

## 学会抄録

## 第263回日本泌尿器科学会東海地方会

(2014年3月9日(日), 於 中外東京海上ビルディング)

後腹膜線維症を伴った IgG4 関連疾患の 2 例 : 守屋嘉恵, 上平修, 平林毅樹, 山口朝臣, 平林裕樹, 深津顕俊, 吉川羊子, 松浦治 (小牧市民) 症例 1 : 74 歳, 男性. 2013 年 7 月腰痛精査にて後腹膜腫瘍とそれに伴う左水腎, 縦隔腫瘍を認めた. 10 月後腹膜腫瘍生検および尿管剥離術施行し, IgG4 関連疾患と診断. その後 11 月には後腹膜腫瘍と縦隔腫瘍は自然縮小した. 症例 2 : 41 歳, 男性. 2013 年 7 月左下肢腫脹にて受診, CT にて左骨盤内腫瘍と両腎斑状造影不良域, 縦隔腫瘍を認めた. 精査中 9 月に左水腎出現. 10 月骨盤内腫瘍生検および尿管剥離術施行し, IgG4 関連疾患と診断. 11 月よりステロイド治療施行, 骨盤内腫瘍は縮小し下肢腫脹は改善した.

原発巣が自然消退したと考えられた転移性腎癌の 1 例 : 山内裕士, 石田亮, 錦見俊徳, 山田浩史, 横井圭介, 小林弘明, 都築豊徳 (名古屋第二赤十字) 69 歳, 男性. 2012 年 11 月他院 CT 検査にて左腎腫瘍を指摘され当院へ紹介受診. 画像上左腎および大動脈左側にそれぞれ最大径 27, 28 mm の占拠性病変を認めた. 右腎には病変は認めなかった. 左腎細胞癌のリンパ節転移を疑い, 2013 年 1 月根治的左腎摘出術およびリンパ節郭清術を施行. 病理診断は, 左腎には 29 mm 大の比較的境界明瞭な一部石灰化を伴う癌腫を認めるのみで腫瘍成分は認めず, 郭清されたリンパ節は淡明細胞癌の診断であった. 以上より, 原発巣が自然消退した転移性腎癌と考えられた. 術後 1 年経過現在, 再発転移は認めず経過観察中である.

悪性褐色細胞腫の 1 例 : 小林隆宏, 山田健司, 中根明宏, 秋田英俊, 岡村武彦 (安城更生) 50 歳, 男性. 右背部痛を主訴に当院救急外来受診, 尿管結石発作の診断で泌尿器科受診となった. CT にて右副腎腫大, 傍大動脈・右腎門部リンパ節腫大を認めた. 精査にてノルアドレナリン 2,706 pg/ml と上昇し, MRI では T1 強調 low, T2 強調 high, 不均一に造影される右副腎腫瘍を認めた. 18F-FDG PET/CT では右副腎, 傍大動脈・右腎門部リンパ節に集積を認めた. ドキサゾン 8 mg で血圧コントロール後, 開腹右副腎摘除術・リンパ節廓清術 (手術時間 6 時間 44 分, 出血量 431 ml), 右副腎および傍大動脈・右腎門部リンパ節に毛細血管の豊富な間質を背景に胞巣状に増殖した腫瘍細胞を認めた. 以上より悪性褐色細胞腫と診断した. 本症例では術前の 18F-FDG PET/CT で集積を認めた病変に腫瘍細胞を認めたことより, 術後の経過観察に <sup>18</sup>F-FDG PET/CT が有用であると考えた.

腎癌術後経過観察中に発見された肺結核の 1 例 : 佐野友康, 柏木佑太, 勝野暁, 山田伸 (岡崎市民) 58 歳, 男性. 2012 年 8 月人間ドックで 30 mm 大の腎腫瘍を指摘され, 全身精査を行い cT1aN0M0 と術前診断のもと, 10 月 30 日経腹膜アプローチ腹腔鏡下左腎摘出術施行. 術後病理は淡明細胞癌, pT1aN0M0 であった. 術後は大きな問題なく退院となり, 以後経過観察を行っていたが, 2013 年 10 月のフォロー CT で右下葉に 11 mm 大の境界明瞭な結節性病変が出現し, 画像的に肺転移を疑われた. 腎癌の臨床病期だけで転移と判断するのは信用ができず, 他癌腫やその他抗酸菌症など肺感染症の否定のため, CT ガイド下生検による診断を依頼し 10 月 28 日施行した. 病理結果は乾酪壊死を伴う結核の所見であり, 喀痰からも結核菌が分離され, 結核専門病院へ転院となった.

腎門部腎癌に対して無阻血腹腔鏡下腎部分切除を施行した 1 例 : 鈴木晶貴, 服部良平, 山本茂樹, 鈴木省治, 古橋憲一, 鈴木弘一 (名古屋第一赤十字), 加藤久美子 (同女性泌尿器科) [緒言] 腎部分切除術は根治的腎摘術に比べ, 合併症が多い. 従来の阻血下の腎部分切除は, 短時間での確実な縫合操作が必要とされる. しかし, 腎門部の腫瘍は縫合操作自体困難なことが多い. 今回われわれは, 腎門部腎癌に対してソフト凝固を用いた無阻血腹腔鏡下腎部分切除術を施行したので報告する. [症例] 62 歳, 女性. 腫瘍は左腎中極～上極にかけて存在する最大径 24 mm の埋没型. 手術は経腹的に腹腔鏡下腎部分切除

術を施行. 腎動脈をテーピングした後, ソフト凝固エフェクト 7 を用いて実質を切開していった. 開放された尿路のみ吸引で縫合したが, 実質縫合は行わなかった. 手術時間は 7 時間 8 分. 出血量は 100 g だった. 術後の eGFR は 57.6 (術前 61.9) で腎機能は保たれた.

[考察] ソフト凝固を用いた腹腔鏡下腎部分切除は確実に止血ができ, 阻血時間の短縮が期待されると考えられた. また, 腎機能も低下することなく有用な方法と考えられた.

後腹膜脂肪肉腫の 1 例 : 前川由佳, 南館謙, 柚原一哉 (高山赤十字) 78 歳, 男性. 右背部痛と食思不振を主訴に受診. 血液検査にて血小板, CRP の上昇を認めた. CT にて右腎被膜腹側に 13 cm 大の脂肪成分を含んだ多結節性腫瘍を認めた. 下大静脈, 右尿管は腫瘍により著明な圧排を認めた. MRI では被膜を伴った多結節性腫瘍を認め, dynamic study では壊死を伴う漸増性造影パターンを示した. 右腎被膜より発生した肉腫が疑われ, 経腹膜の後腹膜腫瘍および右腎合併切除術を施行. 肝や下大静脈との癒着は認めなかった. 病理結果は脱分化型脂肪肉腫であった. 外来受診時の血液検査では血小板, CRP の値は正常範囲に改善, 術後 2 カ月後の CT では明らかな再発所見を認めていない. 脂肪肉腫は根治切除後の高い再発率が問題となり, 特に脱分化型脂肪肉腫は予後が悪く, 今後厳重な経過観察が必要である.

左腎盂癌に伴ったトルソー症候群の 1 例 : 村松洋行, 小林郁生, 森永慎吾, 梶川圭史, 西川源也, 吉澤孝彦, 加藤義春, 渡辺将仁, 全並賢二, 金尾健人, 中村小源太, 住友誠 (愛知医大) 54 歳, 女性. 2013 年 5 月に傾眼傾向を主訴に当院救急外来受診. 精査にて脳静脈血栓症と診断され神経内科入院となった. 同日, 精査目的の CT にて, 左腎異常陰影, 多発リンパ節腫大を認め, 当科コンサルテーションとなった. 造影 CT にて, 左腎腫大, 腎盂壁肥厚, 腎実質浸潤また, 左腎門部リンパ節腫大, 傍大動脈リンパ節腫大を認めたため左腎盂癌 cT3N2M0 と診断. MRI 所見と合わせて, 左腎盂癌に伴うトルソー症候群と診断した. 脳静脈血栓に対しヘパリン 10,000 単位持続投与. 神経症状改善認めためワーファリン内服へ切り替えた. 左腎盂癌に対して GC 療法を施行した. しかし, grade3 汎血球減少, 敗血症からの DIC を発症し永眠された.

限局性尿管炎の 1 例 : 伊勢呂哲也, 浜本周造, 小岩哲, 神谷浩之, 橋本良博, 岩瀬豊 (豊田厚生) 65 歳, 男性. 肉眼的血尿を主訴に紹介受診. CT にて左水腎症と尿管結石を認めた. 結石治療目的にて TUL 施行し, 尿管内に濾胞状ポリリーブを認めた. 尿管鏡がポリリーブより上部に進まず尿管ステント留置のみで手術を終えた. 術後レボフロキサシン 500 mg/day × 14 日投与するも改善せず, プレドニゾロン 30 mg/day を内服開始し, 8 週間かけて漸減し尿管ステント抜去した. フォローの CT にて水腎, 結石の再発を認めず経過良好である.

尿管原発小細胞癌の 1 例 : 西野将, 平野真英 (知多市民), 溝口良順 (保衛大坂文種報徳会病理部), 都築豊徳 (名古屋第二赤十字病理診断科) 76 歳, 男性. 右背部痛, 腹痛, 発熱を主訴に近医受診. 急性腹痛を疑われ当院救急外来紹介となった. CT にて右水腎症を指摘され, 当科受診. 造影 CT にて右尿管下端に造影効果のある腫瘍性病変を認めた. 逆行性腎盂尿管造影にて, 尿管下端に不正な欠損像を認め, 尿管洗浄細胞診陽性 (high grade UC) であった. 右尿管癌 (cT2N0M0) の診断にて neoadjuvant GC 1 コースを行い, 右尿管全摘術施行. 病理結果は small cell carcinoma, INf b, pT3, ly 0, v 0, u-rt 0, RM 0 であった. 現在, 術後 3 カ月目で再発を認めていない. 尿管原発小細胞癌は非常に稀であり, 文献上, 本邦 14 例目であった.

直腸から尿道ステント脱出を認めた 1 例 : 飯田啓太郎, 成山泰道, 矢内良昌, 福田勝洋, 窪田裕樹 (海南) 81 歳, 男性. 前立腺肥大症に対して, 7 年前に尿道ステントを留置. 2 年前に尿道ステント直下

の前立腺部尿道に尿道狭窄を認め、尿道ステント抜去困難であったため、膀胱瘻を造設。その2年後、肛門から尿道ステントの一部が脱出したため当科を受診。直腸および尿道から冷水を注入し尿道ステントを抜去した。尿道造影で直腸内への造影剤流出を認め、尿道直腸瘻と診断した。脳梗塞、心筋梗塞、内頸動脈狭窄、閉塞性動脈硬化症、糖尿病、COPDと多数の既往歴を認めたため、膀胱瘻管理を継続。半年経過したが尿道直腸瘻は残存。本症例では、ステント周囲に尿道狭窄を来とし、さらに尿道直腸瘻を形成して直腸側から脱出したと考えた。尿道ステント留置に伴い、尿道狭窄ならびに尿道直腸瘻を来した報告は本邦での報告は初である。

**膀胱壁由来の異所性褐色細胞腫の1例**：田中利幸、和志田重人（中津川市民） 77歳、男性。膀胱腫瘍疑いで紹介受診。膀胱粘膜下腫瘍を認めTUR-Btを施行。安静時血中カテコラミンは正常、尿中VMAは若干高値。病理組織でextraadrenal pheochromocytomaと診断。術後MIBGシンチでは残存を認めず。

**縦隔奇形腫手術36年後に再発を来した胚細胞腫瘍の1例**：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、吉野 能、山本徳則、後藤百万（名古屋大） 61歳、男性。縦隔奇形腫手術2年後に左上腹部に再発を来し摘出術施行。その34年後に咳嗽で近医受診。胸部腫瘍影指摘された。精査の結果、右肺大半を占める性腺外胚細胞腫瘍の再発と診断された。術前化学療法にて腫瘍縮小の上、外科的に完全切除を行った。術後経過は良好である。

**Clear cell papillary renal cell carcinomaの1例**：西川源也、中村小源太、村松洋行、森永慎吾、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、住友 誠（愛知医大）、北村淳子、横井豊治（同病院病理部）、都築豊徳（名古屋第二赤十字病理診断科） 66歳、男性。健診にて右腎腫瘍を指摘され受診。腹部CT検査にて右腎癌cT1aN0M0と診断し、腹腔鏡下右腎部分切除術を施行。病理組織学検査にてclear cell papillary renal cell carcinomaであった。

**嚢胞性副腎リンパ管腫の1例**：本山大輔、永田仁夫、鈴木孝尚、杉山貴之、大塚篤史、石井保夫、古瀬 洋、大園誠一郎（浜松医大） 61歳、女性。CTで偶発的非機能性右副腎嚢胞に対して腹腔鏡下右副腎摘除術を行った。病理組織学的には嚢胞内壁に裏打ちされた単層配列の内皮細胞が免疫染色のD2-40で陽性を示し、副腎リンパ管腫と診断した。術後19カ月が経過したが再発を認めない。副腎リンパ管腫は比較的稀な良性疾患であり、偶発例が多い。詳細のわかる本邦報告6例のうち、D2-40の免疫染色により診断されたものは自験例のみであった。自験例では非機能性の副腎嚢胞が最も疑われたが、径50mmかつ形状不整であったことから悪性の可能性を完全に否定できず摘出した。

**集学的治療により寛解が得られた転移性副腎皮質腫の1例**：金井優博、西井正彦、舛井 寛、矢崎順二、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、村村芳樹（三重大）、浦城淳二、中塚豊真、山門亨一郎（同IVR科） 61歳、男性。突然の腹痛、嘔吐を主訴に近医外科受診。CTで、出血を伴う左副腎腫瘍が疑われた。腹痛が高度で、緊急で腫瘍摘出術が施行され、病理検査で副腎皮質腫と診断されたため当科紹介。CTで再評価したところ、腎門部リンパ節および2カ所の肺転移を認め、cT2N1M1、stage IVと診断。エトポシド、ドキソルビシン、シスプラチンによる3剤併用化学療法(EDP)を3コース行ったが、治療効果はSDであった。腎門部リンパ節転移、肺転移に対し順次、RFA（ラジオ波焼灼術）を施行した。すべての転移巣に対して、単回のRFAで加療が可能であった。治療終了後9カ月経過したが、寛解を維持している。

**f-TUL後に真菌性敗血症を発症した1例**：石田貴史、亀山紘司、堀江憲吾、清家健作、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） 30歳、男性。既往歴、家族歴に特記すべきことなし。2012年9月に右腰背部痛で近医を受診。CTにて右腎結石、左尿管結石嵌頓による左腎萎縮と診断。その後、前医で右腎結石に対しESWL施行。結石破砕片嵌頓による腎後性腎不全、腎盂腎炎を繰り返し、尿管ステントにより尿路管理されていた。2013年7月、右腎結石治療目的で当科紹介受診。術前尿培養にてCandida

species 検出。2013年8月、f-TUL施行。手術時間194分。術後、発熱とshivering出現。細菌性敗血症としてメロベネムの投与を開始した。その後、血液培養よりCandida parapsilosis 検出。フルコナゾールを追加投与した。その後、解熱得られ退院した。f-TUL術前の尿培養にて真菌を認めた場合、細菌と同様、術前の治療を考慮すべきである。

**Hemiscrotumの1例**：西尾英紀、水野健太郎、安藤亮介、岡田淳志、梅本幸裕、安井孝周、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） 4カ月、男児。1カ月健診で左停留精巣を指摘され、精査加療目的で当科紹介。初診時に左精巣を鼠径部に触知し、左陰嚢には皸も色素沈着も認めず、左停留精巣およびhemiscrotumと診断した。サーモグラフィーで陰嚢の温度の左右差（右<左）を認めたため、左精巣固定術だけでなく陰嚢形成術も同時に施行した。術後、陰嚢の外観は改善し、サーモグラフィーで陰嚢の温度の左右差は消失した。本症例では左陰嚢の皸欠損により、陰嚢の温度の左右差を認めたと思われる、皸のある右陰嚢皮膚で左側を被覆することで、左精巣を固定した陰嚢の温度を低下させることができたと考えた。左陰嚢におけるアンドロゲン受容体の発現低下が、メラニン色素の産生低下による色素欠損と、陰嚢皮下に脂肪細胞が存在していたことによる皸欠損の原因と推察される。

**前縦隔原発セミノーマの化学療法後に重粒子線治療が奏功した1例**：糠谷拓尚、深見直彦、城代貴仁、引地 克、竹中政史、早川将平、深谷孝介、石瀬仁司、佐々木ひと美、石川清仁、日下 守、白木良一、星長清隆（保衛大） 47歳、男性。現病歴は、検診で胸部異常陰影を指摘され、内科受診。胸部CTで前縦隔腫瘍を疑われCT下生検施行。セミノーマと診断され、当科に加療目的で紹介。血液所見では、LDHの著明な上昇を認めた。胸部XPで左肺門部に腫瘍を認め、造影CTでは、造影効果の乏しい、内部均一な腫瘍を前縦隔に認めた。免疫染色で、C-KIT、PLAPが陽性となり、縦隔原発セミノーマと診断。ガイドラインに沿って、BEP療法開始。BEP3コース目に有熱性好中球減少を認め、EPに変更し計4コース施行。化学療法後は、CRとなるも再発のリスクがあり手術療法を考えたが、血管に隣接しており手術は困難なため、放射線治療を考慮。周囲臓器への放射線障害を懸念して、重粒子線治療を選択。重粒子線治療を30GyE施行。術後3年経過した現在も再発はなく、LDHも正常範囲内で重粒子線治療に伴う合併症も認めていない。

**表在性膀胱癌術後リンパ節腫脹の精査中に肺血栓塞栓症を併発した1例**：木村祐介、佐々直人、森 文、井上 聡、高井 俊、鶴田勝久、鈴木都史郎、舟橋康人、藤田高史、松川宜久、加藤真史、吉野 能、山本徳則、後藤百万（名古屋大） 71歳、男性。排尿時痛で他院受診し膀胱癌と診断された。TUR-Bt施行し、UC、G3、pTisとの病理結果であった。その後BCG維持療法を1コース施行。以後再発なく1年5カ月推移したが、左下肢の浮腫出現。CT上、左内外腸骨動脈領域のリンパ節腫大と大動脈周囲の軟部組織の増生を認めた。腹腔鏡下での生検を施行。術24時間後、胸痛を訴え、直後に心肺停止となった。即時に心臓マッサージを開始。約10分で心肺蘇生し、自発呼吸認めるも意識回復せずICU入室となった。精査で肺血栓塞栓症と診断。心肺停止後症候群として、脳低温療法を開始した。3日間の治療により術後4日目に意識も回復。術後7日目に後遺症なくICU退室。術後19日目に退院となった。肺血栓塞栓症はヘパリンのみで血栓は消失した。生検病理からはIgG4関連の後腹膜線維症と診断され、ステロイド治療を開始。下腿浮腫は改善、リンパ節および大動脈周囲の軟部組織も縮小。膀胱癌の再発もなく経過している。

**膀胱尿管逆流症術後に膀胱縫合糸結石を認めた1例**：河田 啓、高橋義人、土屋邦洋、石田健一郎、山田 徹、谷口光宏（岐阜総合医療セ） 65歳、女性。1993年、膀胱尿管逆流防止術(Gil-Vernet法)を施行。2013年10月、肉眼的血尿を主訴に当科受診。KUBで骨盤内に石灰化を認め、超音波検査では膀胱内に10mm大のhigh echo領域を認めた。膀胱結石と診断し、12月、腰椎麻酔下に経尿道的膀胱結石破砕術を施行。膀胱内を観察すると、縫合糸結石を認めた。レーザーを用いて結石を破砕後、縫合糸も可及的に除去した。結石成分は尿酸カルシウムであった。術後、尿流測定と残尿測定を施行したが、異常所見は認めなかった。非吸収糸による膀胱結石と診断した。本症例では、術後20年経過して縫合糸結石を認めている。今後同様の症例を診る可能性があるため注意が必要であると考えられた。

装具を用いた割礼により陰莖絞扼をきたした乳児の1例：城代貴仁，日下 守，引地 克，糠谷拓尚，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，白木良一，星長清隆（保衛大），内藤和彦（ないとう腎・泌尿器科クリニック） 生後8カ月，男児。イランで割礼を受けその際包皮にプラスチック製の装具を装着，施行後装具を装着したまますぐに日本に戻った。施行後10日目から装具が包皮に埋没し，包皮の硬化と腫脹も認めるようになり12日目に近医受診。手動的な装具の除去が困難であり当院紹介受診となった。全身麻酔下にて装具を除去，装具は龟头全体を覆う形で存在し陰莖の絞扼もみられた。絞扼部位の粘膜はびらんになっており，一部デブリートメントし包皮形成術を行った。摘除した装具はPlastibellという小児の割礼に用いられる装具と類似しており，一般的には施行後に自然に外れるとされている。

左会陰部異所性精巣の1例：佐野優太，辻 克和，加藤 隆，坂元史稔，石田昇平，小松智徳，木村 亨，絹川常郎（社保中京） 1歳，男児。生下時より左精巣を陰嚢内に触知せず。生後6カ月で他院にて，左精巣を触知しないため当院紹介受診。左精巣は鼠径部～陰嚢内に触知せず。左陰嚢の肛門側外方に可動性の乏しい軟らかい腫瘤を触知。エコー，MRIで左会陰部に11×9×6mmの精巣を確認。左会陰部異所性精巣と診断し，2013年11月，左精巣固定術施行。左鼠径部を切開。鼠径管を開放し，精索を同定。精索は正常より外側へ走行しており，また，精巣導帯は左会陰部に付着していた。精巣に形態異常を認めなかった。腹膜鞘状突起は開存していたため，縫合閉鎖した。術後3カ月現在，左陰嚢内に精巣を確認できている。当院において，1998年から2013年まで289例の停留精巣に対して，会陰部異所性精巣は本例のみであった。