

学会抄録

第271回日本泌尿器科学会東海地方会

(2016年3月19日(土), 於 KDX 桜通ビル 8F ホール)

術前にパゾパニブを使用した進行性腎癌の1例: 山口朝臣, 上平修, 平林毅樹, 平林裕樹, 守屋嘉恵, 深津顕俊, 吉川羊子, 松浦治(小牧市民) 66歳, 男性. 2015年4月右肩痛精査にて左腎癌, 腎浸潤, 肺転移, 頸椎C7転移(cT4N0M1), MSKCC criteria: intermediateの診断. 頸椎病変の治療を優先したため, 腎摘出術前の全身療法が必要と考えて, 腎生検を先行して行い淡明細胞癌の診断を得た. 5月下旬より頸椎病変に対し放射線治療行うも, 6月急性増悪あり準緊急にて前方後方固定術施行. 7月下旬よりパゾパニブ 800mg/day開始し原発巣縮小(縮小率22%:SD), 肺転移はほぼ消失. 術前後1週間パゾパニブ休業し, 11月左腎, 睪尾部, 脾臓摘出術施行. 手術時間295分, 出血量626g, 摘出重量648g. 術後4カ月現在, パゾパニブ継続にて経過観察中である.

Sunitinib, Temezirolimus 投与により間質性肺炎を発症した腎癌の1例: 藤本祥太, 高橋義人, 川瀬紘太, 中井千愛, 石田健一郎, 山田徹, 谷口光宏(岐阜県総合医療セ) 61歳, 男性. 右腎腫瘍, 両側肺腫瘍を指摘され当院紹介受診. 腹腔鏡下右腎摘除術施行, sunitinib開始もCTで両下肺野スリガラス影出現, 間質性肺炎と診断した. 治療後temezirolimus開始したが間質性肺炎の再発を認めた.

放射線性脊髄症を来した腎癌胸椎転移の1例: 野崎哲史, 安藤亮介, 海野 怜, 飯田啓太郎, 濱川 隆, 浜本周造, 岡田淳志, 河合憲康, 戸澤啓一, 安井孝周(名古屋大) 61歳, 女性. 右腎癌に対して, 腹腔鏡下腎摘除術を施行. 術後, 肺転移・骨転移に対して, 分子標的治療・放射線治療を施行した. 放射線治療から約1年10カ月後, 両下肢のしびれと脱力が出現. 神経学的所見, 血液検査, 髄液検査, MRI所見から放射線性脊髄症と診断した. ステロイド治療, 高圧酸素療法, 抗凝固療法を施行したが, 約2カ月で症状は進行し, 両下肢完全麻痺に至った. 現在, 分子標的治療でSDを維持している.

右心房内静脈腫瘍塞栓を伴った進行性腎細胞癌に対する人工心肺手術の1例: 小林大地, 田中勇太郎, 廣瀬泰彦, 小林隆宏, 秋田英俊, 岡村武彦(安城更生) 65歳, 男性. 右下腹部痛にて初診. 右腎癌, 心房内腫瘍塞栓, 肺転移と診断し, 右腎摘除術を施行. 人工心肺下に, 心房内の腫瘍塞栓を除去した. 組織学的所見はclear cell carcinoma, G2>G3, INFa, pT3cであった.

TUR-P後に直腸尿道瘻を発症し, 保存的加療により軽快した1例: 内藤祐志, 河野 悠, 石塚紀江, 小嶋一平, 寺島康浩, 田中篤, 長井辰哉(豊橋市民) 症例は77歳, 男性. もともと前立腺肥大症と排尿障害にてフォローされており, 食思不振を主訴に受診した. 精査にてコントロール不良の糖尿病を背景とした, 前立腺腫瘍, 精囊腫瘍, 精巣上体腫瘍と診断した. 抗生剤加療と陰嚢内のデブリードメントにて炎症は著明に改善し, 再発予防および排尿障害改善目的にTUR-Pを施行した. 術後2日目に水様便が出現したため, 直腸尿道瘻を疑い造影検査を行ったところ, 前立腺背側から直腸への造影剤の漏出を認めた. この時点で術前MRIの再評価を行ったところ, 術前から精囊腫瘍に伴う精囊直腸瘻が存在していたことが判明した. 手術により腫瘍腔と尿道が交通し, 結果的に直腸尿道瘻を形成したものとされた. 絶食・尿道カテーテル留置による保存的加療により, 瘻孔の自然閉鎖を得た. 精路に腫瘍を有する症例にTUR-Pを施行する際は十分な検討が必要と思われた.

当院における性感染症の臨床的検討: 原田雅樹, 丸山哲史(新風会丸山), 渡辺哲也(わたなベクリニック) 性感染症症例の臨床的検討を行った. 対象は2011年より当院を受診した男性361症例. 治療と診断は性感染症 診断治療ガイドライン2011に準じた. 年齢は39歳以下60%で60歳以上は5%. 症状別では尿道炎症状が60%陰茎皮膚症状が20%検査目的が10%その他10%. 外陰部皮膚症状は亀頭部および亀頭冠が60%であるが実際に皮膚症状を伴う症例は半数であった. 尿道

炎は淋菌性が35%, クラミジア性は22%, ガイドラインでの第一選択薬の初期治療無効例はそれぞれ10%であった. 感染原因は特定のパートナー20%, 性風俗店18%, 不明および聴取困難(56%). 年代別の再診率は29歳以下76%, 30-39歳70%, 40-49歳96%, 50-59歳89%, 60歳以上100%. 問題点として問診での聴取が不十分な症例が多いことであり, 性交渉の多様化を考慮すると適切な検査や治療が行われていない可能性がある. 受診しやすい環境や答えやすい問診の手段を確立することが今後の検討課題である.

保存的に治療した気腫性腎盂腎炎の1例: 海野奈央子, 山田健司, 神谷浩行, 橋本良博, 岩瀬 豊(豊田厚生) 74歳, 女性. 併存症に糖尿病あり. ふらつきを主訴に近医受診. CTにて左腎実質に気腫像を認め紹介. 気腫性腎盂腎炎の診断にて保存的に治療開始. 集学的治療の末左腎は温存しえたが, 腎機能はほぼ廃絶した.

前立腺腫瘍直腸穿孔の1例: 田村正隆, 古川 亨, 浅井健太郎, 田中順子(半田市立半田) [症例]62歳, 男性. 1カ月前より近医で前立腺炎の診断で抗生物質による治療を施行したが, 3回目の再燃があり当科紹介受診した. 併存疾患としてコントロール不良な糖尿病があった. 当初初診時には前立腺部の疼痛および炎症反応も改善傾向であったが, 骨盤部MRIで前立腺腫瘍および膿瘍が直腸に連続した所見があり, 肛門鏡で直腸穿孔を確認した. 直腸の減圧目的で人工肛門造設術を施行したところ, 3カ月後の画像検査では膿瘍は消失していた. 大腸内視鏡で穿孔部の閉鎖を確認した後, 人工肛門閉鎖術を施行した. 6カ月後の画像検査では異常はなく, PSAも正常値であった. [考察]本症例では糖尿病により難治性となった前立腺炎により前立腺腫瘍を来とし, 直腸内に穿孔することで, 膿瘍がドレナージされたと考えられた. 糖尿病を合併した前立腺炎症例では, 膿瘍の合併を考慮して, 膿瘍形成例には早期のドレナージ治療が必要である.

腎門部腎がんに対する腹腔鏡下腎部分切除術: 松井宏考, 服部良平, 永山 洵, 佐野友康, 鈴木省治, 山本茂樹, 加藤久美子, 鈴木弘一(名古屋第一赤十字) 症例は66歳, 男性. 腎門部にある長径4.2cmの腎がんに対し腹腔鏡下腎部分切除術を施行. 腫瘍は腎動脈と接していたが, 血流遮断前に腎動脈に沿って腎実質を切開し腎動脈からの分岐を切断する事で阻血時間を短縮した.

尿管遺残に対する腹腔鏡下尿管摘出術の1例: 大橋朋悦, 錦見俊徳, 服部恭介, 石田 亮, 山田浩史, 横井圭介, 小林弘明, 都築豊徳(名古屋第二赤十字), 吉野 能(名古屋大) 症例は36歳, 女性. 膣炎のため近医にて抗生剤の投与を受けていたが, 腹部CTにて尿管遺残腫瘍が疑われ根治術目的にて当院へ紹介された. 既往歴は慢性甲状腺炎以外に特記事項なし. 身体所見では37°C台の微熱と膣部からの排膿を認めた以外に異常を認めなかった. 血液検査や尿検査に異常を認めなかった. CTでは膣や下方の腹壁直下に12mm大の結節病変を認め, またMRIにて膀胱頂部近傍にも病変を疑う所見を認めた. 発症から40日目に腹腔鏡下尿管摘出術ならびに膀胱部分切除術を施行した. 手術時間は202分, 気腹時間は131分, 出血量は少量. 合併症なく術後8日目で退院した. 腹腔鏡下尿管摘出術は2014年4月より保険適用となり, 本邦でも100例以上の報告例があるが術式はまだ十分に確立していないと思われる. 本例での術式や報告例の術式について考察する.

完全鏡視下に尿管全摘後, 経腔的に標本摘出を施行した1例: 永山 洵, 服部良平, 松井宏考, 佐野友康, 鈴木省治, 山本茂樹, 鈴木弘一, 加藤久美子(名古屋第一赤十字) 術前診断は右腎盂癌, cT2N0M0. 経腔的アプローチ, 左側臥位で腎遊離後, 尿管下端まで処理. 膀胱を開放しカフ切除を施行した. 体位を碎石位として, 経腔的に腹腔内にアプローチ. 標本を膣へ誘導し体外に摘出した.

膀胱パラガングリオーマに対し腹腔鏡下膀胱部分切除術を施行した1例：山内裕士，舟橋康人，森 文，山本晃之，坂元史稔，松尾かずな，馬嶋 剛，石田昇平，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） 症例は78歳，女性。2012年7月に排尿時痛にて他院泌尿器科受診し，膀胱後壁右側に膀胱腫瘍を認め TURBT を施行した。膀胱パラガングリオーマの病理診断であり，追加治療目的のため2013年5月に当院紹介受診となった。当院の膀胱鏡では前回手術部位に約4cmの非乳頭状腫瘍を認め，画像検査にてMIBGシンチグラフィでは膀胱への集積が確認された。CT検査では副腎腫瘍性や転移所見を認めなかった。術前診断膀胱パラガングリオーマに対し，同年6月腹腔鏡下膀胱部分切除術を施行した。手術時間199分・出血少量であった。尿道カテーテル留置にて収縮期血圧180台となるほど術中血圧管理に注意を要した。病理結果は膀胱パラガングリオーマであり浸潤傾向は認めず悪性を示唆する所見は認めず，切断断端には病巣を認めなかった。術前高値であった血中カテコラミン濃度は術後正常化し，病変の再発を認めていない。

完全直腸脱を合併した骨盤臓器脱に対してLSCと腹腔鏡下直腸前方固定術を同時施行した4症例：成島雅博，寺本咲子，荒木英盛，高木康治，下地敏雄（名鉄） 直腸脱を合併した骨盤臓器脱に対して，LSC（腹腔鏡下仙骨陰固定術）と腹腔鏡下直腸前方固定術を同時施行して一期的に治療し完治した4症例を経験した。1例目：76歳，2007～2012年に7回の経肛門的直腸脱手術を受けるも再発。2011年子宮脱出現，完全子宮脱となり当院紹介。2013年5月手術施行し，術後2年8カ月で再発なし。2例目：83歳，2014，2015年に2回のGant-三輪-Thiershを受けるも再発のため当科紹介。POP-Q stage 2膀胱癌合併あり。2015年3月手術施行し，術後1年で再発なし。3例目：82歳，2014年～POP-Q stage 3子宮脱でベッサリー管理。2015年2月直腸脱発症のため当科紹介。4月手術施行し，術後6カ月で再発なし。4例目：78歳，2010年から子宮脱と直腸脱あり。2015年2月Gant-三輪手術も再発のため当科紹介。POP-Q stage 3子宮脱合併あり。4月手術施行し，術後6カ月で再発なし。

成人に発生した後腹膜成熟奇形腫の1例：河田 啓，永井真吾，久保田恵章（トヨタ記念） 40歳，男性。健康診断のCTで左上腹部に16cmの腫瘍を指摘され当科紹介受診となった。腹部単純CTで左腎頭側に16×11×10cmの境界明瞭な腫瘍を認めた。腫瘍には脂肪濃度を含む領域や石灰化結節，嚢胞成分などが混在していた。造影CTでは腫瘍に明らかな造影効果を認めなかった。腫瘍は左副腎と連続しているように見え，左副腎由来の腫瘍が疑われた。血液内分泌検査において明らかな異常は認めなかった。左副腎骨髄脂肪腫を疑い，開腹による腫瘍切除術を行った。腫瘍と周囲の剥離は容易で，術中に確認した左副腎は正常であった。摘出標本は1,066g。内部には脂肪様組織や，毛髪，歯牙などが含まれていた。病理標本には皮膚組織や脂肪組織，軟骨，上皮，造血細胞を伴う骨髄，皮膚付属器，神経組織など様々な成分が混在しており後腹膜成熟奇形腫との診断であった。

自然消退した膀胱浸潤性骨盤内腫瘍の1例：景山拓海，曾我倫久人，小倉友二（愛知県がんセンター），近藤紳司（同婦人科） 48歳，女性。膀胱炎症状を機に，膀胱内への浸潤所見を有した骨盤内腫瘍を指摘された。膀胱内に広基性非乳頭型腫瘍を認め，経尿道的切除術で採取した組織から膀胱癌が疑われ，当科紹介となった。膀胱鏡では壁外から膀胱を圧迫する腫瘍を確認した。組織標本を再評価したところ，強い炎症性変化のみで悪性所見を確定できなかった。経皮的腫瘍生検を追加したが，同様に腫瘍性変化は認めなかった。その後経過観察中に腫瘍は自然消退した。以後9カ月間経過観察中であるが，再発を認めていない。本症例は，末梢血管拡張後に破綻し，出血が種々の臓器に出現する Osler 病を併発していた。Osler 病に伴い膀胱筋層内で出血が発現し，骨盤内腫瘍を呈し自然消退したと考えられた。Osler 病に伴う自然消退性骨盤内腫瘍の報告は稀であり，文献的考察を加えて報告する。

尿管を原発とする尿路上皮癌の1例：渡邊弘充，安藤 慎，倉橋俊史（聖隷三方原） 症例は70歳，男性。無症候性血尿を主訴に前医を受診，CTにて尿管腫瘍が疑われ，当科紹介受診となった。膀胱内視鏡では，頂部に長径約3cmの粘膜不整を伴う非乳頭型腫瘍を認め，肉眼的には通常の尿路上皮癌ではない印象であった。鑑別診断と

して膀胱癌，尿管癌および膀胱悪性リンパ腫が考えられた。病理診断目的に経尿道的膀胱腫瘍切除術（TUR-BT）を施行し，病理結果は低分化型尿管癌であった。各種画像上明らかな転移所見はなく，尿管癌cT2と診断し，尿管膀胱部分切除術および骨盤リンパ節廓清術を施行した。病理結果は urachal carcinoma, high grade urothelial carcinoma with focal glandular differentiation, pT3N0であった。術後補助化学療法（gemcitabine + CBDCA）3コース施行，その後1年間再発なく経過している。

BCG膀胱内注入療法中に急性腎不全を発生した1例：白谷裕巳，遠藤純史，伊藤尊一郎（豊川市民） 76歳，女性。[主訴] 頻尿，残尿感 [現病歴] 2015年4月，頻尿，残尿感のため近医を受診し，膀胱腫瘍疑いにて当院当科へ紹介受診。[初診時膀胱鏡所見] 後壁に母子頭大，乳頭型腫瘍を認めた。[経過] 6月にTUR-Btを施行し，乳頭型尿路上皮癌，high grade, pT1を認め，7月にsecond TUR-Btを施行し，CISを認めた。CIS加療のため8月よりBCG膀胱内注入療法を施行。週1回でイムノブラダー® 40mgを使用した。4回目の注入後に38°C台の発熱が続いたため，急性腎盂腎炎の診断にて入院となった。CRP：11.89 mg/dl，血中クレアチニン：2.11 mg/dlであった。血液・尿・尿抗酸菌培養検査は陰性だった。輸液，抗菌薬にて加療し，11病日にはクレアチニン・CRPは改善し，点滴終了した。12病日に38.7°Cに上昇したため，抗菌薬加療を再開も，16病日にはクレアチニンが6.44 mg/dlに上昇のため，血液透析を3回施行した。その後は徐々に改善し，26病日に点滴終了，34病日に退院した。

直腸癌前立腺浸潤の術前診断にて直腸前立腺全摘を施行した1例：日紫喜公輔，高田秀明，仲島義治，公平直樹，西尾恭規，吉村耕治（静岡県立総合），大端 考（同外科），室 博之（同病理） [症例] 71歳，男性。便秘を主訴に近医受診し，2013年に下部消化管内視鏡施行。下部直腸は全周性に狭窄し，生検にて直腸癌（低分化腺癌，EGFR+）と診断。CT/MRIにて，直腸癌前立腺・精囊浸潤・腸管周囲リンパ節腫脹（cT4N3M0, stage 4）と診断。2014年1月からXELOX療法に続いて，化学放射線治療施行。腫瘍は著明に縮小した。根治目的にて外科から手術援助依頼を受け Miles 術+前立腺全摘術施行。術直前のPSAは28.5 ng/mlであった。術後，腸閉塞および尿道縫合不全を認めたが保存的に改善。病理結果は，前立腺癌の直腸浸潤であった（pT4N1M0, GS=5+5, RM1）。現在，ホルモン除去療法施行中。[考察] 直腸癌と診断され化学放射線療法が著効した後，手術を行った前立腺癌直腸浸潤の症例を経験した。直腸狭窄を来し臨床的に直腸癌に酷似する前立腺癌が存在することに留意すべきである。

右交叉性精巣転位の1例：永井 隆，水野健太郎，加藤大貴，西尾英紀，内木 拓，窪田泰江，梅本幸裕，佐々木昌一，林 祐太郎，安井孝周（名古屋大） 患者は1歳6カ月，男児。主訴は右陰囊内容の欠如。既往歴や家族歴に特記事項なし。現病歴は，検診で右陰囊内容の欠如を指摘。近医泌尿器科で右交叉性精巣転位が疑われ，当科紹介受診。右陰囊に精巣を触知せず，左陰囊，左鼠径部に精巣を触知。血液検査に異常値なし。理学所見，MRIより右交叉性精巣転位と診断。腹腔鏡視では右精巣は左内鼠径輪付近に認め，右精巣血管は膀胱頭側を右から左へ横切っていた。ミューラー管遺残組織は認めず。膀胱頭側に膜状組織があり，背側に癒着した両側精管が走行していた。両側精管は剥離せず，右精巣は経陰囊的に陰囊中隔を通し，右陰囊内に固定。術中所見から両側精管の癒着，精巣導帯の萎縮が発症に関与していると考えられた。精巣生検では，両側ともc-kit陽性PLAP陰性で，精細管内悪性胚細胞の診断に至らず。UTF1陽性細胞を両側に認め，精巣腫瘍発生の可能性を念頭に置いた経過観察が必要と考えられた。

精巣梗塞の1例：伊藤照久，豊田将平，亀井信吾，石原 哲（木沢記念），出口 隆（岐阜大） 52歳，男性。2015年5月，突然の右陰囊部痛が出現し近医受診。右精巣上体炎の診断で抗菌治療を受けるも症状の改善なく発症から2日後当科初診。急性陰囊炎の診断で精査加療となった。陰囊超音波検査において右精巣内に13mm大の不均一部分を認め，ドップラーエコーでは同部位の血流低下および周囲の相対的血流上昇を認めた。造影MRIT1強調画像において右精巣中央部にリング状の造影効果を認めた。右精巣区域梗塞と診断し精巣を温存する方針とした。症状は保存加療で軽減し，発症半年後の超音波検査

において梗塞線の縮小と同部位の血流改善を認めた。自験例を含め精巣区域梗塞の報告は本邦で17例と少なく、15例が外科的治療を施行している。造影 MRIT1 強調画像におけるリング状の造影効果は区域梗塞に特徴的であり、診断に有用と考える。

外科的切除を施行した陰嚢動脈奇形の1例：渡邊将人，金尾健人，森永慎吾，村松洋行，梶川圭史<sup>1</sup>，小林郁生，西川源也，吉澤孝彦，加藤義晴，中村小源太，住友 誠（愛知医大），横尾和久（同形成外科），石口恒男（同放射線科） 症例は31歳，男性，主訴は陰嚢の腫大・痒痒感であった。20年前より陰嚢の腫大を自覚していたが放置していた。痒痒感を伴うようになり前医を受診。CT上，陰嚢皮下に脈管構造を認め，血管奇形を疑い当院へ紹介受診となった。外陰部は陰嚢左側を主体とした発赤を伴う腫脹を認め，拍動性の瘤を複数触知した。左精巣は触知しなかった。陰嚢部の超音波検査，CT angiography, MRIを用い，陰嚢動脈奇形（type IIIb）と診断し，選択的動脈塞栓術および，陰嚢動脈奇形切除術を一期的に施行した。術後，陰嚢の腫大は改善し，再発を認めていない。陰嚢動脈瘤は動脈と静脈が正常の毛細血管床を介さずに異常な交通を生じる動脈奇形が陰嚢に生じたもので，きわめて稀であり，原因としては胎生期における脈管形成の異常のほか，外傷との関連も示唆されている。

卵巣癌術後の両側尿管狭窄に対し回腸代用尿管造設および膀胱尿管新吻合にて尿路再建を行った1例：坂元史稔，後藤百万，森 文，山内裕士，山本晃之，松尾かずな，石田昇平，馬嶋 剛，舟橋康人，佐々直人，藤田高史，松川宜久，加藤真史，吉野 能，山本徳則（名古屋大） 59歳，女性。卵巣癌にて子宮/両側付属器切除術施行後，両側尿管に強度狭窄出現。尿管ステント留置となったが管理に難渋していた。開腹下には左は回腸代用尿管造設，右は膀胱尿管吻合を行い，尿路再建を行った。

自然破裂にて発症した停留精巣に合併した精巣腫瘍の1例：竹中政史，深谷孝介，河合昭浩，伊藤正浩，引地 克，彦坂和信，鉛本剛之介，深見直彦，佐々木ひと美，日下 守，石川清仁，白木良一（藤田保衛大） 症例は20歳，男性。突然の左鼠径部痛にて発症し，左停留精巣に合併した seminoma の破裂（TXN2M0S0, stage 2B）と診断され紹介。BEP療法3コース施行し，腫瘍摘出術施行。

脱分化型後腹膜脂肪肉腫の縦隔再発に対し，左肺全摘除術および下行大動脈置換術，食道切除術を施行した1例：東 真一郎，西川晃平，梶原進也，加藤桃子，加藤 学，矢崎順二，長谷川嘉弘，吉尾裕子，金井優博，神田英輝，有馬公伸，小林 晶，島本 亮，高尾仁二，杉村芳樹（三重大） 48歳，男性。腹部膨満感を主訴に受診し，CTにて後腹膜腫瘍を指摘。後腹膜腫瘍切除術，左腎，下行結腸，脾尾部，脾臓合併切除術を施行し，病理組織診断は脱分化型後腹膜脂肪肉腫であった。4年後，CTで縦隔に腫瘍を認めたため，PET-CTを施行したところ同部位に集積あり，また，食道からの穿刺吸引細胞診では脱分化型脂肪肉腫に類似する細胞を認め，縦隔再発の可能性が高いと判断。脱分化型脂肪肉腫の縦隔再発に対し，縦隔腫瘍摘除術，左肺全摘除術，下行大動脈置換術，食道切除再建術（胸骨前経路）を施行した。術後7カ月経過時点で明らかな再発を認めていない。後腹膜脂肪肉腫は局所再発が多いとされるが，脱分化型脂肪肉腫や合併臓器切除を行った症例では遠隔転移が多いとされる。化学療法や放射線療法の有効性は確立されておらず，可能な限り外科的切除を行うことが望ましいと考えられる。

3回の手術により長期寛解が得られている後腹膜肉腫の1例：松下雄登，大塚篤史，谷島崇史，細川真吾，鈴木孝尚，本山大輔，松本力哉，杉山貴之，古瀬 洋，三宅秀明，大園誠一郎（浜松医大） 71歳，男性。左鼠径部違和感を契機に径13cmの後腹膜腫瘍と診断された。腫瘍摘除術を施行し，腫瘍と癒着した左大腰筋の一部を合併切除した。病理診断にて粘液線維肉腫 pT4N1M0，切除断端陽性であった。無治療経過観察中に術後1年10カ月で局所再発し，2回目の腫瘍摘除術を施行したが，断端陽性であった。術後8カ月で下行結腸背側と腸腰筋内部に再発したため，腫瘍を完全切除するべく腫瘍摘除術，左半結腸切除術，大腰筋全摘術を施行した。3回目の手術後4年11カ月で再発なく，無治療経過観察中。病理学的に再検討すると，腫瘍は脱分化型脂肪肉腫であった。脱分化型脂肪肉腫は再発を繰り返す予後不良の疾患であるが，完全切除によって長期寛解を得られる可能性

がある。

下大静脈浸潤，腫瘍栓を伴った精巣腫瘍の1例：水谷晃輔，仲野正博，秋田和利，高井 学，堀江憲吾，清家健作，土屋朋大，安田満，横井繁明，出口 隆（岐阜大） 37歳，男性。腰痛を主訴に近医整形外科受診。坐骨神経症と診断，加療されるも改善せず造影CT施行。左腸骨前面に内部出血を伴う腫瘍，大動脈周囲リンパ節腫脹，左性腺静脈から左腎静脈を介した下大静脈の腫瘍栓を指摘され当院搬送。各種画像検査，精巣腫瘍マーカー高値より下大静脈浸潤，腫瘍栓，脊椎転移を伴った左精巣腫瘍と診断し左高位精巣摘除術施行。病理結果は embryonal carcinoma。左精巣腫瘍 pT2N3M1bS3, IGCCC は poor prognosis と診断し BEP 療法3コース，肺拡散能低下より EP 療法3コース追加施行。一旦は正常化した hCG-β が微増したため TIN 療法を2コース追加。腫瘍マーカーと PET-CT での陰性化を確認後に後腹膜リンパ節郭清術施行。病理結果は no evidence of malignancy。骨転移は経過観察とし治療後2年再発を認めず。

遅発性再発を来した精巣胚細胞性腫瘍に対し集学的治療を行った1例：彦坂和信，深見直彦，河合昭浩，伊藤正浩，竹中政史，引地克，深谷孝介，鉛本剛之介，佐々木ひと美，日下 守，石川清仁，白木良一（藤田保衛大） 症例：44歳。2011年，左高位精巣摘除術を施行。病理結果は seminoma stage 1。外来で経過観察。通院困難で近医へ紹介。2015年，腰痛を主訴に近医を受診。CTで後腹膜に最大径10cmの巨大腫瘍を認め，AFP高値と生検結果で精巣腫瘍の後腹膜リンパ節転移と診断され，精査・加療目的で当科を受診。BEP療法3コース，TIP療法3コースを施行。全身状態悪化，予定通りに化学療法の施行が困難なため，AFP正常化する前に RPLND を施行。病理結果で viable cell を極少量認めた。術後3カ月経過。再発は認めない。若干の文献的考察を含め報告した。

肺塞栓にて発症した抗 TIF1γ 抗体陽性皮膚筋炎関連性腺外胚細胞腫瘍に対し 1st line BEP 療法が奏功した1例：副田雄也，村松知昭，水野秀紀，岡本典子，木村恭祐，青田泰博（名古屋医大），岡村菊夫（東名古屋） 症例は22歳，男性。受診半年前に皮膚筋炎と診断され，内服加療となった。経過中抗 TIF1γ 抗体陽性例と発覚し，上下部内視鏡，胸部CT検査施行されるも異常は指摘されなかった。検査1カ月後背部痛，腹痛を主訴に外来受診。CT画像にて多発肺結節，後腹膜腫瘍を指摘され当科紹介となった。採血上 AFP, HCG, LDH の上昇，画像上後腹膜腫瘍，多発肺結節，両側肺塞栓症，左腎静脈塞栓症，左総腸骨静脈塞栓症を認めた。精巣は触診，画像上異常なく臨床的に性腺外胚細胞腫瘍と診断。BEP療法4コース終了後腫瘍マーカーの陰性化を認め，後腹膜リンパ節郭清を施行。残存腫瘍なく根治となった。その後再発なく経過。今回の症例では，臨床診断，治療介入を早急に行ったことで 1st line での根治を達成できたと考えられた。また若年の TIF1γ 抗体陽性皮膚筋炎に悪性腫瘍が発症することは稀であるが，症状出現時には厳格な精査が必要と思われる。

4次救済化学療法として Gemcitabine + Oxaliplatin が奏効した難治性精巣腫瘍の1例：飯田啓太郎，内木 拓，水野健太郎，岡田淳志，河合憲康，戸澤啓一，林 祐太郎，安井孝周（名古屋大） 42歳，男性。左精巣原発の胎児性癌・卵黄嚢腫瘍 pT1N2M1a に対して，導入化学療法・後腹膜リンパ節廓清術を施行し CR を得た。その4年7カ月後肺・リンパ節転移を認め，TIP療法，irinotecan + nedaplatin 療法，VeIP療法を施行したがいずれも早期に PD となった。4次救済化学療法として gemcitabine + oxaliplatin を導入し1年4カ月経過したが SD を維持している。Oxaliplatin は，cisplatin や carboplatin と異なり 1, 2シクロヘキサジアン基を有する。このため，oxaliplatin は cisplatin と交叉耐性を認めにくく，gemcitabine + oxaliplatin が奏効していると考えられた。

TIP 療法を施行した精巣腫瘍，肺，リンパ節，脳転移の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，渡邊将人，加藤義晴，金尾健人，住友 誠（愛知医大） 25歳，男性。嘔吐，腹部膨満感を主訴に当院紹介。血液検査にて AFP 1, 281.6 ng/ml, HCG-β 1,800 ng/ml, CT 検査にて右精巣腫瘍，肺，リンパ節転移を認め，右高位精巣摘除術を施行した。病理組織学検査にて，mixed germ cell tumor (embryonal carcinoma/seminoma/yolk sac tumor/teratoma), pT2, v (+) を認め，右精巣癌，pT2N3M1aS2,

International Germ Cell Consensus Classification : intermediate prognosis と診断した。術後 BEP 療法を4コース施行し、腫瘍マーカー低下、転移巣の縮小を認めたが、1カ月後に腫瘍マーカーが再上昇し、またCT検査にて新たに脳転移が出現したため、全脳照射と同時に TIP 療法を開始した。4コース施行後、腫瘍マーカー低下、脳転移の縮小を認めた。

集学的治療後に治療関連骨髄異形成症候群を発症した精巣腫瘍の1例：長谷川嘉弘，梶原進也，加藤桃子，東進一郎，加藤 学，西川晃平，矢崎順二，吉尾裕子，神田英輝，金井優博，有馬公伸，杉村芳樹（三重大），藤枝敦史，片山直之（同血液内科） 症例は29歳，男性。腰背部痛を契機に後腹膜リンパ節腫脹と右陰嚢の腫脹を指摘され当科紹介受診。右精巣腫瘍の診断で右高位精巣摘除術を施行。Pure seminoma, with STGCs, pT2, N2M0。術後より BEP 3コース，EP 1コース施行しマーカーは陰性化した。その後，総 hCG の再上昇と，PETCT でリンパ節への集積を認め，VIP 療法を2コース施行後に RPLND を行った。経過観察中に肝転移，リンパ節転移が出現し，TIP 療法4コースと傍大動脈への放射線照射を行った。加療後2年で治療関連骨髄異形成症候群を発症。幹細胞骨髄移植を行い，寛解を得た。治療関連骨髄悪性腫瘍の発症原因として，使用薬剤の種類と使用積算量が問題になるとの報告が多い。特に VP-16 の積算使用量が  $2,000 \text{ mg/m}^2$  を超えると発症リスクは約5倍になるといわれている。難治性精巣腫瘍においては VP-16 を含むレジメンを複数回使用することから，治療後の骨髄悪性腫瘍発症に関して注意が必要であると思われた。

左精巣腫瘍，非セミノーマ，左副腎転移に対し化学療法後に RPLND を施行した1例：山本晃之，森 文，山内裕士，坂元史稔，松尾かずな，石田昇平，馬嶋 剛，舟橋康人，佐々直人，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） 症例は33歳，男性。特記すべき既往なし。上腹部痛を主訴に近医を受診，CTにて左後腹膜腫瘍を指摘され副腎癌疑いにて当院外科受診。経皮的針生検にて embryonal carcinoma と診断され当科紹介となる。左精巣腫瘍（burn out tumor 疑い），左副腎転移（最大径 13.1 cm），多発 LN 転移（傍大動脈，両側総腸骨，左鎖骨上，左副神経領域）を認めた。腫瘍マーカーは intact HCG : 1,290 mIU/ml,  $\beta$ HCG 1,353 ng/ml, AFP : 126 ng/ml, LDH 1, 700 U/l. TNM 分類で TxN3M1bS2, 3C 期, IGCCC 分類で poor prognosis. BEP 療法3コース，EP 療法1コースを施行し腫瘍マーカーは陰性化した。画像上，副腎転移，傍大動脈 LN の残存を認めたため RPLND（両側テンプレート），左副腎転移巣切除術を施行。病理結果は viable cell なし。術後3カ月の時点で明らかな再発を認めていない。

治療経過中に悪性転化が疑われた進行性精巣腫瘍の1例：杉山貴之，本山大輔，鈴木孝尚，大塚篤史，古瀬 洋，三宅秀明，大園誠一郎（浜松医大） 2006年11月右高位精巣摘除術施行。混合性胚細胞腫瘍 pT1N2M1。化学療法後 CT 上後腹膜腫瘍は縮小傾向だが残存。3年後，後腹膜リンパ節腫大にて生検で紡錘細胞肉腫疑い。化学療法施行後約3年で癌死。