

第410回日本泌尿器科学会北陸地方会

(2005年12月11日(日), 於 金沢全日空ホテル)

両側副腎悪性リンパ腫の1例: 押野谷幸之輔, 長野賢一(公立松任石川), 今村好章, 法木左近(福井大病院), 中村喜久, 上田幹夫(石川県立中央血液免疫内科) 今回われわれは両側副腎原発悪性リンパ腫の1例を経験したので報告する。症例は54歳, 男性, 本年8月末より, 全身倦怠感, 38度台の発熱が出現し, 9月7日当科初診。胸腹部の理学的所見は異常なし。初診時採血で軽度の貧血, LDH と CRP の高値を認めた。同日の腹部 CT にて, 両側副腎に腫瘍が認められた。特に左副腎は 8×6 cm と大きかった。追加採血で sIL-2R は 6,480 と高値。9月30日の開放左副腎針生検の結果, 腫瘍細胞は大型の核を有し, 免疫染色では CD20 陽性で NHL, DLBCL, stage II と診断。10月11日より CHOP 療法が開始され, 10月31日の腹部 CT では, 両側副腎腫瘍は消失していた。その後 R-CHOP 療法 2 コース施行され, 12月1日の sIL-2R は 462 と正常化した。

後腹膜鏡下腎盂切石術を施行した1例: 児玉浩一, 栗林正人, 元井勇(富山市民) 患者は90歳, 女性。2002年および2003年に急性腎盂腎炎の既往がある。2005年8月腎盂腎炎から DIC に陥った際, 左腎盂結石を指摘され紹介された。PS は 2。排泄性腎盂造影では左腎盂に 48×25 mm の結石を認めた。尿管狭窄の所見はなかった。尿培養で緑膿菌が検出された。2005年8月22日後腹膜鏡下左腎盂切石術を4ポート設置下に施行し, 結石を一塊に摘出した。手術時間175分, 出血 50 ml 以下であった。術後2日目より食事および歩行を開始し, 15日目に尿管ステントを抜去した。特に合併症は認めていない。後腹膜鏡下腎盂尿管切石術は, 単回で結石片を残さず治療可能な術式であり, 開放手術に比較すると低侵襲であると思われた。症例を選べば, 同術式は上部尿路結石に対する治療の option の1つになりうると考えられた。

肉腫様腎癌の3例: 三輪聡太郎, 山本秀和, 岩佐陽一, 細川高志, 福島正人, 菅田敏明(福井済生会), 全陽(同病理) われわれは3例の肉腫様腎癌を経験した。症例1は60歳, 女性, ドックにて2 cm の右腎腫瘍を指摘。術前診断は T1a, N0, M0, 経腹的右腎摘除術を施行し術後4年再発, 転移を認めず。症例2は70歳, 女性, 左下腹部痛, 発熱を主訴に受診。CT にて 8 cm の左腎腫瘍を認め腫瘍は被膜外浸潤, 下行結腸浸潤, 胸膜転移, 肺転移を認めた。術前診断は T4, N0, M1, 経腹的左腎摘除術+下行結腸合併切除術を施行し IFN 開始するも術後4カ月目に死去。症例3は58歳, 男性, 全身倦怠感を認め CT にて 8 cm の右腎腫瘍と肝浸潤, 肺転移を認めた。術前診断は T4, N0, M1, 経腹的右腎摘除術+肝部分切除を施行。術前, 術後に IFN 治療を施行するも増悪傾向のため術後4カ月目より IL-2 に変更。しかし術後7カ月目で PD の状態である。自件例を含め肉腫様腎癌について若干の文献的考察を加え報告した。

下大静脈後尿管に対するミニマム創内視鏡下手術の経験: 松井太, 藤田博, 四柳智嗣, 角野佳史, 小中弘之, 溝上敦, 高栄哲, 並木幹夫(金沢大) 症例は24歳, 男性, 2005年5月中旬右側腹部痛を認め前医受診。エコー上右水腎症を認め当科紹介となった。DIP では右水腎症および L3/4 の位置にて右尿管の内側偏位を認め, RP では右尿管の S 字状屈曲を認めた。造影 CT にて右水腎症および尿管が IVC の背側を走行し左側に回りこんでいた。以上の所見より下大静脈後尿管と診断しミニマム創内視鏡下尿管端々吻合術を施行した。体位を右腎上位とし, 皮切は第11肋骨末端より 8 cm とした。尿管は 4.8 Fr DJ ステントを留置し, 5-0 吸収糸にて端端吻合とした。手術時間は190分, 出血は 80 ml であった。術後 DIP にて右水腎症は改善し右側腹部痛も消失した。下大静脈後尿管に対してミニマム創手術は安全かつ低侵襲であり有用であると考えた。

血管内ステントグラフト留置が奏効した腸骨動脈尿管瘻の1例: 棚瀬和弥, 青木芳隆, 渡辺望, 松田陽介, 中井正治, 金田大生, 塩山力也, 大山伸幸, 三輪吉司, 秋野裕信, 横山修(福井大), 坂井豊彦, 伊藤晴海(同放射線), 守山典宏(斉藤病院), 楠川直也(公立海南) 症例: 78歳, 男性。75歳時より回盲部の単純性反復性潰瘍に対し, 1日プレドニソロン 12.5 mg 内服中であった。2004年4月浸潤

性膀胱癌に対し, 近医泌尿器科にて膀胱全摘, 右一側開口両側尿管皮膚瘻造設術を受けた。左側のみ3週ごとに尿管ステントを交換していた。2005年4月5日, 誘因なく尿管皮膚瘻ストマから多量出血をきたしショック状態となった。CT, 血管造影にて左総腸骨動脈に仮性動脈瘤が確認された。仮性動脈瘤による腸骨動脈尿管瘻と診断した。血管造影下に血管内 PTFE ステントグラフトを留置したところ, 血尿は消失した。

女性に対する回腸新膀胱造設術三症例の経験: 澤田樹佳, 土山哲史, 江川雅之, 三崎俊光(市立砺波), 栗林正人, 児玉浩一, 元井勇(富山市民) 当科にて女性に対する回腸新膀胱造設術を三症例経験した。主疾患はいずれも T2b 以上の TCC で, 手術時の年齢は平均70歳, 手術時間は平均8時間, 出血量は平均1 l であった。子宮および陰は全例で温存可能であり, 尿道から膀胱頸部の内骨盤筋膜切開は最小限に留めた。術中迅速病理で尿道および尿管断端に悪性所見のないことを確認し新膀胱を Hautmann 法を用い造設した。術後の経過および排尿状態は良好であり合併症は認めなかった。根治性に留意し, また子宮などの支持組織を温存することにより女性に対しても選択された症例では新膀胱造設術は標準的な術式となりうると考えられた。

巨大な腹部腫瘍にて発見された前立腺癌の1例: 杉本和宏, 石浦嘉之, 越田潔(金沢医療セ), 川島篤弘(同病理) 症例は62歳, 男性。腹部腫瘍にて近医から紹介された。臍下部に小児頭大の腫瘍を触知した。造影 CT で, 後腹膜腔に径 10×9 cm 大で造影効果のある腫瘍が認められ, また前立腺の形態は不整であった。PSA 値が 13,654 ng/ml のため経直腸的前立腺針生検を行い, 腹部腫瘍に対しては経皮的針生検を行った。いずれも中分化型腺癌で, 腹部腫瘍は前立腺癌の領域外リンパ節転移と考えられた。MAB を開始し, 5カ月後には PSA 値が 1.11 ng/ml まで急速に低下し, リンパ節転移の縮小率は 85% であった。1983年以降, 本邦でリンパ節転移による腹部腫瘍にて発見された報告例は, 本症例も含めて22例が存在し, ホルモン療法が中心に行われ, 平均14カ月の追跡で再燃例は1例のみであった。中分化, 低分化型腺癌が多く, PSA 値に比し骨転移が少ない傾向があると思われた。

脊髄障害を認め自己去勢した1例: 鈴木裕志(公立小浜), 岡本敏幸(上中病院内科) 症例は89歳, 男性。慢性心疾患, 認知症で療養型病院に入院中, 2005年5月31日, 心窩部以下の感覚脱失と運動障害が出現。CT, ミエログラフィーで Th4-5 レベルの脊髄圧迫所見を認めた。2005年6月8日早朝, 手動的に陰囊皮膚を裂き両側精巣が摘出されているのを看護師が発見した。当科転院時の局所所見は陰囊皮膚が大きく裂けた状態で左右の精索, 精管は外ソケイ輪で鈍的に切断されていたが, 出血は軽度であった。左右精巣は固有鞘膜に包まれた状態で摘出されていた。左右精索精管の結紮と陰囊内の局所洗浄, デブリードマンを行い陰囊皮膚を縫合した。術後経過は良好で早期に紹介元病院に転院となった。その後判明した PSA 値は >1,000 ng/ml ときわめて高値であり, 前立腺癌脊椎転移による脊髄障害と認知症が原因で自己去勢を起こしたものと推察された。

セルトリ細胞腫の1例: 里見定信(済生会高岡), 松井一裕(同病理) 症例は59歳, 男性, 右陰囊内の無痛性腫瘍を主訴に2005年5月18日当科を受診。身体所見は右精巣上部に小指頭大の硬結した腫瘍を触知する以外異常を認めなかった。腫瘍は超音波検査では長径 1.5 cm で低エコーの中に高エコーの部分混在していた。血中 AFP, β -HCG, LDH は正常範囲内であった。右精巣腫瘍の診断で6月8日右高位精巣摘出術を施行。摘出標本では右精巣内に灰白色充実性, 1.5×1.2 cm で境界明瞭な腫瘍を認めた。病理組織診断では, 線維成分を主体とした間質の中に一部索状や管腔様構造をとる上皮成分を認め, 核の腫大や核分裂像を認めないことより良性セルトリ細胞腫 Sclerosing type と診断した。術後6カ月現在再発, 転移を認めていない。セルトリ細胞腫は病理診断において良性, 悪性の鑑別が困難なことが多く, 本症例においても厳重な経過観察が必要と考えられた。

胃癌の精巣固有鞘膜転移の1例：福田 護，伊藤秀明，布施春樹（舞鶴共済），藤田邦博，竹内一雄（同外科），今村好章，法木左近（福井大病理） 患者は53歳，男性。2004年8月18日，当院外科にて胃癌に対して胃全摘術を施行。病理結果は，進行性胃癌 Stage IIIA (pT4, pN0, M0)。組織型は低分化型腺癌で一部に印環細胞癌であった。リンパ管侵襲を認め，腹膜播種は認められなかった。術後，看護師に左陰嚢腫大を指摘されるも放置していた。2005年4月頃より，左陰嚢に違和感を覚え，4月26日，当科受診。左陰嚢は，超鶏卵大・軟で，硬結を認めず。エコーおよびMRI上，左陰嚢水腫の診断にて左陰嚢水腫根治術施行。内容液は，70 ml・黄色透明。固有鞘膜に小豆大の白色結節を2個認め，余剰鞘膜とともに切除し，病理学検査に提出。病理結果にて，陰嚢水腫を合併した胃癌の精巣固有鞘膜転移と診断された。

皮膚転移をきたした陰茎癌の1例：今村朋理，伊藤崇敏，西尾礼文，野崎哲夫，永川 修，布施秀樹（富山大） 症例は64歳，男性，前医にて陰茎癌と診断され，陰茎部分切除術施行。高分化型扁平上皮癌，pT1にて経過観察中，右鼠径リンパ節腫脹をきたし当科受診。生検にて高分化型扁平上皮癌と診断。MBP療法2クール施行後，全除精術，両側鼠径リンパ節郭清，腸骨リンパ節郭清施行。内，外腸骨リンパ節に転移を認め，術後MBP療法をさらに1クール施行し退院。リンパ浮腫による歩行困難，右鼠径部痛にて再入院後，下腹部から左鼠径部，臀部にかけて赤色丘疹出現。生検施行し，免疫染色でCK14陽性，CK7，20陰性にて扁平上皮癌（低分化型）と診断。その後間もなく永眠された。本邦において，陰茎癌の皮膚転移は症例としての報告はなく，非常に稀であると思われた。

当科における男性感染症の現況：島村正喜，重原一慶，北川育秀，中嶋孝夫（石川県立中央） 2003年1月から2005年10月までの間に当科を受診した男性感染症患者138例を対象とし，臨床的検討を行った。内訳は淋菌性尿道炎63例（45.6%），非淋菌性非クラミジア性尿道炎37例（26.8%），クラミジア性尿道炎29例（21.0%），コンジローマ6例，ヘルペス3例であった。感染経路はCSWからが47%，不特定の友人からが38%，パートナーからが15%であった。性交形態では69%が陰性交を行っており，非淋菌性尿道炎では陰性交による感染が多く認められた。治療は淋菌性尿道炎ではCTR1g単回静注を原則とし，非淋菌性尿道炎ではMINOまたはAZM，LVFXの投与を行った。淋菌性およびクラミジア性尿道炎では全例有効以上の効果が認められた。非淋菌性非クラミジア性尿道炎では89.7%の有効率であったが，3例は薬剤を変更したが難治性であった。

脳疾患患者の長期留置尿道カテーテル抜去後の有熱性尿路感染症発症について：瀬戸 親，長澤丞志，田近栄司（富山県立中央） 急性期脳疾患患者の尿道カテーテル抜去後の尿路管理と有熱性尿路感染症（f-UTI）について検討した。カテーテル抜去80例中，1回以上の導尿施行は37例（46%）と半数以下であった。導尿の理由として，抜去後の尿量過少が25例と約2/3を占めていた。抜去後に38°C以上のf-UTIと判断したのは8例（10%）であった。38°C以上の発熱時期は抜去から1～16日後（平均4.5日後）で，抜去直前の体温と発熱時の最高体温はおのおの37.5（±0.2）°C，38.5（±0.4）°Cで有意な体温上昇がみられた。この8例中6例で導尿が施行され，施行日は抜去から平均5.8日後，導尿の理由は1例を除き尿量過少であった。導尿量の最小値および最大値の平均はおのおの384，636 mlであった。尿量過少例は泌尿器科に依頼されたが，それ以外は各診療科で抗生物質のみの投与を受けていた。

福井県前立腺検診受診者を対象とした下部尿路症状とBody mass index (BMI) の関係についての検討：青木芳隆，大山伸幸，三輪吉司，前川正信，橋川直也，石田泰一，守山典宏，岩堀嘉郎，齊川茂樹，藤田知洋，中村直博，鈴木裕志，伊藤啓一，三原信也，平田昭夫，塚原健治，奥村良二，細川靖治，池田達夫，菅田敏明，福島克治，横山 修（福井泌尿器科医会） 対象は2004年度福井県前立腺検診を受けた40歳以上の男性3,392人。IPSSの各症状スコアとbody mass index (BMI) との関連を調べた。BMI < 18.5を低体重群，18.5 ≤ BMI < 25.0を普通体重群，BMI > 25.0を肥満群として分類。平均66.4歳（41～92歳）。結果は，夜間頻尿と尿線途絶が低体重群で有意に高スコアだった。特に夜間頻尿スコアは加齢に伴い上昇傾向は見られ，高齢になるにつれ低体重群は夜間排尿回数の有意な増加をみた。

これまでの肥満者に夜間頻尿が多いという報告とは異なる結果であった。

当科における腎移植の成績：田中達朗，井上 幹，森田展代，相原衣江，近沢逸平，森山 学，川村研二，宮澤克人，鈴木孝治（金沢医大） [はじめに] 2005年10月1日までの30年間に経験した腎移植264例の成績を報告する。[対象と方法] 生体腎移植例を，Calcineurin inhibitor 使用前後の2群（A群101例，B群113例）と死体腎移植（C群50例）に分類し，生存，生着率，合併症，長期生着に関わる因子を検討した。[結果] 3群の15年生着率は60.9，60.7，67.5%とほぼ同等の成績であった。A群の30年生着率は47.5%で15年以降生着率の低下は小さかった。組織適合性の良い例や急性拒絶反応やATNの既往がない例は生着率が良好であった。[結語] 生着率低下は移植後15年までにみられ，とくに組織適合性と移植初期の急性拒絶反応の有無が長期予後に影響すると考えられた。

Novalis Body による限局型前立腺癌 IMRT の初期経験：喜久山明，石井健夫（浅ノ川総合），鈴木孝治，田中達朗（金沢医大），高仲強（金沢大放射線），太郎田融（浅ノ川総合放射線） [目的] 定位放射線治療専用装置であるNovalisを用いた限局型前立腺癌IMRTの初期治療経験を報告する。[対象] 対象は，2004年11月～2005年7月までにIMRTを行ったT1c 4例，T2a 8例，T2b 5例，T3a 2例，T3b 1例の計20例である。照射は7～9門のIMRTにて，gold-marker 未刺入例は72 Gy/36 f，goldmarker 刺入例は76 Gy/38 fで前立腺および精嚢を標的として照射した。[結果] 全例治療計画との誤差1 mm以下で毎回の照射が可能であった。grade 1の頻尿が72 Gy群5例（45%），76 Gy群5例（55%）にみられたがいずれも内服などの治療は必要とせず照射終了後徐々に症状は改善した。[結論] Novalis Body-ExacTrac Systemを用いることによって，高精度な前立腺癌IMRTの施行が可能であった。

金沢大学附属病院における，前立腺癌に対する高線量率組織内照射の治療成績：野原隆弘，泉 浩二，高田昌幸，上野 悟，藤田 博，小中弘之，溝上 敦，高 栄哲，並木幹夫（金沢大） [目的] 前立腺癌に対する外照射併用高線量率組織内照射の治療成績について検討し報告する。[対象と方法] 1999年2月より2005年1月まで当院において施行された140症例のうち，臨床病期T1c-T3b，N0と診断された追跡観察可能125例を対象とした。全例6 Gy×3=18 Gyの組織内照射を行い，外照射療法2 Gy×22=44 Gyを併用した。ホルモン療法は症例により併用した。[結果] 平均年齢は69.1（45～84）歳で，PSA中央値9.3（1.3～261）ng/ml，観察期間は中央値734（147～2,135）日であった。死亡例は1例も認めなかった。5年bNEDは非ハイリスク群で94.9%，ハイリスク群で89.5%と非常に良好な成績が得られた。また，アジュバントホルモン療法未施行症例のみの検討でも，非ハイリスク群で94.1%，ハイリスク群で79.0%と，良好な成績であった。[結語] 高線量率組織内照射は限局性前立腺癌に対し物理学的・生物学的に優れた治療であり，前立腺全摘術に比し低侵襲であり合併症の多い患者にも行うことができる。当院においても良好な成績であった。さらに長期間の検討が必要であるが，今後も症例を重ねていく予定である。

当科における前立腺全摘除術の治療成績：上木 修，田谷正樹，川口光平（公立能登） 1998～2005年に当院で前立腺全摘除術が施行された65例について検討した。22例は術前に2～13（中央値4）カ月のMABによるneoadjuvant療法が施行されていた。Underdiagnosisを認めたのは非施行43例中20例（46.5%），施行22例では5例（22.7%）のみであり，neoadjuvant療法のdownstage効果を示している可能性が示唆された。術後補助療法を施行しなかった59例でのPSA再発（0.1 ng/ml以上の上昇）は，8～83（中央値31）カ月の観察期間で16例に認められ，再発までは1～22（中央値6.5）カ月であった。PSA非再発率は31カ月で71.5%であった。予後規定因子についての検討では，治療前PSA値，分化度，臨床病期において有意差が認められた。Cox proportional hazards modelによる多変量解析では分化度が，唯一独立した予後規定因子であった。

前立腺癌内分泌療法中に認められた耐糖能異常について：森井章裕，西尾礼文，保田賢司，渡部明彦，明石拓也，水野一郎，永川修，布施秀樹（富山大） 前立腺癌内分泌療法中に認められた耐糖能

異常を認めた症例を7例経験した。年齢は66歳から84歳まで、平均75歳、病期はstage Bが3例、Cが3例、D2が1例であった。内分泌療法は、7例中6例にMABが行われており、1例のみLH-RHagonist単独にて治療が行われていた。耐糖能異常を認めるまでの内分泌療法期間は平均10カ月であった。7例中5例は糖尿病の既往が

あり、あとの2例は糖尿病を指摘されたことはなかった。7例中5例にて、糖尿病の治療に加え、内分泌療法の変更を行っており、うち4例において血糖コントロールが改善した。前立腺癌内分泌療法中は、口渴、多尿などの耐糖能異常を疑わせる症状や尿糖の有無に注意する必要があると思われた。