脊 髄 腫 瘍 の 1 剖 検 例

九州労災病院整形外科

吉 村 理・岩 淵 亮
赤 津 隆・北 野 元 生

Spinal Cord Tumor Manifested Initially by Insidious Onset of Scoliosis A Case Report

by

O. Yoshimura, A. Iwabuchi, T. Akatsu
and M. Kitano

Orthopedic Surgery Kyushu Rosai Hospital, Fukuoka

An autopsy case of 19-year-old female is reported. She was affected with spinal cord tumor with major involvement of the upper thoracic segments. Initial onset was solely manifested by scoliosis and the scoliosis had been treated with Milwaukee brace for five years. Within next two years she gradually lapsed into apparent paraplegia and then died of pneumonia. Massive growth of anaplastic ganglioglioma in the upper thoracic segments (T₁-T₇) was disclosed by pathological-anatomical examination.

1. は じ め に

脊髄腫瘍は稀な疾患ではないが、その臨床症状は多彩であり、診断は必ずしも容易ではない。今回われわれは側彎を主訴として来院し特発性側彎症と診断し治療していた脊髄管内腫瘍の一剖検例を経験したので、報告する。

2. 症 例

19歳 女性

昭和46年5月(当時13才)学校検診にて側彎を指摘され当院初診した。レントゲン検査にて図1に示す如く Cobb 法 28度の左凸胸椎カーブであり、特発性側彎症と診断しミルウォーキー装具装養とともに運動療法にて外来経過観察していた。なお初診時神経学的には特記すべきことはなかった。昭和47年5月側彎増強せず、この時両膝蓋腱反射・アキレス腱反射亢進し、バビンスキー反射陽性であることに気付き精査したが、マルファン症候群など間葉系疾患は否定され、神経内科の診断では特発性痙性脊髄性対麻痺とのことであった。昭和51年1月(当時18才)側彎増強せずミルウォーキー装具除去、この間両下肢の痙性は中等

図1

度であったが日常生活に制限はなかった。昭和51年10月、運動会の徒競走で足がもつれて転倒してより両下肢の脱力を生じ、起立歩行不能となり精査目的にて入院した。入院時自発痛・圧痛など疼痛はなく、両下肢の痙性は強く運動麻痺は認められたが、知覚障害は

なく、膀胱直腸障害も認められなかった。腰髄穿刺を行ない、初圧 100 mmH₂O、クエッケンステッド陽性、蛋白 250 mg/dl、細胞数 8、ノンネアベルト反応、パンディ反応陽性で、脊髄閉塞所見を示し、穿刺後第6胸髄以下知覚鈍麻、膀胱直腸障害が出現した。11月12日脊髄造影を行なったが、第2胸椎以下完全ストップ像を示した。脊髄腫瘍の診断のもとに手術を施行したが、第1胸椎より第4胸椎の椎弓切除を行なうに硬膜外脂肪組織は消失し、脊髄が著るしく増大しており、硬膜に正中切開を加えるに、暗赤色出血性浸潤性の腫瘍組織が膨隆し、境界不明瞭であった。可及的に摘出したが、病理検査では中等度の異型性を示すガングリオグリオーマであった。術後コバルト照射を1クール行ない、第5胸髄以下完全麻痺の状態でリハビリテーションを施行した。しかし両下肢の痙性が強く、リハビリテーション上制限があり、また膀胱内圧曲線で自働膀胱を示し、残尿が多く尿失禁もみられたので、昭和52年5月第3～4腰椎間に5%フェノールグリセリンを用いて脊髄ブロックを行なった。以後自己導尿可能となり車椅子駆動、骨盤帯付長下肢装具にての歩行など、日常生活動作は自立した。しかし麻痺域は徐々に上昇して行き、昭和52年12月呼吸筋麻痺に肺炎を合併し、昭和53年2月死亡した。

3. 剖検所見

第4胸椎より第8胸椎まで腫瘍が椎管外へ浸潤しており、脊髄後面の縦走静脈の怒張が著るしく、循環障害を示している。図2に示す如く第5胸髄の横断面では脊髄が完全に腫瘍におきかわっており、また胸髄の腫瘍の浸潤以外に、頸髄腰髄に循環障害によると思われる空洞と壊死巣の発生がみられる。組織学的には、生検時と同様のガングリオグリオーマの像の他に、腫瘍の大部分は多形膠芽細胞腫の像を呈し(図3, 4, 5), 生検時の所見とはかなりその様相が異なっている。フェノールブロックを行なったが、馬尾神経では軽度の脱髄がみられた。直接死因は気管支肺炎であると考えられた。

4. 考 案

側彎と脊髄腫瘍との関係は、(1)特発性側彎症と脊髄腫瘍の合併。(2)腫瘍による機能性側彎。の二つが考えられる。全経過を通じて疼痛はなく、疼痛による偏側性の持続性筋緊張による側彎とは考えられず、レ

図2

図3 腫瘍の組織像。ニッスル顆粒を有する神経節細胞様細胞の増殖を示す部位。腫瘍細胞の異型性は乏しく、核分裂像もみられない。上部胸髄、H-E, × 250

ントゲン所見からみても、左凸胸椎カーブではあるが、脊髄腫瘍と特発性側彎症の合併と考えたい。

図4 腫瘍の組織像。多型膠芽細胞を思わせる部位。神経膠細胞系細胞と巨細胞形成がみられる。2ヶの神経節細胞様細胞の混在が認められる。(円内)。上部胸髄，H-E，×250

図5 腫瘍の組織像。多型膠芽細胞を思わせる像。多型性を示す神経膠細胞系細胞の増殖が著明である。上部胸髄，H-E，×125

5. 結 び

経過中両下肢の痙性に気付いたが、思春期の特発性側彎症として治療していた症例であるが、特発性側彎症と脊髄腫瘍の合併と考えた。病理学的には多形膠芽

細胞腫であった。

(稿を終えるに当り、終始激励を賜った天児民和九州労災病院長に深謝致します。)

文 献

- 1) 岩原寅猪：脊髄腫瘍。日本外科全書。12：175，南江堂，東京，1956。
- 2) 真鍋昌平ほか：脊髄腫瘍の検討。中部整災誌。20(4)：641-662，昭52。
- 3) 鈴木邦雄ほか：髄液採取など検査によって症状悪化を来した脊髄腫瘍例。中部整災誌。20(6)：857-861，昭52。
- 4) 宮本ほか：脊髄腫瘍の5例。整形外科と災害外科。21：204-207，1972。
- 5) 山田憲吾編：脊柱変形。医学書院，東京，1977。
- 6) 川上俊文ほか：我が教室における脊髄腫瘍について。中部整災誌。20(2)：285-289，昭52。
- 7) Da Rosa. A. C.: Primary intra Spinal Tumors. J. Bone Joint Surg., 46B: 8-19, 1964.
- 8) Greenwood, J.: Intramedullary Tumors of Spinal Cord. J. Neurosurg., 20: 665-676, 1963.
- 9) Mason, T. M.: Intramedullary Spinal Neurilemmoma, J. Neurosurg., 29: 414-420, 1968.
- 10) Wood, W. G.: Intramedullary Neurilemmoma of the Cervical Spinal Cord, J. Neurosurg., 42: 465-474, 1975.

質 問 山口大学整形 服 部 奨

死亡原因について、腫瘍の上方への進展による呼吸麻痺によるものですか。

解 答 九州労災病院 吉 村 理

脊髄々内腫瘍の頸髄への浸潤により呼吸筋麻痺を発生し死亡した症例である。