

尿膜管炎症性腫瘍の 1 例

久留米大学医学部泌尿器科学教室 (主任 重松教授)

助教授 後 藤 有 司

Urachal Tumor of Inflammatory Origine, A Case Report

Assistant Prof. Y. GOTO, M. D.

From the Department of Urology, Kurume University School of Medicine

(Director : Prof. S. Shigematsu, M. D.)

The disease of urachus are seen not so frequently, and the urachal tumors in inflammatory origin are more rarely. Such a case which has been experienced in our clinic has been reported here.

A 16 year-old student has been complained periodically with the frequency since several years befor. A half sphere shaped tumor at infraumbilical region was subjectively observed since 3 mmonths befor.

There is no significant finding in cystogram, however, a dark-red knot of about needle top size was recognized at the dome of the bladder. By use of cystoscopy, this malignant urachus tumor pre-operatively diagnosed was extirpated. The tumor showed the intensive adhesion to peritonum, omentum and rectus sheath. The wall of bladder was partially resected as mass. Post operative course was regularly. In the histological examination, the finding of this extirpated organ was different from that of malignant tumor, and was the typical inflammatory urachus tumor with chief change of acido-philic infiltration.

1 緒 言

尿膜管の後天性疾患は比較的稀で、その大部分を占める真性腫瘍は本邦に於ても22例の報告に止つている。而してその慢性炎症性変化に依る腫瘤形成、即ち炎症性腫瘍は更に稀有で、辻教授の集積に依れば内外文献上僅に2例のみで、その後、鈴木 Lewis, Kimbrough, 勝目、入江の各1例の報告があり、内外文献上その症例は総計6例である。私は最近、尿膜管の悪性腫瘍を想わせる症例に遭遇し、興味ある症例と思ひ手術に依り該腫瘍の全剔除を行い、組織学的検査に依り、炎症性腫瘍である事が判明したので、本症例の第7例として茲に報告する。

2 症 例

患者 坂田某 男 16才 学生
初診 昭和31年10月10日

主訴。下腹部腫瘤形成及び周期的に反覆して招来する軽度の膀胱炎症状。

既往歴。所謂蒲柳の質であるが又特記す可き著患を知らず、風邪を引き易く胃腸が弱いと云う程度である。

家族歴。結核及癌の素因はなく、同胞に畸形等もない。

現病歴。2年前から軽度の尿意頻数、排尿終末時痛等の軽い膀胱炎様症状が、数カ月の間隔で招来し、売薬の服用位で数日の経過で治癒していた。31年初夏の頃、臍窩が幾分上方に向いて開く形となり、その頃より何等自覚の症状なく、下腹部に鶏卵大の腫瘤に気付いたが、放置していた処、10月初め同様の尿意頻数、残尿感等の前記症状が来り、今回は経過が長いので地方医を受診し、ペニシリン、スルファミンの投与を受けて症状は軽快したが、その際、下腹部腫瘤を指摘され、専門医受診をすすめられて来診した。

血尿。腰痛その他の自覚症状はなく睡眠、食慾、便通も正常である。

現症。体格少々羸弱，栄養も不良で無力性体質。顔面少々貧血性である。眼球，口腔等可視粘膜に異状所見はない。両側頸部，両側鼠蹊に扁豆大の淋巴腺を各1乃至2個宛触れる他に身体各所淋巴腺は触れない。各腱反射正常で病的反射はなく，各種神経系検査も正常である。心，肺等の胸部臓器に打，聴，触診上に異状所見はない。

腹部は臍窩底部が少々下方に牽引された如く上方に

向つて開き，臍と恥骨結合との中間部，殆ど正中線上に扁平に隆起する腫瘍が視られ，触診すると僅に可動性を有しあたかも腹壁直下に存する様で大きさは鵝卵大である。該腫瘍並に膀胱部に軽度の圧痛がある。両腎は触れず圧痛もなく，肝，脾の腫大もない。陰茎，睪丸等も正常で肛門内触診に依り前立腺，精囊にも異状はない。

一般検査成績。別表の通りで特記する事はない。

別 表 1

一 般 臨 床 検 査 成 績			
血液像		ツベルクリン反応	
白血球数	7500	糞便，寄生虫卵	弱 陽 性
赤血球数	510万	潜 血	陽性（蛔虫）
血色素量	80%	尿，蛋白	陰 性
白血球百分率		糖	弱 陽 性
好酸球	2%	ウロビリノーゲン	陰 性
好中球桿状核	13%	インデカン	陰 性
好中球分葉核	40%	血圧	95—40
淋巴球	44%	ヘパトサルファレイン試験	正 常
単 球	1%	高田氏反応	正 常
梅毒血清反応（ワ氏，村田氏，カーン氏）（—）		癌反応	
赤血球沈降速度中等価	35.2	Brack	（—）
血清総蛋白量	7.5%	Kürten	（+）
出血時間（Duke）	7分30秒	Davis	（—）
凝固時間（Sahli-Fonio）	開，4分30秒	瀨 谷	（—）
	完，9分00秒	松 原	（—）

泌尿器科的検査成績

膀胱鏡検査所見：膀胱尿は僅に濁濁し，膀胱容量膀胱粘膜は全く正常で，両側尿管口も正常であるが，膀胱頂部に数個の雛嚢の中央に暗紫色，帽針頭大の膀胱内に突出せる腫瘍様の結節があり（摘出標本，写真2参照），膀胱鏡を接近して観察すると，殆ど健常の粘膜に掩れ，乳嚢形成や潰瘍になつて居らず，あたかも留め針の頭が半分，膀胱内に突出する状況である。周囲雛嚢に僅に血管充盈が認められる。インデゴカルミン排出試験は初発は右2分50秒，左3分10秒で，直に濃染し両腎機能は良好である。

膀胱造影に依る膀胱像は形態的にも正常で（写真1），種々方向を変えても腫瘍の描出は出来ない。

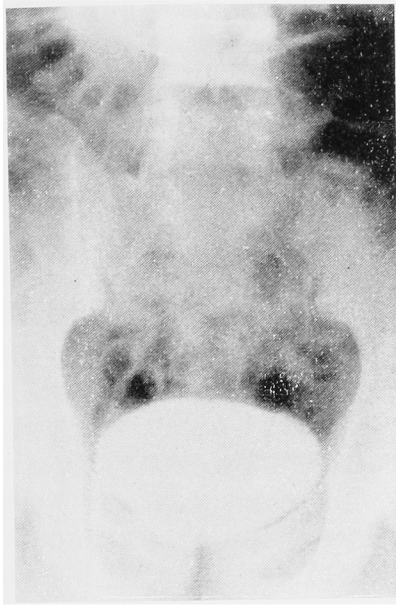
排泄性腎盂撮影に依る腎盂像も正常である。

フェノールズブルーフタレイン試験は30分で55%，1時間70%で殆ど正常に近く，稀釈及濃縮試験も正常反応を示す。

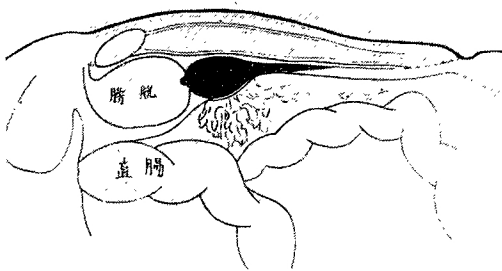
尿は糖，ウロビリノーゲン陰性で，沈渣鏡検に依り，中等度の膿球と少数の赤血球及上皮細胞を見るのみで，細菌は見えず，培養に依り白色菌を得た。結核菌検索を繰り返したが鏡検，培養共に陰性である。

診断，手術並に経過：以上の所見から尿管管腫瘍と診断し，患者の訴えに依る腫瘍の増大が，比較的急速な点及尿管管腫瘍の一般的概念から，可成り悪性度の強い腫瘍と診断した。依つて根治別出手術を行つた。

ペルカミン腰椎麻痺の下に，臍上より恥骨結合に到る正中切開に依り皮膚を開くと，腫瘍は白線内で腹直筋と強く癒着して剝離不能であつたので，側方縦切開に依り腹膜を開き，腹膜後面から併せ腫瘍を観察するに，腫瘍は上部索状をなして臍に達し，膀胱に接して鵝卵大となり，膀胱頂部と接する部は明瞭にクビレを以て境せられている。腹膜とは密に癒着し，腹膜内面に大網と癒着している（略図参照）以上の所見であつたので臍下で索状物を切断，腫瘍両側腹膜を腫瘍に副つて従切開し，付着する大網と共に一塊として，腹直筋，腹横筋膜と共に腹壁より切除し，先ず腹膜を牽引しつつ閉鎖した。次で下行性に膀胱壁に移行する部迄，腫瘍と周囲組織を剝離を進め，膀胱壁部分切除を行い，腫瘍を一塊として剔出した。更に腹膜の縫合を確実にし，膀胱壁は形の如く腸線及び絹糸で閉鎖し，腹壁を二層縫合し，ゴムドレイン挿入，経尿道的に留置カテーテルを装着して術を終つた。



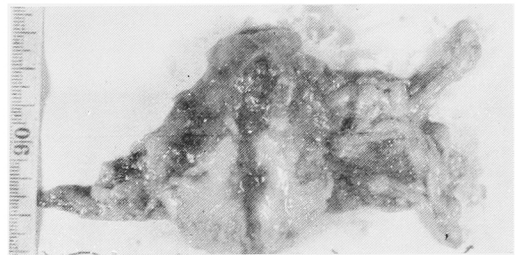
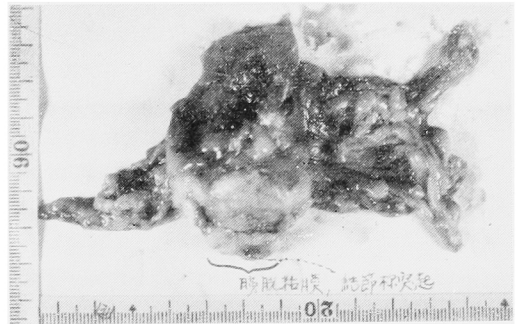
(写真1) テストグラム



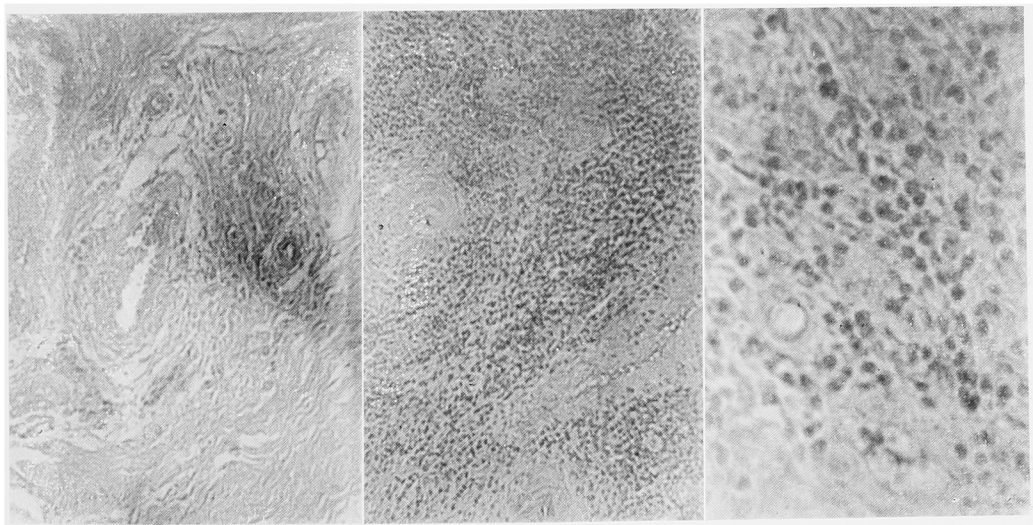
(略図) 手術所見

術後経過は良好で7日目全抜糸, 10日目留置カテ
テルを除去した。爾後, 前述の過期的な膀胱炎様症状
も招来されず, 良好な経過である。

摘出標本所見: 4 cm×7 cm×5 cm, 全重量110g。
頭部に膀胱粘膜を附して球状に腫大し, 尾を引いた如
く漸次小さくなって, 略々健常の中臍靱帯に移行して
いる。中央に割を入れると, 腫瘍中心に幅2乃至5
mmの管状をなす壊死部があり, 之を囲繞して厚さ
約4 cmの弾力性硬の, 一見悪性腫瘍を想わせる実



(写真2) 摘出標本



(A)

(B)

(C)

(註. 黒く大きく見える細胞は総て好エオジン白血球)

(写真3) 組織学的所見

質部があり、その後面は腹膜及び大網の一部を附着している（写真2）。中心壊死部からの各種細菌検索は、培養に依り白菌を得たのみであった。

組織学的所見：膀胱壁及腫瘍の膀胱に近接する部分では増殖せる粗鬆結合組織中に腺様構造を有する組織が散在性に見られ（写真3. A），細胞浸潤は少く，異常細胞も見られない。腫瘍部は散在する結合組織中に限局して細胞浸潤の強い部分が大きな塊状をなして存し，その細胞の大部分は好酸球で，あたかもエオジノフィロームの如き観を呈する持異なものである（写真3. B）。その他，この好エオジン細胞中に散在性に好中球，リンパ球，プラスマ細胞が散見せられ（写真3. C），周囲結合組織増殖も少々高度である。中心壊死部を除いては他に軟化部は全く見られず，予め予期していた悪性腫瘍の像は全く見られず，病理組織学的には非持異性炎症性肉芽腫の診断を得た。

3 考按並に文献の考察

辻教授に依る尿管管疾患の分類は

I 尿管管発生異常

II 尿管管嚢腫

III 後天性尿管管開放症

IV 尿管管腫瘍

V 尿管管発生異常，尿管管嚢腫の後天性合併症

と分類し，本症例は尿管管疾患中でも更に稀有であるVに属するもので，又Twistington等の言う尿管管先天性疾患C型に属し，之に感染が加り，長期間，無症状に経過して非持異性炎症性肉芽腫瘍を形成したものと思惟する。

元来，尿管管疾患は本邦文献上でも60例に満たず，稀な疾患とされているが，之は本症が誤診，看過され易い事も一つの原因で，近時の泌尿器科学の進歩，殊に光学機械及びX線撮影技術の向上に伴い，報告も少々多くなつて来ている様であるが，報告の大部分は前記分類I II IVに属すもので，本症例の如く臨床的に尿管管悪性腫瘍の病像を呈する炎症性肉芽腫は依然として稀有なる疾患に属す様である。

別 表 2

	発表年次	報 告 者	患 者 年 令	性別	主訴又は主要症状等	手 術	摘出腫瘍所見
1	1926	Rankin F. W. Parker, B.	55	女	下腹部腫瘍 終末排尿痛	腫瘍剔出	嚢腫化膿性腫瘍
2	1932	Wassiljew, A. I.	26	男	下腹部腫瘍及自発痛 排尿終末不快感	同上	炎症性肉芽腫 (腫瘍膀胱壁在性)
3	1933	太 田	27	男	下腹部腫瘍及不快感 終末排尿痛，尿意頻数	同上	嚢腫化膿性腫瘍
4	1952	Lewis, E. L. Kimbrough, T. C.	22	男	下腹部腫瘍	同上	慢性炎症性肉芽腫
5	1954	鈴 木	35	女	下腹部腫瘍 排尿終末時牽引感	骨盤臓器全剔出	同上
6	1955	勝 目 入 江	46	男	下腹部腫瘍 排尿時牽引感	腫瘍剔出	同上
7	1957	後 藤	16	男	下腹部腫瘍 周期的膀胱炎様症状	同上	同上

過去に於ける本症の報告を集渉した結果，別表の如く（別表2），Rankin, Parkerの報告に始り Wassiljew, Lewis等の報告があり，本邦に於ては太田，勝目，鈴木の総計6例で，本症例を加えて7例に止つている。

本症の診断については，殆ど大部分の症例が，尿管管悪性腫瘍の診断の下に剔出手術施行し，術後に於ける組織学的検索に依り改めて本症である事を確認して報告してあるが，私の症例も全く軌を一にするものである。又 Lewis,

Kimbrough, 勝目，入江の症例の如く，術前試験切片採取を行つた例でも，尙尿管管腫瘍の術前診断であるので，本症の術前診断は殆ど不可能と云わねばなるまい。

主訴又は主要症状として全例に下腹部腫瘍が記載されているが，本症に持異と思われる点は鈴木，勝目，Rankinの例の如く排尿終末に下腹部牽引感様疼痛を訴える事で，之は腫瘍の解剖学的関係を考え興味ある点であろう。その他本症例の如く周期的な膀胱炎様症状も興味ある

点で、診断の補助ともなり得るかも知れない。

性別、年齢に就いては未だ報告例が少く結論を得ないが、Wassiljew, 太田, Lewis, 鈴木, 本症例と、7例中4例に若年者に来り、殊に本症例の如く16才と云う若年は過去症例中最も若年である。

治療については、全例に於て腫瘍及周囲組織の剔除術を行い良結果を得ているが、鈴木、勝目の云う如く、又前述の如く、術前、術中は勿論、術後に於ても本症の診断確定が困難な点から、発生頻度の比較的多い尿管管悪性腫瘍として、広範な剔除術も止むを得ないと思う。

摘出標本の所見は何れも大なる炎症性肉芽腫、囊腫性肉芽腫の像を呈しているが、本症例の如く、滲潤細胞の大部分が好酸球である点は持異な点である。然し組織学的に初めて炎症性肉芽腫瘍である事が判明した点は他の全例と同様である。

4 結 語

尿管管悪性腫瘍の診断の下に剔出手術を施行

し、病理組織学的に更に稀有とされている尿管管炎症性肉芽腫であつた1例を報告し、本症例の追加とする。

撰筆に臨み、御校閲を賜つた恩師重松教授に深謝し、本症例は宮崎県立日南病院で経験した症例で、院長中川博士に深謝する。又報告に御協力を願つた栗津学士、渡辺技師に併せて謝意を表する。

主 要 文 献

- 1) 辻：尿管管とその疾患（南江堂），1949，1954.
- 2) 鈴木：臨皮泌，8：343，1954.
- 3) Lewis, E. L. & Kimbrough, J. C. : Urol. Survey., 3 : 43, 1953.
- 4) 勝目：日泌尿会誌，46：650，1955.
- 5) Higgins, T. T. Urology of childhood, Butterworth & Co., 1951.
- 6) Rankin, F. W. & Parker, B. Surg. etc., 42 : 19, 1926.
- 7) Wassiljew, A. I. Z. urol. Chir., 35 : 199, 1932.
- 8) 太田：グレンツゲビート，7：1205，1933.