

第366回 日本泌尿器科学会北陸地方会

(1994年12月11日(日), 於 金沢東急ホテル)

・非外傷性腎被膜下血腫の1例: 明石拓也, 酒本 護, 横山豊明, 藤城儀幸, 岩崎雅志, 布施秀樹, 片山 喬(富山医大) 非外傷性腎被膜下血腫の1例を経験した。患者は73歳女性で, 72歳時より僧帽弁閉鎖不全症, 心房細動のため塩酸チクロピジン(パナルジン®)服用していたが, 突然左側腹部痛, 肉眼的血尿が出現し来院した。CT, MRI等画像診断により非外傷性腎被膜下血腫と診断されたが, 悪性腫瘍や血管の奇型の合併を否定しきれず, 血腫の原因を検索する目的で血管造影を行い, 異常なしとの結果をえたため経過観察とした。パナルジンが出血の原因として何らかの関係を示唆させたが, 今例では原因を明らかにすることは不可能であった。但し血管造影やCTでも診断しえぬ小さな腎腫瘍が存在している可能性があり今後も厳重な経過観察が必要であると思われた。

インターフェロン投与中に骨髄異形成症候群をきたした腎癌の1例: 平野章治, 高島三洋, 美川都夫(厚生連高岡), 徳谷裕康(金沢大第3内科) 患者は62歳の女性。健康診断の超音波診断法で左腎腫瘍を指摘され, 1993年2月23日当科を受診した。入院時検査成績では軽度の貧血をみる以外に異常はない。3月17日経腹的左腎摘除術およびリンパ節郭を施行した。輸血は行われず, 病理組織学的所見は腎細胞癌, 膨張型, 胞巣型, 淡明細胞亜型, G1>G2, INF α , pT2, pN0, pV0であった。術後, 肺炎および腸閉塞をおこしたが, 5月26日スミフェロンの投与を開始した。投与開始時の末梢血の赤血球数は301万, 白血球数は3,100, 血小板数は18.3万で, スミフェロン投与(300万単位, 2回/週)中は徐々に減少し, 全身倦怠感や皮下出血を繰り返し, 1994年3月の末梢血中にAuer小体をもつ芽球が出現し, 骨髄所見ではRAEBt型のMDSと診断された。スミフェロン投与を中止したが, その後も赤血球数, 白血球数, 血小板数は減少し濃厚赤血球, 血小板血漿, G-CSFなどの投与を行ったが, 効なく7月12日金沢大学第3内科へ転院した。

外傷後恥骨上部に生じたリンパ漏の1例: 岩岡 香, 青木芳隆, 青川茂樹, 秋野裕信, 村中幸二, 金丸洋史, 岡田謙一郎(福井医大) 恥骨部の打撲外傷後に生じたlymphoceleの1例を報告する。症例は42歳, 男性。現場作業中両側鼠径部および恥骨上部を強く打撲し同部の疼痛と腫脹を主訴に受診。エコー下に恥骨上より陰茎根部にかけて広がるcystic lesionを穿刺し200mlの内容液を吸引し, その分析からlymphoceleと診断した。陰茎・陰囊の皮膚, および亀頭・尿道部のリンパ系の流入するpresymphyseal plexusが外傷により恥骨におしつけられ損傷をきたしたのが原因と考えられる。持続ドレナージ, povidone iodine ethanolによる硬化療法によるlymphocele縮小の効果を認めたが, カテーテル抜去後に感染をきたし切開排膿, 抗菌剤投与し軽快した。その後minocyclineによる硬化療法中である。外傷による恥骨上lymphoceleの文献報告例はなく, 治療法もふくめ検討した。

S状結腸憩室炎に起因した膀胱結腸瘻の1例: 三田絵子, 中島慎一, 三崎俊光(市立砺波総合), 藤森英希, 中島久幸(同外科), 家接健一(同胃腸科) 55歳男性のS状結腸憩室炎に起因した膀胱結腸瘻の1例を報告する。1989年10月3日残尿感, 尿混濁, 微熱を主訴に初診。急性前立腺炎として加療するも再燃を繰り返していた。1994年5月に入り糞尿が出現したため6月21日入院。膀胱鏡で瘻孔の存在が強く示唆され, 経尿道的瘻孔造影にて瘻孔を確認し, インジゴカルミン液を用いた大腸ファイバーにてS状結腸憩室と同部の瘻孔を認めた。以上よりS状結腸憩室炎の穿通による膀胱結腸瘻と診断, 7月5日S状結腸部分切除, 膀胱部分切除術を施行。術後経過良好で5ヵ月経過した現在, 自他覚所見は認められていない。

膀胱平滑筋腫の1例—経直腸的針生検の有用性について—: 天野俊康, 石浦嘉之, 森下裕志, 北川育秀, 大川光央(金沢大) 症例は42歳男性, 主訴は排尿困難。経腹的超音波検査にて膀胱内に腫瘤を認め当科入院となった。臨床検査成績では異常値なく, 尿細胞診も陰性であった。排泄性腎盂造影では, 膀胱左側低部に陰影欠損が認められ, CTスキャンでは, 9×8cm大の腫瘤が, 膀胱左前壁に描出された。

MRI像では, 筋肉よりやや高信号の腫瘤としてイメージされ, 間質成分に富むsolid tumorと考えられた。経直腸的超音波では膀胱左側低部に腫瘤を認めた。腫瘤が大きく, 悪性腫瘍の鑑別のため仙骨麻酔下に経直腸的超音波ガイド下針生検を施行した。その結果, 良性の平滑筋腫と診断された。全身麻酔下に経直腸的摘出術を施行した。腫瘍重量は135gで, 病理組織学的に核分裂像など認められず, 膀胱平滑筋腫と確定診断された。術後8ヵ月, 再発など認められていない。

インディアナバウチ2例, 自排原型代用膀胱1例の経験: 菅田敏明, 山本秀和, 和田 修(福井済生会), 磯松幸成, 村中幸二(福井医大), 徳永周二, 大川光央(金沢大) 症例1: 49歳, 男, 症例2: 63歳, 男の膀胱腫瘍2症例に膀胱全摘除術およびインディアナバウチ(症例1 ileal patch法, 症例2 U-shaped ileal patch法)を造設した。症例3: 66歳, 男の膀胱腫瘍症例にZinmanらの方法に準じ, 前立腺被膜の一部を残して膀胱前立腺摘除術を行い, Hautmann法に準じて, 自排原型代用膀胱を造設した。症例1は術後2日目よりMRSA腸炎を併発し, 術後4日目ショック状態となった。その後腎不全となり, 2ヵ月半血液透析を必要とした。その他, これら3症例の術後経過および合併症について報告した。

嚢胞形成を伴った前立腺癌の1例: 勝見哲郎, 村山和夫(国立金沢), 中村靖夫(金沢大), 渡辺騏七郎(国立金沢研究検査科) 症例は69歳男性で, 下着に血液が付着するため平成5年3月11日来科した。直腸診ではやや硬い前立腺とその口側に柔らかく平滑な腫瘍を触知した。前立腺特異抗原は243ng/mlと異常高値を示し, CT検査で前立腺背側に内部が不均一だが低濃度の嚢胞性腫瘍が認められ, 生検では前立腺の中分化腺癌であった。抗男性ホルモン療法を開始していたところ, 生検10日目に急性前立腺様症状とともに発熱し, 約15日後に下痢のように水とガスが出て解熱した。その時のCT像では嚢胞性腫瘍は消失し, 同部にfree airが認められた。ホルモン療法4ヵ月後に前立腺全摘除術を施行したが, 癌性変化は認められなかった。術後15ヵ月を経て再発の兆候はまったく認められていない。

精巣鞘膜腔内嚢胞の1例: 中村直博, 守山典宏(市立長浜) 症例は67歳男性。1994年9月19日, 左陰囊内に痛性の腫瘍を触知するため当科を初診。左陰囊内に約1cmの硬く圧痛を伴う腫瘍を触知し, 精巣, 精巣上体との鑑別は可能であった。左陰囊内腫瘍の診断にて1994年10月6日, 腰麻下に手術を施行。精巣鞘膜を切開したところ精巣上体頭部付近に約1cmの緊満した嚢胞を認め, 嚢胞周囲を剝離してゆくと精巣上体頭部より発生しており嚢胞のみを摘出した。内容液は漿液性で細胞診では悪性所見は認めず, 多数の精子を認めた。病理組織学的所見では嚢胞を裏打ちする上皮は認められず, 周囲は浮腫性変化の著明な疎な結合組織で囲まれていた。精巣鞘膜腔内嚢胞は本邦では19例の報告があり, 本症例を加えた20例について検討した。

両側精巣に同時発生した原発性退形成精上皮腫の1例: 江川雅之, 浅利豊紀, 宮崎公臣, 藤田幸雄(藤田記念), 渡辺騏七郎(国立金沢研究検査科) 症例は66歳, 男性。左陰囊内容の無痛性腫脹に気付く受診。超音波検査にて, 左精巣に低エコーを示す鶏卵大の腫瘤と, 右精巣内の低エコーの小腫瘤が認められたため入院した。腫瘍マーカーはいずれも正常値。画像検査所見上, 転移を疑う所見なし。左高位除睾術および右精巣部分切除術を施行した結果, 両側精巣に同時発生した原発性退形成精上皮腫と診断した。後日右高位精巣摘除術を追加したが, 超音波検査にて認められなかった直径約3mmの退形成性精上皮腫が発見された。術後ライナック総量24Gyを, 両側腸骨リンパ節および傍大動脈リンパ節領域に照射した。本症例では明らかな転移巣が認められなかったため, 両側とも原発性と診断した。本邦第30例目の両側同時発生の精上皮腫であった。

両側精巣上体平滑筋腫の1例: 太田昌一郎, 木村仁美, 永川 修, 高峰利充, 酒本 護, 風間泰蔵, 布施秀樹, 片山 喬(富山医大) 40歳男性, 圧痛を伴わない小豆大の陰囊内腫瘍を主訴に当科受診。陰囊超音波検査で精巣上体腫瘍と診断し, 患者に育児の希望なかったため両側精巣上体摘除術施行した。病理組織診断は両側とも平滑筋腫で

あった。精巣上体に発生した平滑筋腫としては本邦74例目で両側発生のものはそのうち15例であった。再発、悪性化の報告はなく、予後は良好と考えられた。

精巣腫瘍と鑑別困難であった精巣腫瘍の1例：山本秀和，菅田敏明，和田 修（福井済生会），木村顕子（金沢大第1病理） 症例：29歳，男性。1994年8月1日，右陰囊部痛を主訴に当科紹介された。軽度の発熱と，右陰囊の腫脹，圧痛を認めた。血液検査で白血球の増加と CRP 陽性を認めたが，尿所見に異常を認めず，尿培養も陰性であった。LDH，AFP，HCG，CEA などの腫瘍マーカーは正常範囲内であった。超音波検査で右精巣内に円形の低エコー領域を認め，腫瘍と腫瘍の両方の可能性が考えられたが，抗菌化学療法を行っても低エコー領域は不変であった。CT では腫瘍を疑う所見であり，患者の強い希望もあり腫瘍のみ切除した。迅速病理検査では腫瘍と診断されたが，その後完全壊死に陥ったセミノーマと診断された。後日，高位精巣摘除術を行い，予防的に放射線照射を施行した。本症例は，burned-out tumor に類する状態と考えられた。

Piezolith 2500 による上部尿路結石の治療成績：山口一洋，森下裕志（金沢市立），中嶋和喜（中嶋医院） 1993年11月 から圧電式体外衝撃波結石破砕装置 Piezolith 2500 を用いて上部尿路結石の治療を行ってきたので，この1年間の成績を報告する。【対象】患者は男性33例，女性17例の計50例，58結石で，平均年齢は51.2歳。腎結石22個，尿管結石36個で，大きさは DS-2 が1個，DS-3 が28個，DS-4 が21個，DS-5 が4個，DC-6 が4個であった。【結果】1結石あたりの平均治療回数は1.66回，平均投与衝撃波数は7,392発であった。1カ月後の完全排石率は腎結石で63.6%，尿管結石で83.3%であった。無効例は2例でいずれも尿管切石術を行った。サンゴ状結石1例ではESWL 施行後 TUL を行った。副作用は，ほぼ全例に治療直後の肉眼的血尿を認めた以外に重篤なものなかった。

下大静脈腫瘍血栓を伴う腎細胞癌の臨床的検討：池田大助，天野俊康，徳永周二，打林雄雄，大川光央（金沢大），浦山 博（同第1外科） 1984年から1994年10月までに当科で経験された腎癌症例は170例であり，このうち下大静脈腫瘍血栓を伴う症例は9例（5.3%）であった。Novic の分類では，perirenal 2例，intrahepatic 1例，intrahepatic 4例，suprahepatic 2例であった。初診時3例に遠隔転移が，1例に所属リンパ節転移が認められ，これら有転移症例には姑息的治療がなされたが，いずれも3年以内に癌死した。転移のない6例中5例に手術が施行された。このうち1例は術後4年10カ月間癌なし生存中であり，転移のない症例には積極的に手術が施行されるべきと考えられた。下大静脈壁に癌細胞の浸潤が認められた症例では転移出現までの期間が短く，重要な予後決定因子と考えられた。

骨盤内手術症例における排尿障害の臨床的検討：中村靖夫，横山修，石浦嘉之，大川光央（金沢大） 直腸癌および子宮癌に対する骨盤内手術後に膀胱機能に障害をきたす risk factor について検討した。術後急性期（3カ月）以後に尿流動態検査を施行した直腸癌31例および子宮癌5例（男性19人，女性17人，評価時平均年齢62.5歳，評価時の術後平均経過日数2,230日）を対象とした。各症例の最大尿道閉鎖圧は経過を通じてはば一定に保たれていた。最大尿道閉鎖圧の高い症例には膀胱コンプライアンスの低い例が多く，有意な逆相関が認められた。特に，術後2年以上経過例および自排群においてより強い逆相関が認められた。つまり，術後早期に多くの症例で自排可能となるが，尿道閉鎖圧の高い症例では，より高い腹圧による高圧排尿が強いられていると思われ，このような排尿を長期間続けていると低コンプライアンス膀胱をもたらすと考えられた。

前立腺 Random systematic biopsy の経験：小松和人（国保輪島），大川光央（金沢大） 前立腺 random systematic biopsy に関し検討を加えたので報告する。1994年4月1日から11月30日までの8カ月間に，前立腺精査を目的に受診し，直腸診，経直腸的超音波断層，前立腺特異抗原の採血をおこなった100例を対象とした。22例が

上記3つの検査のいずれかで異常が認められ，このうち9例に random systematic biopsy を行った。直腸診，超音波での前立腺走査後，超音波ガイド下に6カ所の針生検を施行した。9例中4例（44%）が前立腺癌と診断された。4例中3例（75%）では直腸診や超音波検査で異常のない部分からも前立腺癌が検出された。本法は簡便かつ安全であり，臨床的に有用な診断方法となりうるものと推察された。

経尿道的前立腺切除術（TUR-P）における合併症の検討：守山典宏，中村直博（市立長浜） 【目的】前立腺肥大症（BPH）の外科的治療として，経尿道的前立腺切除術（TUR-P）は確立された治療法である。しかし近年，マイクロ波やレーザーを用いた，より侵襲の少ない手術法が開発され実用化されつつある。今回われわれは，TUR-P の安全性を再確認するために，TUR-P の際の合併症につき検討した。【対象】1988年1月より1994年5月までに，TUR-P の治療を受けた216名の BPH 患者で，平均年齢は71.6歳，平均切除重量は7.1g，平均手術時間は73分であった。【結果】TUR 症候群をきたした症例は20例（9%），輸血を要した症例は5例，前立腺被膜穿孔は3例で，そのうち1例はドレナージを必要とした。後出血のために開腹手術を行った症例が3例，経尿道的凝固術を2例に施行した。精巣上体炎は3例，射精障害は2例，尿道狭窄は19例，3カ月以上尿失禁が持続した症例は4例であった。合併症を認めた症例は計51例（24%）であった。

前立腺肥大症に対する経尿道的レーザー治療の経験：川村研二，小林重行（浅ノ川総合），鈴木孝治，津川龍三（金沢医大） 経尿道的レーザー治療を経験したので報告する。【対象】前立腺肥大症9例（平均年齢71.2歳，平均前立腺重量38g）【装置】YAG レーザー発生装置は M&M 社製ヘラクレス5060，バード社製 Urolase を使用した。【照射方法】麻酔は硬膜外麻酔，60W 60秒の固定照射を2，4，8，10時に行った。大きな前立腺では，さらに4点に追加照射を行った。レーザー治療が終了した後，膀胱頸部の5時と7時を電気切開した。治療1週間後カテーテルを抜去した。【結果】レーザーの総照射量は平均40,800J であった。治療後3週～6週の治療結果について示す。AUA score は，20.9から10.4と改善した（ $p<0.01$ ）。Qmax は，8.2から10.3 ml/sec（NS），残尿量は113から37 ml（ $p<0.01$ ），前立腺重量は37.9から31.5g と減少（ $p<0.01$ ）した。副作用は，9例中4例に尿閉を認めた。

KTP/YAG surgical laser system を使用した BPH の治療経験：城間和郎，佐藤宏和，菅 幸大，中出忠宏，森山 学，中嶋千穂，宮澤克人，田中達朗，池田龍介，鈴木孝治，津川龍三（金沢医大） KTP/YAG surgical laser system を使用した BPH の治療を報告した。対象は，BPH 患者9例で，平均72.7歳，平均前立腺体積は33.5cc であった。治療方法は，KTP レーザーによる膀胱頸部切開と，VLAP を併用した。結果は，残尿量が治療前後で，平均102 ml から34.7 ml とへ減少し，排尿状態の改善を認めた。また，AUA 自覚症状スコアおよび，QOL の調査でも自覚症状は大幅に改善し，術後早期からのスムーズな排尿を認めた。〈考察〉VLAP のみの治療では，術後の尿閉の報告が多いが，われわれの行った VLAP に膀胱頸部切開を併用する方法では，ほとんど尿閉を認めなかった。

エンドサーム UMW による前立腺肥大症の治療経験：森 啓高，宮地文也，高橋雅彦，塚 晴俊，河原 優，金丸洋史，岡田謙一郎（福井医大） 前立腺肥大症に対する温熱療法は数多くあるが，高温度治療の報告は比較的少ない。われわれはオリンパス社と東京医科大学とで共同開発されたエンドサーム UMW を用いて，前立腺肥大症患者6症例の高温度治療を行った。6週間の経過観察において排尿障害の著明な改善を見た症例はなかった。1例においては8週後に IPSS，最大尿流量率の著明な改善を認め，他症例においてもさらに長期間の経過観察が必要と思われた。尿閉を除き問題となる合併症は認められなかった。