



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

皮膚科の臨床 (2002.02) 44巻2号:201～204.

Penile Fibromatosis(Peyronie病)と考えられる陰茎の硬結を伴ったPalmar Fibromatosisの1例

坂井博之, 山田由美子, 中根 宏, 飯塚 一



症 例

Penile Fibromatosis (Peyronie 病) と考えられる陰茎の硬結を伴った Palmar Fibromatosis の 1 例

坂井 博之* 山田由美子* 中 根 宏* 飯 塚 一*

要 約 74 歳, 男性。penile fibromatosis (Peyronie 病) と再発性 palmar fibromatosis の合併例。初診の約 10 年前に両手掌皮下結節が出現, 5 年前に摘出術を施行されたが, 左手掌に皮下結節が再び出現してきた。陰茎には初診の約 1 年前に索状の結節が出現し 1 カ月前からは亀頭部にも病変が拡大し潰瘍化してきた。病理組織学的には手掌の皮下結節は典型であるが, 外陰部の病変は塊状化を伴わない中程度の線維化のほかに炎症性細胞浸潤を認めた。両疾患の合併について文献的考察を加え報告する。

I はじめに

palmar fibromatosis (以下 PF) は皮下手掌腱膜の増殖性線維形成により手掌皮下に小結節が生じ, 徐々に手指の屈曲拘縮をきたす疾患である。PF は病変が手掌単独に認められる場合もあるが, 時に fibromatoses の部分症状として plantar fibromatosis, あるいは penile fibromatosis (Peyronie's disease, 以下 PD) などを伴うこともある。今回われわれは, 典型的な PF に PD と考えられる陰茎の硬結を合併した症例を経験したので報告する。

II 症 例

患 者 74 歳, 男性
初 診 1997 年 11 月 1 日
主 訴 陰茎および両手掌の結節
家族歴 特記すべきことなし。
既往歴 5 年前から胃潰瘍で内服治療中。
現病歴 初診の約 1 年前に陰茎に索状の皮下結節

が出現し, 近医皮膚科を受診し sclerosing lymphangitis of the penis の診断で特に治療せず経過観察とされた。陰茎の結節には自然治癒傾向は認められず, 初診の 1 カ月前からは亀頭部にも病変が拡大してきた。手掌の皮下結節は, 初診の約 10 年前に両手掌小指側に皮下結節が出現, 5 年前に某整形外科で摘出術を施行されたが, 左手掌に皮下結節が再び出現し徐々に索状に拡大してきた。なお, 外陰部, 手掌ともに病変出現前の外傷打撲等の既往はない。

現 症 外陰部陰茎背面から亀頭部にかけて, 拇指頭大の境界明瞭な弾性硬の板状硬結を認める。亀頭部では軽度の紅斑と浅い潰瘍を伴う。陰茎では硬結は下床と癒着するが, 被覆表皮とは可動性がある (図 1-a)。また, 左手には小指基節骨から手掌ほぼ中央にかけて約 6 cm の索状の皮下結節が触知される (図 1-b)。

病理組織学的所見

1) 外陰部の病変 (図 2-a): 亀頭の潰瘍部から陰茎冠状溝の硬結にかけて生検した。潰瘍部では好中球, リンパ球および形質細胞が混じた稠密な細胞浸潤と血管壁の肥厚, 閉塞像が認められた。非潰瘍部では

* Hiroyuki SAKAI, Yumiko YAMADA, Hiroshi NAKANE & Hajime IIZUKA, 旭川医科大学, 皮膚科学教室 (主任: 飯塚 一教授)

〔別刷請求先〕 坂井博之: 旭川医科大学皮膚科 (〒 078-8510 旭川市緑ヶ丘東 2 条 1-1-1)

〔キーワード〕 Peyronie 病, palmar fibromatosis, 合併

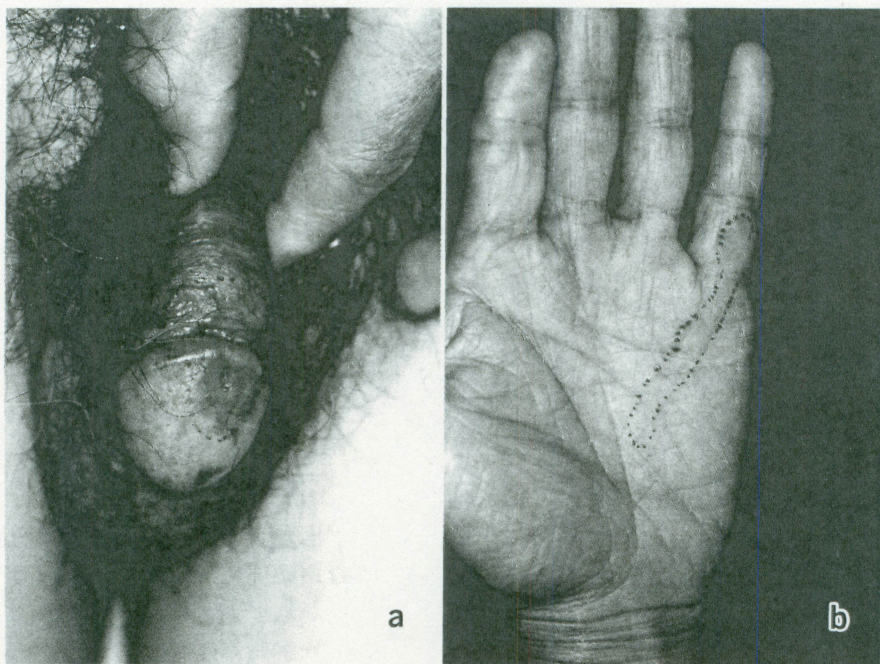


図1 臨床像

- a: 外陰部；陰茎背面から亀頭部にかけて，一部に潰瘍を伴う拇指頭大の境界明瞭な弾性硬の板状硬結を認める。
- b: 左手掌；小指基節骨から手掌ほぼ中央にかけて約6 cmの索状の皮下結節を認める。

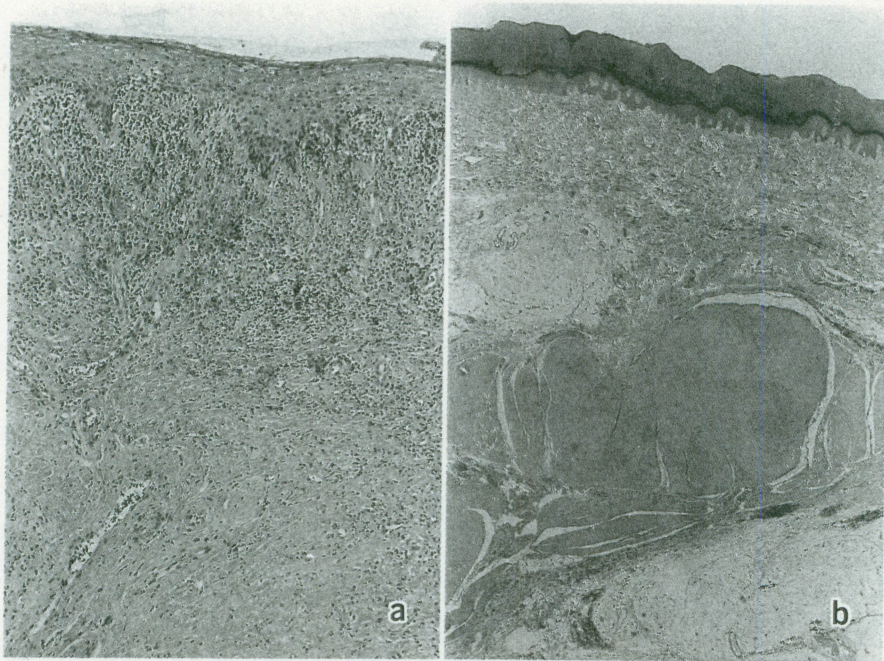


図2 病理組織像

- a: 外陰部；非潰瘍部では表皮直下にリンパ球を中心とした血管周囲性細胞浸潤を認める。真皮中層から下層にかけて膠原線維の増殖が認められる。
- b: 左手掌；真皮最下層から脂肪織にかけて線維芽細胞と線維成分より構成される境界明瞭な腫瘍塊を認める。一部では皮下腱膜部との連続性が認められる。

表皮直下にリンパ球を中心とした血管周囲性細胞浸潤を認めた。真皮中層から下層にかけて膠原線維の増殖がみられるが、境界明瞭な線維性腫瘍塊の形成は認めなかった。また、乾酪壊死、類上皮細胞肉芽腫など結核を示唆する所見もなかった。

2) 左手掌の索状硬結 (図 2-b) : 表皮には著変を認めない。真皮最下層から脂肪織にかけて境界明瞭な腫瘍塊を認める。腫瘍は円形ないし類円形、一部紡錘形の核を有する線維芽細胞と線維成分より構成され、一部では皮下腱膜部との連続性が認められる。線維芽細胞に核分裂像や核の異型性は認めない。線維成分はマッソン・トリクローム染色で青色を示し、膠原線維であることが確認された。

検査所見 白血球 $7500/\text{mm}^3$, 赤血球 $401 \times 10^4/\text{mm}^3$, Plt $13.1 \times 10^4/\text{mm}^3$, GOT 27 IU/l, GPT 20 IU/l, LDH 397 IU/l, BUN 23.5 mg/dl, Cre 1.5 mg/dl, CRP 0.4 mg/dl, ESR 42 mm/h, RF 1.1 IU/ml, FBS 94 mg/dl, HbA_{1c} 7.4%, HbA_{1c} 5.4%と軽度の腎機能障害と赤沈の亢進が認められた。ツベルクリン反応は未施行である。

治療および経過 以上の臨床および組織学的所見から PF と PD と診断した。非ステロイド消炎鎮痛剤等の投与で経過をみたが、明らかな改善はなかった。その後、患者は来院せず、現在の状態は不明である。

III 考 案

fibromatoses 線維腫症は 1961 年 Stout により提唱された疾患群で、組織学的な共通所見として良性の線維芽細胞および膠原線維の増殖性変化を示すが、生物学的には周囲組織に浸潤性に増殖し局所再発の傾向があるため良性線維腫と線維肉腫の中間の性格を有するとされている¹⁾。線維腫症は病変の存在部位から、表在性線維腫症 superficial (fascial) fibromatosis と深在性線維腫症 deep (musculoaponeurotic) fibromatosis に大きく分けられる。皮膚科領域においては一般に表在性線維腫症が対象疾患となり、PF, PD, plantar fibromatosis および knuckle pads がこれに含まれる。PF は Dupuytren 拘縮の名称でも知られ、皮下手掌腱膜の線維腫様肥厚・増殖により皮下結節を形成し、さらに進行すれば索状となり手指の屈曲拘縮をきたす²⁾。われわれの症例は、臨床像および病理組織学的所見ともに PF の典型と考えられる。

一方、PD は陰茎形成硬結 (induratio penis plastica) と呼ばれ、本邦では泌尿器科領域を中心に報告されている³⁾。その臨床および病理組織像は以下のようにまとめられる^{4)~6)}。① 40~70 歳代の中老年を好発年齢とするが、20 歳代に発症する症例もみられる。② 硬結の出現部位は陰茎根部から体部の背面に多いが冠状溝付近にみられることもある。病変の進行により勃起障害や性交障害をきたす。③ 自覚症状として 3 割ないし半数の症例で疼痛を伴うが、潰瘍を形成し激痛をきたす場合もある⁷⁾。④ 病理組織学的には、初期には陰茎海綿体と白膜の間の疎性結合織にリンパ球と形質細胞からなる血管周囲性細胞浸潤が認められ、進行とともに細胞浸潤が減弱し線維化が顕著となり、白膜下に線維性増殖塊を形成する⁶⁾⁸⁾。部分的に石灰化や骨化を伴う場合もある³⁾。

われわれの症例の外陰部の潰瘍を伴った板状硬結の病理組織所見は、リンパ球に加えて多数の好中球の浸潤も認め、線維化も定型的な増殖塊でないことから比較的早期の病変と考えた。臨床的にも生検部位である亀頭部は新しく拡大してきた部位に合致していた。好中球は潰瘍による二次的な炎症性変化と考えられる。このほか高齢者の外陰部に生じた炎症性の慢性潰瘍性病変の鑑別診断として陰茎結核疹があげられるが、病理組織学的に乾酪壊死像、類上皮細胞肉芽腫を認めないため否定した。

PD の発症機序は不明であるが、PF と同様に Dupuytren's diathesis と呼ばれる遺伝的素因⁹⁾に外傷などの物理的刺激や糖尿病などの基礎疾患が誘因となり発症すると考えられている¹⁰⁾。欧米の集計では PD の 10% から 30% に PF がみられるとされるが¹⁰⁾¹¹⁾、本邦では皮膚科領域における合併例の報告は非常に稀である。本邦形成外科からの集計でも PF 114 例の中で、PD は 1 例にのみ認められている¹²⁾。本邦で両疾患の合併が欧米に比べ実際に低いかどうかは現時点で不明であるが、PF と PD の近縁性の認識がない場合には、独立した診療科により合併例が見逃されている可能性がある。皮膚科の診療においては PF を診察する機会がより多いと思われるが、PF が fibro-

matoses として PD 発症の危険因子であることも念頭に置き，十分な検索が必要であろうと考えられる。

(2001 年 5 月 24 日受理)

文 献

- 1) Enzinger FM, Weiss SW : Soft Tissue Tumors, 3rd Ed, Mosby, 1995, pp 201-229
- 2) 野池尚美, 小野田 進 : 臨皮, **39** : 37-40, 1985
- 3) 松本博子ほか : 臨皮, **49** : 1067-1069, 1995
- 4) 小竹 忠ほか : 西日泌尿, **50** : 541-544, 1988
- 5) 加藤隆一ほか : 日泌尿会誌, **88** : 571-575, 1997
- 6) Hellstrom WJG, Bivalacqua TJ : J Andro, **21** : 347-354, 2000
- 7) 朝井靖彦ほか : 日皮会誌, **109** : 1250-1251, 1999
- 8) Smith BH : Am J Clin Pathol, **45** : 670-678, 1965
- 9) Wheeler ES, Meals RA : Plast Reconstr Surg, **68** : 781-783, 1981
- 10) Connelly TJ : J Am Acad Dermatol, **41** : 106-108, 1999
- 11) Rompel R et al : Uro Int, **52** : 34-37, 1994
- 12) 内田 満ほか : 日手会誌, **16** : 816-818, 2000