

第 339 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 6 年 5 月 18 日（土） 午後 2 時

場 所：川崎医科大学メディカルミュージアム
（現代医学教育博物館）2 階「大講堂」

参加者の皆様へ

1. 受付は会場入口で行ないます。参加単位登録を行いますので、日本泌尿器科学会会員カードを忘れずにお持ちください。
2. 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。
3. コンピュータープレゼンテーション演題はファイルをEメール、もしくはフラッシュメモリーにコピーして、5月16日（木）までに、事務局に送付して下さい。動作の確認をします。もし、変更がありましたら、当日フラッシュメモリーをご持参下さい。Eメールで8M以上のファイルを送付されますと、岡山大学のメールサーバーが不具合となりますので、ご遠慮下さい。無料大容量転送ファイルサービス等のご利用をお願い致します。
4. PowerPoint以外のソフトで作成した図、グラフや動画を挿入している場合には、コンピューターの環境により表示されないことがありますのでご注意ください。特に動画を挿入されている場合には、コピー元ファイルも必要です。
5. 会場での質疑応答は、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. 事前にお送りいただいた発表スライドをやむをえず変更する場合は当日学会開始20分前までに差替えて下さい。
7. 今回は優秀演題に対して賞が授与される予定です。

会場付近案内図



プログラム

一般演題

14:00～16:20

座長 平田啓太（川崎医大） 笹岡丈人（広島市民）

1. 腎癌部分切除後に対側多房性嚢胞性腎癌を部分切除した症例
松三あずさ、津島知靖、栗原侑生、徳永素、和田里章悟、窪田理沙、久住倫宏、市川孝治（岡山医療センター）
2. 子宮頸癌の腎転移と鑑別を有した尿細管間質性腎炎の1例
平良 彩、兼元 信、坪井一馬、西山康弘、新 良治、小野憲昭（高知医療センター）
土山芳徳（同・腎臓内科・膠原病内科2）
3. *Candida albicans* による急性腎盂腎炎に伴う真菌血症が長期化した1例
日野浩輔、浅原啓介、岡本悠佑、三宅修司、高本 篤、黒瀬恭平、村田 匡
（福山市民）
4. 両側尿管結石の1例
小出隆生（興生総合）
5. TURBT 術後に認めた postoperative spindle cell nodule の1例
白石裕雅、那須良次（岡山労災） 沖田千佳（同・病理検査科）
6. 尿路感染症を契機に発見された膀胱虫垂瘻の1例
白神壮洋、児島宏典、石川 勉、明比直樹（津山中央） 弓狩一晃（弓狩クリニック）
7. リュープロレリンによる下垂体卒中の1例
安藤展芳、黒明晃大、鶴川聖也、杉本盛人、大枝忠史（尾道市立市民）
8. 虚血性持続勃起症に対して開放遠位海綿体シャント術(AI-Ghorab 法)を施行し改善が得られた1例
羽井佐康平、笹岡丈人、梶原優太、横山周平、佐古智子、村尾 航、江原 伸（広島市民） 坪井一馬（高知医療センター）
9. 陰茎壊疽性膿皮症の一例
大西智己、鬼寅真吾、松田伊織、杉山恭平、砂田拓郎、宇都宮紀明、寺井章人、井上幸治（倉敷中央）
10. *Haemophilus influenzae* による精巣上体膿瘍の一例
松本啓輔、鎌田聡子、森 聡博、上松克利、山田大介（三豊総合）
11. よこやま腎泌尿器科クリニックにおける梅毒の現状
横山光彦（よこやま腎泌尿器科クリニック）

12. 腫瘍核出術を施行した精巣偶発腫瘍の1例
高橋進太郎, 辻 茂久, 杉野謙司, 高崎宏靖, 杉山星哲, 原 綾英,
上原慎也 (川崎医科大学総合医療センター) 藤原英世, 秋山 隆 (同・病理科)
13. 精母細胞性腫瘍の1例
丸谷尚輝、高橋進太郎、平田啓太、大平 伸、阿部将大、常 泰輔、新川平馬、覺前 蕉、
森中啓文、清水真次郎、海部三香子、藤井智浩、宮地禎幸 (川崎医大) 藤本康人、
森谷卓也 (同・病理学) 常 義政 (じょう泌尿器科クリニック)
柳井広之 (岡山大・病理診断科)
14. Pembrolizumab 投与後に Hyperprogressive Disease を認めた転移性右尿管癌の1例
藤井孝法、藤澤諒多、長崎直也、奥村美紗、平岡飛悠、井上翔太、川合裕也、
渡部智文、関戸崇了、堀井 聡、吉永香澄、森分貴俊、山野井友昭、河田達志、
富永悠介、定平卓也、岩田健宏、片山 聡、西村慎吾、別宮謙介、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)

休憩

16:40～16:50

日本泌尿器科学会保険委員会報告

上原慎也 (川崎医科大学総合医療センター)
渡邊豊彦 (岡山大)
山田大介 (三豊総合)
津島知靖 (NHO 岡山医療センター)

17:00～18:00

文化講演

「夢を掴む！海外で自己価値を高めるためのメンタルマネージメント！
～これまでの歩みと挫折・その乗り越え方～」

戸島翔太郎氏 (ヴァイオリニスト)

一般演題

1. 腎癌部分切除後に対側多房性嚢胞性腎癌を部分切除した症例

松三あずさ、津島知靖、栗原侑生、徳永素、和田里章悟、窪田理沙、久住倫宏、市川孝治（岡山医療センター）

症例は71歳男性。20XX-9年健診エコーで右腎腫瘍性病変を指摘され、当科紹介となった。CTで右腎中極に腎癌を疑う2cmの腫瘍病変と、5.5cmのBosniak分類カテゴリ-Iの左腎嚢胞を認めた。同年に小切開右腎部分切除術を施行し、病理はclear cell carcinoma, G2, pT1aの診断だった。術後左腎嚢胞を経過観察していたが、20XX-8年に自然破裂し、2cmまで縮小した。しかし20XX-6年から徐々に増大し、20XX年には5.7cm、隔壁が肥厚した多房性嚢胞性病変を認め、Bosniak分類カテゴリ-IIIの所見となったため、多房性嚢胞性腎癌を疑い、小切開左腎部分切除術を施行した。病理はMultilocular cystic renal neoplasm with low malignant potentialの診断であった。

本症例は両側腎部分切除術を行ったが、現在腎機能は温存され、再発なく経過している。また多房性嚢胞性腎癌は比較的稀な症例であり、本症例は嚢胞性病変を長期間観察し適切な時期に治療することができたと考える。

2. 子宮頸癌の腎転移と鑑別を有した尿細管間質性腎炎の1例

平良 彩、兼元 信、坪井一馬、西山康弘、新 良治、小野憲昭（高知医療センター）
土山芳徳（同・腎臓内科・膠原病内科²⁾）

【症例】48歳女性。20XX年3月に子宮頸癌に対して広汎子宮全摘除術と術後4ヶ月間の術後化学療法施行。20XX+6年3月に発熱のため受診し造影CTで多発左腎腫瘍を指摘された。【臨床経過】腫瘍は早期相では造影されず後期相に軽度造影効果を認めるが腎実質よりは低吸収に描出された。MRIではT2強調で低信号、拡散強調像で高信号であった。既往から子宮頸癌の腎転移を最も疑う所見であったが術後6年経過しており腎以外の転移所見を認めなかったため、確定診断のため経皮的左腎腫瘍生検を施行した。病理組織では悪性所見は認めず、間質に高度な炎症細胞浸潤を認め尿細管間質性腎炎と診断した。入院後時からの抗生剤投与のみで発熱は軽快し血液検査上も炎症反応や腎機能の改善を認めた。3ヶ月後の造影CTで腎腫瘍は縮小し半年後のMRIでも再発を認めず経過している。

【考察】尿細管間質性腎炎の報告は比較的多いが、多くは両側腎腫大と両側腎に多発腫瘍像を呈することが知られている。本症例は片側腎に腫瘍を形成しており腎転移との鑑別が困難であったが、腎腫瘍生検を行うことで不要な腎摘除術を回避することができた。炎症反応上昇や腎機能低下を伴う非典型的な腎腫瘍の場合は悪性腫瘍以外の疾患の可能性も考慮して精査を行う必要があると考えられる。

3. Candida albicans による急性腎盂腎炎に伴う真菌血症が長期化した 1 例

日野浩輔、浅原啓介、岡本悠佑、三宅修司、高本 篤、黒瀬恭平、村田 匡（福山市民）

症例は 78 歳男性。既往歴に 2 型糖尿病、関節リウマチがある患者。X 年 4 月、左膝関節症に対して前医で人工膝関節全置換術を施行後から発熱を繰り返していた。全身状態改善傾向のため退院後、2 週間ほどで再度 39℃台の発熱を認め前医へ搬送。尿路閉塞による急性腎盂腎炎、敗血症性ショックの診断で当院紹介搬送となった。緊急右腎瘻造設を施行し集中治療室入室後に透析導入とした。血液培養と尿培養で Candida albicans 陽性のためミカファンギンとフルコナゾールを併用し、血管内留置デバイスの交換や除去を行うも、培養結果は 20 日間以上陽性であり真菌血症が持続した。Candida 属が尿から検出されることは多く、Candida albicans の占有率は高いが、尿路感染症を起こし、Candida 血症に至ることは比較的稀と考えられている。今回、尿路感染症に伴う真菌血症の長期化を経験したので、若干の文献的考察を加え、報告する。

4. 両側尿管結石の 1 例

小出隆生（興生総合）

症例は 68 歳、男性。20XX 年の大晦日、帰省中の家族が、本人の意味不明な言動、嘔気嘔吐を心配し救急要請、夜間に当院に搬送された。採血検査で血清 Crn 値 26.52mg/dl、eGFR1.6、BUN191.8mg/dl、K6.5mEq/l、腹部 CT で両側尿管結石を認めた。透視室で仙骨麻酔下に両側尿管ステント留置し、ICU 入室。元日 3 時 AM からベッドサイド透析を 2 日間行い尿毒症及び腎不全は軽快し 10 日目に退院した。3 週間後に左腎尿管結石に対し flexible-TUL を、更に 4 週間後に右側尿管嵌頓結石に rigid-TUL を各々施行した。術後 9 年 10 ヶ月経過良好である。

5. TURBT 術後に認めた postoperative spindle cell nodule の 1 例
白石裕雅、那須良次（岡山労災）沖田千佳（同・病理検査科）

【症例】症例は 82 歳男性。X 年 7 月に左側壁 26mm の初発膀胱癌に対して TURBT1 回目施行、Urothelial Carcinoma (UC), pTa, low grade であった。術後 3 ヶ月目の膀胱鏡で前回の scar 部に隆起/発赤をあり、MRI で再発を疑われ再度 TURBT を行なった。Scar 部の TUR は悪性所見なし、周囲に UC, pTa, low grade の残存を認めた。X+1 年 1 月の膀胱鏡で前回 scar 部に 3cm 大の結節状腫瘤を認めた。MRI では 31mm 大の筋層浸潤を伴う再発疑いであり、3 回目の TURBT を行なった。術中所見では切除面は腺腫様であった。組織学的検査では紡錘形細胞の密な増殖を認めたが異形細胞や核分裂像が少ないことから postoperative spindle cell nodule と診断された。4 月の膀胱鏡では再発なく経過している。【考察】postoperative spindle cell nodule は 1990 年に初めて報告された術後の紡錘細胞結節であり、泌尿器科領域では膀胱と前立腺の報告が散見される。術後数週間～数ヶ月後に発生する反応性病変であり、炎症性筋線維芽細胞性腫瘍と同様の特徴を有しているが、手術歴があることが特徴である。良性疾患のため、基本的に追加治療は不要であるが平滑筋肉腫との鑑別が難しく除術が追加された報告もある。術後急速に再発した肉腫様病変を見た際には postoperative spindle cell nodule の存在を念頭に置かねばならない。

6. 尿路感染症を契機に発見された膀胱虫垂瘻の 1 例
白神壮洋、児島宏典、石川 勉、明比直樹（津山中央）弓狩一晃（弓狩クリニック）

症例は 46 歳、男性。X 年 10 月に排尿時痛のため近医を受診し、膿尿と尿中に粘液性残渣を認めた。膀胱炎として抗生剤投薬されたが症状改善しなかったため、X+1 年 4 月に泌尿器科開業医に紹介となった。慢性前立腺炎や膀胱炎として薬物療法され、症状は一時的に改善するが再燃を繰り返した。X+1 年 12 月に膀胱鏡検査を施行され、膀胱頂部右側に表面平滑な腫瘤を認めたため、精査目的に当科紹介となった。画像検査で膀胱頂部に虫垂と連続した管状構造物が嵌入しており、膀胱虫垂瘻と診断した。膀胱生検を行い、炎症細胞浸潤のある大腸型の粘膜がみられたが悪性所見は認めなかった。X+2 年 2 月に外科と合同で腹腔鏡下虫垂切除、膀胱部分切除術を施行した。術後 6 日目に膀胱造影で膀胱外への造影剤の漏出がないことを確認し、膀胱カテーテルを抜去した。経過良好で術後 9 日目に退院となった。膀胱虫垂瘻は膀胱腸瘻の中でも比較的稀とされており、膀胱腸瘻の特徴とされる気尿や糞尿などの特異的な症状が出ないことが多く、早期診断は容易でないと言われる。今回、繰り返す尿路感染症を契機に発見された膀胱虫垂瘻の 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。

7. リュープロレリンによる下垂体卒中の1例

安藤展芳、黒明晃大、鶴川聖也、杉本盛人、大枝忠史（尾道市立市民）

【症例】80歳代，男性。【現病歴】X年11月，残尿感・頻尿を主訴に当科受診した。前立腺癌（Gleason score4+4，cT3aN0M0）の診断で，X+1年1月よりCAB（ビカルタミド+リュープロレリン）を開始した。リュープロレリン投与2日後に頭痛・左眼痛を自覚し，投与6日後に当科受診した。当院脳神経外科を受診したが，画像検査では異常所見を認めず，対症療法となった。しかし，症状が継続するため近医眼科を受診したところ，左眼瞼下垂・左動眼神経麻痺を認め，近医脳神経外科紹介受診となった。【経過】近医での頭部MRI検査ではトルコ鞍内に左海綿静脈洞に伸展する下垂体腺腫を指摘された。下垂体卒中の診断で緊急入院となった。視力・視野は保てており，ステロイド投与で治療開始となった。動眼神経麻痺の改善に乏しく，入院12日目に減圧目的に経鼻内視鏡下下垂体腫瘍摘出術を施行された。リュープロレリンが下垂体卒中の原因になったと考え，ビカルタミド単独投与としている。【考察】下垂体卒中は，下垂体腺腫に梗塞や出血が生じる疾患で，急激な頭痛や視力障害，眼瞼下垂等の症状を認める。LH-RHアゴニストは下垂体LH-RH受容体に継続的刺激を行うことで脱感作を引き起こす。そのため，下垂体卒中を引き起こしうる。【結語】リュープロレリンによる下垂体卒中の1例を経験した。

8. 虚血性持続勃起症に対して開放遠位海綿体シャント術(Al-Ghorab 法)を施行し改善が得られた1例

羽井佐康平、笹岡丈人、梶原優太、横山周平、佐古智子、村尾航、江原伸（広島市民）坪井一馬（高知医療センター）

症例は56歳、男性。統合失調症に対して内服調整されていた。7日間持続する勃起状態、数日前からの尿閉のためX年12月19日に近医を受診、処置は希望されずαブロッカーと抗菌薬処方となるも12月20日、症状持続するため当院紹介となった。陰茎海綿体血ガス分析にてpH6.90、pO₂9.6mmHg、pCO₂104.0mmHgであり、虚血性持続勃起症と診断した。22G針を陰茎海綿体に挿入し、脱血および生理食塩水にて洗浄したが改善得られなかった。そのためT-shunt法施行したところ改善を認めため経過観察目的に入院としたが、2時間後再度勃起状態となった。T-shunt法を再度施行するも十分な改善が得られず、経過観察としたが、翌日にも勃起状態が持続していたため開放遠位海面体シャント術(Al-Ghorab法)を施行したところ改善を認めた。その後は勃起することなく12月24日に退院となった。虚血性持続勃起症は遭遇する機会は少ないが緊急での対処が必要な疾患であり若干の文献的考察を加え報告する。

9. 陰茎壊疽性膿皮症の一例

大西智己、鬼寅真吾、松田伊織、杉山恭平、砂田拓郎、宇都宮紀明、寺井章人、井上幸治（倉敷中央）

【背景】壊疽性膿皮症は非細菌性の慢性炎症により、皮膚に進行性潰瘍をきたす稀な疾患である。今回、当院で侵襲的治療をすることなく治療した陰茎壊疽性膿皮症の一例を報告する。【症例】77歳男性 陰茎の腫脹および疼痛を主訴に、前医より陰茎がん疑いで当院受診。身体所見や検査所見からは陰茎癌は疑わしくなく、精査を施行。MRI検査では器質化した血種の疑いとなり、陰茎生検を施行したところ悪性所見はみられず、無菌性膿瘍を認めたため、陰茎壊疽性膿皮症を考えステロイド加療を施行。加療後は再発所見なく、膿瘍も縮小傾向のため、治療開始後1年半でステロイドを終了。その後、1年半経過し、膿瘍の再燃や自覚症状なく経過している。【考察】皮膚科領域では壊疽性膿皮症は機械的刺激により増悪されるといわれている。また、皮膚所見がなく、内臓に膿瘍を認めるのみの症例も報告されている。無菌性の陰茎海綿体膿瘍に対し外科的加療を施行することで増悪する症例報告もあるが、壊疽性膿皮症を考慮することで侵襲的治療なく治癒が可能と考える。【結語】陰茎壊疽性膿皮症をステロイド加療で治療できた1例を経験した。

10. *Haemophilus influenzae* による精巣上体膿瘍の一例

松本啓輔、鎌田聡子、森 聡博、上松克利、山田大介（三豊総合）

症例は69歳、男性。3ヶ月前からの左陰嚢の違和感、1週間前からの左陰嚢内容と陰茎腫大を主訴に近医受診。左精巣腫瘍疑いで当科紹介となった。左陰嚢内容は全体的に硬く腫大、陰茎にも軽度浮腫を認めた。左精索も左鼠径部まで硬く触知した。US上左精巣上体及び左精巣は腫大しており、CTでは左陰嚢内容から左精索の腫大を認めたが、明らかなリンパ節腫大は認めなかった。MRIでは左精巣上体にDWIで高信号の所見を認めた。血中hCG、AFP、ALPは正常範囲内、可溶性IL-2レセプターは1414U/mLと高値であった。発熱は認めなかったが、膿尿、CRPの上昇を認め、左精巣上体炎の可能性が高いと思われたが、腫大も高度であり、左精巣原発悪性リンパ腫の可能性も否定できないため、左高位精巣摘除術を施行した。術中所見では、左陰嚢内容および左精索は著明に腫大、硬化していた。病理組織検査では精巣に悪性所見はなく精巣上体膿瘍との診断であった。膿瘍の培養結果は*Haemophilus influenzae*であり、同菌による左精巣上体膿瘍と診断された。*Haemophilus influenzae*を起炎菌とする精巣上体炎は非常に稀な病態と考えられるため、文献的考察を加えて報告する。

11.よこやま腎泌尿器科クリニックにおける梅毒の現状

横山光彦（よこやま腎泌尿器科クリニック）

【はじめに】ここ数年梅毒患者の増加が指摘されている。しかしながら典型的な皮膚症状や血清反応を示さない症例もあり診断に苦慮する場合も多い。今回、当院で経験した梅毒患者を供覧する。【対象と方法】2015年5月1日から2023年12月31日までに当院を受診し、梅毒と診断し治療した患者213例を検討した。梅毒血清反応はカルジオリピンを抗原とする非特異的なRPR法(メディエースRPR™)と梅毒特異抗体検査TPHA法(メディエースTPLA™)を用いて診断した。【結果】男性208例、女性5名、年齢:18歳~78歳(中央値36歳)、潜伏梅毒20例、第1期161例、第2期32例、初診時RPR、TPHAともに陰性8例、RPR陰性、TPHA陽性が33例、RPR陽性、TPHA陰性が1例であった。治療はアモキシシリン1500mg/day内服あるいはベンジルペニシリン持続性筋注製剤を投与した。【まとめ】梅毒患者の局所所見は多彩であり、受診時梅毒血清反応が陽性にならない症例も2割程度存在するため十分な説明が必要である。

12.腫瘍核出術を施行した精巣偶発腫瘍の1例

高橋進太郎, 辻 茂久, 杉野謙司, 高崎宏靖, 杉山星哲, 原 綾英, 上原慎也(川崎医科大学総合医療センター) 藤原英世, 秋山 隆(同・病理科)

症例は40歳代男性。既往歴、家族歴に特記事項はない。20XX年Y月、挙児希望で近医不妊治療専門クリニックを受診した。スクリーニングの精液検査で、高速前進率13.6%、正常形態率2.9%と造精機能障害が疑われたため同院の男性外来を受診した。その際に施行された精巣超音波検査で左精巣上極に12mm大の精巣腫瘍を指摘され、ただちに精査加療目的で当科紹介となった。末梢血一般、血液生化学、内分泌学的検査および腫瘍マーカーは全て正常であった。左精巣腫瘍はわずかに触知可能であった。造影MRI検査にて、同部位は境界明瞭な楕円形結節状腫瘍として描出され辺縁部では造影効果を認め、内部は不均一でモザイク状を呈しており、悪性腫瘍を否定できなかった。十分なインフォームドコンセントの上、同月、顕微鏡下に腫瘍核出術および精巣生検を施行した。腫瘍は被膜形成を認め境界明瞭であったが白膜に強固に癒着していたため腫瘍に接する白膜ごと核出した。病理組織検査では精細管構造が主体で各種免疫染色所見から悪性は否定され良性腫瘍と診断した(分類不能)。また、ランダムに行った精巣生検ではGCNIS所見はなく腫瘍の近位から遠位まで一律にJohnsen's score 9であった。術後2カ月の精液検査所見は術前と同程度あり生殖補助医療が開始された。以前は精巣腫瘍が偶発的に発見されることは極めて稀であったが、男性不妊症の社会的認知度が向上し男性外来患者数が増加している昨今において、精巣偶発腫瘍の頻度が高まることが予想される。良性、悪性の診断が困難な際は腫瘍核出術が選択肢の一つになる可能性がある

13. 精母細胞性腫瘍の1例

丸谷尚輝、高橋進太郎、平田啓太、大平伸、阿部将大、常 泰輔、新川平馬、覺前 蕉、森中啓文、清水真次朗、海部三香子、藤井智浩、宮地禎幸（川崎医大）藤本康人、森谷卓也（同・病理学）常 義政（じょう泌尿器科クリニック）柳井広之（岡山大・病理診断科）

胚細胞腫瘍(Germ cell tumor)は取扱い規約第4版でGCNIS(Germ cell neoplasia in situ)由来のものと非由来のものに分類されるようになった。精母細胞性腫瘍は第3版までは精母細胞性セミノーマとしてセミノーマや胎児性癌などと同列に分類されていたが生物学的にGCNISを伴う胚細胞腫瘍と異なる疾患であると認識され、GCNIS非関連胚細胞腫瘍に分類された。今回、精母細胞性腫瘍の1例を経験したので報告する。症例は59歳。右精巣のしこりを触知し、前医を受診、エコーで周囲とは境界明瞭も不均一なエコー像を呈し、当科紹介となった。腫瘍マーカー（HCG, AFP, LDH）は全て正常、造影MRIにて、右精巣内に直径23mmの円形の腫瘤、被膜内に液体貯留を認め、充実部は分葉状の形態で拡散制限を認め、均一に造影され、セミノーマを疑われた。CTでは転移を認めず、右精巣腫瘍として高位精巣摘除術が施行された。腫瘍断面は境界明瞭な白色調で、詳細な病理学検討の結果、GCNISの存在は不明で精母細胞性腫瘍と診断された。

14. Pembrolizumab投与後にHyperprogressive Diseaseを認めた転移性右尿管癌の1例

藤井孝法、藤澤諒多、長崎直也、奥村美紗、平岡飛悠、井上翔太、川合裕也、渡部智文、関戸崇了、堀井 聡、吉永香澄、森分貴俊、山野井友昭、河田達志、富永悠介、定平卓也、岩田健宏、片山 聡、西村慎吾、別宮謙介、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）

【緒言】免疫チェックポイント阻害薬は、腫瘍免疫を活性化することで抗腫瘍効果を発揮する薬剤であり、稀に治療開始後に標的病変の急速な増大をきたす病態; Hyperprogressive Disease(HPD)が起こりえるが、予測・鑑別することは困難とされている。【症例】症例は74歳、男性。右腰部違和感を主訴に受診し、CT検査で右中部から下部尿管に壁肥厚と腫瘤影、右総腸骨リンパ節から外腸骨リンパ節の腫大を認めた。CTガイド下生検などを施行した結果から尿管癌(cT3N2M0、臨床病期StageIV)と診断した。1次化学療法としてGemcitabine+Cisplatin+Paclitaxel(GCP)を施行したが、2コース投与後のCT検査でリンパ節転移の増大を認めたため、2次化学療法としてPembrolizumabを開始した。Pembrolizumabを1コース投与後に発熱、右下腿浮腫を主訴に受診し、原発巣と転移巣の急速な増大を認めた。Pseudoprogressionを疑いPembrolizumab継続の方針とした。Pembrolizumabを2コース投与後に下腹部痛を主訴に受診し、原発巣と転移巣の更なる増大を認めた。治療開始前と比較して2倍以上の増大を認め、HPDと診断した。Pembrolizumabを中止し、3次化学療法に移行することとしたが、irAE肺炎・肝機能障害となり、ステロイドパルス療法を施行するも改善乏しく、Pembrolizumabの2次治療開始から2か月後に死亡した。今回貴重な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。