

子宮頸部癌ノ輸尿管ニ對スル態度

醫學博士 安藤 畫 一

子宮頸部癌ガ骨盤結締織ニ連續的ノ傳播ヲナスニ當リテ、頸部ニ接近シテ走行セル輸尿管ニ對シテ如何ナル態度ヲトルモノナルカヲ知ルハ、當ニ學問上ノ興味ノミナラズ實地上甚ダ緊要ナル問題ナリ。元來子宮癌ノ根本的治療ハ放射線療法發達ノ今日ニ於テモ尙ホ彼ノ擴汎性腹式全剔出術ニヨリテ得ラルベキモノナリ。此際手術操作ニ甚ダ重要ナル關係ヲ有スルハ輸尿管ナリ。

輸尿管ノ遊離容易ナル場合ハ論外トシ、モシ輸尿管ニシテ骨盤結締織ノ癌性浸潤中ニ堅ク固定セラレタル場合ハ之ニ對シテ如何ナル處置ヲ採ルベキモノナルカ。

如斯キヲ直チニ手術不可能性ノ者トシテ放置スル場合ハ問題トナラザルモ、尙ホ手術可能性ナリトシテ擴汎性手術ノ目的ヲ遺憾ナク遂行セントスル場合ハ左ノ二ツノ疑問ニ逢着スベシ。

- 一、根本的ニ輸尿管ヲ切除シタル後膀胱ト吻合セシムルカ
- 二、輸尿管ヲ遊離シ全ク保存的ニ處置スベキカ

此疑問ハ癌腫ノ輸尿管ニ對スル態度、換言スレバ輸尿管ノ癌腫襲撃ニ對スル抵抗力ノ如何ニヨリテ解決セラルベキモノナリ。

本問題ハ茲ニ予ガ事新ラシク敘述スルマデモナク既ニ歐洲諸大家ノ間ニ少シク爭論セラレタルコロナレドモ、尙ホ我國ニ於テハ學會ノ問題トナリシヲ聞カザルガ故ニ、自己ノ經驗ヲ基礎トシテ聊カ卑見ヲ開陳セントスルモノナリ。

根本的療法ヲ忽諸ニ附シ放置セラレタル子宮癌患者ノ最終ノ轉歸ハ多クノ場合ハ尿毒症死ナルコトハ周知ノ事實ナリ。即チ骨盤結締織ニ於ケル癌性浸潤ハ次第二輸尿管ヲ包圍シ、之ヲ狭窄シ終ニハ尿ノ流通ヲ阻止スルニ至リ茲ニ尿毒症ヲ惹起スルモノナリ。而シテ骨盤結締織ニ於ケル癌腫ノ進行ハ甚ダ迅速ナルニモ拘ハラズ、尿毒症ノ續發スルハ寧ロ疾患ノ末期ナルコトハ臨牀家ノ齊シク經驗スルトコロナリ。此事實ニ徴スルトキハ癌腫ノ襲撃ニ對スル輸尿管ノ抵抗ノ甚ダ大ナルベキヲ推定シ得ベシ。

解剖的所見ニ就キテハ系統的研究ノ報告ヲ知ルコト能ハザルモ、子宮癌ニ關スル一般報告中ニ記載セルトコロニヨレバ組織的ニモ紋上ノ如キ臨牀上ノ事實ニ符合スル所見ヲ認メ得ルナリ。即チ骨盤結締織ノ堅キ癌性浸潤中ニ包圍セラレタル場合ト雖、尙ホ輸尿管壁ニ癌腫細胞ノ進入ヲ見ルコトナシト云フ。

以上ノ如キ特殊の關係ヲ認メタル手術家ハ、之ヲ手術ニ際スル輸尿管ノ處置法ニ及ボシ、以テ「假令輸尿管ガ癌性浸潤ニ埋沒セラルト雖、直チニ其切除ヲ行フハ寧ロ無謀ノ舉ニシテ先ヅ遊離ヲ試ミルベキモノナリト」結論セリ。

然レドモ亦輸尿管ノ癌腫ニ對スル抵抗力ハ絕對的ノモノニアラザルナリ。例ヘバデーダーライン及ウエルトハイム等ハ輸尿管壁ニ定型的ノ浸潤ヲ起シタル各一例ヲ報告セリ。故ニ癌性浸潤中ニ埋沒セル輸尿管ノ保存的處置ハ根治的療法ノ主旨ニ悖ルモノトシテ其切除ヲ主張スルモノアリ。

元來本問題ノ正當ナル解決ハ單ニ癌腫ノ輸尿管ニ對スル態度ノミニヨリテ論ゼラルベキモノニアラズシテ、輸尿管外科ノ成績ト相俟テ決定セラレザル可ラズ。從來切除說ヲ持セルモノ、行ヒタルガ如キ輸尿管斷端ノ膀胱移植術ニシテ何人モ容易ニ行ヒ得且成績常ニ確實ナルモノトセバ、甚シキ困難ヲ忍ビテマデ輸尿管ノ遊離ヲ敢テスルノ要ナキヤ勿論ナリ。

予ハ從來寧ロ保存的處置ノ方針ヲトリ來タルガ故ニ輸尿管ノ切除ヲナスコトナカリシモ、近來輸尿管結紮閉塞法ノ成績良好ナルヲ經驗スルニ至リ(醫學中央雜誌第十七卷第六號)屢々切除ノ機會ニ遭ヒ、中一例ニ於テ精細ナル

組織の検査ヲナスコトヲ得タリ。且又甚ダ興味アル經過ヲトリテ尿毒症ノ爲メ死亡セル一ツノ剖檢例ヲ得タルガ此
二例ノ所見ト從來ノ保存的處置ニ於ケル成績トヲ根據トシテ少シク本問題ニ觸レムトス。

第一例。福〇〇、四十八歳。

子宮頸管癌。右側骨盤結締織ニ高度ニ浸潤シ、約鳩卵大ノ結節ヲナシ、
輸尿管ハ其中ニ堅ク埋没セラレ、浸潤部以上ハ約示指大ニ擴張セリ。故
ニ之ヲ切斷シ川添氏結紮法ヲ行ヒタル後、全別出ヲナシタリ。遺憾ナガ
ラ開腹時腎臓ヲ檢セザリシモ手術ノ翌日觸診上右側腎ノ腫大セルコトヲ
明カニ證明シ得タリ。依ツテ術前既ニ腎臓水腫ヲ形成セルモノト判定セ
リ。在院一箇月半ニシテ全治退院セリ。

解剖的所見。別出セル標本ニ附着セル輸尿管ハ約二種ニシテ浸潤部以
上ハ囊狀ニ擴大シ、浸潤部以下ニ膀胱ニ連續セル部ハ正常ノ太サナリ、
走行ニ直角ニ多クノ割面ヲ入ル、ニ全面髓様ニ見エ浸潤結節ノ周邊部ニ
ハ輸尿管腔ヲ認メ得ベキモ中心部ニテハ殆ド閉塞セルモノ、如ク見ユ。
簡單ナル連續切片ニヨリ顯微鏡檢査ヲナスニ、癌腫細胞巢ハ主トシテ
側方ヨリ輸尿管ニ接近シ管壁ニ達セルモ、壁組織ニ侵入セル部、一ツモ、ナシ
而シテ輸尿管腔ハ何處モ正常ノ上皮ヲ以テ被ハレ閉鎖セル部ナシ。唯一
部ニ於テ正常ノ皺襞ヲ失ヒ内面平滑トナリ且管腔狹窄セルヲ見ルノミナ
リ。

膀胱底ノ兩側輸尿管ノ開口部ニ於テ各鶏卵大ノ癌性腫瘤アリテ輸尿管ハ腎盂ニ至ルマデ全長ニ互リテ甚シク囊様
ニ擴大シ膿樣液ヲ以テ充滿セリ。膀胱ヲ切開シタル後輸尿管ヲ壓スルニ左方開口部ヨリハ白色ノ内容ヲ漏出セシメ
得ルモ右側ハ全ク閉鎖セルガ如シ。腎臓亦甚シク腫大シ右側長サ十四糎、幅七糎、厚サ五・五糎、左側長サ一二・五

安藤—子宮頸部癌ノ輸尿管ニ對スル態度

第二例。福〇〇、三十一歳。

大正七年十月十一日兩側骨盤結締織ニ中等度ノ浸潤ヲ有スル子宮腔部
癌ナル診斷ノモトニ予ニヨリテ腹式擴汎性全別出ヲ行ハレ一箇月後全治
退院セリ。然ルニ本年七月二十一日腰痛、惡心、嘔吐、頭痛、排尿障
碍等ノ主訴ヲ以テ再び予ノ臨牀ヲ訪問セリ。

双合診ヲ行フニ盲端ニ終レル腔ノ兩側ニ約鶏卵大ノ凡ソ球狀ノ堅固ナ
ル結節ヲ觸レ骨盤壁ト固ク癒着セリ。且外診上兩側腎臓ノ明カニ腫大セ
ルヲ認メ且稍々強キ壓痛アリ。一般狀態ハ定型的ノ惡液質ニシテ嘔吐頻
繁全ク尿毒症ノ徵候ヲ具備セリ。患者ノ訴ユル所ニヨレバ既ニ二十日以
前ヨリ尿ノ排泄甚シク減少セリト云フ。入院後モ尿ノ自利殆ド全クナク、
「カテーテル」ニヨリ導尿ヲ企ツルモ少量ノ膿樣物ヲ漏ラスノミナリ。
尿毒症ニ對シテ開腹術ヲ決行セントスルモ發熱常ニ三十九度内外ヲ上
下シ、六日ノ經過ヲ觀察スルニ一般狀態益々増惡シ二十六日ニ至リ體溫
ヲ順ミズ手術ヲ敢テセントセルニ、終ニ突然死亡セリ。最後マテ明カナ
ル痙攣發作ヲ認メザリキ。

剖檢ニヨリ泌尿生殖器全部別出シテ精細ニ之ヲ檢査セリ。

種、幅七種、厚サ六・五種ナリ。剖面ヲ見ルニ腎水腫ノ形態ヲナシ且殊ニ右側ニ於テハ無數ノ化膿竈ヲ認ム。

癌性腫瘍部ヲ輸尿管ノ走行ニ多數ニ横斷シテ觀察スルニ、管腔次第ニ狹小トナリ中心部ニ至リテハ全剖面髓様ニシテ輸尿管ノ區別判明ナラズ、膀胱ニ近キ部ニ於テ再ビ認メ得ルニ至ル。兩側共ニ殆ド同様ノ所見ナリ。

第一例ト同様ニシテ顯微鏡的標本ヲ製シ之ヲ檢スルニ兩側殆ド同様ノ所見ヲ有シ、輸尿管ハ美麗ナル癌眞球ヲ有スル扁平上皮癌細胞巢ノ集團ヲ以テ包圍セラル、モ、管壁ニハ孰レノ部ニ於テモ一箇ノ癌細胞ヲモ認ムルコト能ハズ。管腔ハ中心部ニ至ルニ從ヒ狹小トナリ、終ニ極メテ小ナル圓形孔トナレルモ全ク閉塞セル部ナシ。而シテ孰レノ部ニ於テモ上皮被包ヲ認メズ。唯タ最細小ナル管腔内ニ剝脫セル一列ノ上皮ト無數ノ膿様トヲ認メ得タリ。要之殆ド閉塞ニ近キ状態ニマデ癌性浸潤ノ壓迫ヲ蒙ルモ、輸尿管壁ハ尙ホ其侵害ヲ免レ得ルコトヲ認メタルナリ。

又手術時ノ經驗ニ徴スルモ比較的強キ浸潤ナリトモ其中ヨリ輸尿管ヲ分離スルハ必ズシモ困難ナラザルナリ。然ラバ上敘ノ如キ組織的及臨牀的事實ヨリシテ直チニ輸尿管ノ保存說ヲ主張シ得ルヤト云フニ尙ホ一顧ヲ要スベキ問題アリ。即チ如斯クシテ分離セル輸尿管ガ果シテ正常ニ其機能ヲ繼續シ得ルカ否カナリ。

元來子宮癌手術ニ於ケル輸尿管ノ遊離ニ就キテハ些ノ浸潤ヲモ有セザル場合ニ就キテモ諸家ノ間ニ多クノ論争ヲ見タルナリ。即チ一部ノ人ハ術後ニ續發スル輸尿管腔瘻ノ主要ナル原因ヲ遊離ニ因ル營養障害ニ歸シ、之ヲ以テ遊離ニ反對セルナリ。予ノ經驗ハ此說ニ賛同スルコトヲ許サズ。予ハ總テノ場合輸尿管ノ充分ナル遊離ヲ行フト雖、尿瘻ノ續發ヲ見ルハ極メテ少數ナリ。予ハ其原因ヲ寧ロ術後ノ傳染ニ歸セントスルモノナリ。然レドモ輸尿管ヲ浸潤中ヨリ發掘セル場合ハ尿瘻ヲ續發スルコト甚ダ多シ、浸潤ノ程度強度ナル時ニ於テ殊ニ然リ。予ハ此結果ヲ遊離部ノ營養障碍ニヨル壞死現象ヲ以テ説明セントス。

ワインベル Weibel ハ輸尿管ヲ癌性浸潤竈ヨリ掘り出し持續的ニ再發ヲ免カレタル一例ヲ報告シ、マッケンロート Mackenrodt ハ癌性組織ヨリ分離セル輸尿管ガ癌性浸潤ヲ蒙レルカ否カハ手術時ノ検査ニヨリテ肉眼的ニ鑑別シ得ル

モノナリト説ケリ。輸尿管膀胱吻合術ノ技術甚ダ困難ニシテ其成績甚ダ良好(殊ニ癌手術ノ場合ニ於テ)ナラザルヲ遺憾トセシ既往ニ於テハ、予モ亦可及的保存説ヲ持シタリシト雖、技術極メテ簡單ニシテ豫後亦甚良好ナル輸尿管結紮法ヲ知ルニ及ビテハ、兩側輸尿管共ニ同様ノ運命ニ陥レル場合ノ外寧ロ切除説ニ賛同セントスルモノナリ。

結 論

一、輸尿管ハ癌腫ニ對シ甚ダ大ナル抵抗力ヲ有シ、其包圍ニ陥ルモ通常管壁ニ癌細胞ノ進入ヲ見ルコトナシ。

二、如斯キ抵抗力アルガ故ニ擴汎性子宮全剔出ニ際シ癌性浸潤中ヨリ輸尿管ヲ分離スルモ必ズシモ癌腫ノ再發ヲ見ザルベシ。

三、然レドモ癌性浸潤ヨリ遊離セル輸尿管ハ營養障礙ヲ起シ尿瘻ヲ續發スルコト多キガ故ニ、他側腎及輸尿管ニシテ健全ナル場合ハ寧ロ浸潤上部ニテ切除シ川添氏結紮法ヲ行フベシ。然レドモ兩側輸尿管共ニ浸潤中ニアル時ハ遊離ヲ行ヒ保存的ニ處置スルハ切除及膀胱内移植術ヨリモ優秀ナル法ナリ。

(終)