

重 複 癌 の 4 例

—尿路移行上皮癌と他臓器悪性腫瘍との組合わせ—

金沢大学医学部泌尿器科学教室（主任：黒田恭一教授）

大	川	光	央
島	村	正	喜
山	川	義	憲
宮	崎	公	臣
松	浦		一

MULTIPLE PRIMARY MALIGNANT TUMORS

—FOUR CASES OF TRANSITIONAL CELL CARCINOMAS OF THE
URINARY TRACT AND THE OTHER MALIGNANT TUMORS—Mitsuo OHKAWA, Masayoshi SHIMAMURA, Yoshinori YAMAKAWA,
Kimiomi MIYAZAKI and Hazime MATSUURA*From the Department of Urology, School of Medicine, Kanazawa University
(Director: Prof. K. Kuroda, M.D.)*

Multiple primary malignant tumors occur more frequently than one would suspect, but uncommon yet in the urological practice in Japan.

Here reported are four cases of double primary malignant tumors as follows:

Case 1 was a 87-year-old woman with gastric cancer (adenocarcinoma) and bladder cancer (transitional cell carcinoma).

Case 2 was a 66-year-old man with bladder cancer (transitional cell carcinoma) and cancer of the bile duct (adenocarcinoma).

Case 3 was a 71-year-old man with cancer of the renal pelvis (transitional cell carcinoma) and laryngeal cancer (squamous cell carcinoma).

Case 4 was a 42-year-old woman with metastatic malignant melanoma of the lymph node, the primary lesion being unknown, and bladder cancer (transitional cell carcinoma).

緒 言 症 例

重複癌 (double cancers) あるいは原発性重複癌 (primary multiple carcinomas) は原発性重複悪性腫瘍 (primary multiple malignant tumors) と呼ばれ、最近では以前に考えられていたほどまれなものではなくなったが、それでも個々の組合わせについてみればその発生頻度はかなり低い。われわれは一方が尿路の悪性腫瘍である重複癌の4例を経験したので報告する。

症例1 ○田○さ, 87才, 女, 無職.

初診: 1972年9月21日.

主訴: 乏尿.

家族歴: 子2人に糖尿病あり.

既往歴: 80才ごろより高血圧を指摘されていた。また, 1967年5月ごろより全身倦怠感, 食思不振を認めた。当院第2外科で胃癌と診断され, 同年8月29日胃部分切除術を施行された。

病理組織所見：胃大弯側に 11×12×2 cm の腫瘍が認められ、組織は胃腺癌〔C at III, S at 3, I nf γ, ss, so, ly 2, Vo, n(-), ow(-), aw(-)〕の所見であった (Fig. 1)。

そのご再発も認められず、経過は順調であった。

現病歴：1972年9月2日ごろより微熱、悪心が出現し、某医にてリンコシン、カナマイシンの注射を受けたが改善みられず、ついで嘔吐、便秘が出現したので腸閉塞の疑いで9月12日当院第2外科へ入院した。入院後排便があり、腸閉塞症状の改善がみられたが9月15日より昏睡状態となったため、9月18日当院第1内科へ転科した。中等度の貧血、尿蛋白(+)、尿沈渣にて赤血球が多数認められ、尿量は 100~900ml/日、BUN 92 mg/dl、血清クレアチニン 7.7 mg/dl であり、これらの所見より胃癌の再発、転移による腎後性の乏尿、または腎盂腎炎にカナマイシンなどの薬剤の影響が加わって急性腎不全をきたしたものと考えられ、泌尿器科的精査を目的として来科した。膀胱症状などについては判然としなかった。

現症：患者は嗜眠状態であり、体格は中等で、眼瞼結膜に中等度貧血が認められ、右季肋下部に表面平滑な腎の下極が触知された。

膀胱鏡所見：膀胱容量は 200 ml で小さく、三角部を基部として小くろみ大の広基性腫瘍が認められた。腫瘍の表面は細顆粒状で、また右尿管口部に凝血塊が認められた。

X線学的検査：腎膀胱部単純撮影には異常は認められなかったが、IVP はもちろん DIP 60分にも両側腎盂腎杯の描出は全く認められなかった。

以上の所見より膀胱腫瘍による腎後性乏尿が考えられたので当科へ転科した。

入院時検査成績（当院第1内科入院中のものも含む）：血色素72%，赤血球数 $355 \times 10^4/\text{mm}^3$ 、白血球数 $12,000/\text{mm}^3$ 、白血球像では好中球増多が認められ、血小板数 $128 \times 10^3/\text{mm}^3$ 、出血時間4分30秒、凝固時間開始4分、完了10分30秒、尿はわら黄色で蛋白(+)、糖(+)、ケトン体(±)、ウロビリノーゲン(正)、沈渣では赤血球多数、白血球 5~6/1 VF、細菌(-)。肝機能検査では血清総蛋白量 6.4 g/dl、A/G 比 1.87、血清蛋白分画（セルロースアセテート法）は albumin が 65.2%、globulin が α_1 4.3%、 α_2 13.0%、 β 6.5%、 γ 11.0%、黄疸指数 6 単位、ZTT 2.4 単位、TTT 1.2 単位、アルカリフォスファターゼ (Bessey-Lowry) 1.5 単位、GOT 15 単位、GPT 13 単位、LDH 641 単位、血清電解質は Na 128 mEq/l、K 6.0 mEq/l、Ca 4.2 mEq/l、Cl 93 mEq/l、無機リン 4.8 mg/dl。腎機能

検査で BUN 92 mg/dl、血清クレアチニン 8.3 mg/dl、尿比重 1.008~1.010。血清梅毒反応(-)、CRP(+)、血漿フィブリノーゲン量 278 mg/dl。空腹時血糖 81 mg/dl。赤沈値1時間 10 mm、2時間 18 mm。血圧は 190~210/80~100 mmHg。

転科後ただちに右腎瘻術および膀胱高位切開にて腫瘍試験切除および出血部位の電気凝固術をおこなった。

病理組織所見：試切標本は腫瘍細胞塊より成り、細胞の大小が軽度にもみられる浸潤性の移行上皮癌 (grade II) であった (Fig. 2)。

術後尿量は増加し、血液化学所見も改善し、同年11月6日 BUN 23 mg/dl、血清クレアチニン 1.3 mg/dl となり一時退院したが、1973年3月11日悪液質および尿毒症のため他医で死亡した。

症例2 ○野○太○、66才、男、飲食業。

初診：1971年11月25日。

主訴：血尿。

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：33才のとき右鼠径ヘルニア手術、50才のとき虫垂切除術。

現病歴：1971年9月頃よりときどき無症候性血尿を認め来科。

現症：体格は中等で、右鼠径部および回盲部に手術痕を認める以外特記すべき所見は認められなかった。

膀胱鏡所見：膀胱容量は 200 ml で小さく、膀胱頂部やや後壁にえんどう大の乳頭状の腫瘍が認められた。

入院時検査成績：血色素76%，赤血球数 $370 \times 10^4/\text{mm}^3$ 、白血球数 $6,800/\text{mm}^3$ で白血球像には異常は認められず、血小板数 $160 \times 10^3/\text{mm}^3$ 、出血時間1分30秒、凝固時間開始6分30秒、完了14分30秒。尿はわら黄色で蛋白(-)、糖(-)、ウロビリノーゲン(正)、沈渣では赤血球 0~1/1 VF、白血球(-)、細菌(-)。肝機能検査では血清総蛋白量 6.6 g/dl、A/G 比 1.81、血清蛋白分画（セルロースアセテート法）は albumin が 64.4%、globulin が α_1 2.2%、 α_2 6.7%、 β 6.7%、 γ 20.0%、黄疸指数 4 単位、ZTT 9.0 単位、TTT 4.7 単位、アルカリフォスファターゼ (Bessey-Lowry) 1.3 単位、GOT 17 単位、GPT 19 単位、LDH 288 単位、血清電解質は Na 145 mEq/l、K 4.8 mEq/l、Ca 4.7 mEq/l、Cl 115 mEq/l、無機リン 3.4 mg/dl。腎機能検査で BUN 21 mg/dl、血清クレアチニン 1.1 mg/dl、PSP 15分値 27.0%、120分値 60.0%、濃縮試験最高比重 1.030。血清梅毒反応(-)、CRP(-)、血漿フィ

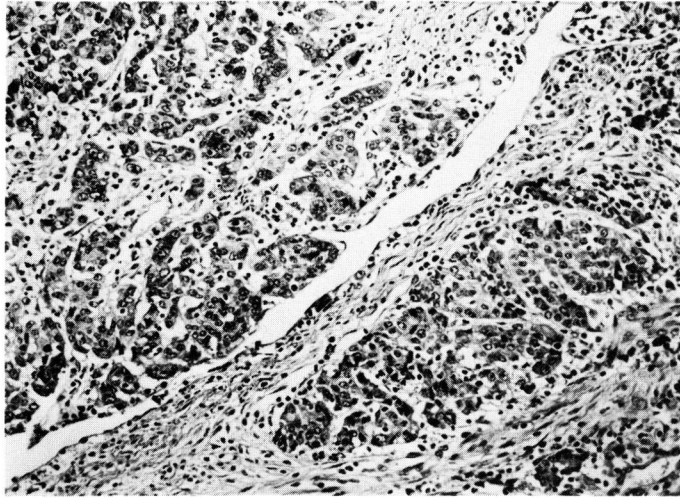


Fig. 1. 胃腺癌（症例1）（H.E. 染色， 5×20 ）

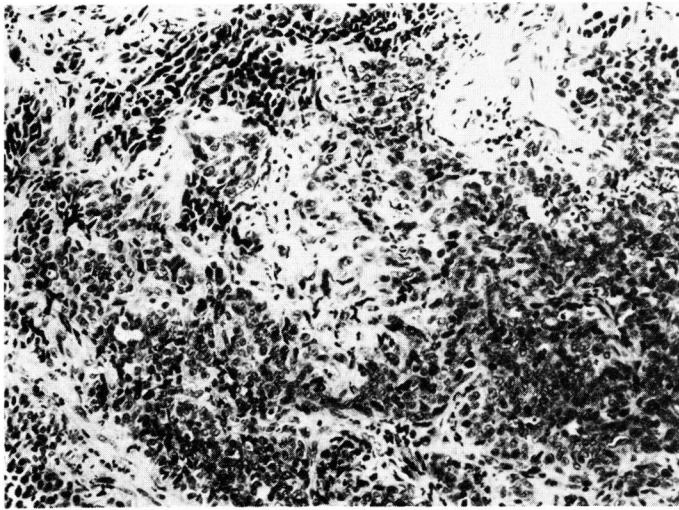


Fig. 2. 膀胱移行上皮癌（症例1）（H.E. 染色， 5×20 ）

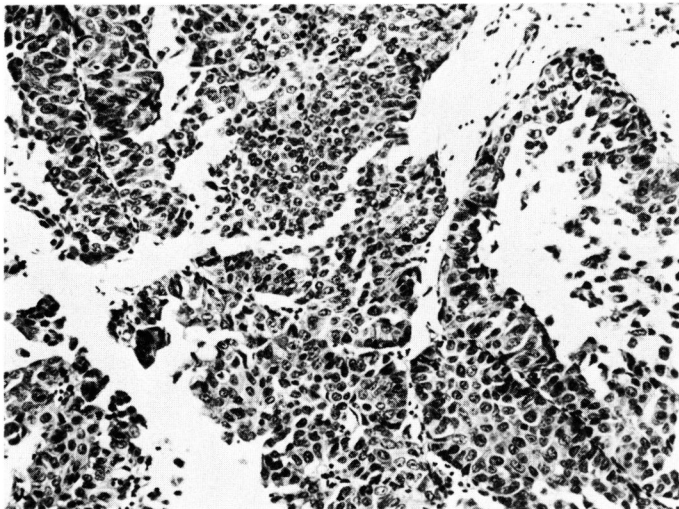


Fig. 3. 膀胱移行上皮癌（症例2）（H.E. 染色， 5×20 ）

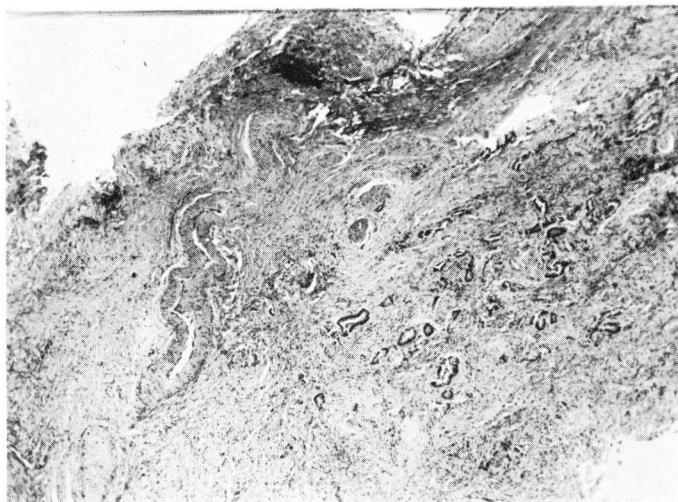


Fig. 4. 胆管腺癌（症例2）（H.E. 染色， 5×10 ）

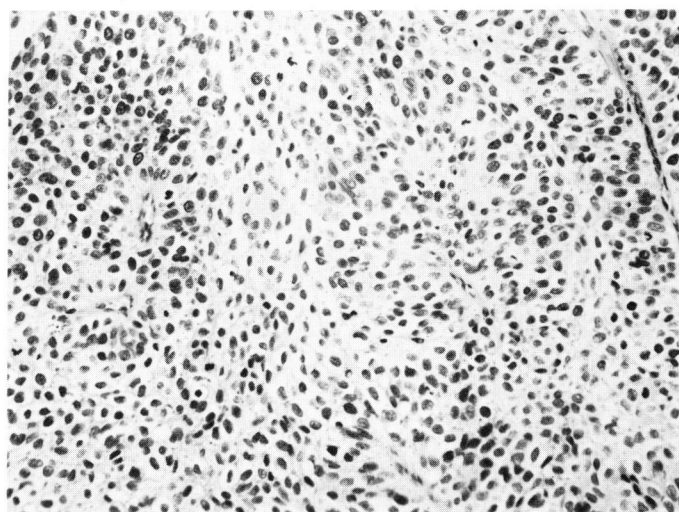


Fig. 5. 腎盂移行上皮癌（症例3）（H. E. 染色， 5×20 ）

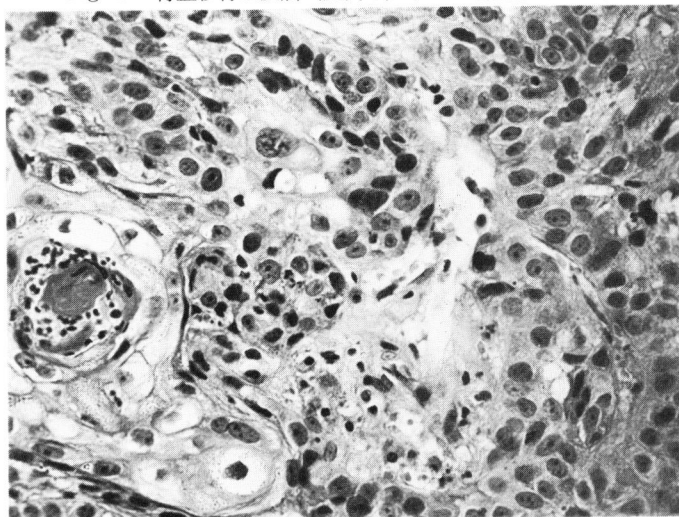


Fig. 6. 喉頭扁平上皮癌（症例3）（H. E. 染色， 5×40 ）

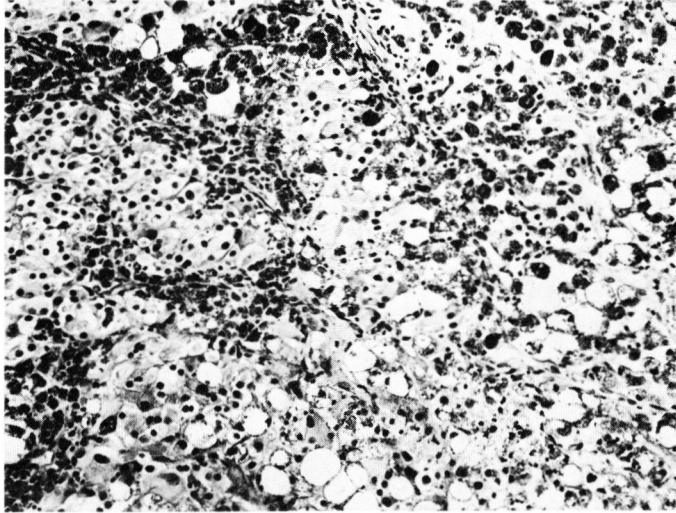


Fig. 7. リンパ節転移性悪性黒色腫（症例4）（H. E. 染色，5×20）

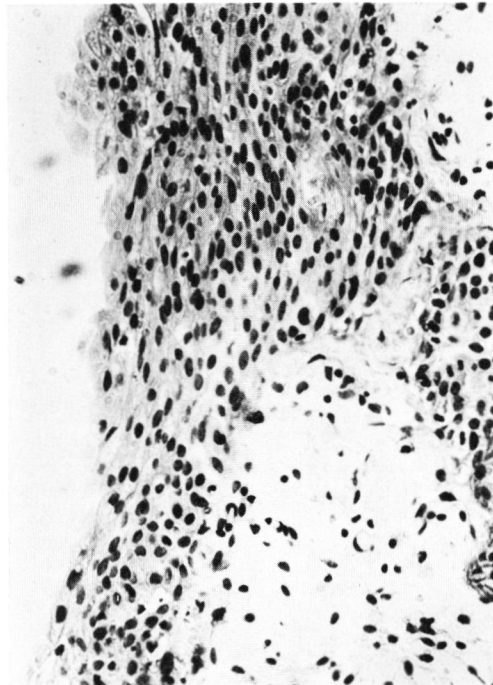


Fig. 8. 膀胱移行上皮癌（症例4）（H. E. 染色，5×40）

ブリノーゲン量 255 mg/dl, 赤沈値 1時間 10 mm, 2時間 22 mm, 血圧は 124/64 mmHg.

X線学的検査：腎膀胱部単純撮影では異常は認められず，IVP で両腎機能，形態とも正常であった，膀胱撮影では異常は認められず，骨盤動脈撮影でも特記すべき変化は認められなかった。

同年12月17日 TUR Bt をおこなった。

病理組織所見：腫瘍は乳頭状の移行上皮の増殖より

成り，上皮細胞は常より大型であるが，異型性，核分裂像はほとんどなく，組織が小さいため正確な所見をとりにくいが，移行上皮癌（grade I）と考えられた（Fig. 3）。

術後経過は良好で同年12月28日退院し，そのご月1回テスバミン 40 mg 膀胱内注入にて再発予防に努めた。

1972年4月ごろより黄疸を認め，当院第2外科で同

年5月23日胆管癌の診断のもとに肝十二指腸吻合術を施行された。また腫瘍は肝管にもおよんでおり不完全切除にとどまった。

病理組織所見：肝管はほぼ全域にわたり、また一部総胆管に円柱上皮の不規則な腺腔を形成する腫瘍細胞の浸潤、増殖がみられ、胆管原発の腺癌の所見であった (Fig. 4)。

第2外科入院中の同年6月29日膀胱癌に対する定期検診のため当科を受診し、膀胱頂部で前回よりやや右後壁よりいへんどう大の腫瘍の再発を指摘され、転科のうえ同年7月5日 TUR Bt を施行した。

腫瘍の組織所見は、前回よりやや悪性度の高い移行上皮癌 (grade II) であった。

その後も膀胱腫瘍に対してテストステロン 40 mg 月1回膀胱内注入をおこない、また第2外科で胆管癌について経過観察中である。

症例3 ○島○郎, 71才, 男, 町長。

初診: 1972年1月6日。

主訴: 血尿。

家族歴: 特記すべきことなし。

既往歴: 58才頃より糖尿病を指摘されていた。また、1966年9月2日嗄声の訴えで当院耳鼻咽喉科を受診し、右喉頭のポリープを指摘され同年10月3日喉頭ポリープ切除術を受けた。

病理組織所見: 摘出標本は、上皮内層にところどころ大型濃染核、細胞分裂像を示す上皮内扁平上皮癌の所見であった。

術後 Co⁶⁰ 300 r×20回照射が施行され、その経過は順調であった。

現病歴: 1970年11月ごろより、無症候性血尿を認め来科した。

現症: 体格は中等、触診上前立腺に軽度肥大が認められる以外に特記すべき所見は認められなかった。

入院時検査成績: 血色素 88%, 赤血球数 $445 \times 10^4 / \text{mm}^3$, 白血球数 $6,400 / \text{mm}^3$, 白血球像には異常は認められず、出血時間 2 分, 凝固時間開始 6 分 30 秒, 完了 15 分。尿は暗赤色で混濁し、蛋白 (+), 糖 (+), ウロビリノーゲン (正), 沈渣では赤血球無数, 白血球 2~3/1 VF, 細菌 (-)。肝機能検査では血清総蛋白量 8.2 g/dl, A/G 比 0.52, 血清蛋白分画 (濾紙電気泳動法) は albumin が 34%, globulin が α_1 6%, α_2 11%, β 14.5%, γ 34.5%, 黄疸指数 5 単位, ZTT 6.4 単位, TTT 2.2 単位, アルカリフォスファターゼ (Bessey-Lowry) 2.7 単位, GOT 24 単位, GPT 30 単位, LDH 320 単位。血清電解質は Na 136 mEq/l, K 4.5 mEq/l, Ca 4.4 mEq/l, Cl 101 mEq/l, 無機リン

3.4 mg/dl。腎機能検査で BUN 15 mg/dl, 血清クレアチニン 1.0 mg/dl , PSP 15 分値 26%, 120 分値 72%。血清梅毒反応 (-)。血漿フィブリノーゲン量 315 mg/dl。空腹時血糖 97 mg/dl, 赤沈値 1 時間 58 mm, 2 時間 86 mm。血圧は 170/80 mmHg であった。

膀胱鏡所見: 膀胱内景には異常は認められず、血尿の部位も確認できなかった。

X線学的検査: 腎膀胱部単純撮影で異常所見は認められず、IVP では両腎とも機能は正常、形態的にも異常は認められず、DIP でも同様であった。RP で右下腎杯にいへんどう大の陰影欠損像がみられた。腹部大動脈撮影では右腎下極への血管の描出がやや不良であった。

以上の所見より右腎盂腫瘍の診断のもとに1971年3月13日右腎尿管全摘除術を施行した。

病理組織所見: 下腎杯に小指頭大の軟かい隆起性腫瘍が認められ、組織学的には腫瘍は乳頭状で移行上皮の増殖より成り、異型性、核分裂像もかなり著明な移行上皮癌 (grade III) の所見であった (Fig. 5)。

術後 MMC 4 mg×10回, 5 FU 250 mg×10回投与した。その間右咽喉頭痛を訴え当院耳鼻咽喉科を受診し、右披裂部に発赤腫脹が認められ、消炎剤の投与を受けたが改善みられず、同年5月21日同部の生検がおこなわれた。

病理組織所見: 生検組織の大部分は扁平上皮でおおわれているが、一部組織の断端が壊死に陥り、大型濃染核がみられる。異型性、核分裂像は著明ではないが、扁平上皮癌の所見であった (Fig. 6)。

耳鼻咽喉科で手術をすすめられたが、患者の都合で国立癌センターへ転院した。しかし同年8月22日糖尿病性昏睡のため死亡した。

症例4 ○木 ○, 42才, 女, 主婦。

初診: 1971年6月18日。

主訴: 泌尿器科的精査。

家族歴: 特記すべきことなし。

既往歴: 23才のとき肋膜炎 (結核性?), 41才のとき虫垂切除術。

現病歴: 1971年3月初旬に、右腋下に大豆大の腫瘍があるのに気づいた。そのごこの腫瘍はしだいに増大したので、同年6月5日当院皮膚科を受診し、小指頭大卵円形の腫瘍の切除術を受けた。

病理組織所見: 切除組織はリンパ節で、ほとんどが腫瘍で置換されており、中心部は壊死性で、腫瘍細胞は異型性があり、細胞分裂像も認められるリンパ節転移性悪性黒色腫の所見であった (Fig. 7)。

腫瘍原発巣および転移巣探索のため、泌尿器科的精

査の目的で紹介された。泌尿器科的愁訴は全く認めていなかった。

現症：体格は中等で、右腎下極をわずかに触知し、右腹下部および回盲部に手術痕を認める以外特記すべき異常所見は認められなかった。

膀胱鏡所見：膀胱容量は 300 ml で右側後壁に大豆大の乳頭状腫瘍が認められた。悪性黒色腫とは別個の膀胱腫瘍の診断で同年 6 月 28 日当科へ転科した。

入院時検査成績：血色素 95%，赤血球数 $445 \times 10^4 / \text{mm}^3$ ，白血球数 12,300 と白血球増多が認められるが、白血球像には異常はみられず、血小板数 $123 \times 10^3 / \text{mm}^3$ ，出血時間 1 分，凝固時間開始 5 分 30 秒，完了 13 分 30 秒。尿は淡黄色で蛋白（－），糖（－），ウロビリノーゲン（正），沈渣では赤血球 1/3～4 VF，白血球（－），細菌（－）。肝機能検査では血清総蛋白量 7.3 g/dl，A/G 比 1.93，血清蛋白分画（セルロースアセテート法）は albumin が 65.9%，globulin が α_1 4.5%， α_2 11.4%， β 9.1%， γ 9.1%，黄疸指数 4 単位，ZTT 1.6 単位，TTT 0.8 単位，アルカリフォスファターゼ（Bessey-Lowry）1.5 単位，GOT 20 単位，GPT 12 単位，LDH 320 単位。血清電解質は Na 143 mEq/l，K 4.2 mEq/l，Ca 4.0 mEq/l，Cl 102 mEq/l，無機リン 3.5 mg/dl。腎機能検査で BUN 11 mg/dl，血清クレアチニン 0.6 mg/dl，PSP 15 分値 35%，120 分値 78%。血清梅毒反応（－），CRP（－），血漿フィブリノーゲン量 240 mg/dl，赤沈値は 1 時間 7 mm，2 時間 18 mm，血圧は 110/70 mmHg。

X線学的検査：腎膀胱部単純撮影では異常所見は認められず，IVP で両腎の機能，形態とも正常で，排泄性膀胱像にも陰影欠損などの異常所見は認められなかった。

1971年7月7日 TUR Bt を施行した。

病理組織所見：腫瘍は乳頭状で移行上皮より成り，上皮は大型であるが異型性に乏しく，悪性度の低い移行上皮癌（grade I）であった（Fig. 8）。

そのごふたび悪性黒色腫治療のため当院皮膚科へ転科した。しかし同年11月30日悪性黒色腫の悪化のため自宅で死亡した。剖検はできず，悪性黒色腫の原発巣はついに不明であった。

考 察

Billroth (1889)¹⁾ が，異なった臓器に，異なった組織型の悪性腫瘍があり，かつそれぞれが転移を有している症例を報告するとともに重複癌の診断基準を示した。しかしこの基準は厳密かつ不必要と考えられる条件を含んでおり，必ずしも妥当とはいえないところか

ら，今日では重複癌の定義として，Warren および Gates (1932)²⁾ の提唱した基準，すなわち

- 1) 各腫瘍は一定の悪性像を呈する，
 - 2) 各腫瘍はたがいに離れた部位を占める，
 - 3) 一方が他方の転移でないことが証明されうる，
- が用いられている。

重複癌は従来まれなものと考えられていたが，本疾患への関心の高まり，診療水準の向上，医療施設間における情報交換の円滑さ，さらに剖検症例数の増加も加わって報告が増え，剖検例を含めると 1,000 例以上にのぼり，けっしてまれなものとはいえなくなった。しかしながらその組合わせによってはまれなものも少なくない。著者の一人大川は以前に尿路の移行上皮癌と胃腺癌との組合わせによる重複癌の 1 例を報告したが³⁾，今回の泌尿器科領域の癌，またそのすべてが組織学的に尿路の移行上皮癌と他臓器の悪性腫瘍との組合わせより成る重複癌の 4 例を合わせると，この組合わせの重複癌を 5 例経験したことになる。ところで尿路の移行上皮癌の大半は膀胱癌であり，腎盂癌や尿管癌の占める割合はきわめて小さい。また本邦における泌尿器悪性腫瘍の中で膀胱癌，ことに組織学的には移行上皮癌の占める割合の高いことは周知の事実である。これらのことより泌尿器悪性腫瘍を一方とする重複癌症例において，尿路の移行上皮癌，なかんずく膀胱癌が占める割合が高くなることは当然予想されるところである。

ここで泌尿器悪性腫瘍，とくに膀胱癌と他臓器の悪性腫瘍との組合わせよりなる重複癌の報告について若干文献的に考察してみる。三橋ら (1963)⁴⁾ は，重複癌の本邦例 372 例を集計しているが，その中には 29 例の泌尿器系悪性腫瘍が含まれている。そのうち膀胱癌との組合わせによる症例は 5 例である。その後も文献上，加藤ら (1966)⁵⁾ の膀胱移行上皮癌と乳腺腺癌症例，仲宗根 (1969)⁶⁾ の膀胱移行上皮癌と胃腺癌症例，寛ら (1971)⁷⁾ の膀胱移行上皮癌と胃腺癌症例，重松ら (1972)⁸⁾ の膀胱移行上皮癌と胃腺癌症例などがみられる。また尿路の移行上皮癌との関連では久保ら (1970)⁹⁾ の盲腸癌（組織所見記載なし）と腎盂移行上皮癌症例の報告がある。

いっぽう中村ら (1972)¹⁰⁾ は，1958 年より 1969 年に至る過去 12 年間における重複癌剖検例を，本邦で最も信頼できる資料とされている日本病理学会編の日本剖検輯報より Warren および Gates²⁾ の基準に従って 1,121 例を抽出し，その組合わせの詳細について検討している。それによると重複癌は，剖検輯報がはじめて刊行された 1958 年には 20 例で，剖検悪性腫瘍中に占

める割合は0.6%にすぎなかったが、1969年には219例となり、その割合は1.5%と増加している。最も頻度の高いのは消化器の癌で、とくに胃癌に他の悪性腫瘍を合併した例が476例あり、重複癌総数の42.5%を占めている。この結果は、本邦における悪性腫瘍中の胃癌の占める比率の高さ¹⁴⁾から考えても当然のことと考えられる。胃癌については、肺癌269例、甲状腺癌154例、食道癌107例、子宮癌98例、肝癌73例の順になっている。これはCook (1966)¹²⁾の報告による欧米における重複癌の発生部位とかなり異なるが、生活環境、人種による違いなどに由来するものと考えられる。また泌尿器悪性腫瘍についてみると、前立腺癌が最も多く66例を占めている。ついで腎癌の54例、膀胱癌の30例とつづいている。前立腺癌が多いのは、剖検によりはじめて見つけられたいわゆる潜在性癌が含まれるためと思われる。藤田ら (1970)¹³⁾は肺癌剖検例272例について泌尿器系臓器を検索し、重複癌が9例に認められたが、その中に前立腺の潜在性癌が5例あったと記載している。これらの組織型は腺癌で、いずれも生前問題になっておらず、転移巢の形成もみられなかった症例であったことから、剖検例において前立腺癌との組合わせの重複癌症例が多いのはうなづけるところである。ところで泌尿器悪性腫瘍との組合わせとなった悪性腫瘍についてみると、前立腺癌では20例 (30.3%)、腎癌では20例 (37.0%)、また膀胱癌では13例 (43.3%) が胃癌で、やはり胃癌が最も頻度が高い。膀胱癌についてみると、胃癌については腎癌5例 (16.7%)、肺癌4例 (13.3%) となっている。著者の経験した5症例についてみても胃癌との組合わせが3例を占めている。著者が、膀胱癌と胃癌との組合わせよりなる臨床例について調べた範囲では、自験例を含めて10例と剖検例に比し意外に少ない印象を受ける。これは重複癌そのものが最近ではそれほどまれなものでなくなったため、必ずしも報告されなかったり、また第1癌発生と第2癌発生との間隔が長く、そのため気づかれなかったり、また証明がむずかしい場合も少なからず存在することが予想される。

重複癌の発生頻度については、中村ら¹⁰⁾の結果について前述したが、馬場ら (1971)¹⁴⁾は、悪性腫瘍患者2,104例の剖検例について、最も広いわくづけで5.4%、最も狭いわくづけで3.1%であったと述べ、中村ら¹⁰⁾と同様に年々増加傾向にあることを指摘している。馬場ら¹⁴⁾の指摘したごとく、発生頻度を論ずる場合、重複癌と診断するわくづけがたいせつな問題となろう。現在一般に支持されているWarrenおよびGates²⁾の基準にしても、不明確な点が少なくない。

例えば、同一臓器に2コ以上の悪性腫瘍が発生した場合の扱いの問題がある。赤崎ら (1961)¹⁵⁾はへパトーム、多発性骨髄腫、細網肉腫などは、多中心性に発生することが多いが、このようなものは全体を1腫瘍単位とみなすのが医学常識上妥当であり、胃、腸のポリープや膀胱の乳頭腫の悪性化するものについては、ポリープないし乳頭腫がいつでも悪性化するわけではなく、また個々のものはそれぞれ独立しているわけであるから、これを重複癌として取扱うのはさしつかえないと述べている。このわくづけに従うと筆者らの症例2および著者の一人大川らの報告した症例⁹⁾は尿路の重複癌および他癌との組合わせより成る3重複癌ということになる。しかしながら腎盂、尿管および膀胱に発生する移行上皮癌は多中心性に発生し、かつ異所性に再発する頻度の高いことはわれわれ泌尿器科医はしばしば経験するところであり、これを重複癌として扱うのは問題であり、やはりへパトームなどと同様1腫瘍単位とみなすのが妥当であると考えられる。最近、馬場ら (1973)¹⁶⁾は、外科的に切除された胃癌症例2,408例の胃についてMoertelら (1952)¹⁷⁾の診断基準に従って検索し、153例の多発胃癌を発見し、このうち110例が2重複胃癌であったと報告しているが、かなりの高頻度といわざるをえない。かくのごとく同一臓器内に2コ以上の悪性腫瘍が独立的に発生した場合、ことにその組織型が同じとき、たとえ一方が他方の転移でないことが証明されても、これを重複癌として取扱うかどうかは大きな問題であろう。そのほか甲状腺および前立腺の潜在性癌や子宮頸部などの上皮内癌の取扱いも今後に残された問題といえよう。

最後に重複癌の発生に関する遺伝関係について、遺伝的素因が濃厚に認められたとの報告があるので、^{18~20)}著者の症例についても詳細に検索した。その結果、いずれの症例も悪性腫瘍の遺伝的素因は全く認められなかったことを付記しておく。

結 語

尿路移行上皮癌と他臓器悪性腫瘍、すなわち

- 1) 胃腺癌と膀胱移行上皮癌
- 2) 膀胱移行上皮癌と胆管腺癌
- 3) 右腎盂移行上皮癌と喉頭扁平上皮癌
- 4) リンパ節転移性悪性黒色腫と膀胱移行上皮癌

の組合わせより成る重複癌の4例を経験したので報告するとともに、本邦文献を中心に若干の考察を加えた。

稿を終るにあたり、黒田恭一教授のご指導、ご校閲に深謝いたします。また資料の提出にご協力いただいた本学第2外

科学教室、皮膚科学教室および耳鼻咽喉科学教室に感謝いたします。

なお本論文の要旨は第21回日本泌尿器科学会中部連合地方会および第268回日本泌尿器科学会北陸地方会にて発表した。

文 献

- 1) Billroth, C. A. T.: 2) より引用.
- 2) Warren, S. and Gates, O.: Amer. J. Cancer, **16**: 1385, 1932.
- 3) 大川光央・板谷興治: 癌の臨床, **15**: 1089, 1969.
- 4) 三橋慎一・並木徳重郎・住 成元・神谷定治: 日泌尿会誌, **54**: 327, 1963.
- 5) 加藤正和・小野寺豊・鈴木騏一・杉田篤生・菅原奎二: 癌の臨床, **9**: 289, 1963.
- 6) 仲宗根繁: 西日泌尿, **31**: 295, 1969.
- 7) 寛 英雄・牧野昌彦・五島一征・滝本正義・深津英捷: 日泌尿会誌, **62**: 106, 1971.
- 8) 重松俊郎・薬師寺道則・河田栄人・時任高洋・柿添建二・中村征規・溝口 実: 泌尿紀要, **18**: 336, 1972.
- 9) 久保 隆・加藤義朋・猪狩大陸・沼里 進: 臨泌, **24**: 813, 1970.
- 10) 中村恭二・相沢 幹: 癌の臨床, **18**: 662, 1972.
- 11) Segi, M. and Kurihara, M.: Cancer Mortality for Selected Sites in 24 Countries, No. 6 (1966~1967), Japan Cancer Society, 1972.
- 12) Cook, B. G.: Cancer, **19**: 959, 1966.
- 13) 藤田公生・下里幸雄・馬場謙介: 臨泌, **24**: 1021, 1970.
- 14) 馬場謙介・下里幸雄・渡辺 漸・田島知行: 癌の臨床, **17**: 424, 1971.
- 15) 赤崎兼義・若狭治毅・石館卓三: 日本臨床, **19**: 1543, 1961.
- 16) 馬場保昌・中村 恭・菅野晴夫・高木国男・西満正・熊倉賢二: 癌の臨床, **19**: 28, 1973.
- 17) Moertel, C. G., Dockerty, M. B. and Baggenstoss, A. H.: Cancer, **14**: 221, 1961.
- 18) Pondreau, R. L.: Amer. J. Roentgenol., **71**: 794, 1954.
- 19) 増淵一正・鈴木忠雄・鈴木博一: 癌の臨床, **16**: 982, 1970.
- 20) 山下忠義・高階正博・伊藤 悟・藤田忠雄・石川羊男・伊藤信義・指方輝正: 癌の臨床, **17**: 769, 1971.

(1973年10月4日受付)