

第218回 日本泌尿器科学会東海地方会

(2002年12月8日(日), 於 名古屋医師会館)

下大静脈腫瘍塞栓を有する左腎細胞癌の1例: 石田 亮, 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) 67歳, 女性, 下大静脈血栓症を指摘され入院, 精査にて左腎癌, 下大静脈腫瘍塞栓と診断. 腎摘術および腫瘍塞栓摘出術施行した. 腫瘍塞栓は肝静脈下であり, 体外循環は行なわなかった. 病理は一般的なRCC, stage 3, 現在外来にてインターフェロン投与を続けている. 現在術後6カ月であるが, 再発転移を認めていない.

仙骨転移で発見された Occult renal cell carcinoma の1例: 益本憲太郎, 窪田裕樹, 遠藤純央, 橋本良博, 河合憲康, 戸澤啓一, 林祐太郎, 郡 健二郎(名古屋市大) 48歳, 男性. 1998年8月頃から, 右下肢の疼痛を自覚するも放置していた. 1999年2月, 下肢の麻痺により歩行困難となり当院整形外科を受診. 仙骨部腫瘍と診断され, 同年4月腫瘍摘除術を施行された. 摘出標本の病理診断は clear cell であったため, 腎癌の転移が疑われたが, 画像検査上は腎に SOL を認めなかった. 慎重に経過観察していたところ, 2002年6月になり, CT で左腎背側に小さな腫瘍を認め, 徐々に増大してきたため, 同年10月8日経腰的左腎摘除術を施行した. 摘出された腎の腫瘍は病理組織学的に clear cell で, 仙骨部腫瘍の組織像と一致した. 術後経過は良好で, 現在まで新たな転移・再発を認めていない.

腎移植後自己腎に発生した腎細胞癌の2例: 深津孝英, 西川晃平, 米村重則, 大西毅高, 金原弘幸, 有馬公伸, 柳川 眞, 杉村芳樹(三重大) 症例1は, 60歳, 男性. 慢性腎不全にて, 1984年に血液透析導入. 1995年屍体腎移植術施行. 移植腎機能廃絶にて, 2000年血液透析再導入されていた. 2002年3月に無症候性肉眼的血尿あり, CT 施行. 右自己腎に直径約3cmの腫瘍が認められた. 精査加療目的にて入院となり, 右腎摘出術施行. RCC G2 clear cell pT1a であった. 症例2は, 67歳, 男性. 1996年屍体腎移植術施行. 定期CTにて, 左自己腎に直径約3cmの腫瘍が認められた. 精査にて悪性が疑われたため, 腎摘出術施行. RCC G2 clear cell pT1a であった. 当院では1980年より2002年現在まで56例の腎移植術を施行しており(生体腎移植8例, 屍体腎移植48例), 腎癌の発生は, 2例3.6%であった.

右腎癌の左副腎への再々発に対して腹腔鏡下左副腎摘除術を施行した1例: 千田基宏, 深津顕俊, 加藤真史, 吉野 能, 後藤百万, 小野佳成, 大島伸一(名古屋大) 69歳, 男性. 1991年5月右腎癌にて根治的右腎摘除術施行. 腫瘍は上極に位置し, 大きさは3×3cm, RCC, G1>G2, pT1a, V0, N0. 術後外来にて経過観察中. 2000年2月対側副腎転移を認めたため, 腹腔鏡下左副腎部分切除術施行. 以後, アジュバンド的にインターフェロン療法を行っていたが, 2002年2月左副腎転移術後の再発を認めたため, 2002年3月に腹腔鏡下左副腎摘除術を行った. 手術は経腹的にアプローチし, 腹腔内は前回の手術の影響により腫瘍は周囲組織一塊となっており, 腎臓, 横隔膜, 脾尾部との癒着を慎重に切離し, エンドキャッチにて取り出した. 術後はステロイドの補充療法を行い, 一時的な発熱のみで順調な経過を示した. 現在術後8カ月で再々発は無く, プレドニゾロン 30mg 内服にて外来通院している.

ペリニ管癌の1例: 萩原徳康, 藤広 茂(岐阜赤十字) 症例は68歳, 男性で無症候性肉眼的血尿を訴え当科を受診した. エコーでは右腎に嚢胞を含む約4cmの腫瘍を認めた. CT では上部から中部前面に嚢胞を含む境界不明瞭で iso density な腫瘍を認めた. 嚢胞壁は肥厚, 不整像を呈し, 不均一に造影された. 腎門部リンパ節の腫脹も認めた. DIP では上腎杯の圧迫変形を認めた. 遠隔転移は認めず, 経腹的に根治的右腎摘除術, 患側リンパ節郭清を施行した. 腫瘍断面は灰白色, 浸潤性腫瘍で髄質中心に発育していた. 免疫組織的に遠位尿管細管マーカーである vimentin, cytokeratin, UEA-1, EMA に陽性であった. 病理学的にペリニ管癌, G3, INF γ , pT1b と診断された. なお, V16a2 にリンパ節転移を認めた. 術後経過は良好で, 術後補助療法としてインターフェロン- α を投与している. ペリニ管癌は本邦において, 自験例も含め50例報告されていた.

左腎巨大嚢胞の1例: 松原広幸, 青田泰博, 細井郁芳(国立名古屋) 57歳, 男性, 検診で巨大腹腔内嚢胞を指摘. 翌年1月頃胃部不快感, 便秘にて消化器科受診. US で左腎巨大嚢胞を認め当科入院. 穿刺で約7,000mlの嚢胞液を認め退院. 翌年の再検CTで再貯留を認め当科入院. 穿刺で6,500mlの淡黄色血清状の嚢胞液を認め, その後も連日200~300mlの排液. 99.5%エタノール100mlを注入回収したが, 連日300ml以上の排液がありミノマイシン200mgを3回投与退院. 3カ月後のCTで嚢胞の著明な縮小を認めた. 巨大腎嚢胞に対して破裂の可能性や他臓器への圧迫症状があり, 腎機能への影響が考えられる場合, 穿刺, 硬化剤の注入が行われる. 縮小率ではエタノールが一番優れているが, 疼痛, 酩酊感などの副作用の頻度も高く, 必ず回収を必要とし, 周辺臓器との急性炎症を起こす例もある. ミノサイクリンは有効率, 縮小率がやや劣るが重篤な合併症はなく血中に移行しても安全である.

右腎外傷の Urinoma に対して尿管ステントが著効を示した1例: 近藤厚哉, 岡本典子, 田中國晃, 津村芳雄(刈谷総合) 38歳, 男性. 統合失調症の既往あり. 主訴は右腰背部痛と血尿. 階段から転落して受傷した. CT にて右腎外傷を認めたが, 全身状態は安定していて保存的に治療した. 受傷15日目から発熱し, urinoma と水腎が出現した. urinoma が尿管を圧迫して通過障害を生じていると考えて尿管ステントを留置したところ, urinoma は軽快して解熱した. 受傷8カ月の腎シンチグラムでは右腎は萎縮しているものの, 対側の70%程度の腎機能は残存している. 保存療法の最大の問題点は尿溢流の合併であるが, 尿路の裂傷以下の通過障害が解除された場合, urinoma は7~10日程度で吸収されると言われており, 尿管ステント留置あるいは穿刺ドレナージで改善をえたとする報告もある. 腎外傷の高度裂傷例を保存的に治療した.

小脳への臨床的単独転移をきたした右腎盂移行上皮癌の1例: 小林泰, 西澤恒二, 小倉啓司(浜松労災), 大野 誠, 上野 泰, 三宅英則(同脳神経外科), 井出良浩(同病理) 69歳, 男性. 右腎盂腫瘍(TCC, G3, pT4N0M0)に対し右腎尿管全摘・上行結腸合併切除術・補助化学療法(MVAC 1コース)を施行したが, 約8カ月後に頭痛・嘔吐が出現. 頭部CT上, 小脳左半球に径約3cmの腫瘍を指摘されたが, 胸腹部CT・骨シンチ上は他臓器に転移を認めなかった. 開頭・腫瘍摘除術を施行し移行上皮癌の小脳転移と診断された. 小脳腫瘍摘除後約1カ月で死亡. 剖検上肺血管に微小転移巣を認め, この病巣から小脳への血行性転移が生じたものと考えられた.

残存尿管に発生した未分化癌の1例: 佐々直人, 松浦 治, 木村泰祐, 磯部安朗, 上平 修, 近藤厚生(小牧市民) 72歳, 男性. 27歳時に左腎結石に対して左腎摘出を受けている. 2002年1月頃より肉眼的血尿を認めており, 2月に紹介初診. 精査するも特異的所見認めず. 尿細胞診にて疑陽性を4回認めたため5月8日に膀胱の無作為生検, 右RP施行した. しかし, いずれも悪性所見は認めなかった. 7月に再び肉眼的血尿, 尿閉を認め再入院. 膀胱鏡にて残存する左尿管口よりフィブリンの漏出を認め, 造影CTにて残存尿管腫瘍と診断. 7月19日左残存尿管摘出, リンパ節郭清を施行した. 摘出標本は, 尿管口断端3cmのところより乳頭状腫瘍を12cmまで認めた. 病理診断は未分化癌 pT2pN0pMO であった. 術後化学療法は施行せず. 残存尿管に発生した未分化癌の報告は本邦1例目であった.

膈前庭部に異所開口した完全重複尿管の1例: 亀井信吾, 宇野雅博, 米田尚生, 藤本佳則(大垣市民) 症例は1歳0カ月, 女児. 発熱, 食欲不振, 咳嗽を主訴に近医受診し, 抗生剤投与をうけるが症状変わらず当院紹介となる. 尿中白血球増多と超音波検査で左上半腎部分の水腎症, それに続く拡張尿管を認め, IVP, MR urography を施行した. 正常に描出される左下半腎および尿管と, 高度な水腎症を呈する左上腎および膀胱下部まで続く拡張尿管を認め, 拡張尿管を伴う左完全重複尿管による腎盂腎炎と診断した. 左上腎の残腎機能の回復を期待し, 治療は左尿管膀胱新吻合術を施行した. 異所開口部位については術前の膀胱尿道鏡では発見できず, 術中操作で膈前庭部に開

口することを確認した。術後左上腎の機能は回復傾向にあり経過良好である。尿失禁のない完全重複尿管は時に診断困難であるが、今回はMR urographyがその診断に有効であった。

腹腔鏡下腎摘除術を施行した尿管異所開口の2例：木村 亨，小野 佳成，服部良平，吉川羊子，勝野 暁，松沼 寛，荒木英盛，大島伸一（名古屋大） 症例1：23歳，女性，常時の尿失禁を主訴に受診。精査により左尿管異所開口・左低形成腎と診断され，2002年9月6日に後腹膜鏡下左腎摘除術を施行した。尿管開口部位は不明であったが，術後より尿失禁は消失した。病理組織診断は低形成腎であった。症例2：4歳，女児，尿失禁を主訴に受診。精査により，右尿管異所開口・右萎縮腎と診断され，2002年10月28日に膀胱鏡および後腹膜鏡下右腎摘除術を施行した。尿管開口部位は不明であったが，術後より尿失禁は軽減した。病理組織診断は萎縮腎であった。2症例とも出血量は少量であり，合併症もなく，術後早期の社会復帰が可能であったことから，尿管異所開口に合併する低形成腎や萎縮腎は腹腔鏡下腎摘除術の良い適応となると考えられた。

腹膜炎を併発した化膿性尿管膿瘍の1例：岡田昭久，安藤亮介，矢内良昌，飯塚敦彦，粟田成毅，阪上 洋（安城更生） 45歳，女性。排尿時痛を主訴に来院。超音波検査にて膀胱頂部に腫瘍認め，膀胱鏡検査にて膀胱頂部に浮腫性変化，尿細胞診陰性，IVUにて明らかな陰影欠損像認めなかった。数日後，下腹部痛を訴え，熱発，CRP上昇を認め緊急入院。血液検査にて白血球5,900，CRP 16.2 mg/dl。CTでは膀胱と連続するように膀胱上方に径2 cmの腫瘍，MRIでは膀胱上方，腹直筋直下に腫瘍を認め尿管膿瘍の穿孔あるいは膀胱破裂による腹膜炎の術前診断のもとに緊急開腹術施行。尿管は大網，小腸と癒着し腹腔，ダグラス窩に通ずる膿性の液体貯留認め，化膿性尿管膿瘍による腹膜炎と診断。尿管全摘，膀胱部分切除，腹腔内ドレナージを施行。病理所見では，炎症細胞浸潤のみだった。術後数日にて症状軽快退院となった。

CIC管理経過中に腹部エコーで見つかった尿管腫瘍の1例：中根明宏，秋田英俊，坂倉 毅，平尾憲昭（厚生連加茂） 51歳，男性。13歳時に脊椎損傷となり，神経性膀胱で1978年2月よりCIC管理をしていた。2000年3月，腹部エコーで膀胱頂部に腫瘍を指摘，膀胱鏡で膀胱頂部に腫瘍を認めた。画像検査，病理検査にて膀胱尿管腫瘍と診断し，尿管遺残を含めた膀胱部切術施行した。組織はmucinous cystadenocarcinomaであった。膀胱尿管腫瘍は比較的稀な疾患であり全膀胱腫瘍の0.17～2.7%に留まると言われている。また早期には無症状で発見時には進行して予後不良の経過をたどることが多い。今症例は，偶然腹部エコーで発見された早期のものであり根治的手術が行われたと考えられた。現在2年8カ月経過し，再発は認めない。

気腫性膀胱炎の1例：和志田重人，石川清仁，白木良一，篠原聡，深見直彦，市野 学，佐々木ひと美，桑原勝孝，日下 守，星長清隆（藤田衛術大） 66歳，男性。4年前よりコントロール不良の糖尿病を合併。2002年6月より急性心筋梗塞で入院中，発熱と肉眼的血尿にて当科受診。骨盤部CTで気腫性膀胱炎と診断。尿沈渣は赤血球多数，白血球10～20/hpfであった。尿細胞診，尿培養とも陰性。入院中直後より尿道カテーテルは留置されていた。CPFX点滴静注により，10日目には血尿消失，CT上も膀胱壁内のガス像は消失し退院となった。本症例は，本邦47例目にあたる。男女比は20：27で，平均68歳。起因菌としては*E. coli*や*K. pneumonia*など腸内細菌属が多い。糖尿病，神経性膀胱，下部尿路障害の合併を高頻度に認める。発熱を48.7%に認め，気尿は11%のみであった。死亡率28.7%であった。

気腫性膀胱炎の1例：松川宜久，辻 克和，野尻佳克，平野篤志，古川 亨，絹川常郎（社保中京） 症例は86歳，女性，既往にパーキンソン病がある。痙攣発作にて入院中，尿混濁，発熱みられ当科受診。KUBにて膀胱壁に一致したガス像をみとめ，さらに膀胱鏡では粘膜下に多数の気泡，CTでは膀胱壁にリング状ガス像を認めた。以上より気腫性膀胱炎と診断し，尿道カテーテル留置とMEMPの点滴療法をおこなった。経過は順調であり，当科受診5日後には臨床症状，画像所見とも正常化した。起因菌は*E. coli*であった。気腫性膀胱炎は比較的稀な尿路感染症であり，われわれが検索する限り39例し

か報告されていない。糖尿病や神経性膀胱を基礎疾患に有する患者にみられることが多い。診断にはKUB，CTなどの画像所見が特徴的であり有用される。予後は良好であるが，気腫性腎盂腎炎，敗血症を合併すると予後不良であり，早期診断，早期治療が必要である。

トヨタ記念病院におけるTVT手術症例の検討：玉木正義，久保田 恵章，前田真一（トヨタ記念），西野好則，出口 隆（岐阜大） 2000年4月より2002年9月までに19例のTVT手術を施行した。このうち術後3カ月以上経過し，評価可能な症例は14例であった。平均年齢は51.7歳，術前パッドテストは平均15.1gで，術前ストレステストは15例で，陽性11例，陰性4例であった。手術時間平均30分，入院期間平均5.5日，平均観察期間567日であった。術後3カ月のパッドテストは3例は3g以下であったが，その他は0gとなった。術後の自覚症状は13例は尿失禁は完全消失し，1例のみが激しい運動時に尿失禁が残存した。QOLアンケートはIIQ，UDIとも術前に比べて有意に3カ月後，最終とも改善した。合併症は膀胱穿孔1例，排尿障害3例のみで重篤なものは認めなかった。TVT手術は腹圧性尿失禁に対して安全で有効な方法である。しかし今後長期の観察が必要である。

後腹膜平滑筋肉腫の1例：西川信之，福澤重樹，河瀬紀夫，宮川美栄子（島田市民） 54歳，女性。2002年5月右側腹部痛を主訴に受診。DIP，RPにて右水腎症，尿管の圧排を認め，CT，MRIにて径10 cmの後腹膜腫瘍を認めた。ガリウムシンチにて腫瘍部に集積を認め，血管造影では尿管動脈および腎被膜動脈よりの栄養動脈が認められた。経皮的腫瘍生検にて平滑筋肉腫の診断のもと，7月1日，腫瘍摘除術施行した。腎，尿管および上行結腸を合併切除した。病理組織結果は平滑筋肉腫であった。術後4カ月現在再発転移を認めていない。後腹膜平滑筋肉腫は平滑筋肉腫の1.7%と比較的まれな疾患である。外科的切除がほぼ唯一の治療法である一方，2年生存率は16%と予後不良である。検診などでの早期発見が重要と考えられる。

拡大切除術を施行した進行性尿道癌の1例：菅原 崇，加藤成一，清家健作，水谷晃輔，江原英俊，石原 哲，出口 隆（岐阜大），下川邦泰（同病理），楊 陸正，兼松 稔（羽島市民） 76歳，女性。2001年2月26日外陰出血で羽島市民病院を受診。外尿道口に腫瘍を認め，生検で未分化癌と診断された。3月23日当科紹介入院。外尿道口の腫瘍は直径約3 cmで，硬くて可動性なく，陰前壁への浸潤が疑われた。4月5日，前方骨盤内臓器摘出術，外陰切除術および回腸導管造設術を施行。病理診断は低分化腺癌であり，腫瘍は膀胱頸部まで存在し，骨盤リンパ節転移は認めなかった。術後補助療法は実施しなかった。2002年5月頃から左浅鼠径リンパ節が急速に増大し，6月26日に同部のリンパ節摘除術を施行。病理検査で尿道癌の左浅鼠径リンパ節転移と診断された。その後再発・転移なく生存中である。本例は本邦で報告された女子尿道腺癌の59例目であった。

多発性骨転移を伴う前立腺癌と男子乳癌の重複癌の1例：佐藤敦，石村大史，工藤真哉（聖隷浜松），吉田雅行，平井栄一（同外科），清水進一（同病理），水谷謙二（初生クリニック），渡辺耕平（渡辺泌尿器科） 79歳，男性。2001年4月左胸壁腫瘍切除術を受け，病理結果より乳癌と診断。肉眼的血尿を契機に前立腺癌と診断。エストロゲンレセプターは両組織とも陰性，プロゲステロンレセプターは乳癌組織のみ陽性，PSA免疫染色は，前立腺組織のみ陽性。両組織の病理所見が全く異なることから，おのおの原発性であると診断。造骨性多発性骨転移を認め，骨転移は前立腺癌によるものと推定。両疾患に共通の治療薬であるLH-RHアナログの単独投与を開始。約1年6カ月経過し，疼痛の自覚もなく，良好な日常生活を送っている。未治療前立腺癌と男子乳癌の重複癌症例はきわめて稀であり，若干の文献的考察を加えて報告する。

東浦町における前立腺癌集団検診の検討：小林峰生（小林クリニック），岡村菊夫（国立中部），竹内宣久，加藤隆範（市立半田），津村芳雄，近藤厚哉（刈谷総合） [目的] 1998年より4年間に東浦町で実施された前立腺癌集団検診の結果を検討し報告する。[対象と方法] 東浦町（人口47,146人，50歳以上男性8,177人）の50歳以上の町民を対象とした。一次検診はPSA測定単独でおこない，4.1 ng/ml以上の者を要精検者として，近隣医療機関で二次検診を施行した。[結果] 一次検診受診者1,024人中77人（7.5%）が要精検者で，75人が二次検

診を受けた。前立腺生検が49回行なわれ、19例(1.9%)の前立腺癌が発見された。その年齢は62~75歳平均68.2歳と比較的若く、病期B以下が15例であり、前立腺全摘出術が11例に施行された。PSAによる前立腺癌集団検診は早期癌を発見するのに有効と思われた。

ホルモン補充療法に伴う前立腺の形態変化を観察しえた低ゴナドトロピン性性腺機能低下症の1例：平山きふ、岡田晃一、兼光紀幸、三矢英輔、小島宗門(名古屋泌尿器科)、早瀬喜正(丸善ビルクリニック) 初診時、23歳、男性。第二性徴の欠如を主訴に、1996年2月当院を初診。内分泌学的検査にて、低ゴナドトロピン性性腺機能低下症と診断し、hCG-hMG 補充療法を施行。症状およびホルモン環境の改善とともに前立腺容積の増加を治療早期より認めた。週3回の投与を指導したが、1999年7月より1年2か月間は来院なく、治療を自己中断。初診時の前立腺容積3.6mlであったものが8.8mlまで増大し、治療中断により7.8mlまで減少した。治療再開後の現在では18.9mlとなった。2002年結婚し、現在配偶者が第一子を妊娠中である。TRUSによる前立腺容積の経時的測定は、低ゴナドトロピン性性腺機能低下症に対するhCG-hMG 補充療法の治療効果を判定する1つの指標になりうると考えられる。

造精機能障害の分子機構：窪田泰江(名古屋市大) 現在不妊で悩む夫婦は約15%、その約半数が男性側因子と言われる。病因としては造精機能障害が約90%を占め、そのうち約70%が治療に難渋する特発性造精機能障害である。ARTの発達に伴い妊娠成功例は増加してい

るが、本来は自然な妊娠が望ましい。そのため私達は造精機能障害の機序を解明すべく、様々なモデルを用いて研究を行ってきた。停留精巣、精索軸捻転、精管結紮、LH-RH投与の各モデルラットの精巣組織と、これらのヒト精巣組織を材料として検討したところ、いずれの疾患も造精機能障害の悪化とともに精巣細胞のアポトーシスが増加していた。その誘導にはp53によりミトコンドリアからシトクロームCが放出され、caspase-3を活性化するという系が関与していた。これらの研究結果をもとに現在マウスを用いて精巣内遺伝子導入実験を行っており、今後の男性不妊治療に結び付けたい。

進行腎癌の治療—免疫療法を中心に—：古武敏彦(大阪府成人病セ)(古武・大谷診療所) 腎癌の治療においては、早期癌では原発巣に対する外科的治療でかなりの成績がえられている。しかし腎癌は転移傾向が強く、転移を有する進行癌では種々の治療法が試みられているが、まだ有効な治療法はなく、その予後はきわめて不良である。進行癌の治療は泌尿器科医にとって非常に困難ではあるが、challengingな課題である。近年種々のインターフェロン(IFN)やインターロイキン2(IL-2)などによる免疫療法が精力的に行われている。しかしこれらの単剤療法では、有効率20%を越える成績を示すものは少なく、満足いくものではない。IFNと他の免疫療法剤や癌化学療法剤との併用療法が注目されている。これらの免疫療法の文献上の成績を検討し、同時に独自に開発したIFN- α とシメチジンの併用療法の成績を紹介し、さらに進行腎癌の集学的治療にも言及したい。