

第 311 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 29 年 5 月 20 日（土） 午後 2 時
場 所：川崎医科大学 校舎棟 M-702 講義室
倉敷市松島 577
TEL(086)462-1111（内線 37109）

共催：岡山大学医師会

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、5月18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10M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。無料大容量転送ファイルサービス等のご利用をお願い致します。
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。

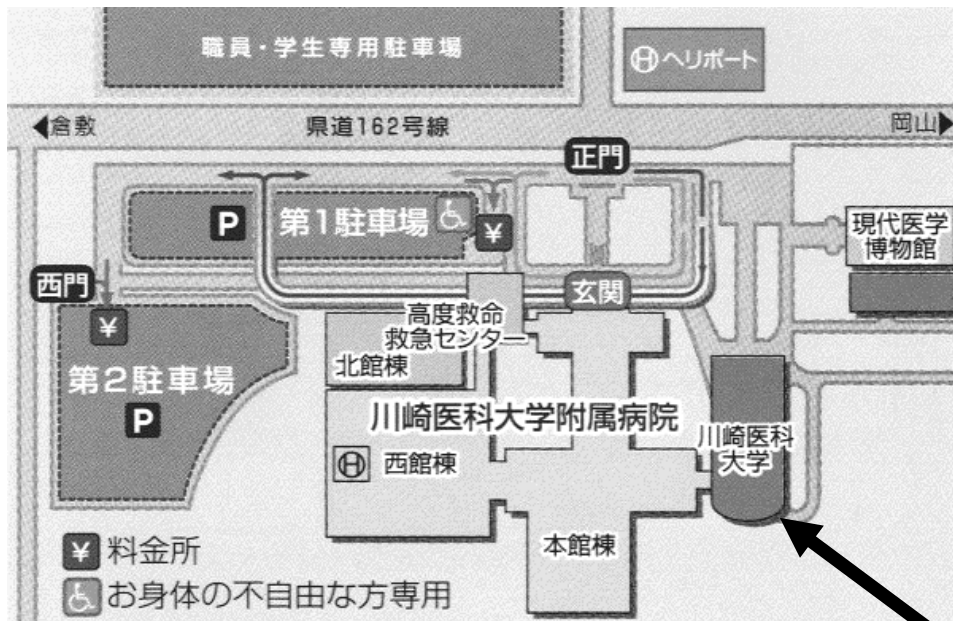
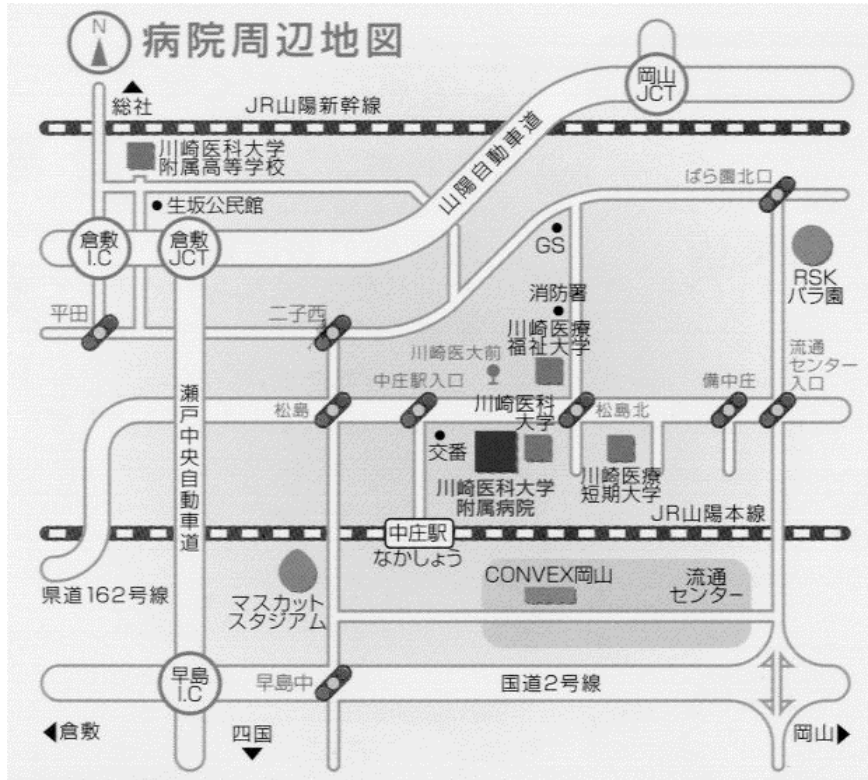
日医生涯教育制度

単 位：3単位

カリキュラムコード：10 [チーム医療]，15 [臨床問題解決のプロセス]，
64 [肉眼的血尿]，65 [排尿障害 (尿失禁・排尿困難)]，
66 [乏尿・尿閉]，73 [慢性疾患・複合疾患の管理]

会場付近案内図

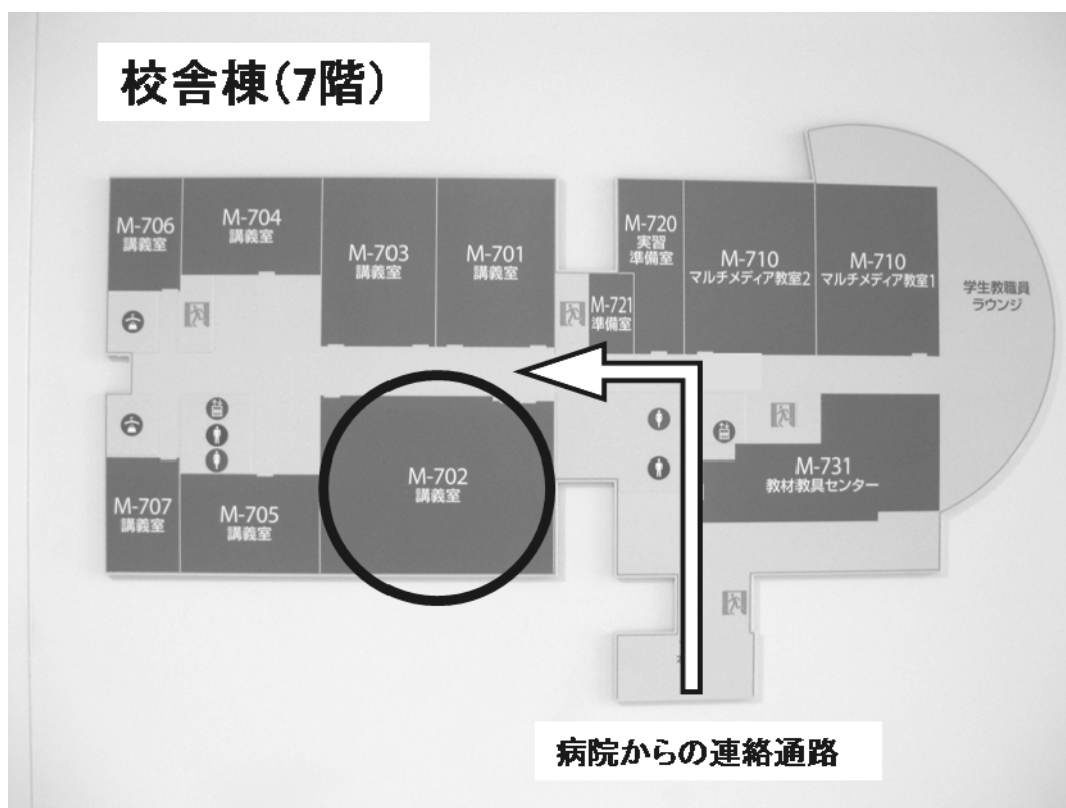
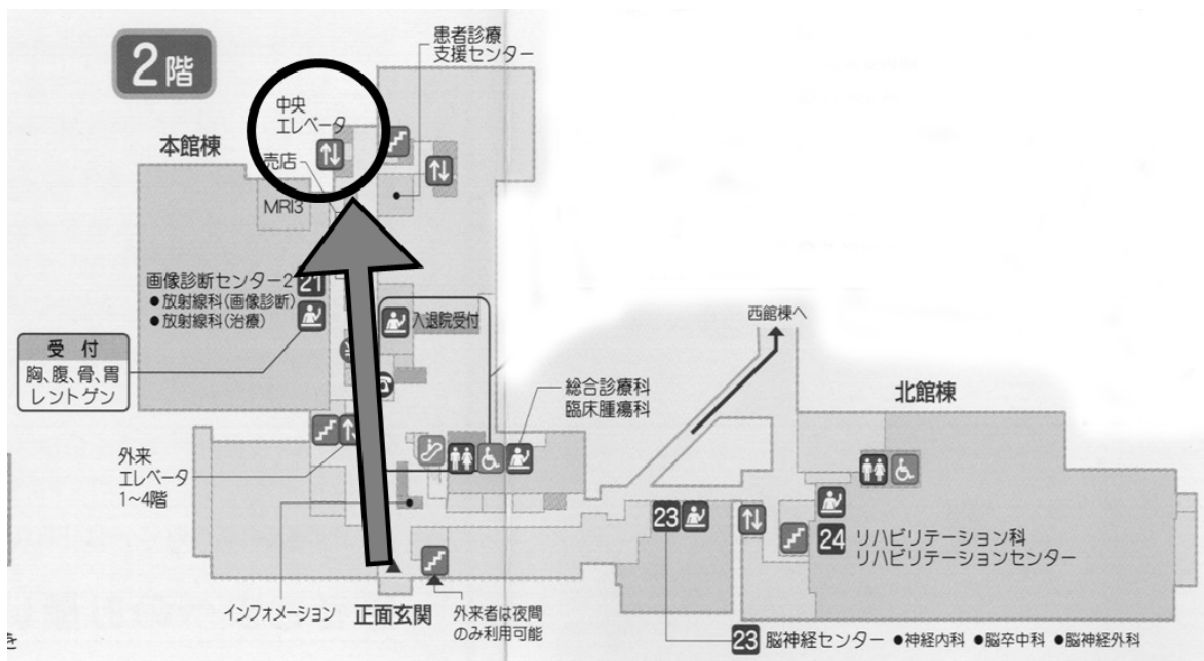
第二駐車場（有料 100 円/時間）をご利用下さい。



M-702 講義室
(7階)

病院正面玄関（2階）よりお入り下さい。

正面玄関を入られましたら、直進一番奥の中央エレベーターで7階まで上がり、校舎棟連絡通路を通り「M-702 講義室（7階）」へお越し下さい。



プログラム

一般演題

14:00～15:00 CC15 (0.5 単位) CC73 (0.5 単位)

座長 大平 伸 (川崎医大)

1. 修正 Valdivia 体位における PNL 術者放射線被ばく低減の試み
石戸則孝、森田 陽、安東栄一、村田 匡、山本康雄、高本 均 (倉敷成人病)
伊丹圭介 (同・放射線技術科)
2. 神経線維腫症 1 型 (Neurofibromatosis type1 : NF1 ; von Recklinghausen 病) に合併した左副腎褐色細胞腫の 1 例
高崎宏靖、宮地禎幸、中塚騰太、金星哲、藤田雅一郎、月森翔平、清水真次郎、大平 伸、海部三香子、原 綾英、藤井智浩、永井 敦 (川崎医大)
3. 自然破裂をきたした腎細胞癌の 1 例
安藤展芳、神原太樹、新良治、小野憲昭 (高知医療センター) 河村香澄 (岡山大)
4. スニチニブ投与にて長期生存が得られている転移性腎細胞癌の 1 例
杉野謙司、山下真弘、小林知子、橋本英昭 (岡山中央) 入江 伸 (児島市民)
5. 診断に難渋した腎盂癌の 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)
6. 移植腎に発生した腎盂癌の一例
西川大祐、佐野雄芳、山野井友昭、佐々木克己、藤田 治 (香川県立中央)
田中大介 (岡山労災)

15:00～16:00 CC64 (0.5 単位) CC66 (0.5 単位)

座長 高本 篤 (岡山大)

7. 尿管部分摘除による腎温存手術を行った膀胱癌下部尿管再発の 1 例
那須良次、田中大介 (岡山労災) 村田 匡 (倉敷成人病) 高本 篤、杉本盛人 (岡山大)
佐古智子 (岡山赤十字) 佐古真一
8. 低用量の UFT が奏功した自然破裂を来たした腎癌の 1 例
渡邊雄一 (十全総合)
9. 尿閉により深部静脈血栓症、肺塞栓症をきたした一例
河田達志、能勢宏幸、大枝忠史 (尾道市立市民) 高村俊行 (同・循環器内科)
10. 理学所見から診断に至った膀胱異物の 1 例
大平 伸 (川崎医大) 河原弘之 (玉島中央)

11. 骨盤内に発生した Solitary fibrous tumor の1例
児島宏典、日下信行、明比直樹（津山中央）
野中泰幸（同・外科）
12. メトトレキサート内服中に発生した後腹膜腫瘍の1例
笹岡丈人、榮枝一磨、佐古智子、竹中 皇（岡山赤十字）

休憩

16:10~17:10 CC10 (0.5 単位) CC65 (0.5 単位)

座長 黒瀬恭平（福山市民）

13. ベンジルペニシリン大量投与による出血性膀胱炎の1例
森分貴俊、黒瀬恭平、畠 和宏、岸 幹雄（福山市民）
14. 薬剤性出血性膀胱炎の3例
石川 勉、小田浩司、上松克利、山田大介（三豊総合）
堀井 聡（三豊総合・卒後臨床研修センター）宗政修平（鳥取市立）
15. 去勢抵抗性前立腺癌の化学療法中に発症した腫瘍崩壊症候群の1例
牧 佳男（金光病院）
16. 高位精巣摘除術 14 年後に再発を認めた StageI セミノーマの1例
和田里章悟、高本 篤、和田耕一郎、堀川雄平、丸山雄樹、河村香澄、小林宏州、
土井啓介、丸山雄樹、光井洋介、前原貴典、大岩裕子、定平卓也、岩田健宏、西村慎吾、
堀川雄平、甲斐誠二、杉本盛人、谷本竜太、和田耕一郎、小林泰之、荒木元朗、
渡辺豊彦、那須保友（岡山大）
17. ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術（RALP）施行時に同時に摘出し得た膀胱平滑筋腫
の1例
西下憲文、堀川雄平、上原慎也（川崎医科大学総合医療センター）
物部泰昌（同・病理科）
月森翔平、藤田雅一郎、藤井智浩、宮地禎幸、永井 敦（川崎医大）
児島宏典（津山中央）
18. 高リスク前立腺癌に対するロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術の摘出病理に関する
検討
高本 篤、谷本竜太、小林泰之、和田里章悟、河村香澄、小林宏州、丸山雄樹、
土井啓介、光井洋介、前原貴典、大岩裕子、定平卓也、岩田健宏、西村慎吾、
和田耕一郎、杉本盛人、荒木元朗、渡邊豊彦、那須保友（岡山大）

17:10~17:20

日本泌尿器科学会保険委員会報告

- 渡辺豊彦（岡山大）
- 津島知靖（NHO 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）

一般演題

1. 修正 Valdivia 体位における PNL 術者放射線被ばく低減の試み

石戸則孝、森田 陽、安東栄一、村田 匡、山本康雄、高本 均（倉敷成人病）
伊丹圭介（同・放射線技術科）

【はじめに】医療被ばくを抑えるため、①Fluoroscope(C アーム)の照射時間を短縮すること②照射発生部位(X線管)から離れること③遮蔽の3点が重要であるとされる。PNLにおける患者被ばくは、腹部骨盤部CTと同等(9000 μ Sv)であるとする報告がある。修正 Valdivia 体位では、PNL 術者は座位での操作が多いため、X線管への接近による散乱線被ばくが危惧される。【目的】Cアーム使用時における PNL 術者の被ばく低減を目的に、手術台側面の付属柵に折畳んだ放射線防護着(鉛エプロン:鉛当量0.25mmPb)を掛けた。術者被ばく低減に対する鉛エプロン設置の放射線遮蔽効果について検討した。【対象と方法】水ファントム(23cm水柱)を手術台の上に乗せ、PNL 術者が座る椅子の上に放射線測定器を設置した。放射線測定器はMYDOSE mini(日立アロカメディカル)を用い、透視条件を97kV、2.5mA、1.0分とした。仮想の術者下肢部・生殖器における被ばく線量測定値を鉛エプロンの有無で比較検討した。

【結果】

[単位: μ Sv]

	PNL 術者の下肢部	PNL 術者の生殖器
鉛エプロンなし	37	42
鉛エプロンあり	3	20

【結論】鉛エプロンを手術台側面に設置することにより、設置しない場合に比して放射線被ばく線量は8~48%に低下した。鉛エプロン設置は、座位における PNL 術者の下肢部や生殖腺の被ばく低減に寄与すると考えられた。

2. 神経線維腫症1型(Neurofibromatosis type1 : NF1 ; von Recklinghausen 病)に合併した左副腎褐色細胞腫の1例

高崎宏靖、宮地禎幸、中塚騰太、金星哲、藤田雅一郎、月森翔平、清水真次郎、大平 伸、海部三香子、原 綾英、藤井智浩、永井 敦（川崎医大）

症例は28歳男性。幼少期から全身に茶色の皮疹や皮下腫瘍を自覚していたが放置。22歳時に右下腿の皮下腫瘍が増大してきたため近医受診し腫瘍摘出術施行。皮疹と合わせ神経線維腫症1型の診断を受けた。既往歴は特になく、その後も高血圧などの典型的な臨床症状の出現なく経過していた。28歳時に会社の健診で肝機能障害を指摘。近医受診し、超音波検査・CT検査で左副腎に鷲卵大の腫瘍が認められた。左副腎腫瘍疑いで当科外来紹介受診。CT、MRI、¹²³I-MIBGシンチグラフィ、および内分泌検査で左副腎褐色細胞腫と診断し、腹腔鏡下左副腎腫瘍摘出術を施行した。病理組織学診断では褐色細胞腫の診断であり、Pheochromocytoma of adrenal gland scoring scale (PASS)は4点でaggressiveの範疇であった。術後6ヶ月目の定期受診で再発などは認めなかった。

神経線維腫症1型はvon Recklinghausen病とも言われ、カフェ・オ・レ斑と呼ばれる特有な色素斑と神経線維腫を特徴とし、皮膚をはじめ、各種臓器に多彩な病変を生ずる常染色体優性遺伝疾患である。泌尿器科領域でも、頻度は稀であるが褐色細胞腫が合併することも知られている。褐色細胞腫は10年以上の長い経過で再発してくる症例もあり、組織学的な良悪性の診断も難しく、厳重な経過観察が必要といえる。

今回、神経線維腫症1型に合併した左副腎褐色細胞腫の1例を経験したので報告する。

3. 自然破裂をきたした腎細胞癌の1例

安藤展芳、神原太樹、新良治、小野憲昭（高知医療センター）河村香澄（岡山大）

【症例】64歳，男性。【既往歴】アルコール性肝硬変，腰部脊柱管狭窄症術後硬膜外血腫。
【現病歴】黒色便にて前医受診し，腹部造影CTにて左腎に長径42mm及び20mmの2個の腫瘍を認めたため，当科紹介受診となり，精査予定とした。4日後に突然の左背部痛を認め，当院へ救急搬送された。腹部造影CTにて左腎腫瘍破裂によると考えられる腎周囲血腫を認めたため，当科入院となった。【経過】同日緊急血管造影を行い，塞栓術を施行した。

全身状態の改善を待って3ヵ月後に腹腔鏡下左腎摘除術を施行した。術中癒着が強く腎門部剥離が困難であったため，開腹左腎摘除術に変更となった（手術時間：6時間56分、出血量3420mL）。病理組織診断はclear cell renal cell carcinoma, G3, pT2aであった。【考察】腎細胞癌の自然破裂は腎細胞癌症例中0.3~0.6%と極めて稀である。その一方，非外傷性腎周囲血腫の原因としては26%であり，腎血管筋脂肪腫（29%）と同等の割合を占めている。術前TAEは出血コントロールや術野確保に有効である。長期予後については比較的良好とする報告が多い。【結語】自然破裂をきたした腎細胞癌の1例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

4. スニチニブ投与にて長期生存が得られている転移性腎細胞癌の1例

杉野謙司、山下真弘、小林知子、橋本英昭（岡山中央）入江伸（児島市民）

症例は70歳男性で、前医でCTにて左腎腫瘍を指摘され紹介となり、腎癌の診断で平成18年5月19日経腹的左腎摘除術施行。病理診断では腫瘍の組織像は淡明細胞癌でG2,INF- β ,pT3aN0M0であった。平成22年7月にCTで肋骨、腸骨に転移を認め、MSKCCリスク分類ではIntermediate riskであったためスニチニブ50mg/日で投与を開始した。投与開始3週間で発熱、血小板減少を認めたため休薬し、症状改善後からスニチニブ37.5mg/日投与再開した。平成24年8月から骨髄抑制などを考慮し25mg/日に減量し4週内服2週休薬のスケジュールで治療開始から32ヶ月行い、平成25年3月から3週内服、3週休薬、平成25年8月から2週内服、2週休薬に変更した。平成25年12月に胸椎転移を認め、平成26年3月に胸椎に3Gy \times 10回で放射線照射を行った。この時点で薬剤変更も検討したが、骨転移巣のコントロールが良好なこともあり25mg/日で2週内服、2週休薬のスケジュールで投与継続した。甲状腺機能の低下や手足症候群のような副作用は一時的に認めることはあったがGrade2までであった。現在も3ヶ月に一度のCTフォローにて転移の大きな拡大もなく経過観察中である。スニチニブ投与にて長期生存が得られている症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

5. 診断に難渋した腎盂癌の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XX歳男性。20XX年XX月に陰嚢と右下腿浮腫を主訴に前医を受診し、炎症性病変、後腹膜線維症、悪性リンパ腫などが疑われ当院総合診療内科入院となる。骨髄穿刺、造影CT施行し、当科も画像確認をしたが、尿路に明らかな癌病変は認めず、また、腫瘍性マーカー、IL-2の上昇も認めなかったため、後腹膜線維症と診断。IgG4は正常値であった。その時点よりステロイドの投与を開始した。5回のフォローCTでも改善なく、再度泌尿器科紹介となったが後腹膜線維症と考えステロイド投与を継続した。3ヶ月経過後より肉眼的血尿出現、尿細胞診は疑陽性であった。この時点で以前のCTを見直し、右腎盂に柔い造影効果があり、排泄相で、圧排されている所見あり。PET-CTを施行し、第3胸椎に腫瘤を認めた。腎盂癌の可能性を考え、膀胱鏡、尿管、腎盂鏡検査、両側分腎尿採取および両側尿管ステント留置術を施行し、腎盂生検でG3相当の尿路上皮癌が検出された。右腎盂癌cT1N2M1と診断し、化学療法（GEM+CDDP）を継続している。診断に難渋した腎盂癌の1例を経験したので若干の文献とともに報告する。

6. 移植腎に発生した腎盂癌の一例

西川大祐、佐野雄芳、山野井友昭、佐々木克己、藤田 治（香川県立中央）
田中大介（岡山労災）

【背景】免疫抑制剤の進歩により移植腎の長期生着が見込まれるようになった一方、腎移植患者における悪性腫瘍の発生が報告されている。今回生体腎移植後29年目に移植腎に発生した腎盂癌の症例を経験したので報告する。【症例】60歳代女性。慢性腎不全(原疾患不明)にて1988年に父親をドナーとして生体腎移植を施行された後、当院腎臓内科よりアザチオプリン投与され、腎機能は良好であった。2016年7月に肉眼的血尿を自覚し、尿細胞診classVを検出したため当科紹介となった。膀胱生検・固有腎洗浄尿細胞診はいずれも陰性、移植腎分腎尿細胞診classVを検出したため、同年10月に移植腎に対して腎盂尿管鏡検査を施行した。移植腎の腎盂に粘膜変化を認めたため、同部位を生検しhigh grade urothelial carcinomaを検出した。本人と種々の治療オプションについて相談し、移植腎尿管全摘除術を選択した。2017年1月10日に同治療を施行し、病理はInvasive urothelial carcinoma with glandular differentiation、pT2、high grade(G3)、INFb、LV11、RM0であった。術後より免疫抑制剤を中止し血液透析を再導入しており、追加療法なしに経過観察中であるが明らかな再発・転移を認めていない。【考察】移植腎に発生する尿路上皮癌の報告は極めて少なく、発生要因として免疫抑制剤の長期使用・移植後期間の長期化が挙げられる。今後レシピエントの高齢化や移植腎生着期間の長期化に伴い移植患者の悪性腫瘍の発生はますます増加すると予想されるため、悪性腫瘍の早期発見・早期治療が重要と考えられる。

7. 尿管部分摘除による腎温存手術を行った膀胱癌下部尿管再発の1例

那須良次、田中大介（岡山労災）村田 匡（倉敷成人病）高本 篤、杉本盛人（岡山大）
佐古智子（岡山赤十字）佐古真一

症例は73歳男性、発作性心房細動、高血圧、糖尿病、高コレステロール血症、前立腺肥大症で加療中。68歳時、前立腺生検（癌検出されず）、70歳時、膀胱癌に対してTURBT（UC, G2>G1, pT1）施行、高PSA血症と併せて当科で経過観察中であった。2018年4月、超音波で左水腎症あり、造影CTで骨盤内左尿管に造影効果のある17mmの腫瘍を認めた。膀胱癌下部尿管再発、T2N0M0と診断し、同年5月、経尿道的膀胱カフ切除による下部尿管部分摘除、尿管膀胱新吻合、骨盤内リンパ節郭清を行った（UC, low grade, INFa, ly0, v0, pT2N0）。術後、左水腎症の改善に伴い総腎機能の改善を認めた（eGFR 45.6→65.1 ml/分/1.73m²）。11月、膀胱再発に対してTURBT施行（UC, G2>G1, pTa）、その後は再発を認めていない。当科では患側腎機能が残存している単発の下部尿管癌に対して症例に応じて尿管部分摘除+尿管膀胱新吻合術による腎温存手術を行っており本症例は11例目であった。腎機能の保持が可能な本法は、非浸潤例のみならず局所浸潤例においても術後の化学療法を前提とした有効な術式と考えられる。今回、迅速病理診断を併用した経尿道的膀胱カフ切除法を紹介し、当科における下部尿管癌に対する腎温存手術の治療成績を報告する。

8. 低用量のUFTが奏功した自然破裂を来した腎癌の1例

渡邊雄一（十全総合）

症例は94歳、男性。高血圧、糖尿病、慢性心不全、貧血に対し内服治療中。当科にて4カ月前に径5.7×5.5×7cmの右腎癌を診断、経過観察していたが、3日前からの肉眼的血尿のため再診された。腹痛は見られなかった。腹部単純CTにて右腎腫瘍の腫大、内部吸収値の上昇、周囲後腹膜腔内の血腫、右胸水貯留などの所見を認め、腎癌が自然破裂を来したものと診断した。入院時血圧の低下はなく、またHbの問題となるような低下も見られず、治療としては止血剤などによる保存的治療を希望された。ただし抗癌剤の内服は希望されたため、入院5日目からUFT200mgの連日投与を開始した。以後の経過は順調で入院14日目に退院された。退院後約1カ月目のCTでは血腫の吸収と腫瘍の縮小傾向が認められた。その後もUFTを同量で継続したところ、UFT開始1年4カ月目のCTでは腫瘍は径3.3×3×3cmとなり、がん診断時と比較し86%縮小していた。その翌月心不全の悪化にて死亡されたが、UFT開始から死亡までの間、骨髄抑制などの副作用を認めることはなく、ADLも良好に維持されていた。

9. 尿閉により深部静脈血栓症、肺塞栓症をきたした一例

河田達志、能勢宏幸、大枝忠史（尾道市立市民）高村俊行（同・循環器内科）

症例は 75 歳男性。腰部脊柱管狭窄症手術の既往があり、かかりつけ医により過活動膀胱の診断でプロピペリン、ミラベクロンを内服していた。2-3 日前から増悪する下肢筋力低下を主訴に当院整形外科受診、診察時両側下腿浮腫を認めたため循環器内科紹介受診となった。血液検査上 D-ダイマー高値を認め、下肢静脈血栓症を疑い胸部～下肢造影 CT 検査施行したところ、緊満した膀胱で圧排された下大静脈、両側外腸骨静脈を認め、両側外腸骨～大腿静脈内及び右肺動脈下葉枝内に血栓を認めた。両側下腿の深部静脈血栓は認めず、尿閉により著明に拡張した膀胱が原因で圧排された静脈に灌流障害が生じ、深部静脈血栓症、肺動脈塞栓症が発症したと考えられた。同日よりリバーロキサバン内服開始、入院経過観察となった。尿閉の原因として薬剤性、脊柱管狭窄症に伴う神経因性膀胱が考えられ、プロペペリン、ミラベクロン内服中止、尿道カテーテル留置した。入院後両下腿浮腫改善、下肢筋力改善傾向となり、入院 15 日目造影 CT 検査では右下肢静脈血栓の著明な縮小、右肺動脈血栓、左下肢静脈血栓の消失を認めた。入院中尿道カテーテル抜去後、自尿認めるも残尿貯留傾向であり、自己導尿指導し入院 26 日目退院の運びとなった。現在外来で自己導尿指導継続し問題なく経過している。

10. 理学所見から診断に至った膀胱異物の 1 例

大平 伸（川崎医大）河原弘之（玉島中央）

症例は 62 歳、男性。既往歴は虫垂炎（14 歳）、胆石症（60 歳）。2017 年 3 月に感冒薬内服後の尿勢低下と残尿感を主訴に受診した。理学所見は尿道下裂、包皮内異物、腹側包皮と肛門に組織癒痕を認めたが、直腸診では異常を認めなかった。末梢血一般・生化学検査は異常を認めなかったものの、尿一般・沈査検査では血膿尿（RBC \geq 100/HPF、WBC50-99/HPF）を認めた。異物挿入の可能性を疑い問診を行ったが、回答は得られなかった。追加精査の必要性を説明し、患者に同意を得たうえで追加検査を行い、CT 検査で膀胱内異物を認め、膀胱鏡検査でシリコン製キャップを認めた。鉗子による異物摘除を試みるも把持困難であり、後日、脊椎麻酔下に Young 氏異物鉗子膀胱鏡を用いて異物を摘除した。再度、問診を行ったところ異物挿入の回答を得た。性嗜好による膀胱内への異物挿入は若年男性、経尿道的挿入（糸類 15.6%）が多く、経尿道的挿入は自慰行為目的や性戯目的であることが多い。泌尿器科外来診療で時に遭遇する疾患であるが、性意識や性嗜好の多様化に伴い、今後も増加することが予想される。羞恥心から問診では十分な回答は得られないことがしばしばある。本症例においても精査前の問診では回答が得られなかったが、理学所見から異物挿入の可能性を疑い、追加精査を行うことで診断に至った。

11.骨盤内に発生した Solitary fibrous tumor の 1 例

児島宏典、日下信行、明比直樹（津山中央）
野中泰幸（同・外科）

Solitary fibrous tumor（SFT：孤立性線維性腫瘍）は、線維芽細胞様の紡錘形細胞が比較的厚い膠原繊維束により隔てられ増殖し、限局的な腫瘍を形成する比較的稀な腫瘍である。本症例は 50 歳台・男性、X-7 年に下行結腸癌に対して結腸左半切除術を施行され、術後経過観察中であった。X-6 年の CT 検査で膀胱背側に 35*24mm 大の軟部腫瘍陰影を指摘された。PET-CT では FDG の高集積像なく経過観察となった。経年比較で徐々に増大を認めたため X 年に当科紹介となった。MRI では境界明瞭で精嚢腺と接しているが、膀胱、前立腺、直腸とは離れていた。精嚢腺あるいは間葉系由来の腫瘍が疑われた。術後のため腫瘍が腹腔内か後腹膜か不明瞭であり、生検は出血の危険性があるため行わず、腫瘍摘出術を施行した。病理結果では SFT と診断された。術後 6 ヶ月再発所見なく経過している。SFT は大部分が胸膜に発生するとされているが、今回われわれは比較的稀な骨盤内に発生した SFT を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

12.メトトレキサート内服中に発生した後腹膜腫瘍の 1 例

笹岡丈人、榮枝一磨、佐古智子、竹中 皇（岡山赤十字）

症例は 80 歳女性。

既往歴に関節リウマチがあり、2012 年 5 月よりメトトレキサート(MTX)内服中であった。他科の CT で偶発的に右副腎に 25 mm 大の腫瘍を認めたため、当科紹介となった。各種ホルモン検査より非機能性副腎腫瘍が疑われたが、1 カ月後の CT で 30 mm へと増大傾向を認めたため、悪性の可能性も考慮し、2017 年 2 月下旬に、腹腔鏡下右副腎摘除術を施行した。術中所見では正常副腎外に腫瘍が存在しており、腫瘍断面は灰白色の色調であった。病理結果は Diffuse large B cell lymphoma の組織像であり、血液内科へ紹介したところ、既往歴を含め最終的に MTX 関連リンパ増殖性疾患と診断された。現在、MTX 中止し、外来で経過観察中である。

我々が検査し得た範囲では、後腹膜に発生した MTX 関連リンパ増殖性疾患は見当たらなかった。

今回、MTX 関連リンパ増殖性疾患を経験したので、若干の文献的考察を踏まえて報告する。

13.ベンジルペニシリン大量投与による出血性膀胱炎の1例

森分貴俊、黒瀬恭平、畠 和宏、岸 幹雄（福山市民）

症例は48歳、男性。2016年10月8日に悪寒戦慄、39度の発熱あり。10月10日近医受診し、消炎鎮痛剤の処方を受けるも解熱せず、10月13日当院総合内科紹介受診となった。理学所見、検査所見より、感染性心内膜炎と診断され循環器内科へ即日入院となった。

ベンジルペニシリンとゲンタマイシンによる抗生剤治療で炎症反応は改善したが、ベンジルペニシリン投与第24日目より頻尿、排尿痛、残尿感出現。その後肉眼的血尿出現したため11月9日に当科紹介受診となった。

当科受診時の尿検査ではタンパク3(+)、潜血3(+)、沈渣で白血球5-9/HPF、赤血球>100/HPF、細菌は陰性だった。膀胱鏡では粘膜にびまん性発赤、および出血あり、出血性膀胱炎の所見であった。入院時の心エコーで重度の三尖弁逆流を指摘されており、11月10日に僧帽弁形成手術をおこなった。手術に伴い抗生剤はセフトリアキソンに変更した。徐々に肉眼的血尿は消失し、検尿は正常となった。11月21日の尿細胞診は陰性であった。

【考察】retrospectiveに考えると本症例はベンジルペニシリンによる出血性膀胱炎であったと考えられた。高用量のベンジルペニシリン投与による出血性膀胱炎は我々が調べた限り数例報告されているのみであるが、原因薬剤として念頭におくべきものであると考えられた。

14.薬剤性出血性膀胱炎の3例

石川 勉、小田浩司、上松克利、山田大介（三豊総合）

堀井 聡（三豊総合・卒後臨床研修センター）宗政修平（鳥取市立）

【症例1】2008年3月間質性肺炎に対してシクロホスファミド開始。2012年12月肉眼的血尿で当科受診。急性膀胱炎として抗菌化学療法を行うも改善なく2013年3月血尿増悪と貧血で入院。薬剤性出血性膀胱炎を疑いシクロホスファミド中止、その他赤血球輸血など保存的治療を行い軽快。同12月シクロホスファミド誘因の膀胱癌疑いに対してTURBT施行。病理結果は悪性所見なしであった。術後は血尿なく経過し、2014年5月間質性肺炎増悪で死亡。【症例2】2009年6月間質性肺炎に対してシクロホスファミド開始。2017年1月肉眼的血尿と尿閉で当科入院。薬剤性出血性膀胱炎を疑いシクロホスファミド中止、その他赤血球輸血など保存的治療行うも改善なく、TUC施行。術後血尿軽快し退院するも、同月内に血尿増悪で再入院し、保存的加療を施行。その後血尿なく経過しており、併存する神経因性膀胱に対して外来治療継続中。【症例3】2016年6月ペイロニー病に対してトラニラスト開始。同7月に外科で虫垂切除術施行した際、尿道バルンカテーテルを留置されていた。同8月血尿と排尿痛出現、カテーテル留置後の急性膀胱炎とし抗菌化学療法行うも改善なし。薬剤性出血性膀胱炎を疑いトラニラスト中止し、症状軽快。【考察】薬剤性出血性膀胱炎の3例を経験したので、文献的考察も含め報告する。

15. 去勢抵抗性前立腺癌の化学療法中に発症した腫瘍崩壊症候群の 1 例
牧 佳男（金光病院）

症例は 72 歳。X-3 年 10 月膀胱壁不正、両側水腎症で当科紹介。初診時 PSA 22.26ng/mL。前立腺生検で GS 4+5=9 の前立腺癌を検出。胸腹部 CT で膀胱浸潤を認め cT4N0M0 と診断。LHRH アンタゴニスト+ビカルタミドによる MAB を開始したが、X-2 年 1 月 PSA nadir 0.206ng/mL、以後再燃状態となった。X-2 年 3 月骨シンチで恥骨、右臼蓋に転移を認めデノスマブ投与開始。ビカルタミドからフルタミドへの交代療法をしたが効果なく、X-2 年 7 月よりエンザルタミド投与。X-2 年 11 月骨シンチ：PD、エンザルタミドによる疲労感もあり、X-2 年 12 月よりアビラテロンに変更。X-1 年 4 月骨シンチ：PD。X-1 年 6 月後天性血友病 A を合併しバイパス療法施行。X 年 5 月より ALP、LDH が上昇傾向となり、X 年 8 月胸腹部 CT で肝転移、リンパ節転移を認め、ドセタキセル 60mg/m² を 3 クール投与したが効果 PD のため、X 年 10 月カバジタキセル 20mg/m² 投与したところ、投与 6 日後に高尿酸血症、高リン血症、低 Ca 血症を認め、腫瘍崩壊症候群と考え、輸液、febuxostat、rasburicase の投与を行ったが、効果なく急性腎不全で死亡した。本症例では NSE の高値が認められ、抗癌剤により小細胞癌の成分が大量壊死したことが腫瘍崩壊症候群を惹起した原因と思われた。

16. 高位精巣摘除術 14 年後に再発を認めた StageI セミノーマの 1 例

和田里章悟、高本 篤、和田耕一郎、堀川雄平、丸山雄樹、河村香澄、小林宏州、土井啓介、丸山雄樹、光井洋介、前原貴典、大岩裕子、定平卓也、岩田健宏、西村慎吾、堀川雄平、甲斐誠二、杉本盛人、谷本竜太、和田耕一郎、小林泰之、荒木元朗、渡辺豊彦、那須保友（岡山大）

症例は 40 代男性。右下腿浮腫、総腸骨リンパ節の腫大、骨盤内腫瘍を指摘され当科紹介受診した。患者は前医受診の 14 年前に右精巣腫瘍に対し高位精巣摘除術を行われており、最終診断はセミノーマ pT2N0M0 pStageI、IGCCC good risk であった。当科受診時には LDH667U/l(120~240U/l)、β-hCG17.5mIU/l(<0.5mIU/l)と高値を認め、骨盤内腫瘍生検によりセミノーマの再発病変と判断、診断の翌日より救済化学療法として BEP3 コースを施行した。腫瘍マーカーはすみやかに陰性化し、残存腫瘍径は 3cm 以下となったものの、骨盤内腫瘍には FDG-PETCT で SUVmax2.46 の集積を認めた。2nd line として VeIP 療法を追加で 3 コース施行した。2nd line 施行後の PET 検査では依然として SUVmax2.48 の集積があり、最終的に残存病変の切除を行う方針となった。手術標本は壊死組織のみで viable cell は認めず、術後 4 ヶ月時点では局所再発、転移は認めていない。StageI セミノーマの再発時期は 2 年以内が大半を占めるが、一定数の晩期再発の報告もある。我々は高位精巣摘除術 14 年後に発生したセミノーマ晩期再発を経験したので、若干の文献的考察を加え報告する。

17. ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術（RALP）施行時に同時に摘出し得た膀胱平滑筋腫の1例

西下憲文、堀川雄平、上原慎也（川崎医科大学総合医療センター）

物部泰昌（同・病理科）

月森翔平、藤田雅一郎、藤井智浩、宮地禎幸、永井 敦（川崎医大）

児島宏典（津山中央）

73 歳，男性。PSA 高値（23.42ng/ml）にて前医受診。前立腺針生検施行し、Gleason score 3+4=7 の前立腺癌（cT2cN0M0）と確定診断された。また、骨盤部 MRI 撮影にて偶発的に前立腺左葉腹側に約 3 cm 大の膀胱腫瘤を認め、精査加療目的で当科紹介となった。尿細胞診は class II。膀胱鏡では左前壁から頸部にかけて正常粘膜に覆われた膀胱壁の隆起を認めた。膀胱部腫瘤の組織診断のため、経皮的針生検ならびに経尿道的膀胱腫瘤生検と周囲マーキングを同時に施行。病理組織学的診断は膀胱平滑筋腫であった。前立腺癌と膀胱平滑筋腫の治療を同時に行うこととし、RALP および膀胱部分切除術を施行した。病理組織診断は、前立腺：adenocarcinoma, pT2c, Gleason score 3+4=7, EPE0, RM0、膀胱粘膜下腫瘍：平滑筋腫であった。術後 6 日目尿道カテーテルを抜去し、術後 7 日目に退院となった。前立腺癌に合併した膀胱平滑筋腫を RALP 施行時に同時摘出し経過良好であった症例を経験した。

18. 高リスク前立腺癌に対するロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術の摘出病理に関する検討

高本 篤、谷本竜太、小林泰之、和田里章悟、河村香澄、小林宏州、丸山雄樹、

土井啓介、光井洋介、前原貴典、大岩裕子、定平卓也、岩田健宏、西村慎吾、

和田耕一郎、杉本盛人、荒木元朗、渡邊豊彦、那須保友（岡山大）

目的：当科における高リスク前立腺癌に対するロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘術(RALP)の病理学的検討を行い、Positive surgical margin（PSM）のリスク因子の検討を起こった。対象と方法：2011 年 1 月から 2017 年 3 月まで NCCN の診断基準で高リスク前立腺癌（T3a 以上 or GS8 以上 or PSA>20ng/ml）に分類され、術前内分泌療法または遺伝子治療をおこなわず、RALP を行った 180 例を対象とした。

結果：対象の年齢中央値は 68 歳（50-79）、術前 PSA の中央値は 8.87ng/ml(3.33-53.89)、臨床病期分類は cT2 以下が 161 例、cT3a:16 例、cT3b:3 例、生検 Gleason Score は 7 以下が 15 例、8:114 例、9:24 例、10:5 例であった。病理診断は pT2 以下：117 例（65%）、pT3a：34 例（19%）、pT3b：29 例（16%）でリンパ節転移は 4 例（2%）であった。180 例中 60 例（33%）は術前高リスクから中間リスクにダウングレードした。PSM は 51 例（28%）であり、単変量解析多変量解析ともに術前 PSA20 以上（オッズ比 3.37、P=0.023、95%CI 1.17-9.88）、前立腺生検癌陽性率 50%以上（オッズ比 5.20、P=0.0022、95%CI 1.80-16.04）GS9 以上（オッズ比 3.85、P=0.032、95%CI 1.58 - 9.58）が有意なリスクであった。

結論：高リスク前立腺癌においては前立腺生検陽性率 50%および PSA \geq 20ng/ml、GS9 以上が有意な PSM 予測因子であった。高リスク前立腺癌は病理学的には 3 分の 1 がダウンステージしていた。

日本泌尿器科学会岡山地方会事務局

〒700 - 8558 岡山市北区鹿田町 2-5-1
岡山大学大学院医歯薬学総合研究科泌尿器病態学

Phone	086-235-7287
FAX	086-231-3986
E-mail	m-yasco@md.okayama-u.ac.jp
URL	http://www.uro.jp/chihoukai/index.html