

第 341 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 12 月 14 日（土）

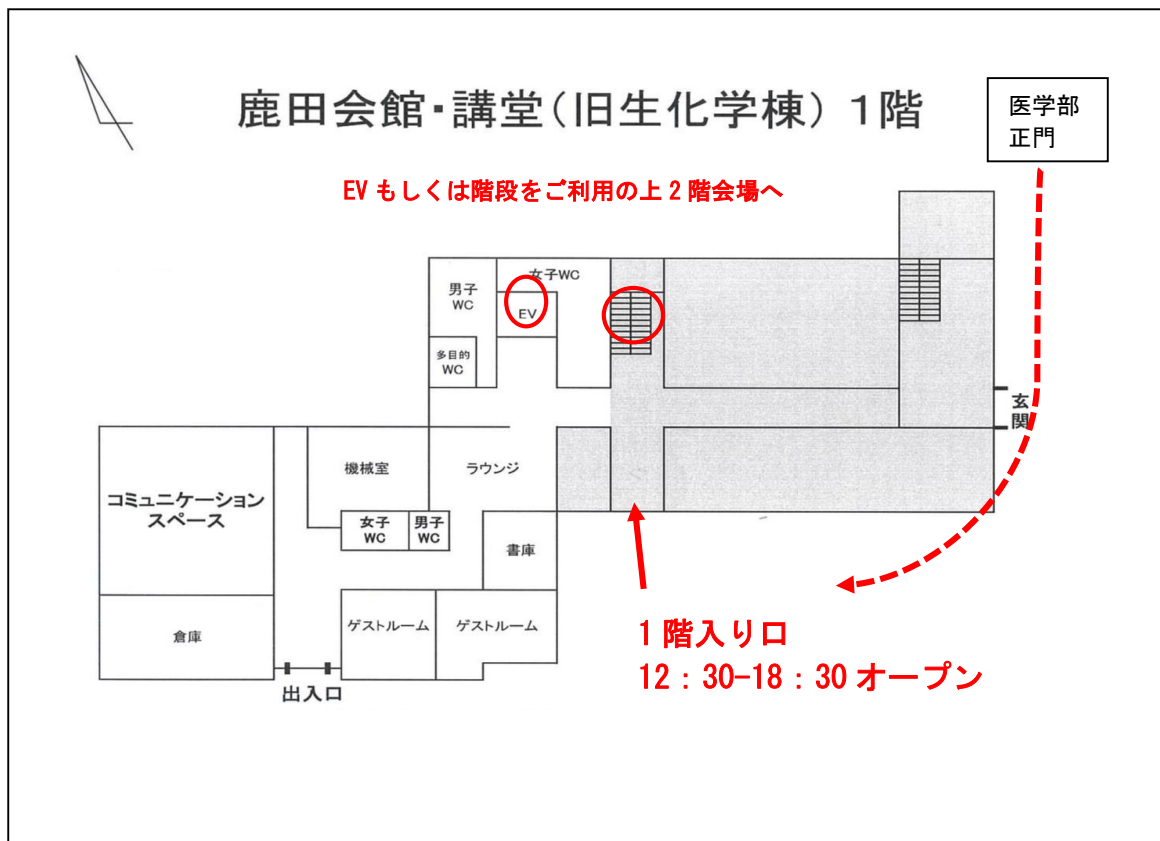
学術集会：午後 2 時～

場 所：岡山大学医学部鹿田会館 2 階講堂

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、12月12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、コンピューター的环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.予稿集は各自岡山地方会ホームページ
(<https://www.uro.okayama-u.ac.jp/research/society/chihoukai/>) よりプリントアウトして下さい。

第 341 回日本泌尿器科学会岡山地方会会場 案内図



プログラム

座長 安東栄一（呉共済）野田 岳（岡山中央）

一般演題

14:00～17:30

一般演題

1. 多発転移・再発をみとめた悪性褐色細胞腫・傍神経節腫の2例
津川卓士、井上陽介、藤田 治（香川労災）河内啓一郎（河内病院）
2. 当院における、転移性および根治切除不能腎癌に対する、免疫チェックポイント阻害剤を含む一次治療の治療成績
中野輝権、久佐耕大、川野 香、谷本竜太、佐々木克己（香川県立中央）
3. 食道転移を来した腎細胞癌の1例
白神壮洋、平岡悠飛、児島宏典、明比直樹（津山中央）石川 勉（石川病院）
弓狩一晃（弓狩クリニック）
4. 保存的に自然閉鎖しえた右腎盂十二指腸瘻の一例
安東栄一、小倉一真（呉共済）
5. f-TUL 術後に腎被膜下血種を認めコイル塞栓術を必要とした1例
池田拳人、寺本友真、花本昌紀、高村剛輔、中田哲也（岩国医療センター）
6. 急速な病勢進行を認めた Invasive UC with trophoblastic differentiation の一例
梶原優太、佐古智子、塩月智大、羽井佐康平、横山周平、笹岡丈人、村尾 航、
小林泰之（広島市民）江原 伸（えばら泌尿器科）
7. 筋層非浸潤性膀胱癌に対する経尿道的膀胱腫瘍切除後 2 年目に多発骨転移をきたした 1 例
日野浩輔、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）
8. 筋層浸潤性膀胱癌に対し放射線療法を行った3例
万代真由香、堀川雄平、津川昌也（岡山市立市民）
9. 前立腺癌と類似する所見を認めた BCG 療法後の肉芽腫性前立腺炎の1例
黒明晃大、鷺川聖也、安藤展芳、杉本盛人、大枝忠史（尾道市立市民）

10. Pembrolizumab 投与中の高頻度マイクロサテライト不安定性 (MSI high) を有する前立腺神経内分泌癌 (Neuroendocrine prostate cancer: NEPC) の 1 例
藤澤諒多、那須良次 (岡山労災) 沖田千佳 (同・病理診断科)
白石裕雅、川合裕也 (岡山大)
11. 岡村一心堂病院における経尿道的水蒸気治療の初期経験
賀来春紀¹⁾、津島知靖²⁾、水田栄一³⁾、森分貴俊⁴⁾、片山泰弘¹⁾
(¹⁾ 岡村一心堂、²⁾ 岡山医療センター、³⁾ 水田皮膚泌尿器科、⁴⁾ 岡山大)
12. 当院における密封小線源治療 (LDR-BT) の成績 (第 1 報)
高本 均、近藤俊雄、佐久間貴文、黒田まゆら、日下信行、山本康雄、石戸則孝 (倉敷成人病) 矢原勝哉 (同・放射線治療科) 安東栄一 (呉共済) 有地直子 (セントラル病院) 原尚史 (島根大) 川合裕也 (岡山大) 高山美郷 (女性医療クリニック LUNA ネクストステージ) 高本 篤 (福山市民)
13. 当院における hinotori RARP の初期成績
野田 岳¹⁾、尾地晃典¹⁾、森分貴俊²⁾、大岩裕子¹⁾、小林知子²⁾、橋本英昭¹⁾
(¹⁾岡山中央、²⁾岡山大)
14. 陰茎切断術を要したフルニエ壊疽の一例
桑田浩平¹⁾、三宅修司¹⁾、浅原啓介¹⁾、藤井孝法¹⁾、高本 篤¹⁾、村田匡¹⁾、大森啓史²⁾、黒瀬恭平¹⁾ (¹⁾ 福山市民、²⁾ 同・形成外科)
15. 左精索原発の脱分化型脂肪肉腫の 1 例
宗田大二郎、松島萌希、平田武志、倉繁拓志、早田俊司 (鳥取市立)
16. 経尿道的水蒸気治療における穿刺回数と治療成績についての検討—Is Not Less More?—
杉田佳子 (こんどう整形外科泌尿器科) 設楽敏也、別所英治 (泌尿野辺総合)
大谷寛之 (神立病院腎臓内科) 松本和将 (北里大)
17. 再々発を生じた左精索静脈瘤に対し、術前経皮的静脈瘤造影が有用であった 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) 藤原寛康 (同・放射線科)
18. 術後急速な肺転移及び癌性胸水を認めた精巣腫瘍に対して化学療法が奏功した 1 例
新川平馬、丸谷尚輝、阿部将大、常 泰輔、覺前 蕉、森中啓文、平田啓太、清水真次郎、海部三香子、大平 伸、藤井智浩、宮地禎幸 (川崎医大)
19. 転移性腎癌に対して Ipilimumab+Nivolumab 投与後に irAE 髄膜脳炎を来した 1 例
平良 彩¹⁾、片山 聡¹⁾、長崎直也¹⁾、岡本悠佑¹⁾、白石裕雅¹⁾、藤井孝法²⁾、井上翔太¹⁾、川合裕也¹⁾、渡部智文¹⁾、三井将雄¹⁾、堀井 聡¹⁾、森分貴俊¹⁾、吉永香澄¹⁾、光井洋介¹⁾、山野井友昭¹⁾、河田達志¹⁾、富永悠介¹⁾、定平卓也¹⁾、岩田健宏¹⁾、西村慎吾¹⁾、別宮謙介¹⁾、小林知子¹⁾、枝村康平¹⁾、石井亜矢乃¹⁾、渡部昌実¹⁾、渡邊豊彦¹⁾、荒木元朗¹⁾ (¹⁾岡山大、²⁾福山市民)

20. 上部尿路上皮癌に対する内視鏡下レーザー腫瘍焼灼術の成績と取り組み

片山 聡、長崎直也、平良 彩、白石裕雅、岡本悠佑、川合裕也、井上翔太、渡部智文、三井將雄、堀井 聡、吉永香澄、森分貴俊、山野井友昭、光井洋介、河田達志、富永悠介、定平卓也、岩田健宏、西村慎吾、別宮謙介、枝村康平、小林知子、石井亜矢乃、渡部昌実、渡邊豊彦、荒木元朗（岡山大）

21. 副腎および傍大動脈神経節に発生した PPGL の一例

栗原侑生、松三あずさ、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）

17:40～17:50

日本泌尿器科学会西日本保険委員会報告

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（岡山医療センター）

一般演題

1. 多発転移・再発をみとめた悪性褐色細胞腫・傍神経節腫の2例

津川卓士、井上陽介、藤田 治（香川労災）河内啓一郎（河内病院）

1 例目は、41 歳男性。20XX 年 Y 月に右上腕骨骨折を契機に入院。CT にて多発骨転移を疑う左副腎腫瘍を認めた。¹²³I-MIBG シンチグラフィにて左副腎、骨病変に集積を認め、尿中メタネフリン、カテコラミンも増加しており、悪性褐色細胞腫と診断した。外科的切除、ライアット MIBG 療法の適応乏しく、スニチニブを投与するも、投与開始翌月の CT にて肝転移、癌性リンパ管症を認め、緊急入院。BSC となり、数日後に永眠された。

2 例目は、33 歳男性。20XX-2 年 Y 月、高血圧を伴う 7cm 大の左副腎腫瘍を認め、当科紹介。血中 VMA、NA 高値、¹²³I-MIBG シンチグラフィにて左副腎に集積を認めた。Y+1 月に左副腎・腎合併切除術を施行し、病理所見より傍神経節腫と診断した。その後右肺底部に増大傾向を有する結節影が出現、20XX 年 Y 月に切除し、傍神経節腫の転移であった。更に3か月後の CT にて左後腹膜に再発を認め、外科的切除は困難と考え、現在はライアット MIBG 療法を大阪大学病院にて行っている。多発転移・再発を有する悪性褐色細胞腫・傍神経節腫の2例を経験したので報告する。

2. 当院における、転移性および根治切除不能腎癌に対する、免疫チェックポイント阻害剤を含む一次治療の治療成績

中野輝権、久佐耕大、川野 香、谷本竜太、佐々木克己（香川県立中央）

【背景】転移性および根治切除不能腎癌に対する一次治療は免疫チェックポイント阻害剤(IO)を含む、IO およびチロシンキナーゼ阻害薬(TKI)の併用療法(IO+IO、IO+TKI)が主流となっており、当院でこれらの治療成績を検討した。【方法】2020 年 2 月から 2024 年 10 月までに当院において転移性および根治切除不能腎癌に対して IO+IO、IO+TKI 併用療法を施行した患者を後方視的に検討した。【結果】対象は 18 例(男性 16 例、女性 2 例)、治療開始平均年齢 70.5 歳であった。IMDC リスク分類は Intermediate 13 例、Poor 5 例で、根治切除後の再発転移が 10 例であった。一次治療レジメンは Ipilimumab+Nivolumab 13 例、IO+TKI 5 例 (Pembrolizumab+Axitinib : 2 例、Nivolumab+Cabozantinib : 2 例、Pembrolizumab+Lenvatinib : 1 例)であった。最大治療効果は画像評価可能 14 例で SD および PR 10 例、PD 4 例であった。経過観察中に 2 例で有害事象により投与中止となった(間質性肺炎 1 例、全身性紅斑 1 例)。1 例で転移巣の完全消失を認め、RAPN を行った。一次治療の継続期間は中央値 6 ヶ月で、7 例が現在も投与継続している。【結語】進行性腎癌における IO を含む一次治療は、有害事象を適切にマネジメントすれば、諸家の報告と同様長期に良好な治療成績が得られると考えられた。

3. 食道転移を来した腎細胞癌の1例

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

症例は73歳、男性。X-4年12月に近医より右腎盂腫瘍疑いで当科紹介となり、X-3年1月に腎生検を施行し、腎細胞癌と診断した。PETで両肺に肺転移疑い病変を認めX-3年6月より右腎細胞癌、肺転移に対してニボルマブ+イピリムマブ併用療法を開始し、薬疹のため2コース目以降はニボルマブ単剤で加療されていた。その後、原発巣、転移巣ともに著明な縮小を認めたが、irAEと思われる類天疱瘡の併発を来し、X-2年4月以降は経過観察の方針となっていた。X年11月、持続する胃部不快感、食欲低下で当院内科を紹介受診し、精査目的のEGDで食道左壁に表面平滑、発赤調の有茎性ポリープを認め、生検の結果、淡明細胞型腎細胞癌の食道転移と診断した。PET-CTでは異常集積を認めず、同病変のみの転移が疑われ、同年EMRにて一括切除した。切除標本では、粘膜固有層を主座として淡明な胞体を有する腫瘍細胞の充実性増殖を認め、淡明細胞型腎細胞癌の食道転移と診断した。

腎細胞癌は血行性転移をきたし、転移臓器は肺、肝、骨、脳などが多いとされる。本症例は非常に稀な消化管とくに食道への転移であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

4. 保存的に自然閉鎖しえた右腎盂十二指腸瘻の一例

安東栄一、小倉一真（呉共済）

【症例】77歳、男性 【既往歴】胃がん術後、高血圧 【現病歴】202X年3月PSA 22.6ng/mlと高値で紹介初診。MRIで精嚢・膀胱浸潤を伴う前立腺がん疑い；cT4、両側外腸骨リンパ節転移を認めた。5月に前立腺生検施行。病理はGS5+4、両葉、9/10本。CABを開始した。7月にはPSA 0.45ng/mlまで低下するもその後上昇傾向。10月のCTで局所およびリンパ節転移の増大傾向を認めた。同時期に尿閉となり一時的に尿道カテーテル留置。mCRPCとしてエンザルタミド開始。PSA低下みられるもすぐに再上昇し、202X+1年1月よりドセタキセルを開始。特に症状はなかったが、5コース施行後の5月の評価CTで右腎周囲膿瘍および十二指腸下降脚との8mm大の瘻孔形成を認めた。保存的閉鎖目的で5/15に入院となった。【現症・検査】バイタル安定、体温38.3度。全身状態は比較的良好。採血：WBC 19950/μl、CRP 5.43mg/dl、Cre 1.69mg/dl。尿培養：Enterobacter。【経過】5/15よりTAZ/PIPC投与開始。5/16右尿管ステント留置し、CTガイド下に経皮的ドレナージ施行。6/19ドレン造影で瘻孔狭小化を認め、6/24ドレン排液消失し瘻孔治癒と判断。6/26退院となった。その後再発を認めない。

【考察】多くの報告では尿路感染等で患側腎機能が廃絶しており、腎摘出+瘻孔閉鎖術が行われていた。本症例のように患側の腎機能が良好な場合は、保存的治療により腎温存を図ることも考慮すべきかと思われた。

5. f-TUL 術後に腎被膜下血種を認めコイル塞栓術を必要とした 1 例

池田拳人、寺本友真、花本昌紀、高村剛輔、中田哲也（岩国医療センター）

【症例】46 歳男性。X 年 7 月、右腰背部痛を主訴に近医を受診され、手術加療目的に当院紹介となった。CT で右上部尿管に 9mm の結石を認め、flexible transurethral lithotripsy (f-TUL) を施行した。11/13Fr, 46cm アクセスシースを挿入し、上腎杯にて Ho-YAG レーザー (0.5J, 5Hz) を使用し砕石を行った。手術開始 60 分時点で、砕石中に突然の腎盂出血により視野不良となったが、シングルアクションポンプで腎盂内圧を上げて灌流し、なんとか視野を確保した。その後、バスケット鉗子で結石をすべて回収し手術を終了した。手術時間は 1 時間 35 分であった。術直後から右背部痛の訴えがあったが、腎盂内圧上昇や尿管ステントによる疼痛と考え、鎮痛薬投与で経過観察としていた。第 1 病日の朝、背部痛は増悪しており、CT を撮像したところ、厚さ 5cm の腎被膜下血種と右腎動脈背側枝の分枝からの extravasation を認めたため、緊急でコイル塞栓術を施行し止血を得た。3 週間の入院経過観察のち退院となり、術後 4 ヶ月で腎被膜下血種は縮小を認めている。【考察】TUL 後に腎被膜下血種をきたした症例報告は散見されるが、本症例のように腎動脈損傷をきたしコイル塞栓術が必要となった症例報告は乏しい。若干の文献的考察を加え報告する。

6. 急速な病勢進行を認めた Invasive UC with trophoblastic differentiation の一例

梶原優太、佐古智子、塩月智大、羽井佐康平、横山周平、笹岡丈人、村尾 航、小林泰之（広島市民）江原 伸（えばら泌尿器科）

症例は 80 歳代女性。肉眼的血尿、尿細胞診悪性 (classV) のため近医泌尿器科受診。MRI で膀胱癌子宮浸潤、左外腸骨リンパ節転移疑いの所見を指摘され、当院紹介。膀胱鏡検査で出血を伴う結節状広基性病変を広範囲に認め、経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行したところ、病理組織所見は Invasive UC with trophoblastic differentiation, pT1 or more であり、hCG 染色陽性の腫瘍細胞が少量認められた。以上の所見から膀胱癌 T4N1M0 と診断した。術後測定した血中 hCG は 2.0mIU/mL と正常範囲内であった。ゲムシタビン+シスプラチン併用化学療法を行う方針としたが、2 コース目開始前の CT 検査で急速に腫瘍増大を認め、癌死した。栄養膜細胞への分化を伴う trophoblastic differentiation を有する膀胱癌は、一般的には悪性度が高く、予後不良と考えられている。今回急速な病勢進行を認め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。

7. 筋層非浸潤性膀胱癌に対する経尿道的膀胱腫瘍切除後 2 年目に多発骨転移をきたした 1 例

日野浩輔、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）

症例は 61 歳男性。膀胱癌に対して X-5 から X-2 年までに計 8 回経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行しており、BCG 膀胱内注入療法を 6 回終了していた。また、8 回目の手術までのいずれも筋層浸潤は認めなかった。その後は尿細胞診が陰性であり 2 年間経過観察中であった。X 年 7 月、尋常性乾癬に対する生物学的製剤導入前のスクリーニング全身 CT で骨斑紋症の疑いとなり、精査目的の骨シンチグラフィで頭部から大腿までの多発骨硬化性病変・異常集積を認め、多発骨転移の疑いであった。確定診断のために針生検を施行するも異型細胞検出のみであり癌の確定診断に至らず、胸骨切開生検を追加で施行し、上皮性悪性腫瘍（尿路上皮由来）の病理学的診断に至った。患者は無症状であり、膀胱鏡では膀胱頸部、後壁に発赤を伴う粘膜不整は軽度認めるものの明らかな CIS 所見は指摘できず、尿細胞診は陰性であった。筋層非浸潤性膀胱癌での遠隔転移はまれとされている。今回、筋層非浸潤性膀胱癌に対する経尿道的膀胱腫瘍切除術施行から 2 年後に多発骨転移再発をきたした 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。

8. 筋層浸潤性膀胱癌に対し放射線療法を行った 3 例

万代真由香、堀川雄平、津川昌也（岡山市立市民）

【諸言】筋層浸潤性膀胱癌の標準治療は膀胱全摘除術である。しかし、臨床的には手術困難例や社会的要因による拒否例も少なくない。当院において筋層浸潤性膀胱癌に対し放射線療法を行った 3 例を経験したため文献的考察を加え報告、適切な治療選択について検討する。【症例 1】89 歳女性、肉眼的血尿が持続し X-4 年 7 月に当科を受診した。頂部に 2.5 cm 大の広基性乳頭状腫瘍を認めた。TURBt を施行、病理診断は UC>SCC、G3、pT2 であった。2nd TURBt を行い pT2 であったため再評価を行ったところ、CT で膀胱壁外浸潤と骨盤内リンパ節転移を認めた。放射線療法を行い、以降は Complete Response (CR) を維持している。【症例 2】82 歳男性、排尿時痛と肉眼的血尿があり X-1 年 8 月に当科を受診した。左後壁に 4 cm 大の乳頭状腫瘍を認めた。膀胱壁外まで浸潤があった。TURBt で UC、G3、pT2 であった。化学放射線療法を行い CR を維持している。【症例 3】72 歳男性、時々肉眼的血尿があり X-5 年 9 月に当科受診、左側壁に 1 cm 大の乳頭状腫瘍を認めた。TURBt を施行、病理診断は UC、G2、pT1 と CIS であった。その後 BCG 80mg を計 8 回膀胱内注入した。X 年 3 月に再発、腺分化を伴う UC で膀胱周囲脂肪織への浸潤も疑われた。化学放射線療法を行いフォロー中である。【結語】手術困難例や拒否例に対して放射線療法を用いた膀胱温存療法は安全で有効な治療になり得る可能性が示唆される。

9. 前立腺癌と類似する所見を認めた BCG 療法後の肉芽腫性前立腺炎の 1 例
黒明晃大、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 75 歳、男性。X-9 年 6 月に前立腺肥大に伴う排尿障害で当院紹介。その際の尿細胞診で classIII であったため X-9 年 7 月に膀胱鏡を施行し、膀胱内に乳頭状腫瘍を認めた。X-9 年 8 月に TURBT を行い、Urothelial Carcinoma, pTa, low grade であった。X 年 9 月より BCG 療法を開始し問題なく計 6 コース実施した。また、BCG 療法後は膀胱癌の再発なく経過していた。X 年 7 月に PSA4.8 ng/ml と高値、直腸診では硬結を触れなかった。Dynamic MRI 検査では左葉移行域に PI-RADS カテゴリー 3 相当、右葉辺縁域にはびまん性に広がる PI-RADS カテゴリー 5 相当の所見を認めた。X 年 9 月に経会陰的前立腺生検を施行し、左葉移行域には Adenocarcinoma GS3+3 の所見を認めたが右葉辺縁域からは悪性所見が得られず、線周囲の類上皮肉芽腫形成や炎症細胞浸潤の所見から肉芽腫性前立腺炎と診断された。肉芽腫性前立腺炎は良性前立腺疾患の中でも稀とされており、前立腺手術や結核、自己免疫疾患、BCG 療法などが原因で発症すると報告されている。MRI 画像や臨床所見は前立腺癌と似通っており鑑別は困難であるとされる。

10. Pembrolizumab 投与中の高頻度マイクロサテライト不安定性 (MSI high) を有する
前立腺神経内分泌癌 (Neuroendocrine prostate cancer: NEPC) の 1 例
藤澤諒多、那須良次（岡山労災）沖田千佳（同・病理診断科）
白石裕雅、川合裕也（岡山大）

症例は 81 歳男性。76 歳時に PSA 13.4 ng/mL で前立腺生検施行するも悪性所見なし。78 歳時に再生検を行い、adenocarcinoma(GS 5+5) with neuroendocrine differentiation の診断であった。膀胱癌併発のため、TURBT+去勢術を行った。膀胱癌は UC, pTa (high grade) with CIS であり、BCG 膀胱注入療法を追加した。1 年 6 ヶ月後に肛門痛があり、直腸診・MRI で直腸浸潤を伴う前立腺癌の再燃を認めた。PSA 7.847 ng/mL、NSE 37.0 ng/mL、pro-GRP 83.4 pg/mL と上昇を認め、再生検で NEPC の再燃と診断され、Etoposide・Carboplatin 療法を開始した。放射線療法を併用し、腫瘍は一時縮小傾向であったが、8 コース後に多発性腹膜播種と左水腎症を認めた。MSI high であったため、二次治療として、Pembrolizumab 療法を開始した。3 コース終了後、PSA <0.010 ng/mL、NSE 15.1 ng/mL と低下し、CT では腹膜播種の縮小と左水腎症の改善を認め、現在治療継続中である。

NEPC は肺小細胞癌に準じた治療を行うが一般に予後不良である。今回、二次治療として Pembrolizumab 投与中の 1 例を報告する。

11. 岡村一心堂病院における経尿道的水蒸気治療の初期経験

賀来春紀¹⁾、津島知靖²⁾、水田栄一³⁾、森分貴俊⁴⁾、片山泰弘¹⁾

(¹⁾ 岡村一心堂、²⁾ 岡山医療センター、³⁾ 水田皮膚泌尿器科、⁴⁾ 岡山大)

経尿道的水蒸気治療（以下 水蒸気治療）は 2015 年に米国で承認され、日本国内では 2022 年 9 月 1 日に保険適用された。岡村一心堂病院では 2023 年 8 月より水蒸気治療を導入し、2024 年 7 月までの 1 年間で 80 例を実施した。特徴的な症例および治療成績を報告する。対象及び方法：日本泌尿器科学会；経尿道的水蒸気治療に関する適正使用指針に基づき、全身状態不良のため合併症リスクが高い症例、あるいは高齢もしくは認知機能障害のため術後せん妄、身体機能低下のリスクが高い症例を対象にした。治療前には原則として膀胱鏡検査を行い、膀胱癌のないこと、尿道狭窄のない事、神経因性膀胱の有無を確認する。入院加療とし、抗血小板薬や抗凝固を内服中の症例は内服を継続し全身麻酔を、内服していない症例は腰椎麻酔を用いた。水蒸気治療後は原則として抗 α ブロッカーを 3~6 ヶ月投与を継続投与する。結果：患者の年齢は 59~94 歳（平均 79.5 歳）で、抗血小板薬や抗凝固薬を内服している脳梗塞や心筋梗塞の症例が 30 例含まれる。手術時間は 5~10 分で、合併症は軽微であった。術後のカテーテル抜去は平均 6 日で、患者満足度は 98%であった。18 例の尿閉症例のカテーテル抜去率は、1 ヶ月で 62.5%、2 ヶ月で 81.2%、6 ヶ月で 93.7%であった。考察：水蒸気治療は低侵襲であり、高齢者、合併症の多い患者に非常に有効な治療である。副作用は軽微だが、術後感染症などに注意して行うべきである。

12. 当院における密封小線源治療（LDR-BT）の成績（第 1 報）

高本 均、近藤俊雄、佐久間貴文、黒田まゆら、日下信行、山本康雄、
石戸則孝（倉敷成人病）矢原勝哉（同・放射線治療科）安東栄一（呉共済）
有地直子（セントラル病院）原 尚史（島根大）川合裕也（岡山大）
高山美郷（女性医療クリニック LUNA ネクストステージ）高本 篤（福山市民）

当院では LDR-BT を 2021 年 5 月から開始し、2024 年 10 月で 32 例を経験した。初期の 5 例は岡大泌尿器科教室の指導下に施行した。今回治療後 1 年以上経過した 20 例の成績を報告する。【対象】20 例、年齢 49~81 歳（中央値 70）、前立腺体積 10.8~37.0cm³（中央値 22.0）、PSA4.918~15.608ng/ml（中央値 6.668）、低リスク 8 例、中間リスク 12 例。【方法】術中計画法で、終了時 Space OAR 施行。全例腰椎麻酔、手術時間 80~193 分（中央値 148）、線源 56~109 本（中央値 64）。PSA は術前、術後 2 年まで 3 ヶ月毎、以後 3 年まで 6 ヶ月毎に検討した。IPSS、OABSS、UFM および SF8、EPIC、SHIM を術前および術後に検討した。【結果】PSA は 12 ヶ月目で全例 2.0 ng/ml 未満となった。PSA bounce を 21 ヶ月から 30 ヶ月目に 5 例（25%）認めた。IPSS、OABSS、UFM、SF8、EPIC、SHIM についても報告する。

13. 当院における hinotori RARP の初期成績

野田 岳¹⁾、尾地晃典¹⁾、森分貴俊²⁾、大岩裕子¹⁾、小林知子²⁾、橋本英昭¹⁾
(¹⁾岡山中央、²⁾岡山大)

【緒言】当院では 2023 年 3 月より手術支援ロボット hinotori を用いた RARP を開始したのでその初期報告を行う。【方法】da vinci のプロクター資格を持つ単一術者により経腹膜アプローチ 63 例、腹膜外アプローチ 3 例を行い、途中から助手ポートは 1 本に減じている。また、神経温存では low energy bipolar を用いた clipless nerve sparing を行った。【結果】年齢中央値 70 歳(54-81)、cT1:cT2:cT3a:cT3b=3:53:9:1 であり、両側神経温存 23 例、片側神経温存 19 例であった。手術時間中央値 210 分(150-330)、コックピットタイム中央値 172 分(122-280)、出血量中央値 150ml(30-900)、尿道カテーテル留置期間中央値 5 日(4-12)、在院日数中央値 9 日(7-16)、断端陽性率は 17.2%(11/64)であった。【考察】出血量がやや多いが、全例バンテングを行わず、また、神経温存症例が多いことも要因と考える【結論】hinotori RARP を比較的安全に施行できたので若干の文献的考察を加え報告する。

14. 陰茎切断術を要したフルニエ壊疽の一例

桑田浩平¹⁾、三宅修司¹⁾、浅原啓介¹⁾、藤井孝法¹⁾、高本篤¹⁾、村田匡¹⁾、大森啓史²⁾、黒瀬恭平¹⁾ (¹⁾福山市民、²⁾同・形成外科)

症例は 70 歳代男性。既往歴は糖尿病含め特になかった。X-8 日、陰部の腫脹が出現し、徐々に疼痛を伴うようになったため前医を受診した。CT 検査で陰囊・陰茎から恥骨上に広範囲のガス貯留像があり、フルニエ壊疽の診断で X 日に当院救急搬送された。来院時のバイタルサインは保たれており、LRINEC スコア 2 点、UFGSI スコア 7 点であったが、陰囊・陰茎は広く黒色壊死しており、同日緊急ドレナージを行った。術中所見では両側精巣・陰茎海綿体から精索にかけて悪臭を伴う壊死組織を認めた。デブリードマンに加えて両側精巣摘除・陰茎切断・経皮的膀胱瘻造設術を行い、開放創で術を終えた。術後は良好な経過をたどり、X+12 日に追加のデブリードマンと創閉鎖を行い、X+22 日に退院となった。今回我々は陰茎切断術を要するフルニエ壊疽を経験し救命し得た。フルニエ壊疽のリスク評価及び治療について文献的考察を交えて報告する。

15. 左精索原発の脱分化型脂肪肉腫の1例

宗田大二郎、松島萌希、平田武志、倉繁拓志、早田俊司（鳥取市立）

症例は60代男性。20xx年5月に約3か月前より徐々に増大する無痛性の左陰嚢内腫瘤を自覚し前医を受診し、エコーで左精索腫瘍を疑われ当科へ紹介となった。触診で左精巣頭側に弾性硬、鶏卵大の可動性のある腫瘍を認め、精巣、精巣上体に異常はなかった。採血で精巣癌の腫瘍マーカーは各種陰性であり、エコーでは境界明瞭、全体的に低吸収で内部不均一の5cm大の腫瘍であった。CTで腫瘍は境界明瞭やや低吸収を示し、他部位に病変は認めなかった。MRIは禁忌のため撮影しなかった。以上より画像から診断は難しく良悪性の判断は困難であったが、経過で増大傾向にあるため悪性の可能性も否定できず高位精巣摘除術を施行した。術中腫瘍に周囲脂肪織を十分に付着させて摘出、摘出標本は肉眼的に被膜を有し、2層構造を呈しており黄色、軟な脂肪成分と灰白色、やや硬な充実成分が混在していた。病理結果は全体的に脱分化型脂肪肉腫であり、切除断端は陰性だった。術後1年2か月時点で再発なく経過している。精索原発の脱分化型脂肪肉腫は比較的稀であり、若干の文献的考察を加えて報告する。

16. 経尿道的水蒸気治療における穿刺回数と治療成績についての検討—Is Not Less More?—

杉田佳子（こんどう整形外科泌尿器科）設楽敏也、別所英治（湊野辺総合）
大谷寛之（神立病院腎臓内科）松本和将（北里大）

【目的】経尿道的水蒸気治療（WAVE）における穿刺回数は適正使用指針に基づいて決定されるが前立腺肥大の程度によっては不十分な場合がある。今回我々は当院での穿刺回数と治療効果について報告する。【対象と方法】2023年4月から翌年9月までにWAVEを行った133例を対象とし、穿刺回数を適正使用指針準拠とした30例（標準治療群：A）と追加穿刺を施行した103例（積極治療群：B）に分けIPSS、QOL index、前立腺体積の縮小率、Qmaxで治療効果を比較した。【結果】入院を必要とする有害事象は両群共に認められなかった。IPSS、QOL indexの改善は術後3ヶ月目まではA群優位であったが術後6ヶ月目にはB群優位となった。縮小率も術後3ヶ月目でB群優位となった。Qmaxは術後1ヶ月目よりB群優位の改善を認めた。【結語】積極治療の安全性は担保されるが、今後さらに長期経過後の治療効果を検討していきたい。

17. 再々発を生じた左精索静脈瘤に対し、術前経皮的静脈瘤造影が有用であった 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) 藤原寛康 (同・放射線科)

症例は 60 歳代。数年前に前医で有痛性の左精索静脈瘤(G3)に対し腹腔鏡下高位結紮術が施行され 202X 年 Y 月、再び同症状が出現した。左精索静脈瘤の再発(G3)を認めたが前医での対応が困難であったため、患者が希望したクリニックで顕微鏡下低位結紮術(inguinal approach)が施行された。術後から陰嚢痛は不変から増強しており 202X 年 Y 月+3 カ月、精査加療目的で当科紹介となった。当科初診時、左浅鼠径輪から鼠径管上に 4cm の斜切開あり、左精索静脈瘤は grade2 程度が残存し精索から精巣上体に強い炎症所見を認めた。腎、腎血管系に異常所見は認めなかった。抗生剤による保存的加療で疼痛は軽快したが、経過観察中に静脈瘤は grade3 に増悪し、疼痛が再燃したため再手術を行うこととした。再再発症例であったため、責任血管を同定するため、術前に経皮的静脈瘤造影を行った。静脈瘤から鼠径部にかけて複数本の内精系静脈が描出され鼠径部付近から数本の側副路が確認できた、また、性腺静脈および精管系静脈は造影されなかった。同所見から subinguinal approach のみで根治可能と考え 202X 年+11 カ月、顕微鏡下低位結紮術および除神経術を施行した。精索内外の癒着は軽度で同定した責任血管をすべて結紮しリンパ管は複数本温存できた。術後、速やかに疼痛および静脈瘤は消失した。本症例において、高位結紮術後の再発症例の血管走行が確認できことは非常に興味深い。また、血管造影所見から初回低位結紮術(subinguinal approach)を行っていれば再発を防げた可能性が高く、最も推奨されるべき術式と考えられた。さらに本症例では、同所見から再発症例であっても精管系静脈まで処理する必要はないと考えられた。

18. 術後急速な肺転移及び癌性胸水を認めた精巣腫瘍に対して化学療法が奏功した 1 例

新川平馬, 丸谷尚輝, 阿部将大, 常 泰輔, 覺前 蕉, 森中啓文, 平田啓太,
清水真次朗, 海部三香子, 大平 伸, 藤井智浩, 宮地禎幸 (川崎医大)

症例は 43 歳男性。202X 年 Y 月に前医にて右精巣腫瘍(術前 AFP : 206.7 ng/mL)に対して高位精巣摘除術を施行され、卵黄嚢腫瘍を主体とする混合型胚細胞腫瘍 (pT2 (脈管侵襲あり) N0M0) と診断された。術後 6 週で AFP 値は 4.6 ng/mL と正常値に達し、術後化学療法は希望されずフォローとなった。202X 年 Y+4 月に他医での CT 検査にて右肺腫瘍及び胸水貯留を偶然指摘。その際 AFP 値は 1384 ng/mL と上昇を認め、精巣腫瘍肺転移の診断となった。ほぼ同時期に呼吸苦を自覚し、前医より当院へ救急搬送依頼あり。搬送時の造影 CT で健常な右肺は確認できず、多量の胸水による縦隔偏位を伴う肺病変の増悪を認め、ネーザルハイフロー (NHF)導入と間欠的な胸腔穿刺を行いつつ BEP 療法を開始した。しかし投薬 6 日目に薬剤性肺炎を疑う所見あり、2 サイクル目から VIP 療法へと切り替えた。次第に肺病変の縮小を認め、酸素吸入離脱が可能となった。化学療法を継続して現在 4 コース終了後、AFP は正常化して肺にわずかな残存腫瘍を残す状態となっている。脈管侵襲のある高リスク stage I 非セミノーマの対応を考えさせられる 1 例を報告する。

19. 転移性腎癌に対して Ipilimumab+Nivolumab 投与後に irAE 髄膜脳炎を来した 1 例

平良彩¹⁾、片山聡¹⁾、長崎直也¹⁾、岡本悠佑¹⁾、白石裕雅¹⁾、藤井孝法²⁾、井上翔太¹⁾、川合裕也¹⁾、渡部智文¹⁾、三井将雄¹⁾、堀井聡¹⁾、森分貴俊¹⁾、吉永香澄¹⁾、光井洋介¹⁾、山野井友昭¹⁾、河田達志¹⁾、富永悠介¹⁾、定平卓也¹⁾、岩田健宏¹⁾、西村慎吾¹⁾、別宮謙介¹⁾、小林知子¹⁾、枝村康平¹⁾、石井亜矢乃¹⁾、渡部昌実¹⁾、渡邊豊彦¹⁾、荒木元朗¹⁾ (1)岡山大、2)福山市民)

【症例】症例は 68 歳男性、他疾患精査の CT で偶発的に右腎腫瘍と多発肺結節を認めた。CT ガイド下右腎腫瘍生検では確定診断がつかず、胸腔鏡下肺切除術を施行し乳頭状腎細胞癌の肺転移と診断された。当院紹介受診後、Ipilimumab+Nivolumab 併用療法を開始した。有害事象なく投与を行っていたが、4 コース目投与予定日に自宅で倒れているところを姉が発見、当院に救急搬送された。CT で両肺野にすりガラス影と浸潤影、採血では CRP、KL-6 の上昇を認め、間質性肺炎もしくは細菌性肺炎合併を疑い入院、抗菌薬治療を開始した。しかし翌日意識レベルの低下、酸素化低下を認め ICU 入室・挿管管理となった。irAE 髄膜脳炎を疑い、神経内科コンサルト、頭部 MRI では辺縁系の脳炎の所見は認めなかったが髄液検査で髄液圧の著明な亢進所見を認めた。意識障害の原因として irAE 関連髄膜脳炎の可能性が高いと判断し、同日よりステロイドパルス療法を開始した。その後治療に速やかに反応、呼吸状態・意識状態は改善を示し、第 6 病日に ICU 退室、第 41 病日にリハビリ目的に転院となった。

【考察】Ipilimumab+Nivolumab による中枢神経系 irAE (脳炎、脊髄炎、髄膜炎) の発現率は約 0.6% と高くないが、Grade3 以上の発現例が 0.5% と重症化例が比較的多く、早急な対応が必要である。髄膜脳炎の臨床症状は頭痛、羞明、項部硬直、悪心・嘔吐などいずれも非特異的で MRI で典型的な髄膜脳炎の所見を示すのは 73% とされている。早期治療につなげるため、早い段階で irAE 関連髄膜脳炎を鑑別に入れ、髄液検査を含めた他診療科との連携が必要である、と考えられた。

20. 上部尿路上皮癌に対する内視鏡下レーザー腫瘍焼灼術の成績と取り組み

片山 聡、長崎直也、平良彩、白石裕雅、岡本悠佑、川合裕也、井上翔太、渡部智文、三井将雄、堀井聡、吉永香澄、森分貴俊、山野井友昭、光井洋介、河田達志、富永悠介、定平卓也、岩田健宏、西村慎吾、別宮謙介、枝村康平、小林知子、石井亜矢乃、渡部昌実、渡邊豊彦、荒木元朗 (岡山大)

【目的】 岡山大学泌尿器科では、2022 年 3 月より Thulium:YAG レーザーを導入し、Ho:YAG レーザーと併用して、上部尿路上皮癌(UTUC)に対する内視鏡下レーザー腫瘍焼灼術(以下、アブレーション治療)を行っている。Thulium:YAG レーザー導入後の治療成績と、直近での治療症例・外来での取り組みについて紹介する。【対象・方法】 2022 年 3 月より 2024 年 11 月まで Thulium:YAG/Ho:YAG レーザー併用でアブレーション治療を行った 18 例のうち、生存解析を施行し得た 14 例を対象として手術成績と、各種生存解析を行った。【結果】 男性は、9 例(64%)、年齢中央値は 74 歳(IQR: 70-84 歳)で、適応は elective indication が 5 例(36%)、imperative indication が 9 例(64%)であった。腫瘍サイズ中央値は 14mm で、自然尿細胞診陽性、水腎症あり、生検で低悪性腫瘍の検出をそれぞれ 6 例(43%)、3 例(21%)、14 例(86%)に認めた。初回アブレーション治療の手術時間中央値は 147 分で、術後は 3 例(21%)に腎盂腎炎(Clavien-Dindo 分類 GradeII)を認めた。中央値 14.4 ヶ月の観察期間で、再発は 7 例(50%)、増悪は 1 例(7%)に認めたが、救済腎尿管全摘術施行例や死亡例は認めなかった。

今回紹介する症例は、85 歳女性。高度腎機能障害(eGFR28.6 ml/min/1.73m²)のある 15mm 大の右上部尿管癌に対して imperative indication としてアブレーション治療を行った。術前精査で高度大動脈弁狭窄症がみつき、TAVI・ペースメーカー留置後、バイアスピリン継続下に手術を行った。2 期的アブレーション後、2nd look 尿管鏡では再発を認めず経過している。【結語】 UTUC に対するアブレーション治療は安全に行えていることを示した。ただし、疾患の特性もあり低くない確率で再発を認めた。再発率低減のため、さらなる手技・管理の向上が必要であると考えられた。

21.副腎および傍大動脈神経節に発生した PPGL の一例

栗原侑生、松三あずさ、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）

症例は 67 歳女性。X 年 7 月 1 日、2 型糖尿病で当院代謝内科に教育入院中に撮像された単純 CT 検査で 4cm の左副腎腫瘍および腹部大動脈左側に 2.5cm の腫瘍を認めたため 7 月 22 日に当科紹介となった。血中・尿中のメタネフリンおよびノルメタネフリン高値であり ^{123}I -MIBG シンチグラフィで左副腎腫瘍・腹部大動脈左側腫瘍に集積を認めた。副腎・傍大動脈神経節に発生した PPGL が疑われたため、ドキサゾシンを導入・増量したのち 10 月 11 日に腹腔鏡下左副腎・傍大動脈神経節腫瘍切除術を施行した。術中、副腎・傍大動脈神経節腫瘍ともに組織外の腫瘍浸潤は認めなかった。また、腫瘍摘出前後で大きな血圧変動は見られなかった。手術時間は 4 時間 36 分、出血量は 50ml であった。病理所見は副腎・傍大動脈神経節で腫瘍細胞が胞巣状に増殖しており、PPGL に典型的な像であった。術後 1 日目に低血糖発作を起こし補正を行った。その後は経過良好であり術後 3 日目に降圧薬再開し術後 8 日目に血糖降下薬 3 剤中 1 剤のみ再開し退院、以降合併症なく経過している。