

原発性三重癌（膀胱癌、胃癌、肺癌）の1例

京都大学医学部泌尿器科学教室（主任：吉田 修教授）

岡 部 達 士 郎

大 城 清

吉 田 修

PRIMARY TRIPLE CANCER-BLADDER,
STOMACH AND LUNG: REPORT OF A CASE

Tatsuhiro OKABE, Kiyoshi OHSHIRO and Osamu YOSHIDA

From the Department of Urology, Faculty of Medicine, Kyoto University

(Chairman: Prof. O. Yoshida, M.D.)

A case of triple cancer seen in a 61-year-old man was presented. Primary carcinoma occurred in the bladder, stomach and lung. This was the 37th triple cancer in Japan. Main urological interest in this case was bladder tumor treated by radiotherapy 4 years prior to autopsy, when no recurrence of the bladder tumor was found.

は じ め に

多発性原発性悪性腫瘍，いわゆる重複癌のうち，二重癌はもはやまれなものではなく症例報告もあまりなされていない。三重癌については，本邦で30例以上の報告があるが，泌尿器科領域より発生した癌を含むものは11例しかない。

最近，われわれは，膀胱癌，胃癌，肺癌の三重複癌の1例を経験したので報告する。

症 例

患者：佐○庫○○，61歳，男性。

初診：1970年9月9日。

家族歴：特記すべきものなし。

既往歴：梅毒，淋疾。

現病歴：1970年4月ごろより，肉眼的血尿，頻尿をきたし，某医に薬剤投与をうけ，いったんよくなったが，7月ごろよりふたたび頻尿，排尿時疼痛を覚えるようになり，1970年9月9日，当科を訪れた。また，2カ月で8kgの体重減少をきたしている。外来で膀胱鏡検査をおこなったが，膀胱容量が小さく，膀胱壁も非常にもろく，膀胱破裂をきたし，緊急入院し直ちに手術をおこなった。

第1回入院時

現症：体格中等度，栄養不良，黄疸および貧血は認めない。脈拍80/分，整，緊張良好。血圧162/100 mmHg。胸部は打診および聴診上異常を認めない。腹部は平坦で軟，肝・脾・腎は触知しない。膀胱部に腫瘤を触れず，圧痛もない。前立腺は小さく，硬くない。

一般検査所見：血沈30分 28mm，60分 60mm，120分 93mm，平均 53mm。ヘマトクリット37%，血色素11.4 g/dl (71%)，白血球数7,600，赤血球数458万，梅毒反応陽性。黄疸指数2。GOT 36 単位，血清総蛋白 6.8mg/dl，BUN20mg/dl，クレアチニン 1.4mg/dl，血糖値 100mg/dl，アルカリフォスファターゼ値 9.5 KA 単位，アシドフォスファターゼ値 1.5 KA 単位。Na 141mEq/L，K 4.2mEq/L，Ca 8.9mg/dl，P 4.1 mg/dl。

泌尿器科的検査所見：尿所見；肉眼的血尿1度で混濁，蛋白(+)，沈渣で赤血球，白血球無数。膀胱鏡検査所見；膀胱鏡挿入は後部尿道と考えられる所で軽い抵抗があったが，強い力を加えることなく挿入すると，何かを突き破るような鈍い感じがあった。膀胱鏡より注入した水は回収できず，水を注入しながらみると，膀胱内の状態は不明で，腸の一部と考えられるも

のが認められた。膀胱の腹腔内への破裂と考えられた。レ線検査所見；膀胱造影で、造影剤は腹腔内に広く移行していた。

以上の所見により、膀胱容量が非常に小さくかつもなく、膀胱鏡挿入により腹腔内に破裂したものであり、おそらく膀胱腫瘍であろうと考えられ直ちに手術をおこなった。

手術所見：全身麻酔のもとに下腹部正中線切開で開腹した。膀胱は全体に非常に硬くふれ、膀胱全体に癌が浸潤しているものと考えられた。膀胱頂部より約4 cm 下方に小指頭大の小孔を認め、これが破裂した所と考えられた。腹膜には癌の浸潤は達していなかったが、漿膜を介してザラザラした感じを触れ Stage C~D と考えられた。根治的手術は不可能と考えられたため、両側尿管皮膚瘻造設術をおこなったのち、破裂した個所を閉じ、膀胱のバイオプシーと右腸骨動脈分岐部のリンパ節のバイオプシーをおこなった。組織学的検査は、transitional cell carcinoma grade IV (Fig. 1) でリンパ節への転移は認められなかった。

術後経過：術後40日目より、膀胱部に 6000rad/6w のコバルト照射をおこなったが、経過は順調で、肺、肝などに転移の所見なく、1970年12月15日退院した。

以後、外来で経過を観察していたが、癌の転移もなく順調であった。

1973年11月ごろより食欲不振を訴えるようになったが、癌の転移を思わす所見は得られなかった。1974年1月4日、強度の食欲不振、全身倦怠感、るいそうをきたしたため、第2回目の入院となった。

第2回入院時

現症：栄養不良、るいそう状態、皮膚蒼白、胸部打診聴診で異常なし。腹部、肝、脾、腎、腫瘍を触れず、膀胱部、腫瘍触れず。

一般検査所見：血沈30分 8 mm, 60分 40 mm, 120分 80 mm, 平均 40 mm. ヘマトクリット 20%, 血色素 5.5 g/dl (34%). 赤血球数 315 万, 白血球数 6,600. 血清総蛋白 5.1 mg/dl. アルブミン 1.8 mg/dl. BUN 17 mg/dl. 血糖値 99 mg/dl. アルカリフォスファターゼ 48 mU/ml. Na 128 mEq/L. K 3.4 mEq/L. Ca 7.0 mg/dl. P 2.4 mg/dl.

胸部レ線写真：右下肺野第7肋間から第10肋間にかけて、中央寄りに雲状陰影を認める (Fig. 2).

以上の所見により、癌による悪液質、膀胱癌の肺転移と考え、輸液を中心とする対症療法をおこなっていたが、1974年1月15日より、嘔気、嘔吐をきたし、経口摂取が全く不能となった。1月22日、季肋部膨満感が強く、胃拡張が強いため、マーゲンゾンデを留置し

たが、このときはじめて季肋部に鶏卵大の硬い腫瘍を触知した。この腫瘍は、膀胱癌が腹腔内リンパ節へ転移したものでないかと考えられた。またこの頃より、タール便を認めるようになった。2月27日腹痛を訴え、腹壁は全体に板状硬で、汎腹膜炎と考えられた。患者はショック状態となり、1974年3月1日午前2時20分死亡した。

剖検所見：死亡9時間後、剖検をおこなった。腹腔には膿性の腹水 3400 cc を認めた。胃小彎側に直径 9 cm の花野菜状の腫瘍を認め、中央部が壊死におちいり、直径 1.5 cm 穿孔していた (Fig. 3). 肉眼的には胃原発の癌と考えられたが、組織学的にも、管腔性腺癌であり胃原発と考えられる (Fig. 4).

肺には右下葉の気管支内に母指頭大の腫瘍があり、食道まで浸潤していた (Fig. 5). 組織学的には典型的な扁平上皮癌で肺原発と考えられる (Fig. 6). 膀胱はす桃大で非常に小さく萎縮していたが、断面を入れても腫瘍を思わす所見は全くなく、粘膜面も正常であった (Fig. 7). 組織学的にも癌は認められなかった (Fig. 8). コバルト照射により癌は消失したものと考えられた。

考 察

多発性原発性重複癌は、1879年 Billroth によって次のように定義づけられた。

- ①異なる組織像を呈すること。
- ②異なる場所から発生すること。
- ③それぞれが独自の転移を示すこと。

しかし、この定義は厳しすぎるとして現在では、多くの報告書が Warren と Gates²⁾ の定義に従っている。これによると、①それぞれの腫瘍ははっきりした悪性像を呈し、②組織学的に異なり、③他の腫瘍の転移の可能性が除外されること、としている。

われわれの症例は、膀胱が移行上皮癌 Grade IV、胃が腺癌、肺が扁平上皮癌であり、Warren らの定義をじゅうぶん満足している。ここで問題なのは、肺癌が膀胱に転移した可能性であるが、初診時 (1970年9月) には症状的にもレ線のにも肺癌を思わす所見は全くなく、膀胱壁全体の癌であり、他の転移も認められず、死亡直前まで4年間も肺癌の徴候が全くなく、臨床的にはこの可能性はないと考えられる。

わが国における原発性三重癌の報告は、1973年、藤井ら³⁾ が1例報告するとともに文献的考察をおこない、34例を集計している。われわれはこれ以外にも2例文献的に見いだし^{4,5)}、われわれの症例は37例目にあたる。

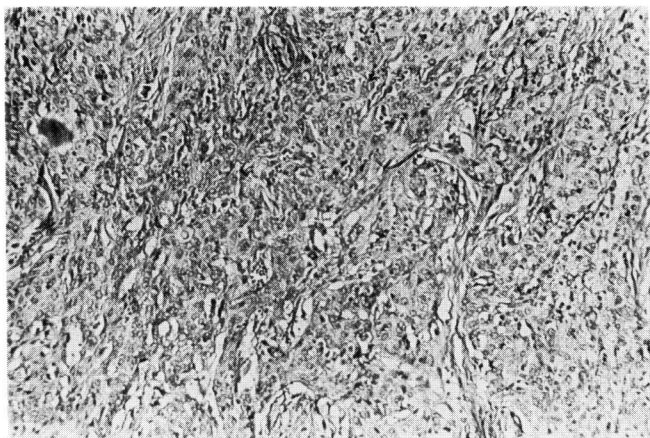


Fig. 1. 膀胱 HE 染色 ×100

未分化な細胞よる成るが、移行上皮の傾向もみられ、transitional cell carcinoma Grade IV である。

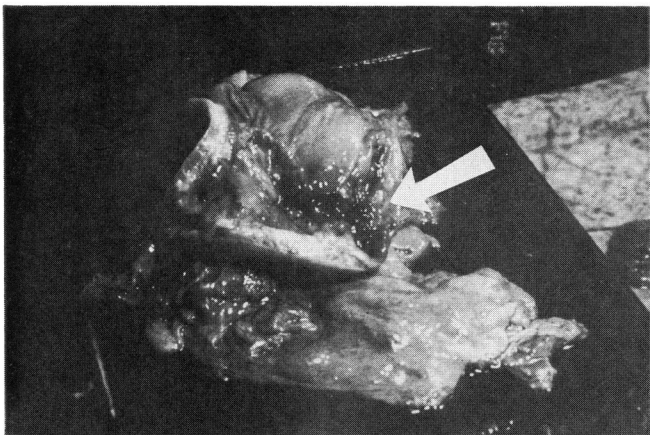


Fig. 3. 胃

胃小彎側に花菜状の腫瘍を認める (矢印)。

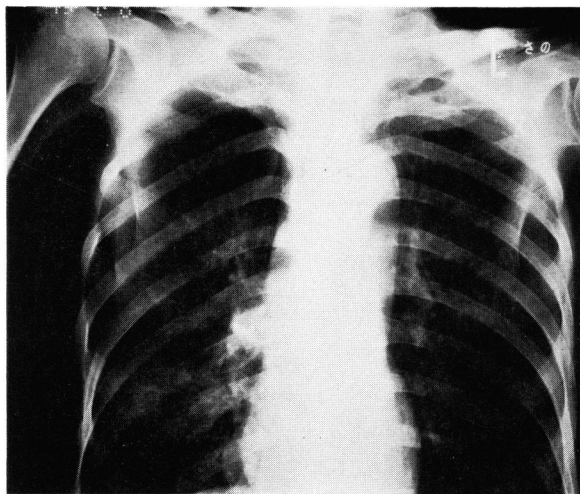


Fig. 2. 右下肺野に雲状陰影を認め腫瘍が考えられる。

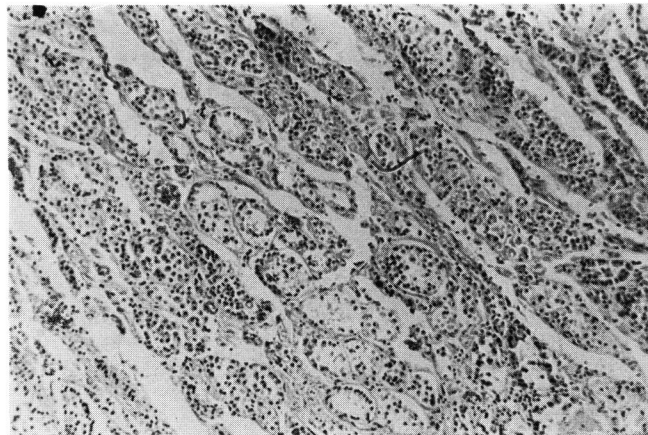


Fig. 4. 胃 HE 染色 ×100

未分化な細胞が多いが、管腔形成がみられ腺癌である。

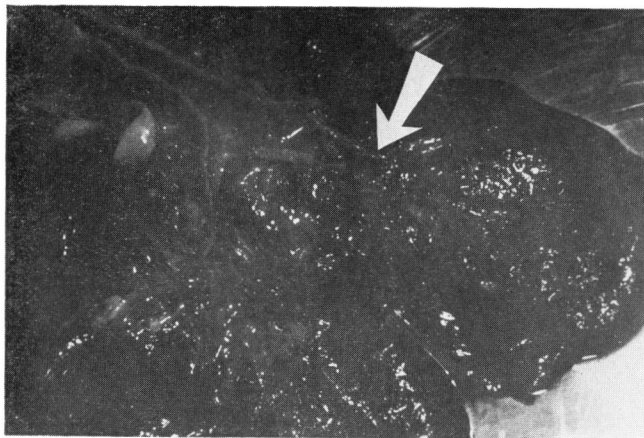


Fig. 5. 右肺
気管支内腔に母指頭大の腫瘍がみられる(矢印).

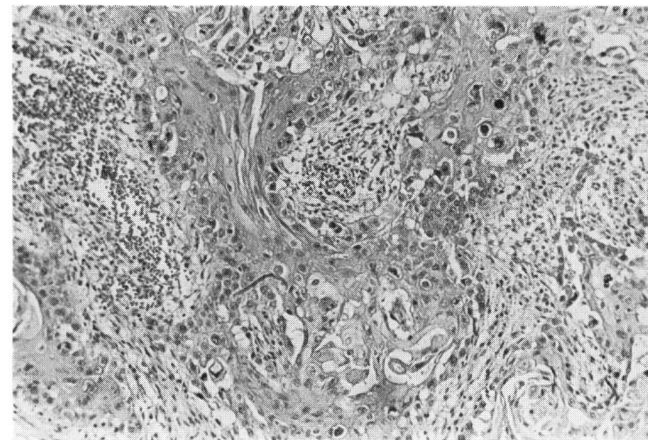


Fig. 6. 肺 HE 染色 ×100
角化した細胞が多く，扁平上皮癌である.



Fig. 7. 膀胱
萎縮した膀胱内面で，腫瘍は認められない．下方に尿道，前立腺がみえる．

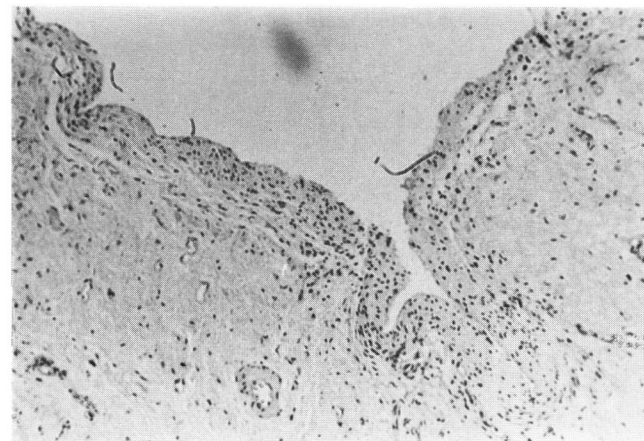


Fig. 8. 膀胱 HE 染色 ×100
腫瘍組織は全く認められない.

発生臓器で最も多いものは胃で28例、次いで喉頭癌11例、甲状腺癌8例の順になっている。男女比は28:9と圧倒的に男性が多く、年齢は26歳から84歳にわたっている。

泌尿器系癌を含む報告は自験例を含めて13例で、その内訳は、膀胱癌6例、腎癌3例、前立腺癌3例、尿管癌1例となっている。

四重癌の報告はきわめてまれで、本邦では青木ら⁶⁾、山崎ら⁷⁾の報告があり、五重癌になると本邦においては山下ら⁸⁾の1例、欧米においても2例の報告しかない^{9, 10)}。

重複癌の発生にかんしては、種々に論じられており興味ある問題である。Watson¹¹⁾は1,117名の皮膚癌患者を分析し、重複癌の発生の可能性は対象群と比べて差がないと述べている。しかし、Stalkerら¹²⁾ Stolnakerら¹³⁾は、2,500名の皮膚癌患者の分析をおこない、重複癌の発生率は13.1%で明らかに対象群より高いとしており、Wallance¹⁴⁾ Mersheimerら¹⁵⁾ Moertelら¹⁶⁾多くの者が、癌をもっている患者は正常者よりも新たな癌が発生しやすいと述べている。

これとは全く逆に、Peller¹⁷⁾は初発癌の治療により個体に免疫を生じ、新たな癌の発生に対して抵抗を増すと述べており、考え方は種々である。

遺伝的関係については、Stalkerら¹²⁾は重複癌患者の22.6%に悪性腫瘍の家族歴を報告し、わが国の報告でも遺伝的素因が認められるとする報告が多く、増淵ら¹⁸⁾は多重重複癌においては遺伝学的素因がむしろ不可欠な条件であると述べている。しかし自験例では、家族歴に悪性腫瘍は認められなかった。

ま と め

61歳、男子に発生した膀胱癌、胃癌、肺癌の三重複

癌の報告をしたが、わが国では37例目の症例である。また自験例は、根治療法不能と考えられた膀胱腫瘍に対してコバルト照射をおこない、4年後の剖検時に、膀胱には全く癌組織を認めず、膀胱腫瘍はコバルト照射で根治したと考えられ、その点でも興味がある。

文 献

- 1) Billroth, C.A.T. : Martin¹⁰⁾ より引用。
- 2) Warren, S. and Gates, O. : Am. J. Cancer, **16**: 1358, 1932.
- 3) 藤井 浩・ほか：臨床泌尿器科, **27**: 1029, 1973.
- 4) 加藤正和・ほか：癌の臨床, **13**: 35, 1967.
- 5) 前田和雄・ほか：耳喉, **2**: 57, 1972.
- 6) 青木幹雄・ほか：癌の臨床, **13**: 435, 1967.
- 7) 山崎岐男・ほか：癌の臨床, **15**: 501, 1969.
- 8) 山下忠義・ほか：癌の臨床, **17**: 769, 1971.
- 9) Moertel, C. G. : 山下⁸⁾ より引用。
- 10) Martin : Am. J. Surg., **119**: 343, 1970.
- 11) Watson, T. A. : Cancer, **6**: 365, 1953.
- 12) Staker, L. K. et al. : Surg. Gynec. Obst., **68**: 595, 1939.
- 13) Stolnaker, L. K. et al. : Surg. Gynec. Obst., **68**: 38, 1939.
- 14) Wallance, A. F., : Brit. J. Surg., **45**: 165, 1957.
- 15) Mersheimer, W. L. et al. : Ann. New York Acad. Sci., **114**: 896, 1964.
- 16) Moertel, C. G. et al. : Ann. New York Acad. Sci., **114**: 886, 1964.
- 17) Peller, S., : Am. J. Hyg., **34**: 1, 1941.
- 18) 増淵一正・ほか：癌の臨床, **16**: 982, 1970.

(1975年5月28日受付)