

前立腺類内膜癌の1例

横浜南共済病院 (部長: 福岡 洋)

榎山 和秀, 福岡 洋, 池田伊知郎

諏訪 裕, 関口 由紀, 河上 哲

小田原市医師会

坂 西 晴 三

ENDOMETRIOID ADENOCARCINOMA OF THE PROSTATE:
A CASE REPORT

Kazuhide MAKIYAMA, Hiroshi FUKUOKA, Ichiro IKEDA,

Yutaka SUWA, Yuki SEKIGUCHI and Satoshi KAWAKAMI

From the Department of Urology, Yokohama Minami Kyousai Hospital

Seizo SAKANISHI

From the Odawara Medical Association

A 69-year-old man was referred to our department with gross hematuria. Magnetic resonance imaging revealed the tumor directly invading the rectum. Biopsy of the tumor by transurethral resection demonstrated endometrioid adenocarcinoma of the prostate. Serum prostate specific antigen (PSA) level was normal. Because the tumor did not respond to hormonal therapy for a month, radical prostatectomy combined with rectal amputation was performed. Immunohistochemically, carcinoembryonic antigen was detected but PSA and prostatic acid phosphatase were not.

(Acta Urol. Jpn. 43: 153-156, 1997)

Key words: Prostate cancer, Endometrioid adenocarcinoma

緒 言

前立腺類内膜癌は前立腺原発腫瘍のなかで比較的稀である。今回前立腺類内膜癌の直腸浸潤例に根治術を施行したので報告する。

症 例

患者: 68歳, 男性

主訴: 肉眼的血尿

既往歴 家族歴: 特記すべきことなし

現病歴: 1995年4月肉眼的血尿が出現し, 同年9月横浜南共済病院泌尿器科を受診した。直腸診で前立腺右葉に硬結を触れ, 膀胱尿道鏡検査で前立腺部尿道6時に白色の結節性病変を認めた。経直腸的前立腺エコーでは, 硬結部位は高エコー域として認められた (Fig. 1)。前立腺特異抗原 (PSA) は正常範囲内, 尿細胞診は class III であった。経直腸的前立腺針生検で, 異型腺構造が認められたため計3回にわたって検査したが悪性の確定診断はえられなかった。1996年2月尿細胞診で class V (腺癌) が2回出現したため, 1996年3月精査目的で入院となった。

入院時現症: 体格中等度, 胸腹部に異常所見なし。

表在リンパ節の腫脹なし。

入院時検査所見: 血液一般, 血液生化学検査に異常所見なし。尿所見は白血球5~9個/各視野, 赤血球50個以上/各視野, 尿細胞診は class V (腺癌)。腫瘍マーカーは PSA 2.30 ng/ml, PAP 1.7 IU/l, CEA 1.9 ng/ml ですべて正常値であった。排泄性尿路造影

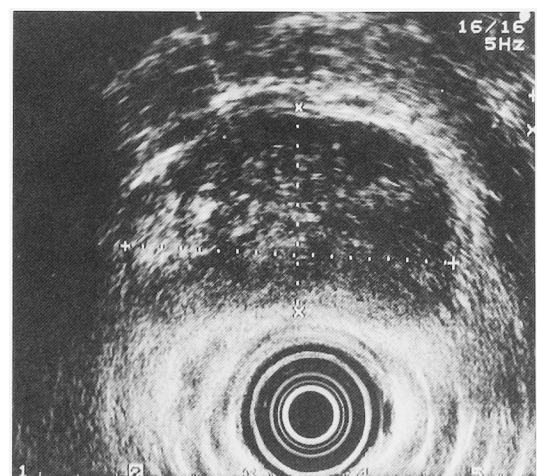


Fig. 1. Ultrasound examination revealed a hyperechoic lesion in the right prostate lobe.

で上部尿路に異常なく、尿道膀胱造影で下部尿路に明らかな異常はなかった。

入院後経過：1996年3月12日、TUR-P（生検）を施行した。術中所見では、6時に粘膜の突出があり、同部位を切除すると6時から8時に乳頭状の腫瘍を認めた。直腸診で右葉の硬結部を圧迫すると腫瘍は大量に圧出された。精丘には異常所見を認めなかった。病理組織所見により前立腺類内膜癌と診断された。MRIでは前立腺右葉より突出した腫瘍と直腸前壁の境界が不明瞭で直腸への浸潤が疑われたが（Fig. 2）、直腸鏡では直腸粘膜は圧排所見のみであった。骨シンチ、CTで転移は認められなかった。以上より前立腺類内膜癌（T4N0M0, Stage D2）と診断し、3月18日からLH-RHアナログ、抗アンドロゲン剤（オダイン）による内分泌療法を開始したが、1カ月後の効果はNCであった。

早期の根治術が必要と考え、1996年4月26日前立腺全摘術、骨盤内リンパ節郭清術を施行した。術中所見で前立腺は強固に直腸と癒着し剥離は困難なため、直腸合併切除と人工肛門を造設した。術後、重度の尿失禁をきたしたが、6月16日に退院し、外来経過観察中であるが、尿失禁は改善傾向にある。

病理組織学所見：腫瘍細胞は明るい細胞質と細胞基底部に偏在する単一の核を持つ高円柱細胞で、これらは単層の腺構造を示し、分岐しながら乳頭状に増殖し、類内膜癌と診断された（Fig. 3）。通常の腺癌の合併はなかった。癌は被膜を超え直腸粘膜下層へ浸潤していたが、リンパ節転移は認められなかった（pT4pN0M0）。免疫染色はPSA, PAPともに陰性であったが、CEAは陽性であった。粘液染色はmucicarmine, PAS, alcian blueともに陰性であった。

考 察

前立腺類内膜癌は前立腺原発腫瘍の中で比較的稀で、1967年にMelicowら¹⁾が初めて報告して以来40例以上の報告があり、その頻度は前立腺癌の0.2～0.8%とされる²⁾。類内膜癌は組織像が子宮内膜癌に類似しており、当初は男性子宮由来と考えられたが、Belterら³⁾は前立腺小管から乳頭状に増殖する癌を認め、さらにDubeら⁴⁾は乳頭状腺癌が前立腺小管内にIn situに存在するのを指摘し、本腫瘍は前立腺小管由来であると考え、現在でもこの説が有力である。また、PSAやPAPによる免疫組織化学的所見で前立腺由来であると証明され^{2,5)}、電顕的所見でも子宮内膜癌とはまったく異なり前立腺由来とされている^{6,7)}。以上の経緯から、呼称は類内膜癌、乳頭状腺癌、ductal adenocarcinoma with endometrioid features, carcinoma of ductal originなどが用いられている。



Fig. 2. MRI findings showed the right lobe of the prostate tumor invading the rectum.

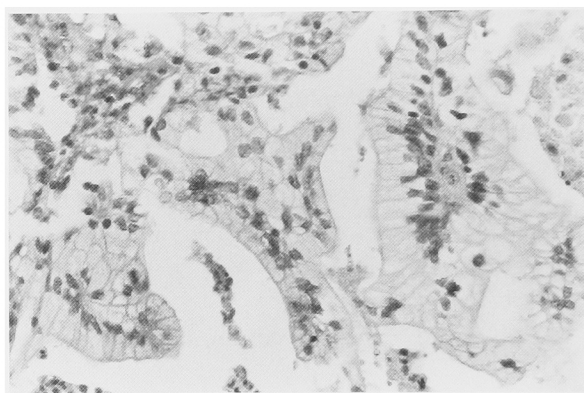


Fig. 3. Histological findings indicated papillary proliferation of single layer of columnar epithelium, with clear cytoplasm and nuclei with atypism distributed in the base.

臨床上的特徴は^{2,5,8,9)}、70歳前後に好発し、主訴は排尿障害、血尿であることが多く、血尿の割合が通常の前立腺癌に比して多い。これは膀胱尿道鏡検査で、精阜付近に乳頭状の腫瘍を認めることと一致する。また血清PSA, ACPは正常値であることが多い。

超音波検査では、通常の前立腺癌は低エコー域として描出されることが多いが、自験例は腫瘍は高エコー域として描出され、類内膜癌の特徴だと思われた。組織型とエコー濃度の関係を示した報告は少なく、類内膜癌の超音波所見は興味深いところである。

前立腺癌取り扱い規約の組織学的分類によると類内膜癌は稀な腺癌の範疇に分類され¹⁰⁾、かつては小管由来のものは乳頭状増殖に分岐が多く単層の高円柱上皮で cilia を欠き、細胞質は明るく単一の核を細胞基底部に持つとされ、一方、男性子宮由来のものは乳頭状増殖に分岐が少なく数層の高円柱上皮で cilia を有し、細胞質は暗く大きな核を通常の位置に持つとされていたが¹¹⁾、最近では両者の鑑別は困難とされ、男

性子宮由来とする類内膜癌の報告例はほとんどない。自験例では精丘に異常を認めず、組織学的には前者の特徴を有するため、前立腺小管由来と考えた。原田¹²⁾の報告によると77%の症例で通常の腺房上皮由来の腺癌の合併を認めているが、自験例では合併はなかった。免疫組織学染色はPSA, PAPが陽性であれば前立腺由来であることの確認に有用であるとされ、類内膜癌は陽性例が多いが、自験例は陰性であった。前立腺癌では、低分化腺癌で内分泌療法抵抗性のものほどPAPやPSAの産生、染色性が低下するといわれている¹³⁾。また、腺房により近い二次腺管由来のものは、尿道に近い一次腺管由来のものよりPSA, PAPに染色されやすい可能性もあると考えられる。自験例は通常の腺房上皮由来の腺癌の合併を認めず、腺房細胞の特徴をほとんど持たない癌で、発生母地はPSA染色陽性例より尿道に近いと推測される。

類内膜癌の治療上問題となるのは、かつては類内膜癌の発生母地と考えられた男性子宮がMuller管遺残であるため、抗男性ホルモン療法は腫瘍を増悪させるという考えが残っている点である。しかし、内分泌療法が腫瘍を増悪させた報告はなく、その効果について一定の評価はないが、最近では類内膜癌は前立腺小管由来とする説が一般的で、通常の腺癌との合併例が多いので内分泌療法は積極的に行ってよいものと考えられる⁵⁾。化学療法や放射線療法の治療効果は不明である。

予後に関しては、通常の腺癌と比べてかつては良いとされていたが、最近では通常の前立腺癌と大差はないという報告が多い^{14,15)}。1次腺管由来の癌は2次腺管由来の癌より予後がよいとする報告もあるが、その理由は位置の関係上前者の症状や膀胱鏡所見の発現がより早いと推測されている¹⁶⁾。自験例は初診時には明らかな浸潤を示唆する所見はなかったが、6カ月を経過した時点で浸潤を認めており、3回施行した前立腺針生検の影響を疑わせた。

類内膜癌に対する治療は病期に応じて通常の腺癌と同様の治療を行うべきである。内分泌療法抵抗例も散見されるため^{5,17)}、内分泌療法抵抗例や若年者の早期癌に対しては、早期の根治術が必要と考える。自験例では直腸への直接浸潤があったが、内分泌療法抵抗例と判断し、時期を逸することなく拡大根治術を施行した。

結 語

- 1 前立腺内膜癌の1例を報告した。
- 2 直腸への直接浸潤を認めたが、内分泌療法抵抗性と診断し、積極的に根治術を施行した。
- 3 類内膜癌は症例数が少なく臨床的特徴について不明な点が多く、今後症例の集積と長期的観察が必要

である。

文 献

- 1) Melicow MM and Pachter MR: Endometrial carcinoma of prostatic utricle (uterus masculinus) *Cancer* **20**: 1715-1722, 1967
- 2) Lee SS: Endometrioid adenocarcinoma of the prostate: a clinicopathologic and immunohistochemical study. *J Surg Oncol* **55**: 235-238, 1994
- 3) Belter LF and Dodson AI Jr: Papillomatosis and papillary adenocarcinoma of prostatic ducts: a case report. *J Urol* **104**: 880-883, 1970
- 4) Dube VE, Farrow GH and Greene LF: Prostatic adenocarcinoma of ductal origin. *Cancer* **32**: 402-409, 1973
- 5) Epstein JI and Woodruff JM: Adenocarcinoma of the prostate with endometrioid features a light microscopic and immunohistochemical study of ten cases. *Cancer* **57**: 111-119, 1986
- 6) Zaloudek C, William JW and Kampson RL: Endometrial adenocarcinoma of the prostate. a distinctive tumor of probable prostatic duct origin. *Cancer* **37**: 2255-2262, 1976
- 7) Bostwick DG, Kindrachuck RW and Rouse RV: Prostatic adenocarcinoma with endometrioid features. Clinical, pathologic and ultrastructural findings. *Am J Surg Pathol* **9**: 595-609, 1985
- 8) 安芸雅史, 松下和弘, 吉永英俊, ほか: 前立腺乳頭状腺癌の1例. *泌尿器外科* **4**: 309-311, 1991
- 9) Christensen WN, Steinberg G, Walsh PC, et al.: Prostatic duct adenocarcinoma, findings at radical prostatectomy. *Cancer* **67**: 2118-2124, 1991
- 10) 日本泌尿器科学会, 日本病理学会編: 泌尿器科. 病理前立腺癌取り扱い規約. 第2版, pp. 72, 金原出版, 東京, 1992
- 11) Kauder DH, Lange PH and Gleason DF: Endometrial carcinoma of prostatic utricle. *Urology* **10**: 272-275, 1977
- 12) 原田昌興: 前立腺腫瘍性疾患の病理. *病理と臨床* **11**: 682-688, 1993
- 13) Ford TF, Butcher DM, Masters JRW, et al.: Immunocytochemical localization of prostate-specific antigen: specificity and application to clinical practice. *Br J Urol* **57**: 50-55, 1985
- 14) Greene LF, Farrow GM, Ravits JM, et al.: Prostatic adenocarcinoma of ductal origin. *J Urol* **121**: 303-309, 1979
- 15) Aydin F: Endometrioid adenocarcinoma of prostatic urethra presenting with anterior urethral implantation. *Urology* **41**: 91-95, 1993
- 16) Elgamal AA, Vandeursen H, Voorde WV, et al.: Exophytic papillary prostatic duct adenocarcinoma with endometrioid features, occurring in prostatic urethra after TURP. *Urology* **43**: 737-742, 1994
- 17) 香川 征, 藤沢明彦, 上間健造, ほか: 前立腺乳

頭状腺癌の臨床的検討. 日泌尿会誌 **79** : 457-461, 1988

(Received on August 19, 1996)
(Accepted on October 3, 1996)