

尿膜管腫瘍を疑った腹壁デスモイド腫瘍の1例

国立大阪病院泌尿器科 (医長 : 高羽 津)

辻村 晃, 安永 豊, 松宮 清美

岡 聖次, 高羽 津

DESMOID TUMOR OF THE ABDOMINAL WALL PREOPERATIVELY SUSPECTED AS URACHAL TUMOR : A CASE REPORT

Akira Tsujimura, Yutaka Yasunaga, Kiyomi Matsumiya,
Toshitsugu Oka and Minato Takaha

From the Department of Urology, Osaka National Hospital

A case of desmoid tumor of the abdominal wall which was preoperatively suspected as urachal tumor is presented. The patient was a 56-year-old man, who was referred to our clinic for further examination of the mass detected incidentally in the ventral region of the urinary bladder by computed tomography. Ultrasonography showed that the mass had a heterogenous and hypoecho-genic content. An urachal tumor was suspected and surgery was performed to remove the tumor. During the operation we found that the tumor was completely separated from the urinary bladder and that it had originated from the left rectus abdominal muscle. The pathological diagnosis was desmoid tumor of the abdominal wall.

Since urachal tumor has no characteristic findings on the imaging examinations, it is difficult to differentiate desmoid tumor of the lower abdominal wall from urachal tumor, preoperatively.

(Acta Urol. Jpn. 38: 479-481, 1992)

Key words: Desmoid tumor

緒 言

腹壁デスモイド腫瘍は筋あるいは筋膜より発生する良性線維腫で、本邦報告例は比較的少ない。今回、われわれは術前に尿膜管腫瘍を疑った腹壁デスモイド腫瘍の1例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

症例 : 56歳, 男性

主訴 : 下腹部腫瘍の精査

家族歴 : 特記すべきことなし

既往歴 : 27歳時, 右精巣水腫根治術

現病歴 : 数年来, アルコール性肝炎にて加療中であった。1990年9月頃, 腹水を認め近医で CT 検査を施行されたところ, 膀胱の前方から腹壁にいたる高吸収値を示す腫瘍を偶然認めたため当科へ紹介された。

入院時現症 : 身長 154 cm, 体重 51.2 kg, 血圧 138/

80 mmHg, 脈拍 72/min, 整。胸部に異常を認めず。腹部には臍下 3 cm から恥骨結合にかけて弾性硬の可動性のない無痛性腫瘍を触知した。

入院時検査 : 血液生化学で, GOT 53 U/L, GPT 26 U/L, γ -GTP 153 U/L と軽度の肝機能異常と, U.A 11.4 mg/dl と高尿酸血症を認め, CEA が 4.0 ng/ml と軽度の上昇を示した。また検尿では蛋白尿, 血膿尿を認めた。IVP では腎, 尿管, 膀胱に著変を認めなかった。腹部超音波検査では膀胱の腹側に膀胱と近接し境界やや不鮮明内部不均一で全体的に低エコーを示す腫瘍を認め (Fig. 1), CT 検査でも同様に膀胱の前方に腹壁から膀胱前壁にいたる内部ほぼ均一な高吸収値を示す腫瘍を認め, 腫瘍は膀胱と連続しているように思われた (Fig. 2)。

以上より尿膜管腫瘍を疑い, 本来ならば膀胱鏡検査を施行すべきであったが患者が膀胱鏡検査を強く拒否したため膀胱内は確認できないまま, 尿膜管腫瘍の術前診断のもと同年11月26日腫瘍摘除術を施行した。

手術所見：全麻下で下腹部正中切開を加え臍直下から下方の腫瘤に向かって腹直筋を左右に剝離をすすめた。腹直筋は容易に剝離され、腫瘤は腹膜外に存在し左腹直筋の下半分から恥骨結合までおよんでいた。左腹直筋裏面で半球状に膨隆していたが、恥骨結合や腹膜とは癒着を認めなかった。迅速病理検査でデスモイド腫瘍との診断をえたため、腫瘍と左腹直筋の一部を含めて切除した。

摘出標本：腫瘍は $8.0 \times 5.5 \times 5.0$ cm, 光沢を有する赤褐色調の被膜に覆われ、剖面は、黄白色、光沢があり、充実性であった (Fig. 3)。

組織学的所見：線維細胞、線維芽細胞の束状の増殖がほとんどで、一部筋線維芽細胞もわずかに見られたが、いずれも細胞異型はなくデスモイド腫瘍と診断された (Fig. 4)。

術後経過：順調に回復し、現在外来で経過観察中であるが再発の兆候はない。

考 察

1832年 MacFarlane が初めて報告した腹壁に発生する線維性腫瘍は、1838年 Müller によりデスモイド腫瘍と命名され現在では腹壁以外にも発生することが知られている¹⁾。また、西村ら²⁾は1967年 Stout らが、デスモイド腫瘍は fibromatosis の範疇に属するとし、筋あるいは筋膜より発生することより、線維腫症 Musculoaponeurotic Fibromatosis と考えたと報告し、Fibromatosis の特徴として、1)分化した線維芽細胞に富む、2)細胞学的悪性像を欠く、3)細胞間にコラーゲンが存在する、4)浸潤性の発育をする、5)遠隔転移はないものの、局所再発がある、の5点が挙げられている。

発生原因については、手術創を含めた外傷によるもの、性ホルモンをはじめとする内分泌的異常が重要視

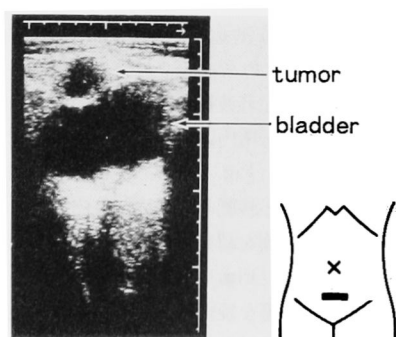


Fig. 1. Ultrasonography shows a heterogeneous and hypoechogenic mass in the ventral region of urinary bladder.



Fig. 2. Computed tomography shows a high density mass.

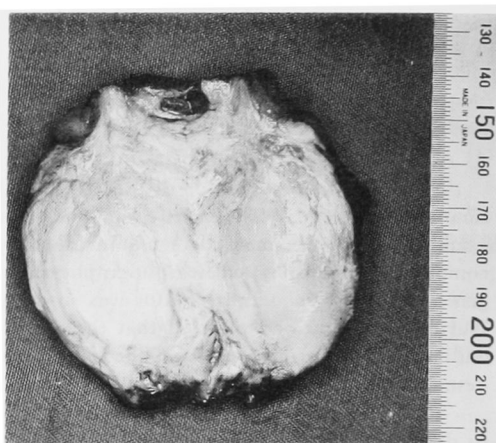


Fig. 3. Cut-surface of the extirpated tumor reveals yellowish and homogeneous solid mass.

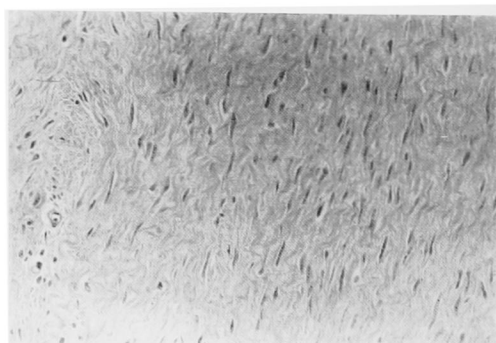


Fig. 4. Photomicrograph demonstrates desmoid tumor consisting of fibrocytes, fibroblasts and musculo-fibroblasts.

されているが、その他炎症、自己免疫、先天性などいろいろ推測されており、定説はない。また、家族性大腸ポリポージス特に Gardner 症候群とデスモイド腫瘍の合併報告が多く、その関連性にも興味を持たれているところである。

大橋ら¹⁾の1988年の腹壁デスマイド腫瘍, 本邦74例の集計では, 性差は1:3で女性に多く, 年齢分布をみると20歳代から30歳代の女性に圧倒的に好発しており, 幼少期や50歳以上では男性に多い傾向が認められた。妊娠による性ホルモン分泌の変化や, 分娩による腹壁の損傷が20歳代から30歳代の女性に好発する理由と推測されている。発生由来は腹直筋44.1%, 内腹斜筋44.1%, 外腹斜筋6.8%, 腹横筋5.1%で腹直筋と内腹斜筋由来のもので大半を占め, 発生部位的には右下腹部が47.5%じ最も多いとされている。自験例は, 下腹正中部に発生し腹直筋由来と考えられたが, 外傷, 手術創や内分泌学的異常もなく原因は不明であった。

治療に関しては, 4'-testolactone, theopline, chlorothiazide の併用による内科的治療と放射線治療の有効性を, それぞれ Waddell³⁾ と Benninghoff & Robbins⁴⁾ が報告しているが, 局所浸潤や再発というデスマイド腫瘍の特徴から考えても手術による腫瘍摘除が一般的である。前述の本邦74例の集計¹⁾でも全例手術による摘除がなされており, その後再発した症例は5例と報告されている。不十分な摘除は再発の危険が高まるため, 健常部を含めた広範な摘除が重要で, その意味から手術切除縁は術中迅速病理診断で確認すべきであろうとする報告もある⁵⁾。自験例も明らかに健常部と思われた左腹直筋も一部合わせて摘除している。

デスマイド腫瘍は超音波では, 境界明瞭で内部濃淡不均一ながら全体的には無エコーもしくは低エコーを示すとされ, また後部エコーの増強を認めるという報告もある^{6,7)}。CT 検査では, 境界明瞭な腫瘍で内部は軟部組織とほぼ同じ吸収値を示すとされている⁷⁾。一方, 尿管腫瘍は初期には IVP や膀胱造影で異常なく, 膀胱鏡でも膀胱粘膜は正常でわずかに膀胱頂部正中より圧迫を認めるという程度が多く, 近年超音波検査や CT 検査が重要とされてきた⁸⁾。しかし, 超音波検査でのエコーレベルや CT 検査での吸収値はさまざまで, 石灰化を認めるものや, 嚢胞を有するものなど, その画期的特徴は多彩である。唯一, 膀胱前壁から Retzius 腔への腫瘍の浸潤が特徴とされている⁹⁾が, 腹直筋由来のデスマイド腫瘍も同様な浸潤傾向を認め, 自験例のように膀胱と連続しているように見える場合には, 鑑別困難である。

尿管腫瘍を疑ったデスマイド腫瘍については, われわれが調べたかぎり現在までに2例^{10,11)}しか報告されていないが, そのうち1例は膀胱周囲炎を併発し, 頻尿, 排尿痛など膀胱症状を主訴としている。超

音波検査や CT 検査を含めた画像診断が進歩しても, 尿管腫瘍の鑑別診断として自験例のようなデスマイド腫瘍も考慮すべきであると考ええる。

結 語

56歳, 男性の尿管腫瘍を疑った腹直筋由来の腹壁デスマイド腫瘍の1例を報告し若干の文献的考察を加えた。腹壁デスマイド腫瘍も尿管腫瘍の鑑別診断に考慮すべきであると考ええる。

本論文の要旨は第134回日本泌尿器科学会関西地方会で報告した。

文 献

- 1) 大橋直樹, 小坂 篤, 水木龍二: 腹壁 Desmoid Tumor の2例 一 本邦報告例74例の検討一. 日臨外会誌 49: 572-577, 1988
- 2) 西村 理, 柏原貞夫, 松末 智: 自家腹直筋前鞘で腹壁再建をした腹壁 Desmoid Tumor の1治療例. 日臨外会誌 45: 1215-1218, 1984
- 3) Waddell WR: Treatment of intraabdominal and abdominal wall desmoid tumors with drugs that affect the metabolism of cyclic 3', 5'-adenosine monophosphate. Ann Surg 181: 299-302, 1975
- 4) Benninghoff D and Robbins R: The nature and treatment of desmoid tumors. AJR 91: 132-137, 1964
- 5) Brasfield RD and DasGupta TK: Desmoid tumors of the anterior abdominal wall. Surgery 65: 241-246, 1969
- 6) Wallace JHK: Ultrasonic diagnosis of abdominal wall desmoid tumor. J Can Assoc Radiol 31: 120-122, 1980
- 7) Yeh HC, Rabinowitz JG and Rosenblum M: Complementary role of CT and ultrasonography in the diagnosis of desmoid tumor of abdominal wall. Comput Radiol 6: 275-280, 1982
- 8) 北見一夫, 増田伸光, 千葉喜美男, ほか: 多彩な組織像を示した尿管癌の1例. 泌尿紀要 33: 1459-1464, 1987
- 9) 宇都宮正登, 井原英有, 高羽 津: 尿管腫瘍の2例. 泌尿紀要 29: 59-66, 1983
- 10) 姉崎 衛, 入倉英雄, 森下英夫: 膀胱症状を主訴とした腹壁 desmoid tumor の1例. 日泌尿会誌 73: 1466, 1982
- 11) 比嘉 傳, 臼井利夫, 山口邦雄, ほか: 下腹部デスマイド腫瘍の1例. 日泌尿会誌 74: 1703, 1983

(Received on June 10, 1991)
(Accepted on July 23, 1991)