

日本泌尿器科学会第 97 回宮崎地方会

日時：2026 年 1 月 17 日（土）

会場：宮崎大学 錦本町ひなたキャンパス講堂 1

宮崎大学医学部泌尿器科教室における 2025 年の臨床統計

坂元広季・郡山義喜・堀之内友也・榊 結女・田代尚己

藤永映人・石川裕隆・小島慎平・阿部純也・植野 亮

藤井将人・武井亮憲・藤田直子・飛田卓哉・中原 梢

村嶋隆哉・秋岡貴弘・永井崇敬・鬼塚千衣・西本紘嗣郎

澤田篤郎・向井尚一郎・賀本敏行（宮崎大学）

2025 年当院外来における新規外来患者数、年齢分布、疾患別割合について検討し報告する。また、入院患者数、年齢分布、疾患別割合、手術件数についても例年との比較、検討を行う。

腎滑膜肉腫の一例

久嶋 嵐・藤崎友基也・月野浩昌（潤和会記念病院）

石原 明（同 病理診断科）

小田義直（九州大学大学院医学研究院 形態機能病理学教室）

症例は 46 歳、男性。X 年 7 月に肉眼的血尿で近医泌尿器科受診、エコーで右腎腫瘍を認めたため当科紹介となった。造影 CT では右腎上極に約 61 × 67 × 53 mm 大の境界明瞭で、造影効果に乏しい腫瘍性病変を認めた。明らかな転移を疑う所見は見られなかった。MRI では腫瘍内部は比較的均一な充実成分で、T1, T2 強調像とともに等信号～低信号であった。典型的な淡明細胞型腎細胞癌とは異なった所見であり、乳頭状腎細胞癌や嫌色素性腎細胞癌などが鑑別に上がった。X 年 8 月に腹腔鏡下右腎摘除術を施行した。病理結果は腎滑膜肉腫であった。術後補助化学療法についてはエビデンスに乏しく、画像フォローの方針となった。今回我々は、まれな疾患である腎滑膜肉腫を経験したため若干の文献的考察を加え報告する。

腹腔鏡下腎摘除術を 1 時間で終わらせるには

小堀 豪・宮川拓朗・荒木賢博・諸井誠司（浜松ろうさい病院）

腹腔鏡下腎摘除術を通じて、手術の考え方、意識するポイントなどお話をさせていただきます。

心転移を来した集合管癌の一例

中島 新・後藤駿介・種子島時祥・塚原茂大・牟田口 淳

小林 聡・松元 崇・塩田真己・江藤正俊（九州大学）

51 歳、女性。20XX 年 3 月に頸部腫瘍や下腿浮腫などの症状が出現し、精査にて全身のリンパ節腫大を指摘、悪性リンパ腫を疑われ当院腫瘍内科を受診した。しかし鎖骨上窩リンパ節の生検では上皮系腫瘍細胞を認め、免疫染色の結果、腎原発、集合管癌の可能性が示唆され当科紹介となった。改めて左腎上極病変の生検を施行したところ、やはり集合管癌に矛盾しない所見であり集合管癌の多発リンパ節転移の診断に至った。5 月よりレンパチニブ＋パembroリズマブ療法を開始したが、7 月に急性心不全を発症したため循環器内科に緊急入院し、irAE 心筋炎などの鑑別目的に心筋生検を施行したところ、心嚢液の細胞診 class V であり集合管癌の心転移による

癌性心膜炎の診断となった。利尿剤や β 遮断薬などの薬剤調整により一時退院可能となったものの、病勢の急速な増悪を認め 9 月に永眠された。集合管癌の心転移という稀な症例であり文献的考察を交え報告する。

下大静脈腫瘍塞栓を伴う右腎細胞癌に対して全身療法後にロボット支援下腎摘除術、腫瘍塞栓摘除術、ウシ心膜パッチを用いた IVC 再建術を施行した 1 例

大塚 武・曲淵敏博・酒谷 徹・濱田彬弘・水野 桂

北 悠希・増井仁彦・後藤崇之・小林 恭（京都大学）

【症例】66 歳、男性。下大静脈腫瘍塞栓を伴う右腎細胞癌（cT3bN1M0, Mayo 分類: Level 1）に対して、パembroリズマブ・レンパチニブ併用療法を 7 コース施行した。腫瘍塞栓長に変化はなかったが、原発巣の著明な縮小を認めたため、ロボット支援下根治的腎摘除術・腫瘍塞栓摘除術を施行した。

腫瘍塞栓は下大静脈と癒着しており、下大静脈壁を大きく欠損する形で切除した。心臓血管外科と協議し、ウシ心膜パッチを用いた下大静脈再建術を行った。手術時間は 9 時間 34 分、下大静脈阻血時間は 1 時間 45 分、出血量は 400 ml であった。術後 18 日目に自宅退院し、術後は 1 年間のパembroリズマブ単剤での加療を継続し、9 カ月再発なく経過している。

【考察】ロボット支援下での心膜パッチによる下大静脈再建の報告は少ないが、安全に施行できた。下大静脈壁の大きな欠損が予想される症例においては、有効な選択肢と考えられる。

前立腺癌治療中に尿管腫瘍を認め手術を施行した症例の検討

香月東道・堀 幹史・木下史生・大栗伸行・丸塚浩助

黒岩顕太郎（宮崎県立宮崎病院）

【背景】前立腺癌の尿管転移の報告は少ない。前立腺癌のホルモン治療中に、水腎症を契機に診断された尿管転移の一例を経験したため報告する。

【症例】前立腺癌でホルモン治療中の患者に尿管腫瘍を認めた。細胞診陰性、尿管鏡下で生検を施行し病理所見では悪性所見はみられなかったが、乳頭状変化を認め、RANU を施行した。病理診断で前立腺癌の尿管転移の診断であった。術前と比較して PSA は 3.56 ng/ml から 0.60 ng/ml と改善を認めた。

【結語】前立腺癌で治療中患者の尿管腫瘍に対して、RANU を施行、前立腺癌の尿管転移の診断であった症例について検討した。

前立腺小細胞癌の一例

上別府豊治・木村友哉・脇村那央（古賀総合病院）

【症例】74 歳、男性

【主訴】夜間頻尿・尿道痛

【現病歴】X 年 4 月に近医泌尿器科を受診し、浸潤性の前立腺癌

が疑われ当科紹介。直腸診では前立腺左葉に硬結を認め、可動不良であった。

【検査所見】血液検査で PSA 8.12 ng/mL, NSE 81.5 ng/mL, ProGRP 677 pg/mL と上昇を認めた。骨盤部 MRI 検査では、前立腺癌 cT3b が疑われた。

【病理診断】 Small cell carcinoma with acinar adenocarcinoma

【病期診断 CT/RI】 両肺転移および肋骨骨転移を認めた。

【治療経過】 X 年 6 月より、化学療法として CDDP+VP-16 療法を開始し、現在 6 コースを終了している（LHRH アゴニスト投与を併用）。

X 年 9 月には、前立腺局所に対して放射線治療（総線量 60 Gy）を行い、転移巣および原発巣の縮小を認め、腫瘍マーカーも低下傾向にある。

腹腔鏡下前立腺全摘術に合わせて尿管管遺残摘除術を施行した 1 例

石川裕隆・高森大樹（川南病院）

75 歳、男性。腰部痛あり当科受診。尿管結石を疑い CT 施行するも上部尿路に結石なく膀胱頂部に壁に付着する結石影あり。膀胱鏡で頂部に粘膜下嚢胞あり、造影 CT・MRI で明らかな嚢胞壁の腫瘤形成は認めず尿管管憩室と診断した。その際の MRI で前立腺に PIRADs カテゴリー 5 の病変指摘あり前立腺生検を施行。GS:3+4, cT2cN0M0 の前立腺癌と診断した。前立腺癌に対して手術療法のご希望あり、RARP を推奨するも当院での手術希望あり当院で腹腔鏡下前立腺全摘術を行った。その際に尿管管遺残摘除術も併せて施行した。Intra プローチ、膀胱 takedown の際に尿管管を腹腔鏡下で切除し膀胱壁縫合した。病理結果としては尿管管憩室で悪性所見は認めなかった。尿管管は予後不良であることが知られており癌を疑う所見があれば積極的に外科的治療の適応となる。今症例は悪性を疑う所見はなかったが前立腺全摘に合わせ摘除した。

癌遺伝子パネル検査で BRCA2 陽性にてタラゾバリブ + エンザルタミドを使用した去勢抵抗性前立腺癌の 1 例

佐藤俊介・築山才駒・田口圭介・小林元気（王子総合病院）

症例は 56 歳、男性。20XX 年 11 月仙骨部痛で当院整形外科初診、MRI で転移性骨腫瘍、PSA 2,682 ng/ml にて当科紹介となる。前立腺針生検で Gleason4+5, CT で多発リンパ節転移を認め cT4N1M1b の前立腺癌の診断となり CAB 開始となる。治療開始 6 カ月で PSA 0.47 ng/ml となるも 11 カ月目に PSA 14.96 ng/ml に上昇しドセタキセル（DTX）開始となる。DTX10 コースで PSA 感度以下まで低下した。その後 PSA の推移をみながら DTX を間欠的に施行し計 40 コース施行した（終了時 PSA 1.77 ng/ml）。DTX 終了 4 カ月後に PSA 再上昇を認め、PSA 24.2 ng/ml にて遺伝外来受診、FoundationOne® (liquid) にて BRCA2 mutation 陽性となり、エキスパートパネルよりタラゾバリブ + エンザルタミ導入となる。多少の文献的考察を加え報告する。

左 RANU 術後の尿管断端再発病変に対してロボット支援尿管断端摘出術を行なった一例

新村真司・稲田光亮・伊波 恵・池原 在・松元 貢

新村友季子（にいむら病院）

症例は 75 歳、女性。肉眼的血尿精査の CT で指摘された左腎盂腫瘍。尿管鏡検査で左腎盂内に広範囲に乳頭状腫瘍を確認。ステージング CT で cT2N0M0 腎盂癌疑いに対し左腎尿管摘出術の方針となった。RANU 時は Bladder cuff 切除はせず尿管下端はヘモロックでクリップ後離断した。病理結果は Non invasive papillary urothelial carcinoma, low grade, with urothelial papilloma, u-It0 であった。RANU 後 10 カ月目の CT で左尿管断端再発疑いを指摘、尿管鏡下生検で Papillary UC low grade の診断。左尿管断端再発病変に対しロボット支援左尿管残存腫瘍摘出術を施行した。初回の RANU 時に膀胱壁内尿管の Bladder cuff 切除まで行うべきであった反省症例を経験したので報告する。

転移性尿路上皮癌に対してエルダフィチニブを使用した一例

田代尚己・川添智浩・上村敏雄（宮崎県立日南病院）

症例は 77 歳、男性。X 年 5 月に左腎盂癌に対して左腎尿全摘術を施行。複数回の膀胱内再発に対して TURBT を行っていたが、X+2 年 5 月に CT にて肝転移が出現。転移性尿路上皮癌として、GCarbo 療法を 4 コース施行し、PR であったためアベルマブ使用するも副作用として咽頭発赤があり、パンプロリズマブへ変更。X+3 年 6 月に PD のためエンホルツマブを開始したところ著明に肝転移は縮小したが、12 コース後の CT にて再度増大傾向となった。腫瘍増大後も患者の希望があり、エンホルツマブの投与を継続していたが、2025 年 7 月に転移性尿路上皮癌の治療薬として本邦でエルダフィチニブが承認された。FGFR 遺伝子解析を提出したところ陽性であったため 11 月より内服を開始している。

今回、転移性尿路上皮癌に対してエルダフィチニブを使用した一例を経験したため、文献的考察を含めて報告する。

膀胱腺癌に対して BCG 療法を施行し長期奏功が得られた一例

永福寿朗・穴見俊樹・原田成美・西澤秀和・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）

症例は 58 歳、男性。X 年 7 月、膀胱刺激症状を主訴に前医紹介受診。CS で膀胱三角部～後壁に乳頭状腫瘍を認めた。TURBT 施行し、病理結果は Adenocarcinoma, invasive (at least pT1) with CIS, であった。稀な組織型であり、追加治療目的に 8 月、当科紹介受診。X 年 9 月、2nd-TUR 施行。病理結果は尿路上皮内癌残存のみであった。10 月、BCG 療法 80 mg*6 回施行。X+1 年 2 月、BCG 維持療法後、5 月、TU-Biopsy を施行。病理結果で悪性所見なく、BCG 維持療法を継続する方針とした。以降 2 年半再発なく経過している。膀胱腺癌に対する治療法は症例報告が少なく、EAU ガイドラインでは膀胱全摘術が推奨される。本症例では TURBT 後に BCG 療法導入し、長期奏効が得られている。本症例に関して文献的考察を交えて報告する。

Enfortumab Vedotin, Pembrolizumab 併用療法による副腎機能低下症の 1 例

藤永映人・宮元耀嗣・長野正史（藤元総合病院）

症例：80 歳台、女性

現病歴：X-2 年に顕微鏡的血尿を契機に左腎盂癌を認め左腎尿管全摘術を施行した。X 年に傍大動脈リンパ節に転移を認め Enfortumab Vedotin (EV), Pembrolizumab (Pem) による化学

療法の方針とした。

治療経過：1 コース施行後に皮疹，咽頭部違和感及び発熱を認め，ステーブンス・ジョンソン症候群が疑われ高次医療機関へ搬送となった。EV 減量し再開するも皮疹，咽頭部違和感及び嘔気を認めた。それらの症状を EV による副作用と判断し Pem 単剤投与の方針とした。Pem 単剤投与し皮疹は認めなかったが咽頭部違和感，食思不振，嘔気及び全身倦怠感を認めた。副腎機能低下症と判断しステロイド補充を行い症状改善を認めた。

総括：複数の症状が出現し原因が EV，Pem どちらか判然とせず診断に難渋した 1 例を経験した。若干の文献を踏まえ考察する。

乳癌膀胱転移の 1 例

喜入 亨・有馬純矢・見附明彦・鐘野秀一
榎田秀樹（鹿児島大学）

【緒言】乳癌の転移臓器としては肺，肝臓，骨が一般的であるが，尿路系への転移，特に膀胱転移は極めて稀である。

【症例】84 歳，女性。X 年に右乳癌に対して乳房全摘術を施行し，その後長期にわたり再発転移なく経過していた。X + 12 年に縦隔リンパ節転移を認めた際，造影 CT で偶発的に膀胱腫瘍が指摘され当科紹介となった。膀胱鏡で膀胱後壁に小径の広基性乳頭状腫瘍を認め，尿細胞診は陰性であった。縦隔リンパ節転移は生検の結果，乳癌の転移が明らかとなり，まず乳癌に対する全身治療開始に先立ち，当科で膀胱腫瘍に対して経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行した。病理組織学的には腫瘍細胞が縦隔リンパ節針生検組織と類似した組織構造を呈し，免疫染色所見も類似していたことから乳癌の膀胱転移と診断した。現在，転移性乳癌として全身治療を計画している。

【結語】乳癌が膀胱に転移した稀な症例を経験したので若干の文献的考察を加えて報告する。

膀胱全摘後に大動脈－総腸骨動脈閉塞症に対し緊急血管内治療を施行した 1 例

小迫太一・永井崇敬・鬼塚千衣・山下康洋（宮崎県立延岡病院）

【症例】69 歳，女性。20XX 年 TUR-BT 後，筋層浸潤性膀胱癌の診断で術前化学療法としてゲムシタビン＋シスプラチン（GC）療法を開始した。2 コース目終了時の造影 CT で大動脈－総腸骨動脈閉塞症を指摘され抗血小板薬を開始となった。GC 療法 4 コース後，膀胱全摘＋回腸導管造設術を施行した。術直前に両側足背動脈の拍動を確認した。弾性ストッキングやフットポンプは使用しなかった。術直後に右足背動脈の拍動が確認できず，右腓腹筋の硬結を認めた。造影 CT を施行し右総腸骨動脈から末梢側の著明な血流低下を認めた。即日に関内治療を施行した。治療後，血流は著明に改善したが筋損傷による，腫脹，疼痛が持続した。術後 36 病日に歩行可能となり退院とした。

【考察】手術時間，体位が大動脈－総腸骨動脈閉塞症を増悪させた可能性がある。

【結語】膀胱全摘後に大動脈－総腸骨動脈閉塞症に対し緊急血管内治療を施行した 1 例を経験した。

TUL 後に発症した尿管狭窄に対しバルーン拡張術を施行した 1 例

井内俊輔・市原興基・金子 新・藤崎雅史
中村晃二（医療法人修腎会藤崎病院）

【緒言】経尿道的尿路結石破碎術（TUL）後に発症した尿管狭窄に対し，尿管バルーン拡張術にて良好な短期成績を得た症例を経験したので報告する。【症例】症例は 59 歳，女性。左下部尿管嵌頓結石に対し TUL を施行。術中所見では結石嵌頓部周囲の粘膜損傷を認めた。【経過】TUL 後，尿管ステント抜去 8 日後のフォローアップ CT にて，TUL 施行部位に一致した左水腎症の増悪を認めた。医原性尿管狭窄と診断し，残存腎結石の治療も兼ねて内視鏡治療を計画した。逆行性腎盂造影（RP）にて左下部尿管に約 5-6 cm の長区域狭窄を認めた。バルーンカテーテル（15Fr）にて狭窄部を拡張後，ダブル尿管ステント（4.7Fr 2 本）を留置した。術後約 1 カ月のステント抜去時 RP，および術後約 2 カ月の超音波検査にて，狭窄および水腎症の改善を確認した。【結論】長区域狭窄に対してもバルーン拡張術は有効な選択肢と考えられた。

UroLift® と WAVE の適応選択と治療成績：当院での経験

白川達也・岩本秀安・小林隆彦（野崎東病院）
澤田篤郎・賀本敏行（宮崎大学）

前立腺肥大症に対する低侵襲治療として UroLift® および WAVE（水蒸気治療）は選択肢が広がりつつあるが，前立腺サイズや腺腫形態に応じた適応選択は明確ではない。当院では両治療を導入し，症例に応じた治療選択を行っている。今回，前立腺体積が著明に大きく UroLift® を施行したが尿道開大が不十分で症状改善を得られず，後日 HoLEP を施行することで排尿状態が改善した症例を経験した。一方，別症例では前立腺が大きいながらも WAVE を選択し，腺腫容積に合わせて水蒸気注入量を増加させることで IPSS，QOL スコア，残尿量の改善を認めた。これらの経験から，著明肥大例や側葉発達例では UroLift® 単独では限界があり，HoLEP や WAVE の適応を含めた治療選択が重要と考えられた。UroLift® と WAVE は前立腺形態・体積に応じて適切に使い分けることで，より個別化された BPH 治療を実現し得ると考えられた。

緩和ケア紹介後の上部尿路閉塞の 1 例を意思決定支援の視点から振り返る

山崎浩司（宮崎医療センター病院）

緩和ケアへ紹介された患者が上部尿路閉塞をきたした場合，尿路ドレナージの適応に関して技術的な問題だけでなく，予後や全身状態，本人・家族の希望，ケア・介護の問題，療養場所を考慮した総合的な判断を要する。また，尿路ドレナージを行えば延命できるが，患者が希望しない場合など，倫理的なジレンマを生じることもある。判断にあたっては一律の基準やガイドラインは示されておらず，個々の判断に委ねられている。今回，当院緩和ケアへ紹介後に上部尿路閉塞を生じた症例をもとに，意思決定支援のあり方について振り返る。

重症化を防いだ血糖コントロール不良のフルニエ壊疽の一例

近藤 誠・前田幸志郎・竹原俊幸・西 桂子（おがわクリニック）
67 歳，男性。発熱と左会陰部腫脹出現し近位受診。抗生剤加療

を行ったが改善せず紹介受診。陰囊から会陰部にかけて表皮の壊死と腫脹を認め、フルニエ壊疽が疑われたため仙骨麻酔下で切開排膿した。IMP/CS 0.5 g q12h, CLDM 300 mg q8h による抗生剤加療を開始した。併存疾患に2型糖尿病があり、BS 516 mg/dl, HbA1c 11.2%と入院時血糖コントロール不良であったため、インスリンスライディングも開始し血糖コントロールを行った。適宜デブリードマンを施行し、治療開始2カ月時点で創部治癒した。フルニエ壊疽は会陰部、外性器部、肛門周囲に生じる感染性の壊死性筋膜炎であり、診断が遅れると予後不良である。今回血糖コントロール不良にもかかわらず重症化せずに寛解したフルニエ壊疽を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

当科での外陰女性化手術における Suporn 法の導入に関しての初期経験

伊藤歌織・深澤武史・山名杏沙・萬谷和香子・市原浩司
舩森直哉（札幌医科大学）

Suporn 法は亀頭由来の性感温存と、陰茎・陰囊皮膚による自然な小陰唇形成を特徴とする。当科では2024年より導入し、2024年6月～2025年8月に本法で外陰部形成を行った AMAB11 例の安全性・機能性・審美性を検討した。造脛は6例に施行し、手術時間中央値 345 分、出血量 660 ml（造脛なしのみ 328 分、440 ml）で、Hb 低下 4.4 g/dl であった。術後中央値 13 カ月の観察期間で

Clavien-Dindo Ⅲ以上の合併症は、陰唇癒合による尿道閉鎖 1 例のみで再形成を要した。体位関連の大腿筋痛は自然軽快した。性感は全例で良好に維持され、造脛 2 例で性交渉が確認された。審美的不満は聞かれず、総じて安全性・機能・審美面で良好な初期成績を示した。今後の症例蓄積と長期追跡の評価が必要である。

腎盂尿管移行部狭窄症に対して RAPP を施行した不完全重複尿管の1例

山崎丈嗣・松下直樹・井上 歩・川原一朗

慶田喜文（独立行政法人国立病院機構都城医療センター）

症例は72歳、女性。左側腹部痛、発熱を主訴に前医を受診。腎盂尿管移行部狭窄（PUJO）による急性腎盂腎炎が疑われ当科へ紹介。当院の造影CTで左不完全重複尿管を伴う左半腎のPUJOを認めた。同日尿管ステントを留置し、2カ月後にRAPPを施行した。上下尿管を確認し腎盂尿管移行部まで剥離したところで交差血管を2本認めた。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167分であった。術後1カ月目で尿管ステントを抜去し、その後水腎は徐々に改善し術後5カ月目で水腎はなくなった。RAPP導入後2例目であったが特に問題なく施行できた。術前に尿管ステントが入っていたことで上下尿管の確認が容易であった。