

〔泌尿紀要26巻5号〕
1980年5月

精索横紋筋肉腫の1例

岩手医科大学医学部泌尿器科学教室（主任：大堀 勉教授）

鈴	木	安
湊	修	嗣
久	保	隆
大	堀	勉

岩手医科大学医学部第二病理学教室（主任：里館良一教授）

里	館	良	一
---	---	---	---

RHABDOMYOSARCOMA OF THE SPERMATIC
CORD: REPORT OF A CASEYasushi SUZUKI, Shuji MINATO, Takashi KUBO
and TSUTOMU O'HORI*From the Department of Urology, School of Medicine, Iwate Medical University, Morioka, Japan
(Director: Prof. Tsutomu O'hori)*

Ryoichi SATODATE

*From the Department of Pathology II, School of Medicine, Iwate Medical University, Morioka, Japan
(Director: Prof. Ryoichi Satodate)*

A 5-year-old boy was admitted because of a painless mass in the right inguinal region. The tumor was resected on Dec. 6, 1976 under the diagnosis of a tumor of the right spermatic cord. The removed tumor weighed 6 grams and its size was $4 \times 3 \times 2$ cm. Pathohistological study of the tumor revealed pleomorphic rhabdomyosarcoma. On Dec. 17 of the same year, high orchiectomy with retroperitoneal lymph node dissection was done. Postoperatively, chemotherapy with vincristine (0.5 mg/wk, i.v.) and cyclophosphamide (50 mg/day, p.o.) was commenced. One month later, it was discontinued because of untoward reaction. One week later, however, cyclophosphamide was restarted and has been continued. There is no sign of recurrence or metastasis and the patient is doing fine three years and one month postoperatively.

精索に原発する横紋筋肉腫はきわめてまれなものとされている。最近われわれは精索に発生した横紋筋肉腫を摘除し、術後3年1カ月の現在再発、転移なく健在である1例を経験したのでここにその概要を報告する。

症 例

患者：5歳男子

主訴：右ソケイ部無痛性腫瘍

初診：1976年12月1日

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：特記すべきことなし。

現病歴：1976年11月22日、入浴中右ソケイ部の無痛性腫瘍に母親が気づき、11月24日某小児科を訪れ当科を紹介された。

現症：身長 115.3 cm，体重 22.5 kg で体格、栄養ともに良好で、眼瞼結膜に貧血を認めず、眼球結膜に黄染を認めない。胸腹部に理学的に異常を認めず、表にリンパ節の腫脹を触知しない。

局所所見：陰茎は、仮性包茎。腫瘍は右陰嚢上部から外ソケイ輪まで精索の走行に沿っており、中央に凹みを有し、それより上は拇指頭大、下は小指頭大に触

知した。腫瘍の可動性は良好で、弾性硬、やや凹凸不整であり波動性、透光性、圧痛などは認められなかった。左陰嚢内容には異常を認めなかった。

以上の結果から右側精索腫瘍と診断し、直ちに入院した。

入院時諸検査成績：

1) 血液一般、赤血球数 $462 \times 10^4/\text{mm}^3$, Hb 12.3

g/dl, Ht 38%, 白血球数 $15100/\text{mm}^3$, 白血球百分率, 桿状核 4%, 分葉核 76%, リンパ球 17%, 単核球 3%. 血小板数 $43 \times 10^4/\text{mm}^3$.

2) 血液化学, Na 140.5 mEq/l, K 4.2 mEq/l, Ca 4.6 mEq/l, Cl 104.7 mEq/l, BUN 12.8 mg/dl, クレアチニン 0.5 mg/dl, 総蛋白量 7.2 g/dl, alb. 57.2%, α_1 -glob. 3.5%, α_2 -glob. 13.4%, β -glob. 11.8%, γ -

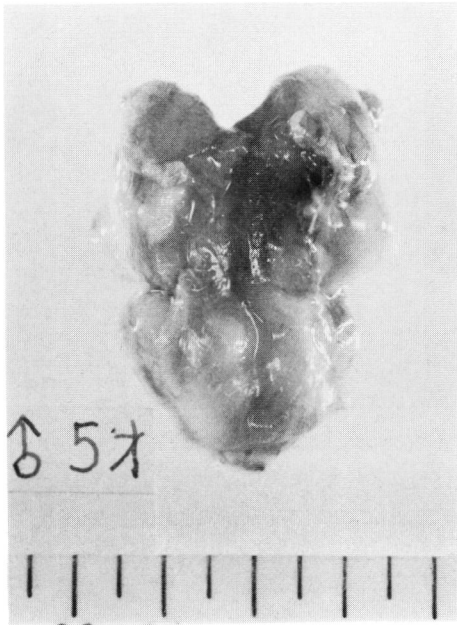


Fig. 1. 摘出腫瘍

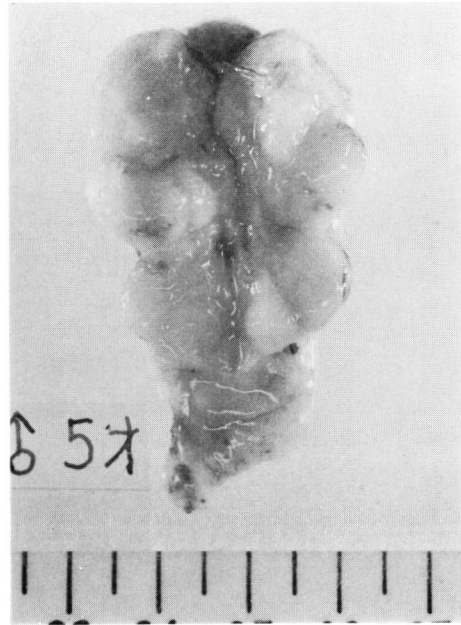


Fig. 2. 腫瘍剖面

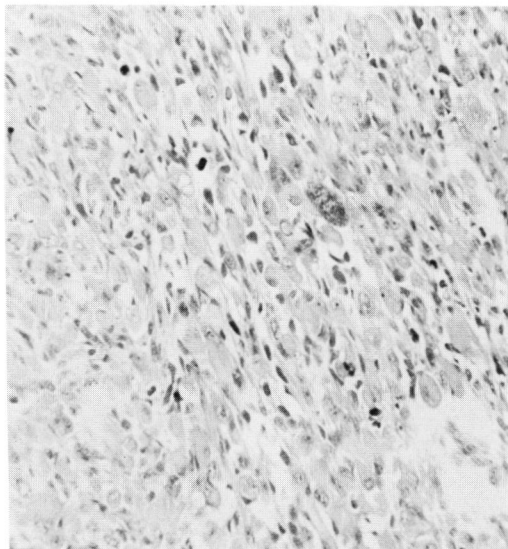


Fig. 3. 腫瘍組織像 (×100)

大形の腫瘍細胞がびまん性に増生し、巨核あるいは多核の細胞もみられる。

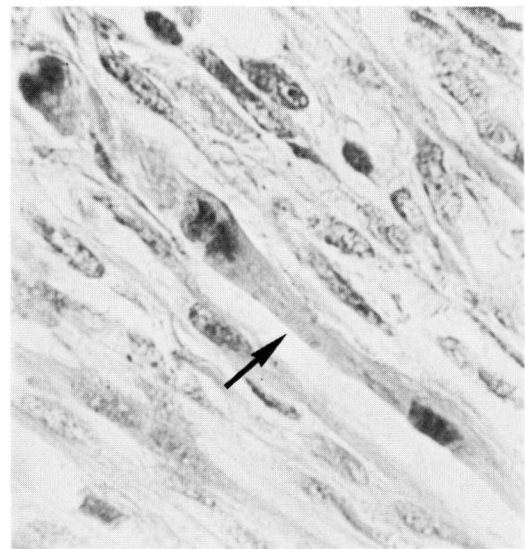


Fig. 4. 腫瘍組織像 (×400)

中央の紡錘形の細胞に横紋(矢印)を認める。

glob. 14.1%, A/G 1.34, GOT 20 単位, GPT 9 単位, LDH 457 単位, Al-P 15.6 KA 単位, 総ビリルビン 1.0 mg/dl 以下.

3) 血清学, CRP (±).

4) 尿所見, 異常なし.

5) 腎機能, 異常なし.

6) 尿中 VMA (-). 血圧 110/70 mmHg.

レ線学的検査: 胸部レ線撮影像および静脈性腎盂造影像に異常を認めない.

手術: 1976年12月6日, 右側精索腫瘍の診断で全麻下に手術を施行した. 術中迅速組織検査で良性か悪性か確定できなかったため, 除睾術を行わず, 腫瘍のみ摘出した. 腫瘍は被包化され, 腹筋との連続は認められず, 精索に騎上し, 内ソケイ輪の部位で精索と平行した線維性索状物に連続していた. 精索と腫瘍とは鈍的に剝離可能であったが, 辜丸直上部付近で剝離不能となり, 総鞘膜を切開すると固有鞘膜と腫瘍とが密着しており, 一部固有鞘膜を付着したまま腫瘍を摘出し, 手術を終了した.

摘出標本: 腫瘍の大きさは, $4 \times 3 \times 2$ cm で, 重量は 6 g, 表面はやや凹凸不整で被膜を有した (Fig. 1). 断面は黄白色充実性で, 弾性硬, 一部弾性軟であった (Fig. 2).

病理組織学的所見: きわめて大形の腫瘍細胞がびまん性に増生し, 巨核あるいは多核の細胞も多数みられ, ときにやや小形の細胞がこれらの大形細胞に混在していた (Fig. 3). 腫瘍細胞はしばしば不規則な紡錘形を呈し, ときに束状に配列する傾向を示しているところもみられた. 腫瘍細胞は一般に胞体に富み, 胞体は好酸性に染まり, 横紋のみられることがあった (Fig. 4). 以上の所見より多形型横紋筋肉腫と診断した. 被膜にも部分的に腫瘍細胞の浸潤をみ, 腫瘍下部に付着連続した固有鞘膜にも浸潤をみたが, その切断端までには及んでいなかった.

術後経過: 横紋筋肉腫と診断されたためリンパ管造影を施行したが特に異常所見を認めず, 1976年12月17日, 右側高位除睾術と後腹膜リンパ節廓清術とを施行した. 前に摘出した腫瘍の周囲組織および各リンパ腺には病理組織学的に腫瘍細胞は認められなかった. 12月29日退院し同日より vincristine 0.5 mg 週1回静注, cyclophosphamide 50 mg/日連日内服による化学療法を開始したが, vincristine 総量 2 mg, cyclophosphamide 総量 1000 mg 投与時, 食思不振, 嘔気出現し1週間休養した. 症状改善をみたためその後 cyclophosphamide 50 mg/日のみ投与を続け, 術後3年1カ月の現在, 再発, 転移なく, 赤血球数 $441 \times$

$10^4/\text{mm}^3$, Hb 12.5 g/dl, Ht 35%, 白血球数 $6800/\text{mm}^3$, 血小板数 $35 \times 10^4/\text{mm}^3$, 赤沈 8 mm (1時間値) と諸検査成績にも異常を認めず健在であり, 発育, 栄養ともにきわめて良好である.

考 察

横紋筋肉腫はまれな疾患で, 天野ら¹⁾によると, その発生頻度は全腫瘍中 0.04%, 全肉腫中 8% と低い. 林²⁾ が小児悪性新生物全国登録の1969年から1974年に至る6年間を集計した結果では, 小児全悪性腫瘍6303例中, 横紋筋肉腫は104例 (1.65%) で近年増加傾向にあるが, これを米国の Sutow ら³⁾ の報告と比較すると, 本邦の頻度は米国の $1/4 \sim 1/5$ でかなり低いという. また, 横紋筋肉腫中, 泌尿生殖器に原発したものは19例 (20%) であったと報告している. 堀江ら⁴⁾ によると, 横紋筋肉腫が傍辜丸部に発生する率は, 1.9~25.4% と多少のばらつきを認める. 精索に発生する率は, Palumbo ら⁵⁾ によると, 208例中1例 (0.5%) と少ない. 精索悪性腫瘍でみると, 横紋筋肉腫は161例中41例で25%を占めている⁶⁾.

本邦の傍辜丸横紋筋肉腫発生例は, 1918年平野の報告⁷⁾以来, 1978年に堀江ら⁴⁾が, 天野ら¹⁾の集計46例にその後の8例を加え, 現在まで計54例となっている. そのうち, 精索原発と明記しているものは18例で, これに自験例を加えると19例となる.

横紋筋肉腫の組織学的分類は, WHO の軟部組織腫瘍組織分類に準拠して, 1975年日本病理学会小児腫瘍組織分類委員会によりつぎの4型に分類されている⁸⁾.

- 1) 胎児型 embryonal type
- 2) 胞巢型 alveolar type
- 3) 多形型 pleomorphic type
- 4) 混合型 mixed type

1) と 2) が小児型 juvenile type に, 3) が成人型 adult type に当る. 1) と 2) の混合型はしばしばみられるが, 3) と前二者の混合型はほとんどみられない⁸⁾. しかし, 傍辜丸部に発生した横紋筋肉腫では, 外川⁹⁾, 堀江ら⁴⁾ が, それぞれ多形型と胎児型の混合型を報告している.

組織別に横紋筋肉腫の発生部をみると⁸⁾, 多形型は四肢, 特に下肢に好発し, 胎児型は頭頸部に多く, 四肢には比較的少ない. 胞巢型は頭頸部および四肢, 特に下肢に好発する. 泌尿生殖器には胎児型が多いといわれ, 姥山ら¹⁰⁾の49例中泌尿生殖器に原発した3例すべてが胎児型であった. patton ら¹¹⁾の泌尿生殖器原発12例では, 9例が胎児型であった. また, Olney

ら¹²⁾の陰嚢内に原発した横紋筋肉腫で組織型の明らかな42例では、胎児型が32例と76%を占めている。

発生年齢を組織別にみると、全身の各所に発生した横紋筋肉腫（以下全身の横紋筋肉腫と略す）の場合、多形型は高齢者に多く、Keyhani ら¹³⁾の多形型204例では、55～75歳96例（47.1%）と過半数を占め、ついで35～55歳（29.4%）で、15歳以下は13例（6.4%）と少ない。Horn ら¹⁴⁾の多形型13例でも、9カ月という1例はあるが、その平均年齢は50.8歳である。先に述べたごとく、多形型は四肢原発が多く、Keyhani ら¹³⁾の204例中154例（76%）が四肢に発生している。一方、陰嚢内に発生した多形型横紋筋肉腫では、5例中4例が10歳以下であったという、Olney ら¹²⁾の報告がある。

胎児型は幼少児に好発し、姥山ら¹⁰⁾の全身の胎児型横紋筋肉腫25例中、10歳未満が20例（80%）ともっとも多く、平均年齢は7.7歳となっている。Nelson¹⁵⁾の全身の胎児型24例でも、23例が20歳未満である。また、Horn ら¹⁴⁾の全身の胎児型13例でも、20歳未満が11例で、その平均年齢は8.9歳となっている。胞巣型は胎児型に比較してやや年長の10歳以上に多くみられる⁸⁾。姥山ら¹⁰⁾の全身の胞巣型横紋筋肉腫22例では、12例が10歳未満であったが、広い年齢層に分布し、その平均年齢は16.3歳であった。Horn ら¹⁴⁾の全身の胞巣型8例では、20歳未満が6例で、8例の平均年齢は23歳である。

傍辜丸横紋筋肉腫の発生年齢は、本邦54例でみると、20歳未満27例（50%）と20歳台13例（24%）とで74%を占めるが、5歳以下の症例は54例中5例（9.3%）と少ない^{1,4)}。しかし、Littmann ら¹⁶⁾の74例においては、20歳以下と20歳台で91.8%を占めるが、そのうち5歳以下の症例が25例（33.8%）と多いのが注目される。外国例では、Olney ら¹²⁾が指摘しているように、小児の横紋筋肉腫の年齢分布は、生後まもなくと、15～19歳に双峰をなすと報告されている。Littmann ら¹⁶⁾の傍辜丸横紋筋肉腫74例でも、4歳と16歳とにそれぞれピークを認める。一方、本邦の傍辜丸横紋筋肉腫54例では、明らかなピークを認めない。

本邦において、組織型の明確な記載のある傍辜丸横紋筋肉腫で多形型としては、永田ら¹⁷⁾の副辜丸原発と思われる10歳例の報告がある。しかし、5歳以下の精索に発生した多形型横紋筋肉腫の報告は、われわれが調べた限りではなく、自験例は組織型、発生部位、年齢からみると、本邦では比較的可能な症例と思われる。

転移は、全身の横紋筋肉腫の場合、血行性には肺、骨、

肝に多く、またリンパ行性転移も認められる^{10,13,15)}。多形型の Keyhani ら¹³⁾ 204例では、肺62例（30.3%）と最多で、つぎにリンパ節30例（14.7%）となっている。胎児型の Nelson¹⁵⁾ の24例では、リンパ節9例（37.5%）、肺6例（25%）となっている。姥山ら¹⁰⁾の49例では、肺22例（44.9%）、骨17例（34.7%）となっており、転移に各組織型で特に目立った点はなかったと述べている。Olney ら¹²⁾の陰嚢内横紋筋肉腫で転移のあった65例では、後腹膜リンパ節45例（69.2%）、肺24例（36.9%）、ソケイリンパ節12例（18.5%）、肝11例（16.9%）がおもな転移で、リンパ行性転移が57例（87.7%）と最多である。また、診断時に転移の明らかなものは、少なくとも全症例の28%で、1年以内に83%、2年以内に96%に転移を認めたと報告している。

横紋筋肉腫の病期分類については、いまだ確立されたものはない。陰嚢内横紋筋肉腫の1分類として、領域リンパ節への転移の有無を重視したものを Table 1 に記載する¹²⁾。

Table 1. 病期分類 (Olney ら¹²⁾ より引用)

Stage I

Localized tumor, complete resected.

No microscopic residual disease.

Regional nodes negative.

Stage II

Regional disease: adjacent structures or local or regional nodes.

A. Microscopic residual disease.

Regional nodes negative.

B. No microscopic residual disease.

Regional nodes may be positive, but are completely resected.

C. Microscopic residual disease.

Regional nodes involved.

Stage III

Distant metastases.

つぎに治療とその成績について述べる。治療法に対する反応は組織型により幾分異なるが、本邦では文献上傍辜丸横紋筋肉腫の明確な組織型記載が少ないため、全身の横紋筋肉腫の場合について比較する。多形型では、化学療法、放射線療法とも多くの場合無効であるといわれている^{13,18)}。しかし、全摘除できた症例の治癒率は比較的高く、Keyhani ら¹³⁾によれば、初発85例、再発でも手術可能であった75例の5年生存率は、それぞれ36.5%、38%であった。これに対し、胎児型および胞巣型は放射線療法と化学療法に比較的感受性が高いが、進展が速く血行性遠隔転移も早期におこるため治癒率は低いといわれてきた¹⁸⁾。しかし、近

年治療法、特に化学療法の進歩にともなって治癒率の向上がみられ、胎児型の5年生存率は9～35%となっている¹⁸⁾。これを自験例のような多形型に比較してみると、幾分胎児型の予後が不良である。

傍睾丸横紋筋肉腫の外科療法としては一般に高位除睾術が行なわれているが、これに加え、後腹膜リンパ節廓清術も行なわれる。自験例では高位除睾術とともに後腹膜リンパ節廓清術を施行した。

後腹膜リンパ節廓清は、1924年に Hinman ら¹⁹⁾が精索肉腫の臨床経過が辜丸腫瘍に似るとし、その必要性を提唱したのが最初である。しかし、その後賛否両論あり、あまり施行されてきていなかった。1955年、Gray ら²⁰⁾は、4歳男子の精索横紋筋肉腫剖検例で後腹膜リンパ節転移を認め、血行性転移が証明されない場合にはリンパ節廓清を施行すべきだと述べている。1964年、Ravich ら²¹⁾は、10歳の傍睾丸横紋筋肉腫、多形型で、後腹膜リンパ節転移を認め尿毒症で死亡した1例を報告し、Gray ら²⁰⁾の意見に賛成している。また、1969年に Arlen ら²²⁾は、精索悪性腫瘍の1例に後腹膜リンパ節廓清を施行し、リンパ節に転移を認めたが術後7年生存していることを報告し、リンパ節廓清の必要性を述べている。1970年、Banowsky ら²²⁾は、101例の精索肉腫を文獻的に考察し、リンパ行性転移17例、リンパ行性および血行性転移12例、血行性転移3例と報告し、リンパ行性転移の方が2:1の割合で多いと述べている。精索肉腫中、横紋筋肉腫は13例で、このうちリンパ行性転移3例、リンパ行性および血行性転移2例、血行性転移1例と、リンパ行性転移の方が多い。101例中29例にリンパ行性転移を認めたことから、Banowsky ら²²⁾は、従来考えられていた以上に精索肉腫のリンパ行性転移の頻度が高いと述べ、これまで血行性転移が主とされてきたのは肉腫一般から述べたもので精索肉腫の実際の情報に基づいたものではないと批判している。また、101例中後腹膜リンパ節廓清を受けた3例では5年以上生存しており、リンパ節廓清の有用性を明らかにするためにも、これを治療に加えるべきだと述べている。前述したごとく、Olney ら¹²⁾の陰嚢内横紋筋肉腫でも転移のあった65例中、後腹膜リンパ節転移が45例と一番多い。本邦でも、天野ら¹⁾が泌尿生殖器と後腹膜原発の横紋筋肉腫43例中(傍睾丸部10例)、14例にリンパ行性転移を認めたと報告している。酒徳ら²³⁾、永野ら²⁴⁾も予防的リンパ節廓清を勧めており、沼沢ら²⁵⁾も傍睾丸横紋筋肉腫で剖検され記録の確かな7例すべてに後腹膜リンパ節転移を認めたことから、後腹膜リンパ節廓清の必要性を強調している。これらの理由から、傍睾丸横

紋筋肉腫に対して高位除睾術に引き続き行なわれる後腹膜リンパ節廓清術は、近年欧米で盛んになってきている。これらの外科療法と、化学療法、放射線療法とを含めたいわゆる combination therapy によって著しい治療成績向上をみている²⁶⁻²⁹⁾。Olney ら¹²⁾のリンパ節廓清を含めた陰嚢内横紋筋肉腫に対する combination therapy では、リンパ節転移(+)の20例中12例(60%)が2年生存しており、リンパ節転移(-)も含めた2年生存は71%となっている。

放射線療法は自験例では施行しなかったが、多形型の場合あまり効果がないとされている¹⁸⁾。Phelan ら³⁰⁾は、全身の横紋筋肉腫多形型23例中の5例に放射線療法を施行したが、2例で効果判定不能、残り3例は効果がなかったと報告している。また、大山ら³¹⁾は多形型の2例に β -tron 2500～6000 rads 照射したが効果がなかったと述べている。しかし、胎児型や胞果型では中等度の感受性があるといわれ、combination therapy の1つとして施行され効果を認めている^{18,28,29,31)}。Olney ら¹²⁾は、線量として5000～6000 rads(5～7週間以上にわたって)の高圧または電子線を照射し、これに放射線と相乗作用のある actinomycin D や adriamycin を併用すると述べている。

化学療法も自験例のような多形型では効果が少ないといわれている¹⁸⁾。けれども先に述べたように、多形型全摘後の5年生存率も36.5%と低く¹⁹⁾、効果はあまり期待できないながらも自験例では、vincristine と cyclophosphamide の2者併用を行なった。しかし、副作用出現のため、現在は cyclophosphamide 50 mg/日のみ投与中である。一方、胎児型の場合は、近年化学療法の進歩にともなってその効果が認められている^{18,28)}。薬剤としては、actinomycin D, cyclophosphamide, vincristine, adriamycin などが使用されている。Curnes ら²⁹⁾は、傍睾丸横紋筋肉腫胎児型の転移を認める6例に、これらの薬剤の併用を含めた combination therapy を施行し、全例生存中で、4例は5年以上生存中であると報告している。Olney ら¹²⁾は、陰嚢内横紋筋肉腫で著しい転移のある42例で、vincristine, actinomycin D, および cyclophosphamide の併用(VAC therapy)を行なったものは、22例に効果がみられ、12例(30%)は2年以上生存していると報告している。さらに、これら薬剤の2または3者を併用した combination therapy では78%の効果があり、2年生存は44%であると報告している。

治療法のまとめとして、陰嚢内横紋筋肉腫の Olney ら¹²⁾の治療方針を引用する。高位除睾術施行後、血行性転移がなければ引き続き同側の腸骨リンパ節と両側

後腹膜リンパ節との廓清を施行する。腫瘍の局所浸潤を認める場合は、後腹膜リンパ節廓清に先立ち、ソケイリンパ節廓清と浸潤部広範切除を施行する。摘出したリンパ節に転移を認めない場合は、1年間予防的に vincristine, actinomycin D, cyclophosphamide の3剤による VAC therapy を施行する。リンパ節に転移を認める場合は、放射線療法と2年間にわたる VAC therapy を行なう。

排泄性腎盂造影やリンパ管造影で広範な腫瘍の存在を認める場合は、放射線療法と化学療法を施行し、可能なら引き続き外科療法を行ない、緩解後も2年以上にわたり放射線療法と化学療法を施行する。切除不能な局所病変、または遠隔転移を認める場合は、集約的な化学療法 (PULSE VAC Therapy) と放射線療法とを行ない、臨床的に反応があれば外科的療法も考慮するというものである。Olney ら¹²⁾は、このような方針に従って combination therapy を受けた例の2年生存は73%を上回り、一方、高位除辜術のみの2年生存は59%であったと報告している。

自験例は、Table 1 の Stage I に相当し、高位除辜術に引き続き同側の腸骨リンパ節および両側腎門部までの後腹膜リンパ節廓清を施行した。化学療法は、vincristine と cyclophosphamide を使用し、現在は cyclophosphamide のみ投与中である。

予後に関与する因子としては、治療を開始した病期と治療法が大きな因子であるといわれている¹⁸⁾。傍辜丸横紋筋肉腫の場合、これまで予後はきわめて不良とされ、Hoffman ら³²⁾によれば、除辜術後大部分は2年以内に死亡し、とりわけ精索原発例では大部分1年以内に死亡したという。多嘉良ら³³⁾は、本邦29例中判明している14例ではほとんど1年以内に死亡していると報告している。しかし、前述したごとく、現在の combination therapy によって、傍辜丸横紋筋肉腫の場合でも予後の著しい改善を認めている^{12,18,28,29)}。

予後に関与するその他の因子として、従来より年齢、組織型および原発部位などがあげられている。

Littmann ら¹⁶⁾は、傍辜丸横紋筋肉腫74例中、5歳以下の予後が良好で、25例中14例 (67%) が生存し、11~15歳まではきわめて不良で、11例ほとんどが1年以内に死亡したと報告している。Olney ら¹²⁾も陰嚢内横紋筋肉腫で、年少児ほど2年生存が多く、11歳以下では67%、13~21歳では29%であったと述べている。また、Sutow ら³⁾の全身の小児横紋筋肉腫78例では、7歳以下の予後が良好で5年生存率45%、平均38カ月、7歳以上では5年生存率19%、平均14カ月と不良となっている。自験例は発症時5歳で、年齢からする

と比較的予後は良好と思われる。しかし、姥山ら¹⁰⁾の全身の横紋筋肉腫49例では0~9歳で5年未満死亡24例、10~19歳で5年未満死亡5例と年少児ほど予後が不良となっている。

組織型では、全身の横紋筋肉腫で多形型の場合5年生存率29.4%となっており、36カ月以内に53%が死亡している¹³⁾。胎児型、胞果型の場合は5年生存率9~35%となっている¹⁸⁾。Bale ら³⁴⁾は、小児の全身の横紋筋肉腫46例で各組織型と予後との関係は認められなかったと述べている。また、Olney ら¹²⁾は、陰嚢内横紋筋肉腫45例で、各組織型と予後との関係は結論できなかったと述べている。

原発部位と予後との関係では、Sutow ら³⁾の小児横紋筋肉腫78例の集計がある。この集計によると、初診時転移のなかった54例で、再発、転移は平均9.5カ月でおき、70%は1年以内、2年で90%以上におきている。これを部位別にみると、四肢原発で22.5カ月と最も長く、頭部が7.6カ月でもっとも短い。泌尿生殖器は平均9.5カ月で全身の平均に一致するが、1年以内に全例再発または転移を認めた。部位別5年生存率は、眼窩発生例75%と最良で、頭部が21%と最も悪く、泌尿生殖器は51%となっている。伊勢¹⁸⁾は、原発部位では軀幹のものが泌尿生殖器および後腹膜、縦隔などに生ずるものより予後が良好であったと報告している。

予後判定の目安として、姥山ら¹⁰⁾は、全身の横紋筋肉腫で36カ月以内に91%が死亡し、そのうち2年から3年の間に死亡したものは21%を占め、3年から5年の間の死亡は9%と少ないことから、3年生存を1つの目安としている。Olney ら¹²⁾は、陰嚢内横紋筋肉腫で、1年生存68%、2年生存47%、5年生存30%という結果から、2年生存を1つの目安にしているようである。

結 語

5歳男子に認められた右側精索横紋筋肉腫の1例について報告した。主訴は右ソケイ部無痛性腫瘍で、右側精索腫瘍の診断で腫瘍を摘出した。病理組織学的検査の結果多形型横紋筋肉腫と診断されたため、右側高位除辜術と後腹膜リンパ節廓清術とを施行した。術後 vincristine, cyclophosphamide による化学療法を開始したが、約1カ月後副作用出現のため1週間休薬した。その後 cyclophosphamide のみ投与を続け、術後3年1カ月の現在、再発、転移なく健在である。

本症例の要旨は1977年6月19日の第176回日本泌尿器科学会東北地方会にて発表した。

文 献

- 1) 天野正道・ほか：西日泌尿，**36**: 606, 1974.
- 2) 林 正：日小外会誌，**12**: 853, 1976.
- 3) Sutow, W. W. et al.: Cancer, **25**: 1384, 1970.
- 4) 堀江正宣・ほか：泌尿紀要，**24**: 225, 1978.
- 5) Palumbo, L. T. et al.: Arch. Surg., **60**: 806, 1950.
- 6) Arlen, M. et al.: Cancer, **23**: 525, 1969.
- 7) 平野徳三郎：日泌尿会誌，**7**: 181, 1918.
- 8) 日本病理学会小児悪性腫瘍組織分類委員会：日小外会誌，**11**: 529, 1975.
- 9) 外川八洲雄：臨泌，**24**: 1135, 1970.
- 10) 姥山勇二・ほか：日小外会誌，**12**: 845, 1976.
- 11) Patton, R. B. and Horn, R. C., Jr.: Surgery, **52**: 572, 1962.
- 12) Olney, L. E. et al.: Urology, **14**: 113, 1979.
- 13) Keyhani, A. and Booher, R. J.: Cancer, **22**: 956, 1968.
- 14) Horn, R. C., Jr. and Enterline, H. T.: Cancer, **11**: 181, 1958.
- 15) Nelson, A. J., III.: Cancer, **22**: 64, 1968.
- 16) Littmann, R. et al.: J. Urol., **108**: 290, 1972.
- 17) 永田 肇・ほか：日泌尿会誌，**65**: 520, 1974.
- 18) 伊勢 泰：日小外会誌，**12**: 861, 1976.
- 19) Hinman, F. and Gibson, T. E.: Arch. Surg., **8**: 100, 1924. 22) より引用.
- 20) Gray, C. P. and Biorn, C. L.: J. Urol., **74**: 402, 1955.
- 21) Ravich, L. et al.: J. Urol., **92**: 144, 1964.
- 22) Banowsky, L. H. and Shultz, G. M.: J. Urol., **103**: 628, 1970.
- 23) 酒徳治三郎・ほか：泌尿紀要，**7**: 990, 1961.
- 24) 永野俊介・ほか：泌尿紀要，**14**: 745, 1968.
- 25) 沼沢和夫・ほか：臨泌，**27**: 853, 1973.
- 26) Skeel, D. A. et al.: J. Urol., **113**: 279, 1975.
- 27) Bissada, N. K. et al.: J. Urol., **116**: 198, 1976.
- 28) Malek, R. S. and Kelalis, P. P.: J. Urol., **118**: 450, 1977.
- 29) Curnes, J. T. et al.: J. Urol., **118**: 662, 1977.
- 30) Phelan, J. T. and Juardo, J.: Surgery, **52**: 585, 1962.
- 31) 大山武司・ほか：泌尿紀要，**20**: 615, 1974.
- 32) Hoffman, W. W. and Baird, S. S.: J. Urol., **84**: 376, 1960.
- 33) 多嘉良稔・ほか：西日泌尿，**34**: 59, 1972.
- 34) Bale, P. M. and Reye, R. D. K.: Pathology, **7**: 101, 1975.

(1980年1月21日迅速掲載受付)