

両側副腎にみられた Non-Hodgkin リンパ腫の 1 例

県立岐阜病院泌尿器科 (部長: 酒井俊助)

伊藤 康久・山羽 正義・小出 卓也・酒井 俊助

県立岐阜病院第二内科 (部長: 清水 勝)

瀬 古 章・渡 部 和 則

A CASE OF BILATERAL ADRENAL NON-HODGKIN LYMPHOMA

Yasuhisa Ito, Masayoshi YAMAHA, Takuya KOIDE and Shunsuke SAKAI

*From the Department of Urology, Gifu Prefectural Gifu Hospital
(Chief: Dr. S. Sakai)*

Akira SEKO and Kazunori WATANABE

*From the 2nd Department of Internal Medicine, Gifu Prefectural Gifu Hospital
(Chief: Dr. M. Shimizu)*

A 47-year-old woman presented with the chief complaint of gait disturbance and pain of bilateral lower limbs.

She was diagnosed as having necrotizing myelitis because myelography was normal and incidentally bilateral adrenal tumor was recognized by ultrasonography and computed tomography. Left adrenalectomy was performed under the diagnosis of bilateral non-functioning adrenal tumor or metastasis to the adrenal glands with unknown origin. The tumor was 10×6×3 cm in size and 175 g in weight. The pathological diagnosis was non-Hodgkin lymphoma (diffuse large cell type).

After combination chemotherapy of vincristine, cyclophosphamide, prednisolone and adriamycin, residual right adrenal mass showed a remarkable reduction, but unfortunately she died 5 months later postoperatively because of complications of lung edema and pneumonitis.

Key words: Non-Hodgkin lymphoma, Adrenal gland

最近われわれは、壊死性脊髄炎を合併した両側副腎の non-Hodgkin リンパ腫の 1 例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

症 例

症例: 47歳, 女, 主婦

初診: 1985年12月2日

主訴: 歩行障害, 両側下肢痛

既往歴: 腹膜炎 (1962年), 腎盂腎炎 (1965年)

家族歴: 特記すべきものない

現病歴: 1985年6月頃より両側下肢のシビレ感に気付いたが, 近医通院治療し軽快した。9月24日歩行障害出現し, その後も徐々に下肢痛・腰痛が増強してき

た。10月28日性器出血をきたし某産婦人科受診するも, 異常なしと言われた。11月18日排尿困難出現し, また歩行不能となり12月12日当院整形外科受診し, 同日入院した。脊髄腫瘍を疑いミエログラフィー施行するも異常所見ないため, 12月19日神経内科に転科した。

現症: 血圧 117/80 mmHg, 脈拍 120/min. 整。体格・栄養は中等度。胸腹部理学的所見特に異常なし。外陰部異常なく, 表在リンパ節触知せず。脳神経は正常。下肢反射は低下もしくは消失し, 12胸髄以下の知覚障害を伴う対麻痺を認め, 括約筋の障害も認める。

入院時検査成績: RBC $453 \times 10^4/\text{mm}^3$, WBC $3,000/\text{mm}^3$, Hb 12.8 g/dl, Ht 38.5%, Plt 26.7×10^4

/mm³. 白血球像 Baso 0%, Eosino 7%, Neutro 53%, Lymph 38%, Mono 2%. CRP (+), ESR 1° 24, 2° 53 mm. GOT 23 IU/l, GPT 32 IU/l, LDH 688 IU/l, AlP 167 IU/l, T-Bil 0.52 mg/dl, T-Chol 175 mg/dl, BUN 10 mg/dl, Cr 0.69 mg/dl, Na 138 mEq/l, K 3.9 mEq/l, Cl 104 mEq/l

尿検査: 糖 (-), 蛋白 (-), ウロビリノーゲン (±).

沈渣: RBC (-), WBC 1~2/hpf

髄液検査: 初圧 145 mm, Xanthochromia. 細胞数 24/3 (lymphocyte) TP 77 mg/dl, Glucose 39 mg/dl, Cl 124 mEq/l. 細胞診で異型細胞なし.

内分泌学的検査: 脊髄横断症候群として, 多発性硬化症もしくは neoplastic myelopathy を疑い検索を行ったところ, 腹部超音波検査にて両側副腎腫瘍が疑われたため, 内分泌学的検査を行った. PRA 2.1 ng/ml/h, aldosterone 52 pg/ml, cortisol 8.9 µg/dl, adrenalin 0.01 ng/ml, noradrenalin 0.13 ng/ml, ACTH 38 pg/ml. 17-KS 3.7 mg/day, 17-OHCS 4.4 mg/day, VMA 2.2 mg/day, HVA 2.8 mg/day, metanephrin 0.03 mg/day, normetanephrin 0.22 mg/day

X線検査・内視鏡検査: 腹部 CT スキャンでは両

側副腎に腫瘍を認める (Fig. 1). MR-CT の矢状断では, 右腎と肝臓の間と左腎と脾臓の間に腫瘍を認める (Fig. 2).

血管造影 (DSA) で左副腎の腫瘍に一致して腫瘍濃染像が見られたが, 右副腎の腫瘍血管はうまく描出できなかった (Fig. 3).

胃カメラにて萎縮性胃炎を認めたが, 頭部 CT スキャン, 胸椎 CT スキャン, 注腸検査および骨シンチに異常を認めなかった.

以上より, 壊死性脊髄炎と両側副腎腫瘍もしくは転移性副腎腫瘍と診断され, 手術的で1986年4月14日に泌尿器科へ転科した.

手術所見 1986年4月22日, 全麻下に経胸腹的に左副腎腫瘍摘除術を施行した. 腫瘍は左腎の上前方にあり, 傍大動脈および左腎動脈のリンパ節腫大も認めたため, 同時に摘出した.

摘出標本: 10×6×3 cm. 重量 175 g で剖面は暗赤色の充実性腫瘍であった (Fig. 4).

病理組織所見: 摘出した左副腎およびリンパ節に



Fig. 1. CT

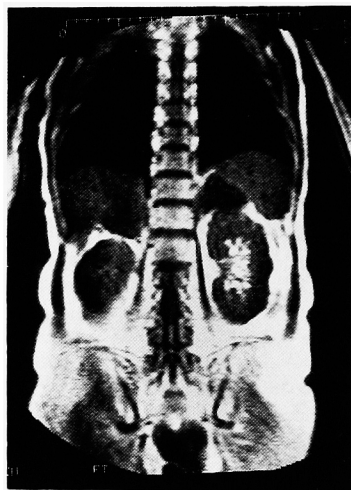


Fig. 2. MR-CT (coronal section)

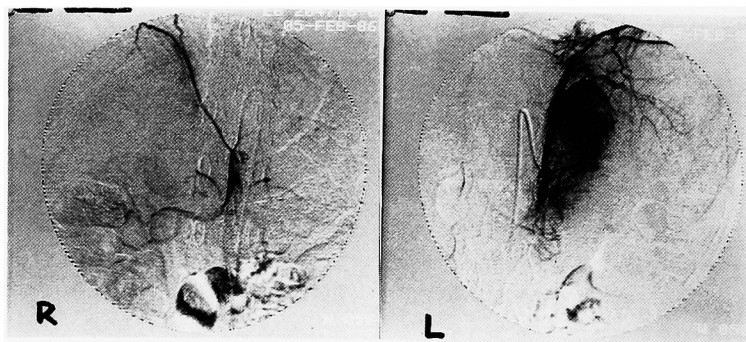


Fig. 3. Bilateral adrenal angiography (Digital subtraction angiography)

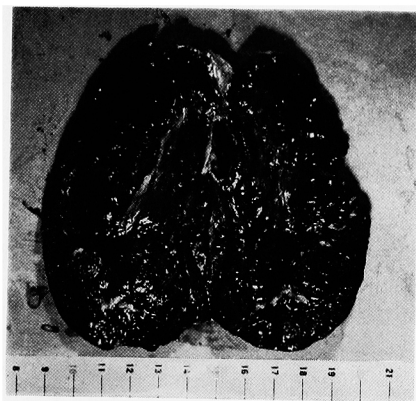


Fig. 4. Gross specimen

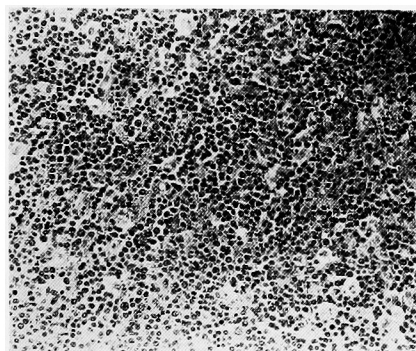


Fig. 5. H. E. stain (×200)

は、腫瘍細胞がびまん性に浸潤しており、non-Hodgkin リンパ腫、LSG 分類で diffuse, large cell type であった (Fig. 5)。

術後経過：リンパ管造影施行するも、特に異常所見は認められなかったが、Ann Arbor 臨床的病期の stage IV と診断し、VEPA 療法 (vincristine, cyclophosphamide (endoxan), prednisolone, adriamycin) を3クール施行した。VEPA 療法施行後、腫瘍はCT上著明に縮小したが、9月15日より肺水腫に肺炎を合併し、9月17日不幸な転帰をとった (Fig. 6)。剖検は施行されなかった。

考 察

わが国における悪性リンパ腫の特徴として non-Hodgkin リンパ腫が多く、このため節外性リンパ腫の頻度も多いと言われている¹⁾。森²⁾によれば、節外性リンパ腫は、Waldayer 輪 (51.7%)、消化管 (20.3

Table 1. Distribution of urogenital malignant lymphoma in recent 5 years (1980~1985)

Site	No.	%
Testis	29	55.6
Retroperitoneal cavity	6	11.8
Urinary bladder	4	7.8
Kidney	4	7.8
Ureter	2	3.9
Prostate	2	3.9
Epididymis	2	3.9
Adrenal gland	1	2.0
Spermatic cord	1	2.0
Total	51	100

Clinical Course

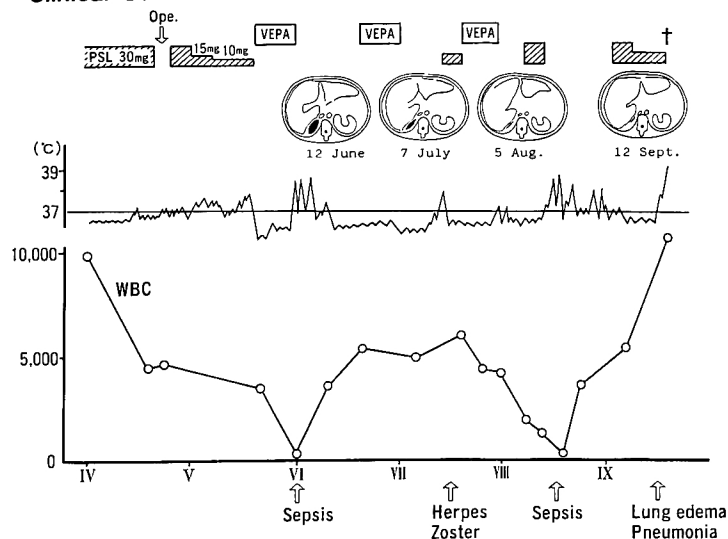


Fig. 6. Clinical course

%), 皮膚 (8.8%) などに好発し, 泌尿器科領域におけるものは1.2%と非常に稀である。われわれが調べ得た最近5年間の泌尿器科領域初発と思われる悪性リンパ腫の発生部位は, 睪丸が29例 (55.6%) と最も多く, 副腎はわずか1例³⁾ (2%) に過ぎない (Table 1)。

臨床症状として特徴的なものはなく, 中島ら³⁾の報告例でも全身倦怠感が体重減少といった症状を呈しているに過ぎず, 診断は非常にむずかしい。われわれの症例では歩行障害や下肢痛といった脊髄腫瘍を思わせる症状を示したが, myelography に異常がないことより, 悪性リンパ腫による脊髄圧迫は考えにくく myelitis との合併と考えたが, 悪性リンパ腫との関連は不明である。また両側の副腎への浸潤が進行すれば副腎不全をおこすこともあろう。

CT の出現により, 従来までは試験開腹か剖検時にしか確認できなかったような悪性リンパ腫の非好発部位における節外性病変の発見も可能になってきているが⁴⁾, 悪性リンパ腫として経過観察中に出現した副腎腫瘍以外は診断は容易ではない。CT 上, 副腎悪性リンパ腫の特徴は特に見られない⁵⁾からである。このため他の悪性腫瘍の副腎転移や原発性副腎腫瘍との鑑別が必要になってくる。特に今回の症例のような両側性の場合, 転移性副腎腫瘍もほとんどの症例が両側性であるため原発腫瘍として頻度の高い乳癌・肺癌・消化管の癌病変⁶⁾の有無を検索し, 鑑別する必要がある。

治療としては, 副腎浸潤をおこしやすい non-Hodgkin リンパ腫の組織型が, Rappaport 分類の diffuse histiocytic type であり⁴⁾, 予後不良型 (unfavorable) リンパ腫に分類され, 予後良好組織型 (favorable) に比べ再発率が高く, 非連続性に進転することが多い⁷⁾ため, 放射線療法より化学療法, 特に

多剤併用療法の適応と思われ, 自験例に行った VEPA 療法⁸⁾をはじめ種々の併用療法があるが, 予後は不良である。

本論文の要旨は, 第153回東海泌尿器科学会において発表した。

文 献

- 1) 白川 茂・田中 公・北 堅吉: 悪性リンパ腫討論. 癌の臨床 **31**: 1029~1035, 1985
- 2) 森 茂郎: リンパ節外性リンパ腫と浮腫性リンパ腫. 悪性リンパ腫のすべて, 坂野輝夫編, 第2版 内科シリーズ 39巻, p. 77~83, 南江堂, 東京, 1984
- 3) 中島洋介・田所 茂・北原 光夫・古寺研一・実川正道・村井 勝: 両側副腎に認められた悪性リンパ腫の1例. 臨泌 **39**: 601~604, 1985
- 4) Glazer HS, Lee JKT, Balfe DM, Mauro MA, Griffith R and Sagel SS: Non-Hodgkin lymphoma: computed tomographic demonstration of unusual extranodal involvement. Radiology **149**: 211~217, 1983
- 5) Paling MR and Williamson BRJ: Adrenal involvement in non-Hodgkin lymphoma. AJR **141**: 303~305, 1983
- 6) Cedermark BJ and Ohlsen H: Computed tomography in the diagnosis of metastases of the adrenal glands. Surg Gynecol Obstet **152**: 13~16, 1981
- 7) 坂野輝夫: ノン・ホジキン・リンパ腫. (5)治療法とその成績. 臨床科学 **20**: 961~970, 1984
- 8) Lymphoma Study Group: Combination chemotherapy with vincristine, cyclophosphamide (endoxan), prednisolone and adriamycin (VEPA) in advanced adult non-Hodgkin's lymphoid malignancies. Jpn J Clin Oncol **9**: 397~406, 1979

(1987年1月6日受付)