

巨大前立腺移行上皮癌の1例

自治医科大学泌尿器科学教室 (主任: 徳江章彦教授)

鈴木 一実, 菅谷 泰宏, 越智 雅典

橋本 紳一, 徳江 章彦

小山市民病院泌尿器科 (科長: 石川真也)

石 川 真 也

A CASE OF GIANT TRANSITIONAL CELL CARCINOMA
OF THE PROSTATE

Kazumi SUZUKI, Yasuhiro SUGAYA, Masanori OCHI,

Shinichi HASHIMOTO and Akihiko TOKUE

From the Department of Urology, Jichi Medical School Hospital

Shinya ISHIKAWA

From the Department of Urology, Oyama City Hospital

A 69-year-old man presented with a complaint of pollakisuria, dysuria and anal pain. Digital rectal examination, transrectal ultrasonography and tumor marker of the prostate indicated a giant benign prostate hypertrophy (BPH), but urethrocystogram and magnetic resonance imaging (MRI) of the prostate was not typical of BPH. A diagnosis of giant BPH was made by transrectal needle biopsy of the prostate. However, symptoms of dysuria and anal pain became severe and then a catheter was indwelt into his bladder. A biopsy performed, 3 months later revealed transitional cell carcinoma in the specimens, but he suddenly died of pulmonary infarction.

(Acta Urol. Jpn. 45 : 119-121, 1999)

Key words: Giant tumor, Prostate tumor, Transitional cell carcinoma

緒 言

原発性前立腺移行上皮癌は比較的稀であり, その性格は腺癌とは異なっており診断, 治療面において特徴を有する. 今回われわれは巨大な前立腺原発の移行上皮癌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: 69歳, 男性

主訴: 頻尿, 排尿困難, 肛門痛

既往歴: 64歳時に大腸ポリープにてポリペクトミーを受けた.

家族歴: 特記すべきことなし

現病歴: 1997年6月頃より頻尿, 排尿困難, 肛門痛, 肛門からの出血を認め近医を受診. 大腸ファイバーを施行されたが大腸には異常を認めず, 前立腺肥大症を指摘され1997年8月28日当科を受診した. 直腸指診では, 前立腺は大きさは鵝卵大で弾性硬, 圧痛はなく巨大な前立腺肥大症を疑わせる所見であった.

血液検査成績 (括弧内は正常値): PSA (Tandem-R) 6.0 ng/ml (4.0以下), PSA (Delfia) 4.2 ng/ml (11.7

以下), γ -Sm 2.3 ng/ml (4.0以下), PAP (RIA) 1.0 ng/ml (3.0以下) CEA 6.7 ng/ml (4.5未満)

画像検査: 経直腸的前立腺超音波検査では, 癌を積極的に疑わせる所見は認められなかった. 尿道膀胱造影では前立腺部の著明な延長, 前傾, 膀胱全体の挙上を認めた (Fig. 1). 腹部 CT では両腎共に水腎症を認めず, 骨盤内を大きく占拠する前立腺を認めた. 骨盤部 MRI (T2) では巨大前立腺腫瘍の被膜は不整で前立腺悪性腫瘍も否定できなかった (Fig. 2).

経過: 悪性腫瘍も否定できないため1997年10月21日経直腸的前立腺生検を施行した. 病理結果は前立腺肥大症に合致し悪性所見は認められなかったため経過観察としたが, 症状の悪化を認め, 精査加療目的に同年12月10日当院泌尿器科紹介となり, 同年12月15日入院となった.

入院時現症: 身長 162.5 cm, 体重 69.5 kg, 栄養状態中等度. 血圧 142/82 mmHg, 脈拍 74/分, 整. 顔色不良. 眼瞼結膜に軽度の貧血を認めた. 胸部理学所見に異常を認めず, 腹部所見では恥骨上に可動性のない手拳大の腫瘍を認めた. 前立腺は鵝卵大で弾性硬, 軽度の圧痛を認めた.

入院時検査成績: 血液一般; RBC $296 \times 10^4 / \mu\text{l}$,

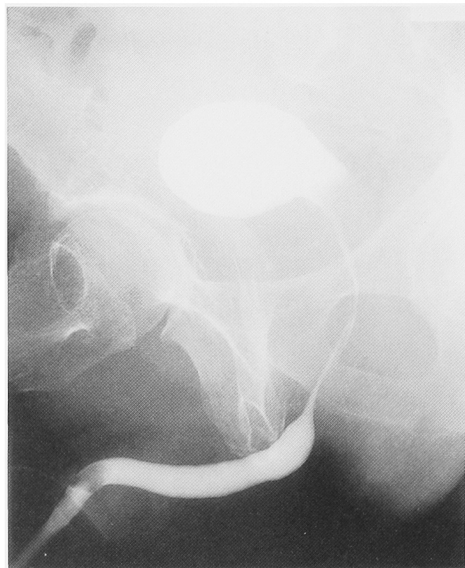


Fig 1. Urethrocytogram showed severe elongation of prostatic urethra.

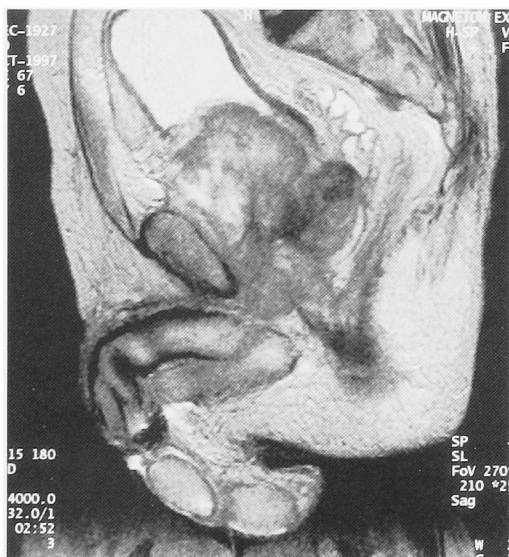


Fig 2. MRI (T2 weighted image) showed enlarged prostate and irregularity of the capsule of prostate.

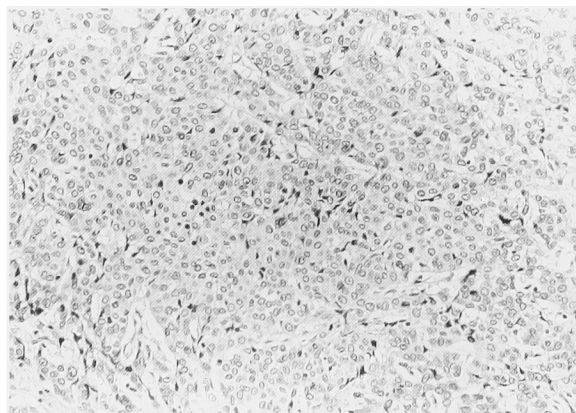


Fig 3. Microscopic appearance of prostate revealed transitional cell carcinoma (Grade 2).

Hb 9.1 g/dl, Ht 27.2×10%, BUN 25 mg/dl, Cr 1.30 mg/dl, LDH 903 mU/ml, 腫瘍マーカー ; PSA (Tandem-R) 0.6 ng/ml, PSA (Delfia) 0.6 ng/ml, γ -Sm 1.0 ng/ml 以下. PAP (RIA) 1.6 ng/ml, CEA 13.4 ng/ml, SCC 9.0 ng/ml (1.5 未満), 尿検査 ; pH 7.5, 蛋白 (+), 糖 (-), 潜血 (卅), 白血球 (卅), 沈渣では, 赤血球多数, 白血球無数を認めた. 尿細胞診 ; class V (anaplastic な carcinoma が疑われる), Ccr ; 45.4 ml/min, 便潜血 ; (±).

画像所見 : IVP にて両側の軽度の水腎症を認め, 尿管, 膀胱の描出は不良であった. 尿道膀胱鏡では, 前立腺部尿道は kissing が著明で同部位の粘膜は粗造で, 膀胱頸部付近は一部壊死を思わせる所見があった. また膀胱内には明らかな腫瘍は認められなかった.

入院後経過 : 肛門痛は徐々に悪化し, また食欲不振も出現した. 1998年1月8日再精査目的に腰椎麻酔下, 碎石位にて前立腺生検 (経直腸, 経会陰, 経腹的) (確実に診断をつけるため多方向より生検した) を行った. 1月9日午後, 突然の胸痛, 呼吸困難, 血圧低下を認め午後4時53分死亡した.

病理解剖結果 : 肉眼的には腹腔内からの観察では膀胱表面は浮腫状で膀胱から骨盤部が腫瘍塊により硬く固着しており, 腫瘍は精嚢, 一部は直腸に浸潤していた. 腫瘍は右の外腸骨静脈を圧排し, 静脈内には小さな血栓を認めた. また肝臓に最大 2 cm 径の白色調の転移を数個認めた. 両側の水腎症, 水尿管症を認めた. 肺は両肺動脈主幹部に新鮮な樹枝状の血栓を認めた. 組織学的には中等度の異型を示す腫瘍細胞がシート状に配列しほとんどの前立腺部尿道の duct 内に認められ, また前立腺の実質内や尿道にも浸潤移行上皮癌 (grade 2) と診断された (Fig. 3). また膀胱内に腫瘍は認められなかった. 免疫組織学的には PSA 染色は陰性, broad keratin 染色は陽性であった. 以上より前立腺癌 (移行上皮癌), 肝転移, 肺血栓症と診断された.

考 察

原発性移行上皮癌は1963年に Ende ら¹⁾が7例を報告したことに始まり, 本邦では1970年に森ら²⁾が2例を報告し腺癌とは異なった性格を持つことが知られるようになり注目されるようになった. われわれが調べたかぎりでは本症例は本邦27例目と考えられる³⁻⁸⁾

またわれわれの症例は, MRI で計測した推定重量は 440 g でありこれまでの報告例に比べ非常に大きく原発巣が腹壁から触知されるものを『巨大前立腺癌』として報告した Woodhouse らの報告⁹⁾にも合致し巨大な原発性前立腺移行上皮癌としては本邦初報告と思われる.

本疾患の発生母地としては, Ende ら¹⁾による prostatic duct 由来という報告が最も支持されており, 大きく分類すると移行上皮のみからなる pure type と, 腺癌や未分化癌と混在する mixed type に分けられ¹⁾, pure type の頻度は, Rhamy らの報告¹⁰⁾では80%, Green らの報告^{11, 12)}では69%とされている. 前立腺癌全体における頻度は1.5~5%と低く, 平均年齢は64~70歳とされ腺癌の平均年齢よりも5~10歳若い¹³⁾ 自覚症状は尿路閉塞による症状, 肉眼的血尿, 前立腺炎様症状が多いが, 中には直腸痛を訴えるものも少数ながらある¹³⁾ また直腸指診上3分の1が良性所見をとり¹³⁾, 腫瘍マーカーも pure type ではほとんどの症例が正常であり⁵⁾ mixed type の一部で軽度上昇するのみで早期発見が難しいようである. 診断には経尿道的生検, 特に TUR が有効で¹⁴⁾, また尿細胞診も90%の有効率があるとの報告もある¹⁵⁾ 治療は可能であれば外科的摘除術を行うのが望ましくホルモン療法はほとんど無効と考えられている. そのため予後に関しては Green ら^{11, 12)}によると平均17カ月, 治療別には前立腺全摘術40カ月, 放射線療法26カ月, ホルモン療法11カ月, 未治療4カ月と非常に悪い.

自験例は, 初診時の画像検査, 自覚症状にて前立腺肥大症とは多少異なる点もあり, 直腸指診, 腫瘍マーカーを信頼し過ぎず早い時点で尿細胞診や経尿道的生検などを行うべきであったかもしれないと反省させられた. また, 腫瘍塊が外腸骨静脈を圧排しているところに碎石位での多方向からの生検, その後の止血剤の使用などで血栓症を誘発した可能性もあり検査時の配慮が必要であったかもしれないと反省させられた.

結 語

巨大な原発性前立腺移行上皮癌の1例を経験したので若干の文献的な考察を加えて報告した.

文 献

- 1) Ende N, Woods LP and Shelly HS: Carcinoma originating in ducts surrounding the prostatic urethra. *Am J Clin Path* **40**: 183-189, 1963
- 2) 森 義則, 中村麻嵯男, 伊藤泰二: 前立腺移行上皮癌の2例. *泌尿紀要* **16**: 157-161, 1970
- 3) 田所 茂, 丸茂 健, 橘 政昭, ほか: 原発性前立腺移行上皮癌の1例. *臨泌* **37**: 65-68, 1983
- 4) 中井秀郎, 飯ヶ谷知彦, 佐々木光信, ほか: 原発性前立腺移行上皮癌の1例. *臨泌* **38**: 429-432, 1984
- 5) 橋本 博, 渡辺嘉彦, 水永光博, ほか: 原発性移行上皮癌の1例. *臨泌* **35**: 1235-1238, 1989
- 6) 鈴木一正, 山中雅夫, 鈴木博義, ほか: 原発性前立腺移行上皮癌の1例. *臨泌* **46**: 241-244, 1992
- 7) 小山政史, 斉藤史郎, 小津兆一郎, ほか: 前立腺原発移行上皮癌の1例とその治療経験. *泌尿器外科* **11**: 589-592, 1998
- 8) 阿部和弘, 大石幸彦, 小野寺昭一, ほか: Methotrexate, Epirubicin, Cisplatin 併用化学療法にて Pathological complete response が得られた前立腺原発移行上皮癌の1例. *泌尿紀要* **44**: 415-417, 1998
- 9) Woodhouse CRJ and O'Donoghue EPN: Massive prostatic carcinoma in Negroes. *Br J Urol* **55**: 312-314, 1983
- 10) Rhamy RK, Buchanan RD and Spalding MJ: Intraductal carcinoma of the prostate gland. *J Urol* **109**: 457-460, 1973
- 11) Greene LF, Mulcahy JJ, Warren MM, et al.: Primary transitional cell carcinoma of the prostate. *J Urol* **110**: 235-237, 1973
- 12) Green LF, O'dea MJ and Docherty MB: Primary transitional cell carcinoma of the prostate. *J Urol* **116**: 761-763, 1976
- 13) Sawczuk I, Tannenbaum M, Olsson CA, et al.: Primary transitional cell carcinoma of prostatic periurethral ducts. *Urology* **25**: 339-343, 1985
- 14) Katzkin H, Soloway MS and Hardeman S: Transitional cell carcinoma of the prostate. *J Urol* **146**: 1207-1212, 1991
- 15) Kopelson G, Harisiadis I, Romas NA, et al.: Periurethral prostatic duct carcinoma: clinical features and treatment results. *Cancer* **42**: 2984, 1978

1) Ende N, Woods LP and Shelly HS: Carcinoma originating in ducts surrounding the prostatic

(Received on August 17, 1998)
(Accepted on November 2, 1998)