百花繚乱

泌尿器科維新

第77回 西日本泌尿器科学会総会

The 77th Annual Meeting of West Japan Urological Association

日時 2025年11月13日(木)～16日(日)

会場 高知県立県民文化ホール
ザ・クラウンパレス新阪急高知

会長 井上 啓史 高知大学医学部 泌尿器科学講座 教授
高知大学 医学部長

抄録集

協和キリン株式会社

たった一度のいのちと歩く。

Kyowa KIRIN

私たちの志　検索

2019年7月作成

The 77th Annual Meeting of
West Japan Urological Association

第77回
西日本泌尿器科学会総会

百花繚乱～泌尿器科維新～

プログラム

会 期 **2025年11月13日（木）～16日（日）**

会 場 **高知県立県民文化ホール**
〒780-0870　高知市本町4丁目3-30

ザ・クラウンパレス新阪急高知
〒780-8561　高知市本町4丁目2-50

会 長 **井上　啓史**（高知大学医学部　泌尿器科学講座 教授、高知大学　医学部長）

第 77 回西日本泌尿器科学会総会　事務局
高知大学医学部　泌尿器科学講座
〒 783-8505 高知県南国市岡豊町小蓮
https://www.kwcs.jp/wjua2025/

第 77 回西日本泌尿器科学会総会

ご 挨 拶

第 77 回西日本泌尿器科学会総会
会　長　井上　啓史
（高知大学医学部　泌尿器科学講座 教授、高知大学　医学部長）

このたび、歴史と伝統のある第 77 回西日本泌尿器科学会総会を、2025 年 11 月 13 日（木）～ 16 日（日）の 4 日間、高知県高知市の高知県立県民文化ホール、ザ クラウンパレス新阪急高知にて開催させて頂くことになりました。

本総会を、ここ南国土佐・高知の地で開催させて頂きますことは、我々の教室、同門、大学にとりまして大変栄誉であります。泌尿器科学の更なる発展に貢献できる絶好の機会をお与え頂きましたこと、西日本泌尿器科学会会員の皆様方さらには理事の皆様方に厚く御礼申し上げます。我々の講座が本総会を担当させて頂きますのは、1986 年初代教授 藤田幸利先生の第 38 回総会、2000 年第 2 代教授 執印太郎先生の第 52 回総会以来、25 年ぶり 3 回目となります。

ここ南国土佐・高知は、幕末から明治への「維新」の中心であり、坂本龍馬をはじめとして多くの勤王の志士たちの熱い想いが根付いています。また、多種多様な人材が、数多くの専門領域での高みを目指している泌尿器科。その姿は、あたかも天に向かって咲き誇る色とりどりの花々のようです。そこで、本総会のテーマを、『泌尿器科維新　百花繚乱』とさせて頂きました。本総会が、泌尿器科学・泌尿器科医療の発展、学術交流、人材育成、社会啓発に繋がり、そして社会貢献という大きな花を咲かせることを期待し、精一杯取り組ませて頂くとともに、みなさまのご協力をお願いする次第です。

幕末の土佐勤王党 3 志士である坂本龍馬、中岡慎太郎、武市半平太ゆかりの地をはじめ、坂本龍馬の銅像が太平洋を望む桂浜、江戸時代に建造された天守、本丸御殿、追手門が現存する高知城、日本最後の清流 四万十川、よさこい節で「坊さんかんざし買うを見た」と歌われた日本三大がっかり名所のはりまや橋、さらには大人のフードコート「ひろめ市場」、最近では、NHK「連続テレビ小説」2023 年度前期放送「らんまん」の舞台「牧野植物園」、2025 年度前期放送「あんぱん」の舞台「やなせたかし記念館」など、観光スポットの多い高知県。総会 3 日目 11 月 15 日は坂本龍馬の誕生日そして命日でもあり、龍馬生誕祭が開催され街は賑わいます。この機会に、高知名物 皿鉢料理や、本場の鰹の藁焼きたたきを、淡麗辛口の土佐の地酒とともに、是非、ご賞味ください。

ここ南国土佐・高知の地で、みなさまのご参加を心よりお待ちしております！

第 77 回西日本泌尿器科学会総会

2025年11月13日(木)　会場：高知県立県民文化ホール・ザ・クラウンパレス新阪急高知

保険委員会	10：00 〜12：00	県民文化ホール　4 階　第 6 多目的室（第 3 会場）
理事会	11：30 〜14：30	ザ・クラウンパレス新阪急　3 階　花の間 1（第 4 会場）
新理事会	15：50 〜16：50	県民文化ホール　4 階　第 6 多目的室（第 3 会場）
社員総会	14：40 〜15：40	県民文化ホール　1 階　オレンジホール（第 1 会場）
総会プログラム	15：50 〜18：00	県民文化ホール　1 階　オレンジホール（第 1 会場）
卒後教育プログラム 1	12：20 〜13：20	県民文化ホール　1 階　オレンジホール（第 1 会場）
卒後教育プログラム 2	13：30 〜14：30	県民文化ホール　1 階　オレンジホール（第 1 会場）
卒後教育プログラム 3	13：30 〜14：30	県民文化ホール　1 階　グリーンホール（第 2 会場）

2025年11月14日(金)　会場：高知県立県民文化ホール・ザ・クラウンパレス新阪急高知

開会式	9：00 〜 9：05	県民文化ホール　1 階　オレンジホール（第 1 会場）
総会プログラム	9：05 〜18：00	
受賞式	13：30 〜14：00	県民文化ホール　1 階　オレンジホール（第 1 会場）
卒後教育プログラム 4	8：55 〜 9：55	ザ・クラウンパレス新阪急　3 階　花の間 2（第 5 会場）
卒後教育プログラム 5	10：05 〜11：05	ザ・クラウンパレス新阪急　3 階　花の間 2（第 5 会場）
卒後教育プログラム 6	11：15 〜12：15	ザ・クラウンパレス新阪急　3 階　花の間 2（第 5 会場）
卒後教育プログラム 7	14：05 〜15：05	ザ・クラウンパレス新阪急　3 階　花の間 2（第 5 会場）
卒後教育プログラム 8	15：20 〜16：20	ザ・クラウンパレス新阪急　3 階　花の間 2（第 5 会場）
会員懇親会	18：30 〜	高知城　追手門広場　※雨天決行 （学会総会会場より徒歩 10 分）

2025年11月15日(土)　会場：高知県立県民文化ホール・ザ・クラウンパレス新阪急高知

総会プログラム	9：00 〜16：30	
卒後教育プログラム 9	7：30 〜 8：30	ザ・クラウンパレス新阪急　3 階　花の間 1（第 4 会場）
卒後教育プログラム 10	7：30 〜 8：30	ザ・クラウンパレス新阪急　3 階　花の間 2（第 5 会場）
卒後教育プログラム 11	14：25 〜15：25	ザ・クラウンパレス新阪急　3 階　花の間 2（第 5 会場）
卒後教育プログラム 12	15：35 〜16：35	ザ・クラウンパレス新阪急　3 階　花の間 2（第 5 会場）
保険教育プログラム	10：50 〜11：50	県民文化ホール　1 階　オレンジホール（第 1 会場）
ヤングウロロジストリサーチコンテスト		
	9：00 〜10：36	県民文化ホール　1 階　グリーンホール（第 2 会場）
ダイバーシティ推進委員会企画プログラム		
	15：00 〜16：10	県民文化ホール　1 階　グリーンホール（第 2 会場）
閉会式・ヤングウロロジストリサーチコンテスト表彰式		
	16：30 〜	県民文化ホール　1 階　オレンジホール（第 1 会場）

2025年11月16日(日)　会場：高知県立県民文化ホール

市民公開講座	13：10 〜14：40	県民文化ホール　1 階　グリーンホール（第 2 会場）

第 76 回西日本泌尿器科学会総会　事務局
高知大学医学部　泌尿器科学講座
〒 783-8505 高知県南国市岡豊町小蓮
https://www.kwcs.jp/wjua2025/

学会参加・発表要項

学会参加の皆様へ

1. 開催形式・期間

現地開催：2025 年 11 月 13 日（木）～ 16 日（日）

参加受付場所：高知県立県民文化ホール（11 月 13 日（木）～ 16 日（日））

ザ・クラウンパレス新阪急高知（11 月 14 日（金）～ 15 日（土））

※ 16 日は、市民公開講座のみを予定

※会期後のオンデマンド配信は以下を予定しております。

卒後教育プログラム 1 ～ 12（11 月 25 日（月）～ 12 月 15 日（月））

2. 参加登録

総会は現地開催ですが、参加登録は来場前に総会ホームページよりオンライン参加登録をお願いいたします。登録方法の詳細は 10 月初旬に総会ホームページに掲載いたします。

参加費

参加区分	参加費
西日本会員	10,000 円
地区外会員（中部・東部）・日泌会員	15,000 円
非会員	30,000 円
メディカルスタッフ　※ 1	3,000 円
初期研修医・学生　※ 2 ※ 3	無料

課税区分：西日本会員、地区外会員（中部・東部）・日泌会員（不課税）

非会員、メディカルスタッフ（課税）

一般社団法人西日本泌尿器科学会　　登録番号：T9290005018348

※ 1. メディカルスタッフは看護師・診療放射線技師・臨床検査技師・理学療法士・薬剤師・栄養士等の医師以外の医療従事者を指します。病院長または所属する病院の泌尿器科長の身分証明書が必要となります。

※ 2. 初期研修医は、病院長または所属する病院の泌尿器科長の身分証明書が必要となります。

※ 3. 学部学生は、スキャンした学生証など学生である身分を証明できるデータが必要となります。

3. 総合案内・参加登録ヘルプデスク・参加単位登録カウンター

場　所：高知県立県民文化ホール　1 階　オレンジホール　ホワイエ

日　時：11 月 13 日（木）　11：30 ～ 17：30

11 月 14 日（金）　8：30 ～ 17：30

11 月 15 日（土）　8：30 ～ 16：00

場　所：ザ クラウンパレス新阪急高知　3 階　ホワイエ

日　時：11 月 14 日（金）　7：30 ～ 17：30

11 月 15 日（土）　7：00 ～ 16：00

4. プログラム・抄録集

本学会の抄録集は、WEB 抄録集（PDF）となります。
参加登録マイページより　ダウンロードが可能です。
購入希望の方には総合案内で販売致します。（1 冊 3,000 円）
西日本会員の方で冊子をご希望の方へは数量限定で、総合受付付近にて配布いたします。

5. 会員懇親会

日　時：11 月 14 日（金）18：30 ～
会　場：高知城　追手門広場　※雨天決行
　　（学会総会会場より徒歩 10 分）
参加費：無料

6. 教育セミナー（ランチョンセミナー）

事前登録期間に予約受付を行います。参加登録完了後、お申込みいただけます。
当日、残席数がある場合は予約なしでもご聴講いただけますが、フードロス削減の目的でセミナーのお弁当は完全事前予約制となりますので、**事前参加登録の方優先でお弁当を配布いたします。**
整理券をお持ちでない場合は、セミナー開始後までお待ちいただき、お弁当または席に余裕があればご入場いただけます。

7. クローク

【高知県立県民文化ホール】
場　所：1 階　オレンジホール　ホワイエ
日　時：11 月 13 日（木）　11：30 ～ 18：30
　　11 月 14 日（金）　8：30 ～ 18：30
　　11 月 15 日（土）　8：30 ～ 17：00

【ザ・クラウンパレス新阪急高知】
場　所：3 階　ホワイエ
日　時：11 月 14 日（金）　7：30 ～ 18：30
　　11 月 15 日（土）　7：00 ～ 17：00

※会員懇親会へご参加の方は、会員懇親会会場へ荷物を移動ください。
（会員懇親会特設クローク：高知城　追手門広場内）

8. 企業展示

場　所：ザ・クラウンパレス新阪急高知　3 階
日　時：11 月 14 日（金）　9：00 ～ 16：45
　　11 月 15 日（土）　9：00 ～ 16：30

9. ホスピタリティコーナー

第 77 回西日本泌尿器科学会総会ではご参加いただいた皆様に「高知」をより楽しんでいただくため「特設高知おもてなしブース」を用意しております。
高知名物「かつおのたたき」など準備いたします。

是非お立ち寄りください。

場　所：ザ・クラウンパレス新阪急高知　3階「薔薇」
日　時：11月14日（金）9：00～16：45
　　11月15日（土）9：00～16：30
　　※上記時間帯で限定して用意いたします。（売り切れの際はご了承ください。）

10. 写真撮影・ビデオ撮影について

学会期間中、許可を得ていない発表演題に関する写真撮影・ビデオ録画は一切禁止いたします。

11. 呼び出し

会場内の呼び出しは行いません。参加者用の連絡板を受付付近にご用意いたしますので、呼び出しやご連絡にご利用ください。

12. 携帯電話のご利用

講演会場内での通話はご遠慮ください。会場内では、電源を切るかマナーモードに設定してください。

1．発表時間

指定演題：個別にご案内いたします。
ヤングウロロジストリサーチコンテスト：発表5分・討論3分　計8分です。
一般演題（口演）：発表4分・討論2分　計6分です。
一般演題（ポスター）：発表3分・討論2分　計5分です。

2．ご講演について

1）COI（利用相反）開示のお願い

・当日のご発表時に利用相反（COI）についての情報開示をお願いいたします。（全演題該当）。
・該当するCOI状態について、発表スライドの最初（または演題・発表者などを紹介するスライドの次）に記載してください。
・利用相反（COI）自己申告に関するスライド例は第77回総会ホームページよりダウンロードすることができます。
・詳細（臨床研究の利用相反に関する指針）は第77回総会ホームページをご確認ください。

2）発表形式・発表データ作成

・口演はPC（パソコン）での発表のみとさせていただきます。
・スライドは16：9で作成してください。（4：3スライドも表示は可能です）
・原則として、USBメモリーによるメディア持ち込みとさせていただきます。
Macintosh版PowerPointやKeynoteを使用される場合は、ノートパソコンをご持参ください。
・MO、FD、ZIP、CD-Rなどは受付できません。iPadは使用できません。
・発表データのファイル名は、「演題番号・氏名」（例：「O1-1 土佐太郎」）としてください。
・メディア（CUSBメモリー）持ち込みでの注意点
＊会場でご用意するパソコンのOSはWindows10、アプリケーションはPower Point for Microsoft 365です。
＊Macintosh、動画（PowerPointのアニメーション機能を除く）を使用される場合は、ご自身のパソコンをご持参ください。
※フォントはOSに標準装備されているものでお願いいたします。「MSゴシック」「MS Pゴシック」「MS明朝」「MS P明朝」「Times New Roman」「Century」を推奨いたします。
・PC持込みの場合の注意点
＊ご発表に使用されるデータに、動画（Movie）ファイルを添付されている場合は、ご自身のPC持ち込みをお勧めします。PC持込みの場合でも、バックアップ用データとしてメディア（USBメモリー）をご持参ください。
＊PCのACアダプターを必ずご持参ください。
＊会場で使用するPCケーブルコネクタの形状は、HDMIとD-sub15ピン端子です。この形状にあったPCをご使用ください。また、この形状に変換するコネクタを必要とする場合は、必ずご自身でお持ちください。

・発表データ受付について

受付場所および受付時間は下記のとおりです。

日程	受付施設	受付場所	受付時間
11月13日（木）	県民文化ホール	1階　グリーンホール ホワイエ	11：30 ～ 18：00
11月14日（金）	県民文化ホール	（第1会場～第3会場用） 1階　グリーンホール ホワイエ	8：30 ～ 18：00
	ザ・クラウンパレス新阪急	（第4会場・第5会場用） 3階　ホワイエ	7：10 ～ 18：00
11月15日（土）	県民文化ホール	（第1会場～第3会場用） 1階　グリーンホール ホワイエ	8：30 ～ 16：00
	ザ・クラウンパレス新阪急	（第4会場・第5会場用） 3階　ホワイエ	7：00 ～ 16：00

＊メディア（USBメモリー）及びお持ち込みのご自身のパソコンの動作確認は、発表セッション開始30分前（早朝の場合は20分前）までにPC受付にお越しの上、試写を行ってください。

＊お持ち込みのパソコンはご自身で試写後、発表開始30分前までに、各会場内左手前方のPCオペレーター席（演台横）までお越しの上、お渡しください。

＊お持ち込みのパソコンは、発表終了後に発表会場内のPCオペレーター席（演台横）にて返却をいたします。お受け取り忘れのないようご注意ください。

＊データ受付では、翌日の演題も受け付けますが、混雑緩和のため上記の時間にお願いします。

＊発表開始の10分前までに、ご担当会場の次演者席にお着きください。

＊発表者ツールの使用はお控えください。原稿が必要な場合は紙に出力してお持ち込みください。

3．ヤングウロロジスト　リサーチコンテスト

・40歳未満の若手泌尿器科医により優れた研究業績をご発表いただきます。あらかじめ英文抄録による審査で選出された演題をご発表いただきます。発表時間は5分、討論3分です。

・コンテストは、ポスター掲示およびオーラルプレゼンテーションにて審査いたします。

・審査により、優秀な発表に対して開会式にて表彰いたします。学会終了後、優秀演題の方には、論文作成（原著に限らず総説でも可）を依頼します。

ヤングウロロジストリサーチコンテスト　（オーラルプレゼンテーション）

日　時：11月15日（土）9：00 ～ 10：36

会　場：第2会場（県民文化ホール　1階　グリーンホール）

【ポスター掲示場所】

会　場：第2会場前（県民文化ホール　1階　グリーンホール）付近

貼付期間：11月13日（金）19：00 ～ 20：00

※11月15日（土）ヤングウロロジストリサーチコンテスト終了まで掲示してください

※展示パネルはポスター発表のサイズと同様です。各自で演題名、所属、氏名および本文がパネルに収まるように作成してください。

※演題番号（20cm × 20cm）は運営事務局で準備します。

1）ポスター発表の先生方へ

（1）掲示方法

掲示用パネルの規格は図の通りです。

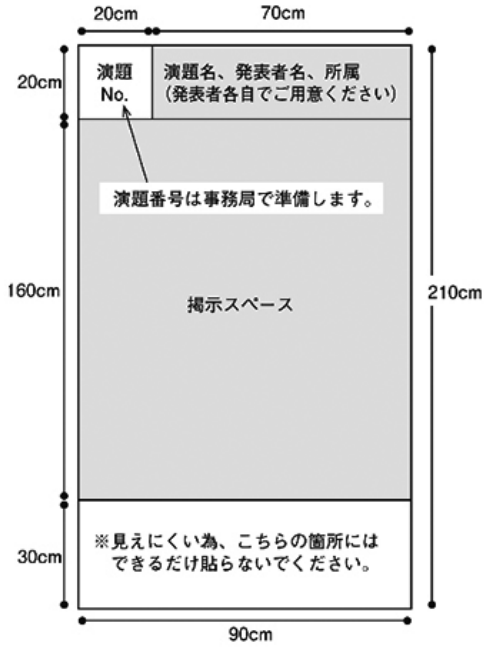
・パネルには運営事務局であらかじめ演題番号（20cm × 20cm）を掲示いたします。

・演題名・氏名・所属（20cm × 70cm）及び発表内容（90cm × 190cm）は発表者ご自身でご用意ください。

・掲示に必要な画鋲は、運営事務局で用意いたします。

【ポスター掲示場所】

会　場：ザ・クラウンパレス新阪急　3階　蘭の間



（2）発表時間

一般演題（ポスター）：発表3分・討論2分　計5分です。

（3）発表方法

発表者は、セッション開始10分前までにご自身のポスターパネルの前にお越しください。

セッションごとに座長の進行に従い、発表時間・討論時間を厳守してください。

（4）スケジュール

日時	貼付	閲覧	発表・討論	撤去
11月14日（金）	9：00 ～ 11：00	11：00 ～ 15：20	15：20 ～ 16：45	16：45 ～ 18：00
11月15日（土）	9：00 ～ 11：00	11：00 ～ 15：00	15：00 ～ 16：30	16：30 ～ 17：00

撤去時間を過ぎても未撤去のポスターは、運営事務局にて撤去時間終了後、会場で即日廃棄処分いたしますのでご了承ください。

2）司会・座長の皆様へ

ご担当セッション開始15分前までに会場内の次座長席へお越しください。

第 77 回西日本泌尿器科学会総会（高知）における
参加単位登録方法について

一般社団法人　日本泌尿器科学会
理事長　久米　春喜
専門医制度審議会委員長　浮村　　理

参加単位登録方法は大きく分けて 2 パターンになります。次のページのフロー図をあわせてご確認をお願いいたします。すべての先生は高知県立県民文化ホールまたは、ザ・クラウンパレス新阪急高知の「参加受付」にある「参加受付発券機」に会員カードまたは会員証アプリの QR コードをかざす事で単位が付与されます。

①事前参加受付済みの先生方

参加証を発券いたしますので、会員カードまたは会員アプリの QR コードを「参加受付発券機」にかざしますと、参加証発券と同時に総会参加単位が付与されます。参加証に付与済みと記載があるのでご確認ください。

※会員カードをお持ちでない方は会員証アプリをダウンロードするか身分証明書を持って「**日本泌尿器科学会　管理デスク**」にお越しください。

②当日参加受付の先生方

参加登録はオンライン登録のみのため、ご自身の端末で参加登録を行っていただいた後、クレジットカード払いで参加証を発券いたします。会員カードまたは会員証アプリの QR コードを「参加受付発券機」にかざすと、参加証発券と同時に総会参加単位が付与されます。

参加証に付与済みと記載があるのでご確認ください。

※会員カードをお持ちで無い方は会員証アプリをダウンロードするか、身分証明書を持って「**日本泌尿器科学会　管理デスク**」にお越しください。

ご注意

スマートフォンをご利用の方は、事前に会員証アプリ「JUA　Members」をダウンロードの上、ログイン（会員番号と会員 My　Web のパスワードが必要）なさっておくことをお薦めします。なお、従来の会員カードもご利用可能です。どちらもご提示になれない場合は身分証明書（運転免許証等）による本人確認を行った上で、会期中のみ有効な仮会員証を発行します。

身分証の呈示がない場合は、非会員としての参加受付となり、単位付与はされません。

◎総会終了後に日本泌尿器科学会事務局へご連絡頂いても、単位登録できません。

◎卒後教育プログラム・指導医教育コースの受講／講師の記録または筆頭発表を総会への参加証明とすることはできません。

◎単位登録を行った証明となる表記のある参加証は、WEB 上で単位登録が確認できるまで大切に保管し、他学会へご提出予定のある方は必要時期まで保管してください。

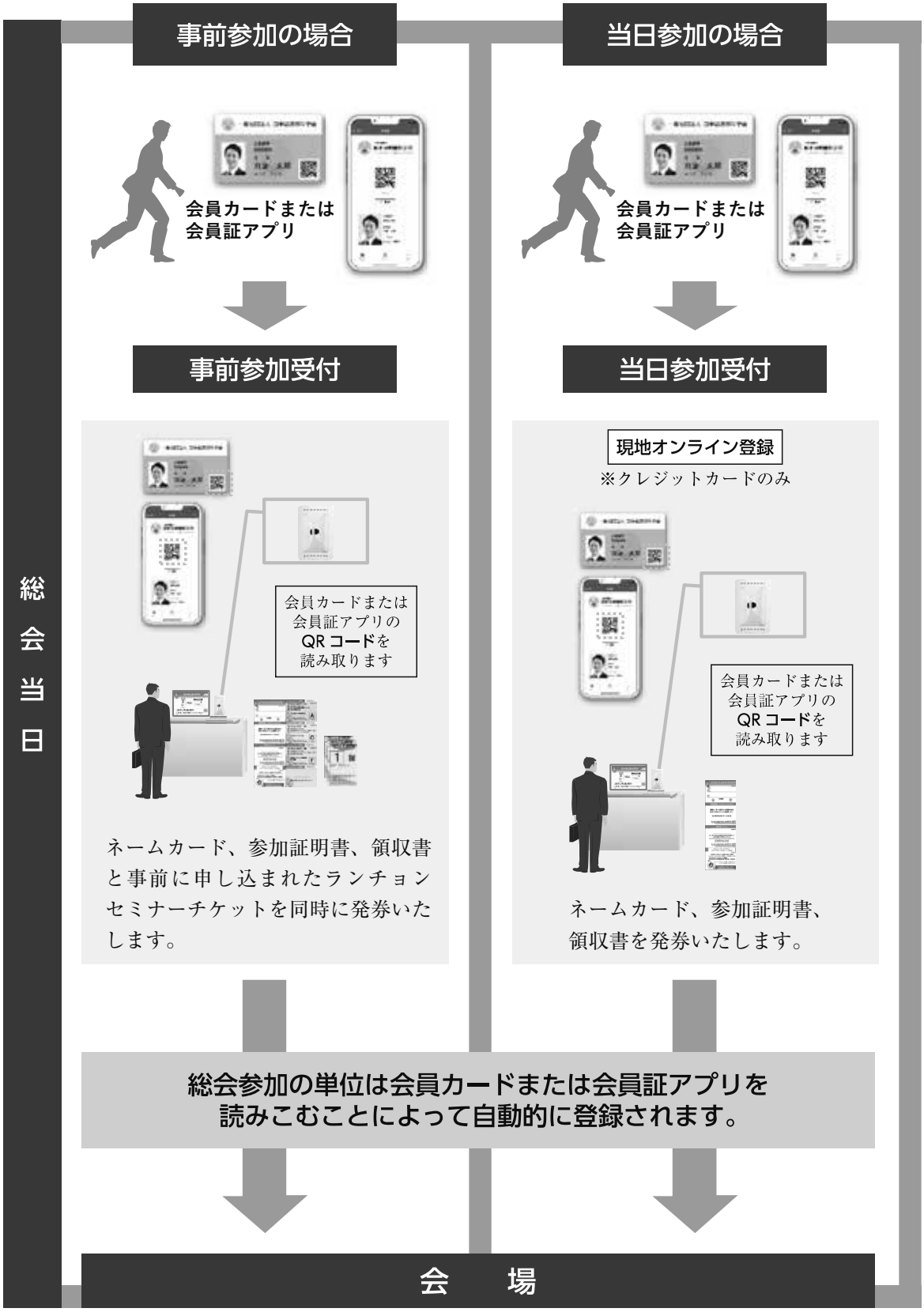
現在、入会申請中（TMP 番号をお持ちの方）または入会予定の先生方

身分証明書を持って「**日本泌尿器科学会　管理デスク**」にお越しください。参加手続きを個別に対応させて頂きます。

③オンデマンド配信のみで参加の先生方

総会への参加登録後、オンデマンド配信期間中にいずれかのセッションの視聴が確認できた場合に、単位が付与されます。

参加受付フロー



※ QR コードは株式会社デンソーウェブの登録商標です。

一般社団法人 日本泌尿器科学会

会員カードが
アプリに！

「JUA Members」アプリをご利用下さい

会員の皆様の利便性向上を目指し、2023年1月より会員の皆様にご利用いただけるデジタル会員証アプリ「JUA Members」をリリースしました。
無料アプリをダウンロードすることで、すべての会員の皆様にご利用いただけます。
従来のプラスチック会員カードも引き続きご利用いただけます。

JUA Members

**アプリストアから
今すぐダウンロード！**

JUA Members

対応機種

[iOS] 13.0以降。
iPhone、iPadに対応。

[Android] 6.0以上。
スマートフォン、タブレットに対応。

App Store からダウンロード

Google Play で手に入れよう

デジタル会員証のご利用イメージ

JUA Members
アプリをダウンロード

JUA Membersに
ログイン

会員証をタップ

会場で会員証を
提示して受付完了

ご利用には、日本泌尿器科学会「会員番号」と会員MyWebの「パスワード」が必要となりますのでご準備ください。

顔写真のご登録について

顔写真のご登録、または変更された方は会員証画面右上の↻ボタンより情報を更新してください。

※会員MyWebより顔写真を登録した場合、翌日以降にデジタル会員証アプリに反映されます。

Powered by MICE One Corporation

Copyright © 日本泌尿器科学会 All rights reserved.

重要

第 77 回西日本泌尿器科学会総会（高知）における 卒後教育プログラム　受講手続きについて

一般社団法人　日本泌尿器科学会
理　事　長　久米　春喜
教育委員長　安井　孝周

「卒後教育プログラム」受講手続きは下記の通りとなっておりますので、ご確認ください。
なお、正会員（入会手続中含む）・名誉会員の申込みが優先されます。

2024 年 3 月の理事会において 2024 年の地区総会より、4 日目の卒後ビデオ講習は開催せず、オンデマンド配信を必須実施することとなりました。その際の受講手続きの詳細は第 77 回西日本泌尿器科学会総会ホームページにてお知らせ致します。

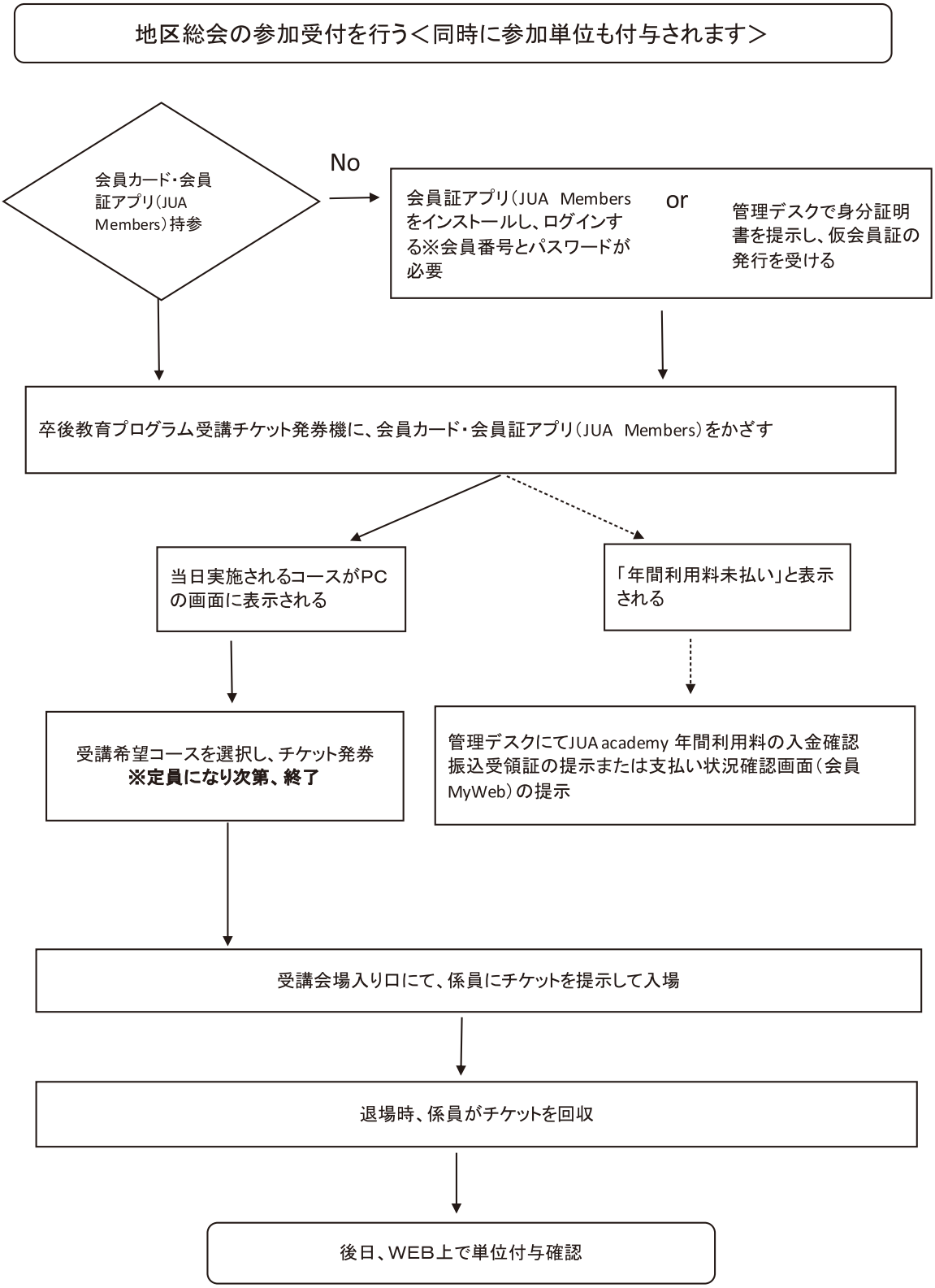
①まず「総会参加受付」をお済ませください。
※参加単位は参加証発券と同時に付与されます。
②受講申込受付は、11 月 13 日 (木) ～ 15 日 (土) の期間に高知県立県民文化ホールまたは、ザ・クラウンパレス新阪急高知に設置されます。

③ 2 月下旬に届いた「2025 年度 JUA academy　年間利用料」振込用紙にて、既に 1 万円をお振込み済みの場合は画面の指示に従って、希望する当日開催分講座の受講チケットを発券してください。
（先着順・人数制限あり）
チケットは入場時に提示、退場時に回収しますので、紛失しないように十分ご注意ください。

④会期直前に「2025 年度 JUA academy　年間利用料」をお振込みなさった場合、受講チケット発券機に会員カードをかざすと「年間利用料のお支払いが確認出来ません」と表示されるケースがあります。郵便振替の場合は振込受領証（コピー可）を Web 上でカード決済の場合は支払い状況確認画面をチケット発券機付近の「**日本泌尿器科学会　管理デスク**」にお持ちください。上記③のチケット発券機がご利用できるよう入金確認処理を行います。
※当日未入金の方は会員 My Web にてクレジットカード決済となります。現金ではお支払い頂けません。

なお、2025 年度 JUA academy 年間利用料には研修単位管理料も含まれておりますので、毎年のお支払いがない場合は Web 上の単位業務システムにアクセス出来なくなり、専門医申請に関する手続きが煩雑となります旨、予めご了承ください。
★チケットは入場時に提示、退場時に回収となりますので、紛失しないようにご注意ください。退場時にチケットが回収されなかった場合、単位は取得できません。
★別紙のチャートもあわせてご覧ください。
★初期研修医の先生で卒後教育プログラムの視聴を希望される方は、「日本泌尿器科学会　管理デスク」に「初期研修医　身分証明書」をお持ちください。視聴が可能な卒後プログラムをご案内致します。
◆オンデマンド配信での受講および単位認定のための手順
①オンデマンド配信期間中（11 月 25 日（月）～ 12 月 15 日（月））に特設 Web サイトより「卒後教プログラム」を選択し、希望するコースを最初から最後まで受講（閲覧）する。
②受講（閲覧）後、テスト（全 5 問）に解答し、「採点」ボタンを押す。
③正解率 80% で単位が付与されます。
条件に満たない場合は、解答しなおし、再度採点ください。

～地区総会会場（現地）における卒後教育プログラム受講の流れ～



※受講者用ハンドアウトが会員専用ページ内「JUA academy」にて11月上旬頃からPDFダウンロード出来ますので、事前にご自身でご準備ください。但し、2025年度JUA academy 年間利用料（研修単位管理料含む）1万円の入金が確認されるまではアクセス出来ませんので、ご了承ください。
参加単位、卒後教育プログラムの受講単位の付与が確認できるのは、オンデマンド配信期間終了後になります。

第 77 回西日本泌尿器科学会総会（高知）における
指導医教育コース認定プログラムについて

一般社団法人　日本泌尿器科学会
理　事　長　久米　春喜
教育委員長　安井　孝周

指導医初回申請及び更新申請予定の先生方は、5 年間に 1 コース以上の受講が義務付けらてれおります。申請時に受講記録がない場合、指導医の認定・更新認定は受けられません。また、当プログラムの受講は、専門医教育研修単位にはなりませんのでご注意ください。

1．受付場所：プログラム開催会場入り口前

受講記録が必要な先生方は、受講会場前の受付で必ず会員カード・会員証アプリ（JUA Members）の「バーコードチェック」を受けてください。
「受講登録控」を発行いたします。この控えは後日 Web 上で登録が確認できるまで保管しておいてください。

2．受付時間：各プログラム開始 30 分前から受付を開始し、プログラム開始 15 分後に締切ります。

締切り後、バーコードチェックは行いませんので受講登録はされませんが、入場は自由です。

3．受講料：無料

指導医教育コース認定プログラム 1

シンポジウム 3「維新企画 3：腹腔鏡手術・ロボット手術の新しい手術療法」
日　時　：　11 月 14 日（金）15：20 ～ 16：50
会　場　：　高知県立県民文化センター　グリーンホール　（第 2 会場）

指導医教育コース認定プログラム 2

保険教育プログラム「知って得する保険診療の基礎知識」
日　時　：　11 月 15 日（土）10：50 ～ 11：50
会　場　：　高知県立県民文化センター　オレンジホール　（第 1 会場）

指導医教育コース認定プログラム 3

ダイバーシティ推進委員会企画シンポジウム
「リアルワールドの男性育休、育児参画がもたらす泌尿器科維新」
日　時　：　11 月 15 日（土）15：00 ～ 16：10
会　場　：　高知県立県民文化センター　グリーンホール　（第 2 会場）

※上記プログラムのオンデマンド配信はありません。

第 77 回西日本泌尿器科学会総会（高知）における
専門医制度対応講習単位認定プログラムについて

下記プログラムを日本専門医機構による専門医制度における講習単位認定プログラムとして実施することになりましたので、受講手続きについてご確認ください。

なお、本プログラムは機構専門医更新のための「講習」のひとつとして実施するもので、本プログラムの受講が必須ではありません。

・どなたでも受講頂けます。
・単位認定のための手続き
①単位取得が必要な先生方は受講会場前の受付で会員証アプリまたは会員カードの QR コードの読み取りにてチケットをお受け取りください。
②質疑応答なども含むプログラム終了時（またはプログラム終了予定時刻）にご退出頂きチケットを回収致します。
③回収されたチケットのデータにより各プログラム 1 単位を付与いたします。
注 1）受付時間は各プログラムの前のプログラム終了時よりプログラム開始 20 分後までですが、入場者数の関係で、受付ができない場合もありますのでご了承ください。前のプログラムがない場合や延長されている場合は、プログラム開始 10 分前を目途に受付を開始いたします。
注 2）チケットの回収はご退出時のみとさせて頂きますので、同会場における次のプログラムに参加される場合でも必ず一旦ご退室頂き、チケットを係員にお渡しください。
注 3）途中退場された場合は単位付与されません
注 4）オンデマンド配信はございませんのでご注意ください。
・機構専門医のための講習単位付与が不要な先生方は入退場自由です。
・ご入場者が会場定員をオーバーする場合は、単位取得のための受講受付を中止する場合もございますのでご了承ください。

シンポジウム２「維新企画２：小児泌尿器科の新しい手術療法

日　時　：　11 月 14 日（金）10：45 ～ 12：15
会　場　：　高知県立県民文化センターグリーンホール　（第 2 会場）
※泌尿器科領域講習単位として 1 単位

シンポジウム７「維新企画７：腎不全・透析・腎移植の新しい治療法　」

日　時　：　11 月 15 日（土）13：20 ～ 14：50
会　場　：　高知県立県民文化センターグリーンホール　（第 2 会場）
※泌尿器科領域講習単位として 1 単位

※上記プログラムのオンデマンド配信はありません。

一般演題　座長一覧

11 月 14 日（金）　一般演題（口演）

セッション名	テーマ	時間	会場	部屋名	演題番号	氏名	所属
一般演題 1	尿路・ 生殖器感染症	9:05 ～ 9:35	第 3 会場	高知県立県民文化ホール 4階　第 6 多目的室	O1-1 ～ O1-5	重村　克巳	倉敷成人病センター
一般演題 2	腎不全・腎移植	9:40 ～ 10:16	第 3 会場	高知県立県民文化ホール 4階　第 6 多目的室	O2-1 ～ O2-6	安藤　忠助	大分大学
一般演題 3	腎腫瘍 / 基礎・ 薬物療法・症例	10:20 ～ 10:56	第 3 会場	高知県立県民文化ホール 4階　第 6 多目的室	O3-1 ～ O3-6	大庭康司郎	長崎大学
一般演題 4	腎腫瘍 / 手術	11:00 ～ 11:36	第 3 会場	高知県立県民文化ホール 4階　第 6 多目的室	O4-1 ～ O4-6	三浦　徳宣	愛媛大学
一般演題 5	膀胱癌 / 診断・手術・ 薬物療法	11:40 ～ 12:10	第 3 会場	高知県立県民文化ホール 4階　第 6 多目的室	O5-1 ～ O5-5	平田　　寛	山口大学
一般演題 6	膀胱癌 / 手術・尿路変更	14:05 ～ 14:35	第 3 会場	高知県立県民文化ホール 4階　第 6 多目的室	O6-1 ～ O6-5	森實　修一	鳥取大学
一般演題 7	膀胱癌 / 薬物療法	14:40 ～ 15:16	第 3 会場	高知県立県民文化ホール 4階　第 6 多目的室	O7-1 ～ O7-6	橋根　勝義	国立病院機構 四国がんセンター
一般演題 8	膀胱癌 / 手術	15:20 ～ 15:50	第 3 会場	高知県立県民文化ホール 4階　第 6 多目的室	O8-1 ～ O8-6	田岡利宜也	香川大学
一般演題 9	前立腺癌 / 手術 / 放射線	15:55 ～ 16:31	第 3 会場	高知県立県民文化ホール 4階　第 6 多目的室	O9-1 ～ O9-6	西原　聖顕	久留米大学

11 月 15 日（土）　一般演題（口演）

セッション名	テーマ	時間	会場	部屋名	演題番号	氏名	所属
一般演題 10	前立腺癌 / 診断・ 薬物療法・マーカー①	9:00 ～ 9:30	第 3 会場	高知県立県民文化ホール 4階　第 6 多目的室	O10-1 ～ O10-5	布川　朋也	徳島大学
一般演題 11	前立腺癌 / 診断・ 薬物療法・マーカー②	9:35 ～ 10:05	第 3 会場	高知県立県民文化ホール 4階　第 6 多目的室	O11-1 ～ O11-5	井上　　享	大分大学
一般演題 12	前立腺癌 / 診断・ 薬物療法・マーカー③	10:10 ～ 10:40	第 3 会場	高知県立県民文化ホール 4階　第 6 多目的室	O12-1 ～ O12-5	加藤　琢磨	香川大学
一般演題 13	前立腺癌 / 放射線	10:45 ～ 11:15	第 3 会場	高知県立県民文化ホール 4階　第 6 多目的室	O13-1 ～ O13-5	福森　知治	徳島市民病院
一般演題 14	結石 / 外科的治療・ 基礎	11:20 ～ 11:56	第 3 会場	高知県立県民文化ホール 4階　第 6 多目的室	O14-1 ～ O14-6	柿木　寛明	佐賀大学
一般演題 15	前立腺肥大症 / 手術①	13:15 ～ 13:51	第 3 会場	高知県立県民文化ホール 4階　第 6 多目的室	O15-1 ～ O15-6	西原　聖顕	久留米大学
一般演題 16	前立腺肥大症 / 手術②	13:55 ～ 14:25	第 3 会場	高知県立県民文化ホール 4階　第 6 多目的室	O16-1 ～ O16-5	井上　幸治	倉敷中央病院
一般演題 17	Femaleurorogy・ 尿失禁	14:30 ～ 15:06	第 3 会場	高知県立県民文化ホール 4階　第 6 多目的室	O17-1 ～ O17-6	石井亜矢乃	岡山大学
一般演題 18	小児泌尿器科	15:10 ～ 15:46	第 3 会場	高知県立県民文化ホール 4階　第 6 多目的室	O18-1 ～ O18-6	上田　修史	香川大学
一般演題 19	その他	15:50 ～ 16:26	第 3 会場	高知県立県民文化ホール 4階　第 6 多目的室	O19-1 ～ O19-6	矢津田旬二	熊本大学
一般演題 20	副腎・後腹膜	13:15 ～ 13:45	第 4 会場	ザ・クラウンパレス新阪急高知 3階　花の間 1/2N	O20-1 ～ O20-5	松元　　崇	九州大学
一般演題 21	陰嚢内容・陰茎・尿道	13:55 ～ 14:25	第 4 会場	ザ・クラウンパレス新阪急高知 3階　花の間 1/2N	O21-1 ～ O21-5	稗田　圭介	広島大学
一般演題 22	腹腔鏡・ロボット手術	14:30 ～ 15:00	第 4 会場	ザ・クラウンパレス新阪急高知 3階　花の間 1/2N	O22-1 ～ O22-5	新　　良治	高知医療センター
一般演題 23	尿路上皮腫瘍 / 基礎・臨床①	15:10 ～ 15:46	第 4 会場	ザ・クラウンパレス新阪急高知 3階　花の間 1/2N	O23-1 ～ O23-6	鑪野　秀一	鹿児島大学
一般演題 24	尿路上皮腫瘍 / 基礎・臨床②	15:50 ～ 16:26	第 4 会場	ザ・クラウンパレス新阪急高知 3階　花の間 1/2N	O24-1 ～ O24-6	羽田　真郎	大分大学

11 月 14 日（金） 一般演題（ポスター）

セッション名	テーマ	時間	会場	部屋名	演題番号	氏名	所属
ポスター 1	上部尿路 / 小児 / その他	15:20 ～ 16:05	ポスター会場	ザ・クラウンパレス新阪急高知 3階 蘭の間	P-1-1 ～ P-1-9	東武　昇平	佐賀大学
ポスター 2	前立腺癌 / 診断・薬物療法・マーカー①	16:05 ～ 16:45	ポスター会場	ザ・クラウンパレス新阪急高知 3階 蘭の間	P-1-10 ～ P-1-17	澤田　篤郎	宮崎大学
ポスター 3	前立腺癌 / 診断・薬物療法・マーカー②	15:20 ～ 16:00	ポスター会場	ザ・クラウンパレス新阪急高知 3階 蘭の間	P-1-18 ～ P-1-25	山﨑　一郎	くぼかわ病院
ポスター 4	前立腺癌 / 診断・薬物療法・マーカー③	16:00 ～ 16:40	ポスター会場	ザ・クラウンパレス新阪急高知 3階 蘭の間	P-1-26 ～ P-1-33	村上　洋嗣	熊本大学
ポスター 5	腎腫瘍 / 基礎・薬物療法・症例①	15:20 ～ 16:10	ポスター会場	ザ・クラウンパレス新阪急高知 3階 蘭の間	P-1-34 ～ P-1-43	奈路田拓史	高知赤十字病院
ポスター 6	前立腺癌 / 手術①	16:10 ～ 16:40	ポスター会場	ザ・クラウンパレス新阪急高知 3階 蘭の間	P-1-44 ～ P-1-49	小川　貢平	島根大学
ポスター 7	腎腫瘍 / 基礎・薬物療法・症例②	15:20 ～ 16:10	ポスター会場	ザ・クラウンパレス新阪急高知 3階 蘭の間	P-1-50 ～ P-1-59	菊川　忠彦	愛媛大学
ポスター 8	前立腺癌 / 手術②	16:10 ～ 16:40	ポスター会場	ザ・クラウンパレス新阪急高知 3階 蘭の間	P-1-60 ～ P-1-65	湊　晶規	産業医科大学
ポスター 9	膀胱癌 / 診断・手術・尿路変更	15:20 ～ 15:55	ポスター会場	ザ・クラウンパレス新阪急高知 3階 蘭の間	P-1-66 ～ P-1-72	森中　啓文	川崎医科大学
ポスター 10	膀胱癌 / 診断・手術・尿路変更	16:00 ～ 16:35	ポスター会場	ザ・クラウンパレス新阪急高知 3階 蘭の間	P-1-73 ～ P-1-79	山口　徳也	鳥取大学
ポスター 11	前立腺肥大症①	15:20 ～ 16:00	ポスター会場	ザ・クラウンパレス新阪急高知 3階 蘭の間	P-1-80 ～ P-1-87	松尾　朋博	長崎大学
ポスター 12	前立腺肥大症②	16:00 ～ 16:35	ポスター会場	ザ・クラウンパレス新阪急高知 3階 蘭の間	P-1-88 ～ P-1-94	上原　慎也	川崎医科大学 総合医療センター

11 月 15 日（土） 一般演題（ポスター）

セッション名	テーマ	時間	会場	部屋名	演題番号	氏名	所属
ポスター 13	腎不全・腎移植	15:00 ～ 15:50	ポスター会場	ザ・クラウンパレス新阪急高知 3階 蘭の間	P-2-1 ～ P-2-10	宮内　勇貴	愛媛大学
ポスター 14	膀胱癌 / 診断･マーカー･薬物療法・機能温存	15:50 ～ 16:30	ポスター会場	ザ・クラウンパレス新阪急高知 3階 蘭の間	P-2-11 ～ P-2-18	松下　和弘	高知高須病院
ポスター 15	陰嚢内容・陰茎・尿道	15:00 ～ 15:50	ポスター会場	ザ・クラウンパレス新阪急高知 3階 蘭の間	P-2-19 ～ P-2-28	中村　信之	福岡大学
ポスター 16	精巣腫瘍（基礎・臨床）/ その他	15:50 ～ 16:30	ポスター会場	ザ・クラウンパレス新阪急高知 3階 蘭の間	P-2-29 ～ P-2-36	古林　伸紀	国立病院機構 九州がんセンター
ポスター 17	腎腫瘍 / 手術	15:00 ～ 15:45	ポスター会場	ザ・クラウンパレス新阪急高知 3階 蘭の間	P-2-37 ～ P-2-45	別宮　謙介	岡山大学
ポスター 18	尿路上皮腫瘍 / 基礎・臨床	15:45 ～ 16:30	ポスター会場	ザ・クラウンパレス新阪急高知 3階 蘭の間	P-2-46 ～ P-2-54	郷力　昭宏	広島大学
ポスター 19	尿路上皮腫瘍 / 膀胱癌	15:00 ～ 15:45	ポスター会場	ザ・クラウンパレス新阪急高知 3階 蘭の間	P-2-55 ～ P-2-63	富﨑　一向	産業医科大学
ポスター 20	Femaleurorogy・尿失禁	15:45 ～ 16:30	ポスター会場	ザ・クラウンパレス新阪急高知 3階 蘭の間	P-2-64 ～ P-2-72	山本　恭代	徳島大学
ポスター 21	結石 / 外科的治療・ESWL・基礎①	15:00 ～ 15:30	ポスター会場	ザ・クラウンパレス新阪急高知 3階 蘭の間	P-2-73 ～ P-2-78	眞﨑　拓朗	原三信病院
ポスター 22	結石 / 外科的治療・ESWL・基礎②	15:45 ～ 16:15	ポスター会場	ザ・クラウンパレス新阪急高知 3階 蘭の間	P-2-79 ～ P-2-84	大河内寿夫	国立病院機構 高知病院
ポスター 23	男性性機能 / 生殖器感染症	15:00 ～ 15:45	ポスター会場	ザ・クラウンパレス新阪急高知 3階 蘭の間	P-2-85 ～ P-2-93	杉山　星哲	川崎医科大学

11月14日（金）

教育セミナー 1　12：25 ～ 13：25　第 1 会場：高知県立県民文化ホール　1 階　オレンジホール

［前立腺癌診断と治療 up to date］

座長：猪口　淳一（琉球大学大学院医学研究科　腎泌尿器外科学講座）

LS1-1　監視療法は誰に、どこまで許されるのか？－ PRIAS-JAPAN から読み解く将来展望－

加藤（かとう）　琢磨（たくま）（香川大学医学部　泌尿器・副腎・腎移植外科）

座長：北村　　寛（富山大学学術研究部医学系　腎泌尿器科学講座）

LS1-2　mCSPC 治療 UPDATE －誰に、どの治療を使うか？－

成田伸太郎（なりたしんたろう）（秋田大学大学院医学系研究科　腎泌尿器科学講座）

（共催：武田薬品工業株式会社）

教育セミナー 2　12：25 ～ 13：25　第 2 会場：高知県立県民文化ホール　1 階　グリーンホール

座長：古川　順也（徳島大学大学院　医歯薬学研究部　泌尿器科学分野）
小原　　航（岩手医科大学　泌尿器科学講座）

［腎癌治療における新潮流と症例選択 ～ IO 併用療法と集学的治療の実践～］

LS2-1　ニボ・イピが最大限に活かせる患者像は？

木村（きむら）　　剛（ごう）（日本医科大学　泌尿器科学）

LS2-2　腎癌の実臨床から見た IO/IO 併用の真価と CN の位置づけ

大庭康司郎（おおばこうじろう）（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科　泌尿器科学）

（共催：小野薬品工業株式会社 / ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社）

教育セミナー 3　12：25 ～ 13：25　第 3 会場：高知県立県民文化ホール　4 階　第 6 多目的室

座長：雜賀　隆史（愛媛大学大学院医学系研究科　泌尿器科学講座）
髙橋　　聡（札幌医科大学医学部　感染制御・臨床検査医学講座）

LS3-1　進化する尿沈渣検査　―標準化と自動化―

宿谷（しゅくや）　賢一（けんいち）（順天堂大学 医療科学部 臨床検査学科）

LS3-2　尿路上皮癌診断に関する課題と簡便検査への期待

菊川（きくがわ）　忠彦（ただひこ）（愛媛大学大学院　医学系研究科器官・形態領域　泌尿器科学）

（共催：シスメックス株式会社）

教育セミナー 4　12：25 ～ 13：25　第 4 会場：ザ・クラウンパレス新阪急高知　3 階　花の間 1/2N

座長：荒木　元朗（岡山大学学術研究院医歯薬学域　腎泌尿器科学分野）
久米　春喜（東京大学医学部　泌尿器科学教室）

［核医学が変える泌尿器癌診療 -^{177}Lu-PSMA-617 とチーム医療］

LS4-1　エビデンスから臨床へ -^{177}Lu-PSMA-617 による前立腺癌治療の最前線 -

横溝（よこみぞ）　　晃（あきら）（医療法人原三信病院　泌尿器科）

LS4-2　前立腺癌治療の新たな潮流～^{177}Lu-PSMA-617 実装に向けた泌尿器科と放射線科の連携体制～

相澤（あいざわ）　理人（りひと）（京都大学大学院医学研究科　放射線腫瘍学・画像応用治療学）

（共催：ノバルティス ファーマ株式会社）

教育セミナー５　12：25 ～ 13：25　第５会場：ザ・クラウンパレス新阪急高知　３階　花の間 1/2S

座長：安井　孝周（名古屋市立大学大学院医学研究科　腎・泌尿器科学分野）
石戸　則孝（倉敷成人病センター　泌尿器科／尿路結石センター）

[これからの RIRS 必須アイテムーシングルユース尿管鏡(FLEX-XC1)と自動灌流装置(ENDOMAT®SELECT)ー]

LS5-1　当院におけるシングルユース軟性尿管鏡の導入と臨床的意義
中尾（なかお）　一慶（かずよし）（関西医科大学総合医療センター 腎泌尿器外科）

LS5-2　自動還流装置とシングルユーススコープを駆使して FANS を使いこなす
藤田雅一郎（ふじたまさいちろう）（原泌尿器科病院 泌尿器科 ）

（共催：カールストルツ・エンドスコピー・ジャパン株式会社 / エム・シー・メディカル株式会社）

11月15日(土)

教育セミナー６　12：05 ～ 13：05　第１会場：高知県立県民文化ホール　１階　オレンジホール

座長：古家　琢也（岐阜大学大学院医学系研究科　泌尿器科学）
賀本　敏行（宮崎大学医学部　発達泌尿生殖医学講座　泌尿器科学分野）

[尿路上皮癌治療の進展と課題]

LS6-1　副作用を“見える化”する：尿路上皮癌治療における実臨床からの知見
片山（かたやま）　聡（さとし）（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科　腎泌尿器科学分野）

LS6-2　尿路上皮癌治療のアップデートと臨床への応用
中根（なかね）　慶太（けいた）（岐阜大学大学院医学系研究科　泌尿器科学）

（共催：アステラス製薬株式会社）

教育セミナー７　12：05 ～ 13：05　第２会場：高知県立県民文化ホール　１階　グリーンホール

座長：大家　基嗣（慶應義塾大学医学部　泌尿器科学教室）

LS7-1　アベルマブ維持療法４年の軌跡ーリアルワールドが示す治療戦略の深化ー
湊（みなと）　晶規（あきのり）（産業医科大学医学部 泌尿器科学講座）

座長：白石　晃司（山口大学大学院医学系研究科　泌尿器科学講座）

LS7-2　進行性腎細胞癌におけるアベルマブ＋アキシチニブ併用療法の位置付け
本郷（ほんごう）　文弥（ふみや）（京都府立医科大学大学院医学研究科　泌尿器外科学）

（共催：メルクバイオファーマ株式会社）

教育セミナー８　12：05 ～ 13：05　第３会場：高知県立県民文化ホール　４階　第６多目的室

座長：和田耕一郎（島根大学医学部　泌尿器科学講座）
三宅　牧人（奈良県立医科大学　泌尿器科学教室）

**[RevoLix HTL ハイブリッド・ツリウムヤグレーザー手術：
BPH、Urolithiasis、UTUC の治療戦略 Update]**

LS8-1　ハイブリッド・ツリウムヤグレーザー “RevoLix HTL” による前立腺核出術アップデート
設楽（したら）　敏也（としや）（渕野辺総合病院　泌尿器科）

LS8-2　RevoLix HTL ハイブリッド・ツリウムヤグレーザーが拓く上部尿路内視鏡治療の新時代
吉田（よしだ）　崇（たかし）（大阪府済生会野江病院　泌尿器科）

（共催：タカイ医科工業株式会社）

教育セミナー９　12：05 ～ 13：05　第４会場：ザ・クラウンパレス新阪急高知　３階　花の間 1/2N

座長：橋根　勝義（四国がんセンター　泌尿器科）

LS9-1　筋層浸潤性膀胱癌に対する診断と膀胱全摘除術

福原（ふくはら）　秀雄（ひでお）（高知大学医学部　泌尿器科学講座）

座長：小林　　恭（京都大学大学院医学研究科　泌尿器科学教室）

LS9-2　筋層浸潤性膀胱癌に対する薬物療法

藤田（ふじた）　和利（かずとし）（近畿大学病院　泌尿器科）

LS9-3　パネルディスカッション　筋層浸潤性膀胱癌に対する治療戦略

（共催：アストラゼネカ株式会社）

教育セミナー 10　12：05 ～ 13：05　第５会場：ザ・クラウンパレス新阪急高知　３階　花の間 1/2S

座長：釜井　隆男（獨協医科大学　泌尿器科）
　　秦　　聡孝（大分大学医学部　腎泌尿器外科学講座）

［NMIBC 診療の再定義～診断から治療戦略まで～］

LS10-1 TURBT 基本手技の現状と展望

田岡（たおか）　利宜也（りきや）（香川大学医学部　泌尿器・副腎・腎移植外科）

LS10-2 BCG failure を再考する

菊地（きくち）　栄次（えいじ）（聖マリアンナ医科大学　腎泌尿器外科）

（共催：フェリング・ファーマ株式会社）

スポンサードセミナーのご案内

11月14日（金）

スポンサードセミナー１　8：55 ～ 9：55　第４会場：ザ・クラウンパレス新阪急高知　３階　花の間 1/2N

座長：高沢　亮治（東京都立大塚病院　泌尿器科・尿路結石センター）
　　東武　昇平（佐賀大学医学部　泌尿器科学講座）

［尿路内視鏡治療戦略の革新］

SS1-1　嵌頓結石、もう悩まない！クラリトロンで広がる視界と安心の剥離

増田（ますだ）　朋子（ともこ）（東京警察病院　泌尿器科）

SS1-2　クラリトロンは、こじゃんとえいね！ Single-use ureteroscope の選択と手技

眞﨑（まさき）　拓朗（たくろう）（原三信病院　泌尿器科）

SS1-3　膀胱癌治療戦略の革新：クラリトロン軟性膀胱鏡で実現する外来 TULA

早稲田悠馬（わせだゆうま）（東京科学大学大学院　医歯学総合研究科　腎泌尿器外科学）

（共催：SBI ファーマ株式会社）

スポンサードセミナー２　11：15 ～ 12：15　第４会場：ザ・クラウンパレス新阪急高知　３階　花の間 1/2N

座長：深貝　隆志（昭和医科大学医学部　泌尿器科学講座）
　　木村　智樹（高知大学医学部　放射線腫瘍学講座）

［限局性前立腺癌に対する治療戦略 －局所治療と小線源放射線治療の現在地－］

SS2-1　High-Dose-Rate Prostate Brachytherapy ～その歴史・現状・今後の展望について～

蘆田（あしだ）　真吾（しんご）（高知大学医学部 泌尿器科学講座）

SS2-2　限局性前立腺癌に対する Focal Therapy - 診断から治療までの戦略の実際 -

小路（しょうじ）　直（すなお）（東海大学医学部　外科学系腎泌尿器科学領域）

（共催：株式会社バリアン メディカル システムズ）

スポンサードセミナー３　14：05 ～ 15：05　第４会場：ザ・クラウンパレス新阪急高知　３階　花の間 1/2N

座長：小村　和正（川崎医科大学　泌尿器科学教室）

SS3-1　PDD-TURBT のメリットと副作用対策（周術期低血圧対策）

野原（のはら）　隆弘（たかひろ）（金沢大学附属病院　泌尿器科）

座長：藤本　清秀（奈良県立医科大学　泌尿器科学教室）

SS3-2　PDD-TURBT における低血圧ゼロ戦略 ― One-Team で拓く最良アウトカム―

勝又（かつまた）　祥文（よしふみ）（高知大学医学部　麻酔科学・集中治療医学講座）

（共催：日本化薬株式会社）

スポンサードセミナー４　15：20 ～ 16：20　第４会場：ザ・クラウンパレス新阪急高知　３階　花の間 1/2N

座長：井川　掌（久留米大学医学部　泌尿器科学講座）

SS4-1　腎癌術後再発リスク因子とアジュバント療法

別宮（べっく）　謙介（けんすけ）（岡山大学学術研究院医歯薬学域　腎泌尿器科学）

SS4-2　進行腎細胞癌の治療シークエンス
～ HIF2 α阻害剤ベルズチファンの登場によりどう変わるか～

高橋（たかはし）　正幸（まさゆき）（高松市立みんなの病院　泌尿器科）

（共催：MSD 株式会社）

11月15日（土）

スポンサードセミナー５　10：50 ～ 11：50　第２会場：高知県立県民文化ホール　１階　グリーンホール

座長：武中　篤（鳥取大学医学部器官制御外科学講座　腎泌尿器学分野）
福原　浩（杏林大学医学部　泌尿器科学教室）

SS5-1　PARP 阻害薬の作用機序 ～タラゾパリブを中心に～

村井（むらい）　純子（じゅんこ）（愛媛大学プロテオサイエンスセンター・大学院医学系研究科　生化学・分子遺伝学）

SS5-2　エビデンスから考えるmCRPCの治療戦略 ～ターゼナ＋エンザルタミド併用療法の有用性～

小坂（こさか）　威雄（たけお）（慶應義塾大学医学部　泌尿器科学教室）

（共催：ファイザー株式会社）

スポンサードセミナー６　9：45 ～ 10：45　第４会場：ザ・クラウンパレス新阪急高知　３階　花の間 1/2N

座長：吉岡　邦彦（板橋中央総合病院　ロボット手術センター）
佐々木ひと美（藤田医科大学　腎泌尿器外科）

［ダビンチ手術における私のこだわり］

SS6-1　アドバンステクノロジーを用いたダビンチ手術 ～効率と精度の両立を目指して～

深田（ふかだ）　聡（さとし）（高知大学医学部 泌尿器科学講座）

SS6-2　ダビンチ手術が切り開いたロボット支援手術 ～ロボットの基本手技と腎部分切除術～
立神（たつがみ）　勝則（かつのり）（北九州市立医療センター　泌尿器科）

（共催：インテュイティブサージカル合同会社）

スポンサードセミナー７　10：55 ～ 11：55　第４会場：ザ・クラウンパレス新阪急高知　３階　花の間 1/2N

座長：今村　亮一（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科　泌尿器科学）

SS7-1　泌尿器科と栄養・ミネラル　～亜鉛が拓く新たな可能性～
刑部（おさかべ）　博人（ひろと）（高知大学医学部泌尿器科学講座　透析部）

座長：田中　宣道（奈良県立医科大学　前立腺小線源治療講座）

SS7-2　吉祥寺あさひ病院におけるバスキュラーアクセス治療
野口（のぐち）　智永（ともなが）（吉祥寺あさひ病院　バスキュラーアクセスセンター）

（共催：ノーベルファーマ株式会社／中澤氏家薬業株式会社）

スポンサードセミナー８　9：45 ～ 10：45　第５会場：ザ・クラウンパレス新阪急高知　３階　花の間 1/2S

座長：白木　良一（藤田医科大学東京　先端医療研究センター）
柑本　康夫（和歌山県立医科大学　泌尿器科学講座）

［進化する hinotori™ の現在地と Tips］

SS8-1　hinotori™ とともに進化する手術手技～操作性を活かすコツと実践的工夫
福本（ふくもと）　哲也（てつや）（愛媛大学大学院医学系研究科　泌尿器科学講座）

SS8-2　腎領域における hinotori™ の臨床経験～ hinotori™ を使いこなす Tips ～
森實（もりざね）　修一（しゅういち）（鳥取大学医学部器官制御外科学講座　腎泌尿器学分野）

（共催：シスメックス株式会社）

スポンサードセミナー９　10：55 ～ 11：55　第５会場：ザ・クラウンパレス新阪急高知　３階　花の間 1/2S

座長：溝上　　敦（金沢大学大学院医薬保健学総合研究科　泌尿器集学的治療学）

SS9　前立腺癌薬物療法の“いま”がわかる：エビデンスと実臨床の接点
宮地（みやじ）　禎幸（よしゆき）（川崎医科大学　泌尿器科学）

（共催：ニプロ株式会社）

スポンサードレクチャーのご案内

11月15日（土）

スポンサードレクチャー　13：15 ～ 14：15　第５会場：ザ・クラウンパレス新阪急高知　３階　花の間 1/2S

座長：杉多 良文（兵庫県立こども病院　泌尿器科学）
木下 秀文（関西医科大学　腎泌尿器外科学講座）

［泌尿器内視鏡の基礎と最前線　上部尿路・下部尿路］

SSL-1　TUR から RARC まで ー膀胱癌手術の個別最適化戦略ー
三木（みき）　　淳（じゅん）（東京慈恵会医科大学附属柏病院　泌尿器科）

SSL-2　上部尿路結石に対する内視鏡手術の基礎と最前線
柿木（かきのき）　寛明（ひろあき）（佐賀大学医学部　泌尿器科学講座）

（共催：オリンパスマーケティング株式会社）

モーニングセミナーのご案内

11月14日(金)

モーニングセミナー 1　7：45 ～ 8：45　　第 4 会場：ザ・クラウンパレス新阪急高知　3 階　花の間 1/2N

座長：赤松　秀輔（名古屋大学大学院医学系研究科　泌尿器科学教室）
杉元　幹史（香川大学医学部　泌尿器・副腎・腎移植外科）

[mCSPC の治療戦略]

MS1-1　Triplet 療法の有用性と理論的根拠
塩田（しおた）　真己（まさき）（九州大学大学院医学研究院　泌尿器科学分野）

MS1-2　Triplet 治療の至適患者像について考える
永田（ながた）　政義（まさよし）（順天堂大学大学院医学研究科　泌尿器科学講座）

（共催：バイエル薬品株式会社）

モーニングセミナー 2　7：45 ～ 8：45　　第 5 会場：ザ・クラウンパレス新阪急高知　3 階　花の間 1/2S

座長：加藤　実（大阪公立大学大学院医学研究科　泌尿器病態学）

MS2　Precision Oncology への第一歩～コンパニオン診断と経口 FGFR 阻害剤の臨床価値～
松元（まつもと）　崇（たかし）（九州大学大学院医学研究院　泌尿器科学分野）

（共催：ヤンセンファーマ株式会社）

11月15日(土)

モーニングセミナー 3　8：40 ～ 9：40　　第 4 会場：ザ・クラウンパレス新阪急高知　3 階　花の間 1/2N

座長：神波　大己（熊本大学大学院生命科学研究部　泌尿器科学講座）
西山　博之（筑波大学医学医療系　腎泌尿器外科）

[周術期から転移性まで：尿路上皮癌における薬物療法]

MS3-1　尿路上皮癌の周術期治療戦略：ニボルマブの最新情報と臨床での使いどころ
富﨑（とみさき）　一向（いっこお）（産業医科大学医学部　泌尿器科学講座）

MS3-2　CheckMate 901 から実臨床へ！ ～ GC+nivolumab は「ここで使う」～
佐塚（さづか）　智和（ともかず）（千葉大学医学部附属病院　泌尿器科）

（共催：小野薬品工業株式会社 / ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社）

モーニングセミナー 4　8：40 ～ 9：40　　第 5 会場：ザ・クラウンパレス新阪急高知　3 階　花の間 1/2S

座長：槙山　和秀（横浜市立大学大学院医学研究科　泌尿器科学）
野口　　満（佐賀大学医学部　泌尿器科学講座）

[NMIBC/BPH 治療の夜明け - 経尿道的半導体レーザー手術の価値コンセプト -]

MS4-1　半導体レーザー二刀流 -BPH に対する CVP と NMIBC に対する TULA の学術的知見 -
藏野（くらの）　吉隆（よしたか）（高知大学医学部　泌尿器科学講座）

MS4-2　半導体レーザー手術を極める -BPH に対する CVP と NMIBC に対する TULA の実用的知見 -
河野（かわの）　義之（よしゆき）（社会福祉法人仁生社　江戸川病院　泌尿器科）

（共催：株式会社インテグラル）

イブニングセミナーのご案内

11月13日(木)

イブニングセミナー 1　15：50 ～ 16：50　第 1 会場：高知県立県民文化ホール　1 階　オレンジホール

座長：影山　　進（滋賀医科大学　泌尿器科学講座）
榎田　英樹（鹿児島大学大学院医歯学総合研究科　腫瘍学講座　泌尿器科学分野）

[尿路上皮癌に対する薬物療法～周術期から進行期まで～]

ES1-1　MIBC 周術期薬物療法 最新知見を踏まえた治療戦略
小林（こばやし）　圭太（けいた）（山口大学大学院医学系研究科 泌尿器科学講座）

ES1-2　ほんとに効いてる？ EV+ ペムブロリズマブのリアルワールド
畠山（はたけやま）　真吾（しんご）（弘前大学大学院医学研究科　泌尿器科学講座）

（共催：MSD 株式会社）

11月14日(金)

イブニングセミナー 2　17：00 ～ 18：00　第 1 会場：高知県立県民文化ホール　1 階　オレンジホール

座長：柏木　英志（産業医科大学医学部　泌尿器科学講座）
日向　信之（広島大学大学院医系科学研究科　腎泌尿器科学）

[転移性前立腺癌の薬物治療]

ES2-1　upfront ARSI 時代における前立腺癌治療の最適解の探索 ～ ARSI-Doublet/Triplet の選択に必要な判断軸とは ～
布川（ふかわ）　朋也（ともや）（徳島大学大学院医歯薬学研究部　泌尿器科学分野）

ES2-2　upfront ARSI LTFU データから考える標準治療 ～ エンザルタミドがもたらす価値 ～
三浦（みうら）　徳宣（のりよし）（愛媛大学医学部附属病院　泌尿器科）

（共催：アステラス製薬株式会社）

イブニングセミナー 3　17：00 ～ 18：00　第 2 会場：高知県立県民文化ホール　1 階　グリーンホール

座長：稲元　輝生（浜松医科大学 泌尿器科学講座）
江藤　正俊（九州大学大学院医学研究院　泌尿器科学分野）

ES3-1　Pembrolizumab + Lenvatinib の真価 ～実臨床での適切な患者選択と継続投与の工夫を交えて～
植田（うえだ）　浩介（こうすけ）（久留米大学医学部　泌尿器科学講座）

ES3-2　根治を目指す進行性腎細胞癌治療戦略　～最適な薬物治療と手術治療の組み合わせ～
髙木（たかぎ）　敏男（としお）（東京女子医科大学　泌尿器科）

（共催：エーザイ株式会社）

イブニングセミナー 4　17：00 ～ 18：00　第 3 会場：高知県立県民文化ホール　4 階　第 6 多目的室

座長：舛森　直哉（札幌医科大学医学部　泌尿器科学講座）
羽賀　宣博（福岡大学医学部　腎泌尿器外科学講座）

[慢性前立腺炎の新機軸 -AUA ガイドラインと香川モデルの実践 -]

ES4-1　慢性前立腺炎と関連疾患の診断と治療ー AUA ガイドラインから
和田（わだ）　直樹（なおき）（旭川医科大学　腎泌尿器外科学講座）

ES4-2　男性最後の難病「慢性前立腺炎」への挑戦

土肥洋一郎（香川大学医学部　泌尿器・副腎・腎移植外科）

（共催：東菱薬品工業株式会社／扶桑薬品工業株式会社）

イブニングセミナー５　17：00 ～ 18：00　第４会場：ザ・クラウンパレス新阪急高知　３階　花の間 1/2N

座長：上村　博司（横浜市立大学大学院医学研究科泌尿器腫瘍学　泌尿器腫瘍学講座／湘南鎌倉総合病院　前立腺センター）

［明日の mCSPC 治療選択をどう決める？～迷いなき臨床判断のためのエビデンスアップデート～］

ES5-1　限局性前立腺癌治療について再考する

澤田　篤郎（宮崎大学医学部　発達泌尿生殖医学講座　泌尿器科学分野）

ES5-2　RWD から考えるアパルタミドによる mCSPC 治療の最適化

鑪野　秀一（鹿児島大学大学院医歯学総合研究科　腫瘍学講座　泌尿器科学分野）

（共催：ヤンセンファーマ株式会社 / 日本新薬株式会社）

イブニングセミナー６　17：00 ～ 18：00　第５会場：ザ・クラウンパレス新阪急高知　３階　花の間 1/2S

座長：宮里　　実（琉球大学大学院医学研究科　システム生理学講座）
三井　貴彦（山梨大学大学院　総合研究部　泌尿器科学講座）

ES6-1　LUTS 診療を支える多職種連携の最前線

清水　信貴（高知大学医学部附属病院　骨盤機能センター）

ES6-2　維新の先に見えてきた OAB 治療の新たな刻（とき）

松尾　朋博（長崎大学病院　泌尿器科・腎移植外科）

（共催：杏林製薬株式会社 / キッセイ薬品工業株式会社）

高知県立県民文化ホール 〒780-0870　高知市本町4丁目3-30

ザ・クラウンパレス新阪急高知 〒780-8561　高知市本町4丁目2-50

お車をご利用の場合

高知自動車道南国 I.C. から約 30 分、高知 I.C. から約 20 分

航空機をご利用の場合

・高知龍馬空港から　車で約 30 分
・空港連絡バス（JR 高知駅行き）＜約 25 分＞「はりまや橋」下車。
・とさでん交通路面電車（鏡川橋、朝倉、いの方面）に乗り換え＜約 5 分＞
「県庁前」下車　徒歩数分

JR をご利用の場合

・JR 高知駅から　車で約 10 分
・とさでん交通路面電車「高知駅前」＜約 5 分＞「はりまや橋」下車。
「鏡川橋、朝倉、いの方面行き」に乗り換え＜約 5 分＞「県庁前」下車　徒歩数分

駐車場について

ホール駐車場

県民文化ホールの駐車場は、大小ホールや多目的室の主催者およびホールの関係者用となっております。ホールご来場の観客の方および多目的室をご利用の方は**周辺有料駐車場**のご利用をお願いします。

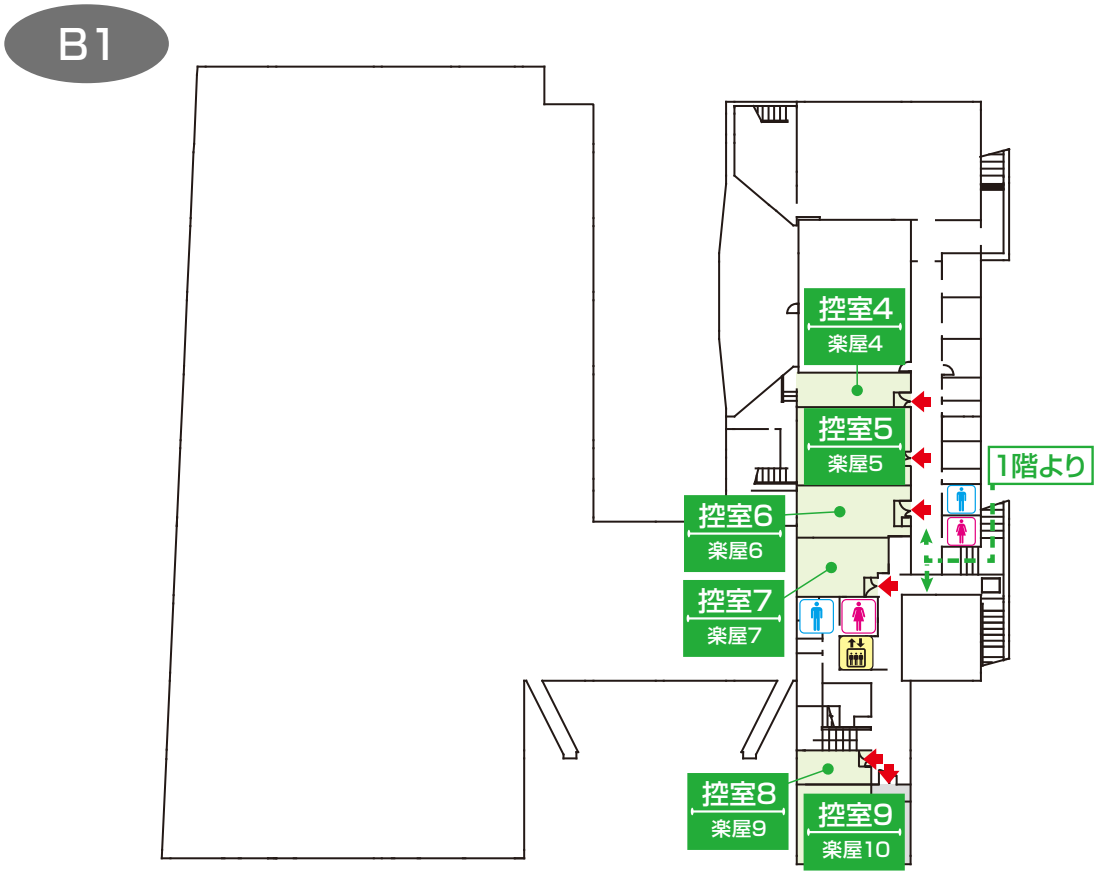
周辺駐車場

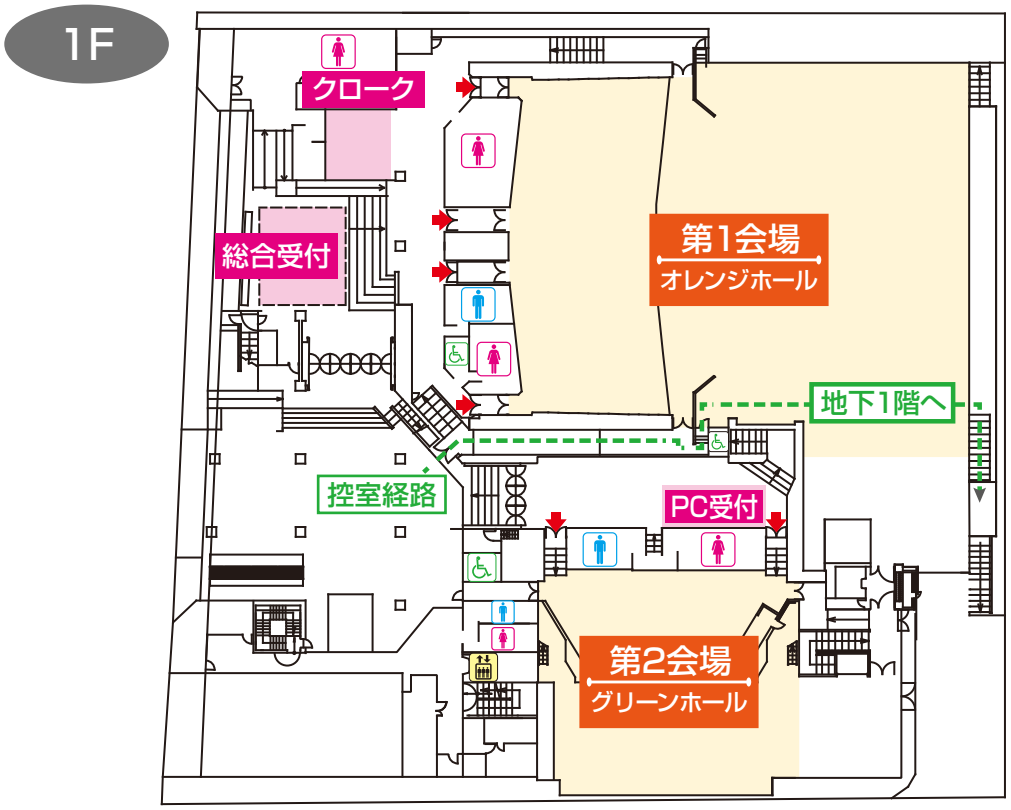
有料駐車場

①県庁前通り地下駐車場（088）822-1175
②高知会館駐車場（088）823-7123
③鷹匠町白洋パーキング（088）822-8203
④山脇パーキング（088）821-0581

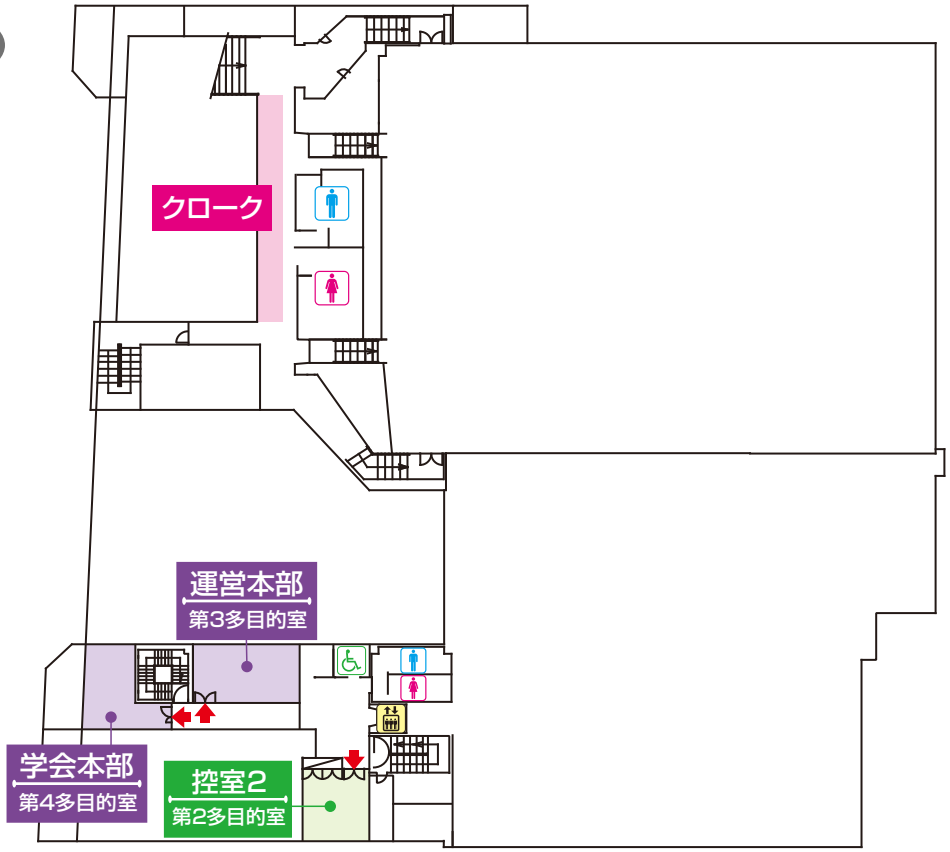
コインパーキング

○高知県立県民文化ホール

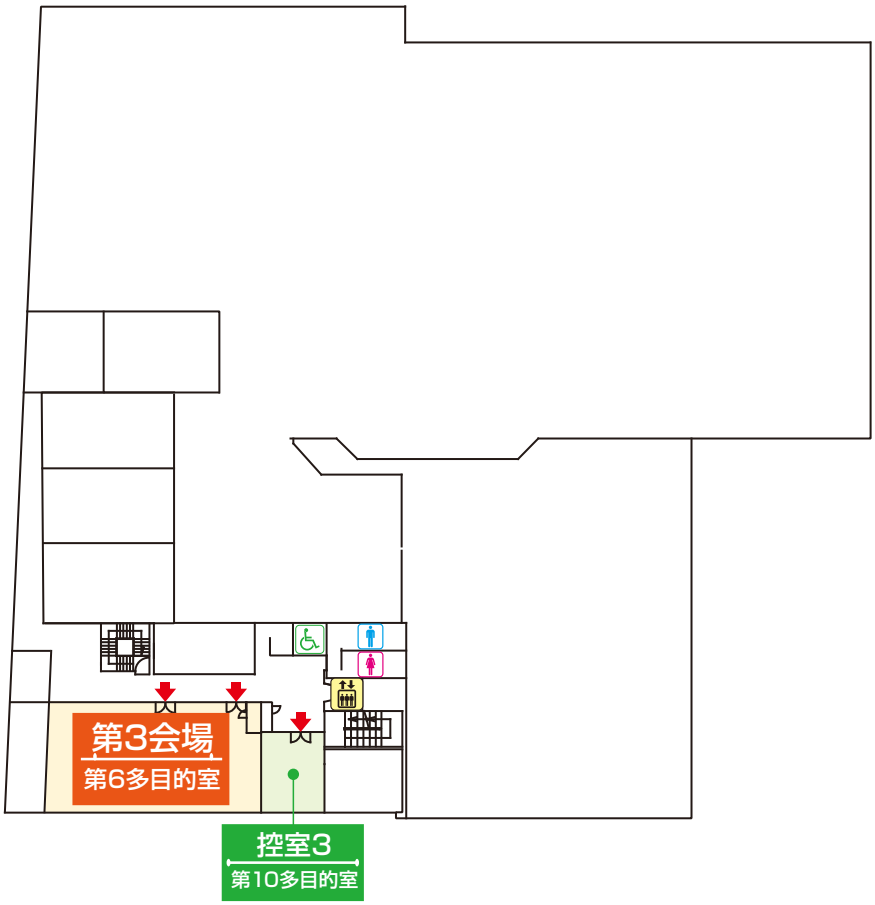




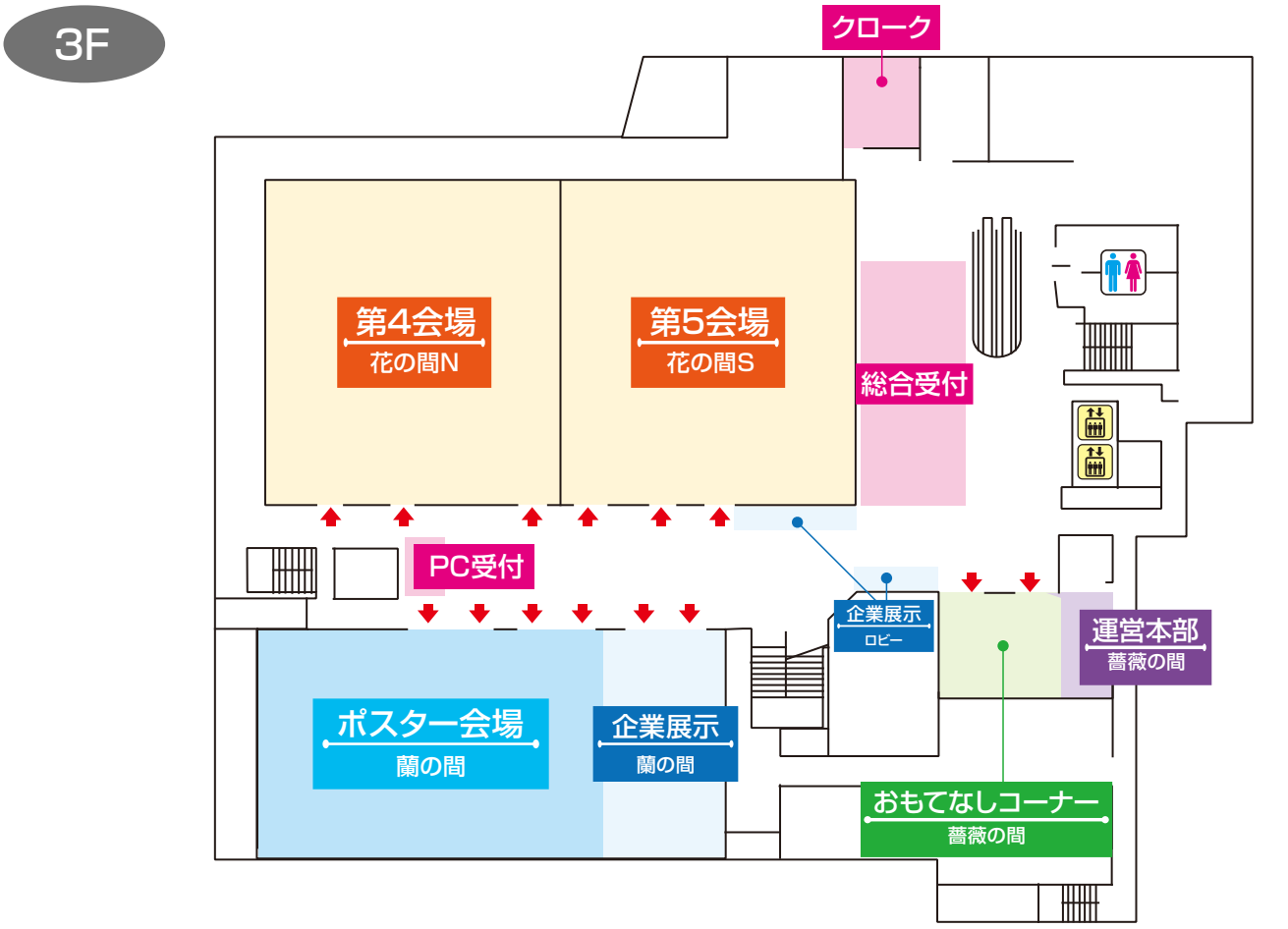
3F

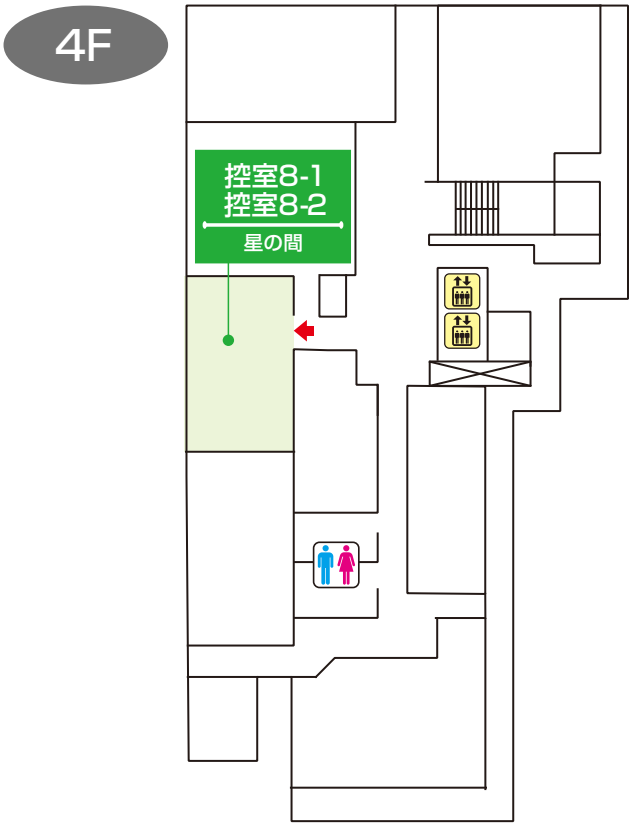

クローク
運営本部
第3多目的室
学会本部
第4多目的室
控室2
第2多目的室

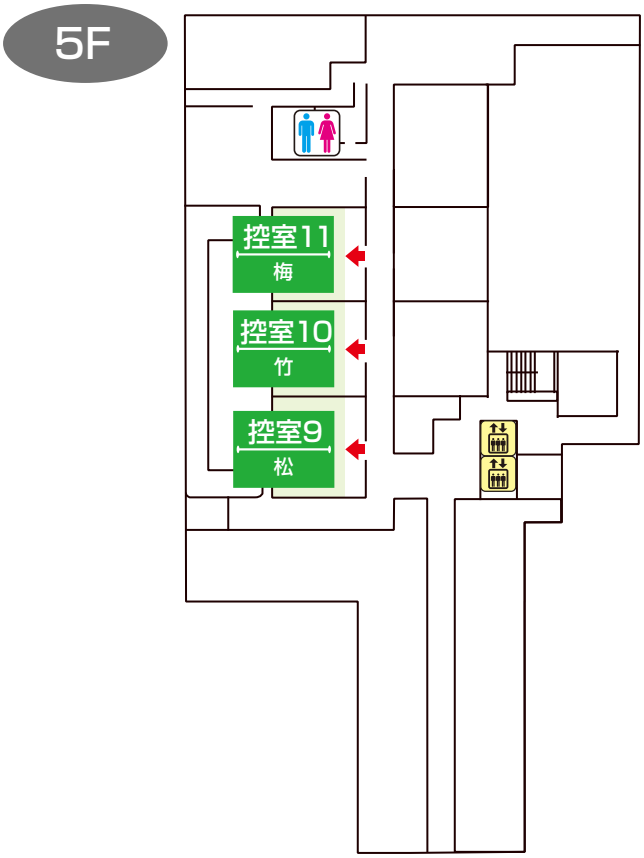
4F


第3会場
第6多目的室
控室3
第10多目的室

○ザ クラウンパレス新阪急高知







日　程　表

1日目　2025年11月13日(木)

	第１会場	第２会場	第３会場	第４会場
	高知県立県民文化ホール			ザ クラウンパレス 新阪急高知
	1 階		4 階	3階
	オレンジホール	グリーンホール	第６多目的室	花の間 1/2N
8：00				
9：00				
10：00			10：00 ～ 12：00 **保険委員会**	
11：00				11：30 ～ 14：00 **理事会**
12：00	12：20 ～ 13：20 **卒後教育プログラム１** 医療安全の国際潮流について （第 112 回日泌総会よりビデオ上映） 講師：後　　信			
13：00				
14：00	13：30 ～ 14：30 **卒後教育プログラム２** Case study から学ぶ夜間頻尿の診断と治療 講師：松尾　朋博	13：30 ～ 14：30 **卒後教育プログラム３** 改訂ガイドラインを読み込む 尿路結石症の積極的治療 講師：若井　　健		
15：00	14：40 ～ 15：40 **社員総会**			
16：00	15：50 ～ 16：50 **イブニングセミナー１** 共催：MSD 株式会社		15：50 ～ 16：50 **新理事会**	
17：00	17：00 ～ 18：00 **文化人講演** 特別対談 司会：谷村　正信、木岡真理奈 出演：川藤　幸三			
18：00				
19：00				
20：00				
21：00				

日　程　表

2日目　2025年11月14日（金）

	第１会場	第２会場	第３会場
	高知県立県民文化ホール		
	1 階		4 階
	オレンジホール	グリーンホール	第６多目的室
8：00			
9：00	9：00～ 開会式		9：05～9：35 一般演題１ 尿路・生殖器感染症
	9：05～10：35 初ガツオ企画 座長：井川　掌／秦　聡孝 コメンテーター：塩田　真己	9：05～10：35 シンポジウム１ 維新企画１：前立腺肥大症の新しい手術療法 座長：羽賀　宣博／和田耕一郎	9：40～10：16 一般演題２ 腎不全・腎移植
10：00			10：20～10：56 一般演題３ 腎腫瘍／基礎・薬物療法・症例
11：00	10：45～12：15 戻りガツオ企画 座長：江藤　正俊／武中　篤	10：45～12：15 シンポジウム２【専門医対応講習】 維新企画２：小児泌尿器科の新しい手術療法 座長：野口　満／白石　晃司	11：00～11：36 一般演題４ 腎腫瘍／手術
12：00			11：40～12：10 一般演題５ 膀胱癌／診断・手術・薬物療法
13：00	12：25～13：25 教育セミナー１ 共催：武田薬品工業株式会社	12：25～13：25 教育セミナー２ 共催：小野薬品工業株式会社／ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社	12：25～13：25 教育セミナー３ 共催：シスメックス株式会社
	13：30～14：00 授賞式		
14：00	14：05～15：05 特別講演 座長：井上　啓史　対談：飯島　寛子／演者：野口　五郎		14：05～14：35 一般演題６ 膀胱癌／手術・尿路変更
15：00			14：40～15：16 一般演題７ 膀胱癌／薬物療法
16：00	15：20～16：50 脱藩企画 脱藩への道 座長：柏木　英志／小村　和正	15：20～16：50 シンポジウム３【指導医教育プログラム】 維新企画３：腹腔鏡手術・ロボット手術の新しい手術療法 座長：雑賀　隆史／日向　信之	15：20～15：50 一般演題８ 膀胱癌／手術
			15：55～16：31 一般演題９ 前立腺癌／手術／放射線
17：00	17：00～18：00 イブニングセミナー２ 共催：アステラス製薬株式会社	17：00～18：00 イブニングセミナー３ 共催：エーザイ株式会社	17：00～18：00 イブニングセミナー４ 共催：東菱薬品工業株式会社／扶桑薬品工業株式会社
18：00			
19：00	18：30～ 会員懇親会 18：30～ 会　場：高知城　追手門広場　※雨天決行（学会総会会場より徒歩 10 分） 参加費：無料		
20：00			
21：00			

	第４会場	第５会場	ポスター会場
	ザ クラウンパレス 新阪急高知 ３階		
	花の間 1/2N	花の間 1/2S	蘭の間
8：00	7：45～8：45 **モーニングセミナー１** 共催：バイエル薬品株式会社	7：45～8：45 **モーニングセミナー２** 共催：ヤンセンファーマ株式会社	
9：00	8：55～9：55 **スポンサードセミナー１** 共催：SBI ファーマ株式会社	8：55～9：55 **卒後教育プログラム４** 泌尿器科マイナーエマージェンシー１ 講師：井上　幸治	9：00～11：00 **ポスター貼付**
10：00		10：05～11：05 **卒後教育プログラム５** 泌尿器科医に必要ながんゲノム医療の基礎知識 座長：古川　順也　講師：武藤　学	
11：00	11：15～12：15 **スポンサードセミナー２** 共催：株式会社バリアン メディカル システムズ	11：15～12：15 **卒後教育プログラム６** 周術期感染症予防「わかっていること、まだわかっていないこと」 講師：亀井　潤	11：00～15：20 **ポスター閲覧**
12：00			
13：00	12：25～13：25 **教育セミナー４** 共催：ノバルティス ファーマ株式会社	12：25～13：25 **教育セミナー５** 共催：カールストルツ・エンドスコピー・ジャパン株式会社 エム・シー・メディカル株式会社	
14：00	14：05～15：05 **スポンサードセミナー３** 共催：日本化薬株式会社	14：05～15：05 **卒後教育プログラム７** 二分脊椎の小児期からの下部尿路管理 講師：浅沼　宏	
15：00			15：20～16：40 **ポスター発表** P-1-1～P-1-9　上部尿路／小児／その他 P-1-10～P-1-17　前立腺癌／診断・薬物療法・マーカー① P-1-18～P-1-25　前立腺癌／診断・薬物療法・マーカー② P-1-26～P-1-33　前立腺癌／診断・薬物療法・マーカー③ P-1-34～P-1-43　腎腫瘍／基礎・薬物療法・症例① P-1-44～P-1-49　前立腺癌／手術① P-1-50～P-1-59　腎腫瘍／基礎・薬物療法・症例② P-1-60～P-1-65　前立腺癌／手術② P-1-66～P-1-72　膀胱癌／診断・手術・尿路変更 P-1-73～P-1-79　膀胱癌／診断・手術・尿路変更 P-1-80～P-1-87　前立腺肥大症① P-1-88～P-1-94　前立腺肥大症②
16：00	15：20～16：20 **スポンサードセミナー４** 共催：MSD 株式会社	15：20～16：20 **卒後教育プログラム８** 骨盤臓器脱の診断・治療 講師：成本　一隆	
17：00	17：00～18：00 **イブニングセミナー５** 共催：ヤンセンファーマ株式会社 日本新薬株式会社	17：00～18：00 **イブニングセミナー６** 共催：杏林製薬株式会社 キッセイ薬品工業株式会社	16：50～18：00 **ポスター撤去**
18：00			
19：00			
20：00			
21：00			

日　程　表

3日目　2025年11月15日(土)

	第1会場	第2会場	第3会場
	高知県立県民文化ホール		
	1階		4階
	オレンジホール	グリーンホール	第6多目的室
8:00			
9:00	9:00～10:30 **シンポジウム4** 維新企画4： 進行性尿路上皮癌の新しい薬物療法 座長：榎田　英樹 猪口　淳一	9:00～10:36 **ヤングウロロジスト リサーチコンテスト** 座長：今村　亮一 小村　和正	9:00～9:30 **一般演題10** 前立腺癌／診断・薬物療法・マーカー①
10:00			9:35～10:05 **一般演題11** 前立腺癌／診断・薬物療法・マーカー② 10:10～10:40 **一般演題12** 前立腺癌／診断・薬物療法・マーカー③
11:00	10:50～11:50 **保険教育プログラム【指導医教育プログラム】** 知って得する保険診療の基礎知識 座長：津島　知靖　演者：上原　慎也	10:50～11:50 **スポンサードセミナー5** 共催：ファイザー株式会社	10:45～11:15 **一般演題13** 前立腺癌／放射線 11:20～11:56 **一般演題14** 結石／外科的治療・基礎
12:00	12:05～13:05 **教育セミナー6** 共催：アステラス製薬株式会社	12:05～13:05 **教育セミナー7** 共催：メルクバイオファーマ株式会社	12:05～13:05 **教育セミナー8** 共催：タカイ医科工業株式会社
13:00			
14:00	13:20～14:50 **シンポジウム5** 維新企画5： 進行性腎癌の新しい逐次薬物療法 座長：神波　大己 古川　順也	13:20～14:50 **シンポジウム7【専門医対応講習】** 維新企画7： 腎不全・透析・腎移植の新しい治療法 座長：今村　亮一 荒木　元朗	13:15～13:51 **一般演題15** 前立腺肥大症／手術① 13:55～14:25 **一般演題16** 前立腺肥大症／手術②
15:00	15:00～16:30 **シンポジウム6** 維新企画6： 転移性前立腺癌の新しい薬物療法・放射線療法 座長：賀本　敏行 杉元　幹史	15:00～16:10 **ダイバーシティ推進委員会企画シンポジウム【指導医教育プログラム】** リアルワールドの男性育休、 育児参画がもたらす泌尿器科維新 座長：井上　啓史、濵崎　和代	14:30～15:06 **一般演題17** Femaleurorogy・尿失禁 15:10～15:46 **一般演題18** 小児泌尿器科 15:50～16:26 **一般演題19** その他
16:00	16:30～16:45　**閉会式**		
17:00			
18:00			
19:00			
20:00			
21:00			

	第4会場	第5会場	ポスター会場
	ザ クラウンパレス 新阪急高知		
	3階		
	花の間 1/2N	花の間 1/2S	蘭の間
8：00	7：30～8：30 **卒後教育プログラム 9** 筋層非浸潤性膀胱癌の診断と治療 講師：三宅　牧人	7：30～8：30 **卒後教育プログラム 10** 性機能障害の診断と治療 講師：澤田　智史	
9：00	8：40～9：40 **モーニングセミナー 3** 共催：小野薬品工業株式会社 ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社	8：40～9：40 **モーニングセミナー 4** 共催：株式会社インテグラル	9：00～11：00 **ポスター貼付**
10：00	9：45～10：45 **スポンサードセミナー 6** 共催：インテュイティブサージカル合同会社	9：45～10：45 **スポンサードセミナー 8** 共催：シスメックス株式会社	
11：00	10：55～11：55 **スポンサードセミナー 7** 共催：ノーベルファーマ株式会社 中澤氏家薬業株式会社	10：55～11：55 **スポンサードセミナー 9** 共催：ニプロ株式会社	11：00～15：00 **ポスター閲覧**
12：00	12：05～13：05 **教育セミナー 9** 共催：アストラゼネカ株式会社	12：05～13：05 **教育セミナー 10** 共催：フェリング・ファーマ株式会社	
13：00	13：15～13：45 **一般演題 20** 副腎・後腹膜	13：15～14：15 **スポンサードレクチャー** 共催：オリンパスマーケティング株式会社	
14：00	13：55～14：25 **一般演題 21** 陰嚢内容・陰茎・尿道		
	14：30～15：00 **一般演題 22** 腹腔鏡・ロボット手術	14：25～15：25 **卒後教育プログラム 11** 前立腺肥大症手術・低侵襲治療：最新のプロフィール 講師：西原　聖顕	
15：00	15：10～15：46 **一般演題 23** 尿路上皮腫瘍／基礎・臨床①		15：00～16：30 **ポスター発表** P-2-1～P-2-10　腎不全・腎移植 P-2-11～P-2-18　膀胱癌／診断・マーカー・薬物療法・機能温存 P-2-19～P-2-28　陰嚢内容・陰茎・尿道 P-2-29～P-2-36　精巣腫瘍（基礎・臨床）／その他 P-2-37～P-2-45　腎腫瘍／手術 P-2-46～P-2-54　尿路上皮腫瘍／基礎・臨床 P-2-55～P-2-63　尿路上皮腫瘍／膀胱癌 P-2-64～P-2-72　Femaleurorogy・尿失禁 P-2-73～P-2-78　結石／外科的治療・ESWL・基礎① P-2-79～P-2-84　結石／外科的治療・ESWL・基礎② P-2-85～P-2-93　男性性機能／生殖器感染症
16：00	15：50～16：26 **一般演題 24** 尿路上皮腫瘍／基礎・臨床②	15：35～16：35 **卒後教育プログラム 12** ロボット支援腎摘除術を安全に施行する基本手技 講師：森實　修一	
17：00			16：30～17：00 **ポスター撤去**
18：00			
19：00			
20：00			
21：00			

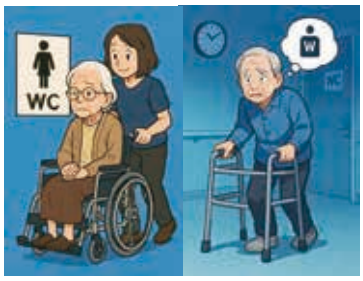
日　程　表

4日目　2025年11月16日(日)

	第１会場	第２会場	第３会場	第４会場
	高知県立県民文化ホール			ザ クラウンパレス 新阪急高知
	1 階		4 階	3階
	オレンジホール	グリーンホール	第６多目的室	花の間 1/2N
8：00				
9：00				
10：00				
11：00				
12：00				
13：00		13：10 ～ 14：40 市民公開講座		
14：00				
15：00				
16：00				
17：00				
18：00				
19：00				
20：00				
21：00				

市民公開講座（第77回西日本泌尿器科学会総会）　★入場無料★

トイレのことを気にしない生活へ



日時：2025年 11月 16日 (日)
13時10分～14時40分（開場：12時30分）

場所：高知県立県民文化ホール「グリーンホール」
（高知市本町4-3-30） TEL：088-824-5321

11月16日は いい色の日 ― あなたの尿の色は健康のサイン

専門家から正しい知識を学び、一緒に悩みを解消しましょう。
事前予約は不要です。どなたでもお気軽にご参加ください。
当日のご来場をお待ちしております！

第１部　13時10分～13時50分

司会

井上 啓史 先生（高知大学 医学部長
高知大学医学部 泌尿器科学講座 教授
高知大学医学部附属病院 骨盤機能センター センター長）

演者

『 誰にも言えないオシッコの悩み：
こっそり教えます、その原因と対処法 』

三井 貴彦 先生（山梨大学大学院総合研究部 泌尿器科学講座 教授）

第２部　13時50分～14時40分

司会

井上 啓史 先生（高知大学 医学部長
高知大学医学部 泌尿器科学講座 教授
高知大学医学部附属病院 骨盤機能センター センター長）

演者

『 尿もれ・頻尿にサヨナラぜよ！
今日からできる骨盤底筋トレーニング 』

井出 志正 先生（高知大学医学部附属病院 骨盤機能センター 特任助教）

司会

齊藤 源顕 先生（高知大学医学部 薬理学講座 教授）

『 おしっこの検査ってどんなこと？
― トイレの悩みを知るヒント 』

演者

東郷 未緒 先生（高知大学医学部 薬理学講座 助教）

お問合せ先　高知大学医学部泌尿器科学講座内
〒783-8505　高知県南国市岡豊町小蓮　TEL 088-880-2402

第1部協賛：公益信託高知新聞・高知放送「生命(いのち)の基金」 第2部共催：第77回西日本泌尿器科学会総会
高知大学医学部附属病院・骨盤機能センター　杏林製薬株式会社　キッセイ薬品工業株式会社

プログラム

1日目　11月13日(木)

第１会場：高知県立県民文化ホール　１階　オレンジホール

卒後教育プログラム１　12：20 ～ 13：20

［医療安全の国際潮流について（第112回日泌総会よりビデオ上映）］

後　信（九州大学病院　医療安全管理部）

卒後教育プログラム２　13：30 ～ 14：30

［Case study から学ぶ夜間頻尿の診断と治療］

松尾　朋博（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科　泌尿器科学）

イブニングセミナー１　15：50 ～ 16：50　共催：MSD 株式会社

座長：影山　進（滋賀医科大学　泌尿器科学講座）

榎田　英樹（鹿児島大学大学院医歯学総合研究科　腫瘍学講座　泌尿器科学分野）

［尿路上皮癌に対する薬物療法～周術期から進行期まで～］

ES1-1　MIBC 周術期薬物療法 最新知見を踏まえた治療戦略

小林　圭太（山口大学大学院医学系研究科　泌尿器科学講座）

ES1-2　ほんとに効いてる？ EV+ ペムブロリズマブのリアルワールド

畠山　真吾（弘前大学大学院医学研究科　泌尿器科学講座）

文化人講演　17：00 ～ 18：00

司会：谷村　正信（高知県厚生農業協同組合連合会 JA 高知病院　副院長・泌尿器科）

（高知大学医学部泌尿器科学講座　同門会長）

木岡真理奈（名古屋テレビ放送株式会社・元株式会社テレビ高知）

TG　特別対談

川藤　幸三（阪神タイガース　OB 会　前会長）

第２会場：高知県立県民文化ホール　１階　グリーンホール

卒後教育プログラム３　13：30 ～ 14：30

［改訂ガイドラインを読み込む　尿路結石症の積極的治療］

若井　健（帝京大学ちば総合医療センター）

2日目　11月14日（金）

第 1 会場：高知県立県民文化ホール　1 階　オレンジホール

初ガツオ企画　　9：05 ～ 10：35

座長：井川　　掌（久留米大学医学部　泌尿器科学講座）
秦　　聡孝（大分大学医学部　腎泌尿器外科学講座）
コメンテーター：塩田　真己（九州大学大学院医学研究院　泌尿器科学分野）

初ガツオ -1　私が泌尿器科医を志した原点 - 西日本泌尿器科学会総会への期待と課題
行廣（ゆきひろ）　和真（かずま）（広島大学大学院医系科学研究科　腎泌尿器科学）

初ガツオ -2　初ガツオの海へ：泌尿器科医としての私の歩みと沖縄から発信する泌尿器科の現状と未来
下地（しもじ）　昭久（あきひさ）（琉球大学病院　泌尿器科）

初ガツオ -3　私のキャリアパス　ー開業医の立場から西日本泌尿器科学会に期待すること－
大西（おおにし）　怜（れい）（おおにし腎泌尿器科医院）

初ガツオ -4　若手泌尿器科医の本音と展望：アンケート調査からみえた課題と学会への期待
吉村（よしむら）　理愛（りえ）（高知大学　医学部　泌尿器科学講座／高知県立あき総合病院　泌尿器科）

戻りガツオ企画　　10：45 ～ 12：15

座長：江藤　正俊（九州大学大学院医学研究院　泌尿器科学分野）
武中　　篤（鳥取大学医学部器官制御外科学講座　腎泌尿器学分野）

戻ガツオ -1　これからの泌尿器科に期待する事
中川（なかがわ）　昌之（まさゆき）（公益財団法人慈愛会　今村総合病院）

戻ガツオ -2　臨床研究における Real-World data の意義～多施設後ろ向き研究から分かったこと～
松山（まつやま）　豪泰（ひでやす）（JA 山口厚生連長門総合病院）

戻ガツオ -3　高知大学医学部泌尿器科学教室に在籍時の私の研究経験について
執印（しゅういん）　太郎（たろう）（医療法人社団巨樹の会　蒲田リハビリテーション病院）

教育セミナー 1　　12：25 ～ 13：25　　共催：武田薬品工業株式会社

座長：猪口　淳一（琉球大学大学院医学研究科　腎泌尿器外科学講座）

［前立腺癌診断と治療 up to date］

LS1-1　監視療法は誰に、どこまで許されるのか？－ PRIAS-JAPAN から読み解く将来展望－
加藤（かとう）　琢磨（たくま）（香川大学医学部　泌尿器・副腎・腎移植外科）

座長：北村　　寛（富山大学学術研究部医学系　腎泌尿器科学講座）

LS1-2　mCSPC 治療 UPDATE ー誰に、どの治療を使うか？ー
成田伸太郎（秋田大学大学院医学系研究科　腎泌尿器科学講座）

特別講演　14：05 ～ 15：05

座長：井上　啓史（高知大学医学部　泌尿器科学講座）
対談：飯島　寛子（DOT ワールド株式会社　代表取締役社長／
高知大学医学部附属病院　次世代医療創造センター　特任准教授）

SP　新時代はクロスオーバーでアプローチ
野口　五郎（歌手・他）

脱藩企画　15：20 ～ 16：50

座長：柏木　英志（産業医科大学医学部　泌尿器科学講座）
小村　和正（川崎医科大学　泌尿器科学教室）

［脱藩への道］

脱藩 1　泌尿器科学の裾野と生理学
宮里　実（琉球大学大学院医学研究科　システム生理学講座）

脱藩 2　脱藩して見えた世界、そして遠くに見える故郷の山々
高橋　聡（札幌医科大学医学部　感染制御・臨床検査医学講座）

脱藩 3　排尿研究の誘い：私はなぜ薬理学講座へ移籍したのか？
齊藤　源顕（高知大学医学部　薬理学講座）

脱藩 4　脱藩者のつぶやき　- 臨床薬理・看護教育者として -
柳田　俊彦（宮崎大学医学部　看護学科　臨床薬理）

イブニングセミナー 2　17：00 ～ 18：00

共催：アステラス製薬株式会社

座長：柏木　英志（産業医科大学医学部　泌尿器科学講座）
日向　信之（広島大学大学院医系科学研究科　腎泌尿器科学）

［転移性前立腺癌の薬物治療］

ES2-1　upfront ARSI 時代における前立腺癌治療の最適解の探索 ～ ARSI-Doublet/Triplet の選択に必要な判断軸とは ～
布川　朋也（徳島大学大学院医歯薬学研究部　泌尿器科学分野）

ES2-2　upfront ARSI LTFU データから考える標準治療 ～ エンザルタミドがもたらす価値 ～
三浦　徳宣（愛媛大学医学部附属病院　泌尿器科）

第２会場：高知県立県民文化ホール　１階　グリーンホール

シンポジウム１　　9：05 ～ 10：35

座長：羽賀　宣博（福岡大学医学部　腎泌尿器外科学講座）
和田耕一郎（島根大学医学部　泌尿器科学講座）

［維新企画１：前立腺肥大症の新しい手術療法］

SY1-1　当院における経尿道的前立腺吊り上げ術の治療経験
井出（いで）　健弘（たけひろ）（社会医療法人石川記念会　HITO 病院　泌尿器科）

SY1-2　REZUM による経尿道的前立腺水蒸気治療（WAVE）の特徴と当院での治療成績
荒巻（あらまき）　和伸（かずのぶ）（地方独立行政法人　くらて病院　泌尿器科）

SY1-3　Pressure Flow Study から診る接触式レーザー前立腺蒸散術（Contact Laser Vaporization of the Prostate: CVP）の治療効果
―百花繚乱の低侵襲治療における位置付け―
藏野（くらの）　吉隆（よしたか）（高知大学医学部附属病院　泌尿器科学講座）

SY1-4　維新企画としての医療革新：前立腺肥大症治療の未来
～短時間・低侵襲を実現する Thu-VAP の可能性～
藤川（ふじかわ）　愛子（あいこ）（白十字病院）

SY1-5　Aquablation の現在地
宮内（みやうち）　聡秀（としひで）（東京衛生アドベンチスト病院／東九州泌尿器科）

シンポジウム２【専門医対応講習】　10：45 ～ 12：15

座長：野口　　満（佐賀大学医学部　泌尿器科学講座）
白石　晃司（山口大学大学院医学系研究科　泌尿器科学講座）

［維新企画２：小児泌尿器科の新しい手術療法］

SY2-1　先天性腎盂尿管移行部通過障害に対するロボット支援腎盂形成術
波越（なお）　朋也（ともや）（高知大学医学部　泌尿器科学講座）

SY2-2　小児 VUR に対する低侵襲手術の現状と展望：腹腔鏡・ロボット支援手術を中心に
東武（とうぶ）　昇平（しょうへい）（佐賀大学医学部　泌尿器科学講座）

SY2-3　小児尿失禁治療の今とこれから
里地（さとじ）　　葉（よう）（熊本市民病院　泌尿器科）

SY2-4　腹腔内停留精巣の外科的治療
井手迫俊彦（いてさことしひこ）（済生会川内病院　泌尿器科・小児泌尿器科）

SY2-5　将来の父性獲得から見た小児泌尿器科手術
時高（ときたか）　智志（さとし）（山口大学大学院医学系研究科　泌尿器科学講座）

教育セミナー２　12：25 ～ 13：25　共催：小野薬品工業株式会社 / ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社

座長：古川　順也（徳島大学大学院　医歯薬学研究部　泌尿器科学分野）
小原　　航（岩手医科大学　泌尿器科学講座）

［腎癌治療における新潮流と症例選択 ～ IO 併用療法と集学的治療の実践～］

LS2-1　ニボ・イピが最大限に活かせる患者像は？
木村（きむら）　剛（ごう）（日本医科大学　泌尿器科学）

LS2-2　腎癌の実臨床から見た IO/IO 併用の真価と CN の位置づけ
大庭康司郎（おおばこうじろう）（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科　泌尿器科学）

シンポジウム３【指導医教育プログラム】　15：20 ～ 16：50

座長：雑賀　隆史（愛媛大学大学院医学系研究科　泌尿器科学講座）
日向　信之（広島大学大学院医系科学研究科　腎泌尿器科学）

［維新企画 3：腹腔鏡手術・ロボット手術の新しい手術療法］

SY3-1　HINOTORI による仙骨膣固定術の実践と発展
福本（ふくもと）　哲也（てつや）（愛媛大学医学部　泌尿器科）

SY3-2　Hugo RAS system を用いた腎尿管全摘除術
森實（もりざね）　修一（しゅういち）（鳥取大学医学部　器官制御外科学講座　腎泌尿器学分野）

SY3-3　ロボット腎移植
荒木（あらき）　元朗（もとお）（岡山大学学術研究院医歯薬学域　腎泌尿器科学）

SY3-4　日本初のロボット支援被膜下前立腺腺腫核出術（RASP）の施行経験とその有用性
北野（きたの）　弘之（ひろゆき）（広島大学大学院　医系科学研究科　腎泌尿器科学）

イブニングセミナー３　17：00 ～ 18：00　共催：エーザイ株式会社

座長：稲元　輝生（浜松医科大学 泌尿器科学講座）
江藤　正俊（九州大学大学院医学研究院　泌尿器科学分野）

ES3-1　Pembrolizumab ＋ Lenvatinib の真価 ～実臨床での適切な患者選択と継続投与の工夫を交えて～
植田（うえだ）　浩介（こうすけ）（久留米大学医学部　泌尿器科学講座）

ES3-2　根治を目指す進行性腎細胞癌治療戦略　～最適な薬物治療と手術治療の組み合わせ～
髙木（たかぎ）　敏男（としお）（東京女子医科大学　泌尿器科）

第３会場：高知県立県民文化ホール　４階　第６多目的室

一般演題 1　　9：05 ～ 9：35

座長：重村　克巳（倉敷成人病センター　泌尿器科）

［尿路・生殖器感染症］

O1-1　当科で経験した会陰部膿瘍 10 例の臨床的検討と早期他科連携の必要性
篠原（しのはら）　知樹（ともき）（古賀病院 21）

O1-2　腫瘍性尿管狭窄における症候性尿路感染のリスク因子の検討
瀬戸（せと）　公介（こうすけ）（独立行政法人国立病院機構　四国がんセンター　泌尿器科）

O1-3　当院における外陰部壊死性筋膜炎１２症例の検討
張（ちゃん）　大暁（てひょ）（社会医療法人財団　池友会　新行橋病院　泌尿器科）

O1-4　複数回の URSL を施行した症例における術前尿培養の変化
原（はら）　惇也（じゅんや）（我孫子東邦病院　泌尿器科）

O1-5　結石性腎盂腎炎における拡張した腎杯の CT 値上昇は菌血症を予測しうる
柿木（かきのき）　寛明（ひろあき）（佐賀大学　医学部　泌尿器科）

一般演題 2　　9：40 ～ 10：16

座長：安藤　忠助（大分大学医学部　臓器移植医療連携強化事業）

［腎不全・腎移植］

O2-1　腹膜透析液への水素投与の実用性評価
磯山（いそやま）　直仁（なおひと）（山口大学　大学院　医学系研究科　泌尿器科学講座）

O2-2　過剰血流シャントに対する Graft Inclusion Technique 法の治療経験
福元（ふくもと）　快（かい）（鹿児島大学医学部　泌尿器科学教室）

O2-3　BMI と生体腎移植周術期の尿量および移植腎機能との関連性の検討
戸高（とだか）　雅広（まさひろ）（大分大学医学部　腎泌尿器外科学講座）

O2-4　腎移植後骨粗鬆症に対するビスホスホネート製剤の臨床的効果に関する検討
山田（やまだ）　翔大（しょうた）（長崎大学病院　泌尿器科・腎移植外科）

O2-5　生体腎移植 3 か月後の腎移植片の RNA-seq 解析を用いた評価
日高（ひたか）　幸浩（ゆきひろ）（山口大学　大学院　医学系研究科　泌尿器科学講座）

O2-6　クロスマッチ陽性症例に対する生体腎移植の検討
雨宮（あめみや）　佑樹（ゆうき）（東京女子医科大学　八千代医療センター）

一般演題 3　　10：20 ～ 10：56

座長：大庭康司郎（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科　泌尿器科学）

[腎腫瘍 / 基礎・薬物療法・症例]

O3-1　レンバチニブ＋ペムブロリズマブ併用療法における治療成績と RDI との関連
松田（まつだ）　剛（つよし）（長崎大学病院　泌尿器科　腎移植外科）

O3-2　切除不能または転移性腎細胞癌に対する免疫チェックポイント阻害薬併用療法の治療成績：当院の後方視的検討
田中（たなか）　萌（めぐみ）（山口大学　医学系研究科　泌尿器科学講座）

O3-3　当院における進行腎細胞癌に対するニボルマブ・イピリムマブ併用療法の治療成績
黒島（くろしま）　和樹（かずき）（鹿児島市立病院　泌尿器科）

O3-4　進行腎癌に対する nivolumab ＋ ipilimumab 療法における cytoreductive nephrectomy の意義
外島（としま）　和樹（かずき）（金沢大学　泌尿器科）

O3-5　当科における腎癌に対するペムブロリズマブ術後補助療法の治療成績について
井上（いのうえ）　智博（ともひろ）（九州大学 大学院医学研究院　泌尿器科学分野）

O3-6　進行性腎細胞癌における Kidney injury molecule 1 の検討
藤井（ふじい）　央法（なかのり）（山口大学大学院医学系研究科　泌尿器科学講座）

一般演題 4　　11：00 ～ 11：36

座長：三浦　徳宣（愛媛大学大学院医学系研究科　泌尿器科学講座）

[腎腫瘍 / 手術]

O4-1　術式の違いが術後腎機能に与える影響
：ソフト凝固開放手術とロボット支援腎部分切除術の比較
中川竜之介（なかがわりゅうのすけ）（金沢大学大学院医学系研究科　泌尿器集学的治療分野）

O4-2　ロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術における術中尿路解放に関する予測因子の検討
内藤（ないとう）　宏仁（ひろひと）（香川大学医学部　泌尿器・副腎・腎移植外科）

O4-3　肥満症例に対するロボット支援腎部分切除術（RAPN）の治療成績の検討
角陸（かどりく）　文哉（ふみや）（徳島大学病院　医学部　泌尿器科）

O4-4　ロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術（RAPN）術後の再発リスク因子の検討
大木（おおき）　雅晴（まさはる）（長崎大学　泌尿器科・腎移植外科）

O4-5　当院における cT1b 腎癌に対する根治的腎摘除術後の病期診断の検討
村川（むらかわ）　哲也（てつや）（地方独立行政法人　市立東大阪医療センター　泌尿器科）

O4-6　pT3a 腎細胞癌術後の再発予測モデルの構築と再発時期別（２年以内および以降）のリスク因子解析

清水（しみず）　卓斗（たくと）（高の原中央病院　泌尿器科／奈良県立医科大学　泌尿器科）

一般演題５　11：40 ～ 12：10

座長：平田　　寛（山口大学大学院医学系研究科　泌尿器科学講座）

［膀胱癌／診断・手術・薬物療法］

O5-1　筋層非浸潤性膀胱癌に対する経尿道的レーザーアブレーションの初期経験

小貫（おぬき）　竜昭（たつあき）（済生会横浜市南部病院　泌尿器科）

O5-2　膀胱癌に対する経尿道的レーザーアブレーション（transurethral laser ablation: TULA）の単施設初期治療経験

柴田（しばた）　洋佑（ようすけ）（横須賀共済病院　泌尿器科）

O5-3　5- アミノレブリン酸塩酸塩の周術期悪心嘔吐と肝障害への影響：第 III 相 SPP2C102 探索解析

田岡利宜也（たおかりきや）（香川大学 医学部 泌尿器・副腎・腎移植外科）

O5-4　当院における筋層非浸潤性膀胱癌に対する BCG 膀胱内注入療法の検討

橋本（はしもと）　勇輝（ゆうき）（滋賀県立総合病院　泌尿器科）

O5-5　当院における外来 TUR-BT の臨床的検討

鬼寅（きとら）　真吾（しんご）（倉敷中央病院　泌尿器科）

教育セミナー３　12：25 ～ 13：25　共催：シスメックス株式会社

座長：雑賀　隆史（愛媛大学大学院医学系研究科　泌尿器科学講座）
髙橋　　聡（札幌医科大学医学部　感染制御・臨床検査医学講座）

LS3-1　進化する尿沈渣検査　―標準化と自動化―

宿谷（しゅくや）　賢一（けんいち）（順天堂大学 医療科学部 臨床検査学科）

LS3-2　尿路上皮癌診断に関する課題と簡便検査への期待

菊川（きくがわ）　忠彦（ただひこ）（愛媛大学大学院　医学系研究科器官・形態領域　泌尿器科学）

一般演題６　14：05 ～ 14：35

座長：森實　修一（鳥取大学医学部器官制御外科学講座　腎泌尿器学分野）

［膀胱癌／手術・尿路変更］

O6-1　ロボット支援下膀胱全摘除術における尿道抜去の必要性

岩田（いわた）　健宏（たけひろ）（岡山大学病院　腎泌尿器科）

O6-2　膀胱全摘術を施行した扁平上皮分化を伴う尿路上皮癌における性差と予後の検討
湊（みなと）　晶規（あきのり）（産業医科大学　泌尿器科学講座）

O6-3　膀胱癌に対するロボット支援膀胱全摘除術と術前肺免疫予後指数についての検討
山口（やまぐち）　徳也（のりや）（鳥取大学医学部器官制御外科学講座　腎泌尿器学分野）

O6-4　当院における膀胱全摘除術＋尿管皮膚瘻造設術の成績検討
多田（ただ）　航生（こうき）（高松赤十字病院　泌尿器科）

O6-5　筋層非浸潤性膀胱癌に対するロボット支援膀胱全摘除術の臨床検討
「骨盤内リンパ節郭清の施行状況についてと予後検討」
橋本（はしもと）　啓佑（けいすけ）（愛媛県立中央病院　泌尿器科）

一般演題 7　14：40 ～ 15：16

座長：橋根　勝義（国立病院機構　四国がんセンター　泌尿器科）

［膀胱癌 / 薬物療法］

O7-1　切除不能尿路上皮癌に対するアベルマブの有効性について ---MICAN study-UC より
村上（むらかみ）　幹和（もとかず）（市立大洲病院）

O7-2　地域中核病院におけるエンホルツマブ・ベトチンの治療成績
呉竹（くれたけ）　景介（けいすけ）（社会医療法人財団　池友会新行橋病院）

O7-3　エンホルツマブ ベドチン後に増悪した進行性尿路上皮癌に対する治療成績の検討
高山（たかやま）　梓（あずさ）（国立病院機構　九州がんセンター）

O7-4　ロボット支援膀胱全摘術時代における高齢 MIBC 患者への術前化学療法の意義
湊（みなと）　亮詠（りょうえい）（徳島大学大学院　医歯薬学研究部　泌尿器科学分野）

O7-5　取り下げ

O7-6　膀胱癌 cT2 症例における術前化学療法の意義に関する多施設後方視的検討
安宅祐一朗（あたぎゆういちろう）（徳島県立中央病院）

一般演題 8　15：20 ～ 15：50

座長：田岡利宜也（香川大学医学部　泌尿器・副腎・腎移植外科）

［膀胱癌 / 手術］

O8-1　PDD － TURBT における発光強度と再発率との関連性の解明
岡部（おかべ）　雄（ゆう）（福岡大学　医学部　腎泌尿器外科）

O8-2　筋層非浸潤性膀胱癌に対する PDD-TURBT と WL-TURBT の当院における比較検討
小林（こばやし）　圭太（けいた）（山口大学　医学部　泌尿器科）

O8-4　初回 PDD-TURBT 後の 2nd TUR の検討
荒木　杏平（長崎大学病院　泌尿器科・腎移植外科）

O8-5　2nd TURBT 病理所見を指標とした PDD 補助下 TURBT の有用性に関する検討
阿部　眞也（京都市立病院　泌尿器科）

O8-6　BCG 不応性筋層非浸潤性膀胱がんに対するナドファラゲン フィラデノベクの有効性と安全性：日本で進行中の第 III 相試験 CIS コホート 3 ヶ月時点の解析結果
西山　博之（筑波大学　腎泌尿器外科）

一般演題 9　15：55 ～ 16：31

座長：西原　聖顕（久留米大学医学部　泌尿器科学講座）

［前立腺癌 / 手術 / 放射線］

O9-1　ロボット支援前立腺全摘除術の神経温存手技における da Vinci Hem-o-lok Clip Applier の有用性の検討
郡家　直敬（福岡大学　医学部　腎泌尿器外科学講座）

O9-2　早期尿禁制回復を意図したロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術
：Modified Hood technique（洞窟 RARP）の検討
大西　毅尚（伊勢赤十字病院）

O9-3　ロボット手術用 sealing device を用いたロボット支援前立腺全摘術の現状と課題
橋爪　章仁（横浜市立大学付属市民総合医療センター）

O9-4　当院におけるロボット支援前立腺全摘術におけるリンパ節郭清症例の検討
田邊　邦明（焼津市立総合病院）

O9-5　ロボット支援前立腺全摘除術においてリンパ節郭清はしなくてもいいのか？
----- 愛媛県前立腺全摘除術データベース（MICAN study）からの検討
曽我部裕文（独立行政法人国立病院機構　四国がんセンター）

O9-6　ロボット支援前立腺全摘除術後 1 年の尿禁制に関連する予測因子の検討
上野　嶺（広島市立北部医療センター安佐市民病院　泌尿器科）

イブニングセミナー 4　17：00 ～ 18：00

共催：東菱薬品工業株式会社／扶桑薬品工業株式会社

座長：舛森　直哉（札幌医科大学医学部　泌尿器科学講座）
羽賀　宣博（福岡大学医学部　腎泌尿器外科学講座）

［慢性前立腺炎の新機軸 -AUA ガイドラインと香川モデルの実践 -］

ES4-1　慢性前立腺炎と関連疾患の診断と治療ー AUA ガイドラインから
和田　直樹（旭川医科大学　腎泌尿器外科学講座）

ES4-2　男性最後の難病「慢性前立腺炎」への挑戦
土肥洋一郎（香川大学医学部　泌尿器・副腎・腎移植外科）

第４会場：ザ・クラウンパレス新阪急高知　３階　花の間 1/2N

モーニングセミナー１　7：45 ～ 8：45

共催：バイエル薬品株式会社

座長：赤松　秀輔（名古屋大学大学院医学系研究科　泌尿器科学教室）
杉元　幹史（香川大学医学部　泌尿器・副腎・腎移植外科）

［mCSPC の治療戦略］

MS1-1　Triplet 療法の有用性と理論的根拠
塩田（しおた）　真己（まさき）（九州大学大学院医学研究院　泌尿器科学分野）

MS1-2　Triplet 治療の至適患者像について考える
永田（ながた）　政義（まさよし）（順天堂大学大学院医学研究科　泌尿器科学講座）

スポンサードセミナー１ 8：55 ～ 9：55

共催：SBI ファーマ株式会社

座長：高沢　亮治（東京都立大塚病院　泌尿器科・尿路結石センター）
東武　昇平（佐賀大学医学部　泌尿器科学講座）

［尿路内視鏡治療戦略の革新］

SS1-1　嵌頓結石、もう悩まない！クラリトロンで広がる視界と安心の剥離
増田（ますだ）　朋子（ともこ）（東京警察病院　泌尿器科）

SS1-2　クラリトロンは、こじゃんとえいね！ Single-use ureteroscope の選択と手技
眞﨑（まさき）　拓朗（たくろう）（原三信病院　泌尿器科）

SS1-3　膀胱癌治療戦略の革新：クラリトロン軟性膀胱鏡で実現する外来 TULA
早稲田悠馬（わせだゆうま）（東京科学大学大学院　医歯学総合研究科　腎泌尿器外科学）

スポンサードセミナー２ 11：15 ～ 12：15

共催：株式会社バリアン メディカル システムズ

座長：深貝　隆志（昭和医科大学医学部　泌尿器科学講座）
木村　智樹（高知大学医学部　放射線腫瘍学講座）

［限局性前立腺癌に対する治療戦略 – 局所治療と小線源放射線治療の現在地 –］

SS2-1　High-Dose-Rate Prostate Brachytherapy ～その歴史・現状・今後の展望について～
蘆田（あしだ）　真吾（しんご）（高知大学医学部 泌尿器科学講座）

SS2-2　限局性前立腺癌に対する Focal Therapy - 診断から治療までの戦略の実際 -
小路（しょうじ）　直（すなお）（東海大学医学部　外科学系腎泌尿器科学領域）

教育セミナー４　12：25 ～ 13：25　共催：ノバルティス ファーマ株式会社

座長：荒木　元朗（岡山大学学術研究院医歯薬学域　腎泌尿器科学分野）
久米　春喜（東京大学医学部　泌尿器科学教室）

[核医学が変える泌尿器癌診療 -^{177}Lu-PSMA-617 とチーム医療]

LS4-1　エビデンスから臨床へ -^{177}Lu-PSMA-617 による前立腺癌治療の最前線 -
横溝（よこみぞ）　晃（あきら）（医療法人原三信病院　泌尿器科）

LS4-2　前立腺癌治療の新たな潮流～ ^{177}Lu-PSMA-617 実装に向けた泌尿器科と放射線科の連携体制～
相澤（あいざわ）　理人（りひと）（京都大学大学院医学研究科　放射線腫瘍学・画像応用治療学）

スポンサードセミナー３ 14：05 ～ 15：05　共催：日本化薬株式会社

座長：小村　和正（川崎医科大学　泌尿器科学教室）

SS3-1　PDD-TURBT のメリットと副作用対策（周術期低血圧対策）
野原（のはら）　隆弘（たかひろ）（金沢大学附属病院　泌尿器科）

座長：藤本　清秀（奈良県立医科大学　泌尿器科学教室）

SS3-2　PDD-TURBT における低血圧ゼロ戦略 ― One-Team で拓く最良アウトカム―
勝又（かつまた）　祥文（よしふみ）（高知大学医学部　麻酔科学・集中治療医学講座）

スポンサードセミナー４ 15：20 ～ 16：20　共催：MSD 株式会社

座長：井川　掌（久留米大学医学部　泌尿器科学講座）

SS4-1　腎癌術後再発リスク因子とアジュバント療法
別宮（べっく）　謙介（けんすけ）（岡山大学学術研究院医歯薬学域　腎泌尿器科学）

SS4-2　進行腎細胞癌の治療シークエンス
～ HIF2 α阻害剤ベルズチファンの登場によりどう変わるか～
高橋（たかはし）　正幸（まさゆき）（高松市立みんなの病院　泌尿器科）

イブニングセミナー５　17：00 ～ 18：00　共催：ヤンセンファーマ株式会社 / 日本新薬株式会社

座長：上村　博司（横浜市立大学大学院医学研究科泌尿器腫瘍学　泌尿器腫瘍学講座／
湘南鎌倉総合病院　前立腺センター）

[明日の mCSPC 治療選択をどう決める?～迷いなき臨床判断のためのエビデンスアップデート～]

ES5-1　限局性前立腺癌治療について再考する
澤田（さわだ）　篤郎（あつろう）（宮崎大学医学部　発達泌尿生殖医学講座　泌尿器科学分野）

ES5-2　RWD から考えるアパルタミドによる mCSPC 治療の最適化
鑪野（たたらの）　秀一（しゅういち）（鹿児島大学大学院医歯学総合研究科　腫瘍学講座　泌尿器科学分野）

第５会場：ザ・クラウンパレス新阪急高知　３階　花の間 1/2S

モーニングセミナー２　7：45 ～ 8：45
共催：ヤンセンファーマ株式会社

座長：加藤　実（大阪公立大学大学院医学研究科　泌尿器病態学）

MS2　Precision Oncology への第一歩～コンパニオン診断と経口 FGFR 阻害剤の臨床価値～
松元　崇（九州大学大学院医学研究院　泌尿器科学分野）

卒後教育プログラム４　8：55 ～ 9：55

［泌尿器科マイナーエマージェンシー 1］
井上　幸治（公益財団法人　大原記念倉敷中央医療機構　倉敷中央病院　泌尿器科）

卒後教育プログラム５　10：05 ～ 11：05

座長：古川　順也（徳島大学大学院医歯薬学研究部　泌尿器科学分野）

［泌尿器科医に必要ながんゲノム医療の基礎知識］
武藤　学（京都大学大学院医学研究科　腫瘍内科学講座）

卒後教育プログラム６　11：15 ～ 12：15

［周術期感染症予防「わかっていること、まだわかっていないこと」］
亀井　潤（東京大学大学院医学系研究科　泌尿器外科学）

教育セミナー５　12：25 ～ 13：25
共催：カールストルツ・エンドスコピー・ジャパン株式会社 / エム・シー・メディカル株式会社

座長：安井　孝周（名古屋市立大学大学院医学研究科　腎・泌尿器科学分野）
石戸　則孝（倉敷成人病センター　泌尿器科／尿路結石センター）

［これからのRIRS必須アイテム―シングルユース尿管鏡（FLEX-XC1）と自動灌流装置（ENDOMAT®SELECT）―］

LS5-1　当院におけるシングルユース軟性尿管鏡の導入と臨床的意義
中尾　一慶（関西医科大学総合医療センター 腎泌尿器外科）

LS5-2　自動還流装置とシングルユーススコープを駆使して FANS を使いこなす
藤田雅一郎（原泌尿器科病院 泌尿器科 ）

卒後教育プログラム７　14：05 ～ 15：05

［二分脊椎の小児期からの下部尿路管理］
浅沼　宏（慶應義塾大学医学部　泌尿器科学教室）

卒後教育プログラム８　15：20 ～ 16：20

［骨盤臓器脱の診断・治療］
成本　一隆（聖路加国際病院　泌尿器科 / 女性泌尿器科）

イブニングセミナー６　17：00 ～ 18：00

共催：杏林製薬株式会社 / キッセイ薬品工業株式会社

座長：宮里　　実（琉球大学大学院医学研究科　システム生理学講座）
三井　貴彦（山梨大学大学院　総合研究部　泌尿器科学講座）

ES6-1　LUTS 診療を支える多職種連携の最前線

清水（しみず）　信貴（のぶたか）（高知大学医学部附属病院　骨盤機能センター）

ES6-2　維新の先に見えてきた OAB 治療の新たな刻（とき）

松尾（まつお）　朋博（ともひろ）（長崎大学病院　泌尿器科・腎移植外科）

3日目　11月15日(土)

第 1 会場：高知県立県民文化ホール　1 階　オレンジホール

シンポジウム 4　　9：00 ～ 10：30

座長：榎田　英樹（鹿児島大学大学院医歯学総合研究科　腫瘍学講座　泌尿器科学分野）
猪口　淳一（琉球大学大学院医学研究科　腎泌尿器外科学講座）

［維新企画 4：進行性尿路上皮癌の新しい薬物療法］

SY4-1　免疫療法時代の MIBC 周術期治療　－治療戦略の進化と展望－
鑪野（たたらの）　秀一（しゅういち）（鹿児島大学大学院医歯学総合研究科腫瘍学講座　泌尿器科）

SY4-2　尿路上皮癌に対する新規薬物療法について
福原（ふくはら）　秀雄（ひでお）（高知大学医学部　泌尿器科学講座）

SY4-3　EV+P 投与症例で経験した Grade4.5 の副作用
松元（まつもと）　崇（たかし）（九州大学大学院　医学研究院　泌尿器科学分野）

SY4-4　高齢者における転移性尿路上皮癌（mUC）の治療戦略
羽田（はた）　真郎（しんろう）（大分大学医学部　腎泌尿器外科学講座）

SY4-5　Molecular Marker が切り拓く進行性尿路上皮癌治療の新時代
大豆本（だいずもと）　圭（けい）（徳島大学大学院医歯薬学研究部　泌尿器科学分野）

保険教育プログラム【指導医教育プログラム】　　10：50 ～ 11：50

座長：津島　知靖（独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター　泌尿器科）

HP　　知って得する保険診療の基礎知識
上原（うえはら）　慎也（しんや）（川崎医科大学総合医療センター　泌尿器科）

教育セミナー 6　　12：05 ～ 13：05　　共催：アステラス製薬株式会社

座長：古家　琢也（岐阜大学大学院医学系研究科　泌尿器科学）
賀本　敏行（宮崎大学医学部　発達泌尿生殖医学講座　泌尿器科学分野）

［尿路上皮癌治療の進展と課題］

LS6-1　副作用を“見える化”する：尿路上皮癌における実臨床からの知見
片山（かたやま）　聡（さとし）（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科　腎泌尿器科学分野）

LS6-2　尿路上皮癌治療のアップデートと臨床への応用
中根（なかね）　慶太（けいた）（岐阜大学大学院医学系研究科　泌尿器科学）

シンポジウム 5　　13：20 ～ 14：50

座長：神波　大己（熊本大学大学院生命科学研究部　泌尿器科学講座）
古川　順也（徳島大学大学院医歯薬学研究部　泌尿器科学分野）

[維新企画 5：進行性腎癌の新しい逐次薬物療法]

SY5-1　IO-IO 治療後の逐次治療戦略：新たな選択肢とエビデンス
冨田諒太郎（徳島大学大学院医歯薬学研究部　泌尿器科学分野）

SY5-2　IO-TKI 治療後の逐次治療：耐性機序と最適な次の一手
山本新九郎（高知大学医学部　泌尿器科学講座）

SY5-3　HIF-2 α阻害薬を含む新規薬剤とその役割
穴見　俊樹（熊本大学大学院生命科学研究部　泌尿器科学講座）

SY5-4　高齢進行性腎細胞癌患者に対する逐次療法のコツ：有害事象と適応選択
植田　浩介（久留米大学医学部　泌尿器科学講座）

SY5-5　逐次治療戦略における Deferred CN の役割
大庭康司郎（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科　泌尿器科学）

シンポジウム 6　　15：00 ～ 16：30

座長：賀本　敏行（宮崎大学医学部　発達泌尿生殖医学講座　泌尿器科学分野）
杉元　幹史（香川大学医学部　泌尿器・副腎・腎移植外科）

[維新企画 6：転移性前立腺癌の新しい薬物療法・放射線療法]

SY6-1　mHSPC に対する局所治療は有効なのか
澤田　篤郎（宮崎大学医学部　発達泌尿生殖医学講座　泌尿器科学）

SY6-2　がん治療維新　～転移性前立腺癌に挑む最前線～
三浦　徳宣（愛媛大学医学部　泌尿器科）

SY6-3　PARPi の現状と今後の新展開　いつ、誰に使いたい？
加藤　琢磨（香川大学医学部　泌尿器・副腎・腎移植外科）

SY6-4　Theranostics への期待 PSMA が待ち遠しい？
芦刈明日香（琉球大学大学院医学研究科　腎泌尿器外科学講座）

SY6-5　密封小線源療法を用いた革新的放射線治療
名切　　信（久留米大学医学部　泌尿器科学講座）

第２会場：高知県立県民文化ホール　１階　グリーンホール

ヤングウロロジストリサーチコンテスト　9：00 ～ 10：36

座長：今村　亮一（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科　泌尿器科学）
小村　和正（川崎医科大学　泌尿器科学教室）

YU-1　Prognostic predictors of hypertension outcomes after adrenalectomy in primary aldosteronism
福島（ふくしま）　始（はじめ）（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科　泌尿器科分野）

YU-2　Role of long non-coding RNA leucine-rich repeat containing 75 A-antisense RNA1 in the invasion and progression of renal cell carcinoma
徳永（とくなが）　貴範（たかのり）（山口大学大学院　医学系研究科　泌尿器科学講座）

YU-3　Effector functions exhibited by γδ T cells against renal cell carcinoma cell
河田（かわだ）　賢（けん）（長崎大学病院 泌尿器科・腎移植外科／長崎大学先端創薬イノベーションセンター／愛知医科大学）

YU-4　Development of an enhanced navigation system with real-time forceps tracking in robot-assisted partial nephrectomy
月野（つきの）　圭治（けいじ）（九州大学大学院医学研究院　泌尿器科学分野）

YU-5　Enhancement of Anti-PD-L1 Therapy by 5-Aminolevulinic Acid-Based Photodynamic Therapy in a Murine Bladder Cancer Model
安宅（あたぎ）　香弥（かや）（高知大学医学部附属病院　泌尿器科）

YU-6　BACH1 contributes to bladder cancer progression and metastasis by activating the epithelial-mesenchymal transition pathway.
畑山（はたやま）　智哉（ともや）（広島大学　腎泌尿器科学）

YU-7　Mechanism of Tumor Microenvironment Modulation by HSP90AB1 via Bladder Cancer Cell Derived Exosomes
富永（とみなが）　充彦（みつひこ）（鹿児島大学大学院医歯学総合研究科　泌尿器科学講座）

YU-8　Galectin-7 as a Novel Pathological Diagnostic Marker for Urothelial Carcinoma with Basal/Squamous subtype
芳賀（はが）　俊介（しゅんすけ）（愛媛大学　医学部　泌尿器科）

YU-9　Prevalence and risk factors of biochemical hypogonadism in a community-dwelling Japanese male population: the Hisayama Study.
平（たいら）　純一（じゅんいち）（九州大学大学院医学研究院　泌尿器科学分野／九州大学大学院医学研究院　衛生・公衆衛生学分野）

YU-10　Regenerating the adrenal gland: A foundational study using human adipose tissue-derived mesenchymal stem cells
青柳（あおやぎ）　力夫（ちかお）（福岡大学医学部　腎泌尿器外科学講座／福岡大学医学部　再生・移植医学講座）

YU-11　Development of a Novel Organoid Culture System for Mouse Seminal Vesicle Epithelium

鈴木駿太郎（大分大学　医学部　腎泌尿器外科学講座）

YU-12　Development and Functional Evaluation of a Chitin Nanofiber/Chitosan Hemostatic Sponge

星野　貴洋（鳥取大学医学部　器官制御外科学講座　腎泌尿器学分野）

スポンサードセミナー５ 10：50 ～ 11：50

共催：ファイザー株式会社

座長：武中　篤（鳥取大学医学部器官制御外科学講座　腎泌尿器学分野）
福原　浩（杏林大学医学部　泌尿器科学教室）

SS5-1　PARP 阻害薬の作用機序 ～タラゾパリブを中心に～

村井　純子（愛媛大学プロテオサイエンスセンター・大学院医学系研究科　生化学・分子遺伝学）

SS5-2　エビデンスから考える mCRPC の治療戦略 ～ターゼナ＋エンザルタミド併用療法の有用性

小坂　威雄（慶應義塾大学医学部　泌尿器科学教室）

教育セミナー７　12：05 ～ 13：05

共催：メルクバイオファーマ株式会社

座長：大家　基嗣（慶應義塾大学医学部　泌尿器科学教室）

LS7-1　アベルマブ維持療法４年の軌跡ーリアルワールドが示す治療戦略の深化ー

湊　晶規（産業医科大学医学部 泌尿器科学講座）

座長：白石　晃司（山口大学大学院医学系研究科　泌尿器科学講座）

LS7-2　進行性腎細胞癌におけるアベルマブ＋アキシチニブ併用療法の位置付け

本郷　文弥（京都府立医科大学大学院医学研究科　泌尿器外科学）

シンポジウム７【専門医対応講習】　13：20 ～ 14：50

座長：今村　亮一（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科　泌尿器科学）
荒木　元朗（岡山大学学術研究院医歯薬学域　腎泌尿器科学）

［維新企画７：腎不全・透析・腎移植の新しい治療法］

SY7-1　維新の前夜：急性期病院における腎代替療法の現状

刑部　博人（高知大学医学部　泌尿器科学講座・医学部附属病院透析部）

SY7-2　透析の維新　～ 2050 年に向けて～

山田　保俊（鹿児島大学　血液浄化療法部）

SY7-3　腎移植の維新：免疫抑制療法の歩みと将来像

田岡利宜也（香川大学医学部　泌尿器・副腎・腎移植外科）

SY7-4　ロボット腎移植

西村　慎吾（岡山大学学術研究院医歯薬学域　腎泌尿器科学分野）

SY7-5　腎移植後グラフト保護に向けた創薬への挑戦と問題点
今村　亮一（長崎大学大学院　医歯薬学総合研究科　泌尿器科学分野／長崎大学病院　泌尿器科・腎移植外科）

ダイバーシティ推進委員会企画シンポジウム【指導医教育プログラム】　15：00 ～ 16：10

座長：井上　啓史（高知大学医学部　泌尿器科学講座）
濵﨑　和代（社会福祉法人　恩賜財団　済生会熊本病院　泌尿器科）

［リアルワールドの男性育休、育児参画がもたらす泌尿器科維新］

DP1　男性育休・育児参画を増やすための草の根活動～
大分大学医学部附属病院　男性医療人パパの会　ペンギンズの取り組み
中田　健（大分大学医学部附属病院　女性医療人キャリア支援センター）

DP2　泌尿器科医における育児休業取得の実態
塩﨑　啓登（徳島大学大学院医歯薬学研究部　泌尿器科学分野）

DP3　医師育児のリアルワールド - 夫の側から -
徳永　素（独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター　腎移植外科）

DP4　男性育休は“家族革命”か？妻の視点から見えた新しい可能性
松三あずさ（独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター　泌尿器科）

DP5　共働き医師夫婦のワークライフバランス
刑部　博人（高知大学医学部　泌尿器科学講座　透析部）

第３会場：高知県立県民文化ホール　４階　第６多目的室

一般演題 10　9：00 ～ 9：30

座長：布川　朋也（徳島大学大学院医歯薬学研究部　泌尿器科学分野）

［前立腺癌 / 診断・薬物療法・マーカー①］

O10-1　前立腺癌患者に対する ^{68}Ga-PSMA-11PET 実施例の臨床的検討
大堀　理（東京国際大堀病院）

O10-2　Prostate Health Index（*phi*）と前立腺全摘除標本における主病変の病理学的特徴との関連
重安　哲志（原三信病院　泌尿器科）

O10-3　転移性前立腺癌症例における血清テストステロン値と骨転移の関連性
堀口　裕（江戸川病院　泌尿器科）

O10-4　非転移性去勢抵抗性前立腺癌に対するアパルタミドの実臨床における使用状況と治療効果：CsJUC の結果より
土肥洋一郎（香川大学　医学部　泌尿器科）

O10-5　去勢抵抗性前立腺癌に対する Cabazitaxel 療法における modified Glasgow Prognostic Score（mGPS）の有用性の検討

加藤（かとう）　琢磨（たくま）（香川大学　医学部　泌尿器科／福山市民病院　泌尿器科／鳥取大学　医学部　泌尿器科／徳島大学　医学部　泌尿器科／岡山大学　医学部　泌尿器科）

一般演題 11　9：35 ～ 10：05

座長：井上　　享（大分大学医学部　腎泌尿器外科学講座）

[前立腺癌 / 診断・薬物療法・マーカー②]

O11-1　傾向スコアマッチングを用いた転移性去勢感受性前立腺癌に対する ARPI ＋ ADT 併用療法の比較検討

内海（うちうみ）　大河（たいが）（徳山中央病院　泌尿器科）

O11-2　mCSPC に対する ARPI ＋ ADT 後の mCRPC 一次治療に関する多施設共同研究

西嶋（にしじま）　　淳（じゅん）（小倉記念病院　泌尿器科）

O11-3　高齢者 mHSPC に対する ARSI 治療の有効性と安全性：多施設後ろ向き研究

塩見（しおみ）　研二（けんじ）（関門医療センター　泌尿器科）

O11-4　転移性去勢感受性前立腺癌（mCSPC）における Time to CRPC と Lee Index の関連性の検討

黒川幸一郎（くろかわこういちろう）（君津中央病院　泌尿器科）

O11-5　当院における転移性去勢感受性前立腺癌に対する Doublet および Triplet 療法の治療成績

末金（すえかね）　宏基（ひろき）（久留米大学　医学部　泌尿器科学教室）

一般演題 12　10：10 ～ 10：40

座長：加藤　琢磨（香川大学医学部　泌尿器・副腎・腎移植外科）

[前立腺癌 / 診断・薬物療法・マーカー③]

O12-1　当院における MRI/ 超音波融合画像ガイド下前立腺生検 46 例の経験

佐久間貴文（さくまたかふみ）（倉敷成人病センター　泌尿器科）

O12-2　当院における MRI 超音波融合画像ガイド下前立腺生検の初期経験

生田（いくた）　弘文（ひろふみ）（新小倉病院　泌尿器科）

O12-3　MRI 融合画像併用経会陰的前立腺生検の導入と従来法との比較検討

村上（むらかみ）　裕樹（ゆうき）（千葉ろうさい病院）

O12-4　倉敷中央病院における MR 融合前立腺生検の初期経験

砂田（すなだ）　拓郎（たくろう）（倉敷中央病院　泌尿器科）

O12-5　PROPHET-MRI：前立腺癌診断におけるプロステートヘルスインデックス (phi)・MRI の比較研究

伊藤（いとう）　一人（かずと）（黒沢病院）

一般演題 13　　10：45 ～ 11：15

座長：福森　知治（徳島市民病院　泌尿器科）

［ 前立腺癌 / 放射線 ］

O13-1　永久挿入密封小線源単独療法における術前ホルモン療法が QOL や放射線線量に及ぼす影響
藤原（ふじわら）　健悟（けんご）（香川大学　医学部　泌尿器・副腎・腎移植外科）

O13-2　前立腺癌に対する低線量率密封小線源治療と Cyclooxygenase-2 inhibitor による抗腫瘍効果 -post hoc analysis of an open-label controlled randomized trial-
中井（なかい）　靖（やすし）（奈良県立医科大学　泌尿器科）

O13-3　前立腺全摘症例対するサルベージ放射線は CAPRA score で効果予測が可能か？― MICAN study における検討―
橋根（はしね）　勝義（かつよし）（独立行政法人国立病院機構四国がんセンター　泌尿器科）

O13-4　前立腺癌に対する放射線治療後の放射線性膀胱炎・直腸炎に関する検討
大西（おおにし）　健太（けんた）（奈良県立医科大学　泌尿器科）

O13-5　当院における Space OAR システム注入手技と安全性についての検討
本田（ほんだ）　智子（ともこ）（滝宮総合病院）

一般演題 14　　11：20 ～ 11：56

座長：柿木　寛明（佐賀大学医学部　泌尿器科学講座）

［ 結石 / 外科的治療・基礎 ］

O14-1　Flexible and Navigable Suction Ureteral Access Sheath（FANS）を用いた Flexible ureteroscopy（F-URS）/ 1 年間の使用経験から
川畑（かわはた）　遼（りょう）（大口東総合病院　泌尿器科）

O14-2　抗血栓療法中における TUL の安全性と治療成績の検討
金岡（かなおか）　隆平（りゅうへい）（浜脇整形外科病院　泌尿器科）

O14-3　75 歳以上の高齢者に対する TUL の安全性と有効性の検討
石塚（いしつか）　直樹（なおき）（東邦大学医療センター佐倉病院　泌尿器腹腔鏡センター）

O14-4　TUL における周術期管理の工夫
宮本慎太郎（みやもとしんたろう）（旭川赤十字病院　泌尿器科）

O14-5　ECIRS による腎結石治療における結石体積評価の有用性の検討
寺中（てらなか）さやか（千葉市立青葉病院）

O14-6　Staged Mini-ECIRS を施行した腎結石症例における Stone free に関連する術前因子の検討
福田（ふくだ）　哲央（てつお）（大口東総合病院）

教育セミナー 8　12：05 ～ 13：05　共催：タカイ医科工業株式会社

座長：和田耕一郎（島根大学医学部　泌尿器科学講座）
三宅　牧人（奈良県立医科大学　泌尿器科学教室）

[RevoLix HTL ハイブリッド・ツリウムヤグレーザー手術：BPH、Urolithiasis、UTUC の治療戦略 Update]

LS8-1　ハイブリッド・ツリウムヤグレーザー “RevoLix HTL” による前立腺核出術アップデート
設楽（したら）　敏也（としや）（渕野辺総合病院　泌尿器科）

LS8-2　RevoLix HTL ハイブリッド・ツリウムヤグレーザーが拓く上部尿路内視鏡治療の新時代
吉田（よしだ）　崇（たかし）（大阪府済生会野江病院　泌尿器科）

一般演題 15　13：15 ～ 13：51

座長：西原　聖顕（久留米大学医学部 泌尿器科学講座）

[前立腺肥大症 / 手術①]

O15-1　前立腺肥大症に対する RezumTM システムを用いた経尿道的水蒸気治療（WAVE）の仁楡会札幌病院における術後 1 年間の治療成績
佐藤（さとう）　泰之（やすゆき）（仁楡会札幌病院　泌尿器科）

O15-2　前立腺肥大症に対する経尿道的水蒸気治療後に再手術を行った症例の検討
黒沢（くろさわ）　瞭（りょう）（仁楡会札幌病院）

O15-3　抗血栓薬継続下で実施した経尿道的前立腺水蒸気治療の検討
藤澤（ふじさわ）　直輝（なおき）（行田総合病院）

O15-4　当院における経尿道的水蒸気治療（WAVE）の初期経験
水谷（みずたに）　圭佑（けいすけ）（高知県立あき総合病院）

O15-5　RESUM 治療は前立腺肥大症患者の排尿症状だけでなく蓄尿症状も早期に改善する
植村（うえむら）　元秀（もとひで）（公立岩瀬病院　泌尿器科）

O15-6　HoLEP に対する 5 α還元酵素阻害薬の影響の検討
松下（まつした）　一樹（かずき）（国際医療福祉大学熱海病院）

一般演題 16　13：55 ～ 14：25

座長：井上　幸治（公益財団法人　大原記念倉敷中央医療機構　倉敷中央病院　泌尿器科）

[前立腺肥大症 / 手術②]

O16-1　当院におけるツリウムレーザー前立腺蒸散術の初期導入成績（TURP 併用の試み）
加納（かのう）　陽佑（ようすけ）（暘生会脳神経外科病院）

O16-2　当院におけるツリウムレーザー前立腺蒸散術（Thulium laser vaporization of the prostate：ThuVAP）の治療成績

荻島（おぎしま）　達也（たつや）（成田富里徳洲会病院　泌尿器科）

O16-3　前立腺肥大症に対するアクアアブレーション治療の経験

逢坂（おうさか）　公人（きみと）（湘南鎌倉総合病院　泌尿器科）

O16-4　前立腺肥大症に対する Aquablation と CVP の比較

渡邉（わたなべ）　晋（すすむ）（大分泌尿器科病院）

O16-5　当院における前立腺肥大症に対する経尿道的手術後の有熱性尿路感染リスク因子の検討

栗原（くりはら）　侑生（ゆうき）（独立行政法人国立病院機構　岡山医療センター　泌尿器科）

一般演題 17　14：30 ～ 15：06

座長：石井亜矢乃（岡山大学大学院医歯薬学総合研究科　腎泌尿器科学）

[Femaleurorogy・尿失禁]

O17-1　腹圧性尿失禁に対する中部尿道スリング手術におけるテープ張力の調整方法とらせん状穿刺針の有用性の検討

山本（やまもと）　恭代（やすよ）（徳島大学大学院 医歯薬学研究部　泌尿器科学分野）

O17-2　骨盤臓器脱に対する膣閉鎖術前後における下部尿路機能障害の経過

後藤（ごとう）　大輔（だいすけ）（奈良県立医科大学　泌尿器科）

O17-3　当院における骨盤臓器脱症例の患者背景および治療法の検討

倉繁（くらしげ）　拓志（たくし）（鳥取市立病院　泌尿器科）

O17-4　低用量開始での DMSO 膀胱内注入療法はハンナ型間質性膀胱炎に対して投与時反応を減少させる有用な治療法である

梶原（かじわら）　充（みつる）（県立広島病院）

O17-5　前立腺癌術後尿失禁に対する立位エコーでの骨盤底機能の検討

村上（むらかみ）　正佳（まさよし）（住友別子病院　リハビリテーション部）

O17-6　赤字覚悟は本当か？　女性泌尿器科の収益化と持続可能性

有地（ありち）　直子（なおこ）（セントラル病院　泌尿器科）

一般演題 18　15：10 ～ 15：46

座長：上田　修史（香川大学医学部　泌尿器・副腎・腎移植外科）

[小児泌尿器科]

O18-1　小児・思春期精索静脈瘤術後例における性腺ホルモン値の横断的評価

寺岡（てらおか）　祥吾（しょうご）（山口大学大学院　医学系研究科 泌尿器科学講座）

O18-2　当院における先天性水腎症に対する治療成績の報告
高江洲　大（琉球大学病院　腎泌尿器外科）

O18-3　当院での精索捻転手術後における対側精索捻転の発症に関する検討
ー対側の精巣予防固定術にも着目してー
原田　淳樹（長崎大学病院　泌尿器科・腎移植外科）

O18-4　Positioned Instillation of contrast Cystography(PIC) の有用性の検討
高　　亜羅（兵庫県立こども病院）

O18-5　有熱性尿路感染症に対して排尿時膀胱尿道造影を施行した患児 116 例の検討
渡邉　舟貴（産業医科大学　泌尿器科学講座／北九州市立八幡病院　泌尿器科）

O18-6　当院における急性陰嚢症に対して精巣温存に至った症例の検討
野間悠太朗（地方独立行政法人　北九州市立病院機構　北九州市立八幡病院　泌尿器科）

一般演題 19　　15：50 ～ 16：26

座長：矢津田旬二（熊本大学大学院生命科学研究部　泌尿器科学講座）

［その他］

O19-1　“Forgotten stent” 対策と当院の取り組み
草野　脩平（佐賀大学医学部　泌尿器科学講座）

O19-2　泌尿器科高齢患者における G8 スクリーニングの frailty 評価としての有用性の検討
志賀健一郎（原三信病院　泌尿器科）

O19-3　当院における膀胱頚部硬化症に対する治療成功の予測因子の検討
～ Deep Lateral Transurethral incision の導入 ～
家村　友輔（大和高田市立病院　泌尿器科）

O19-4　宮崎泌尿器癌データベース（MUCD）を用いた宮崎県医療圏別腎がん診断時の臨床的特徴と治療選択の地域差
木村　翔一（宮崎大学　医学部　発達泌尿生殖医学講座　泌尿器科学分野）

O19-5　デスモプレシン投与後に夜間頻尿が残存する患者に対する牛車腎気丸の有効性の検討
黒瀬　浩文（久留米大学　泌尿器科学講座）

O19-6　ハンナ型間質性膀胱炎に対するジメチルスルホキシド（DMSO）の初回治療と再発後治療の有効性の比較
森　慎太郎（長崎大学病院　泌尿器科・腎移植外科）

第４会場：ザ・クラウンパレス新阪急高知　３階　花の間 1/2N

卒後教育プログラム９　7：30 ～ 8：30

［筋層非浸潤性膀胱癌の診断と治療］

三宅（みやけ）　牧人（まきと）（奈良県立医科大学 泌尿器科学教室）

モーニングセミナー３　8：40 ～ 9：40　共催：小野薬品工業株式会社 / ブリストル・マイヤーズ スクイブ株式会社

座長：神波　大己（熊本大学大学院生命科学研究部　泌尿器科学講座）
西山　博之（筑波大学医学医療系　腎泌尿器外科）

［周術期から転移性まで：尿路上皮癌における薬物療法］

MS3-1　尿路上皮癌の周術期治療戦略：ニボルマブの最新情報と臨床での使いどころ

富崎（とみさき）　一向（いっこお）（産業医科大学医学部　泌尿器科学講座）

MS3-2　CheckMate 901 から実臨床へ！ ～ GC+nivolumab は「ここで使う」～

佐塚（さづか）　智和（ともかず）（千葉大学医学部附属病院　泌尿器科）

スポンサードセミナー６　9：45 ～ 10：45　共催：インテュイティブサージカル合同会社

座長：吉岡　邦彦（板橋中央総合病院　ロボット手術センター）
佐々木ひと美（藤田医科大学　腎泌尿器外科）

［ダビンチ手術における私のこだわり］

SS6-1　アドバンステクノロジーを用いたダビンチ手術 ～効率と精度の両立を目指して～

深田（ふかだ）　聡（さとし）（高知大学医学部　泌尿器科学講座）

SS6-2　ダビンチ手術が切り開いたロボット支援手術 ～ロボットの基本手技と腎部分切除術～

立神（たつがみ）　勝則（かつのり）（北九州市立医療センター　泌尿器科）

スポンサードセミナー７　10：55 ～ 11：55　共催：ノーベルファーマ株式会社／中澤氏家薬業株式会社

座長：今村　亮一（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科　泌尿器科学）

SS7-1　泌尿器科と栄養・ミネラル　～亜鉛が拓く新たな可能性～

刑部（おさかべ）　博人（ひろと）（高知大学医学部泌尿器科学講座　透析部）

座長：田中　宣道（奈良県立医科大学　前立腺小線源治療講座）

SS7-2　吉祥寺あさひ病院におけるバスキュラーアクセス治療

野口（のぐち）　智永（ともなが）（吉祥寺あさひ病院　バスキュラーアクセスセンター）

教育セミナー 9　12：05 ～ 13：05　共催：アストラゼネカ株式会社

座長：橋根　勝義（四国がんセンター　泌尿器科）

LS9-1　筋層浸潤性膀胱癌に対する診断と膀胱全摘除術
福原（ふくはら）　秀雄（ひでお）（高知大学医学部　泌尿器科学講座）

座長：小林　　恭（京都大学大学院医学研究科　泌尿器科学教室）

LS9-2　筋層浸潤性膀胱癌に対する薬物療法
藤田（ふじた）　和利（かずとし）（近畿大学病院　泌尿器科）

LS9-3　パネルディスカッション　筋層浸潤性膀胱癌に対する治療戦略

一般演題 20　13：15 ～ 13：45

座長：松元　　崇（九州大学大学院医学研究院　泌尿器科学分野）

［副腎・後腹膜］

O20-1　副腎 Chronic expanding hematoma の 1 例
久嶋（きゅうしま）　　嵐（あらし）（潤和会記念病院　泌尿器科）

O20-2　当院における副腎皮質癌に対する薬物療法の経験と課題
伊藤（いとう）　五穂（いつほ）（長崎大学病院　泌尿器科・腎移植外科）

O20-3　当院における原発性アルドステロン症患者における PASO スコアの検討
山口（やまぐち）　直通（なおみち）（大分大学医学部　腎泌尿器外科学講座）

O20-4　A case of a small retroperitoneal cyst of Mullerian type occurring near the kidney
佐竹（さたけ）　諒介（りょうすけ）（高知赤十字病院　臨床研修センター）

O20-5　VR（Virtual Reality）画像および ICG 蛍光イメージ法を用いた腎癌術後の後腹膜局所再発腫瘍切除術の一例
岡添（おかぞえ）　　誉（ほまれ）（香川大学　医学部　泌尿器科）

一般演題 21　13：55 ～ 14：25

座長：稗田　圭介（広島大学大学院医系科学研究科　腎泌尿器科学）

［陰嚢内容・陰茎・尿道］

O21-1　精巣捻転症を否定できず緊急手術となった COVID-19 による精巣上体炎の 1 例
山村（やまむら）　剛平（ごうへい）（JCHO 東京新宿メディカルセンター）

O21-2　保存的加療が奏効した陰茎包皮フラップを使用した Augmented Anastomotic Urethroplasty(AAU) 術後の膿瘍形成
岩田（いわた）　明斗（あきと）（福岡大学医学部　腎泌尿器外科学講座）

O21-3　術後再発に対して GC+Nivolumab 療法を行った尿道憩室癌の 1 例
中島（なかじま）　宏親（ひろちか）（島根大学医学部　泌尿器科学講座）

O21-4　バルーン損傷を契機に尿道海綿体動静脈瘻を発症し、難治性尿道出血を呈した一例
右田（みぎた）　敏起（としき）（済生会熊本病院　泌尿器科）

O21-5　倉敷中央病院における陰茎折症の経験
村上（むらかみ）　薫（かおる）（倉敷中央病院　泌尿器科）

一般演題 22　14：30 ～ 15：00

座長：新　良治（高知医療センター　泌尿器科）

[腹腔鏡・ロボット手術]

O22-1　RARP 術前の頭部 MRI 撮影に関する検討
西川（にしかわ）　貴雄（たかお）（福井赤十字病院　泌尿器科）

O22-2　徳島大学病院における hinotori および da Vinci を用いたロボット支援下前立腺全摘除術の周術期成績の比較検討
安宅真利花（あたぎまりか）（徳島大学大学院医歯薬学研究部　泌尿器科学分野）

O22-3　ロボット支援前立腺全摘除術における陰茎海綿体神経部分温存が術後性機能と排尿機能に及ぼす影響についての検討
榎（えのき）　迪洋（みちひろ）（鳥取大学医学部　器官制御外科学講座　腎泌尿器学分野）

O22-4　RARP におけるポートサイトヘルニアのリスク因子と Endo Close の関係
小山（こやま）　歓（かん）（横須賀共済病院　泌尿器科）

O22-5　完全後腹膜アプローチによるロボット支援腎尿管全摘除術後の術後創部評価
宮崎（みやざき）　健（たけし）（福岡大学医学部　腎泌尿器外科学講座）

一般演題 23　15：10 ～ 15：46

座長：鑪野　秀一（鹿児島大学大学院医歯学総合研究科　腫瘍学講座　泌尿器科学分野）

[尿路上皮腫瘍 / 基礎・臨床①]

O23-1　腎尿管全摘除術前の尿管鏡検査と腎尿管全摘除術後の膀胱内再発に関する検討
澄川（すみかわ）　涼太（りょうた）（九州大学病院　泌尿器・前立腺・腎臓・副腎外科）

O23-2　当院における後腹膜アプローチでのロボット支援腹腔鏡下腎尿管摘除術 RANU の初期経験
窪田（くぼた）　雄介（ゆうすけ）（新東京病院　泌尿器科）

O23-3　ペプチドーム解析と RNAseq のデータを用いた予後解析
上田（うえだ）　翔平（しょうへい）（加野病院　泌尿器科）

O23-4　pT3N0M0 上部尿路上皮癌における再発・癌死の独立危険因子の検討
窪田（くぼた）　理沙（りさ）（NHO 岡山医療センター　泌尿器科）

O23-5　進行尿路上皮癌患者における Pembrolizumab 療法に対するサルコペニアの影響について
武井（たけい）　航平（こうへい）（獨協医科大学病院　泌尿器科）

O23-6　抗生剤使用が尿路上皮癌に対する免疫チェックポイント阻害薬の治療効果に与える影響の検討
吉岡（よしおか）　勇人（はやと）（国立病院機構呉医療センター中国がんセンター）

一般演題 24　15：50 ～ 16：26

座長：羽田　真郎（大分大学医学部　腎泌尿器外科学講座）

［尿路上皮腫瘍 / 基礎・臨床②］

O24-1　切除不能尿路上皮癌に対するエンホルツマブ ベドチンの有効性について
---MICAN-UC study より
角田（かくだ）　俊雄（としお）（済生会今治病院　泌尿器科）

O24-2　当院における進行性尿路上皮癌に対する Enfortumab Vedotin 単剤療法の治療経験
鶴井（つるい）　極己（きわみ）（川崎医科大学附属病院）

O24-3　尿路上皮癌に対する Enfortumab vedotin・Pembrolizumab 併用療法の治療効果と安全性の検討
大竹（おおたけ）　慎二（しんじ）（横須賀共済病院　泌尿器科）

O24-4　切除不能尿路上皮癌に対するペムブロリズマブの有効性について
---MICAN study-UC より
沢田雄一郎（さわだゆういちろう）（愛媛県立今治病院）

O24-5　千葉県がんセンターにおける転移性尿路上皮癌に対するエンホルツマブベドチン治療の実臨床成績
山崎賢太郎（やまさきけんたろう）（千葉県がんセンター　泌尿器科）

O24-6　根治切除不能な尿路上皮癌における一次化学療法後のアベルマブ維持療法の多施設共同チャートレビュー研究（JAVEMACS）：Bajorin Risk Score サブグループの検討
西原（にしはら）　聖顕（きよあき）（久留米大学　医学部　泌尿器科学講座）

第 5 会場：ザ・クラウンパレス新阪急高知　3 階　花の間 1/2S

卒後教育プログラム 10　7：30 ～ 8：30

［性機能障害の診断と治療］
澤田（さわだ）　智史（のりふみ）（山梨大学　泌尿器科学講座）

モーニングセミナー４　8：40 ～ 9：40　共催：株式会社インテグラル

座長：槙山　和秀（横浜市立大学大学院医学研究科　泌尿器科学）
野口　　満（佐賀大学医学部　泌尿器科学講座）

[NMIBC/BPH 治療の夜明け - 経尿道的半導体レーザー手術の価値コンセプト -]

MS4-1　半導体レーザー二刀流 -BPH に対する CVP と NMIBC に対する TULA の学術的知見 -
藏野（くらの）　吉隆（よしたか）（高知大学医学部　泌尿器科学講座）

MS4-2　半導体レーザー手術を極める -BPH に対する CVP と NMIBC に対する TULA の実用的知見 -
河野（かわの）　義之（よしゆき）（社会福祉法人仁生社　江戸川病院　泌尿器科）

スポンサードセミナー８ 9：45 ～ 10：45　共催：シスメックス株式会社

座長：白木　良一（藤田医科大学　先端医療研究センター）
柑本　康夫（和歌山県立医科大学　泌尿器科学講座）

[進化する hinotori™ の現在地と Tips]

SS8-1　hinotori™ とともに進化する手術手技～操作性を活かすコツと実践的工夫
福本（ふくもと）　哲也（てつや）（愛媛大学大学院医学系研究科　泌尿器科学講座）

SS8-2　腎領域における hinotori™ の臨床経験～ hinotori™ を使いこなす Tips ～
森實（もりざね）　修一（しゅういち）（鳥取大学医学部器官制御外科学講座　腎泌尿器学分野）

スポンサードセミナー９ 10：55 ～ 11：55　共催：ニプロ株式会社

座長：溝上　　敦（金沢大学大学院医薬保健学総合研究科　泌尿器集学的治療学）

SS9　　前立腺癌薬物療法の “ いま ” がわかる：エビデンスと実臨床の接点
宮地（みやじ）　禎幸（よしゆき）（川崎医科大学　泌尿器科学）

教育セミナー 10　12：05 ～ 13：05　共催：フェリング・ファーマ株式会社

座長：釜井　隆男（獨協医科大学　泌尿器科）
秦　　聡孝（大分大学医学部　腎泌尿器外科学講座）

[NMIBC 診療の再定義～診断から治療戦略まで～]

LS10-1 TURBT 基本手技の現状と展望
田岡（たおか）　利宜也（りきや）（香川大学医学部　泌尿器・副腎・腎移植外科）

LS10-2 BCG failure を再考する
菊地（きくち）　栄次（えいじ）（聖マリアンナ医科大学　腎泌尿器外科）

スポンサードレクチャー 13：15 ～ 14：15

共催：オリンパスマーケティング株式会社

座長：杉多　良文（兵庫県立こども病院　泌尿器科学）
木下　秀文（関西医科大学　腎泌尿器外科学講座）

［泌尿器内視鏡の基礎と最前線　上部尿路・下部尿路］

SSL-1　TURからRARCまで ー膀胱癌手術の個別最適化戦略ー

三木（みき）　淳（じゅん）（東京慈恵会医科大学附属柏病院　泌尿器科）

SSL-2　上部尿路結石に対する内視鏡手術の基礎と最前線

柿木（かきのき）　寛明（ひろあき）（佐賀大学医学部　泌尿器科学講座）

卒後教育プログラム 11　14：25 ～ 15：25

［前立腺肥大症手術・低侵襲治療：最新のプロフィール］

西原（にしはら）　聖顕（きよあき）（久留米大学医学部　泌尿器科学講座）

卒後教育プログラム 12　15：35 ～ 16：35

［ロボット支援腎摘除術を安全に施行する基本手技］

森實（もりざね）　修一（しゅういち）（鳥取大学医学部器官制御外科学講座　腎泌尿器学分野）

一般演題（ポスター）発表プログラム

2日目　11月14日（金）

ポスター会場：ザ・クラウンパレス新阪急高知　3階　蘭の間

ポスター 1　　15：20 ～ 16：05

座長：東武　昇平（佐賀大学医学部　泌尿器科学講座）

［ 上部尿路 / 小児 / その他 ］

P-1-1　尿管動脈瘻の 3 例
矢澤（やざわ）　浩治（こうじ）（大阪けいさつ病院　泌尿器科）

P-1-2　当院における修正 Valdivia 体位を応用した 10 症例
藤井（ふじい）　照護（しょうご）（福岡和白病院）

P-1-3　新薬フルキンチニブにより直腸癌の播種巣が融解し左尿管の自壊を認めた 1 例
吉永（よしなが）　香澄（かすみ）（岡山大学病院　腎泌尿器科学分野）

P-1-4　リンパ節転移を伴う右腎盂肉腫の術前診断にてロボット支援腎尿管全摘除術、リンパ節郭清を施行した炎症性筋線維芽細胞腫瘍の 1 例
河野（こうの）　眞範（まさのり）（福井赤十字病院　泌尿器科）

P-1-5　当院での腎・腎盂外傷の治療経験
岡（おか）　保伸（やすのぶ）（社会福祉法人　恩賜財団　済生会熊本病院　腎・泌尿器センター）

P-1-6　尿管結石を契機に破裂し、その後の血腫形成により交通路が自然閉鎖したと思われる巨大腎嚢胞の 1 例
岩田（いわた）　翔平（しょうへい）（埼玉メディカルセンター）

P-1-7　尿管皮膚瘻造設 50 年後に出口部に発生した扁平上皮癌
野田（のだ）　啓介（けいすけ）（福岡大学医学部　腎泌尿器外科学講座　福岡大学病院　腎泌尿器外科）

P-1-8　膣異所開口を伴う完全重複尿管に対し膀胱尿管新吻合術を施行した 1 例
寺下（てらした）　誠人（まさと）（市立宇和島病院）

P-1-9　VUR 消失後に膀胱直腸機能障害（BBD）と UTI の再燃を認め、再介入を要した 2 例
重松（しげまつ）　有沙（ありさ）（福岡市立こども病院　泌尿器科）

ポスター２　16：05 ～ 16：45

座長：澤田　篤郎（宮崎大学医学部　発達泌尿生殖医学講座　泌尿器科学分野）

[前立腺癌 / 診断・薬物療法・マーカー①]

P-1-10　限局性前立腺癌における年齢層別の治療選択の傾向
知念（ちねん）　尚之（なおゆき）（中部徳州会病院）

P-1-11　腰痛精査で前立腺癌の骨転移と診断され内分泌療法を初診日から開始するも、症状増悪して３週間で死亡した１例
堀永（ほりなが）　実（みのる）（日野市立病院）

P-1-12　癌遺伝子パネル検査で TMB-high にて Pembrolizumab 投与も短期間でトルソー症候群を発症し不幸な転帰となった去勢抵抗性前立腺癌の１例
佐藤（さとう）　俊介（しゅんすけ）（王子総合病院　泌尿器科）

P-1-13　Implications of RA223 Treatment Selection Using the BSI Index
武田（たけだ）　宗万（ひろかず）（公立陶生病院）

P-1-14　経直腸的前立腺生検後に発症した遅発性重度直腸出血の１例
河野（かわの）　浩之（ひろゆき）（中国労災病院　腎泌尿器外科）

P-1-15　ロボット支援根治的前立腺全摘除術術後の排便障害における大建中湯の有効性について
松本真璃花（まつもとまりか）（千葉大学医学部附属病院）

P-1-16　当院における転移性去勢感受性前立腺癌の初回治療に関する検討
計屋（はかりや）　知彰（ともあき）（JCHO 諫早総合病院　泌尿器科）

P-1-17　BRCA analysis 陰性であったが FoundationOne で BRCA2 陽性となった転移性去勢抵抗性前立腺癌の一例
竹山（たけやま）　晴香（はるか）（船橋市立医療センター）

ポスター３　15：20 ～ 16：00

座長：山﨑　一郎（くぼかわ病院　泌尿器科）

[前立腺癌 / 診断・薬物療法・マーカー②]

P-1-18　LH-RH アゴニストによる注射部位反応と内科的去勢困難を契機に前立腺全摘除術に至った前立腺癌の一例
木山（きやま）　満就（みつなり）（NHO　岡山医療センター）

P-1-19　複数回骨折で骨密度低下が判明した、ホルモン併用放射線療法後の若年前立腺癌患者の１例
横塚（よこつか）　大和（やまと）（翠明会　山王病院）

P-1-20　転移性去勢抵抗性前立腺癌においてドセタキセル療法中止後も PSA 低下が持続した１例の報告
平田（ひらた）　寛（ひろし）（山口大学）

P-1-21 エンザルタミド加療に抵抗を示したのちに肺腫瘍血栓性微小血管症 (PTTM) を発症した前立腺癌の 1 例
久冨木原良平（立川病院　泌尿器科）

P-1-22 エストラムスチンリン酸ナトリウムが奏効した SPOP 変異を有する去勢抵抗性前立腺癌の一例
西田　敬悟（愛媛大学医学部附属病院　泌尿器科）

P-1-23 当院における mHSPC に対する Triplet 療法の初期経験
植松　稔貴（獨協医科大学病院　泌尿器科）

P-1-24 転移性前立腺癌患者における Bone Modifying Agents（BMA）投与後に発生した薬剤関連顎骨壊死の実際
佐藤　嘉晃（原三信病院　泌尿器科）

P-1-25 当院における塩化ラジウム (223Ra) 治療の臨床的検討
佐藤　広明（千葉県済生会習志野病院　泌尿器科）

ポスター 4　16：00 ～ 16：40

座長：村上　洋嗣（熊本大学大学院生命科学研究部　泌尿器科学講座）

[前立腺癌 / 診断・薬物療法・マーカー③]

P-1-26 当院における転移性去勢感受性前立腺癌（mCSPC）に対する Enzalutamide の治療成績
中村裕一郎（長崎大学病院　泌尿器科・腎移植外科）

P-1-27 当センターにおける転移性ホルモン感受性前立腺癌に対する enzalutamide と apalutamide の治療成績の比較
鈴木　一弘（千葉県がんセンター　泌尿器科）

P-1-28 転移性前立腺癌に対する triplet 療法の当院における初期経験
村山裕太郎（千葉県済生会習志野病院　泌尿器科）

P-1-29 当院における転移性去勢感受性前立腺癌に対する Triplet 療法の使用経験
佐藤　暢晃（佐賀県医療センター好生館　泌尿器科）

P-1-30 当院における前立腺癌に対する低用量ドセタキセル療法の有効性と忍容性の検討
奥野　智也（倉敷中央病院　泌尿器科）

P-1-31 泌尿器悪性腫瘍の多発肝転移に対する全肝照射についての検討
水嶋　唯（産業医科大学　泌尿器科学講座）

P-1-32 局所進行した前立腺癌のための自由診療を含めたホルモン動注化療、重粒子線治療による集学的治療モデル
光畑　直喜（重症心身障害児施設ときわ呉）

P-1-33 当院における転移性去勢感受性前立腺癌 (mCSPC) に対する upfront 治療の現況
森中（もりなか） 啓文（ひろふみ）（川崎医科大学　泌尿器科学）

ポスター５　15：20 ～ 16：10

座長：奈路田拓史（日本赤十字社　高知赤十字病院　泌尿器科）

［腎腫瘍 / 基礎・薬物療法・症例①］

P-1-34 ロボット支援下腎部分切除術を施行し診断された papillary renal neoplasm with reverse polarity の 1 例
坂口（さかぐち） 大（たかし）（鹿児島大学大学院医歯学総合研究科　泌尿器科学分野）

P-1-35 当院における転移性腎がんに対する IO-IO, IO-TKI による Deferred Cytoreductive Nephrectomy (CN) 症例の検討
三橋（みつはし） 勇人（ゆうと）（和泉市立総合医療センター　泌尿器科）

P-1-36 甲状腺癌の腫瘍内転移をきたした淡明細胞型腎細胞癌の一例
坪井（つぼい） 一馬（かずま）（高知医療センター　泌尿器科）

P-1-37 下大静脈浸潤、肺転移のある右腎癌に対しニボルマブ＋カボザンチニブ投与後ロボット支援腹腔鏡下腎摘除術を施行した 1 例
大野（おおの） 毅（つよし）（市立宇和島病院）

P-1-38 イピリムマブ・ニボルマブ併用療法後に ACTH 単独欠損症による副腎不全をきたした腎細胞癌の 1 例
池田（いけだ） 拳人（けんと）（岩国医療センター　泌尿器科）

P-1-39 ステージ４腎癌に対するレンバチニブ、ペムブロリズマブ併用療法中に重症筋無力症の irAE を発症した１例
毛利（もうり） 晨佑（しんすけ）（市立宇和島病院）

P-1-40 残存尿管再発をきたした転移性腎細胞癌の一例
三津井理公（みついりく）（自治医科大学附属さいたま医療センター）

P-1-41 気胸と合併した多発腎腫瘍にて Birt-Hogg-Dube（BHD）症候群を診断した２例
坂梨（さかなし） 壱成（いっせい）（済生会熊本病院）

P-1-42 ペムブロリズマブ・レンバチニブ併用療法後に根治的腎摘除術を施行した巨大腎癌の 1 例
前田（まえだ） 大輝（だいき）（鳥取県立中央病院）

P-1-43 腎盂癌術後リンパ節転移に対し免疫療法が奏効した Lynch 症候群の 1 例
島崎（しまさき） 将（しょう）（高知大学医学部附属病院　泌尿器学講座）

ポスター６　16：10 ～ 16：40

座長：小川　貢平（島根大学医学部　泌尿器科学講座）

[前立腺癌 / 手術①]

P-1-44　当院で施行したロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除の初期成績
安嶋　陸人（草加市立病院　泌尿器科）

P-1-45　取り下げ

P-1-46　尿道カテーテル抜去後に吻合部破綻を来したロボット支援下根治的前立腺全摘除術の経験
井上　　淳（横浜労災病院　泌尿器科）

P-1-47　当院におけるロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術の初期経験
兼元　　信（高知医療センター　泌尿器科）

P-1-48　当院におけるロボット支援下腹腔鏡下前立腺全摘術の初期使用経験
小倉　壮真（はりま姫路総合医療センター）

P-1-49　Hood technique を用いたロボット支援前立腺全摘除術の初期経験
石黒　茂樹（公立陶生病院　泌尿器科）

ポスター７　15：20 ～ 16：10

座長：菊川　忠彦（愛媛大学大学院医学系研究科　泌尿器科学講座）

[腎腫瘍 / 基礎・薬物療法・症例②]

P-1-50　当院における Pembrolizumab・Lenvatinib 併用療法の初期治療経験
町谷　成梧（市立豊中病院　泌尿器科）

P-1-51　当院における転移性腎癌に対するレンバチニブ・ペムブロリズマブ併用療法の治療経験
山本　将也（兵庫県立尼崎総合医療センター　泌尿器科）

P-1-52　腎盂原発の内分泌細胞癌の一例
中島　晶子（順天堂大学　医学部附属静岡病院　泌尿器科）

P-1-53　集学的治療によりペムブロリズマブ・レンバチニブ併用療法の持続的奏効が得られたラブドイド様変化を有する進行性腎細胞癌の 1 例
河野　　桜（高知大学医学部附属病院　医療人育成支援センター）

P-1-54　腎盂腫瘍との鑑別に苦慮した腎 Anastomosing hemangioma の一例
芝　　佑平（社会医療法人近森会　近森病院　泌尿器科）

P-1-55　当院で経験した腎原発 Ewing 肉腫の一例
宇佐美舜也（社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷浜松病院　泌尿器科）

P-1-56 当院での腎癌術後に対する adjuvant pembrolizumab の初期経験
杉田（すぎた） 佳弘（よしひろ）（産業医科大学 泌尿器科）

P-1-57 当院で経験した進行腎がんに対するペムブロリズマブ・レンバチニブ併用療法の４症例の検討
石田健太郎（いしだけんたろう）（藤沢市民病院 泌尿器科）

P-1-58 ニボルマブ投与により重篤な皮膚障害を発症した 1 例
松下（まつした） 良介（りょうすけ）（鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 泌尿器科学分野）

P-1-59 遺伝子パネル検査の推奨治療が奏効した分類不能型腎細胞癌の一例
坂本（さかもと） 勇樹（ゆうき）（松山赤十字病院 泌尿器科）

ポスター 8　16：10 ～ 16：40

座長：湊　晶規（産業医科大学医学部 泌尿器科学講座 ）

[前立腺癌 / 手術②]

P-1-60 当院におけるロボット支援下前立腺全摘術の初期成績
石井（いしい） 康道（やすと）（独立行政法人国立病院機構 福山医療センター 泌尿器科）

P-1-61 前立腺全摘手術を実施した前立腺導管腺癌の検討
瀬戸（せと） 太介（だいすけ）（高知赤十字病院 泌尿器科）

P-1-62 那覇市立病院における前立腺癌手術と術後の排尿障害
大城（おおしろ） 琢磨（たくま）（那覇市立病院 泌尿器科）

P-1-63 RPP 後の前立腺癌に IMRT 施行し CRPC となった症例に salvage RARP を施行した一例
野田（のだ） 岳（がく）（岡山中央病院 泌尿器科）

P-1-64 当院における hinotori を用いたロボット支援下前立腺全摘除術の初期経験
井内（いうち） 裕満（ひろみち）（恵み野病院 泌尿器科）

P-1-65 ロボット支援前立腺全摘除術後 8mm ポート創に発生したポートサイトヘルニアの 1 例
杉浦（すぎうら） 晋平（しんぺい）（茅ヶ崎市立病院 泌尿器科）

ポスター 9　15：20 ～ 15：55

座長：森中　啓文（川崎医科大学 泌尿器科学）

[膀胱癌 / 診断・手術・尿路変更]

P-1-66 MAG3 利尿レノグラムによる尿管皮膚瘻ストーマ通過障害の評価
金（きむ） 哲將（ちょるじゃん）（公立甲賀病院 泌尿器科）

P-1-67　回腸導管狭窄に対して回腸導管部分切除と再固定術を施行した一例
中村　俊介（香川大学卒後臨床研修センター）

P-1-68　代用膀胱造設術から 50 年以上経過して発生した代用膀胱内悪性腫瘍の一例
井開　拓実（NHO 呉医療センター中国がんセンター　泌尿器科）

P-1-69　右尿管回腸導管吻合部狭窄に対し、経腹膜アプローチ腹腔鏡補助下再吻合術を施行した 1 例
林　　拓見（JCHO 東京新宿メディカルセンター）

P-1-70　導尿路造設術の治療成績と合併症についての検討
前田　晃宏（佐賀大学　医学部　泌尿器科学講座）

P-1-71　高位尿管狭窄に対する経腸間膜的回腸導管尿管吻合による尿路再建の一例
雪本弥仁雅（佐賀大学医学部　泌尿器科学講座）

P-1-72　膀胱憩室内腫瘍に対して TULA を施行した 1 例
河野　義之（江戸川病院　泌尿器科）

ポスター 10　　16：00 ～ 16：35

座長：山口　徳也（鳥取大学医学部器官制御外科学講座　腎泌尿器学分野）

[膀胱癌 / 診断・手術・尿路変更]

P-1-73　腎機能低下から膀胱 plasmacytoid carcinoma の診断・治療につながった一例
森　　郁太（三豊総合病院　泌尿器科）

P-1-74　腹部大動脈の石灰化が TURBT 時の血圧変動に対する影響について
本多　弘幸（長崎大学病院　泌尿器科・腎移植外科）

P-1-75　千葉県がんセンターにおけるロボット支援下膀胱全摘術の経験：回腸導管ストマ位置と術後腸管合併症の関連
小丸　　淳（千葉県がんセンター　泌尿器科）

P-1-76　当院におけるロボット支援後腹膜鏡下腎尿管全摘術の初期経験
吉田　　司（金沢大学　泌尿器集学的治療学）

P-1-77　胞巣状尿路上皮癌の 1 例
白根　　拓（NHO 呉医療センター・中国がんセンター）

P-1-78　膀胱原発印鑑細胞癌の 2 例
郡山　義喜（宮崎大学　医学部　泌尿器科）

P-1-79　子宮体癌根治術後に生じた膀胱原発の混合型神経内分泌癌に対しロボット支援下膀胱全摘除術により根治切除し得た 1 例
花澤　岳裕（防衛医科大学校　泌尿器科学講座）

ポスター 11　15：20 ～ 16：00

座長：松尾　朋博（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科　泌尿器科学）

[前立腺肥大症①]

P-1-80　当院で PVP を施行した患者の術後 11 年間の新規悪性疾患の罹患状況について
青山（あおやま）　真人（まさと）（医療法人宝生会 PL 病院　泌尿器科）

P-1-81　経尿道的水蒸気治療後に壊死組織脱落を契機に発症した尿閉の 1 例
賀来（かく）　春紀（はるき）（岡村一心堂病院）

P-1-82　WAVE 治療後に前立腺部尿道の癒着、空洞をきたした 1 例
野瀬（のせ）　清孝（きよたか）（福岡輝栄会病院　泌尿器科）

P-1-83　経尿道的前立腺吊上げ術
坂本（さかもと）　亘（わたる）（香芝生喜病院　泌尿器科）

P-1-84　当院における CVP 初期経験
廣野（ひろの）　美紗（みさ）（岡山赤十字病院）

P-1-85　当院における前立腺肥大症に対する経尿道的前立腺吊り上げ術の初期経験
眞砂（まさご）　俊彦（としひこ）（鳥取県済生会境港総合病院　泌尿器科）

P-1-86　経尿道的前立腺吊り上げ術における出血性合併症についての検討
鈴木（すずき）　良輔（りょうすけ）（康生会武田病院）

P-1-87　経尿道的前立腺水蒸気術（WAVE）を 2 回行った 5 例の検討
米谷（まいや）　重俊（しげとし）（イムス富士見総合病院　泌尿器科）

ポスター 12　16：00 ～ 16：35

座長：上原　慎也（川崎医科大学総合医療センター　泌尿器科）

[前立腺肥大症②]

P-1-88　核出重量が 20g 未満の症例における HoLEP の有用性の検討
角田（かくた）　夢女（ゆめ）（千葉市立青葉病院）

P-1-89　前立腺肥大症に対する MIST の初期経験
関根（せきね）　啓太（けいた）（千葉県済生会習志野病院）

P-1-90　当院における経尿道的前立腺吊り上げ術の初期経験
坂本（さかもと）　昇（のぼる）（埼玉石心会病院　泌尿器科）

P-1-91　経尿道的前立腺吊り上げ術後に経尿道的前立腺核出および切除術を行った一例
川端（かわばた）　惇也（じゅんや）（埼玉石心会病院　泌尿器科）

P-1-92　80 歳以上高齢者に対する経尿道的前立腺吊り上げ術の臨床検討

大豆本（だいずもと）　圭（けい）（徳島大学大学院医歯薬学研究部　泌尿器科学分野）

P-1-93　膀胱結石を合併する前立腺肥大症に対する経尿道的前立腺水蒸気治療の検討

武田（たけだ）　健（けん）（関西メディカル病院　泌尿器科）

P-1-94　当院における前立腺肥大症に対する Aquablation 治療の初期経験

中里（なかざと）　彰（しょう）（川島病院）

3日目　11月15日(土)

ポスター会場：ザ・クラウンパレス新阪急高知　3階　蘭の間

ポスター 13　　15：00 ～ 15：50

座長：宮内　勇貴（愛媛大学大学院医学系研究科　泌尿器科学講座）

［腎不全・腎移植］

P-2-1　生体腎移植後血液透析再導入患者に生じた移植腎梗塞の 1 例
藤井（ふじい）　秀岳（ひでたか）（医療法人亀岡病院　泌尿器・腎不全科）

P-2-2　門脈体循環シャントによる二次性膜性増殖性糸球体腎炎で腎代替療法導入に至った小児腎不全の 1 例
粟津（あわづ）　学（まなぶ）（長崎大学病院　泌尿器科・腎移植外科）

P-2-3　当院で加療を行った腎被膜下血腫の 26 症例の報告
小林（こばやし）　智治（ともはる）（ツカザキ病院）

P-2-4　診断に難渋した薬剤添加物（ポリソルベート８０）によるアナフィラキシーショックをきたした血液透析患者の一例
杉本（すぎもと）　裕紀（ひろき）（土佐市民病院　泌尿器科）

P-2-5　重度腎性副甲状腺機能亢進症に対して、PTX 治療を行った透析患者の骨治療効果
矢島（やじま）　愛治（あいじ）（細木病院泌尿器科）

P-2-6　腎移植レシピエントの仮性動脈瘤破裂に対する止血術およびコイル塞栓術で腎機能維持に成功した 1 例
松下（まつした）　広憲（ひろのり）（山口大学　医学部附属病院　泌尿器科）

P-2-7　ガンシクロビル耐性・マリバビル耐性が確認された生体腎移植後難治性サイトメガロウイルス感染症の 1 例
船木（ふなき）　慶佑（けいすけ）（愛媛県立中央病院）

P-2-8　難治性サイトメガロウイルス感染症に対してマリバビルを使用した生体腎移植レシピエントの 1 例
倉田（くらた）　博基（ひろき）（長崎大学病院　泌尿器科・腎移植外科）

P-2-9　血液型不適合移植における超高抗体価症例の 1 例
見附（みつけ）　明彦（あきひこ）（鹿児島大学大学院医歯学総合研究科　腫瘍学講座　泌尿器科学分野）

P-2-10　ミコフェノール酸モフェチル limited sampling strategy の検討
原田（はらだ）　怜（さとし）（香川大学医学部附属病院　泌尿器・副腎・腎移植外科）

ポスター 14　　15：50 ～ 16：30

座長：松下　和弘（高知高須病院）

[膀胱癌 / 診断・マーカー・薬物療法・機能温存]

P-2-11　当院における進行性尿路上皮癌に対する Enfortumab vedotin ＋ Pembrolizumab 併用療法 (EV/P 療法) の初期使用経験
楠瀬（くすのせ）　正史（まさふみ）（姫路赤十字病院）

P-2-12　当院における根治切除不能な尿路上皮癌に対する Enfortumab Vedtin(EV)+ Pembrolizumab 療法の初期経験
横山（よこやま）　周平（しゅうへい）（広島市民病院　泌尿器科）

P-2-13　エンホルツマブ・ベトチンとペンブロリズマブ併用療法（EV ＋ Pem 併用療法）の初期治療成績について
村田（むらた）　和毅（かずき）（神戸市立医療センター西市民病院）

P-2-14　エンホルツマブ ベドチン＋ペムブロリズマブ療法後に重症肝障害をきたし治療に難渋した一例
吉岡（よしおか）　慎平（しんぺい）（川西市立総合医療センター　泌尿器科）

P-2-15　当科における筋層浸潤性膀胱癌に対する化学放射線療法の有効性、安全性に関する検討
神田（かんだ）　壮平（そうへい）（JA 秋田厚生連　秋田厚生医療センター）

P-2-16　茅ヶ崎市立病院における尿路上皮癌術後補助化学療法としてのニボルマブ投与の初期報告
横川（よこかわ）　秀平（しゅうへい）（茅ヶ崎市立病院）

P-2-17　診断に苦慮した膀胱原発粘膜良性上皮様神経鞘腫の一例
太田悠希子（おおたゆきこ）（順天堂大学医学部附属浦安病院　泌尿器科）

P-2-18　Variant Urothelial Carcinoma に対してエンホルツマブベドチン、ペンブロリズマブ（EV+P）併用療法を投与した 3 例
坂田（さかた）　雅道（まさみち）（出水郡医師会広域医療センター）

ポスター 15　　15：00 ～ 15：50

座長：中村　信之（福岡大学医学部　腎泌尿器外科学講座）

[陰嚢内容・陰茎・尿道]

P-2-19　多発精液瘤に対し精液瘤および精巣上体摘除術を施行した 2 例
分田（わけだ）　裕順（ひろのぶ）（千代田病院　泌尿器科）

P-2-20　挿入 30 年後に生じた陰茎プロステーシス MRSA 感染の 1 例
大橋（おおはし）　正和（まさかず）（荻窪病院　泌尿器科）

P-2-21　尿閉にて発見された真正包茎の 1 例
石田（いしだ）　泰一（ひろかず）（中村病院）

P-2-22 全尿道にシリコンを注入し摘出困難となった症例
間庭（まにわ） 章光（あきみつ）（国立病院機構静岡医療センター）

P-2-23 集学的治療を行った陰茎癌の 1 例
岸本（きしもと） 大輝（ともてる）（徳島赤十字病院　泌尿器科）

P-2-24 尿道カルンクルを疑い切除術を施行したが、術後病理学検査で尿道悪性黒色腫と診断された一例
田中（たなか） 大樹（だいき）（熊本市民病院）

P-2-25 金属リングによる陰茎絞扼症発症した 3 症例
野波（のなみ） 隆寛（たかひろ）（順天堂大学医学部附属静岡病院）

P-2-26 精巣捻転症に対して精巣白膜減張切開および固有漿膜フラップ修復を施行した 1 例
佐川（さがわ） 善紀（よしき）（横浜労災病院　泌尿器科）

P-2-27 集学的治療が奏功した尿道原発明細胞癌の 1 例
前田（まえだ） 晃宏（あきひろ）（佐賀大学　医学部　泌尿器科学講座）

P-2-28 尿道膀胱異物の 1 例
石黒（いしぐろ） 基純（もとよし）（独立行政法人国立病院機構　高知病院　泌尿器科）

ポスター 16　15：50 ～ 16：30

座長：古林　伸紀（国立病院機構　九州がんセンター　泌尿器・後腹膜腫瘍科）

[精巣腫瘍（基礎・臨床）/ その他]

P-2-29 異時性に発生した両側精巣腫瘍に対し精巣温存手術を施行した 1 例
飛梅（とびうめ） 基（もとい）（独立行政法人労働者健康安全機構旭ろうさい病院　泌尿器科）

P-2-30 17βヒドロキシステロイド脱水素酵素 type3 欠損症に対して性腺摘除を行い偶発的にセミノーマと診断された 1 例
清田明日香（きよたあすか）（熊本大学大学院生命科学研究部　泌尿器科学講座）

P-2-31 両側異時性精巣腫瘍に対し高位精巣摘除術と同時に onco-TESE を施行した 1 例
松田（まつだ） 伊織（いおり）（倉敷中央病院　泌尿器科）

P-2-32 組織型が異なる異時性両側精巣腫瘍の一例
渡邊（わたなべ） 広毅（こうき）（千葉市立青葉病院）

P-2-33 高度の造精機能障害を呈する極小精巣偶発腫瘍に対し腫瘍核出術を施行した 1 例
高橋進太郎（たかはししんたろう）（川崎医科大学総合医療センター　泌尿器科）

P-2-34 尿膜管開存症に合併した悪性腫瘍の一例
幸（ゆき） 英夫（ひでお）（獨協医科大学日光医療センター 泌尿器科）

P-2-35 当院における前立腺癌定位放射線治療の初期経験 - 強度変調放射線 / 重粒子線治療との比較 -
麻生信太郎（飯塚病院　泌尿器科）

P-2-36 左尿管結石術後の無症候性血尿から診断に至った急速進行性膀胱原発悪性リンパ腫（diffuse large B cell lymphoma）の 1 例
牛田　博（医療法人社団　医聖会　学研都市病院　泌尿器科）

ポスター 17　15：00 ～ 15：45

座長：別宮　謙介（岡山大学学術研究院医歯薬学域　腎泌尿器科学）

[腎腫瘍 / 手術]

P-2-37 当院におけるロボット支援根治的腎摘除術 (RARN) の初期成績
大関　孝之（和泉市立総合医療センター　泌尿器科）

P-2-38 腎および副腎に Triple cancer を認めた 1 例
元島　崇信（済生会熊本病院）

P-2-39 肉腫様分化を伴う腎癌局所再発および PD-L1 陽性肺腺癌に対してレンバチニブ＋ペンブロリズマブ併用療法と外科的治療が奏功した一例
杉原　太一（NHO 岡山医療センター　泌尿器科）

P-2-40 当院におけるロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術（RAPN）の治療成績
植村　祐一（公立豊岡病院　泌尿器科）

P-2-41 腎癌後腹膜再発巣の字術中部位同定にインドシアニングリーン (ICG) 蛍光イメージ法が有用であった一例
梶　明日香（香川大学　医学部　泌尿器科）

P-2-42 当院における透析患者に発生した限局性腎癌の臨床的検討
宇津宮拓弥（大分大学　医学部　腎泌尿器外科学講座）

P-2-43 信教上の理由で絶対的無輸血の患者に施行した腎摘除術の 3 例
吉岡　拓哉（中部徳洲会病院）

P-2-44 当院におけるロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術 (RAPN) の初期成績
岡本　悠佑（三豊総合病院　泌尿器科）

P-2-45 当院におけるロボット支援腹腔鏡下根治的腎摘除術（RARN）の初期治療成績
篠崎　哲男（イムス富士見総合病院）

ポスター 18　15：45 ～ 16：30

座長：郷力　昭宏（広島大学大学院医系科学研究科　腎泌尿器科学）

[尿路上皮腫瘍 / 基礎・臨床]

P-2-46　当院における進行性尿路上皮癌に対する Enfortumab Vedotin ＋ Pembrolizumab 併用 (EVP) 療法の初期治療経験
近浦（ちかうら）　慶太（けいた）（くまもと県北病院　泌尿器科）

P-2-47　当院の進行性尿路上皮癌における Enfortumab Vedotin+Pembrolizumab 療法の経験
山本章太郎（やまもとしょうたろう）（小田原市立病院）

P-2-48　根治切除不能な尿路上皮癌患者に対するペンブロリズマブ・エンホルツマブベドチン併用療法の初期治療経験
黒住（くろずみ）　顕（あきら）（深谷赤十字病院　泌尿器科）

P-2-49　尿管上皮内癌に対して BCG 膀胱内注入療法後に膣転移を来した 1 例
安田（やすだ）　幸平（こうへい）（福岡和白病院　腎・泌尿器外科）

P-2-50　根治切除不能な尿路上皮癌に対するエンホルツマブベドチンとペムブロリズマブ併用療法の初期治療経験
日吉浩一朗（ひよしこういちろう）（山口大学　医学部　泌尿器科）

P-2-51　偶発的に発見された膀胱脂肪種の一例
桂（かつら）　康裕（やすひろ）（熊本大学大学院生命科学研究部　泌尿器科学講座）

P-2-52　当院での進行または転移性尿路上皮癌に対するエンホルツマブベドチン＋ペムブロリズマブ療法（EVP 療法）の治療状況について
城田（しろた）　武士（たけし）（JCHO 諫早総合病院　泌尿器科）

P-2-53　当院における上部尿路上皮癌に対する内視鏡下レーザー焼灼術の経験
今野（いまの）　真思（まさし）（横須賀市立市民病院）

P-2-54　Nivo-GC 療法を施行した症例の臨床学的検討
早川（はやかわ）　望（のぞみ）（聖マリアンナ医科大学　腎泌尿器外科）

ポスター 19　15：00 ～ 15：45

座長：富﨑　一向（産業医科大学医学部　泌尿器科学講座）

[尿路上皮腫瘍 / 膀胱癌]

P-2-55　進行腎盂癌に対して 3 次治療まで行い長期生存を得られている一例
齊藤（さいとう）　流（りゅう）（神奈川県立足柄上病院）

P-2-56　扁平上皮肺癌に対して Atezolizumab 投与後に irAE 膀胱炎を発症した一例
濱田（はまだ）　裕晟（ゆうせい）（近森病院　泌尿器科）

P-2-57 当院の転移性尿路上皮癌に対する Enfortumab Vedotin(EV) + Pembrolizumab（Pem）併用療法の初期導入経験
梶山　雄大（市立三好中央病院　泌尿器科）

P-2-58 ペムブロリズマブとエンホルツマブ ベドチン（EV）併用療法においての治療効果および副作用についての検討
大渕あゆみ（上都賀総合病院　泌尿器科）

P-2-59 腎盂・尿管癌に対してレーザー治療を行った 5 例の検討
小川　智子（市立八幡浜総合病院　泌尿器科）

P-2-60 腫瘤形成性増殖性膀胱炎治療後に浸潤性膀胱癌を発症した 1 例
下山　英明（昭和医科大学藤が丘病院　泌尿器科）

P-2-61 当院におけるロボット支援下腎尿管全摘除術の初期経験についての報告
中野　康弘（九州医療センター）

P-2-62 BCG 膀胱内注入療法後に発症した肉芽腫性肝炎を伴う播種性 BCG 感染症の一例
小橋口佳な（香川大学医学部附属病院　泌尿器・副腎・腎移植外科）

P-2-63 当院における転移性尿路上皮癌患者への Enfortumab vedotin + Pembrolizumab 治療の初期経験
相田紘一朗（聖マリアンナ医科大学　腎泌尿器外科）

ポスター 20　15：45 ～ 16：30

座長：山本　恭代（徳島大学大学院医歯薬学研究部　泌尿器科学分野）

[Femaleurorogy・尿失禁]

P-2-64 腹腔鏡下仙骨膣固定術 (LSC) 後に化膿性脊椎炎をきたした 1 例
藤崎友基也（潤和会記念病院　泌尿器科）

P-2-65 当院における TVM 手術の初期経験
原田　成美（熊本大学病院　女性骨盤臓器脱診療センター）

P-2-66 婦人科術後に発生した膀胱膣瘻に対する腹腔鏡下修復術の有用性
ー大網被覆を併用した 1 例ー
安東　栄一（呉共済病院）

P-2-67 Hugo RAS system を用いたロボット支援仙骨膣固定術の初期経験
守安絵美佳（鳥取大学医学部器官制御外科学講座　腎泌尿器学分野）

P-2-68 山口大学におけるロボット支援仙骨膣固定術の初期経験と QOL 調査
中原　玉樹（山口大学大学院医学系研究科泌尿器科学講座）

P-2-69 前立腺全摘除術後におけるエコー（M-mode）下での立位骨盤底筋訓練の併用により尿失禁が軽減した症例
森（もり）　政基（まさき）（住友別子病院　リハビリテーション部）

P-2-70 他科入院中に尿閉状態が判明した女性排尿障害患者の検討
畠山（はたけやま）　直樹（なおき）（独立行政法人国立病院機構　栃木医療センター）

P-2-71 ペッサリー留置下および腹腔鏡下仙骨膣固定術後に膀胱ボトックス療法を行った一例
平間（ひらま）　裕美（ひろみ）（KKR 高松病院　泌尿器科）

P-2-72 男性尿失禁外来開設から 5 年目の現状について
武井（たけい）　実根雄（みねお）（原三信病院　泌尿器科）

ポスター 21　15：00 ～ 15：30

座長：眞﨑　拓朗（原三信病院　泌尿器科）

[結石 / 外科的治療・ESWL・基礎①]

P-2-73 感染コントロールのために尿管ステントを留置し TUL 後に stentless を達成した症例の後方視的検討
豊（ゆたか）　未都樹（みづき）（兵庫県立尼崎総合医療センター）

P-2-74 尿管憩室内結石が自然排石した 1 例
橋本（はしもと）　次朗（じろう）（ていね泌尿器科）

P-2-75 フレキシブル吸引機能付き尿管アクセスシースを用いた経尿道的尿管結石砕石術の初期経験
島田（しまだ）　幸暢（ゆきのぶ）（中津第一病院　泌尿器科）

P-2-76 RAPN 施行時の血管結紮クリップを核として形成された腎結石に対して、TUL を施行した 1 例
永福（えいふく）　寿朗（としろう）（熊本大学大学院生命科学研究部　泌尿器科学講座）

P-2-77 尿路結石関連 fUTI 後の TUL を安全に実施できる待期期間の検討
山内（やまうち）　直也（なおなり）（市立長浜病院）

P-2-78 90 歳以上の超高齢者に対する TUL の安全性と有効性
菅野（すがの）　貴洋（たかひろ）（健和会大手町病院　泌尿器科）

ポスター 22　15：45 ～ 16：15

座長：大河内寿夫（国立病院機構　高知病院　泌尿器科）

[結石 / 外科的治療・ESWL・基礎②]

P-2-79 感染結石に対する TUL 施行後、septic shock となり、2ndECIRS にて軽快した 1 例
辻（つじ）　茂久（しげひさ）（川崎医科大学総合医療センター　泌尿器科学）

P-2-80 Flexible and navigable suction ureteral access sheath を用いた fURS
清水（しみず）　成（なる）（国立病院機構　米子医療センター　泌尿器科）

P-2-81 脊髄損傷、神経因性膀胱の 37 歳の男性患者に発生した雪だるま状の尿路結石に対して TUL を複数回行ったのでここに報告する。
木下（きのした）　貴之（たかゆき）（茅ケ崎徳洲会病院　泌尿器科）

P-2-82 ツリウムとクリアペトラのマリアージュ　～持続灌流式 TUL の初期成績～
浅井（あさい）　聖史（せいじ）（住友別子病院　泌尿器科）

P-2-83 TVM 手術 16 年後に尿管内にメッシュ露出が認められた一例
森川（もりかわ）　知治（ともはる）（国際親善総合病院　泌尿器科）

P-2-84 緩下剤多量服用に伴う尿酸アンモニウム結石の一例
宮坂（みやさか）　嶺（れい）（社会医療法人川島会　川島病院）

ポスター 23　15：00 ～ 15：45

座長：杉山　星哲（川崎医科大学　泌尿器科学教室）

[男性性機能 / 生殖器感染症]

P-2-85 他院で 2nd TESE を受けた症例の検討
日比（ひび）　初紀（はつき）（協立総合病院　メイルリプロダクション科）

P-2-86 当院における顕微鏡下精巣内精子採取術の初期経験
小林（こばやし）　祐介（ゆうすけ）（島根大学　医学部　泌尿器科）

P-2-87 クラインフェルター症候群患者の Leydig 細胞の single cell RNA-seq 解析
佐藤（さとう）　克哉（かつや）（神戸大学大学院医学研究科　腎泌尿器科学分野）

P-2-88 小児悪性腫瘍・血液疾患治療により原発性性腺機能低下症を認めた 3 例
小崎（おざき）　成昭（なりあき）（岡山大学病院　腎泌尿器科）

P-2-89 性機能外来を窓口に発見された pure germinoma の 1 例
竹内晋次郎（たけうちしんじろう）（東邦大学医療センター大森病院）

P-2-90 尿管を主座とした気腫性腎盂腎炎の 1 例 －定量的評価とステント治療の有効性－
川口（かわぐち）　義弘（よしひろ）（済生会二日市病院　泌尿器科）

P-2-91 薬剤耐性時代の急性単純性膀胱炎におけるホスホマイシン・カルシウムの有用性
森田（もりた）　夢基（むつき）（東邦大学医療センター佐倉病院　泌尿器科）

P-2-92 難治性恥骨骨髄炎を契機に発見された前立腺癌放射線治療後尿道瘻の 1 例
一色（いっしき）　真造（しんぞう）（国立病院機構　千葉医療センター　泌尿器科）

P-2-93　精巣上体炎を伴う前立腺小室嚢胞に対して経尿道的開窓術が有効であった 1 例

西山（にしやま）　直隆（なおたか）（富山大学学術研究部医学系　腎泌尿器科学講座）

特別講演

SP　新時代はクロスオーバーでアプローチ

野口　五郎

歌手・他

SP

新時代はクロスオーバーでアプローチ

野口　五郎
歌手・他

今年歌手としてデビュー 55 年生を迎えました。
自身の音楽好きに気付くのは早くて、幼稚園の年長でウクレレを始め小学校一年生からギターを弾き始めました。15 歳で歌手デビューしたのですが、レコーディングのテクノロジーの進化は目覚ましいものがあり、団塊世代のお兄さん達と初めての経験や景色をご一緒、そして切磋琢磨させて頂きました。

同時録音でデビューしてからマルチ録音、それからの海外録音！！
マルチ録音で音を重ねて録音する場合のリスクはノイズです。そのノイズを解消する為に考えられたのが DBX とか Dolby というノイズリダクションシステムでした。時が流れデジタル時代になるとノイズレスになっていました。レコードから CD に移行した頃、音がクリアになった！と爆発的にデジタル音源は売れました。

今思えばこの時は「耳は喜んだが身体は喜んでなかった！！」のかもしれません。
デジタルの 01 のシステムは倍音やアンビエンスといった自然界で配列された「豊かさ」をカットしてしまう。人が誕生して 20 万年、当たり前の事として音を聴き浴びて来ましたが、デジタル音として「聴く」に特化されてからは、たかだか 30 年、音楽と身体の関係・音楽と医療　音楽がデジタル化されエンコードされる事によって倍音やアンビエンスがなくなり、非可聴はカットする事が通常になってしまいました。このカットされた非可聴音に謎の鍵があると考え、特別な非可聴域「DMV」に辿り着きました。

時代は音を殆どデーターに置き換えました。邪魔で重いモノはカットする！合理的な様ですが、人は究極のインスタントを求めようとしているのでしょうか！！私が最も好きな言葉は「クロスオーバー」です。これを説明し出すと本を一冊書いてしまいそうなので･･･音楽のジャンルで言いますと、「ジャズとロック、ラテンとロック、シャンソンとジャズ」それだけではなく、異なる分野が境界を越えて混じり合うからこそ生まれる新しい世界観。マクロではなくミクロの視点へのアプローチだとすればそれはポジティブな思考です。
音（音波）がタンパク質の構成、形成に関わる論文が多く発表され初めている今日、医学からの音、科学からの音、音から医学等、多角的に検証する流れになって来ている様に思われます。

野口　五郎

1956 年　岐阜県美濃市に生まれる。本名、佐藤靖
1971 年 5 月 1 日 15 歳で歌手デビュー、翌年、NHK 紅白歌合戦に当時の最年少記録で初出場。「甘い生活」「私鉄沿線」「19:00 の街」などのヒットで数多くの音楽賞を受賞。
17 歳より海外レコーディングに挑戦し、恩師、筒美京平氏と共にシティポップの先駆けともいえる本格サウンドによる海外レコーディングの作品を精力的に制作。歌手のみならずギタリストでもあり、ドラムやベースを含めた全パートを自身で演奏するなどマルチなプレイヤーとして音源制作する。
配信サービス "DMV" の開発などで複数の特許を取得しており、情報技術者の一面も持つ。

初ガツオ企画

初ガツオ-1　私が泌尿器科医を志した原点 - 西日本泌尿器科学会総会への期待と課題

行廣　和真
広島大学大学院医系科学研究科　腎泌尿器科学

初ガツオ-2　初ガツオの海へ：泌尿器科医としての私の歩みと沖縄から発信する泌尿器科の現状と未来

下地　昭久
琉球大学病院　泌尿器科

初ガツオ-3　私のキャリアパス　ー開業医の立場から西日本泌尿器科学会に期待することー

大西　　怜
おおにし腎泌尿器科医院

初ガツオ-4　若手泌尿器科医の本音と展望：アンケート調査からみえた課題と学会への期待

吉村　理愛
高知大学　医学部　泌尿器科学講座／高知県立あき総合病院　泌尿器科

初

座長の言葉

座長：井川　　掌（久留米大学医学部　泌尿器科学講座）
秦　　聡孝（大分大学医学部　腎泌尿器外科学講座）

高知に春を告げる味覚といえば「初ガツオ」。初々しくも力強く太平洋を泳ぐその姿は、まさに新たな航路を模索しながら進む若手泌尿器科医の象徴です。本セッション「初ガツオ企画」では、西日本各地で活躍を始めた4名の若手医師が登壇し、自らのキャリアと学会への期待についてご発表いただきます。

広島大学の行廣和真先生は、研修医時代に西日本泌尿器科学会に参加した経験が泌尿器科入局の決め手となったという、ご自身の原点を率直に語ってくださいます。沖縄からは琉球大学の下地昭久先生が、地域偏在や教育体制の課題に向き合いながらも、離島医療に貢献したいという思いを胸に日々研鑽を続ける様子を伝えてくれます。開業医の立場からは大西怜先生が、学会参加の制約や教育プログラムの課題に触れ、改善への具体的提案を述べられます。高知大学の吉村理愛先生からは、若手泌尿器科医へのアンケートを通じて、学会参加の実態とニーズを明らかにし、未来志向の提案をお示しいただく予定です。それぞれの演題は、地域も立場も異なる視点からの“リアルな声”であり、今後の学会運営に示唆を与えるものです。

セッション後半には、学会事務局から九州大学の塩田真己先生にもご参加いただき、若手泌尿器科医へのアンケート結果なども踏まえた総合討論を通じて、幅広い視点からさらに議論を深めたいと思います。潮風が香る高知の地で、若手医師の新たな一歩に耳を傾け、学会ができる支援のあり方などを共に考える場となれば幸いです。

初

初ガツオ-1

私が泌尿器科医を志した原点 - 西日本泌尿器科学会総会への期待と課題

行廣　和真、山中　亮憲、岩根　亨輔、田坂　　亮、小羽田悠貴、
武本健士郎、内藤　美季、宮本　俊輔、小畠　浩平、関野　陽平、
北野　弘之、後藤　景介、郷力　昭宏、稗田　圭介、日向　信之

広島大学大学院医系科学研究科　腎泌尿器科学

私のキャリア

初期臨床研修開始当初、私は漠然と「手術を行う診療科に進もう」と考えていました。しかし、消化器外科、呼吸器外科、脳神経外科などをローテートする中で各科の魅力に触れましたが、研修2年目の10月時点でも進路を決めきれずにいました。そうした中、西日本泌尿器科学会総会に参加する機会を得ました。発表準備や会場にて泌尿器科の先生方と接する中で、専門性の広さやチームの雰囲気に強く惹かれ泌尿器科への入局を決意いたしました。

現在、私は泌尿器科8年目となりました。大学院課程の3年目を迎え、学位取得に向けて実験研究に取り組んでいます。今後のキャリアにおいては、正直まだはっきりとは見えていません。大学病院での診療および研究活動を通じて、自らの専門性や進むべき方向性を深く探求し、「自分にしかできないこと」を見出すことで、広島大学腎泌尿器科学に貢献していきたいと考えております。

西日本泌尿器科学会総会への期待と課題

西日本泌尿器科学会総会は、毎年さまざまな地域で開催される点が特徴であり、各地を訪れる機会が得られることは本学会の大きな魅力の一つと考えております。一方で、開催地によっては参加者の集まりにくさといった課題もあると感じています。また、発表内容については症例報告が多く、若手医師による発表が比較的多い学会であるという印象を受けます。しかし、この特徴を活かし若手医師の積極的な発表参加を促進することは本学会のさらなる発展につながると考えます。特に私がそうであったように、初期臨床研修医の段階で学会に参加する機会を提供することは泌尿器科への関心を高め、将来的な入局者の増加、ひいては泌尿器科領域全体の活性化に寄与する可能性があると考えています。

行廣　和真

2016年　県立広島病院　初期臨床研修医
2018年　県立広島病院　泌尿器科　医員
2020年　広島大学病院　泌尿器科　医員
2021年　福山医療センター　泌尿器科　医員
2022年　日本泌尿器科学会　専門医取得
2023年　広島大学大学院 医系科学研究科 博士課程入学

初ガツオ-2

初ガツオの海へ：泌尿器科医としての私の歩みと沖縄から発信する泌尿器科の現状と未来

下地　昭久

琉球大学病院　泌尿器科

私は沖縄という島嶼で働く泌尿器科医です。現在卒後9年目で琉球大学腎泌尿器外科に入局したのは2019年のことです。初期研修時代に泌尿器科医の働き方を初めて知り、その中で出会った先輩が巧みに尿管ステントを留置していく姿をみて、将来はこれで飯を食っていこうと決めたわけです。また泌尿器科には内視鏡手術、腹腔鏡手術、ロボット支援手術など多彩な手術技術があり、非常に魅力的な分野だと感じたことも入局のきっかけになりました。現在の私は去年専門医試験に合格し晴れて専門医としての一歩を歩み始めました。しかしながらまだまだ習得するべき技術は多く現在内視鏡認定医を取得するために奮闘中です。そして今年から大学の医局に戻ることが決定し去年から新たに着任された猪口教授新体制のもとで日々の診療にあたりながら研鑽を積んでおります。現在沖縄では各病院に急速にロボットが導入されるようになり県内泌尿器科でもロボット手術が普及してきています。腹腔鏡手術の技術を磨き内視鏡認定医を取得した後は時代の潮流に乗って次はロボット手術の技術を習得したいと考えています。沖縄は島国であるため県外の先生方と交流する機会は非常に少なく手術の指導を仰ぎたくてもなかなか機会がありませんでしたが手術に定評のある猪口教授が沖縄に来てくれたことは非常に大きな出来事でした。さて現在沖縄県内では泌尿器科医の高齢化が進んでおり若手泌尿器科医の成長が待たれる状況になってきているものと感じております。また沖縄本島中南部に泌尿器科医が偏在しており僻地にはまだまだ泌尿器科医が足りていない状況です。そのような中、医局員の確保や育成にも力を入れており、近年は県外からの研修医も加わり医局は活気を帯びています。今後は自身のキャリアを積んでいくことも大事なのですが後輩の指導をしていく重要さを日々実感し責任を感じるようになってきております。私自身離島の出身でありいつか島に恩返しができればと願っております。私が今思うのは県外から来ている後期研修医を含めた後輩達、いつも指導してくださっている先輩方と協力し合い互いにキャリアを積み上げていくことが沖縄県泌尿器科の発展と地域の貢献につながっていくものと信じております。沖縄県泌尿器科には生きのいい初ガツオのような若い医師が多く泳いでいます。今後も多くの初ガツオ達がこの海に興味をもち仲間になってくれることを心より願っております。

下地　昭久

2017年3月　国立琉球大学医学部卒業。
2017年4月～2019年3月　琉球大学病院と県立宮古病院で初期研修。
2019年4月～2021年3月　琉球大学腎泌尿器外科入局。琉球大学病院勤務。
2021年4月～2022年3月　友愛医療センター勤務。
2022年4月～2023年3月　琉球大学病院勤務。
2023年4月～2025年3月　那覇市立病院勤務。
2025年4月～　琉球大学病院勤務。

初

初ガツオ-3

私のキャリアパス
ー開業医の立場から西日本泌尿器科学会に期待することー

大西　　怜

おおにし腎泌尿器科医院

医師のキャリアが多様化する中で、誰しも自分の将来像について深く考えることがある。勤務医から開業医へのキャリアチェンジに至るまで個々でさまざまな経緯があると思うが、私が開業を決断した大きな理由は、故郷への地域貢献の想いとワークライフバランスであった。どのようなキャリアであれ、キャリアパスにおいて知識の習得や技術向上といった自己研鑽は不可欠であり、学会はその機会を得られる絶好の場と言える。しかし、開業医の立場からすると、勤務医時代と比べ最新の知見を学ぶ機会は減少し、特に平日の学会参加は経営面への影響を憂慮し疎遠になる傾向もある。そのため、学会プログラムを視聴できるライブ配信やオンデマンド配信は大変役立つツールであり、西日本泌尿器科学会でも運用いただけると有難い。自らのキャリアを振り返ってみると、幸運にも２つの大学医局で研鑽できたことはあらゆる場面で大きな財産となっている。専門医取得を目的とした専攻医向けの研修プログラムは各施設で大変充実しているが、一方でサブスペシャリティの養成などを目的とした専門医向けの教育プログラムの情報が少なく感じる為、学会からの情報発信などがあるとさらに学びやすくなるのではと思う。また、私は卒後 15 年目で開業したが、その際にロールモデルとなりうる身近な開業医の先生方は限られていたため、オフィスウロロジストを志す医師向けのプログラムの企画が一つでも増えると開業を選択肢としている先生方にとって大変心強いものになると思う。個人的なことだが症例報告の論文を初めて投稿した学会誌は「西日本泌尿器科」であり、西日本泌尿器科学会は最も身近な学会と言っても過言ではない。本プログラムでは若手医師の一人として、西日本泌尿器科学会の発展のため活発な討議をしたいと思う。

大西　　怜

2006 年 久留米大学医学部卒。久留米大学泌尿器科学講座入局後、大学病院、関連病院（高邦会 高木病院、久留米大学医療センター）で勤務。2014 年 JCHO 久留米総合病院泌尿器科医長を経て、2017 年 産業医科大学泌尿器科学講座に転籍。産業医科大学病院で病棟医長、外来医長として勤務し、学内講師へ昇任。2020 年 10 月 おおにし腎泌尿器科医院を開院。

初ガツオ-4

若手泌尿器科医の本音と展望：アンケート調査からみえた課題と学会への期待

吉村　理愛[1, 2)]

1）高知大学　医学部　泌尿器科学講座
2）高知県立あき総合病院　泌尿器科

泌尿器科医の働き方や価値観が多様化する中、学会に対する関わり方や期待も大きく変化している。西日本泌尿器科学会では若手医師の積極的な参画が求められているが、参加への障壁や具体的なニーズについて、これまで体系的に検討された機会は限られていた。

昨年度、本学会のパネルディスカッション「西日本泌尿器科学会をより良くするために」に登壇する機会をいただいた。その際、自身の経験や意見だけでなく、若手医師全体の声を反映した発言の必要性を強く感じた。そこで今回、40 歳未満の泌尿器科医を対象にアンケート調査を実施し、若手世代が感じる現状の課題や学会に対する期待を明らかにすることを試みた。

回答内容は、属性情報（年齢層、職位、勤務施設）に加え、学会参加の頻度や参加しやすさ、参加しにくさの理由（経済的負担、発表へのハードル、日程・地理的制約など）、今後導入してほしい取り組み（キャリア支援、女性医師支援、オンデマンドの拡充等）について網羅的に尋ねた。た、「今後導入してほしい取り組み」や「良い点」「課題」「期待」について自由記述形式での意見も収集した。

本発表では、こうしたアンケート結果を通じて、若手医師が抱える率直な意見を共有し、学会運営の今後の方向性について皆さまと共に考える契機としたい。若手世代が“参加したくなる･参加しやすい学会”を目指して、未来志向の議論を行う一助となれば幸いである。

吉村　理愛

2020 年 03 月　高知大学医学部　卒業
2022 年 04 月　高知大学医学部泌尿器科学講座　医員
2024 年 04 月　高知県立あき総合病院　後期レジデント
2025 年 04 月　高知大学薬理学講座　社会人枠大学院入学
現在に至る

戻りガツオ企画

戻ガツオ-1　これからの泌尿器科に期待する事
中川　昌之
公益財団法人慈愛会　今村総合病院

戻ガツオ-2　臨床研究における Real-World data の意義～多施設後ろ向き研究から分かったこと～
松山　豪泰
JA 山口厚生連長門総合病院

戻ガツオ-3　高知大学医学部泌尿器科学教室に在籍時の私の研究経験について
執印　太郎
医療法人社団巨樹の会　蒲田リハビリテーション病院

座長の言葉

座長：江藤　正俊（九州大学大学院医学研究院　泌尿器科学分野）
武中　　篤（鳥取大学医学部器官制御外科学講座　腎泌尿器学分野）

戻りガツオ企画では西日本泌尿器科学会の名誉会員である３人の名誉教授にご登壇頂きます。鹿児島大学名誉教授の中川昌之先生からは「これからの泌尿器科に期待する事」というタイトルで、ご自身の基礎研究の歴史を踏まえて、今後の泌尿器科学の方向性とこれからの泌尿器科医個々が常に探求心を持って日々の診療にあたることの重要性についてお話し頂きます。山口大学名誉教授の松山豪泰先生には「臨床研究における Real-World data の意義～多施設後ろ向き研究から分かったこと～」のタイトルで、ランダム化臨床試験の問題点と Real-World data の実臨床に即した多くのメリットについて、ご自身が行ってこられた多くの多施設後ろ向き試験を含めてお話し頂きます。高知大学名誉教授の執印太郎先生には「高知大学医学部泌尿器科学教室に在籍時の私の研究経験について」のタイトルで、新設医科大学にご赴任後の研究の立ち上げやご自身が進めてこられた遺伝性腎腫瘍を発症する von Hippel-Lindau 病の研究や膀胱がんの光力学診断の臨床治験等についてお話し頂きます。３人のレジェンドのお話がこれからの泌尿器科学の発展を担う若手泌尿器科医のモチベーションを大いに上げることを期待しています。

戻ガツオ-1

これからの泌尿器科に期待する事

中川　昌之

公益財団法人慈愛会　今村総合病院

戻

近年、我が国の医療の進歩は目覚ましく、医療アクセスの容易さと高質な医療を享受できることで寿命は延長した。この進歩の原動力はわが国の基礎・臨床分野の研究力の強さと考えている。さて、私の入局当時を振り返ると、研修期間に上級医が行う研究の手伝いをし、その成果が「西日本泌尿器科」に掲載されたことから研究に興味を持った。やがて大学院に進み抗癌剤耐性機序の研究に取り組んだが、幸運にも大学院卒業後に米国国立癌研究所への留学機会に恵まれた。家族を帯同した留学生活は非常に楽しく充実したものであった。現在、日本の若手泌尿器科医には留学希望者が少ないと聞いており残念に思う。長い人生で短期間でも環境の異なる世界を体験することは大変貴重でぜひ挑戦していただきたい。
さて、基礎研究では抗癌剤耐性の分子機序や血管新生の機序の解明などに携わった。それなりに研究成果も出て論文にまとめることができた。やがて教授になってからは、多くの教室員に大学院に進学してもらい基礎研究を介して研究の進め方や考え方、論文作成法や学会での発表の仕方などを学んでもらった。このような過程はその個人にとり大きなstep-upの機会になったと思う。
さて、これから医学はどのように進むのであろう。私は21世紀後半には、予防医学、再生医療、宇宙医学が進歩すると予想している。一方で私が関わってきた泌尿器癌が完治するのはいつのことであろうか？ 2025年現在では早期癌はかなり治せるようになったが、転移癌の根治は未完である。泌尿器科領域において今後達成されるのは、診断では、例えば前立腺癌のPSMA-PETによる正確な腫瘍局在診断や病理・画像診断におけるAI利用であろう。また患者個々のゲノム解析により疾患の発生時期や程度の予測、さらには発症予防策が具体化するであろう。また治療に関しては、完全自動化ロボットでの手術や創薬技術の進歩による癌の生存率・ＱＯＬ向上であろう。そうなると医師が直接関与する領域は狭くなる可能性もある。
泌尿器科には癌以外にも多くの領域があり未解決課題も多い。また泌尿器科医が活躍する場は高齢化社会が進むほど増加する。私がこれからの泌尿器科に期待する事は、泌尿器科医個々が常に探求心を持って日々の診療にあたることである。そのことが泌尿器科力を押し上げる原動力になると信じている。皆様の頑張りに期待したい。

中川　昌之

（学歴）

昭和56年3月	熊本大学医学部医学科卒業
昭和63年3月	大分医科大学　大学院博士課程修了　医学博士

（職歴）

昭和56年 6 月	熊本大学附属病院泌尿器科研修医
昭和58年 6 月	大分医科大学泌尿器科助手
昭和63年 4 月	大分医科大学泌尿器科助手（大学院修了後復職）
平成 1 年 4 月	米国国立癌研究所（NCI）客員研究員（２年間）
平成 3 年 4 月	帰国後、大分医科大学泌尿器科助手復職
平成 4 年 1 月	大分医科大学泌尿器科講師
平成 8 年 5 月	大分医科大学泌尿器科助教授
平成11年11月	鹿児島大学医学部泌尿器科教授
平成15年 4 月	鹿児島大学大学院医歯学総合研究科　泌尿器科学分野教授
平成17年 4 月	鹿児島大学医学部・歯学部附属病院　病院長補佐（研究教育担当）
平成21年 4 月	鹿児島大学医学部・歯学部附属病院　病院長補佐（医療安全担当）
平成23年 4 月～	平成26年3月　鹿児島大学医学部・歯学部附属病院　副病院長
令和 3 年 3 月	退職
令和 3 年 4 月	鹿児島大学名誉教授
公益財団法人　慈愛会　今村総合病院泌尿器科顧問	

戻ガツオ-2

臨床研究における Real-World data の意義 ～多施設後ろ向き研究から分かったこと～

松山　豪泰

JA 山口厚生連長門総合病院

ランダム化臨床試験（以下 RCT）は、厳格なエントリー基準で選択された患者を無作為に割付比較するため治療効果や副作用などを厳密に比較検証できるため、evidenced-based medicine (EBM) の根幹を形成するスタンダードな方法である。しかし大規模な研究には多大なコストがかかるため資金力のある製薬メーカーまたはスポンサー主導の臨床試験にならざるを得ないこと、臨床医が知りたい比較試験でも製薬メーカーのメリットにならない試験は決して行われないこと、患者は厳しいエントリー基準をクリアしたチャンピオン症例であるため、一般臨床患者とは乖離していること、など多くの問題を抱えている。一方、Real-World data は RCT では除外される全身状態（以下 PS）患者を含み、投与量や投与間隔が主治医により決定されることなど実地医療に即したデータが得られ、限られた症例の RCT では過小評価されていた副作用が明らかになるなど多くのメリットがある。このような動きを受けて FDA は 2021 年に臨床症例レジストリーによるレアルワールドデータ集積の企業向けガイドラインを作成し、RCT に依存しない実臨床に即したエビデンスの創設を目指している。

本講演では著者が行ってきた多施設後ろ向き試験について紹介し、臨床研究における Real-World data の意義と限界について概説したい。

松山　豪泰

昭和 56 年　山口大学医学部卒業
同　62 年　山口大学大学院医学研究科博士課程修了
平成 4 年　スウエーデン王立カロリンスカ研究所留学、PhD 取得
同　8 年　山口赤十字病院泌尿器科　部長
同　13 年　山口大学医学部泌尿器科　助教授
同　20 年　山口大学大学院医学系研究科　泌尿器科学分野　教授
令和 4 年　JA 山口厚生連総合病院長、山口大学名誉教授

戻ガツオ-3

高知大学医学部泌尿器科学教室に在籍時の私の研究経験について

執印　太郎

医療法人社団巨樹の会　蒲田リハビリテーション病院

私は１９９５年１０月、阪神大震災発災の年に当時の高知医科大学に赴任し約２０年間、教授として在籍して活動した。当時、高知医科大学は開校後１７年という歴史の浅い新設医科大学の１つであり卒業生を輩出してまだ約１０年であった。当初は教育診療が中心であったが、数年経過して教室の若手医師とともにいろいろな分野で泌尿器科学の研究を開始した。その中で主なものは遺伝性に腎腫瘍を発症する von Hippel-Lindau 病の研究、膀胱がんの光力学診断の臨床治験、ラミニンガンマの膀胱がんの腫瘍マーカーとしての開発などを中心に解説する。これらの経験から西日本日泌尿器科学会、高知大学医学部に対して助言できることがあればお伝えしたい。

執印　太郎

日本泌尿器科学会、日本癌学会、日本人類遺伝学会、日本遺伝性腫瘍学会に所属して主に泌尿器癌の発生機構の研究や遺伝性腎臓がんを発症する von Hippel-Lindau 病などの国内調査、治療ガイドラインの策定の研究を行った。

脱藩企画

脱藩への道

脱藩 1　泌尿器科学の裾野と生理学

宮里　　実
琉球大学大学院医学研究科　システム生理学講座

脱藩 2　脱藩して見えた世界、そして遠くに見える故郷の山々

高橋　　聡
札幌医科大学医学部　感染制御・臨床検査医学講座

脱藩 3　排尿研究の誘い：私はなぜ薬理学講座へ移籍したのか？

齊藤　源顕
高知大学医学部　薬理学講座

脱藩 4　脱藩者のつぶやき　- 臨床薬理・看護教育者として -

柳田　俊彦
宮崎大学医学部　看護学科　臨床薬理

座長の言葉

脱藩への道

座長：柏木　英志（産業医科大学医学部　泌尿器科学講座）
小村　和正（川崎医科大学　泌尿器科学教室）

本セッションでは、泌尿器科医として臨床の最前線に立ちながら、その後、それぞれのタイミングで“脱藩”を決意され、基礎医学や教育の世界に飛び込まれた4名の先生方をお招きいたしました。現在では、薬理学、生理学、臨床薬理、感染制御といった各専門領域において、それぞれ教授としてご活躍されており、泌尿器科で培った視座や経験をもとに、新たな学問領域で独自の道を切り拓いてこられたエキスパートの先生方です。

泌尿器科学は、外科系でありながら幅広い疾患に向き合う総合的診療科であり、系統解剖・生理学・薬理学・微生物学といった基礎医学との親和性も高い領域です。本セッションでは、臨床の現場で芽生えた研究への関心や問題意識が、いかにして基礎研究のテーマとして結実していったのか、そして異分野での挑戦がいかに教育・研究・社会貢献へとつながっていったのかを、先生方それぞれの視点から語っていただきます。

臨床から基礎へ、そして教育へ――その歩みには、専門分野を超えて多くの医師や研究者に通ずる普遍的な問いが含まれています。今後、アカデミアでのキャリア形成を模索する若手医師にとって、本セッションは新たな学びのヒントや勇気を得る機会となるはずです。

臨床の道を出たからこそ見えてきた世界、出たからこそ気づいた泌尿器科学の価値。その知見と想いを存分に語っていただきます。二刀流を極められた講師陣のご講演は、若手泌尿器科医のみならず、キャリアの選択に思いを巡らせる中堅世代にとっても、今後の進路を見つめ直す“羅針盤”となるはずです。多くの皆様のご聴講をお待ちしております。

脱藩1

泌尿器科学の裾野と生理学

宮里　　実

琉球大学大学院　医学研究科　システム生理学講座

大会長の井上啓史教授からお話を頂いたとき、まず中学校時代貪り読んだ、司馬遼太郎の「竜馬がゆく」に思いを馳せた。鎖国中の日本は、藩が国のようなもので、重罪にあたる脱藩を犯してでも、新しい世界を見てみたいと思った坂本龍馬の行動力、人間的魅力に興奮した。

さて、奇しくも今回の企画は私の泌尿器科四半世紀を振り返ることとなった。医師になったのは平成5年（1993年）で、直ちに琉球大学の泌尿器科に入局した（当時小川由英教授）。10年を一括りに振り返ってみると、最初の10年は清瀬小児病院に始まり、臨床の鍛錬に没頭した。さて、次なる10年は臨床と排尿研究の二刀流で、ピッツバーグ大学泌尿器科へ留学の機会も得た。上司の吉村直樹教授の大ボスのde Groat教授から、孫世代の日本人留学生の中では（排尿研究のメッカでこれまで多くの泌尿器科医が留学）、「君が一番の業績だよ」と、大変ありがたい言葉を頂いた。40代は、十分な体力があり、外来、手術の臨床のdutyを終えて、夜半一気に原著論文を書き上げたこともあるし、一年に2－3報の英語論文の執筆も難なく熟した。ずっと泌尿器科医を続けることに何の疑問も感じていなかった。その頃は、大学院生の指導も行うようになっていたが、後輩たちも皆そのように思っていたようである。そういう中、TURP、ラパロと泌尿器科の黒船を追いかけ続けてきた私であったが、何故かロボットにはときめかなかった。均てん化した手術の伝導は私の役割ではないような気がしたのである。50歳を手前に一気に体力も衰え、臨床、研究の二刀流を中途半端で続けるか、臨床医、基礎研究、どちらが本当に続けたいか、日々自問自答することとなった。そのときに、ひょっこり舞い込んできた話が、生理学への道である。まさに晴天の霹靂、思いもしなかったことが、にわかに自分の中で大きくなっていった。泌尿器科学の根底にあるものってもしかして「生理学？」これが最終的にいきついた結論で、そう思ってからは早かった。26年間の泌尿器科生活を去り、平成31年（令和元年）に現職となった。今は、一ミリも後悔していない。「故郷は遠くに在りて思うもの」、むしろ遠くから泌尿器科を俯瞰し、なぜか泌尿器科医を続けることもできている。今は全国から集まる若い泌尿器科医の研究指導にやりがいを感じている。とにかく、泌尿器科の裾野は広いと思う次第である。

宮里　　実

1993年　琉球大学医学部医学科卒業
1993年　琉球大学医学部附属病院・泌尿器科・医員、東京都立清瀬小児病院・泌尿器科医師
2006～2008年　ピッツバーグ泌尿器科ポスドク
2009年　東北大学医学部・泌尿器科・助教
2015年　琉球大学大学院医学研究科　腎泌尿器外科学講座　准教授
2019年　琉球大学大学院医学研究科　システム生理学講座　教授　現職

脱藩2

脱藩して見えた世界、そして遠くに見える故郷の山々

高橋　　聡

札幌医科大学医学部　感染制御・臨床検査医学講座

2015年に泌尿器科学講座を“脱藩（出奔？）”して現在の役職に就き、現在に至っています。現在の職務を全うできているのも過去の泌尿器科の先生からのご指導のお陰と感謝しております。

熊本悦明教授、そして、塚本泰司教授時代、緑膿菌、腸球菌、MRSAなどの感染対策や臨床研究を感染症チームが進めており、また、泌尿器科医であった時に既に感染症専門医を取得しており、感染制御という領域に対する違和感は持っていませんでした。臨床検査については、もちろん、ほぼ素人ではありましたが、クラミジア・トラコマティスなど核酸増幅法検査については詳しく知っており、留学先でも当時実用化されたばかりのreal-time PCR法を利用した研究をさせていただいたので、この原理や利点・欠点を理解しておりました。当時は、これら一つ一つの点と点が、将来連結するとは想像しませんでしたが、結果としてそれぞれの経験や知識が結びつきました。

一診療科から中央部門に移ってみると、診療科横断的、また、部門横断的な対応が必要となる場面が多く、視野を広くせざるを得なくなりました。今まで見えていなかった世界が見えて、それはそれで脳が活性化します。そして、臨床検査という領域で、診療科の支援、その多くは陰ながらの支援ということになりますが、目立たず診療科を支えることで縁の下の力持ちの気分に浸ることができます。また、コロナ禍では、泌尿器科医かつ感染症専門医では、おそらくできなかったであろう、道内各地でのコロナ対策のお手伝いなどができました。泌尿器科学講座から移動して、地域医療への貢献ができていないと項垂れていたこともあり、本来地域医療とは縁遠い部門である感染制御部・検査部として地域医療への貢献ができたことは自分にとっては、水を得た魚の如くでした。

しかし、せっかく取得した一部の資格を更新できないことや、手術の話題になった時に、「故郷の山々」を思い返すことしかできないことに、一抹の寂しさを感じる時もあります。そのような時は、・・・諸々の仕事を片付けることにしています。

このような講演の機会が、日本泌尿器科学会からいつか声がかかるだろうと期待していたのですが、脱藩してようやく10年目にしてお声がけをいただきました。会長の井上啓史先生に深く感謝申し上げます。誠にありがとうございます。

高橋　　聡

1992年　札幌医科大学医学部医学科卒業
1992年　札幌医科大学医学部泌尿器科学講座
1997年　国立感染症研究所（協力研究員）
2002年　ワシントン大学（シアトル）医学部泌尿器科学講座（訪問研究員）
2006年　札幌医科大学医学部泌尿器科学講座講師
2014年　札幌医科大学医学部泌尿器科学講座准教授
2015年　札幌医科大学医学部感染制御・臨床検査医学講座教授
　　札幌医科大学附属病院検査部長・感染制御部長
2022年　札幌医科大学附属病院副院長
　　札幌医科大学附属病院地域医療研究教育センター長
　　札幌医科大学附属病院感染症医療教育・支援センター長
2023年　札幌医科大学附属病院画像診断センター長
2024年　札幌医科大学感染症医療教育・支援センター長
現在に至る

脱藩3

排尿研究の誘い：私はなぜ薬理学講座へ移籍したのか？

齊藤　源顕

高知大学医学部　薬理学講座

私は1991年に鳥取大学医学を卒業後、すぐに泌尿器科に入局したが、その頃は基礎研究者になるとは夢にも思っていませんでした。最初の転機は1993年に米国Yale大学泌尿器科に約4年間の研究留学の機会を得たことです。帰国後臨床と排尿研究を続けており、特に排尿の基礎研究ではそれなりの評価を受け臨床・研究共に充実した生活を送っていました。第二の転機は2004年、当時の分子薬理学分野・佐藤慶裕教授に排尿研究しかしないことを条件に腎泌尿器科分野から移動したことです。分子薬理学分野に移った後でも面白いように研究がヒットしました。その研究内容が評価され2013年から現職の高知大学医学部薬理学講座教授として更なる研究を行っています。私の大学人としての半生を振り返って見ますと、後悔しないように生きて来れたと感じています。しかし、このようなチャンスを掴むのには、人との縁を大切にし、常に他の人が思い付かないような発想でなぜ？？を大切にしてきたことが多いに役立っています。今回のシンポジウムではそれぞれの時代に出会った縁や研究の発想を披露させていただきたいと思います。

齊藤　源顕

1965年7月7日生
1985年4月　鳥取大学医学部入学
1991年5月　鳥取大学医学部附属病院医員（研修医）
1993年3月　米国Yale大学医学部泌尿器科(Postdoctoral Associate)
2004年1月　鳥取大学医学部附属病院講師・泌尿器科
2004年4月　鳥取大学医学部講師・病態解析医学講座分子薬理学分野
2008年4月　鳥取大学医学部准教授・病態解析医学講座分子薬理学分野
2013年4月　高知大学医学部教授・薬理学講座　現在に至る

脱藩4

脱藩者のつぶやき　- 臨床薬理・看護教育者として -

柳田　俊彦

宮崎大学医学部　看護学科　臨床薬理

1990 年に宮崎医科大学を卒業後、泌尿器科（当時：長田幸夫教授）に入局させていただいて 36 年となりました。実際に医局でお世話になったのは大学院修了までの 7 年間で、1997 年からは宮崎大学医学部薬理学において薬理学の基礎研究・教育に、2014 年からは看護学科臨床薬理において医･歯･薬･看護を対象とした臨床薬理学教育に携わっています。

泌尿器科医としての最初の研修先は、福岡県飯塚市にある総合せき損センターでした。わずか半年間でしたが、学究肌で人情味に厚い岩坪暎二先生の手厚いご指導のおかげで、臨床の楽しさ、研究の楽しさを教えていただきました。この時の経験が、大学院に進み研究を続けていくきっかけとなりました。

薬理学では、「Nav1.7Na チャネルの機能発現制御機構」や「神経系におけるインスリンシグナルの機能発現制御機構」「アドレノメデュリンの尿路生殖器における生理機能」などの基礎研究を行っていました。

現在は、臨床薬理学のアクティブラーニングとして「薬理学ロールプレイ」を考案し、2010 年以降、医学部 27 大学、歯学部 3 大学、薬学部 2 大学、看護 3 大学において実施の機会をいただいています。さらに最近は､医学部 2 大学での合同講義(高知大学 - 愛媛大学、愛知医科大学 - 藤田医科大学、山形大学 - 富山大学）や歯学部 2 大学での合同講義（日本歯科大学 - 九州歯科大学)、多職種連携教育としての医薬合同講義（徳島大学）や医看合同講義（宮崎大学、三重大学、北海道大学)、薬看合同講義（熊本大学 - 宮崎大学）など、さまざま取り組みを行っています。また、“薬物治療に強い看護師の育成”を目指して、看護師向けのより良い教材の開発などにも取り組んでいます。

看護で教育するようになり、自身が泌尿器科医であることのメリットを強く感じるようになりました。それは、泌尿器科が小児からお年寄りまでを対象とすること、生活管理・身体管理に欠かせない排泄、あるいは生殖に大きく関わる学問であることによります。シンポジウムでは、これまでの取り組みとあわせて、看護からみた泌尿器科についてもご紹介いたします。

柳田　俊彦

1990. 6　総合せき損センター 医員
1990.12　宮崎医科大学附属病院泌尿器科　研修医
1997. 4　宮崎医科大学 薬理学講座 助手
2008. 6　宮崎大学医学部 機能制御学講座 薬理学分野 准教授
2014. 1　宮崎大学医学部 看護学科 臨床薬理学 教授
　　看護学科長、附属病院臨床研究監査部長を兼任

シンポジウム 1

維新企画 1：前立腺肥大症の新しい手術療法

SY1-1 当院における経尿道的前立腺吊り上げ術の治療経験

井出　健弘
社会医療法人石川記念会　HITO 病院　泌尿器科

SY1-2 REZUM による経尿道的前立腺水蒸気治療（WAVE）の特徴と当院での治療成績

荒巻　和伸
地方独立行政法人　くらて病院　泌尿器科

SY1-3 Pressure Flow Study から診る接触式レーザー前立腺蒸散術（Contact Laser Vaporization of the Prostate: CVP）の治療効果 ―百花繚乱の低侵襲治療における位置付け―

藏野　吉隆
高知大学医学部附属病院　泌尿器科学講座

SY1-4 維新企画としての医療革新：前立腺肥大症治療の未来 ～短時間・低侵襲を実現する Thu-VAP の可能性～

藤川　愛子
白十字病院

SY1-5 Aquablation の現在地

宮内　聡秀
東京衛生アドベンチスト病院／東九州泌尿器科

座長の言葉

維新企画 1：前立腺肥大症の新しい手術療法

座長：羽賀　宣博（福岡大学医学部 腎泌尿器外科学講座）
和田耕一郎（島根大学医学部 泌尿器科学講座）

この度、第 77 回西日本泌尿器科学会総会のシンポジウム 1【維新企画：前立腺肥大症の新しい手術療法】において、島根大学の和田耕一郎先生と共に座長を仰せつかりました。本シンポジウムは、高知大学医学部 泌尿器科学講座 教授であり、同医学部長でもあられる井上啓史先生のご企画によるものです。大変光栄に存じます。

前立腺肥大症（BPH）に対する手術療法は、近年目覚ましい進化を遂げています。従来の経尿道的前立腺切除術（TURP）やホルミウムレーザー前立腺核出術（HoLEP）は今なおゴールドスタンダードである一方で、超高齢社会を見据えた、より低侵襲で個別性の高い新たな治療選択肢が続々と登場しています。まさに井上大会長が掲げる本総会テーマ「百花繚乱」の如く、BPH の手術治療の世界も多様性に富み、革新の時を迎えています。

開催地である高知県は、坂本龍馬をはじめとする幕末の志士を数多く輩出し、明治維新の胎動を支えた土地でもあります。この高知の地で、BPH の新しい手術療法について語り合うということは、「前立腺手術においても維新を起こしなさい」という井上先生からの静かな問いかけ、あるいはエールなのかもしれません。

本シンポジウムでは、以下の 5 つの最新モダリティに関して、各分野を代表する先生方よりご講演をいただきます：
・UroLift®（経尿道的前立腺つり上げ術）：HITO 病院　井出健弘先生
・REZUM®（経尿道的前立腺水蒸気治療）：くらて病院　荒巻和伸先生
・接触式レーザー前立腺蒸散術：高知大学　藏野吉隆先生
・ツリウムレーザー前立腺蒸散術：白十字病院　藤川愛子先生
・アクアブレーション治療：東京衛生アドベンチスト病院　宮内聡秀先生

いずれも、これからの時代を担う新たな選択肢です。治療の適応、成績、そして実際の手術におけるコツやピットフォールなど、現場を知るエキスパートの先生方より実践的なお話を伺える貴重な機会となるでしょう。「実際のところ、どの治療を選べば良いのか？」そんな疑問をお持ちの先生方も多いことと思います。本セッションが、その答えを見つける一助となり、明日からの診療に役立てていただければ幸いです。

SY1-1

当院における経尿道的前立腺吊り上げ術の治療経験

井出　健弘[1)]、澤田　貴虎[2)]、福本　哲也[2)]、三浦　徳宣[2)]、雑賀　隆史[2)]

1）社会医療法人石川記念会　HITO 病院　泌尿器科
2）愛媛大学医学部付属病院

前立腺肥大症に伴う排尿障害に対し、UroLift システムを用いた経尿道的前立腺吊り上げ術 (Prostatic urothral lift:PUL) が 2022 年 4 月に保険収載され、新たな低侵襲性の手術療法の一つと期待されている。

当院では 2023 年 6 月より PUL を導入し、腰椎麻酔下にて 41 例施行した。18 例が尿閉、23 例は排尿困難が主訴であった。患者年齢 75-100 歳、前立腺体積 30-90cc、前立腺膀胱内突出 (IPP)0-25mm、平均インプラント留置数 4.9 本 (2-8 本)、平均手術時間 22 分（9-40 分）、平均入院期間 4 日間、術後全例に尿道カテーテル留置し、抜去後カテーテルフリーとなった。術後合併症として血尿、精巣上体炎、2 例退院後に尿閉となりカテーテル再留置となった。

全身状態不良のため合併症リスクの高い症例、高齢、認知機能障害など、身体機能低下のリスクが高い症例でも比較的良好な経過が得られた。当院における経尿道的前立腺吊り上げ術の方法と治療成績について、若干の文献的考察を踏まえて報告する。

井出　健弘

川崎医科大学　2011 年卒業
愛媛大学泌尿器科講座　入局　2013 年
四国がんセンター　勤務
市立八幡浜総合病院　勤務
市立宇和島病院　勤務
松山赤十字病院　勤務
HITO 病院　2023 年～勤務　医長

SY1-2

REZUM による経尿道的前立腺水蒸気治療（WAVE）の特徴と当院での治療成績

荒巻　和伸、白水　誠弥、藤本　直浩

地方独立行政法人　くらて病院　泌尿器科

REZUM による経尿道的前立腺水蒸気治療（WAVE）は、その特色として基本的手技が簡便なため手術時間も短く、低侵襲な手術である。また比較的導入コストが安く、中葉肥大や大きな前立腺（80ml 以上）でも適応外ではない。その特徴から高齢者や合併症が多くて麻酔 risk の高い症例、あるいは抗凝固・血小板薬継続が望ましい症例などにも手術適応が広がる方法である。その特徴や当院での治療成績について述べる。

2024 年 5 月の第 1 症例の施行から 2025 年 5 月 14 日までに当院で治療を受けた 56 人

患者の平均年齢は 76 ± 8.6 歳（54 ～ 97 歳）、術前の前立腺の平均容積は 60.7 ± 33.3ml（16 ～ 167ml）、残尿量は平均 200 ± 210ml（10 ～ 1000ml）。膀胱カテーテル留置中の患者：18 人／ 56 人中、抗凝固・血小板剤内服は 14 人／ 56 人にてそのうち 6 例は休薬が困難にて継続して施行した。年齢補正チャールソン併存疾患指数（Age-adjusted Charlson Risk Index：ACCI）は平均 3.8 ± 1.5 であった。

術後 3 か月以上経過してかつ上記評価が可能であったのは 37 例であった。

IPSS：術前 21.1 ± 7.8 → 3 か月後 10.5 ± 6.7、QOL 術前 5 ± 0.9 → 3 か月後 2.6 ± 61.5、MFR：術前 9.5 ± 5.5ml ／ sec → 3 か月後 15.3 ± 10ml ／ sec、残尿量：術前 188 ± 194ml → 3 か月後 87 ± 84ml と改善を認めている。

当院でも超高齢者（≧ 85 歳）8 例及び ACCI ≧ 6 は 7 例、抗凝固・血小板剤継続で施行した症例が 6 例であったが、術後発熱の 1 例以外には Clavien-Dindo 2 以上の合併症は認めず安全に施行できた。

治療パラメーター（前立腺体積、前立腺部尿道長および蒸気注入回数）および術後のカテーテル留置期間、術前カテーテル留置例については留置フリー割合についても報告する予定である。

荒巻　和伸

平成 3 年　産業医科大卒業
平成 3 年～平成 5 年　産業医科大学病院にて研修
平成 5 年～平成 6 年　原三信病院泌尿器科に勤務
平成 6 年～平成 9 年　産業医科大学病院、三菱化学黒崎工場附属病院に勤務
平成 9 年 3 月～平成 30 年　徳山中央病院泌尿器科に勤務
令和 2 年 2 月　独立行政法人　くらて病院に勤務で現在に至る

SY1-3

Pressure Flow Study から診る接触式レーザー前立腺蒸散術（Contact Laser Vaporization of the Prostate: CVP）の治療効果 ―百花繚乱の低侵襲治療における位置付け―

藏野　吉隆[1)]、清水　信貴[2)]、井上　啓史[1, 2)]

1）高知大学医学部附属病院　泌尿器科学講座
2）高知大学医学部附属病院　骨盤機能センター

前立腺肥大症は高齢男性における代表的な下部尿路症状の原因であり、超高齢社会を迎えた日本においてその管理は一層の重要性を増している。従来、BPH に対する手術加療としては経尿道的前立腺切除術が標準治療として広く行われてきたが、術後出血や膀胱刺激症状、入院期間の延長などの課題が指摘されている。これに対し近年では様々な方法での手術アプローチが承認されており、中でも接触式レーザー前立腺蒸散術（Contact Laser Vaporization of the Prostate: CVP）は、出血リスクの軽減と短時間手術が可能な点で有用性が期待される。しかしながら、その臨床成績に関する報告は未だ限られており、特に排尿機能に対する影響を客観的に評価した研究は少ない。そこで本研究では、当院における CVP 施行例を対象に、術前後の Pressure Flow Study（PFS）による排尿動態解析を含めた治療成績を検討した。

2023 年 3 月から 2025 年 3 月までに当院で CVP を施行した 83 例の患者の内、手術前と術後 3 か月における PFS 所見の両方を得られた 39 例を後方視的に解析対象とした。平均年齢は 75.7 歳（± 6.3）であり、Twister 型ファイバーを 27 例、XCAVATOR 型を 12 例に使用した。平均手術時間は 88.4 分（± 39.6）、平均使用エネルギー量は 36.5kJ（± 18.8）であった。臨床評価は、術前および術後 1、3、6 か月において IPSS・QOL スコアを用いて自覚症状を評価し、他覚所見として Bladder Outlet Obstruction Index (BOOI)、Bladder Contractility Index (BCI)、Qmax、PdetQmax などを取得した。加えて、術後合併症についても記録・分析を行った。

平均前立腺体積は 65.4mL（± 28.6）であり、尿道カテーテル留置または自己導尿中の 5 例を除いた残尿量の平均は 144.9mL（± 126.4）、Qmax は 5.1ml ／ sec（± 3.6）であった。IPSS および QOL スコアは、術後 1 か月時点から有意な改善を認め、その傾向は 3 か月および 6 か月においても維持された。PFS においては、術後 3 か月時点で BOOI が有意に改善し、PdetQmax および Qmax にも改善が認められた。一方、BCI には有意な変化はみられず、他蓄尿機能に関する指標（初発尿意、通常尿意、最大膀胱容量）にも有意な変化はなかった。

本検討では CVP 施行例において排尿症状の主観的および客観的改善が認められ、特に BOOI や Qmax の有意な改善から、排尿障害に対する有効性が示唆された。
今回の検討を基に、多様化する BPH 手術における CVP の今後の在り方について考察する。

藏野　吉隆

2019 年 3 月　高知大学医学部卒業
2021 年 4 月　高知大学医学部附属病院泌尿器科学講座医員
2025 年 4 月　高知大学医学部附属病院泌尿器科学講座特任助教
　　高知大学医学部附属病院先端医療フェロー

SY1-4

維新企画としての医療革新：前立腺肥大症治療の未来 ～短時間・低侵襲を実現する Thu-VAP の可能性～

藤川　愛子[1)]、中谷　和貴[1)]、松尾　勇輝[1)]、阿部　裕典[1)]、吉田　一博[1)]、
立花　昌寛[2)]、江本　大紀[2)]、冨永　光将[2)]、青柳　力夫[2)]、郡家　直敬[2)]、
宮﨑　　健[2)]、岡部　　雄[2)]、松岡　和福[3)]、森　　直樹[3)]、羽賀　宣博[2)]

1）白十字病院
2）福岡大学病院　腎泌尿器外科学講座
3）田川市立病院　泌尿器科

日本は超高齢社会を迎え、前立腺肥大症（BPH）の患者数は、今後さらに増加が予想される。薬物療法が無効な場合、外科的治療が選択され、これまで経尿道的前立腺切除術（TURP）が広く行われてきた。しかし、TURP は出血リスクを伴うことが課題として挙げられる。これに対し、最新の治療法である Thu-VAP（Thulium Vaporization of the Prostate）は、ツリウムレーザーを使用して前立腺の組織を蒸散させる治療法である。レーザー技術により、組織を効率的に蒸散させるとともに血管を同時に凝固させることができるため、TURP と比較して、出血量の減少と術後カテーテル留置期間が短縮され、早期離床が可能となる。さらに、Thu-VAP は抗血栓薬を服用している患者にも適応可能であり、高齢者や併存疾患を有する患者にとって非常に有益である。

当施設でも 2019 年より Thu-VAP を導入し、2025 年まで 237 例実施している。安全性に関しては、抗血栓薬継続群（n=25）の術後の Hb の変化値は -0.9 ± 0.8 g／dL であり、抗血栓薬非継続群（n=209）の - 1.1 ± 1.0 g／dL と比較して有意差を認めなかった（p = 0.73）。また、治療効果に関しては、術前に尿閉を認めた 129 例における術後のカテーテルフリー率は 95%であり、多くの症例で排尿自立が得られた。さらに、尿流測定上は、術前の最大尿流率（Qmax）は 3.8 ± 5.6 mL／s から術後 17.2 ± 10.9 mL／s へと有意な改善を認めた（p = 0.04）。

また、Thu-VAP は、比較的短時間で手術が終了するため、医師の業務の負担軽減にもつながると思われる。当施設でも、平均手術時間は、106 ± 41 分であった。したがって、限られた時間内で手術を終了させることができ、術後出血等のトラブルも少ないため、子育て中などの時短勤務の医師にとっても非常に有効な治療法である。このように Thu-VAP は、医師のワークライフバランスの向上にも寄与し、質の高い医療が提供可能となる。

今後の BPH の外科治療における医療革新は、患者満足度の向上のみならず、医師の業務の効率化と併せて進化していく必要がある。Thu-VAP は、その進化の一翼を担い、BPH 治療における新たな標準治療として広く普及することが期待される。

藤川　愛子

2019 年　佐賀大学 医学部 卒業
所属学会：日本泌尿器科学会、排尿泌尿器科学会、日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会

SY1-5

Aquablation の現在地

宮内　聡秀[1, 2)]、加藤　大貴[1)]

1）東京衛生アドベンチスト病院
2）東九州泌尿器科

前立腺肥大症（BPH）に対する外科的治療は、経尿道的前立腺切除術（TURP）に始まり、HoLEP、TUEB、ThuLEP である核出術、PVP、CVP、ThuVAP などのレーザー蒸散手術や、Rezum や UroLift といった低侵襲手技（MIST）の導入により多様化している。これらの術式はいずれも一定の有効性を有するものの、前立腺サイズや形状、術者の技量によって治療成績にばらつきが生じる。また、手術時間の延長、術後合併症、尿失禁や性機能への影響といった課題も指摘されている。こうした背景を受け、Aquablation は高い治療均質性と短い学習曲線を活かし、これらの課題に対する新たな選択肢として注目されている。

Aquablation は、非熱性の高圧水流を用いたロボティック手術であり、術者が立案した切除計画に基づきロボットが前立腺組織を自動的に切除する革新的技術である。2023 年に本邦で保険収載され、当院を含む複数施設で導入が進んでいる。これまでの前立腺手術と比較して術者依存性が低く、再現性が高く、若手医師の習得にも適している。

さらに、手術時間が前立腺サイズに影響されにくく、止血技術（Focal Bladder Neck Cautery：FBNC）の進化により輸血率も低下し、尿禁制と性機能の温存にも優れているとされている。WATER、WATER II、OPEN WATER といった国際臨床試験では、排尿症状、QOL、Qmax、残尿量などの指標が長期間にわたり改善し、射精・勃起機能の維持にも良好な結果を示している。近年では、HoLEP との多施設共同前向き比較研究である WATER III 試験の中間解析が報告され、Aquablation は排尿症状改善において HoLEP と同等、尿失禁と性機能温存では優れる可能性が示唆された。

なお、本術式の適正使用指針としては、「前立腺体積 50mL 以上かつ手術時間の延長が予測され、周術期リスクの上昇が見込まれる患者」が対象であり、「活動性感染症の存在」「抗凝固･抗血小板薬の中止が困難」「前立腺癌が疑われる症例」などは除外条件とされている。

本講演では、Aquablation の基本的な手技や適応の整理に加え、最新の臨床エビデンスと当院における実践例を通じて、本術式の現在地と今後の展望について概説したい。

宮内　聡秀

2003 年
大分医科大学（現大分大学）医学部卒業
九州大学医学部泌尿器科学教室入局
九州大学医学部付属病院勤務
2005 年
大分泌尿器科病院勤務
2008 年
日本泌尿器科学会専門医取得
2014 年
第 28 回日本泌尿器内視鏡学会総会
Young Endourologist Award
2016 年
The best of AUA webinar series top experts
2018 年 4 月
大分泌尿器科病院　院長
2024 年 6 月
大分泌尿器科病院　特別顧問
2025 年 4 月
東京衛生アドベンチスト病院　泌尿器科　Senior Executive Adviser
2025 年 8 月
東九州泌尿器科　院長

シンポジウム２

維新企画２：小児泌尿器科の新しい手術療法

SY2-1　先天性腎盂尿管移行部通過障害に対するロボット支援腎盂形成術

波越　朋也
高知大学医学部　泌尿器科学講座

SY2-2　小児 VUR に対する低侵襲手術の現状と展望：腹腔鏡・ロボット支援手術を中心に

東武　昇平
佐賀大学医学部　泌尿器科学講座

SY2-3　小児尿失禁治療の今とこれから

里地　　葉
熊本市民病院　泌尿器科

SY2-4　腹腔内停留精巣の外科的治療

井手迫俊彦
済生会川内病院　泌尿器科・小児泌尿器科

SY2-5　将来の父性獲得から見た小児泌尿器科手術

時高　智志
山口大学大学院医学系研究科　泌尿器科学講座

座長の言葉

維新企画２：小児泌尿器科の新しい手術療法

座長：野口　　満（佐賀大学医学部　泌尿器科学講座）
白石　晃司（山口大学大学院医学系研究科　泌尿器科学講座）

近年、ロボット支援手術の導入は泌尿器科手術全体に劇的な変革をもたらしており、小児領域においてもその波は確実に広がりつつあります。本シンポジウムでは、小児泌尿器科における代表的疾患を取り上げ、最新の低侵襲手術の現状と展望および私たちが行っている手術の成績や意義について議論します。

膀胱尿管逆流症に対する膀胱尿管逆流症に対する気膀胱下手術、ロボット支援下膀胱尿管逆流防止術、先天性腎盂尿管移行部通過障害に対するロボット支援腎盂形成術、さらに非触知精巣に対する外科的治療、正確なウロダイナミクスの理解の上に成り立つ尿失禁に対する治療戦略といったトピックは、まさに泌尿器科の各サブスペシャリティを広く包含しており、小児泌尿器科が「泌尿器科の縮図」であることを再認識させられます。また、将来の父性獲得といったライフステージを見据えた視点も重要性を増しており、小児期の手術が将来の QOL にどのような影響を与えるかという観点も欠かせません。今回は取り上げていないものの、Wilms 腫瘍をはじめとする小児泌尿器悪性腫瘍、性分化異常症なども含め、小児泌尿器科は今後ますます広がりと深みを持つ分野となっていくことは間違いありません。

本シンポジウムが、すべての泌尿器科医にとって小児泌尿器科に関する最新知見を共有する場となるとともに、この領域に興味を持つ若手泌尿器科医が新たに志する機会となることを心より願っております。

SY2-1

先天性腎盂尿管移行部通過障害に対するロボット支援腎盂形成術

波越　朋也[1)]、深田　　聡[1)]、辛島　　尚[2)]、井上　啓史[1)]

１）高知大学医学部　泌尿器科学講座
２）高知県立あき総合病院

成人に対する泌尿器科領域の手術は、手術機器の進歩とともに、他科と比較しても内視鏡手術が開腹手術を凌駕している。先天性腎盂尿管移行部通過障害に対する手術も、1930-40年代に報告されたY-V形成法やAnderson-Hynes法などの開腹腎盂形成術に始まり、1993年にSchuesslerらが腹腔鏡下腎盂形成術（laparoscopic pyeloplasty: LPP）を報告して以降、急速に内視鏡手術時代に突入した。LPPは、術後疼痛の軽減、入院期間の短縮、整容性に優れるという利点をもちながら、手術成績も開腹腎盂形成術と同等であり、開腹手術に代わる低侵襲手術として注目された。しかし、体腔内縫合操作の難しさから、ラーニングカーブが長く、施行できる施設、指導できる術者が限られるという欠点があった。

その欠点を補うべく、ロボット支援腎盂形成術（robot-assisted pyeloplasty: RAPP）が2002年にGettmanらによって初めて報告された。RAPPの登場で、LPPと比較し、高解像度3Dカメラによる良好な術野の確保、手振れ防止機構、自由度の高いアームなどにより、正確な体腔内縫合操作が可能となった。また手術成績も開腹腎盂形成術、LPPと同等であり、本邦においても、2020年にRAPPが保険収載された。

高知大学医学部附属病院においても、これまでのロボット支援手術の経験を活かし、2022年6月にRAPPを導入し、2025年3月までに12例の成人例に対して施行した。また2025年5月に、初めて小児例（12歳、男児）に対するRAPPを施行した。小児例を含め全例で大きな合併症なく経過しており、術後経過は良好である。

泌尿器科領域のロボット支援手術は成人例においては幅広く普及しているが、小児例に対しては施行している施設がまだまだ限られている。今回、私たちが成人例から小児例を導入した経験をもとに、今後小児例に対するRAPPの導入を試みている施設へ向けて、小児例の特徴や留意点について述べさせて頂き、RAPPの幅広い普及に役立てたいと考えている。

波越　朋也

2010年　高知大学医学部卒業
2012年　高知大学医学部附属病院　泌尿器科　医員
2015年　高知県立幡多けんみん病院　泌尿器科　主査
2017年　高知大学医学部附属病院　泌尿器科　助教
2018年　兵庫県立こども病院　泌尿器科　医長
2020年　高知大学医学部附属病院　泌尿器科　特任助教
2024年　高知大学医学部付属病院　泌尿器科　助教

SY2-2

小児 VUR に対する低侵襲手術の現状と展望：腹腔鏡・ロボット支援手術を中心に

東武　昇平、野口　　満
佐賀大学医学部　泌尿器科学講座

膀胱尿管逆流症（VUR）に対する外科的治療は、従来の開腹術から低侵襲手術への移行が進んでおり、近年では腹腔鏡下手術およびロボット支援下手術が新たな選択肢として注目されている。小児泌尿器領域におけるこれらの技術は、創部の小ささ、術後疼痛の軽減、早期回復といった利点を有する一方で、導入には解剖学的理解と技術的習熟が求められる。

腹腔鏡下膀胱尿管逆流防止術は、膀胱内（intravesical）または膀胱外（extravesical）アプローチにより施行される。術式の選択は、VUR の重症度、患者の年齢、ならびに解剖学的背景を考慮して行われるが、特に膀胱外アプローチにおいては術後の排尿障害リスクを念頭に置いた判断が重要である。

一方、ロボット支援下手術は、術者の操作性向上や三次元視野による精緻な剥離・縫合操作を可能とし、腹腔鏡下手術と比較して学習曲線の短縮が期待される。現在、Da Vinci システムを用いた膀胱外アプローチが主流となっており、米国を中心に良好な成績が多数報告されている。しかしながら、本邦においては小児 VUR に対するロボット支援手術は未だ保険収載の対象外であり、臨床応用には制度的課題も残されている。

本講演では、当院における腹腔鏡下手術の症例経験をもとに、術式の実際と適応、術後成績、合併症、ならびに国内外のエビデンスを概説する。さらに、技術導入時の課題、チーム形成の在り方、術者教育の側面にも言及し、小児 VUR 手術における低侵襲アプローチの現状と今後の展望について考察したい。

東武　昇平

2001 年 3 月　長崎大学医学部卒業
2012 年 4 月　佐賀大学病院泌尿器科助教
2014 年 8 月　佐賀大学病院泌尿器科講師
2018 年 9 月　佐賀大学病院泌尿器科准教授

SY2-3

小児尿失禁治療の今とこれから

里地　　葉

熊本市民病院　泌尿器科

日常診療で遭遇する小児患者の尿失禁に対する診断法と治療に関して関して解説する。特に治療に関しては、諸外国で報告があるものの本邦では保健適用外である場合もあり、今後の展望を含めて述べたい。

実際の診察では詳細な問診に加え、外陰部の評価が重要である。男児であれば包茎の状態を確認する。女児では明らかな尿道口や外陰部の形成不全がないか、陰唇癒着はないかをみる。また仙骨部に dimple と呼ばれるへこみや皮膚異常がないかを確認する。

小児の尿失禁に対する治療の第一選択肢はウロセラピーである。器質的な基礎疾患がなく、ウロセラピーで症状の改善がない場合には薬物療法が施行される。抗コリン薬は本邦では添付文書上「小児に対する安全性は確立されていない」と記載されているが、海外で有効性と安全性に関する良好な成績が報告されていることから、過活動膀胱診療ガイドラインではプロピベリン、トルテロジン、ソリフェナシン、フェソテロジンが推奨グレードＢに分類されている。なお、海外では β 3 受容体作動薬の小児頻尿症や尿失禁に対する良好な効果が報告されているが、日本のガイドライン上は推奨グレード保留となっている。

器質的な基礎疾患がある場合には、手術療法が行われる。後部尿道弁に対する経尿道的尿道切開術や、潜在性二分脊椎症における係留解除術などがある。神経因性下部尿路機能障害や総排泄腔遺残の患者では、膀胱拡大術や腹壁導尿路造設とともに、尿失禁防止術を行うことが一つの選択肢となる。また難治性の小児過活動膀胱に対する治療法として、海外では仙骨神経刺激療法とボツリヌス毒素膀胱壁内注入療法の有効性が示されている。仙骨神経刺激療法は本邦では「自ら送信機を使用することで過活動膀胱に対するコントロールを行う意思がある患者」に対して施行し、かつ関連学会の指針に沿って行うように明記されているため注意が必要である。またボツリヌス毒素は神経因性下部尿路機能障害における高圧膀胱に対しての治療効果が期待されるが、製剤情報に「下肢痙縮と斜視以外の用法での小児を対象とする臨床試験は実施していない」とあるため、本邦では一般的には 15 歳以降で施行されている。

小児尿失禁の治療には今後保健適用の拡大が期待されるものも多くあり、このシンポジウムで知識をブラッシュアップさせておきたい。

里地　　葉

2003 年　信州大学医学部医学科　卒業
2003 年 5 月 -2011 年 3 月　熊本大学大学院生命科学研究部泌尿器病態学分野
2011 年 4 月 -2015 年 6 月　熊本市民病院　泌尿器科　医員
2015 年 7 月 -2018 年 3 月　医療法人社団　英山会　平山泌尿器科医院　副院長
2018 年 4 月 -2020 年 3 月　佐賀大学医学部泌尿器科学講座　助教
2020 年 4 月 -2024 年 3 月　熊本市民病院　泌尿器科　医長
2024 年 4 月 - 現在　　熊本市民病院　泌尿器科　部長

SY2-4

腹腔内停留精巣の外科的治療

井手迫俊彦

済生会川内病院　泌尿器科・小児泌尿器科

停留精巣の外科的治療において、触知精巣に対する鼠径もしくは陰嚢アプローチの開放手術が一般的であるのに対して、腹腔内精巣については様々な術式が行われ、最適な外科的治療について未だ議論の余地がある。

腹腔内精巣の外科的治療における最大の問題点は、精巣を陰嚢内に下降させるうえで生じる精巣血管の緊張である。術式の多くは腹腔鏡下に行われるが、腹腔鏡下１期的精巣固定術、Shehata 法、開放手術である Jones 法などの精巣血管を温存する術式と、Fowler-Stephens 法や testicular auto-transplantation などの精巣血管を切断する術式に分けられる。また、精巣の下降ルートについても、解剖学的に最も自然な鼠径管ルート以外に、腹腔内から陰嚢までより短い距離のルートとして、臍動脈の内側、外側、または臍動脈を切断するルートが報告されている。

これまで手術の成否は、主に術後の精巣サイズ、位置により評価されているが、それらに影響を及ぼしうる因子として、精巣の血流や温度、精巣血管の緊張が挙げられる。腹腔鏡下１期的精巣固定術と Fowler-Stephens 法との比較については、精巣血管を温存する方が精巣の萎縮率が低く、術後の精巣位置も問題なかったとする報告がある一方で、両者において精巣の萎縮率は同等であったものの、温存する術式では術後の精巣位置が十分に下降できなかったとする報告もある。Fowler-Stephens 法における新たな精巣血流温存の手法として、精巣導体温存の有効性が報告されている。精巣下降ルート別の術後の精巣温度についての報告があり、Fowler-Stephens 法において鼠径管ルートの症例で有意に低かったと報告されている。精巣血管温存の新たな術式として、腹腔鏡下に精巣血管を伸展させ２期的に陰嚢内へ下降させる Shehata 法の有用性も報告されている。

本講演では、腹腔内停留精巣の外科的治療に関する近年の話題として、主に上記に関する文献的知見を中心に概説します。

井手迫俊彦

2000 年 3 月　鹿児島大学医学部卒業　　5 月　鹿児島大学泌尿器科入局
2009 年 4 月　2010 年 6 月　大阪府立母子保健総合医療センター泌尿器科
2010 年 7 月　2019 年 3 月　鹿児島大学病院泌尿器科助教
2019 年 4 月　　済生会川内病院泌尿器科・小児泌尿器科主任部長

SY2-5

将来の父性獲得から見た小児泌尿器科手術

時高　智志、白石　晃司
山口大学大学院医学系研究科　泌尿器科学講座

小児泌尿器科疾患に対する外科的治療の目的は解剖学的・機能的修復のみならず、将来の生殖機能の獲得すなわち父性の獲得も目標の１つである。代表的かつ比較的症例数の多い小泌尿器科疾患である停留精巣、精索静脈瘤、尿道下裂の３疾患に焦点を当てて最新の治療ガイドラインや文献的知見および自験例を踏まえ、それぞれの疾患に対する治療が父性の獲得にどのように影響するかを考察する。

停留精巣について、2024 年に改定された第２版診療ガイドラインの変更点を振り返る。特筆すべきは早期の治療介入の重要性が強調され「生後６か月時点で精巣が陰嚢内に存在しない場合には、その後速やかに泌尿器科専門医を紹介し、原則として１歳までの手術を目指す」と記載されたことである。精巣固定術後の精巣発育と男性不妊外来における停留精巣と言う観点から自施設でのデータを用いて検討する。精索静脈瘤については、思春期以降の男子における治療の標準化が進む一方で、将来の精子形成能への影響を考慮した介入時期の検討が重要である。ガイドラインに準じた治療適応と術式の要点を整理したうえで、早期治療介入の是非について自施設のデータを用いて検討する。尿道下裂については、術後の性機能や妊孕性に関する文献的レビューを行う。近年の多施設研究では性交渉開始率や結婚率、父性の獲得率において一般人口との差は小さいとされる一方で、再手術歴がある症例では射精障害や精液排出異常といった機能的問題を抱える割合が高いことが報告されている。尿道形成術の術式と陰茎長に関しては、尿道板温存よりも切除した方が、また１期手術よりも２期手術の方が長い傾向にある。さらに術後合併症や再手術が将来的な妊孕性に影響を与える可能性が示唆されている。

これらの疾患に関しては長期予後の評価と適切なフォローアップが今後の課題である。私たちはそれぞれの症例において、小児期から移行期医療さらには成人期、男性更年期に至るまで一連の lineage として診療できる体制を ”Pediatric Andrology” として拡充していきたいと考えている。

時高　智志

2020 年　山口大学医学部泌尿器科学講座　入局
2024 年　日本泌尿器科学会専門医

シンポジウム 3

維新企画 3：腹腔鏡手術・ロボット手術の新しい手術療法

SY3-1　HINOTORI による仙骨膣固定術の実践と発展

福本　哲也
愛媛大学医学部　泌尿器科

SY3-2　Hugo RAS system を用いた腎尿管全摘除術

森實　修一
鳥取大学医学部　器官制御外科学講座　腎泌尿器学分野

SY3-3　ロボット腎移植

荒木　元朗
岡山大学学術研究院医歯薬学域　腎泌尿器科学

SY3-4　日本初のロボット支援被膜下前立腺腺腫核出術（RASP）の施行経験とその有用性

北野　弘之
広島大学大学院　医系科学研究科　腎泌尿器科学

座長の言葉

維新企画３：腹腔鏡手術・ロボット手術の新しい手術療法

座長：雑賀　隆史（愛媛大学大学院医学系研究科　泌尿器科学講座）
日向　信之（広島大学大学院医系科学研究科　腎泌尿器科学）

本邦泌尿器科において、ロボット手術は da Vinci S による前立腺根治術から始まり、この15年間で広く普及してきた。この間に膀胱全摘除、腎部分切除、根治的腎摘除、腎尿管全摘除、副腎摘除、腎盂形成や仙骨膣固定などに適応は広がり、新しい platform も参入してきている。本シンポジウムでは維新企画としてこれらの新しい組み合わせや術式について4名のエキスパートから最新の取り組みを紹介いただく。

まず新 platform の評価と可能性を明らかにするために、愛媛大学の福本先生から新規 platform として hinotori をもちいた仙骨膣固定術の経験をもとに多角的視点から評価と今後の可能性への提言をいただく。さらに、鳥取大学の森實先生からは新しい platform として Hugo RAS をもちいた腎尿管全摘除の経験から新 platform の評価とセッティングのポイントを解説いただく。

新術式への展開として、岡山大学の荒木先生からはロボットによる自家腎移植の経験をもとに、本邦における腎移植レシピエント手術への展開を解説いただく。また、広島大学の北野先生からはロボット支援被膜下前立腺腺腫核出術の経験から本邦における前立腺肥大症手術への展開を報告いただく。

これらの講演とそれに続く討論により、今後のロボット手術の新展開を明らかにしていきたい。

SY3-1

HINOTORIによる仙骨膣固定術の実践と発展

福本　哲也、宍戸　謙輔、坂本　みき、信森　祥太、澤田　貴虎、新井　欧介、
大西　智也、渡辺　隆太、西村　謙一、三浦　徳宣、宮内　勇貴、菊川　忠彦、
雜賀　隆史

愛媛大学医学部　泌尿器科

ロボット支援手術の登場以来、消化器外科、泌尿器科、婦人科領域を中心に世界的に普及し、従来の腹腔鏡手術では困難とされていた高難度手術にも適用が広がっている。その中で骨盤臓器脱（pelvic organ prolapse：POP）に対する仙骨膣固定術（sacrocolpopexy）は、細かな剥離と多数の縫合が求められる術式であり、ロボット支援手術の有用性が高いと考えられている。

現在、国内におけるロボット支援手術の主流はda Vinciシステムであり、全体の約90%を占める。一方で、国産ロボットであるHINOTORIは約10%、Medtronic社製のHugoは約2%のシェアとなっている。HINOTORIは、主に日本国内で開発・普及が進められており、海外展開は、東アジアの数施設にとどまっている。しかしながら、国内開発ならではの特長として、術者要望を迅速に反映できる柔軟な開発体制や、トラブル発生時の早期対応、アップデートのスピードなどが挙げられる。

本術式におけるHINOTORIの長所は、①緊急時の術者離脱が容易であること、②ドッキング後の周辺空間が広いこと、③システムの頻繁な更新による機能向上が期待できる点である。これまでに行われたの改良は、ハンドクラッチ機能の改良、鋏に対するアシスト機能の追加、3Dビューアの視認性改善など、着実にユーザビリティの向上が図られている。一方､HINOTORIにはいくつかの課題が存在する。ポートが腹壁に固定されていないため、操作時に揺れが生じやすく、特に近接視野下で顕著となる。また、da Vinciと比べ、インストゥルメントの種類が少ないために限られた機能の中での工夫が必要となる。

我々はこれまでにHINOTORIによるロボット支援仙骨膣固定術（h-RSC）を41例施行しており、その有用性と安全性を検討し報告してきた。さらに術式に改善として、骨盤内の各コンパートメント障害を的確に診断した上で、前膣壁・後膣壁固定に加え、直腸脱を合併する症例に対しては直腸固定術を併用するなど、個別化した術式選択を実施している。

本シンポジウムでは、HINOTORI導入以降の実臨床における経験を基に、他のロボットシステム（da VinciやHugo）との比較や、術中トラブル対応、手術教育の現状など、多角的視点から本ロボットシステムの強みと改善点を報告する。国内産ロボットとしての今後の可能性を提示し、術者と患者の双方にとってより良い手術支援システムの構築を目指す。

福本　哲也

平成１５年３月　愛媛大学医学部卒業
平成１５年５月　愛媛大学医学部泌尿器科入局
平成１６年７月　済生会今治病院
平成１９年４月　松山市民病院
平成２２年４月　愛媛大学医学部泌尿器科 助教
平成２５年４月　倉敷中央病院泌尿器科　医長
平成２７年４月　愛媛大学医学部泌尿器科　助教　現在に至る

SY3-2

Hugo RAS system を用いた腎尿管全摘除術

森實　修一、武中　　篤

鳥取大学医学部　器官制御外科学講座　腎泌尿器学分野

ロボット支援腎尿管全摘除術（RANU）は2022年に保険収載され、本邦においても広く実施されるようになってきた。本術式の対象臓器である腎・尿管は腹腔内に頭尾方向へ広がって存在するため、腎摘除術や前立腺全摘除術と比較して、手術操作中の鉗子やアーム同士の干渉が多くなる傾向にある。そのため、泌尿器科領域のロボット支援手術の中でも、RANUにおけるポート配置およびアームセッティングの重要性は特に高い。従来の腹腔鏡下腎尿管全摘除術と比較して、RANUでは腎摘除術や膀胱カフ切除がより安全に行え、さらにリンパ節郭清も積極的に実施可能であるとの報告が散見される。しかし、これらの報告の多くはda Vinciサージカルシステムによるものであり、新規機種を用いたRANUに関する報告は依然として少ないのが現状である。現在、本邦ではda Vinciに加え、hinotori、Hugo RAS system、Saroaなど複数の手術支援ロボットが使用可能であり、それぞれの機種特性を理解したうえで最適なセッティングが求められている。なかでもHugo RAS systemは、4本の独立したアームカートで構成されている点が特徴的で、従来機種とは異なるポート配置が必要となるが、その文献的報告は乏しい。当院ではこれまでのda Vinciやhinotoriを用いたRANUの経験を活かし、HugoによるRANUを本邦で初めて安全に臨床導入した。経腹膜アプローチにおける導入では、ドライボックスやブタモデルによる十分なトレーニングを経て実施した。HinotoriによるRANUの導入時も同様であったが、ポート配置に関する報告がない中での未経験術式導入には、より綿密な準備が必要であった。さらに、後腹膜アプローチでのHugoによるRANU導入に際してはキャダバーを用いた術前検証を行い、安全な臨床導入を実現した。本講演では、HugoによるRANU導入における準備過程や課題、現在のポート配置およびアームセッティングの工夫について述べるとともに、手術動画を供覧しながらHugoによるRANUのポイントを概説する。

森實　修一

平成13年３月　鳥取大学医学部医学科　　卒業
平成17年８月　鳥取大学医学部附属病院　助手（泌尿器科）
平成28年５月　鳥取大学医学部附属病院　講師（泌尿器科）
令和５年11月　鳥取大学医学部附属病院　准教授（泌尿器科）
令和６年１月　Department of Urology, A.T.L.A.S (Applied Technology Laboratory for Advanced Surgery) Program, Roswell Park Comprehensive Cancer Center, Buffalo, NY, USA（research fellow）
令和７年４月　鳥取大学医学部附属病院　科長　併任（泌尿器科）

SY3-3

ロボット腎移植

荒木　元朗、西村　慎吾、関戸　崇了、坪井　一朗、吉永　香澄、丸山　雄樹、
光井　洋介、山野井友昭、河田　達志、定平　卓也、富永　悠介、岩田　健宏、
片山　　聡、別宮　謙介、枝村　康平

岡山大学学術研究院医歯薬学域　腎泌尿器科学

腎移植におけるロボット支援手術の有用性は海外で報告されているが、本邦では生体ドナー腎摘除に腹腔鏡下手術が普及している一方、ロボット手術の導入は遅れており、レシピエント手術では依然として開放手術が主流である。本邦では約９割が生体腎移植であり、安全かつ確実、低侵襲に腎採取を行うことが重要である。この観点から、3D 拡大視野や精緻な操作性、低侵襲性を兼ね備えたロボット手術はドナー腎摘において有用である。またレシピエント側でも、血管・尿路吻合においてロボットの優れた縫合性能が活かされる。さらに、従来の Gibson 切開ではなく、Pfannenstiel 切開や経膣的移植腎挿入により創部の審美性が向上し、小児や女性にとって大きな利点となる。特に小児では目立つ傷が精神的負担やいじめの原因となる場合もある。岡山大学腎泌尿器科ではヨーロッパ・アジアで初となるロボット自家腎移植を実施し、安全性と有効性を確認した。ロボット手術は習得が比較的容易であり、今後の普及に向けた利点も多い。海外ではすでに一般的となっているロボット腎移植が日本で受けられない現状を変える必要がある。今後は本邦におけるロボット腎移植の標準化と適応拡大に向けた取り組みが求められる。

荒木　元朗

1998 年　岡山大学医学部　卒業
2001 年　東京女子医科大学泌尿器科　腎移植フェロー
2002 年　岡山大学大学院医学研究科（泌尿器科学専攻）修了
2002 年　米国クリーブランドクリニック　リサーチフェロー
2005 年　米国マイアミ大学　臨床フェロー
2007 年　岡山大学病院泌尿器科　助教
2012 年　同　講師
2021 年　岡山大学学術研究院医歯薬学域泌尿器病態学　准教授
2022 年　同　腎泌尿器科学　教授

SY3-4

日本初のロボット支援被膜下前立腺腺腫核出術（RASP）の施行経験とその有用性

北野　弘之、日向　信之

広島大学大学院　医系科学研究科　腎泌尿器科学

近年、MIST（Minimally Invasive Surgical Therapy）に代表される低侵襲外科治療の進歩により、前立腺肥大症に対する外科的治療選択肢は多様化している。本邦の「男性下部尿路症状・前立腺肥大症診療ガイドライン」では、前立腺体積が 80 mL を超える良性前立腺肥大症（BPH）に対し、被膜下前立腺腺腫核出術、経尿道的前立腺切除術（TURP）、ホルミウムレーザー前立腺核出術（HoLEP）、選択的前立腺光蒸散術（PVP）、バイポーラによる経尿道的核出術、ツリウムレーザー前立腺切除術、Aquablation などが推奨されている。一方、米国泌尿器科学会（AUA）のガイドラインでは、80 mL を超える大きな前立腺に対して、開放単純前立腺摘除術（OSP）、腹腔鏡下単純前立腺摘除術（LSP）、ロボット支援下被膜下前立腺腺腫核出術（RASP）に加え、HoLEP やツリウムレーザー核出術が推奨されている。

本邦においては多数の選択肢が示されているものの、現時点で保険収載されている被膜下前立腺腺腫核出術は開放手術のみである。しかし、ロボット手術の技術進歩に伴い、RASP の有用性と安全性が注目されている。

当院では、臨床研究倫理委員会および未承認薬・医療機器評価部門の承認を得た上で、前立腺体積が 80 mL を超える良性前立腺肥大症の 2 例に対して RASP を施行した。いずれの症例も周術期合併症を認めず、良好な治療経過を得た。

本セッションでは、実際の手術ビデオを供覧しながら、RASP の手技、術中の工夫、周術期管理、ならびに本術式の有用性について報告する。

北野　弘之

受賞：第 64 回西日本泌尿器科学会学術奨励賞，平成 26 年度一般財団社団法人緑風会教育研究奨励賞，平成 28 年度一般財団社団法人緑風会教育研究奨励賞（海外研修支援金）所属学会：日本泌尿器科学会，西日本泌尿器科学会，日本感染症学会，日本化療学会，日本性機能学会，日本癌学会，日本泌尿器内視鏡外科学会，日本泌尿器腫瘍学会，日本性感染症学会，臨床微生物学会，日本医師会

シンポジウム 4

維新企画 4：
進行性尿路上皮癌の新しい薬物療法

SY4-1　免疫療法時代の MIBC 周術期治療　ー治療戦略の進化と展望ー

鑪野　秀一
鹿児島大学大学院医歯学総合研究科腫瘍学講座　泌尿器科

SY4-2　尿路上皮癌に対する新規薬物療法について

福原　秀雄
高知大学医学部　泌尿器科学講座

SY4-3　EV+P 投与症例で経験した Grade4.5 の副作用

松元　　崇
九州大学大学院　医学研究院　泌尿器科学分野

SY4-4　高齢者における転移性尿路上皮癌（mUC）の治療戦略

羽田　真郎
大分大学医学部　腎泌尿器外科学講座

SY4-5　Molecular Marker が切り拓く進行性尿路上皮癌治療の新時代

大豆本　圭
徳島大学大学院医歯薬学研究部　泌尿器科学分野

座長の言葉

維新企画４：進行性尿路上皮癌の新しい薬物療法

座長：榎田　英樹（鹿児島大学大学院医歯学総合研究科　腫瘍学講座
泌尿器科学分野）
猪口　淳一（琉球大学大学院医学研究科　腎泌尿器外科学講座）

長らく新規治療法が登場してこなかった尿路上皮癌治療において、近年様々な薬物療法の登場により飛躍的な変化が次々と起こり、まさに百花繚乱の時代になってきた感がある。本企画では、その新しい薬物療法に焦点をあてて講演いただく。

まず周術期補助療法について、これまで転移のない筋層浸潤性膀胱癌に対する標準治療は術前補助療法＋膀胱全摘除術であったが、近年では周術期補助療法に免疫チェックポイント阻害薬を導入することによる治療成績向上が示され、実臨床に導入されてきている。さらに、現在も複数の周術期補助療法に関するランダム化比較試験が進行中であり、その詳細を鹿児島大学の鑪野先生に概説していいただく。

近年、特に飛躍的な変化がみられたのが進行尿路上皮癌（局所進行性または転移性）に対する全身治療であり、プラチナ製剤含有多剤併用化学療法の時代から免疫チェックポイントの併用、エンホルツマブベドチン (EV) ＋ペムブロリズマブ (P) の併用療法などが登場し、膀胱癌診療ガイドラインの 2025 年アップデートでは StageIV のアルゴリズムの記載が大きく変更となった。これら薬物療法の変化について高知大学の福原先生に概説いただき、さらに実際に EV+P の投与にて経験した重篤な副作用について九州大学の松元先生からご報告いただく。一方で、これら新規薬物療法の高齢者における安全性、有効性についてはエビデンスが不足しているのが現状である。その中で、特に高齢者における患者選択、治療法選択を如何に行っていくかを大分大学の羽田先生にお纏めいただく。さらに、徳島大学の大豆本先生から、予後予測、治療選択における Molecular Marker の有用性と今後の可能性について概説していただく予定である。

本企画が、劇的な変化を遂げている進行尿路上皮癌に対する薬物療法に関して、明日からの日常診療に大いに役立つことを期待したい。

SY4-1

免疫療法時代の MIBC 周術期治療 －治療戦略の進化と展望－

鑪野　秀一

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科腫瘍学講座　泌尿器科

筋層浸潤性膀胱癌（MIBC）に対するシスプラチンベースの術前化学療法は、病理学的奏効や生存期間の改善に寄与することが、複数のランダム化比較試験により示されている。しかしながら、腎機能や全身状態により適応困難な症例も少なくなく、このような症例における術前化学療法の臨床的意義は、いまだ確立されていないのが現状である。また、尿路上皮癌の組織学的亜型に対する術前化学療法の有用性についても、十分なエビデンスが得られておらず、周術期治療の強化は依然として重要な課題である。

こうした背景を踏まえ、近年では免疫チェックポイント阻害薬（ICI）を周術期治療に導入する新たな戦略が展開されている。高リスク MIBC 症例を対象に術後補助療法としてニボルマブを投与した CheckMate 274 試験では、無病生存期間（DFS）の有意な延長が示され、2022 年には国内で保険適用が開始された。また、国内では未承認ながら、AMBASSADOR 試験においても、高リスク MIBC 症例に対する術後ペムブロリズマブ投与により、DFS の有意な延長が報告されている。

さらに現在、術前・術後の両フェーズに ICI を導入する周術期治療が注目されている。NIAGARA 試験では、GC 療法にデュルバルマブを併用した群において、GC 療法単独群と比較して無イベント生存期間（EFS）の有意な改善が示された。加えて、GC 療法＋ペムブロリズマブ併用の KEYNOTE-866 試験、EV ＋ペムブロリズマブ併用の KEYNOTE-905 ／ EV303・KEYNOTE-B15 ／ EV304 試験、さらに EV ＋デュルバルマブ併用の VOLGA 試験など、周術期における ICI 併用療法に関する複数の第Ⅲ相試験が現在進行中であり、その有用性が期待されている。MIBC の周術期治療は、まさに大きな転換期を迎えているといえる。

本講演では、従来の術前シスプラチンベース化学療法およびニボルマブによる術後補助療法の意義を改めて検証するとともに、NIAGARA 試験をはじめとする周術期 ICI 併用療法の第Ⅲ相試験の動向、さらにはバイオマーカーに基づく層別化治療の可能性について概説し、今後の MIBC 周術期治療戦略の方向性を展望する。

鑪野　秀一

2001 年 3 月　鹿児島大学医学部　卒業
2011 年 9 月　鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 博士課程 修了
2013 年 4 月　鹿児島大学大学院医歯学総合研究科腫瘍学講座 泌尿器科学分野 助教
2021 年 7 月　鹿児島大学大学院医歯学総合研究科腫瘍学講座 泌尿器科学分野 講師
2022 年 8 月　鹿児島大学大学院医歯学総合研究科腫瘍学講座 泌尿器科学分野 准教授

SY4-2

尿路上皮癌に対する新規薬物療法について

福原　秀雄、井上　啓史

高知大学医学部　泌尿器科学講座

切除不能あるいは転移性尿路上皮癌（mUC）に対する治療は、長らく一次治療としてプラチナ製剤を含む抗癌化学療法（GC 療法や MVAC 療法）が行われてきた。実臨床においては、一次治療で進行を認めた場合は二次治療として抗 PD-1 抗体であるペムブロリズマブ療法、一次治療で疾患進行が認められていない場合は維持療法として抗 PD-L1 抗体であるアベルマブ療法が選択されてきた。最近の新たな進行尿路上皮癌の 1 次治療として、抗体薬物複合体（ADC）であるエンホルツマブ ベドチン（EV）とペムブロリズマブの併用療法が、プラチナ系抗癌薬をベースとした化学療法に比べて有意に OS を改善したことが、EV-302・KEYNOTE-A39 試験で明らかになった。同時に、ニボルマブと GC 療法の併用療法も化学療法のみに比べて有意に PFS と OS を改善したことが、CheckMate 901 試験で明らかになった。本邦においては、進行性尿路上皮癌に対する一次化学療法としては、EV+ ペムブロリズマブ療法、GC+ ニボルマブ併用療法、プラチナ製剤を含む化学療法後に奏功を示した症例にアベルマブによる switch maintenance 療法、プラチナ製剤不適格例に対するペムブロリズマブ療法が投与可能である。これらの治療選択肢は治療効果・副作用はもちろんであるが、症例の年齢、PS、合併症、ライフスタイルなどを考慮し慎重に選択する必要がある。今回、これらの薬物療法について、文献的考察を踏まえて解説する。

福原　秀雄

2003 年　高知大学医学部附属病院泌尿器科研修医
2004 年　高知県立幡多けんみん病院泌尿器科
2005 年　高知大学医学部附属病院泌尿器科医員
2006 年　高知県立幡多けんみん病院泌尿器科
2008 年　高知大学医学部泌尿器科医員
2010 年　高知大学医学部付属病院泌尿器科　病院助教
2015 年　呉医療センター・中国がんセンター泌尿器科
2016 年より高知大学医学部付属病院泌尿器科助教

SY4-3

EV+P 投与症例で経験した Grade4.5 の副作用

松元　崇

九州大学大学院　医学研究院　泌尿器科学分野

進行または転移性尿路上皮癌に対する enfortumab vedotin と pembrolizumab(EV+P) 併用療法は、新たな標準治療として注目されている。本抄録では、EV 単剤を評価した EV301 試験と、EV + Pembro 併用を検証した EV302 試験、さらに日本人を含むアジア人における副作用傾向を比較し、自験例における Grade4,5 の症例提示、他科との連携について考察する。

EV301 試験では、EV 単剤により全奏効率（ORR）40.6%、全生存期間（OS）の有意延長が示された一方、主な有害事象は皮膚障害（44%）、末梢神経障害（33.8%）、高血糖（6.4%）であった。肺炎の発現は稀ではあるが、実臨床下の報告では致死的な肺炎症例も認められており、投与中の注意が必要である。

EV302 試験では、EV + Pembro 併用群において Grade 3 以上の治療関連有害事象が 56.3% 発生した。特に皮膚障害（60%）や末梢神経障害（45%）に加え、肺炎・間質性肺疾患の頻度も上昇し、肺炎は 2.3%、ILD は 4.5% で報告された。これらのうち、致死的な肺炎は 0.5% に認められ、免疫チェックポイント阻害薬との併用により肺毒性のリスクが増加している可能性がある。

サブグループ解析においては、日本人を含むアジア人集団でも肺炎・間質性肺疾患の頻度はグローバル試験と同程度であり、有意な人種差は確認されなかった。一方で、日本人では皮膚障害や血液毒性（好中球減少、貧血など）がやや高率に見られ、個別の副作用マネジメントの重要性が示唆された。

結論として、EV + Pembro 併用療法は高い有効性を有する一方で、肺炎を含む重篤な肺毒性に注意が必要である。特に併用により免疫性肺炎のリスクが高まる可能性があり、初期症状のモニタリングと早期対応が重要である。アジア人においても同様の傾向が認められており、治療開始前から呼吸器系リスクの評価と慎重な管理が推奨される。

松元　崇

2014 年 4 月～ 2018 年 3 月：九州大学医学部大学院（九大臨床検査医学）
2018 年 4 月～ 2020 年 3 月：留学　University of British Columbia
2020 年 4 月～ 2020 年 5 月：九州大学病院　泌尿器・前立腺・腎臓・副腎外科 / 医員
2020 年 6 月～ 2022 年 3 月：九州大学大学院医学研究院　先進がんゲノム検査共同研究部門　特任講師
2023 年 4 月～ 2024 年 3 月：九州大学病院　泌尿器・前立腺・腎臓・副腎外科 / 助教・診療講師
2024 年 4 月～現在：九州大学病院　泌尿器・前立腺・腎臓・副腎外科 / 講師（診療准教授）

SY4-4

高齢者における転移性尿路上皮癌（mUC）の治療戦略

羽田　真郎、鈴木駿太郎、藤浪　弘行、山中　直行、秦　　聡孝
大分大学医学部　腎泌尿器外科学講座

近年、転移性尿路上皮癌 (mUC) の治療は、免疫チェックポイント阻害剤や抗体薬物複合体といった新規薬剤の登場により、目覚ましい進歩を遂げている。しかしながら、これらの革新的な治療法の開発を支える臨床試験の多くは、パフォーマンスステータス (PS) や併存疾患などを理由に、高齢者が対象から除外される傾向にある。本邦において mUC は高齢者に好発する疾患であることを鑑みると、これらの臨床試験の結果を実臨床における高齢患者へそのまま適用することの妥当性については、依然として議論の余地がある。

本シンポジウムでは、まず mUC 治療における主要な臨床試験、特に本邦でも広く用いられているエンホルツマブ・ベドチン (EV) に関する EV-301 試験や、EV とペムブロリズマブの併用療法を評価した EV-302 試験などを中心に、公表されている年齢別のサブグループ解析の結果をレビューする。これらの解析からは、治療法によって年齢層ごとに効果の差異が見られる場合や、一貫した効果が示される場合など、多様な結果が報告されており、特に 75 歳以上の高齢者層におけるエビデンスは依然として限定的である。

その上で、当科における高齢 mUC 患者 (75 歳以上と定義) に対する薬物療法の治療成績 (全生存期間、無増悪生存期間、奏効率、安全性など) を後方視的に解析し、実臨床における治療の現状と課題を提示する予定である。高齢者の治療においては、暦年齢のみならず、PS、腎機能、併存疾患の状況、そしてフレイルといった包括的な評価に基づき、個々の患者背景に応じた治療選択を行うことの重要性が増している。

本発表を通じて、エビデンスが必ずしも十分でない高齢 mUC 患者に対する治療戦略について、最新の知見と当科での経験を共有し、より良い個別化医療の実現に向けた議論の一助となれば幸いである。

羽田　真郎

2003 年 3 月　大分医科大学医学部医学科　卒業
　　5 月　大分医科大学医学部泌尿器科　入局

2013 年 4 月　大分大学医学系研究科博士課程　入学
2017 年 3 月　同　卒業
　　医学博士授与
2017 年 5 月　国立病院機構大分医療センター泌尿器科　医長
2018 年 4 月　大分県厚生連鶴見病院腎臓外科・泌尿器科　部長
2020 年 5 月　大分大学医学部腎泌尿器外科学講座　助教
2024 年 7 月　大分大学医学部腎泌尿器外科学講座　講師
現在に至る

SY4-5

Molecular Marker が切り拓く進行性尿路上皮癌治療の新時代

大豆本　圭、布川　朋也、古川　順也

徳島大学大学院医歯薬学研究部　泌尿器科学分野

進行性尿路上皮癌の治療体系は歴史的な変革の時を迎えている。数十年にわたり標準とされたプラチナ製剤ベースの化学療法時代から、免疫チェックポイント阻害薬、抗体薬物複合体が次々と治療開発された。最近では CheckMate 901 試験の GC 療法とニボルマブの併用療法や EV-302 試験の抗 Nectin-4 標的抗体薬物複合体のエンホルツマブ ベドチンとペムブロリズマブ の併用療法の有効性および安全性が検証され実臨床へ登場してきている。このパラダイムシフトの中、次のステップとして個々の症例が持つ生物学的特性に基づく個別化医療に着目する必要性がある。治療選択としての具体例としては FGFR 遺伝子異常を有する症例には FGFR 阻害薬、HER2 高発現には HER2 を標的とした抗体薬物複合体が開発されている。今後、1 次治療における治療抵抗性の場合、2 次治療以降の最適な治療シーケンスをいかに構築するかを現在問われている。さらに、腫瘍組織の時空間的な不均一性や治療によるゲノム変化を捉えるため、リキッドバイオプシーによるリアルタイムな耐性機序の解明や治療効果モニタリングの重要性が増している 。本シンポジウムでは Molecular Marker を羅針盤として臨床医が新たな進行性尿路上皮癌治療アルゴリズムを切り開き、予後をさらに改善していくための未来を展望する。

大豆本　圭

2010 年　徳島大学医学部医学科卒業
2018 年　徳島大学大学院医科学教育部　医学専攻 終了　医学博士
2019 年 4 月　徳島大学病院泌尿器科・特任助教
2020 年 4 月から現在　徳島大学大学院　医歯薬学研究部　泌尿器科学分野　助教

シンポジウム 5

維新企画 5：
進行性腎癌の新しい逐次薬物療法

SY5-1 IO-IO 治療後の逐次治療戦略：新たな選択肢とエビデンス

冨田諒太郎
徳島大学大学院医歯薬学研究部　泌尿器科学分野

SY5-2 IO-TKI 治療後の逐次治療：耐性機序と最適な次の一手

山本新九郎
高知大学医学部　泌尿器科学講座

SY5-3 HIF-2 α阻害薬を含む新規薬剤とその役割

穴見　俊樹
熊本大学大学院生命科学研究部　泌尿器科学講座

SY5-4 高齢進行性腎細胞癌患者に対する逐次療法のコツ：有害事象と適応選択

植田　浩介
久留米大学医学部　泌尿器科学講座

SY5-5 逐次治療戦略における Deferred CN の役割

大庭康司郎
長崎大学大学院医歯薬学総合研究科　泌尿器科学

座長の言葉

維新企画５：進行性腎癌の新しい逐次薬物療法

座長：神波　大己（熊本大学大学院生命科学研究部　泌尿器科学講座）
古川　順也（徳島大学大学院医歯薬学研究部　泌尿器科学分野）

進行性腎癌に対する薬物療法はインターフェロンあるいはインターロイキン２による免疫療法の効果は限定的で、より有効な治療薬の登場が長く待たれていました。そんな中、VHL 遺伝子異常 -HIF 蓄積 - 下流分子活性化（特に VEGF）という腎癌の発癌分子機構に基づいて、VEGF 受容体を主な標的とした分子標的療法が本邦でも 2006 年から臨床実装され、分子標的薬による逐次療法が腎癌薬物療法の主役に躍り出る第１次パラダイムシフトを迎えました。続いて 2016 年免疫チェックポイント阻害薬の２次治療への臨床応用に端を発し、2018 年から複合免疫療法が分子標的薬から１次治療の主役の座を奪い、逐次療法も含めた第２次パラダイムシフトがもたらされました。さらに、2025 年７月現在、HIF2 α 阻害剤が癌化学療法後に増悪した進行性腎癌に対する新たな治療薬として臨床応用を目の前に迎えており、第３次パラダイムシフトの端緒となる可能性を秘めています。そのような維新の予感を胸に、今回『維新企画５：進行性腎癌の新しい逐次薬物療法』という時宜を得たシンポジウムが企画されました。

本シンポジウムのテーマは、「IO-IO 治療後の逐次治療戦略：新たな選択肢とエビデンス」「IO-TKI 治療後の逐次治療戦略：耐性機序と最適な次の一手」「HIF-2 α 阻害薬を含む新規薬剤とその役割」「高齢進行性腎細胞癌患者に対する逐次療法のコツ：有害事象と適応選択」「逐次治療戦略における Deferred CN の役割」の５つとなっており、若手、中堅、ベテランの演者から渾身のご講演をいただく予定となっています。本シンポジウムを聴講していただければ、あらゆる局面での逐次療法の選択、その中での腎摘除の役割、さらに新規薬剤への展望など、全ての理解が深まること間違いなしです。ご期待ください。

SY5-1

IO-IO 治療後の逐次治療戦略：新たな選択肢とエビデンス

冨田諒太郎、古川　順也

徳島大学大学院医歯薬学研究部　泌尿器科学分野

ニボルマブ＋イピリムマブ併用療法 (NivoIpi) は進行性腎細胞癌に対して本邦で承認されている標準的レジメンの一つであり、免疫チェックポイント阻害薬 (IO) ベースの治療戦略の一角を占める。進行性腎細胞癌に対する NivoIpi と Sunitinib の治療成績を比較した前向きの無作為比較試験 (RCT) である CheckMate-214 試験では、8 年の追跡調査により NivoIpi の長期の有効性が示されている。一方で、病勢進行や有害事象により二次治療が必要となる症例も少なからず経験され、NivoIpi 後の適切な逐次治療戦略の確立が重要な課題となっている。近年、免疫複合療法後の IO 再投与の意義を検討した複数の RCT により、次治療としてチロシンキナーゼ阻害薬 (TKI) への IO の上乗せは臨床的有効性が確認できなかったことが報告されており、主要ガイドラインにおいても免疫複合療法後の二次治療として IO の使用は推奨されていない。このため、現状では TKI 単剤が NivoIpi 後の主な選択肢となっているが、個々の TKI の有効性を比較検討した RCT は存在せず、エビデンスは限定的である。本邦では JUOG の枠組みにおいて、免疫複合療法後の TKI の治療成績に関する多施設後方視的研究が行われ、34 施設における 243 例の解析結果が報告されている。このコホートの中で一次治療として NivoIpi で治療され、かつ病理組織型が淡明細胞型腎細胞癌であった症例において、二次治療として 48 例でカボザンチニブが、60 例でアキシチニブが投与されていた。両薬剤の無増悪生存期間、全生存期間 (OS) に差は認めなかったが、IMDC リスク分類によるサブグループ解析では、Poor risk の症例ではカボザンチニブ、Intermediate risk の症例ではアキシチニブの OS が良好である傾向が示された。本シンポジウムではこれらの知見を紹介しつつ、IO-IO 治療後の最適な逐次治療戦略について考察する。

冨田諒太郎

2009年３月　徳島大学医学部医学科　卒業
2022年10月　徳島大学大学院医学研究科博士課程入学

SY5-2

IO-TKI 治療後の逐次治療：耐性機序と最適な次の一手

山本新九郎、井上　啓史
高知大学医学部　泌尿器科学講座

進行性腎細胞癌（RCC）に対する一次治療として、免疫チェックポイント阻害薬（IO）とチロシンキナーゼ阻害薬（TKI）の併用療法が、IMDC リスクにかかわらず広く標準治療として用いられるようになっている。この治療戦略は、高い奏効率と延命効果が報告されている一方で、すべての症例が長期奏効に至るわけではなく、一定割合の症例で病勢進行や治療抵抗性の出現が避けられないのが現実である。こうした進行例においては、初期治療の内容や耐性機構を十分に考慮し、TKI 単剤やニボルマブ単剤といった二次治療への適切な切り替えが重要である。

免疫療法に対する耐性は、治療開始時から効果が認められない初期耐性と、効果を示した後に腫瘍が再増悪する獲得耐性に大別される。耐性はがん免疫応答の各段階で多様に出現し得る。たとえば、腫瘍細胞における抗原提示機構の異常（腫瘍抗原の消失や MHC クラスⅠの発現低下）、腫瘍微小環境への免疫抑制細胞（制御性 T 細胞［Treg］、骨髄由来抑制細胞［MDSC］など）の集積、さらには T 細胞疲弊に関わる抑制性受容体（PD-1、TIM-3、LAG-3 など）の過剰発現が報告されている。

一方、TKI に対する耐性は、VEGF 経路阻害を回避するための代償的血管新生の活性化や、薬剤排出に関与する ABC トランスポーター群の過剰発現による薬物濃度の低下、低酸素環境が誘導する免疫抑制的腫瘍微小環境の形成など、多岐にわたる機序が関与する。近年では、これらの耐性を克服するための多様な TKI が開発されており、実臨床においては IO + TKI 治療後の二次治療として、カボザンチニブやアキシチニブ単剤の有効性が複数の報告により裏付けられている。また、IO 未使用例や長期奏効例においては、ニボルマブ単剤による治療も有力な選択肢とされており、実際に全生存期間の延長が示されたエビデンスも存在する。

今後、腫瘍側および宿主側の耐性機構を分子レベルでさらに深く理解することが、より精密な治療選択と治療効果の最大化に繋がると考えられる。本セッションでは、これらの知見をもとに、IO + TKI 治療後における最適な二次治療戦略について、実臨床での適用も見据えた実践的かつ建設的な議論を行いたい。

山本新九郎
2012 年 3 月　宮崎大学医学部医学科　卒業
2015 年 4 月　高知大学医学部附属病院 泌尿器科　医員
2019 年 4 月　高知大学医学部大学院 総合人間自然科学研究科 医学専攻　入学
2022 年 3 月　同 大学院　早期卒業
2022 年 4 月　高知大学医学部附属病院 泌尿器科　医員 (病院助教)
2024 年 4 月　高知大学医学部 泌尿器科学講座　特任助教
2025 年 7 月　高知大学医学部 泌尿器科学講座　助教
現在に至る

SY5-3

HIF-2 α阻害薬を含む新規薬剤とその役割

穴見　俊樹、神波　大己

熊本大学大学院生命科学研究部　泌尿器科学講座

進行性腎細胞癌の一次治療は、免疫複合療法の登場により飛躍的に進歩したが、免疫複合療法後の逐次治療戦略については依然として確立されていない。そのため、TKI をやりくりしていくことが現状となっており、その薬剤耐性の克服が課題となっている。

淡明型腎細胞癌の約 90％で見られる VHL 複合体の機能喪失は HIF-2 α の分解を停止させる。HIF-2 α の蓄積が、血管新生・代謝遺伝子を恒常的に発現させることで腫瘍進展と治療抵抗性を誘導する。ベルズチファンは HIF-2 α の PAS-B ポケットに結合し HIF-1 β との二量体化を阻害することで効果を発揮する全く新しい作用機序を有する治療薬である。

第Ⅲ相 LITESPARK-005 試験では、既治療の進行淡明型腎細胞癌患者 746 例をベルズチファン群とエベロリムス群で比較し、18 か月無増悪生存率 24.0％対 8.3％、奏効率 21.9％対 3.5％と有意に上回った。Grade 3 以上の有害事象は 61.8％であったが、治療中断は 5.9％にとどまった。これらの結果から、逐次治療選択の新たな候補となることが期待される。

第Ⅱ相 LITESPARK-003 試験では、ベルズチファン＋カボザンチニブを進行性淡明型腎細胞癌に投与し、未治療コホートで奏効率 70％、PFS 中央値 30.3 ヶ月という成績を得た。一方、既治療コホートでも奏効率 31％、PFS 中央値 13.8 ヶ月、OS 中央値 24.1 ヶ月であった。Grade 3 以上の有害事象は 64 ％と報告されたが、主に貧血や高血圧などで大部分が用量調整や支持療法によりコントロール可能であった。さらに、ベルズチファンを含む複数の第Ⅲ相試験が現在進行している。一次治療領域では LITESPARK-012 がペムブロリズマブ＋レンバチニブ標準併用にベルズチファンの上乗せ効果を検証中である。さらに術後補助療法を対象とする LITESPARK-022 では、高リスク腎摘後患者にペムブロリズマブ単剤と比較してベルズチファン併用が無病生存期間を延長し得るかが評価されている。

HIF-2 α 阻害剤の登場によって、進行性の淡明型腎細胞癌に対して、これまでと異なる作用機序からのアプローチすることで、更なる予後の改善を見込める可能性がある。本セッションでは最新エビデンスを概観し、臨床応用上の課題と将来展望を論じる。

穴見　俊樹

2012 年 3 月　熊本大学医学部医学科卒業
2012 年 4 月　新行橋病院　臨床研修
2014 年 4 月　熊本大学医学部附属病院泌尿器科
2015 年 4 月　熊本市民病院泌尿器科
2016 年 7 月　熊本大学医学部附属病院泌尿器科
2017 年 4 月　済生会熊本病院泌尿器科勤務
2020 年 4 月　熊本大学大学院医学教育部博士課程入学
2024 年 3 月　熊本大学大学院医学教育部博士課程卒業
2024 年 4 月　熊本大学病院泌尿器科　特任助教
2025 年 7 月　熊本大学大学院生命科学研究部泌尿器科学講座　助教

SY5-4

高齢進行性腎細胞癌患者に対する逐次療法のコツ：有害事象と適応選択

植田　浩介、伊東　直城、平野　泰嗣、坂井　友弥、大西　　聡、
黒瀬　浩文、築井　克聡、上村慶一郎、西原　聖顕、名切　　信、
末金　茂高、井川　　掌

久留米大学医学部　泌尿器科学講座

進行性腎細胞癌（RCC）の薬物治療は、免疫チェックポイント阻害薬（ICI）と分子標的薬（VEGFR-TKI）の併用療法（ICI + TKI）、あるいはICI-ICI併用療法の登場により、治療選択肢が大きく拡がっている。一方で、高齢患者では加齢に伴う臓器機能の低下、併存疾患、フレイル、支持体制の有無といった要因が治療選択に大きく影響を与える。特に免疫関連有害事象やVEGFR-TKIに伴う高血圧、食欲不振、疲労感などは、高齢者の生活の質（QOL）を著しく損なう可能性があるため、初回治療から二次治療以降の逐次療法において、毒性プロファイルと全身状態の変化を的確に評価することが鍵となる。特に高齢者ではTKIの投与量の調整などの工夫も必要である。また、Real-worldデータからは、治療強度の調整（de-escalation）や治療休薬を適切に活用することで、QOLを維持しつつ長期的な病勢コントロールが可能であることが示唆されている。特に、高齢患者においてはPerformance Statusや基礎疾患、家族・地域のサポート体制を含めた包括的評価が重要となってくる。高齢者における治療成功の鍵は、「最大治療」ではなく「最適治療」の継続にあり、逐次療法全体を見据えた戦略的アプローチが求められる。
本シンポジウムでは、高齢者RCC患者に対する逐次療法の実際と工夫について概説を行い、がん治療と老年医学的観点を統合したアプローチから高齢RCCに対する治療戦略について解説する。

植田　浩介

2007.3	久留米大学医学部医学科卒業
2007.4	久留米大学病院にて臨床研修
2009.4	久留米大学医学部泌尿器科学教室入局
2010.4	久留米大学大学院医学研究科入学　病理学講座所属
2013.12/31	医学博士取得
2014 ～	久留米大学医学部泌尿器科学教室
2019 ～	Institut Gustave Roussy, Immunology and Immunotherapy Laboratory(フランス)
2020.4 ～	久留米大学泌尿器科学講座
2022.2 ～	久留米大学泌尿器科学講座講師

SY5-5

逐次治療戦略における Deferred CN の役割

大庭康司郎、光成　健輔、松尾　朋博、今村　亮一
長崎大学大学院医歯薬学総合研究科　泌尿器科学

行性腎がんに対する原発巣摘除術（cytoreductive nephrectomy：以下 CN）は、以前のように手術以外の治療選択が乏しかった時代には第一選択となる治療であった。それはチロシンキナーゼ阻害薬（TKI）が導入されてからも、多くの後方視的研究において CN を第一に行う有用性が報告されてきた。そんな中、CN の意義を検討した前向き研究である CARMENA 試験において、転移性腎癌に対し CN を行わない事による全生存率の非劣勢が示された。また、転移性腎癌に対しスニチニブ投与後の CN と CN 後のスニチニブ投与の治療成績を比較した前向き研究である SURTIME 試験では、主要評価項目である無増悪生存率の有意差は認めなかったものの、副次評価項目である全生存期間ではスニチニブ投与後の CN 施行群において有意に長い全生存期間が確認された。これらの報告の影響もあり、本邦におけるガイドラインにおいて進行性腎癌に対する CN は推奨グレード C1 または C2 と変更され、CN を施行せず薬物治療を行う、あるいは薬物治療を先行した後に CN を施行する（deferred CN）ケースもみられるようになった。

SY5

現在、進行性腎癌に対する薬物療法はがん免疫療法（IO）薬を併用した複合がん免疫療法が中心であり、TKI 時代を上回る治療成績が報告されている。このことから進行性腎癌に対する CN の役割がさらに変化している可能性がある。近年の報告によると、転移性腎がんに対し、up-front CN か deferred CN にかかわらず、CN が施行できた患者は、CN が不可であった患者より予後良好であり、CN を行うことが予後因子であることが示された。また CN のタイミングを検討したメタアナリシスでは deferred CN の有用性が報告された。これらの報告は腎癌治療戦略の中で CN が逐次治療の一部であることを認識させるものであった。一方で、deferred CN を考慮する際の懸念としては、①先行する薬物治療の影響により CN ができない可能性があること、②癒着などにより CN の難易度が高くなる可能性があること、③最終的な予後へ与える影響がいまだ明確ではないこと、が挙げられる。また現時点で前向き試験結果は公表されておらず、いまだ議論は不十分である。本シンポジウムでは、進行性腎がんに対する逐次治療としての deferred CN の役割について解説する。

大庭康司郎

平成 10. 4　長崎大学泌尿器科研修医
平成 17. 6　長崎大学大学院修了
平成 22. 6　長崎大学大学院医歯薬学総合研究科泌尿器科学　助教
平成 27. 4　長崎大学病院泌尿器科・腎移植外科　講師
令和　3. 2　長崎大学病院泌尿器科・腎移植外科　病院准教授
令和　5. 2　長崎大学大学院医歯薬学総合研究科泌尿器科学　准教授

シンポジウム６

維新企画６：
転移性前立腺癌の新しい薬物療法・放射線療法

SY6-1　mHSPC に対する局所治療は有効なのか

澤田　篤郎
宮崎大学医学部　発達泌尿生殖医学講座　泌尿器科学

SY6-2　がん治療維新　～転移性前立腺癌に挑む最前線～

三浦　徳宣
愛媛大学医学部　泌尿器科

SY6-3　「PARPi の現状と今後の新展開　いつ、誰に使いたい？」

加藤　琢磨
香川大学医学部　泌尿器・副腎・腎移植外科

SY6-4　Theranostics への期待 PSMA が待ち遠しい？

芦刈明日香
琉球大学大学院医学研究科　腎泌尿器外科学講座

SY6-5　密封小線源療法を用いた革新的放射線治療

名切　　信
久留米大学医学部　泌尿器科学講座

座長の言葉

維新企画６：転移性前立腺癌の新しい薬物療法・放射線療法

座長：賀本　敏行（宮崎大学医学部　発達泌尿生殖医学講座　泌尿器科学分野）
杉元　幹史（香川大学医学部　泌尿器・副腎・腎移植外科）

転移性前立腺癌の診断・治療は、日々目まぐるしく進展しています。新規薬剤の登場やコンビネーション療法の導入、最新の画像診断やそれに伴う放射線治療、さらにはゲノム医療の普及などにより、その内容はますます複雑化しています。このペースに追いつき、すべてを理解することは非常に困難でしょう。

そこで本シンポジウムでは、５名の先生方に最近のトピックスについてご解説いただき、それぞれの現状と今後の展望についてお話しいただきます。

まず、宮崎大学の澤田先生には、転移性前立腺癌に対する局所療法についてご考察いただきます。これまでのエビデンスの検証や、ダブレット・トリプレット療法の時代にもこのコンセプトが適用できるのか、患者に利益をもたらすのかといった問いにお答えいただきます。

次に、愛媛大学の三浦先生には、近年加速し、強化されている転移性前立腺癌の治療戦略について、今後の方向性や展望についてご意見をお願いするとともに、個別化医療に向けて医師の役割の重要性についても解説いただきます。

さらに、香川大学の加藤先生には、近年私たちが新たに手に入れた武器であるPARP阻害薬（PARPi）の現状や検査のタイミング、課題点、そして今後の活用についてご意見をいただきます。患者さんへそのメリットを最大限に提供するにはどうすべきか、についてもお話しいただきます。

琉球大学の芦刈先生には、現在最も注目されているPSMAセラノスティクスについてご解説いただきます。今後本邦での導入後、どのような位置付けとなるのか、私たち医師がどのように対応すべきかについても、わかりやすくご説明いただきたいと思います。

最後に、久留米大学の名切先生には、転移性前立腺癌に対する局所療法としての小線源療法の前向き臨床試験についてお話いただきます。局所療法としての小線源療法の強みや、今後の展開についてもご議論いただきたいと思います。

本シンポジウムは、転移性前立腺癌の最新診療知識を整理し、皆様の臨床に役立つ内容となること間違いありません。ぜひご期待ください。

SY6-1

mHSPC に対する局所治療は有効なのか

澤田　篤郎

宮崎大学医学部　発達泌尿生殖医学講座　泌尿器科学

この 10 年間で、mHSPC 患者の全生存率（OS）は顕著に改善した。これは、アンドロゲン除去療法（ADT）にアンドロゲン受容体シグナル阻害薬（ARSI）を加えた、いわゆる Doublet 治療、あるいは ADT に ARSI とドセタキセルの 3 剤を併用する、いわゆる Triplet 治療によって達成されてきた。同時に実施された HORRAD 試験と STAMPEDE 試験では、ADT 単独療法を受けている m HSPC 患者集団における前立腺放射線療法（RT）の潜在的役割が検討された。これら 2 つの試験から得られた個々の患者データの STOPCAP メタアナリシスでは、SOC による治療が主体で骨格転移が 5 個未満であった low volume mHSPC 患者において、3 年での OS が 7％改善されたことが示された。PEACE-1 試験では、2 番目の主要評価項目として、全身治療を受けた de novo low volume mHSPC 患者における前立腺 RT の有効性が評価された。その結果、de novo mHSPC で転移負荷が低い男性では、前立腺 RT は OS を改善しないことが示された。しかし progression-free survival (PFS) や time to CRPC については ADT+ARSI に局所の RT を行った方が 成績が良く、また RT を行った群では low volume か high volume に関係なく、重篤な排尿症状の発生率が減少した。また low volume の mHSPC に対する metastases- directed therapy (MDT) についても様々な効果が報告されている。

本セッションでは、low volume mHSPC の治療における前立腺 RT の役割について、Roy らによるネットワークメタ解析の結果や Deek らによる STOMP および ORIOLE 試験の長期解析についても述べる。また low volume mHSPC の治療における cytoreductive radical prostatectomy (cRP) の役割について、Bronimann らのレビューの結果を含めて報告する。

澤田　篤郎

所属学会　日本泌尿器科学会、日本泌尿器内視鏡・ロボティクス学会、日本内視鏡外科学、日本臨床腎移植学会、日本ロボット外科学会、 日本メディカル AI 学会、日本泌尿器腫瘍学会、European Association of Urology、World Congress of Endourology and Uro-Technology、Societe Internationale d'Urologie

SY6-2

がん治療維新　～転移性前立腺癌に挑む最前線～

三浦　徳宣

愛媛大学医学部　泌尿器科

転移性前立腺癌に対する治療戦略は、この十数年で劇的な進化を遂げてきた。アンドロゲン除去療法（ADT）単独から、AR 阻害薬（ARSI）やタキサン系抗がん剤を併用する intensification 戦略が確立され、生存期間の有意な延長が示されている。さらに近年では、PARP 阻害薬、PSMA 標的放射線療法（例：Lu-177-PSMA-617）、分子標的薬、抗体薬物複合体など、新規治療が次々に登場しており、治療選択は複雑化すると同時に、個別化が強く求められている。

本講演では、現在進行中のグローバル試験や国内の開発状況を概観し、近い将来に臨床導入が見込まれる治療の最新動向を紹介する。また、がんゲノム解析やバイオマーカーの使用が治療選択にどう影響しうるか、欧米と日本における診療環境の違いも踏まえて議論を行う。転移性前立腺癌の治療は今や画一的ではなく、「どの患者に、どの治療を、いつ導入すべきか」が問われる時代に突入している。個別化医療の実現に向けた実臨床の変革と、われわれ医療者の役割について再考したい。

三浦　徳宣

2001 年 3 月 24 日　愛媛大学医学部医学科 卒業
2001 年 5 月 24 日　愛媛大学医学部附属病院　医員（研修医）に採用（泌尿器科）
2002 年 7 月 1 日　市立八幡浜総合病院 泌尿器科 医師に採用
2005 年 4 月 1 日　四国がんセンター 泌尿器科 医師に採用
2008 年 4 月 1 日　愛媛大学大学院医学研究科博士課程入学
2012 年 3 月 1 日　医学博士の学位取得（愛媛大学）
2012 年 4 月 1 日　愛媛大学医学部附属病院　助教に採用（泌尿器科）
2012 年 8 月 1 日　愛媛大学医学部附属病院　特任講師に採用（泌尿器科）
2019 年 4 月 1 日　愛媛大学医学部附属病院　講師（泌尿器科）
2019 年 10 月 1 日　Medical University of Vienna　Research fellow
2020 年 4 月 1 日　愛媛大学医学部附属病院　講師（泌尿器科）
2025 年 4 月 1 日　愛媛大学医学部附属病院　准教授（泌尿器科）

SY6-3

「PARPi の現状と今後の新展開　いつ、誰に使いたい？」

加藤　琢磨

香川大学医学部　泌尿器・副腎・腎移植外科

ＰＡＲＰ阻害薬（ＰＡＲＰｉ）は、相同組換え修復（ＨＲＲ）遺伝子に変異を有する転移性去勢抵抗性前立腺癌（ｍＣＲＰＣ）に対する個別化治療の中核を担う薬剤として注目されている。
ＢＲＣＡ１／２変異陽性のｍＣＲＰＣに対しては、ＰＲＯｆｏｕｎｄ試験でオラパリブ単剤の有効性が示され、２０２０年に国内で保険承認された。続くＰＲＯｐｅｌ試験では、オラパリブ＋アビラテロン併用療法が無増悪生存期間（ｒＰＦＳ）を有意に延長し、特にＢＲＣＡ変異陽性例では全生存期間（ＯＳ）の延長も認められ、２０２３年８月に併用療法として承認された。さらに、ＴＡＬＡＰＲＯ－３試験では、ＢＲＣＡ１／２を含むＨＲＲ遺伝子変異陽性ｍＣＲＰＣに対し、タラゾパリブ＋エンザルタミド併用療法がｒＰＦＳ、奏効率、ＰＳＡ反応率のいずれも有意に改善し、２０２４年４月に国内承認された。本治療法は治療選択の幅を広げる結果となった。ＡＲＳＩとの併用療法では、両薬剤の効果に大きな差はなく、選択にあたっては前治療歴や併存症、副作用リスクなどの臨床背景を踏まえた判断が求められる。

有効な治療を適切な時期に届けるためには、遺伝子検査体制の整備が不可欠である。２０２４年の見解書では、ｍＣＲＰＣ診断時のＢＲＣＡ変異確認が推奨されていたが、従来のコンパニオン診断は生殖細胞系列変異に限定され、陽性率は約７％にとどまっていた。これに対し、がんゲノムプロファイリング（ＣＧＰ）検査では体細胞変異も含めた網羅的評価が可能で、陽性率は約１４％に上るが、「標準治療終了後」に限定される点が課題であった。
しかし、２０２５年６月の最新提言では、ＣＧＰ検査でＢＲＣＡ変異が同定され、エキスパートパネルで妥当と判断された場合には、改めてコンパニオン診断を経ずにＰＡＲＰｉを保険診療で使用可能と明記された。また、「標準治療」の定義は主治医の臨床判断に委ねられることが示され、制度運用上の柔軟性が向上した。これにより、より早期段階でのＰＡＲＰｉ導入が期待される。

本シンポジウムでは、ＰＡＲＰｉに関する最新の臨床試験と国際ガイドラインを踏まえ、ｍＣＲＰＣにおける最適な導入時期、対象患者の選定、今後の遺伝子診断体制について、実臨床の視点から多角的に考察する

加藤　琢磨

平成 15 年　香川医科大学医学部附属病院　医員（研修医）
平成 16 年　内海病院　研修医
平成 17 年　川島病院　医員
平成 18 年　国立病院機構京都医療センター　医員
平成 20 年　坂出市立病院　医員
平成 22 年　香川大学医学部附属病院　病院助教
平成 27 年　倉敷中央病院　医長
平成 29 年　香川大学自然生命科学系　助教
令和 3 年　香川大学医学部附属病院　泌尿器科　学内講師

SY6-4

Theranostics への期待 PSMA が待ち遠しい？

芦刈明日香

琉球大学大学院医学研究科　腎泌尿器外科学講座

タイトルにもあるように、前立腺癌治療領域での ”Theranostics（セラノスティクス）” の分野が近年注目されてきている。therapy (治療) と diagnostics（診断法）を合わせた造語で、1998 年に John Funkhouser が初めて提唱した。診断と治療に同じ標的を対象として、診断と治療を密接に行うという概念であるが、前立腺癌領域では前立腺特異的膜抗原（prostate specific membrane antigen: PSMA）を標的としたセラノティクスが期待されている。PSMA 高発現は悪性度と相関し、また予後不良因子となると言われている。

画像診断としての PSMA-PET（^{68}Ga・^{18}F 標識製剤など／国内未承認）は初期の病期診断や生化学的再発時に従来の画像検査で検出できなかった転移巣の描出に有用であることが報告されている。それに呼応する治療法として PSMA-RLT（radioligand therapy：^{177}Lu（β 線）・^{225}Ac（α 線）など／国内未承認）がある。Ga-PSMA-PET 陽性の mCRPC 患者を対象に、標準治療群と標準治療 +^{177}Lu-PSMA-617 治療群を比較した国際共同非盲検無作為化第Ⅲ相試験である VISION 試験において、後者で画像的無増悪生存期間と全生存期間の有意な延長が示されたことから、2022 年に ^{177}Lu-PSMA-617 が FDA で承認された。本邦でも治験が行われており、早期の承認が期待されている。

本シンポジウムでは、前立腺癌に対する新たな治療選択肢として大いに期待されるセラノスティクスについて、その期待される点と問題点などについて、文献的報告に基づき概説する。

芦刈明日香

2006 年 3 月　琉球大学医学部卒業
2006 年 4 月　中部徳洲会病院（初期臨床研修）
2008 年 4 月　琉球大学医学部附属病院　泌尿器科入局
2010 年 4 月　独立行政法人国立病院機構　東京医療センター　泌尿器科
2012 年 10 月　琉球大学医学部附属病院　泌尿器科医員
2013 年 2 月　那覇市立病院　泌尿器科
2015 年 4 月　琉球大学病院　腎泌尿器外科　助教
2024 年 10 月　琉球大学病院　腎泌尿器外科　診療講師　現在に至る

SY6-5

密封小線源療法を用いた革新的放射線治療

名切　　信[1)]、末金　宏基[1)]、上村慶一郎[1)]、小宮　景介[1)]、黒瀬　浩文[1)]、
植田　浩介[1)]、築井　克聡[1)]、西原　聖顕[1)]、塩山　　岳[2)]、村木宏一郎[2)]、
服部　睦行[2)]、淡河恵津世[2)]、井川　　掌[1)]

１）久留米大学医学部　泌尿器科学講座
２）久留米大学医学部　放射線医学教室

転移性前立腺癌（mPCa）に対する治療戦略は、近年急速に進化しており、原発巣および転移病変への局所治療が全身療法と併用される「集学的個別化治療」の概念が確立されつつある。特に、STAMPEDE 試験や HORRAD 試験をはじめとする研究によって、原発巣への治療介入が全生存期間を延長しうることが示され、局所治療の意義が再評価されている。この流れの中で、局所治療として密封小線源療法（Low-dose-rate brachytherapy：LDR-BT）への関心が高まっている。

LDR-BT は、前立腺内に放射性同位元素（I-125）を永久挿入し、持続的に放射線を照射する治療法であり、局所制御に優れ、低侵襲である点が特徴である。従来は限局性前立腺癌に対して行われてきたが、近年では高リスクや局所進行癌への応用も進んでいる。当院では、線源を意図的に被膜の直上に配置する超辺縁配置法（Super Peripheral Loading：SPL）を独自で開発し、全例で施行している。その結果、Low および Intermediate リスクにおける 5 年生化学的無再発率（BRFS）はそれぞれ 98.3%、95.8%、さらに High、very high リスク群においても 100% と極めて良好な成績を示している。

こうした背景のもと、我々は LDR-BT を転移性症例にも適用し、局所制御を強化する新たな前向きコホート研究を実施している。LDR-BT は、EBRT と比較して線量集中性に優れ、前立腺内への高精度な線量投与が可能であり、併用療法による高い生物学的効果線量（BED）を実現できる。$\alpha / \beta = 2$ で換算した場合、LDR 単独の BED は約 160-180Gy、EBRT（78Gy ／ 39 回）は約 128Gy、LDR+EBRT 併用では 200-220Gy に達する。他治療法と比べ明らかに高く、正常組織の耐容線量を維持しながら治療効果を最大化できる点において、極めて有望な戦略と考える。

本シンポジウムでは、当院の蓄積された 900 例以上の臨床成果と知見を共有し、LDR-BT の臨床的意義と局所進行・転移性前立腺癌における新たな治療パラダイムの提案を行いたい。進化する泌尿器科医療の一翼を担う者として、今後も科学的根拠に基づいた最良の医療を提供し続けたいと考えている。

名切　　信

2003年５月　久留米大学医学部泌尿器科学講座　助教　環境医学講座　大学院生
2008年４月　久留米大学医療センター泌尿器科　助教
2009年３月　医学博士の学位授与（久留米大学　甲　第 1059 号）
2012年４月　久留米大学医学部泌尿器科学講座　助教
2015年４月　久留米大学医学部泌尿器科学講座　講師
2022年10月　久留米大学医学部泌尿器科学講座　准教授

シンポジウム 7

維新企画 7：
腎不全・透析・腎移植の新しい治療法

SY7-1　維新の前夜：急性期病院における腎代替療法の現状

刑部　博人
高知大学医学部　泌尿器科学講座・医学部附属病院透析部

SY7-2　透析の維新　～ 2050 年に向けて～

山田　保俊
鹿児島大学　血液浄化療法部

SY7-3　腎移植の維新：免疫抑制療法の歩みと将来像

田岡利宜也
香川大学医学部　泌尿器・副腎・腎移植外科

SY7-4　ロボット腎移植

西村　慎吾
岡山大学学術研究院医歯薬学域　腎泌尿器科学分野

SY7-5　腎移植後グラフト保護に向けた創薬への挑戦と問題点

今村　亮一
長崎大学大学院　医歯薬学総合研究科　泌尿器科学分野／長崎大学病院
泌尿器科・腎移植外科

座長の言葉

維新企画７：腎不全・透析・腎移植の新しい治療法

座長：今村　亮一（長崎大学大学院医歯薬学総合研究科　泌尿器科学）
荒木　元朗（岡山大学学術研究院医歯薬学域　腎泌尿器科学）

わが国は超高齢社会を迎え、年齢とともに増加するといわれている慢性腎臓病（CKD）および末期腎不全の人口当たりの罹患率は上昇傾向が続いている。CKD 診療ガイド 2024 によると、わが国の CKD 患者数は現在約 2,000 万人と推計されている。これは実に成人の 5 人に 1 人が CKD 患者という事になる。CKD は前述のような末期腎不全のリスク因子であるだけでなく、心血管死、全死亡のリスク因子であることが知られており、現在 CKD の発症および進展を抑制するため、生活習慣病の改善や新規薬剤の試用等が試みられている。

ただ残念ながら、一部の患者は末期腎不全に至り、腎代替療法の実施が余儀なくされる。その多くは透析療法を受けられている。現在本治療の総患者数は減少傾向といわれながらも、全国で 34 万人以上の方が維持透析治療を受けられており、その多くが血液透析である（血液透析 96.9%、腹膜透析（ハイブリッドを含む）3.1%、2023 年末現在）。また腎移植患者数も新型コロナウイルス感染症の蔓延にて一時患者数が減少したものの、再び増加に転じており、2023 年では年間手術件数は 2,001 件であった。

わが国において CKD はもはや国民病であり、腎代替療法を必要とする末期腎不全患者は暫く大きく減少するとは考え難い。腎代替療法を必要とする患者の生命予後がより良好となるように、様々な工夫や新規治療を考えていく必要があることは言うまでもない。本シンポジウムでは、腎不全治療の現状、腎代替療法における様々な取り組みと将来像につき、5 人の演者から講演いただく。

SY7-1

維新の前夜：急性期病院における腎代替療法の現状

刑部　博人

高知大学医学部　泌尿器科学講座・医学部附属病院透析部

2023 年の日本透析医学会「我が国の慢性透析療法の現況」における患者調査票では，年齢および性別の記載が確認された透析導入患者数は 36,115 人であった．うち男性は 25,193 人，女性は 10,922 人であり，導入患者の平均年齢は全体で 71.59 歳，男性が 70.93 歳，女性が 73.12 歳であった．導入患者の平均年齢は年々高齢化している．最も割合の高い年齢層は，男性が 75 ～ 79 歳，女性は 80 ～ 84 歳であった．急性期病院である当院でも，2024 年には 21 例の透析導入があり，平均年齢は 73 歳であった．我が国における腎代替療法のうち，導入時の治療法としては約 94％が血液透析，約 6％が腹膜透析である．当院では腎臓内科が中心となって腹膜透析導入に力を入れており，2024 年には腹膜透析の選択率が 24％に達している．2023 年末時点で慢性透析療法を受けている患者総数は 343,508 人であり，2021 年をピークに減少傾向にあるものの，有病率としては国民 362 人に 1 人が透析患者に該当する．日本臨床腎移植学会の腎移植臨床登録集計報告によると，過去 10 年間の腎移植件数は年間約 1,600 ～ 2,000 件で推移している．当院の所在する高知県においても腎移植は実施されているが，高齢化やドナー不足の問題により，移植以外の腎代替療法へのニーズは今後も継続すると考えられる．現在の腎代替療法の状況を踏まえると，血液透析および腹膜透析の実施に必要なアクセス「バスキュラーアクセスや腹膜透析用カテーテル」関連手術の重要性は今後も変わらないと考えられる．これらの手術は高度な専門性を要する一方で，担い手不足や専門医の偏在が問題となっており，技術の継承と普及が喫緊の課題である．当院においても，アクセス造設から透析導入までを一貫して実施する診療体制を整えており，関連手術件数も増加している．また，入院中のバスキュラーアクセストラブルにもすべて対応可能な体制を構築している．

本セッションでは，当院での取り組みや関連手術件数の実績を報告し，**腎不全・透析・腎移植の維新前夜**として，腎代替療法の現状と今後の展望について述べる予定である．

刑部　博人

2012 年　高知大学医学部医学科卒業
2014 年　高知大学医学部泌尿器科学講座入局
2019 年　日本泌尿器科学会泌尿器科専門医
2021 年　高知大学医学部附属病院透析部　助教
2023 年　日本泌尿器科学会泌尿器科指導医，日本透析医学会透析専門医
2024 年　日本透析医学会 VA 血管内治療認定医

SY7-2

透析の維新　～2050年に向けて～

山田　保俊[1)]、見附　明彦[2)]、榎田　英樹[2)]

１）鹿児島大学　血液浄化療法部
２）鹿児島大学病院　泌尿器科

20世紀半ばに始まった　腹膜透析・血液透析は、その後様々な進歩により腎不全患者のQOLや生命予後の改善は著しい。血液透析機器と現在のハイパフォーマンス膜は既に完成されているように思える。

さて今後どのような透析の進歩が求められるかを考えると、①患者のQOLがさらに改善する②ベッドから離れる、もしくは自由度が増す③リスクが低下する④経済的透析などであろう。機械工学的なイノベーションの面からは、①AIを活用した透析装置　②透析における遠隔医療③Wearable透析④埋め込み型透析装置などが挙げられる。AIを慢性維持透析に応用することは既に始まっており、除水量や除水速度をコントロールすることで、患者のQOLに寄与する可能性がある。また課題は残されているが、透析機器をミニマム化する試みはナノテクノロジーを応用することで研究が継続して行われている。

QOLを追及すると、在宅透析の普及の可能性があげられるが、医療資源や日本の国土状況などを考えると、本邦における普及は難しいかもしれない。一方で、海外のように患者が主体的に透析施設で透析を行うフリーの普及は、患者のQOL改善に寄与する可能性があり、日本の効率を最重視した透析の概念は大きく変わる可能性がある。

一方で透析患者の生命予後の改善した結果、透析にかかわる医療費（年間500万）、医療福祉が増大といった問題が生じている。現在、日本ではすべての腎不全患者が透析医療を受けられる状況であるが、昨今の日本の国力の低下や医療資源の不足などを鑑みると、現状のまま医療費を透析に投入することは難しくなるかもしれない。透析医療は地球温暖化や異常気象に影響を与えているという見解がある。Green nephrologyという認識が広まっている。具体的には　血液透析の廃棄物・大量の水・エネルギー問題解決や、腹膜透析液のコンパクト化による輸送問題の解決など、地球にやさしい開発が進み、透析医療をサステナブルなものにする取り組みが行われている。

山田　保俊

【所属学会】日本泌尿器学会、日本透析学会、日本移植学会、日本臨床腎移植学会、腎移植血管外科研究会、日本腹膜透析学会、日本サイコネフロロジー学会
【委員】日本透析学会専門医委員会委員　日本臨床泌尿器科評議員、日本泌尿器学会専門医制度委員、腎移植血管外科研究会世話人・編集委員など
【受賞】厚生労働省功労賞

SY7-3

腎移植の維新：免疫抑制療法の歩みと将来像

田岡利宜也、上田　修史、杉元　幹史
香川大学医学部　泌尿器・副腎・腎移植外科

腎移植における免疫抑制療法は、その導入以来、急性拒絶反応の抑制を最優先に進歩してきた。カルシニューリン阻害薬（シクロスポリン、タクロリムス）にミコフェノール酸、ステロイド、mTOR 阻害薬を組み合わせた多剤併用レジメンが標準となり、短期移植片生着率は飛躍的に改善した。しかし、長期生着の課題として慢性拒絶反応や薬剤長期投与による副作用、感染症や悪性腫瘍のリスク増加も残されている。

これらの克服を目指し、新規免疫調節薬の開発は加速している。CTLA-4-Ig 製剤ベラタセプトは腎毒性を軽減する一方、急性細胞性拒絶の増加や EBV 陰性例での PTLD リスクが報告され、適切な患者選択と併用療法の議論に移行している。CD40-CD40L 経路を標的とする抗体テゴプルバート（AT-1501）は現在 Phase 2 試験中で、臨床応用は近い将来に見込まれる段階に到達した。高度感作例ではイミリフィダーゼによる迅速なドナー特異抗体除去が欧州で条件付き承認を得た。

免疫寛容誘導では間葉系幹細胞や制御性 T 細胞の移植前投与が治験で探索され、免疫抑制薬の漸減を視野に入れた戦略が模索されている。欧州では既に、制御性 T 細胞／樹状細胞療法の安全性と感染症リスク低減が報告されている。国内でもドナー特異的誘導型制御性 T 細胞により肝移植後の免疫抑制剤離脱に成功し、腎移植への応用試験が進行中である。加えて、遺伝子編集ブタを用いた腎異種移植が限られた臨床研究で実施され、生着延長が検証段階にある。さらに、循環 cfDNA やトランスクリプトーム解析と AI を組み合わせた拒絶予測モデルの開発が進んでおり、個別化免疫抑制戦略の樹立を支える基盤技術として期待される。

本講演では、従来レジメンのエッセンスを再確認しつつ、「維新」とも言うべき共刺激経路阻害薬、脱感作療法、免疫寛容誘導療法、異種移植や AI 駆動型プレシジョン医療に至る最新知見を俯瞰し、腎移植の新たな時代への免疫抑制療法の展望を明らかにする。

田岡利宜也

2001 年　香川医科大学 卒業
2013 年 -　MD アンダーソン癌センター Visiting Assistant Professor
2015 年 -　香川大学医学部泌尿器科学 助教
2022 年 -　香川大学医学部附属病院 泌尿器・副腎・腎移植外科 講師
2023 年 -　香川大学医学部附属病院 泌尿器・副腎・腎移植外科 病院准教授

SY7-4

ロボット腎移植

西村　慎吾、関戸　崇了、坪井　一朗、吉永　香澄、丸山　雄樹、
光井　洋介、山野井友昭、河田　達志、定平　卓也、富永　悠介、
岩田　健宏、片山　　聡、別宮　謙介、枝村　康平、荒木　元朗

岡山大学学術研究院医歯薬学域　腎泌尿器科学分野

腎移植において海外からはロボット支援腹腔鏡下腎移植（Robot-assisted kidney transplantation；RAKT）の有用性が報告がされている。しかし本邦における腎移植に関連した手術では、生体ドナー腎採取術が腔鏡下主体となってはいるもののロボット手術化は進んでおらず、レシピエント手術では依然として開放手術がゴールドスタンダードとなっている。

本邦の腎移植の特徴として献腎ドナーが少なく生体ドナーが約 9 割を占めており、如何に安全に、確実に、低侵襲に腎採取術を行うかが重要である。その観点から、3D 下の拡大視野、緻密な操作性、低侵襲性に優れたロボット手術は、高い技術が求められるドナー腎採取術には有用と考える。実際に海外ではロボット支援のドナー腎採取が行われ、腹腔鏡手術に代わりうる術式として期待されている。

そして、レシピエントにおいても、ロボット手術の優れた運針は血管や尿路吻合でその長所が最大限に生きる。これは前立腺全摘術や腎部分切除術からも明らかである。さらに、ロボット腎移植では従来の大きな Gibson 切開でなくビキニパンツでも隠れる 7cm の Pfannenstiel 切開や、表面から傷の見えない経膣で移植腎を挿入することも可能であり、この目立たない傷は小児（大きな傷はいじめの原因にもなりうる）や女性で特に有用である。また、免疫抑制状態の肥満における手術部位感染症（surgical site infection；SSI）は、移植片喪失（graft loss）のリスク要因であることが分かっており、SSI を低減する可能性のある RAKT は妥当性があると考えられ、欧米、インドを中心にその良好な成績が報告されている。さらに、ロボット手術はラーニングカーブが短いという利点も挙げられている。

このように、今やインドでも普通に受けることのできるロボット腎移植を日本で受けることができない状況を打破する必要性がある。ロボット手術に興味をもつ若手医師も多く、腎移植もロボット支援下で出来ることによって泌尿器科医のリクルートにも繋がり、その結果として移植医療が普及・発展しうるだろう。

岡山大学ではヨーロッパ・アジア初となるロボット自家腎移植の経験もあり、今回、本邦での腎移植におけるロボット手術の展望について考えていく。

西村　慎吾

2001 年　岡山大学医学部医学科入学
2007 年　岡山大学医学部医学科卒業
　　香川労災病院　初期臨床研修医
2009 年　岡山大学病院　泌尿器科　医員
2010 年　広島市民病院　泌尿器科　医員
2012 年　岩国医療センター　泌尿器科　医員
2016 年　岡山大学病院　泌尿器科　助教
2019 年　岡山大学病院　臓器移植医療センター　助教
　　岡山大学大学院医歯薬学総合研究科 卒業
2022 年　岡山大学病院　泌尿器科　病棟医長
2025 年　ウィーン医科大学（留学）　リサーチフェロー
　　岡山大学学術研究院医歯薬学域　腎泌尿器科学分野　医局長

SY7-5

腎移植後グラフト保護に向けた創薬への挑戦と問題点

今村　亮一[1,2)]、川村　正隆[3)]、中澤　成晃[3)]、山田　翔大[1)]、土山　彩華[1)]、
倉田　博基[2)]、松田　　剛[2)]、角田　洋一[3)]、野々村祝夫[3)]、望月　保志[4)]

１）長崎大学大学院　医歯薬学総合研究科　泌尿器科学分野
２）長崎大学病院　泌尿器科・腎移植外科
３）大阪大学大学院　医学系研究科　器官制御外科学講座（泌尿器科学）
４）長崎大学病院　血液浄化療法部

腎移植手術ではグラフトが一時的に低酸素状態にさらされるため、虚血再灌流障害は避けることができない合併症である。この過程で起こる障害は急性尿細管壊死や拒絶反応、さらには尿細管間質の線維化を引き起こすことが知られている。その主な要因のひとつが、低酸素状態によって生じる酸化ストレスである。近年になり、この酸化ストレスは、水素により軽減できることが明らかとなってきた。われわれは水素を効率よく体内に取り込む新たな手段として、ナノサイズに粉砕したシリコン粒子を経口摂取する方法を開発した。シリコン粒子（シリコン製剤）は経口摂取後、弱アルカリ性を呈する腸液と反応して腸管内で水素を発生し、体内に水素を供給できる可能性がある。

われわれはシリコン製剤をさまざまな腎疾患モデルラットに投与し、有効性を検証した。腎虚血再灌流障害モデルラットでは体内の水素濃度が上昇し、腎保護効果を呈した。また、慢性腎不全モデルラットでは腎尿細管間質の線維化が抑制され、腎機能の保護作用が確認された。これらの効果には腸内細菌叢が関与している可能性が示唆された。

さらに、ラット同所性腎移植モデルに対する有効性を検証した。その結果、シリコン製剤の投与により炎症性サイトカイン（IL-6、CCL2）の発現抑制、マクロファージやＴ細胞の浸潤の減少、さらにドナー特異的抗体（DSA）の産生も抑制されていた。これらの効果により、ラット同所性腎移植モデルでは慢性抗体関連型拒絶（ABMR）の発症が抑制され、腎機能と生着率の改善に対し高く寄与することが示された。

以上より腎移植においてシリコン製剤が、①移植腎の酸化ストレスと免疫応答を抑えることで虚血再灌流障害やABMRの発症を軽減する可能性と、②長期経過後の慢性腎臓病状態からの腎機能低下を抑制する可能性を有することが示唆され、腎移植の治療成績を改善する新たな補助療法として臨床応用が期待されると考えられた。

SY7

今村　亮一

1996年　奈良県立医科大学医学部医学科　卒業
2007年　大阪大学大学院医学系研究科臓器制御外科学専攻　修了
2007年　米国インディアナ大学腎臓学教室　博士研究員
2014年　大阪大学大学院医学系研究科器官制御外科学講座(泌尿器科学)　講師
2017年　同　准教授
2018年　大阪大学医学部附属病院(泌尿器科)　病院教授（兼任）
2023年　長崎大学大学院医歯薬学総合研究科泌尿器科学分野　教授
　　大阪大学大学院医学系研究科　招聘教授

ダイバーシティ推進委員会企画シンポジウム

DP1　男性育休・育児参画を増やすための草の根活動～大分大学医学部附属病院　男性医療人パパの会　ペンギンズの取り組み

中田　　健、立山　香織、松浦　恵子
大分大学医学部附属病院　女性医療人キャリア支援センター

DP2　泌尿器科医における育児休業取得の実態

塩﨑　啓登
徳島大学大学院医歯薬学研究部　泌尿器科学分野

DP3　医師育児のリアルワールド - 夫の側から -

徳永　　素
独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター　腎移植外科

DP4　男性育休は”家族革命”か？妻の視点から見えた新しい可能性

松三あずさ
独立行政法人国立病院機構 岡山医療センター　泌尿器科

DP5　共働き医師夫婦のワークライフバランス

刑部　博人
高知大学医学部　泌尿器科学講座　透析部

座長の言葉

座長：井上　啓史（高知大学医学部　泌尿器科学講座）
濵﨑　和代（社会福祉法人　恩賜財団　済生会熊本病院　泌尿器科）

「百花繚乱～泌尿器科維新～」という学会テーマのもと、本シンポジウム「リアルワールドの男性育休、育児参画がもたらす泌尿器科維新」を開催いたします。男性医師が育児に積極的に参画することは、個人のライフスタイルにとどまらず、医療現場の働き方改革やジェンダー平等の推進、さらには持続可能な医療体制の構築に直結する重要な課題です。

近年、社会全体で多様な働き方が求められ、育児・介護休業法の改正や「産後パパ育休」制度など法整備が進んでいます。また、若手世代を中心としたライフワークバランスへの意識の高まりも相まって、男性医師の育児参画は確実に増加しています。こうした流れは、医療現場における人材確保や組織文化の変革を促す契機となっています。

本シンポジウムでは、大分大学腎臓内科　中田健先生に医療人パパとしての活動についてご講演をいただき、塩崎啓登先生からは日本泌尿器科学会（JUA）における育児休業取得の現状についてアンケート調査結果をご報告いただきます。さらに、育休を実際に取得された男性医師である徳永素先生、配偶者が育休を取得された女性医師である松三あずさ先生より、それぞれの立場からの体験や課題などをお話しいただきます。

これらのご講演を通じて、育休取得を希望する医師が直面する不安や障壁を明らかにし、管理職や同僚としてどのように支援体制を整えるべきかを議論することで、実効的な取り組みにつなげてまいりたいと考えております。本シンポジウムが、男女を問わず医療人が安心して育児に参画できる環境整備の一助となり、泌尿器科領域における維新の一端を担う契機となることを心より願っております。

DP1

男性育休・育児参画を増やすための草の根活動～大分大学医学部附属病院　男性医療人パパの会ペンギンズの取り組み

中田　　健、立山　香織、松浦　恵子

大分大学医学部附属病院　女性医療人キャリア支援センター

近年の医学部入学者の男女比や日本泌尿器科学会会員の20代・30代における女性医師比率の増加傾向を考えれば、女性医師の役割や活躍は、現在および今後の医療を支える上では、不可欠なことは明白である。その観点からしても、女性医師（だけでなく誰もが）が、働きやすい職場環境を整備することは、その領域・病院が継続的に人を集め発展していくために、非常に重要である。

男性医師が積極的に育児に参加し、育児休暇も取得する環境が整えば、そこで働く女性医師にとってもより働きやすい・活躍しやすい職場環境へと変わることが期待される。また、大学病院や基幹病院は、クリニックや地方の病院に比べて医師数も多いため、より育児休暇取得もしやすい環境にあると推察される。

一方で、人数が（他の病院に比べ）多いとしても、過剰である医局は、稀と思われ、他に取得者が少ない状況においては、男性医師が積極的に育児に参加する事や育児休暇を取得することは、「堂々と」「積極的に」とまでは、いかないのが現状なのかもしれない。

筆者は、大分大学医学部附属病院　女性医療人キャリア支援センターのメンバーとして、また医療人パパの会　ペンギンズ代表として職場環境の改善や職員の意識改革のための講演や教育活動を行ってきた。その主な活動は以下のとおりである。

・オープンキャンパスでの、センター長のダイバーシティに関する話
・医学部1年生の健康科学概論でのセンター長のダイバーシティに関する講義
・医学部4年生時に、1日かけて行うキャリア教育で将来を模擬的に体験と様々なキャリアを有する先輩医師の講演（若手医師枠、夫婦医師枠、新任教授（ボス）枠、開業医枠、製薬会社経験枠など。）
・医学部5年生、初期研修医とのキャリアパス相談会・女性医師交流会
・マタニティ白衣・マタニティスクラブの貸し出し
・広報誌での宣伝活動（育児休暇取得男性医師とその上司にインタビューをして掲載）
・教授会で各診療科教授へのダイバーシティに関するリーダーシップ研修（センター長）
・医療人パパの会での交流及びプレゼンス向上のための料理教室、講演会、ワークショップの開催。
・「キャリアパスサポートブック」を作成し、大学の各診療科および県内の医療機関（育児休暇、病児保育、時短勤務の可否）の働きやすさを公表することで、県内各医療機関へ間接的に働きかける。
・相談窓口の設置
・継続的な活動のための外部資金の確保（時短職員の給与確保）

大分大学医学部附属病院での、男性医師の育児休暇取得者数は、5名～10名前後で推移しており、そのほとんどが5日以内であるが、近年は、循環器内科の医師や糖尿病内科の医師、耳鼻科の医師が、1か月取得するなど、長期取得者も出てきている。

特に、私たちが行っている広報活動や医学部4年時におけるキャリア教育でのグループごとのロールプレイでの経験や男性医師育児休暇取得者の体験談は、将来の取得者（あるいはそれを周りで支えることになる）医学部生へ「前例がない」「周囲に迷惑をかける」といった心理的障壁を軽減することが期待され、ここ（大分大学医学部附属病院）では、取得することができるとの意識づけになることが期待される。

また、大分大学の各診療科と県内の主要研修病院が、掲載されたキャリアサポートブックで時短勤務者の有無や院内保育、病児保育の有無が可視化されることで、それらの医療機関が研究先として選ばれるようになることや医療機関同士の制度の均質化も促されるかもしれない。これらのボトムアップに加え、リーダーシップ研修や育児休暇取得者の上司も一緒に、広報誌に掲載することで、講座として研修医や学生に対してのアピールとなることや次の育休取得者にとっても（上司に）言い出しやすい環境の整備につながると期待される。

さらに、男女双方の医師が育児経験を共有することで、チーム内の信頼関係が深まり、長期的には離職率の低減やワークライフバランスの改善にもつながることが期待される。高齢化社会の日本においては、家庭内でのケアや介護に関わる視点を持つことが診療にも還元され得る。男性医師が自ら育児に参画する経験は、患者や家族とのコミュニケーションの質を高め、医療者としての共感力を強化する契機となるだろう。

育休取得者が、今後増えていくためには、代替要員確保や勤務体制の柔軟化が不可欠と思われる。今後は、学会や病院組織が協力して「育休を取りやすい職場環境」を制度面・文化面の両面から整備し、キャリア形成と家庭生活の両立を支援することが求められる。男性医師の育児参画は、個人のライフキャリアだけでなく、医療現場全体の持続可能性を高める重要な鍵である。泌尿器科を含む医療界全体に「育児（介護）を分かち合う文化」を根づかせ、次世代の働き方改革に資することが期待される。

中田　健

2001年　　大分医科大学　卒業
2016年 4月　大分大学医学部附属病院　腎臓内科　病院特任助教
2021年 5月　大分大学医学部附属病院　腎臓内科　助教
2024年 9月　大分大学医学部附属病院　腎臓内科　学内講師
2025年10月　大分大学福祉健康科学部　教授

DP

DP2

泌尿器科医における育児休業取得の実態

塩﨑　啓登

徳島大学大学院医歯薬学研究部　泌尿器科学分野

近年、男性医師の育児休業取得への関心が高まっているが、泌尿器科領域における育休の実態は十分に明らかにされていない。2022年の法改正により、従来の育休制度に加えて、子の出生後8週間以内に最大4週間を分割して取得できる「産後パパ育休（出生時育児休業）」制度が新設され、より柔軟な取得が可能となった。これにより、男性医師が積極的に育休を利用する機会は今後さらに増加すると考えられる。

本調査は、日本泌尿器科学会会員を対象に、泌尿器科医の育児休業取得の現状や課題を明らかにし、今後の職場環境づくりに資する知見を得ることを目的として企画された。アンケートは全36問で構成され、設問では、育休取得を希望する医師が感じている障壁や不安、管理職として育休取得を支援する際の工夫や知識の共有、さらに職場制度の整備状況や同僚の育休取得による影響など、多角的な観点から実態を把握できるように設計した。

本シンポジウムでは、調査の背景および設計の概要を紹介し、今後得られる結果を踏まえて、泌尿器科領域における育児と医療の両立を実効的に支援するための方策を検討する基盤としたい。本研究が、多様な働き方を可能とする環境整備の一助となることを期待する。

DP

塩﨑　啓登

学歴
・2011年　徳島大学医学部医学科 卒業
・2023年　徳島大学大学院 医科学教育部 医学専攻 泌尿器科学分野 修了（医学博士）

職歴
・2014年　愛媛県立中央病院 泌尿器科
・2016年　高松赤十字病院 泌尿器科
・2018年　徳島県立中央病院　泌尿器科
・2023年　徳島県立中央病院 泌尿器科 副部長
・2025年　徳島大学大学院 医科学教育部 医学専攻 泌尿器科学分野 医員
・2025年10月　徳島大学大学院 医科学教育部 医学専攻 泌尿器科学分野 特任助教

保険教育プログラム

HP　知って得する保険診療の基礎知識

上原　慎也
川崎医科大学総合医療センター　泌尿器科

HP

知って得する保険診療の基礎知識

上原　慎也
川崎医科大学総合医療センター　泌尿器科

わが国では、国民皆保険制度のもと、すべての国民が何らかの公的医療保険（被用者保険・国民健康保険・後期高齢者医療制度・公的負担医療）に加入している。高齢者の増加、医療の高度化や高額薬剤の一般化など医療費の増加はとどまることを知らない状況であるが、保険医は、保険医療に関する知識を深め、保険医療の適切な運用に協力すべきである。

保険診療は、保険者と保険医療機関との間の「公法上の診療契約」で、保険医療機関および保険医は、自由意思で保険診療に参加しているのであり、健康保険法等で規定された保険診療のルールを熟知し、順守する責務がある。

診療報酬の支払いには条件があり、①保険医が保険医療機関において②関係法令（健康保険法・医師法・医療法・医薬品医療機器等法）と省令（療養担当規則）を遵守して医学的に適切な診療を行い④保険医療機関が診療報酬点数表の規定通りに請求し⑤審査支払機関の審査を通過した場合に支払われる。

保険診療のシステムや原則を理解することで、正当な保険診療および請求を行い、病名漏れや請求ミスによる査定を回避し、堅実な経営基盤を築くことは、昨今の厳しい医療環境の中で生き抜くための必須事項である。

本プログラムでは、現在の医療を取り巻く環境や保険診療の仕組み、療養担当規則などの順守すべきルール、診療報酬請求の際の基本的な注意点などにつき概説する。

HP

上原　慎也

1993年　岡山大学医学部　卒業
1996年　社会保険広島市民病院泌尿器科医師
2007年　シンガポール総合病院留学 /clinical fellow
2008年　岡山大学病院泌尿器科助教・外来医長
2016年　川崎医科大学泌尿器科学准教授
　　川崎医科大学総合医療センター（名称変更）泌尿器科副部長
2021年　川崎医科大学泌尿器科学教授
　　川崎医科大学総合医療センター泌尿器科部長
2023年　川崎医科大学総合医療センター院長補佐・院内感染対策室長

ヤングウロロジスト
リサーチコンテスト

YU-1

Prognostic predictors of hypertension outcomes after adrenalectomy in primary aldosteronism

福島　始、光成　健輔、原田　淳樹、中村裕一郎、松尾　朋博、
大庭康司郎、望月　保志、今村　亮一

長崎大学大学院医歯薬学総合研究科　泌尿器科分野

Introduction & objectives: Primary aldosteronism is a common cause of secondary hypertension. Laparoscopic adrenalectomy is recommended for treatment of unilateral primary hyperaldosteronism; however, hypertension persists in some patients even after adrenalectomy and a few cannot discontinue antihypertensive drug use post-adrenalectomy. We investigated the prognostic predictors of hypertension outcomes after adrenalectomy in cases of primary aldosteronism. Identification of prognostic factors is important to determine more appropriate indications for surgery and to explain the postoperative course to patients in greater detail when obtaining preoperative informed consent. Furthermore, it is our opinion that this will be useful in treatment decision-making.Materials & methods: Patients underwent adrenalectomy for primary aldosteronism between 2008 and 2022 were enrolled in this study. They were divided into two groups based on whether they had normal blood pressure without antihypertensive medications (clinical success) or still required medications (non-clinical success) after surgery. Age, sex, body mass index (BMI), biochemical data, duration of hypertension, dosage of antihypertensive drugs before and after surgery (using Defined Daily Dose: DDD), presence of metabolic syndrome (MetS)-related diseases, and visceral fat area, visceral fat volume and total abdominal fat volume were investigated. All body fat measurements were performed using preoperative abdominal CT images and a 3D image analysis system Statistical assessments included univariable and multivariable logistic regression analysis.Results: A total of 71 patients were divided into clinical success (n=21, 29.6%) and non-clinical success (n=50, 70.4%) groups. In the clinical success group, BMI, DDD, duration of hypertension, MetS-related diseases and visceral fat volume were significantly higher than in the non-clinical group. Univariable logistic regression analyses showed higher BMI (Odds ratio [OR] 1.19, 95% confidence interval [CI] 1.01-1.40, P=0.038), longer duration of hypertension (OR 10.09, 95% CI 1.01-1.18, P=0.034), presence of MetS-related diseases (OR 13.8, 95% CI 1.70-113.0, P=0.014), higher DDD (OR 1.72, 95% CI 1.15-2.59, P=0.008) and higher visceral fat volume (OR 1.00, 95% CI 1.00-1.00, P=0.048) led to lower clinical success rate. Multivariable logistic regression analyses adjusted for age and sex showed duration of hypertension (OR 1.09, 95% CI 1.01-1.19, P=0.047), MetS-related diseases (OR 12.5, 95% CI 1.47-106.0, P=0.021) and DDD (OR 1.71, 95% CI 1.13-2.59, P=0.011) were potential prognostic predictors.Conclusion: Duration of hypertension, MetS-related diseases, and DDD are potential prognostic predictors of hypertension outcomes after surgery in primary aldosteronism.

YU

YU-2

Role of long non-coding RNA leucine-rich repeat containing 75 A-antisense RNA1 in the invasion and progression of renal cell carcinoma

徳永　貴範[1)]、平田　　寛[1)]、日高　幸浩[1)]、清水　宏輔[1)]、藤井　央法[1)]、
小林　圭太[1)]、早野　崇英[2,3)]、浅井　義之[2,3,4)]、白石　晃司[1)]

1）山口大学大学院　医学系研究科　泌尿器科学講座
2）山口大学大学院医学系研究科システムバイオインフォマティクス講座
3）山口大学細胞設計医科学研究所システム医学・情報科学分野
4）山口大学大学院医学系研究科・山口大学医学部附属病院 AI システム医学研究・教育センター

Background:
Renal cell carcinoma (RCC) is one of the most common malignant tumors of the urinary system, with clear cell RCC (ccRCC) representing its major histological subtype. Although recent advances such as molecular targeted therapies and immune checkpoint inhibitors (ICIs) have improved outcomes for RCC patients, a significant proportion of individuals still experience disease progression or fail to benefit from these therapies. There remains an unmet clinical need for reliable biomarkers to predict therapeutic response and prognosis. Long non-coding RNAs (lncRNAs) have emerged as critical regulators in cancer biology, participating in gene expression regulation, epigenetic modification, and cellular signaling. However, many lncRNAs, including their functional significance in RCC, remain poorly understood.
Objective:
This study aimed to investigate the role of the lncRNA leucine-rich repeat containing 75 A-antisense RNA1 (LRRC75A-AS1) in the progression and invasion of RCC, its association with clinical outcomes, and its potential impact on the efficacy of ICI therapy. We also sought to elucidate the molecular mechanism underlying LRRC75A-AS1 function, focusing on its interaction with miR-370-5p and ADAMTS5.Methods:To identify lncRNAs related to ICI therapy response, we initially performed a human lncRNA microarray analysis using formalin-fixed, paraffin-embedded (FFPE) tumor samples from RCC patients who either maintained disease control for at least 2 years on ICIs (n=2) or experienced progression within 6 months (n=2). Among the differentially expressed lncRNAs, LRRC75A-AS1 was selected for further study due to its strong upregulation in ICI non-responders. We then assessed LRRC75A-AS1 expression in tumor tissues from 212 ccRCC patients who underwent nephrectomy, using quantitative reverse transcription PCR (RT-qPCR). Clinical data, including progression-free survival (PFS), were analyzed in relation to LRRC75A-AS1 expression levels. Functional assays were performed in vitro using RCC cell lines (769-P and 786-O). LRRC75A-AS1 knockdown was achieved using siRNA, and subsequent effects on cell proliferation (MTS assay) and invasion (Transwell assay) were quantified. Bioinformatic prediction and RT-qPCR validation were used to explore the ceRNA network involving LRRC75A-AS1, miR-370-5p, and ADAMTS5.
Results:
Microarray profiling identified LRRC75A-AS1 as an lncRNA with increased expression in ICI-refractory RCC tissues. RT-qPCR confirmed that LRRC75A-AS1 expression was significantly higher in ICI non-responder samples (n=5) compared to responders (n=5) (P<0.001). Across all clinical samples, LRRC75A-AS1 was markedly upregulated in ccRCC tumor tissues versus matched normal tissues (P=0.0016). Patients with high LRRC75A-AS1 expression had significantly shorter progression-free survival compared to those with low expression (log-rank P=0.0196). Multivariate Cox regression identified high LRRC75A-AS1 expression as an independent predictor of poor prognosis (HR=2.88, 95% CI: 1.35-6.14, P=0.006). In vitro, siRNA-mediated knockdown of LRRC75A-AS1 significantly reduced cell proliferation (P<0.05 at 48h) and invasion (P<0.01) in both 769-P and 786-O cells. Mechanistically, knockdown of LRRC75A-AS1 increased miR-370-5p levels and suppressed ADAMTS5 expression, supporting a model in which LRRC75A-AS1 acts as a molecular sponge for miR-370-5p, thereby derepressing ADAMTS5 and promoting RCC progression. Luciferase reporter assays in both 769-P and 786-O cell lines further confirmed a significant interaction between miR-370-5p and the 3'UTR of ADAMTS5.
Discussion:
These results indicate that LRRC75A-AS1 is a novel oncogenic lncRNA in RCC, promoting cancer cell proliferation and invasion, and conferring a poor prognosis in patients with elevated expression. In particular, LRRC75A-AS1 may function as a competing endogenous RNA (ceRNA) by sponging miR-370-5p, a known tumor suppressor miRNA in RCC and other cancers. Our data suggest that LRRC75A-AS1 suppresses miR-370-5p activity, resulting in derepression of the oncogenic target ADAMTS5, which is implicated in extracellular matrix remodeling and tumor invasion. This LRRC75A-AS1/miR-370-5p/ADAMTS5 regulatory axis highlights a new molecular pathway driving RCC progression. These findings not only support the clinical significance of LRRC75A-AS1 as a prognostic and predictive biomarker but also suggest its potential as a therapeutic target. Elucidating the complex regulatory networks involving lncRNAs and miRNAs may lead to innovative strategies for overcoming RCC progression and therapy resistance.
Conclusion:
LRRC75A-AS1 serves as a promising prognostic and predictive biomarker in RCC, associated with tumor progression and resistance to immune checkpoint inhibitors. Targeting the LRRC75A-AS1/miR-370-5p/ADAMTS5 regulatory pathway may offer new strategies for the management of RCC and the development of personalized therapies.

YU

YU-3

Effector functions exhibited by γδ T cells against renal cell carcinoma cell

河田　賢[1,2,3]、大庭康司郎[1]、大木　雅晴[1]、上田　康史[1,2]、光成　健輔[1]、松尾　朋博[1]、望月　保志[1]、田中　義正[2]、今村　亮一[1]

1）長崎大学病院 泌尿器科・腎移植外科
2）長崎大学先端創薬イノベーションセンター
3）愛知医科大学

[Introduction] Current therapeutic strategies for renal cell carcinoma (RCC) include surgical resection, immune checkpoint inhibitors (ICIs), and molecularly targeted therapies. Nevertheless, the emergence of resistance to these modalities underscores an urgent need for novel immunotherapeutic approaches. In this study, we examined the feasibility of adoptive immunotherapy employing Vδ2-positive γδ T cells. [Method] Vδ2 γδ T cells were expanded ex vivo from peripheral blood mononuclear cells of 10 healthy adults and 19 RCC patients using a nitrogen-containing bisphosphonate prodrug (PTA) and interleukin-2 (IL-2). Short-term (1hour) and long-term (72 hours) cytotoxicity against eight RCC cell lines was assessed using a non-radioactive cytotoxicity assay kit. A standard ELISA was performed to quantitatively evaluate the IFN-γ secreted by Vδ2 γδ T cells in response to PTA-treated RCC cells. Additionally, functional IFN-γ secretion was evaluated using a chimera assay with HEK293T reporter cells expressing a human IFN-γ receptor fusion protein. [Result] In healthy adults, the average percentage of Vδ2 γδ T cells increased from 4.33 ± 2.35% to 98.72 ± 1.59% after expansion for 11days. In RCC patients, the average percentage of Vδ2 γδ T cells in PBMCs increased from 1.23 ± 1.10% to 77.20 ± 31.93%, which was lower than that observed in healthy adults. Among nine RCC patients with a baseline Vδ2 γδ T-cell proportion below 1%, only three reached over 90% after 11 days of culture. In the short-term cytotoxicity, Vδ2 γδ T cells from healthy donors exhibited minimal cytotoxicity even at an E/T ratio of 200:1 in the absence of PTA. When 100-500 nM PTA were added, high cytotoxicity was observed. In Vδ2 γδ T cells derived from RCC patients, the results were with similar expansion rates to healthy adults exhibited PTA concentration- and E/T ratio-dependent cytotoxicity. However, The long-term cytotoxicity was observed against all RCC cell lines without antigen sensitization. The results of standard ELISA showed that, in the absence of PTA sensitization, there was minimal IFN-γ production across all RCC cell lines. However, in response to PTA-sensitized RCC cells, a PTA concentration-dependent increase in IFN-γ production was observed. Similarly, the chimera assay results showed minimal IFN-γ production in the absence of PTA sensitization across all RCC cell lines. In contrast, in response to PTA-sensitized RCC cells, a PTA concentration-dependent increase in IFN-γ production was observed. [Discussion] The baseline proportion of Vδ2 γδ T cells in PBMCs is an important indicator for successful ex vivo expansion, which is generally achievable in RCC patients with an initial proportion of ≧ 1%. To harness the innate cytotoxicity of Vδ2 γδ T cells effectively, high E/T ratios and prolonged cell-to-cell contact time are required. In contrast, upon antigen sensitization with PTA, significant cytotoxicity was achieved even at lower E/T ratios and shorter contact time, indicating TCR-mediated recognition and subsequent IFN-γ production. Therefore, the development of a targeted PTA delivery system to RCC cells may enhance the therapeutic potential of Vδ2 γδ T cell-based adoptive immunotherapy.

YU

YU-4

Development of an enhanced navigation system with real-time forceps tracking in robot-assisted partial nephrectomy

月野　圭治、小林　　聡、児浦未季史、牟田口　淳、塚原　茂大、
種子島時祥、後藤　駿介、松元　　崇、塩田　真己、江藤　正俊

九州大学大学院医学研究院　泌尿器科学分野

Introduction and Objective: While the use of intraoperative ultrasound has become a standard practice in guiding tumor resection during robot-assisted partial nephrectomy (RAPN), it has significant limitations. Specifically, it provides only two-dimensional (2D) information, which is often insufficient for clearly delineating tumor boundaries, especially for tumors located in areas where the ultrasound probe cannot make adequate contact with the kidney or for endophytic tumors, small tumors, or tumors without pseudocapsules. Additionally, it may not provide adequate information regarding surrounding blood vessels and the urinary tract. These factors can lead to positive surgical margins, reduced preservation of normal renal parenchyma, and unintended injury to blood vessels or the urinary tract. To address these limitations, we have developed a novel navigation system that overlays the real-time positional information of the forceps tip onto a three-dimensional (3D) model image, reconstructed from preoperative computed tomography (CT) images, displayed within a virtual reality (VR) environment.
Methods: Customized attachments were mounted on the da Vinci Xi system's endoscope, right-hand scissors, and left-hand fenestrated forceps to enable infrared tracking and obtain the real-time positional information of the forceps tips. Registration between endoscopic images and VR images was performed using point-pair matching methods based on three points defined by anatomical landmarks. Initially, the accuracy of this registration was validated using a kidney phantom model. Six landmark points were set on the phantom model, and registration was performed using three points assumed to be matching points during surgery. The target registration error (TRE) was measured at the remaining three points. Various combinations of three points were tested to evaluate registration accuracy. Subsequently, the navigation system was applied during RAPN procedures at our institution to assess its clinical feasibility. Tumor resection margins were primarily defined by the 3D image of the kidney and the position of the forceps tip within the VR environment, with intraoperative ultrasound used complementarily, as in conventional practice. In this initial clinical implementation, the feasibility was assessed based on the system's integration into the surgical workflow and its ability to provide continuous spatial guidance throughout the procedures.
Results: In the phantom study, 18 different registration patterns were tested, yielding a mean TRE of 2.47 mm with a standard deviation of 0.94 mm. Based on these validation results, the system was seamlessly integrated into RAPN procedures at our institution, demonstrating its clinical feasibility. Real-time tracking of the forceps tip within the VR environment was achieved, and the navigation interface provided additional spatial information to guide tumor resection. Importantly, there were no intraoperative complications related to the system, and the setup process was completed smoothly without disrupting the surgical workflow. Furthermore, evaluation using the resected specimen and pathological slides suggested that the navigation system may enable a more accurate determination of resection margins. These initial clinical applications demonstrated that the system is not only feasible for use in a surgical setting but also enhances the surgical workflow, thereby supporting intraoperative decision-making.
Conclusion: The 3D image-guided navigation system, integrating real-time forceps tracking within a VR environment, demonstrated clinical feasibility in RAPN. This system has the potential to significantly improve tumor resection accuracy, thereby enhancing patient outcomes. Further development and validation are necessary to refine the system and fully assess its potential as a tool to support surgical decision-making.

YU

YU-5

Enhancement of Anti-PD-L1 Therapy by 5-Aminolevulinic Acid-Based Photodynamic Therapy in a Murine Bladder Cancer Model

安宅　香弥[1)]、山本新九郎[1,2)]、山口　頌太[3)]、重久　　立[1)]、
プスティンバラ　アナンティア[2)]、福原　秀雄[1,2)]、小倉俊一郎[2,4)]、井上　啓史[1,2)]

1）高知大学医学部附属病院　泌尿器科
2）高知大学医学部附属光線医療センター
3）高知大学医学部医学科
4）東京科学大学生命理工学院

Background and Objective:Immune checkpoint inhibitors (ICIs), including anti-PD-L1 antibodies, have become central to cancer immunotherapy. Despite their clinical success, the therapeutic response remains limited in many cases, highlighting the need for combination strategies to improve efficacy. This study aimed to investigate whether the addition of 5-aminolevulinic acid-mediated photodynamic therapy (ALA-PDT) could enhance the antitumor activity of anti-PD-L1 therapy in a murine bladder cancer model. Materials and Methods:Two murine bladder cancer cell lines, MBT-2 and MB-49, were used for in vitro analysis. Sensitivity to ALA-PDT was assessed using the MTT assay by measuring cell viability after treatment with different concentrations of ALA. Baseline PD-L1 protein expression levels in both cell lines were evaluated by Western blot analysis.Based on the in vitro findings, in vivo experiments were conducted using MBT-2. A bilateral tumor model was established by subcutaneously inoculating MBT-2 cells into both dorsal flanks of C3H/He mice. Mice were divided into two treatment groups: (1) anti-PD-L1 monotherapy group and (2) combination therapy group receiving anti-PD-L1 antibody and ALA-PDT. In the combination group, ALA-PDT was performed on only one of the two tumors. Tumor volumes were monitored to evaluate whether the non-irradiated tumor responded to the combination therapy, thereby suggesting a systemic antitumor effect.Results:In the MTT assay, both MBT-2 and MB-49 cells demonstrated decreased viability following ALA-PDT in a dose-dependent manner. A marked reduction in cell survival was observed at ALA concentrations of 125 uM or higher. Western blot analysis confirmed that PD-L1 expression levels were similar between the two cell lines. Given the comparable PD-L1 expression and strong PDT responsiveness, MBT-2 was selected for the in vivo study. In the bilateral tumor model, the combination of anti-PD-L1 antibody and ALA-PDT resulted in reduced tumor growth in the untreated, contralateral tumor compared to anti-PD-L1 monotherapy. This suggests that local administration of ALA-PDT may enhance systemic antitumor responses when combined with immune checkpoint inhibition.Conclusion:This study demonstrated that ALA-PDT may enhance the efficacy of anti-PD-L1 therapy even in tumors not directly treated with PDT. The observed tumor suppression at distant sites implies a possible systemic immune effect induced by the combination strategy. These findings support further investigation of ALA-PDT and immune checkpoint inhibitor combination therapy as a promising approach in systemic cancer treatment.

YU

YU-6

BACH1 contributes to bladder cancer progression and metastasis by activating the epithelial-mesenchymal transition pathway.

畑山　智哉[1)]、武本健士郎[1)]、小畠　浩平[1)]、三浦　健人[2)]、内藤　美季[1)]、
宮本　俊輔[1)]、関野　陽平[1)]、北野　弘之[1)]、後藤　景介[1)]、郷力　昭宏[1)]、
稗田　圭介[1)]、神沼　　修[2)]、日向　信之[1)]

1）広島大学　腎泌尿器科学
2）広島大学原爆放射線医科学研究所 疾患モデル解析研究分野

[Introduction]
Bladder cancer (BC) is a common urological malignancy, with muscle-invasive BC (MIBC) exhibiting a particularly poor prognosis despite recent therapeutic advances. The established risk factors, such as aging, smoking, and occupational chemical exposure, contributes to carcinogenesis through the generation of reactive oxygen species (ROS), which induces oxidative stress responses (OSRs). However, the specific molecular mechanisms underlying OSR-mediated tumor progression in BC remain poorly understood. Accordingly, increasing attention has been directed toward OSR-related molecules as potential prognostic biomarkers. This study focused on broad complex-tramtrack-bric-a-brac and cap 'n' collar homology 1 (BACH1), a key transcription factor involved in OSRs. BACH1 has been reported in regulating various cancer-related processes, including cellular metabolism, invasion, and metastasis, primarily through the activation of epithelial-mesenchymal transition (EMT), a critical mechanism in cancer metastasis. Nevertheless, the role of BACH1 in BC has not been fully elucidated. Therefore, in this study, we aimed to investigate the functional significance of BACH1 in BC progression.
[Materials]
One hundred-four specimens and clinical data in BC patients, human BC cell lines (RT4, UMUC3, UMUC13, T24, 5637), murine BC cell line MB49, and C57BL/6NJ mice were used.
[Methods]
Immunohistochemical staining (IHC) for BACH1 was performed on 60 specimens obtained from patients who underwent transurethral resection of bladder tumor, including both non-MIBC and MIBC cases (Cohort A), as well as on 44 specimens from MIBC patients who underwent radical cystectomy (Cohort B). In vitro experiments were conducted to evaluate the molecular functional analysis of BACH1 in BC cell lines. Cell invasion, migration, and proliferation activities were assessed using transwell invasion assays, wound healing assays, and water-soluble tetrazolium-1 (WST-1) assays, respectively. RNA sequencing and gene set enrichment analysis (GSEA) were performed in *BACH1*-knockdown UMUC3 cells. To analyze the functional significance of BACH1 in tumor growth activities in vivo, we generated subcutaneously implanted mouse model using Bach1-knockout MB49 cells (MB49/Bach1-KO) and empty vector-transfected MB49 cells (MB49/EV). Furthermore, to analyze tumor metastatic abilities, we established lung metastases mouse model using intravenous injection into the retro-orbital sinus. And we assessed the functional significance of BACH1 in metastases in vivo.
[Results]
In IHC analysis, BACH1 expression was positive in 27 of 60 patients (45%) and was significantly associated with high pathological T stage and tumor grade in Cohort A. In Cohort B, BACH1 expression was positive in 17 of 44 patients (38.6%), and Kaplan-Meier survival analysis demonstrated that patients with positive BACH1 expression had significantly poorer recurrence-free survival (RFS) and cancer-specific survival (CSS) compared to those with negative BACH1 expression ($p = 0.035$ and $p = 0.020$, respectively).
In vitro experiments, BACH1 was either knocked down or overexpressed in BC cell lines, and its effects on cell invasion, migration, and proliferation activities were evaluated. BACH1 knockdown suppressed these malignant phenotypes, whereas BACH1 overexpression enhanced them. RNA sequencing analysis indicated that inflammatory response and EMT-related pathways were significantly enriched following *BACH1* knockdown. In an allograft model, estimated tumor volume in the MB49/Bach1-KO group was significantly smaller and lighter than those in the MB49/EV group. In MB49/Bach1-KO tumors, the expression of epithelial cell marker E-cadherin was increased, while the expression of mesenchymal cell markers, including N-cadherin, Vimentin, SNAI1, and SNAI2 expression was decreased compared to MB49/EV tumors. In lung metastases mouse model, bioluminescence imaging revealed fluorescence intensity was significantly reduced in the MB49luc/Bach1-KO group compared to the MB49luc/EV group. Furthermore, in the MB49/Bach1-KO group, the number of macroscopically visible metastatic tumor nodules were significantly fewer.
[Conclusions]
In this study, we revealed BACH1, which is important OSRs-related transcription factor, was significantly associated with aggressive pathological features and poor prognosis in BC patients. In addition, BACH1 positively regulated cell invasion, migration, and proliferation activities of BC cell lines in vitro. Furthermore, we clarified the crucial participation of BACH1 in tumor growth and metastatic potential of BC by enhancing EMT pathway in vivo.
This is the first study investigated the role of BACH1 in BC. Furthermore, we demonstrated that BACH1 promotes tumor metastasis through activation of the EMT pathway, highlighting its potential as a novel biomarker and therapeutic target.

YU

YU-7

Mechanism of Tumor Microenvironment Modulation by HSP90AB1 via Bladder Cancer Cell Derived Exosomes

富永　充彦、吉野　裕史、斎藤　朗毅、有馬　純也、福田　育美、
坂口　　大、鑪野　秀一、榎田　英樹

鹿児島大学大学院医歯学総合研究科 泌尿器科学講座

Background:Bladder cancer is characterized by a high recurrence rate and a risk of progression to muscle-invasive disease, posing significant clinical challenges. Tumor-derived exosomes are increasingly recognized as key modulators of the tumor microenvironment (TME), facilitating cancer progression. Heat shock protein 90 alpha family class B member 1 (HSP90AB1) is a molecular chaperone implicated in various oncogenic processes, yet its exosome-mediated role in bladder cancer remains unclear.Methods:We first performed exploratory RNA-seq analysis on exosome derived RNA from three healthy controls and three bladder cancer patients to assess HSP90AB1 expression. Next, serum samples from 41 bladder cancer patients and 10 healthy volunteers were collected, and exosomes were isolated using a spin-column method. HSP90AB1 levels in both exosomes and donor cells were quantified by qPCR and Western blot. Parental-derived exosomes were then added to T24 and J82 cells in which HSP90AB1 had been stably knocked down (shHSP90AB1), and functional assays XTT for proliferation, scratch for migration, and Matrigel invasion were conducted. Separately, T24 and J82 cells transfected with HSP90AB1 siRNA underwent cell-cycle analysis by flow cytometry. In vivo, T24 parental and T24 shHSP90AB1 cells were implanted subcutaneously into nude mice; tumor growth and Ki-67 immunostaining were compared between the two groups. Finally, The Cancer Genome Atlas (TCGA) bladder cancer cohort was stratified into HSP90AB1 high- and low-expression groups, and gene set enrichment analysis (GSEA) was performed to identify enriched pathways.Results:Exosomes from bladder cancer patient sera showed a 2.5-fold increase in HSP90AB1 content versus healthy controls. Addition of parental exosomes to shHSP90AB1 cells enhanced proliferation by 1.7-fold, migration by 1.9-fold, and invasion by 2.1-fold, whereas exosomes from HSP90AB1-depleted cells did not. Flow cytometry revealed that siHSP90AB1 cells maintained a G0/G1-phase distribution, with no increase in S-phase entry, in contrast to control cells. In vivo, both tumor growth rate and Ki-67 positivity were significantly lower in shHSP90AB1 xenografts compared with parental xenografts. GSEA of TCGA data demonstrated significant enrichment of MYC target and cell-cycle regulation pathways in the HSP90AB1 high-expression group. Conclusion:Bladder cancer cell-derived exosomes shuttle HSP90AB1 to recipient cells, activating MYC signaling and promoting cell-cycle progression to remodel the TME and drive tumor proliferation and invasion. Targeting exosomal HSP90AB1-mediated intercellular communication may offer a novel therapeutic strategy to inhibit bladder cancer progression.

YU

YU-8

Galectin-7 as a Novel Pathological Diagnostic Marker for Urothelial Carcinoma with Basal/Squamous subtype

芳賀　俊介、宍戸　謙輔、信森　祥太、澤田　貴虎、新井　欧介、大西　智也、渡辺　隆太、西村　謙一、福本　哲也、三浦　徳宣、宮内　勇貴、菊川　忠彦、雑賀　隆史

愛媛大学　医学部　泌尿器科

Background: Urothelial carcinoma (UC) with basal squamous subtype (BaSq) is associated with poor prognosis and limited treatment options. Accurate identification of UC with BaSq is crucial for guiding therapy but remains challenging because it relies solely on histopathological diagnosis, in other words, due to the lack of specific biomarkers.

Objective: To evaluate Galectin-7 as a novel diagnostic marker and potential therapeutic target in UC with BaSq. The effect of galectin-7 expression on clinical outcomes will also be evaluated.

Methods: We conducted Visium HD spatial transcriptomics to assess LGALS7 expression in pure UC and UC with BaSq subtype tissues. In particular, we found that LGALS7 was expressed in the UC with BaSq region in gene expression mapping, while was not expressed in the pure UC region. Therefore, we focused on Galectin-7. Immunohistochemistry (IHC) was performed on formalin-fixed, paraffin-embedded (FFPE) samples to evaluate Galectin-7 protein expression. In addition, we statistically examined the relationship between Galectin-7 expression and PFS and OS.

Results: In clustering using Visium HD with UMAP analysis, LGALS7(Galectin-7) expression was significantly elevated in BaSq region of UC compared to the pure UC region. IHC demonstrated high sensitivity (89.3%) and specificity (92.2%) for Galectin-7 in identifying BaSq. Conventional staining marker p63-based UC with BaSq detection had high sensitivity (100%) and low specificity (12.5%). No significant association between galectin-7 expression and prognosis was demonstrated.

Conclusion: Galectin-7 is a promising biomarker with multifaceted clinical utility in UC with the BaSq subtype and deserves attention. Its diagnostic accuracy, biological relevance, and therapeutic potential warrant further investigation. Integrating Galectin-7 into diagnostic workflows may improve the identification of high-risk subtypes, alleviate the burden on pathologists, and its targeting could provide new strategies for treating this aggressive, poor-prognosis form of UC, potentially leading to significant patient benefits and reduced healthcare resource utilization.

YU-9

Prevalence and risk factors of biochemical hypogonadism in a community-dwelling Japanese male population: the Hisayama Study.

平　純一[1,2)]、大石　絵美[2,3,4)]、坂田　智子[2,3,4)]、古田　芳彦[2,3)]、柴田　舞欧[2,4)]、塩田　真己[1)]、江藤　正俊[1)]、二宮　利治[2,4)]

1）九州大学大学院医学研究院　泌尿器科学分野
2）九州大学大学院医学研究院　衛生・公衆衛生学分野
3）九州大学大学院医学研究院　病態機能内科学分野
4）九州大学大学院医学研究院　総合コホートセンター

Backgrounds and Objectives: Age–related physical symptoms, such as fatigue, easy exhaustion, erectile dysfunction, depressive tendencies, and muscle weakness, have been reported to be associated with testosterone deficiency, which is recognized as late-onset hypogonadism (LOH) syndrome. However, there are limited community–based epidemiological studies addressing prevalence and of LOH syndrome its associations with lifestyle-related factors in Japan. The purpose of the present study was to investigate the prevalence of biochemical hypogonadism as defined by serum total testosterone (TT) and serum free testosterone (FT) levels, and to identify its associated risk factors in community-dwelling adult males in Japan. Study design: Cross sectional studyMethods: A total of 1,444 community–dwelling males aged ≥ 40 years participants were included in the present study. Serum TT and FT levels were measured using the chemiluminescent immunoassay method and the radioimmunoassay method, respectively. Biochemical hypogonadism was defined according to Japanese guidelines for the treatment of LOH syndrome as serum TT <2.5 ng/mL and/or serum FT <7.5 pg/mL according to 2022 Clinical Practice Guidelines for LOH Syndrome, Japan. Pearson correlation coefficients were calculated to assess the relationship between each testosterone level and age. The risk factors associated with the presence of biochemical hypogonadism were identified using logistic regression analysis with backward variable selection, where the criterion for variable selection was set at p <0.10.Results: The mean ± standard deviation of serum TT and FT levels were 5.8 ± 2.2 ng/mL and 11.1 ± 4.5 pg/mL, respectively. There was little correlation between serum TT levels and age (Pearson's r = -0.05), whereas serum FT levels showed a moderate negative correlation with age (Pearson's r = -0.40, p < 0.001). A significant positive correlation was observed between serum TT and FT levels (Pearson's r = 0.58, p <0.001). The overall prevalence of biochemical hypogonadism was 17.7% (95% confidence interval [CI], 16.0–19.6). When biochemical hypogonadism was defined based on either serum TT or FT levels, the prevalence for individuals with low serum TT level alone, those with low serum FT level alone, and those with both low serum TT and FT levels were 0.1%, 14.3%, and 3.2%, respectively. The overall prevalence of biochemical hypogonadism increased progressively with aging (40–49 years: 6.3 % [95% CI, 3.1–9.5]; 50–59 years: 7.9% [4.6–11.1]; 60–69 years: 12.8 % [9.7–15.9]; 70–79 years: 25.5% [20.8–30.2]; 80years: 44.4% [37.1–51.7]; p for trend <0.001). Next, we performed multivariable logistic regression with a backward variable selection to identify factors associated with biochemical hypogonadism. Consequently, diabetes mellitus (odds ratio [OR] 1.77 [yes vs. no]; 95% CI, 1.28–2.44), obesity (OR 1.89 [BMI ≥ 25.0 vs. <25.0 kg/m^2]; 95% CI, 1.37–2.61) and lower total energy intake (OR 1.35 [<1445.1 vs. ≥ 1445.1 kcal/day]; 95% CI, 0.95–1.90) were associated with higher risk of the presence of biochemical hypogonadism, while current alcohol drinking (OR 0.62 [yes vs. no]; 95% CI, 0.45–0.86) was inversely associated with biochemical hypogonadism.Conclusions and Perspectives: The present study demonstrated that the prevalence of biochemical hypogonadism was approximately 18% and aging, diabetes mellitus, obesity and lower energy intake was a significant risk factors for the presence of biochemical hypogonadism in community–dwelling adult males in Japan. Notably, most of cases with biochemical hypogonadism were determined by serum FT levels in the present study. Further research is warranted to clarify the factors and lifestyle habits that are associated with changes in testosterone levels and to evaluate the prognosis of individuals with biochemical hypogonadism, which may contribute to promoting healthy aging for men.

YU

YU-10

Regenerating the adrenal gland: A foundational study using human adipose tissue-derived mesenchymal stem cells

青柳　力夫[1,2)]、田中　智子[2)]、柳瀬　敏彦[3)]、小玉　正太[2)]、羽賀　宣博[1)]

1）福岡大学医学部　腎泌尿器外科学講座
2）福岡大学医学部　再生・移植医学講座
3）誠和会　牟田病院

INTRODUCTION

Adrenal insufficiency such as congenital adrenal hyperplasia, autoimmune adrenal inflammation, and bilateral adrenalectomy requires glucocorticoid (GC) replacement. Oral GC replacement therapy has long been the standard approach for managing adrenal insufficiency. However, oral GC supplementation fails accurate replacement of cortisol because it could not be administered according to the physiological rhythm of endogenous cortisol section. Consequently, exogenous GC administration may result in acute adrenal crises due to insufficient replacement, while excessive replacement can lead to adverse effects such as impaired glucose tolerance, obesity, and osteoporosis.Cell-based therapy for regeneration of adrenal gland is a potential approach for physiological GC replacement. Nuclear receptor subfamily 5 group A member 1 (NR5A1) is the essential transcriptional factor in adrenal development. In our previous study, we demonstrated that overexpression of NR5A1 induced the differentiation of mouse mesenchymal stem/stromal cells (MSCs) into steroidogenic hormone-producing cells. Syngeneic transplantation of these mouse NR5A1-induced steroidogenic cells significantly extended the survival of bilateral adrenalectomized mice. For clinical translation, it is essential to evaluate the therapeutic potential of human steroidogenic cells for transplantation, rather than mouse cells. The present study aims to investigate whether human adipose tissue-derived mesenchymal stem/stromal cells (ADSCs) could be served as regeneration of adrenal gland.

METHODS

1)In vitro study

Human ADSCs were obtained from American Type Culture Collection (27-year-old female donor, breast adipose tissue). The cells were transduced with adenoviral vector encoding NR5A1 (Adx-NR5A1) for differentiation into steroidogenic cells of adrenal gland. Expression levels of ACTH receptor and angiotensin receptor of the cells were evaluated by quantitative RT-PCR. To evaluate responsiveness of ACTH and angiotensin II, human NR5A1-induced steroidogenic cells were exposed to ACTH or angiotensin II on day 7 post-infection. Steroid levels in the culture medium were measured 3 days after stimulation. To evaluate the duration of steroidogenesis of NR5A1-induced steroidogenic cells, we cultured ADSCs infected with adenovirus-NR5A1 for up to 56 days, with passaging performed prior to confluency. Total RNA of NR5A1-induced steroidogenic cells and culture medium were collected every 7 days.

2)In vivo study

Male CB17.Cg-PrkdcsscidLystbg-J/CrlCrlj (SCID Beige) mice were used in experiments at 8-14 weeks of age. Adrenal insufficiency model mice were established by bilateral adrenalectomy. Human NR5A1-induced steroidogenic cells and control cells were transplanted under the kidney capsule of bilaterally adrenalectomized immunodeficient (bADX) mice. Paraffin-embedded kidney bearing transplanted cells were used for HE staining and immunohistochemistry of NR5A1 and steroidogenic acute regulatory protein (STAR). The expression of STAR and steroidogenic enzymes including CYP11A1, HSD3B2, CYP17A1, CYP21A2, CYP11B1 in the graft on post-transplant day 7 were evaluated by RT-PCR. Serum cortisol levels on post-transplant day 7 were measured by liquid chromatography-mass spectrometry. The survival time of bADX mice transplanted with NR5A1-induced steroidogenic cells was compared with bADX mice transplanted with control cells by Kaplan-Meier method.

RESULTS

1)In vitro study

Human NR5A1-induced steroidogenic cells expressed ACTH receptor and angiotensin receptor, and secreted cortisol (1.87 ± 0.13 pg/μg of protein) and aldosterone (0.39 ± 0.37 pg/μg of protein). Cortisol production increased in a dose-dependent manner in response to ACTH stimulation ($p = 0.0028$), and aldosterone production was similarly enhanced by angiotensin II stimulation ($p = 0.0084$). In long-term culture experiments, NR5A1 expression gradually declined over time, and cortisol production also decreased, becoming undetectable after 35 days post-infection.

2)In vivo study

Next, we evaluated the functionality of transplanted human NR5A1-induced steroidogenic cells. Histological analysis revealed that NR5A1 and STAR-positive cells were observed diffusely among transplanted human steroidogenic cells on post-transplant day 7. The grafts remained macroscopically viable in bADX mice transplanted with human NR5A1-induced steroidogenic cells on post-transplantation day 30. PCR of the grafts containing human NR5A1-induced steroidogenic cells revealed STAR and steroidogenic enzymes including CYP11A1, HSD3B2, CYP17A1, CYP21A2, CYP11B1. Serum cortisol was detectable only in bADX mice transplanted with human NR5A1-induced steroidogenic cells (528.3 ± 82.7 pg/mL), indicating cortisol replacement derived from the graft. The survival time of bADX mice transplanted with NR5A1-induced steroidogenic cells was significantly prolonged compared to those receiving control cells (log-rank test, $p < 0.0001$). All mice in the control group died within 13 days ($n = 10$), whereas 16.7% of mice transplanted with human NR5A1-induced cells ($n = 12$) survived up to 30 days postoperatively.

CONCLUSIONS

Human ADSCs was differentiated into steroidogenic cells by NR5A1 overexpression and exhibited responsiveness to ACTH and angiotensin II in vitro. Additionally, transplantation of human NR5A1-induced steroidogenic cells into immunodeficient adrenal insufficient mice prolonged their survival with detectable basal levels of serum cortisol. This study is the first to demonstrate part of the adrenal function through the transplantation of human steroidogenic cells derived from ADSCs. These findings highlight the potential of ADSCs as adrenal regenerative therapy for adrenal insufficiency.

YU

YU-11

Development of a Novel Organoid Culture System for Mouse Seminal Vesicle Epithelium

鈴木駿太郎[1)]、二宮　遼[2)]、久保　修一[2)]、岩崎　和範[3)]、秦　聡孝[1)]、濱田　文彦[2)]

1）大分大学　医学部　腎泌尿器外科学講座
2）大分大学　医学部　解剖学講座
3）別府湾腎泌尿器病院

Development of a mouse seminal vesicle epithelial organoid culture systemBackground:Seminal vesicle secretions constitute approximately 70% of seminal fluid, and one of its major components, mouse seminal vesicle secretion 2 (SVS2), is known to contribute to sperm fertilizing ability. However, due to the lack of an appropriate in vitro model, the mechanisms underlying seminal vesicle secretion remain poorly understood. This study aimed to develop mouse seminal vesicle organoids as a novel research tool to investigate the function and secretory dynamics of the seminal vesicle.

Methods: Seminal vesicles were excised from 10-week-old male BALB/cJ mice. Epithelial cells were isolated from minced tissues by enzymatic digestion with TrypLE, followed by centrifugation. The cell pellet was resuspended in cold Advanced DMEM/F12, mixed with Matrigel, and plated in 24-well plates. After Matrigel solidification, organoids were cultured in a modified medium based on a mouse prostate organoid protocol, supplemented with FGF7, FGF10, and GDF7. Small cystic organoids formed within 5-7 days. The medium was replaced every 2-3 days, and Y-27632 was withdrawn from day 7 onwards to promote differentiation. Organoids were passaged or harvested from day 14. Harvested organoids were fixed with 4% PFA for cryosectioning or lysed in RIPA buffer for Western blotting.

Results: Immunostaining of cryosectioned mouse seminal vesicle organoids revealed a bilayer structure, recapturing that of native seminal vesicle tissue, consisting of basal cells and secretory epithelium. Tight junctions were identified at the apical surface of the secretory epithelial cells. Furthermore, vesicle-associated membrane protein 2 (VAMP-2), involved in merocrine secretion, was detected within the secretory epithelial cells, and SVS2 secretion was observed at the apical surface. Western blot analysis of organoids cultured with or without dihydrotestosterone(DHT) demonstrated that DHT significantly increased SVS2 secretion.

Conclusions: The developed mouse seminal vesicle organoids possess glandular structures similar to seminal vesicle tissue and retain the ability to secrete SVS2. Furthermore, our findings suggest that SVS2 secretion may be dependent on DHT. In the future, we aim to extend this research to develop human seminal vesicle organoids, with the goal of advancing studies on male infertility and contributing to the development of new therapeutic approaches.

YU

YU-12

Development and Functional Evaluation of a Chitin Nanofiber/Chitosan Hemostatic Sponge

星野　貴洋[1)]、森實　修一[1)]、山元　惇史[1)]、山根　浩史[1)]、西川　涼馬[1)]、木村　有佑[1)]、山口　徳也[1)]、引田　克弥[1)]、常世田好司[2)]、伊福　伸介[3)]、武中　篤[1)]

1）鳥取大学医学部　器官制御外科学講座　腎泌尿器学分野
2）鳥取大学医学部　生命科学科　免疫学分野
3）京都大学　生存圏研究所

Background:
Chitin nanofibers (CNF) and chitosan are natural polysaccharides derived from the shells of crustaceans such as crabs and shrimp, valued for their biodegradability, biocompatibility, and antibacterial properties. Their high water absorption, moisture retention, and positive surface charge enable interactions with blood components, making them promising for medical use. Applications in drug delivery, wound dressings, and hemostasis have been reported.
This study aimed to develop a CNF/chitosan composite sponge and evaluate its physical properties, biocompatibility, and hemostatic efficacy.
Methods:
Aqueous CNF dispersions (1.5 wt%) were mixed with chitosan of three molecular weights (15,000, 500,000, and 1,000,000) at 0.5 or 1.0 wt%. The mixtures were molded, gelled in 2 N NaOH for 24 hours, ethanol-exchanged to form alcogels, and freeze-dried to produce composite sponges. Physical properties were evaluated using scanning electron microscopy (SEM), Brunauer-Emmett-Teller (BET) surface area and pore size analysis, water absorption, and compression tests under dry and wet conditions to assess structural and mechanical stability.
For in vitro biological evaluation, the blood coagulation index (BCI) was measured using human whole blood to assess hemostatic performance. Erythrocyte adhesion was observed via SEM, and hemolytic activity was evaluated by quantifying red blood cell lysis. The BCI and hemolysis evaluations were conducted in comparison with commercially available hemostatic agents, Spongel (gelatin sponge) and SURGICEL (oxidized cellulose). Antibacterial activity was assessed using colony count assays against Staphylococcus aureus, Pseudomonas aeruginosa, and Escherichia coli.
For in vivo evaluation of hemostatic efficacy and biocompatibility, a partial nephrectomy model was prepared in female Wistar rats. Under anesthesia, a midline abdominal incision was made, and the lower pole of the left kidney was partially resected to induce bleeding. Four types of hemostatic treatments were employed: (1) suture ligation (3-0 Vicryl), (2) SURGICEL, (3) CNF/chitosan sponge (0.5 wt%), and (4) CNF/chitosan sponge (1.0 wt%). Time to achieve complete hemostasis was measured. In groups using hemostatic materials, the material was applied directly to the resection site and compressed manually with a finger for 30 seconds; if bleeding continued, compression was reapplied and checked every 10 seconds. After hemostasis, rats were recovered and monitored under standard conditions. Each treatment group included two observation points (postoperative days 3 and 30), resulting in eight groups of eight rats each (n = 64). At each time point, rats were euthanized, and biocompatibility was evaluated by assessing intraperitoneal hemorrhage, residual material, and adhesion to the resection site. Statistical analysis was performed using one-way ANOVA and Tukey's B test.
Results:
SEM showed that all sponges had a porous structure, with pore size and surface area adjustable by chitosan concentration and molecular weight. The sponges absorbed 5-25 times their weight in water within 30 seconds and retained high elasticity when wet, indicating good structural stability and usability.
BCI measurements showed the highest coagulation activity in sponges containing 0.5wt% chitosan with a molecular weight of 500,000. Erythrocyte adhesion was notably increased in CNF/chitosan sponges, attributed to increased surface area and positive surface charge. All sponges were non-hemolytic in hemolysis testing, confirming excellent biocompatibility. These BCI and hemolysis results demonstrated comparable or superior efficacy to that of commercially available hemostatic agents. Antibacterial testing revealed significant colony suppression across all tested strains, with particularly strong effects against S. aureus.
In the in vivo evaluation, median (range) hemostasis times were 160 seconds (110-170) for the suture group, 80 seconds (50-90) for the SURGICEL group, 65 seconds (40-80) for the 0.5 wt% chitosan sponge group, and 50 seconds (40-100) for the 1.0 wt% chitosan sponge group. The suture group showed significantly longer hemostasis times compared to the other groups ($p < 0.05$), while no significant difference was observed between the CNF/chitosan sponge groups and the SURGICEL group, suggesting comparable hemostatic efficacy. During hemostasis, SURGICEL showed weaker adhesion, often detaching upon pressure release, while the CNF/chitosan sponge remained stably in place, demonstrating better handling. No postoperative rebleeding or intraperitoneal bleeding was observed in any of the rats. Furthermore, in rats treated with hemostatic materials, the materials remained on the renal resection surface and adhered to the cut surface at both 3 and 30 days postoperatively. These findings suggest that the CNF/chitosan sponge exhibits hemostatic efficacy comparable to that of commercially available hemostatic agents and possesses excellent biocompatibility under in vivo conditions. However, the long-term biodegradability and absorbability of the material remain unclear and require further investigation.
Conclusion:
This study demonstrated that the CNF/chitosan sponge possesses excellent structural properties, absorbency, hemostatic performance, antibacterial activity, and biocompatibility. In a rat partial nephrectomy model, the sponge exhibited hemostatic performance and biocompatibility comparable to existing commercial products, with no postoperative safety concerns observed. Additionally, the sponge adhered well during handling, potentially aiding surgical stability. These findings suggest that this material holds promise for future clinical application as a practical hemostatic device in surgical procedures.

YU

一般演題
口演

一般演題 1

01–1 当科で経験した会陰部膿瘍 10 例の臨床的検討と早期他科連携の必要性

○篠原 知樹、徳田 雄治、松原 匠、三原 典、平塚 義治、北城 守文
古賀病院 21

【目的】会陰部膿瘍およびフルニエ壊疽は敗血症や広範囲壊死を来しうる重篤感染症であり、泌尿器科による迅速な切開排膿ドレナージに加え、関連他科及びと感染症コントロールチーム (ICT) との速やかな連携が転帰を左右する。自験例について初期治療の要点と治療連携の実際を解析した。【対象と方法】2018 年 4 月 ~2025 年 3 月に治療したフルニエ壊疽 4 例、会陰部膿瘍 6 例（前立腺･陰茎･恥骨部など）を後方視的に解析した。【結果】全例男性、年齢中央値 63 歳。糖尿病 5 例、免疫抑制状態 1 例、脳卒中後遺症等で ADL 介助以上 5 例。全例に切開ドレナージと広域抗菌薬を開始し、培養結果は平均 2 日で ICT と共有して適正薬へ切替えた。フルニエ壊疽 4 例は形成外科全例併診、うち 2 例が消化器外科ストーマ造設を要し、1 例はエンドトキシン吸着療法 (PMX) を施行し、全例救命し得た。膿瘍 6 例では病変主座に応じ追加ドレナージを行い、ADL や生活背景を考慮して膀胱瘻 4 例を選択し創汚染と再感染を抑制した。泌尿器入院期間平均 17 日、その後形成外科やリハ転科を経て在院中央値 28 日であった。【結論】当科は画像評価、切開ドレナージ、培養採取を行い、可及的速やかに形成外科・消化器外科・ICT と連携して再建計画と抗菌薬最適化を図る体制とした。患者の ADL や基礎疾患を加味した排尿管理と他診療科連携により、会陰部感染症の良好な転帰が期待される。

一般演題 1

01–2 腫瘍性尿管狭窄における症候性尿路感染のリスク因子の検討

○瀬戸 公介、曽我部 裕文、深谷 友祐、辻岡 卓也、橋根 勝義
独立行政法人国立病院機構　四国がんセンター　泌尿器科

【背景】尿管ステント留置および腎瘻造設術は腫瘍性尿管狭窄に対する一般的治療であるが、症候性尿路感染症（UTI）の発症は臨床的課題である。【目的】腫瘍性尿管狭窄に対する尿管ステント留置および腎瘻造設症例において、症候性尿路感染症（UTI）発症のリスク因子を明らかにすることを目的とした。【方法】2024 年 5 月から 10 月までに腫瘍性尿管狭窄に対して定期的に尿管ステントまたは腎瘻を交換した 84 例を対象に、後ろ向きに検討した。患者の年齢、性別、ステント交換頻度、留置期間、ステントの種類、腫瘍の種類、水腎症の有無などをリスク因子として評価。症候性 UTI は発熱、自覚症状、尿中白血球増加をもって診断した。【結果】対象 84 例中、尿管ステント留置は 62 例、腎瘻造設は 22 例であった。23 例（27.3%）が症候性 UTI を発症し、起因菌は E. coli が最多であった。全症例の多変量解析では、女性（p=0.03, HR1.803）、ステント交換時の抵抗（p=0.045, HR2.175）、尿管ステント症例（p=0.034, HR1.465）が UTI リスク上昇の有意因子であった。尿管ステント症例 62 例に限定すると、女性（p=0.010, HR3.922）、委縮腎（p=0.018, HR2.763）、交換時の抵抗（p=0.015, HR4.493）がリスクを高めた。【結論】女性およびステント交換時に抵抗を認める症例で症候性 UTI 発症リスクが高いことが示された。適切なドレナージ経路選択と高リスク症例に対する抗菌薬管理が感染予防に重要であると考えられる。

一般演題 1

01–3 当院における外陰部壊死性筋膜炎１２症例の検討

○張 大暁[1)]、呉竹 景介[1)]、福田 敦史[1)]、谷川 堅太郎[2)]、安田 幸平[2)]、藤井 照護[2)]、吉田 毅[2)]、飯原 清隆[3)]、杉 貴臣[4)]、東島 克佳[4)]、原田 修治[1)]
1）社会医療法人財団　池友会　新行橋病院　泌尿器科
2）社会医療法人財団　福岡和白病院　腎・泌尿器外科
3）社会医療法人財団　新水巻病院　泌尿器科
4）産業医科大学　泌尿器科学講座

【目的】壊死性筋膜炎は急速に進行する重症軟部組織感染症で、死亡率は２０％前後と報告されている。当院で診断および加療した外陰部壊死性筋膜炎の患者特性、治療成績について検討した。【方法】２０１４年１月から２０２５年５月までの期間、当院にて外陰部壊死性筋膜炎と診断した１２例について、それぞれの年齢、性別、併存疾患、起炎菌、治療法、転帰について検討した。【成績】年齢の中央値は６８歳（４５～９２歳）、性別は男性１１例、女性１例であった。来院時にショックバイタルを呈していたのは４例であった。うち９例で２型糖尿病、悪性腫瘍など易感染性を示す基礎疾患があった。起炎菌は混合菌感染も含めて、Ｅｓｃｈｅｒｉｃｈｉａ ｃｏｌｉが７例、Ｐｒｏｔｅｕｓ ｍｉｒａｂｉｌｉｓが４例、Ｓｔｒｅｐｔｏｃｏｃｃｕｓ ａｇａｌａｃｔｉａｅが２例であった。全例で診断後速やかに切開ドレナージ術、広域抗菌薬投与を行った。受診からドレナージ術までの時間の中央値は４．５時間であった。転帰は１例（８．３％）で死亡例を認めた。外陰部壊死性筋膜炎の予後予測指標としてＦｏｕｒｎｉｅｒ Ｇａｎｇｒｅｎｅ Ｓｅｖｅｒｉｔｙ Ｉｎｄｅｘが知られている。本検討においては重症例が２例含まれていたが、いずれも生存が得られた。【結論】当科で加療した外陰部壊死性筋膜炎の致死率は８．３％であった。早期診断と治療介入が転帰に影響を及ぼすと考えた。

一般演題 1

01–4 複数回の URSL を施行した症例における術前尿培養の変化

○原 惇也、山藤 寿三礼、山賀 和明、矢田 侑史、増本 量、本郷 智拡、山崎 智也、藤尾 圭、大槻 英男、
我孫子東邦病院　泌尿器科

【目的】上部尿路結石に対する経尿道的尿路結石除去術 (URSL) は一定の割合で有熱性尿路感染症 (fUTI) を引き起こす。単回での Stone Free に固執せず複数回の施行をしているが、そのような症例の術前尿培養では、手術の前後において分離菌が異なることが散見される。適切な予防的抗菌薬の選択を目的に、複数回の URSL を施行した症例の尿培養分離菌の変化について検討を行った。
【対象・方法】2020 年 1 月から 2024 年 12 月までの期間に複数回の URSL 施行した症例で、それぞれの手術前に尿培養を提出していた 58 例を対象とし、後方視的に術前尿培養の結果を検討した。
【結果】前手術での尿培養陽性は 31 例あり、その内 25 例は後手術での培養も陽性であった。10 例では菌種が完全一致しており、6 例が大腸菌であった。前手術の培養が陰性であった例は 27 例あり、その内 16 例は後手術での培養で陽性となった。菌種が変化した例・新たに陽性となった例の合計は 31 例（53.4%）であった。
【考察】感受性抗菌薬の予防的投与により、菌の陰性化は 19.4％、非陰性化（不変）が 32％、異なる菌種への変化が 48.4%に見られた。また、術前に陰性であったものの術後に陽性化したのは 59.3％と高かったことから、複数回の URSL の際は手術毎に尿培養を提出し抗菌薬を適切に選択する必要がある。

一般演題 1

01–5 結石性腎盂腎炎における拡張した腎杯のCT値上昇は菌血症を予測しうる

○柿木 寛明、雪本 弥仁雅、山口 優香子、前田 晃宏、草野 脩平、柿木 優佳、川崎 麻己、東武 昇平、野口 満
佐賀大学　医学部　泌尿器科

【目的】尿管閉塞を伴う結石性腎盂腎炎はときに重篤な転帰をきたす。重症化をきたす因子として、Performance status や性別、CRP、アルブミン値等が報告されている。今回我々は単純 CT に拡張した腎杯の CT 値（Hounsfield unit）と周術期尿路感染症との関連について後方視的に検討した。【対象】2022 年 1 月から 2024 年 12 月の期間に、当院単施設において、水腎症を伴う尿管および UPJ の閉塞結石に対し TUL を行った 80 例（男女 40：40、左右 44：36）を対象とした。【結果】周術期の尿路感染アウトカムとして、術前腎盂腎炎 25 例、術前 DJ 留置 18 例、術前尿培養陽性 24 例、術前血液培養陽性 9 例、術前ショック 3 例、術前 ICU 管理 1 例、術後血液培養陽性 1 例、感染結石 7 例を認めた。術後のショック、ICU 管理は認めなかった。女性、Karnosfky Performance status 70％以下、ステロイド内服、入院期間、感染結石、術前尿培養陽性、術前 DJ 留置は、術前の腎盂腎炎と有意な関連を認めた。術前血液培養陽性患者において、拡張した腎杯の CT 値は有意に高く（中央値 上腎杯 10 VS 6, p=0.0321, 下腎杯 10 VS 7, $p = 0.0417$）、多変量解析においても、拡張した腎杯の CT 値上昇（10 ≧）は術前血液培養陽性に関して有意な危険因子であった。【結論】結石性腎盂腎炎における拡張した腎杯の CT 値上昇は菌血症を予測し、重症化の指標として有用である。

一般演題 2

02–1 腹膜透析液への水素投与の実用性評価

○磯山 直仁、日高 幸浩、小川 将司、松下 広憲、山口 充浩、中村 公彦、廣吉 俊弥、白石 晃司
山口大学　大学院　医学系研究科　泌尿器科学講座

【目的】腹膜透析は、慢性腎臓病患者に対する重要な腎代替療法の一つであるが、長期的な使用により腹膜の炎症、機能低下、線維化が生じる可能性があり、治療継続の障壁となることがある。近年、水素が有する抗酸化、抗炎症、抗線維化、抗アポトーシス作用に注目が集まり、腎疾患に対する応用が期待されている。我々は、水素を導入した腹膜透析液における水素濃度の安定性と時間的変化を検討し、水素投与の実用性を評価した。【方法】市販の腹膜透析液（Reguneal 1.5 HCa、Vantive）に対し、（1）水素ガスの直接注入法、（2）水素水との間接曝露（バブル透過法）の 2 種類の方法で水素注入した。水素濃度はガスクロマトグラフィーにより、投与後 24 時間にわたって経時的に測定した。【結果】いずれの方法でも水素濃度は 24 時間にわたり安定しており、一部の条件下では時間の経過とともに濃度の上昇も認められた。特に、直接注入法では初期濃度が高く、バブル透過法では時間とともに水素濃度が漸増する傾向がみられた。いずれの方法においても、貯蔵中の有意な濃度低下は認められず、pH の変化も認めなかった。【結論】水素導入腹膜透析液が持続的な腹腔内水素投与手段として実用的かつ現実的であることを示しており、長期 PD 使用に伴う腹膜機能障害の予防を目的とした新たな治療戦略としての可能性を示唆する。

一般演題 2

02–2 過剰血流シャントに対する Graft Inclusion Technique 法の治療経験

○福元 快[1)]、松下 直樹[2)]、有馬 純矢[1)]、見附 明彦[1)]、鑪野 秀一[1)]、山田 保俊[3)]、榎田 英樹[1)]
1）鹿児島大学医学部泌尿器科学教室
2）都城医療センター泌尿器科
3）鹿児島大学病院血液浄化療法部

【はじめに】バスキュラーアクセス（以下 VA）の血流が過剰になると、静脈高血圧・不整脈・心不全などの症状を引き起こすことが知られており、外科的治療法として、シャント閉塞し対側肢に VA、シャント側を再建する場合は、吻合部形成術、バンディング法などが以前から実施していたが、再発や閉塞などの問題もあった。今回我々は Graft Inclusion Technique（以下 GIT 法）を用いて、過剰血流シャントの修復術を実施したので報告する。【症例】症例は 50 代の女性、透析導入後 1 年半で近医より鎖骨下静脈狭窄疑いにて紹介あり、血管造影にて異常をみとめず経過観察とした。3 か月後に吻合部瘤の増大と止血困難にて再度紹介あり、過剰血流シャントによる吻合部瘤と診断し、GIT による修復術を行った。ターニケットを 350 気圧に設定し、吻合部を切開し、4mm の PTFE グラフトを 4cm に切離し吻合部に内装し 6 − 0 ゴアテックスにて吻合した。前壁を Double running suture し手術を修了した。血流は 2700ml/H から術後半年時点で 725ml/ h に改善し、心不全症状や止血困難も軽快している。【結語】ＧＩＴ法はターニケットの使用法に注意・工夫が必要でるものの、術式としては比較的簡便な術式であり、また最終血流量を予測してできる点で、従来法に比べて非常に有用であると思われた。

一般演題 2

02–3 BMI と生体腎移植周術期の尿量および移植腎機能との関連性の検討

○戸高 雅広[1)]、安藤 忠助[2)]、大野 哲[1)]、古川 雄一朗[1)]、安部 怜樹[1)]、鈴木 駿太郎[1)]、甲斐 博宜[1)]、藤浪 弘行[1)]、羽田 真郎[1)]、井上 享[1)]、秦 聡孝[1)]
1）大分大学医学部腎泌尿器外科学講座
2）大分大学医学部　臓器移植医療連携強化事業

【目的】肥満は手術難易度、創感染や移植腎機能発現遅延の頻度を高めることが知られている。肥満患者 (BMI ≧ 25kg/m^2) と非肥満患者 (BMI ＜ 25kg/m^2) での移植腎機能の変化と尿量を比較する。【方法】2010 年 4 月から 2024 年 12 月までに当院で生体腎移植を施行した 118 例のうち、急性拒絶例や膀胱尿管吻合不全例、2 次移植症例を除いた 109 例を対象とした。周術期成績と尿量、移植前後の腎機能の推移について肥満群と非肥満群を群間比較した。【結果】肥満例は 36 例、非肥満例は 73 例であった。年齢、性別、原疾患や併存症、ドナー BMI、ドナー総腎機能、透析導入から生体腎移植までの期間、使用した免疫抑制剤の種類に差はなかったが、肥満群は非肥満群に比べて術前クレアチニンの中央値が高かった (10.34 mg/dl vs 8.34 mg/dl $p < 0.01$)。単変量解析では術後 1 日目、2 日目の尿量が肥満群は少なく (2765ml vs 3650ml $p = 0.031$ 2425ml vs 2950ml $p = 0.045$)、クレアチニン低下率は術後 2 日目で非肥満群の方が高かった (67% vs 75% $p = 0.04$) が eGFR の変動率に差はなかった。温阻血時間、総阻血時間、入院期間、合併症の数も差はなかった。術後 1 日目及び術後 2 日目の尿量についての多変量解析では、肥満は術後 1 日目の尿量に負の影響を及ぼす独立した因子であった (correlation coefficient 0.252; 95% confidence interval; -1956 − -434 $p < 0.01$)。【結語】肥満移植患者は術後早期の過量輸液に留意すべきである。

一般演題 2

02-4 腎移植後骨粗鬆症に対するビスホスホネート製剤の臨床的効果に関する検討

○山田 翔大[1)]、土山 彩華[1)]、倉田 博基[1)]、松田 剛[1)]、原田 淳樹[1)]、荒木 杏平[1)]、中村 裕一郎[1)]、光成 健輔[1)]、松尾 朋博[1)]、大庭 康司郎[1)]、望月 保志[2)]、西野 友哉[2)]、今村 亮一[1)]
1）長崎大学病院　泌尿器科・腎移植外科
2）長崎大学病院　血液浄化療法部

【諸言】腎移植後は、免疫抑制療法やミネラル骨代謝異常により骨粗鬆症のリスクが高いとされているが、治療薬選択については一定のコンセンサスが得られていない。当院における腎移植後の骨密度低下に対するビスホスホネート(BP)製剤の効果について、骨代謝マーカーを指標とした薬理学的作用および骨密度への影響を検討した。【対象と方法】当院で腎移植を受けた患者のうち、解析時点でBP製剤を使用していた群と未使用群（ビタミンD単独投与を含む）を比較対象とし、TRACP-5bおよびBAPの横断的比較を行った。さらに、BP製剤導入前後の骨密度変化についても評価した。【結果】横断解析は98例を対象に実施し、BP製剤使用群は42例。BP製剤使用群でTRACP-5bは低値を示したが､BAPに有意な差はみられなかった。縦断解析は、BP製剤導入前後の骨密度データが取得できた36例を対象とし､腰椎Tスコアは有意な改善を示した。一方、大腿骨頸部Tスコアは低下を示したが、変化量は-0.1と軽度であった。【結語】腎移植後患者に対して、BP製剤は骨吸収を抑制し、腰椎骨密度低下に対して明確な改善効果を認めた。大腿骨頸部では統計学的に有意な骨密度低下がみられたものの、その変化量は軽度であり、骨密度低下の抑制に寄与している可能性も示唆された。部位による病態評価と治療戦略の違いの有無が今後の検討課題である。

一般演題 2

02-5 生体腎移植3か月後の腎移植片のRNA-seq解析を用いた評価

○日高 幸浩、磯山 直仁、小川 将司、松下 広憲、山口 充浩、中村 公彦、廣吉 俊弥、白石 晃司
山口大学　大学院　医学系研究科　泌尿器科学講座

【目的】腎移植後の拒絶反応や移植腎不全の早期診断が不可欠であり、病理診断にBanff分類が広く用いられるが、近年RNA-seqによる分子診断が注目されている。本研究では、生体腎移植1年後の腎移植生検標本において、Banff分類とRNA-seqを比較し、腎移植片の状態の評価を目的とした。【方法】生体腎移植を受けた20人の患者を対象に、移植後3か月にプロトコール腎生検を施行した。生検サンプルをBanff分類で評価し、RNA-seq解析を行った。解析では、遺伝子発現プロファイルの変化と免疫関連遺伝子発現に焦点を当て、Banff分類、腎機能との相関関係を調べた。【結果】RNA-seqで、Banff分類で拒絶反応傾向のサンプルでは拒絶反応に関連するT細胞およびB細胞遺伝子の発現増加が確認された。またミトコンドリア機能傷害を認めた。さらに、Banff分類で正常と判定された標本でも、RNA-seqでは早期免疫活性化を検出した。【結論】RNA-seqをもとに新たなバイオマーカーの探索を行い、拒絶反応およびC4d陽性サンプルにおいて、早期の免疫活性化の潜在的なマーカーが示唆された。それにより早期の免疫事象をより正確に検出できるかもしれない。分子学的評価と組織学的評価を組み合わせることで、移植後のモニタリングと患者転帰の改善が図れる可能性がある。

一般演題 2

02-6 クロスマッチ陽性症例に対する生体腎移植の検討

○雨宮 佑樹、植松 宏尚、坂本 鉄志、山下 かおり、乾 政志
東京女子医科大学八千代医療センター

（目的）当院において実施したクロスマッチ陽性症例に対する腎移植について後方視的に解析検討する。（対象） 2014年8月から2024年7月までに実施した生体腎移植208例のうちフローサイトメトリー法クロスマッチ（FCXM）陽性であった16症例。（方法） 移植前脱感作は血漿交換及びリツキシマブ、免疫グロブリン投与を行った。導入免疫抑制はtacrolimus, mycophenolate mofetil, methylprednisolone, basiliximabの4剤を使用した。拒絶反応に対する治療はステロイドパルス、血漿交換、IVIg、リツキシマブなど臨床経過や腎生検所見に基づき実施した。（結果） 患者年齢は53.4 (32-75) 歳、男性6例女性12例、ドナー年齢は59.7(43-79) 歳、男性9例、女性7例、続柄は配偶者10例､両親4例､兄弟､子供がそれぞれ1例であった。フローサイトメトリー法クロスマッチ陽性の内訳はB細胞陽性9例、T細胞及びB細胞陽性7例。7例はABO血液型不適合であった。観察期間の中央値は3．6年で、3例で移植後2週間以内に臨床的に抗体関連型拒絶反応を認め、プロトコル生検では10例と高率に抗体関連型拒絶反応を認めた。3例がCAMRに移行、1例は移植後6年4ヶ月後にgraft lossとなった。術後6ヶ月以内に治療を要した感染症はサイトメガロウイルス感染症を3例、帯状疱疹を1例で認めた。現時点ではクロスマッチ陰性症例との間に患者生存率、移植腎生着率に有意差を認めていない。

一般演題 3

03-1 レンバチニブ＋ペムブロリズマブ併用療法における治療成績とRDIとの関連

○松田 剛、大木 雅晴、倉田 博基、原田 淳樹、荒木 杏平、中村 裕一郎、光成 健輔、松尾 朋博、大庭 康司郎、望月 保志、今村 亮一
長崎大学病院　泌尿器科　腎移植外科

レンバチニブ＋ペムブロリズマブ（LEN+PEM）併用療法は、進行性腎細胞癌に対する治療選択肢として高い有効性が報告されているが、実臨床における治療成績や管理方法は十分に検証されていない。当科では根治切除不能および転移性腎癌13例に本療法を導入し、奏効率（ORR）は46.2％であった。奏効例では、治療開始から12週時点でレンバチニブの相対投与量（RDI）を90％以上維持している症例が多く、RDIと治療効果の関連が示唆された。一方、非奏効例では有害事象による減量や休薬によりRDIの低下が認められた。主な有害事象は高血圧、蛋白尿、肺臓炎であり、いずれもRDI維持の障壁となっていた。治療効果を最大化するためには、副作用に対する的確なマネジメントを通じてRDIを維持し、治療継続性を確保することが重要である。また、LENの血中濃度と副作用の関連も今後の検討課題であり、個別化投与戦略の確立が求められる。今回の報告はLEN+PEM療法におけるRDIと奏効の関連を実臨床データから検討したものであり、治療最適化に向けた一助となることが期待される。

一般演題 3

03-2 切除不能または転移性腎細胞癌に対する免疫チェックポイント阻害薬併用療法の治療成績：当院の後方視的検討

○田中 萌、小林 圭太、日吉 浩一朗、徳永 貴範、日高 幸浩、清水 宏輔、藤井 央法、岡 真太郎、中村 公彦、廣吉 俊弥、平田 寛、磯山 直仁、白石 晃司
山口大学　医学系研究科　泌尿器科学講座

【緒言】免疫チェックポイント阻害薬（ICI）を含む併用療法は、切除不能もしくは転移性腎細胞癌（RCC）に対する一次治療として広く用いられている。今回我々は、当院における併用療法の治療成績を後方視的に検討した。【対象と方法】2019 年 1 月～ 2024 年 12 月に当院で ICI 併用療法を受けた切除不能または転移性 RCC 症例を対象とし、有害事象、無病勢進行生存期間（PFS）、全生存期間（OS）を解析した。【結果】対象は 55 例（切除不能 13 例、転移性 42 例）、年齢中央値 69 歳（IQR 63-73）、男性 38 例（69％）であった。治療内訳は Pembrolizumab+Lenvatinib 20 例、Ipilimumab+Nivolumab 12 例、Avelumab+Axitinib および Pembrolizumab+Axitinib 各 9 例、Nivolumab+Cabozantinib 5 例であった。PFS 中央値は 26.0 ヶ月、OS 中央値は未到達であった。原発巣治療の有無による PFS および OS に有意差は認めなかった。単変量・多変量解析にて好中球数、血小板数、LDH が OS の独立予後因子として抽出された。【結論】ICI 併用療法における炎症関連指標や LDH は、RCC の予後予測に有用な指標となり得る可能性がある。

一般演題 3

03-3 当院における進行腎細胞癌に対するニボルマブ・イピリムマブ併用療法の治療成績

○黒島 和樹、中川 七海、石田 絢、才田 幸一郎、福元 渉、松田 良一郎、五反田 丈徳
鹿児島市立病院　泌尿器科

【背景】ニボルマブとイピリムマブ併用療法は CheckMate 214 試験結果により、進行腎細胞癌患者において生存率の改善が示されている。当院における併用療法の成績を検討した。【方法】2018 年 1 月から 2025 年 4 月までにニボルマブとイピリムマブの併用療法を開始した進行腎細胞癌患者 30 名の有効性と安全性を検討した。【結果】年齢の中央値は 73 歳（54 ～ 88 歳）、男性 18 名、女性 12 名であった。IMDC リスク分類による中間群が 19 例、予後不良群が 11 例であった。組織学的分類は淡明細胞型腎細胞癌 25 例、非淡明型腎細胞癌 3 例、不明 2 例であった。中央値 23 ヶ月（2-68 ヶ月）の観察期間において、最良奏効は CR 1 例、PR 16 例、SD 7 例、PD 6 例で、奏効率 56.6% であった。無増悪生存期間の中央値は 6 ヶ月、全生存期間の中央値は未到達であった。グレード 3 以上の免疫関連有害事象（irAE）は 9 例（30%）に認められた。好酸性細胞を有する淡明細胞型腎細胞癌（10 例）においては、最良奏効は CR 1 例、PR 5 例、SD 2 例、PD 2 例で、奏効率 60% であった。【結論】当院におけるニボルマブとイピリムマブ併用療法は CheckMate 214 試験と同等の結果で、好酸性細胞を有する淡明細胞型腎細胞癌において、より高い奏効率を認めた。今後も長期追跡調査と投与経験の蓄積が必要である。

一般演題 3

03-4 進行腎癌に対する nivolumab + ipilimumab 療法における cytoreductive nephrectomy の意義

○外島 和樹、泉 浩二、青山 周平、神島 泰樹、加納 洋、門本 卓、牧野 友幸、内藤 伶奈人、岩本 大旭、八重樫 洋、重原 一慶、野原 隆弘、溝上 敦
金沢大学　泌尿器科

【背景】Metastatic renal cell carcinoma(mRCC) は、サイトカイン療法時代には cytoreductive nephrectomy(CN) が生存期間を延長することが RCT で証明された。一方、分子標的療法時代の RCT では CN にメリットがないという結果であった。IO が主役となった現在においては、RCT はなく、CN の意義は明らかになっていない。【対象と方法】金沢大学泌尿器科における nivolumab + ipilimumab (IOIO) 療法を受けた mRCC 患者を前向きに観察する BINIR 試験のデータから、CN の有無による予後の相違を調べた。【結果】2018 年 10 月から 2024 年 12 月まで IOIO 療法を受けた mRCC 患者は 50 人であった。CN を受けた患者は 25 人、CN を受けていない患者は 25 人であった。CN のうち IOIO 治療以前に CN を受けた (immediate CN) 患者は 19 人、IOIO 治療開始後に受けた (deferred CN) 患者は 6 人であった。全体の生存期間中央値は 28.7 箇月、CN 群では非 CN 群と比較し優位に生存期間が延長した（中央値未 達 vs11.6 箇 月、HR 0.16、95%CI 0.07-0.38、P ＜ 0.0001）。Immediate CN と deferred CN の 5 年生存率はそれぞれ 69% と 75% で有意な差は認められなかった（P=0.5795）。【結語】IOIO 療法を受けた mRCC 患者では CN による明らかな生存期間の延長が認められた。しかし、本研究は RCT ではないため、今後大規模な RCT での評価が必要であると考えられる。

一般演題 3

03-5 当科における腎癌に対するペムブロリズマブ術後補助療法の治療成績について

○井上 智博、種子島 時祥、塚原 茂大、牟田口 淳、後藤 駿介、小林 聡、松元 崇、塩田 真己、江藤 正俊
九州大学 大学院医学研究院 泌尿器科学分野

KEYNOTE-564 試験の結果を受け、本邦では 2022 年 8 月より根治切除後の腎細胞癌に対するアジュバント療法として、ペムブロリズマブの使用が承認された。当科では 2023 年 5 月から 2025 年 2 月の間に、10 例に対して腎癌術後アジュバント療法としてペムブロリズマブの投与を行った。再発高リスク因子としては 8 名で pT3a、2 名で M1 NED であった。組織型は全例で淡明細胞癌であったが、1 例でラブドイド分化、1 例でラブドイド分化 + 肉腫様分化を伴っていた。2025 年 6 月時点において、腎癌手術後からの観察期間は 5.1~24.3 ヶ月 (中央値 9.4 ヶ月) で、1 例に転移を認め、残りの 9 例は現在も再発および転移は見られていない。4 例でペムブロリズマブを中止したが、投与期間は 3.1~14.4 ヶ月 (中央値 5.1 ヶ月) で、中止理由の内訳は、1 例で肺転移が出現、1 例で関節痛 G3、1 例で皮疹 G3、1 例で完全房室ブロック発症によるペースメーカー植え込み術後に希望により中止となった (心筋生検で irAE は否定された)。ペムブロリズマブを投与継続中の 6 例において、2 例で皮疹 G1 を認めたが、副腎皮質ステロイド外用等でコントロールは良好であった。治療の効果、安全性について、文献的考察を交えて報告する。

0

一般演題 3

03-6 進行性腎細胞癌における Kidney injury molecule 1 の検討

○藤井 央法、平田 寛、岡 真太郎、清水 宏輔、小林 圭太、中村 公彦、廣吉 俊弥、磯山 直仁、白石 晃司
山口大学大学院医学系研究科　泌尿器科学講座

【目的】Kidney injury molecule 1 (KIM-1) は腎障害時に近位尿細管で産生される糖タンパク質で、尿細管障害の有用なバイオマーカーとして知られている。KIM-1 は腎細胞癌においても、診断や予後予測バイオマーカーとして有用であったと報告されている。1 次治療として免疫複合療法を受けた進行性腎細胞癌症例において KIM-1 と予後との関連を検討した。【方法】2019 年 1 月から 2024 年 11 月までに免疫複合療法の 1 次治療を受けた進行性腎細胞癌症例 59 例を対象とし、このうち KIM-1 の測定が行えた 39 例で検討を行った。ELISA 法を用いて血清 KIM-1 濃度を測定し、KIM-1 濃度と予後の関連性について retrospective に検討した。【結果】年齢の中央値は 69 歳、男性 29 例、女性 10 例。IMDC リスク分類は favorable5 例、intermedlate24 例、poor5 例、unrespectable5 例。治療の内訳は Ipi + Nivo10 例、Pem + Axi5 例、Nivo + Cabo3 例、Ave + Axi5 例、Pem + Len16 例であった。KIM-1 濃度の中央値は 77.9pg/ml (0.3-2572.0) 。KIM-1 濃度の中央値に基づいて 39 例を 2 群間に分けた。KIM-1 高値群（20 例）は PFS が低値群（19 例）に比べて有意に短かった（Log-rank P=0.0339）。多変量解析では、KIM-1 高値は病勢進行に関連する独立した危険因子であった（HR: 3.32、P=0.0430）。一方、OS と KIM-1 に有意な関連は認めなかった。【結論】KIM-1 高値は免疫複合療法を受けた進行性腎細胞癌症例において病勢進行に関連する危険因子であった。

一般演題 4

04-1 術式の違いが術後腎機能に与える影響：ソフト凝固開放手術とロボット支援腎部分切除術の比較

○中川 竜之介、野原 隆弘、神島 泰樹、加納 洋、牧野 友幸、内藤 伶奈人、岩本 大旭、八重樫 洋、重原 一慶、泉 浩二、溝上 敦
金沢大学大学院医学系研究科 泌尿器集学的治療分野

腎温存手術は局所性腎腫瘍に対する標準治療であり、術後腎機能低下の最小化が重視されている。ソフト凝固を用いた開放腎部分切除術（SC − OPN）は阻血を回避するオフクランプアプローチであるのに対し、ロボット支援腎部分切除術（RAPN）は一時的な阻血下において高精度な腫瘍切除および縫合を可能とする。両術式の腎機能への影響を比較した報告は限られている。局所性腎腫瘍に対して SC − OPN（n = 47）または RAPN（n = 182）を施行された 229 例を後ろ向きに解析した。推算糸球体濾過量（eGFR）を術後 1 日目（POD1）、POD7、1 か月（POM1）、POM3、POM12 に評価し、eGFR 変化率（Δ eGFR%）を主要評価項目とした。術後腎機能低下の予測因子は多変量線形回帰分析にて検討した。SC-OPN 群は全評価時点で RAPN 群よりも有意に大きな Δ eGFR% 低下を示した。多変量解析により、RAPN および若年齢が術後 12 か月時点での腎機能温存に独立して関連していた。腎機能温存の観点からは、RAPN は SC-OPN よりも優れた成績を示した。RAPN の高精度な手技は、オフクランプ手術が理論的に有する阻血回避の利点を上回る可能性がある。

一般演題 4

04-2 ロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術における術中尿路解放に関する予測因子の検討

○内藤 宏仁、梶 明日香、岡添 誉、原田 怜、藤原 健悟、小橋口 佳な、阿部 陽平、土肥 洋一郎、加藤 琢磨、田岡 利宜也、上田 修史、杉元 幹史
香川大学医学部 泌尿器・副腎・腎移植外科

【背景・目的】ロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術 (RAPN) において腫瘍の位置や大きさで術中に尿路開放を認めることがある。尿路開放は開放部分の閉鎖縫合、腎質縫合や尿管ステント留置が必要になる。これらの手技は阻血時間延長、術後の尿漏等の合併症の原因になる可能性があり、尿路開放の予測因子を検討した。【対象・方法】当院で RAPN を施行した患者を対象とし、尿路開放無し群と有り群に層別化して阻血時間を Mann-Whitney 検定で評価し、阻血時間に影響する因子を重回帰分析で抽出し、尿路開放の予測因子を多重ロジスティック回帰分析で抽出した。抽出した因子のカットオフ値を ROC 分析で決定した。【結果】RAPN 患者 112 名中 49 名に尿路開放を認めた。阻血時間中央値は尿路開放無し群 16 分 (11-25 分)、有り群 35 分 (29-44 分) で有意差 (p < 0.01) を認めた。阻血時間に影響する因子としては R.E.N.A.L nephrometry Score の N 因子 (p=0.015)、A 因子 (p=0.021)、尿路開放 (p < 0.0001) が独立した因子であった。尿路開放の予測因子としては腫瘍尿路間距離 (p=0.0002) が独立した因子であった。尿路開放を認める腫瘍尿路間距離のカットオフ値は 4.19mm(感度 = 特異度 = 0.796) であった。【結語】尿路開放は阻血時間の延長に影響を与える可能性があり、腫瘍尿路間距離は尿路開放の予測因子であった。

一般演題 4

04-3 肥満症例に対するロボット支援腎部分切除術（RAPN）の治療成績の検討

○角陸 文哉[1)]、冨田 諒太郎[1)]、布川 朋也[1)]、塩崎 啓登[1)]、楠原 義人[1)]、山本 恭代[1)]、山口 邦久[1)]、福田 喬太郎[1,2)]、泉 和良[3)]、細川 忠宣[4)]、橋本 啓佑[5)]、二宮 郁[5)]、古川 順也[1)]
1）徳島大学病院　医学部　泌尿器科
2）徳島県立中央病院
3）高松赤十字病院
4）高知赤十字病院
5）愛媛県立中央病院

【背景】肥満症例に対するロボット支援腎部分切除術（robot-assisted partialnephrectomy：RAPN）の周術期転帰や安全性に関する報告は限定的である。【対象と方法】2013 年 1 月から 2023 年 12 月の間に、徳島大学病院および関連 4 施設で RAPN を施行された腎癌症例を対象に、電子カルテより臨床データを後方視的に収集した。BMI < 25 kg/m2 を A 群、BMI ≧ 25 kg/m2 を B 群とし、患者背景および周術期成績を検討した。【結果】計 757 例のうち、A 群 438 例、B 群 319 例であった。B 群では A 群に比べ、ASA-PS 2 以上の割合が高く（83.8% vs. 90.0%）、高血圧（53.0% vs. 65.8%）、糖尿病（17.8% vs. 29.5%）、男性（62.1% vs. 77.4%）の割合が有意に高かった。周術期成績では、B 群でコンソール時間（121 分 vs. 128 分）、手術時間（191 分 vs. 205 分）、出血量（20mL vs. 25mL）が有意に多かった。一方、Trifecta および Pentafecta 達成率には有意差は認められなかった。傾向スコアマッチングにより患者背景を調整した後の比較（各群 241 例）でも、同様の結果が得られた。【結論】BMI ≧ 25 kg/m2 の腎癌症例に対する RAPN では、手術時間や出血量の増加がみられたものの、いずれも臨床的に許容可能な範囲であり、合併症発生率や Trifecta・Pentafecta 達成率に影響はなかった。以上より、RAPN は肥満症例においても良好な周術期成績と高い安全性を維持する、低侵襲かつ有効な治療選択肢であることが示唆された。

一般演題 4

04-4 ロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術（RAPN）術後の再発リスク因子の検討

○大木 雅晴、大庭 康司郎、松田 剛、原田 淳樹、荒木 杏平、中村 裕一郎、光成 健輔、松尾 朋博、望月 保志、今村 亮一
長崎大学　泌尿器科・腎移植外科

目的：腎細胞癌に対するロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術（RAPN）後の再発率は報告によって差があり、確立したリスク因子の報告も少ない。当院における RAPN の術後再発率やそのリスク因子について検討を行った。対象と方法：当院において 2016 年から 2024 年までに RAPN を行った 221 例中、良性疾患を除き腎細胞癌と診断された 206 例の患者背景や手術情報を収集し、術後再発率や再発のリスク因子について後方視的に検討を行った。結果：術後再発は 11 例に認め、局所再発が 6 例、遠隔転移が 5 例であった。術後再発率は 5.3% であった。術後再発までの期間の中央値は 15 ヶ月だった。単変量解析では性別、腎外側脂肪厚、腎背側脂肪厚、腫瘍径、温阻血時間、pT3 以上、Fuhrman grade ≧ 3 が術後再発と関連した。ROC 曲線により適切なカットオフ値は、腫瘍径 34mm、腎外側脂肪厚 20.73mm、腎背側脂肪厚 11.85mm、温阻血時間 24 分と同定された。多変量解析では Fuhrman grade ≧ 3（OR 10.5, 95%CI 2.27-48.9, p=0.0026）が独立した術後再発の予測因子であった。なお切除断端陽性は 7 例（3.3%）に認め、さらに術後再発を認めたのは 7 例中 1 例のみであり、術後再発とは関連しなかった。結論：腎細胞癌に対する RAPN 術後再発のリスク因子として、切除断端陽性は関連がなく、Fuhrman grade ≧ 3 が関連している可能性が示唆された。

一般演題 4

04-5 当院における cT1b 腎癌に対する根治的腎摘除術後の病期診断の検討

○村川 哲也、岩佐 馨子、西村 裕貴、石川 匠、石井 信、今中 岳洋、小林 正雄、小野 豊
地方独立行政法人　市立東大阪医療センター　泌尿器科

【背景】ロボット支援腎部分切除術の普及に伴い、従来は根治的腎摘除術の対象とされていた cT1b 腎癌において、腎部分切除術も選択される症例が増加傾向にある。一方で、術前に cT1b と診断された症例の中には、術後病理組織診断にて pT2 以上と判明する症例も存在する。今回、当院で根治的腎摘除術を施行した cT1b 腎癌症例のうち、upstage した症例数を明らかにすることを目的とした。【方法】2020 年 4 月から 2025 年 3 月に当院で腎癌に対して根治的腎摘除術を施行した 85 例のうち、術前に cT1b と診断された 36 例を対象とした。症例毎に、術後の病理組織診断における各 pT ステージの変化を検討した。【結果】術前に cT1b と診断された 36 例のうち、術後病理組織診断の内訳は pT1a が 4 例、pT1b が 17 例、pT2a が 1 例、pT3a が 11 例、良性腫瘍が 3 例であった。pT2 以上に upstage した症例は 12 例（33.3%）であった。【結論】術前に cT1b と診断された腎癌において術後に upstage した症例は 36 例中 12 例と、全体のおよそ 30% 程度存在した。腎部分切除術の適応を判断するにあたり、術前画像診断の限界を認識し、慎重な検討が必要である可能性が示唆された。

一般演題 4

04-6 pT3a 腎細胞癌術後の再発予測モデルの構築と再発時期別（２年以内および以降）のリスク因子解析

○清水 卓斗[1,2]、三宅 牧人[2]、小田 侑希[2]、橘 進彰[2]、富澤 満[2]、岩尾 朋治[2]、宮崎 和喜[2]、竹村 孝希[2]、中濱 智則[1]、岸野 辰樹[1]、辻本 賀洋[1]、田中 宣道[3]、藤本 清秀[2]
1）高の原中央病院　泌尿器科
2）奈良県立医科大学　泌尿器科
3）奈良県立医科大学　前立腺小線源治療講座

【目的】機械学習モデルを用いて pT3aNanyM0 腎癌の術後再発全体の予測モデルを構築し、さらに再発時期（2 年以内 vs 2 年以降）に着目したリスク因子の特徴を探索した。【方法】当院にて根治的腎摘除術または腎部分切除術を受けた pT3aNanyM0 限局性 RCC 患者 125 名を対象に後ろ向きに解析行った。臨床病理学的背景および術前後の血液データを説明変数として、XGBoost モデルを使用し、訓練 80% テスト 20% に分割し性能を評価。再発時期別因子の探索では症例数の制約から全症例を対象に SHAP による特徴量の解釈を中心に実施した。【結果】観察期間中央値は 83 か月で再発転移症例は 45 例、2 年以内の再発は 29 例であった。XGBoost による予測モデルで全再発は ROC AUC: 0.94、感度：0.56、特異度：0.94、F1 スコア : 0.67 であった。SHAP 解析による上位重要因子として全再発では 腫瘍壊死 , 術後 Hb, 腫瘍長径、偽被膜形成の有無、Infiltration が挙がり、2 年以内再発では腫瘍壊死、術前 CRP, 術前 Plt 値、rp-inf の有無、偽被膜形成の有無であったのに対し、2 年以降再発では腫瘍長径、術後 Hb、術後 ALT、術前好中球数であった。【結論】XGBoost は再発全体の予測において一定の識別性能を示した。再発時期により重要因子の傾向が異なっており、早期再発では炎症や腫瘍浸潤因子、晩期再発では腫瘍サイズや免疫関連指標の関与が示唆された。今後, 症例の蓄積および外部検証が望まれる。

一般演題 5

05-1 筋層非浸潤性膀胱癌に対する経尿道的レーザーアブレーションの初期経験

○小貫 竜昭、大國 麟太朗、関 明佳、篠木 理沙、鈴木 康太郎
済生会横浜市南部病院 泌尿器科

【目的】筋層非浸潤性膀胱癌に対する経尿道的レーザーアブレーション（TULA）は低侵襲治療の一つとして期待されている。当院で半導体レーザーを用いた TULA を開始し、有効性および安全性について検討した。【対象と方法】2024 年 11 月から 2025 年 5 月までに TULA を施行した 13 例を対象とした。適応は筋層非浸潤性膀胱癌再発例、腫瘍径 2 ｃｍ以下とした。導入当初は全身麻酔下で施行したが、基本的に局所麻酔下で軟性膀胱鏡を使用した。全例腫瘍生検を行い、980nm 半導体レーザーを用いて腫瘍を蒸散した。術後の尿道カテーテルは全身麻酔下では翌日に抜去、局所麻酔下では留置しなかった。【結果】年齢中央値は 81 歳（67 ～ 94 歳）、術前診断は膀胱癌の再発が 12 例、腎盂癌膀胱内再発が 1 例であった。腫瘍径は 1 ｃｍ未満が 7 例、1 ～ 1.5cm 未満が 5 例、1. 5cm 以上が 1 例であった。全身麻酔下が 5 例、局所麻酔下が 8 例で、1 例は日帰り手術を選択した。照射エネルギー中央値は 1848J であった。局所麻酔下の 2 例で膀胱痛のため出力を調整したが、中止例はなかった。病理組織診断は UC,LG,pTa が 6 例、HG,pTa が 2 例、癌なしが 5 例であった。また、1 例に CIS の併存をみとめた。抗血栓薬内服下の 1 例で後出血がみられたが、保存的治療で対処可能であった。【結論】筋層非浸潤性膀胱癌に対する TULA は安全かつ低侵襲な治療であり、高齢者や周術期管理のリスクが高い症例、尿道狭窄例に対しては特に有用と考えられた。

一般演題 5

05-2 膀胱癌に対する経尿道的レーザーアブレーション(transurethral laser ablation:TULA)の単施設初期治療経験

○柴田 洋佑[1)]、伊藤 悠城[2)]、小山 歓[1)]、岩本 源矢[1)]、岩佐 絵連[1)]、苅部 樹里衣[1)]、臼井 公紹[1)]、大竹 慎二[1)]、小林 一樹[1)]
1）横須賀共済病院　泌尿器科
2）横浜市立大学附属病院泌尿器科

【目的】経尿道的レーザーアブレーション (TULA) は半導体レーザーを用いて、膀胱腫瘍の蒸散または凝固を行う術式である。TULA は高い凝固能を有し、術中の閉鎖神経反射を起こすことなく手術を行える。膀胱癌に対する TULA の治療成績を検討した。【方法】当院にて 2024 年 3 月から 2025 年 4 月までに再発性膀胱癌の蒸散および膀胱上皮内癌の生検後の止血目的に TULA を施行した 16 症例を対象とし、周術期の治療成績および合併症を評価した。TULA には波長 980nm の半導体レーザーに 400 μm の TULA LD ファイバーを用いた。膀胱腫瘍を cold cup biopsy した後に、レーザーによる腫瘍部の蒸散および凝固を行った。【結果】年齢中央値は 75 歳 (54-96)、腫瘍径は 3mm(1-10)、腫瘍数は 2 個 (1-3) であった。3 例は抗血栓薬を休薬せずに TULA を行った。手術時間中央値は 26 分 (10-48)、膀胱灌流終了は術後 1 日 (0-3)、カテーテル抜去は術後 1 日 (1-4)、入院日数は 4 日 (4-7) であった。Grade2 以上の周術期合併症は認めず、術後鎮痛剤の使用は 2 例のみであった。観察期間中央値は 251.5 日 (14-431) であり、術後再発は TULA 後 10 か月で再発をきたした 1 例 (6.3%) のみであった。病理診断にて尿路上皮癌 high grade の診断となった 2 例に対して TULA 後に 2nd TURBT を行ったが、2 例ともに悪性所見は検出されなかった。【考察】TULA は術後のカテーテル留置期間および入院期間を短縮し、安全に施行できることが示唆された。

一般演題 5

05-3 5-アミノレブリン酸塩酸塩の周術期悪心嘔吐と肝障害への影響：第 III 相 SPP2C102 探索解析

○田岡 利宜也[1)]、藤本 清秀[2)]、井上 啓史[3)]、都築 豊徳[4)]、大家 基嗣[5)]、杉元 幹史[1)]
1）香川大学 医学部 泌尿器・副腎・腎移植外科
2）奈良県立医科大学 泌尿器科学
3）高知大学 医学部 光線医療センター
4）愛知医科大学病院 病理診断科
5）慶應義塾大学 医学部 泌尿器科学

【目的】経尿道的膀胱腫瘍切除術（TURBT）における 5-アミノレブリン酸塩酸塩（5-ALA）の悪心嘔吐および肝障害への影響を明らかとする。【方法】第 III 相 SPP2C102 試験より、5-ALA を TURBT 前 4 − 8 時間に投与した 145 名の被験者の安全性情報を抽出した。肝障害の有無は AST/ALT/ γ -GTP 値で評価し、悪心嘔吐と共に CTCAEv5.0 に準じて重症度を分類した。背景因子との関連は t 検定と χ^2 検定で検証し、単変量ロジスティック解析でオッズ比（OR）を算出した。【結果】悪心嘔吐は 19.3% の被験者で認められ、全て Grade 2 以下であった。女性（OR 2.59, 95% CI 0.90-7.22, p=0.04）かつ 5-ALA 投与前拡張期血圧 ≧ 80mmHg（OR 2.37, 95 % CI 0.95-6.15, p=0.04）の悪心嘔吐の頻度は 40% で、これら因子の無い被験者より高かった（9.2%, p=0.02）。予防的制吐薬使用群の悪心嘔吐率は 9.1％で、非使用群の 21.1% より低かったが、有意差は無かった（p=0.25）。肝障害は 19.3% で生じ、全て Grade 2 以下であったが、その 25% は術後 14 日間で回復に至らなかった。投与前収縮期血圧 ≧ 130mmHg（OR 5.75, 95% CI 2.20-18.05, p ＜ 0.01）と BMI ≧ 25（OR 2.44, 95% CI 1.05-5.71, p=0.03）が肝障害リスクとして特定された。【結語】本研究は 5-ALA 関連の悪心嘔吐および肝障害の具体的なリスク因子を示すもので、安全な 5-ALA 使用に向けた基盤データとなる。

一般演題 5

05-4 当院における筋層非浸潤性膀胱癌に対する BCG 膀胱内注入療法の検討

○橋本 勇輝、清水 浩介、植垣 正幸、吉田 徹
滋賀県立総合病院　泌尿器科

【目的】筋層非浸潤性膀胱癌に対して BCG 膀胱内注入療法を行った症例について、患者背景、再発率、副作用などについて検討した。【方法】2011 年 4 月から 2025 年 5 月の期間に当院にて筋層非浸潤性膀胱癌に対して BCG 膀胱内注入導入療法を施行した 136 例を対象とした。BCG（日本株）40 mg・80 mg または BCG（コンノート株）81 mg で BCG 膀胱内注入導入療法を 6 回または 8 回行った。男性 123 例、女性 13 例、年齢 50-93 歳（平均 73 歳）であった。膀胱癌診療ガイドライン 2019 に基づいたリスク分類では超高リスク群 34 例、高リスク群 96 例、中リスク群 6 例であり低リスク群は含まれなかった。【結果】観察期間は 2-169 か月（中央値 37 か月）で、59 例（43%）に再発が見られた。再発を認めた症例は BCG40 mg で 22 例（44％）、BCG80mg/81mg で 37 例（43％）であった。副作用で治療完遂できなかった症例は 14 例（10％）あり、そのうち 6 例（43％）で再発を認めた。一方、治療完遂できた症例は 122 例（90％）あり、再発を認めた症例は 48 例（39％）であった。完遂できなかった理由は排尿時痛 4 例、頻尿 4 例、関節痛 3 例等であったが、完遂群と非完遂群で再発率に有意差がなかった。【考察】当院における筋層非浸潤性膀胱癌に対する BCG 膀胱内注入療法の中断率は既報と同様の結果であった。再発率は既報より高かったが超高リスク、高リスク群の割合が高かったためと考えられる。

一般演題 5

05-5 当院における外来 TUR-BT の臨床的検討

○鬼寅 真吾、杉原 山太、大西 智己、松田 伊織、奥野 智也、砂田 拓郎、村上 薫、宇都宮 紀明、寺井 章人、井上 幸治
倉敷中央病院　泌尿器科

【目的】当院では、筋層非浸潤性膀胱癌の再発を疑った症例のうち病変が少なく、5mm 以下の再発性膀胱癌に対して、外来にて TUR-BT を行っている。今回、後方視的に臨床的検討を行った。【方法】2014 年 1 月 1 日から 2023 年 12 月 31 日の期間で当院にて外来 TUR-BT を行った 321 例を対象とした。後方視的に臨床病理学的検討を行った。外来 TUR-BT の術式は軟性鏡を用いて無麻酔で生検、焼灼を行い終了している。全例日帰りで行った。【結果】対象とした症例は 321 例で、年齢の中央値は 77 歳（36-94 歳）で、男性は 277 例（86.3％）、女性は 44 例 (13.7%) であった。手術時間の中央値は 12 分 (4-45 分) で、周術期合併症のうち、clavien-dindo 分類 Grade3 以上は 0 例であった。321 例のうち、悪性所見を認めなかった症例は 48 例 (14.9%) であった。悪性所見を認めた 266 例は全例尿路上皮癌で、内訳は、pTa が 250 例、pT1 が 5 例、pTis が 11 例であった。遠隔転移や筋層浸潤膀胱癌に進行した症例は認めなかった。膀胱内再発症例は 145 例（45.1%）で、1 年以内が 85 例（26.8%）、1 年以降が 60 例（18.7％）であった。術後膀胱内注入療法を行った症例は 50 例（15.5%）であった。【結論】外来 TUR-BT は安全に実施することができ、周術期成績についても諸家の報告と遜色ない結果であった。外来 TUR-BT は簡便に実施できることから、病変が少なく、5mm 以下の再発性膀胱癌に対して有用で、検討に入れる必要があると考える。

一般演題 6

06-1 ロボット支援下膀胱全摘除術における尿道抜去の必要性

○岩田 健宏、坪井 一朗、吉永 香澄、山野井 友昭、
河田 達志、定平 卓也、富永 悠介、片山 聡、西村 慎吾、
別宮 謙介、荒木 元朗
岡山大学病院　腎泌尿器科

緒言：膀胱癌に対する膀胱全摘除術において、前立腺、精嚢、尿道を摘除することが標準術式とされている。ガイドラインでは尿道吻合を行わない尿路変向においては尿道摘除が推奨されるとされているが、過剰治療になる可能性もある。ロボット手術の普及により、より遠位まで尿道摘除が可能となり、尿道摘除について再考すべきと考える。対象と方法：当院において 2018 年から 2023 年までにロボット支援下膀胱全摘除術を施行した男性 72 例を対象とし、尿道摘除を施行した 61 例、施行しなかった 11 例にわけ、病理学的所見、臨床アウトカムを検討した。結果：尿道断端陽性例は 1 例（1.4％）で尿道非摘除群であった。局所再発を含む、非典型的再発をきたした 4 例（5.5％）はいずれも尿道摘除施行例であった。全生存率、無再発生存率においてはいずれも尿道摘除施行群と非施行群に有意差は認めなかった。結論：ロボット支援下膀胱全摘除術において尿道摘除は必須手技ではなく、症例に応じて省略できる可能性が示唆される。

一般演題 6

06-2 膀胱全摘術を施行した扁平上皮分化を伴う尿路上皮癌における性差と予後の検討

○湊　晶規、城嶋 和真、松川 卓生、水嶋 唯、杉田 佳弘、
渡邉 舟貴、木室 里依子、東島 克佳、永田 祐二郎、
富崎 一向、柏木 英志
産業医科大学　泌尿器科学講座

【目的】扁平上皮分化を伴う尿路上皮癌（UCSD）は、尿路上皮癌の subtype の中で最も頻度が高く、予後不良が知られているが、性差に着目した検討は極めて少ない。本研究では、膀胱全摘術を施行した UCSD 症例において、性別による臨床病理学的特徴と予後の違いを明らかにすることを目的とした。【方法】2003 年から 2023 年の期間に膀胱全摘術を施行した浸潤性膀胱癌のうち、UCSD と診断された 39 例（男性 25 例、女性 14 例）を対象とした。術前化学療法（NAC）の施行率および奏効、無再発生存（RFS）、癌特異的生存（CSS）、全生存（OS）について性別で比較検討した。【結果】RFS、CSS、OS はいずれも女性で有意に不良であった（RFS 中央値：男性未到達、女性 28 か月、p=0.042）。NAC の施行率および治療反応に性差はなく、再発後の免疫チェックポイント阻害薬やエンホツマブ ベドチンの使用率にも差を認めなかった。【結論】膀胱全摘を施行した UCSD 症例において、女性は治療介入や奏効に差がないにもかかわらず有意に予後不良であった。性差に基づく腫瘍生物学の違いが予後に影響を及ぼす可能性があり、その解明が今後の課題である。

一般演題 6

06-3 膀胱癌に対するロボット支援膀胱全摘除術と術前肺免疫予後指数についての検討

○山口 徳也、森實 修一、山元 惇史、大松 留実子、
山根 浩史、西川 涼馬、木村 有佑、引田 克弥、武中 篤
鳥取大学医学部器官制御外科学講座　腎泌尿器学分野

【目的】非小細胞肺癌に対する免疫チェックポイント阻害薬の予後予測因子として derived neutrophil to lymphocyte ratio（dNLR）と血清乳酸脱水素酵素値（LDH）を組み合わせた肺免疫予後指数（LIPI：Lung Immune Prognostic Index）が報告されている。術前 LIPI と膀胱癌に対してロボット支援膀胱全摘除術（RARC）を施行した症例の関係を評価した。【方法】2013 年 5 月から 2024 年 1 月の間に当院で膀胱癌に対して根治を意図して RARC、標準郭清以上の骨盤内リンパ節郭清を施行した 102 名のデータを検討した。カットオフ値は dNLR3.0 以上、LDH は 222U ／ L 以上とした。生存率を log − rank 検定で比較、無再発生存率、全生存率の予測因子は Cox 比例ハザード回帰分析を用いて同定した。【結果】LIPI スコアに基づき、85 例が 0 因子（LIPI 陰性群）、17 例が 1 ～ 2 因子（LIPI 陽性群）に分類された。観察期間中央値は 39.7 ヶ月であった。1 年無増悪生存率は LIPI 陰性群で 90.3％、LIPI 陽性群で 81.9％であった（p = 0.012）。2 年全生存率は LIPI 陰性群で 94.8%、LIPI 陽性群で 84.8% であった（p = 0.004）。術前因子の多変量解析で LIPI 陽性は全生存率（hazard ratio = 4.52, 95% confidence interval = 1.43 − 14.27, p = 0.010）と有意に関係していた。【結語】LIPI スコアは、膀胱癌に対してロボット支援膀胱全摘除術を施行する症例の予後を予測するバイオマーカーとして有用な可能性が考えられた。

一般演題 6

06-4 当院における膀胱全摘除術＋尿管皮膚瘻造設術の成績検討

○多田 航生、泉 和良、野崎 雅弘、廣田 圭祐、尾崎 悠、
三宅 毅志、藤原 敦子、川西 泰夫、山中 正人
高松赤十字病院　泌尿器科

【緒言】膀胱全摘は筋層浸潤性膀胱癌に対する根治的治療である。尿路変更方法はいくつかあるが、尿管皮膚瘻は最も低侵襲な方法と言える。一方でステント留置が必要となると尿路感染等の術後合併症が多い術式である。当院では 2024 年 1 月よりダブルバレル法を採用している。その成績について検討したのでここで報告する。【方法】対象は 2024 年 1 月から 2025 年 4 月までの当院における膀胱癌に対して膀胱全摘除術＋尿管皮膚瘻造設術を施行した 12 例である。【結果】膀胱全摘除術は全例ロボット支援下に行われた。男性 6 例、女性 6 例で、年齢は 63 歳から 88 歳（平均 81.1 歳）であった。手術時間は 177 分から 556 分（平均 256.5 分）、そのうち尿管皮膚瘻造設術の手術時間は 44 分から 140 分（平均 79.6 分）であった。出血量は少量から 400ml（平均 65ml）であった。尿管ステントフリー達成率は 50％であった。2 例は今後抜去を検討予定であった。術後腎盂腎炎は 6 例にみられた。腎機能低下がみられたのは 1 例であった。膀胱癌の再発は 1 例であった。当院における膀胱全摘除術＋尿管皮膚瘻造設術の成績について、諸家の報告とも比較しながら検討する。

一般演題 6

06-5 筋層非浸潤性膀胱癌に対するロボット支援膀胱全摘除術の臨床検討「骨盤内リンパ節郭清の施行状況についてと予後検討」

○橋本 啓佑[1)]、安宅 祐一朗[2)]、大豆本 圭[3)]、湊 亮詠[3)]、楠原 義人[3)]、角陸 文哉[3)]、福田 喬太郎[2)]、井崎 博文[2)]、二宮 郁[1)]、泉 和良[4)]、岡本 賢二郎[1)]、布川 朋也[3)]、古川 順也[3)]
1）愛媛県立中央病院　泌尿器科
2）徳島県立中央病院
3）徳島大学病院
4）高松赤十字病院

【背景と目的】筋層浸潤性膀胱癌（muscle-invasive bladder cancer: MIBC）に対するロボット支援膀胱全摘除術（robot-assisted radical cystectomy: RARC）および骨盤内リンパ節郭清術は標準治療である。一方で筋層非浸潤性膀胱癌（non-muscle-invasive bladder cancer: NMIBC）に対するリンパ節郭清術の施行状況や予後に関する実臨床での情報は不足している。今回、NMIBC に対して RARC が施行された症例の骨盤内リンパ節郭清術の有無、転帰について臨床検討したので報告する。【方法】2014 年 10 月から 2024 年 3 月までに愛媛県立中央病院、徳島大学病院、徳島県立中央病院、高松赤十字病院で施行された RARC 症例を抽出し、NMIBC 症例の割合、骨盤内リンパ節郭清術の施行率、pN、無再発生存期間（relapse-free survival: RFS）、全生存期間（overall survival: OS）について検討した。【結果】RARC 症例 404 例中、NMIBC は 71 例であった。骨盤内リンパ節郭清術は 71 例中 61 例（85.9％）に施行され、pN 陽性症例は 2 例（3.3％）であった。再発は 71 例中 10 例（14％）で、RFS 中央値は 40.8 ヶ月、OS 中央値は 48.6 ヶ月であった。再発形式は遠隔転移 5 例、上部尿路再発 5 例であった。NMIBC の pN 陽性症例では 1 例は再発なし，もう 1 例は上部尿路への再発であった．【考察】NMIBC におけるリンパ節陽性率は低く、再発形式は上部尿路再発が多かった。RARC 施行の背景、BCG 治療状況、病理学的状況を踏まえ報告する。

一般演題 7

07-1 切除不能尿路上皮癌に対するアベルマブの有効性について ---MICAN study-UC より

○村上 幹和[1)]、佐藤 秀樹[1)]、佐藤 武司[1)]、三浦 徳宣[2)]、雑賀 隆史[2)]、松村 正文[3)]、二宮 郁[3)]、渡邊 雄一[4)]、山下 夏美[5)]、橋根 勝義[5)]
1）市立大洲病院
2）愛媛大学大学院医学系研究科 器官・形態領域 泌尿器科学
3）愛媛県立中央病院
4）十全総合病院
5）国立病院機構四国がんセンター

目的：切除不能尿路上皮癌の治療としてアベルマブの有効性について後ろ向きに検討し、今後の治療計画に役立てる。対象：愛媛県下泌尿器科医会所属の施設で、2017 年 12 月 1 日から 2024 年 6 月 30 日までに化学療法を施行した根治切除不能または転移性の尿路上皮がん症例を対象とした。全登録症例は 243 例でアベルマブ維持療法は 55 例に施行され、未施行は 188 例であった。これらの中で、原発巣摘除時に化学療法が施行された症例、初回化学療法としてプラチナ系薬剤を含むレジメンが施行されかつ SD 以上の効果を示した症例を対象とした。結果：アベルマブ施行症例（A 群）は 50 例、未施行症例（B 群）は 70 例であった。初回化学療法施行回数は両群とも 4 コース、アベルマブ施行回数は 10 コースであった。初回化学療法の効果は A 群で CR：5 例（10.0％）、PR:30 例（60.0％）、SD:15 例（30.0％）、B 群で CR:7 例（10.0％）、PR:28 例（40.0％）、SD:35 例（50.0％）であった（P=0.071）。全生存期間の中央値は A 群 27.0 ヶ月、B 群 16.0 ヶ月（P=0.011）でアベルマブ使用群が有意に良かった。結語：切除不能尿路上皮癌に対して初回治療としてプラチナ系薬剤を含むレジメンで SD 以上の効果が得られた場合、維持療法としてアベルマブ使用の有効性が示された。

一般演題 7

07-2 地域中核病院におけるエンホルツマブ・ベトチンの治療成績

○呉竹 景介[1)]、張 大暁[1)]、福田 敦史[1)]、谷川 堅太郎[2)]、安田 幸平[2)]、藤井 照護[2)]、吉田 毅[2)]、飯原 清隆[3)]、杉 貴臣[4)]、東島 克佳[4)]、原田 修治[1)]
1）社会医療法人財団 池友会新行橋病院
2）社会医療法人財団 池友会福岡和白病院
3）社会医療法人財団 池友会福岡新水巻病院
4）産業医科大学泌尿器科学講座

【目的】当院は周辺人口約 30 万人程度の二次医療圏にあるが、地域がん診療連携拠点病院のない医療圏に位置する。地域中核病院での局所進行性また転移性尿路上皮癌に対するエンホルツマブ・ベトチン (以下 EV) 療法の治療効果および安全性について検討した。 【対象・方法】2022 年 1 月から 2025 年 4 月までに当院で EV を投与した転移性尿路上皮癌 12 例。【結果】年齢中央値は 75 歳、原発は膀胱癌が 4 例、腎盂・尿管癌が 9 例であり、うち 1 例が重複していた。前治療は Pembrolizumab 7 例 (59%), Avelumab 4 例 (33%), Nivolumab 1 例 (8%) であった。EV 導入時の画像検査で内臓転移を認めたのは 8 例（72.8%）、骨転移を認めたのは 5 例（42％）で、内臓転移の内訳は肺 7 例（58.4%）、肝臓 3 例（25%）であった。EV 療法の治療成績は客観的奏効率 59%, 病勢コントロール割合 75%、無増悪生存期間 12 カ月、全生存期間 17 カ月であった。Grade 3 以上の有害事象は皮膚障害 2 例、貧血 2 例、血小板数減少 1 例であった。有害事象に対してステロイド投与を要したのは 3 例であったが、治療中止に至ったのは 1 例のみであった。【結論】転移性尿路上皮癌は予後不良であるが、本検討では 3 次治療としての EV 療法が臨床試験と同等の成績を示し、有害事象により重症化する症例も少なかった。EV 療法による重篤な有害事象が報告されるなか、当院での多職種連携による有害事象マネジメントも有用であったと思われる。

一般演題 7

07-3 エンホルツマブ ベドチン後に増悪した進行性尿路上皮癌に対する治療成績の検討

○高山 梓、古林 伸樹、辻田 次郎、中島 新、中村 元信、根岸 孝仁
国立病院機構　九州がんセンター

【目的】進行性尿路上皮癌に対するエンホルツマブ ベドチン（EV）後に病勢進行した症例に対する治療法は確立されていない。EV 後の後治療における治療成績を明らかにするために検討した。【方法】2021 年 12 月 -2025 年 1 月に EV を投与された 33 例のうち、病勢進行した 18 例を対象とし、後方視的に治療成績を検討した。【結果】観察期間の中央値は 4.6 ヶ月、治療群 10 例（化学療法 5 例、免疫チェックポイント阻害薬 5 例）、BSC 群 8 例。治療群と BSC 群の OS に有意差は認めず（4.6 vs. 3.7 ヶ月 ,p=0.425）。治療群内では、化学療法群と免疫チェックポイント阻害薬群で PFS(2.5vs. 3.2 ヶ月 , p=0.945)、OS (2.6 vs. 5.1 ヶ月 , p=0.832) に有意差を認めなかったが、リンパ節転移のみの症例は、リンパ節転移のみ以外の症例と比べて OS に有意差を認めた（13.5 vs. 3.3 か月 , p=0.039）。【結論】EV 治療後における後治療は、BSC と比較して有意な生存延長を認めなかったが、リンパ節転移のみの症例では予後が良好であった。

一般演題 7

07-4 ロボット支援膀胱全摘術時代における高齢 MIBC 患者への術前化学療法の意義

○湊 亮詠[1)]、大豆本 圭[1)]、福田 喬太郎[2)]、角陸 文哉[1)]、小林 早紀[1)]、塩崎 啓登[1)]、佐々木 雄太郎[1)]、冨田 諒太郎[1)]、楠原 義人[1)]、布川 朋也[1)]、山口 邦久[1)]、山本 恭代[1)]、古川 順也[1)]
1）徳島大学大学院　医歯薬学研究部　泌尿器科学分野
2）徳島県立中央病院　泌尿器科

【目的】筋層浸潤性膀胱癌（MIBC）に対する術前化学療法（NAC）は標準治療とされるが、80 歳以上の高齢者における有効性と安全性は不明である。本研究では、ロボット支援手術時代における 80 歳以上の MIBC 患者に対する NAC の治療成績と予後への影響を検討した。【方法】2014 年 10 月から 2024 年 3 月に当院および関連施設でロボット支援下根治的膀胱全摘術を受けた 80 歳以上の MIBC 患者を対象とし、NAC 群（39 例）と non-NAC 群（40 例）に分けて後方視的に検討した。比較項目は術後病理所見、術後合併症、無再発生存率（RFS）、全生存率（OS）、がん特異的生存率（CSS）とした。【結果】NAC 群では pT ダウンステージングが有意に多かった（p=0.01）が、pN+ 率に差はなかった。術後合併症発生率に差は認めず（p=0.210）、RFS・OS・CSS においても有意差はなかった。多変量解析でも、NAC の有無は予後に有意な影響を与えなかった。【考察】80 歳以上の MIBC 患者において、NAC は腫瘍縮小には寄与するものの、生存予後の改善にはつながらない可能性がある。高齢者に対する NAC の適応は慎重に判断すべきであり、省略も選択肢となり得る。

一般演題 7

07-5 取り下げ

一般演題 7

07-6 膀胱癌 cT2 症例における術前化学療法の意義に関する多施設後方視的検討

○安宅 祐一朗[1)]、大豆本 圭[2)]、福田 喬太郎[1)]、尾崎 啓介[1)]、中島 英[1)]、中西 良一[1)]、稲井 徹[1)]、神田 和哉[5)]、佐々木 雄太郎[2)]、泉 和良[3)]、二宮 郁[4)]、井崎 博文[1)]、古川 順也[2)]
1）徳島県立中央病院
2）徳島大学大学院医歯薬学研究部　泌尿器科学分野
3）高松赤十字病院
4）愛媛県立中央病院
5）川島病院

目的：筋層浸潤膀胱癌に対する術前化学療法（NAC）は標準治療とされるが、全例への適応は依然として議論の余地がある。本研究では、術前に cT2 と診断された症例における NAC の有無が腫瘍学的転帰に与える影響を後方視的に検討した。
方法：徳島大学病院、徳島県立中央病院、愛媛県立中央病院、高松赤十字病院においてロボット支援膀胱全摘除術を施行された cT2 膀胱癌症例を対象とした。NAC の有無により再発率、無再発生存期間（recurrence-free survival, RFS）、全生存期間（overall survival, OS）を比較した。また、再発因子として NAC の有無を含め臨床病理学的因子による解析を行なった。
結果：対象は 201 例（NAC あり 134 例、NAC なし 67 例）であった。再発は両群で同率（NAC あり：40 例［29.9%］、NAC なし：20 例［29.9%］、p=1.000）であり、RFS（NAC あり：中央値 560 日、NAC なし：628 日、p=1.000）、OS（NAC あり：710 日、NAC なし：867 日、p=0.429）にも有意差は認めなかった。多変量解析では、NAC の有無は再発の有意な予測因子ではなかったものの、傾向を示した（p=0.098）。
結論：cT2 膀胱癌症例において、NAC の有無による再発率や生存期間に有意差は認められなかった。これにより、十分な NAC の施行が困難な症例においては、NAC 省略も治療戦略の一つとして考慮され得る可能性が示唆された。

一般演題 8

08-1 PDD － TURBT における発光強度と再発率との関連性の解明

○岡部 雄[1)]、岩田 明斗[1)]、迫 両太[1)]、野田 啓介[1)]、立花 昌寛[1)]、江本 大紀[1)]、冨永 光将[1)]、青柳 力夫[1)]、郡家 直敬[1)]、宮﨑 健[1)]、森 直樹[2)]、中村 信之[1)]、羽賀 宣博[1)]
1）福岡大学　医学部　腎泌尿器外科
2）田川市立病院

【目的】本研究の目的は、5 － ALA － PDD － TURBT における術中の発光強度に関与する因子ならびに、再発率に関与する因子を明らかにする事である。【方法】２０２１年３月から２０２３年４月までに当院で 5 － ALA － PDD － TURBT を施行した１０４例を対象とした。手術時の発光強度は泌尿器科指導医が肉眼的に評価し、LI（Luminous Intensity）1：発光なし～発光が非常に弱い、LI2：発光はしているが部分的、LI3：明らかに強く発光している、の３段階に分類した。対象症例の発光強度と、１年以上フォロー可能であった７４例の術後再発率を、患者背景ならびに周術期パラメーターを用いて、発光強度と再発に関与する因子を検討した。【結果】発光強度は、5 － ALA 内服から手術までの時間が長いほど有意に強くなる傾向があったが (p=0.04)、発光強度と再発率に関連を認めなかった（p=0.43）。再発率に関しては、5 － ALA 内服から手術までの時間が 4 時間以内の患者において有意に再発率が低かった (p=0.008)。【結語】今回の検討では、発光強度と再発率には関連性を認めず、5 － ALA 内服後 4 時間以内の患者において、再発率の低下を認めた。5 － ALA － PDD － TURBT における再発率の減少は、癌病変の発光・可視化による効果よりも、癌細胞内部の活性酸素生成に伴うアポトーシスの誘導が関与している可能性が考えられた。

一般演題 8

08-2 筋層非浸潤性膀胱癌に対する PDD-TURBT と WL-TURBT の当院における比較検討

○小林 圭太、日吉 浩一朗、徳永 貴範、日高 幸浩、清水 宏輔、藤井 央法、岡 真太郎、中村 公彦、廣吉 俊弥、平田 寛、磯山 直仁、白石 晃司
山口大学　医学部　泌尿器科

【背景】筋層非浸潤性膀胱癌（NMIBC）に対する光力学的診断併用経尿道的膀胱腫瘍切除術（PDD-TURBT）は、膀胱内再発率の低下および正確なリスク分類に有用とされる。今回、白色光下 TURBT（WL-TURBT）との治療成績を比較検討した。【対象と方法】2015 年 1 月から 2024 年 9 月に当院で NMIBC に対し TURBT を施行した症例を対象とし、膀胱内非再発生存期間および無進展生存期間を Kaplan-Meier 法とログランク検定にて比較した。【結果】TURBT 施行例は 498 例で、PDD-TURBT が 280 例、WL-TURBT が 218 例であった。年齢中央値は 75 歳（IQR 70 − 81）、観察期間中央値は 36.5 ヶ月（IQR 16.7 − 63.0）。膀胱内再発は 136 例（27％）、進展は 19 例（4％）に認めた。全体の膀胱内非再発生存率に有意差はなかった（P=0.376）が、2 年および 3 年非再発生存率は PDD-TURBT 群で有意に高かった（P=0.010, P=0.036）。【結論】PDD-TURBT は、NMIBC における短期的な膀胱内非再発率の改善に寄与する可能性が示唆された。

一般演題 8

08-4 初回 PDD-TURBT 後の 2nd TUR の検討

○荒木 杏平、柿田 聖太、本多 弘幸、森 慎太郎、倉田 博基、松田 剛、原田 淳樹、中村 裕一郎、光成 健輔、松尾 朋博、大庭 康司郎、望月 保志、今村 亮一
長崎大学病院　泌尿器科・腎移植外科

目的：膀胱癌の約 70% を占める筋層非浸潤性膀胱癌（NMIBC）において、TURBT は診断治療上重要な手技であり標準治療とされている。近年、光力学診断技術を用いた TURBT（PDD-TURBT）の導入が進んでいる。従来の白色光下での TURBT（WL-TURBT）において、T1 high grade 腫瘍、筋層採取が行われていない場合、2nd TUR 実施が推奨されてきたが、PDD-TURBT 導入により従来の 2nd TUR が省略できる可能性が示されている。今回我々は当院で施行された PDD-TURBT 後の 2ndTUR における残存癌の検出状況について後方視的に検討を行った。対象と方法：2024 年 1 月から 2025 年 6 月までに当院で初回 PDD-TURBT を施行し、2nd TUR を実施した膀胱癌症例を対象とした。2nd TUR での残存腫瘍の有無と背景因子について統計学的検討を行った。結果：期間中、初回 PDD-TURBT を施行した症例は 63 例で、そのうち病理組織診断結果をもとに 2nd TUR を施行した症例は 14 例であった。2nd TUR で残存癌を認めた症例は 2 例（14.3%）のみであった。年齢中央値は 75.5 歳（62-95）、性別は男性 9 名、女性 5 名であった。初回 TURBT での病理組織診断は pT1 high grade：13 名（92.9%）、pTa high grade：1 名（7.1%）で、併存 CIS のある症例は 4 例（28.6%）であった。結論：初回 PDD-TURBT 後の 2nd TUR で残存癌の検出される頻度は 14.3% と低値であった。今後 WL-TURBT との比較検討など症例集積のうえ検討を重ねていく予定である。

一般演題 8

08-5 2nd TURBT 病理所見を指標とした PDD 補助下 TURBT の有用性に関する検討

○阿部 眞也、西川 結梨、上山 裕樹、堤 尚史、清川 岳彦
京都市立病院　泌尿器科

【目的】膀胱癌の診断治療において、PDD 補助下 TURBT は微小病変や平坦病変の検出率を高めることで、手術の質の向上をもたらし、結果として再発率低下に寄与するといわれている。PDD が TURBT 後の残存腫瘍減少に寄与しているかを、2nd TURBT を施行した症例の病理組織所見を指標として検討することを目的とした。【対象・方法】2015 年 6 月から 2024 年 8 月の間に当院で施行した TURBT で、T1 high と診断され、2nd TURBT を施行した 80 例を対象とした。TURBT 施行の時期により、初回 TURBT 時に白色光観察のみをおこなった症例（WL）は 36 例、5-ALA 観察を併用した症例（PDD）は 44 例であった。初回および 2nd TURBT 時の病理組織学的所見を後方視的に比較解析した。【結果】2nd TURBT にて残存腫瘍を認めた症例は 19%（80 例中 15 例）であり、その内訳は T2 以上：0 例、T1：7 例、Ta：16 例、Tis:10 例（重複含む）であった。初回 WL / PDD 別には 33%（36 例中 12 例）、9%（44 例中 4 例）であり、初回 PDD 補助により腫瘍残存が減少していることが示唆された。2nd TURBT の後、BCG 膀胱内注入療法を施行した 62 例中 10%（6 例）が 1 年以内に再発した。初回 WL/PDD 症例別には 15%（27 例中 4 例）および 6%（35 例中 2 例）であった。【結語】T1 high 膀胱癌においては、PDD 補助下 TURBT にて、初回 TURBT の質が向上し、TURBT 後の残存腫瘍の減少につながることが示唆された。

一般演題 8

08-6 BCG 不応性筋層非浸潤性膀胱がんに対するナドファラゲン フィラデノベクの有効性と安全性：日本で進行中の第 III 相試験 CIS コホート 3 ヶ月時点の解析結果

○西山 博之[1)]、菊地 栄次[2)]、井上 啓史[3)]、那須 保友[4)]、東 治人[5)] 江藤 正俊[6)]、Ali Falahati[7)]、Sara Tantholdt-Hansen[7)]、Kristian Juul[7)]、藤本 清秀[8)]
1）筑波大学 腎泌尿器外科
2）聖マリアンナ医科大学 腎泌尿器外科
3）高知大学 泌尿器科
4）岡山大学
5）大阪医科薬科大学　泌尿生殖・発達医学講座
6）九州大学　泌尿器科
7）Ferring Pharmaceuticals, Copenhagen, Denmark、
8）奈良県立医科大学　泌尿器科

目的：ナドファラゲン フィラデノベクは、高リスク BCG 不応性の筋層非浸潤性膀胱癌（NMIBC）に対する IFN α 2b 導入遺伝子を有する非複製型アデノウイルスベクター遺伝子治療薬である。国内第 III 相試験にて日本人 High Grade（HG）BCG 不応性 NMIBC を対象に、ナドファラゲン フィラデノベクの有効性と安全性の評価を 2 つのコホートで実施中であり、今回 CIS ± HG Ta/T1 の初期結果を報告する。方法：本剤は HG 再発が認められない限り 3 ヶ月毎に膀胱内投与し、細胞診、膀胱鏡検査、臨床的に必要と判断された場合は生検を実施した。主要評価項目は、初回投与後のいずれかの時点での完全奏効（CR）率とした。安全性評価項目は、治験薬関連の有害事象（AE）の種類、発生率、重症度を含めた。結果：20 名の CIS ± HG Ta/T1 の患者が登録され投与を実施した。主要評価項目では、15 名（75%）が 3 ヶ月目に CR を達成した。安全性評価では、16 名（80.0%）に 76 件の治験薬関連 AE が報告された：64 件はグレード 1（84.2%）、12 件はグレード 2（15.8%）であった。グレード 3/4/5 の AE は報告されなかった。結論：日本人患者におけるナドファラゲン フィラデノベクの 3 ヶ月時点での有効性は、海外での報告よりも高く、臨床的に管理可能で忍容性のある安全性プロファイルであった。

一般演題 9

09-1 ロボット支援前立腺全摘除術の神経温存手技における da Vinci Hem-o-lok Clip Applier の有用性の検討

○郡家 直敬[1)]、岩田 明斗[1)]、迫 両太[1)]、野田 啓介[1)]、立花 昌寛[1)]、江本 大紀[1)]、冨永 光将[1)]、青柳 力夫[1)]、宮﨑 健[1)]、岡部 雄[1)]、森 直樹[2)]、中村 信之[1)]、羽賀 宣博[1)]
1）福岡大学　医学部　腎泌尿器外科学講座
2）田川市立病院 泌尿器科

【目的】RARP における神経温存術手技（NS-RARP）において、da Vinci Hem-o-lok Clip Applier は、従来の腹腔鏡用の Clip Applier と比べて、より精密な神経温存術が可能と考えられる。本研究では、NS-RARP における da Vinci Hem-o-lok Clip Applier の有用性を検討した。【方法】NS-RARP を施行した 41 例を対象とし、da Vinci Hem-o-lok Clip Applier を使用した群（使用群：23 例）と、使用しなかった群（非使用群：18 例）に分けて比較検討した。主要評価項目は、前立腺摘出標本の基部・中部・尖部における nNOS 陽性神経細胞数とした。副次評価項目として、IPSS、SHIM スコア、尿失禁率を比較した。【結果】前立腺基部における nNOS 陽性神経細胞数は、使用群で有意に少なかった（使用群 15.0 ± 10.1 個 ： 非使用群 23.0 ± 13.0 個、P=0.02）。術後 IPSS は使用群でのみ有意な改善を認めた（術前 13.1 ± 8.9 点、術後 8.8 ± 5.0 点、P=0.02）。SHIM スコア、尿失禁率には両群間で有意差を認めなかった。【結論】da Vinci Hem-o-lok Clip Applier の使用により、正確な神経温存が可能となり、術後早期の下部尿路症状の改善に寄与する可能性が示された。

一般演題 9

09-2 早期尿禁制回復を意図したロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術：Modified Hood technique (洞窟 RARP) の検討

○大西 毅尚、鈴木 駿、田端 勇作、舛井 覚、芝原 拓児
伊勢赤十字病院

【目的】当科で施行している Modified Hood technique（洞窟 RARP）について尿禁制に関する有用性の検討を行った。【方法】術式：正中で腹膜を切開し、両側の umblical ligament は温存し、膀胱前腔を展開、detrusor apron を温存し、前立腺摘除、尿道膀胱吻合後に total anatomical reconstruction を行い、腹膜は縫合閉鎖し、レチウス腔の修復を行った。6 か月以上 follow-up した 80 例を対象に、手術成績、尿禁制改善率などについて、Standard-RARP 群（165 例）との比較検討を行った。【結果】洞窟 RARP 群で、術後の膀胱頸部角（BNA）が大きく、術後 3 か月目までの早期尿禁制改善率も有意に良好であった。コンソール時間、断端陽性率に差は認めなかった。多変量解析の結果、洞窟 RARP、膜様部尿道長≧ 11.9mm、72 歳以下、BNA ≧ 100° が術後 1 か月目の尿禁制改善に関与する独立した因子であった。【結語】洞窟 RARP は早期尿禁制獲得に有利な術式であると考えられた。

一般演題 9

09-3 ロボット手術用 sealing device を用いたロボット支援前立腺全摘術の現状と課題

○橋爪 章仁、山崎 将頌、高本 大路、上野 大樹、河原 崇司、寺西 淳一
横浜市立大学付属市民総合医療センター

【目的】ロボット支援前立腺全摘除術（RARP）は、低侵襲かつ高精度な操作が可能なことから、前立腺癌に対する標準的手術手技として広く普及している。ロボット手術用の sealing device も導入され、止血や組織切離の効率化が期待されている。本研究では、ロボット手術用 sealing device の使用が RARP の手術効率や出血量に与える影響を明らかにすることを目的とした。【方法】100 例以上の RARP 執刀経験を有する単一術者によって施行された RARP 症例のうち、神経温存および骨盤リンパ節郭清を伴わない症例を対象とした。Da vinci ベッセルシーラー (VS) を使用した群（VS 群、n=15）と非使用群（非 VS 群、n=22）に分け、コンソール時間および出血量などを比較検討した。【結果】コンソール時間の中央値は、VS 群で 116 分、非 VS 群で 126 分であり、VS の使用により手術時間が短縮される傾向が認められたが、有意差は認められなかった（p=0.31）。出血量についても両群間で有意差は認められなかった。【結論】ロボット手術用 sealing device の使用は、RARP における手術効率の改善に寄与する可能性が示唆された。考察を追加し報告する。

一般演題 9

09-4 当院におけるロボット支援前立腺全摘術におけるリンパ節郭清症例の検討

○田邊 邦明[1)]、田中 恵梨子[1)]、森 亮太[1)]、田中 亮[1)]、坂本 昭彦[1)]、杉山 和隆[1)]、松本 明彦[1)]、久米 春喜[2)]
1）焼津市立総合病院
2）東京大学医学部

【緒言】ロボット支援前立腺全摘除術（RARP）におけるリンパ節郭清（PLND）については、その範囲や適応、意義について未だ議論の余地がある。今回当院で PLND を施行した症例について後方視的に検討を行った。【対象と方法】2020 年から 2024 年に、RARP + PLND を施行した郭清群 29 例を対象とし、同時期に高リスク症例に分類されて PLND は施行しなかった非郭清群 81 例と比較検討を行った。PLND 施行の適応は Ｂｒｉｇａｎｔｉノモグラムを参考とし、主治医が決定した。PLND の範囲は標準領域（外腸骨、内腸骨、閉鎖領域）で行った。【結果】郭清群は非郭清群に比べて術前因子で PSA、NCCN 該当項目数、生検陽性コアの比率、Briganti ノモグラムが高値であった。術後因子は全摘標本における Gleason Grade、pT ステージ、切除断端陽性率が高値であった。生化学的再発例は、郭清群 17 例（58.6%）、非郭清群 9 例（11.1%）で、郭清群で有意に高値であった（p < 0.001）。リンパ節転移陽性例は郭清群中 9 例（31.0%）であった。【考察】当院では各種ガイドラインよりも高いリスクの症例を選択しリンパ節郭清を施行していた。標準郭清におけるリンパ節転移陽性率は諸家の報告と同等であった。

一般演題 9

09-5 ロボット支援前立腺全摘除術においてリンパ節郭清はしなくてもいいのか？―愛媛県前立腺全摘除術データベース（MICAN study）からの検討

○曽我部 裕文[1)]、深谷 友祐[1)]、辻岡 卓也[1)]、瀬戸 公介[1)]、橋根 勝義[1)]、三浦 徳宣[2)]、雜賀 隆史[2)]、矢野 明[3)]、松崎 信治[3)]、二宮 郁[4)]、松村 正文[4)]、大西 智也[5)]、小川 智子[5)]
1）独立行政法人国立病院機構　四国がんセンター
2）愛媛大学　医学部　泌尿器科
3）松山赤十字病院
4）愛媛県立中央病院
5）市立八幡浜総合病院

【目的】ロボット支援手術の普及により、根治的前立腺全摘除術（RP）は一般的な術式となり、局所前立腺がん治療の主役となった。今回、愛媛県における RP 施行全症例のデータベース（MICAN Study：Medical Investigation Cancer Network Study）をもとに、リンパ節郭清の必要性ついて検討した。【対象と方法】MICAN Study に登録された症例は 3463 症、この中で術前ホルモン治療未施行例および切除断端陰性症例に限りリンパ節郭清の有無による病理結果および予後について検討した。【結果】リンパ節郭清ありは 694 例（低リスク：77 例、中：293 例、高：324 例）、なしが 784 例（低：195 例、中：435 例、高：118 例）であった。pN1 は全体で 27 例（3.9%）、低リスク：0%、中間リスク：1.7%、高リスク：6.8%であった。pN0 と pNx での 5 年 PSA 非再発率は低リスクで 95.8%と 94.9%（P=0.678）、中間リスクで 87.4%と 93.5%（P=0.078）、高リスクで 64.6%と 71.2%（P=0.267）で PSA 再発に関してはリンパ郭清による差は認めなかった。また、背景で有意差を認めたのは、高リスクで primary グリソンパターン 5 が pN0 で多かったのみで、低・中間リスクでは生検陽性本数も含め背景に差は認めなかった。【考察】低・中間リスクまでででは郭清による pN1 症例も少なく、PSA 再発に関して郭清のメリットは認めなかった。骨盤内リンパ郭清による合併症報告も散見されることから中間リスクまでは郭清は不要と考える。

一般演題 9

09-6 ロボット支援前立腺全摘除術後 1 年の尿禁制に関連する予測因子の検討

○上野 嶺、難波 良紘、松原 佑吾、馬場崎 隆志、三田 耕司
広島市立北部医療センター安佐市民病院　泌尿器科

【目的】ロボット支援前立腺全摘除術（RARP）後の尿失禁は、患者の QOL を著しく低下させる重要な合併症であり、さまざまな因子が関与している。本研究では、当院で施行した RARP 症例における術後 1 年時点の尿禁制に関する予測因子を検討した。【対象と方法】2016 年 1 月から 2024 年 4 月までに当院で RARP を受けた前立腺癌患者 813 例のうち、術後 1 年の評価が可能であった 796 例を対象とした。術後 1 年時点での使用パッド枚数が 1 枚以下の症例を「長期尿禁制獲得あり」と定義し、長期尿禁制あり（A 群：722 例）およびなし（B 群：74 例）の 2 群に分類し、背景因子および周術期因子について後方視的に解析を行った。【結果】年齢の中央値は A 群で 71 歳、B 群で 74 歳であり、膜様部尿道長はそれぞれ 12 mm および 11 mm であった。神経温存術は A 群 516 例（71.5%）、B 群 37 例（50.0%）に実施された。年齢、身長、術前 OABSS、膜様部尿道長、神経温存の有無において、両群間に有意差が認められた。多変量解析の結果、年齢、膜様部尿道長、神経温存が術後 1 年の尿禁制を有意に予測する因子であることが示された。【結論】RARP 術後 1 年時点の尿禁制に影響を与える予測因子として、年齢、膜様部尿道長、神経温存を同定した。これらの因子は、長期的な尿禁制の獲得を予測する上で有用である可能性が示唆された。

一般演題 10

010-1 前立腺癌患者に対する ^{68}Ga-PSMA-11PET 実施例の臨床的検討

○大堀 理[1)]、近藤 洋介[1)]、村山 慎一郎[1)]、宮崎 保匡[1)]、實重 学[1)]、佐藤 俊彦[2)]
1）東京国際大堀病院
2）宇都宮セントラルクリニック

【目的】手術後・放射線後の PSA 再発・CRPC 患者における ^{68}Ga-PSMA-11PET 実施例の臨床的検討。【方法】手術後の PSA 再発 7 例、小線源後の PSA 再発 1 例、CRPC5 例に対して PSMA-PET を実施し、結果と陽性例に対する短期の治療効果を検討した。【成績】13 例中、8 例に PSMA-PET 陽性を認めた（そのうち 5 例は骨シンチや CT で陰性であった）。陽性例の PET 前 PSA は平均 2.56ng/ml(0.5 ∽ 11) に対して陰性例は全例 0.5 以下であった（0.26 ∽ 0.47) であった。陽性場所は 6 例で骨盤外（頚椎、腰椎、副腎、肩甲骨、第 2 肋骨）2 例では前立腺床・内・外腸骨リンパ節であった。　陽性例 8 例中 6 例は PET 陽性部に放射線照射され、そのうち 5 例は PSA 減少を示した。小線源後再発例は全摘手術を受け、陽性部位であった前立腺・内外腸骨リンパ節は病理検査で癌陽性で PSA も減少傾向を示した。陰性の 5 例中 3 例は前立腺床＋骨盤照射と内分泌併用、1 例は内分泌治療、1 例は経過観察となった。【考察】再発例における PSA0.5ng/ml 以上での PSMA-PET の陽性率は高く、様々な状況で治療方針を変える可能性があり、早期の保険収載・普及が望まれる。

一般演題 10

010-2 Prostate Health Index *phi* と前立腺全摘除標本における主病変の病理学的特徴との関連

○重安 哲志、木田 和貴、貝通丸 雅士、佐藤 嘉晃、井上 裕之、阿部 立郎、相島 真奈美、志賀 健一郎、眞崎 拓朗、宮崎 薫、武井 実根雄、内藤 誠二、横溝 晃
原三信病院　泌尿器科

【目的】ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術（RALP）を施行した前立腺癌において、prostate health index（*phi*）値と全摘標本の病理学的特徴との関連を検討した。【対象と方法】2022 年 10 月～ 2024 年 12 月に PSA10ng/ml 未満で *phi* を測定し、生検で前立腺癌と診断され RALP を受けた 54 例のうち、術前ホルモン治療例を除外した 52 例を対象とした。*phi* の中央値で 2 群に層別し、術前背景および全摘標本における主病変（Index tumor）の Gleason grade（GG）、Gleason pattern、最大径および腫瘍面積を含む病理所見を比較した。【結果】中央値は年齢 65 歳、PSA 7.20ng/ml、*phi* 51.95、PSAD 0.21、*phi*-density 1.61 であった。高 *phi* 群（51.95 ≦、N = 26）は低 *phi* 群（51.95 ＞、N = 26）と比較して PSA、PSAD、*phi*-density が高く、全摘標本における GG 3 ≦の割合が 53.8% vs. 23.1%（p = 0.045）、primary Gleason pattern 4 ≦も 53.8% vs. 23.1%（p = 0.045）と有意に高かった。さらに、主病変の最大径および腫瘍面積の中央値も 20mm vs. 15mm（p=0.03）、19.9mm^{2}vs. 12.1mm^2（p=0.013）と有意に高値であったが、pT ステージに有意差は認めなかった。【結語】少数例での検討であるが、*phi* 値は前立腺内の主病変の組織学的悪性度および大きさをよく反映するバイオマーカーであることが示唆された。

一般演題 10

010-3 転移性前立腺癌症例における血清テストステロン値と骨転移の関連性

○堀口 裕、片山 幸智恵、森野 純貴、萩原 喜一、佃 文夫、河野 義之、古賀 祥嗣
江戸川病院　泌尿器科

【目的】転移性前立腺癌における骨転移と診断時の血清テストステロン値の関連を評価し、その予測因子としての有用性を検討した。【方法】当院にて 2015 年 8 月から 2025 年 2 月に生検・病期診断にて転移性前立腺癌と診断した 149 名を対象とした。生検入院時、朝 7 時の採血にて血清遊離テストステロン (FT) 値を測定した。患者を多発骨転移群（5 ヶ所以上、mBM）と非多発骨転移群（4 ヶ所以下）に分け、多変量ロジスティック回帰分析にて mBM の独立予測因子を検討した。【結果】全症例の年齢中央値は 76.7(IQR; 69.9-82.7) 歳、PSA 145.2 (57.7-574.3) ng/mL、FT 5.9 (4.2-8.2)pg/mL。MRI は 142 例に施行され、平均 PI-RADS スコアは 4.8、骨シンチグラフィは 141 例に施行され、平均 Bone Scan Index (BSI) 2.58、Hot spot 28.2 であった。mBM を 83 例 (55.7%) に認めた。mBM 群と非 mBM 群間に、血清アルブミン、CRP、FT、PSAD、生検 Grade Group、生検陽性コア率の有意差を認めた。FT 値は mBM 群において有意に低かった (5.9 vs 7.2 pg/mL, p=0.029)。また、線形回帰分析にて、FT 値は BSI および HS と有意な負の相関を認めた。多変量ロジスティック回帰分析にて、血清 PSAD (p=0.001、OR=6.331 [2.045-19.602])、FT (p=0.028、OR=3.257 [1.133-9.366) および、CRP (p=0.034、OR=2.987 [1.084-8.229) が mBM の独立した予測因子と見なすことができた。【結論】FT 値は前立腺癌の骨転移と密接に関連し、mBM の独立した予測因子であった。

一般演題 10

010-4 非転移性去勢抵抗性前立腺癌に対するアパルタミドの実臨床における使用状況と治療効果：CsJUC の結果より

○土肥 洋一郎[1)]、小林 圭太[2)]、大豆本 圭[3)]、関野 陽平[4)]、福原 秀雄[5)]、新川 平馬[6)]、片山 聡[7)]、清水 龍太郎[8)]、髙本 篤[9)]、西村 謙一[10)]、永見 太一[11)]、杉元 幹史[1)]、CsJUC
1）香川大学医学部泌尿器科
2）山口大学医学部泌尿器科
3）徳島大学大学院医歯薬学研究部泌尿器科
4）広島大学医学部腎泌尿器科
5）高知大学医学部泌尿器科
6）川崎医科大学医学部泌尿器科
7）岡山大学大学院医歯薬学総合研究科腎泌尿器科
8）鳥取大学医学部腎泌尿器科
9）福山市民病院泌尿器科
10）愛媛大学医学部泌尿器科
11）島根大学医学部泌尿器科

【目的】非転移性去勢抵抗性前立腺癌 (nmCRPC) に対するアパルタミドの実臨床における使用状況と治療効果を調査することを目的とした。【対象と方法】中四国地方の 17 施設で nmCRPC に対してアパルタミドが投与された 75 例の診療記録を後ろ向きに検討した。他アンドロゲン受容体シグナル伝達阻害薬（ARSI）の使用歴、投与時の PSA-DT、PSA response、無増悪生存期間 (PFS) を解析した。【結果】32 人（42.7%）で他 ARSI の使用歴があった。アパルタミド開始時の PSA-DT ＜ 3.0、3.0-5.9、6.0-10、 ＞ 10 ヵ月はそれぞれ 34.7 %、40 %、14.7 %、10.6 % であった。他 ARSI の使用歴のある患者は 1 次治療としてアパルタミドを投与された患者に比べ、PSA response が低く（PSA50 % 低下率：88.4 % vs 18.8 %、PSA90 % 低下率：60.5% vs 6.2%、それぞれ P ＜ 0.001）、PFS が短かった（中央値:37 ヵ月 vs 4 ヵ月、log-rank P ＜ 0.001）。【結論】nmCRPC 患者の 40 % 以上で他 ARSI 治療後のアパルタミドが使用され、その効果は限定的であったが、1 次治療としてのアパルタミドの有効性は、臨床試験の結果と同等であった。

一般演題 10

010-5 去勢抵抗性前立腺癌に対する Cabazitaxel 療法における modified Glasgow Prognostic Score(mGPS) の有用性の検討

○加藤 琢磨[1,2,3,4,5)]、土肥 洋一郎[1)]、高本 篤[2)]、清水 龍太郎[3)]、大豆本 圭[4)]、片山 聡[5)]、森實 修一[3)]、古川 順也[4)]、荒木 元朗[5)]、杉元 幹史[1)]
1）香川大学　医学部　泌尿器科
2）福山市民病院　泌尿器科
3）鳥取大学　医学部　泌尿器科
4）徳島大学　医学部　泌尿器科
5）岡山大学　医学部　泌尿器科

【背景】血清アルブミン値、CRP 値を用いた modified Glasgow Prognostic Score(mGPS) は簡便な癌の予後予測因子として様々な癌腫で報告されている。【目的】去勢抵抗性前立腺癌に対する Cabazitaxel 療法症例における mGPS の予後因子としての有用性を検証し、リスクモデルを構築する。【対象と方法】対象は 2014 年 9 月から 2022 年 3 月までに去勢抵抗性前立腺癌に対して Cabazitazel が投与された症例。Alb ≧ 3.5g/dl かつ CRP ＜ 0.5mg/dl を mGPS 0 点、Alb ＜ 3.5g/dl または、CRP ≧ 0.5mg/dl を 1 点、Alb ＜ 3.5g/dl かつ CRP ≧ 0.5mg/dl を 2 点と定義した。統計検定は LogLank 検定、Cox 比例ハザード解析に実施した。【結果】215 例を解析。カバジタキセル投与時の年齢、PSA、Hb、ALP、LDH の中央値はそれぞれ 73 歳、58.1ng/mL、24.0(103/ μ L)、223(U/L)、246(U/L)。mGPS 0 点、1 点、2 点はそれぞれ、103 名、64 名、48 名。全生存期間、癌特異生存期間の中央値はそれぞれ 13 か月、14 か月。Hb、ALP、LDH、mGPS は多変量解析にて全生存に関する有意なリスク因子であった。4 因子のうち 1 因子以下を低リスク、2 ないし 3 因子を中間リスク、4 因子全て有するものを高リスクとすると、各リスク群間の全生存期間に有意差を認め、各リスクの生存期間の中央値はそれぞれ 19 か月、13 か月、5 月であった。【結語】栄養と炎症を反映する mGPS はカバジタキセル投与症例の予後予測に有用なパラメーターである。

一般演題 11

011-1 傾向スコアマッチングを用いた転移性去勢感受性前立腺癌に対する ARPI ＋ ADT 併用療法の比較検討

○内海 大河[1)]、小林 圭太[2)]、徳永 貴範[2)]、藤川 公樹[1)]、松隈 悠[1)]、松本 洋明[3)]、大場 一生[4)]、矢野 誠司[5)]、白石 晃司[2)]
1）徳山中央病院　泌尿器科
2）山口大学　医学部　泌尿器科
3）山口県立総合医療センター　泌尿器科
4）済生会山口総合病院　泌尿器科
5）山口赤十字病院

【背景】転移性去勢感受性前立腺癌（mCSPC）に対する治療は進展しており、アンドロゲン除去療法（ADT）およびアンドロゲン受容体経路阻害薬（ARPI）を含む併用療法が標準治療とされる。本研究では、ARPI + ADT 療法における各 ARPI 間の治療成績を比較した。【方法】2018 年から 2023 年に、15 施設で mCSPC に対して ARPI + ADT 療法を受けた症例を対象に後方視的研究を行い、傾向スコアマッチングにより解析した。【結果】ARPI + ADT 療法は 274 例で施行され、アビラテロン 136 例、エンザルタミド 80 例、アパルタミド 58 例であった。アパルタミド群で有害事象による減量・休薬は多かったが、Grade3 以上の発現頻度は他剤と有意差を認めなかった。CRPC 非進展期間、全生存期間、PSA90% 以上の低下率および PSA nadir 0.1ng/mL 以下到達率においても各 ARPI 間に有意差は認めなかった。【結論】各 ARPI 間で腫瘍学的アウトカムに明確な差は認められなかった。アパルタミドは有害事象による休薬や減量は有意に多いが、重篤な有害事象は他剤と差がなかった。

一般演題 11

011–2 mCSPCに対するARPI＋ADT後のmCRPC一次治療に関する多施設共同研究

○西嶋 淳[1)]、小林 圭太[2)]、徳永 貴範[2)]、坂野 滋[1)]、白瀧 敬[3)]、大見 千英高[4)]、伊藤 英昭[5)]、白石 晃司[2)]
1）小倉記念病院　泌尿器科
2）山口大学　医学部　泌尿器科
3）山口労災病院　泌尿器科
4）宇部中央病院　泌尿器科
5）益田赤十字病院　泌尿器科

【背景】転移性去勢感受性前立腺癌（mCSPC）に対して、アンドロゲン受容体経路阻害薬（ARPI）とアンドロゲン除去療法（ADT）の併用は標準治療とされる。一方、ARPI+ADT 後に去勢抵抗性へ移行した症例（mCRPC）における一次治療選択は確立しておらず、ドセタキセル（DTX）の有効性に関する報告は限られる。【方法】2018 から 2023 年に mCSPC に対して ARPI+ADT 療法を受けた症例を対象に、15 施設による後方視的解析を実施し、mCRPC 一次治療による予後を比較検討した。【結果】ARPI+ADT は 274 例に施行され、うち 81 例が mCRPC に進行した。mCRPC 一次治療は DTX 群 35 例（43%）、ARPI 群 26 例であった。mCSPC 治療開始からの OS および mCRPC 診断からの OS に両群間で有意差は認められず、サブグループ解析でも有意な差は確認されなかった。【結論】症例数に限りはあるが、ARPI+ADT 後の mCRPC における一次治療の選択は、生存期間に大きな影響を及ぼさない可能性が示唆された。

一般演題 11

011–3 高齢者 mHSPC に対する ARSI 治療の有効性と安全性：多施設後ろ向き研究

○塩見 研二[1)]、徳永 貴範[2)]、小林 圭太[2)]、榊原 亜有美[2)]、鄭 泰秀[1)]、松本 祐一[3)]、高井 公雄[3)]、田原 正則[4)]、山本 義明[4)]、吉弘 悟[5)]、白石 晃司[1)]
1）関門医療センター　泌尿器科
2）山口大学大学院医学系研究科泌尿器科学講座
3）済生会下関病院
4）山陽小野田市民病院
5）下関市立市民病院

【背景】転移性ホルモン感受性前立腺癌（mHSPC）に対して、アンドロゲン受容体シグナル阻害薬（ARSI）とアンドロゲン除去療法（ADT）の併用は標準治療とされるが、高齢者における実臨床での有効性・安全性に関する報告は限られている。【方法】2018 年から 2023 年に mHSPC と診断され、初回治療として ARSI + ADT 療法を導入された症例を対象に、16 施設による後方視的研究を実施した。去勢抵抗性前立腺癌（CRPC）への移行期間（TTCRPC）は Kaplan-Meier 法、予後因子は Cox 比例ハザードモデルを用いて解析し、有害事象は CTCAE v5.0 に基づいて評価した。【結果】ARSI + ADT 療法（282 例）のうち高齢者群（80 歳以上）は 64 例（アビラテロン 29 例、エンザルタミド 19 例、アパルタミド 16 例）であった。高齢者群の年齢中央値は 82 歳（IQR: 81-84）、初診時 PSA 中央値は 284 ng/mL（IQR: 98-847）、追跡期間中央値は 18 ヶ月（IQR: 11-27）であった。CRPC へ進行したのは 16 例（25%）、TTCRPC の中央値は 58 ヶ月であり、非高齢者群との間で有害事象の頻度、薬剤中止率、TTCRPC にいずれも有意差はなかった（p = 0.94）。Grade 3 以上の有害事象は 6 例（9%）、うち Grade 5 は 1 例（脳梗塞）に認めた。ARSI 導入 12 週後の PSA 値≦ 0.2 ng/mL は有意な良好予後因子であった（HR: 0.11、p = 0.033）。【結論】高齢者群においても ARSI 療法は安全かつ有効であり、治療 12 週後の PSA 応答は予後予測因子として有用である可能性が示唆された。

一般演題 11

011–4 転移性去勢感受性前立腺癌（mCSPC）における Time to CRPC と Lee Index の関連性の検討

○黒川 幸一郎、山本 賢志、比嘉 啓太、松本 真璃花、渡邉 広毅、番場 大貴、金岡 尚志、仲村 和芳
君津中央病院　泌尿器科

【目的】前立腺癌の治療において、転移性去勢感受性前立腺癌（mCSPC）から去勢抵抗性前立腺癌（CRPC）へ進展するまでの期間（time to CRPC）は、治療戦略を考える上で極めて重要である。本研究では、mCSPC 症例における time to CRPC に影響を与える因子を明らかにし、特に患者の全身状態や予後予測に用いられる Lee index の有用性を検討した。【対象と方法】当院においてホルモン療法を施行した mCSPC 患者 163 例を対象とし、年齢、初診時 PSA、Gleason score、パフォーマンスステータス（PS）、NCCN high risk 分類、Lee index を含めた多変量 Cox 比例ハザードモデルを用いて、time to CRPC に関連する独立因子を解析した。【結果】単変量解析において複数の因子が有意に time to CRPC と関連していたが、多変量解析の結果、Gleason score と Lee index のみが独立した有意因子として残存した（p < 0.05）。Lee index が高い群では time to CRPC が有意に短く、予後不良であることが示唆された。【結語】Lee index は、CSPC 患者における CRPC 化までの期間を予測する上で有用な因子であり、治療方針の決定に際して考慮すべき臨床指標である可能性が示された。

一般演題 11

011–5 当院における転移性去勢感受性前立腺癌に対する Doublet および Triplet 療法の治療成績

○末金 宏基[1)]、築井 克聡[1)]、伊東 直城[2)]、大西 聡[3)]、岡本 華奈[4)]、田浦 弘貴[5)]、植田 浩介[1)]、上村 慶一郎[1)]、西原 聖顕[1)]、名切 信[1)]、井川 掌[1)]
1）久留米大学　医学部　泌尿器科学教室
2）久留米大学医療センター　泌尿器科
3）大牟田市立病院　泌尿器科
4）高木病院　泌尿器科
5）公立八女総合病院　泌尿器科

【目的】転移性去勢感受性前立腺癌 (mCSPC) に対して ARSI を用いた Doublet 療法およびドセタキセル＋ダロルタミドによる Triplet 療法の有効性が報告されているが、明確な治療選択基準は確立されていない。今回、当施設および関連施設において Doublet または Triplet 療法を施行した mCSPC 症例の治療成績について、両者を比較する後方視的検討により評価した。【対象と方法】2020 年 1 月～ 2025 年 5 月に治療を受けた mCSPC 症例のうち、Doublet 群 42 例、Triplet 群 26 例を対象とし、PSA-PFS を Kaplan-Meier 法および log-rank 検定で解析した。【結果】Doublet 群では、全例で PSA90% 以上の低下を認め、33 例が PSA < 0.2ng/mL を達成した。一方、Triplet 群でも同様の傾向がみられた。全体での PSA-PFS に有意差はなかったが、低腫瘍量に限っては、Doublet 群での延長が示唆された。Grade3 以上の AE は Doublet 群で 9 例、Triplet 群で 22 例に認めた。【結語】Doublet および Triplet 療法はいずれも有効な治療であり、本研究においても良好な治療効果が認められ、比較的安全に施行可能であった。特に低腫瘍量では Doublet 群の有効性が示唆された。治療強度が高いがゆえに患者背景に応じた治療選択を検討する必要がある。

一般演題 12

012-1 当院における MRI/ 超音波融合画像ガイド下前立腺生検 46 例の経験

○佐久間 貴文[1)]、近藤 俊雄[1)]、白石 裕雅[1)]、黒田 まゆら[1)]、日下 信行[1)]、石戸 則孝[1)]、山本 康雄[1)]、高本 均[2)]、奥 雅貴[3)]
1）倉敷成人病センター　泌尿器科
2）倉敷成人病センター　放射線治療科
3）倉敷成人病センター　臨床工学科

【目的】前立腺癌の診断において、マルチパラメトリック MRI（mpMRI）とリアルタイム超音波画像を融合させた MRI/ 超音波融合画像ガイド下前立腺生検（MRI/US fusion guided biopsy）は、従来の TRUS ガイド下生検に比べ、臨床的に意義のある癌（csPCa:clinically significant prostate cancer）の検出率が高いとされる。前立腺癌の診断精度向上を目的に、当院でも同法を導入したため報告する。【方法】2025 年 3 月の導入後から 5 月の間に当院で MRI/ 超音波融合画像ガイド下前立腺生検を施行した患者 46 例（平均年齢 70 歳）を対象に後ろ向きに検討した。全例で超音波画像診断装置 Exact Vu（Exact Imaging 社）を用いて標的生検（targeted biopsy）および系統的生検（systematic biopsy）を同時に行った。得られた組織の病理所見を評価し、癌検出率、csPCa 検出率、Gleason スコア、合併症の発生率を解析した。【結果】対象は 46 例、年齢中央値 71.5 歳（範囲：47 − 86）、PSA 中央値 7.45 ng/mL（範囲：4.27 − 90）。PI-RADS 3：12 例、4：28 例、5：3 例。全体の癌検出率は 52.1%（24/46 例）、csPCa の検出率は 41.3%（19/46 例）であった。特に PI-RADS 4 以上の病変において高い検出率を示した。6.5%（3/46 例）で targeted biopsy のみ陽性であった。軽度の血尿を除き重篤な合併症は認めなかった。【結論】当院における MRI/ 超音波融合画像ガイド下前立腺生検の初期経験では良好な癌検出率が示され、安全に施行できた。

一般演題 12

012-2 当院における MRI 超音波融合画像ガイド下前立腺生検の初期経験

○生田 弘文[1)]、本行 遼太[1)]、野間　悠太朗[1)]、濱砂 良一[2)]
1）新小倉病院　泌尿器科
2）室町泌尿器科クリニック

【目的】2024 年 7 月より当院では 3D- 前立腺生検 BioJet システムを導入した。当院での MRI 超音波融合画像ガイド下前立腺生検の初期経験について報告する。【対象と方法】MRI 検査で PI-RADS カテゴリー 3 以上の所見を有し、2024 年 7 月から 2025 年 4 月までの間、当院で MRI 超音波融合画像ガイド下前立腺生検を施行した 54 症例を対象として、後方視的に調査した。【結果】いずれの症例も標的生検に加え、系統的生検を行った。年齢の中央値は 71 歳であった。生検時の PSA 値の中央値は 8.856ng/ml であり、前立腺容積の中央値は 30ml であった。前立腺癌の診断に至ったのは 35 症例 (64.8%) であり、陽性率は標的生検で 63.0%、系統的生検で 42.6% であった。標的生検のみ陽性であったのは 12 症例 (22.2%)、系統的生検のみ陽性であったのは 1 症例 (1.85%) であった。PI-RADS 5 で前立腺癌の診断に至った症例は 16/17 症例 (94.1%) であり、PI-RADS 4 で 10/10 症例 (100%)、PI-RADS 3 で 9/27 症例 (33.3%) であった。12 症例 (22.2%) で過去に前立腺生検の既往があり、その内の 7 症例が今回新たに前立腺癌の診断に至った。【結論】当院における従来の前立腺生検の陽性率 (44.2%) と比較し、MRI 超音波融合画像ガイド下前立腺生検の陽性率は高く、診断能は向上した。系統的生検に比し、標的生検での陽性率は高く、特に PI-RADS 4, 5 で陽性率が高かった。

一般演題 12

012-3 MRI 融合画像併用経会陰的前立腺生検の導入と従来法との比較検討

○村上 裕樹、柳澤 充、増田 広、新井 隆之、田中 慧樹、北之園 真、八木澤 奈津希
千葉ろうさい病院

【目的】当院では 2024 年度よりアリエッタ 65 Intuitive Fusion を用いた MRI 融合画像併用経会陰的前立腺生検を導入した。従来の定型生検 12 針に加え、MRI 所見に基づくターゲット生検 3 針を追加している。本研究では導入初年度の実績と従来法との比較を行った。【方法】2024 年 4 月～ 2025 年 3 月に当院で施行された MRI 融合経会陰的前立腺生検 49 例を対象とした。腰椎麻酔下にて定型生検 12 針 + ターゲット生検 3 針を施行し、全体の癌検出率およびターゲット部位からの検出率を評価した。比較対象として、2023 年度に実施した従来の定型生検（経会陰的）178 例の検出率を用いた。【結果】MRI 融合群では癌検出率は 31 例（63.33%）、うちターゲット部位からの検出は 27 例（87.10%）であった。一方、従来群では癌検出率は 178 例中 103 例（57.87%）であり、有意な向上が認められた。重篤な合併症は両群とも認めなかった。【結論】MRI 融合画像を併用した経会陰的前立腺生検は、従来法と比較して癌検出率を向上させ、安全に施行可能な診断手技であると考えられた。

一般演題 12

012-4 倉敷中央病院における MR 融合前立腺生検の初期経験

○砂田 拓郎、杉原　山太、鬼寅 真吾、大西 智己、松田 伊織、奥野 智也、村上 薫、宇都宮 紀明、寺井 章人、井上 幸治
倉敷中央病院　泌尿器科

【目的】前立腺癌の診断精度向上を目的に、当院では 2024 年より MRI-TRUS 融合画像ガイド下前立腺生検（MRI 融合生検）を導入した。本研究では、導入初期に施行した症例の診断能と安全性を後方視的に検討した。【方法】2024 年 9 月～ 2025 年 3 月に当院で MRI 融合生検を施行した 35 例を対象とした。年齢は 59 ～ 80 歳（中央値 70 歳）。全例で multiparametric MRI を施行し、PI-RADS 分類に基づき標的を選定した。Koelis 社製ナビゲーションシステムを用い、経会陰的および経直腸的アプローチで標的および系統的生検を併用した。【結果】前立腺癌は 23 例（65.7%）で検出され、そのうち標的生検での検出は 19 例（82.6%）であった。19 例中 18 例（94.7%）は Gleason Grade Group（GG）2 以上であった。標的生検において経会陰および経直腸の両アプローチを併用した症例は 23 例中 18 例であり、うち 13 例（72.2%）で両アプローチとも癌を検出した。さらに、14 例のうち 12 例（85.7%）は両アプローチで GG2 以上の臨床的意義のある病変を検出していた。重篤な合併症は認められなかった。【結論】当院における MRI 融合前立腺生検の初期経験では、標的生検が高い診断精度と臨床的有用性を示し、複数アプローチ併用の有効性も示唆された。

0

一般演題 12

012–5 PROPHET-MRI：前立腺癌診断におけるプロステートヘルスインデックス (phi)・MRI の比較研究

○伊藤 一人[1,3)]、関根 芳岳[2,3)]、新井 学[3)]、木藤 宏樹[3)]、杉元 幹史[3)]、塩田 真己[3)]、蓮見 壽史[3)]、鈴木 和浩[2,3)]、椙 靖[4)]
1）黒沢病院
2）群馬大学大学院医学系研究科泌尿器科学
3）PROPHET-MRI 研究グループ
4）島根大学医学部放射線医学講座

【目的】プロステートヘルスインデックス (phi) は前立腺癌診断における有用性を証明した臨床性能試験である PROPHET の付随研究として phi と MRI の癌診断精度の直接比較を行う PROPHET-MRI を実施した。【対象と方法】2015 年 4 月～ 2017 年 3 月に PROPHET に登録された 421 例中 MRI を実施した 108 例を対象に、後ろ向きに実施した MRI 中央画像診断結果 (PI-RADSv2.1) と phi 値による検査陽性的中率 (PPV) を検討した。【結果】癌症例は 51 例 (47.2%) で、各因子の中央値は年齢 67.5 歳、PSA 5.77ng/ml、phi 37.1 で、PIRADs 1-2,3,4,5 症例比率は 49%、13%、30%、8% であった。phi 正常 (＜ 27.2)、軽度異常 (27.2-36.0)、中等度異常 (36.1-55.0)、高度異常 (55.1 以上) の全ての癌の PPV は PIRADs スコア 1-2 でそれぞれ 7%(1/14)、17%(3/18)、35%(6/17)、75%(3/4)、3-5 でそれぞれ 45%(5/11)、56%(5/9)、77%(17/22)、85%(11/13)、Gleason grade group(GG)2-5 の PPV は PIRADs スコア 1-2 でそれぞれ 0%(0/14)、6%(1/18)、24%(4/17)、25%(1/4)、3-5 でそれぞれ 27%(3/11)、44%(4/9)、59%(13/22)、77%(10/13) であった。【結語】MRI 所見正常では phi 軽度高値の GG2 以上の PPV は低く、一方で phi が 36.1 以上では一定数の GG2 以上の癌が発見され、phi と MRI には相補的な役割があると考えられた。

一般演題 13

013–1 永久挿入密封小線源単独療法における術前ホルモン療法が QOL や放射線線量に及ぼす影響

○藤原 健悟[1)]、土肥 洋一郎[1)]、穴田 雅英[2)]、加藤 琢磨[1)]、小橋口 佳な[1)]、阿部 陽平[1)]、内藤 宏仁[1)]、高橋 重雄[2)]、田岡 利宜也[1)]、岡添 誉[1)]、上田 修史[1)]、柴田 徹[2)]、杉元 幹史[1)]
1）香川大学 医学部 泌尿器・副腎・腎移植外科
2）香川大学 医学部 放射線治療科

【目的】
永久挿入密封小線源療法（LDR-BT）において、術前ホルモン療法（ADT）が QOL や放射線線量に与える影響を検討した。
【方法】
2006 ～ 2024 年に LDR-BT 単独治療を施行した前立腺癌患者 373 例を対象とした。Gleason score 4+3 の症例を除外し、最終 334 例を解析対象とした。術前 ADT は、原則前立腺体積≧ 30mL 以上で導入された。ADT の有無で群分けを行い、治療成績は前立腺線量で、QOL は EPIC 質問票を用いてプレプラン時および術後 1、3、6、12 ヶ月のデータから評価した。
【結果】
解析対象の内、ADT 群は 175 例（52.4%）。患者背景では、年齢、iPSA 値、D'Amico リスク分類において群間差を認めなかった。前立腺線量および直腸線量は、ADT 群において有意に低値だった（中央値 168.29 vs 176.92 Gy、p ＜ 0.001、中央値 0.39 vs 0.62 cc、p=0.001）。QOL に関して、urinary と bowel summary score では群間差を認めなかった。sexual summary score はプレプラン時から術後 3 ヶ月まで ADT 群で有意に低かったが（p ＜ 0.05）、6 か月以降で群間差がなくなった。hormonal summary score では ADT 群において、プレプラン時から術後 1 ヶ月まで QOL が有意に低かったが（p ＜ 0.05）、その後群間差がなくなった。
【結論】
LDR-BT における術前 ADT は、直腸線量を低下させた一方で、前立腺への照射線量の低下をきたした。QOL に関しては、術後早期の sexual および hormonal summary score の低下をきたしたが、術後 1 年目までに回復した。

一般演題 13

013–2 前立腺癌に対する低線量率密封小線源治療と Cyclooxygenase-2 inhibitor による抗腫瘍効果 -post hoc analysis of an open-label controlled randomized trial-

○中井 靖[1,2)]、大西 健太[1)]、浅川 勇雄[3)]、八巻 香織[3)]、藤本 清秀[1)]、田中 宣道[2)]
1）奈良県立医科大学　泌尿器科
2）奈良県立医科大学　前立腺小線源治療講座
3）奈良県立医科大学　放射線治療科

目的　前立腺癌に対する低線量密封小線源治療 (LDR-BT) 患者における Cyclooxygenase-2 inhibitor 併用の効果を評価する方法　2010 年 5 月から 2013 年 7 月の間に LDR-BT を受けた前立腺癌（cT1c-3aN0M0）患者 310 名を登録し、タムスロシン群 (LDR-BT 翌日よりタムスロシン 0.2 mg/ 日を 6 ヶ月間) と、セレコキシブ群 (LDR-BT 翌日よりタムスロシン 0.2 mg/ 日 6 ヶ月間とセレコキシブ 200 mg/ 日を 3 ヶ月）にランダム化し、主要評価項目を国際前立腺症状スコアの経時的変化とし検討した。今回は post hoc analysis として、生化学的非再発率、無転移率、癌特異的生存率、および全生存率を比較検討した。結果　LDR-BT 後の観察期間の中央値は 120 か月（四分位 98 ～ 134 か月）であった。生化学的再発は 18 例 (5.8%)、転移が 7 例 (2.2%)、前立腺癌死が 4 例 (1.2%) であった。セレコキシブ群の 10 年生化学的非再発率 (98.5%) は、タムスロシン群 (91.0%) よりも有意に良好であった（Gray 検定 P = 0.006)。セレコキシブ群の 10 年無転移率 (100%) は、タムスロシン群 (94.3%) よりも有位に良好であった (Gray 検定 P = 0.01)。前立腺癌特異生存 (log-rank test P = 0.06)、全生存率 ((log-rank test P = 0.64) においては 2 群に有意な差を認めなかった。結語　前立腺癌に対する LDR-BT と Cyclooxygenase-2 inhibitor の併用は良好な制癌効果に寄与する可能性が示された。

一般演題 13

013–3 前立腺全摘症例対するサルベージ放射線は CAPRA score で効果予測が可能か？—MICAN study における検討—

○橋根 勝義[1)]、曽我部 裕文[1)]、深谷 友佑[1)]、辻岡 卓也[1)]、瀬戸 公介[1)]、大西 智也[2)]、小川 智子[2)]、松崎 信治[3)]、矢野 明[3)]、大野 毅[4)]、岡 明博[4)]、三浦 徳宣[5)]、雜賀 隆史[5)]
1）独立行政法人国立病院機構四国がんセンター泌尿器科
2）市立八幡浜総合病院
3）松山赤十字病院
4）市立宇和島病院
5）愛媛大学

【目的】根治的前立腺全摘除後（RP）の PSA 再発症例に対するサルベージ放射線治療（SRT）は有効とみなされている。適切な症例選択を明らかにするために、CAPRA score により SRT の効果予測が可能か、日本人 RP コホート（MICAN Study：Medical Investigation Cancer Network Study）をもとに検討した。【対象と方法】MICAN Study（後向きコホート研究で、2010 年 1 月から 2020 年 12 月までに RP を施行）に登録された症例は 3463 症例で、このうち術前ホルモン未施行例 3120 例で検討した。サルベージ放射線施行症例は 328 例で、前立腺床に 60-70Gy、1 回 1.8-2.0Gy で照射した。CAPRA-S score は 0-2 点を low、3-5 点を intermediate、6 点以上を high に分類し比較した。【結果】サルベージ放射線施行症例の 10 年全生存率は 92.6%、未施行例は 90.5% で差は認めなかった (P=0.301)。サルベージ放射線施行群で CAPRA-S スコアのグループ間で有意差はなかった。一方で、pN0 と pNx の間で生存率に有意差は認めなかったが、pN1 に対するサルベージ放射線の効果は限定的であった。【考察】今回の検討から、前立腺全摘除術における PSA 再発後のサルベージ放射線治療の効果予測は CAPRA-S スコアのみでは困難であった。今後さらに多方面からの検討を追加し報告する。

一般演題 13

013-4 前立腺癌に対する放射線治療後の放射線性膀胱炎・直腸炎に関する検討

○大西 健太[1)]、田中 宣道[1)]、中井 靖[1)]、橘 進彰[1)]、小田 侑希[1)]、富澤 満[1)]、森澤 洋介[1)]、堀 俊太[1)]、後藤 大輔[1)]、三宅 牧人[1)]、上田 勉[2)]、遠藤 清[3)]、藤本 清秀[1)]
1）奈良県立医科大学　泌尿器科
2）天理メディカルクリニック
3）生駒市立病院 外科

【目的】前立腺癌に対する放射線治療後の晩期障害である放射線性膀胱炎・直腸炎は発症すると難治性となることが多い。今回，放射線性膀胱炎・直腸炎の発生頻度と高気圧酸素療法(HBO) の治療成績について検討した。【方法】2004 年から 2024 年までに前立腺癌に対して低線量率小線源治療 (LDR-BT) または外部照射 (EBRT)，術後再発に対して救済放射線治療 (SRT) を施行した症例のうち，6 ヵ月以上フォローアップ可能であった 2716 例を対象とした。そのうち難治性血尿または直腸出血を来たし, HBO を施行した 20 例について後ろ向きに検討した。【結果】照射時年齢の中央値は 71 歳，照射後の観察期間の中央値は 72 ヵ月。Grade2 以上の血尿は 71 例 (2.6%) に認め，治療モダリティー別では LDR-BT，EBRT，SRT でそれぞれ 2%，3.2%，8.1% と SRT で多く，また，Grade2 以上の直腸出血は 113 例 (4.2%) に認め，モダリティー別では 1.8%，12.7%，7% と EBRT で多かった。また，HBO を施行した 20 例のうち 18 例が血尿，2 例が直腸出血に対してであった。治療回数は中央値 30 回で，治療後の観察期間は中央値 26 ヵ月。20 例中 17 例 (85%) で症状再燃なく経過し, 有害事象は耳気圧外傷が 1 例 (5%) のみであった。【考察】前立腺癌に対する放射線治療後，放射線性膀胱炎による血尿は SRT 後に多く，放射線性直腸炎による直腸出血は EBRT 後に多かった。難治性の放射線性膀胱炎・直腸炎に対する HBO は重篤な副作用を認めず，有用な治療法であると考えられる。

一般演題 13

013-5 当院における Space OAR システム注入手技と安全性についての検討

○本田 智子、常森 寛行、東條 俊司
滝宮総合病院

【目的】Space OAR システムは、前立腺癌に対する放射線治療において、直腸線量の低減を目的に行う手技である。本検討は、当院で行った Space OAR システムの注入手技と安全性について評価することを目的とした。【方法】当院で 2022 年 12 月から 2024 年 12 月に強度変調放射線治療および Space OAR システム注入を行った前立腺癌患者 62 名を対象とし、後方視的に検討した。注入手技については、MRI を用いて前立腺底部・中央部・尖部においてそれぞれ 3 か所（正中線、左 1cm、右 1cm）で前立腺 - 直腸間距離（prostate-rectal interspace；PRI）を測定し、PRI ＜ 0.3cm：0 点、0.3cm ≦ PRI ≦ 0.9cm：1 点、1cm ≦ PRI：2 点として評価した。【結果】年齢（各中央値）72 歳、前立腺重量 24.2ml、iPSA7.3、麻酔方法は全身 / 脊椎 / 局所麻酔それぞれ 13/47/2 名であった。前立腺各レベルにおける PRI の平均点はそれぞれ底部：1.79 点、中央部：1.81 点、尖部：1.16 点であり、尖部において点数が低い傾向にあった。ハイドロゲルの直腸への浸潤は極軽度なものを 3 名に認め、その他有害事象は認めなかった。【結語】当院での Space OAR システムの注入手技は、諸家の報告と同等に正確かつ安全に施行できていたが、前立腺尖部における注入手技の改善が課題である。

一般演題 14

014-1 Flexible and Navigable Suction Ureteral Access Sheath (FANS) を用いた Flexible ureteroscopy (F-URS)/ 1 年間の使用経験から

○川畑 遼、清水 麻央、上原 昂一朗、福田 哲央、田尻下 紘直、石川 達郎、渡部 貴彦、小高 久和、松崎 純一
大口東総合病院　泌尿器科

【緒言】20mm 以下の上部尿路結石に対して F-URS は手術療法の第一選択である。近年 Thulium fiber laser や disposable 軟性尿管鏡など新規デバイスの導入により、効率向上と適応拡大が注目されている。FANS もまたそのひとつで、先端に柔軟性があり、吸引をかけることができる尿管アクセスシースである。従来の UAS に比して灌流効率が高く、手術時間短縮や SFR の向上、合併症低下の報告がある。我々の施設では FANS を 2024 年 6 月に導入し、本会開催時点では 1 年以上の使用実績を得たことになる。それを踏まえ我々の経験について検討、報告する。【対象】2024 年 6 月から 2025 年 5 月までに当院で FANS を用いて F-URS を施行した 258 例とした。【結果】手術時間は中央値 65.5 分 (12-130) であった。結石体積と長径の和の中央値はそれぞれ 1.22 ml(0.086-8.968) と 16mm(2-69) であった。シース径は 9.5/11Fr、10/12Fr、11/13Fr それぞれ 5.0%、84.5%、10.5% で選択した。 レーザーデバイスは TFL を 35.6%、Ho:YAG を 64.8% で使用した。Suction は 24.7% でのみ使用した。SFR は staged TUL を除き、Grade A (zero fragment) が 72.6%、Grade A+B (2mm 以下) が 93.7% であった (CT、POM1)。術後合併症としては 38.0 度以上の発熱を認めた症例が 22 例 (7.9%) で、その他に明らかな術中・術後合併症は認めなかった。上部尿路結石に対して、FANS を用いた F-URS は効果的かつ安全な治療法であった。なお、発表当日は症例を追加して報告予定である。

一般演題 14

014-2 抗血栓療法中における TUL の安全性と治療成績の検討

○金岡 隆平、古谷 知己
浜脇整形外科病院　泌尿器科

【目的】高齢化に伴い、抗血栓薬を内服する尿路結石患者が増加している。抗血栓薬の中止は血栓症リスクを伴うことから、本研究では、抗血栓薬を内服継続したまま TUL（経尿道的尿路結石除去術）を施行することの安全性と治療成績を、退院時血尿を含めて検討した。【方法】2024 年 4 月以降に当院で施行された TUL 症例 218 例を対象とし、抗血栓薬内服継続群（16 例）と非内服群（202 例）に分けて後方視的に解析した。患者背景、術後合併症（尿管損傷、発熱、敗血症性ショック）、Stone-free（SF）率、手術時間、eGFR 変化に加え、退院時血尿（POD2）を 0-4 のスコアで重症度評価し比較した。【成績】退院時血尿スコアにおける重症度（スコア 3 以上）は、抗血栓薬群 18.8%、非内服群 24.8% であり、有意差は認められなかった（p = 0.747）。尿管損傷、術後発熱、敗血症性ショックの発生率にも群間差はなく、初回および最終 SF 率も両群で同等であった。術後 eGFR の推移にも有意差は認められなかった。抗血栓薬内服継続群の内訳は、バイアスピリン、クロピドグレルが各 4 例、DOAC を含む他剤が 8 例であった。【結論】抗血栓薬を中止せずに TUL を施行しても、術後出血やその他の有害事象の増加は認められず、安全かつ良好な治療成績が得られる可能性が示された。今後さらなる症例の蓄積と前向き検討が求められる。

一般演題 14

014-3 75歳以上の高齢者に対するTULの安全性と有効性の検討

○石塚 直樹、重田 悠登、池田 梨乃、鈴木 悠太、野呂 卓秀、飯島 正太、杉崎 裕香、宋本 尚俊、岡 了、内海 孝信、遠藤 匠、神谷 直人、鈴木 啓悦
東邦大学医療センター佐倉病院　泌尿器腹腔鏡センター

【背景･目的】高齢化に伴い､経尿道的腎尿管結石破砕術（TUL）を受ける高齢者が増加している。高齢患者では併存疾患や全身状態の脆弱性が術後転帰に影響を及ぼす可能性があるが、TULの安全性・有効性に関する年齢別検討は限定的である。本研究では、75歳以上と75歳未満のTUL施行患者を比較し、年齢による術後転帰の違いを検証した。【対象・方法】2018年1月から2024年10月までに当院でTULを施行した770例を対象とし、75歳以上群（n=152）と75歳未満群（n=618）に分類した。アルブミン、Performance status（PS）、心血管疾患などの背景因子、術前・術後SIRS、入院期間、stone free rateなどの術後転帰について比較検討を行った。【結果】75歳以上群ではアルブミンの低値（$p < 0.001$）､PS ≧ 2（$p < 0.001$）、慢性腎臓病（$p < 0.001$）、心血管疾患（$p < 0.001$）が有意に多く認められた。術前SIRSの発生率は75歳以上群で21.7%、75歳未満群で11.5%と有意に高く（p=0.0010）、入院期間も有意に長かった（11.9日 vs 6.4日、p=0.0087）。一方、術後SIRS（p=0.840）およびstone free rate（p=0.857）には有意差を認めなかった。【結論】75歳以上では周術期リスク因子の保有率が高く、術前SIRSや入院期間に差が認められたが、術後SIRSや手術成績においては年齢による有意差を認めなかった。適切な周術期管理により高齢者にもTULは安全に施行可能と考えられる。

一般演題 14

014-4 TULにおける周術期管理の工夫

○宮本 慎太郎[1)]、吉川 友博[2)]、吉田 敬[1)]、中山 奨[3)]、野藤 誓亮[1)]、堀田 裕[1)]
1）旭川赤十字病院　泌尿器科
2）札幌医科大学附属病院　泌尿器科
3）NTT東日本札幌病院

【背景・目的】当科ではTULにおける患者負担軽減・早期回復のための取り組みとして、短期入院（2泊3日）および当日麻酔覚醒後の早期離床を以前より行ってきた。さらなる工夫として､術後に留置する尿管ステント（DJ）の細径化や尿道カテーテル留置の省略を開始した。従来はTUL後に6Fr DJおよび14Fr尿道カテーテルを留置していたが（OLD群：n=142)、2022年8月以降はDJを4.7Frまたは4.8Frに細径化し、尿道カテーテル留置を省略する方針で統一した(NEW群：n=113)。これらを比較し、当科周術期管理の安全性、妥当性について後方視的に検討した。【結果】両群における合併症（有熱性尿路感染症、敗血症性ショック、治療を有する血尿）の発症率に有意差はなかった。両群とも入院期間は全国平均より短いが、合併症による再入院や再受診率は過去の報告よりもむしろ少ない傾向にあった。術後鎮痛薬使用率がOLD群で44.4%、NEW群で32.7%であり、有意差はないもののNEW群で低い傾向がみられた(P=0.079)。【まとめ】当科におけるTUL周術期管理は安全性に問題はなく妥当であると考えられる。DJの細径化と尿道カテーテルの省略は合併症を増加させることなく、鎮痛剤の使用を抑えられる可能性がある。

一般演題 14

014-5 ECIRSによる腎結石治療における結石体積評価の有用性の検討

○寺中 さやか、角田 夢女、渡邊 広毅、菅原 翔、松本 精宏
千葉市立青葉病院

【目的】結石治療における術前評価には治療対象の最大結石の長径が用いられることが一般的であるが、腎結石では形態が様々であり複数であることも多いため、長径での評価には限界がある。そのため術前評価として結石体積を使用することが提案されている。当院にでのECIRSによる腎結石治療例において3次元デジタル処理による結石体積を用いた評価が長径を用いた従来の評価と比較して有用であるかを検討した。【方法】2023年1月より2025年5月まで当院にて腎結石に対しECIRSを施行した患者31例46セッションを対象とした。最大結石の長径および結石体積と手術時間との相関について検討した。結石体積結測定には3mmスライスのCT画像に対し3次元画像解析ソフトSynapse Vincentを使用した。【結果】患者年齢の中央値は67(40-81)歳、結石体積は7.08(2.28-27.71)cm^3、結石長径は31(14.7-66.1)mmであった。初回治療での完全砕石は9例、2回での完全砕石は7例であった。結石長径および 結石体積はいずれも手術時間と相関をみとめたが、結石体積との間により強い相関関係を認めた。【結論】結石体積を用いた術前評価は結石治療の成績の予測に有用であると考えられた。

一般演題 14

014-6 Staged Mini-ECIRSを施行した腎結石症例におけるStone freeに関連する術前因子の検討

○福田 哲央[1,2)]、清水 麻央[1)]、上原 昂一朗[1)]、川畑 遼[1)]、石川 達郎[1)]、松崎 純一[1)]
1）大口東総合病院
2）福田泌尿器科皮フ科クリニック

【緒言】
Endoscopic Combined Intrarenal Surgery（ECIRS）は、大きな腎結石に対する標準的な内視鏡的治療法の1つである。
われわれは、腎結石に対する単回のMini-ECIRSにおいて、「結石のある腎杯数≦3」および「結石体積＜7ml」がStone-free (SF)に関連する因子であることを報告した（2025年JUA)。
一方で、サンゴ状結石といった2回以上の治療（staged procedure）を要する症例も存在する。
本研究ではstaged Mini-ECIRS症例を対象とし、SF達成に関連する術前因子について検討した。
【対象と方法】
2020年1月から2024年6月までにECIRSを施行した802例のうち、16.5/17.5Frの経皮的シースを使用し、2回の追加治療を要したMini-ECIRSの127例を対象とした。
Stone freeの定義は「術後1か月の腹部CTで残石が2mm以下」とした。
SF達成に関連する術前因子を検討した。
【結果】
127例中､SF達成群（A群）は62例､SF非達成群（B群）は65例であった。
結石長径の和、結石体積の中央値（範囲）は、A群でそれぞれ47mm（17-92mm)、10.0ml（2.20-58.5ml)、
B群でそれぞれ52mm（15-137mm)、12.6ml（2.22-59.1ml）であった。
結石のある腎杯数は､A群で3個(0-8個)､B群で4個(0-8個)であった。
【考察・結語】
単変量解析では結石長径の和、結石体積、結石のある腎杯数がSF達成に有意に関連する因子であった。
発表当日は症例数をさらに追加し、多変量解析を含む詳細な統計解析を行う予定である。

一般演題 15

015-1 前立腺肥大症に対する RezumTM システムを用いた経尿道的水蒸気治療（WAVE）の仁楡会札幌病院における術後 1 年間の治療成績

○佐藤 泰之、丸 晋太朗、黒沢 瞭、豊田 裕、作田 剛規、松村 欣也、小柳 知彦
仁楡会札幌病院　泌尿器科

【はじめに】新たな前立腺肥大症における低侵襲治療として 2022 年 9 月より経尿道的水蒸気治療術 (WAVE) が保険適応となった。すでに海外では長期の良好な治療成績が報告されているが、本邦では術後 1 年といった比較的長期の術後成績についてはあまり報告がない。そこで今回我々は当院で行われた WAVE 術後 1 年の治療成績を報告する。【対象及び方法】2023 年 4 月から 2024 年 4 月までに当院で Rezum^{TM} システムを用いて WAVE 治療を行った 42 例のうち非尿閉症例で術後一年間経過観察できた 13 例の患者に対して IPSS、QOL、OABSS、前立腺体積 (PV)、Qmax、PVR を測定した。患者背景は年齢、前立腺体積の中央値はそれぞれ 80 歳、43ml だった。基礎疾患は心疾患 6 例、糖尿病 5 例、脳血管障害 2 例であった。抗血栓薬内服は 11 例だった。手術は手術時間、総穿刺数の中央値は 8 分、5 回だった。重篤な術関連合併症はなかった。【結果】前立腺体積は術後 3 ヶ月で 20% の減少を認め、以後は横ばいだった。Δ Qmax、Δ IPSS、Δ QOL、Δ OABSS は術後改善傾向をみとめるもののその後は頭打ちとなった。【考察】非尿閉症例では主観的、客観的データも術後 6 ヵ月以降はあまり改善はなかった。術後 6 ヶ月で改善ない症例は次の外科的治療も検討しても良いと考える。ただし本治療の長期成績については更に検討する余地がある。

一般演題 15

015-2 前立腺肥大症に対する経尿道的水蒸気治療後に再手術を行った症例の検討

○黒沢 瞭、丸 晋太朗、佐藤 泰之、豊田 裕、作田 剛規、松村 欣也、小柳 知彦
仁楡会札幌病院

【目的】経尿道的水蒸気治療（WAVE）は前立腺肥大症に対して比較的侵襲の低い手術として知られているが、治療効果が不十分だった症例の報告は少ない。今回、我々は WAVE 術後に再度前立腺手術を行い良好な成績が得られた症例を複数経験したため報告する。【方法】2023 年 4 月から 2025 年 4 月まで当院で WAVE を施行した 62 例のうち、再手術を行った 8 例（12.7%）を対象とした。再手術症例について、排尿機能および排尿症状スコア、前立腺体積を WAVE の術前、術後、再手術後で比較した。また非再手術症例 54 例と比較し、再手術に至った要因について検討した。【結果】WAVE 術後から再手術までの期間は、平均 11.5 カ月（4-23 カ月）であった。行った術式は接触式レーザー前立腺蒸散術（CVP）7 例、経尿道的前立腺切除術（TURP）1 例であった。全ての症例で前立腺体積は縮小し、良好な排尿機能および排尿症状スコアの改善が得られた。特に、最大尿流量率は WAVE 術前が平均 7.4mL/ 秒，術後が 10.1mL/ 秒に対し、再手術後は 19.8mL/ 秒だった。再手術群と非再手術症例との比較では、術前尿閉だった症例および中葉突出を有する症例で再手術率が高い傾向を示したが、統計学的有意差はなかった。【結論】WAVE 術後に再手術を行った症例について検討し良好な成績を得た。WAVE で排尿の改善を認めない場合は別の術式での再手術も選択肢となり得る。更なる検討のためには症例の蓄積が必要である。

一般演題 15

015-3 抗血栓薬継続下で実施した経尿道的前立腺水蒸気治療の検討

○藤澤 直輝[1)]、鷲野 聡[2)]、安田 友香[3)]、米谷 重俊[3)]、篠崎 哲男[3)]
1）行田総合病院
2）自治医科大学附属さいたま医療センター
3）イムス富士見総合病院

【目的】前立腺肥大症に対する経尿道的水蒸気治療（Water Vapor Energy Therapy: 以下 WAVE）は前立腺内腺に 103℃の高温の水蒸気を注入し、前立腺組織を凝固壊死させる手術である。WAVE は低侵襲手術であり、全身状態が不良な方、合併症を有する方、抗血栓薬を常用している方も手術適応になり得る。当院では 2023 年 2 月から開始し、抗血栓薬継続で行った WAVE の治療成績、合併症について検討する。【対象・方法】単一施設で 2023 年 2 月から 2024 年 10 月までに WAVE を施行し、術後評価可能であった 103 症例を対象とした。抗血栓薬内服症例については全例継続下で実施した。抗血栓薬内服群は 36 例、非内服群は 67 例であり、両群の周術期成績、治療効果、合併症を比較検討した。【結果】患者背景は抗血栓薬内服群で有意に高齢であった (79.19 vs 74.87 歳 $p < 0.05$)。術後 1 ヶ月、3 ヶ月、半年での国際前立腺症状スコア (IPSS-QOL) 過活動膀胱症状スコア (OABSS) は両群間ともに有意差なく低下していた。後出血は内服群で 3 例、非内服群で 4 例であった。後出血の有害事象の発生頻度に有意差は認めなかった。【結語】WAVE は抗血栓薬継続下でも安全に施行でき、治療成績も同等であった。

一般演題 15

015-4 当院における経尿道的水蒸気治療（WAVE）の初期経験

○水谷 圭佑[1)]、辛島 尚[1)]、吉村 理愛[1)]、竹森 大悟[2)]、安田 雅春[1)]
1）高知県立あき総合病院
2）高知大学医学部泌尿器科学講座

2022 年より前立腺肥大症に対して、経尿道的水蒸気治療（Water Vapor Energy Therapy：WAVE）が保険適応となった。当院では 2023 年より WAVE 治療を導入して、5 症例施行したので初期経験について報告する。患者背景は年齢中央値 81（76-83）歳、全例 PS2 以上、抗凝固薬、抗血小板薬内服患者は 3 名であった。前立腺体積中央値は 55（40-74）ml、全例尿閉のため尿道カテーテル留置中であった。治療回数中央値は 5（2-7）回、手術時間中央値 8（3-9）分であった。全例尿道カテーテル離脱可能となったが、2 例は抜去まで 50 日以上要し、また術後も 100ml 以上の残尿が認められた。離脱までの期間は中央値 15（7-170）日であった。術後 1 か月の再診時に施行した尿流量測定検査では、それぞれ中央値が最大尿流率 11.95(7.1-14.3) ml/sec、平均尿流率 7.1(3-9)ml/sec、排尿量 184.5(102-250)ml であり、残尿量中央値 40（5-94）ml と改善が得られていた。当院は高知県東部の地域医療を担っている病院であり、この地域には高知市内への通院が困難な尿閉の高齢患者が多数いる。WAVE は従来の手術方法が施行困難な患者に対して、新たな治療選択肢になり得ると考えられた。

一般演題 15

015-5 RESUM 治療は前立腺肥大症患者の排尿症状だけでなく蓄尿症状も早期に改善する

○植村 元秀[1,2)]、竹澤 健太郎[3)]
1）公立岩瀬病院　泌尿器科
2）福島県立医科大学　泌尿器科学講座
3）大阪大学大学院医学系研究科　器官制御外科学講座（泌尿器科学）

前立腺肥大症（BPH）に対する RESUM 治療は排尿症状の改善については十分なエビデンスがある。一方で蓄尿症状への影響については報告が分かれている。IPSS に加え OABSS の変化に着目し、RESUM 治療の蓄尿症状への影響を明らかにすることを目的とした。2023 年 7 月から 2025 年 1 月までに RESUM 治療を受けた前立腺肥大症患者 147 例のうち、間欠的自己導尿を要さない、または尿道カテーテルを留置せずに、術前から自然排尿が可能な患者 89 例を解析の対象とした。術前および術後 3 か月後に MRI にて計測した前立腺体積（PVol）、IPSS および OABSS、IPSS-QOL スコア、最大尿流率（Qmax）および排尿後残尿量（PVR）を評価した。PVol（ｇ）は 54.6 ± 36.3 から 38.2 ± 27.4 と 31.1% 減少した。IPSS は 21.4 ± 7.5 から 8.6 ± 8.0、IPSS-QOL は 5.2 ± 1.0 から 2.1 ± 1.7、Qmax (ml/sec) は 9.6 ± 4.4 から 11.8 ± 7.5、PVR（ml）は 76.0 ± 7.5 から 41.1 ± 52.2、OABSS は 7.3 ± 3.5 から 5.1 ± 3.8 とすべて有意な改善が認められた（数値は平均± SD　すべて $p < 0.01$）。RESUM 治療により術後 3 か月目には排尿症状だけでなく蓄尿症状も改善することが示された。

一般演題 15

015-6 HoLEP に対する 5 α還元酵素阻害薬の影響の検討

○松下 一樹[1)]、石井 淳一郎[1)]、坂田 裕介[1)]、國場 幸洋[1)]、松本 和将[2)]
1）国際医療福祉大学熱海病院
2）北里大学病院

【緒言】前立腺肥大症における手術加療の際に前立腺肥大症に対する内服加療を受けている症例は多く、中でも 5 α還元酵素阻害薬は前立腺肥大症を縮小させる効果があり、HoLEP を行う際に剥離面が癒着しており不明瞭となっている症例を経験する。剥離面の癒着は HoLEP の術式を考慮すると悪影響を及ぼす可能性が考えられ、当院における HoLEP に対する 5 α還元酵素阻害薬の影響につき検討した。【方法】2015 年 1 月から 2023 年 12 月まで当院にて HoLEP を施行した患者 326 名を対象とし、VersaPulse Select 80W レーザー (40Hz2.0J;LUMENIS)、モルセレーションは VersaCut Morcellator(LUMENIS) を用いて行った。【結果】5 α還元酵素阻害薬非内服群と比較し、内服群の方が術前の前立腺体積、内腺の体積が有意に大きかった。Resection rate は 65.1 % に対して 77.7%、Enucleation rate(g/min) は 0.4 に対して 0.5 と、5 α還元酵素阻害薬内服群において有意に切除効率が良好で切除量が多かった。Morcellation rate(g/min) は両群において有意な差を認めなかった。【結語】5 α還元酵素阻害薬内服は膜構造が不明瞭になり手術難易度を上げる可能性が考えられたが、本研究では Enucleation rate はむしろ改善しており、HoLEP に悪影響を認めなかった。

一般演題 16

016-1 当院におけるツリウムレーザー前立腺蒸散術の初期導入成績（TURP 併用の試み）

○加納 陽佑[1)]、伊夫貴 直和[2)]、川越 淳平[2)]、塩山 力也[3)]、高橋 彰[4)]、中尾 昌宏[3)]、米田 公彦[4)]、野々村 光生[2)]
1）曖生会脳神経外科病院
2）洛西ニュータウン病院
3）シミズ病院
4）亀岡シミズ病院

【目的】当院では、2023 年 2 月よりツリウムレーザー前立腺蒸散術（Thu-VAP）を導入し、2025 年 3 月までに 57 症例に対して Thu-VAP を施行した。【方法】2023 年 2 月から 2025 年 3 月までに Thu-VAP を施行した 57 例について、患者背景、手術成績、術前後の排尿状態などについて検討を行った。【成績】手術時の年齢は平均 76 歳、術前の前立腺体積は平均 65.5ml、術前残尿量は平均 158ml、10 例で術前尿道バルーン留置されており、10 例が術前自己導尿を施行していた。初期 10 例以降、前立腺体積が 50ml 以上の症例において、bipolar-TURP を必要時に併用し、27 症例に施行した。手術時間は平均 92 分、術後尿道バルーンは平均 2 日後に抜去、術前尿道バルーン留置や自己導尿を行っていた症例全例で自尿の排出を認めた。術後の残尿量は平均 20ml、16 症例で術後も排尿障害に対する投薬を継続した。周術期の合併症は認めなかったが、術後膀胱タンポナーデが 4 例、尿道狭窄が 2 例認めた。【結論】当院で Thu-VAP を導入し、前立腺体積が 50ml を超える症例では、必要時に bipolar-TURP を併用し治療を行ったが、安全な手術が導入でき、術後の排尿状態も良好に推移していた。今後、更なる手術技術の向上および他のモダリティも含めた、安全かつ治療効果の高い前立腺肥大症に対する手術治療の検討が必要と考えられる。

一般演題 16

016-2 当院におけるツリウムレーザー前立腺蒸散術（Thulium laser vaporization of the prostate：ThuVAP）の治療成績

○荻島 達也[1)]、青木 悠介[2)]、塩澤 真司[3)]、水野 太起[4)]
1）成田富里徳洲会病院　泌尿器科
2）あきしま駅前泌尿器科内科
3）しおざわクリニック
4）みずのクリニック

【目的】多様化する前立腺肥大症に対する手術療法の中で蒸散術は有用な術式として認知されている。その中でツリウムレーザーを使用した蒸散術は 2015 年に本邦に導入されて以来、導入施設は増加傾向にある。当院では 2020 年 5 月に導入し、2025 年 5 月までに 84 例を経験した。手術の安全性および有効性について解析が行える 66 例で検討を行った。【対象と方法】当院では基本的には術前日に入院。術後 2 日目に尿道カテーテルを抜去。術後 3 日目に退院というスケジュールで行っている。全例全身麻酔で行っている。対象症例の年齢は 55-81 歳（中央値 72 歳）、前立腺体積は 25-330cc（67cc）であった。総手術時間、レーザー照射時間、使用エネルギー、カテーテル留置期間、術前後の Hb 変化量、IPSS、QOL 、残尿量、合併症の有無について検討した。【結果】手術時間は 25-265 分（113 分）、レーザー照射時間 12-126 分（50 分）、使用エネルギー 23982-1438810J（520194J）、術前後の Hb の減少量は最大 4.3g/dl（-1.1g/dl）であった。カテーテル留置期間は平均 2.2 日であった。11 例が抗血栓薬を内服していたが、全例内服継続で手術施行可能であった。1 例が術後 20 日目に出血にて麻酔下の止血が必要であった。IPSS、QOL、残尿量は有意に改善していた。【結論】手術リスクの高い症例でも比較的安全で有効な治療法と考えられた。また、かなり大きな前立腺肥大の症例でも安全に施行可能であった。

一般演題 16

016-3 前立腺肥大症に対するアクアアブレーション治療の経験

○逢坂 公人、池田 舞子、上村 博司、田邉 一成
湘南鎌倉総合病院　泌尿器科

【目的】アクアアブレーション治療は AQUABEAM ロボットシステム を用いた前立腺肥大症に対し高速の水噴射（ウォータージェット）により前立腺組織の切除を行う低侵襲手術手技を行う治療法である。本治療の特徴は、リアルタイム超音波ガイダンスによる切除計画とマッピングにより厳密に制御された前立腺切除術を行うことと、高速の水噴射（ウォータージェット）により熱源を用いずに前立腺組織の切除を行うことである。当院におけるアクアアブレーション治療の治療成績を報告する。【方法】2024 年 7 月から 2025 年 3 月までに当院でアクアアブレーション治療を行った 30 例を対象とした。患者の平均年齢は 75 歳（56-81 歳）、推定前立腺容積は平均 85ml(50-160ml) であった。【成績】手術時間は平均 77 分（40-134 分）、切除時間は平均 15 分（9-27 分）、止血に要した時間は平均 35 分 (15-77 分) であった。術後 Hb は平均 2.3（0.8-5.4g/dL）であった。1 例で術後出血のために輸血を行った。術後入院期間は平均 5 日 (4-9 日) であった。術後カテーテル留置期間は平均 4 日（2-26 日）であった。術後 4 例が尿閉となり、カテーテル再留置を要した。1 例で外尿道口狭窄に対し尿道ブジーを行った。重篤な尿路感染症や合併症は認めなかった。【結論】アクアアブレーション治療は前立腺肥大症患者にとって効果的で安全な低侵襲手術である。

一般演題 16

016-4 前立腺肥大症に対する Aquablation と CVP の比較

○渡邉 晋、永松 弘孝
大分泌尿器科病院

【背景】前立腺肥大症（BPH）に対する外科的治療法として、Aquablation は AQUABEAM Robot system を用いた、自動制御の水流切除により出血低減と短時間手術が期待される新規治療法であり、当院では 2023 年 7 月より本術式を実施している。一方、Contact Laser Vaporization（CVP）は出血制御に優れた既存の低侵襲手術として広く行われている。本研究では、当院で同時期に施行された両者の治療成績、安全性、患者転帰を比較した。【方法】当院おいて前立腺肥大症の診断に対し 2023 年 7 月以降から 2025 年 4 月にかけて Aquablation または CVP を施行した患者を対象とし、Aquablation 群（n=241）と CVP 群（n=121）に分けて後方視的に検討した。手術時間、Hb 低下量、カテーテル留置期間、入院期間、合併症率、IPSS、QOL スコア、Qmax、前立腺体積、PSA の術前後変化を比較した。【結果】術前の前立腺体積は Aquablation 群で有意に大きく、抗血栓薬内服症例は CVP 群で有意に多かった。手術時間、Hb 低下量は同等だった。術後 3 か月時点の IPSS、QOL、Qmax の改善度は両群で同等であり、重篤な合併症発生率も差は認めなかった。【結論】Aquablation は CVP と比較して、同様に低侵襲で短時間施行が可能な治療選択肢であり、同等の症状改善効果が得られる有望な術式である。

一般演題 16

016-5 当院における前立腺肥大症に対する経尿道的手術後の有熱性尿路感染リスク因子の検討

○栗原 侑生、松三 あずさ、徳永 素、和田里 章悟、
窪田 理沙、久住 倫宏、市川 孝治、津島 知靖
独立行政法人国立病院機構　岡山医療センター　泌尿器科

【背景と目的】前立腺肥大症 (BPH) に対する経尿道的手術は広く行われているが、術後有熱性尿路感染 (UTI) は依然として重要な合併症である。術後有熱性 UTI のリスク因子同定のため、当院における症例を後方視的に検討した。【対象と方法】2018 年 1 月から 2025 年 5 月までに当院で Transurethral resection of the prostate(TURP) もしくは Transurethral Enucleation with Bipolar(TUEB) を施行した患者 186 例を対象とした。主要評価項目は術後有熱性 UTI の発症で、定義は術後 30 日以内に生じた 38 度以上の発熱とした。患者背景、術前検査値、手術関連因子を当院診療録より収集し、有熱性 UTI 発症との関連について単変量解析を行い、臨床的意義を考慮して選択した変数（手術手技、術前膿尿の有無、脳血管障害の既往）を投入した多変量ロジスティック回帰分析を施行した。【結果】対象 186 例中 14 例 (7.5%) に有熱性 UTI を認めた。多変量解析の結果、脳血管障害の既往 (調整オッズ比 4.41, p=0.030) および術前膿尿 (同 4.13, p=0.020) が独立した有意なリスク因子として同定された。手術手技は有意なリスク因子ではなかった (p=0.550)。【結論】当院における BPH に対する経尿道的手術後の有熱性 UTI 発症において、独立したリスク因子は脳血管障害既往と術前膿尿であった。これらの患者背景や術前所見に基づいたリスク評価が、周術期管理において重要である。

一般演題 17

017-1 腹圧性尿失禁に対する中部尿道スリング手術におけるテープ張力の調整方法とらせん状穿刺針の有用性の検討

○山本 恭代、小林 早紀、安宅 真利、角陸 文哉、
大豆本 圭、佐々木 雄太郎、冨田 諒太郎、楠原 義人、
布川 朋也、山口 邦久、古川 順也
徳島大学大学院 医歯薬学研究部 泌尿器科学分野

【目的】腹圧性尿失禁（SUI）に対する中部尿道スリング手術（MUS）のテープ張力調整法として、ヘガール 8/4 法の有効性を検討し、さらに TOT（Trans Obturator Tape）手術における穿刺針の形状が手術成績に与える影響を比較した。【方法】2009 年 8 月～ 2025 年 4 月までに MUS を施行した 126 例を対象に後方視的検討を行い、ヘガール 8/4 法を使用した 51 例と未使用の 75 例で、患者背景、手術時間、出血量、合併症、術後排尿状態を比較した。また、TOT では閉鎖孔穿刺に湾曲針を用いた 30 例とらせん状針を用いた 88 例とで比較した。【結果】ヘガール群と未使用群の間で年齢、BMI、ICIQ-SF、OABSS、QOL、尿流測定値、残尿量に有意差はなかった。平均手術時間はヘガール群の方が短い傾向を示した（34.4 分 vs 39.5 分 , p=0.07）。術後の尿失禁残存率、排尿困難発生率、術中のテープ再調整率にも差は認められなかった TOT では、らせん状針群では湾曲針群より平均手術時間が有意に短く（33.2 分 vs 51.8 分 , $p < 0.05$）、膣壁損傷の発生率も有意に低かった（3.4% vs 16.7%, $p < 0.05$）。【考察】ヘガール 8/4 法を用いたテープ張力調整は術後成績に影響を及ぼさないことが示唆され、TOT におけるらせん状針の使用により手術の安全性向上が期待される。今後さらなる症例の集積と検討が必要である。

0

一般演題 17

017-2 骨盤臓器脱に対する膣閉鎖術前後における下部尿路機能障害の経過

○後藤 大輔、橘 進彰、小田 侑希、富澤 満、大西 健太、森澤 洋介、堀 俊太、中井 靖、三宅 牧人、藤本 清秀
奈良県立医科大学　泌尿器科

背景骨盤臓器脱にはさまざまな下部尿路機能障害が伴う。当院では高齢で合併症も多く、性機能を気にされない方には2020年より膣閉鎖術を行っている。これまで26例の症例を経験したのでその経過について報告する。対象と方法 2020年7月から2025年1月までに当科で膣閉鎖術を施行した26例。電子カルテより患者背景と手術、術後データを抽出し解析した。結果 対象は26例、手術時の年齢は79.0（75.3-81.0）歳。膀胱瘤14例(53.8%)、子宮脱3例(11.5%)、膣断端脱7例(26.9%)、直腸瘤2例(7.7%)、ステージは3 15例(57.7%)、4 11例(42.3%)であった。併存疾患は、高血圧20例(76.9%)、糖尿病7例(26.9%)、脂質常症10例(38.5%)であった。PSは0が15例(57.7%)、1が7例(26.9%)、2が3例(11.5%)、3が1例(3.8%)であった。手術前に導尿していたものは4例(15.4%)であった。手術時間は69.0(59.8-78.5)分であった。IPSS total、IPSS-QOL、OABSSは手術前と比較して手術4週後、12週後、24週後で有意に改善し、Qmaxは手術前と比較して手術4週後と24週後で有意に改善し、残尿量は手術前と比較して手術4週後、12週後、24週後で有意に改善した。術後の合併症として、腹圧性尿失禁が2例(7.7%)に認められた。再発は5例(19.2%)に認められ、3例は再度膣閉鎖術を、1例はロボット支援仙骨膣固定術を、1例は経過観察となった。結語膣閉鎖術は骨盤臓器脱に伴う下部尿路機能障害についても有効性が高く、また安全に施行可能である。

一般演題 17

017-3 当院における骨盤臓器脱症例の患者背景および治療法の検討

○倉繁 拓志[1)]、松島 萌希[1)]、宗田 大二郎[1)]、平田 武志[1)]、長治 誠[2)]
1）鳥取市立病院　泌尿器科
2）鳥取市立病院　産婦人科

【緒言】骨盤臓器脱について、当院の症例の背景と治療法について検討した。【対象】2019年から2024年の約6年間に当院で診断または治療を行った181例を対象とした。【患者背景】各平均値は年齢71歳（45 ～ 94）、体重55kg(35 ～ 83)、BMI23.6(13.6 ～ 35.0)、出産回数は2.3回（0 ～ 4）で未産婦は4例であった。　118例(65%)が院外から紹介され、紹介元は婦人科から76例(64%)、内科から21例(18%)、泌尿器科から17例(14%)、肛門科から4例(3%)であった。初診時の主訴は下垂感、脱出感が167例で最多、排尿困難は68例、腹圧性尿失禁は26例に認めた。　臓器脱型は子宮脱70例、膀胱瘤49例、膀胱瘤と子宮脱35例、膣断端脱が20例、直腸瘤が7例、POP-Q stageは2が56例、3が85例、4が38例であった。【治療法】　41例(23%)は骨盤底筋訓練、骨盤底サポーターなどで保存的に加療を行った。95例(52%)にペッサリーを装着したが、ペッサリー療法を継続したのは35例、装着期間は最長12年、長期装着した1例に膣癌を合併した。ペッサリーを装着後、手術療法に移行、または手術までにペッサリーを装着した症例は51例であった。手術療法は106例に施行し、膣閉鎖術が13例、膣式子宮全摘＋膣壁形成術7例、膣壁形成術が2例、LSCまたはRASCが84例であった。

一般演題 17

017-4 低用量開始でのDMSO膀胱内注入療法はハンナ型間質性膀胱炎に対して投与時反応を減少させる有用な治療法である

○梶原 充、浅海 昭宏、藤山 健太、栗村 嘉昌
県立広島病院

【背景・目的】ハンナ型間質性膀胱炎（HIC）に対するDMSO療法の投与時反応の有病率は高く、患者QOLを下げ、医療側のDMSO開始の敷居を上げる。今回、低用量開始でのDMSOが投与時反応に与える影響を検討した。【方法】対象は、HICのうち経尿道手術を行うことなくDMSO投与した23例。投与時反応は問診で評価した。対象を2回目まで半量（25mL）投与後、残り4回は標準的投与した群（低用量開始群）と、標準的投与群（標準群）に二分し、投与時反応、ICSI、ICSPI、pain NRS、GRAを前方視的に検討した。【結果】低用量開始群、標準群の年齢（中央値）は各々73.5、69.9歳。有害事象による治療中止はなく、投与時反応は低用量群、標準群各々50、70%に認められた。特に前者では処置後疼痛（重度）、全量投与不可、切迫性尿失禁、呼気臭は認めなかった。一方、頻尿、排尿障害は両群とも同等であった。両群ともICSI、ICSPIは投与4週目から有意に改善した。pain NRSとGRAは低用量開始群、標準群各々6、4週目から有意な改善を認めたが、両群間において有意差を認めなかった。【結論】低用量DMSOは標準的治療同様に奏功し、投与時反応を減少させる可能性がある。今後、治療持続期間の検討が望まれる。

一般演題 17

017-5 前立腺癌術後尿失禁に対する立位エコーでの骨盤底機能の検討

○村上 正佳[1)]、浅井 聖史[2)]、増田 遥子[1)]、白石 理美[1)]、河野 玲奈[2)]、篠原 実夢[1)]、森 政基[1)]、宗宮 快[2)]、篠森 健介[2)]、三木 哲郎[1)]、菅 隆彦[1)]、桑野 晴美[2)]
1）住友別子病院　リハビリテーション部
2）住友別子病院　泌尿器科

【はじめに】ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術(RALP)後の尿失禁は頻度の高い合併症である．当院では術後尿失禁に対し理学療法士が骨盤底筋トレーニング(PFMT)を指導しているが，退院後も特に立位での活動時に尿失禁を認める症例が多い．そこで今回，立位での骨盤底機能を経腹的エコーで評価し，尿失禁の改善群と非改善群に分け，機能的特徴を検討した．【方法】2022年3月～2024年9月に当院でRALPを施行し，術後尿失禁のある6例を対象とした．パッド使用量により1枚以下を改善群，2枚以上を非改善群とし，エコーを用いてPFMTを指導した．骨盤底機能(挙上時間，速度，挙上高)をエコーのM-modeで臥位・立位にて評価し，両群間で比較した．【結果】臥位での平均値は，改善群が挙上時間0.34秒，速度35.0mm/秒，挙上高12.0mm，非改善群が0.32秒，15.67mm/秒，5.0mmであった．立位では，改善群が0.34秒，27.7mm/秒，9.0mmで、非改善群が0.29秒，10.7mm/秒，3.0mmであった．【考察】立位エコーでは骨盤底機能の低下がみられたが，改善群は立位でも高い収縮力を維持し，速度や挙上高などの機能的な質の改善が寄与している可能性がある．一方，非改善群では臥位・立位の両方で骨盤底機能が低下しており，特に立位での筋発揮が困難と考えられた．尿失禁改善には機能的アプローチが必要で，立位での評価と指導も有効と考える．今後は症例数を増やし，立位での骨盤底機能の更なる検討が必要である．

一般演題 17

017-6 赤字覚悟は本当か？　女性泌尿器科の収益化と持続可能性

○有地 直子[1)]、安東 栄一[2)]、黒瀬 恭平[3)]
1）セントラル病院　泌尿器科
2）呉共済病院　泌尿器科
3）福山市民病院　泌尿器科

当院は60床の急性期病院であり、2024年6月に赴任した泌尿器科医1名が、透析診療（月水金2クール・火木土1クール）と並行して、同年7月より女性泌尿器科外来（月6コマ・計17時間）を新設した。導入にあたっては尿流量測定装置、軟性膀胱鏡（電子スコープ）、電動婦人科診察台を整備し、限られた資源で収益性を意識した診療体制を構築した。月平均収益は初期には201,275円であったが、数か月で安定し、300,000円前後を維持した。人件費（医師8,000円／時・看護師3,000円／時）を外来実施時間に基づき月187,000円と算出し、導入設備の月あたり償却費62,024円）を加えても、月平均約47,000円の黒字を確保できた。大きな収益ではないものの、既存人員と最小限の設備で安定収益を生み出せた意義は大きく、外来単体での採算性を実証するモデルとなった。集患のために行った複数の工夫も奏功し、患者数は安定して推移している。透析診療と外来診療を一人の医師が両立させた当院の取り組みは、小規模病院における専門外来の導入可能性を示すものである。なお、本報告は経営実践に関する報告であり、倫理審査の対象外と判断した。

一般演題 18

018-1 小児・思春期精索静脈瘤術後例における性腺ホルモン値の横断的評価

○寺岡 祥吾[1)]、潘 佳真[1)]、時高 智志[1)]、岡 真太郎[1)]、武中 篤[2)]、白石 晃司[1)]
1）山口大学大学院 医学系研究科 泌尿器科学講座
2）鳥取大学医学部 器官制御外科学講座 腎泌尿器学分野

【目的】精索静脈瘤は成人男性において不妊や性腺機能障害の原因とされているが、小児期・思春期における性腺ホルモン動態への影響については依然としてエビデンスが乏しい。特に、思春期におけるホルモン変化への影響や、外科的治療の有無による違いに関する検討は限られている。今回我々は、小児・思春期の精索静脈瘤患者を対象に、年齢別の性腺ホルモン値の推移および手術の影響を後方視的に検討した。【方法】2010年10月～2025年3月の間に、当院でGrade2以上の精索静脈瘤と診断された20歳以下の79例を対象とした。手術を行わなかった未治療群と、顕微鏡下精索静脈瘤手術を受けた術後群に分類し、比較対象として同年代で陰嚢水腫、低活動膀胱、包茎などで受診した41例をコントロール群とした。性腺ホルモンとして黄体形成ホルモン（LH）、卵胞刺激ホルモン（FSH）、テストステロンを用い、年齢層ごとに分類したうえで3群間比較をKruskal-Wallis検定にて行った。【成績】ホルモン採血データは未治療群144件、術後群71件、コントロール群84件であった。LH、FSH、テストステロンのいずれにおいても、年齢層別の3群間に有意差は認められなかった。【結論】本検討では、精索静脈瘤の有無や治療の有無によって、思春期における性腺ホルモン値に明らかな影響は認められなかった。精索静脈瘤の早期治療が将来的な性腺機能低下の予防につながる可能性が示唆される結果であった。

一般演題 18

018-2 当院における先天性水腎症に対する治療成績の報告

○高江洲 大、仲西 昌太郎、座間味 夏帆、江川 愛祐美、三浦 数馬、鄭 有珍、神山 傑、崎浜 綾乃、下地 昭久、田中 慧、芦刈 明日香、木村 隆、猪口 淳一
琉球大学病院　腎泌尿器外科

【諸言】症候性の腎盂尿管移行部通過障害（UPJO）による先天性水腎症に対しては手術介入が一般的であるが、無症候性の場合は水腎症の程度や腎機能など総合的に判断して治療方針が決定される。その理由として、UPJOの自然経過が未だよくわかっていないこと、手術適応の判断、手術タイミングなどについて一定の指針がないことが挙げられる。今回我々は特に治療方針の判断が難しいgrade 3以上の症例を集積し、そのコホートにおける経過を検討し文献的考察を加えて報告する。【対象と方法】2010年4月から2024年12月までに当院でgrade3以上の先天性水腎症と診断された症例を後方視的にカルテレビューし、手術介入の割合、治療後の経過について検討した。【結果】対象症例は52例で、grade3が22例、grade4が30例であった。grade3の内4例(18%)に手術介入が行われ、その要因は症候性尿路感染症が3例、画像上の増悪が1例であった。grade4では21例(70%)に手術介入が行われ、その要因は症候性尿路感染症が17例、経時的改善がない症例が4例であり、術後経過は画像上改善症例が17例（81%）、不変が3例（15%）、増悪が1例（4%）とこれまでの報告と同等の結果であった。特にgrade4の経時的改善がない症例は推奨されている経過観察期間よりも早期の手術介入を行なっており、良好な結果が得られた。【結論】当院では先天性水腎症に対して適切なタイミングで手術介入を行えていたと考えられた。

一般演題 18

018-3 当院での精索捻転手術後における対側精索捻転の発症に関する検討－対側の精巣予防固定術にも着目して－

○原田 淳樹、柿田 聖太、福島 始、倉田 博基、松田 剛、伊藤 五穂、荒木 杏平、中村 裕一郎、光成 健輔、松尾 朋博、大庭 康司郎、望月 保志、今村 亮一
長崎大学病院 泌尿器科・腎移植外科

【緒言】BCD（bell clapper deformity）は精索に対して精巣鞘膜が高位付着している状態であり、精索捻転を発症しやすい。BCDは両側性であることが多く、精索捻転発症時には患側の手術のみならず、対側精巣の予防固定術を検討することになる。しかしながら、症状のない対側精巣の予防固定術に躊躇する場合も少なくない。
【対象・方法】2018年6月から2023年3月の期間に当院で精索捻転手術を受けた患者を対象として、BCDや患側精巣摘出の有無、対側の精巣予防固定術の実施状況および対側の精索捻転の発症について後方視的に検討した。
【結果】対象患者は31例であり、精索捻転手術実施時の年齢中央値（IQR）は14.0歳（12.0-16.0）、かつ患側は左側に多かった（64.5％）。患側のBCDは7例（22.6％）で確認できたが、それ以外の症例ではBCDの有無について言及されていなかった。9例（29.0％）で患側精巣を摘出しており、対側の精巣予防固定術は6例（19.4％）で実施されていた。対側精巣の予防固定術を実施しなかった25例のうち1例（4.0％）において、術後55か月で精索捻転を発症し、術中所見でBCDが確認された。
【結語】検討した患者数は少ないものの、精巣予防固定術未施行の場合における対側精索捻転の発症率4.0%は決して低くないと考える。精索捻転発症時には対側の精巣予防固定術をより積極的に提案していきたい。

一般演題 18

018-4 Positioned Instillation of contrast Cystography(PIC) の有用性の検討

○高 亜羅
兵庫県立こども病院

【目的】PIC の有用性を検討したので報告する。【方法】2011 年 5 月から 2024 年 10 月までに、尿路感染 (UTI) の精査として PIC を施行した 31 例 49 尿管を対象とした。全例、排尿時膀胱造影で膀胱尿管逆流 (VUR) を認めない、もしくは施行不可能な症例であった。PIC は全身麻酔下砕石位で行い、膀胱鏡を尿管口手前に固定し、造影剤を 100cm の高さから滴下した。PIC にて VUR を認めたものを陽性と定義し、後方視的に臨床的検討を行った。【結果】男児 12 例、女児 19 例。全例、基礎疾患はなかった。手術時年齢は 7 か月～ 17 歳 (中央値 8 歳 1 か月)、術後観察期間は 1 か月～ 12 年 8 か月 (中央値 2 年 4 か月)。PIC 陽性は 23 例 (77%) 27 尿管 (55%) であり、PIC での VUR の grade は、1 度が 2 尿管、2 度が 22 尿管、3 度が 3 尿管であった。21 例で外科的治療を行った。Deflux 注入が 13 例 (62%)、膀胱尿管新吻合 (Cohen 法) が 5 例、Deflux 注入後、UTI 再発のため Cohen 法を追加したものが 3 例であった。全例で UTI の再発は認めず、再度の PIC は行わなかった。一方、PIC 陰性は 8 例で、1 例は UTI の再発を認め、再度 PIC で陽性となり Deflux 注入施行した。その他 7 例は、外科的治療を行わず、8 例全例でその後の UTI の再発は認めなかった。【結論】PIC は UTI の精査および引き続き Deflux 注入を行え、診断と治療を兼ねることができ、有用であると考える。

一般演題 18

018-5 有熱性尿路感染症に対して排尿時膀胱尿道造影を施行した患児 116 例の検討

○渡邉 舟貴[1,2]、松本 博臣[2]、水嶋 唯[1]、杉田 佳弘[1]、松川 卓生[1]、城嶋 和真[1]、木室 里依子[1]、東島 克佳[1]、永田 祐二郎[1]、湊 晶規[1]、富崎 一向[1]、柏木 英志[1]、小野 友輔[3]
1）産業医科大学　泌尿器科学講座
2）北九州市立八幡病院　泌尿器科
3）北九州市立八幡病院　小児科

原発性膀胱尿管逆流症 (VUR) は自然治癒傾向が強いこと、排尿時膀胱尿道造影 (VCUG) は侵襲性の高い検査であることを理由に、有熱性尿路感染症 (f-UTI) を発症した小児に対して全例 VCUG を行うことに批判的な意見がある。f-UTI の発症例に対して VCUG を施行する基準は各病院によって異なる。2014 年 12 月から 2024 年 12 月までの期間に、VCUG を施行した f-UTI を発症した患児を対象に、VUR を疑うリスクを後方視学的に調査した。カラードプラ法超音波検査を使用した尿管口からの蠕動運動による尿噴出の方向と三角部陵をなす角度が 50° 以上を高角度 jet と定義した。VCUG を施行した症例は 116 例 , 232 尿管、年齢は 1 ヵ月～ 13 歳 2 ヵ月 (中央値 5 ヵ月)、男児 77 例 (66%), 女児 39 例 (34%) であった。VUR は 71 例 (61%), 104 尿管 (45%) であった。f-UTI の初発 33 例 (28%), 再発 83 例 (72%)、f-UTI の起因菌として感受性良好な大腸菌 56 例 (48%), 感受性良好な大腸菌以外 54 例 (47%), 未検出 6 例 (5%) であった。水腎症は Grade0-1 が 89 例 (77%), 201 尿管 (87%), Grade2-4 が 27 例 (23%), 31 尿管 (13%)、腎長径は 45mm 以下が 2 例 (2%), 3 腎 (1%), 45mm 以上が 114 例 (98%), 229 腎 (99%)、下部尿管拡張ありが 78 例 (67%), 103 尿管 (44%), なしが 38 例 (33%), 129 例 (56%), 高角度 jet ありが 34 例 (29%), 42 尿管 (18%), なしが 82 例 (34%), 190 尿管 (82%) であった。単腎や重複腎盂尿管は全例認めなかった。若干の文献的な考察をふまえて、VUR に対する VCUG の診断精度を報告する。

一般演題 18

018-6 当院における急性陰嚢症に対して精巣温存に至った症例の検討

○野間 悠太朗、渡邉 舟貴、松本 博臣
地方独立行政法人　北九州市立病院機構　北九州市立八幡病院　泌尿器科

急性陰嚢症は泌尿器科救急の中でも特に迅速な診断と対応が求められる疾患群である。一般に発症 6 時間以内の捻転解除が推奨されているが、実臨床では病態の鑑別困難や対応の遅れが精巣摘除例の要因となっている。当院では、小児救急センターと泌尿器科、さらに超音波専門医との密接な連携体制を構築しており、急性陰嚢症疑い症例に対して迅速な超音波検査と泌尿器科医による評価を行う体制を確立している。当院において 2014 年 4 月から 2024 年 12 月の期間に外傷を除く急性陰嚢症に対して陰嚢切開術を施行した 41 症例を後方視学的に調査し、精巣温存に至った症例の検討を行なった。その結果、当院での精巣温存率は 36 例の（87%）と既報の他施設データに比して高率であった。精巣を温存した症例の年齢は 8 ヵ月～ 20 歳 2 ヵ月 (中央値 13 歳 2 ヵ月), 症状発症から手術に至るまでの時間は 2 時間～ 48 時間 (中央値 4 時間) であった。本検討より、急性陰嚢症に対する精巣温存率向上に、小児救急・超音波専門医・泌尿器科の連携による迅速な診断が貢献している事が確認された。今後、この連携モデルの有用性を検証し、急性陰嚢症診療の標準化とさらなる治療成績向上を目指すべきと考える。

一般演題 19

019-1 “Forgotten stent” 対策と当院の取り組み

○草野 脩平、柿木 寛明、山口 優香子、雪本 弥仁雅、柿木 優佳、前田 晃、東武 昇平、野口 満
佐賀大学医学部泌尿器科学講座

尿管ステントは結石性腎盂腎炎や腫瘍による尿路閉塞に対し、上部尿路の減圧を目的として頻繁に留置される。しかし、時に患者さんの自己判断による通院中断により、いわゆる「Forgotten stent」の状況に陥ることがある。これはステントの長期留置につながり、結石形成や感染症、尿管損傷などの重篤な合併症を引き起こす可能性がある。当院では、2015 年から 2025 年 6 月までの 10 年間に 2 例の Forgotten stent 症例を経験した。直近の 1 例では、ステント周囲に高度な結石形成を認め、通常の経尿道的尿管砕石術（TUL）では治療が困難であり、経皮的腎砕石術（ECIRS）を用いて安全かつ確実にステントを摘出が可能であった。これらの経験を踏まえ、当院では同様の症例の再発防止のため、以下の取り組みを行っている。尿管ステント留置の際には、「尿管ステント留置に関する同意書」に加え、「尿管ステント留置カード」を患者さんにお渡ししている。このカードには、ステントの種類、留置日、抜去予定日、そして定期的な受診の重要性などが明記されており、電子カルテと連動して発行される。これにより、患者さんご自身がステントの存在を認識し、適切な時期に受診を促すとともに、医療者側もステント管理を徹底できる体制を構築している。本報告では、ECIRS にてステント摘出に至った症例を提示し、当院での Forgotten stent に対する具体的な予防策について報告する。

一般演題 19

019-2 泌尿器科高齢患者における G8 スクリーニングの frailty 評価としての有用性の検討

○志賀 健一郎[1,2]、眞崎 加奈子[2]、栗秋 佐智恵[2]、野口 賢一[2]、横溝 晃[1]、西嶋 智洋[3]、大田 秀隆[4]
1）原三信病院 泌尿器科
2）原三信病院 緩和ケアチーム
3）九州がんセンター　老年腫瘍科
4）秋田大学　大学院医学系研究科（医学専攻等）附属高齢者医療先端研究センター

【目的】泌尿器科領域における高齢者機能評価として、G8 スクリーニングの有用性を検討した。【方法】65 歳以上の泌尿器疾患患者 114 例に対し、全例に発表者が外来または入院中に G8 問診を実施した。【結果】80 歳以上 75 例、80 歳未満 39 例で、男性はそれぞれ 38 例（97.4%）、56 例（74.7%）であった。聴取時間は 5 分［3,6］、3 分［2,4］。G8 合計点と年齢の相関係数は r=-0.39（95%CI: -0.535~-0.222、p=0.0000182）であった。目的変数を 80 歳以上とし、G8 各項目を中央値で 2 分した単変量解析から多変量解析を行ったが、有意項目は得られず、AUC は 0.596（95%CI: 0.503-0.688）と予測能は限定的であった。一方、G8 合計点 14 点未満を frailty とし多変量解析を行うと、AUC は 0.967（95%CI: 0.941-0.993）と極めて高く、食事摂取・体重減少・BMI・服薬状況・年齢の各項目が $p < 0.05$ で有意であった。【結論】G8 には年齢項目による構造的バイアスの可能性があるが、frailty スクリーニングツールとしての有用性が示唆された。主観的評価やコミュニケーション面の意義は定量化が困難であった。

一般演題 19

019-3 当院における膀胱頚部硬化症に対する治療成功の予測因子の検討 ~ Deep Lateral Transurethral incision の導入 ~

○家村 友、市居 大季、藤井 光英、福井 真二、安川 元信、初鹿野 俊輔
大和高田市立病院　泌尿器科

【目的】膀胱頚部硬化症 (BNC) は前立腺全摘や経尿道的手術後の合併症の 1 つである . 当院では 2022 年 10 月から BNC に対する経尿道的内視鏡治療として Deep Lateral Transurethral incision という方法を導入している . 当院における BNC 治療成功の予測因子について検討した . 【方法】当院で 2014 年 6 月から 2024 年 12 月までに BNC に対して手術加療を施行した 30 例について , 手術成功に関連する手術所見や患者背景について検討した . 【結果】30 例の年齢の中央値は 76 歳 , BNC の原因は前立腺全摘後が 10 例、経尿道的手術後が 20 例であった . 手術時間は 19.5 分 . 術後カテーテル留置期間は 4 日 . フォロー期間 35.8 ヵ月で 19 例 (63.3%) が治療成功しており ,11 例 (36.7%) が再度治療を必要とした . 単変量解析において年齢 , 前立腺全摘以外が原因 , Deep Lateral Transurethral incision での治療が治療成功と有意な関連を認めた . 多変量解析では前立腺全摘以外が原因 (P=0.037),Deep Lateral Transurethral incision での治療 (P=0.047) が独立した治療成功の予測因子であった . 【結語】前立腺全摘後の BNC は再発率が高く ,Deep Lateral Transurethral incision は BNC 治療の有効な方法と考えられた .

一般演題 19

019-4 宮崎泌尿器癌データベース（MUCD）を用いた宮崎県医療圏別腎がん診断時の臨床的特徴と治療選択の地域差

○木村 翔一[1]、中井 陸運[2]、寺田 直樹[3]、澤田 篤郎[1]、賀本 敏行[1]
1）宮崎大学　医学部　発達泌尿生殖医学講座泌尿器科学分野
2）宮崎大学　医学部　社会医学講座データマネジメント分野
3）福井大学　医学部　器官制御医学泌尿器科学講座

【目的】宮崎県内で泌尿器癌と診断された患者のオンライン登録型データベースである宮崎泌尿器癌データベース（MUCD）を用いて、宮崎県を三つの医療圏（県北、県西、県央＋県南）に分類し、医療圏別の腎癌診断時の特徴を比較した。【方法】2019 年 4 月から 2024 年 3 月に登録された腎癌患者 568 人を対象とした。県北、県西、県央、県南のうち、県南症例の多くが県央へ紹介されるため、県央と県南を統合した。県北、県西、県央＋県南の人口 10 万人あたりの医師数は 189 人、152 人、350 人であった。連続変数は一元配置 ANOVA、カテゴリ変数はカイ二乗検定で解析した。【結果】県北、県西、県央＋県南の人口は 223984 人、257179 人、589505 人、泌尿器科医は 15 人、20 人、56 人、腎癌患者は 94 人、118 人、356 人であった。診断時平均年齢は 70 歳、71 歳、65 歳（$p < 0.001$）、腫瘍径中央値は 5.0cm、4.5cm、3.9cm（$p < 0.001$）、T1aN0N0 の割合は 31%、43%、52%（$p < 0.001$）、ECOG PS ≧ 1 の割合は 33%、16%、21%（$p < 0.001$）、手術施行割合は 60%、84%、72%（$p < 0.001$）、分子標的治療施行割合は 17%、9%、5%（$p < 0.001$）であった。【結論】医師数の少ない県北・県西では、診断時年齢が高く、腫瘍径が大きく、T1aN0M0 が少なく、PS が不良であった。また県北では、手術施行割合が低く、分子標的治療施行割合が高かった。以上より、医師不足地域では、検診などによる腎癌早期診断の必要性が示唆された。

一般演題 19

019-5 デスモプレシン投与後に夜間頻尿が残存する患者に対する牛車腎気丸の有効性の検討

○黒瀬 浩文[1,2]、植田 浩介[1]、西原 聖顕[1]、名切 信[1]、末金 茂高[1]、井川 掌[1]
1）久留米大学泌尿器科学講座
2）筑後市立病院泌尿器科

【緒言】夜間頻尿に対してデスモプレシンを投与後も夜間頻尿が残存する患者は一定数存在し、治療に難渋することが多い。また、これまで漢方の夜間頻尿患者に対する有効性の報告は少ない。今回デスモプレシン投与後に夜間頻尿が残存する患者に対する牛車腎気丸投与の有効性について検討した。【対象・方法】当院にて夜間多尿を有する夜間頻尿に対してデスモプレシンを投与後に夜間排尿回数が 2 回以上、HUS が 3 時間以下の患者に対して牛車腎気丸 7.5g/day を投与した 20 例。投与 4 週後の有効性を排尿日誌、IPSS/OABSS、アテネ不眠尺度 (AIS) を用いて検討した。【結果】平均年齢は 79.8 歳と高齢であった。デスモプレシンの平均内服期間は 429 日であった。投与前と比較し夜間排尿回数は統計学的に有意に減少した ($p < 0.01$)。夜間尿量、夜間多尿指数も有意に改善し、HUS も 1 時間程度延長を認めた ($p < 0.05$)。それに伴い AIS も有意に改善を認めた。また IPSS、OABSS も改善を認めた。副作用に関しては 2 例で下痢を認め、1 例で投与中止となった。【結論】牛車腎気丸の投与により夜間排尿回数は 1 回程度改善し、HUS が 3 時間以上になり睡眠障害が改善した。デスモプレシンが効果不十分な患者でも牛車腎気丸を加えることで、夜間頻尿を改善する可能性があることが示唆された。

一般演題 19

019-6 ハンナ型間質性膀胱炎に対するジメチルスルホキシド（DMSO）の初回治療と再発後治療の有効性の比較

○森 慎太郎[1)]、松尾 朋博[1)]、柿田 聖太[1)]、本多 弘幸[1)]、松田 剛[1)]、荒木 杏平[1)]、光成 健輔[1)]、大庭 康司郎[1)]、望月 保志[2)]、今村 亮一[1)]
1）長崎大学病院　泌尿器科・腎移植外科
2）長崎大学病院　血液浄化療法部

【緒言】ハンナ型間質性膀胱炎（HIC）の再発例に対するジメチルスルホキシド（DMSO）の反復治療の有効性に関する報告は少ない。本研究は、HIC 患者における DMSO 初回（1コース目）と再発後（2コース目）の有効性を比較し、後者も初回同様の効果を示すかを検証した。【対象と方法】HIC に対し DMSO を 2 コース以上投与した 8 名を対象とした。DMSO（27g/50ml）を 2 週間隔で 6 回投与を 1 コースとし、1・2 コース目の各々の前後で O'Leary-Sant 症状スコア（ICSI）・問題スコア（ICPI）、膀胱痛 NRS（numerical rating scale）を評価し、両コース間の各スコアの変化量を後方視的に比較した。解析にはベースライン補正後の変化量の最小二乗平均（LS-mean）を用いた。【結果】ICSI の変化量の LS-mean（95% 信頼区間）は 1 コース目で -2.4（-3.9 ～ -0.9）、2 コース目で -3.4（-4.9 ～ -1.9）であり、両コース間の差は -1.0（-3.2 ～ 1.2、P=0.334）であった。同様に ICPI は 1 コース目で -2.2（-3.7 ～ -0.8）、2 コース目で -2.9（-4.4 ～ -1.4）であり、差は -0.7（-2.7 ～ 1.4、P=0.505）、NRS は 1 コース目で -3.5（-5.2 ～ -1.7）、2 コース目で -3.3（-5.1 ～ -1.5）で、差は 0.2（-2.5 ～ 2.8、P=0.888）であり、いずれも両コース間の変化量に有意差を認めなかった。【結論】HIC に対する DMSO は、再発後の 2 コース目も初回治療と遜色のない、同等の有効性を持つ可能性が示唆された。

一般演題 20

020-1 副腎 Chronic expanding hematoma の 1 例

○久嶋 嵐[1)]、月野 浩昌[1)]、藤崎 友基也[1)]、近藤 誠[1)]、賀本 敏行[2)]、石原 明[3)]
1）潤和会記念病院　泌尿器科
2）宮崎大学医学部附属病院　発達泌尿生殖医学講座泌尿器科学分野
3）潤和会記念病院　病理診断科

症例は 69 歳，男性．背部痛と左側腹部膨満感に対して施行された CT で左上腹部に 20cm 大の巨大な腫瘤を指摘された．MRI で腫瘤のほとんどは液体成分からなり，厚く信号不均一な壁を認めた．T2WI で低信号から高信号の不均一で内部に乳頭状の突出や隔壁も認めた．造影パターンからは肉腫や GIST，神経原性腫瘍などとはやや異なる所見であり腫瘍性病変以外の CEH (Chronic expanding hematoma) の可能性が考えられた．腹腔鏡下 + 開腹にて腫瘤摘出術を施行した．病理結果は CEH (左副腎骨髄脂肪腫由来疑い，副腎髄質腫瘍は否定的) との結果であった．術後 6 ヶ月でのフォロー CT 検査では明らかな再発なく経過している． CEH は通常，手術や外傷を契機に発症し，線維性被膜下の小血管から出血を繰り返し 1 ヶ月以上の経過で緩徐に増大する血腫とされる．内部には新旧の血液が混在し，壊死組織を含み，線維性被膜で覆われており，しばしば血腫を伴う悪性腫瘍との鑑別が困難となる．後腹膜，特に副腎原発の症例報告は少ない．今回われわれは，巨大な副腎原発 CEH を経験したため，多少の文献的考察を加えて報告する．

一般演題 20

020-2 当院における副腎皮質癌に対する薬物療法の経験と課題

○伊藤 五穂、坂口 純、福島 始、倉田 博基、原田 淳樹、荒木 杏平、中村 裕一郎、光成 健輔、松尾 朋博、大庭 康司郎、望月 保志、今村 亮一
長崎大学病院　泌尿器科・腎移植外科

副腎皮質癌は 100 万人あたり 0.5~2 人程度の希少癌である。当院で経験した 4 例の手術と薬物治療について報告する。症例 1：46 歳女性。副腎摘除術施行後、転移巣切除を 3 回施行しミトタン内服を継続。最後の転移巣切除から 10 年間再発なく経過中。症例 2：46 歳女性。健診で肝腫瘍が疑われ、消化器内科、外科受診。肝臓癌の診断で開腹手術にて肝、副腎、胆嚢合併切除が行われた。術後病理診断は副腎癌の肝浸潤であった。間欠的にミトタン内服を継続して術後 4 年間再発転移なし。症例 3：25 歳女性。腹痛のため受診され、副腎癌の診断で腹腔鏡下右副腎摘除術施行。その後ドロップアウトしていたが、術後 3 年し食欲不振のため受診。多発肝転移、腹膜播種、リンパ節転移あり。ミトタン開始したが 1 3 か月後死亡した。症例 4：42 歳女性。浮腫、高血圧、頭痛の精査で行った CT で 7cm 大の副腎腫瘍を認めた副腎癌の疑いで腹腔鏡下左副腎摘除術施行。術後補助療法は希望されず、経過観察を行っていたところ術後 4 か月で肺転移、肝転移が出現。ミトタン開始するも腫瘍増大ありエトポシド、ドキソルビシン、シスプラチン療法（EDP―M 療法）を施行した。EDP―M 療法は当院で初めて施行した症例であった。他の 3 症例とともに副腎皮質癌の治療について文献的考察を加え報告する。

一般演題 20

020-3 当院における原発性アルドステロン症患者における PASO スコアの検討

○山口 直通[1)]、戸高 雅広[1)]、安部 怜樹[1)]、鈴木 駿太郎[1)]、甲斐 博宜[1)]、藤浪 弘行[1)]、山中 直行[1)]、羽田 真郎[1)]、井上 享[1)]、吉田 雄一[3)]、柴田 洋孝[3)]、安藤 忠助[2)]、秦 聡孝[1)]
1）大分大学医学部　腎泌尿器外科学講座
2）大分大学医学部　臓器移植医療連携強化事業
3）大分大学医学部　内分泌代謝・膠原病・腎臓内科学講座

背景：
原発性アルドステロン症 (PA) は高血圧を呈し、心血管イベントのリスクとなる。片側性 PA に対する副腎摘出術は有効だが術後降圧が得られないこともあり、術後の臨床的完全成功 (降圧薬中止下での正常血圧維持) を予測する簡易 PASO スコアが提唱されている。
目的：
当院における簡易 PASO スコアの臨床的有用性を後方視的に検証することである。
方法：
2009-2025 年における当院での片側性 PA に対する副腎摘出術例 (67 例) のうち、データ欠損のない 42 例を対象とした。各症例の簡易 PASO スコアを収集し、臨床的完全成功の有無を評価した。簡易 PASO スコアの AUC 及び至適カットオフ値を算出した。
結果：
年齢 52 歳 (29-72 歳)、男性 17 例 (40.5%)、BMI 24.2 kg/m^2、高血圧罹患期間 7.5 年、最大腫瘍径 15mm、術前降圧薬の Defined Daily Dose 2.59 であり、簡易 PASO スコアは 18 点 (6.5-25 点) であった (いずれも中央値)。臨床的完全成功は 24 例 (57.1%) で認められ、AUC は 0.691(95%CI：0.525-0.857) と既報と比較し遜色ない予測能であった。また既報のカットオフ値 16 点に対し、当院では 20 点とした場合に臨床的完全成功への感度 60.9%、特異度 79.0%、正診率 69.1% と最も良好なバランスを示した。
考察：
当院においても簡易 PASO スコアが PA 術後の臨床的完全成功を予測する上で有用なツールとなる可能性が示唆された。特に当院のデータに基づいたカットオフ値の調整は、予測精度の向上に寄与する可能性がある。

一般演題 20

020-4 A case of a small retroperitoneal cyst of Mullerian type occurring near the kidney

○佐竹 諒介[1)]、重久 立[2)]、島本 力[2)]、安宅 香弥[2)]、竹森 大悟[2)]、山本 新九郎[2)]、刑部 博人[2)]、波越 朋也[2)]、福原 秀雄[2)]、深田 聡[2)]、蘆田 真吾[2)]、井上 啓史[2)]
1）高知赤十字病院　臨床研修センター
2）高知大学医学部泌尿器科学講座

Introduction & Objective
Retroperitoneal Müllerian cysts are rare, with fewer than 40 cases reported since 2000. Most are discovered when large or symptomatic, but improved imaging has led to more incidental detection. We report a 1.7-cm Müllerian cyst near the kidney and discuss its management.
Case Presentation
A 46-year-old woman presented with left flank pain. CT revealed a 1.7-cm retroperitoneal cystic lesion adjacent to the left kidney. Additional imaging showed no overt malignant features, but malignancy could not be ruled out. Laparoscopic excision was performed. Histology confirmed a benign Müllerian cyst. The postoperative course was uneventful.
Discussion
Müllerian cysts are rare and may mimic other retroperitoneal lesions. Imaging alone may be inconclusive, and delayed intervention can increase surgical difficulty.
Conclusion
Retroperitoneal Müllerian cysts are rare but may present as small, asymptomatic renal-adjacent lesions. While typically benign, the possibility of malignancy and risk of rapid growth suggest that surgical excision can be considered when imaging is inconclusive or progression is observed.

一般演題 20

020-5 VR（Virtual Reality）画像および ICG 蛍光イメージ法を用いた腎癌術後の後腹膜局所再発腫瘍切除術の一例

○岡添 誉、梶 明日香、原田 怜、藤原 健悟、小橋口 佳な、阿部 陽平、内藤 宏仁、土肥 洋一郎、加藤 琢磨、田岡 利宜也、上田 修史、杉元 幹史
香川大学　医学部　泌尿器科

緒言
術後の局所再発腫瘍は一度手術を行った部位に存在しているため手術中に視覚的に認識することが困難である。近年の VR 技術により、術前の腫瘍位置の推定や、術中の腫瘍位置の確認に有用である。今回、腎癌術後の後腹膜に局所再発した症例に対して VR 画像および ICG 蛍光イメージ法を用いて切除術を行った一例を報告する。
症例
77 歳男性、X 年 3 月に後腹膜鏡下右腎摘除術施行し、淡明細胞型腎細胞癌と診断された。術後 X+5 年 2 月の CT にて右傍結腸溝に軟部影を指摘されたが PET にて集積は無く経過観察となった。X+8 年 2 月には右後腹膜腔結節影を新たに指摘、右傍結腸溝の軟部影と合わせてその後も増大傾向であり、X+10 年 10 月に CT ガイド下生検を施行したところ腎癌局所再発と診断され後腹膜局所再発腫瘍切除術の方針となった。
術前に側臥位で CT を撮影し、STL（Standard Triangulated Language）データを作成した。作成した STL データは、医療用画像処理ソフトウェア Holoeyes MD（Holoeyes Inc.）にインポートし、Meta Quest 3（Meta）を用いて術前、術中に供覧した。
まず術前の体位設定後、Meta Quest 3 を利用して後腹膜腫瘍の位置を体表から確認し、皮切部位を確認した。後腹膜腔を展開後にも Meta Quest 3 にて腫瘍位置を確認した。その後、ICG を静注し腫瘍の蛍光発色を確認して腫瘍切除を行った。
結語
VR 技術や ICG 蛍光イメージ法により正確な腫瘍位置の同定ができ安全で確実な腫瘍切除が可能であった。

一般演題 21

021-1 精巣捻転症を否定できず緊急手術となった COVID-19 による精巣上体炎の 1 例

○山村 剛平、飯田 優輝、林 拓見、加藤 繭子、中田 多佳子、木藤 宏樹
JCHO 東京新宿メディカルセンター

症例は 20 歳男性。急性発症のひだり陰嚢痛を主訴に救急要請。Vital 正常。触診上ひだり精巣上体尾部から精巣にかけて圧痛あり。エコーでは精索静脈瘤なし、両側精巣に血流あり。血膿尿なし。単純 CT では尿管結石や鼠経ヘルニアを認めない。精巣捻転否定できず緊急で精巣捻転解除術施行となった。術中所見として精巣捻転は否定的で、精巣白膜切開し内部の虚血がないことも確認した後に固定術施行し手術終了した。手術中より 38 度台の発熱・シバリング出現した。緊急入院時の SARS-CoV-2-PCR 検査は陰性であったものの翌日の再検査にて陽性あり診断に至った。COVID-19 による精巣上体炎の報告は散見されており、精子数減少による不妊への影響など報告されている。いくつかの文献的考察を加えて報告する。

一般演題 21

021-2 保存的加療が奏効した陰茎包皮フラップを使用した Augmented Anastomotic Urethroplasty(AAU) 術後の膿瘍形成

○岩田 明斗[1)]、迫 両太[1)]、宮原 拓也[1)]、立花 昌寛[1)]、江本 大紀[1)]、冨永 光将[1)]、青柳 力夫[1)]、郡家 直敬[1)]、宮﨑 健[1)]、岡部 雄[1)]、森 直樹[2)]、中村 信之[1)]、羽賀 宣博[1)]
1）福岡大学医学部腎泌尿器外科学講座
2）田川市立病院　泌尿器科

症例は 21 才男性 . 自殺企図による心肺停止のため尿道留置カテーテルが留置された . カテーテル抜去後より徐々に尿排出困難となり尿閉となったため当科紹介となった . 尿道膀胱鏡検査上 , 尿道の閉塞を認め膀胱瘻造設を施行した .MRI 上は球部尿道遠位側に瘢痕化を認め , 尿道造影 (UG) 上 ,8mm の尿道閉塞を認めたため , 膀胱瘻造設後 7 ヶ月目に陰茎包皮フラップを用いた Augmented Anastomotic Urethroplasty(AAU) を施行した . 術前の尿培養で *Enterococcus faecalis* を認め , 手術 1 週間前よりバンコマイシンを投与し手術を行った . 術後 13 日目の UG で吻合部リークを認め , 術後 27 日目の UG 上も同様の所見を認めたため , CT, MRI を施行したところ , 吻合部に長径 3cm 大の膿瘍を認めた . 会陰部の圧迫により排膿が認められたため連日の洗浄と圧迫排膿を実施した . また排膿促進のため尿道カテーテルを 14Fr から 12Fr へとサイズを変更した . 膿培養の結果は Negative だったが術前の尿培養の結果からバンコマイシンの投与を再開した . その後の画像評価で徐々に膿瘍が縮小したため術後 60 日目に UG を施行したところ吻合部リークは改善していた . 尿流測定上 ,1 回排尿量 90ml, 最大尿流率 19.5ml/s, 残尿 0ml であったため , 術後 65 日目に尿道カテーテルを抜去した . 現在術後 5 ヶ月時点で再狭窄は認めず経過良好である .AAU 術後の吻合部リークの原因精査にエコーや MRI などの画像評価が有効であり , さらに根気強い保存療法が奏功する可能性が示された .

一般演題 21

021-3 術後再発に対して GC+Nivolumab 療法を行った尿道憩室癌の 1 例

○中島 宏親[1)]、田中 元[2)]、芝原 彰良[1)]、坂 孝太[1)]、
坂上 祐樹[1)]、吉岡 彩織[1)]、大島 勝太[1)]、原 尚史[1)]、
小林 祐介[1)]、小川 貢平[1)]、小池 千明[1)]、井上 圭太[1)]、
和田 耕一郎[1)]
1）島根大学医学部泌尿器科学講座
2）大田市立病院泌尿器科

52 歳女性。排尿困難と会陰部腫瘤を主訴に紹介元を受診した。CT、MRI で尿道全周を取り巻く 33x33x44 mm の腫瘍を認めたが転移はなく、内視鏡で尿道から腫瘍は観察できなかった。経膣的針生検により腺癌と診断され、治療目的に当科紹介となった。尿道癌 cT2N0M0 として、ロボット支援腹腔鏡下膀胱尿道全摘・回腸導管造設・骨盤内リンパ節郭清術を施行した。病理組織学的診断は腺癌 NOS であった。免疫組織染色で尿路上皮由来を示唆する CK7・CK20 陽性、腺上皮系マーカーも陽性であることから、尿道憩室内の腺上皮化生した尿路上皮細胞由来の腺癌と考えられ、尿道癌 pT3N0M0 と診断し経過観察とした。術後約 4 ヶ月の CT で 10mm 大の左鼠径リンパ節腫大を認め、FDG-PET/CT で同リンパ節と局所に FDG の有意な集積を認め術後再発と診断した。希少癌のひとつである尿道癌は標準治療が確立されておらず、本邦ガイドラインでは推奨レジメンは無い。NCCN ガイドラインでは術後再発には膀胱癌の治療に準ずることが提示されている。また、本症例では Nectin-4 が陰性であったことから、根治切除不能な膀胱癌の標準治療のひとつである GC+Nivolumab 療法を選択した。4 コース施行した時点で SD を維持しており、有害事象としては Grade 2（CTCAE v5.0）の悪心と好中球減少を認めるのみであった。術後再発を来した尿道憩室癌に対して、GC+Nivolumab 療法を実施した 1 例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

一般演題 21

021-4 バルーン損傷を契機に尿道海綿体動静脈瘻を発症し、難治性尿道出血を呈した一例

○右田 敏起[1)]、坂梨 壱成[1)]、松丸 右京[1)]、有薗 奈穂[1)]、
濱崎 和代[1)]、岡 保伸[1)]、元島 崇信[1)]、三上 洋[1)]、
渡邊 紳一郎[1)]、工藤 康一[2)]、池田 理[3)]、
1）済生会熊本病院　泌尿器科
2）済生会熊本病院　消化器内科
3）済生会熊本病院　心臓血管外科

症例は 58 歳男性。胃静脈瘤に対する経静脈的塞栓術目的で入院中、X 月 Y 日、治療前に尿道カテーテル挿入を施行された。蒸留水注入時に抵抗感と尿道出血を認め、当科に紹介された。尿道損傷と診断し、18Fr 2way 尿道カテーテルを留置し安静を図った。翌日には出血は認められなかったが、X 月 Y+2 日より外尿道口からの間欠的出血が再発した。X 月 Y+7 日の膀胱鏡検査では、球部尿道の 7 時方向に粘膜裂傷と血餅の付着を認めた。活動性出血はなく、尿道カテーテルを留置せず経過観察とした。しかしその後も出血は持続し、貧血が進行したため X 月 Y+11 日に造影 CT を施行。尿道海綿体部に動静脈シャント（AV shunt）形成を認めた。これは持続勃起症の原因となり得る病態であるが、尿道損傷部からの出血により持続勃起症は回避されていると推定された。X 月 Y+13 日に選択的動脈塞栓術（TAE）を施行し、術後速やかに尿道出血は消失した。尿道バルーン損傷は臨床上しばしば経験されるが、本症例のように動静脈瘻を形成し、TAE による介入が必要となった稀な一例として報告する。

一般演題 21

021-5 倉敷中央病院における陰茎折症の経験

○村上 薫、杉原 山太、鬼寅 真吾、大西 智己、松田 伊織、
奥野 智也、砂田 拓郎、宇都宮 紀明、寺井 章人、
井上 幸治
倉敷中央病院　泌尿器科

(目的) 陰茎折症は稀な性器外傷であるが、迅速な診断と適切な治療が必要とされる。当院で経験した陰茎折症について報告する．(対象と方法) 2010 年 4 月から 2025 年 3 月までの間に当院で陰茎折症と診断した 6 例を対象とした．発症誘因，症状，診断方法，治療方法，および術後の合併症に関して調査した．(結果) 年齢の中央値は 34 歳（22 ～ 49）．受傷起転は就寝時の寝返りが 3 例で，2 例が自慰行為中、1 例が性交中であった．全例で受傷時に破裂音を確認した。尿道損傷を合併した症例はなかった．術前エコーは 5 例に、MRI は 5 例に施行された。術前のエコーもしくは MRI によりすべての症例で術前に白膜の断裂部位を同定が可能であった．全例で手術治療が行われ白膜断裂部の縫合が施行された。受傷から手術までの時間の中央値は 7 時間（3 時間～ 32 日間）であった。術後観察機関の中央値は 45 日 (14-132 日) で勃起不全（ED）を認めた症例はみられなかった。(結語) 陰茎折症の診断自体は問診と視診から可能ではあるが、エコーもしくは MRI により白膜断裂部の同定が可能となり、陰茎折症の正確な診断に有用と考えられた。術後観察期間が短いものの術後の性機能は良好に保たれていた。

一般演題 22

022-1 RARP 術前の頭部 MRI 撮影に関する検討

○西川 貴雄、能崎 将一、品川 友親、山内 寛喜、高田 昌幸、
河野 眞範、小松 和人、角野 佳史
福井赤十字病院　泌尿器科

【緒言】ロボット支援前立腺全摘除術（RARP）をはじめとする気腹下頭低位の手術は、未破裂脳動脈瘤のある患者では禁忌とする施設もある。当院では術前検査の一貫として原則的に頭部 MRI を撮影し、脳動脈瘤が発見された場合は脳神経外科に対診を行ったうえで方針を決定している。当院における RARP 術前の頭部 MRI の結果と手術に与えた影響をまとめ報告する。【方法】2016 年 2 月から 2025 年 3 月までに当院で実施された RARP 術前の頭部 MRI の結果および動脈瘤が発見された場合の対応をまとめた。【結果】観察対象期間中に当院で施行された RARP は 345 例であり、そのうち脳動脈瘤が指摘されたのは 28 例 30 箇所であった。部位の内訳は内頚動脈 19 箇所、前交通動脈 5 箇所、前大脳動脈 1 箇所、中大脳動脈 2 箇所、脳底動脈 1 箇所、椎骨動脈 1 箇所、上小脳動脈 1 箇所。大きさの範囲は 1-7 mm、中央値 3 mm であった。いずれも脳神経外科対診にて過度な高血圧を避ければ手術可能と判断されており、術中術後に動脈瘤破裂をきたした症例はなかった。術後に血管造影で治療された症例は 1 例であった。【結論】RARP の安全な施行のため、術前の頭部 MRI 撮影は有用と考えられた。

一般演題 22

022-2 徳島大学病院における hinotori および da Vinci を用いたロボット支援下前立腺全摘除術の周術期成績の比較検討

○安宅 真利花、矢野 哲弘、小林 早紀、湊 亮詠、塩崎 啓登、大豆本 圭、佐々木 雄太郎、冨田 諒太郎、楠原 義人、布川 朋也、山口 邦久、山本 恭代、古川 順也
徳島大学大学院医歯薬学研究部　泌尿器科学分野

【目的】当院では 2011 年 10 月より da Vinci Surgical System によるロボット支援下前立腺全摘除術（RARP）を開始し、2021 年 4 月からは国産ロボット手術支援機器 hinotori を導入している。近年、他診療科でのロボット手術の普及に伴い、hinotori による RARP の症例も増加している。本研究では、da Vinci と hinotori を用いた RARP の周術期成績について比較検討を行った。【方法】2023 年 12 月～ 2025 年 3 月の間に当院で前立腺癌に対して RARP を施行した患者を対象に、後方視的に解析を行った。手術は 11 名の泌尿器科医によって施行され、hinotori 群（n=54）および da Vinci 群（n=30）に分類した。術前リスク因子を調整した上で傾向スコアマッチングを実施し、各群 21 名ずつの計 42 例を比較対象とした。【結果】手術時間（da Vinci 群 : 248.1 ± 52.8 分 vs. hinotori 群 : 263.7 ± 49.2 分 , p=0.328）、コンソール時間（188.9 ± 54.5 分 vs. 204.9 ± 46.1 分 , p=0.310）、出血量（200.7 ± 240.7 mL vs. 136.0 ± 205.3 mL, p=0.354）は、いずれも有意差は認めなかった。また、切除断端陽性率は da Vinci 群 28.6%（6/21）、hinotori 群 23.8%（5/21）であり、有意差は認められなかった（Fisher 検定 , p=0.734）。【結論】本研究において、hinotori と da Vinci を用いた RARP の周術期成績に有意な差は認められなかった。これにより、hinotori を用いた RARP も da Vinci と同等の有効性を有する可能性が示唆された。

一般演題 22

022-3 ロボット支援前立腺全摘除術における陰茎海綿体神経部分温存が術後性機能と排尿機能に及ぼす影響についての検討

○榎 迪洋、森實 修一、山元 惇史、大松 留実子、山根 浩史、西川 涼馬、木村 有佑、藤井 央法、山口 徳也、引田 克弥、武中 篤
鳥取大学医学部　器官制御外科学講座　腎泌尿器学分野

【目的】本研究ではロボット支援前立腺全摘除術（RARP）における陰茎海綿体神経温存術式が術後性機能及び排尿機能に与える影響について検討した。【研究方法】2010 年 10 月から 2022 年 3 月までに当院で RARP を実施した症例のうち、ホルモン療法や放射線療法施行歴がない症例を対象とした。術前の国際勃起機能スコア（IIEF）質問票で回答が得られた 440 名を、3 群（A 群 : 片側または両側神経温存、B 群 : 両側神経部分温存、C 群 : 片側神経部分温存または両側神経非温存）に分けて術後排尿機能について評価した。また、術前に IIEF 設問 1 の回答が 2 点以上であった 207 名について、3 群間で性機能改善の比較検討を行った。【結果】各群の症例数は A 群 172 例、B 群 72 例、C 群 196 例で、術前 IIEF 設問 1 が 2 点以上であったのは A 群 101 例、B 群 37 例、C 群 69 例であった。術後 36 ヶ月までにパッド 0 枚となったのは全体で 70.7%、A 群 77.3%、B 群 70.8%、C 群 64.8% であった。A 群では C 群と比較して尿失禁の有意な改善を認めたが (p < 0.01)、B 群との間には有意差を認めなかった (p=0.13)。また、術後 36 ヶ月時点で IIEF 設問 1 が 2 点以上に改善した症例は全体で 50.7%、A 群 62.4%、B 群 45.9%、C 群 24.6% であった。A 群は他の群と比較して有意な改善が得られ (p < 0.01)、B 群も C 群と比較して勃起機能改善の傾向が見られた (p=0.0554)。【結語】RARP における両側神経部分温存は、術後の性機能および尿禁制回復に一定の効果があることが示唆された。

一般演題 22

022-4 RARP におけるポートサイトヘルニアのリスク因子と Endo Close の関係

○小山 歓、大竹 慎二、岩本 源矢、岩佐 絵連、苅部 樹里衣、柴田 洋祐、臼井 公紹、小林 一樹
横須賀共済病院　泌尿器科

【目的】ロボット手術の周術期にはヘルニアを始めとした合併症がつきまとう。ロボット手術では径の比較的太いエアシールを用いる。当院では RARP 後にエアシール部のポートサイトヘルニアを 2 例経験した。ヘルニア予防として Endo Close を導入して以降はエアシールポートヘルニアは起きていない。Endo Close 使用開始前と後とで患者背景因子など検討し、エアシールポートサイトヘルニアについてのリスク因子を検討した。【方法】2017 年 5 月から 2024 年 4 月まで当院にて RARP を施行した前立腺癌患者 647 名を対象に年齢、BMI、手術時間、出血量、入院期間、eGFR、血清アルブミン値、糖尿病の既往、喫煙歴、ヘルニアの有無を解析した。【結果】Endo Close 開始前後で入院期間と喫煙歴で有意差を認めた。入院期間は RARP 開始後に入院診療パスを見直し、在院日数を短縮した影響と考える。喫煙歴に関しては経験の蓄積に伴いリスク因子の多い症例に対しても手術を行うようになった影響と考える。使用開始前後で糖尿病既往・腎機能・栄養状態・年齢で有意差は認めなかった。Endo Close 導入後にポートサイトヘルニアは起きていなかった。【結論】ヘルニアの有無でも検討したが、ヘルニア合併患者が 2 例と少ないため統計的に正しいか否かは疑問の余地が残る。両群間で有意差となるものは Endo Close の使用も含めてなかった。しかしながら使用開始後はヘルニアをみていないことから予防として効果があると考える。

一般演題 22

022-5 完全後腹膜アプローチによるロボット支援腎尿管全摘除術後の術後創部評価

○宮﨑 健[1)]、宮原 拓也[1)]、山下 聖也[1)]、横山 理子[1)]、立花 昌寛[1)]、江本 大紀[1)]、冨永 光将[1)]、青柳 力夫[1)]、郡家 直敬[1)]、岡部 雄[1)]、森 直樹[2)]、中村 信之[1)]、羽賀 宣博[1)]
1）福岡大学医学部　腎泌尿器外科学講座
2）田川市立病院

【緒言】腹腔鏡下腎尿管全摘除術 (LNU) では、膀胱部分切除術の際に、下腹部に 10cm 程度の切開創が必要であった。一方で、完全後腹膜アプローチによるロボット支援腎尿管全摘除術 (RRANU) の場合は、下腹部切開創は不要であり、術後創部の疼痛・整容性において LNU より良好であることが期待される。今回、RRANU と LNU の術後創部評価を比較した【対象・方法】対象は、腎尿管全摘除術を施行した 40 例。方法は、RANU 群と LNU 群で、術後の鎮痛剤使用回数、術後 1 週間目 VAS scale、DAS59 scale(創部外見評価) を比較検討した。【結果】RRANU:23 例、LNU:17 例であった。VAS scale (RRANU:LNU=:10 ± 14(点):33 ± 22(点),p=0.01) は、有意に RRANU 群で良好であった。鎮痛剤の使用回数 (RRANU:LNU=:1.7 ± 2.4(回):2.9 ± 2.2(回),p=0.24) は 2 群間で有意差は認めなかったが、RRANU 群で使用回数が少ない傾向であった。DAS59 scale (RRANU:LNU=:11 ± 18(点):32 ± 38(点),p=0.03) は、RRANU 群で有意に低値であった。【結語】LNU と比較して、RANU 群では術後創部痛の早期改善を認め、また、整容面でも良好な結果であった。

一般演題 23

023-1 腎尿管全摘除術前の尿管鏡検査と腎尿管全摘除術後の膀胱内再発に関する検討

○澄川 涼太、松元 崇、種子島 時祥、塚原 茂大、牟田口 淳、後藤 駿介、小林 聡、塩田 真己、江藤 正俊
九州大学病院　泌尿器・前立腺・腎臓・副腎外科

【目的】腎盂尿管癌といった上部尿路上皮癌は疾患頻度としては稀な悪性腫瘍であるが、泌尿器科医が遭遇する疾患としてはそれなりに珍しくない。上部尿路上皮癌の診断には尿細胞診、腹部超音波検査、CT urography 検査を行うが、これだけで確定診断に至るのが難しい症例もあり、その際は尿管鏡検査を施行して診断精度を高めていく。今回腎盂尿管癌の診断目的に行われる尿管鏡検査の安全性および有効性と、腎尿管全摘除術後の膀胱内再発に与える影響について検討する【対象】対象は 2012 年 1 月から 2024 年 12 月に腎盂尿管癌の診断のために尿管鏡検査を施行した症例および人尿完全摘除術を施行した症例を膀胱内再発率などについて検討した。

一般演題 23

023-2 当院における後腹膜アプローチでのロボット支援腹腔鏡下腎尿管摘除術 RANU の初期経験

○窪田 雄介、吉崎 宇蘭、佐藤 陽介
新東京病院　泌尿器科

【目的】当院では 2024 年 5 月より RANU を施行している . 通常は経腹膜アプローチで施行しているものの , 腹腔内癒着や併存疾患に伴い経腹膜アプローチでの施行困難が予想される場合などに後腹膜アプローチを選択する場合がある . その治療成績や有害事象について文献的考察を交え報告する . 【対象】2024 年 4 月から 2025 年 5 月までに当院で RANU を施行した 11 例のうち , 後腹膜アプローチで行われたのは 2 例であった . 【結果】＜症例 1 ＞ 74 歳男性 . 右腎盂癌 . 下腸間膜動脈レベルの最大短径 58mm の腹部大動脈瘤に対しステントグラフト留置術後 . 手術時間 284 分 , コンソール時間 188 分 , 出血量 50ml. ＜症例 2 ＞ 76 歳男性 . 右尿管癌 . 下行結腸癌術後 . 手術時間 336 分 , コンソール時間 231 分 , 出血量 150ml. 経腹膜アプローチで行った 9 例の症例データは次の通り . 男性 7 例 , 女性 2 例 . 腎盂癌 7 例 , 尿管癌 2 例 . 患側は右側 6 例 , 左側 3 例 . 年齢中央値 74(62-85) 歳 , 手術時間中央値 282(241-320) 分 , コンソール時間中央値 201(160-256) 分 , 出血量中央値 50(50-200)ml. いずれの症例でも尿管下端はカフ切除とし , 膀胱は 2 層で縫合した . 開放移行例はなく , 輸血施行例もなかった .Grade3 以上の周術期合併症（Clavien-Dindo）は認めなかった . 【結語】当院における RANU は後腹膜アプローチにおいても経腹膜アプローチと変わりなく , 膀胱カフ切除含め大きな有害事象もなく施行することができた .

一般演題 23

023-3 ペプチドーム解析と RNAseq のデータを用いた予後解析

○上田 翔平、山田 茂智、溝口 瞳、小西 高俊、佐藤 親子、恩塚 雅子
加野病院　泌尿器科

免疫チェックポイント阻害剤（ICI）の効果予測因子として、腫瘍遺伝子変異量（TMB）やネオ抗原が数多くの報告で示唆されている。一方でネオ抗原量が少なくても ICI が奏功する症例も少なからず存在し、ネオ抗原のみで ICI の治療効果を説明できない症例も数多く存在する。　がん抗原という視点から遺伝子解析をするにあたり、まずペプチドーム解析と RNAseq のデータセットを用いて、腫瘍抗原を推定するアルゴリズムを構築した。本アルゴリズムは、NetMHC や AxelF など既報のアルゴリズムと比較して、Precision-Recall AUC が有意に高く、より精度が高いことが示された。　ヒトデータベースの TCGA や GTEx を用いて、本アルゴリズムを基に、ネオ抗原以外の正常たんぱく質由来遺伝子の腫瘍特異性に基づく Gene signature を構築した。膀胱癌や悪性黒色腫などの ICI 治療の RNAseq のデータベースを解析したところ、腫瘍特異性 Gene signature はネオ抗原と独立した予後予測因子であることが示された。　本研究により、ネオ抗原のみならず、より広く腫瘍特異性を評価することで、ICI の予後予測の精度が高くなることが示唆された。

一般演題 23

023-4 pT3N0M0 上部尿路上皮癌における再発・癌死の独立危険因子の検討

○窪田 理沙、栗原 侑生、徳永 素、和田里 章悟、久住 倫宏、市川 孝治、津島 知靖
NHO 岡山医療センター　泌尿器科

【背景】上部尿路上皮癌において pT3N0M0 病期は再発・死亡リスクが高いが、その危険因子は十分に確立されていない。本研究では、多変量解析により同病期における再発および癌死の独立危険因子を明らかにすることを目的とした。
【方法】当院で 2003 年から 2023 年に根治的腎尿管全摘除術を施行した pT3N0M0 上部尿路上皮癌患者 47 例を対象に後方視的解析を行った。膀胱内再発・局所再発・遠隔転移・癌死について、単変量および多変量解析（Cox 比例ハザードモデル）を実施した。
【結果】年齢中央値は 76（50-91）歳、男性 35 例、女性 12 例であった。原発巣は腎盂 20 例、尿管 27 例で、術後補助化学療法は 11 例（23.4%）で施行された。膀胱癌の同時発生は膀胱内再発の独立危険因子であり（HR: 4.35, p=0.014）、リンパ節郭清の未施行は局所再発（HR: 4.66, p=0.020）、遠隔転移（HR: 6.11, p=0.010）および癌特異的死亡（HR: 6.11, p=0.0063）の有意な独立危険因子であった。また、リンパ管侵襲陽性も癌死リスクを上昇させる傾向を示した（HR: 1.75, p=0.473）。
【結語】pT3N0M0 上部尿路上皮癌において、膀胱癌の同時発生とリンパ節郭清の有無は再発・死亡に強く影響する独立因子であり、術前評価および術後管理における重要な指標となる可能性がある。

一般演題 23

023-5 進行尿路上皮癌患者におけるPembrolizumab療法に対するサルコペニアの影響について

○武井 航平、梅澤 聖太、古藤野 茉莉子、名越 晶彦、
渕澤 寛崇、国分 英利、中村 岳、植松 稔貴、戸倉 祐未、
別納 弘法、木島 敏樹、安士 正裕、釜井 隆男
獨協医科大学病院　泌尿器科

【背景】近年、多くの研究においてサルコペニアや体組成と悪性疾患の治療成績不良の関係性が報告されている。以前我々はICI療法を行った進行腎癌患者においてサルコペニアが予後、治療成績に影響をすることを報告した。今回我々は進行尿路上皮癌患者における2nd line Pembrolizumab療法の予後、治療効果にサルコペニアや体組成が関与するかを検討した。【方法】当施設で2018年から2024年までにPembrolizumab療法を行った進行尿路上皮癌患者を対象とした。サルコペニアは治療前に施行したCT画像を用いて、横断像の第3腰椎レベルで骨格筋量を計測、skeletal muscle indexを計算、Martinらの定義に従って評価し、同画像で総脂肪量も算出した。サルコペニア、総脂肪量がOS、PFSに影響するかをKaplan-Meier法・log-rank検定にて分析した。【結果】対象患者数は81名であった。OS中央値はサルコペニアを有する症例で12ヶ月、サルコペニアの無い症例で11カ月となり有意差を示さなかった(P=0.9581)。PFSにおいても同様の結果であった。総脂肪量は中央値にて2群に分けて分析を行ったが、こちらもOS、PFSに対しての有意な影響を示さなかった。【結論】当院での症例では既知の報告に反し、サルコペニア、体組成は進行尿路上皮癌患者におけるPembrolizumab療法に対し影響を持たないことが示された。この原因を考察するとともに一次治療時点からの体組成の変化率が影響するかなど、さらに検討し報告する。

一般演題 23

023-6 抗生剤使用が尿路上皮癌に対する免疫チェックポイント阻害薬の治療効果に与える影響の検討

○吉岡 勇人、白根 拓、井開 拓実、秋山 耕亮、福岡 憲一郎、
繁田 正信
国立病院機構呉医療センター中国がんセンター

【背景】腸内細菌叢は免疫チェックポイント阻害薬（ICI）の効果に関与し、抗生剤による腸内環境の変化がICI治療成績に影響を与える可能性が指摘されている。尿路上皮癌におけるその影響は明確でなく、臨床的検討が求められている。【目的】進行性または転移性UCに対するICI治療において、抗生剤使用の有無および投与時期が治療成績に与える影響を明らかにする。【方法】当院で2021～2025年にICI（ペムブロリズマブまたはアベルマブ）を投与された転移性または切除不能UC患者を後ろ向きに解析した。ICI開始前後±60日以内の抗生剤使用の有無により群分けし、PFSおよびORRを比較した。【結果】対象は38例で、ペムブロリズマブ投与が26例、アベルマブが12例であった。平均年齢は68.8歳、男性は63%であった。抗生剤使用群は非使用群と比較してPFSが短く、ORRも低い傾向を認めたが、いずれも有意差はなかった。【結論】進行性UCにおいて、ICI治療前後の抗生剤使用は治療効果を低下させる可能性があり、慎重な使用判断が求められる。

一般演題 24

024-1 切除不能尿路上皮癌に対するエンホルツマブ ベドチンの有効性について ---MICAN-UC studyより

○角田 俊雄[1)]、山川 真季[1)]、多田 靖弘[1)]、沢田 雄一郎[2)]、
二宮 郁[3)]、松村 正文[3)]、橋根 勝義[4)]、三浦 徳宣[5)]、
雑賀 隆史[5)]
1）済生会今治病院　泌尿器科
2）愛媛県立今治病院　泌尿器科
3）愛媛県立中央病院　泌尿器科
4）独立行政法人国立病院機構　四国がんセンター　泌尿器科
5）愛媛大学大学院医学系研究科　泌尿器科学

【目的】切除不能尿路上皮癌の治療は現在エンホルツマブ ベドチン(EV)+ペムブロリズマブ(Pem)が標準となっている。これまで行われてきた化学療法の有効性について、後ろ向きに検討し、今後の治療計画に役立てることを目的とした。【対象】愛媛県下泌尿器科医会所属の施設で、2017年12月1日から2024年6月30日までに化学療法を施行した根治切除不能または転移性の尿路上皮がん症例を対象とした。ただし、化学療法後に根治手術可能となった症例は除いた。【結果】全登録症例は243例でEV療法は53例に施行された。年齢中央値は74歳、施行回数中央値は4コースであった。2次治療として施行された症例は27例、3次治療が26例であった。CR:1例(2.0%)、PR:17例(33.3%)、SD:21例(41.2%)、PD:12例(23.5%)、duration of responseは3.9ヶ月、EV開始からの全生存期間中央値は11.1ヶ月であった。2次治療と3次治療の全生存期間中央値はそれぞれ19.0ヶ月と6.6ヶ月であった(P=0.150)。Grade 3以上の有害事象は24例(45.3%)に認め、主な有害事象は、貧血8例(15.1%)、皮疹8例(15.1%)であり、皮疹のうち2例はStevens-Johnson syndromeであった。【結論】切除不能尿路上皮癌に対するEVの効果は限定的であり有効率は35%であった。原発巣切除の有無、2次と3次治療の間で有意差は認めないもののlate phaseではさらに有効性が低下する傾向であった。今後の治療計画を考える上で参考になる結果であった。

一般演題 24

024-2 当院における進行性尿路上皮癌に対するEnfortumab Vedotin単剤療法の治療経験

○鶴井 極己、森中 啓文、神田 弘太、宮里 恵太、
丸谷 尚樹、常 泰輔、新川 平馬、覺前 薫、平田 啓太、
杉山 星哲、藤井 智浩、宮地 禎幸、小村 和正
川崎医科大学附属病院

【目的】川崎医科大学附属病院における進行性尿路上皮癌に対するEnfortumab Vedtin単独療法の治療経験を報告する。【対象と方法】2021年1月1日から2025年3月31日までに当院で進行性尿路上皮癌に対してEnfortumab Vedtinを投与した18例を対象として、臨床的背景、治療成績、有害事象などについて後方視的に検討した。【結果】治療開始時の年齢中央値は80（61-86）歳で男性9例、女性9例であった。原発巣は膀胱9例、上部尿路9例で原発巣の摘除は11例（61%）に施行された。転移再発部位（重複あり）はリンパ節11例（61%）、肺8例（44%）、肝臓7例（39%）、骨5例（28%）、腹膜播種3例（17%）、後腹膜播種3例（17%）で、3次治療として14例（78%）に使用された。Enfortumab Vedtinの投与期間の中央値は6（1-17）か月で、近接効果はCR 1例（6%）、PR 11例(61%)、PD 6例(33%)であり、投与中止は進行の13例(72%)と有害事象の2例（11%）であった。有害事象は13例（72%）に認め、G3以上は5例であり、その内訳は末梢神経障害と味覚障害が7例(54%)ずつ、脱毛4例(31%)、掻痒症3例(23%)、倦怠感、食欲減退、皮疹がそれぞれ1例ずつであった（重複あり）。発現時期に関しては、味覚障害、皮膚反応が早期に、末梢神経障害は比較的後期に出現していた。【結論】当院におけるEnfortumab Vedtin単独療法の治療成績は諸家の報告と同様であり、安全、有効な治療方法であった。

一般演題 24

024-3 尿路上皮癌に対する Enfortumab vedotin・Pembrolizumab 併用療法の治療効果と安全性の検討

○大竹 慎二、小山 歓、岩本 源矢、岩佐 絵連、苅部 樹里衣、柴田 洋祐、臼井 公紹、小林 一樹
横須賀共済病院　泌尿器科

【目的】尿路上皮癌に対する 1st line の治療選択肢として Enfortumab vedotin・Pembrolizumab(EVP) 療法が使用可能となったが、国内における実臨床でのデータはまだ限られている。本研究は、尿路上皮癌に対する EVP の治療効果と有害事象の実態を明らかにすることを目的とした。【方法】2024 年 10 月から 2025 年 6 月までに当院にて 1st line として EVP 療法を施行された進行性または転移性尿路上皮癌患者 14 名を対象に奏効率・有害事象を後方視的に解析した。患者は男性 11 名、女性 3 名。年齢中央値は 75 歳。原発巣は膀胱癌 5 名、尿管癌 3 名、腎盂癌 6 名。RECIST に基づいた標的病変は原発 8、肺 3、肝臓 3、リンパ節 2、再発 1。ECOG PS は 0 が 10 名、1 が 3 名、2 が 1 名。腎機能は eGFR ＞ 90 は 0 名。60-90 3 名、30-60 9 名。＜ 30 2 名。【成績】観察機関中央値は 107 日であり、奏効率は 57％ (CR 4、PR 4、SD 3、PD 3) であった。有害事象は 64％で認められた。皮疹が最も多く 7 例、下痢 4 例、味覚障害 2 例が続いた。Grade3 以上の有害事象は 3 例に皮疹が、1 例に副腎不全、筋炎が認められた。【結論】本研究の結果は、EVP が実臨床においても良好な奏効率を示す可能性を支持するものである。EVP は尿路上皮癌に対して有効であり、管理可能な安全性プロファイルを有する治療選択肢と考えられる。

一般演題 24

024-4 切除不能尿路上皮癌に対するペムブロリズマブの有効性について ---MICAN study-UC より

○沢田 雄一郎[1)]、雑賀 隆史[2)]、三浦 徳宣[2)]、橋根 勝義[3)]、山下 夏美[3)]、矢野 明[4)]、松崎 信治[4)]、二宮 郁[5)]、松村 正文[5)]、濱田 斉[1)]
1）愛媛県立今治病院
2）愛媛大学医学部泌尿器科学講座
3）国立病院機構四国がんセンター
4）松山赤十字病院
5）愛媛県立中央病院

目的：切除不能尿路上皮癌の治療は現在エンフォルツマブ・ベドチン（EV）+ ペムブロリズマブ（Pem）が標準となっている。そこで、これまで行ってきた薬物療法の有効性について後ろ向きに検討し、今後の治療計画に役立てる。対象：愛媛県下泌尿器科医会所属の施設で、2017 年 12 月 1 日から 2024 年 6 月 30 日までに化学療法を施行した切除不能尿路上皮癌症例を対象とした。結果：全登録症例は 243 例で Pem 療法は 161 例に施行された。1 次治療として施行された症例は 45 例、2 次治療が 105 例、3 次治療が 11 例であった。Objective response rate はそれぞれ 34.2％、25.8％、20.0％、全生存期間（OS）中央値は 20.6 ヶ月、9.4 ヶ月、16.9 ヶ月であった。1 次治療と 2 次治療の間で全生存率に有意差を認めた（P=0.028）。2 次治療群は 1 次治療群に比べ上部尿路がんが多く（50.4％ vs 26.7％）、原発巣摘除症例が少なかった（61.9％ vs 8.9％）。原発巣摘除症例のみに限ると 1 次治療と 2 次治療の間で差はなくなった（25.1 ヶ月 vs 25.8 ヶ月）。また原発巣摘除群では OS 中央値は 25.1 ヶ月に対し非摘除群では 8.0 ヶ月であった（P ＜ 0.001）。結語：切除不能尿路上皮癌に対する Pem の効果は限定的であり 1 次治療で使用しても 34％の有効率であった。原発巣非切除群ではさらに有効性が低下することが明らかとなった。現在の初回治療は EV+Pem が標準であり、治療計画を考える上で参考になる結果であった。

一般演題 24

024-5 千葉県がんセンターにおける転移性尿路上皮癌に対するエンホルツマブベドチン治療の実臨床成績

○山崎 賢太郎、池原 哲郎、新納 潤、鈴木 一弘、米田 慧、小林 将行、小丸 淳
千葉県がんセンター　泌尿器科

【目的】エンホルツマブベドチン（EV）は、2021 年 9 月より本邦において化学療法後に増悪した根治切除不能な尿路上皮癌に対し使用可能となった。今回、当センターにおける EV 治療の症例数が蓄積されたため、初期治療経験に加えて、最新の治療成績を報告する。【方法・対象】2021 年 9 月から 2025 年 6 月にかけて当センターで EV 療法を施行した転移性尿路上皮癌 18 例を後方視的に解析した。対象は男性 11 例、女性 7 例、原発巣は膀胱癌 12 例、腎盂尿管癌 6 例。治療開始時にリンパ節転移 12 例、遠隔転移 9 例を認めた。【結果】年齢中央値は 74 歳（39 ～ 84 歳）、観察期間中央値は 13.2 ヶ月。最良治療効果は PR 10 例（55.6%）、SD 6 例（33.3%）、PD 2 例（11.1%）であった。Grade 3 以上の有害事象は 9 例に認め、皮疹、掻痒感、末梢神経障害、肝障害、血小板減少、腎障害、高血糖、筋肉痛などがみられた。AE により治療中止となった症例は 7 例、病勢進行による中止も 7 例であった。【結論】EV-301 試験において、EV は従来の化学療法に比べて OS および PFS を有意に延長し、有害事象の発現率も許容範囲とされた。本研究でも PR 率 55.6% と良好な奏効が得られ、一定の治療効果が実臨床でも再現されることが示唆された。一方で、有害事象による治療中止が高率に見られた点は、日常診療において副作用マネジメントの重要性を再認識させる結果であった。EV は有望な治療選択肢であるが、個々の患者に応じた適切な介入と管理が求められる。

一般演題 24

024-6 根治切除不能な尿路上皮癌における一次化学療法後のアベルマブ維持療法の多施設共同チャートレビュー研究（JAVEMACS）：Bajorin Risk Score サブグループの検討

○西原 聖顕[1)]、三浦 徳宣[2)]、矢津田 旬二[3)]、田岡 利宜也[4)]、古川 順也[5)]、荘野 道宏[6)]、根岸 孝仁[7)]、北村 寛[8)]
1）久留米大学　医学部　泌尿器科学講座
2）愛媛大学大学院　医学系研究科　泌尿器科学
3）熊本大学大学院　生命科学研究部　泌尿器科学講座
4）香川大学　医学部　泌尿器・副腎・腎移植外科
5）徳島大学大学院　医歯薬学研究部　泌尿器科学分野
6）メルクバイオファーマ株式会社　メディカル本部
7）九州がんセンター　泌尿器・後腹膜腫瘍科
8）富山大学　学術研究部医学系　腎泌尿器科学

【目的】JAVEMACS チャートレビュー研究により、日本の実臨床における根治切除不能な尿路上皮癌に対するアベルマブ維持療法の有効性が示された。本研究では、Bajorin Risk Score 別のサブグループ解析の結果を報告する。【方法】国内の大学病院及びがんセンター 26 施設が参加した多施設共同後向きカルテレビュー研究で、2021 年 2 月から 2023 年 12 月までにアベルマブ維持療法を開始した局所進行または転移性尿路上皮がん患者を対象とした。アベルマブ維持療法開始時の特性に基づき、内臓転移あり及び ECOG PS 2 以上を 1 点とする 0-2 点ごとのサブグループに分類し、患者背景、治療パターン、及び治療効果の検討を行った。【成績】解析対象 350 例のうち、0/1/2 点が 232/109/4 例、不明が 5 例で、観察期間の中央値は 14.6 か月であった。アベルマブ維持療法開始時からの全生存期間の中央値 (95% CI) は、未到達 (31.2-NE [推定不能])/ 22.6 (17.1-NE)/ 未到達 (1.5-NE) か月で、無増悪生存期間の中央値 (95% CI) は 9.1 (6.9-13.1)/ 5.3 (3.1-6.9)/7.4 (1.2-NE) か月であった。アベルマブ維持療法を中止した患者のうち、二次治療を受けた割合は 72/ 69/ 25 % であり、2 次治療におけるエンフォルツマブ　ベドチンの割合は 67/ 68/ 0 % であった。【結論】局所進行性または転移性尿路上皮癌におけるアベルマブ維持療法は、Bajorin Risk Score によって治療成績が異なる傾向にあった。

一般演題
ポスター

ポスター１

P-1-1 尿管動脈瘻の３例

○矢澤 浩治、前川 高熙、尾崎 泰起、瀧上 夏未、稲垣 裕介、本郷 祥子、高田 晋吾
大阪けいさつ病院 泌尿器科

（緒言）尿管動脈瘻は、尿管と動脈との間に瘻孔を形成することにより出血をきたし重篤な状態になりうる稀な疾患である。当院で経験した尿管動脈瘻の３例を報告する。（症例１）72 歳女性。子宮頸がんに対して化学放射線療法の既往あり。再発に対して膀胱尿道膣全摘除術、回腸導管造設術施行。両側水腎症、腎機能悪化に対して両側 SJ カテーテルを留置。交換の際に左腹痛、多量の出血と血圧低下認めた。左尿管動脈瘻と診断し､左総腸骨動脈にステントグラフト内挿術を行った。（症例２）82 歳、女性。子宮頸がんに対して化学放射線治療の既往あり。両側水腎症、腎機能障害に対して両側 DJ カテーテルを留置。途中から尿管ステントをメタルステントに変更。その交換の際に出血を、血圧低下を認めたため右尿管動脈瘻と診断し右外腸骨動脈にステントグラフト内挿術を行った。（症例３）81 歳、女性。大腸がんに対して手術歴、放射線治療歴あり。右尿管結石に対して右 DJ カテーテル留置中。DJ カテーテル交換の際に出血を来たしショック状態となったため右尿管動脈瘻の疑いにて当科へ転院。転院後４日目に再度、出血を来たしたため緊急でステントグラフト内挿術を行った。（結語）尿管動脈瘻の３例を経験した。いずれの３例も骨盤内に放射線治療の既往があり、放射線治療後の長期尿管ステント留置には尿管動脈瘻のリスクがあることを念頭に置く必要がある。

ポスター１

P-1-2 当院における修正 Valdivia 体位を応用した 10 症例

○藤井 照護[1)]、谷川 堅太郎[1)]、安田 幸平[1)]、吉田 毅[1)]、呉竹 景介[2)]、福田 敦史[2)]、原田 修治[2)]、飯原 清隆[3)]、杉 貴臣[4)]、東島 克佳[4)]
1）福岡和白病院
2）新行橋病院
3）新水巻病院
4）産業医科大学

2021 年 4 月に ECIRS が保険適応され、修正 Valdivia 体位が周知されるようになった。2023 年 3 月から 2025 年 3 月までに当院で修正 Valdivia 体位を用いて治療を行った 10 例の症例を報告する。症例は、回腸導管狭窄１例、傍腎盂嚢胞・腎盂尿管移行部狭窄症１例、前立腺膿瘍＋腎周囲膿瘍１例、新膀胱造設後の結石性腎盂腎炎１例、尿管狭窄１例、腫瘍による片側尿管口閉塞１例、両側尿管口閉塞４例の計 10 例である。回腸導管狭窄例では腎瘻造設後、軟性膀胱鏡でガイドワイヤーを把持し体外に引き出した。ガイドワイヤー越しにバルンカテーテルを導管内に留置した。傍腎盂嚢胞・腎盂尿管移行部狭窄症例では、嚢胞穿刺および RP を実施した。前立腺膿瘍＋腎周囲膿瘍例では、前立腺膿瘍開窓術と腎周囲膿瘍穿刺を同時に行った。新膀胱造設後の結石性腎盂腎炎例では、腎瘻造設後、ガイドワイヤーを新膀胱内まで通し、逆行性に D-J ステントを留置した。尿管狭窄例では、逆行性ステント留置が困難であったため、腎瘻造設後、ガイドワイヤーを膀胱内まで通し、膀胱鏡で体外まで把持し、D-J ステントを留置した。腫瘍性尿管口閉塞例では、腎瘻造設と同時に尿管口周囲を切除し、順行性にガイドワイヤーを誘導して、逆行性に D-J ステントを留置した。修正 Valdivia 体位を用いることで、複雑な泌尿器疾患に対して効率よく手技を施行でき、体位変換や同時手技による手術時間の短縮および患者負担の軽減が期待できる。

ポスター１

P-1-3 新薬フルキンチニブにより直腸癌の播種巣が融解し左尿管の自壊を認めた１例

○吉永 香澄[1)]、羽井佐 康平[1)]、森 滉平[1)]、山野井 友昭[1)]、河田 達志[1)]、定平 卓也[1)]、富永 悠介[1)]、岩田 健宏[1)]、片山 聡[1)]、門脇 大輔[2)]、重安 邦俊[2)]、別宮 謙介[1)]、荒木 元朗[1)]
1）岡山大学病院　腎泌尿器科学分野
2）岡山大学病院　消化器外科学

【諸言】大腸癌に対し、血管内皮増殖因子受容体への選択性を有する経口チロシンキナーゼ阻害剤フルキンチニブが使用され始めた。今回、同薬により直腸癌の播種巣に巻き込まれた左尿管が融解し、留置中の尿管ステントが腹腔内に露出した１例を経験した。【症例】53 歳女性。直腸癌術後、骨盤内リンパ節転移による左尿管の通過障害で定期左尿管ステント交換中であった。20XX 年５月よりフルキンチニブ治療が開始となった。翌月、心窩部痛と血尿が出現。CT で S 状結腸穿孔を認め、急性汎発性腹膜炎と診断し緊急開腹手術を施行。腹腔内は腹膜播種が広がり、虫垂・回腸末端や S 状結腸等が播種巣に巻き込まれていた。S 状結腸背側に膿瘍腔とともに穿孔を認め、さらに背側に融解した左尿管と 5cm 長の露出した左尿管ステントが確認された。辺縁から尿の流出があり、融解した尿管の頭側に播種結節を認めた。尿管 - 尿管吻合は困難と判断し、中枢側は２箇所で結紮切断処理、抹消側の尿管は播種に覆われ同定困難であったため処置は行わなかった。発症から時間経過しており、左尿管周囲の播種が S 状結腸へ浸潤し穿孔した結果限局的に膿瘍を形成、それに接する左尿管が融解したと考えられた。新規に右水腎症も認め、全身状態の回復をみながら腎機能担保治療を選択した。【結論】尿管自壊という非常に稀な病態を経験し、様々な因子を総合して泌尿器科的な治療方針を決定した。若干の文献的考察を加えて報告する。

ポスター１

P-1-4 リンパ節転移を伴う右腎盂肉腫の術前診断にてロボット支援腎尿管全摘除術、リンパ節郭清を施行した炎症性筋線維芽細胞腫瘍の１例

○河野 眞範、西川 貴雄、能崎 将一、品川 友親、山内 寛喜、高田 昌幸、塚原 健治、小松 和人、角野 佳史
福井赤十字病院　泌尿器科

70 代女性。肺癌に対し精査中、右腎盂腫瘤を認め当科紹介。検尿異常なし。造影 CT で右腎盂に 15mm の早期濃染される多血腫瘤および IVC 背側に腫大したリンパ節を複数認め転移疑い。MRI も同様所見。逆行性腎盂造影では腎盂に defect あり腎尿細胞診は class2 であった。右腎盂癌 cT2N1M0、鑑別疾患として NET、腎盂に進展する腎細胞癌、Castleman 病などが考えられた。呼吸器外科と検討にて肺手術を先行し、原発性肺癌 pT1N0M01 で補助療法無しとなった。尿管鏡検査で腎盂に突出する腫瘤あり粘膜はやや不正、同部の生検で肉腫様組織であり脂肪肉腫疑い、尿路上皮癌肉腫様癌も鑑別に挙がるとの結果であった。右腎盂肉腫リンパ節転移の診断でロボット支援腎尿管全摘術、大静脈リンパ節郭清術を施行した。IVC 背面のリンパ節郭清のため、後腹膜アプローチにて施行、腎を摘出してしまうと IVC を腹側に牽引しづらくなると考えリンパ節剥離を先行、その後一塊に腎尿管を摘出。病理結果は紡錘形細胞が束状、錯綜して増殖する腫瘍で尿路上皮癌成分なしリンパ節転移なし。IgG4 陽性形質細胞あり。SMA 陽性、AE1/AE3、desmin、h-caldesmon 一部陽性。炎症性筋線維芽細胞腫瘍（ただし筋繊維芽細胞や平滑筋への分化を示す間質系腫瘍の否定は困難）の診断となった。当院は腎尿管全摘にて通常リンパ節郭清は行なっておらず、手技に慣れていないがロボットであれば安全に手術を行うことが可能であった。

P

ポスター1

P-1-5 当院での腎・腎盂外傷の治療経験

○岡 保伸、坂梨 壱成、瀬口 芳智、右田 敏起、阿南 公輝、松丸 右京、有薗 奈穂、南 隆広、濱崎 和代、元島 崇信、占部 裕巳、三上 洋、渡邊 紳一郎
社会福祉法人　恩賜財団　済生会熊本病院　腎・泌尿器センター

症例1は80歳男性。トイレで転倒しているところを発見され近医受診。右腎損傷疑いとなり当院搬送。Grade3bの右腎損傷の診断となり、同日TAE施行。その後は保存的加療のみで経過良好であった。症例2は58歳男性。バイク乗車中に転倒し受傷。近医受診し右腎嚢胞穿破疑いとなり当院搬送。当院精査で菲薄化した右腎実質および拡張した腎盂周囲に液体貯留を認めた。採血でCre値およびK値の上昇を認め尿の再吸収が疑われ、腎盂損傷と診断。その後K値が9.1mmol/Lまで上昇したため同日緊急透析施行。翌日腎瘻造設術を施行したが、周囲液体貯留が残存しており、また腎も菲薄化していたことから受傷4日目に腎摘除術施行。術後はK値上昇もなく経過良好であった。症例3は15歳男児。自転車走行中に側溝へ転落し受傷。近医受診し右腎損傷疑いとなり当院搬送。Grade3bの右腎損傷および右尿管損傷の診断。来院時バイタルサイン安定しており保存的加療方針となったが、翌日に血圧低下し腎周囲血腫の拡大も認めたためTAE施行。出血は制御されたものの、尿溢流による後腹膜液体貯留を認め、尿管ステント/後腹膜ドレーンの留置を行ったが尿溢流は減少しなかった。無水エタノール動注による腎下極部分廃絶術や腎瘻造設術、また腎断裂部へのボルヒール散布も施行したが、最終的に尿溢流の改善乏しく受傷63日目に腎摘除術施行。術後は経過良好であった。以上3例の外傷治療経験に若干の文献的考察を加えて報告する。

ポスター1

P-1-6 尿管結石を契機に破裂し、その後の血腫形成により交通路が自然閉鎖したと思われる巨大腎嚢胞の1例

○岩田 翔平[1)]、竹村 光太郎[1)]、吉田 于杏[1)]、堀 真衣[1)]、久米 春喜[2)]
1）埼玉メディカルセンター
2）東京大学医学部附属病院　泌尿器科・男性科

【緒言】腎嚢胞の自然破裂は稀であり、特に尿管結石を誘引とした報告は少ない。今回我々は、尿管結石による腎盂内圧上昇が誘因と考えられた巨大腎嚢胞破裂と、その後の自然閉鎖という稀有な経過を経験したため報告する。【症例】75歳男性。既知の左巨大腎嚢胞に対し、嘔気で当院救急外来を受診。CTで嚢胞破裂と膀胱結石を認めた。発熱と炎症反応高値を認め、感染合併を疑いドレナージ目的に嚢胞にドレーンを留置した。また、経尿道的逆行性腎盂造影を施行し、嚢胞と腎盂の交通を認めたためDJステントを留置した。当初ドレーンからの排液は続いたが、ドレーン交換後の出血を契機に排液は減少し、ドレーン造影で交通路の自然閉鎖を確認した。DJステントとドレーン抜去後、嚢胞の増大なく経過良好である。【結語】尿管結石による腎盂内圧上昇は、腎嚢胞破裂の稀な誘因として鑑別に挙げるべきである。本症例はそれに加え、ドレナージ後の血腫形成が交通路の自然閉鎖に寄与した可能性も示唆された。類例の少ない臨床経過を考察する上で興味深い症例であった。

ポスター1

P-1-7 尿管皮膚瘻造設50年後に出口部に発生した扁平上皮癌

○野田 啓介[1)]、山下 聖也[1)]、横山 理子[1)]、立花 昌寛[1)]、江本 大紀[1)]、冨永 光将[1)]、青柳 力夫[1)]、郡家 直敬[1)]、宮﨑 健[1)]、岡部 雄[1)]、森 直樹[2)]、中村 信之[1)]、羽賀 宣博[1)]
1）福岡大学医学部　腎泌尿器外科学講座　福岡大学病院　腎泌尿器外科
2）田川市立病院　泌尿器科

症例は64歳男性。14歳時に先天性仙骨形成不全による神経因性膀胱・膀胱尿管逆流に対して、交叉性尿管尿管皮膚吻合術が施行され、尿管皮膚瘻を造設した。34歳時に血液透析導入され、以後無尿状態となった。尿管皮膚瘻造設50年後の64歳時に出口部に65mm大の乳頭状腫瘍及び同部位からの出血を認め、当科紹介受診となった。CTにてリンパ節転移、遠隔転移は認めなかったが、MRIにて腫瘍の外腹斜筋への浸潤を認めた。腫瘍摘出の方針となり、腫瘍、外腹斜筋の一部、尿管の末梢側を一塊とし摘出し、残存尿管は結紮した。病理診断は高分化型扁平上皮癌であり、外腹斜筋への浸潤は認めたが、皮下脂肪組織、尿管、および脈管やリンパ管への浸潤はなく、切除断端は陰性であった。追加治療は施行せず、術後6ヶ月現在、再発や転移なく経過している。本邦において、尿管皮膚瘻出口部に扁平上皮癌を認めた症例は本症例を含め5例のみであり、尿管皮膚瘻造設から発症まで、平均で20年の経過であった。発症機序は、パウチとの摩擦やステント交換、尿浸潤などの尿管皮膚瘻への慢性刺激が原因とされている。一方、本症例は、長期の無尿状態で皮膚瘻出口部からの尿排泄がなく、長期間パウチの装着も施行していなかったため、外部からの慢性刺激が軽微であった。そのため50年という長期の経過で扁平上皮化生がおこり、同部位が扁平上皮癌へ進展したことが推察された。

ポスター1

P-1-8 膣異所開口を伴う完全重複尿管に対し膀胱尿管新吻合術を施行した1例

○寺下 誠人、毛利 晨佑、大野 毅、岡 明博
市立宇和島病院

症例は6歳女児。4歳時にオムツが外れた頃より、昼夜を問わず持続する尿失禁を認め、当科を受診。膀胱造影検査にて膀胱の変形を認め、神経因性膀胱が疑われたため、経過観察とした。6歳時になっても失禁が持続したため、再度当科を受診。骨盤部MRIにて尿管膣瘻が指摘された。また、右腎上極に萎縮腎を認め、そこから起始する完全重複尿管が膣内に異所性開口している所見を得た。造影CTにおいても同様の所見が確認された。完全重複尿管に伴う尿管膣瘻と診断した。Pfannenstiel切開で異所開口尿管に対し膀胱尿管新吻合術を施行した。術後経過は良好で、尿失禁は完全に消失した。膣異所開口を伴う完全重複尿管のため持続的尿失禁のある小児に対し、膀胱尿管新吻合術を施行し良好な経過を得られた症例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

P

ポスター1

P-1-9 VUR消失後に膀胱直腸機能障害（BBD）とUTIの再燃を認め、再介入を要した2例

○重松 有沙、吉田 大樹、赤峰 翔、秋武 奈穂子、此元 竜雄
福岡市立こども病院　泌尿器科

【緒言】
VURは自然消失が期待されるが、BBDを伴う症例では、消失後にUTIが再発し、再介入を要することがある。今回、VUR消失後にBBDとUTIの再燃を認め、追加の治療を要した2例を経験したので報告する。
【症例1】
13歳8か月女児。6歳時にBBDを伴う左VUR Grade 2および左重複腎盂尿管を認め、予防的抗菌薬投与（CAP）と排便指導で保存的に加療した。DMSA腎シンチグラフィでは左腎瘢痕を認めたが、8歳時にVURは自然消失しCAPを中止。しかし9歳時にUTIを再発し、排尿・排便コントロール不良によるBBDの再燃を認めた。最終的に同年、左膀胱尿管新吻合術（Cohen法）を施行した。
【症例2】
17歳1か月女児。12歳時にBBDを伴う左VUR Grade 2を指摘され、CAPと生活指導を行い、1年でVURは自然消失した。以降受診が途絶えていたが、UTIを頻回に発症するようになり、16歳時に当科再診。腹部エコーにて残尿増加や膀胱壁肥厚を指摘され、透視下尿流動態検査ではVURの再発は認めないものの、低活動膀胱や排尿筋括約筋協調不全を疑う所見を認めた。MRIで脊髄の異常所見はなく、神経因性膀胱は否定された。現在はウロセラピーと定時排尿を中心に保存的に管理中である。
【考察】
VURが消失しても、BBDの再燃によりUTIが再発し、再度の介入を要することがある。VURの消失をもって治癒とみなすのではなく、BBDの継続的な評価とフォローアップが重要である。

ポスター2

P-1-10 限局性前立腺癌における年齢層別の治療選択の傾向

○知念 尚之、吉岡 拓哉、呉屋 真人、大城 吉則
中部徳州会病院

【目的】限局性前立腺癌の治療選択が年齢でどのように変化するかを検討した。【方法】2024年1-12月に当院で前立腺針生検および画像診断で限局性前立腺癌と診断し、治療方針が確定した65-79歳78例を対象とした。年齢を5歳刻みで3群(65-69・70-74・75-79歳）に分け、手術・放射線治療・ホルモン療法・監視療法を比較し、手術と非手術の割合を比較検討した。【結果】各群の症例数は20例・31例・27例であった。手術率は65-69歳65％・70-74歳42％・75-79歳26％、放射線治療率は同15％・32％・37％、ホルモン療法率は同0％・13％・15％、監視療法率は同20％・13％・22％であった。手術と非手術の比率は年齢で有意に異なり、加齢に伴い非手術が増加した。【考察】年齢があがると非侵襲的治療を選ぶ傾向にあることが示された。70代前半は手術と非手術が拮抗する臨界期であり、期待余命や患者価値観を踏まえた共有意思決定が重要と考えられる。【結論】年齢は限局性前立腺癌治療の侵襲度を規定する独立因子であり、高齢患者では低侵襲治療が選択される傾向にある。小規模単施設研究であり、リスク因子の検討も含め更なる検証が求められる。

ポスター2

P-1-11 腰痛精査で前立腺癌の骨転移と診断され内分泌療法を初診日から開始するも、症状増悪して3週間で死亡した1例

○堀永 実、伊藤 咲、森本 あさひ、丹羽 直也、進藤 雅仁、三浦 引志、森永 正二郎
日野市立病院

症例は、76歳男性。循環器内科に定期受診された際に、3週間前からの腰痛を訴えたため、整形外科へ依頼された。単純MRIで、腰椎にT1W1低信号、DWI高信号の画像所見を認め、多発骨転移疑いであり、PSA　40.11であったため、原発巣として前立腺癌が疑われ泌尿器科に依頼された。直腸診では前立腺に硬結を触知しなかった。PSA高値、画像診断をふまえ、前立腺癌の骨転移と診断して、デカリレクスとビカルタミドの併用の内分泌治療を開始した。内分泌治療開始後3日目に、腰痛が強く緊急入院となった。腰痛強いため、麻薬の投与を開始するもコントロールは不良であった。入院後は発熱が継続した。入院後11日目に前立腺針生検が施行され、Adenocarcinoma、Gleason score 4+4, 9/12cores　(両葉より）であった。入院3日目以降の採血では、異常細胞を認め、入院14日目に血液内科に依頼をして、同日、骨髄穿刺が施行された。PSA値は、内分泌治療開始7日目は22.275、19日目は9.593と低下を認めた。内分泌治療開始20日目（入院18日目）に急変して死亡した。死亡時には、骨髄穿刺の結果は未着であり、死因究明のために病理解剖を施行した。病理解剖では、前立腺癌はT2cN0M0であった。全身に白血病細胞の浸潤を認め、骨髄にはびまん性に骨膜外浸潤を伴っていた。急性単球性骨髄性白血病（M5b）と前立腺癌の重複癌と診断、直接死因は、白血病細胞の全身浸潤による腫瘍死と診断された。

ポスター2

P-1-12 癌遺伝子パネル検査でTMB-highにてPembrolizumab投与も短期間でトルソー症候群を発症し不幸な転帰となった去勢抵抗性前立腺癌の1例

○佐藤 俊介、築山 才駒、小林 元気
王子総合病院泌尿器科

症例は70歳台男性。左側腹部痛、排尿障害にて近医受診しPSA979ng/mlのため当科紹介となった。直腸診にて左葉に硬結、超音波検査にて同部位に低エコー域、辺縁不整を認めた。前立腺針生検・除睾術を施行しGleason4+5、CTにて多発リンパ節転移、精嚢浸潤、骨シンチでは骨転移は認めず、cT3bN1M1a前立腺癌と診断した。初診より1か月時PSA304ng/mlにてビカルタミド追加、6か月時PSA51ng/mlにてエンザルタミドに変更、9カ月時に大腸癌にて根治手術を施行した。その際腰痛にてMRI施行しL4転移を認め放射線照射した。初診時より11か月時PSA103ng/mlにてドセタキセル・プレドニン(DP)療法導入とした。DP5コース目でPSA39ng/ml、DP11コース目でPSA92ng/ml、骨シンチにてTh9, 12の転移を認め病勢進行と判断、癌遺伝子パネル検査(CGP)を施行した。CGPにてTMB-high検出されたため、Pembrolizumab導入とした。Pembrolizumab投与9日目早朝に突然の意識障害(JCS300)を認め、MRIにて中大脳動脈領域の広範な梗塞巣、MRAにて中大脳動脈閉塞を認めた。血栓回収療法を行うも翌朝永眠された。多少の文献的考察を加え報告する。

P

ポスター２

P-1-13 Implications of RA223 Treatment Selection Using the BSI Index

○武田 宗万、古賀 有香、中野 洋二郎、石黒 茂樹、
宮地 俊希、上柳 祐也
公立陶生病院

Objective: Ra223 has long been approved for the treatment of CRPC with bone metastases. We report a retrospective prognostic analysis of Ra223 cases performed at our department Methods: Fifty-three patients who received RA223 treatment at our institution from 4/2017 to 9/2023. BSI was compared in three groups (0.7, 0.7-1.4, 1.4-low, intermediate, and high) to confirm the influence of bone metastasis spread. The survival after CRPC was analyzed by Kaplan-Meier and prognostic factors were analyzed by multivariate analysis Results: Age 73.5 years, iPSA 104 ng/ml , mean number of treatments 5.02 times.The group that completed 6 treatments showed a significantly improved prognosis compared to the group that did not complete treatment. The high BSI group had a worse prognosis than the low-medium group, but there was no difference between the low and intermediate groups. Conclusion: The intermediate BSI group showed almost the same response to Ra223 treatment compared to the low BSI group. The BSI index may be useful not only for prognosis prediction but also for treatment selection in the Ra223 treatment of castration-resistant prostate cancer with bone metastases.

ポスター２

P-1-14 経直腸的前立腺生検後に発症した遅発性重度直腸出血の１例

○河野 浩之、池田 健一郎、小林 加直
中国労災病院　腎泌尿器外科

86 歳男性。心房細動、狭心症の既往あり抗血栓薬内服中。検診で PSA4.3 ng/ml を指摘され当科紹介。MRI で左辺縁域に PI-RADS カテゴリー 3 を示す 10mm 大の病変を認めた。抗血栓薬休薬後、経直腸的前立腺生検 10 ヶ所施行、直腸出血なく終了した。同日夜に発熱あり、急性前立腺炎として CMZ の点滴を開始した。生検後 3 日目、オムツに血塊の排出、血圧低下あり。緊急下部消化管内視鏡検査にて直腸歯状線口側 11 時方向に動脈性出血を認め、凝固止血・クリッピング施行した。止血後 2 日目に退院した。経直腸的前立腺生検後の重度な直腸出血は時にみられるが、生検後数日を経て発症する遅発性出血は稀である。 前立腺生検後の直腸出血について文献的考察を踏まえて報告する。

ポスター２

P-1-15 ロボット支援根治的前立腺全摘除術術後の排便障害における大建中湯の有効性について

○松本 真璃花、今村 有佑、菱川 慎吾、田中 基晴、
白藤 朋輝、田村 貴明、佐藤 航大、山田 康隆、佐塚 智和、
坂本 信一
千葉大学医学部附属病院

【目的】ロボット支援手術を行った患者において、術後排便障害をきたすことがある。そこで、前立腺癌に対しロボット支援根治的前立腺全摘除術（RARP）術後の排便障害における大建中湯の有効性を検討した。【対象と方法】限局性前立腺癌の診断にてロボット支援根治的前立腺全摘除術を行った患者に、術後１日目より大建中湯１日３包 毎食前 の内服治療を行った症例を投与群、大建中湯投与を行わなかった群を非投与群とし、患者背景、術後排便状態の変化について後方視的に検討を行った。排便障害のスコアリングは、便秘スコア Constipation scoring system（CSS）を用いて、便性状はブリストル便性状スケール（BSFS）を用いた。【結果】大建中湯投与群と、非投与群を比較すると、年齢、前立腺体積、iPSA 値、手術時間、コンソール時間、出血量等については有意差を認めなかったが、投与群では術後第一排便までの日数が有意に短かった（2.5 日 vs 3.3 日；p = 0.048）。術後 CSS の合計スコアに有意な差を認めなかったが、術前のベースラインからの変化としては投与群の方が低い傾向にあった。また BSFS スケールを比較すると、投与群の方が非投与群と比較しスコアが高くなる傾向にあった。【結語】限局性前立腺癌に対するロボット支援手術術後の排便障害に大建中湯の内服治療は有効である可能性が示唆された。

ポスター２

P-1-16 当院における転移性去勢感受性前立腺癌の初回治療に関する検討

○計屋 知彰、城田 武士、中西 裕美、西村 直樹
JCHO 諫早総合病院　泌尿器科

緒言：転移のある去勢感受性前立腺癌（以下 mCSPC）の予後は限られている。しかし mCSPC が予後良好であり、日本人にはホルモン治療の効果が高いとする意見も散見される。当院での mCSPC 患者の初回治療および予後について検討を行なった。対象と方法：2019 年 1 月から 2025 年 5 月までに当院にて mCSPC 初回治療を開始された患者 141 名を後方視的に検討した。mCSPC 初回治療の内容は、ビカルタミドを用いた複合ホルモン療法（以下 CAB）が 102 名に対して行われていた。一方アパルタミド、アビラテロン、エンザルタミド、ダロルタミド＋ドセタキセル（以下 Doublet/Triplet）は 39 名に対して行われていた。Doublet/Triplet は経時的に増加する傾向にあった。結果：患者背景では Doublet/Triplet 群と比較して年齢が CAB 群で有意に高かったが、初診時 PSA や生検グリソンスコア、初診時病期に有意差を認めなかった。全体集団の全生存率は中央値 5.95 年、CRPC までの期間（以下 TTCRPC）は中央値 1.83 年だった。CAB 群の OS は中央値 5.88 年で、Doublet/Triplet 群と有意差を認めなかった（p=0.120）。TTCRPC は CAB 群で 1.49 年で、Doublet/Triplet 群と比較し有意に不良であった（p < 0.001）。また PSA 低下率も CAB 群で有意に不良であった (p=0.021)。 結後：当院でも CAB 群では CRPC までの期間が有意に短く、主要な大規模臨床試験の結果と概ね一致していた。mCSPC に対する初回治療の第一選択はやはり Doublet/Triplet 療法と思われた。

ポスター２

P-1-17 BRCA analysis 陰性であったが FoundationOne で BRCA2 陽性となった転移性去勢抵抗性前立腺癌の一例

○竹山 晴香、中村 元洋、山下 達人、岩井 純平、小林 和樹、樋口 耕介、深沢 賢
船橋市立医療センター

症例は 59 歳男性 . X 年 10 月に夜間頻尿 , 血精液症で前医受診 . 血液検査で PSA25.3 ng/mL と高値であったため精査目的に当院紹介された . 単純 CT 検査 , MRI 検査 , 骨シンチグラフィ , 前立腺生検術等 , 精査の結果前立腺癌多発骨転移 cT4N1M1ab, GS5+4 の診断となった .
初期治療として triplet 療法を開始 . アンドロゲン遮断療法として両側精巣摘除術を選択した . 治療効果判定として PSA 測定は 1 ヶ月ごと , 画像評価（造影 CT 検査 , 骨シンチグラフィ）は 3~6 ヶ月ごとに行った . ドセタキセル 5 コース目で Grade 3 の末梢神経障害出現し , ドセタキセルは休薬とした . ドセタキセル終了後 , PSA は緩徐に増悪し , 画像でも原発巣 , 転移巣の増悪と新規骨転移病変を認めた . 結果 , X+1 年 9 月に遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌と診断し , 二次治療としてカバジタキセルの投与を開始 . BRCA analysis 陰性であったが , 若年かつ PSA の顕著な上昇 , 自覚症状の悪化を認めたため , FoundationOne を施行した . FoundationOne で BRCA2 陽性を確認したため , カバジタキセル 3 コースまで投与したところで , X+1 年 12 月にタラゾパリブとエンザルタミドの 2 剤併用療法に移行した . タラゾパリブ , エンザルタミド開始後は PSA は順調に漸減し , 画像上も増悪なく現在 6 ヶ月経過している .
今回 , BRCA analysis 陰性であったが FoundationOne で BRCA2 陽性となった転移性去勢抵抗性前立腺癌の一例を経験したため , 若干の文献的な考察を加えて報告する .

ポスター３

P-1-18 LH-RH アゴニストによる注射部位反応と内科的去勢困難を契機に前立腺全摘除術に至った前立腺癌の一例

○木山 満就、和田里 章悟、栗原 侑生、徳永 素、窪田 理沙、久住 倫宏、市川 孝治
NHO　岡山医療センター

症例は 60 代男性。X-5 年に PSA 6.90ng/mL と高値あり当科紹介。前立腺針生検で悪性所見なく PSA フォローの方針としたが、X 年 1 月に PSA 9.68ng/mL へ上昇し再生検。cT2aN0M0、GS 3+3 の前立腺癌と診断された。若年であり前立腺全摘を勧めたが、術後尿失禁を懸念され X 年 7 月よりリュープロレリンによるホルモン治療を開始。初回投与前の PSA は 11.16ng/mL、1 ヶ月後には 5.312ng/mL へ低下、3 ヶ月製剤に切り替え X+1 年 4 月には 0.656ng/mL まで低下した。しかし、第 4 回投与から 1 ヶ月後に右下腹部に潰瘍を伴う硬結を認め皮膚科的治療を要した。局所注射反応と考え上腕投与に変更したが、再び 5cm 大の皮下嚢胞を形成した。PSA は上昇傾向を示し、血清テストステロン値は正常範囲であった。局所注射反応を繰り返したためゴセレリンへ変更したが、注射部位反応こそ認めなかったものの、PSA 値はさらに上昇、血清テストステロン値も依然正常範囲にあった。内科的去勢困難と判断し、X+2 年 1 月にロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術を施行した。術後病理は ypT2cN0M0、GS 3+3 で viable cell の残存を認めた。以降再発無く尿禁制も良好に経過している。LH-RH アゴニスト製剤における投与部位局所反応は知られているが、本症例のように投与部位変更後も症状を繰り返し、他剤 LH-RH アゴニストに変更後も内科的去勢が得られなかった経過は稀である。薬剤耐性獲得の可能性を踏まえて振り返り、今後の診療に資する症例として報告する。

ポスター３

P-1-19 複数回骨折で骨密度低下が判明した、ホルモン併用放射線療法後の若年前立腺癌患者の１例

○横塚 大和[1)]、太田 詔[1)]、堤 秀孔[1)]、納谷 幸男[3)]、鈴木 啓悦[2)]
1）翠明会　山王病院
2）東邦大学医療センター　佐倉病院
3）帝京大学ちば総合医療センター

前立腺癌に対するホルモン療法の代表的な副作用として、骨粗鬆症が挙げられる。今回、若年の前立腺癌患者に対しホルモン併用放射線療法施行後、短期間での骨密度低下を来した症例を経験したため報告する。
症例は 58 歳男性、既往歴に先天性ミオパチーがあり短距離杖歩行や長距離車椅子移動を行っているが、障がい者スポーツに取り組んでおり、生活歴・運動歴は良好であった。20XX-5 年に前立腺癌 cT1cN0M0 と診断され、ホルモン併用放射線療法が開始となった。開始時の骨密度は Ca 0.711 g/cm^2、同年齢比較 95%、YAM92% であった。
PSA 値の推移は良好であり 20XX-3 年でホルモン療法終了となったが、20XX-2 年に足首を捻り左第 3 趾中足骨骨折、20XX 年に再度足首を捻り左腓骨遠位端骨折、転倒による胸椎骨折と短期間で複数回の骨折が生じた。再度骨密度測定を行うと、Ca 0.518 g/cm^2、同年齢比較 70%、YAM67% と骨密度低下を来していることが判明した。
ホルモン療法による骨密度低下は確認されているが、若年で運動・生活歴が問題なく、3 年間という短期間で骨密度低下を来した症例は検索得た限り認めなかったため、少数の文献を交えて報告する。

ポスター３

P-1-20 転移性去勢抵抗性前立腺癌においてドセタキセル療法中止後も PSA 低下が持続した１例の報告

○平田 寛、日吉 浩一郎、徳永 貴範、藤井 央法、清水 宏輔、小林 圭太、白石 晃司
山口大学

74 歳男性。PSA5401ng/mL で前立腺癌と診断され、Gleason 4+5=9、骨転移を認めたが内臓転移はなく、高リスク mHSPC と診断された。アビラテロン + プレドニゾロンを開始し、15 か月後に PSA 再上昇と骨転移の進行から mCRPC と診断。ドセタキセル 8 コース施行後、末梢神経障害により中止したが、PSA はその後も低下し、2 年以上再上昇なく推移している。mCRPC において早期中止後も長期奏効を示した稀な一例として報告する。

ポスター3

P-1-21 エンザルタミド加療に抵抗を示したのちに肺腫瘍血栓性微小血管症(PTTM)を発症した前立腺癌の1例

○久冨木原 良平、香久山 裕史、明瀬 祐史
立川病院　泌尿器科

・背景腫瘍性血栓性肺微小血管症（Pulmonary tumor thrombotic microangiopathy：PTTM）は、癌細胞が肺小動脈内へ進展し線維細胞性の血管内膜増殖が原因で肺動脈の腫瘍塞栓と血栓形成を認める稀な病態である。今回我々は、エンザルタミド治療に抵抗性を示したのちに、PTTMを発症した前立腺癌症例を経験したため報告する。・症例2011年6月、65歳時にPSA25.9にて前立腺針生検施行。Gleason score 4+3=7、cT3bN0M0の前立腺がんの診断となった。潰瘍性大腸炎加療中であり放射線治療は希望されず、ビカルタミド開始の上、除睾術を施行した。2014年11月CRPCとなりエンザルタミド開始となった。2023年3月PSA5.71と上昇ありアビラテロンに変更した。ドセタキセル導入を検討されるもご本人の拒否が強く、2023年12月PSA35.45で再度エンザルタミドに変更していた。2024年5月にはPSA235まで上昇していた。同月絞扼性イレウスにて緊急手術を行った。術後より低酸素血症を認め、術後7日目に右心カテーテル検査にて細胞診採取を行い、腺癌を疑う異型細胞を認めたためPTTMの診断となった。ドセタキセルを導入し、一時は酸素不要になるまで呼吸状態改善したが、2025年8月呼吸状態の急激な増悪あり緊急入院、翌日に死亡確認となった。・結論PTTMは急速に増悪する呼吸困難と肺高血圧症が特徴で、予後不良な病態である。担癌患者の呼吸不全では鑑別として考慮しておく必要があると考える。

ポスター3

P-1-22 エストラムスチンリン酸ナトリウムが奏効したSPOP変異を有する去勢抵抗性前立腺癌の一例

○西田　敬悟、渡辺 隆太、坂本 みき、信森 祥太、澤田 貴虎、新井 欧介、大西 智也、西村 謙一、福本 哲也、三浦 徳宣、宮内 勇貴、菊川 忠彦、雑賀 隆史
愛媛大学医学部附属病院　泌尿器科

71歳男性。20xx年10月、PSA75.9 ng/mL、Gleason score 5＋4の前立腺癌cT3bN0M1bに対し、ゴセレリンによる治療を開始するも効果不十分だった。20xx年7月よりドセタキセルを6コース施行。カバジタキセルは末梢神経障害により1コースで中止。エンザルタミド導入でPSAは0.05 ng/mLまで低下し、骨転移も画像上消失したため、20xx年8月にロボット支援下前立腺全摘＋骨盤リンパ節郭清を施行した。術後一時的にPSAは感度以下まで低下したが再上昇し、PSAは0.5 ng/mLに達した。画像検査で膀胱内腫瘍および骨盤リンパ節腫大を認め、ENZ再投与も無効でPSAは0.76 ng/mLに上昇。全摘標本を用いた遺伝子パネル検査（FoundationOne）にてSPOP F131R変異を同定。エストラムスチンリン酸ナトリウムを導入後PSAは速やかに低下し、6か月後には0.2 ng/mLまで減少した。SPOPはCUL3リガーゼ複合体の構成因子で、基質であるARをユビキチン化し分解を促す。SPOP変異によりARが蓄積し、ホルモン療法への感受性が増すとされる。本症例では、ホルモン受容体に作用するエストラムスチンリン酸ナトリウムが奏効し、SPOP変異の意義が臨床的に示唆された。遺伝子異常の理解は、既存薬の再評価や個別化医療の発展に寄与すると考えられる。

ポスター3

P-1-23 当院におけるmHSPCに対するTriplet療法の初期経験

○植松 稔貴、木島 敏樹、梅澤 聖太、古藤野 茉莉子、名越 晶彦、渕澤 寛崇、中村 岳、国分 英利、戸倉 祐未、武井 航平、安士 正裕、釜井 隆男
獨協医科大学病院　泌尿器科

本邦では2023年2月にmHSPCに対してTriplet療法が保険適用となった。そこで当院におけるTriplet療法の初期経験について報告する。対象は2023年2月から2025年5月までに当院でTriplet療法が導入されたのは15例。ドセタキセル6コース完遂できたのは10例、副作用等で中止となったのは3例、残りの2例は現在投与継続中である。中止理由はグレード3の肝機能障害、間質性肺炎、患者希望であった。当院でTriplet療法の導入された15例について、年齢の中央値は68歳、治療開始前PSAの中央値は381 ng/dL、グリソングレードはグループ3が1例、グループ4が4例、グループ5が10例であった。骨転移を有する症例は13例、2例は遠隔のリンパ節転移と肺転移をそれぞれ認めた。PFSの中央値は10か月であり、1例のみ投与14か月で骨転移の増悪を認めた。PSA＜0.2 ng/dLを達成したのは9例、PSA＜0.08 ng/dLを達成したのは7例であった。治療効果はCRが1例、PRが11例、不明もしくは評価していない症例が3例であった。副作用に関して、好中球減少症が9例、FNが2例、グレード3の肝機能障害が1例、その他グレード1-2程度の肝機能障害、皮疹、下痢が数例、副作用なしが2例であった。観察期間は短く、投与継続中の症例もあるが増悪を認めた症例は1例のみ、副作用もグレード3以上が見られるがコントロール可能であり、Triplet療法はmHSPCに対して安全かつ治療効果を期待できる治療と考えられる。

ポスター3

P-1-24 転移性前立腺癌患者におけるBone Modifying Agents（BMA）投与後に発生した薬剤関連顎骨壊死の実際

○佐藤 嘉晃、木田 和貴、重安 哲志、貝通丸 雅士、井上 裕之、阿部 立郎、相島 真奈美、志賀 健一郎、眞崎 拓朗、宮崎 薫、武井 実根雄、内藤 誠二、横溝 晃
原三信病院　泌尿器科

【目的】骨転移を有する前立腺癌患者に対し、当施設では骨関連事象予防のためゾレドロン酸またはデノスマブ（BMA）を投与し、定期的な歯科受診により薬剤関連顎骨壊死（MRONJ）の予防・早期診断・治療に努めている。本研究では実臨床におけるMRONJの発生頻度とリスク因子を検討した。【対象と方法】2012年12月～2024年12月にBMAを投与した転移性前立腺癌259例中、観察期間が3か月未満またはデータ欠損のある症例を除外し、167例を対象とした。【結果】BMA開始時年齢中央値74歳、PSA 16.58ng/mL、ALP 282U/L、Ca 9.3mg/dL、Hb 12.0g/dL、LDH 233U/Lであった。MRONJは29例（17.4%）に発生し、カプランマイヤー法を用いた2年累積発生率は16.6%（95% CI:10.8 − 25.1）であった。重症例（stage2以上）は48.3%、発症部位は下顎が最多（69%）、中央値発症期間は14.7か月であった。ロジスティック解析では、Ca ≦ 9.3mg/dLおよび14.7か月以上の投与期間が独立したリスク因子であった（p＜0.05）。【結語】定期歯科管理下でもMRONJ発症率は高く、重症例も多い。リスク因子を有する症例では、投与内容や期間の見直しが必要と考えられた。

P

ポスター 3

P-1-25 当院における塩化ラジウム (223Ra) 治療の臨床的検討

○佐藤 広明[1)]、内山 和彦[1)]、村山 裕太郎[1)]、新井 裕太郎[1)]、関根 啓太[1)]、杉山 真康[1)]、藤村 正亮[1)]、鈴木 啓悦[2)]、三上 和男[1)]
1）千葉県済生会習志野病院　泌尿器科
2）東邦大学医療センター佐倉病院　泌尿器科

【背景と目的】塩化ラジウム (^{223}Ra) (223-Ra) が骨転移を有する mCRPC に対して本邦承認され、まもなく 10 年が経過する。mCRPC 治療戦略が多様化する中、本治療のリアルワールドデータの一端を明らかにする事を目的とする。
【対象と方法】当院にて 2024 年 12 月までに 223-Ra を開始した 19 例を対象に、全生存期間に影響する因子や有害事象について後方視的解析を行なった。
【結果】年齢中央値は 77 歳 (範囲 ; 66 - 94) で、7 例 (36.8%) に ARSI, 18 例 (94.7%) に骨修飾剤が併用投与されており、全体群の OS 中央値は 25.2 ヶ月だった。6 回投与完遂群は 12 例 (63.1%) で、非完遂群と比し有意な生存期間延長を示した (26.4 ヶ月 vs. 5.0 ヶ月 , $P < 0.0001$)。統計学的有意差は認めなかったが、ARSI 併用群で生存期間が長い傾向だった (NR vs. 20.3 ヶ月 , P=0.0819)。CRPC への先行全身治療数 (< 2 vs. ≧ 2: NR vs. 13.4 ヶ月 , P=0.0039), 開始時 EOD (< 3 vs. ≧ 3: 26.4 vs. 6.9 ヶ月 , P=0.0170), 開始時 PSA (< 10 vs. ≧ 10: NR vs. 13.4 ヶ月 , P=0.0021) で、統計学的有意差を認めた。治療中骨折は 1 例で認め (G2 胸椎圧迫骨折)、血液毒性は G2 の貧血を 3 例 , G2 の汎血球減少を 1 例で認めた。
【考察】PEACE-3 試験の結果から、ARSI ならびに骨修飾剤併用下での 223-Ra 治療の再考も求められる中、リアルワールドデータの解明は mCRPC 治療戦略決定の一助となると考えられる。文献的考察を加えて報告する。

ポスター 4

P-1-26 当院における転移性去勢感受性前立腺癌（mCSPC）に対する Enzalutamide の治療成績

○中村 裕一郎、福島 始、倉田 博基、原田 淳樹、伊藤 五穂、荒木 杏平、光成 健輔、松尾 朋博、大庭 康司郎、望月 保志、今村 亮一
長崎大学病院　泌尿器科・腎移植外科

【目的】転移性去勢感受性前立腺癌（mCSPC）に対する薬物療法として、ADT + ARSI による Doublet 療法や ADT + Docetaxel + Darolutamide による Triplet 療法が広く行われている。当院で mCSPC に対して Enzalutamide を使用した治療成績について後方視的に検討した。【対象と方法】2020 年 8 月から 2025 年 4 月までに、当院において mCSPC に対する一次治療として Enzalutamide を投与された 30 例を対象とし、その有効性と安全性を解析した。臨床データは中央値（範囲）または症例数（%）で表記した。【結果】年齢は 71 歳（63―88）、BMI は 22.4 kg/m2（14.3―32.5）、初診時 PSA は 385.2 ng/mL（4.7―5370.4）であった。ISUP Grade Group は GG3 が 2 例（6.7%）、GG4 が 7 例（23.3%）、GG5 が 21 例（70.0%）であった。CHAARTED 試験における High volume は 24 例(80.0%)、Low volume は 6 例（20.0%）であった。PSA がベースラインから 90% 以上低下した症例は 28 例（93.3%）、PSA < 0.2 ng/mL を達成した症例は 23 例（76.7%）であった。中央値 23.5 ヶ月の追跡期間中に、5 例（16.7%）が去勢抵抗性前立腺癌（CRPC）へ移行し、2 例（6.7%）が前立腺癌死した。Grade 2 以上の有害事象は倦怠感と食思不振で、5 例（16.7%）において減量投与を要した。【結語】mCSPC に対する Enzalutamide は、高い PSA 奏効率と良好な忍容性を示した。今後さらなる症例の蓄積と長期追跡により、その有効性と安全性の検証を進めたい。

ポスター 4

P-1-27 当センターにおける転移性ホルモン感受性前立腺癌に対する enzalutamide と apalutamide の治療成績の比較

○鈴木 一弘、山崎 賢太郎、池原 哲郎、新納 潤、米田 慧、小林 将行、小丸 淳
千葉県がんセンター　泌尿器科

【目的】当センターにおける転移性ホルモン感受性前立腺癌（mHSPC）に対する enzalutamide(ENZ) と apalutamide(APA) の治療成績について比較検討する。【対象】2020 年 5 月から 2023 年 8 月までに ENZ または APA を一次治療として投与された mHSPC 患者各 25 例を後方視的に解析した。【結果】患者背景として、年齢、観察期間、iPSA、ISUP Grade Group、治療開始前転移部位等で両郡に有意差は認めなかった。PSA 低下率中央値は ENZ 群が 99.9%(95.1-99.9)、APA 群が 99.9%(64.6-99.9)、RECIST1.1 による PR 以上の治療効果を認めた症例は、ENZ 群 68%、APA 群 76% (P=0.748) と両群に有意差は認めなかった。全生存期間、PSA 無増悪生存期間の中央値はどちらの群も未到達であった。CTCAE の有害事象で全グレードの頻度は、ENZ 群 16% と APA 群 44%(P=0.062)、グレード 3 以上の頻度は ENZ 群 4% と APA 群 16%(P=0.342) といずれも有意差は認めなかったが、薬剤の有害事象により治療変更した頻度は ENZ 群 0 %、APA 群 16% と (P=0.047) と ENZ 群のほうが治療継続性においては良好な結果を認めた。【結論】当センターにおける mHSPC に対する ENZ と APA はいずれも良好な治療効果を認めた。副作用の頻度において ENZ と APA の有意差は認めなかったが、治療継続性において ENZ は APA と比較してより高い忍容性を示した。

ポスター 4

P-1-28 転移性前立腺癌に対する triplet 療法の当院における初期経験

○村山 裕太郎[1)]、内山 和彦[1)]、新井 裕太郎[1)]、関根 啓太[1)]、杉山 真康[1)]、佐藤 広明[1)]、藤村 正亮[1)]、鈴木 啓悦[2)]、三上 和男[1)]
1）千葉県済生会習志野病院　泌尿器科
2）東邦大学医療センター佐倉病院　泌尿器科

転移性去勢感受性前立腺癌（mCSPC）に対して、アンドロゲン除去療法（ADT）+ ダロルタミド + ドセタキセル併用療法（triplet 療法）の有効性が報告されている。当院で本治療を行った初期経験のうち、観察期間が 6 ケ月以上で画像検査を含む治療効果判定が可能だった 2 症例について報告する。症例 1 は 77 歳 ,PS0,iPSA 4726ng/mL ,GS4+4,cT2bN0M1bc, 骨 (EOD4,BSI 20.86)・肺転移を伴う mCSPC（CHAATED high、LATITUDE high）の診断で triplet 療法を開始した。ドセタキセル 1 コース目に grade4 の発熱性好中球減少症（FN) をきたしたため、2 コース目以降は予防的 peg-GCSF 製剤の投与を行った。PSA は 3 か月で 0.366、6 か月で 0.105 まで減少し 6 コースを完遂した。最良総合効果（BOR）は PR だった。症例 2 は 70 歳 ,PS1,iPSA 500ng/ml,GS4+4,cT4N1M1bc, 骨 (EOD2,BSI 1.24)・肺転移を伴う mCSPC（CHAATED high、LATITUDE high）の診断で triplet 療法を開始した。1 コース目に grade2 の低 Ca 血症を認めたほか、grade1 の下肢浮腫や下痢・便秘を認めたが 6 コースを完遂した。PSA は 3 か月で 4.151、6 か月で 0.547 まで低下した。BOR は PR だった。triplet 療法は mCSPC に対して高い治療効果を期待できる一方、ドセタキセルによる発熱性好中球減少症やダロルタミドによる疲労感・ほてりなどの有害事象マネジメントも重要である。当院で triplet 療法を行った症例を経験したので、文献的考察も踏まえ考察する。

P

ポスター 4

P-1-29 当院における転移性去勢感受性前立腺癌に対する Triplet 療法の使用経験

○佐藤 暢晃、松隈 啓人、武井 楓、児島 偉人、諸隈 太
佐賀県医療センター好生館　泌尿器科

【目的】転移性去勢感受性前立腺癌（mCSPC）に対する治療としてダロルタミド、ドセタキセル、アンドロゲン除去療法を用いた Triplet 療法が使用可能となった。当院での Triplet 療法の治療成績を検討する。【方法】2024 年 1 月から 2025 年 5 月の期間に m CSPC に対して Triplet 療法を施行された 7 例について後方視的に検討した。【結果】年齢中央値 68（61-79）歳、PSA 中央値 102.55（13.56-3085.8）ng/ml、ISUP Grade Group（GG）は GG4 が 2 例（28.5％）、GG5 が 5 例（71.5％）であった。骨転移は 5 例（71.5％）、内臓転移は全例（100％）に認めた。PSA がベースラインから 90% 以上低下した症例は 6 例（85.7％）であった。画像評価での効果判定は PR6 例（85.7％）、PD1 例（14.3％）であった。有害事象として発熱性好中球減少症（FN）が 3 例（42.8%）、Grade 5 の間質性肺炎が 1 例（14.3％）であった。観察期間の中央値は 280（161-514）日であった。【結語】Triplet 療法により既知の報告と同様 PSA は良好に低下した一方、FN や間質性肺炎などの重篤な AE も認められており、今後も有効性や安全性について検証していく必要がある。

ポスター 4

P-1-30 当院における前立腺癌に対する低用量ドセタキセル療法の有効性と忍容性の検討

○奥野 智也、杉原 山太、鬼寅 真吾、大西 智己、松田 伊織、砂田 拓郎、村上 薫、宇都宮 紀明、井上 幸治、寺井 章人
倉敷中央病院 泌尿器科

【背景】前立腺癌に対するドセタキセル（DTX）療法は標準治療の一つであるが、高齢者や全身状態不良例では標準用量の継続が困難な場合が多い。低用量投与による安全性と有効性の検討が求められる。【方法】2023 年以降に当院で低用量 DTX 療法を施行した前立腺癌 14 例を後方視的に解析した。患者背景、有害事象、奏効、治療回数、休薬理由を評価した。有害事象は CTCAE ver.5.0 に準拠した。【結果】年齢は平均 78.4 歳、PS 中央値 1.0、BMI 平均 23.3 であった。治療は平均 11.4 サイクル施行された。PSA 奏効は PR が 8 例（57.1％）で、有効性が示唆された。有害事象 Grade 3 以上は全体の 4.3% と少なく、主な中止理由は薬剤性肺炎、PSA 上昇、病勢進行であった。【結論】当院での低用量 DTX 療法は、高齢またはハイリスク症例においても良好な奏効と低頻度の重篤な有害事象を示し、忍容性に優れた有効な治療選択肢となる可能性がある。

ポスター 4

P-1-31 泌尿器悪性腫瘍の多発肝転移に対する全肝照射についての検討

○水嶋 唯、湊 晶規、富崎 一向、柏木 英志
産業医科大学　泌尿器科学講座

【目的】当院で泌尿器悪性腫瘍の多発肝転移に対する全肝照射を行った症例を調査・検討する。【対象と方法】2020 年 1 月から 2025 年 3 月までの間，当院で泌尿器悪性腫瘍の多発肝転移に対する全肝照射を行った 10 症例を対象とし，後方視的に調査した。処方線量は主に 1 回 3Gy の 7 回照射で，自由呼吸下に三次元原体照射を施行した。主たる評価項目は全生存期間，CTCAE を用いた有害事象とした。【結果】年齢の中央値は 72 歳であった。原疾患として前立腺癌 3 例、尿路上皮癌 5 例、腎癌 2 例であった。Overall survival の中央値は 8 か月だった。有害事象としては嘔気が最も多く、グレード 3 以上の合併症は認めなかった。【結語】多発肝転移に対する全肝照射は安全に施行可能であり、治療選択肢の一つといえる。

ポスター 4

P-1-32 局所進行した前立腺癌のための自由診療を含めたホルモン動注化療、重粒子線治療による集学的治療モデル

○光畑 直喜[1)]、伊藤 誠一[2)]
1）重症心身障害児施設ときわ呉
2）いとう腎・泌尿器科クリニック

局所進行した前立腺癌であっても１９８０年代から膀胱、前立腺癌に対する動注化療の実績を国内外の学会で発表。膀胱癌については Journal　Urology に１９８６年掲載。こういった実績から前立腺癌に対して動注化療、ホルモン併用によってＰＳＡ値、腫瘍マスを短期間で下げ、その後、陽子線、重粒子線治療で仕上げし、最近では重粒子線で完遂する集学的治療を実施。患者の身体的､精神的負担を軽減し切らずに治し、ＱＯＬも損なわない治療を行ってきた。ホルモン動注化療が自由診療であっても、その費用対効果を評価する日本人患者いる現状を踏まえ、日本国内外に住む外国籍の富裕層であれば、全治療過程が自由診療であっても経済的負担を感じる事なく、この切らずにスマートに治す治療を希望する患者がいると推測する。複数の医療機関が各々の専門性を活かしたネットワークを構築、発展させる事で、エリアによる医療格差を解消して行くとともに、患者の国籍をも問わない治療が可能となる。実際のやり方については第１１２回泌尿器科総会で発表。重粒子線治療に対する知識の普及が中四国では遅れている印象。

ポスター 4

P-1-33 当院における転移性去勢感受性前立腺癌 (mCSPC) に対する upfront 治療の現況

○森中 啓文、神田 弘太、宮里 恵太、丸谷 尚輝、鶴井 極己、常 泰輔、新川 平馬、覺前 蕉、平田 啓太、杉山 星哲、藤井 智浩、宮地 禎幸、小村 和正
川崎医科大学　泌尿器科学

【目的】川崎医科大学附属病院における mCSPC に対する治療経験を報告する。【対象と方法】2017 年 1 月 1 日から 2025 年 3 月 31 日までに当院で mCSPC に対して ADT に併用して Docetaxel(DTX)(± Darolutamide)、Abiraterone(ABI)、Enzalutamide(ENZ)、Apalutamide(APA) の治療を行った 54 例を対象として、臨床的背景、治療成績、有害事象などについて後方視的に検討した。【結果】DTX が 9 例 (うち、triplet7 例)、ABI が 13 例、ENZ が 16 例、APA が 16 例であった。診断時の年齢の中央値はそれぞれ 68、69、70、77 歳で、治療開始時の PSA 中央値は 509.21、303.99、106.78、63.50ng/mL で、GS8 以上はそれぞれ 7、13、14、8 例であった。CHAATED high volume の基準を満たすものはそれぞれ 9、13、8、5 例であった。3 ヶ月以内の PSA90％到達率は 78％（7/9 例）、77％（10/13 例）、88％（14/16 例）、88％（14/16 例）であった。3 ヶ月以内の PSA0.2 以下到達率は 33％（3/9 例）、46％（6/13 例）、31％（5/16 例）、56％（9/16 例）で PSA0.02ng/mL 以下が 0、1、2、2 例であった。CRPC に進展した割合は DTX1 例、ABI3 例、ENZ3 例、APA2 例で、主な副作用は DTX で好中球低下 5 例、ABI で肝機能障害 3 例、ENZ で倦怠感 1 例、APA で皮疹 5 例を認めた。【結論】当院における mCSPC に対する upfront 治療の成績は諸家の報告と同様であり、安全、有効な治療方法であった。

ポスター 5

P-1-34 ロボット支援下腎部分切除術を施行し診断された papillary renal neoplasm with reverse polarity の 1 例

○坂口 大、有馬 純矢、見附 明彦、大迫 洋一、宮元 一隆、井口 智生、松下 良介、吉野 裕史、鑪野 秀一、榎田 英樹
鹿児島大学大学院医歯学総合研究科泌尿器科学分野

【緒言】乳頭状腎細胞癌は WHO 分類第 5 版以降では 1 型および 2 型の分類は推奨されず、一方で papillary renal neoplasm with reverse polarity（PRNRP）という亜型が記載され、独特の形態学的パターンを有する別個の腫瘍サブタイプとして新たに認識された存在の 1 つである。PRNRP は乳頭状腎細胞癌と考えられる組織像をとるものの、転移再発例がなく予後がよいとされている。今回我々はロボット支援下腎部分切除術を施行し PRNRP の診断を得た 1 例を経験したので報告する。【症例】70 歳代の男性。既往としてうつ病があった。X 年 Y 月に他院で前立腺癌に対してロボット支援下前立腺全摘術を受けた。術前に施行された CT で左腎腫瘍を指摘され同院で手術を検討されたが、精神状態の悪化が見られたことから Y+4 月に当科紹介となった。造影 CT では左腎に 15mm 程度の腫瘍性病変が認められ腎細胞癌が疑われた。小径腎腫瘍であったが腎洞への進展の可能性が完全否定できず、Y + 6 月にロボット支援下左腎部分切除術を施行した。周術期経過は良好であった。病理組織学的には小径の均一な核を有する腫瘍細胞が乳頭状増殖し、核は基底側と反対側に配列、免疫染色では GATA3 陽性、CK7 陽性、c-kit 陰性で、PRNRP と診断された。現在外来にて定期 CT フォロー中であるが再発は認めていない。

ポスター 5

P-1-35 当院における転移性腎がんに対する IO-IO, IO-TKI による Deferred Cytoreductive Nephrectomy (CN) 症例の検討

○三橋 勇人、猪木 蘭、大関 孝之、林 泰司、西岡 伯
和泉市立総合医療センター　泌尿器科

【目的】当施設での deferred CN 症例を検討し報告する。【対象と方法】2025 年 5 月までに転移性腎がんに対し薬物治療導入後に腎摘除を待機的に施行した症例の患者背景、周術期経過、病理結果、短期術後経過を集計し報告する。【結果】2025 年 5 月までの症例は 1 例。症例は 73 歳女性。cT4(腸腰筋浸潤)cN0M1(単発左肺) に対しニボルマブ + イピリムマブを計 9Kr 施行した。経過中 Grade3 の副腎不全を認めた。腎原発巣は PR, 肺転移巣の CR が得られ Davinci Xi による腎先行の CN を施行。病理結果はいずれも pCR であった。術後ニボルマブ + イピリムマブを継続せず 12 ヶ月地点で再発を認めていない。【結語】当院における Deferred CN 症例は良好な成績であった。学術集会までに 1 例を追加し文献的考察を加えて報告予定する。

ポスター 5

P-1-36 甲状腺癌の腫瘍内転移をきたした淡明細胞型腎細胞癌の一例

○坪井 一馬、日野 浩輔、兼元 信、西山 康弘、新 良治、小野 憲昭
高知医療センター　泌尿器科

甲状腺癌の腫瘍内転移をきたした淡明細胞型腎細胞癌の一例症例は 71 歳男性。X-3 年 4 月、呂律不良を主訴に前医脳神経外科を受診し、MRI で多発脳転移を認め当院へ紹介となった。精査の結果、甲状腺腫大、右副腎腫大、多発骨転移、多発リンパ節転移を認め、原発として甲状腺癌が疑われた。甲状腺穿刺吸引細胞診にて悪性が確認され、甲状腺癌 sT3N1bM1 stage4C の診断となった。甲状腺全摘除術を施行後より化学療法を開始した。同年 12 月、右副腎のみ増大傾向であったため当科紹介となり、腹腔鏡下右副腎摘除術を施行し、結果は甲状腺癌の転移であった。X 年 3 月、増大傾向の左腎腫瘤を認め再度当科紹介となった。造影 CT では不均一な造影効果を伴う 25mm 大の左腎腫瘤を認め、経過より甲状腺癌腎転移と考えられた。他の転移巣は化学療法でコントロール出来ており、主科と相談した結果、腎摘除術の方針となった。X 年 7 月、後腹膜鏡下左腎摘除術を施行した (手術時間 233 分、出血量 40ml)。病理組織では淡明細胞型腎細胞癌を認め、さらにその内部から辺縁にかけて甲状腺乳頭癌の転移も認められたため、腎細胞癌内への甲状腺癌転移と診断された。腫瘍内転移は同時性または異時性重複癌において一方が他方に転移を起こす稀な現象である。文献的考察を交えて報告する。

ポスター5

P-1-37 下大静脈浸潤、肺転移のある右腎癌に対しニボルマブ＋カボザンチニブ投与後ロボット支援腹腔鏡下腎摘除術を施行した1例

○大野 毅[1)]、岡 明博[1)]、毛利 晨佑[1)]、寺下 誠人[1)]、大野 慎介[2)]、村上 幹和[3)]
1）市立宇和島病院
2）松山市民病院
3）市立大洲病院

症例は85歳男性。かかりつけ内科にてレントゲンで両肺に結節影を指摘され当院内科を受診。CTにて右腎に不均一な造影効果を認める腫瘍を認め当科紹介となった。造影CTでは右腎は全体が不均一な造影効果を認める不整な腫瘍に置換され、右腎静脈、下大静脈進展を認めた。両肺野には多発する結節影を認め腎癌肺転移が疑われた。経皮的腎腫瘍生検を施行し淡明細胞腎細胞癌と診断。ニボルマブ＋カボザンチニブを開始した。化学療法にて腫瘍は原発巣、転移巣ともに縮小、腫瘍塞栓は腎静脈まで縮小を認めた。6コース施行後ロボット支援腹腔鏡下腎摘除術を施行した。術後6週で化学療法を再開。原発巣の再発なく肺転移は縮小を維持して経過している。cT3bN0M1腎癌に対してニボルマブ＋カボザンチニブ投与後、ロボット支援腹腔鏡下腎摘除術を施行し良好な経過を得られている症例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

ポスター5

P-1-38 イピリムマブ・ニボルマブ併用療法後にACTH単独欠損症による副腎不全をきたした腎細胞癌の1例

○池田 拳人、東端 政樹、寺本 友真、高村 剛輔、中田 哲也
岩国医療センター　泌尿器科

症例は76歳女性。X-5年4月、左腎腫瘍疑いで当科に紹介受診した。同年6月に腹腔鏡下左腎摘除術を施行したが、同年9月の胸部CTにて多発肺転移を認めた。IMDC分類、中リスクの転移性腎細胞癌に対して、同年11月よりイピリムマブ・ニボルマブ併用療法（以下Ipi-Nivo療法）を開始した。3コース終了後のX-4年1月、めまいや食欲不振を主訴に受診し、血液検査にてコルチゾールの著明な低下を認め、irAE（immune-related adverse event：免疫関連有害事象）副腎不全と診断され入院した。ヒドロコルチゾン20mg/dayを開始し、症状は軽快した。退院後はIpi-Nivo療法を中止し、ヒドロコルチゾンを漸減した。以降約2年は画像上Stable disease(SD)で経過した。X-2年4月より肺転移増大のため、カボザンチニブによる二次治療を開始したが、3週間後、汎血球減少、コルチゾールの低下が出現し入院した。irAE副腎不全の遷延であり、ヒドロコルチゾン15mg/dayを開始後、全身状態は軽快した。精査の結果、ACTH以外の下垂体前葉ホルモンの低下を認めず、ACTH単独欠損症による副腎不全と診断するに至った。その後は、アキシチニブ、エベロリムスによる逐次療法を行ったが、Progressive disease(PD)となり、X-1年12月に癌死した。今回Ipi-Nivo療法中にACTH単独欠損症による副腎不全をきたした症例を経験した。若干の文献的考察を加え報告する。

ポスター5

P-1-39 ステージ4腎癌に対するレンバチニブ、ペムブロリズマブ併用療法中に重症筋無力症のirAEを発症した1例

○毛利 晨佑、寺下 誠人、大野 毅、岡 明博
市立宇和島病院

【背景】レンバチニブとペムブロリズマブの併用療法は進行腎細胞癌に対し有効性が報告されているが、免疫関連有害事象（irAE）として神経筋疾患を発症することは稀である。【症例】70代女性。右腎腫瘍、多発肺転移で当科を紹介受診した。造影CTで腎細胞がんが疑われ（cT2aN0M1）、ロボット支援腎摘除術を施行。術後レンバチニブ（14mg）とペムブロリズマブ併用療法を開始。3コース目終了後、眼瞼下垂があり、副作用か不明だがペムブロリズマブを休薬、レンバチニブは8mgに減量した。その後構音障害も出現、神経内科コンサルトし重症筋無力症（MG）と診断された。レンバチニブも中止し、メチルプレドニゾロン、タクロリムスの内服を開始された。5日間の免疫グロブリン大量療法も施行され、症状は改善した。また治療中に肺転移巣の増大があり、レンバチニブは8mgで再開された。以降も同用量で継続しているが肺転移巣は縮小維持で経過している。【考察】ペムブロリズマブによるirAEとしてMGを発症した症例は少ない（添付文書上は0.1%）。早期発見と迅速な対応が予後改善に寄与すると考えられる。本症例を通じて、免疫チェックポイント阻害剤における神経筋irAEの重要性を報告する。

ポスター5

P-1-40 残存尿管再発をきたした転移性腎細胞癌の一例

○三津井 理公、齊藤 公俊、手塚 脩哉、竹内 堇、嘉指 公輔、水戸 康平、鷲野 聡、宮川 友明
自治医科大学附属さいたま医療センター

【緒言】腎細胞癌の好発転移部位としては肺、骨、脳、肝臓などが知られており、特に肺が多いが、患側の残存尿管での再発は稀である。今回、腎癌術後晩期に残存尿管再発を来した1例を経験した。
【症例提示】患者は79歳女性。X-13年に右腎細胞癌に対し右腎摘除術を施行し、病理診断はRenal cell carcinoma、clear cell、G3、pT3a、断端陰性であった。経過観察中のX-6年にCTにて多発膵多血性腫瘤を認め、膵転移の診断でアベルマブ・アキシチニブ療法を開始した。重篤な有害事象を生じることなく33コースまで施行したが、X-4年のCTで膵腫瘤の増大を認め、PDと判断し、ニボルマブ投与の方針となった。30コースまで施行しCTではSD維持されていたためX-1年よりニボルマブ休薬としていた。X年より血尿が出現した。膀胱鏡検査では出血源は認められず、尿細胞診は陰性で画像検査でも原因は同定されなかったが、血尿は改善せず凝血塊を認めることもあった。対側腎盂・尿管の再発を疑い尿管鏡検査も施行したが明らかな出血源は認めなかった。CTを確認したところ右残存尿管の肥厚を確認され、腹腔鏡下残存尿管摘除術を施行した。術後、血尿は改善した。病理診断は淡明細胞型腎細胞癌の再発であった。
【結語】腎摘後晩期に残存尿管再発をきたした症例を経験した。

P

ポスター5

P-1-41 気胸と合併した多発腎腫瘍にて Birt-Hogg-Dube（BHD）症候群を診断した2例

○坂梨 壱成、右田 敏起、阿南 公輝、松丸 右京、岡 保伸、濱崎 和代、三上 洋、渡邊 紳一郎
済生会熊本病院

【症例1】45歳、女性。背部痛を自覚して近医受診。レントゲンにて左気胸の所見あり当院紹介となった。精査の単純CTにて両側多発腎腫瘍を指摘され、当科紹介。気胸に対しては腹腔鏡下ブラ切除術を行った。左重複腎癌はcT3と判断され根治的腎摘除術方針となった。右重複腎癌の1つは完全埋没型であり、定位放射線治療が選択され、残りの2箇所の腫瘍は小径のため経過観察となっている。【症例2】67歳、男性。気胸に対するブラ切除術と嫌色素性腎細胞癌の既往があり、検診の際にエコーで左腎腫瘍を指摘された。造影CTを行うと多発肺嚢胞性病変が指摘され､左腎に20mmと9mmの腫瘍を認めた。腎腫瘍は両者近接していたため、ロボット支援下腎部分切除術にて切除し、嫌色素性腎細胞癌と診断された。いずれの症例も遺伝子検査を行い､FLCN遺伝子の病的バリアントが判明し、BHD症候群の診断に至った。【考察】BHD症候群は頭頚部皮疹･肺嚢胞・腎腫瘍を主症状とする常染色体顕性遺伝疾患である。比較的若年に発症するため腎温存療法の必要性が高く、腎腫瘍に対しての治療方針も併せて当院で経験したBHD症候群の2症例を文献的考察を加えて報告する。

ポスター5

P-1-42 ペムブロリズマブ・レンバチニブ併用療法後に根治的腎摘除術を施行した巨大腎癌の1例

○前田 大輝、清水 龍太郎、村岡 邦康
鳥取県立中央病院

患者は68歳女性。X年4月、右腎腫瘤精査依頼で近医より紹介受診された。ダイナミックCTにて152 × 97 × 197mm大の右腎腫瘍を認め、腹部大動脈と下大静脈はともに左側に高度に圧排されており、腫瘍縮小後に手術を行う方針とした。X年5月腎生検およびステージングの結果、Chromophobe RCC、cT2bN0M0の診断を得た。その後、ペムブロリズマブ・レンバチニブ併用療法を開始した。治療開始4日目にイレウス症状を発症したためレンバチニブ内服を休薬した。また、10日目に腫瘍内出血を認めたため、右腎動脈塞栓術を施行した。6月レンバチニブ14mg/日に減量して治療再開した。体重減少、食欲低下のため8月からレンバチニブ10mg/日に減量した。11月CTで腫瘍は76 × 93 × 133mmに縮小し、腫瘍による下大静脈と腹部大動脈の圧排が解除された。X+1年1月開放根治的腎摘除術を施行した。手術時間3時間30分、出血590 g、摘出重量803 gであった。病理所見はChromophobe RCC, ypT2b, 断端陰性、腫瘍の90%以上は壊死･消失していた。現在外来6ヶ月経過で転移再発等は認めていない。

ポスター5

P-1-43 腎盂癌術後リンパ節転移に対し免疫療法が奏効したLynch症候群の1例

○島崎 将、安宅 香弥、藏野 吉隆、竹森 大悟、太田 雄飛、山本 新九郎、刑部 博人、波越 朋也、島本 力、福原 秀雄、深田 聡、蘆田 真吾、井上 啓史
高知大学医学部附属病院泌尿器学講座

症例は56歳女性。既往歴に幽門側胃癌、卵巣癌、子宮体癌に対する手術歴があり、202X年盲腸癌術後に遺伝子検査を施行され､MSH2陽性のLynch症候群と診断された。202X+2年、肉眼的血尿を契機に右腎盂腫瘍を指摘され、同年11月に腎尿管全摘除術を施行された。病理結果はurothelial carcinoma, high grade, pT3であった。　術後補助化学療法としてgemcitabine-carboplatin療法を2kur施行するも、202X+3年10月に傍大動脈リンパ節への転移を認め、腎盂尿管全摘術後のリンパ節転移と判断し、同年12月よりPembrolizumabを導入した。202X+5年5月現在、導入より16か月経過したが後腹膜リンパ節は画像上CRと判断し、他科でのフォローアップを含め再発・転移病変を認めていない。　Lynch症候群は、常染色体顕性遺伝の腫瘍症候群であり、MLH1、MSH2などを初めとするミスマッチ修復遺伝子(MMR)に病的バリアントがあるため、悪性腫瘍が発生しやすい状態である。大腸癌症例の2～3%を占め、尿路上皮癌の発生は大腸癌、婦人科癌に次いで3番目に多い。　Lynch症候群に対する免疫チェックポイント阻害薬の有効性については、消化器系悪性腫瘍における報告が散見されるが、泌尿器科領域では依然として症例数が限られている。今回、Lynch症候群を背景とする腎盂癌術後リンパ節転移に対し、Pembrolizumab投与により奏効が得られた貴重な症例を経験したため若干の文献的考察を交えて報告する。

ポスター6

P-1-44 当院で施行したロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除の初期成績

○安嶋 陸人[1)]、福田 翔平[2)]、石原 健作[1)]、鎌田 成芳[1)]、吉永 敦史[1)]
1）草加市立病院　泌尿器科
2）東京科学大学大学院　腎泌尿器外科学

【目的/背景】2012年4月、本邦において前立腺癌に対するロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除（robot-assisted radical prostatectomy; RARP）が保険収載された。当院では2023年5月からda Vinci Xiシステムを使用したRARPを開始しており、導入初期の成績を検討した。【方法】対象は2023年5月から2025年3月にRARPを施行した87例。患者背景､手術成績､術後尿禁制(パッド1枚/日以下)を評価した。【結果】年齢､術前PSAの中央値は75歳、9.27 ng/mL、術前NCCNリスク分類は低/中/高リスクが9(10%)/35(40%)/43(49%)例であった。術者は4名、リンパ節郭清は25例(29%)、神経温存は1例(1%)で実施した。手術時間、コンソール時間、出血量の中央値はそれぞれ168分､126分､100 mlであり､輸血を要した症例はなかった。Clavien-Dindo分類III以上の合併症は認めなかった。病理組織診断はpT2/3a/3b/4が46(53%)/29(33%)/11(13%)/1(1%)例、pN1は2例(2%)であった。断端陽性率はpT2/pT3以上で15%/63%、術後3ヶ月/12ヶ月の尿禁制達成率は77%/90%であった。【結論】導入初期より比較的安全にRARPが導入できた。

P

ポスター6

P-1-45 取り下げ

ポスター6

P-1-46 尿道カテーテル抜去後に吻合部破綻を来したロボット支援下根治的前立腺全摘除術の経験

○井上 淳、佐川 善紀、立脇 大輔、服部 美徳、木下 涼、布施 美樹、千葉 量人、永田 真樹
横浜労災病院　泌尿器科

【目的】
ロボット支援下根治的前立腺全摘除術（RARP）後の膀胱尿道吻合部破綻は稀である。当院で経験したカテーテル抜去後に吻合部破綻を来した3症例を報告したため、その臨床的特徴と注意点について報告する。
【症例】
症例1
70歳代男性。術後6日目に膀胱造影（CG）でリークなくカテーテル抜去。18日後腹痛にて他院受診し、吻合部からの尿溢流と診断。カテーテルを再留置し、4週後リーク消失を確認し抜去。
症例2
60歳代男性。術後4日目にCGでリークなくカテーテル抜去。11日後腹痛で救急受診。吻合部破綻による腹腔内尿溢流性汎発性腹膜炎と診断。洗浄ドレナージ・吻合部補強術を施行。一時リーク消失するも再度破綻し、3ヶ月間カテーテル長期留置により軽快。
症例3
70歳代男性。術後5日目のCGで血腫による膀胱偏位を認めたがリークなくカテーテル抜去。同日の排尿時激痛を訴え、再CGでリークを認めた。カテーテル再留置し、6週後膀胱偏位の改善を確認し抜去。
【考察】
吻合部周囲の血腫の存在は吻合部破綻のリスクと考えられ、膀胱偏位を認める症例ではカテーテル抜去の判断を慎重に行う必要があると考えられた。原因特定が困難な吻合部破綻も存在するが、カテーテル抜去後に腹痛を認めた場合は、吻合部破綻を鑑別の一つとして念頭に置き、迅速な診断と適切な治療介入を行うことが重要であると考えられた。

ポスター6

P-1-47 当院におけるロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術の初期経験

○兼元 信、日野 浩輔、坪井 一馬、西山 康弘、新 良治、小野 憲昭
高知医療センター　泌尿器科

【目的】当院にて施行した、ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術（RARP）の経験を報告する。【対象および方法】2022年10月から2024年9月までに当院にて施行した49例を対象とした。年齢中央値72歳（54-84歳）、術前PSA値：中央値6.9ng/ml（3.3-40.3）、前立腺容量：中央値27ml（10 − 137）、臨床病期：T1（8例）、T2（39例）、T3（2例）であった。腹部手術歴は14例に認めた。使用機種はダビンチXiで、術者は、ロボット支援手術の助手経験もない、泌尿器科医33年目と23年目の2人で開始し、2024年4月からは、ロボット支援手術助手経験のある泌尿器科医9年目が赴任し、3名で行なった。【結果】摘出前立腺重量：中央値43g（7-91g）、手術時間中央値221分（130-352分）、コンソール時間中央値169分（86-252分）、術中出血量中央値230ml(0-1500ml)であった。切除断端陽性（RM1）を7例に認めた。合併症は直腸損傷を1例、腹部瘢痕ヘルニアを1例認めた。術後6か月時点での尿禁制率（pad 1枚以下）は78.7%であった。【結語】RARPは導入初期より安全かつ正確に施行できる術式と考えられ当院でも問題なく導入できた。

ポスター6

P-1-48 当院におけるロボット支援下腹腔鏡下前立腺全摘術の初期使用経験

○小倉 壮真、橋本 崚我、西岡 遵、中野 雄造、上田 進
はりま姫路総合医療センター

【目的】当院は2022年に開院され同年10月よりダヴィンチXiを用いたロボット支援下腹腔鏡下前立線全摘術（RARP）を開始している。そこで、今回、当科での初期使用経験について報告する。【方法】2022年10月から2025年3月までの間に当院にて施行したRARP 85例を対象とし、手術成績および病理学的・機能的アウトカムについて検討した。また、PSA failureは前立腺癌診療ガイドラインに従った。【結果】年齢の中央値：69歳(51-80)、術前PSAの中央値：7ng/ml(3 -197)、臨床病期は、≦cT2：77例（91%）、cT3：8（9%）であった。手術時間は、中央値231分(170-364)、コンソール時間の中央値175分（111-281）であり、神経温存は21例（片側11例、両側　10例）、リンパ節郭清は45例（限局29例、拡大14例）に施行された。病理学的病期はpT2：60例、pT3a：16例、pT3b：9例であり、うち20例はup gradeしていた。RM陽性は30例に認められ、pT2：17例（56%）、pT3：13 例（44%）であった。リンパ節転移例はpT3aの1例のみであった。PSA failureは9例に認められ、うち6例（pT2：3例、pT3a ：2例、pT3b： 1例）はRM陽性であった。また、術後合併症としては吻合不全を9例（11%）認めた。【結論】諸家の報告と比較して手術時間も遜色なく、かつgrade3以上の合併症も認めず安全に手術遂行できていると思われる。ただ、高リスク症例での断端陽性率が高く、さらなる改善が必要と考える。

P

ポスター6

P-1-49 Hood technique を用いたロボット支援前立腺全摘除術の初期経験

○石黒 茂樹、上柳 祐也、宮地 俊希、中野 洋二郎、武田 宗万
公立陶生病院　泌尿器科

ロボット支援前立腺全摘除術（robot-assisted radical prostatectomy :RARP）における術後尿禁制の早期回復は、患者の QOL 向上において重要な課題である。近年、前立腺前面の支持組織を温存することで、尿道括約筋の機能を保ち、術後の早期尿禁制回復を図る Hood technique が注目されている。当院では 2024 年より本術式を導入し、術式の標準化を目指して手技の工夫を重ねてきた。今回、導入初期における手術手技上の工夫および初期成績を報告する。対象は 2024 年 5 月～ 2025 年 6 月に Hood technique RARP を施行した 4 例で術者は全例同一であった。手技上の工夫として恥骨前立腺靭帯および endopelvic fascia、DVC の温存を行った。入院中と術後 4 週での術後尿禁制は従来法と比較して良好な傾向を認めた。出血量、手術時間、断端陽性率に大きな差はなく全例で安全に施行可能であった。Hood technique RARP は導入初期でも安全性が高く、尿禁制の早期回復に寄与しうる有用な手技と考えられた。

ポスター7

P-1-50 当院における Pembrolizumab・Lenvatinib 併用療法の初期治療経験

○町谷 成梧、佐藤 元孝、中川 絢基、桧垣 朱友子、梅田 駿、鄭 則秀、三宅 修
市立豊中病院　泌尿器科

【背景】「根治切除不能または転移性の腎細胞癌」に対する一次治療の薬物療法として 5 つの選択肢がある。当院においては Pembrolizumab・Lenvatinib を主に選択しており、その初期治療経験を報告する。【方法】対象は 2022 年 11 月から 2024 年 12 月までに当院で Pembrolizumab・Lenvatinib 併用療法を開始した腎細胞癌 12 例。有害事象を中心に治療成績について検討した。【結果】性別は女性 7 例、男性 5 例、年齢は中央値 75. 5 歳であった。組織型は淡明細胞癌 8 例、非生検例 4 例であった。IMDC リスク分類は favorable risk 1 例、intermediate risk 9 例、poor risk 2 例であった。全例で Lenvatinib が経過中、減量あるいは休薬されていた。最良総合効果は CR 4 例、PR 8 例であった。4 例が PD に至り、PD までの期間は中央値 11.4 ヶ月であった。有害事象を全例に認めた。特に高血圧 (11 例)、甲状腺機能低下 (9 例)、蛋白尿 (6 例) を多く認めた。Grade3 以上の有害事象は高血圧が 5 例、蛋白尿が 4 例、倦怠感が 3 例、浮腫、食思不振、高 Ca 血症、肝障害がそれぞれ 1 例であった。Grade2 以下の有害事象で、関節痛、下痢、副腎機能不全がそれぞれ 2 例ずつ減量、休薬の原因となっていた。【結論】「根治切除不能または転移性の腎細胞癌」に対する一次治療において、Pembrolizumab・Lenvatinib 併用療法を選択することで、多彩な副作用への適切なマネジメントを要する一方、高い初期治療効果を期待できる。

ポスター7

P-1-51 当院における転移性腎癌に対するレンバチニブ・ペムブロリズマブ併用療法の治療経験

○山本 将也、井本 和希、松葉 友作、豊 未都樹、森田 祥平、藤本 卓也、村蒔 基次、山田 裕二
兵庫県立尼崎総合医療センター　泌尿器科

【背景】本邦では、根治切除不能又は転移性の腎細胞癌に対して 2022 年 2 月よりレンバチニブ・ペムブロリズマブ併用療法が承認された。【方法】当院で 2022 年 2 月から 2025 年 5 月までに転移性腎癌に対しレンバチニブ・ペムブロリズマブ併用療法を施行した 8 例を後方視的に解析した。【結果】治療開始時の年齢中央値は 58.5 歳、男性 7 例、女性 1 例。組織型は淡明細胞型が 7 例、非淡明細胞型が 1 例で乳頭状腎細胞癌であった。IMDC リスク分類は favorable risk が 2 例、intermediate risk が 5 例、poor risk が 1 例。5 例が腎摘除術後の症例であった。治療効果は PR が 5 例、SD が 1 例、PD が 1 例であった。有害事象は全グレードで 6 例にみられた。レンバチニブは全例で 20mg から開始し、有害事象のために中止になった症例が 4 例、レンバチニブを減量し継続したのが 3 例。投与後の deferred CN 症例は 1 例に認め、surgical CR を得た。【考察】縮小を企図した原発巣の大きい患者や CR を狙いたい腫瘍ボリュームが小さい患者には適した薬剤であると考えられた。レンバチニブ減量・中止症例においても奏効はみられたが、AE 率や投与中止率は高く、PS がよい比較的若年患者が対象とする方が望ましい。有害事象コントロールをうまく行うことで最大限のメリットが得られるように早期の有害事象対処が必要である。今後は PS 不良例や高齢例においても用量を調整しながらも投与可能か検討する必要がある。

ポスター7

P-1-52 腎盂原発の内分泌細胞癌の一例

○中島 晶子[1)]、境 拓海[1)]、新田 温生[1)]、廣瀬 華穂[1)]、野波 隆寛[1)]、永島 優生[1)]、清水 史孝[1)]、藤田 和彦[1)]、堀江 重郎[2)]
1）順天堂大学　医学部附属静岡病院　泌尿器科
2）順天堂大学医学部附属順天堂医院　泌尿器科

【緒言】内分泌細胞癌は主に肺を原発とする悪性腫瘍であり、尿路原発は稀である。尿路で原発となる場合は前立腺・膀胱が大半を占めている。我々は腎盂原発の極めて稀な内分泌細胞癌を経験した。【症例】87 歳女性。肉眼的血尿で近医受診。左腎盂から上部尿管にかけての腫瘍と、腎皮質の菲薄化を伴う水腎症を認めたがリンパ節や他臓器に異常はなく、cT3N0M0 の左腎盂癌の診断で開腹左腎尿管全摘除術施行。病理診断の結果、尿路上皮癌と内分泌細胞癌の混合型の腎盂癌の診断に至った。術後追加治療は実施せず。再発・転移を認めず 1 年が経過している。【考察】CA19-9 は尿・血液ともに術前高値を呈していたが、術後 18 週で正常化した。また、NSE も術前高値であったが、術後 4 週で正常化した。【結論】今回尿細胞診陰性に対し CA19-9 は術前に上昇しており、術前診断において有用であると考えられた。また NSE はデータの経過から、短期間での数値の明確な変動があることが示唆された。尿路における内分泌癌の腫瘍の有無や、微小転移、再発の検索に非常に有用なマーカーとなりうると考えられた。

ポスター7

P-1-53 集学的治療によりペムブロリズマブ・レンバチニブ併用療法の持続的奏効が得られたラブドイド様変化を有する進行性腎細胞癌の1例

○河野 桜[1)]、吉村 理愛[2,3)]、山本 新九郎[2)]、刑部 博人[2)]、波越 朋也[2)]、島本 力[2)]、福原 秀雄[2)]、清水 信貴[4)]、深田 聡[2)]、蘆田 真吾[2)]、辛島 尚[2,3)]、井上 啓史[2)]
1）高知大学医学部附属病院　医療人育成支援センター
2）高知大学　医学部　泌尿器科学講座
3）高知県立あき総合病院　泌尿器科
4）高知大学医学部附属病院　骨盤機能センター

ラブドイド様特徴を有する腎細胞がんは稀であり、極めて侵襲的かつ予後不良な臨床経過を示す。特に術後早期に再発する症例に対して、有効な治療戦略は確立されていない。本症例は、58歳男性。左腎腫瘍に対し腹腔鏡下根治的腎摘除術を施行し、病理所見にて淡明細胞型腎細胞癌にラブドイド様変化を認めた。術後3ヵ月に肺、副腎、骨への多発転移が出現し、急速な病勢進行を認めたため、ペムブロリズマブ・レンバチニブ併用療法を開始。初期CTでは一時的な病勢進行を認めたが、その後の画像評価でL2椎体の骨転移巣以外は部分奏効が得られた。L2椎体転移に対して放射線治療を追加し、ペムブロリズマブ・レンバチニブ併用療法を継続。治療開始から2年経過しても完全奏功を維持している。免疫染色ではラブドイド成分に部分的なPD-L1発現を認めた。予後不良とされる本病型において、ICIとTKI併用療法に放射線治療を組み合わせた集学的治療の有用性が示唆された。

ポスター7

P-1-54 腎盂腫瘍との鑑別に苦慮した腎Anastomosing hemangiomaの一例

○芝 佑平、濱田 裕晟、佐竹 宏文、中嶋 絢子
1）社会医療法人近森会　近森病院　泌尿器科
2）社会医療法人近森会　近森病院　病理診断科

【症例】61歳女性。【主訴】CA19－9高値。【現病歴】内科かかりつけ医での検診にてCA19-9の上昇を指摘され、造影CT検査を行ったところ左腎盂に造影効果を伴う不整形腫瘤を認めたため精査加療目的に当科へ紹介となった。【経過】自然尿細胞診陰性のため尿管鏡検査を行ったが、尿管狭窄のため腎盂まで到達できず腫瘍の観察や組織採取はできなかった。左腎盂尿の尿細胞診も悪性所見は認めなかったが、画像所見から悪性腫瘍の否定ができず後腹膜鏡下腎尿管全摘除術の方針とした。摘出標本は、2.2cm × 2.2cm台の褐色充実性腫瘍を腎門部の脂肪組織内に認めた。肉眼的に腎実質や尿路との連続性はなかった。病理組織の結果は、Anastomosing hemangiomaであった。【考察】Anastomosing hemangiomは、術前診断が困難な良性腫瘍として知られており文献的考察を加えて本症例を報告する。

ポスター7

P-1-55 当院で経験した腎原発Ewing肉腫の一例

○宇佐美 舜也、脇 政順、村岡 桂、袴田 康宏、神田 裕佳、藤崎 明、米田 達明
社会福祉法人聖隷福祉事業団総合病院聖隷浜松病院　泌尿器科

症例は30歳、男性。7ヶ月前から左背部痛、腹痛、発熱を主訴に繰り返し近医受診し、単純CTでは異常を認めず、原因不明とされていた。初めて施行された造影CTにて左腎に造影効果不良・辺縁不正な4cm大の腫瘍を認め、当科紹介となった。MRIでは被膜を欠き、多房性構造と内部出血を伴い、腫瘤の頭側部や尾側辺縁はT2WIやDWIで淡い高信号域を呈し、漸増性の造影効果を認めた。画像所見から典型的な腎癌は否定的で、疼痛や発熱を繰り返すため悪性度の高い腫瘍の可能性を考慮し、即時に後腹膜鏡下左腎全摘除術を施行した。病理では、CD99陽性の小円形細胞を認め、FISH法でEWSR1-FLI1の融合遺伝子が確認され、腎原発Ewing肉腫と診断した。術後補助化学療法として、他院にてVDC-IE交替療法（ビンクリスチン・ドキソルビシ・シクロフォスファミド／イホスファミド・エトポシド交替療法）を17コース施行した。その間、造影CTで新規転移を認めず、現在経過観察中である。本疾患は極めて稀で、悪性度が高く、若年者に好発する予後の悪い疾患である。腹痛、腰背部痛、血尿、腹部腫瘍などの自覚症状で診断されることが多く、腎疝痛発作に似た症状を呈することもある。腎原発Ewing肉腫では断端陰性であっても再発や遠隔転移を来すことが多く、術後補助化学療法の導入が推奨されている。今回、腎原発Ewing肉腫の一例を経験したため、文献的考察を加えて発表する。

ポスター7

P-1-56 当院での腎癌術後に対するadjuvant pembrolizumabの初期経験

○杉田 佳弘、富崎 一向、水嶋 唯、城嶋 和真、東島 克佳、永田 祐二郎、湊 晶規、柏木 英二
産業医科大学　泌尿器科

目的当院での腎癌術後患者に対するadjuvant pembrolizumabの初期経験を報告する。対象2022年8月から2025年5月までの期間で産業医科大学病院において腎摘除術、もしくは腎部分切除術を施行され、病理学的検査により腎癌pT3以上あるいはpT2で肉腫瘍変化を伴うもの、またはリンパ節転移陽性症例のうち、adjuvant pembrolizumab療法を施行された症例を対象とした。後方視的に調査を行い術後再発の有無および有害事象について検討を行った。なお当科ではpT3症例においては、病理学的所見において壊死を有する症例に積極的にadjuvant pembrolizumab療法を施行している。結果観察期間中にadjuvant pembrolizumabの適応症例は35例であり、うち実際に投与を行った症例は10例であった。10例はいずれも脈管侵襲もしくは壊死を有している症例であった。10例のうち投与を中断した症例は1例であり、患者希望による中断であった。有害事象は倦怠感Grade2が1例、皮膚掻痒Grade2が1例、infusion reactionGrade1が1例であり、Grade3以上の有害事象を発症した患者はいなかった。また観察期間中に再発は認めなかった。結論再発リスクの高い腎癌術後のadjuvant pembrolizumab療法は有用で安全性の高い治療である。

ポスター7

P-1-57 当院で経験した進行腎がんに対するペムブロリズマブ・レンバチニブ併用療法の4症例の検討

○石田 健太郎、中村 碩秀、本田 誠一郎、花井 孝宏、望月 拓、千葉 喜美男
藤沢市民病院　泌尿器科

[背景] 進行性腎細胞がんに対して1st-lineの治療としてペムブロリズマブ・レンバチニブの併用療法の有効性が示されている．一方で，有害事象による中断例の報告も散見されており，当院で経験した症例について有効性と有害事象を検討した．[方法] 対象は当院で2022年9月から2023年11月にペムブロリズマブ・レンバチニブ併用療法を導入した4症例とした．[結果] 男性2例，女性2例，年齢中央値は74.5歳 (48歳～78歳) であった．IMDCリスク分類ではintermediate riskが1例，poor riskが3例であった．3例は初診時からの有転移症例，1例は10年前に腎摘除術が施行され，経過中に転移が発生した症例であった．病理は淡明細胞癌が3例，転座型腎細胞癌が1例であった．転移部位は，対側腎臓1例，肝臓1例，肺1例，膵臓2例，後腹膜リンパ節転移2例のほか，腎静脈内腫瘍塞栓が2例存在した．治療効果は，転移巣CR後のCytoreductive nephrectomyが1例，PDが2例，grade2以上のirAEによる中止が1例であった．導入後の有害事象としては，高血圧，甲状腺機能低下症，心筋炎，筋炎などが確認された．[結語] ペムブロリズマブ・レンバチニブ併用療法は，有効性は認めるものの有害事象のコントロールに降圧剤の知識や投与の工夫も必要である．

ポスター7

P-1-58 ニボルマブ投与により重篤な皮膚障害を発症した1例

○松下 良介、大迫 洋一、宮元 一隆、池田 祐一、廣畑 ゆき子、古屋敷 和歌子、井口 智生、吉野 裕史、鑪野 秀一、榎田 英樹
鹿児島大学大学院医歯学総合研究科泌尿器科学分野

再発リスクの高い尿路上皮癌に対して術後補助療法としてニボルマブの投与が承認され、現在本邦でも広く投与されている。ニボルマブの有害事象として様々なものが報告されおり、いずれも比較的早期に発症することが多いとされ、皮膚障害においても治療開始から3～6週間以内に発症することが多い報告されている。しかし今回ニボルマブ投与中止の8か月後に重篤な皮膚障害を発症した症例を経験した。症例は膀胱癌と肺腺癌の既往のある78歳の男性。左尿管癌（T2N0M0）の臨床診断で即時の腎尿管全摘術を受け、病理診断はUrothelial carcinoma, High grade, pT3 + pTisであった。再発のリスクが高いと考え、術後1.5か月から補助療法としてニボルマブ療法を開始した。6コース目の投与後にGrade3の皮疹を認めたため、治療を中止しプレドニゾロンの投与を25 mg / 日で開始した。その後皮疹は軽快したため、ニボルマブの投与は再開せずに経過観察を行っていたが、治療中止8ヶ月後に皮膚症状の再燃と発熱を認めStevens-Johnson症候群の診断となりステロイドパルス療法を開始した。その後肺炎を併発し酸素化の悪化も認め、人工呼吸器管理となった。また急激な腎機能低下も認め、血液透析も行ったが全身状態が悪化し不幸な転帰となった。ニボルマブによる皮膚障害の頻度は比較的高く、また早期から出現し多くは軽症とされているが、時に重症化する場合があり、注意深い観察が必要と考えられた。

ポスター7

P-1-59 遺伝子パネル検査の推奨治療が奏効した分類不能型腎細胞癌の一例

○坂本 勇樹[1)]、林 哲太郎[1)]、上田 直樹[1)]、松崎 信治[1)]、野田 輝乙[1)]、水野 洋輔[2)]、大城 由美[2)]、矢野 明[1)]
1）松山赤十字病院　泌尿器科
2）松山赤十字病院　病理診断科

【はじめに】遺伝子パネル検査は標準治療抵抗症例に用いられるが，多くの症例では有効な治療法が同定できていない．今回我々は遺伝子パネル検査の推奨治療が奏効した腎癌の1例を経験したので報告する．【症例】症例は72歳男性で，X-15年に左腎血管筋脂肪腫の破裂に対して血管内治療歴がある．X年2月に進行腎癌の疑いで当科を紹介受診し，造影CTで下大静脈腫瘍栓及びリンパ節転移を伴う左腎癌が疑われた．腫瘍生検の結果は分類不能型腎細胞癌であり，左腎癌cT3bN1M0・IMDC poor riskとしてニボルマブとカボザンチニブの併用療法を開始した．腫瘍はわずかに縮小し治療効果はSDであったが，治療開始後約6ヶ月で副腎皮質機能低下などの副作用が生じ併用療法の継続が困難となった．副作用改善後にカボザンチニブ単剤で経過観察していたが，X + 1年7月に原発巣増大が認められた．アキシチニブに変更したもののX + 1年8月に新規肝転移の出現が認められたため，リキッドバイオプシーを提出した．解析結果でTSC2病的変異が同定され，X + 1年12月よりエベロリムスの内服を開始した．約4ヶ月後のX + 2年4月のCTで原発巣は約30%縮小し，肝転移巣は同定困難となっており，治療効果はPRであった．【結語】リキッドバイオプシーでTSC2病的変異が認められ，エベロリムスによる治療により良好な病勢制御を得た腎癌の1例を経験した．

ポスター8

P-1-60 当院におけるロボット支援下前立腺全摘術の初期成績

○石井 康道、長谷川 泰久、増本 弘史、川口 晃
独立行政法人国立病院機構 福山医療センター 泌尿器科

【目的】当院ではロボット未経験者のみで2023年12月よりロボット支援前立腺全摘を開始し、2025年4月までに131例施行（術者3名）。その周術期成績を検討する。【対象と方法】全131例の成績検証および術者間（A：卒後27年56例、B：同24年64例、C：同7年11例）での成績を比較。【結果】全症例の背景及び術後成績は、年齢：75（52 − 83）歳、BMI：24.2（17.4 − 39.6）kg/m^2、術前PSA：8.1（1.9 − 88.5）ng/mL、NCCNリスク分類（VL：8、L：10、I：44、H：65、VH：4）、LN郭清96例、LN個数：6（1 − 20）個、神経温存（なし：14例、片側：75例、両側：42例）、手術時間：205（132 − 322）分、コンソール時間：171（95 − 295）分、出血量：100（0 − 1100）ml、術後輸血1例、尿道カテーテル留置：4（4 − 67）日、術後入院：9（6 − 17）日、G3以上の合併症なし、尿禁制1M：43.5％、3M：56.1％、pT2：99例、pT3以上：32例、RM1：45例（pT2 23例、pT3以上 22例）、BCR：4例。術者間では、手術 / コンソール時間はA：185/143分、B：217/183分、C：238/205分と差を認めた（p < 0.05）。尿禁制1MはA：55.4％、B：31.3％、C：54.6％ (p=0.02) と差があるが、3MはA：63.5％、B：45.1％、C：72. 7％と差は消失した。その他の背景、術後成績では差を認めなかった。【結論】手術時間、早期の尿禁制は術者間で差があったが、安全性、癌制御、3か月以降の機能温存では差がなく、質を保ち術者移行ができていると考える。

ポスター 8

P-1-61 前立腺全摘手術を実施した前立腺導管腺癌の検討

○瀬戸 太介[1)]、細川 忠宣[1)]、奈路田 拓史[1)]、頼田 顕辞[2)]
1）高知赤十字病院　泌尿器科
2）高知赤十字病院　病理診断科

【背景・目的】前立腺導管腺癌は早期に局所進行や転移を来たしやすく、通常の腺房腺癌より予後不良とされる。当院で経験した前立腺導管腺癌 12 例を後方視的に検討した。【対象・方法】2019 年 1 月から 2025 年 4 月までに前立腺全摘手術を実施した 134 例のうち、導管腺癌 12 例（Pure type 1 例 Mixed type 11 例）を検討した。年齢 60-81 歳、術後観察期間 1-74 か月であった。【結果】生検で導管腺癌と診断された症例は 5 例であった。診断時 PSA は 1.89-103（PSA ＜ 4 は 1 例、PSA 4-10 は 7 例、PSA ＞ 10 は 4 例）であった。病理学的 T 分類は T2 7 例、T3a 3 例、T3b 2 例、病理学的 N 分類は N1 1 例であった。術後 PSA ＜ 0.2 となり無治療経過観察が 7 例、臨床的判断で術後治療介入症例が 2 例、術後 PSA ＜ 0.2 とならずに治療介入した症例が 2 例、術後 PSA ＜ 0.2 となったが経過中に PSA ＞ 0.2 となり治療介入した症例が 1 例であった。治療内容は内分泌治療 5 例、放射線治療 2 例、がん化学療法 1 例（重複あり）であった。【結論】pT3 症例と pN1 症例を合わせると 6 例で半数を占め、術後の治療介入症例も 5 例であった。限局癌と判断し手術を行った症例でも、局所進行癌の比率は高く、必要に応じて追加治療を検討すべきと考えられた。

ポスター 8

P-1-62 那覇市立病院における前立腺癌手術と術後の排尿障害

○大城 琢磨、長嶺 さつき、本永 葵、泉 惠一郎
那覇市立病院　泌尿器科

【目的】前立腺癌手術において , 術後の排尿障害は古くからの問題である . 近年腹腔鏡 , ロボット支援下手術とより低侵襲化され周術期合併症の改善が報告されている . そこで当院で行った腹腔鏡手術 (LRP) 及びロボット支援下手術 (RARP) 後の下部尿路症状について検討を行った .
【方法】2023 年 3 月から 2025 年 3 月まで当院で行った LRP20 例および RARP35 例について , 術前および術後 1 か月 , 4 か月 , 7 か月時点での国際前立腺症状スコア (IPSS), 過活動膀胱スコア (OABSS), 術前及び術後の尿禁制について評価を行った .
【成績】術後 1 か月および 3 か月 , 6 か月での完全尿禁制率はそれぞれ LRP で 45％ , 70%, 80%. RARP で 72%, 83%, 86% であった . また術後 LRP, RARP とも OABSS のスコアの上昇が見られ , T stage, 内科的合併症 , および高齢者ほど成績が低い傾向であった .
【結論】術後の尿禁制において LRP と比較して RARP で良好であった . また術後早期に OAB 症状が見られたが、症状が遷延する症例において基礎疾患および加齢による影響が考えられた。

ポスター 8

P-1-63 RPP 後の前立腺癌に IMRT 施行し CRPC となった症例に salvage RARP を施行した一例

○野田 岳[1)]、尾地 晃典[1)]、大岩 裕子[1)]、小林 知子[1,2)]、橋本 英昭[1)]
1）岡山中央病院　泌尿器科
2）みやびウロギネクリニック

症例は 78 歳の男性で X-20 年に BPH に対し RPP(開腹前立腺被膜下核出術) 施行、X-8 年に PSA7.183ng/ml で前立腺生検を行い Gleason Score3+4 の前立腺癌 cT2cN0M0 と診断した。同年に IMRT 74Gy を施行、X-6 年に PSA failure となり CAB を開始した。X 年に CRPC として MRI US fusion 生検を行い、Gleason Score4+4 の前立腺癌を認め、転移は認めなかった。Enzalutamide を開始し、Salvage RARP の方針となった。手術は hinotori を用いた経腹的アプローチで行った。前立腺腹側、側方は正常構造が消失し癒着著明であり、US ガイド下に膀胱頸部を展開し前立腺を摘出した。手術時間は 270 分、コックピットタイムは 230 分、出血量は 100ml だった。POD7 に CG を行い、尿道カテーテルを抜去し POD9 に経過良好で退院となった。病理結果は adenocarcinoma、Gleason Score 5+4、EPE1、RM0、ypT3a、pN0、萎縮、繊維化は強いが残存腫瘍は viable で治療の影響は窺われなかった。近年、本邦でも多くの施設で放射線治療後の再発前立腺癌に対し salvage RARP が行われている。RPP 後の salvage RARP について報告する。

ポスター 8

P-1-64 当院における hinotori を用いたロボット支援下前立腺全摘除術の初期経験

○井内 裕満、安住 誠、渡部 嘉彦、橋本 博、伏谷 俊作
恵み野病院　泌尿器科

【目的】hinotori を用いたロボット支援下前立腺全摘除術の初期経験を報告する。【対象】症例は限局性前立腺癌の診断で当院にてロボット支援下前立腺全摘除術を希望された 14 名。年齢は 57-81 歳 (中央値 74 歳)。BMI20.9-27.823.5kg/m2（中央値 23.5kg/m2)、PSA4.69-31.42 ng/ml (中央値 7.55ng/ml)。NCCN リスク分類では超低リスク群 1 例、低リスク群 4 例、中リスク群 6 例、高リスク群 3 例であった。【結果】手術時間は 236-609 分 (中央値 280 分)、コックピット時間 175-531 分 (218 分)、尿込み出血量 50-2000ml【200ml】、断端陽性 2 例、合併症はなかった。術後尿禁制率 (パッド 1 枚以下 / 日) は、1 ヶ月時 22% であった。【結語】導入初期においても比較的安全に施行可能であったが、引き続き合併症に注意し、断端陽性率低下、尿禁制改善に努めていきたい。

P

ポスター 8

P-1-65 ロボット支援前立腺全摘除術後 8mm ポート創に発生したポートサイトヘルニアの 1 例

○杉浦 晋平、長谷川 ゆり、横川 秀平、野村 俊介、熊野 曜平、藤浪 潔
茅ヶ崎市立病院　泌尿器科

【緒言】ロボット支援手術でポートサイトヘルニアの報告例は散見されるが、多くは 10mm 以上のポート径である。今回我々はロボット支援手術導入早期に 8mm ポート創でのポートサイトヘルニアを経験したため報告する。【症例】78 才男性。前立腺肥大症の診断で外来通院中に PSA 6.06ng/ml と上昇。MRI で PI-RADS4 と前立腺癌が疑われたため、20xx 年 5 月に経会陰式前立腺生検施行。病理診断は acinar adenocarcinoma, Gleason score 4+3=7。画像診断で cT2aN0M0。NCCN リスク分類で中リスク群と診断し、8 月に経腹膜アプローチでロボット支援前立腺全摘除術を施行した。気腹圧は 10mmH_2O で、術中神経温存とリンパ節郭清は施行しなかった。術後第 1 病日に排ガスがみられたため経口摂取を開始したが、第 2 病日に嘔吐を認めたため腹部レントゲン施行。麻痺性イレウスが疑われたため、胃管挿入と絶飲食で経過観察とした。その後排ガスは時々みられたが胃管排液が減少しないため、第 11 病日に腹部 CT 施行。左下腹部外側 8mm ポート創から脱出した腸管を認めた。ポートサイトヘルニアによるイレウスの診断で開腹腸閉塞解除術を施行した。左下腹部外側ポート痕部に皮切をおき、嵌頓した小腸を同定。嵌頓小腸は浮腫が高度で組織が脆弱であったため、同部位を切除した。術後イレウスが遷延したが軽快し、再手術後第 24 病日に退院した。若干の文献的考察を加えて報告する。

ポスター 9

P-1-66 MAG3 利尿レノグラムによる尿管皮膚瘻ストーマ通過障害の評価

○金 哲將、松林 弘樹、伊原 俊之、花田 英紀
公立甲賀病院　泌尿器科

尿管皮膚瘻 (CU) は、単純なパーマネント尿路変向術である。CU にはストーマ通過障害のリスクがあり、水腎症をうまく管理することが重要である。我々は、術後 3 ヶ月目に MAG3 利尿レノグラムを用いて CU のストーマ通過障害を評価した。CU は、根治的膀胱全摘除術後 46 症例 (90 腎単位 , RUs) に施行した。男性 39 例、女性 7 例であった。平均経過観察期間は 102.1 ヶ月であった。データ解析は、フロセミド投与後の half-times to tracer clearance (T1/2) を用いて行なった。平均 T1/2 は、8.45 ± 8.04 分であった。75 RUs (83.3%) は、T1/2 が 15 分未満であり、このうち 74 RUs (98.7%) は、水腎症がなかった。10 RUs (11.1%) は、T1/2 が 20 分を超過していた。この 10 RUs は、ステント留置が必要であったり (6 RUs)、ステントを留置せず萎縮腎となった (4 RUs)。結論として、MAG3 利尿レノグラムは、CU のストーマ通過障害の診断に非常に有用であった。T1/2 が 15 分未満であれば非閉塞性と判定できた。T1/2 が 20 分を超えた場合は閉塞性と判定できた。術後 3 ヶ月の時点で、T1/2 が 20 分を超えている場合には、速やかにステントを留置することを推奨する。

ポスター 9

P-1-67 回腸導管狭窄に対して回腸導管部分切除と再固定術を施行した一例

○中村 俊介[1)]、小橋口 佳な[2)]、土肥 洋一郎[2)]、田岡 利宜也[2)]、内藤 宏仁[2)]、加藤 琢磨[2)]、岡添 誉[2)]、上田 修史[2)]、杉元 幹史[2)]
1）香川大学卒後臨床研修センター
2）香川大学医学部附属病院 泌尿器・副腎・腎移植外科

69 歳男性。20XX 年筋層浸潤性膀胱癌 (UC, high grade, cT3bN0M0) に対し術前補助化学療法 ddMVAC4 コース施行後、ロボット支援膀胱全摘除術・回腸導管造設術を施行した。術後 7 日目に回腸導管の色調不良を認め、dynamic CT を撮像したが回腸導管の造影不良はなく、回腸導管の軽度拡張を認めた。その後、回腸導管の色調は鮮赤色に改善し術後 33 日目に退院となった。退院 1 ヶ月後に発熱で来院、CT で両側水腎症と回腸導管の拡張を認めた。回腸導管出口部狭窄・尿流出不良は認めず、抗生剤治療で保存的に尿路感染は改善した。両側腎盂拡張は残存していたが、腎機能低下を認めなかったため経過観察した。その後、間歇的な発熱、CRP6 台の炎症高値が続いた。20XX+1 年、回腸導管からの尿流出低下と腹部膨満感で受診。造影 CT では筋膜レベルでの狭窄が疑われ、導管造影では筋膜レベルから中枢側が造影されなかった。カテーテルは盲目的な留置が困難であり膀胱鏡を用いてワイヤーガイド下で留置した。導管は筋膜レベルから屈曲していた。水腎症は改善したため、回腸導管再建術の方針とした。筋膜から腹膜の間で回腸導管は高度の癒着があり全周性に狭窄し、狭窄部位より末梢を切除した。残存した回腸導管 12cm をそのまま再固定とした。再固定術後 3 ヶ月で水腎や感染の再燃なく経過している。【結論】筋膜から腹膜間での回腸導管狭窄に対して、狭窄部位より末梢を切除し残存した回腸導管の再固定が有効であった。

ポスター 9

P-1-68 代用膀胱造設術から 50 年以上経過して発生した代用膀胱内悪性腫瘍の一例

○井開 拓実、白根 拓、吉岡 勇人、秋山 耕亮、福岡 憲一郎、繁田 正信
NHO 呉医療センター中国がんセンター　泌尿器科

症例は 196X 年に詳細な病名や術式は不明であるが右腎摘除術＋膀胱全摘除術＋代用膀胱造設術を施行された 75 歳の女性。主訴は蓄尿時の違和感と排尿時痛。202Y 年 10 月に当科を紹介受診し尿細胞診陽性であった。MRI を施行したところ代用膀胱は膀胱頸部に遊離腸管が直接縫合された構造であり、その内腔に結節性腫瘍性病変を認めた。膀胱鏡を施行したところ代用膀胱内に表面に異常血管を伴う結節性腫瘍を認めた。この時、尿管吻合部や残存している膀胱頸部と腸管吻合部に異常所見を認めなかった。逆行性尿路造影では上部尿路に異常所見を認めず、代用膀胱原発の悪性腫瘍として同年 12 月に開腹代用膀胱摘除術（尿道・子宮合併切除）＋左尿管皮膚瘻造設術を施行した。病理検査では Adenocarcinoma of intestine の診断であった。術後は小腸癌として当院外科に紹介し現在も化学療法を継続している。
尿管 S 状結腸吻合術後に尿管腸管吻合部へ腺癌が二次発生しやすいことは広く知られているが、遊離小腸を用いた尿路変向後にその遊離腸管内に腫瘍の発生を認めることは稀である。今回我々は新膀胱造設後 50 年以上経過し発生した遊離小腸内腫瘍の一例を経験し組織学的診断に至ったので若干の文献的考察を加え報告する。

P

ポスター９

P-1-69 右尿管回腸導管吻合部狭窄に対し、経腹膜アプローチ腹腔鏡補助下再吻合術を施行した１例

○林 拓見、木藤 宏樹、山村 剛平、李 政謙、加藤 繭子、中田 多佳子
JCHO 東京新宿メディカルセンター

【目的】右尿管回腸導管吻合部狭窄に対し、経腹膜アプローチ腹腔鏡補助下再吻合術を施行した1例を報告する。【症例】61歳、男性。X-1 年 11 月に頻尿を主訴に当科初診、浸潤性膀胱癌 (尿路上皮癌)cT4aN1M0(左外腸骨リンパ節転移) の診断となった。術前化学療法 GC3 コースを施行し、X 年 2 月 8 日に腹腔鏡下膀胱全摘術＋回腸導管造設術を施行した。術後診断は ypT2N0 で、術後 23 日目に退院した。術後 2 ヶ月時点の X 年 4 月 10 日に腎機能低下を認め、胸腹骨盤造影 CT 画像検査を施行し、右水腎症を認めた。同日に右腎瘻造設術を施行。4 月 19 日に右腎瘻拡張術＋順行性腎盂尿管造影・尿管鏡検査を施行したところ、右尿管導管吻合部の完全閉塞所見を認めた。CT 画像検査での経過観察行い、癌再発による閉塞でないと判断し、X 年 11 月 15 日に経腹膜アプローチ腹腔鏡補助下再吻合術を施行した。尿管を十分に剥離し、肉眼的には狭窄部に腫瘍再発は認めなかった。吻合部直上付近に小切開をおいて、右尿管と回腸導管を再吻合した。術後 6 日目に腎瘻造影検査施行し、狭窄所見は認めず腎瘻カテーテルを抜去した。術後 1 カ月、4 カ月時点の胸腹骨盤造影 CT 画像検査で明らかな水腎所見なく、採血での腎機能は維持している。【結論】尿管回腸吻合の合併症として、臨床上問題となるものとして吻合部狭窄があげられる。今回は右尿管回腸導管吻合部狭窄に対し、経腹膜アプローチ腹腔鏡補助下再吻合術を施行し改善した 1 例を経験した。

ポスター９

P-1-70 導尿路造設術の治療成績と合併症についての検討

○前田 晃宏、東武 昇平、川崎 麻己、柿木 寛明、野口 満
佐賀大学　医学部　泌尿器科学講座

【緒言】清潔間欠的自己導尿（CIC）は下部尿路機能障害に対する基本的な治療法であるが、固有尿道からの導尿が困難な症例には導尿路造設術が必要となる。本研究では、当科で導尿路造設術を施行した症例を対象に、術式の特徴および合併症について検討した。【対象と方法】2002 ～ 2024 年に当科で導尿路造設術（膀胱形成同時施行例を含む）を受けた 12 例を、電子カルテを用いて後方視的に検討した。年齢中央値は 9 歳（1 ～ 54 歳）、追跡期間中央値は 4.9 年（1 ～ 22 年）であった。基礎疾患は骨盤内横紋筋肉腫 3 例、総排泄腔疾患または膀胱外反 5 例、神経因性膀胱 4 例であった。【結果】術式は Mitrofanoff 法 7 例、Spiral Monti 法 4 例、Monti 法 1 例であった。合併症は 7 例（59%）に認められ、導尿路狭窄 4 例、導尿路失禁 2 例、出口部狭窄 1 例で、いずれも 1 ～ 3 回の再建術を要した。導尿路造設術から再建術までの期間中央値は 12 ヵ月（1 ～ 55 ヵ月）であった。全例で導尿は継続可能であった。【考察】導尿路造設術においては、尿禁制の維持とカテーテル挿入の容易性が重要であり、粘膜下トンネル形成や吻合位置の工夫が必要である。合併症は既報よりやや多く認められたが、合併症は一定の頻度で起こりうることを念頭に置いた長期的な術後管理が重要である。

ポスター９

P-1-71 高位尿管狭窄に対する経腸間膜的回腸導管尿管吻合による尿路再建の一例

○雪本 弥仁雅、柿木 寛明、山口 優香子、前田 晃宏、草野 脩平、柿木 優佳、川崎 麻己、東武 昇平、野口 満
佐賀大学医学部泌尿器科学講座

【緒言】放射線治療後の尿管狭窄は、尿管ステントや腎瘻での長期管理を要し、尿路感染や腎機能障害が問題となることも多い。今回、高位尿管狭窄に対して経腸間膜的な回腸導管尿管吻合を行い、ステント管理を離脱できた症例について報告する。【症例】73 歳女性。52 歳時に子宮頚癌に対し化学放射線療法を施行した。72 歳時に両側水腎症を指摘され、放射線治療の晩期障害による両側尿管狭窄の診断で両側尿管ステントを留置した。以降、尿管ステントに感染結石の付着閉塞がみられ、閉塞性腎盂腎炎、敗血症を繰り返すようになり、頻回の尿管ステント交換、レーザー砕石術が必要となった。感染制御と腎機能温存を目的として、回腸導管造設術を行う方針とした。手術所見：砕石位にて逆行性に両側尿管に蛍光尿管ステントを挿入し、仰臥位頭低位にて腹腔鏡操作を開始した。骨盤内は放射線の影響と思われる腸管癒着がみられ、蛍光尿管ステントは尿管の同定剥離に有用であった。回腸遊離と糞路再建、導管作成は開腹下に行った。左尿管は腎下極レベルまで狭窄があり、回腸導管を下行結腸腸管膜のトンネルを経由することで、通常より高い位置で尿管を吻合できた。術後カテーテルフリーで、腎機能障害や感染を起こすことなく経過している。【考察】尿管の同定剥離操作において蛍光尿管ステントが有効であった。経腸間膜的導管尿管吻合は､尿管狭窄長が長く、尿管授動に制限がある症例において有用である。

ポスター９

P-1-72 膀胱憩室内腫瘍に対して TULA を施行した１例

○河野 義之、片山 幸智恵、森野 純貴、萩原 喜一、清水 俊洋、佃 文夫、堀口 裕、古賀 祥嗣
江戸川病院　泌尿器科

【目的】多発性病変の膀胱腫瘍に対する半導体レーザーアブレーション (TULA) を経験したが、本手技は TUR-Bt では難しい部位へのアプローチおよびレーザー照射が可能である。多発病変のうち、膀胱憩室に発生した腫瘍に対して安全に TULA が施行できたので症例を提示する【対象】年齢:75 歳，性別:男性，過去 TUR-Bt 歴：2024 年 12 月 TUR-Bt（UC, G2 ＞ G3, pTa），既往歴 ：喉頭がん術後，食道がん術後，抗血栓薬内服歴：あり（ワーファリン），腫瘍部位数：膀胱内 10 ヶ所，膀胱憩室内 3 ヶ所，腫瘍径 ： 2mm-15mm【方法】麻酔；全身麻酔，使用膀胱鏡：オリンパス 22.5Fr 膀胱鏡，使用ファイバー :BARE LD ファイバー（600 μ m），出力設定 :10W/ 連続波，抗血栓薬 ：内服継続下で施行．膀胱三角部の腫瘍を生検。その後膀胱内腫瘍を蒸散した後，最後に憩室内腫瘍を蒸散した．【結果】手術時間 : 50 分, 出血:少量, 術後膀胱持続灌流施行し，血尿スケール 0-1 で推移．翌日 Foley catheter を抜去し，術後 2 日目に退院【結論】膀胱憩室は筋層に覆われていないため、TUR-Bt では膀胱穿孔を起こし、腫瘍を腹腔内や骨盤内へ播種させるリスクがある。TULA は凝固深度が 1 mm 程度なので、憩室を穿孔させるリスクが低い。低出力で標的部位のみの照射で、健常組織への損傷も抑えられるため創傷治癒が早く、止血性も高いことから、Foley の翌日抜去が可能であり、術者にも患者にも優しい治療であると考えられた．

P

ポスター 10

P-1-73 腎機能低下から膀胱 plasmacytoid carcinoma の診断・治療につながった一例

○森 郁太[1)]、上松 克利[1)]、岡本 悠佑[1)]、森 聰博[1)]、
山田 大介[1)]、宮谷 克也[2)]
1）三豊総合病院　泌尿器科
2）三豊総合病院　病理診断科

症例は 63 歳男性。夜間頻尿、尿失禁を主訴に当科受診した。血液検査で腎機能低下を認め、CT 検査で両側水腎症と膀胱壁肥厚を認めたため、腎後性腎不全として尿道カテーテルを留置するも腎機能は改善しなかった。膀胱鏡検査では膀胱三角部を中心に腫瘍を疑わせる浮腫性変化が認められ、尿細胞診陽性となったため、診断・治療目的に TURBT を施行した。病理検査では plasmacytoid/signet ring cell carcinoma であった。術後腎機能が改善するのを待ち、ロボット支援下膀胱全摘除術・回腸導管造設術を行った。術後化学療法としてニボルマブを導入し、今後継続していく予定である。膀胱 Plasmacytoid carcinoma はまれな組織学的変異体であり、予後不良とされる。いくつかの症例報告、後ろ向き研究を参照すると、術前化学療法、術後化学療法に関しては是非の分かれるところであるが、今回は腎機能を鑑み膀胱全摘を先行した。腎機能低下から膀胱 plasmacytoid carcinoma の診断・治療へとつながった一例を経験したので報告する。

ポスター 10

P-1-74 腹部大動脈の石灰化が TURBT 時の血圧変動に対する影響について

○本多 弘幸[1)]、松尾 朋博[1)]、柿田 聖太[1)]、森 慎太郎[1)]、
荒木 杏平[1)]、光成 健輔[1)]、大庭 康司郎[1)]、望月 保志[1,2)]、
今村 亮一[1)]
1）長崎大学病院　泌尿器科・腎移植外科
2）長崎大学病院　血液浄化療法部

＜目的＞ TURBT 時の平均動脈圧（MAP）の低下と腹部大動脈石灰化スコア（AACS）との関連を検討した。＜方法＞当院で腰椎麻酔下に TURBT が行われた患者を対象とし、PDD-TURBT（P）群と TURBT（NP）群の 2 群に分け、患者背景や術中バイタルサインを後方視的に比較検討した。AACS は 3D 画像解析システム（SYNAPSE　VINCENT）に搭載された解析ソフトを用い、腹腔動脈分岐部から下腸間膜動脈分岐部までの範囲で測定し、Agatston Score として算出した。術中に MAP が 65mmHg 未満もしくは麻酔導入時から 20％以上の低下を認めた場合を血圧低下と定義した。＜結果＞解析可能な患者は 91 名で、そのうち P 群が 41 名 (45.1%) であった。患者背景や AACS には 2 群間で差はなかった。麻酔高は P 群が NP 群よりも有意に高かった（Th6 [1 - 12] vs Th6 [2 - 8], P=0.040）。術中バイタルでは、P 群で NP 群と比較し、麻酔導入時 MAP や術中最低 MAP は有意に低く、MAP 低下率（30.0% vs 22.0%, P=0.017）は有意に高かった。さらに、術中の血圧低下は P 群で有意に多かった（80.5% vs 58.0%, P=0.026）。また、AACS と MAP 低下率との間には弱い相関を認めた（P=0.044）。TURBT 時の血圧低下に関する多変量解析では、麻酔高（P=0.008）と PDD-TURBT（P=0.049）が有意な関連因子であり、AACS は有意な関連因子ではなかった。＜結語＞ AACS は TURBT 時の MAP 低下率と弱い相関を認めるが、術中の血圧低下には有意な関連はなかった。

ポスター 10

P-1-75 千葉県がんセンターにおけるロボット支援下膀胱全摘術の経験：回腸導管ストマ位置と術後腸管合併症の関連

○小丸 淳、山崎 賢太郎、池原 哲郎、新納 潤、鈴木 一弘、
米田 慧、小林 将行
千葉県がんセンター　泌尿器科

【目的】当院では 2019 年より、膀胱がんに対するロボット支援下膀胱全摘術（RARC）を導入した。従来、回腸導管ストマは右下腹部に造設されることが一般的であるが、近年では患者の体型、自己管理のしやすさ、ロボットポート配置との整合性などを考慮し、右上腹部にストマを設置する症例が増加している。ストマ位置の違いが術後の腸管関連合併症に与える影響について検討した。【対象と方法】2019 年 1 月 − 2025 年 5 月に当院で RARC および尿路変向術として回腸導管造設を施行した 59 例を後方視的に解析した。【結果】術者は 7 名。年齢中央値は 72 歳（範囲:44 − 84 歳）、男性 50 例、女性 9 例。尿路変向術は体腔内外併用法 (Hybrid)19 例、体腔内尿路変更 (ICUD)40 例。ストマ位置は、右上腹部 19 例（32%）、臍高位 7 例（12%）、下腹部 33 例（56%）。手術時間の中央値は 520 分（396 − 647 分）、コンソール時間は 376 分（251 − 527 分）。推定出血量中央値は 300 mL（35 − 1434 mL）。術後入院期間の中央値は 25 日（16 − 147 日）。術後 Clavien − Dindo 分類グレード III 以上の合併症は 11 例（19%）、腸管関連合併症は全グレードで 26 例（44%）、うちグレード III 以上は 7 例（12%）であった。ストマ位置と腸管関連合併症の発生との間には有意な関連は認められなかった。【結論】当院における RARC の初期成績では、回腸導管ストマの設置位置に関して、右上腹部設置が腸管関連合併症の増加と明確に関連する傾向は認められなかった。

ポスター 10

P-1-76 当院におけるロボット支援後腹膜鏡下腎尿管全摘術の初期経験

○吉田 司、野原 隆弘、神島 泰樹、加納 洋、牧野 友幸、
内藤 伶奈人、岩本 大旭、八重樫 洋、重原 一慶、泉 浩二、
溝上 敦
金沢大学　泌尿器集学的治療学

【目的】本邦では 2022 年 4 月にロボット支援腎尿管全摘除術 (RANU) が保険収載された。腹腔鏡下腎尿管全摘除術 (LNU) と比較して RANU は腫瘍学的アウトカムや周術期成績において差がないと報告されている。また、ロボット支援手術は solo-surgery が行えるという利点があり、LNU に比べ少ない人数で手術を遂行することができる。当院における RANU の初期経験および手術における医師総労働時間に関して検討した。
【方法】当院では、2024 年 4 月より RANU を開始した。2024 年 4 月から 2025 年 4 月までに当院で RANU を施行した 9 件を対象とした。同時期に LNU を施行した 19 件と比較した。
【結果】上記期間において、当院で RANU を施行した 9 件の総手術時間の平均は 269 分であった。その内リンパ節郭清を施行したのは 7 件であった。各パート毎に、必要な外科医数×所要時間の合計を医師総労働時間とし、RANU 群と LNU 群で比較検討した。
【結論】RANU は LNU と比較し、腫瘍学的アウトカムでは差を認めず、医師総労働時間の短縮に寄与する。

P

ポスター 10

P-1-77 胞巣状尿路上皮癌の 1 例

○白根 拓、吉岡 勇人、井開 拓実、秋山 耕亮、福岡 憲一郎、繁田 正信
NHO 呉医療センター・中国がんセンター

【背景】胞巣状尿路上皮癌（nested subtype of urothelial carcinoma: NSUC) は尿路上皮癌の組織亜型で稀な腫瘍であり、形態学的には細胞異型度の低い腫瘍細胞が、胞巣形成や索状構造を示しながら浸潤性に増殖し、浸潤の深さが深くなるほど、細胞異型を増すことを特徴とする。また、通常の尿路上皮癌に比べて悪性度の高い腫瘍との報告が多い。【症例】症例は 77 歳、男性。排尿困難を主訴に近医より当院紹介となった。エコーで右水腎症、膀胱鏡で膀胱頚部から三角部にかけて粘膜面正常の浮腫状肥厚を認め、典型的な乳頭状腫瘍は認めなかった。浮腫状肥厚の原因として IgG4 関連疾患や悪性リンパ腫を鑑別にあげ、組織診断目的に TUR-BT を施行した。TUR 標本の病理組織診断で NSUC、pT2 以上と診断された。術前補助化学療法 (ddMVAC) を 4 コース施行後に、腹腔鏡下膀胱全摘除術および新膀胱造設術を施行した。現在のところ再発なく経過している。【考察】NSUC は粘膜上皮より深層で細胞異型が増す特徴があるため、本症例のように粘膜面正常の浮腫状変化しか認めない場合もあり、診断時には進行した段階で見つかることが多く、治療が遅れることが予後不良の原因の一つと考えられる。膀胱全摘除術を含む早期の治療介入が必要である。【結語】膀胱鏡下で明らかな腫瘍像を認めない場合でも、浮腫状肥厚を認める際には NSUC を念頭において診断および治療にあたる必要がある。

ポスター 10

P-1-78 膀胱原発印鑑細胞癌の 2 例

○郡山 義喜、武井 亮憲、坂元 広季、堀之内 友也、榊 結女、小島 慎平、阿部 純也、植野 尭、中井 直子、秋岡 貴弘、村嶋 隆哉、澤田 篤郎、賀本 敏行
宮崎大学　医学部　泌尿器科

印環細胞癌は腺癌の亜型で , 主に胃癌などの消化器癌にみられる . 膀胱原発の印環細胞癌は非常に稀であり全膀胱腫瘍の 0.1 ～ 0.5% と報告されている . 今回われわれは 2 例の膀胱原発印環細胞癌を経験したため文献的考察を含め症例報告する . 1 例目は 68 歳男性 , 膀胱癌に対し TUR-Bt を施行した . 病理結果は adenocarcinoma, pT2 or more の診断で組織像から印環細胞癌も疑われた . CT 検査・消化管内視鏡検査でその他の病変は認めず膀胱原発と考えられ , 即時膀胱全摘術の方針となった . 2 例目は 67 歳男性 , CT 検査で膀胱壁肥厚あり TUR-Bt を施行した . 病理結果は pT2, 印環細胞癌の増殖を伴う尿路上皮癌の結果であった . 局所進行性が強く根治切除困難と判断し , エンホルツマブ ベドチン＋ペムブロリズマブ併用療法を施行した . 3 コースで PR の効果が得られ膀胱全摘術の方針となった .

ポスター 10

P-1-79 子宮体癌根治術後に生じた膀胱原発の混合型神経内分泌癌に対しロボット支援下膀胱全摘除術により根治切除し得た 1 例

○花澤 岳裕[1)]、小林 裕章[1)]、宮居 弘輔[2)]、横山 高明[1)]、濱本 孔越[1)]、新地 祐介[1)]、辻田 裕二郎[1)]、黒田 健司[1)]、堀口 明男[1,3)]、伊藤 敬一[1)]
1）防衛医科大学校泌尿器科学講座
2）防衛医科大学校病態病理学講座
3）防衛医科大学校病院　外傷・熱傷・事態対処医療センター

【緒言】膀胱原発の神経内分泌癌（NEC）は稀で、高悪性度で進行病期にて診断されることが多く予後不良とされる。特に大細胞型神経内分泌癌（LCNEC）は極めて稀で、肉腫様成分や尿路上皮癌（CIS）を伴う混合型腫瘍の報告は限られる。今回我々は、子宮体癌根治術後で強固な骨盤内癒着を有する高齢女性に生じた混合型 NEC に対し、シスプラチン＋エトポシド（EP 療法）による術前化学療法後にロボット支援下膀胱全摘除術（RARC）を安全に完遂し得た 1 例を経験したので報告する。【症例】子宮体癌にて根治術（子宮全摘＋両側付属器切除＋骨盤・傍大動脈リンパ節郭清）の既往を有する 78 歳女性。他院にて経尿道的膀胱腫瘍切除術が施行され、病理診断は NEC、pT2 以上であり根治治療を希望され当院を受診。当院における病理再評価により、LCNEC を主成分とし、小細胞型、肉腫様成分、CIS を含む混合型腫瘍、pT2 以上と診断した。画像精査にて遠隔転移を認めず、術前 EP 療法 4 コース施行し腫瘍縮小が得られたため、RARC および体腔外回腸導管造設術を施行した。腹腔内には広範に癒着を認めたが、ポートの配置や術中所見に応じたロボットアームの切替、展開操作の工夫により、合併症なく安全に手術を完遂し得た。術後経過は良好で術後 17 日目に退院となった。病理診断は LCNEC（残存 10% 未満）、ypT2a、ypN0 であり、再発無く経過している。

ポスター 11

P-1-80 当院で PVP を施行した患者の術後 11 年間の新規悪性疾患の罹患状況について

○青山 真人[1)]、喜多 浩士[1)]、増田 一輝[1)]、岡村 直樹[1)]、北 和晃[1)]、中村 敬弘[1)]、大橋 由香[2)]、橋本 重夫[2)]
1）医療法人宝生会 PL 病院　泌尿器科
2）医療法人宝生会 PL 病院　臨床検査科

【背景】泌尿器悪性疾患や尿路結石症では CT 等で他の悪性疾患も発見しうる。しかし BPH の術前検査は、胸部単純 Xp、前立腺 MRI や前立腺エコー、膀胱鏡に留まることが多く、胸部や上腹部の悪性疾患の早期発見には繋がりにくい。PVP の術後の経過中に発見された悪性腫瘍に対して治療が必要になる患者が散見される。【対象と方法】2014 年 1 月からの 11 年間に 1166 件の PVP を 1110 人に行った。その後の悪性疾患の診断や治療の状況などをレトロスペクティブに検討した。【結果】2025 年 4 月末時点で 92 例に新規に悪性疾患を発症していた。内訳（例）は、呼吸器系（肺 12、胸腺 1、）、消化器系（食道 1、胃 8、肝臓 2、胆管 1、膵臓 4、結腸 3、直腸 1）、血液系 9、泌尿器系（腎 6、尿管 2、膀胱 6、前立腺 41）、であった。泌尿器系を詳記する。腎癌は、検診等で偶発的に発見され、腎部分切除 5 例、腎摘 1 例が行われた。尿管癌や膀胱癌は、血尿で発見され、尿管癌 2 例において腎尿管全摘術 1 例、上部尿路 BCG 注入 1 例が施行された。膀胱癌では根治的手術が 5 例、姑息的 TURBT が 1 例に行われた。前立腺癌の 41 例中 40 例が、PSA 検診を契機に発見された。前立腺癌の cT 分類は、cT1~T2 35 例、cT3 4 例、不明 2 例であった。28 例に根治治療 (放射線治療 15 例、手術 13 例) が施行された。薬物療法が 10 例、治療詳細不明が 2 例であった。【結語】PVP の術後では、自覚症状が改善した後もがん検診などの受診行動を促すことの重要性を再認識した。

P

ポスター 11

P-1-81 経尿道的水蒸気治療後に壊死組織脱落を契機に発症した尿閉の 1 例

○賀来 春紀[1)]、森分 貴俊[2)]、黄 鵬[2)]、徳永 素[3)]、
堀川 雄平[4)]、片山 泰弘[1)]、津島 知靖[3)]
1）岡村一心堂病院
2）岡山大学病院
3）岡山医療センター
4）岡山市立市民病院

【背景】前立腺肥大症に対する低水蒸気治療の有効性と安全性が報告されているが、治療後に壊死組織の脱落による尿閉など、まれにみられることがある。今回、当院で水蒸気治療後に壊死組織脱落による尿閉、後に膀胱頚部硬化症をきたした 1 例を経験したため報告する。【症例】82 歳男性、高血圧。前立腺 41g。尿閉発症から 3 ヶ月後に水蒸気治療（左葉 3 針、右葉 3 針）を施行。術後 2 週間で尿道カテーテルを抜去し、残尿は 20mL であったが、その 1 週間後に再び尿閉を発症した。膀胱鏡検査では、前立腺部尿道に壊死組織が充満していたため、尿道カテーテルを再留置した。約 1 か月間の留置の後に尿道カテーテルを抜去し、しばらくは自排尿が良好であった。しかし、治療後 10 ヶ月目に膀胱炎症状が出現、不完全尿閉となった。膀胱鏡検査で膀胱頚部にピンホール状の狭窄を認めたため、経尿道的膀胱頚部切開術を施行し、その後排尿状態は改善した。【考察】水蒸気治療は低侵襲であり、高齢者や合併症を有する患者にも適応可能な治療法である。一方で、壊死組織脱落による尿閉が数％の頻度で発生し、尿道カテーテル再留置が必要となる症例もある。水蒸気治療後は晩期合併症も考慮して長期的な経過観察が重要であると考えられる。

ポスター 11

P-1-82 WAVE 治療後に前立腺部尿道の癒着、空洞をきたした 1 例

○野瀬 清孝、玉城 光由
福岡輝栄会病院　泌尿器科

症例は７０歳代男性。前立腺肥大、過活動膀胱の診断で内服加療を施行していた。WAVE 治療半年前より排尿困難が強くなり、治療２ヶ月前に一過性の尿閉となった。神経因性膀胱所見はなく、前立腺体積 40ml、尿流量測定（尿量 134.6ml、最大流量 10.1ml/S、平均流量 5.6ml/S、残尿 324.0ml）で、前立腺手術適応と思われ、WAVE 治療を施行した。治療後７ヶ月で尿流量測定（尿量 420.8ml、最大流量 16.0 ml/S、平均流量 8.3 ml/S、残尿 63.9ml）、前立腺体積 20ml となり、排尿自覚症状も軽快した。同月に膀胱鏡を施行すると前立腺は残存腺腫と空洞を認め、内尿道口は右腹側に偏位し、癒着で狭く内視鏡が挿入できなかった。尿道にカテーテルの挿入ができないため、再手術を希望され、WAVE 治療後８ヶ月で TUR―P を施行した。癒着部は切除で通常の前立腺組織が露出した。内腺全切除（切除量 12g）で空洞は消失し、通常の TUR-P 後と同様な所見となり、カテーテル挿入は可能となった。WAVE 治療後、前立腺部尿道の癒着をきたした報告はほとんどない。今回我々は若干の文献的考察を加えて報告する。

ポスター 11

P-1-83 経尿道的前立腺吊上げ術

○坂本 亘[1)]、青山 真人[2)]、山本 匠真[3)]、内田 潤次[3)]
1）香芝生喜病院　泌尿器科
2）PL 病院　泌尿器科
3）大阪公立大学大学院医学研究科　泌尿器病態学

【目的】2021 年 4 月香芝生喜病院に泌尿器科を開設、翌年 10 月から経尿道的前立腺吊上げ術 (以下 Urolift) を開始した。結果と合併症を報告する。【対象】術後 3 ヶ月以上経過した 47 例を対象とした。Urolift 開始 1 年前から CVP も始めていたが、患者の合併症のため CVP を避けていた症例が Urolift 初期に多く含まれた。患者は、年齢 78 ± 4 歳、前立腺体積 48 ± 10 ml、PRV 116 ± 79 ml、Qmax 7.4 ± 2.5 ml/sec、IPSS 17.0 ± 6.1、QOL 4.2 ± 1.0、術前尿閉 4 例であった。【成績】手術時間 32 ± 11 分、平均インプラント数 4.2 本、術後の Hb 低下 0.2 mg/dl。術後の尿道バルーン抜去後の再留置は 9 例 (排尿困難 5 例、血尿 4 例) で 7 例は一過性、CIC 続行 1 例、尿道バルーン抜去できず 1 例。合併症は、尿失禁 1 例（精阜手前のインプラント 4 本中 2 本抜去で消失）、術後 4 日目インプラント穿刺孔からの動脈性出血で TUC 1 例（DOAC 服用例）、術後の外来経過中発症の急性前立腺炎 2 例（術前尿培養陰性）、結石付着でインプラント抜去 1 例、排尿障害の改善なく、Urolift 以外の追加再手術 2 例、投薬再開 4 例であった。【結論】Urolift 後の IPSS、QOL 等自覚症状の改善は全期間 CVP とほぼ同程度であったが、PRV、Qmax の改善は早期は同程度であったが後期は CVP の方が良好であった。Urolift の手技は簡単な印象であったが、安定した結果を得るには意外と難しく learning curve も存在した。合併症も少ない印象であったが予期せね合併症を経験した。

ポスター 11

P-1-84 当院における CVP 初期経験

○廣野 美紗[1)]、小田 浩司[1)]、佐々木 克己[1)]、竹中 皇[1)]、
森 滉平[2)]、甲斐 誠二[3)]
1）岡山赤十字病院
2）岡山大学病院
3）香川県立中央病院

【背景】前立腺肥大症に対して Contact Laser Vaporization of the Prostate (CVP) は、効果的に前立腺の組織を蒸散させ、症状の改善が期待される治療法である。本手術は、従来の手術に比べて出血量が少なく、術後の回復が早いことが特徴である。2016 年に保険収載され、当院では 2024 年 9 月より CVP を導入し、その初期経験を報告する。
【方法】対象は、2024 年 9 月から 2025 年 9 月にかけて CVP を受けた症例である。術前評価として、患者の排尿症状を IPSS(International Prostate Symptom Score) で評価し、術後の経過を 1,3,6 か月後に再評価した。その他、カテーテル留置期間、術後合併症発生率などを評価項目とし、CVP の有効性・安全性を評価した。
【結果】IPSS スコア、QOL ともに術後経過するにつれて改善した。術後合併症としては、一過性尿閉を認めたが、いずれも短期間で改善した。CVP は、高い有効性と安全性を示し、前立腺肥大症に対する有効な治療法であることが確認された。
【結論】CVP は前立腺肥大症に対する治療法として有効であり、低侵襲で術後合併症も少ないことが確認された。高齢化が進む中で、より安全で患者負担の少ない CVP の重要性は増してくると思われる。今後、さらに症例数を増やし、長期的な効果を検証していく。

ポスター 11

P-1-85 当院における前立腺肥大症に対する経尿道的前立腺吊り上げ術の初期経験

○眞砂 俊彦
鳥取県済生会境港総合病院　泌尿器科

【目的】経尿道的前立腺吊り上げ術 (以下、PUL）は従来の術式と比較して低侵襲な術式であり、この度、当院にて 2024 年 10 月から PUL を実施した初期症例について検討する。【対象と方法】2024 年 10 月から 2025 年 5 月までに当院では PUL を 16 例に実施した。手術は全身麻酔下で行い、抗凝固療法は継続した。治療前後の国際前立腺症状スコア（IPSS)、過活動膀胱症状スコア（OABSS）および尿流量測定検査での排尿量（VV)、最大尿流率（Qmax)、残尿量を術前、術後で評価した。【結果】年齢の中央値は 82 歳（64-92)、前立腺体積 24.8ml(15-53.5)、使用したインプラントは 5 本 (4-9) であった。術後の尿道カテーテル留置期間の中央値 1 日（1-42)、術前に 4 症例で尿道カテーテル留置を行っていたが、術後 3 ヶ月の時点で 2 例を除きカテーテルフリーとなった。IPSS は術後に有意に低下し、VV、Qmax の増加、残尿量の低下を認めた。【結論】 PUL は低侵襲で、高齢者や抗凝固療法内服中でも、比較的安定して行え、早期の排尿状態の改善が期待出来る有用な手術手技と考えられた。しかし、排尿が改善しない症例も一定数認めたことから、今後も術前の状態を適切に評価し、更なる検討を加えていくことが重要と思われた。

ポスター 11

P-1-86 経尿道的前立腺吊り上げ術における出血性合併症についての検討

○鈴木 良輔、牧野 雄樹、新垣 隆一郎、河瀬 紀夫
康生会武田病院

【目的】経尿道的前立腺吊り上げ術 (PUL) に伴う出血性合併症の頻度、特徴について検討する。【方法】2023 年 4 月 1 日から 2025 年 3 月 31 日の 2 年間に前立腺肥大症患者に対して PUL を施行した 50 例を対象とした。追加処置を要する肉眼的血尿、その他出血性合併症の頻度、特徴について後ろ向きに検討した。【結果】年齢の中央値は 78 歳、前立腺体積の中央値は 50ml、抗血栓薬内服は 21 例 (42%) で、全例術前休薬であった。追加処置を要した血尿を 5 例 (10%)、骨盤内血腫を 1 例 (2%) に認めた。肉眼的血尿のうち、カテーテル再留置と洗浄血腫除去を要したのは 4 例 (8%)、経尿道的止血術を要したのは 1 例 (2%) であった。骨盤内血腫は安静以外に追加処置を要しなかった。出血性合併症症例では術中プルスルーを生じた症例が有意に多く、術翌日の Hb 低下が有意に大きかった。【結語】術中プルスルーが起こった症例では血尿が高度となるなど、出血性合併症が起こりやすい可能性があり術後管理に注意が必要である。

ポスター 11

P-1-87 経尿道的前立腺水蒸気術（WAVE）を 2 回行った 5 例の検討

○米谷 重俊、安田 友佳、藤澤 直輝、篠崎 哲男
イムス富士見総合病院　泌尿器科

【緒言】前立腺肥大症（BPH）において経尿道的前立腺水蒸気治療（WAVE）後も効果が不十分であり排尿障害が残存、α ブロッカーの内服を継続する患者も約 3 割存在する。本研究では 1 回目の WAVE による効果が不十分であったため再度 WAVE を行った症例を検討し、その有効性と安全性を評価した。【方法・対象】WAVE を 2 回施行した BPH 患者 5 例を対象とした。年齢は中央値 77 歳で 5 例中 3 例は、初診時に尿道カテーテルが留置されていた。初回治療から再治療までの期間は中央値 11 か月であった。国際前立腺症状スコア（IPSS)、最大尿流率（Qmax)、残尿量（RU)、前立腺体積 (PV) を評価指標としレトロスペクティブに検討した。【結果】尿道カテーテル留置中の患者は全例カテフリーとなった。再治療後に RU や PV の改善を認め、5 例中 4 例は α ブロッカーを中止できた。一方、IPSS や Qmax は治療後の変化が乏しかった。重篤な合併症は認められず、安全に施行可能であった。【考察】BPH における WAVE による二次治療は有効性・安全性が報告されているが、一次治療を WAVE に限定した報告はない。当研究では 2 回目の WAVE においても有効性と安全性を認めた。【結語】BPH における 2 回目の WAVE の効果は有効･安全であったが、二次治療に WAVE を選択する症例の背景や予測因子の解明が今後の課題である。

ポスター 12

P-1-88 核出重量が 20g 未満の症例における HoLEP の有用性の検討

○角田 夢女、渡邊 広毅、菅原 翔、寺中 さやか、松本 精宏
千葉市立青葉病院

【目的】HoLEP は前立腺肥大症に対する標準治療として広く普及しており、特に大きな前立腺肥大症に対しての有用性は数多く報告されている。一方で、比較的小さな前立腺肥大症に対する HoLEP の有用性に関する報告は少ない。今回、核出重量が 20g 未満の症例における HoLEP の有用性を検討した。【方法】2024 年 1 月より 2024 年 12 月に当院で HoLEP を施行した 152 例を対象とし、核出重量が 20g 未満の群 (n=33) と 20g 以上の群 (n=119) の 2 群に分類した。各群における術後成績について比較検討を行った。【結果】中央値は年齢 69 歳 /75 歳、前立腺体積 41ml/75ml、核出重量 14g/40g、手術時間 50 分 /87 分であった。術後 1 か月、3 か月、6 か月の IPSS、QOLindex、Qmax、残尿量はいずれにおいても 2 群間で有意差は認められなかった。【結語】HoLEP は比較的小さな前立腺肥大症においても有用な治療法であると考えられた。

P

ポスター 12

P-1-89 前立腺肥大症に対する MIST の初期経験

○関根 啓太、内山 和彦、村山 裕太郎、新井 裕太郎、
杉山 真康、佐藤 広明、藤村 正亮、三上 和男
千葉県済生会習志野病院

前立腺肥大症（BPH）に対する低侵襲治療（MIST：minimally invasive surgical therapy）は、高齢患者に対し身体的侵襲を抑えつつ、排尿機能の改善と QOL 向上を図る選択肢として注目されている。当院では 2024 年 2 月より MIST を導入し、経尿道的前立腺吊り上げ術（PUL）5 例および経尿道的水蒸気治療（WAVE）6 例の計 11 例に施行した。対象患者の平均年齢は前者が 80.8 歳、後者が 84.2 歳であり、尿閉を呈していた症例はそれぞれ 5 例、4 例であった。多くが認知機能低下を伴っており、主観的指標である IPSS や QOL スコアの評価は困難な症例が多く、本検討では尿閉解除の達成状況および合併症の有無を主要評価項目とした。尿閉患者のうち 4 例（PUL）、2 例（WAVE）でカテーテルフリーを達成した。合併症は PUL 施行例 1 例に膀胱タンポナーデを認めたが、観血的な処置は不要であった。その他の症例においては重篤な有害事象は認めなかった。MIST は高齢・ハイリスク症例においても安全かつ有効に尿閉解除をもたらす可能性があり、従来の HoLEP、TURP が選択できない症例における有用な選択肢となり得る。今後は評価指標の標準化と長期予後の検討が求められる。

ポスター 12

P-1-90 当院における経尿道的前立腺吊り上げ術の初期経験

○坂本 昇、平川 大地、川端 惇也、畑中 弥奈、日暮 太朗、
巴 ひかる
埼玉石心会病院　泌尿器科

【目的】当院における経尿道的前立腺吊り上げ術の初期経験を検証すること【症例】前立腺肥大症による排尿障害を有し、経尿道的ホルミウムレーザー前立腺核出術や経尿道的前立腺切除術は不適当であると判断された 20 例。平均年齢 74.8 歳 (中央値 76 歳)。【方法】当院では 2022 年 6 月から 8 月までの間に日本泌尿器科学会の実施医基準を満たす術者によって、実施手順に沿って 20 例の経尿道的前立腺吊り上げ術を実施した。術前の所見は手術に最も近い時期に実施された検査結果を用い、術後の結果は術後 1 か月から 2 か月以内に実施された検査結果を用いた。カルテから得た情報を後ろ向きに解析した。統計解析には Excel の t 検定を使用した。【結果】尿閉患者を除くと、国際前立腺症状スコア、QOL スコア、最大尿流量、残尿の平均はそれぞれ術前術後で、10 点から 5.7 点、4 点から 1.8 点、13.5 ml/ 秒から 17.6ml/ 秒、75.6ml から 22.2ml へいずれも有意に改善を認めた。Clavien-Dindo 分類における Grade 3 以上の合併症は経験していない。【考察】経尿道的前立腺吊り上げ術を安全に実施することが出来た。臨床成績に関しても術後に各評価項目の改善を認めており、有用な治療法であると考えられる。

ポスター 12

P-1-91 経尿道的前立腺吊り上げ術後に経尿道的前立腺核出および切除術を行った一例

○川端 惇也、坂本 昇、畑中 弥奈、日暮 太朗、巴 ひかる
埼玉石心会病院　泌尿器科

【目的】経尿道的前立腺吊り上げ術後に後日、経尿道的前立腺核出（以降 HoLEP）および切除術 (以降 TUR-P) を行った症例に関して術中所見から得られた知見を報告する【症例】内服治療ではコントロール不良の前立腺肥大症による排尿障害を有し当初は全身状態不良であったため HoLEP や TUR-P を受けることが望ましくないと判断された 59 歳男性【方法】202X 年 1 月 29 日、経尿道的前立腺吊り上げ術を実施。術前前立腺体積は 80ml。右葉に 5 本、左葉に 4 本のウロリフトを留置。202X+1 年 1 月 27 日、排尿状態の悪化を認め、全身状態が以前より改善していたため、HoLEP を実施。頚部に付着した状態で線腫剥離を終了しモーセレーターを使わず TUR-P と同様にループ電極で小さなチップに切除して抽出。【結果】経尿道的前立腺吊り上げ術前の国際前立腺症状スコアおよび QOL スコアは 26 点と 5 点。術後 1 か月後は 10 点と 3 点に改善。追加手術前には 14 点と 5 点に悪化。追加手術後のスコアは確認をしていないが自覚症状の改善を認めている。追加手術の切除の際に線種内には埋もれていたウロリフトに通電し複数のループを破損した。【考察】本人の全身状態が悪く HoLEP や TUR-P はリスクが高い症例に経尿道的前立腺吊り上げ術は有用である。その後、HoLEP や TUR-P を行うことは可能だが、ウロリフトにレーザーが当たった際の反応や通電した際のループ電極の損傷に留意する必要がある。

ポスター 12

P-1-92 80 歳以上高齢者に対する経尿道的前立腺吊り上げ術の臨床検討

○大豆本 圭[1)]、福田 喬太郎[2,4)]、中西 良一[2,4)]、井崎 博文[2,4)]、
森 英恭[3)]、小森 政嗣[3)]、高橋 正幸[3)]、須藤 泰史[5)]、
安宅 真利花[1)]、湊 亮詠[1)]、楠原 義人[1)]、布川 朋也[1)]、
古川 順也[1)]
1）徳島大学大学院医歯薬学研究部 泌尿器科学分野
2）徳島県立中病院
3）高松市立みんなの病院
4）徳島県立三好病院
5）つるぎ町立半田病院

背景：日本は超高齢社会であり前立腺肥大症による排尿障害が重要な課題である。超高齢者に対する前立腺肥大症の QOL 維持を目指した安全で効果的な治療法の選択が求められている。今回、実臨床での 80 歳以上高齢者に対する経尿道的前立腺吊り上げ術についての臨床検討をしたので報告する。方法：2023 年 2 月から 2025 年 3 月までに経尿道的前立腺吊り上げ術を施行した 51 例を抽出した。施設の内訳は徳島県立中病院　22 例、高松市立みんなの病院 13 例、徳島県立三好病院 11 例、つるぎ町立半田病院 4 例、徳島大学病院 1 例であった。年齢、ASA-PS、合併症、前立腺容量、手術時間、インプラント本数、術後経過について後ろ向きに検討した。結果：51 例中 28 人 (55%) が 80 歳以上であった。内訳は 80 から 84 歳まで 17 人、85 歳から 93 歳まで 11 人であった。28 例中 18 例 (64.2%) が脳血管障害や冠動脈疾患のため抗血小板薬や抗凝固薬を内服していた。ASA-PS 2 は 22 例 (78.5%)、ASA-PS 3 は 6 例 (21.5%) であった。手術時間中央値は 19(8-83) 分、インプラント本数は中央値 4.5(2-7) 本であった。尿閉症例は 15 例であり、カテーテルフリーとなった症例は 12 例 (80%) であった。術後カテーテル抜去期間は中央値 2(1-28) 日目であった。3 例は術後早期抜去で尿閉となったが、21-28 日目に再度カテーテル抜去トライし成功している。結論：80 歳以上高齢者に対する経尿道的前立腺吊り上げ術の治療成績を検討した。文献考察を含め報告する。

ポスター 12

P-1-93 膀胱結石を合併する前立腺肥大症に対する経尿道的前立腺水蒸気治療の検討

○武田 健[1)]、山本 致之[2)]、石津谷 祐[2)]
1）関西メディカル病院　泌尿器科
2）大阪大学大学院　医学系研究科　器官制御外科学講座　泌尿器科学

【目的】膀胱結石を合併する症例における WAVE 治療の報告は少ない。WAVE 治療と膀胱結石治療を行った症例の安全性と有効性を検証する。
【対象と方法】2022 年 11 月から 2025 年 3 月に実施した WAVE 治療 全 97 例のうち、膀胱結石治療も実施した群（結石群）と WAVE 治療のみの対照群について、後方視的に検討。膀胱結石は、WAVE 治療未定ならば砕石術先行、1mm 程度までの小結石は同時治療、その他は後日（ WAVE 治療の 1 ヵ月後）とした。
【結果】結石群 / 対照群は各々 10/87 例。年齢は中央値 85（範囲 77-96）/82（57-101）歳、前立腺体積は 中央値 97（45-150）/70（30-200）ml、最大尿流量率は中央値 3（0-10）/0（0-18）ml/s、残尿は中央値 350（20-1500）/255（0-2300）ml、尿道カテーテル依存患者は 50/58%。結石群の結石長径は中央値 10（5-32）mm、個数 1.5（1-40）個。
水蒸気注入回数は、中央値 12（6-15）/9（4-15）、中葉治療率は 40/58%、術後カテーテル留置期間は 26（3-41）/19（0-51）日。結石群のうち、砕石先行 / 同時 / 後日が各々 2/3/5 例（同時施行群は空圧式破砕装置、他はレーザー砕石術）。Clavien-Dindo 分類 Grade3a 以上の術後合併症は生じなかった。術後 3 ヶ月で、残尿量は中央値 10（0-50）ml。フォロー中（中央値 8（3-26）月）に、結石再発は 1 例に生じた。
【結論】結石群は 前立腺体積が大きく水蒸気注入量が多かったが、安全に施行可能で、排尿状態も改善された。

ポスター 12

P-1-94 当院における前立腺肥大症に対する Aquablation 治療の初期経験

○中里 彰、可児 尚弥、宮坂 嶺、横田 成司、西谷 真明、神田 和哉、金山 博臣
川島病院

【背景】前立腺肥大症 (BPH) に対する AQUABEAM ロボットシステムを用いた Aquablation 治療が本邦で 2023 年 6 月に保険収載され、当院では 2025 年 3 月に導入された。現在までに経験した初期の 7 例を比較検討する。【結果】年齢 (平均値) : 75.6 歳、術前前立腺体積 (平均値) : 74.6 ml、手術時間 (平均値) : 92.4 分、術後 1 日目の Hb 低下 (平均値) : 0.97 g/dL、術後バルーンカテーテル留置期間 (平均値) : 3.0 日、全症例で輸血は不要で周術期に Clavien-Dindo Glade II 以上の有害事象は認めなかった。術後 3 カ月を経過した 2 例を提示する。症例 1: 84 歳男性、術前前立腺体積は 51 ml、術後 3 日目にバルーンカテーテルを抜去し術後 4 日目に退院。術後 3 ヶ月で IPSS は 21 点から 14 点に減少、QOL スコアは 5 点から 3 点に減少、Q max は 20.9 ml/s から 20.6 mL/s と著変はなし、残尿量は 140 ml から 84 mL に減少した。症例 2 : 72 歳男性、自己導尿中、術前前立腺体積は 101 ml、術後 3 日目にバルーンカテーテルを抜去し術後 5 日目に退院。退院後も自己導尿を継続したが術後 1 カ月に自己導尿離脱。術後 3 ヶ月で IPSS は 4 点、QOL スコアは 0 点、Q max は 16.1 mL/s、残尿量は 91 ml であった。【結語】全症例で周術期に明らかな有害事象は認めず、術後 3 カ月が経過した 2 例は排尿状態の有意な改善が認められた。当院において BPH に対する Aquablation 治療を比較的安全に導入することが可能であった。

ポスター 13

P-2-1 生体腎移植後血液透析再導入患者に生じた移植腎梗塞の 1 例

○藤井 秀岳[1)]、松ヶ角 透[1,2)]、福島 達夫[2)]
1）医療法人亀岡病院　泌尿器・腎不全科
2）医療法人亀岡病院　腎臓内科

【背景】移植腎梗塞はグラフトロスにつながる重篤な合併症の一つであり、その頻度については報告によりさまざまであるが、約 1%前後といわれている。【症例】45 歳、男性。【現病歴】慢性糸球体腎炎による末期腎不全で X-29 年に血液透析導入となったが、X-24 年に母親をドナーとした生体腎移植術を施行された。腎機能は長期安定していたが、慢性拒絶反応により徐々に腎機能は低下。免疫抑制療法強化による治療も限界となり、腎機能廃絶のため透析導入目的で X-4 年 2 月当科紹介。同月、血液透析再導入となり、その後週 3 回の通院透析を当院で継続していた。X 年 4 月血液透析来院時に右下腹部痛と悪寒戦慄を伴う 39 度の発熱を認め、腹部単純 CT にて腹膜炎の診断で入院加療となった。入院後は絶食の上、補液と抗生剤投与を開始。入院 3 日目に腹部造影 CT 施行したところ、右内腸骨動脈血栓閉塞による移植腎梗塞を認めた。放射線科とも協議した結果、透析再導入患者であるため保存的加療を継続することとなり、徐々に臨床症状と炎症反応も軽快したため入院 10 日目で自宅退院となった。【考察】移植腎梗塞は移植後早期に生じることが多く、自験例のように移植後 29 年経過した透析再導入患者に生じることは稀なケースであると考えられ、若干の文献的考察を加えて報告する。

ポスター 13

P-2-2 門脈体循環シャントによる二次性膜性増殖性糸球体腎炎で腎代替療法導入に至った小児腎不全の 1 例

○粟津 学[1)]、原田 淳樹[1)]、倉田 博基[1)]、有森 諒太朗[2)]、桐野 泰造[2)]、山根 裕介[3)]、北村 峰昭[4)]、光成 健輔[1)]、松尾 朋博[1)]、大庭 康司郎[1)]、望月 保志[1)]、西野 友哉[4)]、今村 亮一[1)]
1）長崎大学病院　泌尿器科・腎移植外科
2）長崎大学病院　小児科
3）長崎大学病院　小児外科
4）長崎大学病院　腎臓内科

【症例】13 歳男児。在胎 28 週 1 日。生直後に消化管穿孔で複数回手術歴がある。6 歳時の学校健診で初めて蛋白尿を指摘され、8 歳時に前医で門脈体循環シャントによる二次性膜性増殖性糸球体腎炎の診断となった。ACE 阻害薬の内服を開始したが、低アルブミン血症の進行や高度蛋白尿を認め、シャント血管閉塞術を施行した。術後 ACE 阻害薬の内服を継続したが、12 歳 9 か月時に右側腹部痛と高血圧で前医を受診し、腎機能の著しい低下を認めた。前医で副腎皮質ステロイドを投与したが改善せず、当院小児科で薬剤の調整や体液量の管理を行ったが改善せず、腎代替療法の導入目的で当科に紹介された。腹膜透析導入予定にて腹膜透析カテーテル留置を施行したが、腹腔内癒着著明であり、カテーテル挿入に難渋した。結果的にカテーテル注排液異常を生じ、腹膜透析は継続不可であった。以後、腎移植を見据えて、カフ型カテーテルをバスキュラーアクセスとした血液透析導入、維持となった。現在は、献腎移植を待機しつつ維持血液透析を施行している。【結語】本症例は腹部手術歴があり腹膜透析が困難であったため、血液透析導入となった。今後は、腎炎再発の可能性を考慮しつつ、腎移植の準備を行う方針である。小児末期腎不全における腎代替療法の選択に苦慮した一例を経験したので報告する。

ポスター 13

P-2-3 当院で加療を行った腎被膜下血腫の 26 症例の報告

○小林 智治、鳥越 拓也、桃野 梨恵、塚崎 秀樹
ツカザキ病院

当院で加療および観察を行った腎被膜下出血後の患者 26 名について調べた。性別 (男性 20：女性 6)、年齢中央値 64 歳、右腎：左腎 (11：15)、平均ヘモグロビン低下量 2.8mg/dl、輸血を要した割合 10/26 名 (38.5％) または TAE などの処置を要した割合 8/26(30.8％) であった。被膜下血腫の要因別に分類し、リスク因子 (抗血栓薬の内服、高血圧症、糖尿病など) を検討する。

ポスター 13

P-2-4 診断に難渋した薬剤添加物（ポリソルベート８０）によるアナフィラキシーショックをきたした血液透析患者の一例

○杉本 裕紀[1)]、久野 貴平[1)]、吉田 満春[2)]、安田 早佑理[2)]、大出 佳寿[2)]、岡林 智明[2)]、小松 文都[1)]
1）土佐市民病院　泌尿器科
2）土佐市民病院　内科

症例は 52 歳男性。20XX 年 2 月、IgA 腎症に伴う末期腎不全に対して A 病院で血液透析を導入され、同年 3 月、維持透析目的で当院に転医となった。前医と同様の透析条件を継続していたが、当院での 6 回目の透析終了後に気分不良を訴え、直後に痙攣発作および心肺停止をきたした。心肺蘇生により心拍は再開し、気管挿管下で入院となった。画像検査・血液検査から心肺停止をきたす明らかな原因は指摘できなかった。最低限の透析は行えたが、透析の返血時に急激な血圧低下が続くため、ダイアライザーおよび透析液の変更、ならびにマキサカルシトールの中止を行った結果、血圧低下は消失した。状況を精査したところ、院内採用薬の変更に伴い、マキサカルシトールは 6 回目以降異なる製品に変更されていた。変更後のマキサカルシトール製剤には添加剤としてポリソルベート 80（Polysorbate 80：PS80）が含有されていることが確認され、本剤によるアナフィラキシーショックと判断した。PS80 は食品・化粧品・医薬品など添加剤として幅広く使用される非イオン性界面活性剤である。アレルギー性はほとんどないと認識されていたが、COVID-19 ワクチンのアレルギー反応への関与など、近年アレルゲンとして報告が散見される。本症例は PS80 によるアナフィラキシーショックの一例であり、診断に苦慮した。今後の診療における注意喚起の一助として、文献的考察を加えて報告する。

ポスター 13

P-2-5 重度腎性副甲状腺機能亢進症に対して、PTX 治療を行った透析患者の骨治療効果

○矢島 愛治[1)]、上地 一平[2)]、細木 信吾[3)]、バー デビッド[4)]
1）細木病院泌尿器科
2）細木病院外科
3）細木病院循環器内科
4）Indiana University, School of Medicine, Department of Anatomy, Cell Biology and Physiology

症例 ; 腎性副甲状腺機能亢進症に対する PTX の骨治療効果を検討するため術前、術後 9 週目に腸骨骨生検を行い評価した。症例は Shrinkingman 症候群を呈した 49 歳女性、透析歴は 25 年、糖尿病はなかった。術後 α カルシドール 2.0 μ g/ 日を内服した。術前、術後の骨マーカーは以下であった。i-PTH; 3150-26 pg/mL, TRAP; 37.1-16.6 U/L, ALP; 2150-569 U/L であった。海綿骨骨形態計測 ; Oc.S/BS; 27.8-1.1%, Ob.S/BS; 41.9-9.0 %, 約 30％の Osteocyte death また骨小腔は形成への変化を認めたが、術後に骨細管を通じて骨小腔に Mineral の流入を認め低石灰化領域は 11.7-1.7% へ減少した。骨面は一重標識で、骨芽細胞性骨石灰化は低下していることが示された。骨髄脂肪細胞量は、Ad.Ar/Ma.Ar; 4.0-22.4 % と増加し脂肪髄へ変化した。骨量は 1 年で約 20％増加した。考察 ; 骨代謝回転は、PTX 術後に骨形成優位の Uncoupling に変化した。PTX 後の低 Ca 血症は、破骨細胞性また骨細胞性骨吸収抑制また骨細胞性骨石灰化亢進と考えた。術後に Death をきたした骨細胞内の PPAR- γ により骨髄脂肪細胞分化が亢進したと考えた。既に骨髄脂肪細胞からの klotho 発現が知られているが、PTX は生命予後にも良好な影響を与えると考えた。上記変化は calcimimetics にはないが、今後の検討が待たれる。【結論】腎性副甲状腺機能亢進症に対する PTX 治療は、骨量の有意な増加また生命予後に極めて効果的である。

ポスター 13

P-2-6 腎移植レシピエントの仮性動脈瘤破裂に対する止血術およびコイル塞栓術で腎機能維持に成功した１例

○松下 広憲、小川 将司、潘 佳真、山口 充浩、日高 幸浩、中村 公彦、廣吉 俊弥、磯山 直仁、白石 晃司
山口大学　医学部附属病院　泌尿器科

【症例】43 歳、女性。
【現病歴】15 歳頃より学校検診で蛋白尿を指摘されたが、治療介入なく経過観察されていた。33 歳時に経皮的腎生検にて、遺伝性巣状分節性糸球体硬化症（TRPC6 遺伝子異常疑い）と診断されフォローされていた。腹膜透析を導入後、母親をドナーとする生体腎移植を施行した。
【経過】腎動脈に 15 × 14mm 大の嚢胞状動脈瘤を認め、瘤切除と縫合閉鎖を施行後に外腸骨動脈に吻合した。腎移植後の経過は良好だったが、術後 21 日目に後腹膜血腫の拡大を認め、開腹止血術を施行した。術後 24 日目に腎動脈仮性動脈瘤の破裂を認め、出血性ショックとなったため緊急コイル塞栓術を施行し、止血を得た。コイル塞栓術後は血行動態は安定し、Cre 0.98 mg/dL と腎機能も良好に維持されており再破裂なく経過している。
【結論】生体腎移植後の仮性動脈瘤破裂に対し、コイル塞栓術は救命および腎機能温存という観点から有効な治療手段であった。

P

ポスター 13

P-2-7 ガンシクロビル耐性・マリバビル耐性が確認された生体腎移植後難治性サイトメガロウイルス感染症の１例

○船木 慶佑、岡本 賢二郎、二宮 郁、松村 正文、柳原 豊、小山 花南江、橋本 啓佑、中西 亮太、堀 克仁、嶋田 祐一郎
愛媛県立中央病院

サイトメガロウイルス (CMV) 感染症は腎移植後の最も頻度の高いウイルス感染であり、現在我が国での治療薬にガンシクロビル (GCV) やバラガンシクロビル (VGCV) などがある。近年では新規薬としてマリバビル (MBV) が承認され、難治性 CMV 感染症に対し活用されている。症例は 40 代女性。IgA 腎症による末期腎不全に対し、X 年 9 月に夫をドナーとした血液型適合生体腎移植を施行した。CMV IgG は D+/R- であった。術後より VGCV 予防投与を開始。術後２か月後に発熱とともに CMV antigenemia が陽性化して CMV 感染症を発症した。VGCV 治療量に変更し CMV は陰性化した。後日再び陽性化したため VGCV を再投与するも CMV がさらに増加したため、薬剤耐性試験を施行し GCV 耐性 CMV と証明された。MBV の投与を開始し陰性化したが、投与開始３か月程度で発熱あり antigenemia も再び陽性化した。免疫抑制剤をタクロリムスからシクロスポリンに変更し、薬剤耐性試験を再施行したところ MBV 耐性が出現していた。一方で GCV 耐性の一部の遺伝子変異は消失していた。GCV の投与を開始したところ２週間程度で CMV は陰性化しセロコンバージョンも認めた。発熱や倦怠感などの自覚症状も消失した。今回我々は MBV 耐性を示した生体腎移植後 CMV 感染症に対し、免疫抑制剤の変更および GCV の再投与で改善した症例を経験した。難治性 CMV 感染症への対応として、薬剤耐性検査の重要性を認識するとともに免疫抑制剤の変更等での対応が必要と考えられた。

ポスター 13

P-2-8 難治性サイトメガロウイルス感染症に対してマリバビルを使用した生体腎移植レシピエントの１例

○倉田 博基[1)]、松田 剛[1)]、原田 淳樹[1)]、中村 裕一郎[1)]、荒木 杏平[1)]、光成 健輔[1)]、松尾 朋博[1)]、岩永 直樹[3)]、大庭 康司郎[1)]、望月 保志[2)]、西野 友哉[2)]、迎 寛[3)]、今村 亮一[1)]
1）長崎大学病院　泌尿器科・腎移植外科
2）長崎大学病院　血液浄化療法部
3）長崎大学病院　呼吸器内科

【緒言】 臓器移植後に留意すべき感染症の一つとしてサイトメガロウイルス（以降 CMV）感染症が挙げられる。難治性 CMV 感染症に対してマリバビルを使用した生体腎移植後の１例を経験したので報告する【症例】 69 歳女性。原疾患不明の末期腎不全に対して X-11 年に夫をドナーとした ABO 不適合生体腎移植を施行。術後経過において CMV 感染症発症しバルガンシクロビル加療にて適宜改善していた。腎機能自体は緩徐に低下していた。今回、定期外来にて X 年に CMV が検出され、バルガンシクロビルで加療していたが、CMV 腸炎発症し、さらにバルガンシクロビルによる好中球減少も疑われたため、マリバビルによる治療を開始。その後、増悪寛解を繰り返し、そのたびにマリバビル終了再開や免疫抑制剤調整を繰り返している。現在、呼吸器内科併診にて当科外来にて定期的にフォロー継続しており、CMV 感染症はコントロールできている。しかし、当感染症・加療が影響したかどうかは不明だが、腎機能が緩徐に低下し、X+1 年に血液透析再導入となったため、現在免疫抑制剤を減量中。【結語】 臓器移植後において CMV 感染症は移植腎予後・生命予後に影響する重要な合併症の一つである。CMV 感染症のリスクファクターを理解しつつ、適切な移植後管理を行う必要がある。CMV 感染症に対して近年保険適応となったマリバビルを使用した症例を経験したので、本薬剤に関する治療法や適応について若干の考察を加えて報告する。

ポスター 13

P-2-9 血液型不適合移植における超高抗体価症例の１例

○見附 明彦[1)]、山田 保俊[2)]、有馬 純矢[1)]、松本 紳吾[1)]、福元 快[1)]、坂口 大[1)]、吉野 裕史[1)]、鑪野 秀一[1)]、榎田 英樹[1)]
1）鹿児島大学大学院医歯学総合研究科腫瘍学講座泌尿器科学分野￥
2）鹿児島大学病院血液浄化療法部

ドナー不足である日本の腎移植において、血液型不適合移植が重要な治療選択肢となっている。今回、抗 ABO 血液型抗体価が IgG 32768 倍と非常に高値であったレシピエントに血液型不適合生体腎移植を施行したので報告する。【症例】患者は 66 歳男性、腎硬化症のため末期腎不全となり妻をドナーとする先行的生体腎移植を希望し当科を受診した。ドナー血液型は A 型、レシピエントは O 型であり血液型不適合移植症例の為、抗血液型抗体を測定したところ IgM 512 倍、IgG 32768 倍と非常に高い数値であった。当院血液内科に紹介し造血器疾患やシェーグレン症候群などの疾患を除外した上で、ハイリスクな移植となること、十分な長期間の脱感作が必要となることを本人、ご家族に十分説明し一旦透析導入とした。移植予定日を決定し手術の約 6 ヶ月前からにリツキシマブ 100mg/body を投与しミコフェノール酸モフェチル（MMF）750mg/day による脱感作を開始した。術前 1 ヶ月前にリツキシマブ 100mg 投与したが、手術直前に当科の都合により半年間手術延期とした。その間 MMF 750mg の投与を注意深く継続した。結果的に約 11 ヶ月間、MMF を内服した後にリツキシマブ 100m/body を再投与しその 1 ヶ月後に移植となった。術前のアフェレーシスは 6 回行い手術日の朝の抗体価は IgG 512 倍まで低下し移植を行なった。手術は問題なく終了し移植腎機能は速やかに発現し現在は Cr 2.0mg/dl 程度で良好に維持されている。

ポスター 13

P-2-10 ミコフェノール酸モフェチル limited sampling strategy の検討

○原田 怜、梶 明日香、藤原 健悟、小橋口 佳な、阿部 陽平、内藤 宏仁、土肥 洋一郎、加藤 琢磨、岡添 誉、田岡 利宜也、上田 修史、杉元 幹史
香川大学医学部附属病院 泌尿器・副腎・腎移植外科

【背景】ミコフェノール酸モフェチル (MPA) は腎移植後の免疫抑制療法に広く用いられる代謝拮抗薬であり、腎移植の場合、トラフ値は 1.3~4.5 μ g.hr/mL を参考としているが、ばらつきが多いとされている。一方、MPA における血中濃度時間曲線下面積 (AUC) の測定には内服前から内服後 12 時間後までの AUC がすすめられているが採血が頻回になり患者への負担が大きくなる。そこでタクロリムス併用下において MPA-AUC を推定する方法について検討した。【対象と方法】2003 年 8 月から 2024 年 5 月に生体腎移植後当院でタクロリムスと MPA を投与されていた 190 名を対象とし、190 名 706 回の AUC の解析を行った。MPA 血中濃度測定は EMIT 法を用いて、服用前、服用 1 時間後、2 時間後、4 時間後、6 時間後、8 時間後、12 時間後の 7 点で実施し、MPA-AUC 目標値を 37~70 μ g.hr/mL とした。【結果】1 点採血で MPA-AUC と最も高い相関を示したのは投与後 8 時間 (r=0.6394) であった。2 点採血の場合は C0- C8 で r=0.6287 であった。セカンドピークを考慮した 3 点採血 C0-C4-C8 の場合は r=0.6986 と比較的高い相関を示した。トラフ値が範囲外であるが AUC が最適範囲内にあったものを検討したとき、2 点採血 (C0-C4) ではトラフ値が範囲外にあった 96.7% の症例が範囲内であった。【結論】頻回採血を減少させ患者負担を減らしても MPA-AUC37~70 μ g.hr/mL を簡易的に達成できる可能性が示唆された。

P

ポスター 14

P-2-11 当院における進行性尿路上皮癌に対する Enfortumab vedotin ＋ Pembrolizumab 併用療法 (EV/P 療法) の初期使用経験

○楠瀬 正史、大矢 真巧、真田 健吾、佐野 貴紀、西川 昌友
姫路赤十字病院

【目的】当院における進行性尿路上皮癌に対する EV/P 療法の有効性・安全性を後方視的に検討する。【方法】2024 年 9 月から 2025 年 5 月に EV/P を施行した 9 例（男性 7、女性 2）を対象とした。治療効果は RECIST v1.1、有害事象は CTCAE v5.0 で評価した。【成績】年齢の中央値 73 歳、観察期間中央値 2.4 カ月、最良治療効果は PR6 例、PD2 例、評価不能 1 例で、奏効率（ORR）75％、病勢制御率（DCR）75％であった。無増悪生存期間の中央値（mPFS）は 3.2 カ月、全生存期間中央値（mOS）は未到達であった。有害事象は腎機能障害 1 例、肝機能障害 2 例、皮疹 4 例、下痢 1 例、末梢神経障害 1 例であり、Grade 3 以上の有害事象は肝炎 1 例（11％）のみであった。【結論】観察期間が短期間であったが進行性尿路上皮癌の有効な治療選択肢となる可能性が示唆された。今後さらなる長期フォローアップと投与経験が望まれる。

ポスター 14

P-2-12 当院における根治切除不能な尿路上皮癌に対する Enfortumab Vedtin(EV)+Pembrolizumab 療法の初期経験

○横山 周平、塩月 智大、梶原 優太、笹岡 丈人、佐古 智子、村尾 航、小林 泰之
広島市民病院　泌尿器科

Enfortumab Vedtin(EV)+Pembrolizumab 療法は 2024 年 9 月より治療歴の無い根治切除不能な尿路上皮癌に対する 1 次治療として国内で承認された。尿路上皮癌 1 次治療としてはプラチナベースの化学療法の承認以来 30 年ぶりに適応となったレジメンとなる。当院ではこれまでで 8 例に投与を行っておりその初期経験を報告する。患者背景は男性 4 例、女性 4 例、年齢中央値は 74 歳 (70 ～ 81 歳)。病理組織型は 1 例のみ plasmacytiod subtype のバリアントを有しており、残りは全て Urothelial carcinoma であった。転移部位としてはリンパ節が 5 例と最も多く、次いで腹膜播種 3 例、肺 2 例、骨・副腎・肝・骨盤内局所が 1 例であった。施行コース中央値は 3.5 コース (1 ～ 6 コース)。転帰は 2 例が副作用で中止、2 例は原病進行による死亡、4 例が現在まで投与継続中である。副作用としては投与中止まで至ったものとしては 1 例が自己免疫性腸炎で中止、もう 1 例では心不全・重症筋無力症・肝機能障害が出現し高用量ステロイド治療を要した。最良治療効果は SD4 例、PR2 例、CR1 例、未評価が 1 例であった。一部重篤な副作用出現は認めたものの治療効果としては諸家の報告と遜色無い結果であった。当院での初期経験として若干の文献的考察を加え報告する。

ポスター 14

P-2-13 エンホルツマブ・ベトチンとペンブロリズマブ併用療法（EV ＋ Pem 併用療法）の初期治療成績について

○村田 和毅、中村 一郎、吉井 貴彦、神野 雅、佐伯 義樹、西岡 祥子
神戸市立医療センター西市民病院

【目的】Enfortumab Vedotin と Pembrolizmab 併用療法（EV ＋ Pem 併用療法）の治療成績について報告する【方法】2024 年 9 月より根治切除不能な尿路上皮癌に対する一次治療として Enfortumab Vedotin と Pembrolizmab 併用療法が承認となった。当院でも承認後、2025 年 6 月までに施行した患者 12 例について、症例の背景、治療効果、有害事象について後方視的に確認した。【結果】併用療法開始時年齢は 63 から 89 歳（中央値 75.5）、男性 10 例、女性 2 例であった。腫瘍原発巣は膀胱癌 8 例、尿管癌 1 例、腎盂癌 2 例、膀胱癌＋尿管癌 1 例であり、病理組織は全例 Urothelial carcinoma を含んでおり、1 例は SCC 成分を有していた。EV 療法開始時でのリンパ節転移は 9 例、内臓転移は 4 例にみられた。施行クール数は 1 から 10 回で、9 例が併用療法継続中であり、1 例は EV 単剤治療で継続中である。現時点での効果判定としては 12 例中 PR 以上が 9 例、PD は 1 例、評価なしが 2 例であった。ORR は 82％であり PR までの投与日数の中央値は 60 日であった。副作用としては皮膚障害 6 例、倦怠感 4 例、味覚障害 4 例、末梢神経障害 4 例、間質性肺炎 2 例、食指不振 3 例、肝障害 1 例であった。そのうち G3 以上は肝障害 G 4 のみであった。【結論】EV ＋ Pem 併用療法は転移性尿路上皮癌に対しての良好な初期治療効果を認めた。G3 以上の有害事象を認めたものは 1 例のみであり安全に継続可能と考えらえる。

ポスター 14

P-2-14 エンホルツマブ ベドチン＋ペムブロリズマブ療法後に重症肝障害をきたし治療に難渋した一例

○吉岡 慎平、貝塚 洋平、長澤 誠司、東郷 容和
川西市立総合医療センター　泌尿器科

エンホルツマブ ベドチン（EV）とペムブロリズマブ（Pembro）の併用療法（EV ＋ P 療法）は、根治切除不能な尿路上皮癌に対する一次治療として本邦で使用されている。一方で、EV+P 療法中に肝障害を認めることがあり、重症例では免疫抑制剤の適切な使用が求められる。今回我々は、EV+P 療法中に重症肝障害を認め治療に難渋した一例を経験したので報告する。症例は 80 代男性。頻尿を主訴に近医泌尿器科受診。膀胱腫瘍を指摘され当科紹介となる。転移性膀胱癌（T2N2M1b）と診断し EV ＋ P 療法を開始した。day8 に Grade 3 の肝障害（AST/ALT 442 /500）を認めた。EV ＋ P 療法を中止し、両薬剤の肝障害の頻度から irAE による肝障害と判断しプレドニゾロン（PSL）投与を開始した。day15 には Grade3/4 (AST /ALT 446/1009) とさらに悪化したため、ミコフェノール酸モフェチル（MMF）を併用した。Day39 には AST 27/ALT 36 と改善したため PSL/MMF はその後漸減 / 減量し、最終的に両薬剤は中止した。day50 から EV のみ投与を再開したが、肝障害の再発は認めておらず、現在病勢は PR を維持している。EV ＋ P 療法における両薬剤の有害事象の鑑別は容易ではないが、その発症頻度から irAE による肝障害と考え治療を行った。irAE による肝障害に対してはステロイド治療が第一選択とされるが、効果不十分な場合には MMF の併用が有効と考える。

P

ポスター 14

P-2-15 当科における筋層浸潤性膀胱癌に対する化学放射線療法の有効性、安全性に関する検討

○神田 壮平、久木元 隆、蘇武 竜太、岡根 克己
JA 秋田厚生連　秋田厚生医療センター

【諸言】筋層浸潤性膀胱癌に対する標準治療は膀胱全摘除術だが、近年は化学放射線療法の有効性も報告されている。当科における筋層浸潤性膀胱癌に対する化学放射線療法の治療成績を後方視的に検討した。【対象、方法】2010 年 1 月から 2025 年 4 月までに当科で筋層浸潤性膀胱癌に対して化学放射線療法を施行した患者 15 例を対象とした。膀胱内再発の有無、遠隔転移の有無、全生存期間に加え、治療完遂率、副作用等を検討した。【結果】化学療法は GC 療法が 6 例、GCarbo 療法が 7 例に施行された。低用量 CDDP 療法が 2 例に施行された。放射線療法は多門照射で全膀胱への 50Gy/25 回ののち原発巣に 10Gy/5 回を追加する方法を基本とし、近接する小腸への影響が懸念される場合は 50Gy/25 回照射のみ行った。年齢中央値 73.5 歳（53-88）、観察期間中央値 26 ヶ月（3-84）で膀胱内再発は 0 例、遠隔転移は 2 例に認めた。癌死 0 例、他因死 2 例を認め、全生存期間中央値は 26 ヶ月（4-93）であった。下部尿管浸潤を伴う 1 例、扁平上皮への分化を伴う 1 例で、治療完遂後 1 年以内に遠隔転移を認めた。8 例が治療完遂していた。重篤な副作用として、1 例で S 状結腸穿孔を認め人工肛門が造設された。1 例は重度の食欲低下、下痢のため治療中断されたが、治療開始 4 か月で死亡した。【結語】筋層浸潤性膀胱癌に対する化学放射線療法は有効な治療であるが、患者選択は慎重に行う必要があると考える。

ポスター 14

P-2-16 茅ヶ崎市立病院における尿路上皮癌術後補助化学療法としてのニボルマブ投与の初期報告

○横川 秀平、杉浦 晋平、熊野 曜平、野村 俊介、
長谷川 ゆり
茅ヶ崎市立病院

尿路上皮癌術後の補助化学療法は長い間議論の行われてきた分野であった。2022 年 3 月に、Checkmate274 試験をもとに、pT3 以上やリンパ節転移ありまたはシスプラチンベースの術前化学療法にもかかわらず術後 ypT2 以上、リンパ節転移ありの症例についてニボルマブ療法を実施することの有効性が明らかとなった。その結果を受けて当院でも最長投与期間を 1 年間として術後ニボルマブ療法を導入した。2025 年 3 月時点で 10 例に実施しており、当院での実施状況と副作用や治療成績について若干の文献的考察を交えて報告する。　2022 年 3 月から 2025 年 3 月までを対象期間とした。34 例が腎尿管全摘出術または膀胱全摘出術を受けた（膀胱全摘出術 11 例、腎尿管全摘出術 21 例、同時施行 2 例）。術前化学療法を施行されていた患者は 5 人ですべて膀胱癌を含む患者だった。術後ニボルマブ療法を施行したのは 10 例（膀胱全摘出術 4 例、腎尿管全摘出術 4 例、同時施行 2 例）で、1 年間完遂できたのは 2 例にとどまった。ニボルマブ療法をうけた患者は術前化学療法の有無にかかわらず全員 pT3 ないし ypT3 であり、リンパ節転移を伴った症例は 2 例だった。1 例は現在も投与中で、途中で中止した 8 例のうち 4 例が合併症によるもので、1 例は ADL の低下、残り 2 例は局所ないし膀胱内再発だった。術後ニボルマブ療法を行う際は副作用に留意しつつ、適切なマネジメントを行いながら実施することが重要であると考える。

ポスター 14

P-2-17 診断に苦慮した膀胱原発粘膜良性上皮様神経鞘腫の一例

○太田 悠希子
順天堂大学医学部附属浦安病院　泌尿器科

症例は 24 歳女性。肉眼的血尿で近医を受診し、精査加療目的で当科紹介となった。超音波検査では膀胱内に多量の血腫貯留を認め、膀胱灌流開始するも血尿コントロールに難渋した。造影 CT 検査では左尿管口近傍に約 2cm の造影剤で濃染する腫瘍性病変を認めた。膀胱腫瘍が疑われ、経尿道的膀胱腫瘍切除術が行われた。病理組織学検査で Mucosal Benign Epithelioid Nerve Sheath Tumor（MBENST：粘膜良性上皮様神経鞘腫）の診断となった。術後 6 か月後のフォローで明らかな再発なく、経過良好である。MBENST は、2005 年に最初に報告された稀な疾患で、病理組織学的に類上皮性の円形から楕円形のさまざまな細胞が浸潤性増殖パターンを示すことを特徴とした神経鞘腫の一つである。　MBENST は文献上で 10 例程度の報告しかなく、ほとんどが結腸由来で、膀胱原発は 1 例のみであるが詳細な報告はされていない。今回我々は、膀胱原発の MBENST の臨床経過および、MBENST について文献的考察を加えて報告する。

ポスター 14

P-2-18 Variant Urothelial Carcinoma に対してエンホルツマブベドチン、ペンブロリズマブ（EV+P）併用療法を投与した 3 例

○坂田 雅道、岡村 俊介
出水郡医師会広域医療センター

尿路上皮癌（Urothelial Carcinoma 以下 UC）は、膀胱腫瘍において最も一般的な組織型であるが、UC の中にも様々な組織学的サブタイプ（以後 Variant UC）が存在すると言われている。近年、エンホルツマブベドチン、ペンブロリズマブ（以下 EV+P）併用療法が可能になり、進行性膀胱癌に対する fastline の治療は変遷してきている。しかし、Variant UC に対する治療法は、希少ゆえに確立された治療は限られる。今回、当院で Variant UC に対して EV+P を使用した 3 例を経験したので、若干の考察を加えて報告する。症例 1：69 歳の女性。組織型は Sarcomatioid UC pT2X。即時の RARC+ 尿管皮膚瘻の 4 ヶ月後に腹水貯留、腹膜播種出現し、EV+P を導入。症例 2：75 歳の男性。組織型は Invasive UC pT2X Sarcomatoid subtype の指摘あり。ゲムシタビン + シスプラチン 2Kr 施行し、局所治療として外部照射放射線治療を施行した。EBRT の 4 ヶ月後に腹水貯留、腹膜播種が出現し、EV+P を導入。症例 3：77 歳の女性。組織型は Invasive UC pT2X micropapillary subtype の指摘あり。TURBT 後の全身精査の CT で肺転移疑いあり、EV+P を導入。

P

ポスター 15

P-2-19 多発精液瘤に対し精液瘤および精巣上体摘除術を施行した２例

○分田 裕順
千代田病院　泌尿器科

【緒言】多発精液瘤に対し、精液瘤および精巣上体摘除術を施行した症例を経験したので報告する。【症例】症例１　56 歳、X 年 1 月他院にて右精巣腫瘍として右高位精巣摘除術施行、病理診断は腫瘍ではなく精巣網の拡張であった。左側の多発性精液瘤は経過観察となったが定期受診されず。X+15 年 4 月左陰嚢腫大のため当院受診、3 か所穿刺し 105cc、40cc、35cc 黄白色液体吸引、沈査にて精子認め、精液瘤の診断であった。症例２　56 歳、Y 年 12 月他院にて左精液瘤の診断、Y+2 年 8 月左陰嚢腫大のため当院受診、穿刺し 130cc 白色液体吸引、画像にて両側多発精液瘤の診断､その後 2 か月に 1 回穿刺していた。【経過】症例１　X+15/6/18 左精液瘤および精巣上体摘除術施行した。術後 20 か月時点で精液瘤再発認めないが精巣は軽度委縮している。症例２　Y+9/6/17 左精液瘤および精巣上体摘除術施行した。術後 8 か月時点で精液瘤再発認めないが、右精液瘤は多発している。【考察】精液瘤は壁の完全切除が必要とされるが、多発している場合は困難であることも多い。症例 1 は対側の病理診断が精巣網の拡張であったため精巣上体の摘除も行った。2 症例とも精巣上体は付着異常のため同定に難渋したが精巣動静脈のみ温存する形で手術を行い再発は来していない。ただ症例 1 では精巣萎縮を来したため手術時には注意を要すると思われた。症例 2 では対側にも精液瘤多発しており今後も経過観察が必要である。

ポスター 15

P-2-20 挿入 30 年後に生じた陰茎プロステーシス MRSA 感染の１例

○大橋 正和[1)]、松井 善一[1)]、松島 将史[1)]、星野 英章[1)]、野中 昭一[1)]、松本 一宏[1,2)]
1）荻窪病院　泌尿器科
2）慶應義塾大学　医学部　泌尿器科学教室

症例：58 歳男性。主訴：陰茎の腫脹、膿汁流出。20XX 年 10 月当科受診。既往歴：30 年前に性機能改善目的に陰茎ﾌﾟﾛｽﾃｰｼｽ挿入、以後著変なく経過。現症：陰茎全体に腫脹、膿汁流出あり。膿汁培養で MRSA 陽性。経過：感受性 (+) の ST 合剤を内服するも症状は完治せず。ﾌﾟﾛｽﾃｰｼｽへの MRSA 感染が諸症状の原因であり、根治のためﾌﾟﾛｽﾃｰｼｽ除去を薦めた。1 か月間 ST 合剤内服後の 11 月、全身麻酔・砕石位・C-ｱｰﾑによる透視下にﾌﾟﾛｽﾃｰｼｽ除去術を施行。手術所見：陰茎背動静脈が走行する 12 時を避け陰茎中央部の 9-11 時、13-15 時を横切開し陰茎海綿体も横切開し、強固に癒着したﾌﾟﾛｽﾃｰｼｽを両側とも除去。陰茎海綿体内をｲｿｼﾞﾝ生食で洗浄。海綿体・皮膚を吸収糸で縫合、陰茎を弾性包帯で圧迫して終了。術後経過：術後も 1 か月間 ST 合剤を内服し経過良好。6 か月後、勃起機能の回復無し（IIEF5 点）。考察：１．ED に対する陰茎ﾌﾟﾛｽﾃｰｼｽ挿入術は、陰茎海綿体を破壊し異物を挿入する最終的治療法であり、一度挿入した後はﾌﾟﾛｽﾃｰｼｽを抜去しても海綿体組織が元に戻らないことを患者に理解させる必要がある。性機能が正常である 20 歳男性への本手術適応には疑問が残る。２．本手術は異物挿入術であり細菌感染に細心の注意が必要。挿入後 30 年経過してのﾌﾟﾛｽﾃｰｼｽへの MRSA 感染経路についても考察する。

ポスター 15

P-2-21 尿閉にて発見された真正包茎の１例

○石田 泰一、三輪 吉司
中村病院

症例は 86 歳男性。20XX 年 12 月に排尿困難主訴に救急受診。導尿試みるも、陰茎先端は小鶏卵大に膨満し、陰茎包皮の翻転は不可であった。CT にて膀胱拡張、両側水腎症ならびに尿道の拡張が認められ、腎後性腎不全ならびに真正包茎に伴う尿閉と診断し、外来にて背面切開しバルーン挿入後に入院となった。輸液負荷ならびに抗生剤投与するも腎機能改善は軽度であった。バルーン抜去にて自尿可能となり退院となった。今回真正包茎に伴い ballooning を起こすことはあるが、尿閉となることは少なく、若干の文献的考察を加え報告する。

ポスター 15

P-2-22 全尿道にシリコンを注入し摘出困難となった症例

○間庭 章光
国立病院機構静岡医療センター

患者は 43 歳男性。てんかんで投薬を受けているが知的障害はない。10 年前にも肛門にビンをいれ摘出した経緯がある。自宅の会社で使用していたシリコンを尿道に注入し摘出できなくなったと近医を受診。摘出困難で紹介となった。受診時尿閉状態でありすぐに膀胱瘻を造設した。外尿道口から摘出を試みたがシリコンは摘むとぽろぽろととれてしまい摘出できなかった。後日麻酔下でブジーと腎盂鏡で膀胱内に押し込み、膀胱を切開して摘出した。今までさまざまな尿道異物を経験してきたが、多くは自分で摘出できるものが奥まで入って摘出できなくなり受診することがあるが、初めから摘出困難であるシリコンを注入してきた例はなく文献的考察を加え報告する。

ポスター 15

P-2-23 集学的治療を行った陰茎癌の 1 例

○岸本 大輝、喜多 秀仁、新谷 晃理
徳島赤十字病院　泌尿器科

症例は 74 歳の男性。20XX 年 Y 月、陰茎腫瘤を主訴に当科紹介となった。陰茎右側に 4-5cm 大の発赤した腫瘤を認め、両側鼠径部で腫大リンパ節を触知した。SCC は 11.4ng/ml と上昇していた。CT 検査では、両肺に小結節、両側鼠径部に造影効果を伴うリンパ節腫大を認めた。局所で潰瘍形成および出血があり、先ず局所治療として陰茎切断術を施行した。病理診断結果は、高分化型扁平上皮癌、pT3 であった。術後、腫大鼠径リンパ節は軽度縮小したが、PET/CT で集積を認めた。続いて全身化学療法として TIP（PTX・IFM・CDDP）を 4 サイクル施行した。その後、両側鼠径および骨盤内リンパ節郭清を施行したが腫瘍の残存は認めなかった。術後、両側鼠径部にリンパ嚢腫が形成されたが、複数回の硬化療法と debridement にて改善した。治療完了から 5 年以上経過しているが再発は認めていない。集学的に治療を行った陰茎癌の 1 例を報告する。

ポスター 15

P-2-24 尿道カルンクルを疑い切除術を施行したが、術後病理学検査で尿道悪性黒色腫と診断された一例

○田中 大樹[1)]、里地 葉[1)]、村上 道洋[1)]、冨永 成一郎[2)]、桑原 朋広[1)]
1）熊本市民病院
2）熊本労災病院

[緒言] 尿道カルンクルとの鑑別が困難であった尿道原発悪性黒色腫を経験したので報告する。[症例]71 歳女性。主訴は尿道痛。外尿道口 6 時方向から外方に突出する 3cm 大の暗褐色腫瘤を認め、触診で強い疼痛を認めた。MRI では出血を伴う良性腫瘍が疑われ、尿道カルンクルとして矛盾しない所見であった。疼痛は感染の合併によるものと考え抗菌薬の投与後に切除術を施行した。腫瘤と正常尿道の境界は比較的明瞭、術中出血は少量だった。病理学的診断結果は尿道悪性黒色腫であり、切除断端は陰性だった。切除した腫瘤以外の皮膚や膀胱を含む粘膜に悪性黒色腫を疑う病変はなく、また PET-CT、頭部造影 MRI で遠隔転移は認めなかった。以上より尿道原発悪性黒色腫と診断した。現在術後補助療法としてペムブロリズマブ単独療法を行っている。[考察] 尿道悪性黒色腫に対する報告は限られている。治療方針としては、尿道全摘術と膀胱瘻造設や、膀胱尿道全摘術及び尿路変更術を行った症例、術後補助療法としてニボルマブとイピリムマブを用いた症例などが報告されている。本症例は断端陰性であり遠隔転移を有していないため、追加切除や尿路変更術は施行せず、術後補助療法と経過観察を行っている。[結語] 尿道原発悪性黒色腫の 1 例を経験した。術後 7 ヵ月の短期間では再発なく経過している。陰部の悪性黒色腫は予後不良とも言われ、今後の注意深い経過観察が必要である。

ポスター 15

P-2-25 金属リングによる陰茎絞扼症発症した 3 症例

○野波 隆寛、境 拓海、新田 温生、廣瀬 華穂、永島 優生、中島 晶子、清水 史孝、藤田 和彦
順天堂大学医学部附属静岡病院

【背景】陰茎絞扼症は比較的稀な泌尿器科救急疾患であり、異物による絞扼により循環障害を来し、進行すると壊死に至る可能性がある。早期の絞扼解除が重要であるが、絞扼物の材質によっては対応が困難な場合がある。今回我々は 3 例の陰茎絞扼症を経験した。症例 1：15 歳男性。金属リングによる絞扼に対しリングカッターで切断できず、整形外科のピンカッターにて切断。症例 2：50 歳男性。2 本の金属リングによる絞扼に対し、ピンカッターで切断。症例 3：74 歳男性。2 本の金属リングによる絞扼に対し、前医ではリングカッターで切断できず当院に転院搬送。リングカッターとピンカッターの併用で切断。リングカッターは使用中に摩耗による刃の劣化を来し、近隣の消防署に相談し摩耗していないリングカッターを拝借し切断することに成功した。尿道狭窄、尿道瘻も疑われ、膀胱瘻を造設したが後に尿道異物による尿道閉塞であったことが判明。【結論】金属製異物による陰茎絞扼では、リングの材質や厚みにより使用すべき器具が異なる可能性があり、整形外科用器具の併用や消防署との協力も有用である。また、高齢者では重篤な合併症を伴う場合があり、早期対応とその後の尿路管理が重要である。

ポスター 15

P-2-26 精巣捻転症に対して精巣白膜減張切開および固有漿膜フラップ修復を施行した 1 例

○佐川 善紀[1)]、渡邉 柚里[2)]、立脇 大輔[1)]、服部 美徳[1)]、木下 涼[1)]、布施 美樹[1)]、千葉 量人[1)]、井上 淳[1)]、永田 眞樹[1)]
1）横浜労災病院　泌尿器科
2）千葉大学医学部附属病院　泌尿器科

37 歳男性。20XX 年 4 月、5 時 30 分に起床した際に急激な右下腹部痛を自覚した。疼痛の増悪あり当院救急外来受診となる。右陰嚢の腫大と疼痛があったため超音波検査を施行したところ、左精巣の血流は保たれていたものの右精巣の血流は確認できなかった。CT では右精巣腫大を認め、内部濃度はやや不均一であった。上記検査結果から精巣捻転として矛盾ない所見として、発症 5.5 時間後に緊急手術を施行した。右の精巣は 720 度捻転しており色調は暗赤色だった。捻転解除後も精巣の色調は不良で緊満が持続していたが、白膜を減張切開を加えることで精巣の色調と緊満は改善した. 固有鞘膜の一部をフラップ状に白膜切開部に縫合し閉鎖した。半年後も精巣の大きさは左右差なく、血流も保たれていた。精液所見も術前と比較して増悪を認めなかった。精巣捻転症は精巣に血流を供給する精索が捻れて精巣への血流が障害される緊急疾患であるが、近年になり精巣内圧の上昇もまた精巣実質障害に寄与していると考えられている。精巣捻転症において虚血時間が長い症例や、色調の改善に乏しい症例に対し白膜減張切開を加えることで、精巣の温存率が上がる可能性がある。症例選択には色調や腫脹の所見が重要であるが、更なる指標の確立が今後の課題である。

ポスター 15

P-2-27 集学的治療が奏功した尿道原発明細胞癌の 1 例

○前田 晃宏、東武 昇平、川崎 麻己、柿木 寛明、野口 満
佐賀大学　医学部　泌尿器科学講座

【緒言】尿道原発明細胞癌は極めて稀な疾患であり、散発的な症例報告のみで有効な治療指針は確立されていない。今回、リンパ節転移を伴う尿道原発明細胞癌に対して集学的治療が奏功した 1 例を経験したので報告する。【症例】60 歳女性。尿閉を主訴に受診し、前医 CT および MRI で膀胱および膣に浸潤する尿道腫瘍と骨盤内多発リンパ節腫大を認めた。経尿道的・経膣的生検により明細胞癌と診断され、精査加療目的に当科紹介となった。尿道原発明細胞癌 cT4N2M0 と診断し、術前化学療法後に外科的切除を行う方針とした。ジェムザール＋シスプラチン（GC）療法 2 コース後、リンパ節縮小率 37.5% を得て、ロボット支援下膀胱・尿道・子宮膣全摘および両側尿管皮膚瘻造設術を施行した。病理診断は ypT4N2M0 で、PD-L1(28-8) 免疫染色ではごく軽度の陽性所見を認めた。術後 CT で転移所見はなく、補助療法としてニボルマブ（240 mg/body）を 2 コース投与したが、免疫関連甲状腺機能低下症および骨盤内リンパ節再発を認め中止した。オンコパネル検査で MET 増幅が検出されたが、国内承認薬はなかったため、GC 療法を再開したところ転移巣は 42% 縮小し、以後維持療法として継続、術後 19 ヵ月間病勢進行を認めていない。【結語】リンパ節転移を伴う尿道原発明細胞癌に対し、化学療法と外科的切除の併用が有効であった 1 例を文献的考察を交えて報告する。

ポスター 15

P-2-28 尿道膀胱異物の 1 例

○石黒 基純[1)]、大河内 寿夫[1)]、葺石 陽亮[2)]、渡邊 裕修[3)]
1）独立行政法人国立病院機構　高知病院　泌尿器科
2）医療法人社団　勲章会　原泌尿器科病院　泌尿器科
3）医療法人　三和会　国吉病院　泌尿器科

症例は 57 歳男性。尿閉による下腹部痛を主訴に当院に救急搬送となった。エコー検査では膀胱内に無数の球状浮遊物を認めた。尿道カテーテル挿入を試みるも挿入困難のため膀胱瘻造設を施行した。しかし膀胱瘻から排尿は少量であり下腹部緊満感は継続していた。単純 CT にて膀胱内に無数の球状物を認め、尿道にもシリコンチューブと思われる異物が迷入し尿閉となっていた。早急な苦痛除去のため外来で硬性鏡を挿入した。振子部尿道にはシリコンチューブ様の異物があり硬性鏡で膀胱内までシリコンチューブを押し込み、膀胱内に到達した。膀胱内には 10mm 程度の球状異物（ジェルポリマー）を多量に認めた。エバキュエーターで球状異物は回収可能であった。シリコンチューブは把持鉗子で把持しようと試みたが困難であったため膀胱内にシリコンチューブが残存した状態で一旦終了とした。下腹部痛も改善しており後日開腹下にシリコンチューブを除去することとした。再入院にて手術（膀胱異物除去術）を施行、開腹下にシリコンチューブを除去した。術後 8 日目に膀胱造影でリークがないことを確認し尿道カテーテルを抜去した。術後 9 日目に退院、その後は再発なく経過している。尿道膀胱異物は本邦で 1500 例以上の報告があり、日常診療で稀に遭遇することがある。対応に苦慮した尿道膀胱異物の 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。

ポスター 16

P-2-29 異時性に発生した両側精巣腫瘍に対し精巣温存手術を施行した 1 例

○飛梅 基[1)]、山田 芳彰[2)]、西川 源也[1)]、青木 重之[2)]、森永 慎吾[2)]
1）独立行政法人労働者健康安全機構旭ろうさい病院　泌尿器科
2）独立行政法地域医療機能推進機構可児とうのう病院　泌尿器科

症例患者：46 歳　男性主訴：右精巣内の硬結家族歴・既往歴：特記すべきことなし、離婚歴あるが子供はいない。現病歴：37 歳時に左精巣腫瘍に対して、左高位精巣摘除術を施行。病理組織学的検査にて Seminoma, pT1N0M0S0, Stage1A と診断。術後補助療法は施行せず、経過観察していた。今回、右精巣内の硬結を自覚したため、泌尿器科を受診。現症身体所見：右精巣内に小豆大の硬結を 2 個触知。血液検査所見：血液生化学検査、腫瘍マーカー、Testosterone、LH は正常値を示していたが、FSH 11.95 mIU/mL と高値。画像検査所見：陰嚢超音波検査にて右精巣内に 11mm、8mm 大の内部不均一な腫瘤を認めた。CT、MRI ともに同様の所見で、明らかな転移所見なし。検査所見より悪性の可能性が完全には否定できなこと、精巣機能温存と将来的な挙児の希望も強いことから、洗浄濃縮精子を凍結保存した後に、精巣部分切除術を施行した。手術所見：腰椎麻酔下に腫瘍を摘除し、温阻血時間は 32 分だった。病理組織学的検査：Seminoma、切離面の生検組織には GCNIS は認められなかった。術後、腫瘍の局所再発・遠隔転移はない。精液検査では精子数 0 で、血液検査では FSH 14.82 mIU/mL と高値だった。結語精巣部分切除術は、適応に充分な検討が必要であるが、良好な予後と精巣機能維持の両立が期待できる治療法である。

ポスター 16

P-2-30 17 β ヒドロキシステロイド脱水素酵素 type3 欠損症に対して性腺摘除を行い偶発的にセミノーマと診断された 1 例

○清田 明日香、原田 成美、西澤 秀和、穴見 俊樹、倉橋 竜磨、村上 洋嗣、馬場 理也、矢津田 旬二、神波 大己
熊本大学大学院生命科学研究部泌尿器科学講座

【症例】症例は 19 歳女性。無月経を主訴に近医産婦人科を受診し、MRI で子宮が確認できず、両側鼠径部に腫瘤が認められ、精査目的に当院産婦人科紹介となる。染色体検査やホルモン検査の結果、17 β ヒドロキシステロイド脱水素酵素 type3 欠損症と診断された。血中テストステロン値の上昇や陰核肥大が進行しており、性腺摘除を目的に X 年 1 月に当科紹介となった。MRI では左右の鼠径部に 2cm 大の境界明瞭な結節を認め、エコーでも同様の所見を確認できたため、X 年 2 月に両側鼠径性腺摘除術を施行した。病理結果は両側性腺ともにセミノーマの診断であった。術後の PET-CT では転移を認めず、経過観察の方針となった。現在まで明らかな再発なく経過している。【考察】本疾患は 46,XY 性分化疾患により外陰部が女性型を呈し、出生時に診断が困難なことが多い。思春期に男性化や無月経を契機に発見されることが多く、精巣は腹腔内や鼠径部に存在することが多いため、精巣腫瘍の発生リスクがあり、悪性化予防の観点からも性腺摘除が推奨される。本症例は無症候性セミノーマを合併しており、予防的手術の重要性を再認識するものであった。今回、17 β ヒドロキシステロイド脱水素酵素 type3 欠損症に対して性腺摘除を行い偶発的にセミノーマと診断された 1 例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

P

ポスター 16

P-2-31 両側異時性精巣腫瘍に対し高位精巣摘除術と同時に onco-TESE を施行した 1 例

○松田 伊織、杉原 山太、鬼寅 真吾、大西 智己、奥野 智也、砂田 拓郎、村上 薫、宇都宮 紀明、寺井 章人、井上 幸治
倉敷中央病院　泌尿器科

症例は 30 代男性。20XX 年 9 月に右陰嚢腫大を自覚し当科を受診し、翌日に右高位精巣摘除術を行い右精巣腫瘍（seminoma pT1N0M0）の診断に至った。以降当科外来で定期のフォローアップを施行していた。20XX+7 年 1 月 22 日に術後 6 年目として定期の外来を受診した際に hCG-β 4.1mIU/ml と上昇、超音波検査で左精巣内に腫瘤を認めたことから左精巣腫瘍（両側異時性精巣腫瘍）の診断として左高位精巣摘除術を行う方針とした。既婚・無子で挙児希望があったことから摘除術前に精子保存を連日施行するも十分な精子量を確保できず、同年 2 月 5 日に左高位精巣摘除術と同時に精巣内精子採取術（onco-TESE）を施行した。病理結果は seminoma pT1N0M0 であり、現在は当科外来でテストステロンの補充を継続している。
両側精巣腫瘍は精巣腫瘍のうち 1.4 ～ 4.5％程度を占めるといわれており、大部分が異時性かつ同じ組織型を示すとされる。onco-TESE とはがん治療前の男性患者から精子を採取することを意味するが、更に狭義の意味では本症例と同様に精巣腫瘍の存在する精巣から精子を採取する手術を指す。onco-TESE についてはいくつかの症例報告によってその有用性が報告されているが、特に本症例のように異時性に対側精巣に腫瘍を生じたために TESE が選択された症例は報告としても数例のみで珍しい。

ポスター 16

P-2-32 組織型が異なる異時性両側精巣腫瘍の一例

○渡邊 広毅、角田 夢女、菅原 翔、寺中 さやか、松本 精宏
千葉市立青葉病院

症例は 33 歳男性。2018 年、半年前からの左陰嚢腫大を主訴に受診。超音波検査で左精巣に内部均一な 26mm 大の低エコー域を認め、腫瘍マーカーは HCG 2.9 mIU/L と上昇、AFP および LDH は正常範囲であった。左高位精巣摘除術を施行し、病理診断はセミノーマ pT1、GCNIS 合併と診断された。術後補助化学療法として CBDCA1 コースを施行し、経過観察を継続していた。2025 年、右陰嚢腫大を自覚し予約外受診。超音波検査で右精巣内に 16mm の内部モザイク状の低エコー域を認め、腫瘍マーカーは陰性であった。MRI では T2WI で高低信号混在しており、一部に強い拡散制限を認め悪性が疑われた。右高位精巣摘除術を施行し、病理は胎児性癌主体の非セミノーマ pT1 で、脈管侵襲、GCNIS を伴っていた。術後補助療法として BEP1 コースを施行し、現在まで再発なく経過している。本症例は、組織型が異なる異時性両側精巣腫瘍の一例であり、長期的な経過観察と個別化された治療戦略が重要と考えられる。

ポスター 16

P-2-33 高度の造精機能障害を呈する極小精巣偶発腫瘍に対し腫瘍核出術を施行した 1 例

○高橋 進太郎、辻 茂久、杉野 謙司、高崎 宏靖、原 綾英、上原 慎也
川崎医科大学総合医療センター　泌尿器科

症例は 40 代後半男性。20XX 年 Y 月、挙児希望で近医不妊治療専門クリニックを受診した。スクリーニングの精液検査で乏精子症 (940 万 /ml) と高度の前進率異常 (0%) および正常形態率異常 (0.7%) を認め、男性外来を受診した。その際に施行された精巣超音波検査で右精巣内に 3mm 大の腫瘍性病変を認めため、精査加療目的で当科紹介となった。内分泌学的所見では FSH39.7mIU/ml と高値を認めた。腫瘍マーカーは全て正常であった。造影 MRI 検査では同部位は T2W1 で境界やや不明瞭の低信号の結節性病変で、漸増性の造影効果を認め悪性腫瘍を否定できなかった。十分なインフォームドコンセントの上、同月、顕微鏡下に腫瘍核出術および精巣生検を施行した。腫瘍は被膜形成を認め境界明瞭であり、周囲組織との癒着は認めなかった。病理組織検査では境界明瞭な充実性腫瘍で、好酸性の胞体を有し核小体は明瞭であった。Reink 結晶は認めなかったが、総合的に leydig cell tumor(LCT) と診断された。また、腫瘍の近位から遠位までの 6 カ所のランダム生検では GCNIS 所見はなく、Johnsen's score 2 と高度の造精機能障害を認めた。男性不妊治療中に偶発的に発見された精巣腫瘍に対する腫瘍核出術は、妊孕性および内分泌機能温存の観点から有用な治療選択肢となり得る。本症例は LCT に続発した高度造精機能障害と考えられた。

ポスター 16

P-2-34 尿膜管開存症に合併した悪性腫瘍の一例

○幸 英夫[1)]、中川 崇志[1)]、藤田 素輝[2)]、釜井 隆男[2)]
1）獨協医科大学日光医療センター 泌尿器科
2）獨協医科大学　泌尿器科

61 歳男性、主訴は肉眼的血尿。既往歴に特記事項なし。喫煙歴 38 年。肉眼的血尿にて 20xx 年 6 月近医へ。膀胱内に明らかな出血源はなし。CT にて尿膜管遺残を指摘、前医を経て、同年 7 月、当科紹介。臍部からの出血と感染を疑う所見あり。PLT の軽度上昇以外、検査値は正常範囲内であった。CT 検査にて尿膜管開存および臍炎と診断。抗生剤加療も同年 8 月の CT にて臍炎と思われていた部位が増大し、腫瘤形成。尿膜管がんが疑われたため、同年 9 月、腫瘍・腹壁合併切除＋膀胱部分切除＋右大腿筋膜張筋皮弁移植術を施行。病理結果は扁平上皮癌。術後、皮弁の生着が悪く、脱落、同年 10 月に欠損部植皮を施行。その後、両側鼠径リンパ節腫大＋膀胱内再発＋下大静脈血栓症を発症。抗血栓療法開始し、血栓が減少した同年 11 月に TURBT ＋両側鼠径リンパ節切除を施行。病理結果はいずれも尿膜管腫瘍と同様で膀胱内再発＋鼠径リンパ節転移と判断。腹腔内の腫瘤出現＋肺動脈血栓の合併もあり、抗血栓療法を継続しつつ同年 12 月より TIP 療法（パクリタキセル、イホスファミド、シスプラチン）を施行。2 クール目施行中にイレウス発症。肝転移、腹腔内腫瘤増大に伴った腸管皮膚瘻など見られたため、20XX+1 年 3 月よりエンホルツマブベドチン＋ペンブロリズマブ療法開始。2 クール施行後、瘻孔拡大や植皮部の炎症にて、ペンブロリズマブ単剤へ変更も同年 5 月永眠。尿膜管開存＋悪性腫瘍症例を経験したため、報告する

ポスター 16

P-2-35 当院における前立腺癌定位放射線治療の初期経験 - 強度変調放射線 / 重粒子線治療との比較 -

○麻生 信太郎[1)]、山崎 史裕[1)]、松岡 和福[2)]、宮嶋 哲匡[1)]、入江 慎一郎[1)]、中島 雄一[1)]、佐々木 智成[3)]
1）飯塚病院　泌尿器科
2）田川市立病院　泌尿器科
3）飯塚病院　放射線治療科

【背景】当院では、2022 年 6 月より Cyberknife を導入し、それまでの強度変調放射線治療 (IMRT,76Gy/38Fr) に加え定位放射線治療 (SBRT,36.25Gy/5Fr) による前立腺癌治療が可能となった。他施設で行う重粒子線治療 (CIRT,51.6Gy/12Fr) と合わせ 3 方式の有害事象に注目し比較検討を行った。
【対象・方法】2023 年 1 月から 2025 年 5 月に当院で施行した SBRT30 例、IMRT39 例と、当院より紹介し他施設で施行した CIRT30 例を対象とし、照射後 12 ヶ月間の CTCAE に基づく消化器系 / 尿路系有害事象を比較した。
【結果】SBRT,IMRT,CIRT の消化器系有害事象の発生率は、23.3%(7 例)、17.9%(7 例)、6.7%(2 例)、尿路系有害事象は、60.0%(18 例)、35.9 % (14 例)、66.7 % (20 例) であった。CTCAE 2 以上の症例は消化器系 0.0%(0 例)、7.7%(3 例)、3.3% (1 例)、尿路系 16.7% (5 例)、5.1% (2 例)、13.3% (4 例) であった。
【考察】照射後 12 ヶ月間の消化器系有害事象の発生率は SBRT で高い傾向となったが、いずれも軽症で 3 ヶ月以内に消失しており、治療前のハイドロゲルスペーサー注入に起因している可能性がある。また、尿路系有害事象の発生率は SBRT と CIRT がほぼ同等、IMRT が最も低値であった。1 回あたりの線量増加が関係している可能性がある。
【結語】SBRT による有害事象は他の照射法と比べてやや高率に発生する可能性がある。治療効果と照射後長期経過後の有害事象については、今後の症例の蓄積と検証が必要である。

ポスター 16

P-2-36 左尿管結石術後の無症候性血尿から診断に至った急速進行性膀胱原発悪性リンパ腫（diffuse large B cell lymphoma）の 1 例

○牛田 博[1)]、徳地 弘[1)]、真鍋 由美[1)]、伊狩 亮[2)]
1）医療法人社団　医聖会　学研都市病院　泌尿器科
2）地域医療機能推進機構　滋賀病院

【症例】73 歳、男性。20XX 年 6 月に左尿管結石に対し経尿道的左尿管砕石術を施行。以降は定期の結石再発チェックに当科通院。20XX + 2 年 10 月頃より検尿で尿潜血（肉眼的血尿は認めず）を認めたが結石の再燃はなく、尿細胞診も陰性であった。20XX + 3 年 1 月に超音波検査で膀胱後壁に直径 2.5cm 程度の隆起性病変を同定、尿細胞診の再評価で calss V（尿路上皮癌の疑い）の指摘あり。20XX + 3 年 2 月に MRI、CT、膀胱鏡を施行し、膀胱後壁に表面発赤調の非乳頭状広基性腫瘍（直径 4cm 程度まで急速増大）を術前診断し、TUR-Bt 施行。病理診断にて Malignant lymphoma, aggressive B cell lymphoma (s/o diffuse large B cell lymphoma) の確定診断を得た。病理診断後に測定した可溶性 IL-2 レセプターも 5239U/mL と著明高値を呈し、新たに骨盤内リンパ節腫大も出現したため、早急に他院血液内科へ転院の上で化学療法が開始となった。【結語】尿路結石術後フォローの尿潜血をきっかけに急速増大傾向のある膀胱原発悪性リンパ腫（DLBCL）の 1 例を経験した。尿路結石の既往のある患者の尿潜血は結石との関係性を第一に考えがちだが、ときに思わぬ疾患が潜んでいることを痛感した症例であった。

ポスター 17

P-2-37 当院におけるロボット支援根治的腎摘除術 (RARN) の初期成績

○大関 孝之、三橋 勇人、猪木 蘭、林 泰司、西岡 伯
和泉市立総合医療センター　泌尿器科

【目的】当施設での da Vinci Xi システムを用いた当院におけるロボット支援根治的腎摘除術 (RARN) の初期成績を報告する。【対象と方法】2022 年 5 月から 2025 年 4 月まで 9 例に RARN を施行した。患者背景、周術期経過、病理結果、短期術後経過を集計し報告する。【結果】対象は男性 3 例女性 6 例。年齢の中央値は 73(62-77) 歳、BMI の中央値は 26.4(19.7-37.4)、臨床 Tstage は cT1 : 4 例、cT3: 4 例、cT4: 1 例であった。1 例の Deffered NPx 症例が含まれた。アプローチは経腹膜 : 5 例、経後腹膜 : 4 例で施行され手術時間の中央値は 132(121-165) 分、コンソール時間の中央値は 69(66-120) 分、出血量の中央値は 35(10-130)ml で輸血症例を認めず、手術日から退院までの中央値は 7(5-8）日であった。周術期合併症を認めず。病理学的 Tstage は 1 例の pCR を除き全例 cT1 であった。術後平均観察期間は 11(1-36) ヶ月で再発症例は認めていない。【結語】RARN は術中合併症なく周術期経過も良好で安全に施行されていた。

ポスター 17

P-2-38 腎および副腎に Triple cancer を認めた 1 例

○元島 崇信[1)]、福井 秀幸[2)]、瀬口 芳智[1)]、坂梨 壱成[1)]、右田 敏起[1)]、阿南 公輝[1)]、岡 保伸[1)]、三上 洋[1)]、渡邊 紳一郎[1)]
1）済生会熊本病院
2）熊本総合病院

症例は 69 歳男性。エコー検査で左腎腫瘤を指摘されて左腎癌疑いの診断で当院での手術を希望されて受診した。造影 CT で浸潤性腎腫瘍及び副腎腫大を指摘されて、腹腔鏡下左腎尿管全摘除術および副腎摘除術を施行されて、術後 4 日間で退院した。病理結果は、#1 UC,pT3,HG、#2 Clear cell RCC,G2,pT1b、#3 Pheochromocytoma と診断された。術後 1 ヶ月後に施行した CT 検査で #1 傍大動脈リンパ節腫脹、#2 肺転移を指摘されて化学療法の方針となった。腎に尿路上皮癌と腎癌が同時発生する症例は少ないが、今症例ではさらに副腎に Pheochromocytoma が同時発生しており、かなり希少な症例と考えられた。学会時には文献的考察を加えて報告する。

ポスター 17

P-2-39 肉腫様分化を伴う腎癌局所再発および PD-L1 陽性肺腺癌に対してレンバチニブ＋ペンブロリズマブ併用療法と外科的治療が奏功した一例

○杉原 太一、和田里 章悟、栗原 侑生、徳永 素、窪田 理沙、久住 倫宏、市川 孝治、津島 知靖
NHO 岡山医療センター　泌尿器科

症例は 70 代男性。X-7 年、左腎腫瘍に対して部分切除術を施行し、病理は papillary RCC Type2, pT1b であった。その後再発なく経過していたが、X-2 年 4 月に Th2 骨転移を伴う PD-L1 陽性の肺腺癌 pT3N0M1b, stageIVB と診断された。同年 6 月には左腎に局所再発も認め、肺腺癌に対する化学療法終了後、腹腔鏡下左腎摘出術を施行した。病理は肉腫様変化を伴う Grade 4 相当の腎癌再発、pT1aN0M0, RM0 であった。術後は経過観察としたが、7 ヶ月後に右肺結節、9 ヶ月後に 25mm の左後腹膜腫瘤と頭蓋骨転移が出現した。後腹膜腫瘍は脾臓および腹壁筋群への進展が疑われ、PD-L1 陽性である肺腺癌への抗腫瘍効果も期待してレンバチニブ＋ペンブロリズマブ併用療法を導入した。4 コース施行後に後腹膜腫瘍は 15mm まで縮小し、腹腔鏡下転移巣切除術を施行。術後は内科と協議の上、ペンブロリズマブ単剤での継続としたが、右肺結節の増大をうけてプラチナ製剤を含む化学療法が併用された後に免疫関連有害事象が疑われる間質性肺炎により 12 ヶ月で中止となった。その後は現在まで薬物治療は行っていない。X+1 年 4 月に切除した頭蓋骨病変は肺腺癌の診断であり、右肺結節影の組織学的診断はついていないものの縮小傾向である。腎癌の局所再発もなく、良好な全身状態で外来通院を継続している。免疫チェックポイント阻害剤の臓器横断的治療効果と外科的治療による長期生存が得られた意義ある症例として報告する。

ポスター 17

P-2-40 当院におけるロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術（RAPN）の治療成績

○植村 祐一、源城 修磨、宅間 敬晃、横関 仁志、福井 智洋、渡部 淳
公立豊岡病院　泌尿器科

【目的】2018 年 5 月より当院では RAPN を導入しており、治療成績に関して後方視的に検討した。【対象と方法】2018 年 5 月から 2025 年 3 月までに当科で RAPN を施行した 83 例を対象とした。【結果】男性 58 例、女性 25 例。年齢の中央値 68 歳、患側：右 31 例、左 52 例、臨床病期は cT1a：78 例、cT1b：5 例、経腹膜アプローチ 39 例、経後腹膜アプローチ 44 例であった。中央値は腫瘍径 24（10-62）mm、RENAL score：7（4-10）点、手術時間：237（179-433）分、コンソール時間 124（71-278）分、温阻血時間：21（11-76）分、出血量：30（5-520）ml であった。術後在院日数は 8（4-29）日で術後経過観察期間は 38（1-77）か月であった。Clavien-Dindo 分類 Grade3 以上の合併症を 4 例に認め、出血 2 例（うち 1 例は動脈塞栓術施行）、尿瘻 1 例、気胸 1 例であった。病理結果は良性腫瘍 11 例（血管筋脂肪腫 5　オンコサイトーマ 5　嚢胞 1）、悪性腫瘍 72 例（淡明細胞 62　乳頭状 7　嫌色素性 2　淡明細胞乳頭状 1）であった。pT1a 68 pT1b 3 pT3a 1 例であり、断端陽性を 3 例で認めた。また、経過観察中に 4 例に再発を認めた。【結語】当院で施行した RAPN は諸家の報告と比較して安全に施行できているが、再発がやや多い結果であった。

ポスター 17

P-2-41 腎癌後腹膜再発巣の字術中部位同定にインドシアニングリーン (ICG) 蛍光イメージ法が有用であった一例

○梶 明日香[1)]、岡添 誉[1)]、原田 怜[1)]、藤原 健悟[1)]、小橋口 佳な[1)]、阿部 陽平[1)]、内藤 宏仁[1)]、土肥 洋一郎[1)]、加藤 琢磨[1)]、田岡 利宜也[1)]、上田 修史[1)]、杉元 幹史[1)]、羽場 礼次[2)]
1）香川大学　医学部　泌尿器科
2）香川大学　医学部　病理診断科

【現病歴】77 歳男性、X 年に脊髄腫瘍で整形外科加療中、MRI で 2cm の右腎腫瘤を指摘され当科紹介。X ＋ 1 年に後腹膜鏡下右腎摘除術施行、淡明細胞型腎細胞癌と診断。その後、明らかな再発転移なく経過していた。X+6 年の CT で右傍結腸溝に軟部影を指摘されるも大腸憩室疑いとして CT フォローされていた。X+9 年には右後腹膜腔に結節影が新たに出現し、経時的に増大傾向であったため、X+11 年に CT ガイド下生検施行。淡明細胞型腎細胞癌局所再発の診断となり、開腹下後腹膜腫瘤摘除術の方針となった。術前の造影 CT で右傍結腸溝、右後腹膜腔の軟部結節が強い造影効果を示していたことから、術中に ICG 蛍光イメージ法を用いることとした。【手術】左側臥位、腰部斜切開で後腹膜腔にアプローチした。ICG 術中投与にて蛍光発色を確認し、腫瘍の部位を同定できた。すべての腫瘤を摘除後、残存する発色部位がないことを確認し手術は終了した。【考察】ICG 蛍光イメージ法は肝切除や腎癌部分切除などにも用いられ、血流評価に対する有用性は高いと考えられている。本症例のような術中に部位の同定が困難な場合や、切除範囲が明らかでない腫瘤の場合には、ICG を用いることが術中判断の一助になると思われる。

ポスター 17

P-2-42 当院における透析患者に発生した限局性腎癌の臨床的検討

○宇津宮 拓弥[1)]、戸高 雅広[1)]、藤浪 弘行[1)]、井上 享[1)]、羽田 真郎[1)]、安藤 忠助[2)]、秦 聡孝[1)]
1）大分大学　医学部　腎泌尿器外科学講座
2）大分大学　医学部　臓器移植医療連携強化事業

背景：透析患者における腎細胞癌の発生率は一般人口と比較して高いが、腎に限局している場合は根治術が可能なことも多い。一方、術後の再発転移症例もあり、近年は分子標的治療薬 (TKI) や免疫チェックポイント阻害剤 (ICI) も使用されている。目的：当院において限局性腎癌に対して腎摘除術を施行した透析患者の臨床的特徴を検討する。対象と方法：2010 年 11 月から 2024 年 12 月までに当院で透析腎癌に対して腹腔鏡下腎摘除術を施行した 13 例を対象とした。臨床病理学的因子と予後を後方視的に検討した。結果：全例男性、手術時年齢中央値 67 歳 (51-81 歳)、透析期間中央値 6 年 (1-24 年)。病理組織型は淡明細胞癌 8 例、後天性嚢胞関連腎癌 5 例、発症は右 2 例、左 7 例、両側 4 例 (3 例：両側とも後天性嚢胞関連腎癌、1 例：両側とも淡明細胞癌)。病期は pT1a：9 例、pT1b：2 例、pT2a：1 例、pT3a：1 例。11 例は観察期間中央値 25 か月 (5-110 か月) で癌なし生存であった。1 例は術後 16 ヶ月で肺転移を認め、ICI・TKI 併用療法を開始したが、免疫関連有害事象として Grade 2 の甲状腺中毒症を認めた。別の TKI による二次治療や局所治療の併用により術後 5 年癌あり生存中。1 例は再発転移にて癌死となった。結論：透析患者における腎細胞癌は定期的な画像検査により早期発見が可能であり、早期手術により良好な予後が期待できる。一方、再発転移症例における ICI を含む薬物療法の適切な薬剤選択や投与量設定は今後の重要な課題である。

P

ポスター 17

P-2-43 信教上の理由で絶対的無輸血の患者に施行した腎摘除術の 3 例

○吉岡 拓哉、知念 尚之、呉屋 真人、大城 吉則
中部徳洲会病院

腎摘除術は腹腔鏡下手術やロボット支援下手術の普及により出血および輸血のリスクが低減した。しかし血管近傍の手術操作を要する術式では依然として大量出血のリスクが存在する。従って、輸血同意を得た上で手術を施行することが一般的である。
一方、信教上の理由で輸血を受け入れない患者に対する治療方針や指針の内容は各施設によって相違がある。当院では患者本人が 18 歳以上で医療に対する自己判断能力がある場合、免責証明書の提出を条件に、絶対的無輸血手術を実施する方針としている。
今回、過去 3 年間に当院で経験した、信教上の理由で輸血を受け入れない患者に対する腎摘除術の 3 例を報告する。具体的な症例として、膿腎症に対する腹腔鏡下腎摘除術、腎腫瘍に対する腹腔鏡下根治的腎摘除術、尿管癌に対しる腹腔鏡下腎尿管全摘除術を施行した。これら 3 症例は当院の宗教的輸血拒否に関するガイドラインに厳格に従い実施された。全ての症例で周術期に合併症を認めず、輸血を必要としない良好な経過であった。本症例報告を通じて、信教上の理由で輸血を受け入れない患者に対する泌尿器科手術の施行における方針を考察する。

ポスター 17

P-2-44 当院におけるロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術 (RAPN) の初期成績

○岡本 悠佑、上松 克利、森 郁太、鎌田 聡子、森 聰博、山田 大介
三豊総合病院　泌尿器科

【背景】当院では 2020 年 10 月よりロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術 (RAPN) を開始し、現在まで 43 例施行した。治療成績について報告する。【対象と方法】2020 年 10 月から 2025 年 5 月に当科で RAPN を施行した 43 例を対象とした。術者は 1 名。腫瘍の位置により経腹膜的アプローチと後腹膜アプローチのいずれかを選択した。観察期間中央値は 25 ヶ月 (1-55 ヶ月) であった。【結果】年齢中央値は 71 歳 (33-88 歳)、腫瘍径中央値は 29mm（10-70mm）。RENAL nephrometry score 中央値は 7(4-10) であった。21 例で経腹膜アプローチ、22 例で後腹膜アプローチにて手術を行った。手術時間中央値は 135 分 (78-228 分)、コンソール時間中央値は 89 分 (42-155 分)、温阻血時間中央値は 11 分 (4-35 分)、出血量中央値は少量（少量 -700ml）であった。後腹膜アプローチの 2 例で、腫瘍が上極のため鉗子が届かず開腹移行となったが、全例術中術後に大きな合併症は認めず、早期の退院が可能であった。病理組織学的には、淡明細胞型腎細胞癌 31 例、嫌色素性腎細胞癌 5 例、乳頭状腎細胞癌 2 例、腎血管筋脂肪種が 5 例であった。1 例で切除断端に挫滅した腫瘍の露出を認めたが、経過観察期間内に再発例は認めなかった。Trifecta 達成率は 88.4% であった（断端陰性：97.7%、温阻血時間 25 分以内：90.7%、合併症なし：100%）。【結語】当院における RAPN の治療成績を報告した。手術成績も安定しており、今後も手術適応を拡大していく予定である。

ポスター 17

P-2-45 当院におけるロボット支援腹腔鏡下根治的腎摘除術（RARN）の初期治療成績

○篠崎 哲男、藤澤 直輝、安田 友佳、米谷 重俊
イムス富士見総合病院

【目的】ロボット支援腹腔鏡下根治的腎摘除術（RARN）は、2022 年 4 月に本邦で保険収載され、腹腔鏡手術の低侵襲性を保ちつつ、術者の操作性や安全性の向上が報告されている。当院では 2023 年 9 月より RARN を導入した。導入初期 12 例における手術成績、安全性、課題について報告する。【方法】対象は 2023 年 9 月から 2025 年 4 月までに当院で RARN を施行した 12 例。手術適応、腫瘍径、手術時間、出血量、術後合併症、在院日数等を後方視的に解析した。術者は 3 名で、全例に da Vinci Xi を使用。シーリングデバイスにはロボットアーム装着型の Vessel Sealer Extend を用い、腎門部血管の処理には助手による Hem-o-lok クリップを用いた。【結果】年齢中央値は 72（46 − 91）歳、男性 10 例、女性 2 例、腫瘍側は右 5 例・左 7 例、最大腫瘍径中央値は 5.4（2 − 10）cm であった。手術時間中央値は 250（185 − 349）分、出血量中央値は 50（20 − 263）ml で、輸血を要した症例はなかった。皮下気腫に伴う抜管困難を 1 例認めたが、Clavien-Dindo 分類 Grade 3 以上の重篤な合併症は他に認めなかった。術後在院日数中央値は 7（6 − 12）日で、全例で術後経過は良好であった。【結語】RARN は当院においても安全に導入可能であり、低侵襲かつ安定した手術成績が得られた。一方、従来の腹腔鏡手術と比較してコストや手術時間の面で課題もあり、今後は症例の蓄積と技術の標準化により、さらなる効率化と費用対効果の向上が求められる。

ポスター 18

P-2-46 当院における進行性尿路上皮癌に対する Enfortumab Vedotin + Pembrolizumab 併用 (EVP) 療法の初期治療経験

○近浦 慶太、牧野 耕、有働 和馬、山口 隆大
くまもと県北病院　泌尿器科

【目的】2024 年 9 月に未治療の局所進行性及び転移性尿路上皮癌に対する一次治療として EVP 療法が本邦で承認された。今回、当院における EVP 療法の初期治療経験を報告する。【対象・方法】2024 年 11 月から 2025 年 4 月までに当院にて EVP 療法を施行した 7 例を対象とし、有効性および安全性について検討した。【結果】年齢中央値は 81 歳 (65-83) で男性 5 例、女性 2 例であった。原発巣は腎盂癌 1 例、尿管癌 1 例、膀胱癌 5 例であり、転移部位はリンパ節 5 例、肺 3 例、骨 1 例、局所進行 2 例であった。最良効果は CR1 例、PR4 例、SD2 例であり、ORR71%、DCR100% であった。安全性に関しては皮膚反応 4 例、味覚障害 2 例、感染症（腸炎、尿路感染）2 例、肝機能障害 1 例、副腎不全 1 例 (Grade3) を認めた。最終的に 2 例で 2 段階減量、1 例で 1 段階減量となり、AE が出現した際は適宜休薬、減量を行った。【結論】進行性尿路上皮癌の一次治療として EVP 療法は高い治療効果を示しており、治療継続するためには AE マネージメントが重要と思われた。

P

ポスター 18

P-2-47 当院の進行性尿路上皮癌における Enfortumab Vedotin+Pembrolizumab 療法の経験

○山本 章太郎、西野 優里、染野 秀介、藤川 直也
小田原市立病院

【目的】当院の進行性尿路上皮癌における Enfortumab Vedotin +Pembrolizumab(EVP) 療法による治療成績を報告する【方法】2024 年 10 月から 2025 年 5 月までに当院で進行性尿路上皮癌に対して EVP 療法を施行した 8 例を対象に後方視的に検討した。【結果】男性 6 例、女性 2 例、年齢は 66-87 歳 (中央値 74 歳)。原発は膀胱癌が 3 例、腎盂・尿管癌が 5 例であり、組織診断を行った 7 例は全て尿路上皮癌であった。治療開始後のフォローアップ期間は 60-207 日 (中央値は 117 日)、施行コースは 3-9 回 (中央値は 5 回) であった。5 月の時点で転帰は PR が 3 例、PD が 3 例、未評価が 2 例であった。途中で休薬期間があった症例は 4 例で、全例副作用のため休薬した。6 例は現在治療継続中、2 例は治療中止であり、1 例は転院、1 例は PD で中止であった。副作用に関しては皮膚障害が 8 例、味覚障害が 6 例、便秘が 6 例、倦怠感が 3 例であった。Grade3 以上は高血糖、皮膚症状、下痢、倦怠感、関節痛、浮腫がそれぞれ 1 例であった。【結語】当科の EVP 治療に関して、評価している症例のうち半数は PR と効果を得た。副作用に関しては従来の報告通り、皮膚障害が多く、本研究では全例であり、また Grade3 以上のものも複数認めた。今後、さらにデータ集積し、今後の加療について応用していく必要がある。

ポスター 18

P-2-48 根治切除不能な尿路上皮癌患者に対するペンブロリズマブ・エンホルツマブベドチン併用療法の初期治療経験

○黒住 顕、二瓶 豪崇、福井 雄大、川端 慧、竹下 暢重、石引 雄二
深谷赤十字病院　泌尿器科

【目的】根治切除不能な尿路上皮癌に対するペンブロリズマブ・エンホルツマブベドチン併用療法（EV ＋ P 療法）の初期治療経験について報告する。【対象と方法】2024 年 9 月から 2025 年 5 月までに当院で EV ＋ P 療法を受けた 6 例を対象に、患者背景・治療効果・副作用等について検討した。【結果】男性が 4 例、女性が 2 例、年齢の中央値は 73 歳であった。尿管癌が 3 例、膀胱癌が 2 例、腎盂癌＋膀胱癌が 1 例であり、未治療が 4 例、術後の再発転移が 2 例であった。治療標的病変はリンパ節が 3 例、骨が 1 例、局所再発部が 1 例、原発巣が 1 例であった。最大治療効果は、PR が 2 例、SD が 1 例、未評価が 3 例であった。Grade3 以上の副作用として、好中球減少、下痢をそれぞれ 1 例で認めた。好中球減少は、加療開始 106 日目に起こり、6 コース目のエンホルツマブベドチンをスキップすることで改善し、以降は減量投与が可能となった。下痢は、慢性腎不全患者に発症し、緊急入院および透析加療を余儀なくされた。【結論】今回、6 例中、治療効果が評価できたのは 3 例のみであるが、うち PR が 2 例であり、EV ＋ P 療法の腫瘍縮小効果は期待できると思われる。一方で、入院が必要となる重篤な副作用も 1 例あり、患者選択、薬剤の投与量設定および副作用マネージメントについて、今後、さらなる経験および最新の知見習得が求められる。

ポスター 18

P-2-49 尿管上皮内癌に対して BCG 膀胱内注入療法後に膣転移を来した 1 例

○安田 幸平[1)]、谷川 堅太郎[1)]、藤井 照護[1)]、吉田 毅[1)]、呉竹 景介[2)]、福田 敦史[2)]、原田 修治[2)]、飯原 清隆[3)]、杉 貴臣[4)]、東島 克佳[4)]
1）福岡和白病院　腎・泌尿器外科
2）新行橋病院　泌尿器科
3）新水巻病院　泌尿器科
4）産業医科大学病院　泌尿器科

尿管上皮内癌に対して BCG 膀胱内注入療法を施行後、膣転移を来した稀な症例を経験したため報告する。症例は 86 歳女性。202X 年 5 月、血尿を主訴に近医を受診し、精査目的に当科紹介受診。膀胱鏡では異常所見認めず、造影 CT にて左下部尿管に造影効果を認めたため、同部位の尿管鏡下生検にて上皮内癌と診断した。尿管ステント留置下に BCG 膀胱内注入療法を施行後、フォローを行った。膀胱鏡、造影 CT では再発を認めなかったが、尿細胞診が陽性であった。202X+1 年 3 月に 2 回目の尿管鏡生検を施行した。悪性所見は認めず、外来でのフォローを継続したが、明らかな再発は認めなかった。202X+1 年 8 月に膣出血を認めたため婦人科を紹介。経腟超音波検査にて膣内腫瘤性病変を認め、細胞診では尿路上皮癌または膣癌が疑われたが、経過から前者と考えた。高齢で子宮全摘術の既往を認めるも、Performance Status は 1 であり、局所再発のため、本人・家族と相談の上、手術の方針とした。202X+1 年 12 月 3 日、腹腔鏡下に膣腫瘍摘出術を施行。Vagi パイプ挿入時に腫瘍の大半が脱落したため、TURis を用いて膣内を観察した。経腟的に切除可能と判断し、腹腔内から観察しながら TURis で腫瘍を切除した。病理診断は尿路上皮癌の再発であった。術後 6 か月経過時点で再発は認めていない。尿管癌に対して BCG 膀胱内注入療法を施行後、膣転移を来した症例は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

ポスター 18

P-2-50 根治切除不能な尿路上皮癌に対するエンホルツマブベドチンとペムブロリズマブ併用療法の初期治療経験

○日吉 浩一朗、小林 圭太、徳永 貴範、日高 幸浩、清水 宏輔、藤井 央法、岡 真太郎、中村 公彦、廣吉 俊弥、平田 寛、磯山 直仁、白石 晃司
山口大学　医学部　泌尿器科

【背景】根治切除不能な尿路上皮癌に対するエンホルツマブベドチン＋ペムブロリズマブ（EV+P）併用療法が 2024 年に本邦で保険収載され、一次治療として推奨されている。我々は、当院における EV+P 療法の初期治療成績を検討した。【対象と方法】2024 年 11 月から 2025 年 3 月に当院で EV+P 療法を受けた根治切除不能な尿路上皮癌症例を対象とし、有害事象および奏効率を後方視的に解析した。【結果】対象は 8 例（男性 4 例、女性 4 例）、年齢中央値 84.5 歳（範囲 57 − 94 歳）。原発巣は膀胱癌 2 例、上部尿路上皮癌 6 例。転移部位は肺 3 例、リンパ節 2 例、肝 1 例。完全奏効は認めず、部分奏効は 4 例（奏効率 50%）、病勢進行は 3 例であった。有害事象は皮膚障害 4 例（50%）、味覚障害 4 例（50%）、甲状腺機能低下症 3 例（38%）、高血糖および間質性肺疾患が各 1 例。Grade 3 以上の有害事象は皮疹 2 例を認めたが、全体として忍容性は良好であった。【結論】観察期間は短いが、EV+P 療法は高齢患者を含め比較的安全に施行可能で、一定の奏効が得られた。

P

ポスター 18

P-2-51 偶発的に発見された膀胱脂肪種の一例

○桂 康裕、永福 寿朗、神尾 琢克伸、愛甲 泉、西澤 秀和、穴見 俊樹、元島 崇信、村上 洋嗣、矢津田 旬二、神波 大己
熊本大学大学院生命科学研究部　泌尿器科学講座

【目的】膀胱脂肪種は極めて稀な良性腫瘍であり、泌尿器科領域での報告は限られている。我々は、無症候性に偶発的に発見された膀胱脂肪種の一例を経験したため、既報を踏まえ臨床的特徴を考察する。【症例】53 歳男性。健診で施行された CT にて、膀胱内に 17mm 大の脂肪性腫瘤を認め、膀胱脂肪種が疑われ当科紹介。膀胱鏡では後壁右側寄りに表面平滑な腫瘤性病変を認めた。MRI では T1・T2 強調像で高信号、脂肪抑制画像で均一に信号低下を示し、脂肪性腫瘍が疑われた。脂肪肉腫との鑑別が困難であったため、経尿道的膀胱腫瘍一塊切除術（TURBO）を施行。病理学的に成熟脂肪細胞からなる脂肪腫と診断された。術後経過良好で、現在まで再発を認めていない。【考察】膀胱脂肪種は粘膜下または漿膜下に発生し、画像上は脂肪成分を有する腫瘤として描出される。脂肪肉腫や尿膜管遺残腫瘍との鑑別が重要だが、確定診断には病理学的評価が不可欠である。既報を通じても本腫瘍の報告は 20 例未満と極めて稀であり、発見契機や症状も多様である。本症例では脂肪種疑いに対して TURBO を施行し、確定診断に至った。若干の文献的考察を加え報告する。

ポスター 18

P-2-52 当院での進行または転移性尿路上皮癌に対するエンホルツマブベドチン＋ペムブロリズマブ療法（EVP 療法）の治療状況について

○城田 武士、中西 裕美、計屋 知彰、西村 直樹
JCHO 諫早総合病院 泌尿器科

【背景】進行または転移性尿路上皮癌（以下 UC）に対する一次療法として 2024 年 9 月よりエンホルツマブベドチン＋ペムブロリズマブ療法（以下 EVP 療法）の使用が保険収載された。EVP 療法はゲムシタビン＋シスプラチン療法（以下 GC 療法）と比較し、全生存。間及び無増悪生存期間の有意な延長が証明されている。今回当院での EVP 療法を施行した 4 例を報告する。【症例】（1）68 歳男性。右腎盂癌術後に鎖骨上窩・傍大動脈リンパ節の転移を認め、EVP 療法を開始した。1 コース施行し、著明な皮膚障害を認め休薬したが、リンパ節転移は著明に縮小した。（2）69 歳男性。右腎尿管膀胱全摘術後、傍大動脈リンパ節転移・骨転移を認め、EVP 療法を開始した。現在 1 コース完了し、有害事象を認めない。（3）76 歳男性。膀胱癌治療中であり、直腸壁への転移を認め、EVP 療法開始。現在 1 コース施行し、有害事象を認めない。（4）78 歳男性。膀胱癌全摘除術後、腰椎転移を認め、EVP 療法を開始した。現在 4 コース目施行中、増悪なく経過。【考察】EVP 療法は高い治療効果の一方で皮膚障害等の有害事象の頻度が高く、AE マネジメントが重要である。当院では皮膚科と共同で皮膚障害 AE マネジメントに取り組んでおり、この取り組みも含め当院での治療状況に関してご報告する。

ポスター 18

P-2-53 当院における上部尿路上皮癌に対する内視鏡下レーザー焼灼術の経験

○今野 真思、西村 和大、楠田 麻友子、藤川 敦、
横須賀市立市民病院

【目的】近年腎機能保護の観点から Low risk の上部尿路上皮癌 (UTUC) に対する腎温存手術の適応が拡大している。当院におけるツリウムレーザーを用いた UTUC に対する内視鏡下レーザー焼灼術の経験を報告する。【方法】2020 年 3 月から 2025 年 1 月までの期間に、当院で UTUC に対してツリウムレーザーを用いて内視鏡下レーザー焼灼術を行った 7 例を対象とした。患者背景、治療成績について後方視的に検討を行った。【結果】性別は男性 6 例、女性 1 例、年齢の中央値は 77 歳 (72-84)、UC の既往がある症例は 4 例 (57.1%)、片腎症例は 4 例 (57.1%)、腫瘍部位は腎盂 6 例、尿管 1 例、腫瘍径の中央値は 19mm(10-31)、病理の grade は Low が 1 例、High が 4 例、判定不能が 2 例であった。7 例のうち 3 例は初回焼灼で完全焼灼が得られた。そのうち 2 例は再発無く経過している。残りの 1 例は再発を認め再度焼灼を行ったがその後も再発を繰り返したため、追加治療として腎尿管全摘を行った。残りの 4 例は初回焼灼では完全焼灼は得られず、そのうち 2 例は完全焼灼が困難と判断し腎尿管全摘を行った。1 例は腎温存を強く希望されたため、腎尿管全摘は行わずレーザー焼灼を繰り返している。残りの 1 例は全身状態が悪く追加焼灼が困難であり、経過観察中に肺転移が出現し癌死に至った。【考察】当院におけるツリウムレーザーを用いた UTUC に対する内視鏡下レーザー焼灼術の経験を報告した。レーザー焼灼術の適応と考えられる症例の選択が重要である。

ポスター 18

P-2-54 Nivo-GC 療法を施行した症例の臨床学的検討

○早川 望、相田 紘一朗、菊地 栄次
聖マリアンナ医科大学　腎泌尿器外科

ニボルマブと GC 療法による併用療法（Nivo-GC 療法）は、切除不能な尿路上皮癌に対する一次治療として 2024 年 12 月に保険収載された。現在、本邦における切除不能な尿路上皮癌に対する一次治療は、エンホルツマブ ベドチン (EV) とペムブロリズマブからなる EVP 療法、Nivo-GC 療法そしてプラチナベースによる抗癌化学療法からのアベルマブ維持療法の 3 つの選択肢がある。当院では、各治療法の臨床成績を患者に説明した上で、最終的に患者が主体となって治療法を選択している。2024 年 12 月以降、現在までに 2 例の患者に Nivo-GC 療法を施行され、さらに 2 例の患者が治療予定となっている。今回、当院で Nivo-GC 療法を施行した症例をまとめて報告する。現在治療開始している症例は共に 80 代であり、男女 1 名ずつである。原発部位はそれぞれ膀胱、尿管であり、ともに根治切除が施行されている。治療開始前の転移巣は、1 例はリンパ節のみであるが、1 例はリンパ節および肺であった。最良総合効果はそれぞれ Stable Disease と Progressive Disease (PD) であった。ＰＤの症例に関しては、次治療として EV 投与を開始している。副作用としては、1 例において Grade 3 の貧血をきたし輸血が行われた。もう 1 例は、Grade 3 の急性前立腺炎とそれに伴う急性腎機能障害をきたした。現時点でいずれも明らかな免疫関連の副作用は認めていない。抄録提出時点で投与予定となっている症例のデータも含めて報告する。

ポスター 19

P-2-55 進行腎盂癌に対して 3 次治療まで行い長期生存を得られている一例

○齊藤 流、三好 康秀、森永 亮太
神奈川県立足柄上病院

症例は 82 歳女性。2021 年 9 月に肉眼的血尿を主訴に受診。CT で右腎盂尿管移行部に 16mm の腫瘍、腹部大動脈から腸骨動脈周囲にリンパ節腫大を認め、膀胱鏡で右尿管口部に 10mm の乳頭状腫瘍を認めた。リンパ節以外の遠隔転移はなかった。同年 10 月に右腎瘻造設術を施行。尿細胞診が ClassV であり、腎盂癌 cT2N2M0 の診断となった。GC 療法 4 コース施行後、リンパ節は縮小したが原発巣は SD であった。2022 年 2 月に原発巣へ外照射治療を行うもリンパ節増大と肝転移が出現した。同年 3 月より pembrolizumab による 2 次治療を開始。8 コース終了後の CT で原発巣、肝転移は縮小したが尿管口部腫瘍が増大したため TURBT を施行。病理では high grade の尿路上皮癌であった。同部位に外照射治療を施行し腫瘍は縮小した。16 コース終了後の CT で原発巣、尿管口部腫瘍、肝転移巣は縮小を維持したが、左鼠径リンパ節が増大したため同部位に外照射治療を施行。結果、CT では全病変が縮小となった。19 コース終了後の 2024 年 3 月、CT で骨盤内、左鼠径リンパ節が再度増大し、4 月より enfortumab vedotin による 3 次治療を開始した。5 コース後の CT では新たに右尿管の腫瘍性病変が出現したが他の病変は CR となった。以上、進行腎盂癌に対して 3 次治療まで行い長期生存を得られている一例を文献的考察を加えて報告する。

ポスター 19

P-2-56 扁平上皮肺癌に対して Atezolizumab 投与後に irAE 膀胱炎を発症した一例

○濱田 裕晟[1)]、佐竹 宏文[1)]、芝 佑平[1)]、中岡 大士[2)]、中嶋 絢子[3)]
1）近森病院泌尿器科
2）近森病院呼吸器内科
3）近森病院病理診断科

症例は 50 台男性。当院呼吸器内科で扁平上皮肺癌に対して CBDCA+PTX+Atezolizumab（4 コース）投与後に血尿と頻尿が出現したため当科に紹介された。画像検査で両側水腎症、膀胱壁肥厚を認めたため膀胱癌の可能性を否定できず生検を実施した。病理組織学的所見から irAE 膀胱炎と診断されたためステロイドミニパルス療法を開始し、症状の改善を認めた。ミニパルス終了後はステロイド内服に切り替えており、現在もステロイド療法を継続されている。免疫チェックポイント阻害薬による免疫関連有害事象（immune-related Adverse Events）は代表的なものとして、呼吸器症状、消化器症状、皮膚症状、甲状腺機能異常、副腎皮質機能異常、糖尿病、肝機能異常、神経症状などが挙げられており、泌尿器症状の報告は海外での文献に散見されるのみで本邦では極めて稀と考えられる。今回扁平上皮肺癌に対して Atezolizumab 投与後に irAE 膀胱炎を発症した症例を経験したため若干の考察を加えて報告する。

ポスター 19

P-2-57 当院の転移性尿路上皮癌に対する Enfortumab Vedotin(EV) ＋ Pembrolizumab（Pem）併用療法の初期導入経験

○梶山 雄大[1)]、齊藤 皓平[1)]、高広 悠平[2)]、神明 俊輔[1)]、丸山 聡[1)]
1）三次中央病院泌尿器科
2）三次中央病院緩和内科

【目的】昨年、転移性尿路上皮癌の一次治療として EV+P 併用療法が保険収載された。当院で導入した 3 例の初期成績を報告する。【対象と方法】2024 年 9 月から 2025 年 6 月に当院で EV+P 併用療法を施行した 3 例を後方視的に検討。【結果】症例 1 83 歳男性。PS1。前立腺癌術後の経過観察中に両側水腎症を指摘。左腎盂に 2 cm 大の腫瘍、多発リンパ節・肝転移を認め左腎盂癌（cT3N2M1）と診断。EV+P 併用療法 3 コース後に PD となった。二次療法として GC 療法を行っており、現在腫瘍は縮小傾向にある。症例 2 76 歳女性。PS2。倦怠感を主訴に前医を受診。CT で左腎に 6cm 大の浸潤性腫瘍、多発リンパ節・肺転移を認めた。腎腫瘍生検にて扁平上皮への分化を伴う浸潤性尿路上皮癌（G3,cT3N2M1）と診断。EV+P 併用療法 2 コース施行後 PD となった。2 コース目に間質性肺炎 Grade3 を認めるも高用量ステロイド投与により症状寛解。治療継続の希望はなく BSC となった。症例 3 70 歳男性。PS1。TURBT にて筋層浸潤膀胱癌 (UC,G3,pT2bN0M0) と診断。Gem+CBDCA 療法 2 コース施行後に左膝関節痛と左脛骨に 7cm 大の骨腫瘍を認めた。骨腫瘍生検にて膀胱癌左脛骨転移と診断。EV+P 併用療法 3 コース行い PR となった。治療中、倦怠感などの Grade2 までの有害事象が出現したため、ステロイド投与を行い症状寛解するも本人希望により治療中断。二次療法として Gem+CBDCA 療法を行っている。【結語】当院での経験と若干の文献的考察を踏まえて報告する。

ポスター 19

P-2-58 ペムブロリズマブとエンホルツマブ ベドチン（EV）併用療法においての治療効果および副作用についての検討

○大渕 あゆみ[1)]、中村 元洋[2)]、桂 蒼太[1)]、松井 健一郎[1)]
1）上都賀総合病院　泌尿器科
2）船橋市立医療センター　泌尿器科

【目的】切除不能あるいは転移性尿路上皮癌（mUC）に対する一次治療としてペムブロリズマブとエンホルツマブ ベドチン（EV）併用療法が本邦で承認された。今回、当院と他 1 施設におけるペムブロリズマブと EV 併用療法の初期経験として治療効果および副作用の実際につき検討した。【方法】2025 年 6 月までに、9 例の mUC 症例に対してペムブロリズマブと EV 併用療法を開始した。患者背景、治療効果、および副作用の実際につき検討した。【成績】男性 7 例、女性 2 例であり、年齢の中央値は 71 歳（範囲：68-84 歳）であった。原発は膀胱癌が 7 例、腎盂・尿管癌が 2 例であった。手術施行後の再発症例は 4 例あり、3 例で術前のジェムザール、シスプラチン（GC）療法を行っていた。治療開始後の f/u 期間の中央値は 5 か月（範囲：2-8 か月）であり、施行コースの中央値は 5 回 (範囲：1-10 回) であった。転帰は 1 例で癌死、8 例で現在投与継続中である。現在投与継続中の 8 例のうち、3 例で完全奏功し、4 例は腫瘍縮小、1 例は病勢維持であった。安全性は、全例において何らかの副作用を認めた。皮膚障害に関しては 2 例を除いた 6 例において Grade 2 以下の副作用を認めた。また Grade 3 以上の副作用は末梢神経障害 1 例、間質性肺炎 1 例、全身倦怠感 1 例と計 3 例に認めた。【結論】切除不能あるいは転移性尿路上皮癌（mUC）に対する一次治療としてペムブロリズマブと EV 併用療法は有効性を示し、安全に使用可能であると考えられた。

P

ポスター 19

P-2-59 腎盂・尿管癌に対してレーザー治療を行った 5 例の検討

○小川 智子[1)]、武田 肇[1)]、芳賀 俊介[2)]、大西 智也[2)]、福本 哲也[2)]
1）市立八幡浜総合病院　泌尿器科
2）愛媛大学医学部付属病院　泌尿器科

【背景】近年、上部尿路上皮癌（Upper Tract Urothelial Carcinoma: UTUC）の治療として腎温存手術（Kidney-Sparing Surgery: KSS）が欧米・本邦のガイドラインでは推奨されている。本邦では UTUC においては腎尿管全摘除術（Radical NephroUreterectomy: RNU）が標準術式であり主流である。しかし UTUC の好発年齢は高齢であり、合併症を伴う症例も少なくはなく、KSS の実施により制癌性を担保しながら QOL を維持することも可能と考える。今回、UTUC に対して KSS を施行した 5 例の治療成績について報告する。【対象と方法】2019 年から 2024 年にかけて UTUC に対して経尿道的に Ho:YAG レーザーを用いて治療を行った 5 例について患者背景を含めその転機を後方視的に検討した。【結果】対象患者の年齢は 72 歳から 91 歳（中央値 83 歳）、腎盂癌 1 例、尿管癌 4 例であった。うち 2 例は術後約 1 年経過の尿管鏡検査で再発なし、1 例は画像検査上で再発なしの判断、1 例はレーザー治療後半年で膀胱腔内・尿管再発を認め、1 例は術後併存疾患による他院入院後にフォローアウトとなった。再発のない症例はガイドライン上 low-risk に当たる症例であり、再発した 1 例については初回レーザー治療時に尿管腫瘍を多発に認めていた症例であった。【結語】今回の 5 例の検討では、low-risk 症例については KSS の実施は有用ではあった。手術時の工夫や部位別による難易度等含め、若干の文献的考察を用いて報告する。

ポスター 19

P-2-60 腫瘤形成性増殖性膀胱炎治療後に浸潤性膀胱癌を発症した 1 例

○下山 英明、今下 慧星、山梨 拓海、菊山 陽子、服部 一真、小串 佑太、田中 紘司、太田 道也、森田 順、佐々木 春明
昭和医科大学藤が丘病院　泌尿器科

症例は 50 代男性。2016 年 12 月排尿困難のため前医受診。エコー検査で広範な膀胱壁肥厚を認めた。膀胱鏡検査を行い、頸部、三角部、側壁にかけて広基性腫瘍あり。精査目的に当院紹介受診となった。尿細胞診は Class2 で MRI 検査では増殖性膀胱炎疑いと膀胱憩室との読影だった。膀胱癌との鑑別が困難であったため同月 TURBT を行った。病理結果は proliferative cystitis with squamous metaplasia であった。術後 2 カ月目の MRI では腫瘤性病変はほぼ消失していた。その後約 2 年にわたり MRI、尿細胞診フォローをしていたが再発所見なく近医フォローとした。2024 年 11 月肉眼的血尿、尿細胞診 Class3b のため、当院紹介受診となった。膀胱鏡では左側壁中心に腫瘍あり、MRI では VI-RADS カテゴリー 4 で筋層浸潤性膀胱癌が疑われた。TURBT を行い、invasive UC, G3, pT2, INFc, Ly1, V0 であった。cT2N0M0 の診断で NAC 後、膀胱全摘の方針となｔった。dd-MVAC4 コース後に 2025 年 4 月 RARC 施行した。病理は invasive UC, G3, INFb, Ly0, V0, RM0,pN0(0/13), pT2b であり今後 adjuvant nivolumab 投与を検討している。増殖性膀胱炎は日常診療でしばしば遭遇する疾患であるが腫瘤を形成するものは比較的稀である。今回我々は腫瘤形成性膀胱炎の既往のある浸潤性膀胱癌の 1 例を経験したため若干の文献的考察を加えて報告する。

ポスター 19

P-2-61 当院におけるロボット支援下腎尿管全摘除術の初期経験についての報告

○中野 康弘、吉川 正博、三好 邦和、波止 亮、平井 良樹、満安 正、山田 颯一郎
九州医療センター

【目的】本邦で , 2022 年 4 月よりロボット支援下根治的腎摘除術 (RARN) およびロボット支援下腎尿管全摘除術 (RANU) が保険収載された . 当院では 2024 年 4 月より RANU を施行している . 当院で施行した RANU の周術期成績を報告する .【対象と方法】当院で行った RANU10 例について検討した .（症例が追加される可能性あり .）【結果】コンソール時間の中央値は 218 分であった . 全例で開腹移行例 , 切除断端陽性例は無く , 術後に重篤な合併症は発生せず .【結論】当院での RARN 及び RANU の初期経験について報告した .

ポスター 19

P-2-62 BCG 膀胱内注入療法後に発症した肉芽腫性肝炎を伴う播種性 BCG 感染症の一例

○小橋口 佳な[1)]、土肥 洋一郎[1)]、田岡 利宜也[1)]、梶 明日香[1)]、阿部 陽平[1)]、内藤 宏仁[1)]、岡添 誉[1)]、加藤 琢磨[1)]、上田 修史[1)]、杉元 幹史[1)]、羽場 礼次[2)]、神野 真理[2)]、中原 麻衣[3)]
1）香川大学医学部附属病院　泌尿器・副腎・腎移植外科
2）香川大学医学部附属病院　病理診断科・病理部
3）香川大学医学部附属病院　消化器・神経内科

【目的】BCG 膀胱内注入療法後に発症した肉芽腫性肝炎を伴う播種性 BCG 感染症の一例を経験したので報告する。【症例】患者は 79 歳男性。BCG 膀胱内注入療法を導入療法 (6 回) と 3 か月目の維持療法 (3 回) を施行したが、軽度頻尿症状を認めるのみであった。6 か月目の維持療法の 1 回目注入後 4 日目に 3 日間持続する 38 度台の発熱と倦怠感で来院された。採血では肝胆道系酵素（Grade 3）の上昇、CT では肝外胆管周囲脂肪識の吸収値上昇を認めた。BCG 治療による薬剤性肝炎を疑い、肝庇護薬投与を行った。しかし発熱や肝胆道系酵素の改善を認めなかった。第 6 病日、経皮的肝生検を施行し、病理所見として多彩な炎症細胞浸潤と Langhans 型巨細胞を伴う肉芽腫の散在を認め、肉芽腫性肝炎の所見であった。サルコイドーシスや梅毒などのその他要因を除外し、播種性 BCG 感染症と診断し抗結核薬治療を開始した。ＩＮＨ・ＲＦＰ・ＥＢの 3 剤の治療を開始後、2 日目には発熱消失、肝胆道系酵素も徐々に改善した。【結語】ＢＣＧ膀胱内注入療法後に持続する発熱や肝胆道系酵素の上昇が認められた場合、播種性ＢＣＧ感染症を鑑別する必要で診断には肝生検が有用である。

P

ポスター 19

P-2-63 当院における転移性尿路上皮癌患者への Enfortumab vedotin + Pembrolizumab 治療の初期経験

○相田 紘一朗、早川 望、清水 嵩、松原 圭輔、森本 勇樹、白井 大介、塚田 光、與座 直利、西 智弘、中澤 龍斗、篠田 和伸、水野 隆一、菊地 栄次
聖マリアンナ医科大学　腎泌尿器外科

現在、尿路上皮癌ステージ 4 に対する 1st line 治療として、本邦では Enfortumab vedotin + Pembrolizumab (以下 EVP)、Gemcitabin+Cisplatin+Nivolumab (GC+N)、GC → avelumab の 3 つのレジメンがあるが、治療の選択に関しては患者の希望及び臨床試験の結果も含め総合的に判断されている。今回当院で EVP 治療を開始した 9 名の患者について初期経験を報告することとした。男女比は男性 6 例、女性 3 例、年齢の中央値は 74 歳 (49-84 歳)、原発巣としては上部尿路腫瘍が 4 例、下部尿路腫瘍が 5 例であった。治療開始時の転移巣としては、リンパ節転移 7 例、肺転移 3 例、肝転移 1 例、骨転移 2 例であった。EVP 治療前に 5 例が原発巣を摘除されていた。EVP 初回投与量は全例 1.25mg/kg の full dose 投与にて開始されており、投与サイクルの中央値は 5 回 (1-28 回) であった。治療評価目的に 2-4kr 後に 8 例に初回画像評価が施行されており、PR 6 例、SD 1 例、PD 1 例であった。治療に伴う合併症としては、斑状丘疹状皮疹 G2 4 例、味覚異常 G2 1 例、副腎機能不全 G2 1 例、甲状腺機能低下症 G2 1 例、末梢性感覚ニューロパチー G2 1 例、貧血 G3 1 例、倦怠感 G3 1 例、悪心 G3 1 例、肺臓炎 G5 1 例であった。　EVP の短期治療成績は良好であり、治療効果は高いと考えられるが、今後の更なる合併症対策が重要であると考えられた。

ポスター 20

P-2-64 腹腔鏡下仙骨膣固定術 (LSC) 後に化膿性脊椎炎をきたした 1 例

○藤崎 友基也[1)]、月野 浩昌[1)]、久嶋 嵐[1)]、近藤 誠[1)]、石原 明[2)]、川野 啓介[3)]
1）潤和会記念病院　泌尿器科
2）潤和会記念病院　病理診断科
3）潤和会記念病院　整形外科

症例は 81 歳女性。膀胱癌に対して 2024 年 11 月 19 日に腹腔鏡下仙骨膣固定術 (LSC) を施行した。子宮切除時に子宮内より膿性の排液を認めたため、術後予防的に LVFX 内服を 5 日間行った。術後病理結果は黄色肉芽腫性子宮内膜炎の診断であり、メッシュ感染の原因と考えられた。術後経過は良好で 11 月 26 日に退院となった。2025 年 1 月初旬ごろより臀部の痛みが出現し、1 月 23 日に当院受診された。MRI で化膿性脊椎炎の診断となり、入院にて SBT/ABPC 点滴による加療を行うも症状改善せず、2 月 5 日に腹腔鏡下メッシュ除去術を施行した。術後は IPM/CS 点滴に変更し、感染コントロールは良好であったが、骨溶解像の増悪を認め、当院整形外科にて 3 月 14 日に L3 －骨盤後方固定術が施行された。固定術後の経過は良好で、症状改善を認めている。4 月 15 日からは MINO 内服へ変更し、継続中である。当院では 2018 年 7 月より 470 例以上の LSC を施行している。LSC の重大な合併症の一つに化膿性脊椎炎があるが、今回我々ははじめて LSC 後の化膿性脊椎炎を経験したので、文献的考察を踏まえ、報告する。

ポスター 20

P-2-65 当院における TVM 手術の初期経験

○原田 成美[1,2)]、鍬田 知子[1,3)]、楠木 槙[1)]、福島 結美[1,2)]、西澤 秀和[2)]、穴見 俊樹[2)]、倉橋 竜磨[2)]、村上 洋嗣[2)]、馬場 理也[2)]、矢津田 旬二[2)]、近藤 英治[1)]、神波 大己[1,2)]、
1）熊本大学病院　女性骨盤臓器脱診療センター
2）熊本大学大学院生命科学研究部　泌尿器科学講座
3）第一東和会病院　女性泌尿器科ウロギネコロジーセンター

【目的】当院では 2021 年 4 月から女性泌尿器外来を設置、さらに 2023 年 4 月より女性骨盤臓器脱診療センターを設置し診療を行っているが、大学病院という特性から併存疾患が多く良性疾患手術へのハードルが高い患者が多い。そのため手術時間が短く侵襲の少ない TVM 手術を積極的に行い、すべての術式でメッシュアームにロールを巻き付け knot を加える方法を取り入れている。今回、術後 1 年時の評価を行いその初期成績について報告する。【対象・方法】2021 年 10 月から 2024 年 5 月までに当院で TVM 手術を施行し、術後 1 年目まで経過観察できた 32 例について後方視的に検討を行った。【結果】年齢中央値は 73.5(67-90) 歳、POP stage3 が 28 例 (87.5％)、stage4 が 4 例 (12.5％) であった。術式は TVM-C 2 例、Prolift 型 TVM 1 例、Elevated 型 TVM 1 例、TVM-A2 10 例、TVM-UP 15 例、TVM-P 2 例、TVM-AP 1 例で、手術時間中央値は 76.0(49-181) 分、出血量中央値は 5(少量 -92)ml、術中合併症は腹膜損傷が 1 例、腟壁損傷が 1 例であった。前壁メッシュ症例の再発率 (Ba ≧ 0) は 6.6%、後壁メッシュ症例の再発率 (Bp ≧ 0) は 0％であった。術後 6 か月目で他部位再発を認めた症例が 1 例、メッシュ露出が 1 例、尿失禁手術を追加した症例が 5 例であった。【結語】術後 1 年時の再発はいずれの術式でも少なく、併存疾患を多数有する高齢者において TVM 手術は安全で治療効果および満足度の高い手術であると考えられた。

ポスター 20

P-2-66 婦人科術後に発生した膀胱膣瘻に対する腹腔鏡下修復術の有用性 －大網被覆を併用した 1 例－

○安東 栄一、万代 真由香、小倉 一真
呉共済病院

症例は 48 歳女性。既往歴・内服歴なし。X － 2 年 9 月、子宮筋腫に対する経腹的子宮全摘術後、持続する尿失禁を自覚。本人は腹圧性尿失禁と認識していたが、近医泌尿器科にてクレンブテロール、ソリフェナシン投与も無効で、X － 1 年 7 月に当院紹介となった。ストレステスト陽性、尿流動態検査では Qmax 67.1mL/sec、残尿 13mL と異常なく、Pad テスト 31g。膀胱鏡で後三角部に粘膜欠損と結紮糸様の異物を認め、MRI では同部に径約 5mm の膀胱膣瘻（vesicovaginal fistula: VVF）を認めた。まず尿道カテーテルを留置し保存的閉鎖を試みたが奏功せず、X 年 1 月に腹腔鏡下 VVF 閉鎖術を施行した。ポートは変形ダイヤモンド型に配置。経腹膜的アプローチにて膀胱切開後、瘻孔周囲の瘢痕組織を含めて切除し、膀胱・膣間を丁寧に剥離。膣側を吸収糸で連続縫合、膀胱側は 2 層縫合にて閉鎖し、大網を被覆材として間隙に充填した。術後は排尿状態良好で、尿失禁も認めなかった。VVF は婦人科手術、特に子宮全摘術後に発生しうる重篤な合併症であり、患者 QOL に大きく影響を及ぼす。従来は開腹術、経膣手術が標準とされていたが、近年は低侵襲で拡大視野を得られる腹腔鏡下修復術の報告が増加している。今回我々の症例でも、良好な視野のもと正確な縫合・被覆操作が可能であり、術後合併症なく良好な治療成績が得られた。

P

ポスター 20

P-2-67 Hugo RAS system を用いたロボット支援仙骨膣固定術の初期経験

○守安 絵美佳、木村 有佑、山元 惇史、山根 浩史、
西川 涼馬、藤井 央法、山口 徳也、森實 修一、引田 克弥、
武中 篤
鳥取大学医学部器官制御外科学講座　腎泌尿器学分野

【緒言】当院における Hugo RAS system（Hugo RAS）を用いたロボット支援仙骨膣固定術（RASC）の初期経験を報告する。【方法】2024 年 10 月から 2025 年 5 月までに Hugo RAS を用いて RASC を施行した 7 症例の周術期成績の検討を行った。【結果】患者背景の中央値は、年齢 72 歳（59-83）、BMI 25.1 kg/㎡;（18.1-29.4）で、いずれも Stage3 以上の膀胱瘤、子宮脱の患者であった。手術成績の中央値は、手術時間 248 分（172-286 分）、コンソール時間 183 分（172-230 分）、出血量 5ml（5-70ml）であった。Clavien-Dindo 分類 Grade2 以上の有害事象は認めなかった。【考察】Hugo RAS では、体外のアームが長いため他機種と同様のポート配置ではアーム同士の干渉や膀胱挙上時の腹壁との干渉が生じた。また、体内のアームは短いため骨盤底操作時にアームやカメラが届かず、ポートを押し込んで施行せざるを得ない症例が認められた。上記によりポート配置に苦慮したが、3 例目以降はポート配置の工夫により干渉が減少し、安定した手術が可能となった。一方、Hugo RAS では rotation multiplier 機能を有しており、縫合に関しては他機種より容易であった。ポート配置には工夫が必要であったが、安全に RASC を施行することが可能であった。

ポスター 20

P-2-68 山口大学におけるロボット支援仙骨膣固定術の初期経験と QOL 調査

○中原 玉樹、岡 真太郎、中村 公彦、白石 晃司
山口大学大学院医学系研究科泌尿器科学講座

山口大学泌尿器科では 2023 年よりロボット支援仙骨膣固定術 (RSC) を導入した。2015 年から 2023 年にかけては腹腔鏡下仙骨膣固定術 (LSC) を施行、2023 年 11 月以降からはロボット支援仙骨膣固定術に術式変更した。ロボット支援仙骨膣固定術は、腹腔鏡下仙骨膣固定術の経験を持つ術者が行った。手術対象は POP-Q Stage3 以上の症例で、全例に前後メッシュ留置を行った。術中の合併症はなく、術後合併症としては 1 例のポートサイトヘルニアを認めた。術後 POP-Q stage2 以上の再発は認められていない。　性器脱質問票（Pelvic Floor Distress Inventory, PFDI）および SF-36（MOS 36-Item Short-Form Health Survey）を用いて、TVM 手術、LSC、RSC の 3 術式を受けた患者の術前および術後の QOL を評価した。RSC は、身体的な健康に関する項目で特に高い改善を示しており、術後の回復速度や患者の満足度が他の術式よりも優れている可能性が示された。一方で、精神的健康に関する項目では術式間に有意差なく改善しており、POP 手術が患者の精神的安定に寄与するものと考えられた。これらの結果から、RSC は低侵襲でありながら高い治療効果を発揮し、患者の術後 QOL を向上させる可能性がある。

ポスター 20

P-2-69 前立腺全摘除術後におけるエコー（M-mode）下での立位骨盤底筋訓練の併用により尿失禁が軽減した症例

○森 政基[1)]、増田 遥子[1)]、白石 理美[1)]、篠原 実夢[1)]、
村上 正佳[1)]、三木 哲郎[1)]、菅 隆彦[1)]、河野 玲奈[2)]、
宗宮 快[2)]、浅井 聖史[2)]、篠森 健介[2)]、桑野 晴美[2)]
1）住友別子病院　リハビリテーション部
2）住友別子病院　泌尿器科

【はじめに】骨盤底筋訓練 (以下 PFMT) は臥位・座位・立位など様々な姿勢で実施され、エコー評価は主に臥位で行われている。今回はエコーを用いて立位 PFMT を併用し、尿失禁の軽減が認められた症例を報告する。【方法】エコー下での臥位・立位 PFMT においては、蓄尿状態の膀胱を前額面で描出し、膀胱底の挙上運動を確認し、M-mode にて速度・挙上高・挙上時間を定量化した。【結果】対象は 77 歳男性。当院にて 2020 年にロボット支援下前立腺全摘除術を施行。術後尿失禁が続いており、2025 年 2 月より外来 PFMT を開始した。初期評価として臥位では速度 2.3cm/s、挙上高 0.5cm、挙上時間 200ms、立位では速度 2.5cm/s、挙上高 0.4cm、挙上時間 180ms。尿失禁の程度は、パッド枚数 2 枚・1 週間平均 174g であった。3 カ月間計 8 回の介入を行い、臥位では速度 3.9cm/s、挙上高 1.0cm、挙上時間 260ms、立位では速度 3.4cm/s、挙上高 0.8cm、挙上時間 230ms と改善。パッド枚数は 1 枚となり 1 週間平均 42 g と改善を認めた。【考察】術後 5 年が経過した症例に対し、エコー下で臥位・立位 PFMT を併用し、尿失禁が軽減した。エコーによる PFMT 評価の多くは臥位で実施され、重力の影響が少ない。一方で立位 PFMT は、活動量の多い抗重力位であり難易度が高い訓練を実施したことで尿失禁が軽減したと考える。今回の結果は、「立ったときに漏れる」といった腹圧性尿失禁患者の特徴的な症状の改善に繋がる一歩となると考える。

ポスター 20

P-2-70 他科入院中に尿閉状態が判明した女性排尿障害患者の検討

○畠山 直樹、越田 竹朗、大森 修啓
独立行政法人国立病院機構　栃木医療センター

【方法】 症例は 2024 年 4 月から 2025 年 3 月末までに、当院入院中の患者で、泌尿器科依頼となり尿閉状態が判明した 33 例。年齢、入院原因疾患、既往歴、常用薬、入院前の j 排尿状態、依頼時の採血データ、膀胱容量、転帰などを集計し検討した。【結果】年齢は 58-99 歳。入院の原因となった疾患は整形外科疾患 15 例、内科系疾患 11 例、尿路感染症 5 例など。既往歴としては高血圧 18 例、糖尿病 5 例、認知症 12 例など。常用薬では、降圧薬 17 例、糖尿病薬 6 例などが多かったが、ジスチグミン臭化物 4 例、抗コリン薬 2 例、β 3 作動薬 3 例、睡眠薬 9 例などもあった。内服開始してバルーンが抜去できた 23 例のうち、内服を中止できたのは 6 例。自排尿ができずにバルーン管理となったのは 9 例であった。

P

ポスター 20

P-2-71 ペッサリー留置下および腹腔鏡下仙骨膣固定術後に膀胱ボトックス療法を行った一例

○平間 裕美、松岡 祐貴
KKR 高松病院　泌尿器科

【背景】ペッサリー留置下や骨盤臓器脱（POP）術後の患者に対する膀胱ボトックス療法の報告は少ない。今回、同一患者で腹腔鏡下仙骨膣固定術（LSC）手術前のペッサリー留置下とLSC 後の 2 回にわたり膀胱ボトックス療法を施行した経験を報告する。【症例】患者は 70 歳代の女性。 X 年、切迫性優位の混合性尿失禁に対し抗コリン薬による薬物療法を開始したが効果は乏しかった。 X+4 年には下垂感を自覚し、台上診で Stage2 の膀胱瘤を認め、X+5 年よりペッサリーの自己着脱を開始した。POP 矯正後も切迫性尿失禁は持続しており、X+7 年にペッサリーを留置した状態で膀胱ボトックス療法を施行したところ、OABSS total スコアが 10 から 1 へと改善した。X+8 年に LSC を施行後、切迫性尿失禁が徐々に悪化したため、X+10 年に 2 回目の膀胱ボトックス療法を施行。初回と同様に効果が得られた（OABSS total スコア：10 → 1）。ボトックスの膀胱壁内施注は、初回、 2 回目ともに POP の矯正や修復による膀胱変形などは認めず外来で局所麻酔下に施行でき、残尿量の増加や尿路感染の合併症は発症しなかった。【結語】ペッサリー留置下および LSC 術後の膀胱ボトックス療法を経験した。大きなトラブルもなく、通常と同様に安全に施行できた。

ポスター 20

P-2-72 男性尿失禁外来開設から 5 年目の現状について

○武井 実根雄、阿部 立郎、相島 真奈美、内藤 誠二、
横溝 晃
原三信病院泌尿器科

【目的】当院では 1988 年より人工尿道括約筋植込術による治療に取り組んできたが、手術が保険適用となった 2012 年以降も、このような治療があること自体を知らなかったという患者が少なくない。そこで当院では 2021 年 1 月に男性尿失禁の専門外来を開設し、5 年目を迎えたのでその現状について報告する。【結果】対象は男性尿失禁外来を開設した 2021 年 1 月から 2025 年 6 月までに受診した 137 名（平均年齢 73.0 歳、28 － 92 歳）。コロナ禍での開設となり受診患者数は伸び悩んだが、コロナ終息後は増加傾向にある。尿失禁の原因としては前立腺全摘術後の尿失禁が最多であるが、難治性過活動膀胱によるものや、尿道狭窄術後の尿失禁、神経障害に起因する尿失禁もあった。前立腺全摘術を受けて 10 年以上経過して受診する例もあり、年齢は 70 代から 80 代が多かった。同時期の人工尿道括約筋植込術件数は 66 例あり、当初は年間 10 例以下であったが直近 1 年では 25 例と倍増している。【考察】男性尿失禁外来の受診患者はコロナ終息後増加傾向にあり、それに伴って人工尿道括約筋植込術の件数も増加している。このような治療ができること自体を知らなかったという患者が未だに多数あり、まだまだ患者への情報の浸透は十分とは言えないことから、さらなる啓発の必要性があると考える。【結論】尿失禁に悩む男性患者にとって男性尿失禁外来の存在意義は少なくない。

ポスター 21

P-2-73 感染コントロールのために尿管ステントを留置し TUL 後に stentless を達成した症例の後方視的検討

○豊 未都樹、井本 和希、松葉 友作、山本 将也、森田 祥平、
藤本 卓也、村蒔 基次、山田 裕二
兵庫県立尼崎総合医療センター

TUL 直後に尿管ステントを留置する利点として自排石率の向上、腎疝痛の軽減や尿路の浮腫に伴う水腎症および術後感染症の予防などが挙げられる。一方で頻尿 / 尿意切迫感 / 排尿時痛 / 肉眼的血尿など様々なステント関連症状により患者の QOL を低下させることがあり、術後鎮痛剤の使用量が増えるとされる。また症例によっては尿管ステント留置継続そのものに無視できない感染リスクを伴い、そして不要となったステントには抜去の処置が必要となる。EAU のガイドラインでは合併症の high risk group(術前 UTI/ 尿管粘膜損傷 / 残石 / 強い出血 / 尿管穿孔) でなければ必ずしも尿管ステントは必要ないと記載がある。以前当院では感染契機ではない結石の TUL 後に上記基準を満たす場合の stentless の検討を行い、重大な合併症は起こらず今後 stentlee の適応は拡大すべきと報告を行った。そこで今回術前に閉塞性腎盂腎炎を引き起こし尿管ステントが留置された症例での TUL 後の stentless 症例を後方視的に検討することとしたため報告する。

ポスター 21

P-2-74 尿管憩室内結石が自然排石した 1 例

○橋本 次朗、砂押 研一、竹田 孝一、鈴木 伸和
ていね泌尿器科

【症例】患者は 59 歳、男性。202X 年 9 月 21 日、肉眼的血尿を主訴に受診した。膀胱鏡で右尿管口からの出血を認めた。腹部単純 CT では右水腎症は認めないものの、L3 レベルに 7 × 6mm の結石影を認め、右尿管結石と診断した。1 か月後の腹部単純 CT でも結石は同部位に認めたため、手術適応と判断し、11 月 10 日経尿道的尿管砕石術 (TUL) の予定とした。硬性尿管鏡で観察したが、尿管内に結石を認めなかった。逆行性腎盂尿管造影 (RP) を施行したところ、尿管憩室と、憩室内に結石を認めた。軟性尿管鏡で同部位を観察したが、わずかに陥凹した粘膜を認め憩室口を疑わせたが、憩室内腔の観察は不可能であった。尿路通過障害がないため、経過観察の方針とした。術後定期的に単純 CT 検査を行っていたが、202X+3 年 11 月までは変化なく経過していた。202X+4 年 4 月 28 日、右側腹部痛を訴え受診し、腹部単純 CT で右水腎症及び L5 レベルに右尿管結石を認め、尿管憩室内結石が自然に尿管内に脱出したものと判断した。咽頭癌に対する放射線療法が予定されており、まず尿管ステント留置を行い、待機的に TUL を行う方針とした。5 月 9 日、まず RP を施行した。尿管憩室は残存するも結石影及び水腎症を認めず、自然排石したと判断した。【考察】尿管憩室は非常に稀な疾患である。繰り返す尿路感染や憩室内結石、尿管狭窄により手術療法が必要になる。本症例のように憩室内結石が自然排石したとの報告は、我々が調べた限りではなかった。

ポスター 21

P-2-75 フレキシブル吸引機能付き尿管アクセスシースを用いた経尿道的尿管結石砕石術の初期経験

○島田 幸暢、福島 貴郁、大原 慎也
中津第一病院　泌尿器科

【緒言】フレキシブル吸引機能付き尿管アクセスシースとは、経尿道的尿管結石砕石術（Ureterorenoscopy: URS）の際に使用する、吸引機能のついた柔軟性の高いアクセスシースであり、これにより良好な視界の確保と、よりスムーズな結石への到達・砕石が可能になるとされている。当院では 2025 年 5 月より、フレキシブル吸引機能付き尿管アクセスシースを用いた経尿道的尿管結石砕石術 (Flexible and Navigable Suction Ureterorenoscopy; FANS-URS) を開始したため、初期経験として報告する。【対象と方法】軟性尿管鏡を用いて FANS-URS をおこなった、腎盂内に 10mm 以上または複数の結石を認めた症例を対象とした。患者背景、周術期成績、周術期合併症に関して後方視的に検討を行った。【結果】症例は男性 5 名、女性 1 名であり、年齢の中央値は 67 歳（範囲 :53-90 歳）。結石介在部位は腎盂尿管移行部 5 例、上部尿管 1 例で、全例腎盂内で破砕を行った。結石の最大径の中央値は 12.7mm（範囲 :11.3-26.3mm）、最大 CT 値の中央値は 1408HU（範囲 :559-1618HU）であった。腎結石が複数個ある症例も認めたが、全例で腎臓内の全ての結石の砕石・抽石が可能であった。平均手術時間は 127 分 (範囲 :71-160 分)、術中合併症は認めず、術後も 38℃以上の発熱等の合併症を認めなかった。【結語】FANS-URS は粗大な腎結石の手術療法において、既存の URS と比較して安全かつ有効な治療であると考えられた。

ポスター 21

P-2-76 RAPN 施行時の血管結紮クリップを核として形成された腎結石に対して、TUL を施行した 1 例

○永福 寿朗、西澤 秀和、穴見 俊樹、倉橋 竜磨、馬場 理也、村上 洋嗣、矢津田 旬二、神波 大己
熊本大学大学院生命科学研究部泌尿器科学講座

【症例】79 歳女性【現病歴】X-6 年、左腎細胞癌で当科紹介、ロボット支援腹腔鏡下腎部分切除術 (RAPN) を施行した。病理結果は淡明細胞型腎細胞癌、WHO/ISUP Grade-2、pT1aN0M0 であり、画像フォローの方針とした。X-2 年より定期フォロー CT で、左腎に 8mm 大の腎結石を認め、年々増大傾向を認めた。X 年 13mm 大まで増大を認めたため、手術加療の方針とした。【既往歴】2 型糖尿病・脂質異常症【経過】術前 1 ヶ月に prestenting 施行のうえ、経尿道的左腎結石破砕術を施行した。術中、中腎杯に結石を認め、破砕をを進めると、RAPN 施行時の血管結紮クリップ（Hem-o-lok）が出現し、その周囲に結石付着していた。クリップに付着している結石は落石する可能性が低いと考え、破砕を終了し、WJ ステントを留置し、手術終了した。術後経過は問題なく、POD8 に退院した。【考察】本症例では、RAPN 時に留置された血管結紮クリップが腎盂内へ逸脱し、異物を核として腎結石が形成されたものと考えられる。医原性尿路結石の原因として、異物表面へのミネラル沈着を契機に結石が形成されるとされる。特に Hem-o-lok クリップは非吸収性高分子素材であり、生体内で長期にわたり残存しやすく、尿路内に露出した場合には核として結石形成のリスクとなる。当施設にて RAPN 後の医原性尿路結石を経験したので文献的考察を踏まえて報告する。

ポスター 21

P-2-77 尿路結石関連 fUTI 後の TUL を安全に実施できる待期期間の検討

○山内 直也、村元 暁文、村井 亮介
市立長浜病院

【目的】fUTI 治療後に TUL を施行する際の術前待機期間に関する明確な推奨はない。本研究では、術前待機期間と術後発熱（fUTI）の関連を検討した。【対象と方法】2016 年 4 月から 2025 年 4 月に当院で閉塞性腎盂腎炎（56 例）またはステント関連腎盂腎炎（8 例）の治療後に TUL を施行した 64 例を対象とした。38℃以下への解熱日から手術日までの日数を術前待機期間、術後 38℃以上の発熱を術後 fUTI と定義した。術前待機期間により、21 日以下（短期群）、22 日以上（長期群）の 2 群に分類し、術後 fUTI 発症率を比較した。【結果】短期群 39 例、長期群 25 例であった。術後 fUTI の発症率は短期群 6 例 (15.4%)、長期群 10 例 (40%) であり、2 群間に有意差を認めた (p = 0.039)。待期期間、寝たきりの有無、手術時間を候補因子として多変量ロジスティック回帰を実施したところ、長期群は短期群と比較して術後 fUTI リスクが有意に高かった（OR 7.5、95%CI 1.63-34.6、p = 0.01）。【結論】fUTI 治療後の術前待機期間が 22 日以上に延長すると術後 fUTI リスクが増加する可能性が示唆された。

ポスター 21

P-2-78 90 歳以上の超高齢者に対する TUL の安全性と有効性

○菅野 貴洋[1)]、池田 英夫[1)]、栗栖 弘明[1)]、松田 健二[2)]
1）健和会大手町病院　泌尿器科
2）松田泌尿器科・皮ふ科クリニック

【目的】超高齢社会を迎え、本邦では今後 90 歳以上の尿路結石症患者に対して経尿道的結石砕石術（TUL）を行う症例の増加が予想される。当院は全国の政令指定都市の中で最も高齢化率の高い (31％) 北九州市にあり、90 歳以上の尿管結石患者の診療にあたることも稀ではない。そこで当院において TUL を施行された 90 歳以上の患者 10 例を対象とし、患者背景、手術時間、術後合併症、結石除去率などの臨床データを収集し、安全性と有効性を評価した。【方法】手術においては軟性尿管鏡として Dornier AXISTM、砕石用のレーザーとして Ho:YAG レーザー (35W) を使用した。対象患者の平均年齢は 95.1 ± 4.1 歳であった。結石の平均サイズは長径で 10.4 ± 2.8mm(短径は 5.8 ± 1.2mm)、最大 CT 値は 796 ± 343HU であった。【成績】平均手術時間は 59.4 ± 25.8 分であった。結石の成分はリン酸マグネシウム・アンモニウムが 4 例、残り 6 例はシュウ酸カルシウム結石ないしリン酸カルシウム結石であった。術後合併症の発生率は 70% (7/10 例) で、すべて有熱性尿路感染症であった (うち 1 例では一時的に昇圧剤を使用したが速やかに改善した)。結石完全除去率は 100%（10/10 例）であった。術中死亡および術後の死亡は認められなかった。【結論】90 歳以上の超高齢者に対する TUL は、適切な患者選択と周術期管理を行うことで、比較的安全かつ有効に施行可能であると考えられた。

P

ポスター 22

P-2-79 感染結石に対する TUL 施行後、septic shock となり、2ndECIRS にて軽快した 1 例

○辻 茂久[1)]、宮里 恵太[2)]、高橋 進太郎[1)]、杉野 謙司[1)]、高崎 宏靖[1)]、平田 啓太[2)]、原 綾英[1)]、上原 慎也[1)]、小村 和正[1)]
1）川崎医科大学総合医療センター　泌尿器科学
2）川崎医科大学附属病院　泌尿器科学

症例は 84 歳女性。X-1 年末頃から腎盂腎炎と思われる発熱を繰り返し、前医で抗生剤治療を行なっていた。X 年 3 月に前医腹部超音波検査にて右水腎症認め、CT にて右尿管結石とガス像と思われる所見を認め、当科紹介となった。術前にステント留置、抗生剤投与を行い、TUL 施行。術中、腎内には軟結石が充満しており、バスケットでの抽石を行なったが、回収に難渋した。感染 risk を考慮し、1 時間 18 分で手術終了。手術 2 時間後に発熱、血圧低下認め、敗血症性ショックとなり ICU での集学的な治療となった。ICU 入室 42 日目に腎瘻造設施行し、55 日目に ECIRS にて stone free となった。術後は感染、全身状態の改善を認め、4 日目に ICU 退室となった。今回、TUL で stone free とならず septic shock となった症例に対して 2nd ECIRS が stone free に有用であり、感染の軽快を得られた 1 例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

ポスター 22

P-2-80 Flexible and navigable suction ureteral access sheath を用いた fURS

○清水 成、磯山 忠広
国立病院機構　米子医療センター　泌尿器科

【目的】Flexible and navigable suction ureteral access sheath（FANS）を用いた fURS(FANS-fURS) は従来のアクセスシースと比べて、高い結石除去率や感染症など合併症の発生率低下が示されている。持続灌流とシース先端の柔軟性で、結石の大きな症例や下腎杯など治療困難な位置への砕石が期待されている。FANS-fURS の初期経験を報告する。【対象と方法】当院で FANS-fURS を実施した 8 例。麻酔は全てラリンジアルマスクを使用した全身麻酔。11/13Fr もしくは 10/12Fr の FANS 用シース（2 種類）を用いた。全てシングルユース軟性尿管鏡を使用（7.5Fr もしくは 8.4Fr）。砕石装置はホルミニウムレーザーを使用した。【結果】年齢は 44 ～ 85 歳（中央値 67）、性別は男性 6 名、女性 2 名。BMI は 18.0 ～ 32.8kg/m2（中央値 25.2）、stone burden（結石最大径の和）は 20.4 ～ 64.3mm（中央値 40.4）、結石の個数は 3 ～ 10 個（中央値 5.5）。手術時間は 107 ～ 190 分（中央値 136.5）、術後 1 か月の stone free status は Grade A が 6 例、Grade C が 2 例、術後合併症は 1 名に尿路敗血症を認めた。【結語】比較的大きい複数の結石を有する症例のため手術時間を要した。75％に stone free status Grade A を達成出来た。しかし 1 例で急性腎盂腎炎から敗血症を発症しており、FANS-fURS は生食灌流と吸引のバランス確保が重要である。また、リユーザブル尿管鏡を使用するため従来の fURS に比べてコストが問題となるため、症例選択も課題となる。

ポスター 22

P-2-81 脊髄損傷、神経因性膀胱の 37 歳の男性患者に発生した雪だるま状の尿路結石に対して TUL を複数回行ったのでここに報告する。

○木下 貴之[1)]、立川 隆光[1)]、能勢 頼人[1)]、藤原 豪[1)]、張 英軒[1)]、寺本 好告[2)]、合田 裕一[3)]、五嶋 庫人[3)]、鈴木 佐帆[3)]、有須田 祐樹[3)]、守泉 知美[3)]、二見 和希[3)]、竹島 雄太[4)]
1）茅ケ崎徳洲会病院　泌尿器科
2）茅ケ崎徳洲会　人工透析科
3）茅ケ崎徳洲会　臨床工学科
4）柏東口よしだクリニック

【目的】脊髄損傷、神経因性膀胱の 37 歳の男性患者に発生した雪だるま状の尿路結石を経験したので報告する。【方法】外傷による脊髄損傷、神経因性膀胱の 37 歳の男性患者。以前自己導尿をしていたが、離脱。2023 年 11 月 2 日、2024 年 12 月 24 日に右精巣痛にて受診。精巣上体炎の診断にて抗生剤処方。2025 年 3/11 自転車に乗ったあと痛みがあるため受診、CT、膀胱鏡で 5cm 大膀胱結石、2 個の 5cm 大尿道結石を確認。既往　外傷による脊髄損傷、神経因性膀胱、左肘手術。　2025 年 4 月 16 日、6 月 14 日に 5cm 大の左、右前立腺部尿道結石に対して尿道 TUL 施行、後日 5cm 膀胱結石に対して膀胱 TUL を行った。【成績】5cm 大の膀胱結石、2 個の尿道結石に対して TUL を選択して、複数回かかったが、結石は破砕良好で結石をすべて除去出来た。【考察】脊髄損傷、神経因性膀胱の患者に膀胱 TUL を行ったが、結石診断まで時間がかかった。精巣痛のある場合は KUB や CT など X 線検査を施行する必要がある。今回の膀胱尿道結石に対しての治療方法には 1）開腹手術　2）TUL　3）TUL+ 開腹手術が考えられるが、膀胱瘻造設を行う可能性を考え、複数回の TUL を選択した。【結語】脊髄損傷、神経因性膀胱の 37 歳の男性患者に発生した雪だるま状の膀胱、尿道結石の治療を経験したので報告した。

ポスター 22

P-2-82 ツリウムとクリアペトラのマリアージュ ～持続灌流式 TUL の初期成績～

○浅井 聖史[1)]、坂本 みき[1)]、曽我部 裕文[2)]、河野 玲奈[1)]、宗宮 快[1)]、篠森 健介[1)]、桑野 晴美[1)]
1）住友別子病院　泌尿器科
2）四国がんセンター　泌尿器科

【目的】近年、経尿道的尿路結石破砕術（TUL）においてツリウムレーザーと持続吸引式のシースが登場している。それらを用いた持続灌流式 TUL の有効性について検討した。【方法】比較的大きな腎結石を持続灌流式 TUL の適応とした。機器は、ツリウム YAG レーザーの RevoLixHTL と持続吸引式シースの ClearPetra Flexi を使用した。2024 年 10 月から 2025 年 4 月までに当院で持続灌流式 TUL を施行した 10 例を対象とした。【成績】対象結石は長径 23 ｍｍ（中央値）、複数個 7 例、両側 1 例であった。3 例では時間超過のため 2 期的に施行した。SFR（残石 4mm 以下）は 70%、メインの結石については 90%と判定した。手術時間は 120 分（中央値）、術後合併症は感染結石の 1 例で敗血症ショックを発症し 10 日間の入院を要した。それ以外の 9 例は問題となる合併症無く、4 日以内に退院できた。【結論】RevoLixHTL と ClearPetra Flexi を併用した持続灌流式 TUL は、術中の視野は良好であり微細な結石は吸引排石された。ただし、結石サイズが大きすぎたり吸引抽石にこだわると手術時間が長くなってしまったので改善したい。持続灌流式 TUL は比較的大きな腎結石に対して有効な治療オプションとなりうる。

ポスター 22

P-2-83 TVM 手術 16 年後に尿管内にメッシュ露出が認められた一例

○森川 知治、廣瀬 響、出水 菜々穂、徳本 芽以、三留 拓、滝沢 明利
国際親善総合病院　泌尿器科

症例は 68 歳、女性。52 歳時に子宮脱に対し tension-free vaginal mesh（以下 TVM）手術を施行した。術後合併症なく経過していたが、術後 16 年後の健診で尿潜血陽性となり、前医を受診した。腹部超音波検査で右水腎および右水尿管を認め、腹部単純 CT 検査にて右下部尿管に 13mm の尿管結石を認め、当科紹介となった。右尿管結石に対して、経尿道的右尿管結石破砕術を施行した。右下部尿管に嵌頓する結石を同定し、硬性尿管鏡下に Holmium: YAG レーザーで砕石を開始したところ、以前の TVM 手術で留置されたメッシュと思われる線維構造に結石が付着している所見を認めた。可及的に結石およびメッシュを Holmium: YAG レーザーで除去したが、メッシュへの結石の付着が強く破砕に難渋した。後日再度残石および尿管内に露出したメッシュを Holmium: YAG レーザーで除去したが、全ての結石およびメッシュの除去は困難であった。今回比較的稀な TVM 術後の晩期合併症としてメッシュの尿管露出を経験したので報告する。

ポスター 22

P-2-84 緩下剤多量服用に伴う尿酸アンモニウム結石の一例

○宮坂 嶺、中里 彰、可児 尚弥、横田 成司、西谷 真明、神田 和哉、金山 博臣
社会医療法人川島会　川島病院

【症例】60 歳女性。慢性的な便秘のため数年、市販の下剤を 20 錠近く内服するなど緩下剤を濫用していた。左腰背部痛と血尿を契機に腹部 C T で左尿管結石、および多数の左腎盂結石を認めたため当科紹介され受診した。受診 2 日後に発熱を主訴に受診し、左腎結石性腎盂腎炎の疑いで尿管ステントを留置した。1 週後に炎症が沈静化したことを確認し、経尿道的結石破砕術を試行し尿管結石と半量程度の腎結石を摘出した。受診 1 ヶ月後には残石破砕、回収目的の TUL を試行し左腎結石を全摘出した。術後は消化器内科併診し、緩下剤の調整を行って再発なく経過している【考察】尿酸アンモニウム結石は低栄養、緩下剤多用などのミネラル障害、クローン病などの器質的疾患に伴って発生する比較的希少な結石である。今回、緩下剤の多量内服を起因として認めた典型的な左尿管の尿酸アンモニウム結石を経験認めたため、若干の文献的考察を含めて報告する。

ポスター 23

P-2-85 他院で 2nd TESE を受けた症例の検討

○日比 初紀
協立総合病院　メイルリプロダクション科

緒言：非閉塞性無精子症に対する micro-TESE は標準術式として広く行われているが、運動精子採取の可能性は 30％前後と芳しいものではない。一方で TESE 術後の精巣ダメージ の報告は少ない。他院で2nd TESEを受けた症例の検討を行った。対象と方法：2017 年 10 月より 2024 年 9 月までに当院男性不妊外来を受診した 1176 名のうち、非閉塞性無精子症と診断したのは 233 名であった。当院で micro-TESE を行ったが精子が回収されず、他院で 2nd TESE を受けた 4 症例を対象とした。結果：再診のきっかけはすべて LOH 症状であり、全例テストステロンの低下を認めた。初回 micro-TESE から 2nd TESE までの期間は 3 年、4 年、6 ヶ月、4 ヶ月で、精子回収できた症例はなかった。AMS 評価できた 3 例のスコアは 42 点、52 点、44 点であった。治療は 2 例にグローミン使用、うち 1 例は漢方薬内服しているがもう 1 例は経過中に潰瘍性大腸炎を発症したため当科は終了となった。2 例は LOH 症状を呈したためホルモン補充や投薬を勧めたが採血以降は未受診となった。TESE 術後は必ずテストステロンと自覚症状とをチェックしているが、他院の情報により 2nd TESE を受ける患者を把握できないことは問題である。結語：TESE 術後はテストステロン値に注目した経過観察が必須である。

ポスター 23

P-2-86 当院における顕微鏡下精巣内精子採取術の初期経験

○小林 祐介、芝原 彰良、坂 孝太、坂上 祐樹、大島 勝太、吉岡 彩織、原 尚史、中島 宏親、小川 貢平、井上 圭太、小池 千明、和田 耕一郎
島根大学　医学部　泌尿器科

当院は男性不妊治療を担う県内唯一の施設であるが、前任者の退職に伴い 2019 年 8 月より男性不妊外来が休診となっていた。不妊診療が保険適用となるなか、2021 年 11 月より男性不妊外来を再開、2022 年 10 月に顕微鏡下精巣内精子採取術 (microdissection testicular sperm extraction; MD-TESE) を導入、2024 年 4 月までに 4 例を経験したので報告する。
症例は全例無精子症で、年齢の中央値は 34.5 (26-38) 歳、血清 LH、FSH、テストステロンの中央値は、それぞれ 6.3 (2.1-14.1) mIU/mL、21.3 (5.4-41.9) mIU/mL、4.87 (3.19-7.40) ng/mL、精巣体積の中央値は右 9.0 (3.2-15.9) mL、左 10.4 (3.2-16.7) mL であった。染色体検査は、クラインフェルター症候群 (47XXY) で AZFc 部分欠損の合併が 1 例、AZFc 部分欠損のみが 2 例、検査未施行が 1 例であった。既往歴は、急性耳下腺炎を 2 例で認めたが、精巣炎の有無はいずれも不明であった。
精子の採取が可能であったのは 1 例（25%）で、諸家の報告（約 50%）と比較して現時点では低い結果であった。原因として、当院では閉塞性無精子症が疑われる症例には、conventional-TESE を積極的に行っていることが考えられた。精子採取が不能であった 3 例の Johnson's score はいずれも 2 であり、妥当な結果と思われた。
症例は少ないが、MD-TESE の初期経験として特に合併症なく精子の採取が可能であった症例を経験した。引き続き適切に適応を判定しながら症例を蓄積する予定である。

ポスター 23

P-2-87 クラインフェルター症候群患者の Leydig 細胞の single cell RNA-seq 解析

○佐藤 克哉、坪谷 一樹、金 長鉉、山下 遥介、河村 駿、岡田 桂輔、千葉 公嗣、三宅 秀明
神戸大学大学院医学研究科　腎泌尿器科学分野

【背景】クラインフェルター症候群（KS）は、X 染色体が 1 本以上過剰に存在することにより発症し、男性性腺機能低下および男性不妊を生じる。しかし、KS における Leydig 細胞の遺伝子発現については不明点が多い。

【目的】KS における Leydig 細胞の遺伝子発現状況を明らかにすること。

【方法】健常男性および KS 患者の精巣の公開 scRNA-seq データを用いて、Leydig 細胞に焦点を当てて解析をした。Seurat を用いて Leydig 細胞のみを抽出し、Leydig 細胞マーカーの発現を確認した。

【結果】KS 群では、精巣全体に占める Leydig 細胞数の割合が高かった。さらに、Leydig 細胞において STAR、CYP17A1、CYP11A1、HSD17B3 などステロイド合成関連遺伝子の発現上昇が認められた。

【結論】KS 患者の精巣のトランスクリプトーム解析は既報があるが、Leydig 細胞に特化した scRNA-seq 解析は限られており、Mahyari らの報告 (2021) のみである。本研究では、公開データを用いて KS の Leydig 細胞のステロイド合成能に注目した追加解析を行った。KS では精巣における全細胞あたりの Leydig 細胞数は増加し、ステロイド合成関連遺伝子の発現上昇がみられたが、一般に KS 患者ではテストステロン分泌が低下することが知られており、X 染色体過剰による精巣委縮や分化障害が背景にあると考えられる。KS における Leydig 細胞機能不全の分子基盤を単一細胞レベルで明らかにすることで、今後の病態解明への貢献が期待される。

ポスター 23

P-2-88 小児悪性腫瘍・血液疾患治療により原発性性腺機能低下症を認めた 3 例

○小崎 成昭、富永 悠介、森分 貴俊、河田 達志、定平 卓哉、片山 聡、岩田 健宏、別宮 謙介、枝村 康平、小林 知子、渡邉 豊彦、荒木 元朗
岡山大学病院　腎泌尿器科

【緒言】小児期に悪性腫瘍・血液疾患の治療を受けた患者の長期生存率向上に伴い、晩期合併症として性腺毒性が重要な課題である。小児期の化学療法や造血幹細胞移植、放射線療法によると考えられる、造精機能不全や内分泌異常を認めた 3 例について報告する。【症例】症例 1 は 3 歳時に急性リンパ球性白血病に対して同種造血幹細胞移植と全身放射線照射を受けた 21 歳男性で、二次性徴の発来不全、精巣萎縮、低テストステロンおよび FSH・LH 高値を認めた。症例 2 は、原発性免疫不全症に対し 9 歳時に臍帯血移植を受けた 19 歳男性で、無精子症、軽度精巣萎縮、テストステロン正常だが FSH 高値を示した。症例 3 は、5 歳時にユーイング肉腫に対し化学療法と自家末梢血幹細胞移植、臍帯血移植を受けた 20 歳男性で、精巣萎縮および FSH・LH 高値を認めた。いずれの症例も治療終了後 10 年以上が経過している。【考察】AYA 世代がん患者における妊孕性は重要な QOL 因子であり、高リスク性腺毒性治療後には造精機能が内分泌機能よりも障害されやすいことが示唆された。特に FSH 高値は精子形成障害を反映しており、治療後長期間が経過しても機能回復は困難な症例が存在する。思春期以降の患者には治療前の精子凍結保存が推奨されるが、小児患者の妊孕性温存療法は未だ確立されていない。今後は治療前の十分な情報提供と長期的な生殖機能のフォローアップが必要であり、妊孕性温存に関するさらなる研究の進展が期待される。

ポスター 23

P-2-89 性機能外来を窓口に発見された pure germinoma の 1 例

○竹内 晋次郎、佐伯 雄美、小圷 賢、高他 大暉、嶋田 瑛治、正戸 正人、腰塚 俊吾、大畑 諒、大川 瑞穂、三井 要造、山辺 史人、小林 秀行、中島 耕一
東邦大学医療センター大森病院

20 代男性【主訴】勃起障害（ED）、精液量減少【現病歴】20XX 年 7 月からの ED、精液量減少を認め、同年 9 月に近医泌尿器科受診。精査加療目的に 10 月当院を紹介受診。ED と精液量減少は進行性で、EHS 0、精液検査実施不可能、Tanner 分類 G5、身長 180cm、87kg。【経過】生来健康な 20 代男性が ED、精液量減少を認め、続発性低ゴナドトロピン性性腺機能低下症（続発性 MHH）を疑い各種ホルモン採血を施行、FSH 1.1mIU/ml、LH 0.5mIU/ml、テストステロン 0.03ng/ml 未満と低値を認め、続発性 MHH を支持する結果であった。同時に副腎・甲状腺機能低下を認め、緊急での各種ホルモン補充が必要と判断し、当院糖尿病・代謝・内分泌センターを受診し同日より副腎皮質ホルモン、甲状腺ホルモンの補充療法開始。追加検査で汎下垂体機能低下症と頭部造影 MRI で視交叉圧迫する下垂体腫瘤を認めた。下垂体腫瘤精査目的に当院脳神経外科を受診、高 PRL 血症、下垂体腫瘍を認めたことから、プロラクチノーマを想定しカベルゴリン開始。11 月再診時に腫瘍縮小を認めず、両耳側半盲出現し、12 月経鼻内視鏡下腫瘍摘出術を施行。術中迅速病理で悪性を疑うが病理型確定せず、腫瘍を全摘出。最終病理診断で pure germinoma の診断。【結語】若年 ED は精神的のものが多く精査されず安易に PDE5 阻害剤が処方されることが多いが、重大な器質的疾患が隠れていることがある。今回、医療従事者に警鐘を鳴らす症例を経験したので報告する。

ポスター 23

P-2-90 尿管を主座とした気腫性腎盂腎炎の 1 例 ー定量的評価とステント治療の有効性ー

○川口 義弘[1)]、吉山 直政[2)]、林 秀一郎[3)]、植田 裕明[4)]、築井 克聡[4)]、植田 浩介[4)]、西原 聖顕[4)]、名切 信[4)]、井川 掌[4)]
1）済生会二日市病院　泌尿器科
2）済生会二日市病院　救急科
3）膳所病院　泌尿器科
4）久留米大学医学部　泌尿器科

症例は 86 歳女性。数日間の便秘と左下腹部痛を主訴に当院に救急搬送された。血液検査で腎機能低下、炎症反応上昇、プロカルシトニン 145ng/mL と著明な高値を示し、DIC スコアは 5 点であった。CT で左尿管から膀胱、腎盂にかけて気腫性変化を認め、3D 解析での気腫量は尿管 3.67ml、膀胱 2.41ml、腎 1.43ml と、尿管が病変の主座と考えられた。左尿管の通過障害を伴う気腫性腎盂腎炎と診断し、侵襲の少ない尿管ステント留置を施行した。腎盂尿からは大腸菌を検出。抗菌薬、補液、リコモジュリン投与にて緩徐な改善を認め、第 13 病日に退院。2 カ月半後にステント抜去し、以後再発なく経過している。気腫性腎盂腎炎の報告では尿管に主座を持つ例は極めて稀であり、今回画像定量によって病変の主座を明示できた。また本症例のようにプロカルシトニン高値・DIC を呈する重症例でも、ステントが有効であった可能性が示唆される。尿管を主座とした気腫性尿路感染症として、治療選択の一助となることを期待し報告する。

ポスター 23

P-2-91 薬剤耐性時代の急性単純性膀胱炎におけるホスホマイシン・カルシウムの有用性

○森田 夢基、岡 了、乾 澪、石塚 直樹、野呂 卓秀、鈴木 悠太、飯島 正太、杉崎 裕香、宋本 尚俊、内海 孝信、遠藤 匠、神谷 直人、鈴木 啓悦
東邦大学医療センター佐倉病院　泌尿器科

【目的】日常診療で必ず目にする急性単純性膀胱炎の治療において起因菌として耐性菌の増加が問題となっている。特にフルオロキノロンを中心とした耐性菌の存在は、治療の選択を困難なものとしている。急性単純性膀胱炎の治療において海外ではホスホマイシン（FOM）の有用性が報告されており、当院での治療成績について報告する
【方法】当院にて急性細菌性単純性膀胱炎と診断され、抗生剤投与前に尿培養検査を施行した上で、FOM を 2 日間投与後、5~14 日後、4~5 週後の細菌学的、臨床的効果判定、並びに再発有無等をレトロスペクティブに評価した。
【結果】FOM 治療による細菌学的有効例は 81.5%、臨床学的有効例は 95.9%、近年増えてきているフルオロキノロン系の耐性菌は 14.7%であったのにたいし、FOM 耐性菌は 3.9%のみであった。
【結語】我々の地域では急性単純性膀胱炎の初期治療における FOM 投与は有効であると考えられた。

ポスター 23

P-2-92 難治性恥骨骨髄炎を契機に発見された前立腺癌放射線治療後尿道瘻の 1 例

○一色 真造[1)]、林 浩一[2)]、高橋 弘之[1)]、宮内 武弥[1)]、五十嵐 辰男[3)]
1）国立病院機構　千葉医療センター　泌尿器科
2）国立病院機構　千葉医療センター　整形外科
3）聖隷佐倉市民病院

【目的】恥骨骨髄炎は全骨髄炎の 1%以下のまれな疾患だが、前立腺癌治療に関連して発症した報告例もあり泌尿器科医も注意が必要である。今回恥骨骨髄炎から発見された前立腺癌放射線治療後尿道瘻の 1 例を経験したので報告する。【症例】74 歳男性。主訴は股関節痛。前医にて XX04 年転移なし前立腺癌に対して放射線外照射治療。XX13 年済救済高密度焦点式超音波療法（HIFU）の既往あり。XX16 年 PSA 再発にて内分泌療法開始されたが、患者の希望にて XX18 年 3 月当科初診。以後間欠内分泌療法を行っていた。XX24 年 7 月上記主訴で来院、恥骨骨髄炎の診断にて整形外科入院。約 2 週間の入院抗生剤治療後、退院するも 1 週間で症状再燃にて再入院となった。恥骨周囲の膿瘍悪化を認めたことより泌尿器科再受診。前立腺尿道からの尿瘻が確認された。尿道カテーテル留置、尿培養から MRSA が検出されバンコマイシン投与を開始した。炎症所見改善後 XX24 年 10 月両側尿管皮膚ろう造設を行った。術後 6 か月抗生剤治療継続中である【考察】前立腺癌放射線治療は現在飛躍的に進歩しているが、以前のトラブルから改良を加えてきた一面も否定できない。患者の高齢化も進み、放射線黎明期の治療を受けた患者の晩期合併症に遭遇することも最近は珍しくない。がん治療担当外の医師がこれらの治療を担当することもあり、慎重な診療が必要と考えられた。

ポスター 23

P-2-93 精巣上体炎を伴う前立腺小室嚢胞に対して経尿道的開窓術が有効であった 1 例

○西山 直隆、桧山 佳樹、室 真樹子、池端 良紀、北村 寛
富山大学学術研究部医学系　腎泌尿器科学講座

【緒言】前立腺小室嚢胞は最も頻度が高い前立腺及び近傍に発生する先天性嚢胞である。無症候性の場合は治療を必要としないが、感染の合併など症候性の場合は治療を要する。今回我々は精巣上体炎を伴う前立腺小室嚢胞に対して経尿道的開窓術が有効であった 1 例を経験した。【症例】10 歳、男児。7 歳時に左精巣上体炎に対して抗菌薬加療を受けた既往歴あり。20XX 年 3 月に左精巣上体炎の再燃を認めた。精査目的の造影 CT にて前立腺嚢胞を認めた。その後の MRI にて前立腺正中の単房性嚢胞を認め、前立腺小室嚢胞が疑われた。同年 8 月に精査を兼ねた経尿道的開窓術を施行した。術中所見として精丘付近にて嚢胞との交通を認め、嚢胞の内には混濁した貯留液を認めた。その後、開口部の 5 時、7 時、12 時を切開し、嚢胞内を洗浄して終了した。術後 6 ヵ月経過時点で、予防抗菌薬投与下であるが精巣上体炎の再燃を認めていない。【考察】嚢胞の確定診断には, 病理組織学的診断が必要である。しかし、本症例は正中に位置し、精丘近傍から嚢胞部への交通を認めたため、解剖学的に前立腺小室嚢胞と診断した。尿路と交通があるため尿路感染症を契機に嚢胞内に感染が起きたと推測する。症候性の前立腺小室嚢胞に対する確立した治療方法はなく、経尿道的開窓術以外にも外科的切除も選択肢である。それぞれ特徴を踏まえた治療を選択する必要がある。

演 者 索 引

太字：筆頭演者

A

Ali Falahati　O8-6

C

CsJUC　O10-4

K

Kristian Juul　O8-6

S

Sara Tantholdt-Hansen　O8-6

あ

愛甲　泉　P-2-51
相島真奈美　O10-2，P-1-24，P-2-72
相田紘一朗　P-2-54，**P-2-63**
青木　重之　P-2-29
青木　悠介　O16-2
青柳　力夫　SY1-4，**YU-10**，O8-1，O9-1，O21-2，O22-5，P-1-7
青山　周平　O3-4
青山　真人　**P-1-80**，P-1-83
赤峰　翔　P-1-9
秋岡　貴弘　P-1-78
明瀬　祐史　P-1-21
秋武奈穂子　P-1-9
秋山　耕亮　O23-6，P-1-68，P-1-77
浅井　聖史　O17-5，P-2-69，**P-2-82**
浅井　義之　YU-2
浅川　勇雄　O13-2
浅海　昭宏　O17-4
芦刈明日香　**SY6-4**，O18-2
蘆田　真吾　O20-4，P-1-43，P-1-53
東　治人　O8-6
安住　誠　P-1-64
麻生信太郎　**P-2-35**
安宅　香弥　**YU-5**，O20-4，P-1-43
安宅真利花　O17-1，**O22-2**　P-1-92
安宅祐一朗　O6-5，**O7-6**
穴田　雅英　O13-1
穴見　俊樹　**SY5-3**，P-2-30，P-2-51，P-2-65，P-2-76
阿南　公輝　P-1-5，P-1-41，P-2-38
安部　怜樹　O2-3，O20-3
阿部　純也　P-1-78
阿部　眞也　**O8-5**
阿部　立郎　O10-2，P-1-24，P-2-72
阿部　裕典　SY1-4
阿部　陽平　O4-2，O13-1，O20-5，P-2-10，P-2-41，P-2-62
雨宮　佑樹　**O2-6**
新井　欧介　SY3-1，YU-8，P-1-22
新井　学　O12-5
新井　隆之　O12-3
新井裕太郎　P-1-25，P-1-28，P-1-89
新垣隆一郎　P-1-86
荒木　杏平　O2-4，O3-1，O4-4，**O8-4**，O18-3，O19-6，O20-2，P-1-26，P-1-74，P-2-8
荒木　元朗　**SY3-3**，SY7-4，O6-1，O10-5，P-1-3，P-2-88
新　良治　P-1-36，P-1-47
荒巻　和伸　**SY1-2**
有須田祐樹　P-2-81
有薗　奈穂　O21-4，P-1-5
有地　直子　**O17-6**
有馬　純也　YU-7
有馬　純矢　O2-2，P-1-34，P-2-9
有森諒太朗　P-2-2
粟津　学　**P-2-2**
安東　栄一　O17-6，**P-2-66**
安藤　忠助　O2-3，O20-3，P-2-42

い

飯島　正太　O14-3，P-2-91
飯田　優輝　O21-1
飯原　清隆　O1-3，O7-2，P-1-2，P-2-49
井内　裕満　**P-1-64**
家村　友輔　**O19-3**
井開　拓実　O23-6，**P-1-68**，P-1-77
五十嵐辰男　P-2-92
伊狩　亮　P-2-36
井川　掌　SY5-4，SY6-5，O11-5，O19-5，P-2-90
生田　弘文　**O12-2**
池田　理　O21-4
池田健一郎　P-1-14
池田　拳人　**P-1-38**
池田　英夫　P-2-78
池田　舞子　O16-3

池田　祐一　P-1-58
池田　梨乃　O14-3
池端　良紀　P-2-93
池原　哲郎　O24-5，P-1-27，P-1-75
井崎　博文　O6-5，O7-6，P-1-92
石井淳一郎　O15-6
石井　　信　O4-5
石井　康道　**P-1-60**
石川　　匠　O4-5
石川　達郎　O14-1，O14-6
石黒　茂樹　P-1-13，**P-1-49**
石黒　基純　**P-2-28**
石田　　絢　O3-3
石田健太郎　**P-1-57**
石田　泰一　**P-2-21**
石塚　直樹　**O14-3**，P-2-91
石津谷　祐　P-1-93
石戸　則孝　O12-1
石原　　明　O20-1，P-2-64
石原　健作　P-1-44
石引　雄二　P-2-48
泉　　和良　O4-3，O6-4，O6-5，O7-6
泉　惠一郎　P-1-62
泉　　浩二　O3-4，O4-1，P-1-76
磯山　忠広　P-2-80
磯山　直仁　**O2-1**，O2-5，O3-2，O3-6，O8-2，P-2-6，P-2-50
市居　大季　O19-3
市川　孝治　O16-5，O23-4，P-1-18，P-2-39
一色　真造　**P-2-92**
井出　健弘　**SY1-1**
井手迫俊彦　**SY2-4**
伊藤　五穂　O18-3，**O20-2**，P-1-26
伊藤　一人　**O12-5**
伊藤　敬一　P-1-79
伊藤　　咲　P-1-11
伊藤　誠一　P-1-32
伊東　直城　SY5-4，O11-5
伊藤　英昭　O11-2
伊藤　悠城　O5-2
稲井　　徹　O7-6
稲垣　裕介　P-1-1
乾　　政志　O2-6
乾　　澪　P-2-91
井上　　淳　**P-1-46**，P-2-26
井上　啓史　SY1-3，SY2-1，SY4-2，SY5-2，YU-5，O5-3，O8-6，O20-4，P-1-43，P-1-53
井上　圭太　O21-3，P-2-86
井上　幸治　O5-5，O12-4，O21-5，P-1-30，P-2-31
井上　　亨　O2-3，O20-3，P-2-42
井上　智博　**O3-5**
井上　裕之　O10-2，P-1-24
猪木　　蘭　P-1-35，P-2-37
井口　智生　P-1-34，P-1-58
猪口　淳一　O18-2
伊原　俊之　P-1-66
伊夫貴直和　O16-1
伊福　伸介　YU-12
今下　慧星　P-2-60
今中　岳洋　O4-5
今野　真思　**P-2-53**
今村　有佑　P-1-15
今村　亮一　SY5-5，**SY7-5**，YU-1，YU-3，O2-4，O3-1，O4-4，O8-4，O18-3，O19-6，O20-2，P-1-26，P-1-74，P-2-2，P-2-8
井本　和希　P-1-51，P-2-73
入江慎一郎　P-2-35
岩井　純平　P-1-17
岩尾　朋治　O4-6
岩佐　絵連　O5-2，O22-4，O24-3
岩佐　馨子　O4-5
岩崎　和範　YU-11
岩田　明斗　O8-1，O9-1，**O21-2**
岩田　翔平　**P-1-6**
岩田　健宏　SY3-3，SY7-4，**O6-1**，P-1-3，P-2-88
岩永　直樹　P-2-8
岩根　亨輔　初ガツオ -1
岩本　源矢　O5-2，O22-4，O24-3
岩本　大旭　O3-4，O4-1，P-1-76

う

植垣　正幸　O5-4
植田　浩介　**SY5-4**，SY6-5，O11-5，O19-5，P-2-90
上田　翔平　**O23-3**
上田　　進　P-1-48
上田　　勉　O13-4
上田　直樹　P-1-59
上田　修史　SY7-3，O4-2，O13-1，O20-5，P-1-67，P-2-10，P-2-41，P-2-62

植田　裕明　P-2-90
上田　康史　YU-3
上野　大樹　O9-3
植野　堯　P-1-78
上野　嶺　**O9-6**
上原昂一朗　O14-1，O14-6
上原　慎也　**HP**，P-2-33，P-2-79
上松　克利　P-1-73，P-2-44
植松　稔貴　O23-5，**P-1-23**
植松　宏尚　O2-6
上村慶一郎　SY5-4，SY6-5，O11-5
上村　博司　O16-3
植村　元秀　**O15-5**
植村　祐一　**P-2-40**
宇佐美舜也　**P-1-55**
牛田　博　**P-2-36**
臼井　公紹　O5-2，O22-4，O24-3
内海　大河　**O11-1**
内田　潤次　P-1-83
内山　和彦　P-1-25，P-1-28，P-1-89
宇都宮紀明　O5-5，O12-4，O21-5，P-1-30，P-2-31
内海　孝信　O14-3，P-2-91
宇津宮拓弥　**P-2-42**
有働　和馬　P-2-46
梅澤　聖太　O23-5，P-1-23
梅田　駿　P-1-50
占部　裕巳　P-1-5，

え

永福　寿朗　**P-2-76**，P-2-51
江川愛祐美　O18-2
枝村　康平　SY3-3，SY7-4，P-2-88
江藤　正俊　YU-4，YU-9，O3-5，O8-6，O23-1
榎　迪洋　**O22-3**
榎田　英樹　SY7-2，YU-7，O2-2，P-1-34，P-1-58，P-2-9
江本　大紀　SY1-4，O8-1，O9-1，O21-2，O22-5，P-1-7，
遠藤　清　O13-4
遠藤　匠　O14-3，P-2-91

お

逢坂　公人　**O16-3**
大石　絵美　YU-9
大岩　裕子　P-1-63
大川　瑞穂　P-2-89
大木　雅晴　YU-3，O3-1，**O4-4**
大國麟太朗　O5-1
大河内寿夫　P-2-28
大迫　洋一　P-1-34，P-1-58
大島　勝太　O21-3，P-2-86
大城　琢磨　**P-1-62**
大城　由美　P-1-59
大城　吉則　P-1-10，P-2-43
大関　孝之　P-1-35，**P-2-37**
太田　詔　P-1-19
大田　秀隆　O19-2
太田　道也　P-2-60
太田　雄飛　P-1-43
太田悠希子　**P-2-17**
大竹　慎二　O5-2，O22-4，**O24-3**
大槻　英男　O1-4
大出　佳寿　P-2-4
大西　健太　O13-2，**O13-4**，O17-2
大西　聡　SY5-4，O11-5
大西　毅尚　**O9-2**
大西　智己　O5-5，O12-4，O21-5，P-1-30，P-2-31
大西　智也　SY3-1，YU-8，O9-5，O13-3，P-1-22，P-2-59
大西　怜　**初ガツオ -3**
大野　哲　O2-3
大野　慎介　P-1-37
大野　毅　O13-3，P-1-8，**P-1-37**，P-1-39
大場　一生　O11-1
大庭康司郎　**SY5-5**，YU-1，YU-3，O2-4，O3-1，O4-4，O8-4，O18-3，O19-6，O20-2，P-1-26，P-1-74，P-2-2，P-2-8
大橋　正和　**P-2-20**
大橋　由香　P-1-80
大畑　諒　P-2-89
大原　慎也　P-2-75
大渕あゆみ　**P-2-58**
大堀　理　**O10-1**
大松留実子　O6-3，O22-3
大見千英高　O11-2
大森　修啓　P-2-70
大矢　真巧　P-2-11
大家　基嗣　O5-3
岡　明博　O13-3，P-1-8，P-1-37，P-1-39
岡　真太郎　O3-2，O3-6，O8-2，O18-1，P-2-50，P-2-68
岡　保伸　O21-4，**P-1-5**，P-1-41，P-2-38

岡　　了　O14-3，P-2-91
岡添　　誉　O4-2，O13-1，**O20-5**，P-1-67，P-2-10，P-2-41，P-2-62
岡田　桂輔　P-2-87
岡根　克己　P-2-15
岡林　智明　P-2-4
岡部　　雄　SY1-4，**O8-1**，O9-1，O21-2，O22-5，P-1-7
岡村　俊介　P-2-18
岡村　直樹　P-1-80
岡本　華奈　O11-5
岡本賢二郎　O6-5，P-2-7
岡本　悠佑　P-1-73，**P-2-44**
小川　貢平　O21-3，P-2-86
小川　智子　O9-5，O13-3，**P-2-59**
小川　将司　O2-1，O2-5，P-2-6
荻島　達也　**O16-2**
奥　　雅貴　O12-1
小串　佑太　P-2-60
奥野　智也　O5-5，O12-4，O21-5，**P-1-30**，P-2-31
小倉　一真　P-2-66
小倉俊一郎　YU-5
小倉　壮真　**P-1-48**
淡河恵津世　SY6-5
刑部　博人　**SY7-1**，O20-4，P-1-43，P-1-53
尾崎　啓介　O7-6
小崎　成昭　**P-2-88**
尾崎　泰起　P-1-1
尾崎　　悠　O6-4
小田　浩司　P-1-84
小田　侑希　O4-6，O13-4，O17-2
小高　久和　O14-1
尾地　晃典　P-1-63
小貫　竜昭　**O5-1**
小野　憲昭　P-1-36，P-1-47
小野　友輔　O18-5
小野　　豊　O4-5
恩塚　雅子　O23-3，

か

甲斐　誠二　P-1-84
甲斐　博宜　O2-3，O20-3
貝通丸雅士　O10-2，P-1-24
貝塚　洋平　P-2-14
柿田　聖太　O8-4，O18-3，O19-6，P-1-74
柿木　寛明　**O1-5**，O19-1，P-1-70，P-1-71，P-2-27
柿木　優佳　O1-5，O19-1，P-1-71
賀来　春紀　**P-1-81**
角田　俊雄　**O24-1**
角田　夢女　O14-5，**P-1-88**，P-2-32
角田　洋一　SY7-5
覺前　　薫　O24-2，P-1-33
香久山裕史　P-1-21
嘉指　公輔　P-1-40
梶　明日香　O4-2，O20-5，P-2-10，**P-2-41**，P-2-62
楫　　靖　O12-5
梶原　優太　P-2-12
梶山　雄大　**P-2-57**
柏木　英志　O6-2，O18-5，P-1-31
柏木　英二　P-1-56
梶原　　充　**O17-4**
片山幸智恵　O10-3，P-1-72
片山　　聡　SY3-3，SY7-4，O6-1，O10-4，O10-5，P-1-3，P-2-88
片山　泰弘　P-1-81
桂　　蒼太　P-2-58
桂　　康裕　**P-2-51**
加藤　大貴　SY1-5
加藤　琢磨　**SY6-3**，O4-2，**O10-5**，O13-1，O20-5，P-1-67，P-2-10，P-2-41，P-2-62
加藤　繭子　O21-1，P-1-69
角野　佳史　O22-1，P-1-4
門本　　卓　O3-4
角陸　文哉　**O4-3**，O6-5，O7-4，O17-1
門脇　大輔　P-1-3
金岡　尚志　O11-4
金岡　隆平　**O14-2**
金山　博臣　P-1-94，P-2-84
可児　尚弥　P-1-94，P-2-84
兼元　　信　P-1-36，**P-1-47**
加納　　洋　O3-4，O4-1，P-1-76
加納　陽佑　**O16-1**
釜井　隆男　O23-5，P-1-23，P-2-34
鎌田　聡子　P-2-44
鎌田　成芳　P-1-44
神尾琢克伸　P-2-51
上地　一平　P-2-5
神島　泰樹　O3-4，O4-1，P-1-76
神沼　　修　YU-6
神谷　直人　O14-3，P-2-91

上柳　祐也　P-1-13，P-1-49
神山　　傑　O18-2
上山　裕樹　O8-5
賀本　敏行　O19-4，O20-1，P-1-78
辛島　　尚　SY2-1，O15-4，P-1-53
苅部樹里衣　O5-2，O22-4，O24-3
川口　　晃　P-1-60
川口　義弘　**P-2-90**
川越　淳平　O16-1
川崎　麻己　O1-5，P-1-70，P-1-71，P-2-27
河瀬　紀夫　P-1-86
河田　　賢　**YU-3**
河田　達志　SY3-3，SY7-4，O6-1，P-1-3，P-2-88
川藤　幸三　**TG**
川西　泰夫　O6-4
川野　啓介　P-2-64
河野　浩之　**P-1-14**
河野　義之　O10-3，**P-1-72**
川端　　慧　P-2-48
川端　惇也　P-1-90，**P-1-91**
川畑　　遼　**O14-1**，O14-6
河原　崇司　O9-3
河村　　駿　P-2-87
川村　正隆　SY7-5
菅　　隆彦　O17-5，P-2-69
神田　和哉　O7-6，P-1-94，P-2-84
神田　弘太　O24-2，P-1-33
神田　壮平　**P-2-15**
神田　裕佳　P-1-55
神波　大己　SY5-3，P-2-30，P-2-51，P-2-65，P-2-76，

き

菊川　忠彦　SY3-1，YU-8，P-1-22
菊地　栄次　O8-6，P-2-54，P-2-63
菊山　陽子　P-2-60
岸野　辰樹　O4-6
木島　敏樹　O23-5，P-1-23
岸本　大輝　**P-2-23**
北　　和晃　P-1-80
木田　和貴　O10-2，P-1-24
喜多　秀仁　P-2-23
喜多　浩士　P-1-80
北野　弘之　初ガツオ -1，**SY3-4**，YU-6
北之園　真　O12-3
北村　　寛　O24-6，P-2-93
北村　峰昭　P-2-2
木藤　宏樹　O12-5，O21-1，P-1-69
鬼寅　真吾　**O5-5**，O12-4，O21-5，P-1-30，P-2-31
木下　貴之　**P-2-81**
木下　　涼　P-1-46，P-2-26
金　　哲將　**P-1-66**
木村　翔一　**O19-4**
木村　有佑　YU-12，O6-3，O22-3，P-2-67
木村　　隆　O18-2
木室里依子　O6-2，O18-5
木山　満就　**P-1-18**
久嶋　　嵐　**O20-1**，P-2-64
清田明日香　**P-2-30**
桐野　泰造　P-2-2
金　　長鉉　P-2-87，

く

久木元　隆　P-2-15
日下　信行　O12-1
草野　脩平　O1-5，**O19-1**，P-1-71
楠田麻友子　P-2-53
楠木　　槙　P-2-65
楠瀬　正史　**P-2-11**
楠原　義人　O4-3，O7-4，O17-1，O22-2，P-1-92，O6-5
久住　倫宏　O16-5，O23-4，P-1-18，P-2-39
工藤　康一　O21-4
久野　貴平　P-2-4
久冨木原良平　**P-1-21**
久保　修一　YU-11
窪田　雄介　**O23-2**
窪田　理沙　O16-5，**O23-4**，P-1-18，P-2-39
熊野　曜平　P-1-65，P-2-16
久米　春喜　O9-4，P-1-6
倉繁　拓志　**O17-3**
倉田　博基　SY7-5，O2-4，O3-1，O8-4，O18-3，O20-2，P-1-26，P-2-2，**P-2-8**
藏野　吉隆　**SY1-3**，P-1-43
倉橋　竜磨　P-2-30，P-2-65，P-2-76
栗秋佐智恵　O19-2
栗栖　弘明　P-2-78
栗原　侑生　**O16-5**，O23-4，P-1-18，P-2-39
栗村　嘉昌　O17-4
呉竹　景介　O1-3，**O7-2**，P-1-2，P-2-49
黒川幸一郎　**O11-4**
黒沢　　瞭　O15-1，**O15-2**

黒島　和樹　**O3-3**
黒住　　顕　**P-2-48**
黒瀬　恭平　O17-6
黒瀬　浩文　SY5-4，SY6-5，**O19-5**
黒田　健司　P-1-79
黒田まゆら　O12-1
鍬田　知子　P-2-65
桑野　晴美　O17-5，P-2-69，P-2-82
桑原　朋広　P-2-24
郡家　直敬　SY1-4，O8-1，**O9-1**，O21-2，O22-5，P-1-7，

け

源城　修磨　P-2-40，

こ

小坏　　賢　P-2-89
小池　千明　O21-3，P-2-86
高　　亜羅　**O18-4**
黄　　鵬　P-1-81
合田　裕一　P-2-81
河野　　桜　**P-1-53**
河野　眞範　O22-1，**P-1-4**
河野　玲奈　O17-5，P-2-69，P-2-82
児浦未季史　YU-4
郷力　昭宏　初ガツオ -1，YU-6
郡山　義喜　**P-1-78**
古賀　祥嗣　O10-3，P-1-72
古賀　有香　P-1-13
國場　幸洋　O15-6
国分　英利　O23-5，P-1-23
越田　竹朗　P-2-70
腰塚　俊吾　P-2-89
五嶋　庫人　P-2-81
小島　慎平　P-1-78
児島　偉人　P-1-29
小玉　正太　YU-10
五反田丈徳　O3-3
後藤　景介　初ガツオ -1，YU-6
後藤　駿介　YU-4，O3-5，O23-1
後藤　大輔　O13-4，**O17-2**
古藤野茉莉子　O23-5，P-1-23
小西　高俊　O23-3
此元　竜雄　P-1-9
小橋口佳な　O4-2，O13-1，O20-5，P-1-67，P-2-10，P-2-41，**P-2-62**
小羽田悠貴　初ガツオ -1
小畠　浩平　初ガツオ -1，YU-6
小林　一樹　O5-2，O22-4，O24-3
小林　和樹　P-1-17
小林　加直　P-1-14
小林　圭太　YU-2，O3-2，O3-6，**O8-2**，O10-4，O11-1，O11-2，O11-3，P-1-20，P-2-50
小林　元気　P-1-12
小林　早紀　O7-4，O17-1，O22-2
小林　　聡　YU-4，O3-5，O23-1
小林　知子　P-1-63，P-2-88
小林　智治　**P-2-3**
小林　秀行　P-2-89
小林　裕章　P-1-79
小林　正雄　O4-5
小林　将行　O24-5，P-1-27，P-1-75
小林　泰之　P-2-12
小林　祐介　O21-3，**P-2-86**
小松　和人　O22-1，P-1-4
小松　文都　P-2-4
小丸　　淳　O24-5，P-1-27，**P-1-75**
小宮　景介　SY6-5
小村　和正　O24-2，P-1-33，P-2-79
小森　政嗣　P-1-92
呉屋　真人　P-1-10，P-2-43
小柳　知彦　O15-1，O15-2
小山花南江　P-2-7
小山　　歓　O5-2，**O22-4**，O24-3
近藤　英治　P-2-65
近藤　俊雄　O12-1
近藤　　誠　O20-1，P-2-64
近藤　洋介　O10-1，

さ

雑賀　隆史　SY1-1，SY3-1，YU-8，O7-1，O9-5，O13-3，O24-1，O24-4，P-1-22
才田幸一郎　O3-3
齊藤　公俊　P-1-40
斎藤　朗毅　YU-7
齊藤　源顕　**脱落 3**
齊藤　　流　**P-2-55**
佐伯　雄美　P-2-89
佐伯　義樹　P-2-13
坂　　孝太　O21-3，P-2-86
境　　拓海　P-1-52，P-2-25
坂井　友弥　SY5-4
坂上　祐樹　O21-3，P-2-86

榊　結女　P-1-78
榊原亜有美　O11-3
坂口　純　O20-2
坂口　大　YU-7，**P-1-34**，P-2-9
坂田　智子　YU-9
坂田　雅道　**P-2-18**
坂田　裕介　O15-6
坂梨　壱成　O21-4，P-1-5，**P-1-41**，P-2-38
坂野　滋　O11-2
坂本　昭彦　O9-4
坂本　信一　P-1-15
坂本　鉄志　O2-6
坂本　昇　**P-1-90**，P-1-91
坂元　広季　P-1-78
坂本　みき　SY3-1，P-1-22，P-2-82
坂本　勇樹　**P-1-59**
坂本　亘　**P-1-83**，
佐川　善紀　P-1-46，**P-2-26**
崎浜　綾乃　O18-2
作田　剛規　O15-1，O15-2
佐久間貴文　**O12-1**
佐古　智子　P-2-12
迫　両太　O8-1，O9-1，O21-2
笹岡　丈人　P-2-12
佐々木克己　P-1-84
佐々木智成　P-2-35
佐々木春明　P-2-60
佐々木雄太郎　O7-4，O7-6，O17-1，O22-2
佐竹　宏文　P-1-54，P-2-56
佐竹　諒介　**O20-4**
定平　卓哉　P-2-88
定平　卓也　SY3-3，SY7-4，O6-1，P-1-3
佐塚　智和　P-1-15
佐藤　克哉　**P-2-87**
佐藤　航大　P-1-15
佐藤　俊介　**P-1-12**
佐藤　武司　O7-1
佐藤　親子　O23-3
佐藤　俊彦　O10-1
佐藤　暢晃　**P-1-29**
佐藤　秀樹　O7-1
佐藤　広明　**P-1-25**，P-1-28，P-1-89
佐藤　元孝　P-1-50
佐藤　泰之　**O15-1**，O15-2
佐藤　陽介　O23-2
佐藤　嘉晃　O10-2，**P-1-24**
里地　葉　**SY2-3**，P-2-24
真田　健吾　P-2-11
實重　学　O10-1
佐野　貴紀　P-2-11
座間味夏帆　O18-2
澤田　篤郎　**SY6-1**，O19-4，P-1-78
澤田　貴虎　SY1-1，SY3-1，YU-8，P-1-22
沢田雄一郎　O24-1，**O24-4**
山藤寿三礼　O1-4，

し

塩崎　啓登　**DP2**，O4-3，O7-4，O22-2
塩澤　真司　O16-2
塩田　真己　YU-4，YU-9，O3-5，O12-5，O23-1
塩月　智大　P-2-12
塩見　研二　**O11-3**
塩山　岳　SY6-5
塩山　力也　O16-1
志賀健一郎　O10-2，**O19-2**，P-1-24
繁田　正信　O23-6，P-1-68，P-1-77
重田　悠登　O14-3
重原　一慶　O3-4，O4-1，P-1-76
重久　立　YU-5，O20-4
重松　有沙　**P-1-9**
重安　邦俊　P-1-3
重安　哲志　**O10-2**，P-1-24
宍戸　謙輔　SY3-1，YU-8
品川　友親　O22-1，P-1-4
篠木　理沙　O5-1
篠崎　哲男　O15-3，P-1-87，**P-2-45**
篠田　和伸　P-2-63
篠原　知樹　**O1-1**
篠原　実夢　O17-5，P-2-69
篠森　健介　O17-5，P-2-69，P-2-82
芝　佑平　**P-1-54**，P-2-56
柴田　徹　O13-1
柴田　洋孝　O20-3
柴田　舞欧　YU-9
柴田　洋佑　**O5-2**，O22-4，O24-3
芝原　彰良　O21-3，P-2-86
芝原　拓児　O9-2
島崎　将　**P-1-43**
嶋田　瑛治　P-2-89
嶋田祐一郎　P-2-7
島田　幸暢　**P-2-75**

島本　力　O20-4，P-1-43，P-1-53
清水　宏輔　YU-2，O3-2，O3-6，O8-2，P-1-20，P-2-50
清水　浩介　O5-4
清水　嵩　P-2-63
清水　卓斗　**O4-6**
清水　俊洋　P-1-72
清水　成　**P-2-80**
清水　信貴　SY1-3，P-1-53
清水　史孝　P-1-52，P-2-25
清水　麻央　O14-1，O14-6
清水龍太郎　O10-5，P-1-42
下地　昭久　**初ガツオ -2**，O18-2
下山　英明　**P-2-60**
執印　太郎　**戻ガツオ -3**
常　泰輔　O24-2，P-1-33
城嶋　和真　P-1-56，O6-2，O18-5
荘野　道宏　O24-6
鄭　有珍　O18-2
白井　大介　P-2-63
白石　晃司　SY2-5，YU-2，O2-1，O2-5，O3-2，O3-6，O8-2，O11-1，O11-2，O11-3，O18-1，P-1-20，P-2-6，P-2-50，P-2-68
白石　理美　O17-5，P-2-69
白石　裕雅　O12-1
白瀧　敬　O11-2
白根　拓　O23-6，P-1-68，**P-1-77**
白藤　朋輝　P-1-15
白水　誠弥　SY1-2
城田　武士　P-1-16，**P-2-52**
秦　聡孝　SY4-4，YU-11，O2-3，O20-3，P-2-42
新谷　晃理　P-2-23
新地　祐介　P-1-79
進藤　雅仁　P-1-11
神野　雅　P-2-13
神野　真理　P-2-62，

す

末金　茂高　SY5-4，O19-5
末金　宏基　SY6-5，**O11-5**
菅野　貴洋　**P-2-78**
菅原　翔　O14-5，P-1-88，P-2-32
杉　貴臣　O1-3，O7-2，P-1-2，P-2-49
杉浦　晋平　**P-1-65**，P-2-16
杉崎　裕香　O14-3，P-2-91
杉田　佳弘　O6-2，O18-5，**P-1-56**
杉野　謙司　P-2-33，P-2-79
杉原　山太　O5-5，O12-4，O21-5，P-1-30，P-2-31
杉原　太一　**P-2-39**
杉本　裕紀　**P-2-4**
杉元　幹史　SY7-3，O4-2，O5-3，O10-4，O10-5，O12-5，O13-1，O20-5，P-1-67，P-2-10，P-2-41，P-2-62
杉山　和隆　O9-4
杉山　星哲　O24-2，P-1-33
杉山　真康　P-1-25，P-1-28，P-1-89
鈴木　一弘　O24-5，**P-1-27**，P-1-75
鈴木　和浩　O12-5
鈴木康太郎　O5-1
鈴木　佐帆　P-2-81
鈴木　駿　O9-2
鈴木駿太郎　SY4-4，**YU-11**，O2-3，O20-3
鈴木　伸和　P-2-74
鈴木　啓悦　O14-3，P-1-19，P-1-25，P-1-28，P-2-91
鈴木　悠太　O14-3，P-2-91
鈴木　良輔　**P-1-86**
須藤　泰史　P-1-92
砂押　研一　P-2-74
砂田　拓郎　O5-5，**O12-4**，O21-5，P-1-30，P-2-31
澄川　涼太　**O23-1**，

せ

清川　岳彦　O8-5
関　明佳　O5-1
関戸　崇了　SY3-3，SY7-4
関根　啓太　P-1-25，P-1-28，**P-1-89**
関根　芳岳　O12-5
関野　陽平　初ガツオ -1，YU-6，O10-4
瀬口　芳智　P-1-5，P-2-38
瀬戸　公介　**O1-2**，O9-5，O13-3
瀬戸　太介　**P-1-61**，

そ

宗田大二郎　O17-3
宗宮　快　O17-5，P-2-69，P-2-82
宋本　尚俊　O14-3，P-2-91
曽我部裕文　O1-2，**O9-5**，O13-3，P-2-82
蘇武　竜太　P-2-15
染野　秀介　P-2-47，

た

大豆本　圭　**SY4-5**，O6-5，O7-4，O7-6，O10-4，O10-5，O17-1，O22-2，**P-1-92**

平　純一　**YU-9**
田浦　弘貴　O11-5
田岡利宜也　**SY7-3**，O4-2，**O5-3**，O13-1，O20-5，O24-6，P-1-67，P-2-10，P-2-41，P-2-62
高井　公雄　O11-3
高江洲　大　**O18-2**
高崎　宏靖　P-2-33，P-2-79
高田　晋吾　P-1-1
高他　大暉　P-2-89
高田　昌幸　O22-1，P-1-4
高橋　彰　O16-1
高橋　聡　**脱藩 2**
高橋　重雄　O13-1
高橋進太郎　**P-2-33**，P-2-79
高橋　弘之　P-2-92
高橋　正幸　P-1-92
高村　剛輔　P-1-38
高本　篤　O10-5
高本　大路　O9-3
高本　均　O12-1
高山　梓　**O7-3**
瀧上　夏未　P-1-1
滝沢　明利　P-2-83
宅間　敬晃　P-2-40
武井　亮憲　P-1-78
武井　楓　P-1-29
武井　航平　**O23-5**，P-1-23
武井実根雄　O10-2，P-1-24，**P-2-72**
竹内晋次郎　**P-2-89**
竹内　董　P-1-40
竹澤健太郎　O15-5
竹下　暢重　P-2-48
竹島　雄太　P-2-81
武田　健　**P-1-93**
竹田　孝一　P-2-74
武田　肇　P-2-59
武田　宗万　**P-1-13**，P-1-49
武中　篤　SY3-2，YU-12，O6-3，O18-1，O22-3，P-2-67
竹中　皇　P-1-84
竹村　孝希　O4-6
竹村光太郎　P-1-6
武本健士郎　初ガツオ -1，YU-6
竹森　大悟　O15-4，O20-4，P-1-43
竹山　晴香　**P-1-17**
田坂　亮　初ガツオ -1
田尻下紘直　O14-1
多田　航生　**O6-4**
多田　靖弘　O24-1
鑪野　秀一　**SY4-1**，YU-7，O2-2，P-1-34，P-1-58，P-2-9
立川　隆光　P-2-81
橘　進彰　O4-6，O13-4，O17-2
立花　昌寛　SY1-4，O8-1，O9-1，O21-2，O22-5，P-1-7
立山　香織　DP1
立脇　大輔　P-1-46，P-2-26
田中恵梨子　O9-4
田中　慧　O18-2
田中　元　O21-3
田中　紘司　P-2-60
田中　慧樹　O12-3
田中　大樹　**P-2-24**
田中　智子　YU-10
田中　宣道　O4-6，O13-2，O13-4
田中　萌　**O3-2**
田中　基晴　P-1-15
田中　義正　YU-3
田中　亮　O9-4
田邉　一成　O16-3
田邊　邦明　**O9-4**
谷川堅太郎　O1-3，O7-2，P-1-2，P-2-49
種子島時祥　YU-4，O3-5，O23-1
田端　勇作　O9-2
田原　正則　O11-3
玉城　光由　P-1-82
田村　貴明　P-1-15，

ち

近浦　慶太　**P-2-46**
築井　克聡　SY5-4，SY6-5，O11-5，P-2-90
知念　尚之　**P-1-10**，P-2-43
千葉　量人　P-1-46，P-2-26
千葉喜美男　P-1-57
千葉　公嗣　P-2-87
張　大暁　**O1-3**，O7-2
張　英軒　P-2-81，

つ

塚崎　秀樹　P-2-3
塚田　光　P-2-63

塚原　健治　P-1-4
塚原　茂大　YU-4，O3-5，O23-1
月野　圭治　**YU-4**
月野　浩昌　O20-1，P-2-64
築山　才駒　P-1-12
佃　　文夫　O10-3，P-1-72
辻　　茂久　P-2-33，**P-2-79**
辻岡　卓也　O1-2，O9-5，O13-3
辻田　次郎　O7-3
辻田裕二郎　P-1-79
津島　知靖　O16-5，O23-4，P-1-81，P-2-39
辻本　賀洋　O4-6
土山　彩華　SY7-5，O2-4
都築　豊徳　O5-3
堤　　尚史　O8-5
堤　　秀孔　P-1-19
常森　寛行　O13-5
坪井　一朗　SY3-3，SY7-4，O6-1
坪井　一馬　**P-1-36**，P-1-47
坪谷　一樹　P-2-87
鶴井　極己　**O24-2**，P-1-33，

て

鄭　　則秀　P-1-50
鄭　　泰秀　O11-3
手塚　脩哉　P-1-40
出水菜々穂　P-2-83
寺井　章人　O5-5，O12-4，O21-5，P-1-30，P-2-31
寺岡　祥吾　**O18-1**
寺下　誠人　**P-1-8**，P-1-37，P-1-39
寺田　直樹　O19-4
寺中さやか　**O14-5**，P-1-88，P-2-32
寺西　淳一　O9-3
寺本　友真　P-1-38
寺本　好告　P-2-81，

と

東郷　容和　P-2-14
東條　俊司　O13-5
東武　昇平　**SY2-2**，O1-5，O19-1，P-1-70，
　　P-1-71，P-2-27
時高　智志　**SY2-5**，O18-1
徳田　雄治　O1-1
徳地　　弘　P-2-36
徳永　貴範　**YU-2**，O3-2，O8-2，O11-1，O11-2，
　　O11-3，P-1-20，P-2-50
徳永　　素　O16-5，O23-4，P-1-18，P-1-81，
　　P-2-39
徳本　芽以　P-2-83
戸倉　祐未　O23-5，P-1-23
常世田好司　YU-12
外島　和樹　**O3-4**
戸高　雅広　**O2-3**，O20-3，P-2-42
土肥洋一郎　O4-2，**O10-4**，O10-5，O13-1，O20-5，
　　P-1-67，P-2-10，P-2-41，P-2-62
飛梅　　基　**P-2-29**
富崎　一向　O6-2，O18-5，P-1-31，P-1-56
富澤　　満　O4-6，O13-4，O17-2
冨田諒太郎　**SY5-1**，O4-3，O7-4，O17-1，O22-2
冨永　光将　SY1-4，O8-1，O9-1，O21-2，O22-5，
　　P-1-7
冨永成一郎　P-2-24
富永　充彦　**YU-7**
富永　悠介　SY3-3，SY7-4，O6-1，P-1-3，P-2-88
巴　ひかる　P-1-90，P-1-91
豊田　　裕　O15-1，O15-2
鳥越　拓也　P-2-3，

な

内藤　誠二　O10-2，P-1-24，P-2-72
内藤　宏仁　**O4-2**，O13-1，O20-5，P-1-67，
　　P-2-10，P-2-41，P-2-62
内藤　美季　初ガツオ -1，YU-6
内藤伶奈人　O3-4，O4-1，P-1-76
波越　朋也　**SY2-1**，O20-4，P-1-43，P-1-53
中井　直子　P-1-78
中井　陸運　O19-4
中井　　靖　**O13-2**，O13-4，O17-2
中尾　昌宏　O16-1
中岡　大士　P-2-56
中川　絢基　P-1-50
中川　崇志　P-2-34
中川　七海　O3-3
中川　昌之　**戻ガツオ -1**
中川竜之介　**O4-1**
中里　　彰　**P-1-94**，P-2-84
中澤　成晃　SY7-5
長澤　誠司　P-2-14
中澤　龍斗　P-2-63
長治　　誠　O17-3
中島　晶子　**P-1-52**，P-2-25
中島　耕一　P-2-89
中嶋　絢子　P-1-54，P-2-56

中島　新　O7-3
中島　英　O7-6
中島　宏親　**O21-3**，P-2-86
中島　雄一　P-2-35
永島　優生　P-1-52，P-2-25
中田　健　**DP1**
中田多佳子　O21-1，P-1-69
中田　哲也　P-1-38
永田　真樹　P-1-46，P-2-26
永田祐二郎　O6-2，O18-5，P-1-56
仲西昌太郎　O18-2
中西　裕美　P-1-16，P-2-52
中西　良一　O7-6，P-1-92
中西　亮太　P-2-7
中野　康弘　**P-2-61**
中野　雄造　P-1-48
中野洋二郎　P-1-13，P-1-49
中濱　智則　O4-6
中原　玉樹　**P-2-68**
中原　麻衣　P-2-62
永松　弘孝　O16-4
永見　太一　O10-4
長嶺さつき　P-1-62
中村　一郎　P-2-13
中村　岳　O23-5，P-1-23
仲村　和芳　O11-4
中村　公彦　O2-1，O2-5，O3-2，O3-6，O8-2，P-2-6，P-2-50，P-2-68
中村　俊介　**P-1-67**
中村　敬弘　P-1-80
中村　信之　O8-1，O9-1，O21-2，O22-5，P-1-7
中村　碩秀　P-1-57
中村　元信　O7-3
中村　元洋　P-1-17，P-2-58
中村裕一郎　YU-1，O2-4，O3-1，O4-4，O8-4，O18-3，O20-2，**P-1-26**，P-2-8
中谷　和貴　SY1-4
中山　奨　O14-4
名切　信　SY5-4，**SY6-5**，O11-5，O19-5，P-2-90
名越　晶彦　O23-5，P-1-23
那須　保友　O8-6
波止　亮　P-2-61
納谷　幸男　P-1-19
奈路田拓史　P-1-61
難波　良紘　O9-6，

に

新川　平馬　O10-4，O24-2，P-1-33
新納　潤　O24-5，P-1-27，P-1-75
西　智弘　P-2-63
西岡　遵　P-1-48
西岡　祥子　P-2-13
西岡　伯　P-1-35，P-2-37
西川　源也　P-2-29
西川　貴雄　**O22-1**，P-1-4
西川　昌友　P-2-11
西川　結梨　O8-5
西川　涼馬　YU-12，O6-3，O22-3，P-2-67
西澤　秀和　P-2-30，P-2-51，P-2-65，P-2-76
西嶋　淳　**O11-2**
西嶋　智洋　O19-2
西田　敬悟　**P-1-22**
西谷　真明　P-1-94，P-2-84
西野　友哉　O2-4，P-2-2，P-2-8
西野　優里　P-2-47
西原　聖顕　SY5-4，SY6-5，O11-5，O19-5，**O24-6**，P-2-90
西村　和大　P-2-53
西村　謙一　SY3-1，YU-8，P-1-22
西村　慎吾　SY3-3，**SY7-4**，O6-1，O10-4
西村　直樹　P-1-16，P-2-52
西村　裕貴　O4-5
西山　直隆　**P-2-93**
西山　博之　**O8-6**
西山　康弘　P-1-36，P-1-47
新田　温生　P-2-25，P-1-52
二宮　郁　O4-3，O6-5，O7-1，O7-6，O9-5，O24-1，O24-4，P-2-7
二宮　利治　YU-9
二宮　遼　YU-11
二瓶　豪崇　P-2-48
丹羽　直也　P-1-11，

ね

根岸　孝仁　O7-3，O24-6

の

野口　賢一　O19-2
野口　五郎　**SP**
野口　満　SY2-2，O1-5，O19-1，P-1-70，P-1-71，P-2-27
能崎　将一　O22-1，P-1-4

野崎　雅弘　O6-4
野瀬　清孝　**P-1-82**
能勢　頼人　P-2-81
野田　　岳　**P-1-63**
野田　啓介　O8-1，O9-1，**P-1-7**
野田　輝乙　P-1-59
野中　昭一　P-2-20
野波　隆寛　P-1-52，**P-2-25**
野々村祝夫　SY7-5
野々村光生　O16-1
野原　隆弘　O3-4，O4-1，P-1-76
野藤　誓亮　O14-4
信森　祥太　SY3-1，YU-8，P-1-22
野間悠太朗　O12-2，**O18-6**
野村　俊介　P-1-65，P-2-16
野呂　卓秀　O14-3，P-2-91

は

バーデビッド　P-2-5
羽井佐康平　P-1-3
芳賀　俊介　**YU-8**，P-2-59
羽賀　宣博　SY1-4，YU-10，O8-1，O9-1，O21-2，O22-5，P-1-7
袴田　康宏　P-1-55
計屋　知彰　**P-1-16**，P-2-52
萩原　喜一　O10-3，P-1-72
初鹿野俊輔　O19-3
橋爪　章仁　**O9-3**
橋根　勝義　O1-2，O7-1，O9-5，**O13-3**，O24-1，O24-4
橋本　啓佑　O4-3，**O6-5**，P-2-7
橋本　重夫　P-1-80
橋本　次朗　**P-2-74**
橋本　英昭　P-1-63
橋本　　博　P-1-64
橋本　勇輝　**O5-4**
橋本　崚我　P-1-48
蓮見　壽史　O12-5
長谷川泰久　P-1-60
長谷川ゆり　P-1-65，P-2-16
羽田　真郎　**SY4-4**，O2-3，O20-3，P-2-42
畠山　直樹　**P-2-70**
畑中　弥奈　P-1-90，P-1-91
畑山　智哉　**YU-6**
服部　一真　P-2-60
服部　睦行　SY6-5
服部　美徳　P-1-46，P-2-26
花井　孝宏　P-1-57
花澤　岳裕　**P-1-79**
花田　英紀　P-1-66
馬場　理也　P-2-30，P-2-65，P-2-76
羽場　礼次　P-2-41，P-2-62
馬場崎隆志　O9-6
濱崎　和代　O21-4，P-1-5，P-1-41
濱砂　良一　O12-2
濱田　　斉　O24-4
濱田　文彦　YU-11
濱田　裕晟　P-1-54，**P-2-56**
濱本　孔越　P-1-79
早川　　望　**P-2-54**，P-2-63
林　　浩一　P-2-92
林　秀一郎　P-2-90
林　　泰司　P-1-35，P-2-37
林　　拓見　O21-1，**P-1-69**
林　哲太郎　P-1-59
早野　崇英　YU-2
原　　惇也　**O1-4**
原　　尚史　O21-3，P-2-86
原　　綾英　P-2-33，P-2-79
原田　　怜　O4-2，O20-5，**P-2-10**，P-2-41
原田　修治　O1-3，O7-2，P-1-2，P-2-49
原田　淳樹　YU-1，O2-4，O3-1，O4-4，O8-4，**O18-3**，O20-2，P-1-26，P-2-2，P-2-8
原田　成美　P-2-30，**P-2-65**
潘　　佳真　O18-1，P-2-6
番場　大貴　O11-4，

ひ

稗田　圭介　初ガツオ -1，YU-6
比嘉　啓太　O11-4
桧垣朱友子　P-1-50
東島　克佳　O1-3，O6-2，O7-2，O18-5，P-1-2，P-1-56，P-2-49
東端　政樹　P-1-38
引田　克弥　YU-12，O6-3，O22-3，P-2-67
樋口　耕介　P-1-17
日暮　太朗　P-1-90，P-1-91
菱川　慎吾　P-1-15
日高　幸浩　YU-2，O2-1，**O2-5**，O3-2，O8-2，P-2-6，P-2-50
日向　信之　初ガツオ -1，SY3-4，YU-6
日野　浩輔　P-1-36，P-1-47

日比　初紀　**P-2-85**
桧山　佳樹　P-2-93
日吉浩一朗　O3-2，O8-2，P-1-20，**P-2-50**
平井　良樹　P-2-61
平川　大地　P-1-90
平田　啓太　O24-2，P-1-33，P-2-79
平田　武志　O17-3
平田　　寛　YU-2，O3-2，O3-6，O8-2，**P-1-20**，P-2-50
平塚　義治　O1-1
平野　泰嗣　SY5-4
平間　裕美　**P-2-71**
廣瀬　華穂　P-1-52，P-2-25
廣瀬　　響　P-2-83
廣田　圭祐　O6-4
廣野　美紗　**P-1-84**
廣畑ゆき子　P-1-58
廣吉　俊弥　O2-1，O2-5，O3-2，O3-6，O8-2，P-2-6，P-2-50，

ふ

深沢　　賢　P-1-17
深田　　聡　SY2-1，O20-4，P-1-43，P-1-53
深谷　友佑　O1-2，O9-5，O13-3
布川　朋也　SY4-5，O4-3，O6-5，O7-4，O17-1，O22-2，P-1-92
葺石　陽亮　P-2-28
福井　真二　O19-3
福井　智洋　P-2-40
福井　秀幸　P-2-38
福井　雄大　P-2-48
福岡憲一郎　O23-6，P-1-68，P-1-77
福島　貴郁　P-2-75
福島　達夫　P-2-1
福島　　始　**YU-1**，O18-3，O20-2，P-1-26
福島　結美　P-2-65
福田　敦史　O1-3，O7-2，P-1-2，P-2-49
福田　育美　YU-7
福田喬太郎　O4-3，O6-5，O7-4，O7-6，P-1-92
福田　翔平　P-1-44
福田　哲央　O14-1，**O14-6**
福原　秀雄　**SY4-2**，YU-5，O10-4，O20-4，P-1-43，P-1-53
福元　　快　**O2-2**，P-2-9
福本　哲也　SY1-1，**SY3-1**，YU-8，P-1-22，P-2-59
福元　　渉　O3-3
藤井　光英　O19-3
藤井　照護　O1-3，O7-2，**P-1-2**，P-2-49
藤井　智浩　O24-2，P-1-33
藤井　央法　YU-2，O3-2，**O3-6**，O8-2，O22-3，P-1-20，P-2-50，P-2-67
藤井　秀岳　**P-2-1**
藤尾　　圭　O1-4
藤川　愛子　**SY1-4**
藤川　　敦　P-2-53
藤川　公樹　O11-1
藤川　直也　P-2-47
藤崎　　明　P-1-55
藤崎友基也　O20-1，**P-2-64**
藤澤　直輝　**O15-3**，P-1-87，P-2-45
藤田　和彦　P-1-52，P-2-25
藤田　素輝　P-2-34
伏谷　俊作　P-1-64
藤浪　　潔　P-1-65
藤浪　弘行　SY4-4，O2-3，O20-3，P-2-42
藤村　正亮　P-1-25，P-1-28，P-1-89
藤本　清秀　O4-6，O5-3，O8-6，O13-2，O13-4，O17-2
藤本　卓也　P-1-51，P-2-73
藤本　直浩　SY1-2
藤山　健太　O17-4
藤原　敦子　O6-4
藤原　健悟　O4-2，**O13-1**，O20-5，P-2-10，P-2-41
藤原　　豪　P-2-81
プスティンバラアナンティア　YU-5
布施　美樹　P-1-46，P-2-26
二見　和希　P-2-81
渕澤　寛崇　O23-5，P-1-23
船木　慶佑　**P-2-7**
古川　順也　SY4-5，SY5-1，O4-3，O6-5，O7-4，O7-6，O10-5，O17-1，O22-2，O24-6，P-1-92
古川雄一朗　O2-3
古田　芳彦　YU-9
古谷　知己　O14-2
古林　伸樹　O7-3
古屋敷和歌子　P-1-58

へ

別宮　謙介　SY3-3，SY7-4，O6-1，P-1-3，P-2-88
別納　弘法　O23-5

ほ

北城　守文　O1-1
星野　貴洋　**YU-12**
星野　英章　P-2-20
細川　忠宣　O4-3，P-1-61
細木　信吾　P-2-5
堀田　　裕　O14-4
堀　　克仁　P-2-7
堀　　俊太　O13-4，O17-2
堀　　真衣　P-1-6
堀江　重郎　P-1-52
堀川　雄平　P-1-81
堀口　明男　P-1-79
堀口　　裕　**O10-3**，P-1-72
堀永　　実　**P-1-11**
堀之内友也　P-1-78
本行　遼太　O12-2
本郷　祥子　P-1-1
本郷　智拡　O1-4
本田誠一郎　P-1-57
本田　智子　**O13-5**
本多　弘幸　O8-4，O19-6，**P-1-74**

ま

米谷　重俊　O15-3，**P-1-87**，P-2-45
前川　高熙　P-1-1
前田　晃宏　O1-5，O19-1，**P-1-70**，P-1-71，**P-2-27**
前田　大輝　**P-1-42**
牧野　　耕　P-2-46
牧野　友幸　O3-4，O4-1，P-1-76
牧野　雄樹　P-1-86
眞崎加奈子　O19-2
眞崎　拓朗　O10-2，P-1-24
眞砂　俊彦　**P-1-85**
正戸　正人　P-2-89
舛井　　覚　O9-2
増田　一輝　P-1-80
増田　遥子　O17-5，P-2-69
増田　　広　O12-3
増本　　量　O1-4
増本　弘史　P-1-60
町谷　成悟　**P-1-50**
松井健一郎　P-2-58
松井　善一　P-2-20
松尾　朋博　SY5-5，YU-1，YU-3，O2-4，O3-1，O4-4，O8-4，O18-3，O19-6，O20-2，P-1-26，P-1-74，P-2-2，P-2-8
松尾　勇輝　SY1-4
松岡　祐貴　P-2-71
松岡　和福　SY1-4，P-2-35
松ヶ角　透　P-2-1
松川　卓生　O6-2，O18-5
松隈　　悠　O11-1
松隈　啓人　P-1-29
松崎　純一　O14-1，O14-6
松崎　信治　O9-5，O13-3，O24-4，P-1-59
松下　一樹　**O15-6**
松下　直樹　O2-2
松下　広憲　O2-1，O2-5，**P-2-6**
松下　良介　P-1-34，**P-1-58**
松島　将史　P-2-20
松島　萌希　O17-3
松田　伊織　O5-5，O12-4，O21-5，P-1-30，**P-2-31**
松田　健二　SY7-5，O2-4，**O3-1**，O18-3，
松田　　剛　O4-4，O8-4，O19-6，P-2-8，P-2-78
松田良一郎　O3-3
松葉　友作　P-1-51，P-2-73
松林　弘樹　P-1-66
松原　圭輔　P-2-63
松原　　匠　O1-1
松原　佑吾　O9-6
松丸　右京　O21-4，P-1-5，P-1-41
松三あずさ　O16-5
松村　欣也　O15-1，O15-2
松村　正文　O7-1，O9-5，O24-1，O24-4，P-2-7
松本　明彦　O9-4
松本　精宏　O14-5，P-1-88，P-2-32
松本　一宏　P-2-20
松本　和将　O15-6
松本　紳吾　P-2-9
松元　　崇　**SY4-3**，YU-4，O3-5，O23-1
松本　洋明　O11-1
松本　博臣　O18-5，O18-6
松本真璃花　O11-4，**P-1-15**
松本　祐一　O11-3
松山　豪泰　**戻ガツオ -2**
真鍋　由美　P-2-36
間庭　章光　**P-2-22**
丸　晋太朗　O15-1，O15-2
丸谷　尚輝　O24-2，P-1-33

丸山　雄樹　SY3-3，SY7-4
万代真由香　P-2-66，

み

三浦　数馬　O18-2
三浦　健人　YU-6
三浦　徳宣　SY1-1，SY3-1，**SY6-2**，YU-8，O7-1，O9-5，O13-3，O24-1，O24-4，O24-6，P-1-22
三浦　引志　P-1-11
三上　和男　P-1-25，P-1-28，P-1-89
三上　　洋　O21-4，P-1-5，P-1-41，P-2-38
三木　哲郎　O17-5，P-2-69
右田　敏起　**O21-4**，P-1-5，P-1-41，P-2-38
水嶋　　唯　O6-2，O18-5，**P-1-31**，P-1-56
水谷　圭佑　**O15-4**
水野　太起　O16-2
水野　洋輔　P-1-59
水野　隆一　P-2-63
溝上　　敦　O3-4，O4-1，P-1-76
溝口　　瞳　O23-3
三田　耕司　O9-6
光井　洋介　SY3-3，SY7-4
三井　要造　P-2-89
三津井理公　**P-1-40**
見附　明彦　SY7-2，O2-2，P-1-34，**P-2-9**
光成　健輔　SY5-5，YU-1，YU-3，O2-4，O3-1，O4-4，O8-4，O18-3，O19-6，O20-2，P-1-26，P-1-74，P-2-2，P-2-8
三橋　勇人　**P-1-35**，P-2-37
光畑　直喜　**P-1-32**
満安　　正　P-2-61
水戸　康平　P-1-40
三留　　拓　P-2-83
湊　　晶規　**O6-2**，O18-5，P-1-31，P-1-56
湊　　亮詠　O6-5，**O7-4**，O22-2，P-1-92
南　　隆広　P-1-5
三原　　典　O1-1
宮居　弘輔　P-1-79
宮内　武弥　P-2-92
宮内　聡秀　**SY1-5**
宮内　勇貴　SY3-1，YU-8，P-1-22
宮川　友明　P-1-40
三宅　　修　P-1-50
三宅　毅志　O6-4
三宅　秀明　P-2-87
三宅　牧人　O4-6，O13-4，O17-2
宮坂　　嶺　P-1-94，**P-2-84**
宮崎　　薫　O10-2，P-1-24
宮崎　和喜　O4-6
宮﨑　　健　SY1-4，O8-1，O9-1，O21-2，**O22-5**，P-1-7
宮崎　保匡　O10-1
宮里　恵太　O24-2，P-1-33，P-2-79
宮里　　実　**脱落 1**
宮地　禎幸　O24-2，P-1-33
宮嶋　哲匡　P-2-35
宮谷　克也　P-1-73
宮地　俊希　P-1-13，P-1-49
宮原　拓也　O21-2，O22-5
宮元　一隆　P-1-34，P-1-58
宮本　俊輔　初ガツオ -1，YU-6
宮本慎太郎　**O14-4**
三好　邦和　P-2-61
三好　康秀　P-2-55
三輪　吉司　P-2-21

む

迎　　寛　P-2-8
牟田口　淳　YU-4，O3-5，O23-1
村井　亮介　P-2-77
村尾　　航　P-2-12
村岡　邦康　P-1-42
村岡　　桂　P-1-55
村上　　薫　O5-5，O12-4，**O21-5**，P-1-30，P-2-31
村上　正佳　**O17-5**，P-2-69
村上　道洋　P-2-24
村上　幹和　**O7-1**，P-1-37
村上　裕樹　**O12-3**
村上　洋嗣　P-2-30，P-2-51，P-2-65，P-2-76
村川　哲也　**O4-5**
村木宏一郎　SY6-5
村嶋　隆哉　P-1-78
村田　和毅　**P-2-13**
村蒔　基次　P-1-51，P-2-73
村元　暁文　P-2-77
村山慎一郎　O10-1
村山裕太郎　P-1-25，**P-1-28**，P-1-89
室　真樹子　P-2-93

も

毛利　晨佑　P-1-8，P-1-37，**P-1-39**
望月　　拓　P-1-57

望月　保志　SY7-5，YU-1，YU-3，O2-4，O3-1，O4-4，O8-4，O18-3，O19-6，O20-2，P-1-26，P-1-74，P-2-2，P-2-8
元島　崇信　O21-4，P-1-5，**P-2-38**，P-2-51
本永　　葵　P-1-62
桃野　梨恵　P-2-3
森　　聰博　P-1-73，P-2-44
森　　滉平　P-1-3，P-1-84
森　慎太郎　O8-4，**O19-6**，P-1-74
森　　直樹　SY1-4，O8-1，O9-1，O21-2，O22-5，P-1-7
森　　英恭　P-1-92
森　　郁太　**P-1-73**，P-2-44
森　　政基　O17-5，**P-2-69**
森　　亮太　O9-4
守泉　知美　P-2-81
森川　知治　**P-2-83**
森實　修一　**SY3-2**，YU-12，O6-3，O10-5，O22-3，P-2-67
森澤　洋介　O13-4，O17-2
森田　　順　P-2-60
森田　祥平　P-1-51，P-2-73
森田　夢基　**P-2-91**
森永正二郎　P-1-11
森永　慎吾　P-2-29
森中　啓文　O24-2，**P-1-33**
森永　亮太　P-2-55
森野　純貴　O10-3，P-1-72
森本あさひ　P-1-11
森本　勇樹　P-2-63
守安絵美佳　**P-2-67**
森分　貴俊　P-1-81，P-2-88
諸隈　　太　P-1-29

や

八重樫　洋　O3-4，O4-1，P-1-76
八木澤奈津希　O12-3
矢澤　浩治　**P-1-1**
安士　正裕　O23-5，P-1-23
矢島　愛治　**P-2-5**
安川　元信　O19-3
安嶋　陸人　**P-1-44**
安田　幸平　O1-3，O7-2，P-1-2，**P-2-49**
安田早佑理　P-2-4
安田　雅春　O15-4
安田　友佳　P-1-87，P-2-45
安田　友香　O15-3
矢田　侑史　O1-4
矢津田旬二　O24-6，P-2-30，P-2-51，P-2-65，P-2-76
柳澤　　充　O12-3
柳田　俊彦　**脱藩 4**
柳原　　豊　P-2-7
柳瀬　敏彦　YU-10
矢野　　明　O9-5，O13-3，O24-4，P-1-59
矢野　誠司　O11-1
矢野　哲弘　O22-2
山内　直也　**P-2-77**
山内　寛喜　O22-1，P-1-4
山賀　和明　O1-4
山川　真季　O24-1
八巻　香織　O13-2
山口　邦久　O4-3，O7-4，O17-1，O22-2
山口　頌太　YU-5
山口　隆大　P-2-46
山口　直通　**O20-3**
山口　徳也　YU-12，**O6-3**，O22-3，P-2-67
山口　充浩　O2-1，O2-5，P-2-6
山口優香子　O1-5，O19-1，P-1-71
山崎賢太郎　**O24-5**，P-1-27，P-1-75
山崎　智也　O1-4
山崎　史裕　P-2-35
山崎　将頌　O9-3
山下かおり　O2-6
山下　聖也　O22-5，P-1-7
山下　達人　P-1-17
山下　夏美　O7-1，O24-4
山下　遥介　P-2-87
山田　茂智　O23-3
山田　翔大　SY7-5，**O2-4**
山田颯一郎　P-2-61
山田　大介　P-1-73，P-2-44
山田　康隆　P-1-15
山田　保俊　**SY7-2**，O2-2，P-2-9
山田　裕二　P-1-51，P-2-73
山田　芳彰　P-2-29
山中　直行　SY4-4，O20-3
山中　正人　O6-4
山中　亮憲　初ガツオ -1
山梨　拓海　P-2-60
山根　浩史　YU-12，O6-3，O22-3，P-2-67

山根　裕介　P-2-2
山野井友昭　SY3-3，SY7-4，O6-1，P-1-3
山辺　史人　P-2-89
山村　剛平　**O21-1**，P-1-69
山元　惇史　YU-12，O6-3，O22-3，P-2-67
山本　賢志　O11-4
山本章太郎　**P-2-47**
山本新九郎　**SY5-2**，YU-5，O20-4，P-1-43，P-1-53
山本　匠真　P-1-83
山本　将也　**P-1-51**，P-2-73
山本　康雄　O12-1
山本　恭代　O4-3，O7-4，**O17-1**，O22-2
山本　義明　O11-3
山本　致之　P-1-93

ゆ

幸　　英夫　**P-2-34**
行廣　和真　**初ガツオ -1**
雪本弥仁雅　O1-5，O19-1，**P-1-71**
豊　未都樹　P-1-51，**P-2-73**

よ

横川　秀平　P-1-65，**P-2-16**
横関　仁志　P-2-40
横田　成司　P-1-94，P-2-84
横塚　大和　**P-1-19**
横溝　　晃　O10-2，O19-2，P-1-24，P-2-72
横山　周平　**P-2-12**
横山　高明　P-1-79
横山　理子　O22-5，P-1-7
與座　直利　P-2-63
吉井　貴彦　P-2-13
吉岡　彩織　O21-3，P-2-86
吉岡　慎平　**P-2-14**
吉岡　拓哉　P-1-10，**P-2-43**
吉岡　勇人　**O23-6**，P-1-68，P-1-77
吉川　友博　O14-4
吉川　正博　P-2-61
吉崎　宇蘭　O23-2
吉田　于杏　P-1-6
吉田　一博　SY1-4
吉田　大樹　P-1-9
吉田　　敬　O14-4
吉田　　毅　O1-3，O7-2，P-1-2，P-2-49
吉田　　司　**P-1-76**
吉田　　徹　O5-4
吉田　満春　P-2-4
吉田　雄一　O20-3
吉永　敦史　P-1-44
吉永　香澄　SY3-3，SY7-4，O6-1，**P-1-3**
吉野　裕史　YU-7，P-1-34，P-1-58，P-2-9
吉弘　　悟　O11-3
吉村　理愛　**初ガツオ -4**，O15-4，P-1-53
吉山　直政　P-2-90
米田　公彦　O16-1
米田　　慧　O24-5，P-1-27，P-1-75
米田　達明　P-1-55
頼田　顕辞　P-1-61

り

李　　政謙　P-1-69

わ

脇　　政順　P-1-55
分田　裕順　**P-2-19**
鷲野　　聡　O15-3，P-1-40
和田耕一郎　O21-3，P-2-86
渡邉　広毅　O11-4，O14-5，P-1-88，**P-2-32**
渡邉　舟貴　O6-2，**O18-5**，O18-6
渡部　　淳　P-2-40
渡邊紳一郎　O21-4，P-1-5，P-1-41，P-2-38
渡邉　　晋　**O16-4**
渡部　貴彦　O14-1
渡邉　豊彦　P-2-88
渡邊　裕修　P-2-28
渡邊　雄一　O7-1
渡邉　柚里　P-2-26
渡辺　隆太　SY3-1，YU-8，P-1-22
渡部　嘉彦　P-1-64
和田里章悟　O16-5，O23-4，P-1-18，P-2-39

ALA-PDS

5-aminolevulinic acid photo dynamic screening test set

がんのリスクチェック

がんのリスクがご自宅で簡単に

ご自宅で採尿し、ポストに投函するだけ。
結果はWEBで確認できます。
痛みもなく、手軽にがんのリスクをチェックできます。
生活習慣の見直しのきっかけとして。※詳細はHPにて

H.Pylori

Helicobacter pylori antigen test set

ピロリ菌尿中抗体検査

胃がんのリスク要因「ピロリ菌」のチェックに

ご自宅で採尿し、ポストに投函するだけ。
結果はWEBで確認できます。
痛みもなく、手軽にピロリ菌抗体をチェックできます。
健康管理の第一歩として。※詳細はHPにて

健康であり続ける、その未来を後押しする。

PREVENT
Prevention is better than cure.

私たちプリベントメディカルグループは
予防医療分野における医療格差の是正に係る活動を通じ
誰もが平等に予防医療を受けられる環境を構築することで
日本の医療費削減を実現するなど
広く社会に貢献していく企業体を目指します

プリベントメディカル株式会社 〒103-0024 東京都中央区日本橋小舟町 9-18 エミネント人形町ビル 4F https://preventme.co.jp/

お問い合わせ・資料請求は **0120-913-830** 受付時間：9:00~17:00（土日祝・年末年始 除く） https://preventme.co.jp/

医療の「新しい」を「今」届けたい。

刻々と変化し進化し続ける医療において、
創業 100 年間、変わらない思いがあります。
使っていただく方の「心」を聴きたい。聴診器が優しく胸に寄り添うように。
最先端の医療器材を、一刻も早く高度な情報と共に医療現場へ届けたい。
安心・安全・高品質な医療をサポートしたい。関わる方の笑顔のために。
カワニシの願いは変わることはありません。
100 年前も、100 年先も。

急性期医療分野のニーズにお応えするため、
循環器・整形・放射線科・眼科・手術室・ライフサイエンス分野などの
専門人材による営業活動のみならず、ICT を活用した次世代病院経営の
サポートまでお客さまのニーズに最適なソリューションをご提供いたします。

Kawanishi
株式会社 カワニシ
〒700-8528 岡山県岡山市北区今1-4-31
TEL: 086-241-1112
URL: https://www.kawanishi-md.co.jp/kw/

Kawanishi bare med
医療ICTでデジタル予約やキャッシュレス決済など
次世代の病院経営をサポート
株式会社 カワニシバークメド
URL: https://kawanishi-bm.co.jp/

つなぐ、人と未来。
OLBA GROUP

やわらかなアタマとココロであたらしい可能性を拓く。
それが、わたしたちノイエスです。

NEUES

事業内容：SMO事業（治験施設支援機関）

CRC（治験コーディネーター）業務受託

- 被験者の適格性確認、同意説明補助
- 治験中の有害事象への対応業務
- 症例報告書など、各種書類の作成支援
- モニタリングや監査への対応業務

SMA（治験事務局担当者）業務受託

- 治験事務局やIRB（治験審査委員会）の設置・運営
- 標準業務手順書をはじめとした必要書類の整備
- 治験にかかわる契約書作成補助、治験施設間の調整

ノイエス

Think New.

ノイエス株式会社 http://www.neues.co.jp/

全国オフィス：東京／札幌／仙台／郡山／新潟／水戸／金沢／名古屋／大阪／
神戸／岡山／広島／松山／福岡／長崎／大分／熊本／宮崎／鹿児島

最先端の医療機器を品揃えして
医療の発展と皆様の健康に
貢献できる事をめざします

STY 株式会社 末徳屋医療器店

● 本　　社 〒780-0863 高知市与力町４－１５
TEL (088)-875-4451　　FAX (088)-823-2536

● 出 張 所 〒787-0014 四万十市右山2033番地15
TEL (0880)-35-3615　　FAX (0880)-35-3755

共に未来を創るCROへ

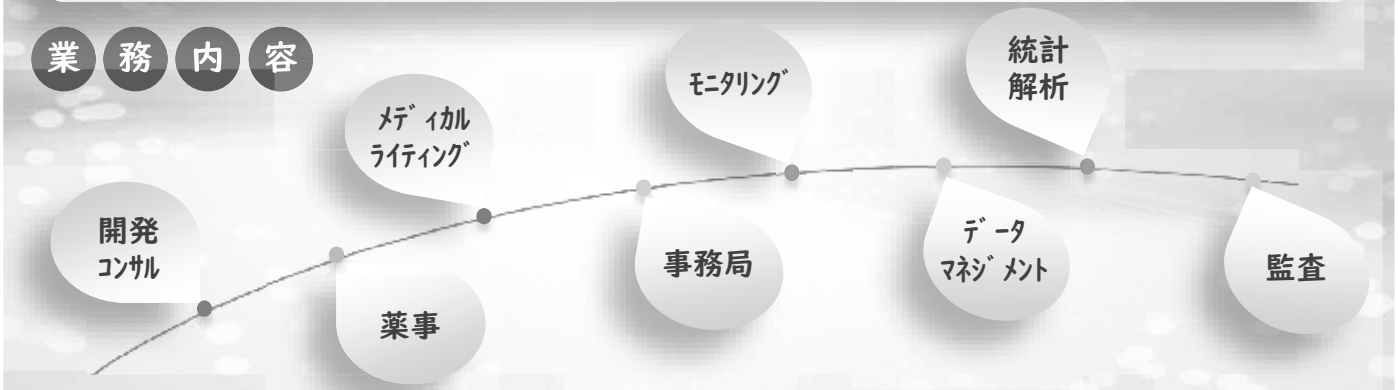
180件以上の臨床研究/医師主導治験のご支援実績が当社のチカラの証です。

TOPIC

泌尿器科のご支援実績30件以上！ 以下の疾患に対してご支援してまいりました。

- 尿路上皮癌
- 前立腺癌
- 膀胱癌
- 前立腺肥大症
- 過活動膀胱
- 腹圧性尿失禁 等

業務内容



臨床研究/医師主導治験のご支援ならまず当社にご相談ください。

DOTワールド株式会社

住所	〒105-0021 東京都港区東新橋2-14-1
電話番号	03-3433-6060
e-mail	info@crodot.jp
web	https://www.crodot.jp/

希望を届けるため。

挑戦するのは、

今日も人知れず
未来に向けて戦っている誰かがいる。
病で苦しむ人を助けたい。
新薬を待っている人に届けたい。
誰かの希望になりたい。

その想いは限られた人だけが
抱くものではありません。
私たちEPLinkは
新薬開発に関わる人々の懸け橋となって
未来の薬のコーディネートに
取り組み続けています。

次はあなたが誰かの希望に。
CRCという選択肢。

CRC
治験コーディネーター

EPS | SMOのリーディングカンパニー 株式会社EPLink

Better Health, Brighter Future

タケダは、世界中の人々の健康と、輝かしい未来に貢献するために、
グローバルな研究開発型のバイオ医薬品企業として、革新的な医薬品やワクチンを創出し続けます。

1781 年の創業以来、受け継がれてきた価値観を大切に、
常に患者さんに寄り添い、人々と信頼関係を築き、社会的評価を向上させ、
事業を発展させることを日々の行動指針としています。

武田薬品工業株式会社
www.takeda.com/jp

Takeda

世界中の人々の
健康で豊かな生活に貢献する

イノベーションに情熱を。ひとに思いやりを。

Daiichi-Sankyo 第一三共株式会社

Otsuka 大塚製薬株式会社

在宅医療・介護福祉事業

- 帝人在宅医療機器レンタル
- 在宅医療機器販売・レンタル
- ストーマ用具・福祉介護用品販売

医療器材事業

- 医療器材・機器販売
- 医療機器メンテナンス
- 救命救急・防災関連商品販売
- 開業支援

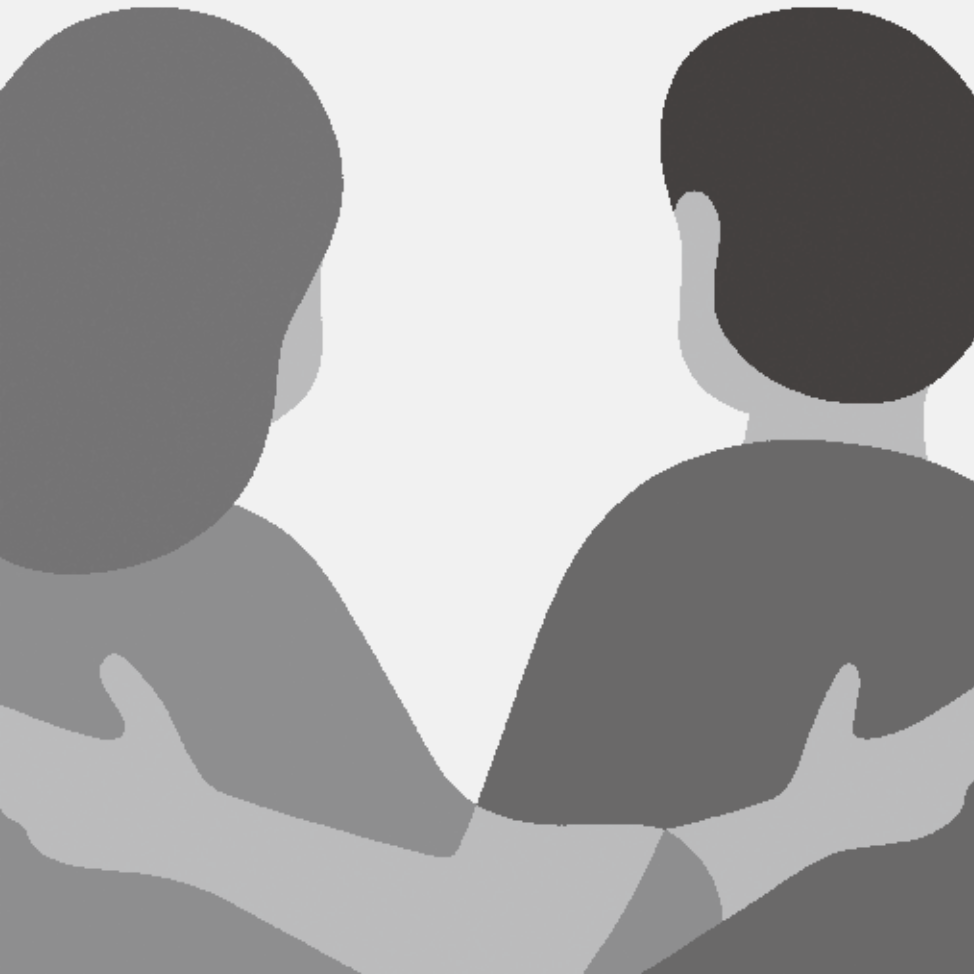
SPD事業

- 院内物流管理代行業務
- 手術室支援業務
- 医療機器保守点検業務

「健康で豊かな暮らしを創りたい」
これが私たちの願いです。

医療と共に歩む
C-mec
株式会社シーメック

高知本社／TEL：088-880-0666　四万十営業所／TEL：0880-31-2620
愛媛支店／TEL：089-905-8666　松山営業所／TEL：089-905-8666　新居浜営業所／TEL：0897-47-8168
今治出張所／TEL：0898-33-2516　宇和島出張所／TEL：0895-25-1002
高松営業所／TEL：087-813-9056　丸亀物流センター／TEL：0877-85-7212



私たちは日々、たくさんの人のなかで生きている。
多くの人とつながっていても、
不安や悩みは独りで抱えてしまいがちだ。
本当に大切な気持ちは、
日々のくらしやこころの奥に隠れてしまっている。
人を想う力は無限だ。
私たちは、「あなた」という
かけがえのない「いのち」のために
日常を真摯に見つめ、こころの声に耳を傾け、
寄り添い続ける。
想う力はきっと、あなたさえ気づいていなかった
喜びにつながっていく。

あなたといういのちに、
もっと笑顔を。

maruho
皮膚科学領域での卓越した貢献を

マルホ株式会社
https://www.maruho.co.jp/

ヘモダイアフィルター FX HDF

HDF療法の様々な治療モードに適した膜

一般的名称：血液透析濾過器
クラス分類：高度管理医療機器（クラスⅢ）
承 認 番 号：23000BZX00114000

日機装株式会社
本　社　〒150-6022　東京都渋谷区恵比寿4丁目20番3号　TEL：03-3443-3751　FAX：03-3473-4965

https://www.nikkiso.co.jp

医療法人つくし会

南国病院

在宅医療支援センター

理事長・院長
中澤　宏之

副院長
速瀬　啓純
玉元　徹

◆ 脳神経内科 リハビリテーション科	三好　利昌 山﨑　加子 中澤　宏之
◆ 精神科	小松　大祐 石田　青鳥 玉元　徹
◆ 消化器内科 内科	麻植　啓輔 中城　一男 速瀬　啓純
◆ 放射線科	麻植　淳治

◆ 通所リハビリテーション施設
（088）864-5282

◆ 訪問看護ステーション　おおそね
（088）864-0151

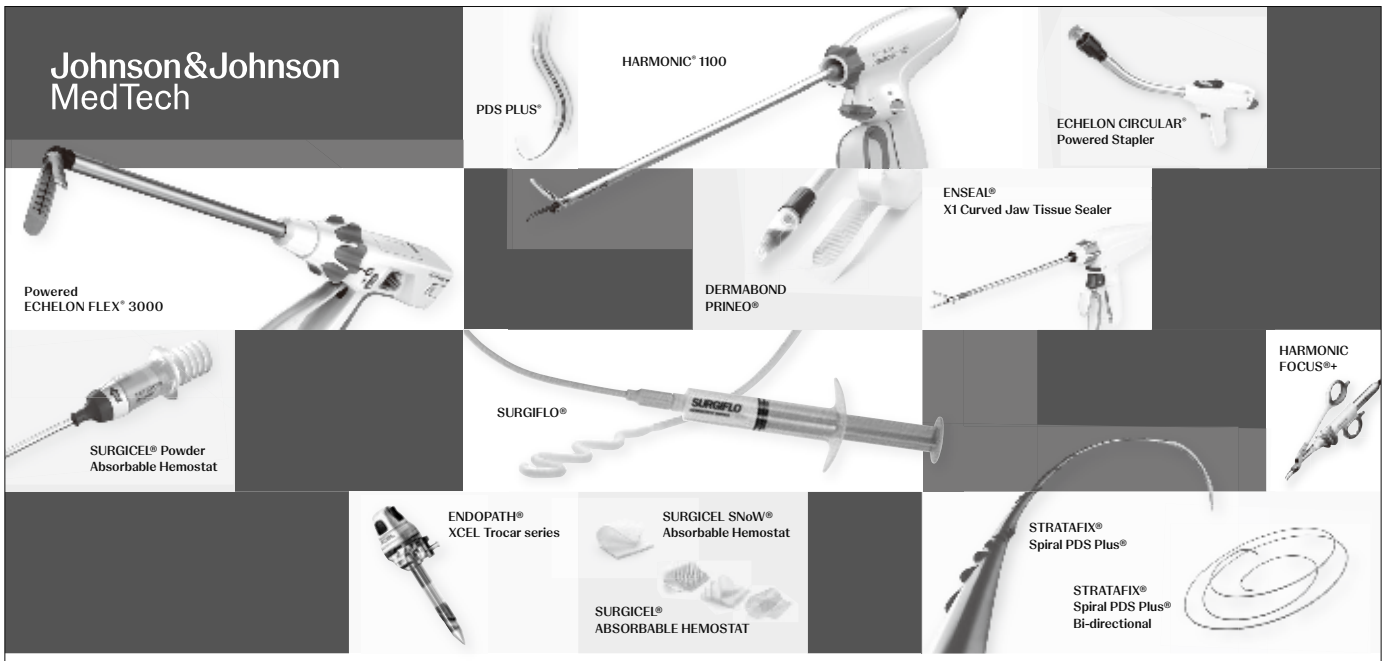
◆ 精神科デイ・ケア施設
（088）863-8282

◆ 精神科作業療法施設
（088）864-3137（代）

南国市大埇乙1259番地5

高知県南国市大埇甲1479番地3
（088）864-3137（代）
www.nankoku-hp.or.jp
日本医療機能評価機構認定病院

Johnson&Johnson
MedTech



製造販売元：ジョンソン・エンド・ジョンソン株式会社　メディカル カンパニー　〒101-0065 東京都千代田区西神田 3-5-2　TEL.0120-160-834

販売名：エンドパス　ステイプラー　Powered ECHELON FLEX 3000　認証番号：304AABZX00060000
販売名：GSTカートリッジ　承認番号：22700BZX00155000
販売名：エシェロン　サーキュラー　パワードステイプラー　承認番号：30100BZX00156000
販売名：エンドパス　トロッカーシステム　認証番号：21900BZX00882000
販売名：ハーモニック　1100　シアーズ　承認番号：30300BZX00138000
販売名：エンシール X1 ティシューシーラー　承認番号：30200BZX00391000
販売名：ハーモニック　FOCUS　プラス　承認番号：22700BZX00411000
販売名：STRATAFIX Spiral PDS プラス
販売名：STRATAFIX Spiral PDS プラス Bidirectional
販売名：PDS プラス
販売名：ダーマボンド プリネオ　承認番号：22900BZX00123000
販売名：サージフロー　承認番号：30400BZX00016000
販売名：サージセル・パウダー・アブソーバブル・ヘモスタット　承認番号：22300BZX00333000
販売名：サージセル　スノー・アブソーバブル・ヘモスタット　届出番号：13B1X00204ME0010
販売名：サージセル・アブソーバブル・ヘモスタットMD　承認番号：23100BZX00112000
承認番号：30200BZX00082000
承認番号：30300BZX00042000
医療機器承認番号：30400BZX00112000

JP_ETH_STAP_357792
©J&JKK 2022

高知県立
あき総合病院
AKI GENERAL HOSPITAL

あき総合スタッフ募集中

医師、看護師、薬剤師など

詳しい内容はQRコードで！

高知県立あき総合病院

〒784-0027　高知県安芸市宝永町 3-33
Tel：0887-34-3111（代表）　Fax：0887-34-2687

We chase the *miracles* of science to improve people's lives

私たちは人々の暮らしをより良くするため、科学のもたらす奇跡を追求します。

サノフィ株式会社
〒163-1488 東京都新宿区西新宿三丁目20番2号 東京オペラシティタワー　www.sanofi.co.jp

sanofi

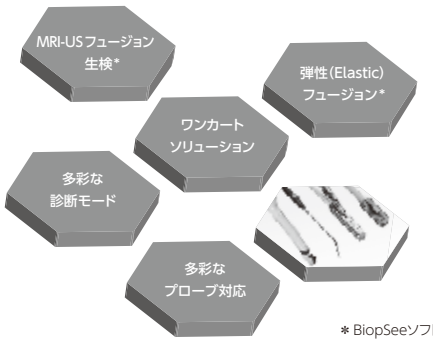
FUJIFILM
Value from Innovation

マルチパラメトリックで広がる、診断の可能性

ARIETTA 65 IntuitiveFusion

MRI-USフュージョン前立腺生検システム

超音波診断装置「ARITETTA 65」に、前立腺フュージョン機能ならびに生検プランニング機能を持つBiopSeeソフトウェアをインストールしたPCを併用することで、前立腺がんの診断から治療支援までをサポートするコンパクトな装置です。



＊BiopSeeソフトウェア機能

FUJIFILM、およびFUJIFILMロゴは、富士フイルム株式会社の登録商標または商標です。
この広告に記載されている会社名、商品名等は、富士フイルム株式会社またはグループ会社の商標または登録商標です。
ARIETTA 65はARIETTA 65 IntuitiveFusionと呼称します。

BiopSee ソフトウェアは、MedCom GmbH 社製です。
BiopSee ソフトウェアは、吉田電材工業株式会社が選任製造販売業者です。
製品の改良により、予告なく記載されている仕様が変更になることがあります。

・販売名：超音波診断装置　ARIETTA 65
医療機器認証番号：第230ABBZX00050000号
・販売名：BiopSee ソフトウェア
医療機器認証番号：第304AHBZI00023000号

富士フイルム メディカル株式会社　fujifilm.com/fms

本山町
Motoyama Town

職　員
募集中

町立国保嶺北中央病院

私たちは患者様に優しい医療を心がけ、皆様から信頼される病院づくりを目指しています。

〒781-3601
高知県長岡郡本山町本山620番地　Tel ： 0887-76-2450　Fax ： 0887-76-2453
ホームページ：https://reihokuchuo-hp.jp/

CTD

弊社が支援した医師主導治験で、
これまでに14件の承認を取得しました！

医師主導治験、特定臨床研究の準備、運営にお困りのことがあればご連絡ください。

- 院内リソースだけで治験調整事務局業務をできない
- どうやって準備、運営してよいかわからない
- PMDAに何を相談したらよいか、相談資料に何を書けばよいかわからない　等

貴院のリソース、経験に合わせて、柔軟にサポートいたします。

株式会社CTD　〒104-0042 東京都中央区入船1-2-9　TEL 03-6228-4835　Website https://www.c-ctd.co.jp/

Balloons for **VAIVT**

Boston Scientific
Advancing science for life™

ATHLETIS™
Balloon Dilatation Catheter
0.035

Mustang™
Balloon Dilatation Catheter
0.035

Peripheral Cutting Balloon™
Microsurgical Dilatation Device
0.014　0.018

BRAVUS™
Balloon Dilatation Catheter
0.018

Sterling™
Balloon Dilatation Catheter
0.014-0.018

Pathblazer Evolution
Balloon Dilatation Catheter
0.014-0.016　0.018

販売名：アスレティスPTA　バルーンカテーテル
医療機器承認番号：30300BZX00021000
販売名：ムスタング PTAバルーンカテーテル
医療機器承認番号：22300BZX00480000
販売名：ムスタング 2 PTAバルーンカテーテル
医療機器承認番号：22400BZX00129000

販売名：ペリフェラルカッティングバルーン
医療機器承認番号 ： 22400BZX00328000
販売名：フレックストーム ペリフェラル カッティングバルーン
医療機器承認番号：22000BZX01482000
販売名：E-PTAバルーンカテーテル
医療機器承認番号：22900BZX00297000

製造販売業者：有限会社エンドテック
販売名：スターリングPTA バルーンカテーテル OTW
医療機器承認番号：21900BZX01254000
販売名：ET PTA バルーンカテーテル
医療機器承認番号：21600BZZ00143000
製造販売業者：有限会社エンドテック

製品の詳細に関しては添付文書等でご確認いただくか、弊社営業担当へご確認ください。
© 2021 Boston Scientific Corporation or its affiliates. All rights reserved.
All trademarks are the property of their respective owners.

ボストン・サイエンティフィック ジャパン株式会社
本社 東京都中野区中野4-10-2 中野セントラルパークサウス
www.bostonscientific.jp

PI-1075601-AA

旬鮮料理

愛禅

あいぜん

ご予約・お問い合わせ

電話/ 088-861-4282

営業時間/17:00~22:00

定休日/水曜日

InLay Optima® Ureteral Stent

バード® インレイオプティマ® ステント セット

長期使用尿管用チューブステント

“pHree COAT” Coating

ステント閉塞や尿流を妨げる原因となる尿中カルシウム塩の
ステント表面への付着の軽減を目的として、
独自に考案された pHree COAT コーティングを施しています。

Smooth surface

特殊ポリマー加工によりステント表面を滑らかにしています。

BARD Solo Plus

BARD SOLO ガイドワイヤー（PLUS タイプ）のコアワイヤーは、
ニチノールよりキンク耐性が高く、コシの強い TRITON 製です。

TRITON= 剛性の高いニッケル - チタン - コバルト合金

・事前に必ず電子添文（注意事項等情報）を読み、本製品の使用目的、禁忌・禁止、警告、使用上の注意等を守り、
使用方法に従って正しくご使用ください。
・本製品の電子添文は独立行政法人医薬品医療機器総合機構（PMDA）のホームページで閲覧できます。
・製品の仕様・形状等は、改良等の理由により予告なく変更する場合もございますので、あらかじめご了承ください。

販 売 名：バード インレイオプティマステント セット
承認番号：22100BZY00009000
償還区分：尿管ステント一般 II 異物付着防止型

製造販売元
株式会社メディコン
カスタマーサービス www.bdj.co.jp/s/cs/

bd.com/jp/

BD, the BD Logo and all other trademarks are trademarks of Becton, Dickinson and Company or its affiliates.
© 2024 BD. All rights reserved.
BD-138747

Eisai

hhc
human health care

患者様の想いを見つめて、薬は生まれる。

顕微鏡を覗く日も、薬をお届けする日も、見つめています。
病気とたたかう人の、言葉にできない痛みや不安。生きることへの希望。
私たちは、医師のように普段からお会いすることはできませんが、
そのぶん、患者様の想いにまっすぐ向き合っていたいと思います。
治療を続けるその人を、勇気づける存在であるために。
病気を見つめるだけではなく、想いを見つめて、薬は生まれる。
「ヒューマン・ヘルスケア」。それが、私たちの原点です。

ヒューマン・ヘルスケア企業 エーザイ

AFUTUREFREEOFLF
GlobalAlliance
エーザイはWHOのリンパ系フィラリア病制圧活動を支援しています。

新しい生きるを、創る。

A new way of life

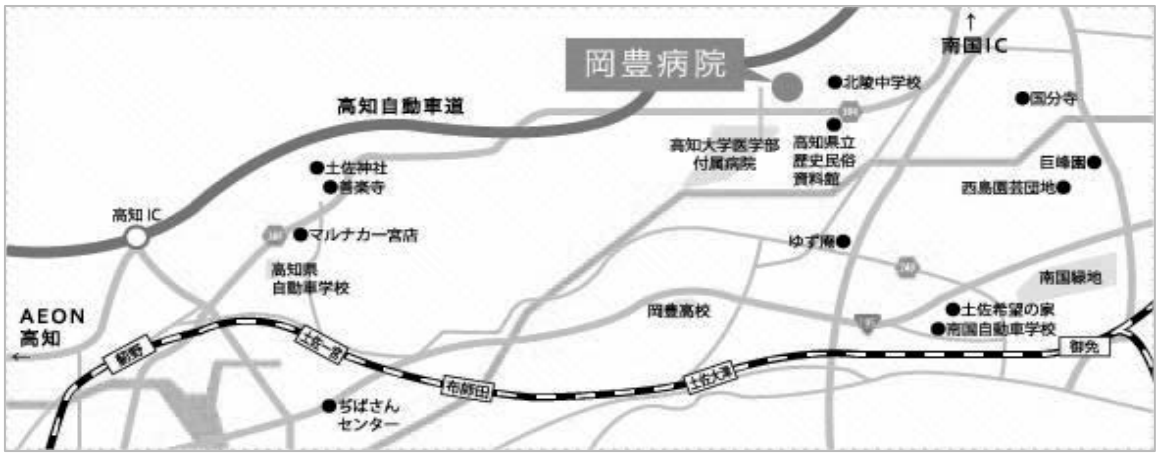
独自技術で難病に挑み、ひとりの「生きる」に希望をとどける。
ユニークな機能性食品で、みんなの「生きる」を健やかにする。
京都から世界へ。
新しい時代の、新しい生きるを、わたしたちは、創っていく。

日本新薬
NIPPON SHINYAKU CO., LTD.

精神科・老年精神科・心療内科
内科・リハビリテーション科

岡豊病院

医療法人慈光会



〒783-0043高知県南国市岡豊町小蓮689-1
TEL ： 088-866-2345
E-mail：info@okou-hp.or.jp

AQUABLATION®

Therapy by PROCEPT BioRobotics

前立腺肥大症の
新たな治療選択肢

AQUABEAM®
— ROBOTIC SYSTEM —

PROCEPT
BioRobotics

© 2024 PROCEPT BioRobotics Corporation.
AQUABLATION、AQUABEAM、PROCEPT BioRobotics は、
PROCEPT BioRobotics Corporation の登録商標です。

< 選任製造販売業者 >
ヴォーパル・テクノロジーズ株式会社
〒103-0021 東京都中央区日本橋本石町 3-3-16 日本橋室町ビル 8F
03-5544-8340
製品名 : AQUABEAM ロボットシステム
承認番号 : 30400BZI00004000

< 販売業者 >
プロセプト・バイオロボティクス株式会社
〒150-0002 東京都渋谷区渋谷 3 丁目 1 番 9 号 YAZAWA ビル 3 階
03-5776-2626

Medtronic

Engineering the extraordinary

1秒に2人

人々の生活を
毎時間、毎日、
変え続けています

メドトロニックは、人生を
変えるようなテクノロジーで
70種類以上の健康課題に対する
治療法を提供してきました。

私たちの製品、サービス、
そしてソリューションによって、
年間7,200万人の患者さんが、
世界のどこかで意義のある
生活を取り戻しています。

詳しくはこちら

メドトロニック 検索

medtronic.co.jp

© 2022 Medtronic. Medtronic、メドトロニック及びMedtronicロゴマークは、Medtronicの商標です。
COMMS-2022-0060

社会医療法人 仁生会 細木病院グループ

小児から成人・高齢者、急性期から回復期・慢性期・在宅まで、
ライフステージを問わず、地域の方々の様々なニーズに応えます

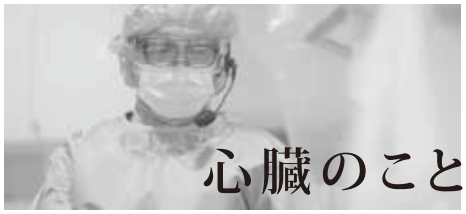
理事長　細木 秀美

おかげさまで「ほそぎハートセンター」開設5周年！

『心臓のトータルケア』をコンセプトとして、細木病院に2020年6月8日オープンした、心臓病の早期発見、治療、予防を目的とした心臓カテーテル治療と心臓リハビリの専門施設です。7名の専任の循環器専門医が診療にあたっています。2025年6月に5周年を迎えた「ほそぎハートセンター」を、今後とも変わらぬご愛顧のほどよろしくお願い申し上げます。

NEW **循環器内科ホームページリニューアル！**

より分かりやすく探しやすくなりました。症状、検査、手術、治療内容等ためになる情報が満載です。ぜひご覧ください。



心臓のことなら細木病院「循環器内科」へ

日高クリニック

院長　松本 和博
日高村本郷滝ノ前7
TEL0889-24-7785

救急病院 細木病院

院長　細木 信吾
高知市大膳町37
TEL088-822-7211

三愛病院

院長　中村 寿宏
高知市一宮西町1-7-25
TEL088-845-5291

All for one.

すべてはみんなの笑顔のために。

ワンチームで世界の医療に貢献します。

MIZUHO
Medical Innovation

五泉工場：新潟県五泉市

千葉工場：千葉県佐倉市

MIZUHO THAILAND：タイ

Mizuho OSI：アメリカ合衆国

ミズホ株式会社　〒113-0033 東京都文京区本郷3-30-13　TEL 03-3815-3191　https://www.mizuho.co.jp

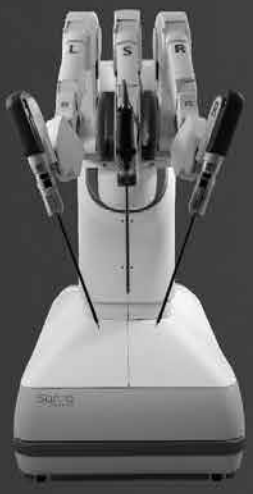
Saroa
surgical system

力覚
Feedback

国産

国立大学発

専用
手術室
不要



新たな選択肢、「力覚」を有した手術支援ロボット

安全な操作の支援を目指し、力覚フィードバック機能を搭載。
助手医師と協調しやすいコンパクトなサイズを実現。

手の届かない
世界に触れる

RIVERFIELD

［販売名］Saroa サージカルシステム
［医療機器承認番号］30500BZX00108000
［製造販売元］リバーフィールド株式会社

house Green

クリニック グリーンハウス

診療科目: 内科・消化器内科・内視鏡内科・婦人科

院長・理事長　木村哲夫

診療時間: 月～金曜日 9:00～12:00 ／ 14:30～17:00
土曜日　9:00～12:00 ／ 13:30～15:00

休 診 日: 木・日曜・祝日(木曜日は検診・人間ドックのみ行っています。)

〒780-0901 高知県高知市上町1丁目7-1
TEL 088-871-1711　FAX 088-871-2525
Eメール info@clinic-greenhouse.jp

http://clinic-greenhouse.jp

看護職員募集

A日程 採用試験日

令和7年 5月24日（土）

米子医療センター／松江医療センター／浜田医療センター／
岡山医療センター／南岡山医療センター／呉医療センター／福山医療センター／
広島西医療センター／東広島医療センター／関門医療センター／
山口宇部医療センター／岩国医療センター／柳井医療センター／
とくしま医療センター東病院／とくしま医療センター西病院／高知病院

B日程 採用試験日

令和7年 6月28日（土）

鳥取医療センター／賀茂精神医療センター／高松医療センター／
四国こどもとおとなの医療センター／四国がんセンター／
愛媛医療センター

詳細については、募集要項をご覧ください。

22病院

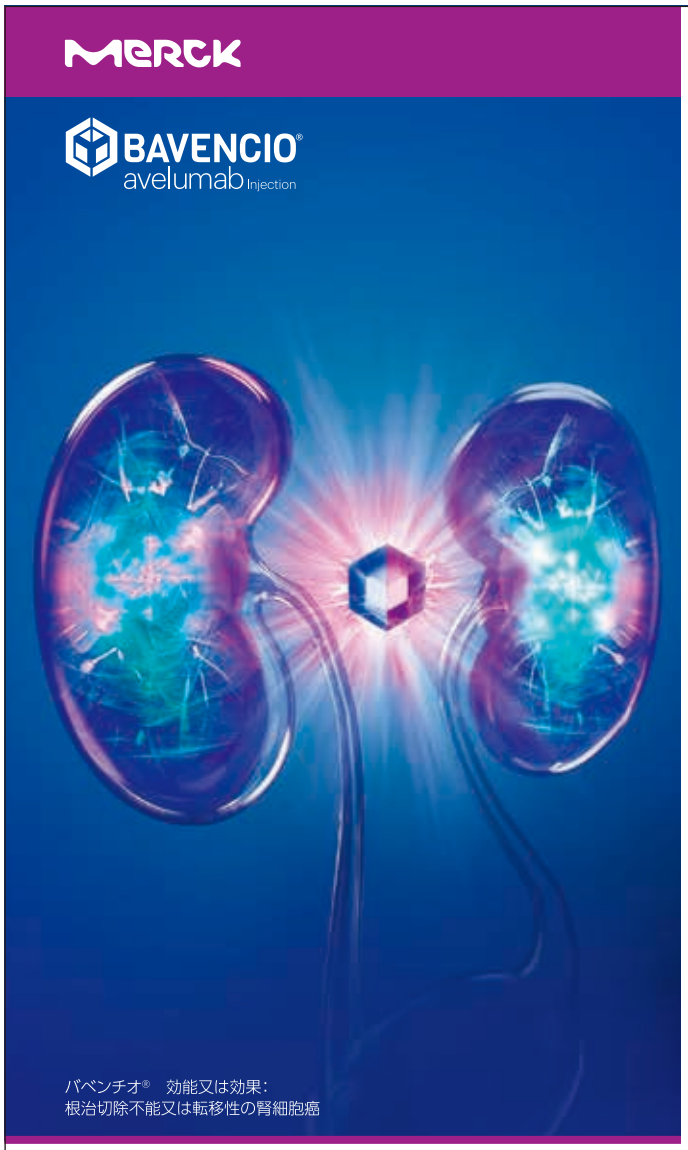
1 鳥取医療センター
2 米子医療センター
3 松江医療センター
4 浜田医療センター
5 岡山医療センター
6 南岡山医療センター
7 呉医療センター
8 福山医療センター
9 広島西医療センター
10 東広島医療センター
11 賀茂精神医療センター
16 とくしま医療センター東病院
17 とくしま医療センター西病院
18 高松医療センター
19 四国こどもとおとなの医療センター
20 四国がんセンター
21 愛媛医療センター
22 高知病院

お問い合わせ先
中国四国グループ 医療担当
TEL.082-493-6639

独立行政法人
国立病院機構
National Hospital Organization
中国四国グループ

リクルート情報サイト

MERCK



薬価基準収載

抗悪性腫瘍剤　ヒト型抗ヒトPD-L1 モノクローナル抗体

バベンチオ® 点滴静注 200mg

アベルマブ（遺伝子組換え）製剤

生物由来製品、劇薬、処方箋医薬品
注意－医師等の処方箋により使用すること

BAVENCIO® avelumab Injection

効能又は効果、用法及び用量、警告・禁忌を含む使用上の注意等については、電子添文をご参照ください。

製造販売元
メルクバイオファーマ株式会社
東京都港区麻布台一丁目3番1号
[文献請求先及び問い合わせ先]
メディカル・インフォメーション
(TEL)0120-870-088

2025年1月作成
JP-AVE-01897

臨床情報分析支援プラットフォーム

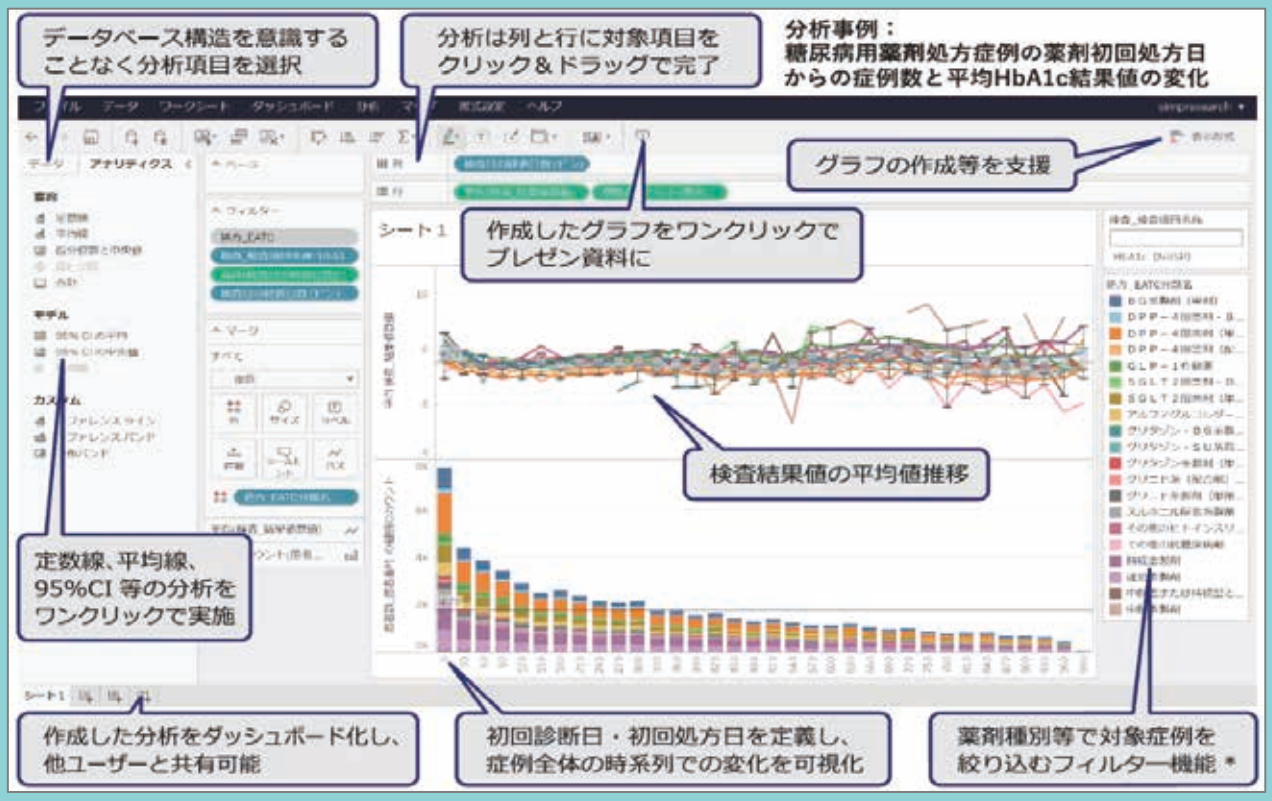
SIMPRESEARCH®

4DIN

リサーチをもっとシンプルに

SIMPRESEARCH®で解決します！

- ✓医療機関・研究期間での臨床研究の迅速化
- ✓臨床試験における患者リクルートメントの効率化
- ✓産学共同研究の促進
- ✓個別化医療の実現に向けた分析基盤の提供
- ✓AIによる診断・新たな治療方法の開発のための教師データとして活用



下記SNSをご登録いただいた方には、論文作成支援サービスのご利用料金を初回10%割引させていただきます。この機会にぜひご登録のほど、お願い申し上げます。

株式会社4DIN [問い合わせ先] sales@4din.com

〒105-0004 東京都港区新橋2-20-15 新橋駅前ビル1号館805

4DIN linkedin facebook