学会抄録

第246回日本泌尿器科学会関西地方会

（2021年2月6日（土），於　Web 開催）

リンパ管造影が有効であった乳び尿の1例：香束昌宏，岩井友明，青山真人，内田潤次（大阪市大），**山本　晃**（同放射線科），**山越恭雄**（石切生喜）　72歳，男性．30年以上前から乳び尿あり脂肪制限食による食事療法を行っていたが，膀胱内で乳びが固まり排尿に15分程かかるようになり前医を受診され，乳び尿の精査加療目的に当院紹介となった．膀胱鏡で乳びが膀胱内に沈殿し，左尿管口から乳びが噴出しているのが確認された．漏出部位の特定のためにリンパ管造影を行った．両側の鼠径リンパ節をエコーガイド下に穿刺し，リピオドールを緩徐に注入した．腎周囲のリンパ網から尿路へ漏出し，左尿管が描出された．リンパ管造影4日後より乳び尿は消失し，1年再発認めていない．低アルブミン血症も改善した．

血管造影にて診断しえた腎動静脈奇形の2例：石井　信，堀部祐輝，辻村　剛，中田　渡，辻本裕一，任　幹夫，辻畑正雄（大阪労災）　症例1は40歳，女性．肉眼的血尿で近医受診，膀胱タンポナーデのため当科紹介．膀胱鏡検査で右尿管口からの出血と膀胱内凝血塊を認めたが，明らかな腫瘍は認めなかった．造影CTでは右腎盂内に血腫認めるも，尿路内に明らかな出血源なく，結石や腫瘍性病変も認めなかった．診断的治療を兼ねた血管造影を施行したところ，右腎中極に腎動静脈奇形を認め，経カテーテル的動脈塞栓療法（TAE）にて血尿は改善した．症例2は66歳，男性．同様に膀胱タンポナーデにて当科紹介．各種検査にて右腎盂内に血腫は認めるも，膀胱，尿路内に結石や腫瘍性病変は認めなかった．前回の経験から血管造影を施行したところ，右腎下極に腎動静脈奇形を認めた．TAE施行し，腎動静脈奇形は消失，血尿は改善した．

陰嚢平滑筋肉腫の1例：羽間悠祐，増井仁彦，清水浩介，畑野翔太郎，服部悠斗，藤原裕士，河野　仁，佐藤琢磨，佐野剛視，後藤崇之，澤田篤郎，赤松秀輔，小林　恭，小川　修（京都大），**藤本正数**（同病理診断科）　68歳，男性．左陰嚢腫瘤を主訴に前医受診．増大傾向を認め，受診8カ月後に左陰嚢腫瘤摘除術を施行された．病理では真皮を発生母地とし真皮に限局した陰嚢平滑筋肉腫皮膚型と診断．その後当院へ紹介され6年後左鼠径部腫瘤が出現した．左鼠径リンパ節摘除術を施行し陰嚢平滑筋肉腫の転移と診断．一般的に皮膚平滑筋肉腫は皮膚型と皮下型に分類され，皮膚型は真皮浅層を発生母地とするため転移頻度が低く予後良好とされる．しかし陰嚢では平滑筋細胞の局在が他と異なり皮下組織に近い真皮深層にも存在し腫瘍発生母地とすることもあるため，皮膚型であっても予後不良な可能性が考えられた．転移巣摘除後5年が経過した現在，再発や転移なく経過している．

前立腺癌腎周囲脂肪織転移の1例：脇田哲平，吉村明洋，深江彰太，山中和明，吉田栄宏，岸川英史（兵庫県立西宮）　72歳，男性．71歳時に偶発的にCTで左腎周囲脂肪織内の結節影と右肺下葉に2つの結節影を認め，前者が半年で増大傾向にあったため，悪性疾患を疑われ当科紹介受診．確定診断をえるために後腹膜鏡下腫瘍摘除術を施行．腎周囲脂肪織を摘除すると2 cm大の黒色で硬い腫瘤を認めた．病理組織所見はHE染色で融合腺管の増生からなる中分化相当の腺癌の像を認め，免疫染色ではPSA陽性，P504S陽性であったため，病理組織診断は前立腺癌であった．PSA 30.083 ng/mlと高値で，MRIで被膜外浸潤の疑いを指摘された．前立腺生検で前立腺癌，Gleason score 4＋4を認め，胸部CTで肺転移を認めた．前立腺癌cT3aN0M1cと診断しCAB療法を施行する方針となった．

精索腫脹を伴った好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の1例：桂　大希，土井一輝，田　寛之，今井聡士，松本　穣，村蒔基次，山田裕二（尼崎総合医療セ）　59歳，男性．既往歴にアレルギー性鼻炎，成人発症気管支喘息，副鼻腔炎手術歴あり．尿道不快感を主訴に前医受診．抗菌薬治療を2週間行うも改善なく，発熱も持続したため当院受診となった．理学所見として右精索に沿った軽度圧痛を伴う腫瘤性病変を認めた．血液検査上は好酸球の著明な上昇（Eos 55%）を認めた．その他腫瘍マーカーも含め，異常所見はみられなかった．各種画像検査より炎症性疾患が疑われたが，悪性腫瘍が否定できず，初診より1カ月後に高位精巣摘除を行った．組織学的所見として小血管への好酸球浸潤や好酸球膿瘍，シャルコーライデン結晶を認め，慢性好酸球性多発血管炎性肉芽腫症の診断となった．術後早期にステロイド投与を開始し，新規病変の出現なく寛解に至った．

Castleman病治療中に膀胱癌肺転移を生じ，Pembrolizumabを投与した1例：藤本西蔵，南　高文，中山尭仁，橋本　士，西本光寿，安富正悟，坂野恵里，斎藤允孝，清水信貴，森　康範，藤田和利，野澤昌弘，能勢和宏，吉村一宏，植村天受（近畿大）　56歳，女性．47歳で膀胱癌を初発し，Castleman病に対し48歳でTocilizumab投与を開始された．54歳で膀胱癌の再発を認め，膀胱全摘術を施行した．その後，約16カ月で肺転移を認め，GCを2コース，PTX＋CDDPを2コース施行したが，効果はPDであった．56歳でTocilizumab中止のうえ，Pembrolizumabを開始した．その後，肺転移巣は縮小し，Castleman病も経過良好であった．Tocilizumab中止後もCastleman病の再燃を認めなかった原因として，Pembrolizumabの投与の影響が考えられた．

索状性腺に性腺芽腫を認めたFrasier syndromeの1例：井上健太郎，馬場雅人，上仁数義，井手晴菜，山内直也，吉武倫太郎，奥末理知，草場拓人，窪田成寿，永澤誠之，和田晃典，富田圭司，吉田哲也，影山　進，成田充弘，河内明宏（滋賀医大）　13歳，女児．5歳時からの蛋白尿の精査にてネフローゼ症候群と判明．内科的加療にて改善なくステロイド抵抗性ネフローゼ症候群の原因遺伝子を検索にてFrasier Syndrome（以下FS）と判明し，その後の染色体検査で46，XYであった．Y染色体を含む性腺では性腺の悪性化の頻度が高いことが知られ，早期に性腺摘除を行うことが推奨されていることから当科紹介．13歳時に腹腔鏡下性腺摘除術を施行．摘出した索状性腺には黄色結節性成分が含まれており性腺芽腫がみられた．FSは稀な性分化疾患の1つであり，性腺摘除術の時期について，若干の文献的考察を加えて報告する．

骨盤巨大多房性嚢胞に対して腹腔鏡下骨盤内嚢胞摘除術を行った1例：西崎広典，花咲　毅，松尾勇樹，田中　亘，田口元博，嶋谷公宏，長澤誠司，山田祐介，呉　秀賢，兼松明弘，野島道夫，山崎隆，山本新吾（兵庫医大），**廣田誠一**（同病理部）　60歳，男性．健診の腹部超音波にて骨盤内に巨大な嚢胞状腫瘤を指摘され当科紹介受診．CT，MRIで最大径約10 cmの多房性嚢胞を認めた．CTガイド下ドレナージ，ミノマイシンによる硬化療法を行い嚢胞は約40%の縮小を認めるも，その1年半後に嚢胞の再増大により排便困難，頻尿などの症状が出現した．腹腔鏡下骨盤内嚢胞切除術を施行し，ほぼすべての嚢胞を切除した．免疫染色にてNKX3.1が陽性であったため，巨大多房生前立腺嚢胞腺腫と診断した．術後，頻尿，排便困難などの症状はすみやかに改善し，術後1年を経過した現在再発を認めていない．

副腎血腫の2例：澤田大輔，塩田晃司，大西　彰，安田孝志，落合厚（松下記念），**野本剛史**（舞鶴共済セ）　76歳，女性．他科CTで10 cm大の造影効果の乏しい左副腎腫瘍を指摘，MRIでT1WI，T2WIともに内部不均一な腫瘍を認めた．副腎ホルモンは正常値であった．悪性が否定できず，後腹膜鏡下副腎摘除術を施行．術中，腫瘤に向かう血管増生を認め，周囲臓器との癒着が強く，開腹手術へ移行した．病理結果は副腎血腫であった．73歳，男性．超音波検査にて偶発的に10 cm大の右副腎腫瘤を指摘，CT上造影効果乏しい腫瘍でPETCTではFDG集積はほとんど認めなかった．副腎ホルモンは正常値であった．悪性が否定できず開腹副腎摘除術を施行．肝臓と腫瘍間の癒着は軽度で鈍的に剥離可能であった．病理結果は副腎血腫で

あった．内分泌非活性偶発副腎腫瘍において 4 cm 以上の腫瘍は手術が推奨される．今回 PETCT で集積が乏しかったこと，造影 CT で造影効果が乏しかったことなど，画像診断にて明らかな悪性を疑う所見ではなく，手術を回避できた可能性が示唆された．

骨髄穿刺で診断しえた前立腺癌による播種性骨髄癌腫症の 1 例：若宮崇人，延與宣之，芝野秀哉，鍋島優太，福田匡希，上野　駿，川端大輝，出口龍良，上田祐子，樋口雅俊，村岡　聡，小池宏幸，山下真平，吉川和朗，柑本康夫，原　勲（和歌山医大），**小島史好**（同病理診断科）　60歳，男性．PSA：1,382 ng/ml で前立腺生検を施行するも悪性所見なく，血小板数減少精査のため施行した骨髄穿刺では NKX3.1 が強陽性であり前立腺癌 cT3aN1M1b と診断した．ビカルタミドとデガレリクスによるホルモン療法開始も 3 カ月で CRPC となり，化学療法に変更した．ドセタキセルを27コース，カバジタキセルを 6 コース施行したが，癌性髄膜炎による脳神経麻痺が進行し，最終的に癌性胸水貯留による呼吸不全により治療開始から 2 年 9 カ月後に死亡した．

前立腺癌に対する低線量率小線源療法治療 8 年後に排尿時痛を契機に発見させた前立腺扁平上皮癌の 1 例：辻　恵介，松ヶ角 透，玉井亮祐，宮本まどか，小林達矢，大橋宗洋，清水輝記，藤原敦子，内藤泰行，本郷文弥，浮村　理（京府医大）　79歳，男性．2012年に前立腺針生検施行し，中リスクの前立腺癌と診断した．CAB および LDR-BT を施行し，PSA 経過は良好であった．2019年に排尿時痛を自覚して，受診．PSA は感度以下であったが，MRI で前立腺に腫瘍性病変を認めたため，前立腺針生検を施行したところ，前立腺扁平上皮癌を認めた．ステージングの結果，恥骨への浸潤を認め，cT4N0M0 と診断した．腫瘍マーカーは SCC が軽度上昇していた．放射線治療として EBRT と HDR-BT，化学療法として FP 療法 2 コースを行ったところ，腫瘍の縮小および腫瘍マーカーの低下を認めた．以後，経過観察を行っているが腫瘍の増大や腫瘍マーカーの上昇などの所見を認めず，診断から 1 年以上，無転移生存が得られている．

筋層非浸潤性膀胱癌（Micropapillary invasive UC）のリンパ節転移再発に対して GEM＋CDDP 療法が奏功した 1 例：藤澤俊介，宮崎彰，田中一志，武市佳純（北播磨総合医療セ）　67歳，男性．膀胱癌の疑いのため近医より紹介．TUR-Bt 施行し，病理組織は微小乳頭型膀胱癌の像であり，Micropapillary invasive UC pT1 の診断となった．その後の経過観察では膀胱内の局所再発は認めなかったが，TUR-Bt 施行 2 年後に左下腿浮腫が出現．CT にて傍大動脈リンパ節および左腸骨リンパ節腫大を認めた．膀胱癌の転移再発を疑い，確定診断目的に腹腔鏡下リンパ節生検施行した．リンパ節の病理組織は微小乳頭状腫瘍細胞が認められ，Micropapillary invasive UC の多発リンパ節転移と診断した．GEM＋CDDP 療法による全身化学療法を開始．治療開始後よりリンパ節腫大は縮小傾向となり，6 コース施行後の CT 検査では画像上 CR となった．その後さらに 1 コース施行し，計 7 コース施行．GEM＋CDDP 療法開始より 1 年 7 カ月後，現在無治療経過観察中で CR を維持し，新規再発転移を認めていない．

癌組織内に異なる悪性腫瘍が混在した Cancer in cancer の 2 例：橘進彰，三宅牧人，大森千尋，松原聡彦，吉川貴之祐，植松稔貴，大西美貴子，堀　俊太，中井　靖，穴井　智，鳥本一匡，青木勝也，田中宣道，米田龍生，藤本清秀（奈良医大），**藤井智美**（同病理診断科）　症例 1 は72歳，男性．PSA 高値にて，前立腺生検を実施．前立腺癌および癌内血管内リンパ腫を認めた．前立腺癌に対して CAB 療法を開始，9 カ月の時点で PSA 0.013 ng/ml と低値を維持している．血管内リンパ腫に対して R-THP-COP 療法 7 コース施行し，PET-CT で前立腺への集積の消失を確認した．症例 2 は82歳，男性．肺癌の精査中，右腎腫瘍を指摘され，右腎摘除術を実施．腎淡明細胞癌内に肺扁平上皮癌転移病巣を認めた．肺癌に対して放射線治療（70 Gy/35 fr）を施行したが，治療後 3 カ月で右肋骨転移・右副腎転移が出現，治療後 4 カ月で死亡した．Cancer in cancer は稀な疾患であり，発生メカニズムは不明であるが，異なる腫瘍間で転移を来たすと予後不良となる可能性がある．

精索原発びまん性大細胞型 B 細胞リンパ腫（DLBCL）の 1 例：小田侑希，橋村正哉，大山信雄（西和医療セ）　66歳，男性．右鼠径部腫瘤を主訴に当科受診．右精索腫瘍の診断で右高位精巣摘除術施行．HE 染色と免疫染色の結果は CD20，CD79a，Bcl-6 陽性，CD5，CD10，Cyclin D1，CD30 陰性，さらに κ 優位の軽鎖制限があることから精索リンパ組織から発生した MALT リンパ腫と診断した．治療目的に他院血液内科に紹介．同院で免疫染色を追加した結果，MUM1，Bcl-2，MYC が陽性，Ki-67 が70％陽性であり最終的に DLBCL と診断した．PET-CT では明らかな残存腫瘍や転移は確認されなかったことから原発巣は精索周囲のリンパ組織と考えられ最終的に精索原発 DLBCL Stage I と診断した．治療は R-THP-COP 療法 6 コース＋R2 コースと髄注化学療法（MTX＋AraC＋PSL）3 コースを行い現在 CR の判定であるが今後左精巣への予防的放射線療法を予定している．精索原発 DLBCL は稀であり，治療は精巣 DLBCL に準ずる．

ペムブロリズマブおよび Rechallenge 化学療法の奏効後，無治療，無増悪を維持している進行性尿路上皮癌の 1 例：谷　優，久次米雄馬，山本致之，永原　啓，中井康友，中山雅志，垣本健一，西村和郎（大阪国際がんセ）　58歳，男性．主訴は，倦怠感，食思不振，左腰背部痛．CT・MRI にて腎実質への浸潤，多発腎門部リンパ節転移を伴う左腎盂癌（cT3N2M0）と診断．経皮的腫瘍針生検結果は尿路上皮癌であり，GEM＋CDDP 療法を開始．1サイクル後，原発巣およびリンパ節転移は増大し，新たに肝・骨転移が出現．2nd line としてペムブロリズマブを導入．1 サイクル終了時には倦怠感，食思不振は消失．3 サイクル後，原発巣とリンパ節は PR，肝転移は CR となったが，骨転移の増大を認めた．骨転移に対して放射線治療を施行．ペムブロリズマブは投与継続した．9 サイクル後，原発巣の増大を認めたため，rechallenge 化学療法（GEM＋NDP）を施行した．rechallenge 化学療法 1 サイクル後に原発巣は縮小．血小板減少および倦怠感の副作用が強く，5 サイクル施行後に治療を中止．その後12カ月間，無増悪を維持している．

薬物療法中に下大静脈腫瘍塞栓の伸長・肺動脈塞栓症の悪化を来たした腎細胞癌に対し根治的手術を施行した 1 例：吉岡真吾，河嶋厚成，植村俊彦，阿部豊文，福原慎一郎，植村元秀，木内　寛，今村亮一，野々村祝夫（大阪大）　78歳，男性．20XX年 3 月，発熱精査目的に施行した胸腹部 CT にて右腎細胞癌 cT3bN0M0 と診断され，アベルマブ・アキシチニブ併用療法を開始．6 月，薬物療法継続目的で当科紹介受診．7 月，労作時呼吸困難の悪化を認め当科緊急入院．胸腹部 CT で薬物療法前は肝静脈以下であった腫瘍塞栓先進部が右心房まで伸長，また肺動脈塞栓症の増悪を認めた．突然死のリスクが高いと判断し根治的手術を施行．病理組織所見は淡明細胞型腎細胞癌，pT3cN0，Fuhrman Grade 4 であり，薬物療法の効果は認めなかった．腫瘍塞栓に対する術前薬物療法の効果は限定的であり，早期の積極的な手術加療を選択する重要性が示された．