

症 例

脾 血 管 腫 の 1 例

昭和42年4月14日 受付

信州大学医学部星子外科教室

(主任: 星子直行教授)

小 口 国 弘

中 村 欣 一

A Case of Hemangioma of the Spleen

Kunihiro Oguchi and Kinichi Nakamura

Department of Surgery, Faculty of Medicine,
Shinshu University

(Director: Prof. N. Hoshiko)

脾腫をきたす疾患は数多いが、腫瘍によるものは比較的稀とされている。

最近私どもは脾腫と高血圧を主訴として来院し、腹腔鏡で脾嚢胞と診断されたため開腹、摘除したところ、多発性の脾血管腫であつた1例を経験したので報告し、あわせて若干の文献的考察を加えた。

症 例

患者: 56才 農婦。

主訴: 左季肋部の腫瘍と四肢の浮腫。

家族歴: 高血圧, 脳卒中の素因が非常に強い。

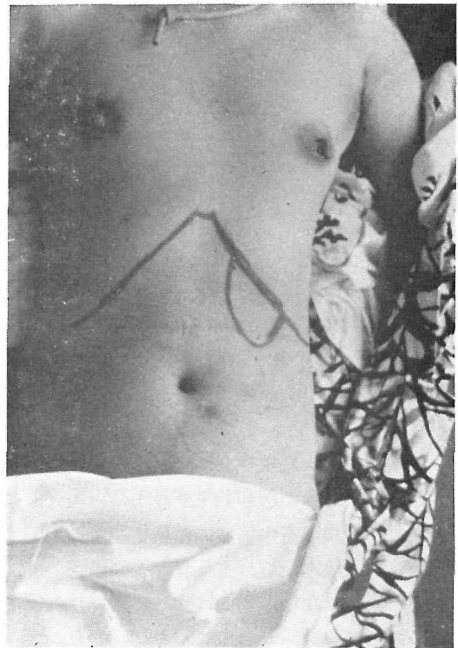
既往歴: 40才 黄疽, 44才 左骨盤骨折, 53才のときロイマチスムスに罹患したと言う。

現病歴: 昭和35年四肢に浮腫が現われ、高血圧症と診断され治療中、左季肋部の腫瘍を指摘された。しかし腫瘍の増大する傾向は全くなく、自覚症状もないので放置していたが、昭和40年6月高血圧症および左季肋部腫瘍の治療のため本院第一内科に入院した際、腹腔鏡により脾嚢胞と診断され当科に転科した。入院時には左季肋部に軽度の重圧感を訴えるのみでその他には特別の自覚症状はなかつた。

入院時所見: 体格中等大, 栄養良好。顔貌正常, 皮膚はやや乾燥し, 爪は扁平。眼瞼結膜は貧血なく, 球結膜に黄疽を認めない。瞳孔は正門同大で, 対光反射正常。皮膚, 口腔粘膜に出血斑はない。体温36.5°C。脈搏72, 整, 緊張良好。血圧140/90mmHgで, 心尖搏動は第5肋間鎖骨中央線外2 1/2横指巾にふれ, 心濁音界は右は右肋骨縁外1横指巾, 上界は第3肋間, 左は鎖骨中央線外3横指巾であり, 聴診上心尖部, 肺動脈弁口部および大動脈弁口部に Levine I-II 度の収縮期雑音が聴診された。呼吸音には異常はない。

腹部: 左季肋部はわずかに膨隆している。異常色素

沈着はないが, 静脈は怒張する。腹壁は弛緩し, 腹水なく, 肝, 腎はふれないが, 左季肋部肋骨弓下に手拳大の腫瘍をふれる。同腫瘍は半球形で下縁に浅い切痕をふれ, 境界は鮮明であるが, 上極は肋骨弓に入つて明らかでない(写1)。表面はやや凹凸不平。呼吸性に移動するが固定性はない。この腫瘍はアドレナリン注射により明らかに縮小するため脾臓であることが確かめられた。



写 真 1

検査所見: 表1の如く, 軽度の貧血を認めるほか, 肝機能, 電解質, 腎機能および尿, 尿に異常なく, ま

表1 血液一般検査

	術前	術後
血色素量	85%	83%
赤血球数	416×10 ⁴	406×10 ⁴
白血球数	6100	4700
桿状核	3%	6%
2核	18%	19%
好中球	30%	31%
4核	9%	11%
5核	1%	1%
リンパ球	37.5%	30%
好酸球	1%	1%
好塩球	0	0
単球	0.5%	1%

血清化学検査

	術前	術後
血清蛋白量 (g/dl)	7.5	5.5
尿素 N (mg/dl)	23.5	11.5
血清ナトリウム (mEq/dl)	140	144
カリウム (mEq/dl)	4.1	4.4
クロール (mEq/dl)	101	105
総コレステロール値 (mg/dl)	206	160
Alフォスファターゼ値 (K. U)	7.0	6.0
黄疸指数	8	6
Z. T. T. (K. U)	5.3	5.3
T. T. T. (M. U)	0.5	0.6
C. C. L. F.	(-)	(-)
G. O. T. (K. U)	20	28
G. P. T. (K. U)	12	12

た出血傾向についてはルンペルレーデの陽圧法が陽性のほか異常所見は認められない。胸部X線像では心臓大を示すほか異常なく、また食道透視では静脈瘤は認められず、更に胃および腸透視でも異常はない。心電図は正常。

ただ第一内科の腹腔鏡検査により脾の嚢胞性腫瘍と診断されているため、昭和40年8月手術を施行した。

手術所見：上腹部正中切開に左横切開を加え開腹するに、腹腔内に腹水なく、また胃および腸管、肝、胆および脾に異常はない。大網は脂肪に富み、一部に小指頭大の白色斑を認めたのでこれを切除した。

脾は左横隔膜下にあつて腫大し、表面に小指頭大よりくるみ大の嚢胞性腫瘍が多発している。周囲との癒着は比較的少ないので、脾門にて脾動静脈を結紮切離後脾を摘除した。

摘除脾は15×13×10cm, 1620gで正常脾の約3倍大である。血管に富み、暗赤色を呈し、被膜下には内視鏡的にも観察されたような小指頭大よりくるみ大に至る多房性の嚢胞性腫瘍がいくつか膨隆している(写2, 3)。

割を加えると、脾実質内にも同様の腫瘍が散在しており、脾実質よりは多量の血液が流出し、脾材および濾胞はやや減少しているが、明瞭に認められる。その他に脾門部に接して小指頭大の副脾1コを認めるが、腫瘍の発達はみられない。各腫瘍は互に連続性を欠き、それぞれ米粒大より大豆大、時にくるみ大に達する大小の嚢胞から成り、嚢胞内には淡黄色、透明の液を容れるもの、血性の内容を容れるものそれぞれ相半ばしている(写4, 5)。

組織学的所見：脾実質には洞の拡張と血液の充満がみられ、線維症や血鉄素沈着をほとんど欠いた急性うつ血の像がみられ、濾胞構造にアミロイド様物質の沈着が認められる。

腫瘍は一層の内皮細胞に覆われて大小の管腔よりなり、結合織を伴っているものと、このような結合織層を欠き脾実質内に発達するやや小型のものとがみられる。前者の結合織層は脾材へと連なっており、血管腫は附近の拡張した脾静脈と混在しているが、血管腫を囲んでの平滑筋の発達はみられない(写6, 7)。

なお併せ採取された肝組織にはグリソン氏鞘に軽い小円形細胞浸潤を認めるのみで、硬変像はみられない。

また大網にみられた白色斑は大網の軽い脂肪変性によるものである。

術後は順調な経過をとり全治退院した。

考 按

脾がホジキン氏病、白血病など系統的な造血系細胞の腫瘍性増生の一環として腫大することは少なくないが、脾に限局しまたは明らかに脾に原発したことが確認された腫瘍の発生は極めて稀である。原発性腫瘍としては造血系組織に由来するものや、線維腫、平滑筋腫などが報告されているが、脈管系腫瘍の発生が最も多く Saphir^①, Pines^② らは Hemangioma, Willis^③ は Lymphangioma の頻度が最も高いと述べている。

Fowler^④は形態学的に脾の非寄生虫性の良性腫瘍を次のごとく分類している。

1. Large, single subcapsular (hemorrhagic and serous) cysts.
2. Large, multiple, communicating, deep

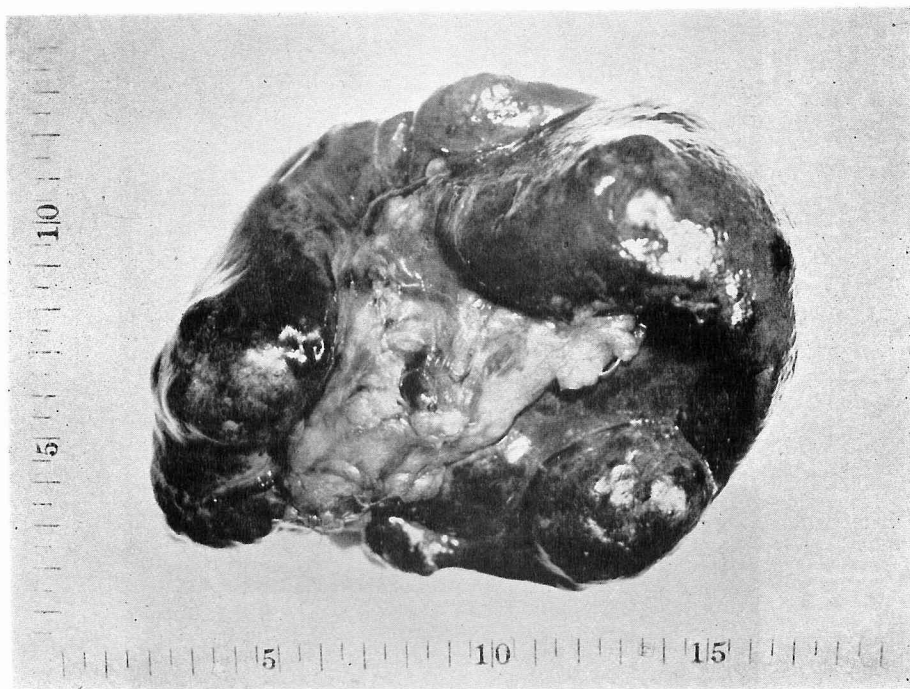


写真 2



写真 3

写真 4

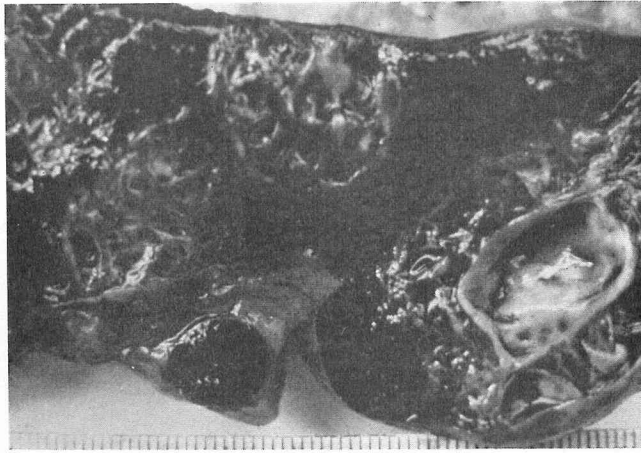


写真 5

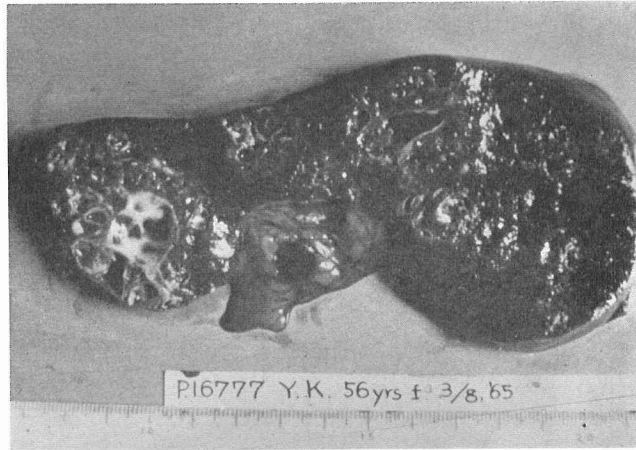


写真 6

H. E. × 20

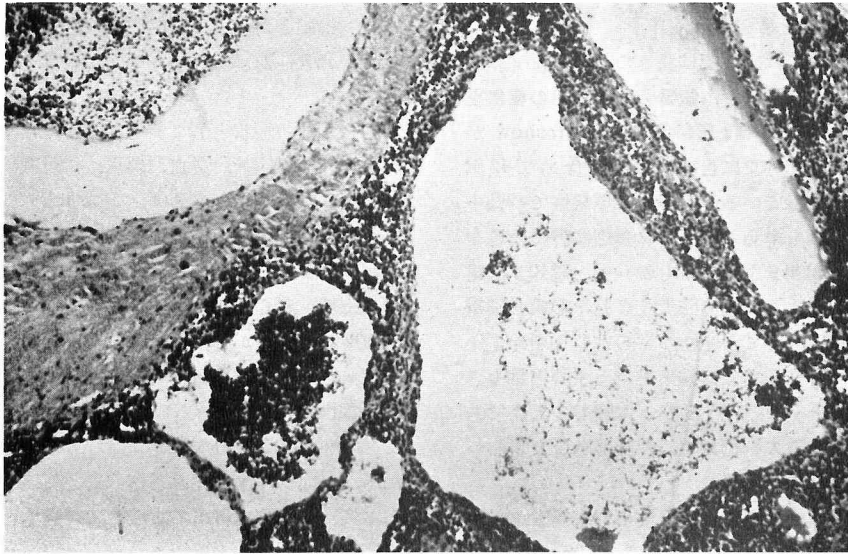


写真 7

H. E. × 20

multilocular, fused cysts (polycystic disease).

3. Large, multiple noncommunicating cysts with small satellites (hemangiomas).
4. Small, single or multiple, superficial or deep cysts (sesous)

更に病理組織学的には

I Primary with cellular lining component endothelium.

1. Congenital
2. Traumatic
3. Inflammatory
 - a. Infoliation cysts
 - b. Dilatation cysts : Lymphangiectatic, polycystic disease
4. Neoplastic cysts (also congenital)

<ol style="list-style-type: none"> a. Epidermoid b. Dermoid 	}	noncomponent, epithelium
---	---	--------------------------
- c. Lymphangioma
- d. Benign cavernous, and capillary hemangioma.

II Secondary, no cellular lining.

1. Traumatic (blood and serous types).
2. Degenerative (liquefaction).
3. Inflammatory (necrosis, tuberculosis).

とに分類し、嚢胞壁の内被細胞の有無によつて一次性および二次性に分類した。

McClure^⑤は脾の嚢胞を更に簡単に

I True cysts-lined by specific secreting membrane;

A. Epithelial :

1. Dermoids
2. Epidermoids

B. Endothelial :

1. Lymphangioma
2. Hemangioma
3. Polycystic disease
4. Some serous cysts

C. Parasitic-lined by protoplasmic matrix containing numerous nuclei

1. Hydatid cysts causes by echinococcus

II False cyste-no specific secreting lining :

A. Hemorrhagic

B. Serous

C. Inflammatory

1. Acute necrosis in infection
2. Chronic tuberculosis

D. Degenerative liquefaction of infarcted areas caused by embolism or arterial thrombosis.

とに分類している。

本例が内皮細胞があり多発性のことから、以上の分類上の Large, multiple noncommunicating cysts with small satellites (hemangioma), benign

cavernous and capillary hemangioma, Hemangioma に入るものと考えられる。

脾血管腫については本邦では我々の調べた文献の範囲では、三上^⑥、佐藤^⑦、飯野^⑧らの3例の報告をみるにすぎない。Pines は1846年本症を Virchow が初めて報告したと述べ更に自験例6例を含めて42例の統計的考察を試みているが、多くは単発性で42例中35例を占め、しかも単発の場合には囊胞は脾の全域をおかし、重量は2000gを越えるもの6例、7240gに達する1例がある如く、一般に巨大な囊胞を形成し脾重量も増す。これに対して多発性のものは42例中わずかに7例であり、各結節はくるみ大を越えず脾重量もさほど増加しないと述べているが、本例も多発性であり、各結節もくるみ大を越えず、脾腫もさほど著しいわけではなかつた。

さて血管腫は真性腫瘍か、腫瘍性の形成異常かが論ぜられており、殊に腹腔内臓器にみられる海綿状血管腫はむしろ発生過程における血管組織の異常形成と考えられる症例が多い。

組織学的に Pines は脾血管腫を Virchow の分類に従い

1. Hemangioma simplex
2. Cavernous hemangioma
3. Hemangioma telangiectoides

と分ち、その中で Cavernous hemangioma が圧倒的多数を占めていると述べているが、Cavernous hemangioma と Hemangioma telangiectoides とは形態的に区別し難いように考えられる。

また現在はその組織構成に従つて

1. Capillary hemangioma
2. Cavernous hemangioma
3. Venous hemangioma

とに分類されている。

本例は海綿状を呈す点からは Cavernous hemangioma に含まれ、脾材より脾髄へ向つての発育や多発性などの点はその発生要因として、腫瘍性格よりも形成異常を強く考慮させ、また Virchow の Hemangioma telangiectatoides 的性格をうかがわせる。Evans^⑨はまた脾血管腫では囊胞状拡張の傾向の強いことを指摘しており、本例の場合診断の参考とされる。また所見上明瞭な証はないが、Pines らのいう脾材の炎症に伴う血管障害の結果とすることも否定し難い。

更に Fowler は腹腔内臓器の血管腫は月経、妊娠に関係が深いことを指摘しており、Pines らは脾血管腫でも外科的摘除例の13例は女性で、かつ一般に男性

例に比し女性例の重量が大きいと述べ、血管系へのホルモンの刺激が考えられており、本例も女性である点その発育に及ぼしたホルモンの影響を考慮してもよい。

脾血管腫の症状として特異なものはなく、飯野によれば、脾腫、腹痛、貧血、腹水、体重減少、発熱、黄疸をよび疲労感などもあげ、Bostick^⑩はまた血液像にも特徴的变化はないと述べている。なお脾血管腫の破綻が報告されているが^{⑥⑪}、この際は上腹部の腹痛、圧痛、悪心、嘔吐、腹部膨隆、体温上昇、頻脈、白血球増多などが起るといわれている。

脾血管腫の術前診断は多くは困難で、パイオプシーによる以外方法はなく Wachstein^⑫はニードルパイオプシーによつて術前 Hamangiosarcoma を診断したが、かなり危険を伴うと述べている。

本例は幸いに内科にて腹腔鏡で脾囊胞と診断され、手術により血管腫と確認された1例であつた。

むすび

我々は最近腹腔鏡により脾囊胞と診断され、手術により脾の血管腫と確認しえた1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告した。

稿を終るにあたり星子直行教授、小林滋助教授および中央検査部病理丸山雄造講師の指導、校閲を深謝します。

なお本論文の要旨は昭和40年9月第16回長野県医学会外科分科会に発表した。

参考文献

- ①Saphir, O.: A Text on Systemic Pathology, Tumor of the Spleen, Grune & Stratum, New York, 1958
- ②Pines, B. & Ravinovitch, J.: Arch. Path. **33**: 487, 1942
- ③Willis, R. A.: Pathology of Tumours, 2nd Edition, Butterworth, London, 1953
- ④Fowler, R. H.: Int. Abstr. Surg, **96**: 209, 1953
- ⑤McClure, R. D. & Altemeier, W. A.: Ann. Surg, **110**: 98, 1942
- ⑥三上正夫: Keijo J. med., **4**: 53, 1933
- ⑦佐藤進, 他: 臨床外科, **13**: 820, 1958
- ⑧飯野四郎, 他: 内科, **12**: 559, 1963
- ⑨Evans, W.: Histological Appearance of Tumor, E. & S., Livingstone, Edinburgh & London, 1956
- ⑩Bostick, W. L.: Amer. J. Path., **21**: 1156, 1954
- ⑪Heines, C. E. & Mcilroy, P. T.: J. Amer. Med. Ass., **100**: 1862, 1933
- ⑫Wachstein, M.: J. Amer. Med. Ass., **152**: 237, 1953