腎盂がん

がん研究会有明病院泌尿器科部長
米　瀬　淳　二
（聞き手　山内俊一）

腎盂がんの治療法、予後などについてご教示ください。

＜三重県開業医＞

山内　腎盂がんは、当然腎臓のがんの一つなのでしょうが、腎臓は非常に複雑な臓器ですので、がんにもいろいろな種類があるかと思われます。腎盂がんの位置づけも兼ねて、まず腎臓がんの分類、特徴といったところをご説明願えますでしょうか。

米瀬　腎盂がんと腎細胞がんは厚生労働省の統計などでは腎臓がんの中に一緒にまとめられていることが多いです。

我々泌尿器科医がいう腎臓がんというのは腎細胞がんのことで、尿細管といって、尿をつくるところから発生する腫瘍で、昔はグラヴィッツと呼ばれていたものです。このがんで一番多いのは近位尿細管からできる淡明細胞がんです。一方、腎盂がんというのは全然違いまして、尿の通り道から発生するがんですから、膀胱がんと同じ種類のがんです。

山内　膀胱がんとして扱ったほうがいいような特徴もあるとみてよろしいわけですか。

米瀬　できる場所は腎盂ですから、腎臓の中にできますけれども、がんの種類としては、尿路上皮がんです。昔は移行上皮とよく言いましたけれども、今は尿路上皮に統一されています。腎杯、腎盂、尿管、膀胱、あと尿道の一部は尿路上皮からできています。そこから発生するがんが組織学的には尿路上皮がんです。その中で一番多いのは膀胱がんです。尿管がん、腎盂がんも同じ上皮からできますから、同じ性質なのです。尿路上皮がん全体の５～10％の頻度で腎盂がんが起きます。

山内　尿などの排泄物の中には異物も多いので、こういったものにさらされる臓器にはがんが比較的多いとみて

よろしいのでしょうか。

米瀬　おそらくそういうことだと思います。たばこも膀胱がんの最大の原因なのですけれども、現在は発売禁止になった鎮痛剤のフェナセチンとか、あるいは染料、化学薬品、そういうものの代謝物が尿に出てきて、それに何年もさらされると、がんが出てくることが知られています。

山内　今、一部の薬物で話題になっていますが、代謝物が長期間ずっと通過していると出てきやすいとみてよいわけですね。

米瀬　原因の一つとしてそういうふうに考えられています。

山内　これらはどういったことで発見されるものなのでしょうか。

米瀬　腎臓がんも同じですけれども、泌尿器科医が一番気をつけるのは目に見える血尿です。尿潜血とか、顕微鏡的血尿はあまりがんに結びつかないことも多いのですけれども、我々は肉眼的血尿がある程度高齢の方に出たら、尿路はすべて尿道から前立腺、膀胱、尿管、腎盂、腎臓まで、必ずチェックするようにしています。

山内　一般的には細胞診というものが非常に重きをなすとみてよろしいわけですね。

米瀬　はい。

山内　場所柄、発見するのは難しいと考えてよろしいのでしょうか。

米瀬　膀胱に比べると、腎盂、尿管は内視鏡検査がなかなかたいへんです。膀胱の中をのぞけば、かなり小さいものもわかりますし、細胞診も膀胱がんだとかなり陽性率が高いです。ですけれども、尿管、腎盂となると、今はいい器械がありますけれども、膀胱鏡のように外来ですっとのぞくというわけにもいきません。組織検査にしても胃カメラで胃の粘膜をぷつぷつ取るようなことはできません。膀胱は簡単にできますけれども、尿管、腎盂となると、入っていく管がそれこそかなり細くなるので、その中に通す鉗子で取る組織はさらに小さくなりますから、組織を取るのは難しいのです。今はMDCTで再合成した尿路の画像を参考にしたり、あと先生がおっしゃったように、尿の細胞診の検査も、尿管、腎盂まで管を入れて、そこで取った尿の細胞診でがんの発生部位を診断するということを行います。

１回だけ細胞診陽性、それだけでは恐ろしくて摘出手術ができませんから、画像的な変化が出ているかどうかというのを、MDCTを撮ったり、あるいは尿管の細胞診を取るときに、尿管に入れたカテーテルから造影して、陰影欠損があるかとか、そういうことを調べてがんの発生部位を確認します。

山内　左右ありますから、どっちかというのを決めておかないと。

米瀬　反対を取ったらたいへんですから。

山内　治療に絡みますが、予後は、やはり悪いのでしょうね。

米瀬　尿管も膀胱も腎盂も、粘膜にとどまっているがんであれば、これは見つけて取れば、ほぼ100％治ります。ですけれども、周りにしみ出ている、腎盂の周りの脂肪に出ているとか、それはまだいいのですけれども、腎盂がんとは違いますが、同じ性質の尿管は壁が薄く、すぐ外に出てしまいます。尿管の浸潤がんとなると、見つけて手術をしても、非常に大ざっぱですけれども、50％程度で転移再発と記されている成書もあります。

山内　これは腎盂に多発するとみてよろしいわけですか。

米瀬　尿が原因という説でいくと、多発する可能性を考えなければいけないと思うのです。例えば腎盂に１つだけ悪性度の低い腫瘍があれば、腎温存手術という選択肢も試みられていいとは思うのですけれども、実際は膀胱の中を削るようには簡単にいきません。反対の腎臓がもうだめであるとか、ほかの病気で反対の腎臓を失ったような方に、まだ一般的ではないですけれども、何とか腎を保存してやろうという腎保存手術を行っているところはありますが、基本的には我々は腎盂、尿管に腫瘍ができたら、対側の腎盂、尿管に腫瘍がなく腎機能が保たれていれば、あとあとの同側の腎盂、尿管への再発のリスクを考えて、病変のある側の腎臓、尿管を膀胱につながっているところまですべて取るという手術をします。

山内　がんの場合、早期のがんをどうするかというのは、あらゆるがんで問題になると思われますが、このがんに関してはいかがでしょうか。

米瀬　尿管がんというのは、どういうわけか、低グレードのがんというのが膀胱に比べて少ないといわれているのと、あとは術前にはっきり表在がんという診断がなかなかしにくいのです。ですから、理想的にここまでならこうやって腎臓を残せるという保存的手術という段階にはまだ達していないのが現状だと思います。

山内　むしろ幸いもう片方があるわけですから、あとあとを考えると取ったほうがいいかなと、そういう感じでよろしいでしょうか。

米瀬　そうです。けれども、一つ悪いことを言うと、腎盂、尿管にできた方というのは、ある程度の確率で膀胱に再発するのです。では膀胱から反対の尿管に再発することはないのかというと、そういうことも、非常に少ない頻度ですが、対側に再発することもあるのです。ですから、右の腎臓、尿管にできて、それは取った。ああ、よかったねと言っていると、３～４割、膀胱に再発する可能性があります。膀胱の中を定期的にのぞき、ルーチンの検査で膀胱の経過観察をしますから、膀胱に再発したら、それを見つけて治す

ことは、膀胱を保存してほぼ可能なのですけれども、ものすごく運の悪い方は、そこから反対側に再発してしまうことがあります。そういうときこそ本当に早く見つけて、腎保存治療というか、そういうことを考えなければいけないと思います。

山内　なかなか難しいがんなのですね。逆に、抗がん剤が尿路系を通っていけば、患部も比較的曝露しやすい印象はあるのですが、抗がん剤に関してはいかがでしょうか。

米瀬　例えば膀胱の上皮内がんに関しては、膀胱の中にBCGとか、マイトマイシンとか、尿道からカテーテルで注入するのが標準的な治療です。ですから、腎盂、尿管の上皮内がんが見つかれば、そこにBCGなり抗がん剤を入れる方法は当然考えられます。それから、例えばダブルJカテーテルといって、膀胱からシリコンのステントを腎盂まで入れておいて、膀胱の中に薬を入れると、逆流して上のほうまで効くという方法とか、あるいは腎臓に直接管を刺して、抗がん剤なりBCGを腎盂、腎臓から尿路系を順行性に灌流させるというような方法も行われています。

山内　着実ながら治療も進んできているのが現状と考えてよろしいのでしょうか。

米瀬　そうですね。

山内　ありがとうございました。