

学会抄録

第198回 日本泌尿器科学会東海地方会

(1997年12月14日(日), 於 アクトシティ浜松コンgresセンター)

腎癌術後, IFN- α ・ γ 併用療法中に DIC, 多臓器不全が発生した 1 例: 永田仁夫, 杉山貴之, 今西武志, 高橋久弥, 内田孝典, 斎須和浩, 水野卓爾, 平野恭弘, 渡辺哲也, 石川 晃, 永江浩史, 牛山知己, 鈴木和雄, 藤田公生(浜松医大) 59歳男性。左腎細胞癌, 多発肺転移, 根治的腎摘除術後6カ月。IFN- α ・ γ 併用療法中に呼吸困難, 軽度の意識混濁, 血圧低下, 無尿が出現。検査成績は, pH 7.497, BE 6.2 mmol/l, 血小板6.4万, T-Bil 5.9 mg/dl, Cr 6.2 mg/dl, BUN 79.4 mg/dl, ESR 2h 6 mm, APTT 51%, FDPD-D 58 ng/ml, AT III 43%。血液培養, 尿培養は陰性。DIC, 多臓器不全と診断し, IFN 中止, メチル酸ナフモスタット, ダルテパリンナトリウム, AT III 製剤, 血小板輸血, 利尿剤, 昇圧剤, 副腎皮質ステロイド, 肝臓薬等を投与。治療開始10日目に DIC, 多臓器不全から回復し, 14日目に退院。4カ月経過した現在, 血液検査成績に異常を認めていない。本症例では IFN が DIC の発症に何らかの影響を及ぼした可能性がある。

腎癌と鑑別困難であった腎過誤腫の1例: 海野智之, 大平智昭, 高山達也, 麦谷荘一(聖隷三方原), 小川 博(同病理), 鈴木和雄, 藤田公生(浜松医大) 症例は51歳女性, 検診腹部超音波検査で右腎腫瘍を指摘され精査目的で当科受診。腹部 CT では造影効果を受ける径1cmの腫瘍を, MRI では T1 強調画像にて腎皮質よりやや高信号, T2 強調画像では腎皮質より低信号な径1.2cmの占拠性病変を腎下極の髓質内に認めた。右腎動脈造影では MRI で指摘された部位に一致して口径不正な血管の増生を認めた。以上の所見より右腎細胞癌と診断して, 1997年9月17日根治的右腎摘除術を施行した。摘出腎は180g, 腫瘍径は2.5×1.0×0.8cm, 病理組織学的診断は上皮成分と非上皮成分の混在する腎過誤腫であり, 悪性像を認めなかった。上皮成分と非上皮成分の混在する腎過誤腫の報告は少なく, 本症例はそのうち最小の腫瘍であった。

自然破裂をきたした腎血管脂肪腫の2例: 市野 学, 白木良一, 窪田裕輔, 丸山高広, 樋口 徹, 泉谷正伸, 堀場優樹, 星長清隆, 名出頼男(保健衛生大), 土屋泰夫, 中岡穠治(浜松北) 症例1: 30歳女性。8年前より他院で偶然左腎血管脂肪腫(径2cm)と診断。経過観察中増大し, 1996年4月に突然の左側腹部痛で当科受診。左腎血管脂肪腫の自然破裂と診断し, 選択的腎動脈塞栓術を施行。以後腫瘍は縮小傾向を示している。症例2: 44歳女性。1996年6月に突然の右側腹部痛ならびに pre shock 状態で搬送。CT 上右腎下極に8×10cmの腫瘍と周囲に血腫を認めた。pre shock のため緊急に右腎摘除術を施行。摘出重量は1,400g。病理組織所見は腎血管脂肪腫を呈しており, 以後経過は良好である。経過中に増大傾向のある腎血管脂肪腫には腎部分切除または塞栓術等の治療をし, その後も再発等を考慮した経過観察が必要と考えられた。

限局性尿管アミロイドーシスの1例: 山田泰司, 日置琢一, 杉村芳樹(愛知県がんセンター), 谷田部泰(同病理) 56歳女性。右側腹部痛を主訴に近医受診。右下部尿管腫瘍が疑われ, 当科紹介された。入院にて尿管鏡下生検施行するも悪性所見は得られず。尿管狭窄の診断にて尿管部分切除術施行。病理組織結果は尿管アミロイドーシスであった。血清蛋白分離, 尿中 Bence-Jones 蛋白の検索にて異常を認めず, また続発性アミロイドーシスの原因疾患がないことから, 限局性尿管アミロイドーシスと診断された。本疾患は稀で, 本邦22例目である。このうち, 術前診断が可能であった症例は3例のみと少ない。本疾患は予後は良く再発も稀であることを考えると, 良性疾患も否定できないときは術中に生検を行い可能かぎり保存的な治療を行う必要があると思われる。

右水腎尿管にて発見された右腎筋内デスマイドの1例: 山田浩史, 彦坂敦也, 横井圭介, 小林弘明, 小幡浩司(名古屋第二赤十字) 37歳女性。主訴は右腰背部痛。DIP で右水腎, 尿管下端部狭窄指摘。

骨盤部 CT にて仙骨レベルで尿管を確認出来ず同部位に low density lesion を, 右小中腎筋間に6×4cmの腫瘍を確認。骨盤内腫瘍の尿管圧迫を疑い腫瘍切除尿管膀胱吻合術施行。右小中腎筋にも腫瘍存在。迅速診断は線維腫。標本は4.5×3.5×1.5cm。重量は12g。病理診断は線維性腫瘍。通院経過観察していたが, 骨盤部 MRI で尿管下端部付近に不整形腫瘍の再発指摘。梨状筋より中小腎筋に浸潤する腫瘍の切除術施行。病理診断は Desmoid。その後, 骨盤部 MRI で梨状筋より腫瘍が再発。VBL 7mg, MTX 50mg で, low dose chemotherapy 計9コースを施行。現在, 腫瘍の増大は認めていない。

40年前の後腹膜遺残ガーゼによる膀胱腫瘍の1例: 加藤久美子, 鈴木弘一, 佐井紹徳, 村瀬達良(名古屋第一赤十字), 春田純一(同消化器科) 67歳男性。既往歴に1957年の右尿管切石術。約10年前より腹部違和感, 下腹部痛があり, 1997年7月受診。右下腹部の手術創の下に可動性のない腫瘍を触知。排泄性腎盂造影で, 右軽度水腎症と膀胱の左方への偏位。超音波, CT, MRI で, 小骨盤腔右側に, 膀胱を著明に圧排する境界明瞭, 内部不均一な腫瘍があり, 手術創の scar と連続していた。触診, 画像診断と病歴(止血困難で何かを詰めて終了した患者の記憶)からガーゼオーマと術前診断し, 下腹部正中切開で腫瘍摘出術を行った。腫瘍は骨盤底, 膀胱と強固に癒着し, 7×6×6cm。剖面で遺残ガーゼを確認。病理でガーゼによる無構造な部分と異物肉芽腫, 血管様構造を見た。術後腹部症状は消失した。腹部腫瘍の鑑別診断では, ガーゼオーマの可能性も念頭に置くべきである。

腔内再発なく TUR-BT 後2年目に肺転移をきたした表在性膀胱腫瘍の1例: 大村 稔, 古賀文隆, 後藤修一, 鈴木 滋(浜松医療セ) 68歳男性。1993年8月5日と1994年3月17日表在性膀胱腫瘍のため TUR-BT を施行。病理所見はいずれも TCC, G2, pT1 であった。1996年1月より多発性肺腫瘍のため咳嗽, 血痰が出現。画像診断上肺病変の他に異常は認められず, 気管支ファイバースコープにて気管支内腔に突出した乳頭状腫瘍を認め, 同部の生検組織は分化型移行上皮癌であった。表在性膀胱腫瘍肺転移と診断し全身化学療法を5クール施行したが画像上は NC であり徐々に全身状態が悪化し1997年11月18日死亡した。本症例では全期間を通じてリンパ節転移が認められずかなり大きな多発性肺転移巣にもかかわらず, その増大は緩徐ではほぼ2年間生存したことより, 肺転移出現のほぼ2年前に行った TUR 時に医原性に血管内腫瘍細胞播種が生じていた可能性が強いと考えられた。

女性の膀胱頸部狭窄の1例: 近藤厚哉, 吉川羊子, 後藤百万(碧南市民) 68歳女性。既往に特記事項なし。神経因性膀胱の診断で, 1989年から抗コリン剤内服と自己導尿をしていたが, 1997年7月尿路感染による発熱のため入院した。膀胱造影で左膀胱尿管逆流があり, 排尿時の膀胱頸部開大は不良であった。膀胱尿道鏡では膀胱内に肉柱形成を認め, 膀胱頸部は全周にわたりリング状であった。pressure flow study では最大排尿筋圧 80 cmH₂O と排尿筋収縮は良好であった。器質的あるいは機能的な膀胱頸部狭窄にもとづく尿排出困難と診断し, 内視鏡下膀胱頸部切開術を施行した。術後, 膀胱尿管逆流は消失し, 膀胱頸部の開大も改善した。術後の尿失禁は認めず, 残尿量は減少し自己導尿から脱却した。術後1年3カ月を経過し, 尿勢は必ずしも良好ではないが自己導尿, 抗コリン剤の服用は行っておらず, 尿路感染も見られない。

経直腸超音波モニター下に内視鏡的尿道切開術を施行した外傷性尿道完全断裂の1例: 大平智昭, 海野智之, 高山達也, 麦谷荘一(聖隷三方原), 伊原博行, 鈴木和雄, 藤田公生(浜松医大) 症例は50歳男性。1997年1月19日, 重機作業中, 谷に転落し, 骨盤骨折および尿道損傷にて尿閉となった。他院にて経皮的膀胱瘻を造設後, 当院に

緊急入院した。逆行性尿道造影では造影剤の溢流を認め、膜様部尿道完全断裂と診断した。骨盤内出血および骨盤骨折を保存的に治療した後、受傷182日目に膀胱瘻より金属ブジーを内尿道口から尿道内に順行性に挿入し、経直腸の超音波モニター下にて内視鏡的尿道切開術を施行した。遠位尿道断端よりエコーガイド下に方向を確認しながら尿道切開をすすめた。約1cmの切開にて尿道の再開通を認めた。術後尿失禁はなく、排尿状態は良好であり、残尿は認めなかった。本術式は安全で有用な治療法であると考えられた。

Extragenital germ cell tumor の1例：佐藤 元，柳岡正範，置塩則彦（静岡赤十字） 23歳男性。主訴は腰部痛。左頸部および左腋窩リンパ節腫脹，腹部に小児頭大の腫瘤を触知。CTにて後腹膜リンパ節腫脹，肺に単発の小結節陰影あり。腫瘍マーカーは β -HCG 54 ng/ml, α -FP 770 ng/ml と異常高値。左腋窩リンパ節生検にて精細胞由来腫瘍と診断。両側精巣は触診および超音波上異常所見を認めず，Extragenital germ cell tumor, stage III-B と診断。精巣の病理学的検索はせず，ただちにVIP療法を開始した。VIP療法3クール後，腫瘍マーカーはほぼ正常化し，CT上，肺陰影は消失したが，後腹膜のcystic massの残存を認め，後腹膜リンパ節郭清術施行。病理上 viable tumor が残存しており，今後化学療法の追加を予定している。

後腹膜腔に発生した成熟型奇形腫の1例：青木高広，古瀬 洋，福田 健，北川元昭，阿曾佳郎（藤枝市立総合），北山康彦（同病理） 症例は16歳女性。1997年1月下旬，運動時腰痛が出現し近医を受診。腹部単純写真で右腎部に石灰化陰影を認め2月6日当科受診。腹部超音波検査で結石や腫瘤性病変を認めなかったが，CT，MRIで，右腎前方に被膜に包まれた10×8×7cmの水，脂肪，骨と同一の濃度を有する成分の混在する腫瘤を認めた。後腹膜腫瘍と診断し，3月25日全身麻酔下にて経腰式腫瘍摘出術を施行。摘出標本は重量280g，径11.2×7.8×5.6cmの線維性被膜を有する腫瘍で，断面は黄色でほとんどが脂肪組織であり，一部に骨成分や内部に脂肪や毛髪を有する嚢胞成分を認めた。病理組織診断は成熟型奇形腫であった。本症例は本邦108例目であると考えられた。また，後腹膜腔に発生した成熟型奇形腫は，94%が腹部単純撮影あるいは腹部超音波検査で発見されていた。

顕微授精法の現況と展望：浅田義正（名古屋大予防医療部） 1978年，世界初の体外受精・胚移植（IVF-ET）が成功して以来，補助生殖技術（ART）は目覚ましく進歩し，世界中で体外受精によりすでに20万人以上の生児が得られた。通常の体外受精では，成熟卵に精子をふりかけ（媒精）で受精卵を得るが，重症乏精子症・無精子症に対しては無力であった。そこで顕微授精法として，卵の透明帯に切開を加え，圓卵腔への精子の侵入を容易にする方法（PZD）や，卵の透明帯の下，圓卵腔内まで精子をいれる方法（SUZI）が試みられたが，十

分な治療成績は得られなかった。1992年 Palermo らにより，透明帯と卵細胞膜を貫いて，精子を直接卵細胞質に注入する方法（ICSI：intracytoplasmic sperm injection，卵細胞質内精子注入法）による世界初の妊娠例が報告された。ICSIは急速に普及し，顕微授精の治療成績は飛躍的に向上し，男性不妊症治療は革命的に変化した。ICSIにおいては，成熟卵に一匹の精子が必要なだけで，精巣上体（MESA）あるいは精巣組織から得られた精子（TESE）でも，射出精子と同様に受精卵を得ることが可能になった。当院では1995年4月以降ICSIを施行し，安定した高受精率と高妊娠率を維持してきた。現在，ICSIによって奇形の発生に悪影響はないと報告されているが，ICSIに対するすべての問題点が解決されたわけではない。われわれは，生化学的物質の卵への注入，卵細胞質の障害，メカニカルな卵の賦活化，減数分裂紡錘系の損傷の可能性，Y染色体の部分欠失の次世代への継承の可能性等のICSIについての諸問題について検討してきた。補助生殖技術の進歩は精子細胞・精娘細胞の利用，卵子・精子の提供，代理母，減数手術，着床前遺伝子診断等の多くの問題を生み出した。海外の情勢も考慮し，医学界だけでなく広く社会的倫理的理解を得て，これらの諸問題を解決する事が望まれる。

腎移植について：大島伸一（名古屋大） 1970年代より現在に至るまでのわが国の腎移植医療の発展の推移につき述べて現状と今後の課題について概説した。1970年代は患者の生存率と移植腎の生着率をいかに良くするか，1980年代は生着率をいかに向上させるか，そして1990年代の現在は5年以上の長期での移植腎生着をいかに向上させるかが課題となっている。生存率は現在生体死体とも1年で95%以上，5年で90%であり，1970年代の1年60～70%に比べ隔世の感がある。生着率は1980年頃のシクロスポリンの登場を期にして飛躍的に向上し生体で1年95%以上3年で80%，死体で1年85%3年で70%であり，特に死体腎移植では当時の1年生着率30%～40%3年の20%以下に比べると大きな成果を得ている。これらの生存率，生着率向上の最大の理由が免疫抑制剤の開発およびその使用法の確立にあったことは疑う余地がないが，免疫抑制療法に伴う副作用の軽減や防止など免疫抑制に伴う周辺領域の診断や治療法の開発，進歩を無視することができない。特に，H2ブロッカー，CMVに対するアンチゲネミア法，各種の抗ウイルス剤の開発，pneumocystis cariniiに対する予防法等は特筆すべきものである。わが国における腎移植医療の今後の課題は医学としては5年以上の長期の生着をいかに向上させるか，医療としては年間600例弱という症例数をいかに増やすかに集約される。移植後3カ月を経て起こるいわゆる晩期のacute rejectionを継起にして発症したもののうちの30%がgraftを失うが，この病態の解明と予防，治療法の開発が重要である。一方わが国の移植数の少なさは世界のなかでも際だっている。16万人の透析患者の約10%がネットワークに移植希望登録をしているが，年間200例弱の死体腎移植数では，全員の希望を満たすことはおろか，50年待っても移植の機会がないこととなる。何とか年間2,000例以上の症例数にすることが急務である。