

第401回 日本泌尿器科学会北陸地方会

(2003年9月20日(土), 於 金沢都ホテル)

腎動静脈瘤の1例: 高田昌幸, 池田大助, 酒井晨秀 (横浜栄共済), 山口敏雄 (同放射線) 患者は70歳, 女性。2001年5月, 肉眼的血尿にて当科受診。MRIにて左腎動静脈瘤 cirroid type と診断された。患者は保存的治療を選択したため止血剤を投与し, 外来経過観察となった。2003年再度肉眼的血尿がみられヒストアクリルブルーを用いて TAE を施行した。術後 CT 上腎梗塞は軽度で肺梗塞などの合併症は認められなかった。現在では TAE が腎動静脈瘤の第一選択である。塞栓物質としてはコイル, エタノール, ゼラチンスポンジなどが用いられることが多い。本症例のように動静脈瘤が高度で流速が早い場合これらの物質では塞栓が困難であることが多い。ヒストアクリルブルーは選択肢の1つとなりうると思われる。

腹腔鏡下腎盂形成術の1例: 泉 浩二, 松井 太, 三原信也, 塚原健治 (福井赤十字), 杉本和宏 (舞鶴共済), 四柳智嗣 (厚生連高岡), 小松和人 (金沢大) 症例は18歳, 男性。左側腰部痛で近医受診, 排泄性尿路造影にて左水腎症が認められ, 当科紹介受診となった。CT, 超音波検査では結石, 腫瘍性病変などは否定であった。ラシックス負荷腎レノグラムでは閉塞パターンを示していたが腎機能は保たれていた。左腎尿管移行部狭窄症と診断し, 腹腔鏡下腎盂形成術を施行した。手術時間は5時間, 出血は少量, 術後13日目に退院となった。6カ月後, 水腎症は軽快し, レノグラムでも閉塞パターンは改善した。腎尿管移行部狭窄症の治療は開腹手術が一般的である。腎盂切開術は低侵襲だが, 成功率は低い。腹腔鏡下手術は成功率は開腹術と同程度, かつ低侵襲であり, 症例の蓄積で手術時間も4時間程度に短縮できるとの報告があり, 開腹手術にとって変わることが期待される。

経皮的ドレナージが奏功した多発性腎膿瘍の1例: 山本健郎, 石田武之 (氷見市民) 症例は81歳, 女性。脳梗塞後状態にて左片麻痺である。発熱, 食欲不振などにて内科に入院した。イレウス疑いで外科転科時, CTにて右水腎症とみられる病変が認められ当科受診し, 右逆行性腎盂造影では水腎症は認められず, 右腎エコーでは多発性の low echoic area が認められ多発性腎膿瘍の診断にて経皮的ドレナージを行った。ドレナージ後にイレウスは解除され, 全身状態も良好となり CT でも膿瘍の消失が確認された。経皮的ドレナージは侵襲が少なく全身状態の悪化した患者にも施行でき, 結果も良好であったことから諸家の報告もあわせ, ぜひ試みられる治療法であると考えられる。

腎部分切除術を施行した Tubulopapillary adenoma の1例: 今村朋理, 明石拓也, 十二町 明, 永川 修, 古谷雄三, 布施秀樹 (富山医大), 石澤 伸 (同病理) 患者は69歳, 男性。1989年より肝血管腫にて経過観察中, CTで左腎に腫瘤指摘され当科受診。CT上左腎中極に単純 CT で周囲腎と等濃度, 造影 CT で境界明瞭, 内部均一で低濃度の最大径 1.8 cm の腫瘍を認めた。血管造影では avascular tumor, 超音波では high echo で血流に乏しい腫瘍を認めた。腎生検を施行し, 腎腺腫 (tubulopapillary adenoma) の診断を得た。腎腺腫は一定の見解がなく大きなものでは転移をきたす可能性があるとの報告があるため腎部分切除術を施行し, 術後7カ月経過した現在, 再発は認めていない。今後小さな腎腫瘍が偶然発見されることが多くなると予想されるが 1 cm 以下の腎腺腫であれば腎保存的に経過観察が可能であり生検はそのための有効な診断法の1つであると考えられた。

自然破裂を契機に発見された AC DK に合併した腎細胞癌の1例: 森田展代, 佐藤総和, 宮澤克人, 池田龍介, 鈴木孝治 (金沢医大), 近沢芳寛 (恵寿総合内科) 症例は41歳, 男性。IgA 腎症による慢性腎不全のため, 11年間の血液透析中である。2002年8月3日深夜に右背部痛を訴え近医を受診, CTにて両側の AC DK ・右腎嚢胞からの出血を認めたため治療目的にて8月4日当院紹介・入院となった。CTにて右腎嚢胞からの出血・両側 AC DK を認めた。入院後2日間は MAP 6 単位投与などにより保存的治療を行ったが, 貧血・疼痛コントロールも困難, 感染症も合併し, 8月6日経腹膜の右腎摘出術を

施行。病理診断より AC DK に合併した腎細胞癌と診断。自然破裂を契機に発見された腎細胞癌は本邦で自験例を含め87例報告され, その内 AC DK に合併した腎細胞癌は12例目である。

10年経過した後に対側腎へ転移した腎癌の1例: 四柳智嗣, 松谷亮, 押野谷幸之輔, 平野章治 (厚生連高岡), 増田信二 (同病理) 87歳, 男性。77歳時に 1 cm の右腎細胞癌にて腫瘍核出術施行3年後以降来院せず。2003年2月, 排尿困難にて来院。腹部 CT にて左腎下極に 5 cm の辺縁平滑, 内部低吸収域, 辺縁に造影効果を認める腫瘤あり。MRI では, 内部は T1, T2 高信号, 辺縁は T2 低信号で T1 等信号, ダイナミック MRI で辺縁のみ陰影増強を認めた。腎細胞癌が疑われ, 左腎部分切除術を施行した結果, 病理組織学的には10年前の右腎癌と同様の構造を示す乳頭状腎細胞癌であり, 晩発性の転移が疑われた。

腎悪性リンパ腫の1例: 杉本和宏, 栗林正人, 小林忠博, 布施春樹 (舞鶴共済), 今村好章 (福井医大病理), 鈴木裕志 (公立小浜) 症例は74歳, 男性。右下腹部痛を認め前医を受診し, 右腎腫瘍を指摘され当科へ紹介となった。DIP で右腎杯は造影されず, 中極に腫瘍性病変の存在が疑われた。CT では右腎実質の腎門部付近に経 3.5 cm の比較的境界の明瞭な腫瘍を認め, 造影効果不良であった。右腎盂腫瘍を疑い, 経腰的右腎摘除術, 尿管引き抜き術および右腎門部リンパ節郭清術を行った。病理組織ではびまん性, 大細胞型, B細胞悪性リンパ腫であり, 腎門部リンパ節を原発巣とし腎実質, 周囲脂肪組織に浸潤していた。他のリンパ節転移は認めなかった。腎悪性リンパ腫の本邦での56例目の報告と思われる。非典型的な腎癌, 腎盂癌と思われた場合には, 悪性リンパ腫を考慮すべきである。

ステロイドが著効した腫瘍形成性後腹膜線維化症の1例: 前川正信, 楠川直也, 棚瀬和弥, 守山典宏, 大山伸幸, 秋野裕信, 横山 修 (福井医大) 79歳, 男性。2002年末頃より, 左側腰部痛が出現。CTにて左腸腰筋前面に約 4 cm の腫瘤と左水腎症を認めた。2003年1月, 左尿管腫瘍の診断にて入院。入院時, CRP 2.29 mg/dl と弱い炎症反応を認め, また Cr 2.6 mg/dl, BUN 34 mg/dl と腎機能の低下も認めた。尿細胞診は class III であった。MRI, CT では L4/5 レベルから総腸骨動脈と一塊になって腸骨動脈分岐部まで続く直径約 4×3 cm の腫瘤がみられ, 左尿管がその中に埋没していた。単純 CT にて腸骨動脈の著明な石灰化が見られた。後腹膜線維化も考えたが, 多臓器腫瘍のリンパ節転移, 悪性リンパ腫などの悪性腫瘍を否定しえず, 開放生検を施行。病理学的診断では繊維性結合組織の増生がみられ, 細胞の異型性は乏しく悪性所見は否定であった。この結果と線維化の原因が不明であることより腫瘍形成性の特発性後腹膜線維化による左尿管狭窄と診断し, 術後2週間よりステロイドの内服治療を開始し, 計79日間投与。直後の MRI では腫瘤は約 2×2 cm に縮小し, 3カ月後の DIP では水腎症の著明な改善を認めた。炎症性変化を伴う骨盤内限局性腫瘍では後腹膜線維化を念頭に置く必要がある。

Long blind-ending bifid ureter (盲端二分尿管) の1例: 大原宏樹, 塚 晴俊, 村中幸二 (市立長浜) 症例は33歳, 女性。左腰背部痛を主訴に2002年5月10日当院救急外来受診される。初診時検査では尿中 WBC 0~1/hpf, RBC 2~3/hpf, DIP 上水腎症なし, 右正常尿管の他に平行する上部盲端の尿管を認めた。RP, CT においても右尿管下端から右腎下極に続く盲端二分尿管を確認した。左腰背部痛は消失し, 炎症所見・明らかな尿管の閉塞所見などないため外来経過観察となった。盲端二分尿管はわれわれが調べた限り本邦で自験例を含め113例の報告がある。今回の症例における盲端二分尿管の長さは 26 cm と最長であった。一般的に感染・結石・持続する痛みなどの症状がない場合, 経過観察とする傾向があった。

クローン病による尿管狭窄・膀胱膿瘍の1例: 松谷 亮, 四柳智嗣, 押野谷幸之輔, 平野章治 (厚生連高岡), 丹羽秀樹 (同病理) 患者は37歳, 男性。主訴は排尿時痛, 頻尿。半年前から主訴自覚し, 近医にて抗菌加療受けていたが, 軽快せず当科初診。前立腺に軽度の

圧痛あり、前立腺炎として加療するも膿尿快認めず、DIPにて右水腎症、交叉部付近でstop sign認めた。RPでは下部尿管に5cm程度の尿管狭窄を認め、膀胱鏡では頂部に浮腫状の腫瘍形成を認めた。CTでは回腸末端を中心とした腸管壁肥厚を認め、クローン病あるいはリンパ腫が疑われた。消化器科にて施行したファイバー検査では回腸末端部に全周性の粘膜浮腫、潰瘍形成を認め、クローン病と診断された。患者に詳しく尋ねると気尿を認めることが分かった。クローン病による尿管狭窄・膀胱腸瘻の診断にて外科と合同で回腸切除および膀胱部分切除術施行。術前に留置した尿管ステントは炎症波及による癒着で術野から触知できなかった。術後3カ月目に尿管ステント抜去。尿管狭窄に対し、尿管切開およびバルーン拡張術施行。術後10カ月目のDIPでは水腎症はほぼ消失し、再狭窄は認めていない。

嚢胞様変化を示した精巣腫瘍の1例：塩山力也、山内寛喜、石田泰一、南後 修、齊川茂樹、秋野裕信、横山 修（福井医大）23歳、男性。左陰囊痛、陰囊腫脹出現したため、当院救急外来受診。排尿時痛なく触診で左精巣がやや硬く触れ圧痛を認めた。血液生化学所見では炎症反応が見られるのみで精巣腫瘍のマーカーは正常範囲内であった。超音波断層撮像で左精巣内に径約2cmの辺縁不整な低エコー領域を認めた。MRI上左精巣内に液体の貯留が示唆され嚢胞性病変と考えられた。抗生剤投与にて炎症反応が治まった後、本人の希望もあり高位精巣摘除術施行。充実性腫瘍の内部に嚢胞性病変を認めた。組織学的には悪性所見を認めず、Goblet細胞を伴う腺腔構造と平滑筋構造を認め、成熟奇形腫と診断した。術前の画像診断では、良悪性の診断は困難であった。嚢胞形成する精巣腫瘍の場合には、良性腫瘍も念頭に置き術中迅速診断も検討することが必要と考えられた。

精巣固定術後に発生した精巣腫瘍の1例：宮城 徹、伊藤秀明、石浦嘉之、勝見哲郎（国立金沢）、渡辺駿七郎（同病理）19歳、男性、左陰囊内容の腫脹を主訴に国立金沢病院泌尿器科を受診。症例は2歳時に両側停留精巣にて精巣固定術を施行されていたが、当時の詳しい所見は不明であった。腫瘍マーカーの上昇を認め、左精巣腫瘍との診断にて入院後高位精巣摘除術を施行した。CTでは転移は認めなかった。病理組織は胎児性癌と卵黄嚢腫との混合型胚細胞腫であった。一部腫瘍細胞の脈管浸潤を認めた。再発予防目的にPVB療法を1コース施行後退院。現在外来にて経過観察中である。精巣固定術が精巣腫瘍の発生率を下げるか否かについてはまだ議論されている所である。精巣固定術後に発生する精巣腫瘍は精巣腫瘍の2～10%とも言われているが、実際にはそれほど臨床の場では遭遇しないと思われる。これは早期に施行される精巣固定術が発生予防という意味で発生率を下げていることが予想される。

精巣網原発腺癌の1例：高田祥平、児玉浩一、三輪聡太郎、高瀬育和、福田 謙、瀬戸 親、江川雅之、越田 潔、並木幹夫（金沢大）、角野佳史（福井県立）症例は58歳、男性。右陰囊部無痛性腫大を主訴に近医受診。右陰囊内容は鷲卵大、結節状、弾性硬に触知。AFP、CEA、hCG-β正常。右高位精巣摘除術施行され、胎児性癌、T2N0M0と診断。BEP4コース施行。化学療法中に多発性肺転移出現し、当科紹介。胸腔鏡下に肺生検を施行。組織学的に腫瘍細胞は淡明な細胞質を有し、病理再検討の結果精巣網原発腺癌および同腫瘍の肺転移と診断。両側肺部分切除術施行し、術後PTX+CDDPによる化学療法を行った。肺転移切除より4カ月経過したが、新たな転移巣は認められていない。精巣網原発腺癌についての報告例は稀で、自験例が47例目の報告であると考えられた。

18-fluorodeoxyglucose-Positron emission tomography (FDG-PET)を契機に発見された精巣悪性リンパ腫の1例：平井敏仁、今尾哲也、江川雅之、越田 潔、並木幹夫（金沢大）、奥村廣和（同血液内科）症例は57歳、男性、非ホジキンリンパ腫の加療中に施行されたFDG-PETにて左精巣への集積を指摘され当科紹介受診した。陰囊の触診では左精巣は超母指頭大に硬く腫大、腫瘍マーカーでは

LDHの上昇は認められたものの、AFP、hCG-βはともに陰性であった。超音波検査とCTでは左精巣の腫大を認めたが、内部はhomogeneousで左右差は認めなかった。左精巣への悪性リンパ腫の再発を疑って、左高位精巣摘除術を施行、病理にて非ホジキンリンパ腫の再発と診断された。PETによる全身スクリーニングが精巣悪性リンパ腫発見に有用であった。

陰茎の非性病性硬化性リンパ管炎 Nonvenereal sclerosing lymphangitis of the penisの1例：小坂信生（川口六間クリニック）、志賀淳治（帝京大病理）症例40歳、男性、会社員。初診2003年7月12日。同年5月初めより陰茎腹側面に半米粒大4個の有痛性小硬結性腫瘤の集簇を認む。同年7月26日摘除。拡張したリンパ管と、周囲にリンパ球浸潤と形質細胞浸潤を認め、類上皮細胞の集簇巣・類上皮細胞肉芽腫が認められ、小血管が増生、ラングハンス型多核細胞が存在する。小血管周囲に集中しておりリンパ球と形質細胞の浸潤が目立つところもある。本症を最初に記述したのはHoffmann(1923)で、はじめは淋菌性リンパ管炎と考えられていたが、その後非性病性とされた。本邦での詳細な報告は三木ら(1966)にはじまるが報告例は以外に少なく、本症の原因、本態、ことに罹患尿管がリンパ管か静脈かについては議論が多くMondor病との関連について述べた。

腎癌に対する鏡視下手術7例の臨床的検討：成本一隆、元井 勇、神田静人（富山市民）、小松和人（金沢大）[目的と対象]2003年1月より6月までに腎癌に対し鏡視下手術を行った7例につき検討した。また馬蹄腎に発生した腎癌に対し、腫瘍核出術を行った症例も別に検討した。[結果]手術時間は260分、出血量は235ml、術後在院日数は20日、腫瘍径は4.08cmであった。病理結果は全例clear cell carcinomaであった。合併症では輸血を行った症例を1例認めたのみであった。開腹手術に移行した症例はなかった。馬蹄腎に合併した腎癌に対し、血流遮断や冷却を行わず超音波メスのみにて腫瘍核出術を行ったが、出血少量であり、腎盂粘膜を損傷せず完全切除できた。腎癌に対する鏡視下手術は低侵襲かつ安全に行うことができるが、ディスポ製品などのコスト面での課題があると考えられた。

ミニマム創内視鏡下手術の検討：今尾哲也、江川雅之、福田 謙、児玉浩一、瀬戸 親、溝上 敦、小松和人、高 栄哲、越田 潔、並木幹夫（金沢大）、三崎俊光（市立砺波）、小泉久志（黒部市民）ミニマム創内視鏡下手術は、1)臓器がようやく取り出せるサイズの単一創で手術を完了。2)内視鏡を補助的に使用する。3)炭酸ガス不使用。4)後腹膜アプローチ。5)従来の開腹手術と同様の技術使用を基本概念とする低侵襲手術である。今回われわれは、腎摘除術3例、腎部分切除術2例、前立腺全摘除術3例、骨盤リンパ節郭清術4例にミニマム創内視鏡下手術を施行したので報告する。創のサイズは5cmで、手術時間および出血量も通常の開腹手術と比べて遜色なかった。ミニマム創内視鏡下手術は、低コスト 低侵襲、安全な方法であり、今後、後腹膜の臓器摘出手術において主流になるものと考えられた。

ハンドアシスト法を用いた腹腔鏡下膀胱全摘除術の経験：野崎哲夫、布施秀樹、十二町 明、永川 修、古谷雄三（富山医大）われわれは膀胱全摘除術術式の低侵襲化を目的に、ハンドアシスト法を用いた腹腔鏡下膀胱全摘除術を施行した。腹腔鏡下膀胱全摘除術に際し、手を用いる最大の利点のひとつとして膀胱後面の手による鈍的剝離が挙げられた。従来の開放手術と同様の感覚で、前立腺尖部まで一気に到達でき、同時に直腸損傷のリスクも軽減される。また、短い膀胱側方脚を、狭い骨盤腔内で切開する際、手による有効なトラクションは膀胱側方脚を伸展するのに非常に有効であった。会陰部より尿道切除を行い、LAP DISCより膀胱を摘出。骨盤リンパ節郭清のち、創外で回腸導管を造設した。手術時間は565分、出血量は930mlであった。本術式は開放手術に習熟した術者が手を挿入すれば習得も容易で、低侵襲手術として選択肢の1つになり得るものと思われた。