

第259回日本泌尿器科学会東海地方会

(2013年3月10日(日), 於 中外東京海上ビルディング)

急速な転帰をたどった膀胱原発小細胞癌の1例：高木公暁，南館謙，柚原一哉（高山赤十字） 71歳，男性。肉眼的血尿あり前医を受診した。膀胱鏡にて膀胱腫瘍を認め，CTにて膀胱腫瘍の左尿管浸潤，骨盤内リンパ節・腹腔内リンパ節・鎖骨下リンパ節腫大を認め加療目的に当科へ紹介受診となった。TUR-BTを施行したところ神経内分泌性を有した小細胞癌の診断であった。進展型であることから根治切除は困難であるため化学療法（etoposide + carboplatin）を開始した。2コース終了時点でリンパ節は縮小しPRであったが3コース目施行後より再燃した。セカンドラインの化学療法（amrbicin）を行ったが臨床症状の改善はみられず初診時より約6カ月で死亡した。肺小細胞癌において初回化学療法が無効もしくは，有効でも3カ月以内に再発するものに対して amrbicin の有用性が示されており，これに準じて本症例でも amrbicin 療法を行ったがその効果を見る前に高度の腎不全となり化学療法は継続困難となり死亡した。

ソラフェニブおよびγナイフ治療によりCRを維持している転移性腎癌の1例：糠谷拓尚，平野真英（知多市民），白木良一（保衛大） 70歳代，男性。既往歴に糖尿病があり，定期通院中の胸部レントゲンで多発陰影を指摘され，腹部CTで左腎腫瘍を認め紹介された。胸部レントゲンで多発する肺腫瘍，腹部造影CTでは内部の造影効果が乏しい5cm大の腫瘍，左腎静脈内に塞栓を認めstage T3bN1M1と診断した。下腹部正中切開で左腎摘出術・塞栓除去術を施行。病理は静脈浸潤が著明な clear cell carcinoma と診断された。術後約1カ月後よりソラフェニブ 800 mg で開始した。全身倦怠感・腎機能悪化・尿蛋白悪化により減量を行うが，肺転移は著明に縮小し投与8カ月目にCR。投与開始から約1年後にPET-CTを施行，脳転移が見つかり，PDと判断しソラフェニブを中止した。脳転移にγナイフ施行した。治療後体調も優れ一旦治療を中断するも，約1年後の画像で再発・転移は認めていない。

後腹膜脂肪肉腫の1例：佐野優太，木村 亨，坂元史稔，井上聡，石田昇平，小松智徳，辻 克和，絹川常郎（社保中京） 68歳，女性。2012年10月，健診で貧血・白血球高値を指摘，近医CTで右後腹膜腫瘍を指摘され，当院を紹介受診。Dynamic CTで大きさ200×198×115 mmの不整形腫瘍あり。内部吸収値は不均一，淡い高吸収域や脂肪の吸収値領域，造影剤で増強される領域を認め，悪性腫瘍が疑われた。リンパ節腫大や遠隔転移なく，同月右後腹膜腫瘍摘除術施行。手術は右季肋下横切開で行い，腫瘍は右腎・副腎，腸腰筋と強く癒着しており合併切除した。摘出標本は3,520 g，腫瘍は軟らかく，断面はゼリー状。病理組織検査は，HE染色で核不整・粘液腫様間質を認め，免疫染色はSMA -, CD34 +, S-100 +, vimentin + であり，病理診断は脂肪肉腫（粘液型，grade 3>2）であった。切除断端陽性の可能性を否定できなかったが，追加治療せず，術後3カ月で再発を認めていない。

膀胱癌との鑑別に苦慮した増殖性膀胱炎の1例：小岩 哲，伊勢呂哲也，浜本周造，神谷浩行，橋本良博，岩瀬 豊（豊田厚生） 49歳，男性。2年前より続く肉眼的血尿を主訴に受診。理学的所見に特記すべき異常なし，尿細胞診は疑陽性（class 3），尿培養結果はS aureus 3+ だった。膀胱鏡にて乳頭状隆起性病変を認め，MRIでは膀胱前壁および右側壁に広基性の腫瘍影を認め，筋層の断裂像を認めた。浸潤性膀胱癌の疑い，cT3aN0M0と診断した。経尿道的に切除は困難と判断し，膀胱全摘を考慮して生検のみにとどめた。病理診断は増殖性膀胱炎だった。抗生剤点滴および内服加療をし，初回の生検から3週間後に2回目の膀胱鏡検査施行，膀胱内は前回の痕跡を残すのみだった。念のためもう一度生検したが，病理診断は膀胱炎だった。MRIでも腫瘍性病変の消失を認めた。

MRIの3次元シネ位相コントラスト法により術前後の血行動態を評価した右腎動脈瘤の1例：谷島崇史，石井保夫，永田仁夫，鈴木孝尚，甲斐文丈，杉山貴也，大塚篤史，高山達也，古瀬 洋，杉山将隆（浜松医大），竹原康雄（同放射線），大園誠一郎（浜松医大） 44歳，男性。主訴は腎動脈瘤加療目的。右腰部痛精査のCTで尿管結石指

摘。その際，右腎動脈瘤も指摘され当科受診。大きさは21×11 mm，部分的に壁石灰化を認め，瘤から3本の分枝を認めた。術前のPC-VIPR（MRI）では瘤内の乱流と血管壁剪断応力の低下を認めた。血管内治療が困難と判断し，右腎摘除，体外血管再建および自家腎移植術を施行。内腸骨グラフトを用いて腎動脈を形成し，腎静脈を外腸骨静脈と端側吻合，腎動脈を内腸骨動脈と端々吻合した。術後，PC-VIPRで評価したところ術前に認められた乱流や血管壁剪断応力の低下は消失した。今後，PC-VIPRを用いて腎動脈瘤の破裂を予測し，手術適応決定の一助となる可能性がある。

嚢胞状発育を呈した転移性腎細胞癌の1例：高井 峻，吉野 能，前田基博，松尾一成，鶴田勝久，馬嶋 剛，舟橋康人，藤田高史，佐々直人，松川宣久，加藤真史，山本徳則，後藤百万（名古屋大） 29歳，女性。検診のエコーにて左腎腫瘍，多発肝腫瘍を指摘された。造影CTにて，7cm大の嚢胞状左腎腫瘍，リンパ節腫大，多発肝腫瘍を認めた。転移性腎細胞癌の診断にて前医で分子標的治療を勧められ，セカンドオピニオンを希望され，当科紹介となった。当院にてCT，MRIを再検討した結果，肝腫瘍は血管腫，非転移と診断した。術前に非淡明細胞癌を疑い，分子標的薬の効果が不良であることが予想された事，画像的に腹腔鏡による病変のen bloc切除が可能と判断した事などより，術前治療なしの完全切除を予定した。腹腔鏡下左腎摘除術，リンパ節郭清術し，経過良好で術後8病日退院した。病理学的所見は乳頭状腎細胞癌，type 2，切除断端陰性で，pT2N1M0と診断した。術後は後治療なく経過観察し，16カ月経過した現在無再発生存中である。

肺尿管転移の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。左水腎症にて当科受診。原因不明でその後右水腎症も出現した。PETCTにて左下肺に集積あり，精査を進めたが途中重症肺炎にて死亡した。病理解剖の結果，水腎症の原因は肺癌の尿管転移であった。本症は尿管の血管周囲リンパ組織に腫瘍細胞浸潤を認めたためリンパ行性に尿管転移を来たしたものと考えられた。転移性尿管腫瘍の報告は本邦ではこれまでに103例あり，原発巣として胃や腎由来の報告は散見されるが，肺を原発とする報告はほとんどない。本症でもそうであったように高率に他臓器転移を認めており，予後は不良である。

GC療法施行中に虚血性腸炎を来たした1例：早川将平，白木良一，城代貴仁，引地 克，竹中政史，深谷孝介，佐藤乃理子，石瀬仁司，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（保衛大） 41歳，女性。右腎盂癌（cT3N0M0）に対し術前GC療法施行中（2ndコース，day 7）。突然の発熱，腹痛と下血を認め発症。緊急内視鏡検査施行し虚血性腸炎と診断され，保存療法により軽快した。虚血性腸炎は腸管を支配する末梢血管の一過性血流低下が要因と考えられる可逆性腸病変である。原因は血管側因子（動脈硬化，静脈血栓，動脈塞栓）と腸管側因子（便秘）がある。本症例における機序は，治療前のリスクファクターである胆癌患者で慢性的な便秘症であることに加え，化学療法を施行することで便秘の悪化，悪心嘔吐による脱水，微小血栓形成などを引き起こし，これらの要因から腸管内圧の上昇，腸管血流の低下を招き虚血性腸炎に至ったと考えられる。

前立腺 Seminoma の1例：前川由佳，高木大介，菊地美奈，永井真吾，加藤 卓，菅原 崇，土屋朋大，安田 満，横井繁明，仲野正博，出口 隆（岐阜大），廣瀬善信（同病理），宇野裕巳（中濃厚生），森 良雄（同病理） 41歳，男性。尿閉を主訴に受診。CT，MRIで前立腺全体を置換するような腫瘍と左外腸骨リンパ節腫大を認めた。経直腸の前立腺生検でseminomaと診断。MRI，超音波検査，触診にて両側精巣には異常所見を認めなかったため，前立腺に発生した性腺外胚細胞腫 TxN1M0S0と診断。BEP療法2コース，EP療法2コース施行。化学療法4コース終了後の画像診断上，前立腺腫瘍とリンパ節転移は消失した。化学療法後に実施した経会陰的前立腺生検による

病理組織診断で残存腫瘍は認めなかった。化学療法後6カ月経過した現在、再発を認めていない。われわれが検索しえた限り、前立腺 seminoma は本邦3例目、世界で6例目であった。

精巣の横紋筋肉腫の再発に対して、術後 VAC 療法を行った1例：梶川圭史、吉澤孝彦、小林郁生、西川源也、加藤義晴、全並賢二、金尾健人、中村小源太、住友 誠（愛知医大）40歳、男性。左精巣腫瘍に対し左高位精巣摘除術を施行したところ、病理結果は teratoma with malignant area (rhabdomyosarcoma) であった。術後補助化学療法として BEP 療法を2コース施行したが、傍大動脈リンパ節の腫大を認めたため、後腹膜リンパ節郭清を施行した。その病理結果は rhabdomyosarcoma で、リンパ節の郭清断端は陰性であった。そのため、横紋筋肉腫の米国大規模研究グループである Intergroup Rhabdomyosarcoma Study Group (IRSG) の risk group 分類に準じて、標準的治療プロトコルである強化 VAC 療法を13コース施行した。grade 4 の好中球減少症を認め G-CSF 投与はしたものの、それ以外に大きな有害事象は認めなかった。その後、7カ月経過しているが、再発や転移は認めていない。

血清 AFP 上昇を伴う後腹膜腫瘍を契機に発見された触知が困難な精巣腫瘍の1例：岩月正一郎、内木 拓、安井孝周、濱川 隆、田口和己、戸澤啓一、佐々木昌一、林 祐太郎、郡 健二郎（名古屋市大）29歳、男性。既往歴・家族歴に特記事項なし。右側腹部痛により近医受診。精査の CT 検査にて大動脈間に 52 mm 大の後腹膜腫瘍認めため、精査・加療目的に当院紹介となった。腫瘍マーカーは血清 DUPAN-2 1,600 U/ml 以上、AFP が 29.6 ng/ml と高値であった。理学所見上、精巣に腫瘤を触知しなかったが、超音波検査で右精巣内に最大 8.7 mm で内部均一な、低エコーを呈する腫瘤が散在しており、右精巣腫瘍と診断した。右高位精巣摘除術を施行したところ、病理診断はセミノーマであった。後腹膜腫瘍は精巣腫瘍の転移と考え、BRP 療法3コース、EP 療法3コース施行したところ、腫瘍は 15 mm にまで縮小した。血清 AFP が高値であったため非セミノーマとして扱い、後腹膜リンパ節郭清術を施行した。摘出したリンパ節には悪性細胞は認めなかった。術後1年10カ月が経過するが、腫瘍の再発、転移を認めていない。

膀胱小細胞癌の1例：山本茂樹、鈴木晶貴、古橋憲一、鈴木省治、加藤久美子、鈴木弘一、服部良平（名古屋第一赤十字）69歳、男性。2011年1月肉眼的血尿で当科受診。膀胱鏡検査で左側壁に結節型広基性腫瘍を認め、画像診断で浸潤性膀胱癌と診断した。TURBT 後、3月に膀胱全摘除術および回腸導管造設術を施行し、尿路上皮癌の診断であった。術前から認めていた左肺小結節が徐々に増大し、2012年6月に胸腔鏡下左肺部分切除術を施行、尿路上皮癌の転移と診断。その後免疫染色が施行され CD56、synaptophysin が陽性となり神経内分泌癌と訂正され、さらに病理学的に検討し小細胞癌と診断した。CBDCA および VP-16 による化学療法を4コース施行し、術後2年経過し再発、転移なく生存中である。高異型度の尿路上皮癌と神経内分泌癌の鑑別はしばしば困難であり、後の治療にも影響するため正確な診断が求められる。

前立腺摘除術後 PSA 再発に対し酢酸リユプロレリンを投与後に下垂体卒中を発症した1例：福原信之、春日井 震（春日井市民）、岡田由紀子（同内科）、野崎康伸（同神経内科）72歳、男性。2004年に PSA 19.8 ng/ml で前立腺摘除術を施行、Gleason score 2+3、pT2apN0M0 であった。2012年9月に PSA 0.5 ng/ml と上昇し再発と診断、酢酸リユプロレリン 11.25 mg を投与した。翌日から嘔吐・頭痛を認め、3日目に右眼瞼下垂、複視が出現し入院となった。MRI で下垂体腫大、右動脈神経圧排を認めた。14日目にショック状態となり副腎不全を疑いステロイド補充療法を開始した。MRI で下垂体出血を認め下垂体卒中と診断した。39日目にホルモン補充量も安定し退院した。[考察] LH-RH アナログは一過性に下垂体腫に血圧上昇や虚血を引き起こし下垂体卒中を起こす危険性がある。頻度は少ないが重篤であり念頭に置くべき病態と考えられた。

外傷性尿道完全断裂の1例：深谷孝介、深見直彦、城代貴仁、引地克、竹中政史、早川将平、佐藤乃理子、石瀬仁司、丸山高広、佐々木ひと美、日下 守、石川清仁、白木良一、星長清隆（保衛大）37歳、男性。高速道路路肩で事故の協議中、時速約 50 km/h で走行し

て来たトラックとガードレールとの間に挟まれ受傷、骨盤骨折（両側恥坐骨、左腸骨）に伴う外傷性尿道完全断裂と診断し膀胱瘻を造設。同時に骨盤骨折からの出血コントロールのために、左内腸骨動脈・右下殿動脈塞栓術を施行。救命処置および骨折に対する治療が終了後、膀胱瘻・尿道造影検査で膜様部尿道の約 1.5 cm に及ぶ欠損を認め、待機的に受傷後約 6 カ月の時点で経陰陰尿道吻合術を施行。術後9カ月が経過し、自排尿可能で尿禁制も保持されており尿道狭窄も認めていない。

低強度体外衝撃波による ED の治療：小谷俊一、木村祐介、本多登代子（中部労災）、坂元史稔（社保中央）、千田基宏（千田クリニック）ED 治療用の低強度体外衝撃波装置（OmniSpec Model ED1000 使用）を5名の ED 症例に施行した（薬事未承認、当院倫理委員会承認）。年齢は50～68歳（平均60歳）、ED 罹病期間は2～16年（平均10年）、基礎疾患は糖尿病3名、高脂血症2名。全例が PDE5 阻害剤を内服し2名は非常に有効、3名は最近効果が低下してきた。治療方法は1セッション1,500発を週2回で3週間、3週間中断後に再度週2回で3週間の計12セッション施行。施行前、前半終了後、後半終了1カ月の時点で ED への効果を評価した。2名は前半終了時点で、また他の2名は後半終了1カ月時点で PDE5 阻害剤の効果が増加した。1名は無効であった。副作用は認められなかった。低強度衝撃波は血管内皮機能や血流改善効果があり、糖尿病や高脂血症など生活習慣病による血管性 ED に対して、PDE5 阻害剤の効果を増強する効果が低侵襲で期待できる。一方、PDE5 阻害剤の完全無効例や前立腺全摘後の ED などは適応外である。

下大静脈塞栓、肺塞栓を伴った精巣腫瘍の1例：佐々木 豪、大西毅尚、芝原拓児、保科 彰（伊勢赤十字）24歳、男性。呼吸困難、下腿浮腫を主訴に当院救急外来を受診。精査加療目的に入院。採血検査結果は LDH 1,250 IU/l、AFP 1,492 ng/ml、HCG 4,760 mIU/ml。造影 CT にて右肺結節、肺塞栓、下大静脈塞栓、後腹膜リンパ節腫脹、左精巣腫瘍を認めた。緊急で一時的に下大静脈フィルターを留置し、左高位精巣摘除術を施行した。病理結果は embryonal carcinoma、臨床病期は pT2N3M1aS2、IIIb1、intermediate prognosis。化学療法 BEP 4コース施行。腫瘍マーカーは正常化したが、後腹膜リンパ節腫脹、下大静脈塞栓は残存した。化学療法期間中、下大静脈フィルターは2週間ごとに交換した。後腹膜リンパ節郭清術および下大静脈壁切開にて塞栓を摘出した。病理結果はいずれも壊死組織であった。

精巣平滑筋腫の1例：山内裕士、石田 亮、吉田真理、錦見俊徳、横井圭介、小林弘明（名古屋第二赤十字）73歳、男性。当院呼吸器外科で肺癌術前精査の CT 検査にて、右精巣に 45 mm 大の腫瘤性病変を指摘され当科受診。右精巣の腫大は顕著でなく、数年以上前から自覚のある無痛性の硬結を認めた。採血結果では LDH 209・AFP 2.8 と陰性であるも HCG が 4.2 と上昇していた。画像検索ではリンパ節腫脹などは認めず、右精巣腫瘍の疑いで右側高位精巣摘除術を施行した。病理所見は精巣平滑筋腫であり精索・精巣上体には病変は認めなかった。精巣原発の平滑筋腫は稀な疾患であり多少の文献的考察を加えて報告する。

自傷行為による精巣切断の1例：山田健司、小林隆宏、中根明宏、秋田英俊、岡村武彦（安城更生）28歳、男性。自己にて陰囊をはさみで切断したとのことで当科受診。受診時、陰囊皮膚と一塊の精巣を持参。右精巣は陰囊内に認めず、止血閉創術を施行。左精巣、陰茎に異常所見は認めなかった。患者は受診2週間前より幻聴を自覚しており、日常生活による悩みに加え、台風上陸による被害のニュースを契機に自傷行為に及んだことより短期精神病性障害（統合失調症疑い）と診断し、精神科的治療を開始。入院中は穏やかに経過し退院となった。性器自傷は稀で、文献上本邦38例目、精巣のみに限れば8例目であった。基礎疾患は統合失調症（疑い含む）が最多であり、本症例も統合失調症が疑われたため、今後は精神科によるフォローが重要と考えられた。

魚骨直腸穿孔が原因となったフルニエ壊疽の1例：飯沼光司、加藤成一、増栄孝子、増栄成泰、宇野雅博、藤本佳則（大垣市民）70歳、男性。主訴は発熱。既往歴に糖尿病あり。初診時から 38.3°C の発熱、陰部の発赤、腫脹、陰囊の腫大、血液検査では炎症反応高値を認めた。直腸診では3時方向に1次孔を認め、CT では陰囊の著明な

腫大、陰嚢内、骨盤腔内の air、皮下脂肪織濃度の上昇、臀部には魚骨と思われる高吸収域を認めた。魚骨直腸穿孔が原因のフルニエ壊疽と診断し緊急で痔瘻根治術 (lay open)、デブリードマン、陰嚢内容摘出、人工肛門造設、膀胱瘻造設を施行。術中 3 時方向の 1 次孔を開放すると魚骨を認めた。培養検査では St milleri group, *Streptococcus*

viridans, *Bacteroides thetaiotaomicron* を認めた。術後経過は良好で術後18日目に膀胱瘻抜去、術後28日目に退院となった。術後2カ月の外来で創部の閉鎖を確認した。本症例は術前の画像検査で感染源となっている異物（魚骨）を同定し、手術時に除去することができたことにより良好な予後を得られたと考えられる。