

発熱を主症状とした腎癌の1例

(附 第2腰椎椎体転移)

八幡市立病院 泌尿器科 (院長・伊藤幸雄博士)

医学博士 松 浦 省 三

久留米大学医学部 泌尿器科学教室 (主任・重松 俊教授)

助 手 鈴 木 卓

A Case of Renal Carcinoma Clinically Manifested by Fever

Shozo MATSUURA, M. D.

From the Department of Urology, Yawata City Hospital

(Director Dr. Y. Ito, M. D.)

Takashi SUZUKI, M. D.

From the Department of Urology, Kurume University School of Medicine

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

A 46-year-old male, who had the chief complaints of long-standing remittent fever of undetermined origin and anemia, was found to have carcinoma of the left kidney with metastasis to the second lumbar vertebra. Nephrectomy soon brought his fever down dramatically. Here discussed is the relationship between renal malignancy and hyperpyrexia based on the cases we experienced during past ten years. It might be said that hypernephroma has been most frequently the source of high fever among all the histological groups of renal malignancies. This fact was especially true when an invasive growth was extensive.

緒 言

悪性腎腫瘍が泌尿器科領域で占める位置の極めて重要な事は衆知の事実である。従来悪性腎腫瘍の臨床症状として、血尿、疼痛、腫瘍形成の三徴候が挙げられている。而もこれらの三徴候は Trias として挙げられ、従来より臨床的症状として不可欠の症状でさえあるかの如き信頼感を臨床医に与えている。然しながら時折りこれらの症状の一部或は全く全部を欠く症例も知られている。

私達は最近、発熱と貧血のみを主訴として長期に亘つて、内科的検索ならびに対症治療に終始しつつあつた腎腫瘍症例に遭遇し、腎臓出により劇的に下熱した症例を経験したので、此処にその概略を述べ、いささか文献的考察を加え

て発表する。

症 例

患者：46才，♂ 工員。

主訴：弛張型発熱。

家族歴：特記すべき事項なし。

既往歴：生来頑健にして著患を知らず。

現病歴：約2ヶ月前より特に誘因と思われるものなく突然、39°Cの発熱あり、地方医にて種々対症治療を受けつつ、不明熱で終始していたが、発熱持続するため次第に消瘦、食思不振となり、貧血様を呈して来たので、精査を求めて本院内科に受診、内科にて約2週間、熱型その他の所見から、伝染性疾想、或は遷延性敗血症の疑で諸検査の施行と共に、抗生物質、プレドニン等を投与したが、症状緩快せず、貧血の度を加わえ、輸血、輸液、鉄剤等を投与しつつ、遂に不明熱の原因をつかみ得ず、発症以来約2.5ヶ月で本科に受

診した。本科受診に到る迄、脾腫を指摘された以外特に血尿、疼痛、腫瘤形成、その他の泌尿器科的自覚症状を欠如している。尿も頻回に検査されたが、多少の肝機能障害を認めた他に、特に病的所見を発見し得なかつた。

一般的現症：体重 47kg 体格栄養稍々不良、発熱持続のため一見消瘦の観を与える。眼瞼結膜貧血様。舌は白色苔を被る。赤血球285万、白血球8,400、血色素42%の成績で貧血可成り著明である。白血球百分率は好中球中分葉核51%、桿状核21%、リンパ球26%、好酸球1%、単球1%を示す。尿は外観黄褐色、ほぼ透明、弱酸性、糖蛋白何れも陰性、ビリルビン陰性、ウロビリノーゲン陽性、ドンネ反応陰性、沈査所見として僅少の赤血球と上皮細胞を認めるのみで特に細菌を認めない。便は潜血反応陰性、寄生虫卵は塗沫集卵何れも陰性、血液培養反応陰性、ウィダール反応陰性、尿チアゾ反応陰性、血清蛋白6.6% B.S.P. 30分6%、45分2%、血沈1時間値154耗、2時間値156耗。平均値116耗、内科的には熱型が38~39°Cの弛張熱である点、多少の脾腫を証明する点より、チフス、マラリヤ、敗血症等を疑いつつ経過をみたのであるが、全く泌尿器科的な訴えなきも、排他的診断を求めて当科を訪れたものである。

泌尿器科的現症：

右腎は触れ得ず 左腎肋部に稍々硬い脾縁を思わせる抵抗があり、圧痛を認める。明らかに腎とられる抵抗を触知し得ない。下腹部、その他外性器は特に異常を認めない。尿所見は先に記載の通りで著明な病像を得ない。膀胱鏡所見は粘膜全く正常で左尿管口稍々上方に牽引されている他特に病的所見を認めない。青排泄は右側は初発2/17"以後順調であり左側は15分に到るも認められない。

単純X線撮影に於いて結石異物を認めず、排泄性腎盂撮影、後腹膜腔ブノイモーレンにて、右腎は正常像を得たが、左腎は腎盂腎蓋像、並に腎外観を全く描出し得ず(図1.2.)、逆行性カテーテリスムスを行うも左腎への挿入不能で、これも亦像を描出し得ず。P.S.P. 試験で15分32%、30分21%、60分25%、90分15%、120分8%と排泄状態良好である。24時間排泄尿量平均 1300cc。

以上の所見より左腎機能障害は一応考えられたが、X線的に診断の根拠となり得る材料なきままに、あらゆる手段にかかわらず下熱せぬ不明熱の原因究明のため、試験開腹を兼ねて左腎部を開き、腎癌を決定してこれを剔出した。

手術所見：

腰麻下に左側腰部斜切開にて肋骨切除を併用して型の如く剔出した。尚剔出に当り腎門部周囲に大小無数のリンパ腺腫大を認めた。腎上極は強固な癒着が存在し、副腎と腎の上極境界不鮮明で、これをお互いに剥離する事困難であつた。比較的鋭的にこれを剥離すると実質性の出血を来し止血に稍々困難を覚えた。図4に見られる如く上極を鋭的に剥離したため一部実質の破壊を生じたので上極の一部、副腎と思われる残存部を完全に剔出し、完全な止血を殆どした。併わせて腎門部周囲リンパ腺、後腹膜腔腫大リンパ腺を可及的清掃して術創を閉じた。剔腎は17×8×7cm, 620g、殆んど腫瘍組織で被われ、下部に僅かに腎実質を認めるのみである。尿管は特に異常を認めず。

尚剖面上極に於いて壊死破壊巣を認め、特に脆弱である他、一般に黄赤褐色脆弱であつた(図3, 4)

組織学的所見：

一般に間質に乏しく殆んど腫瘍組織で充満され、網状に發育して泡巣状形態を示す。腫瘍細胞は一般に胞体が明るく、所謂定型的な明細胞型 clear cell adenocarcinoma の所見を示す(図5)

術後経過：

術後1週間油性ペニシリンを使用した。他に何等薬物を使用しなかつた。施術翌日より劇的に下熱、1週にして抜糸、術後10日にして術創治癒、全く発熱を認めなかつた。術後25日よりX線深部治療200r×15=3000rを施行した。術後1ヶ月頃より腰痛を訴える様になり、検査の結果、第2腰椎椎体破壊を認め、癌転移巣を発見した。腫々対策を構じたが術後81日にして癌性腹膜炎をも併発して遂に鬼籍に入つた(図6, 7)。

考 按

腎腫瘍は臨床症状として初期に於いて、稀れに血尿をみる他、殆んど自覚症状を示さないのを普通とされている。且つ無症候のまま長年月経過する事あり、死後剖検にて偶然に発見される事も少なくないとされている。所謂臨床症状を明瞭に示す時は既に腫瘍の増大を示す場合である。従来一般に腎腫瘍の臨床症状として血尿、腎腫、疼痛、圧迫及び附屬症状、転移、悪液質、其の他の全身症状を挙げ此の中、血尿、腎腫、疼痛を本症の3主徴候とされている。然しながら実際問題として以上の3主要症状が揃つて発現する比率は比較的少なく、諸家の統計の示す所によると、Fischer (1933) 36%、赤坂 (1943) 17.9%、佐藤 (1933) 34.4%、佐

表1. 初発症状としての

血 尿		腎 腫 瘍		腎 疼 痛	
Hyman	41.8%	Woodsack	47.6%	Hyman	27.5%
Gasparian	29.5	Hyman	75	佐谷・山本	1.9
Honstein	90	Gasparian	96	Fischer	2.6
Young	83.7	Albarran	84	佐 藤	0
Pleschner	61	Israel	96.4	赤 木	14.3
Albarran	75.3	佐谷・山本	76.3	柿 崎	3.3
Ljunggren	67.4	赤 木	14.3		
Jocelyn	90	柿 崎	46.6		
Fischer	78.9	赤 坂	20.5		
Nagel	75				
Burns	半数以下				
Barrett	66.6				
Norman	59				
佐谷・山本	50				
佐 藤	87.5				
赤 木	44.4				
柿 崎	66.5				
赤 坂	61.2				

(註) 久住・向來の表より

谷 (1943) 30.1%, Norman (1947) 7%, 赤木 (1954) 21.4%, 柿崎 (1957) 6.6% 等々であり, 一般に 6.6%~36.8% 程度である. 又諸家の示すこれらの主症状の各頻度は表(1)に示す程度である. 多くは表に示す様な症状が単独にか, 或は種々の組合わせて発現するわけである.

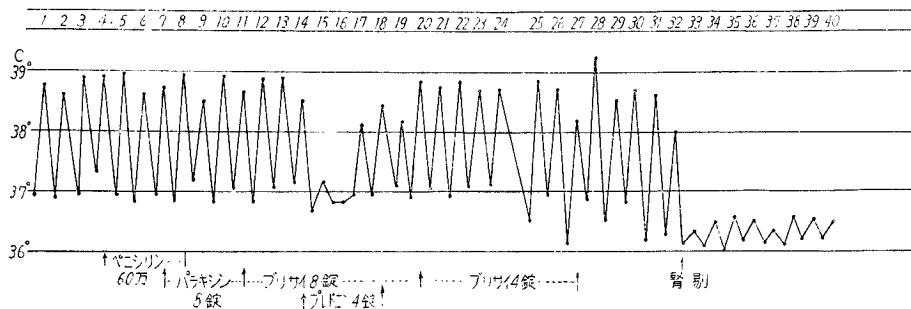
前述の如くむしろ主要症状が揃つて発現する事は, 悪性腫瘍の晩期症状と考えられている. 然しながら他の症状が重視されるわりに, 発熱に関しては余り関心が向けられていない様に考えられる. 発熱を初発症状とするもの, 又発熱を唯一つの臨床症状とするものは比較的稀れとされている. 悪性腎腫瘍に発熱を合併するものは諸家の統計によると表(2)に示す如く 4.9~62.5% の中で認められている. 檜原はこの点に特に留意して, 詳細に検査すると訴えなきにかかわらず, 16例中11例即ち 62.5% に発熱を発見した

表2. 腎腫瘍と発熱

Israel	1896	146例中	18.2%
Young	1926	44	9.1
McCague	1940	66	56.1
Griffths	1949	103	11.7
Clarke	1956	36	27.8
佐谷・山本	1943	219	11.4
赤 坂	1943	59	10.4
檜 原	1957	16	62.5
富 川	1959	41	4.9

と述べている. 熱型は, 微熱, 間歇熱, 弛張熱と一定しないが, 組織像との関聯性を追求した所, 副腎腫 5 例 45% は微熱であり, 弛張熱を示した副腎腫は 3 例 27% であり, 腺癌, 肉腫各 1 例である, 又間歇熱の 1 例は肉腫であつたと云

表3. 入院後の熱型入院前約1ヶ月余同型の発熱持続



う、又発熱を唯一の症状とした腎腫瘍として発表されている神原、中村の例、久住、向來の例、更に今井の例、何れも 38°C の弛張熱を認めている。私達の症例も熱型が示す通りの定型的な弛張熱を示している（表3）先述の橋原が示した62.5%と云う高率の発熱頻度は特に此の点に留意して調査した結果生まれた成績であつて、16例の腎腫瘍患者で、患者自身として発熱を訴えたものは1例もなく、所謂血尿、腫瘤、腰又は側腹痛を主訴或は症状として入院し、術前に既に腎腫瘍の診断を下し得た症例であると述べている。此の点から考えてみても、発熱が唯一の症状となる症例は僅少であろうが、腎悪性腫瘍と発熱の關聯性は可成り重要視されてよい問題だろうと考える。抑々腎腫瘍と発熱との關聯に最初に着目したのは Israel, J. (1896) で、彼は嘔気、嘔吐及び食思欠乏と共に数カ月持続した消耗熱を呈した43才の男子症例に於いて巨大な右腎肉腫剔除後直ちに下熱、腫瘍の再発と共に再び叙上の症状を現わした例を報告した。彼の施術副腎腫146例に於いて18.2%に発熱を認め、而も数例に於いては可成りの期間発熱が唯一の自覚症状であつたと述べている。報告された諸家の症例に依ると、その多くは発熱を合併症として認めたが或は主症状としたものであるが、これらの何れも腎剔除により定型的な遠隔転移巣がない限り下熱を認めている。私の症例もほぼ2カ月余り不明熱として対症治療、原因追求に日を費やしたものであるが腎腫瘍剔除により劇的に下熱したものである。これは要するに明らかに腎腫瘍の存在が発熱と重要な關聯性があると認めざるを得ない。この

発熱と腎腫瘍の關係について諸家の述べる原因説はあく迄も憶測乃至推定の域を出ない様である。即ち Israel (1898) の腫瘍内に於ける特殊発熱物質説、Nicholson (1927) の腫瘍に由来する蛋白様物質の吸収、或は感染、Voeleker (1927) の腎盂炎の併発、腫瘍の崩壊物質の吸収、出血の吸収熱、Creedy (1940) 特殊腫瘍代謝産物、McCague (1940) の腫瘍組織よりの代謝産物吸収によるアナフィラキシー現象、Deming (1954) の腫瘍内出血によるヘマチン吸収、腫瘍よりの毒素分泌、感染発熱中枢への転移等々である。最近橋原は教室症例16例の腎悪性腫瘍に対して、特に発熱に留意して調査した結果、その62.5%に種々の型の発熱を認め、特に副腎腫は発熱を伴い易いと述べ、その原因に関して種々検索したが決定的因子を見出し得なかつたと記載している。尚発熱と共に多くの症例に貧血が認められた点を強調している。

私達の症例は所謂泌尿器科の主訴及び臨床症状が殆んど認められず、ただ発熱と貧血のみを外観的症状として現わしたため、この2点に対する原因究明に主として内科的見地から取り扱われて来たため稍々発見の遅れた恨みがなきにしもあらずと云う感を与える。膀胱鏡的に左腎の青排泄廃絶と、ウログラムの影像描出不能、左腎部の抵抗性圧痛（始めは脾腫を疑つた）、高度の進行性貧血等より悪性腫瘍を疑つて開腹、これを決定剔除したわけである。剔除腎は前述の如き外観性状を示し（写真参考）、腎上極には破壊、壊死巣を認めた。尚腎門部を中心として後腹膜腔リンパ腺腫が著明であつた。術

前の検査所見に於いて軟部組織、骨、臓器に明瞭な癌転移巣に認め得なかつたにもかかわらず、術後1カ月にして早くも第2腰椎、椎体に骨破壊像を認め、深部治療、抗癌製剤投与も殆んど効なく、腹水も発生、術後21日にして鬼籍に入つた。本症例は術前約2カ月余持続した弛張熱が、腫瘍剔出により、全く劇的に下熱し、晩期症状としての腹水併発を認める迄、平熱を保持した点、腫瘍自身に或は腫瘍存在による關聯性因子にその発熱の因を求めざるを得ない。この点に関して前述の如き種々の仮説が考えられるわけであるが、決定的因子として明瞭に挙げ得るだけの根拠をつかみ得なかつた。ただ本症例に於いて云い得る事は、腫瘍の存在が発熱の原因であつたと云う事と、術前に於ける高度の貧血が輸血により容易に快復した点、術後進

行性貧血の停止より、腫瘍存在が貧血の因子であつたと云う2点である。

私達はこの症例に遭遇して、文献的に同一症例と思われる報告を参考にして、そこに何か共通の因子がつかみ得ないかと希望したが、やはり発熱因子としての決定的な因子はつかみ得なかつた。こころみに教室最近10年間の腎腫瘍剔出患者16例について特に発熱に重点をおいて観察してみたが、16例中7例に発熱、間歇熱、弛張熱を認め約43.8%の比率を得た。この比率は別表(2)に示しこ腎腫瘍の発熱の頃を参考にすると、檜原の62.5%、McCagueの56.1%に次ぐ高率である。なお別表(2)に示す程度の比率であり、明らかに腎腫瘍の重要な一症候と考え得るものである。

教室16例中7例の内容は表4に示す通りであ

表4. 発熱を認めた腎腫瘍患者
(久留米大学、泌尿器科教室最近10年間、腎腫瘍剔出症例16例中7例43.8%)

症 例	組 織 像	主 訴	主 症 状			熱 型		尿沈渣		症状より受診まで	剔 出 腎			備 考
			血尿	腫瘍	疼痛	術 前	術後	膿球	細菌		重 量	部 位	癒着	
59才 ♂	左 副 腎 腫	血 尿	+	-	-	微 熱	平熱	卅	+	3年	690g	下 極	卅	4ヶ月後肝転移死亡 術後死亡
59才 ♂	右 腺 癌	右側腹痛	+	-	+	微 熱	平熱	+	-	3ヶ月	322g	腎 孟	+	
3才 ♂	左ウイルス	左側腹痛	+	+	+	弛張熱		+	-	10日				
54才 ♂	左 副 腎 腫	血 尿	+	-	-	弛張熱	平熱	+	+	5日	420g	上 極	+	
60才 ♂	左 副 腎 腫	尿 濁	-	-	+	間歇熱	平熱	+	+	4ヶ月	750g	全 極	卅	
32才 ♂	右 副 腎 腫	血 尿	+	-	+	微 熱	平熱	+	+	1日	520g	上中極	卅	
43才 ♂	右 副 腎 腫	血 尿	+	-	+	微 熱	平熱	+	+	3ヶ月	370g	全 極	卅	

るが、7例とも男子であり、何れも自覚症としての発熱は訴えず、7例中6例迄が血尿を主症状とし、1例のみ疼痛を主訴としている。7例中微熱4例、弛張熱2例、間歇熱1例であつた。術後死亡例を除いて全例が腎剔出により平熱に復している。組織的に7例中5例迄副腎腫であり、他に腺癌1例、ウイルス腫瘍1例を認めている。この表のみについて云えば副腎腫が多い結果であるが、全症例16例中においても腺癌5例、乳嘴腫1例、ウイルス1例、副腎腫9例と云う比率を示し、腫瘍組織像としてはやはり副腎腫は発熱を伴い易いと云う結果にな

る。

この事実は檜原も指摘しているが、腎腫瘍の絶体的多数が副腎腫である事実よりすれば、当然の結果であつて、副腎腫なるが故に発熱を伴うと云う根拠とはし難いと考えらる。

次に尿沈渣に細菌を認めた症例は7例中5例であつて、この事は所謂尿路感染を当然考えさせられる。然しながらこれとて、腎に腫瘍があれば当然上部尿路の機能的、器質的変化の結果、多少の細菌感染はまぬがれない運命であつて、全例にかかる現象と発熱が一致すればともかく、16例中7例に認めた発熱と尿中細菌の直

接的な関係とは断じ難い。次に剔出腎の腫瘍侵襲部をみるに、16例全例と発熱を認めた7例を比較してみると、比較的侵襲部の多い症例、即ち全極、或は上・中極と云う様な症例が発熱を伴い易い様に考えられる。この事は Israel, Nicholason, Voeleker, Creeve, McCague, Deming 等が述べる説を多少裏づけるものだろうかと考える。即ち腫瘍侵襲部が広範囲に及ぶ程、腫瘍崩壊物質の吸収、出血の吸収、代謝産物のアナフィラキシー現象、感染への促進等を考えられるわけである。

以上教室最近10年間の腎腫瘍剔出症例について、発熱因子について特に追求してみたが、決定的因子はつかみ得なかつた。ただ腎悪性腫瘍の場合に発熱は見落す事の出来ない重大な臨床症状であると言う点を再確認した。

それと共にこの発熱因子に関して、組織的に比較的副腎腫に多いと言う点、更に肉眼的所見として侵襲部の拡大する程発熱を伴い易いのではないかと云う2点は考えられる問題ではないかと思う。

次に本症の転移に関して本論の目的ではないが、簡単に述べる。本腫瘍の転移頻度に就いては、Lubarsch の統計によると115例中93例、即ち81%に認められている。細別すれば、肺57.0%、リンパ腺40.7%、骨32.3%、肝27%、腎23.8%、肋膜20.4%、副腎17.2%、腹膜及び網膜13.0%、脳8.6%、甲状腺6.4%、脾4.3%、睪・卵巣・腸・精囊・筋肉・心臓各2.1%、咽頭・皮膚・脊髓・胃・脳下垂体・輸尿管・硬脳膜各1%と云う事を記載している。本邦の報告は斉藤(1953)の415例中転移記載明確なもの106例で約25.6%と述べている。転移の経路は一般悪性腫瘍に準ずるが、主として血行性であると言うのが諸学者の一致した意見の様である。

総括及び結語

長期間 38.0°C~39.0°C の不明弛張熱と貧血を主訴とした46才の男子症例に於いて、左腎悪性腫瘍の診断で剔出し、術後劇的に平熱に復し、一時全身状態快復に向つたが、術後1カ月

余にして第二腰椎椎体癌転移、更に腹水併発、術後81日で不幸な転帰を辿つた1例について報告した。本症の如き泌尿器科的自覚症状、他覚的症狀僅少にして、不明の発熱と貧血を訴える症例においては、一応悪性腫瘍に想を至す必要性を痛感したので、此の機会に多少の文献的考察を加え、併せて教室最近10年間の腎腫瘍剔出患者について特にその発熱に重点を置いて調査しその概要を発表した。

1) 46才男子の長期不明熱弛張熱及び貧血症例において左腎悪性腫瘍剔出により、劇的な下熱を認めた。

2) 術後1カ月余にして定型的な骨転移(第2腰椎椎体を)認め術後81日にして不帰の客となつた。

3) 教室最近10年間の腎腫瘍剔出患者は16例であつて、術前に発熱を認めた症例は7例で43.8%であつた。7例中術後死亡例を除いては全例に剔出後下熱を認めた。

4) 腎悪性腫瘍と発熱因子について追求してみたが、組織学的には比較的副腎腫に多いと言う点と、侵襲部位が拡大する程発熱を伴い易い傾向があると云う点を考えてみる必要があると思う。

5) 原因不明の発熱と貧血は腎悪性腫瘍に於いて、重要な症状となり得る点を強調したい。

(稿を終るに当り、主任重松教授の御高閣に感謝致します 併わせて八幡市立病院内科重森博士の御協力に感謝致します。)

文 献

- 1) 赤坂：日泌尿会誌，**35**：240，1953.
- 2) 柿崎：日泌尿会誌，**48**：245，1957.
- 3) 佐藤：日泌尿会誌，**22**：357，1933.
- 4) 佐谷・山本：日泌尿会誌，**35**：22，1943.
- 5) 赤木：日泌尿会誌，**45**：24，1954.
- 6) 檜原：治療，**40**：589，1957.
- 7) 神原・中村：皮と泌，**19**：387，1956.
- 8) 久住・向來：臨床皮泌，**14**：367，1960.
- 9) Creeve, C. D.: J.A.M.A., **92**：1256, 1929.
- 10) Deming, C. L.: Campbells Urology, Vol. 2, pp. 956, 1954. Saunders Comp., Philadelphia and London.

11) 齊藤：通信医学，6：26，1953.

13) 富川・他：皮と泌，19：345，1957.

12) 高井：臨床皮泌，10：937，1956.

14) 今井：皮と泌，23：86，1961.



図1. 術前腎部及腰椎単純撮影.

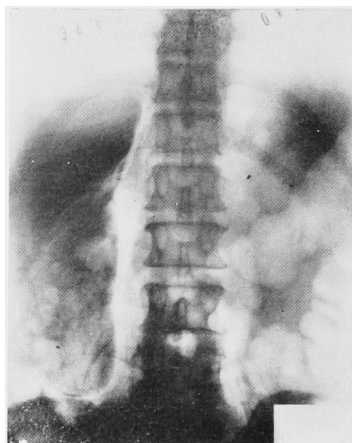


図2. 後腹膜腔プノイモーレン.

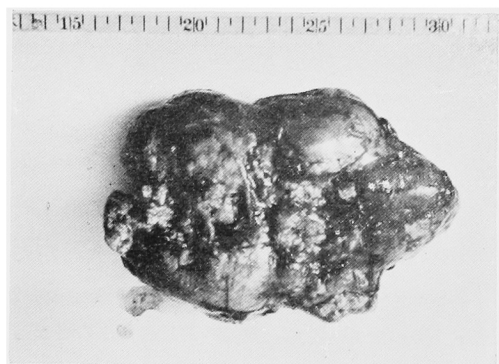


図3. 剔出腎表面.



図4. 剔出腎剖面.

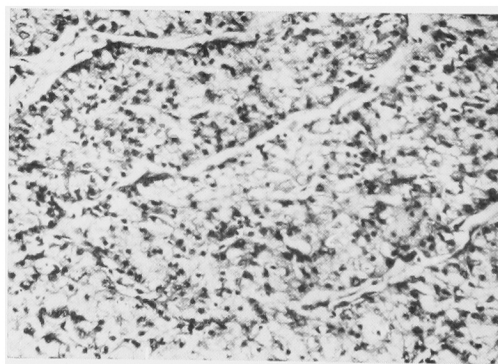


図5. 剔出腎組織学的所見.

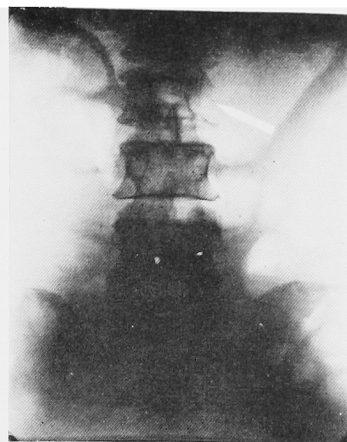


図 6

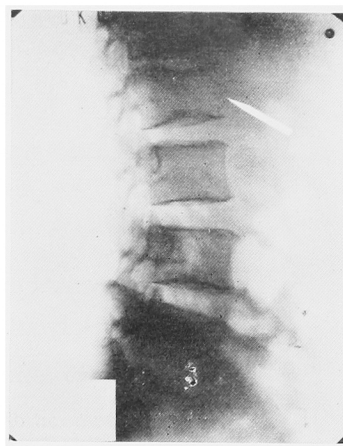


図 7

(註) 術前単純撮影X線【参照の事
第二腰椎体転移像（前後及左右像）

/

健保採用

止痒・鎮咳に

微量で効果が期待できる

ARM-3

強力抗ヒスタミン剤

アリメジン

(アリメマジン中性酒石酸塩)

第一製薬
東京・日本橋

—文献進呈—

包装

(100倍散)	25g	100g	500g
錠(2.5mg)	20錠	100錠	
シロップ(0.5%)	500cc		