

第261回日本泌尿器科学会東海地方会

(2013年9月15日(土), 於 中外東京海上ビルディング)

後腹膜平滑筋肉腫の1例：佐野友康, 柏木佑太, 勝野 暁, 山田伸 (岡崎市民) [症例] 32歳, 女性。[現病歴] 2011年1月からときどき右側腹部痛あり, 間歇的に治まるため経過観察していた。4月頃近医内科を受診し, 右水腎を指摘されるも, 尿管結石, 膀胱炎疑いで経過観察となっていた。7月頃から右側腹部痛の頻度が増え, 8月17日より痛みの増強あり, 痛みはさらに増悪したため近医受診し, CTで右腎膿瘍疑いで当院紹介受診となった。精査で右中部尿管周囲に50 mm 大と肝臓 S7 に 30 mm 大の腫瘤を認め, 右水腎症と腎周囲への尿逸流を認めたため, SJ カテーテルを挿入しドレナージ・疼痛コントロールを行ったのち, 9月6日後腹膜悪性腫瘍切除, 右腎摘出術, リンパ節郭清術, 肝部分切除術施行した。病理は平滑筋肉腫で, 肝臓腫瘍も転移であったがリンパ節, 周囲脂肪織には転移の所見を認めなかった。術後現在まで追加治療をせず, 2年間無再発で経過観察中である。

後腹膜脂肪肉腫の1例：平林毅樹, 上平 修, 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) [目的] 再発した後腹膜脂肪肉腫に対して, 腫瘍摘出術を行った1例を経験したので報告する。[対象] 73歳, 女性。膀胱腫瘍, 尿管腫瘍尿管部分切除術後の経過フォロー中に左腎背側に充実性腫瘍を認めた。2009年2月に経腹的腫瘍摘出術を施行した。摘出重量は1,250 gであった。病理組織診断は dedifferentiated liposarcoma であった。その後, 2012年9月に同部位に再発を認め, 半年後に急激に増大した。そのほか, 明らかな転移所見は認めなかった。[結果] 2013年4月に後腹膜腫瘍摘出術を施行した。摘出重量は2,295 gであった。尿路癌の既往があったため左腎は温存した。病理組織診断は dedifferentiated liposarcoma であった。術後3カ月を経過し再発は認めない。[考察] 後腹膜脂肪肉腫は再発率が高いため, 今後厳重な経過観察が必要と考えられた。

心停止で発見された褐色細胞腫の1例：海野 怜, 永田大介, 池上要介, 丸山哲史 (名古屋市立東部医療セ) 73歳, 女性。10年前から高血圧で治療中。意識消失で当院救急搬送, 来院時意識清明も翌日突如心停止。モニター上心室細動であり, 胸骨圧迫, 気管内挿管, 除細動3回で蘇生。緊急心臓カテーテル検査では左室の壁運動低下を認めた。冠動脈に有意狭窄は認めず, CTで右副腎腫瘍あり, 血液検査にて血中ノルアドレナリン 52,505 pg/ml, 24時間酸性蓄尿 VMA 42.3 pg/ml と褐色細胞腫が疑われるとのことで当科紹介。腹部 MRIT2 強調画像で右副腎に高信号域あり, また ¹²³I-MIBG シンチでは右副腎に集積像あり。右褐色細胞腫と診断し, 腹腔鏡下右副腎摘出術施行。手術時間120分, 摘出標本は 49×28×26 mm, 36 g であった。術中はレミフェンタニル麻酔併用により血圧コントロールが良好であった。病理検査では核分裂像・脈管浸潤が認められ悪性の疑われる褐色細胞腫であった。

尿管限局性アミロイドーシスの1例：大久保和樹, 吉田将士, 今井伸, 米田達明, 工藤真哉 (聖隷浜松) 77歳, 男性。尿潜血陽性のため近医より紹介。尿細胞診陰性, エコーで尿路に異常所見は認めず経過観察としたところ, その後に無症候性肉眼的血尿を認め再受診。膀胱鏡では異常所見なく, CT および MRI で左中部尿管に限局性壁肥厚と腫瘍性変化を認めた。尿管鏡では左尿管内に隆起性病変と狭窄像を認め, 細胞診は陰性だが, 生検で異型上皮を認めたため悪性腫瘍を完全には否定できず, 2013年4月16日に後腹膜鏡下左腎尿管全摘術を施行。病理診断はアミロイドーシスであった。血清蛋白分画は正常, 尿中 Bence-Jones 蛋白は陰性で, 全身症状はみられず, 内科的精査も加えた結果, 尿管に限局したアミロイドーシスと考えられた。本症は自験例を含め国内で73例目と臨床比較の稀であり, 術前診断に苦慮する疾患と考えられた。

限局性尿管アミロイドーシスの1例：早川将平, 白木良一, 城代貴仁, 引地 克, 竹中政史, 糠谷拓尚, 深谷孝介, 石瀬仁司, 深見直彦, 佐々木ひと美, 日下 守, 石川清仁, 星長清隆 (保衛大) 42歳, 女性。肉眼的血尿, 左側腹部痛を主訴に受診。CT, RP で左水

腎尿管と中部尿管に約2 cm の閉塞性病変を認めた。尿細胞診陰性であり, 確定診断のため尿管鏡下生検を施行。深層を含めた生検にてアミロイドーシスと診断。全身検索にて他部位に病変なく限局性尿管アミロイドーシスと診断。左尿管部分切除術を施行した。左水腎症は軽快し術後8カ月経過し現在まで再発は認めない。限局性尿管アミロイドーシスは術前に尿管癌との鑑別が困難であることが多く半数以上の症例に尿管全摘術が施行されている。本症例では術前生検で診断し尿管部分切除術により腎を温存することができた。

同側に腹腔内精巣を伴う多嚢胞性異形成腎の1例：安藤亮介, 水野健太郎, 西尾英紀, 岡田淳志, 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 (名古屋市大) 2歳, 男児。1歳半検診で左非触知精巣を指摘され, 前医受診。MRI上, 左腹腔内精巣と左腎欠損を指摘され, 治療的に紹介。初診時, 左陰嚢内容欠如のほか, 外陰部異常を認めなかった。MRI上, 長径12 mm の腫瘤を下行結腸外側に認め, 左腹腔内精巣と診断。左腎は正常部位に同定されなかったが, 骨盤内に多数の嚢胞を伴う20 mm 大の腫瘤を認めた。以上より, 左腹腔内精巣を伴った左多嚢胞性異形成腎(MCDK)を疑い, 腹腔鏡手術を施行した。術中所見では, 腹腔内精巣は, 精管の欠如が明らかとなり摘出した。骨盤腫瘤は, 総腸骨動脈から分岐する血管を処理し, 腫瘤を摘出した。病理検査上, 精巣には一部 PLAP (placental alkaline phosphatase) 陽性の精原細胞を認め, 精細管内悪性胚細胞と考えられた。骨盤腫瘤には未分化間葉系組織を認め, MCDK と診断された。本症例は, 発生学的に同一の原因と推察された。

血尿を契機に診断された後天性血友病の1例：金井優博, 堀 靖英, 西井正彦, 舛井 覚, 西川晃平, 長谷川嘉弘, 吉尾裕子, 神田英輝, 山田泰司, 有馬公伸, 杉村芳樹 (三重大), 松本剛史, 片山直之 (同輪血部), 和田英夫 (同検査医学) 86歳, 男性。1999年, 右腎細胞癌で右腎摘。2013年1月, 四肢皮下出血斑, 肉眼的血尿にて近医受診。精査目的で当科紹介。膀胱鏡では出血源不明, CTで上部尿路に凝血の所見を認めた。APTT 延長を認め, 血液凝固異常による出血が疑われた。第Ⅷ因子活性低下, 第Ⅷ因子インヒビター陽性であり, 後天性血友病と診断。ブレドニゾロンによる免疫抑制療法を開始したが, 無尿, 左腰痛で来院。貧血と腎不全を伴って入院。活性化型第Ⅷ因子製剤で止血療法を行い, 血尿は消失し腎機能の改善を得た。後天性血友病は, 診断が遅れがちで, 致命的な出血を呈することがある。本症例では治療が奏功し, 肉眼的血尿が消失した。

エベロリムスで腫瘍縮小効果を認めた結節性硬化症に伴う腎血管筋脂肪腫の1例：糠谷拓尚, 白木良一, 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, 佐々木ひと美, 石川清仁, 日下 守, 星長清隆 (保衛大) 34歳, 男性。主訴は腹部膨満感。幼少時のてんかん発作を契機に結節性硬化症と診断, 他院で経過観察。腹部膨満感と仰臥位での呼吸困難感を自覚したため2011年3月に当院初診。腹部は膨隆し, 腹囲は95 cm, 腹部造影CTでは, 両側に多発する腎血管筋脂肪腫を認め, 腸管は著明に圧排されていた。初診から2カ月後に, 腎血管筋脂肪腫からの出血のため選択的左腎動脈塞栓術, 輸血12単位を行った。その1年後に, 血尿, 膀胱内に血腫を認め, 一過性の腎後性腎不全を併発した。腫瘍体積も塞栓術後に, 一時的に縮小したが, 再度増大を認め, 2012年12月よりエベロリムスを開始した。エベロリムス10 mg で開始, 1カ月後のCTでは50%以上の腫瘍縮小効果を認めた。同時に grade 2 の尿蛋白・高血圧を認め, エベロリムスを5 mg へ減量した。エベロリムス減量後, 高血圧は軽快し, 現在軽度の蛋白尿を認めるのみで, 腫瘍の増大や出血はなく, 内服継続中。

移植腎に発症した IgG3κ 陽性増殖性糸球体腎炎の1例：鶴田勝久, 森 文, 井上 聡, 木村佑介, 高井 峻, 鈴木都史郎, 舟橋康人, 藤田高史, 佐々直人, 松川宜久, 加藤真史, 吉野 健, 山本徳則, 後藤百万 (名古屋市大) 46歳, 男性。30歳台より慢性糸球体腎炎の疑いでフォローされていたが, 腎生検なく原疾患不明のまま41歳で透析導入

となった。生体腎移植を希望され当科紹介。42歳時に69歳の母親をドナーとして ABO 不適合 (B 型から O 型) 生体腎移植術を施行した。術前脱感作療法としてリツキシマブと DFPP 4 回施行。導入免疫療法は TAC, MMF, PSL, BXM の 4 剤で行った。入院時の Best S-Cr1. 45 mg/dl。維持免疫抑制剤は TAC, MMF, PSL であった。移植後 1 カ月での移植腎生検では、メサンギウム領域に免疫複合体の沈着を認めたが S-Cr 値に変化なく経過観察となった。移植後 3 年で徐々に腎機能悪化と尿蛋白増加したため、移植腎の再生検を施行した。移植後の腎炎疑いにてステロイドパルス療法を行ったが、改善乏しく以後も腎機能悪化し、5 年 4 カ月で透析再導入となった。透析導入後の再検討で、モノクローナル IgG3κ 陽性増殖性糸球体腎炎の最終病理診断に至った。

膀胱憩室内に発生した神経内分泌癌の 1 例：村松洋行, 金尾健人, 森永慎吾, 梶川圭史, 小林郁生, 西川源也, 吉澤孝彦, 加藤義晴, 渡邊将人, 全並賢二, 中村小源太, 住友 誠 (愛知医大) 65 歳, 女性。肉眼的血尿にて近医受診。尿細胞診陽性にて尿路上皮癌を疑われ当科紹介受診となった。膀胱鏡検査にて後壁憩室内に広基性乳頭状腫瘤確認。画像診断より壁外浸潤を認め浸潤性膀胱癌 cT3bN0M0 と診断。膀胱全摘除術, 回腸導管造設術を施行した。TURBT 時, 可及的に腫瘍を全切除したこともあり, 標本作成した範囲では明らかな腫瘍の残存は認めなかった。ここで再度病理組織を検鏡したところ神経内分泌癌が疑われた。免疫染色を施行するとシナプトフィジン, クロモグラニン A, CD56 が陽性で, Ki-67 の陽性率も高く神経内分泌癌と診断された。現在, 術後 4 カ月経過しているが, 再発, 転移は認めていない。憩室内の神経内分泌癌は国内 2 例目である。

診断治療に苦慮した慢性骨盤痛症候群の 1 例：本山大輔, 杉山貴之, 鈴木孝尚, 永田仁夫, 大塚篤史, 高山達也, 石井保夫, 古瀬洋, 大園誠一郎 (浜松医大) 36 歳, 男性。蓄尿時痛と頻尿を主訴に当科紹介初診。既往歴に転換性障害, 横断性脊髄炎, 両側大腿骨頭壊死などがあり。上半身に入れ墨あり, 直腸診では前立腺は特記所見なし。ICSI 19, ICPI 16 と自覚症状は強く, 1 回排尿量 39.6 ml, 1 日排尿回数 20 回以上。膀胱水圧拡張術では膀胱容量 800 ml で五月雨状出血やハンナー病変なし。DMSO 膀胱注入・再度の水圧拡張術施行も症状変わらず。難治性の間質性膀胱炎としては膀胱鏡所見が軽微であり, 転換性障害など精神疾患の可能性もあるも精神科受診拒否にて診断に至らず。最終的に小腸利用膀胱拡大術を施行, 組織学的には interstitial cystitis with mast cells と診断された。術後 1 カ月では蓄尿時痛は消失, 1 回排尿量 300 ml, 1 日排尿回数 9 回, ICSI 5, ICPI 7 へと改善した。本症例は膀胱拡大術前後の臨床所見・病理学的所見から間質性膀胱炎と判断したが, 精神科疾患の可能性を完全に否定できず, 今後も慎重な経過観察が必要である。

陰茎—尿道海绵体シャント術で勃起機能を温存しえた Low-flow 型持続勃起症の 1 例：亀山紘司, 清家健作, 堀江憲吾, 菊地美奈, 水谷晃輔, 菅原 崇, 土屋朋大, 安田 満, 横井繁明, 仲野正博, 出口隆 (岐阜大), 加藤博基, 近藤浩史 (同放射線), 小林 寛 (岐阜厚生) 21 歳, 男性, 2013 年 3 月 X 日, 午前起床時から勃起状態と陰茎痛の持続を認めた。2013 年 3 月 X + 1 日近医泌尿器科受診。陰茎海绵体内血液ガス分析では PH 6.845, PO₂ 6.0 mmHg, PCO₂ 112.0 mmHg であり虚血性持続勃起症と診断された。陰茎海绵体内の脱血・洗浄, エピネフリン注入, 遠位シャント術, 近位シャント術施行されるも改善なく 2013 年 3 月 X + 2 日当院転院となった。全身麻酔下に陰茎—尿道海绵体シャント術施行。シャント増設後しばらくして再度勃起状態となったため陰茎海绵体ガス分析施行すると動脈血であった。術中に血管造影検査施行するがさらかな異常血管を認めなかった。術後 3 日目に全身 CT, 各種腫瘍マーカー採血するが明らかな異常は認めなかった。術後 5 日目に造影 MRI 施行すると, 陰茎海绵体先端に血腫が存在する所見を認めた。術後 2 カ月目に MRI 施行すると陰茎海绵体先端は萎縮を認めた。勃起は可能で, 性交渉もでき射精障害は認めていない。

持続勃起状態を呈した膀胱癌陰茎転移の 1 例：伊勢呂哲也, 浜本周造, 小岩 哲, 神谷浩行, 橋本良博, 岩瀬 豊 (豊田厚生) 72 歳, 男性。膀胱癌に対して膀胱尿道全摘および回腸導管造設術後に補助化学療法として GC 3 コース施行。8 カ月後経過観察中に陰茎の痛みと硬化を認めた。持続勃起症を疑い, 陰茎海绵体血液ガス分析施行す

るも, PO₂: 41 mmHg, PCO₂: 43 mmHg と虚血性, 非虚血性のどちらの特徴にも当てはまらず, 陰茎海绵体生検にて膀胱癌の転移と診断し, 陰茎全切除術を施行した。術前術後に GD 療法を 1 コース施行し, 治療経過とともに痛みは軽快していった。陰茎転移の機序としては, 静脈逆行性, リンパ管逆行性, 動脈性, 直接転移があると言われている。今回の症例は, 陰茎と膀胱にて腫瘍の静脈浸潤が認められ, 陰茎内で腫瘍のリンパ管浸潤が見られなかったことから静脈逆行性による転移が示唆された。様々な報告からも, 陰茎転移の予後は転移発生後平均 6 カ月と短く, 早期の発見, 治療介入が重要だと考えられた。

膀胱原発悪性リンパ腫の 1 例：宮本圭輔, 梅田 俊, 杉浦皓太, 藤田民夫 (名古屋記念) 50 歳, 女性。2010 年 11 月両側腎結石でフォロー中, 両側水腎症を伴う急性腎盂腎炎を発生し受診した。尿管ステントを留置する際の膀胱鏡で, 三角部に表面平滑な非乳頭状腫瘍を認めた。腎盂腎炎軽快後に TUR-BT を施行したが, 悪性所見は認めず, その後の外来受診を自己中断していた。2011 年 12 月再度受診し, 超音波で同様の膀胱腫瘍を認め, 再度 TUR-BT を施行した。診断は膀胱原発びまん性大細胞性 B 細胞性リンパ腫 2Ae であった。治療は R-CHOP を 6 コース行い, PET-CT で腫瘍の消失を確認した。14 カ月経過した現在も再発なく経過している。本邦の膀胱原発悪性リンパ腫について若干の文献的考察を含めて報告する。

去勢抵抗性前立腺癌の一例：当院における剖検の現状：滝 奉樹 (安城更生), 山田健司, 小林隆宏, 中根明宏, 秋田英俊, 岡村武彦 (同泌尿器), 酒井 優 (同病理診療) 75 歳, 男性。頻尿, 排尿時痛を主訴に当院紹介受診。種々の画像検査, 前立腺生検で Gleason's score 5+5, clinical stage T4 N1 M0 の前立腺癌と診断した。ホルモン療法, 抗癌剤治療, 腰椎転移に対し, 放射線治療を行ったが, 次第に衰弱し死亡した。剖検では, 前立腺癌の治療効果は grade 2 で, 直接死因を断定できるものではなく, るいそうや誤嚥性肺炎の影響が示唆された。全国では, 前立腺癌罹患率の増加とは対照的に剖検数は減少してきている。当院の剖検数は 70 症例ほどあったが, 20 弱にまで減少した。Ai の件数は 30 前後であった。Ai の導入などで, 年々剖検数は減少してきているが, 剖検の重要性を改めて再認識した。

前立腺癌骨転移に対してゾレドロン酸長期投与中に両側大腿骨非定型骨折を認めた 1 例：成山 泰, 飯田啓太郎, 矢内良昌, 福田勝洋, 窪田裕樹 (海南) [症例] 77 歳, 男性。前立腺癌に対し全摘術施行後, 骨転移出現にてゾレドロン酸開始。[経過] 32 カ月経過した際, 右下肢痛出現。異常所見なく対症療法施行。半年後右大腿骨転子下に不全骨折を認めた。8 カ月後, 転倒にて右大腿骨転子下骨折・左大腿骨骨幹部骨折を呈した。ゾレドロン酸長期投与中の両側大腿骨骨折で, 骨折型, 軽微な外傷を契機に発症したことから非定型骨折と診断し, ゾレドロン酸中止。術後 1 年 2 カ月時, 特に誘因なく左大腿骨転子下骨折, 髓内釘の折損を認めた。[考察] ゾレドロン酸長期投与により骨代謝回転が過剰に抑制される, いわゆる SSBT が起こり, 軽微な外傷を契機とする非定型骨折が生じると言われている。文献上, ゾレドロン酸 5 年以上の長期投与は非定型骨折のリスクとなり, 休業する必要があると示しているが, 明確な休業期間の基準が定められたものではない。

糖尿病性昏睡と全身多発膿瘍に合併した前立腺・精巣膿瘍の 1 例：平野泰広, 伊藤 徹 (名古屋掖済会) 61 歳, 男性。2013 年 1 月意識障害で, 当院救急搬送。左陰嚢は鶏卵大に腫脹。WBC 20 × 10³/μl, CRP 33 mg/dl, 血糖 961 mg/dl, HbA1c 11.1% であった。造影 CT で, 右梨状筋, 前立腺, 左精巣に low density area を認めた。以上より, 重度の糖尿病による高浸透圧性昏睡と全身多発膿瘍の診断。抗菌化学療法で治療を開始した。前立腺膿瘍は入院 20 日目の CT で消失。精巣膿瘍は, 入院 57 日目頃より, 再度左陰嚢腫大, 疼痛を認め, 入院 64 日目で左精巣摘除術を施行。手術所見で, 精巣は広範囲に壊死, 膿瘍形成を認めた。病理所見は, 精管, 精巣上体にはほとんど炎症細胞の浸潤なく, 精巣に高度の炎症細胞の浸潤と, グラム陽性球菌を認めた。精巣膿瘍は, 長期間抗菌剤投与後でも膿瘍内に起病菌が残存している場合が多く, 積極的に精巣摘除術をすべきと考えられた。

2歳男児に発症した右精巣腫瘍の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） 2歳，男児。入浴時，右陰嚢の腫大に気がつき当科受診。触診上，右精巣は母指頭大に腫大し，硬結を触知した。圧痛は認めなかった。超音波検査では23×16mmの精巣全域を占める血流豊富な腫瘍を認めた。造影CT検査では明らかな転移は認めなかった。腫瘍マーカーはAFP 3,287.8 ng/mlと高値であった。右精巣腫瘍に対し，全身麻酔下で右高位精巣

摘除術を施行した。病理組織検査では上皮様細胞によって構造される複雑な管腔ないし網状構造を認め，免疫染色ではAFP陽性でありyolk sac tumor (pT1)と診断した。術後1カ月現在AFPは順調に低下してきている。引き続きAFPを中心に嚴重に経過観察を行う。小児精巣腫瘍は比較的稀な疾患でありyolk sac tumorと成熟奇形腫がおよそ半数ずつみられる。今回2歳男児に発症したyolk sac tumorの1例を経験したので若干の文献的考察を加え報告する。