

第210回 日本泌尿器科学会東海地方会

(2000年12月10日(日), 於 中外東京海上ビルディング)

Cystic renal cell carcinoma の2例 : 中村小源太, 山田芳彰, 本多靖明, 深津英捷 (愛知医大) 症例1は58歳, 男性で主訴は左背部痛。現病歴は2000年7月6日当科初診し腹部CTにて多房性腎細胞癌の疑いにて9月4日入院。同年9月19日根治的左腎摘出術施行。病理組織診断はrenal cell carcinoma, clear cell type, G1, INFα, pT1a, V(-), pN0であり, Hartman分類ではintrinsic multiloculated growthであった。症例2は71歳, 男性で主訴は右側腹部痛。現病歴は2000年6月5日当科初診し腹部エコー, 腹部CTにて径30mmの腫瘍を認め, 血管造影検査にてhypovascular areaの所見を呈し石灰化像と壁不整を認めるため同年8月22日根治的腎摘出術を施行。病理組織診断はrenal cell carcinoma, clear cell type, G1, INFα, pT1a, V(-), pN0であり, Hartman分類ではintrinsic multiloculated growthであった。

薬理学的血管造影により診断しえた腎細胞癌の1例 : 小島由城 (菰野厚生), 林祐太郎, 戸澤啓一 (名古屋市大) 36歳, 男性。既往歴として半年前に右腎結石があり, 2000年3月29日左背部痛, 肉眼的血尿にて当院を受診。超音波, CT, MRIにて右腎門部背側に径約1cmの充実性腫瘍像を認めた。ノルアドレナリンを用いた薬理学的腎動脈造影でpooling, tumor stainを認め, 腎細胞癌の診断のもとに, 6月19日全麻下経腰の右腎摘除術を施行した。摘除標本では腫瘍は腎内側上極寄りに存在しており, 大きさは1.2×1.2×1.0cmで, 剖面黄色, 中央に線状の褐色部分を認めた。病理診断は, 腎細胞癌 clear cell subtype, G2, INFα, pT1であった。術後5カ月経過し再発, 転移はなく生存中である。US, さらに造影CTを含めた各種画像診断を行っても鑑別困難なこうした腎の小腫瘍性病変に対しては積極的に薬理学的血管造影を施行すべきと思われる。

術前診断が困難であった腎結石に合併した腎盂腫瘍の2例 : 岡田淳志, 田貫浩之, 上田公介 (東市民) 症例1は73歳, 女性。左側腹部痛を主訴に近医受診。左腎結石を指摘され当科紹介となる。DIP, CT所見より左腎サンゴ状結石および高度腎機能低下を疑い, 左腎摘除術を施行した。剖面に約4cmの赤褐色腫瘍を認め, 病理診断はTCC G3であった。症例2は73歳, 男性。右側腹部痛にて当科を受診。右腎結石に対しESWL目的で入院となったが, CTにて高度腎機能低下および腎周囲炎症を疑い, 腎摘除を勧めるも, 患者・家族が保存的治療を希望したためコアグラム腎盂切石術を行うこととなった。しかし術中所見より腫瘍を強く疑い, 右腎摘除術を施行した。剖面に約3cmの黄褐色腫瘍を認め, 病理診断はTCC>SCC G3>G2であった。腎結石に合併した腎盂腫瘍はSCCが約7割を占め, その術前診断は容易ではない。ESWLが普及した現在, 悪性腫瘍の存在を常に念頭に置く必要がある。

開放性腎損傷の1例 : 水野健太郎, 吉村 麦, 坂倉 毅, 平尾憲昭 (厚生連加茂) 70歳の女性。主訴は左腰痛。部屋の掃除中, 誤って腎部より散乱していたガラスの上へ転落。救急車で当院を受診した。左腎部に長さ4, 1cmの2カ所の裂傷を認め, 腹膜刺激症状は認めなかった。血液生化学的検査では軽度の貧血を認め, 腰部打撲の診断のもと, 整形外科に入院。翌日貧血が増悪, また肉眼的血尿も認められ, 当科を紹介受診。腹部単純CT検査を施行したところ腎周囲の血腫はなく, 左腎内から背部にかけて連続した異物を認めた。入院時の腰椎単純写真では左腹部に三角形の異物を認め, 現病歴と合わせてガラス片が左腎を貫通しているものと判断した。異物除去・止血・他臓器の損傷の確認のため緊急に開腹術を行い, 左腎にはガラス片が貫通しているのを認めた。腎摘除術を施行した。外傷では思わぬ臓器損傷があるため, 迅速かつ的確な判断が必要と思われる。

腹腔鏡下手術で治療した水腎症を合併した馬蹄鉄腎の2例 : 平野篤志, 大島伸一, 小野佳成, 後藤百万, 吉野 能, 木村恭祐, 平田朝彦 (名古屋大) 症例1は20歳の男性。学校検診にて尿潜血, 左水腎症を合併した馬蹄鉄腎と診断された。ウイタカーテスト, 腎シンチグラフィで閉塞所見を呈したため, 腹腔鏡下峡部離断術, 腎固定術を行った。症例2は62歳の女性。馬蹄鉄腎で経過観察していたが, 水腎

症の悪化を認めたため手術を行った。腹腔鏡下左腎摘除およびendopyelotomyを行った。水腎症を合併した馬蹄鉄腎の2例を経験し, 腹腔鏡下手術により, 良好な結果を得た。

成人に見られた副腎原発神経芽細胞腫の1例 : 黒川寛史, 安井孝周, 西原恵司, 広瀬真仁, 成山泰道, 宇田晶子, 永田大介, 小島祥敬, 池内隆人, 河合憲康, 戸澤啓一, 林祐太郎, 佐々木昌一, 郡健二郎 (名古屋大) 62歳, 男性, 2000年5月より上腹部不快感を自覚。同年6月5日, 当科受診。既往歴として1年前から高血圧を指摘されていた。血中NA軽度高値以外, 内分泌学的に非活性。CT, MRI上, 左副腎部に石灰化を伴う壊死性の腫瘍を認めた。MR-Angioで腫瘍へ向かう動脈を検出できず。副腎髓質シンチで集積を認めず。同年7月14日経胸腹的左副腎摘除術施行。摘除標本は8.5×5×4cm, 重量115g。剖面で黄白色の充実性部分と褐色で壊死を伴う粥状の非充実性部分が認められた。HE所見と免疫染色でNSE, S-100, Synaptophysin, Vimentin陽性, UCHL-1, L26陰性であったので神経芽細胞腫と診断。術後, 2カ月を経過するが腫瘍の再発などを認めていない。

脊椎転移を生じ急速に進行した膀胱移行上皮癌の1例 : 近藤厚哉, 犬塚善博, 栗木 修, 山田 伸 (岡崎市民), 服部良平 (名古屋大), 渡辺丈二, 荻須文一 (荻須医院) 49歳, 男性。1999年8月肉眼的血尿が生じた。右尿管口近傍に乳頭状, 広基性腫瘍を認め, 10月5日内視鏡手術を行った。病理診断はTCC, G2, pT1b以上であった。種々の画像検査で遠隔転移は認めなかった。12月29日歩行障害が出現。脊椎MRIにて胸椎, 腰椎に骨転移所見を認めた。腸寛骨, 肺, リンパ節, 皮膚, 膀胱腔内にも転移再発を認めた。2000年1月11日膀胱腫瘍内視鏡手術を施行した。病理組織はTCC, G2, pT3b以上であった。1月18日からMVAC療法を1クール施行したが, 転移病巣の縮小はみられなかった。3月22日癌性悪液質にて死亡。脊椎への転移経路に前立腺静脈叢-脊椎静脈系が関与していたと思われる。

腎機能低下により発見されたクローン病患者の膀胱平滑筋腫 : 伊藤徹, 石川清仁, 桑原勝孝, 小林康宏, 佐々木ひと美, 泉谷正伸, 白木良一, 星長清隆 (保衛大) 患者は37歳, 女性。16歳時よりクローン病の既往があり内科にてfollowされている。右腰部痛を主訴に当科受診。発熱, 炎症所見, 腎機能低下と尿路感染を認め, 急性腎盂腎炎として当科入院となった。USにて両側に水腎症を認めた。CT, MRI, 膀胱鏡にて膀胱頸部の粘膜下から発生し膀胱内に突出する腫瘍性病変による内尿道口の閉塞が原因の腎後性腎不全であったと判明し, 腫瘍の生検を経験的に行った。腫瘍は平滑筋腫であった。2000年9月4日に腫瘍摘出術を行った。腫瘍は膀胱筋層より発生した平滑筋腫であった。腫瘍摘出後, 両側水腎症は消失し, 腎機能と排尿状態は改善した。また文献上Crohn病に合併した平滑筋腫の報告は本症例が最初であった。

S状結腸膀胱腫の1例 : 篠島利明, 中島史雄 (伊勢慶應) 63歳の男性。2000年7月排尿時痛で近医泌尿器科受診。膀胱鏡で膀胱後壁粘膜に高度炎症所見あり, 骨盤部CTで膀胱に接する腫瘍性病変を指摘され精査加療目的で当院受診した。恥骨上部に圧痛あり, 血液検査で炎症所見の軽度亢進, 尿沈渣で膿血尿を認めた。注腸造影, 膀胱造影検査でS状結腸膀胱腫と診断し, 前医で指摘された腫瘍性病変は膿瘍と考えられた。原因疾患としては憩室炎などの良性炎症性病変が疑われた。手術に際し通常の画像検査では解剖学的位置関係の把握が困難であったため, 膀胱と直腸内へ造影剤を注入後に造影CTを施行した。さらに3次元画像を構築したところ, 膀胱, 膿瘍, 瘻孔, S状結腸の位置関係が明瞭となった。炎症性の癒着により剝離操作は困難であったが, 3-DCTの情報により周辺臓器を損傷することなく, また最小限の腸管切除で一期的な根治術を施行することができた。

Inflammatory pseudotumorによる排尿障害に膀胱結石を合併した1例 : 遠山道宣, 松沼 寛, 加藤真史, 福原信之, 服部良平, 小野佳成, 大島伸一 (名古屋大) 3歳, 男児。1999年11月より排尿時

痛、尿勢低下を認め近医受診し抗生剤投与されるも症状軽快せず。2000年8月腹部レ線および腹部エコーにて膀胱結石指摘され同年9月当院紹介受診。当院の腹部エコーにて膀胱腫瘍も認め同年9月経尿道的腫瘍切除術および膀胱結石破碎・摘出術を施行した。病理組織学的に Inflammatory pseudotumor と診断された。現在術後2カ月経過し、尿勢良好かつ再発を認めない。膀胱に発生した小児の Inflammatory pseudotumor は文献上20例報告されており、手術療法、放射線療法、ステロイド療法が施行されている。わずかながら局所再発の報告はあるが、転移・悪性化の報告はない。

尿管異所開口に合併した尿道腔瘻の1例：文野美希，長谷川嘉弘，堀 靖英，西川晃平，坂田裕子，今村哲也，大西毅尚，脇田利明，山川謙輔，有馬公伸，柳川 眞，川村壽一（三重大）69歳，女性。子宮脱に対する婦人科手術時に、膈前壁に、左尿管異所開口を認めた。精査にて左低形成腎、尿道腔瘻も認め、尿道腔瘻閉鎖術と左腎尿管摘出術施行した。尿道腔瘻に対しては、経腔的に瘻孔を3層に縫合閉鎖した。左腎の大きさは5×3×3 cm，重さ4 g，病理組織学的所見は低形成腎であった。本症例では、左腎低形成，左側尿管異所開口，膀胱三角部左側の低形成という泌尿生殖器の先天異常が存在しており，左 Wolff 氏管の発生異常による先天的な結合組織不全部位において，自然発生的に尿道腔瘻を生じたと考えられた。

経尿道的前立腺蒸散（TVP）における漏電事故：平林 聡，初瀬勝朗（成田記念）【要旨】TVP 施行時，異常電流が内視鏡を破損した1例を経験した。【症例】83歳，男性。尿閉にて受診。前立腺は触診上超鶏卵大で超音波体積測定では84 cm³と推定された。【手術経過】硬膜外麻酔下，電気メス出力を300 W までの自動制御とし切除を開始したが，突然発声し体動を起こした。視野全体に炎が見え，ついで視野が白濁した。全身状態に異常なく，切除面，尿道にも異常は見られなかったため，すべての器具を交換，通常のTURPを行い手術を終了した。使用していた光学視管の先端には黒変と小穿孔を認めた。【考察】腹圧の上昇により逆流した灌流液により切除片が切除ループと光学視管間をショートさせたため，光学視管が溶融，穿孔したものと推定された。【結語】TVP は高電圧を使用するため予想しない事故を引き起こすことがある。今回は幸い患者，術者への影響はなかった。

前立腺癌の診断における超音波造影剤（レボピスト）の有用性：小島宗門，斉藤文男，早川隆啓，三矢英輔（名古屋泌尿器科），早瀬壽正（丸善ビルクリニック）血清 PSA 値が20 ng/ml 以下で，経直腸的超音波断層法で hypochoic lesion (HEL) が認められた症例41例（平均年齢71.5歳）を対象に，レボピストを併用した経直腸的パワードブラ法を行い，造影効果と生検結果を比較検討した。生検の結果，41例中23例（56%）が前立腺癌と診断された。前立腺癌症例と非癌症例との間には，年齢・前立腺容積・PSA・PSA density・直腸内指診やパワードブラ所見に違いは認められなかった。しかし，造影効果については両者の間に有意な違いがみられた。前立腺癌症例では23例中20例（87%）で造影効果がみられたのに対し，非癌症例ではその頻度は44%（8/17）に過ぎなかった（ $p < 0.005$ ）。超音波造影剤は，HEL の質的診断に有用と考えられた。

画像診断上で円形結節を示した前立腺癌の1例：瀧田 徹，成島雅博，下地敏雄（名鉄）69歳，男性で頻尿と切迫性尿失禁を主訴として1999年1月5日当科受診した。直腸指診では前立腺は小鶏卵大，弾性軟，硬結は触れなかった。経直腸的前立腺エコー検査で右葉に直径2.1 cm の円形結節が見られ MRI 所見でも右葉外腺部に境界明瞭な結節を認めたが，いずれも前立腺癌に典型的な hypochoic，比較的低信号像（MRI）ではなかった。3月5日前立腺6カ所生検により結節部より高分化腺癌が認められ4月28日根治的前立腺全摘術が施行された。病理所見は中分化腺癌で左葉にも一部癌組織が認められ pT_{2b}N₀M₀ と診断された。術後しばらく尿失禁が続いたが，現在はほぼ消失し経過は順調である。

痔核様の所見を認めた尿道カルンクルの1例：錦見俊徳，山田浩史，横井圭介，小林弘明，小幡浩司（名古屋第二赤十字）症例64歳，女性。不正出血と排尿障害を主訴に当科を受診した。外尿道口の後壁に大きさ約2 cm，黒紫色の硬い腫瘍をみとめ，尿道カルンクルの診断にて薬物治療したが改善せず，排尿障害もあったため，9月25日手術目的にて入院となった。摘出された腫瘍の病理標本では，粘膜下層内に内腔の拡張した静脈とその中に血栓を認め，いわゆる肛門の痔核に似た所見を呈していた。つまり，何らかの静脈の停滞があったと考えられた。一般的な尿道カルンクルが比較的上皮に近いところに拡張した血管の増殖は認めるが，血流は保たれており，このために赤い色調を呈していることと比較すると，本症例の病理組織学的所見は，一般的な尿道カルンクルのそれとは異なっていると考えられる。