

〔臨床報告〕

骨髓炎を疑われた下腿横紋筋肉腫の1例

東京女子医科大学附属第2病院整形外科 (指導: 菅原幸子助教授)

須 永 明・大野 博子・上田 礼子・田辺 智子・
ス ナガ アキラ オオノ ヒロコ ウエダ レイコ タナベ サトコ

市瀬 武彦・石上 宮子・菅原 幸子
イチノセ タケヒコ イシガミ ミヤコ スガワラ サチコ

(受付 昭和52年6月7日)

I はじめに

一般に軟部腫瘍では、単純X線像から当該腫瘍の診断および良否を判定することは不可能であり、X線像に異常を示した時は、更に診断が困難で、誤診されることがある。今回我々が経験した横紋筋肉腫の1例は、初期のX線像及び組織像で、骨髓炎と診断された症例である。

II 症 例

患者: 19歳, 男性。

家族歴, 既往歴: 特記すべきことなし。

現病歴: 昭和44年10月, 自転車で左下腿上部を強打した。その後次第に同部の膨隆を生じ, 夏になると疼痛が出現していたが放置していた。昭和46年8月, 同部の腫脹, 疼痛が出現したので, 某医にて組織試験切除を受け, 異常なしと言われたが, 症状は消失せず, 昭和47年1月, 同部の疼痛が増強し, 熱感, 腫脹が出現し, 歩行困難となつたので, 某病院を受診した。X線像で, 臨床症状部に一致して胫骨皮質の透亮像を認め(写真1), 1月31日精査のため入院。アンギオグラフィーでは, 僅かに血管の取込みを認めたが, その他の異常所見はなかつた(写真2, 3)。同年2月, 該部の組織生検を行ない, 骨髓炎の病理組織診断を受けた。3週後, 骨髓炎の根治的手術施行。その際の病理診断は, 前回と異なり線維肉

腫であつた。直ちに5Fuを投与し, 下腿切断術をすすめられたが, 同意を得られなかつた。同年4月21日, 手術創に膿疱様腫脹が出現したので摘除を行なつた。その際の組織検索の結果, 横紋筋肉腫の診断がなされた。再び強く切断をすすめられたが合意が得られず, 同地域の国立ガンセンター放射線科で, 放射線治療と抗癌剤の治療を行なつていた。昭和47年5月, 本人の強い希望もあ

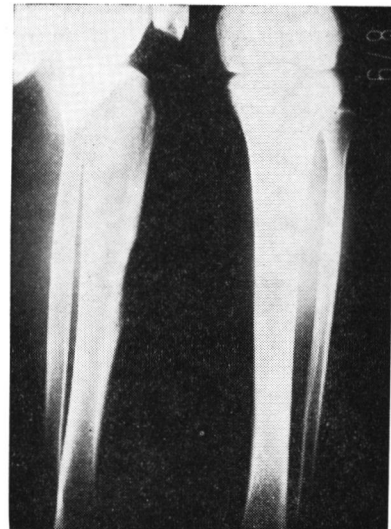


写真1 初発時X線像

Akira SUNAGA, Hiroko ŌNO, Reiko UEDA, Satoko TANABE, Takehiko ICHINOSE, Miyako ISHIGAMI, Sachiko SUGAWARA: Department of Orthopedics (Director: Assistant Professor Sachiko SUGAWARA), Tokyo Women's Medical College Second Hospital: A case of lower leg rhabdomyosarcoma suspected to be osteomyelitis.

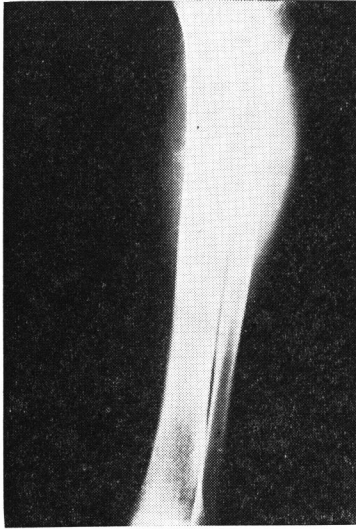


写真2 血管造影（前後像）



写真3 血管造影（側面像）

り当科に転院となった。

来院時所見：跛行を認めたが、全身状態は良好であつた。局所々見は、左下腿中枢側1/2前面、すなわち前回の手術創癒痕部に腫脹、熱感、圧打痛があり、手術創の上部に3個所の瘻孔が認められ（写真4）、この部には膿汁というよりも、むしろ肉芽組織の様なものが見られた。またやや波動を示したので穿刺を行なつたが、膿は出ず、暗褐色の浸出液が得られた。この液の検査では、一般

細菌、結核菌は証明されなかつた。手術創下端部においては骨陥凹部があり、圧痛を認めた。また足背全体に知覚異常を認めたが、下腿筋の筋萎縮はなく、足背動脈は良く触れ得た。赤沈値、血液、尿等々の諸検査には異常を認めなかつた。X線像は手術を受けているため判然としないが、脛骨1/2部に骨透亮像、前面の骨皮質辺縁不整、骨破壊像が見られ、骨膜の肥厚はなかつた（写真5）。このX線像では骨髓炎とも、骨腫瘍、軟部腫



写真4 昭和47年5月 当科初診時



写真5 昭和47年5月 当科初診時X線像

瘍とも判断に苦慮した。この時点で初発時のX線像をみると(写真1),前後像においては,骨髓の透過像中に腐骨の像が認められ,いかにも骨髓炎のように見られるが,側面像においては,骨皮質が前面よりけずり取られた形となっており,骨膜の肥厚もなく,一般に言われている骨髓炎の像とは異なっていると思われる。5月26日当該部の組織試験切除を行なった。

手術所見:手術瘢痕の上部は,皮下から骨膜にかけて,肉眼的に明らかに骨髓炎の肉芽組織とは異なる腫瘍塊があり,この組織は胫骨の中に入り込んでいた。下部は骨の一部を採取したが,これは非常に硬く,骨髓炎による脆弱な感じはなかった。

組織学的所見:病理組織診断の結果は,紡錘形細胞を主とした多形細胞が平行に並んでおり,これが束状となり交錯して見られた。また巨細胞も多数見られ,細胞は多形的であり,数個の縦列核ある細帯細胞の混在を認めた。これは悪性腫瘍であり,肉腫に類するものであることは確定的である。更に放射線照射後の状態ではあるが,Von-Giesen 染色で, fibrous origin ではなさそうで, heiderheim 染色で明瞭な,典型的な cross striation は見えなかつたが,細胞の形,とくに原形質の形状等から横紋筋肉腫と判断された(写真6,7)。

ただちにエンドキサン静注を開始し,6月7日左大腿部切断術を施行した。術後も抗癌剤を継続したが,副作用が出たため,6月26日中止した。

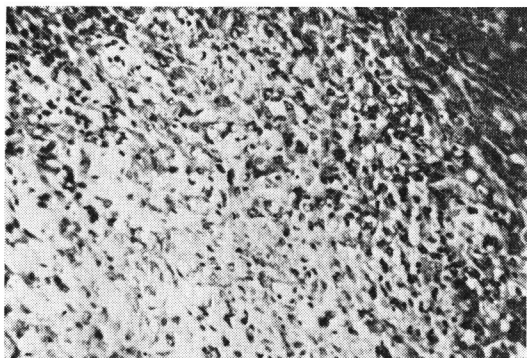


写真6 昭和47年5月試験切除時の組織像

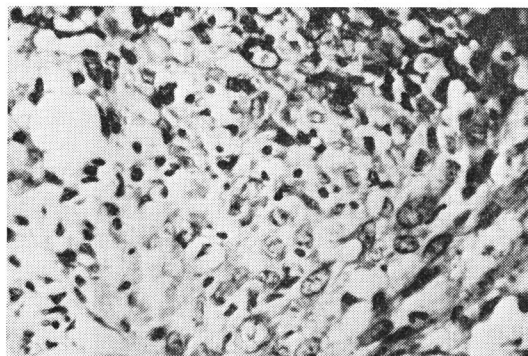


写真7 昭和47年5月試験切除時の組織像

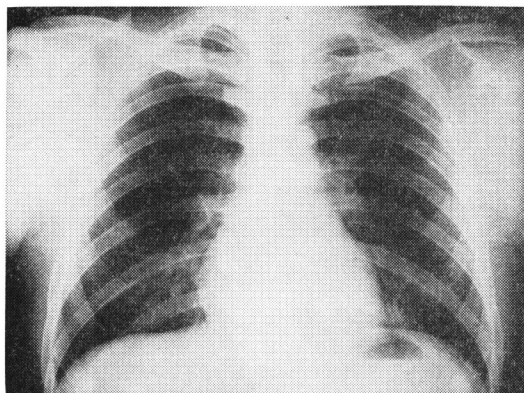


写真8 昭和52年5月(切断後5年経過)時のX線像



写真9 昭和52年5月(切断後5年経過)時の断端部X線像

その後数回の諸検査,X線像には異常所見はなく,全身状態も良好で,術後約5年を経過した現在,再発転移を全く認めていない(写真8,9)。

III 総括ならびに考按

軟部腫瘍の約10%に悪性腫瘍がみられ,横紋筋

肉腫は脂肪肉腫とともに、軟部悪性腫瘍の双壁を成す発生頻度である。最近の軟部組織腫瘍研究班の登録例中、横紋筋肉腫は第1位で、最も予後が悪いとされている。諸家の報告によれば、横紋筋肉腫の5年累積生存率は20~30%とされている。当症例のような多形性は Ackerman によれば、5年累積生存率は29%であると報告されている。横紋筋肉腫の組織発生に関して、契機因子として外傷が注目されているが、われわれの症例も、大腿前面の外傷部位に一致して発生したものであり、またかなり短時日のうちに発生をみたものであると考える。骨髄炎の嚢孔が肉腫化した報告もあるが、本例は骨髄炎と診断され、手術を受けてから次の線維肉腫と診断されるまで、僅か3週間であるところからみて、この可能性は非常に薄い。最近諸外国において、骨原発の横紋筋肉腫の症例報告があり、われわれの症例と同様に、骨髄炎様のX線像を呈している事は非常に興味を持たれる。

一般に悪性軟部組織腫瘍は、組織像が多彩で、しばしば組織診断が容易でなく、また癌腫と比べ頻度が低く、医師側の理解度と経験が不十分等々の理由から、初回治療が適確でなく、局所の再発、転移で始めて診断が確定する症例が多い。また不用意な外科的侵襲が、局所再発ひいては転移形成を誘発し、致死の結果を招来する一因となることがある。今回われわれが経験した1例は、初期の組織診断の誤診もあり、数度の外科的侵襲があつたにも拘らず、約5年を経過した現在も、再発、転移を示していない事は幸運である。本症例の組織像において、特徴ある所見から、横紋筋肉腫の多形性型と判明したが、紡錘形細胞を主体と

した線維肉腫との鑑別は難しく、また一部白血球細胞その他の炎症所見も見られた事から、標本の選択部位いかんによつては、骨髄炎のような炎症性疾患との誤診もありうる。軟部悪性腫瘍の治療法を選択する場合、その腫瘍の臨床的性格、なかでもその悪性度を想定する最も重要な基準の一つとして、病理組織診断の占める地位は極めて大きく、したがつて病理組織提出に際しては、当然ではあるが、臨床医は、局所々見、X線像を十分に検討し、これを連絡し、病理医の協力をもとめるべきであることを痛感した。

IV まとめ

初期のX線像および組織像で、骨髄炎と診断され、数回の外科的侵襲にもかかわらず、下腿切断後5年経過した今日、全身的にも局所的にも何ら異常を認めない症例に遭遇したので報告した。

(本文の要旨は、東京女子医科大学学会第206回例会において発表した。)

文 献

- 1) **Stout, A.P.:** Sarcomas of the Soft Tissues, The American Cancer Society, Inc., New York (1961)
- 2) **石井良章・他:** 横紋筋肉腫について. 臨床整形外科 3 (2) 155~163 (1968)
- 3) **佐野量造:** 四肢軟部組織腫瘍の病理 (1). 臨床整形外科 6 (1) 23~30 (1971)
- 4) **Ackerman, L.V. et al.:** Surgical Pathology, Mosby, St. Louis (1974)
- 5) **光田健児・他:** 四肢軟部腫瘍の臨床病理的検索. 臨床整形外科 8 (12) 1037 (1973)
- 6) **Pedro, M. Pasquel:** Primary Rhabdomyosarcoma of Bone. J Bone Joint Surg (Amer) 58 1176~1178 (1976)