症 例

大網原発悪性中皮腫の1例

日生病院外科, 同 病理部*

倉谷 徹 宗田 滋夫 吉川 幸伸 榎山 卓哉
戸田 宏一 小間 勝 大嶋 正人*

大網を原発とする充実性腫瘍はまれであり, また術前臨床的診断は困難であることが多い。今回われわれは術前大網腫瘍と診断し得た大網原発性悪性中皮腫の1治験例を経験した。症例は67歳女性, 定期健診にて肝下面に腫瘤を認めた。腹部CT検査及び超音波検査にておいては確定診断不可能のため, 血管造影を施行した。それにより大網腫瘍と術前診断し, 手術を施行した。腫瘍は120gで, 表面は平滑, 一部に変色を認めた。組織学的所見では種々の染色により悪性中皮腫と診断された。術後経過良好で, 現在外来通院中である。大網腫瘍の診断には血管造影が有用であり術前に施行する事が重要である。また悪性中皮腫は本邦では6例認められ, その内3例のみが摘出可能であった。可能な限り全摘出することが延命の最も良好な治療方法であると考えられる。

索引用語: 悪性中皮腫, 大網腫瘍, 血管造影

結 言

大網を原発とする腫瘍はまれであり, また充実性腫瘍は特に稀である¹⁾²⁾。近年, 画像診断は急激に進歩しているが, 大網腫瘍の術前臨床的診断は困難であることが多い⁵⁾⁶⁾。今回われわれは術前大網腫瘍と診断し得た大網原発性悪性中皮腫の1治験例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。

症 例

症例: 67歳女性。

主訴: 背部痛

家族歴: 特記すべき事なし

既往歴: 20年前貧血にて入院, 生来アスベストへの暴露の既往はない。

現病歴: 平成3年3月頃より背部痛を認めたが放置。7月に定期健診での超音波検査にて右側腹部腫瘤を認めたため, 精査目的にて入院となった。

入院時現症: 眼瞼結膜に貧血を認めた。胸部に問題なし。腹部においては右季肋下に5×6cm正円, 表面平滑, 可動良好な腫瘤を認めたが, 圧痛は認めなかった。

入院時血液検査(表1): 強度の貧血を認め, 又直接クームテストが陽性であり, 自己免疫性溶血性貧血と診断した。また腫瘍マーカーは全て陰性であった。

表1 入院時血液検査

WBC	3990/mm ³	γ-GTP	28 IU/L
↓RBC	272×10 ⁴ /mm ³	CPK	23 IU/L
↓Hb	8.0 g/dl	t-Pro	7.6 g/dl
↓Ht	24.8 %	BUN	14.6 mg/dl
Plt	29.5×10 ⁴ /mm ³	CRP	0.94 mg/dl
		出血時間	2分
GOT	21 IU/L	PT	100 %
GPT	22 IU/L	FDP	<10 μg/ml
LDH	405 IU/L	直接クームテスト	(+)
ALP	331 IU/L	検尿	
t-Bil	0.6 mg/dl	肺機能	問題なし
d-Bil	0.2 mg/dl	心機能	

腹部CT検査(図1): 肝S5下面から上行結腸外側縁に沿って約5cmの腫瘤を認めた。この所見では大網腫瘍もしくは肝外発育性肝癌が考えられた。また胆嚢内結石を認めた。

腹部超音波検査(図2): 肝S5下面に腫瘤を認め, その腫瘤と肝臓との境界が不明瞭のため, 肝外発育性肝癌の可能性が高かった。

腹部血管造影(図3A, B): gastroduodenal arteryより分岐するomental arteryが拡張し, その下方に比較的vascularityに富んだ約5cmの腫瘍を認めた。このomental arteryがfeeding arteryと考えられた(図3A矢印)。また上腸間膜動脈よりも一部supplyを認

図1 腹部CT検査(本文参照)

図2 腹部超音波検査(本文参照)

めた(図3B矢印)。以上より約5cmの大網腫瘍と術前診断された。

また、この患者は自己免疫性溶血性貧血を認めるため、手術によるこの疾患の増悪を予防する目的にて術前steroid(プレドニン)を投与し、平成3年9月13日に摘出術及び胆嚢摘出術を施行した。

手術所見：pararectal incisionにて開腹した。腫瘍は肝下面と上行結腸の間に約8cmの多房性の腫瘍を認め、硬く一部壊死によると思われる変色部位を認め、肝とは完全に分かれていた。feeding arteryに注意しながら摘出術を施行した。その後胆嚢摘出術を追加した。

肉眼的所見(図4上、下)：大きさは7.5×7×6cm、120gであり、表面は平滑、一部に変色を認めた(図4上)。断面では黄白色で明らかな被膜を認め、多房性で一部が壊死に陥っている部位を認めた(図4下)。

組織学的所見(図5上、下)：ヘマトキシリン-エオ

図3 腹部血管造影

A：腹腔動脈造影，B：上腸間膜動脈造影

ジン染色では、腫瘍は明瞭な核小体を有する類円形の核と好酸性の比較的広い細胞質を有する腫瘍細胞の乳頭状、充実性増殖よりなり、豊富な血管を伴う部分や強い壊死を呈する部分を伴っていた(図5上)。鍍銀染色による腫瘍組織像では、好銀繊維は僅かに認めるのみで非上皮性由来を思わす像であった(図5下)。またアルシャンブルー染色では陰性であったが、全ての所見を加味して悪性中皮腫と診断された。

術後経過(図6)：手術による合併症は認めず術後経過良好であった。また自己免疫性溶血性貧血については術後ステロイド治療を施行し、それにより徐々に貧血も改善され退院時には11.8g/dlまで上昇した。現在外来通院中である。

考 察

大網腫瘍はまれな疾患であり、自覚症状はかなり腫瘍が大きくなってから出現する¹⁾²⁾。また種々の画像診断の進んだ今日でも、術前検査によって確定診断を得るのはむずかしい⁵⁾⁶⁾。浜中らは²⁾過去50年間の大網腫瘍244例を集計した。大網腫瘍は大きく分けて嚢胞性、炎症性、充実性腫瘍に分けられ充実性腫瘍では悪性かつ原発性のものが多い。

図4 摘出標本
上：表面，下：断面

そこで大網原発充実性腫瘍を1965年から1991年までの本邦37例を集計した。男女比はほぼ同等であり、年齢分布では平均55.8歳であり50歳代が最も多かった(図7)。主訴は腹部腫瘤の触知、腹部膨満感、腹痛が主であり、全てかなり腫瘍が増大してから病院に来院しており、このことも早期発見ができない一因である。さらに術前より大網腫瘍と診断された症例は38例中14例(37.8%)と少ない。また術後組織診断では種類は極めて多く、とくに平滑筋肉腫及び悪性中皮腫が多いが、各種の組織から腫瘍形成され得ることを示している(表2)。術前診断は前述したように低いレベルを示しているが、これを1980年にて前期後期に分けると、前期では20例中5例(25.0%)であったが後期は17例中8例(47.1%)と診断率が有意に上がっている。この原因を考えるに、選択的血管造影の導入が大いに貢献している⁵⁾⁶⁾。1980年以降で術前診断し得たもののほとんどが術前血管造影を施行し、feeding arteryを確認してその診断を行っている。今回の症例に於いても

図5 病理学的検査所見
上：ヘマトキシリン-エオジン染色，下：鍍銀染色

図6 術後経過(本文参照)

血管造影で診断を下している。今後このような診断に難渋する腹部腫瘤については、血管造影が不可欠と考える。

また悪性中皮腫については、ほとんど胸膜より発生し、腹腔に発生するものは10~20%と少ない。1965~1991年の間に大網に発生した悪性中皮腫はわれわれが検索し得たのは6例^{2)~4)}であった(表3)。そのなかで腫瘍塊を形成して摘出手術し得た症例は半数の3例であった。このように悪性中皮腫は播種性に広が

図7 大網腫瘍の年齢分布 (本文参照)

表2 大網腫瘍の内訳

症例数	37			
主訴	腹部腫瘍	11		
	腹部膨満	11		
	腹痛	9		
	その他	6		
術前診断	大網腫瘍 14/37 (37.8%)			
組織診断	平滑筋肉腫	7	神経鞘腫	4
	悪性中皮腫	6	脂肪肉腫	3
	MFH	5	線維肉腫	3
	血管腫	4	その他	5

り手術不可能の症例も多く、摘出できなければほとんどの症例が1年以内に死亡している。できるだけ早期

表3 本邦の悪性中皮腫 (1965—1991年)

年度	年齢・性	主訴	術前診断	術式	大きさ (cm)	重量
1976	42・♂	腹部腫瘍	大網腫瘍	摘出術	20×10×10	2100
1980	53・♀	腹部膨満	腹腔内腫瘍	生検	—	—
1980	36・♂	腹部腫瘍	腹腔内腫瘍	摘出術	17×11×7	—
1987	66・♀	腹部膨満	大網腫瘍	生検	—	—
1989	24・♀	下腹部痛	卵巣癌	生検	—	—
1991	67・♀	背部痛	大網腫瘍	摘出術	7.5×7×6	120

に診断し摘出術を施行する事が賢明であると考えられる。

文 献

- 1) 八上 彪, 大住寛二, 染谷 隆他: 原発性大網腫瘍の1例, 外科 35: 1154—1156, 1973
- 2) 浜中雄二, 成田憲彦, 寺田近義他: 大網に原発した悪性中皮腫の1手術経験例, 外科 38: 1181—1184, 1976
- 3) 橋本一昌, 山崎正人, 澤田益臣他: 若年女性に発生した腹膜悪性中皮腫の1例, 産と婦 58: 505—509, 1991
- 4) 小林久隆, 伊藤 剛, 加藤太一他: びまん型腹膜中皮腫の1例, Clinical Imagiology 6: 96—99, 1990
- 5) 槇 哲夫, 齊藤洋一, 町田哲太: 大網腫瘍, とくに選択的腹腔動脈撮影の診断価値, 治療 47: 1889—1895, 1965
- 6) 飯島俊秀, 今 陽一, 洞口正之他: 大網腫瘍の2例, 臨放線 28: 611—614, 1983

A CASE OF MALIGNANT MESOTHELIOMA ORIGINATING FROM THE OMENTUM

Tohru KURATANI, Shigeo SOUDA, Yukinobu YOSHIKAWA, Takuya MOMIYAMA, Koichi TODA, Masaru KOMA and Masato OHSHIMA*

Department of Surgery, Nissei Hospital, Osaka, Japan

*Department of Pathology, Nissei Hospital, Osaka, Japan

Solid tumors originating from the omentum are rare. Most of these tumors are difficult to diagnose before operation. Recently a case of primary omental tumor which was diagnosed before operation was encountered. The patient was a 67-year-old woman. During a periodic health check, a mass was detected in the subhepatic space. Because abdominal computed tomography and ultrasonography did not allow a definite diagnosis, an angiography was performed. This patient was angiographically diagnosed as having an omental tumor and was operated on. The extirpated tumor weighed 120 g, and its surface was smooth and showed a partial necrosis. A pathological examination using various stains allowed a diagnosis of malignant mesothelioma. The postoperative course was excellent, and she has been followed on an ambulant basis. Angiography is particularly useful for diagnosis of omental tumors. It should be carried out before surgery. Until now, 6 cases of malignant mesothelioma have been reported in Japan, and the tumors were surgically removed in 3 cases. To prolong the survival period for such patients, the best way would be the total surgical removal of the tumor whenever possible.