Pancoast 症候群を呈した毛細血管腫の一症例

川合 正和・鈴木 八郎・市毛 明彦

金山 亮治・加藤 功*

Capillary Hemangioma in a Patient with Pancoast Syndrome

Masakazu Kawai, Hachiro Suzuki,
Akihiko Ichige and Ryoji Kanayama

(Yamagata University)

Isao Kato

(St. Marianna University)

A 34-year-old man was admitted with a two months history of tumor on the left side of the neck and severe pain of the left neck and shoulder. Five years earlier he had had the same symptoms for one month. Angiograms and Computed Tomography revealed a giant left neck tumor with an aneurysm in its central area. At operation, the tumor was found to be adherent to the anterior face of the Processus transversus and to the Rami of the brachial plexus. The pathologic diagnosis of the tumor was capillary hemangioma. Rupture of this thoracic outlet tumor was the cause of Pancoast syndrome. This is a very rare case of a benign tumor producing Pancoast syndrome.

Key words: pancoast syndrome, capillary hemangoma, neck tumor

はじめに

Pancoast 症候群は胸部入口部に位置する腫瘍により起こる同側上肢の疼痛および筋力低下, 同側ホルネル徴候を主徴とする症候群である。この症候群は一般に肺癌等の悪性腫瘍により惹き起こされることが殆どであり, 良性腫瘍により起こることは極めて稀とされている。今回, Pancoast 症候群を呈して急激に発症, 手術により毛細血管腫と診断しえた一症例を経験したので報告する。

症 例

患者: 34才, 男性。

主訴: 左肩より左上肢にかけての疼痛。

家族歴・既往歴: 特記すべきことなし。

現病歴: 昭和52年頃, 左肩の強い疼痛, 腫脹あり, 1ヶ月で消失した。

57年4月27日, 突然に左頸部痛出現。近医にて治療を受けるも, 疼痛は徐々に左上肢に拡がった。57年6月初旬より左頸部に腫瘍出現。近医にて入院加療するも, 疼痛は左背部に拡がり, レ線検査にて腫瘍による気管・食道の圧排

像を認めた。腫瘍周辺のリンパ節生検にてリンパ節炎を認めたが、腫瘍の転移は認められなかった。

57年7月26日当科紹介され入院となった。

入院時所見：体温36.8℃。軽度食欲不振あるも全身状態良好。左頸部に手挙大、弾性硬の可動性のない腫瘍を認め、同側の upper 肢から肩にかけての強い疼痛および筋力低下、同側のホルネル徴候を認めた。

髄液検査（入院時）：WBC7800, RBC361×10⁴, Hb10.2g/dl, Ht30.8%, Plt23.6×10⁴, GOT13, GPT10, LDH189, ALP81, Ch-E 1.6, T-Bil. 0.3, D-Bil. 0.1 s-Na147, s-K 3.7, s-Cl107, s-Ca 9.4, 尿検査：特記すべきことなし。

食道造影（図1）：気管・食道の右方への圧排像を認めた。また左肺尖部に腫瘍の一部と考えられる均等な陰影を認めた。

血管造影：左鎖骨下動脈の造影（図2）にて、左鎖骨下動脈の基部より2cm末梢で径3cmの動脈瘤あり、左鎖骨下動脈の分枝より動脈瘤内に造影剤が Jet 状に噴出する像を認める。椎骨動脈は外方へ圧排されている。

図1 （食道造影）気管・食道の右方への圧排像を認められる。また左肺尖部に腫瘍の一部と考えられる均等な陰影を認める。

た。また椎骨動脈の外方へ圧排像を認めた。左内頸動脈造影では腫瘍による内頸動脈、上甲状腺動脈の前方への圧排像を認めた。

頸部CT（図3）：左頸部に巨大な腫瘍を認め、腫瘍は第4頸椎より第2胸椎の高さに及んでいた。腫瘍は後面で椎体前面及び左横突起前面に接していたが、骨破壊は認められなかった。腫瘍中央部は造影剤により増強され、これは左鎖骨下動脈造影でみられた動脈瘤に一致すると考えられた。

図2 （左鎖骨下動脈造影）左鎖骨下動脈の基部より2cm末梢で径3cmの動脈瘤あり、左鎖骨下動脈の分枝より動脈瘤内に造影剤が Jet 状に噴出する像を認める。椎骨動脈は外方へ圧排されている。

図3 （頸部CT）左頸部に巨大な腫瘍を認める。腫瘍は後面で椎体前面及び左横突起前面に接するが、骨破壊は認めない。腫瘍中央部に造影剤により増強された動脈瘤を認める。

図4 (手術所見) 腫瘍は内方で内頸動脈，総頸動脈に癒着し，後方では椎体前面に癒着，腫瘍を貫通して頸神経叢の枝の一部が走っていた。

図5 (摘出腫瘍) 全体に肉芽様，弾性硬，充実性であった。中央部に径3 cmの空洞あり，内腔に凝血塊の充満を認める。

図6 (病理所見) 一部に毛細血管の新生を認めた。血管壁は薄く一層の内皮細胞よりなる。

手術所見 (図4) : 腫瘍に対し, anterior approach⁶⁾ で手術をおこなった. 初めに正中切開にて, 胸骨の上 2/3 を縦切した. ついで正中切開の下端より第4肋骨に沿って皮膚切開を置き, 第4肋間で開胸した. ついで正中切開の上端より左鎖骨上 2 cm の高さに鎖骨に水平に皮切を加え, 胸膈上部を開胸した.

腫瘍は胸鎖乳突筋直下にあり境界不鮮明, 肉芽様, 弾性硬であった. 腫瘍は内方で内頸動脈, 総頸動脈に癒着し, 後方では椎体前面に癒着していた. 腫瘍を貫通して頸神経叢および腕神経叢の枝の一部が走っていたが, 腫瘍からの剥離が不可能のため切離した. また鎖骨下動脈の分枝で腫瘍内に入って行く枝を確認, 結紮の上切断した. 腫瘍は周辺との癒着強度であり, 剥離困難のため周辺の筋肉, 靱帯等軟部組織を腫瘍に付けて腫瘍を摘出した. 摘出された腫瘍 (図5) は 5 × 4 cm, 全体に肉芽様, 弾性硬, 充実性であった. 中央部に径 3 cm の空洞あり, 内腔は凝血塊で充満していた.

病理所見 (図6) : 腫瘍全体に強い壊死性変化を認め, 実質の一部に著明な毛細血管の新生を認めた. 血管壁は薄く一層の内皮細胞より成っており, 毛細血管腫 (capillary hemangioma) の診断を得た.

考 案

Pancoast 症候群の名称は, Pancoast (1924)¹⁾ が 1. 一侧の肩から腕に及ぶ疼痛, 2. 同側の腕や手の筋肉の萎縮が見られ, 3. 同側の Horner 徴候を伴う症例を報告したことに由来する. Herbut (1946)²⁾ は上記症状を呈した自験例 17 例を剖検し, 全例において腫瘍が胸膈入口部にあること, 腫瘍が腕神経叢を末梢または神経根の部位で圧迫もしくは浸潤していることを報告, この症候群が胸膈入口部の病変により起こる症候群であることを明らかにした.

Pancoast の報告以後, 本症候群を呈する症例が数多く検討されるにつれて, 種々の原因疾患が見られることが判明した. Herbut²⁾ は文献例 134 例に自験例 17 例を加えた 151 例につい

表 1 原因疾患別頻度 (Herbut²⁾ による)

全 症 例	151例
悪性腫瘍	
肺癌	100
頸部原発の癌	21
肋膜内皮癌	5
甲状腺癌	4
乳癌	3
食道癌	2
神経節芽細胞腫	2
その他	12
良性疾患	
軟髄膜炎	1
脊髄空洞症	1

て, 原疾患を分類 (表1) した. Herbut²⁾ によれば 151 例中, 147 例 (97%) が悪性腫瘍であり, 肺癌の 100 例が最も多い疾患であった. 悪性腫瘍以外により発症した症例は極めて少なく, 軟髄膜炎 1 例, 脊髄空洞症 1 例の 2 例に過ぎなかった. 症例数の増加に伴い, 肺の特異性炎症によって起きた症例が報告³⁾ されているが, 良性疾患が Pancoast 症候群を呈することは極めて稀であると考えられた.

Pancoast 症候群の機序として頸部の解剖的特異性があげられる. 頸部の前 1/3 には正中部に気管・頸部食道・甲状腺等の頸部器官, その外側には総頸動脈・内頸静脈・迷走神経が走っており, 更に外側にそれを支持する浅頸筋群が存在する. 後 2/3 には頸椎および頭部を支える深頸筋群が存在し, 頸椎の横突起前面には交感神経幹が索状に走っており, その後方には椎間孔を出た頸神経の前枝とそれらの交通によって作られる頸神経叢・腕神経叢が存在する. 肺尖部およびこれらの重要器官は極めて近接しており, 肺尖部, 甲状腺, 食道等の病変の波及により頸神経叢, 腕神経叢・交感神経節が障害され Pancoast 症候群を発症⁷⁾ すると理解される.

本症例は左鎖骨下動脈もしくはその周辺の組

織より毛細血管腫が発生，横突起前面の腕神経叢を巻き込む形で緩徐に成長，腫瘍内の血管の破綻により腫瘍内に仮性動脈瘤を形成，これにより周囲の腕神経叢・頸神経叢・交感神経節を障害し **Pancoast** 症候群を来したと考えられた。また1ヶ月で軽快はしているが5年前にも同様の症状を呈しており，手術所見での高度癒着はその瘢痕と考えられた。

毛細血管腫は成書によれば皮膚，皮下および筋肉内などに発生し，毛細血管の単純な増殖とその拡張を示す疾患⁴⁾である。毛細血管腫の報告は数多くなされているが，その殆どが皮膚科領域でなされており，北村ら⁵⁾によれば首から上の皮膚に多く美容上の問題以外に症状を示さないのが普通である。本症例のような毛細血管腫の破綻により急性の発症を見た症例の報告は文献的になく，極めて稀な1例と考えられた。

結 語

Pancoast 症候群を呈した毛細血管腫の1例を経験し，その発症機序について考察した。

文 献

- 1) **Pancoast HK**: Superior pulmonary sulcus tumor—Tumor characterized by pain, H Horner's syndrome, destruction of bone and atrophy of head muscles—. *JAMA* 99: 1391~1396, 1932.
- 2) **Herbut PA, et al**: Tumor of the thoracic inlet producing the **Pancoast** syndrome—A report of seventeen cases and review of the literature—. *Arch Pathol* 42: 88~103, 1946.
- 3) **Dontas NS**: The **Pancoast** syndrome. *Br J Dis Chest* 51: 246~251, 1957.
- 4) **武田勝男**: 新病理学総論. 442~443頁, 南山堂, 1975.
- 5) **北村 弥, 他**: 当教室10年間の血管腫の統計的観察—とくに赤ブドウ酒様血管母斑を中心に—. *奈良医誌* 26: 227~237, 1975.
- 6) **正岡 昭, 他**: Superior Sulcus Tumor に対する Anterior Approach による手術. *日胸外会誌* 27: 1206~1209, 1979.
- 7) **岡田慶夫**: **Pancoast** 症候群. *日本臨床* 35 春季増刊号: 378~379, 1977.

(原稿採扱: 昭和61年10月20日
別刷請求先: 川合正和
〒990-23 山形市蔵王飯田字西ノ前
山形大学医学部耳鼻咽喉科学教室)