

学会抄録

第245回日本泌尿器科学会東海地方会

(2009年9月12日(土), 於 中外東京海上ビルディング)

右心室内転移をきたし、急速に心不全が進行した右腎癌の1例: 糖谷拓尚, 白木良一, 引地 克, 杉山大樹, 和志田重人, 森川高光, 深見直彦, 丸山高広, 佐々木ひと美, 日下 守, 石川清仁, 星長清隆 (保健衛生大), 山下 満, 安藤太三 (同心臓血管外科), 塚本徹哉, 堤 寛 (同第1病理科), 篠原 聡 (知多市民) 65歳, 女性。右腎癌 T2N2M1 で右心室内に転移腫瘍を有したため, 術前にスニチニブによる治療を開始した。治療開始後より, 心不全症状が出現し徐々に悪化し, 心室内腫瘍摘出術を施行した。

後腹膜悪性腫瘍の1例: 高木公暁, 山田佳輝, 宇野雅博, 米田尚生, 藤本佳則 (大垣市民) 54歳, 女性。食欲低下, 発熱, 咳症状あり近医受診。抗生剤内服するも微熱, CRP 高値続くため総合内科受診。US にて右側腹部に 10 cm 大の腫瘍を認め当科紹介。CT にて右肝下方面から骨盤腔に及ぶ巨大腫瘍あり。腫瘍中心に 10 cm 大の充実性腫瘍あり, 周囲は脂肪成分であり, 脂肪肉腫が疑われた。PET-CT 施行にて充実性腫瘍部位に FDG の集積を認めるが, 周囲脂肪領域に有意集積なし。us ガイド下針生検施行したところ spindle cell sarcoma の診断であり腫瘍摘出術施行。周囲脂肪組織も含め可及的に剥離摘出。病理は undifferentiated high grade pleomorphic sarcoma。術後補助化学療法に cyvadic 2 コース施行。術後6カ月経過し, 再発転移を認めない。本疾患の予後は不良で, 5年生存率は50~70%である。治療は摘出術主体となるが, 局所再発が多く補助的化学療法や放射線療法の併用など集学的治療が考慮されるべきである。

腎機能を温存しえた後腹膜平滑筋肉腫の1例: 坂元史稔, 藤田高史, 鈴木晶貴, 石田昇平, 木村 亨, 加藤真史, 辻 克和, 絹川常郎 (社保中京) 67歳, 女性。直腸癌の既往があり, 17歳時に腎結核にて左腎摘を施行。直腸癌術後経過観察中, 右腎動静脈間に最大径 65 mm の腫瘍を指摘。経皮的生検が困難で, 開腹して生検あるいは摘出術を予定した。腫瘍の周囲組織および腎動脈からの剥離は可能であったが腎静脈からの剥離は困難で腎静脈を損傷した。単腎で腎機能温存を希望しており, 腎静脈転位術を施行。温阻血時間42分9秒。摘出標本は 100 g の充実性腫瘍。病理診断は平滑筋肉腫 g4t2bno。術後血清 Cr 値は 4.30 mg/dl まで上昇したが, 3カ月後には 0.8 mg/dl まで回復。術後16週で多発肝・肺転移が出現したが局所再発は認めていない。平滑筋肉腫への化学療法は確立されておらず, 本人に自覚症状や治療希望ないため経過観察としている。

後腹膜悪性腫瘍との鑑別で術前診断に難渋した巨大前立腺腫瘍の1例: 西尾英紀, 岡村武彦, 守時良演, 廣瀬泰彦, 加藤利基, 秋田英俊 (安城更生) 63歳, 男性。2008年9月に排便困難で近医受診。腹部超音波検査で骨盤内巨大腫瘍を指摘され, PSA 176 ng/ml と高値であったため前立腺癌の疑いで前医紹介受診。前医にて生検を施行するも, 悪性所見は認められなかった。生検後に腹水が出現し, MRI 検査で前立腺に接する巨大腫瘍が確認され, また骨盤内リンパ節腫脹も認めたため, 再度生検を施行。大部分は前立腺肥大であったが, 一部に間葉系腫瘍も疑われ, セカンドオピニオン目的で当院紹介受診。当院 MRI でも後腹膜悪性腫瘍を疑い, PSA も高値のため, 2009年2月24日全麻下に巨大腫瘍摘除および前立腺全摘術を施行した。病理診断は前立腺左葉に一部高分化型腺癌を含む 398 g の巨大前立腺肥大症であった。巨大前立腺肥大症としては, 本邦4番目の重量であった。

膀胱内巨大悪性神経鞘腫の1例: 山田健司, 戸澤啓一, 中岡和徳, 藤井泰普, 新美和寛, 浜本周造, 安藤亮介, 岡田淳志, 窪田泰江, 橋本良博, 林 祐太郎, 郡 健二郎 (名古屋大) 75歳, 男性。頻尿, 肉眼的血尿にて当科紹介受診。膀胱内を占拠する 11 cm 大の腫瘍を認めたため経尿道的生検施行。肉腫を疑う悪性腫瘍との診断であったため膀胱全摘除術を施行した。摘出重量は 570 g, 膀胱頂部に巨大有茎性腫瘍, 右側壁に 2 cm 大の広基性乳頭状腫瘍を認めた。病理結果は巨大腫瘍が悪性神経鞘腫, 乳頭状腫瘍は尿路上皮癌であった。術後

7カ月再発なく外来経過観察中である。膀胱内悪性神経鞘腫は稀で文献上本邦では3例目であった。

糖尿病性陰茎壊死を疑わせた陰茎癌の1例: 守屋嘉恵, 上平 修, 平林裕樹, 木村恭祐, 深津顕俊, 吉川羊子, 松浦 治 (小牧市民) 37歳, 男性。2008年11月頃肉眼的血尿, 排尿時痛あり。2009年4月当科紹介初診。陰茎は振子部途中で壊死断絶し, 悪臭を放っていた。壊死組織除去術および陰茎再建術の予定であったが, 術中迅速病理で壊死組織が SCC であったため, 陰茎亜全摘・尿道形成術を施行した。術後創部感染を合併するも, 排尿障害なく, 血中 SCC も正常値となった。しかし, 術前より認められた両側外腸骨リンパ節の腫脹は縮小せず, 嚴重な経過観察中である。

胚細胞腫の脳転移症例の検討: 宇良 敬 (愛知県がんセンター薬療法部) 胚細胞腫の脳転移頻度は少なく, 脳転移単独で再燃した症例の報告数はきわめて少ない。CR 症例における早期脳転移を経験したので当科の脳転移症例と総括し報告する。2001年以降の胚細胞腫症例は35例。年齢中央値30歳, 原発巣は精巣11例, 性腺外24例。IGCCCG 分類は good 7例, intermediate 8例, poor 20例。脳転移は初発時合併3例。治療経過中出现2例(治療開始後6カ月, 2年余)で認めた。前者は遺残病変を切除し pCR が確認された後の脳転移単独の再燃であった。後者は CR 後の再燃で肺病変も伴っていた。脳転移症例は4/5例が poor risk であり, poor risk の中でも予後不良であった。早期出現例は治療前脳 MR で脳転移を認めず, 化学療法著効。腫瘍マーカー陰性化した経過中の PET 検査でも脳病変は指摘できず急速な頭痛嘔気での発症であった。CR 例においても脳転移単独での再燃症例があるため中枢神経症状の出現にも注意が必要である。

巨大リンパ嚢腫に対して腹腔鏡手術を施行した1例: 吉田真理, 錦見俊則, 塩田隆子, 山田浩史, 横井圭介, 小林弘明 (名古屋第二日赤) 38歳, 女性。近医にて腹腔内の嚢胞を指摘され, 2007年4月12日当院紹介初診。CT 上 160×158×103 mm の嚢胞を認め, 6月13日経皮的嚢胞穿刺を施行。1,500 ml 排液あり, 内容液は乳糜, TG 高値であり, リンパ嚢腫と診断。7月24日の CT 上 139×95 mm と再び増大あり。2007年10月3日再入院して嚢胞穿刺およびアルコール固定を施行。その後, 外来経過観察していたが, 12月24日の CT 上 118×93 mm と再発あり。アルコール固定の効果乏しいと考え, インフォームドコンセントののちに腹腔鏡下に嚢胞の開窓または摘出の方針となり, 翌2008年12月19日腹腔鏡下開窓術を施行。[結語] 巨大リンパ嚢腫に対して腹腔鏡下開窓術は低侵襲で根治性の高い方法であると考えられた。

当院における f-TUL についての検討: 植木常雄 (増子記念) [緒言] 当院では2008年9月より f-TUL を開始した。f-TUL は高い治療効果が得られ, 優れた術式であると考えられたため報告する。[対象・方法] 機器および手技が一定化した2009年4~5月に施行した f-TUL6 症例について, レトロスペクティブに検討する。[結果] 男性6名, 平均年齢57歳(37~70歳)。部位: R2; 3例, R3; 2例, R2+U1; 1例。結石最大径平均 8.8 mm (4~12 mm)。結石個数は平均2.5個(1~5個)。手術回数は全例1回。術後1カ月後の KUB で全例に残石を認めない。全例に軽微な肉眼的血尿を認めたが, 水腎症・有熱性尿路感染症などの治療を要する合併症を認めなかった。[考察] 今回の検討では, f-TUL は上部尿路結石に対し有効率が高く, 重篤な合併症も認めず, 有用な治療方法であると考えられる。

排尿障害を契機に診断された横断性脊髄炎の1例: 龍華由江, 千田基宏, 小谷俊一 (中部労災), 上條美樹子 (同神経内科) 29歳, 男性。前日からの排尿時痛, 陰嚢痛, 尿勢低下を主訴に受診。尿検査, 外陰部視診・触診上異常なし。その後, 排尿困難が出現し, 2日後に尿閉にて再診。精査目的で入院となる。膀胱内圧測定での所見は低活

動型膀胱であり、胸腰椎レントゲン・MRI、腹部CT、尿道鏡にて尿閉の原因を探索できなかった。入院後に、肛門違和感、両側大腿部前面の知覚異常が出現し、神経内科に診察依頼した。髄液検査で細胞数の軽度上昇と全脊椎造影MRIで第1/2腰椎レベルに造影効果を認めた。以上より横断性脊髄炎と診断され、ステロイドパルス療法開始。パルス療法第2病日に自尿認め、他症状も消失していった。今回、排尿障害が初発症状の横断性脊髄炎の1例を経験したので報告する。

TAE後に経皮的ドレナージを要した腎血管筋脂肪腫自然破裂の1例：中根慶太、石田健一郎、南館 謙、伊藤慎一、佐藤啓美、菊地美奈、三輪好生、仲野正博、出口 隆（岐阜大）、谷崎隆太郎（同高次救命治療セ）、五島 聡（同放射線）、高橋義人（岐阜県総合医療セ）36歳、女性。右側腹部痛を自覚。CTで右腎周囲に血腫形成と、腎下極腹側に索状の脂肪、血管を含む腫瘍を認めたため腎血管筋脂肪腫の自然破裂と診断。出血性ショックを来したためTAE施行。出血コントロールは良好となるもその後発熱継続した。CT上血腫内にガス像を認め、細菌感染を疑い経皮的ドレナージを施行し、その後症状は軽快。Oesterlingらが提唱したごとく4cmを超える腎血管筋脂肪腫に関しては積極的な治療を検討する必要があるとされているが本症例においても腫瘍径は4cmを超えるものであった。

滑膜肉腫との鑑別に遺伝子診断を用いた腎明細胞肉腫の1例：広瀬真仁、林 祐太郎、岩月正一郎、神沢英幸、井村 誠、小林隆宏、梅本幸祐、小島祥敬、佐々木昌一、郡 健二郎（名古屋大）8歳、男児。頭痛を主訴に、近医小児科受診。感冒と診断されていたが、改善を認めなかったため、血圧を測定したところ高血圧を認めた。超音波検査、CTを行ったところ、左腎腫瘍が発見され、当科紹介。Wilms腫瘍を疑い、根治的腎摘除術を施行。組織学的に明細胞肉腫または、滑膜肉腫が考えられ、鑑別のために行った免疫染色では診断できず、遺伝子検査でSYT-SSX遺伝子が認められなかったことから、腎明細胞肉腫、stage 1と診断した。術後は腫瘍摘除部に放射線照射およびアクチノマイシンD、ビンクリスチン、シクロホスファミド、エトポシドを用いた全身化学療法を行っている。術後7カ月を経過し、再発、転移なく生存中である。

内部出血を伴った原発性腎カルチノイドの1例：久保田恵章、清家健作、前田真一（トヨタ記念）、田代和弘（同病理）63歳、女性。発熱を主訴に受診し、右腹部に腫瘤を触知した。腹部CTにて右腎に淡く造影される12×10cm大の病変を認めた。他に転移は認めず悪性腫瘍を疑い、根治的右腎摘除術施行した。腫瘍の断面は、白色調充実性で内部に出血を認めた。病理組織学的には、核が類円形で、淡明～好酸性の胞体を有する細胞が索状構造を示し、細胞間には高度の出血を認めた。腫瘍細胞は、PAS、Al-BIは陰性であった。免疫染色では、synaptophysin、NSE、AE1/3、CAM5.2で陽性であった。術後、PET-CT検査、上下部消化管精査したが、他に病変は認めず、腎原発カルチノイド腫瘍と診断した。血中のセロトニン、ガストリン、Pro-GRP、NSEの濃度を測定したが、いずれも正常範囲内であった。術後半年経過しているが再発は認めていない。

左腎転移を生じた消化管間葉系腫瘍（GIST）の1例：和志田重人、白木良一、引地 克、糠谷拓尚、杉山大樹、森川高光、深見直彦、丸山高広、佐々木ひと美、日下 守、石川清仁、星長清隆（保健衛生大）60歳代、女性。2004年3月、消化管間葉系腫瘍（GIST）に対し腹腔鏡下胃吻門部切除術を施行している。以後、3回の肝転移に肝部分切除術を施行。2回目の肝切除術後からグリベック（イマチニブ）内服を開始するも、薬疹、浮腫により中止となる。初診時と5月のCTでは、腫瘍は約1cmから約2cmに増大し内部に壊死を疑う所見を新たに認めた。GISTの左腎転移も考慮し、2009年6月3日開腹での左腎部分切除術を施行した。手術時間1時間53分、腎動脈阻血時間23分、出血量30gであった。病理所見はエオジンにやや好染性で弱拡大では境界明瞭な充実性の腫瘍であり、強拡大では長円形の核

を持つ紡錘形細胞が密に増殖していた。強拡大1視野に2、3個程度の核分裂像を認めた。免疫染色では、CD-34、c-kitとともに強陽性であった。GISTの左腎転移と診断した。術後4カ月の現在、再発なく腎機能にも異常を認めていない。再発時にはスニチニブ使用を考慮している。

神経線維腫症1型に合併した両側褐色細胞腫の1例：田村啓多、伊藤寿樹、京野陽子、加藤大貴、松本力哉、杉山貴之、永田仁夫、今西武志、大塚篤史、高山達也、古瀬 洋、栗田 豊、麦谷莊一、大園誠一郎（浜松医大）、沖 隆（同内科）、牛山知己（浜松東）55歳、女性。尿路感染症の精査加療時に両側副腎腫瘍を指摘され当院受診。内分泌学的検査、画像検査にて両側褐色細胞腫と診断した。また、体幹にカフェオレ斑と神経線維腫があり、神経線維腫症1型と診断した。一期的に両側副腎摘除術を施行した結果、摘出標本は腫瘍径が右6.0cm、左8.5cmであり、病理診断は右が褐色細胞腫、左は褐色細胞腫・神経節芽腫混合腫瘍であった。神経線維腫症1型に合併した褐色細胞腫・神経芽腫混合腫瘍は非常に稀で、海外を含め文献上10例目の報告と思われる。本疾患は転移しやすいという報告があり、術後の十分な経過観察が必要と考えられた。

精囊原発孤発性線維性腫瘍の1例：舟橋康人、松川宣久、萩倉祥一、小松智徳、吉野 能、青木重之、水谷一夫、山本徳則、服部良平、後藤百万（名古屋大）56歳、男性。健診にて膀胱背側に右精囊を置換するように8.5×7.0×4.0cm大の多房性腫瘤を指摘され受診した。経直腸的腫瘍生検の結果、類円形核を有する紡錘形細胞が不規則に増殖し、細胞間に膠原線維が豊富に見られた。CD34、CD99が強陽性、bcl-2が弱陽性であった。核異型、核分裂像、細胞密度増加に乏しかった。以上の結果より、良性孤発性線維性腫瘍と診断した。経過中に腫瘍の増大を認めたため（長径9.5cm）腫瘍摘出術を施行した。術後3カ月現在、再発の徴候を認めず、また排尿障害、射精障害を認めていない。孤発性線維性腫瘍は近年CD34陽性樹状間質細胞から発生することが明らかとなり、全身から発生しうると言われている。しかし精囊原発孤発性線維性腫瘍は稀であり、自験例は5例目の報告となる。

閉鎖神経原発神経鞘腫の1例：佐々木 豪、曾我倫久人、三木 学、岩本陽一、舩井 覚、長谷川嘉弘、神田英輝、山田泰司、木瀬英明、有馬公伸、杉村芳樹（三重大）58歳、男性。検診で便潜血陽性のため消化器科を受診。S状結腸ポリープを2ヶ所指摘され、ポリペクトミーを受けた。病理結果は、腺管腺腫、腺腫内癌（tub1 sm2 ly0 v0）であった。全身評価目的のCTにて左側壁に膀胱腫瘍、左閉鎖リンパ節腫大を指摘され、精査加療目的に入院となった。膀胱鏡では左側壁に有茎性乳頭状腫瘍を認めた。術前は、大腸癌または膀胱癌に伴う左閉鎖リンパ節転移も否定できず、TUR-Btとリンパ節生検を施行した。膀胱腫瘍は非浸潤性膀胱癌 low grade G2、pTaであった。リンパ節転移と思われる箇所は閉鎖神経原発神経鞘腫であった。現在経過観察中である。

巨大後腹膜腫瘍の1例：吉澤孝彦、中村小源太、西川源也、加藤義晴、渡邊将人、勝田麗美、全並賢二、飛梅 基、成瀬克也、青木重之、瀧 知弘、伊藤要子、山田芳彰、本多靖明（愛知医大）61歳、女性。2009年4月頃より腹部腫瘤に気づき他院受診。後腹膜腫瘍を指摘され2009年6月26日に当科紹介受診。触診において上腹部から下腹部にかけて著明に膨隆した腫瘤を触知。画像検査にて後腹膜腫瘍：脂肪肉腫の疑いと診断した。術前処置として2009年7月9日に右腎動脈塞栓術および下大静脈フィルター留置術施行。2009年7月10日に後腹膜腫瘍・右腎摘除術を施行。手術時間は4時間36分、出血量2,150ml、摘出腫瘍のサイズは背側が24×21×16cm、腹側が23×21×14cmで摘出重量は6,800g。術後経過良好。病理診断は脱分化型脂肪肉腫であった。脂肪肉腫は術後再発の頻度が高いため、今後は厳重な経過観察が必要である。