

第425回日本泌尿器科学会北陸地方会

(2009年9月26日(土), 於 金沢都ホテル)

神経節細胞腫と褐色細胞腫が併存した副腎髄質原発複合型腫瘍の1例：上村吉穂，福田 護，高島 博，江川雅之（市立砺波），奥村利矢（同内科），杉口 俊，丹羽秀樹（同病理） 症例は60歳代，女性。主訴は上腹部不快感。当院内科を受診し，腹部 US で右副腎腫瘍を指摘。腹部 MRI で長径 6 cm 大の右副腎腫瘍，¹³¹I-MIBG で同部位に異常集積像，血中カテコラミン高値，尿中カテコラミンおよびメタネフリン高値を認め，右副腎原発褐色細胞腫と診断。ドキサゾシン内服を開始し，腹腔鏡下右副腎摘出術を施行。術後経過は良好で，腹部症状は消失。病理組織学的検査で，神経節細胞腫と褐色細胞腫が併存した副腎髄質原発混合型褐色細胞腫と診断。混合型褐色細胞腫の報告例は少なく，われわれが調べた限りでは，本邦で15例目である。今回，若干の文献的考察を加えて報告する。

副腎皮質癌の3例：八重樫 洋，川口昌平，栗林正人，三輪聡太郎，前田雄司，北川育秀，溝上 敦，高 栄哲，並木幹夫（金沢大） 1例目は48歳，男性。下大静脈腫瘍栓を伴う 8×6.8 cm 大の右副腎腫瘍に対し，2008年12月右副腎摘除・肝右葉切除・下大静脈腫瘍塞栓摘除術施行。病理結果は副腎皮質癌で，肝浸潤を認めたが，腫瘍の露出は認めなかった。stage IV であり，術後補助療法として low dose mitotane を開始されるも，薬剤性肝炎出現により中止。経過観察の CT にて再発が確認され，横隔膜下病変に対し放射線照射施行。現在投薬なしで外来経過観察中である。2例目は57歳，男性。10×10×13 cm 大の左副腎腫瘍に対し，2009年1月左副腎腫瘍摘除+左腎・脾体尾部・脾合併切除術施行。病理結果は副腎皮質癌で，合併切除した臓器にはいずれにも浸潤は認めなかった。stage II であり，術後補助療法として low dose mitotane を開始されるも，狭心症，高 LDL-Chol 血症が出現し中止。術後 6 カ月の評価にて再発なく経過観察中である。3例目は37歳，女性。15×12×22 cm 大の左副腎腫瘍に対し，左副腎腫瘍摘除術施行。病理は副腎皮質癌 stage II であった。術後補助療法は本人の意志により行われていないが，術後 5 カ月の評価にて再発なく経過観察中である。Adjuvant mitotane の有効性については，従来より議論の対象となつてはいるものの，近年の報告により adjuvant low dose mitotane の survival benefit が示されていることから，積極的な使用が考慮される。

アンドロゲン産生副腎癌の1例：上野 悟，長坂康弘，瀬戸 親（富山県立），内山明央（同病理） 症例は20歳，女性。2009年2月不正性器出血が持続するため近医婦人科を受診。血中テストステロン異常高値のため下垂体腫瘍や副腎腫瘍を疑い当院内科へ紹介。内分泌検査所見で血中アンドロゲン高値（DHEA-S 9,880 ng/dl，テストステロン 313.4 ng/dl）を認めた。CT，MRI で左副腎に径 70 mm 大の腫瘍性病変を認め当科紹介。開胸開腹左副腎摘除術を施行しアンドロゲン産生副腎皮質癌，cT2N0M0，stage II の診断であった。病理組織学的に Weiss の指標を 6 項目満ちし悪性度が高く，若年患者でもあり，術後ミトタン 1,500 mg/日の内服を開始した。術後約 4 カ月経過し血中アンドロゲンは正常化，CT でも再発は認めていない。

経皮的塞栓術が有効であった腎動静脈奇形の1例：多賀峰克，高瀬育和，武田匡史，山本秀和，菅田敏明（福井済生会），河野真範（福井赤十字），宮山士朗，山城正司（福井済生会放射線） 症例は29歳，女性。突然の排尿困難，肉眼的血尿を認め近医受診。膀胱内に血腫を認め血腫除去術を施行された。造影 CT，動脈造影で左腎上極に拡張蛇行した異常血管，腎静脈の早期還流を認め，左腎動静脈奇形と診断され，塞栓術目的に当科紹介となった。エタノール，NBCA を用いて塞栓術を施行。Nidus の描出や静脈の早期還流は改善した。細い蛇行血管は残存していたが顕微鏡的血尿は消失した。今後，血尿再発に関する定期観察を行う予定である。

Xp11.2 転座/TFE3 融合遺伝子関連腎癌の1例：森井章裕，旦尾嘉宏，飯田裕朗，今村朋理，一松啓介，渡部明彦，藤内靖喜，小宮顕，布施秀樹（富山大），野本一博（同病理） 症例は39歳，男性。2009年7月初旬に肉眼的血尿，左腰部痛を自覚し近医泌尿器科受診。左腎腫瘍（cT4，N2）の診断にて7月24日当科紹介となった。左

上腹部に可動性のある腫瘤を触知。腹部 CT にて腎下極より最大径 7 cm の腫瘍を認め，腎門部にリンパ節腫脹を認めた。8月10日根治的左腎摘除術を施行。病理所見では HE 染色にて好酸性から clear な胞体を有する異型細胞の乳頭状増殖を認めた。HE 所見および若年であることから Xp11.2 転座/TFE3 融合遺伝子関連腎癌を疑い TFE3 の免疫染色を行ったところ TFE3 染色において核が染色され上記診断となった。

診断に苦慮した尿路結核の1例：木村仁美，風間泰蔵（済生会富山） 症例は76歳，男性。2008年1月に左下腹痛にて当科初診。CT にて左腎嚢胞，左水腎症および左腎周囲膿瘍を認めた。既往歴に肺結核症はなかった。左腎嚢胞ドレナージ，左腎瘻造設，DIP，RP，左尿管ステント留置など施行するも尿路結核と診断できず，入院後43日目に敗血症となり腎周囲膿瘍を開腹ドレナージ施行。膿瘍壁を病理に提出したところ結核性肉芽腫であった。左腎嚢胞ドレナージ，腎周囲膿瘍ドレナージからのみ結核菌が検出され，抗酸菌染色で Gaffky 1 号，PCR（+）であった。INH，RFP，EB による化学療法を開始し，ドレナージ，ステントなどすべて抜き去り2008年4月退院。外来通院にて化学療法を合計 6 カ月施行し終了した。化学療法終了後1年経過し結核の再発を見ていない。

炎症性偽腫瘍を形成したS状結腸膀胱腫瘍の1例：朝日秀樹，小橋一功（加賀市民），山口 旭（板谷医院），鈴木潮人（金沢大分子細胞病理） 症例は56歳，男性。排尿時痛・下腹部痛および難治性膿尿で精査中，浸潤性膀胱腫瘍の疑いを指摘され，精査目的に当科紹介受診した。膀胱生検で膀胱悪性腫瘍は認められず，各種の検査で瘻孔は証明できなかったが，結腸憩室炎を背景とした S 状結腸膀胱腫瘍を疑い，手術療法を施行した。S 状結腸膀胱腫瘍は膀胱に炎症性腫瘤を形成する事があり，悪性疾患の除外と瘻孔の証明の有無などが重要で，診断と治療方針の決定には検査結果を複合的に判断する必要がある。

TVT テープに生じた膀胱結石の1例：森田展代，徳永亨介，近沢逸平，菅 幸大，森山 学，宮澤克人，田中達朗，鈴木孝治（金沢医大），石井健夫（済生会金沢），喜久山明，橘 宏典（浅ノ川総合），木下英理子（金沢医大病理） TVT 手術は低侵襲の尿道スリング手術として，女性の腹圧性尿失禁の治療に対し確立されている。TVT テープに生じた膀胱結石の1例を経験したので報告する。症例は56歳，女性。腹圧時に尿漏れを自覚し受診。腹圧性尿失禁および膀胱脱と診断し，膣前壁縫縮術および TVT 手術を施行。術後7カ月後頃より排尿時痛が出現し，腹部 CT 検査および膀胱鏡にて TVT テープの露出および膀胱結石を認めた。手術は下腹部正中切開にて，膀胱外側から膀胱内からのアプローチにて結石と露出したテープを含め切除した。TVT テープの露出による結石形成は調べた限り国内では1例，海外では4例の報告のみである。膀胱穿孔がなくてもテープが露出する症例もあり，数カ月～4年の期間をかけて生じている。穿孔をしなくても結石形成を来す原因としては，膀胱筋層を貫くなどを膀胱外での操作ではなかったことで，結石が形成されたのではないかと推測する。術後の繰り返す膀胱炎に対しては，膀胱鏡による確認も必要であり，長期間経過した後に，テープが露出する場合があります。長期的な観察が必要である。

cT1a 腎細胞癌についての臨床的検討：北川育秀，八重樫 洋，島崇，川口昌平，重原一慶，栗林正人，泉 浩二，成本一隆，三輪聡太郎，宮城 徹，前田雄司，金谷二郎，角野佳史，小中弘之，溝上敦，高 栄哲，並木幹夫（金沢大） [目的] cT1a 腎細胞癌の術前診断で手術された腎細胞癌について臨床的検討を行った。[対象] 1998年1月から2008年12月までに金沢大学附属病院泌尿器科にて cT1a 腎細胞癌と診断され手術が施行された140例の腎細胞癌を対象とした。腫瘍径別に病理学的診断と臨床経過を検討した。[結果] 140例の病理学的進展度は，pT1a：129例，pT3a：9例，pT3b：2例であった。4例に診断時に遠隔転移を認めたが，これらの症例に特徴的な病理学的所見は見いだせなかった。腫瘍径 3 cm 以下の群では再発率が有意に低かったが，全例中再発による癌死症例は1例のみであり，全生存率

には差を認めなかった。

当科における尿路悪性腫瘍の臨床的検討：福田 護，上村吉穂，高島 博，江川雅之（市立砺波総合），新倉 晋（公立松任石川），三崎俊光（公立つるぎ） 1988年4月1日～2007年3月31日までに当科に入院し，その間に始めて尿路性器悪性腫瘍と診断された患者を対象とした．臨床病期別の10年疾患特異生存率は下記の通りであった．前立腺癌（388例）：Ⅰ期89.9%・Ⅱ期95.8%・Ⅲ期78.5%・Ⅳ期21.7%．膀胱癌（338例）：0a期95.6%・0is期100%・Ⅰ期91.5%・Ⅲ期36.6%・Ⅳ期20.0%．腎盂尿管癌（78例）：0a期95.5%・Ⅰ期100%・Ⅱ期100%・Ⅲ期36.3%・Ⅳ期10.3%．腎癌（140例）：Ⅰ期43.6%・Ⅱ期73.2%・Ⅲ期53.4%・Ⅳ期0%．精巣腫瘍（29例）：ノンセミノーマⅡ期の1例が他病死した以外すべての症例が再発なく生存していた．

泌尿器小細胞癌の臨床的検討：稲村 聡，棚瀬和弥，伊藤秀明，青木芳隆，楠川直也，関 雅也，岡田昌裕，大山伸幸，三輪吉司，秋野裕信，横山 修（福井大） 泌尿器科領域の小細胞癌は稀で，標準的

治療は確立されていない．1995年5月～2009年3月の間に，当施設で病理学的に小細胞癌と診断された10症例の治療経過，予後について検討した．膀胱小細胞癌は5例で，2例にCDDP+VP-16療法（PE療法）を施行し，腫瘍体積の増減に伴い，ProGRPも増減していることが確認できた．前立腺小細胞癌は4例で，1例に治療目的のPE療法を施行し，腫瘍体積の増減に伴い，ProGRP，NSEの増減が認められた．腎小細胞癌は1例で，腎摘除術後，ProGRP，NSEは減少，術後PE療法を施行し，2コース後に腫転移が認められた．その際，ProGRPのみ上昇が認められた．セカンドラインで，アムルビシン単独投与（AMR療法）を行い，転移巣縮小，ProGRP低下を認めた．小細胞癌のほとんどが肺原発で，他臓器での発生は稀である．腫瘍マーカーとして，近年ProGRPがより有用であるとの報告も散見される．当施設でも，ProGRPが治療経過の観察に有用な症例を数例経験した．肺小細胞癌ではPE療法，IP療法（CPT-11+CDDP療法），AMR療法などによる標準的治療が確立されているが，泌尿器科領域の小細胞癌については確立されておらず，予後も総じて不良であり，今後の治療法の開発が期待される．