

腎 胎 生 混 合 腫 瘍 の 1 例

国立京都病院皮膚泌尿器科 (主任 大矢全節 医長)

山 田 瑞 穂

西 浦 力

国立京都病院研究検査科病理 (主任 出井勝重 科長)

川 上 一 郎

A Propos d'un Cas de Tumeur Embryode Mixte du Rein

Mizuho YAMADA et Tsutomu NISHIURA

Clinique Urologique de l'Hôpital National de Kyoto (Directeur : Dr. Z. Ohya)

Ichiro KAWAKAMI

Service Pathologique de l'Hôpital National de Kyoto (Directeur : Dr. K. Idei)

En général, la tumeur embryode mixte du rein est observée chez l'enfant. Selon les statistiques, plus 80 % des malades de cette tumeur sont des enfants de moins de 6 ans, mais les adultes se trouvent dans la proportion de 6 ou 7 %. Nous avons observé un cas de cette tumeur chez une malade de 57 ans.

Observation : Il s'agit d'une malade âgée de 57 ans. Il y a une année, et deux mois, elle avait manifesté de l'hématurie, et depuis un mois, elle a commencé à sentir des douleurs au rein gauche et à l'abdomen gauche ; depuis une semaine elle a manifesté une très forte hématurie.

L'aspect général est celui d'une personne maigre et anémique. On sent dans la partie gauche de l'abdomen le rein grossi de la grosseur de la tête d'un enfant.

Cystoscopie On ne trouve aucun état morbide, mais on observe une urine sanglante sortant par l'orifice urétéral gauche ; l'examen d'indigocarmine est négatif du côté gauche.

Radiographie Pyélo-urétéro-graphie ascendente par radioscopie, le bassinet et l'urètre droit sont un peu dilatés, mais à gauche le bassinet et d'urètre sont gigantesques. (Fig. 1, 2, 3)

Résultat de l'intervention chirurgicale : Néphrectomie gauche par anesthésie générale d'Heidbrink. On a extirpé le rein gauche qui était très grand et qui adhérait fortement à l'aorte et au tissu conjonctif environnant mais on n'extirpa pas une métastase lymphoïde environnant l'aorte.

La dimension du rein extirpé est de 16 cm × 13.5 cm × 10 cm ; et le poids est de 1.225 g ; l'urètre a 30 cm de longueur et 5.5 cm de largeur. Le rein est presque entièrement occupé par le tissu de la tumeur. (Fig. 4, 5)

Les suites opératoires sont favorables. Cependant, comme l'anémie était très forte (érythrocyte est 287×10^4 , contenu hémoglobine par Sahli est 48 %, leucocyte est 3,400), on ne pouvait pas faire de radio-thérapie. Sur ces entrefaites, la tumeur métastatique restée grossissait dans le flanc gauche. Après un mois, on a pratiqué la radio-thérapie, mais après l'avoir poursuivie pendant environ 30 jours il a fallu suspendre le traitement

à cause de l'anémie. En 3 mois, cette tumeur a métastasé aux ganglions lymphatiques du hile du poumon. La patiente est morte 5 mois après l'intervention.

Anatomie pathologique On trouve la métastase aux poumons, au foie, au corps surrénal droit, et aux ganglions lymphatiques rétropéritonéal, autour de l'aorte, du hile du poumon, sur la clavicule gauche, autour de la trachée, de la bifurcation de la trachée, du hile du foie, et de la petite courbure de l'estomac. (Fig. 6, 7)

Pathologie microscopique : Dans le tissu de la tumeur extirpée, on trouve une formation serrée des cellules, mais on ne trouve pas une formation en nid ; la disposition des cellules rappelle un peu celle d'une glande, ou d'un glomérule, mais on ne trouve pas de tissu glandulaire à proprement parler, ni d'os, ni de cartilage, ni de muscle etc.....L'observation des tissus de la métastase est presque la même que celle de la tumeur primitive. (Fig. 8, 9, 10, 11)

I 緒 言

腎臓の胎生混合腫瘍は、通常幼少の者に於いて見られる悪性腫瘍であるが、稀には成人に於ても発生を見ることがある。我々は57才の高齢者に発生した本症の1例を経験したので、ここに報告する。

II 症 例

患者は乾某, 57才の女子。主訴は血尿及び腰痛。家族歴・既往症には特記す可きものは無い。現病歴: 約1年前に2日間程血尿を見たことがあったが、その後何等の異常を認めなかった。2ヵ月程前にも血尿があり、その後しばらく無症候であったが、1ヵ月程前から左腰痛・下腹痛があり、1週間前に突然血尿が来たり持続している。尿意頻数、排尿痛等は無く、1ヵ月前から便秘の傾向である。

全身所見: 栄養やや衰え、顔貌貧血性、左鎖骨上窩にリンパ腺と思われる硬い拇指頭大の硬結を触知する。胸部には特別の所見は無い。腹部: 肝一横指触知する。右腎は下極を触知する。左腎部には児頭大の腫瘤があり圧敏、左尿管走行部附近にも腫瘤様抵抗があつて圧敏である。

尿所見: 血性色、蛋白(++) 沈渣: 赤血球極めて多数、白血球少数。扁平上皮細胞を認めるが、腫瘍細胞等は認めない。

膀胱鏡所見: 耐容量 200 cc 位。粘膜には特に異常を認めない。三角部・尿管口の位置・形状はほぼ正常で、左尿管口から血尿の排出を認める。染色検査を行うと、右側は3分50秒初発、5分20秒で濃青色となるが、左側は15分後に至るも色素の排泄を認めない。尿管カテーテルは両側共約 20 cm 容易に挿入し得る。

レントゲン写真所見: 両側後腹膜腔に酸素ガス 600

cc 宛注入、ブノイモーレンを施行して逆行性腎盂尿管撮影を行うと、右側はやや下垂した腎臓の像と、少しく水腫状に拡大した腎盂・尿管の像を描出するが、左側は腎像は認められず、腎盂像も見られないが、腸骨部にあたかも腸を思わせる影像を現わしている。

(第1図) 再び透視の下に逆行性腎盂尿管撮影を行うと、腸の様に見えたものは拡大迂曲した尿管であり、大量のヨード・ナトリウムを注入し、尿管を下方より上方に押し上げると、漸次拡大迂曲した尿管の全貌を現わし、100 cc 余り注入すると、尿管の上方外側に複雑奇怪な陰影を示す腎盂像を描出し得た。(第23図)

その他の検査所見: 赤沈は促進し 140 ~ 144 (平均 106)、赤血球数325万、白血球数5,000である。糞便中十二指腸虫卵を認める。

手術所見: ハイドブリンク氏式閉鎖循環式全麻の下に、左腎剔除術を施行した。後腹筋膜には血管の怒張が認められ、腎と癒着している。腎の大きさは児頭大以上で、表面は凹凸が著明で、浮動があり、上方は横膈膜に、前内方は腹膜と癒着している。下方は小腸の如き太さの尿管に連っている。内側の腎門部には硬い手拳大以上の腫瘤があり、脊柱を越えて右側にまで及び大動脈を囲繞し癒着している。この腫瘤はリンパ腺転移と思われて剔除す可く努力したが、癒着が強度であつて剥離不能、已むを得ず腎との間の癒着を剥離して、腎のみを完全に剥離した。この断端の中に細い茎部血尿が存在していた。更に尿管を骨盤内で剥離し、骨盤内で正常大の太さとなつている部分で結紮・切断し、腎・尿管を剔除した。

剔除腎は 16 cm × 13.5 cm × 10 cm の大きさで、重量は1,225 g、尿管は長さ 30 cm、幅 5.5 cm。表面は凹凸不平で、一部は帯黄色、一部は暗赤色を呈し、膨隆している部分には浮動がある。割を入れる

と、表層の直下には囊腫様に多数の相連絡する腔が存在し、その壁は一部は薄い隔壁、大部分は腫瘍から成っている。下極の一部にのみ腎被膜と囊腔との間に僅かながらほぼ正常と思われる腎実質を認める外は、大部分は腫瘍によつて占居されている。囊腔と腎盂の間は豚脂様光沢を呈する腫瘍で占められている。多数の囊腔は互に連絡しており、又腎上極部に於て腎盂と連絡している。腎盂は甚だ拡大して居り、13 cm×10 cm、の広さを有し、粘膜は貧血性で浮腫状に腫脹している。尿管との移行部には小指頭大の憩室の如き腔が認められ、米粒大の黒色結石を多数容れている。腎盂及び尿管の処々に2-3ヶの限局性の小隆起がある。拡大している尿管が正常大に移行している部分にも腎腫瘍の娘腫瘍とも想像される同様の小隆起を認める。

(第4-5図)

剔出腎の病理組織学的所見は、腫瘍部では円形及び紡錘形の細胞が密にビマン性に撒布して居り、健常部との境界は不明瞭で、健常部では圧迫性腎炎の所見を呈す。腎盂娘腫瘍部にも同様の細胞群が認められ、リンパ腺にも転移を認める。詳細は剖検病理組織学所見の項に於て述べるが、この腫瘍は胎生混合腫瘍と診断された。

手術後は順調に経過したが、約1ヵ月後から心窩部・左腹部に鈍痛を訴え、左腹部には移動性の少い児頭大の硬い腫瘍を触れた。リンパ腺転移の増大であることは明瞭であり、左鎖骨窩のリンパ腺も雀卵大以上に増大した。手術時すでにリンパ腺転移があり、これを剔出し得なかつたので、手術的侵襲により加速度的に増大することは当然予想され、術後直ちにレントゲン治療その他を行う可きであつたが、赤血球数 287万、血色素量48%ザーリー。白血球数 3,400で、貧血が著明であるために行い得ず、貧血の恢復をはかつているうちに、腹部腫瘍・左鎖骨上窩リンパ腺共に更に増大して行つた。貧血がやや恢復した(赤血球数 304万、血色素量65%ザーリー。白血球数 4,900)術後1ヵ月余り後、X線深部治療を行つて、疼痛も軽減し、腫瘍も少し小さくなつたが、白血球数が2,200に減少したので、約1ヵ月足らずで中止しなければならなくなつた。3ヵ月後に、39℃に達する高熱が約1週間続き、胸部X線像に肺門リンパ腺腫脹を認めた。(手術当時は全く胸部X線写真では異常を認めていない)その後漸次衰弱し、腫瘍は増大し、腰痛を来し、又右下肢に疼痛及び浮腫、更に排尿痛・頻尿・腹水等が相次いで来たり、夫々対症的に治療を行つていたが、5ヵ月余り後不幸の転帰をとつた。

病理解剖所見：京大病理学教室西塚講師執刀により

病理解剖を行つた。

胸腔では、左肺の上葉に地図状の出血斑が多数に認められ、灰白色肥厚斑と交錯して居り、硬い。左肺上葉の中部以下・下葉及び右肺で小指頭大～大豆大の硬結を多数触れる。表面及び実質内に腫瘍がある。(第6図)肺門リンパ腺も右は拇指頭大、左は鳩卵大に腫脹し、縦隔竇のリンパ腺と連つている。

腹腔では、腸間膜リンパ腺が右では大豆大であり、左では全体として手拳大の腫瘍と化している。脾は重さ170gで重く、右腎は表面に米粒大の黄色不透明の結節があり、割面は濁濁し、皮髓の界不分明で、腎盂は拡大し汚穢色砂状物を容れている。右尿管も拡大し同様のものを容れている。肝は右葉が非常に大きく、左葉は小さい。硬度は一般にやや軟で、割面は一般には淡黄褐色である。右葉の表面には大豆大乃至豌豆大以下の腫瘍が20数ヶ散在している。割面は中央が黄色である他、鶏卵大から豌豆大の灰白色の腫瘍が数ヶあり、大きいものは中央が壊死軟化している。左葉には腫瘍の転移は少い。(第7図)肝門部のリンパ腺は拇指頭大乃至大豆大に数ヶ腫大している。横隔膜面には大豆大の腫瘍が10数ヶ散在している。胃は体部にコレステリン沈着があり、小弯の幽門より10 cm上方に肥厚斑があり、糜爛・潰瘍が夫々1ヶある。小弯部に大豆大のリンパ腺が数ヶ腫大している。

頸部では、甲状腺は小さく、気管周囲・気管支分枝部・鎖骨上窩リンパ腺は左右共拇指頭大に腫大し、左気管支周囲には鶏卵大の腫瘍があり、大動脈のリンパ腺に続いている。大動脈弓部では鶏卵の1倍半大の腫瘍がある。

骨盤内臓器では、膀胱の粘膜に腎盂と同様の苔が見られる。又、後腹膜腔は横隔膜部から骨盤腔に至る左側全部、一部脊柱を越えて右側にも及ぶ殆んど全域が帯黄色の腫瘍で占められ、一部は壊死軟化している。大動脈の下部は全くこの腫瘍の中に埋れてしまつている。又、左腹壁皮膚にまで浸潤が及んでいる。尚又、右股静脈に血栓を有している。胸骨・肋骨にも拇指頭大乃至豌豆大の帯褐色腫瘍が多数散在している。

病理解剖診断は、1)左腎原発性腫瘍摘出。2)その転移臓器一後腹膜腔・大動脈周囲・肺門部・鎖骨上・気管周囲及び分枝部・肝門部・胃小弯部の各リンパ腺、肺臓、肝臓。3)心・肝の褐色萎縮。4)右腎化膿性腎炎、膀胱炎。5)左肺出血性梗塞。6)脾腫大。7)甲状腺・副腎の萎縮。8)胸水及び腹水症。9)血栓性静脈炎。10)全身の羸瘦。であつた。

病理組織学的所見：組織学的に更に右副腎にも転移が認められ、肝・肺の転移は血行性にも行われたこと

が明らかとなつた。即ち、肺は細静脈の中に栓塞の様に腫瘍細胞を認め、血管周囲に転移が見られる。(第8図)又、肺気腫の所見があり、出血性梗塞は新しいもので、数日乃至10日位前のものと思われる。脾は鬱血が強く、白髄の萎縮が認められる。右腎の化膿性腎炎は線維化・肉芽形成等は無く、亜急性のものと思われる。右副腎には皮質に小さな血行性の転移があり、萎縮は束状帯に著明である。又、皮質に嚢状腺腫形成(Capsular Adenom)が認められる。肝は中心性脂肪化が強く、Glisson氏鞘の血管内に腫瘍細胞が入っている。(第9図)Disse氏腔は拡大している。右下肢の静脈性栓塞は2週間位の新しいものの様である。腫大リンパ腺は腫瘍の転移である。

原発巣である剔出左腎を多くの部位について検べると、一見して円形の細胞がびまん性に密に撒布されて居り肉腫を思わせるが、この肉腫様構造を示す組織の内にも、細胞の配列はある並び方をしている様で、恰も腎尿管を思わせる像があり、又糸球体にいくらか似た並び方をしている所もある。Rosette(菊弁花形)様の所もある。かかる腫瘍組織の中に糸球体や尿管を思わせる構造物のあることは、この腫瘍が未分化な腎組織に由来するものであり、胎生期の混合腫瘍と見做す他はない。(第10・11図)

Ⅲ 考 按

成人の腎臓腫瘍中最も多いのは、いわゆるGrawitz腫瘍であり、胎生混合腫瘍は極めて稀である。これに反し、幼少児の腎腫瘍は殆んどがこの胎生混合腫瘍である。

国内及び欧米の統計によれば、腎胎生混合腫瘍の約80%以上が6才以下で、成人の発生例は数%以下である。高齢者の報告例としては、Davis, Fischer, Baumann, Thatscherの59才、岩倉の57才、Hendrénの54才、帖佐の44才、Genkelの43才、夏秋の41才、黒川の35才、Massの34才等があげられるが、Hellstem, Twinem等によれば、近年成人報告例が増加して来ていると云う。

本腫瘍は発育が非常に迅速で、幼児に於ては、血尿等がなく児頭大以上の腫瘤になつて始めて気がつくことが多く、甚だしく大なるものでは、原・杉原の7,500g、中山の6,500g、稲本の5,400gと云う様なものが報告されている。

本腫瘍の発生に関しては、古くより種々の説が唱えられ、腎以外の組織より生ずるとなす者と、腎自己より生ずると云う者があり、前者のうちでも、1はEberthは筋元胚芽の迷入により生ずると云い、2にはBirch-HirschfeldやHansemanはWolf氏体より発生すると云い、3にWilms又Hedrénは未分化の中胚葉の迷入より発生すると云い、更にRibbertは早期に中・外胚葉性胚芽の迷入により生ずると云い、CohnheimやMarchand等も腎外説に賛成しているが、後者にはMuus, Busse等は胎生期の腎基質から発生すると云つて居り、本邦でも速水、東等はこれに賛成している。

本腫瘍の予後は不良であつて、約半数は数カ月以内に死亡し、1年以上に亘つて再発を見ないものは稀である。これはその発育が速かであるために、発見時又手術時には既に転移していることの多いためと考えられる。本腫瘍の転移は肺・肝に多く、後腹膜リンパ腺・腸間膜リンパ腺その他殆んどすべての臓器が記載されている。

治療法としては腎剔出術以外には求め得べきものは無いが、上述の様に手術後の予後も良好でない。一方X線・ラヂウム等の治療も望は少いし、最近行われる様になつた化学製剤・抗癌剤の使用はまだ充分に検討されてはいないが、あまり期待出来ないものと予想される。従つて早期診断(無症候のうちに発見すること)・早期手術・放射線或は化学薬品の後療法こそが、唯一の期待出来る治療方法である。

我々の経験した本症例は、極めて稀とされている成人の胎生混合腫瘍であり、しかも甚だ高齢者であつた。

本症例の診断は、比較的容易に腎腫瘍と診断し得たが、尿管が非常に拡大していたので、腎盂像の描出に苦心した。レントゲン透視による腎盂尿管造影は非常に効果的であつた。一般に泌尿器科に於ては、X線は非常に重要な診断法であるにも拘らず、腹部内臓や胸部の外科的処置に先だつX線透視程、一般的に行われていない。本症例の経験から、既に多数の識者が早く

から唱えていることであるが, 泌尿器科X線透視の重要性を強調したい。

本症例は術前すでに左鎖骨上窩にリンパ腺転移があり, 手術時も腎門部に大きなリンパ腺転移を認めたので, 予後の不良なことは明瞭であり, 他の転移も充分予想されるところであつたが, 死後剖検により, 肺・肝その他の転移が明らかとなつた。

剖検によつて明らかとなつた右股静脈栓塞は手術後ずい分経過しているもので, 術後性のもとは考え難いが, 特発性と云い得るかどうかは疑問である。

Ⅳ 結 語

1) 57才女子の腎胎生混合腫瘍の1例を報告した。

2) 剔出腎は16 cm×13.5 cm×10 cm, 重さ1,225 gで, 尿管は長さ30 cm外径5.5 cmであつた。

3) 手術後5ヵ月余に死亡。剖検により, 肺肝及び後腹膜腔 大動脈周囲 肺門部・鎖骨上・気管周囲及び分岐部・肝門部・胃小弯部の各リンパ腺に転移が見られた。

4) 病理組織学的に腫瘍は, 円形細胞がびまん性に撒布し, 肉腫様であるが, 腺管様構造を認める。これは未分化な腎組織に由来するものであり, 胎生混合腫瘍と見做す他ない。

5) 右股静脈に血栓があつたが, 術後性のもではない。

6) 泌尿器科に於てもX線透視造影法は重要な診断法である。

〔本稿の要旨は昭和29年5月, 第47回近畿皮膚泌尿科集談会及び30年4月, 第43回日本泌尿器科学会総会に於て口述した。〕

〔稿を終えるにあたり, 御高閲を賜つた稲田教授及び剖検執刀を願つた西塚講師に, 篤く感謝の意を表す。〕

Ⅴ 文 献

- 1) 赤坂: 日泌尿会誌, **35**: 153, 昭18.
- 2) 東: 三浦教授在職20年論文集, 明39.
- 3) Berch-Hirschfeld Ziegl. Beitr., **24**

- 343, 1898.
- 4) Busse: Virch. Archiv., **157**: 346, 1899.
- 5) Cohnheim: Virch. Archiv., **65**: 64, 1875.
- 6) Davis: Am. Jour. obs. and Gyn., **3**: 478, 1920.
- 7) Eberth: Virch. Archiv., **55**: 518, 1872.
- 8) Fischer: Zeitschr. f. Urol.-chir., **37**: 1933.
- 9) Hansemann: Berl. klin. Wochenschr., **31** 1894.
- 10) 原・杉原: 臨床外科, **8**: 91, 昭28.
- 11) 速水: 東京医学会誌, **17**: 183, 明36.
- 12) Hendrén Ziegl. Beitr., **25**: 1906.
- 13) Hellstem: Acta chirurg. Scand., **99**: 259, 1949.
- 14) Herman: The Practice of Urology., 265.
- 15) Himman: Annals of Surg., **80**: 569, 1924.
- 16) 堀尾: 日外会誌, **34**: 601, 昭8.
- 17) 稲本: グレンツゲビート, **7**: 1554, 昭8.
- 18) 岩倉: 中央医学, **12**: 4, 昭18.
- 19) Jenkel: Deutsch. Zeitschr. f. Clin. **60**: 1901.
- 20) 加藤・太藤: 皮膚紀要, **47**: 343, 昭26.
- 21) 栗本・根岸: グレンツゲビート, **11**: 1263, 昭12.
- 22) 黒川: 日外会誌, **22**: 173, **23**: 996, 大11.
- 23) 黒田: 児科雑誌, **416**: 昭10.
- 24) Marchand: Virch. Archiv., **73**: 1878.
- 25) Mass Zbl. f. Chir., **33**: 1292, 1923.
- 26) 三原: 日病理会誌, **13**: 713, 大14.
- 27) Mixter. Charles: Ann., Surg., **96**: 1017, 1932.
- 28) Muus: Virch. Archiv., **155**: 401, 1899.
- 29) 中山: 日外会誌, **14**: 84, 大2; **18**: 795, 大6.
- 30) 西: 日外会誌, **36**: 1117, 昭15.
- 31) 野村: 臨床皮泌, **2**: 250, 昭23.
- 32) 小原: 日外会誌, **27**: 1831, 昭2.
- 33) Ribbert: Virch. Archiv., **106**: 1886.
- 34) 齊藤: 日病理会誌, **8**: 555, 大8.
- 35) 佐藤・鈴木: 臨床外科, **3**: 421, 昭23.
- 36) 杉山: 外科, **13**: 152, 昭26.
- 37) 高井: 臨床皮泌, **10**: 937, 昭32.
- 38) Twinem J. Urol., **55**: 246, 1946.
- 39) 植田: 皮尿誌, **37**: 331, 昭10.
- 40) Wilms: Die Mischgeschwulste. Vol. 1, 1899.
- 41) 山名: 臨床皮泌, **10**: 303, 昭31.
- 42) 帖佐: 台湾医学雑誌, **239**: 188, 大14.

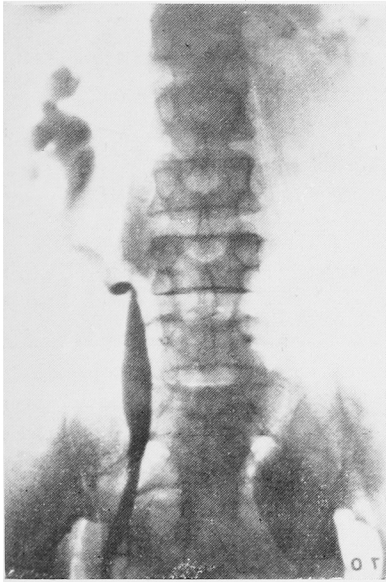


Fig. 1. Pyélo-urétéro-graphie



Fig. 3. Pyélo-urétéro-graphie



Fig. 2. Pyélo-urétéro-graphie



Fig. 4. Rein gauche extirpé

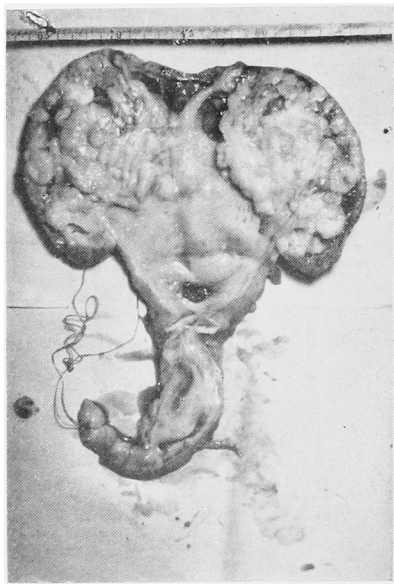


Fig. 5. Rein gauche extirpé

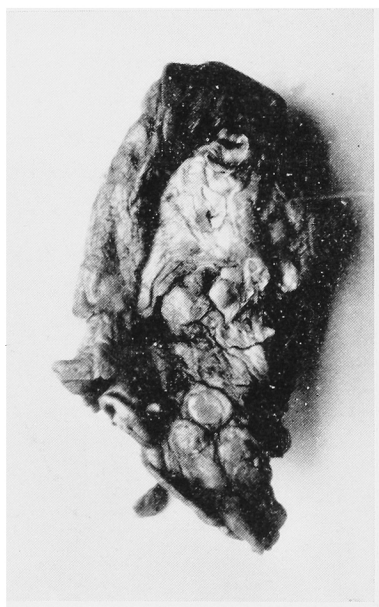


Fig. 6. Poumon droit

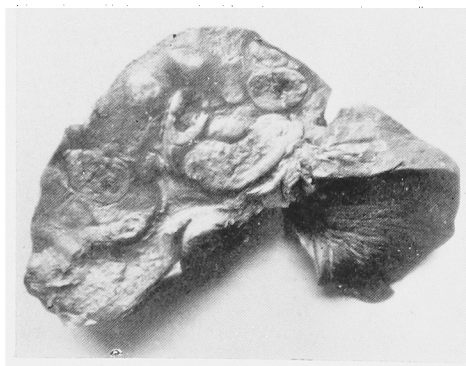


Fig. 7. Foie

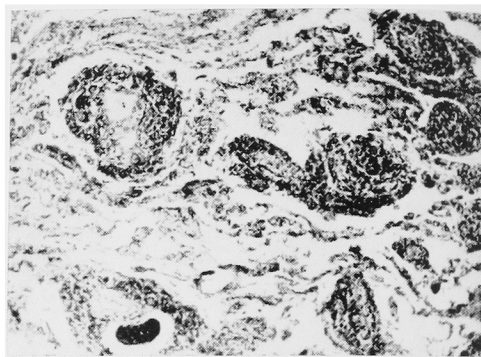


Fig. 8. Poumon (microscopique)

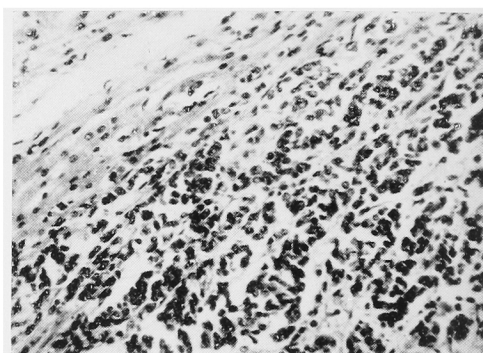
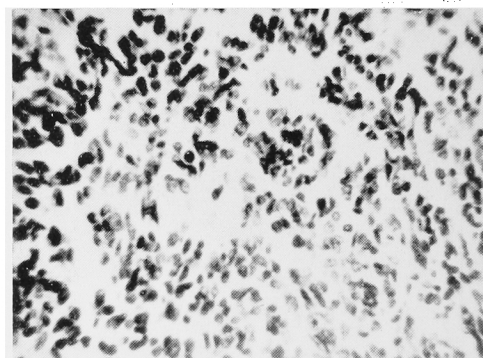
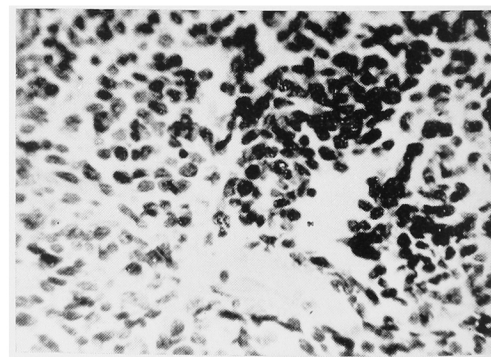


Fig. 9. Foie (microscopique)

Fig. 10. Rein gauche extirpé
(microscopique)Fig. 11. Rein gauche extirpé
(microscopique)