

第419回日本泌尿器科学会北陸地方会

(2008年2月16日(土), 於 ANA クラウンプラザホテル金沢)

両側珊瑚状腎軟結石の1例：三輪聰太郎, 山本秀和, 高瀬育和, 杉本貴与, 菅田敏明(福井済生会), 鈴木孝治(金沢医大) 34歳, 男性。2006年3月28日近医より左尿管結石に対して紹介。CTにて高度の左水腎症および左尿管結石を認めた。ESWL 効果なく4月7日左TUL 施行。硬結石は認めず軟結石で腎盂, 尿管が充満されておりトリセプターで可及的に除去するにとどめた。6月29日DIPにて両側腎盂に余地像を認めたため8月31日左PNL, 続いて9月6日右PNL 施行。軟結石で結石成分はリン酸Caであった。2007年1月15日DIPで両側腎に余地像を認め約3カ月前以上再発を認めた。3月9日左PNL, 12日右PNL 施行。18日より再発予防に抗生剤, フルイトラン開始。以後約1年軟結石の再発を認めていない。

原性腎損傷の1例：黒川哲之, 澤田樹佳, 三原信也(市立敦賀) 症例は76歳, 女性。朝から背部痛あり, 近医整形外科受診し同院で腰部の神経ブロックを施行。同日夕方から明らかな外傷などの誘因なく右背部痛増強したため, 時間外受診。採血上は白血球とBUNの軽度上昇, 検尿で顕微鏡的血尿のみ認めた。来院時のCTで右腎の被膜下に高吸収を示す変化あり。造影効果を有することから, 出血性変化と考えられた。以上より, 腰部の神経ブロックによる右腎損傷と考えられたため, 同日入院し, 絶対安静のもとで止血剤と抗生剤を使用し加療した。経過は良好で, 血腫の縮小を確認し, 25日目に退院した。原性腎損傷により被膜下血腫を形成した例は本邦でこれまでに2症例しかなく, 本症例が3症例目の報告であると考えられた。

後腹膜鏡下尿管尿管吻合術を施行した下大静脈尿管の1例：福田護, 新倉 晋, 江川雅之, 三崎俊光(市立砺波総合), 石浦嘉之(金沢医療セ), 稲木紀幸(石川県立中央一般消化器外科) 症例は30代, 男性。23歳頃, 下大静脈尿管を指摘されていた。2007年4月近医CTにてL3/4 レベルに下大静脈尿管が認められ, そして利尿時の右背部痛もあるため手術適応ありと診断された。同年6月当科紹介。排泄性尿路造影では右水腎症を認め, 右尿管は典型的な fish-hook 状であった。同年8月左半側臥位にて5ポート設置。Radius surgical system を使用し, 後腹膜鏡下尿管尿管吻合術を施行した。術後5週間で尿管ステントを抜去した。術後4カ月のDIPをみると臥位では腎盂の拡張を認めるも腎杯拡張は認められず, 立位ではその腎盂拡張も消失した。自覚症状もなく経過観察中である。

後腹膜線維症を呈したIgG4関連疾患の1例：野原隆弘, 宮城徹, 小中弘之, 並木幹夫(金沢大), 全 陽(同病理) 特発性後腹膜線維症の原因はまだ明らかではないが, 原因の1つにIgG4関連疾患があると最近考えられている。自験例は77歳, 男性。2007年11月, 両側水腎症, 腎後性腎不全となり当科入院。血清Cr 2.98, CTでは仙骨前面に扁平状軟部影を認め, RPではそれに一致する部位に尿管狭窄を認めた。血清IgG4は526と高値。CTガイド下生検では線維性組織の中にIgG4染色陽性の炎症細胞浸潤を認めた。PET-CTでは他部位に集積部位を認めず, 本症例は後腹膜線維症のみ呈したIgG4関連疾患であると思われた。ステロイド内服開始後, 血清IgG4の減少と軟部影の縮小を認めている。特発性後腹膜線維症ではかなりの確率でIgG4が関与しているとする報告もあり, 治療効果の指標や鑑別診断の材料となる可能性がある。後腹膜線維症の症例では血清IgG4を測定すべきであると思われた。

後腹膜脱分化型脂肪肉腫の1例：田谷正樹, 児玉浩一, 元井 勇(富山市民), 喜多裕樹(同内科), 齊藤勝彦(同病理) 症例は37歳, 女性。1カ月前より左上腹部に無痛性腫瘍を触知するようになり受診。左季肋下に表面平滑で弾性硬の可動性のある腫瘍を触知。CTおよびMRI 検査にて左腎を取り囲むように存在する後腹膜原発と考えられる20×12×8cmの腫瘍を認めた。悪性軟部腫瘍の診断にて経腹膜的に腫瘍を左腎・副腎と一塊にして切除した。切除重量747g。肉眼的には腫瘍は白色の繊維性偽被膜に覆われていた。病理組織検査では高分化型脂肪肉腫の組織と脂肪芽細胞を含む悪性繊維性組織球腫様の組織との二相性を認め, 脱分化型脂肪肉腫と診断した。術後5カ月現在, 再発, 転移は認めていない。脂肪肉腫の約5%が脱分化型で,

本症例のように初発時に脱分化型と診断された例は稀である。われわれが調べた限り本例は後腹膜原発脱分化型脂肪肉腫の本邦18例目の報告である。脱分化型脂肪肉腫の5年生存率は30%と予後不良であり, 今後も厳重な経過観察が必要と思われた。

低血糖発作の原因と考えられた後腹膜腫瘍の1例：橋 宏典, 森山学, 宮澤克人, 田中達朗, 鈴木孝治(金沢医大), 上原啓吾, 古家大祐(同内分泌代謝制御学), 湊 宏(同臨床病理学) 症例; 55歳, 女性。主訴; 低血糖症。現病歴; 意識消失で救急搬送され, 採血にて低血糖(38mg/dl)を認める。検査所見でインスリン, GH, IGF-Iの低値を認めたがIGF-IIは正常値であった。CTで右後腹膜に巨大な腫瘍を認め, FDG-PETでは腫瘍への集積亢進は認めず。低血糖に対してブドウ糖持続投与を必要とした。腫瘍が低血糖の原因と診断し, 経腹膜的に腫瘍摘出術を施行した。術後は血糖値およびインスリン, GH, IGF-I値は改善。病理所見は線維性腫瘍であり, 免疫染色でIGF-II染色陽性。またRT-PCRで腫瘍からのIGF-IIのmRNA発現が確認され, 低血糖は腫瘍からのIGF-II産生が原因であると推測された。若干の文献的考察を加え報告した。

膀胱小細胞癌・横紋筋肉腫の1例：島 崇, 四柳智嗣, 池田大助, 平野章治(厚生連高岡), 柴田和彦(同内科), 増田信二(同病理) 症例は69歳, 女性。2006年3月に肉眼的血尿で近医泌尿器科を受診し, 膀胱腫瘍が指摘された。前医に紹介され, 同年4月にTUR-Btが施行された。病理組織診でurothelial carcinoma with euroendocrine feature, G3と診断された。追加療法としてMEC療法が2コース施行されたが, 同年7月に腫瘍の再発が認められた。同年8月に再度TUR-Btが施行されたが, 病理組織診で筋層浸潤が認められた。膀胱全摘除術が勧められたが, 家族の同意が得られず, 当科紹介となった。同年12月より骨盤動脈内注入抗癌化学療法が施行されたが, 腫瘍の増大が認められ2007年3月にTUR-Btが施行された。病理組織診でsmall cell carcinoma and rhabdomyosarcomaと診断された。その後膀胱内抗癌剤注入療法が施行されたが, 同年7月に腫瘍の再発が認められ再度TUR-Btが施行された。同年9月に腫瘍の再発が認められ, 同年10月に膀胱全摘除術が施行された。術後EC療法が2コース施行されたが, 同年12月に腹部大動脈リンパ節に再発が出現した。

子宮癌に対する骨盤内照射後17年以降に発症した膀胱破裂の1例：黒川哲之, 澤田樹佳, 三原信也(市立敦賀), 森川充洋(同外科) 症例は61歳, 女性。主訴は下腹部痛, 嘔吐。子宮癌で子宮全摘出術, 骨盤内照射の既往があった。以降排尿障害に対し, 尿道バルーンカテーテル留置されていた。来院時, 腹部圧痛と反跳痛あり。採血で白血球の減少と, CRPの上昇, 検尿で血糖尿あり。来院時の造影CTでは腹水の貯留を認めたがfree airや腸管の穿孔などは認められず。膀胱造影で膀胱から腹腔への漏出が認められたため膀胱破裂と診断し, 同日全麻下に緊急開腹手術を施行。術中, 膀胱に逆行性に生理食塩水を100ml注入したところで噴水状に生理食塩水の流出あり。穿孔部位を含む膀胱部分切除を施行。穿孔部位の病理組織にて全層性に炎症細胞と, 筋層の壊死を認めた。

膀胱腫瘍の1例：森下裕志, 山口一洋(金沢市立) 症例は69歳, 女性。主訴は右下腹部痛および発熱。2007年5月頃より右下腹部痛が出現。8月中旬より排尿後痛および発熱が出現。22日当科入院となった。右下腹部に圧痛を認めた。採血にてWBCは正常, CRPは軽度上昇。尿所見異常なし。膀胱鏡では後壁右側にpseudotumorが認められた。CTおよびMRIにて膀胱腫瘍が疑われ, 抗菌剤の投与に続いて, 9月3日経尿道的に膿瘍壁を切開, ドレナージを施行した。同時に施行した生検では, 悪性像は認められなかった。膿培養では, citrobacter youngaeが検出された。現在, 外来にて経過観察中であるが, 再発は認めていない。

尿道腔室に発生したAdenocarcinomaの1例：高原典子, 小松和人, 高田昌幸, 河野真範, 塚原健治(福井赤十字), 横山 修(福井大) 56歳, 女性。2000年に子宮内膜症にて子宮摘出術が行われた

際、膈前壁に腫瘤を指摘されるも放置。2007年11月排尿障害と血尿にて紹介受診。膈前壁に鶏卵大の平滑な腫瘤触知。膀胱鏡にて尿道の6時方向から突出する粘膜変化のない腫瘤あり。骨盤部MRI、CTにて尿道をほぼ全長にわたって取り囲む腫瘤とその周囲の液体貯留、両側鼠径部から傍大動脈までのリンパ節腫脹が認められた。尿細胞診はclass II、CA19-9は79.3ng/mlと高値を示した。生検の結果低分化型腺癌であった。尿道憩室原発と考えられる腺癌 T3N2M0と診断し、現在5-FU (250 mg day 1~5)、CDDP (25 mg day 1)による化学療法を試行している。

精子肉芽腫の1例：高島 博，押野谷幸之輔，長野賢一（公立松任石川），伊藤浩史（福井大病院） 26歳，未婚男性。1週間前からの右陰嚢内の無痛性腫瘤を主訴に当科を受診した。触診上右精巣上体尾部に示指頭大の表面平滑で硬い腫瘤を認めた。尿検査は異常を認めず、血液検査ではCRPがわずかに上昇していた。腫瘍マーカーは正常値であった。超音波検査では右精巣上体尾部に径1.5cm大の内部不均一な低エコー領域を認めた。右精巣上体腫瘍の疑いにて右精巣上体摘除術を施行した。病理診断は精子肉芽腫であった。術後の抗精子抗体は陰性で、精液検査は正常所見であった。本症は陰嚢内の炎症や手術、外傷が誘因となることが多いが自験例では既往に特記すべきことはなかった。精巣上体の腫瘍性病変をきたした場合に本疾患も考慮して治療にあたるべきであると考えられた。

陰茎海绵体転移をきたした脊索腫の1例：多賀峰克，棚瀬和弥，林実，土山克樹，山内寛喜，大山伸幸，三輪吉司，秋野裕信，横山 修（福井大），小林 茂（同整形外科），法木左近（同腫瘍病理） 症例は75歳，男性。2005年に仙骨脊索腫切除術，2006年に局所再発腫瘍切除術の既往があった。2005年から陰茎背側の無痛性腫瘤を自覚し、増大傾向を認めたため2007年2月当科初診。陰茎背側に径8mm、表面平滑で可動性のない硬結を触知した。同部位にMRI T2強調画像で高信号の腫瘍を認めた。2007年10月腫瘍切除術施行。腫瘍内部は白色透明で粘性の高いゲル様物質で占められていた。病理学的に索状に増殖し空胞を持つ細胞を認め、脊索腫陰茎海绵体転移と診断された。脊索腫陰茎転移は文献上3例目で、本邦初の報告である。

前立腺癌小線源治療の実際と現時点における課題：越田 潔，石浦嘉之，武田匡史（金沢医療セ），齋藤泰雄（同放射線） 2007年3月より限局性前立腺癌に対してヨウ素125永久挿入密封小線源治療を開始し、12月末まで26例に施行された。単独；22例，外照射併用；4例。手術時間はおおよそ線源挿入個数×1分間であり、術前後でHb値は平均0.9g/dl低下した。1カ月後の尿流量検査では最大値で0.7ml/s、平均値で1.5ml/s低下し、尿閉は2例に発症した。前立腺体積において、TRUSによるプレプラン時は治療時より小さく、また1カ月後のCTによるポストプラン時は治療時より大きく計測される症例が少なからず経験され、その結果D90、V100が目標値に達しない症例が2例あった。当院における手術症例における生検と摘出標本の検討結果から、現時点における小線源単独療法の適応はPSA；10ng/ml以下、Gleason score 7以下、生検陽性率30%以下、体積40ml以下が妥当と考えられた。

当科における膀胱癌の臨床的検討：伊藤秀明，多賀峰克，土山克樹，楠川直也，金田大生，前川正信，棚瀬和弥，青木芳隆，大山伸

幸，三輪吉司，秋野裕信，横山 修（福井大） 1997年1月～2006年12月の間に当科で膀胱癌に対する治療が開始された253例を対象とし臨床的に検討した。表在性膀胱癌の3年非再発率は57.6%，5年非再発率は53.2%であった。初回治療としてTURBTが施行された171例中16例が経過中に膀胱全摘除術が施行された。膀胱全摘除術を施行した85例の疾患特異的生存率は3年63.4%，5年48.8%であった。膀胱癌に対する治療開始後に6例に上部尿路癌が発症し、このうち1例は全摘除術後であった。膀胱全摘除術後の上部尿路再発は進行性病変を有することが多く、有効な上部尿路再発スクリーニング法の確立が重要であると考えられた。

TVM手術の臨床的検討：成本一隆，北川育秀，栗林正人，野原隆弘，杉本和宏，泉 浩二，前田雄司，藤田 博，宮城 徹，金谷二郎，角野佳史，小中弘之，溝上 敦，高 栄哲，並木幹夫（金沢大），竹山政美（健保連大阪中央），島田 誠（昭和大横浜北部） 金沢大学付属病院において骨盤臓器脱患者に対しtension-free vaginal mesh (TVM)手術が施行された33例について検討した。対象はstage 2以上の膀胱癌とし、選択術式はTVM-AP手術14例，TVM-A手術19例であった。手術時間はTVM-A手術では81分，TVM-AP手術では120分であった。出血量はそれぞれ20，57.5mlであった。治療率は97.0%であり、1例にのみ再発を認めた。術中合併症は膀胱損傷2例，膀胱誤穿孔1例であった。どちらも修復後予定通り手術を終えた。術前から術後1年までの尿流測定検査の結果よりTVM手術後は術前と比べて明らかに排尿機能の改善を認めた。TVM手術は有効かつ低侵襲だけでなく、排尿機能の面でも改善を期待できる術式と考えられた。

当科における前立腺全摘術後のアジュバント療法としての放射線治療の検討：上野 悟，長坂康弘，瀬戸 親（富山県立中央），野村邦紀（同放射線） 当科において2000年1月から2006年12月までの間に前立腺全摘術を施行し、病理組織学的にcap (+)，dw (+)，pw (+)，sv (+)の1項目以上が確認され、アジュバント放射線療法が施行された症例について検討した。対象症例20例の平均年齢は64.9歳、治療前PSA値は平均11.6ng/mlであった。上記のうち3項目を満たした2例には60Gy、その他18例に45あるいは46Gyの照射が行われた。中央値37.0カ月の観察期間で再発例は2例で、5年非再発率は86.8%であった。再発例2例はいずれもpT3b症例であった。アジュバント放射線療法は効果的であるが、pT3b以上の症例ではホルモン療法の併用などが望ましいと考えられた。

当科における精巣腫瘍の臨床的検討：伊藤崇敏，飯田裕朗，今村朋理，一松啓介，森井章裕，保田賢司，渡部明彦，明石拓也，藤内靖喜，水野一郎，小宮 顕，布施秀樹（富山大） 1982年3月から2008年1月まで、当科において加療した精巣腫瘍49例について検討した。年齢は5カ月～57歳、平均35.8歳であり、患側は右28例，左22例であり両側が1例あった。Seminomaが31例，non-seminomaは18例であり、全体の癌特異的生存率は86.2%であった。組織型による5年生存率に有意差は認めなかった。Stage IおよびIIでは5年で全例生存しており、stage IIIの5年生存率は51.9%であったが諸家の報告と同様であった。Seminomaに関してはAFP高値で5年生存率の著しい低下を認めたが、統計学的有意差は認めなかった。