

学会抄録

第241回日本泌尿器科学会関西地方会

(2019年5月25日(土), 於 梅田スカイビル)

腎洞原発悪性リンパ腫の1例：吉井貴彦，阪本祐一，前田浩志（淀川キリスト教） 78歳，男性。CKDスクリーニングCTで右腎腫瘍を指摘されて当科受診。腎ダイナミックCTで腎洞から腎盂に径25mm大の造影効果の弱いやや高吸収な腫瘍性病変を認めた。また腎実質に造影不良域を伴っており，浸潤が疑われた。逆行性腎盂造影検査で腎盂内に明らかな陰影欠損を認めず，腎盂外病変が疑われた。また腎盂尿細胞診は陰性であった。悪性腫瘍を疑い，後腹膜鏡下尿管全摘除術を施行した。病理診断は腎洞原発で腎盂や腎実質浸潤をともなったFollicular lymphoma, grade 1であった。病理結果判明後に測定したIL-2Rは8,240 U/mlと高値を示した。

リンパ節転移を伴う小径腎癌の1例：土井一輝，中山慎太郎，田寛之，佐野貴紀，今井聡士，松本 稔，村時基次，山田裕二（尼崎総合医療セ） 77歳，男性。下血の精査目的に施行された腹部CTにて偶発的に1.5cmの造影効果の不均一な左腎腫瘍と腎門部にリンパ節腫大を指摘された。画像所見からは悪性リンパ腫などが否定できずCTガイド下リンパ節生検を施行した。病理組織学的検査の結果，腎細胞癌であったためT1aN2M0の診断のもと，開腹左腎摘除術および腎門部リンパ節郭清術を施行した。最終病理診断は2型乳頭状腎癌であった。術後10カ月で再発を認めていない。小径腎癌は転移を来たしにくいと言われているが，3cm以下の腎細胞癌の約4%に転移を有するとの報告があり転移巣の検索を怠るべきではない。リンパ節腫大を認める小径腎癌に対してはリンパ節郭清により予後が改善するとの報告もあり術式の選択も十分検討する必要がある。

仙骨巨大転移を来たした小径腎癌の1例：瀧上夏末，清水輝記，原田雄基，萩原暢久，安田孝志，落合 厚（松下記念） 66歳，男性。腎部痛を主訴に前医受診。MRIで仙骨腫瘍あり当院整形外科紹介後，CTで左腎下極に25mmの腫瘍を認め当科受診。血液検査では高Ca血症と高CRPあり，腹部造影CTでは乏血性の腎腫瘍。CTガイド下仙骨腫瘍生検にて転移性骨腫瘍と診断。しかしCTガイド下左腎腫瘍生検では腫瘍の診断がつかず手術による診断をすすめるも患者が拒否し，スニチニブによる加療を開始した。しかし，1カ月半の間に2度大量下血あり，緊急下部内視鏡検査では直腸背面広範囲に出血を伴う潰瘍性病変あり，仙骨腫瘍直腸浸潤による大量下血と診断。下血は電気凝固止血にて以後寛解したが全身衰弱は進行し治療開始後2カ月で死亡の転帰となった。病理解剖を行った結果は小径腎癌，仙骨転移，肺転移であった。

術後9年目にリンパ節・睪頭部転移を認めた晩期再発腎細胞癌の1例：野瀬隆一郎（野瀬），勝岡洋治（新上三川） 83歳，男性。2010年11月に右腎癌に対し腹腔鏡下右腎摘出術を施行。診断時に胸椎と術後約2年で腸骨に転移を認め，胸椎に対しては後方固定術と，それぞれに重粒子線療法を施行したが背部の疼痛が持続。残存腫瘍の可能性があり，一時は分子標的治療を開始するも副作用にて中止。以後は対症療法にて経過観察となる。その後，早期胃癌を認め内視鏡下切除術が施行された。またPSA高値やPET/CTなどから前立腺癌を疑われ生検を施行し，前立腺癌の診断となりホルモン療法も開始された。さらに経過した腎癌術後9年目にPET/CTにて右頭部リンパ節腫大および睪頭部腫瘍を認めた。頭部リンパ節の開放生検の結果，腎癌の転移の診断となった。それに対しニボルマブの投与が他院にて開始された。

乳頭状腎細胞癌肺転移に対してイビリムマブ・ニボルマブ併用療法が奏功した1例：京野成紀，原 琢人，千葉公嗣，寺川智章，古川順也，原田健一，石村武志，重村克己，日向信之，中野雄造，藤澤正人（神戸大） 60歳，男性。主訴は肉眼的血尿。径約11cmの左腎腫瘍を認め，根治的腎摘除を施行し，乳頭状腎癌pT2bN0M0の結果を得た。術後1カ月の胸部CTで多発肺転移を認め，イビリムマブ・ニボルマブ併用療法を開始。3コース終了時点でCRが得られた。4

コース終了後に下垂体不全が出現し，イビリムマブ・ニボルマブは中止，ステロイド内服開始。全身療法開始後6カ月経過し，イビリムマブ・ニボルマブ中止後は無治療もCRを維持。ステロイドは内服継続。

橋本病を有する転移性腎癌に対して免疫チェックポイント阻害薬投与により甲状腺機能異常を来たした1例：吉内皓樹，加藤 実，井口太郎，玉田 聡，仲谷達也（大阪市大），松村健太郎，大町哲史（ベルランド総合） 70歳，女性。橋本病の既往あり。肉眼的血尿にて受診。腎生検はtype 2乳頭状腎癌であり下大静脈腫瘍塞栓，傍大動脈リンパ節・骨・肺への転移を伴う転移性腎癌と診断，イビリムマブ+ニボルマブ併用療法を開始した。初回投与第8病日に破壊性甲状腺炎を発症したためステロイドを開始。頸部腫脹は翌日より改善傾向を示し，3週間後に甲状腺機能低下期に移行し現在に至る。内分泌系irAEは甲状腺障害の頻度が多く，併用療法群においては15.5%とさらに増加すると報告される。橋本病など自己免疫疾患が基礎疾患にある場合は重篤化しうるため，慎重に経過をみて有事の際は迅速に対応する必要があると再確認した。

腎細胞癌術後肺転移に対してインターフェロンα長期治療中の1例：高橋昂佑，梁 英敏，安藤 慎，結縁敬治，山下真寿男（神鋼） 44歳，女性。主訴は肉眼的血尿。超音波検査で最大径10cmの左腎癌を認め，精査の結果左腎癌cT2bN0M0となり，根治的左腎摘除術を施行した。病理結果は淡明細胞型腎細胞癌，G2>G3, expansive type, INFβ, v0, pT2, サージカルマージン(-)。追加治療なしで外来にて経過観察を行っていた。術後3年経過時点で両側多発肺転移を認め，左肺部分切除術で腎由来の淡明細胞が同定された。自営業を営んでおり，分子標的薬の有害事象を懸念されたため，肺転移巣に対してインターフェロンαによるサイトカイン療法を開始した。投与開始後4年経過したが肺転移巣は増大なく経過している。

当院における根治切除不能な尿路上皮癌に対する Pembrolizumabの初期治療経験：伊藤拓也，山口唯一郎，藤本宜正（JCHO大阪） 当院において根治切除不能な尿路上皮癌に対して pembrolizumabを用いて治療した3症例について報告する。治療効果はCR 2例，PD 1例であり，免疫関連有害事象は1例に間質性肺炎を発症した。不応例はT-stage, 組織型はT3, UC G3であるのに対し，奏功例は2例ともT2, UC G2>G3であった。診断から pembrolizumab 導入までの期間は不応例14カ月にに対し，奏功例は52カ月であり，不応例は比較的短期間で病勢進行を認めていた。現在 grade 3 以上の有害事象なく安全に施行できているが，症例数が少ないためさらなる症例の蓄積が必要と考えられる。

傍大動脈腫瘍を合併した小径腎癌の1例：出口龍良，山下真平，尾多賀祐介，橋 祐里，朴 聖一，塔筋央庸，川端大輝，上田祐子，樋口雅俊，井口孝司，小池宏幸，若宮崇人，吉川和朗，柑本康夫，原勲（和歌山県立医大），岩橋吉史，村田晋一（同病理解断科） 70歳，男性。左腎に18mm大の乏血性腫瘍，傍大動脈に30mm大の腫瘍を認めた。ロボット支援腎部分切除術を予定したが，術中迅速診断で傍大動脈腫瘍は乳頭状腎癌リンパ節転移であると判明したため，根治的腎摘除術に術式変更した。転移性腎癌では，pT3aへのup stagingやサテライト腫瘍が存在するリスクを有しており，いずれも腎部分切除術を施行した場合，再発のリスクが高いと報告されている。転移性腎癌において完全切除を目指す場合には，小径であっても，pT3aへのup stagingやサテライト腫瘍が存在する可能性といった観点から，根治的腎摘除術を行うのが妥当であると考えられた。

腎癌に対するニボルマブ投与中に大脳白質異常を呈した1例：岡利樹，奥田洋平，朝倉寿久，波多野浩士，中井康友，中山雅志，垣本健一，西村和郎（大阪国際がんセ），須貝文宣（大手前） 65歳，男

性。腎癌、多臓器転移に対する4th lineとしてニボルマブ投与中に異常言動が出現。頭部造影MRIで大脳白質に一部造影効果を伴う多発病変を認めた。ニボルマブによるirAEと考え、ステロイドパルス療法を2回施行。その後神経症状は改善し退院となった。その後1年間神経症状の再燃を認めず、腎癌の病勢も無治療でSDを維持。免疫チェックポイント阻害剤による中枢性脱髄性病変の報告はわれわれが調べた限り、過去に3例のみに過ぎず極めて稀な病態である。治療は全例でステロイドが投与されており、2例で免疫グロブリン療法が併用されていたが、自験例を除く3例はいずれも脱髄性病変および治療中の合併症により死亡している。

水腎症を契機に診断へと至った **Erdheim-Chester 病の1例**：土井有紀子，上原博史，徳永雄希，木下将宏，中森啓太，加納陽祐，藤原裕也，堤岳之，小林大介，児島彬，小村和正，伊夫貴直和，平野一，稲元輝生，能見勇人，東治人（大阪医大）46歳，女性。市中肺炎精査目的で施行したCTにて両側水腎症，後腹膜線維症を指摘され当院紹介受診となった。当院初診時の血液検査では腎機能障害，可溶性IL-2受容体高値以外，特記すべき所見を認めなかった。悪性リンパ腫やIgG4関連疾患を鑑別に挙げ，造影CT，PET-CT，消化管内視鏡検査，甲状腺生検，骨髄生検，腎周囲脂肪織生検など数々の検査を行ったが，診断には至らず，特異性後腹膜線維症としてPSL内服を開始し，水腎症に対しては両側尿管ステント留置を行い，経過観察としていた。経過中にALP上昇を認め，PSLによる骨折を疑い胸腰椎MRI施行。T12にT1WI，T2WIにて低信号，STIRにて高信号病変を認め，追加で骨シンチグラフィを行ったところ多発するびまん性の集積を認めErdheim-Chester病（以下ECD）を鑑別挙げ，生検組織の追加免疫染色を行い，種々の検査結果より初診時より約1年の歳月を経てECDの確定診断とした。現在IFN- α 投与により経過良好である。ECDは非常に稀な疾患であり全世界でも500例程度の報告しかされていない。男性に多く（男女比3:1），非ランゲルハンス細胞系組織球細胞の増殖により，多彩な全身症状を呈し，診断に難渋する疾患である。

腎盂尿管由来の肉腫様癌の1例：星山英泰，奥村和弘，川西博晃，河野有香，高島靖，高森一，高橋雄大（天理よろづ）75歳，男性。2017年10月から進行性肺腺癌に対し呼吸器内科で治療を行っていた。2018年12月に全身倦怠感で外来受診しCTで溢尿と閉塞性腎盂腎炎の疑いで当科紹介。尿管ステント留置で経過を見ていたが，腎盂腎炎のコントロールがつかず，尿路に沿って軟部陰影の増強を認めたため，入院後24日目に左腎摘除術を施行。病理所見では，紡錘形の腫瘍細胞が腎盂尿管粘膜下に尿路に沿って広がり，免疫染色で上皮性マーカーのみが陽性となった。以上より腎盂尿管由来の肉腫様癌と診断した。術後は徐々に全身状態が悪化し，術後20日目に死亡するという急激な転機をたどった。肺腺癌からの転移は遺伝子検査と追加の免疫染色から否定的であった。

嚢胞切除術後再発に対して硬化療法が著効した巨大骨盤内嚢胞の1例：貝塚洋平，橋本貴彦，赤木直紀，重坂光二，嶋谷公宏，長澤誠司，新開裕佳子，山田祐介，鈴木透，呉秀賢，兼松明弘，野島道生，山本新吾（兵庫医大），加古泰一，山門亨一郎（同放射線科）70歳代，男性。骨盤内嚢胞破裂に対し嚢胞切除術を施行。9年後嚢胞再発による左水腎症，尿閉を認め，腎瘻造設，自己導尿を開始した。嚢胞に対しミノマイシンによる硬化療法を施行，治療後6カ月増大なく経過している。自験例は腎，尿路に異常所見はなく，内容液のPSA高値，嚢胞の左への偏移から前立腺嚢胞と考える。骨盤内嚢胞は周辺臓器との癒着は強く，さらに自験例は再手術であり根治率は劣るが低侵襲性から穿刺吸引＋硬化療法を選択し良好な経過を得た。また自験例は術後9年後の再発であり，長期間経過観察後も嚴重な経過観察を要すると考える。

回腸代用尿管術後40年で代用尿管に先行出現した右卵巣粘液性腺癌の1例：今井一登，坂元宏匡，中嶋正和，赤羽瑞穂，青山輝義（関西電力），河合潤（同病理部）76歳，女性。約40年前に後腹膜脂肪肉腫摘除術にて右尿管を合併切除し，回腸代用尿管を造設。術後40年で右背部痛が出現し，精査を行った。腹部単純CTで膀胱回腸吻合部から中枢側8cmの代用尿管に狭窄を認め，水腎症を伴った。経過観察としたが6カ月後に代用尿管狭窄部に造影効果を伴う腫瘍を認め，9カ月後に狭窄部生検を行うも悪性所見は認めなかった。19カ月後に

は右卵巣腫瘍が出現し，診断的治療を目的に手術を施行した。代用尿管に腫瘍による複数の狭窄を認め，右卵巣は多房性嚢胞性腫瘍であった。HE染色では各腫瘍は類似した浸潤性腺癌の像であり，診断に難渋した。免疫組織化学染色でCK7，CK20陽性，Mucin2陰性，さらに下部消化管腫瘍マーカーであるSATB2を追加し，陰性であったため右卵巣粘液性腺癌，回腸代用尿管転移と診断した。術後化学療法は希望されず，術後4カ月で骨盤内に新規再発病変が出現した。

尿管瘤開窓ドレナージにより複雑性腎盂腎炎を治療しえた乳児完全型重複腎盂尿管の2例：平野宗治郎，岩本鴻太郎，太田雄基，多賀英人，安食淳，中村雄一，井上裕太，上野彰久，谷口英史，山田剛司，松原弘樹，内藤泰行，本郷文弥，浮村理（京府医大）1例目は0歳1カ月，女児。尿管瘤による難治性の複雑性腎盂腎炎に対する緊急ドレナージ目的に当科紹介。尿管瘤切開術と一時的なSingle Jステントを留置し，術後6カ月尿路感染なく経過。2例目は0歳8カ月，女児。繰り返す尿路感染症の精査目的に当科紹介。来院時も尿路感染症を起こしており緊急入院となった。精査の結果，尿管瘤による複雑性腎盂腎炎と診断した。尿管瘤切開術と一時的なSingle Jステントを留置し術後1年半尿路感染症なく経過。尿管瘤切開のみではドレナージが不十分な場合があり，ステント留置併用による確実なドレナージが尿路感染症の治療に有用と思われた。

カバジタキセルにより再燃した潜在性結核感染の1例：橋本士，南高文，浜口守，高橋智輝，菊池堯，西本光寿，安富正悟，大關孝之，清水信貴，森康範，野澤昌弘，能勢和宏，吉村一宏，植村天受（近畿大）70歳代，男性。10歳代の時に結核の既往歴がある。前立腺癌に対してADT開始後，CRPCと診断し，アビラテロン，ドセタキセルによる治療を行った。病勢進行のため，カバジタキセルを開始したが，3コース目開始後に発熱性好中球減少症のため入院加療となった。抗生剤加療を開始し経過観察していたが，熱型不安定のため，熱源精査目的にCTを撮影した。両側肺に粒状影のランダム分布を認め，粟粒結核も鑑別として挙がる所見であった。喀痰抗酸菌塗抹染色は陰性であったが，喀痰培養検査，気管支鏡による喀痰PCR検査で結核と確定診断された。前立腺癌の診断時より右肺尖部に陳旧性肺結核の所見があり，カバジタキセルによる免疫抑制で潜在性結核感染が再燃したものと考えられた。治療はイソニアジド，リファンビシン，ピラジナミド，エタンプトールにより開始したが，カバジタキセル3コース目開始後50日目に呼吸不全のため永眠された。

経腔尿道針生検によって診断しえたIgG4関連疾患の2例：村田詩織，井上幸治，牧田哲幸，鈴木一生，久保田聖史，土肥洋一郎，杉野善雄，川喜田睦司（神戸医療セ中央市民）症例1，66歳，女性。外陰部不快感，排尿困難感を主訴に受診。内診，MRIにて尿道全周性に腫瘍を指摘。経腔尿道生検の結果，リンパ球とIgG4陽性形質細胞の浸潤を認め，線維化を伴う肉芽腫様組織であった。血液検査でもIgG4高値であり，IgG4関連疾患と診断した。ステロイド投与を行った結果，自覚症状，血中IgG4値，画像所見いずれにおいても改善を認めた。症例2，89歳，女性。胃痛精査目的のCTで両側腎門部および腎盂腫瘍を指摘。スクリーニングエコーで膀胱内に突出する尿道腫瘍を認めた。PETにて両側腎門部と腎盂腫瘍および尿道に集積を認めた。経腔尿道生検を施行し，症例1と同様の病理結果を認めた。血中IgG4値も高値でありIgG4関連疾患と診断した。

長期にHCG高値を呈し診断に苦慮した異時性両側性精巣セミノーアの1例：飛田卓哉，井上貴博，坂野遼，洲上靖史，八田原広大，藤原真希，鈴木良輔，吉野喬之，後藤崇之，澤田篤郎，赤松秀輔，齊藤亮一，小林恭，山崎俊成，小川修（京都大），神波大己（熊本大）40歳代，男性。右精巣に硬結を触知し当科紹介受診。血清HCG高値の右精巣腫瘍に対して右高位精巣摘除術を施行し，右セミノーアstage Iと診断した。術後血清HCGは陰性化した。術後7年半目に6.93 mIU/mlと上昇した。画像検索を行ったが，局在診断はつかず。術後9年目に自己触診にて左精巣の硬結を触知。左精巣腫瘍に対して精巣摘除術を施行し，左セミノーアstage Iと診断した。術後血清HCGの上昇・再発なく経過している。

胚細胞腫瘍に類似しEP療法が奏功した原発不明癌の1例：小崎成昭，富田圭司，鈴木友理，森友莉，吉田啓介，沖中勇輝，村井亮介，小林憲市，水流輝彦，吉田哲也，影山進，上仁数義，成田充

弘, 河内明宏 (滋賀医大) 79歳, 男性. 1カ月前に左頸部腫脹を自覚, 急速増大し近医受診. hCG, SCC, CA19-9, sIL2-R 高値で, CTで左頸部・鎖骨上窩・腋窩・腸間膜リンパ節腫大を認めた. 頸部リンパ節生検, 上部内視鏡生検を施行. いずれも上皮系低分化腫瘍と合胞体栄養膜細胞様細胞を認め当科紹介. 精巣は超音波検査で異常所見を認めず. 気管圧迫のリスクから早期治療が必要と考え, 胚細胞腫瘍に準じてEP療法を施行. hCGは低下, 腫瘍は著明縮小したが, 意識障害が出現. 癌性髄膜炎の診断で化学療法は中止. 腫瘍は急速増大し57日目に永眠. 病理解剖の結果, 膀胱原発と診断. 栄養膜細胞への分化を伴う尿路上皮癌は自験例を含め33例と稀で, 予後不良な疾患である.

陰茎温存しえた亀頭部壊疽性膿皮症の1例: 畑野翔太郎, 高田秀明, 土橋一成, 西川信之, 石戸谷 哲 (大津赤十字), 兼松明弘 (兵庫医大) 50歳代, 男性. 関節リウマチにて治療中, 排尿時痛を主訴に当院受診. 膿尿・外尿道口の軽度発赤を認め抗生剤治療を行うも改善せず, 亀頭部に疼痛を伴う潰瘍・瘻孔形成を認めた. 各種培養検査は陰性, 潰瘍部生検では特異的な所見なく壊疽性膿皮症と診断した. 排尿障害に対し膀胱瘻造設. プレドニゾロン (PSL) 40mgで加療開始も潰瘍病変残存, PSL 65mgに増量し潰瘍・瘻孔は消失し陰茎を温存しえた. PSL 10mgまで減量後, 尿道皮膚瘻造設術を施行し膀胱瘻除去・自排尿可能となる. その後下腿・陰茎根部に壊疽性膿皮症の再発を認めるも亀頭部や手術創への再発を認めず, PSL 15mgへの増量にて軽快した. その際排尿障害は生じていない. 壊疽性膿皮症は外的刺激による増悪や再発を念頭に尿道再建を考慮する必要があると思われた.

腎部結合体に対して分離術を施行した1例: 吉村明洋, 氏家 剛, 永原 啓, 福原慎一郎, 藤田和利, 植村元秀, 木内 寛, 今村亮一, 野々村祝夫 (大阪大), 田附裕子, 奥山宏臣 (同小児外科), 香川尚己, 貴島晴彦 (同脳神経外科), 久保盾貴 (同形成外科), 松井 太, 松本富美 (大阪母子医療セ) 第一子, 第二子共に男児. 在胎9週に胎児エコーで腎部結合体胎児と診断され, 在胎35週3日に帝王切開で出生した. 身体所見上, 陰茎は癒合しており, 共通の肛門および外尿道口を認めた. 画像検査上はS4以下の脊椎を共有し, 直腸は肛門より1cmの位置で独立していた. また尿道は外尿道口より2cmで分岐しており, 膀胱は独立していた. 成長を待ち月齢5カ月に分離術を施行した. 泌尿生殖器に対しては癒合陰茎を共有していた尿道海綿体正中で離断し, 会陰部尿道下裂の状態となるよう再建を行った. 術後4カ月で両児とも立位可能, 自然排尿可能である.

膀胱扁平上皮癌を発生した脊髄髄膜瘤による神経因性膀胱の1例: 前阪郁賢, 大森千尋, 中濱智則, 松本吉弘, 百瀬 均 (星ヶ丘医療セ) 患者は38歳, 女性. 脊髄髄膜瘤修復術後. 神経因性膀胱に対して間欠的自己導尿で排尿管理中. 肉眼的血尿が出現し, 顕微鏡的血尿, 尿細胞診陰性, 尿培養陽性を認めた. CT, 膀胱鏡で膀胱の全周性の壁肥厚を認めたため出血性膀胱炎と診断. 抗菌薬加療を行った. 肉眼的血尿は消失した. 2年後に肉眼的血尿が再発. 膀胱鏡で膀胱内に非乳頭状広基性病変を認めたため経尿道的膀胱生検施行. 膀胱扁平上皮癌と診断した. ステージングでat least T2N0M0と診断し膀胱全摘除術, 両側尿管皮膚瘻造設術施行. 病理診断は膀胱扁平上皮癌pT3aN0であった. 術後33カ月経過し再発, 転移なく経過している.

膀胱全摘除術後に腔内再発を来した膀胱癌の1例: 村下純輝, 蒲田勇介, 宮崎慎也, 尾崎慎司, 田原秀一, 中ノ内恒如, 三神一哉 (京都第一赤十字) 61歳, 女性. 既往に胃癌手術歴あり. 201X年1月, 肉眼的血尿で初診. 膀胱鏡で左側壁部腫瘍を認め, MRIで壁外浸潤を疑う所見であった. TURBT施行しurothelial carcinoma, pT1, high gradeの結果であった. cT3bN0M0と診断, 膀胱全摘除術 (子宮付属器合併切除), 回腸導管造設術を施行しpT1pN0であった. 術1年後陰部出血を認めたがCTでは再発所見を認めず. 1年7カ月後のCTで骨盤内再発を疑う所見を認めた. PET-CTで同部位の再発疑う所見あり, MRIでは原発性腫瘍あるいは尿路上皮癌の腔内再発を疑う所見を認めた. 腔生検施行し病理結果から尿路上皮癌の再発との診断であった. 膀胱癌の腔内再発と診断. 手術療法希望され, 骨盤内臓全摘, S状結腸ストマ造設術を施行した.

前立腺部尿道再発後に遠隔転移を来した膀胱癌の1例: 高橋輝, 大石正勝, 中尾美奈子, 辻 恵介, 邵 仁哲 (京都第二赤十字) 85歳, 男性. 膀胱癌 T1 high grade. 前立腺部尿道再発に対してBCG療法施行. 経過観察中に膀胱癌再発, 各種画像検査で多発肝腫瘍, 前立腺腫瘍を認めTURBTおよび前立腺生検, 肝生検にて膀胱癌の前立腺浸潤, 肝転移と診断した. 膀胱癌の遠隔転移としてゲムシタビン, シスプラチン併用療法開始し転移巣は縮小傾向で, 現在も化学療法継続中である. 前立腺部尿道再発に対してはTURによる深達度評価は必須である. また前立腺浸潤を認める場合は遠隔転移を来す可能性があるため定期的な画像検査によるフォローが望ましいと考えられる.

TURBTを施行した膀胱原発Paragangliomaの1例: 香山侑弘, 金丸知寛, 飯盛宏記 (八尾徳洲会) 74歳, 男性. 併存症に高血圧はあるが内服にてコントロール良好であった. 背部痛を主訴に近医を受診. CTにて膀胱腫瘍を指摘され当院紹介受診となった. 膀胱鏡を施行し膀胱腫瘍を認め, MRI上明らかな筋層浸潤は疑われなかった. TURBT施行した際には腫瘍からの出血が多く, 止血に難渋した. また, 収縮期血圧も200mmHg程度まで上昇した. 病理結果はparagangliomaであった. 術後にMIBGシンチ, 内分分泌検査施行したが, 明らかな異常所見なく, TURBTのみにて経過観察の方針となった.

膀胱MALTリンパ腫の1例: 谷 優, 眞原宏一, 深江彰太, 田中亮, 吉永光宏, 川村憲彦, 中川勝弘, 谷川 剛, 高尾徹也, 山口誓司 (大阪急性期総合医療セ), 石河 純, 中川雅史 (同血液・腫瘍内科) 84歳, 男性. 無症候性肉眼的血尿を主訴に近医を受診し腹部超音波検査で膀胱三角部から後壁の壁肥厚を指摘され当科紹介受診となった. 膀胱鏡では粘膜の浮腫状変化を伴う広範な壁肥厚を認め, 一部海洋性変化を伴っていた. 腹部造影CTで一部膀胱外浸潤を疑う造影効果を伴う膀胱の広範な壁肥厚と右外腸骨リンパ節腫脹を認めた. 経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行しMALTリンパ腫と診断された. 術後PET/CTを撮影し膀胱原発MALTリンパ腫, 右外腸骨リンパ節転移と診断した. リツキシマブ375mg/m², 週一回, 計4回単独投与を行い, 投与後のCTでは腫瘍および右外腸骨リンパ節が大幅に縮小し, 治療後7カ月時点で再発なく経過している.

集学的治療により良好なコントロールを得ている進行性前立腺癌の1例: 河村 駿, 福永博之, 角井健太, 奥野優人, 田口 功, 川端岳 (関西労災) 58歳, 男性. 血精液症にて近医受診, iPSA: 1.279ng/mlで前立腺癌の疑いで当科紹介. MRIにて前立腺に被膜外浸潤や精囊浸潤, 膀胱浸潤を伴う腫瘍を認めた. CTにて骨盤内や傍大動脈リンパ節の多発転移を認め, 骨シンチグラフィーにて恥骨および左大腿骨に骨転移を認めた. 前立腺生検にてGS4+5の腺癌を検出し, CAB療法を開始した. その後PSA再発を来し新規ホルモン剤の導入を検討したが, 集学的治療により前立腺局所への定位放射線照射を行った. その後PSAは感度以下で推移しており, 良好なコントロールを得ている. 近年, 低転移量の転移性前立腺癌に対する前立腺局所放射線療法がOSの延長に寄与するとの報告がある.

前立腺原発が疑われたアンドロゲン受容体(AR)陽性の多発肝神経内分泌腫瘍の1例: 吉田貴法, 清水卓斗, 小田侑希, 西村伸隆, 植松稔貴, 市川和樹, 三宅牧人, 井上剛志, 穴井 智, 田中宣道, 藤本清秀 (奈良医大), 大林千穂, 明神大也 (同病理診断) 71歳, 男性. 家族歴, 既往歴特記事項なし. 肝酵素異常を契機に多発肝腫瘍を指摘. 201X年2月に当院消化器内科を受診. 経皮的肝針生検の免疫組織染色で, PSA陰性, シナプトフィジン・AR・AMACR陽性であり前立腺原発神経内分泌腫瘍が疑われた. 同年3月, 前立腺癌精査目的に当科紹介. 採血上 WBC: 9,000/ml, RBC 42.8万/μl, PSA 1.05ng/ml, テストステロン 335.7ng/ml. 当科で16カ所の経直腸的前立腺針生検を行ったが悪性所見なし. そのため再度消化器内科で原発不明の神経内分泌腫瘍NET G2 stage IV TxNxM1の診断となりエベロリムス, TAE併用療法が開始された. 同年5月の評価CTでは新規病変が肝内に出現しており, 今後の治療が検討されている.

三分葉状形態を呈した副腎骨髄脂肪腫の1例: 辻村 剛, 谷 優, 山道 岳, 中田 渡, 辻本裕一, 任 幹夫, 辻畑正雄 (大阪労災) 69歳, 女性. 腹部膨満感を主訴に近医を受診し, 超音波検査にて左後腹膜腔に腫瘤を認め, 当科紹介となった. 左副腎に連続して, 90,

65, 60 mm 大の3つの結節からなる分葉状腫瘍を認め、左副腎原発腫瘍と考えられた。腫瘍は、PET-CTでは軽度集積 (SUV max: 2.1) のみであり、悪性腫瘍は否定的と考えられ、CTで低吸収域、MRIではT1強調像で内部不均一、T2強調像で低吸収域であり、脂肪成分を含んでいた。腹腔鏡下左副腎摘除術施行し、病理結果は3つの結節とも、脂肪成分を主成分とし一部骨髄成分を認めたことから、すべて副腎骨髄脂肪腫と診断した。術後1年、再発なく経過している。分葉状形態を呈した副腎骨髄脂肪腫は本邦4例目であった。

副腎 Pseudocyst の1例: 中山慎太郎, 田 寛之, 佐野貴紀, 今井聡士, 松本 稔, 村蒔基次, 山田裕二 (兵庫県立尼崎総合医療セ) 38歳, 女性。右側腹部痛のため施行したCTにて64 mm 大の右副腎腫瘍を指摘された。MRIも追加施行したところ、石灰化を伴う嚢胞であることが判明した。内分泌検査では非機能性であったが、悪性の可能性を否定できず、腹腔鏡下右副腎摘除術を施行。病理組織学検査では嚢胞被膜には内皮細胞が認められず、線維組織のみであった。副腎 pseudocyst と診断した。副腎 pseudocyst は副腎嚢胞のうち56%を占めており、その成因は不明点も多いが副腎出血や外傷や感染などにより器質化し、癒着組織に変化したものなど推測されている。画像と組織学的な特徴は上記の通りである。副腎嚢胞が悪性腫瘍である確率は1%程度であるため嚢胞穿刺を行うことも選択肢となるが、感染や出血を来した報告がある。悪性を除外できないと考えるならば外科的摘除が第一選択となる。

下大静脈平滑筋肉腫の1例: 坂本裕章, 福田輝雄, 寺川智章, 古川順也, 原田健一, 重村克巳, 石村武志, 日向信之, 中野雄造, 藤澤正人 (神戸大), 稲葉礼奈, 神澤真紀 (同病理診断科), 浦瀬靖代, 上野嘉子 (同放射線科) 64歳, 女性。既往歴は大腸癌のみ。腰痛を主訴に前医受診。腹部造影CT・MRIで下大静脈背側に3 cm 大の腫瘍を指摘され精査・加療目的に2019年1月に当院紹介。各腫瘍マーカーで明らかな異常を示す値は認めず。CTガイド下生検の結果からは平滑筋肉腫が疑われ3月に後腹膜腫瘍摘除術を施行。腫瘍を右腎および下大静脈とともに摘除し人工血管置換を施行。術後より抗凝固薬開始となった。病理では、下大静脈から発生する平滑筋肉腫であった。

後腹膜原発脱分化型脂肪肉腫の1例: 島田誠治, 池田純一, 河 源 (済生会野江), 伊藤鉄夫, 太田秀一 (同消化器外科) 50歳代, 男性。右背部痛を主訴に近医受診。後腹膜腫瘍を指摘され紹介。LDH 679, CRP 22.29 と高値。CTにて右後腹膜に腎下極、腸腰筋に接するように不均一に造影効果を認め liposarcoma 疑い、開腹後腹膜腫瘍切除、右腎合併摘除、十二指腸部分切除を施行。腫瘍は十二指腸、腸腰筋、横隔膜に強固に癒着しており、これらを右腎とともに一部合併切除した。病理診断は dedifferentiated liposarcoma であった。Differentiated liposarcoma は予後不良であり切除可能であれば手術加療が優先される。それに最近の抗癌剤や分子標的薬、免疫チェックポイント阻害薬の知見を加えて考察・報告を行った。

維持血液透析患者における後腹膜鏡下バラガングリオーマ摘出術の1例: 家原昌弘, 山田恭弘, 岩本明幸, 長野優太, 岡本 麻, 莊子万河, 斎藤友充子, 高村俊哉, 鳴川 司, 鈴木 啓, 白石 匠, 本郷文弥, 浮村 理 (京府医大) 80歳代, 男性。慢性腎不全にて維持血液透析施行中。左傍大動脈領域に腫瘍を認めるも、悪性疾患は否定的であり他院で経過観察となっていた。2年後のエコー検査で腫瘍の増大を認め造影CT施行。CTにて造影効果を認め、¹²³I-MIBG scintigraphyにて同部位に集積を認めたことから、バラガングリオーマの疑いにて当科紹介。後腹膜鏡下腫瘍摘出術を施行した。バラガングリオーマの術前管理としては、通常循環血漿量増加のため補液が推奨されるが、透析患者においては術前多量の輸液は困難であるため、DWを2 kg 増量した。結果、術中術後の血圧変動は認めなかった。摘出組織のchromogranin A, synaptophysin 強陽性であったことから、バラガングリオーマの確定診断に至った。

腎癌術後ポート部再発との鑑別が困難であったデスモイド腫瘍の1例: 濱田晃佑, 山崎健史, 北 和晃, 大年太陽, 加藤 実, 井口太郎, 玉田 聡, 内田潤次, 仲谷達也 (市大) 48歳, 男性。馬蹄鉄腎に発生した右腎癌に対してロボット支援腹腔鏡補助下腎部分切除術を施行。病理結果では淡明細胞癌 pT1b, G2>G3 (Furhman) 分類。断端は陰性であった。術後1年3カ月で腹直筋に最大径12 mm の腫瘍

が出現、増大傾向であった。腎癌ポート部再発も鑑別にあげ、診断・治療目的に腫瘍摘除術を施行した。病理診断ではデスモイド腫瘍の診断であった。ポート部の機械的刺激が誘因となりデスモイド腫瘍が発生したと考えられた。術後ポート部に発生した腫瘍はデスモイド腫瘍のような機械的刺激が契機となる疾患やその他の疾患の可能性も鑑別として挙げる必要がある。現在、術後3カ月再発なく経過。デスモイド腫瘍は局所再発の頻度が高く、今後慎重に経過観察を施行する。

同側同時性腎腫瘍に対しロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術を施行した1例: 栗林宗平, 北風宏明, 大草卓也, 岡田紘一, 松岡庸洋, 宮川 康, 吉岡俊昭 (住友) 55歳, 男性。主訴は左側腹部痛。2017年12月左側腹部痛で当院受診。精査目的のCTで左尿管結石、左腎腫瘍指摘され、当科紹介。左腎腹側に7 mm 大の腫瘍、外側に22 mm 大の腫瘍を認めた。腹側腫瘍は早期浸染を示し、外側腫瘍は緩徐な造影効果を示した。慢性腎不全を合併していること、孤立性腫瘍が同時発生したと考えられることから、ロボット支援腹腔鏡下左腎部分切除術の方針とした。左腹側腫瘍は小径であったため無阻血で行い、外側腫瘍のみ阻血を行った。阻血時間は32分、出血量は50 mlであった。術後経過は良好であり、腎機能の低下も認めなかった。病理結果は、腹側腫瘍が淡明細胞型腎細胞癌、外側腫瘍が乳頭状腎細胞癌であった。術後1年経過した現在、再発認めず経過している。

ロボット支援手術後のポートサイトヘルニア3例の検討: 川端大輝, 吉川和朗, 橋 祐里, 朴 聖一, 塔筋央庸, 出口龍良, 上田祐子, 樋口雅俊, 井口孝司, 小池宏幸, 山下真平, 柑本康夫, 原 勲 (和歌山医大) 症例1は70歳, 男性。ロボット支援膀胱全摘術後に、右側12 mm ポート部にポートサイトヘルニアを発症。症例2は75歳, 男性。ロボット支援前立腺全摘術後に、右側12 mm エアシールポート部にポートサイトヘルニアを発症。症例3は90歳, 女性。ロボット支援膀胱全摘術後に、左側8 mm ポート部にポートサイトヘルニアを発症した。ポートサイトヘルニアは10 mm 以上のポートに発生しやすく、肥満や糖尿病、創部感染が発生リスクと言われている。今回頻度の低い8 mm ポート部にポートサイトヘルニアを発症した症例を経験した。高齢による腹壁の脆弱化やロボット操作による腹膜欠損孔の拡大、ドレーン留置部などが、8 mm ポートサイトヘルニアのリスク因子である可能性が考えられた。

尿道 Squamous intraepithelial neoplasia の1例: 松下 純, 木下秀文, 谷口久哲, 佐藤五郎, 増尾有紀, 元木佑典, 松崎和炯, 吉田崇, 高安健太, 大杉治之, 井上貴昭, 吉田健志, 矢西正明, 渡辺仁人, 杉 素彦, 松田公志 (関西医大) 29歳, 男性。尿道から外尿道口へ伸びる腫瘍を認め来院。尖圭コンジローマと考え、前部尿道内に多発する乳頭状腫瘍に対し、腰椎麻酔下に腫瘍切除施行。病理で扁平上皮を母体とする squamous intraepithelial neoplasia (IEN) を認めた。遺伝子解析で低リスクのHPV6型の感染あり。p16 免疫染色は陰性。WHO 2016年分類では Warty IEN に分類される病変と考えられた。尖圭コンジローマの5%程度に尿道のみの発生があり、コンジローマ様の病変でも、病理学的に異形があれば前癌病変である IEN と診断される。HPV 関連 IEN では、遺伝子検査などで HPV の型を確認し、陰茎癌へ進行するリスクを正確に評価する事が重要である。

尿道舟状窩の嵌頓結石に対して経皮的レーザー碎石術を施行した1例: 大森直美, 沖 貴士, 田原秀男 (耳原) 47歳, 男性。潰瘍性大腸炎で当院内科通院中。半年前からの間歇的な発熱と細菌尿の精査加療目的に当科受診となる。来院時身体所見で、亀頭部に硬結を触れる他は明らかな異常を認めず、尿検査で細菌尿を認めた。長引く尿路感染の精査目的に施行した腹部CTで、尿道舟状窩に1.6×3.6 cm 大の結石を認め、膀胱鏡を施行するも挿入は不可能であった。尿道評価目的にUCGを施行し、明らかな尿道狭窄や憩室を認めないことを確認した上で手術加療を検討していたところ、UCG施行2日後に尿閉となり救急外来を受診。緊急で膀胱瘻を造設し、経皮的レーザー碎石術を施行した。憩室や狭窄を認めない正常尿道に発生した直径1 cm を超える尿道結石の報告例は、われわれが調べた限りでは4例のみであり、順行性にアプローチしたものは、本症例が初めてと考える。

陰嚢内脂肪肉腫の1例: 山野志真, 酒井 豊, 岡 泰彦 (加古川中央市民), 今井幸弘, 児玉貴之 (同病理診断科) 72歳, 男性。6年前から自覚していた左陰嚢腫大を主訴に当科紹介。MRIで精巣と境

界明瞭な腫瘤を認め、腫瘍摘除術を施行したところ、高分化型脂肪肉腫の病理組織診断であった。術後4カ月で再発なく経過している。脂肪肉腫は四肢、後腹膜、体幹に好発し、陰嚢内の発生は3.6%と稀である。高分化型脂肪肉腫は最も予後良好な組織型である。2016年に景山らが本邦での陰嚢内脂肪肉腫129例を集計しており、これ以降のものも含めると、本症例は139例目と考えられる。組織型の判明している133例中17例に再発を認めており、13例が局所、3例が骨盤内または後腹膜腔、1例は遠隔転移であった。中には術後12年での再発例もあることから、今後は特に局所再発に留意しつつ、長期にわたる経過観察が必要と考えられた。

BCG 膀胱内注入療法後の異時性両側性精巣上体結核：石川 匠，金城友紘，山本顕生，山中庸平，金城孝則，惣田哲次，本郷祥子，吉岡 巖，高田晋吾（大阪警察） 83歳，男性。2016年5月に膀胱内腫瘍に対してTURBTを施行しurothelial carcinoma, high grade, pTaと診断。5カ月後と10カ月後に再発しTURBTにてUC, high grade, pTaと診断。2017年8月に再発しランダム生検にてUC, pTisと診断。同月よりBCG膀胱内注入療法を開始し計6回施行。半年後に左陰嚢の腫脹が出現し左精巣上体炎と診断。抗菌薬抵抗性でありBCG療法後の精巣上体結核が疑われたため左陰嚢内容摘出術を施行。術前の尿抗酸菌培養結果は陽性。病理結果では類上皮肉芽腫形成を認めた。術後3カ月後に右陰嚢の腫脹が出現し右精巣上体と診断。抗菌薬抵抗性であり翌月の尿抗酸菌PCR結果は陽性。右精巣上体結核再発の疑いのため右精巣上体摘出術を施行。病理結果では類上皮肉芽腫形成を認めず。術後に抗結核薬投与を開始。

発熱と睾丸痛を契機に発覚した結節性多発動脈炎の1例：吉田和裕，山中邦人，山口泰広（明石市立市民） 82歳，男性。発熱と睾丸痛で総合内科を受診。抗生剤治療に反応せず，不明熱として精査が行われるが原因特定には至らなかった。経過中の発熱を除く唯一の所見が睾丸痛であり，偶発的に前立腺癌疑いが指摘されたため，前立腺生検で癌と確定すれば両側精巣摘除を行う方針とした。結果，前立腺癌と判明したため両側精巣摘除術を施行，摘出した精巣を病理診断に提出したところ，結節性多発動脈炎との診断であった。術後，ステロイド開始されると徐々に解熱し炎症反応も軽快，退院となった。結節性多発動脈炎はそれ自体が非常に稀な疾患であるうえ，通常は循環器内科の疾患であるため遭遇する確率は低い。しかし中には泌尿生殖器に限局して発症することもあるため，可能性の1つとして留意しておく必要があると思われる。

コルヒチンおよびステロイド投与が有効であった陰茎海绵体膿瘍の1例：河田彦彦，阿部豊文，福原慎一郎，藤田和利，木内 寛，植村元秀，今村亮一，野々村祝夫（大阪大），外村香子（同皮膚科） 77歳，男性。陰茎腫瘍および疼痛で近医を受診も性感染症検査は陰性で経過観察されていた。4カ月後，腫瘍の増大を認め，当科紹介受診。MRIで陰茎海绵体膿瘍と診断。抗生剤治療，膿瘍ドレナージ術を施行するも，3週間後には新規潰瘍，尿道皮膚瘻も出現。潰瘍部の生検では真皮層にリンパ球，組織球の浸潤を認めるも好中球は少数であった。外科的処置後に増悪した経過から，壊疽性膿皮症に準じてステロイド外用，ジアフェニルスルホン内服で加療したが，改善を認めなかった。HLA-B51陽性であることが判明し，ベーチェット病疑いとしてコルヒチンおよびステロイドを投与したところ，潰瘍は改善，陰茎を温存できた。寛解から半年経過した現在，再発を認めていない。