

腹部腫瘍を主訴とした前立腺癌の1例

東邦大学医学部第2泌尿器科学教室 (主任: 松島正浩教授)

原田 昌幸, 徳田 直子, 椿 秀三千, 加瀬 隆久
田島 政晴, 澤村 良勝, 松島 正浩

東邦大学大橋病院病理 (主任: 直江史郎教授)

直江 史郎, 原田 昌興*

PROSTATIC CARCINOMA PRESENTING AS AN ABDOMINAL MASS: A CASE REPORT

Masayuki Harada, Naoko Tokuda, Hidemichi Tsubaki,
Takahisa Kase, Masaharu Tajima, Yoshikatsu Sawamura
and Masahiro Matsushima

From the Second Department of Urology, School of Medicine, Toho University

Shiro Naoe and Masaoki Harada*

From the Department of Pathology, Ohashi Hospital, School of Medicine, Toho University

**From the Laboratory Pathology, Kanagawa Cancer Center Research Institute*

Prostatic carcinoma presenting as an abdominal mass is a very rare disorder. A 64-year-old man was referred to our hospital with the chief complaint of a right lower abdominal mass on March 6, 1984. Physical examination revealed a firm, smooth, fixed, non-tender, pulseless fist size mass in the right lower abdomen. Rectal examination revealed an applesize, smooth and elastic firm prostate which had an induration. Needle biopsy of the prostate showed well-differentiated adenocarcinoma. At first we regarded the abdominal mass as retroperitoneal tumor unassociated with prostatic carcinoma. After preoperative irradiation (20 Gy) to the pelvis, the abdominal mass was resected and bilateral orchiectomy was performed on April 11, 1984. The mass was histologically diagnosed as a metastatic lesion from prostatic carcinoma. On the basis of these findings, we considered the mass to be due to pelvic lymph node metastasis from prostatic carcinoma. His postoperative course was uneventful. In April 1991, he is still alive without evidence of resurrence or bone metastasis.

(Acta Urol. Jpn. 38: 1399-1402, 1992)

Key words: Prostatic carcinoma, Abdominal mass

緒 言

前立腺癌のリンパ節転移が初診時に腹部腫瘍として触知されることは稀である。われわれは巨大リンパ節転移による腹部腫瘍を主訴とした前立腺癌の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: 64歳, 男性

初診: 1984年3月6日

主訴: 右下腹部腫瘍

既往歴: 結核性痔瘻, 肋膜炎 (20歳代)

家族歴: 父親が脳卒中にて死亡

現病歴: 約3年前より排尿困難を自覚するも放置していた。1984年2月11日, 急性虫垂炎による汎発性腹膜炎の疑いで他院にて手術を施行され, 術中, 右下腹部に手拳大の腫瘍が発見された。術後の注腸検査では異常を認めなかったが, IVPにて右尿管下部の描出不良を指摘され, 同年3月6日当科を紹介され受診となった。検査, 治療の目的で同年3月12日入院予定で

* 現: 神奈川県立がんセンター臨床研究所病理

あったが、急性精巣上体炎を併発したため同年3月11日入院となった。

入院時現症：身長 163 cm, 体重 53 kg, 脈拍96回/分整, 体温 37.6°C. 体格痩せ型, 栄養状態良好. 胸部理学的所見に異常なし. 腹部理学的所見では右下腹部に手拳大の腫瘤を触知した. 腫瘤は表面平滑, 弾性硬で, 可動性, 圧痛, 拍動などは認めなかった. 経直腸的前立腺触診所見では, 前立腺はリンゴ大, 表面平滑, 弾性硬で左葉の一部に硬結を触れたが, 圧痛はなかった. 左精巣および精巣上体は一塊として触知され, 強い圧痛を伴うため区別不能であった.

入院時検査成績：血算にて WBC 8,400/mm³ と軽度増加を認め, 血清生化学検査では CRP (4+), 総酸性ホスファターゼ (T-ACP) 61.0 KAU (正常値 1.0~4.0), 前立腺性酸性ホスファターゼ (PAP) 56.0 KAU (正常値 0.2~0.8) 以外には異常値を認めない. 尿沈渣では RBC 20~30/hpf, WBC 多数/hpf, 細菌 (1+).

画像検査所見. 胸部X線, KUB に異常なし. IVP では両側腎に異常を認めないが, 右尿管は骨盤腔内で内側へ著明な偏位を示した. UCG では前立腺部尿道の延長, 粘膜の不整像, および膀胱底部の著明な突出を認めた. 骨盤部 CT scan では右側に巨大な腫瘤を認め, 膀胱は左方へ圧排され変形していた. また, 左骨盤内リンパ節の軽度腫大も認められた (Fig. 1) 骨盤動脈造影では腫瘤に一致して豊富な血管像が認められた (Fig. 2).

臨床経過：前立腺癌の存在が疑われたため, 急性精巣上体炎の軽快後, 経直腸的前立腺生検を施行した. 病理組織学的診断は高分化型腺癌であった. 骨シンチグラフィでは骨転移を疑わせる RI の異常集積像はみられなかった.

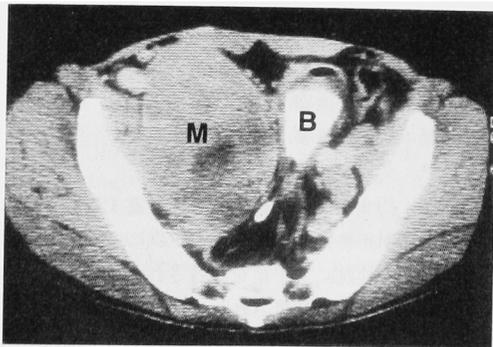


Fig. 1. Contrast-enhanced CT scan reveals a large mass in the right pelvis. M; mass, B; urinary bladder

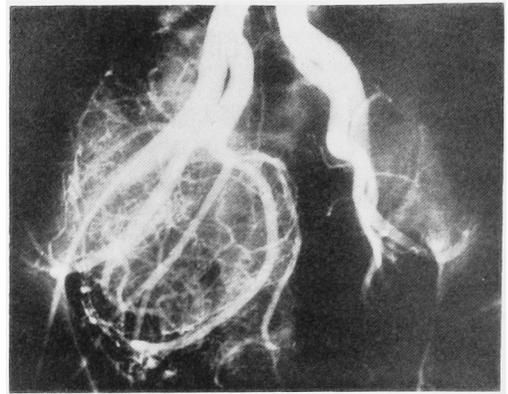


Fig. 2. Pelvic angiography

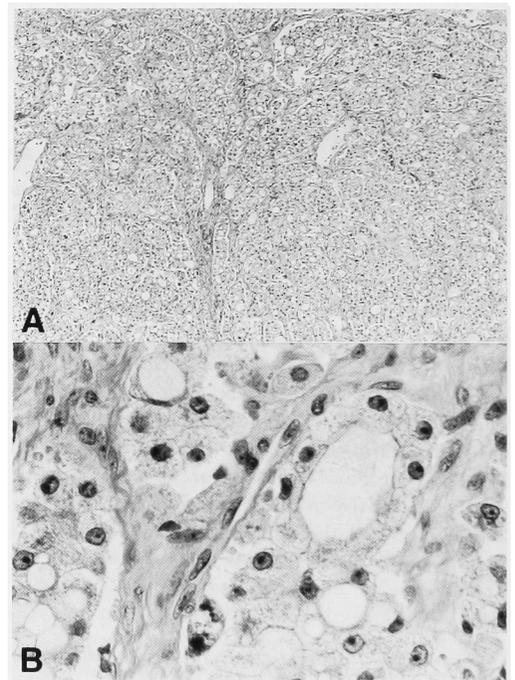


Fig. 3. Pathological findings of the resected specimen show well-differentiated adenocarcinoma of prostate. (A) low power view (B) high power view

腫瘤が非常に大きいことと動脈造影の所見より, 当初われわれは前立腺癌とは無関係の後腹膜腫瘍と診断し, 腫瘤に対して 20 Gy の術前照射を施行後, 1984年4月11日全身麻酔下に腫瘤摘出術および両側精巣摘出術を施行した.

手術所見：下腹部正中切開にて後腹膜腔に達し, 周囲組織との癒着を剝離して腫瘤を摘出後, 総腸骨動脈周囲リンパ節の郭清および両側精巣の摘出をおこなっ

Table 1. Cases of prostatic carcinoma presenting as an abdominal mass reported in Japan
* recurrent case

No.	報告者	(報告年)	年齢	分化度	大 き さ	骨転移	治 療 法	予 後
1	平 賀ら ¹¹⁾	(1972)	58	低	手拳大以上 (221 g)	+	腫瘍摘出術, ホルモン療法	6年, 生存
2	ク		66	?	手拳大, 胡桃大	-	前立腺切除術, ホルモン療法	5年, 死亡*
3	榊 ら ¹²⁾	(1982)	59	?	8×5 cm, 8×8 cm	-	ホルモン療法	6年, 生存
4	ク		69	低	15×8 cm 大が2個	+	ホルモン療法	21か月, 生存
5	辻 ら ¹³⁾	(1983)	70	高	6×5×6 cm (90 g)	-	腫瘍摘出術, ホルモン療法	33か月, 生存*
6	三 田ら ¹⁴⁾	(1987)	52	?	手拳大	?	ホルモン療法	3か月, 生存
7	中 川ら ¹⁵⁾	(1988)	69	低	手拳大以上	+	ホルモン療法, 化学療法	10か月, 生存
8	菊 池ら ¹⁶⁾	(1989)	66	低	20×12 cm, 6×5 cm	?	免疫療法, ホルモン療法	生存
9	益 田ら ¹⁷⁾	(1989)	65	中-低	?	?	ホルモン療法	生存
10	羽 瀨ら ¹⁸⁾	(1989)	?	?	小児頭大	?	ホルモン療法	生存
11	五十嵐ら ¹⁹⁾	(1990)	70	中-低	小児頭大	+	ホルモン療法	19か月, 生存
12	自験例	(1990)	64	高	手拳大 (230 g)	-	腫瘍摘出術, ホルモン療法, 放射線療法	7年, 生存

た。腫瘍摘出は比較的容易であり、前立腺そのものとの連続性は認められなかった。

摘出標本: 腫瘍の大きさは 11×8×5cm, 重量は 230g であった。腫瘍は弾性硬で結合組織により被われており、表面は黄白色調、小指頭大から鶏卵大の結節が膨隆していた。病理組織学的には前立腺生検組織とはほぼ同様の組織像を呈しており、高分化型腺癌と診断された (Fig. 3A, B)。また、摘出したリンパ節にも前立腺癌の組織像を認めた。以上の所見より、われわれは前立腺癌の骨盤内リンパ節転移による腹部腫瘍と診断した。

術後経過: 術後15日目より 40 Gy の術後照射を施行するとともに、酢酸クロルマジノン 1日 100 mg の経口投与を開始した。術後約1週間で T-ACP 3.0 KAU, PAP 0.9 KAU に改善し、前立腺の縮小を認めたため、同年6月8日退院となった。術後約7年経過した現在、前立腺はほぼ正常大で、T-ACP および PAP は正常値を示しており、再発も認めていない。

考 察

前立腺癌の初発症状は一般に排尿障害、血尿、膀胱刺激症状など原発巣の局所進展による症状であるが、時として転移病巣による症状が初発症状としてみられることがあり、その頻度は前立腺癌全体の約10%といわれている²⁾。また、前立腺癌の特徴として早期より骨転移をきたしやすく、前立腺癌転移の初期徴候は通常骨転移によるものである²⁾。したがって、転移病巣に基づく初発症状の大部分は骨転移による神経痛様疼痛であるが、他に稀な例として腹部腫瘍、頸部腫瘍、イレウス、四肢麻痺などがある。

前立腺癌が骨転移と同様に早期よりリンパ節転移を

きたすことは、近年報告されている病期診断骨盤リンパ節郭清の結果からみても明らかであり²⁾、骨転移よりも早期にリンパ節転移をきたしているとの報告もある⁴⁾。しかし、その多くは骨盤内リンパ節に長期間限局し無症候性に経過するため、末期癌でなければリンパ節転移が腹部腫瘍として触知されることは稀と考えられる⁵⁾。

腹部腫瘍と主訴とした前立腺癌の報告例をみると、転移病巣が触知される場合と原発巣である前立腺が増大して触知される場合の2通りがあり、前者が多く見られている。われわれが調べたかぎりでは、転移病巣により腹部腫瘍を呈したとする欧米報告例は過去20年間にわずかに7例をみるに過ぎず、このうち自験例のごとく骨盤内リンパ節への転移と記載のあるものは4例^{2), 6), 7)}であり、3例⁸⁻¹⁰⁾は記載のないもの、あるいはリンパ節以外への転移によるものであった。本邦報告例においてはいずれも骨盤内リンパ節転移によるものであり、自験例は12例目であった (Table 1)¹¹⁻¹⁹⁾。本邦報告例をまとめてみると年齢は52~70歳で、平均64.4歳であった。分化度は記載の明らかな8例中6例(75%)が低分化型腺癌であり、骨転移を認めたものは8例中4例(50%)であった。治療法としては抗男性ホルモン療法が全例に施行されており、良好な結果がえられている。中川ら¹⁵⁾はこのような巨大リンパ節転移をきたす前立腺癌の特徴として、①低分化型腺癌に多いこと、②経過が長いこと、③骨転移の合併が少ないこと、④抗男性ホルモン療法や放射線療法によく反応し、生存期間が長いことなどを挙げており、通常の骨転移を主とする前立腺癌との違いについて癌の生物学的性状の違いによるものであろうと述べている。

上述のように、骨盤内リンパ節転移病巣が腹部腫瘍と

して触知される前立腺癌の場合、抗男性ホルモン療法に非常によく反応することから、腫瘍に対しては生検だけで十分であり、摘出術は必要ないと考える。したがって、前立腺癌が腹部腫瘍の原因となりうることを考慮にいれて検査・治療を行うことが大切で、直腸内指診、超音波検査、および腫瘍マーカー測定を行い、疑いがあれば前立腺生検を施行する。前立腺癌が確認されれば、腫瘍に対して生検を行い、転移巣であることが判明した場合はホルモン療法が第一選択となる。

本症例の場合、両側精巣摘出術および術後の抗男性ホルモン療法により腫大した前立腺および残存する骨盤内リンパ節腫大は縮小し、術後約7年間経過した現在まで再発を認めていないことから、われわれはホルモン療法が奏効しているものと考えているが、本邦報告例の中にも再発例が2例みられていることから、今後とも注意深く経過観察していく予定である。

結 語

巨大リンパ節転移による腹部腫瘍を主訴とした前立腺癌の1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告した。

本論文の要旨は第472回日本泌尿器科学会東京地方会において発表した

文 献

- 1) 岡田謙一郎, 大石賢二: 前立腺癌. 日臨 41 (春季臨時増刊号): 1409-1417, 1983
- 2) Leung FW and Casciato DA: Carcinoma of prostate presenting as symptomatic abdominal mass. Urology 20: 78-79, 1982
- 3) 島崎 淳: 前立腺癌. 日泌尿会誌 80: 1407-1416, 1989
- 4) Saltzstein SL and McLaughlin AP: Clinicopathologic features of unsuspected regional lymph node metastases in prostatic adenocarcinoma. Cancer 40: 1212-1221, 1977
- 5) 竹内弘幸, 山内昭正, 山田 喬: 前立腺腫瘍の症

例と解説. 泌尿器疾患. 一主に腫瘍の臨床と病理一. 横川正之, 山田 喬編. 第1版, pp. 264-267, 文光堂, 東京, 1980

- 6) Mobley DF: Metastatic carcinoma of prostate masquerading as abdominal aortic aneurysm. Urology 5: 796-798, 1975
- 7) Tolia BM, Nabizadeh I, Bennett B, et al.: Carcinoma of prostate presenting as retroperitoneal mass. Urology 12: 434-437, 1978
- 8) Parker DA, Wainscott P and Renert WA: Metastatic carcinoma of prostate. Urology 4: 90-91, 1974
- 9) Mittapalli MH and Brinker JE: Unusual presentation of carcinoma of prostate. Br J Urol 56: 435-436, 1984
- 10) Chiu KW, Thorn RG, Vatsia SK, et al.: Unusual presentation of metastatic carcinoma of prostate. Urol Int 41: 228-231, 1986
- 11) 平賀聖悟, 大島博幸, 竹内弘幸, ほか: 広汎なリンパ節転移を主病像とした前立腺癌の2例. 癌の臨床 18: 566-570, 1972
- 12) 榊果夫, 北野太路, 中野 博, ほか: 巨大なリンパ節転移をきたした前立腺癌の2例. 西日泌尿 44: 811-816, 1982
- 13) 辻 裕治, 有吉朝美, 中洲 肇: 腹部腫瘍を主訴とした前立腺癌の1例. 臨泌 37: 939-941, 1983
- 14) 三田憲明, 榊果夫: 腹部腫瘍を主訴とした前立腺癌の1例. 日泌尿会誌 78: 2039, 1987
- 15) 中川泰治, 宮崎茂典, 伊藤 登: 腹部腫瘍を主訴とした前立腺癌の1例. 泌尿紀要 34: 1811-1814, 1988
- 16) 菊池孝治, 寺田友彦, 須田 一, ほか: 腹部および頸部リンパ節腫大を主訴とした前立腺癌の1例. 日泌尿会誌 81: 1418, 1990
- 17) 益田正隆, 久保博幸: 巨大後腹膜腫瘍で発見された前立腺癌の1例. 西日泌尿 51: 1769-1770, 1989
- 18) 羽瀧友則, 岡垣哲弥, 宮川美栄子: 特異な主症状(腹部腫瘍, 四肢麻痺, イレウス)を呈した前立腺癌の3例. 日泌尿会誌 81: 947, 1990
- 19) 五十嵐一真: 腹部腫瘍を主徴とした前立腺癌の1例. 日泌尿会誌 82: 320, 1991

(Received on May 14, 1992)
(Accepted on July 15, 1992)