

第 151 回日本泌尿器科学会鹿児島地方会

日時 2025 年 12 月 7 日 (日)

場所 レクストン鹿児島

歯周病菌を起炎菌としたフルニエ壊疽の 1 例

玉井元規・上村康介 (鹿児島県立大島病院)

西 慶太郎 (同院歯科口腔外科)

満 純孝 (大島郡医師会病院)

今回、歯周病菌を起炎菌としたフルニエ壊疽の症例を経験したため、若干の考察を加えて報告する。

症例：65 歳，男性。高血圧症以外に特記すべき既往はない。前医受診 7 日前から 38.9℃ の発熱と陰嚢部違和感を自覚し，当院受診時には左鼠径部の軽度発赤を認めたため蜂窩織炎と診断し入院となった。翌日の CT で下腹部から鼠径部にかけて皮下にガス像を認め，フルニエ壊疽が疑われ当科紹介となった。同日，緊急デブリードマンを施行し，前医に引き続きタゾバクタム・ピペラシリンナトリウム (TAZ / PIPC) による治療を継続した。創部膿汁培養から歯周病菌の一種である *Parvimonas micra* が検出され，また口腔内の診察では重度の歯周炎を認めた。創部洗浄と抗菌薬治療に加え，口腔外科にて抜歯を行った。術後経過は良好で，術後 41 日目に創部閉創目的で形成外科へ紹介となった。

フルニエ壊疽は 50 ～ 60 代男性に多い外性器周囲の感染性壊死性筋膜炎であり，起炎菌は大腸菌が最多で，*Bacteroides* 属や *Streptococcus* 属も多く報告されている。本症例では，*P. micra* が口腔内から血行性に感染した可能性が示唆された。*P. micra* は常在菌で低病原性とされるものの，高齢者や免疫不全者では致死性の敗血症の報告もある。しかし，*P. micra* 単独での血行性感染は非常に稀とされ，多くは混合感染としてみられる。本症例も混合感染であったが，患者は比較的若く，糖尿病などのリスク因子は認めなかった。重度の口腔衛生不良が主たるリスク因子と考えられ，フルニエ壊疽の感染経路として尿路だけでなく口腔内も念頭に置き，感染源の適切な治療を行う重要性が示された。

陰嚢部痛を主症状とした結節性多発動脈炎の 1 例

米森 雅也・上前晃平・斎藤朗毅・西村博昭・一美貴弘

下稲葉耕生・中川昌之・常盤光弘 (今村総合病院)

川原優海 (同院救急・総合内科)

田代幸恵・二之宮謙次郎 (同院病理診断科)

坂田雅道・岡村俊介 (出水郡医師会広域医療センター)

【背景】結節性多発動脈炎 (polyarteritis nodosa : PAN) は中小動脈の壊死性血管炎であり，多彩な臓器症状を伴う全身性疾患である。PAN が陰嚢に局限して発症することもあり，その場合は診断に難渋することが少なくない。

【症例】症例は 75 歳，男性。X 年 9 月より体調不良が続く臥床傾向となった。X 年 9 月 29 日に右陰嚢部痛のためかかりつけ医を受診し，内服薬が処方されたが改善を認めなかった。10 月 2 日に発熱を伴い前医へ入院し，急性精巣上体炎・急性腎盂腎炎の診断で抗菌薬治療が行われたが，症状および炎症所見の改善は乏しかった。

10 月 10 日，原因検索と治療を目的に当院総合内科へ転院となった。来院時，陰嚢部の強い疼痛を訴える一方で，精巣上体の硬結や腫脹は認めなかった。血液検査では白血球数：23090/ μ L，CRP：36.27 mg/dL と著明な炎症所見を示した。入院後，メロベネムおよびバンコマイシンによる抗菌薬治療を開始したが反応は不良で，10 月 14 日に局所麻酔下で左精巣摘出術を施行した。肉眼所見では精索に炎症性肥厚を認めた以外，特記すべき異常はなかった。顕微鏡所見では，精巣・精巣上体・精索の中動脈壁内に，好酸球が比較的目的立つリンパ球を伴う炎症細胞浸潤と動脈壁の肥厚を認めた。さらに，フィブリノイド変性や内弾性板の断裂を示す部位があり，動脈を主体とする炎症の広がりが見られた。肉芽腫や多核巨細胞は認めず，PAN と診断した。その後，ステロイド治療により病状は速やかに軽快し，現在は外来で経過観察中である。

【結論】陰嚢部痛を主訴とし，診断に難渋した PAN の 1 例を経験した。陰嚢の限局的な症状を呈する PAN では感染症との鑑別が重要であり，病理組織学的評価が診断確定に有用である。文献の考察を加えて報告する。

高位総排泄腔遺残の 1 例 ～長期治療経過について～

榎木康人・竹山向日葵・川上一誠

川越真理・井手迫俊彦 (済生会川内病院)

井口智生 (鹿児島大学病院)

【はじめに】乳幼児期より診療を継続している高位総排泄腔遺残の 1 例の治療経過について報告する。

【症例】現在 13 歳，女性。生後間もなく総排泄腔遺残の診断で膀胱瘻造設術，回腸ストーマ造設術を受け，生後 5 カ月で初診となった。左腎は無機能で，右腎は著明に拡張した重複腔による右尿管圧迫のため重度の水腎症を呈していた。生後 8 カ月で膀胱皮膚瘻造設術，左陰皮膚瘻造設術，経左陰皮膚瘻の鏡視下陰中隔切開による右陰ドレナージを施行されるも発熱性尿路感染症 (fUTI) を繰り返したため，1 歳 4 カ月で両側膀胱尿管逆流防止術が施行され，その後は膀胱皮膚瘻管理を継続され UTI はコントロールされていた。3 歳 8 カ月時には腹腔鏡補助下直腸肛門形成術の際に結腸利用造陰術および左陰皮膚瘻閉鎖術が行われた。9 歳から 10 歳にかけては，陰口閉鎖に伴う陰子宮瘤膿症による緊急ドレナージを繰り返したが，9 歳 10 カ月で陰口形成術を施行された後は再閉鎖することなく経過し，12 歳 7 カ月で初潮を迎え，その後の経血の流出は問題ない。13 歳 1 カ月で回腸利用膀胱拡大術，右膀胱尿管逆流防止術，尿道閉鎖術，膀胱皮膚瘻閉鎖術，回腸利用腹壁導尿管造設術 (spiral Monti) が施行され尿禁制を獲得することができた。腎機能は幼児期からの eGFR 60 ml/min/1.73 m² 前後を安定して維持できている。

【まとめ】高位総排泄腔遺残の治療戦略はチャレンジングであるが，本症例では初診時より尿路感染症のコントロールと腎機能温存に徹し，早い段階で長期的な尿路 / 性路管理のプランを立て診療を

継続してきた結果、腎機能の維持や尿禁制の獲得が可能となり、性路のトラブルを回避できていると考える。

放射線治療後・尿管ステント留置中に発症した尿管内腸骨動脈瘻に対し経カテーテル動脈塞栓術が奏功した1例

松本紳吾・福元 快・有馬純矢・大迫洋一・宮元一隆
松下良介・鏑野秀一・榎田英樹（鹿児島大学病院）
中之蘭良太・林 完勇（同院放射線科）
玉井元規・上村康介（鹿児島県立大島病院）

【はじめに】尿管動脈瘻（Ureteroarterial Fistula：UAF）は、大量の血尿の原因となる稀な病態であり、骨盤内放射線治療歴や尿管ステント留置が主要なリスク因子とされる。

【症例】症例は67歳、女性。約20年前に子宮頸癌で骨盤内放射線治療歴があり、X-1年前からはS状結腸後腹膜穿孔による左尿管圧排性水腎症に対して左尿管ステント留置され、以後定期的に管理されていた。X年10月17日、肉眼的血尿を主訴に前医に入院した。当初は既往歴から放射線性膀胱炎と診断されたが、難治性で頻回の赤血球輸血を要した。10月31日の膀胱鏡検査にて左尿管ステント周囲に凝血塊付着を認め、ステント閉塞による水腎症の増悪も確認されたため、交換を試みた。ステント抜去直後に左尿管口より多量の血尿噴出を認めUAFが疑われた。保存的加療で一時的に止血したが、11月2日夜間に血尿が再燃したため、翌日ドクターヘリにて当院へ緊急入院となった。

【診断・治療】当院での造影CTにて、左尿管と内腸骨動脈間の仮性動脈瘤形成を認め、UAFと判断した。放射線科へコンサルテーションを行い、責任血管である左内腸骨動脈に対して、経カテーテル動脈塞栓術（Transcatheter Arterial Embolization：TAE）を施行した。TAE後は肉眼的血尿の再燃を認めず、また全身状態は安定したため、リハビリテーション継続目的に前医へ転院となった。

【結語】UAFは診断に難渋するが、重篤な血尿を伴うステント留置症例では本疾患を常に念頭に置く必要がある。本症例は迅速な診断とTAEにより救命し得た貴重な経験であり、その有用性について文献的考察を加えて報告する。

頭蓋咽頭腫術後の汎下垂機能低下症を合併している患者に対する生体腎移植の1例

高橋克弥・壁井和也・岩本亘平・長野祐樹・木村 薫
平山幸良・西原千香子・羽阪友宏・浅井利大・石井啓一
上川禎則（大阪市立総合医療センター）

汎下垂機能低下症は視床下部・下垂体障害により複数の下垂体前葉ホルモンが欠乏し、副腎不全・甲状腺機能低下症・性腺機能低下症など多彩な内分泌異常を呈する。腎移植患者では免疫抑制に伴う感染リスクに加え、副腎皮質ホルモン分泌不全によるストレス耐性低下が問題となり、周術期管理は細心の注意が求められる。本疾患を合併した腎移植例は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

症例は22歳、男性。11歳時に頭蓋咽頭腫術後より汎下垂機能低下症を発症し、ヒドロコルチゾン、レボチロキシン、デスモプレシン、性腺刺激ホルモン、成長ホルモンの補充療法を継続していた。12歳時にAlport症候群を指摘され、腎機能障害は進行しCKD5期に至ったため、母親をドナーとする先行的生体腎移植を施行した。術中に初尿を確認し移植腎機能は速やかに発現した。免疫抑制はタ

クロリムス、ミコフェノール酸モフェチル、メチルプレドニゾロン、バシリキシマブで導入した。副腎不全による循環不安定化を避けるためヒドロコルチゾンをストレス用量で投与し、術後漸減して維持量へ移行した。甲状腺および成長ホルモン補充は継続し、尿崩症に対しては術後4日間デスモプレシン持続投与後に点鼻薬へ切り替えた。術後は低血圧、電解質異常、感染、拒絶反応を認めず、1カ月後の血清Crは1.27 mg/dLと良好な腎機能を示した。

汎下垂機能低下症合併例の腎移植は稀であり、本症例は周術期における適切なホルモン補充の重要性を示す。特に副腎不全や尿崩症に対し、ストレス用量ステロイドおよびデスモプレシンを適切に調整することで循環動態と水・電解質バランスを安定化できた。既報でも副腎不全患者の手術時にはストレス用量ステロイドが推奨されており、本症例でも重篤な合併症を回避できた。本例は稀な内分泌異常合併例であっても、周術期の適切なホルモン補充と尿崩症管理により腎移植を安全に施行し得ることを示した。

重症腎不全からReverse可能であった2例

八木静男（八木クリニック）
坂口 大・大迫洋一・有馬純矢（鹿児島大学病院）
一美貴弘（今村総合病院）

当院は鹿児島市南地区で、鹿児島大学病院、鹿児島生協病院と並んで腎臓診療医として、一般医療施設からの慢性腎臓病に関する相談窓口として活動をしている。この5年間に慢性腎臓病（Chronic Kidney Disease：CKD）で他院からの紹介患者の総数は207件でありドップラーエコーを含めた腎機能評価を行い、腎庇護に努めている。最近重症の腎不全患者に対して、内科的、泌尿器科的なアプローチでReverse可能であった2症例を経験したので、若干の考察を加えて報告する。症例1は80歳台、男性。令和6年X月尿閉状態で受診、BUN 116 mg/dl、血清Cr値 11.03 mg/dl、USで両側水腎症G3を認め、腎後性腎不全の診断で緊急入院。血清K5.9、同日20時6.1と高値であったため、血液透析を1回のみ施行し、両側尿管ステント留置した。ステント留置術後、翌朝までの間に15リットル以上の利尿がつき、脱水に注意しながら十分量の補液で追いかけた。翌々日にはBUN 7 mg/dl、Cr値 0.73 mg/dlと驚くほどに改善した。現在まで定期的に尿管ステントの交換を継続中である。症例2は60歳台、女性。主訴は全身倦怠感、令和6年Y月鹿児島市医師会病院で横行結腸癌腹壁浸潤の診断で手術（腹腔鏡下左半結腸切除、横行結腸-下行結腸吻合術）。術後に抗癌化学療法を計15コース施行された。その時点で腎機能に問題はなかった。（Y+5）月8日全身倦怠感が強く、BUN 50 mg/dl、血清Cr値 6.42 mg/dlと腎機能が急激に悪化、11月10日BUN 56 mg/dl、血清Cr値 7.18 mg/dlと腎機能悪化がさらに進行したため、当院を紹介、同日緊急入院。入院後は十分量の輸液（水負荷）とDOA微量静注で対処し、十分な利尿が得られており、最新データでCr値 1.62 mg/dlまで回復している。それぞれの症例において、腎不全に至った経緯、原因などについて考察を加え、報告する予定である。

BRCA遺伝子変異陽性の遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌に対してオラパリブを使用した1例

坂田雅道・岡村俊介（出水郡医師会広域医療センター）

オラパリブは本邦において2018年に再発性卵巣癌に対し承認さ

れ、その後2023年8月に「BRCA 遺伝子変異陽性の遠隔転移を有する去勢抵抗性前立腺癌 (mCRPC)」に対し、アピラテロンとの併用療法が承認された。今回、同療法を導入した初期経験を報告する。症例は56歳、男性。腰痛を主訴に前医を受診し、L1椎体の骨硬化像およびPSA:297 ng/mlと高値を指摘され当院に紹介となった。前立腺生検でAdenocarcinoma, グリソンスコア:4+5=9の診断となり、また骨シンチおよびCTにて多発骨転移・骨盤内リンパ節転移を認め、転移性去勢感受性前立腺癌 (mCSPC) と診断した。初期治療としてTriplet療法 (デガリクス, ダロルタミド, セタキセル併用療法) を開始し、PSA値は10.36 ng/mlまで低下したが、その後再上昇に転じたためmCRPCと診断した。ダロルタミドをアピラテロンへ変更すると同時にBRCA 遺伝子検査を提出したところ陽性が判明した。PSA値は86.5 ng/mlまで上昇していたが、オラパリブの上乗せ投与を開始したところ低下傾向に転じ、現在も経過良好である。文献的考察を加え報告する。

前立腺癌密封小線源療法後に白血球減少症を認めた症例の報告

西村博昭・斎藤朗毅・米森雅也・下稲葉耕生
常盤光弘・中川昌之・一美貴弘 (今村総合病院)
高江洲 伸 (同院放射線科)
八木静男 (八木クリニック)
久保博幸 (じげんじ久保クリニック)

【緒言】密封小線源療法は有害事象の少ない治療とされている。今回、救済小線源療法後に白血球減少を来した症例を経験し、それらの経過内容を報告する。

【症例】(症例) 前立腺癌局所に陽子線あるいは放射線治療施行後に、病理学的に前立腺内再発を診断され、救済前立腺小線源療法を施行した2例。(前立腺放射線治療時PSAと診断) 症例I:iPSA 5.4 ng/ml, cT2aN0M0, GS 3+4=7 (core rate 1/14), 症例II:iPSA 42.3 ng/ml, cT3bN0M0, GS 3+4=7 ~ 4+4=8 (core rate 7/15)。(前立腺放射線療法から救済小線源療法までの経過時間, 小線源療法時PSA値, 再生検・Staging結果) 症例I:90カ月, PSA 9.0 ng/ml, cT2aN0M0, GS 3+4=7 (core rate 1/20), 症例II:78カ月, PSA 8.8 ng/ml, cT1cN0M0, GS 3+4=7 ~ 4+4=8 (core rate 4/22)。

【結果】症例I:小線源療法後1カ月目からWBC 2480/ μ Lとなり、療法後2カ月目でWBC 2350/ μ Lとさらに低下をみた。以後アデニンの内服を継続し、骨髄検査は問題所見なく、療法後10カ月経過時よりWBC3300/ μ L以上維持可能となり、現在PSA値は0.07 ng/mlである。症例II:小線源療法後1-3カ月間WBC 2500/ μ L台となり、以後アデニンを内服し、4カ月経過後、WBC3000/ μ L以上となった。療法後8カ月経過時肋骨と腰椎に1カ所ずつ骨転移が診断された。これらに救済放射線療法を行ったが、著明なWBC数低下はみられなかった。救済小線源療法後14カ月目でホルモン療法併用し、現在PSA値は0.33 ng/mlである。

【結論】稀な例であるが前立腺癌密封小線源療法後の白血球減少の有害事象例は、薬剤療法で対応可能であり、白血球減少発症危惧例でも、救済小線源療法は比較的安全に施行可能と推測される。

当院でのMRI-US fusion 前立腺生検、経会陰生検と経直腸生検の比較

稲田光亮・伊波 恵・松本 貢・池原 在
新村真司・新村友季子 (にいむら病院)

前立腺癌生検においては経直腸と経会陰の方法がある。日本の前立腺癌診療ガイドライン (2016年) ではお互いの癌検出率にほぼ差はないが、感染症の合併のリスクの低さから経会陰生検が推奨されている。当院ではMRI-US fusion生検を2017年4月より開始し、2024年1月まで経直腸法、2024年2月からは経会陰法に変更している。MRI-US fusion生検の経直腸法と経会陰法を比較した。MRI-US fusion 経会陰生検211例と経直腸生検268例を対象に前立腺癌検出率の比較を行った。経会陰生検のGleason grade group2以上の癌検出率は76.7% (162 / 211), 経直腸生検は82.4% (221 / 268) であった。二群間の癌検出率に有意差は認めなかった。(p値 = 0.213)

生検に関連した感染症はClavien-Dindo分類 grade II以上のものを二群間ともに認めなかったが、経直腸生検では直腸出血の合併症が散見された (8例)。いずれも生検時、肛門鏡下に出血点の縫合結紮で止血を得ることができた。

術後補助療法としてのニボルマブ初回投与後に重症筋無力症を発症した1例

内野皓史・藤宮浩樹・鶴田雅史・水間浩平
立和田得志・西山賢龍 (いまきいれ総合病院)
小川理佐子・栢木太郎 (指宿医療センター)

【はじめに】腎盂癌に対する術後補助療法としてニボルマブが使用される中、免疫関連有害事象 (immune-related adverse events: irAE) の早期発見と集学的管理は極めて重要である。今回、ニボルマブ初回投与後に重症筋無力症、筋炎、心筋炎を併発し、集中治療を要した重篤なirAE症例を経験したので報告する。

【症例】75歳、男性。右腎盂癌に対し、術前補助療法としてゲムシタビン・シスプラチン併用療法を2コース施行後、X年3月に当院で尿管全摘除術を施行した。病理組織診断結果はInvasive urothelial carcinoma, ypT3であった。X年6月上旬に術後補助療法としてニボルマブの投与を開始、X年6月下旬から複視や眼瞼下垂、頸部及び大腿の筋痛・筋力低下を自覚し近医を受診していた。X年7月、ニボルマブ2コース目の投与前に筋力低下などの症状の訴えがあり、血液検査でCK上昇、肝逸脱酵素上昇、甲状腺機能低下を認め、ニボルマブ投与によるirAEが疑われ、同日当科へ入院となった。脳神経内科へコンサルテーションの結果、重症筋無力症・筋炎と診断された。また心筋炎による完全房室ブロックも生じており、一時ペースメーカーが挿入された。Grade4の有害事象としてステロイドパルス療法および免疫グロブリン静注療法 (Intravenous Immunoglobulin: IVIG) が行われ、眼球運動や筋痛は改善を認めたが、完全房室ブロックは改善せず恒久的ペースメーカー埋め込み術が施行された。X年8月に眼瞼下垂の再燃、嚥下障害を認め、2回目のIVIGが行われた。症状が残存していたため、マイテラゼとタクロリムスの投与が開始され症状は改善傾向となった。X年9月末より治療強化としてヒフデュラが導入され、眼球運動障害・眼瞼下垂は更に改善を認め、X年10月に自宅退院となった。

【考察】本症例は、ニボルマブの初回投与後早期に、重症筋無力症、

筋炎，心筋炎を合併した重篤な irAE であり，心筋炎による完全房室ブロックに対して永続的処置を要した。腎盂癌術後補助療法において，稀な irAE の存在を認識し，早期診断と専門的な集学的治療を行うことの重要性を示す症例として，文献の考察を加えて報告する。

放射線性出血性膀胱炎に対して苧婦膠艾湯が奏効した 1 例

内田洋介（キラメキテラスヘルスケアホスピタル）

患者は 200X 年鹿児島大学泌尿器科で恥骨後式前立腺全摘術を施行し，4 年後に PSA failure となった。吻合部，骨盤部に 70 Gy の体外放射線照射を行い，その後も PSA フォローを続け 0.01 ng/ml 未満を継続していたが，照射 11 年後の 1 月に肉眼的血尿を主訴に当院を受診した。膿尿も認めていたため抗菌薬を投与し肉眼的血尿は改善したが，その後毎年冬期に肉眼的血尿が出現し止血剤にて改善することを繰り返していた。

202X 年（照射後 16 年）9 月に再び肉眼的血尿を認め，止血剤投与および安静で一時軽快するも，出血と軽快を繰り返していた。202X + 1 年 1 月には増悪傾向を認め，膀胱鏡検査では膀胱粘膜の発赤，血管怒張，破綻を認めた。苧婦膠艾湯（きゅうききょうがいとう）9 g/ 日の投与を開始し 3 週後の受診では肉眼的血尿は消失し，尿沈渣では赤血球も 1 ~ 4 /HPF へと著明に改善した。202X + 1 年 4 月の膀胱鏡検査では膀胱粘膜の発赤，血管の拡張は消失していた。

放射線照射後の出血性膀胱炎は治療法が少なく，管理に難渋すること多い。苧婦膠艾湯は，放射線性膀胱炎に対する治療の有望な選択肢となり得る。

過剰血流シャントに対する Graft Inclusion Technique 法の初期経験

福元 快・有馬純矢・見附明彦・鏑野秀一

山田保俊・榎田英樹（鹿児島大学病院）

八木静男（八木クリニック）

松下直樹（都城医療センター）

【はじめに】バスキュラーアクセス（以下 VA）の過剰血流は，静脈高血圧，不整脈，心不全などの重篤な合併症の原因となる。外科的治療として，吻合部形成術，バンディング法などが従来行われてきたが，再発や閉塞といった問題点を有することが指摘されていた。今回我々は，この過剰血流シャント修復術として，Graft Inclusion Technique（GIT 法）を施行し，良好な結果を得たので報告する。

【症例】60 代，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 カ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 法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，4 mm の PTFE グラフトを 4 cm に切離して吻合部に内装し 6-0 ゴアテックス®糸にて吻合した。前壁は Double running suture を行い手術終了とした。血流量は 2700 ml/hr から術後半時点で 725 ml/hr に改善し，シャント痛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・工夫が必要であるものの，術式自体は比較的簡便であり，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。

インドシアニングリーンを使用した顕微鏡下鼠径下精索静脈瘤切除術

福元 渉・中川七海・石田 絢・才田幸一郎

黒島和樹・松田 良一郎・五反田丈徳（鹿児島市立病院）

精索静脈瘤は疼痛や男性不妊を生じる疾患であり，健常者でも 15 ~ 20% にみられ，男性不妊患者では精索静脈瘤が占める割合は 35% といわれている。それにも関わらず，2025 年の当院での手術件数は 5 例，2024 年度の鹿児島大学病院の手術件数は 14 例と鹿児島県内での手術件数は症例数に対してかなり少ない。この背景には慣れない術者が精索動脈を温存することは容易ではなく，積極的に手術を行おうとする泌尿器科医が少ないことも要因にあるのではないかと考えられる。当院では，精索動脈の確実な同定と温存を容易にし，習熟度の高い術者でも安全に手術を実施可能とすることを目的に，インドシアニンググリーン（Indocyanine Green : ICG）を使用した精索静脈瘤手術を導入した。当院での ICG を使用しての手術方法と効果など若干の文献的考察を加えて報告する。

ドナー腎採取術後に後腹膜リンパ嚢腫を発症した 1 例

池田祐一・喜入 亨・有馬純矢・見附明彦・坂口 大

鏑野秀一・山田保俊・榎田英樹（鹿児島大学病院）

【背景】2024 年の報告では，生体腎移植におけるドナー腎採取術のうち 44.1% が完全後腹膜鏡下で施行され，現在一般的な術式となっている。当院でも 2019 年以降，完全後腹膜鏡下ドナー腎採取術へ移行し，多くの症例で合併症なく経過している。今回，術後に後腹膜リンパ嚢腫を発症し，手術的介入を要した症例を経験したため，文献的考察を加えて報告する。

【症例】50 歳，女性。妹への腎提供目的に後腹膜鏡下左ドナー腎採取術を施行した。手術時間 2 時間 52 分，気腹時間 1 時間 34 分で問題なく終了し，術後経過も概ね良好で術後 5 日目に退院した。

【経過】術後 12 日目，腹痛を主訴に近医外科を受診。CT で腹腔内に free air を認め，消化管穿孔が疑われ診査腹腔鏡を施行されたが，明らかな腸管損傷は指摘されなかった。その後当院へ搬送された。CT で左後腹膜腔に低吸収域の液体貯留を示唆する所見を認め，ダグラス窩に留置したドレーンから白濁した液体の流出を認めたため後腹膜腔に貯留したリンパ液と判断した。当院入院翌日に全身麻酔下に腹腔鏡下後腹膜リンパ嚢腫開窓術を行った。経腹膜アプローチで下行結腸外側を広範囲に切開し後腹膜を展開すると白濁した液体が多量に流出した。腹膜の開窓を広く行い，活動性のリンパ漏出は確認されなかったため，腹膜開窓のみで手術を終了した。流出液の生化学検査はリンパ液として矛盾のない所見であった。手術後，症状は速やかに改善した。患者が離島在住であることを踏まえ，再燃がないことを慎重に確認した上で術後 17 日目に退院した。

【考察】後腹膜鏡下ドナー腎採取術後の後腹膜リンパ嚢腫は稀な合併症であるが，本症例は早期診断と腹腔鏡下開窓術により良好に治癒した。術後遅発性の腹痛・液体貯留を認めた際はリンパ性合併症を念頭に画像検査とドレナージを行うことが重要であり，開窓術は有効な治療選択肢となり得る。

当院における S 状結腸膀胱瘻に対する治療方法・成績の検討

石田 絢・中川七海・才田幸一郎・福元 渉

黒島和樹・松田良一郎・五反田丈徳（鹿児島市立病院）

S 状結腸膀胱瘻は、膀胱と S 状結腸の間に瘻孔が形成される病態であり、最も多い原因は大腸憩室炎で、その他大腸癌・クローン病・放射線治療等が原因となることもある。基本的に瘻孔が自然に閉鎖することはなく、外科的切除術が唯一の治療法である。近年、本疾患に対し腹腔鏡下手術が広く行われているが、炎症の程度により難渋する場合もある。当院では消化器外科にて腹腔鏡下人工肛門造設術を行った後、時間を空け腹腔鏡下 S 状結腸切除術を行い、その際に S 状結腸・膀胱間の癒着を剥離、必要に応じて当科にて膀胱瘻孔の吻合を腹腔鏡下に実施している。その後さらに時間を空け、人工肛門閉鎖術を実施している。以前は S 状結腸切除術・膀胱部分切除を一次的に実施することが主流であったが、現在当院では事前に人工肛門造設術を実施し、その後二期的に腹腔鏡下 S 状結腸切除術を行うことで、当科での膀胱吻合を必要とする頻度が非常に少なく、良好な治療成績が得られている。今回、当院にて過去 2 年間に S 状結腸膀胱瘻に対する手術を行った患者の治療法・成績について、若干の文献的な考察も加え報告する。

腎盂尿管移行部狭窄症に対してロボット支援腎盂形成術を施行した不完全重複尿管の 1 例

松下直樹・井上 歩・川原一朗

慶田喜文・山崎丈嗣（都城医療センター）

症例は 72 歳、女性。左側腹部痛と発熱を主訴に前医を受診し、腎盂尿管移行部狭窄症（Pelvi-Ureteric Junction Obstruction：PUJO）に伴う急性腎盂腎炎の疑いで当院へ紹介となった。造影 CT にて左不完全重複尿管および左半腎の PUJO と診断し、同日尿管ステントを留置した。炎症が軽快した 2 カ月後にロボット支援腎盂形成術（Robot-assisted pyeloplasty：RAPP）を施行した。術中、上下部尿管を同定し、腎盂尿管移行部まで剥離を進めたところ、2

本の交差血管を認めた。下部腎盂を切離し、dismembered 法に準じて腎盂形成を行った。手術時間は 190 分、コンソール時間は 167 分であった。術後経過は良好で 1 カ月後にステントを抜去し、術後 5 カ月の時点で水腎症は消失した。本症例は当院における RAPP 導入 2 例目であったが、重篤な合併症なく完遂し得た。重複尿管症例に対する RAPP において、術前の尿管ステント留置は解剖学的把握および尿管同定に有用であると考えられた。

Da Vinci X Surgical System によるロボット支援下腎尿管全摘術の初期経験

竹山向日葵・榎木康人・川上一誠

川越真理・井手迫俊彦（済生会川内病院）

【はじめに】当院では 2023 年 10 月より Da Vinci X Surgical System を導入している。今回、同機種を用いたロボット支援下腎尿管全摘術（Robot-assisted nephroureterectomy：RANU）を開始したので、初期経験を報告する。

【症例 1】76 歳、男性。左下部尿管癌に対し GCarbo 療法による術前化学療法を 3 コース施行後、RANU を実施した。手術時間：242 分、コンソール時間：176 分（上部尿路パート 112 分、下部尿路パート 49 分）、出血量は少量であった。周術期経過は良好で、術後 7 日目に尿道カテーテルを抜去し、術後 11 日目に退院となった。術後病理診断：invasive urothelial carcinoma with CIS, high grade, G2>G3, INF β , pT1 + pTis, ly0, v0, u-lt0, RM0

【症例 2】78 歳、男性。右腎盂癌に対し GCarbo 療法による術前化学療法を 2 コース施行後、RANU を実施した。手術時間：269 分、コンソール時間：200 分（上部尿路パート 134 分、下部尿路パート 45 分）、出血量は少量であった。術後病理診断：未着。

【まとめ】RANU は腹腔鏡下腎尿管全摘術と比較して、人員配置の簡素化や手術時間の短縮が期待される。当科でのポート配置や手術手技上の工夫についても併せて報告する。