

急性下行大動脈閉塞症候群を呈した巨大縦隔奇形腫

有沢病院外科（院長：有沢源蔵博士）

近江 達・阿部弘毅・福田治彦・染田邦幸

〔原稿受付 昭和38年7月13日付〕

GIANT MEDIASTINAL TERATOMA PRODUCING ACUTE AORTAL OBSTRUCTION

by

SUSUMU OHMI, KOHKI ABE, HARUHIKO HUKUDA and KUNIYUKI SOMEDA

From the Department of Surgery, Arisawa Hospital

A giant left anterior mediastinal teratoma of 25-year-old man was reported. Obstruction symptoms of the descending aorta suddenly arose from compression by the tumor. Removal of the tumor, 2050 gm. in weight, evidently brought good circulation in the previously ischemic abdomen and lower limbs. In the emergency operation, however, he went into shock, and death occurred 2 hours later.

胸部外科の普及とともに縦隔腫瘍の症例数は年々増加しつつあるが、われわれも最近 2050gm の巨大奇形腫を経験したので報告する。

症 例

患者：25才，男，職業：木こり

現病歴：昭和37年9月頃（入院3ヵ月前）から全身倦怠と労働時に咳や呼吸促進をおぼえるようになり、10月に胸部X線写真で肺野の異常陰影を指摘された。12月21日本院内科に入院し左肋膜炎と診断、喀痰培養で結核菌陰性、血沈1時間48、2時間値93、肋膜腔穿刺により透明帯黄色液、90ccを得、ストマイ、パス、ブレドニン等の投与を続けたが症状に変化なく、かえって陰影は拡大し、38年1月下旬から時々38°C前後の発熱とともに左顔面に浮腫をみるようになり、肋膜腔穿刺液中に膿様物質を認め膿胸を疑ったが培養では細菌陰性だった。その後も症状は徐々に増悪するのでX線像を再検討して肺腫瘍の疑をもち外科の意見を求められた。

所見：筋肉の発達よく体格中等大、貧血なく栄養中等度。顔面、頭部は左半側がやや浮腫状で、両肩に静脈怒張を認め、左胸廓は前外方へ向つて膨隆変形し各肋間腔は開大している。心搏動は触知し難く心濁音界

は右方へ移動し、左胸部および左背部は打診上、絶対濁音で全く呼吸音を聴取できない。

昨年12月のX線写真（図1）では陰影は左中下肺野を占め、上界は鮮明でいくらか凹凸があり内方は鋭角をなして心陰影に移行し下界はあまり明らかではなく、縦隔、気管、気管支が右方へ偏位している。翌1月（図2）になると陰影は左全肺野に拡大し、その中央部は均質濃厚で周辺部ほど淡影となり、左横隔膜が挙上し縦隔の移動が増強しているので縦隔腫と考え、食道撮影を行なうと食道も右後方へ圧排されており（図3）、さらに陰影の中央部に小骨片様陰影が発見されたので、左前縦隔奇形腫と診断確定した。

経過：入院後の腫瘍の急速な発育ぶりから悪性化が考えられ、術前準備をすすめていたところ、2月18日から尿量が減少し、19日午後2時頃ベッドに仰臥したままで枕許のものを取ろうとして手を伸ばした途端に下半身が電撃感とともにしびれ、図4のように、腰部、下腹部から足先まで蒼白となり股動脈以下の搏動をふれず、運動不能、知覚麻痺に陥り下肢は次第に紫赤色斑状となつていつた。これは体動の拍子に腫瘤が移動して下行大動脈を圧迫閉塞したためと考えられ、全身状態からみて手術に耐え得るかどうかが危ぶまれたけれども、患者の苦悶甚しく手術を切望するので、発

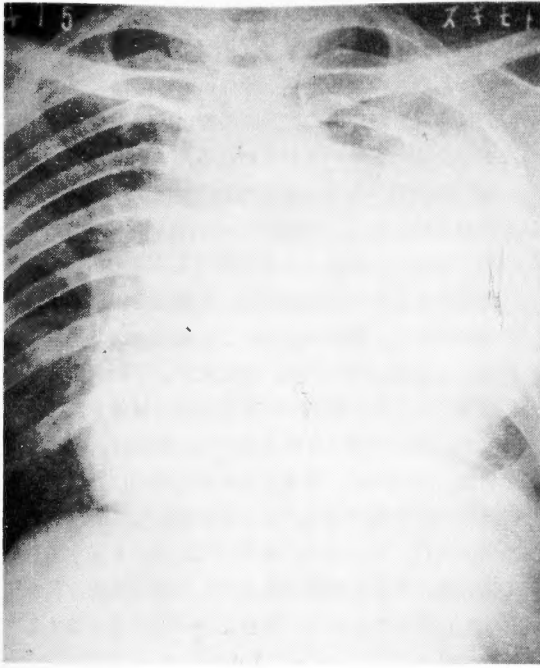


図 1.

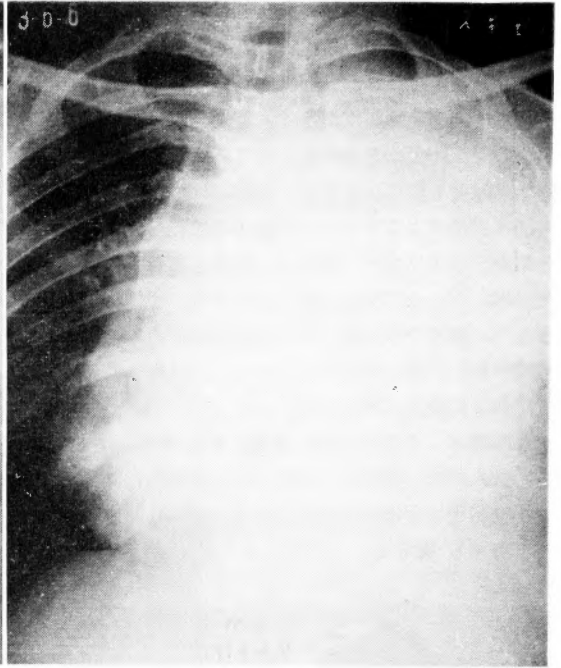


図 2.

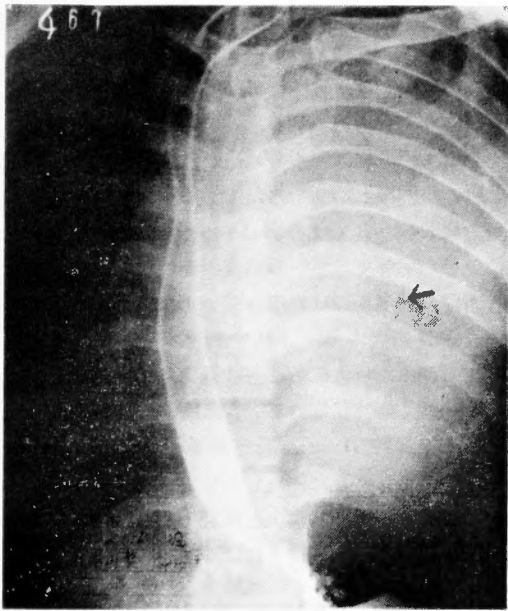


図 3.

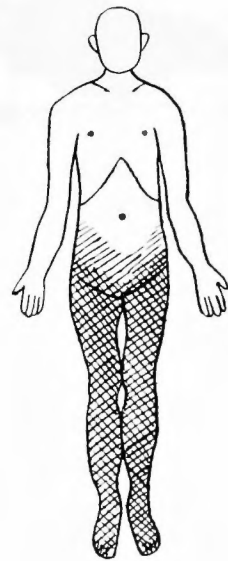


図 4.

症3時間後手術を敢行した

手術：胸壁は非常に薄く肋骨は萎縮し脆弱であつて、第4肋骨の略々全長を切除、第3、第5肋骨を部分切除し第4肋骨床で開胸すると直下に腫瘍が現われ

たが、腫瘍が巨大なために胸壁との間に手を挿入することもできず、一塊として剔出することが不可能なので分割剔除することに決めた。前縦隔側から腫瘍に入る数条の索条を切断した以外に、体壁肋膜や心囊から

は容易に剝離でき、腫瘍の除去とともに下半身への血行が恢復して股動脈以下の搏動をふれ皮膚も正常色をとりもどしてきたが、左肺は内背側へ強く圧排され萎縮して全く膨脹性がなく、腫瘍と強固に癒着していたので、肺上葉をつけたままで切除しようとした。巨大縦隔腫を縦隔より索引する際には、しばしば迷走神経反射等によるショックが起るので充分注意しながら剝離をすすめたのであるが、腫瘍を心持ち持ち上げた途端、ショック状態となり血圧下降、脈搏触知不能となり、種々の強心剤、昇圧剤を投与しながら急いで腫瘍の剔出を終つたけれどもショック状態から恢復せず閉胸2時間後に死亡した。

切除標本：全剔出された腫瘍は重量 2050gm, 黄白色、成人頭大、弾性硬、表面は粗大瘤状で、断面は所々小囊胞状で腫瘍の中央部には $1 \times 1 \times 0.3\text{cm}^3$ の小骨片を有する(図5)。

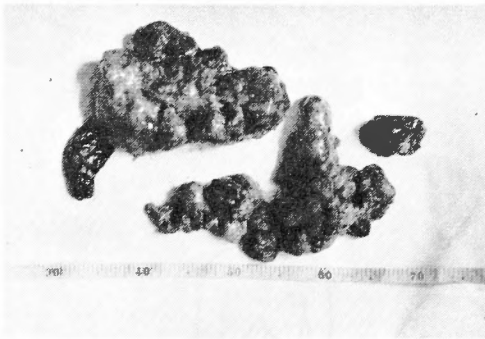


図 5

組織学的所見：奇形腫と診断され、胸腺組織は発見できなかった。

間葉成分：粘液腫性変化を来している結合織、横紋筋、骨、軟骨組織等。

上皮成分：円柱上皮、多列線毛上皮、重層扁平上皮、腸粘膜上皮、およびこれらの嚢腫形成がみられ、比較的増殖の旺盛だったのは Glicblastoma, あるいは Neuroblastoma をおもわせる神経組織で Rosette 様構造をとり、Mitosis もみられるが悪性とは判定し難い。

考 按

縦隔腫については葛西(1961)、武田(1962)等の詳細な論説があるので、それ等を参考にしながら、本例で興味をひいた点を述べてみたい。

武田によれば、発見当初から縦隔腫と診断されたものは少なくても34.1%に過ぎず、本例でも肋膜炎、膿

胸、肺腫瘍と病名が転々している。

誤診の原因は

1) 初診医の智識不足、本症が内科医にとっては比較的稀有なものであつて診断の際に縦隔腫を考えつかなかつたことが多いとおもわれる。

2) 症状が少なく、全て圧迫症状であつて特長的なものがない。

3) X線写真読影上の誤り等である。

本例にみられた圧迫症状は、左横隔膜神経麻痺による横隔膜挙上、静脈系圧迫による顔面浮腫、肺気管系圧迫による咳、呼吸困難、胸壁変形、下行大動脈圧迫症状等であつて、腫瘍が巨大で食道圧排像を認められども、嚥下困難は全然なかつた。武田は、嚥下困難を自覚した15例中、食道圧迫を認めたのは6例で、他の9例では圧迫がなく、むしろ原因として神経的因子が考えられ、母指頭大の腫瘍で圧迫症状を呈するものもあれば、大きな腫瘍でも必ずしも食道圧迫症状を現わすとは限らないので、診断に当つて注意を要すると述べている。

X線写真で腫瘍輪郭と縦隔外縁との移行部は縦隔腫では鈍角をなすことが多く、肺腫瘍では鋭角をなすものが多い。本例での移行部は鋭角をなしているのので、正面像(図1)だけをみれば肺腫瘍と考えても不思議ではないのだが、それにしても血痰もなく全身状態も良好だったものであるから、この点に疑問をもつて入院当初直ちに側面撮影や食道造影、気管支造影等を行なえば、縦隔腫と診断できたであろう。

さらにX線写真では診断に決定的な所見、すなわち、気管、気管支の右への高度の偏位がみられる。何故ならば、肺疾患では癒痕収縮や無気肺のために、気管や食道が患側へ牽引されて偏位することはあつても、反対側に圧排されることは稀であつて、それらが反対側へ強く偏位している場合は縦隔腫と診断してよいのである(葛西1962)。腫瘍が本例のように巨大となつて全肺野を完全にみだしてしまつて(図2)腫瘍影自体は胸水貯留や肋膜炎と鑑別できなくなるが、気管等の偏位の有無に注目すれば診断を誤ることはないのである。

最近、縦隔奇形腫の多くは胸腺起源であると考えられている。本例では胸腺組織を認めなかつたけれども、さらに広範囲に亘つて多数の組織標本を採取精査すれば、あるいは胸腺組織を発見できたかも知れない。また本例の組織学的診断では悪性とは判定できないのであるが、入院後2ヵ月間にみられた腫瘍の急速

な発育や、被膜が存在せず肺と強い癒着があつたこと等の臨床的見地から悪性化したものと判定してよからう。

結 語

急性下行大動脈圧迫閉塞症候群を呈した25才男性の左前縦隔巨大奇形腫について報告した。

文 献

- 1) 桂 重次：縦隔腫瘍，胸部外科双書（南江堂），18，昭36.
- 2) 葛西 雄太：縦隔腫瘍の鑑別診断，外科治療7，171～182，昭37.
- 3) 武田義章：縦隔腫瘍自験85例について，外科，24，671～683，昭37.