

Presacral Cyst (Paradermoid Cyst) の 1 例

岡山大学医学部泌尿器科教室 (主任 大村順一教授)

講 師 大 北 健 逸

大学院学生 竹 中 守

PRESACRAL CYST (PARADERMOID CYST) :
REPORT OF A CASE

Kenitsu OOKITA and Mamoru TAKENAKA

From the Department of Urology, Okayama University Medical School

(Director : Prof. J. Oomura)

Primary benign cystic tumor arising from the presacral or pilonidal origin is rarely reported. We experienced a case of presacral tumor in 46 aged man with chief complaint of tumor in the lower abdomen. Histopathological study revealed paradermoid cyst.

緒 言

仙骨部又は前仙骨部の臓器間隙に発生する腫瘍は Gerwig¹⁾ (1954) によれば Presacral cystic tumor としており、その組織発生は多種多様である。

吾々は最近 X 線像上、仙骨前部に極めて特異な形態を示した所謂 Presacral Cyst と思われる症例を経験したので、その概略を報告すると共に、組織発生についての 2、3 の文献的考察を試みた。

症 例

患者：山〇保〇 46才 ♂ 公務員。

初診：昭和35年7月15日。

主訴：尿意頻数 下腹部腫瘍形成。

既往歴：34才時淋疾に罹患、35才痔核の手術を受けた他著患を識らない。

家族歴：実父47才腹膜炎で死亡、母は健在、同胞7皆健康である。実子長女6才健康次女1才健在で人家族的には癌、結核、精神病等の素因は認めない。

現病歴：約1年前より何等誘因と思われるものなく糞便が細くなり、排便後も何となくすつきりしない残便感があつたが、下痢、血便粘液便等はないので、10年前の痔核手術の為かと考えてそのまま放置していた。約6ヶ月程経過した後就寝時偶然に下腹部稍々右

よりに手拳大無痛性の硬い腫瘤のあることに気付き、その頃から夜間排尿に起き始め最近は尿意頻数(昼間7~8回、夜間2~3回)と同時に尿線の無力性を来したので某泌尿器科受診、膀胱腫瘍の診断を受け改めで35年7月15日当科外来を訪れ、7月28日入院した。

入院時所見：体格中等、栄養良好、体重55kg 眼結膜正常黄疸を認めず瞳孔正円形左右同大、対光反射正常口腔咽頭粘膜にも異常なく舌は薄い白苔を衣し皮膚正常で異常発疹は認めない。頭部、腋窩、腸骨部、鼠蹊部リンパ腺触知せず 脈搏62整、緊張良好、動脈壁の硬化なく、体温 36.7°C、呼吸正常咳嗽喀痰なく、心界心音略々正常胸部著変を認めない。腹壁僅かに膨隆し、肝脾は触れない。

腹部及び泌尿性器所見：腹部は全般に稍々膨隆し、僅かに腹壁静脈の拡張を見る。下腹部中央に小児頭大球形の腫瘤を触れ、その高さは臍下2横指表面平滑で弾硬性硬境界明瞭圧痛なく手掌圧により左右軽度可動性である。左側方を圧すると明らかに尿意を訴える。右腎は2横指触れ呼吸性可動、表面平滑で圧痛はない。左腎は触れず圧痛もない。両側尿管走行部異常所見はない。陰茎正常大外観異常なく陰囊正常両側睾丸副睾丸精系共著変を認めない。前立腺は正常大で境界明瞭圧痛なく、稍々硬い。その前立腺の直上に相連つて別個に球形境界明瞭な稍々硬い腫瘤を触れ、双手診により下腹部腫瘤と一致して僅かに可動性ではあるが波動性はなく周囲との癒着或は浸潤は認められない。

検査成績：血清梅毒反応陰性，マ氏反応陽性 血圧 120～68mmHg 赤沈1時間 5mm，2時間 6mm，血液像では赤血球 426×10^4 ，色素量85% (Sahli)，白血球 7100，分割には異常がない。血液化学検査では残余窒素 28.28mg/dl A/G 比 1.3 であり，肝機能検査も高田 (-) Gros (-)，糞便潜血反応陰性。尿所見琥珀黄色清澄，蛋白 (-)，糖 (-)，赤血球 (-) 白血球 (-) 円柱 (-) 上皮 (-) 細菌 (-) ウロビリノーゲン (-) 腎機能検査 濃縮試験最高比重 1020，P.S.P. 30分55%，1時間75%，2時間80%と良好である。

膀胱鏡所見：膀胱容量 330cc，膀胱内腔は右側方よりの腫瘤の膨隆により強く圧迫変形を受け全体として著しく左方に変位した形を呈し，僅かに穹窿部の一部と左側壁を見ることが出来る，三角部も著しく変形しその一部を明視し得る状態である。右側の腫瘤による突出部の粘膜面は平滑僅かに細血管の充盈を認めるがその他の粘膜面は変化に乏しい(第1図) 尿管口は左側壁下部に1つだけ認められ，収縮正常，青排泄試験 2'50" 3'20" で，方向左下方であり左尿管口と判断される。対側尿管口は不明である。

線検査所見：静脈性腎盂造影像では，両腎孟像明瞭機能形態正常であるが造影剤を膀胱に流すと，右尿管は腫瘤に一致して大きく弧を描きつつ左方に完全に変位しており，排泄性膀胱造影では著しく左方に圧排変形した逆瓢箪状の膀胱を認め，前記右尿管の開口を明示することが出来る(第2図) 5%沃度ナトリウム 150cc 注入の Cystogram では左骨盤腔内に境界明瞭に見られ(第3図)，右下斜位の尿道膀胱撮影で，膀胱底は下方に圧迫を受け後部尿道は強く前屈を示しており，正面撮影では前立腺部，後部尿道は左方に変位し，膀胱底部は朝顔の花の如く左骨盤腔内に認められる(第4図) 腸管造影法では，直腸は腫瘤によつて略々円形の圧迫を受け，変位を呈するがその陰影の辺縁は線状でX線的にも，膀胱或は直腸より発生した腫瘍とは趣を異にするし，又脊椎骨(仙骨 尾骨)にも変化を認めない(第5図)

以上の検査成績の結果一応術前診断を“Extravesical tumor”として8月12日手術を行った。

手術所見：Nupercain 1.7cc 腰椎麻酔の下に下腹部正中切開腹膜外に大人手拳大の腫瘤を露出し(第6図)，膀胱を左外側に排除する。腫瘤は全く腹膜外に存在し隣接臓器とは管性連絡なく波動性の独立嚢胞であり，膀胱精囊腺及び直腸とは癒着殆んどなく鈍的に容易に剥離し得た。腫瘤内容を700cc 排除し更に骨盤腔にその茎部を求めると，仙骨前面で骨盤体壁筋膜

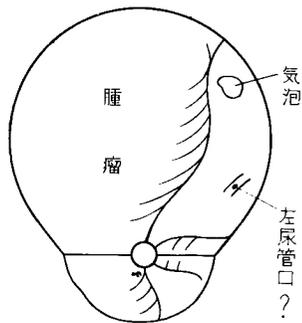
と密に癒着更に仙骨前静脈叢に附着するのでこの部を境に結紮切断して腫瘤を剔出した。

剔出腫瘍肉眼的所見・重量 15.2g 漿液性血性内容約 700cc を容れた風船状の嚢胞であり(第7図)，漿膜面は細血管充盈し平滑で異常硬結は認めない。壁の厚さは 0.3～0.5cm で内面は黄白色貪血性で稍々浮腫状比較的皺襞に豊む，異常の硬結は触れない。即ち仙骨前面を基底とする独立単胞性嚢胞である。

内容液は葉黄色僅かに血性を帯び，容量 700cc pH 7.0，比重 1020 Rivalta 反応陽性蛋白(卅)，糖(+) 赤血球(卅) 多核白血球(-) 単核球(+) 上皮(-) 粘液(-) 細菌(-) 精子(-) 脂肪顆粒(-) NPN 19.80mg/dl，尿素 12.5mg/dl 尿酸 5.5mg/dl，Al 69.4%，Gl 30.6%，A/G 比 2.23， α -Gl 11.9%， β -Gl 1.3%， γ -Gl 17.4% である。

病理組織学的所見：完全に結合織に囲繞された独立性の嚢胞壁であつて，その壁は嚢胞内腔側と仙骨側(漿膜側)の2層に大別することが出来る(第8図)。嚢胞内腔側は皺襞に富み概して平滑ではあるが，宛によつては強い陥凹を示す処もある。上皮は明らかではないがある部分では扁平な一層の上皮を認める部位もある。層状に横走する膠原線維よりなる結合織線維束は概して陳旧化し硝子化を呈する。尚硝子化をまぬがれた部分では線維細胞及び平滑筋線維束を認め，光輝細胞(浜崎)も随所に見られる。平滑筋線維は走行が稍々乱れ又断裂を示す処もある。又赤血球を明らかに充盈した毛細管も随所に認める(第9,10図) 漿膜側はリンパ球，プラズマ細胞を主とする細胞集簇巣を認め又拡張した細血管を散在性に見るが全域を通じて悪性像は全く認められない。以上の組織学的所見より，本例は漿液性内容を充滿した限局性嚢胞であり，その壁の構成は外胚葉性の上皮及び中胚葉性の結合織平滑筋線維，細血管を有することから Dermoidcyst (良性畸型腫性嚢胞)に他ならない。

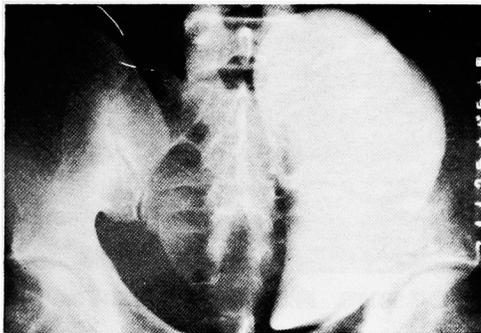
術後経過：術後軽度の発熱を見たが，創部の経過良好で7日目抜糸創下端に化膿をみたが14日目には全く閉鎖，術後20日目の膀胱鏡所見は入院当時とは全く相違して，左右対称性となり，膀胱造影では，術前の像とは全く趣を異にして略々正常の像を示し(第11図)，尿道膀胱撮影でも後部尿道は略々正常の像を得更に精囊腺撮影に於ても(第12図)何等異常を認めない。術後30日目，全身状態も全く回復したので治癒退院した。退院後再発全くなく術後満2ヶ年を経過した今日でも全く健康で，異常を訴えない。



第1図 膀胱鏡所見略図



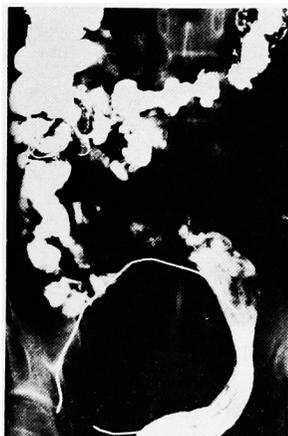
第2図 排泄性膀胱レ線像
右尿管の左方屈曲変位



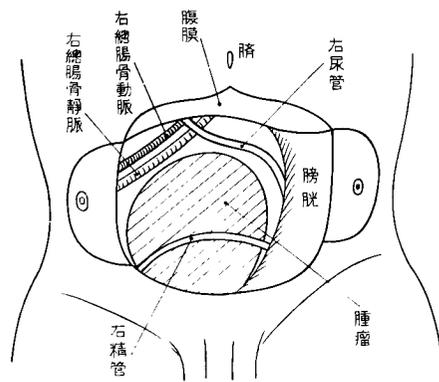
第3図 膀胱レ線像



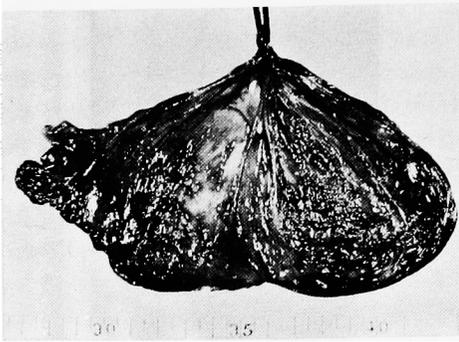
第4図 尿道膀胱レ線像(正面)



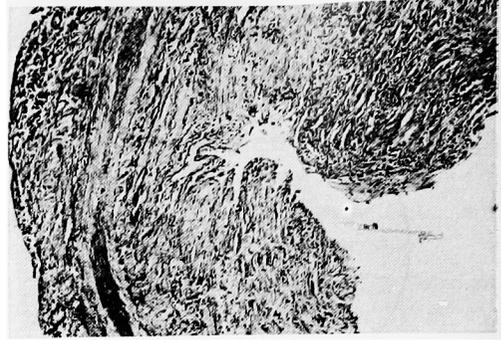
第5図 腸管レ線像



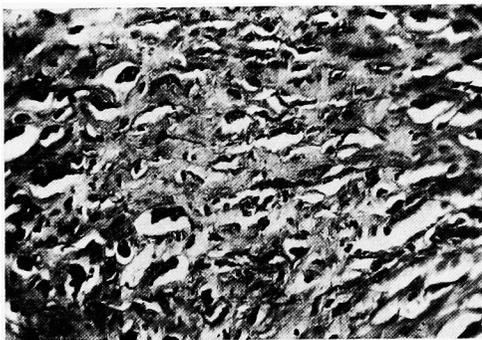
第6図 手術所見



第7図 剔出腫瘍肉眼像



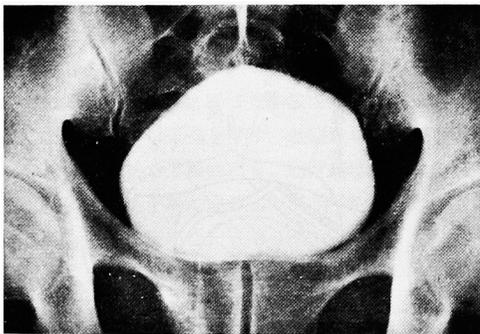
第8図 剔出腫瘍壁組織像 H.E. 染色



第9図 同上強拡大
平滑筋線維束を見る



第10図 同上強拡大毛細管を認める



第11図 術後膀胱レ線像



第12図 術後精嚢腺レ線像

考 按

仙骨部に発生する囊腫性腫瘍は Thomason²⁾ (1934), Mayo et al.³⁾ (1953) 及び Gerwig¹⁾ (1954) 等によると2型に大別される。1は仙骨前面に見られるもので、所謂 Presacral tumor であり、1は仙骨後面に位置するもので

Pilonidal tumor とよばれるものである。その中前者は前仙骨部及び直腸周囲に発生を見るもので、概して稀であり、又その組織発生は極めて多岐である。然し乍ら、臨床的にはその成因は別として、先づ最初は殆んどが無症状に経過することが多く、一定の時期を経過して Presacral space を圧迫することによつて始めて排便障害或は排尿障害と云う特定の臨床像を示す為に Gerwig (1954) は一つの症候群として Presacral cystic tumor と言う言葉を採用している。かかる Presacral cystic tumor は該部が胎生期の大部分に於て骨盤諸筋、骨髄、直腸、副性器、中枢神経等の複雑多岐な臓器に分化することを要求される多能性の原基を包含する部位であるので、当然そこに先天的畸型性要素乃至は胎生期遺残性腫瘍の発生を見る可能性は大であるわけである。従つて例えば Whitaker & Pemberton⁴⁾ (1938) の1922年より1936年の間の22例の報告では、Chordoma 8, Dermoidcyst 9, Teratoma, Fibrosarcoma, Chondromyxosarcoma, Squamous cell epithelioma, Fibroma 各1例に区分しており、又 Ross⁵⁾ (1948) はこの年迄の10年間に文献的に Teratoma, Teratoid 11, Chondroma 19, Dermoid 15, Appendical mass 1, Ependymal cell glioma 6, Giant cell tumor 4 例等を夫々区別している。更に Jackman et al.⁶⁾ (1951) は1935年から1948年の14年間に Presacral tumor を114例集録し、Lovely & Dockerty⁷⁾ (1949) の分類に従つて

Indeterminate tumors 32例 ♂17, ♀15

Determinate tumors 82例 ♂43, ♀39

に分け、更に82例を組織発生の面から

(1) Inflammatory 18 cases

(2) Congenital 32 cases

(3) Neurogenic 12 cases

(4) Osseous 5 cases

(5) Miscellaneous 15 cases

の5群に大別し、且各症例毎に詳細な検討を加えた。次で Mayo et al.³⁾ (1953) は Jackman 等の分類を基盤に161例の詳細な区分を報告した。

Presacral Tumors in 161 Cases

(1) Congenital	99 cases	62%
Chordoma	51	32%
Dermoidcyst	29	18
Teratoma	19	12
(2) Inflammatory	18	11
(3) Neurogenic	18	11
Ependymoma	12	7
Neurofibroma	5	3
Neurilemmoma	1	1
(3) Osseous	14	9
Giant cell tumor	5	3
Osteogenic sarcoma	4	2
Cartilaginous	4	2
Osteoma	1	1
(4) Miscellaneous	12	7
Metastatic	4	2
Myeloma	3	2
Others	5	3

又本邦では山岸¹³⁾ (1955) は

(1) 先天性

仙骨部奇型腫* 前仙骨部類皮囊腫*
前仙骨部脊髄膜ヘルニア* 骨盤腎

(2) 骨系統性

仙骨部巨細胞腫* 仙骨 Ewing 肉腫
仙骨骨性肉腫 仙骨部脊索腫*
仙骨骨髄腫

(3) 神経系性

前仙骨部神経線維腫 前仙骨部節神経腫
前仙骨部神経芽細胞腫
仙骨部脳室上皮腫
仙骨部神経膠腫

(4) その他

脂肪腫 血管腫 * 印は頻度高し
に夫々分類している。

以上の如く所謂 Presacral tumor に於ける

組織発生は複雑ではあるが、その中でも先天性腫瘍は最も頻度が高いことは興味あることである。

扱て改めて吾々の症例を見ると、臨床的には明らかに Presacral tumor であり、而も腫瘍自体は腸管、副性器、仙骨とは直接関連性を認めない個立性完全被包性嚢胞であり、内容液には白血球を認めず、漿液性透明であつて、組織学的には主として中胚葉性の結合織線維、平滑筋線維、細血管及び外胚葉性と考えられる上皮の残存を認め、何れの部に於ても悪性像を全く見ることが出来ないものであることから Dermoidcyst に類似を求め、先天性の範疇に入れられるべきものとする。

尚 Willis¹¹⁾ (1953) は Dermoidcyst の中で、特に内容液の圧迫の為に上皮が壊死脱落したものは Paradermoidcyst と名付けており、従つて本例は Presacral tumor の中良性単純性の Paradermoidcyst と云う事が出来る。

尚本邦に於ける類似の報告は吉田¹⁴⁾ (1953) の Cystic teratoma を始め、上中の¹⁵⁾ (1954) Dermoidcyst その他高安¹⁶⁾ (1957)、荒尾¹⁷⁾ (1958)、地土井¹⁸⁾ (1958) 等の報告を見るが、本例の如き特異な組織像と臨床的に全く良性である例は興味あるものとする。

結 論

尿意頻数、下腹部腫瘤形成を主訴とした46才男の腹部腫瘤を検討した結果、臨床的には所謂 Presacral tumor であり、組織学的には先天性の Paradermoidcyst であつた1例を報告した。

本論文の要旨は第10回日本泌尿器科学会関西地方会に於て竹中が発表した。御指導、御校閲戴いた大村教授に感謝する。

文 献

- 1) Gerwig, W. H. : Ann. Surg., 140 : 81, 1954.
- 2) Thomason, T. H. : Ann. Surg., 99 : 585, 1934.
- 3) Mayo, C. W., Baker, G. S. & Smith, L. R. : Proceeding of the Staff Meeting of the Mayo Clinic, 28 : 616, 1953.
- 4) Whittaker, L. D. & Pemberton, J. J. : Ann. Surg., 107 : 96, 1938.
- 5) Ross, S. T. : Am. J. Surg., 76 : 687, 1948.
- 6) Jackman, J. R., Clark, P. L. & Smith, N. D. : J. A. M. A., 145 : 956, 1951.
- 7) Lovelady, S. B. & Dockerty, M. B. : Am. J. Obst. & Gynec., 58 : 215, 1949.
- 8) Dahlin, D. C. & MacCarty, C. S. : Cancer, 5 : 1170, 1952.
- 9) Brindly, G. V. : Ann. Surg., 121 : 721, 1945.
- 10) Reich, W. J. & Nechtow, M. J. : Am. J. Obst. & Gynec., 49 : 265, 1945.
- 11) Willis, R. : Pathology of Tumors. pp.952, 1953.
- 12) Young, H. H. : J. A. M. A., 148 : 1101, 1952.
- 13) 山岸 : 日本外科全書, 28 : 57, 昭30.
- 14) 吉田 : 癌, 44 : 220, 昭28.
- 15) 上中 : 日本直腸肛門病学会雑誌, 11 : 192, 昭29.
- 16) 高安他 : 日泌尿会誌, 48 : 306, 昭32.
- 17) 荒尾他 : 日泌尿会誌, 49 : 956, 昭33.
- 18) 地土井 : 日泌尿会誌, 49 : 482, 昭33.
- 19) 伊藤 : 臨床皮泌, 7 : 220, 昭28.
- 20) 南他 : 日泌尿会誌, 49 : 269, 昭33.
- 21) 土屋他 : 日泌尿会誌, 49 : 290, 昭33.
- 22) 石川他 : 日泌尿会誌, 49 : 629, 昭33.
- 23) 石山他 : 日本外科宝函, 28 : 1506, 昭34.
- 24) 鈴木他 : 昭和医学会雑誌, 18 : 588, 昭33.