

第233回日本泌尿器科学会東海地方会

(2006年9月16日(土), 於 中外東京海上ビルディング)

保存的治療にて軽快した尿溢流を伴った腎損傷症例：土屋朋大，久保田恵章，亀井信吾，安田 満，横井繁明，伊藤慎一，仲野正博，江原英俊，出口 隆（岐阜大） 症例1は20歳代，男性．約2mの高さから転落し背部を強打．CTにて左腎損傷3cH3と診断，緊急TAEを施行した．受傷10日目の造影CTでの遅延相で尿溢流が認められた(U2)．その後，経過観察としたところ，urinomaは次第に吸収縮小し，受傷14週目に消失していた．症例2は10歳代，女性．歩行中に乗用車と衝突し救急搬送．CTにて左腎損傷3bH2と診断．受傷7日目のCTでは腎周囲腔に認められた血腫は吸収されていたが，遅延相でurinomaへの尿溢流が確認された(U2)．受傷4週目のCTでは血腫・urinomaともに消失していた．高度な尿溢流を伴った症例も出血・感染がコントロールできれば，ドレナージ・ステント留置などを行わずに保存的療法で治癒する症例も多く存在するものと思われた．

下大静脈を合併切除した後腹膜肉腫の1例：東 新，坂元宏匡，森川愛，村上雅章，西尾恭規（静岡県立総合） 症例は29歳の男性．2005年12月30日から右腰背部痛が続き整形外科を受診．MRIで後腹膜腫瘍を指摘され1月30日に当科受診．右上腹部に表面整な腫瘍を触知，血液生化学検査で異常なし．US，CT，MRIで130×95×115mmの辺縁が充実性乳頭状で弱く造影され中心部に出血嚢胞変性を伴う腫瘍をみとめた．右腎と下大静脈を圧排，腰筋との境界不明．2月14日に右腎静脈上部からIVCを合併切除し左腎静脈とともに再建した．病理組織はMib-1，vimentinとp53に陽性だが他のマーカーに陰性で分化不明の小円形細胞肉腫と診断した．術後CYVADIC療法を行ったが，切除下端の腰筋内に再発した．高悪性肉腫に対する治療の主体は切除術であり，バリアとして筋膜や血管壁を考慮した適切な切除縁の確保が必要である．

後腹膜神経鞘腫の1例：石田昇平，辻 克和，下地健雄，藤田高史，木村 亨，平野篤志，加藤真史，絹川常郎（社保中京） 症例は61歳，女性，慢性腎不全にて血液透析中．既往歴は58歳時にTh12-L2の脊髄腫瘍（病理診断は神経鞘腫）にて腫瘍摘出術．腹部CTにて左腎・副腎近傍に約3cmの増大傾向にある後腹膜腫瘍を指摘され当院紹介受診．悪性腫瘍を疑い，2006年4月，腫瘍摘出術および左腎（無機能腎）摘除術を施行．副腎は温存した．病理診断は神経鞘腫であった．神経鞘腫は，末梢神経髄鞘で発生した腫瘍が軸索に沿って中核側，または末梢側へ進展し，ある場所で増殖し腫瘍を形成する．既往の脊髄腫瘍の存在部位，病理所見および脊髄腫瘍の摘出が一般的に完全に被膜を保ったまま取れないということを考慮すると，既往の神経鞘腫が局所再発したと考えられた．

多発性嚢胞腎，両側腎腫瘍による敗血症に対し，両腎摘出術にて救命しえた1例：萩倉美奈子，犬塚善博，近藤厚哉，田中國晃（刈谷豊田総合） 43歳，女性，発熱と上腹部痛，血尿を主訴に受診．入院時敗血症性ショック状態であり，DIC治療に加えエンドトキシン吸着療法とCHDFを施行．MRI拡散強調画像にて多発性嚢胞腎の嚢胞内感染が疑われた．第5病日保存療法で回復困難と判断し右腎摘除術施行．症状一旦改善するも再び発熱と炎症反応の上昇を認めた．左側腹部痛も出現，左嚢胞腎の嚢胞感染と診断し第20病日左腎摘除術を施行．両腎とも大小不同の嚢胞が多発し，膿瘍がみられた．起炎菌として*E. coli*が検出された．術後全身状態は改善，維持透析を行いつつ退院となる．常染色体優性遺伝多発性嚢胞腎(ADPKD)において，感染症は心不全に続き第2位の死因(24%)と報告されている．タイミングを逃すことなく嚢胞ドレナージや腎摘除術などの外科的治療も考慮すべきである．

腫瘍サイズが増大せずに経過した嫌色素細胞腎癌の1例：中根明宏，安井孝周，柴田泰宏，池上要介，岡田真介，梅本幸裕，伊藤恭典，戸澤啓一，林 祐太郎，郡 健二郎（名古屋大） 58歳，男性，2001年8月，他院でCTにて7cm大の後腹膜腫瘍を指摘されるも経過観察となった．2006年6月，再度CTでほぼ同サイズの後腹膜腫瘍を認め，当院一般外科に紹介，左腎腫瘍として当科依頼となった．CT，MRIを施行しhypovascularな左腎癌を考え，2006年7月に左

腎摘除術施行した．摘出標本は516g，腫瘍径7cm，淡褐色充実性腫瘍を認めた．病理診断は嫌色素細胞腎癌，G2であった．嫌色素細胞腎癌は1985年にThoenesらにより初めてその概念が報告された比較的稀な組織型の腎癌であり，一般的に他の組織型の腎癌に比べ緩徐に成長し予後良好と言われている．本症例は指摘後3年間そのサイズが変化せず，この特徴を示していると考えられた．

献腎移植後に発生した固有腎癌の2例：深谷孝介，早川邦弘，早川将平，竹中政史，佐藤乃理子，有馬 聡，森 紳太郎，丸山高広，宮川真三郎，佐々木ひと美，日下 守，白木良一，星長清隆（保衛大） 移植後に発生した固有腎癌の2例を経験した．症例1：46歳，男性．透析歴6年，腎移植後6年で右固有腎癌を認めた．症例2：62歳，女性．透析歴5年，腎移植後9年で両側固有腎癌を認めた．両者とも両側腎摘出を行い，それぞれ術後6年，1年が経過している．腎移植患者における悪性腫瘍の発生頻度は，欧米では約4%，本邦では約2.8%と報告されている．献腎移植では，近年，長期透析患者や高齢者に腎移植を施行する機会が増えている．これに加え，長期透析患者では後天性嚢胞腎に合併する腎癌発生の問題もある．当院では年に1～2回の割合でCTなどによる全身検索を実施しており，今後，定期検索の重要性はより高まっていくものと考えられる．

長期透析腎に同時発生した両側腎細胞癌とオンコサイトーマの1例：浜本周造，最上 徹（菰野厚生），神沢英幸，水野健太郎，秋田英俊，加藤 誠，岡村武彦（安城更生） 患者は56歳，男性．32年前より慢性腎炎による慢性腎不全にて透析施行．貧血精査のためのCTにて両側腎腫瘍を指摘された．遠隔転移は認めず，両側腎摘除術施行．病理組織学検査では右に3個，左に3個の腫瘍性病変を認めた．左腎上極腫瘍はオンコサイトーマ，その他の腫瘍はRenal cell carcinoma (Clear/Spindle/Cystic renal cell carcinomaの混在癌)であった．長期透析患者において，腎細胞癌やオンコサイトーマの合併は常に留意すべき問題であるが，今回の症例のように，透析患者において，腎細胞癌とオンコサイトーマが同時発生したという報告は本邦1例目である．

両側腎血管筋脂肪腫に合併した腎細胞癌の1例：田中順子，松川宜久，後藤百万（名古屋大） 40歳，男性．下行結腸ポリープの治療経過中，腹部CTにて偶然左腎腫瘍を指摘され，2006年5月，治療目的に当院紹介受診．嚢嚢の既往，顔面皮脂腺腫，腎腫瘍認めることから神経内科より結節性硬化症を指摘された．当院MRIにて右腎腫瘍も明らかとなった．画像診断上，左腎腫瘍のうち1つは悪性であろうと考えられたが，右腎腫瘍の診断は困難であった．2006年6月，開創右腎腫瘍生検，左腎部分切除術施行．右腎は血管筋脂肪腫であったので，生検するだけにとどめた．左腎腫瘍は計5つ切除されたが，その1つがchromophobe cell carcinoma，G2と診断され，その他は血管筋脂肪腫であった．術後3カ月経過したが，再発，転移なく生存中である．結節性硬化症，腎血管筋脂肪腫，腎細胞癌の合併は稀で文献上本邦28例目であった．

膀胱癌・右尿管癌に尿管アミロイドーシスを合併した1例：西島誠聡，青木雅信，平野恭弘（藤枝市立総合），牛山知己，大園誠一郎（浜松医大） 症例は75歳，男性．検診の超音波で膀胱腫瘍・左水腎症を指摘され当科受診．膀胱鏡では右尿管口付近に乳頭状腫瘍あり．CT・MRIで左水腎症と左尿管内に充実性成分を認めた．2005年12月21日TUR-Bt施行，病理診断はTCC，grade2だった．また逆行性腎盂造影施行したが上部尿管まで造影されなかった．膀胱腫瘍がTCCだったこと，各種画像検査所見から左尿管癌と診断し2006年2月23日腎尿管全摘術を施行した．病理診断はTCC，grade1であった．さらに粘膜下に硝子変性を伴った肥厚認め，congo red染色陽性であったことからアミロイドの沈着が確認された．後日膀胱粘膜下からもアミロイドの沈着が確認された．以上のことから膀胱癌・左尿管癌に尿管アミロイドーシスを合併したものと考えられた．

直腸診を契機に発症した成人Hinman症候群の1例：早川将平，

佐々木ひと美, 深谷孝介, 竹中政史, 佐藤乃理子, 有馬 聡, 森 紳太郎, 丸山高広, 宮川真三郎, 日下 守, 早川邦弘, 白木良一, 星長清隆 (保衛大) 症例は24歳の女性。主訴は尿閉。2003年12月左特発性腎出血に対し, 硝酸銀腎盂内注入療法施行。以降2005年4月まで腎孟腎炎を繰り返していた。2005年12月下血にて当院外科を受診し直腸診を行い, 翌日より頻尿傾向を認め, 2006年1月16日突然の尿閉にて緊急入院となる。膀胱内圧測定など検査では異常所見認めず, 入院後も頻尿と尿閉を繰り返していたが, 精神行動療法により改善認め, 6月17日に退院となった。本症例は直腸診などの肛門処置が誘因となっており, 尿閉に至る前に頻尿が先行し, ヒンマン症候群の機序にあてはまる。治療はCISC, バルーン留置による排尿管理に加え, 精神行動療法を行い, 完治までに約6カ月を要した。

代用膀胱造設術後10年目に尿道再発をきたした膀胱癌の1例: 新美和寛, 小川将宏, 塩田隆子, 石田 亮, 錦見俊徳, 山田浩史, 横井圭介, 小林弘明 (名古屋第二赤十字) 78歳, 男性, 1995年に他院にて膀胱癌に対し膀胱全摘・代用膀胱造設術施行。(病理はTCC, G3>G2, pT2+G2, pTis) 2002年尿閉, 腎後性腎不全を主訴に当院を初診した。血液透析導入後経過観察中であったが, 2005年12月頃より陰茎腫大を認めた。MRIより尿道腫瘍を疑い手術を勧めるも本人に拒否され経過観察となったが, 出血コントロール不良により透析困難となり止血目的に, 2006年6月8日陰茎切断術を施行した。病理診断はTCC, G3, pT4であった。術後1カ月のCTで代用膀胱下部に腫瘍の再発を認めその後放射線治療を開始し退院となった。膀胱全摘術時の病理にてCISが散在していることから尿道再発のリスクは高く, また術後10年と再発までに比較的長期間を要した膀胱癌の尿道再発の1例であった。

剖検にて判明した尿管原発粘液癌の1例: 鈴木孝尚, 栗田 豊, 杉山貴之, 永田仁夫, 青木高広, 原田雅樹, 大塚篤史, 古瀬 洋, 麦谷莊一, 牛山知己, 大園誠一郎 (浜松医大), 新保 育 (遠州総合), 寺田央巳 (寺田クリニック), 河崎秀陽, 筒井祥博 (浜松医大第二病理) 79歳, 女性。2005年2月17日, 右下腹部痛を主訴に近医受診。2月19日, 他院のCTで回盲部に径5cmの腫瘍および右水腎症を認めた。順行性腎盂造影で右L5/S1付近に陰影欠損像を認め, 尿細胞診はclass V, TCCであった。その後腫瘍は径13cmと急速に増大し, 3月10日, 精査加療目的で当科紹介となった。その後も腫瘍は増大し, 全身状態も悪化。手術は困難であり対症療法に移行したが, 3月30日に永眠された。剖検で粘液癌と移行上皮癌が親和性をもって混在する像を認めたため, 尿管原発粘液癌と診断した。粘液癌が移行上皮癌より優位で, G2, pT4 (規約分類) であった。

前立腺導管癌の1例: 大前憲史, 内藤和彦, 泉谷正伸, 藤田民夫 (名古屋記念) 症例は75歳, 男性。2006年2月1日肉眼的血尿を主訴に当科紹介受診。触診上前立腺右葉は石様硬であったが入院時PSAは1.62ng/mlと正常であった。CTにて前立腺右葉を中心に腫瘍性病変を認め, またMRIでも前立腺右葉にT2強調像でlow intensity lesionを認めた。内視鏡所見では前立腺部尿道は全体的に易出血性であったが粘膜面の不整は認めなかった。同月15日前立腺針生検施行。病理学的検索にて乳頭状の増殖を示す前立腺導管癌 (Type A) を認めた。PSA染色では大半が強陽性でPAP染色では内腔膜を中心に陽性, MIB-1indexは8.3%であった。前立腺癌T2b, N0, M0としてホルモン療法 (ビカルタミド+リユープロレリン) および放射線体外照射 (66 Gy) の治療開始。現在治療開始後7カ月で臨床症状および画像所見上改善を認めている。

前立腺導管癌の1例: 加藤利基, 橋本良博, 早瀬麻沙, 成山泰道, 窪田泰江, 小島祥敬, 丸山哲史, 佐々木昌一, 林 祐太郎, 郡 健二郎 (名古屋市大) 59歳, 男性。糖尿病, 高脂血症で他医治療中。2004年10月より血精液を自覚し, 近医を受診。精査を受けたが, 異常を指摘できず, 経過観察されていた。2005年8月より無症候性肉眼的血尿を自覚。同年9月, 当科を受診した。尿細胞診疑陽性, PSA 3.928 ng/ml。前立腺生検および前立腺部尿道粘膜生検から前立腺導管癌を認めた。2006年2月, 前立腺全摘除術を施行。同年4月より, 術後低下したCA19-9の再上昇がみられ, 画像上局所再発と骨転移像を認めた。現在シスプラチンおよび塩酸ゲムシタビンの併用療法を行い, 腫瘍マーカーの低下がみられている。今後継続治療の予定である。

異時性両側性に発症した原発性精巣悪性リンパ腫の1例: 加藤学, 曾我倫久人, 西川晃平, 長谷川嘉弘, 金井優博, 山田泰司, 木瀬英明, 金原弘幸, 有馬公伸, 杉村芳樹 (三重大) 70歳, 男性。1999年10月, 右陰嚢部硬化および下腹部不快感を自覚し受診。右精巣腫瘍疑いにて11月2日高位精巣摘除術施行。悪性リンパ腫 (diffuse large B cell type) の診断にてadjuvant療法としてCHOP4コース施行。左精巣に予防的に放射線治療40 Gy施行後CRとなり一時退院となった。2006年3月 (治療終了後7年1カ月) 左精巣の腫脹を自覚し左精巣腫瘍疑いにて再度当科紹介受診。術前PET-CTにて左精巣に集積あり, MRI上は炎症性変化が疑われたが悪性腫瘍を否定できず高位精巣摘除術施行。病理組織結果は悪性リンパ腫 (diffuse large B cell type) であった。現在術後化学療法施行中である。

化学療法が奏効した進行性精巣絨毛癌の1例: 篠原 聡, 佐藤元, 柳岡正範 (静岡赤十字) 症例は48歳, 男性。右陰嚢腫脹を主訴に受診。画像診断にて膨大動脈リンパ節の腫大, 20 mmの脳転移, 左下肺野の70×45 mm, 右中肺野の40×28 mmを主とした多発肺転移も認めた。 β -HCG 260 ng/ml, AFP 6.0 ng/mlであった。精巣腫瘍stage 3cと診断。右精巣摘除術施行。病理はH-CG染色陽性の精巣絨毛癌であった。ペプシド75 mg/m², イホマイド1.2 mg/m², ランダ20 mg/m²による当VIP療法を4コース施行。 β -HCGは陰転化し脳転移, リンパ節転移は画像上CRとなった。肺転移は43%の縮小率にとどまった。Poor prognosisであり肺転移が43%の縮小率にとどまったことからTIP療法を追加後左肺部分切除施行。HCG染色にて一部陽性であったため, 右肺部分切除を追加した。転移巣は完全に壊死組織であった。術後, 1年2カ月, 再発を認めない。

外傷性持続勃起症の1例: 勝田麗美, 全並賢二, 飛梅 基, 成瀬克也, 青木重之, 瀧 知弘, 山田芳彰, 本多靖明 (愛知医大) 症例は22歳, 男性。既往歴, 家族歴に特記事項なし。スケートボードによる会陰部の外傷後に生じた勃起の持続を主訴に他院受診。持続勃起症の診断のもと当科紹介受診となり緊急入院となった。陰茎は弾性硬, 亀頭は軟であった。疼痛はごく軽度であった。陰茎海绵体血液ガス分析では, PaO₂ 96.7 torr と, 動脈血と思われる値を示し, High flow typeと診断した。内陰部動脈の選択的造影より左右陰茎動脈からの血管外漏出が見られたため, 陰茎動脈の選択的塞栓術を施行した。塞栓物質は, ゼラチンスポンジとマイクロコイルを使用した。術後2週間頃より勃起状態は改善し, 約4カ月後の現在も再発なく性機能も良好である。

Kallmann症候群の1例: 矢田康文, 石田博万, 増田健人, 小島宗門 (名古屋泌尿器科), 早瀬喜正 (丸善ビルクリニック) 21歳の男性。性器發育不全を主訴に2005年1月7日当院初診。外性器の低形成および精巣, 前立腺の發育不全, 低体毛など2次性徴の欠除および低ゴナドトロピン性低テストステロン血症を認めたため, LH-RH負荷試験を施行したところ陽性であった。また幼児期からの嗅覚異常を訴えたため, 静脈性嗅覚検査を施行したところ無臭症を指摘された。頭部MRIでは視床下部, 脳下垂体に特記すべき異常所見を認めず, 嗅球の消失および両側嗅溝の低形成を認めた。以上よりKallmann症候群と診断しHCG-HMG療法を開始した。治療開始約2カ月後より2次性徴が発現し, 現在, 合併症なく治療継続中である。

フルニエ壊疽の1例: 内木 拓, 永田大介, 河合恵康, 安藤 裕 (名古屋市立東) 患者は67歳の男性。陰部皮疹にて近隣の皮膚科受診しステロイド外用薬にて経過観察されていた。1週間後皮疹の増悪を認め当院時間外受診。フルニエ壊疽疑いにて緊急入院の上補液ならびに抗生剤投与を行っていたが, 1両日中に皮疹の著明な増悪を認め, 全身状態も悪化したため開窓術施行。創培養は *Streptococcus pyogenes* であった。経過良好にて術後35日目に退院となった。

陰唇癒着の1例: 福原信之, 古川 亨 (市立半田), 石田時一 (同産婦人科) 症例は71歳, 女性。排尿障害を主訴に受診。陰唇が全長に渡り癒着し, 外尿道口付近の小孔から尿がわずかに出ている。尿路感染はなく, 腎機能などは正常であった。7月27日癒着剥離術を施行。排尿障害は軽快した。エストロゲン軟膏を塗布, 現在再癒着は認めない。陰唇癒着の原因は低エストロゲン状態で脆弱になった外陰部に炎症, 外傷が加わることにより発生する。またsexless lifeも密接に関係があるとされている。成人では閉経後に多いが, 20~40歳代の性

的活動期の女性にも見られる。治療は癒着剥離術，エストロゲン軟膏塗布が有効である。排尿障害を訴える女性患者には陰唇癒着も鑑別すべきである。

特別企画

新医師臨床研修制度によって生じた諸問題—いま、われわれは何をなすべきか？— 吉田 修（奈良県立医大） 新しいことを始めると、内在していた問題が顕在化することはよくある。しかし、真の改革、前進を目指すならば、これらの諸問題を着実に解決しなければならない。2004年4月からスタートした新医師臨床研修制度もしっかりである。昭和43年以来の抜本的改正であり約10年の議論を踏まえての発足で、日本の医療をよくするためにはどうしても必要なものであると思うが、種々の重大な問題が生じたことも事実である。まず若手医師の「大学離れ」である。それが医学研究の衰退につながるのではないかという懸念である。約半数の卒業生は大学病院以外の病院で研修を受け、臨床研修終了者の大学帰学率は約50%である。大学院へ進むも

のはもっと少ない。国際医学教育研究所が世界各国の協力を得て、4年越しでまとめた Global minimum essential requirements: a road towards competence-oriented medical education には世界中どの国でも「医師と呼ばれる以上」具備すべき7カ条の1つが Critical thinking and research である。つまり、医師には「研究する心」が不可欠なのである。卒後2年間の臨床研修でプライマリーケアの研修のみに目を向けて、医師に必要な研究その他の重要な研修を等閑視していることを改めねばならない。さらに医師の地域偏在、診療科偏在も重要であり、社会問題にまでなっている。この時代の奔流とも呼ぶべき中にあって、「いま、われわれは何をなすべきか？」。この問題こそ行政が解決すべき最も重要な問題であるが、われわれにできることは卒前教育でそれぞれの領域の特徴、魅力、将来性、社会的需要をきっちり教え、卒後2年の研修で方向性をつかむことが出来るようにすることであろう。若い医師は、医学生はこれらの努力が報われる要素を必ずもっていると信じたい。