

第246回日本泌尿器科学会東海地方会

(2009年12月13日 (日), 於 中外東京海上ビルディング)

一期的腹腔鏡下両側副腎手術を施行した **ACTH** 非依存性両側副腎皮質大結節性過形成 (**AIMAH**) の **1** 例: 秋田英俊, 岡村武彦, 安藤亮介, 廣瀬康彦, 守時良演, 西尾英紀, 永田大介, 内木 拓 (安城更生) 58歳, 男性. [主訴] 左側腹部痛. [家族歴] 姉 AIMAH 死亡, 兄 AIMAH (両側副腎摘除術), 前立腺癌. [現病歴] 左尿管結石疑いにて当院初診. CT にて結石を認めず, 排石後と思われた. その時の CT にて両側副腎腫大を指摘された. [身体所見] Cushing 徴候なし. [画像所見] CT/MRI にて両側副腎腫大, 副腎皮質アドステロールシンチで集積を認めた. [検査所見] ACTH 低値, コルチゾール正常, デキサメサゾン 1, 8 mg 負荷試験にて両者ともコルチゾールの抑制を認めなかった. [入院後経過] 一期的に腹腔鏡下左副腎摘出術+右副腎部分切除術を行った. 術後9日で退院となり, ストロイド漸減, 術後9カ月でステロイド内服を離脱した. 現在, cushing 徴候なく, 外来経過観察中である.

血尿を契機に発見された副腎 **Ganglioneuroma** の **1** 例: 松尾一成, 鈴木晶貴, 石田昇平, 藤田高史, 木村 亨, 加藤真史, 辻 克和, 絹川常郎 (社保中京) 59歳, 男性. 血尿と背部痛を主訴に来院. 腹部超音波検査と CT で左副腎に腫瘤あり. MRI では T1 強調画像で低信号, T2 強調画像で内部不均一に高信号領域を伴った直径 70×50 mm の腫瘤を認めた. 内分泌学的精査で非機能性副腎腫瘍と診断. 腫瘍が大きく, 悪性を否定できないため腹腔鏡下左副腎摘除術を経腹的アプローチによる前方到達法で施行. 腫瘍は最大径 72 mm, 重量 80 g. 病理組織診断は ganglioneuroma であった. [考察] 調べた本邦98例の副腎 ganglioneuroma の報告では有症状例が4割で, 疼痛はその約半数にみられたが, 血尿を伴うものは3例であった. 疼痛や血尿は腫瘤による圧迫症状と考えられ, 術後, 血尿と疼痛は認めていない.

腎細胞癌大腸転移の **1** 例: 原 浩司, 小久保公人 (岐阜社保), 全並賢二, 青木重之 (愛知医大), 金井 茂 (土岐市総合) 64歳, 男性. 2006年4月右腎細胞癌に対して腎摘出術を施行. 病理診断は, renal cell carcinoma clear cell carcinoma T2N0M0 であった. 術後, 外来にて経過観察していたが, 2008年11月に胸部 CT にて肺転移を認めたため, インターフェロン療法開始. しかし, 抑うつ状態となり, 2008年5月インターフェロン療法は中止した. 2009年6月22日下血を認め外来を受診. 腹部造影 CT では造影効果のある腹腔に突出した腫瘍を認め, 消化器内科へ依頼. 大腸内視鏡検査にて上行結腸に 20 mm 以上の腫瘍を認めた. 2009年8月, 回盲部切除術施行. 肉眼的に腫瘍は管腔内に突出する 8×5 cm の赤褐色の腫瘍であった. 術後病理は renal cell carcinoma, clear cell type であり, 腎癌の大腸転移と診断した. われわれが調べうる限り, 近年22年における腎細胞癌の大腸転移の切除報告例は11例であった.

Sunitinib 投与中に消化管穿孔を来した進行性腎細胞癌の **1** 例: 田口和己, 福田勝洋, 窪田裕樹, 安井孝周, 山田泰之 (海南) 59歳, 女性. 2008年5月15日, 右側腹部痛を契機に右腎腫瘍を指摘され当院紹介受診. 2008年6月20日経腹的右腎摘除術施行. 術前より肺転移あり, 術後ただちにサイトカイン療法施行. PD であり術後6カ月目から IL-2 投与開始. その後局所再発を認めたため, 2009年8月18日から sunitinib 投与開始. 投与開始4週後に消化管穿孔を来した. 入院後は腹膜炎などの全身状態の重篤化を認めず, 保存的加療にて経過中である. 分子標的薬における合併症としての消化管穿孔につき若干の文献的考察を加えた.

左腎癌術後, 肝転移, 局所再発に対して集学的治療が奏効した **1** 例: 引地 克, 日下 守, 糠谷拓尚, 杉山大樹, 和志田重人, 森川高光, 深見直彦, 丸山高広, 佐々木ひと美, 石川清仁, 白木良一, 星長清隆 (保健衛生大) 60歳, 男性. 2002年3月左腎癌 (T1bN0M0) に対して左腎摘出術を施行. Clear cell type G2 pT1b であった. 術後6カ月間術後補助療法 (IFN) を行い, CT にて肝多発転移認めたため, 2007年6月, 11月に CDDP 動注併用した TAE 施行. しかし, 再発・転移巣の増大を認めたため2008年3月当院外科にて脾合併脾体尾

部・肝部分切除術を行った. その後 INF 再開するもさらに転移巣の増大を認めたため2008年6月から sorafenib 投与開始. 一旦 PR に至るも再発を認めたため2009年2月より sunitinib 投与に変更. 平行して2009年3月 embolization RFA を施行した. 現在, 左腎摘出後7年を経過しており sunitinib 投与にて画像上 CR を得ている.

後腹膜線維症に対しセブラフィラム® (癒着防止材) を用いて尿管剥離術を施行した **1** 例: 山口朝臣, 上平 修, 平林裕樹, 守屋嘉恵, 木村恭祐, 深津顕俊, 吉川羊子, 松浦 治 (小牧市民) 68歳, 男性. 2009年1月より腎機能低下, 右萎縮腎, 左水腎症があり精査目的で当科紹介受診した. MRI で左尿管周囲に T1 強調像で低信号, T2 強調像で筋肉よりも高信号を示す軟部影を認めた. 逆行性腎盂造影で左尿管 L5 レベルに約 3 cm の狭窄を認めた. 尿管鏡下生検で悪性を認めなかった. インスリン大量使用中の糖尿病がありステロイド治療が難しかったため, 開腹にて狭窄部周囲組織生検を施行した. 術中迅速病理で悪性を認めず, 尿管を剥離しセブラフィラムで被覆した. 術後3カ月現在, 腎機能良好であり再狭窄を認めていない. セブラフィラムを用いた尿管剥離術は簡便で有効な方法と考えられ, 後腹膜線維症にセブラフィラムを使用した症例は文献上, 本邦では第2例目であった.

尿管管癌の **2** 例: 上田政克, 岡田能幸, 東 新, 西尾恭規 (静岡総合) 症例1: 45歳, 男性. 腹部超音波検査で膀胱腫瘍を指摘され受診. 腫瘍は膀胱頂部にあり, 尿管管と連続. 尿管管癌が疑われ経尿道的生検で腺癌 G3 と診断, 尿管管摘除術・膀胱部分切除術施行. 病理所見は粘液産生を伴う腺癌で尿管管周囲脂肪組織浸潤を認めた. 症例2: 54歳, 男性. 腹部腫瘤を主訴に受診. CT・MRI で膀胱頭側に充実性成分を含む 10 cm 大の嚢胞性腫瘍を認め, ムチン産生性の尿管管癌が疑われた. 後腹膜腫瘍摘除術・膀胱部分切除術施行. 腫瘍は自然破裂し, 内容液が腹腔内に曝露されていた. 病理診断は低分化型腺癌であった. 2例とも予後不良因子を含むため, 進行性大腸癌のレジメンに基づき TS-1/CDDP による術後補助化学療法を4コース施行. それぞれ術後8, 5カ月で再発なく経過している.

前立腺全摘術を施行した宗教的輸血拒否者の **2** 例: 上平 修, 吉川羊子, 深津顕俊, 木村恭祐, 守屋嘉恵, 平林裕樹, 松浦 治 (小牧市民) 58歳と67歳の男性. それぞれ前医で前立腺癌と診断され全摘術を希望するものの輸血拒否により手術を断られ, 当院を受診した. PSA (ng/ml) はそれぞれ7.9, 7.7. 生検のグリソンスコア (GS) は 3+4, 3+3 であった. 院内の輸血拒否患者に対する手術ルールに従い前立腺全摘術を施行した. VIO システムと灌流型バイポーラを用い, 手術を施行. 出血量, 摘出前立腺重量はそれぞれ 5 ml と 25 g, 199 ml と 52 g であった. 全摘時の病理はそれぞれ GS 3+4 pT2c ew (-), GS 3+4 pT2b ew (-) であった.

異なる症状を主訴とした両側精巣腫瘍の **1** 例: 小林大地, 橋本良博, 岩月正一郎, 井村 誠, 神沢英幸, 小林隆宏, 広瀬真仁, 梅本幸裕, 小島祥敬, 佐々木昌一, 林 祐太郎, 郡 健二郎 (名古屋市大) 36歳, 男性. 右陰嚢腫大, 左陰嚢痛. 1週間前からの発熱を主訴に近医を受診し, 超音波および理学所見より右精巣腫瘍・左精巣上体炎を疑い, 右高位精巣摘除術施行. CT にて傍大動脈リンパ節転移を認め, 化学療法目的に当科紹介受診. 超音波にて微小石灰化を伴う内部不均一な腫瘍性病変を認めた. 検査所見では LDH 594 IU/l, AFP 2.8 ng/ml, HCG-β 0.3 ng/ml, 病理組織学的所見は右精巣腫瘍は95% 精上皮腫・5% 胎児性癌であった. 左は100% 精上皮腫であった. 治療は BEP 療法3クール施行し, 転移巣は縮小している. 両側精巣腫瘍の同時発生病例は精巣腫瘍全体の0.9%程度と稀な疾患であり, 本邦における同時発生病例は104例目である.

小児精巣 **Yolk sac tumor** の **1** 例: 菅原 崇, 山田 徹, 蟹本雄右 (掛川市立総合), 新村祐一郎 (同病理) 生後11カ月男児. 主訴は右陰嚢腫大. 超音波検査にて右精巣が約 3 cm に腫大しており, 腫大した実質部に微小嚢胞を認めた. 血流信号あり. 右精巣腫瘍を疑い,

2009年9月1日手術施行。術中迅速病理診断・スタンプ細胞診にて卵黄嚢腫瘍と診断し、右高位精巣摘除術施行。病理組織検査にて卵黄嚢腫瘍の特徴である Schiller-Duval body を認めた。Yolk sac tumor (pT1), V (-), 精索断端 (-), 漿膜浸潤 (-)。後日判明した初診時腫瘍マーカーは AFP が 41,300 ng/ml と高値であったが、現在理論的減衰線に一致して低下している。術後の経過観察は、小児の被爆問題もあり、単純X線検査および AFP にて経過観察する予定である。

Leydig 細胞腫の1例：山田佳輝，高木公暁，宇野雅博，米田尚生，藤本佳則（大垣市民） 35歳，男性。1カ月ほど前から左陰嚢腫大に気づき外来受診。無痛性の鶏卵大に腫大した精巣を触知し左精巣腫瘍と診断した。腫瘍マーカーは正常で、術前の画像評価では明らかな転移を認めなかった。左高位精巣摘除術を施行。腫瘍は充実性で黄白色を呈し病理診断は Leydig 細胞腫で悪性所見を認めなかった。現在、外来経過観察中であるが異常を認めていない。Leydig 細胞腫は精索・間質細胞腫瘍の一種であり、精巣腫瘍の1～3%を占め稀な腫瘍である。10%に悪性腫瘍が存在するとされるが多くは良性腫瘍である。今回、Leydig 細胞腫の1例を経験したので文献的考察も含め報告する。

精巣総鞘膜に発生した高分化型中皮腫の1例：馬嶋 剛，鶴田勝久，勝野 暁，山田 伸（岡崎市民） [症例] 71歳，男性。[主訴] 右陰嚢腫大。[現病歴] 2009年4月より右陰嚢腫大あり，近医受診。右陰嚢水腫の疑いにて当科紹介。[所見] エコーにて右陰嚢水腫および精巣総膜に連続した腫瘍あり。MRI では造影効果を有した。[経過] 悪性中皮腫も否定できず，2009年6月18日手術施行。高位切開にてアプローチした。播種の可能性には十分注意し総鞘膜を切開したところ，総鞘膜内面に3cm大の白色弾性硬の腫瘍あり。ゲフルールにて悪性中皮腫も否定できず，高位精巣摘除術を施行。病理 中皮細胞系細胞の乳頭状増殖あり。Calretinin +, EMA +。以上より右精巣総鞘膜発生高分化型中皮腫と診断。全身検索するも転移所見なし。以後外来経過観察しているが，2009年11月4日現在，再発を認めていない。

CAG 後に発症した精索膿瘍の1例：池上要介，神谷浩行，彦坂敦也，岩瀬 豊（豊田厚生） 72歳，男性。心不全で入院中施行したCAG 後，発熱と右そけい部痛を自覚。初診時仮性動脈瘤との鑑別を要したが，画像上右精索に膿瘍形成を認め精索膿瘍と診断した。保存的治療に反応なく右精巣を含め外科的治療施行した。しかし明らかな原因は特定できなかった。

泌尿器癌終末期の消化器症状に対する酢酸オクトレオチドの使用経験：窪田裕樹，田口和己，福田勝洋，安井孝周，山田泰之（海南） 泌尿器悪性腫瘍の終末期には癌性腹膜炎や直接浸潤による消化管閉塞を来すことが珍しくない。酢酸オクトレオチドは，消化液の分泌抑制や腸管壁からの水分，電解質の吸収促進により，悪心・嘔吐・腹部膨満感などの症状を軽減することが報告されている。今回，われわれは消化管閉塞に伴う消化器症状を有する泌尿器悪性腫瘍患者に対する酢酸オクトレオチドの有用性につき検討した。2008年9月～2009年9月の間に，延べ12症例に投与したうちの11例に自覚症状の改善を認め，10例で経口摂取が可能となった。胃管挿入例が4例あったが，全例で抜去可能であった。酢酸オクトレオチドは，使用法も容易で癌終末期の消化器症状のコントロールにきわめて有用と思われる。

Sorafenib と S-1 を併用した G-CSF 産生腎細胞癌の1例：京野陽子，高山達也，田村啓多，加藤大貴，松本力哉，伊藤寿樹，今西武志，杉山貴之，永田仁夫，大塚篤史，古瀬 洋，栗田 豊，麦谷莊一，大園誠一郎（浜松医大），鈴木孝尚，新保 斉（遠州） 78歳，男性。主訴は肉眼的血尿，左腹部痛，左腹部腫瘍。白血球 60,600/ μ l と異常高値を認め，血清・尿中 G-CSF は各 363, 649 pg/ml であった。画像所見から cT4N2M0 の G-CSF 産生腎細胞癌と診断した。試験開腹時に生検した腸間膜の病理診断は unclassified renal cell carcinoma であった。Sorafenib と S-1 の併用療法を開始したところ，血清・尿中 G-CSF 値は著減したが，開始15日目に腫瘍浸潤による消化管穿孔で死亡した。Sorafenib と S-1 の併用療法は G-CSF 産生腎細胞癌に有効な治療法である可能性が示唆された。

嚢胞性腎癌の診断に造影超音波検査が有用であった1例：萩倉祥

一，舟橋康人，松川宜久，小松智徳，水谷一夫，吉野 能，山本徳則，服部良平，後藤百万（名古屋大），上平 修，松浦 治（小牧市民） 34歳，男性。検診にて右腎腫瘍を指摘，精査施行するも確定診断えられず。ソナゾイドを用いた造影超音波検査を施行。結果から嚢胞性腎癌と診断，根治的右腎摘除術を施行。病理所見は，cystic renal cell carcinoma。嚢胞性腎癌の診断は，一般的に MRI や CT の Bosniak renal cyst classification system を用いるが，臨床上，確定診断が難しいことが少なくない。造影超音波検査では，リアルタイムに病変を描出することができ，設定した関心領域の時間輝度曲線による解析により，腫瘍の定量的・客観的評価が可能であり，造影超音波検査が嚢胞性腎癌に対する有用な診断方法の1つになり得ると考えられた。

保存的治療を行った特発性腎動脈解離の1例：佐藤啓美，菊地美奈，中根慶太，増栄孝子，三輪好生，南館 謙，安田 満，横井繁明，仲野正博，出口 隆（岐阜大），近藤浩史（同放射線） 49歳，女性。婦人科手術後2日目に右腰部部痛出現，右腎梗塞と診断したが原因は不明であった。8日後に再度激しい右腰部部痛を認め，右腎動脈解離に伴う右腎梗塞と診断。再梗塞予防のため抗凝固療法を開始したが，CT で真腔から解離腔に突出する瘤状構造（ulcer like projection）の増大を認め，偽腔血栓化のために中止，降圧療法を施行。ステント留置や腎摘除術も検討したが，保存的治療により ULP の縮小や腎血流の改善を認めた。腎動脈に局限する解離は非常に稀で，本症例は文献上検索しえた限りでは本邦6例目である。他の動脈に異常を認めず特発性と考えた。治療はまず保存的療法を行い，コントロール不良な高血圧や腎機能低下を認める場合に外科的治療や血管内治療が選択される。

両側腎・肺腫瘍を伴った IgG4 関連疾患の1例：西川源也，山田芳彰，吉澤孝彦，加藤義晴，渡邊将人，全並賢二，勝田麗美，飛梅基，成瀬克也，中村小源太，青木重之，瀧 知弘，伊藤要子，本多靖明（愛知医大） 54歳，男性。他院で糖尿病精査中，CT にて両側腎，肺腫瘍，脾腫大を指摘され，両側腎癌，多発肺転移，自己免疫性脾炎疑いにて当院紹介。内科にて，高 IgG4 血症を伴う自己免疫性脾炎と診断。それに伴う炎症性偽腫瘍を疑い，CT ガイド下腎，肺生検術施行。病理検査にて悪性所見なく，リンパ球，形質細胞浸潤を伴う線維性組織の広がり認め，免疫染色にて IgG4 陽性であったため，IgG4 関連疾患と診断。ステロイド治療が奏効し，両側腎，肺腫瘍は改善。本症例では CT ガイド下生検術にて診断に至ったが，腎摘除術後に診断されることもある。必要以上の外科的切除を避けるため，今後考慮しなければならない疾患であると考えられた。

ホルモン抵抗性前立腺癌に対する化学療法中に発症した治療関連白血病の1例：杉山大樹，白木良一，引地 克，糠谷拓尚，和志田重人，森川高光，深見直彦，丸山高広，佐々木ひと美，日下 守，石川清仁，星長清隆（保健衛生大） 71歳，男性。[主訴] 血小板減少。前立腺癌の診断（PSA29）にて前立腺全摘術施行し，病理所見は GS4+5 pT3bN0。術後2年にてホルモン抵抗性となった。このため，抗癌化学療法（EMP，DMF，CDDP，DTLX）施行。経過中に血小板減少を認めた。骨髓生検にて芽球の増加，染色体検査にて t (8; 21) に転座を認めた。これより AML (M2) の診断にて治療を開始。発症後19カ月に永眠。本症例は臨床的特徴から type 2 と診断し，誘因薬剤としては DTLX が考えられた。ホルモン抵抗性前立腺癌の治療として docetaxel の有用性が報告されており，治療関連白血病の合併にも注意が必要であると考えられる。

膀胱腸瘻を来した膀胱原発悪性リンパ腫 (ML) の1例：藤井泰普，戸澤啓一，中岡和徳，新美和寛，山田健司，浜本周造，岡田淳志，窪田泰江，橋本良博，林 祐太郎，郡 健二郎（名古屋大） 71歳，男性。肉眼的血尿あり近医受診。急性膀胱炎の診断にて抗生剤治療中に気尿出現し当科受診。血液生化学的検査で Hgb 8.1 g/dl と低下，CRP 0.68 mg/dl と上昇。尿細胞診陰性。尿沈渣で血膿尿，尿培養では腸球菌と同定。膀胱鏡，CT，MRI にて膀胱頂部，後壁，左側壁の肥厚を伴う非乳頭状腫瘍と後壁に直径 15 mm の瘻孔あり。病的リンパ節腫大はなし。小腸造影にて瘻孔部は回盲部から口側約 10 cm と確認。経尿道的膀胱生検術施行し，病理組織診断にて ML (diffuse large B cell lymphoma) と診断。瘻孔に対し，姑息的に小腸切断術，小腸上行結腸端側吻合施行，尿道カテーテル留置。現在 R-CHOP 5 コース目だが重篤な合併症はなく，可溶性 IL-2 受容体値は 3,850～

410 U/ml まで減少あり。

前立腺導管癌の 1 例：三木 学，神田英輝，佐々木 豪，舩井 寛，岩本陽一，長谷川嘉弘，山田泰司，曾我倫久人，木瀬英明，有馬公伸，杉村芳樹（三重大） 62歳，男性。主訴は血尿・排尿障害。精査にて前立腺導管癌，所属リンパ節転移と診断。MAB 療法およびジェムシタビンおよびシスプラチンによる化学療法を 3 コース施行後閉鎖リンパ節は消失した。膀胱前立腺全摘尿道拔去 + 回腸導管造設術

を施行したところ腫瘍マーカーは陰転化し，4 カ月経過した現在明かな再発を認めていない。前立腺導管癌はすべての前立腺癌の 0.2～0.8%と比較的稀な疾患であり，治療は内分泌療法，前立腺全摘除術，放射線療法，またはその組み合わせが行われる症例が多いものの，統一した治療法が確立していないのが現状である。今回われわれは，前立腺導管癌に対する集学的治療が奏功した 1 例を経験したので，若干の文献的考察を加えて報告する。