

第 140 回日本泌尿器科学会山陰地方会

日時 2024 年 12 月 14 日 (土) 15:00 ~

会場 ビックハート出雲 2 階『黒のスタジオ』

腎膿瘍, 腎周囲膿瘍 対して経皮的ドレナージを行った 2 例

三原 悠・門脇浩幸・田路澄代 (山陰労災病院)

症例 1 は 66 歳, 男性。発熱と倦怠感を主訴に救急外来を受診され CT にて右上部尿管に 4 mm 大の結石を認めたため当科に紹介となった。結石性腎盂腎炎として抗生剤を開始し尿管ステントを留置した。炎症反応は緩やかに改善を認めていたが 38 度台の発熱が続くため造影 CT を施行すると腎被膜下に膿瘍が多発していた。抗生剤加療を続けるも改善乏しく経皮的ドレナージを実施した。その後は炎症反応も改善し解熱傾向となりドレーンを抜去し退院となった。

症例 2 は 70 歳, 男性。発熱, 体動困難, 意識障害にて救急外来に搬送となり, CT にて左腎周囲に膿瘍を認め当科に緊急入院となった。膿瘍ドレナージが望ましいと判断したが重度の認知症があり安静を保てないことから, まずは抗生剤での保存的加療を行うこととした。抗生剤開始後も改善乏しく, 全身麻酔下で経皮的ドレナージを施行した。その後は炎症反応は改善しドレーンを抜去し退院となった。

腎膿瘍や腎周囲膿瘍においては, 内科的治療が奏功しない場合や膿瘍径によっては穿刺が可能であれば経皮的ドレナージ等の外科的治療が検討される。今回我々は, 結石性腎盂腎炎に続発した腎膿瘍に対して CT ガイド下に, 腎周囲膿瘍に対して全身麻酔下にてエコーガイド下にそれぞれ経皮的ドレナージを行い改善を得た症例を経験したため報告する。

巨大水腎症, 膿腎症となった腎盂尿管移行部狭窄症の一例

守安絵美佳・磯山忠広 (米子医療センター)

症例は 75 歳, 女性。既往に脳出血による左片麻痺がある。X-17 年に他院で左腎盂尿管移行部狭窄症と診断されたが無治療の方針となり終診とされた。X 年 2 月に発熱で同院を受診し左膿腎症を指摘, CRP 45.27 mg/dL と高値を認め当院へ救急搬送となった。左腎は腹部正中を超えるほど巨大な水腎症となっており, 腎実質は菲薄化していた。同日緊急尿管ステント留置術を施行し, 1,650 ml の膿汁を排出した。抗菌化学療法にて炎症は軽快し, X 年 5 月に無機能腎に対する開放腎摘除術を施行した。手術時間 5 時間 11 分, 出血量 510 ml。虚脱した腎盂と菲薄化した腎実質に加え, 腹膜と腎周囲脂肪組織の癒着があり剥離に難渋した。経過は良好で術後 10 日目に退院した。

腎盂尿管移行部狭窄症は背部痛や尿路感染を起こすといった有症状である場合, もしくは利尿レノグラムで狭窄による分腎機能の低下を認めた場合に外科的治療の適応となる。腎盂形成術などの術後経過の報告はあるものの, 経過観察となった症例の転帰の報告は少ない。本症例は腎盂尿管移行部狭窄症と診断されたが手術適応の評価が行われず, 経過観察もされていなかった。片麻痺のためか疼痛の症状が乏しく, 発熱があつて初めて膿腎症, 無機能腎を発見された。外科的治療とならなかった場合であっても経過中に増悪する可

能性はあり, フォローアップの重要性を痛感する教訓的症例である。

レンパチニブ・ペンブロリズマブ併用療法にて完全奏効を得られた一例

長谷川 央・坂本憲生・大野博文 (松江赤十字病院)

症例は 74 歳, 男性。20XX 年 3 月に近医から血糖値増悪で当院糖尿病内科に紹介され悪性腫瘍スクリーニングにて左腎盂癌, 傍大動脈リンパ節転移疑いを指摘され当科紹介となった。尿管鏡検査では明らかな病変を認めず尿細胞診陰性であったため腎生検を行ったところ淡明細胞型腎細胞癌 (cT3aN2M0) の診断となった。IMDC リスク分類は Poor (3/6 項目) でありレンパチニブ・ペンブロリズマブ併用療法の方針とした。10 カ月後には原発巣は約 24% 縮小, リンパ節は約 20% 縮小した。しかし Grade 2-3 (CTCAE ver5.0) の薬剤性肝障害を認め今後薬物治療の継続が困難と思われるため手術の方針とした。リンパ節郭清の際, 腎動脈と癒着している可能性もあったため心臓血管外科と合同で開腹手術を行った。術中, リンパ節と腎動脈間に強固な癒着を認めたが血管損傷することなく切除可能であった。病理では原発巣, 転移巣ともに完全奏効 (CR) の像であり, 術後 3 カ月目で再発は認めていない。

免疫チェックポイント阻害薬と分子標的薬の併用療法による腫瘍縮小効果は強力であり今後は本症例のように先行薬物療法が奏効し腎摘除が可能となる症例が増えることが予想される。今回はレンパチニブ・ペンブロリズマブ併用療法が奏効し手術にて CR を得られた症例を報告する。

扁平上皮への分化をともなう浸潤性尿路上皮癌の静脈内再発に対してペムブロリズマブが奏効した一例

河野慎司・原 尚史・坂上祐樹・田中 元・三谷一貴

大島勝太・小林祐介・坪井一朗・中島宏親

小川貢平・小池千明・井上圭太・和田耕一郎 (鳥根大学)

症例は 70 歳, 女性。左腰部背部痛と肉眼的血尿を契機に左尿管癌 cT2N0M0 と診断し, 後腹膜鏡下左腎尿管全摘除術を施行した。病理診断は Urothelial carcinoma with squamous cell differentiation, pT3, Ly1, V1, 切除断端陰性であった。術後補助化学療法 (AC) としてゲムシタピン+カルボプラチン療法を 2 コース施行した。その後再発転移なく経過していたが, 術後 2 年 4 カ月後に SCC の上昇を認めた。単純 CT で明らかな再発は認めず, FDG-PET/CT を施行し下大静脈から左総腸骨静脈そのものに FDG の集積を認めた。同部の MRI にて, 血管内腫瘍栓を形成した静脈内再発と診断した。ゲムシタピン+カルボプラチン療法を 2 コース施行したが, MRI で病変の増大を認めた。2nd line としてペムブロリズマブの投与を開始, 2 コース終了時点で病変の縮小と SCC の正常化が得られた。4 コース終了後にさらに縮小を認め, 現在も投与を継続中である。

扁平上皮への分化を伴う上部尿路上皮癌は約 10% 程度とされ,

PD-1 および PD-L1 の発現が一般的な尿路上皮癌よりも有意に高いことが報告されている。一方、尿路上皮癌の静脈内再発は非常に稀であり、予後不良とされている。ペンプロリズマブが奏功した本症例について、扁平上皮への分化を伴う尿路上皮癌と静脈内再発に関して若干の文献的考察を加え報告する。

尿管坐骨裂孔ヘルニアに対して腹腔鏡下ヘルニア修復術を行った2例の検討

安川流生・岩本秀人・山口広司・瀬島健裕（松江市立病院）

尿管坐骨裂孔ヘルニアは高齢女性に好発する稀な疾患で、側腹部痛や発熱などの症状を呈する。治療法には経皮的腎瘻造設や尿管ステント留置の他、開腹や腹腔鏡などでヘルニア門を修復する外科的治療があるものの、明確な治療指針は確立されていない。

我々の施設では尿管坐骨裂孔ヘルニアを2例経験し、いずれも腹腔鏡下にヘルニア修復術を施行した。2症例とも初期治療は尿管ステント留置による矯正を施行したが、抜去後に再発するために腹腔鏡手術を施行した。1例目は尿管ステント留置下の状況で、2例目は尿管ステント留置なしの状況で手術を施行した。

術前に尿管ステント留置にて尿管を矯正した場合、ヘルニア門が判別できず効果的な修復が困難になる可能性がある。しかし術前に水腎症は軽快し、手術待機中の症状はほぼない。一方、尿管嵌頓状態での手術ではヘルニア門の観察は容易であるが、急性期の炎症によって尿管周囲組織の癒着が見られるため、安全な手術アプローチが比較的困難となる。また手術待機中に水腎症による諸症状が問題となる。

これらの経験から、尿管坐骨裂孔ヘルニアの治療には個々の症例に応じた慎重な判断が必要であり、施設の能力を考慮した適切な治療法の選択が求められると考える。

本発表では、上記の2症例の報告に加え、この稀な疾患に対する理解を深めるために坐骨裂孔ヘルニアの解剖や各症例で行った手術手技についても検討し、報告する。

皮膚筋炎増悪を契機に診断された後腹膜脂肪肉腫の1例

前田大輝・木村有佑・山根浩史・清水龍太郎

西川涼馬・山口徳也・森實修一・引田克弥

本田正史・武中 篤（鳥取大学）

症例は71歳、男性。X-7年より皮膚筋炎に対して膠原病内科で加療中であった。X年6月に皮膚症状が悪化、7月に呼吸や嚥下機能の悪化を認め、皮膚筋炎再燃と診断された。抗TIF-1 γ 抗体陽性を認め、悪性腫瘍による皮膚筋炎増悪が疑われた。CT検査で、右腎を腹側に圧排し、不整に造影される18cm大の後腹膜腫瘍を認め当科紹介となった。経皮的腫瘍生検を行い、高分化型ないし脱分化型の脂肪肉腫と診断された。造影MRI検査では腫瘍は肝、十二指腸に接し、Gerota筋膜内にも腫瘍を疑う画像所見を認めた。X年9月に造影CT検査を再検、腫瘍は20cm大に増大し、下大静脈との間にも微小浸潤が疑われた。X年10月に開放後腹膜腫瘍摘出術、右腎合併切除術を施行した。十二指腸、下大静脈との間に軽度の癒着を認めたが、明らかな浸潤は認めなかった。手術時間4時間39分、出血量630ml、摘出重量3.0kgであった。経過良好で術後10日目に退院となった。病理所見は豊富な繊維性間質を背景に異型細胞が不規則に増殖、大小不同の脂肪細胞、花冠状の多核を

有する大型細胞を認め、一部で腫瘍壊死を伴う所見を認めた。免疫染色ではp16陽性、CDK4陽性、MDM2一部陽性であり、脱分化型脂肪肉腫と診断された。腫瘍摘出後、胸腹部、下肢の皮膚所見は改善傾向である。我々が経験した症例について考察を交え報告する。

精巣悪性リンパ腫の2例

神澤和慶・盛谷直之（浜田医療センター）

山本智彦（同 病理診断科）

三原 悠（山陰労災病院）

精巣原発びまん性大細胞型B細胞リンパ腫（DLBCL：diffuse large B-cell lymphomas）は全非ホジキンリンパ腫の1-2%を占め、推定発生率は年間0.26人/10万人、患者の約85%は60歳以上である。リンパ腫は精巣悪性腫瘍全体の1-7%を占めるに過ぎないが、50歳以上の男性の精巣腫瘍では最もよく認められている。また、精巣原発DLBCLは対側の精巣や中枢神経系などいくつかの節外部位に全身性に播種する傾向を示す。

症例1は69歳、男性。X年4月4日、3カ月前からの右陰嚢腫大を自覚し当科を受診した。右陰嚢内に弾性硬の腫瘤を認め、採血上は可溶性IL-2受容体690と軽度の上昇のみ、画像上は明らかな転移所見は認められなかった。4月10日に右高位精巣摘除術を施行、病理結果はDLBCLの診断であった。PET-CTで四肢にリンパ節腫大指摘あり、年齢等も加味してIPI（International Prognostic Index）スコア2以上としてPola（ボラツズマブ・ベドチン）併用R（rituximab）-CHOP（cyclophosphamide, doxorubicin, vincristine, prednisone）療法6コースに加えて再発予防として対側精巣の放射線照射、大量MTX（Methotrexate）療法を2コース行い、現在まで再発なく経過している。

症例2は73歳、男性。X+2年2月22日、右精巣の硬結を自覚し当科を受診した。画像上明らかな転移所見を認めず、採血上も特記すべき所見は認められなかった。3月4日に高位精巣摘除術を施行した。病理結果はDLBCLの診断であった。PET-CTでは明らかな転移所見指摘されず、化学療法導入目的に他院紹介、現在治療中となっている。

今回我々は精巣原発悪性リンパ腫の2例を経験したので考察を交えて報告する。

局所陰圧閉鎖療法が有用であったフルニエ壊疽の2例

寺岡祥吾（鳥取県立厚生病院）

症例1は75歳、男性。元々、脳出血後遺症にて気管切開、胃瘻造設、寝たきりで全介助の状態であった。前医入院で定期的に尿道カテーテル交換となっていたが、尿道損傷の炎症が波及し会陰部から右側腹部までの壊死性筋膜炎・敗血症性ショックに至り当院緊急搬送となった。症例2は76歳、男性。コントロール不良な糖尿病があり、数日前より歩行困難となり近医受診されフルニエ壊疽として当科へ紹介となった。2症例とも抗生剤等投与による全身管理を行い、適宜デブリードマンを実施した。潰瘍部へは生理食塩水による洗浄を繰り返し行い、局所感染が沈静化した時期より局所陰圧療法であるVacuum-Assisted Closure（VAC）療法を開始した。VAC療法とは、創部をドレッシング材で被覆し、内部を持続または間欠的に陰圧にする装置にて吸引し治癒を促進させる治療法である。創傷管理関連の特定行為の1つとされ、看護師が医師の指示の

もとで手順書に従って実施することが可能な手技となっている。創傷の広さ、深さから難治性と思われたフルニエ壊疽後の潰瘍部の治療に、多職種連携を図りながら VAC 療法を施行し、有用であったため報告する。

比較的急な経過をたどった骨盤臓器脱の1例

倉繁拓志・宗田大二郎・松島萌希・平田武志（鳥取市立病院）

症例は 79 歳、女性。2000 年 9 月不正性器出血、頻尿を主訴に前医産婦人科を受診し、膣外へ脱出する子宮脱の加療目的のために 10 月 1 日当科紹介となった。初診時、子宮脱 POP-Q stage4、子宮頸部のびらんから出血を認め、腹部超音波検査では両側ともに水腎症は認めず、残尿は少量であった。10 月 18 日再診時には残尿は認めなかったが、両側水腎症が出現、腎機能は Cr 0.51 mg/dl, eGFR 85 であった。10 月 22 日下腹部痛を主訴に再診、尿閉のために尿道カテーテルを留置により約 950 ml の尿が排出、この時尿道に異常所見は認めなかった。尿道カテーテル留置後、両側水腎症は改善せず 10 月 27 日 Cr 0.65 mg/dl, eGFR 64 と悪化傾向にあったために 10 月 28 日に腹腔鏡下仙骨陰固定術（LSC）を施行した。術中、尿道カテーテル交換時に尿道が外尿道口より全周性、浮腫状に脱出、暗赤色から黒色を呈し、絞扼性尿道脱と診断した。LSC と併せて急遽、尿道脱切除術も施行した。（手術時間 6 時間 36 分）術後、腎機能は Cr 0.43 mg/dl, eGFR 103 に改善し、両側水腎症も軽快した。術後 5 日目に尿道カテーテル抜去後、腹圧性尿失禁（de novo SUI）となり、術後 6 カ月目に TVT を施行し尿失禁は消失した。骨盤臓器脱で排尿困難、水腎症をきたしうるが、急な経過をたどった報告は少ないため報告する。

持続勃起症の一例

田村 丈・清水龍太郎・前川高熙・山根浩史

西川涼馬・木村有佑・山口徳也・森實修一

引田克弥・本田正史・武中 篤（鳥取大学）

症例は 16 歳、男性。X 年 3 月部活動中に会陰部を打撲した。その後性交渉あり、性交渉後より陰茎の疼痛が出現した。翌日より勃起が持続するようになり、近医泌尿器科を受診し、4 月持続勃起症で当科紹介となった。当科受診時、陰茎はやや下垂し不完全勃起の状態、血色は良好、触診で軽度疼痛を認めた。エコー検査で右陰茎海綿体内に拍動性血流を認めた。ダイナミック造影 CT で右陰茎海綿体内に濃染域を認め、陰茎海面体の血液ガス分析では PaO2 87.6 mmHg, PaCO2 37.9 mmHg, pH 7.414 と動脈血の所見であった。以上より非虚血性持続勃起症と診断し、まずは保存的加療の方針とした。その後勃起長と緊満感はやや改善を認めるも、エコー検査で右海綿体動脈の拍動性血流は改善せず、8 月に超選択的動脈塞栓術の依頼で放射線科に紹介した。先行して右内腸骨動脈、右内陰部動脈、海綿体動脈より血管造影を行い海綿体動脈より動静脈瘻の描出を認めた。塞栓術による合併症のリスクを説明した上で塞栓術を希望されたため、後日海綿体動脈の分枝 2 カ所より塞栓術を施行した。左内腸骨動脈の血管造影でも動静脈瘻を認め、左右の交通が考えられ、左海綿体動脈の分枝も塞栓した。塞栓術を施行後、触診上はやや硬さが残存するが、施行前より改善を認め、エコー検査で拍動性血流は消失し、性行為も可能となった。我々が経験した症例

について文献的考察を加えて報告する。

下部尿路排尿障害から尿閉で入院中、自宅退院を目的として尿道ステント留置が奏功した2例

大西浩生・中村成伸・本田 聡（大田市立病院）

【背景・目的】下部尿路排尿障害により腎後性腎不全や腎盂腎炎に至るケースは比較的多いが、薬物治療が奏功せず侵襲的な手術治療の適応もなく、かつ自己抜去のリスクの観点から尿道カテーテルを留置した状態での自宅退院が困難なケースは少なくない。尿道ステントは古くから使用されてきたがその適応は限られており、今回、当院において、特殊な患者背景から尿道ステント留置した 2 例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。【結果】症例 1 は 90 代、男性。かかりつけ医での血液検査で腎機能悪化を認め、腎後性腎不全を疑われ、当科紹介受診し、尿閉状態であったため同日入院した。症例 2 は 90 代、男性。かかりつけ医での血液検査で炎症反応高値を認め当院に救急搬送、真性包茎および尿閉状態であり同日入院した。いずれも抗菌薬治療後、尿道カテーテル抜去を試みたが自排尿は乏しく、患者背景から自己導尿は不可であり尿道留置カテーテル管理は自己抜去の可能性があり、退院を見据え検討した結果、前立腺部尿道から外尿道括約筋まで及ぶ形式での尿道ステント留置を行った。2 症例ともに腹圧性尿失禁はあるが残尿はなく、現在も問題なく経過している。【結論】尿道ステント留置が対象となる症例は限られているが、使い方によっては十分にその効果を発揮する。しかしながら結石形成や膀胱内への滑落などの合併症も多く報告されており、定期的に経過観察を行うことが重要で、また他疾患で救急受診する際などを考慮し、前もっての家族や施設スタッフへの十分な注意喚起が必要である。

尿道異物の一例

結城康平（公立邑智病院）

安食春輝（あさひまクリニック）

症例：81 歳、男性。主訴：尿閉。尿道への異物挿入により尿閉となり 2024 年 6 月 10 日、当院救急外来受診。CT 撮影で尿道異物疑いでの尿閉の診断、通常の尿道バルーンは留置不可能、同日、緊急での膀胱瘻造設術を施行、泌尿器科へ入院となった。まず、補液および抗菌薬点滴で、尿路感染症に対する加療を行った。2017 年、中心性脊髄損傷後での自己導尿の既往あり。3 カ月間自己導尿を行い、その後は自排尿可能な状態となり、自己導尿は終了となっていた。入院後、膀胱鏡を施行し、尿道に黒色のプラスチック様の異物あり、CT 検査でも同様の箇所にも長径 3-4 cm の異物あり、しかし本人への問診でも異物の詳細は術前の段階では判明しなかった。2024 年 6 月 27 日、全身麻酔下で経尿道的尿道異物除去術を施行した。硬性の膀胱鏡使用し、異物鉗子使用し、異物の端をつかみ、尿道から引き出す形での手術を行った。異物除去の際に尿道での抵抗あるものの、比較的スムーズに摘出することができた。異物はマジックペンのキャップであった。7 月 1 日、膀胱瘻カテーテル抜去、7 月 9 日、尿道バルーン抜去を行った。その後、自排尿可能、残尿 130 ml 程度だった。尿道異物は、本邦では多数の報告があるが、臨床の現場で遭遇することは比較的少ない疾患である。今回、文献的考察を加えて報告する。

難治性ハンナ型間質性膀胱炎の1例

眞砂俊彦（鳥取県済生会境港総合病院）

症例は73歳、女性。頻尿と蓄尿時痛にて近医で加療されていたが状態改善認めず、当科紹介となった。諸検査にて特記所見は認めず、悪性所見も否定されたが、膀胱鏡にてハンナ型潰瘍と五月雨状出血を確認した。尿流測定検査で尿量24 ml、最大尿流率3.4 ml/秒、平均尿流率2.1 ml/秒、排尿時間11.4秒、残尿は0 mlであった。症状スコアは3+5+4+3=15点、問題スコアは3+3+3+3=12点、膀胱痛の程度は9点に重症に分類された。またPUF症状スコアの合計は24点であった。間質性膀胱炎（ハンナ型）の診断にて、ジメチルスルホキシド（以下、DMSO）を2週間毎に計6回膀胱内投与を終了したが、投与中に明らかな有害事象は認めなかった。DMSO投与後のスコアは、症状スコア13点、問題スコア8点、膀胱痛の程度3点、PUF症状スコア17点と軽快傾向を呈していた。間質性膀胱炎は非常に稀な難治性疾患であり、患者の生活の質を著しく低下させることが問題であったが、DMSOの治療効果は高く、今後も症例数を重ね、本薬剤の有効性についてのさらなる検討が必要と思われた。

皮膚転移を契機に診断された膀胱癌 plasmacytoid subtype の一例

大松留実子・山元惇史・山口徳也・小山優里

山根浩史・清水龍太郎・西川涼馬・木村有佑

森實修一・引田克弥・本田正史・武中 篤（鳥取大学）

80代、男性。X年1月肉眼的血尿で他院を受診、膀胱鏡及びCT検査で明らかな異常を認めず、定期フォローとなっていた。X年4月左大腿の硬結を自覚し、当院皮膚科を受診、皮膚生検で尿路上皮癌の転移が疑われ当科紹介となった。膀胱鏡検査で膀胱内全体に不整な浮腫状粘膜を認め非典型的な腫瘍が考えられた。PET-CT検査で左内閉鎖筋、左大腿内側の筋及び筋膜に沿ってFDG集積を認め、大腿部の皮膚病変にもFDG集積を認めた。膀胱壁は全周性に肥厚、周囲に腹膜播種を疑う脂肪組織混濁と両側水腎症を認めた。イレウスを併発しており、イレウス改善後にTUR-BTを実施、病理結果はInvasive urothelial carcinoma, plasmacytoid subtype, pT2以上であった。左腎瘻造設後、GCa（ゲムシタピン、カルボプラチン）療法を開始した。GCa療法2コース後のCT検査では腫瘍増大を認めず、イレウスに対して人工肛門造設術を実施したが、腹膜播種による腸管の癒着が高度であり手術中止となった。徐々に全身状態が増悪し、BSCの方針となった。膀胱癌 plasmacytoid subtypeは膀胱癌の一亜型で予後不良とされる。浸潤傾向が強く、肉眼的な腫瘍形成が不明瞭であることが特徴である。腹腔内進展を来すことが多く、本症例のように筋膜に沿った進展を来した報告は少なく、考察を交え報告する。

骨髄癌腫症を合併した前立腺癌の1例

安藤 謙・藤川慎之介・永見太一

吉野干城（鳥根県立中央病院）

大沼秀行（同 病理診断科）

大畑佑弥、芝原彰良（同 初期臨床研修医）

杉谷智之（雲南市立病院）

骨髄癌腫症とは、固形癌に全身の広範なびまん性骨転移とDIC

などの血液学的異常を合併した病態とされている。前立腺癌についても報告は散見されている。今回、骨髄癌腫症を合併した前立腺癌を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

症例は66歳、男性。20XX年1月に食欲不振、2-3カ月前から持続する腰部痛、下肢の疼痛、痺れを主訴に当院救急外来を受診。初診時に間欠性跛行を認めていた。血液検査ではHb 9.1 g/dl、PLT 3.9万 / μ lと2系統の血球減少を認め、DICスコア7点で急性期DICの基準を満たした。また、PSA 1,689 ng/mlと高値、CTおよびMRIで第4腰椎の骨転移、脊髄圧迫の所見を認めた。臨床的に前立腺癌の多発骨転移と診断し、デガレリクス、デノスマブで治療開始した。脊髄圧迫による下肢麻痺と判断して、第4腰椎に緊急放射線照射（24 Gy/6 fr）を施行。貧血に対してはMAP6単位の輸血を行った。治療経過とともに徐々に血球減少は改善した。骨シンチの結果では両側肋骨に集積を認めた。第33病日の骨髄生検の結果、造血細胞は少量であり、異型細胞はAMACR（+）、NKX3.1（+）で前立腺癌骨髄浸潤の診断に至った。第38病日に前立腺生検を施行し、腺癌、Gleason score 4 + 5 GG 5の結果が得られた。第40病日に退院、アピラテロンを開始し、現在、PSAは30 ng/mlまで低下し、下肢の運動障害も顕著な増悪なく経過している。

骨盤内動静脈奇形に対する血管塞栓術を先行してロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術を施行した一例

坂上祐樹・小林祐介・河野慎司・田中 元・三谷一貴

大島勝太・原 尚史・坪井一朗・中島宏親

小川貢平・小池千明・井上圭太・和田耕一郎（鳥根大学）

中村 恩（同 放射線科）

末廣章一（同 心臓血管外科）

症例は60代、男性。PSA高値（5.118 ng/mL）で前医を受診し、MRIにて前立腺体部から尖部にかけての右辺縁域に前立腺癌を疑う所見を認めた。前立腺生検を施行し、GS: 3+4の前立腺癌と診断された。病期診断目的の造影CTで転移は認めず、ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術（RARP）目的に当科紹介となった。前医のCTで径23 × 15 × 18 mmの骨盤内動静脈奇形が疑われ、血管外科にコンサルトした。動静脈奇形近傍の高い静脈圧による術中出血量の増加が懸念されたため、動静脈奇形に対する血管塞栓術後にRARPを行う方針とした。放射線科に依頼し、RARPの3日前に血管塞栓術を施行した。塞栓術は左大腿動脈からアプローチし、閉鎖動脈末梢分枝の中核側をバルーン閉塞下に20%ブドウ糖液と無水エタノールを注入して副流出路を血栓化した後、コイル5本を使用して塞栓した。確認造影で流入血流の低下を認めるも下腎動脈から分枝する流入動脈が残存していたためコイル3本で塞栓した。十分に血流が低下したことを確認して終了した。RARPは手術時間3時間40分、出血量尿込み290 mLで、通常と同程度の出血に抑えて実施した。術後経過も問題なく、術後9日目に退院となった。

骨盤内動静脈奇形を有する前立腺癌に対し、血管塞栓術を先行して安全にRARPを施行できた症例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

全摘標本によって診断に至った前立腺原発濾胞性リンパ腫の1例

吉野干城・安藤 謙・藤川慎之介

永見太一（鳥根県立中央病院）

大沼秀行（同 病理診断科）

大畑佑弥・芝原彰良（同 初期臨床研修医）

杉谷智之（雲南市立病院）

前立腺原発濾胞性リンパ腫は極めて稀で、英語文献を含め、これまで少数例の報告にとどまる。診断に関しては前立腺生検やBPH手術の検体によってなされたものが大多数であるが、今回、全摘標本によって診断に至った症例を経験したため、過去の報告例とともに提示する。

症例は75歳、男性。他科CTでの前立腺腫大および尿勢低下を主訴に当科を紹介受診となった。PSA 8.9 ng/mlと高値を認め、MRI検査では前立腺 右辺縁域にPI-RADS category 4病変を観察した。経直腸的前立腺生検を施行し、3カ所に腺癌を認め、前立腺癌の確定診断に至った。病期評価にて転移を認めず、限局性前立腺癌の診断のもと、根治療法として、ロボット支援腹腔鏡下前立腺全摘除術を実施した。病理検査で各葉に腺癌を認め、pT2a, pN0, EPE0, SV0, LV1, RM0の診断であった。また、同時に前部線維筋性間質に異型リンパ球の濾胞状集簇を認め、免疫組織化学でCD20, CD10, Bcl-2が陽性であり、濾胞性リンパ腫 Grade1の混在を確認した。PET-CT、骨髄穿刺の結果、限局性リンパ腫と判断された。以上より確定診断は限局性前立腺癌および前立腺原発濾胞性リンパ腫 Ann Arbor分類病期I Eだった。追加治療は行わず、定期的に経過観察されている。術後6カ月目時点で腺癌およびリンパ腫の再発所見を認めていない。

後腹膜平滑筋肉腫の縦隔転移に対してゲムシタビン+ドセタキセル療法を施行した1例

清水 成・川本文弥・村岡邦康（鳥取県立中央病院）

症例は61歳、男性。X-5年にS状結腸癌 cT4aN1M0に対して腹腔鏡下S状結腸切除術を施行された。術後補助化学療法を行い、再発無く経過していた。

X-2年12月のCTで左腎上極に浸潤を伴う6 cm大の後腹膜腫瘤を認め、S状結腸癌の転移や副腎腫瘍、後腹膜腫瘍が考慮され当科紹介となった。副腎内分泌活性は認めず、X-1年1月にCTガイド下生検を施行し、平滑筋肉腫の診断であった。X-1年2月に左腎・後腹膜腫瘍摘除術を施行し、術後病理結果は平滑筋肉腫、切除断端陰性であった。

同年10月のCTで左肺上葉に結節影を認めた。S状結腸癌、平滑筋肉腫どちらの転移の可能性もある状況であったが、生検は困難な位置にあり、X年1月に当院呼吸器外科で胸腔鏡下右肺上葉切除術を施行され、平滑筋肉腫の転移の診断であった。X年2月にはCTで縦隔腫瘤を認め、平滑筋肉腫の縦隔転移としてドキソルビン単剤療法を開始した。3コース後にPDとなり、2nd-lineとしてX年5月からゲムシタビン+ドセタキセル（GEM+DTX）療法を開始し、腫瘍は縮小傾向でPRを維持している。

根治切除不能な進行軟部腫瘍に対する化学療法では、比較試験においてドキソルビン単独療法を超える治療成績を示したものは報告されておらず、標準治療に位置付けられている。ドキソルビン単独療法でPDとなり、2nd-lineとしてGEM+DTX療法を導入し、腫瘍縮小を得られた1例を報告する。