

第 21 回日本泌尿器科学会群馬地方会

日 時：平成 11 年 2 月 13 日（土） 15 時～

場 所：群馬大学医学部刀城会館

会 長：鈴木 孝憲

事 務 局：群馬大学医学部泌尿器科内 清水 信明

目 次

〈臨床症例 1〉

1. 乳児腎原発腫瘍の 1 例
2. 右総腸骨動脈尿管瘻の 1 例
3. 左傍尿管憩室の 1 例
4. 縦隔神経鞘腫を合併した膀胱癌の一部検例
5. 間質性膀胱炎に対してヘパリンナトリウム膀胱注を経験した 2 例
6. 腋下腫瘤精査時に発見された完全型精巢性女性化症の 1 例

〈臨床的研究〉

7. 移行上皮癌患者の尿中塩基性フェトプロテイン（BFP）値について
8. 前立腺肥大症に対する TUNA の治療経験
9. 精巢腫瘍 56 例の臨床的検討

〈シンポジウム〉

膀胱全摘除術 一出血を少なくする工夫一

1. 伊勢崎市民病院における膀胱全摘除術
2. 膀胱全摘術における出血を減らす工夫（男性例）

〈特別講演〉

「膀胱全摘除術のコツ」

鷹巢 賢一先生 （国立がんセンター中央病院・泌尿器科）

第 21 回日本泌尿器科学会群馬地方会演題抄録

日 時：平成 11 年 2 月 13 日（土） 15 時～

場 所：群馬大学医学部刀城会館

会 長：鈴木 孝憲

事務局：群馬大学医学部泌尿器科内 清水 信明

〈臨床症例 1〉

座長 深堀 能立（群馬大学）

1. 乳児腎原発腫瘍の 1 例

上井 崇智，鈴木 光一，中野 勝也

奥木 宏延，柏木 文蔵，武智 浩之

加藤 雄一，富澤 秀人，柴田 康博

伊藤 一人，清水 信明，深堀 能立

黒川 公平，林 雅道，山中 英壽

（群馬大学）

松井 晶

（伊勢崎市民病院）

症例は 5 カ月の女兒。肉眼的血尿を主訴に近医小児科入院。エコー，CT，MRI にて，左腎に数個の嚢胞様病変を伴う直径 2cm 程の充実性腫瘤を認めた。左腎腫瘍が疑われ当科紹介入院。IVP,RP 施行したところ，嚢胞様病変は腫瘍の閉塞によってできた拡張腎盂であった。左腎尿管全摘術を施行。病理組織学的診断は先天性間葉芽腎腫。腫瘍は腎盂に突出していたものの腎内に局限しており，surgical margin（-）であった。この腫瘍の治療は surgical margin（-）では，外科的切除のみ，（+）では，外科的切除後，化学療法，放射線療法を施行するのが一般的である。但し（-）でも少数ながら転移，再発が報告されており画像による経過観察が必要と考える。

2. 右総腸骨動脈尿管瘻の 1 例

武智 浩之，富澤 秀人，伊藤 一人

加藤 雄一，上井 崇智，柏木 文蔵

奥木 宏延，森田 崇弘，鈴木 光一

柴田 康博，中野 勝也，清水 信明

黒川 公平，深堀 能立，林 雅道

山中 英壽

（群馬大学泌尿器科）

石川 進

（群馬大学第二外科）

田中 俊之，栗田 誠

（利根中央病院）

症例は 72 歳男性. 主訴は肉眼的血尿. 1995 年 9 月腹部大動脈瘤による後腹膜線維症にて両側尿管狭窄・水腎症をきたし腎後性腎不全となり, 近医で両側ダブル J カテーテル留置. 1996 年に腹部大動脈瘤の手術適用であったが胃癌を診断され, 胃全摘後無治療で放置. ダブル J カテーテル定期交換にて経過観察中, 1998 年 3 月主訴出現し, 同年 6 月当科転院. 諸検査で無機能腎, 腹部・両側総腸骨動脈瘤を認めたが悪性所見はなかった. 数回膀胱タンポナーデ, 出血性ショックとなり, 出血部位は不明であったが動脈瘤尿管瘻の疑いで緊急手術施行. 腹部人工血管置換後, 再び膀胱タンポナーデとなり血圧が急激に低下. 右下部尿管をクランプ後中枢側の右尿管が急激に拡張し, 右総腸骨動脈交差部から血液が噴出した. 上記確定診断で腹部人工血管右外腸骨動脈バイパス術, 右腎摘除術, ダブル J カテーテル抜去術, 左腎瘻造設術を施行. 術後経過良好で同年 8 月退院した.

3. 左傍尿管憩室の 1 例

鈴木 光一, 上井 崇智, 奥木 宏延

加藤 雄一, 中野 勝也, 清水 信明

林 雅道, 山中 英壽

(群馬大学)

患者は 1 歳 6 ヶ月の男児. 平成 9 年 9 月, 月齢 9 ヶ月より尿路感染症による発熱を繰り返した. 排尿時膀胱造影 (VCG) にて膀胱尿管逆流症 (VUR) を指摘され当科紹介となった. VCG にて国際分類 4 度の左 VUR と左膀胱尿管移行部に傍尿管憩室が描出されていた. IVP にて腎杯, 腎盂および尿管に拡張なく, 憩室は造影されなかった. MAG-3 シンチにて左腎機能の軽度低下, DMSA シンチにて左腎上極に癒痕を認めた. 平成 10 年 7 月, 憩室切除術および左膀胱尿管新吻合術を施行し, 左 VUR および傍尿管憩室は消失した. 傍尿管憩室は Hutch 憩室とも呼ばれ, これを伴うと VUR の自然治癒は稀とされる. 治療として憩室切除術および膀胱尿管新吻合術を行うことが多い.

4. 縦隔神経鞘腫を合併した膀胱癌の一部検例

小野 芳啓, 小澤 雅史, 鈴木 孝憲

(群馬県立がんセンター泌尿器科)

小川 晃, 杉原 志朗

(群馬県立がんセンター病理)

【はじめに】神経鞘腫が悪性腫瘍に合併すると診断治療に苦慮する場合がある. 縦隔神経鞘腫を合併した膀胱癌症例を報告する.

【症 例】9年前に膀胱癌にて膀胱全摘除術, 2年前には右腎盂癌にて右腎尿管摘除術の既往のある79歳男性. 7年前に約8cm径の縦隔腫瘍を診断され増大傾向なく良性腫瘍と思われたが胸水貯留, 呼吸困難にて入退院を繰り返した後死亡され病理解剖を行った.

【病理解剖所見】腹膜播種, 肺, 胸膜播種, 肝臓, 脊椎骨, リンパ節(両側鎖骨下, 縦隔, 後腹膜)等に移行上皮癌の広範転移を認めた. 縦隔腫瘍(11×10×6cm)は神経鞘腫, Antoni A型, S-100免疫染色陽性であり, 移行上皮癌の微小転移巣を含んでいた. 直接死因は癌性胸膜炎による呼吸不全であり, 縦隔神経鞘腫は微小転移を含むものの生命予後には影響していなかったと思われた.

5. 間質性膀胱炎に対してヘパリンナトリウム膀胱注を経験した2例

柏木 文蔵, 上井 崇智, 奥木 宏延
武智 浩之, 加藤 雄一, 鈴木 光一
富澤 秀人, 柴田 康博, 伊藤 一人
中野 勝也, 清水 信明, 深堀 能立
林 雅道, 黒川 公平, 山中 英壽

(群馬大学)

第1例は48歳の女性で, 主訴は切迫性尿失禁, 頻尿, 残尿感, 排尿後疼痛. 第2例は72歳の女性で主訴は頻尿と排尿時痛. 現在までに2例ともDMSO膀胱注, 硝酸銀+ステロイド膀胱注, ヒアルロン酸膀胱注, NSAID内服などの治療を行ったが効果が認められなかった. 我々は, ヘパリンナトリウム連日膀胱注を試み, 治療評価方法としてオリーリーらの提唱する Interstitial cystitis symptom index および Interstitial Cystitis problem index を用いた. 2例ともヘパリンナトリウム膀胱注後, 明らかな症状の改善を認め, 退院後も自己膀胱注継続中である.

6. 腋下腫瘍精査時に発見された完全型精巢性女性化症の1例

奥木 宏延, 上井 崇智, 柏木 文蔵
武智 浩之, 富澤 秀人, 鈴木 光一
加藤 雄一, 柴田 康博, 中野 勝也
伊藤 一人, 清水 信明, 深堀 能立
林 雅道, 黒川 公平, 山中 英壽

(群馬大学)

症例は50歳, 表現型女性. 既往歴は原発性無月経, 鼠径ヘルニア. 48歳時, 本態性血小板血症精査時の染色体検査にて46XYであるも放置. 腋下腫瘍を自覚し, 近医内科受診. 精査時の骨盤CTで子宮・卵巣は同定されず, 両鼠径部腫

瘤を指摘され当科紹介受診。血清ホルモン値は正常男性に対し、LH, FSH, E2, DHT は高値、テストステロン (T) は正常であった。完全型精巢性女性化症の診断にて、両側停留精巢摘除術施行。病理所見は未熟な精巢で、精管、精巢上体は認めなかった。術後、E2, T は急激に低下し、LH, FSH の軽度上昇を認めたが、自覚症状の変化は認めなかった。

〈臨床的研究〉 座長 小林 幹男 (伊勢崎市民病院)

7. 移行上皮癌患者の尿中塩基性フェトプロテイン (BFP) 値について

宮本 重人, 中里 晴樹, 武智 浩之

松下 磐

(秩父市立病院)

【緒言】 BFP は塩基性の癌関連胎児性蛋白である。近年尿中 BFP は膀胱癌に有用な腫瘍マーカーであると報告されている。

【対象】 移行上皮癌患者 10 例, 非癌症例 14 例。

【方法】 第一尿を避け採尿。尿中 BFP 値測定 (ラテックス凝集免疫法, 基準値 10ng/ml 以下)。尿細胞診は Papanicolaou 分類, 組織診断は膀胱癌取扱い規約にて診断し Mann-Whitney 検定にて統計学評価。

【結果】 癌症例の BFP 値は非癌症例の BFP 値より有意に高い ($p < 0.01$)。尿細胞診(企)9 例では癌症例の BFP 値は非癌症例の BFP 値より有意に高く ($p < 0.05$)、正診率は 89%。

【結語】 尿中 BFP は移行上皮癌補助診断となり、尿細胞診疑陽性 (企) 症例において癌の見落としをへらす可能性があると思われる。

8. 前立腺肥大症に対する TUNA の治療経験

武井 智幸, 田中 俊之, 中村 敏之

加藤 宣雄

(館林厚生病院)

当院では平成 10 年 3 月に TUNA (経尿道的ニードルアブレーション) を導入し、現在までに 22 症例を経験した。22 症例中、比較的若年で経尿道的前立腺切除術による逆行性射精を忌避し TUNA を施行した症例が 9 例、合併症などにより全身状態が不良のため TUNA を施行した症例が 13 例であった。前者の 9 例においては術後 3 ヶ月までの経過観察では、最大尿流量は軽度の改善を認めたが、IPSS, QOL score は大きな改善を認め、自覚症状の改善に特に有効であった。後者の 13 例においては 8 例が尿閉状態であったが、1 例をのぞき尿道カテーテルが抜去可能となった。また比較的安全に施行することができた。今後長期の

経過観察が必要であるが、TUNA は前立腺肥大症に対して有効な治療法の一つと思われる。

9. 精巣腫瘍 56 例の臨床的検討

小澤 雅史, 小野 芳啓, 鈴木 孝憲 (群馬県立がんセンター)

1972 年 2 月より 1999 年 1 月までに群馬県立がんセンター泌尿器科で加療した 56 例の精巣腫瘍について臨床的に検討した。

- 1) 55 例の胚組織腫瘍のうち, 35 例がセミノーマ, 20 例が非セミノーマであった。1 例の非胚組織腫瘍があった。
- 2) セミノーマでは非セミノーマに比して高年齢であった。
- 3) 単一組織型は, 胎児性癌 6 例, 卵黄嚢腫瘍 1 例であった。複合組織型では, 奇形癌が 6 例であった。
- 4) Stage(特),(監)A では死亡症例は見られなかった。
- 5) 死亡症例 8 例のうち, 7 例が非セミノーマであった。非セミノーマ Stage(監), Ⅲの実測生存率は, CDDP 併用化学療法にて向上した。

〈シンポジウム〉

膀胱全摘除術 一出血を少なくする工夫

座長 栗原 潤 (原町赤十字病院)

1. 伊勢崎市民病院における膀胱全摘除術

竹澤 豊, 大井 勝, 田村 芳美

小林 幹男, 栗原 寛 (伊勢崎市民病院)

膀胱全摘除術施行時の出血減少のため以下の工夫を行っている。

【中心静脈の処理】内骨盤筋膜切開後, 鳶巣式バンチング鉗子で中心静脈を集束。近位側を 0 バイクルで 3 針, 集束結紮。遠位側には 3-0 バイオシンを 1 針かけ中心静脈をメッツェン剪刀で尿道が明らかになるまで切断する。3-0 バイオシンで中心静脈遠位側を連続縫合して止血する。

【膀胱茎の切断】上下膀胱動脈を結紮後, 膀胱を上方に索引しながらハーモニックスカルペルで膀胱茎を切断する。精嚢が見えるまで切開を進める。デノビア筋膜の前後葉の間を剥離し, 自動縫合切断機を入れ前立腺側方靭帯を切断する。出血は 1000ml 以下で自己血のみで対処できる。

2. 膀胱全摘術における出血を減らす工夫 (男性例)

黒川 公平, 伊藤 一人, 清水 信明
柏木 文蔵, 奥木 宏延, 武智 浩之
上井 崇智, 鈴木 光一, 富澤 秀人
加藤 雄一, 柴田 康博, 中野 勝也
深堀 能立, 林 雅道, 山中 英壽

(群馬大学)

ここ一年以内に新しい手術補助器具の導入および体位の工夫などにより, 格段に手術がし易くなりまた出血量も減少した. 手術補助器具としては, 助手の鉤に頼らずに十分な視野の得られる開創器, 局所に十分な光量を投入できるヘッドライト, バンチング鉗子等があげられる. 体位の工夫としては, 心臓部を骨盤部より約 10°くらい低位とする仰臥位の変形体位があげられ, これにより微細な静脈性出血は相当軽減しかつ骨盤をのぞき込む良好な視野が得られた. 男性の逆行性摘出における前立腺尖部の処理では以下のような工夫を行っている. サントリニ静脈叢の処理は型のごとく行い, その後尿道括約筋外側から鈍的に剥離を進め括約筋後面から対側へテーピングを行う. この経路を詳細に述べると, 括約筋外側から, lateral fascia を鈍的に破り, 神経血管束の前面 (腹側) を経由し尿道括約筋の後面の直腸前脂肪織を通り, 対側に同じ経路で抜けていくものである. この操作後に括約筋ごと尿道を切断すると, 前立腺尖部で容易にデノビエ後面に入ることができ, その後の操作が非常に容易になり, 結果として手術時間の短縮・出血量の減少につながる.

〈特別講演〉

座長 鈴木 孝憲 (群馬県立がんセンター)

「膀胱全摘除術のコツ」

鷹巣 賢一先生

(国立がんセンター中央病院・泌尿器科)

悪性腫瘍に対する全ての手術操作において, 安全で合理的な剥離層を選ぶことが得策である. 出血を防ぎ, 病巣を確実に切除するためにも, avascular plane を通るような手術手順を組み立てることが大切である. 例えば, 膀胱全摘術では, (1) 膀胱前・側腔を剥離し, 膀胱外側の腹膜を切断, さらに (2) 前立腺・直腸隔壁 (デノビア筋膜) の剥離を終えると, 切除する予定の膀胱・前立腺は左右の血管茎, 及び前立腺尖部で付着しているだけになる. この血管茎は, (3) 内側 (直腸側腔) の剥離により □ついで" の状態にできる. これを近位側より順次, 切断・結紮し, 最後に前立腺尖部と膜様部尿道を切断して摘出操

作が完了する。今回は単に手術操作の手順を追うだけではなく、スライドとビデオを使って、手術操作の基本である plane dissection の精神を例示した。