

## 臨床報告

## 腹腔内デスモイドの1例

<sup>1)</sup>中山記念胃腸科病院, <sup>2)</sup>東京女子医科大学 第二外科学教室

カツタ	カズノブ	イマザト	マサユキ	ハヤシ	トシユキ	カタギリ	サトシ
勝田	和信 <sup>1)2)</sup>	・今里	雅之 <sup>1)</sup>	・林	俊之 <sup>1)</sup>	・片桐	聡 <sup>1)</sup>
タナカ	セイイチ	ハヤシ	ツネオ	ハマノ	キヨウイチ		
田中	精一 <sup>1)</sup>	・林	恒男 <sup>1)</sup>	・浜野	恭一 <sup>2)</sup>		

(受付 平成7年7月31日)

## はじめに

デスモイド腫瘍は、大腸腺腫症に合併することは知られているが、単独で腹腔内に発生することは稀である。我々は、大腸腺腫症を伴わない腹腔内デスモイド腫瘍を経験し、外科的切除に至ったので、若干の文献的考察を加え報告する。

## 症 例

患者：53歳、女性。

主訴：左上腹部痛。

家族歴・既往歴：特記事項なし。

現病歴：1993年7月頃より左上腹部痛を自覚し、同年9月16日精査目的で、当院受診し、左上腹部腫瘍と診断され入院となった。

入院時現症：身長151cm、体重60kg、左上腹部に軽度の圧痛を認めたが、腹部腫瘍は触知しなかった。血液一般、生化学検査では、特に異常値は認めなかった。

腹部エコー：中心部に cystic な低エコー域を伴う表面が比較的平滑な、5.5×5cm 大の充実性腫瘍を左上腹部に認め、周囲臓器との境界は、明瞭であった(図1)。

注腸造影：脾彎曲部よりやや口側の横行結腸に壁外性の圧排像を認めた。大腸腺腫症を示唆するような所見は認めなかった(図2)。

大腸内視鏡検査：横行結腸に、立ち上りなだらかで、表面平滑な粘膜下腫瘍様の隆起性病変を認



図1 腹部エコー

中心部に低エコー域(小矢印)を伴う、充実性腫瘍(大矢印)を認める。

め、その一部に浅い陥凹を認めた。同部位からの生検では、粘膜の炎症像のみであった。

腹部CT：横行結腸の背側、脾尾部の腹側および脾下極に接する位置に、約5cm 大の充実性の腫瘍を認めた。中心部は液状で、充実性の部分は、造影CTでほぼ均一に増強されており、横行結腸壁内または、壁外性の腫瘍を疑った(図3)。

血管造影：腫瘍の栄養血管や、腫瘍濃染像は認められず、hypovascular な腫瘍と考えられた(図4)。

以上より横行結腸または、横行結腸間膜由来の悪性腫瘍を疑い手術を施行した。

Kazunobu KATSUTA<sup>1)2)</sup>, Masayuki IMAZATO<sup>1)</sup>, Toshiyuki HAYASHI<sup>1)</sup>, Satoshi KATAGIRI<sup>1)</sup>, Seiichi TANAKA<sup>1)</sup>, Tsuneo HAYASHI<sup>1)</sup> and Kyoichi HAMANO<sup>2)</sup> [<sup>1)</sup>Nakayama Memorial Gastroenterological Hospital; Department of Surgery II, Tokyo Women's Medical College]: A case of intra-abdominal desmoid tumor

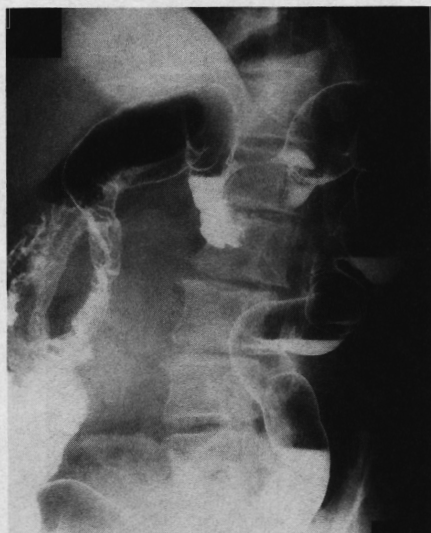


図2 注腸造影

脾彎曲部よりやや口側の横行結腸に壁外性の圧排像を認める。



図3 腹部CT

横行結腸の背側，脾尾部の腹側および脾下極に接する位置に，充実性の腫瘍を認めた。

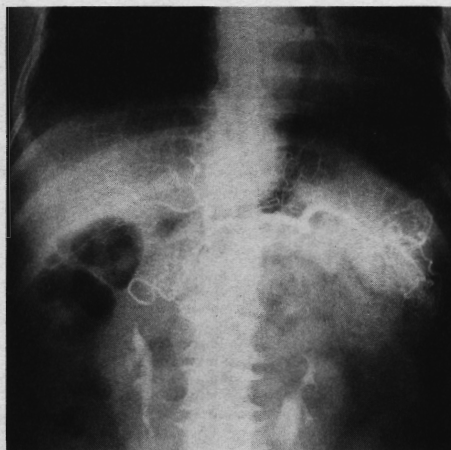


図4 腹部血管造影

腫瘍の栄養血管や，腫瘍濃染像は認められない。

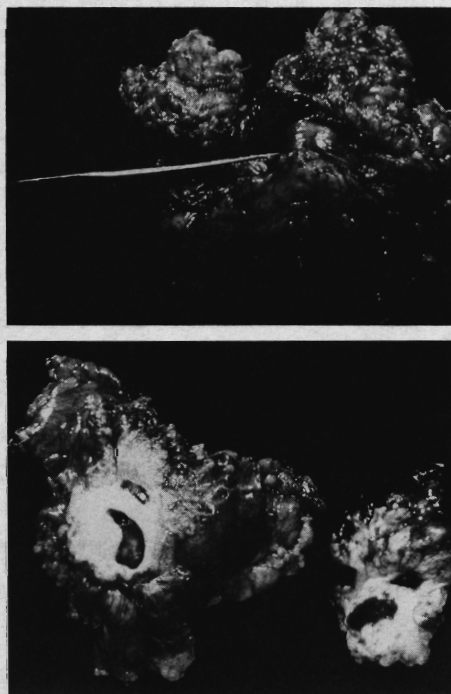


図5 切除標本

灰白色の充実性の腫瘍の中心部に，暗紫色の膿の貯留を認めた。

手術所見：腫瘍は，左上腹部に手拳大に触知され，横行結腸，脾尾部および脾下極とともに一塊となっており，手術は，左半結腸切除および尾部脾，脾合併切除術を施行した。



図6 H &amp; E 染色

腫瘍は紡錘形から卵円形の核を有する細胞が線維束を構成するように増殖していた。

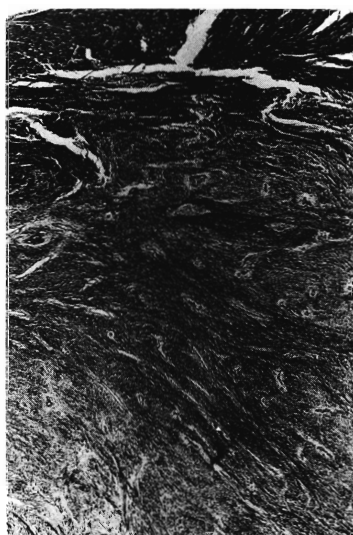


図7 Azan 染色

腫瘍本体は濃青色に染まり、膠原繊維主体の増生と判断された。

**切除標本：**6×5.5×5cm 大，弾性硬，剖面では灰白色の充実性の腫瘍の中心部に，暗紫色の膿の貯留を認めた（図5）。

**病理組織所見：**H & E 染色では，腫瘍は紡錘形から卵円形の核を有する細胞が線維束を構成するように増殖していた。異型性は乏しく，核分裂像をほとんど認めなかった（図6）。

Azan 染色では，腫瘍本体は濃青色に染まり，膠原繊維主体の増生と判断され，線維芽細胞であると考えられ，デスマイド腫瘍と診断された（図7）。

原発は，後腹膜と判断された。

**術後経過：**患者は，術後49日目に退院し，2年経過した1995年7月現在，再発の兆候なく経過良好である。

### 考 察

デスマイド腫瘍は，筋または筋膜由来の線維腫瘍で，腹直筋等に生ずる腹壁デスマイド，小児および若年者の四肢に多く生じ，再発傾向の強い腹壁外デスマイドに関する報告は比較的多い。しかしながら，腸間膜，腸骨窩，後腹膜間隙などに発生する腹腔内デスマイドは稀で，全デスマイド腫瘍中約8%を占めるにすぎない<sup>1)2)</sup>。

デスマイド腫瘍は，大腸腺腫症を合併する頻度

が，63%と高率である<sup>3)</sup>。大腸腺腫症を合併しない腹腔内デスマイドは稀で，我々が検索した限り，本邦において，本症例を含め47例にすぎない。それらについて検討した。

性差については，以前は，ほぼ等しいとされていたが<sup>4)~6)</sup>，近年になり男性に多いとする傾向がある<sup>7)8)</sup>。今回我々の検討においても，男性30例に対し女性17例と男性に多かった。年齢分布は，19歳から80歳までに認められ，好発年齢ははっきりしない。平均は47.7歳で，男性47.5歳，女性48.0歳とほとんど差は認めなかった。これは，佐藤ら<sup>4)</sup>が，欧文の文献より検討した傾向とほぼ一致する。大きさも，3.5cm から30cm までと様々であった。

主訴は，腹部腫瘤を自覚したものが，30例と最も多く，次いで腹痛が8例，腹部膨満感が6例であった<sup>4)8)</sup>。

発生部位については，腸間膜に好発するとされ<sup>1)2)4)8)</sup>，我々の検討においても，小腸間膜が31例（65.9%）と最も多く，次いで結腸間膜6例（12.7%）であった。当症例のような後腹膜原発は，非常に少なく，我々の症例を含め3例に過ぎなかった。他，骨盤2例，回腸粘膜下組織<sup>9)</sup>，十二指腸壁<sup>10)</sup>，不明が各々1例であった。

診画像診断上、超音波検査で、内部に小点状高エコーの散在、あるいは、モザイクを有する充実性の腫瘍として認められ<sup>7)8)11)</sup>、CTでは、周囲臓器との境界は明瞭で、単純CTでは、辺縁がやや低吸収域を持つ充実性腫瘍像を示し、造影により腫瘍辺縁が増強されるとの報告がある<sup>2)</sup>。当症例でも中心部に液状成分を認めたものの、造影により腫瘍辺縁でほぼ均一な増強を認めた。

MRIでは、内部不均一で境界明瞭な腫瘤像で、T1強調画像では低信号、T2強調画像では高信号と言われる<sup>8)</sup>。

血管造影では、腫瘍はhypovascularで、栄養血管、腫瘍濃染像を認めない報告例が多く<sup>2)11)</sup>、我々の症例も、同様の結果を示した。

大腸腺腫症を合併しない腹腔内デスマイドは、術前診断は極めて困難で、検討47症例中術前診断可能であった症例は存在せず、当症例のように外科的切除後に病理組織学的にて確定診断がなされている。その理由として、発生頻度が低く、好発年齢はあまりはっきりせず、画像診断上特異な像を示さず、各種充実性病変と類似することが挙げられる。ただ、腸管壁への浸潤様式をみると、筋層から粘膜下層までは浸潤するが、粘膜面までは侵さないという報告もある<sup>12)</sup>。実際、我々の検討においてもほとんどの症例で、小腸および大腸の壁外性の充実性腫瘍で、それらの粘膜面は侵されていないかった。よって、腸管粘膜の直接浸潤のない腸間膜が原発巣と考えられる比較的境界明瞭な充実性腫瘍では、デスマイド腫瘍を念頭におく必要があると考える。

治療は、ホルモン療法、コバルト照射で縮小した報告はあるが<sup>13)</sup>、外科的切除が原則とされ、今回の検討でも切除不能例を除き全例外科的切除がなされている。しかしながら、本腫瘍は、周囲臓器へ浸潤性に発育するため、切除の際に、少しでも腫瘍の残存があると、局所再発を来すため、少なくとも腫瘍縁より2~3cm離して、周囲健常組織とともに十分に切除しなければならない<sup>14)</sup>。ほとんどの症例で腸管合併切除がなされており、腫瘍の摘出のみで腸管合併切除を必要としない症例は、わずかに2例のみであった。

再発に関しては、正常組織を十分に切除した場合の5年再発率は約15%で、腫瘍のみ切除した場合には約50%の再発を認めるとの報告がある<sup>15)</sup>。デスマイド腫瘍の再発形態は局所再発のみで、転移はしないといわれているが<sup>16)</sup>、再発を繰り返し悪性化を来した骨盤内デスマイド<sup>14)</sup>や、デスマイド腫瘍の転移例の報告もあり<sup>16)</sup>、健常組織を十分に含めた広範囲切除を施行し、再発を極力抑える努力が肝要と考える。

## まとめ

上腹部痛を主訴とし、外科的切除に至った、後腹膜を原発巣とする、大腸腺腫症を伴わない腹腔内デスマイド腫瘍の1例を経験したので、若干の文献的考察を加え報告した。

## 文 献

- 1) Reitamo JJ, Hayry P, Nykyri E et al: The desmoid tumor, I. Incidence, sex-, age- and anatomical distribution in the Finnish population. *Am J Clin Pathol* 77: 665-673, 1982
- 2) 神波雅之, 石井敏雄, 謝花正信: 腸間膜デスマイドの2例. 画像診断 9: 1473-1478, 1989
- 3) 宇都宮謙二, 岩間毅夫: 消化管ポリポージス, 日臨 36: 2126-2129, 1978
- 4) 佐藤幹雄, 水戸康郎, 西村英彦: 小腸間膜より発生した腹腔内デスマイドの1治験例. 臨外 36(6): 1013-1017, 1981
- 5) 竹田広樹, 荒井 誠, 杉本裕之: 小腸間膜由来のデスマイド腫瘍の1例. 昭医会誌 51(2): 216-220, 1991
- 6) 椎木滋雄, 桑田康典, 柏原瑩爾: 小腸間膜より発生した腹腔内デスマイド腫瘍の1例. 日臨外医会誌 48(10): 1704-1708, 1987
- 7) 出口静吾, 武田 昌, 難波康夫: 可動性腹腔内腫瘤として発見された小腸デスマイド腫瘍の1例. 広島医学 44(10): 1483-1485, 1991
- 8) 長田真二, 種村広巳, 大下裕夫: 小腸間膜より発生した大腸ポリポージス非合併腹腔内デスマイド腫瘍の1治験例. 日消外会誌 28(5): 1124-1128, 1995
- 9) 鍋谷圭宏, 中村 宏, 今野秀次: 回腸粘膜下腫瘤を呈した腹腔内デスマイド腫瘍による成人腸重積症の1例. 日消外会誌 24(9): 2471-2475, 1991
- 10) 田中豊治, 石田元比古, 小野成夫: 十二指腸壁より発生した、きわめて稀な腹腔内デスマイドの1治験例. 歯科学報 85(7): 1085-1086, 1985
- 11) 有川俊治, 山下義信, 大野 徹: 腹腔内デスマイド腫瘍の1例. 外科診療 35(1): 81-84, 1993
- 12) Weinberger HA, Ahmed MS: Mesenchymal

- solid tumors of the omentum and mesentery :  
Report of four cases. *Surgery* 82 : 754-759, 1977
- 13) 野田尚一, 脇山茂樹, 雷 哲明 : 後腹膜に発生し,  
興味ある経過をとったデスモイドの1例. *医療*  
44(増刊) : 408, 1990
- 14) 上泉 洋, 佐藤直樹, 三澤一仁 : 再発を繰り返した  
悪性化した巨大骨盤内デスモイドの1例. *日臨  
外医会誌* 51(6) : 1354-1358, 1990
- 15) Posner MC, Shiu MH, Newsome JL et al :  
The desmoid tumor. *Arch Surg* 124 : 191-196,  
1989
- 16) McKenzie DH : The Differential Diagnosis of  
Fibroblastic Disorders. pp89 - 96, Blackwell  
Scientific Publications, Oxford•Edinburgh  
(1970)
-