

## 第223回 日本泌尿器科学会東海地方会

(2004年1月25日(日), 於 中外東京海上ビルディング)

集学的治療により脳転移・肺転移が消失した腎癌の1例: 高田俊彦, 山田佳輝, 宇野雅博, 米田尚生, 藤本佳則(大垣市民) 症例は51歳, 男性。2003年4月右胸部痛を主訴に近医受診し胸部X線・CTにて異常を指摘され当院呼吸器科受診。胸部CT撮影中, 左腎腫瘍を発見され左腎癌, 多発肺転移と考えられ当科へ紹介受診となった。画像診断上, 左腎癌, 多発肺転移と診断し2003年5月2日左腎摘除術施行した。病理結果は clear cell carcinoma G2 pT3a であった。術後肺転移に対し IFN- $\alpha$  を300万単位週3回投与を施行中, 術後3カ月目に脳転移が出現し  $\gamma$ -knife を2カ所行い脳転移は消失した。IFN- $\alpha$  単独では肺転移に対し治療効果 NC であったため, IL-2 を70万単位週3回皮下注にて併用したところ肺転移も消失した。現在術後9カ月再発を認めず, IFN- $\alpha$ , IL-2 による免疫療法を外来にて継続中である。

自然破裂を契機に発見された成人 Wilms 腫瘍の1例: 飛梅基, 山田芳彰, 小久保公人, 中村小源太, 青木重之, 松原広幸, 瀧知弘, 本多靖明(愛知医大), 三井健司(常滑市民), 成瀬克也(国立名古屋) 25歳, 女性。右腰部痛を主訴に救急外来受診, 尿路結石症を疑い当科紹介受診。腹部エコー・CTより右腎腫瘍の自然破裂を疑い緊急入院。腎癌 T2N0M0 と診断し, 経腹的根治的右腎摘出術を施行した。腫瘍は Gerota 膜内にとどまり, 後腹膜への穿破もなく完全に摘出した。病理は Wilms 腫瘍で, Favorable Histology C2N0V0 M0U0 NWT5-5 病期分類 stage 2 と診断した。術後化学療法 RegimenEE-4 を施行した。現在術後1年2カ月, 再発もなく通院中。

直腸癌腎尿管転移の1例: 河瀬紀夫, 西川信之, 福澤重樹, 宮川美栄子(高田市民) 52歳, 女性。1999年に直腸癌に対して放射線照射後根治手術を受けている。2001年に側腹部痛が出現し尿管狭窄を指摘し尿管鏡検査を行ったが悪性所見を認めず。2003年に尿細胞診陽性が続き尿管鏡再検査したところ, 腫瘍を認め尿管摘除術を施行した。病理検査で腎・腎杯・尿管に腺癌を認め大腸癌腎尿管転移と診断した。術後5カ月生存中だが膀胱内に再発を認めている。悪性腫瘍から尿管への直接浸潤・圧迫は臨床によく経験されるが真の転移性尿管腫瘍は稀で自験例は本邦66例目であった。直腸原発は5例で全例移行上皮癌を疑い手術を施行されていた。症状は肉眼的血尿は少なく, 尿路閉塞症状が多いことが特徴である。予後はほとんどの症例が多臓器転移を有しているため不良である。悪性疾患の既往があり尿管狭窄を認める場合は転移性尿管腫瘍も考慮する必要がある。

G-CSF 産生腎盂未分化癌の1例: 広瀬真仁, 神谷浩行, 秋田英俊, 平尾憲昭(厚生連加茂), 郡健二郎(名古屋大) 症例は57歳, 男性。右腰部痛, 血尿を主訴に紹介受診。各種画像診断にて右腎腫瘍, 腎門部リンパ節の腫脹を認めた。発熱, 疼痛が高度であり, 抗生物質投与するも状態の改善が得られなかったため, 緊急的に経腰の右腎摘術を施行した。術中周囲との癒着は非常に高度であった。術後炎症反応の改善は認められず, 全身状態が悪化し, 肺転移が出現, 術後11日目に死亡した。病理結果は腎盂未分化癌, pT3 以上, INF- $\gamma$  であった。また血中白血球数が初診時より 18,900/ $\mu$ l あり, 術後 73,600/ $\mu$ l まで上昇を認めた。血中 G-CSF は上昇を示しており, G-CSF 産生腫瘍と考えられた。

尿管発生 Sarcomatoid Carcinoma の経験: 永田仁夫, 西島誠聡, 大塚篤史, 新保 斉, 高山達也, 鶴 信雄, 古瀬 洋, 牛山知己, 鈴木和雄, 大園誠一郎(浜松医大), 野畑俊介(富士宮市立総合) 症例は68歳, 女性。右下腹部腫瘍を主訴に当科紹介受診し尿管腫瘍の診断にて尿管摘除術を施行。腫瘍は 2 $\times$ 1.5 cm, 黄色非乳頭状であり上皮性マーカーの EMA(+), Cytokeratin(+), Cytokeratin 7(-), 非上皮性マーカーの Vimentin(+), HHF35(+), desmin(-), LCA(-), CD56(-) のため Sarcomatoid Carcinoma, pT3, pN0, pMx, INF $\beta$ , pR1, pL1, pV1 と診断。術後療法に MVAC を施行したが4カ月後に骨転移を認め放射線療法を施行。骨転移は縮小し新病変の出現なく2年間外来通院中である。

巨大水腎尿管症を来した膀胱尿管逆流症の成人例: 大槻英男, 佐々木ひと美, 森川高光, 石瀨仁司, 桑原勝孝, 日下 守, 石川清仁, 白木良一, 星長清隆(藤田保術大) 49歳, 男性。精神遅滞, 糖尿病の既往があり, 1993年に左尿管異所開口, 水腎尿管症, 無機能腎と診断されるも手術拒否し放置していた。2003年, 腹部膨満, 体動時尿失禁のため再度当院紹介。腹部CTで径 27 $\times$ 23 cm 大の巨大水腎症を認め, 腎瘻造設にて 7.5 l の排液を得た。術後, 腎瘻から 1日 2 l 以上の排液と, 尿意・自排尿の減少が見られた。膀胱造影で左 VUR が確認され, 左尿管摘除を施行した。巨大水腎尿管の原因として, VUR の存在に加え, 尿管下部の機能的閉塞もあったと推察された。巨大尿管の分類では, 逆流性・閉塞性に属するものと考えられた。また, 内液流量が著明な場合や高齢者・有合併症者では2期的治療が侵襲軽減・術後経過に有効と考えられた。

BCG 腎盂内注入療法中に敗血症性ショックを生じた1例: 石田健一郎, 柚原一哉, 蟹本雄右(掛川市立総合) 76歳, 女性。経陰エコーで膀胱腫瘍を指摘された。TCC G2>G3 pT1 にて動注化学療法, BCG 膀胱注を施行し, TCC G2 pT1s, 両側分腎尿細胞診陽性であったため膀胱全摘除術, 尿路変更は術後腎盂内注入の可能性を考慮し皮膚瘻とした。尿管断端陽性であったため BCG 腎盂内注入療法 (BCG 40 mg + 生食 100 ml) を施行した。2回目の注入中に発熱, 左腰部痛を認めたため注入を中止し抗生剤, INH 投与開始したものの, 同日夕より敗血症性ショックとなった。補液, 心血管作動薬投与を開始したが軽快せず, 翌日エンドトキシン吸着療法にて循環不全は軽快し心血管作動薬を減量できた。以後 38 $^{\circ}$ C の弛張熱が3週間続き, また CT, MRI では左腎に肉芽腫を疑う所見を認めた。現在外来通院中である。

BCG 膀胱内注入療法後に生じた Reiter 症候群の1例: 堀 靖英, 黒松 功, 保科 彰(山田赤十字) 58歳, 男性。2003年3月肉眼的血尿を主訴に当科初診。表在性膀胱癌と診断し4月に TUR-Bt を施行した。同年6月膀胱内再発を認め再度 TUR-Bt を施行した際, 病理組織学的検索にて TCC, G2-G3, CIS と診断されたため, 6月24日より BCG 膀胱内注入療法 (イムノブラダグ 80 mg を週1回) を開始した。8回の注入終了後, 8月13日頃より腰痛, 右肩関節痛, 両眼充血が出現, BCG 注入療法に伴う Reiter 症候群と考え, 8月25日より抗結核薬, 抗アレルギー薬の内服を開始した。その後関節痛は軽快し, 服薬中止後も関節炎などの増悪, 膀胱癌の再発を認めていない。Reiter 症候群はアレルギー反応の関与による関節炎, 結膜炎, 尿道炎を3徴とし, BCG 注入療法の重大な副作用の1つとしても挙げられている。発生頻度は低いが, 関節炎遅延の報告例もあり, BCG 注入療法の際に留意すべき副作用である。

若年者に発生した膀胱移行上皮癌の2例: 本山大輔, 平野恭弘, 佐藤 崇, 福田 健, 阿曾佳郎(藤枝市立総合) 症例1は24歳, 女性。出産後の排尿困難を主訴に受診し, 腹部超音波検査で偶然膀胱内に腫瘤を認めた。膀胱鏡で右側壁に単発で径約 15 mm の有茎性乳頭状腫瘍を認め, TUR-Bt を行った。病理組織学的に TCC, G1, pTa で, 臨床病期は pTa, N0, M0 であった。術後2年0カ月が経過したが再発を認めていない。症例2は23歳, 男性。無症候性肉眼的血尿を主訴に受診し, 腹部超音波検査で腫瘤を認めた。膀胱鏡で膀胱頭部に単発で径約 15 mm の有茎性乳頭状腫瘍を認め, TUR-Bt を行った。病理組織学的に TCC, G1, pTa で, 臨床病期は pTa, N0, M0 であった。術後2カ月が経過したが再発を認めていない。諸報告によると若年者に発生した膀胱移行上皮癌の予後は一般的な発症年齢層と比べて同等と考えられるので, 今後も厳重な経過観察を行う予定である。

骨盤腔内 Castleman's disease の1例: 西澤恒二, 小林 恭, 光森健二(浜松労災), 井出良浩(同病理), 渡辺 淳(京都大), 小倉啓司(大津日赤) 41歳, 男性。人間ドックにて左骨盤腔内腫瘍性病変を指摘され当科紹介。CT では内部不均一で強い造影効果があり, MRI では内部不均一な T1 低信号 T2 やや高信号の, 辺縁明瞭な径

6 cm の腫瘍性病変を認めた。悪性腫瘍の可能性が否定できないため、腫瘍摘除術を施行。病理組織ではリンパ濾胞に多数の胚中心が存在し、胚中心に流入する血管と中心部の硝子硬化を認め、Castleman's disease (hyaline form) と診断された。術後4年が経過し再発を認めていない。Castleman's disease は原因不明のリンパ増殖性疾患で、後腹膜腔への発生は非常に稀である。画像診断は困難で病理組織像から診断に至る。単発型が80~90%を占め、多くはhyaline formである。その場合無症候性で切除後再発しない。

神経内分泌細胞への分化を認めた前立腺癌の1例：佐藤 敦，原田 雅樹，工藤真哉（聖隷浜松），清水進一（同病理） 70歳，男性。人間ドックでPSA 21.0 ng/mlを指摘。前立腺生検で左葉底部，右葉尖部にGleason grade 3+3の腺癌を検出。画像上他臓器への転移なく，内分泌療法開始1カ月半後のPSAは1.0であった。約4カ月後施行した前立腺全摘術の病理検査で，通常の腺癌も認めたが，多くはクロモグラニンA，グリメリウス染色陽性の神経内分泌（NE）細胞への分化を認めた。生検標本の再検討でNE細胞は散在性に認められるのみであった。骨盤内リンパ節転移も認められたため，放射線療法，内分泌療法を併用し，術後1年6カ月を経過し画像上転移認めず，PSAは0.1以下である。前立腺癌の約70%にNE細胞を認めると言われているが，本症例のようにクローナルな増殖を示すのはその約10%である。4カ月という短期間の内分泌療法後に著明なNE細胞増殖を来した症例を経験したので報告する。

前立腺粘液腺癌の1例：加藤慶太郎，田中一矢，西川英二（名古屋掖済会），本多靖明（愛知医大） 59歳，男性。2002年10月3日排尿困難にて当科初診。PSA 1.75 ng/ml，直腸診，その他諸検査にて，前立腺肥大症と診断。内服治療も症状改善なく，2003年8月25日TUR-P施行。切除重量は26g。病理診断は印環細胞を伴った前立腺粘液腺癌。画像検査上stage C (T3b, N0, M0)の診断にて，10月29日根治的前立腺全摘予定に手術を開始するも，術中迅速病理検査にて，両側内腸骨リンパ節転移を認めたためstage D1と診断し，郭清のみで終了。PSA値，PSAによる免疫染色陰性よりホルモン感受性はないと考え，また有効な治療法が確立されていないことより，現在テガフルウランの内服治療にて経過観察中であるが，今後局所腫瘍の増大，遠隔転移の出現の可能性も高いと思われ，治療法を検討中である。

バクリタキセル，カルボプラチン併用化学療法により，DICが改善した再燃前立腺癌の1例：梅本幸裕，岡村武彦（名城） 59歳，男性。2001年9月からBPHにて近医よりハルナール，プロスタールの処方を受けていた。2002年2月血尿，排尿困難にて当科受診。PSA-ACT 110，生検の結果は低分化型前立腺癌，stage T4N1M1でMAB療法開始。3カ月でホルモン抵抗性となり，2002年8月から骨盤部への放射線療法も併用。2002年10月からカゾックスを中止のうえ，11月からステロイド使用。2003年4月には骨転移も増加し，転移部痛も増大。8月のPSA-ACT 1720，9月にはDIC併発，PSA-ACT 4140。入院の上バクリタキセル，カルボプラチン併用化学療法開始。フラグミン，血小板輸血も行いながら化学療法1コース終了時DICは改善した。現在3コース終了しPS4がPS1まで改善している。

経会陰的前立腺 Saturation 生検の試み：小島宗門，大石正勝，岡田晃一，矢田康文，三矢英輔（名古屋泌尿器科），早瀬喜正（丸善ビルクリニック） 前立腺生検の前立腺癌に対する感度を向上させる目的でsaturation生検を試みた。対象は24例で，平均年齢は67.5歳（48~82歳）であった。すべて再生検で，2回目が21例，3回目が1例，4回目が2例であった。Saturation生検は，腰椎麻酔で経直腸的超音波ガイド下に経会陰的アプローチで行った。採取生検数は17から28カ所で，平均21カ所であった。その結果，24例中7例（29%）で前立腺癌が検出された。Saturation生検は，癌の見落しを減らすためにも有用と思われた。

前立腺針生検後，直腸出血が遷延し動脈塞栓術を行った1例：杉山大樹，日下 守，石瀬仁司，森川高光，佐藤乃理子，桑原勝孝，佐々木ひと美，石川清仁，白木良一，星長清隆（藤田保衛大），加藤良一（同放射線） 72歳，男性。PSA 14.962 ng/dlと異常高値を認め，直腸診上前立腺右葉に硬結を触知し，経直腸的超音波ガイド下に前立腺

6カ所生検を施行。生検直後は少量の直腸出血のみであり，経過観察していたが，その後，直腸からの出血が増強してきたため，術後6，12，15日目，計3回経肛門的に結紮止血術を施行。その後も出血持続するため，外科的に止血困難と判断し，塩化ビニルアルコールによる選択的動脈塞栓術を施行。前立腺針生検後の直腸出血に対しては，外科的処置により止血困難な場合，より早期の塞栓術が有効であると考えられた。

進行膀胱癌に対し膀胱全摘，尿道摘出後，尿道舟状窩に腫瘍を認めた1例：中根慶太，加藤 卓，水谷晃輔，横井繁明，江原英俊，高橋義人，石原 哲，出口 隆（岐阜大），下川邦泰（同病理） 75歳，男性。膀胱癌に対しMVAC施行後，2002年6月に膀胱全摘（回腸導管），尿道舟状窩までの尿道摘出術施行。腫瘍は多発性乳頭状広基性。前壁を中心に内尿道口にも存在。UC，G2>G3，pT1N0。切除断端，前立腺部尿道に腫瘍を認めず。2003年8月より外尿道口からの血性分泌物を自覚。軟性膀胱鏡検査上，尿道舟状窩に乳頭状腫瘍を認めた。洗浄細胞診陽性。尿道再発と診断し，12月陰茎部分切開術施行。UC，G2>G3，陰茎海綿体浸潤を認めず。文献上，尿道舟状窩直前まで尿道を摘出した場合，残存尿道への再発率は0.9%と低いが，今回尿道再発を経験し，残存尿道の洗浄細胞診，軟性膀胱鏡検査にて再発を早期発見することが重要と考えた。

女子尿道 Clear cell adenocarcinoma の1例：西原恵司，金子朋功，渡辺秀輝（名古屋市立城西） 症例は65歳，女性。当科受診の6カ月前より肉眼的血尿，排尿困難が出現。近医での精査では原因不明であった。旅行先で尿閉となり，神経因性膀胱および膀胱腫瘍を疑われ当科を紹介された。膀胱鏡検査では膀胱頸部に乳頭状腫瘍を認めた。CT，MRIにて尿道を取り巻く腫瘍性病変が認められ，生検結果はClear cell adenocarcinoma G2，pT2であった。膀胱尿道全摘術，陰茎部分切除術および回腸導管造設術を施行。摘出標本の病理結果はClear cell adenocarcinoma G2>G3，INFβ，pT2で，閉鎖リンパ節転移および陰茎浸潤は認めなかった。追加療法は施行せず，外来経過観察中である。術後10カ月を経過した現在，再発は認めていない。

尿道ステント留置術についての位置および適応に関する検討：池上 要介，加藤文英，安積秀和（名古屋市立緑） 全身合併症を有し，前立腺肥大症に対し手術が困難な症例に，より低侵襲な治療法が選択され機会は増加しています。今回は尿道ステントにつき，適応を含め，考えさせられた症例につき報告します。1例目はステントが膀胱側へ突出した形で留置されたため結石が付着し，排尿障害をきたした症例，2例目は前立腺の肥大が不均一なため，適切な位置にステントを留置できなかった症例です。

下大静脈腫瘍塞栓を伴った精巣腫瘍の1例：舛井 寛，大西毅尚，村林 亮，金井優博，内田克典，木瀬英明，鈴木竜一，松浦 浩，金原弘幸，有馬公信，杉村芳樹（三重大） 29歳，男性。右陰嚢内腫瘍にて当科を紹介受診。LDH，β-hCGが軽度高値。CT・MRIにて後腹膜リンパ節転移，肺転移，下大静脈塞栓を認め，右精巣腫瘍stage IIIBと診断した。7月23日一時留置の下大静脈フィルターを挿入し右高位精巣摘出術を施行した（embryonal Ca pT1）。その後化学療法・抗凝固療法を行うため，8月6日，6週間留置可能な一時的な下大静脈フィルター（Tempofilter II）を挿入しBEP療法を開始した。3コース施行後マーカーは正常化し，肺転移は消失した。しかし下大静脈内に残存腫瘍を認めたため，10月28日下大静脈切除ならびにRPLNDを施行。残存腫瘍を認めず，器質性血栓を認めるのみであった。術後フィルターを抜去し11月14日退院された。

陰茎類表皮のう胞の1例：平林 淳，亀田晃司，栃木宏水（三重県立総合医療セ） 4歳9カ月の男児。生下時より陰茎の腫瘍を指摘されていた。無症状であったが腫瘍が徐々に増大してきたため2003年6月2日当科受診した。陰茎正中部，包皮小体直下に直径約15 mmほどの円形腫瘍を認めた。腫瘍は，表面平滑，弾性軟で圧痛なく可動性がみられた。確定診断をかねて2003年8月5日全身麻酔下に陰茎腫瘍摘除および陰茎形成術を施行した。のう胞壁は扁平上皮のみによって構成され中に多量の角化物を含んでいた。皮脂腺や毛髪などの皮膚付属器を認めず，病理診断は類表皮のう胞であった。類表皮のう胞は外胚葉由来の先天性のう胞性疾患とされ，泌尿器科領域では陰嚢内や陰部に発生した例が報告されているが，陰茎の発生例はまれで自験例

は本邦9例目であった。

**High flow priapism** の1例：佐谷博之，小川和彦，荒瀬栄樹，日置琢一（鈴鹿中央総合），岡部正次（おかべ泌尿器科皮フ科）患者は17歳，男性。2003年5月22日，バイクを運転していて転倒し陰部を打撲した。以後，陰茎勃起が持続し，2003年5月30日当科紹介受診した。海綿体の血液ガス分析で  $P_{CO_2}$  が 39.1 mmHg,  $P_{O_2}$  が 81.7 mmHg であり，超音波カラードップラー法で，陰茎海綿体への動脈血流の流入が認められた。右内陰部動脈を造影したところ，陰茎動脈から陰茎海綿体へのシャントが認められた。自己血餅による塞栓術を施行し，陰茎の勃起は消失し，6週後勃起機能は正常に回復した。

男性更年期障害への取り組みと問題点：安藤亮介，佐々木昌一，井村 誠，神沢英幸，内木 拓，早瀬麻沙，山田健司，宇佐美雅之，永田大介，小島祥敬，安井孝周，丸山哲史，戸澤啓一，林 祐太郎，郡健二郎（名古屋市大）近年，androgen deficiency in aging male (ADAM) という概念が提唱され，わが国でも男性更年期障害として広まりつつある。当院で男性更年期障害と考えられた6例を検討した。症例の平均年齢45歳。主訴は性機能関連症状を多く認めた。血中総テストステロン値は平均 353 ng/dl と比較的低値，遊離テストステロン値は平均 9.7 pg/ml と低値であった。Morley の ADAM 質問票に独自に質問を加えスコア化し，治療前後で比較した。4症例に対して男性ホルモン補充療法を施行。自覚症状は全員改善し，問診票スコアも平均7.5点から3.3点と低下した。今後，診療科を越えて共通した診断指針および治療指針の作成が必要で，特に精神科や心療内科との

連携が大切と考えられた。

**Cosmetic surgery for male external genitalia—the 2nd report** : 高橋金男（新大阪クリニック）包茎とは，勃起時に亀頭が露出しない，あるいは露出困難な状態をいうのであるから，包茎手術の目的は，完全に絞扼輪を取り除くことであり，手術に際しては決して包皮を切り過ぎないことが重要である。特に，仮性包茎は包茎でないから，その主たる手術の目的は，整容的側面にある。したがって，埋没陰茎のケースでは，埋没陰茎修正手術や脂肪吸引が必要である。また，包皮環状切除では亀頭冠状溝に傷痕を作る亀頭直下法が主であるが，包皮内板切除の是非については議論がある。今回は，第2報として美容外科で行われている男性外生殖器治療の現況と種々の合併症について報告する。

#### 特別企画“思い出の症例”

- なつかしの精巣腫瘍 名城病院 岡村武彦
- 思い出の症例 三重県立総合医療センター 栃木宏水
- 治療に難渋した水腎症の1例 名古屋大学 服部良平
- 印象深いインデアナバウチ造設患者 岐阜市民病院 坂 義人
- 献腎移植の適応を誤った高齢ハイリスクレシピエント例 藤田保健衛生大学 星長清隆
- 闘病生活12年間に尿路全摘・化学療法・放射線療法を施行した尿路上皮癌の1例 聖隷三方原病院 麦谷荘一
- 思い出の症例 愛知医科大学 山田芳彰