

## 脾，膵体尾部，左横隔膜約 1/3 の合併切除を 要した左腎細胞癌の 1 例

市立釧路病院泌尿器科（部長：伊藤勇市）

窪田 理裕，久島 貞一，伊藤 勇市

市立釧路病院外科（部長：浜野哲男）

川 端 真

釧路日赤病院病理（部長：鈴木知勝）

鈴 木 知 勝

### LEFT SIDE RENAL CELL CARCINOMA REMOVED WITH THE SPLEEN, PANCREAS BODY, PANCREAS TAIL, AND ABOUT ONE THIRD OF THE LEFT DIAPHRAGM: A CASE REPORT

Michihiro KUBOTA, Sadakazu HISAJIMA and Yuichi ITO

*From the Department of Urology, Kushiro General Hospital  
(Chief: Dr. Y. Ito)*

Makoto KAWABATA

*From the Department of Surgery, Kushiro General Hospital  
(Chief: Dr. T. Hamaya)*

Tomokazu SUZUKI

*From the Department of Pathology, Kushiro Red Cross Hospital  
(Chief: Dr. T. Suzuki)*

A 61-year-old woman was admitted with the chief complaint of left lumbodorsal pain. Left renal cell carcinoma invaded to the spleen, pancreas body, pancreas tail and left diaphragm, which was diagnosed by computed tomography. Transabdominal radical nephrectomy with *en bloc* resection of the spleen, pancreas body, pancreas tail and one third of the left diaphragm was performed. A similar case was first reported by Suzuki et al.<sup>1)</sup> in 1982. This case seems to be the second in the Japanese literature.

**Key words:** Renal cell carcinoma, En-bloc resection, Spleen, Pancreas, Diaphragm

#### 緒 言 症 例

腎細胞癌は，その性質上，手術療法が最も重要な治療法であり，最近下大静脈をはじめ，脾臓，小腸など隣接臓器への連続的浸潤例に対して，積極的に広範手術が行われる傾向にある．今回われわれは脾，脾，左横隔膜への直接浸潤を術前に CT にて診断し，その *en bloc* な合併切除に成功し経過良好なる 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．

患者：61歳，女性  
主訴：全身倦怠感，左腰背部痛  
既往歴：高血圧にて1975年より降圧剤を服用している．

家族歴：特記すべきことなし

現病歴：1985年4月に上記主訴にて当院内科を初診し，血液生化学検査にて肝機能障害として肝底護剤を投与されていた．同年6月に入って肉眼的血尿が出現し同年6月25日，内科で施行した腹部 CT にて左腎

腫大を認め当科紹介, 入院となった。

現症: 身長 153 cm, 体重 43.4 kg, 体温 36.4°C, 血圧 152/84 mmHg, 表在リンパ節は触れず, 胸部は打聴診上異常なし。腹部は左上腹部から左腸骨稜部にかけて児頭大以上の大きさの弾性硬, 表面平滑な腫瘤を触知。腫瘤は呼吸性移動を有し正中線は越えないが上部境界は不明。肝脾は触れない。

検査所見・血液検査では赤血球  $560 \times 10^3/\text{mm}^3$  と増加していたが白血球数赤沈値は正常で, CRP は陰性であった。血液生化学検査では AIP 28.7 KAU,  $\gamma$ -GTP 117 m-U, LAP 271 GR-U と高値を示したが, BUN, Cr, 電解質などは正常であった。尿所見は赤血球 多数/hpf, 白血球 2-3/hpf, 細菌 (-)。

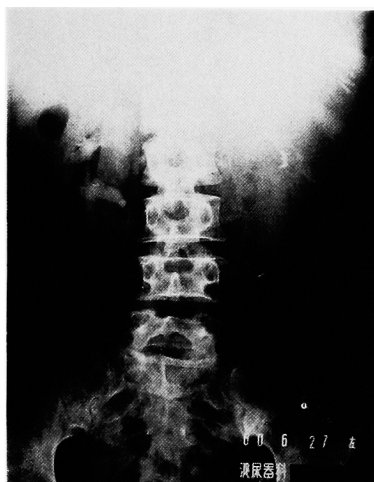


Fig. 1. IVP: 左腎部に一致した石灰化陰影があり, 左腎は造影剤の排泄を認めない。



Fig. 2. 大動脈造影, 左腎部に高血管性の腫瘍を認める。P・下横隔膜動脈, S: 脾動脈, A・左副腎動脈, R: 左腎動脈, L・腰動脈

X線検査: 胸部X線写真に異常なし。KUBにて左腎部に一致した石灰化陰影を認め, IVP 上左腎は造影剤の排泄を認めなかった (Fig. 1)。大動脈造影にて左腎に高血管性を示す腫瘍があり下横隔膜動脈, 脾動脈, 左副腎動脈, 腰動脈など数本の寄生動脈の存在が疑われた。また静脈内腫瘍血栓の間接所見である線状動脈は見られず (Fig. 2), 大動脈造影の静脈相にても下大静脈の陰影欠損はなかった。CT 検査の第11胸椎上縁でのスライス像にて腫瘍は脾臓を前方に圧排し, 腫瘍と脾臓および腫瘍と横隔膜との境界は, いずれも不明瞭で直接浸潤が疑われた (Fig. 3)。第2腰椎下縁

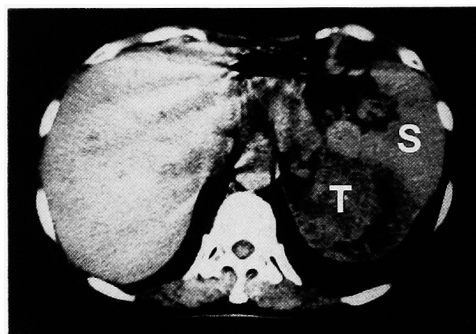


Fig. 3. CT スキャン (第11胸椎上縁でのスライス) 腫瘍 (T) は脾臓 (S) および横隔膜へ浸潤している。

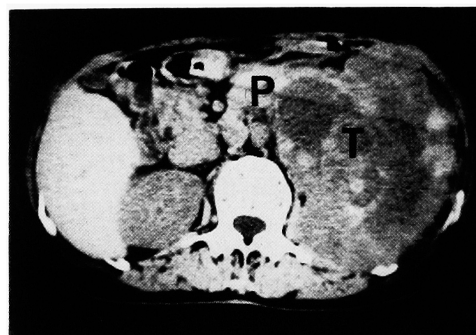


Fig. 4. CT スキャン (第2腰椎下縁でのスライス) 腫瘍 (T) は脾臓 (P) を前上方へ圧排し, 両者の境界は不明瞭である。

での CT スライスにて腫瘍は左腹部全体を占拠し不均一な低吸収領域と石灰化が混在し, 腫瘍と脾との境界は明らかではなかった (Fig. 4)。脳 CT, 骨シンチ, 内科で施行した消化管内視鏡, バリウム検査などにより遠隔転移は否定された。

手術所見 以上の検査結果より脾, 脾, 横隔膜への連続的な浸潤を有する。Robson Stage 4A の左腎腫瘍との診断にて1985年7月10日経腹的根治的左腎摘除

術, 脾, 脾体尾部, 左横隔膜約1/3の *en bloc* な合併切除を施行した. 皮切は上腹部横切閉に上腹部正中切開を追加して開腹した. 腹膜播種や肝転移は認めなかった. まず Treitz 靱帯直下にて後腹膜を縦切開し腎基部動静脈を処理した後, 下行結腸外側より後腹膜腔へ入った. 脾, 脾体尾部, 横隔膜と腫瘍とは癒着が強く剝離困難にて浸潤と考え *en bloc* に合併切除を行った (Fig. 5). 横隔膜の欠損部は, 残存横隔膜を脊椎前縦靱帯, 腸腰筋, 腰方形筋などに縫合することにより可及的に閉胸した. 手術時間は5時間48分, 術中出血量 2,200 ml. 摘出標本: 17 cm×25.5 cm, 全重量 2,000 g, 剖面では腎全体が黄色充実性の腫瘍で置換され, 内部に出血壊死を伴っていた (Fig. 6). 病理組織

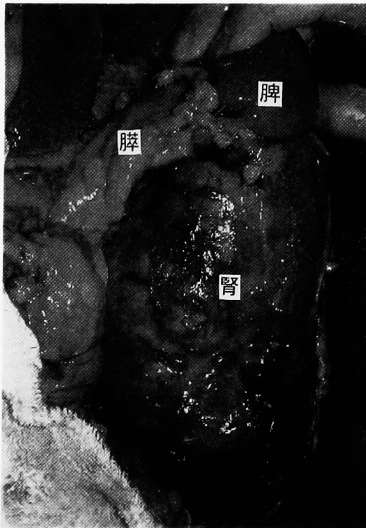


Fig. 5. 術中写真, 腫瘍と脾体尾部, 脾臓とは癒着強度にて剝離困難であった.



Fig. 6. 摘出標本剖面

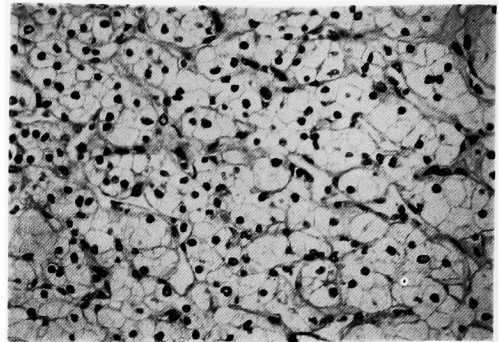


Fig. 7. 病理組織所見: 腎 (H.E.×200)

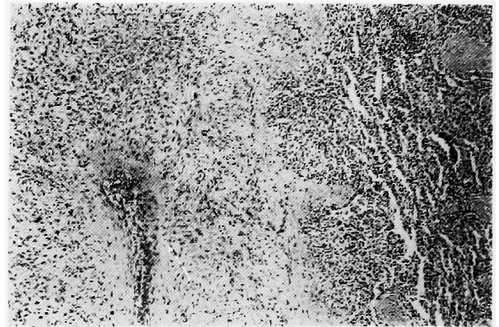


Fig. 8. 病理組織所見: 脾 (H.E.×40)

学的には grade I の淡明細胞が均一に分布し多少異型性のある grade II の細胞が巣状に混在していた (Fig. 7). 脾臓は脾門部に拇指頭大の腫瘤がありその被膜内には grade II 以上のより異型性の強い細胞の浸潤を認めた (Fig. 8). 横隔膜も同様の所見であった. 脾臓には腫瘍の浸潤はなく, リンパ節も腎門部以外炎症性変化のみであった. 術後経過: 術後36日目に当科退院し以後, 外来通院にて定期的に経過観察しているが, 術後1年6カ月経過した現在, 胸部X線写真

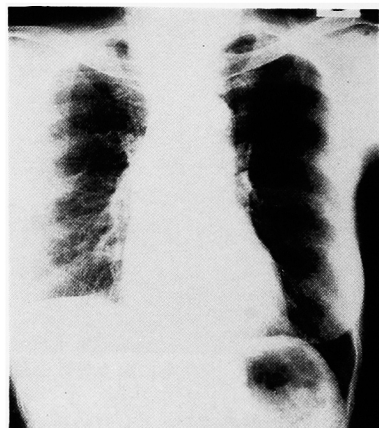


Fig. 9. 術後2ヵ月, 外来受診時の胸部X線写真

にて左横隔膜の軽度下降を認める (Fig. 9) 以外, 腫瘍再発の徴候はなく, 呼吸機能, 脾機能, 耐糖能とも異常なく良好に経過している。

### 考 察

腎細胞癌は放射線療法, 化学療法の意義, 適応など, なお明らかでない点があり, 手術療法が最も重要である。最近その 9.1% を占めると言われる<sup>2)</sup> stage 4A 例に対しても根治療法を目指して広範手術が行われる傾向にあるが, それは最近の腹部 CT による局所浸潤判定の正確さによるところが大である。その正診率に関し増田らは 84% と報告している<sup>3)</sup>。自験例においても術前に CT にて, 脾体尾部, 脾, 左横隔膜への浸潤を診断し, その *en bloc* な合併切除に成功した。しかし術後の病理組織検査にて脾には, 腫瘍の浸潤を認めなかった。腎細胞癌の脾転移は Klugo らによると 2.8% と少なく<sup>4)</sup>, 岸本らの集計によると, リンパ節転移陰性例や, 直接浸潤例が少ないことなどより腎細胞癌の脾転移は主として大循環を介する血行性転移による<sup>5)</sup> と推測している。従って選択的腹腔動脈造影や ERCP を行うことによりその正診率をさらに高めることができたのではと, 診断の難しさを反省するとともに, 診断の甘さをも反省している。

### 結 語

われわれは, 術前に CT などにより脾, 脾体尾部, 左横隔膜への直接浸潤を疑い, その *en bloc* な合併切除に成功し経過良好な腎細胞癌の 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。なお, 悪性腫

瘍の転移が稀とされている<sup>6)</sup> 脾臓への直接浸潤はわれわれの検索し得た限りでは, 1982年の鈴木<sup>1)</sup>の報告以来本邦 2 例目の報告例に相当するかと思われた。

なお本論文の要旨は第 280 回日本泌尿器科学会北海道地方会において発表した。

### 文 献

- 1) 鈴木正泰, 町田豊平, 増田富士男, 柳沢宗利, 田代和也, 大西哲郎, 岸本幸一, 鈴木正章, 石川栄世: 脾に浸潤した腎細胞癌の 1 例. 日泌尿会誌 **73**: 1333-1337, 1982
- 2) Robson CJ, Churchill BM and Anderson W: The result of radical nephrectomy for renal cell carcinoma. J Urol **101**: 297-301, 1969
- 3) 増田富士男, 佐々木忠正, 荒井由和, 小路 良, 陳 瑞昌, 仲田浄次郎, 大西哲郎, 東陽一郎, 町田豊平: Computed Tomography による腎細胞癌の Staging 診断. 日泌尿会誌 **72**: 1-9, 1981
- 4) Klugo RC, Detmers M, Stiels RE, Talley RW, Cerny JC: Aggressive versus conservative management of stage IV renal cell carcinoma. J Urol **118**: 224-246, 1977
- 5) 岸本秀雄, 二村雄次, 岡本勝司, 土江健嗣, 山瀬博史, 前田正司, 神谷順一, 長谷川洋, 早川直和, 山本美樹: 脾全体に転移した腎細胞癌の 1 例. 癌の臨床 **31**: 91-96, 1985
- 6) Warren S and Davis AH: Studies on tumor metastasis. V. The metastases of carcinoma to the spleen. Am J Cancer **21**: 517-533, 1934

(1987年2月9日受付)