

学会抄録

第407回日本泌尿器科学会北陸地方会

(2005年2月12日(土), 於 金沢全日空ホテル)

特発性副腎出血の1例: 近沢逸平, 森山 学, 宮澤克人, 鈴木孝治 (金沢医大), 木下英理子, 野島孝之 (同病理) 72歳, 男性. 家族歴に特記すべきことなし. (既往歴) 2003年に脳梗塞, 2004年に心房細動, 心房粗動, 洞不全症候群のためペースメーカー植え込み術を施行. 2004年9月23日, 腹痛にて近医入院. 翌日, 腹部CT検査にて左副腎出血 (直径 10 cm) の診断にて当科転院. 内服薬はワーファリン, アスピリン. 検査所見では軽度の貧血, トロンボテストの低下を認めた. 輸血療法および安静療法にて1週間で状態は安定したが悪性腫瘍を否定できないこと, また再出血の可能性があることを理由に2004年11月15日, 経腰的に副腎腫瘍摘出術施行となった. 患者は術後順調に回復し現在, 外来経過観察中である. 病理組織学的検査では血腫は290 g, 10×9 cm大, 断面にて1 cmの繊維性結合織に囲まれた凝血塊を認めた. 被膜の一部に既存副腎組織が見られ断面ではその直下に血栓を認めた. 静脈血栓による副腎内圧上昇による出血が考えられるが明らかではない. 既存副腎は正常な組織であった.

腎膿瘍を合併した浸潤性腎盂腫瘍の1例: 福田 謹, 成本一隆, 伊藤秀明, 布施春樹 (舞鶴共済), 今村好章 (福井大病理) 68歳, 男性. 糖尿病にて内服加療中, 食思不振・体重減少を訴え当院胃腸科受診. エコー上, 右腎下極に6 cm大の腫瘍が認められ当科紹介. 血尿・膿尿を認めないものの, 間欠熱・炎症所見を認め, 画像上, 腎膿瘍または黄色肉芽腫性腎盂腎炎を疑い, 経腰的腎摘除術施行. 腫瘍は白色調で, 出血・壊死・線維化, そして膿様排液も認めた. 術後, 発熱および炎症所見は順調に改善した. 病理検査では, 腎実質に膿瘍を, 腎盂に尿路上皮癌を認め, それに連続して腎実質内に扁平上皮癌・腺癌・肉腫様癌も認めた. 骨シンチおよび胸部Xp上, 明らかな転移を認めず, 腎膿瘍を合併した腎盂腫瘍 Stage IV (pT4, pN1, M0) と診断した. 抗癌化学療法2コース施行し, 術後5カ月間, 明らかな再発を認めていない.

腎盂原発と考えられた悪性リンパ腫の1例: 新倉 晋, 長野賢一 (公立松任石川), 山口正木 (石川県立中央内科), 杉江茂幸 (金沢医大病理) 54歳, 男性. 発熱, 頻尿にて2004年3月17日当科受診. 急性前立腺炎と診断し加療. その精査のDIPにて左水腎症を認め, さらにCTにて左腎盂に腫瘍を認め入院となった. 入院時理学所見, 検査所見では明らかな異常は認めず, 尿細胞診はclass IIであった. 左腎盂腫瘍の診断にて4月23日左腎尿管摘術を行った. 切除病理結果は悪性リンパ腫でWHO分類の濾胞リンパ腫, G1であった. 5月18日よりCHOP療法などの全身化学療法を行った. 抗癌剤にまったく反応なく, 加療中に心筋症を認め化学療法は中止し, 現在外来経過観察中である.

回腸導管部に嵌頓した小腸ヘルニアの1例: 泉 浩二, 河野眞範, 加藤浩章, 塚原健治 (福井赤十字) 症例は82歳, 女性. 主訴はストーマよりの腸管脱出. 既往歴として長年にわたる強固な便秘症があり, 種々の下剤を内服中. 2001年12月5日浸潤性膀胱癌に対し膀胱全摘術および回腸導管造設術を施行. 以降外来経過観察中であったが, 2001年8月27日排便時のいきみとともにストーマより腸管が脱出したため当科受診. CTでストーマからの小腸ヘルニアを認めたため緊急手術となり小腸部分切除術, 回腸導管切除術, 両側腎瘻造設術を施行. 嵌頓した小腸は腹腔内より回腸導管壁を内腔に押し出し, そのままストーマより脱出していた. ストーマそのものをヘルニア門とする小腸ヘルニアはこれまで報告がなく本邦第一例目と思われる.

大腿膿瘍を契機に発見された骨盤骨折に伴う膀胱損傷の1例: 前川正信, 山内寛喜, 楠川直也, 塩山力也, 大山伸幸, 三輪吉司, 秋野裕信, 横山 修 (福井大), 小久保安朗, 馬場久敏 (同整形外科), 島田宏一郎, 宮崎茂夫 (宮崎医院) 症例は85歳, 女性. 既往歴として25年前に, 子宮頸癌に対し放射線療法施行. 2004年4月から, 右下肢痛が出現. 同10月より右下肢の浮腫も出現. また血尿も出現し膀胱タ

ンポナードとなり, 11月16日当科即入となった. 画像検査上, 右寛骨白の前柱に骨折を認め, 骨折片が膀胱右壁を穿孔しにそこから尿が膀胱外に漏れ, 鼠径から右大腿にかけて広範に膿瘍を形成していた. 入院後, 保存治療では改善を認めず, 12月20日に骨盤, 右股関節, 大腿部ソウハドレナージと膀胱閉鎖術を施行. 術後, 炎症反応は改善し, 膀胱造影にて尿の膀胱外溢流も消失した.

CAPD カテーテル位置異常に対する内視鏡治療一再発防止の一工夫: 栗林正人, 元井 勇, 神田静人 (富山市民), 大田 聡 (同内科) CAPD カテーテルの位置異常に対し内視鏡的整復術を施行し, 良好な成果を得た1例を経験した. 症例は39歳, 女性. 1997年10月より, 慢性糸球体腎炎による慢性腎不全に対し血液透析が導入されていたが, ショント穿刺困難のため2001年よりCAPDに移行した. 2004年10月より排液に時間を要し, 排液時の腹痛も認めるようになった. 腹部X-pにてカテーテル先端が右上腹部に跳ね上がっているのが確認されたため11月26日, 腰椎麻酔下に内視鏡的整復術を施行した. 腎盂鏡観察下に位置整復後, カテーテルを創外からナイロン糸で牽引し, 腹直筋筋膜に1針掛けて結紮した. CAPD カテーテルの位置異常, 特にカテ跳ねに対する予防策や治療法はいくつか報告されているが, 自験例の腎盂鏡を用いた手技は簡便かつ低侵襲に行え, カテーテル抜去の際にも腹膜外操作で固定を容易に解除できるという利点をもち, 有用であると思われる.

全身性紅皮症に合併した前立腺癌の1例: 宮富良穂, 今村朋理, 西尾礼文, 渡部明彦, 十二町明, 水野一郎, 永川 修, 布施秀樹 (富山医大) 患者は75歳, 男性. 2002年1月より掻痒感を伴う皮疹が出現. 徐々に増悪し, ほぼ全身に鱗屑をつけた紅斑, 腋窩・鼠径リンパ節腫脹, 発熱が認められたため前医入院. 紅皮症の診断にて治療を開始したが, 治療抵抗性を示したため, 腫瘍性紅皮症を疑い悪性腫瘍の精査を施行したところ前立腺癌を認めた. 当院皮膚科入院加療後皮疹は軽快したが退院後も全身の紅潮, 掻痒感が残存していた. 前立腺癌 T3aN0M0 と診断し2004年11月26日ネオアジュバントホルモン療法を開始. その後徐々に皮疹は改善し, 4月6日前立腺全摘術を施行. 病理結果はpor-mod, adenocarcinoma, Gleason Score 4+5=9, G2, pT2bであった. 術後, 全身の紅潮・掻痒感が消失したため紅皮症の治療を中止したが, 現在のところ皮疹の増悪は認めていない.

BCG 膀胱内注入療法後に発症した結核性精巣上体炎の1例: 重原一慶, 小堀善友, 天野俊康, 竹前克朗 (長野赤十字) 症例は72歳, 男性. 2000年11月にTUR-Bt施行, TCC, G2>G1, non-invasive と診断. 2004年8月23日, 腫瘍の再発を認め, 9月6日よりBCG 80 mg/週の膀胱内注入療法を開始. 2回目を施行後, 発熱・血尿・右陰囊の疼痛性腫大が出現し, 治療を中止. 抗菌化学療法を開始するも陰囊の腫大は悪化, 左精巣上体の腫大も出現したため, BCGによる両側精巣上体炎を考え, 10月18日より抗結核剤を開始. しかし, 症状は増悪し, 12月9日, 右辜丸摘出・左精巣上体摘出術を施行. 病理像にて乾酪壊死を伴う類上皮細胞およびラングハンス巨細胞からなる肉芽腫が認められ, 両側結核性精巣上体と診断された. 術後も抗結核剤を継続. 現在, 炎症の再発は認めていない.

Sertoli 細胞腫の1例: 三輪聡太郎, 田谷 正 (田谷医院), 朝日秀樹 (公立加賀) 症例は33歳, 男性, 左陰囊内に痛性腫瘍を主訴に当院を2003年9月29日受診した. 左精巣に超卵卵大の弾性硬の腫瘍を触れた. HCG-β, AFP, LDHなどの腫瘍マーカーはいずれも陰性であったが陰囊エコーで低エコー腫瘍を認めたため左精巣腫瘍が疑われた. 画像上明らかな転移像認めず術前診断 stage I (T1N0M0S0) とし2003年9月30日左高位精巣摘除術を施行した. 病理組織学的診断はSertoli 細胞腫であった. 病理所見, 臨床所見より良性と診断し経過観察. 術後約1年4カ月再発を認めていない. Sertoli 細胞腫についての報告は稀で約30例報告されているに過ぎない. 悪性化の報告もあ

り今後も経過観察が必要と考えられる。

尿路感染症分離菌の薬剤感受性について：石井健夫（浅ノ川総合）、徳永亨介（やわたメディカルセンター）、川村研二、田中達朗、鈴木孝治（金沢医大） 尿路感染症と診断された209症例より分離された393菌株を対象とし、起炎菌と薬剤感受性からみた empiric therapy を検討した。急性単純性尿路感染症においては、第Ⅰ世代、第Ⅱ世代の経口セフェム薬と経口フルオロキノロン系薬剤が第1選択薬として最も適していると考えた。複雑性尿路感染症で初期治療薬の第一選択になりうる薬剤は、PIPCの単独あるいはアミノ配糖体との併用、第4世代セフェム系、カルバペネム系薬剤であった。長期入院患者やカテーテル留置患者の8～16%にMRSAが認められ、日常診療において定期的な尿培養検査を行い、尿路感染症を把握しておくことが重要であると考えた。

膀胱腫瘍に対する膀胱全摘の臨床的検討：岩佐陽一、細川高志、福島正人、高橋雅彦、山本秀和、菅田敏明（福井済生会） 1993年から2004年までに福井県済生会病院泌尿器科において膀胱全摘術を実施された70例を対象とし、臨床的検討を行った。移行上皮癌において、pTis, pTa, pT1, pT2, pT3, pT4 群の5年生存率はそれぞれ87.5, 100, 76.52, 70.71, 68.82, 0%であった。G2, G3 群の5年生存率は76.63, 57.0%であった。深達度が上がるにつれ、異型度が高くなるにつれ、予後は悪くなった。リンパ節転移、切除標本断端の癌浸潤、膀胱壁内脈管侵襲は予後に影響していなかった。

前立腺癌のリンパ節転移に関する臨床的検討：江川雅之、澤田樹佳、三崎俊光（市立砺波総合） 1988年以降当科で施行した前立腺全摘症例105例について、特にリンパ節転移陽性患者の予後とそれに影響する因子について検討した。転移陽性20例、陰性85例で平均観察期間はそれぞれ77.7, 64.1カ月であった。治療前平均PSAはそれぞれ103.1, 20.5。10年全生存率はそれぞれ69.2, 83.2%で有意差はなかった。10年疾患特異的生存率はそれぞれ80%, 100%で有意差が

あった。全例に術前ホルモン療法が施行されており、転移陽性患者についてはすべて術後もホルモン療法が継続されている。1999年MessingらのRCTの結果と同様、リンパ節転移が認められても、術後早期にホルモン療法を行えば予後は良好であった。なお前立腺癌死した患者はすべてリンパ節転移有患者で、生検組織はいずれも低分化癌であった。

前立腺癌に対する前立腺組織内照射前後の性機能：溝上 敦、高田昌幸、小中弘之、角野佳史、小松和人、並木幹夫（金沢大） 当院では128人の患者にbrachytherapyを施行。治療前後の性機能のアンケート調査を行った。評価可能患者のうち、79人がadjuvant hormone therapy (AHT) 非施行群で31人がAHT施行群。治療前のIIEF5合計点の平均は総患者、AHT非施行群、AHT施行群で9.1, 9.7, 7.6点。HDR-BT後には5.9, 7.6, 2.6点となり、勃起機能の悪化を認めた。AHT非施行群では、IIEF5質問2での勃起能力は治療前に2点以上は45人（57.0%）、治療後は36人（45.6%）と80.0%の患者が勃起能力を保持。また、IIEF5質問5では2点以上は治療前40人（50.6%）、治療後31人（39.2%）。AHTをしなければ、性機能は比較的保たれていた。

「AMS質問紙」による自覚症状と血中性ホルモン値との関連について：三輪吉司、金田大生、中井正治、青木芳隆、大山伸幸、秋野裕信、横山 修（福井大） 「Aging Males' Symptoms' Rating Scale (AMS 質問紙)」は「Partial androgen deficiency of the aging male (PADAM)」の重症度判定やアンドロゲン補充療法の効果判定に使用されている。AMS質問紙と血中性ホルモン（total, free testosterone, DHEA-S, LH, FSH, estradiol）値との関連を外来受診者107例で検討した。年齢とAMS scoreとの間には相関が認められなかった。Free TおよびFSHはtotal scoreおよびsomatic subscoreと有意に相関した。PADAMの診断治療において血中testosteroneに加え、FSHの評価が補助的役割を担うと考えられた。