

学会抄録

第396回 日本泌尿器科学会北陸地方会

(2002年6月2日(日), 於 金沢シティモントホテル)

急性腹症をきたした特発性副腎出血の1例：松谷 亮，池田大助，布施春樹，平野章治（厚生連高岡），増田信二（同病理） 副腎出血により急性腹症をきたした症例を報告する。患者は22歳，女性，主訴は右側腹部痛，発熱。近医受診し，エコーにて肝内 SOL を指摘されたため，同日当院外科受診。CT 上，右副腎に 11 cm 大の腫瘍認め，当科紹介となった。感染徴候認め，副腎破裂も懸念されたため，緊急経皮的副腎ドレナージ施行。約 500 ml の，一部に凝血塊を含む血性内容液を吸引したが，細菌培養，細胞診とも陰性であった。核医学検査などから腫瘍性病変も否定しきれなかったため，右副腎摘除術施行。病理組織では腫瘍性病変を認めず，特発性副腎出血と診断された。副腎出血の原因のほぼ半数は褐色細胞腫によるものと報告されているが，本症例のように急性腹症をきたす例は比較的特に稀であるとされている。出血原因が明らかではない，特発性副腎出血の報告は，自験例を含め，調べうる限り本邦で4例と少なかった。

成人巨大水腎症の2例：石田泰一，多和田真勝，村中幸二（市立長浜） 今回，われわれは巨大水腎症を呈した2例を経験したので，報告する。症例1は78歳，女性で，1999年7月12日他院にて，貧血精査中に超音波にて水腎症疑われ当科紹介受診。CTにて巨大水腎症が認められ，逆行性腎盂造影にて右尿管膀胱移行部狭窄に伴う巨大水腎症と診断した。腎盂内容量は1,600 mlであった。悪性所見はなく，手術を拒否されたため，経過観察中である。症例2は16歳，男性で，2002年2月9日スノーボードにて前方に転倒し，その後しだいに腹痛増強したため，当院受診した。CT所見にて，右巨大水腎症ならびに，腎外傷と診断し安静治療の後，逆行性腎盂造影施行し，腎盂尿管移行部狭窄症に伴う巨大水腎症と診断し，同年2月25日右腎摘出術施行した。腎盂内容量は4,300 mlで，手術後経過良好で退院となった。現在外来経過観察中である。

黄色肉芽腫性腎盂腎炎の1例：高田昌幸，新倉 晋，酒井晨秀（横浜栄共済） 症例は76歳，女性。発熱，全身倦怠感を主訴に当院を受診した。敗血症，糖尿病と診断され，内科に入院となった。入院時腹部 CTにて左腎腫瘍を指摘されたため当科へ紹介された。炎症反応が改善した後，再度 dynamic CT および MRI を施行したところ，前回と同様，左腎に不均一に造影される径 2 cm 大の腫瘍が認められたため腎細胞癌と診断された。血糖コントロール，全身状態改善後，根治的左腎摘除術を施行した。病理組織学的検査の結果，黄色肉芽腫性腎盂腎炎と診断された。本症は慢性化膿性炎症の特殊な一型と考えられ，1) 膿瘍型，2) 腎膿瘍型，3) 腎周囲型の3型に分類される。自験例は腎膿瘍型と考えられ，比較的特に稀である。本症は画像診断上，腎細胞癌との鑑別が難しく，外科的切除後に病理学的に診断されることが多い。文献的考察を加え，報告する。

緩和透析（待期透析）を試みた2例：小坂信生（さきたまクリニック），岩谷周一，大隅雅夫（騎西クリニック病院） 糖尿病性腎症末期，進行性嚢胞腎など近い将来にどうしても透析治療を必要とする患者に予めシャントを作製しておき，ダブルルーメンカテーテルを用いず，そのシャント穿刺により透析導入し，最初週1回より始め，漸次週2回，最終的に週3回の維持透析とする外来透析導入法はすでに多くの施設で試みられているが総括的な発表はあまりなされていない様である。最近60歳，糖尿病性腎症，50歳 IgA 腎症による腎不全2例の透析導入に際しこの方法を試みいずれも良好な成績をあげたので報告する。第1例，60歳，女性，糖尿病性腎症は原疾患による血管状態不良のため左右前腕に試みたシャント造設術は不成功にて3回目に左前腕に人工血管によるシャント造設術を行い，外来的に透析導入に成功した。第2例，50歳，IgA 腎症末期腎不全に予め造設した前腕シャントにより導入し良好な結果を得た。

腎細胞癌胆嚢転移の1例：宮城 徹，北川育秀，勝見哲郎（国立金沢），竹川 茂（同外科），小林昭彦（同放射線科），渡辺麒七郎（同

病理） 症例は53歳，男性，1991年8月に左腎摘除術を施行され，外来経過観察中であった。10年6ヵ月後の2002年2月の CTにて胆嚢腫瘍および胆嚢結石を指摘された。胆嚢腫瘍は血管造影検査で著明に濃染した。当院外科にて腹腔鏡下胆嚢摘除術が施行された。病理組織所見は摘除された腎細胞癌と同じ明細胞癌であった。免疫染色で，腎原発巣と同様の染色性を示したため腎細胞癌の胆嚢転移と診断された。本症例は他臓器には転移を認めず，IFN- α および UFTにて加療し，現在も経過観察中である。われわれの調べたかぎりでは，腎細胞癌が胆嚢のみに転移を認めた例は本症例で9例目の報告であった。

腎平滑筋肉腫の1例：松下友彦，萩中隆博（富山赤十字），前田宜延（同病理） 腎平滑筋肉腫は稀な腫瘍であり，手術の根治性が予後を左右する。診断時すでに high stage で不幸な転帰をたどった1例につき報告した。患者は49歳，女性で左側腹部痛，微熱にて受診。腹部 US では左腎下半分に 6 cm 大の low echoic mass を認め，CT では腫瘍内部は low density で石灰化を伴い，辺縁が遅延性に造影された。腎動脈造影では hypovascular なるもわずかに tumor stain を認めた。左腎細胞癌 T4N0M1 (lung) の術前診断で経腹膜の左腎摘除術を施行した。腫瘍は腸間膜，腸腰筋に強く癒着し，非治癒切除となった。免疫組織化学的に α -smooth muscle actin 染色，Desmin 染色ともに陽性で，腎平滑筋肉腫と診断された。術後補助療法は，家族と十分に話し合い，UFT-E 1.5 g/日内服のみとした。残存腫瘍は急速に増大し，放射線療法を行うも，3ヵ月後には腹腔内全体を占拠し，新たに肝転移が出現して術後119日目に死亡した。

経皮的腎盂腫瘍切除術の2例：小林雄一，石井健夫，菅 幸大，川村研二，宮沢克人，池田龍介，鈴木孝治（金沢医大） 腎機能温存を目的に経皮的腎盂腫瘍切除術を2例に対して行った。症例1は72歳，男性，肉眼的血尿を主訴に受診，左腎盂腫瘍の診断で左尿管全摘術施行を行った。その後尿細胞診，画像検査にて右腎盂腫瘍を認めた。単腎症例であり経皮的右腎盂腫瘍切除術を行った。症例2は84歳女性，肉眼的血尿を主訴に受診，尿細胞診，画像検査にて右腎盂腫瘍を認めた。左腎機能障害を認め機能的単腎症例であり本人，家族の希望もあり経皮的右腎盂腫瘍切除術を行った。2例とも現在まで再発，転移を認めていない。腫瘍細胞の尿路外への播種の問題や術後の経過観察の難しさなどの問題点はあるが慎重な症例選択により腎盂腫瘍に対する内視鏡治療において根治可能な症例もあることが示唆された。

腎無形成を伴う右尿管異所開口の1例：山本健郎，中島慎一，三崎俊光（市立砺波），小松和人（金沢大），寺畑信太郎（市立砺波病理） 症例は17歳，男子，主訴は排尿困難，14歳頃より排尿困難の自覚あるも放置。2002年はじめより腹圧排尿も出現し同年3月13日当科受診。超音波検査では膀胱底部正中やや右寄りに径約4 cm の隆起性病変認められ，それに連続して尿管と思われる拡張した管状構造も認められた。CT 検査では隆起性病変は cystic でありさらに右腎の欠損が認められた。MRI では嚢胞性病変と尿管と思われる管状構造は T1 にてやや high intensity，T2 では high intensity であった。3月27日膀胱鏡，経腹的嚢胞穿刺・吸引および造影検査を行い，膀胱鏡では頭部より右三角部に膀胱壁の隆起が見られ右三角部形態は消失し，右尿管口も確認できなかった。嚢胞造影で嚢胞と考えられた腫瘍は拡張尿管と判明した。造影後の CT では前立腺部に尿管下端が確認された。穿刺内容液には精子が多量に認められた。以上のことから腎無形成を伴う尿管の精路（射精管あるいは精丘部）への異所開口と診断し4月15日腹腔鏡下右尿管摘除術を施行した。摘除尿管は拡張，肥厚しており尿管の頭側断端には顕微鏡的には糸球体や尿細管の断片と思われる構造や甲状腺濾胞様所見などが見られた。

骨盤内に発生した悪性中皮腫の1例：保田賢司，森井章裕，明石拓也，藤内靖喜，水野一郎，奥村昌央，古谷雄三，布施秀樹（富山医薬

大) 症例は43歳の男性。2002年2月25日左下腹部痛, 左下肢腫脹を主訴に近医受診, DIP および CT にて後腹膜腫瘍を認め, 3月27日加療目的にて当科紹介入院となった。左骨盤内に径 10×8 cm 大の腫瘍を認め, 後腹膜腫瘍の診断にて腫瘍摘出術を試みた。腫瘍は, S 状結腸の左外側下方に位置しており後腹膜腔に存在していた。腸骨, 仙骨と強固に癒着しており, 内・外腸骨動脈を巻き込んでいたため, 切除不可能と考え針生検を行った。生検標本は, 卵円形で濃染する腫大核と好酸性胞体を有する異型細胞が密に増殖しており, 免疫組織化学では, SMA (-), カルレチニン (+), ビメンチン (+), AE1/AE3 (+), NSE (+) であり悪性中皮腫 (肉腫型) の診断を得た。現在, メトトレキサート大量療法を施行中である。

膀胱子宮瘻の1例: 栗林正人, 江川雅之, 高島 博, 今尾哲也, 越田 潔, 並木幹夫 (金沢大) 症例は28歳, 女性。2002年4月, 4回目の帝王切開術後の膀胱尿失禁を主訴に来院した。逆行性膀胱造影にて膀胱から背側への造影剤の流出を認めた。MRI 矢状断では, 造影剤の流出部位に一致して径 2 cm 大の瘻孔を認めた。膀胱子宮瘻の診断にて, 全身麻酔下に単純子宮全摘術および瘻孔閉鎖術を施行した。術後の経過は良好で, 術後3カ月を経ても膀胱尿失禁の再燃は認めなかった。本邦69例目の症例であると思われた。外科的治療に単純子宮全摘術を併用した理由については, 再発防止目的であること, および今後の育児希望が無いことが挙げられるが, 文献的には瘻孔閉鎖術のみでも良好な治療成績を収めており, 単純子宮全摘術の必要性については今後の検討が必要であると思われた。

ミューラー管遺残症候群の1例: 西尾礼文, 太田昌一郎, 野崎哲夫, 十二町 明, 永川 修, 古谷雄三, 布施秀樹 (富山医大), 菅田敏明 (福井済生会) 患者は5歳, 男児, 1997年8月前医にて左鼠径ヘルニアと両側停留精巣 (右は鼠径部に触知) の診断にて手術施行時, 腹腔内に両側精巣とともに卵管および子宮様構造物を認め, 左精巣は腫瘍が疑われ摘出, 右精巣は腹腔内に残し手術終了。その後経過観察されていたが, 2001年3月当科紹介。外性器は正常男性型で尿道下裂がなく染色体は 46XY, UG にて臈を認めないことなどからミューラー管遺残症候群の疑いにて手術施行。膀胱後面に右精巣, 子宮, 卵管, 精管を認めそれぞれの生検と右精巣固定術を行った。生検の結果それらは組織学的にも確認され, ミューラー管遺残症候群の確定診断にいたった。本症の予後としては精巣腫瘍の発生および妊孕性の低下が問題であり, 今後厳重な経過観察が必要と思われた。

陰嚢内神経鞘腫の1例: 松井 太, 小堀善友, 高島 博, 天野俊康, 竹前克朗 (長野赤十字) 左陰嚢内腫瘍を主訴に70歳, 男性が受診した。左陰嚢内に無痛性, 充実性, 弾性硬の腫瘍を触知した。精巣, 精巣上体および精管は腫瘍と区別できなかった。腫瘍は, 13×7.5×3.0 cm であり重量 285 g であった。病理組織学的には, 神経鞘

腫であった。われわれの調べた限り本邦6例目であった。

胃癌の陰嚢転移の1例: 高瀬育和, 小林忠博, 徳永周二 (舞鶴共済), 磯部芳彰 (同胃腸科), 河野真範 (氷見市民), 岡所明良 (岡所泌尿器科医院), 福田 優 (福井医大ー病理) 症例は78歳の男性で, 1997年当院外科にて胃癌に対し胃全摘除術を施行されていた。2002年3月初旬頃より陰嚢皮膚の硬化, 肥厚, 疼痛を認めるため, 3月18日当科に紹介となった。超音波検査にて肥厚した陰嚢皮膚は超音波検査にて均一なやや高エコーを示し, MRI では T2 強調像にて低信号を示し, 鮮明に造影された。3月27日陰嚢皮膚生検を施行した。病理診断は印鑑細胞を伴う低分化型管状腺癌で胃癌の転移であった。陰部皮膚への転移の報告例として自験例が本邦での2例目であり, 陰嚢皮膚への転移としては1例目であった。現在 UFT 内服にて当院外科にて経過観察中である。

再燃前立腺癌に対する Incadronate disodium の使用経験: 高島博, 溝上 敦, 今尾哲也, 江川雅之, 小松和人, 越田 潔, 並木幹夫 (金沢大) ビスフォスフォネートは骨吸収抑制剤であり前立腺癌骨転移痛に対する疼痛軽減効果や実験動物における抗腫瘍効果が報告されている。今回再燃前立腺癌患者に対し第3世代ビスフォスフォネートであるインカドロネートを使用しその効果や副作用について検討した。2001年5月から2002年4月までにインカドロネート 10 mg を2週毎に3カ月以上点滴投与した再燃前立腺癌患者15例 (D2 病期14例, C2 病期1例) を対象とした。全例去勢術の既往があるか LH-RH アナログを継続していた。PSA, 骨痛の程度, 副作用の有無について評価した。15例中2例で疼痛の軽減および PSA の低下を認めたが antiandrogen withdrawal syndrome を除外した症例はなくインカドロネートの効果を正確に評価することは困難であった。インカドロネートによる重篤な副作用は認めなかった。

精索捻転症の臨床的検討: 池田英夫, 楠川直也, 伊藤靖彦, 塚 晴俊, 守山典宏, 鈴木裕志, 秋野裕信, 金丸洋史, 横山 修 (福井医大) [目的] 精索捻転症にて手術を施行した21例の臨床的検討を行った。[結果] 発症年齢は1~27歳 (平均16歳) で思春期に集中していた。患側は右6例, 左15例であった。発症時期は冬場に, 発症時間は夜間の睡眠中に多い傾向が見られた。局所所見は, 全例陰嚢部の腫脹, 疼痛が見られたが, Prehn 徴候陽性例は少なく, 精巣挙上所見が精巣上体炎との鑑別に有用であった。手術所見では, 捻転方向は内旋が多く, 捻転解除まで24時間以上要した2例で精巣摘出を施行した。また12時間以上の2例も精巣固定を施行したが, 術後萎縮をきたした。21例中10例で前医が存在し, そのうち4例で誤診されていた。[まとめ] 精索捻転症の治療成績を向上させるためには, 患者自身の疾病に対する認識の向上はもとより他科医師の知識の再確認が必要と考える。