

尿 膜 管 癌 の 2 例

秩父市立病院泌尿器科 (部長: 清水嘉門)

松尾 康滋, 清水 嘉門, 松下 磐

群馬大学医学部泌尿器科学教室 (主任: 山中英寿教授)

辻 裕明, 今井 強一, 山中 英寿

TWO CASES OF URACHAL CARCINOMA

Yasushige MATSUO, Kamon SHIMIZU and Iwao MATSUSHITA

*From the Department of Urology, Chichibu City Hospital**(Chief: Dr. K. Shimizu)*

Hiroaki TSUJI, Kyoichi IMAI and Hidetoshi YAMANAKA

*From the Department of Urology, School of Medicine, Gunma University**(Director: Prof. H. Yamanaka)*

Two cases urachal carcinoma are presented. Both of them had complaints of macrohematuria. One patient received partial cystectomy, and the other patient had radical cystectomy, peritoneo-umbilicectomy, and ureterosigmoidostomy after CDDP and ADM intraarterial injection. The former patient was found to have distant metastasis 7 months after operation. The latter patient has been disease-free for 4 months. The most important point to cure urachal carcinoma is accurate staging and sufficient first treatment, especially pre-operative intraarterial chemotherapy.

(Acta Urol. Jpn. 34: 1227-1229, 1988)

Key words: Urachal carcinoma, Radical cystectomy, Intraarterial chemotherapy

は じ め に

尿膜管癌は比較的稀な予後不良の尿路悪性腫瘍として知られる。1986年6月より12月の半年間にわかれは2例の尿膜管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

症例1: 78歳, 男性

初診: 1986年7月1日

主訴: 肉眼的血尿

既往歴: 10年前より胃潰瘍にて某院通院中

家族歴: 特になし

現病歴: 1986年5月ごろより, 易疲労感が出現し, 体重減少 (45 kg→37 kg) をみた。1986年6月29日肉眼的血尿が出現し, 5~6回続いた。近医の紹介にて当科受診。初診時の膀胱鏡所見は, 膀胱頂部に erosion 様発赤を認めるのみ。7月15日, 再度肉眼的血尿を認め, 膀胱鏡を施行したところ, 頂部に糸状の出

血を伴った腫瘍を認めた。同日当科入院となる。

現症: 体格小にてややるいそうを認める。脈拍72整。血圧98/60 mmHg。膀胱部に腫瘍を触知する。前立腺やや萎縮傾向。陰茎陰囊内容異常所見なし。表在性リンパ節触知せず。

入院時検査成績: 血液生化学検査; RBC 434×10^4 , Hb 13.5 g/dl, WBC 5,000, GOT 20, GPT 17, クンケル7.6, T-Chol 171, Ch-E 0.47, TP 6.7, Na 137, K 4.1, Cl 104, BUN 19.7, Cr 1.2, 尿所見; pH 6, 蛋白 (+), 潜血 (卅), RBC 多数, WBC 4~5/hpf, 細菌 (-), PSP 試験 25%/15 min, 94%/2 hrs. 膀胱鏡所見; 膀胱頂部に広基性の腫瘍が存在し, ほぼ中心より糸状の出血を認める。他の部位に異常なし。画像診断; IVP 右腎腎杯に偏位ある以外は異常なし。CT 膀胱頂部で壁の肥厚を認める。経過; Punch biopsy 施行 (7月21日) 後, 肉眼的血尿が続いたため生検結果を待たずに含腹膜膀胱部分切除術を施行 (7月28日)。術後一切の治療を拒否し, 8月12日退院す。

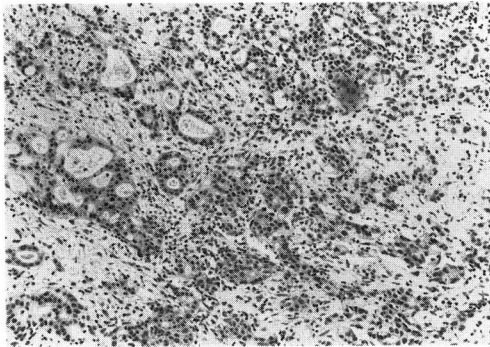


Fig. 1

手術所見：膀胱頂部を中心に含腹膜膀胱部分切除術を施行した。膀胱頂部に約 2 cm の腹膜と癒着した膀胱側に突出した腫瘍を認め、腹膜も含め腫瘍より 2 cm 周囲を切除摘出した。腹膜には数個リンパ節を触知し、生検目的で摘出した。また、臍方向への浸潤は認めなかった。

病理組織学的所見：異型性の強い悪性細胞が腺、癌細胞巢を形成し全層に浸潤を認めた。一部は扁平上皮癌様の層構造を示している。中分化腺癌と診断された (Fig. 1)。断端にも腫瘍細胞が認められた。

退院後経過：退院後も治療拒否のままであった。1987年3月腫瘍の転移によると思われる消化管症状が出現し、検査目的にて来院。CT にて噴門部に転移巣と思われる腫瘍を認めた。

症例 2：68歳、男性

初診：1986年10月25日

主訴：肉眼的血尿、頻尿

既往歴：高血圧にて投薬中

家族歴：特になし

現病歴：1986年8月肉眼的血尿を認めたが放置していた。同年10月24日、再び肉眼的血尿が出現しやや頻尿となった。翌25日当科受診。膀胱鏡にて膀胱頂部に隆起性小指頭大の腫瘍を認めた。同時入院となる。

現症：体格中。脈拍64整。血圧 160~90 mmHg。胸腹部理学的所見特に異常なし。前立腺および陰茎、陰囊内容異常所見なし。表在性リンパ節触知せず。

入院時検査成績：血液生化学検査：RBC 434×10^4 , Hb 14.2 g/dl, WBC 7,100, GOT 24, GPT 16, クンケル 7.5, T-Chol 204, Ch-E 0.80, TP 7.8, Na 140, K 4.5, Cl 102, BUN 13.6, Cr 1.2 尿所見：pH 6, 蛋白(-), 潜血(++)、RBC 多数, WBC 3~5/hpf, 細菌(±)。PSP 試験 33%/min, 87%/2 hrs.

膀胱所見：膀胱頂部に小指頭大非乳頭状広基性の腫瘍を認めた。周囲の粘膜に変化を認めない。

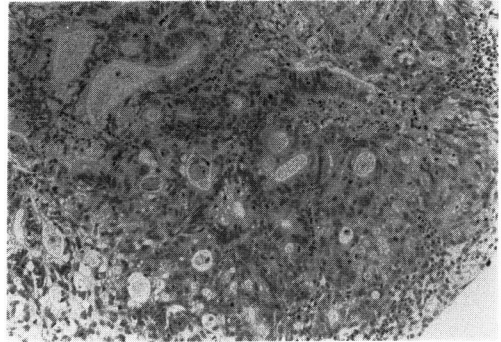


Fig. 2

画像診断：DIP 異常所見なし。CT 膀胱頂部に膀胱壁の全層にわたる腫瘍を認めた。AG 膀胱上部に腫瘍濃染を認める。LAG 明らかなリンパ節転移は認めない。

経過：生検(10月29日)にて診断確定後、AG のさいに CDDP 50 mg, ADM 30 mg を大動脈下端にて注入す(11月13日)。動注後2週間をもって、膀胱壁腹直筋鞘切除膀胱全摘骨盤内リンパ節郭清および尿管S状結腸吻合術を施行した(11月26日)。術後経過順調にて、12月28日退院す。

手術所見：膀胱壁および周囲への浸潤は認められなかった。腹壁および後腹膜リンパ節の腫大は認めなかった。肉眼的には膀胱頂部に限局した腫瘍であった。

病理組織学的所見：異型性の強い悪性細胞が腺腔を形成し筋層の 1/3 までの浸潤を認める。切除された腹壁およびリンパ節には転移を認めなかった。pT2pN0 M0 であった (Fig. 2)。

退院後経過：1987年5月末日現在転移再発の兆候を認めない。

考 察

尿管管は卵黄囊の尾方の壁の憩室として発生した尿管 (allantos) が膀胱の拡張に伴い巻き込まれ形成された管状物である。出生後、膀胱底から臍まで続く、正中臍索となる¹⁾。発生過程より、腺癌が高頻度発生すると思えるが、低頻度ながら扁平上皮癌、移行上皮癌、肉腫も発生している。

尿管管癌の診断にあたっては、通常の膀胱腫瘍と同じく膀胱鏡の所見が重要である。Sheldon ら²⁾は88%の症例は膀胱鏡で発見できるとしている。しかしながら、多くは広基性であること、頂部にあること、病変が深部であることが多いことなどより注意深い観察が必要であり、自験例1では初診時膀胱鏡所見は erosion とみなされていた。確定診断には組織診が必要であ

る。自験例では経尿道的 punch biopsy で2例とも確診できたが表層に病変が認められないことがあり、深部の組織の採取が重要であると思われる。画像診断上の所見では①膀胱造影での filling defect ②CTでの腫瘍の証明(石灰化像を認めることがある)③USGでの膀胱頂部の腫瘍の証明などが診断に寄与する^{3,4)}。自験例2では膀胱内に空気約150ccを注入し、CT上膀胱前壁からRetzius腔への腫瘍を認めた。非尿管由来の原発性膀胱腺癌や転移性腫瘍との鑑別が問題になるが、診断基準としてSheldonら²⁾は①腫瘍が膀胱頂部に存在する、②cystitis cystica, cystitis glandularisが存在しない、③周囲と明らかに画され、筋層以下への浸潤をもつ腫瘍で腺、ポリプ様増殖を伴わないもの、④腫瘍と関連をもつ尿管遺残が存在する、⑤Retzius腔、腹壁前壁、膈への腫瘍の浸潤を認める、をあげている。またJaskeら⁵⁾は原発性腺癌を認めないの一項を加えているが全例が腺癌と限らないという点で疑問が残る。

治療については手術療法が主とされている。原発巣に対して①膀胱部分切除術②en bloc resection③膀胱全摘術が行われている。尿管の解剖より根治性を持たせるには②③の選択となる。われわれは症例1に①と症例2に③を施行した。症例1については血尿(膀胱タンポナード)のコントロールを目的に行い病理組織判明後に改めて腹膜切除を行う予定であったが、患者の治療拒否により施行せずに終わっている。しかし症例1は膀胱鏡、CT、USG所見に比し、部分切除断端および腹膜リンパ節に腫瘍細胞を認め、high stageであり、いかなる手術療法にても根治性はなかったと思われる。

Kakizoeら⁶⁾は次の理由で膀胱全摘術を推奨している。①腫瘍の不完全切除によると思われる局所再発が高率にみられる。②全摘後の膀胱で予想以上に連続、非連続的に腫瘍の浸潤がみられた。③骨盤内リンパ節が転移部位として最も多くみられる。Sheldonら²⁾も膀胱全摘術をstage I以外の症例で施行すべきだとしている。尿管腫瘍の臨床的悪性度を考慮すれば膀胱全摘腹膜切除骨盤内リンパ節郭清術が推奨されよう。

化学療法について言及している文献は少ない。症例2ではADM, CDDP動脈注入を施行しているが、当科において膀胱腫瘍に施行している動脈注入プロトコルに従い施行したものである。國芳ら³⁾は5-FUにて、また山本ら⁷⁾は5-FU, PSK, vinblastineにて化学療法を施行しているが無効であったと報告して

いる。一方、Kakizoeら⁶⁾は, Ifosfamide, ACNU, DTICにて術中癌性腹膜炎の認められた例で15カ月の寛解を、藤澤ら⁸⁾は, CDDP, endoxan, adriacineにて同様の症例で2年以上の寛解を得ている。山本らは膀胱壁腫瘍形成型、膀胱外腫瘍形成型は膀胱内腫瘍形成型より予後不良と推定されると述べている。症例1は前者に属するが術前の膀胱鏡所見、画像診断上の所見に比べ病理診断上の腫瘍の範囲が広く、また腹膜リンパ節転移を認めたことより術前のstageの検索はより慎重に行わなければならない。尿管の解剖、腺癌という組織型の化学療剤に対する感受性を考えると補助療法としては組織内濃度を高めることが可能な術前の動脈内注入療法を主体とした化学療法が有効と思われる。

また、放射線療法については否定的な見解が述べられている。Sheldonら²⁾は尿管癌のほとんどは放射線抵抗性であると述べている。いずれの文献においても再発症例での治療効果は期待しがたいとされており、それゆえ尿管癌の治療は手術療法を主体に、術前の動脈内注入を中心とする化学療法を組み合わせるの初回治療が重要と考えられる。

おわりに

尿管癌の2症例を報告し、若干の文献的考察を加えた。

文 献

- 1) Moore KL: 人体発生学, 113, 医歯薬出版, 1977
- 2) Sheldon CA, Clayman RV, Gonzalez R et al.: Malignant Urachal Lesions. J Urol **131**: 1-8, 1984
- 3) 國芳雅広, 亀本裕徳, 酒井英樹, ほか: 尿管癌の4例. 泌尿紀要 **30**: 1655-1663, 1984
- 4) 奥村 哲, 西村泰司, 長谷川潤, ほか: 尿管癌の3例. 泌尿紀要 **30**: 1255-1261, 1984
- 5) Jaske G, Schneider H-M, Jacobi GH: Urachal signet-ring cell carcinoma, a rare variant of vesical adenocarcinoma. J Urol **120**: 764-766, 1978
- 6) Kakizoe T, Matumoto K, Ando M et al.: Adenocarcinoma of urachus. Urology **21**: 360-366, 1983
- 7) 山本志雄, 松本 茂, 大橋洋三, ほか: 尿管癌の2例. 西日泌尿 **48**: 139-144, 1986
- 8) 藤澤保二, 山口秋人, 鷺山和幸, ほか: 尿管腫瘍8例の経験. 西日泌尿 **47**: 296, 1985

(1987年6月25日受付)