

## 第406回 日本泌尿器科学会北陸地方会

(2004年12月12日(日), 於 ホテル・イン金沢)

**柴苓湯が奏効した後腹膜線維化症の1例**: 杉本和宏, 石田武之 (水見市民) 症例は76歳, 男性. 全身倦怠感を主訴に当院内科を受診し, Cr 10.7 mg/dl にて内科へ入院となるも, 両側水腎症による腎後性腎不全と考えられ当科へ転科となった. 左腎瘻造設を行った後, 翌日には右尿管ステントを留置した. 腎孟造影にて両側尿管の狭窄と内側偏移を認めた. CT では L4 レベルの大動脈周囲に腫瘍性病変を認め, MRI では T1 で低信号, T2 でやや高信号であった. 悪性疾患などの他の原因を認めず特異性後腹膜線維化症による腎後性腎不全と考え, 高齢のため副作用の少ない柴苓湯 9g/日の内服治療を開始, 左尿管ステントを留置し腎瘻カテーテルを抜去して退院とした. 3カ月後にステントを抜去し, 4カ月後のCTで腫瘍性病変は縮小し水腎症の再発を認めなかったため投薬を中止した. 6カ月後の現在も再発なく無治療のまま経過観察中である.

**巨大腎動脈瘤の1例**: 澤田樹佳, 江川雅之, 三崎俊光 (市立砺波), 野島浩司 (同放射線) 症例は47歳, 男性. 2003年12月17日左側腹部痛を主訴に当科受診. 身体所見として左側腹部に圧痛あり. 画像所見にて左腎動脈の腹側末梢枝に径 10 cm 大の左巨大血栓化腎動脈瘤指摘され, 2004年2月3日コイルによる流入動脈塞栓術施行. 10月25日現在, 疼痛もなく経過は良好である. 巨大動脈瘤の成因として, 1987年左腎結石に対し, 1990年および2001年に左尿管結石に対し ESWL 施行歴あり ESWL が成因となった可能性も示唆された. 治療法としてコイルによる流入動脈塞栓術は安全でかつ術後腎機能も温存できる有効な治療法の1つと考えられた.

**嫌色素性腎細胞癌の3例**: 杉本貴与, 押野谷幸之輔, 金谷二郎, 平野章治 (厚生連高岡), 丹羽秀樹, 増田信二 (同病理) 症例1: 70歳, 女性. 1992年に肉眼的血尿認め US, CT にて左腎に腫瘍性病変認め, 経腹的左腎摘出術施行. 術後病理は当時嫌色素性腎細胞癌の概念がなく, 非典型的ではあったがオンコサイトーマ様増殖を示したことからオンコサイトーマと診断するも1年後に最コンサルトした結果, コロイド鉄に陽性を示めたことからオンコサイトーマと診断. 術後12年現在, 転移再発などの徴候認めない. 症例2: 72歳, 女性. 2003年に他科疾患精査中に腹部エコーにて右腎に腫瘍性病変認め, CT, MRI にて RCC 疑い経腹的右腎摘出術施行. 術後病理は HE にて pale cell と eosinophilic cell が混在し, コロイド鉄に陽性を示したことから嫌色素性腎細胞癌と診断. 術後1年8カ月現在転移再発などの徴候認めない. 症例3: 54歳, 女性. 2004年他科疾患精査中に腹部エコーにて右腎に腫瘍性病変認め, CT, MRI にて RCC 疑い経腹的右腎部分切除術施行. 術後病理は嫌色素性細胞癌の中でも HE にて大部分が eosinophilic cell で占められる eosinophilic variant であった. 術後2カ月後現在, 転移再発などの徴候認めない.

**巨大尿管結石を伴った腰部腎, 尿管異所開口の1例**: 泉 浩二, 河野真範, 加藤浩章, 塚原健治 (福井赤十字) 症例は19歳, 女性. 幼少時より真性尿失禁あり. 発熱および左下腹部痛を主訴に受診. 超音波検査, 静脈性尿路造影, CT, MRI で左腰部腎, 膿腎症, 尿管結石, 尿管膈開口と診断. 膿腎症に対し抗生剤加療を開始も改善認めず, 大腰筋を貫通した左腎瘻を増設し炎症は著明に改善. その後左腎尿管摘除術施行, 術後経過は良好で, 退院.

**酸性尿酸アンモニウム結石の1例**: 栗林正人, 元井 勇, 神田静人 (富山市民), 中山哲規 (大沢野中央診療所) 症例は34歳, 女性. 2004年5月下旬より右側腹部鈍痛を認め, 6月1日, 大沢野中央診療所を受診した. KUB および DIP にて右腎盂尿管移行部に 12×9 mm の結石陰影を認め, 6月3日, ESWL 目的に当院当科を紹介受診した. 来院時身体所見では, 身長 164 cm, 体重 37 kg, BMI 13.8 と高度の肥満を認めた. 右尿管結石に対し ESWL を3回施行したが十分な破砕効果は得られなかった. しかしその後結石は腎に戻り, さらに ESWL を2回施行したところ排石を認め, 結石陰影は消失し水腎症も改善した. 成分分析の結果, 酸性尿酸アンモニウム結石98%以上であった. 酸性尿酸アンモニウム結石は, 本邦では0.07%を占めるに過ぎない稀な結石であり, その成因には高尿酸血症, 高尿酸メ

ニア尿症, 低リン酸血症, 低マグネシウム尿症が関与する. 近年わが国においても, 若年女性を中心とした神経性食思不振症に合併した本結石が散見される. 背景に精神的疾患が存在するという特殊性から, 特に再発症例や治療抵抗性の症例では, 精神科専門医へのコンサルトも必要と思われた.

**膀胱憩室内 G-CSF 産生腫瘍の1例**: 塚 晴俊, 大原宏樹, 村中幸二 (市立長浜), 症例は66歳, 男性. 主訴は排尿時痛. 1998年6月より前立腺腫 (stage A1) にて経過観察中, 排尿障害出現. 尿道狭窄と膀胱憩室を認めた. 手術を勧めるも本人拒否. 2004年6月29日排尿時痛出現. エコーにて膀胱憩室内腫瘍を疑い, 入院勧めるも拒否. 7月25日尿閉にて緊急入院した. 入院時, 最高白血球数 53,000/μl, 血中 G-CSF 268 pg/ml (正常値 5.78~27.5) と高値を示した. 8月9日内尿道切開術, TUR-Bt を行い, 病理検索にて憩室内に未分化癌を認め, 同月16日に根治的膀胱全摘除術, 骨盤内リンパ節郭清術, 尿管皮瘻造設施行. 抗 G-CSF 抗体免疫染色にて陽性であり, 膀胱憩室内 G-CSF 産生未分化癌と診断. pT2apN0M0 にて補助療法として M-VAC 療法を行った. 術後4カ月間再発を認めていない.

**膀胱尿路上皮癌 Micropapillary variant の1例**: 中井正治, 山内寛喜, 塩山力也, 大山伸幸, 三輪吉司, 秋野裕信, 横山 修 (福井大), 今村好章 (同病理), 南後 修, 藤田知洋 (藤田記念) 膀胱尿路上皮癌 micropapillary variant は膀胱悪性腫瘍の中で0.7%と稀な腫瘍であるが, 発見された時点で上皮下への浸潤やリンパ管内侵襲が強く見られることが多い予後不良な腫瘍とされる. 今回われわれは膀胱尿路上皮癌 micropapillary variant の1例を経験したので報告する. 症例: 76歳, 男性. 2004年7月浸潤性膀胱癌の診断で当科紹介. 9月膀胱全摘代用膀胱造設術を行った. 診断は尿路上皮癌 micropapillary variant, pT1pN0M0 であった. Adjuvant therapy は行っていない. 術後1年間再発は認めていない.

**膀胱褐色細胞腫の1例**: 里見定信 (済生会高岡), 十二町明, 吉田将士 (富山医大) 症例は, 81歳, 女性. 無症候性肉眼的血尿にて近医より紹介となり, 膀胱鏡にて右後壁に非乳頭状・広基性で血管増生に富んだ腫瘍を認めた. 尿細胞診は class I. 高血圧にて, 降圧剤を服用していた. TUR-Bt 施行. 病理組織像は褐色細胞腫であった. 術後血中・尿中のカテコラミンを測定したが正常範囲内であった. <sup>131</sup>I-MIBG シンチグラフィでも陰性であった. 膀胱部分切除術を勧めたが, 患者の強い希望で経過観察となり, 現在のところ再発を認めていない. 排尿時の頭痛などの症状がなく, 術前診断が困難な症例であった. 褐色細胞腫は全膀胱腫瘍中0.5%以下と稀な疾患である. 予後は比較的良好とされているが12年後に再発した症例も報告されており, 慎重な経過観察が重要である.

**脊髄円錐症候群による神経因性膀胱の1例**: 高島三洋 (根上総合), 河合克弘 (同整形), 廣瀬源二郎 (金沢医大神経内科) 脊髄円錐症候群に伴った神経因性膀胱の1例を報告する. 症例は65歳, 男性, 脊髄側弯症治療の牽引療法を契機に発症した. 排尿困難, 肛門周囲の知覚障害にて当科受診. 前立腺は超胡桃大, 弾性硬. 尿流量: 最大尿流量 25.6 ml/秒, 残量は 116 ml. 腹圧性排尿パターンを示す. TUR-P にて一旦排尿障害は改善するも1年を経過し, 溢流性尿失禁が出現した. 腰椎 MRI では L1 の高さに T1, T2 で高信号, ガドリウムで造影される腫瘍が認められた. 間歇導尿を繰り返すうちに徐々に溢流性尿失禁は改善し, 残尿は減少した. 1) 牽引療法により脊椎に強い外力を受けた. 2) 膀胱直腸障害, 3) 肛門周囲の知覚障害, 4) MRI にて L1 の高さに静脈性血管腫があることから脊髄円錐症候群の診断となる.

**腹腔内停留精巣に発生した進行性精巣腫瘍の1例**: 成本一隆, 福田護, 伊藤秀明, 布施春樹 (舞鶴共済), 小林忠博 (福井県立), 永瀬晃正 (自衛隊舞鶴), 今村好章 (福井大病理) 38歳, 男性. 以前より左停留精巣を自覚していた. 2004年7月3日下腹部腫瘍にて近医受診し, 精巣腫瘍疑いにて当科入院となった. 腹部骨盤 CT にて下腹部に

12 cm 大の腫瘍と左腎門部リンパ節転移を認めた。腫瘍マーカーは HCG- $\beta$ 、NSE が上昇していた。同年7月9日左高位精巣摘除術および超音波ガイド下腹部腫瘍生検を施行。左高位精巣摘除術の所見からは精索は認められたが、左精巣は認めなかった。また超音波ガイド下腫瘍生検の結果からセミノーマと診断され、BEP 療法2コース施行した。化学療法にて腫瘍体積は縮小し、腫瘍マーカーは陰性化したため、9月27日腹部正中切開にて後腹膜リンパ節郭清を施行した。術中下腹部に腫大した左停留精巣を認め、腹腔内停留精巣に発生した進行性精巣腫瘍と診断した。組織学的所見では精巣およびリンパ節内に viable cell は認めなかった。術後経過良好で現在外来経過観察中である。

セミノーマを合併した真性半陰陽の1例：金谷二郎，杉本貴与，押野谷幸之輔，平野章治（厚生連高岡），増田信二（同病理）39歳，男性。主訴は下腹部痛。既往歴，家族歴に特記事項なし。外生殖器は男性型，精巣は右のみ触知し，やや高位であった。会陰に開口する尿道下裂あり。血液検査はプロゲステロンの軽度上昇を認めた。腹部CTにて膀胱上部右後方に直径5 cmの腫瘍を認め，辺縁に石灰化を伴っており，内部はやや不均一であった。骨盤部MRI矢状断では腫瘍の下部に腫瘍の構造も疑われた。腫瘍は腹腔内にあり，周囲との癒着を認めなかった。性腺血管と思われる脈管を結紮切断，腫瘍を摘出した。腫瘍の構造物もはっきりしなかった。腫瘍断面は大半が灰白色均一な充実性組織で占められ，中央に壊死を認めた。一部に精細管様の構造も認めた。病理組織診断はセミノーマを伴った卵精巣で腫瘍外への浸潤は認めなかった。染色体は46XXであった。遠隔転移が認められないことから，術後補助療法は施行せず，経過観察とした。

右腎，尿管および後腹膜に転移をきたした乳癌の1例：高島博，萩中隆博（富山赤十字）56歳，女性。2004年3月中旬より微熱で近医を受診。腹部超音波検査で両側水腎症を認め当院外科に紹介された。消化管精査で異常を認めず腹部CTで両側水腎症の他に傍大動脈領域に小リンパ節腫大と軟部陰影を認めたため5月6日当科に紹介された。DIPで右無機能腎と中等度の左水腎症を認め，RPで両側上部尿管狭窄を認めた。尿細胞診は陰性であった。右腎は膿腎症であり5月26日右単純腎摘除術を施行した。病理診断では腎盂尿管を主座として腎や後腹膜にも癌組織を認めた。免疫染色でエストロゲンレセプター陽性であり乳癌の転移が示唆された。その後外科での精査で左乳房に腫瘍を認めこれを切除した。病理診断は scirrhous type の浸潤性乳管癌であり，原発巣と診断された。原因不明の水腎症では癌の転移も考慮し積極的な全身精査が必要と考えられた。

Medispec 社 Econolith 2000 を用いての ESWL 治療成績：野崎哲夫，風間泰蔵（済生会富山）2003年8月～2004年12月現在までの間，済生会富山病院泌尿器科において，ESWL 治療を行った46症例（男性30名；女性16名，年齢16～82歳；平均年齢54.7歳）を対象とした。患側は右：左＝16：30，12腎35尿管結石に，延べ62回，入院または外来で ESWL を行った。ESWL の適応は，U1 以上の高さの結石とし，U2，U3 は基本的に TUL を動めている。平均治療回数は1.32回で，再治療を要する症例は11例（32%）に認められた。平均ショット数は3,004±903発で機械トラブルによる治療の中断は認められなかった。入院期間は3.24±3.23日（2～22日間）であり，合併症による入院の延期はなかった。術前治療として尿管ステント留置が2例，PNL あるいは TUL 後の残石が2例，プッシュアップが1例であった。47結石中3ヵ月後完全砕石例は31例（66%），有効砕石率は33例（70%）であった。Econolith 2000 の患者位置決め，操作習得は容易で，大きな焦点サイズは，特に R3，U1 結石においてコンスタントな砕石効果を認めた。

塩酸ピラルピシン膀胱内注入療法の表在性膀胱癌に対する再発防止効果—術後短期投与と長期投与の比較検討—：塩山力也，山内寛喜，楠川直也，前川正信，中井正治，石田泰一，大山伸幸，三輪吉司，秋野裕信，横山 修（福井大），岩堀嘉郎（岩堀），齊川茂樹（さいかわ泌尿器科クリニック）表在性膀胱腫瘍は TUR-BT 後，再発予防のためにピラルピシン膀胱内注入療法が様々な投与スケジュールで行われている。われわれは，術後短期間ピラルピシンを膀胱内注入した群とさらにその後も注入を行う群に分けて，2群間での腫瘍再発防止効果について検討を行った。初発および再発の原発性表在性膀胱癌44例を対象とし，初発例と再発例をそれぞれ封筒法により2群に割り付

け，短期投与群は TURBT 直後より4日間，長期投与群は短期投与群の4日に加えて2週ごとに6回計10回膀胱内注入を行った。ピラルピシン 40 mg を全量 80 ml とし，5分間膀胱内保持した。尿細胞診と膀胱鏡検査を基本とした評価で検討し，長期群と短期群で非再発率に有意差はなかった。腫瘍再発予防効果は短期群でも長期群でも差がなかったことから，術直後から4日連続してピラルピシンの膀胱内注入を行えば，長期にわたり注入療法を行う必要はないと推察された。今後とも症例を積み重ね，さらなる検討を行いたい。

前立腺癌の診断と治療におけるクリニカルパスの導入：徳永亨介（やわたメディカルセ），森山 学，川村研二，田中達朗，鈴木孝治（金沢医大）[目的] 医療の標準化と質の向上を目的としてパスを導入した。[対象と方法] 前立腺生検術79例と前立腺全摘術7例を対象とし，オーバービューパス，患者用パス，オールインワンパスの3種類を使用した。[結果] 生検術のバリエーション発生率は79例中15例（19.0%）であり，パスを中止した症例は79例中3例（3.8%）であった。全摘除術のバリエーションの種類は，38度以上の発熱：5例，2週目に尿道バルーンが除去できず：3例などであった。[結語] パスの導入により医療の標準化が可能になると考えた。

限局性前立腺癌に対するホルモン療法の有効性に関する後ろ向き研究：上野 悟，江川雅之，並木幹夫（金沢大）ホルモン療法が施行された限局性および局所進行性前立腺癌症例981例についてレトロスペクティブに検討した。疾患特異生存率は，5，10年でそれぞれ93.2，88.1%であった。Gleason score (GS) の明らかな718例のうち GS  $\leq 7$ ，治療前 PSA 値  $\leq 20$  ng/ml で治療開始後6ヵ月以内に PSA 値  $< 0.2$  ng/ml となった症例は全体の約3分の1を占め，これらの疾患特異生存および非再発率は10年でそれぞれ99.0，84.2%であった。限局性前立腺癌に対するホルモン療法は，症例を慎重に選択すれば有効な治療選択の1つとなり得ると考えられるが，より有効に活用するには無作為化比較試験などを実施し，ホルモン療法の位置付けを明確にしていく必要がある。

前立腺癌内分泌療法による Hot flush に対する桂枝茯苓丸の効果：森井章裕，十二町明，水野一郎，永川 修，布施秀樹（富山医薬大），野崎哲夫（済生会富山）[目的] 前立腺癌内分泌療法による hot flush に対し桂枝茯苓丸を投与し効果を検討した。[対象] 前立腺癌に対して内分泌療法を施行した患者のうち hot flush を認めた12名とした。[方法] 桂枝茯苓丸 7.5 g を投与し，症状の持続時間，出現頻度のどちらか一方で改善を認めたものを有効，どちらも不変あるいは増悪を認めたものを無効とした。[結果] 年齢は69.4歳，病期は stage B が3例，C が6例，D2 が3例であった。内分泌療法は LH-RH アナログ単独が4例，CMA 併用例が3例，NSAA 併用例が5例であった。内分泌療法開始から症状出現までの期間は平均10.2週であった。有効率は75%であった。

当科における精巣内精子採取術 (TESE) の検討：福島正人，細川高志，岩佐陽一，高橋雅彦，山本秀和，菅田敏明（福井済生会），全陽（同病理），西 修（西ウィミズクリニック）不妊症の原因は男女とも多岐にわたるが，男性因子が関与している割合は決して低くはありません。さらに近年，精液の質の低下が問題となっており，男性不妊症の頻度は高まる可能性がある。そこで高度無精子症の不妊症患者治療の主流である，精巣内精子抽出術・卵細胞質内精子注入法 (TESE-ICSI) につき検討した。1998年から2004年現在にかけて，Nクリニックより紹介された無精子症患者55名に対し，精巣精子抽出術 (TESE) を施行した。TESE 施行患者55名の内45%にあたる25名に精子採取が可能であった。そのうち ICSI にて妊娠が成立したものは80%であり，全 TESE 施行患者では36.4%であった。精子および精子細胞が採取された30名に ICSI が施行されており，全 ICSI 患者の66.7%に妊娠が確認された。精巣生検と TESE の結果に相違が認められた患者が12名いた。当院では simple TESE が施行されているが，精子の存在の可能性が低い症例では microdissection TESE を併用することが示唆された。

抗腫瘍剤耐性株における中心体過剰複製について：森田展代，川村研二，鈴木孝治（金沢医大）[目的] アクチノマイシン D 耐性膀胱癌細胞株における中心体過剰複製と染色体不安定性について検討した。[対象と方法] 中心体複製の安定している膀胱癌細胞株である KK47

にアクチノマイシンDを徐々に投与し、約1年かけアクチノマイシンD 1.55 µg/ml 耐性株を樹立した。免疫染色による中心体染色、ギムザ染色・FISH法による染色体カウント、M-FISH法による染色体異常の検出を行った。[結果] 耐性株では染色体の不安定性が生じ、同時に中心体過剰複製を認めた。また M-FISH 法により KK47 と耐性

株とは異なった転座を認め、21番染色体長腕の増幅を認めた。[結語] アクチノマイシンDにより DNA 損傷を加えることで、中心体過剰複製が生じた。今後 KK47 と耐性株との形質の違いがなぜ生じたのか検討が必要である。