

腎或は後腹膜腫瘍と誤られた脾仮性嚢腫の 1 例

京都大学医学部泌尿器科学教室（主任 稲田 務教授）

仁 平 寛 巳
片 村 永 樹

京都大学医学部小児科学教室（主任 永井秀夫教授）

小 池 和 男
吉 村 義 正

Pancreatic Pseudocyst Simulating Renal Disease ; A Case Report

Hiromi NIHIRA and Eizyu KATAMURA

*From the Department of Urology, Faculty of Medicine,
Kyoto University, Kyoto, Japan
(Director : Prof. T. Inada)*

Kazuo KOIKE and Yoshimasa YOSHIMURA

*From the Department of Pediatrics, Faculty of Medicine,
Kyoto University, Kyoto, Japan
(Director : Prof. H. Nagai)*

A 5-year-old boy was admitted to the Kyoto University Hospital on August 10, 1954, with the chief complaint of a mass in the left upper quadrant of 2 weeks duration. He was in an automobile accident 3 months before and received a blow to the upper portion of abdomen. He was immediately hospitalized and treated for shock with rapid improvement.

Physical examination was negative except for abdominal findings. The abdomen soft, but a large, firm, smooth, rounded mass was proved in the left upper quadrant by bimanual palpation and showed good respiratory mobility. Laboratory findings were negative except for slight leucocytosis. The gastrointestinal series showed the stomach was pushed forward, and the lateral views revealed a generalized defect of the posterior wall of this organ. Barium enema proved a caudal displacement of the left part of the transverse colon. Excretory urography showed the normal right kidney and demonstrated some depression of the renal pelvis and distortion of the upper calices of the left kidney. Retroperitoneal pneumography by the presacral air insufflation was not sufficient to permit differentiation between a renal and extrarenal tumor. Preoperative diagnosis was made as renal or retroperitoneal tumor on the left side.

On exploration of the abdomen on August 18, a cystic mass was found between the stomach and transverse colon arising from the tail of the pancreas, and the normal left kidney was adherent with it. About 300cc of winelike, brown fluid was aspirated from the cyst. When the cyst was opened, the wall was smooth; and the opening of the cyst was primarily closed following partial resection of this wall. Microscopically the wall of the cyst was composed of fibrous tissue and had no epithelial lining. The final diagnosis was

pseudocyst arising from the tail of the pancreas. The postoperative course was uneventful and the patient was discharged from the hospital on August 28, 1959, and found to be in good health one year later. An intravenous pyelogram was normal.

In 1953, Abeshouse collected 25 cases of pancreatic cyst simulating renal diseases and added 3 personal cases. The authors have collected one additional case and added one personal case bringing the total to 30 cases. A brief review is made regarding pancreatic cyst simulating diseases of the upper urinary tract.

上部尿路疾患に際して悪心、嘔吐、上腹部疼痛、腹部膨満、便秘、下痢等の胃腸管系の症状が現れることはよくあるが、腹腔内或は腎外性の病変が上部尿路疾患を思わせる症状を呈することは比較的稀なものである。腹腔内の病変で最も多く上部尿路疾患と誤られるものは胃或は十二指腸潰瘍、胆嚢炎、胆石症、急性或は慢性虫垂炎等で、小腸及び大腸、肝、脾、腸間膜等の疾患は少く、腓疾患が上部尿路疾患類似の症状を呈することは甚だ稀である。

解剖学的には腓臓は後腹膜腔にあつて上腹部に横たわり、その頭部は右腎窩に、尾部は左腎窩に密接な関係を有する。しかし主要な腓疾患たる糖尿病、腓癌、急性或は慢性腓炎等はその特有の臨床像から明かに上部尿路疾患とは区別される。ところが腓疾患の中でも比較的稀な腓嚢腫、腓結石、腓周囲出血等は腎疾患とよく似た症状を呈したり、或はこれとの注意深い鑑別を必要とするものがある。特に腓嚢腫は他の疾患と間違われやすく、なかでも腎疾患と誤られることが多い。

小児期に於ける腹部腫瘤では尿路性器原発或は後腹膜腫瘍がかなり多い。Melicow and Uson (1959) の幼小児腹部腫瘤 653 例の観察によると内科的疾患は 372 例 (56.9%)、外科的疾患は 281 例 (43.1%) と大別され、前者では殆んどが肝、脾或は両者の腫大を来すものである。後者では約半数の 139 例 (49.5%) が尿路性器系原発で、これは水腎症 56 例 (40%)、Wilms 腫瘍 42 例 (30%)、嚢腫性腎疾患 31 例 (22%)、その他 10 例 (8%) と分けられ、尿路性器系以外の 142 例では腹腔内腫瘤 57 例 (39%)、交感神経芽細胞腫 48 例 (33%)、後腹膜腔原発のもの 29 例 (20%)、その他 8 例 (5.6%) となつてい

る。尿路を含めた後腹膜腔の腫瘤は 216 例となつて外科的疾患の大半を占めるもので、これ等に比較すると腹腔内腫瘤は非常に少い。著者等は小児期には極めて稀な腓仮性嚢腫で腎或は後腹膜腫瘍と誤られた 1 例を報告し、併せてかかる症例に対する文献的考察を行った。

I 症 例

患者：北村某，5才2ヵ月，男児。

初診：昭和34年8月12日。

主訴：左上腹部に於ける無痛性腫瘤。

家族歴：両親及び同胞4人共健在で特記すべきものはない。

既往歴：3才にて麻疹及び水痘、他に特記すべきものなし。

現病歴：約3カ月前小型4輪トラックにはねられて左側腹部を強打し直ちに某病院に入院、左側腹部と左肩に擦過傷あり、発熱、嘔吐等を来した。輸血、輸液等の治療によつてこれらの症状は4日後には消失し、2週間後には退院したが約1カ月間は夕刻になると38~39°Cの発熱が続いた。その後某病院にて肝腫脹を指摘されて治療を受けていたが、患者は元気で食欲良好、腹痛はなく尿変化にも気づいていない。約2週間前に38°Cの発熱があつて再び同病院を訪れ、左上腹部に成人手拳大の腫瘤あるを指摘されて8月10日本院小児科に入院、諸種検査の結果左腎乃至は左後腹膜腔の悪性腫瘍の疑いにてX線深部照射230r4回を行い、8月18日当泌尿器科に転科した。食思やや不良、便通1日1行、睡眠良好。

入院時所見：体格、栄養中等度、顔貌生氣あり、皮膚の色蒼白ならず、体温37.1°C。頸部、頂部、腋窩部、鼠径部に小さな淋巴腺を数々触知するも圧痛なく、咽頭、口峽部に発赤、腫脹なく、胸部の理学的所見に異常を認めない。腹部はやや膨隆し特に左上腹部の凸出が著明、肝は季肋下1cm触知するが脾は触れない。左上腹部の膨隆に一致して季肋下に直径約7cm、略々円形の腫瘤を触れ、境界は鮮明で内側は正

中線，下方は臍高に達し特別な陥凹は認めない。表面は平滑で硬度は弾力性硬，一部に波動を認める。呼吸性移動は明かに認められ，双手把握が可能で圧痛はない。表面の皮膚には血管怒張，異常着色等は認めない。

一般検査所見：血液検査，赤血球数 329×10^4 ，色素量80%(Sahli)，白血球数10,300，白血球分類では好中球 54.4% (桿状核 9.6%，Ⅱ核 24.0%，Ⅲ核 19.2%，Ⅳ核 1.6%)，好酸球 6.4%，好塩基球 0，単球 4.0%，淋巴球 35.2%，粒球数 42×10^4 ，出血時間 2' 30"，凝固時間は開始 5'，終了 10'。赤血球沈降速度は 1 時間 70，2 時間 107，中間値 62。ツベルクリン反応は陰性。尿検査，外観は黄褐色透明，酸性で蛋白(－)，ウロビリノーゲン(－)，糖(－)，沈渣には異常所見を認めず。胸部X線像では異常所見を認めない。

小児科に於ける腹部X線透視所見では一様に濃厚な腫瘤陰影が左上腹部を占居し，これによつて横行結腸は前下方に圧迫され，この所見は直腸よりの硫酸バリウム液注入によつて更に明瞭となつたが，腫瘤が腹腔内のものか否かは判明しなかつた。

泌尿器科的検査所見：腹部単純撮影では左上腹部に一様の濃厚な腫瘤の陰影を認め(図1)，排泄性腎盂撮影では右腎は排泄能及び形態ともに正常であるが，左腎は排泄能やや悪くその形は右腎に比してかなり増大し，腎盂は現れず上腎杯部に圧迫変形を認める(図2)。ついで全身麻酔の下に約 200cc の酸素を後腹膜腔に注入してX線撮影を行つたが，左腎と腫瘤との関係は判明せず，左側臥位では胃は腫瘤によつて後方から圧迫されて後壁の部分で欠損像を示していた(図3)。

以上の所見から，左腎は右腎に比してかなり増大しているがこの腫瘤は腎原発のものとは考えられず，腎盂像の変化は腎外性の腫瘍による圧迫と解釈した。しかしながらこの腫瘍は後腹膜腔のものか或は腹腔内のものかを決定することが出来ず，試験的開腹術を行うことになつた。

手術：8月18日，麻酔科の協力によつて低温麻酔下(直腸温 $30.1 \sim 30.4^\circ\text{C}$)に行つた。井上式変法による腰部斜切開にて後腹膜腔に入ると左腎の外観は全く正常にて周囲との癒着もなく，大きな腫瘤は腹腔内のもので左腎の前面が腹膜をへだててこれと密着し，術前の双手診に於て腫瘤を把握出来たのは腹壁面では腫瘤に，背面では左腎に触れていたことが判明した。ついで皮膚切開を延長し臍高より上腹部正中切開を加えて腹腔を開くと，胃と横行結腸の間に大網膜によつて覆

れた大きな腫瘍を認めた。大網膜の一部を切断して腫瘤を露出すると，暗紫色，表面平滑な囊腫で大きさは超成人手拳大，胃との癒着をはづして囊腫の下に指を廻すと正常の脾臓を認め，この腫瘤は脾尾部に生じた脾囊腫なることが判明し，脾血腫より二次的に生じた仮性囊腫と考えられた。囊腫の内容を穿刺吸引すると暗赤色，葡萄酒様の透明な液約 300cc を得て囊腫は縮小したので，その壁に切開を加えると内面は全く平滑な囊状を呈していた。囊腫壁を出来得る限り切除してから縫合し，腹膜，筋肉及び皮膚はすべて一次的に縫合して手術を終つた。

囊腫の内容液は比重1022，蛋白反応(卅)で沈渣には赤血球を1視野に5～8コ見る以外には白血球，細菌等は認めない。

囊腫壁の組織学的所見：大部分は結合組織より成り，その内面を覆う上皮細胞は認められず，仮性囊腫なることを示している(図5)。

術後の経過は良好で10日目の8月28日に退院したが，その折の排泄性腎盂撮影では左腎は正常の腎盂像を示している(図4)。

術後2週間目の血液検査では，赤血球数 371×10^4 ，色素量82%(Sahli)，白血球数5,000，白血球の分類も正常範囲内，赤血球沈降速度は1時間35，2時間75，中間値36と恢復し，尿中及び血中ジアスターゼ値は何れも 24 で正常であつた。その後1年間経過をみたが現在のところ何等の異常も認められない。

Ⅱ 考 案

1) 脾囊腫の臨床的頻度

脾囊腫は比較的稀な疾患で報告例も少い。本邦に於ては河合等が1942年に文献上177例を集め，その後の10年間に44例を追加して1952年には231例と報告している。津田，佐藤(1958)は1926～1956年の30年間に取扱つた脾囊腫は13例で，これは入院患者総数の0.059%，入院脾疾患々者数の8%にあたと述べている。外国例についてはStone(1949)，Collins(1950)，Abeshouse(1953)等の論文より引用すると，Körte(1898)は文献上121例を集め，Gulekeは1882～1911年の間に約260例とし，これにHullerは1912～1929の間に更に166例を追加している。Stone(1949)は文献上821例としているが，囊腫の性状，位置等について充分な記載のあるものは71例にすぎないとし，Collins(1950)は1861～1949年の間に確実な脾仮性囊

腫は306例と述べている。以上の如く脾囊腫の報告は外国に於ても決して多いとは言えないが、この臨床的頻度も甚だ低率である。即ち Judd, Mattson and Mahorner (1931) は Mayo Clinic の10年間に於ける723,397人の入院患者中脾囊腫は88例とし、Angels (1938) は1930~1938年の間の腹部疾患3,600例中1例、Berkay (1948) は1938~1946年間の患者14,000人中脾仮性囊腫は5例のみと述べ、またCollins (1950) は1924~1949年間の患者209,813人中脾囊腫は9例(0.004%)、この中仮性囊腫は3例(0.001%)と報告している。剖検例ではWhite (1897) が6,078例中3例と報告し、Brunschwig (1942) は Mayo Clinic の全部検例の0.3%に当るが、その大部分は小さくて無症候性のものであつたと述べている。

2) 脾囊腫の分類

囊腫の分類には種々の方法があるが、従来の成書には下記の如き Körte の分類が広く用いられているようである。

- a) 貯溜囊腫
- b) 増殖性囊腫(囊腫様腺腫)
- c) 変性囊腫
- d) 仮性囊腫
- e) エヒノコックス囊腫

また Mahorner and Mattson の提案に幾分手を加えた Abeshouse の分類は、囊腫の成因をよく示していると考えられる。

Classification of the pancreatic cysts (cited by Abeshouse)

1. Cysts due to defective development
 - a. Congenital cystic fibrosis in infants
 - b. Polycystic disease associated with similar lesions in the kidney and liver
 - c. True congenital cysts
 - d. Dermoid and teratomatous cysts
 - e. Inclusion cysts and cysts in aberrant pancreatic tissue
2. Neoplastic cysts
 - a. Cystic adenomas
 - b. Cystadenocarcinomas
 - c. Cystic hemangioepitheliomas, caver-

- nous hemangiomas, and epidermoids
3. Cysts due to parasites, i.e., echinococci and cysticerci
4. Retention cysts
5. Pseudocysts due to trauma and inflammation

いづれにしてもこれらの分類は摘出標本によつてはじめて確定出来るもので、一般に臨床的には真性と仮性の二つに大別する方法がとられているようである。

3) 脾仮性囊腫の成因並びに病理

脾囊腫は上述の如く成因によつて種々に分類されるが、その各々については省略し、ここでは仮性囊腫の成因及び病理について検討を加える。

臨床的脾囊腫の大部分が仮性囊腫であることは諸家の統計に示されているところである。河合等(1952)の集めた本邦例221例の中で囊腫の性状について明記してあつた63例中仮性囊腫は46例(73%)であり、また Adams and Nishijima (1946) は20年間に経験した脾囊腫9例中仮性囊腫は6例と述べ、Berkay (1948) は脾囊腫の約40%、Abeshouse (1953) は40~50%という数字をあげている。

仮性囊腫の成因としては外傷及び炎症が重要な因子である。上腹部の打撲、強圧等の外傷に際して脾臓は第1乃至第2腰椎体に向つて圧迫され、脾臓の損傷、被膜或は漿膜面の裂傷等からの出血が周囲の後腹膜腔或は網嚢内に貯溜して生じた血腫から形成されることが考えられている。Lazarus (1904) は仮性囊腫の30%に腹部外傷の病歴があつたと述べ、Körte (1911) の集めた117例中の28%に、Meyer, Sheridan and Murphy (1949) は31例の51.6%が既往に外傷の病歴のあつたことを指摘している。また急性乃至慢性脾臓炎、脾臓壊死、胆嚢炎等によつて生じた滲出液、分泌液、組織崩壊産物等が脾臓周囲或は網嚢内に貯溜して囊腫を形成すると考えられ、多くの報告者は既往に於ける脾臓炎、胆道疾患を誘因として重要視している。

いづれにせよ外傷、炎症等によつて脾臓の小葉に破壊が加わるとトリプシノーゲン、リパー

ぜ等が活性化されて進行性局所性壊死と出血を来し、これが破れて隣接せる漿膜や腹膜表面から多量の炎症性滲出が起り、周囲から増殖した線維性結合組織に包まれて囊腫を形成する。従つて仮性囊腫は必ず脾実質外に位置し、囊腫の内面には上皮性被覆を有しない。

これ等の誘因と腫瘍触知時期との関係については、仮性囊腫 119 例について調査した河合等の報告によると、外傷性のもものでは大部分が受傷後数週以内に腫瘍を触知しているが、炎症性のもものでは上腹部に炎症々状を伴う疼痛発作後数カ月乃至数年後に現れるものが最も多いとされている。

4) 脾仮性囊腫の臨床像

a) 年齢及び性

年齢的には 20~40 才が大部分で、Körte が 121 例中男子 60 例と述べている如く多くの報告者は性別による差はないとしているが、外傷が重要な誘因とされていることから男子の方に幾分多いとも言われる。Rabinovitch and Pines (1942) の 11 例が全て女子であつたという報告もあるが、河合等は明らかに男子に多いとして炎症性では男:女=1.8:1、外傷性では男:女=3.3:1 という数字をあげている。

著者等の症例の如く小児期のものは稀で、河合等の集めた 205 例の脾囊腫中 10 才以下は 12 例 (5.9%) となつて居り、仮性囊腫については Railton (1896) が 6 カ月の幼児例、Telling and Dobson (1909) が 11 カ月の幼児例、Ehla (1923) が摘除術に成功した 5 カ月の幼女例、Levitzky 等 (1956) が 5 例、Warren 等 (1958) が 1 例をあげている位なものである。

b) 症状

初期に於ては疼痛、胃腸症状等を伴うことが多い。疼痛は多種多様で上腹部の鈍痛から耐え難い激痛に至るまで種々の程度があり、時には肩胛部或は下腹部への放散もみられる。胃腸症状としては上腹部の不快感、膨満感、緊満感、食慾不振等であり、囊腫の増大とともに悪心、嘔吐、食慾欠乏、体重減少等を伴つて来る。

腫瘍の触知は重要な症状で時にはこれが唯一の症状のこともあるが、その位置は殆んど大部

分が上腹部で中でも特に左上腹部が最も多く、ついで右上腹部である。これは發育経路の胃結腸間型、胃肝臓間型と位置的に一致している。腫瘍の性状は境界鮮明、円形で表面平滑、硬度は弾力性硬で波動を証明することが多く、多少の移動性を示すが呼吸性移動は脾尾部に発生したものに限られるようである。

囊腫の増大によつて隣接臓器への圧迫症状が現れ、黄疸、腹水、下肢の浮腫、腸管の通過障害、呼吸困難等を来す。上部尿路に対する圧迫症状としては蛋白尿、血尿等が見られ、Ormond et al. (1942)、Pinkham (1945) 等は側腹部から睪丸に向つて放散する疼痛を伴つた例を報告している。

囊腫がかなり増大しても脾機能はよく保たれているものであるが、極端に大きくなると脾実質の圧迫、破壊が起つて脾機能脱落症状を伴つて来る。これに胆道疾患からの障害も加つて下痢、脂肪便、糖尿病の発生を示す口渴、多食、多尿等重症の消化器系障害及び内分泌異常によつて高度の悪液質と貧血を来す。

5) 脾仮性囊腫の診断

仮性囊腫の診断は術後病理組織学的検査によつて決定されるものであつて、術前に於ては脾囊腫の存在を診断し得るに過ぎない。

患者の病歴調査に際して、既往に於ける腹部外傷或は上腹部の疼痛発作の存在は仮性囊腫の成因から考えて重要な事項であり、胆道疾患の存在もまた軽視出来ない病歴である。

自覚症状としては腹痛、軽度の胃腸症状等であるが必発とは限らず、最も信頼すべきは上腹部に於ける腫瘍の触知である。臨床検査成績は末期になつて囊腫が脾実質の大部分に圧迫性の変化を及ぼすまでは大きな診断的価値はない。即ち含水炭素代謝障害は殆んどみられないし、尿及び血清ヂェスターゼ値の上昇も多きは認められない。

隣接臓器に対する囊腫の圧迫症状は多様で消化器系、血管或は上部尿路を圧迫して前述の如き種々の症状を来すが、これ等の状態を X 線的に観察するのが最も診断的価値がある。腹部単純撮影によつて上腹部に一樣に濃厚な囊腫陰影

を認める。同時に胃及び結腸の変位を知ることが出来、これはバリウムの経口的投与或は注腸によつて更に明らかに観察し得る。脾頭部の嚢腫により十二指腸の弯曲は開大して内腔は狭小となり、胃の幽門部及び体部は圧迫変形し横行結腸とともに下方に圧せられる。脾体部の嚢腫は胃小弯に、尾部のものは大弯に円形欠損を来し、後者に於ては側面像で胃が前方に圧せられた如き後壁の欠損が著明である。十二指腸空腸曲は圧迫され、横行結腸は下方に変位し左結腸曲も圧迫を受ける。脾体部或は尾部のものは胃を前方に圧迫するが、胃結腸間型の経路をとつて増大することが多くこの場合は胃を前上方に、横行結腸を下方に圧迫する。

腹部腫瘍の診断に際して腎盂尿管像は重要な役割を果すもので、特にその腫瘍が腹腔内のものであろうと後腹膜腔のものであろうと腎外性が腎原発かの鑑別には腎盂尿管撮影法が最も大切な検査法であることは論をまたない。しかし腎盂腎杯の形態に明らかな異常があれば問題はないが、大した変形のない場合、更に腎の廻転及び位置の異常、尿管の変位等が認められる場合には鑑別は困難になつて来る。

一般に腹腔内の腫瘍によつては腎或は尿管の変位は起らないものとされているが、時にはこのような上部尿路に対する影響が見られることがある。Schulte and Emmett (1939) は112例の後腹膜腫瘍(腎腫瘍及び腎周囲膿瘍は除く)の腎盂尿管像に対する影響を調査した結果を発表している。これによると脾或は腎原発以外の後腹膜腫瘍、主として肉腫であるが40例あつて、この中の29例(72.5%)が上部尿路の変位を来さしめている。脾原発のものは72例、この内2/3は腺癌で1/3は嚢腫であるが、これらの大部分はかなり大きな腫瘍として触れたにも拘らず68例(94.4%)は腎、尿管の変位は認められなかつたと述べている。このように脾原発以外の後腹膜腫瘍では上部尿路の変位を来すものが72.5%であるのに対して脾原発のものはわずかに5.5%に過ぎないが、時によるとこの例外とも言うべき存在によつて鑑別は甚だ困難となつて来る。

脾臓は後腹膜腔にあるが、これより生じた嚢腫は最も抵抗の少い腹腔内に向つて増大し、その方向は頻度の多い順から腰部、上腹部、骨盤部とされている。腰部に向つて増大した場合は上行或は下行結腸を内側前方に、時には外側前方に圧迫し、胃を内側前方に押し上げる所見が早い時期から現われて来る。ところが腎に由来する腫瘍即ち腎腫瘍、腎嚢腫、水腎症等の場合は、非常に大きくなつてから初めて上述の如き胃及び結腸の変形乃至変位をもたらすもので、この点が両者の鑑別に重要である。また腎腫瘍は腰部に触知し双手診で把握出来るものであるが脾腫瘍ではこれが少い。時には腎上極より発生した腫瘍が上方に増大して胃を圧迫したり、腎下極の腫瘍が結腸に対して圧迫症状を呈することもあるが、いずれの場合でも結腸に対する圧迫は後方より加えられるもので、この所見は側位或は斜位で観察すれば一層明瞭になる。

以上の如く脾嚢腫と腎腫瘍との鑑別には、腎盂尿管撮影とともに消化管のX線的観察が最も重要であるが、大動脈撮影法も腎原発を確認する上に落してはならない検査法である。腎嚢腫であればその領域に avascularity を、腫瘍の場合は puddling or pooling を認める。

胆嚢撮影法も必要であつて、特に胆道疾患の所見が認められる場合は、その成因から考えて脾嚢腫の疑いが濃厚になる。

後腹膜腔気体撮影法は症例を選んで行えば腎と腫瘍との関係を知る上に有用であり、同様に腹腔内気体撮影法(或は気腹法)も腫瘍の鑑別に非常に参考になると言われる。

嚢腫の試験的穿刺は、脾嚢腫が疑われる場合には種々の危険が予想されるので適応ではない。即ち疼痛、出血、感染、腸管損傷による腹膜炎、或は脾消化酵素を含んだ嚢腫内容の漏出による局所的壊死、腹膜炎等の重篤な合併症を来す危険が考えられるもので、脾嚢腫の試験的穿刺による死亡例の報告もみられる。

いづれにしても正確な診断は試験的手術によつて決定されるもので、直接に嚢腫を観察することによつて原発臓器及び発生部位、悪性腫瘍の存在、単発性か多発性か等の重要な事項を知

り得るのである。

自験例に於ては左側腹部に双手診で大きな腫瘤を把握し（これは手術に於て脾囊腫の後面に腹膜をへだてて左腎が密着してこの両者を同時に触れていたことが判明した）、上部尿路の変位はみられなかつたが、腎盂像に於て不規則な圧迫像を認めたことより後腹膜腫瘍を疑つた。既往に於ける腹部外傷の病歴は、受傷当時血尿はなかつたとの家人の言により腎外傷或は腎周囲血腫は除外された。しかし腫瘤の発育が速いことより、後腹膜腔の悪性腫瘍で血腫を伴つて急速に増大したものと考えた。小児期に於ける脾囊腫は非常に稀なものであるが、外傷性脾囊腫は受傷後短期間で腫瘤を触知するものが多いことを今までの報告例が示して居り、また消化管に対する圧迫像の解釈が充分でなかつたことが考えられる。

6) 脾囊腫の治療

a) 摘出術

最も理想的な方法であるが実施の困難な場合が多く且危険が大であるから一般にはあまり行われないうで、Collins は文献上306例の仮性囊腫の中で摘出術に成功したのはBozeman (1882) の最初の報告以来自験例の1例を含めてわづかに40例と述べている。河合等によれば最近では真性囊腫に多く行われ、仮性囊腫には不適応とされている。

b) 外瘻法

Gussenbauer (1883) が初めて報告して以来広く行われている方法で、囊腫の直上で腹壁を切開して体壁腹膜と囊腫壁とを縫合し、一次的または二次的に囊腫を切開して排液法を行うものである。仮性囊腫では数カ月以内に瘻孔は閉鎖して危険なく治癒するが、真性囊腫の場合は長期間にわたつて瘻孔が遺残し種々の合併症を来す為に不適応とされている。

c) 内瘻法

囊腫と胃、十二指腸、空腸、胆嚢等と吻合して内瘻を造設する方法で、術式別による優劣は未だ決定し難いが本邦では主として胃に、外国では最近空腸に吻合する場合が多いと言われる。河合等は治療成績は前2法よりも遙かに良

く、仮性囊腫が真性囊腫よりよい成績を示すと述べている。

自験例に於ては囊腫を出来るだけ周囲より剝離して囊腫壁の大部分を切除し、残りの部分は一次的に縫合閉鎖した。囊腫の内面は平滑で縫縮しても再び増大する恐れはないものと考えて一次的に閉鎖したが、幸いにして1年後の現在に至るまで異常なく経過している。

7) 腎疾患類似の症状を呈した脾囊腫例

脾囊腫の術前診断はなかなか困難で、河合等の集めた本邦例143例中正確な診断は61.5%、疑診11.2%、誤診20.9%、確診なしが6.4%となつて、誤診の中では腎疾患が胃疾患と並んで第1位を占めている。また尿所見の記載のあつた101例中正常は56.4%で、異常例では蛋白陽性群が最も多く25.7%、次いで蛋白及び糖陽性が7.9%、糖陽性が6.9%と述べている。

Stone (1949)は文献上詳細な記載のあつた脾囊腫71例中尿路に關係のある所見を呈したものは9例として自験例の1例を追加し、Abeshouse (1953)は同様の症例を自験例の3例を含めて28例集め、その後Surmonte et al. (1959)は1例を報告している。これ等に著者等の1例を加えた30例について尿路に關する所見の種々相について考察を加えてみたい

a) 年令及び性

年令の明らかな27例は自験例の5年2カ月から72才に至るまで31~40才の間が最も多く9例、21~30才の間が最少で1例、残りの各年代には3~4例が平均に分布し、10才以下は3例である。

性別では男子17例、女子3例、不明3例と男子に多いが、これは大部分が仮性囊腫であつた為と考えられる。

b) 症状

全例に腹部腫瘤と触知し、この中で左上腹部に触れたものは19例と最も多く、右上腹部は6例、上腹部は5例となつている。大部分には種々な程度の疼痛を、更に数例には囊腫の圧迫による胃腸症状を伴つていた。

血尿を来したものが4例、膿尿は1例でいづれも上部尿路に対する圧迫によつて或はこれに感染を伴つて起つたものであるが、Ransohoff

腎疾患類似の症状を呈した脾囊腫例

番号	報告者	年次	年齢	性別	臨床症状	腎盂尿管像所見	術前診断	手術	結果	病理組織学的所見
1	Le Dentu	1865	72	♂	左上腹部腫瘤		左腎外性腫瘍	囊腫内容吸引, 腐蝕剤注入	死亡	脾尾部囊腫
2	Reeves	1893	55	♂	左上腹部腫瘤 仙痛		脾囊腫			脾囊腫
3	Dreyzehner	1895	50	♂	右上腹部腫瘤 回盲部疼痛		1. 腎囊腫 2. 脾囊腫	排液法	治癒	脾頭部囊腫
4	Railton	1896	6	♀	左側腹部腫瘤		先天性水腎症	1. 吸引 2. 排液法	死亡	脾尾部囊腫
5	Seelfish	1901	12	♂	上腹部外傷(2ヵ月前) 上腹部, 左側腹部痛, 蛋白尿, 血尿		1. 左血胸 2. 左腎外傷 3. 脾損傷 4. 脾囊腫	排液法	治癒	脾囊腫
6	Honigmann	1905	19	♂	左側腹部外傷 左上腹部腫瘤		後腹膜腔及び腎周囲出血	外療法	治癒	脾仮性囊腫 左腎盂内自然破裂
7	Malcolm	1906	50	♀	左上腹部腫瘤 体重減少		左腎腫瘍	囊腫切除	治癒	脾尾部の囊腫様腺腫
8	Johnson	1911	?	?	左側腹部腫瘤		左水腎症	排液法	治癒	脾囊腫
9	Francisco	1912	23	♀	上腹部外傷 上腹部腫瘤		左水腎症	1. 外療法 2. 排液法	治癒	脾囊腫 2
10	Brade	1913	6	♂	上腹部腫瘤		左水腎症	外療法	治癒	脾囊腫
11	Ransohoff	1916	61	♂	左上腹部腫瘤 疼痛, 血尿	膀胱鏡検査 左腎性血尿	左腎腫瘍 (肉腫)	排液法	治癒	脾囊腫
12	DaCosta	1921	?	?	右腰部腫瘤		右水腎症	排液法 (?)	治癒 (?)	脾囊腫
13	Dennis	1923	40	♂	右上腹部腫瘤 右腰痛	右腎盂尿管正常	1. 右腎腫瘍 2. 肝エヒノコックス囊腫 3. 後腹膜腫瘍	外療法	治癒	脾類皮囊腫 囊腫壁石灰化
14	Herbst and Polkey	1930	35	♀	左上腹部腫瘤	左腎盂正常 左尿管変位	左孤立性腎囊腫	?	治癒	脾尾部囊腫
15	Lower and Nichol	1933	19	♂	腹部外傷(5年前) 左上腹部腫瘤 蛋白尿, 膿尿	左水腎症 左尿管変位 右腎正常	脾囊腫	?	治癒	脾尾部囊腫
16	Kummer	1939	31	♀	左腰部腫瘤	左上腎杯閉塞	左腎腫瘍	外療法	治癒	脾尾部囊腫
17	Case	1940	?	?	右腰部腫瘤	膀胱鏡検査 右尿管尿流出なし 右尿管圧迫変形	腎囊腫	外療法	治癒	脾頭部囊腫
18	Martin	1941	11	♂	左腰部腫瘤 腹痛		1. 腸重積 2. 盲腸後膿瘍 手術時診断 1. 水腎症 2. 左腎腫瘍	吸引及び排液法	治癒	脾頭部囊腫 囊腫様腺腫
19	Walters and Thiersen	1941	46	♂	左上腹部腫瘤	左腎変位 左上腎杯変形	左腎外性腫瘍		治癒	脾尾部囊腫
20	Ormond et al.	1942	35	♀	右上腹部腫瘤	右水腎症及 下方変位	後腹膜腫瘍	外療法	治癒	脾頭部囊腫
21	Ormond et al.	1942	37	♂	慢性酒精中毒症 左上腹部痛, 左肩 胸部放散 腹部腫瘤	左腎正常	1. 腎周囲膿瘍 2. 脾囊腫	排液法	治癒	脾頭部及尾部囊腫 (急性脾炎後)

22	Ormond et al.	1942	40	♂	左腰部腫瘍 腹痛	正常	1. 左腎疾患 2. 脾囊腫	外瘻法	治癒	脾尾部囊腫
23	Buckstein	1948	42	♀	上腹部腫瘍 上腹部疼痛	左腎下方変位	1. 腎疾患 2. 脾囊腫	?	治癒	脾体部の 囊腫様腺腫
24	Stone	1949	31	♂	左上腹部腫瘍 上腹痛, 悪心, 嘔 吐, 血尿	左腎下方変位 左上腎杯圧迫変形	1. 副腎囊腫 2. 脾囊腫	囊腫切除 左腎摘除	死亡	副脾臓囊腫 左腎と癒着
25	Morton	1951	35	♀	上腹部腫瘍 (有痛性)	左腎下方変位	1. 脾囊腫 2. 後腹膜腫瘍	外瘻法	治癒	脾仮性囊腫 (慢性脾炎後)
26	Abeshouse	1952	69	♀	左上腹部腫瘍 (圧痛性)	石灰化陰影が腎部 を覆い, 左腎下方 変位	1. 左腎囊腫 (石灰化) 2. 腸間膜囊腫 3. 石灰化大動 脈瘤	外瘻法	治癒	脾体部仮性 囊腫 囊腫壁石灰 化
27	Abeshouse	1952	56	♀	左上腹部腫瘍	左尿管前側方変位	1. 左腎腫瘍 2. 左結腸曲部 癌	外瘻法	治癒	脾尾部囊腫
28	Abeshouse	1952	60	♂	左上腹部腫瘍 上腹部疼痛 腹部外傷後	左上腎杯圧迫	1. 脾囊腫 2. 左腎囊腫	囊腫摘除 左腎摘除 脾部分切除	治癒	外傷性仮性 囊腫
29	Surmonte et al.	1959	39	♂	右上腹部腫瘍 上腹部痛, 背部放 散, 蛋白尿, 血尿	右腎正常 右尿管側方変位	1. 右腎腫瘍 2. 右後腹膜腫 瘍	外瘻法	治癒	脾仮性囊腫
30	仁平, 他	1960	5	♂	左上腹部腫瘍 腹部外傷(3カ月前)	左腎盂圧迫 左上腎杯圧迫変形	1. 左腎腫瘍 2. 左後腹膜腫 瘍	囊腫壁部分 切除	治癒	脾尾部仮性 囊腫

(1916) の報告例では明らかに一側性の腎性血尿を認め、これは腎静脈の圧迫によつて生じたものと解されている。

c) 腎盂尿管像に現れた変化

泌尿器科的検査を行つたものは17例で、この中14例に異常を認めている。即ち腎の変位を認めたものが6例で5例までが下方移動を示し、尿管の変位は5例に、圧迫による腎杯像の変形乃至消失は6例に、水腎症は2例に認められた。

a) 術前診断

30例中術前の正確なる診断はわづかに3例、脾囊腫の存在をも考慮した疑診は8例で残りの19例はすべて他の疾患と誤られている。診疑の8例では脾囊腫の他に腎囊腫、腎外傷、腎疾患、腎周囲膿瘍、後腹膜腫瘍、副腎囊腫等の存在の可能性も考慮されている。誤診に於ても種種の疾患が考えられているが腎腫瘍、水腎症、後腹膜或は腎外性腫瘍というのが最も多くて各々6例にあげられ、腎囊腫も3例に予想されその他腎周囲血腫、肝臓のエヒノコックス囊腫等、或は囊腫壁に石灰化を来した症例では石灰化した大動脈瘤または腸間膜囊腫等と診断されている。

消化管のX線の検査は診断を決定する上に非常に参考になるもので12例に於て行われ、この中8例が正確な診断或は疑診を得ている。

既往に外傷の病歴のあるものは10例、脾臓炎は4例に、慢性酒精中毒症は2例にみられている。

e) 囊腫の性状

囊腫の発生部位は脾尾部が14例、体部2例、頭部5例、脾周囲2例、異所的発生の副脾臓1例、記載のないもの6例であり、尾部に生じたものの大部分は左上腹部に、頭部のものは右上腹部に腫瘍が触知されている。囊腫に関する詳細な組織学的所見の記載のあるものの中では囊腫様腺腫3例、仮性囊腫が6例、類皮囊腫1例であるが、残りの中少くとも6例は仮性囊腫と考えられる。

Ⅲ 結 語

1) 5才2カ月の男児の脾仮性囊腫で、腎或は後腹膜腫瘍と誤られた1例を報告した。左上腹部の腫瘍を唯一の症状とし、左腎杯に不規則の圧迫像を認め、試験的手術によつて脾尾部に生じたものと判明し、囊腫壁の部分的切除を行つた。

2) 腺囊腫と腎原発性腫瘤との鑑別診断について述べるとともに、自験例を含めて文献上腎疾患類似の症状を呈した腺囊腫30例について考察を行った。

稿を終るに臨み御指導を頂き御校閲を賜った恩師稲田教授並に永井教授に謹んで感謝の意を表します
(本論文の要旨は昭和34年12月5日、第6回日本泌尿器科学会関西地方会に於て発表した)

文 献

- 1) Abeshouse, B. S. : Internat. Abstr. Surg., 96 1, 1953.
- 2) Adams, R. and Nishijima, R. A. Surg. Gynec. & Obst., 83 : 181, 1946.
- 3) Angels, E. South. Med. & Surg., 100 : 57, 1938. Cited by Collins.
- 4) Berkay, F. M. : J. Internat. Coll. Surgeons, 11 403, 1948. Cited by Collins.
- 5) Bozeman, N. : Med. Rec., 21 . 46, 1882. Cited by Collins.
- 6) Brunschwig, A. The Surgery of Pancreatic Tumors, C. V. Mosby Co., St. Louis, 1942. Cited by Stone.
- 7) Collins, D. C. Arch. Surg., 61 524, 1950.
- 8) Ehla, C. E. J.A.M.A., 78 1294, 1923.
- 9) Guleke : Cited by Collins.
- 10) Gussenbauer, C. Arch. f. klin. Chir., 29 : 355, 1883. Cited by Collins.
- 11) 萩原 : 腹部内臓外科学, 下巻, P.620, 南山堂, 東京, 1955.
- 12) Huller, H. Cited by Collins.
- 13) Judd, E.S., Mattson, H. and Mahorner, H. R. Arch. Surg., 22 : 838, 1931.
- 14) 河合・小林・早田 : 臨床外科, 7 : 593, 1952.
- 15) Körte, W. Deutsche Chirurgie, 45 : 234, 1898 ; Dtsch. med. Wschr., 37 : 536, 1911. Cited by Collins.
- 16) Lazarus, P. Ztschr. f. klin. Med., 51 203, 1904. Cited by Collins.
- 17) Melicow, M. M. and Uson, A. C. : J. Urol., 81 : 705, 1959.
- 18) Meyer, K. A., Sheridan, A. I. and Murphy, R. F. : Surg. Gynec. & Obst., 88 : 219, 1949.
- 19) Ormond, J. K., Wadsworth, G. H. and Morley, H. V. J. Urol., 48 650, 1942.
- 20) Pinkham, R. D. : Surg. Gynec. & Obst., 80 225, 1945.
- 21) Rabinovitch, J. and Pines, B. : Arch. Surg., 45 727, 1942.
- 22) Railton, T. C. Brit. Med. J., 2 1318, 1896. Cited by Collins.
- 23) Ransohoff, J. : Surg. Gynec. & Obst., 22 275, 1916.
- 24) Schulte, T. L. and Emmett, J. L. : J. Urol., 42 215, 1939.
- 25) Stone, E. P. : J. Urol., 62 104, 1949.
- 26) Surmonte, J. A., Miller, J. M., Ginsberg, M. and Meisel, H. J. : J. Urol., 81 : 606, 1959.
- 27) Telling and Dobson : Cited by Collins.
- 28) 津田・佐藤 : 外科, 20 : 357, 1958.
- 29) White, H. Guy's Hosp. Rep., 54 17, 1897. Cited by Collins.

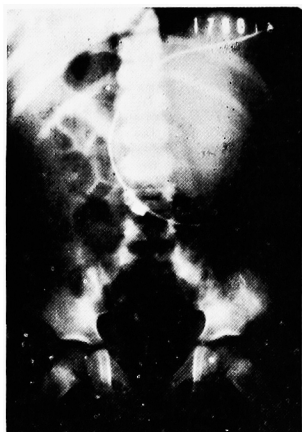


Fig. 1. Plain film showing outline of a large mass in left upper quadrant as indicated by line of x-ray-opaque catheter.

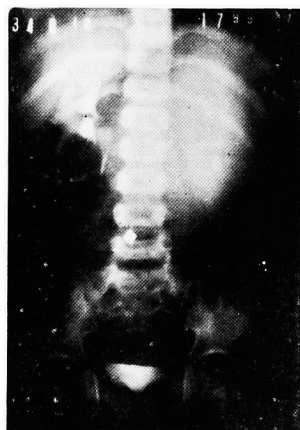


Fig. 2. Excretory pyelogram showing normal right kidney and ureter. Left kidney shows compression of renal pelvis and upper calyces.



Fig. 3. Plain film taken in lateral position showing deformity and anterior displacement of stomach.

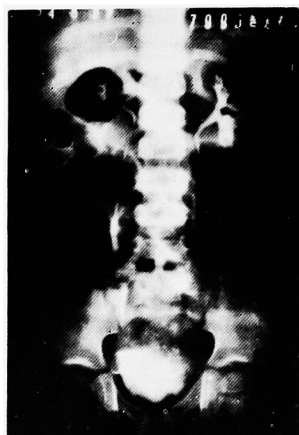


Fig. 4. Postoperative excretory pyelogram showing normal urogram.



Fig. 5. Photomicrograph of cyst wall, showing fibrous tissue and no epithelial lining.