

尿管腔瘻を疑わしめた卵巣漿液性乳頭状腺癌の1例

大阪大学医学部泌尿器科学教室（主任：園田孝夫教授）

近藤 宣幸・中村 正広・中野 悦次

市立西宮中央病院泌尿器科（部長：河東鈴春）

坂 口 強

A CASE OF SEROUS PAPILLARY ADENOCARCINOMA
OF OVARY INITIALLY SUSPECTED TO BE
URETERO-VAGINAL FISTULA

Nobuyuki KONDOH, Masahiro NAKAMURA and Etsuji NAKANO

*From the Department of Urology, Osaka University Hospital**(Director: Prof. T. Sonoda)*

Tsuyoshi SAKAGUCHI

*From the Department of Urology, Nishinomiya Municipal Hospital**(Chief: Dr. S. Kato)*

A case of serous papillary adenocarcinoma of the ovary initially suspected to be an uretero-vaginal fistula is reported. The patient was a 57-year-old female with the complaint of urinary leakage from the vagina. Because she had undergone a supravaginal hysterectomy for myoma uteri 10 years earlier, a uretero-vaginal fistula was initially suspected. However, the fistula was not recognized from the findings of excretory and retrograde pyelographies. Chemical analysis of the vaginal discharge was similar to serum rather than urine. Gynecological examination showed the presence of an ovarian tumor. Right oophorectomy and extirpation of remaining cervix combined with partial resection of rectum was performed. From the pathological finding that the tumor consisted of serous papillary adenocarcinoma, the vaginal discharge was confirmed to originate from the tumor. Ovarian tumors with serous discharge from the vagina seem to be very rare.

Key words: Uretero-vaginal fistula, Adenocarcinoma of ovary

はじめに

尿路上皮と他臓器との異常な交通路を尿漏というが、女性の場合その解剖学的な位置関係より、婦人科との関わりをもつものが多い。なかでも尿管腔瘻の原因としては、婦人科手術に続発するものが最も多く¹⁾腔よりの尿漏出という症状を典型的とする。今回われわれは、症状より尿管腔瘻を疑わしめた、右卵巣癌の1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

症 例

患者：57歳，女性，主婦

主訴：腔よりの尿漏出

家族歴：父親が胃癌で70歳時死亡，母親が子宮癌で88歳時死亡，長兄が肺結核で35歳時死亡，次兄が敗血症で22歳時死亡。

既往歴：1967年虫垂切除術をうけており，1974年には子宮筋腫のため，腔上部切断術および左付属器切除術をうけている。

現病歴：1981年5月，腔よりの尿様漏出に気づき，近医を受診したが原因不明であった。その後症状は一時消失したが，1983年12月頃，漏出が再び出現した。このため1984年3月，西宮中央病院を受診，子宮造形などの婦人科的精査をうけたが，原因不明のまま同5月11日当科を受診し，尿漏の疑いのため，同8月29日入院した。

入院時現症：身長 149 cm，体重 43.5 kg，血圧158/

96, 脈拍75/分・整, 胸腹部に異常所見なし. 内診および直腸診にて鰐卵大の可動性のない腫瘤を触知した.

入院時検査成績: 検血; RBC $422 \times 10^4/\text{mm}^3$, WBC $8,800/\text{mm}^3$, Hb 12.0 g/dl, Ht 36.3%, Plt $32.1 \times 10^4/\text{mm}^3$, 血沈; 1時間値 24 mm, 2時間値 96 mm, 血液生化学; GOT 18 IU/l, GPT 16 IU/l, γ -GTP 18 IU/l, AIP 182 IU/l, TP 7.0 g/dl, A/G 1.5, T-Bil 0.6 mg/dl, BUN 22 mg/dl, Cr 0.9 mg/dl, Na 148 mEq/l, K 3.8 mEq/l, Cl 103 mEq/l, 尿所見; pH 6, 蛋白(+), 糖(-), ウロビリノーゲン(±), 沈渣 RBC 10~20/hpf, WBC 10~20/hpf, 尿細菌培養; 陰性

経過: 子宮腔上部切断術の既往があることから, 尿路系と腔との瘻孔を疑い, まず膀胱にインジゴカルミンを注入した. しかし腔への漏出を示す着色はみられなかったので, 膀胱腔瘻は否定され, 尿管腔瘻を強く疑った. 排泄性腎盂造影では, 膀胱上部に子宮造影時の造影剤の残存と思われる異常陰影を認めたが, 上部尿路は正常であった (Fig. 1). 逆行性腎盂造影では, 右尿管下端部に軽度屈曲があり, これが瘻孔部かとも思われたが, 明らかな尿漏は認められなかった (Fig. 2). このため, 左尿管に PSP を, 右尿管にインジゴカルミンを注入して, 腔への漏出の有無をみたが, 全く色素の流出を認めなかった. したがって, この時点で尿管腔瘻は否定的となった. また, 尿様漏出物はインジゴカルミン静注にても着色せず, 尿でないことはほぼ明らかになった. さらに, 尿様漏出物が尿でないことを確認するために, 利尿をつけ, 漏出液量の変化をみたが, 利尿の有無にかかわらず, その量は変化しなかった. 次に, リンパ液が漏出している可能性を考え, リンパ管造影を施行したが, リンパ系との交通も見られなかった. このため, 漏出液の内容を明らかにするため, 腔からの漏出液を集め, 成分を分析したところ, Table 1 のごとく, 尿より血清に近いものであった. 膀胱上部の異常陰影の精査も含め, 当院産婦人科を受診したところ, 腔鏡にて, 頸管内よりの漿液性分泌が確認された. また, 超音波検査で, ダグラス窩に陥入するように, $7.0 \times 6.7 \times 7.0$ cm の内容不均一な腫瘤が認められ, 卵巣腫瘍の疑いが強くなった. この腫瘤は, 内診上鰐卵大の可動性のない腫瘤として触知したものであり, 当初婦人科的には, CT にて (Fig. 3), 残存子宮頸部より発生した筋腫を疑われたものである. しかし, 内容が不均一であり, やはり卵巣腫瘍と考え, 尿様漏出物とこの腫瘍との関連が疑われた. このため, 1984年, 9月27日当院婦人科によ

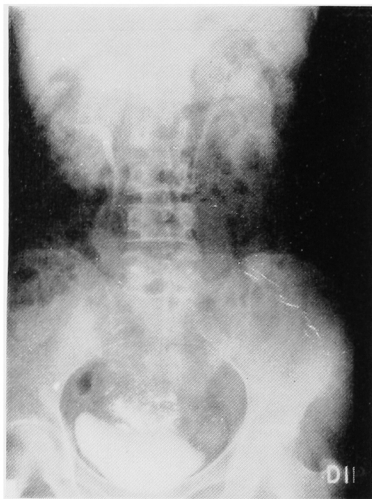


Fig. 1. Excretory pyelography showed no finding in upper urinary tract. Abnormal shadow in suprav vesical region is contrast medium used in a previous hystero-graphy.

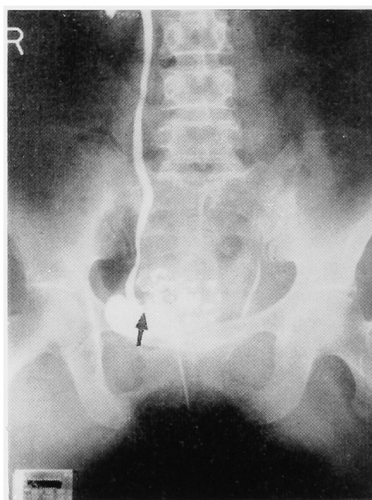


Fig. 2. On retrograde pyelography, no obvious urenary leakage was recognized, but kinking of right lower ureter was observed as shown with arrow.

り, 以下の手術が施行された.

手術所見: 全麻下に, 脐下正中切開にて腹腔内に達し, 大網ならびに腸管の癒着を剝離した後, 腫瘍に到達した. 腫瘍は手拳大で, 直腸前壁と膀胱壁右側にかけて存在し, 膀胱壁とは剝離可能であったが, 直腸壁筋層に浸潤していた. 腫瘍および残存する子宮頸部とともに, 約5 cm の直腸壁を摘除した後, 直腸は端々吻合にて修復した. 摘除した腫瘍の表面は凹凸不整, 断面は白色・黄色・赤褐色と多彩な増殖像を示した.

Table 1. 腔からの漏出液

潜血(-)	Na	146 mEq/l
蛋白(+)	K	6 mEq/l
Glucose(±)	Cl	108 mEq/l
pH 8	UN	27 mg/dl
	UA	5 mg/dl
	Cr	2 mg/dl
	Ca	11.2 mg/dl
	P	5 mg/dl
	Prot	679 mg/dl
	Sug (-)	

考 察

婦人科疾患が尿路系に影響を与え、泌尿器科的症状をもたらすことはよく知られている。腫瘍による尿路閉塞²⁾のための腎症、子宮脱に伴う尿失禁などがその例である。しかしながら、尿路系には全く異常のない純粋な婦人科疾患が、尿路系の異常を疑わせる症状を呈することはまれである。本症例は、腔よりの尿漏出を主訴として泌尿器科を受診した患者が、最終的には卵巣癌であったという診断過程、および卵巣癌が腔よりの漿液性分泌を伴ったという点で特異である。特に本症例で診断に難渋することになった最大の理由は、子宮腔上部切断術の既往があったことである。婦人科手術に起因して、尿管腔瘻や膀胱腔瘻を認めることは周知のごとくである。文献上、手術から尿漏発生までの期間は、膀胱腔瘻では、直後から16年³⁾、20年⁴⁾という広範囲にわたっており、本症例の10年は、十分に膀胱腔瘻が考えられる期間である。しかしながら、尿管腔瘻では、進藤ら⁴⁾の報告では全例術後3カ月以内に発生しており、しかも原因術式は全て広汎性子宮全摘術である。近年、婦人科医の努力により、尿管腔瘻の発生頻度が少なくなり、子宮全摘後ですら10%以下⁵⁾最近では0.6%⁶⁾にまで減少したという報告がなされている。とはいえ、本症例は、子宮腔上部切断術という侵襲の少ない術式をうけているとはいうものの、外見上、分泌物が黄色・透明で、尿に酷似していたこと、婦人科手術の既往があることから、当初は、やはりこの分泌物は尿漏に起因するものであると考えた。

さて、一般に卵巣癌の蔓延形式には、播種・浸潤・転移の3経路がある⁷⁾。播種は最も一般的で、約70%を占め、腹壁腹膜、各臓器の漿液や大網へ広がる。これに対し、連続性に卵巣周膜に浸潤し、さらに周囲組織に広がることがあり(約20%)、強い癒着を認めながら、しばしばダグラス窩に陥入した腫瘍塊を形成する⁷⁾。本症例のダグラス窩の腫瘍もこの例であると考えられるが、本症例で特記すべきことは、以前にうけた子宮腔上部切断術の断端部まで、腫瘍浸潤がみられ、その内容液が腔への分泌となって症状が出現したものと考えられる点である。文献上、このように卵巣癌が、ある程度持続した腔よりの漿液性分泌を伴った例は、われわれが調べ得た限りでは、Lifshitzらの報告に1例認められるのみである⁸⁾。彼らは、最初に腔領域の腫瘍として発見された臨床例を、5例示しており、うち3例までが不正性器出血を症状としているが、1例のみ、50歳の症例で腔分泌が2週間続いている。しかし、尿失禁を疑わせるような性質のものであ

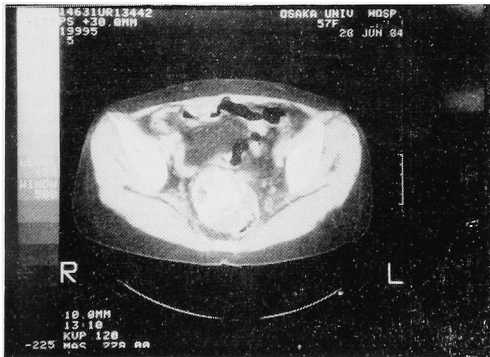


Fig. 3. Computed tomography revealed a tumor in pelvic cavity, which was suspected to be an ovarian tumor.

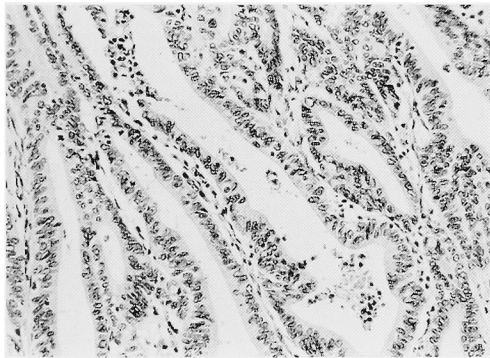


Fig. 4. Pathological diagnosis of the tumor is serous papillary adenocarcinoma.

腫瘍は、子宮頸管の断端と交通性を持ち、尿とみられたものは、腫瘍の漿液性内容物の分泌であったことが確認された。腫瘍の実質部の病理組織像は、Fig. 4のごとく、漿液性乳頭状腺癌を示した。なお、リンパ節への転移は認められなかったが、直腸粘膜下への浸潤が認められたので、術後 cis-platin, adriamycin, cyclophosphamide による化学療法を施行した術後1年5カ月の現在、患者は腫瘍のない状態で生存中である。

ったかは不明である。ちなみに手術所見は、両側の卵巣腫瘍で、ダグラス窩、子宮、右横隔膜、肝被膜に腫瘍が認められており、組織所見は、本症例と同じ、epithelial adenocarcinoma であった。

ま と め

腔よりの漿液性分泌を伴った卵巣癌が、症状より尿管腔瘻を疑わしめ、診断に難渋した経験をもったので報告するとともに、若干の文献的考察を行なった。

稿を終えるにあたり、御校閲を賜った園田孝夫教授に深謝いたします。なお、本論文の要旨は第112回日本泌尿器科学会関西地方会において発表した。

文 献

- 1) 百瀬剛一：尿管外傷（損傷）。日本泌尿器科全書，2-II，p.745，金原出版，東京，1960
- 2) 田畑雅章・松浦敏章・橋本昌樹・平田輝夫：尿閉を主訴とした巨大卵巣嚢腫の1例。臨泌 36：1077～1079，1982
- 3) 上田昭一・矢野真治郎：婦人科手術に起因した膀胱腔瘻の治療経験。西日泌尿 44：612～615，1982
- 4) 進藤和彦：婦人科手術後の泌尿器科合併症；過去15年間における教室症例の臨床的検討。西日泌尿 44：607～611，1982
- 5) 多嘉良稔：広汎子宮全摘除術後の尿管腔瘻に対する治療成績—特に尿管再建術を中心に—。西日泌尿 44：641～645，1982
- 6) 松沢真澄・高橋道子・滝沢 憲・曾 栄輝・中林正雄：広範子宮全摘除術後の尿路障害に関する手術的予防法の成績。第19回日本癌治療学会総会抄録号。日癌治 16：1021，1981
- 7) 山辺 徹・中島久良：卵巣がんの自然史からみた治療方針の概要。臨産婦 37：461～465，1983
- 8) Samuel L, William H, Thomas ED and Herbert J : Ovarian carcinoma presenting as a vaginal lesion. JAMA 339: 1788～1789, 1978

(1986年5月15日受付)