

軟部組織悪性腫瘍の検討

村上 博, 平 幸雄, 赤松 順寛
安保 昌樹, 桜井 正浩, 楠田 和幸
加藤 博孝, 森 洋子, 宮田 幸比古
酒井 信光, 的場 直矢, 金城 幸健*
実方 一典**, 大河内 信弘**

はじめに

軟部組織腫瘍は、主として間葉系組織に原発する非上皮性の腫瘍で、四肢を問わず全身的に発生する。組織型の種類が極めて多く、臨床診断はもちろん、病理組織学的検索にて初めて診断が決定するケースが多い。同一組織型であっても、予後が著しく異なる場合もあり、その手術術式等治療方針の決定にも苦慮するケースが多い。

本論文では、1973年1月から1989年9月までに当科にて手術を施行した軟部組織悪性腫瘍5例について報告し(表1)、その診断、治療に関して若干の文献的考察を加えた。なお組織学的悪性度は梅田らの報告¹⁾によった。以下症例を程示する。

症例1 (図1)

患者: 26歳 女性

主訴: 左そけい部腫瘍

現病歴: 1980年6月より左ソケイ部腫瘍に気

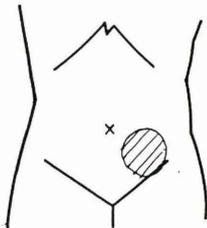


図1. 症例1, 初回腫瘍の局在部

付いた。次第に増大し、左下肢腫脹も伴う様になった為、10月当科受診した。

現症: 左ソケイ部に12×7cmの硬い腫瘤を触知し、左下肢腫脹を認めた。(図1)

検査成績: 血液一般および生化学検査にて異常値を認めなかった。

画像診断: 骨盤部X線写真にて、左そけい部に軟部陰影の増強を認めた。CTにて、同部に境界明瞭、濃度不均一な楕円形の low density area を認めた(図2)。リンパ管造影で左そけい部にリンパ流の途絶を認めた(図3)。

手術所見: 軟部組織腫瘍の診断で摘出術施行。円形、手拳大、弾性硬の腫瘤を被膜を含めて摘出した。近傍のリンパ節の腫脹は認められなかった(図4)。

病理所見: 不規則な腺腔を形成する上皮様細胞と紡錘形の幼若な線維芽細胞様細胞との二相性をなす。滑膜様細胞と腫瘍細胞の間に移行も認められ滑膜肉腫 stage IVa と診断された(図5)。

経過: 術後 50 Gy の放射線照射を行なった。

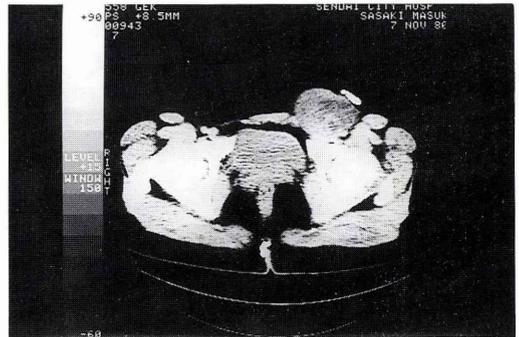


図2. 症例2, ソ径部CT像

仙台市立病院外科

* 同 病理科

** 東北大学医学部第二外科

表 1

症例	年齢	性	組織学的診断	治療法	予後 (初回術得)
1	26	女	滑膜肉腫	① 摘出術 ② 放射線照射 ③ 動注	7年 死
2	77	男	脂肪肉腫	① 摘出術	12年 死
3	80	男	悪性線維性組織球腫	① 摘出術 ② 広範囲切除	4年4ヶ月 健在
4	47	女	悪性線維性組織球腫	① 摘出術 ② 広範囲切除 ③ 放射線照射	1年1ヶ月 健在
5	41	女	悪性線維性組織球腫	① 摘出術 ② 広範囲切除 ③ 化学療法	2ヶ月 健在



図 3. 症例 1, 左ソ径部, シンバ管造影像

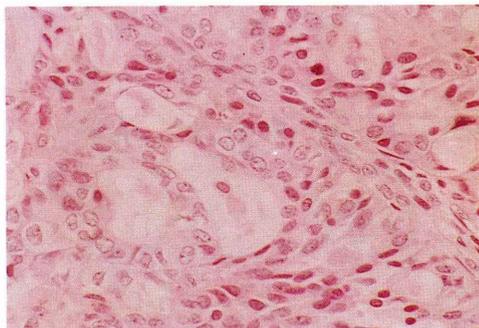


図 5. 症例 1, 病理組織像



図 4. 症例 1, 摘出標本

1982年8月, 左ソケイ部に再発を思わせる腫脹あり, 再摘出術施行, 前回と同様の病理所見であった。再度同部を中心に放射線照射を施行したが, 1985年左ソケイ部及び後腹膜に再発あり, 再々切除術を施行。同時に左内腸骨動脈カニューレーション施行。動注療法を行なったが肺転移を来し, 1987年4月死亡した。

症例 2 (図 6)

患者: 77歳 男性

主訴: 左下腹部腫瘍

現病歴: 1973年4月より, 左下腹部に腫瘍を認め, 某医受診。精査目的にて当科紹介となった。

現症: 左下腹部に小児頭大, 硬, 表面平滑な腫

瘤を触知した (図6)。

検査成績: 特記事項認めず。

手術所見: 腫瘍は、肉眼的には周囲組織とは連続性なく、被膜を有し、僅かに周辺部と線維性に癒着しているのみであった。摘出腫瘍重量は525gであった。

病理所見: 異型性の強い、錘体型で多核又は不整形をした核を有する脂肪細胞を認め分化型脂肪腫様、脂肪肉腫 stage Ia と診断された (図7)。

経過: 1975年同部に再発, 前回の手術後, 満2年で再摘出術施行。

更に1979年再々発。同年12月, 更に摘出術施行したが肝硬変, 水腎症来し全身衰弱にて死亡した。

次に皮下悪性線維性組織球症の3例を供覧する。

患者: 症例は表2のごとく, 年齢80, 47, 41歳で, 男性1例, 女性2例だった。

主訴: いずれも皮下腫瘍の触知であった。

検査成績, 画像診断: 特記事項なし。軟部組織腫瘍の診断で摘出術施行した。

表2.

	症例3 80歳 男性	症例4 47歳 女性	症例5 41歳 女性
病期分類	IIIa (G;pTi pN;pMo)	IIIa (G;pTi pN;pMo)	IIIa (G;pTi pN;pMo)
治療	①摘出術 ②広範囲切除術	①摘出術 ②広範囲切除術 ③放射線照射	①摘出術 ②広範囲切除術 ③化学療法

病理所見: いずれも多角形を示す組織球様細胞と, 紡錘型の線維芽細胞様細胞が, storiform pattern を示しながら増殖しており, 多角腫瘍巨細胞及び, mitosis も認められた。通常型悪性線維性組織球症 stage IIIa と診断された (図8, 9)。

いずれにも, さらに広範囲切除術が行なわれ, その上に症例4においては放射線照射が, 症例5には化学療法がおこなわれた。

経過: 現在いずれも再発, 転移の兆候なく元気

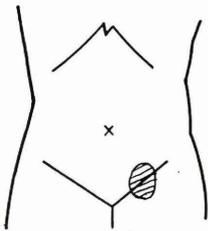


図6. 症例2, 初診時の腫瘍局在

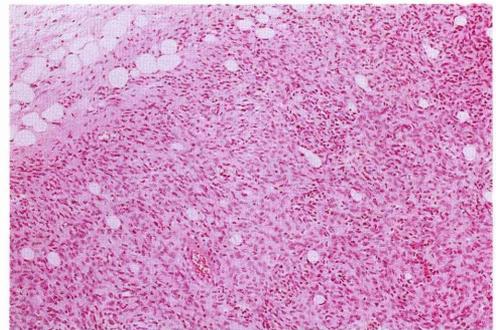


図8. 症例4, 病理組織像

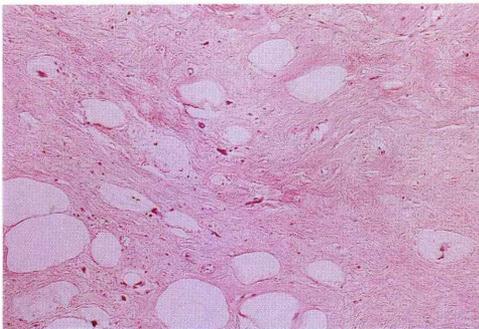


図7. 症例2, 病理組織像

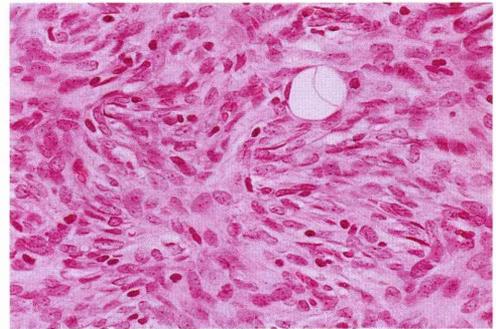


図9. 症例4, 同拡大像

で日常生活を行なっている。

考 察

厚生省軟部悪性腫瘍研究班のデータによると¹⁾、1962年から76年までの5年累積生存率が42%であったのに対し、72年から83年では56%と改善されている。これには、局所再発率の大きな低下が関与していると考えられ、諸家の報告^{2,3,4)}にも述べられている通り、局所の広範囲切除術を行なう事がまず第一に重要だと思われる。局所病変の根治性については、Ennekingら^{5,6,7)}による分類とそれに基づき、腫瘍を含む compartment を筋、骨では起始から終止まで全摘する、radical local resection が提唱され、すぐれた報告として採り入れられてきた^{8,9)}。

これに対し、川口¹⁰⁾は、生体内の barrier で腫瘍全周が被包されるように腫瘍切除を行なうという、根治的切除術を報告し、その切除範囲は前者より少なく、局所再発13%、転移率28%と良好な、成績を上げている。

実際には、この根治的切除療法を行なう前に軟部組織腫瘍として摘出し、病理診断にてその悪性度が判明する事が多い。多くの軟部悪性腫瘍は、外側へ浸潤を伴う偽被膜を有する^{10,11)}為、良性腫瘍として被膜に沿って切除した場合、初回手術による播種の危険が高い。諸家の報告でも^{3,4)}、このような不完全手術が先行した症例の予後は不良である。

館によれば¹²⁾、① 圧痛、疼痛が認められ、② 40歳以上で rapid growing な solid tumor、③ 長径5 cm 以上、④ 弾性硬～硬で可動性無く境界不明瞭である場合、悪性腫瘍を疑うべきだとしており、初回手術時に留意すべきだと考えられる。今後我々も、手術術式を十分に検討した上で、出来るだけ根治性の高い術式を選択すべきであると考えている。

その他、化学療法としては、adriamycin を中心として、actinomycin-D、cyclophosphamide、vincristine 等を併用する VACA 療法等があり、良好な成績を得たとする報告が散見される^{1,13,14)}。

放射線療法については否定的な見解が多い^{15,16)}

が、浜田らは⁸⁾放射線療法を用いて、切除範囲をさらに縮小しえたと報告している。

ま と め

1) 我々が経験した軟部組織悪性腫瘍の5例を報告した。

2) その診断、手術法、後療法等について検討し、併せて文献的考察を加えた。

3) 軟部組織腫瘍の治療は、つねに悪性疾患の可能性を念頭において行なう必要がある。

文 献

- 1) 梅田 透ほか：軟部悪性腫瘍。臨外 39(2)：199-207, 1984
- 2) 日本整形外科学会、骨・軟部腫瘍委員会編：整形外科・病理 悪性軟部腫瘍取扱い規約。金原出版、1985
- 3) 武内 章二：軟部悪性腫瘍の初療とその考え方—外科から—。外科 48, 118-125, 1986
- 4) 川口智義ほか：軟部肉腫の手術療法。整・災外 31, 1179-1190, 1988
- 5) 篠原典夫ほか：軟部悪性線維性組織球腫の治療。癌と化療 14, 1614-1619, 1987
- 6) Enneking, W.F. et al. : A system for the surgical staging of musculoskeletal sarcoma. Clin. Orthop. 153 : 106, 1980.
- 7) Enneking, W.F. et al. : The effect of the anatomic setting on the results of surgical procedures for soft parts sarcoma of the thigh. Cancer 47 : 1005, 1981
- 8) Enneking, W.F. et al. : Musculoskeletal Tumor Surgery, Churchill Livingstone, New York, p. 69-99, 1983
- 9) 浜田良機ほか：骨軟部腫瘍の治療体形・stage 分類と治療結果の臨床的評価。整・災外 31 : 1049-1063, 1988
- 10) 大野藤吾：悪性軟部腫瘍。臨外, 39(2) : 211-212, 1984
- 11) 川口智義ほか：悪性軟部腫瘍の根治的広切法についての検討。臨整外 17, 1192-1206, 1982
- 12) 饗場庄一：軟部組織腫瘍の種類と生検。外科 48 : 132-139, 1986
- 13) 館 靖彦：軟部悪性腫瘍の診断と非手術的治療。整・災外 31 : 1161-1178, 1988
- 14) 森 修ほか：四肢軟部悪性腫瘍に対する Vincristin, Actinomycin D, Cyclophosphamide,

- Adriamycin 併用療法の効果。癌の臨床 **32**, 998-1004, 1986
- 15) 立石昭夫：軟部悪性腫瘍の化学療法。整形外科 MOOK**38**：133-140, 1985
- 16) 保高英二ほか：放射線療法。整形外科 MOOK**38**：120-132, 1985
- 17) 稲田 治ほか：悪性線維性組織球腫。整形外科 MOOK**38**, 208-214, 1985