

第 335 回
日本泌尿器科学会岡山地方会
プログラム・予稿集

日 時：令和 5 年 5 月 20 日（土） 午後 2 時

オンライン開催

参加者の皆様へ

1. 第 335 回岡山地方会はビデオ会議システム「Zoom」によるオンライン会議での開催となります。
2. 地方会事務局へ登録していただいている会員の皆様のメールアドレスに Zoom 地方会招待メール、招待 URL をお送り致します。
3. 一般演題は口演時間 7 分、討論 3 分です。時間厳守でお願いします。
4. 演者の先生方は PowerPoint で作成したスライドを当日ご用意ください。
5. 質疑応答は、座長の許可を受けた上で、必ず、所属、氏名を明らかにしてからご発言下さい。
6. 予稿集は各自、岡山地方会ホームページ
(<https://www.uro.okayama-u.ac.jp/chihoukai/>) よりプリントアウトできます。
7. 今回のオンライン地方会は専門医研修参加単位登録として認めていただけます。以下が付与条件となりますので、ご確認下さい。
 - ・参加者については、開催時間の 1/2 以上の参加（視聴）
 - ・学会発表についてはプログラムを確認し、単位・業績として認める
 - ・学会終了後、岡山地方会にて参加証を発行します。参加した先生方にはご自身の専門医更新時まで保管いただくようお願い申し上げます。専門医更新時に申請書類に添付していただくことで参加単位を認めていただけることになります。
8. 今回は優秀演題に対して賞が授与される予定です。

日医生涯教育制度について

2020 年 2 月より日本泌尿器科学会岡山地方会における日本医師会生涯教育の単位・カリキュラムコードの付与方法が変更となりました。

詳細は岡山地方会 HP をご覧ください。

<https://www.uro.okayama-u.ac.jp/chihoukai/>

プログラム

一般演題

14:00～16:30

座長 佐古智子（広島市民） 堀川雄平（川崎医科大学総合医療センター）

1. エリスロポエチン産生腎細胞癌の1例
寺本友真、藤井孝法、花本昌紀、高村剛輔、中田哲也（岩国医療センター）
2. 3次治療後に完全奏効となった転移性腎細胞癌の1例
高橋進太郎、清水真次郎、三上友香、阿部将大、岡田 翔、新川平馬、辻 茂久、
覺前 蕉、中塚騰太、平田啓太、森中啓文、大平 伸、海部三香子、藤井智浩、
宮地禎幸（川崎医大）森谷卓也（同・病理学）
3. 腎癌との鑑別が困難であった黄色肉芽腫性腎盂腎炎の1例
日野浩輔、岡本悠佑、浅原啓介、三宅修司、高本 篤、黒瀬恭平、村田 匡（福山市民）
前原貴典（金光病院）畠 和宏（沖野上クリニック）
4. 小児膀胱尿管逆流症に対する外科的治療の経験
白石裕雅、徳永 素、和田里章悟、窪田理沙、久住倫宏、市川孝治、津島知靖
（岡山医療センター）高田知佳、浮田明見、人見浩介、向井 亘、高橋雄介、中原康雄、
後藤隆文、青山興司（同・小児外科）
5. 両側腎盂尿管周囲に発生した脱分化型脂肪肉腫の1例
平岡悠飛、井上陽介、山崎 拓、藤田 治（香川労災）安藤展芳（尾道市民）
河内啓一郎（河内病院）
6. 腎提供後11年経過の若年ドナーに認めたT3a腎細胞癌の1例
原 尚史、西村慎吾、長崎直也、奥村美紗、尾地晃典、川野 香、渡部智文、関戸崇了、
堀井 聡、吉永香澄、丸山雄樹、山野井友昭、長尾賢太郎、河田達志、富永悠介、
定平卓也、岩田健宏、片山 聡、枝村康平、小林知子、小林泰之、石井亜矢乃、
渡部昌実、渡邊豊彦、荒木元朗（岡山大）
7. 急速に進行したリンパ腫様型／形質細胞様型尿路上皮癌の1剖検例
川合裕也、那須良次（岡山労災）沖田千佳（同・病理診断科）田中大介（姫路聖マリア）
8. 陰嚢内海綿状血管腫の1例
杭ノ瀬 彩、西山康弘、水谷圭佑、森田 陽、新 良治、小野憲昭（高知医療センター）
9. 逆行性腎盂造影後に反射性無尿をきたした1例
常 泰輔、原 綾英、高崎宏靖、杉山星哲、堀川雄平、上原慎也
（川崎医科大学総合医療センター）

10. 交通外傷によって膀胱破裂・尿道完全断裂となった1例
松本啓輔、鎌田聡子、森 聰博、上松克利、山田大介（三豊総合）
鷹取 亮、清野正普（同・整形外科）
11. 膀胱癌の陰嚢皮下転移に対しエンホルツマブベドチンが奏効した1例
万代真由香、榮枝一磨、津川昌也（岡山市立市民）宗田大二郎（鳥取市立）
12. 転移性膀胱癌に対して Pembrolizumab が長期投与可能であった1例
鵜川聖也、安藤展芳、杉本盛人、大枝忠史（尾道市立市民）
13. 頸椎症を契機に発見された PSA 低値進行前立腺癌の1例
石川 勉、児島宏典、明比直樹（津山中央）弓狩一晃（弓狩クリニック）
14. Pembrolizumab が奏功した去勢抵抗性前立腺癌の1例
井上翔太、谷本竜太、中野輝権、杉野謙司、佐々木克己（香川県立中央）

一般演題

1. エリスロポエチン産生腎細胞癌の1例

寺本友真、藤井孝法、花本昌紀、高村剛輔、中田哲也（岩国医療センター）

症例は64歳男性、近医より多血症疑いにて当院内科を紹介受診した。画像診断にて左腎腫瘤を認め、当科紹介となった。末梢血液検査ではRBC $639 \times 10^4 / \text{mm}^3$, Hb 17.2 g/dL, Hct 55.7%, エリスロポエチン(以下 Epo) 39.8 mIU/ml (4.2-23.7) を認め、造影 CT では左腎に7cm大の内部不均一に造影される充実性成分を認め典型的な腎細胞癌の所見であった。また、右肺野に粒状陰影を認め、肝臓造影 MRI で S4 領域に1.7cmの肝転移が疑われた。

以上より、赤血球増多症を伴った左腎細胞癌 cT2aNOM1 (Stage IV、IMDC 分類: intermediate) と診断し、腹腔鏡下左腎摘除術 (Cytoreductive nephrectomy) を施行した。病理学的診断は淡明細胞型腎細胞癌、pT2a, INFa, Lv0, V1, Grade2>Grade1 (WHO/ISUP) であった。手術後、末梢血液検査ではRBC $508 \times 10^4 / \text{mm}^3$, Hb 14.1 g/dL, Hct 43.2%, Epo 4.2 mIU/ml まで改善した。術後画像検査にて、肺粒状陰影と肝 S4 病変に変化なく、1次薬物療法(イピリムマブ+ニボルマブ)を開始した。現在SDを維持し、多血症、高Epo血症の再発なく経過している。

今回、赤血球増多症を伴ったEPO産生腎細胞癌の1例を経験したため、若干の文献的考察を含めて報告する。

2. 3次治療後に完全奏効となった転移性腎細胞癌の1例

高橋進太郎、清水真次郎、三上友香、阿部将大、岡田 翔、新川平馬、辻 茂久、
覺前 蕉、中塚騰太、平田啓太、森中啓文、大平 伸、海部三香子、藤井智浩、
宮地禎幸（川崎医大）森谷卓也（同・病理学）

症例は59歳の女性。体重減少にて近医を受診した。貧血と右腎腫瘍を認め、当科に紹介となった。腎静脈浸潤を伴う右腎癌の診断で腹腔鏡下右腎摘除術施行。病理診断は、遺伝子転座のないTFE3の増幅を認める淡明細胞型腎細胞癌であった。(pT3a(腎静脈)cNOMO)術後3か月目の造影CTで下大静脈に血栓を認めたが、経過観察とした。術後6か月目のCTおよびPET/CTで下大静脈と肺動脈に腫瘍塞栓を認め転移性腎癌IMDC分類中リスク群に分類し、1次治療としてペンブロリズマブ・アキシチニブ併用療法を開始した。投与後1か月目で下大静脈塞栓と肺動脈塞栓は消失したが、10サイクル終了後(9か月後)PET/CTで縦隔リンパ節転移が出現した。新病変のため2次治療としてカボザンチニブ投与を開始したが、6か月後のCTで肺動脈塞栓増大、縦隔リンパ節転移の一部増大を認めた為、3次治療としてニボルマブ投与を開始した。変更4か月後のCTで肺動脈塞栓、縦隔リンパ節腫大消失し、3次治療開始2年後の現在も完全奏効の状態新たな転移巣の出現も認めていない。

3. 腎癌との鑑別が困難であった黄色肉芽腫性腎盂腎炎の1例

日野浩輔、岡本悠佑、浅原啓介、三宅修司、高本 篤、黒瀬恭平、村田 匡（福山市民）
前原貴典（金光病院） 畠 和宏（沖野上クリニック）

症例は68歳男性。既往歴は特になし。X年10月、前医CTで左腎腫瘤指摘され、精査加療目的に当院紹介受診となった。前医dynamic CTで左腎上極に70mm大の腫瘤を認め、辺縁部に被膜状の増強効果があり、不完全な隔壁構造を認めた。初診時、MRI撮像し左腎上極辺縁に充実成分を伴った嚢胞性病変認め、充実部は動脈相から濃染し、平衡相にかけて造影効果が遷延していた。左嚢胞性腎癌疑いでX年12月、開腹根治的腎摘除術を施行し、結腸、臍尾部、脾臓との癒着激しく合併切除となった。術後13日目に臍液瘻認めるも保存的加療で軽快し、術後24日目に退院となった。病理組織所見では、腎臓から結腸、臍周囲にかけて広範囲に多数の泡沫細胞を含む炎症細胞浸潤、線維化を認めた。組織球はCD68陽性であり、AE1/AE3染色を行い腫瘍性病変は指摘できず黄色肉芽腫性腎盂腎炎の診断となった。【考察】黄色肉芽腫性腎盂腎炎は慢性腎盂腎炎の特殊な一型である。形態学的にはび漫型（diffuse type）と限局型（focal type）に分類される。本症例のように限局型の場合、尿路結石などの器質的異常はないことが多く、画像上も腎癌との鑑別が困難となることが多い。本症例について、若干の文献的考察を加え、報告する。

4. 小児膀胱尿管逆流症に対する外科的治療の経験

白石裕雅、徳永 素、和田里-章悟、窪田理沙、久住倫宏、市川孝治、津島知靖
（岡山医療センター）高田知佳、浮田明見、人見浩介、向井 亘、高橋雄介、中原康雄、
後藤隆文、青山興司（同・小児外科）

膀胱尿管逆流症（VUR）は小児における最も一般的な泌尿器科の先天性異常であり、尿路感染症および腎癒痕形成のリスク増加と関連がある。VURに対して2症例で異なる3種類の手術方法を経験した。症例1は6歳女児。1歳時に腎盂腎炎で入院した際に排尿時膀胱尿道造影（VCG）で両側VUR（左：gradeⅣ、右：gradeⅠ）と診断されたが改善ないため手術加療となった。左はLich-Gregoir法、右はDeflux®注入療法を行った。術後経過は良好で術後4日目に退院となった。症例2は14歳男児。7ヶ月前、6ヶ月前に腎盂腎炎で加療、VCGで両側VUR（左：gradeⅡ、右：gradeⅢ）と診断された。年齢的に自然治癒の可能性は低く、手術加療の方針となった。1回の手術で確実に治る方法を家族が希望されたのでPolitano-Leadbetter法を行った。術後経過は良好で術後7日目に退院となった。手術方法の選択、手術内容を交えて報告する。

5. 両側腎盂尿管周囲に発生した脱分化型脂肪肉腫の1例

平岡悠飛、井上陽介、山崎 拓、藤田 治（香川労災）安藤展芳（尾道市民）
河内啓一郎（河内病院）

症例は72歳女性で、既往にシェーグレン症候群と重症筋無力症があり内服治療中。X年10月に左乳癌の術前CTで右腎盂尿管移行部に腫瘍を指摘され当科紹介された。逆行性腎盂造影でCTと一致する部位に狭窄を認め、右分腎尿細胞診classⅢであった。sIL2-RやIgG4等の有意な上昇を認めずT-SPOTも陰性であった。X年12月にエコーガイド下右腎盂尿管周囲腫瘍生検を施行した。病理結果で脱分化型脂肪肉腫と診断し、X+1年1月に経腹的右腎尿管全摘術を施行した。術後、十二指腸での通過障害による嘔気が改善しないため外科にてX+1年3月に胃空腸バイパス術の予定となった。外科術前CTにて新たに左水腎とその閉塞起点として左腎盂尿管移行部周囲に腫瘍影を認め、外科手術の際に経腹的左腎尿管周囲腫瘍生検を併施し、病理結果で脱分化型脂肪肉腫の診断となった。消化管通過障害は改善したため退院し、現在外来にて左腎盂尿管周囲脱分化型脂肪肉腫の治療方針について検討中である。今回、両側腎盂尿管周囲に発生した脱分化型脂肪肉腫の1例を経験したので文献的考察を加え報告する。

6. 腎提供後11年経過の若年ドナーに認めたT3a腎細胞癌の1例

原 尚史、西村慎吾、長崎直也、奥村美紗、尾地晃典、川野 香、渡部智文、関戸崇了、堀井 聡、吉永香澄、丸山雄樹、山野井智昭、長尾賢太郎、河田達志、富永悠介、定平卓也、岩田健宏、片山 聡、枝村康平、小林知子、小林泰之、石井亜矢乃、渡部昌実、渡邊豊彦、荒木元朗（岡山大）

症例は43歳、女性。X-11年、他院で父親をレシピエントとしたドナー右腎採取術を施行。X年1月に人間ドックで左腎腫瘍を指摘。前医のCTで45mm大の左腎癌が疑われ、手術目的に当科紹介。cT1bNOMO, stage I (RENAL score 11x, PADUA score 10)の診断で、腎部分切除の適応と判断。温阻血時間延長による腎機能低下のリスクを回避する為、ロボット支援下ではなく開放腎部分切除を選択。X年4月、自家腎移植へも備えつつ、経腰的冷阻血下左腎部分切除術を施行。腫瘍底部の切離の際、開放した静脈内に腫瘍浸潤を認めたが、肉眼的に断端陰性にて腎部分切除を完遂（手術時間503分、冷阻血時間107分、出血量700ml；冷水込み）。術後はCr5.7mg/dlまで上昇するも透析を行うことなく改善し、high gradeの合併症も認めず。病理組織は、Clear cell RCC, G2, Ly0, v1, pT3a(切除断端陰性)。今回、若年ドナー発症の腎癌を経験したので、若干の論文的考察を加え報告する。

7. 急速に進行したリンパ腫様型／形質細胞様型尿路上皮癌の1剖検例

川合裕也、那須良次（岡山労災）沖田千佳（同・病理診断科） 田中 大介（姫路聖マリア）

症例は76歳、男性。X年5月に肉眼的血尿・左側腹部痛で当科受診。右優位の両側水腎症あり、尿細胞診はclassⅢ。膀胱鏡・尿管鏡検査で腫瘍を認めず、分腎尿細胞診は右classⅠ・左classⅡで経過観察とした。X年8月、膀胱右壁に浮腫を認め生検でUC, low gradeだった。X年10月、左水腎は自然軽快したが右尿管壁肥厚は残存、右分腎尿細胞診がclassⅣであり、右尿管癌cT2以上と診断、GC療法2コースの後、X+1年2月右腎尿管全摘除術を施行した(invasive UC, pT2N0)。X+1年9月、膀胱頸部・円蓋部に乳頭状腫瘍の再発あり、TURBT施行した(invasive UC)。X+1年11月に膀胱鏡で再発認めなかったが、X+2年1月、膀胱内広範囲に再発ありcT3以上と診断。X+2年2月、膀胱全摘予定したが摘除困難、左尿管皮膚瘻を作成した。放射線治療、Pembrolizumabを追加したがX+2年10月永眠した。剖検でリンパ腫様型／形質細胞様型尿路上皮癌の診断に至った。本疾患は尿路上皮癌の稀なvariantで、早期診断が困難で予後不良とされる。本症例はX+1年11月以降に急速な進行を認め、放射線治療・化学療法の効果が無く残念な転帰となった。剖検で診断されたリンパ腫様型／形質細胞様型尿路上皮癌の1例を報告する。

8. 陰嚢内海綿状血管腫の1例

杭ノ瀬 彩、西山康弘、水谷圭佑、森田 陽、新 良治、小野憲昭（高知医療センター）

症例は45歳、男性。主訴は右陰嚢痛。2022年9月中旬に右陰嚢痛を自覚。近医を受診したがエコー上で精巣には問題なく抗生剤内服で経過観察となっていた。その後も疼痛改善せず10月中旬に当科紹介受診となった。右陰嚢内容は鶏卵大に腫大し、やや硬く触れる腫瘤を触知した。超音波検査では、右精巣は左と比較してやや低輝度、右精巣足側に内部不均一、ドップラーで血流のある病変を認めた。CTでは右陰嚢内に内部不均一な8cm大の軟部濃度腫瘤像を認め、MRIでは軟部腫瘤はT1強調像で低信号、T2強調像高信号を呈していた。以上より血管性腫瘍もしくは精索捻転の疑いで外科的手術を施行した。術中所見では精索捻転は認めず、精巣尾側に怒張した血管により形成された腫瘤性病変を認めた。腫瘤は陰嚢表皮と強固に癒着しており剥離により容易に出血を来し、悪性腫瘍の可能性も考慮し陰嚢表皮・精巣・精索を合併切除した。組織学的には海綿状血管腫であった。術後右陰嚢痛は軽快している。

今回我々は陰嚢内に発生した海綿状血管腫の1例を経験したため若干の文献的考察を加え考察する。

9. 逆行性腎盂造影後に反射性無尿をきたした1例

常 泰輔、原 綾英、高崎宏靖、杉山星哲、堀川雄平、上原慎也
(川崎医科大学総合医療センター)

症例は65歳の男性。20XX年に膀胱癌に対し、BCG膀胱内注入療法を施行した。以後、近医泌尿器科にて再発なく経過観察されていた。20XX+12年に血尿を主訴に近医受診、造影CTにて左腎盂内に腫瘤を認め、当科紹介となった。初診時、尿細胞診はClass V、膀胱鏡では不整な粘膜を認めた。膀胱内再発及び上部尿路再発を疑い、脊椎麻酔下に膀胱生検、両側逆行性腎盂造影、および両側分腎尿採取を施行した。膀胱生検は悪性所見なし、腎盂造影で左腎盂に陰影欠損あり。右分腎尿はClass II、左分腎尿はClass Vであった。術後、尿流出なしの報告あり、経過観察したところ、術前検査ではCre:1.29mg/dlであったが、術後12時間の血液検査で、Cre:3.86mg/dlと上昇を認めた。超音波検査では両側腎盂はやや拡張しているのみであり、膀胱内に尿貯留は認めなかったため、反射性無尿を第一に疑い、嚴重に経過観察とした。術後2日目にCre:6.56mg/dlに上昇。一時的な透析や尿管ステント留置も考慮しつつ経過観察を継続していると、同日、術後60時間経過時点で尿の流出を認めた。その後、急性腎障害後の利尿期に対し輸液管理し、術後4日目の血液検査ではCre:1.58mg/dlと低下したため退院した。

本症例の詳細及び、反射性無尿についての文献的考察を加えて報告する。

10. 交通外傷によって膀胱破裂・尿道完全断裂となった1例

松本啓輔、鎌田聡子、森 聡博、上松克利、山田大介（三豊総合）
鷹取 亮、清野正普（同・整形外科）

症例は30代男性。X年10月、トラックと壁に挟まれ受傷。骨盤部の疼痛訴えあり、当院救急外来へ搬送された。骨盤部には圧挫創あり、著明な疼痛を認めた。CT検査では骨盤輪部分不安定型骨折を認め、緊急一時的創外固定術の方針となった。また恥骨骨折部の膀胱への迷入が疑われ、膀胱損傷・尿道損傷の可能性があったため当科紹介となった。全身麻酔下に尿道膀胱造影を施行したところ、尿道球部付近での完全断裂を認めた。軟性膀胱鏡挿入も不可能であった。腹部エコー下では膀胱内の残尿はほとんど無く、経皮的膀胱瘻造設術は不可能と判断し、開腹膀胱破裂修復術・膀胱瘻造設術を施行した。その後、一時的創外固定術、術後7日目に観血的整復固定術が施行された。術後26日目の膀胱造影では膀胱の損傷は完治していたが、尿道膀胱造影では欠損長39mmの尿道損傷を認めた。術後58日目に尿道形成術目的に他院へ紹介となった。若干の文献的考察を加え考察する。

11.膀胱癌の陰嚢皮下転移に対しエンホルツマブベドチンが奏効した1例

万代真由香、榮枝一磨、津川昌也（岡山市立市民） 宗田大二郎（鳥取市立）

症例は66歳男性。以前より軽い腹部膨満感を自覚していた。右陰嚢腫大も自覚しX-1年3月に近医泌尿器科受診、精巣腫瘍は否定的でLVFX処方された。その翌月、全身倦怠感、腹部膨満感を主訴にかかりつけ医を受診し、中等度腹水貯留を認めたため精査目的に当院紹介となった。入院時単純CTでは癌性腹膜炎が疑われ腹水細胞診class Vだったが、原発巣の評価は困難であった。原発巣精査のため当科にも紹介された。左精索、精巣上体に複数の硬結を触れ、顕微鏡的血尿もあり尿細胞診class Vであった。骨盤部MRIを施行したところ膀胱に1.3cm大の隆起性病変とその他小さな隆起性病変を認めた。膀胱鏡所見もこれに矛盾なく、TURBT施行し病理学的には低分化型尿路上皮癌、腹水セルブロックの異型細胞と似た所見であった。PETCTも施行した上で膀胱癌cT2N0M1StageIVと診断、X-1年5月より一次治療としてGCarbo療法を行い癌性腹膜炎の著明な改善を認めた。4コース施行後、アベルマブ維持療法に移行し病状安定していたが、10コース終了後（X年1月）に陰嚢皮下に腫瘤を認めた。生検したところ転移性癌で免疫組織化学染色も既知のものと同様であった。2月よりエンホルツマブベドチン単剤療法に変更した。現在3コース目だが、陰嚢皮下転移は著明に縮小している。今回、膀胱癌の陰嚢皮下転移に対しエンホルツマブベドチンが奏効した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。

12.転移性膀胱癌に対してPembrolizumabが長期投与可能であった1例

鶴川聖也、安藤展芳、杉本盛人、大枝忠史（尾道市立市民）

症例は60歳代、女性。肉眼的血尿を主訴に当科受診。膀胱癌と診断し、経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行、pT2以上のInvasive UCの診断であった。術前化学療法としてGemcitabine+Cisplatin(GC療法)を2コース施行した後、腹腔鏡下膀胱全摘除術および回腸導管造設術を施行した。病理結果でリンパ節転移を指摘されたため、術後補助化学療法を提案したが本人希望で経過観察の方針となった。しかし術後3カ月のCTで肺転移病変が出現し、転移性膀胱癌に対してGC療法を開始。3コース目投与後のCTで肺転移巣の増大を認めたためPDと判断し、術後8カ月でPembrolizumabを開始。5コース目投与後にirAEと思われる副腎機能低下による低Na血症を発症したが、ヒドロコルチゾン補充療法を開始して速やかに改善したためPembrolizumab治療を再開。その後は最良総合効果PRを得て、SDを維持できていたため計23コースまで施行したが、その後PDとなり、術後2年2か月後よりEnfortumab Vedotin(EV療法)を開始。1コース目投与後にPRとなり、現在8コース目までSDを維持している。本症例では、転移性膀胱癌に対してファーストラインとしてGC療法のレジメンを開始してから逐次治療として現在はサードラインのEV療法を継続している。約2年6カ月に渡って腫瘍縮小効果を得ており、長期予後を得た症例を経験したため、若干の文献的考察を加えて報告する。

13. 頸椎症を契機に発見された PSA 低値進行前立腺癌の 1 例

石川 勉、児島宏典、明比直樹（津山中央）弓狩一晃（弓狩クリニック）

症例は 73 歳・男性。2023 年 2 月、左肩・左上肢痛あり整形外科開業医を受診。頸椎症として投薬治療行うも無効。3 月、精査加療目的で当院整形外科紹介。画像検査で頸椎溶骨性変化・狭窄あり。準緊急的に頸椎後方固定術施行。スクリーニング検査で前立腺造影効果あり、術後に泌尿器科紹介。PSA3.117ng/ml と正常値も、MRI 検査は悪性所見あり。前立腺生検で高悪性度前立腺癌を検出し、頸椎手術時の検体も前立腺癌の転移と判断された。病期診断で骨盤内リンパ節腫大あり、進行前立腺癌 cT2N1M1b と診断した。4 月より内分泌療法開始。追加治療などについては検討中であり、文献的考察も含めて報告する。

14. Pembrolizumab が奏功した去勢抵抗性前立腺癌の 1 例

井上翔太、谷本竜太、中野輝権、杉野謙司、佐々木克己（香川県立中央）

症例は 60 歳台。X-12 年 4 月、腰痛の精査目的に整形外科で施行された MRI で多発骨腫瘍を指摘され、前立腺癌骨転移の疑いで当科へ紹介された。初診時の PSA は 1603ng/mL であり、前立腺生検および両側精巣摘除術を施行し、cT2cN0M1b, D2, Gleason score 5+4 の前立腺癌と診断した。古典的内分泌療法後に去勢抵抗性となり、X-8 年に Docetaxel (48 コース)、X-5 年に Abiraterone、Enzalutamide、X-2 年に Cabazitaxel (4 コース) で治療を行ったが、間質性肺炎のため治療を終了した。骨転移の増大、リンパ節転移を認め Abiraterone、Enzalutamide を再投与したが、これら従来の治療法に抵抗性となったため、X 年に前立腺生検を施行し、高頻度マイクロサテライト不安定性 (MSI-H) 前立腺癌と診断した。Pembrolizumab の投与を開始し、転移巣の縮小、PSA 低下が得られた。その後 PSA 再上昇のため Apalutamide に変更したが奏効せず、Pembrolizumab に再変更し、X+4 年の 65 コース施行時点で stable disease を維持している。MSI-H 前立腺癌は極めて稀であるが、Pembrolizumab の有効性が指摘されており、文献的考察を加えて報告する。