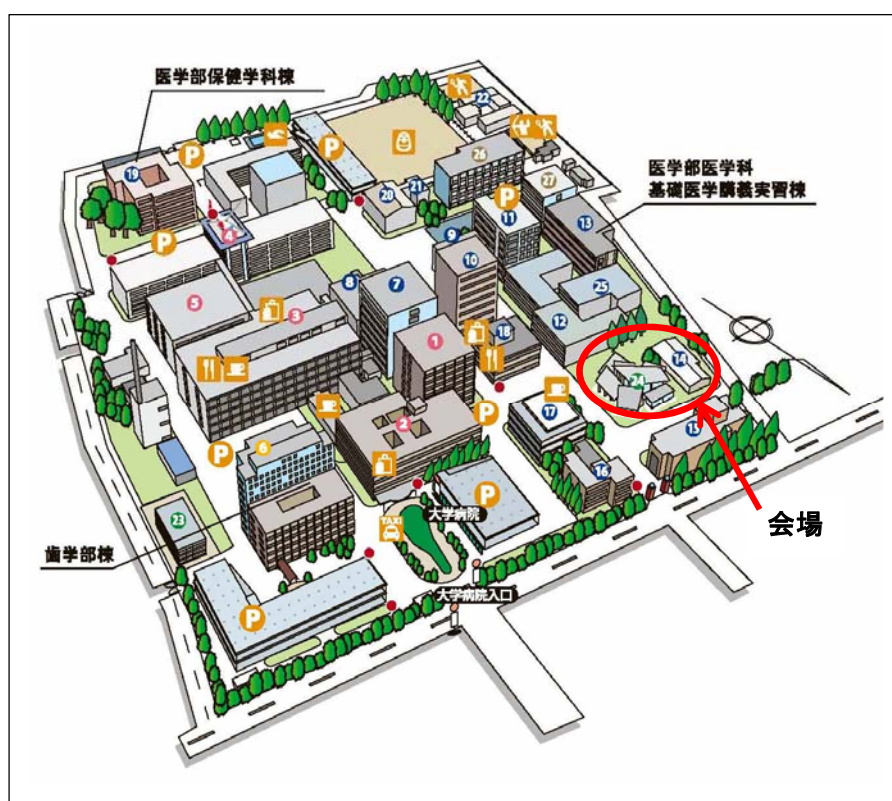


第 312 回 日本泌尿器科学会 岡山地方会



日時:平成 29 年 9 月 16 日(土)14 時

場所:岡山大学 Junko Fukutake Hall(J-Hall)

岡山市北区鹿田町 2-5-1 岡山大学鹿田キャンパス内

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。学会参加費は1000円です。
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、9月14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。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下さい。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. 今回は地方会終了後引き続き「第1回岡山泌尿器科臨床課題研究会」を行います。

日医師涯教育制度

単 位：2単位

カリキュラムコード： 8 [感染対策], 53 [腹痛],
64 [肉眼的血尿], 65 [排尿障害 (尿失禁・排尿困難)]

プログラム

座長 山本康雄（倉敷成人病）
岩田健宏（岡山大）

14:00～15:20 CC53（0.5単位） CC64（0.5単位）

1. 当院における Nivolumab3 例の使用経験
月森翔平、中塚騰太、高崎宏靖、金星哲、藤田雅一郎、大平伸、清水真次朗、海部三香子、原綾英、藤井智浩、宮地禎幸、永井敦（川崎医大）
2. 後天性特発性低ゴナドトロピン性男子性腺機能低下症の1例
杉野謙司、小林知子、橋本英昭、金重哲三（岡山中央病院）
3. 小児期に再発した尿管ポリープの一例
仲田惣一、後藤隆文、中原康雄、花木祥二郎、浮田明見、青山興司（岡山医療センター・小児外科、中国四国小児外科医療支援機構）
4. 経皮的腎腫瘍生検が診断に有用であった左腎細胞癌と膀胱癌の同時性重複癌の一例
小田浩司¹⁾、石川勉¹⁾、上松克利¹⁾、宮谷克也²⁾、山田大介¹⁾（¹⁾三豊総合、²⁾同・病理診断科）
5. 巨大粘液性嚢胞腺腫に対し、腹腔鏡下に嚢胞摘除術を施行した一例
森分貴俊、黒瀬恭平、畠和宏、岸幹雄（福山市民）
6. 岡山大学病院泌尿器科における腹腔鏡下尿膜管摘出術の治療経験
前原貴典、杉本盛人、和田里章悟、河村香澄、小林宏州、丸山雄樹、光井洋介、大岩裕子、定平卓也、岩田健宏、西村慎吾、高本篤、甲斐誠二、和田耕一郎、谷本竜太、小林泰之、石井亜矢乃、荒木元朗、渡部昌実、渡邊豊彦、那須保友（岡山大）
7. 右腎盂癌十二指腸浸潤との鑑別に苦慮したスキルス胃癌腹膜播種の一例
河田達志、能勢宏幸、大枝忠史（尾道市立市民）
8. 前立腺癌が疑われた、BCG膀胱内注入療法後の肉芽腫性前立腺炎の1例
薬師寺宏、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）

<休憩>

15:30～16:50 CC8（0.5単位） CC65（0.5単位）

9. 白血病の再燃が疑われた G-CSF 産生膀胱癌の1例
徳永素、黒瀬恭平、森分貴俊、畠和宏、岸幹雄（福山市民）
10. 放射線照射後に外腸骨動脈-S状結腸瘻を来した1例
井上陽介、土井啓介、市川孝治、津島知靖（岡山医療センター）

11. 泌尿器科検査・手術を契機に診断された後天性 von Willebrand 症候群の 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）
町田拓哉（同・血液内科・輸血科）
12. ステロイド治療が奏効した自己免疫性膀胱炎の 1 例
花本昌紀、平田武志、小倉一真、林 信希、高村剛輔、枝村康平、
江原 伸（広島市立広島市民）
13. 膀胱全摘後に続発した恥骨骨髓炎の一例
野田 岳、三井將雄、森 聡博、別宮謙介、中田哲也(岩国医療センター)
高村剛輔(広島市民)
14. 当院で経験した梅毒患者の検討
横山光彦（よこやま腎泌尿器科クリニック）
15. ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術後 3 ヶ月目に骨転移を診断した前立腺癌の 1 例
山本康雄、森田 陽、安東栄一、村田 匡、石戸則孝、高本 均（倉敷成人病）
16. 筋層非浸潤性膀胱癌に対する経尿道的膀胱腫瘍切除術後のピラルビシン単回注入と 2
回注入の無作為化比較試験
岩田健宏^{1,11)}、谷本竜太^{1,11)}、公文裕巳^{1,11)}、大岩裕子^{1,11)}、西村慎吾^{1,11)}、高本 篤^{1,11)}、
杉本盛人^{1,11)}、和田耕一郎^{1,11)}、小林泰之^{1,11)}、荒木元朗^{1,11)}、江原 伸^{2,11)}、雑賀隆
史^{3,11)}、那須良次^{4,11)}、山田大介^{5,11)}、高本 均^{6,11)}、宮地禎幸^{7,11)}、津島知靖^{8,11)}、佐々
木克己^{9,11)}、小野憲昭^{10,11)}、渡辺豊彦^{1,11)}、那須保友^{1,11)}（¹⁾岡山大、²⁾広島市立広島市
民、³⁾愛媛大、⁴⁾岡山ろうさい、⁵⁾三豊総合、⁶⁾倉敷成人病、⁷⁾川崎医大、⁸⁾岡山医療セン
ター、⁹⁾香川県立中央、¹⁰⁾高知医療センター、¹¹⁾岡山泌尿器科研究支援機構（Okayama
Urological Research Group; OURG）

17 : 00~18 : 00

第 1 回岡山泌尿器科臨床課題研究会

一般演題

1. 当院における Nivolumab 3 例の使用経験

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

TKI 抵抗性の進行腎細胞癌に対して、2016 年 8 月から Nivolumab が承認された。当科で Nivolumab 投与した 3 例について報告する。【症例 1】 Nivolumab 投与時年齢 68 歳、男性。MSKCC リスクは intermediate。66 歳時、左腎摘除術を施行し、Clear cell carcinoma, G3, cT3aN2M0。術後 3 カ月に左鎖骨上窩リンパ節転移出現し Sunitinib 開始するも、PD のため、Axitinib に変更したが手足症候群強く継続困難であり、術後 13 カ月より Nivolumab 開始した。3 カ月後の CT は SD で、5 カ月間有害事象なく継続中である。【症例 2】 Nivolumab 投与時年齢 51 歳、男性。MSKCC リスクは intermediate。45 歳時、左腎摘除術を施行し、Clear cell carcinoma, G3, cT3aN0M1(肺)。肺転移に対して Interferon 投与、その後 IL-2 を併用した。縦隔リンパ節転移出現し Sunitinib に変更、その後は Everolimus、Temsirrolimus と逐次療法を行った。その後、右胸膜播種出現し、Axitinib 投与したが、胸水出現し Pazopanib に変更するも、癌性胸水のため 2 度胸膜癒着術施行した。術後 65 カ月より Nivolumab 導入となった。以降、胸水落ち着いており呼吸苦も消失した。脳転移出現し、サイバーナイフ加療行っているが、4 カ月間有害事象なく継続中である。【症例 3】 Nivolumab 投与時年齢 79 歳、女性。MSKCC リスクは intermediate。76 歳時、左腎摘除術を施行し、Clear cell carcinoma, G2, cT2aN0M1(肺)。術後から Interferon 投与し縦隔リンパ節転移出現にて、Sorafenib に変更したが癌性胸膜炎出現し、Axitinib、Pazopanib、Everolimus と逐次療法を行うも、無気肺による呼吸苦強く酸素管理が必要となり、術後 32 カ月より Nivolumab 導入となった。以後、酸素投与不要となり、1 カ月間有害事象なく継続中である。

2. 後天性特発性低ゴナドトロピン性男子性腺機能低下症の 1 例

杉野謙司、小林知子、橋本英昭、金重哲三（岡山中央）

症例は 48 歳男性で、平成 25 年 1 月ごろから勃起障害を認めており、徐々に射精障害を伴うようになった。同年 4 月に当院泌尿器科受診。既往歴に特記事項はなく、2 度の結婚歴があり、これまでに 2 児を設けている。内分泌検査ではフリーテストステロン<0.6pg/ml、テストステロン 0.9ng/ml、LH<0.10mIU/ml、FSH1.04 mIU/ml と低テストステロン・低ゴナドトロピン血症を認め、また精液検査では精液量 0.5ml、精子数 3 と高度乏精子症を認めた。下垂体疾患を疑い、脳神経外科紹介するも明らかな異常は認めなかった。hCG 負荷試験 (hCG5000 単位 3 日連続筋注)では血清テストステロンが 0.13 ng/ml から 2.38 ng/ml へ改善を認め、射精機能の回復も認めた。以上の検査から後天性特発性低ゴナドトロピン性男子性腺機能低下症した。hCG 製剤 3000 単位、週 3 回投与を開始し、1 ヶ月後の精液検査で精液量 2.5ml、精子数 3500 万/ml、運動率 65.7%、奇形率 29.2%と改善を認めた。治療開始後平成 28 年には 3 人目の妻との間に新たに 1 児をもうけた。現在に至るまで hCG 製剤中止後はテストステロン値低値を認め、hCG 製剤 3000 単位、週 3 回投与再開後はテストステロン値改善するという状況を繰り返している。今回後天性特発性低ゴナドトロピン性男子性腺機能低下症と診断された 1 例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

3. 小児期に再発した尿管ポリープの一例

仲田惣一、後藤隆文、中原康雄、花木祥二郎、浮田明見、青山興司（岡山医療センター・小児外科、中国四国小児外科医療支援機構）

症例は15歳男児。9歳時に左水腎症を指摘され、当科紹介となった。精査の結果、腎盂尿管移行部付近の尿管ポリープで、左腎盂形成術を施行した。腎盂尿管移行部付近に認めた2つのポリープを含めて尿管を切断した。多発性尿管ポリープの所見で、切除標本の病理ではfibroepithelial polypであった。術後2年外来経過観察していたが、その後自己判断で外来通院されていなかった。14歳時に左側腹部痛を認め、再度当科紹介となった。著明な左水腎症を認め、左腎瘻造設した。その後左水腎症は軽快して、腎瘻造影で狭窄所見なく通過良好なため腎瘻抜去した。腎瘻抜去後経過観察中、激しい運動時の血尿やその際の痛みも時々認めていた。腎瘻造影を再評価すると尿管ポリープを疑わせる所見もあったため、腎瘻抜去から約1年経過したところで、レノグラム及び全麻下尿管鏡を施行した。レノグラムでは軽度排泄遅延を認め、尿管鏡を挿入すると腎盂尿管移行部付近に尿管ポリープを認め、可及的に切除した。病理は9歳時と同様のfibroepithelial polypであった。小児期に再発した尿管ポリープの報告は少なく、若干の文献的考察を加えて報告する。

4. 経皮的腎腫瘍生検が診断に有用であった左腎細胞癌と膀胱癌の同時性重複癌の一例

小田浩司¹⁾、石川 勉¹⁾、上松克利¹⁾、宮谷克也²⁾、山田大介¹⁾（¹⁾ 三豊総合、²⁾ 同・病理診断科）

症例は47歳男性。20XX年6月に肉眼的血尿を主訴に近医を受診。単純CTで左腎腫瘍を認めたため当科紹介受診となった。腹部エコーでは左腎臓に高エコーのSOLを認め、カラードプラーでは血流を認めた。膀胱鏡では左尿管口からの出血および左側壁に2mm大の乳頭状腫瘍を数個認めた。左腎盂腫瘍の可能性も考えTURBTの際に分腎尿採取を施行した。分腎尿の尿細胞診は陰性、膀胱腫瘍はUC、G2、pTaであった。腎細胞癌である可能性を考慮して経皮的腎生検を追加で施行した。病理結果は淡明細胞癌であったが、尿路上皮癌の重複癌であることをふまえて、同年7月に左腎細胞癌に対して左腎尿管全摘出術を施行した。術後経過は良好でPOD8に軽快退院した。

腎腫瘍に対して生検を行うか否かについては賛否両論があるが、理由としては sampling error に対する懸念や生検による合併症のリスクなどがあげられる。しかし、腎機能の温存の面からみると不要な手術を回避するために生検で病理診断を行うことは有用と思われる。さらに、本症例のように腎盂癌か腎細胞癌かの診断に苦慮した一例では治療方針を決定する一助になり得るとと思われる。今回我々は、経皮的腎腫瘍生検が腎腫瘍の診断に有用であった一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

5. 巨大粘液性嚢胞腺腫に対し、腹腔鏡下に嚢胞摘除術を施行した一例
森分貴俊、黒瀬恭平、畠 和宏、岸 幹雄（福山市民）

症例は 27 歳、女性。後腹膜嚢胞性腫瘍にて婦人科より紹介、CT、MRI にて右腎尾側の後腹膜腔に 17.2*8.9*5.2cm の嚢胞性腫瘍を認めた。嚢胞壁には一部充実性成分が認められた。

【現症】身長 156.9cm、体重 58.5kg、BMI23.7kg/m²、手術既往なし。血清中の腫瘍マーカーは全て正常であった。【経過】嚢胞性の腫瘍を疑い、腹腔鏡下に手術を施行。臍部に 4.0cm の縦切開を加え、気腹を開始した。臍切開部より腫瘍内容を開放する事なく摘出する事が出来た。腫瘍内容は茶褐色で内容液は約 500ml。腫瘍の上極に 3 箇所 of 結節型腫瘤を認めしたが、病理組織学的所見では Mucinous Cystadenoma で、悪性所見は認めなかった。【考察】後腹膜原発の粘液性嚢胞腺腫はきわめて稀である。後腹膜原発の嚢胞性腫瘍は悪性腫瘍が鑑別に挙がるため、外科的手術の適応となる。今回、右後腹膜に発生した由来臓器不明の後腹膜腫瘍を後腹膜下に摘出することができたため、若干の文献的考察を加え報告する。

6. 岡山大学病院泌尿器科における腹腔鏡下尿膜管摘出術の治療経験

前原貴典、杉本盛人、和田里章悟、河村香澄、小林宏州、丸山雄樹、光井洋介、大岩裕子、定平卓也、岩田健宏、西村慎吾、高本篤、甲斐誠二、和田耕一郎、谷本竜太、小林泰之、石井垂矢乃、荒木元朗、渡部昌実、渡邊豊彦、那須保友（岡山大）

当院において、2008～2017 年に尿膜管遺残症の患者に対して施行された、腹腔鏡下尿膜管摘出術の術式と周術期成績を検討した。症例は計 15 例（男性 7 例、女性 8 例）、年齢は 17～55 歳（中央値 24 歳）であった。手術は 60 度の右下半側臥位とし、左傍腹直筋で臍下 1cm の高さに 5mm、そこから 2-3 横指上下に離して頭側に 12mm（カメラポート）、足側に 5mm ポートを置いた。腹腔鏡操作にて尿膜管を頭側は臍直下レベル、尾側は膀胱頂部近傍まで剥離し、それぞれ切離した。膀胱部分切除は 3 例、また臍切除は 6 例（うち 5 例は臍形成）で施行した。手術時間は中央値 130 分であり、臍切除を施行した症例では中央値 185 分、施行しなかった症例では 121 分と後者で手術時間が短くなる傾向が認められた。出血量は全例で少量であり、後出血や創感染などの周術期合併症および尿膜管膿瘍の術後再発は全例で認めなかった。尿道カテーテル抜去は術後中央値 1 日、退院は術後中央値 6 日であった。3 ポートの腹腔鏡手技により腹腔鏡下尿膜管摘出術は安全に施行可能であると考えられた。また、臍切除を施行しなかった症例においても、十分な治療成績を得られていることが示された。

7. 右腎盂癌十二指腸浸潤との鑑別に苦慮したスキルス胃癌腹膜播種の一例
河田達志、能勢宏幸、大枝忠史（尾道市立市民）

症例は 84 歳男性、無症候性肉眼的血尿を主訴に前医受診し、造影 CT 上右腎盂癌、左尿管癌疑いのため当院紹介受診となった。CT では左下部尿管壁の肥厚と、右腎盂壁肥厚、近接する十二指腸壁の肥厚及び周囲の脂肪織の毛羽立ちを認めた。膀胱鏡では右側壁に乳頭状腫瘍を認めた。上部消化管内視鏡検査(EGD)では、十二指腸球部の拡張不良を認めたが、明らかな粘膜の異常病変を認めなかった。後日両側尿管鏡検査、経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行した。左側は左下部尿管に乳頭状腫瘍を認めたため組織生検した。右側の腎盂腎杯に腫瘍性病変は認めなかった。病理診断は、膀胱腫瘍は尿路上皮癌、pTa、G2、左尿管腫瘍は尿路上皮癌、G2 であった。分腎尿細胞診は両側とも classIII であった。術 1 週間後、食事のつかえ感を主訴に来院した。CT 上十二指腸周囲の脂肪織毛羽立ちは増強しており、再度 EGD で精査した。十二指腸球部狭窄増悪を認め、壁外からの癌浸潤が疑われた。胃癌原発の鑑別のため生検したが悪性像は認めず、CEA、CA19-9 は正常値であった。以上の結果から右腎盂癌十二指腸浸潤、左尿管癌、膀胱癌と診断し GC 療法を開始した。GC 療法 2 コース終了後効果判定 CT にて十二指腸周囲病変の増悪を認めたため再度 EGD を施行した。胃内に不整なひだを認め組織生検施行し、一部組織から未分化型印環細胞癌を認めた。消化器内科転科し 2nd line 化学療法施行するも病勢進行認め、化学療法開始約 1 ヶ月後癌死した。

8. 前立腺癌が疑われた、BCG 膀胱内注入療法後の肉芽腫性前立腺炎の 1 例
薬師寺宏、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）

58 歳男性。201X-2 年、血尿を主訴に当科受診。膀胱鏡にて膀胱全体に多発する乳頭状腫瘍を認めた。経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行。病理組織結果は、Urothelial carcinoma, high grade, pTa であった。追加治療として BCG 膀胱内注入療法(イムノブラダー80mg+生食 40ml)を、1 週ごと計 6 回施行したが、大きな副作用は認めなかった。以後再発を認めず経過したが、201X 年、近医で PSA5.28ng/ml を指摘された。前立腺 MRI にて右葉に前立腺癌が疑われた。直腸診でも同部位に硬結を触知し、前立腺癌疑いで、経直腸的前立腺生検を施行した。病理組織結果は、乾酪壊死を伴った肉芽腫が認められ、BCG 膀胱内注入療法後の肉芽腫性前立腺炎と診断された。悪性所見は認められなかった。BCG 膀胱内注入療法後に前立腺癌を疑う所見がある場合には、肉芽腫性前立腺炎も考慮する必要があると思われた。

9. 白血病の再燃が疑われた G-CSF 産生膀胱癌の 1 例

徳永 素、黒瀬恭平、森分貴俊、畠 和宏、岸 幹雄（福山市民）

症例は 63 歳の男性。2016 年 9 月排尿時痛、肉眼的血尿を主訴に前医受診、膀胱癌との診断にて当科紹介となった。前医の膀胱鏡所見、CT にて膀胱右側壁に約 50mm の非乳頭状広基性腫瘍認め、筋層浸潤が疑われた。画像上明らかな転移を認めず、尿細胞診は class II であった。当科で撮像した MRI では腫瘍底部で筋層を越えて周囲脂肪組織への浸潤を疑う所見があり、膀胱癌 cT3bN0M0 と診断した。NAC として GC 療法 2 コースを行ったが、来院時より WBC18900 と高値であったが、経過中 62000 まで上昇した。既往に白血病があるため血液内科に紹介、骨髄穿刺まで行ったが再燃は否定的であり、経過より G-CSF 産生膀胱癌が疑われた。2017 年 2 月膀胱前立腺全摘出術＋尿管皮膚瘻を行った。病理結果は UC,pT2b,ly,lv0,ur0,pN0 で免疫染色では G-CSF 陽性を示した。後療法として CG 療法 2 コース施行し、現在再発なく経過している。白血球増多症を伴う尿路上皮癌で、感染や炎症、血液疾患が否定的である場合には G-CSF 産生腫瘍を疑う必要がある。

10.放射線照射後に外腸骨動脈-S 状結腸瘻を来した 1 例

井上陽介、土井啓介、市川孝治、津島知靖（岡山医療センター）

症例は 61 歳男性。膀胱癌 cT3bN1M0 に対して膀胱、右腎尿管全摘術および左尿管皮膚瘻造設術を施行し、術後に小骨盤腔に放射線照射（50Gy）と同時に gemcitabine を投与した。その後術後半年のフォローCTにて両肺に多発肺転移が出現したため GC 療法目的に入院となった。経過中徐々に以前からあった便秘が増強、腹痛の訴えも増えてきていた。対症的な便処置で経過をみていたが、入院 20 日目に下血が出現、緊急で下部内視鏡検査を施行したが、出血源は判然とはならなかった。翌朝、誤嚥による窒息と思われる呼吸停止、心停止となった。蘇生を行い、原因検索のため造影 CT を施行したところ、左外腸骨動脈の S 状結腸への穿破が認められた。緊急でステントグラフト術を施行し、2 週間後に左鎖骨下-大腿動脈バイパス術、外腸骨動脈切除術、S 状結腸切除術、人工肛門造設術を施行した。現在は腎機能低下のため、レジメン変更を行っているが、外来にて化学療法を継続できるまで回復している。

大動脈腸管瘻は動脈瘤、感染症、悪性腫瘍、外傷などを原因として起こりうるが、極めてまれであり、人工血管置換後の発症が大部分である。また、内視鏡検査や CT などの画像検査での診断が困難であるとされている。

今回、術後化学療法中に外腸骨動脈-S 状結腸穿破を発症した 1 例を経験したので報告する。

11.泌尿器科検査・手術を契機に診断された後天性 von Willebrand 症候群の 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）
町田拓哉（同・血液内科・輸血科）

【症例】80 歳代，男性。【現病歴・経過】PSA 高値（17.327ng/mL）にて当科紹介となり，X 年 6 月に前立腺生検施行。同日夜間に大量下血を認めたため，下部消化管内視鏡下にクリッピング術施行となった。前立腺組織より Gleason score 5+5 の前立腺癌を認め、病期分類は cT2bN0M1b であった。遠方であったため，同年 8 月に外科的去勢術を施行した。創部出血にて術後 1 日目に再縫合を施行したが，陰嚢血腫の増大を認め，止血剤投与にて保存的治療を行った。X+1 年 6 月には膀胱腫瘍に対して TUR-BT（Invasive UC high grade with CIS）を施行したが，術後 15 日目に膀胱タンポナーデにて再入院となり，経尿道的止血術を施行した。度重なる易出血性のため当院血液内科へ紹介したところ，悪性腫瘍に伴う後天性 von Willebrand 症候群（AvWS）と診断された。今後，観血的処置を行う場合には凝固因子を補充の上施行する。【考察】AvWS はリンパ増殖性疾患や骨髄増殖性疾患，循環器疾患，悪性疾患，自己免疫性疾患などの基礎疾患に続発して発症する。基礎疾患の治療により AvWS は速やかに改善を来すが，十分な改善が得られない場合にはデスマプレシンや第Ⅷ因子製剤を使用することがある。【結語】泌尿器科検査・手術を契機に診断された後天性 von Willebrand 症候群の 1 例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

12.ステロイド治療が奏効した自己免疫性膀胱炎の 1 例
花本昌紀、平田武志、小倉一真、林信希、高村剛輔、枝村康平、
江原 伸（広島市立広島市民）

症例は 89 歳、男性。来院数週間前より、肉眼的血尿を認めたために当院に紹介受診となった。膀胱鏡検査で後壁に有茎性の腫瘤を認め、造影 MRI で膀胱周囲に脂肪織の毛羽立ちがあり、膀胱癌 T3b が疑われたため、経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行した。術後病理結果で悪性所見はなく、形質細胞、リンパ球、好酸球主体の強い炎症細胞浸潤を認めた。IgG4 免疫染色は陰性であり自己免疫性膀胱炎と診断した。特に症状を認めなかったため無治療経過観察の方針となった。術後 4 ヶ月後に発熱があり、腹部 CT で両側水腎症を認め、膀胱鏡検査では、膀胱全体の浮腫状変化のため、両側尿管口は確認できなかった。自己免疫性膀胱炎の増悪に伴う急性腎盂腎炎と診断し、抗菌薬にて治療を行った。感染が落ち着いた段階でステロイド内服を開始し、6 週間後の腹部 CT 検査では両側水腎症は消失し、膀胱鏡検査でも膀胱全体の浮腫も軽快していた。自己免疫性膀胱炎について、文献的考察を加え報告する。

13.膀胱全摘後に続発した恥骨骨髓炎の一例

野田 岳、三井将雄、森 聡博、別宮謙介、中田哲也（岩国医療センター）

高村剛輔（広島市民）

症例は 78 歳の女性。排尿時痛を主訴に近医泌尿器科を受診し、膀胱腫瘍の診断で紹介となった。画像および TURBT より筋層浸潤性膀胱癌 cT3bN0M0,病期Ⅲと診断した。術前 GC 療法を 2 コース施行後に膀胱尿道全摘+回腸導管造設術を施行、術後 17 日目に経過良好で退院となった(UC,ypT1,high grade,LVI1,pN1)。術後 1 ヶ月目に左鼠径部～会陰部痛、帯下増加を主訴に受診し、CT で恥骨結合背側の液体貯留を認めたため LVFX 投与で一時的に軽快した。しかし、術後 2 ヶ月目に疼痛悪化と歩行困難で再受診となった。MRI で両側恥骨に T2 強調高信号像を認め骨髓炎と診断した。会陰部の膿汁培養からは *Bacteroides fragillis*、およびその他 2 菌種を少量認めた。当院整形外科と相談の上、保存的加療を選択した。

LVFX→CTR4g で一旦は軽快したが再燃したため、TAZ/PIPC13.5g(10 日間無効)→MEPM6g(約 30 日間)と投与し歩行障害を残すことなく軽快した。維持療法として CFPN-PI と MNZ 内服を 50 日間続け、再発なく経過している。恥骨骨髓炎は、骨髓炎の 1% 程度と比較的希な疾患であり、泌尿器科や婦人科手術後に発症することが多い。術後に歩行困難を伴う恥骨部痛を認めた際には、本疾患を念頭に MRI 検査や適切な治療を速やかに行う必要がある。

14.当院で経験した梅毒患者の検討

横山光彦（よこやま腎泌尿器科クリニック）

【はじめに】ここ数年梅毒患者の増加が指摘されている。しかしながら泌尿器科医が経験する症例は限られ、また典型的な皮膚症状や血清反応を示さない症例もあり診断に苦慮する場合もある。今回、当院で経験した梅毒患者を供覧する。【対象と方法】2015 年 5 月 1 日から 2017 年 7 月 31 日までに当院を受診し、梅毒と診断した男性患者 13 例を検討した。梅毒血清反応はカルジオリピンを抗原とする非特異的な RPR カード法(メディエース RPRTM)と *T.p.(Treponema pallidum subspecies pallidum)*を抗原とする特異的な TPHA 法(メディエース TPLATM)を用いて診断した。【結果】年齢:27 歳～62 歳(中央値 37 歳)、homosexual 3 例 heterosexual 10 例、無症候性梅毒 1 例、顕性梅毒 12 例、第 1 期 10 例、第 2 期 2 例、無痛性横痃(鼠径部リンパ節腫大)8 例、痛みを伴う硬性下疳も 8 例に認めた。初診時 RPR が陰性で後日陽性となった患者が 4 例、治療は全例アモキシシリン 1500mg/day を 4 週間から 8 週間投与した。Jarisch-Herxheimer 現象を 5 例に認めた。【まとめ】梅毒患者の局所所見は多彩であり、受診時梅毒血清反応が陽性にならない症例も存在するため注意が必要である。

15. ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術後3ヶ月目に骨転移を診断した前立腺癌の1例
山本康雄、森田 陽、安東栄一、村田 匡、石戸則孝、高本 均（倉敷成人病）

症例は73歳。近医定期検査でPSA高値を指摘され2017年1月当科紹介、直腸診で前立腺癌を疑う所見を認めず、PSA値は23.3ng/mlであった。骨盤部MRIで右辺縁域に12×8mm大の前立腺癌を疑う結節状の領域を認めた。経直腸超音波ガイド14ヶ所前立腺針生検で右葉4カ所よりGS4+4=8の腺癌を認めた。腹部骨盤部CT、骨シンチで転移を疑う所見を認めず、T2aNOm0の前立腺癌と診断し、2017年5月左神経温存ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術を施行、経過良好で術後8日目に退院した。病理組織診断は、adenocarcinoma, GS4+4=8, EPE0, RM0, ly0, v0, pn1, sv0, pT2a pN0であった。術後4週目のPSA値が42.5ng/ml、5週目再検値も42.1ng/mlと異常高値であったが、術後6週目の骨盤部MRI、腹部骨盤部CT、骨シンチで明らかな異常を認めなかった。PSA値は8週目に55.4ng/ml、12週目に70.4ng/mlとさらに上昇し、12週目の骨盤部MRI、腹部骨盤部CTでは異常を認めなかったが、骨シンチで胸椎の1ヶ所に異常集積を認め、胸椎MRIで第10胸椎骨転移と診断した。ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術後3ヶ月目に骨転移を診断した前立腺癌の1例を若干の文献的考察を加えて報告する。

16. 筋層非浸潤性膀胱癌に対する経尿道的膀胱腫瘍切除術後のピラルビシン単回注入と2回注入の無作為化比較試験

岩田健宏^{1,11)}、谷本竜太^{1,11)}、公文裕巳^{1,11)}、大岩裕子^{1,11)}、西村慎吾^{1,11)}、高本 篤^{1,11)}、杉本盛人^{1,11)}、和田耕一郎^{1,11)}、小林泰之^{1,11)}、荒木元朗^{1,11)}、江原 伸^{2,11)}、雑賀隆史^{3,11)}、那須良次^{4,11)}、山田大介^{5,11)}、高本 均^{6,11)}、宮地禎幸^{7,11)}、津島知靖^{8,11)}、佐々木克己^{9,11)}、小野憲昭^{10,11)}、渡辺豊彦^{1,11)}、那須保友^{1,11)}（¹⁾岡山大、²⁾広島市立広島市民、³⁾愛媛大、⁴⁾岡山ろうさい、⁵⁾三豊総合、⁶⁾倉敷成人病、⁷⁾川崎医大、⁸⁾岡山医療センター、⁹⁾香川県立中央、¹⁰⁾高知医療センター、¹¹⁾岡山泌尿器科研究支援機構 (Okayama Urological Research Group; OURG)）

【目的】EAU（欧州泌尿器科学会）のガイドラインでは、低リスクの筋層非浸潤性膀胱癌（NMIBC）に対する経尿道的膀胱腫瘍切除術（TURBT）後の抗癌剤即時単回注入が推奨されている。今回我々は、単発のNMIBCに対するTURBT後のピラルビシン（THP）膀胱内単回注入に比較し、2回注入でより膀胱内再発を抑制できるかを多施設共同無作為化比較試験により検討した。

【対象と方法】2005年から2009年までにTURBTを行った単発のNMIBC症例257例のうち、BCG膀胱内注入歴、膀胱上皮内癌の既往、多発性膀胱癌、筋層浸潤癌を除く201例を対象とした。単回注入群（単回群）と2回注入群（2回群）への無作為化を行い、単回群では術直後のみ、2回群では術直後と翌日にTHP 30mg/生食50mlを膀胱内注入して1時間保持し、再発率、無再発生存率、有害事象等について検討した。

【結果】単回群に99例、2回群に102例が割付けられた。観察期間の中央値は単回群71ヵ月、2回群72ヵ月であった。全期間膀胱内再発率はそれぞれ39%、31%（ $P=0.2704$ ）、5年無再発生存率はそれぞれ55.9%、67.7%（ $P=0.2031$ ）であった。有害事象に関しては、頻尿の発生率が単回群で7%、2回群で22%と2回群で有意に多かった（ $P=0.0031$ ）が、それ以外の項目で有意差は認められなかった。膀胱内再発のリスク因子に関する多変量解析においても、THPの膀胱内注入回数に有意差を認めなかった。

【結語】単発NMIBCに対するTURBT後のTHP膀胱内注入の再発予防効果について、2回注入群は単回注入群に比べ、その優越性を確認し得なかった。