

腹部腫瘍を主訴とした前立腺癌の1例

社会保険神戸中央病院泌尿器科 (部長: 伊藤 登)

中川 泰始, 宮崎 茂典, 伊藤 登

A CASE OF CARCINOMA OF PROSTATE PRESENTING AS ABDOMINAL MASS

Hiroshi NAKAGAWA, Shigenori MIYAZAKI and Noboru ITO

From the Department of Urology, Shikaihoken Kobe Central Hospital

(Chief: Dr. N. Ito)

A 69-year-old man was hospitalized for bilateral abdominal masses and constipation on October 31, 1986. Physical examination revealed firm, rough, movable, hard masses of over fist size, in the bilateral lower abdomen. CT scan disclosed two large masses in the pelvis. The prostate was of walnut size, rough and elastic firm on rectal examination. The serum acid phosphatase was elevated. Needle biopsy of the prostate and open biopsy of the mass showed a poor differentiated adenocarcinoma. Treatment with diethylstilbestrol diphosphate, 5-fluorouracil, estramustine sodium phosphate, chlormadinone acetate, 1-la-tetrahydrofuryl-5-fluorouracil, and cyclophosphamide was effective. The masses-metastasis of intrapelvic lymph nodes have shrunk and serum acid phosphatase has fallen to the normal level. In April 1987, the patient left hospital, and as of October 1987, he is still alive.

This case indicates the presence of an unusual type of prostatic carcinoma in which huge lymph node metastasis occurs.

(Acta Urol. Jpn. 34: 1811-1814, 1988)

Key words: Carcinoma of prostate. Abdominal mass

緒 言

前立腺癌のリンパ節転移が腹壁から触知されるような巨大な腫瘍を形成することは稀である。今回、われわれは両側下腹部腫瘍を主訴とした前立腺癌の1例を経験したので、若干の文献の考察を加えて報告する。

症 例

患者: 69歳, 男性

主訴: 両側下腹部腫瘍, 血尿

家族歴: 特記すべきことなし

既往歴: 1986年2月くも膜下出血

現病歴: 1986年10月頃より両側下腹部に腫瘍触知するようになり、便秘続いたため、当院内科受診、大腸癌の疑いにて同年10月31日入院となった。内科での注腸透視、大腸ファイバースコープでは、左下腹部腫瘍に相当する部位で狭窄所見は認めるものの、粘膜面には異常を認めなかった。ファイバー施行した11月10日、突然肉眼的血尿出現したため当科受診。IVP、膀胱鏡

検査にて前立腺癌を疑い前立腺性酸フォスファターゼ(PAP)調べたところ高値であったため、当科転科となった。なお約5カ月間で14kgの体重減少があった。

現症: 体格中等大, 栄養不良, 浮腫(-), 黄疸(-)。両下腹部に手拳大以上の腫瘍を触知(Fig. 1), 弾性硬, 辺縁不整, 可動性(+), 圧痛(-)。前立腺は直腸診でクルミ大, 表面不整, 弾性硬であった。

入院時一般検査成績: 血圧 120/60 mmHg, 血沈 1時間値 158 mm, WBC 8,700/mm³, RBC 341×10⁴/mm³, Hb 9.7 g/dl, Ht 29.5%, Plt 24.5×10⁴/mm³. Na 137 mEq/l, K 3.7 mEq/l, Cl 97 mEq/l, Ca 3.8 mEq/l. P 3.2 mg/dl, BUN 35 mg/dl, Cr 1.3 mg/dl, 尿酸 4.6 mg/dl, T.P. 6.1 g/dl, Alb 3.0 g/dl, AIP 2,751 IU/l, GOT 135 IU/l, GPT 60 IU/l, LDH 878 IU/l, LAP 92.9 GRU/l, γ -GTP 437 IU/l, PAP (酵素法) 339.2 IU/l, (RIA法) 1,500 ng/ml, 尿所見は蛋白(+), 糖(-), WBC 4~5/hpf, RBC 多数/hpf.

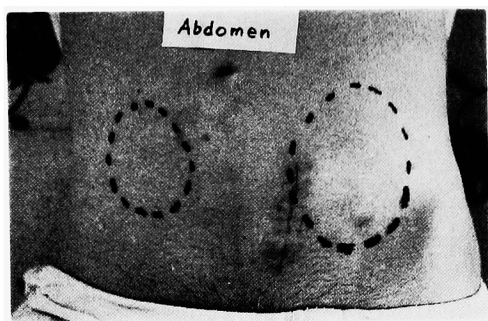


Fig. 1. 下腹部像, 腫瘍の触知部位を示す

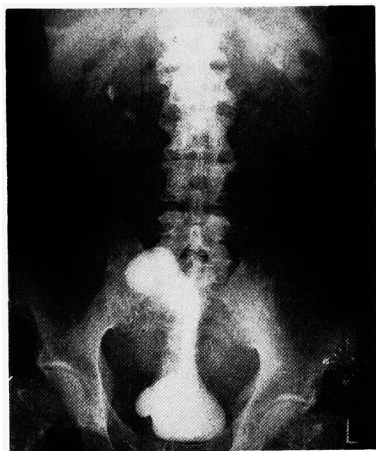


Fig. 2. 治療前 IVP 像



Fig. 3. 治療前骨盤部 CT scan

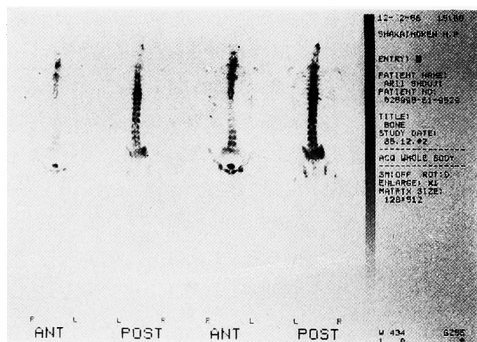


Fig. 4. 骨シンチグラム

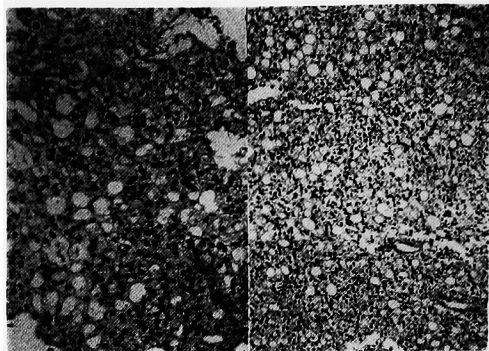


Fig. 5. 病理組織標本. 左は前立腺組織, 右は腹部リンパ節組織



Fig. 6. 治療後骨盤部 CT scan



Fig. 7. 治療後 IVP 像

X線学的検査: 胸部写真, KUB に異常なく, IVP では上部尿路に異常を認めないが膀胱像は腫瘍による圧迫のため頭足方向に伸展していた (Fig. 2). 骨盤部 CT スキャンでは腸骨リンパ節の著明な腫大を認め, 腹壁より触れた腫瘍の大きさは, 右が $20 \times 15 \times 18$ cm, 左が $16 \times 15 \times 12$ cm であった (Fig. 3). 骨シンチグラムでは, 頸椎から腰椎, 骨盤に多数の異常集積像を認め, 全身の骨転移と診断した (Fig. 4).

病理組織学的所見: 前立腺針生検を施行し大小不同の小胞を形成する低分化型腺癌であることを確認した後, 腹部リンパ節生検にてこれが同様の低分化型腺癌の転移であることも判明した (Fig. 5).

治療: 1986年11月25日より12月14日までの20日間, diethylstilbestrol diphosphate (DES-D) 500 mg/day および 5-FU 500 mg/day の点滴静注と, 3週間に1度, cyclophosphamide (CPM) 1,500 mg の点滴静注を施行. 同年12月15日から1987年2月26日までは, estranustine sodium phosphate (EMP) 560 mg/day の内服および引き続き3週間に1度 CPM の静注を続け, 同年2月27日から4月1日退院の後の現在に至るまで, chlormadinone acetate (CMA) 100 mg/day および UFT 4 cap/day の内服と3週間に1度の CPM の静注を続けている.

経過: 治療開始後5日目の11月29日には腹部腫瘍は触知できなくなった. CT にてもリンパ節は著明に縮小し (Fig. 6), IVP にても正常の膀胱像に改善していた (Fig. 7). 現在, アルカリホスファターゼは正常化していないが, 前立腺性酸ホスファターゼおよび γ -セミノプロテインは正常値となった (Table 1).

考 察

前立腺癌はその初発症状として, 排尿困難を来すものが最も多く¹⁾, また排尿困難を主訴とするものの大多数に骨転移が存在することがよく知られている.

一方, 骨盤内リンパ節郭清術により, リンパ節転移

も高率に認められることが明らかになったが, 初診時にリンパ節転移を外から触知できる症例は稀で, 竹内ら²⁾は110例中6例, Corriere³⁾らは525例中2例のみと記載している. われわれの症例のように, 腹部腫瘍を主症状とするものはさらに少なく, 調べ得た範囲では自験例を含めても10例に満たない^{2,4-8)} (Table 2). 巨大なリンパ節腫瘍を形成した報告例を通覧してみると, 低分化型のものに多いこと, また一見進行した末期癌のようにみえても意外に骨転移の合併訴度が少ないことが指摘できる. このことは竹内ら²⁾が推測したように, リンパ節転移を起こして外から触知するほどに大きく成長するものと, 骨を主たる転移部位とする通常の前立腺癌とは, 癌の生物学的性状に違いがあるのかも知れないが, この点については, 症例の蓄積による比較検討を待つほかはない.

進行性前立腺癌に対する治療として, 本邦では前立腺癌のホルモン依存性が高い点などより抗男性ホルモン療法が依然として治療の主流をなしている. 病理組織学的に分化型の癌はホルモン感受性の癌が多く, 未分化の癌はホルモン抵抗性の癌が多いとされる⁹⁾. しかし, われわれの調べた症例は低分化型のものが多かったにも関わらず, 抗男性ホルモン療法によく反応し, 概して生存期間が長かった.

自験例では腫瘍は著明に縮小し, 腫瘍マーカーも正常化した. 約10カ月の治療を経た現在, 全身の骨転移に関しては, ほとんど改善がみられていないことから, 今後も厳重な管理を要すると思われる.

Table 1. 治療経過と腫瘍マーカーの変動

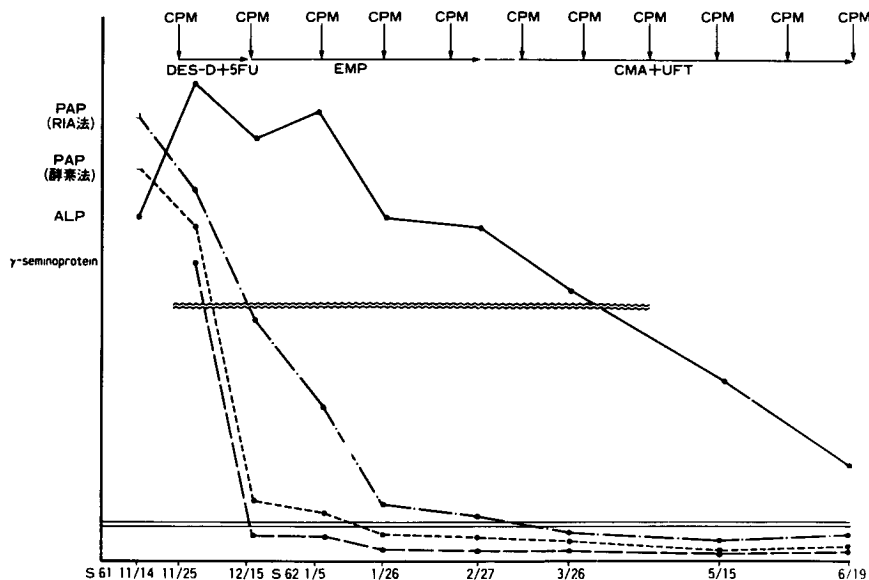


Table 2. 腹部腫瘤を主訴とした前立腺癌の報告例

No.	報告者	年度	年齢	部位	大きさ	分化型	骨転移	治 療
1	竹内	1971	58	右	手拳大以上 221g	低分化		hexestrol 60mg/day estrogen
2	Parker	1974	77	左	12×12×15 cm	低分化	+	radiation DES-D +
3	Tolia	1978	49	左		低分化	-	radiation DES-D +
4	Tolia	1978	54	左		低分化		radiation +
5	Leung	1982	75	右		低分化	-	
6	榊	1982	59	両	8×8 cm		-	DES-D
7	榊	1982	69	右	15×8 cm	低分化	+	DES-D
8	辻	1983	70	右	6×6×6cm 90g	高分化	-	DES-D
9	自験例	1987	69	両	手拳大以上	低分化	+	DES-D+5-FU+CPM + EMP+CPM

結 語

巨大なリンパ節転移による下腹部腫瘤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。

文 献

- 岡田謙一郎, 大石賢二: 前立腺癌. 日本臨床 41 (春季臨時増刊号): 1409-1417, 1983
- 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, 横川正之, 264-267, 文光堂
- Corriere JN Jr., Cornog JL and Murphy JJ: Prognosis in patients with carcinoma of the prostate. Cancer 25: 911-918, 1970
- Parker DA, Wainscott P and Renert WA: Metastatic carcinoma of prostate. Urology 4: 90-91, 1974
- Tolia BM, Nabizadeh I, Bennett B, Newman HR and Whitmore WF Jr.: Carcinoma of prostate presenting as retroperitoneal mass. Urology 12: 434-437, 1978
- 榊知果夫, 北野太路, 中野 博, 藤原英祐, 藤井元広, 小野 浩, 平山多秋: 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
- 辻 祐治, 有吉朝美, 中洲 肇: 腹部腫瘤を主訴とした前立腺癌の1例. 臨泌 37: 939-941, 1983
- Catalona WJ and Scott WW: Carcinoma of the prostate. Campbell's Urology 4th ed.: p. 1085, WB Saunders

(1987年11月2日受付)