

## 第386回 日本泌尿器科学会北陸地方会

(1999年12月12日(日), 於 金沢都ホテル)

**経尿道的アプローチにて治療した腎乳頭壊死の1例**: 西野昭夫, 亀田健一(小松市民), 高島 博(厚生連高岡), 小林雅子(金沢大第一病理) 49歳の女性。1999年2月4日左側腹部痛, 嘔吐および高熱を認め初診, 入院。尿糖強陽性, 血糖尿, 細菌尿を認め, 血液学的検査では高血糖(350 mg/dl)と炎症性反応による所見を認めた。腹部超音波検査にて左水腎症および左尿管下端に高エコーの陰影を認めた。膀胱ファイバーで左尿管口に壊死組織様物質が一部顔出していたのでこれを生検鉗子にて摘出した。その後白濁した左尿管が勢い良く噴出してきた。同時に逆行性腎盂造影を施行, 下腎杯の1つが変形, 空洞化していた。再開塞予防のため, 尿管ステントを留置。摘出したものは病理組織学的に, 壊死像を呈した腎乳頭部であることが確認された。抗菌化学療法も施行し速やかに解熱, ステントも早期に抜去した。糖尿病もインシュリンでコントロールされた。

**馬蹄鉄腎に合併した腎癌の1例**: 橋 宏典, 森山 学, 池田龍介, 鈴木孝治(金沢医大) 症例は56歳, 女性。主訴は腎腫瘍精査。内科に入院した際左腎に超音波検査で異常を指摘され精査目的に当科受診。DIP, CT, MRI で左腎腫瘍および馬蹄鉄腎の所見を得た。血管造影で腫瘍は左腎動脈, 腎被膜動脈, 腰動脈で栄養されていた。これより馬蹄鉄腎に合併した腎腫瘍と診断し峡部離断術, 左腎摘除術を施行。病理診断は淡明細胞主体 pT1b, N0, M0, G2, INF $\alpha$  の腎細胞癌であった。術後, 補充療法として, IFN $\alpha$  を開始。現在までに再発は認めていない。馬蹄鉄腎に合併した腎癌の報告は稀で, 自験例は38例目と思われた。発生部位は左が24例, 右が8例, 峡部が7例と左に多い傾向があり男女比は3対1で男性に多かった。馬蹄鉄腎の血管支配は複雑で術前の血管造影による栄養血管の把握が重要と思われた。

**腎周囲に発生した粘膜関連リンパ組織(MALT)による悪性リンパ腫の1例**: 三輪聡太郎, 高島 博, 布施春樹, 平野章治(厚生連高岡), 増田信二(同病理部) 症例は66歳, 男性, 既往歴に2年前, 左尿管結石に対して当科においてESWL, TUL 施行。健康診断の精査の結果左腎盂腫瘍を指摘され精査加療目的に1999年8月17日当科入院。腎洞部腫瘍の診断でCTガイド下に腫瘍生検を行うも腫瘍組織は採取できず経腰のアプローチによる手術を施行。腎洞部腫瘍は血管豊富な脂肪組織の中にあり直視下においても生検困難であったため左腎摘出術および大動脈周囲リンパ節摘出を施行。病理結果は粘膜関連リンパ組織(Mucosa-associated lymphoid tissue)による悪性リンパ腫でstage Iであった。腎領域において明らかにMALTリンパ腫と診断された報告例は少なく自験例は世界で4例目の報告と考えられた。

**腎杯憩室内 Milk of calcium renal stone の1例**: 西尾礼文, 藤内靖喜, 永川 修, 岩崎雅志, 布施秀樹(富山医薬大) 症例は50歳, 女性, 右腰背部痛が出現し当科受診。KUB 臥位像で右腎内に類円形顆粒状石灰化陰影を, 立位像で同部は上方を平面とする半球状を呈し, 腎杯憩室内 Milk of calcium に典型的な所見を認めた。治療はまずESWLを行うもまったく排石されず, 次に経皮的結石除去術および憩室口拡張術を施行, 結石はほぼ排石され痛みも消失し退院した。Milk of calcium に対する治療は一般に無症状のものは経過観察, 症状を有するものは憩室壁切除, 腎部分切除などの開腹術が行われ, 現在のところESWLやPNLの施行報告例はほとんどない。自験例のような経皮的手術や内視鏡手術は手術侵襲が小さく, 繰り返し行うことも可能であり今後第一選択となり得ると考えられた。

**巨大水腎症に発生した腎盂移行上皮癌の1例**: 福島正人, 小松和人, 中村靖夫, 並木幹夫(金沢大), 湊 宏(同病理), 井海江利子(城北内科) 73歳, 男性。60年前に腹部外傷の既往あり。便秘, 腹部膨満感を主訴に受診。CT, MRI にて左側腹部に正中を越える巨大な嚢胞性腫瘍を認めた。血中CA19-9は1,027 U/mlと上昇, 嚢胞穿刺にて細胞診陰性, CA19-9は24万 U/mlと高値を示し, 後腹膜嚢胞性腫瘍の精査加療目的に入院となった。DIP上左腎陰影は認められず, 血管造影などに腎血管は描出されなかった。後腹膜嚢胞性腫

瘍と診断し摘出術を行った。内容量は5,550 mlあった。病理検査上尿管組織および移行上皮癌が認められたため, 巨大水腎症に合併した移行上皮癌と診断した。水腎症の原因に関しては, 腹部外傷との関連が疑わしいものと推察した。術後, 血中CA19-9は正常化した。

**自然自潰した左後腹膜血腫の1例**: 藤田 博, 萩中隆博(富山赤十字), 酒井 晃(富山県赤十字血液セ) 膿瘍が原因で自潰した報告例は散見されるが, 血腫が自然自潰した例は稀であり, われわれが検索したかぎり, 本邦過去5年間における報告は認めなかった。症例, 52歳, 女性。6カ月前に左腰背部を打撲。有痛性左腰背部腫瘍を主訴に当院外科受診。CTにて腸腰筋から皮下へ連続する左後腹膜膿瘍と診断され, 当科へ紹介された。経皮的ドレナージ術を施行し, 500 mlの血腫が融解した暗赤色の排液を得た。打撲が原因で左腎周囲から腸腰筋, 左腰背部皮下にかけて出血し血腫を形成。挫滅した同部壊死組織とともに融解, 液化し, 抵抗の弱い腰背部へ膨脹, 自潰したと考えられた。以後感染を併発し難治性膿瘍となったがオープンドレナージ術を施したところ膿瘍は腸腰筋にわずかに残存するのみとなり, 現在外来観察中である。

**後腹膜神経鞘腫の1例**: 水野 剛, 小林忠博, 押野谷幸之輔, 徳永周二(舞鶴共済), 向井恵一(同心臓外科), 今村好章(福井医大第一病理) 症例は51歳, 女性で人間ドックの超音波検査にて偶然, 後腹膜腫瘍を指摘され, 1999年2月15日に精査, 加療目的に入院した。超音波では右腎内側に6.7×5.8×3.9 cmの内部に無エコー像を伴う境界明瞭な類円形の腫瘍を認めた。CTでは腫瘍は境界明瞭で腸腰筋に接し, 右腎門部から上部尿管の内側に存在し, 下大静脈を腹側に圧排していた。MRIでは内部は嚢胞状で辺縁部はT1強調画像ではやや低信号, T2強調画像では不均一な高信号を呈した。造影MRIでは辺縁部は早期より造影されたが内部は造影されなかった。後腹膜神経鞘腫の診断にて1999年3月8日に腫瘍摘除術を施行した。H-E染色ではAntoni A型優位で, 免疫組織化学染色ではS-100蛋白陽性であった。以上より後腹膜良性神経鞘腫と診断された。

**外腸骨動脈尿管瘻の1例**: 金田大生, 大山伸幸, 宮地文也, 三輪吉司, 秋野裕信, 金丸洋史, 岡田謙一郎(福井医大), 竹内一雄(同第一外科), 坂井豊彦(同放射線科) 症例は79歳, 男性。右下腹部痛を主訴に来院。腹膜刺激症状を認めCTを撮影したところ, 右水腎症と後腹膜腔のfree airを認めた。RPで骨盤部に尿管狭窄を認め尿管ステントを留置した。手術所見は悪性リンパ腫による小腸穿孔であった。手術3週間目に突然肉眼的血尿が出現し, 膀胱鏡で尿管口出血を認めた。原因精査のためのCTで右腎に異常所見なく, 右腸骨動脈の尿管交叉部付近に動脈瘤の形成を認めた。尿管出血は腸骨動脈尿管瘻が原因と判断した。血管造影で右外腸骨動脈瘤を確認し, 同部位にステントグラフトを留置して血尿は消失した。自験例においては, 腹部手術, 感染による動脈瘤の形成に加えて, 尿管ステントによる機械的刺激が動脈尿管瘻の成因として考えられた。

**感染性尿管遺残の1例**: 城間和郎, 橋 宏典, 池田龍介, 鈴木孝治(金沢医大), 囃 宗久, 川上重彦(同形成外科) 症例は21歳, 女性。1999年9月27日より下腹部痛が継続。同年10月6日, 臍部より排膿を認め, 当院受診。臍部に発赤・圧痛を伴った10 mm大の嚢胞状の腫瘍を認めた。採血上, 異常値は認めず, 膿汁の培養検査でグラム陽性桿菌とバクテロイデスフラジリスを認めた。膀胱造影および膀胱鏡検査では, 尿管の開存はなく, MRIで臍部から腹腔方向に向かう壁の厚い嚢胞性病変を認めた。感染性尿管遺残と診断し, 同年10月27日, 全身麻酔下に手術を施行した。臍周囲を円形に切開, 正中に約4 cmの切開を追加し遺残部分を摘出した。病理学的には, 膿瘍形成・肉芽組織の増生を認めたが, 悪性所見はなかった。遺残部分の摘出後, 臍欠損状態となったが, 皮弁を用いた臍形成術を行い, 美容上も良好な結果であった。

**膀胱憩室内にみられた Nephrogenic adenoma の1例**: 棚瀬和弥, 多和田真勝, 村中幸二(市立長浜) 膀胱憩室内にみられた nephro-

genic adenoma の1例を経験したので報告する。症例は50歳、男性、1997年頃より排尿困難を自覚するも放置。肉眼的血尿出現のため1999年6月6日当科初診となった。尿検上膿尿を認め尿細胞診は陰性であった。経腹的超音波、下腹部CTにて膀胱右壁より突出する膀胱憩室を認めたが、内部に腫瘍性病変は認められなかった。内視鏡的憩室内焼却術を施行する際、憩室内に表在性膀胱腫瘍様の乳頭状腫瘍を3個認めたため、腫瘍を切除の後、憩室内全面を焼却した。病理組織所見は nephrogenic adenoma であった。現在のところ、腫瘍の再発を認めていない。膀胱内に発生した nephrogenic adenoma としては本邦24例目、膀胱憩室内に発生したものとしては本邦で2例目と思われる。

無化学療法にて縮小を認めた膀胱原発悪性リンパ腫の1例：上野悟、中島慎一、三崎俊光（市立砺波）、寺畑信太郎（同病理）、又野慎也（同内科）51歳、女性。当院産婦人科にて、左腔壁の腫瘍および膀胱腫瘍を指摘され1999年7月16日当科受診。尿潜血陽性、沈渣にて白血球多数、尿培養で大腸菌  $10^7$ /ml。尿細胞診 class 1。膀胱鏡検査で左側壁に広基性非乳頭状腫瘍を認め、経尿道的超音波断層法にてT2~T3と考えられた。同部の生検組織像では中型の異型リンパ球の瀰漫性増殖を認め、CD20陽性、CD3陰性であった。全身CT、Gaスキャン、骨髄穿刺など施行したが異常なく、膀胱原発低悪性度B細胞リンパ腫 [mucosa-associated lymphoid tissue (MALT) リンパ腫] と診断された。入院時認められた UTI に対し抗菌剤投与し、尿路感染は治癒した。第35病日頃より腫瘍の著明な縮小が認められ、現在画像診断上腫瘍のは完全消失が認められた。

前立腺原発と思われた小細胞癌の1例：風間泰蔵（済生会富山）、中村武夫（済生会高岡）69歳、男性。排尿困難を訴え近医を受診。超音波検査にて前立腺の腫大と、多発性の肝腫瘍を指摘されて1997年12月15日当科を紹介された。CEA や AFP、前立腺腫瘍マーカーは正常、また肺、リンパ節、骨などには異常はなかった。肝生検では小細胞癌であった。前立腺生検では低分化腺癌の中に、一部小細胞癌類似の細胞が認められた。治療は、抗アンドロゲン剤の投与と肺小細胞癌に行われる CDDP と VP-16 を併用した PVP 療法を行った。3クール施行後には、レ線原発巣、転移巣ともにほぼ消失、治療前 86 ng/ml と高かった血中NSEも正常化した。その後外来で経過観察していたが、退院5カ月目に肝転移再発を見、4クール目の PVP 療法が無効であったことから、無治療にて経過観察。結局診断より18カ月目で死亡した。本邦報告例16例を集計した。

腸管回転異常および膀胱腫瘍を合併した両側精管欠損症の1例：武田匡史、朝日秀樹、三原信也、塚原健治（福井赤十字）、宮城徹（田谷医院）症例は78歳、男性。1998年4月肉眼的血尿にて近医受診。排泄性腎盂造影にて右腎盂尿管像描出されず当科紹介、膀胱鏡にて多発性乳頭状膀胱腫瘍を認め入院となった。現症では精巣、精巣上体は正常であったが精管は触知できなかった。CT、MRIにて右腎の欠損、精囊の欠損および腸管の回転異常を認め、膀胱腫瘍は一部筋層に浸潤していた。TUR-Btを施行し、後日膀胱全摘、回腸導管造設術を施行した。術中両側の精管欠損を認めた。精管欠損症は尿管、精巣上体、精囊の先天異常を合併しやすいが、本例も右腎尿管欠損、両側精囊欠損を合併していた。本例の腸管回転異常と両側精管欠損の合併奇形は発生学的には関連性は説明できず、偶然に奇形が合併した稀な例であると考えられた。

精巣 Epidermoid cyst の1例：吉田将士、村上康一、太田昌一郎、水野一郎、奥村昌央、布施秀樹（富山医大）、石井陽子、若木邦彦（同第二病理）症例は29歳、男性、1998年結婚後、拳児に恵まれず、不妊を主訴に1999年9月13日当科受診。身体所見上、右精巣に硬結を認め、腫瘍マーカーはすべて正常であったが、陰嚢超音波検査にて内部低エコーな病変を認め、精巣腫瘍を疑い、同日、右高位精巣摘除術を施行した。摘出標本は、径  $2.3 \times 3.0 \times 3.7$  cm 大の割面黄白色の腫瘍を認め、病理組織像において、嚢胞壁を持ち、内容物は角化物であり、類表皮嚢胞と診断された。不妊に関しては、精液所見にて特に問題ないため、外来にて経過観察とした。本疾患は全精巣腫瘍中1%と稀な疾患であり、本邦報告例において自験例が101例目と考えられる。

成人にみられた精巣成熟奇形腫の1例：高島博、三輪聡太郎、布施春樹、平野章治（厚生連高岡）、増田信二（同病理）59歳、男性。夜間頻尿、排尿困難を主訴に1999年6月3日当科受診。その際、左陰嚢の無痛性腫大を認め超音波検査にて左精巣腫瘍が疑われたため精査加療目的に当科入院。左陰嚢は触診上小鶏卵大で表面平滑、弾性硬で圧痛は認めなかった。AFPは正常値であった。6月7日、左高位精巣摘除術を施行。摘出標本は  $7.5 \times 5.5 \times 5.0$  cm 大で、重量 85 g。腫瘍断面で嚢胞内部には毛髪や歯牙組織がみられた。病理診断は成熟奇形腫であり、CIS や悪性像はみられなかった。胸部X線、腹部CT検査で転移を認めなかったため、stage I と診断し術後補助療法は行わず退院となった。術後5カ月の現在再発を認めていないが、成人例では転移や悪性転化を認めることがあり、厳重な経過観察が必要である。

E-PTFE グラフトを用いた内シャントに発生した血清腫の1例：宮城徹、田谷正（田谷医院）症例は44歳の女性。1999年1月E-PTFE グラフトにて内シャントを作成された。同年4月よりグラフト周囲に増大する腫瘤を認め、血管造影を施行した。血管との交通は認めず、穿刺し、血清を吸引した。その後再発を認めたため、グラフトの部分切除およびドレナージを行ったが再発を認め、既存のグラフトの摘除を行い、新たに内シャントを作成したところ再発は認めなかった。血清腫はE-PTFE グラフトを用いた内シャントに稀に発生するが難治性のためグラフトを摘除することが確実な治療法とされている。血清腫はグラフトから血清が漏出して発生する。動物実験や臨床報告よりいくつかの危険因子が挙げられ、手術手技にも言及されているが、原因は未だに不明である。

浸潤性膀胱癌の臨床的検討：江川雅之、宮城徹、加藤浩幸、金谷二郎、伊藤秀明、中村靖夫、瀬戸親、小松和人、高栄哲、横山修、越田潔、打林忠雄、並木幹夫（金沢大）1989~1998年に当科で経験した、経過と予後が明らかであったT2以上の膀胱癌45例について検討した。男性33例、女性12例、平均68.0歳であった。Kaplan-Meier 法にて疾患特異的生存率を単変量解析した結果、水腎症の有無、腫瘍サイズ、深達度、リンパ節転移の有無が有意な予後規定因子であった。Cox 比例ハザードモデルを用いた多変量解析では、腫瘍サイズと深達度のみが有意な予後規定因子であった。当科では、化学療法、放射線療法、温熱療法、レーザー療法などの集学的 neo-adjuvant 療法を行っているが、end-point を癌死とした場合、有意な予後の改善は認められなかった。

前立腺肥大症に対する経尿道的単回高温治療法の治療成績：村山和夫、久田欣一（北陸中央）前立腺肥大症60例に対してフランス Bruker 社製プロステクアを使用して1時間の単回高温治療法を施行した。治療前、治療2カ月後に国際前立腺症状スコア IPSS、QOL index を問診し、尿流測定および経直腸的前立腺超音波検査を施行した。また治療に対する満足度を問診した。治療効果判定は排尿障害臨床試験ガイドラインの基準にしたがった。IPSS および QOL index は有意の改善を示した。最大尿流率は改善を示したが有意なものでなく、一方前立腺体積には有意な変化は認めなかった。治療効果判定ではやや有効以上の有効率は、IPSS で73%、QOL index で78%、最大尿流率で47%であり、全般治療効果で78%であった。患者満足度は73%であった。術後合併症として射精障害を2例に認めた。

前立腺高温治療法の経験：小泉久志、野田透（黒部市民）排尿障害を有する前立腺肥大症患者53例に対してウロウエーブによる前立腺高温治療法を施行した。対象症例の年齢は51~94歳、平均73.3歳で80歳以上が13例、24.5%を占めた。治療は1回1時間尿道麻酔下に鎮痛剤を適宜併用して行った。効果判定が可能であった38例では術前、IPSS は4~35点、平均15.3点、QOL は2~6点、平均4.6点、最大尿流量率は  $2.1 \sim 25.7$  ml/min、平均  $9.0$  ml/min、残尿量は  $0 \sim 330$  ml、平均  $75.4$  ml であった。術後1カ月目の IPSS は平均11.8点、QOL は平均3.4点と術前に比較し有意の改善が認められた。最大尿流量率は平均  $9.3$  ml/min と不変で、残尿量は平均  $52.2$  ml とやや減少したが有意差は認められなかった。術後2カ月目の IPSS は平均8.6点、QOL は平均3.2点といずれも術前に比較し有意の改善が認められた。一方、最大尿流量率は平均  $9.3$  ml/min、残尿量は平均  $54.2$  ml で1カ月目と同様の結果であった。術後間欠導尿を必要としたのは53例中12例22.6%であった。副作用は一過性の軽度の血尿がほとん

どの症例で認められたが、その他は血精液症が1例あっただけで重篤なものではなかった。前立腺高温度治療は低侵襲で簡便な治療法で前立腺肥大症の治療において有力な選択肢となりうると思われた。

**前立腺全摘除術後における膀胱尿道機能の検討：長坂康弘，北川育秀，勝見哲郎（国立金沢）** 1989年11月から1999年3月までに恥骨後式前立腺全摘除術を施行した28例（平均年齢69.8歳，平均術後経過期間42.6カ月）について膀胱尿道機能，現在の尿失禁状態について検討した。ほとんど尿失禁を認めないものが12例，尿失禁を認めるものが16例（軽度9例，中等度4例，高度3例）であった。術後最大尿道閉鎖圧および機能的尿道長は尿禁制群（尿失禁なし+軽度尿失禁）と尿失禁群（中等度+高度尿失禁）の間に有意差はなかった。尿失禁群では高齢者が多く，術後膀胱コンプライアンスは低下しており，腹圧性尿失禁のみならず切迫性尿失禁の関与も示唆された。手術時年齢が70

歳以上，1,000 ml以上の術中出血は術後尿失禁の頻度が高い傾向があった。

**再燃前立腺癌症例に対するDES-P (diethylstilbestrol diphosphate) 大量投与療法の検討：守山典宏，前川正信，塚晴俊，高橋雅彦，鈴木裕志，秋野裕信，金丸洋史，岡田謙一郎（福井医大），多和田真勝，棚瀬和弥，村中幸二（市立長浜）** 再燃前立腺癌10症例に対し12回のDES-P大量投与療法（1日投与量0.25~0.5g，総投与量5~6.25g）を施行した。骨痛などの自覚症状の改善は63%，PSA値の50%以上の低下を42%の症例に認めた。初回投与後他覚所見が増悪した症例に対し，DES-Pを再投与しても改善が得られた。浮腫，消化器症状などの副作用の出現率は50%であったが，抗凝固剤の併用により重篤な心血管系の副作用は認めなかった。治療後平均生存期間は13.7カ月であった。