

学会抄録

第257回日本泌尿器科学会東海地方会

(2012年9月8日(土), 於 中外東京海上ビルディング)

左腎門部近傍に発生した **Paraganglioma** の1例: 河田 啓, 高橋 義人, 亀山紘司, 土屋邦洋, 石田健一郎, 谷口光宏(岐阜総合医療セ) 60歳代, 女性. 胸部不快感を主訴に当院循環器内科受診. CT, 123MIBG シンチなどの画像および内分泌検査により左腎門部 paraganglioma と診断. 後腹膜鏡下腫瘍摘除術施行し左腎温存が可能であった.

巨大後腹膜腫瘍の1例: 石塚紀江, 長井辰哉, 田中篤史, 荒木英盛, 寺島康浩, 山本晃之(豊橋市民) 60歳, 女性. 2011年6月の検診にて胃部の異常を指摘され, 近医受診. 腹部超音波検査で上腹部腫瘍が疑われ, 当院紹介となった. CT 検査では, 横隔膜下から正中を越えて対側に至る巨大後腹膜腫瘍が認められ, 脾臓・脾臓が著明に圧排されていた. 他臓器への明らかな浸潤や転移は認められなかった. 血管処理困難であり大量出血が予想されたため, 手術に先立ち塞栓術を施行. 手術所見では, 脾門部で脾動脈が腫瘍内に埋まっていたため, 脾臓の温存は断念. 後腹膜腫瘍摘除, 左腎・脾臓・左副腎合併切除術を施行した. 切除標本の大きさは 32×20×11 cm, 重量は 4,200 g であった. 病理組織学所見は, 高分化型と脱分化型が混在した脂肪肉腫であった. 術後1年であるが, 明らかな再発はなく経過観察中である.

後腹膜腔に発生した **Myxofibrosarcoma** の1例: 平林崇樹, 成田知弥, 犬塚善博, 近藤厚哉, 田中國晃(刈谷豊田総合) 61歳, 男性. 左側腹部痛を主訴に他院を受診. 腹部 CT にて左腎下極に接する 150×110 mm 大の腫瘍を認めたため当科紹介となった. 経腹的左腎摘除術および下行結腸部分切除術を施行. 病理結果は myxofibrosarcoma であった. Myxofibrosarcoma は, 従来, 悪性線維性組織球症 (malignant fibrous histiocytoma: MFH) の中の粘液型 (myxoid type) と分類されていたが, 2002年の WHO 分類で, 粘液性線維肉腫として線維性腫瘍群の中に再分類された. 軟部悪性腫瘍の中では横紋筋肉腫 (26.0%), 脂肪肉腫 (21.3%) について3番目 (9.0%) の頻度と報告されている. 四肢に好発 (80%) し, 後腹膜発生は稀である. 組織学的悪性度に関わりなく術後局所再発は50~60%. 遠隔転移は中~高悪性度のものの20~35%. 低悪性度のものも再発時には高悪性度となるものが存在することが知られている. 当症例でも術後3年で小腸腸管に再発を認めたが, 病理で高悪性度化が認められた.

Metanephric adenoma の1例: 坪井俊樹, 木村恭祐, 水野秀紀, 岡本典子, 青田泰博(名古屋医療セ), 岡村菊夫(東名古屋), 伊藤裕一(ゆうクリニック), 服部良平(名古屋第一赤十字) 近年, 検診や様々な症状に対するスクリーニング検査で行われた画像検査により偶然発見される小径腎腫瘍が増加しており外科的切除を受けた小径腎腫瘍患者の約20%は良性腫瘍と報告されている. 今回, 検診で偶然発見された metanephric adenoma (後腎性腺腫) の1例を経験したので報告する. 症例は37歳, 男性. 検診超音波検査で左腎に腫瘍指摘され受診. CT, MRI で左腎外側に径 2 cm 大の嚢胞性腫瘍を認めた. 腹腔鏡下腎部分切除術を施行した. 病理組織診断は単調な小円形の核と少量の胞体を持つ細胞が密に増殖し, 分岐する複雑な腺管構造や糸球体様構造, 一部で乳頭状構造を形成していた. 免疫染色では cyto-keratin 7 (-), EMA (-), CD10 (-), AMACR (-), CD57 (+), WT-1 (+) で診断は metanephric adenoma であった.

セミノーマであった巨大精巣腫瘍の1例: 海野 怜, 池上要介, 永田大介, 丸山哲史(名古屋市立東部医療セ) 56歳, 男性. 2年ほど前からの右陰嚢部腫大を主訴に当院初診. 初診時陰嚢部腫大は成人頭大であった. LDH1264, HCG147 と著名な上昇を認め AFP は9.1 と正常であった. 右精巣腫瘍と診断し右高位精巣摘除術施行. 摘除精巣は 25×18×16 cm, 3,000 g であり, 剖面は充実性・不均一であり一部に出血を伴っていた. 組織診断は seminoma pT2 であった. 淋管 CT にて大動脈周囲リンパ節が最大径 72 mm と腫大あり, 病期は

pT2N3M0. IGCCC は good prognosis であった. 追加療法として BEP (BLM 30 mg, VP-16 100 mg/m², CDDP 20 mg/m²) 3 コース施行した. 腫瘍マーカーは術後1週間ですべて正常化, 大動脈周囲リンパ節は80%の縮小を認めた. 残存腫瘍最大径 25 mm PET-CT においても同部位に集積を認めなかった.

術後5年目に脳転移を来した精巣原発 **Yolk sac tumor** の1例: 飯田啓太郎, 内木 拓, 恵谷俊紀, 廣瀬泰彦, 窪田泰江, 梅本幸裕, 河合憲康, 戸澤啓一, 佐々木昌一, 林 祐太郎, 郡 健二郎(名古屋大) [症例] 24歳, 男性. 20歳時, 呼吸困難を契機に左精巣腫瘍を指摘された. 術前 AFP 63,380 ng/ml, 多発肺転移・多発骨転移を認めた. 左高位精巣摘除術を施行し, 病理は yolk sac tumor pT3N0M1b であった. 術後 BEP 療法3クール, EP 療法3クールを施行し3カ月後 CR を得た. その4年2カ月後に左上下肢の痺れを訴え, 救急外来を受診. 診察中に痙攣を来し, 右頭頂葉に 35 mm 大の転移性脳腫瘍を認めた. また AFP は 539 ng/ml であった. 開頭腫瘍摘除術を施行し, yolk sac tumor の転移であった. 術後3カ月の時点で腫瘍マーカーの再上昇・画像上の再発は認めていない. 本症例は晩期再発した単発の脳転移例であったため, 初期治療として化学療法を選択せず, 外科的切除を施行し再度 CR を得た.

精巣鞘膜に発生した高分化乳頭状上皮腫の1例: 西野 将, 日下守, 城代貴仁, 引地 克, 竹中政史, 早川将平, 深谷孝介, 石瀬仁司, 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(保衛大) 60歳代, 男性. 前立腺癌で加療通院中に左陰嚢部の腫脹・疼痛を自覚. 左陰嚢内容は手拳大に腫大し軽度発赤あり. 超音波で液体貯留を疑う. CT で左陰嚢内容に内部不均一な低吸収域あり. MRI で水と異なる成分からなる嚢胞性腫瘍を示唆. 嚢腫穿刺液は一部油状成分を認め, 細胞診で増生した中皮由来細胞を含み疑陽性. 悪性腫瘍も考慮し高位精巣摘除術施行. 病理所見より精巣鞘膜に発生した高分化型乳頭状上皮腫 (WDPM) と診断. 精巣鞘膜に発生する中皮腫は, 術前の良性悪性の診断は困難で, 悪性中皮腫の場合予後はきわめて不良. 一方 WDPM は比較的予後良好であるが稀に再発を認める報告もあり, 今後慎重な経過観察を要する.

膀胱に発生した異所性子宮内膜症の1例: 伊勢呂哲也, 小岩 哲, 濱本周造, 神谷浩行, 橋本良博, 岩瀬 豊(豊田厚生) 31歳, 女性. 挙児希望あり. 月経時の血尿を主訴に当科初診. 月経時内視鏡検査で膀胱頂部に凝結塊を伴う嚢胞状の粘膜を認めた. 内視鏡を併用下に, 経腹的膀胱部分切除術を施行. 子宮と膀胱の間を鉈的に剥離し, TUR 下に腫瘍からの margin を 5 mm 取り腫瘍を切除. 癒着防止に膀胱と子宮の間にインターシードを挿入した. 病理診断は異所性子宮内膜症であった. 術後3カ月の尿検査, 膀胱鏡所見ともに再発を認めなかった. 膀胱子宮内膜症は外科的治療と薬物治療があり, 挙児希望のある場合は薬物治療は適さない. 子宮内膜症には転移説, muller 管発生説, 播種説が言われているが, 今回の症例は子宮からの子宮内膜の直接播種と考えられた. 膀胱子宮内膜症の外科治療の際は, 膀胱内外からの広い視野で十分な margin を取って切除し, 再発予防に努めることが重要だと思われる.

腎原発 **Ewing's Sarcoma Family of Tumor (ESFT)** の1例: 深谷孝介, 丸山高広, 城代貴仁, 西野 将, 引地 克, 竹中政史, 早川将平, 石瀬仁司, 深見直彦, 佐々木ひと美, 日下 守, 石川清仁, 白木良一, 星長清隆(保衛大) 50歳代, 女性. 右上腹部痛, 腹部膨隆を主訴に受診. CT, MRI で肝右葉, 脾頭部, 十二指腸, 下大静脈と広く接し, 内部に広範な壊死を伴う 22×15×12 cm 大の右腎腫瘍を認めた. 右腎動脈塞栓術後に開腹根治的右腎摘除術を施行した. 摘出重量は 3,200 g, 暗赤色の内容物を 1,600 ml 認め, 腎実質はわずかに認めるのみで大部分は壊死を伴った腫瘍組織であった. 免疫染色では CD 99, c-kit が陽性, その他, 上皮系, リンパ系, 神経内分泌系各種

マーカーは陰性、FISH 法では 22q12 領域を介した転座陽性細胞を認め ESFT と診断した。術後 3 カ月が経過し補助化学療法 2 コース目で、再発・転移なく経過中である。腎原発 ESFT は自験例を含め 82 例の報告があるのみであった。

腎・膀胱 Neuroendocrine carcinoma の 1 例：岡田淳志，西尾英紀，濱川 隆，新美和寛，井村 誠，神沢英幸，水野健太郎，安井孝周，戸澤啓一，佐々木昌一，林 祐太郎，郡 健二郎（名古屋市大） 症例：77歳，女性。主訴：腰部痛。既往歴・家族歴に特記すべきことなし。精査 CT にて傍大動脈リンパ節の主徴と，右腎腫瘍，膀胱腫瘍を認めた。血清 NSE および LDH の異常高値を認めたが，可溶性 IL-2 受容体は正常であった。左鎖骨状リンパ節，右上腕，第 4 肋骨，右大腿骨に転移を認めた。以上より，切除不能の腎・膀胱腫瘍と考え，経皮的腎生検および経尿道的膀胱腫瘍切除術を実施した。いずれの組織も N/C 比の高い小型類円形腫瘍細胞がびまん性に増殖する像を認め，免疫組織学的に上皮系マーカーである cytokeratin が点状に陽性を示し，神経内分泌マーカーである synaptophysin, chromogranin A, CD56 が強陽性を示す点より neuroendocrine carcinoma と診断した。米国 NCCN ガイドラインに基づき，CBDCA+VP-16 療法を開始し，NSE および LDH の著明な低下と，CT 上の腫瘍の縮小を認めた。

胃癌治療中縮小を見た再発膀胱腫瘍の 1 例：谷島崇史，杉山貴之，高山達也，鈴木孝尚，甲斐文丈，永田仁夫，大塚篤史，石井保夫，古瀬 洋，麦谷莊一，大園誠一郎（浜松医大） 症例は初診時 77 歳の男性。2009 年 7 月に TUR-Bt 施行。筋層非浸潤性膀胱癌の診断。経過観察中，初回 TUR-Bt の翌年に膀胱癌の再発を確認したが，その精査中に胃癌を確認。切除不能進行胃癌の診断にて S1-CDDP 療法を行った。その後，胃癌は HER2 検査である FISH 法陽性，IHC 法 2+ と判明したため，トラスツマブ (herceptin) 併用療法に変更した。その間，再発膀胱癌に対しては無治療で経過観察したが，膀胱鏡で再発腫瘍の縮小を確認した。後に膀胱癌の HER2 検索を行ったが IHC 法で 2+ と判明した。進行膀胱癌に対するトラスツマブ併用療法に関する臨床試験は数種行われており，今後トラスツマブ併用療法は，特に HER2 陽性膀胱癌に対する有用性が実証・臨床応用される可能性がある。

骨盤内臓全摘術を施行した前立腺腫瘍の 1 例：鶴田勝久，加藤真史，前田基博，松尾一成，高井 峻，馬嶋 剛，舟橋康人，藤田高史，佐々直人，松川宜久，吉野 能，山本徳則，後藤百万（名古屋市大） 48歳，男性。肉眼的血尿を主訴に近医受診。画像検査で前立腺部に 8 cm の腫瘍を認めた。PSA 1.4 ng/ml と低値のため，2012 年 1 月に経直腸的前立腺生検施行。直腸浸潤を認める前立腺癌の診断で，治療目的に 2 月に当院紹介。生検組織より前立腺小細胞癌の診断。Etoposide, cisplatin 療法を 3 コース施行するも，腫瘍の増大，自覚症状の悪化，直腸膀胱浸潤の残存を認めた。また遠隔転移がないため骨盤内臓全摘を施行した。摘出標本の病理診断は，前立腺基底細胞癌基底細胞癌 (basal cell carcinoma) pT4 N0, pn1, sv1, ly1, v1, EPEL, RM1 であった。前立腺の基底細胞癌は非常に稀で，治療，予後に関しても明確な見解がないのが現状である。

精索脂肪肉腫の 1 例：西井正彦，舩井 寛，西川晃平，堀 靖英，吉尾裕子，長谷川嘉弘，神田英輝，山田泰司，有馬公伸，杉村芳樹（三重大） 64歳，男性。左鼠径部から陰嚢の増大傾向を認め，受診した。CT, MRI にて大部分は脂肪で一部に不均一な充実成分を伴う 16 cm 大の腫瘍が精索に沿って存在し，両側精巣を圧排していた。精索脂肪肉腫の疑いにて高位精巣摘除術を施行した。病理診断は脱分化型脂肪肉腫であった。術中，腫瘍と周囲の正常組織との境界が明瞭であり，切除断端が陰性であったため根治し得たと考えた。また有効性が確立されていないことから術後追加治療は行わず，経過観察とした。しかし脂肪肉腫は組織型によって予後が左右され，本症は予後の悪い型であるため長期にわたるフォローアップが必要である。

鼠径部原発の多形性悪性線維性組織球腫の 1 例：小林郁生，中村小源太，梶川圭史，吉澤孝彦，西川源也，加藤義晴，全並賢二，住友誠（愛知医大） 83歳，男性。前立腺癌にて MAB 療法中。主訴は左鼠径部腫瘍。左鼠径部腫瘍を自覚され当科受診。左鼠径部から陰嚢，恥骨上にかけて，硬く，辺縁不整，可動性不良な腫瘍を触知した。MRI にて，左陰嚢内から鼠径部にかけて長径 8 cm の辺縁不整な腫瘍

を認め，T1 強調像で等信号，T2 強調像では不均一な高信号を認めた。Gd 造影では腫瘍の中等度の増強効果を認めた。悪性腫瘍を疑い，左鼠径部腫瘍摘除術，両側精巣摘出術を行った。切除重量は 370 g。病理組織学的診断にて多形性悪性線維性組織球腫と診断された。切除断端は陽性であった。患者希望のため追加治療は行わず，現在外来経過観察中である。悪性線維性組織球腫は軟部組織腫瘍の中では頻度が高い腫瘍であるが，手術による完全摘除ができなければ有効な治療法が乏しく，予後不良である。今回われわれは鼠径部原発悪性線維性組織球腫の 1 例を経験したので若干の文献的考察を含めて報告する。

ビラルピシン塩酸塩 (THP) の膀胱内投与によりアナフィラキシーショックを来した 1 例：前川由佳，高木大介，菊地美奈，永井真吾，菅原 崇，清家健作，加藤 卓，土屋朋大，安田 満，横井繁明，仲野正博，出口 隆（岐阜大），福岡尚和（同麻酔疼痛治療科） 64歳，女性。2012 年 5 月，5 回目の表在性膀胱癌再発に対して TUR-BT と手術終了直後の THP 30 mg（6 回目）の膀胱内投与を施行。THP 投与 5 分後，嘔気の訴えあり，血圧 60/35 mmHg と著明な低下を認めた。臨床症状，検査所見などより THP によるアナフィラキシーショックと考え，急速輸液，昇圧剤，副腎皮質ステロイド，抗ヒスタミン薬の投与による治療を行った。われわれが検索しえた限り，本症例は THP 膀胱内投与によりアナフィラキシーショックを来した本邦 2 例目の報告である。過去に同一薬剤の使用歴がある場合，抗腫瘍剤の膀胱内投与によりアナフィラキシーショックを来す可能性があるため，注意が必要である。

大腸菌による感染性心内膜炎を併発した気腫性腎盂腎炎の 1 例：三浦眞之祐，前川道隆，渡辺洋樹（安城更生内科），安藤亮介，岡村武彦（同泌尿器科），阪本瞬介（同胸部外科） 症例：69歳，女性。既往：糖尿病。主訴：悪寒戦慄，発熱，右腰部痛あり当院紹介受診。CT で右気腫性腎盂腎炎と診断され抗菌薬投与，ドレナージを開始。その後も大腸菌による菌血症が持続し，ARDS 合併したため右腎摘術施行。術後血液培養は陰性化したが発熱持続し，僧帽弁逆流症が進行。経食道心臓超音波検査を行い僧帽弁逸脱症認めるも疣贅指摘できず。僧帽弁逸脱症による心不全のため，第 98 病日に僧帽弁形成術施行。断裂した腱索に疣贅の付着を認め感染性心内膜炎と診断した。第 107 病日に退院し，その後健在である。頻度は少ないが尿路感染症に続発する感染性心内膜炎が報告されており，菌血症が遷延する場合や弁膜症の悪化がある場合は本症を考慮すべきである。

イミキモド外用療法にて治療しえた小児尖圭コンジローマの 1 例：井上 聡，佐野優太，坂元史稔，石田昇平，小松智徳，木村 亨，辻克和，絹川常郎（社保中京） 症例 4 歳 2 カ月，男児。1 年前に包皮垢の治療で他院への受診歴あり。2 カ月前に陰茎のただれに気づき増大傾向を認めるため他院を受診し，当科へ紹介受診された。包皮輪と環状部 12 時，亀頭 6 時に乳頭状腫瘍を認め尖圭コンジローマと診断した。イミキモド外用療法を施行したところ，開始 2 週間後に腫瘍の縮小を認め，開始 4 週後に腫瘍は消失した。治療終了 3 カ月を経過したが再発を認めていない。原因不明であるが，腫瘍発生数カ月前に包皮垢で泌尿器科開業医での診察を受けており，医原性感染も疑われた。小児尖圭コンジローマの報告例は稀であり，文献上本邦において自験例を含め 64 例であった。そのうちイミキモド単独使用例は 5 例であった。イミキモド外用療法は効果があり，疼痛が少なく麻酔は不要であるため，有効な治療法と考える。

Martius flap で治療した Vesica スリング手術後の尿道腔瘻の 1 例：鈴木晶貴，山本茂樹，古橋憲一，鈴木弘一，服部良平（名古屋市第一赤十字），加藤久美子，鈴木省治（同女性泌尿器科），林 祐司（同形成外科） 【症例】69歳，女性。【現病歴】1998 年他院で腹圧性尿失禁に対し手術施行。術後尿失禁は消失したが，2007 年より再び出現。2009 年 1 月に当院初診。1 時間パッドテスト 166 g，ストレストテストは強陽性，CMG + UCG は排尿筋過活動なく ALPP は 120 cmH₂O だった。【経過】2009 年 8 月経閉鎖孔式テープ手術予定していたが，執刀直前に尿道腔瘻発見。瘻孔に Vesica スリング手術の hemashild が接して折りたたまれるように存在していたため，hemashild を完全除去し尿道腔瘻の単純閉鎖術を施行。術後一旦改善したが，再び悪化してきた。ストレスでも瘻孔からの流出を認めたため 2010 年 3 月 martius flap 利用瘻孔閉鎖術施行。術後経過は良好で術後 2 週で退院。

術後6カ月のパッドテストは5.1gと著明に減少しストレステストでは瘻孔は閉鎖していた。[まとめ] Vesica スリング手術後の尿道瘻の1例を経験した。尿道瘻の閉鎖には martius flap が有用な選択肢と思われた。

Reduced port laparoscopic radical cystectomy (3-port LRC) の経験：秋田英俊，中根明宏，永田大介（名古屋市立東部医療セ），安藤亮介，小林隆弘，岡村武彦（安生更生） [緒言] 単孔式手術用の器具を用い 3-port LRC を経験したので報告する。[症例] 66歳，男性。尿潜血精査にて膀胱癌を指摘され紹介受診。cT2N0M0 と診断し，3-port LRC + 回腸利用代用膀胱造設術を施行した。臍切開を約 4 cm おき multichannel-trocar (EZ アクセス・ラッププロテクター：5 mm カメラポート 1 本，12 mm trocar 2 本) を留置，左右に術者用および助手用 5 mm trocar をそれぞれ留置し施行した。虫垂切除，代用膀胱作成，尿管吻合は EZ アクセスからの開放手術にて施行した。手術時間は 7 時間 13 分（膀胱摘出：2 時間 43 分，両側リンパ節郭清（総腸骨，内外腸骨，閉鎖）：1 時間 16 分，代用膀胱作成：1 時間 42 分，尿道・代用膀胱吻合：37 分），出血量 421 ml であった。病理診断は invasive urothelial carcinoma, G2>G3, INFβ, pT2a, pN0 (0/17), u-lt0, u-rt-0, ur0, pRM0, ly1, v0, n0 であった。[考察] 3-port LRC は手術時間，出血量も遜色なく，安全に施行可能と思われた。

排尿症状を呈した成人男子単純性尿管瘻の 1 例：江原英俊（朝日大学村上記念），伊藤慎一（サンシャイン M & D クリニック），尾関信彦（尾関医院），土屋朋大（岐阜大） 46歳，男性。1 年前から頻尿

が，1 カ月前から尿線中断と残尿感が出現して前医より紹介となる。エコーで膀胱内に直径 2 cm の中空の風船状腫瘍を認めた。膀胱鏡にて左尿管瘻と診断した。DIP では水腎症や重複尿管は認めず，単純性と確認した。ホルミウムヤグレーザーを用いた経尿道的切開を実施した。左尿管口を中心に約 1 cm の円周状切開を加えた。これにより尿管瘻は萎んで，内尿道口を閉塞することはなくなった。術後直ぐに排尿症状は消失し，尿流測定では，術前が排尿量 55 ml，残尿量 100 ml，最大尿流率 20.8 ml/秒だったのが，術後 4 カ月で排尿量 324 ml，残尿量 0 ml，最大尿流率 22.5 ml/秒になった。なお，VUR の有無は確認できていない。

膀胱子宮瘻の 1 例：上嶋三千年，上平 修，平林毅樹，山口朝臣，平林裕樹，守屋嘉恵，深津顕俊，吉川羊子，松浦 治（小牧市民） 症例は 39 歳，女性。主訴は肉眼的血尿。既往に 6 回の帝王切開。2011 年 7 月，肉眼的血尿，発熱出現し腎盂腎炎で当科受診。抗生剤投与で軽快するも，再度肉眼的血尿あり。膀胱鏡にて膀胱後壁に点状出血を認めるも感染による出血と判断。2012 年 1 月膀胱タンポナーデにて入院となる。膀胱鏡にて後壁に瘻孔のような陥凹を認めた。MRI では子宮腔の下部と膀胱後壁が連続するような瘻孔を認め膀胱子宮瘻と診断。2012 年 5 月全麻下にて膀胱子宮瘻閉鎖術を施行。腹膜外で左膀胱側面から膀胱後面にまわりこむように剥離し，膀胱瘻孔と子宮瘻孔を確認。膀胱側瘻孔は 2 層で縫合を閉鎖。子宮瘻孔は 3-0 バイクルドで 2 カ所 Z 縫合をかけて閉鎖した。術後 3 カ月出血認めず術後経過良好である。