

〔泌尿紀要21巻4号〕
〔1975年4月〕

後腹膜仮性嚢腫の1例

国立松山病院
宇山 健*
山下 利幸*
高嶋 成光**

RETROPERITONEAL PSEUDO-CYST

Takeshi UYAMA, Toshiyuki YAMASHITA and Shigemitsu TAKASHIMA**

*From the Department of Urology and Department of Surgery**
Matsuyama National Hospital*

This is a case report of extrarenocapsular urinary pseudocyst seen in a 68-year-old woman who had no history of surgery or trauma.

She came to the hospital with an abdominal mass. She experienced severe pain in the flank on the left side two months prior to admission. The above-mentioned mass was noticed one month later which disappeared after a small incision by her home physician. The mass again appeared, however. KUB and IVP showed a stone in the right kidney and hydronephrosis on the left. The mass seemed having no direct anatomical relation with the kidney. Retrograde pyelography met the obstruction at the fourth lumbar vertebral level. A communication was demonstrated between this strictured site and the mass by transfer of the dye. Blood chemistry was normal. Blood pressure was 170/100 mmHg. Presence of RBC and WBC in urinalysis was thought to be due to renal lithiasis. Resection of the pseudocyst was performed. Content of the cyst was clear fluid of pale yellow with urine odor. Nephrostomy was placed for urinary diversion.

はじめに

後腹膜仮性嚢腫は比較的まれな疾患であり、すでに報告されている本邦症例の多くは、外傷あるいは手術が原因となっている。われわれは、手術、外傷などの明らかな原因なく発生した、腎線維被膜外、後腹膜腔尿管留腫の1例を経験したので報告する。

症 例

患者：小〇ト〇 68歳 女。
初診：1972年10月23日。
主訴：腹部腫瘍。
家族歴：特記することなし。

既往歴：27歳腹膜炎，28歳 肺炎，67歳頃より高血圧症を指摘されているが，外傷，手術の経験はない。

現病歴：1972年8月中旬，過食後に左側腹部の痙攣様発作があり，近医を受診，注射等の処置をうけた。その後，疼痛発作はなく放置していたところ，同年9月初旬左側腹部の腫瘤に気づき，某医で腹壁膿瘍の診断を受け，切開排膿手術を施行された。しかし，同年10月初旬にふたたび同一部に腫瘤を形成するようになり，当院外科を訪れ，泌尿器科に紹介された。

現症：体格中等大，栄養状態良好，顔色よく，眼瞼結膜に貧血を認めず。胸部理学的所見に異常を認めず。左側腹部に約3cmの手術瘢痕を認め，この瘢痕を中心に，13×13×13cmの，表面平滑，可動性の少ない，ほぼ球形の腫瘤を触れる。両腎は触れず。血圧170/100 mmHg。

* 泌尿器科，**外科

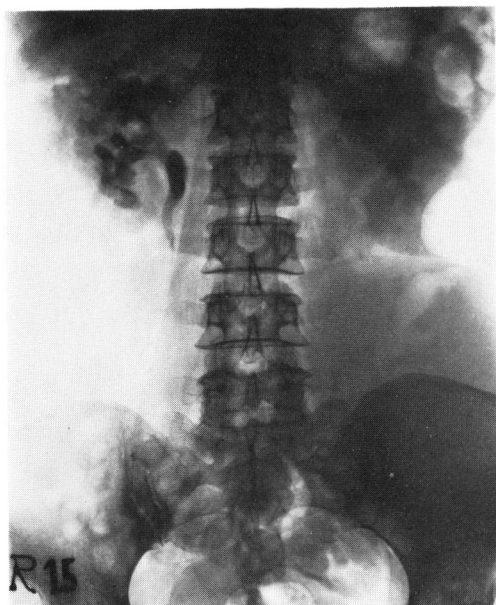


Fig. 1. IVP at 15 minutes shows calculi in right pelvis, left hydronephrosis and obscuration of left psoas shadow by soft mass density.

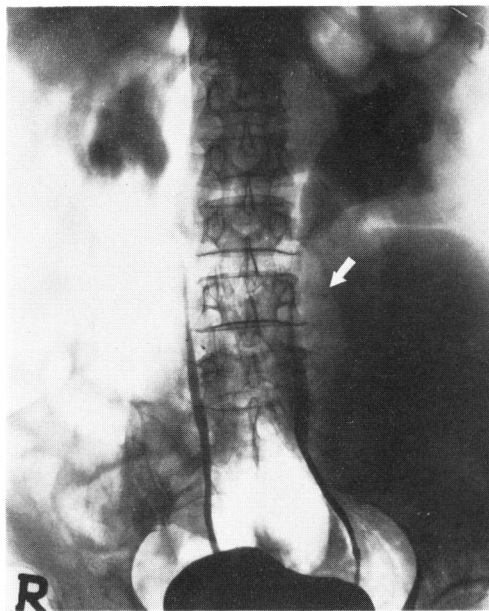


Fig. 2. Left RP demonstrates stenosis of ureter, marked hydronephrosis and linear extravasation of contrast medium from ureter to soft mass shadow (←).

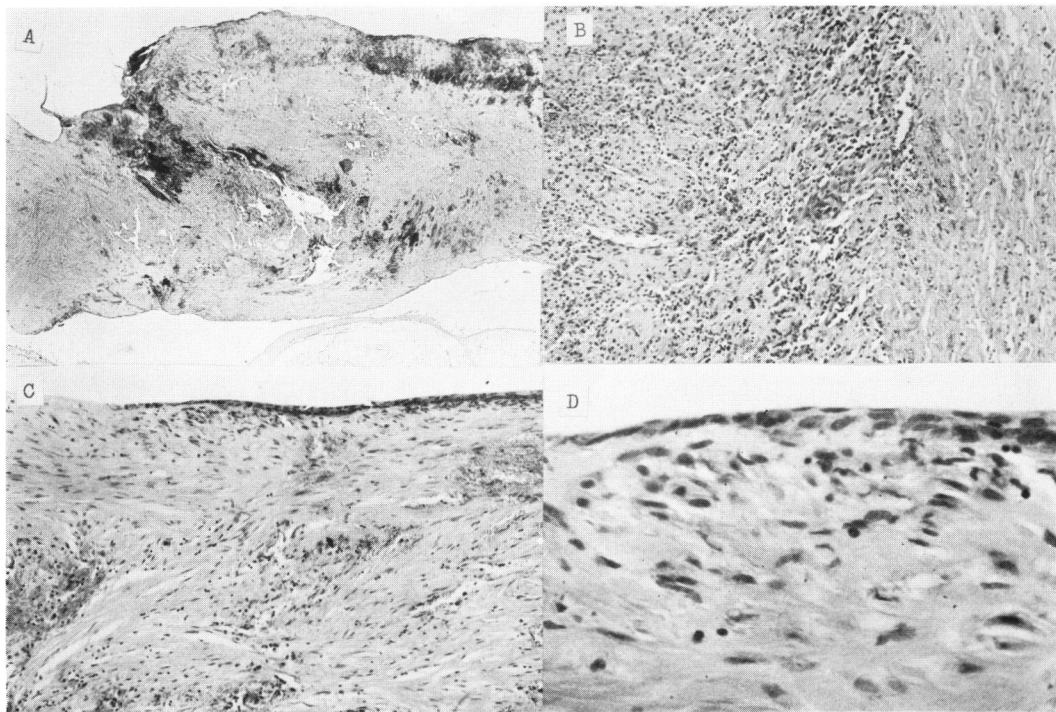


Fig. 3. Photomicrographs of pseudocyst wall. A, uretero-pseudocystic fistula. B, granuloma of pseudocyst wall. C & D, transitional region with meta-plastic lining epithelium.

一般臨床検査成績：血液一般検査；赤血球 429 万，白血球 11,400，血色素量 13.0 g/dl，血小板 14.6 万，ヘマトクリット 37%，赤沈平均値 25 mm. 血清生化学的検査；血清総蛋白 7.4 g/dl，A/G 比 0.85，総コレステロール 219 mg/dl，尿素窒素 26.5 mg/dl，クレアチニン 1.67 mg/dl，血清電解質；Na 127 mEq/L，Cl 99 mEq/L，K 4.5 mEq/L，Ca 4.35 mEq/L. 肝機能検査；CCLF（-），ZTT 10.9 単位，TTT 5.1 単位，GOT 7.0 単位，GPT 5.0 単位，LDH 320 単位，Al-Pase 9.4 単位，黄疸指数 6.5. 腎機能検査；PSP 15 分値 5%，2 時間合計値 20%，濃縮テスト 最高比重 1025. EKG；異常所見を認めず。尿所見；蛋白（±），糖（-），ウロビリノーゲン 正常，赤血球（+++），白血球（+++）。

レ線学的所見：KUB；右腎部に小指頭大の結石様陰影を認め，左腰部に淡い腫瘍陰影を認める。PRP+IVP；右腎周囲への気体流入は良好，右腎外腎盂に小指頭大の結石陰影を認める。右腎は萎縮腎を思わせる。左腎周囲への気体流入状態は悪く，水腎を呈している。左腎と腫瘍陰影の間に，直接の位置的關係はないと思われた。RP；尿管カテーテルは第4腰椎の高さで強い抵抗を感じ，それ以上の挿入は不能。造影剤を注入時に軽度抵抗を認めた。左腎は水腎を呈し，腎盂尿管移行部付近に狭窄を認め，狭窄部に，尿管の走行と直角に外方に向かう，腫瘍との交通路と思われる線状の陰影を認めた。造影剤の注入とともに腫瘍陰影がわずかに濃くなるのを認めた。

以上の所見より，後腹膜仮性囊腫の疑いのもとに，1972年11月15日手術を施行した。

手術所見：左腰部斜切開により後腹膜腔に達した。腫瘍は，囊腫状で比較的厚い壁を有するが，周囲組織との癒着は強く，剝離中に壁の損傷をきたし，約 1,000 cc の尿臭を有する淡黄色の液体の流出をみた。囊腫底には小孔を認め，これより尿の噴出を認めた。囊腫壁と腎の間には，癒着を認めず，尿管の一部とともに囊腫を摘除した。尿管端々吻合を試みたが，癒着のため不可能であり，左腎瘻を置いた。

組織学的所見：囊腫と尿管の開口部付近の尿管は，ほぼ正常の移行上皮に覆われるが，粘膜下組織は，浮腫状に，線維増殖をともなって肥厚している。尿管粘膜を囊腫側へたどると，移行上皮はしだいに菲薄となり，扁平化して消失し，上皮細胞のない炎症性肉芽組織に移行する。それに伴い，筋層も消失し，一見，尿管上皮の再生を思わせる。囊腫壁は炎症性肉芽組織よりなるが，部位により，多少様相を異にする。開口部付近では，約 1 cm の厚さに肥厚した，高度の慢性炎

症性細胞，組織球性の泡沫細胞よりなる肉芽の形成を認め，周囲には硝子化した膠原線維の増殖をみる。壁は，開口部から離れるにしたがい，しだいに薄く，約 0.5 cm の厚さとなり，炎症性細胞は少なくなり，線維芽細胞や血管増殖の強い肉芽組織となる。線維染色で膠原線維は認めるが，筋線維は証明できなかった。壁内面には開口部以外に，上皮組織を認めなかった。

考 察

腎周囲あるいは，後腹膜腔に発生する囊腫性腫瘍の発生機序は複雑なものが多く，比較的まれな疾患であるため，その報告も 1 例ないし，数例のものが多い。したがって呼称も種々多数にわたっている。Spriggs¹⁷⁾は，これを

1) Perinephric extravastion

2) Perinephric hematoma

3) Perinephric cysts of doubtful origin

の 3 種に簡明に分類している。尿を内容とする囊腫性腫瘍は，上記分類の 1) に相当する。

尿性囊腫性腫瘍の報告は，Howkins³⁾によるものが最初とされ，本邦においては，佐々木が第 1 例を報告している。

最近の尿性囊腫性腫瘍の報告では，pseudocyst，仮性囊腫なる呼称が多く^{14,15)}，囊腫壁の組織学的所見より納得のゆくものと考ええる。

これらの仮性囊腫の発生場所と，腎との位置関係により，腎被膜下に発生し，囊腫が，腎を被包するものは，perinephric，腎周囲なる語を付記しているものが多い。腎被膜外に発生したもので，あるいは，腎と直接の位置的關係にないものには pararenal，腎傍あるいは，傍腎なる語を付記している。

斎藤・古畑¹³⁾は，腎と直接の位置的關係をもたない例を，後腹膜仮性囊腫と報告している。自験例も腎とは直接的位置関係を認めず，後腹膜仮性囊腫とした。

本症の発生原因としては，外傷，手術，炎症性あるいは癌性浸潤，結石などが挙げられている。自験例では，明らかな外傷，手術などの既往を認めず，右腎結石を有し，発症時の症状が疝痛様のものであったことから結石嵌頓によるものと考えている。

Crabtree¹¹⁾によれば，23 例の仮性囊腫の原因のほとんどが外傷であったと述べている。しかし，1953 年 Pyrah and Smiddy¹¹⁾による腎盂切石術後に発生した報告以降は，手術が原因となったものが増加している。

本邦においても，1929 年 佐々木による報告以降，1957 年 土屋¹⁸⁾の報告例までの 10 例中には，手術が原

因となったものを認めない。

1957年岡ら⁹⁾による卵巣摘除術後に発生した報告以来、手術が原因となるものが増加していることは、注目すべきことである。

斎藤・重野¹⁴⁾の収集した23例、斎藤・古畑¹³⁾の収集した28例の仮性嚢腫から同一症例による重複をさけた尿性仮性嚢腫28例に、中野ら⁸⁾、大田黒ら¹⁰⁾、牧野ら⁷⁾の報告例および、自験例を加えた31例の尿性仮性嚢腫の原因は、外傷12、手術10、炎症性あるいは癌性浸潤8、および結石によると考えられる自験例であった。

尿性仮性嚢腫の発生には、尿の尿路外溢流が必須であるが、一般に少量の分泌物、血液、尿の後腹膜腔内貯留が嚢腫を形成することなく吸収されてしまうことは、日常よく経験されている。Delbet²⁾は、家兎の腎皮質に切面を加えても、この切面から尿の漏出は起こらず、また腎盂あるいは、尿管に切開を加え、尿の後腹膜腔内への溢流を起こしても、尿はすぐ吸収されてしまい、嚢腫を形成しなかったと述べている。

しかし、Razzaboni¹²⁾は、尿管切断により仮性嚢腫の作成に成功している。

かれの実験によれば、尿の溢流後24時間ないし48時間で、尿は盛んに腎周囲脂肪組織に浸潤してゆき、脂肪組織は融解をはじめる。

5日後には、完全な脂肪組織の融解を認め、線維芽細胞の増殖により、12日後には線維性嚢腫壁が形成され、20日ないし40日後には、この壁は完全に結合繊維化される。

Sauls and Nesbit¹⁵⁾は、嚢腫の発生に尿路通過障害が大きな役割りを演じるとし、感染がないか、あるいは軽度であることが必要であると述べている。また嚢腫を形成するにじゅうぶんな尿分泌が可能な腎であることも重要である。

このようにして完成した尿性仮性嚢腫壁には、粘膜、筋層を認めず¹⁵⁾、このことは真性嚢腫、尿管憩室との鑑別に重要な所見である。

自験例においても、壁に筋組織を証明できず、嚢腫、尿管交通部付近に、一部再生を思わせる移行上皮の存在を認めたにすぎない。

本症は無症状に経過する⁹⁾ものもあるが、大部分は、患側の軽度疼痛、腫瘤の触知、軽度の発熱をきたすことが多く、生化学的検査、尿沈渣には異常所見を認めないことが多い¹⁵⁾。

レ線学的検査では、単純写真で淡い腫瘤陰影を認めることが多く¹⁵⁾、IVPでは尿管の狭窄、腎盂腎杯の拡張を認める^{4,15,16)}。ときには、腫瘤陰影が単純写真

のそれに比べ濃くなることもある¹⁵⁾。腫瘤が巨大になると腎の位置異常を認める。RPでは、造影剤の溢流が認められることがある⁴⁾。自験例では尿管狭窄部から嚢腫に向かう線状の交通路を認めた。

本症の診断は、まず仮性嚢腫の本態が念頭にあれば、外傷、手術の既往および、上記の症状、諸検査所見から比較的簡単であると考えられる。治療法は、嚢腫とともに腎摘除のやむなきに至ったものも多いが、尿路の再建に成功している報告^{15,19)}もある。嚢腫発生後、早期に診断をし、治療をおこなうことが重要と考える。

自験例は、発症後3カ月目に開腹したが、高度の癒着のため嚢腫の剝離には困難をきわめた。幸い腎との間には癒着がなく腎瘻を置くことができた。

ドレーナージ、尿管カテーテル留置による治療は期待が少ない^{5,15)}。

結 語

外傷、手術の既往がなく発生した後腹膜仮性嚢腫の1例を報告し、若干の文献的考察を加えた。

本論文の要旨は、第13回日本泌尿器科学会四国地方会において発表した。病理学的検索をしていただいた当院研究検査科森脇昭介博士に深く感謝します。

参 考 文 献

- 1) Crabtree, E. G.: Trans. Am. Assn. Genito-Urin. Surg., 28: 9, 1935.
- 2) Delbet, quoted by Sauls.
- 3) Howkins, quoted by Crabtree.
- 4) Hudson, H. C. and Hundley, R. R.: J. Urol., 97: 439, 1967.
- 5) Hurwitz, S. P. and Weisenthal, C. L.: J. Urol., 97, 8, 1967.
- 6) Johnson, C. M. and Smith, D. R.: J. Urol., 45: 152, 1941.
- 7) 牧野・ほか：日泌尿会誌, 61: 207, 1970.
- 8) 中野 巖・ほか：医療, 22: 1036, 1968.
- 9) 岡 直友・ほか：手術, 11: 406, 1957.
- 10) 大田黒和生・福谷 恵子：日泌尿会誌, 61: 99, 1970.
- 11) Pyrah, L. N. and Smiddy, F. G.: Brit. J. Urol., 25: 239, 1953.
- 12) Razzaboni, quoted by Sauls.
- 13) 斎藤 清・古畑哲彦：臨泌, 24: 929, 1970.
- 14) 斎藤良司・重野哲三：臨泌, 22: 203, 1968.

- 15) Sauls, C. L. and Nesbit, R. M. : J. Urol., **87** : 288, 1962.
- 16) Schroeder, K. F. and Correa, J. R. : J. Urol., **96** : 119, 1966.
- 17) Spriggs, A. I. : J. Urol., **67** : 414, 1952.
- 18) 土屋文雄・ほか：日泌尿会誌, **48** : 139, 1957.
- 19) 高安久雄・ほか：日泌尿会誌, **58** : 668, 1967.

(1975年1月21日受付)