

〈セッションII〉

座長：濱野 達也（群馬県立がんセンター）

ビデオ症例

9. ホルミウムレーザー前立腺核出術（HoLEP）施行時の粘膜切開部位の検討—尿失禁軽減のために—

新井 誠二, 柴田 康博, 小池 秀和
宮澤 慶行, 藤塚 雄司, 関根 芳岳
大塚 保宏, 小屋 智子, 悅永 徹
野村 昌史, 西井 昌弘, 曲 友弘
松井 博, 山本 巧, 羽鳥 基明
伊藤 一人, 鈴木 和浩

(群馬大院・医・泌尿器病態学)

HoLEP は前立腺肥大症に対する新たな低侵襲手術として、TUR-P や開腹手術に代わる有用な術式である。我々は、導入当初より術中リアルタイム経直腸前立腺超音波 (TRUS) モニタリングを併用し、適切な剥離層の露出および剥離方向の確認を行うことで、安心して手術を施行することができている。しかし、導入初期の段階では、術中問題なく終了したと考えられた症例においても、術後の尿失禁の遷延が問題であった。我々は、この原因として、導入初期には、前立腺腺腫核出の途中で前立腺尖部の尿道粘膜切開を行っていたため、核出段階で外尿道括約筋に近接する尿道粘膜が引きつれることで外尿道括約筋が障害されていたのではないかと考えた。そこで、精阜での剥離層同定後、核出開始前に TRUS で腺腫と括約筋の位置関係を確認しながら、前立腺尖部の尿道粘膜を切開する方法に変更した結果、術後尿失禁の持続日数の改善を認めたため、報告する。

10. ミニマム創根治的腎摘出術を目指した試み

徳永 卓, 村松 和道, 大井 勝
小倉 治之, 黒沢 功 (黒沢病院)

平成 19 年 6 月から当院で取り組んでいる手技を供覧する。硬膜外、全身麻酔導入後に側臥位とし、第 12 肋骨直上から腹側に向かって 8cm の皮切を加える。第 12 肋骨の一部を切除後に後腹膜腔に入り、腎背側を展開し腎動静脈を処理。腎腹側を剥離、下極(尿管)、上極の処理を行い、創内で腎を完全に遊離させた後に創外に摘出する。腹腔鏡カメラを併用し、術野の明るさの確保と記録を行う。術者と第一助手は原則として術野を直視する。外側円錐筋膜の理解は術野展開の上で重要と思われ、剥離操作のほとんどは鈍的に行われる。副腎は温存したほうが操作は容易である。当初は 10cm の皮切で始めたが慣れるに従い縮小している。現在、6 例(左右各 3 例、最近の 3 例の中央値は手術時間 194 分、出血 107g) を行った。術翌

日に水分、歩行を開始し、翌々日に食事を開始する。

11. 腹腔鏡手術により低侵襲に摘除可能であった左腎腫瘍の一例

野村 昌史, 小屋 智子, 柴田 康博

羽鳥 基明, 鈴木 和浩

(群馬大院・医・泌尿器病態学)

小林 幹男 (伊勢崎市民病院)

症例は 54 歳男性、職業プロスポーツ選手。平成 19 年 5 月肉眼的血尿あり、近医受診。エコー、CT 上左腎腫瘍疑い。同月に当科紹介初診。CT・MRI 等の精査にて直径約 10cm の左腎腫瘍(囊胞性腎腫瘍) T2NOM0 Stage II の診断。出来る限りの低侵襲手術を希望されたため、同年 8 月経腹腔アプローチによる腹腔鏡手術を施行し、下腹部正中切開創より左腎を摘除した。手術時間 6 時間 34 分、出血量 114ml。術後経過は良好であり退院前よりリハビリを開始し、術後 9 日目に退院となる。現在外来経過観察中であり、通常のトレーニングは問題なく行えている状態である。

腹腔鏡手術は元来低侵襲手術であるが、下腹部正中切開より腎を摘除することでより低侵襲に手術を施行できたものと考えられた。

12. 伊勢崎市民病院における鏡視下腎尿管全摘除術

武智 浩之, 中島 仁, 斎藤 佳隆

内田 達也, 竹澤 豊, 小林 幹男

(伊勢崎市民病院 泌尿器科)

【はじめに】 当院では腎孟・尿管腫瘍に対し平成 16 年 11 月より鏡視下腎尿管全摘除術を施行開始した。今回、本術式について紹介し、全症例をまとめたので報告する。

【対象】 平成 16 年 11 月より平成 19 年 12 月までに本術式を施行した 11 例である。術式はまず腎を後腹膜より鏡視下に腎血管の切断後全周性に剥離し遊離する。その後全周性に尿管を鏡視下に見えるかつ追える範囲まで可及的に剥離する。その後、傍正中切開をおき尿管を膀胱尿管移行部まで剥離した後に尿管口を含めて切除する。その切開創より腎尿管膀胱の一部を一塊にして摘出する。

【結果】 全 11 症例については、性別は男性 7 例、女性 4 例、年齢は 57~81 歳(平均 69.5 歳)、病理所見は腎孟癌 5 例、尿管癌 5 例、悪性所見なし 1 例であった。患側は右 4 例、左 7 例であった。手術時間は 210~427 分(平均 283 分)、出血量は 30~520ml..(平均 182ml) で自己血を 1 例に使用したのみで同種血は使用しなかった。腫瘍については最大 5cm の症例が 1 例で他は 1.3 から 3.5cm であった。周術期合併症は術直後の重篤な心筋梗塞の 1 例のみであった。合併症症例(心筋梗塞例)を除いては術翌日より離床し飲水開始した。入院期間は合併症を

起した 66 日の 1 例を除くと 10 から 14 日 (平均 12.6 日) であった。病期は、悪性所見なしの 1 例を除いてその他はすべて Urothelial Ca.: pT1 6 例, pT3 4 例であった。術後再発例は現時点では認めていない。【結語】腎孟・尿管腫瘍に対する鏡視下腎尿管全摘除術は開放式手術に比べ早期離床や cosmetic にも優れており有用であると考えられた。

臨床的研究

13. 群馬大学医学部附属病院における間質性膀胱炎(IC) の検討

曲 友弘, 小屋 智子, 柴田 康博
羽鳥 基明, 伊藤 一人, 鈴木 和浩
(群馬大院・医・泌尿器病態学)

深堀 能立 (独協医科大学)

【始めに】当院の IC 症例が 30 例を超えたため、今回検討を行った。【対象と方法】34 例を対象とした。病歴期間、受診機関数などを検討し、治療法に関しては、内服薬を中心に検討した。【結果】受診機関数は最大 9 施設であったが、2 施設以内が 76% を占めた。病歴期間は 66% が 2 年以内であったが、2 例が 15 年以上であった。治療法は、内服 34 例 (100%), 水圧拡張 12 例 (35%), DMSO, ヘパリン膀胱注、高压酸素療法 2 例 (6%) であった。内服のみの症例は 23 例 (68%) で、著効・有効・無効に分類すると、著効 39%, 有効 43% であった。【まとめ】受診機関数、病歴期間を減らすべく患者、医療従事者へ啓発が必要である。内服薬のみの治療期間、併用薬、次の治療法に移るタイミングなどさらに検討が必要である。

14. 前立腺被膜下切除術の経験

杉山 健, 板橋 淑裕, 二瓶 大
(総合太田病院 泌尿器科)

2006 年 8 月から現在までに、巨大な前立腺肥大症に対して 7 例の被膜下切除術を施行した。【患者】平均年齢 70.1 歳、術前前立腺推定容量 128.7 グラム。【方法】恥骨上式被膜下切除術 4 例、恥骨後式被膜下切除術 3 例。【結果】平均手術時間；恥骨上式 127.2 分、恥骨後式 179 分。平均赤血球輸血量；恥骨上式被膜下切除術 8 単位、恥骨後式被膜下切除術 2.6 単位。全例排尿における術後合併症なし。平均残尿量 12.6ml。【考察】前立腺肥大症の手術に対しては現在内視鏡的治療が一般的であるが、特に術前推定容量の大きなものに対しては、オプションの一つとして開放手術、特に恥骨後式被膜下切除術は比較的安全に行いうる方法であると思われる。

〈特別講演〉

座長：小林 幹男（伊勢崎市民病院）

表在性膀胱癌の臨床

—TUR と抗癌剤膀胱注療法を中心に—

津島 知靖 先生（国立病院機構岡

山医療センター）

表在性膀胱癌に対しては TUR-Bt が標準的治療であり、最も有効な手段である。しかしながら、完全切除されたにもかかわらず 50%～80% の症例では膀胱内再発を認める。また、10%～20% の症例で病期進展が認められる。

TUR-Bt の目的は、すべての癌病巣を除去することと、正確な病理診断を得るために必要十分な組織を採取することである。深達度、すなわち筋層浸潤の有無の判定のためには、腫瘍底をその下の筋層組織も含めて完全に切除する。大部分の症例では 1 回の TUR で目的が達成されるが、一部の症例では 2 回目の手術 (re-TUR あるいは second TUR) が考慮される。1 回の TUR では完全切除が困難な多発腫瘍、非常に大きな (5cm 以上) 腫瘍、切除標本に筋層が認められない場合、さらに、病期進展に関してリスクの高い症例 (主に G3 症例) で、re-TUR が行われる。残存癌病巣の除去と筋層浸潤の再確認が目的である。33%～78% の症例に残存腫瘍が認められ、6%～24% に筋層浸潤が認められたと報告されている。しかし、1 回目の TUR をどう行なったかにより残存癌の頻度や新たに認められる筋層浸潤の頻度も異なる。最初の TUR が最も重要であることを強く認識する必要がある。

再発および病期進展を防止する目的で術後膀胱内注入療法が行われる。抗癌剤膀胱注療法の効果に関しては多くの比較試験が行われ、再発までの期間を延長することが証明されている。しかしながら、長期の再発予防効果や病期進展を防止する効果については否定的である。

EAU ガイドラインによれば、抗癌剤の膀胱注療法はすべての症例に TUR-Bt 直後から 24 時間以内に 1 回注入することが推奨されている。これは、術中に播種された癌細胞の治療と残存する微小な病巣の治療を目的としている。その後、腫瘍数、異型度、CIS 合併の有無などの危険因子により、単回の注入で終了とするか、抗癌剤あるいは BCG の追加注入を行うかを判断する。

TUR 後の補助療法に関しては、3 つのリスクグループに分けて検討がなされている。すなわち、低、中、高危険群である。低危険群は単発の高分化癌であり、高危険群は低分化癌、cis 合併あるいは T1 多発例である。中危険群は高あるいは低危険群以外の症例である。

低危険群に対しては、TUR 後 24 時間以内の単回注入