

骨盤腎に発生した腎盂扁平上皮癌の1例

大阪警察病院泌尿器科（主任：矢野久雄部長）

岸 本 知 己

中 森 繁

池 知 俊 典

矢 野 久 雄

大阪大学医学部第2病理学教室

青 笹 克 之

PELVIC KIDNEY WITH SQUAMOUS CELL CARCINOMA
OF THE RENAL PELVIS: REPORT OF A CASE

Tomomi KISHIMOTO, Shigeru NAKAMORI,

Shunsuke IKEJI and Hisao YANO

*From the Department of Urology, Osaka Police Hospital**(Chief: H. Yano)*

Katsuyuki AOZASA

From the Department of Pathology, Medical School, Osaka University

A 51-year-old man was admitted to our hospital in 1978 with chief complaints of right lower abdominal pain and gross hematuria.

IVP revealed right non-visualizing kidney and normal left kidney.

Right pelvic kidney with hydronephrosis and several renal stones was found by right retrograde pyelography.

Malignant cells of the squamous cell carcinoma was found by urinary cytology.

Although pelvic arteriography revealed irregular narrow right iliac arteries, right renal artery and tumor vessels were not clearly visualized.

Right scrotal contents were absent and not palpable in the inguinal region.

Preoperative diagnosis were infected hydronephrosis and perinephritis of the right pelvic kidney with renal stones, and squamous cell carcinoma of the renal pelvis was suspected.

Right nephrectomy was performed with difficulty, because of extrarenal large infected mass encasing right iliac vessels. Right abdominal undescended testicle was also extirpated.

Extirpated kidney revealed solid tumor in one of the markedly dilated renal calices invading to extrarenal tissue through the thin renal parenchyma, and no tumor was found in the renal pelvis.

Histological diagnosis was squamous cell carcinoma.

The patient died 3 months after operation.

The literatures were reviewed and complications of the pelvic kidney and squamous cell carcinoma of the renal pelvis were briefly discussed.

骨盤腎のような位置異常腎に水腎症および結石を合併することはあるが、悪性腫瘍を併発することはきわめて稀である。腎盂扁平上皮癌は結石および尿路感染症に併発することが多く、その術前診断はきわめて困難であり、予後も悪い。

われわれは、腹部停留率丸を伴った骨盤腎に水腎症および結石を合併し、かつ腎盂扁平上皮癌を併発した症例を経験したので、若干の文献の考察を加えて報告する。

症 例

患者：51歳，男子。

初診：1977年11月29日

主訴：右下腹部痛および肉眼的血尿。

家族歴：特記すべきことなし。

既往歴：生下時より右停留率丸を指摘されている。

20歳のとき肺結核，25歳のとき虫垂切除術，44歳のとき十二指腸潰瘍で内科的治療を受けた。

現病歴：1977年8月ごろ右大腿部疼痛があったが放置していた。同年10月末頃より右下腹部鈍痛があり、時に肉眼的血尿をみるので当科を受診した。発熱、頻尿などはなかった。

現症：体格中等大，栄養中等度，顔面，頸部，胸部に異常を認めず，腹部平坦軟，肝，脾，腎を触れない。右下腹部に4 cmの手術創を認める。右陰囊内容は触知しえない。

血圧：124/64 mmHg。

血沈：34 mm/時。

尿所見：蛋白陽性，沈査に白血球 60~70/F，赤血球 15~20/F を認める。

尿結核菌培養：陰性。

尿細胞診：扁平上皮癌細胞陽性 (Fig. 1)。

末梢血液像：赤血球 $374 \times 10^4/\text{mm}^3$ ，Hb 11.5 g/dl Ht 27%，血小板 $45.1 \times 10^4/\text{mm}^3$ ，白血球 $9400/\text{mm}^3$ ，白血球分類異常なし。

血液生化学検査：BUN 10.9 mg/dl，クレアチニン 0.91 mg/dl，Na 141 mEq/l，K 4.4 mEq/l，Cl 107 mEq/l，Ca 4.63 mEq/l，P 3.99 mg/dl，総蛋白 7.1 g/dl，アルブミン 3.4 g/dl，グロブリン 3.7 g/dl，GOT 13.4U，GPT 14.2U，アルカリフォスファターゼ 7.4 KAU，酸フォスファターゼ 1.4 KAU，前立腺性酸フォスファターゼ 0.4 KAU，空腹時血糖 59 mg/dl。

レントゲン検査所見：単純撮影で骨盤部に数個の石灰化陰影を認める。IVP で左腎には異常所見を認めないが，右腎は造影されない (Fig. 2)。右逆行性腎盂造影で右腎は骨盤内にあり，回転異常および腎盂尿管

移行部狭窄による腎外腎盂の拡張と腎杯の拡張を認めるが，陰影欠損などは明らかでない (Fig. 3)。単純レ線像でみられた石灰陰影は右腎結石であることが判明した。骨盤部動脈造影では右外腸骨動脈の狭窄および壁の不整があり，右腎動脈は造影されていないが，ネフログラムは淡く造影されており，その右外方に境界不明な diffuse な陰影を認めるが明らかな腫瘍血管はみられない (Fig. 4)。

以上の所見により，右停留率丸を伴った右骨盤腎に腎盂尿管移行部狭窄による水腎症が合併し，これに結石および感染が加わって膿腎症となり，高度の腎周囲炎を起こした状態であると判断したが，尿細胞診の結果から腎盂扁平上皮癌の存在も念頭において右腎摘出術を行なうことにした。

手術所見：1978年3月10日，右下腹部旁腹直筋切開にて腹膜外的に骨盤腔に至ろうとしたが，右外腸骨動脈周囲に高度な癒着があったため，腹膜を切開し経腹腔的に腎に達した。この際，右内鼠径輪に近い腹腔内に右率丸を認めたので，これを摘除した。右腎は大動脈分枝部の下方にあり周囲と強く癒着しており可動性は全くない。特にその右側に板状の腫瘍が広がり右腸骨血管は腫瘍の中に埋没していた。この腫瘍の左側に前方を向いて拡張した腎盂を認めた。その前上方に大動脈分枝部より入る腎動静脈を認めたのでこれを先ず結紮切断した。腎摘出は困難をきわめ腎外の腫瘍の大部分は残さざるをえなかったが，右腎は何とか摘除しえた。この操作中に腎外の腫瘍塊の中からあたかも膿瘍壁を切開したときのように多量の膿汁の排出を見た。

摘出標本：重量 105g で，断面をみると著明に拡張した腎杯の1つに直径約 3 cm の円盤状の充実性腫瘍を認め，うすくなった腎実質を通して腎外に浸潤していた。腎盂内には小結石数個を認めたが，腎外腎盂壁には腫瘍は存在しなかった (Fig. 5)。すなわち，水腎症が先行し，これに腎盂癌が続発したことを強く疑わせる所見であった。

結石分析：リン酸カルシウムおよび尿酸カルシウムの混合結石であった。

病理組織学的診断：腎盂扁平上皮癌 (Fig. 6)。

術後経過：術後も右下腹部より右下肢にかけて疼痛が持続し，化学療法として 5FU ドライシロップ 200 mg 連日投与および vincristine 1 mg その6時間後に bleomycin 30 mg 投与を週1回行ない，第10回まで続けたが，全身状態しだいに悪化し1978年6月上旬より腹膜炎による発熱が持続し同年6月26日死亡した。

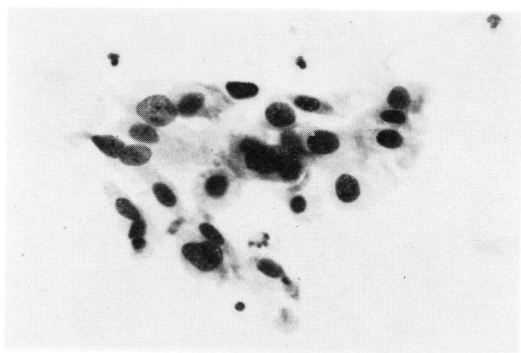


Fig. 1. 尿細胞診所見



Fig. 2. IVP



Fig. 3. 右逆行性腎盂レ線像（斜位）

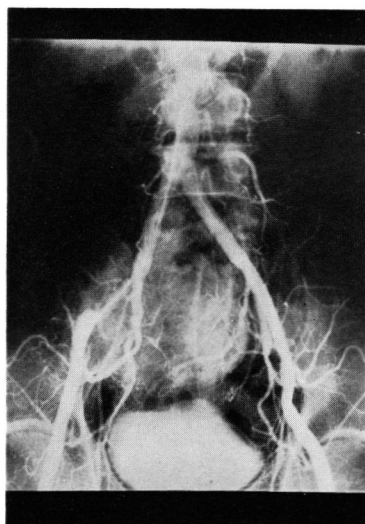


Fig. 4. 骨盤部動脈撮影像

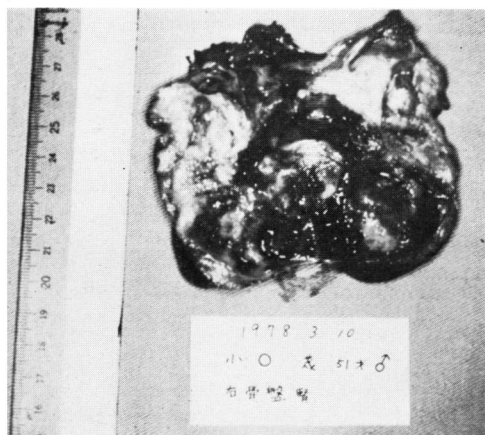


Fig. 5. 摘除標本の肉眼的所見

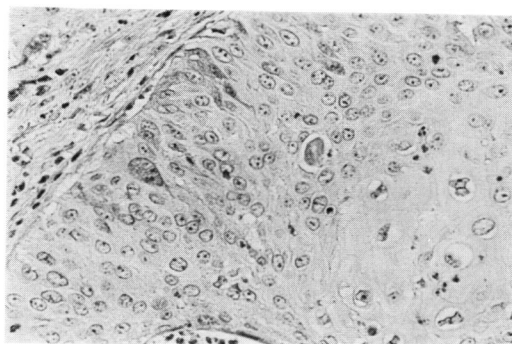


Fig. 6. 腫瘍部の病理組織像

解剖所見：主病変は右骨盤腎腎盂扁平上皮癌およびその周囲への浸潤転移と化膿性腹膜炎および敗血症であった。

考 察

自験例では骨盤腎に水腎症、結石、感染を併発し、かつ腎盂扁平上皮癌の発生が認められた。また腹部停留睪丸の合併がみられた。そこで骨盤腎の合併症および、腎盂扁平上皮癌について簡単に考察を加える。

1) 骨盤腎の合併症について

骨盤腎そのものは治療の対象とはならないが、これに尿路感染症、尿路結石、水腎症などが合併したときには治療の必要が生じる。

骨盤腎はしばしば回転異常を伴い、腎盂は前方を向いており、かつ腎盂尿管移行部は高位にあり、また異常血管の存在することが多いために、通常的位置にある腎臓と比較して尿流が妨げられる可能性が高いと考えられる。しかし実際には治療の対象となる症例は少ないようである。Ward ら (1965)⁷⁾ は32例中3例に腎摘除術を行なっている。Dretler ら (1971)³⁾ は骨盤腎24例の剖検例で17例には腎盂腎炎を認めなかったと述べており、腎盂腎炎が発見された7例中6例は下部尿路障害がその原因であると考えられ、原因不明の症例は1例のみであったとのべている。自験例では腎盂尿管移行部通過障害による水腎症に結石および感染が合併し、さらに腎盂扁平上皮癌を併発していた。骨盤腎に悪性腫瘍が発生することはきわめて稀であり、赤沢ら (1979)¹⁾ の本邦における骨盤腎の統計をみても111例中腎盂扁平上皮癌を合併したものは中島ら (1961)⁶⁾ の症例1例のみである。

骨盤腎には特に女性において子宮、膣、卵巣などの性器奇形を合併することが多く、男性においても停留睪丸、重複尿道、尿道下裂などの性器奇形の合併が10～20%にみられると言われている。自験例でも右腹部停留睪丸を合併していた。

2) 腎盂扁平上皮癌について

腎盂扁平上皮癌の発生には、尿の停滞、結石、感染などによる長期にわたる慢性刺激が重要な原因であると考えられる。自験例の摘除標本をみると、腎盂は拡張し感染性水腎症の状態となり、腎盂内には数個の結石が存在していたが、ここに腫瘍はなく、拡張した腎

杯の乳頭部に面した部分に充実性の腫瘍がみられ、これが水腎症のために薄くなった腎実質を通して腎外に浸潤していた。これは水腎症に結石形成および感染が加わり、粘膜の扁平上皮化生を経て扁平上皮癌が発生する原因となったことを示唆する所見である。

臨床的に腎盂扁平上皮癌はその術前診断がきわめて困難なこと、および予後が非常に悪いことが特徴である。尿路結石および尿路感染症に併発することが多く、それらの所見によって腫瘍そのものの所見がかくされてしまうために、術前診断が一層困難となる。平松ら (1968)⁵⁾ および今野ら (1978)⁴⁾ の本邦における統計でも、46.8%に結石の合併が認められ、術前腎盂腫瘍と診断されたのは10%のみである。自験例でも尿細胞診で扁平上皮癌細胞陽性という結果が得られたが、他の諸検査では術前に腫瘍の存在を確認する所見は得られなかった。

ま と め

51歳男子の右腹部停留睪丸を伴った右骨盤腎に、水腎症および結石を合併し、かつ腎盂扁平上皮癌を併発した1例を報告し、若干の文献的考察を加えた。

文 献

- 1) 赤沢信幸・池 紀征・松村陽右・大森弘之：西日泌尿，**41**：529，1979.
- 2) Campbell, M. F.: Urology. 4th ed., Vol.2, 1317, W. B. Saunders, Philadelphia, London, Toronto, 1979.
- 3) Dretler, S. P., Olsson, C. and Pfister, R. C.: J. Urol., **105**：623, 1971.
- 4) 今野 繁・田中淳一郎・江藤耕作：泌尿紀要，**24**：683, 1978.
- 5) 平松 侃・吉田宏二郎・井本 卓・奥村秀弘・岡島英五郎・林威三雄：泌尿紀要，**14**：807, 1968.
- 6) 中島郁子・ほか：順天堂医学雑誌，**7**：1065, 1961.
- 7) Ward, J. N., Nathanson, B. and Draper, J. W.: J. Urol., **94**：36, 1965.

(1980年3月6日受付)