

AMCoR

Asahikawa Medical College Repository <http://amcor.asahikawa-med.ac.jp/>

臨床放射線 (1999.04) 44巻4号:533～536.

後腹膜に発生した巨大副脾の1例

稲岡努、山田有則、高橋康二、峯田昌之、片田竜司、長沢
研一、油野民雄、徳差良彦

後腹膜に発生した巨大副脾の1例

稲岡 努*1 山田有則*1 高橋康二*1 峯田昌之*1
片田竜司*1 長沢研一*1 油野民雄*1 徳差良彦*2

はじめに

副脾は剖検例の10~20%に存在するとされている。今回我々は極めてまれとされている後腹膜腔に発生した巨大副脾を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

1. 症 例

症例は53歳、男性。

主 訴：悪心、眩暈。

家族歴：特になし。

既往歴：若い頃より痛風を指摘されている。

現病歴：悪心、眩暈にて、1997年6月、近医を受診した。その際に貧血を指摘され、腹部CT検査で後腹膜腔の腫瘤性病変が発見された。精査加療目的のために当院紹介され、7月に入院となった。

入院時現症：微熱。腹部に腫瘤性病変は触知できなかった。

入院時検査所見：RBC $240 \times 10^4/\text{mm}^3$, Hb 7.2g/dl, Ht 23.1%であり高度の貧血であった。その他に、高尿酸血症 (11.8mg/dl), 血清鉄低値 (50 $\mu\text{g/dl}$) およびフェリチン高値 (294ng/dl) が

認められた。

画像所見

CT所見：単純CTでは左腎門部から腎下極にかけて7×5×6cmの軟部組織腫瘤が存在し、内部には小石灰化の集簇が認められた。病巣周囲の後腹膜脂肪層には、不整な網状索状変化と吸収値の上昇がみられた。造影剤注入約50秒後の造影CTでは腫瘤病巣は一部を除いて比較的均一に造影された (図1A, B)。

MRI所見：T1強調像、T2強調像ではいずれも脾と同程度の信号を示し、Gd-DTPAを用いた造影T1強調像 (平衡相) では比較的均一に造影された (図2A~C)。

血管造影所見：腫瘤は左第1, 2腰動脈を栄養血管とし血管増生像と濃染が認められた (図3A, B)。静脈相では腰静脈が描出された。

⁶⁷Gaシンチグラフィ：左腹部に集積増加が認められた。

以上の画像所見より後腹膜腔の悪性線維性組織球腫などの悪性腫瘍を否定できなかったために、腫瘤摘出術を施行した。

手術所見：Gerota筋膜内で左腎門部から左腎下極にかけて赤褐色の腫瘤が存在していた。左腎下

*1 T. Inaoka, T. Yamada, K. Takahashi, M. Mineta, R. Katada, K. Nagasawa, T. Aburano 旭川医科大学放射線科 *2 Y. Tokusasi 同病理部
〔索引用語：副脾, 後腹膜腔, CT〕



図1

A 単純CT 後腹膜腔に7×5cmの軟部組織腫瘍を認める。辺縁は比較的明瞭であるが、周囲脂肪層には不整な網状索状変化が認められる。内部には一部小石灰化が認められる。B 造影CT（造影剤注入後約50秒後）腫瘍病巣は一部を除いて比較的均一に造影されている。

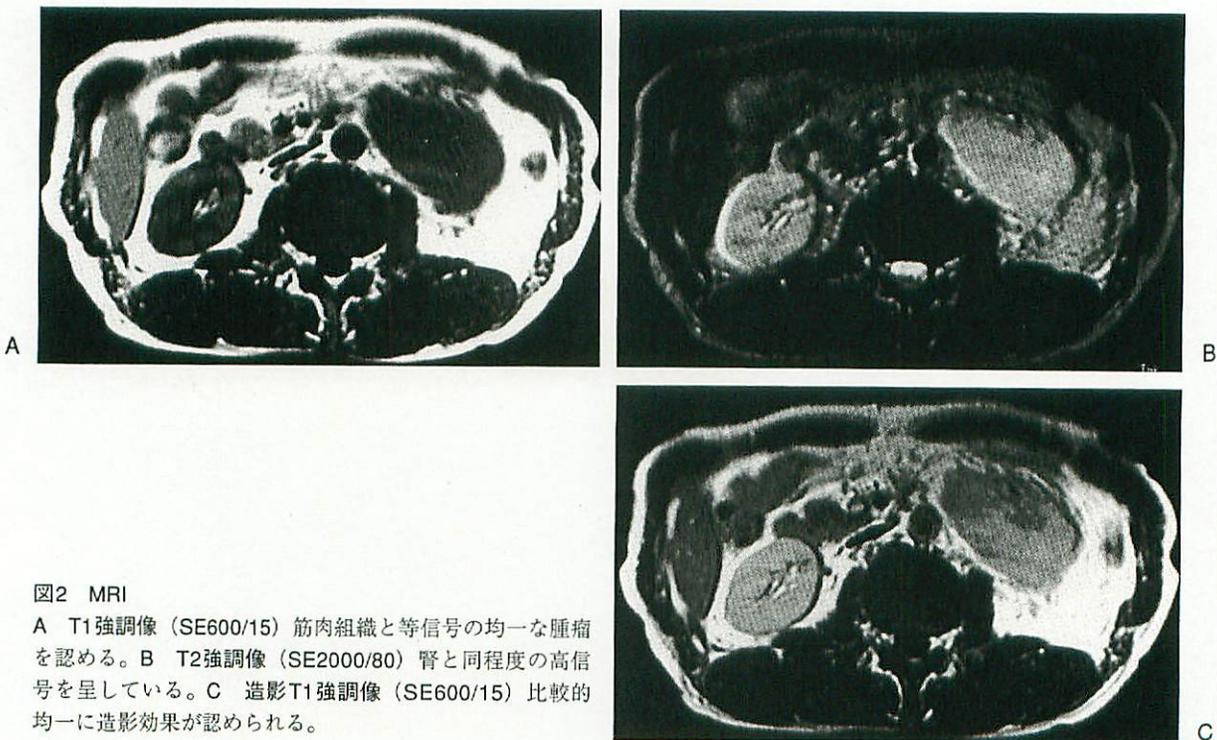


図2 MRI

A T1強調像（SE600/15）筋肉組織と等信号の均一な腫瘍を認める。B T2強調像（SE2000/80）腎と同程度の高信号を呈している。C 造影T1強調像（SE600/15）比較的均一に造影効果が認められる。

極、左腎動脈、左尿管との癒着が強く剥離困難であり、腫瘍と腎臓を一塊として摘出した。また、脾臓、膵臓などの隣接臓器には変化を認めなかった。

肉眼病理所見：腫瘍は75×75×45mmで、充実

性であり線維性被膜にて覆われていた。

病理組織所見：胚中心形成を示すリンパ系組織と毛細血管増生からなり、一部には赤脾髄に相当する構造が確認された（図4）。

脾臓組織と一致しており、後腹膜腔に発生した

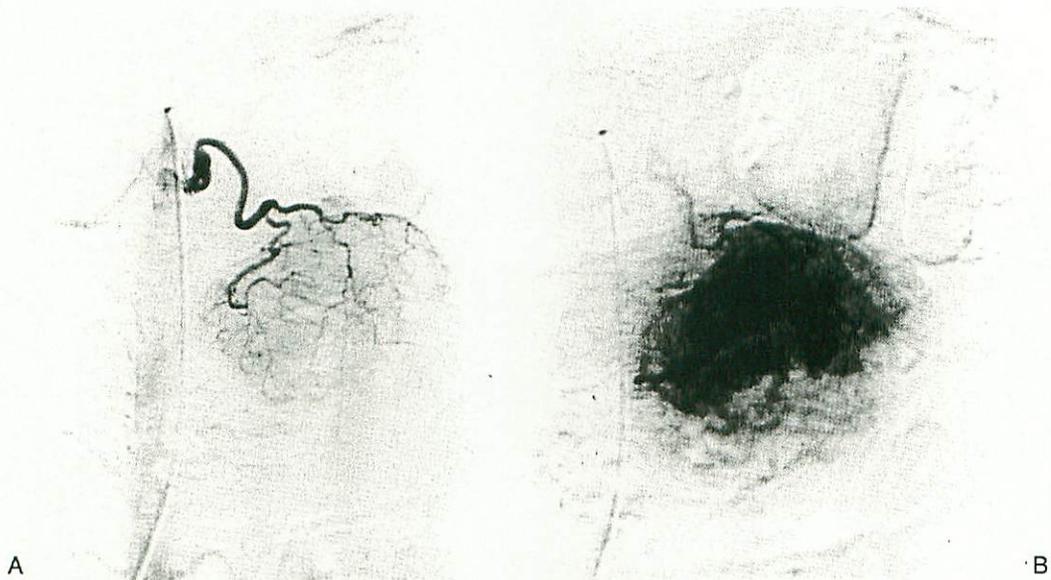


図3 左腰動脈造影

A, B 左腰動脈を栄養血管とし血管増生および濃染を認める。

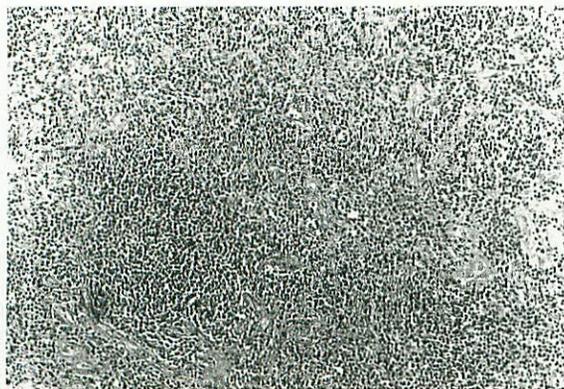


図4 病理組織像

胚中心形成を示すリンパ組織と毛細血管増生、一部には赤脾髄に相当する構造が確認される。

副脾に2次的な炎症性変化が加わったものと診断された。

2. 考 察

副脾の存在自体はまれなものではなく、剖検例の10～20%に認められ¹⁾、血栓性血小板減少症や遺伝性球状赤血球症などの血液疾患では20～30%に認められる²⁾。

臨床症状としては多くは無症状であり、超音波・CT等の画像診断機器の普及とともに日常、偶然遭遇することが多くなった。発生学的に脾の原基は胎生5週に間葉系組織の集団として後腹膜腔に発生し、その後癒合して脾臓を形成する。副脾はその分化過程に異常を起こしたものと考えられている³⁾。副脾の好発部位は脾門部、脾支持靱帯内、および脾尾部である。まれに腹腔内、後腹膜腔、骨盤腔内および陰嚢内に発生することもある。通常は単発、円形で径1cm前後のものが多く、4cm以下のものがほとんどであるとされており⁴⁾、血液疾患や肝硬変などの基礎疾患が存在する場合に副脾が腫大することがある⁵⁾。正常脾臓は脾動脈より血流を受け、脾静脈を介して門脈に血流を送る。副脾も多くは脾周囲に存在し脾動静脈枝に支配されているが、脾と離れて存在するものは、部位に応じた固有の血管系を有することになる^{6) 7)}。自験例はGerota筋膜内に存在し、腰動静脈によって支配されていた。また、基礎疾患が存在しないにもかかわらず7×5cm大と巨大であった。

後腹膜腔に発生した副脾の鑑別疾患としては神経鞘腫や傍神経節腫瘍などの神経原性腫瘍・

Castleman's disease・原発性脾腫瘍・悪性線維性組織球腫・悪性リンパ腫などがあげられる。通常、副脾の画像診断においては、腫瘍の位置や大きさが問題となる。正常の脾組織をみているために腫瘍と脾臓との超音波の輝度、CTの吸収値、MRIの信号を比較することが重要であり、造影剤投与にて脾と類似した造影効果を受けることが特徴的であるとされる。自験例のような腫瘍性病変と間違いやすい巨大副脾に対してはCT dynamic imageの早期相で不均一な造影効果を呈するとされており⁵⁾、造影剤注入50秒後(図1B)で造影されない部分が存在しているのは一つの診断根拠となり得た可能性もある。

本病巣は後腹膜腔の比較的大きな軟部腫瘍であり、血管造影の血管増生と濃染、⁶⁷Gaシンチグラフィの腫瘍に一致した集積の増加、CTの腫瘍周囲の炎症や浸潤を示す変化など画像所見からは悪性腫瘍を否定できず、術前診断としては悪性線維性組織球腫などの悪性腫瘍を第一に考えた。その後、腎臓を含めて腫瘍摘出術が施行されたが、最終的に病理組織所見にて悪性所見を認めず、後腹膜腔に発生した副脾に慢性的炎症を合併したものと診断された。腫瘍摘出後、貧血は改善しており、巨大副脾あるいは慢性的炎症が何らかの影響を及ぼしていたと考えられた。慢性的炎症の原因に関しては不明であった。

まとめ

今回我々は後腹膜腔に発生した極めてまれな巨大副脾を経験した。基礎疾患に血液疾患や肝硬変がない場合には特に診断は困難であり、悪性腫瘍との鑑別に苦慮した。

文献

- 1) Wadham BM et al : Incidence and location of accessory spleen. *N Engl J Med* 304 : 1111, 1981
- 2) William R et al : Increased incidence of accessory spleens in hematologic disease. *Arch Surg* 98 : 762-763, 1969
- 3) 篠原 徹, 横山達郎 : 副脾例の臨床的研究. *小児科臨* 47 : 1102-1105, 1994
- 4) Halpert B, Alden Z : Accessory spleens in or at the tail of the pancreas. *Arch Pathol* 77 : 652-654, 1964
- 5) 和田康雄, 梁 純明 : 巨大な脾門部副脾の1例. *日本外科系連合学会誌* 21 : 907-910, 1996
- 6) Halpert B, Gyorkey F : Lesions observed in accessory spleen of 311 patients. *Am J Clin Pathol* 32 : 165-168, 1959
- 7) 安藤邦澤ほか : 脾臓の先天異常. *外科診療* 31 : 510-514, 1989

Summary

A case of the retroperitoneal accessory spleen

We report a case of the retroperitoneal accessory spleen. An enhanced CT demonstrated a retroperitoneal soft tissue mass associated with the surrounding changes suggestive of inflammation. The mass showed moderate enhancement on contrast-enhanced CT. On both T1- and T2-weighted MR images, the lesion revealed isointensity relative to the spleen. The lesion was totally resected in association with the left kidney and the diagnosis of accessory spleen with chronic inflammatory reaction was pathologically established.

Tsutomu Inaoka et al
Department of Radiology
Asahikawa Medical College