

学会抄録

第443回日本泌尿器科学会北陸地方会

(2014年3月1日(土), 於 金沢都ホテル)

腎粘液管状紡錘細胞癌 (Mucinous tubular and spindle cell carcinoma) の1例: 近沢逸平, 中井 暖, 橘 宏典, 菅 幸大, 森田展代, 田中達朗, 宮澤克人 (金沢医科大), 佐藤勝明 (同病理) 患者: 57歳, 男性. 主訴: 偶発性腎腫瘍精査加療目的. 近医にて直腸癌検診中の腹部CTにて偶然左腎腫瘍を発見され紹介となった. 腹部造影CT検査では左腎下極に早期相で染まらず, 遅延相で造影効果に乏しい直径1cm大の病変を認めた. 腎細胞癌も否定はできず, 腎核出術を施行し, 摘除標本では径10mmの境界明瞭な灰白色の充実性腫瘍を認めた. 組織学的に核小体をもつ類円形核と弱好酸性細胞質を持つ腫瘍細胞が管腔状または索状に増殖, 紡錘形腫瘍細胞の混在が認められた. またアルシアン・ブルー染色は細胞間質に陽性で, 豊富な粘液性間質を有すると考えられた. 免疫染色ではCK7陽性, EMA陽性, AMACR陽性, CD10陰性であった. 以上より腎粘液管状紡錘細胞癌 (mucinous tubular and spindle cell carcinoma: MTSCC) と診断した. 術後10カ月経過し再発は認めていない.

腎結核が疑われた著明な骨化と石灰化を伴う腎のう胞の1例: 山内寛喜, 多賀峰克, 岡田昌裕, 大山伸幸, 横山 修 (福井大) [背景] 石灰化を伴う腎腫瘍は悪性疾患や感染症の鑑別が必要な疾患である. 今回腎腫瘍全体が著しい石灰化で覆われる稀な症例を経験したので報告する. [症例] 48歳, 女性. 右背部痛を主訴に近医受診. 超音波検査, CTにて右腎背外側に石灰化を伴うのう胞状の腫瘍を指摘され当科初診となった. 腎結核も疑われ, QFT検査を施行した. 初回判定保留, 再検査にて陰性の判定のため, 腎部分切除術を施行した. 全体が硬い石灰に覆われる腫瘍であったが, 病理結果では悪性所見は認めなかった. 内容液の結核菌PCRも陰性であった. [考察] 腎腫瘍にカルシウム成分が含まれる割合は悪性腫瘍で高く, サイズの増大に伴い石灰化を有することが多くなるため, 良性悪性の判別には慎重になる必要があると考えられた.

無治療にて5年間憎悪を認めなかった右心房に至る下大静脈腫瘍塞栓を伴う腎癌1例: 内藤伶奈人, 加藤浩章, 西野昭夫 (小松市民) 症例は76歳, 女性. 当院整形外科で手術後, 貧血が持続するため当院消化器内科で腹部エコー検査施行したところ, 右腎腫瘍+静脈内腫瘍塞栓を指摘され当科紹介受診となった. 追加の画像検査から明らかな転位を伴わない右心房に至る腫瘍塞栓を伴った右腎癌と考えられた. 手術加療につき金沢大学病院を受診し, 手術は可能との判断だったが, 積極的加療を希望されず無治療のまま経過観察となり5年経過した現在も変化を認めていない. 腎細胞癌は4~10%に下大静脈腫瘍塞栓を伴い, そのうち8~14%は右心房まで進展しているとされる. 下大静脈腫瘍塞栓を伴う腎癌は予後不良とされるが, 無治療でも明らかな転移のない症例では平均生存期間14カ月と長い. 本症例でも転移を認めなかったことが進行・増悪を認めない要因となったと思われる.

IgG4関連硬化症を合併した腎盂癌の1例: 押野谷幸之輔, 堤内真実, 長野賢一 (公立松任石川中央), 高枝知香子 (同内科), 丹羽秀樹 (同病理診断), 小中弘之 (金沢大), 池田博子 (同病理), 水野 剛 (芳珠記念) 症例は78歳, 男性. 2011年5月18日肉眼的血尿を主訴に当科を初診. 尿沈渣は赤血球無数で尿細胞診は疑陽性. 7月26日のCTでは左腎盂壁の肥厚と傍大動脈リンパ節腫大より腎盂癌が疑われたが, 8月2日のPETで大動脈前面の線維性組織, 傍大動脈と縦隔リンパ節, 左眼の涙腺腫瘍にFDG集積があり, IgG4関連硬化症が示唆された. 血清IgG4も580mg/dlと高値であった. 12月19日の涙腺腫瘍生検にてIgG4陽性形質細胞の浸潤が認められ, IgG4関連硬化症と診断された. その後2012年7月4日のPETで多発性骨転移を認め, 7月25日のCTで左腎盂に結節性病変が出現したため, 8月17日に尿管鏡を行った結果, 腎盂内に腫瘍が認められ, 生検にてhigh gradeの尿路上皮癌と診断された. 2013年5月2日に癌死した.

選択的腎動脈塞栓術が奏功した腎部分切除術後尿瘻の2例: 野原隆弘, 松山聡子, 川口昌平, 瀬戸 親 (富山県立中央), 望月健太郎, 阿保 斉, 出町 洋 (同放射線), 宮城 徹 (石川県立中央) 症例1: 50歳代, 男性. 右腎癌に対するミナマ創右腎部分切除術後に尿瘻を認め右尿管ステント留置したが改善せず. その後の造影CTでは上腎杯と中下腎杯が分断されており上腎杯からの尿瘻が確認された. POD20に選択的腎動脈塞栓術を行い, 上極を栄養する動脈を塞栓. 即座に尿瘻消失. 症例2: 60歳代, 男性. 左腎細胞癌に対するミナマ創左腎部分切除術後に尿瘻を認め左尿管ステント留置したが改善せず. その後の造影CTでは症例1同様に上腎杯と中下腎杯が分断, 上腎杯からの尿瘻. POD21に選択的腎動脈塞栓術を行い, 上極を栄養する動脈を塞栓. 即座に尿瘻消失. [考察] 腎部分切除術後の尿瘻に対する選択的腎動脈塞栓術は, 症例によっては非常に有効である.

G-CSF産生後腹膜脱分化型脂肪肉腫の1例: 松山聡子, 野原隆弘, 川口昌平, 瀬戸 親 (富山県立中央), 石澤 伸 (同病理), 寺田逸郎 (同外科) 60歳代, 男性. 定期検診で白血球増多を認め2013年6月当院血液内科を受診. 白血球33,200/ μ l, 血清G-CSF341pg/dlと高値. 造影CTにて11cm大の左後腹膜腫瘍, 左腎浸潤を認め当科を紹介受診. PET-CTで右肺上葉に孤立性肺転移を認めた. 初診から26日後に後腹膜腫瘍摘除術を施行したが, 初診時よりも腫瘍は増大し下行結腸への浸潤も疑われたため, 左腎と下行結腸を合併切除した. 病理検査ではG-CSF染色陽性であり, G-CSF産生脱分化型脂肪肉腫と診断した. 術後11日目施行のCTで肺転移が急速に増大し右後腹膜転移が出現. さらに術後31日目には局所再発が出現した. 塩酸ドキソルビシンとパゾパニブにて加療したが腫瘍は急速に増大し, 術後156日目に永眠.

新膀胱造設後に浸潤性前部尿道再発を来とし全除精術を施行した膀胱Sarcomatoid carcinomaの1例: 高瀬育和, 児玉浩一, 元井 勇 (富山市民), 齋藤勝彦 (同病理) 症例は64歳, 男性. 無症候性肉眼的血尿を認め, 超音波検査にて膀胱腫瘍を指摘されて当科を受診した. 画像検査にて膀胱左側壁に筋層にまで到達する腫瘍を認めた. TURBtを施行し病理組織診断はsarcomatoid carcinoma. その後に膀胱前立腺全摘除術および回腸利用新膀胱造設術を施行した. 最終診断はpT3apN0M0, 膀胱sarcomatoid carcinomaであった. 膀胱全摘除術後8週目に前部尿道に浸潤性再発を認めたために全除精術を施行した. 全除精術後も自排尿の状態は良好で, 尿道再発から1年4カ月を経過したが再発を認めていない.

膀胱異物の1例: 飯田裕朗, 加藤智規, 保田賢司, 藤内靖喜, 小宮 顕, 布施秀樹 (富山大) [症例] 60歳代, 男性. [主訴] 頻尿, 尿意切迫感. [既往歴] 特記事項なし. [現病歴] 2013年10月に自慰目的にボールペンを尿道に挿入したところ抜か困難となった. 疼痛は認めなかったが, 頻尿, 尿意切迫感が出現しその後増悪傾向となったため挿入後24時間経過してから当科受診となった. CTではボールペンを膀胱内に認め, 先端側を前立腺部に認めた. 緊急入院のうえ, 膀胱高位切開術, 膀胱異物摘出術施行. ボールペンの長さは13cm程で, 挿入側に丸く柔らかいキャップを付けて使用していた. [考察] 膀胱異物は本邦ではこれまでに1,500例以上の報告がされている. 男性に多くみられ性的活動の盛んな20歳代, 10歳代に多いとされる. 侵入経路は経尿道性が全体の61%で, その中では自慰目的が75%と最も多い.

性同一性障害の経験: 三輪吉司, 関 雅也, 松田陽介, 大山伸幸, 秋野裕信, 横山 修 (福井大), 和田有司 (同神経, 精神) [目的] 性同一性障害 (gender identity disorder: GID) の当院での経験から一般泌尿器科医の役割と問題点を検討した. [対象・方法] 当科7例に当院神経科精神科の20例を加え検討した. [結果・考察] 当科への受診目的はGID精査希望, 身体的性別の判定依頼 (他院精神科医から),

ホルモン療法継続，戸籍の性別変更に必要な診断書目的に大別された。ガイドラインに沿わない症例が約 1/4 を占め，性別違和感を自覚した時期が幼児～小児期が約 2/3 を占めた。問題点として治療者や拠点病院の不足，保険適応がないことなどが挙げられた。また北陸の精神科医，産婦人科医，泌尿器科医の有志による北陸 GID 判定会議が2012年9月に発足し，定期的に判定会議を実施している。

当院における結石性腎盂腎炎の臨床的検討：岩本大旭，門本 卓，重原一慶，宮城 徹，中嶋孝夫（石川県立中央），島村正喜（能美市立） 結石による尿路閉塞を伴う急性腎盂腎炎は時に重症化し敗血症にいたることがある。しかし結石性腎盂腎炎における重症化のリスク因子はほとんど報告がない。そこで，当院における結石性腎盂腎炎について臨床的に検討した。2007年1月～2013年7月の間に当院で入院加療した結石性腎盂腎炎患者89例を対象とし，DIC であった症例を重症例とした。重症例と非重症例の臨床所見・患者背景を比較した。89例中 DIC と診断されたのは12例であった。重症例は高齢，ショック，PS，ドレナージの有無，入院日数で有意差を認めた。さらに多変量解析の結果，PS2 以上が重症化のリスク因子であることがわかった。PS2 以上の結石患者は重症化するリスクが高いため注意して治療に当たる必要があると考えられた。

当科における腎外傷の臨床的検討：一松啓介，上村吉穂，江川雅之（市立砺波総合） 1988年8月から2013年12月までの間に当科で入院加療を要した腎外傷44例を対象に，受傷転機，治療経過などにつき検討した。入院時造影 CT を撮影し，分類は2008年日本外傷学会腎損傷分類を用いた。男性33例，女性11例，平均年齢は45.0歳で，右24例，左20例であった。受傷原因は転倒・転落が21例と最も多く，次いで交通外傷14例，スポーツ7例，けんか2例の順であった。腎損傷分類は Ia 型13例，Ib 型2例，II 型14例，IIa 型9例，IIb 型6例であった。死亡例はなく，I・II 型の29例中，26例が保存的に加療された。一方 III 型15例の治療としては，5例が保存的に治療，1例で尿管ステント挿入，2例で TAE，3例で腎部分切除術，5例で腎摘除術が施行された。2004年以降では，出血のコントロール目的に開腹手術を施行した症例はなかった。尿漏は6例に認め，すべて何らかの処置を要した。

性腺外胚細胞腫瘍の臨床的検討：牧野友幸，加藤佑樹，中野泰斗，町岡一顕，八重樫 洋，中嶋一史，大筆光夫，栗林正人，泉 浩二，上野 悟，前田雄司，角野佳史，北川育秀，小中弘之，溝上 敦，並木幹夫（金沢大） [目的と方法] 1992年～2014年2月の22年間に金沢大学病院泌尿器科で経験した性腺外胚細胞腫瘍14例に対する治療成績をレトロスペクティブに解析した。[結果] 観察期間中央値30カ月（3～67カ月），年齢中央値27.5歳（18～49歳），組織型はセミノーマ7例，非セミノーマ6例，不明が1例，原発部位は縦隔9例，後腹膜5例，IGCC 分類で good 7例，intermediate 2例，poor 5例。5年生存率は，セミノーマ100%，非セミノーマ42%（ $P=0.25$ ），good/intermediate 群100%，poor 群40%（ $P=0.18$ ）。転帰は，NED 5例，

癌あり生存7例，死亡2例であった。[結語] 諸家からの報告と同様，セミノーマの予後は良好である一方，縦隔原発非セミノーマの予後は不良。しかし，化学療法と手術による集学的治療で長期生存例を経験した。

MRI を参考にした前立腺針生検の検討：島 崇，柳智嗣，池田大助（厚生連高岡） 2012年1月～2013年12月に当院で施行した経直腸的前立腺針生検症例のうち，生検前に MRI を施行し，片葉に癌様所見を認めた症例57例を対象とした。系統生検群（左右辺縁域3カ所，最外側2カ所の計10カ所）30例，標的生検群（MRI 陰性側片葉は辺縁域3カ所，MRI 陽性側片葉は辺縁域の5，2カ所の標的生検）27例に割当した。癌と診断された症例数はそれぞれ18例（60%），16例（59.3%）と差を認めなかった。MRI で指摘された癌様所見長径はそれぞれ平均 14.2 mm，平均 10.9 mm と有意差を認め，標的生検群ではより小さな癌を検出できている可能性が示唆された。生検コア陽性率と MRI 癌様所見の一致性を比較すると，標的生検群の非標的部では21.8%（12/55），標的部位では27.8%（15/54）と検出率の上昇はわずかであった。

穿孔を回避する剥離 TURP の手術手技について：完全剥離しないメリット：川村研二（恵寿総合） 剥離 TURP で，腺腫剥離時に膀胱頸部の剥離は行わず，完全剥離を目指さない術式に変更した。その理由は，膀胱頸部での穿孔を回避することであった。完全剥離を目指さない TURP では被膜穿孔は100例中0例：0%であり，穿孔の危険性を回避できた。完全剥離を目指した以前の症例での穿孔の率は130例中3例：2.3%であった。今回の100例の，剥離時間は平均12分，50 g 以上切除例では平均剥離時間24分，100例中輸血例なし，Hb の術後低下 0.3 g/dl で，術後の排尿状態，自覚症状スコアも著明に改善した。PSA 低下率は84%（7.0→1.1 ng/ml），前立腺体積率は80%（54.3→10.9 ml）であった。現時点で経尿道的前立腺腺腫核出術の確立した術式はないと思われる。如何にして自分の持つ技術を生かして，腺腫を摘除するかは術者それぞれの技量であるが，穿孔，出血などが生じない，誰もが安全に施行可能な術式の標準化が必要と思われる。

前立腺癌に対する陽子線治療の初期経験：小林忠博，平田昭夫（福井県立），高松繁行，山本和高，佐藤義高，川村麻里子，朝日智子（同陽子線がん治療セ） 2011年3月から2013年4月までに当院で陽子線治療を行った初発前立腺癌患者63例について検討した。年齢は51～87歳，中央値は69歳，PSA は3.5～117.0，中央値は 9.3 ng/ml，D'Amico リスク分類で，低リスク20例，中リスク23例，高リスク20例であった。現時点まで明らかな再発症例はない。有害事象は，急性期で G2 の皮膚炎が4例（6.3%），排尿困難が18例（28.6%），晩期で G2 の直腸出血が9例（14.3%）であった。来年度より CT 位置決め装置での陽子線治療が開始可能となり，より直腸を避けた治療が可能となるため，その効果に期待したいところである。今後さらなる長期の観察と症例数を蓄積して詳細な検討を行っていく予定である。