

学会抄録

第277回日本泌尿器科学会東海地方会

(2018年3月11日(日), 於 KDX 桜通ビル)

紡錘細胞型腎癌の1例: 早川将平, 柳岡正範(静岡赤十字) 69歳, 男性. 発熱, 左側腹部痛, 肉眼的血尿にて受診. CTで左水腎症と腎実質の菲薄化, 左尿管に閉塞性病変を認めた. RPでは左尿管に5cmの閉塞性病変を認めガイドワイヤの挿入は困難であった. 診断およびドレナージを優先し左腎瘻造設術を施行. 腎盂尿管腫瘍は陽性. 以上から左尿管腫瘍による膿腎症および腎門部リンパ節転移を疑い左尿管全摘+膀胱部分切除術を施行. 病理診断は紡錘細胞型腎癌(pT4N1M0)で尿管腫瘍は紡錘細胞型腎癌の移植性転移であった. 術後, リンパ節転移に対しスニチニブを開始. 転移巣は消失し, 術後11カ月経過し明らかな再発転移は認めていない. 紡錘細胞型腎癌は進行例で発見されることが多く予後はきわめて不良である. 本症例では術後, 転移巣に対しスニチニブが有効であったが, 無効となった場合には急速に進行する可能性もあり引き続き厳重な経過観察が必要である.

下行結腸に浸潤穿破した左腎癌の1例: 田村正隆, 古川 亨, 浅井健太郎, 田中順子(半田市立半田) 42歳, 男性. 左側腹部痛を自覚して近医を受診. 超音波, CT検査で左腎臓に10×10×25cmの充実性腫瘍を指摘されて当院に紹介. 5年間で体重は20kg減少していた. 左腎下極の腫瘍は下行結腸内腔を占拠し口側は多量の便塊を認め, 通過障害を来していた. 下部消化管内視鏡検査では下行結腸の狭窄と内腔に隆起する腫瘍性病変を確認. 生検で腎細胞癌と診断された. 左腎癌下行結腸浸潤, および穿破と診断. 臨床病期分類はT4N0M0, 左腎摘除術および下行結腸部分切除術を施行. 左腎臓下極に被膜を伴わない膨脹性の腫瘍を認め病理学的に淡明細胞型腎癌Fuhrmanグレード3であった. 断端は陰性であり, 根治とし補助療法なく術後3カ月再発を来していない. 文献では腎癌の直接結腸浸潤は5例あり, 組織型は4例が淡明細胞癌と紡錘細胞癌の混在であり, 1例は紡錘細胞癌であった. 腸閉塞を来した報告は1例あった. いずれも下部消化管内視鏡検査を施行後, 手術となっている.

肝硬変に合併した腎細胞癌に対し部分的脾動脈塞栓術を施行し安全に腎摘除術を施行できた1例: 渡邊俊輔, 松本力哉, 古瀬 洋(中東遠総合医療セ) 67歳, 男性. 既往にB型肝炎による肝硬変, 脊柱管狭窄症あり. 腰痛の際に撮影したCT, MRIにて10cm大の左腎癌を指摘された. 肝硬変による門脈圧亢進のため血小板 $7.6 \times 10^3/\mu\text{l}$ と低値, 側副血行路, 脾腎シャント発達していた. 手術には出血のリスクが高いと考えられたが, 部分的脾動脈塞栓術(PSE)により血小板は $23.6 \times 10^4/\mu\text{l}$ まで上昇, 側副血行路減少し安全に左腎摘除術施行できた. PSEは脾機能を温存しつつ脾機能亢進症状を改善し門脈圧を減少させる理想的な方法として注目されている. PSEは脾摘に比べ効果は遜色なく, 侵襲や副作用は少ない. 本症例は肝硬変に合併した腎細胞癌に対しPSEを施行後腎摘除術施行した本邦2例目の報告と考えられた.

Nivolumabの肝機能障害に対して早期ステロイドパルス療法が奏効した1例: 光成有加, 鈴木知秀, 副田雄也, 鈴木晶貴, 岡本典子, 木村恭祐, 白石和寛, 能澤一樹, 杉山圭司(名古屋医療セ), 岡村菊夫, 青田泰博(東名古屋) 75歳, 女性. 腎癌に対しnivolumab 2コース投与後, grade 2の肝機能障害が出現. 休薬し, 直ちにステロイドパルス療法を施行. 反応良好で漸減中である. 早期の治療介入により重篤化を回避できたと考えるため報告する.

突然の左側腹部痛で受診した左腎癌の1例: 友澤周平, 田中利幸(総合病院中津川市民), 日下 守(藤田保衛大) 66歳, 女性. 突然の左側腹部痛と発熱を主訴に来院. 左腎腫瘍が疑われたが, 精査により内部に出血を伴う左腎腫瘍と診断し, 根治的左腎摘除術を施行. 病理組織診断は乳頭状腎細胞癌であった.

開放腎部分切除術中にたこつぼ型心筋症を発症した1例: 伊藤康雄, 湯口友梨, 石川智啓, 加藤 隆, 佐野優太, 鶴田勝久, 小松智徳, 木村 亨, 辻 克和, 網川常郎(JCHO中京), 岡田卓也(同循環器内科) 症例は未治療の高血圧の既往歴がある40歳代, 男性. 健診にて左腎腫瘍を指摘され紹介受診. 腹部造影にて左腎癌cT1bN0M0の診断となる. 予定術式は開放腎部分切除術, 術前検査では異常なし. 全身麻酔下, 右側臥位で手術開始し, 開始から約2時間後にモニターでST上昇を認め, 心室細動となった. 心臓マッサージ, 電気的除細動にて自己心拍再開し, 12誘導心電図の再検で広範囲のST上昇を認めた. 急性冠症候群鑑別のため心臓カテーテル検査となるが, 冠動脈の有意狭窄はみられず, 左室心基部の収縮と心尖部の収縮不良を認め, たこつぼ型心筋症の診断となった. 手術は中止し, 心機能回復を待つ再手術の方針, 左腎摘除術を行った. 発症後から退院までたこつぼ心筋症の再発はみられず, 経過良好で退院となった. 周術期のストレスが発症の原因として考えられた. 本邦におけるたこつぼ型心筋症の周術期発症は複数例報告があり, 若干の文献的考察を行って報告した.

側弯症手術による医原性尿管損傷の1例: 弓場拓真, 日比貴文, 大脇貴之, 前田基博, 犬塚善博, 近藤厚哉, 田中國晃(刈谷豊田総合) 64歳, 女性. 側弯症に対しXLIF(内視鏡下腰椎側方椎体間固定術)および後方矯正除圧固定術後に創部より浸出液を認めた. 逆行性・順行性尿路造影にて尿管損傷と診断. 保存的治療困難であり, 尿管端々吻合術を施行した.

腎盂Fibroepithelial polypを伴う間欠性水腎症の1例: 武東義成, 市野 学, 佐々木ひと美, 猿田真庸, 城代貴仁, 西野 将, 河合昭浩, 伊藤正浩, 引地 克, 深谷孝介, 高原 健, 深見直彦, 日下守, 白木良一(藤田保衛大) 18歳, 男性. 8年前からの間欠的な左背部痛があった. 前日から続く, 同部位の疼痛増悪を認め, 救急外来にて単純CTで左水腎症を指摘され当科紹介となった. 術前画像検査より左腎盂尿管移行部狭窄症と診断し, ロボット支援腎盂形成術を施行した. 拡張した腎盂を切開すると, 内部から乳頭状腫瘍の突出し, 腫瘍附着部を切除し, dismembered法で腎盂形成術を行った. 病理診断はfibroepithelial polyp(FEP)であった. FEPは非上皮性中胚葉由来の良性腫瘍であり, 慢性炎症, 機械刺激などが成因と考えられている. 男性, 左側, 腎盂尿管移行部に多く, 間欠的腹痛での発症が多い. 術前診断は困難であるが, 超音波やMRU, 逆行性腎盂造影といった画像検査が有用である. 治療は, 一般的に腎盂形成術を施行する. 経尿道的腫瘍切除術も行われる. 間欠性水腎症の診断・治療において, 性別, 症状からFEPも原因の1つとして考慮し, 術式を選択する必要があると考えられた.

ウレアゼ産生菌による尿路感染症から高アンモニア血症を来したし癲癇発作重積状態となった1例: 川西秀治, 永山 洵, 松井宏孝, 佐野友康, 平林裕樹, 鈴木弘一, 鈴木省治, 加藤久美子, 服部良平(名古屋第一赤十字) 症例は86歳, 男性. 右水腎症, 前立腺肥大症で当科紹介. 導尿開始したが, 膿尿を認め抗生剤を投与. ウレアゼ産生菌による尿路感染症から高NH₃血症を来とし, さらに癲癇発作重積が誘発され, 治療に反応せず死亡した.

陰茎Verrucous carcinomaの1例: 中根 渉, 宮田裕大, 橋本好正, 山田幸隆(市立四日市) 82歳, 男性. 陰茎腫瘍を主訴に前医を受診. 精巣原発DLBCLの陰茎への再発疑いで当院を紹介受診. 生検結果は尋常性疣贅. Verrucous carcinoma疑いで陰茎部分切除術を行った.

名古屋大学における性同一性障害の手術経験: 松尾かずな, 松川寛久, 金田淑枝, 大橋朋悦, 村松知昭, 柘木宏介, 森 文, 井上 聡, 高井 峻, 石田昇平, 馬嶋 剛, 舟橋康人, 藤田高史, 佐々直人, 加

藤真史, 吉野 能, 山本徳則, 後藤百万 (名古屋大) 性同一性障害の診療では集学的な治療が必要となる。当院では診療ガイドラインを策定, GID 委員会を設立し, 専門診療を行っている。われわれが経験した2例の Female to Male の性別適合手術を中心に現状と課題を報告する。

指輪による陰莖絞扼症の1例: 伊藤 徹, 飴本剛之介 (藤田保衛大坂文種報徳会) 症例は80歳, 男性。自慰目的に陰莖に指輪をはめていたところ抜けなくなり, 陰莖の変色を来たしたため5日後当科を受診。動機は聴取できなかった。指輪の先の陰莖は黒色変色し悪臭を来たしていた。本人は陰莖温存を強く希望していたが, 指輪より先の陰莖は感染壊死しており, 温存は困難と考えた。結局陰莖切断術施行に最後には同意され, 同日緊急で陰莖切断術を施行。術後は感染もなく排尿も良好であった。また陰莖異物として数珠も認めため摘出した。

膀胱原発小細胞癌の1例: 吉澤篤彦, 竹中政史 (名古屋掖済会) 77歳, 女性。無症候性肉眼的血尿を主訴に受診。精査で膀胱後壁に広基性非乳頭状腫瘍認め, TUR-BT 施行。膀胱原発小細胞癌, cT4aN2M1 と診断。EP 療法を4コース施行し加療継続中。

膀胱憩室内に発生した膀胱肉腫様癌の1例: 太田裕也, 服部竜也, 岩田奈有佳, 河瀬健吾, 神沢英幸, 池上要介, 丸山哲史 (名古屋市立東部医療セ) 67歳, 男性。2016年2月に肉眼的血尿を主訴に他院より紹介。膀胱後壁の膀胱癌に対して TUR-Bt を施行。病理結果は non invasive UC, high grade pTa。その際巨大膀胱憩室内による排尿障害もあり自己導尿を開始した。2017年3月の膀胱鏡検査で膀胱憩室内に広基性非乳頭状腫瘍を認め, 膀胱生検術を施行したが悪性所見を認めなかった。4カ月後 MRI で膀胱漿膜外脂肪織へ浸潤する腫瘍性病変の増大を認めたため, 再度 TUR-Bt を施行したが悪性所見はなかった。しかし, 急速に増大する膀胱憩室内腫瘍のため, 2週間後に膀胱全摘除術・代用膀胱造設術を施行。病理診断は浸潤性尿路上皮癌 (sarcomatoid variant) であった。術後に補助化学療法として GC 療法を3クール施行し, 3カ月後の CT 検査では再発を認めていない。

Urothelial proliferation of uncertain malignant potential (UPUMP) の1例: 森永慎吾, 西川源也, 杉江美穂, 村松洋行, 梶川圭史, 小林郁生, 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) 65歳, 男性。肉眼的血尿の精査にて膀胱癌再発と診断し, TURis-Bt を施行。病理組織学的検査にて, 2016年に WHO より新たに分類された urothelial proliferation of uncertain malignant potential (UPUMP) と診断した。

膀胱に発生した Alveolar soft part sarcoma の1例: 浅野彰之, 錦見俊徳, 服部恭介, 山内裕士, 石田 亮, 山田浩史, 横井圭介, 小林弘明 (名古屋第二赤十字), 吉野 能 (名古屋大) 32歳, 女性。血尿, 排尿障害を主訴に近医受診。超音波で右卵巢腫瘍, 膀胱腫瘍を指摘され当院受診。CT, 膀胱鏡にて三角部に約2cmの腫瘍あり。2008年9月右卵巢摘出および TURBT 施行。病理は alveolar soft part sarcoma 以後再発なし。

回腸導管原発びまん性大細胞性B細胞リンパ腫の1例: 茶谷亮輔, 永井 隆, 小林大地, 小林隆宏, 秋田英俊, 岡村武彦 (安城更生) 55歳, 男性。肉眼的血尿と尿細胞診偽陽性の精査目的で当院へ紹介された。膀胱癌 cT2N0M0 と診断し, 根治的膀胱全摘除術および回腸導管造設術を施行した。切除標本は病理学的に尿路上皮癌 G3 pT1N0 であり断端は陰性であった。以降画像検査と尿細胞診を定期的に施行し, 術後6年半は再発転移所見を認めなかった。術後7年の時点で, 回腸導管ストーマの12時方向に潰瘍を伴う隆起性病変を自覚したため受診。フランジの圧迫による炎症性変化と考え, フランジを大きくして対応したが, 病変は壊死を伴うようになり, 徐々に増大してきた。ストーマの一部を生検したところ, 病理学的にびまん性大細胞型B細胞リンパ腫と診断。血液内科に依頼後, PET-CT で他に病変を認めず, 症状を認めないことから stage 1A と診断された。R-CHOP 療法を6コース施行したが, 治療への反応は良好で病変は完全に消失した。以降4年間リンパ腫は完全寛解を維持中である。

血尿を契機に発見された前立腺部尿道腫瘍の1例: 彦坂和信, 石瀬仁司 (公立西知多総合) 36歳。前日に血精液あり。その後肉眼的血尿が出現したため近医を受診。精査目的の為, 当院紹介受診となった。尿検査で肉眼的血尿と膿尿を認めた。CT で膀胱内に血腫を認めるが精囊・前立腺部に異常所見は認めず, 出血源は不明。原因精査目的の膀胱鏡で前立腺部尿道に乳頭状の不正粘膜を認め, 経尿道的腫瘍切除術を施行。病理結果は前立腺部尿道の大腸型形質を有する腺上皮由来の adenocarcinoma の可能性あり。明瞭な浸潤像を求めず adenocarcinoma in situ と診断。全身検索を行うも異常所見は認めず, 前立腺部尿道の尿道癌 TisN0M0 と診断。現在, 外来フォローアップ中。尿道癌は稀で若干の文献的考察を加え報告した。

女性の尿道に発生した明細胞腺癌の1例: 武田知樹, 野田祐介, 廣瀬泰彦, 中根明宏, 窪田裕樹 (JA 愛知厚生連海南) 73歳, 女性。右卵巢腫大の精査中, 尿道腫瘍を指摘され当科受診。尿細胞診, 尿道擦過細胞診で腺癌を認めた。CT, MRI で尿道癌 cT3N0M0 と診断し, 根治的膀胱全摘除術を施行。病理診断は明細胞腺癌であった。

前立腺腫瘍に対し経尿道的前立腺切除術を施行した1例: 秋田和利, 高橋義人, 谷口友規, 小鷹博人, 石田健一郎, 山田 徹, 谷口光宏 (岐阜県総合医療セ) 81歳, 男性。近医にて維持透析中, 39°C 台の発熱を認め当院紹介となる。糖尿病の既往あり。初診時 CT にて前立腺に 23 mm 大の low density area を認め, 前立腺腫瘍と診断し入院となる。抗生剤は MEPM を選択し, 同日より投与開始。炎症反応改善に乏しいため, 第9病日に侵襲性の少ない経陰道ドレナージを施行した。エコーガイド下に穿刺針を膿瘍腔へと進めるも, 十分なドレナージが得られなかった。その後 MEPM が被疑薬として考えられる皮疹が出現し, 投与継続困難となったため, ドレナージはやはり必要であると考え, 第13病日に経尿道的前立腺切除を施行した。内尿道口から精阜にかけて TUR を行うと多量の膿の流出を認め, 十分に排膿し終了とした。術後 CT にて膿瘍腔の消失を確認でき, 第30病日に退院となった。前立腺腫瘍は自験例を含み37例の報告があり, 初回治療としては約7割がドレナージを施行されていた。本症例に若干の文献的考察を加え, 報告させていただく。

脂肪肉腫が疑われた陰嚢腫瘍の1例: 西尾英紀, 岩月正一郎, 高田英輝, 梅本幸裕 (名古屋市立西部医療セ) 63歳, 男性。右鼠径ヘルニア術後の再発が疑われ, 当院外科に紹介。右陰嚢腫大を認めたため, 当科紹介となった。画像所見で脂肪肉腫を疑い, 右高位精巣摘除術を施行。病理診断は陰嚢腫瘍だった。

悪性腫瘍との鑑別に苦慮した精索 IgG4 関連疾患の1例: 杉山恭平, 千原副智露, 室 悠介, 公平直樹, 今村正明, 西尾恭規, 吉村耕治 (静岡県立総合) 65歳, 男性。主訴は左鼠径部腫脹。hCG, AFP は正常値で, CT 上径 3 cm の左精索腫瘍を認めた。1カ月経過時で腫瘍増大を認め, 悪性を否定できず左高位精巣摘除術施行。病理診断は IgG4 関連疾患であった。

両側腎石灰化を生じた HDR 症候群の1例: 田中勇太郎, 岡田淳志, 海野 怜, 加藤大貴, 濱川 隆, 浜本周造, 安藤亮介, 水野健太郎, 丸山哲史, 河合憲康, 戸澤啓一, 安井孝周 (名古屋市大) 24歳, 男性。HDR 症候群 (副甲状腺機能低下症・感音性難聴・右腎萎縮) の治療中に両側腎石灰化の増大を認め当科紹介。蓄尿検査で低クエン酸尿症と診断し薬物療法を行った結果, その後腎石灰化の増大を認めなかった。

Lynch 症候群に合併した尿管癌の1例: 松下雄登, 杉山貴之, 佐藤亮, 杉山桃子, 秋 亮太, 田村啓多, 本山大輔, 伊藤壽樹, 大塚篤史, 三宅秀明 (浜松医大) 56歳, 男性。大腸癌と脂腺癌の既往から, Lynch 症候群の1型型である Muir Torre 症候群として経過観察中, CT にて左水腎, 左尿管の壁肥厚, 腹水貯留を指摘され当科紹介受診した。尿管癌 cT1N0M0 の診断で左腎尿管全摘除術および腹水細胞診を施行し, 病理診断にて左尿管癌および腹膜偽粘液種の疑いと診断された。術後3カ月で左尿管断端および膀胱内に再発を認め, TURBT および化学療法を予定している。Lynch 症候群では, 3~8%と高率に上部尿路上皮癌を合併すると報告されているため, 検尿, 尿細胞診などによるサーベイランスが必要である。

献腎移植後に発症した両側腎癌の1例：城代貴仁，日下 守，猿田真庸，武東義成，河合昭浩，西野 将，伊藤正浩，引地 克，深谷孝介，高原 健，深見直彦，市野 学，佐々木ひと美，白木良一（藤田保衛大） 症例は40歳代，男性。慢性腎不全にて5年間透析を行った後に献腎移植術施行。移植後9年目にCTで両側固有腎癌あり，根治的両腎摘除術を行った。病理は淡明細胞癌（右：pT1b，左：pT2a，NOM0）であった。術後1年目に肺に転移を疑う結節影が出現したが，経過観察中に自然消退した。術後13年経過し再発は認めず，移植腎機能は安定している。腎移植患者は健康人と比べ腎癌発症のリスクが高く（SIR5.6），リスクファクターに高齢，癌既往，長期透析，長期の免疫抑制剤使用が挙げられる。当院では本症例を経験して以降，腎移植患者の悪性腫瘍スクリーニングを強化した。便潜血，腫瘍マーカー測定，GIF，CFと，年1回の頸部～骨盤部CTに加え，女性では乳癌，子宮癌検診も行っている。

PSA 低値，CEA・CA19-9 高値の前立腺癌に対し早期抗癌化学療法が有効であった1例：杉野友亮，西川晃平，景山拓海，東 真一郎，佐々木 豪，加藤 学，舛井 覚，吉尾裕子，長谷川嘉弘，神田英輝，有馬公伸，杉村芳樹（三重大学医学部附属） [症例] 59歳，男性。主訴は排尿困難。PSA 7.7ng/mlにて前立腺生検を施行し，Gleason score 4+5の腺癌が検出された。CEA，CA19-9は各々125.2ng/ml，327.6U/mlと高値であったが，組織学的に神経内分泌転化（NED）は認めなかった。cT4N1M1bの診断でMAB療法を開始。17カ月後CRPCとなり，ドセタキセルを開始した。18コース後カバジタキセルを導入し，一時的に奏効したが，6コース後の現在は病勢進行を認めている。[考察] PSA低値を特徴とする予後不良な前立腺癌の1型としてNEDを伴う前立腺小細胞癌はよく知られているが，必ずしもNEDが確認されずとも同様の致死的転帰をたどる未分化前立腺癌の群がある。近年これをaggressive variant prostate cancer（AVPC）と新たに定義した報告が相次いでおり，AVPCに対しては従来のタキサン製剤にプラチナ製剤を併用したレジメンの有効性が報告されている。本症例のPSA低値，CEA高値はAVPC診断基準を満たしていた。

膀胱子宮内膜症の1例：竹内慎一，伊藤照久，飯沼光司，前川由佳，堀江憲吾，加藤 卓，山田佳輝，中根慶太，水谷晃輔，土屋朋大，安田 満，横井繁明，仲野正博，出口 隆（岐阜大医学部附属） 症例：44歳，女性。月経前の頻尿，排尿時痛で近医産婦人科受診。経膈超音波検査で膀胱壁に26×16mmの腫瘤を指摘。月経が始まると疼痛が改善することから膀胱の希少部位子宮内膜症を疑われた。膀胱鏡にて膀胱頸部に粘膜下腫瘍を認めたため，MRI施行したところ膀胱後壁にのう胞を伴う腫瘤を認めた。尿細胞診は陰性であった。悪性腫瘍の否定と子宮内膜症の確定診断のために経会陰的針生検を施行したが，HE染色では悪性所見・子宮内膜組織ともに確認されなかった。希少部位子宮内膜症診断を兼ねて治療を開始した。低用量エストロゲン・プロゲステロン配合剤による治療後に疼痛の著大な改善を認め，膀胱鏡，MRIにて膀胱内腫瘤の著明な縮小を認めた。さらに詳細な検討のため針生検で採取された検体に対して免疫染色を行ったところGATA3・PAX8が陽性であり，子宮内膜上皮である可能性も示唆された。

排尿困難を契機に診断した女性尿道憩室癌の1例：西川源也，中村小源太，梶川圭史，杉山美穂，村松洋行，森永慎吾，小林郁生，加藤義晴，渡邊将人，全並賢二，金尾健人，住友 誠（愛知医大） 47歳，女性。尿閉を主訴に受診。CT，MRIにて尿道周囲に腫瘍性病変および多発リンパ節転移を認めた。針生検による病理組織学的検査にて腺上皮分化を伴う尿路上皮癌を認め，尿道憩室癌と診断し，化学療法を行った。

難治性膀胱直腸癌に対し傍仙骨経直腸的瘻孔閉鎖術により治癒し得た1例：大橋朋悦，金田淑枝，村松知昭，森 文，栃木宏介，井上聡，高井 峻，松尾かずな，馬嶋 剛，石田昇平，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），中山吾郎（同消化器外科） 66歳，男性。前医にて前立腺癌に対しロボット支援前立腺全摘除術を施行。術後に糞尿，気尿の症状が出現し膀胱直腸瘻と診断された。尿道カテーテル留置下，絶食，高圧酸素療法，下部消化管内視鏡下クリッピング術を施行するも瘻孔は閉鎖せず。人工肛門造設後に経膀胱，経肛門的瘻孔閉鎖術を施

行したが瘻孔は閉鎖せず，難治性膀胱直腸瘻として当院紹介となった。前立腺全摘除術から14カ月後に傍仙骨経直腸的瘻孔閉鎖術を施行。瘻孔は閉鎖し，人工肛門を閉鎖した。術後3年以上経過し膀胱直腸瘻の再発を認めず，尿失禁や便秘を認めていない。

スニチニブによる薬剤性肺炎を来した転移性腎細胞癌の1例：田村啓多，佐藤 亮，杉山桃子，秋 亮太，松下雄登，本山大輔，伊藤寿樹，杉山貴之，大塚篤史，三宅秀明（浜松医大） 46歳，女性。左腎腫瘍に対し根治的腎摘除術施行し，病理結果は乳頭状腎細胞癌 type 2，pT3aであった。術後CTで左恥坐骨に溶骨性病変を認め生検したところ腎癌の転移であった。腎細胞癌 pT3aN0M1に対しスニチニブと局所放射線療法を行った。スニチニブ投与後4日目に熱発あり，CTで両肺の浸潤影を認めた。感染性肺炎を疑い抗生剤投与するも症状悪化，発疹も出現したため，14日目からスニチニブ中止，16日目からステロイド内服を開始したところ，熱発および両肺の浸潤影は改善を認めた。分子標的薬での薬剤性肺炎（薬剤性間質性肺炎）はmTOR阻害剤が一般的であり，頻度は約18%とされているが，TKIでは稀である。スニチニブは国内において2.2%の報告があるが，致死的となる可能性もあり，投与中の呼吸器合併症として注意すべきである。今回，スニチニブによる薬剤性肺炎を来した転移性腎細胞癌の1例を経験した。

Nivolumabによる薬剤性間質性肺炎の1例：引地 克，深谷孝介，高原 健，市野 学，深見直彦，佐々木ひと美，日下 守，白木良一（藤田保衛大） 54歳，男性。肺転移を有する左腎癌（cT1bN0M1）に対して根治的腎摘出術施行。IFN投与もPD，2nd lineとしてaxitinibを使用し約2年間奏効。3rd lineとしてnivolumabを導入。投与開始後2カ月で咳嗽増悪，CTにて右下葉転移巣周囲のすりガラス陰影を認めたため呼吸器内科コンサルト。入院後BAL，TBLBにて薬剤性間質性肺炎と診断し，ステロイド加療を開始。開始後速やかにSP-D，KL6は低下し，肺炎像も改善傾向であったが，漸減中に咳嗽および，画像上の増悪を認めたためステロイドパルス療法を施行。症状は改善したが，KL6は高値を推移し肺炎像の改善は乏しかった。転移性腎細胞癌に対してその後 pazopanib，sunitinib 投与を行ったが原病進行に伴い永眠された。当院では免疫チェックポイント阻害薬の副作用対策として各診療科の連携をスムーズにし早期発見早期治療を行えるよう患者教育，スクリーニングシステム構築・普及に努めている。

ニボルマブによる下垂体機能低下症の1例：堀江憲吾，竹内慎一，飯沼光司，前川由佳，中根慶太，水谷晃輔，土屋朋大，仲野正博，出口 隆（岐阜大） 70歳，男性。2012年，右集合管癌に対して腎摘除術施行。再発し，化学療法，分子標的薬を施行するもPDのため2016年よりニボルマブを開始。19コース目で全身倦怠感，発熱を認めた。精査にてACTH単独欠損症と診断。

ニボルマブ投与中に副腎皮質機能低下症を来した1例：小林郁生，杉山美穂，村松洋行，森永慎吾，梶川圭史，西川源也，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） 76歳，男性。転移性腎細胞癌にて右腎摘除術を施行，淡明細胞型と診断。術後スニチニブ，アキシチニブにて治療後，ニボルマブを開始した。15コース後に嘔吐，倦怠感，低Na血症を認め，副腎皮質機能低下症を認めた。

化学療法中にSIADHを来した尿道癌の1例：内木 拓，飯田啓太郎，野崎哲史，恵谷俊紀，守時良演，窪田泰江，梅本幸裕，河合憲康，林 祐太郎，安井孝周（名古屋大），杉山洋介（同薬剤部） 67歳，女性。外陰部出血にて受診。CTにて尿道腫瘍とリンパ節腫大を認め，針生検にて扁平上皮癌と診断し，白金製剤を主体とした化学療法を開始。7日目に血清Naが107まで低下し，SIADHと診断した。

化学療法開始後に十二指腸穿孔を来した後腹膜大リンパ節転移を伴った精巣腫瘍の1例：舛井 覚，景山拓海，東 真一郎，杉野友亮，佐々木 豪，加藤 学，西川晃平，吉尾裕子，長谷川嘉弘，神田英輝，有馬公伸，杉村芳樹（三重大） 50歳，男性。右精巣腫瘍に対して右高位精巣摘除術を施行した。腫瘍は精索に浸潤し，腹腔内へ連続していた。病理結果はセミノーマ。CT検査では後腹膜に多発する巨大リンパ節転移を認め，両側尿管狭窄による両側水腎症，下大静脈

閉塞による著明な下腿浮腫を伴っていた。上部消化管内視鏡検査で後腹膜リンパ節が十二指腸に直接浸潤していることが確認された。右精巣腫瘍 pT3N1M1a と診断し、両側腎瘻造設の上 BEP 療法を開始した。1コース終了時点のCTで十二指腸浸潤腫瘍の縮小に伴う十二指腸穿孔を認めた。穿孔が限局的であったため、絶飲食・経静脈栄養の上 BEP 療法4コースを完遂した。残存腫瘍が著明であったため二次化学療法を予定していたが、休薬期間に十二指腸一大動脈瘻を発症し、集学的治療も実らず出血性ショックで死亡した。化学療法開始後に十二指腸浸潤腫瘍が縮小し穿孔を来たした精巣腫瘍の例は稀である。文献的考察を加えて報告する。

精巣腫瘍に対する化学療法によって致死の有害事象が生じた1例：
井上 聡，佐々直人，金田淑枝，大橋朋悦，栃木宏介，高井 峻，松尾かずな，石田昇平，馬嶋 剛，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） 54歳，男性。

他院で後腹膜リンパ節腫大，左腋窩リンパ節腫大を指摘され，生検にて胚細胞腫瘍の転移と診断された。左精巣腫瘍が指摘され，治療目的で当科紹介受診した。採血でHCG 90 IU/l，AFP 16,332 ng/ml，LDH 523 IU/lであった。入院後高位左精巣摘除術を施行，病理は seminoma であった。NSGCT，T1N3M1，stage 3，IGCC 分類 poor prognosis と診断し，治療開始前の肺機能は %VC 88.1%，FEV 1.0% 87.8%，DLCO 115.8%と，正常範囲であったため，化学療法として BEP 療法を開始した。4コース投薬終了時点の効果判定は標的病変は PR，マーカーは AFP のみ正常化せず。4コース終了後に咳，呼吸苦が出現，CTで両肺野に浸潤影，すりガラス影を認めた。薬剤性肺障害，細菌性肺炎と診断，ステロイドパルス，抗生剤投与を開始した。呼吸不全が増悪し NPPV で呼吸管理を開始したところ，右肺にブラを形成した。その後ブラ内の膿瘍形成，サイトメガロウイルス感染を併発し，永眠された。