

## 第264回日本泌尿器科学会東海地方会

(2014年6月7日(土), 於 中外東京海上ビルディング)

淡明細胞癌と乳頭状腎細胞癌の2つの病理組織型を示した腎癌の1例: 大橋朋悦, 小林弘明, 横井圭介, 山田浩史, 錦見俊徳, 石田亮, 山内裕士(名古屋第二赤十字), 都築豊徳(同病理診断科) 76歳, 男性. 2013年11月, 腰背部痛の精査のCTにて偶然右腎に腫瘍性病変を認めため後日当院泌尿器科にて精査. 右腎上極に18×16mm大の早期濃染される充実性腫瘍を, 右腎下極に後期に軽度の造影効果を示す小結節を認めた. MRIにて両結節病変ともdiffusionにて淡い高信号を示した. 腎細胞癌が疑われた. 遠隔転移は認めず, 腎細胞癌cT1aN0M0の臨床診断にて2014年3月11日, 2カ所の腎部分切除術を施行した. 病理診断にて上極はclear cell renal cell carcinoma, 下極はpapillary renal cell carcinomaの組織型を示していた. 若干の文献的考察を加えて報告する.

BCG膀胱注入療法後に発症したReiter症候群の1例: 村松知昭, 木村恭介, 副田雄也, 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) 76歳, 男性. 膀胱癌にてBCG療法を開始. 6回目施行後より発熱, 排尿時痛, 眼球充血, 右膝関節腫脹を認め, Reiter症候群を疑い入院. 抗生剤と非ステロイド性抗炎症薬で症状の悪化なく改善を認め10日後退院となった.

腎動脈瘤に対して大伏在静脈を用いて血行再建した1例: 鈴木晶貴, 服部良平, 山本茂樹, 古橋憲一, 鈴木弘一(名古屋第一赤十字), 鈴木省治, 加藤久美子(同女性泌尿器科), 上遠野由紀, 錦見尚道(同血管外科) 65歳, 男性. 左腰背部痛あり近医受診. CTで最大径25mmの石灰化のない左腎動脈瘤を認めたため, 腎動脈瘤切除術および腎動脈再建術を施行した. 手術はChevron切開でアプローチ. 腎動脈瘤が腎動脈本幹にあることを確認した後, 右大腿部より大伏在静脈(GSV)を採取し, 腎動脈を遮断. 腎動脈瘤切除後, 大伏在静脈をgraftとし吻合した. 腎冷阻血時間は76分であった. 術後6カ月のeGFRは90.7ml/min/1.73mm<sup>2</sup>(術前eGFR 89.3)と腎機能は温存され, 術後6カ月現在腎動脈瘤の再発は認めない. [考察] GSVは比較的発達した中膜・外膜を持ち, 冠動脈バイパスのグラフトとしてもよく用いられている. 今回, われわれは腎動脈瘤の血行再建にGSVをグラフトとして用いた. また, In-situ手術は自家腎移植に比べて低侵襲であると考えられ, 今回のGSVを用いた血行再建は有用な選択肢の1つと考えられた.

前立腺小細胞癌の1例: 守山洋司, 藤原茂(岐阜赤十字) 62歳, 男性. 2011年1月頃より排尿困難を自覚し近医を受診. 抗菌剤投与も改善しないことから同年2月当科受診. 直腸診にて両葉で石様硬, PSAは2.76ng/ml, 骨盤MRIにて前立腺被膜は明瞭に認識できるものの, 辺縁域・移行域ともに両葉でびまん性に低信号であった. 同年3月9日経陰式前立腺生検を施行し6本中6本から腫瘍を認めPSA染色陰性, chromogranin A陽性で小細胞癌と診断した. 肺に原発腫瘍を認めず, 画像検査の結果T2cN0M0と診断した. ProGRP, NSEは正常範囲であった. EP療法(VP-16 100mg/m<sup>2</sup> D123, CDDP 80mg/m<sup>2</sup> D1)を4コース施行後に骨盤腔および前立腺・精嚢に総線量64Gyの放射線療法を施行した. 治療後, 画像検査における新規病変は認めず, ProGRP, NSEとも正常範囲内であった. 治療評価のため2012年2月前立腺生検を行いviable cellは認めず経過観察中である. 治療開始より約3年経過したが, 新たな再発病変は認めず生存中である.

脳転移を来したホルモン抵抗性前立腺癌の1例: 廣瀬泰彦, 田中勇太郎, 山田健司, 小林隆宏, 秋田英俊, 岡村武彦(安城更生) 50歳, 男性. 5年前に健診で, 尿潜血を指摘され, 当科受診. PSA 12.25と高値であったため経直腸的前立腺針生検を施行. 病理は前立腺癌, Gleason score 4+5, positive core 5/6であった. 造影CTにて精嚢浸潤, 閉鎖リンパ節腫大を認めた. T3bN1M0として, ホルモン療法を開始. 治療1年で1次治療抵抗性となり, 抗アンドロゲン剤の交替療法を施行. 今春に短期記憶障害が出現. CTでは左前頭葉に5cm大の多房性嚢胞性病変を認めた. 開頭腫瘍摘出術を施行したが, 病理

は前立腺癌の脳転移であった. 術後, 短期記憶障害は改善. 追加治療として全脳照射3Gy×10日間とドセタキセルによる化学療法を施行中であるが, PSAは術前より低下し, 全身状態も改善している.

前立腺導管癌の1例: 森永慎吾, 西川源也, 村松洋行, 梶川圭史, 小林郁生, 吉澤孝彦, 加藤義晴, 渡邊将人, 全並賢二, 金尾健人, 中村小源太, 住友誠(愛知医大) 69歳, 男性. 肉眼的血尿精査にて前立腺部尿道癌と診断し, TUR-Btを施行. その後再発を繰り返すため前立腺全摘術を施行. 病理検査にてductal adenocarcinomaであった.

前立腺膿瘍を疑ったGISTの1例: 伊藤正浩, 日下守, 西野将, 竹中政史, 糠谷拓尚, 深谷孝介, 鈴木剛之介, 石瀬仁司, 深見直彦, 佐々木ひと美, 石川清仁, 白木良一, 星長清隆(保衛大) 74歳, 男性. 主訴は排尿困難と会陰部痛. 直腸診で前立腺右側に圧痛を伴う弾性軟の腫瘍を触知. 血液生化学所見上異常を認めず. PSAは1.5ng/ml. 超音波所見では前立腺背側に境界不明瞭な低エコー域を認めた. MRIでは同様に前立腺背側で直腸とは境界不明瞭な69×42×35mmの腫瘍影を認め, 腫瘍は前立腺右葉辺縁域〜会陰部にかけてT1強調像で等信号, T2強調像で等信号〜軽度高信号を示し, 前立腺膿瘍と診断. 抗生剤投与で症状は改善せず, 経尿道的生検, 経陰陰の針生検とドレナージ術を施行したが, 内容液は吸引できず. 病理所見では類円形から楕円形の核と弱好酸性で紡錘形の細胞質を有する細胞腫瘍が錯綜しつつ密に増生していた. 免疫染色ではC-kitとCD34が陽性で, SMA, desmin, S-100は陰性. 骨盤内発生EGIST(extragastrointestinal stromal tumor)と診断した. 現在, 外科へ転科しメシル酸イマチニブにて治療中である.

腹部大動脈瘤による後腹膜線維化症に尿管剥離・腹腔内置換術を施行した1例: 谷島崇史, 青木高広, 中西利方(市立湖西) 84歳, 男性. 肉眼的血尿を主訴に当科受診し, 右水腎症を指摘. 精査の結果, 腹部大動脈瘤による後腹膜線維化症と診断した. 複数回の経尿道的尿管狭窄拡張術, 尿管ステント留置, およびステロイド投与するも, 右水腎症は徐々に増悪した. 新たに左水腎症が出現し, 腰背部痛が増悪, 血清クレアチニン値の上昇も認めため, 両側尿管剥離・腹腔内置換術を施行した. 手術時間は278分, 出血量は350mlだった. 術中, 術後に大きな合併症を認めず, 術後14日目で退院した. 術後9カ月経過し, 両側とも水腎症を認めない. 尿管ステントやステロイドが無効の後腹膜線維化症に対し尿管剥離術は有効な治療と考えられた. 一般的に尿管剥離術は周囲の癒着から両側の尿管を剥離し, 再癒着を防ぐため尿管を腹腔内に置換したり, 周囲を大網で覆う. 海外ではロボット支援下で行う報告も散見されるが, 本邦では開腹もしくは腹腔鏡下で行う. その他, 若干の文献的考察を加えて報告する.

術前診断が困難であった腎Mixed epithelial and stromal tumorの1例: 西井正彦, 吉川昌希, 杉野友亮, 西川晃平, 矢崎順二, 吉尾裕子, 長谷川嘉弘, 神田英輝, 金井優博, 有馬公伸, 杉村芳樹(三重大) 49歳, 女性. 近医にて胃炎の加療中, 偶然腹部単純CTにて右腎腫瘍を指摘され, 当科紹介受診した. 造影CTにて内部に多房性嚢胞を有する4cm大の腫瘍を認め, 充実成分の造影効果は均一で漸増性に増強を示した. 嚢胞性病変の診断で腹腔鏡下腎摘出術を施行した. 病理結果はmixed epithelial and stromal tumorであった. 本疾患は2004年WHO分類にて新たに提唱された概念で, 嚢胞を有して尿管を形成する上皮成分と, 卵巣に類似する紡錘形細胞や平滑筋細胞を含む間質成分が混在する良性腫瘍である. 嚢胞性病変(Bosniak分類category 3, 4)として手術施行され, 病理組織診で本疾患と診断されることがほとんどである.

精巣癌の晩期再発が疑われた右腎腫瘍の1例: 松尾かずな, 吉野能, 森文, 井上聡, 木村祐介, 高井峻, 鶴田勝久, 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, 山本徳則, 後藤百万(名古屋大) 35歳, 男性. セミノーマstage IIIBに対しEP療法1コース, BEP療法2コース, VIP療法4コース施行後,

リンパ節に残存腫瘍あり、IrP療法2コース施行後CR。2011年(CRから8年後)に右腎腫瘍を認めた。造影CTで2011年11mm, 2012年14mm, 2013年26mmと増大。腫瘍マーカーは陰性。R. E. N. A. L. score 10x。画像診断では出血性嚢胞が疑われたが、増大傾向から、精巣腫瘍(奇形腫)再発ないし悪性腫瘍が否定できず。この場合は追加治療の可能性があり、腎機能温存手術を行った。病理は淡明細胞癌, G1, pT1aであった。初期治療で大量の化学療法を施行しており、精巣腫瘍の二次発癌が考えられた。文献的考察を加え、二次発癌に対しては20年以上の長期フォローが必要。

**外陰部乳房外 Paget 病の尿道浸潤と原発性尿道癌との鑑別に難渋した1例:** 渡邊将人, 金尾健人, 村松洋行, 森永慎吾, 梶川圭史, 小林郁生, 西川源也, 吉澤孝彦, 加藤義晴, 全並賢二, 中村小源太, 住友誠:(愛知医大) 62歳, 女性。3年前からの外陰部の発赤・掻痒感を主訴に近医を受診。外陰部を中心とした皮膚に広範な発赤と辺縁不整な褐色紅斑を認め、生検により乳房外 Paget 病と診断した。外尿道口生検においても異型細胞が検出されたため、当科依頼となった。乳房外 Paget 病の尿道浸潤を疑い、尿道生検を施行したところ遠位尿道より urothelial carcinoma in situ の診断。尿道癌に由来する二次性の Paget 現象も含めた鑑別を目的として CK20, GCDPF-15 の免疫染色を施行。原発性尿道癌と乳房外 Paget 病の重複癌と診断し、遠位尿道部分切除術・外陰部皮膚悪性腫瘍摘出手術・網状植皮術・動脈皮弁作成術を施行した。切除した尿道の病理組織学的所見は尿路上皮癌と乳房外 Paget 病, 両者の成分が混在しており、術前診断と相違なかった。

**腎原発未熟神経外胚葉性腫瘍の1例:** 恵谷俊紀, 河合憲康, 廣瀬泰彦, 安藤亮介, 水野健太郎, 岡田淳志, 梅本幸裕, 安井孝周, 戸澤啓一, 佐々木昌一, 林 祐太郎, 郡 健二郎:(名古屋医大) 66歳, 男性。無症候性肉眼的血尿を主訴として受診。画像検査で左腎腫瘍を認めた。超音波ガイド下針生検を行い、HE染色では小円形細胞により構成されており、免疫染色では上皮系マーカー、筋系マーカーは陰性、神経系マーカーは陽性、WT-1は陰性、CD99が陽性であり、左腎原発の Ewing 肉腫ファミリー腫瘍と診断した。VDC-IE療法を施行後に、左腎摘除術を行った。摘出腫瘍のHE染色および免疫染色の特性は生検組織と同様で、FISH法でEWSR1遺伝子の転座を認め、Ewing 肉腫ファミリー腫瘍と確定診断した。透過型電子顕微鏡検査では、神経内分泌顆粒および微小管を認め、神経系分化を伴うことから、Ewing 肉腫ファミリー腫瘍のうち、未熟神経外胚葉性腫瘍と診断した。免疫染色では PDGFR および c-kit が陽性であり、追加治療として tyrosine kinase inhibitor が有用な可能性がある。

**TIP療法が著効した鼠径部リンパ節転移を有する陰茎癌の1例:** 久保田恵章, 永井真吾, 前田真一(トヨタ記念), 堀江憲吾, 仲野正博(岐阜大), 加藤久和(同形成外科) 53歳, 男性。数年前から陰茎に腫瘤を自覚するも放置。亀頭部に4cmの腫瘍, 右鼠径部に4cmの可動性のないリンパ節を認めた。左鼠径リンパ節は触知しないが、PET-CT検査では左鼠径部にも13mmのリンパ節を2カ所認めた。骨盤内リンパ節腫大は認めなかった。陰茎癌 cT3cN3M0と診断し、陰茎部分切除術, 右鼠径リンパ節生検を施行。陰茎, 右鼠径ともに扁平上皮癌であった。N3症例に対するネオアジュバンドとしてパクリタキセル, イホスファミド, シスプラチンを使用した TIP療法を21日ごとに繰り返し, 4コース施行。Grade3の好中球減少, 2コース終了頃から下肢末梢にしびれを自覚したが重篤な合併症は認めなかった。4コース終了後, 右鼠径リンパ節は1cmまで縮小。続いて, 両側鼠径リンパ節, 骨盤内リンパ節郭清を施行。病理組織結果では残存腫瘍は認めなかった。術後6カ月のPET-CTでは再発を認めていない。下肢末梢に軽度しびれ感あるも仕事に支障なく社会復帰している。

**膀胱 Nephrogenic metaplasia の1例:** 亀山紘司, 高井 学, 河田啓, 堀江憲吾, 加藤 卓, 水谷晃輔, 清家健作, 土屋朋大, 安田満, 横井繁明, 仲野正博, 出口 隆(岐阜大), 久松憲治, 宮崎龍彦(同病院病理部), 菅原 崇(高山赤十字), 石山俊次(石山泌尿器科皮膚科) 60歳代, 女性。肉眼的血尿, 頻尿, 排尿時痛を主訴に受診。膀胱鏡検査で膀胱後壁に乳頭状腫瘍を認めた。2014年3月TUR-Bt施行。病理診断は nephrogenic metaplasia であった。

**IgA腎症に合併した腎膿瘍の1例:** 糠谷拓尚, 白木良一, 石川清仁, 深見直彦, 西野 将, 伊藤正浩, 竹中政史, 深谷孝介, 鈴木剛之介, 石瀬仁司, 佐々木ひと美, 日下 守(保衛大) 31歳, 女性。職業は母。既往歴に IgA腎症の治療歴があり, 主訴は発熱, 右背部痛, 倦怠感。5日前から悪寒戦慄, 発熱を認め, その後右背部痛が出現し当院へ紹介となった。体温37.8°C, 右CVA叩打痛陽性, 血液検査ではCRP, PCTの上昇, 腎機能低下を認めた。US, CTで腎膿瘍と診断した。MEPM投与開始するも自覚症状の改善が乏しく, 入院8日目にドレナージ術を施行した。原因菌はESBL産生大腸菌であった。退院後膿瘍は縮小し再発は認めていない。本症例は耐性菌罹患の一般的なリスク因子は認めなかったが, 1カ月前にインフルエンザ, 2週間前に胃腸炎に罹患しており, IgA腎症による腎機能低下も認め, 免疫低下状態であった。さらに幼児との接触も多く, 糞口感染し保菌状態であったESBL産生大腸菌により腎膿瘍が形成されたと推測された。

**バリウムによる大腸穿孔を生じた腎移植患者の1例:** 佐野友康, 柏木佑太, 勝野 暁, 山田 伸(岡崎市民) 52歳, 女性。[主訴] 腹痛。[既往歴] 1985年8月14日血液透析導入。1992年4月8日父をドナーとする生体腎移植施行 CyA 150mg, AZ 25mg, PSL 6mgで免疫抑制。[現病歴] 2013年2月7日検診で上部消化管透視検査を施行。下剤を飲むも茶色の便が数回出たのみで, 2日目に白色便が少量あっただけであった。2月10日19時より腹痛が出現し, 冷汗と共に腹痛の増強が認められたため2月11日1時頃救急要請。CTを含めて精査を行うも原因がわからず, 鎮痛剤で一度帰宅となる。帰宅後腹痛増悪と嘔吐の出現を認め, 我慢できず9時頃救急要請した。反跳痛を認め, 腸管穿孔の診断で緊急手術施行し, S状結腸切除, 人工肛門造設を行った。[考察] バリウムによる検診は一般的だが, バリウムが原因の腸管穿孔の頻度は非常に低く, 大腸憩室など器質的な異常を持つ者が多いとされる。本症例では器質的な異常もなく, また移植患者の報告例は本症例が本邦初である。

**ダウン症候群患者に発生した精巣腫瘍の1例:** 富岡厚志, 大西健太, 雄谷剛士, 丸山良夫(松阪中央総合) 40歳, 男性。生下時よりダウン症候群と診断された。4歳時に両側停留精巣に対して両側精巣固定術を施行している。2013年4月施設に入所中, 左陰嚢内容の無痛性腫大を指摘され紹介受診となる。左陰嚢内には表面平滑, 弾性硬の4cm大の腫瘤を触知, エコーにて嚢胞変性化した実質が蜂巣様に変化しており, AFP 364.1 ng/ml,  $\beta$ HCG 93.8 mIU/ml と上昇, 精巣癌と診断のもと, 左高位精巣摘除術を施行した。病理結果は卵黄嚢腫, 絨毛癌, セミノーマの混合型胚細胞性腫瘍であった。精巣腫瘍 IS 期(T1N0M0S1, good risk 分類)と診断, 術後AFP,  $\beta$ HCGともに正常化した。追加治療は行わず, 術後1年経過したが現在再発は認めていない。文献的考察を加え報告する。

**膀胱異物(TENGA®)の1例:** 甲斐文文, 海野智之(富士宮市立) 70歳, 男性。精神疾患なし。主訴: 排尿痛。受診10日前に, 市販のマスターベーションである TENGA® を裏返し, 串で尿道内に挿入して自慰行為を行っていたところ抜去不能となった。碎石器を用いて経尿道的異物摘出術を施行し, 15.5×3.5×1cm大の膀胱異物を除去した。術後半年が経過し, 同症状での再受診は認めない。

**腎瘻造設後の血尿悪化を契機に発見された腎動脈瘤の1例:** 内藤祐志, 寺島康浩, 石塚紀江, 荒木英盛, 田中篤史, 長井辰哉(豊橋市民) 56歳, 女性。肉眼的血尿にて近医より当科紹介。精査にて左腎盂結石由来の血尿を疑い, 腎瘻トラクト造設後に2期的PNLを予定した。手術までに一度, 膀胱タンポナーデに対し膀胱洗浄を要している。腎瘻造設後7日目から血尿が増悪し, 膀胱タンポナーデを繰り返し, PNLを中止しdynamic CTを撮影した。CTでは, 腎洞内の異常血管および拡張した腎静脈の早期造影を認めた。改めて初診時のCTを再評価したところ, 術前からすでに異常血管が存在していたことが判明した。続いて施行した腎動脈造影では腎下極に集簇した異常血管(nidus)を認め, cirroid typeの腎動脈瘤と考えられた。NBCA-Lipiodolとコイルを用い選択的腎動脈塞栓術を施行, 血尿は消失した。本症例は腎盂結石と腎動脈瘤の合併例であり, 後者が一連の血尿の主要因であったと考えられた。塞栓後半年の経過にてnidusの再形成がないことを確認後, 結石に対しiTULを施行, 合併症なく退院した。

完全重複尿管を有する膀胱尿管逆流症に対し、デフラックス®注入療法を施行した1例：後藤高広，加藤大貴，玉木正義，米田尚生（岐阜市民），加藤卓（岐阜大），竹内敏未（竹内クリニック），近藤啓美（岐阜市民） 79歳，女性。10年以上前に当科にて膀胱尿管逆流症の診断を受けていたが詳細は不明。数カ月前から左背部痛が出現し，前医を受診。超音波検査にて左腎の著明な萎縮を認め，その精査加療目的のため，当科に紹介。VCUGで完全重複尿管とグレード4のVURを認めた。膀胱鏡検査では，右尿管口はスリット状であったが，左尿管口は遠位，近位ともに卵円形であった。治療オプションとして鏡視

下左腎摘除，デフラックス®注入療法など提示したところ，後者を選択された。手術はまず遠位尿管口6時方向にデフラックス®1ml注入し，遠位尿管口はスリット状となった。近位尿管口は開口したままであったために，近位尿管口外側にさらに1ml注入したところ，近位尿管口もスリット状となり，終了した。術後VCUGにてグレード1のVURの残存を認めるものの，左背部痛は改善した。低侵襲な治療でもあり，完全重複尿管を有する膀胱尿管逆流症の治療として選択肢の1つと考えられた。