

第 347 回日本泌尿器科学会岡山地方会

日時 令和 8 年 5 月 16 日 (土) 14:00 ~

会場 オンライン開催

両側サンゴ状結石を契機にサルコイドーシスと診断された 1 例

岩崎裕太・塩月智大・森 晃平・横山周平
佐古智子・村尾 航・小林泰之 (広島市民)
梶原優太 (三原赤十字)
笹岡丈人 (舞子台病院)
木原隆司 (広島市民・腎臓内科)

症例は 48 歳, 男性。20XX 年 3 月に健康診断で腎機能障害を指摘され, 4 月に前医を受診した。腹部超音波検査と腹部単純 X 線写真で両腎に結石を認め, 結石治療目的に当科紹介となった。CT で両側サンゴ状結石を認め, Cr: 4.32 mg/dL, eGFR: 13 ml/min/1.73 m² と腎機能障害に加え, Ca: 11.4 mg/dL と高カルシウム血症も認めていたことから原因精査目的に当院腎臓内科へ紹介した。アンジオテンシン変換酵素 (ACE): 44.2 U/L と高値であり, 胸部 CT で縦隔, 肺門リンパ節腫脹を認めていたことからサルコイドーシスを疑った。PET-CT でも同部位に集積を認めたため, 6 月に当院呼吸器外科で肺門リンパ節生検が施行され, サルコイドーシスと診断した。プレドニゾロン 40 mg/ 日を開始し, 腎機能と高カルシウム血症は緩徐に改善した。プレドニゾロンを 2.5 mg/ 日まで漸減した 20XX+1 年 2 月に左 ECIRS を施行した。

サルコイドーシスは非乾酪性類上皮肉芽腫を特徴とする原因不明の全身性疾患である。活性化ビタミン D の過剰産生による高カルシウム血症と高カルシウム尿症を引き起こし, カルシウム結石を合併しやすくなる。今回両側サンゴ状結石を契機にサルコイドーシスと診断された 1 例を経験した。若干の文献的考察を加えて報告する。

嫌色素性腎細胞癌とオンコサイトーマを同時発症した一例

近藤俊雄・小倉一真・安東栄一 (呉共済)
万代真由香 (岡山大)

【背景】嫌色素性腎細胞癌は腎上皮新生物の約 5 % を占め, 一般に予後良好とされる。一方, オンコサイトーマは全腎腫瘍の約 5 % を占める良性腫瘍である。両者の鑑別は病理組織診断以外では非常に困難である。今回我々は, 同一腎内に嫌色素性腎細胞癌とオンコサイトーマを同時発症し, 外科的切除に至った一例を経験したので報告する。【症例】72 歳, 男性。造影 CT で右腎腫瘍を指摘され精査目的に当科紹介となった。画像上右腎下極に約 3.5 cm 大の造影効果を伴う腫瘍を認め, 一部は腎周囲脂肪浸潤を疑った。悪性腫瘍を疑い, 腹腔鏡下根治的右腎摘除術を施行した。病理組織学的検査では, 主腫瘍は嫌色素性腎細胞癌, 隣接する小結節はオンコサイトーマの診断であった。被膜外浸潤・脈管浸潤等は認めなかった。術後経過は良好であり, 現在再発なく経過観察中である。【考察】嫌色素性腎細胞癌とオンコサイトーマはいずれも集合管介在細胞由来であり, 組織学的・免疫組織学的に類似点を有することが知られている。両者の共存は稀ながら報告があり, 特に Birt-Hogg-Dubé 症候群との関連も指摘されている。術前画像診断で両者を明確に鑑別

することは困難であり, 治療方針の決定においては外科的切除が選択されることが多い。【結語】同時発症した嫌色素性腎細胞癌とオンコサイトーマに対し外科的切除を施行し, 良好な治療成績を得た 1 例を経験した。若干の文献的考察を加え報告する。

当院での上部尿路ロボット手術への多職種連携の取り組みについて

重村克巳・山口雅也・崎浜綾乃・白石裕雅
佐久間貴文・黒田まゆら・日下信行・石戸則孝
高本 均・山本康雄 (倉敷成人病)
新谷明広 (同・看護部)
山下由美子 (同・診療支援部臨床工学科)

近年, 多くの病院でロボット手術が普及してきている。一方で安全な手術の遂行が最も重要であることは言うまでもない。当院でもここ数年上部尿路手術も積極的に行っており, かつ当院の特徴としてダビンチ 3 台 (Xi, 5, SP), hinotori 1 台の 4 台体制でもあるため, どの機器を用いるのか, という選択肢も生まれる。また RANU や RAPN では, 再 targeting や体位の問題, さらに後者ではアプローチ, 術中カテーテル留置の是非や縫合糸など症例によりバリエーションがあることを医師間のみならず, 看護師, 臨床工学技士と綿密に議論しており, かつ適宜ショートレクチャーも行っている。このような病院全体での取り組みについて発表したい。

切除不能尿管癌に対するペムブロリズマブ + エンホルツマブ ベドチン投与による irAE 赤芽球瘍が疑われた 1 例

白神壮洋・平岡悠飛・岩田健宏・明比直樹 (津山中央)
児島宏典 (津山東クリニック)
石川 勉 (石川病院)
弓狩一晃 (弓狩クリニック)

症例は 70 歳台, 男性。X-3 年 9 月右尿管癌に対し後腹膜鏡下右尿管全摘除術 (Invasive urothelial carcinoma, high grade, pT3a) の上, 術後補助化学療法 (ゲムシタビン, カルボプラチン) 3 コース施行した。X 年 2 月両側多発肺転移を認め, 同年 3 月よりペムブロリズマブ + エンホルツマブ ベドチン併用療法を開始。X 年 5 月ふらつきを主訴に受診, 血液検査で ACTH 低値を認め, 内分泌内科に相談, irAE 副腎皮質機能低下症 (Grade2) と診断。ヒドロコルチゾンコハク酸エステルナトリウム 50 mg 投与, 翌日より 15 mg/ 日内服で改善し以降同容量で維持療法を行った。肺転移は一時 PR であったが, X 年 12 月肺転移増大傾向し PD。遺伝子検査で FGFR3 変異検出なく, 患者と相談の上, 現行治療継続の方針となった。

X+1 年 2 月に Hb 7.2 g/dL と低下を認め, 投与中止。当初は化学療法に伴う骨髄抑制や腫瘍進行に伴う, 貧血の可能性を考慮したが, 中止後も改善を認めず, 血液内科紹介。骨髄生検で赤芽球系の

著明な減少を認め、irAE 赤芽球癆 (Grade3) の診断。メチルプレドニゾロンコハク酸エステルナトリウム 125 mg 点滴し、翌日より 60 mg 内服に変更、以降ステロイド漸減し、網状赤血球上昇を認め、12 mg 内服維持し経過観察中である。irAE 赤芽球癆は非常に稀であるが、ICI 投与中の貧血における鑑別疾患であり、若干の文献的考察を含め報告する。

回腸導管嵌頓を伴う絞扼性腸閉塞により致死転帰をたどった一例

栗原佑生・松三あずさ・徳永 素・窪田理沙・平田武志
久住倫宏・市川孝治・津島知靖 (岡山医療センター)
和田里章悟 (香川県立中央)

症例は 78 歳男性。X-3 年、他院で筋層浸潤性膀胱癌に対し膀胱全摘 (RARC) + 体腔内尿路変更として回腸導管造設を施行された。X 年 Y 日、突然の腹痛を主訴に当院救急外来を受診し、CT 検査で回腸狭窄、近接する回腸導管狭窄および両側水腎症 (grade2) を認め、癒着性腸閉塞および閉塞性腎盂腎炎による敗血症性ショックと診断した。癒着性腸閉塞は絶食による保存的加療、回腸導管狭窄はカテーテル挿入で対応していたが、Y+6 日に心肺停止を来し、CT 検査で絞扼性腸閉塞に伴う腸管虚血が疑われた。全身状態不良のため両側腎瘻造設し保存的治療を継続したが改善なく、外科との協議の上 Y+11 日に手術介入となった。術中、回腸導管が回腸に機械的に絞扼され広範な腸管・回腸導管壊死を認め、腸管切除、回腸導管摘除および両側尿管皮膚瘻造設を行った。術後一時全身状態改善を認めたがその後全身衰弱が進行し、窒息を契機に心肺停止、蘇生後脳症に伴う遷延性意識障害となり死亡した。本症例は、回腸導管造設後の腸閉塞では、一見保存的治療が選択されうる症例でも導管嵌頓を含む絞扼性腸閉塞の可能性を常に念頭に置く重要性を示唆する。

GC 療法で免疫性血小板減少症を発症した 1 例

黒明晃大・平良 彩・安藤展芳
杉本盛人・大枝忠史 (尾道市立市民)

症例は 77 歳、女性。筋層浸潤膀胱癌に対する術前補助化学療法として GC (ゲムシタピン 1000 mg+ シスプラチン 60 mg) 療法 1 コース目を施行した。day 1 および day 8 投与後、day 10 から好中球減少が出現したため day 15 のゲムシタピン投与は行わなかった。その際の血小板数は $8.1 \text{ 万} / \mu\text{L}$ で軽度低下を認めるのみであった。その後、血小板数は $20.5 \text{ 万} / \mu\text{L}$ に改善し好中球減少も自然軽快したため day 29 に退院とした。day 40 の外来受診時には白血球および赤血球の有意な低下は認めなかったが、血小板数が $3.2 \text{ 万} / \mu\text{L}$ まで著明に低下していたため精査目的に再入院となった。day 43 に骨髓検査で巨核球数の軽度増加を認め、ゲムシタピン由来の薬剤性免疫性血小板減少症と診断された。ステロイド投与開始後、血小板数は速やかに回復した。GC 療法で免疫性血小板減少症を発症することは稀であり若干の文献的考察を加えて報告する。

膀胱癌術後の骨盤リンパ節転移による外腸骨動脈回腸瘻を来した一例

植田彩水・神田弘太・阿部将大・常 泰輔・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)

藤原寛康 (同・放射線科)

症例は 82 歳、女性。X-5 年 8 月に近医で膀胱刺激症状を認め、当科紹介となった。造影 CT を施行し膀胱壁肥厚、左腎盂に腫瘍性病変と左尿管軽度拡張、尿細胞診 class V を認め、膀胱ランダム生検+左尿管鏡検査を施行した。左腎盂内に腫瘍性病変を認め、膀胱内に悪性所見はなく左分腎尿で class V で、同年 12 月に左腎尿管全摘除術を施行した。病理診断で invasive urthelial carcinoma (UC), G3, pT3 であった。X-4 年 4 月膀胱内再発を認めたため、ランダム生検を施行し、UC, pTis の診断となった。BCG 膀胱内注入療法を施行したが同年 11 月に膀胱内再発を認めたため、BCG failure として、X-3 年 3 月膀胱全摘除術+右尿管皮膚瘻造設術を行った。以後再発なく経過したが、X-1 年 10 月多発リンパ節転移と肝転移を認めたため、Gemcitabine + Cisplatin (GC) 療法を開始した。X 年 1 月 GC 療法 2 サイクル目に大量吐血・下血を認め、上部消化管内視鏡検査を施行したが所見なく、造影 CT で膀胱癌骨盤リンパ節転移巣浸潤による右外腸骨動脈-回腸瘻を認めたため、外腸骨動脈に対して塞栓術を施行し、翌日に同部位の右外腸骨動脈仮性動脈瘤に対してステントグラフト内挿術を行った。最終的に貧血の進行を認めなくなり、術後 10 日目に一般病棟へ退出した。その後急変し永眠されたが、原因不明であった。今回、膀胱癌術後に外腸骨動脈回腸瘻を来した一例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

ロボット支援前立腺全摘除術後の生化学的無再発生存期間に関連する因子の検討：単施設後ろ向きコホート研究

浅原啓介・東端政樹・高村剛輔・中田哲也 (岩国医療センター)

【目的】当院のロボット支援前立腺全摘除術 (Robot Assisted Laparoscopic Prostatectomy: RALP) 後の生化学的無再発生存期間 (biochemical recurrence free survival: BCRFS) に影響を及ぼす予後因子を明らかにする。

【対象と方法】2014 年 1 月から 2023 年 3 月までに術前に領域リンパ節転移がなく術前ホルモン療法未施行で RALP を施行した前立腺癌患者 559 例を対象とした。PSA 値が 0.2 ng/mL を超えた場合を生化学的再発 (biochemical recurrence: BCR) と定義した。Kaplan-Meier 法による生存解析および Cox 比例ハザード回帰分析を行った。さらに BCR 症例において 2 年未満を早期 BCR, 2 年以上を晚期 BCR と定義し、ロジスティック回帰分析を行った。

【結果】観察期間中央値 48.6 カ月において、73 例 (13.1%) に BCR を認めた。2 年 BCRFS は 92.6% (95%CI 0.899-0.946) であった。全摘標本 Gleason score: pGS $\geq 4+4$ (HR 2.69, 95%CI 1.67-4.34, $p<0.001$), 被膜外浸潤 (HR 3.23, 95%CI 1.94-5.36, $p<0.001$) および精囊浸潤 (HR 2.51, 95%CI 1.34-4.70, $p=0.004$) は独立した予後因子であった。断端陽性は単変量解析では有意であったが、多変量解析では有意差を認めなかった。早期 BCR は 36 例、晚期 BCR は 37 例であった。精囊浸潤は早期 BCR と有意に関連した。(OR 18.5, 95%CI 2.15-159, $p<0.001$)。なお、術前ホルモン療法を施行した症例を含む集団 ($n=674$) で解析したところ (感度分析)、同様の因子が有意な予後因子として同定され、主解析の結果を支持した。

【結論】RALP 後の BCRFS には pGS, 被膜外浸潤, 精囊浸潤が関連しており、特に早期 BCR において精囊浸潤が有意な予後因子

である。

当院で施行した MRI 融合標的前立腺生検の検討

大西俊輝・桑田浩平・高本 篤・藤井孝法

三宅修司・村田 匡（福山市民）

安藤 航（笠岡市民）

黒瀬恭平（大浜第一）

【背景】当院では2024年3月よりMRI融合標的前立腺生検（targeted biopsy：TBx）と系統的な前立腺生検（systematic biopsy：SBx）を併用した前立腺生検を施行している。今回、TBx導入後の癌検出率について検討した。【対象・方法】2024年3月から2025年7月までに、当院でTBxとSBxを同時に施行した144例（年齢中央値73.5歳）を対象とした。TBxはKOELIS Trinity[®]を用い、サドルブロック施行後、経会陰的アプローチで生検を行った。TBxは1ターゲットあたり2～4本、SBxは6～13本採取した。なお、臨床的に意義のある前立腺癌（csPC）はISUPグレードグループ2以上と定義した。【結果】癌検出率は、PI-RADS5の30例中、TBxで29例（96.7%）、SBxで21例（70.0%）、PI-RADS4の40例中、TBxで29例（72.5%）、SBxで26例（65.0%）、PI-RADS3の15例中TBx、SBxともに9例（60.0%）であった。csPC検出率は、PI-RADS5の30例中、TBxで26例（86.7%）、SBxで19例（63.3%）、PI-RADS4の40例中、TBxで18例（45.0%）、SBxで13例（32.5%）、PI-RADS3の15例中TBxで1例（6.7%）、SBxで2例（13.3%）であった。【結語】TBxはSBxと比較して癌検出率が高く、PI-RADS4以上の症例においてcsPCの検出率が高かった。一方で、TBx単独では6.9%の症例でcsPCを見逃しており、検出率向上のためにはSBxとの併用が有用であると考えられる。

mCSPC に対し Triplet 療法が奏効している 1 例

齋藤大介・堀川雄平・津川昌也（岡山市立市民）

症例は70歳台、男性、20XX年8月頃より咳嗽・喀痰を自覚し、前医で胸部異常陰影を指摘された。胸部CTにて両肺多発結節影を認め、肺生検の結果、前立腺癌肺転移が疑われ当科紹介となった。初診時PSA 996 ng/ml、直腸診で左葉硬結を触知し、MRIでは前立腺全体に腫瘍性病変を認め、左精嚢浸潤を伴っていた。骨シンチグラフィーでは恥骨・坐骨に転移を認め、前立腺癌 cT3bN0M1bc と診断した。

20XX+1年1月に両側精巣摘除術および前立腺針生検を施行し、病理はAdenocarcinoma GS5+4であった。その後、ADTに加えダロルタミドおよびドセタキセルを併用したTriplet療法を導入した。治療開始後PSAは速やかに低下し、約3カ月でPSAは0.4 ng/mlまで低下した。画像上も多発肺転移および前立腺の縮小を認めた。

現時点で良好な治療反応を認めており、今後の長期予後への寄与が期待される。

AIDS 患者に発生した陰茎癌の一例

久佐耕大・鎌田聡子・和田里章悟

甲斐誠二・谷本竜太（香川県立中央）

川野 香（姫路聖マリア）

【症例】46歳、男性

【主訴】陰茎腫瘍

【現病歴】X-7年にAIDS、HIV脳症と診断され、以降当院内科で治療中。X年9月、陰茎に15 mm大の腫瘍を自覚し当科を受診した。

【既往歴】HIV脳症、扁桃腺摘出後、白内障

【内服薬】ピクテグラビルナトリウム・エムトリシタピン・テノホビルアラフェナミドフマル酸塩配合、ベザフィブラート

【経過】包皮内板背側に可動性良好な15 mm大の腫瘍を認め、尖圭コンジローマを疑いイミキモド外用薬を開始した。4週間後の再診時も腫瘍の縮小を認めず、外科的切除の方針とし環状切除術を施行した。術後病理結果検査で、扁平上皮癌と診断された。若干の文献的考察を加えて報告する。

陰茎海綿体自己注射中に針が海綿体内に迷入し外科的摘除を要した 1 例

佐々木俊輔・杉山星哲・土井康平・永井徹哉

鶴井極己・新川平馬・辻 茂久・覺前 蕉

西尾恭介・市橋 淳・森中啓文・平田啓太

海部三香子・藤井智浩・小村和正（川崎医大）

丸谷尚輝・小出隆生・宮地禎幸（興生総合）

高橋進太郎・古川洋二（笠岡第一）

宮里恵太・小澤秀夫（水島中央）

常 義政（じょう泌尿器科クリニック）

陰茎海綿体自己注射（Intracavernous injection：ICI）は勃起障害に対する有効な治療法である。今回われわれは、自己注射中に針が折損・迷入し、外科的に摘除した1例を経験したので報告する。症例は62歳、男性。糖尿病の既往がある。数年前より勃起障害に対して泌尿器科クリニックにてICIが開始された。右海綿体への自己注射の際、29G針が根元から折損し、陰茎内へ完全に迷入した。針は触知不能であり、前医での摘除が困難であったため、当院へ紹介となった。画像検査にて、両側海綿体を横断する金属異物を認めた。手術は超音波および透視ガイド下に施行し、海綿体切開により針を同定し摘除した。術後経過は良好で、術後3カ月時点において陰茎に軽度の硬結を認めたが、変形は認めなかった。ICIに伴う針遺残は稀であるが、刺し直しや細径針の使用は折損のリスクとなり得る。触知不能例では、術中の正確な位置同定に超音波および透視の併用が有用である。合併症予防には、患者への適切な手技指導を徹底することが重要である。

岡山大学病院における micro-TESE 導入初期症例の経験

池田拳人・小崎成昭・森分貴俊・富永悠介・坪井一朗

吉永香澄・山野井友昭・河田達志・定平卓也・片山 聡

西村慎吾・別宮謙介・荒木元朗（岡山大）

小林知子（みやびウロギネクリニック）

小見山純一・三宅貴仁（三宅医院・生殖医療センター）

【目的】2022年4月に不妊治療が保険適用化されたことを契機に、当院でも非閉塞性無精子症（non-obstructive azoospermia：NOA）に対する顕微鏡下精巣内精子採取術（micro-TESE）を導入した。導入から2026年4月までに当院で施行した5例について、初期経験として周術期成績および精子採取成績を報告する。

【方法】当院では精子凍結および顕微授精の体制を有していないため、連携施設である三宅医院の培養士が手術当日に手術室へ赴き、

採取組織を直ちに鏡検して精子の有無を判定した。その後の体外受精・顕微授精は三宅医院で施行した。導入初期であることを考慮し、全例を入院管理のうえ局所麻酔ではなく全身麻酔下に手術室で施行した。手技は標準的な micro-TESE 法に準じ、白膜を 270° 切開し、手術顕微鏡下に精細管を網羅的に探索し、拡張・白濁した精細管を選択的に採取した。片側で運動精子が得られない場合は対側精巣についても同様に探索を行った。

【結果】年齢中央値は 39 歳（範囲：30-56 歳）、不妊期間中央値は 12 カ月であった。NOA のリスク因子は Klinefelter 症候群 1 例、AZFc 微小欠失 2 例、外傷 1 例、その他 1 例であった。術前血清

FSH 中央値 12.2 mIU/ml，平均精巣容積は 10.3 ml，平均手術時間 104.4 分，精子採取率 40%（2/5 例），入院期間は全例 3 日で、重篤な周術期の合併症は認めなかった。

【結論】当院における micro-TESE 導入初期 5 例において、重篤な合併症なく一定の精子採取成績が得られた。自施設に精子凍結・顕微授精の体制を有さなくても、連携施設との緊密な協力体制を構築することで micro-TESE の導入は可能と考えられる。今後は症例の蓄積を重ね、手術手技の安定化と成績向上を図るとともに、後進の育成を進めていく必要がある。