

巨大セミノーマの1例

東京共済病院泌尿器科 (部長: 斎藤 功)

西古 靖, 鈴木 明*, 斎藤 功

東京共済病院病理

副 島 和 彦

GIANT SEMINOMA OF THE LEFT TESTIS: A CASE REPORT

Yasushi Saiko, Akira Suzuki, Isao Saito and Kazuhiko Soejima

From the Department of Urology and Department of Pathology, Tokyo Kyohsai Hospital

A 66-year-old man visited our hospital with a history of a slowly growing left scrotal contents for the past 5 years. Serum β -human chorionic gonadotropin and lactate dehydrogenase was greatly elevated. The resected mass was 26 cm $\times$ 16 cm $\times$ 13 cm in size, 2,258 g in weight. It arose from left testis and grew to the left inguinal region. Histologically it was pure seminoma.

(Acta Urol. Jpn. 38: 85-87, 1992)

Key words: Giant seminoma, β -HCG, Testicular tumor

結 言

われわれは、血液中 β -HCG の上昇が認められた、重量 2,258 g の巨大セミノーマの1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。本例は巨大セミノーマの本邦報告例としては4番目の大きさであった。

症 例

患者: 66歳, 男子

主訴: 左陰嚢より鼠径部にかけての腫脹

既往歴: マラリア

家族歴: 特記すべきことなし

病歴: 1984年頃より左陰嚢内容の無痛性腫脹に気付いたが、脱腸(外鼠径ヘルニア)かと思い放置していた。しかし腫脹はしだいに増大し鼠径部にまでおよんだため心配になり、1989年5月27日当科受診し入院となった。

入院時現症: 左陰嚢より鼠径部にかけ径 24 cm 程の巨大な腫瘍がみられ、精巣上体、精管は判然とせず、表面は平滑で弾性硬、可動性は見られず、陰茎は右側に圧迫されていた (Fig. 1)。右鼠径部にも鶏卵大のリンパ節の腫脹が1つ認められた。その他胸部腹部には、理学的異常所見は認められなかった。

入院時検査所見: 赤沈 1時間値 31 mm, LDH 10,568 IU/L, (LDH 1 37.8%, LDH 2 43.4%, LDH 3 18.9%) 血中 β -HCG は 110 ng/ml と高値であった。血中 CEA, AFP の上昇は認められず、その他、血検、血液生化学等々の異常を認めなかった。

X線検査: 胸部X線は異常なし。CT scan では左陰嚢より、左鼠径部に 24 cm $\times$ 17 cm の巨大な腫瘍を認め density は不均一で、中心には壊死と思われる low density の部位もみられた。また、左外腸骨リンパ節に転移と思われる 6 cm $\times$ 5 cm の腫脹がみられた (Fig. 2)。

以上の所見より、TMN 治療前臨床分類では T4a-N2M0、日本泌尿器科学会病期分類で stage IIB の左精巣腫瘍を疑ったが病理組織学的検索のために1989年5月30日右鼠径部リンパ節生検を施行した。組織学的にはセミノーマであった。引続き1989年6月6日摘出術を施行した。

手術所見: 腫瘍は陰嚢内左精巣より浅鼠径輪を経て外腹斜筋筋膜上に沿って発育していた。これを周囲から、純的、鋭的に剝離しながら摘出した。左外腸骨リンパ節転移と思われる部分は、外腸骨動脈上にテニスボール大の腫脹を認め一塊にして摘出した。

摘出標本: 腫瘍は大きさ 26 cm $\times$ 16 cm $\times$ 13 cm, 重量 2,258 g で白膜を越えて頭側に発育しており、精巣上体、精索は完全に巻き込まれていた。断面は乳白色

* 現: 武蔵野赤十字病院泌尿器科

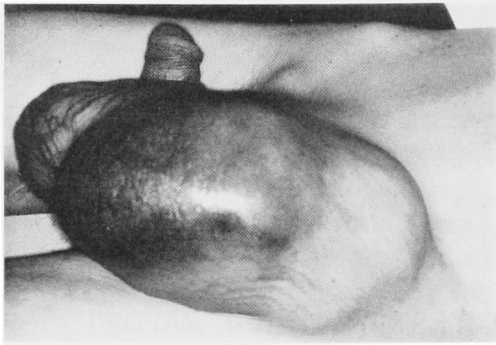


Fig. 1. 左陰嚢から鼠径部にかけて巨大な腫瘍を認め、陰茎は右側に圧迫されている。

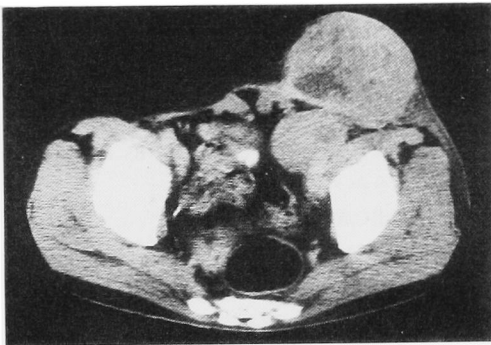


Fig. 2. CT 像, 左鼠径部および外腸骨リンパ節に腫瘍を認める。

で、一部粥状の壊死を認めた。病理組織学的にはセミノーマであった。また、摘出したリンパ節にもセミノーマ細胞を認めた。pTMN 術後病理組織学的分類では pT4apN3pM0 であった。

術後経過：術後14日目には血中 β -HCG、LDH は正常値に復した。鼠径部より後腹腔リンパ節にかけて、6月21日より9月4日まで計 40.5 Gy の放射線照射を施行し、1989年9月11日退院し外来管理となった。1990年6月現在再発を認めていない。

考 察

川村ら¹⁾は、巨大セミノーマを重量 400 g 以上として本邦例19例を集計している。そのうちでわれわれの報告例は本田ら²⁾の 8,000 g、植松ら³⁾の 4,250 g、高田ら⁴⁾の 3,500 g について、2,258 g と4番目の大きさであった。巨大セミノーマは外観上名付けられた疾患名のためか大きさについての明確な基準は定められていないのが現状である。唯一、報告者である川村ら¹⁾児島ら⁵⁾が 400 g 以上、関口ら⁶⁾が 500 g 以上としているのみであるが、吉田ら⁷⁾の日本人精巣腫瘍の臨床

統計によると、セミノーマ群では 400 g 以上と以下で生存率に差がありだいたいこの辺りに基準をおくのが妥当かと思われる。しかし、現在では、T分類による生存率の差が報告されており^{8,9)}、予後規制因子としては、腫瘍サイズより原発腫瘍の精巣上体、精索などへの浸潤を考慮にいれた pT 分類が重要と思われる。

川村ら¹⁾の集計では、患者19例中の年齢は27～45歳(平均35.4歳)で幼少児がみられていない。発症より受診までの期間は、本田ら²⁾の報告例では7年、本例では5年であった。このように、幼少児は、母親が早期に気がついて来院するのに対して、成人では、羞恥心から来院が遅れ長期間放置されることが多い。また、非セミノーマが、肺転移や後腹腔腔リンパ節転移の症状を主訴として来院するケースもみられるのに対して、セミノーマは比較的腫瘍の進展が緩慢であることなどが巨大化した一因として考えられる。

近年、セミノーマにおける HCG、 β -HCG 陽性の臨床的意義が問題になっている。マーカー陽性の原因として、絨毛上皮成分の混在を考慮しなければならないが、HCG 陽性の合胞体性巨細胞 (STGC) の存在も注目されている。Javadpour ら¹⁰⁾はセミノーマ患者130例に免疫組織学的検討を行い、血中 HCG 陽性例11例中9例に STGC を見出し、Butcher ら¹¹⁾もセミノーマ228例中33例に HCG 陽性細胞が見られたとしている。HCG 陽性セミノーマの予後については、緒家により報告が様々である。Morgan ら¹²⁾、Scheiber ら¹³⁾は、血中 HCG 陽性例は進行例が多く予後不良であるとしている。しかし、反対の意見として、Swartz ら¹⁴⁾は血中 β HCG 陽性セミノーマ55例について検討し、54例は精巣摘出術後再発を認められていないことより血中 β -HCG の上昇は予後規制因子とならないとしている。しかしこの報告は stage I, stage IIa のみの検討であり、low stage ならば、血中 β HCG の上昇が認められても必ずしも予後不良の所見とはならないということなのであろう。

本例は、stage IIB のセミノーマで血中 β -HCG のみならず LDH の上昇もみられており、化学療法を施行する必要があるとも考えられた。しかし、患者の性格などの諸事情により、精巣摘除術に引き続き所属リンパ節に放射線照射を行ったに止めた。吉田ら¹⁵⁾は LDH が 400 IU/l 以上上昇している精巣腫瘍は生存率の低下がみられると報告しており、今後も慎重に経過観察を続ける予定である。

結 語

重量 2,258 g, 血中 β -HCG 陽性の巨大セミノーマの1例を報告し, 若干の文献的考察を加えた.

文 献

- 1) 川村繁美, 野村一雄, 高田 耕, ほか: 巨大セミノーマの2例. 泌尿器外科 2: 717-720, 1989
- 2) 本田 宏, 八木沢隆, 荒 隆一, ほか: 化学療法が奏効した巨大セミノーマの1例. 臨泌 38: 165-168, 1984
- 3) 植松武史, 相馬光弘, 岡田 正, ほか: 巨大睾丸腫瘍の1例. 千葉医誌 59: 75, 1983
- 4) 高田健一, 荒井創一, 藤井昭男, ほか: Down症候群に併発した巨大睾丸腫瘍の1例. 日泌尿会誌 73: 238, 1982
- 5) 児島真一, 佐竹一郎, 田利清信, ほか: 巨大睾丸腫瘍の3例. 埼玉医会誌 21: 1282-1286, 1987
- 6) 関口 浩, 高木隆治: 巨大セミノーマの2例. 日泌尿会誌 73: 666, 1982
- 7) 吉田 修: 睾丸腫瘍の診断と治療体系の確立に関する研究, 昭和56年度科学研究費補助金, 総合研究A, 研究成果報告書. 1982
- 8) Sandeman TF and Matthews JP: The staging of testicular tumors. Cancer 43: 2514-2524, 1979
- 9) Raghavan D, Vogelzang NJ, Bosl GJ, et al.: Tumor classification and size in germ cell testicular cancer. Cancer 60: 1591-1595, 1982
- 10) Javadpour N, McIntire KR and Waldmann TA: Human chorionic gonadotropin (HCG) and alpha-fetoprotein (AFP) in sera and tumor cells of patients with testicular seminoma. Cancer 42: 2768-2772, 1978
- 11) Butcher DN, Gregory WM, Gunter PA, et al.: The biological and clinical significance of HCG-containing cells in seminoma. Br J Cancer 51: 473-478, 1985
- 12) Morgan DA, Caillaud JM, Bellet D, et al.: Gonadotropin-producing seminoma: A distinct germ cell neoplasm. Cl Radiol 33: 149-153, 1982
- 13) Sheiber K, Mikuz G, Frommhold H, et al.: Human chorionic gonadotropin-positive seminoma. Is this a special type of seminoma with a poor prognosis? Prog Cl Biol Res 203: 97-104, 1985
- 14) Swartz DA, Johnson DE and Hussey DH: Should an elevated human chorionic gonadotropin titer alter therapy for seminoma? J Urol 131: 63-65, 1984
- 15) 吉田 修, 桐山畜夫, 宮川美栄子, ほか: 1970年代の日本人睾丸(精巣)腫瘍の臨床統計. 泌尿紀要 31: 337-356, 1985

(Received on February 28, 1991)
(Accepted on May 3, 1991)