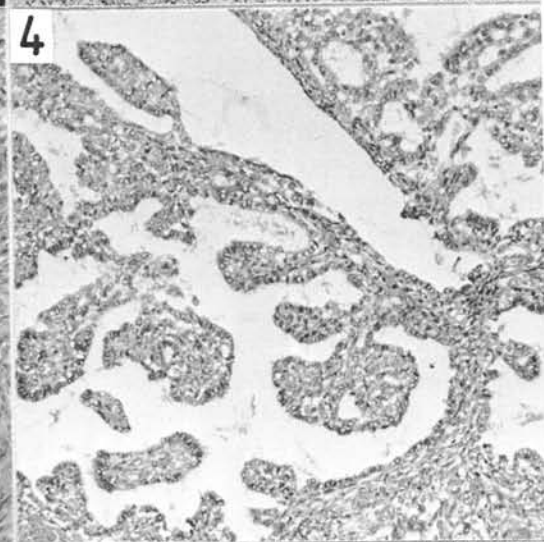
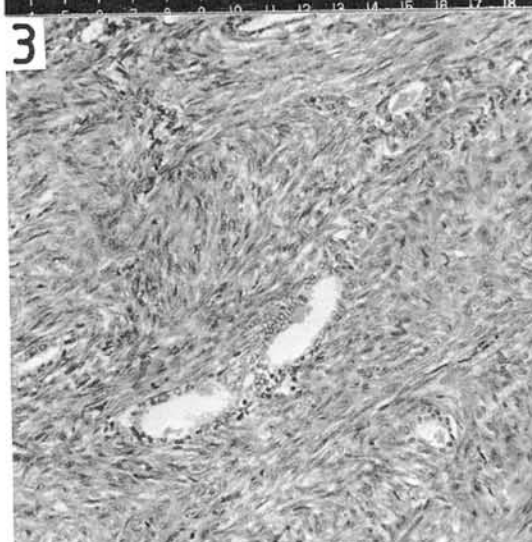
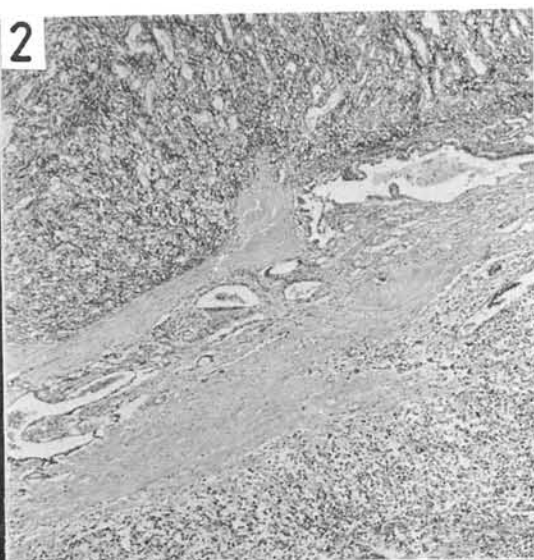
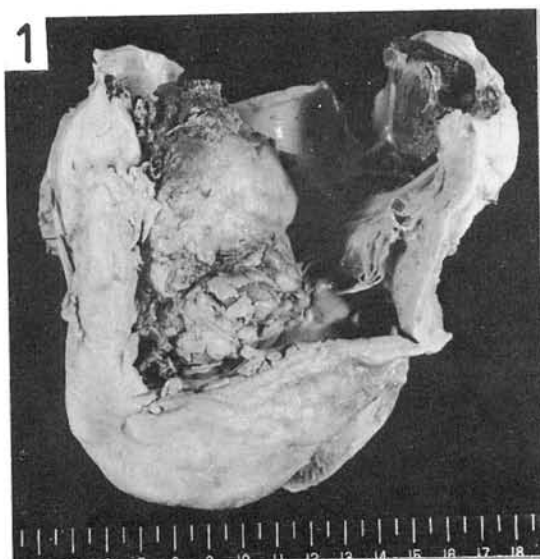
心では腫瘍は一部で右房壁をつらぬき心外膜下脂肪織に達しているが, 心外膜表面への露出は認めなかった。

以上の組織所見および血行動態より, 本腫瘍は心原発であり, その一成分のみが肺への血行性転移をきたしたと考えた。心腫瘍の組織像からは, 先ず中皮腫が考えられた。特に biphasic な組織像を示す心の部分では中皮腫の印象が強い。しかしながら肉眼的には心外膜由来の中皮腫は考え難い。心には心外膜の他に, 稀ながらA-V結節由来の中皮腫が報告されているが, このA-V結節の場合には, その発生部位の特殊性から, 腫瘍が非常に小さいにもかかわらず, 刺激伝導系の異常をきたし早期に死に至るのが特徴とされており, 本腫瘍の場合には臨床および肉眼所見が合致しない。さらにヒアルロニダーゼ消化 alcian blue 染色結果も中皮腫には一致しない。以上より心原発の奇形腫系の腫瘍を可能性として考えているが, 明らかな胚葉分化は認め得ていない。心原発悪性奇形腫は稀に報告されており, 他臓器への転移を示した悪性奇形腫例も報告されている。

本症例は, 第19回中四国病理集談会において報告検討され, 一応心原発の悪性奇形腫との結論を得たが, 組織学的には中皮腫の可能性を完全に否定することはできないと考えている。いずれにせよ, 非常に稀な心原発の悪性腫瘍と考えられた。

文 献

- Cabans, V. Y. and Moore, W. M.: Malignant teratoma of the heart. Arch. Pathol. 96: 399—403, 1973.
 Gonzales-Crussi, F. Extragonadal teratomas. Atlas of tumor pathology. 2nd series, Fasc. 18, AFIP, Washington, 1982.
 McAllister, H. A. and Fenoglio, J. J.: Tumors of the cardiovascular system. Atlas of tumor pathology. 2nd series, Fasc. 15, AFIP, Washington, 1978.
 Solomon, R. D.: Malignant teratoma of the heart. Arch. Pathol. 52: 561—568, 1951.



腹腔悪性中皮腫（類上皮型）

森脇 昭介, 山本 洋介, 高嶋 成光, 徳山 勝之 国立病院四国がんセンター

症 例 637: 44才, 男, 会社員

臨床診断: 腹腔腫瘍, 発熱

現病歴: 30日前より不明熱が出現, Polycystic kidney の診断で当院泌尿器科に紹介され入院する。発熱持続するため, 内科で精査するも原因不明, 腹部腫瘍を触知するようになり, 腹水も貯留する。

主要検査成績: 末梢血液—WBC 7,900, 血沈1時間値 94 mm, 2時間値 127 mm, CRP (卅)

腹水細胞診 class II, 中皮細胞起源と考えられる多数の細胞集団がマリモ状集塊を形成している。重積性は比較的乏しい乳頭状増殖を思わせる。孤在遊離する細胞もみられ, 大小不同は少ない。明瞭な胞体のみ, N/C 比大, 核小体は1個認められる。

手術時腹腔腫瘍は大網が凸凹不正, 表面微細顆粒状ないし乳頭状を呈する硬い腫瘍塊をみる。摘出した材料は約 20×8×5 cm 大, 他に腹腔内に散在する結節が多数みられた。剖面は充実性であるが, 小嚢胞がみられ, やや粘稠な液が糸を引く。

その一部を術中凍結迅速標本を依頼され, 癌性腹膜炎—腺癌としたが, 悪性中皮腫を否定できないと診断した(写真1)。

組織像: 腹膜の表面に乳頭状増殖するが(写真2, 3), 内部では腺腔形成したり, 小嚢胞を認め, 敷石状充実性増殖をする(写真4)。狭少な間質に対し放射状に配列する部もある(写真5)。

表層を被う腫瘍細胞は一層の円柱状, 高円柱状となり, 基本部に核をみる極性がある。

異型性は軽く, 核は類円形を呈し, 核小体1〜数個を入れる。核分裂像もみられる。

PAS 染色陰性であるが, alcian-blue 染色で, ヒマロニダーゼで消化される陽性物質を認め, 類上皮型悪性中皮腫と判断した。

考察: 臨床的に腹膜中皮腫の診断は難かしく, 腹腔内原発不明の悪性腫瘍や癌性腹膜炎とされることが多く, 本腫瘍に特異な症状はない。しばしば耳にする腫瘍ではあるが, 現実に遭遇することは稀といえる。

我々も臨床診断不明のまま, 開腹し, はじめて確認しえたもので, 術前の腹水細胞診で中皮細胞集団を認めたものの, 悪性中皮腫とせず, 反応性と考えた。術中腹水では肉眼, 凍結標本なども参考にし, 悪性中皮腫とした。体腔液で診断した中皮腫例の報告はあるが, その多くは上皮型で, 線維型, 肉腫型では細胞の剥離の困難なことも併せて, 細胞診の対象となりにくい。

腹腔原発の悪性中皮腫はびまん型で, かつ管状型, 上皮型が圧倒的に多い点, 胸膜の限局線維型の多いことと対照的であるが, その原因は不明である。

本邦剖検輯報で総悪性中皮腫数(昭和33—55年)は525例のうち腹腔185例35.2%, 胸膜327例62.3%, 心嚢は13例2.5%である。

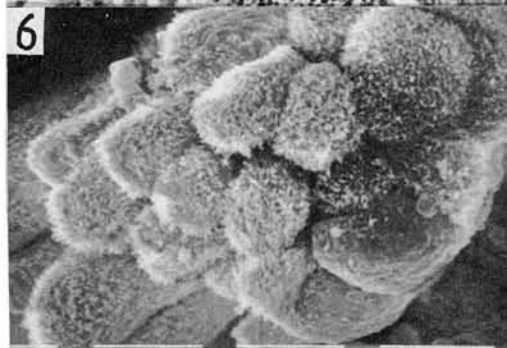
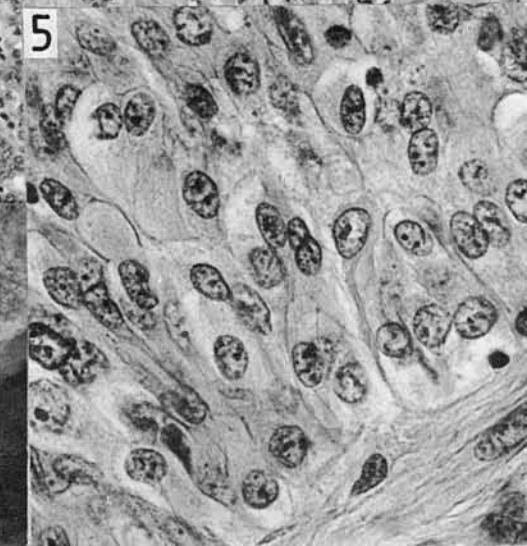
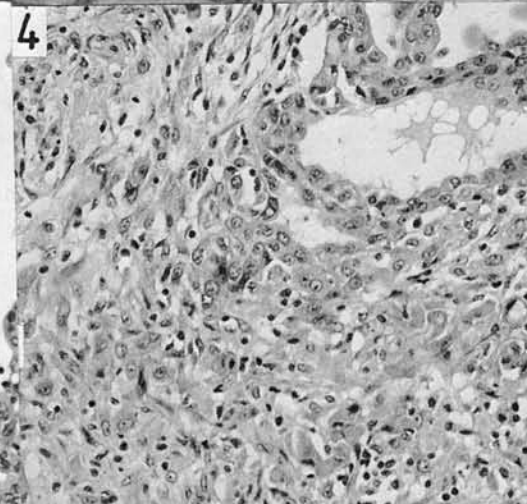
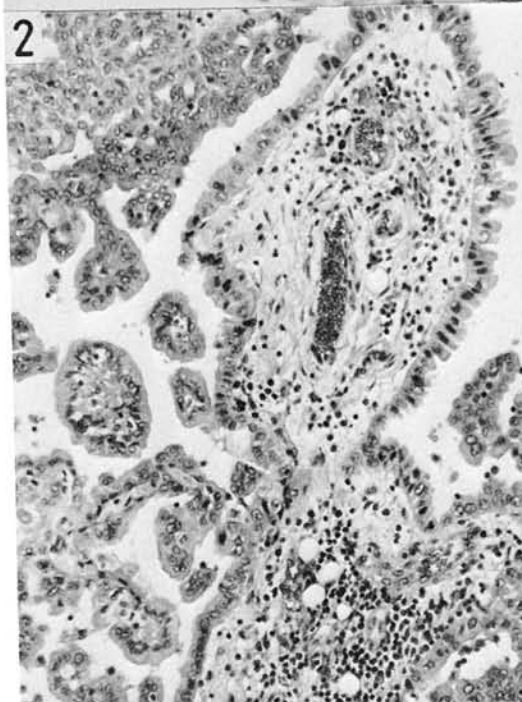
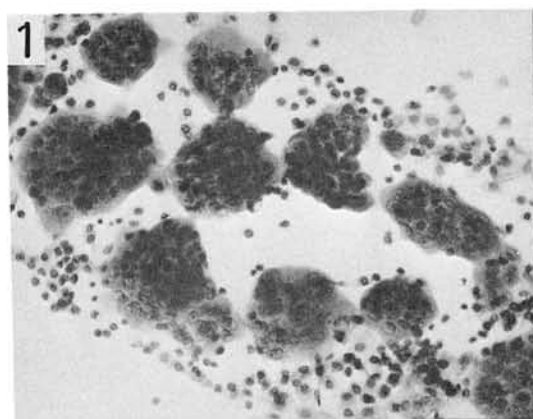
しかし実際には本邦中皮腫研究班の検討によると, 確実な例は約1/4, ほぼ確実な例を含めても1/3と少なく, 病理組織学的診断にも問題が多い。欧米例では線維型が半数以上を占めているのに対し, 本邦例では2相型が50%を占めるなど, 良・悪性を含め診断基準にも統一された見解がない。

当院で過去1,100例の剖検例中4例の悪性中皮腫を疑った症例があるが, 確実なのは1例のみ, 他は肺癌, 胃癌などの肉腫様変化をした体腔内増殖で, 1例はなお疑問例として残されているもので, 部分的な所見だけでは誤診するおそれがあり, その診断には慎重を要する。

上皮型では電顕的観察が診断の根拠になるともいわれており, 腺癌との鑑別点などの報告例がみられる。我々も腹水および手術材料を TEM や SEM で観察し, 腫瘍細胞表面の多数の微絨毛を認め, 中皮腫細胞の所見を認めている(写真6)。

文 献

- Davis, J. M. G.: Ultrastructure of human mesotheliomas. *J. Nat. Cancer Inst.* 52: 1715—1725, 1974.
 Kannerstein, M. & Churg, J.: Peritoneal mesothelioma. *Human Pathol.* 8: 83—94, 1977.
 森 陸子, 鷺野 英磨: 悪性中皮腫の4症例. *日臨細胞誌* 21: 589—596, 1982.
 島田 勝政, 島田 篤子, 片山 博子, 他: 腹水細胞診で診断できた腹膜悪性中皮腫の1例. *倉敷中病年報* 47: 123—132, 1978.
 Warhol, M. J., Hickey, W. F. & Corson, J. M.: Malignant mesothelioma: Ultrastructural distinction from adenocarcinoma. *Am. J. Surg. Pathol.* 6: 307—314, 1982.



胸膜限局性悪性中皮腫（肉腫型）

森脇 昭介, 山本 洋, 高嶋 成光, 荒木 康之 国立病院四国がんセンター

症 例 638:75才, 男, 酒屋

臨床診断: 左肺癌

現病歴: 昭和57年4月中旬より歩行障害, 右上肢の運動障害出現し, 脳CTにて脳転移を疑われ, 当院外科に紹介, 入院する。

左肺 S₁₊₂ に腫瘍陰影をみ, 針生検で class V, 非角化型扁平上皮癌と診断した。

その後意識障害をきたし, 治療もできず, 2ヶ月の経過で死亡, 剖検する。

主要剖検所見: 左肺上葉側壁に 10×8 cm の境界比較的明瞭な硬い板状腫瘍をみる。剖面で灰白色を呈し, 細胞成分にとむも肉腫様あるいは小細胞癌様所見を呈する (写真1, 2)。肉眼的に心, 肝, 両副腎, 脾, 消化管, 脳などに多発性血行性転移をみる。リンパ節には Virchow, 左肺門, 縦隔, 脾周, 後腹膜などに転移をみた。

組織所見: 腫瘍細胞は紡錘型を主とする線維芽細胞様細胞に, 異形性のつよい巨細胞が混在して, 多形細胞肉腫の像を呈する (写真3, 5)。部位によっては腺腔を形成するような配列もみられる。銀染色で網目状の粗剛な膠原線維の増殖と, その間に好銀性細線維が出現し, これら網状間質に沿って腫瘍細胞が一層に付着し, 腺腔様構造もみられる (写真4)。核分裂像も散見される。

散在性に凝固壊死巣をみ, 肺実質との境界は比較的明瞭であるが, 肋膜直下の肺胞内や脈管内に浸潤する。

PAS 染色では陰性であるが, alcian-blue 染色で胞体あるいは間質にヒアルロナーゼで消化される陽性物質を認める。

他臓器の転移巣も肺のそれと同様所見を呈した。とくに原発巣より大きい転移腫瘍を形成していた痔では, 剖検時肉眼的に原発か否かの判定に苦慮した。

考察: 肋膜原発中皮腫は限局性で, 良性線維型が多いが, 本例のように限局性悪性中皮腫で, かつこのように他臓器への遠隔転移をみる例は比較的少ない。

臨床的に肺癌を疑い, 針生検で非角化型扁平上皮癌と診断したが, 確定診断後再検討しても, 細胞数少なく, 人工の変性も加わって中皮腫とは診断しえなかった。しかし組織型の判定には臨床診断による先入観が働いていたことは否めない。

剖検材料で肉眼的に脾癌と, 組織学的に肺巨細胞癌との鑑別が問題となった。組織学的にほとんど肉腫型であるが, 一部上皮様性格を示す胞体に, ヒアルロナーゼで消化される alcian-blue 染色陽性物質を認めることから, 悪性中皮腫と確診した。肉腫様部分には陽性物質を認めず, ヒアルロン酸の証明が中皮腫診断に有力な手がかりを得るとはいえ, これは類上皮型に有意と考える。上皮型でも陽性物質は一般に考えられている程多くなく, 陰性の場合中皮腫を否定する根拠にはならない。

中皮腫とくに肋膜原発ではアスベストとの関係が注目されているが, 本例では証明されなかった。

(本症例の確診およびアスベストの測定には富山医科薬科大学病理学教室, 北川正信教授の御尽力をえた。記して感謝する)

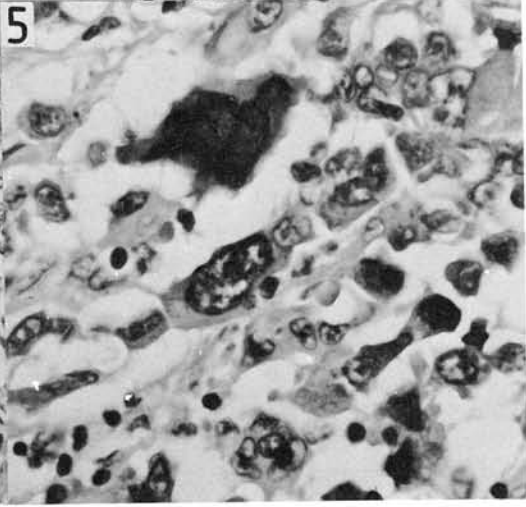
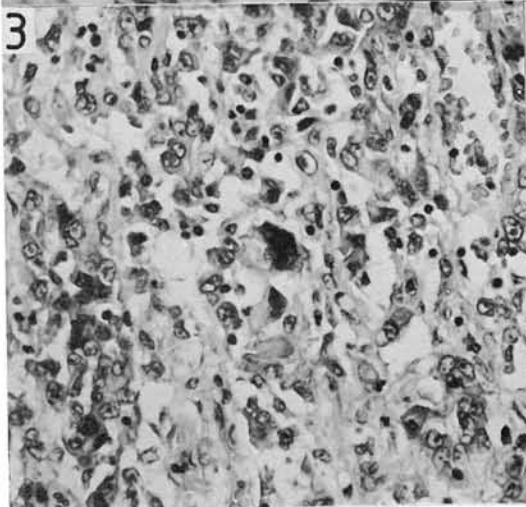
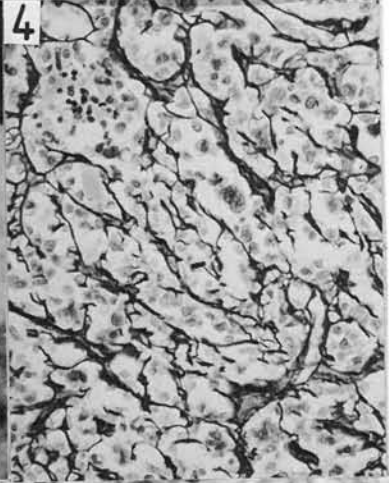
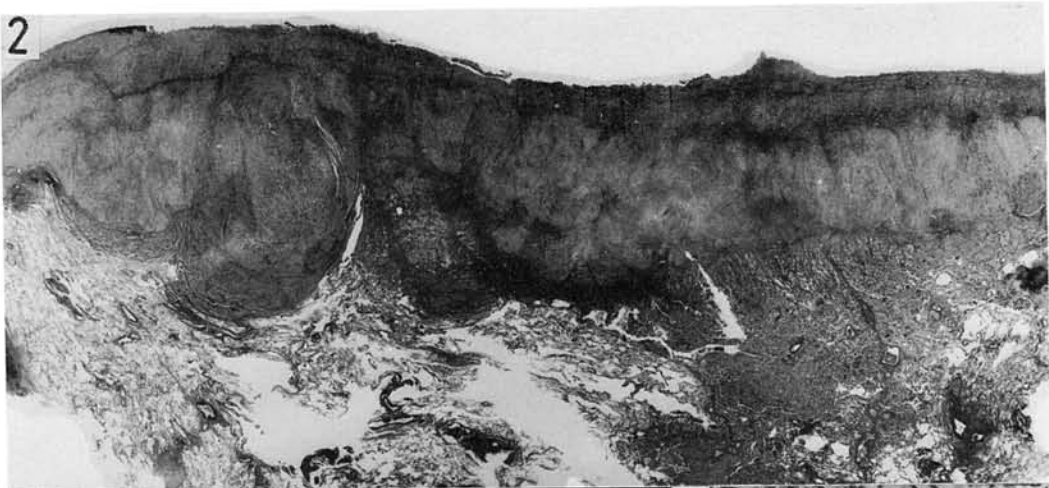
文 献

Bernner, J., Sordillo, P. P., Magill, G. B. & Golbey, R. B.: Malignant mesotheliomas of the pleura: Review of 123 patients. *Cancer* 49: 2431—2435, 1982.

藤村 憲治, 石神 詰一, 赤星 徳行: 悪性び慢性胸膜中皮腫の1剖検例ならびに本邦における胸膜中皮腫の文献的考察. *臨放* 19: 763—771, 1974.

板野 龍光, 西井 保司, 他: アスベストと胸膜中皮腫. *日胸* 37: 363—368, 1978.

Kawai, T., Mikata, A., Torikata, C., Yakumaru, K., Kageyama, K. & Shimosato, Y.: Solitary (localized) pleural mesothelioma: A light- and electron-microscopic study. *Am. J. Surg. Pathol.* 2: 365—375, 1978.



脾 Malignant Fibrous Histiocytoma

森脇 昭介, 神野 健二, 高嶋 成光 国立病院四国がんセンター

症 例 617: 53 才, 男, 店員

臨床診断: 肝脾腫

現病歴: 昭和 53 年 3 月頃左季肋部痛, 腫瘤にきづき, 脾腫を指摘され, 全身倦怠も増強するため, 昭和 55 年 3 月入院した。

入院時諸検査成績: 末梢血液—WBC 38,700, RBC 434×10^4 , Hb 12.7 g/dl, Thr. 23×10^4 , ChE 0.3, Δ pH, 他に肝機能検査異常なし, T-Prot, 6.2 g/dl, A/G 0.88, r-gl. 22.1%, AFP 4.7 ng/ml, CEA 1.1 ng/ml, 肝シンチで多発性の SOL を認める。腹水細胞診で class V, 原発不明のまま癌性腹膜炎として制癌剤の投与を行ったが, 全身状態悪化し, 入院 37 日目に死亡した。

主要剖検所見: 赤褐色腹水 2,500 ml をみ, 腸管は癒着する。脾は 1,350 g, $19 \times 16 \times 9$ cm で, 黄色の大小結節をみ, 剖面で境界明瞭, 腫瘍部は細胞成分にとむ部, 透明感を有し, 非上皮性所見を呈する弾性充実部, 結合織の増殖する硬い部など, 像は多彩で, 中心壊死がみられた (写真 1)。

肝は 2,080 g, 1.5~数 cm 大の結節が散在し, その肉眼的性状は脾に類似していた。

その他消化管漿膜面に結節をみ, 後腹膜リンパ節や脊椎にも転移をみた (写真 5)。

組織所見: 脾は紡錘形線維芽様細胞が束状配列をし, storiform pattern がみられた (写真 2, 4)。腫瘍細胞の分化度, 量は部位により異なり, 線維肉腫様所見から成熟結合織よりなり (写真 3), これらが移行混在する。

組織球性泡沫細胞が巣状あるいは散在してみられ, Sudan III 陽性脂肪滴を入れたり, ヘモジデリン沈着をみる (写真 6)。部位によっては奇異核を有する巨細胞もみられる。炎症細胞の遊出も強く, 部分的に粘液腫様変化をみるなど, 組織学的に多彩である。他臓器転移巣もほぼ類似の所見を呈した。これら所見から脾原発の悪性線維性組織球腫と診断した。

考察, 悪性線維性組織球腫の記載は O' Brien & Stout (1964) 以来で, 一般に用いられるようになって, まだ日が浅く, 組織発生, 診断基準など, なお問題点が多い。当初比較的稀な軟部腫瘍と考えられていたが, 最近ではもっとも多いものの一つとされている。

現在 malignant fibrous histiocytoma と診断されているものが, かつてどんな腫瘍の範中に入れられていたか, また悪性リンパ腫の組織球型との用語の混乱などもあり, 組織発生とともに診断名にも一考を要する。

その診断根拠として a. 花むしろ模様 (striform pattern) b. 組織球性泡沫細胞 (xanthomatous cell)-xanthogranulomatous type, c. 多核, 異型の目立つ巨細胞-giant cell type, d. 粘液腫状変化-myxoid type, e. 炎症細胞の出現-inflammatory type, f. 貪食像 siderophages などがあげられている。しかし, これら組織像は決して本腫瘍に特徴的ではなく, 線維肉腫, 脂胞肉腫, 血管肉腫, 多形型横紋筋肉腫との鑑別, 異型線維性組織球腫 (atypical fibrous histiocytoma), 隆起性皮膚線維肉腫 (dermatofibrosarcoma protuberans) 異型線維黄色腫 (atypical fibroxanthoma) との関係など問題がある。

本腫瘍の大部分は軟部に発生するが, 骨や臓器にもみられる。脾原発例の報告は Wick らによると 3 例あるが, 本邦ではみあたらない。

脾のどの部分から発生するかは定かでないが, 脾材を考えたい。

文 献

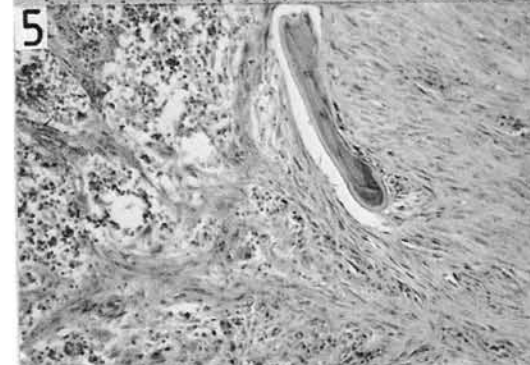
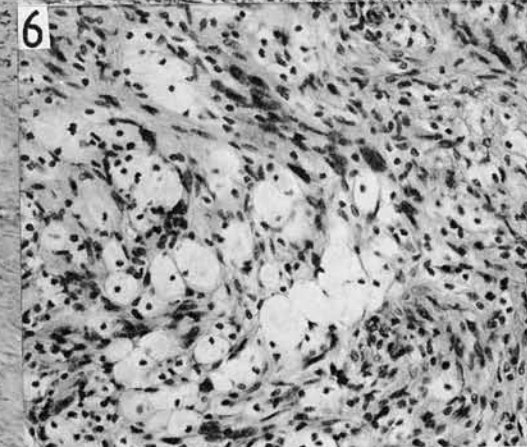
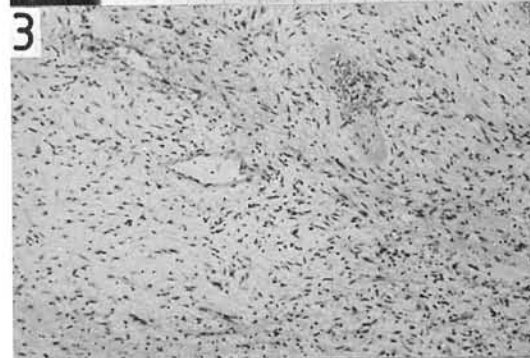
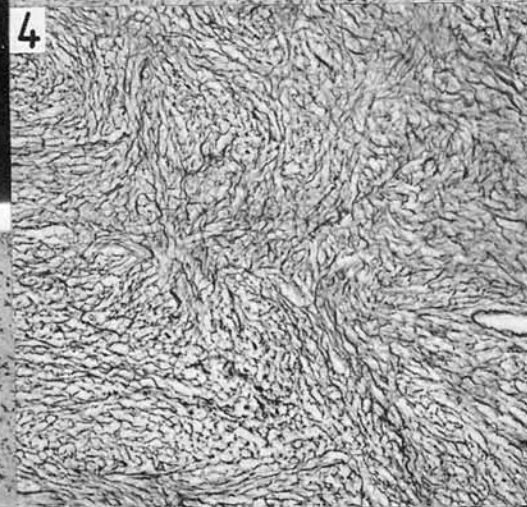
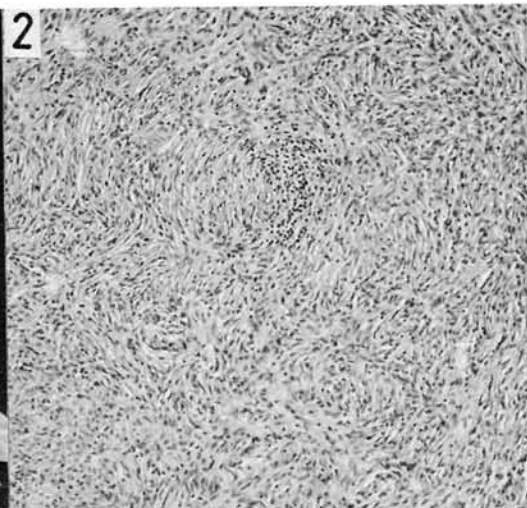
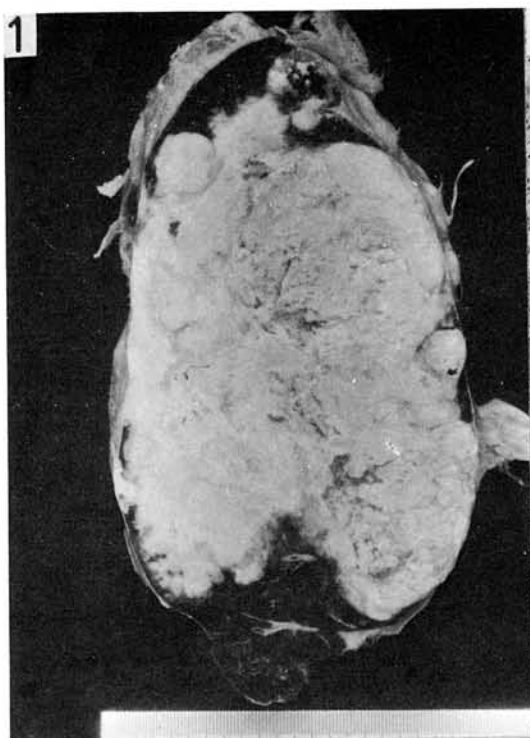
遠城寺宗知: 軟部肉腫および肉腫様病変の組織形態学. 日病会誌 71: 51—88, 1982.

Meister, P., Höhne, N., Konrad, E. & Eder, M.: Fibrous histiocytoma: An analysis of the striform pattern. Virchows Arch. A Path. Anat. 383: 31—41, 1979.

O' Brien, J. E. & Stout, A. P.: Malignant fibrous xanthomas. Cancer 17: 1445—1455, 1964.

Wick, M. R., Smith, S. L., Scheithauer, B. M. & Beart, R. W. Jr.: Primary nonlymphoreticular malignant neoplasms of the spleen. Am. J. Surg. Pathol. 6: 229—242, 1982.

神野 健二, 春間 賢, 森脇 昭介: 巨大脾腫瘍の一部検例 (malignant fibrous histiocytoma). 米子医誌 31: 258—259, 1980.



充実性汗腺腫（明細胞汗腺腫）の一例

大森 高明 愛媛大二病理

宇都宮浩二, 今川 玄一 松山市医師会検査センター

症 例 652:30才, 女(松山市医師会検査センター 57-2875, 米田整形外科)

臨床診断: 頭部肉芽腫

3年前から頭頂部の小さなニキビ様のもにきづいていたが, 治癒せず, 漸次増大し小指頭大となったために摘出した。

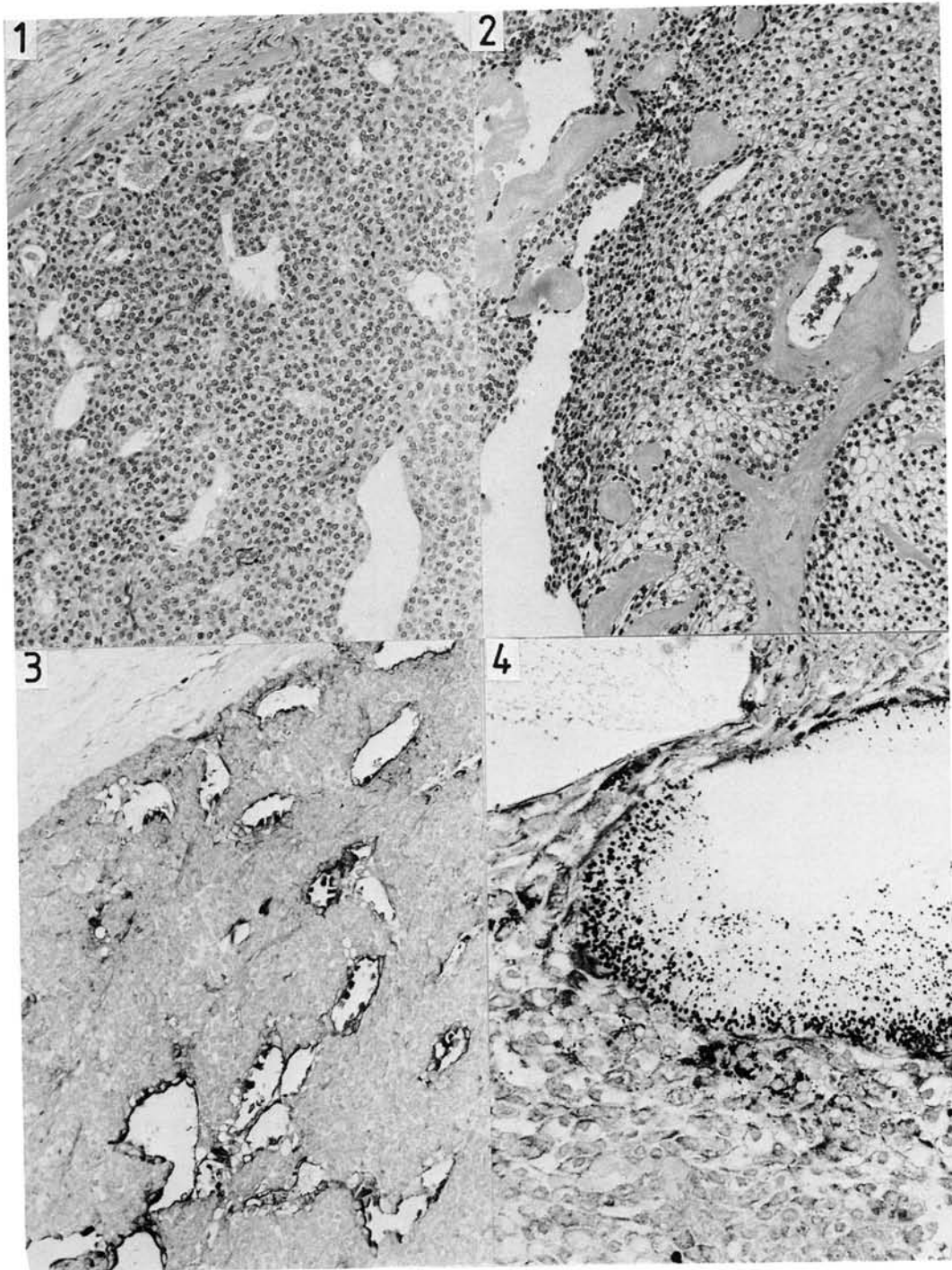
摘出腫瘍は軟かく袋のようなものに包まれていた。

腫瘍は真皮内の eccrine 腺上皮に由来するとされるもので *nodular hidradenoma* と *tubular hidradenoma* に組織上大別される。その大部分が前者で本例も腺管状構造を一部にみとめるが, 主として *nodular pattern* をなしている。腫瘍細胞は, 好塩基性小型多角細胞あるいは胞体が明るくぬけた大型円形細胞の充実性増殖よりなり, 細胞異型性は乏しく, 小型細胞に核分裂像がごく稀にみられる。被膜は硝子化した結合織よりなり充実細胞間にも硝子様物質が蓄積している(写真1, 2)。PAS 染色で小型塩基性細胞は好染し, 大型明細胞は染色されない。腺管構造部では PAS 陽性物質が分泌され貯留し嚢状となっている所がみられる。硝子様物質は PAS 染色陰性である(写真3, 4)。鑑別すべきものとしては表皮内汗腺上皮に由来し, 特に手掌や足趾に好発する *eccrine poroma* や *apocrine* 腺上皮由来とされ, ときに家族性に発生し頭髪部に密生する *cyllindroma* (Turban tumor) 等がある。前者は *basal-cell carcinoma* とも類似する所があるが, 辺縁部腫瘍細胞の *palisading* の欠如や腫瘍細胞の PAS 陽性膜で囲まれた *slit-like lumina* や *keratohyaline* 顆粒が空隙付近の細胞に認められることなどの所見を示し, 後者は硝子膜に包まれた大小の上皮島よりなり, 島中央付近は *pale cell*, 辺縁部は *dark cell* の2型の細胞より成り, 硝子膜に接する細胞は *palisading* を成し, 硝子膜は *diastase* 抵抗 PAS 陽性を示すことが特徴である。

文 献

Milne J. A.: Sweat gland tumors. An Introduction to the diagnostic histopathology of the skin. 274—284, Williams & Wilkins Company, Baltimore, 1972.

Lever W. F. and Lever, G. S.: Tumors of the epidermal appendages. Histopathology of the skin, 5th ed., 498—561, J. B. Lippincott Company, Philadelphia-Toronto. 1975.



後頭部皮下髄膜腫の一例

福西 亮, 吉田 愛知 愛媛大一病理

症 例 642:73才, 男

後頭部皮下に数ヶ月の経過で腫瘤形成, CT で頭蓋骨の外方よりの径約5 cm の類円形の破壊, 吸収を認める。頭蓋内部にはレ線像, 神経学的異常はない。

病理学的所見: 腫瘍は47 mg, 弾力性硬で, 黄灰白色, 光沢あり, はっきりした被膜はない。腫瘍細胞は類円形ないし紡錘形で好酸性の胞体を有する。核は類円形又は長円形で明るく, 核小体が明瞭に認められる。一部では渦巻き構造が多数認められるが(写真1), 砂粒腫体は認めない。他の部では線維芽細胞様の像が認められた(写真2)。腫瘍細胞はPAS(-), Masson-Fontana(-)であった。以上より髄膜内皮性一部線維芽細胞性髄膜腫と考えた。

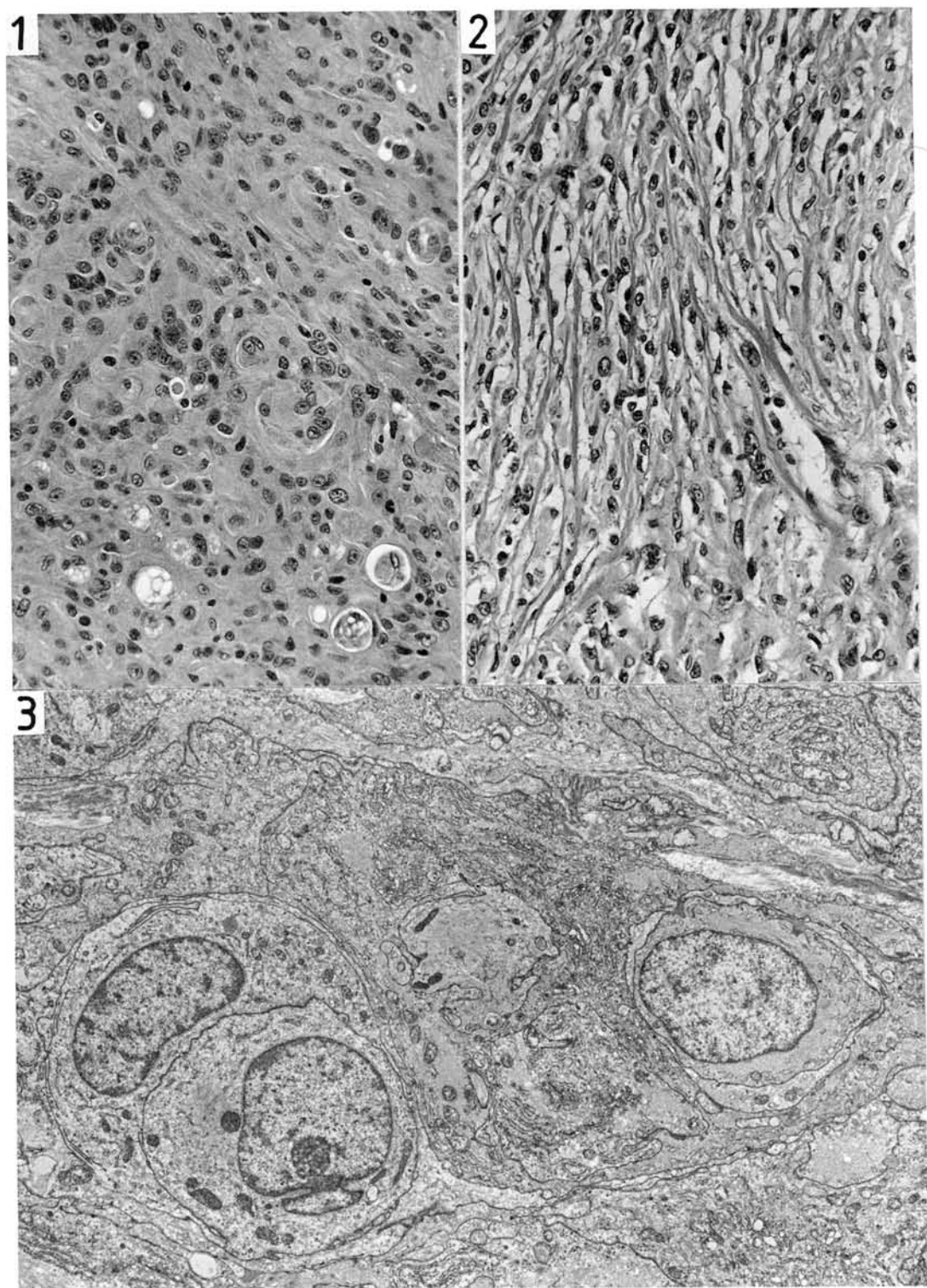
電顕的には, 1) 細胞膜の著しい interdigitation, 2) 細胞質内の10 nm 径, 管状の構造を示す微細な線維成分, 3) 腫瘍細胞間の desmosome による結合が存在し, これらは髄膜腫の超微構造に一致する所見であった(写真3)。

以上より皮膚髄膜内髄膜腫, 悪性と診断した。

文 献

Henderson, D. W. and Papadimitriou, J. M.: Ultrastructural appearances of tumors. 192—199, Churchill Livingstone, Edinburgh, 1982.

Lopez, D. A., Silvers, D. N. and Helwig, E. B.: Cutaneous meningiomas - A clinicopathologic study. *Cancer* 34, 728—744, 1974.



機能性膵島腫瘍 (Insulinoma)

吉田 愛知 愛媛大一病理

症例 650:44才, 女

臨床診断: 膵尾部 insulinoma 疑。

手足のしびれ, 意識消失発作が時々認められた。発作時低血糖が明らかとなり, insulinoma が疑われた。CT および血管造影では, 腫瘍の局在を証明し得なかったが, 門脈血中インスリン測定により, 膵尾部に腫瘍の存在が類推され, 膵尾部部分切除が行われた。

肉眼所見: 膵尾部実質内に直径約 1 cm, ほぼ球形の単発性腫瘍が認められた。周辺膵実質とは明瞭な境界を有し, 浸潤性増殖は示していなかった。剖面は充実性黄白色, 壊死巣は認められない。

組織学的所見: 腫瘍は大部分が線維性被膜により囲まれるが, 一部では被膜を欠き, 非腫瘍部膵実質に接する。腫瘍細胞は好酸性・顆粒状の豊富な細胞質と類円形核を特徴とする立方状ないし円柱状の形態を示し, 充実性小胞巣状構造, 所により索状配列を示す (写真 1)。腫瘍細胞には異型や核分裂像は認め難い。隣接する胞巣はたがいに毛細血管に富む狭小な結合織により隔てられ, 一部では間質の硝子化が高度である。腫瘍実質内には石灰沈着巣も散見された。非腫瘍部膵実質では, 膵島の数・形態ともに正常であった。以上の組織学的所見から, 膵島細胞腫と診断した。術後, 患者の血中インスリン値は正常に復し, 症状も消失して, 経過は良好であるが, 作製した連続切片の一部で, 微小ながら vascular invasion (毛細血管) が認められ, 今後転移再発をきたす可能性も残されている。

Insulinoma であることを確定するために, 免疫組織化学および電顕による検索を行った。PAP 法では insulin 陽性 (写真 2), glucagon 陰性, somatostatin 微弱陽性であった。

電顕的には, 腫瘍細胞は胞体内には, 一層の限界膜で囲まれ, 辺縁に明帯を有する電子密度の高い core をもつ分泌顆粒が認められた (写真 3)。その直径は 200 ないし 400 nm と variation を示し, core には不整形のものも散見されたが, 正常ヒト β 細胞に見られる結晶構造を示す分泌顆粒は認め得なかった。Creutzfeldt らの統計によれば, ヒト insulinoma のうち 14% には, 典型的な結晶構造を有する β 顆粒は認めず, 球形の non-specific 顆粒が認められるにすぎないと報告されている。本例もこれらの例に相当すると考えられた。顆粒の分布については, 腫瘍細胞により顕著な差異があり, これは PAP 法による細胞の反応の強さの variation と一致すると考えられた。細胞質内には, 分泌顆粒のほか, 細胞小器官とくに多数の Golgi 装置, よく発達した粗面小胞体が顕著に認められた。これらは分泌細胞の形態的特徴と思われる。また細胞質内には, 所により大量の 10 nm filament の集塊が認められたが (写真 3, 矢印), その意義は明らかではない。相互に接する細胞どうしは複雑な相互嵌入を示し, 細胞接着装置としては desmosome が散見された。

以上, 本症例は, 臨床的にも光顕的にも, 典型的な insulinoma であると考えられたが, それを免疫組織化学的, 電顕的に確認した。

術後半年を経過して, 現在転移再発は認めず, 患者の経過は良好である。

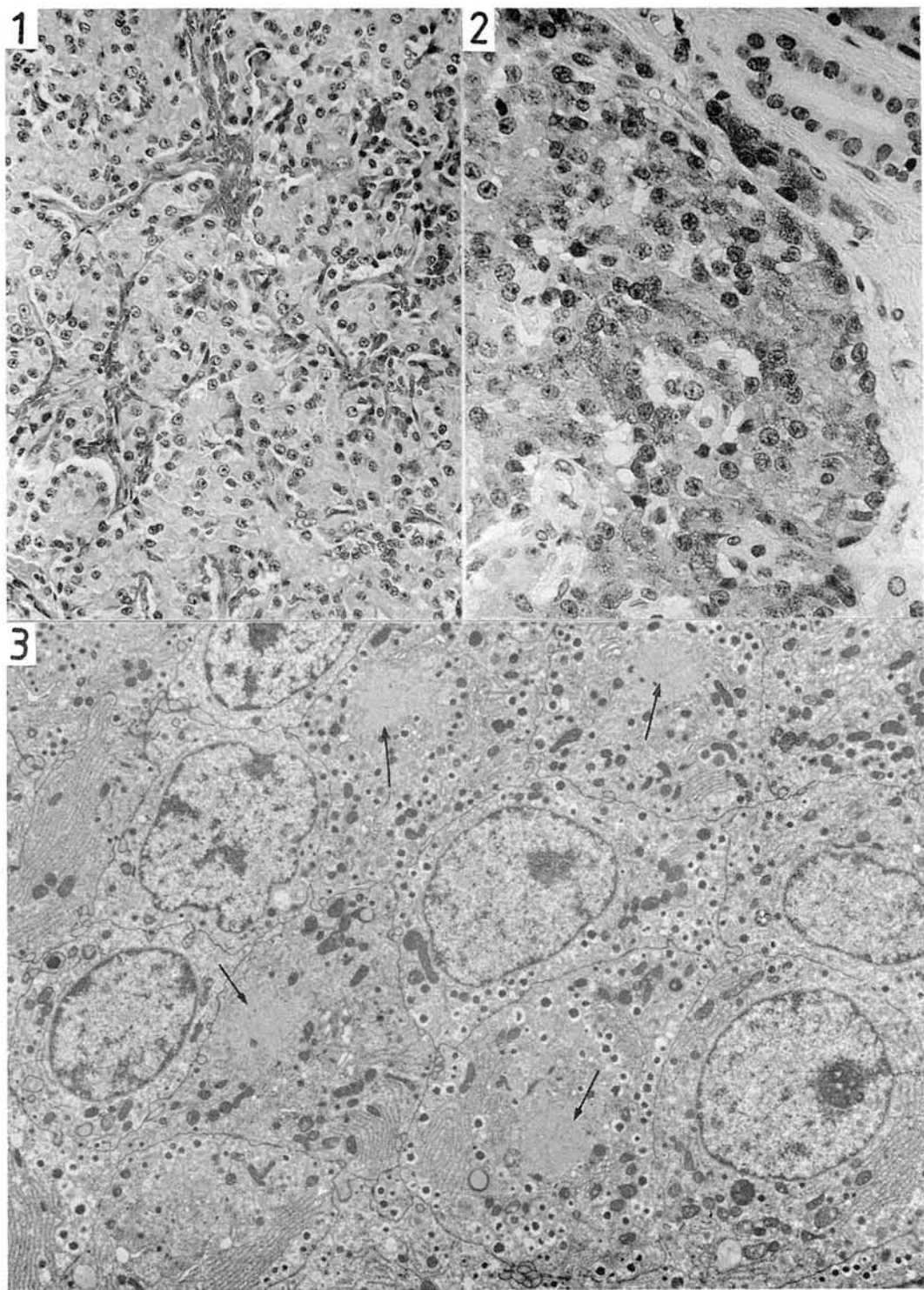
文 献

Creutzfeldt, W. et al.: Biochemical and morphological investigations of 30 human insulinomas. Correlation between the tumour content of insulin and proinsulin-like components and the histological and ultrastructural appearance. *Diabetologia* 9: 217-231, 1973.

Goldenberg, V. et al.: Ultrastructural features of functioning alpha- and beta-cell tumors. *Cancer* 24: 236-247, 1969.

Larsson, L.: Endocrine pancreatic tumors. *Human Pathol.* 9: 401-416, 1978.

Suzuki, H., and Matsuyama, M.: Ultrastructure of functioning beta cell tumors of the pancreatic islets. *Cancer* 28: 1302-1313, 1971.



尾仙部脊索腫

森脇 昭介, 山本 洋介, 高嶋 成光, 湯本 泰弘 国立病院四国がんセンター

症例 639: 53才, 女, 主婦

臨床診断: 子宮体癌

現病歴: 昭和56年8月頃から不正出血あり, 57年4月, 子宮体癌の疑いで当院に紹介, 入院する。HBs 抗体 2⁺, α-Feto, 11.6 ng/ml, CEA 1.0 ng/ml, 腔内の吸引細胞診で class V, 腺癌, 生検で腺癌, clear cell carcinoma, mesonephric type を疑う。5月全身骨シンチで尾仙部に positive up take あり, 転移を疑う。前病歴多く, 手術困難のため, 内科にて制癌剤を投与するも, 全身状態悪化し, 昭和57年8月7日死亡, 剖検した。

前病歴: 肝障害(昭和28—44年)で入・退院をくりかえす。昭和36年腹水貯留し, 結核性腹膜炎の疑いで開腹し, 左卵巣嚢腫で左卵摘施行, 昭和44年心嚢炎による手術, 昭和51年糖尿病で治療などをうけている。

剖検所見: 右卵巣癌, papillary cystadenocarcinoma, 甲状腺癌 follicular carcinoma (潜在癌)のほか, 尾仙骨転移と考えた部分は, 肉眼的に骨盤腔に軽度膨隆し, コロイド様, 粘液様物質よりなり, 仙骨に破壊性浸潤をみ, 転移所見と異なっていた。

組織所見: 仙骨部腫瘍は分葉構造を呈し(写真1), 泡沫状空胞状の豊富な胞体をもつ腫瘍細胞(physaliphorous cell)の増殖巣と(写真2, 4), 空胞の乏しい好酸性の不規則な形態を呈する小型細胞が, 索状に配列し(写真3), 両者に移行像を認める。

腫瘍細胞は PAS 陽性顆粒を, 間質にはアルシアン・青染色で強染する酸性粘液多糖類にとむ。核分裂像はみられない。

周囲の骨組織を破壊し, 腫瘍内に骨梁が残存し, 骨髄内に多結節を形成して浸潤性増殖をする。

考察: 胎生期脊索(embryonal notochord)の遺残組織から発生し, 尾仙部に多いが, 本例のように偶然発見された比較的初期例は珍らしい。

脊索腫は稀な腫瘍だけに, 他の悪性腫瘍—脂肪肉腫, 軟骨肉腫, 粘液細胞癌などと鑑別を要することがある。

本例は生前全身骨シンチで異常所見を認め, 転移を疑っていたため, 剖検時同部の検索をしたもので, 病巣発見には骨シンチの意義があった。肉眼的には他部癌病巣とあまりに異なっていたので, 転移としては疑問を持ちつつ, 脊索腫は考えなかった。

脊索腫は悪性腫瘍中, 発育遅く, 経過も長く予後は比較的良いとされているが, 5生率は59.1%と必ずしもよくない。

本例は卵巣癌に加えて, 潜在性甲状腺癌—乳癌—と潜在性脊索腫の同時性3重複癌である点も稀な症例といえる。

脊索腫の年齢分布 (1964~1930)

年令	0 ? 9	10 ? 19	20 ? 29	30 ? 39	40 ? 49	50 ? 59	60 ? 69	70 ?	計
症例数	2	2	6	18	16	12	13	8	77
%	2.6	2.6	7.8	23.4	20.8	15.6	16.9	10.3	100.0

全国骨腫瘍患者登録 ♂:♀ = 2:1

脊索腫の発生部位

	頭 蓋 底	頸 椎	腰 椎	仙 骨	坐 骨	不 明 他	計
全 国 骨 腫 瘍 登 録	♂ ♂		1 2	24 8		8 6	33 17
1972~ 1980	計 %		2 4	1 2	32 64	1 2	14 28
日本剖 検報 S50-55	剖 検 数 %	12 40	7 23.3	6 20		5 16.7	30

文 献

Martin, R. F., Melnick, P. J., Warner, N. E. et al: Chordoid sarcoma. Am. J. Clin. Pathol., 59: 623—635, 1973.

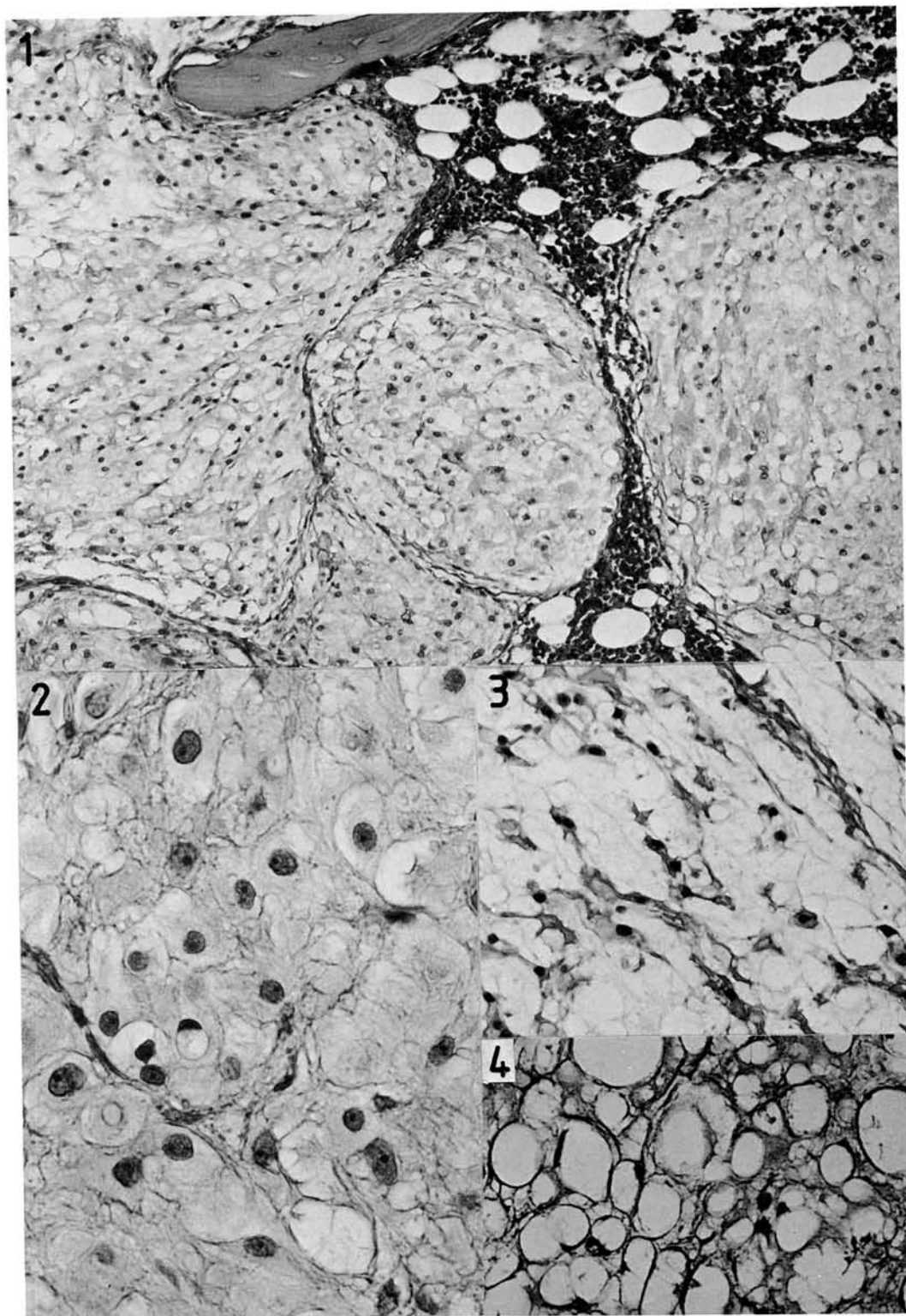
Mikuz, G., Mydla, F. & Gütter, W.: Chordoma: Ultrastructural, biochemical and cytophotometric findings. Beitr. Path. 161: 150—165, 1977.

長田 栄一, 李 東雨, 村松 秀幸, 他: 仙・尾骨脊索腫について—自験2例と本邦報告66例の観察—。外科, 43: 765—769, 1981.

Steckler, R. M., Martin, R. G.: Sacrococcygeal chordoma. Am. Surg. 40: 579—581, 1974.

Gray, S. W., Singhabhandhu, B., Smith, R. A. & Skandalakis, J. E.: Sacrococcygeal chordoma: Report of a case and review of the literature. Surgery 78: 573—582, 1975.

須田 昭男, 渡辺 好博, 茨木 邦夫他: 脊索腫の微細構造について。整形外科 31: 555—561, 1980.



転移性腎腫瘍 (ss 胃癌術後)

森脇 昭介, 高嶋 成光, 宇山 健 国立病院四国がんセンター

症 例 625: 46 才, 男

臨床診断: 右腎腫瘍

前病歴: 昭和 48 年 3 月 28 日, 胃癌で 4/5 摘出。臨床的には早期癌であったが, 組織学的に ss の進行癌, 大きさは 8.5×4.0 cm, U1 III-Ca, Por, INFr, n₁ 1/18, 大部分は m で一部に ss (+)。

現病歴: 昭和 56 年 7 月初めから時々肉眼的血尿が出現し, 腰痛をきたすようになる。

D. I. P. で右腎は撮影されず, 膀胱鏡にて右尿管開口部から出血をみる。

右腎腫瘍の診断で摘出手術をする。腎, 尿管とも後腹膜の線維化をともない癒着が強い。

摘出腎重量は 530 g, 14×8×7 cm, 表面には腫瘍を認めず, 腎内部に硬結がある。剖面で腎内部から腎盂間質に灰白色びまん性に腫瘍の浸潤をみ, 連続性に腎髓質に放射状に拡がる。腎盂や尿管の拡張はない。

肉眼的に腎盂原発か否か判定困難であった。

組織像: 大部分腎盂粘膜を残して, 粘膜下にびまん性増殖し, 連続性に腎実質一髓質に浸潤する。腫瘍細胞は腺管形成なく, 胞体は明るく, 比較的豊富であるが, 分泌像はみられない。核は類円形で大小不同や異型性は少なく, 核小体を 1 個認めるものもある。核分裂像も散見される。腎内部の血管やリンパ管内にも腫瘍栓塞をみる。

PAS 染色で微細滴状陽性顆粒をみるが, 腺上皮細胞のそれとことなり, 扁平上皮あるいは移行上皮にみられる様な陽性態度を示す。腎盂から連続して尿管内に腫瘍の陥入があり, 周囲の脈管には腫瘍栓塞をみる。

銀染色では細い線維で胞巣状構造あるいは管状構造をみ, それから微細線維が細胞間に介在するが, 上皮性性格の確診はしかねる。

考察: 本例の場合腎腫瘍が, 胃癌再発による転移性か, 原発性腎盂癌一移行上皮癌かが問題となった。

胃癌手術後 8 年を経過し, しかも ss とはいえきわめてわずかに漿膜下に浸潤している程度であること, 組織学的に腎腫瘍と異なる PAS 陽性態度をとることなど, 転移と断定しかねる点が多い。一方腎原発にしては増殖態度が, 腎盂粘膜下から腎内部, 後腹膜と連続し, 脈管浸襲が強いなど, 転移性格が強い。

組織学的に移行上皮癌を否定することはできないが, 腎盂は拡張せず, 腎盂周囲にびまん性に浸潤しており, 外部から腎盂を破壊して腎盂にろ出し, 出血したものと解される。

ss 胃癌の相対 5 生率は約 50%, 8.0 cm 以上では約 28%, n₁ (+) 38.5% であり, 本例もこれら統計的事項から再発しても当然であるが, 再発の仕方が非定型的である。

原発巣と転移巣の組織像は必ずしも一致しないことはしばしば経験することで, とくに脈管内の腫瘍塊は原発巣に比し分化型をとりやすい。

本症例は結論的に胃癌の再発としたが, 明らかな腺腔形成なく, PAS 染色態度も異なるなど, 疑問点は残る。組織型だけからみると移行上皮癌の形態を呈しているが, 肉眼像からは腎盂癌とするには無理がある。

胃癌の再発や転移の種々相や原発巣との関係など検討すべき点が多い。

写真 1. 胃癌手術材料の粘膜内に増殖する por.

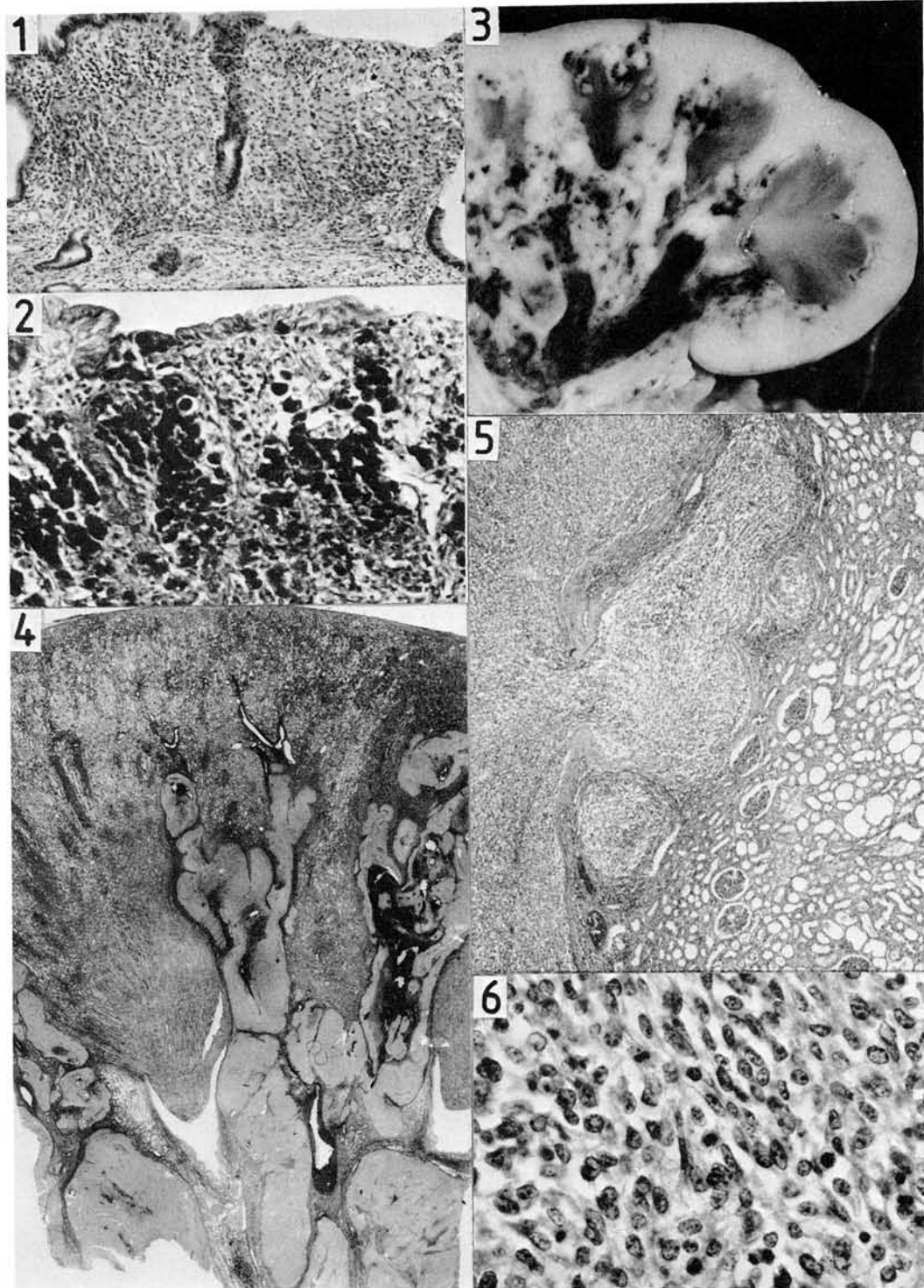
写真 2. 同, PAS-alcian blue 染色

写真 3. 摘出腎, 腎盂間質より皮質に放射状に浸潤する腫瘍

写真 4. 同, 弱拡大で腎盂粘膜下の脈管性増殖する腫瘍

写真 5. 腫瘍と腎実質は境界明瞭

写真 6. 腫瘍部の強拡大, 原発巣と異なる



後 記

年1回の年報発行予定が、諸事情により、2,3年毎になったとはいえ、昭和39年にわずか4人ではじめた検討会も、20年目を迎え、その間通算14号（独立年報としては12号）をまとめることができた。これら652症例を振りかえってみると、どれも思い出のある症例であり、特に私にとっては、その1例1例が今日の基礎になったといっても過言ではない。

その間多くの先生方に率直な御意見を伺うことができ、病理組織診断のあり方を教えていただいた。

今回第14号の編集にあたり、今迄とやゝ傾向を変えて、症例報告のスタイルをとることにした。

本誌の発行にあたり、日本対がん協会、愛媛県がん予防協会、県、市医師会から研究助成金の交付を受けたことを記し、御礼申しあげる。

最初から関係した者の1人として、細々とでも本研究会が続き、年報として記録が残されることを願いつゝ筆をおく。

1983. 3. 1. S. M. 記

追記：投稿後山本 司先生の御逝去に接し、校正時私の独断で追悼の言葉を入れさせてもらった。

昭和58年3月10日 印刷

昭和58年3月20日 発行

発行所 松山市堀之内13 TEL ②1111

国立病院四国がんセンター病理内(〒790)

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 TEL②3141-4

