

消化管平滑筋腫 3 症例

第2編 十二指腸平滑筋肉腫

京都帝國大學醫學部外科學教室第二講座(青柳教授)

副手 醫學士 市 川 博 信

3 Fälle von Leiomyom des Verdauungstraktus.

II. Abteilung. Leiomyosarcoma duodeni

Von

Dr. Hironobu Itikawa

[Aus d. II. Chirurg. Klinik d. Kaiserl. Universität Kyoto
(Direktor: Prof. Dr. Y. Aoyagi)]

Klinische Beobachtungen.

Pat. 42-jähriger Mann, aufgenommen in die Klinik am 17. Jan. 1939 wegen der Anämie sowie der Bauchschmerzen.

H.B. Karzinomatöse und apoplektische Belastungen nachweisbar.

V.G. Keine nennenswerten Krankheiten durchgemacht.

Anamnese: Vor 13 Jahren, eines Tages bekam er plötzlich kolikartige Schmerzen mit der Haematemesis und darauffolgender schwärzlichen Verfärbung der Stühle. Derartiger 2~3tägiger Anfall trat auch vor 10 und 6 Jahren auf. Seitdem bemerkt er das Erscheinen der Anämie. Seit 3 Jahren hat er zeitweise über die 1—1,5 Stunde nach Speiseaufnahme einstellenden dumpfen Schmerzen in der r. Hypochondrialgegend geklagt und einen Tumor da bemerkt. Seit kurzem ist die Vergrößerung des Tumors sehr bemerkenswert geworden und die schwärzliche Verfärbung der Stühle immer heftiger.

Status praesens: Ein stark gebauter Mann, im etwas reduzierten Ernährungszustand. Gesicht blass, kein Ödem. Puls zählt ca. 80 in der Minute, gut gespannt, nicht klein, aber respiratorische Arrhythmie nachweisbar. Herz und Lungen ganz in Ordnung.

Status localis: Bauch weder aufgetrieben noch eingesunken. Rechts vom Nabel tastet man einen mannsfaustgrossen Tumor, dessen Oberfläche grobhöckerig und Konsistenz elastischderb ist. Keine Verwachsung mit der Vorderbauchwand, aber er lässt sich nicht von der Unterlage verschieben.

Rechts vom oben erwähnten Tumor befinden sich einige von taubenei- bis hühnereigrossen Tumoren. Ampulla recti nicht erweitert und kein Tumor da.

Urin: Nichts besonders. Kot: Occulutes Blut schwach positiv.

Blut: Erythrozytenzahl 1,570,000

Hb-Gehalt 29% (nach Sahli)

Färbeindex 0,97

Neutrophile polynucleäre Leucozyten	63%
Eosinophile polynucleäre Leucozyten	3%
Basophile polynucleäre Leucozyten	0%
Lymphozyten	32%
Monozyten und Übergangsform	3%

Wa.R. des Blutserums (-)

Magensaft: Im Vorsaft besteht Anazidität, aber im Nachsaft Normazidität.

Röntgenbild: Magen und Bulbus duodeni ganz intakt. Am pars horizontalis duodeni inferior ein mannsfaustgrosser Tumor tastbar. Magen und Duodenum wurden von demselben deutlich verdrängt und in diesem Tumor mehrere Bariumschatten konstatierbar.

Klinische und radiologische Diagnose: Krebs aus Duodenum.

Operation: Laparotomie in der oberen Medianlinie. Kein Aszites. Magen, Colon transversum und Dünndarm intakt, Gallenblase mässig erweitert und gefüllt.

Pars hor. duodeni sup. stark erweitert und auch Pylorusring mässig erweitert. Pars hor. inf. als ganzes tumorartig verändert und Probeexzision daraus ausgeführt.

Sonst nichts zu erwähnen. Gastrojejunostomia retrocolica posterior nach Hacker.

Verlauf: Glatt und primär geheilt.

Mikroskopisch erwies sich der Tumor als Leiomyosarcoma duodeni.

緒 言

十二指腸平滑筋腫ハ胃腸管平滑筋腫ノ中デモ特ニ稀有ナモノデアツテ、歐米デモ Wesener (1883), Rosenow, Kukula (1895), Berstein (1929)等ノ報告ヲ見ルノミデアアルガ、本邦デハ大西(昭和6年)ノ報告ガアルニ過ギナイ。而モ之トテ「腺筋腫ヲ伴フ副脾臓」ノ症例デアツテ、本來ノ十二指腸平滑筋腫ノ本邦症例ハ今日迄之ヲ見出シ得ナイノデアアル。之レ茲ニ余等ノ經驗シタル十二指腸平滑筋肉腫ノ1例ヲ敢テ報告スル所以デアアル。

奥〇義〇 42歳、銀行員。

入院 昭和14年1月17日。

主訴 貧血ト時々起ル腹痛。

現病歴 13年前急ニ腹痛ヲ來タシ、吐血、腦貧血ヲ起シタガ、間モナク大便ガ黒色「テール」様トナツタノニ氣付イテ、醫療ヲ受ケ此等ノ苦惱ハ消退シタ。

10年前及ビ6年前ニモ同様ノ腹痛ト大便ノ黒變ヲ來タシタコトガアルガ、何レモ數日デ消退シタ。併シ何時トハナク顔色ノ蒼白トナツタコトニ氣付イタ。此等發作性腹痛ハ主トシテ臍ノ右側ニ存シ、食事トハ無關係ニ起ルノヲ常トシタ。

3年前ノ3月頃食前ニ心高部疼痛ガアリ、食事ヲ爲シテ消退シタコトガアルガ、其ノ頃カラ多クハ食後1時間乃至1時間半デ疼痛ガ臍ノ右上方ニ起ル様ニナツタガ、注射ヲ要スル程激烈デハナカツタ。此頃カラ、臍ノ右方ニ腫瘤ノアルノニ氣付キ、其ノ部分ニ屢々腸雜音ヲ聞ク様ニナツタ。以來春又ハ秋ニ多ク發作ガアリ、特ニ大便ノ黒變ハ頻々ト起リ、益々顔色ノ蒼白ヲ増シタ。臍右方ノ腫瘤ハ漸次ニ大サヲ増ス様ニ思ハレル。初メカラ眩暈、嘔氣、嘔吐等ハナイト云フ。

既往症 特記スルコトハナイ。

家族歴 癌、卒中ノ遺傳關係ヲ認メル。其他ノモノハ認メナイ。

現在症狀 體格中等、骨格強壯、榮養少シク衰ヘタ中年ノ男子デ、皮膚殊ニ顔面蒼白、貧血狀ヲ呈スルガ浮腫ヲ認メナイ。脈搏1分間約80、整デアルガ、呼吸性不整脈ヲ證明スル。ソノ他異狀ハナイ。

胸部、四肢ニ異狀ヲ認メナイ。

局所々見(腹部) 腹部ハ膨隆モ陷凹モナク、蠕動不穩、皮下靜脈怒張等ヲ認メナイ。

臍ノ右側稍々彌漫性ニ膨隆シ、此ノ部ニ超手拳大ノ腫瘤ヲ觸レル。腫瘤ハ表面粗大粗糙、硬サ彈力性硬デ、壓痛ヲ證明セズ、皮膚及ビ前腹壁トハ可動デアルガ、下床トハ何レノ方向ヘモ移動デキナイ。

上記ノ腫瘤右側ニ尙ホ數個ノ雞卵大カラ鳩卵大迄ノ同ジ硬度ノ腫瘤ガアル。之等ノ小サイ腫瘤ハ、下床ト稍々可動性デアル。何レモ壓痛ハナイ。

肛門指診ニ於テ、直腸壺腹部ノ擴大ナク、薦部淋巴腺ノ肥大ヲ觸レナイ。肝、脾、腎臟ヲ觸レナイ。

血液検査 赤血球數157萬、血色素量29% (ザーリー)、血色素指數0.97、即チ可成高度ノ貧血ガアル。白血球種類ハ中性多核白血球62%、¹エオジン¹嗜好性白血球3%、鹽基性白血球0%、淋巴球32% (大淋巴球6%、小淋巴球26%)、大單核細胞及ビ移行型3%デ略正常デアル。血清¹ワ氏反應(-)。

尿検査 淡黃色中性、比重1015、其他異常含有物ヲ證明シナイ。

胃液検査 前液遊離鹽酸及總酸度共ニ缺如ス。

後液最高遊離鹽酸	23	總酸度	41
----------	----	-----	----

ニ線検査 胃及ビ十二指腸球部ニハ異常ナク十二指腸下水平部ノ内側ヲ中心ニ手拳大ノ腫瘤ガアル。ソノ爲ニ胃及ビ十二指腸ハ著シク壓排サレ腫瘤内ニハ不規則ナ¹バリウム¹陰影縱横ニ走り、所々ニ組織破壊ヲ起シテ、ソノ中ヘ¹バリウム¹ノ侵入シタ像ガアル。

手術 劍狀突起カラ臍ノ直下ニ至ル約12種ノ正中切開ニ、臍直上カラ右方ニ約5種ノ横切開ヲ加ヘテ腹壁ヲ開ク。腹膜ニ異狀ナク、腹水ヲ見ナイ。横行結腸、小腸ニ著變ナク膽囊ハ稍々強ク充滿シテ居ル。胃ノ位置、大サ、壁ノ性狀ニ異常ナク、周圍トノ癒着ハナイ。

十二指腸ヲ檢スルト、上水平部ガ強ク擴張シ、幽門輪モ少シク擴大スル。又下水平部モ擴張變形シ此處ニ手拳大ノ腫瘤ヲ認メル。下行部ハ見出し得ナイ。腫瘤ハ下水平部ト強ク癒着シ、且ツ下床トモ固ク癒着ヲ營ム。腫瘤ノ表面ハ一般ニ平滑、彈力性軟デ波動ヲ認メル。表面ニハ多數ノ血管ガ怒張蛇行スル。而モ此ノ腫瘤ハ十二指腸ノ此ノ部ノ憩室様ノモノニ聯絡シテ居ル。尙十二指腸ヲ隔テテ向フ側稍下寄リニ、第一ノ腫瘤ノ約1/2大ノ腫瘤ガアル。此ノ者ハ表面粗糙デ彈力性硬ナ部分ト彈力性軟ノ部分及ビ緊張彈力性デ波動ヲ呈スル部分ヲ雜ニ、此ノ部分カラ試験切片ヲ採取シタ。

大網膜ニ變化ナク、肝臟右葉ノ側縁ハ表面細粗糙デ血管擴大シ蛇行ノ爲シ彈力性硬デアル。

横行結腸ノ腸間膜ニ約8種ノ縱切開ヲ加ヘ、此處ヲ通ジテ胃ノ後壁ト空腸ノトライツ氏靱帶カラ2横指下方ノ部分トノ間ニ吻合ヲ行ヒ、結腸々間膜ノ切開孔ト胃後壁トノ間ヲ縫合固定シ、腹壁ヲ閉鎖シテ手術ヲ終ツタ。

顯微鏡の検査 試験切片ノ、ヘマトキシリン・エオジン¹染色標本デハ、細胞ハ長紡錘形ヲ爲シテ並列シ、其ノ走向ハ錯雜ヲ極メテ居ル。細胞體ノ染色ハ良好デアルガ、境界ハ稍々不鮮明ナ部分ガアル。核ハ長橢圓又ハ長桿狀ヲ爲シ、細胞ノ中央部ニ位置シ、之等ハ滑平筋腫組織様像ヲ呈スルガ、一部ニ於テハ細胞ノ排列不規則トナリ、核ハ他ノ部ニ比シテ著シク短カク、且ツ兩端丸ク或ハ尖リ、大小及ビ濃淡不同デ、所々核分裂ノ像ヲ認メテ明ラカニ肉腫様ノ構造ヲ交エテ居ル。兩者ノ間ニハ明カナ境界ハナク漸次的ニ移行シテ居テ、何處ニモ圓形細胞浸潤ノ像ヲ認メナイ。

ワン・ギーソン氏染色標本デハ、間質組織ハ多クナイガ、主トシテ膠様結締組織ヨリ成リ、特ニ細胞束トシテ封綴セズ、却ツテ均等性ニ個々ノ細胞間ニ入り込ムコトが多い。血管ハ特ニ多クハナイ。硝子様變性、石灰化、或ハ空洞形成等ヲ見ナイ。

以上ノ所見カラ此ノ者ハ紡錘形細胞肉腫様ニ變性シタ滑平筋腫即チ滑平筋肉腫デアル。

本例ハ42歳ノ男子デ、13年前カラ臍右側ノ腹痛ト吐血及ビ下血ヲ來タシ、同様ノ症狀ヲ繰リ返ス内ニ、割合輕度デハアルガ、幽門部狹窄様ノ發作ヲ來シ、且ツ最近ニ至ツテ初メテ臍ノ右側ニ自ラ腫瘤ヲ觸レルニ至リ、強イ貧血ニ陥ツタモノデアルガ、臨牀的ニ十二指腸潰瘍性狹窄ノ疑ヲ抱キ手術ノ結果十二指腸ノ下水平部ノ腫瘍デ切除困難デアツタ爲、胃空腸吻合ヲ行ヒ、試験切片ノ顯微鏡的検査ノ結果、滑平筋肉腫(部分的ニ紡錘形細胞肉腫變性ヲ爲シタ滑平筋腫)デアツタコトヲ確認シタモノデアル。

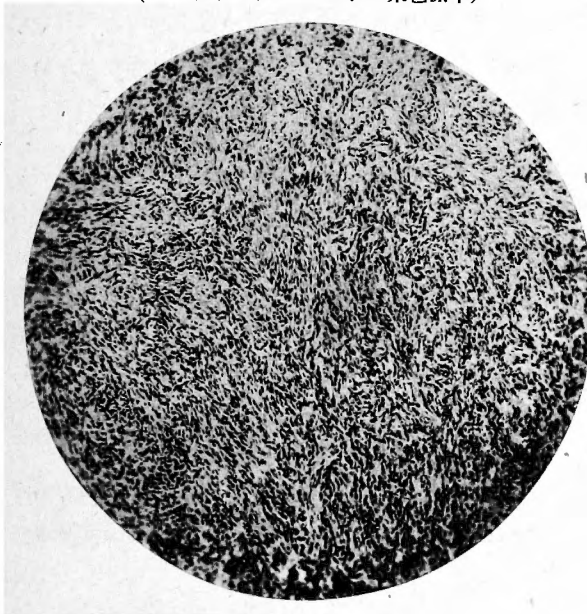
考 察

1) 症 候

十二指腸ハ上水平部ニ於テハ幽門輪ヲ介シテ胃ニ直接シ、下行部ニハ膽汁膀胱ノ排泄管ガ開口シ、且ツ全體トシテ腸間膜ヲ有セズ後腹壁ニ固定サレ、トライツ氏靱帶ヲ以テ急ニ腸間膜ヲ有シテ自由動性ノ空腸ニ連ナツテ居ル。斯ル解剖的關係ノタメ十二指腸ニ於ケル筋腫ハ其ノ發

顯 微 鏡 寫 眞

(ヘマトキシリン・エオジン染色標本)



× 50

生ノ内外ヲ論ズ、症狀ニ稍々特有ナルモノヲ有シ、種々ノ隨伴症狀ヲ併セ、其ノ豫後モ亦不良ノコトガ屢々デアアル。

症狀ハ一般ニ十二指腸乳頭トノ關係ニヨツテ種々異ナツテ來ル。即チ筋腫ガ乳頭カラ上流ニ在ルトキハ主トシテ幽門狹窄ノ症狀ヲ呈シ、幽門部腫瘍ト誤認サレ易イ。又腫瘍ノ崩壊ニ依ツテ出血ヲ起スコトガ屢々デ、吐血或ハ下血(黒色便)トナツテ現ハレ、爲ニ患者ハ高度ノ貧血ニ陥ルコトハ他ノ一般腸筋腫ト共通スルモノデアル。且ツ内發性筋腫デハ割合ニ後期ニ至ルマデ腫瘤ヲ觸レ難イタメ十二指腸潰瘍トノ鑑別ガ困難デアアルガ、併シ此ノ際ハ眞性十

二指腸潰瘍ト異リ、特發痛及ビ壓迫痛ヲ缺クノガ普通デアアル。斯ル際診斷ノ助ケトナルモノハ「レントゲン」検査デアアル。筋腫ガ乳頭カラ下流ニアルトキハ、幽門狹窄ノ症狀ヲ呈スル他ニ、膽汁及ビ胰液ノ潑溜スル爲ニ胃ニ逆流シ、胃液内ニ此等ノ存在ヲ立證シ、或ハ膽汁様吐物ヲ見ルモノデアル。此ノ際ハ吐血ヨリ先ニ、下血ノ症狀ガ先驅トナルコトガ多イ。筋腫ガ乳頭ニ接シテ發育スルトキハ、黃疸ヲ起シ、或ハ胰臟ノ機能障礙ニヨリ糖尿ヲ起シタリ、又ハ胰液導管ノ潑溜囊腫ノ原因トナルコトガアル。外發性筋腫デモ後壁ニ發生スルトキハ後腹膜腫瘍ノ形ヲ

呈シ、周圍ハ比較的壓排性デナイ爲メ、外發性ノ場合デモ十二指腸自身及ビ總輸膽管ノ壓迫障礙ヲ起シ易イモノデアル。

或ハ又膽石ヲ有スル患者デ、内發性筋腫ガ有ル場合、十二指腸膽石嵌在症ニ疑ヲ置カレルコトモアル。併シ膽石ニセヨ、筋腫ニセヨ、ソノ末期ニ至ツテモ小腸下部狹窄ニ見ル様ナ所謂吐糞症ハ缺除スルモノデアル。

2) 豫 後

十二指腸筋腫ハ其ノ解剖的關係及ビ續發症狀ニ依リ豫後ハ一般ニ不良ニ屬スル。

3) 治 療

其ノ療法ニ於テモ胃腸管筋腫ノ中デ最モ困難ヲ感ズルモノデアツテ、其ノ發生部位ニヨリ、又周圍臓器トノ關係カラ十二指腸切除ハ容易デナイ。即チ常ニ肝脾臟排泄管ノ損傷、或ハ大血管ノ損傷ヲ避ケル注意ヲ要スルノデアル。最後的手段トシテ本例ノ如ク胃空腸吻合術ヲ行フコトヲ餘儀ナクセラレルコトガ多イ。

文 獻 (最終編末尾參照)