

第397回 日本泌尿器科学会北陸地方会

(2002年9月28日(土), 於 金沢エクセルホテル東急)

腎血管筋脂肪腫の破裂を契機に発見された腎細胞癌の1例：大筆光夫, 高島 博, 今尾哲也, 江川雅之, 越田 潔, 並木幹夫 (金沢大), 森下裕志 (珠洲総合) 症例は66歳, 男性. 2002年6月15日左側腹部痛を主訴に近医を受診した. 造影CTにて内部に低吸収域を有する左腎上極の腫瘤とこれに接する血腫を認め, また左腎下極には不均一に造影される腫瘤を認めた. 左腎上極の腫瘤の自然破裂による腎出血と考えられ, 6月16日当科に紹介された. MRI 脂肪抑制法では, 左腎上極の腫瘍内に脂肪成分を検出した. 左腎動脈造影では, 上極と下極にそれぞれ腫瘍濃染像を認め, また左腎動脈の区域枝より造影剤の漏出を認めたため, この区域枝に対してTAEを施行した. 上極の腫瘍は腎血管筋脂肪腫, 下極の腫瘍は腎細胞癌と診断し, 6月20日根治的左腎摘除術を施行した. 最終病理では, 上極の腫瘍は腎血管筋脂肪腫, 下極の腫瘍はclear cell carcinomaであった.

腎盂内にポリープ様に発育した腎細胞癌の1例：高田昌幸, 新倉晋, 酒井晨秀 (横浜栄共済), 池田彰良 (池田腎・泌尿器クリニック) 患者は50歳, 女性. 主訴は無症候性肉眼的血尿. 前医にて右腎腫瘍, 右腎盂の陰影欠損を指摘され精査加療目的に当科へ紹介された. 右腎尿細胞診はclass II. DIP, RPにて腎盂内に37×25mm大の類円形の陰影欠損が認められ, USG, CT, MRIにて右腎盂腫瘍と診断された. 経時的な陰影欠損の増大が認められたため, 腎盂悪性腫瘍を強く疑い根治的右腎摘除術・尿管引き抜き術を施行した. 摘出標本では腎盂にポリープ様に発育した35×25×20mmの表面平滑な有茎性腫瘍が認められた. 病理組織学的には, granular cell carcinoma, G2, INFβ, v(-), pT1aであった. また, これとは別に下極実質に径15mm大のclear cell carcinoma, G2, INFαを認めた. 術前, 腎盂腫瘍と診断され, 病理組織学的に腎細胞癌と診断された症例は, 調べた限りでは本例が6例目である.

移行上皮癌・腺癌が混合した腎盂腫瘍の1例：松井 太, 小堀善友, 天野俊康, 竹前克朗 (長野赤十字) 左水腎症を主訴に85歳, 男性が受診した. CTにて左尿管腫瘍を指摘され, 左尿管全摘除術を施行した. 病理組織学的には, 移行上皮癌と腺癌が合併した腎盂腫瘍であった. 腎盂尿管腫瘍の大部分は移行上皮癌であり, その他の癌の報告例は少ない. 本症例は, 複数の癌組織型が混合した上部尿路腫瘍では14例目であった.

CEA と CA19-9 が高値を示した尿管癌の1症例：楠川直也, 鈴木裕志, 松田陽介, 守山典宏, 斎川茂樹, 金丸洋史 (北野), 秋野裕信, 横山 修 (福井医大), 今村好章 (同病理) 症例は66歳, 女性. 2002年5月上旬に肉眼的血尿を主訴に他院を受診した. 腹部腫瘍および画像上, 骨盤腔内に腫瘍を指摘された. 生検にて腺癌が検出された. 術前の検査にてCEA 30.2ng/ml, CA19-9 441 U/mlと高値を示した. 7月3日に膀胱子宮尿管全摘を施行した. 術後の病理診断はurachal carcinoma, G3, pT4で免疫染色にてCEAおよびCA19-9陽性だった. 術後に両方の腫瘍マーカーの著明な低下が認められた. CEA, CA19-9が高値を示した尿管癌の症例報告は今まで全部で7例あり, 両方が高値を示したのは本症例で4例目である. これらの腫瘍マーカーは尿管癌の病勢をモニターするのに有効な指標となりうると考えられる.

精索へ直接浸潤をきたした後腹膜悪性線維性組織球腫(MFH)の1例：小田代昌幸, 喜久山明 (浅ノ川総合), 安居利晃, 佐久間寛 (同外科) 72歳, 男性. 既往歴に右鼠径ヘルニア根治術. 右下腹部に正中を越える腫瘍を認め右鼠径部から陰嚢上部にかけ精索, 精管と一塊となる可動性のない表面平滑, 弾性硬, 圧痛を認めない腫瘍を触知. 腹部MRIでは腫瘍が連続して陰嚢内に脱出し右精索直上まで浸潤していた. 経皮的針生検でMFHを疑い腫瘍摘除術施行. 病理組織学的に腫瘍部と精索断端部より細胞の多形性, リンパ球浸潤, 繊維化および花むしろ様変化を認め, 以上より後腹膜原発MFHの鼠径管を介した精索浸潤と診断した. 今回, 後腹膜発生MFHについての検討および進展形式について考察した. なおわれわれが調べたかぎり自験例の様な進展形式をとった後腹膜MFHは本邦1例

目と思われる.

尿管異所開口に伴った残存尿管蓄膿症の1例：池田大助, 松谷亮, 布施春樹, 平野章治 (厚生連高岡) 患者は55歳, 女性, 糖尿病性腎症のため血液透析を受けている. 1994年7月, 他院で左膿腎症に対し左腎摘除術が施行された. 2001年7月以降膀胱炎症状を繰り返すようになり, 同年8月当科紹介となった. CT・MRI上, 膀胱左背側に嚢胞性腫瘍が存在し, 内部の性状から膿瘍が疑われた. 術前に左尿管口は確認できなかったが, 残存尿管蓄膿症を疑い, 併存する内科的疾患のため, 侵襲の小さい経尿道的手術を試みた. 術中, 尿道に異所性に開口している左尿管口が確認された. カテーテルを挿入すると膿汁が排出され, 造影にて拡張した残存尿管が描出された. 経尿道的に膀胱と残存尿管の間を切開し, 尿管壁を電気凝固した. 術後経過は良好で, 術後4カ月目のCTでは, 残存尿管は消失しており, 術後10カ月が経過したが膀胱炎症状は一度も出現していない.

膀胱原発褐色細胞腫の1例：高瀬育和, 泉 浩二, 小林忠博, 徳永周二 (舞鶴共済), 河野真範 (水見市民), 今村好章 (福井医大病理) 症例は86歳の男性で, 尿閉を主訴に当科に入院した. 膀胱鏡検査にて膀胱前壁に拇指頭大の非乳頭状腫瘍を認めた. MRIでは筋層浸潤がみとめられた. 2002年1月16日に膀胱腫瘍生検を施行した. 術中に血圧の上昇を認めた. 病理組織診断はTCC, G2>G3, NITであった. 1月28日に膀胱部分切除術を施行した. 生検時と同様に血圧の上昇を認めた. 病理組織診断は膀胱褐色細胞腫であり, 術後の¹²³I-MIBGでは異常集積を認めず, ノルアドレナリンの軽度高値を認めるのみであった. 以上より膀胱原発褐色細胞腫と診断した. 自験例では三徴候とされる高血圧, 血尿および排尿時発作は認められなかった.

巨大膀胱憩室内に発生した膀胱腫瘍の1例：河野真範, 石田武之 (水見市民) 症例は66歳の男性. 無症候性肉眼的血尿を認め2002年5月, 当科を受診した. 諸検査では膀胱憩室を認めるのみであり, 尿細胞診はclass Vであった. 経尿道的膀胱生検にて, 膀胱憩室のみより移行上皮癌が検出され, 膀胱憩室癌の診断にて6月24日, 膀胱憩室摘除を含む膀胱部分切除術を施行した. 病理組織学的には, 一部扁平上皮化した移行上皮癌, grade 3>grade 2であり, わずかに筋層に浸潤していた. 術後テガフル・ウラシルの内服を追加し, 現在再発もなく経過は良好である. 本邦で報告されている膀胱憩室腫瘍180例につき考察を行った.

高齢者膀胱子宮脱手術に対する術式の選定について：小坂信生 (さきたまクリニック) 膀胱子宮脱の手術の種類は発表されているものはなほ多いが今日では常用法として, 膣式子宮全摘法, Manchester手術(Amputation of cervix and colporrhaphy), LeFort手術(partial closure of vagina)の3種が広く用いられている. (1) 40, 50歳代の閉経期前後では主として膣式子宮全摘法, 手術リスクがあればManchester手術, (2) 拳児を希望するものはManchester手術, (3) 60歳以上, または手術危険性のあるものはManchester手術, (4) 高齢または60歳以上で, 配偶者がなく性交を行わないものにはLeFort手術の選択が妥当と思われる. LeFort手術は膀胱子宮脱が高度なほど手術はやり易く, 局麻で, 日帰り手術が可能であり, 超高齢化社会を迎えた今日に於いて, QOLを高める上においても70歳以上の配偶者がなく性交を行わないものには第1選択であると思われる.

神経内分泌細胞への分化を伴った前立腺癌の1例：森田展代, 佐藤宏和, 宮澤克人, 池田龍介, 鈴木孝治 (金沢医大), 黒瀬 望, 野島孝之 (同病理) 症例は59歳, 男性, 2000年当院人間ドックにてPSA高値を指摘され初診, 前立腺生検にてBPHと診断. 以後受診なく2001年4月排尿困難を主訴に再診となった. PSA 9.5 ng/mlと高値であり同年10月再生検を施行. 高分化型腺癌stage B2と診断. TAB療法を開始した. 2002年5月13日前立腺全摘除術施行. 病理診断から神経内分泌細胞を伴った前立腺癌と診断, また右閉鎖神経リン

パ節にも転移を認めた。補充療法として TAB 療法と CDDP, VP-16 を併用した全身化学療法を 2 コール行った。術後 4 カ月経過しているが現在のところ再発、転移は認めていない。

急性精巣上体炎を契機に発見された精囊直腸瘻の 1 例：泉 浩二，高瀬育和，小林忠博，徳永周二（舞鶴共済），竹内一雄（同外科），福田 優（福井医大病理），小坂哲志（小坂医院） 症例は 74 歳，男性。主訴は右陰囊内容の有痛性腫脹で，右急性精巣上体炎の診断にて入院となった。CT 上膀胱，精囊内のエアおよび直腸前部に炎症性の肉芽が認められた。陰囊腫脹部を切開排膿したが，排膿の持続と，気尿が認められ，難治性の精巣上体炎と判断し，右陰囊内容摘出術を施行した。同時に両側精囊造影を施行したところ，直腸内に造影剤が認められたため，精囊直腸瘻と診断した。その後大腸内視鏡検査にて直腸前壁に瘻孔と思われる部位が確認されたが，同部位の生検では悪性所見は認められなかった。精囊直腸瘻は 3 例のみ報告されているにすぎず，いずれもクローン病か直腸癌の既往が認められた。しかし，自験例は消化器病変の既往を認めない初めての精囊直腸瘻の症例であった。

上部尿路疾患に対する腹腔鏡下手術の検討：江川雅之，小松和人，福田 護，高島 博，伊藤秀明，今尾哲也，石浦嘉之，溝上 敦，高栄哲，越田 潔，並木幹夫（金沢大） 当科では 1999 年より上部尿路疾患（結石症は除く）に対する腹腔鏡下手術を開始した。これまで 19 例（RCC 8 例，TCC 5 例，水腎症 5 例，UPJ 狭窄 1 例）に行った。症例数は増加傾向にあり，2002 年では，9 月までの手術症例のうち 40% が腹腔鏡下手術であった。UPJ 狭窄の 1 例でのみ臓器再建（dismembered pyeloplasty）が行われ，残る 18 例はすべて臓器摘除術であった。初期 10 例で，開腹移行 2 症例（十二指腸損傷，再手術のため剝離困難），輸血 2 症例を認めた。後期 9 例中 6 症例は根治的腎摘除術（RCC）であったが，平均手術時間 203 分，平均出血量 115 g であった。他の 3 例（腎盂腫瘍，UPJ 狭窄 1 例）も問題なく手術を行えた。上部尿路疾患に対しても，腹腔鏡下手術は標準的手技として定着すると思われる。

前立腺癌におけるネオアジュバント療法による病理学的治療効果についての検討：北川育秀，宮城 徹，勝見哲郎（国立金沢），越田 潔，溝上 敦，江川雅之，小松和人，並木幹夫（金沢大），中島慎一，三崎俊光（市立砺波総合） ネオアジュバント TAB 療法を施行した前立腺全摘除術症例 108 例について解析を行った（ネオアジュバント

療法期間 3～8 カ月）。病理学的治療効果 grade 3 症例（17 例：15.7%）では再発が認められなかったのに対し，grade 0 症例（20 例：18.5%）は有意に予後不良であった。病理組織学的治療効果に影響を与える因子として，前立腺生検所見，治療前 PSA 値，ネオアジュバント療法の施行期間，ネオアジュバント療法後の PSA 値の 4 つが示された。ネオアジュバント療法後の PSA 値が低い症例では再発率が有意に低く，再発を予測する因子として有用である可能性が示された。

前立腺全摘除術後の再発症例の検討：鈴木裕志，金田大生，塩山力也，伊藤靖彦，青木芳隆，塚 晴俊，秋野裕信，岡田謙一郎*，横山修（福井医大）（* 福井医大副学長） [目的] 前立腺全摘除術後の PSA 再発までの期間および PSA doubling time (PSA-DT) と臨床的再発部位の関係を検討。 [対象] 1985 年 10 月から 2001 年 8 月までに前立腺全摘除術を施行した 73 例。 [結果] 術後早期の adjuvant 療法未施行例 44 例では 22 例（50%）が PSA 再発を認めた（平均観察期間 37.7 カ月）。Gleason score では，PSA-DT は score が高いほど短い傾向を認めた。局在癌と浸潤癌の比較では PSA 再発までの期間，PSA-DT とも有意差を認めなかった。再発部位との関係では，吻合部再発より転移再発症例の方が PSA 再発までの期間，PSA-DT が短い傾向を認めた。術後早期の adjuvant 療法施行症例を含めた検討では，転移再発症例では PSA-DT は有意に短かった。 [結論] 前立腺全摘除術後の PSA 再発症例に対して，PSA-DT は再発部位を推定するために有用である。

フルニエ壊疽の臨床的検討：西尾礼文，野崎哲夫，藤内靖喜，十二町 明，永川 修，奥村昌央，古谷雄三，布施秀樹（富山医薬大） 1992 年から 2002 年までの 10 年間に，当科でフルニエ壊疽と診断された 9 例について検討を行った。平均年齢は 61.4 歳，男性 9 例，9 例中 8 例が易感染状態をきたす基礎疾患や背景を持ち，3 例が糖尿病，他の 3 例では肝機能障害がみられた。半数で感染経路や誘因の同定は困難だったが，残りの症例では亀頭包皮炎や陰茎外傷，尿道損傷，陰囊皮膚の毛嚢炎が先行し感染経路と思われた。全症例で診断後速やかに外科的治療，抗生剤多剤併用療法を行ったが 7 例は軽快，2 例は死亡した。死亡例は高齢で PS が悪く，初診時より DIC を併発し進行した状態で治療が開始されたことが救命しえなかった原因と思われた。基礎疾患を有する症例では本症の発生頻度は高く，泌尿器科的処置を行う場合にも，十分な注意が必要と思われた。