

学会抄録

第206回 日本泌尿器科学会東海地方会

(1999年12月12日(日), 於 名古屋市医師会館)

無症候性褐色細胞腫の1例：深見直彦，柳岡正範，置塩則彦（静岡赤十字） 46歳，女性。貧血を主訴に近医受診。CT，エコーにて精査したところ右副腎腫瘍を認め当科紹介となる。入院時血圧正常，痩せ型。動悸，多汗，消化管症状ともに認めなかった。内分泌検査にて，血中 Ad，NA，尿中 Ad，ドーパミン，VMA 軽度上昇を認めた。画像診断にて約 3 cm の右副腎腫瘍を認め，¹³¹I-MIBG にて異常集積を認めた。血管造影にて均一に濃染される腫瘍を認め，血管造影中血圧変動は認めなかった。右腎静脈 Ad，NA 軽度上昇を認め，無症候性褐色細胞腫と考え右副腎摘出術施行。術中血圧上昇を認めた。病理診断は，乳白色で均一な充実性腫瘍で Zellballen 構造を認めた。胞体は好塩基性顆粒に富み，核異型，核分裂を伴っていなかった。臨床所見と病理所見より無症候性褐色細胞腫と診断した。術後血中カテコラミン値は正常を示した。

腎嚢胞と鑑別困難であった脾嚢胞の1例：山田浩史，錦見俊徳，彦坂敦也，横井圭介，小林弘明，小幡浩司（名古屋第二赤十字） 60歳，女性。右背部痛の主訴にて，1997年1月外来受診。CT 上，右腎に径 12 cm 大の嚢胞性腫瘍を確認，2月エコー下嚢胞穿刺施行。胆汁様粘稠性内容物 1,600 ml 採取。辺縁整な嚢胞を認めるが，造影施行するも周囲との交通を認めず。1997年7月，CT で腫大傾向認め，9月再入院，穿刺アルコール固定施行。1998年5月施行の CT にて再発を認め，1999年4月，経腰の嚢胞摘出術施行。術前，CA19-9 および CEA が高値を示す。病変は，周囲臓器と独立した嚢腫で，94×113×85 mm，564 g の球状の腫瘍。内容は，茶褐色の粘稠度の低い液体で，分析で CEA 8 万 ng/ml，CA19-9 740 万 U/ml。病理所見は円柱細胞が一層に配列，CEA および CA19-9 染色にて陽性，CA125 染色には陽性所見を認めず，脾組織由来の嚢胞と診断。再発は認めていない。

無機能腎を呈した腎動静脈瘻の1例：小杉道男，中島史雄（伊勢慶應） 35歳の女性。1999年5月14日，右側腹部痛と肉眼的血尿を主訴に当院を受診。既往歴に不妊症があり，1999年4月から FSH と LH の配合剤を投与されていた。IVP，CT で右腎は腫脹し，尿排泄はみられず，水腎はなかったため，右腎静脈血栓症と診断した。抗凝固薬を開始し，症状は軽快，IVP は正常化した。しかし，7月6日に再び血尿と右側腹部痛が出現し，IVP で右無機能腎を認めたが，翌日施行したCTは正常所見であった。精査のため7月29日，腎動静脈造影を施行したところ，右腎上極に動静脈瘻を認め，無水エタノール，スポンゼルを用いて選択的塞栓術を施行した。9月に行った血管造影では，動静脈瘻の一部残存があり，塞栓術を再施行した。症状と IVP 所見が増悪と寛解を繰り返した原因として，動静脈瘻，腎静脈での血栓の形成と融解が考えられた。

尿管原発と考えられた小細胞癌の1例：神田英輝，今村哲也，長谷川義弘，坂田裕子，亀田晃司，山川謙輔，林 宣男，有馬公伸，柳川真（三重大） 症例は52歳，女性。主訴は腹部異和感。1999年1月，腹部異和感出現。精査にて CT 上，左尿管下部に腫瘍を認め，また逆行性尿管造影では尿管狭窄像を認めた。尿管鏡施行時の生検にて炎症であったため経過観察。3ヵ月後の CT にて腫瘍は 4 cm に増大していたため，尿管腫瘍，もしくは後腹膜腫瘍の診断にて6月17日左腎尿管摘出，膀胱部分切除術施行。病理組織にて小細胞癌に類似しており，NSE，クロモグラニン染色施行にて陽性，電子顕微鏡にて神経分泌顆粒を認めた。尿管の粘膜は萎縮した正常粘膜を認めるのみで異型細胞を認めなかった。以上より尿管壁より発生した小細胞癌と診断。術後，補助療法として術後27日目より PE 療法 (CDDP 80 mg/m² day1, Etoposide 100 mg/m² day 1, 3, 5) を2コース施行。また左骨盤に放射線療法 (2 Gy/回, tota 145 Gy) を併用。9月19日退院。現在術後6ヵ月であるが，腫瘍マーカーの上昇など再発の徴候なく経過観察中。

尿管アミロイドーシスの1例：野尻佳克，山田 伸，高士宗久，小野佳成，大島伸一（名古屋大） 64歳，女性。1999年7月，無症候性肉眼的血尿が出現した。膀胱鏡にて左尿管口よりの出血，RP にて左下部尿管の狭窄を認め，8月に尿管悪性腫瘍の疑いにて当科紹介。尿培養は陰性。尿細胞診は6回陰性。尿管鏡下生検の結果は悪性像なし。1999年9月，手術施行。術中迅速病理検査にてアミロイドーシスの診断を得たため，左尿管部分切除術，膀胱尿管新吻合を行った。その後の検索で消化管，皮膚にアミロイドーシスは認めず，原発性限局性尿管アミロイドーシスと診断した。原発性尿管アミロイドーシスは今症例で本邦23例目となる。

経皮的に摘出が可能であった尿管結石の1歳男児例：有馬 聡，泉谷正伸，星長清隆，森川高光，石瀬仁司，内藤和彦，平野真英，佐々木ひと美，石川清仁，白木良一，名出頼男，諸岡正史，木曾原悟，浅野喜造（保健衛生大） 1歳，男児。1999年1月に肉眼的血尿で近医受診し，エコーで左腎に high echo 領域を認めたため精査目的で当院小児科紹介受診となった。精査の結果特発性高 Ca 尿症と診断され，結石の治療目的で当科依頼となった。小児結石の再発率は8.3～44%と報告されている。小児尿路結石症の治療方法は，原因となった基礎疾患の治療に加え，結石に対し ESWL，内視鏡手術などがあるが本症例の原疾患は特発性高 Ca 尿症であり，結石の再発防止のため残石の可能性の低い方法を選択した。治療は腎瘻造設後 basket catheter を使用し残石なく結石を摘出した。結石分析は酢酸カルシウムであった。現在，高 Ca 尿症の原因の検索を行うと共に定期的に外来で経過観察している。

尿管の内反性乳頭状腫瘍の1例および膀胱の内反性乳頭状腫瘍の8例：坂田孝雄，安藤 正（春日井市民） 71歳，男性。健康診断エコーで左水腎症を指摘され1998年10月当科を受診。経皮的腎盂穿刺で尿細胞診陽性，左尿管腫瘍を診断し12月に左腎尿管全摘および膀胱部分切除術を施行した。標本は 2.1×1.0×1.0 cm および 1.7×0.8×0.5 cm の接する表面平滑な粘膜を持ったポリープ状の腫瘍であった。病理組織は内反増殖性乳頭状腫瘍で中等度異型性あり，TCC，G2 とした。再発無し。本邦で第13例目の報告である。1992年から1999年まで8例の膀胱の内反性乳頭状腫瘍があり，48歳から76歳（平均62歳）すべて男性。発生部位は側壁5例，頸部・三角部3例。側壁の4例は1.5から2.7 cm，TCC，G2 で，他の1例は0.8 cm，乳頭腫。頸部・三角部2例は3.0 cm で1例は0.8 cm ですべて乳頭腫。側壁のTCC，G2 の1例は手術後12ヵ月頂部に再発。他の症例は再発を認めなかった。

夜尿症を契機に発見された男児先天性尿路疾患の2例：小林康宏，月脚靖彦（知多市民），花井俊典（花井クリニック），星長清隆，名出頼男（保健衛生大） 症例1は，10歳，男児。IVP で左腎の萎縮を認め，レノシンチでは左腎機能が右腎に比べ % uptake 7.6 と低下していた。VCG で，3度左 VUR を認めた。Politano-Leadbetter 法による左 VUR 根治術を行い，術後 VUR は消失し，夜間遺尿も改善傾向にある。症例2は，7歳，男児。IVP で左水腎症を認め，レノグラムでは閉塞パターンがみられた。レノシンチでは左腎機能が右腎に比べ % uptake 7.3 と低下していた。RP を施行したところ，左尿管下端に 3 mm の narrow segment がみられ，左巨大尿管症として左膀胱尿管新吻合術を施行した。夜尿症患児も綿密に精査を行えば，腎尿路系の形態以上を伴うものは，決して少なくなく，ルーチン検査としての超音波や IVP による腎尿路系の検索の必要性が示唆された。

膀胱の炎症性腫瘍をきたしたクローン病の2例：浜本幸浩，野口顕広，後藤高広，谷口光宏，竹内敏視，酒井俊助（県立岐阜） クローン病による炎症性変化として，膀胱内に腫瘍をきたした2例を経験したので報告する。症例1 17歳，女性。主訴：排尿時痛。1994年7月

当科受診。エコー、CTにて膀胱内に突出する腫瘍を認めた。膀胱鏡では粘膜の限局性、浮腫状の隆起を認めた。小腸造形、注腸造形、大腸内視鏡検査より臨床的にクローン病が強く疑われた。1996年2月腹痛が出現したため開腹となった。回腸末端部のクローン病により膀胱周囲膿瘍を形成し、膀胱内に腫瘍をきたしていた。症例2:31歳、女性。1991年3月より近医にてクローン病と診断され治療中。尿混濁、血尿出現し1999年9月当院紹介となった。膀胱鏡にて浮腫状腫瘍が認められた。CTでは同部位に一致して回腸が認められた。現在経過観察中である。

Gastrointestinal urinary reservoir (膈ストーマ併用)の1例(膀胱全摘術後):高村真一、小竹千晶(厚生連海南)、野尻佳克(名古屋大)、上岡克彦(第二日赤小児外科) 65歳、女性。1999年5月10日より肉眼的血尿、排尿痛、頻尿あり、近医を経て当院受診。細胞診、膀胱鏡、CTにてT3b以上の膀胱腫瘍と診断。TUR-Btによる病理診断でTCC, non-papillary, G2=G3, T2以上と診断された。1999年8月18日膀胱全摘術および尿路変更として膈ストーマ併用のgastrointestinal urinary reservoir(本人の希望にて)を施行した。術後4カ月を経過し水腎症や逆流はなく、容量は440 mlでその時のreservoir圧は44 cmH₂Oと比較的低圧であった。膈よりの導尿はスムーズで、尿失禁はまったくなく、膈部の外観は通常の膈と同様でまったくストーマを感じさせないものであった。このreservoirの作成法を簡潔に述べ、その特徴や利点などについて考察した。

完全寛解を得ている進行性尿道癌の1例:青木高広、石川 晃、牛山知己、鈴木和雄、藤田公生(浜松医大) 症例は56歳、女性。両側鼠径部腫瘍を主訴に1996年5月当科紹介初診。種々の画像診断および生検の結果、尿道原発の扁平上皮癌(T3N1M1)と診断し、1996年7月膀胱尿道全摘除、尿道周囲外陰部皮膚切除、鼠径部および骨盤内リンパ節郭清、回腸導管造設術を施行。摘除標本は重さ210 g。内尿道口から約1 cmの部位に最大径2.5 cmの腫瘍を認めた。病理組織学的診断はwell differentiated squamous cell carcinoma, ly(+), v(+)で、両側鼠径部リンパ節転移を認めた。CDDP、5-FU併用療法を術前1クール、術後2クール施行。退院後UFT投与し外来経過観察していたが、術後8カ月で局所再発を認め、BLM、IFM、CBDCA併用療法3クールと局所への放射線照射を計60 Gy施行し、引き続きUFT投与し外来経過観察中。現在再発転移を認めず、完全寛解が得られている。

Stage D2 再発前立腺癌に対する燐酸エストラムスチンの有用性の検討:三輪好生、仲野正博、蟹本雄右(掛川市立総合) 過去5年間のstage D2 前立腺癌で内分泌療法施行後、再発を認めた17例に対し、燐酸エストラムスチン1日580 mgを投与した。効果判定は前立腺癌取り扱い規約にしたがい、自覚症状の変化、副作用についても検討した。総合評価はPR 4例、NC 7例、PD 5例で、PSAによる評価はCR 4例、PR 4例、NC 4例、PD 4例であった。骨痛を有する13例のうち5例に改善を認めたが、排尿障害の改善は9例中1例であった。初診時の分化度は、低分化がPRの25%に対しPDでは80%を占めていた。副作用は17例中10例(58.8%)にみられ、投与中止を必要としたのは2例であった。総合評価では高い有効性とはいえないが、骨症状の改善には期待できる結果であった。初診時の分化度と治療効果には関連があるように思われた。副作用に対しては適切な対処を行えば継続投与可能と思われた。

前立腺全摘除術における術前貯血式自己血輸血の経験:早川隆啓、斎藤俊彦、三矢英輔、小島宗門(名古屋泌尿器科)、早瀬喜正(丸善ビルクリニック) 1995年8月より1999年7月までに、前立腺全摘除術33例に対し、エリスロポエチン製剤併用術前貯血式自己血輸血を行い、有効性を検討した。採血前、手術当日、手術2週後に赤血球数・血色素量・ヘマトクリット値を測定した。採血前、手術当日、手術2週間後で赤血球数は平均438万/mm³、398万/mm³、377万/mm³と低下した。予定採血終了後、手術当日において赤血球数は平均40万/mm³、Hbで1.1g/dl、Htでは2.6%の低下であった。33例中31例(93.9%)では自己血輸血のみで対処でき、20例では800 ml使用し、また2例では400 mlのみの使用しか必要としなかった。採血、自己血輸血に伴う副作用、合併症は認めず、前立腺全摘除術では1,200 mlが妥当な自己血貯血量であり、有効であると考えられた。

急激にDICを発症した前立腺癌の1例:萩原徳康、西田泰幸、藤本佳則、磯貝和俊(大垣市民) 60歳、男性。腰痛精査にて多発性骨転移を指摘され、原発巣検索のため当科に紹介受診。PSA 99 ng/mlにて前立腺癌が疑われたが精査中に急激にDICを発症し入院となった。病理組織診断を得られないまま前立腺癌によるDICと診断し内分泌療法(DES)、抗凝固療法(メシル酸ナファモスタット、新鮮凍結血漿)を開始した。順調にPSA、自覚症状、DICの改善を得た。初診時よりDICを発症した前立腺癌は自験例も含め本邦にて11例報告されており、そのうち7例につき比較を行った。平均年齢66歳。初発症状は骨転移、DICによる症状が主であった。全例骨転移を伴うstage D2症例であった。全例病理診断を得られないまま、臨床的に前立腺癌と診断し治療を開始されており、初期治療はDESを用い抗凝固療法が併用された。

Sildenafil 処方150例の検討:伊藤 裕、武田宗万、小谷俊一(中部労災) 当科では1999年3月23日から塩酸シルデナフィルを処方し、初回処方から1カ月以上経過した150名について検討した。処方当科作成のシルデナフィル処方用チェックリストを用い処方可能な患者を選択した。150名の基礎疾患の内訳は、基礎疾患なしの心因性59名、脊髄損傷45名、糖尿病21名、骨盤外傷6名、骨盤内悪性腫瘍術後6名、精神病5名、脊髄疾患4名、神経内科疾患3名、ペイロニー病1名であった。効果の判定は、NIHによる満足性交(十分な硬度のある勃起が得られ、かつこれが十分持続する性交)ができた人を有効とした。有効性の判定が可能だった123名で、68%が有効、32%が無効であった。副作用の判定が可能であった129名のうち31名24%に顔面紅潮などの軽度の副作用を認めたが、重篤な副作用は認められなかった。

特別講演:日常診療におけるEDの診断と治療:小谷俊一(中部労災) 満足な性交に十分な勃起が得られないか、それを維持できないものをerectile dysfunction(ED)と呼ぶ。EDの診断上重要なものは、十分な問診である。これには1)性機能問診と2)患者背景調査の2つがある。前者では国際勃起機能スコア5(IIEF5)で21点以下をEDと診断、後者では日本性機能学会作成の性機能障害診療用カルテまたは中部労災式自己回答式問診表が有用である。器質性か心因性かの鑑別診断には夜間陰茎勃起測定などを施行する。ED治療は非侵襲的で安全かつ有効性の高い方法がまず選択されるべきである。現在のところ第一選択治療は1)心理カウンセリング、2)陰圧式勃起補助具、3) sildenafil 内服のどれかである。これらの無効例や禁忌例には第二選択として1)血管作動性薬剤自己注射、2)PGE1尿道注入剤の2つが欧米では一般的であるが、残念ながら日本では使用困難な現状である。

特別講演:日本における癌遺伝子治療の周辺事情:赤座英之(筑波大) 癌をはじめとした難治性疾患の治療において、遺伝子治療などの臨床試験が世界規模で行われている。しかし、これらの多くは実験的意味合いが強く、直ちに良好な効果が期待されるものではない。癌を対象にした遺伝子治療も現時点では同様であり、translational researchというべきである。すなわち、そのおもな目的は、安全性と実現可能性の検討であり、生物学的効果は評価項目とするが臨床効果は必ずしも主要評価項目ではない。このような研究を通じて真に臨床応用可能な治療法開発のための臨床試験計画を築くことが狙いであるからである。日本の遺伝子治療ガイドラインは、現在、文部省と厚生省から別個に提示されており、二重構造といわざるを得ない。しかも互いに、例えば、遺伝子治療試験対象患者の記載などの項に、微妙な、しかし重大な見解の不統一性がある。このような事情において、日本では、1999年11月現在、腎細胞癌と肺癌で遺伝子治療研究が認可され実行されている。一方、米国では、NCIの広報によれば、泌尿器科領域に限っても、腎細胞癌で10件、前立腺癌で23件、膀胱癌2件、精巣腫瘍1件が実施中である。これらのうち何件が臨床上当に有効な治療法となりうるかは不確定であるが、審査と認可の早さ、実行力の強さには驚かされる。本講演では、本邦第1例目となった腎細胞癌、GM-CSF 遺伝子免疫治療試験の症例報告と、近い将来実施されるであろう前立腺癌遺伝子治療について若干の知見を報告し、遺伝子治療の将来を考察した。