

尿管腫瘍の一例

久留米大学医学部泌尿器科教室（主任 重松 俊教授）

大学院学生 村 田 純 治

“ 上 野 陽 右

TUMOR OF THE URETER, REPORT OF A CASE

Junji MURATA and Yosuke UENO

*From the Department of Urology, Kurume University Medical School**(Director : Prof. Shun Shigematsu, M. D.)*

This is a case report of tumor of the ureter detected one year after operative cure of papillary carcinoma of the bladder. The patient, 50-year-old male, had been asymptomatic and incidentally found to have a tumor protruding from the ureteral orifice on the follow-up cystoscopy.

I. 緒 言

上部尿路腫瘍の中で尿管腫瘍は比較的稀な疾患であり、しかも定型的臨床症状はなく又解剖学的関係上診断は困難な疾患である。従つて臨床上重要な疾患であり、近年その報告も多くなつており、Lowsley and Kirwinn はかかる傾向を興味ある問題としている。私はこの度膀胱腫瘍治療後1年目に発見された尿管腫瘍の一例を経験したので報告し、併せて文献的考察を試みた。

II. 症 例

患者：松○藤○。男。50才。農業。

主訴：自覚症なし。膀胱腫瘍治療後の経過観察の為来院。

既往歴：昭和36年7月、膀胱腫瘍の診断にて入院し経尿道的腫瘍電気焼灼術を受け、術後膀胱部⁶⁰COの照射（総量 4800r）後退院しその後経過良好であつた。

現病歴：現在自覚症状は皆無であり尿濁、排尿障碍、体重減少なども認めないが、其の後の経過を心配して来院した。

再診時所見：体格中等度、栄養良、貧血、浮腫、淋巴腺の腫張は認めず、胸部異常なし、腹部は平坦にし

て視診に異常を認めず両腎も触知せず、膀胱部異常なし、尿は軽度濁濁あるも Donne 氏反応陰性、蛋白（-）、糖（-）、ウロビリノーゲン（±）赤血球（-）、白血球極く少数。菌はグラム陰性桿菌を少数認める他異常なし。

膀胱鏡所見：膀胱粘膜は全般に異常なく前回（1年前）焼灼せる部位にも瘢痕、充血、腫瘍の再発その他異常所見を認めない。右尿管口は正常。左尿管口は右とほぼ対称的に位置し、左尿管口部よりポリープ状の腫瘍が1個尿線と共に陰頭するのを認める。膀胱三角部及び頭部は軽度充血あり。青排泄は初発右2分30秒、左2分35秒で濃染状態も良好。

一般検査所見。

血液検査：赤血球 450×10^4 、白血球7500、Hb 90%、白血球百分率で著変はない、血清電解質、血清蛋白、Ht、すべて正常、N.P.N. 32.3mg/dl、B.S.G. 中等価50.5、梅毒反応陰性、血圧126~64。

腎機能：P.S.P. 15分値32.0% 2時間値73.1%。

肝機能：高田反応（-）、B.S.P. 30分2.4%、45分1.8%、クンケル5.1単位、チモール0.75単位。

癌反応：マリグノリピン反応陰性、M.C.R. 陰性。

レ線検査所見：

腎膀胱単純撮影では異常なく、I.P. にて両腎盂及び尿管の陰影はほぼ正常にてその排泄状態も良好（Fig. 1、しかし左尿管膀胱開口部に一部陰影の欠損を認め

る (Fig. 2). RP にも両側腎盂, 尿管には特に異常を認めず尿管カテーテルの挿入も容易にて出血なし.

以上の成績からして尿管口部腫瘍と診断しこの部分を含む下部尿管及び尿管口部膀胱部分切除術を行い残存尿管の膀胱移植術を併用施行した.

手術所見: 昭和37年7月27日, 全身麻酔のもとに正中切開にて膀胱に達し膀胱を周囲より剥離し且つ左尿管を検索し左尿管膀胱部を露出, 膀胱部より約 3cm 上方にて尿管を切断し下方は尿管口を含め膀胱壁を部分切除し尿管膀胱吻合術を行い直径 5mm のビニールカテーテルを膀胱より左腎盂まで通して留置し腹壁を縫合し手術を終つた.

摘出標本所見: 尿管は腫瘍部と思われる個所にて軽度の腫張を認める他異常所見なく, これを開くに尿管口部より上方約 1.5cm の部位に小指等大, 有茎性の表面乳頭状の腫瘍を認めるが大なる増殖はなく尿管腔を閉塞する迄には到っていない. 腫瘍基部は特に肥厚を認めるも充血その他粘膜所見は肉眼的に認めない. 組織学的には尿管の内腔に向つて Submucosa より乳頭状に突出した結合織に非常に増殖した上皮性の細胞が層状に増殖しており, 結合織に接する所では背が高く離れるに従い細胞は低くなる. 尿管筋層への腫瘍細胞の浸潤は認めず, 軽いリンパ球の浸潤がある. Submucosa にはリンパ球の浸潤を中等度に認める. 腫瘍細胞の核は余り多くはないが多形性を示し結合織に接する部位では楕円形乃至卵円形であり中心部に近づくにつれて形は小さくなり濃染性である. 腫瘍細胞の分化は良好であるが一部に未分化を思わせる細胞を認め悪性度はⅡ度と思われる (Fig. 3. 4. 5. 6.).

Ⅲ. 考 按

本症例は一年前膀胱腫瘍 (乳頭状癌) の診断で入院, 加療して退院し, 経過観察の為再診するにより発見し得た尿管腫瘍の一例である. 尿路腫瘍中診断の最も困難な尿管腫瘍でも自験例の如きまつたく無症候なる場合もある事を認識し, 今更ながら診断の困難さを痛感した一例である.

1. 頻度: 一般に尿管腫瘍はその頻度低く Richts et al (1951) によれば上部尿路腫瘍中 0.9% に当り, 発見の割合は, 岩崎等によれば, 外来 15,000 名中わずか 5 例 (約 0.03%) 程度にすぎない. 吾々の教室に於いても過去 5 年間の外来総数 5,114 名中わずか 3 名 (0.06%) を数える程度である. しかし近年その報告も著増しており欧米に於いて Rayer (1841) の報告

以来稀な疾患とされていたが, 1940 年以後急激に報告が増加し Wood & Howe (1958) は悪性 460 例, 良性 141 例の蒐集を行つており, 本邦では 1920 年高橋による乳頭腫の一例に始まり, 伊藤 (1935) による基底細胞癌以来漸次その報告も著増しており 1935 年以後 1950 年までは 2 年間に 1 例程度しか報告がみられなかつたが最近 5 年間は 1 年に 9 例程度の報告がみられ, それ程稀な疾患といえなくなりつつある. 北山等 (1962) は原発性悪性腫瘍を 1960 年迄に 69 例を数えている.

2. 年令別性別

(i) 年令別: 本邦では北山らによると 50 才及 60 才代に最も多く, 略々同数で全体の 62% を占め, 次いで 70 才代 (20%), 40 才代 (13%) で最高令は 76 才の男, 最年少は 36 才の男子である. Scott (1954) によると 240 例中 50 才代及び 60 才代が最も多く, 40 才代 (17%), 70 才代 (12%), 30 才代 (6%) と略々同様の傾向を示している.

(ii) 性別: Scott (1954), Lowsley & Kirwinn (1956), Abeshouse (1956) らは各々男女比は 2 : 1 であると述べている. 北山等の 69 例に於ける男女比も 2 : 1 となつている. しかし大村等 (1956) の 40 例中特に癌腫については 12 : 3 と男子が圧倒的に多い.

3. 左右別

従来の報告では左右の差は認められない. Scott (1954) は悪性腫瘍では右 139, 左 96, 両側 2 とやや右に多く, 良性腫瘍では左右とも 31, 両側 2 である.

Abeshouse (1956) は右 93, 左 97, とほぼ同数を数えている. 北山等 (1962) は左 35, 右 32, 不明 2 とやや左に多いがいずれも大した差は認めない.

4. 発生部位

内外いずれの文献によつても下 1/3 に最も多く次いで中 1/3 で上 1/3 が最も少い. Scott (1954) によれば良性腫瘍の場合は下 1/3 に次いで上 1/3 が多く最も少いのが中 1/3 と述べているのは興味ある所である. 下 1/3 の発生率は本邦 40.6% に比し Abeshouse (1956) は 74.4% とかなりの高率である.

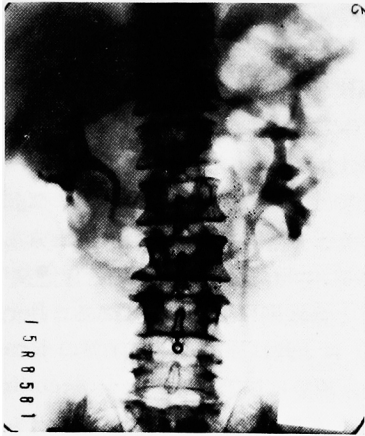


Fig. 1.



Fig. 4.

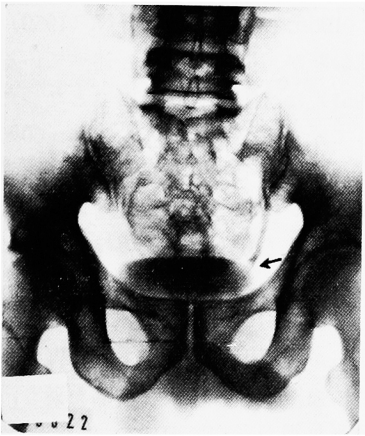


Fig. 2.



Fig. 5.

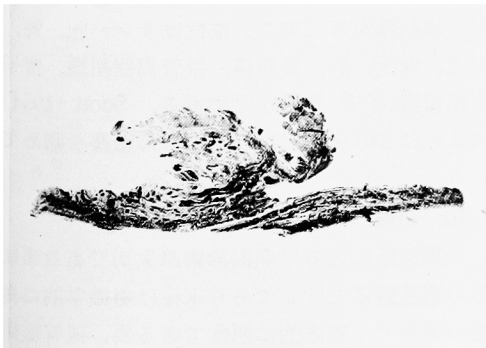


Fig. 3.

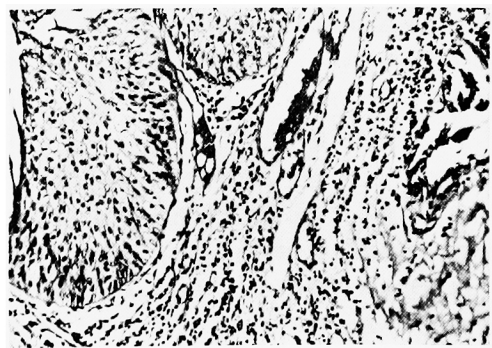


Fig. 6.

5. 臨床症状

本症に特有の又は必発の症状というものはなく諸家の報告はいずれも血尿、疼痛、腫瘤（腎水腫）が主要症状である。自験例ではこれらの自覚症はまったく有していない。

i) 血尿：通常、無症候性血尿として大体間歇的に表われる。其の頻度は最も高く Scott (1954) は72%, Abeshouse (1956) 75%, Seuger (1953) は92%, 北山等 (1962) は42%, 西村等 (1958) は78%, 菅野等 (1959) は87.5%にみられるとしている。程度も種々であり純血性の場合より顕微鏡的なものまである。岩崎等 (1951) は血尿の特徴として尿管口よりの出血状態, Kraft 現象, Chevassu-Mock 現象, Marion 現象, 鑄形状の凝血塊のある事を述べている。

ii) 疼痛：疼痛の発生原因は尿路閉塞による場合と隣接又は遠隔組織への直接拡大又は転位による場合の2つである。一般に激しい疼痛ではないが頻度は Scott (1954) 60%, Abeshouse (1956) 75%, 菅野等 (1959) 40.2%, 北山等 (1962) 35%と血尿に於ける頻度よりやや低いとされている。部位は背、側腹、腎部及び尿管に沿つての鈍痛である事が多い。

iii) 腫瘤：上2症候に比し発現頻度は低く Scott (1954) の40%, Abeshouse (1956) の10%, 北山等 (1962) の22%, Seuger (1953) の20%以下の程度であり尿管閉塞による水腎又は膿腎を触れる事が最も多い。尿管腫瘍を触れる事は極めて少い。

iv) その他及び合併症：前記せる水腎及び膿腎の他腎盂炎、膀胱炎をみる事は屢々であり又 Lazarus and Marks (1945) は17.5%に結石の合併をみている。自験例に於ては以上の症候は認められていない。

6. 膀胱鏡所見

尿管下部の腫瘍では尿管口より腫瘍の突出する場合があります諸家の報告では20~40%に認めている。又時に尿管の蠕動に伴つて腫瘍が出没する場合もあり自験例はこの状態により診断し得た症例である。尿管口よりの出血状態は蠕動に無関係に流出する様相を呈する事が多い。又尿

管カテーテリスムスにおけるChevassue-Mock現象, Marion 現象, カテーテルの挿入不能な場合本症を疑い得る。

7. レ線所見

診断上有力なのは適切な尿管造影像であり、腫瘍部の陰影欠損像又は狭窄像として描出される。しかしこれらの像は本症に特有なものではなく結核、レ線陰性結石、凝血、尿管狭窄、尿管炎などとの鑑別は屢々困難である。Bergmann (1961) によれば腫瘍直下の尿管の local dilatation, 或いは尿管カテーテルの coiling を認める事もあると述べている。

8. 診断

尿管腫瘍は稀なる疾患であり、又特有の症候を欠く為、術前の診断は甚だ困難である。Lazarus & Marks (1945) は39%, Lowsley & Kirwinn (1956) は40%, 菅野等 (1959) は43%に術前診断が可能であつたと述べている。岩崎等 (1951) は文献上診断の根拠となつたものを分類して尿管カテーテリスムス50~60%, 尿管口出血状態にて30%, 尿管口より腫瘍の突出25~30%, レ線像では15~20%と述べている。MacDougall (1961) は次の様な場合に原発性尿管腫瘍を疑うべきであると述べている。即ち i) 腎機能不全があり尿管狭窄のある場合, ii) 明らかな原因がなくして1側の腎水腫のある時、特に血尿があれば尿管腫瘍を疑う, iii) 尿管の陰影欠損があつて血尿のある場合, iv) I.V.P. が正常にて膀胱鏡で1側尿管口から出血のある場合, v) 膀胱腫瘍のある場合。

9. 転移

北山等 (1962) によると本邦69例中10例 (14%) に転移をみており、部位はリンパ腺、腎、腎盂、膀胱、肝、後腹膜、尿管周囲組織、傍子宮結締織、子宮、腰椎などである。Scott (1954) によれば240例中67例 (28%) に転移を認めている。

10. 治療

早期診断による早期根治術が大切である事は他の悪性腫瘍と同じであり本症は組織学的に良性の場合でも臨床的に悪性である為、尿管腫瘍の場合は特に早期診断が大切となる。その主な

術式は i) 腎尿管剔除術, ii) 腎尿管剔除兼膀胱部分切除術, iii) 尿管部分切除並びに尿管膀胱移植 iv) 腎尿管剔除兼膀胱腫瘍切除, その他種々の術式が試みられているが最良の方法とされているのは ii) の術式である。これは発生的, 組織学的に腎より尿道に至る所謂尿路は同一の基盤にたち, この部に発生する腫瘍の性質上(多発性, 再発性)これを未然に防ぐに最良と考えられる所からである。其の他, 腫瘍の電気凝固術もあり又手術不能例に行われる⁶⁰Co 深部治療, レ線深部治療, 制癌剤などあるがいずれも姑息的にすぎない。

11. 予後

Scott (1954) によれば, 術後再発又は転移による死亡は大部分 2 年以内にみられ術後 4 年以上生存した患者では再発, 転移を認めていない。

IV. 結 語

膀胱腫瘍加療後, 1 年にして発見し得た尿管腫瘍の 1 例について述べ, 文献的考察を行った。

(稿を終るにあたり御指導, 御校閲を戴いた恩師重松教授に深謝する。

文 献

- 1) 岩崎・斉藤・藤田・岸本: 日泌尿会誌, 42・227, 1951.

- 2) 菅野・加藤: 泌尿紀要, 5: 1225, 1959.
- 3) 白石 川倉: 臨床皮泌, 16: 725, 1962.
- 4) 北山・本郷: 泌尿紀要, 8: 181, 1962.
- 5) 西村・金沢: 臨床皮泌, 12: 1423, 1958.
- 6) 東福寺・他: 臨床皮泌, 14: 843, 1960.
- 7) 今野・他: 臨床皮泌, 16: 153, 1962.
- 8) 姉川: 皮と泌, 20: 893, 1958.
- 9) 赤坂・日泌全書, 2, 1: 222, 1960.
- 10) 松中: 泌尿紀要, 7: 755, 1961.
- 11) 新谷・他: 日泌尿会誌, 51: 534, 1960.
- 12) Scott, W. W. Campbell's Urology, PP. 1021, W. B. Saunders Co., Philadelphia and London, 1954.
- 13) Abeshouse, B. S. Am. J. Surg., 91 237, 1956.
- 14) MacDougall, J. A. et al. Brit. J. Urol., 33 160, 1961.
- 15) Seuger, F. L. et al. J. Urol., 69 243, 1953.
- 16) Lowsley, O. S. & Kirwin, T. J. Clinical Urology, II PP. 651, The Williams & Wilkins Co., Baltimore, 1956.
- 17) Wood L. G. & Howe G. E. J. Urol., 79 418, 1958.
- 18) Lazarus, J. A. and Marks, M. S. J. Urol., 54 140, 1945.