

後腹膜過誤腫の 1 例

福井医科大学泌尿器科学教室 (主任: 河田幸道教授)

河原 優, 鈴木 裕志, 岡野 学, 村中 幸二
清水 保夫, 河田 幸道

A CASE OF HAMARTOMA OF THE RETROPERITONEAL SPACE

Masaru GOBARA, Yuji SUZUKI, Manabu OKANO,
Koji MURANAKA, Yasuo SHIMIZU and Yukimichi KAWADA

From the Department of Urology, Fukui Medical School
(Director: Prof. Y. Kawada)

A case of hamartoma of the retroperitoneal space in a 59-year-old woman is reported. Excretory urography, computed tomography and adrenal angiography revealed a tumor with multiple calcification in the left retroperitoneal space.

The tumor measuring 6.5 by 3.5 cm, and weighing 30 gm, was removed operatively. Removed specimen consisted of many cysts of various sizes containing mucous fluid and multiple small stones. Microscopically, the tumor was composed of a tubular structure lined by ciliated, epithelium-like tissue of the respiratory system or that of Fallopian tube. These tubules were occasionally dilated cystically. No atypical cells were found. The postoperative course was uneventful.

Key words: Retroperitoneal tumor, Hamartoma

緒 言

過誤腫は、腫瘍様の組織奇形として諸臓器にその報告例がみられているが、後腹膜腔における過誤腫はきわめて稀である。今回われわれは後腹膜腔に発生した過誤腫を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

患者: K.M., 59歳, 主婦

既往歴: 39歳子宮後屈症, 58歳メニエール病,

家族歴: 特になし

現病歴: 1986年6月中旬ごろ, 体重減少, 食欲不振, 全身倦怠感を認めたため, 某病院を受診した。腹部 CT にて左後腹膜腫瘍を疑われたために, 7月31日, 精査目的で当院第3内科に入院した。左副腎静脈造影, 内分泌学的検査などの結果, 副腎外腫瘍と診断され, 手術目的で当科へ転科した。

現症: 特に異常なし

一般検査: 血液生化学的には異常なし, 内分泌学的検査で, 尿中ノルアドレナリン, ドーパミンが, それぞれ 197 $\mu\text{g/day}$, 1,400 $\mu\text{g/day}$ と若干高値を示した

が, 後日それぞれ, 105 $\mu\text{g/day}$, 520 $\mu\text{g/day}$ と正常化し, 以後異常値は認められなかった。尿沈渣, 胸部 X-P および ECG は異常なかった。

KUB, IVP (Fig. 1): 左腎の上方内側に, 多発性小石灰化像を伴う, 腫瘤陰影を認めたが, 腎盂, 腎杯, 尿管の異常は認めなかった。

CT (Fig. 2): 左腎前方内側に, 多発小石灰化を伴う腫瘤像が認められたが, 周囲組織への圧排, 浸潤傾向は認めなかった。

左副腎静脈造影 (Fig. 3): 腫瘍血管像や, 異常血管はなく, 副腎外腫瘍が疑われた。

以上の所見から, 後腹膜腫瘍と診断し, 9月3日手術を施行した。

手術所見: 左腰部斜切開にて後腹膜腔へ入ったところ, 腎と副腎を確認し, さらにその頭側に腫瘤が認められた。腫瘤は, 下方を副腎に, 上方を横隔膜に接し, 背側は背筋膜に癒着していた。腫瘤は薄い被膜を持ち, 周囲との癒着は比較的軽度であったが, 一部, 副腎との癒着が認められたため, 腫瘤を副腎と一緒に摘出した。

摘出標本 (Fig. 4): 標本の大きさは, 6.5 cm $\times$ 3.5 cm, 重量は 30 g で, 暗赤色, 弾性であった。剖面

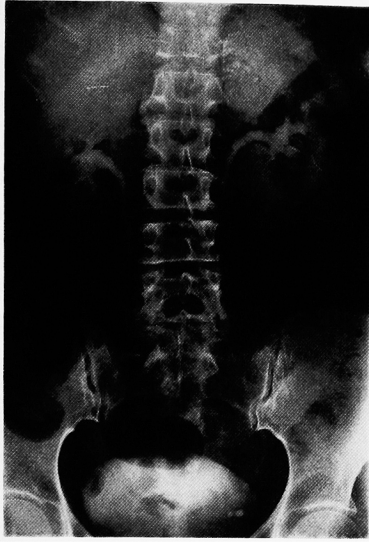


Fig. 1. IVP

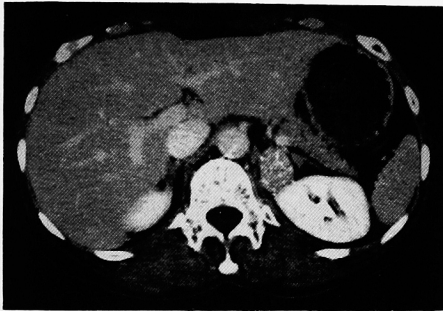


Fig. 2. CT

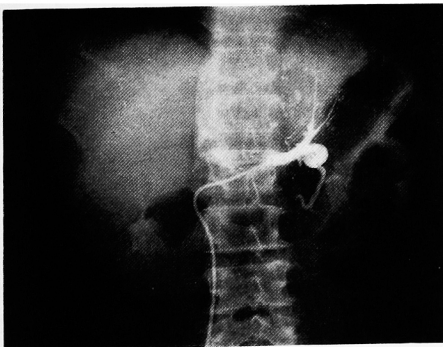


Fig. 3. 左副腎静脈撮影

(Fig. 5) では, 多房性嚢胞内に, 粘液状物質と, 直径 1~2 mm の小結石が多数充満していたが, 壊死巣や出血巣は認めなかった. また, 副腎との境界は明瞭であった. 組織学的所見 (Fig. 6): 呼吸器上皮, あるいは卵管上皮様の線毛上皮に縁どられた管状構造が主体で, これらは嚢胞状に, ところどころ拡張してい

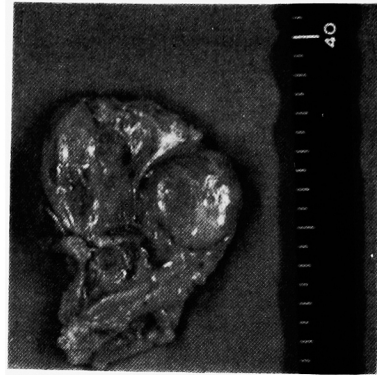


Fig. 4. 摘出標本

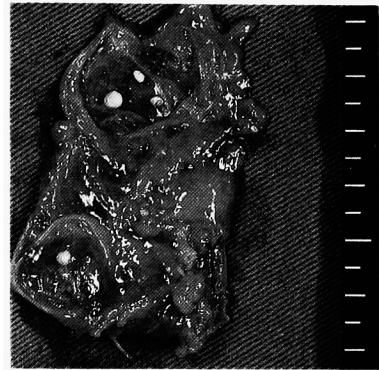


Fig. 5. 剖面

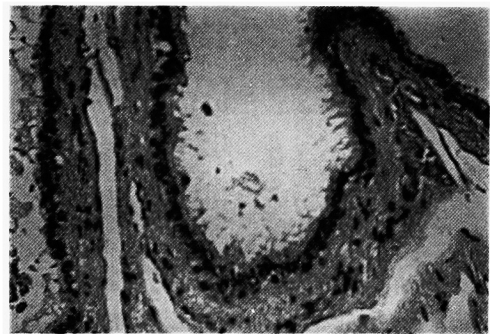


Fig. 6. 組織所見

た. また, 個々の細胞において, 核, 胞体に異型性は認められず, 自律的増殖形態は見られなかった. 以上の所見により, 呼吸器上皮, あるいは, 卵管上皮様の組織が迷入した形の過誤腫 (分離腫) と診断された.

術後経過: 術後の経過は良好であり, 食欲の改善や全身倦怠感の消失が認められたが, 術後, 日が浅いため, 体重の回復は確認されていない.

考 察

Albrecht¹⁾によれば、ある組織芽が正常の連続性を失って一部分分離し、他の組織の中へ迷入した、一種の腫瘍様の組織奇形を分離腫といい、また、ある部分の組織の形成途上における組織の組み合わせの割合が異常であるために、腫瘍様に見える組織奇形を狭義の過誤腫と名づけている。そしてこれら2つの腫瘍様の奇形を、広義の過誤腫として取り扱う、と緒方²⁾は説明している。この広義の過誤腫を腫瘍芽として発生した真の腫瘍を過誤芽腫と呼んでいるが、広義の過誤腫と過誤芽腫との移行型と思われるものが存在し、真の腫瘍か、広義の過誤腫か迷うことも稀ではない。一般に広義の過誤腫と過誤芽腫との鑑別は、前者が発育性の非新生物腫瘍様結節で自律的増殖活性がなく、病理組織学的に組織奇形であることであるが、持続的増殖を示さない過誤芽腫（腫瘍）も存在するため、広義の過誤腫と過誤芽腫の境界はきわめて不明瞭である。また、肺における過誤腫のように、良性混合腫瘍としてはっきりと位置づけられているものもある。注意すべきことは、いわゆる過誤腫というときには、分離腫、狭義の過誤腫、過誤芽腫、移行型の4つを念頭においておかねばならない、ということである。

過誤腫の由来は3胚葉におよぶため、いわゆる過誤腫といわれているものは非常に多い。胎児組織遺残としては、色素性母斑、傍卵巣嚢腫、Gartner 嚢腫、鰓原性腫瘍、エナメル上皮腫、リンパ節の封入上皮腫、Meckel の憩室、下垂体道腫瘍、異所性軟骨などがあり、皮膚科学的には、von Recklinghausen の神経線維腫症、中枢神経の血管腫である Hippel 腫瘍などがある。良性腫瘍であるリンパ管腫、脂肪腫、軟骨腫なども含まれるという。しかし、過誤腫の定義の解釈に幅があるため、これらについて明確な発生部位別頻度を把握し、比較することは困難である。

上記以外の部位に発生することは比較的稀であるが、文献をみると、肝、腎、脾、舌根部、舌、視床下部、網膜および網膜色素上皮、喉頭、鼻咽頭、胸壁、胆管、横紋筋、平滑筋、後腹膜腔といった部位にもみられている。しかし、血管腫、脂肪腫、リンパ管腫などの非上皮性良性腫瘍として、上記以外の部位で報告されている過誤芽腫もあるので、実際には、さらに広汎な部位におよぶと思われる。また、これらは過誤芽腫をかなり含めて報告されているため、文献報告例における広義の過誤腫の割合は、各部位において意外と少ないと思われる。

後腹膜腔に発生した、いわゆる過誤腫の報告はきわ

めて稀であり、Gupta ら³⁾の angiomatous hamartoma, Rumancik ら⁴⁾の atypical pararenal hamartoma, Martelli ら⁵⁾の小児の retroperitoneal hamartoma など、種々の病理診断のもとに散見されるにすぎない。後腹膜腔における発生頻度は、Martelli ら⁵⁾が、小児の後腹膜腫瘍の1~2%を占めると報告しているのみで、成人も含めた全体の年齢層における発生頻度については不明である。初診時年齢層は比較的幅広く、小児から初老期にかけてみられており、腫瘍数は、しばしば多発する傾向があるようである。菅野⁶⁾は、一般に個体発生初期段階においては多くの細胞が他の組織にまぎれこんでおり、このような細胞が長く止まっているのは、細胞更新をまったく行わないか、神経血管結合繊などのように、少ない組織、および、それらの間隙に多いとし、最も多いのが胎生初期細胞移動の中心をなす体の中心線上であるといっている。したがって、後腹膜腔においても正中線付近に発生する頻度が高いと考えられる。

いわゆる過誤腫は、自律的増殖形態を示さないため、後腹膜腔が、元来粗な組織内腔であることも手伝って、無症状に経過し、剖検などの偶然の機会に発見されることが多い。有症状例では、消化器症状をはじめとする不定愁訴が多いようである。確定診断は手術によるしかないが、Rumancik ら⁴⁾が言うように、すでに肺過誤腫が存在し診断が下されている患者においては、後腹膜腔に腫瘤形成性病変を認めた場合、過誤腫を疑ってみるのも一法である。治療に関しては、一般に、外科的全摘が行なわれているようであるが、周囲組織への浸潤や癒着の強い場合には、部分切除が適当である、と Gupta ら³⁾は述べている。また、肺過誤腫の診断が下されている患者で強く過誤腫を疑うような場合には、保存的に経過を観察するのも一法である。

結 語

後腹膜腫瘍の診断のもとに手術が行われ、病理組織学的には過誤腫と診断された、59歳女性の1例を報告した。いわゆる過誤腫には、自律的増殖形態をとるものと、とらないもの、およびその移行型の3型があるが、本症例はその組織形態から、自律的に増殖する過誤芽腫とは異なり、単純な腫瘍様組織奇形としての過誤腫（分離腫）と思われた。

文 献

- 1) Albrecht E: Die Grundprobleme der Geschwulstlehre. Frankfurt Z. Pathol 1: 221-247,

1907

- 2) 緒方知三郎: 腫瘍様の奇形(過誤腫), 太田邦夫改訂 病理学入門, 第14版, 76頁, 南山堂, 東京, 1977
- 3) Gupta S, Kumar A and Khanna S: Retroperitoneal angiomatous hamartoma. *Ann. Chir. Gynaecol* **69**: 154-156, 1980
- 4) Rumancik W, Bosniak MA, Rosen RJ and Hulnick D: Atypical renal and pararenal hamartomas associated with lymphangiomatosis. *AJR* **142**: 971-972, 1984
- 5) Maretelli H, Revillon Y, Lortat-Jacob S and Pellerin D: Hamartomas retroperitoneaux: a propos de 6 observations. *Chir Pediatr* **25**: 22-27, 1984
- 6) 菅野晴夫: 発生と進展, 腫瘍病理学, 菅野晴夫, 小林 博編, 第1版, 30-31頁, 朝倉書店, 東京, 1970

(1987年2月12日受付)