

## 片側性多嚢腎と多房性腎嚢胞の各1例について

長崎大学医学部泌尿器科学教室（主任：近藤 厚教授）

金 武 洋  
坂 口 浩UNILATERAL MULTICYSTIC KIDNEY AND MULTILOCLAR  
CYST OF THE KIDNEY: REPORT OF EACH CASE

Hiroshi KANETAKE and Hiroshi SAKAGUCHI

*From the Department of Urology, School of Medicine, Nagasaki University**(Director: Prof. A. Kondo, M.D.)*

A case of unilateral multicystic kidney in a 6-month-old female infant was reported. The patient is healthy now 8 years after left nephrectomy.

A case of multilocular cyst of the left kidney seen in a 65-year-old man was presented. Resection of the cyst-wall was carried out.

Clinical features and diagnosis of both diseases were discussed by reviewing literature.

古くより腎の嚢胞性疾患については、その発生病理の不明なことより、種々の名称で呼ばれ、その分類については報告者によりそれぞれ異なる位置づけがなされている。われわれは片側性多嚢腎と多房性腎嚢胞と思われる症例を1例ずつ経験したのでこれを報告する。

## 症 例

症例1 家〇直〇，6カ月，女児

初診：1963年6月17日

主訴：左側腹部腫瘤

家族歴：母方の祖父脳卒中で死亡，父方の祖父痛風と胸膜炎あり。両親健在。血族結婚なし。同胞2人で兄は健康。

現病歴：1963年1月3日出生，鉗子分娩であったが筋性斜頸があるほかは著しい異常は認められず。その後元気に哺乳していたが，生後10日目に保健所で左側腹部腫瘤を指摘され来院した。自覚的症狀はなかった。血尿，発熱，嘔吐などはない。

現症：栄養良好で斜頸があるほか，胸部，膀胱部，鼠径部，外陰部に異常所見なし。左側腹部は膨隆しているが，腹壁の静脈努張は認められない。触診上，これに一致して腫瘤があり，上方は肋骨弓，下極は腸骨

稜より1横指上方にわたりほぼ手拳大であり，表面は全体として平滑であるが，一部やや凹凸不平のところもあり，弾性硬，境界は鮮明，移動性良好であり，腫瘤と肋骨弓との間に指をそう入ることができた（Fig. 1）。

血液：RBC  $377 \times 10^4$ ，WBC 7,400，Hb 78%。

尿：淡黄色，混濁（-），酸性，蛋白（-），糖（-），ウロビリノーゲン正常，沈渣ではWBC（-），RBC（-），扁平上皮少数，円柱（-），塩類（+），細菌（-）。

PSP テスト（筋注）：25分5%，40分15%，70分15%，130分35%，計70%。

膀胱鏡所見：膀胱粘膜正常，尿管口は両側とも認められるが，尿管カテーテルは左側は1.5 cmしかそう入しえず，青排泄試験は右側8分15秒初発，8分30秒で濃染し，左側は15分まで排泄なし。

PRP+IVPで，左後腹膜腔への酸素の注入は充分で，左上方より，下部は第5腰椎にいたる斜走する腫瘤陰影が認められ，右側は酸素の注入不十分で，ネフログラムは不明である。IVP 5分像で，右側は鮮明に造影され，形態正常。15分では造影剤はほとんど膀胱内へ流入している。左側は5分，15分ともに腎盂像は認められない（Fig. 2）。注腸透視にて，下行結腸の右方への圧排像がみられる。

以上の所見から，左腎腫瘍を疑い1963年7月11日型

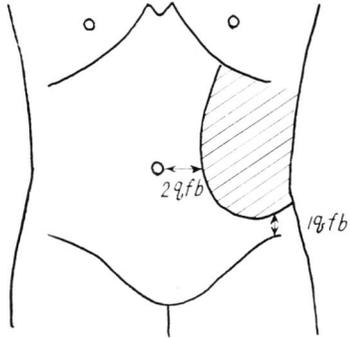


Fig. 1 第1例の腹部所見

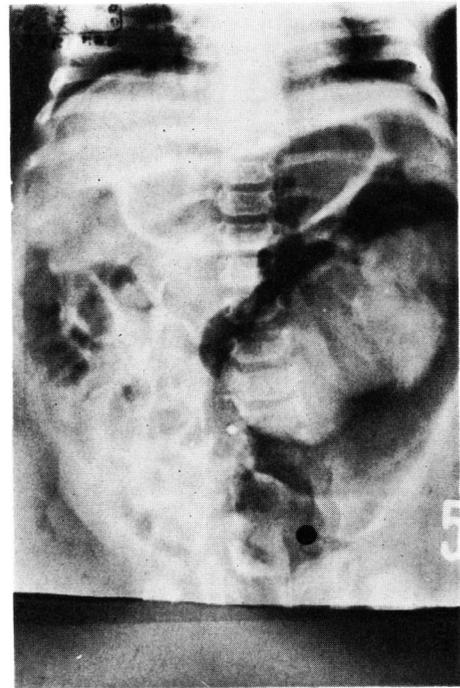


Fig. 2 第1例の PRP+IVP

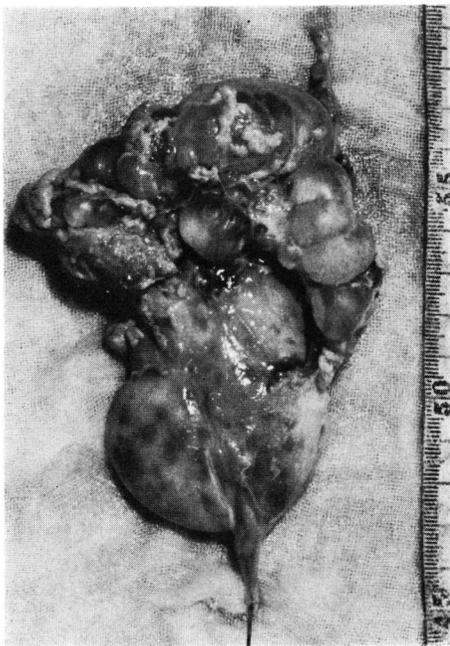


Fig. 3 第1例左腎



Fig. 4 第1例左腎盂

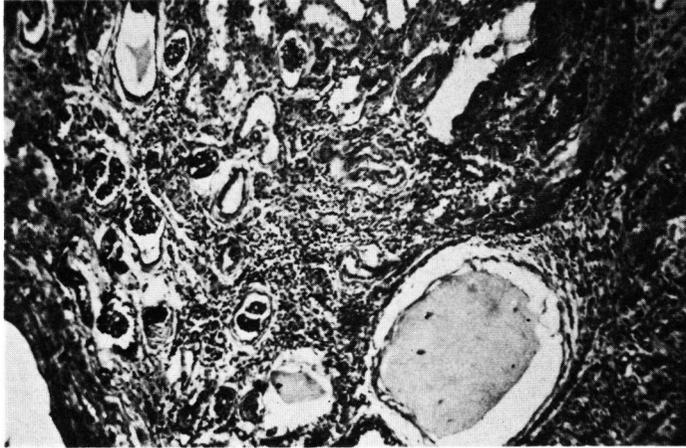


Fig. 5 第1例組織像（腎盂に近い部位）

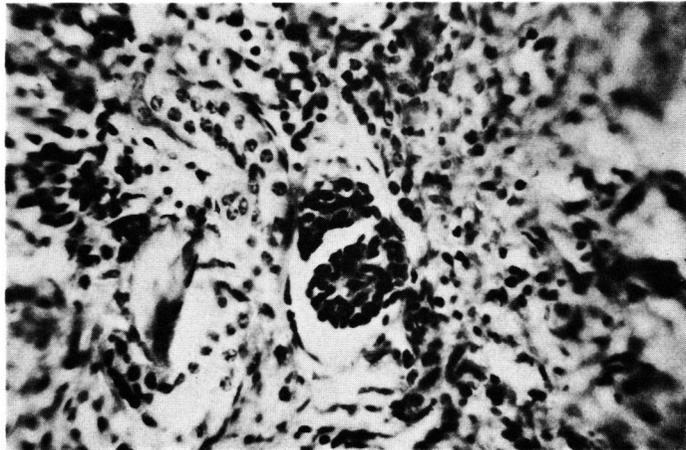


Fig. 6 第1例, 糸球体

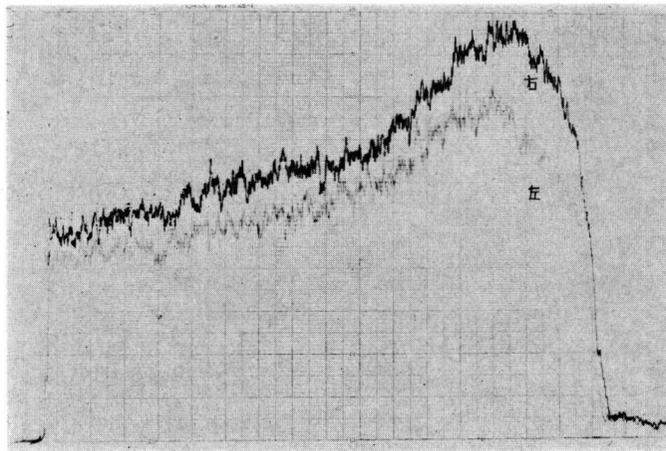


Fig. 7 第2例, RIレノグラム



Fig. 8 第2例 RP, PRP

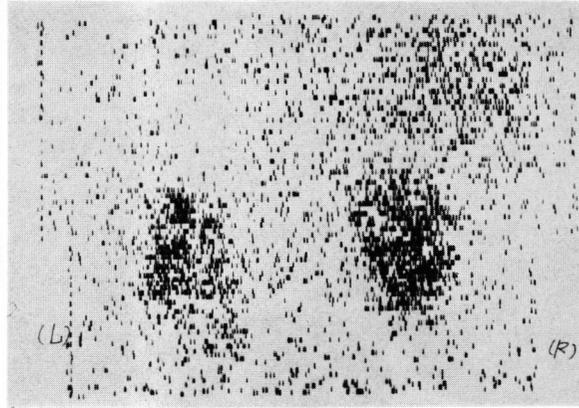


Fig. 9 第2例, 腎シンテグラム



Fig. 10 第2例左腎下極の囊胞

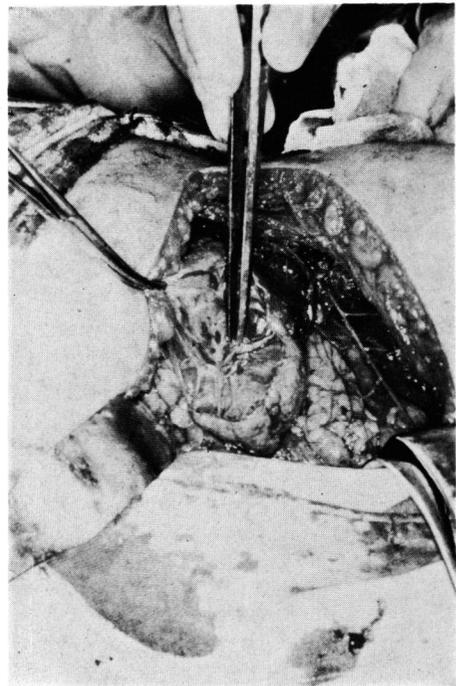


Fig. 11 第2例, 囊胞切除

のごとく左腰部斜切開で、左腎摘除術を施行した。腎は周囲との癒着なく、腎盂尿管移行部は硬かったが、カテーテルのそう入は可能であった。摘出腎は195g。腎盂は嚢状に拡張し、約100mlの尿をいれその上に大小不同の嚢胞がブドウの房状にあり、肉眼的に腎実質は認められなかった。嚢胞間および嚢胞と腎盂との交通は認められなかった。腎盂尿管移行部では、腎盂拡張の原因と思われる弁形成が認められた(Fig. 3, 4)。

組織学的には、大小多数の嚢胞があり、その内壁には扁平な上皮をもったもの、あるいは、すでに脱落したものもある。壁自身はやや厚く、線維性の要素よりなっている。腎盂に近い部分には結合織性の間質の増殖が目立ち、未分化な糸球体や尿細管が散見される(Fig. 5, 6)。また小さな嚢胞は尿細管に移行したものもある。よって unilateral multicystic kidney と診断した。

経過：術後経過順調で、16日目、PSPは1時間値40%、2時間値10%、計50%で残存腎は機能正常であることを確認し退院さす。その後1967年に血尿、排尿痛があり膀胱炎と診断され化学療法をうけた。1971年2月8日(8年後)の診察では、尿には異常所見なし。体格栄養良好で、貧血はなく、浮腫もない。腹部では右腎下極を触れるが、硬度正常、圧痛なく、呼吸性移動は良好である。レ線所見としては、DIPで右腎は7分にて造影され、腎機能良好で腎盂、腎杯の形態も正常である。また尿管の通過も良好であった。

症例2 光○逸○六, 65才, 男性。

初診：1970年9月29日

主訴：無症候性血尿

家族歴：父が60才のとき脳卒中で死亡、母が70才のとき肝硬変で死亡。

既往歴：53才より高血圧がある。61才脳卒中で1ヵ月自宅療養にて治癒す。65才痛風発作を起こし、薬物療法にて1ヵ月後に治癒す。

現病歴：1970年8月高血圧の治療中某医にて顕微鏡的血尿を指摘され、IVPにて左腎腫瘍を疑われ、10月12日長崎大学泌尿器科へ入院す。

現症：体格栄養中等度、血圧180/100mmHg、貧血、黄疸、浮腫などはみとめられない。胸部には異常所見なく腹部は左腎が1.5横指触知し圧痛はなく、呼吸性移動は良好である。神経学的所見では肛門反射、拳臑筋反射は左がやや弱い。病的反射なく、膀胱部、性器には異常なし。全身のリンパ節は触知せず。

検査成績

尿：淡黄色、混濁(-)、反応5.6、蛋白(-)、糖

(-)、ウロビリノーゲン正常、沈渣ではRBC1~2/F、WBC(-)、塩類(+)、円柱(-)、上皮(-)、尿細胞診は3回ともに陰性。

血液所見：RBC  $477 \times 10^4$ 、WBC 8,100、Hct 38.5%、血色素13.4g/dl、粒球数  $11 \times 10^4$ 、白血球像正常。

血液生化学的所見：total protein 7.3g/dl、Na 142 mEq/L、K 3.5 mEq/L、Cl 100 mEq/L、BUN 24.5 mg/dl、creatinine 1.4 mg/dl、尿酸 7.4 mg/dl (尿中尿酸0.62g/日)、LDH 240。

肝機能：II 5.6、TTT 1.1、総コレステロール 170 mg/dl、アルカリ・フォスファターゼ 7 Bodansky 単位、コリンエステラーゼ 0.78 ΔpH、A/G 比 1.6、クンケル 8.6、GOT 19、GPT 18 SF 単位。

腎機能：PSP、15分22%、120分62%。濃縮試験 1017、1017、1017、RI レノグラムでは右腎正常、左腎機能やや低下(Fig. 7)。

膀胱鏡所見では、粘膜正常、尿管口は左が右に比し低位にある。青排泄は右初発3分50秒、5分40秒にて濃染、左は初発5分5秒、10分にて濃染せず。

レントゲン所見：排泄性腎盂造影では腎機能両側とも正常、尿管の通過も良好であるが、左下腎杯に内方への圧排像と左腎下極に2重陰影を認む。逆行性腎盂造影併用 PRP で右腎正常、左腎は長軸  $17 \times 8$  cm で左腎下極に2重陰影と下腎杯に圧排像をみる。左腎の周囲との癒着はない(Fig. 8)。

リンパ管造影で左のリンパ管は第4、5腰椎の部に強く左に圧排され側副路を形成している。リンパ節造影では悪性所見は認めない。

腎動脈造影では腹部大動脈の動脈硬化像を示し、ネフログラムで左腎下極の腫瘍は血管像に乏しく、陰影欠損として見られるが tumor stain はみられない。わずかに第4、5腰動脈よりの供血を受けているが、悪性の像はない。腎シンテグラムでは左腎下極に cold area がある(Fig. 9)。

以上より腎嚢胞を疑い腎を穿刺し、漿液性淡黄色の内容物約2ccを得た。腎嚢胞全体の大きさに比して穿刺量が少ないことより多房性腎嚢胞の可能性が考えられた。

手術所見：1970年11月4日型のごとく左腰部斜切開にて後腹膜腔に達す。腎は全周にわたり軽度癒着していたが、鈍的に剥離可能であった。腎の下極に全体としてガ卵大の嚢胞があり、その表面は大部分は平滑であるが、一部に小嚢胞の隆起を認める(Fig. 10)。嚢胞壁を切開すると、その内部は不規則な隔壁により大小不同の嚢胞に分割されており、相互の交通は認め

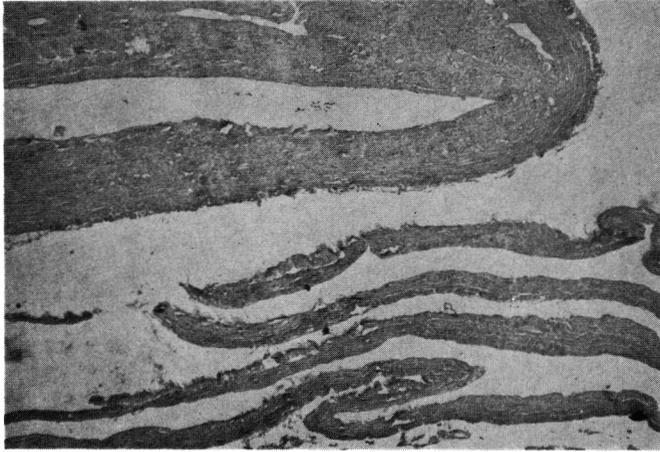


Fig. 12 第 2 例, 組織像

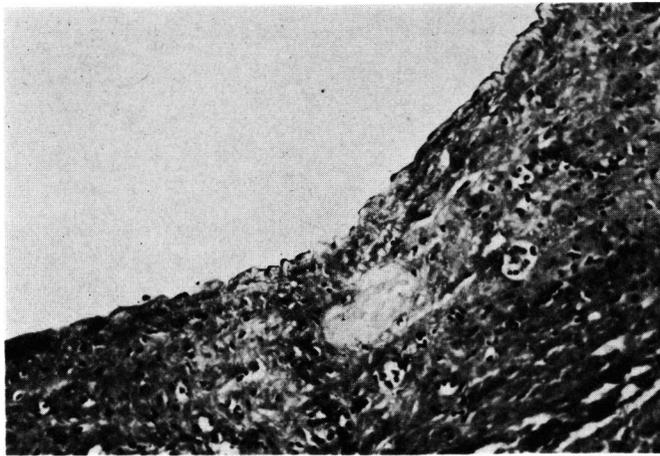


Fig. 13 第 2 例, 嚢胞壁

られなかった (Fig. 11). また嚢胞と腎盂との交通は認められなかった. 嚢胞以外の腎臓は肉眼的に正常であった. よって嚢胞だけを切除した.

組織学的所見: Fig. 12, 13 のごとくおのおのの嚢胞の内面は一部分に扁平上皮, または立方上皮を認めるが, ほとんど剥離している. 嚢胞の壁は線維組織から成り, その中に尿細管様構造または cystic に拡張したものがある.

内容液は色調淡黄色で混濁せず, pH 8, 総蛋白 3 g/dl, Rivalta(-), Na 161.5, Cl 122.4, K 6.03 mEq/L であった.

術後診断は多房性腎嚢胞 (multilocular cyst of the kidney) ということになった.

## 考 察

腎の嚢胞性疾患の分類法については, 病理および病

因論に関連して報告者により種々の見解があり, 現在なお一定のものがない. 柿崎<sup>15)</sup>も述べているように分類法が定まっていないのは, 腎嚢胞性疾患には, 先天性のものと後天性のものがあるが, そのいずれに属するか不明のものがあるためである. しかし嚢胞腎 (polycystic kidney), 片側性多嚢腎 (congenital unilateral multicystic kidney), 多房性腎嚢胞 (multilocular cyst of the kidney) の3者については少なくとも臨床上是っきり区別しなければならないことが強調されてきた (Beltran<sup>1)</sup>, Boggs & Kimmelstiel<sup>2)</sup>, Gibson<sup>3)</sup>, White & Braunstein<sup>4)</sup>). その3者の鑑別点については Dainko<sup>5)</sup> の模式図 (Fig. 14) および鑑別法 (Table 1) がある.

**congenital unilateral multicystic kidney について**

本症の名称は Schwartz (1936)<sup>6)</sup> がはじめて使用

Table 1 Characteristics of renal cysts (Dainko)

Characteristic	Multicystic disease	Multilocular cyst	Simple cyst	Polycystic disease	
				Infantile form	Adult form
Hereditary	0	0	0	Mendelian recessive	Mendelian dominant
Unilateral or bilateral	Unilateral (bilateral incompatible with life)	Unilateral	Usually unilateral	Usually bilateral	Usually bilateral
Presence of gross renal tissue	0 (Hence all renal tissue is replaced)	+	+	+	+
Microscopic Nephrons	Embryonal	Adult	Adult	Adult	Adult
Cartilage	0	Occasionally	Rarely	Occasionally	Occasionally
Physical sign	Abdominal mass	Abdominal mass	Usually none	Usually none	Usually none
Shape of kidney	No renal configuration	Reniform	Reniform	Reniform	Reniform
Size of cysts	Wide variation	Variable loculated	Wide variation	Small, uniform	Variable
Other anomalies	Rarely	Rarely	0	Occasionally	Occasionally
Cyst communication with pelvis	Occasionally	0	0	"	"

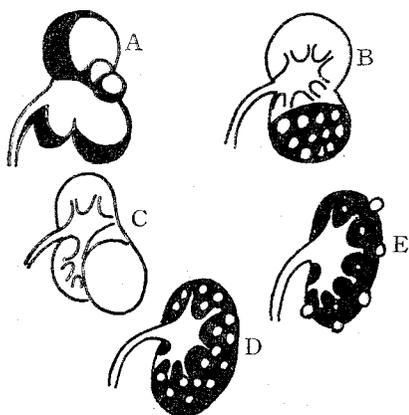


Fig. 14 Dainko の模式図  
 A: Multicystic  
 B: Multilocular  
 C: Simple  
 D: Polycystic (infantile form)  
 E: Polycystic (adult form)

したものであり、本邦では一般に先天性片側性多嚢腎と呼称されている。本症は主として乳幼児にみられるもので Schwartz によれば、腎が認むべき腎実質を欠き、種々の大きさの嚢胞の集塊でまったく置換され、

しばしば尿管の欠如または atresia を伴っている場合に与えられる名称であるという。その後 Spence (1955)<sup>7)</sup> が 15 人の患者について臨床的、解剖学的特徴について報告している。

Schröder (1970)<sup>8)</sup> によればドイツ文献上 Weigert (1886)<sup>9)</sup> の報告したのが最初であり、欧米の文献から本症と思われる 192 例を発見したという。かれは 1955～1969 年の間の UCLA における 11 例とその他における確実と思われるもの 89 例、合計 100 例について詳細な統計的観察を報告している。かれの 100 例とわれわれが 1964～1971 年の間に日本の文献から捜しえた 19 例 (Table 2) について比較してみると、年齢ではかれは 100 例中 29 例は生後 1 週以内で 78 例は生後 1 年以内とっている (Table 3)。日本でも生後 1 年以内のもの 9 例、2 年以内では 11 例と半数をしめている。このことは本症の発生が乳幼児にいかにも多いものかを示している。また、かれは 100 人中 15 人はじゅうぶんに成長したとっている。われわれの症例でも発症以来 8 年間栄養障害もなく成長した。かれは 14 例に環状の石灰化が存在し、これは大きな嚢胞の内壁に一致し、レ線では環状陰影としてみられ、成人では重要な診断学上の特徴となりうるとしている。

Table 2. Congenital unilateral multicystic kidney (日本症例)

症例	報告者・年代	年齢	性	主 症 状	患側	術 前 診 断	診 断 方 法	治療	そ の 他
1	川 倉・西 田(1963) <sup>16)</sup>	17	男	急性膀胱炎症状	右			腎摘除	試 験 手 術
2	坂 口 (1964) <sup>17)</sup>	6カ月	女	左側腹部腫瘤	左	左 腎 腫 瘍	IVP, 注 腸	〃	8 年 後 生 存
3	佐 藤 (1966) <sup>18)</sup>	37	〃	膀胱炎症状	右			〃	試 験 手 術
4	角 岡・服 部(1966) <sup>19)</sup>	6日目	〃	左側腹部腫瘤	左	左 腎 腫 瘍	IVP, 注 腸	〃	
5	坂 本・檜 橋(1966) <sup>20)</sup>	1 <sup>11</sup> / <sub>12</sub>	〃	〃	〃	先天性水腎症	IVP, 腎穿刺	〃	
6	池 田・小 島(1966) <sup>21)</sup>	9カ月	男	〃	〃	左 腎 腫 瘍	腹 部 透 視	〃	
7	駿河・平井・ほか(1967) <sup>22)</sup>	8カ月	女	両側腹部膨満	右			〃	左尿管膀胱開口部および腎盂接合部の狭窄
8	関野・木村・ほか(1967) <sup>23)</sup>	18	〃	右 腰 痛	〃	右發育不全腎	IVP, PRP, 腎動脈造影, レノグラム, シンチ	〃	血圧166/92→120/60mmHg
9	武 谷・岡 村(1967) <sup>24)</sup>	1カ月	男	腹 部 腫 瘤	〃		PRP+RP, IVP	〃	術中嚢胞撮影施行
10	市 川 (1968) <sup>25)</sup>	1 <sup>2</sup> / <sub>3</sub>	女	左側腹部腫瘤	左	左 水 腎 症		〃	一部にはほとんど正常の腎組織あり
11	佐々木 (1969) <sup>26)</sup>	7カ月	〃	〃	〃		IVP	〃	左尿管口形成不全
12	田 端・草 階(1969) <sup>27)</sup>	49	〃	膀胱炎症状	〃	腎 結 核	IVP, PRP	〃	
13	広 田・草 階(1969) <sup>28)</sup>	1カ月	男	腹 部 腫 瘤	〃		IVP, 注 腸	〃	
14	斯波・大橋・ほか(1970) <sup>29)</sup>	8	〃	膀胱炎症状	右	blind ending ureter か右腎無形成	IVP, RP 大動脈造影	〃	試 験 手 術
15	近藤・堀内・ほか(1970) <sup>34, 30)</sup>	21	女	血 尿	〃	右閉塞性腎結核		〃	尿中結核菌あり
16	上 同 (1970) <sup>30, 54)</sup>	30	〃	膀胱炎症状	〃	〃		〃	
17	北山・豊田・ほか(1970) <sup>31)</sup>	7	男	左側腹部外傷	〃		IVP	(左腎)摘除	患側は右で、左腎下部破裂あり。1カ月後尿毒症となり2カ月後に死亡す。
18	久住・寺邑・ほか(1970) <sup>32)</sup>	2カ月	女	右側腹部腫瘤	〃		IVP	腎摘除	
19	今津・三橋・ほか(1971) <sup>33)</sup>	3カ月	男	腹 部 腫 瘤	〃	腎 嚢 胞	IVP, シンチ, RP	〃	心室中隔欠損症, 尿道下裂の合併

Table 3 欧米における先天性片側性多嚢腎の統計的観察 (Schröder) と日本の比較

		UCLA	全 体	日 本
年 令	1— 7 日	3	29	1
	8— 365日	7	49	8
性 別	1— 13 才	1	7	4
	13 才 以上	—	15	6
患 側	男	8	54	7
	女	3	46	12
患 側	右	5	39	11
	左	6	59	8
	両 側	—	2	0
計		11	100	19
症 状	可触性腫瘍	9	64	10
	発 育 障 害	2	32	0
	尿 路 感 染	1	20	5
	胃 腸 障 害	0	17	1

(注：症状は1人で2つ以上ある者もある)

つぎにかれは性別に差なく (Table 3), 家族歴にも特記すべきことはないといっている。その中で Gummes (1960)<sup>11)</sup> の第 4 症例は 1 卵性双生児の 1 人であるが, その同胞には奇形がない。つまり双方の事実は遺伝的でなくむしろ子宮獲得奇形に関係していることを暗示させる。人種差もない。日本では男:女=7:12で女に多い。左右差ではかれは左に多いといっているが (Table 3), 日本では左:右=8:11で右にやや多い。

症状としては, かれは乳幼児に多いので主観的な症状は不明であるが可触性腫瘍, 発育障害, 尿路感染, 胃腸障害の順に多いと述べている (Table 3)。その中で多嚢腎は必ずしも触診できるものではなく正常腎より小さいものが11例もあるという。小児の発育障害および栄養障害が32例あげられる。これらは腸の圧迫と変位, また本症に合併した重篤な胃腸, 心臓, 泌尿器の奇形に原因するものであった。尿路感染は20例で, これは尿管逆流現象, 水腎症, あるいは下部尿路の奇形のような別の尿路の変化があるときにはよく理解できるとしている。われわれの症例でも腎盂尿管移行部に弁形成があり, これが水腎症の原因となっていた。日本では症状として多いのは可触性腫瘍10, 尿路感染5であった。本症に合併する泌尿器系, あるいは他の臓器の先天性奇形については少ないものと考えられ, むしろ合併しないことが本症の特徴としてあげられていた。しかし Schröder によればむしろ泌尿器系の

Table 4 片側性多嚢腎に伴って現われた奇形 (Schröder)

a 泌尿器科的	
反対側の種々の原因による尿うっ滞腎	10
尿管狭窄	3
反対側の尿管狭窄	5
尿管逆流現象	6
停留嚢丸	6
反対側の発育不全	4
反対側の腎嚢胞	3
尿道下裂	1
両側陰の水腫	1
b 全身的	
心室中隔欠損	5
Ductus arteriosus 開存症	4
大血管転移	3
他の心奇形	2
狼 咽	2
Situs inversus	1
食道狭窄・気管支瘻	4
Pancreas anulare	2
Pancreas の fibrosis	1
肛 門 閉 塞	3
小 角 膜	1
水 頭 症	2
双 角 子 宮	3

みならず, 他の臓器における奇形の合併は非常に多く, しばしばそれが死亡の原因となるといっている (Table 4)。

解剖学的特徴については Schröder は最も特徴的なものはその外観であるという。すなわちアメリカの文献では “cluster of grapes” と表現している。ふつう 7~12コ of 大小種々の大きさのものが存在する。多くの人は嚢胞と嚢胞の間には何も連絡がないといっているが, Bugbee (1924)<sup>12)</sup>, O'Donnell (1949)<sup>13)</sup> は尿管と嚢胞との間に連絡のある症例を発見している。

本症と嚢胞腎との関係については, 本症は片側性であり, 遺伝的關係がないことのほかに, 嚢胞腎では嚢胞以外の腎組織に成熟型のネフロンを認めるのに反して, 本症の場合には未熟なネフロンを少数認めるにすぎない点である。したがって本症は先天性の局所的な原因により, 一側の造腎組織全体の発育障害がおこり, 尿管が盲管として残り, 嚢胞を形成するものと考えられる。

**multilocular cyst of the kidney について**

本症は Edmunds (1892)<sup>14)</sup> が最初に記載したもの

であり、報告症例としては欧米文献上30例にもみならず、本邦においては11例のみである。Piper (1970)<sup>35)</sup>によれば Powell (1951)<sup>36)</sup>が本症の診断基準として、(1)腎盂との交通がなく、(2)嚢胞壁には腎実質を含まないこと、(3)残存腎組織が正常であること、をあげ、1892～1950年の間の報告例中この criteria を満たすものは、わずかに13例のみであったという。Uson と Melicow (1963)<sup>37)</sup>は10例を報告したが、そのうち3例は malignant であった。すなわち1例は Wilms 腫瘍で2例は renal tubular carcinoma である。しかし Powell の criteria に合致したものはない。Boggs と Kimmelstiel (1956)は術前に Wilms 腫瘍の診断がなされた小児の2例について述べている。これらの診断基準によると、(1)病変は多房性であること、(2)嚢胞の大部分が上皮組織で覆われていること、(3)嚢胞と腎盂との交通がないこと、(4)残存腎組織には圧迫、萎縮の像が認められる以外には正常の組織像が認められること、(5)嚢胞の隔壁には成熟したネフロンが存在しないこと、である。川村ら<sup>48)</sup>の集計したものに Piper の1例を加えると欧米では1970年までに28例を数えるのみである。そして本邦では自験例を入れてわずかに11例である (Table 5)。それらと比較してみると、年齢分布では欧米、日本ともに10代未満と40～50才代に2つのピークが認められる (Fig. 15)。

性別をみると欧米では男：女=13：15で差がないが日本では男：女=8：3で男が多い。左右差では欧米では右：左=11：17と左に多く、日本でも右：左=4：7と左が多い。

主要症状は腹部腫瘍、血尿、腹痛、腰痛の順になっている (Table 6)。

本症の発生前年齢には2つのピークがあり、この形は嚢胞腎における幼児型と成人型に相当するが、遺伝的

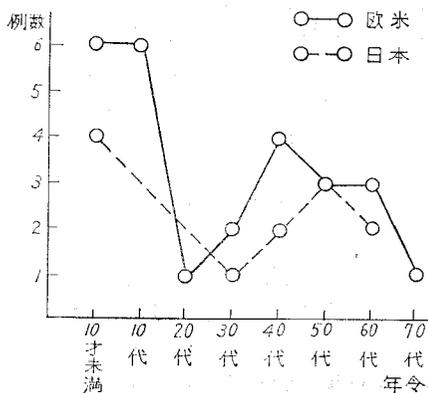


Fig. 15 多房性腎嚢胞の年齢分布

Table 5 多房性腎嚢胞症例 (日本)

症例	報告者・年代	年齢	性別	主症状	状態	患側	術前診断	診断方法	治療	その他
1	林 (1959) <sup>41)</sup>	5	女	腹部腫瘍	右	右	左腎結石、腎嚢胞、左腎腫瘍	IVP, RP	腎摘除	(同腎に淡明細胞癌および腎結石の合併例、肺と骨盤骨に転移像あり) {肺虚脱、心衰弱にて術後2日目死亡} {患者者の血清 Na133.6, K4.26, Cl106mEq/L 内容物 Na144.6, K4.64, Cl119mEq/L と類似} 同腎に淡明細胞癌合併例 術前 Wilms tumor と診断し、actinomycin D 投与
2	大越 (1961) <sup>42)</sup>	49	男	腰痛	痛	左	Wilms tumor	IVR	"	
3	金沢・桜根 (1962) <sup>43)</sup>	1 1/3	"	嘔吐、腹部腫瘍	熱	右			"	
4	藤井・ほか (1962) <sup>44)</sup>	54	女	腹部血尿	腫	"		RP	"	
5	占部 (1962) <sup>45)</sup>	51	"	右側腹部腫瘍	尿	左			"	
6	小林 (1967) <sup>46)</sup>	64	男	血尿・尿閉	腫	右		IVP, RP, 大動脈造影	"	
7	山際・白石 (1967) <sup>47)</sup>	56	"	腹部腫瘍・痛	閉	左	Wilms tumor	IVP	"	
8	川村・宮川 (1968) <sup>48)</sup>	1 1/6	"	左側腹部腫瘍・痛	腫	"	孤立性腎嚢胞	IVP, RP+PRP	"	
9	向田・月脚 (1969) <sup>49)</sup>	39	"	左側腹部腫瘍	腫	"	左嚢胞性疾患	注腸, IVP, 腎シンチ	"	
10	勝目・藤枝・ほか (1970) <sup>50)</sup>	1 5/12	"	左側腹部腫瘍	腫	"	腎嚢胞	IVP, RP+PRP, 腎動脈造影	"	
11	坂口・金武 (1971)	65	"	血尿	尿	"			嚢胞壁切除術	

Table 6 多房性腎嚢胞の欧米と日本における統計的観察

		欧 米	日 本
性 別	男	13	8
	女	15	3
患 側	右	11	4
	左	17	7
計		28	11
主 症 状	腹 部 腫 瘤	15	7
	血 尿	5	3
	腹 痛	4	1
	腰 痛	3	1

(注：症状の2つある者は別々に計算)

関係がなく、片側性で限局性である点が違っている。本症の原因としては先天性および後天性の尿管閉塞(Burrell)<sup>39)</sup>のほかにも腫瘍説も考えられる(川村)。

術前の診断決定は非常に困難で今までに1例もない。われわれの症例で考えると、IVPによりまず腎腫瘍が疑われたので、つぎにPRP+RP、腎動脈造影、腎シンチグラムを施行し、腎嚢胞を疑った。レ線学的検査では、solitary giant cystを考えていたが、腎穿刺によりわずか2ccしか穿刺できなかった。腎機能良好で腎上極あるいは下極に大きな嚢胞があったら積極的に腎穿刺をおこなない、穿刺液が少なかつたら本症を疑い、嚢胞造影をおこなえばあるいは術前診断がついていたかも知れない。われわれの例では残存腎組織は調べてはいないが、諸検査より明らかに正常と思われる。

治療に関してはPowellらの第1例目に嚢胞のみの切除をおこなっている以外すべて全摘を施行している。われわれの症例では嚢胞のみの切除を施行した。腎保存の考え方より、もし嚢胞のみ切除可能であればこの方法が最良と思われる。

結 語

6カ月女児にみられた先天性片側性多嚢腎と、65才男性にみられた多房性腎嚢胞の各1例を報告し、最近の文献より若干の考察を試みた。

稿を終るにあたり、ご指導、ご校閲くださった近藤教授に深謝いたします。また病理についてご教示くださった徳永毅博士に深謝いたします。

文 献

1) Beltran, J. C.: J. Urol., 81: 602, 1959.

2) Boggs, L. K. & Kimmelstiel, P.: J. Urol., 76: 530, 1956.  
 3) Gibson, T. E.: J. Urol., 87: 297, 1962.  
 4) White, E. W. & Braunstein, L.: J. Urol., 71: 17, 1954.  
 5) Dainko, E. A. et al: J. Pediat., 63: 249, 1963.  
 6) Schwartz, J.: J. Urol., 35: 259, 1936.  
 7) Spence, H. M.: J. Urol., 74: 693, 1955.  
 8) Schröder, F. H. et al: Zschr. Urol., 63(8): 631, 1970.  
 9) Weigert: 8) より引用  
 10) Bibus: 8) より引用  
 11) Gummes: 8) より引用  
 12) Bugbee: 8) より引用  
 13) O'Donnell: 8) より引用  
 14) Hildebrandt, A.: Arch. f. klin. Chir., 48: 343, 1894.  
 15) 柿崎: 日本泌尿器科全書2 I, 2 II, 金原出版, 1960.  
 16) 川倉・西田: 日泌尿会誌, 54: 758, 1963. (泌尿紀要, 11: 115, 1965)  
 17) 坂口: 日泌尿会誌, 55: 696, 1964.  
 18) 佐藤: 日泌尿会誌, 57: 1144, 1966.  
 19) 角岡・服部: 日小外誌, 2: 80, 1966.  
 20) 坂本・檜橋: 皮と泌, 28: 791, 1966.  
 21) 池田・小島: 臨床外科, 16: 551, 1966.  
 22) 駿河・平井・ほか: 日小外誌, 4: 170, 1967.  
 23) 関野・木村・ほか: 臨泌, 21: 617, 1967.  
 24) 武谷・岡村: 小児科臨床, 20: 1080, 1967.  
 25) 市川: 日泌尿会誌, 59: 167, 1968.  
 26) 佐々木: 日泌尿会誌, 60: 362, 1969.  
 27) 田端・草階: 日泌尿会誌, 60: 84, 1969.  
 28) 広田・草階: 日泌尿会誌, 60: 702, 1969.  
 29) 斯波・大橋・ほか: 日泌尿会誌, 61: 89, 1970.  
 30) 近藤・堀内・ほか: 日泌尿会誌, 61: 93, 1970.  
 31) 北山・豊田・ほか: 日泌尿会誌, 61: 1121, 1970.  
 32) 久住・寺邑・ほか: 臨泌, 24: 225, 1970.  
 33) 今津・三橋・ほか: 臨泌, 25: 47, 1971.  
 34) Edmunds, W.: Trans. path. Soc. Lond., 43: 89, 1892.  
 35) Piper, J. V.: Brit. J. Urol., 42(3): 284, 1970.

- 36) Powell, T.: Brit. J. Urol., **23**: 142, 1951.
- 37) Uson, A. C. & Melicow, M. M.: J. Urol., **89**: 341, 1963.
- 38) Meland, E. L. & Braasch, W. F.: J. Urol., **29**: 505, 1933.
- 39) Burrell, N. L.: J. Urol., **43**: 656, 1940.
- 40) Kampmeier, O. F.: Surg. Gyneco. & Obst., **36**: 208, 1923.
- 41) 林：外科の領域, **7**: 65, 1959.
- 42) 大越：癌アトラス第9集, 副腎, 泌尿器, 男性性器の腫瘍. P.51, 金原出版, 東京, 1961.
- 43) 金沢・桜根：臨牀皮泌, **17**: 175, 1962.
- 44) 藤井・ほか：日泌尿会誌, **53**: 506, 1962.
- 45) 占部：皮と泌, **24**: 2, 1962.
- 46) 小林：日泌尿会誌, **58**: 894, 1967.
- 47) 山際・白石：臨泌, **21**: 422, 1967.
- 48) 川村・宮川：泌尿紀要, **15**: 759, 1969.
- 49) 向田・月脚：西日泌尿, **31**: 648, 1969.
- 50) 勝目・藤枝・ほか：日泌尿会誌, **61**: 825, 1970 (臨泌, **24**: 870, 1970).
- 51) Allen, A. C.: The kidney. Medical and surgical diseases. Grune & Stratton. New York, 1951.
- 52) Campbell, M. F.: Urology, Philadelphia and London. W. B. Saunders Co., 1954.
- 53) Wahlquist: J. Urol., **97**: 1, 1967.
- 54) 近藤・井上・ほか：臨泌, **25**: 221, 1971.

(1971年5月6日受付)