

学会抄録

第194回 日本泌尿器科学会東海地方会

(1996年12月8日(日), 於 名古屋市医師会館)

右腎形質細胞腫の1例: 加藤慶太郎, 本多靖明, 岡田正軌, 阿部俊夫, 赤堀将史, 上條 渉, 水本裕之, 瀧 知弘, 三井健司, 大下博史, 山田芳彰, 深津英捷 (愛知医大), 大園修身 (同第2内科) 79歳, 女性。発熱, 全身倦怠感を主訴に入院。血清中に IgG (κ) 型M成分を認めたが, 骨髓生検では, 異常を認めなかった。また, 右側腹部腫瘍, 左頸部リンパ節腫脹を触知し, 各種画像検査により, 右腎部腫瘍を認めたため, 左頸部リンパ節摘出術, 腎針生検を施行し, 左頸部リンパ節, および, 右腎に発生した形質細胞腫と診断した。高齢, および全身状態不良のため, 保存的療法の適応と考え, 放射線療法, 動脈塞栓術施行後, 全身状態の改善を認め, 経腹的右腎摘出術を施行した。腎に発生した形質細胞腫は稀であり, 今日までにわれわれが検索し得たかぎり, 13例の報告があるのみである。今回われわれは14例目を経験したので報告した。

自然破裂をきたした腎平滑筋肉腫の1例: 橋本好正, 松浦 治, 竹内宣久, 栗木 修, 上平 修, 近藤隆夫, 大島伸一 (社保中京) 症例は40歳, 女性。既往歴として1992年より躁鬱病にて当院精神科通院・加療していた。1996年3月31日, 突然の左側腹部痛出現にて当院受診。受診時, 脈拍触知不可, 結膜に貧血を認め, 腹部所見は左側腹部膨隆, 圧痛, 筋性防御を認めた。Ht 28.4% (2週間前41.3%) と著明な貧血の進行を認めた。CT, エコーにて左腎部に腫瘍がみられ, 後腹膜出血の疑いにて緊急手術施行した。手術所見は後腹膜に血腫が充満し, 血腫の間から腫瘍を思わせる組織の露出あり, 左腎腫瘍の自然破裂と診断し, 左腎, 血腫摘出術施行した。摘出腎重量 760 g, 出血量 3,000 ml であった。組織は腎平滑筋肉腫であった。現在術後8カ月であり, 再発を認めず生存中である。本症例は, 本邦87例目, 自然破裂症例としては3例目と考えられた。

斜台部転移が疑われた腎癌の1例: 文野美希, 松浦 浩, 金井優博, 深津孝英, 芝原拓児, 山田泰司, 米村重則, 栗本勝弘, 木瀬英明, 亀田晃司, 奥野利幸, 林 宣男, 有馬公伸, 柳川 眞, 川村壽一 (三重大) 症例は58歳男性, 主訴は複視。複視のため近医受診し, 左外転神経障害を指摘された。精査にて, 斜台部に腫瘍性病変が認め, 左腎細胞癌の骨転移が疑われた。斜台部骨転移に対して放射線療法 (計 32 Gy) を施行後, 根治的左腎摘出術を施行した。組織学的には RCC, G2, 淡明細胞癌, pT2N0M1pV0 であった。術後20日目よりインターフェロンの連日投与を開始した。頭蓋底の転移性腫瘍から複視が生じた症例の文献的検索を行った結果, 32例の報告例があり, そのうち腎癌は本症例を含めて2例で, 斜台部のみ転移を認めた症例は4例であった。複視が契機となって発見された, 腎細胞癌によると思われる斜台部骨転移の1例である本症例は稀であると思われる。

両側腎摘出術を余儀なくされた腎血管脂肪腫の1例: 権 永鉄, 佐橋正文, 伊藤正也 (静岡済生会) 29歳女性, 幼少時より精神遅滞, 顔面皮脂腺腫, てんかん発作があり, 結節性硬化症と診断されていた。1990年7月, 腹部腫瘍にて当科初診, US にて両側血管脂肪腫と診断, 同年同月自然破裂の為, 左腎摘出術を施行, 組織学的所見は腎血管脂肪腫であった。術後特に問題なく経過観察したが, 1996年8月, 右側腎腫瘍の自然破裂を発症, 腫瘍径が大きく, 腎機能温存は困難と考え, 右腎摘出術を施行, 摘出腫瘍は 42×26×24 cm, 重量は 4,400 g であった。術後血液透析の導入となったが, 貧血以外は特に合併症もなく, 順調な経過をたどっている。本腫瘍は結節性硬化症に合併することが多いと言われているが, 腎不全状態に至る症例は比較的稀であると考えられた。

Urosepsis を発症した血管奇形を伴う回転異常腎の1例: 宮原誠, 中島洋介 (伊勢慶應) 症例は65歳女性。主訴は発熱・意識消失。1996年1月中旬より繰り返す膀胱炎のため近位にて内服治療されていた。2月3日より発熱 (39°C) を認め, 5日意識消失あり救急車にて来院し, 当院内科入院。左水腎症と膿尿のため当科依頼となっ

た。左 CVA-tenderness を認め, 膿腎症の臨床診断にて左腎瘻を造設した。その後の各種画像検査にて腎回転異常 (正面位), 左腎静脈奇形 (大動脈周囲左腎静脈) と診断された。左尿管は腎静脈と腎門部腎実質とに挟まれ, 圧排狭窄をきたしていた。このために水腎症となり逆行性感染から膿腎症, sepsis へと移行したと考えられた。腎瘻造設により状態は軽快した。W-J カテーテルを挿入し, 内瘻にて経過観察中である。非常に稀な1例であると思われる。

腫瘍を形成した後腹膜線維症の1例: 田島和洋, 梅田佳樹, 斎藤薫 (鈴鹿中央) 症例は67歳男性。主訴は体重減少および上腹部痛。約3カ月前から上腹部痛があり, 1カ月前から7kgの体重減少をきたし近医を受診し, CT で左腎腫瘍と腎門部リンパ転移疑いにて当科を紹介された。入院時血沈の亢進と白血球, CRP, IgG の上昇を認めた。CT, MRI で脾下部から腹部大動脈分岐部にかけて左腎動静脈と尿管を巻き込んだ腫瘍と左水腎症を認め, 超音波下経皮的生検にて後腹膜線維症と診断された。また Ga シンチで腫瘍に一致して hot spot を認めた。メチルプレドニゾロン 1g から開始し4日目からプレドニゾロン 40 mg/day 経口投与とし以後漸減した。治療開始1.5カ月後の CT で腫瘍は半分以下に縮小し, 水腎症は改善した。3カ月目には Ga シンチで hot spot は消失したが, MRI で腫瘍は残存していて, プレドニン 5 mg/day 経口投与を続けている。

尿管狭窄に対する Acucise® cutting balloon 使用の経験: 山田伸, 小野佳成, 加藤範夫, 武田明久, 水谷一夫, 横井繁明 (小牧市民) 尿管狭窄に対し Acucise® cutting balloon catheter を用いて経尿道的尿管切開術を施行したので報告した。症例は15歳男性で尿潜血を主訴に1995年6月12日当科を受診。軽度の左水腎を認め上部尿管に狭窄を認めるも尿の流出は良く外来で経過観察していたが肉眼的血尿を繰り返すため, 12月12日 Acucise® cutting balloon catheter を用いて経尿道的尿管切開術を施行した。75W 5秒間で切開を行い 10 Fr. ダブル J カテーテルを留置した。術後順調に経過し, 術後14日目に退院, 36日目にダブル J カテーテルを抜去した。現在術後約1年が経過するが, 水腎は軽快し血尿の出現もなく順調に経過している。この術式は手技も簡単に侵襲も少なく入院期間も短く有効な術式と思われる。

神経因性膀胱に対して Mainz バウチを利用した膀胱拡大術を施行した1例: 近藤厚哉, 吉川羊子, 後藤百万 (碧南市民) 二分脊椎に伴う神経因性膀胱に対し, Mainz バウチを利用し膀胱拡大術を施行した1例を報告した。症例は19歳の男性, 既往に1歳時の髄膜瘤切除術がある。14歳時頻尿・排尿障害を契機に二分脊椎に伴う神経因性膀胱と両側膀胱尿管逆流を指摘され, 17歳時に膀胱尿管逆流防止術を受けた。18歳時から当科にて抗コリン剤内服と清潔間歇自己導尿にて管理していたが, 血清クレアチニン 2.3 mg/dl と腎機能低下をきたした。排泄性尿路造影で両側水腎を認め, レノグラムでは左腎閉塞パターン, 右腎高度機能低下を示した。尿流動態検査では低活動膀胱で, コンプライアンスは 2.5 ml/cm H₂O と顕著に低下し, 最大尿道閉鎖圧は 78 cmH₂O であった。膀胱を 2/3 切除後, Mainz バウチを作成して吻合し, 尿管はパウチに再吻合した。術後コンプライアンスは 17.3 ml/cmH₂O と改善し, 両側水腎は消失してレノグラム上左腎閉塞パターンも消失した。術後6カ月で血清クレアチニン 0.8 mg/dl と改善した。

市立岡崎病院における経尿道的膀胱腫瘍切除術 (TUR-Bt) 症例の臨床統計: 古川 亨, 絹川常郎, 服部良平, 初瀬勝朗, 大竹 浩 (市立岡崎) 対象: 当施設にて1988年より1995年までの8年間に施行された表在性膀胱癌に対する TUR-Bt 症例中6カ月以上観察可能であった92例を対象とした。男性77例, 女性15例で, 平均年齢は66歳であり, 平均観察期間は44カ月であった。方法: 再発に影響を及ぼす因子の解析として, Cox の比例ハザードモデルを用いて, 多変量解析

を行った。結果：再発は30例に計49回認め、平均初回再発期間は16か月であった。Kaplan-Meier法による非再発率は、1年80%、3年64%、5年55%であった。再発時に腫瘍の進行にて他治療を要した症例は5例で、2例に膀胱全摘を施行したが、遠隔転移および進展症例はなかった。死亡例は5例（4例は他因死、1例は尿管癌の転移）であった。12因子について多変量解析（逐次法）を行った結果、腫瘍の大きさが1cmを超える症例および腎盂尿管腫瘍の既往のある症例が、再発における有意な危険因子であった。

後腹膜原発性腺外胚細胞腫の1例：岩崎明彦、岡村菊夫、高士宗久、辻 克和、大村政治、斉藤政彦、日比初紀、下地敏雄、近藤厚生（名古屋大）、水谷一夫、小野佳成（小牧市民） 症例は31歳男性。小牧市民病院にて多発肺転移を有する後腹膜原発性腺外胚細胞腫の診断のもとBEP療法3コース施行。βHCG正常化せず高容量化学療法目的に当院紹介となる。末梢血幹細胞は必要量採取できず高容量化学療法は断念。マーカーは正常化していないが、腫瘍完全切除を目的に大血管の合併切除も含めた後腹膜リンパ節摘除術を施行した。摘出標本の病理組織は壊死組織であった。術後、性腺機能不全によると思われるβ-HCGの上昇が見られた。現在再発、マーカーの上昇なく経過している。本例より腫瘍完全切除の為に大血管切除まで考慮し、poor risk例では初回化学療法時より末梢血幹細胞採取を考慮すべきだと思われた。

陰茎海綿体に原発した横紋筋肉腫の1例：吉村 斐、永田大介、田中創始、梅本幸裕、秋田英俊、橋本良博、坂倉 毅、河合徹也、佐々木昌一、上田公介、郡健二郎（名古屋大） 17歳、男性。1995年8月頃より会陰部に拇指頭大の腫瘍と疼痛を自覚し、次第に排尿障害も出現し始めたため、近医受診。腫瘍を疑われ精査、加療目的に当科入院。腫瘍部生検、各種画像診断により陰茎海綿体に原発した横紋筋肉腫（組織分類は胎児型）と診断した。右総腸骨動脈周囲、下大静脈周囲リンパ節に転移も認められたため、化学療法を第一選択に治療を開始した。化学療法はvincristine, actinomycin-D, cyclophosphamideの3剤併用したVAC療法を10クール施行した。2クール終了時点で原発巣は認められなくなり、リンパ節も縮小した。現在新たな転移は認めず、今後は経過観察していく予定である。陰茎海綿体に原発した横紋筋肉腫は文献上4例目、本邦3例目であった。

Rigi Scan 検査によるNPTの分類と臨床的検討：甲斐司光（西尾市民）、小谷俊一（中部労災）〔目的〕NPTは幼児から認められ精神的な抑制を受けないため、心因性勃起不全と器質性勃起不全との鑑別に重要な現象である。Rigi Scan 検査によりNPTの分類とその臨床的検討を行った。〔対象と方法〕対象はNPT-Rigi Scan 検査を行った151名のうち、正常型を示した78名である。測定方法は、3晩連続を原則とし、結果を金子らの6パターンに分類し、各パラメーターごとに比較した（Eventの回数、勃起の頻度及び持続時間、tumescence 増加幅・rigidity 最大値のTIP・BASE）。〔結果〕①型（正常）は、normal 群（17名）に比し、各パラメーターで低値を示したが有意差は認められなかった。②～⑥型（異常）の比較では、各パターンの特性を裏付けた。年代別検討で20～30歳代の症例に比し高年齢群ほど低値を示した。年齢と各パラメーターの相関では、tumescence 増加幅（TIP）で有意であった（ $r=-0.229$, $p<0.05$ ）。〔考察〕以上の結果より、各パラメーターの数値からパターン分類の妥当性が裏付けられた。相関係数より、年齢が高い者ほど tumescence 増加幅（TIP）で低値を示す傾向にあった。

陰茎型尿道上裂の1例：窪田裕樹、渡辺泰江、安井孝周、田貫浩之、河合憲康、山田泰之、河合徹也、藤田圭治、林祐太郎、岡村武彦、郡健二郎（名古屋大） 1歳、男児。生下時から陰茎の埋没を指摘されていた。染色体は46XY。他の合併奇形を認めなかった。埋没陰茎・真性包茎の診断で手術を開始したところ、外尿道口が陰茎背側に開口しており、陰茎型尿道上裂と判明した。陰茎の屈曲は認められなかったため、Young 変法に準じて一次的に尿道形成術を施行した。術後、亀頭の形態は正常となり、亀頭先端からの排尿が可能となった。尿道上裂はきわめて稀で、自験例は、本邦55例目と思われる。これが真性包茎の場合、術前に埋没陰茎との鑑別が困難なことがあり、注意が必要であると思われた。

両側停留精巣を思わせた交叉性位置異常を伴うKlinefelter 症候群の1例：鈴木茂章（すずき医院）、島谷政佑（NTT 東海） 症例は47歳。右停留精巣を認め近医より紹介され、1997年12月20日当院初診。中性的顔貌を呈しており血中FSH 35.9 mIU/ml, testosterone 27 ng/dl で一応類宦官症と診断したが、念のため染色体検査を施行したところ47XXYの性染色体異常と判明した。翌年4月28日NLA変法の全麻下で停留精巣除去術を施行した。右精巣を摘出した際、索状組織が下方（尾側に）続いており、さらに追跡すると小型の塊状物があってこれをも共に摘出した。病理組織検査により、先に摘出した塊状物は未熟ながら造精細胞を含んでいたが続いて摘出したそれには精巣上体のみしか観察できなかった。ブロックを更に切りなおしても結果は変わらなかった。国際医学情報センターの過去5年間の文献検索によっても同様の症例はなくごく稀な1例として報告した。

インポテンスの診断と治療：白井将文（東邦大） インポテンスを診療する上で勃起のメカニズムを知っておく必要がある。勃起は陰茎深動脈より分岐したらせん動脈が陰茎海綿体洞に開口する直前に存在する平滑筋よりなる弁構造や海綿体洞壁内の平滑筋が弛緩し動脈血が一気に海綿体洞に流入して起こる。また膨張した海綿体洞と白膜の間の流出静脈は圧迫され、また白膜の伸展により白膜中の貫通静脈の内腔が狭くなり血液の流出が妨害されて勃起が維持される。一方、勃起の消退は流入動脈の弁が閉じ流入血液量の減少と海綿体洞壁の平滑筋の収縮によると考えられている。これら一連の現象は自律神経によってコントロールされているが、現在神経伝達物質のうち一酸化窒素（NO）が最も注目されている。さらに最近これら神経伝達物質が機能を発揮するのにテストステロンが直接関与していることも判った。さてインポテンス患者が来院したら、まずその原因が器質的か機能的かを鑑別しなければならない。両者の鑑別法として夜間レム睡眠に一致して見られる勃起（NPT）記録が行われている。さてインポテンスの治療であるが原因が器質的であろうか機能的であろうかパートナーの理解と協力が不可欠である。心因性に対してはノン・エレクト法が良いがvacuum deviceで勃起させ性交させて自信を回復させるのがよい。この装置は器質性インポテンスにも利用できる。これらの方法でまったく無効な症例には最後の手段としてpenile prosthesisの陰茎内移植術があるが、この手術はパートナーのためのものであり、これを入れたために自分の性感が良くなったりするものではないことを、あらかじめ知らせて過剰な期待を除去しておくことと、パートナーの同意の上に手術することが大切である。いずれにせよQOLが重要視されている現在の医療の中でインポテンスの治療は益々重要になってきており泌尿器科医は誰でもインポテンスについて熟知しておく必要がある。