

第 141 回日本泌尿器科学会山陰地方会

日時 2025 年 6 月 21 日 (土) 14:30

会場 米子コンベンションセンター ビッグシップ 会議室 7

一般演題抄録

転移性ホルモン感受性前立腺癌に対する triplet 療法の初期経験

前田大輝・清水龍太郎・村岡邦康 (鳥取県立中央病院 泌尿器科)

【背景】転移性ホルモン感受性前立腺癌 (mHSPC) に対して、ADT に加えドセタキセルおよびダロルタミドを併用する triplet 療法は 2023 年 2 月に承認され、新たな標準治療の一つとなった。

【対象および方法】当院で triplet 療法を施行した mHSPC 患者 5 例を対象とし、PSA 推移及び有害事象について検討した。

【結果】患者の年齢中央値は 74 歳 (63 ~ 77 歳)、初診時 PSA 中央値は 306.3 ng/mL (66.0 ~ 2469.7 ng/mL) であった。全例に骨転移を認め、うち 2 例では内臓転移も有していた。PSA 値は全例で治療開始後速やかに低下し、全例で PSA90% 以上の減少を認めた。また、好中球減少症 (G4) を全例に認めた。肝機能障害や腹膜炎などの有害事象により治療変更が必要となった症例を 2 例認めた。

【結論】初期 5 例において、triplet 療法は高い PSA 反応率を示したものの、副作用により治療変更となった症例を 2 例認めた。本療法は mHSPC 患者に対する有力な治療選択肢となる可能性が示唆されたが、今後さらなる症例の蓄積と長期予後及び安全性の検討が必要である。

腫瘍崩壊症候群を発症した進行性前立腺癌の一例

長谷川 央・山元博史・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・森實修一

引田克弥・武中 篤 (鳥取大学 泌尿器科)

症例は 70 歳、男性。20XX 年 11 月に貧血、高 ALP、LDH 高値を指摘されたため血液内科を受診し、PSA 高値 (2571 ng/ml) と CT 検査による多発骨転移を指摘され、当科紹介となった。精査にて前立腺癌 cT4N1M1b, Gleason score (GS) 4 + 4 の診断となりホルモン治療の方針となった。LHRH アゴニストによる一過性のゴナドトロピン分泌刺激 (Flare up) を避けるため GnRH アンタゴニストの投与を入院にて行った。6 日間の入院で特に異常を認めず退院となった。退院 5 日後に、体動時の呼吸困難感あり救急外来を受診した。採血では腎機能低下、高尿酸血症、高リン血症を認め腫瘍崩壊症候群が最も疑われた。また多発骨転移による高 Ca 血症に伴う急性腎炎の合併も認め入院加療とした。Lac 正常で循環動態は安定しており、腎機能悪化も軽度のため緊急透析は行わず補液とラスブリカーゼ、エルシトニン投与を行った。第 4 病日には電解質、腎機能ともに正常化し、16 日後に退院となった。

腫瘍崩壊症候群は腫瘍細胞が急速に壊れることで細胞内成分が血中に放出されて起こる代謝異常であり致死的な疾患である。前立腺癌では非常に稀だが high volume 腫瘍、高 PSA、GS 高値などがリスク因子とされており注意が必要である。今回、腫瘍崩壊症候群を発症した進行性前立腺癌の一例を経験したため、文献の考察を加え

て報告する。

膀胱全摘除術、両側尿管皮膚瘻造設後のストーマ部に発生した偽癌性過形成の一例

神澤和慶・門脇浩幸・田路澄代 (山陰労災病院 泌尿器科)

偽癌性過形成 (pseudocarcinomatous hyperplasia) は偽上皮性過形成 (pseudoeipitheliomatous hyperplasia) とも呼ばれ、慢性的な刺激等により、いぼ状、乳頭状に表皮が真皮へ向かって高度に肥厚、延長して侵入し、有棘細胞癌に類似する組織所見を呈するものである。尿路ストーマ領域では、主に尿やアルカリ性排泄物の付着による浸軟、慢性的な皮膚刺激から、角質が増生、表皮肥厚をきたし、排泄物に暴露される凹凸不整の部位に一致する皮膚に乳頭腫様の皮疹を有する。

症例は 77 歳、男性。X-4 年 7 月、多発膀胱癌 (urothelial carcinoma, G3, pT1 with glanular differentiation) に対して膀胱全摘除術、両側尿管皮膚瘻造設が施行された。X-2 年 5 月の画像フォローで左内腸骨領域リンパ節の腫大や膀胱側尿道の結節状病変が認められ、術後再発として Gemcitabine+Carboplatin 療法を 6 コース実施した。X-1 年 3 月に右肺転移の指摘あり、Pembrolizumab 療法に変更し 4 コース実施後、間質性肺炎の増悪あり中止、画像上は局所再発や尿道再発の指摘なく、以降外来で経過フォローされていた。X 年 2 月頃からストーマ周囲に径 3 cm、高さ 1 cm 程度の結節あり、組織生検病理は重層扁平上皮過形成の診断で経過を見ていた。9 月には結節増大、ストーマ周囲肉芽形成による肥厚でパウチ貼付困難となりストーマ再形成術が施行され、術後病理は偽癌性過形成の診断であった。その後同部位に明らかな再発所見は認めていないがストーマ狭窄のため両側ステント留置対応となっている。

今回我々は尿路ストーマに発生した偽癌性過形成の 1 例を経験したので考察を交えて報告する。

当院におけるエンホルツマブベドチン+ペムプロリズマブ併用療法の初期経験

坂本憲生・本田正史・大野博文 (松江赤十字病院 泌尿器科)

近年、進行性尿路上皮癌に対する治療としてエンホルツマブベドチン (以下 EV) とペムプロリズマブ (以下 Pemb) 併用療法が有望視されている。当院でも導入したため、初期経験について報告する。症例は 2025 年 1 月から 4 月まで当院で EV + Pemb 併用療法を行った 3 例。症例 1 は 76 歳、男性。pT4aN0M0 に対し 20XX 年 5 月に膀胱全摘実施、同年 12 月に骨盤内左側に再発を疑う軟部腫瘤と腹膜播種による左水腎症を認めた。2025 年 1 月に併用療法を開始し、3 コース後に肝機能低下や味覚障害を認め 4 コース目から EV を 1 段階減量したが、同年 3 月時点の CT で縮小を維持している。症例 2 は 78 歳、男性。BCG 膀胱内注入後に再発した上皮内癌症例で、20XX - 1 年 10 月に膀胱全摘を実施した。2025 年 1 月の

PET-CTで多発リンパ節転移を認め併用療法を開始した。2コース目から味覚障害を、3コース目から食欲不振を認めたため4コース目からEVを1段階減量した。3月時点のCTでリンパ節転移の縮小を認めている。症例3は79歳、男性。20XX-2年4月に初発のTURBTでpT1N0M0の診断であったが、2025年2月に多発リンパ節転移を認めたため4月から併用療法を開始した。その後、皮疹を認めたため2コース目からEVを1段階減量して継続している。副作用により減量を要したが治療効果も認めており、引き続き慎重に経過を確認していく。

子宮頸部への上皮内進展を認めた膀胱上皮内癌の一例

榎 迪洋・西川涼馬・星野貴洋・山元博史・大松留実子
山根浩史・木村有佑・藤井央法・山口徳也・森實修一
引田克弥・武中 篤（鳥取大学 泌尿器科）

症例は63歳、女性。下腹部痛、頻尿、血尿を主訴に前医を受診した。尿細胞診Class III b、膀胱鏡検査にて発赤粘膜を認め、X年12月に精査加療目的に当科紹介となった。MRI検査では多発子宮筋腫や子宮内膜症を認めたため、当院女性診療科に紹介としたが、子宮頸部・内膜の細胞診で異形成が否定できない所見のみであり、一旦経過観察の方針となった。X+1年1月に当科にて経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行し、膀胱上皮内癌の診断となった。BCG膀胱内注入療法を計6回施行後の膀胱ランダム生検では腫瘍の残存を認めなかった。その後再発なく経過していたが、X+3年6月に女性診療科で子宮頸部細胞診異常に対して子宮頸部円錐切除術を施行されたところ、膀胱上皮内癌の子宮頸部浸潤と診断された。尿道、外陰部、陰壁を介して上皮内進展を起こした可能性が考えられた。また、CT検査で左下部尿管癌の併発も疑われた。明らかな遠隔転移やリンパ節転移を認めず、X+3年10月より術前化学療法としてゲムシタピン+シスプラチン療法を2コース行い、X+4年1月にロボット支援下左腎尿管全摘+膀胱・子宮・陰全摘+尿管皮膚瘻造設術を施行した。病理診断では陰と外陰部に尿路上皮内癌の上皮内進展を認めたが、膀胱や子宮に腫瘍の残存を認めなかった。以後再発なく経過している。子宮頸部に上皮内進展を認めた膀胱上皮内癌の一例を報告する。

腎盂癌と鑑別が困難であった腎サルコイドーシスの一例

阿部幹也・山口徳也・山元博史・大松留実子・山根浩史
西川涼馬・木村有佑・藤井央法・森實修一・引田克弥
武中 篤（鳥取大学 泌尿器科）

症例は71歳、男性。前立腺癌に対する密封小線源治療後の経過観察のCT検査にて左腎に37mm大の腫瘍性病変が指摘された。造影CT検査では左腎腫瘍は境界不明瞭で緩徐な造影効果が認められ、腎門部のリンパ節腫大が疑われた。腎癌、浸潤性腎盂癌、悪性リンパ腫などが鑑別として挙げられた。左逆行性腎盂造影検査では左腎盂に陰影欠損は認めなかったが、左分離尿細胞診はclass IIIであった。CTガイド下左腎腫瘍生検を実施したところ、非乾酪性類上皮細胞性肉芽種の所見であった。尿細胞診異常があり、尿路上皮癌の除外が必要と考え、左尿管鏡検査をX年12月に実施した。左腎盂尿管内には明らかな腫瘍性病変は認めず、腎盂、尿管生検による病理組織結果では腎盂尿管移行部の生検組織より、CTガイド下生検と同様の非乾酪性類上皮細胞性肉芽種を認めた。膠原病内科に

紹介、心臓や眼を含む全身精査の結果、他部位に病変を認めず、腎サルコイドーシスの診断となった。腎臓内科へ紹介し、腎障害や高カルシウム血症は認めず、経過観察の方針となった。

サルコイドーシスは10万人に1～2人程度の発症頻度であり原因は未だ不明である。一般的には呼吸器病変、眼病変、心臓病変を発症し診断に至る例が多い。今回、腎盂癌と鑑別に難渋した腎サルコイドーシスの一例を認めたため報告する。

β-D グルカン高値が遷延した真菌性尿路感染症の1例

吉岡彩織・井上圭太・坂 孝太・芝原彰良・坂上祐樹・大島勝太
原 尚史・小林祐介・中島宏親・小川貢平・小池千明
本田 聡・椎名浩昭・和田耕一郎（鳥根大学 泌尿器科）
真菌性尿路感染症は比較的稀である。今回、治療後もβ-D グルカン高値が遷延したCandida glabrataによる尿路感染症および、真菌血症を経験した。

症例は86歳、男性。膀胱癌に対する経尿道的手術の既往で当科通院中であった。排尿状態は良好であったが、膿尿を認めていた。第0病日、発熱と悪寒を主訴に当院救急外来を受診、細菌性の尿路感染が疑われ経口抗菌薬を処方された。第1病日、悪寒戦慄と嘔吐、経口摂取困難のため当院へ救急搬送となった。炎症反応の上昇と、β-D グルカンが65.2 pg/mLと高値を認め、前日の尿・血液培養の結果から真菌性尿路感染症及び真菌血症の診断で尿道カテーテル留置の上入院となった。入院時のCTで胸腹部に真菌球を認めず、真菌性眼内炎も否定的であったが、MRIで前立腺左葉の移行域に8×5mm大の膿瘍を疑う病変を認めた。

ホスフルコナゾールの投与を開始し、その後同定されたC. glabrataの薬剤感受性を考慮してミカファンギンへ変更した。解熱と炎症反応の低下が得られ、第24病日のMRIで前立腺膿瘍は縮小が認められた。β-D グルカンは62.5 pg/mLと高値が持続したためフルシトシンを追加したが、第30病日で64.0 pg/mLと高値が遷延した。臨床経過より抗真菌薬による治療は有効であるとして、第34病日に投与を終了、発熱や炎症反応の再燃を認めず経過観察中である。

β-D グルカンは診断に有効であるが、治療効果の指標とは必ずしもならない、との報告も散見される。本症例に若干の文献的考察を加え報告する。

生体腎移植後の難治性リンパ漏に対してリンパ管造影が有用であった1例

坂上祐樹・坂 孝太・芝原彰良・吉岡彩織・大島勝太
原 尚史・小林祐介・中島宏親・小川貢平・小池千明
井上圭太・本田 聡・椎名浩昭
和田耕一郎（鳥根大学 泌尿器科）

症例は40代、女性。血液型はAB型+。常染色体顕性多発性嚢胞腎(ADPKD)を原疾患とする末期腎不全に対し、透析導入から2カ月後にB型+の夫をドナーとするABO血液型不適合生体腎移植を施行した。術前の抗B抗体(IgG)は×8で、脱感作はリツキシマブ200mg、二重濾過膜血漿交換(アルブミン置換)を2回施行、術直前の抗B抗体は×2であった。手術は腎動静脈1本ずつをそれぞれ右外腸骨動静脈に端側吻合し、手術時間7時間12分、出血量140mLで終了した。術後より後腹膜ドレンからの排液量が多

く、ドレナージ継続や安静による保存的治療を行うも改善に乏しかった。術後 25 日目に経皮的リンパ管造影を実施した。25G 針を右鼠径リンパ節にエコーガイド下にリピオドールを 3 mL 注入、右外腸骨動脈周囲と思われる部位でリークを認めた。施行後より排液量は徐々に減少し、術後 36 日目にドレンを抜去、術後 43 日目に退院となった。

腎移植後のリンパ漏はグラフトのリンパ管、レシピエントのリンパ管由来が考えられる。本症例はリンパ管造影の結果から、術中のレシピエントのリンパ管の結紮が不十分であった可能性が示唆された。リンパ管造影は診断と治療を兼ねた比較的低侵襲な手段であり、保存的治療で改善が見られない術後リンパ漏に対して有効な選択肢となり得る。生体腎移植後の難治性リンパ漏とそのマネジメントに関して若干の文献的考察を加え報告する。

生体腎移植後、移植尿管膀胱吻合部狭窄による水腎症に対して経尿道的尿管拡張術を実施した一例

清水 成・磯山忠広（米子医療センター 泌尿器科）

症例は 56 歳、女性。常染色体優性多発性嚢胞腎による末期腎不全で腹膜透析、血液透析を経て X-5 年に夫をドナーとする血液型一致生体腎移植を実施した。尿管膀胱吻合は Lich-Gregoir 法で行った。術後 9 日で尿漏を認めたほかは特記すべき合併症なく経過した。

X-1 年 10 月、腎機能悪化と CT で尿管膀胱吻合部から尿管拡張、水腎症を認め、移植尿管閉塞に伴う腎後性腎不全の診断で当科紹介となった。尿管ステント留置を試みたが、逆行性留置は困難であった。経皮的腎杯穿刺による順行性留置を試みたところ、当初腎盂尿管造影で膀胱内への造影剤流入は確認されなかったが、ガイドワイヤーは膀胱内に挿入することができ、尿管ステントを留置することができた。その後腎機能は速やかに改善し、11 月に狭窄部確認目的の尿管鏡検査を予定した。手術では、尿管口部の狭窄で尿管鏡は挿入困難であり、バルンによる尿管拡張術を先行した。高圧尿管バルンダイレーターを用いて 15 atm × 3 分で計 3 回拡張を行った。その後は尿管鏡が挿入可能となり、尿管内の観察を行ったが、吻合部の浮腫状隆起を認めるのみであった。生検では特記所見は認めなかった。X 年 1 月に尿管ステントを抜去、その後腎機能悪化や水腎症なく経過している。

腎移植後尿管狭窄に対しては、バルン拡張による狭窄解除が低侵襲であるが、症例によっては開放手術が必要となる場合もある。経尿道的尿管拡張術が有効であった一例を経験したため報告する。

集学的治療を行った転移性副腎皮質癌の一例

安川流生・山根浩史・山元惇史・大松留実子・西川涼馬
木村有佑・藤井央法・山口徳也・森實修一・引田克弥
武中 篤（鳥取大学 泌尿器科）

症例は 23 歳、女性。体重増加を主訴に近医を受診し、満月様顔貌および眼瞼浮腫を指摘された。造影 CT 検査にて左副腎に約 80 mm 大の内部不均一な腫瘤と、肝転移、第 2 腰椎転移を疑う所見を認めた。血中 ACTH は低値であったが高コルチゾール血症を呈しており、ACTH 非依存性クッシング症候群を伴う左副腎皮質癌が疑われ、当院へ紹介となった。内分泌内科との協議の結果、腫瘍減量およびコルチゾール過剰産生に伴う症状緩和を目的に、化学療法に先行して左副腎摘出術を行う方針とした。腫瘍は横隔膜と脾臓な

どの周囲臓器との強固な癒着が想定されたため、消化器外科、呼吸器外科のバックアップのもと手術を施行した。手術時間は 6 時間 8 分、出血量 380 ml、腫瘍は横隔膜、脾臓、脾臓との癒着を認めたが、横隔膜の一部を含めた腫瘍切除と横隔膜の縫合再建により左副腎は摘出可能であった。摘出標本の病理結果は Weiss 分類の 9 項目中 7 項目を満たす副腎皮質癌の診断であり、切除断端は陰性であった。術後にミトタンを導入されたが、肝転移の増大を認めた。エトポシド・ドキソルビシン・シスプラチンにミトタンを併用した多剤併用化学療法へ移行し、現在治療を継続している。副腎皮質癌は予後不良な疾患であり、手術、薬物療法、放射線療法等を組み合わせた集学的治療を行うことが重要とされている。多診療科が連携し、集学的治療を行った転移性副腎皮質癌の一例を報告する。

金属マーカーを挿入して定位放射線療法を施行した腎癌の 1 例

三原 悠・岩本秀人・山口広司

瀬島健裕（松江市立病院 泌尿器科）

安川流生（鳥取大学 泌尿器科）

症例は 88 歳、男性。X 年 3 月に造影 CT にて右腎癌を疑われ当科に紹介となったが、合併症も多く経過観察となっていた。X+1 年 6 月には腫瘍の増大傾向あり腎生検にて淡明細胞型腎細胞癌の確定診断となった。全身評価の結果転移は指摘されず、局所治療として定位放射線療法を希望された。その後エコーガイド下に金属マーカーを腫瘍尾側の腎実質に留置し、後日定位放射線療法（36Gy/3fr）を開始した。

従来、腎癌は放射線療法の感受性が低い腫瘍と考えられていた。しかし近年では定位照射のような 1 回大線量による照射によって局所制御率が良好であり根治目的で行われるようになってきている。腎癌に対する定位放射線療法は 2018 年より本邦で保険適用となった。

また体幹部定位照射（SBRT）では腫瘍位置を正確に把握するために、病変周囲に目印となる金属マーカー留置が行われる。主に前立腺、肺、肝臓、脾臓などで使用されることが多いが、腎癌に対して使用した報告はない。今回我々は腎癌に対して金属マーカーを挿入して定位放射線療法を施行した 1 例を経験したため報告する。

左腎細胞癌に対する後腹膜鏡下腎部分切除後にポート部再発を来した 1 例

小林直人・小野孝司（鳥取赤十字病院 泌尿器科）

症例は 66 歳、男性。X - 4 年検診エコーで左腎に 4.5 cm の腫瘍を指摘され近医より紹介、左腎癌の診断で 1 年後腹膜鏡下腎部分切除術を施行した。淡明細胞癌 G1 pT1b、切除断端陰性であった。その後定期フォローしていたが、X 年 3 月 CT で腹壁に 3 cm の腫瘤を認めた。エコー下生検で淡明細胞癌あり、腎癌術後ポート部再発と診断した。4 月よりペンプロリズムズ・レンパチニブ併用療法を開始、計 10 コース施行し腫瘍は CT 上ほぼ消失した。12 月腫瘤切除術を施行、結果悪性所見は認めなかった。定期フォロー中であるが現在再発を認めていない。

腹腔鏡手術後のポート部再発は外科・婦人科など他領域でも報告があるが、腎癌によるものはまれであるといわれている。今回我々は術後 38 カ月で再発を来した 1 例を経験したので報告する。

当院における前立腺水蒸気治療（Water vapor energy therapy：WAVE 治療）の初期経験

杉谷智之（雲南市立病院 泌尿器科）

前立腺肥大症（Benign Prostatic Hyperplasia：BPH）に対する新規低侵襲手術として 2022 年に経尿道的水蒸気治療（Water vapor energy therapy：WAVE 治療）が本邦で保険適応となった。WAVE 治療は Rezum システムを使用し、デリバリーデバイスから 103℃ の水蒸気を約 9 秒間噴霧することで、前立腺組織を約 70℃ まで上昇させ、組織を壊死させる。壊死した細胞が 1-3 カ月で体内に吸収されて尿道が拡張する。

対象は 2024 年 12 月に当院にて WAVE 治療を行った 6 例。年齢中央値 79.5 歳、術前に尿道カテーテル留置を行っている症例 2 例。前立腺体積中央値 51 ml、手術時間中央値 12 分。術中に手術手技に起因した追加治療を要する合併症は認めなかった。術後 2 例とも尿道カテーテルを離脱することができたが、1 例で Clavien-Dindo 分類 Grade1 の排尿障害、Grade2 の尿路感染症で抗生剤治療を要したため、術後 2 カ月後に離脱可能であった。その他の症例で合併症は認めなかった。IPSS、QOL、OABSS の術後 3 カ月時点での改善率はそれぞれ 51.6%、54.5%、48.9% であった。Qmax、PVR も術前と比較し改善を認めた。

当院の治療成績は少数例ではあるが既存の報告と遜色なく、安全に導入できている。今回文献的考察を含め報告する。

膀胱に生じた異所性子宮内膜症の 1 例

永見太一・安藤 謙・藤川慎之介

吉野干城（島根県立中央病院 泌尿器科）

大畑佑弥（同 初期研修医）

児玉光史（同 放射線科）

大沼秀行（同 病理診断科）

症例は 42 歳、女性。X 年 8 月に CT で膀胱に異常所見を認めたため、当院婦人科より当科紹介となった。肉眼的血尿や排尿時痛は認めず、X-16 年に子宮頸部円錐切除術、X-14 年に腹腔鏡下子宮付属器癒着剥離術の既往があった。MRI で右側壁に膀胱癌としては非典型的な腫瘍性病変を認め、膀胱鏡検査で右側壁の粘膜下腫瘍が疑われた。CEA・CA19-9 の上昇以外は主な腫瘍マーカーの上昇は認めず、異所性子宮内膜症を含む膀胱粘膜下腫瘍を疑い、経尿道的に切除生検を行った。術中所見は右側壁から後壁にかけて帯状の隆起を認めたが、膀胱粘膜に異常を認めず、粘膜下の病変と考えられた。同部位を固有筋層レベルまで切除した。病理組織学的検査で異所性子宮内膜症の診断に至り、ジェノゲスト内服で治療を開始した。X+3 年までの MRI で膀胱右側壁に認めた病変は縮小傾向を維持しており、現在も治療と経過観察を継続中である。

膀胱に生じる異所性子宮内膜症は比較的稀な疾患であり、血尿等により QOL の低下をもたらす。治療には手術や薬物療法等が報告されているが、病変の部位・範囲、骨盤手術歴や他部位の内臓症の状態を含めた骨盤内の状態、今後の挙児希望など複数の要因で治療が選択され、一定の見解はない。今回術前の画像診断で推測し得た膀胱子宮内膜症の 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。

PSA 低値で診断に至った遠隔転移を伴う前立腺癌の一例

松島萌希・宗田大二郎・平田武志・倉繁拓志

早田俊司（鳥取市立病院 泌尿器科）

症例は 69 歳、男性。X 年 7 月、健診で指摘された総胆管拡張精査目的の CT で前立腺癌直腸浸潤疑いを指摘されたため当科紹介となった。

自覚症状として排尿困難あり、直腸診で石様硬、直腸への腫瘍突出を認め、超音波検査で前立腺体積は 90 mL であった。iPSA 3.8 ng/mL、ProGRP、NSE は正常値であった。画像所見では前立腺癌被膜外浸潤、直腸前壁筋層浸潤、両側精囊浸潤疑いを認め、膀胱頸部にも腫瘍を疑う結節性病変を認め膀胱浸潤疑いであった。左閉鎖リンパ節、内腸骨リンパ節、直腸傍リンパ節腫大を認め、Th1 骨転移が疑われた。膀胱鏡検査では膀胱頸部および前立腺部尿道に軽度発赤を認めたが、明らかな粘膜変化は認めなかった。経直腸の前立腺生検を施行し、Gleason Score4+5 で神経内分泌変化は認めなかった。以上より前立腺癌 cT4N1M1b stage IV と診断し、Triplet 療法の治療方針とした。副作用として軽度の汎血球減少、末梢神経障害を認めたが、ドセタキセル 6 コースを完遂できた。終了時点で PSA は 0.008 ng/mL まで低下し、画像上前立腺径は約 49 mL と明らかに縮小し、リンパ節転移も縮小を認め PR であった。その後局所療法として放射線治療を追加、現在ダロルタミド内服継続中で明らかな増悪なく経過している。

PSA 低値進行前立腺癌はまれであり、今回 PSA 低値で遠隔転移を伴う前立腺癌の治療を経験したため、若干の文献的考察を交えて報告する。

シンポジウム抄録

S1. 島根大学における転移性去勢感受性前立腺癌（mCSPC）の治療戦略

中島宏親・坂 孝太・芝原彰良・坂上祐樹・吉岡彩織

大島勝太・原 尚史・小林祐介・小川貢平・小池千明

井上圭太・和田耕一郎（島根大学 泌尿器科）

近年、mCSPC に対して新規アンドロゲン受容体シグナル阻害薬（ARSI）が使用可能となった。さらに 2023 年にはドセタキセル＋ダロルタミド療法が選択肢に加わり、mCSPC の治療選択肢は飛躍的に拡充されている。

一方で、従来治療を含めたどの薬剤をどの患者に適用すべきか、という具体的な指針は確立されておらず、現場は混迷の中にあるともいえる。

当院における mCSPC 治療は、エビデンスを尊重しつつも、frailty や併存疾患の有無を含む高齢者機能評価、および転移のボリュームや Gleason grade などの腫瘍学的リスク評価、これらを組み合わせた個別化アプローチを実践している。

本講演では、当院の mCSPC 治療アルゴリズムの紹介と、具体的な症例を通した判断プロセスの実際をご紹介します。画一的なエビデンスの適用から一歩進んだ、柔軟かつ実践的な個別化医療の在り方を提示したい。

S2. 鳥取大学における転移性去勢抵抗性前立腺癌（mCRPC）の 治療戦略

星野貴洋・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・山口徳也
引田克弥・武中 篤（鳥取大学 泌尿器科）

近年、転移性去勢感受性前立腺癌（mCSPC）に対しては、アンドロゲン遮断療法（ADT）に新規アンドロゲン受容体シグナル阻害薬（ARSI）を併用するダブルット治療，あるいはARSIとドセタキセルを加えたトリプレット治療が標準治療となっている。これらの治療により，転移性去勢抵抗性前立腺癌（mCRPC）までの期間および全生存期間の延長が報告されている。一方で，ARSIを含むダブルット・トリプレット治療後のmCRPCに対するエビデンスは未だ十分ではなく，ARSI治療後のmCRPCの治療戦略は，従来のmCRPCとは異なる視点から再構築する必要がある。

ARSI治療後のmCRPCの治療においては，症例ごとに薬剤選択が求められる。BRCA 遺伝子変異の有無は必須の検査項目となり

つつあり，変異陽性例にはPARP 阻害薬の使用が可能である。骨転移例では，ラジウム-223による放射線内用療法も選択肢となる。がんゲノムプロファイリング検査により，高頻度マイクロサテライト不安定性（MSI-High）や高腫瘍遺伝子変異量（TMB-High）が認められた場合には，抗PD-1抗体薬の使用も検討される。

しかしながら，これらの治療が適応となる症例は一部に限られており，現在においてもmCRPCの治療においては化学療法が重要な選択肢である。まずドセタキセルを使用し，その後にカバジタキセルを用いる治療シークエンスが広く採用されているが，カバジタキセル後の次治療については，確立された治療法は存在しない。当科ではこのような症例に対し，2012年よりプラチナ製剤とドセタキセルの併用療法を導入し，一定の有効性を認めている。

本発表では，mCRPCに対する現在の治療選択肢と，当院における治療戦略，当科で実施しているプラチナ製剤を併用した化学療法の治療成績について報告する。