両下肢麻痺を来した Malignant Lymphoma の4症例

広島赤十字病院整形外科

岡田 徹也・富重 守
奥田 哲章・西山 義弘
松尾 陽壮・鳴戸 聡雄
土本 重雄・田渕 浩之

Four Cases of Paraplegia caused by Malignant Lymphoma

by

T. Okada, M. Tomishige, T. Okuda, Y. Nishiyama,
Y. Matsuo T. Naruto, S. Tsuchimoto, H. Tabuchi

The Department of Orthopedic Surgery Hiroshima
Red Cross Hospital

It is not rare for spinal cord compression to be seen in malignant lymphoma. By Moshe Friedman's report, it is seen at the rate of 6%. We experienced 4 cases of paraplegia caused by malignant lymphoma. They are three Reticulum cell sarcoma cases and a case of Hodgkin's disease which is the only survival case. First case of Reticulum cell sarcoma died without being rightly diagnosed. Second case died a year and a half later in spite of the good response to chemotherapy (VEMP) and radiation therapy. Third case resulted in neuralgic deficit and was dead without becoming better. The autopsy clarified that there had been metastatic changes in spinal cord, dura-mater, and brain. These cases were treated mainly through VEMP method and radiation therapy.

Malignant Lymphoma による脊髄圧迫はまれなものでなく、Moshe Friedman の報告によれば約6%にみられている。脊髄圧迫症状を呈するため、整形外科で加療されることも多いと思われるが、報告例は意外と少ない。今回われわれは Malignant Lymphoma による脊髄圧迫のため、両下肢麻痺を来した4症例を経験したので報告する。

症例1：67才 女性

主訴) 腰痛，歩行障害

現病歴) 昭和50年3月頃より腰痛あり，近医にて加療するも軽快せず，5月頃より歩行困難となったため，同年6月2日当科入院。

既往歴) 特記すべき事なし

家族歴) " "

入院時所見) 脊柱変形は認めないが運動痛あり，運動性も stiff である。反射は PSR, ASR とも低下，

足関節，足母指の底背屈力も低下している。知覚障害が L₅～S₁ 領域に認められる。X線にて第5腰椎の骨

Fig. 1

破壊を認める (Fig. 1).

経過) 悪性腫瘍転移の疑いで諸検査を行なう。骨シンチグラムにて L_5 region に high activity area あり。初回髄液検査では Pandy テスト (+). Nonne-Apelt テスト (±) 以外著変なし。胃透視、骨髄穿刺では異常所見を認めないが、腎機能の著明な低下があり、renal dystrophy も疑われる。麻痺が更に進行するため、昭和 50 年 8 月 8 日ミエログラフィー施行。 L_3-4 にて完全 block を認め、椎弓切除を考慮するも全身状態が急速に悪化し、同年 9 月 15 日死亡。剖検にて後腹膜に腫瘤あり。これが脊椎管内に浸潤していた。病理組織診では reticulum cell sarcoma であった。

症例 2: 40 才 女性

主訴) 腰痛

現病歴) 昭和 49 年 3 月頃より腰痛あり。同年 5 月 23 日当科受診。X 線にて第 1 腰椎の異常を指摘されるも放置。昭和 50 年 5 月指圧をしてから腰痛が増強し、体動困難となったため同年 7 月 24 日当科入院。

家族歴) 特記すべき事なし。

既往歴) 昭和 44 年当院外科で頸部腫瘤摘出。昭和 47 年生検で reticulum cell sarcoma の診断。

入院時所見) 運動痛著しく運動性は stiff であるが、腱反射異常なく知覚障害も認めない。X 線にて第 1 腰椎の骨硬化像を認める (Fig. 2)。

Fig. 2

経過) 入院時 37.5°C 前後の微熱あり。血沈 56 mm/h 、白血球数 $13,700$ である。椎体の osteomyelitis を疑いギブスベットにて安静臥床、抗生物質投与を行なうも症状の改善を得ず、同年 9 月頃より排尿障害及び両下肢シビレ、運動障害を訴えるようになっ

たため、同年 9 月 23 日 Costotransversectomy を行なう。病理組織診にて Hodgkin's disease の診断を得たため、VEMP 療法を開始する。術後より下肢シビレは改善し、運動障害も漸時改善、歩行可能となり昭和 51 年 7 月 4 日当科退院。退院後の経過は良好で現在再発の徴候はない。

症例 3: 36 才、女性

主訴) 歩行障害

現病歴) 昭和 51 年 9 月頃より背部痛あり。翌年 1 月初旬頃より下肢より上行性にシビレ感及び脱力あり。1 月中旬頃より歩行不能となったため、同年 1 月 24 日当科に転科。

入院時所見) Th_4 棘突起突出、下腿腱反射亢進、病的反射陽性、足クローヌスも認める。知覚障害は Th_5 領域以下が知覚鈍麻である、X 線にて第 4 胸椎の病的圧迫骨折を認める (Fig. 3)。

Fig. 3

経過) 入院時麻痺は不全マヒの状態であったが、急速に進行し完全マヒとなったため、2 月 3 日 biopsy を兼ね椎弓切除を行なう。病理組織診にて reticulum cell sarcoma の診断を得たので VEMP 療法、放射線療法を行なう。術後両下肢麻痺は漸時改善し、術後 8 カ月では独歩可能まで回復したが、同年 11 月頃頸部に腫瘤が出現、その後前胸部、腹部に腫瘤が多発し、再び VEMP 療法、放射線療法を行なうも、昭和 53 年 2 月には再び歩行不能となり、同年 4 月肺炎を併発し死亡した。剖検にて脾、肝、リンパ節、卵巣に浸潤増殖を認めるが、第 4 胸椎部には全く肉眼、組織学的にも原発を思わせる部は認められなかった。

症例 4: 46 才 男性

主訴) 両臀部～大腿痛

Fig. 4

現病歴) 昭和51年9月頃より右股部痛あり。一時軽快していたが、昭和52年2月頃より再び疼痛が増強したため、4月9日当科受診。X線にて右恥骨部の異常陰影を指摘され (Fig. 4) 4月17日当科入院。

入院時所見) 右股関節の運動痛及び可動制限を認めるが、局所の熱感、腫脹は認めない。リンパ節腫脹も触知しない。

経過) 昭和52年5月4日 Biopsy を兼ね搔爬。病理組織診にて reticulum cell sarcoma の診断を得たので、VEMP 療法、放射線療法を行ない臨床時にもレ線時にも改善し、7月1日当科退院。昭和53年4月頃より左側腹部腫瘤あり再入院。7月6日腫瘤摘出、再び VEMP 療法、放射線療法を再開。7月29日本人の希望により退院。外来にて放射線療法、VEMP 療法を継続していたが、8月頃より両臀部へ大腿痛あり。9月9日再々入院。ミエログラフィーにて異常陰影を認め、9月19日椎弓切除術を行なう。手術所見では椎弓、硬膜外腔には異常を認めず、硬膜内に腫瘍組織がびまん性に充満し摘出不能であった。術後同部に放射線照射を行なうも麻痺は更に進行し、右上肢麻痺、左顔面、内耳、舌咽神経麻痺も来たり、12月8日死亡した。剖検にて硬膜 (Fig. 5)、脊髓 (Fig. 6)、脳 (Fig. 7) に腫瘍の浸潤を認めている。

考案) Malignant Lymphoma による脊髓圧迫は Moshe の報告によれば reticulum cell sarcoma

が最も多く、次いで Hodgkin's disease, Lymphosarcoma の順である。われわれの症例でも reticulum cell sarcoma 3例, Hodgkin's disease 1例である。発生部位は胸椎、腰椎に多く見られているが、殆んど硬膜外腫瘍としてであり、症例4のように硬膜内及び髄内腫瘍の像を呈し、脳神経にも浸潤を来たすものは極めてまれである。治療に関しては放射線

Fig. 5

Fig. 6

Fig. 7

療法が有効で、Moshe の報告によれば75%に麻痺の改善を得ている。椎弓切除の是非に関しては、麻痺が急速に進行する症例のみ適応があるとしているが、われわれは biopsy を兼ね行なっている。また神経学的に病勢の進行していない症例ほど予後がよく、麻痺出現より早期に加療することが望ましい。

参 考 文 献

- 1) Moshe Friedman : CANCER, 37, 1485,

1976.

- 2) 東 成昭・他：整形外科と災害外科. 27, 499, 1978.
- 3) 重松 康：臨床放射線. 24, 1121, 1979.
- 4) 新部英男・他：臨床放射線. 24, 1131, 1979.
- 5) 難波紘二・他：臨床放射線. 24, 1143, 1979.
- 6) 金田浩一・他：臨床放射線. 24, 1155, 1979.
- 7) 打田日出夫・他：臨床放射線. 24, 1165, 1979.
- 8) 堀内淳一：臨床放射線. 24, 1207, 1979.
- 9) 真崎規江・他：臨床放射線. 24, 1217, 1979.
- 10) 坂野輝夫：臨床放射線. 24, 1227, 1979.
- 11) 栗田宗次：臨床放射線. 24, 1241, 1979.

追 加 国立がんセンター 福間 久俊

malignant lymphoma の骨転移であれば、先ず放治を行なってみるのがよいのではないかと思います。4～5回の照射で効果があればそれを持続します。もし効果がなく、麻痺が進行するようなら椎弓切除を行なう必要があると思います。

追 加 広島大整形 馬場 逸志

日常臨床上 paroplegia で発症した malignant lymphoma の確定診断はむづかしい。そのマヒの進行は急速なものが多く、硬膜外病変の診断治療にあたり椎弓切除による病巣の biopsy, Curettage が必要なものもある。われわれも paraplegia で発症した malignant lymphoma を2例経験している。