

第202回 日本泌尿器科学会東海地方会

(1998年12月13日(日), 於 中外東京海上ビルディング会議室)

馬蹄鉄腎に発生した腎細胞癌の1例: 窪田裕樹, 梅本幸裕, 最上美保子, 栗田成毅, 阪上 洋(安城更生), 中平洋子, 郡健二郎(名古屋市大) 64歳, 女性. 左側腰部痛を主訴として近医を受診. 超音波検査で右腎腫瘍を疑われ, 1997年9月当科紹介となった. 排泄性尿路造影および腹部造影 CT から, 馬蹄鉄腎に合併した右腎腫瘍と診断し, 1997年9月に峡部離断術ならびに経胸腹の右半腎摘除術を施行した. 峡部の栄養動脈は大動脈から直接分岐するタイプであった. 病理組織学的には RCC, clear cell subtype, expansive, alveolar, pT2, pV0, G2>G1であった. 術後は IFN α を300万単位隔日投与を1年間施行し, 現在に至るまで再発・転移を認めていない. 馬蹄鉄腎に発生する腎細胞癌は稀で本症例は本邦で32例目の報告例と思われた.

術後6年目に肺癌検診 CT にて偶然発見された腎癌肺転移の1例: 永田仁夫, 海野智之, 高山達也, 麦谷荘一(聖隷三方原), 影山慎二, 鈴木和雄, 藤田公生(浜松医大) 61歳, 男性. 腎癌で6年前に右根治的腎摘除術, 2年間 IFN α 施行. 肺癌検診 CT で左舌区に径 1.5 cm の腫瘍性病変発見. 血圧, 脈拍, 血液生化学所見, 腫瘍マーカー異常なく, 胸部単純レントゲンで腫瘍病変は指摘できず. 1998年5月11日に全身麻酔下に胸腔鏡下に左肺部分切除術で腫瘍摘除. 原発巣の組織は RCC, alveolar type, INF α , pT2b, pV1a, pN0, pM0, G1, 転移巣の組織は原発巣に一致. 腎癌肺転移と診断, 術後 IFN α ・ γ 併用療法を施行. 現在外来にて経過観察中.

成人 Mesoblastic nephroma の1例: 仲野正博, 川本正吾, 蟹本雄右(掛川市立総合), 大川賀久, 宮崎洋二郎(同放射線科), 筒井祥博, 新村祐一郎(浜松医大第二病理) 52歳, 男性. 半年前より出現した間歇的肉眼的血尿と左腰痛を主訴に1997年11月12日当科紹介受診. 腹部超音波検査, DIP, CT, 血管造影などより左腎盂腫瘍を疑い, 1997年12月3日左尿管管全摘除術を行った. 摘除標本では腎盂上部に直径 3×2 cm の境界不明瞭な灰白色の充実性腫瘍を認めた. 病理組織学的検査では, おもに錯走する spindle cell から成り, vimentin 染色が陽性で, 成人 mesoblastic nephroma と診断した. 術後1年を経過し, 再発転移はない. 成人 mesoblastic nephroma は稀な疾患で, 文献的に検索し得た限りでは34例目(本邦12例目)と思われた. 女性に多く(男・女=10:24), 左腎に多いこと(左:右=22:12)が特徴的であった. 予後は良好で, 1例のみ局所再発の報告を認めた.

右腎腫瘍検索中に対側より尿管腫瘍を認め治療に苦慮した1例: 森川高光, 堀場優樹, 石瀬仁司, 櫻井 禪, 市野 学, 深見直彦, 伊藤徹, 永 裕彰, 丸山高広, 樋口 徹, 加藤 忍, 石川清仁, 泉谷正伸, 白木良一, 星長清隆, 名出頼男(保健保衛大) 症例は71歳, 男性. 血尿と尿閉を主訴に来院, 超音波で左腎は萎縮および軽度の水腎状態, 右腎に腫瘍性病変を認めた. CT では, 右腎中央部に径約 4 cm の腫瘍および静脈内腫瘍塞栓を認めた. 左下部尿管内に占拠性病変を認めたため, RP, 生検を施行, 左尿管腫瘍と診断した. 両腎機能低下, 全身状態を考慮し, まず, 左尿管膀胱部分切除術を施行(TCC G2). 約1ヵ月後, 右腎摘出術, 下大静脈部分切除を行った(RCC clear cell type, G2, pT3b, pV2). 術後経過は良好で腎機能低下は軽度にとどまり, 血液透析は施行していない. 約1年の経過では再発, 転移は認めていない.

膀胱原発悪性リンパ腫の1例: 新保 斉, 中西利方(共立湖西総合), 鈴木和雄, 藤田公生(浜松医大) 症例は61歳, 女性. 既往歴に糖尿病, 心房細動あり, 内服治療中. 1997年5月, 肉眼的血尿を主訴とし当科受診. エコー, CT, MRI, 膀胱鏡で膀胱腫瘍を認めた. 膀胱左側壁から後壁に径 5 cm の腫瘍頂部の潰瘍を伴う非乳頭状広基性の腫瘍で, TUR 生検組織検査にて malignant lymphoma, diffuse, medium size cell, B cell type と診断された. 全身検索にて他に病変は認めず, 膀胱原発悪性リンパ腫, Ann Arbor 分類 I E期と診断. CHOP 化学療法を合計4コース施行した. 治療終了後の CT で腫瘍は消失しており, 腫瘍部全層生検でも lymphoma cell を認めず, 化学療法にて CR を得た. 治療終了後膀胱生検, 画像診断

にて経過観察し, 15ヵ月目の現在も再発を認めていない. 本症例は膀胱原発悪性リンパ腫本邦報告40例目と考えられた.

陰茎血管肉腫の1例: 山本茂樹, 浅井直之, 岡村菊夫, 小野佳成, 大島伸一(名古屋大) 35歳, 男性. 鼠径ヘルニア根治術, 虫垂切除術, 大腸ポリペクトミーを受けている. 1996年より陰茎に硬結を触れ勃起時痛もあり近医受診. 生検の結果ペロニー病と診断され加療されるも症状進行し, 1998年4月当科受診. 再度の生検により血管肉腫と診断された. 陰茎全摘除術を施行, 腫瘍は陰茎海綿体より発生し, 白膜を越え, さらに前方の肉様膜と包皮の皮下組織, 亀頭部の尿道海綿体および陰茎根部にも存在した. 胸部 CT 上両側肺転移を認め IL-2 を連日40万単位, 21日間投与した. その後胸痛, 血痰, 咳嗽が出現, 胸部 CT 上左主気管支内に浸潤する肺病変を認め, 気管支鏡下に生検を施行, 病理診断は血管肉腫で, 肺転移巣に対し 30 Gy の放射線療法, 気管支動脈塞栓術を施行し, 症状の改善がみられ, 現在経過観察中である. 陰茎原発血管肉腫は稀で, 文献上本邦では6例目であった.

硬化性脂肪肉芽腫の1例: 西脇太記朗, 七浦広志, 加藤慶太郎, 岡田正軌, 赤堀将史, 上條 渉, 水本裕之, 三井健司, 日比初紀, 山田芳彰, 本多靖明, 深津英捷(愛知医大) 症例は61歳, 男性, 約1ヵ月前から恥骨上部より陰部にかけての腫脹を認め1998年9月30日当科入院となった. CT 上, 皮下の脂肪組織の density に乱れがあり, 表皮方向へ膨隆した腫瘍が認められた. 病理組織所見は, 脂肪組織の不整な壊死に伴う異物巨細胞の出現と多数の好酸球を含む炎症細胞浸潤および線維組織の増殖を示す肉芽腫が認められた. 本症の原因については, いまだ明確な結論はなされていないが, 寒冷暴露やアレルギーのほかには微小外傷, 感染などが誘因として考えられている. 生検後抗炎症剤を使用し, 腫瘍は著明に縮小した. 本症の原因については, いまだ明確な結論はなされていないが, 寒冷暴露やアレルギーのほかには微小外傷, 感染などが誘因として考えられている.

2,8-Dihydroxyadenine 結石症の1例: 小倉友二, 亀田晃司, 神田英輝, F. Cornel, 蘇 晶石, 吉村暢仁, 梅田佳樹, 鈴木竜一, 大西毅尚, 木瀬英明, 佐谷博之, 奥野利幸, 山川謙輔, 林 宣男, 有馬公伸, 柳川 真, 川村壽一(三重大) 1歳10ヵ月, 男児. 出生時, 発達問題なし. 家族歴特記事項なし. 近医にて, 発熱精査中に尿路結石を認めた. 自排石分析で 2,8-Dihydroxyadenine 結石と診断された. adenine phosphoribosyl transferase (APRT) 活性欠損によるものと診断, アロプリノールの投与が開始された. 残石摘出目的にて転院. その後の精査にて, 患者の尿中 2,8-Dihydroxyadenine は高値を認めた. また, APRT 活性は完全欠損であった. 両親の APRT 活性は父親70%, 母親40%であった. 遺伝子型は完全欠損型のホモ接合体であった. 両親の遺伝子型は調べていない. 結石はすべて自排石され, 現在, アロプリノールの投与および水分摂取の指導にて外来経過観察中であるが, 再発を認めていない.

腹腔鏡下腎摘除術を行った ACDK の3症例の検討: 森紳太郎, 西山直樹, 藤田民夫(名古屋記念), 小野佳成(名古屋大) 長期血液透析患者の固有腎に生じた多発腎囊胞は悪性腫瘍の合併が高率で, 外科的治療が最適手段だが透析患者であり得る限り侵襲の少ない手術をしたい. 腎癌を否定できない ACDK 3症例に腹腔鏡下腎摘術を施行, 診断治療につき報告する. 症例1: 68歳, 男性. 右腎囊胞内腎腫瘍疑い. 透析歴21年. 症例2: 63歳, 女性. 左腎腫瘍疑い. 透析歴は17年. 症例3: 56歳, 男性. 囊胞内に一部濃染される右腎腫瘍疑い. 透析歴17年. 3症例に腹腔鏡下腎摘術施行, 1症例に renal cell carcinoma の所見を得た. ACDK を伴った長期透析患者の腎癌発生症例は術前確定診断は非常に難しいと考えられた. 腎癌を否定し得ない長期透析患者への腹腔鏡下腎摘術は minimally invasive surgery としして適した方法であると考えられた.

麻酔下電気射精により実子を得た非脊損射精障害の2例: 伊藤裕一, 小谷俊一, 武田宗万(中部労災) 脊髄損傷患者での電気射精の

報告は多数みられるが、それ以外の、麻痺のない知覚正常な射精障害者での報告は少ない。今回われわれは、全身麻酔下で電気射精を行い、妊娠に成功した2例を経験した。症例1:26歳、男性。妻26歳、健康人。5年前オートバイ事故で骨盤骨折、会陰部広範囲裂創。事故後、挿入性交可能なるも、射精不能となる。全麻下の電気射精術にて採取した精液による AIH を施行。6回目に妊娠に成功。3,536 g の男児を得た。症例2:37歳、男性。妻32歳、健康人。小児期より IDDM でインスリン自己注射を施行。20歳頃からマスターベーションでも射精不能となる。性交は可能。全麻下の電気射精術にて採取した精液で AIH を施行。3回目に妊娠に成功。妊娠36週にて1,930 g の男児を得た。その後児は健康に生育している。

先天性中部尿管狭窄の1例:野口顕広(小坂町国保), 濱本幸浩, 養島謙一, 谷口光宏, 竹内敏視, 酒井俊助(県立岐阜) 症例は10歳。男児。以前より腹痛を時々認めていたが、1996年12月より腹痛の頻度が増加し、1997年2月16日より右側腹部痛・血尿が出現したため当科を受診した。DIP・逆行性腎盂造影において右水腎症、右尿管拡張、中部尿管狭窄を認め、先天性中部尿管狭窄と診断した。中部尿管狭窄に対して尿管端々吻合術を施行した。尿管狭窄部には索状物が存在した。切除した狭窄部尿管は組織学的構築に異常は認めず、また索状物は血管腔がかなりよく保たれた動脈であった。術後、順調に退院となり、外来経過観察とした。術後6カ月のDIPにおいて右水腎症、右尿管拡張は消失し、術前のような腹痛を呈することはなくなった。また、先天性中部尿管狭窄の原因として胎生後期の臍動脈による尿管圧排が考えられた。

排尿障害を主訴とした高齢女性陰唇癒合症の2例:吉川羊子, 高橋憲一(碧南市民), 近藤厚哉, 後藤百万(名古屋大) 2症例は共に73歳、女性で、排尿困難を主訴として来院。左右の小陰唇が強固に癒着し、外尿道口と膣口は確認できなかった。陰唇形成術を施行し、排尿困難は消失した。女性の排尿障害をきたす疾患として留意すべきである。

急激な経過を示した萎縮膀胱の1例:亀井信吾, 三輪好生, 安田満, 高橋義人, 出口 隆(岐阜大), 下川邦泰(同病理), 江原英俊(平野総合) 71歳、男性。1998年5月より頻尿を自覚し、7月に近医泌尿器科を受診した。膀胱は容量100 mlと萎縮しており、さらに1カ月後50 mlまで減少したため当科入院となった。MRIなどの画像診断や尿細胞診、膀胱生検の結果、腫瘍、尿路結核、細菌性膀胱炎などは否定的であった。膀胱鏡所見も粘膜の浮腫を認めるのみであった。患者の症状が強くなり、膀胱萎縮が急激かつ高度であったため、9月21日膀胱全摘除術、腸管利用代用膀胱造設術を施行した。摘出標本の組織学的所見にて間質の著しい炎症と線維化、筋組織の退行性変化を認め、間質性膀胱炎と診断した。現在、代用膀胱造設術後は、多少の尿失禁を認めるものの経過は良好である。

50年間放置されていた膀胱異物の1例:武田明久, 河田幸道(大山中央), 栗山 学(岐阜大) 69歳、男性。腰痛のため近医を受診し、X-Pにて骨盤部異常陰影を指摘された。50年前の自慰行為による異物挿入の既往から、膀胱異物を疑われて紹介された。来院時、顕微鏡的血尿、膿尿は認められたが、肉眼的血尿、排尿痛などの自覚症状に気付いたことはなかった。エコー、CT、膀胱鏡検査にて、膀胱頭部2時方向に、膀胱から前立腺実質に刺入した待ち針を認めた。摘除術は硬膜外麻酔下で膀胱瘻を設置し、経膀胱瘻に行ったが、容易に摘除することができた。待ち針は長さ5.5 cmで、表面にリン酸マグネシウ

ムアンモニウム72%, リン酸カルシウム24%, シュウ酸カルシウム4%からなる結石が付着していた。膀胱異物の放置期間としては、自験例の50年間は本邦で最も長いと考えられた。

特別講演 男子尿道炎の診断と治療における最近の話題:出口 隆(岐阜大) 男子尿道炎の診断における最近の話題としては、起炎菌に対する分子生物学的検出法の開発があげられる。非淋菌性尿道炎の起炎菌として病原性が確立している *Chlamydia trachomatis* は偏性寄生性細菌であり、通常の細菌培養法では培養が不可能である。そのため各種の検出方法が開発されてきたが、特に特異性に優れ高感度の検出法である DNA 増幅法の応用は患者に負担の少ない尿からの病原体の検出を可能にした。さらに DNA 増幅法の応用により、培養分離が困難である *Mycoplasma genitalium* の検出が行われ、非淋菌性非クラミジア性尿道炎患者で有意に高い検出率であることが判明し、非淋菌性尿道炎の起炎菌の可能性が示唆された。分子生物学的診断法の進歩は今なお不明な点が多い非淋菌性非クラミジア性尿道炎の病因の解明にも役立っている。男子尿道炎の治療に関する最近の話題としてはキノロン耐性淋菌の著明な増加があげられる。日本におけるキノロン耐性淋菌は、特定のクローンの流行ではなく、日本で一般的に行われているニューキノロン剤の分割かつ長期投与による治療により *in vivo* にて選択された多クローン性の耐性菌の発生と考えられる。キノロン耐性淋菌の増加と高度耐性化を招かないためには、ニューキノロン剤による淋菌性尿道炎に対する治療方法に関する再考が必要である。すなわち、男子尿道炎治療において淋菌および *C. trachomatis* に対して抗菌活性があるということだけでニューキノロン剤を容易に選択せず、その尿道炎の起炎菌の検索を十分にを行い、起炎菌に合った薬剤選択を行うことが必要であり、ニューキノロン剤の使用が必要と考えられる適切な症例を選ぶことが重要である。

特別講演 尿路感染症の発症メカニズム:公文裕巳(岡山大) 一般に、細菌感染症は病原性細菌と宿主との相互関係において成立するものである。その発症に関する細菌の病原性因子と宿主因子に関する最近の知見を加えて考えると、尿路感染症は、尿路上皮細胞に対する特異的付着因子(アドヘジン)を保有する尿路病原性細菌による単純性感染症(アドヘジン感染症)と難治性基礎疾患を背景にバイオフィーム形成能の高い細菌が選択されて生じる抗菌薬不応性の慢性持続感染症(バイオフィーム感染症)とを両極とし、細菌の病原性因子と尿路の基礎疾患の関与する程度がそれぞれ連続的に可変する病態として捉えられる。本講演では、主としてこの両極の感染症病態に対する演者の今日までの研究成績をもとに、尿路感染症の発症メカニズムについての私見を述べた。①尿路病原性細菌におけるアドヘジンの発現:線毛は真に病原性因子となっているのか?②膀胱の感染防御機構:膀胱移行上皮最外層細胞に発現する液胞型プロトン輸送性 ATPase (V-ATPase) は病原性細菌の付着阻止に機能しているのか?③膀胱炎の再発と vaginal colonization との関係?④細菌バイオフィームの形成メカニズムとその抵抗性:何が分かって、何が分かっていないのか?⑤バイオフィーム感染症の治療:新たな展開はあるのか?について述べた。特に、細菌バイオフィームは、本来、non-genetic な耐性機構ではあるものの、今日の医療現場で最も問題となる耐性菌感染症の成立において、耐性の選択、濃縮、伝達という遺伝情報交換の場となり、結果的には耐性菌の院内定着と交差感染の汚染源となりうることを具体的事例を用いて解説した。また、これらの発症メカニズムに関する基礎的事項に基づいて、具体的な発症予防の方法論とその課題についても言及した。