

第235回日本泌尿器科学会東海地方会

(2007年3月11日(日), 於 中外東京海上ビルディング)

19歳, 男性に発生した副腎皮質癌の1例: 下地健雄, 辻 克和, 石田昇平, 藤田高史, 木村 亨, 加藤真史, 絹川常郎 (社保中京), 平野篤志 (八千代) 2006年4月腰痛にて近医受診し副腎腫瘍指摘, 当院紹介された. CT, MRI にて左腎上部に径10 cm の腫瘍認められた. 術前検査で内分泌活性は認められなかった. 6月15日開腹にて腫瘍摘出術施行した. 手術時間4時間32分. 出血量1,420 g. 病理では Weiss の criteria を4項目満たし, 髓質成分認めないことから副腎皮質癌と診断した. 術後9カ月で再発なく経過観察中である. 副腎皮質癌は全悪性腫瘍の0.02%と稀な癌であり, 60~80%に内分泌活性を認める. 有効な治療は外科的切除しかなく5年生存率も完全切除で38~49%, 切除不能では0~9%と非常に予後不良である. 再発例においてミトタンの内服が一部症例の症状軽減には有効であるが生存期間は延長しない. 本邦における15~30歳の報告例は本症例を含め10例であり10代は本症例のみであった.

進行性腎癌に対しIL-2・サリドマイド併用療法を施行した1例: 深谷孝介, 白木良一, 早川将平, 竹中政史, 有馬 聡, 森 紳太郎, 丸山高広, 佐々木ひと美, 宮川真三郎, 日下 守, 早川邦弘, 星長清隆 (藤田保衛大) 症例は68歳, 男性. 2003年12月に両側腎癌に対して腹腔鏡下両側腎摘出術を施行. 右側が RCC, clear cell G2 INFβ pT1b v (-), 左側が, 同様に G2 INFβ pT1a v (-). 2006年4月, 腰痛が出現し当院受診. 左腸骨と肺に転移巣を認めた. IFN-α 投与を開始したが PD. 同年7月より IL-2 とサリドマイドの併用療法を開始したところ約半年間の NC であった. サリドマイド, IL-2 併用療法により比較的良好な経過が得られ, 今後も注意深い経過観察が必要と考えられる.

右心室までの腫瘍血栓を伴った左腎癌の1例: 萩倉祥一, 上平修, 舟橋康人, 春日井 震, 木村恭祐, 深津顕俊, 松浦 治 (小牧市民) 症例は74歳, 男性. 下肢の浮腫の精査中, 下大静脈から右心室に及ぶ腫瘍血栓を伴う左腎癌を認め, 2006年9月根治的左腎摘除術および腫瘍血栓摘除術を施行. 左腎, 副腎を摘出した後, 体外循環を開始. 右心房を切開し, 右心室腫瘍血栓を摘出. その後, 左腎静脈から下大静脈を切開, 下大静脈壁に癒着していた腫瘍血栓を, 鋭器を用いて剥離摘出. 下大静脈, 右腎動脈のクランプを26分で開放, プリングルは7分で開放した. 体外循環は81分. 術中出血は11,000 ml, 手術時間は953分であった. 左腎の主腫瘍は clear cell carcinoma, 腫瘍血栓は papillary renal cell carcinoma が主体を占め, pT3cN0M0. 外来にて術後6カ月で連日インターフェロン治療経過観察中である.

尿管アミロイドーシスの1例: 篠原 聡, 佐藤 元, 柳岡正範 (静岡赤十字) 症例は70歳, 男性. 2006年8月肉眼的血尿を主訴に受診. IVP, CT にて左尿管腫瘍疑い RP 施行. 左尿管下端で完全閉塞. 尿管擦過細胞診は陰性. 悪性腫瘍を否定できず左尿管全摘施行. 病理は腎盂にて形質細胞浸潤あり, 尿管は AL 型, IgGtype x type amyloidosis だった. 骨髄生検では形質細胞の増殖なく形質細胞関連尿管 amyloidosis と診断. 全身検索のため行った PET-CT にて全身のリンパ節および上咽頭での異常集積あり, 上咽頭腫瘍生検施行. 腎盂同様の形質細胞浸潤疑われたため, MP療法開始. 現在, 無症状だが, 術後, 4カ月の時点で急激な全身リンパ節腫脹を認めたことから, 今後, 厳重な観察が必要と考えられた.

胸水貯留で発見された前立腺癌の2例: 増栄孝子, 服部慎一, 宇野雅博, 米田尚生, 藤本佳則 (大垣市民) 胸水貯留で発見された進行性前立腺癌の2例を報告する. 症例1は76歳. 呼吸困難, 腹部膨満感を主訴に内科を受診. 胸水貯留, 多発性肝腫瘍, 転移性骨腫瘍を認めるも原発巣不明のまま経過. 半年後, 頻尿出現し近医受診, PSA 864 ng/ml と高値のため当科紹介. 前立腺癌 T4N0M1c と診断し, MAB療法, DE療法施行するも徐々に治療抵抗性となり, 治療開始後13カ月に癌死. 症例2は78歳. C型肝炎の経過観察中に胸水貯留を指摘. 癌性胸膜炎と診断され, 原発巣検索目的で当科へ紹介. PSA 12,900 ng/ml と高値を認め, 前立腺癌 T3aN0M1c と診断した. MAB療法, DEC療法施行にて一時 PSA の下降を認めるも治療開始後13カ月現在

再上昇中である. 原因不明の胸水貯留がある場合, 原発巣として前立腺癌も疑う必要がある.

尿路結石を契機に発見されたサルコイドーシスの1例: 柴田泰宏, 安井孝周, 成山泰道, 岡田真介, 梅本幸裕, 伊藤恭典, 橋本良博, 佐々木昌一, 林 祐太郎, 郡 健二郎 (名古屋市大) 35歳, 男性. 多発尿路結石, 腎後性腎不全, 高Ca血症で当科紹介. ACE 34.0 IU/l, 1,25-ジヒドロキシビタミン D3 が 71.2 pg/ml と高値, 経気管支肺生検でサルコイドーシスと診断. 尿管ステント留置およびプレドニゾロン 30 mg 内服で血清 Ca 値および Cre 値改善. 当院の尿路結石合併サルコイドーシス患者48例を検討. 画像を検討できた28例中8例が結石を合併, 男女比1:1. 多発4例, 単発4例. 結石の有無で血清 Ca 値に有意差なし. 3例が著明な高Ca血症を合併し血清 Ca 値 12.5~14.5 mg/dl, 血清 Cre 2.9~4.3 mg/dl まで上昇. 結石合併率が高率な原因として腹部CT施行率の高さや人種差などの影響の可能性が考えられた.

サルモネラ尿路感染症の1例: 勝田麗美, 全並賢二, 飛梅 基, 成瀬克也, 中村小源太, 青木重之, 瀧 弘弘, 山田芳彰, 本多靖明 (愛知医大) 68歳, 女性. 発熱, 意識消失で当院救急車搬送. 採血で, WBC, CRP の上昇, 尿沈渣で尿中白血球多数検出され, CT で左水腎症認め, 急性腎盂腎炎, 敗血症の診断で入院. 入院後より血小板, 凝固能の低下を認め播種性血管内凝固症候群の診断のもと, 免疫グロブリン, IPM/CS, メシル酸ガベキサート, ドーパミン使用した. 翌日逆行性腎盂尿管造影施行した. 左不完全重複尿管であり, 左下腎杯に膿腎症を認めたため, 尿管ステント留置した. また血液培養・尿培養で原因菌はサルモネラであり CPIX に変更した. 数日後意識障害の改善を認めた.

経尿道的ホルミウムレーザー前立腺核出術 (HoLEP) の臨床的検討: 大前憲史, 内藤和彦, 永野哲郎, 泉谷正伸, 藤田民夫 (名古屋記念) [目的と対象] 2005年1月より2006年12月までに当院で HoLEP を施行した100例を対象に臨床的検討を行った. 平均年齢71.2歳, 平均前立腺体積 64.0 ml であった. [結論] 平均手術時間110.5分, 平均核出重量 33.8 g, 平均尿道カテーテル留置期間2.0日, 平均入院期間 7.8日であった. 術前/1カ月後/3カ月後の治療成績は IPSS 18.1/7.9/5.7, QOL スコア 5.7/3.2/2.6, 最大尿流率 (ml/s) 8.1/14.7/14.4, 残尿量 (ml) 99.2/51.5/24.5 と良好な結果を示した. 合併症は尿失禁9例, 尿閉6例, 尿道狭窄3例, 急性精巣上体炎1例, 術後再出血1例, また7例に前立腺癌を認めた. [考察] 術後早期より自覚症状, 他覚所見とも統計学的に有意に改善を認めた. HoLEP は今後十分前立腺肥大症の標準術式となり得る.

睡眠時無呼吸症候群による夜間多尿に対し, マウスピースが装着が有用だった1例: 田中順子, 石田陽子, 大菅昭秀, 佐々直人, 小松智徳, 松川宣久, 吉川羊子, 吉野 能, 山本徳則, 服部良平, 小野佳成, 後藤百万, 中田誠一 (名古屋大) 68歳, 女性. 65歳時に TVT スリング手術を施行後の経過中, 夜間多尿の増悪を認めた. 耳鼻科にて睡眠時無呼吸症候群の診断を受け, 夜間マウスピース装着にて, 昼:夜の尿量比が1:5~8から1:1に改善した.

CA19-9 産生膀胱癌の1例: 廣瀬泰彦, 安積秀和, 加藤文英 (緑市民) 78歳, 女性. 2005年9月, 無症候性肉眼的血尿で当科受診したところ, 膀胱腫瘍の診断にて10月, TUR-BT 施行. 術後, BCG 膀胱注行っていたが, 2006年10月, 膀胱前壁に再発をみとめ, 11月, 膀胱全摘, 両側尿管皮膚瘻造設施行. 病理診断は TCC, G3, pT3aN1, CA19-9 免疫染色陽性であった. 術後, 血清 CA19-9 41 U/ml, 術後3カ月後, 56 U/ml と上昇しているが, 画像上, 転移, 再発は認めていない.

Inverted papilloma の2例: 奥村敬子, 加藤久美子, 古橋憲一, 鈴木弘一, 吉田和彦, 村瀬達良 (名古屋第一赤十字) 1963年 Potts らは, 肉眼的に表面平滑, 有茎性で卵円形を呈し, 膀胱粘膜上皮が内

反性・乳頭状に増殖し、表面は正常粘膜に覆われる良性腫瘍を inverted papilloma と命名。発生頻度は尿路腫瘍の約 2%。症例 1 は 42 歳、男性。主訴は肉眼的血尿。膀胱鏡にて腫瘍を認め、TUR-Bt 施行。病理にて inverted papilloma と診断。症例 2 は 66 歳、男性。尿閉・頻尿を主訴とし、BPH に対し TUR-P を施行したが、その後頻尿悪化。間質性膀胱炎の診断目的で行った水圧拡張の際、平坦な三角部を生検し、偶発的に inverted papilloma を認めた。現在 2 例とも経過観察中で再発はない。発生仮説として新生物説が有力で、再発 12 例 (再発率 1%以上)、TCC との合併 23 例が報告されていることや、大部分の再発は 2 年以内であることから、術後 2 年は膀胱癌に準じて経過観察すべきと考える。

尿線の分裂を主訴にした舟状窩前部尿道弁の 1 例：久保田恵章，土屋朋大，亀井信吾，横井繁明，仲野正博，江原英俊，出口 隆（岐阜大），高橋義人（岐阜県総合医療セ） 前部尿道弁は下部尿路閉塞症の原因として、後部尿道弁に比べて稀な疾患である。さらに、舟状窩における前部尿道弁はきわめて稀である。症例は 6 歳、男児。排尿時の尿線の分裂を主訴に受診した。経静脈尿路造影では尿路に異常は認めなかった。逆行性尿路造影を試みるも、外尿道口から 5 mm のところに抵抗を認め、カテーテルを挿入できず尿道造影は不可であった。膀胱鏡による観察にて、舟状窩前部尿道弁と診断した。尿道弁狭窄部位を拡張後、小児内視鏡を用いて 12 時方向を切開した。切開後、排尿時の尿線の分裂は改善した。前部尿道弁においては、排尿時膀胱造影や逆行性尿道造影が無効な場合がある。尿線の注意深い観察が前部尿道弁の発見に必要である。

MRI 脂肪抑制 T2 強調画像が術前診断に有用であった腹腔内精巣の 1 例：加藤利基，小島祥敬，早瀬麻沙，中根明宏，窪田泰江，丸山哲史，戸澤啓一，林 祐太郎，郡 健二郎（名古屋大） 非触知精巣の術前診断に、腹部超音波および MRI が有用であるが、特に腹腔内精巣においてはこれらで指摘できない場合がある。今回 MRI 脂肪抑制 T2 強調画像が術前診断に有用であった腹腔内精巣症例を経験した。左非触知精巣の 8 歳、男児に、術前、腹部超音波および MRI を行ったところ、脂肪抑制 T2 強調画像で左内鼠径輪頭側の腹腔内に長径 10 mm 大の腫瘍が指摘された。2007 年 1 月、腹腔鏡下精巣固定術を施行。指摘された腫瘍は左精巣であった。精巣の存在部位に伴う、腸管やリンパ節などの鑑別、また、萎縮の有無に伴う、画像上の信号強度に差異が見られるものの、MRI 脂肪抑制 T2 強調画像、拡散強調画像それぞれを比較検討することで、感度、特異度ともに向上する可能性が期待された。

精索脂肪腫の 1 例：小川和彦，舛井 寛，柳川 眞（済生会松阪），中野 洋（同検査室），森 修（済生会明和），吉村暢仁（よしむら医院） 患者は 58 歳、男性。2006 年 10 月 23 日に気付いた左陰嚢内無痛性腫脹を主訴に近医受診。抗菌剤処方されるも効なく、左精巣腫瘍を疑われ 11 月 14 日に当科紹介受診・入院。触診では左陰嚢内に軟らかい腫瘍を触知し、エコーでは充実性高エコー領域に圧排された左精巣を確認できたことから、左精索腫瘍と思われたが、CT では腸間膜脂肪織のヘルニアも疑われた。腫瘍マーカーは AFP、HCG- β 、LDH はいずれも正常。ヘルニア根治術の準備も行いつつ、11 月 15 日に左高位精巣摘出術を施行。摘出標本を観察すると、大きさ 10×5×6 cm、弾性軟、黄色充実性の腫瘍は左精索から発生し、病理検査の結果、左精索脂肪腫と診断。本邦 104 例目の精索脂肪腫について、若干の文献的考察を加えて報告する。

精巣上体 Adenomatoid tumor の 1 例：井村 誠，彦塚敦也，藤田圭治，岩瀬 豊（厚生連加茂） 37 歳、男性。主訴は陰嚢内腫瘍。2005 年 11 月陰嚢内右側に腫瘍を自覚。徐々に増大するために 2006 年 10 月 14 日当科初診となった。理学的所見にて右精巣下端に有痛性、表面平滑な約 2 cm の硬結を触知。血液生化学所見は腫瘍マーカー正常で炎症所見も認めなかった。陰嚢部エコー、陰嚢 MRI にて右精巣上体腫瘍と診断。悪性疾患も否定できず、手術を施行。高位精巣摘除術に準じて皮膚切開をし、精巣への血流を遮断したのち腫瘍核出術を施行。腫瘍の一部を術中迅速病理診断し良性との結果だったので、精巣を温存したまま手術を終了。病理組織学検査では HE 染色にて不規則に走行する膠原繊維と上皮様細胞が腺管様構造を示す像を認め、免疫染色にてカルレチニンが陽性であった。以上より adenomatoid tumor と診断した。

硬化性精索脂肪肉芽腫の 1 例：加藤 学，曾我倫久人，長谷川嘉弘，金井優博，山田泰司，木瀬英明，金原弘幸，有馬公伸，杉村芳樹（三重大） 37 歳、男性。既往歴に特記すべきことなし。2006 年 12 月特に誘因なく無痛性陰嚢内硬結が突然出現し、LVFX 内服による保存的対応にても 2 週間後に陰茎根部を中心に Y 字型の硬い腫瘍性病変へと進展したため受診。MRI 上は陰嚢内に内部不均一な腫瘍性病変認め、悪性疾患疑われ紹介受診となった。全身評価にて特に他病変なく、針生検の病理組織学的結果は硬化性脂肪肉芽腫の診断であった。その後経過観察のみ発症から 6 週間後腫瘍は自然消失した。

精巣悪性リンパ腫の 1 例：鉛本剛之介，櫻井孝彦，松井基治，浅野晴好（愛知済生会） 症例は 57 歳、男性。左陰嚢の無痛性腫大を主訴に当科受診。血液検査で、腫瘍マーカーは正常範囲であった。超音波検査で、左精巣腫瘍が強く疑われ、左高位精巣摘除術を施行した。腫瘍は灰白色で充実性であり、精索にまで及んでいた。HE 染色、免疫化学染色より、精巣悪性リンパ腫、diffuse large B cell lymphoma と診断した。術後、PET-CT にて後腹膜に hot spot を認め、左精巣悪性リンパ腫、Ann Arbor 分類 stage IE と診断した。現在、血液内科に転科の上、補助化学療法として R-CHOP 療法を開始。さらにメソトレキセート、プレドニゾン腫腔内注入が施行されている。若干の文献的考察を加え報告する。

精巣原発悪性リンパ腫の 4 例：荒瀬栄樹，松浦 浩，栃木宏水（三重総合医療セ），亀田晃司（日下） [症例] 64-76 歳の 4 例。無痛性腫大。一側精巣に限局し転移なし。腫瘍マーカー陰性。超音波では境界明瞭で内部均一～不均一な低エコー。Hypochoic line や、全体に砂をまいたような高輝度の部分あり。カラドプラー法で血流の増強あり。精巣腫瘍と診断し高位精巣摘除術施行。肉眼的所見は境界明瞭、内部均一～不均一で平滑な充実性。[病理組織] 非ホジキンリンパ腫、びまん性 B 細胞型大細胞型で CD20 陽性。Ann Arbor 分類で病期 IE。術後の治療は全例血液内科がある病院へ転院。今のところ再発例なし。[結語] 精巣腫瘍の内、高齢者では悪性リンパ腫の可能性が高く、超音波所見で上記が特徴的。治療は病期 IE 期でも CHOP-R 療法に中枢神経浸潤の予防と対側の精巣への放射線治療という集学的治療法が推奨される。

イリノテカン・ネダプラチン療法が奏効した難治性精巣腫瘍の 1 例：神沢英幸，水野健太郎，秋田英俊，加藤 誠，岡村武彦（安城更生） 44 歳、男性。多発性リンパ節腫大にて内科受診。左頸部リンパ節生検で胚細胞性腫瘍リンパ節転移 (embryonal carcinoma, choriocarcinoma, yolk sac tumor susp) と診断され当科紹介。エコー・MRI では左精巣腫瘍認め、AFP 26,327 ng/ml、LDH 949 IU/l、hCG- β 7.4 ng/ml であった。左高位精巣摘除術施行、組織は mature teratoma (burn out) であった。pT2N3M1aS3 にて、BEP 4 コース施行し画像上 CR、腫瘍マーカー陰性化したものの、2 年 5 カ月後、AFP 上昇認め再発と診断。VcIP 2 コースで、AFP 686 ng/ml まで上昇。PET-CT にて腰椎 L5 右腹側リンパ節に集積を認めた。IrN (CPT-11+NDP) 3 コース施行、AFP 3 ng/ml、PET-CT の集積も消失した。IrN 後 6 カ月で、再発を認めていない。

急性腹症にて発症した気腫性膀胱炎の 1 例：平野泰広，田中利幸（中津川市民），丸山浩高（同外科），宮川真三郎（藤田保衛大） 87 歳、女性。2006 年 11 月 14 日近医より急性腹症にて当院外科紹介受診。CT 上 free air を認め、同日開腹手術となる。術中所見より、腹腔内膀胱破裂を認め当科依頼。KUB、CT にて膀胱壁、膀胱腔内にガス像を認め、気腫性膀胱炎と診断。膀胱は広範囲に壊死していると思われる、穿孔部を縫合閉鎖しても再度穿孔する可能性高く、膀胱摘出を行い、尿管皮膚瘻を造設した。術後は、重症感染症として治療を行い、28 日目で退院となった。尿培養、腹水培養とともに ESBL の *E. coli* であった。今回の症例は、気腫性膀胱炎の中でも重症例と考えられた。合併症のある症例や、重症例は、膀胱摘出も治療の選択肢の一つだと考えられた。本邦の気腫性膀胱炎で、膀胱摘出を行った症例は今回で 2 例目であった。

特別企画 司会の言葉：後藤百万（名古屋大），白木良一（藤田保衛大） 近年、様々な泌尿器疾患についてガイドラインが作成され、一定のエビデンス・レベルを有する標準的な治療法が確立されてきました。また、低侵襲性や機能温存といったコンセプトによる画期的な

治療も日々登場しております。しかし、これらに対する評価もなかなか一定していないのが現状です。今回の地方会における特別企画“Debate”では、日常診療でよく遭遇する3つのテーマ、“T1腎癌”、“BPH”、“前立腺癌”に対する治療法をテーマと致しました。各テーマに関する標準治療と比較的新しい治療法について、現状での問題点と利点を学会員皆で共有するという意味に於いて非常に有意義なものと考え企画いたしました。競技 debate のような debater の勝敗を判定するのではなく、debater からのプレゼンの後には会場の先生方にも質問や意見をお尋ねする時間を設けますので是非積極的なご参加をお願い申し上げます。

特別企画 腎癌 (T1) の手術療法 根治的腎摘除術：戸澤啓一 (名古屋大) 根治的腎摘除術が腎癌治療の gold standard であることは衆目が一致して認めるところである。事実、摘出腎の病理組織検査では約10~20%に娘腫瘍が認められる。また、腎部分切除術後には約10%に局所再発がみられるとの報告がある。かつては、両側同時発生あるいは単腎に発生した場合に限って施行されていた腎部分切除術が、近年は対側腎機能の良好な症例にも施行されるようになってきた。特に、T1a では部分切除後の局所再発は2%以下と報告されている。しかし、あくまで腎癌治療の基本は、最初に腎基部を処理し、患側腎を Gerota 筋膜ごと一塊として摘出する根治的腎摘除術であると考え、本 debate では、根治的腎摘除術について、術後成績、術後腎機能、術後 QOL、侵襲性、手術適応を述べる。

特別企画 腎癌 (T1) の手術療法 腎部分切除：工藤真哉 (聖隷浜松) 腎腫瘍に対する腎部分切除術は、歴史的には1887年 Czerny が angiosarcoma に対して行ったことから始まり、腎癌に対する現代の nephron sparing surgery に関する基礎は、1950年の Vermooten の発表にある。その後、1963年 Robson が提唱した根治的腎摘除術が標準的術式とされてきたが、腎癌の自然史の解明や手術手技・機器・画像診断装置などの発展に伴い、小さい腎癌に対しては、術式による生存率の差がないことが1990年代に次々と明らかにされ、elective case でも患側腎温存手術が標準術式として認識されるようになり、さらに2000年代にはいり、最小侵襲手術として腹腔鏡下腎部分切除術が普及してきている。腎部分切除術が満たすべき要件(腫瘍の完全切除、腎機能の温存、合併症の予防、低侵襲)を考慮しながら、T1腎癌に対する手術療法について文献的に考察する予定である。

特別企画 BPH TUR-P：小島宗門 (名古屋泌尿器科) 前立腺肥大症 (BPH) の根治的治療法として、経尿道的前立腺切除術 (TUR-P) はいわゆる“gold standard”として、現在でもその有用性は高く評価されている。最近では、レーザーを用いた HoLEP などの新しい治療法も開発され、さかんに臨床応用されている。今回の発表では、1994年7月から2006年12月の12年6カ月の間に、当院で行ったTUR-P計1,060例を対象にして、TUR-Pの治療成績・合併症などを

検討するとともに、合併症に対する当院での工夫などについても言及する。今回の debate を通じて、TUR-Pの現時点での長所・短所を説明し、HoLEPに代表される新技術との違いを明らかにしたい。

特別企画 BPH ホルミウムレーザー前立腺核出術 (HoLEP)：瀧 知弘 (愛知医大) 前立腺肥大症に対する新しい治療である HoLEP について述べた。ホルミウムレーザーの特色と HoLEP の歴史および術式の解説を行い、手術をビデオで供覧した。TURP との RCT をレビューし、出血の少なさ、灌流液吸引の少なさ、TUR 症候群の起こらないことなど周術期合併症が少ないこと、腺腫サイズを問わないこと、ラーニングカーブやカテーテル留置や入院期間の短いことを特長としてあげた。失禁が多いという反証に対し、術式の改良で防げることを解説。コストや手術指導者が少ないことなどが欠点であり、これらを克服することで TURP にかわりゴールドスタンダードになりうると考える。

特別企画 限局性前立腺癌 (T1c or T2) 手術療法：木瀬英明 (三重大) 限局性前立腺癌に対する治療法は、手術療法、放射線療法、内分泌療法を3本柱としてその選択性は多様化してきている。そのなかで、前立腺全摘術は限局性前立腺癌に対して広く行われかつ根治性の高い治療法である。Walsh の解剖学的前立腺全摘術が開発されてからすでに20年以上経過しているが、現在もなお変化し進化している。恥骨後式前立腺全摘術をはじめとして、腹腔鏡下前立腺全摘術、ミニマム創内視鏡下前立腺全摘術などの低侵襲性手術も行われるようになってきたが、いずれの手法においても癌の根治性を確保しながら排尿機能や性機能も維持することが目標であることには変わりはない。今回は限局性前立腺癌に対する手術療法の手技、術後成績、QOL、侵襲性、適応などを当施設のデータも含めて文献的に概説するとともに、ブラキセラピーと比較して手術療法の長所や問題点を検討したい。

特別企画 限局性前立腺癌 (T1c or T2) ヨウ素125密封小線源永久挿入療法：仲野正博 (岐阜大) 小線源療法は2003年9月に本邦第1例目の治療が実施されて以来、本治療を受ける患者数は年々増加してきている。本治療の利点としては、治療成績(いわゆる低リスクに対する治療成績は手術に匹敵)、低侵襲、QOLの維持などがあげられる。手術療法と比較して身体的負担が少なく、治療直後から通常の社会生活へ復帰することが可能、入院期間が短い、尿失禁の発生率が非常に低い、性機能温存率が高いことなどは大きな利点である。しかしながら本治療後、数カ月~1年間程度は尿勢低下、頻尿などの症状が持続すること、線源の他部位への迷入、10~15年を超えての長期成績が不明であること、大きな前立腺は治療困難であることなどの問題がある。また、中リスク(外照射併用可否か)、高リスク患者への適応、若年者への適応など、まだ不明な点も残されている。手術療法との比較や当院での治療経験などを提示し、議論を行いたい。