

内分泌非活性副腎皮質癌の1例

久留米大学医学部泌尿器科学教室 (主任 重松 俊教授)
大学院学生 嶺 井 定 一NONFUNCTIONING ADRENO-CORTICAL CARCINOMA :
REPORT OF A CASE

Teiichi MINEI

*From the Department of Urology, Kurume University School of Medicine
(Director : Prof. S. Shigematsu, M. D.)*

A case of nonhormonal carcinoma of the adrenal cortex is presented.
A 18-year-old man was admitted to our clinic with a chief complaint of hypertension with visual disturbance for 2 years.
A pheochromocytoma was suspected as a possible cause of his hypertension.
Physical examination revealed a well developed and nourished patient without distress.
A retroperitoneal pneumogram revealed a mass localized above the right kidney. The size and position of a right adrenal tumor were clearly visualized (Fig. 2).
He was successfully treated with total extirpation of right adrenal tumor.
The histological examination of the adrenal tumor showed adreno-cortical carcinoma.
Nonfunctioning adreno-cortical carcinoma is a rare disease and only six specific mentions of nonhormonal carcinoma of the adrenal cortex could be found in Japanese literatures.
A discussion was made on adreno-cortical tumors.

緒 言

副腎皮質腫瘍は原則として特異な内分泌異常を伴うものであるが、稀にその様な症状を欠く場合がある。即ち内分泌非活性腫瘍と呼ばれるもので、臨床症状が乏しく臨床的に発見されることは稀である。

我々は最近、腎とは無関係で、組織学的に副腎皮質を原発とした内分泌非活性と思われる副腎皮質腫の1例を経験したので報告する。

症 例

患者：18才の男子。

主訴：高血圧。

既往歴、家族歴：特記すべきことはない。

現病歴：本年1月18日視力障害を主訴として眼科に入院、両側続発性網膜剥離の診断で治療を受けていたが、高血圧症、眼底変化の著明なことより腎性高血圧の疑いがあるとして当科を紹介された。

現症：体格中等度、血圧は最高 190~240mmHg、最低 160~182mmHg と高く、視力障害及び頭重感があるが悪心、嘔吐、心悸亢進等を伴う発作を起したことはない。胸部は打診及び聴診上異常は認めない。右腎は触知されるが圧痛はない。左腎は触れず圧痛もない。下腹部は平坦、軟で異常は認めない。その他、泌尿生殖器には異常を認めない。

検査所見：血液所見では軽度の貧血が見られる以外、血清電解質、特に Na, K にも異常は認めない。尿所見では蛋白が軽度陽性に出ている以外、尿量、比重も正常範囲である。腎機能検査も正常で、肝機能検査にも異常は認めない (第1表)

内分泌学的検査は第2表に示す如く異常所見は認められない。

レントゲン検査では胸部及び腹部単純撮影で異常所見はない。排泄性腎盂像では左右共造影剤の排泄は良好であるが、右腎盂の圧迫像が認められる (第1図) 後腹膜気体造影では左腎は良く描出され正常であるが、右腎は腎上方に円錐形の境界鮮明な陰影を認

第1表 一般検査

血 液 所 見	赤血球数	320×10 ⁴	
	Hb(Sahli 値)	60%	
	白血球数	6,000	百分率 正常
	血清蛋白	8.3g/dl	分劃 正常
	総コレステロール	185mg/dl	
	総脂質	465mg/dl	
	血清電解質 Na	140mEq/L	
	K	5.2mEq/L	
	Cl	87.0mEq/L	
	Ca	8.8mg/dl	
尿 所 見	比重	1010~1016	
	蛋白	(+)	
	糖	(-)	
	ウロビリノーゲン	正	
腎 機 能	PSP 15'	27.5%	30' 46.8%, 120' 81.0%
	青排泄試験	右 2'30"	左 3'05"
肝 機 能	高田		
	C.C.F.	正	
	B.S.P.		

第2表 内分泌学的検査

基礎代謝	+10
尿中 17-KS	13.0mg/day (平均)
〃 17-OHCS	4.2mg/day (平均)
〃 Aldosterone	6.5γ/day
ACTH 試験	正
Cortison 試験	尿中 17-KS 変動なし
尿中カテコールアミン	3.2γ/24hrs.
Regitine 試験	(-)

める(第2図) 大動脈撮影では両側腎動脈及びその枝分には異常を認めないが、右腎上方に弧を描く細い動脈枝を認める(第3図)

以上の諸検査成績より右副腎腫瘍の診断のもとに腫瘍剔除術を施行した。

手術所見：全身麻酔のもとに右腰部斜切開を行い後腹膜腔に達し脂肪囊を開くと腎は下方に圧迫され、その上方に手拳大の腫瘍が認められ、表面には血管の怒張蛇行が著明であつた。腫瘍は肉眼的に周囲への浸潤

及びリンパ節転移は認められず、腎との癒着もなく容易に剝離され腫瘍を完全に剔除することが出来た。

剔出標本：大きさ 9.0×7.5×6.0cm, 重量 700g, 表面は全体として平滑で弾性軟(第4図), 断面は黄褐色を呈し一部に出血巣を認める(第5図)

組織学的所見：被膜直下には正常の皮質組織も認められるが、被膜への浸潤を認める部分もある(第6図) 皮質の腫瘍部分は退形成の著しい腫瘍細胞が不規則にみられ、腫瘍細胞の中には巨大な不整形の核をもつた細胞も認められる(第7図) 一部出血及び壊死巣を認める(第8図)

術後経過：血圧は腫瘍剔除後一時 86/60mmHg となつたが、ノルアドレナリンを使用し、病棟収容後は最高 100~120mmHg, 最低 60~80mmHg と正常に復した。しかし術後3日目、突然異常興奮状態となり血圧下降し、呼吸困難が加わり死亡した。

剖検所見：両側肺の肺水腫及び無気肺、鬱血肝、両腎の実質性変性(皮質の腫大)、消化管粘膜の出血斑を認め、心臓は左室肥大を認める。又他臓器の腫瘍合併及びリンパ節転移は認めない。

左副腎は皮質の萎縮が高度で、リポイド含量はやや少ない。大きさ 2.0×0.5×0.3cm, 重量 3.5g。

左副腎の組織学的所見では皮質部の萎縮が強く、髄質部は肥大の傾向を示している。

考 按

副腎皮質腫瘍は内分泌活性腫瘍と非活性腫瘍とに大別され、内分泌活性腫瘍は Aldosterone 分泌腫瘍 (Primary aldosteronism), 17-Hydroxycorticosterone 分泌腫瘍 (Cushing's syndrome) 及び Androgenic hormone 分泌腫瘍 (Adrenogenital syndrome) の3種に分けられ、夫々特異な症状を呈することより臨床的に発見され易く、その臨床報告例も多いが、内分泌非活性腫瘍は腫瘍による圧迫症状以外特異な症状を示さず、臨床的に発見されることは極めて稀で、従つてその報告例も少ない。

腺腫の報告例としては欧米では Timoney (1943) の1例, Gahill & Melicow (1950) の1例, Rapaport (1952) の3例, Gordon (1956) の2例, Horn (1956) の1例, Angulo (1957) の1例, Birke (1959) の3例があり、本邦では林・磯部 (1961) の1例及び栗田・江里口 中新井 (1964) の1例がある。癌腫の報告例としては Rapaport・Goldberg・Gordan・

Hinman (1952) の37例, Heinbecker・O'Neal・Ackerman(1957) の3例, Wood・Lees・Rosenthal (1957) の7例があり, 本邦においては望月 (1953), 徳永 (1953), 星子・高木・荒毛・松本(1959), 栗田・江里口 中新井(1964), 土屋 犬塚・宇津木・伊藤・黒木・寄田(1964), 荒木・福田 円山・笠川 (1964) の各1例がある,

本症例は前記の内分泌活性腫瘍を疑わしめる症候, 即ち高 Na 血症, 低 K 血症, 筋虚弱, 周期的四肢麻痺, 多尿, 腎機能障害, 肥満, 皮膚線条, 多毛, 性機能障害, 男性化等の症状は見られなかつたが, 本症例でとくに目立つた臨床所見は高血圧と弱視であり, これらの所見のみからは上記の3疾患のいずれとも確信を下すことは困難である。渋沢 (1960) によれば内分泌非活性腫瘍の臨床発現頻度は腫瘤触知, 局所疼痛がそれぞれ70~80%で最も多く, 次いで貧血55%, 発熱41%, 血圧亢進20%となつていますが, いずれも本症特有な臨床症状ではない。この様に内分泌非活性腫瘍には特異な症状が少ない為, 発見が遅れ, 手術成績も不良ならしめているものと考えられる。渋沢の文献的統計によれば手術施行例55例中, 手術成功例は29例に過ぎず, 26例 (48.3%) は手術不能並びに手術死となつている。従つて治療方針特に手術の適応検査に当つては腫瘍と内分泌症状との関係を明らかにすると共に腫瘍が良性か悪性かを判定することは重要なことである。我々の症例では剖検により反対側副腎の萎縮を認めた。従つて術後副腎機能不全を招来したものと考えられる。

臨床所見に関連した副腎皮質腫瘍の組織学的特徴を明らかにすることは一般に困難とされ, 又腫瘍細胞の異型性が強い場合は腺腫と癌腫との鑑別が困難とされているので Heinbecker 等 (1957) 及び Knight 等 (1959) は副腎皮質腫瘍の悪性度を組織学的に判定する基準として, 腫瘍細胞の被膜への浸潤, 遠隔転移の存在等を挙げている。

本症例は遠隔転移は認められなかつたが, 一般に癌腫が未分化性であればあるほどホルモン過剰症状を伴うことが少ないとされているので

本症例は悪性と考えてもよいものと思われる。

結 語

18才男子の左副腎腫瘍を手術的に剔出し, 組織学的に原発性副腎皮質癌である事を確かめた非活性副腎腫瘍の1例を報告すると共に若干の考察を加えた。

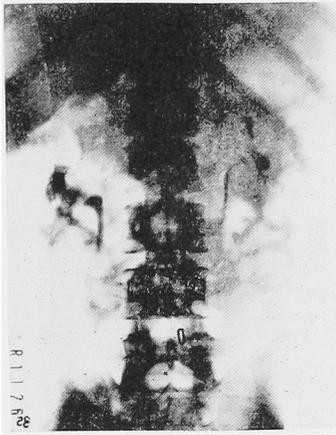
稿を終るに当り, 御指導並びに御校閲を戴いた恩師重松教授に感謝の意を表します。

(本論文の要旨は日本泌尿器科学会福岡地方会第196回例会に於いて発表した。)

文 献

- 1) Angulo, R. : J. Urol., 78: 309, 1957.
- 2) 荒木, 福田, 円山, 笠川 : 日外宝函, 33 : 453, 1964.
- 3) Birke, G., Franksson, C., Gemzell, G. A., Moberger, G., Plantin, L. O. : Acta chir. scandinav., 117: 233, 1959.
- 4) Gahill, G. F. : J. Urol., 71: 123, 1954.
- 5) Gahill, G. F., Melicow, M. M. : J. Urol., 64: 1, 1950.
- 6) Gordon, W. : J. Urol., 75: 579, 1956.
- 7) Horn, V. : Cesk. onkol., 3: 137, 1956.
- 8) Heinbecker, P., O'Neal, L. W., Ackerman, L. V. : Surg. etc., 105: 21, 1957.
- 9) 林, 磯部 : 泌尿紀要, 7 : 712, 1961.
- 10) Knight, C. D., Trichel, B. E., Mathews, W. R. : Ann. Surg., 151: 349, 1959.
- 11) 川原 : 医学のあゆみ, 48 : 216, 1964.
- 12) 栗田, 江里口, 中新井 : 泌尿紀要, 10 : 142, 1964.
- 13) Rapaport, E., Goldberg, M. B., Gordon, G. S., Hinman, F. Jr. : Postgrad. M., 11: 325, 1952.
- 14) 渋沢喜守雄 : 副腎の腫瘍。宿題報告副腎外科参考資料, 1960.
- 15) Timoney, F. X. : J. Urol., 49: 654, 1943.
- 16) 土屋, 犬塚, 宇津木, 伊藤, 黒木, 寄田 : 外科, 26 : 372, 1964.

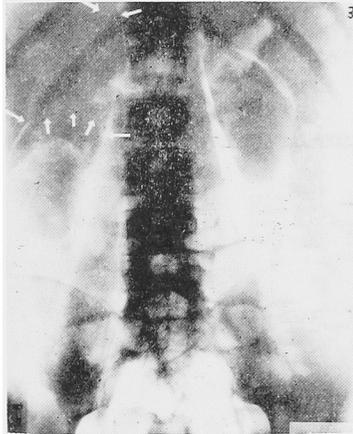
(1965年10月11日特別掲載受付)



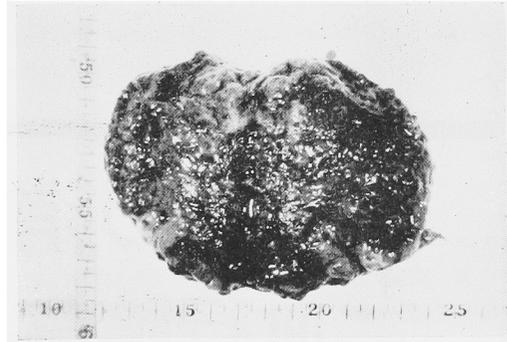
第1図. 排泄性腎盂像
右腎盂の圧迫像を認める.



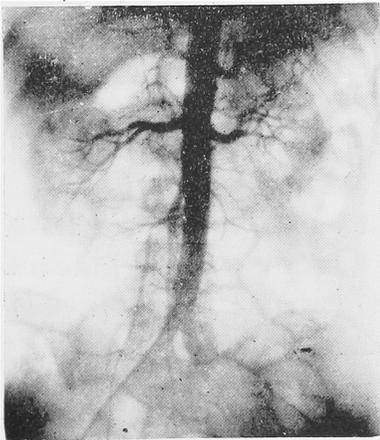
第4図. 剔除標本



第2図. 後腹膜気体造影像
右腎上方に境界鮮明な陰影を認める.



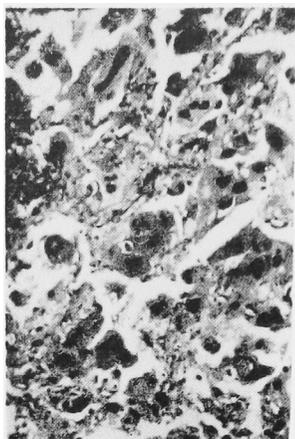
第5図. 剔除標本剖面



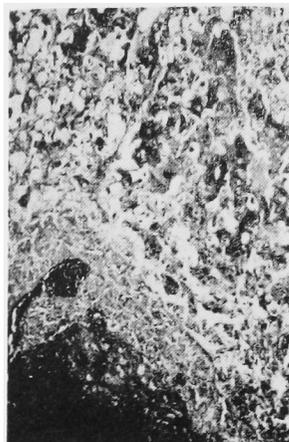
第3図. 腎動脈造影像
腎動脈及び分枝には異常を認めない
が右腎上方に弧を描く細い動脈枝を
認める.



第6図. 組織像
被膜下に正常皮質組織像も認められ
るが被膜への浸潤も認める.



第7図. 組織像
腫瘍細胞が不規則にみられ、異型性に富み、巨細胞も認められる。



第8図. 組織像
出血及び壊死巣を認める。

腫脹の消失を早め… 血行障害を改善する

健保新採用

軟部腫脹治療剤

ペリダジン

注射 5 ml, カプセル, 軟膏

本剤は西洋とちのき種子エキス製剤で

- ① 血管の異常透過性を抑制し（抗滲出）
- ② 静脈の環流を促進する（抗うっ血）

両面作用を有し腫脹、浮腫の消失を促進、無処置例に比し治癒期間を約半減でき患者の苦痛も軽減されます。

〔適応症〕 外傷・術後の腫脹、頭部外傷、脳血管障害、肛門部腫脹、血栓、四肢血行障害、静脈瘤



日本新薬株式会社 京都市南区西大路八条