

脾臓腫瘍を主訴とした

肛門嚢アポクリン腺癌が疑われた犬の1例

○浅枝英希, 小出和欣, 小出由紀子, 矢吹淳 (小出動物病院・岡山県)

肛門嚢アポクリン腺癌は、肛門嚢内腔のアポクリン腺から発生する悪性腫瘍である。初診時から高率に転移を起こしており、原発巣が非常に小さい場合でも腫大した腰下リンパ節が認められることがある。今回、脾臓腫瘍の摘出を目的に紹介され、摘出後病理組織検査、直腸検査の結果から肛門嚢アポクリン腺癌の転移が疑われた症例に遭遇し、治療する機会を得たのでその概要を報告する。

【症例】

雑種犬, 去勢済雄, 11歳11カ月齢。混合ワクチン接種済み, フィラリア予防済み。
腹部の腫れを主訴に他院を受診し、脾臓腫瘍を疑診され、治療を目的に当院を紹介受診した。

◎ 初診時臨床検査所見

体重11.85kg (BCS:3/5), 体温38.7°C。上腹部に膨隆を認め、触診にてテニスボール大の腫瘍を触知した。腹部単純X線検査においても左上腹部に軟部組織性に円形を呈した腫瘍陰影と結腸の腹側変位を認めた(図1)。また胸部において肺転移を疑う境界明瞭な多発性の結節病変を認めた(図2)。血液検査では特に大きな異常は認められなかった(表1, 2)。超音波検査では、腹腔内腫瘍内部に複数のシストを認め、腫瘍と脾臓の連続性を確認した。また脾臓内に多数の結節を確認した(図3)。

◎ 診断および治療

以上より脾臓腫瘍と転移性肺腫瘍と仮診断し、脾臓破裂の危険性を考慮し同日ピペラシナトリウム, H₂ブロッカー, 水溶性複合ビタミン剤の静脈内投与, 乳酸リンゲル液の静脈内持続点滴, 全身麻酔下にてCT撮影を行った後、脾臓摘出術を行うこととした。CT検査では脾臓の腫瘍と顕著な腰下リンパ節の腫大も確認された(図4, 5)。脾臓腫瘍内部はほとんど造影効果がみられなかった。また胸部CT検査では明らかな転移性肺腫瘍所見が得られた(図6)。手術は腹部正中切開にて行い、開腹時脾臓は暗赤色で腫大し、腫瘍が脾臓中央と両端から半球状に突出していた(図7)。また結腸背側にて腰下リンパ節の腫大も確認された(図8)。血管シーリングシステムを用い脾臓を摘出し、腰下リンパ節は一部超音波外科吸引装置を用い、大血管を臍帯テープで保護しながら摘出した。その後肝生検を行い腹腔内を十分に洗浄した後、常法に従い閉腹とした。腰下リンパ節の腫大が認められたために手術後注意深い肛門周囲の触診を行い、7時から8時方向深部に小豆大の腫瘍を確認した。病理組織検査にて脾臓は腺上皮細胞の腫瘍性増殖がみられ、個々の細胞は異型かつ多型で大小不同が認められ、細胞質は弱好酸性で比較的広く、類円形から楕円形の異型核で多数の核分裂がみられた。腰下リンパ節は脾臓腫瘍と同様の形態、配列を示し、本来のリンパ節構造はほとんど残存していなかった。脾臓腫瘍、腰下リンパ節いずれも転移性腺癌であり、細胞形態や組織像からアポクリン腺癌転移の可能性が高いとのことであった。肝臓は軽度～中程度のグリコーゲン蓄積がみられ、顕著な炎症性変化や転移像はみられないとのことであった。術後も術前同様の治療を行い、術後7日に抗生物質, H₂ブロッカー, 消炎酵素剤を処方し退院とした。術後14日に抜糸を行い、化学療法を開始した。化学療法はカルボプラチン300mg/m²の投与を3週間毎とし、当院にて4回実施した。転移性肺腫瘍は胸部単純X線検査にて徐々に顕著になり、肛門深部の腫瘍も徐々にその大きさが増大していったが、外側から確認できるものではなかった。その後は他院にて化学療法を継続し、肛門深部の腫瘍も縮小が認められ術後半年が経過した現在も生存中である。

【考察】

今回X線検査, CT検査にて転移性肺腫瘍と思われる陰影を確認した。転移性肺腫瘍が認められる場合、根治は不可能なため通常手術適応とはならない。今回は脾臓シストが認められ、脾臓破裂の危険性も考えられ、オーナーも希望されたため手術に踏み切った。当初脾臓が原発病変と思われたが、脾臓内に多数の結節を確認したこと、脾臓内で離れた部位に腫瘍を認めたこと、腰下リンパ節の腫大が認められたことから脾臓も転移巣の1つなのかもしれないと思われた。そのため術後注意深く肛門周囲の触診を行い深部の腫瘍を確認することができた。肛門嚢に腫瘍を認め、術後その腫瘍が徐々に増大傾向を示し、また病理検査の結果からも原発病変として肛門嚢アポクリン腺癌が最も疑われた。肛門嚢アポクリン腺癌は非常に悪性度の高い腫瘍であり、初診時での転移率は46～96%と非常に高率に起こっているといわれている。特に腰下リンパ節群への転移は早期から起こり、原発巣が1cm以下の小さなものでも転移巣として非常に腫大したリンパ節が認められることがある。今回も原発巣と思われる腫瘍は初期には非常に小さいものであった。それに関わらず脾臓や肺といった臓器に遠隔転移を起こしていた。肛門嚢アポクリン腺癌の場合原発巣が外側から確認できないほど小さいものでも領域リンパ節腫大や遠隔転移を起こすため注意が必要と思われた。肛門嚢アポクリン腺癌は白金製剤への効果が示されており、本症例においても術後半年間QOLを保った状態で維持している。今回の様に進行した症例においても積極的なアプローチが選択肢の一つになり得ると思われた。

表1 初診時血液一般検査所見

RBC($\times 10^6/\mu\text{l}$)	7.76	WBC(/ul)	6400
Hb(g/dl)	17.7	Band-N	0
PCV(%)	49	Sea-N	4864
MCV(fl)	63.1	Lym	1024
MCH(pg)	22.8	Mon	256
MCHC(g/dl)	36.1	Eos	256
Icterus Index	≤ 2	Plat($\times 10^3/\mu\text{l}$)	319
HPT(sec)	15.9 (13-18)	Hemolysis	-
APTT(sec)	15.9 (14-19)		

表2 初診時血液化学検査所見

TP (g/dl)	6.6 (5.4-7.1)	CK (U/l)	135 (30-140)
Alb (g/dl)	3.4 (2.8-4.0)	BUN (mg/dl)	19.7 (10-20)
TBil (mg/dl)	0.3 (0.1-0.6)	Cre (mg/dl)	0.6 (0.5-1.5)
AST (U/l)	32 (10-50)	Ca (mg/dl)	9.8 (8.8-11.2)
ALT (U/l)	47 (15-70)	P (mg/dl)	3.0 (2.5-5.0)
ALP (U/l)	131 (20-150)	Na (mmol/l)	149.2 (135-147)
GGT (U/l)	15 (0-7)	K (mmol/l)	4.16 (3.5-5.0)
AFP (ng/ml)	41 (<70)	Cl (mmol/l)	110.6 (95-115)
NH ₃ ($\mu\text{g/dl}$)	26 (≤ 50)	pH	7.432 (7.34-7.46)
Glu (mg/dl)	68 (70-110)	HCO ₃ (mmol/l)	16.4 (20-29)
TCho (mg/dl)	193 (100-265)	Cortisol ($\mu\text{g/dl}$)	4.68 (0.6-5.0)
TG (mg/dl)	149 (10-150)	T ₄ ($\mu\text{g/dl}$)	2.69 (0.6-2.9)
Lipase (U/l)	40 (13-200)	ft ₄ (pmol/l)	11.72 (1.87-8.40)
Amylase (U/l)	518 (400-1800)	CRP (mg/dl)	0.75 (<1.0)

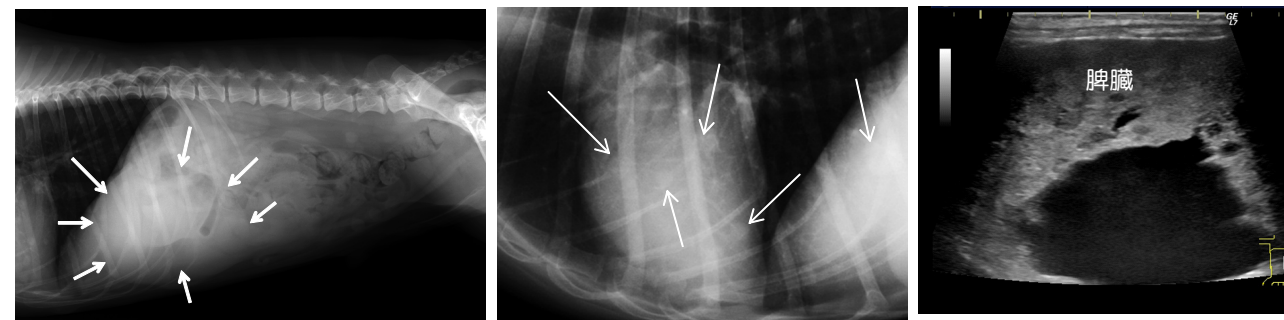


図1 腹部単純X線所見 (RL像, 矢印: 腫瘍)

図2 胸部単純X線所見 (RL像, 矢印: 肺腫瘍)

図3 腹部超音波検査所見

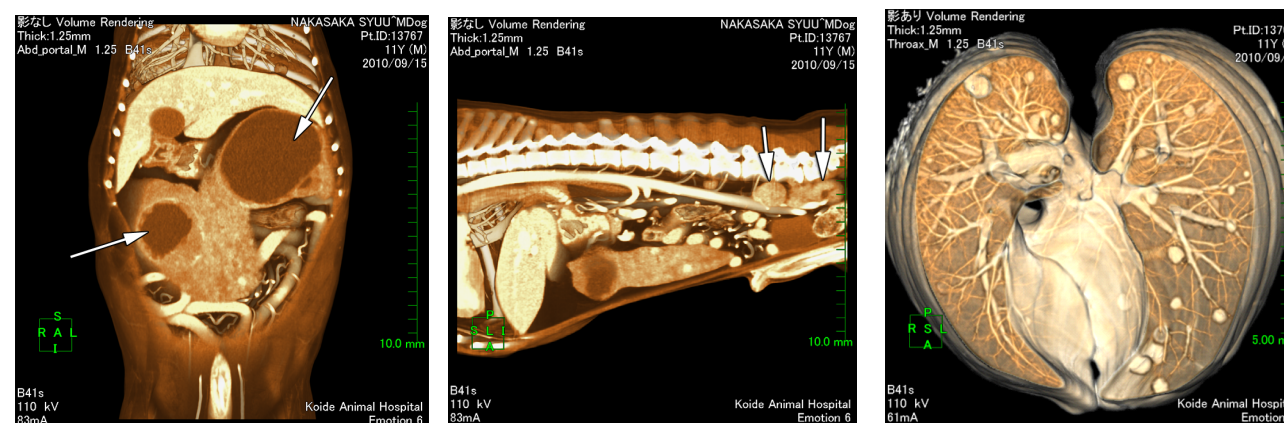


図4 造影3D-CT所見 (矢印: 脾臓シスト)

図5 造影3D-CT所見 (矢印: 腰下リンパ節)

図6 造影3D-CT所見 (胸部)

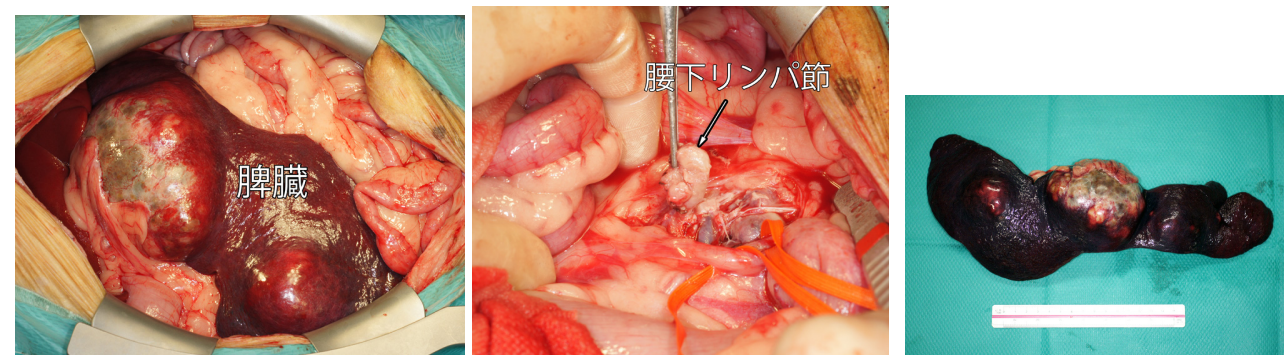


図7 手術所見

図8 手術所見

図9 摘出脾臓