所謂前立腺膀胱腫瘍に就て(膀胱腫瘍の研究, 第 6 報)

東京大學醫學部泌尿器科教室
(主任 市川篤二教授)

市川 篤二
辻 一郎
川 井 博

SO-CALLED PROSTATO-VESICAL TUMOR (STUDY ON BLADDER TUMORS. THE 6th. REPORT) Tokuji Ichikawa, Ichiro Tsuji and Hiroshi Kawai

From the Urology Department, Medical Faculty, University of Tokyo
(Director: Prof. T. Ichikawa)

症 例

患者; 齋○某. 64 歳, 男子. 家族歴, 既往歴: 特記事項なし. 現病歴: 1949 年夏頃より尿線細小, 排尿時間延長等の排尿障礙が起り, 時に血尿を見る. 冬になつて右の症状増悪と共に, 排尿痛, 頻尿(晝夜共に各 10 回位)を來し, 時には尿淋瀝状態となる. 1950 年 4 月 21 日東大泌尿器科に入院す. 現症: 全身状態略々良好で, 胸部に異常を認めず. 血圧 120~65. 腹部肝脾を觸知せず, 兩腎の腫大壓痛を見ず. 外生殖器に異常を認めず.

直腸觸診では前立腺左葉が軽度に腫大し硬度も稍々増加す. 双手觸診で前立腺の上方膀胱頸部に鶏卵大の硬い腫瘤を觸知す. 兩側腸骨窩淋巴腺の腫大が著明である.

尿所見: 混濁(+), 蛋白(+), 赤血球(卅), 白血球(卅), 球菌(+).

膀胱鏡所見: 内景は全般に強度の肉柱形成を認めるが, 粘膜には著變を見ず. 頸部から三角部に互り數箇の小指頭大乃至拇指頭大の腫瘤突起が集つて全體として小鶏卵大の腫瘍を形成している. 各腫瘤の表面は平滑で正常膀胱粘膜により被われている. 兩側尿管口は腫瘍のかげとなつて發見出来ない.

膀胱レ線像: (1) 造影膀胱レ線像~頂部は著明に上方へ延長し, 又強度の肉柱膀胱で邊緣は多數の不規則な出入を示し, 全體として膀胱は西洋梨子状乃至 Pine tree 状を示す典型的無緊張性擴張膀胱の像である. 底部は舉上され, 頸部より三

角部に不規則な腫瘍餘地像を示す(圖 1). (2) 氣體膀胱レ線像~(1)と略々同様であるが, 頸部より三角部に互る腫瘍がより明瞭に全體として鶏卵大に突出して認められる(圖 2).

前立腺レ線の計測法(市川, 大越, 黒田法): 直腸面縦徑 3.0cm, 尿道寫眞による前立腺縦徑 2.8 cmで, 共に正常値であり, 又前立腺部尿道レ線像にも癌性變化は見られない.

排泄性腎盂造影法: 兩腎共 機能形態略々正常.

水試験: 1.000cc 飲用, 最初 4 時間排泄 830cc, 比重差は $15-2.5=12.5$ である.

血液殘餘 N 正常. 血液像に著變を認めず.

血清フオスファターゼ値は酸 0.5, アルカリ 5.7 (ボダンスキー單位)で正常.

試験切除標本: 經尿道的にヤング氏異物鉗子で採つた標本によると, 腫瘍表面を被う粘膜上皮は略々正常に保存されており, 其の下に瀰蔓性に多數の癌胞巢の浸潤増殖が見られる. 其細胞は異形性の強い多角形乃至圓形細胞でミトーゼも強い. 一部の細胞は圓柱状で, 腺管を圍む様な傾向も認められるが, 全體として單純癌の所見である.

臨床診斷: 本例は排尿困難, 頻尿, 血尿を主訴として來院し, 膀胱鏡検査では三角部より頸部にかけて一見ポリープ状の數箇の腫瘤が相集つて鶏卵大の腫瘍を形成しているが, 腫瘍表面は平滑で之を被う粘膜が正常であつて, 下方より發した腫

瘍によつて膀胱粘膜が押し上げられたのではないかとも思われる點が、膀胱腫瘍としては特異である。膀胱レ線像は底部の舉上と共に典型的無緊張性擴張膀胱の像を示し、相當長期の排尿障礙が存続していた事を思ひめる。然し前立腺は觸診上左葉の輕度腫大、硬度増加を認めるが、後部尿道像は略々正常であり、又双手診で膀胱頸部の鶏卵大腫瘍は前立腺と區別して觸知され、前立腺腫瘍と診斷するよりは膀胱腫瘍と見做し度い所見である。依つて臨床的には膀胱腫瘍の一異形、或は所謂三角部腺より發した腫瘍と診斷した。尙此部は筋腫、粘液腫、肉腫等間葉性腫瘍の好發部位でもあるが、之等は試験切除の結果除外する事が出来た。

其後の経過：5月10日兩側尿管S狀腸吻合術を施行した。手術時膀胱壁は肥厚し、又大動脈分岐部から腸骨動脈周囲に多數の淋巴腺轉移腫脹を認め、其大なるは小鶏卵大に達していた。之等も同時に剔除した。術後尿排泄状態も良好であつたが、漸次全身衰弱状態となり、6月1日死亡した。

剖檢所見：(1)肉眼的所見～膀胱はリング大、壁は可なり肥厚している。粘膜は略々正常。三角部左側から頸部にかけて指頭大乃至拇指頭大の4箇の軟いポリープ狀腫瘤が内腔に突出し、其の基部では互に融合して全體として鶏卵大である。之に接して數箇の豌豆大迄の小腫瘤が認められる。之等腫瘍表面は概ね平滑で淡紅乃至乳白色を呈す(圖3)。剖面を見ると、腫瘍は下方前立腺内に浸潤して行き、此浸潤は肉眼的に豌豆大乃至半米粒大の濃黃色斑點として略々前立腺の半ばの高さ迄入りこんでおり、肉眼的所見では膀胱の腫瘍が前立腺中に浸潤して行つたものと見做される(圖4)。

(2)組織學的所見～腫瘍は全體として單純癌であり、其表面を被う粘膜は略々保存されているが(圖5)、突出部中央では上皮剝脱の部分も多い。又其一部には(a)表面上皮よりの所謂Brunnの上皮細胞巢、陰窩、小囊胞形成等を認め、斯る上皮巢や陰窩囊胞壁上皮が異形増殖して深部癌胞巢に移行して行く様な所見がある。膀胱内突出部では胞巢は大且つ充實性であるが、(b)前立腺内浸潤

部では胞巢は小且つ管腔を圍む傾向が現われ、腺癌狀構造を示し(圖6)、更に一部では正常前立腺々管と此腺癌構造との間に移行する様な所見もある。肉眼的には浸潤は前立腺上半部迄の様に見えたが、組織學的には殆んど前立腺の全體に及んでいる。又精囊腺中にも輕度乍ら腫瘍浸潤が認められる。(c)一方前立腺部尿道に於ては、内腺(尿道周圍腺)の異形増殖像があり、之が膀胱方面から尿道粘膜下に浸潤して來た癌胞巢と移行している様にも見える。

尙腫瘍組織の酸性フوسفアターゼ染色は陰性であつた。淋巴腺轉移も主として單純癌で、其一部に圓柱上皮が管腔を圍む様な性質も認められる。

病理學的診斷：肉眼的には膀胱側より前立腺内に侵入した腫瘍と思われたが、組織學的には腫瘍發生母地の決定は非常に困難であつた。腫瘍表面が平滑で之を被う上皮層がよく保存されている事は、膀胱粘膜よりの腫瘍となすに稍々矛盾するが、所見(a)は膀胱上皮(恐らくポリープが先行し、其表面上皮)の腫瘍化を支持する事實である。然し又所見(b)は前立腺癌の膀胱内腔への突出を疑わしめ、(c)は内腺群(膀胱頸部腺、三角部腺等)より發した腫瘍が三角部粘膜を押上げると共に、前立腺方向にも侵入したのではないかとも思ふ所見である。此他に膀胱癌と前立腺癌の併發も一應考慮された。

然し乍ら病理學教室の最終決定は、主病巢が膀胱にある事と、(a)の所見を重視して膀胱粘膜(ポリープ表面上皮)の癌化である事となつた。所見(b)殊に腺狀構造や其前立腺々管との移行の如き像は、膀胱單純癌が本來腺狀構造である前立腺内に侵入した爲に現れた偽腺管狀構造であると説明し、又三角部腺より發する癌は極めて稀であり其報告例は典型的な腺癌像を示すという文獻的考察からも、本症例を三角部腺癌と見做す事は行過ぎであらうと。

尙本例の腫瘍組織がフوسفアターゼ染色陰性な事は前立腺腫瘍を否定する一根據としてよからう。

考 按

本症例は臨床的にも前立腺腫瘍か膀胱腫瘍かの判定が問題となつたが、膀胱鏡的に三角部より頸部に位するポリープ状に突出した腫瘍は、觸診上前立腺の上に別に觸知され、前立腺自身には左葉の軽度腫大硬度増加を認めるのみであつて、膀胱腫瘍と診断した。試験切除組織のフォスファターゼ染色陰性、血清酸フォスファターゼ値正常、後部尿道レ線像略々正常等の事實も或程度前立腺癌を否定する助けとなつた。唯腫瘍表面が大部分略々正常な膀胱粘膜で被われている點が通常の膀胱腫瘍としては特異であり、全體として單純癌ではあるが一部腺様構造も認められる事から、或は所謂 Subtrigonal tumor (三角部腺組織より發した腫瘍) とも考えられた。剖檢所見も肉眼的には腫瘍の主病巣は膀胱であつて、前立腺内への浸潤は深部には至つてない様に思われた。然るに組織學的には前述の如く浸潤は前立腺内に深く及び、而も茲では一見前立腺癌を思ふ様な所見を呈しており、前立腺に發した癌が膀胱に浸潤して粘膜を押上げて増殖したものではないかとの疑問が生ずるに至つた。結局は腫瘍表面上皮の異形増殖巣と上皮癌細胞巢との移行所見から、膀胱癌と決定されたのであるが、本症例は膀胱腫瘍としても、前立腺腫瘍としても特異な形態を示している事は異論がない所である。茲で所謂 Subtrigonal tumor が問題となつたのである。文獻上稀ではあるが膀胱頸部腺、三角部腺(或は aberrant prostate tissue) より發した腫瘍が報告されているが、其大部分は良性腺腫の症例であつて、癌の發生例は Alexander, Fontana, Herbst, Thomas, Feuton 等寥寥たるものである。而も其多くは單に三角部や膀胱頸部に發した腺癌で、前立腺は臨床上異常なく腫瘍と直接関係ないと言う程度の根據に基いて、恐らく Subtrigonal tumor であろうと推測されている様である。我々の例も剖檢を行わなかつた場合には三角部腺より發した癌とされたかも知れない。川崎は數年來の排尿困難を訴えていたが後に血尿を伴い、前立腺は硬度増加するも腫大著明でなく膀胱頸部に腫瘍を觸れ、剖檢で腫瘍は三

角部を基底として膀胱内に増殖し、肉眼的に前立腺は正常大で腫瘍化を見なかつた例を報告している。組織學的には此の例も三角部腫瘍表面は正常上皮を被り粘膜下、筋層に旺盛な癌性増殖を示し腫瘍細胞は小腺管状或は細胞索状を呈し、前立腺は外腺の退行性變化が顯著であるに反し、内腺の小腺管状増殖旺盛で、而も其一部は明かに惡性化して浸潤性増殖を示していた。彼は本例を内腺或は Submuköse paraprostatic Drüse より發したものとし膀胱癌の形をとつた前立腺癌(前立腺膀胱腫瘍)と呼んでいる。

此の川崎例は我々の例と極めてよく似ている。斯る例の癌發生母地の決定は各人の主觀が相當影響するだろう事は言う迄もない。文獻上我々の調べた範圍では全く疑問の餘地のない三角部腺よりの癌發生例は見當らぬ様である。元來膀胱頸部腺、三角部腺は Periurethral gland, Paraprostatic gland, 或は aberrant prostate gland 等と呼ばれているが、之等は前立腺内腺群に屬す可きものとされている。前立腺内腺組織の肥大增殖により前立腺肥大症が發生する事は現在殆ど議論の餘地がない通説となつてゐるが、一方内腺よりの惡性腫瘍發生に就ては、其可能性を全く否定する事は出来ないが確實な報告例はない様である(Kahler)。

然し乍ら我々の例や川崎例の如き報告は時に之を見、又膀胱頸部や三角部に位する腺癌で、膀胱癌の前立腺内侵入、或は其の逆と記載されている症例は必ずしも稀でない。

此様な場合其眞の發生母地決定は臨床的には勿論病理學的にも困難な事が多く、各自の主觀が或程度免れぬであろうが、臨床的には所謂前立腺膀胱腫瘍として一括取扱うのが便利ではなからうか。此型の腫瘍は主病巣は膀胱内にある様に見えても、癌性變化は前立腺内にも深く及んでいる可能性が大なる事を治療上忘れてはならない。

結 論

1. 排尿困難、頻尿、血尿を主訴とする64歳男子で典型的無緊張性擴張膀胱の像を認めたが、前立腺は觸診上軽度の腫大、硬度増加を認めるのみで、其上方膀胱頸部に鶏卵大の腫瘍を觸知した。

第 1 圖

第 3 圖

第 2 圖

第 4 圖

第 5 圖

2. 膀胱鏡的には腫瘍は数箇の拇指頭大迄のポリープ状突起の集合よりなり、其表面粘膜は略々正常である事が膀胱腫瘍としては特異であり、組織學的には單純癌の像を示した。

3. 剖検により腫瘍は前立腺内深く侵入し、一部には腺癌狀構造を示す所もあり、前立腺癌の膀胱内侵襲、或は所謂 Subtrigonal tumor も疑われたが、結局膀胱粘膜より發した癌と決定された。

4. 斯る腫瘍は臨床的には所謂前立腺膀胱腫瘍として取扱うのが便利であろう。

稿を終るに臨み、東大病理學教室三宅教授、山中學士

第 6 圖

正常前立腺組織と共に小腺管狀癌組織が見られる。

の御協力を深謝する。

文 獻

- 1) Alexander: cited from Hüchel. — 2) Feuton: Urol. & Cut. Rev., **43**, 736 (1939). — 3) Fontana: cited from Hüchel. — 4) Herbst: J. A. M. A., **83**, 1147 (1924). (Scool への追加). — 5) Herman: J. Urol., **19**, 291 (1928). — 6) Hüchel: Hb. d. spez. path. Anat. u. Histol. (Henke-Lubarsch) VI/2 (1934). — 7) Kahler: J. Urol., **41**, 557 (1939). — 8) 川崎: 岩手醫專誌, **3**, 55 (1938). — 9) Thomas: J. Urol., **19**, 307, (1928). (Herman への追加). — 10) Young: Practice of Urol. (1926).

(本研究は文部省科學試驗研究費による)