

第 143 回日本泌尿器科学会山陰地方会

日時 2026 年 6 月 20 日 (土)

会場 米子コンベンションセンター 会議室 7

Papillary renal neoplasm with reverse polarity (PRNRP) の 1 例

永見太一・坂上祐樹・田中 元

吉野干城 (鳥根県立中央病院 泌尿器科)

PRNRP は従来乳頭状腎細胞癌や腎 oncocytoma の variant として診断されてきたが、2019 年に別の病理組織型として提唱され、2022 年 腎腫瘍 WHO 分類第 5 版で正式分類された腎腫瘍の病理組織型であり、近年の報告では低悪性度だが長期的な予後追跡調査が十分ではないとされている。今回、PRNRP の 1 例を経験したため、文献的考察を加えて報告する。

症例は 79 歳、男性。前医で胃癌に対して幽門側胃切除術を施行された。経過観察の CT で経時的に増大する右腎腫瘍を認め、精査加療目的に当科紹介となった。併存症は慢性心房細動、前立腺肥大症であり、抗血栓薬を服用されていた。造影 CT 所見では右腎嚢胞および右腎上極近傍の腹側外側に造影効果を認める 22 mm 大の類円系の腎腫瘍を認めた。淡明腎細胞癌を疑い、cT1aN0M0 の診断でロボット支援下腎部分切除術 (RAPN) を行う方針とした。胃癌の術後であり同部を中心とした腹腔内癒着が予想されること、腎動脈が複数あることより後腹膜アプローチを選択した。同腫瘍に対して RAPN を施行。術後経過は良好であり、術後 7 日目に退院となった。病理結果は PRNRP であり、切除断端は陰性であった。

診断に苦慮した HLRCC 随伴性腎細胞癌の 1 例

阿部幹也・本田正史・大野博文 (松江赤十字病院 泌尿器科)

症例は 72 歳、男性。左副腎腫瘍および左複雑性腎嚢胞に対し、当院内分泌代謝内科で定期的に MRI フォローされていた。X 年 6 月、左複雑性腎嚢胞の増大を認め当科紹介となった。腎ダイナミック CT では、左腎外側に約 30 mm 大の腫瘍を認め、感染性嚢胞や肉芽腫形成も鑑別に挙がったが、悪性腫瘍を否定できず、X 年 9 月に手術を施行した。小径腎癌として腹腔鏡下腎部分切除術を予定したが、腹膜との癒着が強く術中判断で腎摘除術へ変更した。病理診断は肉腫様成分を伴う組織型診断困難な高悪性度腎細胞癌、WHO/ISUP grade 4, pT4N0 であった。国立がん研究センターにコンサルトし、フマル酸ヒドラーゼ欠損性腎細胞癌の疑いを指摘された。X+1 年 1 月にゲノム診療科へ紹介し、マルチ遺伝子パネル検査でフマル酸ヒドラーゼ遺伝子の病的バリエーションを認め、遺伝性平滑筋腫腎細胞癌症候群 (HLRCC) と診断された。術後補助療法としてベムプロリズマブを 1 年間投与したが、X+2 年 2 月 CT で左腸腰筋腹側の軟部構造増大を認め、PET-CT で左後腹膜および大動脈周囲に FDG 集積を伴う腫瘍を認めたため再発と判断した。現在、進行性腎癌としてレンパチニブ+ベムプロリズマブ併用療法を施行している。

HLRCC 随伴性腎細胞癌は稀だが進行が速く、診断に苦慮することがある。病理の再検討と遺伝学的評価が重要であった腎癌の 1 例

を経験したため報告する。

治療方針の決定に苦慮した腎血管筋脂肪腫の一例

安川流生・寺岡祥吾・大松留実子・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・武中 篤 (鳥取大学 泌尿器科)

症例は 34 歳、女性。検診で右腎腫瘍を指摘され当科紹介となった。CT・MRI で径 47 mm の右腎腫瘍を認め、単純 CT で高吸収、造影 CT で遅延性濃染、T2 強調像で低信号を呈し、明らかな脂肪成分を認めず、fat-poor angiomyolipoma (AML) と嫌色素性腎細胞癌との鑑別は困難であった。同側腎門部にもリンパ節腫大を認め、リンパ節転移も否定できなかったが、若年女性で腎機能温存の希望もあることから、リンパ節の術中迅速病理で悪性所見を認めれば根治的腎摘除術、非悪性であれば腎部分切除術を行う方針とし、ロボット支援手術を施行した。迅速病理では AML 様病変と診断されたが、AML のリンパ節病変の報告は乏しく良性と断定できず、根治性を優先して腎摘除術を行った。永久標本では腎腫瘍・腎門部リンパ節ともに fat-poor AML で、epithelioid component や悪性所見は認めず、HMB-45・Melan-A 陽性からリンパ節内に発生した AML と考えられた。AML のリンパ節病変は稀であり、現在では転移ではなく多中心性発生 (multicentric origin) と解釈される。良性とされる一方で悪性ポテンシャルを有する epithelioid AML との鑑別を要するが、術前画像や迅速病理のみでの確定診断は困難である。治療方針の決定に苦慮した fat-poor AML の 1 例を報告する。

特発性腎出血の一例

坂 孝太・小川貢平・大畑佑弥・芝原彰良・藤川慎之介

大島勝太・原 尚史・小林祐介・中島宏親・小池千明

井上圭太・永田祐二郎・和田耕一郎 (鳥根大学 泌尿器科)

症例は 75 歳、男性。発作性心房細動に対する抗凝固薬を内服中であつた。当院他科に入院中、膀胱タンポナーデを発症したため、当科紹介となった。膀胱鏡検査では下部尿路に明らかな出血源を認めなかった。造影 CT では右腎に陳旧性腎梗塞を疑う萎縮を認めたが、上部尿路に腫瘍や結石、腎動静脈奇形などの出血源は指摘できなかった。尿細胞診は Class II であった。抗凝固薬を中止し保存的加療を行ったが、間欠的な肉眼的血尿が約 2 週間持続した。2 度目の膀胱鏡検査で、左尿管口からの血尿流出を認めたため、全身麻酔下に尿管鏡検査を施行した。吸引により腎盂内圧を低下させると、上腎杯乳頭先端からの出血を認め、微小静脈破綻 (Minute venous rupture : MVR) による腎出血と診断した。凝固電極による電気焼灼によって、止血が得られたため、抗凝固薬を再開し術後 5 日目に退院した。しかし術後 2 週間で再度膀胱タンポナーデを発症し入院となった。抗凝固薬を再度中止したところ、保存的に止血が得られた。以後 5 カ月間、再出血を認めていない。

特発性腎出血は、通常の検査で原因が特定できない片側性の肉眼的血尿を呈する疾患である。経尿道的止血術を施行しても再発する症例が認められたため、若干の文献的考察を加え報告する。

反復する発熱を契機に腎梗塞と診断した一例

前田大輝・田路澄代・門脇浩幸（山陰労災病院 泌尿器科）

【背景】腎梗塞は比較的稀な疾患であり、発熱や炎症反応高値を主訴とした場合には急性腎盂腎炎との鑑別が困難となることがある。今回、反復する発熱を契機に発見された左腎梗塞の一例を経験したため報告する。

【症例】67歳、女性。人工弁置換術後。X年3月より40℃前後の発熱を繰り返し、救急外来を複数回受診していた。血液培養陽性を認めたが、心エコーでは感染性心内膜炎を疑う所見は認めなかった。4月上旬に持続する高熱で再受診となり、精査目的に造影CTを施行したところ、左腎に造影不良域を認め左腎梗塞疑いとして当科紹介・入院となった。入院時、炎症反応高値および腎機能障害を認めた。感染性塞栓による腎梗塞、あるいは急性巣状細菌性腎盂腎炎を鑑別に挙げ、セフトリアキソン投与を開始した。治療後、解熱傾向および腎機能改善を認めたため、当初はAFBNを疑った。しかし、経過観察目的に施行した再造影CTでは左腎病変の造影改善を認めず、画像所見としては腎梗塞に矛盾しない経過であった。以上より、感染を契機とした塞栓症による左腎梗塞と診断した。

【結語】発熱および炎症反応高値を伴う腎梗塞では、急性腎盂腎炎やAFBNとの鑑別が困難な場合がある。本症例では抗菌薬治療に反応を示したものの、再造影CTによる経時的評価が診断に有用であった。発熱を繰り返す症例では、腎梗塞も鑑別疾患として念頭に置く必要がある。

進行腎癌におけるベルズチファン投与4例の検討

神澤和慶・山元博史・村岡邦康（鳥取県立中央病院 泌尿器科）

ベルズチファンは免疫チェックポイント阻害剤（ICI: Immune Checkpoint Inhibitor）、VEGF受容体チロシンキナーゼ阻害剤（TKI: Tyrosine Kinase Inhibitor）治療後に増悪した根治切除不能又は転移性腎細胞癌に対して、2025年に本邦において承認されたHIF-2 α 阻害薬である。

今回当科においてICI、TKIを含む多剤治療歴を有するccRCC4例に対してベルズチファンを導入した。1例目は74歳、女性。pT1aN0M1（後腹膜鏡下左腎摘除術後、局所再発、多発肺転移）、irAEによる副腎不全でステロイド補充療法を継続している症例で、最小容量（40mg）へ減量後も強い疲労感、ふらつき、頭痛が持続し投与継続が困難であった。2例目は75歳、男性。pT1bN0M1（開放右腎摘除術後、術後12年で対側の腎癌を認め開放左腎部分切除術後、多発骨・肺・肝転移）、繰り返す低酸素症による入院を2回経て中止となった。3例目は80歳、女性。pT1bN0M1（後腹膜鏡下腎摘後、多発肺・骨転移）、ベルズチファン開始5日目でSpO₂<88%が持続し、休業中に急激な病勢の進行を認め投与不能となった。4例目は72歳、男性。cT3aN0M1（多発骨・肝転移）、L3骨転移に対して放射線治療後、麻薬性鎮痛剤を使用していた。酸素化不良のため120mgから80mgへの減量を要したものの、疼痛症状の改善が認められ、以降麻薬性鎮痛剤を使用することなく治療継続できている。直近の画像検査でも明らかな病変の増大は認められて

いない。

今回我々は多剤治療歴を有する進行腎癌4例へのベルズチファン投与経験を報告する。

腎摘除後に術後補助化学療法を施行した成人腎芽腫の一例

芝原彰良・小川貢平・中島宏親・大畑佑弥・坂 孝太

藤川慎之介・大島勝太・原 尚史・小林祐介・小池千明

井上圭太・永田祐二郎・荒木亜寿（島根大学 泌尿器科）

床並亜有子（同 病理学）

腎芽腫は小児に好発する腎原発悪性腫瘍であり、成人発症は100万人あたり0.2人未満と極めて稀である。多くは術後病理で診断され、成人での標準治療は確立されていない。

症例は60歳、男性。前立腺癌精査中のCTで左腎腫瘍を指摘され、当科紹介となった。同腫瘍は造影CTで長径54mm、緩徐な造影効果を伴う内部不均一な充実性腫瘍であった。MRIでは内部の出血および偽皮膜を認めた。転移を疑う所見はなく、乳頭状腎細胞癌cT1bN0M0の診断でロボット支援腹腔鏡下左腎摘除術を施行した。手術時間は4時間28分、出血は50mlであった。病理組織学的には後腎芽細胞、上皮成分、間質成分からなる三相性構造を認め、腎芽腫Stage I（COG分類）と診断された。当院がん診療ボードで協議し、小児Wilms腫瘍の治療プロトコルを参考に、術後補助化学療法としてvincristineとactinomycin Dを導入した。開始11週時点でgrade 3の末梢神経障害を認め、継続困難と判断し治療中止とした。術後10カ月で再発なく経過している。

小児腎芽腫では術前補助化学療法が行われることが多いが、成人例では小児に準じた術後補助療法による予後の改善が報告されている。今回、術後病理により成人腎芽腫と診断し、術後補助化学療法を施行した一例を経験したため、若干の文献的考察を加え報告する。

後腹膜脂肪肉腫に対するエリブリン療法により長期病勢コントロールが得られた一例

八尾建瑠・清水龍太郎・大松留実子・山根浩史

寺岡祥吾・西川涼馬・木村有佑・森實修一

引田克弥・武中 篤（鳥取大学 泌尿器科）

症例は82歳、女性。X-1年9月に近医定期受診の際に腹部腫瘍を指摘され、造影CTで右後腹膜に下大静脈から腎臓、膀胱までおよぼ83mm大の腫瘍を認めた。後腹膜脂肪肉腫が疑われ、同年11月に当院消化器外科へ紹介となった。その後、精査加療目的に当科紹介となり、CTガイド下生検施行し、後腹膜原発高分化型脂肪肉腫cT2N0M0の診断となった。X年4月、開放右後腹膜腫瘍摘除術を施行した。術中、上行結腸や回盲部、右結腸動脈と腫瘍の剥離は困難であり、腫瘍減量目的の可及的切除にとどめた。病理診断はWell differentiated liposarcomaおよびDedifferentiated liposarcomaであった。術後21日目よりドキソルビシン単独療法を開始した。6コース終了後の効果判定CTで腫瘍は増大しPDの判定となり、同年8月よりエリブリン療法を開始した。エリブリン療法を開始後、明らかな有害事象なく経過し、17コース終了時点で最大19%縮小を認めた。以降は12.5%まで増大傾向であるものの、26コース終了時点でSDを維持しており、エリブリン療法を継続中である。脂肪肉腫に対するエリブリン療法は、奏効率は10%程度と低いものの、一定割合で長期病勢コントロールが得られる事が報告されてい

る。今回、後腹膜脂肪肉腫に対してエリブリン療法を行い、長期病勢コントロールが得られた症例を経験したため報告する。

エトポシド+プラチナ製剤併用療法により長期生存が得られた膀胱小細胞癌の1例

谷脇寛規・西川涼馬・大松留実子・山根浩史
寺岡祥吾・木村有佑・森實修一・引田克弥
武中 篤（鳥取大学 泌尿器科）

症例は72歳、男性。X年11月に8cm大の膀胱腫瘍を指摘され、TUR-BTを施行した。病理組織診断はsmall cell neuroendocrine carcinoma, pT2以上であり、urothelial carcinomaの混在は認めず、NSEは237 ng/mLと高値であった。肺、肝、多発リンパ節、骨転移を認め、膀胱癌cT4N2M1bと診断した。X+1年1月よりエトポシド+シスプラチン療法を開始し、原発巣および転移巣の79.5%縮小を認めPRとなった。7コースを施行しPRを維持したが、腎機能低下および両眼性の求心性視野狭窄を認めた。シスプラチンを減量後、カルボプラチンへ変更し、エトポシド+カルボプラチン療法を継続した。5コース施行後、肺転移の縮小、肝転移およびリンパ節転移の消失を認め、93.6%縮小でPRを維持した。さらに5コース追加するも5mm大の肺転移は変化なく、NSEも正常化を維持した。視野狭窄、患者希望もあり、十分な説明を行った上で以後、無治療経過観察とした。治療終了後5年時点でCT、PET-CTや膀胱鏡検査で明らかな再発や増悪を認めていない。膀胱小細胞癌は膀胱癌の中でも稀な組織型であり、早期から遠隔転移を来しやすく予後不良とされる。今回、多発転移を伴う膀胱小細胞癌に対し、エトポシド+プラチナ製剤併用療法により長期生存が得られた1例を経験したので報告する。

筋層浸潤性膀胱癌に伴う巨大膀胱血腫に対しモーセレーターで血腫除去を行った1例

杉谷智之・吉岡彩織（雲南市立病院 泌尿器科）

症例は86歳、女性。20XX-5年3月に当院外科で腹腔鏡下S状結腸切除術施行。その後外来でフォローされていた。20XX-2年9月CTで膀胱腫瘍を指摘されるも、認知症があり、本人、家族の希望により泌尿器科を受診していなかった。20XX年2月排尿時痛、頻尿、貧血を認め、当科受診。CTで血腫もしくは腫瘍の増大を認めた。膀胱鏡施行するも、腫瘍は表面平滑で血腫と一塊となっており、水も入りにくいため、観察は不十分であった。MRIでは後壁左側に2cm大の筋層浸潤性病変と8×7×6cmの血腫を認めた。膀胱癌cT2N0M0に対して、経尿道的膀胱腫瘍切除術ならびに血腫除去術の予定とした。術中、エリックエバキューターで血腫除去を試みるも困難であった。腫瘍に対するモーセレーションは播種のリスクもあるため、血腫のみである部位を切除し、腫瘍から切り離れた状態で20分程度施行した。その後腫瘍近傍に関しては従来通りの切除を施行し、インジゴカルミン投与後も左尿管口が確認できなかったため、同部位を切除し、流出を確認し、手術時間4時間20分で終了した。病理結果T2, Invasive urothelial carcinoma, sarcomatoid subtype with heterologous elementであった。尿道カテーテル抜去後、排尿状態は改善し、退院となった。今回、筋層浸潤性膀胱癌に伴う巨大膀胱血腫に対しモーセレーターで血腫除去を行った1例を経験したので、若干の文献的考察を加えて報告する。

大腸癌尿管浸潤が膀胱内伸展により肉眼的血尿を呈した1例

川本文弥（鳥取県立厚生病院 泌尿器科）

症例は70歳、男性。X-3年にS状結腸癌に対して腹腔鏡下S状結腸切除術を施行し、病理診断はpT3N0M0, StageⅡAであった。X-1年に吻合部再発に対して腹腔鏡下結腸切除術を施行し、漿膜面で断端陽性であり、術後化学療法として、カペシタビンを内服していた。X年2月、肉眼的血尿と、左水腎症が出現し当科受診した。尿細胞診はclassⅢaで、逆行性尿管造影で左尿管は完全途絶していた。3月に尿管鏡下生検を施行し、大腸癌尿管浸潤の診断に至った。肺転移も伴っていたことから、全身化学療法の方針となり、4月より2次化学療法が開始された。当科では2次化学療法導入に先立ち腎機能保護を目的に左腎瘻造設術を施行した。単純CTではSDを維持していたが、X+1年1月、再度肉眼的血尿が出現した。尿細胞診はclassⅤで腺癌が疑われ、膀胱鏡では左尿管口内から発育する表面平滑な腫瘍を認めた。造影CT、MRIでは左下部尿管内に腫瘍の充満が疑われた。組織学的評価を目的にTURBTを施行すると、大腸癌の浸潤であった。現在3次化学療法を施行中である。

大腸癌による膀胱や尿管など尿路への浸潤はしばしば経験をするが、本症例のように大腸癌が局所浸潤から尿路内に限局して伸展することは稀であり、報告する。

巨大子宮筋腫を合併した直腸癌術中尿管損傷症例に対して、術中カラーイメージングシステム（SPY-PHI）を使用した尿管カテーテル同定が有用であった、Boari flap法を施行した1例

清水 成・山口徳也・岩本秀人

瀬島健裕（松江市立病院 泌尿器科）

症例は70歳、女性。X年1月に下部直腸癌（cT3N0M0）に対し腹腔鏡下直腸切断術および人工肛門造設術を施行した。術後早期から1,000ml超のドレーン排液と会陰創からの浸出液を認め、当初リンパ漏を疑われたが、術後12日目の排液成分検査で尿漏と判明し当科紹介となった。左尿管損傷の疑いにて尿管ステントの留置を試みたが、膀胱尿管移行部より4cmほど頭側で造影剤の漏出を認め、挿入困難であった。硬性尿管鏡の観察では尿管完全断裂を示唆する尿管外組織を認めた。この時点で左水腎はG1程度であり腹腔内への尿漏出が疑われた。左腎瘻造設に移行し、待機的に尿管再建術を実施する方針とした。本例は骨盤内を占拠する巨大子宮筋腫を合併しており、既往手術による癒着と尿管損傷と同側の左結腸stomaの存在があり、尿管同定の困難が予想されたため、術前に腎瘻から順行性に蛍光尿管ステントを挿入した。術中、カラーイメージングシステム（SPY-PHI）の蛍光モードを用いることで、巨大筋腫により変容した解剖下でも尿管走行を迅速に同定可能であった。腸腰筋と膀胱に距離があり、Psoas hitch法では吻合部の緊張緩和が不十分と判断し、Boari flap法を選択して尿管膀胱新吻合を実施した。術後経過は良好で、術後13日目の膀胱造影でリークがないことを確認しバルーンを抜去、16日目に退院した。術後46日目にステントを抜去し、以後腎機能や水腎症の増悪なく経過良好である。

尿管再建を目的とし術後癒着や解剖学的変化を伴う症例において、蛍光ナビゲーションは安全な手術遂行に有用であったため報告する。

当院におけるペムブロリズマブ関連の間質性肺炎の検討

坂本憲生・小林直人（鳥取赤十字病院 泌尿器科）

小野孝司（医療法人アスピオス介護老人保健施設まさたみの郷）
免疫チェックポイント阻害薬であるペムブロリズマブは有効性の一方で免疫関連有害事象として間質性肺炎が問題となる。当院での発症状況について検討し報告する。

当院で2017年2月から2026年4月までペムブロリズマブを投与した26例を対象とし、間質性肺炎の発症頻度、臨床経過、治療、転帰について後方視的に解析した。

26例中6例（23%）に間質性肺炎を認めた。内訳はペムブロリズマブ単剤療法1例、併用療法5例であった。発症時期は29～182日（中央値63日）であった。単剤例は投与50日目に発症し、ステロイド治療を施行したが、サイトメガロウイルス感染症を合併し多臓器不全で死亡した。併用療法ではエンホルツマブベドチン併用が3例（うち間質性肺炎に関連した死亡は1例）、レンバチニブメシル酸塩併用が2例であった。死亡例は投与29日目に発症し、ステロイド治療を施行するも改善は得られなかった。他の併用4例の間質性肺炎はステロイド治療により改善した。

当院では併用療法での発症割合が高い傾向を認めたが、症例数が少なく検証には限界がある。ペムブロリズマブ関連による間質性肺炎は発症時期にばらつきがあったり、重篤化するまでの間隔が短かったりと対応困難な場合があり、慎重な経過観察が必要であると考えられる。早期診断と適切な治療介入が重要であり、今後もさらなる検討が必要である。

当院におけるアパルタミドの使用経験

安藤 謙・中村成伸・本田 聡（大田市立病院 泌尿器科）
堀江達夫（同・薬剤部）

前立腺癌の治療薬は多岐にわたるが、その中でも新規アンドロゲン受容体シグナル阻害薬（ARSI）の使用法は議論されている。現在、日本で承認されているのはアピラテロン、エンザルタミド、アパルタミド、ダロルタミドの4種類であり、前立腺癌診療ガイドライン2025年改訂版では、転移性去勢感受性前立腺癌（mCSPC）に対しARSIの適応があれば1st lineとしての使用を推奨している。上記4薬剤のうち、アパルタミドは去勢抵抗性となつてからの適応がないため、mCSPCの1st lineとしての使用を検討すべき薬剤であるが、本邦承認時より皮膚障害を主とする有害事象が懸念されている。

当院ではこれまでアパルタミドを15例で使用している。12例はmCSPCに対して、3例は非転移性去勢抵抗性前立腺癌（nmCRPC）に対して導入された。12例のmCSPCのうち、6例はPSA低値を維持しており、Grade3以上の有害事象を認めることなく継続している。4例は去勢抵抗性獲得の判定で中止しており、去勢抵抗性獲得までの期間（TTCR）の中央値は11カ月であった。本薬剤に関する安全性・有効性、当院における皮膚障害へのマネジメントについて、症例提示ならびに若干の文献的考察を踏まえて報告する。

診断から15年経過して自然破裂をきたした陰嚢内類表皮嚢腫の一例

三原 悠・磯山忠広（米子医療センター 泌尿器科）

症例は68歳、男性。X-15年に当院で右陰嚢内に8cm大の嚢腫

性病変を指摘されていたが無症状であったため経過観察を希望していた。その後も緩徐に増大していたが受診しなかった。X年2月に起床時に痛みはないものの右陰嚢の急速増大に気づき、また排尿困難となったため近医泌尿器科を受診、精査目的に同日当科に紹介となった。陰嚢は小児頭大に腫大し陰嚢皮膚は暗紫色を呈していた。血液検査では炎症反応の上昇を認め、CT上は右陰嚢内嚢胞性病変の破裂が疑われたため緊急手術の方針となった。術中所見では右精巣鞘膜は高度に肥厚しており、その内部に石灰化を伴う嚢胞性腫瘍を認め一部が破れていた。中枢側で精索を切断して精巣鞘膜ごと摘出した。摘出標本内には肥厚した鞘膜に固着した精巣が確認できた。術後病理結果から類表皮嚢腫であった可能性が示唆された。

陰嚢内に発生する類表皮嚢腫は比較的稀な疾患で、無痛性でかつ緩徐に増大するという報告が散見される。巨大化に伴う破裂や感染により急性症状を呈することもあるがその報告例は限られる。今回我々は、診断から15年経過して自然破裂をきたした陰嚢内類表皮嚢腫の一例を経験したため報告する。

精巣区域梗塞の1例

江原省治・和氣功治（出雲市立総合医療センター 泌尿器科）

症例は44歳、男性。20XX年9月の夕方、左陰嚢痛が出現、疼痛持続のため翌日、当科を紹介受診した。左精巣はやや緊満、自発痛、圧痛が高度であった。左精巣上体、左精索に異常は認められなかった。陰嚢エコーでは左精巣に長径1.5cm大の卵円形、境界が明瞭、内部はやや不均一で軽度の高エコーを示す領域が観察され、その下方にも同様な変化が認められた。同領域はカラードブラで血流は観察されなかった。同日実施したMRIでは同領域はT1WIで低信号、T2WIで等信号を示し、造影MRIで造影効果は観察されなかった。また、同領域は拡散低下なく、周囲にはリング状造影効果も認められなかった。画像診断では特徴的とされる所見はそろっていなかったが、精巣腫瘍マーカーは陰性であり、精巣区域梗塞を疑い保存的治療とした。第10病日には自発痛がなくなり、陰嚢エコーでは同領域は縮小傾向を示し、内部は低エコー域が広がった。第31病日には圧痛も軽減、MRIでは同領域はさらに縮小、造影MRIで周囲のリング状造影効果が明らかとなり、精巣区域梗塞と診断した。原因となる基礎疾患はなく、特発性と考えられた。第102病日には疼痛なく、生活上、問題のない状態となり、第199病日で終診となった。精巣区域梗塞は急性陰嚢症としてまれなものであり、文献的検討を加え報告する。

島根大学における男性不妊外来の運用

小林祐介・小川貢平・大畑佑弥・坂 孝太・芝原彰良
藤川慎之介・大島勝太・原 尚史・中島宏親・小池千明
井上圭太・永田祐二郎・和田耕一郎（島根大学 泌尿器科）

「不妊」とは、妊娠を希望する健康な男女が避妊を行わず性交しているにもかかわらず、一定期間妊娠に至らない状態をいう。WHOによれば、6人に1人が生涯のある時期に不妊症を経験するとされている。国内においても、従来は10組に1組とされていたが、近年の晩婚化などを背景に、7組に1組程度が不妊状態にあるとも報告されている。不妊カップルの約半数は男性因子が関与するとされており、不妊治療における泌尿器科の役割は重要である。

当院では、男性不妊外来を担う前任者の退職に伴い、2019年8

月より診療を中止していた。しかし、2022年4月の生殖医療の保険適用開始に先立ち、2021年8月より診療を再開した。毎週金曜午前に専門外来を設け、2021年8月から2026年4月までに計64名の患者を受け入れた。その内訳は、乏精子症・精子無力症 22名、無精子症 16名、精索静脈瘤 14名、勃起・射精障害 9名、低ゴナドトロピン性性腺機能低下症 2名、プライダルチェック 1名であった。実際の診療では、問診、外性器の診察、精液検査、内分泌学検査、腹部・陰嚢超音波検査といった検査を基本として行い、必要に応じて遺伝子検査やCT・MRIといった画像検査を追加している。男性不妊の原因として、肥満やサウナなど生活習慣の影響も指摘されており、外来では「元氣な精子を作るための10カ条」を用いた生活指導も行っている。また、不妊治療には大きな精神的・社会的・経済的負担を伴うため、心理的サポートや助成制度に関する情報提供も重要である。さらに、がん患者に対しては、治療開始前に精子凍結などの妊孕性温存の選択肢を提示することも重要であり、当院と地域がん診療連携拠点病院の間で鳥根県がん生殖医療ネットワークを組織している。

本シンポジウムでは、当院の男性不妊外来の運用について、診療再開後の取り組みと現状を総括して報告する。

男性不妊診療の現状と展望—当院高度生殖医療センターの取り組み—

寺岡祥吾・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・武中 篤（鳥取大学 泌尿器科）
東 幸弘・谷口文紀（同 女性診療科）

近年、少子化の進行に伴い不妊症への関心は高まっており、その原因の約半数に男性因子が関与するとされている。また、体外受精や顕微授精といった生殖補助医療（ART）による出生児の割合も

年々増加しており、現在では全出生の約1割を占めるまでになっている。こうした状況を背景に、男性不妊に対する適切な評価と治療の重要性はこれまで以上に高まっている。

男性不妊の主な原因としては造精機能障害が挙げられる。なかでも精索静脈瘤は比較的頻度が高く、外科的治療により改善が期待できる代表的な疾患である。一方で、Y染色体微小欠失などの遺伝子異常は重度の造精機能障害に関与し、遺伝カウンセリングを含めた慎重な対応が必要となる。また、抗がん剤やホルモン製剤などによる薬剤性の影響も重要であり、診療においては既往歴の丁寧な把握が不可欠である。

さらに近年では、妊孕性温存療法の重要性も広く認識されてきている。特に若年がん患者においては、治療開始前に精子の凍結保存を行うことが将来の生殖機会を確保する手段として推奨されており、関連診療科との連携を含めた迅速な対応体制が求められる。

当院では2026年4月に高度生殖医療センターを新設し、男性不妊診療のさらなる充実を図っている。本センターでは泌尿器科と産婦人科が密接に連携し、精索静脈瘤手術から精巣内精子採取術（TESE）、さらにはARTに至るまで一貫した診療体制を整えている。特に、プレコンセプションケア外来で男性側の異常が疑われた場合には、婦人科から速やかに泌尿器科へ相談・紹介できる体制を構築しており、早期介入につなげている。また、TESEで採取した精子を同一施設内で培養室へ迅速に搬送し、そのまま顕微授精へ利用できる点も大きな特徴であり、患者負担の軽減と治療効率の向上に寄与している。さらに、遺伝カウンセリングや妊孕性温存にも対応し、包括的な医療提供を行っている。

本シンポジウムでは、男性不妊の現状と課題について概説するとともに、当院での取り組みを紹介し、今後の男性不妊診療の方向性について考察する。