

## 第247回日本泌尿器科学会関西地方会

(2021年5月8日(土), 於 Web 開催)

メトトレキサート関連リンパ増殖性疾患 (MTX-LPD) の1例: 土井一輝, 桂大希, 田寛之, 今井聡士, 松本 穰, 村蒔基次, 山田裕二 (尼崎総合医療セ) 76歳, 女性. RAでMTX内服中. 背部痛を主訴に受診し画像所見から右副腎腫瘍 肝浸潤が疑われ右副腎腫瘍拡大肝後区切除術を施行. 病理診断はEBV陽性DLBCLでMTX-LPDと診断. 術後MTXの内服を中止し約1年再発を認めていない. MTX-LPDはMTX投与中のRA患者に発生するリンパ腫である. 発生機序は未だ不明だが, RAの背景, MTX使用でT細胞機能低下とEBウイルスの増殖が助長されLPDへ伸展しやすい環境が整うことで発症すると考えられている. MTX-LPDはMTXの中止で寛解が得られる例が多く術前に鑑別にあげることが重要である. 副腎原発DLBCL-type MTX-LPDは知る限りでは初の報告である.

下大静脈腫瘍塞栓を合併した副腎皮質癌の1例: 出口龍良, 川端大輝, 上田祐子, 村岡 聡, 樋口雅俊, 小池宏幸, 山下真平, 吉川和朗, 相本康夫, 原 勲 (和歌山県立医大), 岩元竜太, 割稻健史, 村田晋一 (同病理診断科) 71歳, 女性. 10cm大の左副腎腫瘍に対し, 腹腔鏡下副腎摘除術を企図したが, 術中下大静脈腫瘍塞栓を認めため, 開腹手術に移行した. 病理診断にて副腎皮質癌 (pT4N0M0)の診断となり, 術後補助化学療法として, ミトタン投与としたが, 術後4カ月時点でのPET-CTで, 急速な進行を認めた (多発肝転移). 副腎皮質癌は一般的に予後不良であるが, 下大静脈腫瘍塞栓を伴う場合はきわめて予後不良と報告されている. 副腎皮質癌に対する術式選択 (腹腔鏡/開腹) は, 依然 controversial であり, 自験例における術式選択が妥当であったのかについて考察した.

テムシロリムスを含む集学的治療により長期生存している類上皮型腎血管筋脂肪腫の1例: 久次米雄馬, 中山雅志, 谷 優, 山本致之, 永原 啓, 中井康友, 垣本健一, 西村和郎 (大阪国際がんセ) 41歳, 男性. 膀胱タンポナーデを主訴に超音波検査で左腎腫瘍を指摘され, 当科紹介となった. 腹部造影CTでは, 左腎上極に長径10cmの内部壊死を伴う腫瘍を認め, 左腎細胞癌 (cT3aN0M0)と診断した. 開腹左腎摘除術を施行し, 病理結果は類上皮型腎血管筋脂肪腫 (eAML)であった. 術後9カ月で腰椎L3転移と肝S6転移を認め, 骨病変への放射線治療とテムシロリムス投与で完全寛解となった. 術後46カ月でテムシロリムスを隔週投与へ変更したが, 15カ月後に新規の肝S7転移が出現した. 肝部分切除術を施行し病理結果はeAMLの肝転移であった. テムシロリムスを週1回で投与継続とし, 肝部分切除後27カ月間時点で再発は認めない.

腎細胞癌の術後再発に対するイビリムマブ・ニボルマブ療法後に重度の下痢を発症し, 死亡した1例: 榮井広嗣, 浅井利大, 山肩正輝, 西出峻治, 西原千香子, 羽阪友宏, 北本興市郎, 石井啓一, 坂本亘, 上川禎則 (大阪市立総合医療セ) 56歳, 男性. 維持血液透析患者. 右腎癌 cT2aN0M0 に対し腹腔鏡下右腎摘除術を施行し, 術後診断は淡明細胞型腎細胞癌 pT3aN0M0 であった. 術後10カ月で局所再発・腹膜転移を認め, イビリムマブ・ニボルマブ併用療法を施行した. 3コース終了後に部分奏功が得られたが, 肝機能障害を認めたため, ニボルマブ単剤療法に変更した. 2コース終了後に grade 3 の下痢を認め, 入院となった. 大腸内視鏡では irAE による大腸炎と診断できず, 止瀉薬の投与を行ったが改善しなかった. 経過中に敗血症と髄膜炎疑いを発症し, 全身状態が悪化し, 死亡された. 血液透析患者に対するイビリムマブ・ニボルマブ併用療法の報告は少なく, 安全性について, 検討の余地がある.

偶然発見され FISH 法にて診断した Xp11 転座型腎細胞癌の1例: 西村一希, 上原博史, 小村和正, 堤 岳之, 小林大介, 藤原裕也, 市橋 淳, 谷口俊理, 前之園良一, 吉川勇希, 伊夫貴直和, 平野 一, 福元輝生, 能見勇人, 東 治人 (大阪医薬大) 27歳, 女性. 虫垂炎の手術時に右腎腫瘍を指摘され当院紹介. CT で早期浸染・wash-out, MRI で明らかな被膜のない最大径 55mm の腫瘍を認め, 腎細胞癌 cT1bN0M0 と診断. 画像上明らかな被膜のない腎門部腫瘍であり, 腫瘍残存のリスクを鑑みて腹腔鏡下根治的右腎摘除術施行. 病理

結果は right renal cancer, G2, INFa, v0, ly0, eg, fc1, im0, rc-inf0, sinf0, pT1b であった. TFE3 陽性から break-apart FISH 施行し陽性であった. Mit ファミリー転座型腎細胞癌 (Xp11 転座型腎細胞癌) と診断. 術後10カ月で再発なく経過している. 若年の腎細胞癌では転座型腎癌を常に念頭におき, 今後症例蓄積を重ね病態解明を進める必要がある.

単発性の腎腫瘍像を呈した非特異的リンパ節炎の1例: 梅田 駿, 波多野浩士, 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) 63歳, 女性. 無症候性肉眼的血尿を主訴に前医受診. CT にて緩徐に弱く造影される 39mm 大の左腎腫瘍を指摘され当科紹介受診. 乳頭状腎癌もしくは後腎性腺腫が疑われたが典型的な所見ではなく腎生検を施行. 小型から中型のリンパ球が密に増殖しておりリンパ組織由来の腫瘍と考えられたが確定診断には至らずロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術を施行した. 腫瘍は腎被膜から剥離可能で腎動脈を遮断することなく腫瘍を摘出した. 肉眼的には黄白色の均一な充実性腫瘍であり, 病理組織学的にはリンパ組織の構造は保たれおりウイルス感染に特徴的な大型の多角化した細胞が散見されたが, 各種免疫染色では原因を特定できず非特異的リンパ節炎と診断した. 術後7カ月経過した現在再発なく経過している.

全身化学療法無効の進行性膀胱癌に対してベムプロリズマブが著効し, 長期に完全寛解が維持できた1例: 堀部祐輝, 石井 信, 辻村剛, 中田 渡, 辻本裕一, 任 幹夫, 辻畑正雄 (大阪労災) 69歳, 男性. 12年前に当院で膀胱癌に対して TURBT 施行歴があるも, 術後通院されず, 肉眼的血尿を主訴に前医受診, 膀胱タンポナーデを来たしており当科紹介となった. MRI, CT で膀胱左側壁の憩室内に骨盤壁に浸潤を伴う膀胱癌の再発を認めた. 患者が膀胱全摘を拒否したため放射線化学療法を行ったが, 腫瘍は増大, レジメンを変更しながら化学療法継続するもいずれも PD であった. その後本邦でのベムプロリズマブの適応が承認され, 治療を開始した. 治療開始後は下肢の浮腫や疼痛が出現, 腫瘍壊死による尿閉を繰り返すなどの症状を認めた. 腫瘍は縮小を認め, 3年間生存を継続している. 12年前の病理標本と放射線治療前後の病理標本の PD-L1 の発現率を検討したが, 経時的に発現が増加しており, PD-L1 の発現率と治療効果の相関がみられた.

悪性パラガングリオーマ多発骨転移に対し, 集学的治療を行った1例: 楠瀬正史, 鈴木光太郎, 寺川智章, 千葉公嗣, 古川順也, 原田健一, 重村克己, 日向信之, 石村武志, 中野雄造, 藤澤正人 (神戸大) 45歳, 女性. 腹部手術歴なし. コントロール不良の高血圧のため前医内科を受診し精査で骨盤内原発悪性パラガングリオーマを疑われX年に当院紹介となった. 血中・尿中ノルアドレナリン・ドーパミン高値を認め, 腹部MRIでは骨盤内腫瘍の膀胱内腔・膈・子宮への浸潤を認めた. <sup>123</sup>I-MIBG シンチグラフィではさらに肝転移・多発骨転移を認めた. 臨床的に悪性パラガングリオーマの診断となり, 治療として腫瘍摘除・周辺臓器合併切除を行い, 術後3カ月後よりCVD療法を開始し4コース終了後のPET-CTでは転移巣の縮小, 症状の離脱を認めた. また同時に <sup>131</sup>I-MIBG 内照射療法の臨床試験に参加し1コース終了し現在も継続している.

膀胱全摘後20年以上経過し回腸新膀胱に発生した扁平上皮癌および尿路上皮癌の1例: 藤本健尊, 今井一登, 赤羽瑞穂, 坂元宏匡, 青山輝義 (関西電力), 桜井孝規 (同病理診断科) 71歳, 男性. 膀胱癌に対し23年前に他院にて膀胱全摘および回腸新膀胱造設術を施行され, 病理組織診断は尿路上皮癌, G3, pT1 であった. 以後再発なく経過していたが, 肉眼的血尿が出現し, CT 検査にて新膀胱内に腫瘍を指摘されたため当科紹介となった. TURBT を施行し, 病理組織診断は扁平上皮癌および尿路上皮癌であった. 腸間膜, 仙骨前リンパ節転移を認め, ゲムシタピン, シスプラチンによる化学療法を施行したが, 副作用により1コースで中止した. ベムプロリズマブに変更し, 5カ月間SDを維持している. 他の尿路変向に比べ長期経過観察例が少ない回腸新膀胱は, 晩期合併症として二次発癌が今後増えてくる可

能性があり、長期的な経過観察が必要である。

術後リンパ漏を呈した膀胱尿路上皮癌 **Plasmacytoid variant** の1例：秋山恭二朗，大杉治之，池田純一，福井真二，滝澤奈恵，谷口久哲，矢西正明，齊藤亮一，杉 素彦，木下秀文，松田公志（関西医大），河野由美子，狩谷秀治（同放射線），大江知里（同病理診断）65歳，男性。4カ月前から頻尿，尿漏れを主訴に当科受診。食道癌に対し食道亜全摘施行後（5年前）。膀胱鏡では全周性に浮腫状粘膜，MRIでは，T2強調像で全周性の膀胱壁肥厚，拡散強調で膀胱壁全周性に高信号，また精囊浸潤も疑われた。組織診断目的のTURBTを施行し，病理結果は膀胱尿路上皮癌 plasmacytoid variant 病期分類cT4aN0M0の診断。術前化学療法GC 4コース後に，膀胱全摘・回腸導管造設・骨盤内リンパ節郭清を施行。病理結果はypT3aの診断であった。術後4日目に吻合部ドレーンを抜去，術後9日目に骨盤底ドレーン抜去し経過を見ていたところ，術後15日目に会陰部の創部が離開し，同部位より排尿を認めた。診断のために術後24日目にリンパ管シンチを行ったところ左外腸骨リンパ系でのリンパ管の破綻と骨盤腔内および創部へのリンパ漏と考えられ，術後27日目に鼠径リンパ節よりリンパ管造設またリンパ管塞栓を施行。リンパ管塞栓施行後，リンパ管排水は速やかな減少を認めた。

腸管からの異物迷入を契機とした膀胱周囲膿瘍の1例：吉武倫太郎，馬場雅人，井手晴菜，井上健太郎，山内直也，奥末理知，草場拓人，窪田成寿，永澤誠之，和田晃典，伊狩 亮，富田圭司，吉田哲也，影山 進，上仁数義，成田充弘，河内明宏（滋賀医大）76歳，女性。発熱，膀胱刺激症状で当科紹介受診。CTで膀胱左前壁に境界不明瞭で内部不均一な腫瘍性病変を認め，内部には線状の高吸収陰影を含んでいた。当初は悪性腫瘍を疑ったが，過去のCT画像を確認すると，線状高吸収陰影が腸管内から膀胱周囲へと経時的に移動していたことが確認できた。異物による膿瘍形成などの良性疾患を考え，経尿道的に生検を行った。結果は膿瘍形成の所見であった。誤飲魚骨の迷入による膀胱周囲膿瘍と診断し，抗菌薬治療を行うことで病変は著明な縮小を認めた。悪性疾患との鑑別が問題であったが，適切な診断にて侵襲的な手術治療を回避できたので，文献的考察を加えて報告する。

膀胱の閉鎖に用いた縫合糸の除去によって治癒した医原性膀胱膿瘍の1例：三浦隆大，山下遥介，河村 駿，角井健太，奥野優人，田口功，川端 岳（関西労災）82歳，女性。直腸癌に対してロボット支援腹腔鏡下低位前方切除術施行。膀胱浸潤を認め，膀胱壁合併切除施行。膀胱断端を有棘縫合糸（V-Loc<sup>TM</sup>）で縫合し閉鎖した。19日後の膀胱造影で膀胱膿瘍を認め，34日後の膀胱鏡診で膀胱断端左側に6mm大の瘻孔と同部位より尿の流出を確認した。膀胱断端の有棘縫合糸（V-Loc<sup>TM</sup>）が瘻孔形成の原因と考え，腰麻酔下で経腔的抜糸術を施行した。3カ月後の膀胱鏡にて瘻孔部の閉鎖を認めた。瘻孔の原因と思われた有棘縫合糸（V-Loc<sup>TM</sup>）を抜糸することで，瘻孔部の修復が進み保存的に治癒したと考えられた。

限局性前立腺癌に対し複数回の標的化局所凍結療法を施行した1例：宮本まどか，白石 匠，玉井亮祐，小倉涼太，辻本雅史，小林達矢，堀内大介，井上裕太，大橋宗洋，清水輝記，山田剛司，上田崇，藤原敦子，内藤泰行，本郷文弥，浮村 理（京府医大）58歳，男性。201X年1月にPSA高値，MRIにて前立腺癌を指摘され，

201X+2年1月に生検目的に紹介受診。生検にて限局性前立腺癌を認め，201X+3年5月に初回標的化局所凍結療法を施行した。治療後PSA上昇を認め，MRIでは治療標的部位は消失し新規病変を認めなかったが，saturation biopsyにて新規病変を検出した。新規病変に対して初回治療後28カ月で陽性生検軌跡を標的とした局所凍結療法を施行した。初回治療後36カ月で再度PSA上昇を認め，MRIにて前立腺癌病巣を疑う所見を認めたが，MRI-US fusion 生検にて組織学的に癌を検出せず，癌制御は維持されていると考えられた。治療の前後で治療関連合併症は認めず，尿禁制・性機能を含むQOLは維持されていた。

ベンプロロリズマブが著効したMSI-highの去勢抵抗性前立腺癌の1例：清水浩介，佐野剛規，畑野翔太郎，服部悠斗，羽間悠祐，藤原裕士，河野 仁，増井仁彦，佐藤琢磨，後藤崇之，澤田篤郎，赤松秀輔，小林 恭，小川 修（京大），藤本正数（同病理診断科）69歳，男性。膀胱タンポナーデの精査中にPSA高値を指摘，経会陰的前立腺生検で腺癌と診断された。CTで左鎖リンパ節に転移を認めホルモン治療を開始した。去勢抵抗性となり化学療法を行うも，局所浸潤に伴う血尿・疼痛・尿路感染の管理に難渋した。尿路感染による感染性心内膜炎を発症したことと，効果が不十分であったことから治療の変更を検討，マイクロサテライト不安定性検査を施行しMSI-highであったためベンプロロリズマブを導入した。導入後，臨床症状は著明に改善し，PSAは感度未満に低下した。

球部尿道狭窄にともなう難治性夜尿が尿道形成術で治癒した1例：松尾勇樹，田中 亘，西崎広典，田口元博，嶋谷公宏，長澤誠司，山田祐介，呉 秀賢，兼松明弘，野島道生，山本新吾（兵庫医大）10歳，男児。夜尿症で小児科を受診，DDAVPや抗コリン薬内服やアラーム療法施行するも症状は改善せず昼間失禁はなし，膀胱機能の精査目的で13歳時に当科紹介となった。初診時のUFMはQ<sub>max</sub>:13.9 ml/s，UDSでは排尿時圧が200 cmH<sub>2</sub>Oと高値を認めていた。UG，VCUG施行したところ球部尿道に7mmの尿道狭窄を認めた。尿道狭窄にともなう高圧排尿と診断し2回尿道切開術施行するも一時的に症状は改善したが数カ月で狭窄の再発を認め，15歳時に尿道形成術を施行する方針となった。若年で性機能障害は極力避けるべき年代であり，球海綿体血流を温存した尿道形成，Non-transecting urethroplastyを選択した。術後のUFMではQ<sub>max</sub>:45.7 ml/sと改善しUDSでの排尿時圧も100 cmH<sub>2</sub>Oに低下し薬物治療なしで夜尿症が改善した。難治性夜尿症の場合，尿道形成は治療選択肢になりえる。

診断的治療として経尿道的開窓術を要した男性難治性尿道憩室感染症の1例：牧田哲幸，村嶋隆哉，増田憲彦，西川信之，清川岳彦（京都市立），相馬隆人（相馬病院）85歳，男性。1.5カ月前に他院にて右陰囊膿瘍開放ドレナージ後で，再燃したため紹介。CTにて右陰囊，前立腺尿道周囲に液貯留を認め，膿瘍再燃として陰囊開放ドレナージに加え尿道周囲膿瘍腔にCTガイド下ドレナージを施行した。その後抗生剤内服にて退院となるも，4週後に再燃。CTにて膿瘍腔の増大，尿道造影では括約筋遠位より膿瘍腔への造影あり。ドレナージ目的にて経尿道的開窓術，憩室焼灼術を施行。術後2日で尿道カテーテル抜去し，尿道造影にて造影されるスペースはほぼ消失，感染の再燃なく経過している。傍尿道腺の感染，拡張から憩室が形成され，先行する尿路感染を契機に膿瘍化したものと考えられた。難治性であったが経尿道的開窓術にて改善を認めた。