

あった。OAB を含めて術後に尿失禁が残存する症例は満足度が低かった。【まとめ】 Urogynecology 領域の潜在患者は多数存在すると思われ、県内の窓口になるべくさらに研鑽していく必要があると思われた。

13. 当院における BCG 維持注入療法の検討

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

膀胱癌に対する BCG 維持注入療法では以前から有害事象による完遂率の低さが指摘されている。2010 年から 2013 年までに当院で施行した維持注入療法 16 例 (男性 14 例, 女性 2 例, 平均年齢 68.2 歳 <38-85 歳>) について検討した。当院では初回に 6 回, 以降 3, 6, 12, 18ヶ月後に 3 回ずつ注入を行っている。18ヶ月後まで施行した症例を完遂症例とすると, 完遂できたのは 4 例 (25.0%), 減量などレジメンを変更した 5 例を合わせると 9 例 (56.2%) であった。頻尿など有害事象による中止は 7 例で, うち 1 例で BCG 感染と思われる発熱や炎症反応上昇を認めた。再発で中止となったのは 2 例であった。なお同期間に当院で BCG 注入療法を施行した症例は 47 例で, 1 例は現在維持注入療法継続中である。維持注入療法を施行しなかった 30 例 (男性 24 例, 女性 6 例, 平均年齢 73.8 歳 <59-91 歳>) の理由は, 再発 8 例, 有害事象 4 例, 高齢 4 例, その他 14 例であった。文献的考察を加えて報告する。

14. 本邦の農村地域における人間ドックと住民検診で発見された前立腺癌症例の臨床病理学的特徴と治療結果

田村 芳美, 大木 一成
(利根中央病院 泌尿器科)
大塚 保宏, 西井 昌弘
(足利赤十字病院 泌尿器科)
宮久保 真意, 野村 昌史, 伊藤 一人
鈴木 和浩 (群馬大院・医・泌尿器科学)
鈴木 慶二 (老年病研究所 病理部)

【目的】 2つのスクリーニングシステムで発見された前立腺癌患者の臨床病理学的特徴を解析し, 生存率を予測する因子を明らかにすることを目的とした。【方法】 人間ドックを契機に発見された 36 例 (10.4%) と, 住民検診を契機に発見された 310 例 (89.6%) を対象とした。【結果】 人間ドックと住民検診で発見された症例の平均年齢はそれぞれ 63 歳, 73 歳であった。限局癌の割合は人間ドック群で比較的高率であり, スクリーニング複数回受診者では有意差をもって高率であった。高齢, 住民検診発見, 高い PSA 値, 進行病期, 悪いグリソンスコア, 25%以上の生検陽性コア率では有意差をもって生物学的非再発率は低率であった。多変量解析では臨床病期と年齢が有意な独立予後因子であった。【結語】 人間ドックと住民検診が異なる年齢階層を相補うことにより全体を網羅している。治療

可能な病期で前立腺癌を発見し良好な治療結果を得るため, いずれの方法も重要な役割を果たしている。

<教育講演>

座長: 小林 幹男 (伊勢崎市民病院)

腹腔鏡技術認定医取得に必要な基本手技

演者
竹澤 豊 (伊勢崎市民病院 泌尿器科)
野村 昌史 (群馬大院・医・泌尿器科学)
コメンテーター
中村 敏之 (館林厚生病院 泌尿器科)

泌尿器科領域における腹腔鏡手術の健全な普及と進歩を目的に, 日本泌尿器科学会/日本泌尿器内視鏡学会泌尿器腹腔鏡技術認定制度が発足した。現在, 群馬大学及び関連施設において 14 名が技術認定医を取得した。さらに多くのものがその取得を目指している。

技術審査の目的は, 上手い手術を評価するのではなく, 手術の安全性と確実性を評価するものである。初回技術認定試験合格ビデオと技術認定更新をしたエキスパートのビデオ (腎摘, 後腹膜アプローチ) を供覧し技術認定合格に必要な手技について検討する。

1) 展開: 術野はできるだけ広く展開しつつ手術を進めることを心がける。後腹膜アプローチでは外側円錐筋膜の十分な切開が重要。また, これを腰方形筋膜付着部から離れすぎた位置で切開すると, 腎筋膜そのものも一緒に切開して, 腎周囲脂肪組織の中に入ってしまう。2) 腎茎部処理: 剝離鉗子のブレードを血管の走行方向と平行に大きく開閉させている操作は, 血管の分枝を損傷する危険があり, 血管の走行に沿った狭い間隙を形成するのみで有効な剝離操作にならない。鉗子は血管走行と垂直に少しずつ開いて使用すると安全で有効なスペースができる。血管の裏面の剝離が不十分な状態で, 直角鉗子を無理に通して血管をすくい上げいきなり血管の走行に沿ってブレードを大きく開閉する操作は血管に分枝があった場合には引き抜き損傷を起こす危険性が高く, 危険な操作法である。3) 腎前面展開: 後腹膜到達法による腎前面の剝離は, 技術認定審査においてしばしば大きな減点要因となる。後腹膜の到達法では腎前面・裏面を問わず, 腎周囲脂肪組織から立ち上がるクモの巣状の結合織を腎から離れた部位で鋭的に切開して腎側に付着させるよう剝離することが重要である。4) 副腎と腎との間の処理: 腎周囲脂肪組織を尾側に牽引しながら腎表面に沿って副腎を腎から切離しようとする時腎被膜が広汎に露出し易い。腎癌の手術では, 副腎外縁に沿って腎周囲脂肪組織を切離す。

下大静脈損傷時のビデオも供覧し検討する。