

急性腹症を呈した後腹膜畸形腫の1例*

京都大学医学部外科学教室第2講座(指導:木村忠司教授)

木下研一・久山健

〔原稿受付:昭和40年9月9日〕

Peritonitis Caused by a Retroperitoneal Teratoma
Ruptured Intraperitoneally

by

KENICHI KINOSHITA and TAKESHI KUYAMA

From the Second Surgical Division, Kyoto University Medical School

(Director: Prof. Dr. CHUJI KIMURA)

A five-year-old girl was admitted to our clinic with severe abdominal pain induced by a blow on the abdomen. Emergency laparotomy revealed panperitonitis which was caused by rupture of a cystic teratoma in the retroperitoneum. Retroperitoneal teratoma should not be forgotten as a possible cause of peritonitis, although such a case would be extremely rare.

我々は、嚢胞をもつた後腹膜畸形腫が外傷のため破裂し、その内容が腹腔内に流出して急性腹症をおこした例を経験したので報告する。

症 例

5才, 女子。

主 訴: 腹部全体にわたる激痛。

現病歴: 昭和40年6月12日午後2時頃、舞台の上から飛び降りて、上腹部を机の角で打撲した。打撲後しばらくは軽度の疼痛が打撲部に限局して存在するのみであったが、約2時間後より、疼痛は次第に激しくなると共に腹部全体に波及し、さらに嘔吐を来した。同時に一般状態が悪化して嗜眠状態に陥つた。吐物は、初めは食物残渣、その後は黄色液のみで、コーヒー残渣様物は混じらない。受傷後排便なく、放屁は不明である。

既往歴: 約1年前より時に原因不明の発熱と下痢を来すことがあつた。

現 症: 体格中等、意識軽度に混濁し、脈搏数120、整脈、緊張やや不良、血圧110~50mmHg。呼吸数30、体温36.5°C。胸部は肺肝境界が第5肋間に押し上げられている。腹部は全体が膨隆し、殊に上腹部に著しい。全腹部に強度の圧痛、筋性防御及びブルンベルグ氏徴候を認める。深部触診は疼痛のため不能。腸雑音は聴取し得ない。

検査成績: 赤血球430万、白血球15,000、ザリー-80%。尿所見異常なし。胸腹部単純撮影で図1の如く横隔膜の挙上をみる。

以上より急性腹症として、特に肝臓破裂を疑つて、直ちに開腹した。

手術経過及び手術所見: 上腹部正中切開で開腹すると、暗赤色に混濁し、軽度の臭気を帯びた腹水が約1000cc流出した。最も疑しい肝臓から検索したが、肝臓には破裂等の著明な異常所見は認められなかつた。ただし米粒大ないし大豆大で、暗赤褐色を呈した粘稠性ある物質が散在的に附着していた。ひきつづき上腹

* 本論文の要旨は第38回京都部外科集談会に於て発表した。

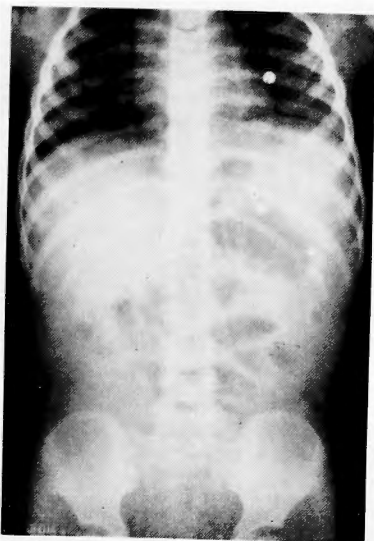


図 1

部臓器の検索を行なつたが、上述の如き腹水及び散在した粘着物を認めるのみであつた。切開創を下に延長し、下腹部臓器及び骨盤臓器を検索したが上腹部と同様の所見であつた。

以上の如く全腹腔に及ぶ腹膜炎をみとめ、その原因は腹腔内各所に散在した粘着物であろうと想像された。しかし根本原因が不明であつた為、腹腔内の再精査を行なうと、左大腸彎曲部のやや上部の腸間膜に拇指頭大の穿孔を認め、この周辺には粘着物が、他部に比し多量に附着していた。この部をさらに詳しく検索すると穿孔部の後方に、破裂した鶏卵大の嚢胞があり、粘着物はこの内容であつた。嚢胞の下には鶏卵よりやや大きい実質性の腫瘍があり、全体で一つの腫瘍を作つていた。これよりさらに下には腫瘍により圧排された左腎をみとめた。

下行結腸を翻転し、腫瘍の摘出を行なつた。最初に実質部を摘出し、次いで嚢性部を摘出せんとするに、嚢性部は網膜嚢の後方に位置し、また周囲との癒着が強度のため、数回に分けて、脾及び脾尾と共に残すところなく摘出した。その後、腹膜を修復し、腹腔内洗滌を行ない、手術を終つた。

摘出標本は図2の如く嚢胞を持つた腫瘍で、全体で手拵大、重量253gであつた。

組織学的所見は、典型的な畸形腫の像を示す。即ち、嚢の内面は図3の如く円柱上皮で覆われ、実質部の大部分は図4の如くヒアリン化した結合組織成分より成り、一部では図5の如く平滑筋線維、また一部では図

6の如く脳組織を示す部分も存在する。また嚢内に突出した部では図7の如く脾組織が主であり、粘液腺も混在している。摘出した脾では図8の如くリンパ濾胞の萎縮と軽度の細網症を認め、切除した脾尾では図9の如く間質の増生をみる。

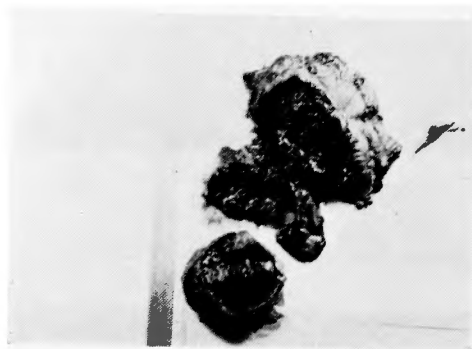


図 2

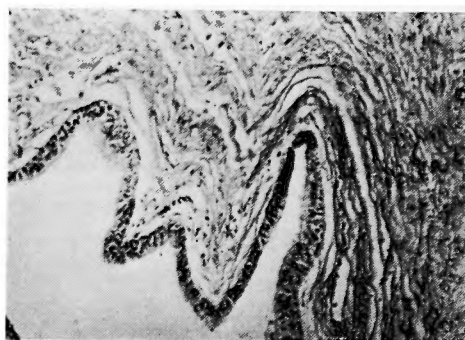


図 3

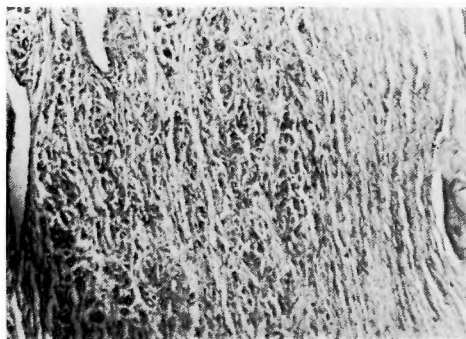


図 4

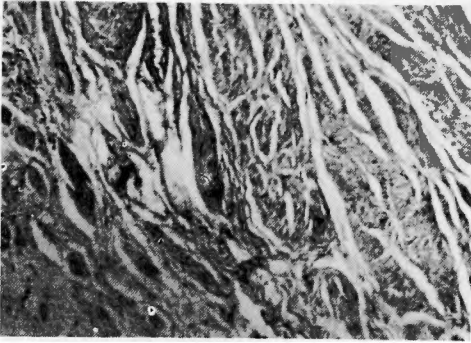


図 5

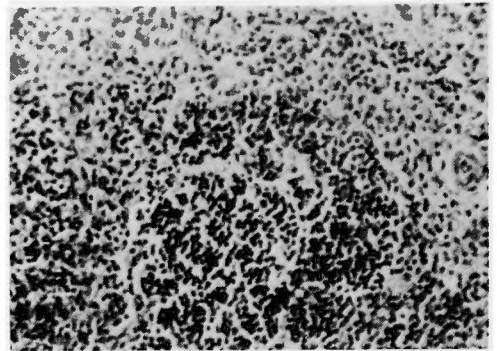


図 8

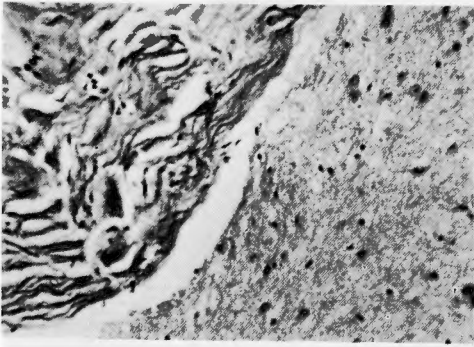


図 6

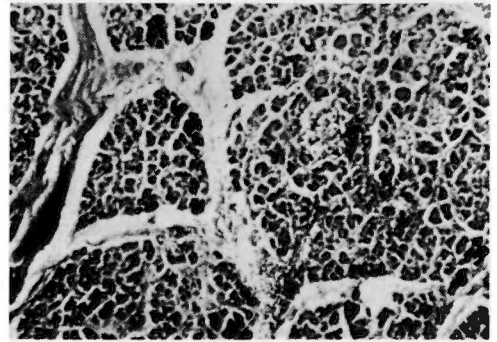


図 9

術後、この患者は何等の合併症を起すことなく回復し、回復後の諸検査に異常なく、術後2週間で退院された。

考 按

原発性後腹膜腫瘍は後腹膜腔に原発し、後腹膜諸臓器に無関係な腫瘍として定義される比較的稀な疾患であり、Morgani が1761年に脂肪腫を報告して以来、欧米で約1,000例、本邦では明治36年の三村の報告を初めとして約400例が報告されている。畸形腫の占める割合は、本邦では欧米に比し高く、原発性後腹膜腫瘍中の約20%を占め、肉腫に次いで高率に発生している。畸形腫は胎生期器管の残存物より発生するものとされ、乳幼児女子に好発している。

患者は一般に、腹部腫瘤を主訴とし、レ線撮影、消化管造影、腎盂撮影、後腹膜腔気体送入手法、大動脈撮影等により充分に検査検討された後、手術をうけている。しかしこの患者では急性腹症を呈したため、上述の諸検査不能のまま開腹を与儀なくされ、腹腔内精査後初めて根本原因である後腹膜畸形腫が発見されたも

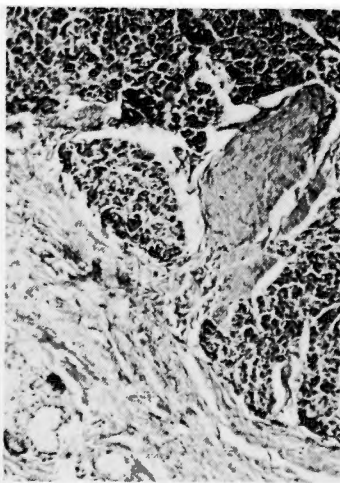


図 7

のである。この様に術前思いもよらなかつた疾患が急性腹症の原因であり得るところから、急性腹症の症例を開腹し、腹膜炎は認めても、妥当な原因を発見し得ない場合には、後腹膜に注意を向けるべきである。なぜなら、前述の如き例は稀としても、睪・腎の嚢腫や膿瘍等の後腹膜臓器疾患を含めると、かなりの症例が存在するからである。

更に、最近我々にはこの例の他、腎盂腎炎の破裂による汎発性腹膜炎や、睪損傷を見逃したためにおこつた睪痿等、後腹膜に関する貴重かつ苦い経験があり、これらに鑑みて、急性腹症に際しては後腹膜は一つの盲点ともなり、この様な場合の後腹膜疾患の重要性を再認識するべきと思う。

結 語

我々は嚢を持った後腹膜畸形腫が、打撲により腹腔内に破裂して急性腹症を起した例を経験したので、若干の考察を加え報告する。

病理組織診断にあたり御指導を賜つた森川 茂先生に感謝します。

参 考 文 献

- 1) Pack, G. T. and Tabah, E. J.: Collective Review (Primary Retroperitoneal Tumors), International Abst. Surg., **99**: 209-313, 1954.
- 2) Donnelly, B. A.: Primary Retroperitoneal Tumors, S. G. O., **83**: 705, 1946.
- 3) Chute, R. et al: Primary Retroperitoneal Teratoma, J. Urol., **70**: 520, 1953.
- 4) 高安久雄他: 小児後腹膜畸形腫の手術例, 手術, **12**: 1063, 昭38.
- 5) 日浅善一郎他: 稀有なる後腹膜粘液腫の一治験例及び本邦における後腹膜腫瘍の統計的観察, 長崎医学会雑誌, **34**: 639, 昭34.
- 6) 矢野久雄: 後腹膜畸形腫の2例. 泌尿器科紀要, **6**: 480, 昭35.