

## 胸腔内播種を認めた肺過誤腫の1切除例

井口けさ人<sup>1</sup>・稲垣雅春<sup>1</sup>・小貴琢哉<sup>1</sup>・  
小林敬祐<sup>1</sup>・鈴木恵子<sup>2</sup>・野口雅之<sup>3</sup>

**要旨**—— 過誤腫は軟骨・脂肪・気管支上皮などからなる良性腫瘍で、周囲臓器への浸潤は稀で播種性転移の報告はない。今回我々は胸腔内播種を認めた症例を経験したので、若干の考察を加え報告する。(肺癌, 2007;47:285-286)

**索引用語**—— 軟骨性過誤腫, 胸腔内播種, 多発性肺過誤腫, Implantation

症例: 62歳, 男性.

主訴: 右胸腔内腫瘍精査.

既往・併存症: 56歳時, 甲状腺濾胞癌手術. 高血圧.

喫煙歴: 20本/日×8年=160, 20年前より禁煙.

家族歴: 特記事項なし.

現病歴: 1994年検診で胸部腫瘤影を指摘. 当院外科で経過観察後, 良性の診断で終了(詳細不明). 2006年6月高血圧で通院中の近医で胸部X線・CT施行し腫瘤影を指摘され, 精査加療目的で当院紹介受診した.

入院時現症: 呼吸音清. 表在リンパ節触知せず.

入院時検査所見: WBC 7070/μl, Hb 15.9 g/dl, Plt 20.0×10<sup>4</sup>/μl, CRP 0.2 mg/dl 未満, CEA 1.2 ng/ml, SCC 0.1 ng/ml, CYFRA 1.1 ng/ml, ProGRP 22.1 pg/ml, αFP 2 ng/ml, CA19-9 11 U/ml, CA125 8 U/ml.

胸部X線所見: 心右縁・横隔膜上に3 cm大の腫瘤を認める. 1995年と比較してごく軽度増大していた(図1).

胸部CT所見: 心右縁, 横隔膜上に径23 mmの境界明瞭で内部がやや不均一な軟部腫瘤があり, 内部にFat densityを認めた(図2, 上: 水平断, 下: 冠状断). 肺腫瘍または縦隔腫瘍の胸腔内への突出が疑われた.

経過: 鑑別診断として肺良性腫瘍(過誤腫), 縦隔腫瘍(奇形腫, 神経原性腫瘍など)があげられた. 気管支鏡, CT, 超音波など外部からのアプローチで生検不可能な部位であり, 確定診断・治療目的で2006年8月手術を行った. 腫瘍は白色分葉状で, 下葉から胸腔内に突出し表面は胸腔に露出していた(図3a). これを摘除し迅速組織診を行い軟骨性過誤腫と診断された. また腫瘍近傍の中下葉表面を中心に播種様に病変が多発し(図3b), 胸壁, 横隔膜にも同様の病変がみられたため, 一部をサンプリン



図1. 胸部X線写真.

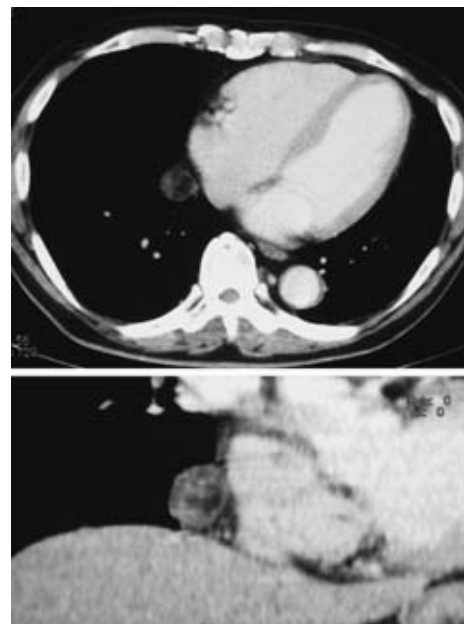


図2. 胸部CT. 上: 水平断, 下: 冠状断.

土浦協同病院 <sup>1</sup>呼吸器外科, <sup>2</sup>病理; <sup>3</sup>筑波大学大学院人間総合科学研究科(病理アドバイザー).

別刷請求先: 井口けさ人, 土浦協同病院呼吸器外科, 〒300-0053 土浦市真鍋新町11-7 (e-mail: kesato8@gmail.com).

※第148回日本肺癌学会関東支部会推薦症例(平成19年3月17日 日本肺癌学会関東支部会).

<sup>1</sup>Department of Thoracic Surgery, <sup>2</sup>Department of Pathology,

Tsuchiura Kyodo General Hospital, Japan; <sup>3</sup>Graduate School of Comprehensive Human Sciences, University of Tsukuba, Japan (Adviser of Pathological Findings).

Reprints: Kesato Iguchi, Department of Thoracic Surgery, Tsuchiura Kyodo General Hospital, 11-7 Manabeshinmachi, Tsuchiura-shi, Ibaraki 300-0053, Japan (e-mail: kesato8@gmail.com).

© 2007 The Japan Lung Cancer Society

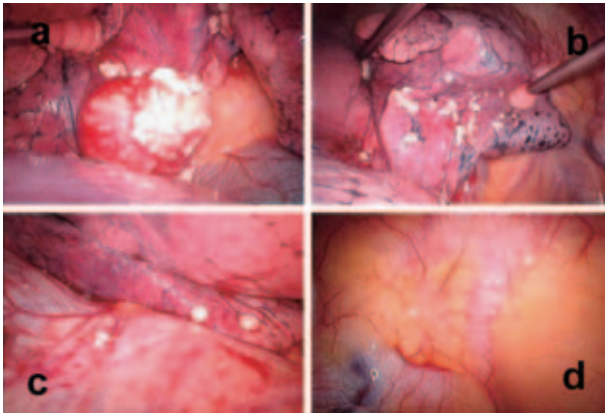


図3. 術中写真.

グした (図 3c, 3d).

病理組織所見：肺腫瘍は約3 cmで白色分葉状。スリット状の気管支上皮と軟骨組織の増生を認めた。細胞異型は認めず、分裂像は認めなかった (図 4a, 4b)。Ki-67 染色・p53 染色で軟骨組織に陽性細胞は少数のみだった。以上より肺原発の軟骨性過誤腫と診断した。カルレチニン染色で腫瘍表面の中皮を検索したが存在せず、胸腔内に露出していたことが確認された。胸壁、横隔膜の病変も肺内の腫瘍と同様の組織像だった (図 4c)。

考察：肺過誤腫は気管支を構成する上皮および間葉性成分を含む良性腫瘍で、肺良性腫瘍の約50%、全肺腫瘍の約8%を占める。軟骨性と非軟骨性に分けられ、軟骨性過誤腫の多発症例について Kiryu ら<sup>1</sup> は、15例の報告があるのみで稀、平均発症年齢は34.3歳と過誤腫全体 (50歳代) より若く、再発率が40%で高率と報告している。胸腔に露出することは非常に稀で、<sup>2</sup> 検索しえた範囲で播種の報告はない。胸膜発生もあるが非常に稀であり13歳以下の若年発症だった。<sup>3</sup>

本症例は、胸腔内に露出した腫瘍の周囲を中心に、肺表面、胸壁、横隔膜上に病変が多発し肺実質内には腫瘍を認めなかった。組織学的にはすべて良性の軟骨性過誤腫で多発性過誤腫を完全には否定できないものの、存在部位とその肉眼所見から播種性の進展をしたと考えられた。再発・悪性化の可能性があり、外来で注意深く経過観察する予定である。

良性の腫瘍が他部位に生着している状態を、瘤によるものと同様に播種 (dissemination) としてよいのかどうかは判断に悩むところである。また肺過誤腫が播種した

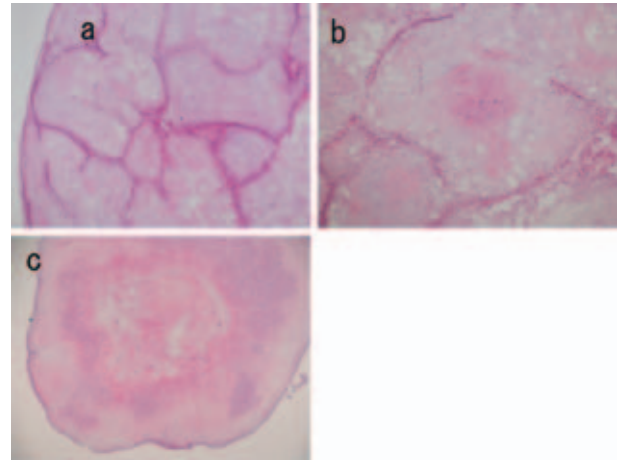


図4. a, b: 肺腫瘍 (原発巣), c: 播種巣.

という報告例はないが、本例は胸膜下に存在し胸膜面に露出するという特殊な進展を示したためにいわゆる播種性の進展が起こったと推測された。

#### A Case of Chondromatous Hamartoma of the Lung with Pleural Dissemination

Kesato Iguchi<sup>1</sup>; Masaharu Inagaki<sup>1</sup>; Takuya Onuki<sup>1</sup>;

Keisuke Kobayashi<sup>1</sup>; Keiko Suzuki<sup>2</sup>; Masayuki Noguchi<sup>3</sup>

**KEY WORDS** — Chondromatous hamartoma, Pleural dissemination, Multiple hamartoma of the lung, Implantation

(*JJLC*. 2007;47:285-286)

#### REFERENCES

1. Kiryu T, Kawaguchi S, Matsui E, et al. Multiple chondromatous hamartomas of the lung: a case report and review of the literature with special reference to Carney syndrome. *Cancer*. 1999;85:2557-2561.
2. Tomiyasu M, Yoshino I, Suemitsu R, et al. An intrapulmonary chondromatous hamartoma penetrating the visceral pleura: report of a case. *Ann Thorac Cardiovasc Surg*. 2002;8:42-44.
3. Amstalden EM, Carvalho RB, Pacheco EM, et al. Chondromatous hamartoma of the chest wall: description of 3 new cases and literature review. *Int J Surg Pathol*. 2006;14: 119-126.