

巨大前立腺嚢胞性腺腫の1例

郡立高島病院泌尿器科 (医長: 渡辺 仁)

渡 辺 仁

滋賀医科大学泌尿器科学教室 (主任: 友吉唯夫教授)

小西 平, 竹内 秀雄*, 友吉 唯夫

A CASE OF GIANT PROSTATIC CYSTADENOMA

Jin Watanabe

From the Department of Urology, Takashima Hospital

Taira Konishi, Hideo Takeuchi and Tadao Tomoyoshi

From the Department of Urology, Shiga University of Medical Science

An 80-year-old man was admitted to our hospital with the chief complaint of urinary retention. On physical examination, a large tumor was recognized in pelvic cavity. Serum levels of prostatic acid phosphatase and γ -seminoprotein were elevated.

Anterior pelvic exenteration was performed because the tumor was huge and malignancy could not be ruled out preoperatively. The tumor weight was 660 g (11×8×7 cm) and had a multicystic structure macroscopically. Immunohistochemical study by the prostatic specific antigen stain showed positive staining in the epithelial cells of the tumor, which suggest that the tumor was of prostatic origin.

(Acta Urol. Jpn. 36: 1077-1079, 1990)

Key words: Prostatic cystadenoma, Prostatic specific antigen staining

緒 言

前立腺嚢胞は比較的稀な疾患である。最近われわれは尿閉を主訴とした、ほぼ小骨盤腔をしめる巨大な前立腺嚢胞性腺腫の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: 80歳, 男性

主訴: 尿閉

現病歴: かなり以前より頻尿と排尿困難を認めていたが放置していた。1987年9月27日昼より尿閉状態となり、翌28日早朝に救急外来を受診し導尿処置を受けたのちに入院となった。

既往歴: 数年来の頑固な便秘がある

家族歴: 2人の子がある, 他に特記すべきことなし

入院時理学的検査: 胸腹部に異常を認めなかったが, 精巣は両側とも老人性萎縮。また直腸診にて直腸前方に巨大な腫瘍を触れた。

入院時検査成績: 血液一般, 血液生化学検査とも正常。導尿処置を受けたためか検尿にて潜血2(+), 沈渣にて RBC 30~40/hpf. AFP, CEA とも正常であったが前立腺酸フォスファターゼ 8.2 ng/ml, ガンマセミノプロテイン 14.7 mg/dl と高値をしめた。

入院時画像診断検査: 逆行性尿道膀胱造影にて, 膀胱頸部が後方より圧迫されている所見と膀胱の肉柱形成がみられた。DIP では上部尿路は正常であったが, 膀胱全体が後方より圧迫を受け平たくなっていた。CTにて膀胱の後方より前立腺尿道部にかけて小骨盤腔をほぼしめる腫瘍が認められた。腫瘍は膀胱とは境界を有するが前立腺との境界は不明であった (Fig. 1)。経直腸エコーでは腫瘍は右側において前立腺と一体になっているように思われた。血流シンチ, Ga シンチでは異常所見は認められなかった。

これらの所見より腫瘍は前立腺または精囊より発生したものと考え, 会陰部よりの針生検をおこなったが結合組織のみで悪性所見は認められなかった。しかし腫瘍が小骨盤腔をほぼ占拠するほどのものであり, ちかい将来にイレウスの発現が予想されたので腫瘍摘出術をおこなうこととした。

* 現: 京都大学泌尿器科

手術所見 全身麻酔下に正中切開にて膀胱前面を露出しあらためて腫瘍を触診すると、腫瘍後方のダグラス窩には手術操作を行う余地がまったくなかった。そこで患者が高齢であり、合併症を防ぐという考えより、前方骨盤臓器摘除術をおこなうこととした。前立腺尿道部の遠位で尿道を切断し、これを保持しつつ鈍的に腫瘍を直腸側より剥離し摘出をおこなった。

摘出標本腫瘍の大きさは、 $11 \times 8 \times 7$ cm、重さ 660g で精液様の白濁した内容を含んでいた (Fig. 2)。また標本では一見前立腺は正常で腫瘍とは被膜にて境界されているように見え、一方精嚢は右側に精管より近位側に存在がはっきりせず、この段階では精嚢由来の腫瘍と診断した。しかし病理組織診断では腫瘍と前立腺の間に境界を認めず、腫瘍の実質部位では大小不同の腺房形成を認め、その腺上皮は高円柱状では前立腺の組織であり、悪性所見はないとの診断であった (Fig. 3)。このようにわれわれの術後肉眼的診断と病理組織診断が全く違うことより、最終診断として PSA 染色を用いることとした。PSA 染色にて腫瘍実質部位の腺上皮は染色され前立腺組織であることが判明し、最終的にこの腫瘍は前立腺由来の嚢胞性腺腫であると診断した (Fig. 4)。

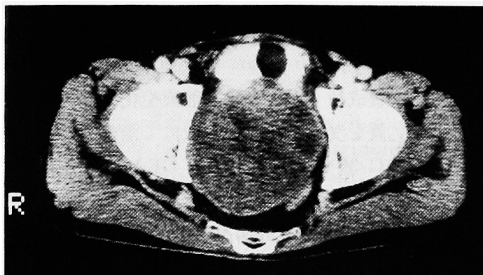


Fig. 1. CT scan shows a large tumor in the pelvic cavity.

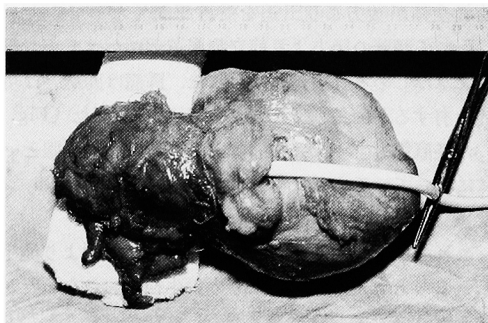


Fig. 2. Specimen contains the tumor, prostate and bladder. The tumor arises from posterior side of the prostate. The tumor weight is 660 g ($11 \times 8 \times 7$ cm).

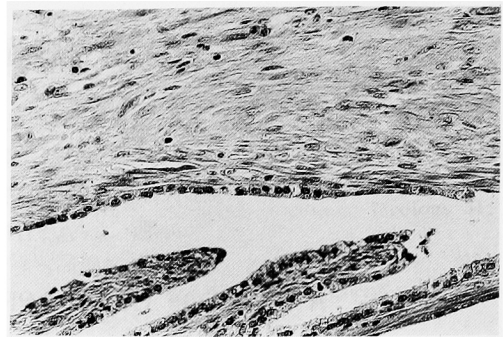


Fig. 3. The tumor has many cystic structures lined by columnar epithelium.



Fig. 4. The epithelial cells of the tumor show positive staining by PSA stain.

考 察

前立腺嚢胞は本邦においては 1949 年の市川らの報告¹⁾以来自験例を含めて 16 例の報告があるにすぎないまれな疾患である²⁻¹⁴⁾。

前立腺の嚢胞性疾患の診断は、以前には前立腺の手術時か、剖検時に偶然に見いだされる場合が多かったが、最近では経直腸エコーや CT にてほぼ診断ができるようになった。しかし前立腺の嚢胞性疾患を画像診断のみで鑑別することは困難な場合が多い。

前立腺の嚢胞性疾患の分類では Emmet¹⁵⁾の分類が代表的なもので、それによればまず先天性と後天性に分類され、先天性は Müller 管の退縮によってできたもので、後天性は貯留性嚢胞、嚢胞性腺腫、癌による嚢胞および寄生虫によるものとしている。

それぞれの成因と特徴は、Müller 管嚢胞はその退縮の過程で末梢部が嚢胞状に拡大したもので、前立腺底部上の正中腺上に左右対称に位置し男子小子宮との交通が証明できることがある。膀胱は後方よりまた精嚢は上外方に圧迫され、内容液は精液を含まず、時に泌尿生殖器の奇形を合併する。貯留性嚢胞は前立腺管

の閉塞により腺腔が拡大し生じる偽嚢胞で、嚢胞内面は腺組織の上皮で扁平上皮化がみられ、内容液は精液を含まない。嚢胞の大きさが充分大きくなれば直腸診にて波動を触れることや膀胱鏡にて透光性を認めることもある。嚢胞性腺腫は貯留性嚢胞との区別が困難であることより貯留性嚢胞と同一として扱われてきたが、今回の集計によれば多胞性のものが本邦16例中5例にみられることより、多胞性で内膜上皮に腺組織がみられる場合は嚢胞性腺腫としてもよいのではないかと思われた。癌ともなり嚢胞は二次的にできた仮性嚢胞がほとんどで嚢胞内に癌が発生することはまれであり、寄生虫による前立腺嚢胞はきわめてまれである。

以上のことより嚢胞性腺腫と貯留性嚢胞は形態と組織診断で区別できるが、これらと Müller 管嚢胞との鑑別は難しいことが多く、従来の報告ではその診断に疑問がもたれる場合が多くみられた。そこで最近では前立腺由来の嚢胞の鑑別法として、内容液の酸フォスファターゼの測定¹⁴⁾や PSA 染色による組織診断法¹⁶⁾が用いられるようになった。とくに PSA 染色による組織診断法は前立腺組織と他の組織との鑑別に有効で、少なくとも PSA 染色陽性の組織は前立腺と診断してよく、事実われわれの症例でも PSA 染色による組織診断法が最終的な診断の根拠となった。他の鑑別しなくてはならない骨盤内嚢胞性疾患としては、射精管および精管膨大部の憩室と精嚢嚢腫があるが、これらはその本来の位置に一致して存在し同側の精巣上体の拡張がみられるが前立腺は正常であり、内容液に精子が含まれている。

治療法は嚢胞の穿刺によるドレナージ、嚢胞壁の切除、嚢胞切除が行われている。一般には穿刺によるドレナージや嚢胞壁の切除だけでは再発の危険があるとされているが、嚢胞切除ではその合併症として尿失禁を生じる可能性があり¹⁷⁾、すべての症例で嚢胞切除をおこなうことは疑問がのこり、まず穿刺によるドレナージか嚢胞壁の切除を試みるべきである。しかし多胞性の場合は嚢胞切除が第一選択となる。われわれの場合は嚢胞切除を行う予定であったが、手術的操作の困難さと高齢による術中術後の合併症を考え前方骨盤臓器摘除術を行った。

1989年12月現在、経過は良好で腫瘍マーカーもすべて正常である。

文 献

- 1) 市川篤二, 安田利顕: 前立腺嚢胞について. 日泌尿会誌 **40**: 111, 1949
- 2) 浅井 明, 菅井昂夫, 山本泰秀: 前立腺のう腫の1例. 日泌尿会誌 **52**: 85, 1961
- 3) 田村 一, 東福寺英之, 田崎 寛, 中村 宏: 前立腺のう腫の1例. 日泌尿会誌 **53**: 361, 1962
- 4) 鍛塚 寿: 前立腺のう胞の1例. 西日泌尿 **3**: 703, 1969
- 5) 高橋 徹, 久保泰徳: 前立腺のう腫例. 日泌尿会誌 **60**: 818, 1969
- 6) 猪狩大陸: 前立腺癌に合併した前立腺のう腫の1例. 臨泌 **26**: 1073-1076, 1972
- 7) 棚橋善克, 渡辺 決, 井狩大陸, 原田一哉, 島正美, 加藤義朋: 前立腺貯留性嚢胞の1例. 西日泌尿会誌 **36**: 83-87, 1974
- 8) 夏目 紘, 小幡浩司: Prostatic cyst の1例. 日泌尿 **64**: 680, 1973
- 9) 福田和男, 山本憲男: 巨大前立腺のう腫の1例. 日泌尿会誌 **67**: 896, 1976
- 10) 沼田 功, 棚橋善克, 福崎 篤, 加藤弘彰: 前立腺のう腫の2例. 西日泌尿 **43**: 1185-1190, 1981
- 11) 神野浩彰, 上田公介, 辻村俊策, 太田黒和生: 前立腺癌に合併した前立腺嚢腫の1例. 日泌尿会誌 **74**: 1268, 1983
- 12) 大西克美: 前立腺癌に合併した前立腺嚢腫の1例. 超音波医学 **11**: 7, 1984
- 13) 木下修隆, 山崎義久, 加藤雅史, 堀 夏樹, 保科彰, 西井正治, 有馬公伸, 堀内英輔, 小川兵衛: 前立腺貯留性嚢腫の1例. 泌尿紀要 **31**: 1053-1058, 1985
- 14) 塚本拓司, 飯ヶ谷知彦, 萩原正通: 前立腺貯留性嚢腫の1例. 西日泌尿 **49**: 1257-1259, 1987
- 15) Emmet JL and Braasch WF: Cyst of the prostate gland. J Urol **36**: 236-249, 1936
- 16) 千種一郎: Prostatic Specific Antigen, Prostatic Acid Phosphatase の尿路悪性腫瘍細胞における分布並びに前立腺癌に対する臨床的応用. 三重医学 **28**: 62-71, 1984
- 17) 岩井哲朗, 中辻史好, 松木 尚, 平尾佳彦, 平松侃, 岡島英五郎: 再発ミューラー管嚢胞の1例. 泌尿紀要 **30**: 1471-1477, 1984

(Received on December 4, 1989)

(Accepted on February 15, 1990)