

第392回 日本泌尿器科学会北陸地方会

(2001年6月23日(土), 於 ホリディ イン金沢)

小児献腎移植の1例: 橋 宏典, 宮澤克人, 池田龍介, 鈴木孝治 (金沢医大), 奥山 宏, 石川 勲 (同腎臓内科), 小松和人, 並木幹夫 (金沢大) 症例は10歳, 男児. 慢性腎不全で腹膜透析と血液透析中. 2001年4月1日に13歳男児をドナーとする献腎移植施行. シクロスポリン, アザチオプリン, ステロイドの3剤による免疫抑制下に術後2日目より40 mlの尿量が得られ漸増傾向であったが術後9日目に急性拒絶反応によると考えられる尿量減少を認めた. 術後肺炎の併発のためステロイドパルス療法施行困難であった. 術後14日目に肺炎が改善しステロイドパルス療法2回とデオキシスパーガリンを投与し尿量の増加を認めたが, 再度の発熱を認め免疫抑制の継続は困難との判断で術後28日目に移植腎摘出術を施行した. 小児献腎移植の本邦における成績, 術中・術後管理の要点につき考察した.

肉腫様腎細胞癌の1例: 松下友彦, 萩中隆博 (富山赤十字), 前田宜延 (同病理) 肉腫様腎細胞癌は腎細胞癌の1~8%を占める稀な癌で, 予後がきわめて不良である. 病理組織に肉腫様成分が混在した場合, 比率によらず経過をみるうえで注意が必要である. 78歳, 男性. 主訴は右股関節痛. CTで左腎中央部に巨大な囊胞性変化を伴うCE(+)の腫瘍を, 右坐骨, 寛骨および第5腰椎には溶骨を伴う転移を認めた. 左腎細胞癌 T2N0M1, stage IV の診断で組織診断および腫瘍減量の目的に経腰式左腎摘除術を施行した. 充実性部分はG2>G3の淡明細胞癌が主体で, cystic な部分に紡錘細胞癌の混在が約30%に認められた. 術後補助療法として INF α 600万単位週3回, 骨盤部転移巣に対し放射線療法を44 Gy 行ったが, 術後69日目に死亡した. 病理解剖では肺, 肝, 左第IV肋骨, 胸椎, 腰椎, 右寛骨に転移を認め, 紡錘細胞癌の成分からなっていた.

右腎動脈完全閉塞の1例: 福田 護, 池田大助, 布施春樹, 平野章治 (厚生連高岡), 増田信二 (同病理) 46歳, 女性. 発熱, 右側腹部痛のため内科受診. CTより重度の右急性腎盂腎炎による無機能腎と診断され, 抗菌薬にて症状は軽快したが, 約3週間後のCTでは右萎縮腎および無機能腎とのことで当科紹介された. 血管造影で右腎動脈は完全に閉塞していた. 経過中, 高血圧は認められなかった. 心エコーで僧帽弁閉鎖不全症が認められた. 腎動脈閉塞の原因検索目的で, 経腰の右腎摘除術を施行した. 腎動脈周囲組織は高度に癒着していた. 病理組織では, 腎動脈本幹完全閉塞で, 中膜の肥厚と内弾性板の断裂像および腎動脈周囲組織の高度線維化が認められた. 線維筋性異形成の中膜線維増殖型が主体にあり, 腎梗塞による炎症の波及により腎動脈周囲組織の線維化が起ったものと考えられた.

両側尿管皮膚瘻患者に発生した左尿管大動脈瘤の1例: 河野真範, 高瀬育和, 小林忠博, 徳永周二 (舞鶴共済), 越田嘉尚, 上山圭史 (同心臓血管外科), 水野 剛 (金沢大) 症例は71歳, 男性. 1998年7月13日膀胱癌に対し膀胱全摘除術, 両側尿管皮膚瘻造設術を施行された. 病理組織学的には pT3a, SCC, grade 3 であった. 左尿管口の狭窄に対し DJ カテーテルが留置されていた. 2001年2月6日 DJ カテーテル抜去と同時に拍動性の大量の出血を認めた. 造影 MRI にて腹部大動脈と左尿管との交通が確認され, 尿管大動脈瘤と診断し, 左腋動脈, 両側大腿動脈バイパス, 左尿管摘出術を施行した. 尿管動脈瘤は術前診断が困難であり致死率も高い. 自験例を含めた13例の文献的考察を行った.

尿管瘤内より発生した移行上皮癌の1例: 石田泰一, 多和田真勝, 村中幸二 (市立長浜), 棚瀬和弥 (公立小浜) 症例は45歳, 女性で肉眼的血尿を主訴に当科受診. DIP 上左尿管下端部に蛇頭状陰影を認め, 重複尿管, 水腎症は伴っていなかった. 膀胱鏡検査にて, 左尿管口より乳頭状の腫瘍を認め単純性尿管瘤より発生した腫瘍と診断した. 手術は, 経尿道的に尿管瘤開窓術ならびに尿管瘤内腫瘍切除術施行した. 病理組織学的に TCC, PNT, grade 1, pTa の移行上皮癌であり, 深層部生検にて悪性所見認めなかった. また, 排尿時膀胱造影にて膀胱尿管逆流症も認めず, 外来にて厳重経過観察とし, 現在術後4カ月目であるが, 再発など認めず経過良好である. 移行上皮癌を伴った尿管瘤の報告は, 本邦で集計しえた文献では8例目であった.

重複尿管など認めず, 喫煙歴, 職業などにもリスクファクターを認めず, 尿管瘤が発癌のリスクファクターの可能性は否定できないと考えた.

シェーグレン症候群に合併した間質性膀胱炎の1例: 成本一隆, 小中弘之, 瀬戸 親, 小松和人, 横山 修, 並木幹夫 (金沢大), 紺井一郎, 武藤寿生 (同第二内科) 患者は69歳, 女性. 1998年頃より膀胱刺激症状を認め, 当科受診. 膀胱鏡にて glomerulation が見られた. NIDDK の診断基準により間質性膀胱炎と診断した. また経過中に内科にてシェーグレン症候群の合併も指摘された. 治療としてプレドニゾン 30 mg/day を投与したところ, 治療開始10日後には1回尿量は65 ml から150 ml へと改善を認めた. 下腹部痛は数日にて消失した. 治療中にステロイド使用による骨密度の低下, コレステロールとトリグリセリドの上昇も見られたため, シクロスポリン 100 mg/day を併用した. 間質性膀胱炎とシェーグレン症候群の合併についての報告は, われわれが調べうるかぎりでは我が国で2例目である.

膀胱壁へ直接浸潤した虫垂原発と思われる Mucinous adenocarcinoma の1例: 小坂信生 (加須ふれあいクリニック), 杉木大輔 (羽生総合外科), 笹壁弘嗣 (同外科), 小野昌哉 (同泌尿器科), 新庄仁美 (同麻酔科), 桑島良夫 (同病理科) 症例55歳, 女性. 2000年4月右下腹部痛および腫痛. 2001年4月2日肉眼的血尿. 2001年4月6日羽生総合病院外科受診, 同年4月14日入院. 右下腹部にピンポン大の hardmass. CF にて上行結腸に充実性腫瘍. パウピン弁不明. 生検 adenocarcinoma. AUS cecum に接する mass. CT 腫瘍は骨盤内に存在し, 回腸末端より肛門側. 囊胞性の部分あり内容は粘液様. 膀胱鏡検査にて回盲瘻の膀胱への直接浸潤. 婦人科検査著変なし. 2001年4月19日全硬にて右半結腸切除術 (D2) + 膀胱部分切除 + 小腸部分切除. 病理診断 adenocarcinoma of the colon C type 3, mucinous adenocarcinoma S/O, SI, NI, PI, HO, MO, stage IV. Appendix origin の可能性もあるが確定できない.

膀胱に浸潤した虫垂癌の1例: 西尾礼文, 野崎哲夫, 藤内靖喜, 村石康博, 奥村昌央, 布施秀樹 (富山医大) 患者は75歳, 男性. 頻尿, 排尿時痛を主訴に初診. 約8カ月後肉眼的血尿出現し, 膀胱鏡にて右後壁から頂部にかけて膀胱腫瘍を認めたため入院. 入院時, 下腹部正中に拳大の腫瘍を触知, CEA 27.9 ng/dl と高値であった. 二度の生検にて悪性所見得られず, 腸管原発腫瘍も疑い腸造影, 大腸内視鏡を施行したが壁外からの浸潤を思わせる所見のみ. 結局膀胱鏡, CT などの所見から原発性膀胱腫瘍の診断にて手術となった. 回盲部は高度に膀胱に癒着しており虫垂は膀胱内に陥入. 術中迅速で腫瘍は中分化腺癌であり肉眼, 組織所見より虫垂癌の膀胱浸潤と診断. 回盲部切除, 膀胱全摘, 尿管皮膚瘻造設を行った. 虫垂癌は特異的な症状を欠き術前診断が困難であるが, 今後原発性膀胱腫瘍の鑑別疾患として念頭に置く必要があると思われる.

膀胱神経内分泌癌の1例: 野田 透, 加藤浩章, 小橋一功 (公立加賀中央), 奥村良二 (奥村医院), 笠島里美 (金沢大第一病理) 症例は78歳, 女性. 1982年より膀胱腫瘍に対し数回 TUR-Bt, 膀胱内注入療法を施行されていた. 最近では1999年に TUR-Bt が施行されており, この時の病理所見は TCC, G2 であった. 2000年9月, 肉眼的血尿が出現, 軽快しないため当科を受診した. CT, MRI にて膀胱頂部に限局した腫瘍を認めた. 転移, 周囲への浸潤の所見を認めず, 11月7日, 膀胱部分切除を施行した. 病理学的には, 小細胞癌, 低分化腺癌, 神経内分泌癌, INF γ , pT3b, pR1, pL0, pV0 と診断された. 術後は外来的に経過観察していたが, 2001年4月, 膀胱右側壁から前壁にかけての腫瘍再発, 両側腸骨動脈リンパ節, 肝門部リンパ節転移, 多発性骨転移を認め, 全身状態悪化のため死亡した. 本症例が本邦で42例目の報告と思われる.

排尿困難をきたした前立腺嚢胞の1例: 池田英夫, 楠川直也, 伊藤靖彦, 宮地文也, 秋野裕信, 鈴木裕志, 金丸洋史, 岡田謙一郎 (福井

医大) 症例は35歳, 男性, 排尿困難を主訴に当科受診。超音波断層, 内視鏡にて膀胱頸部に隆起性病変を認め, 精査加療目的にて入院となる。超音波断層では, 膀胱頸部に直径約2 cmのcystic massを, MRIでは, 膀胱頸部にT1でlow, T2でhighに描出されるmassを認めた。内視鏡では, 12時の方向に膀胱頸部を塞ぐようなかたちで隆起性病変を認めた。前立腺嚢胞の診断にて, 超音波ガイド下に嚢胞穿刺, 吸引を施行したところ, 約4 ccの黄白色の内容液を採取した。続いて, 経尿道的嚢胞切除を施行した。病理組織診では嚢胞壁に変性した前立腺上皮を認めたため, 前立腺貯留性嚢胞と診断した。術後, 排尿状態は著明に改善し, 8カ月経過するが再発を認めていない。前立腺嚢胞は, 腺管の不完全閉塞による腺管の拡大が成因と考えられており, いくつかの腺腔が破裂, 癒合することによりサイズが増す。ミューラー管嚢胞との鑑別が重要で, ミューラー管嚢胞のほとんどは膀胱後方正中線上に見られる。しかし, 確定診断は病理組織診による。われわれの調べたかぎりでは本邦48例目であり, 膀胱頸部12時付近では, 6例目であった。

粘液産生前立腺癌の1例: 渡部明彦, 水野一郎, 永川 修, 古谷雄三, 布施秀樹(富山医薬大) 症例は86歳, 男性。2000年12月頃より頻尿, 切迫性尿失禁を自覚し, 2001年1月10日当科受診。直腸診にて鶏卵大, 石様硬に前立腺を触知, PSA 412.8 ng/mlと高値を認めたため, 前立腺癌疑いにて精査加療目的に2001年1月30日当科入院。前立腺生検を施行したところ, 病理組織学的に前立腺粘液癌と診断された。PAS 染色陽性, Alcian blue 染色陽性で免疫組織学的にPSA 染色陽性であった。全身骨シンチにて多発性骨転移を認め, 消化管検索にて異常を認めなかったため原発性前立腺粘液癌 stage D2 と診断しホルモン療法を施行した。治療開始4週後でPSAは著明に低下しホルモン療法は有効であった。自験例は本邦44例目と思われた。

CAPD 患者に発症した陰嚢浮腫を伴う交通性陰嚢水腫の1例: 岩佐陽一, 西野昭夫, 亀田健一(小松市民), 竹田正廣(同内科) 61歳, 男性。2000年10月から下肢浮腫, 腎機能低下を認め, 当院内科へ紹介。透析療法の適応にてCAPD導入となる。徐々に腹膜灌流液を増加したところ, 陰嚢腫大を認めるようになり, 同年末に当科初診。軽度の右陰嚢水腫を認め, 増大するようなら手術を勧めていた。翌年3月, 灌流液を増量後, 急激に陰嚢, 陰茎, 下腹部に浮腫を認め, 当科紹介となる。造影剤を混和した灌流液を腹腔内に注入, CTにて陰嚢内への造影剤の貯留と鞘膜腔外周囲組織への溢流を確認した。腹膜鞘状突起の開存が疑われ, 右鼠径ヘルニア手術に準じ手術を施行した。腹膜鞘状突起の開存を確認し, 可及的中枢で切断, 結紮。水腫の余剰白膜を切除した。術後, 陰嚢腫大は改善し, 再発を認めていない。このような症例には積極的な手術が必要と思われた。

女子傍尿道嚢胞の1例: 塚 晴俊, 山本秀和, 南後 修, 菅田敏明(福井済生会), 今村好章(同病理) 症例は26歳, 女性。有痛性外陰部腫瘍にて1996年8月22日当院産婦人科受診。排膿し痛みはなくなったが, 以後, 腫瘍は認めていた。このような症状を時々繰り返していた。1999年6月29日同様の症状にて当科受診。切開排膿を行った。2000年10月23日再び痛みが出現したため受診。外尿道口9時の方向に腫瘍を認め, 圧迫にて排膿は認めず, 尿道鏡, 尿道造影にて尿道と腫瘍との交通性を認めなかった。CT, MRIにて嚢胞性腫瘍であった。以上より傍尿道嚢胞と診断。2001年1月12日嚢胞全摘除術を施行。術中所見でも尿道との交通は認めなかった。嚢胞内に白色内容物を認め, 同培養から嫌気性菌が分離された。病理組織診断は重層扁平上皮であった。術後の排尿障害は認めず, 術後5カ月の現在再発は認めていない。

前立腺肥大症および尿道狭窄に対する尿道ステント(メモサーム)留置術について: 守山典宏, 中井正治, 大原宏樹, 岩堀嘉郎, 鈴木裕志, 秋野裕信, 金丸洋史, 岡田謙一郎(福井医大), 斎藤道夫, 斎藤孝(斎藤病院) 永久留置型尿道ステント(メモサーム)を高年齢BPH 2症例と繰り返す難治尿道狭窄2症例に使用。BPH 1症例はプロスタカス使用例でMRSA 尿路感染を合併。プロスタカス抜去し, 感染消失確認しメモサームを留置。腹側の前立腺腺腫にステントはなかったが背側はかからず。後日電氣的切除術を追加。他のBPH 症例は前立腺部尿道長を短く見積もり, ステント再留置。尿道狭窄症例での留置は技術的には容易であったが括約筋近傍部への留置は注意が必要。術後約100日目には尿道粘膜上皮がステント表面を被覆し, 同時に反応性肉芽形成も認めた。メモサームは内径が大きく排尿状態の改善は良いが, 留置技術の習得と肉芽形成があるため長期の経過観察が必要である。

膀胱癌に対する膀胱全摘除術, 自排型回腸新膀胱造設術後における早期合併症の臨床的検討: 瀬戸 親, 小中弘之, 溝上 敦, 森下裕志, 小松和人, 高 栄哲, 横山 修, 越田 潔, 並木幹夫(金沢大), 平野章治, 布施春樹, 池田大助, 福田 護(厚生連高岡), 菅田敏明, 山本秀和, 南後 修, 塚 晴俊(福井済生会), 徳永周二, 小林忠博, 河野眞範, 高瀬育和(舞鶴共済) 表題の術式を26例に施行し, 早期合併症に関して検討した。全例男性で42~84歳(平均64歳), 術前病期はTaG1 からT4aN1M0でHautmann法が24例, Studer法が2例に施行された。術中および術後3カ月以内の臨床上的問題になったものを早期合併症とした。3カ月以内の死亡はなく, 尿路系とそれ以外の合併症は共に14例の計18例で, 発症数はそれぞれ22, 26の計48であった。Minimally invasive surgery, open surgeryは共に2人ずつに施行された。尿禁制率は昼間が77%, 夜間が18%であった。