

第 297 回  
日本泌尿器科学会岡山地方会  
プログラム・予稿集

日 時:平成 25 年 12 月 14 日(土) 学術集会:午後 2 時  
懇 親 会:午後 6 時 50 分  
場 所:おかやま三光荘  
岡山市中区古京町1丁目 7-36  
TEL (086) 272-2271

## 参加者の皆様へ

1. 受付は会場入口で行ないます。会員証に出席証明の捺印を致します。
2. 会場費として **2000 円**徴収させていただきます。
3. 一般演題は**口演時間7分**、討論3分です。時間厳守をお願いします。
4. コンピュータープレゼンテーション演題はファイルを E メール、もしくはフラッシュメモリーにコピーして、**12月12日(木)**までに、事務局に送付して下さい。動作の確認をします。もし、変更がありましたら、当日フラッシュメモリーをご持参下さい。Eメールで**8M以上の**ファイルを送付されますと、岡山大学のメールサーバーが不具合となりますので、ご遠慮下さい。
5. 事前にお送りいただいた発表スライドをやむをえず変更する場合は当日学会開始 20 分前までに差替えて下さい。
6. PowerPoint 以外のソフトで作成した図、グラフや動画を挿入している場合には、コンピューター的环境により表示されないことがありますのでご注意ください。特に動画を挿入されている場合には、コピー元ファイルも必要です。
7. 会場での質疑応答は、座長の許可を受けた上で、必ず、所属、氏名を明らかにしてからご発言下さい。
8. 懇親会場は3階和室宴会場『吉備』にて6時50分より予定しております。  
会費は 8000 円です。

\*参加単位登録カウンターを設置しております。日本泌尿器科学会会員カードを忘れずにお持ち下さい。尚、従来の参加証も証明印を押印致しますので、お持ち下さい。

\* 今回は学術集会、懇親会とも三光荘ですのでよろしくお願い致します。

### 日医生涯教育制度

単 位:4.5 単位

カリキュラムコード: 2[継続的な学習と臨床能力の保持], 8[医療の質と安全],  
15[臨床問題解決のプロセス], 28[発熱], 64[肉眼的血尿],  
65[排尿障害(尿失禁・排尿困難)], 66[乏尿], 67[多尿],  
84[その他]

## プログラム

### 一般演題

14:00～15:00

座長 江原 伸(岡山大)

- 1.当院救命救急センターにおける2013年上半期の泌尿器科疾患の臨床統計  
富永悠介、片山 聡、安東栄一、竹中 皇、近藤捷嘉(岡山赤十字)  
中村あや(岡山済生会)佐古真一(岡山労災)
- 2.右側腹部痛を契機に発見された副腎皮質癌の1例  
甲斐誠二、三枝道尚、岸 幹雄(福山市民)
- 3.対側腎に腎癌を認めた明細胞型尿路上皮癌の1例  
山下真弘、津島知靖、藤田竜二、山崎智也(岡山医療センター)  
山鳥一郎(同・病理部)
- 4.腎盂尿管癌手術における遠位尿管の確実な摘除のための工夫  
佐古真一、那須良次(岡山労災)高本 篤、杉本盛人(岡山大)
- 5.がんペプチドワクチン研究治療センターの紹介  
～呉共済病院 最新医療センター(仮)の紹介～  
光畑直喜、伊藤誠一(呉共済)佐々木なおみ(同・病理診断科)
- 6.診断に難渋した残存尿管の1例  
久住倫宏、桜本耕司、水野全裕(香川労災)

15:00～16:10

座長 津川昌也(岡山市立市民)

- 7.TUL後に発症した腎被膜下血腫の2例  
岩田健宏、小林知子、橋本英昭(岡山中央)入江 伸(児島市民)  
坂本英起(栗林)
- 8.TULにおける加圧バッグを用いた灌流システムの有用性に関する検討  
津川昌也、田端哲也、石井和史、上杉達也(岡山市立市民)
- 9.TULにおける人工透析装置による代用持続灌流装置の有用性  
石戸則孝、佐古智子、横山昌平、塩塚洋一、市川孝治、山本康雄、高本 均(倉敷成人病)
- 10.我孫子東邦病院におけるTUL初期症例の検討  
吉岡貴史、上原慎也、中西雄亮、藤尾 圭、高松正武、松本英亜、藤尾幸司(我孫子東邦)

11. 尿路変更術後の上部尿路結石に対して尿管鏡結石破砕術を施行した3例  
倉繁拓志、西山康弘、早田俊司（鳥取市立）山根 享（同・メンタルクリニック科）  
市川孝治（倉敷成人病）
12. 抗血栓療法継続下に行った経尿道的膀胱腫瘍切除術の検討  
中田哲也、河田達志、高村剛輔、西村慎吾、小武家誠（岩国医療センター）
13. 小児精索静脈瘤に対して腹腔鏡下リンパ管温存内精索動静脈結紮術を施行した3例  
今治玲助、藤田美季、向井 亘、佐伯 勇、秋山卓士（広島市民・小児外科）

## 休 憩

16:20～17:30

座長 寺井章人（倉敷中央）

14. 膀胱拡大術後35年目に利用腸管に発生した腺癌の1例  
平田啓太、福元和彦、高崎宏靖、金 星哲、高原 絢、月森翔平、海部三香子、藤井智浩、  
常 義政、宮地禎幸、永井 敦（川崎医大）
15. 骨盤内膿瘍を繰り返した後、診断に至った若年女性高分化型膀胱扁平上皮癌の1例  
田中大介、黒瀬恭平、藤田 治、眞鍋大輔、武田克治（香川県立中央）
16. 前立腺膿瘍と同時に肝膿瘍を認めた1例  
渡邊雄一（十全総合）佐々木章公（同・外科）玉井 守（同・内科）
17. 真菌性尿路感染症により尿管ステント閉塞を繰り返した1例  
村尾 航、石川 勉、新 良治、小野憲昭（高知医療センター）
18. 治療に難渋したビスホスホネート関連顎骨壊死の1例  
中村健治、酒谷 徹、木村 隆、福本哲也、岡添 誉、豊里友常、西澤恒二、井上幸治、  
寺井章人（倉敷中央）
19. 前立腺 neuroendocrine carcinoma の1例  
中塚浩一、上松克利、山田大介（三豊総合）
20. PSA 低値のまま病勢の進行を認めた前立腺癌の2例  
堀川雄平、別宮謙介、大枝忠史（尾道市民）

17:30～18:30

座長 市川孝治（倉敷成人病）

21. 精巣上体炎を契機に発見された精巣腫瘍の1例

中村あや、岸本 涼、赤澤信幸(岡山済生会)

22.術前診断に苦慮した精巣腫瘍の1例

栄枝一磨、神原太樹、明比直樹(津山中央)

23.横紋筋肉腫への分化をともなった精巣原発奇形腫の1例

岡田裕子<sup>1)</sup>、和田耕一郎<sup>1)</sup>、高本 篤<sup>1)</sup>、前原貴典<sup>1)</sup>、宗石理沙<sup>1)</sup>、定平卓也<sup>1)</sup>、田中大介<sup>2)</sup>、倉橋寛明<sup>1)</sup>、杉本盛人<sup>1)</sup>、小林泰之<sup>1)</sup>、佐々木克己<sup>1)</sup>、荒木元朗<sup>1)</sup>、江原 伸<sup>1)</sup>、渡辺豊彦<sup>1)</sup>、竹中 皇<sup>3)</sup>、那須保友<sup>1)</sup>、公文裕巳<sup>1)</sup>(<sup>1)</sup>岡山大、<sup>2)</sup>香川県立中央、<sup>3)</sup>岡山赤十字)

24.透析症例の前立腺肥大症に対するホルミウム・レーザー前立腺核出術(HoLEP)の治療経験

杉田佳子<sup>1)</sup>、設楽敏也<sup>1)</sup>、久保星一<sup>1)</sup>、佐藤直之<sup>2)</sup>、大谷寛之<sup>3)</sup>、伊原玄英<sup>3)</sup>、杉田 敦<sup>4)</sup>、志村 哲<sup>4)</sup>、平山貴博<sup>5)</sup>、藤田哲夫<sup>5)</sup>、吉田一成<sup>5)</sup>、岩村正嗣<sup>5)</sup>

(<sup>1)</sup>瀧野辺総合、<sup>2)</sup>同・腎臓内科、<sup>3)</sup>あけぼの病院・腎臓内科、<sup>4)</sup>横浜総合、<sup>5)</sup>北里大)

25.当院で施行したLRP、RALP症例をもとにしたActive surveillanceの有用性についての比較検討

宗政修平、河内啓一郎、弓狩一晃、小泉文人、枝村康平、日下信行、雑賀隆史(広島市民)

26.岡山大学泌尿器科におけるロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘術(RALP)170症例の検討

荒木元朗<sup>1)</sup>、小林泰之<sup>1)</sup>、別宮謙介<sup>2)</sup>、和田耕一郎<sup>1)</sup>、佐々木克己<sup>1)</sup>、江原 伸<sup>1)</sup>、上原慎也<sup>3)</sup>、渡辺豊彦<sup>1)</sup>、雑賀隆史<sup>4)</sup>、那須保友<sup>1)</sup>、公文裕巳<sup>1)</sup>(<sup>1)</sup>岡山大、<sup>2)</sup>尾道市民、<sup>3)</sup>我孫子東邦、<sup>4)</sup>広島市民)

18:30～18:45

日本泌尿器科学会西日本保険委員会報告

渡辺豊彦(岡山大)

津島知靖(岡山医療センター)

武田克治(香川県立中央)

赤枝輝明(津山東クリニック)

18:50～

懇親会

おかやま三光荘 3F 和室宴会場『吉備』

## 一般演題

### 1. 当院救命救急センターにおける2013年上半期の泌尿器科疾患の臨床統計

富永悠介、片山 聡、安東栄一、竹中 皇、近藤捷嘉(岡山赤十字)  
中村あや(岡山済生会)佐古真一(岡山労災)

当院は、岡山市中心部に位置する中核病院の1つである。救急センターにおいてはヘリポートも存在し、1次から3次までの救急疾患の受け入れを24時間体制で行っている。救急においては泌尿器科疾患が占める割合はそれほど多くはないと言われている。我々は、2013年1月1日から6月30日の半年間における、救急外来受診した泌尿器科疾患について検討を行った。検討項目は、主訴、年齢、性別、受診時間、1次から3次救急のいずれか、検査内容、診断名、泌尿器科コンサルトの有無、入院の有無、転帰などである。主訴は発熱、血尿、腹痛(側腹部痛、下腹部痛)が多く、年齢は9歳以下と60歳台前後の二峰性の分布を示した。性別は約60%が男性であった。診断は尿管結石や膀胱炎などの walk-in の1次救急疾患が大半を占めた。一方、入院になった疾患は尿路感染症(腎盂腎炎、前立腺炎)が多かった。救急受診後に当科でフォローされた症例は半数以下であった。

泌尿器科救急における臨床統計の報告は少なく、今後さらなる症例を増やし若干の文献的考察を加え報告する予定である。

### 2. 右側腹部痛を契機に発見された副腎皮質癌の1例

甲斐誠二、三枝道尚、岸 幹雄(福山市民)

副腎皮質癌は稀で予後不良な疾患である。われわれは出血を伴った副腎皮質癌の1例を経験したので報告する。症例は60歳代女性。前医内科で糖尿病加療中に、右側腹部痛の訴えあり、腹部超音波検査施行され、6cm大の右副腎腫瘍を指摘されていた。翌日右側腹部痛の増強あり、CTで右副腎出血を認めた。画像上明らかな動脈出血なく、同泌尿器科で保存的に加療された。貧血進行や血腫増大なく退院された。同外来での精査を予定されていたが、当科での精査加療を希望され当科受診。CTにて前医同様右副腎腫瘍と、縮小するも残存する血腫を認めた。内分泌は非活性で、MIBGシンチでの uptake はなく、MRIでは良悪性の鑑別は困難であった。副腎癌の可能性を考慮したが、出血による癒着が予想され、7月に右副腎摘除術を行った。術中所見では右腎上極との癒着が強く、電気メスにて鋭的に剥離を要した。病理組織検査で副腎皮質癌の確定診断を得た。術後経過良好にて、術後第7病日で退院。9月CTで再発を認めず、現在外来にて経過観察中である。

### 3. 対側腎に腎癌を認めた明細胞型尿路上皮癌の1例

山下真弘、津島知靖、藤田竜二、山崎智也(岡山医療センター)  
山鳥一郎(同・病理部)

#### 【症例】60歳代男性

【現病歴】2013.2月無症候性肉眼的血尿で前医泌尿器科受診。膀胱鏡で左尿管口部に非乳頭状広基性腫瘍を認め、CTで右腎細胞癌を疑う腫瘍を認めた。3月に腎機能評価目的に左腎瘻造設施行されるも左腎尿は100 ml/day程度で、腎レノグラムでも左腎は無機能腎であった。同月TURBT施行、UC,G3,T1以上の診断であった。4月、加療目的に当科紹介受診。PET-CT、MRIで左尿管下端・右腎に癌疑い、また仙骨転移を認めた。左尿管癌 cT4N0M1 stageIV・右腎細胞癌 cT1bN0M0 stage Iとして5月に左腎尿管全摘・膀胱部分切除・左内外腸骨リンパ節郭清を施行。術中所見から膀胱癌の左尿管進展と判断、病理結果はinvasive UC, pT3N2であった。追加治療について透析が必要となる積極的治療は希望せず、右腎癌は経過観察とし6月から膀胱癌・仙骨転移に対しGC化学療法・放射線療法(50Gy25回)を開始した。経過中、病理部とのディスカッション後に5月の標本を再検討し腎淡明細胞癌の膀胱・リンパ節転移と訂正されるも、明細胞型尿路上皮癌の可能性につき再考依頼し、最終的には明細胞型尿路上皮癌と再度訂正された。現在GC4コース終了し、仙骨転移は縮小し、右腎癌は不変である。

### 4. 腎盂尿管癌手術における遠位尿管の確実な摘除のための工夫

佐古真一、那須良次(岡山労災)高本 篤、杉本盛人(岡山大)

腎盂尿管癌の手術においていわゆる膀胱カフをつけて遠位尿管を確実に摘出することは重要なポイントである。当科では遠位尿管は膀胱外的に剥離して尿管口を含めて摘出してきたが時に不完全な摘出に終わっている症例を経験した。以下のように開腹に先立って経尿道的操作を行うことで遠位尿管を確実に摘除する安全で低侵襲な術式を工夫した。

1. まず、載石位で膀胱鏡、尿管口周囲に異常のないことを確認。尿管口周囲の粘膜を2～4箇所パンチバイオプシー、迅速病理を提出し浸潤のないことを確認する。
2. 切除鏡に交換し、針型電極で尿管口周囲を筋層まで十分深く凝固切開する。16 Fr.フォーリーカテーテルを留置。
3. 腎尿管全摘の場合は腎摘位とし、腰部小切開で腎を遊離、可及的下方まで尿管を悪利する。遠位尿管の摘出時には手術台をローテーションして、傍腹直小切開から遠位尿管にアプローチする。  
下部尿管部分摘除の場合には碎石位のままに小切開を置き尿管にアプローチ。
4. 電気凝固した断端が確認できるまで尿管を遠位に剥離して摘出する。粘膜はZ縫合、筋層

縫合を追加する。

いまだ試行錯誤の途中ではあるが当科での手技を供覧するとともに 2008 年 7 月以降の 39 例の腎盂尿管癌の臨床統計を報告する。

## 5. がんペプチドワクチン研究治療センターの紹介

～呉共済病院 最新医療センター(仮)の紹介～

光畑直喜、伊藤誠一(呉共済)佐々木なおみ(同・病理診断科)

当院では 2008 年内閣府の『先端医療開発特区』として、癌ペプチドワクチンの臨床研究を行ってきた。

表在性膀胱癌ワクチンの臨床研究には、23 名が参加。第 100 回日泌総会(2012 年 4 月)で岩手医大、東大医科研、シカゴ大学の共同研究で総会賞を受賞。また、進行膀胱癌への第 1/2 相癌ワクチン治験は、16 施設 32 名中の当院 5 名が参加し現在も継続中。ESMO(2013 年 9 月蘭)で発表。大腸癌・膵臓癌ワクチンの臨床研究には、21 名が参加。ASCO(2013 年 7 月)で発表。進行膵臓癌への第 3 相癌ワクチン治験は、被験者数 300 例中の当院 11 症例実施予定で、現在 7 名が参加し治験は継続中。中皮腫ワクチンは、2011 年より当院で腫瘍特異的標的分子の解析実施、病理学会総会(2013 年 6 月)で発表。5 種のワクチンとして、シカゴ大で実施予定。来春にも進行膀胱癌と表在性膀胱癌 BCG failure に対する 5 種のカクテル癌ワクチンとして、日本・EU による国際共同治験が開始。

またシカゴ大、東大医科研、東京女子医大、長崎大と腎移植の免疫抑制剤の応答性に関わる遺伝子多型解析の研究を展開中。癌免疫と移植免疫における個々の多様性を遺伝子レベルで瞬時に定量の解析を試みる世界で最先端の研究を、シカゴ大、ジョンズホプキンス大、東大医科研と共同し、T-cell レポートリー解析を近日実施。当院、ジョンズホプキンス大は IRB 通過。

## 6. 診断に難渋した残存尿管の 1 例

久住倫宏、桜本耕司、水野全裕(香川労災)

症例は 56 歳女性。既往歴に 30 年前に右腎のう胞切除術をしている。現病歴は本年 6/28 早朝よりの外尿道部痛で他院より紹介となる。触診で右膣壁に圧痛を伴う膨隆する腫瘍を触知した。超音波検査で右膣壁下に嚢胞を認め、膀胱鏡検査では軽度膀胱瘤を認めたのみであった。CT で右骨盤壁と尿管に沿った管状腫瘍を認め、子宮膀胱間で盲端となっている。MRI でも管状腫瘍と周囲の炎症像を認めた。婦人科疾患も考慮したが、腫瘍が尿管と並走しており、まず尿管奇形を疑い、腫瘍感染で入院の上抗菌剤治療を開始した。感染が改善したため、7/11 に骨盤内腫瘍切除術を施行した。術中には膀胱や膣への交通は確認できなかった。病理結果で尿管組織と診断された。子宮奇形等婦人科疾患と判断に難渋した症例を経験したので報告する。



## 7. TUL 後に発症した腎被膜下血腫の 2 例

岩田健宏、小林知子、橋本英昭(岡山中央) 入江 伸(児島市民)  
坂本英起(栗林)

**【症例1】**30代、男性。長径 17mm 大の左 R3 結石に対して ESWL9 回施行するも、砕石不良のため、rTUL を施行。手術時間 57 分。結石は固着しており、リソクラスト、把持鉗子を用いて固着片をはがした。術中造影にて溢流ないことを確認し、尿管ステントを留置し終了した。術後より高度の肉眼的血尿を認めていたが、徐々に軽快。背部痛、嘔気は持続していた。術翌日、一時的に意識消失あり、精査目的に施行した CT にて左腎被膜下血腫、後腹膜血腫を認めた。採血にて貧血を認めていたため、輸血療法を開始。安静にて貧血の進行なく、保存的に経過をみた。

**【症例2】**50代、男性。長径 18mm 大の左 U3 結石に対して、rTUL を施行。手術時間 2 時間 14 分。術中大きな合併症なく、尿管ステントを留置し終了した。

術直後より高度の肉眼的血尿あり。術翌日、ふらつき、嘔気あり、離床できず、採血にて Hb10.8 まで低下あり、血圧も 90 台と低下を認めた。その後 Hb6.5 まで低下を認めたため、術後 3 日目に CT 施行し、左腎被膜下血腫、後腹膜血腫を認めたため、出血性ショックの診断にて輸血療法を開始。その後血圧安定し、貧血の進行もなく、保存的に経過をみた。

**【考察】**腎被膜下血腫は ESWL に多い合併症であるが、TUL 後も発生する可能性がある。TUL 後に発生した腎被膜下血腫に関して文献的考察を加えて報告する。

## 8. TUL における加圧バッグを用いた灌流システムの有用性に関する検討

津川昌也、田端哲也、石井和史、上杉達也(岡山市立市民)

**【目的】**2012 年 5 月に TUL 時の灌流を注射用シリンジによる用手的灌流(用手的システム)から経腸栄養剤投与用の加圧バッグを用いた灌流(加圧バッグシステム)に変更した。今回、加圧バッグシステムの有用性について検討した。

**【対象と方法】**2010 年 5 月から 2013 年 10 月末までに用手的システムで TUL を施行した 47 例、加圧バッグシステムで TUL を施行した 61 例を対象とした。stone free rate (SFR)、合併症の発症頻度を比較した。また、加圧バッグシステムでは腎機能も検討した。

**【結果】**用手的システム群の年齢の中央値は 63 歳で、尿管結石 35 例、腎結石 12 例であった。各々の SFR は 94.3, 75.0%であった。一方、加圧バッグシステム群の年齢の中央値は 63 歳で、尿管結石 42 例、腎結石 19 例であり、各々の SFR は 97.6, 68.4%であったが、両群間に有意差は認めなかった。また、合併症として有熱性腎盂腎炎を用手的システム群に 1 例、加圧バッグシステム群に 4 例認めたが、有意差は認めなかった。さらに、加圧バッグシステム群で手術前後の s-Cr の

中央値は各々 0.95, 0.88 mg/dl、eGFR の中央値は 61.0, 64.5 ml/min/1.73m<sup>2</sup>といずれも術後に有意な改善を認めた。

【考察】以上より、加圧バッグシステムは安価で、灌流のために助手の労力を必要としない有用な灌流システムと考える。

## 9. TUL における人工透析装置による代用持続灌流装置の有用性

石戸則孝、佐古智子、横山昌平、塩塚洋一、市川孝治、山本康雄、高本 均(倉敷成人病)

【諸言】TUL 術中における安定した視野を確保するためには、持続灌流装置が有用であるが、高額な導入コストが発生する。持続灌流装置がない施設においては、助手は手術の大半を灌流作業に従事するため、鉗子操作などの手術補助は困難となる。手術スタッフに対する灌流操作の負担を軽減する目的で、代用可能な持続灌流装置の導入について検討した。持続灌流機器は、注入流量や限界注入圧力が設定でき、灌流圧がリアルタイムで表示され、ローラーポンプ方式である。【対象と方法】人工透析装置は持続灌流機器に必要な条件を満たすため、使用されなくなった人工透析装置を代用持続灌流装置として使用した。倫理委員会の承認を得たのち、代用持続灌流装置を用いて腎盂内圧を測定し、灌流量と灌流圧との評価を行った。安全性が確認された上で、TUL 術中に、熟練した臨床工学技士が代用装置を作動し、持続灌流を行った。【結果】結石破碎・抽石に必要な最低限の灌流圧で良好な視野が確保されるため、術者は手術に集中することが可能になり、安全で迅速な TUL が可能になった。【考察】市販されている持続灌流装置は、装置本体のみならず消耗品も高価であり、点数加算が無いため広く普及していない。持続灌流装置の概要を熟知した専門スタッフと泌尿器科医師とが協力できる環境であれば、代用持続灌流装置を用いた TUL の普及が可能であると考えられた。

## 10. 我孫子東邦病院における TUL 初期症例の検討

吉岡貴史、上原慎也、中西雄亮、藤尾 圭、高松正武、松本英亜、藤尾幸司(我孫子東邦)

【背景】2013 年に尿路結石診療ガイドラインが改訂され、上部尿路結石の治療として経尿道的尿管結石破碎術 (TUL) の適応が拡大し、今後も症例数の増加が予想される。当院においても、2012 年 2 月より TUL を開始した。今回初期症例についての検討を行ったため報告する。【対象、方法】2012 年 1 月から 2013 年 9 月までの 20 ヶ月間に当院で施行した TUL 116 例について後ろ向きに検討した。【結果】TUL を施行した 116 例中、単一結石が 84 例、複数結石が 32 例であった。尿管結石は上部、中部、下部尿管の順にそれぞれ 56、26、27 例であり、腎結石は上、中、下腎杯、UPJ の順にそれぞれ 5、15、11、15 例であった。結石長径中央値は 9.3mm、手術時間中央値は 70 分、Total SFR は 95.2%であった。1 例に尿管損傷、13 例に術後発熱を認めたが、ステント留置、抗生剤投与で改善を認めている。その他重篤な合併症は認めなかった。【結語】重篤な合併症無く、安全かつ高 SFR を維持した TUL を行うことが出来ている。今後も引き続き症例を重

ねていく。

#### 11. 尿路変更術後の上部尿路結石に対して尿管鏡結石破砕術を施行した3例

倉繁拓志、西山康弘、早田俊司（鳥取市立）山根 享（同・メンタルクリニック科）  
市川孝治（倉敷成人病）

**【症例1】**61歳男性。2001年他院で膀胱全摘除術、回腸新膀胱（Hautmann法）造設術を施行。2013年3月嘔気、腹痛を主訴に前医を受診。左尿管下端に尿管結石を認め4月当科紹介となった。左尿管下端に5mm大の尿管結石、左中腎杯に2mm大の腎結石を認め、TULを施行した。左尿管口は浮腫状に膨隆していたが左後側壁寄りに同定でき、逆行性に通常の手技で結石を摘出した。

**【症例2】**47歳男性。2005年膀胱全摘除術、回腸導管造設術を施行。2009年9月腰痛、発熱のために再診。左尿管下端に3mm大の尿管結石、左下腎杯に5mm大の腎結石を認め、結石性腎盂腎炎を加療後、尿管鏡下結石破砕術を施行した。逆行性に導管内の尿管口の確認は困難であったため、経皮的にガイドワイヤーを順行性に挿入し、ストーマから体外に導いた。ガイドワイヤー補助下に逆行性に軟性尿管鏡を挿入し、結石を摘出した。

**【症例3】**79歳男性。2001年他院で膀胱全摘除術、両側尿管皮膚瘻造設術を施行。両側尿管カテーテルの定期交換を行っていたが、結石の加療目的で2007年9月当科紹介となった。右腎尿管に最大28mm大、左腎尿管に最大15mm大の多発結石を認めた。ストーマより逆行性に尿管アクセスシースを挿入し、3回に分けて尿管鏡下にstone freeとした。

尿路変更後の上部尿路結石に対する治療法について文献的考察を加えて報告する。

#### 12. 抗血栓療法継続下に行った経尿道的膀胱腫瘍切除術の検討

中田哲也、河田達志、高村剛輔、西村慎吾、小武家誠（岩国医療センター）

近年、高齢人口増加の影響をうけ抗血栓薬内服患者が泌尿器科手術を受ける機会は増加している。抗血栓薬の休薬は脳・血管疾患発症のリスクを高めることになるが、その周術期管理は泌尿器科領域において十分に定まっていない。今回、当科で行った経尿道的膀胱腫瘍切除術（以下、TURBT）で、周術期に抗血栓症療法を継続した症例を後ろ向きに検討した。2011年4月1日から2013年10月31日の間に行われたTURBTで、術前の抗血栓療法をそのまま継続した症例34例を対象とした。結果：年齢64～94歳（中央値79）、性別（男性28例、女性6例）、BMI17.8～33.2（中央値23.4）、ASA PS（2/16例、3/18例）、抗血栓療法（1剤使用/18例、2剤使用/11例、3剤使用/5例）、手術時間（0:09～1:55、中央値0:38）、Hgb変化率（-20.0%～12.4%、中央値%-5.3）、入院期間（4～41日間、中央値10）、尿道カテーテル留置期間（1～34日目に抜去、中央

値 6)、周術期に脳・心血管イベントの発症はなかった。特発性血小板減少性紫斑病を有する一例において後出血を発症し輸血療法を必要とした以外は、手術に関連する出血性合併症を認めなかった。結語: TURBT は低危険手術であり、十分に術中止血を行えば抗血栓療法を継続しながらの手術は可能である。

### 13. 小児精索静脈瘤に対して腹腔鏡下リンパ管温存内精索動静脈結紮術を施行した 3 例 今治玲助、藤田美季、向井 亘、佐伯 勇、秋山卓士(広島市民・小児外科)

**【はじめに】**我々は従来小児精索静脈瘤に対し腹腔鏡下内精索静脈結紮術を施行し、術後 9 例全例で静脈瘤は一旦消失したが 1 例に再発、1 例に顕著な陰嚢水腫を認めている。今回、再発・合併症軽減のため腹腔鏡下リンパ管温存内精索動静脈結紮術を 3 例に施行し良好に経過しているため報告する。

**【症例】**症例 1: 13 歳、男児。10 歳頃より左陰嚢腫瘍に気づいた。13 歳で当科初診時、4.3mm の静脈拡張、立位での逆流を伴う左 Grade2 精索静脈瘤を認めた。手術は左側腹部拳上位、3 ポートで行った。精巣動静脈をテーピングした後、陰嚢にインジゴカーミン 5ml を注入し、描出されたリンパ管を温存し精巣動静脈を結紮切離した。術後 1 年 6 か月を経過し再発・陰嚢水腫の発生なく良好に経過している。

症例 2: 12 歳、男児。11 歳時左陰嚢腫瘍に気づき近医より当科紹介となった。左 Grade2 静脈瘤を認め増大傾向となり本法を施行した。リンパ管が明瞭に描出され温存した。術後陰嚢腫瘍は消失し静脈拡張は改善した。

症例 3: 11 歳時に左陰嚢腫瘍に気づき当科紹介となった。外来経過観察中 Grade 3 に増悪し左精巣萎縮傾向となったため本法を施行した。術後 6 か月経過し良好に経過している。

**【考察】**腹腔鏡下精巣動静脈結紮術は高い陰嚢水腫発生が報告されているがリンパ管を選択的に温存することにより陰嚢水腫の発生が抑止できる可能性があることが示唆された。

### 14. 膀胱拡大術後 35 年目に利用腸管に発生した腺癌の 1 例

平田啓太、福元和彦、高崎宏靖、金星哲、高原 絢、月森翔平、海部三香子、藤井智浩、常 義政、宮地禎幸、永井 敦(川崎医大)

症例は 69 歳、男性。他院にて 12 歳時に腎結核にて左腎摘除術、35 歳時に膀胱結核による萎縮膀胱に対して当院で腸管利用の膀胱拡大術及び逆流防止術を施行されていた。その後外来で尿道狭窄に対して不定期に尿道拡張を施行していた。2011 年 9 月に尿道拡張後も排尿症状の改善が乏しかったため膀胱鏡を施行したところ、膜様部尿道、前立腺部尿道、膀胱内腸管利用部に乳頭状腫瘍を認め、翌月に TUR-BT を施行し腺癌を検出した。小腸粘膜から腺癌が発生し前立腺部へ進展しており、2012 年 2 月に膀胱尿道全摘除術及び尿管皮膚瘻造設術を施行した。病理学的には尿路上皮癌は認めず、腺癌(腸型)のみであった。現在、術後 1 年 9 ヶ月経過

し、明らかな再発は認めていない。膀胱拡大術後の悪性腫瘍の発生は5.5%との報告があり長期間の定期的な経過観察が必要とされている。今回、当院で経験した膀胱拡大術後35年を経て膀胱内に悪性腫瘍を来した症例を今までの報告例とともに報告する。

#### 15.骨盤内膿瘍を繰り返した後、診断に至った若年女性高分化型膀胱扁平上皮癌の1例 田中大介、黒瀬恭平、藤田 治、眞鍋大輔、武田克治(香川県立中央)

症例は27歳、女性。2012年9月下腹部痛、熱発あり前医受診。膀胱右壁肥厚・両側水腎症認め、右尿管ステント留置および経尿道的膀胱生検するも扁平上皮化生のみであった。10月MRIにて骨盤内膿瘍疑われ、穿刺ドレナージ術行ったがドレン抜去症状再燃し、開放ドレナージ術行った。処置後も症状再燃、画像上も増悪認められたため膀胱全摘術勧められるも本人受け入れられず4月当院紹介となった。転院後抗菌薬投与を行い、皮膚瘻孔切除・骨盤内膿瘍 debridement・膀胱全層生検・尿管ステント交換を行った。膀胱全層生検の病理所見では悪性所見を認めなかった。ドレン留置し生食洗浄継続、抗菌薬投与にて加療を行った。症状改善認め退院となるも、6月ドレン痕部より壊死物質の排出を認め再入院となった。開腹ドレナージ術・両側腎瘻造設術行ったところ膿瘍は少量であったが多量の壊死物質を認めた。前医で行われた膀胱生検の病理組織を再検討したところ、高分化型扁平上皮癌の可能性を指摘された。SCC高値示しており7月膀胱部分切除術・右尿管膀胱新吻合を行った。病理所見は高分化型膀胱扁平上皮癌であった。骨盤壁浸潤認め術後CDDP併用放射線療法を行った。SCCは低下傾向あり現在経過観察中である。

#### 16.前立腺膿瘍と同時に肝膿瘍を認めた1例 渡邊雄一(十全総合)佐々木章公(同・外科)玉井 守(同・内科)

69歳男性。67歳時に軽症糖尿病を指摘されていた。2日前からの39度台の発熱、排尿困難、排尿時痛にて2011年11月29日受診。膿尿を認め、採血検査では胆道系酵素の異常があり、CRPは21.97mg/dlに上昇していた。血糖は150mg/dl、HbA1c(NGSP値)は6.7%であった。腹部単純CTでは前立腺の腫大、肝には境界不明瞭な径3cmと4cmの2個の腫瘤を認めた。まずは急性前立腺炎の診断で当科入院となり、SBT/CPZの投与を開始した。入院後2日目の造影CTでは前立腺膿瘍および肝膿瘍の所見で右胸水、腹水の増加も認めた。同日前立腺のドレナージのためTUR-Pを施行した。肝膿瘍も保存的治療での治癒は困難で、17日目に経皮的膿瘍穿刺ドレナージを施行した。その後、薬剤性と思われる間質性肺炎や左気胸などを来したが、治療により

いずれも治癒可能で入院後 99 日目に退院となった。尿、血液、前立腺膿瘍、肝膿瘍の培養結果はいずれも肺炎桿菌であった。前立腺膿瘍と肝膿瘍との関連の有無などについて、若干の文献的考察を加え報告する。

#### 17. 真菌性尿路感染症により尿管ステント閉塞を繰り返した 1 例

村尾 航、石川 勉、新 良治、小野 憲昭(高知医療センター)

症例は 43 歳、女性。高度肥満(BMI 45.7)認め、子宮頸癌にて放射線治療歴があった。尿管狭窄に伴う両側水腎症および腎機能障害を認め、左尿管ステント留置術を施行した。このとき右尿管口は確認できなかった。腎機能は改善していたが、術後 8 ヶ月で腎機能の悪化、左水腎症の再燃を認めた。左尿管ステント交換施行したが、尿混濁著明であり、尿管ステントは閉塞しており、尿培養では *Candida albicans* のみが検出された。その 3 ヶ月後に再度尿管ステント閉塞を認め、再度交換施行するも腎機能は軽度改善のみであり、1 週間後に右尿管ステント留置を追加した。真菌感染による影響を考慮しフルコナゾール(FLCZ)投与開始したが、その 1 週間後に再々度左水腎症の再燃、腎機能悪化を認めた。FLCZ 投与継続のうえ両側尿管ステント交換施行したところ、腎機能は改善した。その後は FLCZ 内服継続して経過観察中であるが、腎機能の悪化や水腎症の再燃を認めていない。

真菌性尿路感染症は免疫力の低下した症例に発症し、原因菌としては *Candida* 属が多いといわれている。今回の症例ではステント留置を契機に膀胱内に *Candida albicans* が定着し、ステント閉塞を繰り返したものと推測される。ステント留置患者の真菌性尿路感染症には閉塞の危険性がある事を念頭に置き、長期の抗真菌薬の投与も検討すべきと考えられた。

#### 18. 治療に難渋したビスホスホネート関連顎骨壊死の 1 例

中村健治、酒谷 徹、木村 隆、福本哲也、岡添 誉、豊里友常、西澤恒二、井上幸治、寺井章人 (倉敷中央)

65 歳男性。2008 年 12 月に排尿困難、全身浮腫を主訴に来院。PSA:1619ng/ml であり、前立腺生検・CT・骨シンチ施行し、adenocarcinoma、グリソンスコア 4+4、cT3bN1M1(多発リンパ節転移、肺・骨転移)と診断。CAB 療法を開始し 2009 年 6 月に PSA:0.46ng/ml まで減少したが、その後上昇。2009 年 11 月に歯科受診にて歯周病を指摘され抜歯施行。2 ヶ月経過した 2010 年 1 月にビスホスホネート製剤使用し、PSA:20.1 ng/ml となり、低用量ドセタキセル療法(50mg/body)を開始。

その後、PSA はほぼ横ばいで推移していたが、歯根周囲より排膿と疼痛が持続し、2011年11月にビスホネート関連顎骨壊死の診断。近医口腔外科で腐骨除去、抜歯施行したが、口腔内瘻孔形成、下顎骨骨折・偏位あり、定期洗浄およびシーネ固定施行されていた。2013年6月に口腔内からの出血が止まらず、当院受診され、TAE 施行。2013年8月に当院形成外科で皮弁を用い左下顎瘻孔閉鎖術施行。2013年9月に皮膚・口腔内瘻孔再発し食思不振のため入院。口腔内感染、誤嚥性肺炎のために胃瘻造設したところ、栄養状態の改善を認め、2013年11月に自力歩行可能な状態となり退院となった。適正に使用しても、生命を脅かす重篤なビスホネート関連顎骨壊死が発生することがあり注意が必要である。

#### 19.前立腺 neuroendocrine carcinoma の1例

中塚浩一、上松克利、山田大介(三豊総合)

前立腺正常組織には neuroendocrine cell が存在していることが知られているが、前立腺癌にもその存在が報告されており、前立腺 neuroendocrine carcinoma はホルモン抵抗性であり予後は極めて不良である。今回我々は前立腺 adenocarcinoma のホルモン療法中に neuroendocrine carcinoma への転化を認めた症例を経験したので報告する。

症例は85歳男性。2010年10月排尿困難を主訴に受診した。初診時 PSA47.9ng/ml と高値であり、前立腺生検で GS4+4 の adenocarcinoma を認め、画像評価で c T3bN1M0 stageD1 と診断した。その後 combined androgen blockade 療法開始したが、ビカルタミドによる肝障害が出現し、LH-RH アゴニスト単独で治療を継続した。PSA は順調に推移していたが、2013年2月尿閉が出現。その時点での CT ではリンパ節を含め転移病変認めなかった。尿閉解除および病理検査目的に TURP を施行し、自力排尿可能となったが、病理検査で neuroendocrine carcinoma が検出された。前立腺部に放射線外照射計 70Gy 行い、その後 PSA0.01ng/ml 以下で推移していたが、同年11月に左腸骨転移が出現。同部生検で neuroendocrine carcinoma, 前立腺からの転移と確認された。現在、骨転移に対し放射線治療中である。

#### 20.PSA 低値のまま病勢の進行を認めた前立腺癌の2例

堀川雄平、別宮謙介、大枝忠史(尾道市民)

症例1:70歳代、男性、全身倦怠感を主訴に内科を受診。CT で前立腺腫瘍、リンパ節腫大、腰椎多発転移を認め、また一部脊柱管内に進展していたため、当科紹介。PSA474、前立腺癌 cT4N1M1ab と診断。腰椎へ放射線治療施行、前立腺生検と両側精巣摘除術施行。病理は低分化型前立腺癌、GS5+4、CAB を開始。PSA は 0.05 程度にコントロールされていたが、排尿障害、排尿痛、陰茎の硬結を認め、CT,MRI を撮影。陰茎転移、リンパ節腫大の増悪、右水腎症など認

めたため、右腎瘻造設術を施行、再生検の結果、現在ドセタキセルを投与中である。  
症例 2:70 歳代、男性、肉眼的血尿を主訴に当科受診。PSA5.26、膀胱鏡にて前立腺部尿道と膀胱頸部に非乳頭状腫瘤を認め、TUR-Bt+前立腺生検を施行。PSA 発現が低下した腺癌であり、当初は膀胱原発腺癌の疑いもあったが TUR-Bt+前立腺生検を 2 回行った結果、低分化型前立腺癌、GS4+5、cT4N0M0 と診断。CAB を開始し、PSA は 0.02 まで低下したが、膀胱頸部腫瘤の増大、両側水腎を認めたため、右腎瘻造設術施行。再生検の結果、ドセタキセルの投与を開始、原発の腫瘤は縮小傾向であるが、新たに多発骨転移を認め、脊椎への放射線治療を検討中である。

## 21. 精巣上体炎を契機に発見された精巣腫瘍の 1 例

中村あや、岸本 涼、赤澤信幸(岡山済生会)

症例は 51 歳男性。数日前から続く発熱及び右陰嚢痛を主訴に当院救急外来受診。来院時、右陰嚢内容腫大及び WBC11800/ $\mu$ l、CRP6.190mg/dl と炎症反応高値を認め、急性精巣上体炎として抗菌薬投与された。その際の CT にて精巣腫瘍の可能性を指摘されたため、翌日当科紹介受診となった。エコー上精巣と精巣上体の境界は不明瞭で、いくつかの隔壁を伴った腫瘤を認め、MRI 上も陰嚢内容に 64×58mm 大の内部不均一な腫瘤を認めたが、炎症か精巣腫瘍かの確定診断には至らなかった。また、精巣腫瘍マーカーは陰性であった。即日入院の上、抗菌薬加療を開始し、陰嚢痛は比較的速やかに軽快するも、陰嚢内容腫大は変化なかった。炎症治癒後再度 MRI 施行したが、腫瘤に変化は認めず、確定診断には至らなかったが、精巣腫瘍を強く疑い、第 14 病日に高位精巣摘除術を行った。病理組織学的には seminoma であった。  
今回我々は精巣上体炎を契機に発見された精巣腫瘍の一例を経験した。精巣腫瘍の主訴としては無痛性の陰嚢内容腫脹が多いとされるが、時に痛み及び発熱を伴うことがあり、注意深い診断が求められる。本症例について、若干の文献的考察を加えて報告する。

## 22. 術前診断に苦慮した精巣腫瘍の 1 例

栄枝一磨、神原太樹、明比直樹(津山中央)

症例は 22 歳男性。1 年ほど前から左精巣内の硬結を自覚していたが放置していた。大きさは変わらないものの触ると時々痛みがあったため、紹介医を受診。精巣腫瘍を疑われ、当科紹介となった。触診では左精巣に軽度圧痛を伴う硬結を触れ、US では左精巣内に不整な mass を認めた。各腫瘍マーカーは正常値であった。CT、MRI では、左精巣内に 1.5cm 程度の内部均一な嚢胞



状構造を認め、典型的な精巣腫瘍ではなく、単純性嚢胞や類表皮嚢胞などが鑑別に挙がった。また、転移は認めなかった。精巣悪性腫瘍が否定できないため、十分な I.C を行った上で、高位左精巣摘除術を行った。術中、癒着などは認めず、摘出標本は硬結部は平滑で黄白色、その周囲は正常精巣であった。組織結果は類表皮嚢胞で、悪性所見は認めなかった。類表皮嚢胞は良性腫瘍で、全精巣腫瘍のうち約 1%と言われている。今回、稀な精巣腫瘍の一例を経験したので、若干の文献的考察を加え、報告する。

### 23.横紋筋肉腫への分化をともなった精巣原発奇形腫の 1 例

岡田裕子<sup>1)</sup>、和田耕一郎<sup>1)</sup>、高本 篤<sup>1)</sup>、前原貴典<sup>1)</sup>、宗石理沙<sup>1)</sup>、定平卓也<sup>1)</sup>、田中大介<sup>2)</sup>、倉橋寛明<sup>1)</sup>、杉本盛人<sup>1)</sup>、小林泰之<sup>1)</sup>、佐々木克己<sup>1)</sup>、荒木元朗<sup>1)</sup>、江原 伸<sup>1)</sup>、渡辺豊彦<sup>1)</sup>、竹中皇<sup>3)</sup>、那須保友<sup>1)</sup>、公文裕巳<sup>1)</sup>(<sup>1)</sup> 岡山大、<sup>2)</sup> 香川県立中央、<sup>3)</sup> 岡山赤十字)

症例は 39 歳、男性。5ヶ月前からの右陰嚢腫大を主訴に近医を受診、右精巣腫瘍の疑いで前医紹介となった。右精巣は約 7cm 大に腫大し、多発肺腫瘍および傍大動脈リンパ節腫大を認めた。腫瘍マーカーは LDH 467 U/L と上昇を認めたが、HCG、AFP は基準範囲内であった。同日右高位精巣摘除術を施行、病理結果は一部横紋筋肉腫を伴う奇形腫 98%と胎児性癌 2%で、右精巣腫瘍 pT2N2M1bS2 stage IIIB と診断された。化学療法目的に当科紹介となり、BEP 療法を 4 コース施行した。LDH は 1 コース目で正常化し、多発肺転移は RECIST 82.4%縮小、傍大動脈域リンパ節は 70%縮小、PET/CT では明らかな FDG の集積は認めなかった。化学療法終了後 40 日で後腹膜リンパ節郭清術を行い、病理組織学的診断で腫瘍細胞の残存を認めなかったため経過観察の方針となったが、術後 1ヶ月目に激しい頭痛を主訴に当院を受診した。化学療法終了後の CT で異常を認めていなかった頭部に、MRI で 4cm、6cm の脳転移を 2カ所認めた。脳腫瘍摘出術を施行したところ、病理結果は右精巣腫瘍でみられた横紋筋肉腫とほぼ同一の組織像であった。さらに、脳転移術後 3 週間で新たな脳転移が出現し、現在治療を検討中である。

横紋筋肉腫への分化をともなった精巣原発奇形腫は稀であるため、文献的考察を含めて報告する。

### 24.透析症例の前立腺肥大症に対するホルミウム・レーザー前立腺核出術(HoLEP)の治療経験

杉田佳子<sup>1)</sup>、設楽敏也<sup>1)</sup>、久保星一<sup>1)</sup>、佐藤直之<sup>2)</sup>、大谷寛之<sup>3)</sup>、伊原玄英<sup>3)</sup>、杉田 敦<sup>4)</sup>、志村 哲<sup>4)</sup>、平山貴博<sup>5)</sup>、藤田哲夫<sup>5)</sup>、吉田一成<sup>5)</sup>、岩村正嗣<sup>5)</sup>

(<sup>1)</sup> 刈野辺総合、<sup>2)</sup> 同・腎臓内科、<sup>3)</sup> あげぼの病院・腎臓内科、<sup>4)</sup> 横浜総合、<sup>5)</sup> 北里大)

【緒言】前立腺肥大やそれに伴う LUTS は 50 歳代より顕著になるとされ、透析症例でも例外ではない。しかし、様々な合併症から周術期管理が困難とされ保存的治療が選択される傾向がある。今回我々は、前立腺肥大症(BPH)と診断された透析症例にホルミウム・レーザー前立腺核出術(HoLEP)を施行し、その治療効果および安全性について報告する。【症例】BPH の診断で HoLEP を施行した 5 例中 4 例で尿閉、1 例は残尿感、排尿時痛を主訴とした。平均年齢は 72.4 歳(68-75 歳)、平均術前推定体積は 35.5ml(20.2-48.9ml)、平均一日尿量は 420ml(100-700ml)。HoLEP は全例抗凝固剤継続下で行い、平均腺腫核出時間は 56.6 分(22-130 分)、平均核出重量は 11.6g(1-27g)、術前後の Hb 低下は平均 1.88g/ml(0-5.1g/ml)。術前後の IPSS, QOL スコアの平均低下率は 80%(70-91%)、69%(50-83%)。【考察】BPH やそれに伴う排尿障害は透析の有無や尿量に関係なく存在するが、多くの症例で保存的治療が選択されている。外科的治療は根治的であり、特に抗凝固剤継続下で施行可能な HoLEP は出血量が少なく、十分な治療効果を得ることができる。故に透析症例の BPH に対する治療法の一つとして HoLEP は一考に値すると思われる。

## 25.当院で施行した LRP、RALP 症例をもとにした Active surveillance の有用性についての比較検討

宗政修平、河内啓一郎、弓狩一晃、小泉文人、枝村康平、日下信行、雑賀隆史(広島市民)

目的: 限局性前立腺癌の治療方針の一つに Active surveillance (AS)があるが、その有用性が提唱される一方で、ASを選択可能とされる症例において、より Active な病変を有する可能性が否定できない。そこで我々は、前立腺全摘症例における標本を再評価した。

対象および方法: 2011 年 4 月～2013 年 9 月までに当院で施行した LRP141 例、RALP100 例のうち、AS 可能と考えられる症例(PSA ≤10ng/ml、生検陽性本数 < 3 本、Gleason Score ≤6、T1c or T2 を満たす LRP7 例、RALP11 例)について全摘標本と術前のリスクファクターを比較検討することで、AS の有用性を検討した。

結果: 全 32 例のうち 15 例(46.9%)が Gleason Score の上昇を認め、そのうち 4 例(12.5%)は High risk に該当する症例であった。pT3 以上に上昇した症例は RALP で 1 例(3.1%)認めた。

結論: 以上より、AS 症例の中には High risk な症例が 15%程度含まれていることがあり、その適応をより吟味していく必要がある。また、予後への影響について等若干の文献的考察を加えて報告する。

## 26.岡山大学泌尿器科におけるロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘術(RALP)170 症例の検討

荒木元朗<sup>1)</sup>、小林泰之<sup>1)</sup>、別宮謙介<sup>2)</sup>、和田耕一郎<sup>1)</sup>、佐々木克己<sup>1)</sup>、江原 伸<sup>1)</sup>、上原慎也<sup>3)</sup>、渡辺豊彦<sup>1)</sup>、雑賀隆史<sup>4)</sup>、那須保友<sup>1)</sup>、公文裕巳<sup>1)</sup> (<sup>1)</sup>岡山大、<sup>2)</sup>尾道市民、<sup>3)</sup>我孫子東邦、<sup>4)</sup>広島市民)

[緒言]当科におけるロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘術(RALP)の検討を行った。[対象と方法]平成22年10月から平成25年9月に行われたRALP170例についてその手術成績、トラブルシューティングについて検討した。コンソールサージョンは合計9名であった。[結果]患者の平均年齢は67(50-77)歳で術前平均PSAは9(1-48)ng/mLであった。平均出血量は50(10-1000)ccで同種輸血例はなかった。平均コンソール時間は170(60-429)分であり新しい術者の導入もスムーズに行われた。断端陽性率は $\leq$ pT2 23%, pT3 46%であった。尿禁制は術後3ヶ月で61%, 12ヶ月で92%と良好であった。Clavien grade 3以上の合併症として右下肢コンパートメント症候群を1例、リンパ漏1例を認めた。直腸損傷はなかった。[結論]手術成績、合併症は諸家の報告と較べ遜色なく、新しい術者の導入もスムーズで安全なRALP導入ができています。