

## 第46回 三重泌尿器科医会抄録

### The 46th Mie Urological Meeting, Abstracts

日 時：平成21年7月4日（土）

場 所：ホテルグリーンパーク津「伊勢の間」

#### 1. 多量飲酒後に発症した腎梗塞の一例

三重県立志摩病院  
塚本勝巳

症例は30歳の男性である。当科受診の8日前に多量飲酒し、その翌日は二日酔いで嘔吐を繰り返していた。当科受診4日前、特に誘因なく左上腹部痛出現したため近医を受診した。2日前には当院救急外来受診し、血液検査、尿検査、腹部単純CTで尿路結石や尿路感染症を疑われ、当科受診を勧められた。腹部造影CTで左腎上極側に梗塞を認めたが、発症後の時間経過や梗塞範囲を考慮してワーファリン内服による抗凝固療法を施行した。心電図や心臓超音波検査では明らかな異常所見は認められず、腎梗塞の原因は不明であった。多量飲酒および嘔吐による脱水が引き金となった可能性は否定できないと思われた。発症6週後のDMSA腎シンチでは梗塞部位の欠損像を認めたが、分腎機能に差は認められなかった。

#### 2. TURisVによる治療経験

山田赤十字病院  
保科 彰, 大西毅尚, 加藤 学

BPHに対する主な内視鏡的手術法は、電気メスを使用した方法（conventional TUR）とレーザーを使用した方法（HoLAP, PVP）に分けられる。TURisシステムは、灌流液に生食を使ったbipolar電気メスによる方法で、その中で、マッシュルーム電極を使ったTURisVはPVPに匹敵する手術方法と考えられる。TURisVは、通常のTURと同じ操作感覚で蒸散と止血を同時に行え、レーザーと同等の蒸散効率が期待できる。

また、灌流液の体内への逆流が少ないことから、high risk患者や100gを超えるような大きなBPHに対しても応用が可能な方法と考える。また、すでにTURisシステムを導入されている施設では電極のみの負担で済むこと、また、保険適用が認められている点も大きな利点といえる。今後、手術内容、入院期間、自覚症状の改善度、他覚所見など検証されていくものと思われる。

#### 3. 当科における神経温存前立腺全摘除術のアウトカム

山田赤十字病院  
大西毅尚, 加藤 学, 保科 彰

当科にて施行した神経温存前立腺全摘除術に関して、手術適応の妥当性、および手術のアウトカムにつき検討した。手術適応はPSA 10以下、Gleason score 6以下、臨床病期B以下、患者の希望であり、基本的には癌が検出されなかった側の片側温存を行っている。

対象は23例（神経温存12, 非温存13）、勃起可能が9例（75%）、性交可能が3例（33.3%）であった。尿禁制に関しては両群とも6か月で90%以上がパッドフリーとなった。神経温存群において早期に失禁が改善する傾向がみられた。神経温存群での切除断端陽性例は2例（16.7%）であったが現在までにPSA再発は認めていない。

低リスク症例に対してはQOLの面からも積極的に神経温存前立腺全摘除術を考慮してもよいと思われた。

#### 4. 三重大学における Brachytherapy の準備状況

三重大学医学部附属病院

木瀬英明, 曾我倫久人, 有馬公伸,  
杉村芳樹

同放射線治療部

山下恭司, 伊井憲子, 竹田 寛  
松阪中央病院 放射線科  
野本由人

本邦においては 2003 年から開始された前立腺癌に対するヨウ素 125 密封小線源永久挿入療法（ブラキセラピー）が、ようやく 2009 年 9 月より本学においても開始することになった。すでに当療法は、米国では毎年 60,000 人以上、日本においても 2,000 人以上の前立腺癌患者が受けており、その治療成績は good risk 群では、根治的前立腺摘出術と変わらないことが報告されている。今回は治療開始にあたり、当院での治療適応と具体的な経過について発表する。good risk 群はブラキ単独療法（144 Gy）、intermediate risk 群はブラキ（104 Gy）外照射（40 Gy）との併用療法を予定している。プレプランは 1 か月前に行い、治療入院は 3 泊 4 日、1 か月後に CT と MRI にて評価を行う。

#### 5. テンプレートを用いた経会陰前立腺 Saturation biopsy の経験

三重大学医学部附属病院

山田泰司, 佐々木豪, 三木 学,  
岩本陽一, 舩井 覚, 長谷川嘉弘,  
曾我倫久人, 木瀬英明, 有馬公伸,  
杉村芳樹

症例は 69 歳男性、排尿障害を主訴として当科初診。初診時 PSA 12.3 と高値であったため経直腸前立腺生検施行（10 ヶ所）されたが悪性所見を認めなかった。以降、PSA は上昇傾向であったため経直腸生検を 3 回（計 34 ヶ所）施行されるも悪性所見を認めず。治療開始後 5 年で PSA 24.39 と更に上昇を認めたため Saturation

biopsy の適応と考えられ、全身麻酔下にて生検施行。生検はブラキセラピーに対応可能な US、テンプレートを用いて経会陰的に施行し、30 ヶ所中 1 ヶ所に高分化型腺癌を認めた。術後明らかな合併症を認めなかった。テンプレートを用いた経会陰 Saturation biopsy は、多数のサンプルを正確に採取でき、比較的安全に施行可能であると考えられた。系統的前立腺生検にて陰性にもかかわらず、前立腺癌が強く疑われる症例に対して本検査を考慮すべきと考えられた。

#### 6. 前立腺全摘除術後 Salvage Radiotherapy の検討

愛知県がんセンター中央病院

小倉友二, 田丸裕巳, 脇田利明,  
林 宣男

【目的】前立腺全摘除術（RP）後 PSA 再発した前立腺癌に対する救済放射線療法（SRT）の検討。【対象と方法】RP 後 PSA 再発に対し SRT を施行した 56 例。照射量は平均 59.3 Gy（50–70）。照射後再発定義は PSA nadir+0.2。

【結果】年齢 67 歳、照射後観察期間 42 ヶ月（1–85）。照射時 PSA 中央値 0.26（0.01–1.90）。Gleason score（GS） $\leq 6$  が 17, 7 が 25, 8  $\leq$  が 14 例。Cap +32, sv +6, ew +37 例。Grade 3 以上の有害事象は認めず。46 例に PSA 低下を認め、3 年 PSA 非再発率は 59% であった。独立再発予測因子は GS 8  $\leq$  と PSA ダブリングタイム 8 ヶ月未満であった。【総括】RP 後 PSA 再発に対する SRT は有用で安全である。