

第 309 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 28 年 12 月 10 日（土）
学術集会：午後 2 時～
場 所：地域医療人育成センターおかやま
MUSCAT CUBE 3F MUSCAT Hall
岡山市北区鹿田町 2-5-1
岡山大学鹿田キャンパス内
TEL (086)223-7151 (内線 6126)

参加者の皆様へ

1. 受付は会場入口で行ないます。参加証明証を準備しておりますので、受付時にお受け取り下さい。また、参加単位登録を行いますので、日本泌尿器科学会会員カードを忘れずにお持ちください。
2. 一般演題は口演時間7分、討論3分です。時間厳守でお願いします。
3. 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8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。
4. 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。
5. 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。
6. 予稿集は各自、岡山地方会ホームページ (<http://www.uro.jp/chihoukai/index.html>) よりプリントアウトしてご持参下さい。
7. 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。
8. 懇親会会場は岡山大学病院 中央診療棟 1階 レストラン placeConfort 「Soleil」にて18時00分より予定しております。会費は10,000円です。

日医生涯教育制度

単 位：3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]，
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)]，
73 [慢性疾患・複合疾患の管理]

プログラム 一般演題

14:00~15:10 CC2 (0.5 単位) CC73 (0.5 単位)
座長 大枝忠史 (尾道市立市民)

1. 腎摘後発症したイレウス 2 症例の検討

土井啓介、杉本盛人、笹岡丈人、森 聡博、西村慎吾、堀川雄平、小林泰之、荒木元朗、渡邊豊彦、那須保友 (岡山大) 安藤展芳 (高知医療センター)

2. 透析腎に発生した尿路上皮原発扁平上皮癌の 1 例

森分貴俊、黒瀬恭平、畠 和宏、岸 幹雄 (福山市民)

3. 腎盂癌による腫瘍肺瘍栓の 1 例

西川大祐、富永悠介、倉繁拓志、早田俊司 (鳥取市立)

4. 消化器悪性腫瘍による尿管浸潤に対して部分切除を施行し腎温存可能であった 2 例

村田 匡、那須良次 (岡山労災) 石崎雅浩、吉田亮介 (同・外科)
谷岡洋亮 (同・腫瘍内科)

5. 泌尿器生殖器系に発生した悪性リンパ腫の 2 例

児島宏典、日下信行、明比直樹 (津山中央)

6. 腹膜透析カテーテル (PD カテ) 留置時の深部縫合結紮補助器 (Maniceps™) を用いた腹壁固定術の工夫

上松克利、宗政修平、石川 勉、山田大介 (三豊総合)
窪田理沙 (岡山医療センター)

7. タバコによる尿道異物の 1 例

坂本 健、富永悠介、榮枝一磨、片山 聡、佐古智子、竹中 皇 (岡山赤十字)

15:10~16:20 CC28 (0.5 単位) CC64 (0.5 単位)

座長 谷本竜太 (岡山大)

8. 膀胱悪性黒色腫の 1 例

神原太樹、河村香澄、安藤展芳、新 良治、小野憲昭 (高知医療センター)

9. 膀胱原発神経内分泌腫瘍の 1 例

井上陽介、窪田理沙、市川孝治、津島知靖 (岡山医療センター)

10. 化学療法中に症候性の癌性髄膜炎を発症した前立腺小細胞癌の 1 例

井口 亮、小池修平、高島 靖、福井智洋、小山花南江、熱田 雄、加藤琢磨、伊藤将彰、寺井章人 (倉敷中央)

11.尿膜管癌との鑑別に苦慮した浸潤性膀胱癌（粘液型腺癌）の1例
平田啓太、中塚騰太、森中啓文、金星哲、大平伸、月森翔平、清水真二郎、福元和彦、海部三香子、原綾英、藤井智浩、宮地禎幸、永井敦（川崎医大）

12.産褥期に発症した後腹膜膿瘍の1例
渡邊雄一（十全総合）木花敏雅（同・産婦人科）

13.前立腺全摘後の持続する発熱とLDH高値を契機に診断に至った血管内リンパ腫の1例
中島宏親、平田武志、小倉一真、花本昌紀、林信希、岩田健宏、甲斐誠二、枝村康平、江原伸（広島市立広島市民）三好夏季（同・血液内科）市村浩一（同・病理診断科）

14.高齢者に生じた精巣 Ledig cell tumor の1例
野田岳、中田哲也、別宮謙介、高村剛輔、小田浩司（岩国医療センター）

休憩

16:30~17:30 CC15（0.5単位） CC65（0.5単位）
座長 上原慎也（川崎医科大学総合医療センター）

15.腹腔鏡下前立腺全摘除術後尿道内に Hem-o-lok[®]クリップ迷入を認めた1例
河田達志、能勢宏幸、大枝忠史（尾道市立市民）別宮謙介（岩国医療センター）

16.Ceralas[®] HPD 300w を使用した CVP (Contact laser Vaporization of Prostate)の経験
高本均、森田陽、安東栄一、山本康雄、石戸則孝（倉敷成人病）
市川孝治（岡山医療センター）佐古智子（岡山赤十字）
塩塚洋一（しおつか泌尿器科クリニック）横山昌平（福山リハビリテーション病院）

17.高出力レーザー発生装置（Lumenis[®] Pulse[™] 120H）を使用した HoLEP
設楽敏也¹⁾²⁾、杉田佳子¹⁾、久保星一¹⁾、岩村正嗣²⁾（¹⁾ 瀧野辺総合、²⁾ 北里大）

18.右珊瑚状結石に対しパルス幅可変式ハイパワーホルミウム・ヤグレーザーを用いて経尿道的結石破碎術を施行した1例
杉田佳子¹⁾、久保星一¹⁾、大谷寛之²⁾、藤田哲夫³⁾、吉田一成³⁾、設楽敏也¹⁾、岩村正嗣³⁾
（¹⁾ 瀧野辺総合、²⁾ あけぼの病院・腎臓内科、³⁾ 北里大）

19.骨条件 CT を用いた新しい ESWL 治療効果予測モデルの開発
吉岡貴史¹⁾²⁾、池之上辰義¹⁾、山本洋介¹⁾、福原俊一¹⁾
（¹⁾ 京都大学・社会健康医学系専攻医療疫学分野、²⁾ 岡山大）

20.当院におけるロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術の初期成績
谷本竜太¹⁾、小林泰之¹⁾、荒木元朗¹⁾、西村慎吾¹⁾、丸山雄樹¹⁾、笹岡丈人¹⁾、土井啓介¹⁾、森聰博¹⁾、前原貴典¹⁾、大岩裕子¹⁾、高本篤¹⁾、堀川雄平¹⁾、和田耕一郎¹⁾、杉本盛人¹⁾、佐々木克己²⁾、江原伸³⁾、渡辺豊彦¹⁾、那須保友¹⁾（¹⁾ 岡山大、²⁾ 香川県立中央、³⁾ 広島市立広島市民）

17:30～17:50

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）

山田大介（三豊総合）

赤枝輝明（津山東クリニック）

18:00～

懇親会

岡山大学病院 中央診療棟 1階 レストラン

placeConfort 「Soleil」

一般演題

1. 腎摘後発症したイレウス 2 症例の検討

土井啓介、杉本盛人、笹岡丈人、森 聡博、西村慎吾、堀川雄平、小林泰之、荒木元朗、渡邊豊彦、那須保友（岡山大）安藤展芳（高知医療センター）

我々は腎摘除後発症した内ヘルニアに関連したイレウスを 2 症例経験した。

1 例目は 64 歳男性、近医エコーで左腎腫瘍疑いにて、前医泌尿器科受診。CT、MRI にて左腎癌、腓浸潤疑い指摘、精査加療目的に当院当科紹介された

開腹左腎摘除術に加え、腫瘍の腓への高度癒着の為、腓部分切除・脾摘除も施行された。術後 18 日目に術後イレウス症状あり、保存的加療にて一旦軽快したものの再度悪化し、精査の為の胃十二指腸造影にて腎摘部に胃の嵌入を認めた。内ヘルニアに関連したイレウスと判断、再度イレウス管再留置と体位による内ヘルニア整復にて、保存的に軽快した。

2 例目は 58 歳男性、肉眼的血尿で前医受診し、超音波検査で左腎腫瘍疑われ、CT で左腎に 77mm 大の腫瘤、右腎下極にも結節を認めたため、手術療法目的で当院紹介された。左腎病変に対して腹腔鏡下腎摘除術を施行した。術後 3 日目にイレウス症状発症、保存的に経過をみていたが症状悪化した。癒着・絞扼を疑い術後 12 日目にイレウス解除術施行された。術中所見では腸間膜にあいた間隙に空腸が嵌頓しており、その嵌頓を整復し、間隙を腹腔鏡下に縫合閉鎖した。術後は速やかに症状改善した。

いずれも腎摘除後に発症した内ヘルニアに関連したイレウスであり、文献的考察を加えて報告する。

2. 透析腎に発生した尿路上皮原発扁平上皮癌の 1 例

森分貴俊、黒瀬恭平、畠 和宏、岸 幹雄（福山市民）

症例は 66 歳、女性。1990 年より腎硬化症に伴う慢性腎不全のため慢性維持透析中、2016 年 5 月の造影 CT にて左腎腫瘍を指摘され、当院紹介受診となった。再検造影 CT および MRI にて左腎細胞癌 cT1bN0M0 との診断にて加療目的に入院となった。

身体所見および検査所見で特記事項なし。尿細胞診は無尿のため検査不可であった。

画像所見では造影 CT、MRI にて左腎に周囲に嚢胞性変化を伴う内部不均一な造影効果のある約 55mm の嚢胞性腫瘤を認めた。2016 年 8 月 2 日に小切開左腎摘出術を行った。術中所見に特記すべき事項は無かった。経過良好にて術後 12 日目に退院となった。

後日病理結果で腎盂発生扁平上皮癌と判明した。尿管断端にも上皮内に異型病変を認めた。また術後膀胱鏡にて膀胱左側壁に乳頭状腫瘍を認め、後日小開腹による左残存尿管摘出および TUR-Bt を行った。【考察】通常透析腎に発生した腎腫瘍としては後天性嚢胞腎に合併した腎淡明細胞癌が頻度としては多く報告されているが、本症例のような尿路上皮発生の癌の可能性もある。若干の文献的考察も加え、報告する。

3. 腎盂癌による腫瘍肺瘍栓の1例

西川大祐、富永悠介、倉繁拓志、早田俊司（鳥取市立）

症例は64歳、男性。糖尿病、閉塞性動脈硬化症術後などで前医内科通院中。2015年7月頃より肉眼的血尿出現し、12月尿細胞診にて異型細胞認め、精査加療目的に2016年1月当科紹介受診となった。膀胱鏡にて前壁に1cm大の乳頭状腫瘍を認め、CT上は転移なく、上部尿路にも異常は認めなかった。術前診断膀胱癌 cTaN0M0で3月にTUR-Bt施行し、組織型はurothelial carcinoma(UC), G2, pTaであった。術後施行した単純CTにて左腎盂に出血を疑う高吸収域及を認め、尿管鏡検査で左腎盂内に乳頭状腫瘍あり、生検にて組織型はUC, G2であった。後腹膜鏡下左腎尿管全摘を予定し、術前にdynamic CT施行したところ左腎静脈内に腫瘍塞栓があり、右肺動脈分枝1か所に腫瘍塞栓を疑うfilling defectを認めた。傍大動脈には多発リンパ節転移をみとめ、cT3N2M1と診断。化学療法の適応と考えていたが、血尿による貧血が進行し化学療法だけでなく、腫瘍塞栓に対する抗血栓療法も困難であったため、9月後腹膜鏡下左腎摘術を施行し左腎静脈内腫瘍塞栓も一塊に摘出した。手術時間は3時間58分、出血量80ml、術中合併症なし。病理診断で腫瘍は腎盂から腎実質内に浸潤、高度の脈管侵襲を認め、UC, G2=3, INFβ, pT3, ly1, v1, RM0, StageIIIであった。術後補助化学療法としてGC療法を施行している。腎盂癌による静脈浸潤、腫瘍塞栓の報告は比較的稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

4. 消化器悪性腫瘍による尿管浸潤に対して部分切除を施行し腎温存可能であった2例

村田 匡、那須良次（岡山労災）石崎雅浩、吉田亮介（同・外科）

谷岡洋亮（同・腫瘍内科）

症例1：48歳男性。2000年32歳時に13×9cmの小腸間質腫瘍切除、2002年に直腸間膜に再発あり摘除術施行。イマチニブによる化学療法を開始。2011年2月に再発で腫瘍摘出術、S状結腸および左尿管合併切除術、尿管膀胱新吻合術を施行。その後4年にわたりのべ16回ステント交換を継続し、2015年11月に金属ステントに交換した。2012年に肝転移巣切除を行ったが現在のところイマチニブで腫瘍のコントロールは良好である。

症例2：44歳男性。41歳時膀胱腸瘻を伴ったS状結腸癌。術前化学療法を4コース施行後、2013年11月前方切除、回盲部切除、膀胱部分切除術を施行。術後の病理診断はS状結腸癌ステージIV。化学療法継続したが2014年7月に局所再発による左水腎あり左尿管ステントを留置した。2016年4月に再発腫瘍切除目的に前方切除術および左尿管・膀胱部分切除術、左尿管膀胱新吻合術を施行した。尿管ステントを抜去、再発なく化学療法継続中である。

今回我々は消化器悪性腫瘍による尿管浸潤に対して尿管部分切除を施行し、患側腎温存され長期化学療法継続中の2症例を報告する。

5. 泌尿器生殖器系に発生した悪性リンパ腫の2例 児島宏典、日下信行、明比直樹（津山中央）

泌尿器生殖器系に発生する悪性リンパ腫は稀な疾患である。最近、原発がそれぞれ尿管、前立腺と考えられる悪性リンパ腫の2症例を経験したので報告する。

症例1は80歳代女性。発熱を主訴に受診され、CTで多発嚢胞腎、左水腎症、左下部尿管に約3cmの腫瘤を認めた。リンパ節腫大は認めなかった。膀胱鏡では膀胱内に腫瘍はなく、左尿管口部は周囲がやや隆起、尿管腫瘍は確認できなかった。MRIでは左尿管下部にT2低信号、早期濃染する鑄型状結節を認めた。壁外への浸潤は認めなかった。尿管鏡検査を施行し尿管内に突出する結節状の腫瘍を認め、生検を施行した。病理結果は Malignant lymphoma, non-Hodgkin lymphoma, Diffuse large B-cell lymphoma であった。

症例2は70歳代男性。肉眼的血尿を主訴に前医泌尿器を受診され、CTで膀胱内に突出する著明な前立腺腫大と、傍大動脈左側・直腸領域のリンパ節腫大を認め精査加療目的に当科紹介となった。MRIでは前立腺及び精囊腺にまたがる拡散強調で高信号域を認めた。膀胱内腔に突出した部分も同様に高信号であった。排尿障害を認めたため前立腺生検と同時にチャネリング目的のTUR-Pを施行した。病理結果は Malignant lymphoma, non-Hodgkin lymphoma, CD5-positive diffuse large B-cell lymphoma であった。以上の2症例について、若干の文献的考察を加えて報告する。

6. 腹膜透析カテーテル（PDカテ）留置時の深部縫合結紮補助器（Maniceps™）を用いた腹壁固定術の工夫

上松克利、宗政修平、石川 勉、山田大介（三豊総合）
窪田理沙（岡山医療センター）

<緒言> 腹膜透析カテーテル（PDカテ）の先端位置異常は、PDカテの機能障害の原因となる合併症の一つであり、腹膜透析開始直後に生ずることが多い。PDカテの位置異常の予防対策として、腹腔内前腹壁にPDカテを固定する Peritoneal wall anchor technique (PWAT) が行われているが、今回我々は PWAT に深部縫合結紮補助器である Maniceps™ (MANI,INC,JAPAN)を用いて、簡便にPWATを施行することが可能であったので報告する。

<PWATの方法> 腹膜切開部から可及的尾側(3-4cm)に Maniceps™を用いて前腹壁にナイロン糸のループを作成、PDカテはナイロンループを通して骨盤底部に向けて挿入する。ナイロンループはPDカテ挿入後、腹膜外で結紮しPDカテを前腹壁に固定する。<対象>

2009年12月から2016年10月までに47名の腎不全患者にPDカテを挿入しており、そのうち45名の患者に Maniceps™を用いたPWATが施行されていた(2名は内臓脂肪が多く、PWAT施行困難であった)。Maniceps™を用いたPWATを施行した45名の患者を対象として、周術期合併症の有無、術後のPDカテ位置異常の発生状況について検討した。<結果および考察> 術後観察期間1ヶ月~48ヶ月(平均23ヶ月)において、2件のPDカテ位置異常を認めていたが、いずれも自然に整復されていた。PWAT施行に伴う周術期合併症は認めなかった。Maniceps™を用いたPWATは手技が簡便であり有用なPDカテ挿入方法である。

7. タバコによる尿道異物の1例

坂本 健、富永悠介、榮枝一磨、片山 聡、佐古智子、竹中 皇（岡山赤十字）

症例は56歳、男性。20XX年5月31日に尿道内へタバコの吸殻を自己挿入した。3日後に40度の発熱があり、前医へ救急搬送された。尿路感染症を疑われ同日当院当科紹介となった。問診、CT検査で尿道異物を認め、同日、全身麻酔下で経尿道的異物除去術を施行した。尿道粘膜の広範な損傷を認めており、術後の尿道狭窄が予想されたため、異物摘出後に膀胱瘻造設を施行した。2週後の膀胱鏡検査でピンホール状の尿道狭窄を認め、2ヶ月半後の膀胱鏡検査時には、尿道狭窄は進行し閉塞に至っていた。その後尿道造影を施行し、閉塞部は膜様であり、閉塞の距離が短いことを確認した。異物挿入から4ヶ月後、内尿道切開術を施行した。術後は自排尿良好に経過している。膀胱尿道異物は自慰目的の挿入が多いとされ、患者の約10%には本例のように精神疾患を有しているとの報告がある。本症例はタバコ挿入による急性ニコチン中毒の影響は認めなかったが、尿道閉塞に至った1例である。

8. 膀胱悪性黒色腫の1例

神原太樹、河村香澄、安藤展芳、新 良治、小野憲昭（高知医療センター）

症例は74歳女性。高血圧、糖尿病にて近医に通院加療中であつた。尿潜血の精査中に、超音波検査で膀胱腫瘍を認めたため、精査加療目的で当科紹介となった。膀胱鏡では、内尿道口右側壁に、壊死組織を伴った乳頭状腫瘍を認めた。2015年6月TURBTを施行。病理結果は、尿路上皮癌であつた。術後も肉眼的血尿が持続するため、膀胱鏡を施行したところ、膀胱内には明らかな所見を認めなかったが、外尿道口背側に黒色の腫瘍を認めた。同年9月に組織検査目的で外尿道口腫瘍切除術を施行。病理結果は悪性黒色腫であつた。ここで、TURBT時の組織を再検したところ、こちらにも悪性黒色腫の診断となった。皮膚所見なく、PETCTでも遠隔転移を認めなかったため、膀胱原発の悪性黒色腫と診断した。本人・家族と相談の上、翌年1月に膀胱全摘＋回腸導管造設術を施行した。病理結果は悪性黒色腫であつた。リンパ節転移なく断端も陰性であつたため、その後、外来で経過観察していたが、肺転移が出現し、現在nivolumab投与中である。

膀胱に発生する悪性黒色腫はまれであり、若干の文献的考察を加え報告する。

9. 膀胱原発神経内分泌腫瘍の1例

井上陽介、窪田理沙、市川孝治、津島知靖（岡山医療センター）

症例は52歳男性。

慢性腎不全のため25年前に母より生体腎移植を受けたが、2年前に移植腎廃絶により血液透析再導入された。非透析日尿量は200-300mlであった。8ヶ月前に肉眼的血尿を主訴に当科紹介受診となり、膀胱鏡検査で膀胱前壁より軽度の出血、三角部に8mm大の腫瘍を認めた。炎症による出血、三角部の腫瘍は良性と考え、経過観察とした。2ヶ月後再診時、肉眼的血尿は改善傾向、前壁出血部は治癒しており、腫瘍については大きさ、形態とも変化はなかった。尿細胞診は陰性であった。5ヶ月後に再度膀胱鏡検査を行い、出血なし、腫瘍も変化はなかったが、本人の希望も強く経尿道的膀胱腫瘍生検を施行した。結果はNeuroendocrine tumor NETG1（carcinoid）であった。悪性度は低く根治切除も行っていると判断し、現在は定期的な膀胱鏡検査を予定している。

肉眼的に良性腫瘍と考えられた膀胱原発神経内分泌腫瘍の1例を経験したので文献を加えて報告する。

10. 化学療法中に症候性の癌性髄膜炎を発症した前立腺小細胞癌の1例

井口 亮、小池修平、高島 靖、福井智洋、小山花南江、熱田 雄、加藤琢磨、伊藤将彰、寺井章人（倉敷中央）

症例は64歳、男性。PSA13.972 ng/mlにて他院で前立腺生検を施行され、7/16ヶ所よりGleason score 5+5の前立腺癌を検出。前立腺癌cT4N0M0と診断された。ビカルタミドおよびリュープロレリン酢酸塩によるCABを6ヶ月間行った後にIMRT（78Gy/39Fr）を施行された。IMRT終了後もCABは継続されたが、5ヶ月経過時点で腰痛および陰茎・陰囊の浮腫が出現し当科紹介受診。胸腹部CTにて多発リンパ節転移（左鎖骨上窩から骨盤内）、多発肺転移、肝転移、陰茎海綿体転移を認めた。左鎖骨上窩リンパ節生検にてsmall cell neuroendocrine carcinomaの診断。この時点で、PSA0.007ng/mlと低値であったが、NSEは209.2ng/mlと高値を示した。エトポシド・シスプラチンによる化学療法を開始。6コース終了時点で各転移巣は縮小を維持しており、PSA0.002ng/ml、NSE12.3ng/mlと低値を維持。7コース目を予定していたところ、自宅で意識消失しているところを発見され救急搬送。症候性てんかんとして精査した結果、頭部造影CTおよびMRIにて髄膜播種が疑われ、髄液細胞診class Vより、癌性髄膜炎と診断した。原疾患に対する治療継続は断念し抗てんかん薬を投与して経過をみたが意識状態は回復せず、入院12日目に永眠された。

11.尿膜管癌との鑑別に苦慮した浸潤性膀胱癌（粘液型腺癌）の1例

平田啓太、中塚騰太、森中啓文、金星哲、大平伸、月森翔平、清水真二郎、福元和彦、海部三香子、原綾英、藤井智浩、宮地禎幸、永井敦（川崎医大）

症例は76歳、女性。既往歴として子宮脱に対し2014年7月にTVMの手術歴あり。頻尿、尿潜血反応陽性にて近医受診。超音波検査にて膀胱腫瘍を認め当科紹介となった。膀胱鏡では頂部に広基性非乳頭状腫瘍を認めた。造影MRI検査では同部位に憩室を認め、憩室に蓋をする形で充実性腫瘍を認めた。尿膜管との連続性は明らかではなかった。2016年6月にTUR-Btを施行し、病理結果は粘液型腺癌の所見のみで尿路上皮癌は認めなかった。精査にて転移や消化器癌は認めず、膀胱癌(cT3N0M0)と診断し2016年9月に膀胱全摘除術及び回腸導管造設術を施行した。術中所見として膀胱腫瘍部と尿膜管に連続性は認めず、膀胱癌と考え臍尿管の摘除は行わなかった。またTVMメッシュの癒着により膀胱背側の剥離が困難であることが予想されたが、TVMメッシュを指標とし剥離することで腔温存、膀胱摘除し得た。病理結果はTUR-Bt時と同様に粘液型腺癌のみであったが、術中所見から浸潤性膀胱癌（粘液型腺癌）と診断した。

膀胱癌の組織型で腺癌は2%程度と稀である一方、尿膜管癌は膀胱腫瘍のうち1%程度であり数自体は少ないものの腺癌が86.3%を占め、半数以上が粘液産生性を示すとされており両者の鑑別は問題となることがある。本症例についても両者の鑑別に苦慮したため報告する。

12.産褥期に発症した後腹膜膿瘍の1例

渡邊雄一（十全総合）木花敏雅（同・産婦人科）

症例は17歳、女性。妊娠中の経過は問題なく38週で正常分娩にて出産。出産後3日目に発熱、右腰痛が出現。超音波検査で右水腎症を認め、当科紹介受診。単純CTにて右水腎と右尿管上部前方に血腫と思われるやや高濃度な領域の所見を認めた。後腹膜腔に発生した血腫が右尿管を圧排し水腎症さらには急性腎盂腎炎を来たしたものと思われた。水腎症は一過性と考え、抗菌薬のCMZを開始したが、第5病日にも諸症状に改善を認めず尿管ステント留置が必要と判断した。RPでは右腎盂腎杯・尿管上部からの造影剤の漏出像はなく、同時に採取した右腎盂尿に感染の所見はなかった。ステント留置後の造影CT・MRIでは当初血腫と考えた病変は膿瘍の特徴を有し、後腹膜膿瘍と診断した。ステント留置後も微熱が続いたが抗菌薬のCAZへの変更後に解熱した。画像上膿瘍も縮小し、3カ月後のCTでは完全に消失していた。産褥期に発生する後腹膜膿瘍は稀と考えられ、若干の文献的考察を加えて報告する。

13. 前立腺全摘後の持続する発熱と LDH 高値を契機に診断に至った血管内リンパ腫の 1 例
中島宏親、平田武志、小倉一真、花本昌紀、林 信希、岩田健宏、甲斐誠二、枝村康平、
江原 伸（広島市立広島市民）三好夏季（同・血液内科）市村浩一（同・病理診断科）

症例は 70 歳男性。PSA 5.3ng/ml, Gleason score 3+4, cT2bN0M0 の前立腺癌に対してロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術を施行された。手術前日に自覚症状を伴わない 38.1 度の発熱あったが、自然軽快したため翌日予定通り手術施行。手術は問題なく終了し、POD2 より 38 度を越える発熱あり。POD3 には WBC $5.8 \times 10^3/\mu\text{l}$, CRP 14.3mg/dl と炎症反応の上昇と LDH 1236IU/L を認め、術後の抗生剤を ABPC/SBT から CFPM へ変更。37 度台の微熱が続くも、膀胱尿道吻合部のリークを疑う所見なかったため POD7 に尿道カテーテル抜去した。POD9 に 39 度台の発熱あり、CT 撮影も行ったが有意な所見を認めなかった。LDH 高値と発熱の持続から悪性リンパ腫を鑑別に挙げ、sIL-2R 測定し、4380U/ml と高値を認めたため血液内科紹介。POD19 に骨髓生検施行され、著明な血球貪食像を認めた。リンパ節病変は認めなかったため血管内リンパ腫 (IVL) 疑いにて、POD20 に皮膚ランダム生検施行し intravascular large B cell lymphoma の診断に至った。POD44 より、血液内科にて R-THP-COP 療法開始され 6 コース施行後 CR が得られ、現在も再発なく経過している。本症例に関して若干の文献的考察を加え報告する。

14. 高齢者に生じた精巣 Leydig cell tumor の 1 例

野田 岳、中田哲也、別宮謙介、高村剛輔、小田浩司（岩国医療センター）

症例は 88 歳男性。2 ヶ月来の左陰嚢の腫大を自覚し受診した。来院時左陰嚢はテニスボール大に腫大するも疼痛はなく、超音波断層検査では内部不均一な 6cm 大の腫瘍性病変を認めた。採血上各種腫瘍マーカーは陰性 (AFP3.5ng/ml、T-HCG<1.2mIU/ml、LD240U/L)、IL-2r692U/ml、炎症反応は軽度高値であった。造影 MRI では左精巣は 62mm 大に腫大し、充実部分には均一な淡い造影効果を認め、内部に嚢胞性病変と出血性変化、脂肪成分の混在も認められた。他画像検査では明らかな遠隔転移や精索浸潤は認めなかった。精巣腫瘍に対し左高位精巣摘除術を施行した。腫瘍径は約 70mm で弾性硬、内部は壊死を伴っていた。病理結果は多数の核分裂像や壊死像を認め、精巣上体や精索への明らかな浸潤は認めず、免疫染色では Inhibin(+)、Calretinin(+), であり Leydig cell tumor と診断された。今回高齢者に生じた精巣 Leydig cell tumor を経験したので考察を加え報告する。

15.腹腔鏡下前立腺全摘除術後尿道内に Hem-o-lok[®]クリップ迷入を認めた 1 例
河田達志、能勢宏幸、大枝忠史（尾道市立市民）別宮謙介（岩国医療センター）

症例は 69 歳男性、前立腺癌 cT1cN0M0 の診断で腹腔鏡下前立腺全摘除術を施行した。術後半年経過し肉眼的血尿の訴えを認めた。膀胱鏡では膀胱尿道吻合部 2 時方向より尿道内に突出した白色の人工物を認め Hem-o-lok[®]クリップ(以下クリップ)と考えられた。可動性を認めず経尿道的摘出術を予定した。術中硬性鏡でクリップ埋没部を観察するもクリップ端は確認出来なかった。把持鉗子を用いて膀胱内に牽引すると、クリップの咬み合わせが外れ、容易に摘出しえた。クリップ突出を認めた部位に明らかな穿孔は認めなかった。

本症例では術中左側神経温存の際、神経血管束をクリップを用いて処理していた。このクリップは非吸収性のポリマーを使用した X 線非透過性クリップで、ロッキング機構があり外れにくい特徴を持ち、ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術、腹腔鏡下前立腺全摘除術の側頸処理、血管処理に用いられることがあるが、稀に膀胱内に迷入し、結石を形成した報告やびらんを合併し吻合部狭窄をきたした報告がみられる。

上記合併症予防のためには尿道近傍の神経血管束を止血する際は出来る限りクリップ以外の方法で止血することが望ましいと考える。

16.Ceralas[®] HPD 300w を使用した CVP (Contact laser Vaporization of Prostate)の経験

高本 均、森田 陽、安東栄一、山本康雄、石戸則孝（倉敷成人病）

市川孝治（岡山医療センター）佐古智子（岡山赤十字）

塩塚洋一（しおつか泌尿器科クリニック）横山昌平（福山リハビリテーション病院）

【目的】BPH 患者に対して Ceralas[®] HPD 300w による CVP が 2016 年 4 月から保険適応になった。当科は CVP の治験に参加したのでその結果をふまえて CVP の有用性、安全性について報告する。【対象・方法】同治験は 4 施設で 80 名の BPH 患者に対して 2013 年 6 月～2014 年 2 月まで行われた。主要評価項目は治療後 24 週の I-PSS がベースラインと比較し 50%以上改善した被験者の割合が 80%以上であることを検証し、TUR-P に対する非劣性を確認する。副次的評価項目として治療後 12 週、24 週の I-PSS、QOL、OABSS、Qmax、残尿量、及び治療後 24 週の前立腺体積、PSA のベースラインからの変化を検定する。安全性として有害事象、不具合の発現率を調査した。【結果】主要評価項目である治療後 24 週の I-PSS に対する治療効果判定は 84.2%で TUR-P に対して非劣性が確認された。有害事象は膀胱穿孔疑い、膀胱結石、膀胱壁瘢痕収縮による膀胱変形がそれぞれ 1 件、前立腺床部結石付着 3 件、一過性尿閉 20 件 (25%)、膀胱頸部硬化症 4 件 (5%) を認めた。【考案】CVP は手技が容易で習得が早い、細径膀胱鏡 (22.5F)が使用できる、蒸散速度が比較的早い、術中術後の出血が少ない、術後腹圧性尿失禁の心配がないなど利点が多い。今後レーザーの特性を生かした手術手技の改善で有用な治療法となると思われる。

17.高出力レーザー発生装置（Lumenis® Pulse™ 120H）を使用した HoLEP
設楽敏也¹⁾²⁾、杉田佳子¹⁾、久保星一¹⁾、岩村正嗣²⁾（¹⁾瀏野辺総合、²⁾北里大）

前立腺肥大症に対するホルミウムレーザーを使用した前立腺核出術（HoLEP）は我が国で約 300 台のパワーユニットが稼働しており前立腺肥大症手術の約 20%を占めるほど普及している。安全で確実な手術が可能となった一方でラーニングカーブが長いなど習得に時間がかかることが指摘されている。普及とともに指導者が育ち多くの施設で教育の問題は減少したと考えるが止血が最もレーザー照射技術が必要な手技であると考えられており止血に電気メスを使用している施設も少なくない。

新しいホルミウムレーザー発生装置（Lumenis® Pulse™ 120H）は最大出力が 120w と従来機より高出力だけではなく最大周波数も上がりより高頻度の照射が可能となった。その最大の特徴はパルス幅をショート、ミディアム、ロングと 3 段階に設定出来ることである。またフットスイッチが 2 ペダルとなりそれぞれ別の設定を割り当てて使い分けることが出来る。これまで止血の際には設定を変えて行っていたが、あらかじめ片方を止血設定にしておくことでペダルを踏みかただけで止血が行えるようになり実用性が増したといえる。高出力機を使用する機会をえて症例を経験したので報告し可変パルス幅によるレーザー効果の違いを含めその有用性につき検討し報告する。

18.右珊瑚状結石に対しパルス幅可変式ハイパワーホルミウム・ヤグレーザーを用いて経尿道的結石破碎術を施行した 1 例

杉田佳子¹⁾、久保星一¹⁾、大谷寛之²⁾、藤田哲夫³⁾、吉田一成³⁾、設楽敏也¹⁾、岩村正嗣³⁾
（¹⁾瀏野辺総合、²⁾あけぼの病院・腎臓内科、³⁾北里大）

【緒言】尿路結石症診察ガイドラインで珊瑚状結石には経皮的結石破碎術が第一選択とされているが抗血小板療法が施行されている症例では必ずしも第一選択にはならない。今回我々は、抗血小板療法が施行されている右珊瑚状結石症例に対しパルス幅可変式ハイパワーホルミウム・ヤグレーザーを使用し経尿道的結石破碎術を施行した一例を経験したので報告する。【症例】83 歳女性。脳梗塞に対し抗血小板療法が施行されていた。2016/7 月に下腹部痛と発熱を主訴に当科を初診し CT 検査で右珊瑚状結石、左尿管結石及び急性腎盂腎炎と診断した。2016/8 月右珊瑚状結石に対し軟性尿管鏡下経尿道的結石破碎術を施行した。破碎装置としてパルス幅可変式ハイパワーホルミウム・ヤグレーザー（Lumenis®Pulse™120H, Lumenis 社製）を使用した。総手術時間は 39 分、総エネルギー量は 19.57kJ、術後に合併症は認められなかった。【考察】抗血小板療法を中止することが困難な珊瑚状結石症例では経尿道的結石破碎術を選択することとなるが、総手術時間の延長や複数回の治療が必要となる場合がある。今回我々が使用したパルス幅可変式ハイパワーホルミウム・ヤグレーザーはパルス幅を変更することで破碎時間の短縮や破砕片の縮小が可能となり自験例のように一回の治療で stone free となる可能性も今後十分期待できる。

19.骨条件 CT を用いた新しい ESWL 治療効果予測モデルの開発

吉岡貴史¹⁾²⁾、池之上辰義¹⁾、山本洋介¹⁾、福原俊一¹⁾

(¹⁾ 京都大学・社会健康医学系専攻医療疫学分野、²⁾ 岡山大)

【緒言】世界中で上部尿路結石の患者は罹患率、有病割合とも増加してきており、日本においても同様の傾向が認められる。日本において上部尿路結石の約 40%に治療介入が為され、その約 80%が ESWL である。ESWL の治療効果予測因子には CT 値などが挙げられるが、これらを用いた治療予測モデルについては未だ確立したものが存在しない。今回、疫学的手法を用いた新たな ESWL 治療効果予測モデルの確立を目指す。【対象、方法】研究デザインは後ろ向きコホート研究で、期間は 2008 年 1 月 1 日から 2015 年 12 月 31 日にかけて、岡山大学泌尿器科関連病院群での症例集積を予定する。適格基準は現在のガイドラインに準拠し、X 線陰性結石、二次治療としての ESWL 症例、CT の無い症例は除外とする。主要アウトカムを ESWL の失敗割合とする。カイ二乗検定での単変量解析で予測因子選別を行うが、予測因子には結石の骨条件の形態と内部均一性を適用、 β 係数を用いてスコア化する。validation にはブートストラップ法と時期的 validation を行う。弁別には ROC 曲線を作成し、AUC を計算する。【考察】骨条件 CT 要因は、従来の CT 値よりも視覚的に患者にとって理解し易く、予測モデルの正確性のみならず、臨床現場において患者と意思決定の共有 (shared decision making) にも有用な新しいツールになることが予想される。

20.当院におけるロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術の初期成績

谷本竜太¹⁾、小林泰之¹⁾、荒木元朗¹⁾、西村慎吾¹⁾、丸山雄樹¹⁾、笹岡丈人¹⁾、土井啓介¹⁾、森 聡博¹⁾、前原貴典¹⁾、大岩裕子¹⁾、高本 篤¹⁾、堀川雄平¹⁾、和田耕一郎¹⁾、杉本盛人¹⁾、佐々木克己²⁾、江原 伸³⁾、渡辺豊彦¹⁾、那須保友¹⁾ (¹⁾ 岡山大、²⁾ 香川県立中央、³⁾ 広島市立広島市民)

岡山大学病院泌尿器科では、研究倫理審査専門委員会の承認を経て 2012 年 9 月よりロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術 (Robot-assisted laparoscopic partial nephrectomy: RAPN) を開始し、これまで 44 例 (校費 10 例、先進医療 7 例、自費 5 例、薬事収載後 22 例) に施行してきた。今回、術後 1 ヶ月の腎機能を評価しえた 40 例を対象とし、初期成績をレトロスペクティブに検討した。患者年齢 (中央値)、男女比 (男性/女性)、患側 (右/左) はそれぞれ 59 (29~83) 歳、28/12、19/21 であった。腫瘍径の中央値は 2.7 (1.1~5.5) cm、R.E.N.A.L. nephrometry score が 4 から 6 の low complexity が 14 例、7 から 9 の moderate complexity が 26 例であった。手術時間の中央値は 226 (154~400) 分、温阻血時間の中央値は 20 (9~38) 分、出血量は中央値 10 (10~850) mL であった。出血の制御が困難であった 1 例で腎摘除術へ移行したが、他に重篤な合併症は認めなかった。病理学的には 32 例 (80%) が淡明細胞癌、3 例 (7.5%) は良性腫瘍で、断端陽性例は認めなかった。術後の eGFR 変化の中央値は -7.35 (5.2~-25.9) ml/min であった。RAPN の初期成績として高い制癌性、腎機能温存を認め、安全性においても有用であると考えられた。