

1-2-CR1

隣接した筋肉軟骨性軟部腫瘍を伴った踵骨骨腫瘍の 1 例

村橋 靖崇¹ 江森 誠人¹ 清水 淳也¹ 杉田 真太郎² 寺本 篤史¹

¹ 札幌医大整形 ² 札幌医大附属病院病理部

【現病歴】55 歳男性. X 年に左足背の腫瘤を自覚. 近医にて MRI を撮影され, 短趾伸筋内のガングリオンと診断され, 疼痛もなく様子をみていた. X+5 年に左踵部痛を自覚. 近医にて短趾伸筋内軟部腫瘍, 踵骨骨腫瘍が疑われ, 切開生検を受けた. 軟骨性腫瘍が疑われたが診断がつかないため, 当科紹介となった.

【所見】初診時の理学所見では踵部周囲にわずかな暗赤色の変色を認め, 圧痛, 熱感を認めていたが, 歩行は可能であった. 単純 X 線写真では中足部レベルの足背外側に zoning phenomenon を呈する 6 cm 大の骨化病変と踵骨全体に粒状の石灰化病変と骨膜反応を認めた. MRI では短趾伸筋内に T1WI low-iso, T2WI low-high の病変を認め, 踵骨前方突起に一部隣接していた. また, 踵骨内全体に T1WI low, T2WI low 一部 high の信号変化を認め, 後方には骨外病変も認めた. PET-CT では筋内骨化病変(SUVmax3.9)と踵骨後方骨外病変(SUVmax11.0)に集積を認めたが, 踵骨内やその他の部位に異常集積は認めなかった.

【病理所見】当科で再生検を行った. 踵骨病変は軟骨が主体だが一部で類骨形成を認める. 核異型を示す硝子軟骨組織と連続する核クロマチン豊富な小型円形～短紡錘形細胞がシート状, 索状に増殖し, 腫瘍壊死も伴った像である. 筋内病変も同様の骨軟骨組織が見られ, その辺縁部には軽度の異型を示す短紡錘形細胞が一部みられ, 踵骨病変と像が類似している.

【経過】踵骨病変は osteosarcoma, chondroblastic type の最終診断. 筋内病変も類似した組織像であり関連病変と考えられた. 化学療法として MAP 療法を行い, 下腿切断術を予定している.

【検討項目】病理診断, 治療方針

1-2-CR2

右腰部腫瘤に続発した右腸骨溶骨性病変

松山 太祐¹ 今西 淳悟¹ 佐藤 健二¹ 平畑 昌宏¹ 山本 真由² 山本 麻子² 近藤 浩史² 齋藤 雄一³ 菊地 良直⁴ 河野 博隆¹

¹ 帝京大整形 ² 帝京大放射線 ³ 帝京大外科 ⁴ 帝京大病理

【現病歴】30 歳, 女性. 肋骨や脊椎の欠損を伴う右腰部腫瘤と右血性胸水のため悪性腫瘍が疑われ, 当院腫瘍内科を紹介受診した. 整形外科, 放射線科で右腰部腫瘤の生検を計画したが, 血管造影で右腰動脈瘤と診断しコイル塞栓術を行い, 胸水は減少した. 3 カ月後に右腸骨の溶骨性病変が新出し, 病変は増大して病的骨折を生じた.

【現症】初診時: 独歩可能. 右腰部腫瘤は触診で触れず. 両下肢の運動障害はなかったが, 右 L1 神経根症状を疑う右殿部痛があった. 3 カ月後: 右上前腸骨棘から 4 cm 背側に圧痛あり. 歩行時に疼痛の悪化あり. 右下肢の運動障害, 感覚障害はなかった.

【画像所見】初診時: 胸部 X 線で右肺の CP angle が鈍であった. 造影 CT で L1 椎体右側に 40 mm の病変がみられた. 造影される領域と造影されない領域に分かれ, 境界は明瞭であった. 病変と隣接する右 L1 横突起は溶骨性変化がみられた. 造影 MRI で腫瘤影は T1 筋肉より低信号, T2 低信号であり, Gd 造影で内部は強い造影効果あり. 腰動脈と腫瘤影は連続あり. 3 カ月後: 単純 X 線で右上前腸骨棘周囲に溶骨性病変あり. 単純 CT で右上前腸骨棘の内板側の骨皮質の消失, 骨透亮像あり. 造影 MRI は T1 筋肉より低信号, T2 一部で高信号であり, Gd 造影で結節状に造影された. 99m-Tc シンチで右腸骨に有意集積あり, その他の部位は集積がなかった.

【血液検査】Hb 10.2 g/dL, WBC 5700 / μ L, 血小板 24.6 万 / μ L, D-dimer 23.4 μ g/mL, 補正 Ca 正常, 腫瘍マーカー陰性

【経過】初診から 7 カ月後に右腸骨の切開生検を行った. 病理学的所見と臨床症状を総合して診断を行った. 複数科横断で集学的治療を行い, 診断から 2 年の最終観察時点まで胸水貯留なし, 溶骨性病変の拡大なしであった.

【検討項目】(1)病理診断, (2)治療方針

1-2-CR3

右前腕軟部腫瘍の 1 例

沼本 邦彦¹ 松本 学² 岩田 純² 柿崎 元恒² 吉田 晶³ 尾崎 敏文³

¹ 高知医療センター整形 ² 高知医療センター病理診断科 ³ 岡山大学術研究院
整形

【現病歴】10 歳女児. 当院初診の 2 カ月前に右前腕の腫瘍に気づき, 前医受診. MRI で腫瘍を指摘され, 初診の 1 カ月前に局所麻酔下に切除術を受けた. 術後の病理診断で未分化紡錘形細胞肉腫の診断となり, 当院紹介となった.

【初診時所見】右前腕掌側に 5 cm の縦切開術創瘢痕を認めた. 手指の屈曲・伸展可動域制限は認めないが, 手指屈曲に伴い, 創瘢痕の引き連れを認め, 癒着が示唆された.

【画像所見】前医術前 MRI では, 浅指・深指屈筋内に長径 2.5 cm の比較的境界明瞭な腫瘍を認め, T1WI で高信号, T2WI で亢進号を呈していた. また, その腫瘍と明らかな連続性がなく, 長母指屈筋内に橈骨と接した長径 3 cm の腫瘍を認めた. 長母指屈筋内の腫瘍は周囲への浸潤傾向を疑う tail sign を脂肪抑制 T2 で認めた. 当院初診時 MRI では表層の腫瘍は切除され, 深部の腫瘍は残存していた. Gd で均一に造影された. FDG-PET/CT では, 明らかな遠隔転移は認めず, 右前腕腫瘍切除部および残存腫瘍部に淡い集積を認めた.

【病理診断】紡錘形の腫瘍細胞が束状構造を呈し, 錯綜しながら密に増殖する像を認めた. 上皮用の腫瘍細胞が胞巣状構造を呈する部分も認めた.

免疫染色: 陽性(focal) CD34, S-100, α -SMA, Synaptophysin, PgR

陰性 CD99, desmin, MyoD1, Myogenin, ALK

以上より特定の分化傾向は認めず, 未分化紡錘形細胞腫瘍と診断された.

【治療経過】小児科・病理診断科と治療方針を協議し, 横紋筋肉腫は否定的だが, 特定の診断はつかなかったため, 手術を先行することとした. 手術では, 屈筋群・橈骨動脈・正中神経・橈骨骨幹部を合併切除し, 血管柄付き腓骨, 腓腹神経移植および腱移行術を行った. 術後補助療法は行わず, 術後 6 年経過し, 再発・転移を認めていない.

1-2-CR4

仙骨に発生した低分化脊索腫の 1 例

伊村 慶紀¹ 王谷 英達¹ 中井 翔¹ 清川 博貴² 森井 英一² 岡田 誠司¹

¹ 阪大大学院整形 ² 阪大大学院病理

【背景】今回、仙骨に発生した低分化脊索腫の 1 例を経験したので報告する。

【症例】症例は 19 歳男性。X-1 年 8 月に仙骨部痛を自覚し徐々に症状が増悪したため、X 年 1 月に近医を受診した。鎮痛剤を投与されるも症状改善なく画像上仙骨腫瘍を指摘され、X 年 5 月に当院紹介となった。仙骨部に圧痛があり、独歩は可能も坐位や仰臥位が困難であった。下肢運動感覚障害や膀胱直腸障害は認めなかった。単純 CT で仙骨 S4, 5 に骨破壊を伴う腫瘤を認め、単純 MRI で T1WI 低信号、T2FS やや高信号の仙骨外へ進展する腫瘤を認め、腹側では直腸と接していたが、腫瘤と直腸の間の脂肪層は確認できた。PET/CT で仙骨下方に SUVmax9.67 の FDG 異常集積を伴う骨破壊像を認めたが、その他に転移を疑う集積は認めなかった。CT ガイド下針生検を施行し、組織学的には線維性間質成分と軽度腫大した卵円形核と淡好酸性の広い細胞質を有する細胞のシート状増殖像が見られ、炎症細胞浸潤を伴い、一部では壊死も見られた。免疫染色では AE1/AE3, EMA 陽性、S-100, INI1 陰性で低分化脊索腫が疑われた。

【当院治療後経過】X 年 7 月に腫瘍広範切除術、腹腔鏡視下直腸間膜切除、横行結腸人工肛門造設術を施行した。仙骨 S3 以遠の腫瘍側に周囲筋や直腸間膜を付けて合併切除し、直腸は温存した。腹側断端陽性のため術後放射線治療(66 Gy/33 fr)を施行し、直腸肛門機能の残存を確認し術後 8 カ月で人工肛門を閉鎖した。術後 1 年 6 カ月経過した現在、排尿排便機能は問題なく、腫瘍の再発も認めていない。

【考察】通常型脊索腫と異なり低分化脊索腫は若年者の斜台や頸椎に発生することが多く、仙骨発生は稀である。類上皮肉腫や悪性ラブドイド腫瘍と同様に INI1 の発現が欠失することが特徴的とされる。通常型に比べて進行が早く予後不良であるため、今後も入念な経過観察が必要である。