

著明な臨床症状を呈した腎囊腫の二例

粕川正夫¹⁾・桐山誠²⁾

はじめに

腎囊腫は、日常よく発見される腎奇型であるが、症状を呈する例は稀である。我々は、著明な臨床症状を示した腎囊腫二例を経験したので報告する。

症 例

症例1：50才男

家族歴：特記事項なし

既往歴：昭和49年9月交通事故で脳内血腫の除去。その後外傷性てんかん発病して治療中、昭和56年末頃より腹部膨隆が始まり漸次増大し、特に右側に顕著であり、全身倦怠及び、動悸もあったので昭和57年6月23日入院した。

入院時主要臨床所見：

眼瞼結膜に軽度貧血、黄疸、浮腫なく、リンパ腺不触。腹部は全般に膨隆し、腹水ありそう。膨隆は右側に著明で、右肋骨下縁から臍下5横指、左側が左下腹部に及ぶ半楕円球型の硬い腫瘤を触れ、移動性も圧痛もない。その大きさや注意深い触診で表面が凸凹を感ずることから、悪性腫瘍の肝転移を思わせた。

腹壁に静脈怒張はなく、股動脈、足背動脈はよく触れることが出来た。

入院時主要検査所見：

赤血球 427×10^4 、血色素 $14.0g/dl$ 、Ht 41.9、血小板 28.0×10^4 、白血球7300、CRP(-)、RA(-)、HBs抗原(-)、血清総蛋白 $6.8mg/dl$ (Alb. 61.4%、r-glb. 19.8%)、Na $137mEq/l$ 、k $3.3mEq/l$ 、CEA 6.6、AFP(-)、GOT 90、GPT 63、Al-P 113 、LDH 482、r-GTP 246、LAP 98、コリンエステラーゼ 970(0.024)、尿素窒素 $9.7mg/dl$ 、クレアチニン1.1

mg/dl 、ビリルビン $0.6mg/dl$ 、CCLF(+)、コレステロール $133mg/dl$ 、中性脂肪 $133mg/dl$ 、Ccr82.6%、尿蛋白、糖いずれも(-)、沈査異常なし。

入院後の経過は図1に示した。入院後、高蛋白

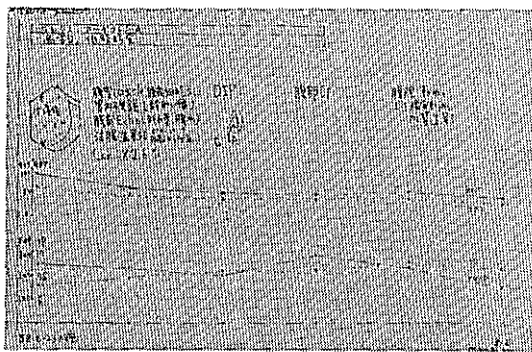


図1 臨症経過

・低脂肪食、ラシクス、アルダクトンAで治療開始。腹穿で滲出液少々(腫瘍細胞なし)。胃内視鏡静脈瘤少々。腹部Echoでは肝か腎か不明。注腸造影で小さいポリープ2コ。静脈性腎盂造影

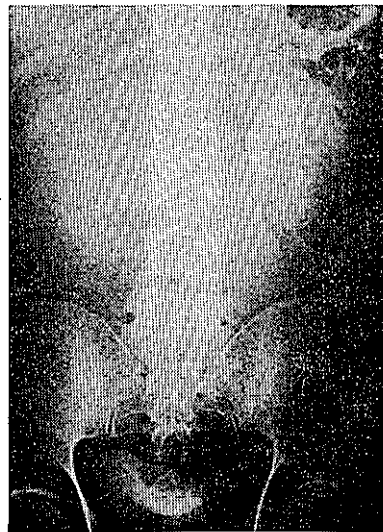


図2 D I C

¹⁾糸魚川院病内科 ²⁾同外科

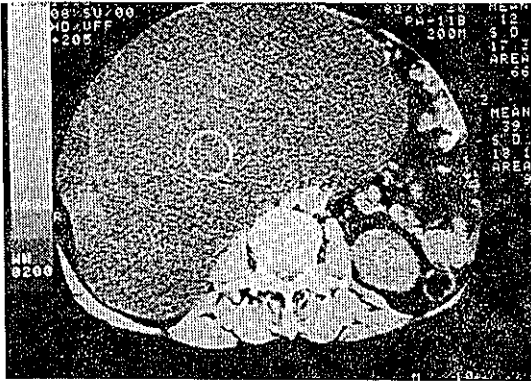


図3 腹部CT

では左は正常で、右は全く出ない(図2)。腹腔・上下腸間膜動脈造影では、はっきりした所見はえられなかったが、CT上右腎は巨大に腫張し、囊腫状となっている(図3)。左腎は異常なく、肝は著変なさそうである。腸管は左後方は圧排されている(図4)。以上から、右巨大腎囊腫(悪

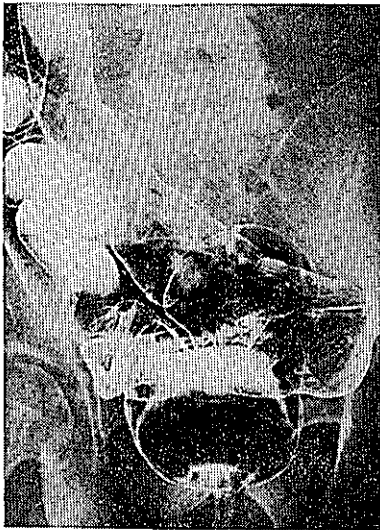


図4 注腸造影

性化も考えて)の診断で外科に転科し、57年8月23日剔出術を施行した。腫瘤の肉眼的、組織学的所見は次の通りである。

肉眼的に図5に示す如く多房性囊腫で、内腔にはやや血性の淋巴様液6100mlをいれていた。

組織学的にみると内面が一層の扁平な上皮で被われ、壁に「Muskelhyperplasie」を認める囊腫で、残った腎組織には実質の萎縮荒廢と間質の

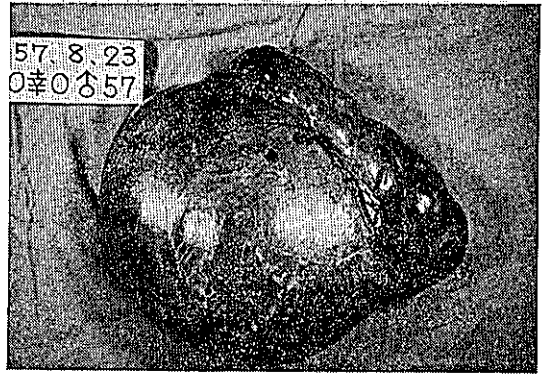


図5

線維化が著名であった。

なお開腹時の肝組織生検で肝硬変像を認めた。血清学検査の一部の異常はそのためと考えてよからう。

症例2：本〇利〇，52才男

家族歴：特記事項なし

既往歴：昭和52年2月脳梗塞で右不全マヒあるも日常生活支障なし。

現病歴：昭和56年2月頃より高血圧症220/110で顔面浮腫，蛋白尿，頻尿などを訴え開業医の加療をうけていたが，上記症状増強したので57年2月25日より3ヶ月間1回目の入院をした。

一回目入院時所見：赤血球 234×10^4 ，血色素 $8.1 g/dl$ ，Ht 22.7，血小板 21.6×10^4 ，白血球 7900，尿量1500cc，Ccr 8.6，尿素窒素 $85 mg/dl$ ，クレアチニン $6.1 mg/dl$ ，Na $138 mEq/l$ ，K $4.1 mEq/l$ ，Ca $7.8 mEq/l$ ，P $3.9 mEq/l$ ，血清蛋白 $6.1 mg/l$ (Alb 68.9%，r-Gl 9.3%，A/G比 2.22)，尿中蛋白 $1.2 g/1日$ (平均)，沈査赤血球 4-6/1視，白血球 6-8/1視，血圧 160/90~180/100，

β_2 ミクログロブリン11.6 (増加)。

入院後経過：食餌上水分1500ml, Nacl 7.0g, 蛋白質40gで入院加療(3ヶ月)し, 浮腫もとれ, 全身状態好転したので外来で観察していたが, 7月初め再び浮腫発生, 食思不振, 更に尿中クレアチニン, 尿素窒素が増加し初めたので, 8月5日2回目の入院となった。

2回目入院時所見と経過：Ccr 8.5, 尿素窒素86mg/dl, クレアチニン62mg/dl, K 49mEq/l, 尿量1000mlであった。そこで水分1000ml, Nacl 7.0g, 蛋白質30g, 200 calで, 全身好転し, 8月25日退院した。退院後外来で再び観察中であったが, 両季助部に腫瘤を硬く触れるようになり, 両手で触れることから腎と判断した。貧血も増強する傾向にあり, 肝シンチ上 SOL を発見(図6), 腹部のCT 上両腎は横断面で正常の6倍以



図6 肝シンチ

上に増大, 多発性囊腫状となっている(図7)。所謂, 『定型的なる囊腫腎』の病像を呈していた。肝でも多発性の大小下同の囊腫を認めた。他の臓器には囊腫は発見されていない。

従って, 本症は両側囊腫腎による慢性腎不全症と診断された。58年6月頃より悪化し, 11月より血液透析を導入, 維持透析に入っている。

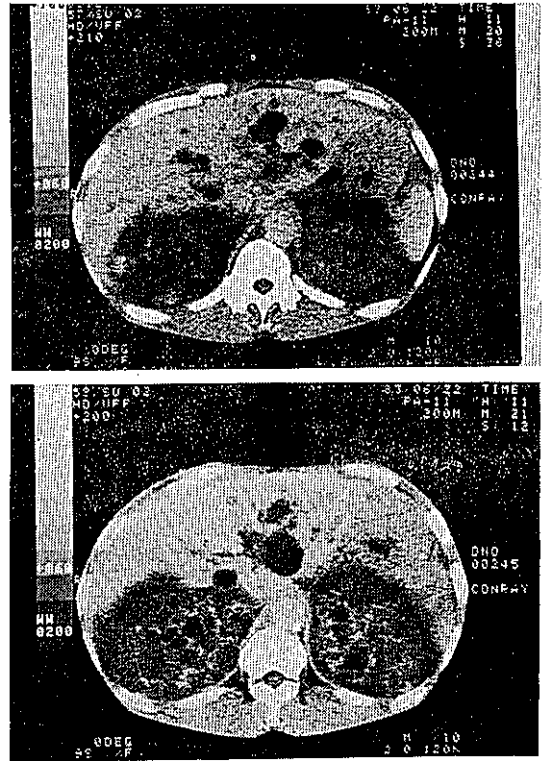


図7 腹部CT

考案及び結語

現在, 腎囊腫には種々の形式があり, その本態, 病因, 病理, 相互関係などについては, 幾多の異論があり, また名称, 定義, 分類などでも現在一定していない。さて, 囊胞性腎疾患の分類は, 辻(1972)によれば表1の如く, 1) 先天性, 2) 後天性か先天性か未定, 3) 後天性に分けられ, 更に1)は i) 多囊腎 ii) 海綿腎 iii) 囊胞腎(幼児型, 成人型), 2)は i) 単純性囊胞(単発, 多発性, 単房性, 多房性) ii) 傍腎盂囊胞 iii) 腎盂性囊胞となる。3)は i) 各種腎病変(炎症, 結石, 腫瘍, 通過障害, 寄生虫など)に続発する二次的囊胞 ii) 腎周囲囊胞に分類される。別の見地から, Potter(1972)の microdissection 法による腎囊胞性疾患の分類(表2)によれば, 第I—IVに分けられる。

我々の症例をこれに従って分類すれば次のようになる。即ち, 第一例は辻の2)の i) で, Potterの第3型であり, 第二例は1)の iii) (成人);

表 1 囊胞性腎疾患の分類 (辻)

1. 単一性	D) 多囊腎 multiseptic kidney
	E) 海绵腎 sponge kidney
	H) 囊胞腎 polycystic kidney (成人型)
2. 先天性か後天性か不定	G) 単純性囊胞 simple cyst (多発性・多房性)
	F) 傍腎性囊胞 parametric cyst
	I) 腎盂性囊胞 hydrocystic cyst
3. 先天性	D) 各種腎病変(炎症・血栓・腫瘍・過剰分泌・出血など)に继发する二次的囊胞
	H) 腎周副囊胞 perirenal cyst

表 2 microdissection 法による腎囊胞性疾患の分類 (Potter1972)

第 1 型：ネフロン分化形成後の集合管に拡張と憩室形成および囊状拡張をきたす。両側性。幼児型囊胞腎の大部分で出産後すぐ死亡する。

第 2 型：早期の尿管芽先端部障害により、正常な腎盂・腎杯、集合管およびネフロンは形成されない。集合管系は分岐すくなく、先端は囊胞となっておわり、線維組織の増生が著しい。多囊腎、無形成腎、形成異常腎などとなる。

第 3 型：集合管とネフロン形成は正常に起こり、のちに集合管とネフロンの各部に大小多数の囊胞ができる。正常ネフロンと異常ネフロンの混在型。両側性。成人型囊胞腎で代表される。

第 4 型：胎生中期以後に先天性尿道通過障害による尿逆圧のため、皮質ネフロンに囊状拡張をきたす。

第 2 型といえそうである。いずれにしても、第一例は 6. 以上の内容を有する巨大囊腫で、先天的に存在した小さいものが、外傷を機会に急に大きくなったものであろう。悪性化もなく剔出可能であったことは幸であった。

第二例は、正常の 6 倍 (横断面) もある巨大囊腫腎の症例で、次第に腎不全を惹起したものであろう。所謂 "Polycystic disease" の症状の一つ

をしめるものである。症状を呈さぬものもあるが、その数%が慢性腎不全になると考えられている。現在では、RA-scan, Echo, angiographyなどで、腎囊腫は発見される事が多くなっている。しかし、我々の症例の如く、症状を呈するものは限定されるので、その点貴重な症例である。

以上巨大腎囊腫、先天性多発性囊腫腎症例の診断とその推移について述べた。