4．頸髄硬膜外転移をきたした右精巣腫瘍の一例

村上　文崇　　（群馬大学医学科 5 年生）
加藤　春雄，林　　拓磨，須藤　佑太
岡　　大祐，馬場　恭子，栗原　聡太
宮尾　武士，宮澤　慶行，周東　孝浩
新田　貴士，古谷　洋介，関根　芳岳
野村　昌史，小池　秀和，松井　　博
柴田　康博，伊藤　一人，鈴木　和浩
（群馬大院・医・泌尿器科学）

症例は 26 歳，男性．半年前より右陰嚢腫大を自覚し，近医受診し精巣腫瘍の精査加療勧められるも放置．その後両肩及び上肢の痺れが出現し前医受診．頸椎転移性脊椎腫瘍が疑われ当科紹介初診，同日緊急入院加療とした．右精巣はソフトボール大で精索まで硬結を認めた．LDH 996U/l, AFP 495.1ng/ml, hCG 111.8mIU/ml と高値を認め，CT にて多発肺・リンパ節転移を認めた．MRI にて頸髄硬膜外転移を認め，頸部脊柱管内～両側椎間孔への病変進展，頸髄の圧排所見を認めた．入院翌日に右高位精巣摘除術を施行し，病理は非セミノーマ (胎児性癌＞セミノーマ＞卵黄嚢腫瘍) で，pT3N3M1bS2, 病期IIIc と診断し，術後 4 日より早急に BEP 療法開始した．1 コース施行後，右上肢の痺れは残存するものの改善を認めた．精巣腫瘍による頸髄硬膜外転移は比較的稀であり，若干の文献的考察を加え報告する．

5．前立腺癌の広範な尿管浸潤の 1 例

羽鳥　基明，福間　裕二，大竹　伸明，
関原　哲夫　　（日高病院　泌尿器科）
中嶋　　仁　　（黒沢病院　泌尿器科）

74 歳男性．尿閉と両側水腎症による腎後性腎不全で受診して即日尿道カテーテル留置．腎機能改善後に測定した PSA が 59.66ng/ml と高値であったので前立腺生検を施行して前立腺癌を検出した．全身検索の結果，リンパ節転移，骨転移なく CAB 治療で PSA は 2 か月後に 1.2ng/ml まで低下した．この経過で左水腎症は改善したが，右水腎症は右下部尿管の充実性病変のために改善しなかった．尿細胞診は陰性で，CA19-9 も正常であった．右尿管がんの臨床診断で右腎尿管摘除術を施行した．手術所見は尿管の充実性病変周囲の癒着が強く鋭的に剝離し，レチウス腔の癒着も強く膀胱周囲剝離が困難であった．骨盤内リンパ節は肉眼的には腫大を認めずリンパ節郭清には難渋しなかった．摘出尿管には肉眼的に 3 か所の乳白色の粘膜肥厚部分を認めた．病理結果は前立腺癌の尿管転移であった．リンパ節にも転移を認めた．現在 CAB 療法を継続中である．

6．膀胱小細胞癌に対する抗がん剤治療の経験

清水　信明，蓮見　勝，濱野　達也
（群馬県立がんセンター　泌尿器科）

膀胱小細胞癌の発生率は，膀胱癌の 0.5-1.0％と報告されている．今回 2 例の転移のある膀胱小細胞癌に対し，抗がん剤治療を施行した．**症例 1**：67 歳男性，肉眼的血尿を主訴に近医を受診し，TUR にて膀胱小細胞癌と診断された．肝転移を認め，当院へ紹介となった．GC を 6 コース施行し，肝転移は PR となった．抗癌剤治療を休止したところ，2 か月で転移の再燃を認めたため，GC を 3 コース施行したのち，PE を 6 コース，GCarbo と Amu をそれぞれ 1 コース施行した 最終的に多発脳転移を認め，治療開始から 17 か月で死亡した．**症例 2**：67 歳男性，肉眼的血尿を主訴に近位を受診し，TUR にて膀胱小細胞癌と診断された．リンパ節転移と肝転移を指摘され，都内の大学病院で PE を 4 コース施行され，PR となったところで当院へ紹介となった．2 か月の休薬中に転移の再燃を認め PE2 コースを追加した．恥骨に新たな転移が出現し，痛みを伴ったため，8Gy1 回照射を施行した．Amu 2 コースを減量して開始したが PD となったため，増量して再度 2 コース施行．SD を得ている．抗癌剤治療で一定の効果を得られたときに，有用性が期待されるワクチン療法の治験についても紹介する．

7．当院での腎移植における最近の動向

杉山　　健，柳澤　健人，西川　健太
（太田記念病院　泌尿器科）
羽鳥　基明　　（日高病院　泌尿器科）
兵頭　洋二，河村　　毅，相川　　厚
（東邦大学医療センター　大森病院）

当院では現在まで 88 例の腎移植術を施行した．ドナー腎採取術は 2010 年 9 月以降内視鏡補助下手術を開始したが，自前施設による術者によるものではなかった．しかし 2014 年の症例からは，群馬大学から指導医を招き十分に指導された東邦大学の医師による手術ができるようになった．また，同年から血液型不適合・既存抗体陽性症例に対しリツキシマブを使用し，脾臓摘出術を回避した移植を行うことができ，さらにこれまで適応ではなかった症例に対しても良好な結果を得られるようになった．ここ数年の当院における腎移植症例の総括を報告する．

基礎的研究

8．ラパマイシン耐性腎癌細胞において，survivin の抑制は，ラパマイシンの抗腫瘍効果を回復させる

小池　秀和　　（群馬大院・医・泌尿器科学）

【目　的】 ラパマイシン耐性腎癌細胞において，YM155 (survivin inhibitor) によるラパマイシンの抗腫瘍効果の回復，増感について検討した．**【方　法】** 10μM ラパマイシン下で生存可能な耐性腎癌細胞 (Caki-1-RapR) を作製した．その細胞では，survivin (a member of the inhibitor of apoptosis protein) の遺伝子が有意に高発現していたので，survivin の抑制がラパマイシンの抗腫瘍効果を回復させるかどうか検討した．**【結　果】** Caki-1-RapR では，10μM

ラパマイシン存在下でも，survivin タンパクが高発現したままであった．*in vitro* では，Caki-1-RapR では，YM155 単剤により，survivin mRNA，タンパク発現，細胞増殖が抑制され，caspase-9 activity が上昇した．これらは YM155 とラパマイシンの併用でより顕著となった．*in vivo* では，Caki-1-RapR 腫瘍は，YM155 単独で有意に抑制された．さらに，YM155 とラパマイシンとの併用ではより強力に増殖が抑制された．**【結　論】** YM155 による survivin の抑制は，ラパマイシン耐性となった腎癌に対する治療の一助になる可能性がある．

〈セッションII〉

座長：坂本亮一郎（公立藤岡総合病院）

ビ　デ　オ

9．埋没型の腎腫瘍に対し，腹腔鏡用エコープローブを用いて鏡視下右腎部分切除術を施行した 1 例

岡本　亘平，上井　崇智，登丸　行雄
（桐生厚生総合病院　泌尿器科）
内田　達也
（公立藤岡総合病院　外来センター）

60 歳男性．2013 年 7 月 S 状結腸癌にて近医より当院外科に紹介．ステージング CT で右腎に 9 mm 腫瘍指摘され当科紹介．外科治療優先となり，2013 年 8 月高位前方切除術，UFT/UZEL 内服治療を 2014 年 3 月まで継続．2014 年 8 月の CT では腎腫瘍のサイズは不変．本人より手術の希望あり 2014 年 12 月 18 日，右腎下極外側の 9 mm の埋没型腫瘍に対し後腹膜鏡下手術を施行．腎被膜表面の白色部位に腹腔鏡用エコープローブを当てたところ，腫瘍がはっきりと確認できた．エコー所見を参考に切除ラインを決定し完全鏡視下に部分切除術を施行した．術後経過も特に問題なく術後8日目に退院となった．摘出した腫瘍はは8 mm×8 mm，病理は Clear cell carcinoma G1 で切除断端陰性であった．完全埋没型の腫瘍であっても腹腔鏡用エコープローブを使用することで完全鏡視下の手術が可能と考えられる．

10．腹腔鏡下前立腺全摘除術（LRP）における神経温存（Nerve-sparing）の術式

奥木　宏延，大山　裕亮，岡崎　　浩
中村　敏之　　（館林厚生病院　泌尿器科）

LRP 後の早期尿禁制の回復，勃起機能の回復を目指して，当院では術式として骨盤筋膜および腱弓と恥骨前立腺靭帯温存，膀胱頸部温存，十分な尿道長の確保，前方固定，後方固定とともに Nerve-sparing を積極的に施行している．Nerve-sparing の方法としては intrafascilalis line での剝離を行い，神経血管をプレート状に温存するよう心がけている (neurovascular plate)．その方法をビデオにて供覧する．前立腺筋膜を恥骨前立腺靭帯の内側から高位切開する．デノビエ筋膜切開を非温存側より前立腺よりで prostatic capsule を露出するように行う．Athermal な剝離を前立腺後面から外側腹側へ進め，neurovascular plate を剝がすように剝離する．流入血管は適宜 hem-o-lok® にて前立腺近傍で結紮切断する．こうすることでプレート状に温存できる．今後もアウトカムの評価をしつつ術式の更なる工夫を行い，LRP の Pentafecta (尿禁制，勃起機能，根治性，断端陰性，合併症なし) の達成を目指したい．

11．一期的に腹腔鏡下腎尿管膀胱尿道全摘術を施行した 1 例

中山　紘史，牧野　武朗，村松　和道
悦永　　徹，斉藤　佳隆，竹澤　　豊
小林　幹男　　（伊勢崎市民病院　泌尿器科）

症例は 72 歳，男性．下部尿管癌および膀胱癌 cT2NOMO に対して一期的に腹腔鏡下腎尿管膀胱尿道全摘・回腸導管造設術を施行した．手術手技としては，まず右側臥位で後腹膜的に左腎尿管を遊離，仰臥位として経腹的にリンパ節郭清・膀胱・尿管の剝離を行った．続いて陰茎左側から陰嚢上部まで切開して陰茎海綿体を脱転し尿道を膜様部まで剝離した．再度術野を鏡視下として尿道の剝離を行い，左腎・尿管・膀胱・尿道を一塊で摘出した．下腹部正中を切開して検体を摘出後，回腸を創外へ引出し回腸導管を造設した．手術時間 9 時間 28 分，出血量 535ml，周術期に輸血は行わなかった．腹腔鏡下膀胱全摘術は出血量が少なく有用な手技であり，本症例では先に後腹膜的に腎尿管を摘除することで円滑に手術が遂行できた．

臨床的研究

12．黒沢病院における腹圧性尿失禁に対する手術療法の検討～Advantage Fit™使用経験を中心に～

曲　　友弘，富田　　光，中嶋　　仁
狩野　　臨，小倉　治之，黒澤　　功
（社団美心会黒沢病院　泌尿器科）

【はじめに】 尿失禁手術を行った症例の現状把握，今後の方向性等について検討した．**【対象と方法】** 腹圧性尿失禁手術を施行した 71 例を対象とした．紹介の有，患者居住地など背景について検討した．TVT 施行症例については，手術成績，満足度などを検討した．**【結　果】** 2012 年 4 月より TVT 症例が増加した．紹介ありが 76%で，群馬大学 22%，足利赤十字病院，前橋赤十字病院 7 %などであった．患者の居住地は高崎市や前橋市が多く，太田市，桐生市，他県など遠方の症例も見られた．TVT の尿失禁改善率 (治癒＋改善) は 91%，治療満足度 (満足＋やや満足) は 88%で