

第270回日本泌尿器科学会東海地方会

(2015年12月13日(日), 於 KDX 桜通ビル 8F ホール)

術前化学療法後に切除を施行した巨大後腹膜脂肪肉腫の1例: 齋木寛, 新坂秀男, 中村昌史, 松壽理登, 山下 亮, 庭川 要(静岡県立静岡がんセンター) 58歳, 女性. 2011年10月頃から嚥下時の違和感を自覚. 2012年6月に近医を受診し腹部腫瘍の指摘あり, 精査加療目的で当院に紹介受診となった. CTでは, 左後腹膜から発生したと考えられる巨大な腫瘍が, 腹腔内~骨盤内を占拠していた. 腫瘍は脂肪組織で構成されており, 脱分化を伴うことが示唆される成分を有していた. Ifosfamide + adriamycin による術前化学療法を2コース施行. 2012年10月5日に後腹膜腫瘍切除+隣接臓器合併切除(睪尾部, 下行結腸, 左卵巣, 左大腿神経)を行った. 摘出臓器の重量は5,800g. 切除断端は陰性であった. 病理診断は脱分化型脂肪肉腫であった. 術後3年経過し再発は認めていない. 術前化学療法後に腫瘍切除を施行した巨大後腹膜脂肪肉腫を経験した. 当院での後腹膜脂肪肉腫の治療成績, 文献の考察を加えて報告する.

肛門転移を来した腎細胞癌の1例: 平野泰広, 石瀬仁司(公立西知多総合), 青野景也(同外科), 白木良一(藤田保衛大) 症例は68歳, 男性. 2011年2月左腎腫瘍に対して左腎摘術施行. 病理診断はclear cell carcinoma pT3b N1 M1 (lung) と診断. 術後よりsorafenibを開始. 2012年1月に脳転移を認め, γナイフを施行. 2013年1月に直腸腫瘍と肛門腫瘍を認めた. 手術は直腸腫瘍に対して, 高位前方切除術を行い, 肛門腫瘍に対して経肛門的に腫瘍を切除した. 病理所見は直腸癌と, 肛門腫瘍はclear cell carcinomaの転移であった. 文献上の報告では, 腎細胞癌の肛門転移はさきわめて稀で, 海外では2例, 本邦では自験例を入れて3例のみであった. 肛門転移の経路は, 壁内進展, 脈管, 腫瘍細胞のimplantationが考えられ, 本症例は非結腸癌の転移であり, 腫瘍塞栓や著明な静脈侵襲があったことより, 血行性転移を考えた. また腎細胞癌の肛門転移と直腸癌の同時発生に関する報告例はなかった.

Renal hybrid oncocytic/chromophobe の1例: 糠谷拓尚(南生協), 日下 守, 引地 克, 深谷孝介, 鉛本剛之介, 深見直彦, 白木良一(藤田保衛大) 67歳 女性. 糖尿病の経過観察中に腹部CTで10×15mmの左腎腫瘍を指摘. cT1aN0M0の診断で腹腔鏡下左腎部分切除を施行. 病理はrenal hybrid oncocytic/chromophobe tumor (HOCT). HOCTは腎癌の1%未満に発生する非常に稀な疾患であるが, 遺伝疾患のBHD症候群では約50%に認める. Renal hybrid oncocytic/chromophobe tumorは比較的新しい疾患概念で, 3年生存率は100%と予後良好である. 病理診断としてHE染色のみでは確定診断は困難で, 免疫染色でcytokeratin 7・mitochondriaの両者が陽性となることが多い. HOCTは腫瘍径の小さいものが多く画像診断で鑑別困難なことが多いが, 近年^{99m}Tc-sestamibi SPECT/CTで診断可能であるという報告も散見され, 今後診断の一助になる可能性がある.

Axitinib投与中に意識障害を来した腎癌の1例: 河合昭浩, 鉛本剛之介, 伊藤正浩, 彦坂和信, 竹中政史, 引地 克, 深谷孝介, 深見直彦, 佐々木ひと美, 日下 守, 石川清仁, 白木良一(藤田保衛大) 可逆性白室脳症(PRES)は, 頭痛, 意識障害, 痙攣, 視力障害を主徴とし, 後頭葉白質を中心に病変が可逆性に变化する15症例をもとに報告した疾患概念である. 血管内皮細胞の障害, 血液脳関門の破綻が起り, 血圧上昇が加わることで, 生じると考えられている. [症例] 57歳, 男性. 肉眼的血尿を認め, 近医受診. US, CTで, 右腎に5.8cmの腫瘍性病変, 両側肺に結節陰影を指摘され, 精査加療目的で当科紹介. cT1bN1M1の診断で腹腔鏡下右腎摘除術施行した. 病理診断は, clear cell renal carcinomaであった. 術後, sunitinibを開始するも, 肺転移は増大傾向. 術後9カ月目より, axitinibを開始した. 投与開始25日目に, 意識障害, 視野異常, 痙攣様発作, 高血圧が出現し入院. MRIで, 両側後頭葉皮質下白質, 両側基底核に高信号域を認め, PRESを指摘された. Axitinibを中止し, 降圧剤の内服を開始した. その後, 症状は徐々に改善し, 入院後14日目に退院となった.

類上皮型腎血管筋脂肪腫(eAML)の1例: 服部恭介, 錦見俊徳, 大橋朋悦, 石田 亮, 山田浩史, 横井圭介, 小林弘明(名古屋第二赤十字) 症例は50歳, 女性. 2015年7月, 近位CTにて左腎背側に29×14mm大の境界明瞭な腫瘍を認めた. MRIも行ったが確定診断には至らず, 精査・手術目的にて当院紹介受診となった. 身体所見, 採血には特記すべき異常は認めなかった. CTにおける増強効果が脾臓と同期していたため, 異所性脾も鑑別に挙げ, SPIO-MRIを施行した. SPIO-MRIではT1強調in phaseからout phaseでの信号強弱もなく, T2強調画像では比較的低信号であったことから異所性脾や神経原性腫瘍, 血管腫は否定的であり, 腎被膜由来腫瘍や腎がんが疑われた. 2015年9月に腹腔鏡下左腎部分切除術を施行した. 腫瘍は周囲組織との癒着はなく, 比較的境界明瞭な充実性腫瘍であった. 病理診断の結果, 類上皮型腎血管筋脂肪腫と診断された. 悪性の経過をたどる類上皮型腎血管筋脂肪腫も報告されており, 今後慎重なフォローが必要である.

腎盂癌術後に発生したBullous cystitisの1例: 村松洋行, 金尾健人, 森永慎吾, 梶川圭史, 小林郁生, 西川源也, 吉澤孝彦, 加藤義晴, 渡邊将人, 中村小源太, 住友 誠(愛知医大), 都筑豊徳(名古屋第二赤十字) 72歳, 男性. 肉眼的血尿にて当科受診. 左腎盂癌の診断で, 左腎尿管全摘除術を施行した. 病理診断はUC pT3. 術後18カ月で, 左尿管口付近に再発様所見を認めTURBT施行. 病理診断はbullous cystitisであった. Bullous cystitisは腎盂・尿管・膀胱癌取扱い規約の, 異常上皮ないし腫瘍様病変の1つである. 増殖性膀胱炎の乳頭状またはポリープ状膀胱炎に分類され, 病理学的な特徴から, papillary cystitis, polypoid cystitis, bullous cystitisの分類が提唱されている. 40~60歳代の男性に多く, 血尿が症状として最多である. 乳頭状またはポリープ状膀胱炎の報告例は少なく, われわれが調べ得た限りでは, ポリープ状膀胱炎が1例報告されているのみで, bullous cystitisは本症例の他に報告例はなかった.

腎盂癌を原因とした右膿腎症の1例: 早川将平, 石黒幸一(総合青山), 佐々木ひと美(藤田保衛大) 症例は47歳, 女性. 近医にて右腎盂腎炎の診断で保存療法が施行されるも改善せず当科へ紹介. 腹部CTで右膿腎症と診断し入院. RPで腎盂尿管移行部に高度狭窄を認め, ガイドワイヤーの通過も困難であった. 尿細胞診は疑陽性であった. 腎瘻造設によるドレナージも考慮したが, 尿路悪性腫瘍の可能性もあったため一期的に右腎尿管全摘術を施行した. 術後病理にてUC, G2, pT3と診断された. 術後, 症状は速やかに改善したが, 下大静脈リンパ節の腫大が残存していたためリンパ節転移と考え, GC療法を4クール施行した. リンパ節転移は消失し, 現在外来通院中である. 悪性腫瘍を原因とする膿腎症の報告例は散見されるが, 腎盂癌が単独で原因となった報告例は非常に稀である. 膿腎症の原因となる腎盂癌は進行が速く, 予後不良な症例が多く認められた. 原因不明の膿腎症では確率は低いが悪性腫瘍の可能性も考え治療を行う必要があると考えられた.

腎盂肥厚型のIgG4関連腎症の1症例: 西川武友, 稲見亜紀, 米村重則, 櫻井正樹(松阪市民) 75歳, 女性. 糖尿病で他院通院中. 平成X年1月30日に腹部超音波検査にて左水腎症を指摘され, 腹部CTでは両側腎盂壁肥厚性病変を認め, 腎盂癌疑いで当院当科紹介. 3月の当院での逆行性尿管造影, 尿管鏡では明らかな異常所見はなかった. IgG4関連腎症の可能性を考慮し, IgG4値測定したところ855.0ng/mlと高値であったため, 左腎盂壁肥厚性病変に対し, CTガイド下生検を施行. 病理所見は形質細胞とリンパ球の浸潤部が目立ち, IgG4関連腎症を強く疑う結果であったため, IgG4関連腎症と診断し, 0.6mg/kg/dayでプレドニン開始した. IgG4値は徐々に低下し, CT上, 腎盂肥厚性病変も徐々に縮小していった. 現在経過観察中である. 腎盂肥厚型のIgG4関連腎症の1症例を経験したので, 若干の文献の考察を加えて報告する.

交叉性融合腎に生じた尿管結石にTULを施行した1例: 山田健司, 奥田奈央子, 神谷浩行, 橋本良博, 岩瀬 豊(豊田厚生) 症例

は60歳代、男性。右側腹部痛にて近医受診。右尿管結石を疑われ紹介。CTで腎は右側で融合、左尿管は椎体を超えて交叉。左上部尿管結石とそれによる水腎尿管を認めたためTULを施行した。

TVM手術後メッシュの尿管露出に尿管結石を伴った1例：永山洵，松井宏考，佐野友康，山本茂樹，鈴木弘一，服部良平（名古屋第一赤十字），加藤久美子，鈴木省治（同女性泌尿器科）〔緒言〕骨盤臓器脱におけるTVM手術は標準的治療となっているが、特有の合併症が起りうる。TVM手術後メッシュの尿管露出に尿管結石を伴った自験例を症例報告する。〔症例〕61歳、女性。58歳時に、膀胱癌に対してTVM-A施行。術後3年5か月後より肉眼的血尿が出現。身体所見では左第2穿刺部のメッシュ脚の硬結と同部位の疼痛があった。CTで膀胱左背側に10×5mmの石灰化を認めた。左尿管鏡検査を施行したところ、尿管膀胱移行部に尿管の腹側に強固に癒着した結石とその周囲に尿管内腔に突出するように隆起性病変を認めた。左第2穿刺部のメッシュの左尿管露出とそれに伴う尿管結石と診断し、左尿管切石術および膀胱尿管新吻合を施行した。〔結語〕TVM手術後メッシュの尿管露出に尿管結石を伴った症例を経験した。

非特異的肉芽腫性前立腺炎の1例：渡邊弘充，安藤 慎，倉橋俊史（聖隷三方原）63歳、男性。急性前立腺炎加療後1カ月の時点で、PSA値は19ng/ml、MRIおよび直腸診にて前立腺癌が疑われ、前立腺生検を施行した。病理結果では慢性炎症細胞浸潤および多数の乾酪壊死を認めない多核巨細胞を伴う肉芽腫性変化を認め、肉芽腫性前立腺炎と診断された。全身検索の結果、各種アレルギー性疾患および結核感染は否定的であり、非特異的肉芽腫性前立腺炎と診断した。前立腺体積は60ml、遷延する排尿障害のため、経尿道的前立腺切除術施行した。病理結果は生検結果同様、肉芽腫性前立腺炎であった。術後排尿障害は改善され、術後1カ月のPSA値は1.4ng/mlと著明に低下している。今回われわれは非特異的肉芽腫性前立腺炎の1例を経験したので報告する。

ロボット支援前立腺全摘術施行後に喉頭浮腫を認めた1例：中井千愛，高橋義人，川瀬純太，藤本祥太，石田健一郎，山田 徹，谷口光宏（岐阜県総合医療セ）68歳、男性。2014年9月PSA高値のため前立腺生検を施行され、限局性前立腺癌（cT2bN0M0）と診断された。ロボット支援前立腺全摘術（以下RALP）を希望され当院紹介受診。2015年2月にRALPを施行。体位は27度頭低位、術式は前方到達法、DVC無結紮。術中の気腹圧は10mmHgで、DVC処理時は15mmHgに設定。気腹開始後EtCO₂は徐々に上昇を認めDVC処理時には58mmHgに達した。術中前胸部に認めた皮下気腫は手術終了時には頭部から顔面まで及んでいたが、術後血液ガス検査でpCO₂の異常認めず覚醒も良好のため抜管。しかし抜管30分後より徐々に発音不可、酸素化不良を認め、喉頭鏡による観察で喉頭浮腫による気道閉塞を認めたため再挿管し、ICU管理とした。術後よりデキサメタゾン静注を施行。術後2日目に喉頭鏡検査で喉頭浮腫の改善を認め、カフリクテストでも良好な結果であったため抜管。その後呼吸症状増悪認めることなく術後8日目に退院となった。

前立腺癌に伴う播種性血管内凝固に対してエンザルタミドが奏功した1例：景山拓海，曾我倫久人，小倉友二，林 宣男（愛知県がんセンター）72歳、男性。食欲減退、体重減少、腰部痛を主訴に受診した。血小板減少、後腹膜リンパ節腫脹を認め、悪性リンパ腫の骨髄浸潤を疑いCTガイド下腹部リンパ節生検を施行した。その後生検経路の筋肉内、および後腹膜に血腫が出現し、播種性血管内凝固（disseminated intravascular coagulation：DIC）が増悪した。PSA高値（2,502ng/ml）、およびリンパ節組織診断から、前立腺癌（Gleason's score 5+5）のリンパ節転移と診断した。骨シンチグラフィではsuper scan像を呈しており、播種性骨髄腫症と判断した。Combined androgen blockade（CAB）療法、および血小板製剤による支持療法を開始した。その後抗アンドロゲン剤をエンザルタミドに変更したところ、汎骨髄抑制が急速に改善しDICを離脱した。また、全身状態も回復し歩行可能になった。診断時からの播種性血管内凝固を伴う前立腺癌による播種性骨髄腫症の報告は稀であり、文献的考察を加えて報告する。

急速な転帰をたどった膀胱肉腫様癌の1例：城代貴仁，柳岡正範，佐藤 元（静岡赤十字）症例は63歳、男性。肉眼的血尿を主訴に受

診。膀胱鏡にて膀胱三角部から右側壁にかけて広範な非乳頭状腫瘍がみられ、TUR-Btを行った。病理で破骨細胞型巨細胞を伴う尿路上皮癌と診断された。その後も腫瘍が急速に再発、進行したため初診から111日目に膀胱全摘除術を施行した。術後病理で膀胱肉腫様癌と診断された。pT1であり尿管断端に病変なくリンパ節転移もみられなかったが、膀胱全摘術後30日に術前にはなかった骨転移と肺転移が出現した。GC療法行っても病状はさらに進行し、術後91日目に脳転移を確認。術後103日目に死亡した。膀胱肉腫様癌は膀胱悪性腫瘍の約0.09%を占め、悪性度の高い、稀な疾患であると報告される。有転移症例の予後は悪く、膀胱肉腫様癌に対して有効とされる補助療法は確立されていない。臨床経過からもっとはやくに膀胱肉腫様癌を疑い、膀胱全摘を行うべきであったと考える。

膀胱平滑筋腫の1例：遠藤純央，白谷裕巳，伊藤尊一郎（豊川市民）70歳、男性。他疾患精査中に膀胱腫瘍を指摘され受診。CTでは膀胱前壁に16mmの結節性病変を認め、軟性膀胱ファイバーでは膀胱前壁に小指頭大の粘膜下腫瘍を認めた。膀胱粘膜下腫瘍に対してTUR-Btを施行。病理所見では細長の核を有する細胞質が好酸性の紡錘形細胞で細胞密度は低かった。また、多くが核異型を示し、形状不整でクロマチンに富んだ大型核や封入体様構造を伴う異型核を認めた。核分裂像や壊死は認めなかった。免疫染色の結果、膀胱平滑筋腫と診断。しかし、核異型を伴うことからsymplastic leiomyomaが示唆されるとのことであった。子宮などの他臓器では良性の平滑筋腫という分類であるが、膀胱では症例数が少なく、十分な経過観察を要すると思われる。術後約1年が経過したが、再発を疑う所見は認めない。

全身骨転移を来した筋層非浸潤性膀胱癌の1例：武田知樹，安藤亮介，海野 怜，西尾英紀，浜本周造，水野健太郎，窪田泰江，佐々木昌一，林 祐太郎，安井孝周（名古屋市大）72歳、男性。肉眼的血尿の精査にて膀胱腫瘍を指摘され、当科紹介。初診時、尿細胞診は陰性、膀胱鏡では右側壁に10mm大の広基性非乳頭型腫瘍が観察された。MRIにて筋層浸潤所見はなく、CT、骨シンチグラフィでは転移を認めなかった。膀胱癌、cT1N0M0の診断のもと、TURBTを施行。Invasive urothelial carcinoma, high grade, pT1であった。その後、2nd TURBTにて残存腫瘍を認めず、BCG膀胱内注入療法を8回施行した。術後8カ月目の尿細胞診は陰性、膀胱鏡では再発を認めなかったが、術後9カ月目に腰痛が出現。CTにて第5腰痛圧迫骨折、左第6肋骨に57×36mm大の腫瘤を認めた。肋骨腫瘍に対してCTガイド下生検を施行。尿路上皮癌の転移と診断。シンチグラフィでは左第6肋骨腫瘍のほか異常集積はなかったが、MRIにて椎体全体への骨梁間型骨転移を診断した。Gemcitabin + cisplatin療法を7クール施行するも、骨転移診断から11か月後に永眠された。

摘出術後に再発を来した膀胱悪性Paragangliomaに対して、CVD療法後にMIBG治療を施行した1例：山内裕士，加藤真史，森文，山本晃之，坂元史稔，松尾かずな，石田昇平，馬嶋 剛，舟橋康人，佐々直人，藤田高史，松川宜久，吉野 能，山本徳則，後藤百万（名古屋大）34歳、男性。2012年6月に膀胱 paragangliomaの診断にて膀胱全摘除術・代用膀胱造設術および、両側閉鎖・外腸骨リンパ節郭清術を施行した。病理組織診断は悪性膀胱 paraganglioma・切除断端陰性の診断であり、右閉鎖リンパ節転移を認めた。術後は¹²³I-MIBGシンチグラフィ所見は陰性となり、内分泌学的検査では血中・尿中カテコラミン値ともに改善を示した。2014年5月PET-CTにて代用膀胱背側に最大径53mmおよび腹腔内に最大径13mmの結節を認めたため再発と診断し、同年6月よりCVD療法（CDDP・VCR・DTIC）を9コース施行した後、2015年1月¹³¹I-MIBG療法を行った。治療後は画像検査および内分泌学的検査にて経過観察中である。2015年10月現在、PET-CTにおいて代用膀胱背側の腫瘤の増大は認めず、腹腔内結節は異常集積の消失を認めた。

悪性像を呈した精索/性腺間質腫瘍の2例：平野篤志，下地健雄（名古屋第一赤十字），服部良平（社会医療法人財団新和会八千代）症例1は49歳。主訴は左精巣腫大、違和感。腫瘍マーカーは正常。超音波検査で径3cmの内部不整な腫瘤を認め、高位精巣摘除術を行った。病理組織検査では、胞果状、管状構造をとりセルトリ細胞に類似する構造を持つ腫瘍で、血管侵襲、核異型像、核分裂像の数から悪性セルトリ細胞腫と診断した。画像検査で転移を疑う所見を認めず、慎

重に経過観察とした。術後1年経過したが再発兆候を認めていない。症例2は51歳。主訴は右精巣腫大。腫瘍マーカーは正常。MRI検査、超音波検査で多房性に液性貯留を認めたが、嚢胞の隔壁の一部に壁が不整な腫瘍があり、悪性腫瘍が否定できず高位精巣摘除術を行った。病理組織検査は特定の分化傾向を持たない未分化な形質であり、精索性腺間質腫瘍 分類不能型と診断した。術後6カ月経過したが再発兆候を認めていない。

精巣原発奇形腫の1例：石川智啓、小松智徳、加藤 隆、佐野優太、鶴田勝久、木村 亨、辻 克和、絹川常郎（中京） 29歳、男性。無痛性左陰嚢腫大を主訴に当科受診。左陰嚢内に小鶏卵大、弾性硬の腫瘍を触知。一般採血、尿検査では異常を認めず、HCG 2.3 mIU/ml。画像で径44mmの多房性腫瘍あり。遠隔転移、リンパ節転移なし。左精巣腫瘍 stage 1 の診断で高位精巣摘除術を施行。病理診断は混合型胚細胞腫瘍 (post-pubertal mature teratoma + IGCNU), pT1。術後腫瘍マーカーは正常化した。術後8週のCTで10mm程度の動脈間、傍動脈リンパ節腫大あり。FDG-PET 陰性であったが、BEP療法3コース施行。治療後もリンパ節増大ありRPLNDを施行。手術時間5時間39分、出血92g。病理診断は奇形腫であり growing teratoma syndrome と診断。術後3カ月経過し、転移、再発なく生存中。

精巣カルチノイドの1例：廣瀬泰彦、田中勇太郎、小林大地、小林隆宏、岡村武彦、秋田英俊（安城更生） 39歳、男性。1年前より左陰嚢の無痛性腫大を認め、前医を受診した。超音波検査にて左精巣腫瘍と診断され、紹介受診となった。造影CTでは、遠隔転移を認めず、左精巣に均一に造影される3.2cm大の腫瘍を認め、左高位精巣摘除術を施行した。病理組織学的検査では、好酸性顆粒状細胞質を有する均一な細胞が胞巣状、索状に増殖し、奇形腫の成分を認めなかった。免疫染色では chromogranin A, synaptophysin が陽性であった。GIF, CFによる消化管の精査では、異常を認めず、精巣カルチノイドと診断した。臨床的にカルチノイド症候群は認めなかった。本症例は、Ki-67陽性細胞率は2%以下と低く、低異型度なカルチノイド腫瘍にあたり、予後良好と考えられた。きわめて稀な精巣カルチノイドの1例を経験したので、若干の文献的考察を含めて報告した。

Birt-Hogg-Dube 症候群に発症した両側多発腎癌の1例：彦坂和信、深見直彦、河合昭浩、伊藤正浩、竹中政史、引地 克、深谷孝介、佐々木ひと美、日下 守、石川清仁、白木良一（藤田保衛大） 72歳、女性。両側多発腎腫瘍の増大傾向を認め紹介。腹部造影CTで右：15~30mmの腎腫瘍を4個、左：12~45mmの腎腫瘍を4個認めた。胸部CTで左肺嚢胞を認めた。両側腎腫瘍に対し、まず右腎部分切除術を施行。その2カ月後、左腎部分切除術を施行。二期的に腎機能を温存しながら腎腫瘍を摘出した。病理診断で perinuclear halo を認め、免疫染色で c-kit, E-cadherin : 陽性。腎癌 chromophobe と診断された。遺伝子検査で c1285dupC frameshift を認め、Birt-Hogg-Dube 症候群と診断。現在、再発は認めず外来フォローアップ中、若干の文献的考察を加え報告した。

全身化学療法を施行した維持透析中の尿路上皮癌の1例：内木拓、河合憲康、飯田啓太郎、安藤亮介、戸澤啓一、安井孝周（名古屋大）、近藤勝弘、杉山洋介（同業剤部） 80歳、男性。慢性腎不全の既往歴あり。尿潜血精査で左腎盂癌と診断し腹腔鏡下左尿管全摘除術を施行。病理結果は浸潤性尿路上皮癌 pT3N0M0 にて追加治療を行わず経過観察したが、術後透析導入さらにリンパ節に転移性病変が出現した。そこで、導入化学療法として GEM+CBDC療法を選択し、CBDC投与2時間後に透析を行う投与計画とし、5回の採血を行い、血中のCBDC濃度モニタリングを試みた。1クール終了時に得られた実測AUC値は目標値より20%高値であり、施行中にG4の好中球減少を認めた。そこで、CBDC濃度のシミュレーションを行い、いくつかの条件設定をし、予測値が最も目標値に近い投与法を樹立し2クール目を施行した。その結果、実測値は目標値とほぼ同等で、G3以上の有害事象を認めず、画像上SDと判定し、以後は同様に施行し問題なく経過している。血中モニタリングとシミュレーションは、透析症例に対してCBDCを含むレジメンを行う際に有用と思われた。

尿管 Inverted papilloma の1例：秋田和利、高井 学、龜山紘司、

近藤啓美、堀江憲吾、菊地美奈、水谷晃輔、清家健作、土屋朋大、安田 満、横井繁明、仲野正博、出口 隆、加藤 卓（岐阜大）、宇野裕巳（中濃厚生） 80歳、女性。腰痛を主訴に近医を受診し、腰椎MRI検査で左尿管腫瘍を指摘された。逆行性腎盂造影および造影CT検査を施行。左尿管癌を疑われ、2015年7月、精査加療目的に当院紹介となった。肉眼的血尿を認めず、尿細胞診は陰性であった。造影CTでは左中部尿管内に造影増強効果を示す、35mm大の腫瘍性病変を認めた。肉眼的血尿を認めず、尿細胞診は陰性であったが、画像からは尿管癌が疑われる所見であり、左尿管癌と診断し、2015年9月、後腹膜鏡下左尿管全摘術を施行した。腫瘍は血管交差部やや頭側に位置し、周囲への癒着を認めず、容易に剥離可能であった。手術時間：5時間59分、出血量：45ml、術中合併症を認めず終了した。摘除標本は35×12mmで、ドーム状に隆起する表面平滑な腫瘍であった。病理診断は inverted papilloma であった。尿管に発生する inverted papilloma は稀であり、文献上本邦では11例目であった。

尿管坐骨ヘルニアの1例：谷島崇史、松本力哉、松下雄登、加藤大貴、細川真吾、鈴木孝尚、本山大輔、杉山貴之、大塚篤史、古瀬洋、大園誠一郎（浜松医大） 77歳、女性。左側腹部痛と発熱を訴え、当院救急外来を受診。CTで左水腎症および左尿管下端に狭窄を認め、左尿管坐骨ヘルニアと診断。急性腎盂腎炎を併発しており、抗生剤投与と尿管ステントを留置し、症状は改善した。しかし、尿管ステント抜去後、数日後に左尿管坐骨ヘルニアの再発を認めた。そのため、尿管ステントを再留置した。尿管坐骨ヘルニアについて文献的考察を加えて報告する。尿管坐骨ヘルニアは自験例を含め、本邦20例の報告があった。男女比では女性に多く、左右差では左側にやや多い報告を認めた。初期治療として尿管ステント留置を選択した本邦の報告は13例あった。尿管ステント抜去後に再発を認めた報告は自験例を含め4例あった。現時点で本症例は尿管ステントの留置を継続している。将来的に、尿管ステントの再抜去や外科的治療を検討している。

根治術後に腸間膜転移を来した浸潤性膀胱癌の1例：加藤義晴、中村小源太、村松洋行、森永慎吾、小林郁生、梶川圭史、西川源也、吉澤孝彦、渡邊将人、金尾健人、住友 誠（愛知医大） 症例79歳、男性。膀胱癌の診断に対して前医でTURBTを施行され、病理組織学的診断は urothelial carcinoma, G2>G3, pT1 であった。その後、BCG膀胱内注入療法を施行されたが腫瘍の進展を認め、加療目的に当院へ紹介となった。膀胱癌 cT4aN0M0 の診断に対し膀胱全摘除、回腸導管造設術を施行した (UC, pT4aN0, ly0, v0, RM0)。徐々に増大する腹腔内腫瘍を認め、術1年半後に開放生検術を施行し、病理組織診断は膀胱癌腸間膜転移であった。解剖学的な腹水の分布と腹腔内の免疫環境により、surgical implantation の大半は大網、横隔膜、骨盤腹膜から出現し始めることが知られている。膀胱の腹膜側に腫瘍を認めなかったこと、surgical implantation の機序に致致せず、腫瘍は腸間膜のみに存在したこと、免疫組織学的染色で血管侵襲を認めたこと、化学療法が奏功したこと、以上4点から血行性転移の可能性が高いと考えられた。

外陰部悪性黒色腫に対し膀胱全摘術を施行した1例：山本晃之、森文、山内裕士、坂元史稔、松尾かずな、石田昇平、馬嶋 剛、舟橋康人、佐々直人、藤田高史、松川宜久、加藤真史、吉野 能、山本徳則、後藤百万（名古屋大） 症例は61歳、女性。性器出血を主訴に婦人科を受診し、子宮腔部の生検で悪性黒色腫と診断された。外尿道口に点状の黒色斑を認め、尿道浸潤の疑いにて当科を受診。検尿、採血は正常。膀胱鏡所見は異常なし。尿細胞診は陽性（悪性黒色腫の診断）であった。CTでは膈から子宮にかけて濃染像あり、遠隔転移は認めず。Mapping biopsy を施行し、外尿道口に腫瘍の浸潤を認めたが外陰皮膚には浸潤がないことを確認した。泌尿器科、婦人科、外科、皮膚科合同カンファレンスを行い方針決定をした後、尿管、尿道・膈・子宮・両側付属器・外陰切除、骨盤内リンパ節廓清、回腸導管造設術を施行した。病理結果は malignant melanoma pT4b tumorthickness ; 11mm pN0 断端陰性。術後補助療法としてIFN治療を施行中であり術後4カ月で再発を認めず。外陰の稀な癌種においては多科合同での検討を行い治療方針を決定すべきである。

副甲状腺癌の精巣転移の1例：梶原進也、金井優博、加藤桃子、東真一郎、加藤 学、矢崎順二、西川晃平、長谷川嘉弘、吉尾裕子、神田英輝、有馬公伸、杉村芳樹、林 昭伸、内田克典、白石泰三（三重

大), 吉川昌希 (四日市羽津医療セ) 症例は63歳, 男性. 血液維持透析の定期健診で施行した CT で両側肺野に多発性小結節を認めたため精査を行ったところ, 左精巣腫瘍を指摘され当科受診. 血液検査では, SCC の軽度上昇, 可溶性 IL-2R の上昇, 精巣腫瘍に関するマーカーとしては hCG の軽度上昇, AFP, LDH は正常値であった. 左精巣腫瘍あるいは精巣原発悪性リンパ腫, その肺転移疑いの診断で高位精巣摘除を施行した. 病理の結果は, 腺腫様腫瘍を第一とし, 鑑別と

して1年前に過形成副甲状腺出血と診断された副甲状腺腫瘍の病理標本と類似した像を認めることから副甲状腺病変の転移疑いであった. 確定診断をえるために多発性肺病変に対して胸腔鏡下肺部分切除術を施行し, その病理結果は副甲状腺癌の肺転移と考えられた. 副甲状腺, 精巣, 肺の病理診断の結果から比較的均一な細胞が索状に配列するといった共通する構造を認めていることから副甲状腺癌の精巣転移, 肺転移と考えられた.