

学会抄録

第206回日本泌尿器科学会関西地方会

(2009年2月14日(土), 於 京都大学医学部芝蘭会館本館)

自然破裂を契機に診断された副腎骨髄脂肪腫の1例：松本 稔，三宅秀明，田中一志，武中 篤，藤澤正人（神戸大） 49歳，男性。肥満と糖尿病で投薬加療中であった。2006年9月右上腹部痛認め近医受診。腹部CTにて右副腎腫瘍破裂が疑われ，当科緊急入院となった。腹部CT・MRIおよび血管造影にて脂肪成分を多く含む右副腎腫瘍および腫瘍周囲の血腫を認め，右副腎骨髄脂肪腫破裂と診断した。全身状態は安定していたため，しばらく経過観察していたが，腹部CTにて腫瘍の増大傾向を認めたため，入院後22日目に右副腎摘除術および血腫除去術を施行した。摘除標本は最大径10cmの黄褐色調の腫瘍であった。病理診断は脂肪組織内に造血細胞を認め，副腎骨髄脂肪腫であった。術後経過良好で，術後14日目に退院となった。副腎骨髄脂肪腫のうち，自然破裂した症例は自験例を含めて報告例は26例であった。

副腎腫瘍破裂を契機に診断された副腎褐色細胞腫の1例：谷口英史，大石正勝，廣田英二，伊藤吉三（京都第二赤十字），大江 宏（学研都市），関 英夫（福知山市民），本郷文弥（京都第一赤十字），前川幹雄（京都民医連中央） 61歳，女性。主訴は右上腹部痛で離島を旅行中に前院を受診し，腹部CTで右後腹膜腔に液体貯留と約4cmの腫瘍を認めた。右副腎腫瘍の破裂を疑い，経カテーテル動脈塞栓術を施行した。全身状態が落ち着き当院転院。内分泌検査，MIBGにて褐色細胞腫と診断し，3カ月後に血腫縮小後に副腎摘除術を施行した。病理組織は褐色細胞腫であった。自然破裂した褐色細胞腫の1例を経験したので文献考察を加えて報告した。

腫瘍内出血によりクリーゼを来した副腎褐色細胞腫の1例：松岡徹，片山欽三，林 哲也，眞原宏一，藤本宜正，小出卓生（大阪厚生年金），中谷嘉寿（同内科），山崎芳郎（同外科），中谷桂治（同ICU） 46歳，男性。背部痛にて前医を受診，血圧の上昇を認め大動脈解離の疑いにて腹部CT施行するも循環器系の異常を認めず，腓尾部背側に6cm大の腫瘍を認め当院に救急搬送された。転院後，心筋症・腎不全・呼吸不全となり，呼吸循環管理・CHDFを行った。入院時の血中・尿中カテコラミンは高値であり，MIBGシンチにて左副腎に集積を認め，左副腎褐色細胞腫によるクリーゼと診断，副腎腫瘍摘出術を施行した。病理診断は褐色細胞腫であった。褐色細胞腫の破裂・出血は稀であるが，クリーゼを来した場合は迅速な治療が必要である。また術前に循環血漿量の改善をはかり，待機的に手術を行うことが良好な予後に繋がると考えられる。

肺癌腎転移の2例：鳥山清二郎，藤井秀岳，姫田 健，稲葉光彦，中ノ内恒如，本郷文弥（京都第一赤十字） 症例1は73歳，男性。肺癌stage (a) の診断にて，化学療法施行後，左肺全摘除術施行。翌年，肉眼的血尿を主訴に当科受診。左腎に7cmの腫瘍を認め，腎盂癌疑いにて腎尿管全摘術施行。症例2は65歳，男性。肺癌stage (b) の診断にて，化学療法施行中，肺病変は著明な縮小を認めたが，右腎腫瘍の増大を認めた。原発性腎癌の可能性が否定できず，腎摘除術を施行した。病理組織結果はいずれも肺扁平上皮癌の転移であった。肺癌腎転移は本邦69, 70例目の報告例であり，生前に見つかるのは稀である。転移性腎癌は画像上，腎盂癌，腎癌との鑑別診断は困難であると考えられている。肺癌腎転移と診断されても，全身状態が良好で，他臓器に転移を認めず，症状を認める症例は手術適応と考えられているが，生命予後の延長は証明されていない。

咽頭癌腎転移の1例：鄭 裕元，福田輝雄，楠田雄司，岡本雅之，小川隆義（姫路赤十字），藤澤真義（同病理） 54歳，男性。2007年5月24日，下咽頭（T4aN2cM0）にて当院耳鼻科で手術施行（咽喉食摘，両側頸部郭清，甲状腺全摘術，遊離空腸再建）。術後に放射線療法を併用（50 Gy）。2008年5月，肺転移を認め，外科にて6月25日胸腔鏡下肺切除術施行。胸部CT時，偶然左腎の腫瘍性病変を指摘。腫瘍は超音波断層では被膜を有さず境界不明瞭で周囲と比べ血流が乏し

かった。造影CTではhypovascular領域として認められた。11月14日左腎摘除術（腰部斜切開）を施行。摘出標本の剖面は，灰白色で被膜を有さず境界は不明瞭。病理組織所見は下咽頭腫瘍と同様の低分化型扁平上皮癌であり，下咽頭癌を原発とする転移性腎腫瘍と診断。生存中に診断される腎転移は稀であり，下咽頭癌の腎転移は本症例が4例目であった。

自然破裂を来した腎細胞癌の1例：金川紘司，佐々木有見子，高見智世，倉本朋未，森 喬史，南方良仁，藤井令央奈，松村永秀，新谷寧世，柑本康夫，稲垣 武，原 勲（和歌山医大） 67歳，男性。主訴は左側腹部痛および腫瘍。CTにて腎静脈内腫瘍塞栓を伴う左腎腫瘍を認めたため，根治的腎摘除術を予定した。ところが，初診後5日目に突然，側腹部痛の増強と腫瘍の増大を来し緊急搬送された。CTにて腎腫瘍の自然破裂と診断。貧血の進行を認めたため腎動脈塞栓術を施行した上で，3日目に経腹膜の左腎摘除術を施行した。摘出腎は1,500gで血腫はGerota筋膜内にとどまっていた。病理診断はRCC, clear cell + spindle cell, G2>G3, pT3bであった。術後，インターフェロンαを投与したが，術後5カ月目に肺転移を認めた。自然破裂を来した腎細胞癌の本邦報告例に自験例を加えた102例を集計し，文献的考察を加えて報告した。

同時性両側腎細胞癌の1例：乾 秀和，堀越幹人，福井勝也，駒井資弘，川喜多繁成，杉 素彦，室田卓之（関西医大滝井） 症例は73歳，女性。エコーで両腎腫瘍指摘。右腎73×43×51mm，左腎上極に42×37×46mm，下極40×38×44mm。cT2N0M0と診断。左根治的腎摘除術後，右腎部分切除術施行。病理結果は両側とも淡明細胞癌であった。術後腎機能は問題なかった。当院での1991～2008年までの同時性両側腎細胞癌は，vHL症例の1例を含めると4例であった。当院での症例も含め本邦報告記載のある75例において術式による予後を検討したが有意差認めず。両側腫瘍4cm以上でも温存手術は施行可能で根治術との予後が変わらないとの報告やpT1aの根治術では腎部分切除に比較し全生存率が低下するとの報告もあり，今後可能な限り腎温存手術を積極的に選択すべきと考えられる。

術後20年経過の後，対側腎に再発を来したBench surgeryを施行した腎癌の1例：松崎恭介，鯉田容平，福田聡子，小森和彦，原田泰規，東田 章，安永 豊，岡 聖次（国立大阪医療セ），岩佐葉子（同病理），石橋道男（奈良医大） 72歳，男性。1988年右腎癌に対し根治的右腎摘除術施行。2007年の腹部CTで左腎中央に1.5cm大の腫瘍を指摘。質的診断困難であったため経過followとなったが，2008年の腹部CTにて腫瘍の増大を認めたため，左腎癌の対側腎再発と診断。単腎であることや腫瘍の位置が内側であったことから体内での腎部分切除術は困難と考え，bench surgeryを施行した。病理組織はclear cell carcinoma, G1=G2, pT_aであり，原発巣と類似した組織像であった。術後4カ月現在，生存中である。

巨大水腎症を来した馬蹄腎の1例：千菊教士，後藤崇之，澤田篤郎，柴崎 昇，石戸谷 哲，奥村和弘（天理よろづ） 28歳，男性。腹痛にて近医受診。CTにて馬蹄腎と右水腎症を指摘。右腎は無機能のため腎摘除の方針となり当院紹介。術前に腎瘻を造設し尿2,500mlを排出させた後，腹腔鏡下右腎摘除術を施行した。右腎は巨大で下大静脈を覆うように存在し，また実質はほとんどなく柔弱であった。そこで右腎を完全に左側へ翻転させ，背側より血管系を処理し，ハーモニックスカルペル & reg；にて狭部を離断し右腎を摘出した。手術時間5時間32分，出血量250mlであった。摘出腎の尿管に狭窄は認めず，尿管と血管との交差が水腎症の原因と推測された。一般的に，馬蹄腎には約8～30%に水腎症が伴うとされ，その原因は異常血管との交差など様々である。本症例はきわめて巨大な水腎症であったが，術前に腎瘻造設により腎を縮小させ，右腎を完全に左側へ翻転させたことで血管系処理を容易にすたと考えられた。

Fabry 病による慢性腎不全に対して献腎移植を行った 1 例：桑原元，惣田哲次，小林泰之，加藤大悟，山内洋子，徳川茂樹，奥野綾子，藤井直彦，岸川英史，西村憲二，市川靖二（兵庫県立西宮・腎移植セ） Fabry 病は血漿中の α -Galactosidase A の活性低下あるいは欠損により Globotriaosylceramide (GL-3) が各臓器に不可逆に沈着し 30～40 歳代で腎不全を起こすと考えられている。患者は 46 歳，男性。26 歳時に血液透析導入。45 歳時より酵素補充療法 (ERT) を開始した。2005 年 12 月 17 日献腎移植目的で入院し同日手術となった。術後 23 日目に透析を離脱。その後も経過順調であり術後 71 日目に Cr 2.1 mg/dl となり退院となった。また術後 2 年目の移植腎生検ではセラミドの沈着は見られず Fabry 病の腎臓での再発は認められなかった。現在移植後 3 年経過したが，ERT を継続し Cr 2.2 mg/dl 程度で安定している。過去の文献から Fabry 病の腎移植患者の 5 年生着率，生存率は良好で，Fabry 病以外の腎移植患者との差はないとされている。また ERT は血管内皮への GL-3 沈着阻害効果を有すると報告されており，Fabry 病患者に腎移植を行い ERT を併用することによりさらなる予後の改善が期待される。

拡張型心筋症を合併した透析患者に対して生体腎移植術を施行した 1 例：米田 傑，中澤成晃，真殿佳吾，谷川 剛，藤田和利，矢澤浩治，細見昌弘，山口誓司（大阪府急性期・総合医療セ），川崎真佐登，山田貴久（同心臓内科），伏見博彰（同病理） 症例は，22 歳，男性。前医にて薬剤性心障害による拡張型心筋症と診断され，心移植の必要性も考慮されていた。12 年前，薬剤性腎障害による末期腎不全にて腹膜透析を開始するも，腹膜炎のため，2008 年 1 月血液透析へ移行した。4 月には希望により腎移植を予定するも，心不全などのため延期となっていた。5 月心不全症状増悪し，精査加療目的にて入院となった。入院後，dry weight の減量により EF は 23% から 48% へ改善し，症状も消失したことから，11 月母をドナーとする生体腎移植術を施行した。手術は特に問題なく終了し，術後，腎機能・心機能共に経過良好である。

腹腔鏡下に摘出した異所性褐色細胞腫の 1 例：福本 亮，大年太陽，小林憲市，藤田昌弘，今村亮一，高田晋吾，松宮清美（大阪警察），新井康之（大阪成人病セ），藤岡秀樹（野崎徳洲会） 52 歳，女性。乳がん術後フォローにて 2008 年 5 月 9 日胸腹部造影 CT 撮像。左腎門部の腫瘍を指摘され 6 月 3 日泌尿器科紹介受診。MIBG シンチにて左腎門部の腫瘍に一致して集積がみられ，内分泌検査にてノルアドレナリン系の上昇を認めた。以上より異所性褐色細胞腫と診断し，7 月 18 日腹腔鏡下摘除術を施行した。手術時間 3 時間 45 分 出血少量にて安全に施行しえた。傍大動脈領域の異所性褐色細胞腫に対する内視鏡手術は自験例を含め 25 例，本邦 2 例の報告があるが，開腹に移行したものは 2 例のみであった。術前の血圧，血糖コントロールと慎重な手術操作により腹腔鏡下摘除術が選択肢の 1 つになりうると思われた。

持続する咳を契機に発見されたエリスロポエチン産生腎細胞癌の 1 例：河原貴史，真鍋由美，青山輝義，橋村孝幸（関西電力） 74 歳，女性。持続する咳と体重減少を主訴に当院呼吸器内科紹介受診。血液検査上ヘモグロビン 16.5 g/dl と多血症を認め，エリスロポエチンは 165 mU/ml と高値を示した。画像上胸部には器質的病変なく腹部 CT にて右腎下極に径 8 cm の腫瘍性病変と肝臓には多発小結節性病変を認め当科紹介。右腎細胞癌，肝臓転移 (cT3aN0M1) と診断し，腎摘除術施行。病理所見は RCC clear cell type pT3a であった。手術直後より持続していた咳は速やかに消失し，ヘモグロビン，エリスロポエチンは正常化した。咳，エリスロポエチン高値，多血症は腎癌による腫瘍随伴症候群と診断した。

傍神経節腫を合併した腎細胞癌の 1 例：住吉崇幸，清水洋祐，後藤裕文，土橋一成，宮崎 有，白石裕介，井上貴博，大久保和俊，渡部淳，神波大己，吉村耕治，兼松明弘，中村英二郎，西山博之，賀本敏行，小川 修（京都大） 64 歳，男性。既往歴：高血圧，サルコイドーシス。家族歴：特記すべき事項なし。検診の超音波検査で左腎腫瘍を指摘され近医を受診。CT にて左腎腫瘍および下大静脈背側の腫瘍を認め当科紹介受診。左腎腫瘍は腎細胞癌と診断。下大静脈背側の腫瘍は当初リンパ節転移が疑われたが，尿中 VMA の上昇および¹³¹I-MIBG シンチで同部位に集積を認めたことより傍神経節腫と診断。 α 遮断薬で術前処置を行い，両腫瘍を一期的に摘除。病理診断は嫌色

素性腎細胞癌および傍神経節腫であった。本例は無症状であったが術前に傍神経節腫と診断することができた。非定型のリンパ節腫脹を有する腎細胞癌では傍神経節腫の合併を念頭に置く必要があると考えられた。

腎機能廃絶後に移植腎摘除術を余儀なくされた 1 例：佐々木有見子（和歌山県立医大） 48 歳，男性。29 歳時に IgA 腎症から慢性腎不全に至り透析導入，33 歳時に献腎移植術施行。以後全身の皮膚感染を繰り返していた。術後 12 年目より腎機能悪化し 14 年目で透析再導入となった。徐々に免疫抑制剤を減量したところ移植腎の圧痛・腫大が出現，免疫抑制剤を増量するも腎部皮膚感染が悪化するため，移植腎摘除術を施行した。免疫抑制剤は減量でき皮膚創傷治癒も進んだ。慢性的に機能廃絶した移植腎に対しては，透析再導入前後に免疫抑制剤を減量し，少量の継続投与を必要とする事が多い。しかし免疫抑制剤の減量により graft intolerance syndrome が発症する事があり，免疫抑制剤の増量や塞栓術で症状が改善しない場合，また移植腎自体の感染や悪性腫瘍などが疑われる場合などは，移植腎摘除術を選択することとなる。

遺伝性非ポリポーシス性大腸癌に両側尿管癌・膀胱癌を合併した 1 例：山田祐介，樋口喜英，上田康生，鈴木 透，邱 君，丸山琢雄，近藤宣幸，野島道生，山本新吾，島 博基（兵庫医大），造住誠孝，中井真由美，廣田誠一（同病理） 症例：43 歳，男性。家族歴：血縁者に数名大腸癌罹患者を認める。現病歴：1997 年上行結腸癌に対し右半結腸切除術施行。2002 年右尿管癌に対して右腎尿管摘除術施行。2008 年再発性結腸癌・左腎盂癌・膀胱癌に対して残存結腸および尿路合併切除術施行。結腸癌は adenocarcinoma (pSM, ly0, v0)，腎盂癌/膀胱癌はともに urothelial carcinoma (G2, pT2, INF β , v(+)) stage (G)/G2, pT1, INF β stage (H) であった。臨床所見・家族歴から遺伝性非ポリポーシス性大腸癌と診断した。術後経過は良好で現在術後 1 年半経過しているが，再発を認めていない。遺伝性非ポリポーシス性大腸癌は遺伝子修復酵素のマイクロサテライト不安定性を原因とする家族性大腸癌であり，子宮体癌，尿路上皮癌などを合併しやすい。一般的に予後良好であるが，早期診断，早期治療のためスクリーニング検査が重要である。

尿路上皮癌脊椎転移と鑑別を要した化膿性椎間板炎の 1 例：川村憲彦，奥見雅由，平井利明，中山治郎，今村亮一，芝 政宏，桃原実大，高山仁志，野々村祝夫，奥山明彦（大阪大） 症例は 75 歳，男性。主訴は発熱と腰部痛。既往歴として，2002 年 12 月右尿管癌に対し，右腎尿管全摘除術施行。2006 年 1 月再発性尿道癌に対し，膀胱尿道全摘除術・左尿管皮膚瘻造設術を施行。2007 年 5 月より発熱・腰部痛出現。尿路感染症を疑い，抗生剤の経口投与を行うも軽快せず，精査・加療目的にて入院となった。経静脈的に抗生剤の投与を行い，発熱は消失したものの腰部痛は増強。精査目的に行った胸部 CT では，第 8・9 胸椎右側に接して椎体に浸潤する腫瘍を認めたため，尿路上皮癌の胸椎転移を考えた。しかし，感染症の可能性も否定できないため，胸腰椎 MRI を施行。MRI にて化膿性脊椎椎間板炎と診断。抗生剤の長期投与にて保存的に軽快した。

尿路上皮癌肺転移に対して長期にわたり間欠的維持化学療法が奏功している 1 例：赤松秀輔，高橋 彰，伊藤将彰，小倉啓司（大津赤十字），金丸聰淳，佐野剛視（西神戸医療セ），齋巢賢一（静岡がんセ） 59 歳，男性。腎盂癌術後肺転移に対し，MVAC 4 コースを施行したが無効のため，2nd line 治療として GC 療法を開始。3 コースの導入投与後，2～3 カ月間隔で間欠的維持投与を行った。転移出現から 30 カ月経過した現在，明らかな増悪を認めず，9 コース目を投与している。尿路上皮癌の化学療法においては intensive に投与すべきか間欠的に投与すべきか定かではなく，患者の状態，病勢によってエンドポイントを定めて決定する必要がある。完全寛解ではなく症状緩和を目指す場合，2～3 カ月ごとの間欠的維持投与は QOL 維持の観点から望ましい。Gemcitabine などの新規抗腫瘍剤を用いた維持投与についてエビデンスの集積が求められる。

タキソールおよびカルボプラチン併用療法 (TC 療法) が有効であった転移性膀胱癌の 1 例：福原 恒，倉橋俊史，三宅秀明，田中一志，武中 篤，藤澤正人（神戸大） 62 歳，男性。血尿を認め近医を受診し膀胱腫瘍と左水腎症を認め当科紹介受診。腫瘍は左側壁を中心

に存在し、左尿管口を巻き込んでいた。これに対しTUR-Btを施行。病理診断はUC、G3、T2であった。また骨シンチとMRI所見から右腸骨領域に骨転移を認めた。これに対してM-VAC療法をfull doseで2コース施行したが、骨転移巣は増悪した。このためカルボプラチンとタキソール併用療法であるTC療法に移行した。カルボプラチンが175 mg/m²であり、タキソールがAUC=5で用いた。TC療法を5コース施行した結果、骨転移巣は消失し、膀胱腫瘍の再発も認めなくなった。以後65カ月の間48コース施行し再発所見は認めない。

前立腺全摘除術後に感染性リンパ嚢腫を発生した1例：村井亮介、前澤卓也、影山進、和田典興、伊狩亮、益田良賢、吉田哲也、上仁数義、成田充弘、岡本圭生、吉貴達寛、岡田裕作（滋賀医大） 68歳、男性。限局性前立腺癌に対する根治的前立腺全摘除術・閉鎖リンパ節隔清術後6カ月目に発熱、右下腹部痛、右下肢運動障害が出現し受診。CT上、右骨盤腔内に95×62×32 mmの嚢腫を認め、エコーガイド下に経皮的ドレナージを施行。ドレナージ液培養から感染性リンパ嚢腫と診断した。抗菌剤投与と持続ドレナージを施行するも治癒せず、嚢腫腔へのミノサイクリンによる硬化療法を行い、リンパ嚢腫は消失した。その後再発は見られていない。

根治的前立腺全摘除術後、直腸尿道瘻の1例：竹澤健太郎、吉田宏、新井康之、小野豊、垣本健一、目黒則男、宇佐美道之（大阪府立成人病セ） 56歳、男性。28歳時に痔瘻の手術歴があった。2007年8月、前立腺癌cT2cN0M0の診断のもと恥骨後式前立腺全摘除術を施行した。前立腺周囲の癒着は認めず、術中に直腸損傷は認識されなかった。術後8日目に糞尿が出現し直腸尿道瘻と診断した。人工肛門造設および尿道カテーテル留置によるドレナージで保存的治療を試みたところ術後3カ月でリークを認めなくなった。瘻孔瘻痕部の補強のため2008年4月、rectalwall advancement flap法を参考に経肛門の修復術を行い、2008年7月、人工肛門を閉鎖した。2009年2月現在、瘻孔の再開通はなく、排尿・排便状態ともに良好である。

前立腺基底細胞癌の1例：小村和正、小山耕平、伊夫貴直和、稲元輝生、東治人、勝岡洋治（大阪医大泌尿生殖・発達医学講座）、辻求（同病理）、古武彌綱（北摂総合） 67歳、男性。2008年4月頃より排尿時痛、排尿困難、左骨盤部痛を自覚したため、近医を受診。PSA値は正常（0.1 ng/ml以下）であったが、直腸診で前立腺は石様硬、辺縁不整であった。CT、MRI、FDG-PETの結果、前立腺精嚢原発悪性腫瘍の多発骨、リンパ節転移を疑い経直腸前立腺針生検を施行。病理組織は34βE12、P63などの基底細胞マーカー陽性であり、basaloid cell carcinomaと診断した。Docetaxel baseのchemoを選択したが、効果判定ではPDであり、同年12月死亡された。前立腺基底細胞癌は一般的にlow gradeな腫瘍であるとされるが、一部にaggressiveな病態をとる症例もみられる。

後腹膜脂肪肉腫の1例：新垣隆一郎、吉川武志、山田仁（医仁会武田総合）、賀本敏行（京大）、三上芳喜（同病理診断） 43歳、女性。体重増加、腹部膨満感を主訴に受診。CTにて肝背側から子宮上部まで右後腹膜を主体に広がる腫瘍を認めた。多発する充実性部からなり、その内部に粗大な石灰化や脂肪組織を含んでいた。脂肪肉腫または奇形腫を疑い、2008年9月19日、後腹膜腫瘍摘出術を施行。右腎・副腎を含めてen-blocで腫瘍を摘出した。摘出標本は重量3.0 kg、表面は平滑・弾性軟、剖面は黄白色～灰白色充実性で、数cm大の結節が集合した分葉状を呈していた。病理組織学検査では、成熟した脂肪織内の核クロマチン増量を伴う不整形の大型細胞や核異型を示す繊維芽細胞様紡錘形細胞および骨形成を伴う高分化型脂肪肉腫との診断だった。骨形成を伴う後腹膜脂肪肉腫は稀で、本症例は本邦11例目と思われる。

後腹膜原発神経節細胞腫（Ganglioneuroma）の1例：三浦徹也、吉行一馬、山田裕二、濱見学（県立尼崎） 57歳、女性。肝酵素上昇精査目的のCTにて偶発性左副腫瘍を指摘され当科紹介。画像上、左副腎部に一致して造影効果をうけず内部に石灰化を伴う径5 cm大の腫瘍を認めた。MRIでは、T1で低信号、T2で不均一な高信号を呈した。内分泌学的精査にて異常所見認めず、内分泌非活性性副腎腫瘍の診断の下、腹腔鏡下副腎摘除術を施行。術中、腫瘍と接した正常副腎組織を確認したが、剥離は困難で一塊として摘出した。組織学的には、正常副腎組織と境界を隔ててganglioneuromaの像を認め、病理

結果は、後腹膜原発のganglioneuromaであった。Ganglioneuromaの発生部位として副腎が最も多く約4割を占めると報告されているが、副腎原発とされた報告の中には今回のような副腎と接した後腹膜原発のganglioneuromaが含まれている可能性が示唆された。

Castleman病の1例：新納摩子、邵仁哲、山田剛司、平原直樹、浮村理、河内明宏、三木恒治（京都府立医大）、荒木博孝（済生会滋賀）、中河裕治（山城）、井上亘（井上医院）、小林徳朗（守谷慶友） 39歳、男性。既往歴特になし。2008年5月に検診の超音波検査にて腎腫瘍を指摘され、近医受診。同年6月に精査加療目的に当科紹介受診。超音波検査で石灰化を有する径約35 mmの腫瘍を確認。血液生化学検査・副腎ホルモンに明らかな異常を認めなかった。単純CT上石灰化を認め、造影CTで内部不均一な早期濃染を認めた。MIBGシンチで取込は認めなかったが、PETCTでFDGの軽度集積を認め、悪性腫瘍の可能性もあり後腹膜鏡下左腎門部後腹膜腫瘍切除術を施行した。病理組織学的診断はCastleman's tumor, hyaline vascular typeであった。CTにて造影効果を認めPETにて集積を認める後腹膜腫瘍においては本疾患も念頭におくべきであると考えられる。

後腹膜脂肪肉腫に対して腎後面横筋筋膜合併切除を行った1例：結縁敬治、日向信之、山崎隆文、大場健史、山中望（神鋼） 症例は52歳、女性。主訴は検診での腹部超音波の異常所見で、自覚症状なし。既往歴なし。血液生化学尿検査で異常所見なしであった。CT、MRIで右腎の背側を主座とする脂肪肉腫と診断し、仰臥位腹部正中切開にて腎後面横筋筋膜合併切除を併用した根治的右腎摘除術を施行した。組織型は高分化型+粘液型脂肪肉腫で病理学的に断端陰性であり、術後1年で再発を認めない。後腹膜に発生する軟部腫瘍の中で最も頻度が高い脂肪肉腫は外科的切除以外に有効な治療法が確立されておらず、局所再発も組織型により30～80%と報告されており、腎摘除のみならず周辺組織の合併切除も考慮した断端陰性がえられる拡大切除が必要とされている。腎後面については横筋筋膜を合併切除することにより背側面での拡大切除が可能であった。

IgG4関連病変と考えられた後腹膜炎性偽腫瘍の1例：林拓自、西村健作、山本致之、嘉元章人、氏家剛、任幹夫、三好進（大阪労災）、川野潔（同病理） 57歳、男性。1年前に頸部リンパ節腫大を認め切除術を施行。左下腿浮腫を自覚し、左水腎症を認め当科紹介。CTにて左腎盂の壁肥厚と、左総腸胃動脈周囲を中心に後腹膜に腫瘍性病変を認めた。病理組織診断を目的に生検術を施行した。術中病理診断にて悪性腫瘍を疑う所見であり尿管摘除術および腫瘍切除術を施行した。病理組織所見では尿管周囲・腎実質に形質細胞浸潤が著明であり、1年前の頸部リンパ節も同様であった。炎症性偽腫瘍と診断した。プレドニンを30 mgより開始し腫瘍は縮小したが、漸減中に閉塞性黄疸が出現した。血清IgG4が1,260 mg/dlと高値を示し、プレドニンを40 mgに増量すると黄疸は消失した。IgG4免疫細胞染色は陽性であり、IgG4関連疾患と考えられた。

陰茎IgG4関連硬化性疾患の1例：湊のり子、高尾徹也、松岡庸洋、辻村晃、奥山明彦（大阪大）、木下竜弥（市立池田）、島津宏樹（大阪急性期医療セ・病理） 66歳、男性。主訴は亀頭部の硬結・発赤と排尿困難。悪性腫瘍を疑い3回生検されたが、結果は慢性炎症であった。硬結部位の増大と排尿困難の増悪がみられ、悪性を否定しきかず陰茎部分切除術施行。病理結果はIgG4関連硬化性疾患の陰茎病変と診断。術後1年が経過した現在、再発・新病変の出現を認めていない。本疾患は全身性の硬化性疾患であり、体のあらゆるところに発症する可能性があることを念頭に置くべきと考えられた。

陰嚢皮下に発生した神経線維腫の1例：芝野伸太郎、井口太郎、鞍作克之、仲谷達也（大阪市大） 58歳、男性。3年前より左陰嚢に徐々に増大傾向を有する無痛性腫瘍を認め、当院皮膚科を受診。エコーにて陰嚢内に精巣と非連続性の腫瘍性病変を指摘され当科紹介。左陰嚢内に12 cm大の無痛性で可動性のある腫瘍を触知した。MRIでは両側精巣が同定され、extratesticular tumorと診断した。全身麻酔下に腫瘍切除を施行。腫瘍剖面は黄色調、充実性でやや浮腫状であった。病理像は境界不明な腫瘍で線維性の腫瘍細胞が増殖し核は異型性に乏しく、免疫染色にてS100蛋白・NSEが陽性であり、神経線維腫の病理診断であった。陰嚢に発生した神経線維腫の報告例は国内外

で精索発症例も含めて9例報告されており全例手術を施行されている。本症例は単発であり、陰囊皮膚真皮に単発性に発生する孤立性神経線維腫であった。

陰嚢内に発生した平滑筋肉腫の1例：初鹿野俊輔，星山文明，藤本健，小野隆征，大山信雄，百瀬 均（星ヶ丘厚生年金） 51歳，男性。1年前より左陰嚢内容の腫大を認めたため受診した。触診上は弾性硬，無痛性で，皮膚との可動性はなかった。CT・USでは7×6.5×6cm大の一塊の陰嚢内腫瘍として描出されたが，MRIでは精巣を取り巻く内部信号不均一な腫瘍を認め，精巣以外の腫瘍が疑われた。画像上転移はなく，精巣腫瘍マーカーはすべて正常範囲内。高位精巣摘除術を施行，腫瘍は精巣の頭側を中心に位置しており，精巣・精巣上体との分離は不可であり一塊として摘出した。肉様膜へも浸潤が見られたが，皮膚との剥離は可能であった。病理組織診は免疫染色の結果，平滑筋肉腫であった。術後7カ月現在，再発なく経過中である。

外傷性両側精巣破裂の1例：前田康秀（京都市南），外松哲彦，河部純，相馬祐人（同救急），山崎俊成（京都大） 22歳，男性。バイクにて時速70kmで走行中，右折車と衝突。顔面，大腿，会陰部に多発外傷を認め，救急搬入。陰嚢部は軽度腫大し，著明な圧痛を認めた。超音波検査で両側精巣共に内部は不均一で低エコー域を認め，尾部の白膜断裂が疑われた。両側精巣損傷を疑い，入院当日に緊急手術施行。両側精巣尾部で白膜断裂を認め，精巣組織が脱出していた。挫滅した精巣を切除（左30%，右10%程度）し，白膜を縫合した。術後10カ月目の精巣機能検査では，FSH 12.6 mIU/mlと低下し，精子濃度は200万/mlと乏精子症を認めた。テストステロンは正常値であった。鈍的外傷に伴う両側精巣損傷は精巣損傷の約1～2%と稀で，本邦初と思われた。乏精子症の原因として，精巣上体管損傷に伴う精子の通過障害および受傷時の精索牽引，捻転に伴う精巣血流障害が考えられた。

紅皮症を来たした浸潤性腎盂癌の1例：森田壮平，山田浩史，佐藤暢（綾部市立），北嶋 渉（同皮膚） 67歳，女性。2008年4月頃より全身皮膚の浮腫性紅潮と屑屑を認め，全身掻痒感を主訴に当院皮膚科受診。紅皮症の診断にて加療されるも難治性であった。6月頻尿を主訴に受診された当科での超音波検査で左腎腫瘍を認めた。CT検査にて左腎盂腫瘍の腎実質浸潤と傍大動脈リンパ節腫脹および両側多発性転移性肺腫瘍を認めた。左尿管鏡下に腫瘍生検施行した結果，尿路上皮癌を認め，全身検索の結果，左腎盂癌 T3N2M1と診断した。MVAC療法2コース施行し，原発巣・リンパ節・両側肺病変とも著明な縮小を認め，治療効果はPRであった。それとともに紅皮症も著明な改善を認めた。尿路上皮癌で紅皮症を来たした症例の報告は少ない。若干の文献的考察を加えて報告する。

尿管癌（尿路上皮癌）の癌性髄膜炎の1例：奥原紀子，小山正樹，大西 彰，森 優，青木 正，今田直樹（西陣） 症例は70歳，男性。2007年7月下旬違和感にて当院紹介受診。精査にて，左下部尿管癌 cT4M0N0と診断（UC，G2>G3），翌年1月まで，MVAC療法を4クール施行した。原発巣は縮小傾向であったが，不安・抑うつ症状のため，外来にて経過観察となった。2008年5月8日，全身倦怠感・食欲不振を主訴に外来受診し，入院となった。頭部単純MRIにて異常を認めなかったが，徐々に意識障害，動眼神経麻痺，髄膜刺激症状を来し，同5月29日頭部造影MRIおよび脳脊髄液検査にて癌性髄膜炎と診断した。抗癌剤の髄腔内投与，V-Pシャント造設などの治療を行ったが，3週間後に死亡した。尿路上皮癌の髄膜転移は非常に稀であり，予後不良とされている。われわれは癌性髄膜炎以外の転移を認めなかった症例を経験したので，若干の文献的考察を加えて報告する。

術後11年で多発肺転移を認めた右尿管癌の1例：山田浩史，森田壮平，佐藤 暢（綾部市立） 73歳，男性。1997年，肉眼的血尿を主訴に当科初診。精査にて右尿管癌（cT2N0M0）と診断され，右尿管全摘除術施行（UC，G3>G2，pT3）。術後化学療法は施行せず。術後，9年間再発・転移なく経過し，2006年4月以降受診なし。2008年8月に左腰痛を主訴に再診。精査にてCT上多発性肺腫瘍・傍大動脈リンパ節腫脹を認めた。尿路上皮癌その他の固形癌由来の転移を疑い，原発巣検索行も有意所見を認めず，確定診断目的に傍大動脈リンパ節へのCTガイド下針生検を施行した。右尿管癌，多発肺・リ

ンパ節転移と診断し，GEM+CDDP化学療法を2コース施行。肺腫瘍・リンパ節腫脹ともに縮小傾向にありPRとなっている。転移出現時期について2年以内の症例が大部分であり，high stage，high gradeでありながら10年以上経過した後に遠隔転移を認めた症例はきわめて稀である。

尿管ポリープに合併した尿管重積の1例：西田幸代，河 源，井上貴昭，大口尚基，木下秀文，松田公志（関西医大） 48歳，女性。排尿途絶を主訴に受診。DIP，RPにて左中部尿管から膀胱に至る尿管ポリープを認めた。またポリープの発生部位の陰影欠損像・下部尿管の拡張像を認め，尿管ポリープに伴う尿管重積症と診断した。尿管鏡にて重積を修復し，レーザーでポリープを切断した。病理結果はfibroepithelial polypであった。術後1カ月間尿管ステントを留置した。抜去後，自覚症状は消失し，DIPにてポリープの断端は確認しえるものの重積所見の消失を認めた。尿管重積症は稀な疾患であり近年の報告は少なく，これまでの報告では開腹手術により加療されているものが多かった。今回の治療は低侵襲であり，十分な治療効果がえられたと考える。今後再発の有無につき経過観察予定である。

前立腺全摘から5年後に膀胱全摘を施行した四重癌の1例：加藤敬司，長濱寛二，岩村浩志，山本雅一，金丸洋史（北野） 75歳，男性。2003年5月，血尿を主訴として来院。膀胱癌（BT）の診断にてTURBT施行。pTaN0M0 G2>G1。初診時PSA：11.79のため同時に前立腺生検施行。1/8にGleason 4+3の前立腺癌（PC）を認めた。同年10月，再発BTに対しTURBT施行。BTが表在性を確認し，PCに対し，cT1N0M0の診断で同年10月前立腺全摘施行。2005年原発性肺癌にて左下葉切除術，2006年胃癌にて幽門側胃切除術を施行。いずれも根治手術であった。以後，表在性BTの再発を繰り返した。2008年9月，浸潤性BTを認め膀胱全摘回腸導管造設術を施行。膀胱尿道吻合部が直腸と癒着あり剥離が困難であった。pT3aN0M0。術後4カ月，左腎盂癌を認め左腎尿管摘除を予定している。

膀胱小細胞癌の1例：高田 聡，桑田真臣，熊本廣実，細川幸成，林 美樹（多根），藤本清秀，平尾佳彦（奈良医大） 70歳，男性。2006年10月，肺炎で内科入院。入院時の腹部CTで膀胱前壁に2cm大の腫瘍を認め，当科紹介。PSAは4.089 ng/mlと軽度上昇を認めた。同年12月TUR-Bt，経会陰前立腺針生検術を施行。病理診断は，シナプトフィジン染色，NSE染色が陽性で，膀胱小細胞癌（pT2以上）であった。また前立腺より高分化型腺癌，Gleason 3+4の前立腺癌を認めた。以上より，膀胱小細胞癌（cT3bN0M0），前立腺癌（cT1cN0M0）の診断で，2007年1月，膀胱前立腺全摘除術および両側尿管皮膚瘻造設術を施行した。術後に肺小細胞癌に準じた化学療法を検討したが，全身状態が不良で，化学療法を施行せず2007年4月に退院。2007年6月に心筋梗塞で死亡した。文献的考察を含め報告する。

膀胱原発印環細胞癌の1例：藤田昌弘，大年太陽，小林憲市，福本亮，今村亮一，高田晋吾，松宮清美（大阪警察），辻本正彦（同病院），藤岡秀樹（野崎徳洲会） 60歳，男性。2008年2月血尿主訴で来院。尿細胞診はclass Ⅲ，膀胱内後壁に隆起性病変を認めたため，TURを施行した。病理診断は印環細胞癌，G2，INFγ，pT1であった。他臓器に病変は認めず，膀胱原発印環細胞癌と診断した。同年5月膀胱全摘，回腸新膀胱造設術施行した。摘除組織の病理診断はpT3aであった。術後追加化学療法（TS-1）を施行し，術後8カ月現在再発を認めていない。印環細胞癌は，上皮下をびまん性に進行し，そのほとんどが予後不良の経過をたどる。今回われわれは膀胱原発印環細胞癌を早期診断し，新膀胱造設術を行った1例を経験したので報告する。

低リン性骨軟化症に併発した膀胱褐色細胞腫の1例：森本和也，二宮典子，松山昌秀，田中智章，仲谷達也（大阪市大） 54歳，女性。当院内科にて27歳時に低リン性骨軟化症と診断されその後外来フォローされていたが，スクリーニングの腹部超音波検査にて膀胱腫瘍を認め，当科紹介受診。膀胱鏡にて後壁に粘膜下腫瘍を認めたため粘膜生検を施行したが正常上皮のみであった。またMRI上も粘膜下腫瘍を認めたため入院の上，診断目的にTUR生検を施行した。術中血圧変動などは見られなかった。病理所見は膀胱褐色細胞腫であった。術後の血中・尿中カテコラミン上昇は認めなかった。膀胱褐色細胞腫に

対する TUR は再発リスクが上がるとの報告があり、今後外来にて嚴重経過観察を行う必要がある。MIBG シンチなどにて再発兆候が認められる場合には部分切除などを考慮する必要がある。

巨大膀胱結石の1例：福井浩二，東郷容和，中尾 篤，古倉浩次（宝塚市立），**樋口喜英**（兵庫医大） 82歳，女性。排尿困難を主訴に当科紹介受診。KUB, US, MR-urographyにて巨大膀胱結石（φ10.5×10×9 cm），両側水腎症と診断した。結石は巨大で内視鏡操作の空間もなく長時間の手術の侵襲も考慮し，膀胱切石術を行った。結石は膀胱内に深く嵌頓しており一部癒着も強く摘出は容易ではなかった。結石摘出後の膀胱粘膜は発赤，糜爛を認めたものの腫瘍性病変は認められなかった。結石重量は380gであり，成分は磷酸アンモニウムマグネシウム結石が98%以上であった。術後の膀胱造影にて両側VURを認め，残尿約100mlであったが，強い希望により自排尿にて経過観察中である。現在腎機能障害，発熱などは認めておらず経過観察中である。

メッシュを用いた腹式仙骨脛固定術後に生じた膀胱腫瘍の1例：山本致之，西村健作，林 拓自，嘉元章人，氏家 剛，任 幹夫，三好進（大阪労災） 45歳，女性。2006年10月，当院婦人科で子宮脱に対し腹式仙骨脛固定術ならびに腹式単純子宮全摘術を施行した。術後1カ月目に尿失禁を主訴に当科受診となった。膀胱造影，MRIにて膀胱腫瘍と診断した。尿道カテーテル留置を試みたが，留置後も膈への尿の流出は減少しなかったため，尿道カテーテルは抜去した。膀胱・メッシュ周囲に感染・炎症が残存していることが予想されたため，膀胱腫瘍発症後3カ月待機した後，2007年2月経腹的瘻孔閉鎖術ならびに尿管膀胱新吻合術を施行した。術中，右尿管口尾側に径3mm大の瘻孔を認め，メッシュは可及的に除去した。術後11日目に膀胱造影を施行し，瘻孔の閉鎖を確認し，2年経過した現在も再発を認めていない。

気腫性膀胱炎の1例：小林正雄，木内利郎，木下竜弥，波多野浩士，井上 均，高田 剛，原 恒男（市立池田） 81歳，女性。糖尿病にて治療中。2008年9月嘔吐を主訴に当院受診。腹部CTで膀胱壁内に含気像を認め気腫性膀胱炎の診断で当科紹介，同日入院。尿道カテーテル留置・抗生剤投与にて保存的に治癒した。

恥骨後式前立腺全摘除術中に心停止を来した1例：相原衣江，望月裕司，田中雅博（大阪厚生） 72歳，男性。検診にてPSA 7.1 ng/mlと高値を指摘され受診。前立腺針生検術および諸検査にて前立腺癌（cT1cN0M0）と診断した。硬膜外麻酔併用全身麻酔下に恥骨後式前立腺全摘除術を施行中，閉鎖時に心室細動（VF）より心停止となった。VF発症までの出血量は560ml，手術時間は2時間56分であった。VFの原因として術中に頻回使用した昇圧剤の関与が考慮された。硬膜外麻酔下の低血圧は交感神経ブロックなどにて惹起される。今回の症例は，絶対指示後，執刀開始までの輸液量が予定より大幅に少なく，上記条件に加え脱水にて低血圧が増長したと推察された。術前術中の輸液量と術中出血量の関係は様々な議論がなされているが，高齢，高血圧合併症例では，より慎重な術中管理が必要であると考慮された。本症例はCPRにより後遺症を認めず退院した。

前立腺小細胞癌の1例：針貝俊治，金沢元洪，内藤泰行，中村晃和，沖原宏治，水谷陽一，三木恒治（京都府立医大），**荒木博孝**（済生会滋賀），**中川裕治**（公立山城），**小林徳朗**（守谷慶友） 72歳，男性。2006年10月に全身倦怠感を主訴に近医受診。前立腺生検の結果小細胞癌と診断され同年11月当科紹介。原発巣およびリンパ節転移に対し4コースのEP療法および放射線体外照射療法を施行。初期治療により腫瘍マーカーの陰転と前立腺腫瘍の85%縮小を得た。腫瘍マーカーは初期治療終了後13カ月陰転化を維持した。2008年6月に腫瘍マーカーの上昇と傍直腸リンパ節腫大を認めたため体外照射と2コースのEP療法を追加。腫瘍マーカーの陰転と画像上の腫大リンパ節縮小を得た。その後再燃を認めず，初診後27カ月の現在寛解を得ている。前立腺小細胞癌に対する局所療法としての放射線体外照射の有効性を示唆する症例と考えられる。

低用量ブレドニゾロン併用ドセタキセルが著効した前立腺小細胞癌の1例：喜馬啓介，岡島英二郎，篠原雅岳，豊島優多，穴井 智，平山曉秀，田中宣道，藤本清秀，平尾佳彦（奈良医大），**吉川 聡**（阪

奈中央） 80歳，男性。肉眼的血尿から尿閉となり近医より当科紹介受診。直腸診で前立腺は表面不整，石様硬。PSA 14.063 ng/ml，NSE 21 ng/ml。CTにて前立腺は著明に腫大，左閉鎖および総腸骨リンパ節の腫大あり。針生検にて前立腺小細胞癌と診断。骨転移なくcT4N1M1aに対して抗男性ホルモン療法を開始。1カ月後排便困難が出現，CTで直腸全周性狭窄とリンパ節転移の増大を認めPDと判断。TXT（70 mg/m²，3週ごと），PSL 10 mg/日併用療法開始。1コース終了後に排便困難は改善し，3コース後のCTで直腸狭窄の解除，リンパ節でPRを認めた。本邦でTXTを前立腺小細胞癌に用いた報告は自験例が4例目，また単剤投与でPRが確認出来た初の報告である。

カルチノイドを疑われた前立腺癌の1例：藤末 裕，和辻利和（枚方市市民），**大上隆彦**（同内科），**上野 浩**（同病理） 67歳，男性。食欲不振を主訴に近医受診したところ，胸部レントゲンにてびまん性粒状陰影が認められ，当院紹介受診。粟粒結核が疑われたが，塗抹，ダイレクトTB，クオンティフェロンは陰性であった。縦隔リンパ節が腫大しており，肺癌を疑って，気管支鏡検査が施行された。気管支生検の結果，カルチノイドと診断された。原発巣のCTにて右水腎症を認めためたため，当科紹介となった。前立腺は触診上，石様硬で，PSA 3.528 ng/mlであったため，前立腺生検を施行したところ，低分化型腺癌が検出された。肺生検組織をPSA染色したところ，PSA陽性で肺病変は前立腺癌の肺転移と考えられた。低分化型の前立腺癌はカルチノイドと類似した組織像を示すことがあるので注意を要する。

内分泌療法によりDICを来した前立腺癌の1例：金光俊行，齊藤 純，佐藤元孝，森 直樹，関井謙一郎，吉岡俊昭，板谷宏彬（住友），**菅原浩之**（同血液内科），**中塚伸一**（同病理） 58歳，男性。左股関節痛を主訴に近医受診。MRIで多発性骨転移像を認めPSA高値より前立腺癌疑いにて当科紹介。同日から抗アンドロゲン剤を開始し，3日後に前立腺生検目的に入院しLH-RHanalogue投与。PSAは有意に減少するも血小板減少が持続し入院4日目にDICを発症。精査にて病期D2のDIC合併前立腺癌と診断し抗凝固療法，多剤併用内分泌化学療法，補充療法にて治療した。針生検標本は低分化型前立腺癌であった。進行性前立腺癌はDICを合併しやすいが病勢の進行ではなく内分泌療法が誘因となった報告は少ない。癌細胞崩壊に伴うトロンボプラスチンが原因と考えられており，治療時にDIC発症の危険性を念頭に置く必要があると思われた。

早期尿禁制回復を主目的としたIntrafascial nerve plate sparing 腹腔鏡下前立腺全摘除術（LRP）初期10例の検討：中嶋正和，高尾典恭，七里泰正（大津市市民） 限局性前立腺癌に対し，intrafascial nerve plate sparing 腹腔鏡下前立腺全摘除術を行った。初期10例の成績は，手術時間270分，尿込み出血量550ml，術後10日目の尿禁制率80%，側方・後面断端陽性率10%と非温存従来法と比較して早期尿禁制は良好で，病理学的切除断端陽性率は同等，の可能性が示唆された。手術は後腹膜到達法順行性剥離で行い，1) 前立腺側方のintrafascial layerの同定，2) 膀胱頭部の縦走筋層線維の確認，3) 前立腺後面の可及的剥離，4) 恥骨前立腺靱帯内側でdorsal vein complexを結紮し尿道を切断することで機能的尿道長を確保すること，などに注意した。本術式は，性機能神経の温存に加えて，尿道周囲の尿禁制支持機構をも温存する可能性が考えられる。

BCG膀胱内注入療法後に発症した結核性精囊膿瘍の1例：佐倉雄馬，増井仁彦，吉田 徹，三品陸輝，奥野 博（国立京都医療セ） 69歳，男性。幼少時に結核治療歴あり。2007年12月膀胱癌再発に対しTURBT施行（UC，G1，pTa，CIS随伴），2008年1月よりBCG膀胱内注入療法（BCG Tokyo株40mg，計8回：LVFX併用）施行した。同年6月CTで右精囊にリング状の造影効果に伴う腫瘍が出現し精囊膿瘍と診断。検尿・血液検査所見は正常で全身性感染兆候はなかった。尿培養・尿抗酸菌培養は陰性であったが，2カ月後精液抗酸菌培養で抗酸菌が分離されmultiplex-PCR法を用いたDNA解析でBCG Tokyo株と同定。結核感染症に準じて抗結核薬（INH 300 mg・REP 450 mg）内服治療を行い，3カ月で画像上膿瘍の消失を認めた。BCGの精囊感染に関する報告は本症例が本邦1例目と考えられた。

尿道憩室内結石を伴う憩室炎により尿道皮膚瘻と会陰部膿瘍を来した1例：上阪裕香，山口唯一郎，古賀 実，菅尾英木（箕面市立）

75歳、男性。20年前より座位での会陰部痛があり、15年前より陰茎根部からの膿の排出があった。3年前より疼痛の増悪と会陰部からも排膿が見られ、半年前から排尿時痛が出現したため2008年9月当科受診。陰茎根部と会陰部の瘻孔から排膿があり会陰部は硬結を伴う発赤を認めた。膀胱尿道造影で尿道狭窄と結石を伴う尿道憩室を認めた。抗生剤投与を開始し、疼痛と排膿は消失したが、瘻孔からは排尿時に尿の流出が見られ、尿道皮膚瘻が確認された。経尿道的に内尿道切開したが憩室口は確認できず、会陰部切開にて尿道憩室切除と膿瘍部のデブリドメントを施行した。憩室結石はリン酸カルシウム、炭酸カルシウム、酸性尿酸アンモニウムの混合結石であった。術後、会陰部膿瘍の再発はなく、排尿状態は良好となっている。

白血病加療中に尿道瘻を形成した1例：後藤崇之、千菊敦士、澤田篤郎、柴崎 昇、石戸谷 哲、奥村和弘（天理よろづ相談所） 27歳、男性。2002年に急性骨髄性白血病（APL）を発症。同種骨髄移植後であったが、2005年9月に再発があり化学療法施行。骨髄抑制遷延があり無顆粒球症が1カ月間持続した。その際に亀頭に感染を起し亀頭背側に尿道皮膚瘻を形成していた。白血病の寛解維持後に2008年4月に尿道上裂手術手技（Young法）を参考に瘻孔閉鎖術を施行した。尿道粘膜は外尿道口近傍まで比較的保たれ再建可能であったが、亀頭の欠損部位が大きいため、包茎環状切除の要領で皮切を追加しDartos coverwo作成し、欠損部に充填した。この方法は、亀頭のサイズ保持だけでなく尿道粘膜の保護にもなり有用であった。