

## 第411回日本泌尿器科学会北陸地方会

(2006年2月18日(土), 於 ホテルイン金沢)

直径 10 cm 以上の副腎腫瘍に対して腹腔鏡下切除術を施行した 2 例: 土山哲史, 澤田樹佳, 江川雅之, 三崎俊光 (市立砺波), 押野谷幸之輔, 長野賢一 (公立松任石川) 今回直径 10 cm 以上の副腎腫瘍に対する腹腔鏡下切除術を 2 例経験した。症例は共に内分泌非活性, 腫瘍径は 10×7, 15×7.6 cm であった。前者には腹腔鏡下手術, 後者には腹腔鏡下に可能な範囲の剥離操作を行い, その後開放手術に移行する Hybrid Surgery を行った。共に術後合併症を認めなかった。周囲臓器への浸潤・癒着がなければ, 長径 12~13 cm の腫瘍に対する腹腔鏡下手術は可能である。より大きな腫瘍にたいしては Hybrid Surgery を用いることで低侵襲な手術が可能である。今後大きな副腎腫瘍に対しても腹腔鏡下切除術が標準的術式になると思われた。

腎血管筋脂肪腫との鑑別に苦慮した腎細胞癌の 1 例: 泉 浩二, 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) 38歳, 女性。主訴は右背部痛。2002年2月に主訴あり近医受診, CT で右腎周囲の血腫が認められ, 当科紹介緊急入院となった。若年女性であり, 腫瘍内の蛇行した拡張血管, 微小動脈瘤が認められ, 腎血管筋脂肪腫の自然破裂と診断し塞栓術を施行した。患者が手術を拒否し, 経過観察となっていたが, 2005年10月, CT 上腫瘍は著明に増大し MRI でも周囲に偽被膜が認められ, 腎細胞癌が疑われた。同年11月右腎細胞癌 T2N0M0 と診断し, 右肋骨弓下横切開にて根治的右腎摘除術を施行した。組織学的に平滑筋成分や脂肪成分は見られず, 淡明細胞癌と診断された。自然破裂した腎細胞癌の予後に関しては一定の見解が得られていないが, 腫瘍細胞の播種の可能性もあり, 厳重な経過観察が必要であると考えられる。

G-CSF 産生腎盂癌の 1 例: 岩佐陽一, 三輪聡太郎, 福島正人, 山本秀和, 菅田敏明 (福井済生会), 須藤嘉子 (同病理), 細川高志 (細川医院) 2004年4月頃より肉眼的血尿, 左側腹部痛が出現。9月13日, 左尿管結石の疑いのため近医より紹介。左腎盂腫瘍傍大動脈リンパ節転移, 臨床病期 T3N2M0 の診断にて10月6日, 左腎尿管全摘を施行。病理検査は移行上皮癌, G3 であった。術後MVAC化学療法を施行。各種画像検査では再発病変を認めず, 退院。外来経過中, 明らかに転移病変を認めていなかったが, 4月15日に肉眼的血尿が出現。左尿管口付近に再発病変を認め, 連続して骨盤内腫瘍を認めた。入院時, 白血球の異常高値と血中 G-CSF 値上昇を認めた。化学療法を目的に4月23日に入院。経過中, 下血が出現し, 全身状態が悪化, 6月5日に死亡。G-CSF 腎盂癌の 1 例と考えられた。

異時性腎癌尿管転移: 川口昌平, 長澤丞志, 瀬戸 親, 田近栄司, (富山県立中央), 内山明央, 三輪淳夫 (同臨床病理) 57歳, 男性。1999年6月28日右腎癌に対して根治的右腎摘除術施行 (RCC, pT1V1L0M0, G1, clear cell subtype)。静脈浸潤陽性であり, 3カ月間インターフェロン療法し, 外来にて経過観察していたが, 2004年2月 follow up CT にて左腎下極に嚢胞性腎細胞癌を疑わせる腫瘍性病変を認めたため, 2月25日左腎部分切除術を施行。この際, 病理組織学的には oncocytoma と診断された。以後, 近医で経過観察されたが, 2005年8月26日より血尿が出現, 腎機能低下し, 無尿となったため, 9月10日当科へ再入院となった。画像検査上, 左腎盂尿管移行部に約 1 cm 大の腫瘍性病変を認め, 尿細胞診: class V, urothelial carcinoma で, NMP22 が高値であったため, 原発性尿管癌を強く疑い, 10月3日左腎尿管膀胱全摘および右残存尿管摘除術を施行。病理組織学的に collecting duct carcinoma の尿管転移と診断されたため, 2004年の左腎部分切除時の診断につき再検討した結果, collecting duct carcinoma と修正された。異時性に発生した腎癌が尿管に転移した症例を経験したので報告した。術前, NMP22 高値, 尿細胞診 class V, urothelial carcinoma との診断であり, 尿路上皮癌と腎細胞癌の診断が困難な症例であった。

術後 2 年目に右腎転移を来した左鼻腔癌の 1 例: 渡邊 望, 青木芳隆, 塩山力也, 大山伸幸, 三輪吉司, 秋野裕信, 横山 修 (福井大), 阪田純一 (同第一内科), 小嶋章弘, 藤枝重治 (同耳鼻咽喉科), 今村好章 (同病理) 70歳, 男性。CT にてほとんど造影されない右

腎腫瘍を指摘され, 後腹膜鏡下右腎摘出術を施行した。病理結果は solid~cribriform pattern と多彩な組織像を示した。免疫染色 (AE1/AE3, α-SMA) の結果, 2年前に治療した左鼻腔原発の上皮筋上皮癌の右腎転移であった。術後は TS-1 内服にて再発を認めていない。本症例以外に鼻腔原発の上皮筋上皮癌は 3 例報告されているが転移を来したものは本症例が初めてと思われる。

尿管原発の Castleman disease の 1 例: 長坂康弘, 萩中隆博 (富山赤十字), 高見昭良 (同内科), 前田宣延 (同病理) 症例は79歳, 男性, 主訴は左水腎症。2004年8月20日, 偶然に左水腎症を指摘され, 9月3日当科を受診。自覚症状, 血尿なし。CT および DIP で左水腎症を認め, 腎盂から UPJ までほぼ均一に壁は肥厚し, UPJ での尿管の狭窄を認めた。血液検査所見に異常なし。検査所見で血尿なく, 尿細胞診は陰性。9月29日, 左尿管鏡を施行したが壁肥厚に一致する部位での狭窄を認めるのみで, 粘膜に異常はなく, 粘膜生検では異型上皮の増殖を認めるのみであった。2005年7月の CT で水腎症の増悪, 壁肥厚の増大とその範囲の拡大を認め, 10月にはさらに増悪していた11月30日, 左腎摘除術を施行した。病変部位での癒着は認めず剥離は容易であった。病理学的検索で形質細胞型の Castleman disease と診断した。

Castleman 病の 1 例: 金谷二郎, 新倉 晋, 小堀善友, 平野章治 (厚生連高岡), 増田信二 (同病理) 76歳, 男性。2003年6月低ナトリウム血症による傾眠を認め, ADH 分泌不適合症候群が疑われた。2004年6月経過観察のため施行した腹部超音波検査にて腹部腫瘍を認め, 腹部 CT・MRI にて右副腎腫瘍を疑われた。4カ月後再検査した腹部CTにて腫瘍の増大を認めた。赤沈の亢進, ノルアドレナリン, ドーパミンの軽度上昇を認めたが, 炎症反応の亢進, 副腎皮質ホルモン異常はなかった。2004年10月20日後腹膜腫瘍摘出術を施行した。周囲臓器との癒着はなく, 右副腎も intact であった。摘出した組織は腫大したリンパ節であり, リンパ濾胞間の形質細胞の増生を認めた。血管増生や血管壁の硝子化は認められず, Castleman 病, plasma cell type と診断した。現在まで再発を認めていない。

後腹膜平滑筋腫と考えられた 1 例: 一松啓介, 風間泰蔵 (済生会富山) 患者は37歳, 男性, 健康診断にて左腎腫瘍を指摘され2005年7月当科受診された。超音波検査, CT にて右腎下方前面に, 長径約 6 cm の辺縁平滑な腫瘍を認めた。造影 CT では造影効果は弱く, 腎とは離れて, 左腎静脈に接するようにして腫瘍は存在した。MRI で腫瘍は T1 強調像では均一な低信号, T2 強調像では不均一な高信号を呈した。後腹膜腫瘍の診断にて2005年8月腫瘍摘出術施行。腫瘍の重量は 103 g, 大きさは 7.0×5.5×4.8 cm であった。病理組織標本では腫瘍の核分裂像は10視野中1個以下であり, デスミン, アクチン染色陽性であり, 良性的平滑筋腫と考えた。後腹膜平滑筋腫は稀な疾患であり, 自験例は本邦では59例目にあたると思われた。

当院で経験した腎平滑筋腫瘍と精索平滑筋腫の 2 例: 重原一慶, 北川育秀, 中嶋孝夫, 島村正喜 (石川県立中央) 症例 1 は43歳, 男性で, 検診にて腹部 CT で左腎に 1.2 cm 大の腫瘍を指摘されて当科紹介となった。画像検査にて悪性腫瘍は否定できず, マイクロ波組織凝固装置を用いて後腹膜鏡下腎部分切除術を施行した。術後病理にて腎平滑筋腫と診断された。症例 2 は43歳, 男性で, 右ソケイ部に腫瘍を自覚し, 当科受診した。CT 上挙率筋と連続する腫瘍であり, 炎症性の肥厚を考慮, 保存的に経過を観察したが縮小せず, ソケイ部腫瘍摘出術を施行した。術後の病理検査にてソケイ部平滑筋腫と診断された。泌尿器科領域での平滑筋腫は, 本邦で609例が報告されており, 腎平滑筋腫は84例目, 精索平滑筋腫は14例目であった。

成人巨大尿管症の 1 例: 奥村昌央 (かみいち総合), 今村朋理 (富山大) 症例は54歳, 女性。既往歴に1994年膀胱尿管接合部バルーン拡張術。主訴は, 両側水腎症の精査で自覚症状はなし。現病歴は2003年11月の人間ドックで肝臓の腫瘍を指摘され同年12月16日当院内科受診。その際腹部エコーにて両側水腎症を指摘され, 当科紹介受診。身

体所見では異常を認めず、血液生化学検査でも特に異常を認めず、検尿で尿路感染を認めた。IVPでは左完全重複腎盂尿管で両側の尿管の拡張と水腎症および尿管下端部の狭窄を認め、両側の巨大尿管症と診断した。治療は両側の尿管狭窄部に対しAmplatz dilatorによる拡張(6から20Fr)を行った。術後1年目および2年目のIVPでは下部尿管の拡張は認めるが、両側の水腎症は改善している。本術式は開腹手術に比べQOLがよく、有用と思われた。

**尿管瘤に合併した尿管結石の2例**：近沢逸平，森山 学，宮澤克人，田中達朗，鈴木孝治(金沢医大)，南 秀朗，打林忠雄(南砺中央) 尿管瘤に合併した尿管結石を2例経験した。症例1：患者59歳，男性。症例2：25歳，男性。2例とも主訴，無症候性肉眼的血尿。検査所見にて肉眼的血尿，尿細胞診はclass 1であった。腹部CT，KUB，DIPにて右単純性尿管瘤内結石を認めた。症例1は経尿道的に切開を加え結石を摘出した。尿管瘤の病理所見はurothelial hyperplasia，結石は11×8mm大の尿酸カルシウム結石であった。術後早期に1度のVURを認めたが6カ月後には消失。症例2は経尿道的に切除し病理所見はurothelial carcinoma, G1, pTis, 結石は12×11mm大，尿酸カルシウム結石とリン酸カルシウムの混合であった。術後4カ月の残存壁の組織生検では悪性所見認めずVURは認めなかった。

**膀胱絨毛癌の1剖検例**：栗林正人，児玉浩一，元井 勇(富山市民)，齋藤勝彦(同病理)，加藤正博(加藤泌尿器科医院) 症例は51歳，女性，排尿時痛と肉眼的血尿にて近医を受診。膀胱鏡にて右尿管口から側壁に乳頭状腫瘍を認め、同院にてTUR-Btを施行。病理組織はpT2, grade 3のTCCで、当院当科へ紹介。患者の希望から、動注化学療法と放射線外照射を行った。治療後明らかな残存腫瘍は認めなかったが、その3カ月後にタール便，血尿が出現しCTにて多発肺・肝転移を認め入院となった。入院9日目に呼吸困難で死亡。病理解剖にて脳，肺，肝，心嚢膜など出血性壊死を伴う腫瘍を認め、組織学的に絨毛癌と診断された。TUR-Bt切除標本の一部にも絨毛癌を認め膀胱原発絨毛癌の全身転移と診断した。本症は文献上本邦17例目のきわめて稀な疾患であり、予後はきわめて不良である。組織発生については、TCCから絨毛癌への逆分化または化生が生じていると考えられる。異型度が高く、出血壊死を伴うTCCでは、本症の可能性も考慮すべきである。

**巨大前立腺多房性嚢胞の1例**：西野昭夫，森下裕志(小松市民)，高島 博(黒部市民) 82歳，男性。64歳時BPHにて前立腺被膜下摘除術の既往あり。尿閉で入院，血清PSAは7.8ng/ml，画像検査で両側水腎，尿管の所見と，骨盤腔内に長径12cmを越える巨大な多房性の嚢胞性病変を認めた。経皮的穿刺，一時的にビッグテイルカテーテルを留置。穿刺液は約1L，血性で混濁，細胞診はclass II，PSA値14万ng/mlと著明に上昇。穿刺ルートからの内視鏡下嚢胞壁生検と経尿道的前立腺生検を施行。病理組織学的には，単層の立方上皮(PSA染色陽性)で覆われた嚢胞壁で，単核球浸潤を伴う線維性肉芽組織より形成され，悪性所見なし。前立腺貯留性嚢胞と診断。ミノマイシン注入にて著明に縮小したが，以後7年経過中に嚢胞再増大あり経尿道的嚢胞壁切除(開窓)術や，経皮的穿刺とミノマイシン注入などで嚢胞は縮小，自覚的にも排尿障害などなく，血清PSAは5ng/ml前後で推移している。

**前立腺に原発した尿路上皮癌の1例**：山内寛喜，塚 晴俊，村中幸二(市立長浜) [緒言] 症例は42歳，男性。既往歴に尿管結石あり。2005年3月中旬肉眼的血尿を認め，膀胱部痛出現してきたため，4月15日当科初診。尿管結石疑われ外来管理となる。フォローのエコーにて前立腺の急速な増大認め，CT上前立腺腫瘍，直腸浸潤疑われて8月1日当科入院。8月18日骨盤内臓全摘，尿管皮膚瘻，人工肛門増設術を施行した。病理組織はUC, G3, pT4, ly(+), v(+), sv(+), ur(+), r(+), n(0/7), pN0であった。術後再発予防としてGEM 1,800mg, CBDCA 450mgを合計2コース施行した。2006

年2月現在再発認めず，外来フォロー中である。[考察] 前立腺原発尿路上皮癌の報告は，自検例合せて54例である。臨床症状は前立腺肥大症や慢性前立腺炎との鑑別が困難で，PSAや直腸診，前立腺針生検での正診率は低く，早期の診断は難しい。報告症例はhigh grade, high stageが多く予後不良である。

**糖尿病透析患者に発症した陰茎壊疽の1例**：中村直博(福井総合) 75歳，男性。1985年より糖尿病を発症し2003年より糖尿病性腎症を合併。2005年3月より血液透析を導入。四肢麻痺に対するリハビリの目的で2005年6月14日より福井総合病院リハビリ科に入院。左下肢壊疽のため同年9月に同院整形外科にて左下肢切断術を施行後，同年10月11日に陰茎龟头部の潰瘍性病変を認め疼痛も伴うため当科を初診。約2週間の経過で急速に壊死，黒色化をきたした。CTにて末梢血管の広範囲な石灰化を認めることより，虚血による陰茎壊疽と診断した。疼痛が著明で感染源にもなっていたため同年10月31日に腰椎麻酔下に陰茎部分切除術を施行した。組織学的には好中球浸潤を伴う壊疽性炎症が表層から海綿体の一部におよび深部動脈には石灰化を伴う内膜の肥厚を認め内腔が著明に狭窄していた。術後経過は良好であったが右下肢壊疽から敗血症を合併し同年1月23日に永眠した。

**過活動膀胱症状に対する干渉低周波治療器ウロマスター®の治療効果**：青木芳隆，渡邊 望，塩山力也，金田大生，中井正治，松田陽介，棚瀬和弥，三輪吉司，秋野裕信，横山 修(福井大)，南後 修，藤田知洋(藤田記念)，大滝秀穂(大滝)，木村良平(木村) 過活動膀胱(OAB)患者を対象に，干渉低周波療法の効果，およびQOLに与える影響について，最近の質問票を用いた評価方法で前向きに再評価した。対象は過活動膀胱症状質問票で尿意切迫感スコア2点以上かつOABSS 5点以上にてOABと診断された男性10名，女性8名(7~84歳，中央値73歳)。日本メディックス社製干渉低周波治療器ウロマスター®を使用。治療後1~3カ月でIPSS, OABSSは有意に改善。QOL面でもKHQの「身体的活動の制限」において有意に改善。治療後3カ月で患者の55%が効果を自覚。本治療はOABに対して有用であると考えられる。

**前立腺全摘除術後に生じた鼠径ヘルニアの臨床的検討**：西礼文，今村朋理，伊藤崇敏，森井章裕，保田賢司，渡部明彦，明石拓也，野崎哲夫，水野一郎，永川 修，布施秀樹(富山大) 恥骨後式前立腺全摘除術後の鼠径ヘルニア発生頻度とリスクファクターにつき検討した。対象は1996年1月から2006年2月までに当科で本手術を施行された前立腺癌119例である。年齢，BMI，ヘルニア手術既往歴，腹部手術既往歴，PSA，前立腺重量，術前内分泌療法，腹腔鏡下リンパ節郭清，手術時間，出血量，病理診断，術後尿道狭窄排尿困難，尿失禁，術創感染，術後放射線療法の間目につき検討を行った。平均観察期間32.3カ月で鼠径ヘルニアは119例中14例(11.8%)に認められた。いずれの検討項目もヘルニア発生に関する危険因子として有意差を認めなかった。今後患者への手術説明や術後観察の際に鼠径ヘルニアは充分留意する必要があると思われた。

**無精子症に対するMicrodissection TESE(精巣精子抽出術)の成績**：松井 太，山本健郎，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) 対象は，2002年7月より2006年1月までにMD-TESEを施行した非閉塞性無精子症患者19例(のべ25例)。平均値は年齢34.2歳，精巣容積11.6mL, FSH 24.7mIU/mL, LH 7.7mIU/mL, PRL 12.0ng/mL, T 391.4ng/dL, E2 25.9pg/mLであった。47, XXY 2例，Y染色体構造的異常2例認められた。Y染色体微小欠失は，AZFb+c欠失3例，AZFc欠失1例認められた。Johnsen's scoreは平均3.0±1.7であった。結果は，精子回収率は84%(21/25例)，受精率は76%(19/25例)であった。精子回収の予測因子について精巣組織所見，精巣容積，血清ホルモン値について検討したが有意差は認めなかった。重度の造精機能障害であるSCOやクラインフェルター症候群においてMD-TESEは有用であると考えられた。