

尿細胞診陽性の子宮体癌の1例

公立豊岡病院泌尿器科 (部長: 瀧 洋二)

寒野 徹, 伊藤 将彰, 河瀬 紀夫, 瀧 洋二

公立豊岡病院臨床病理科

保 坂 直 樹

A CASE OF CORPUS CANCER PRESENTING WITH
POSITIVE URINE CYTOLOGY

Toru KANNO, Masaaki ITO, Norio KAWASE and Yoji TAKI

From the Department of Urology, Toyooka Public Hospital

Naoki HOSAKA

From the Department of Clinical Pathology, Toyooka Public Hospital

A 76-year-old woman was admitted with a chief complaint of gross hematuria. Although no abnormality was found on excretory pyelography, class IV transitional cell carcinoma was suspected based on urinary cytology. However, no malignancy was observed on cystoscopy or on biopsy of the mucosa of the urinary bladder. Thereafter, class IV or class V carcinoma was continuously found by urinary cytology, and cervical lymphadenopathy was also observed. Since computed tomography showed the uterus enhanced heterogeneously, the possibility of a gynecological tumor was considered. Poorly differentiated endometrioid adenocarcinoma was found on histological examination of the endometrium, and similar adenocarcinoma was also found on biopsy of cervical lymph node. Furthermore, infiltration of adenocarcinoma into the proper lamina of urinary bladder was found. These findings suggested that this tumor originated in the uterine body, followed by lymph node metastasis and infiltration into the urinary bladder. Concerning the route of emergence of carcinoma cells in urine, joining in urine via vagina seemed most likely. When malignant cells are found in urine, tumors of the urinary system should primarily be suspected, but at the same time, the possibility of a gynecological tumor should be kept in mind.

(Acta Urol. Jpn. 48 : 479-481, 2002)

Key words: Urine cytology, Cancer of uterus

緒 言

尿細胞診が陽性であるが、上部尿路、膀胱内に明らかな病変がなければ通常は第1に膀胱上皮内癌を考える。しかし女性であれば婦人科臓器の悪性疾患により尿細胞診が陽性になることがある。今回われわれは尿細胞診陽性が子宮体癌によるものと考えられた症例を経験したのでこれを報告する。

症 例

患者: 76歳, 女性

主訴: 肉眼的血尿

家族歴 既往歴: 特記すべきことなし

現病歴: 1999年3月肉眼的に血尿を認め、公立豊岡病院泌尿器科受診。尿細胞診が class IV で移行上皮癌が疑われたが、排泄性腎盂造影、膀胱鏡および膀胱生検で異常所見を認めなかった。また腎盂尿細胞診、

膀胱洗浄細胞診はそれぞれ class I, class II であった。その後も尿細胞診は class IV または V が続き、2000年3月になり頸部リンパ節腫脹が出現したので、4月に精査目的にて入院となった。

入院時現症: 身長 152 cm, 体重 42 kg, 体温 36.3°C, BP 126/78, pulse 72/分。体格はやせ型。左頸部に径 1~2 cm の腫瘍を3個触知した。

入院時検査所見: 血球検査で RBC 343×10^4 mm³, Hb 10.6 g/dl, Ht 32.6% と軽度の貧血を認めた。腫瘍マーカーは CEA 85.0 ng/dl (正常値 ≤ 6 ng/dl) と CA19-9 322.8 ng/dl (正常値 ≤ 37 ng/dl) が高値を示した。

尿細胞診: N/C 比増大, 核クロマチン増量および核の大小不同を認める, 比較的小型の異型上皮性細胞の集塊を認め, 移行上皮癌が推察される像であった。しかし背景は比較的きれいで, 壊死組織などの混入はみられなかった (Fig. 1)。



Fig. 1. Urinary cytology (Papanicolaou staining, $\times 1,000$). Small malignant cell was seen, and class IV transitional cell carcinoma was suspected.

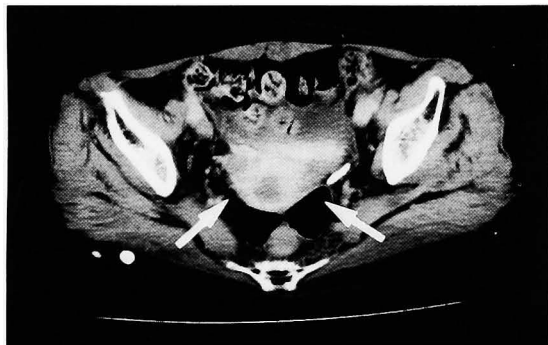


Fig. 2. Computed tomography shows the uterus enhanced heterogeneously (arrow).

画像診断：腹部造影 CT で子宮体部に不均一像を認め (Fig. 2), また大動脈周囲リンパ節の腫脹もみられた。

入院後経過：以上の所見より，婦人科系の悪性腫瘍の存在が疑われ，子宮内膜生検と子宮頸部細胞診を行った。その結果，子宮体部には一部充実性増殖を伴う類内膜腺癌 (grade 2) を認め (Fig. 3)，子宮頸部細胞診は class V で，核小体の目立つ，大小不同の明る

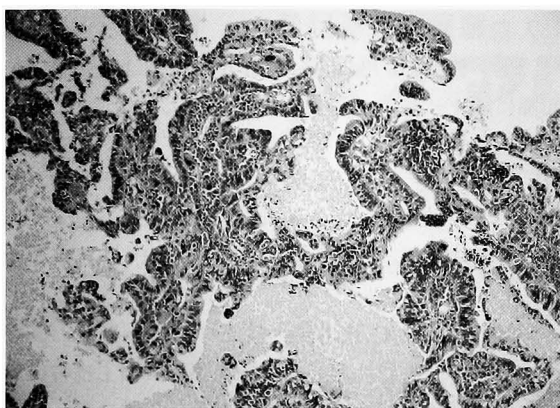


Fig. 3. Endometrial histology. Endometrioid adenocarcinoma (grade 2) was seen (HE stain, $\times 400$).

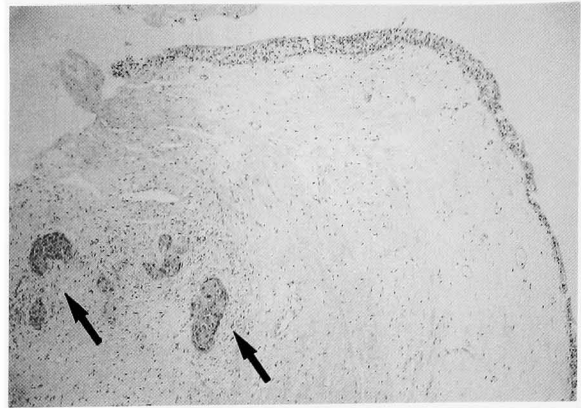


Fig. 4. Histology in urinary bladder (HE stain, $\times 100$). Infiltration of adenocarcinoma into the proper lamina was seen (arrow).

い核を持った異型上皮細胞の集塊像を認め，腺癌が考えられる所見が見られた。さらに膀胱鏡では明らかな病変を認めなかったが，生検を行うと被覆移行上皮は正常であったものの，少数ながら粘膜固有層に分化度の低い腺癌細胞の浸潤像がみられた (Fig. 4)。加えて，頸部リンパ節生検でも同様の腺癌を認めた。以上の所見より，原発として子宮体癌が考えられ，子宮頸部や膀胱へ浸潤し，頸部リンパ節へも転移したものと考えられた。また，自然尿にみられた癌細胞は，子宮体癌細胞が混入したものと考えられた。病期は stage IV と進行した状態であり，患者，家族と相談の上，積極的治療は行わなかった。その後患者は腫瘍の増大により全身状態が悪化し，2000年8月に永眠された。

考 察

今回われわれは，尿細胞診陽性の子宮体癌の1例を経験した。尿中の癌細胞の由来がわからず，結果として原発巣が判明するまでに約1年を要することになった。

われわれが調べたかぎりでは，尿細胞診が陽性であるものの尿路系に異常がなく原発は子宮体癌であったとの報告例はなかった。これは，おそらく泌尿器科領域で同様の所見が見られた場合には，多くは上皮内癌を考えるためと思われる。しかし，婦人科領域での癌の尿細胞診の有用性に関してはいくつかの報告がある。ただ，その結果については，膀胱直達浸潤や経腔的混入を含め，子宮体癌，頸癌，腔癌などを調べた結果，実に74%の患者に陽性であったという報告¹⁾，36%が陽性であったという報告²⁾，また3%以下にした陽性像はみられずスクリーニングでの有用性は低いとの報告もあり³⁾，非常に様々で一様な見解は得られていないようである。しかし，婦人科癌のなかで尿細胞診が陽性になるものが存在することは事実であり，このことは念頭に置くべきであろうと考えられる。

われわれが本例を原発性の尿路系腫瘍として強く疑った理由の1つとして、尿中の細胞像が移行上皮癌を考える像であった点がある (Fig. 1)。おそらく同細胞は、実際は腺癌細胞であったと思われるが、そのために尿路系の検索に偏ってしまう結果となった。尿中の細胞診断の注意事項として、細胞に変性を伴っている事が多いため、良性を悪性と判定したり、組織型の誤判定などに遭遇する場合があるとされる⁴⁾。特にその中で、腺癌細胞と、移行上皮癌細胞の診断に誤判定が多いとされる。このことは、尿細胞診の限界とも考えられるが、臨床医も十分理解しておく必要があり、もし臨床像と大きな乖離がある場合には誤判定の可能性も検討しても良いのではないかと思われる。

われわれは尿路系の精査を行ったが、排泄性腎盂造影、膀胱鏡像および膀胱生検 (初回) で異常所見は見られず、腎盂尿や膀胱洗浄液細胞診でも悪性像は見られなかった。以上の所見は、理論的には上皮内癌も否定されうる結果である。このような場合、上皮内癌がほとんど剥離してしまったか、原発は他臓器にあるのかの判定は難しいと考えられるが、尿細胞診陽性が続く場合や、腫瘍マーカーの上昇が見られる場合には、積極的に早期から CT, MRI などの全身検索も行うべきではなかったかと考えている。

子宮体癌が自然尿に混入した経路については、癌の膀胱壁への直達浸潤や、剥脱した癌細胞が子宮頸部、腔を經由して尿に混入する経路などが考えられるが¹⁾、今回の症例では後者の可能性が高いと考えている。その理由として、尿細胞診での癌細胞の背景が綺麗であったこと⁵⁾、膀胱洗浄液にまったく癌細胞が見られなかったこと、入院後の膀胱生検で初めて粘膜固有層に浸潤した癌細胞を認めたが、表層部までには達していなかったこと、などが挙げられる。これらの事実は、癌細胞の膀胱壁直達浸潤による内腔への露出は

ほとんどなかったことを示唆するものと考えている。

以上より、今回われわれは尿細胞診が陽性であったが、尿路系に異常はなく、原発は子宮体癌であった症例を経験した。今までこのような症例の報告はほとんどなく、もし同様の所見が見られれば、女性であれば婦人科癌の自然尿への混入も念頭に置く必要があるのではないかと考えられた。

結 語

尿細胞診が陽性であった子宮体癌の1例を経験した。

尿細胞診が陽性であるが、尿路に異常がなければ、女性であれば婦人科癌細胞の自然尿への混入も念頭に置く必要がある。

本論文の要旨は第173回日本泌尿器科学会関西地方会で発表した。

文 献

- 1) Graham RM, Graham JB and Stevens JL: Voided urine in cytologic screening for female genital cancer. *Obstet Gynecol* **30**: 253-256, 1967
- 2) Gupta PK and Taft PD: Urinary cytology in female genital cancer. *Am J Obstet Gynecol* **104**: 1043-1046, 1969
- 3) Creasman WT and Lukeman J: Unreliability of urinary cytology in detecting gynecologic malignancy. *Cancer* **30**: 148-149, 1973
- 4) 金城 満, 大谷 博, 森岡孝満: 尿, 異型細胞の評価. *臨検* **44**: 1359-1364, 2000
- 5) 佐竹立成: 泌尿器の細胞診. pp 44, 武藤化学薬品株式会社, 1994

(Received on January 28, 2002)

(Accepted on April 12, 2002)