

乳房内に発生せる淋巴管性内被細胞腫の1例

京都大学医学部外科学教室第2講座（青柳安誠教授 指導）

足立道五郎

〔原稿受付 日昭和29年9月20日〕

LYMPHANGIOENDOTHELIOMA IN THE RIGHT BREAST (REPORT OF A CASE)

by

MICHIGORO ADACHI

From the 2nd Surgical Clinic of the Kyoto University Hospital
(Director : Prof. Dr. YASUNASA AOYAGI)

A 58-year-old woman who had a large tumor in the right breast and suffered from orthopnea and palpitation, was admitted to our clinic on November 11, 1953.

The tumor was found by herself 3 months before admission, which quickly and markedly increased its size. From the left thoracic cavity a large amount (200cc) of yellowish exsudate was obtained by a puncture.

The retrograde radical mastectomy was performed. Microscopic feature of the tumor was that of a lymphangioendothelioma, and it was found that cells in the exsudate from the left thoracic cavity were of the same variety as those of the tumor. The subsequent examinations of many different parts of the tumor showed that all the tissues were lymphangioendotheliomatous in nature, and no mammary gland tissue was found.

最近我々は淋巴管性内被細胞腫が乳房内に発生した稀有な1例に遭遇したのでその臨床並に組織学的所見を報告すると共に、最近20年間の京大外科第2講座に於ける内被細胞腫症例12についての臨床的観察結果を併せて述べる。

症 例

58才の婦人、昭和28年11月11日入院。

主訴：右乳房の巨大な無痛性腫瘍。

現病歴：入院前3ヶ月頃に右乳房内の上方に鶏卵大の硬い無痛性腫瘍のあることに気付いたが放置しておいた所、急速にその大きさを増し、腫瘍部位に神経痛様疼痛を来す様になった、殊に最近1ヶ月増大が著しい。入院数日前から心悸亢進及呼吸困難感がある。

既往歴：初婚後7年で離婚して接客業を7年間続けその後再婚しているが、この間一度も妊娠していな

い。月経は50才時閉止した。本年10月に婦人科医に子宮筋腫と診断されたが手術は受けていない。

家族歴：特に悪性腫瘍の素因は認められない。

現症：体格中等大、栄養状態も中等度で皮膚に異常を認めない。脈搏1分時100、呼吸1分時23、入院後多少起坐呼吸の傾向がある。血圧最高100、最低80耗水銀柱。心臓の右絶対濁音界は正中線上にあり、左界は不明瞭、心尖第1音が稍不純で、第2肺動脈音が亢進している。左胸部前面第4肋骨以下、側胸部は腋窩以下、背面は肩胛間部以下が濁音を呈し、呼吸音及声音振盪が消失しており、又右胸部背面前下部に少数の摩擦音が聴取される。腹部の左腸骨窩より臍部にわたり成人手拳大の腫瘍があり、直腸内及腹壁の双手診により子宮に生ぜる腫瘍であることがわかる。表面は比較的平滑で僅に凹凸があり弾性硬、左右に可動性を有し、圧痛はない。腹水症状は認められない。肝縁は右鎖骨中線

上で肋弓下2横指触れるが硬度は軟である。脾、腎は触れない。

局所所見：右乳房全体として小児頭大に膨隆し略々半球球形を呈し、その基底に於て縦径約12cm、横径約11cm、周長41cm、胸壁よりの高さ約10cm、である。表面は視診上概ね平滑であるが内側半部に2、3凹凸があり、覆皮の色は概ね尋常であるが内下象限の凸出部の皮膚は暗紫赤色を呈している。又内上象限には僅に静脈怒張が見られる。触診上局所熱感は無く膨隆に一致して腫瘤をふれ、その境界は概ね明瞭である。腫瘤の表面は所々に粗大結節状の部があり、殊に外上象限の部は数葉に分れていて、硬度は全体として軟骨硬、場所によつて弾性硬及弾性軟の小部分を触れる。腫瘤全体として胸壁肋骨群から上下左右方向に少々移動せしめ得るが、大胸筋を緊張せしめて見るとこれと固く癒着している事がわかる。又覆皮とは乳頭部及内半部の凸出部に癒着がある外は比較的自由に移動せしめ得る。両頸部、両鎖骨上下窩、両腋窩には淋巴節腫大は

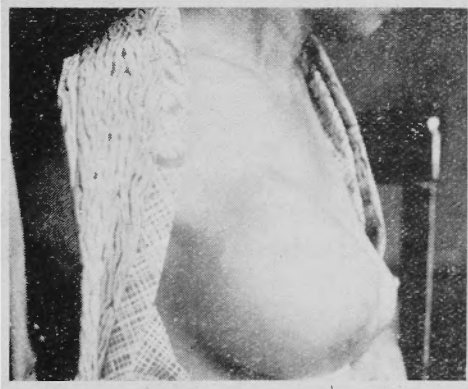


図 1

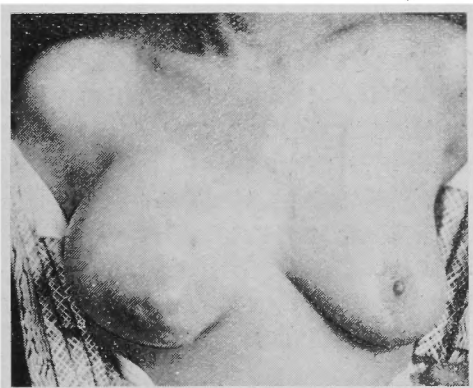


図 2

触知出来ない。乳房を圧迫しても乳頭より分泌物の排出は認めない(図1, 2)。

臨床検査所見：貧血はなく、血漿蛋白量正常、白血球数增多が14,600に及び、中性球增多83%を示す。赤沈中等価21.8耗で稍促進している。肝機能に著変なく、尿にも異常を認めない。然し尿中の17 Ketosteroid排泄量は2.16乃至1.86mg(24時間)で著明に減少。右乳房腫瘤の試験切片の組織学的診断は後述の如く淋巴管性内皮細胞腫である。左胸腔濁音部の試験穿刺により得た胸液は淡黄色透明でRivalta 反応陽性、比重1.018。その沈渣中には淋巴球と共に腫瘤に見られる細胞と全く同様の細胞が見られた。

手術所見：イソミタール0.3内服及び4%ナルスコ計0.8cc皮下注射の基礎麻酔下に局所麻酔によつて逆行性に右乳房切斷術を実施し、腫瘤を剥出した。腫瘤は大胸筋とは癒着しているが肋骨及肋間筋との間には鬆粗結締組織があるのみでそれらや内胸筋膜、肋膜等との間に癒着や肉眼的な連絡(浸潤等)は認められなかった。右腋窩には認むべき淋巴節腫脹は見当らず、右鎖骨下窩の大小胸筋後面脂肪織中に数個の米粒大の淋巴節を認めたが硬度は腫瘤の如く硬いものではなかった。

術後経過：手術創は清浄で大部分第1期癒合を営み治癒した。術後第5日には左胸腔滲出液が増量し、呼吸困難を来したが穿刺排液によつて軽快した。穿刺液は稍血性濁濁を来して居り、沈渣中には術前同様の細胞を見出した。尚左胸腔及子宮腫瘤に対し検索を進め様としたが患者の事情により術後第9日に軽快退院した。此時17 Ketosteroidは3.46 mg/24hであつた。

摘出標本：右乳房内全部が灰白色軟骨様硬の腫瘍組織で占められ、別に乳腺組織らしいものは認められない。腫瘍は血管に乏しく比較的液状物が少い。腫瘍内部にも硬度が少々変化して少しく軟化した部も認められたが液化崩壊した部は見られない(図3)。

組織学的所見：試験切片及び摘出標本の種々な部分の組織学的所見は凡て同じであつて、少々大型の紡錘形の細胞群が細胞巢を作り、巢間質は甚だ少量である。巢内の細胞相互間には比較的間隙が多く、又所々に円形の淋巴管腔を作っている。又細胞群の中に処々に十数個乃至数個の核を有する巨大細胞が存在している(図4, 5)。

上述の紡錘形の細胞の核は細胞の略々中心にあり円形大型でクロマチンに乏しく網状構造が認められ、且

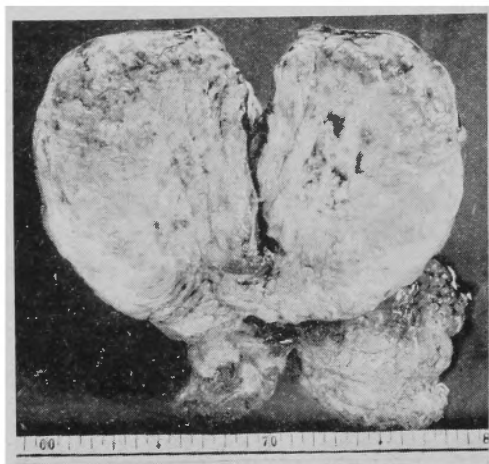


図 3

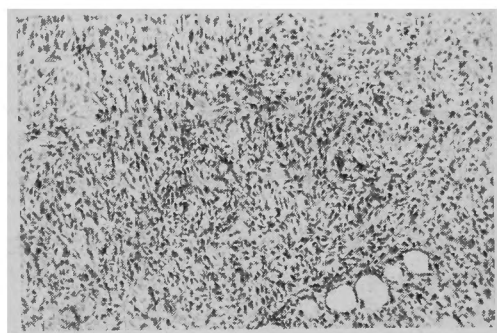


図 4

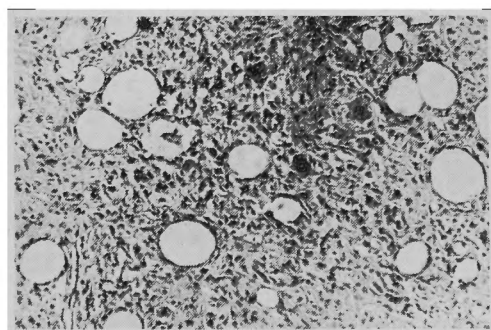


図 5

1個乃至2個の青染する仁が認められる。有糸分裂の状況は著明でない。細胞原形質も亦比較的大きいが著明な顆粒或は空泡は少い(腫瘍の塗抹標本, 図6)。

巨大細胞の核及原形質の状況も略々同様であるが原形質の輪廓は概ね不整な円形である。

以上の所見からこの腫瘍は淋巴管性内被細胞腫と診断される。尙腫瘍の多数の部分の組織像の検索で未だ

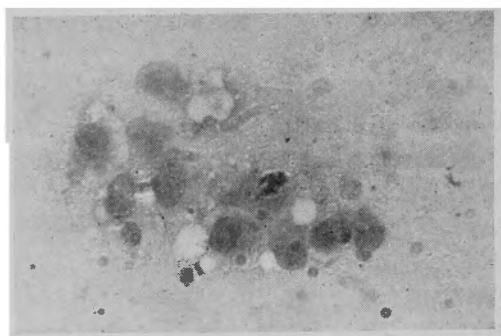


図 6

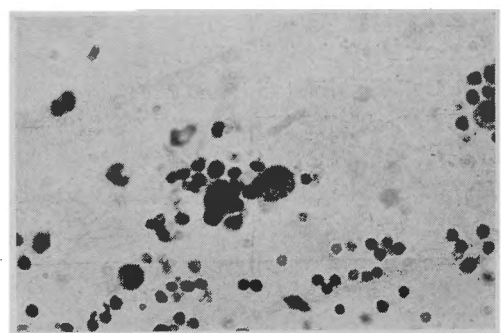


図 7

乳腺組織を見出してない。

鎖骨下窩淋巴節には腫瘍組織は認められなかつた。然し左胸腔滲出液内には淋巴球, 赤血球と共に上記腫瘍細胞と全く同一構造を有する細胞を確認した(図7)。

考 察

内被細胞腫の母組織である内被細胞という概念の範囲は各学派により異なるため, それより発生する腫瘍に対する判断が異つて来て, 内被細胞腫という概念に対しても古くから論争がある。事実現今通常内被細胞腫として取扱われている血管及淋巴管内被細胞や体腔漿膜の被覆細胞の増生による未成熟型腫瘍は, その組織発生的には結締質性であるから, 肉腫に属すべきものと言え様が, 実際の組織像は特異単一な点が少く或物は癌腫様, 或物は肉腫様, 更に或物は中間型等を呈する。それ故この診断に対して各学派の判断が異なり, 内被細胞腫の概念を広汎に認めようとするものや, 又組織像よりこれを出来るだけ癌及肉腫の何れかに属せしめ様とするもの等がある。現今広く行われている Max Borst の分類によれば, その範囲は広く, ①漿膜

表 1 最近20年間の内被細胞腫症例

	氏 名	年 令	性	原発部位	同多 発時性	轉 移		手 術 (回数)	再発	轉(退 院時)	備 考
						所 属 淋 巴 節	遠隔臓 器組織				
1	○本○代○	58	早	右乳房内	左肋膜	(-)	(-)	剔除1	/	未治	観察期間過短
2	○水 ○郎	15	含	左下腿筋膜	(-)	(-)	肺	切開1 剔除4	(+)	未治	発病より手術不能と なる迄の期間9年
3	○水 ○三	63	含	左 辜 丸	(-)	?	(-)	剔除4	(+)	軽快	退院後経過不詳
4	○本 ○二	40	含	左顎下腺	(-)	(+)	(-)	剔除1 切開1	(+)	未治	発病より手術不能と なる迄の期間2年
5	○泉 ○治	43	含	左大腿筋膜	(-)	(+)	(-)	剔除1	(-)	軽快	退院後経過不詳
6	○口 ○雄	57	含	左耳下腺	(-)	(+)	左鎖骨 肋 膜	剔除2	(+)	未治	発病より手術不能と なる迄の期間7年3月
7	○谷○百○子	26	早	左 上 顎	(-)	(+)	(-)	上 顎 切除1	/	死亡	発病より死亡迄の期 間3年
8	○井 ○一	16	含	左前脚骨間 筋膜	(-)	(+)	(-)	剔除1	/	死亡	同上8ヶ月
9	○尾○え○	66	含	右下顎骨	(-)	(+)	(-)	関 節 切除1	/	死亡	同上8ヶ月
10	○川 ○吉	51	含	胃結腸韌帯	左肋膜	(+)	腹腔内 播 種	摘出1	/	未治	発病より手術不能と なる迄の期間11ヶ月
11	○北 ○子	34	早	左 口 蓋	(-)	(+)	(-)	上 顎 切除1	(-)	軽快	退院後経過不詳
12	○谷 ○吉	48	含	大 網	(-)	(+)	腹腔内 播 種	摘出1	/	死亡	発病より死亡迄の期 間3ヶ月

より発生したとき、②脳膜から発生したとき、③血管内被細胞から発生したとき、④淋巴管内被細胞から発生したときを含んでいる。

本症例はこの中の④の淋巴管性内被細胞腫に属するものと思われる。一般に淋巴管性内被細胞腫は個体の各所に多発することが多く、転移傾向は少いとされている。その組織像は円形乃至紡錘形の細胞が或は細い索状をなし、或は管腔を作り、又網状を呈して排列する。そして細胞の分化の程度により淋巴管腔を作つたり、又腺腫様構造を呈して癌組織に相似したり、又細胞が数多く間質が少く肉腫の如き構造を示したりする。好発部位は皮膚、軟脳膜、硬脳膜、唾液腺、口蓋、卵巣、子宮、睾丸、骨、淋巴節等であるとされている。

本症例の如く乳房内に発生したものは稀有であるといえよう。この腫瘍と乳腺とが如何なる関係にあるかは尙不明であるが、本症例の摘出標本の多数の個所についての検索では遂に乳腺組織を見出し得なかつた事は注意すべき事実であろう。

扱、昭和9年より昭和28年迄の20年間に於ける京大外科第2講座の内被細胞腫の症例12例を原発部位、転移、再発状況等について見ると次の様な結果を得た。

註：表1の中第1例乃至第4例は凡て淋巴管性内被細胞腫であるがその他の分類は甚だ困難であつて尙今

後の検索を必要とする。転移欄中の遠隔組織又は臓器への転移とは原発腫瘍発生より時間的に明らかに後に(2年乃至7年)に生じたもの、及び腹腔内に播種されて生じた所見が手術によつて明らかになつたもののみを算えている(註終)。

(1) 年齢及び性については例数が少い為云々することは出来ないが、女性例は少く又思春期前の小児は無かつた。

(2) 原発部位として上下顎部の3例が最多で次に唾液腺及び下肢の筋膜が各2例あつた。

(3) 成書では本腫瘍は多発性のことが多く転移傾向は少いとされているが、我々の例では寧ろその逆の結果を示していて、即ち同時多発は2例であるに対し、遠隔臓器や組織への転移は4例に及び、所屬淋巴節への転移の確められたものは大多数である。

(4) 手術後の再発は甚だ高率である。第1回手術後間もなく死亡又は machtilos になつた例及び術後観察期間の甚だ短い例を除けば再発は6例中4例であつた。

(5) 本腫瘍の予後は従つて概ね不良であつて1回乃至数回の剔除術の後、転移や衰弱の為手術不能になり死亡することが多いのはこの表でも明かである。

以上から本腫瘍の臨床像は癌腫や肉腫に劣らぬ悪性

度を示して居り、試験切片による早期発見と徹底的な剔除及び廓掃が必要であると思われる。尙X線照射や悪性腫瘍への化学療法剤、抗生物質の効果については未だ確定的な報告が無く、尙今後の研究に俟たねばならない。

結 語

乳房内に発生した淋巴管内被細胞腫症例の臨床経過及組織学的検索の所見を述べ、且内被細胞腫症例12

例についての臨床的観察結果よりその悪性度、治療上の知見を併せて報告した。

文 献

- 1) Borst, Max : Die Lehre von den Geschwülsten 1902, 2) 江本俊秀 : 上口唇に発生せる所謂内被細胞腫の一例, 日本外科学会雑誌, 48, 6, 昭22.10.
- 3) 篠井金吾 : 原発性肋膜腫瘍の経験. 臨床外科, 2, 4, 昭22. 4) 森茂樹 : 病理学総論, 昭25.