

Title	学会抄録 第208回日本泌尿器科学会関西地方会(2009年9月26日(土), 於大阪市立大学医学部学舎)
Author(s)	
Citation	泌尿器科紀要 (2010), 56(4): 245-250
Issue Date	2010-04
URL	http://hdl.handle.net/2433/109914
Right	許諾条件により本文は2011-05-01に公開
Type	Departmental Bulletin Paper
Textversion	publisher

学会抄録

第208回日本泌尿器科学会関西地方会

(2010年9月26日(土), 於 大阪市立大学医学部学舎)

腎類上皮性血管筋脂肪腫の1例: 大年太陽, 小林憲市, 真殿佳吾, 今村亮一, 桃原実大, 高田晋吾, 松宮清美 (大阪警察), 辻本正彦 (同病理) 63歳, 女性. 2008年8月検診時の腹部超音波検査にて最大径66mmの右腎腫瘍を指摘され, 精査目的に当科受診. 検血生化学検査にて異常値認めず, 尿細胞診クラスIIであった. 造影CTにて動脈後期層で最も強く造影され静脈層でwash outされる最大径75mmの右腎腫瘍を認めたため, 右腎細胞癌と診断し後腹膜鏡下根治的右腎摘除術施行. 病理組織検査にて腎類上皮性血管筋脂肪腫と診断された. 患者はその後約1年間再発, 転移なく外来にて経過観察を続けている. 類上皮性血管筋脂肪腫は非常に稀な疾患で組織学的に腎細胞癌と類似点が多いが, 免疫組織化学法でHMB45に陽性を示すことが特徴である. また転移出現例や死亡例の報告もあり厳重な経過観察が必要となる.

Cystic nephromaの1例: 藤田昌弘, 上原 満, 鄭 則秀, 志水清紀, 今津哲央, 目黒則男, 清原久和 (市立豊中), 足立史朗 (同病理) 45歳, 女性. 2009年2月, 右腎腫瘍疑いで当院紹介受診. 精査の結果, 右腎盂尿管腫瘍と診断し, 同年4月後腹膜鏡下右腎尿管全摘除術施行. 摘出標本の腎実質は薄く, 多数の大小不同なう胞とゼラチン様の内容物を伴っていた. 病理組織では特徴的な hobnail 様細胞および卵巣様間質細胞を認め, cystic nephroma と診断した. 本症例はcystic nephroma の中でも腎盂尿管内への突出を認める稀な症例であった. 本症例も含め, 腎良性腫瘍である cystic nephroma を術前に診断することは困難であると思われたが, 破裂による死亡例も報告されており手術による適切な治療が施された1例であった.

馬蹄鉄腎に合併した腎細胞癌の1例: 枝川 右, 伊夫貴直和, 小村和正, 小山耕平, 瀬川直樹, 辻 求, 東 治人, 勝岡洋治 (大阪医大), 上原博史 (済生会中津) 59歳, 男性. 全身倦怠感を主訴に近医受診した. CTで馬蹄鉄腎および右腎腫瘍を指摘され加療目的に当科紹介となった. 峡部離断術および右腎部分切除術を施行, 病理組織結果は腎細胞癌 (淡明細胞癌) であった. 手術から19カ月経過しているが再発は認めていない. 馬蹄鉄腎に発生する腎細胞癌の発生頻度に特別な相関性は認めていない. 再発および予後は, 正常腎と同様で病理組織所見や病期分類によると考えられる. 馬蹄鉄腎に合併した腎細胞癌の1例を経験した.

腎および脾に認めた小細胞癌の1例: 加藤 実, 谷本義明, 岩井謙仁 (和泉市立), 杵 昌治 (浅香山) 症例は37歳, 男性. 心窩部痛を主訴に受診. 腹部単純CTで径5cmの腎腫瘍を指摘された. cT3bN0M0の腎細胞癌の診断の下, 経腹的根治的右腎摘除術を施行. 病理組織は腎あるいは腎盂原発の小細胞癌であった. 術後シスプラチン, イリノテカン併用化学療法を1コース施行し, 評価の造影CTで脾尾部に3.5×3.0cmの乏血性腫瘍を認めた. レトロスペクティブに初診時CTを読影すると初診時より脾腫瘍は存在しており, 増大傾向であることが確認された. 全身PET-CTで脾以外に異常集積を認めず, 脾尾部切除術を施行した. 病理は腎と同様の小細胞癌であった. 術後シスプラチン, イリノテカン併用化学療法をさらに5コース施行し, 術後約4年半, 無再発生存中である.

腎癌多臓器転移に対し手術療法, 免疫療法による集学的治療で長期生存している1例: 山本致之, 西村健作, 上田倫央, 川村憲彦, 氏家 剛, 任 幹夫, 三好 進 (大阪労災), 川野 潔 (同病理) 63歳, 男性. 1993年左腎細胞癌に対し腎摘除術を施行, 病理組織診断は淡明細胞癌. 1995年脾頭部転移, 腸間膜転移に対し脾頭十二指腸切除術施行. 1996年から2000年までIFN α を投与, 2001年残脾, 右腎に転移出現. 残脾摘除術, 腎部分切除術を施行した. 2004年肝転移が出現しIFN α を再開. 2005年肝に新病変出現し, IL-2に変更した. 2006年再び右腎転移出現, 2008年11月肝転移に膿瘍合併. 2009年3月膿瘍の穿破を認め, 肝右葉切除術, 腎部分切除術を施行した. 病理組織診断

は, 腎転移は淡明細胞癌, G1=G2で, 肝に転移は認めなかった.

ソラフェニブにより肺転移巣が膿瘍化した1例: 鄭 裕元, 楠田雄司, 岡本雅之, 小川隆義 (姫路赤十字) 71歳, 男性. 2006年12月頃より咳嗽, 喀痰排泄が出現し当院内科受診. CTにて左腎および両肺に腫瘍を認め当科紹介となる. 左腎癌 (cT1bN0M1) の診断の下, 根治的腎摘除術を施行 (clear cell carcinoma). 術後よりサイトカイン療法施行するも増悪. 2008年5月よりソラフェニブ800mg/日を開始した. 投与28日目より重篤な呼吸困難が出現し入院後, 敗血症性ショックに陥った. 来院時のCTでは左肺転移巣が壊死し, 内部に液面形成と空洞化を認めた. ソラフェニブによる肺転移巣の中心壊死による肺膿瘍と診断し, 抗生剤の投与および全身管理により入院82病日に退院した. ソラフェニブの呼吸器有害事象は少なく, 肺転移巣の急激な壊死により肺膿瘍が形成され敗血症性ショックに陥った症例は本邦初と考えられた.

ソラフェニブによる全身性多形紅斑の1例: 松ヶ角 透, 山田剛司, 中村晃和, 邵 仁哲, 沖原宏治, 浮村 理, 三木恒治 (京府医大), 中河裕治 (山城), 飯田明男 (いいたクリニック) 51歳, 女性. 腹部CTにて左腎細胞癌・肝転移にて根治的腎摘除術・肝部分切除術施行. 病理結果はRCC, clear cell carcinoma, G3>G2, pT2N0M1であった. その後, 多発肺転移を両肺野に認めIFN, IL-2療法施行したがPDのため中止しソラフェニブ療法 (800mg/日) を開始. 投与9日目より顔面・体幹を中心に急速に発赤・掻痒感を伴った全身性皮疹を認めたためソラフェニブ休薬のうえ皮膚科紹介. 生検の結果, 真皮表層の血管周囲に炎症細胞の浸潤, 表皮のスポンジ状変性・液状変性を認め薬剤性多形紅斑の診断のもと, ステロイドパルス療法を施行し改善を認めた. ソラフェニブ中止後皮膚所見の回復を待って, スニチニブを開始した. Grade3の血小板減少は認めしたが, 多形紅斑は出現することなく経過し, 投与後4カ月の現在SDを維持し, 経過観察中である.

精巣白膜嚢胞の1例: 上原 満, 藤田昌弘, 鄭 則秀, 志水清紀, 今津哲央, 目黒則男, 清原久和 (市立豊中), 足立史朗 (同病理) 77歳, 男性. 2009年1月頃より右陰嚢の腫大を認め, 同年4月当科受診. 右陰嚢は全体的に緊満しており, 精巣および精索は触知できなかった. 血液検査では, LDHの軽度上昇を認めたが, AFP, β -hCGは基準値内であった. 超音波検査では精巣に連続するように, 内部不均一で隔壁を有し, 粘性の液体を思わせる内溶液が認められた. 悪性腫瘍を否定しえなかったため, 高位精巣摘除術を行った. 病理組織診断は精巣白膜嚢胞であった. 術後経過は良好で再発は認められていない. 精巣白膜嚢胞は稀な疾患で, 本邦でも自験例を含め19例に過ぎない. 今回術前の診断が困難であった症例を経験したので報告した.

成人精巣成熟奇形腫の1例: 高田 聡, 桑田真臣, 吉川元清, 細川幸成, 林 美樹 (多根総合), 藤本清秀, 平尾佳彦 (奈良医大) 症例は56歳, 男性. 2006年8月, 左の無痛性陰嚢腫脹の精査加療目的で当科受診. 左陰嚢内容は鶏卵大に腫大し, 弾性軟, 表面平滑な腫瘤を触知した. 臨床検査成績では血中AFPおよび β -hCGを含め, 特に異常を認めなかった. 左精巣腫瘍 (cT1N0M0) の診断で, 高位精巣摘除術を施行. 病理組織診断は精巣成熟奇形腫であった. 全割標本でも悪性所見を認めず, 術後補助療法などは行わず, 術後3年を経過した現在も再発・転移などを認めていない. 一般に奇形腫は, 臨床的にもその予後は良好であると考えられているが, 成人例では転移などの悪性の経過をたどることもあり, 厳重な経過観察が必要である. 若干の文献的考察を加えて報告した.

男性不妊症例に発生した異時性両側性精巣セミノーマの1例: 湊のり子, 上阪裕香, 山口唯一郎, 古賀 実, 菅尾英木 (箕面市立), 木内 寛, 竹山政美 (健保連大阪中央), 山中幹基 (やまなかクリ

ニック) 42歳, 男性, 2008年9月, 右精巣の硬結を主訴に当科受診。患者は2001年8月, 35歳時に他院にて無精子症精査中に左精巣腫瘍認められ, 高位精巣摘除術を受け, セミノーマ (stage I) と診断されていた。その際に右精巣生検と TESE を受け拳児を得ている。今回, 右精巣腫瘍の診断で右高位精巣摘除術を施行し, 病理結果はセミノーマであった。男性不妊と精巣腫瘍, 精巣腫瘍患者における対側精巣腫瘍の発生について, 若干の文献的考察を加えて報告した。

hCG β が正常値を示さなかった pT1 精巣腫瘍セミノーマの2例:
 西田晃久, 杉 彦彦, 原田二郎, 乾 秀和, 川喜多繁誠, 佐藤 尚, 室田卓之 (関西医科大学) 症例1, 30歳代, 男性, 左陰嚢内無痛性腫脹を主訴に, 2006年9月初診。左精巣腫瘍と診断。初診時 hCG β : 0.5。CT で転移認めず, 左高位精巣摘除術施行。術後0.3まで低下するも0.5に上昇。抗癌化学療法として BEP 療法を1クール施行。0.3まで低下するも, 退院後, 他院にて経過観察となる。約3カ月ごとの採血にて0.2~0.3で経過したが, 術後1年9カ月目より陰性となった。症例2, 40歳代, 男性, 右陰嚢内腫脹を主訴に, 2009年4月初診。右精巣腫瘍と診断。初診時 hCG β : 0.4。CT では転移認めず, 右高位精巣摘除術施行。術後0.2に低下するも, そのまま経過した。経過中 hCG: 1.0以下, 尿中 hCG も陰性であり, 術後109日目に陰性となった。

傍精巣原発平滑筋肉腫の1例: 村上 薫, 柴崎 昇, 千菊敦士, 岡所広祐, 澤田篤郎, 奥村和弘 (天理よろづ) 82歳, 男性, 主訴は無痛性左陰嚢腫脹。ASO で当院心臓血管外科に通院中。CT で左精巣腫瘍を指摘され当科紹介。左陰嚢は石様硬で鶏卵大の腫瘤を触知。AFP, hCG- β など腫瘍マーカーは陰性。精巣腫瘍の診断で高位精巣摘除術を施行。肉眼所見では, 精巣と腫瘍との境界は明瞭であり, 精索由来と考えられた。病理所見では, α -smooth muscle actin 染色, desmin 染色共に陽性であり傍精巣原発平滑筋肉腫と診断した。現在も当院外来で経過観察中であるが, 局所再発や遠隔転移は認めていない。傍精巣原発平滑筋肉腫の報告はこれまで国内で約20例と比較的稀な疾患である。治療としては化学療法や放射線治療の有効性については統一見解がえられておらず, 外科的治療が一般的である。

精巣上体乳頭状嚢胞腺腫の1例: 前田 覚, 鎌田良子, 森本和也, 井口太郎, 鞍作克之, 川嶋秀紀, 仲谷達也 (大阪市大) 45歳, 男性, 左陰嚢内の硬結を自覚し, 近医受診。左精巣上体の腫大を認め, 精査加療目的で当科紹介。エコーで左精巣上体に直径約1.5cmの明瞭な隔壁で区切られた多房性の嚢胞状腫瘤を認めた。MRI では左精巣上体に嚢胞性病変を認めたが, 明らかな充実性病変は認めなかった。以上より, 悪性腫瘍の可能性は否定的と考えられたが, 腫瘤に経度増大傾向を認めたため, 左精巣上体摘除を施行。術中迅速病理検査で悪性疾患が否定的であったため, 精巣合併切除は施行しなかった。病理組織では小型類円形核で明るい豊かな胞体を示す異型性のない腫瘍細胞が腺腔を覆い, 拡張した腺組織の形成を認め, 腺腔内に乳頭状に増生することから, 精巣上体乳頭状嚢胞腺腫と診断した。

成人に発生した陰嚢内リンパ管腫の1例: 丸山琢雄, 山田祐介, 上田康生, 鈴木 透, 樋口喜英, 近藤宣幸, 野島道生, 山本新吾 (兵庫医大) 造住誠孝, 廣田 誠 (同病理), 大西洋洋子 (樋口医院) 成人の陰嚢内リンパ管腫の報告は, 本邦では10例のみであり, 非常に稀な疾患である。症例は31歳, 男性, 数日前からの左陰嚢内容の腫大に気付き近医受診。左陰嚢内の腫瘤を指摘され, 精査目的に2008年4月23日当科に紹介された。左陰嚢内には精巣下方に連続する表面不整で弾性硬の腫瘤を触知し, 透光性を認めた。超音波検査では精巣に接する内部隔壁を持つ7.0×4.4×4.5cmの嚢胞状腫瘤を認めた。MRI では多房性の嚢胞状腫瘤として認められ, 内容液はT1WI で low intensity, T2WI で high intensity を呈し, 漿液性の液体成分と考えられた。以上より左陰嚢内リンパ管腫を疑い, 2008年5月16日腰椎麻酔下で腫瘤摘出術を施行した。病理組織は術前診断と同じくリンパ管腫であった。現在, 術後1年経過するが再発は認めていない。

左側下大静脈を合併した腎細胞癌の1例: 吉川和朗, 上門康成 (和歌山労災), 原 勲 (和歌山医大) 77歳, 男性, 近医で施行した腹部超音波検査で右腎腫瘍がみられ当科紹介受診。腹部CTにて右腎腫瘍と診断。また, CTにて下大静脈位置異常である左側下大静脈がみられた。腹腔鏡下右腎摘除術を施行した。術中に左側下大静脈が確認

された。さらに右性腺静脈・右副腎静脈の右腎静脈への流入および右腎静脈と下大静脈の間に架橋静脈がみられた。腫瘍の病理診断は腎細胞癌, clear cell carcinoma, pT1bであった。下大静脈異常を伴う手術の際には, 他の血管異常を高頻度で合併するため術前および術中の認識と注意が必要であり, 下大静脈異常を伴う腹腔鏡下手術においては, 従来と異なった解剖学的指標を定めることによる空間的な位置認識が必要となる。

腹腔鏡下腎盂切石術を施行した馬蹄腎の1例: 佐々木有見子, 金川 紘司, 高見智世, 倉本朋未, 森 喬史, 児玉芳季, 南方良仁, 藤井令央奈, 松村永秀, 柑本康夫, 稲垣 武, 原 勲 (和歌山医大) 66歳, 女性, 偶然CTで馬蹄腎と7mm大の右腎結石を指摘されていたが経過観察されていた。2008年, 結石は22mmと増大したため当科紹介。IVUでは腎盂腎杯は拡張しているものの, 通過障害は認められなかった。結石サイズよりPNLの試行を検討するも, 経腹膜アプローチでの腹腔鏡下腎盂切石術を選択した。馬蹄腎は, PUJ狭窄や腎外腎盂の拡張を伴う場合があることや, 腎盂が腹側を向いている。腎自体が下方腹側に位置するため腎背側に腸管が存在することがあることなど, 解剖学的な特徴を持つため, ESWLやPNLでは排石不良や手術手技の困難さを伴うことがある。当術式はそのような場合の安全で有効なアプローチだと思われた。

前立腺肉腫と鑑別困難であった直腸 GIST (gastrointestinal stromal tumor) の1例: 大石正勝, 平原直樹, 三神一哉, 中村晃和, 高羽夏樹, 河内明宏, 三木恒治 (京府医大), 横田智弘, 米田公彦 (南丹), 飯田明男 (いいたクリニック) 32歳, 男性, 主訴は血便。消化管精査にて異常認めなかったもののCT, MRIにて前立腺腫瘍直腸浸潤像を認めた。経会陰的前立腺生検を施行し, C-kit 陰性。前立腺肉腫の診断にて骨盤内臓全摘, 回腸導管人工肛門造設術を施行した。摘出組織はC-kit陽性で, 直腸固有筋層より発生した直腸GISTであり, 前立腺への明らかな浸潤は認めなかった。C-kit陰性に関しては生検標本の組織量が少ないこと, 適切な部位が採取されなかった可能性が考えられた。直腸GISTは前立腺に接している場合, 前立腺肉腫との鑑別は困難であるが, 選択肢に入れることが重要である。

陰嚢内神経鞘腫を合併し非家族性神経鞘腫症と考えられた1例: 伊狩 亮, 吉田哲也, 和田晃典, 前澤卓也, 牛田 博, 影山 進, 上仁 敦義, 成田充弘, 岡本圭生, 岡田裕作 (滋賀医大), 岡部英俊 (同病理) 66歳, 男性, 主訴は無痛性陰嚢内腫脹。MRIで陰嚢中隔部に腫瘤を認め陰嚢内腫瘍摘除術を施行。腫瘍は精巣とは独立して存在しており, 腫瘍は大きさ38×22×18mm, 剖面は白色充実性, 病理診断は神経鞘腫であった。家族歴はないものの, 既往歴として舌咽神経鞘腫があり非家族性神経鞘腫症と考えられた。陰嚢内神経鞘腫として報告された13例のうち本症例のように他部位の神経鞘腫を合併した症例は認められなかった。陰嚢内神経鞘腫は稀な疾患であるが, 本症例のように他部位の神経鞘腫を合併し全身性疾患の発現型として発症する場合もあり, 腫瘤切除だけではなく詳細な問診と病歴の精査を行うことが肝要であると考えた。

前立腺腺癌と導管癌を併発した前立腺基底細胞癌の1例: 湊 のり子, 角田洋一, 河嶋厚成, 阿部豊文, 奥見雅由, 桃原実大, 中井康友, 中山雅志, 辻畑正雄, 野々村祝夫, 奥山明彦 (大阪大), 小野義春 (小野泌尿器科クリニック) 34歳, 男性, 尿閉を主訴に2008年10月近医受診。膀胱鏡検査にて前立腺尿道右側に腫瘤を認め当科紹介受診。針生検施行し, 11カ所中1本 (右の移行領域) から Gleason score 4+4=8の前立腺癌が検出され, 2009年2月, 前立腺癌 cT2aN0M0の診断で根治的前立腺全摘術施行。病理結果は, 前立腺基底細胞癌と前立腺導管癌, 前立腺腺癌の3つの合併であった。前立腺基底細胞癌は非常に稀な組織型であり, その臨床像も通常の腺癌とは大きく異なる。前立腺基底細胞癌について若干の文献的考察を加えて報告した。

ホルモン抵抗性前立腺癌に対しゾレドロン酸が有効であった1例: 柴崎 昇, 村上 薫, 千菊敦士, 岡所広祐, 澤田篤郎, 奥村和弘 (天理よろづ) 68歳, 男性, 近医にてMAB療法が行われていたが, PSA上昇し, ホルモン抵抗性前立腺癌 (HRPC) と診断され当科紹介受診。リン酸エステルアミン, デキサメサゾン投与するも無効とな

り、骨転移が出現した。骨転移部位に放射線治療を行い、同時にゾレドロン酸 4 mg 3 週ごとの投与を開始したところ、PSA <0.01 ng/ml まで低下、骨シンチでも転移部位への取り込みの低下を認めた。ゾレドロン酸中止に伴い PSA 上昇したが、再開後ふたたび PSA <0.01 ng/ml となり、以降約 9 カ月間病勢の進行を認めていない。本症例のように骨転移を有する HRPC において、ゾレドロン酸により cancer control が維持されることもあり、治療のオプションとして考慮されるべきであると思われた。

浸潤性膀胱癌 Nested variant の 1 例：中嶋正和、佐野剛視、高尾典恭、七里泰正（大津市） 78歳、男性。主訴は無症候性肉眼的血尿。2度の尿細胞診では class I で、血中 CA19-9 の上昇を認めた。腹部エコーおよび CT で膀胱左壁に全層性の腫瘍性病変が疑われ、膀胱鏡にて一部黄色の易出血性広基性腫瘍を認めた。経尿道的生検と深部切除を施行し、組織学的に urothelial carcinoma, G3 (G2 > G3), nested variant (UC-NV) と診断した。UC-NV に特異的な所見ではないが、本症例では免疫組織化学染色で PAS 陽性の黄色調顆粒を内包する腫瘍細胞は CA19-9 陽性でもあった。UC-NV は浸潤性膀胱癌の一亜型で、表層組織は細胞異型に乏しく、深層に行くにしたがい細胞異型が増し、胞巣状に浸潤する特徴があるため、尿細胞診が陰性であることが多く、確定診断がつきにくいと言われる。尿細胞診と画像診断、内視鏡所見との乖離がある場合は、深層までの組織採取が必須であると考えられた。

経尿道的ホルミニウムレーザー腫瘍核出術を施行した膀胱傍神経節腫の 1 例：後藤裕文、住吉崇幸、土橋一成、宮崎 有、白石裕介、清水洋祐、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）、黒澤 学、三上芳喜（同病理） 78歳、男性。主訴、排尿時発作。数年前から排尿後に動悸、頭痛と下腹部から胸部の灼熱感を自覚し近医受診。腹部超音波検査と膀胱鏡にて膀胱内に腫瘍を認め当科紹介。膀胱鏡にて左尿管口付近に 1 cm 程度の粘膜下腫瘍を認めた。内分泌学的検査では血中、尿中カテコラミン値の上昇を認めなかったが、MRI と MIBG シンチグラフィーにより膀胱傍神経節腫と診断。MRI で腫瘍は粘膜下に限局し筋層は保たれていたため、経尿道的レーザー腫瘍核出術を施行。病理診断は膀胱傍神経節腫。術後 7 カ月たつ現在、再発はなく排尿時発作も認めない。

ステントグラフト留置により止血可能であった尿管動脈瘤の 2 例：小川悟史、倉橋俊史、中野雄造、三宅秀明、田中一志、武中 篤、藤澤正人（神戸大） 症例 1 は、88歳、女性。子宮頸癌に対し手術および放射線療法あり、尿管ステント留置中。2009年1月血尿あり当科緊急搬送され CT 上、右外腸骨動脈尿管瘻の診断。ステントグラフトを留置し血尿軽快。症例 2 は、76歳、女性。子宮頸癌に対し、手術・放射線療法あり。2004年1月尿管ステント留置。2008年8月6日血尿出現し、近医で左腎動脈に TAE 施行したが、翌日より再度出血し当院に救急搬送。血管造影施行にて、左外腸骨動脈尿管瘻の診断。ステントグラフト留置し、血尿は軽快。ステントグラフト留置は尿管動脈瘻に対し有効であると考えられた。

排尿困難増悪を契機に発見された多房性前立腺嚢胞の 1 例：堤 尚史、西川信之、仲島義治、川西博晃、岩村浩志、光森健二、西村一男（大阪赤十字） 61歳、男性。BPH・前立腺嚢胞にて近医通院中、エコーにて嚢胞の増大あり当科紹介受診。CT および MRI にて膀胱頸部から前立腺頭側にかけて径 57×63×40 mm の多房性嚢胞性病変を認めた。PSA は 5.2 と軽度上昇していたが、直腸診では弾性軟であり画像上も明らかな浸潤も認めず良性の可能性が高いと判断し、開腹前立腺嚢胞摘除術を施行した。病理組織は嚢胞内腔に腺上皮を認め、核異型は乏しく、PSA・PAP 染色にて内腔腺上皮で陽性であったことから前立腺由来の嚢胞性病変と診断。術後は排尿困難なく経過していたが 11 カ月後の MRI にて嚢胞性病変の再発・増大あり経尿道的嚢胞開窓術を施行した。病理組織診断でも嚢胞性病変の再発であった。その後は排尿困難や画像上の再発なく経過している。

前立腺膿瘍の 1 例：守屋賢治、米田幸生（大阪鉄道）、野村広徳、飯盛宏記（八尾徳洲会） 76歳、男性。悪性リンパ腫（Burkitt リンパ腫）のため化学療法中、好中球減少症にともない、緑膿菌を原因菌とする有熱性の尿路感染症を発症。抗生剤投与を続けるも感染が遷延す

るため、腹部 CT を実施したところ、前立腺膿瘍と診断され、当科紹介。前立腺に隔壁で囲まれた不整形の低吸収領域を拡大範囲に認め、経尿道的なドレナージ術（TUR）を実施し、軽快した。

TUR-P 後に発生した前立腺癌の診断に MRI 拡散強調画像が有用であった 1 症例：大関孝之、森 康範、加藤良成、井口正典（市立貝塚） 症例は 84歳、男性。前立腺肥大症の診断で TUR-P 施行。初診時 PSA 4.5 ng/ml。術後 PSA nadir 1.7 ng/ml、経過良好で略治したが 4 年後に尿勢狭小を自覚し再受診。PSA 5.2 ng/ml と上昇を認め、その後も PSA 漸増した。術後 6 年で PSA 13.7 ng/ml、MRI 拡散強調画像で前立腺部尿道に集積を認めた。前立腺部に隆起する腫瘍の TUR 切片から低分化型腺癌が検出された。同時に施行した系統的針生検組織には悪性所見を認めなかった。TUR-P 後に前立腺癌を発症する頻度は低くなく、悪性度の高いものが多い事が報告されている。今回 PSA 測定に加え MRI 拡散強調画像が有用であった。TUR-P 後に PSA の上昇する症例は積極的に MRI を施行し、拡散強調画像集積部位は標的生検すべきと考えられた。

精巣転移を認めた嚢胞形成前立腺癌の 1 例：杉本公一、橋本 潔、江左篤宣（NTT 大阪） 69歳、男性。2008年12月、排尿困難と肉眼的血尿を認め近医受診。その際、PSA 高値（1,287 ng/ml）と CT 上、前立腺の著明な腫大を認め精査加療目的で当院紹介受診となる。造影 CT では前立腺より連続した直径 86 mm の内部不均一な嚢胞状病変を認めた。2009年1月、経会陰的前立腺生検施行。嚢胞内溶液は血性で内溶液の PSA は 37,610 ng/ml であった。病理所見は不規則な癒合腺腔を形成して増殖する小型から中型の腺癌細胞の胞巣が占めており、Gleason score 4+4 の前立腺癌と診断。翌月、両側被膜下精巣摘除術。左精巣の病理所見は、HE では核小体明瞭でクロマチンの濃い卵円形核を有する N/C 比大な異型細胞が篩状、索状構造をとり増殖し、PSA 染色、PSA 染色陽性から前立腺癌の精巣転移と診断。術後 8 カ月経過現在、治療経過良好で経過観察中である。

前立腺癌皮膚転移の 1 例：三浦徹也、玉田 博、山田裕二、濱見 學（県立尼崎） 79歳、男性。前立腺癌（T1cN0M0）にて2005年5月より内分泌療法を開始。2008年10月に外陰部に皮膚を自覚。増大傾向のため皮膚科受診。皮膚生検施行され、外陰部 Paget 病の診断を得た。皮膚腫瘍摘除術+植皮術を施行。病理結果は転移性前立腺癌であった。経過中、他臓器への転移、血清 PSA 値上昇は認めなかった。前立腺癌の皮膚転移例は、多臓器転移を伴った進行癌症例が多く予後不良である。本邦報告 52 例の検討でも、ほとんどの症例が他臓器にも転移を有し、皮膚転移のみの症例は本症例を含め 2 例のみであった。また 46 例が多発の皮膚転移を有し、他臓器に転移なく単発の皮膚転移例の報告は過去には認めなかった。海外では、本症例のように血清 PSA 低値のまま経過する皮膚転移症例の報告は散見された。

Neuroendocrine differentiation をきたした前立腺癌の 2 例：松原重治、奥野優人、津村功志、松下 経、山中邦人、川端 岳（関西労災） 症例 1 69歳、男性。2004年10月排尿困難あり、生検で中～低分化型前立腺癌、Gleason score 4+3、cT3N0M0 で MAB 療法開始。2008年10月に再度排尿困難あり、CT、MRI で膀胱後面に 75×85 mm の腫瘍と多発肝転移を認めた。PSA 0.049 ng/ml、NSE 77 ng/ml で、synaptophysin 染色で神経内分泌癌細胞を認めた。ドセタキセル 30 mg/m²/week×3 回投与し、腫瘍サイズ縮小、NSE 低下を認めたが 3 コースで無効となった。症例 2 76歳、男性。2003年12月恥骨後式前立腺全摘術施行。低分化型前立腺癌、Gleason score 5+5、pT3aN0M0、ew (+) で MAB 療法施行。2008年5月に便秘となり、CT、MRI で膀胱後面に 100×80 mm の腫瘍を認めた。PSA 0.026 ng/ml、NSE 110 ng/ml で、synaptophysin 染色で神経内分泌癌細胞を認めた。

前立腺小細胞癌の 1 例：山本 豊、坂野恵里、梶川博司（泉大津市立） 84歳、男性。2008年、排尿障害精査にて前立腺癌が疑われたため紹介受診。組織生検にて当初は腺癌が考えられたが、PSA が基準値であることより、神経内分泌マーカーである CD56、chromogranin A、synaptophysin にての免疫染色を追加。結果これらで陽性を示し、前立腺小細胞癌と診断。肺小細胞癌の治療に準じた塩酸イリノテカン、シスプラチン併用の IP 療法を開始。1 コース終了後、効果判定のため、NSE、PRO、GRP を測定したところ双方とも低下しており、

効果ありと判断。計3コース行い、現在コントロール良好である。前立腺小細胞癌は一般的に予後不良であり、今後も厳重な管理が必要であると考えられる。

孤立性後腹膜神経線維腫の1例：喜馬啓介，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） 67歳，男性。左肺癌の全身検索目的に行ったCT，MRIにて嚢胞変性を伴った左後腹膜腫瘍を指摘。FDG-PETでは左後腹膜腫瘍に一致して弱い集積がみられ，悪性腫瘍を否定できなかった。2008年11月左肺上葉切除術，リンパ節郭清術施行後，翌年1月左後腹膜腫瘍摘出術を施行。腫瘍はGerota筋膜を介して左腎と離れて存在し，周囲との癒着はほとんどなく容易に剥離できた。一部腹膜と癒着していたためこの部分のみ合併切除し腫瘍を摘出した。大きさ12×4×2cm，重量92g，表面平滑，弾性軟，断面は白色～淡黄色，充実性腫瘍。病理組織診断は神経線維腫であった。von Recklinghausen病に特徴的な所見を有さず，孤立性に後腹膜に発生する神経線維腫はきわめて稀であり，文献的考察を加え報告した。

後腹膜 Malignant fibrous histiocytoma (MFH) の1例：原田健一，阪本祐一，中村一郎（神戸医療セ西市民） 61歳，男性。主訴は両下肢浮腫。CT，MRIで骨盤内に10cm超の不整形の腫瘍を認めた。経直腸的生検で脂肪肉腫が疑われ，腫瘍摘出術を施行した。腫瘍は膀胱，骨盤壁，外腸骨静脈，腸腰筋に浸潤し，膀胱前立腺合併摘除，外腸骨静脈，腸腰筋の一部を合併切除した。摘出標本の病理結果はMFHであった。術後3カ月で局所再発し放射線療法を行うも，再発病変は増大したため抗癌化学療法を施行した。ドキシソリン+イホスファミドの併用療法（AI療法）が奏功し，腫瘍は縮小した状態を保ち，AI療法後2年1カ月現在生存中である。後腹膜原発MFHは比較的稀であり，本症例が本邦100例目と思われた。文献上，抗癌化学療法に抵抗性の症例が多いが，本症例ではAI療法が有効であった。

後腹膜リンパ節郭清術を行った重複下大静脈の1例：岡田桂輔，日向信之，山崎隆文，大場健史，結縁敬治（神鋼），中川泰始（済生会兵庫） 38歳，男性。2008年7月上旬頃より無痛性左陰嚢腫大を自覚し前医を受診，左精巣腫瘍の疑いで当科紹介。AFP，β-hCGは正常範囲内，LDHは340と軽度上昇。左高位精巣摘除術を施行，CTにて腹部リンパ節転移，多発肺転移を認め，左精巣癌，embryonal carcinoma，stage IIIBと診断した。PEB療法3コース施行，肺はCRとなり残存リンパ節に対して2008年10月後腹膜リンパ節郭清術を施行した。術前CTで重複下大静脈を認め，左下大静脈を温存し腎門部からIMA根までの旁大動脈リンパ節を郭清した。重複下大静脈は約0.2%の頻度とされており，臨床では稀に画像診断で偶発的に指摘される。手術に際して血管系による副静脈切除の可否や合併症の可能性について十分な術前検討が必要である。

馬蹄腎に合併した腎盂癌の1例：松本吉弘，熊本廣実，明山達哉（岡波），井上剛志，川上 隆，藤本清秀（奈良医大） 74歳，男性。2008年7月無症候性血尿を主訴に受診。CTで馬蹄腎および左腎盂腫瘍を認めた。RPで左腎盂に陰影欠損を認め，同年10月経腹的腎盂尿管全摘除術，馬蹄腎峡部離断術（マイクロ波凝固装置併用）を施行した。病理診断はUC，G3，pT1N0であった。術後11カ月の時点で再発，転移は認めていない。馬蹄腎は400人に1人の割合でみられるが，腎盂癌は通常腎に比べて約3～4倍発生しやすいと報告されている。馬蹄腎に合併した腎盂癌の報告は調べた限り本邦35例あり，そのほとんどが尿管全摘術，腎峡部離断術を施行されている。馬蹄腎の血管走行は通常と異なり，手術の際には注意が必要である。馬蹄腎峡部離断の際にはマイクロ波凝固装置の併用は不要な出血の予防に有用と考えられる。馬蹄腎に合併した腎盂癌の1例を報告した。

右完全重複腎盂尿管・尿管癌の経過観察中に広範囲に尿路上皮癌を発症した1例：桑原 元，石村武志，兵頭洋二，中野雄造，三宅秀明，田中一志，武中 篤，藤澤正人（神戸大） 59歳，男性。他院で右完全重複腎盂尿管・尿管癌の経過観察中，2008年8月頻尿出現し当科紹介，自然尿細胞診class Vにて精査した。膀胱粘膜生検で隆起病変を認めなかったが，右尿管周囲粘膜発赤部の病理診断はUC，G3，pTis+pT1，右上半腎APで陰影欠損は認めなかったが尿細胞診class V，右下半腎RP，左RPは異常所見なし。以上より右上半腎盂

尿管癌cTisN0M0，膀胱癌cT1（Tis+T1）N0M0の術前診断のもと，分腎機能や膀胱癌浸潤形態を考慮し，右下半腎を含めた右腎尿管膀胱尿道全摘（左尿管皮膚瘻）を行った。病理診断は右上下半腎尿管癌UC，G3，pT3および膀胱癌pT2N1M0であった。術後9カ月間再発を認めていない。

Micropapillary patternを有する尿管癌の1例：大橋康人，前田浩志，羽間 稔（淀川キリスト教），橋 真由美（同病理），原田益善（新須磨），田中一志（神戸大） 75歳，女性。尿潜血で受診し膀胱腫瘍を認めた。TURでは左尿管からの腫瘍が中心で病理組織診で尿路上皮癌の一部にmicropapillary patternを認めた。CTでも骨盤部尿管から尿管口まで腫瘍が存在し左尿管腫瘍の診断で左腎尿管全摘，膀胱部分切除術を行った。左閉鎖リンパ節も腫大し，腎尿管およびこのリンパ節の病理組織診断でもこの成分を認めた。化学療法を行ったが効果がなく7カ月後に癌死した。micropapillary patternを有する尿路上皮癌は稀で特に尿管癌の報告は少ない。high stage，high gradeなものが多いこと，化学療法，放射線療法も効果が少ないことから予後不良である。

S状結腸癌術後4年目に認めた転移性尿管癌の1例：吉川元清，高田 聡，細川幸成，林 美樹（多根総合），藤本清秀，平尾彦彦（奈良医大） 80歳，男性。2004年にS状結腸癌，胃癌の術後通院中，follow up CTで左水腎症，左尿管腫瘍を疑われ当科紹介。腹部造影CTで左尿管内に造影効果を認める23mm大の腫瘍を認めた。逆行性腎盂造影を施行，尿管の完全閉塞を認めたが細胞診はすべて陰性であった。左尿管癌の診断で9月に左腎尿管全摘除術を施行。病理結果は大腸癌の尿管転移であった。悪性腫瘍の既往があり，画像所見に比較して細胞診陰性の場合は転移性尿管腫瘍も念頭に入れる必要があると考える。

下大静脈後尿管に合併した尿管腫瘍の1例：川村憲彦，高尾徹也，永原 啓，向井雅俊，福原慎一郎，吉岡 巖，市丸直嗣，高山仁志，宮川 康，辻村 晃，奥山明彦（大阪大） 71歳，男性。2007年4月，肺炎と心不全に対する治療目的に近医入院中，腹部CTにて右水腎症を指摘。退院後，右水腎症の精査目的に当科を受診。腹部CT・逆行性腎盂造影にて下大静脈後尿管に合併した右尿管腫瘍と診断。2007年8月後腹膜鏡下右腎尿管全摘除術を施行。下大静脈後面に入る部位より尾側の尿管は，開腹手術にて剥離を行い，右腎尿管を一塊に摘出した。摘除標本では右上部尿管に有茎性乳頭状腫瘍を認めた。組織診断は，尿路上皮癌，G1，pT1であった。術後12カ月を経過するが，明らかな再発・転移を認めていない。下大静脈後尿管に合併した右尿管腫瘍について，若干の文献的考察を加えて報告した。

膀胱 Endosalpingiosis の1例：三島崇生，岡田卓也（済生会野江） 39歳，女性。既往：特記すべきことなし。主訴：排便困難。現病歴：近医にて子宮内膜症を指摘されホルモン療法開始。その後，卵巣のう腫・子宮筋腫精査目的で当院婦人科紹介。MRIで膀胱頂部壁肥厚を認め当科受診となった。初診時膀胱鏡にて膀胱頂部に表面不整な粘膜下腫瘍を認め，経尿道的生検にて卵管由来の病変と診断。婦人科で筋腫切除予定であったため同時に膀胱部分切除を施行。病理学的に卵管由来のendosalpingiosisと診断した。endosalpingiosisは卵管内膜上皮に類似した腺上皮が異所性に増殖した病変である。膀胱病変の報告は稀であり1996年にYoungらによって初めて報告以来，現在までに自件例を含め10例報告がある。悪性や再発の報告はなく，術前に病理診断がつけば保存的な経過観察も選択肢の1つであると考えられた。

形質細胞浸潤を伴う難治性膀胱炎の1例：中川勝弘，安田宗生，能勢和宏，西岡 伯（近畿大塚），前倉俊治（同病理診断科） 47歳，女性。2007年12月初旬より排尿終末時痛を自覚し近医を受診。急性膀胱炎の診断にて経口抗菌薬を投与されていたが改善せず，2008年1月8日当科外来紹介となる。検尿所見にて膿尿を認めたが，尿培養検査は菌の発育を認めず，尿細胞診も陰性であった。種々の経口抗菌薬を投与したが症状は徐々に増悪し，2月13日精査加療目的に入院となった。膀胱鏡にて広範囲に粘膜の発赤・浮腫を認め，膀胱生検で間質への著明な形質細胞浸潤像が認められたため，免疫学的な機序の存在を疑いステロイドパルス療法を施行した。治療開始3日目に症状は改善し膿尿も消失したが，血清学的に明らかな異常は認められなかった。以

降外来にてステロイド維持療法を継続しているが、再発なく経過している。

転倒を契機とした膀胱破裂により DIC に陥った 1 例：山本拓郎，朴 英寿，山本浩介，安田孝志，植原秀和，川瀬義夫，金沢元洪（松下記念） 80歳，男性。転倒による右恥骨骨折にて近医入院。保存的加療を受けていたが，全身状態が悪化したため当院内科転院。血液検査にて血小板減少および FDP 高値を認め DIC と診断，ガベキサート投与を開始した。転院 3 日目に右腹部の腫脹および発赤を認めたため，CT を施行したところ右腹壁に皮下膿瘍を認め，外科にてドレナージ術を施行した。原因検索のため尿路精査の依頼があり，膀胱鏡検査施行したところ，前壁に瘻孔が認められた。緊急で膀胱閉鎖術を施行した。手術は穿孔した周囲の組織を切除し，膀胱壁を 2 層で縫合・閉鎖，恥骨骨折端は鑷にて削り，骨盤腔内にドレーンを留置して終了した。恥骨骨折片が膀胱壁に穿通し，膀胱破裂したものと考えられた。

脊髄係留症候群術後に膀胱機能が著明に改善した 1 例：北本興市郎，玉田 聡，川嶋秀紀，仲谷達也（大阪市大） 42歳，女性。小学生時に尿意切迫感，尿失禁を認めたが自然治癒。30歳頃より尿意切迫感，尿失禁，排尿困難を自覚し近医受診。二分脊椎，腰仙部脂肪腫，萎縮膀胱を指摘され当院紹介となった。S 領域麻痺，便秘，1 日 20 回の頻尿，50 ml 以下の 1 回排尿量を認めた。KUB，3DCT 上 2 分脊椎を認めた。術前のウロダイナミックスタディーでは最大膀胱容量 60 ml，その時点で失禁を認めた。残尿は 50 ml であった。VCUG 上，膀胱形態は松笠状で憩室形成を認めた。腎シンチ上癒痕化は認めず。下肢のしびれ進行のため，脳外科にて脊髄係留解除術を施行した後，膀胱拡大術を行う計画を立てた。脊髄係留解除術後，再度ウロダイナミックスタディー施行したところ 242 ml まで注水可能であり，残尿は 16 ml に減少した。1 日排尿回数も 5～6 回と排尿状態の著明な改善を認めた。

S 状結腸膀胱瘻に表在性膀胱癌を合併した 1 例：羽阪友宏，田中尚夫，山越恭雄，渡邊美博，江崎和芳，川中俊明（石切生喜） 62歳，女性。既往歴は 2006 年 S 状結腸憩室炎。主訴は気尿，糞尿。膀胱内視鏡検査にて，後壁に広範な隆起と，乳頭状病変を認めた。同部位をパンチ生検にて尿路上皮癌，G1 を認めた。dynamic CT と MRI にて，S 状結腸憩室炎および膀胱瘻と考えられた。CF からのインジゴカルミン散布で膀胱瘻を確認した。S 状結腸切除術および膀胱部分切除術を施行した。切除標本で，S 状結腸憩室炎と表在性膀胱癌（G2，pT_a，ew（-））を確認した。憩室炎による膀胱への慢性炎症が，発癌に関与した可能性があると考えられた。また，浸潤性膀胱癌との鑑別には，MRI の DWI が有効であった。

膀胱小細胞癌の 1 例：金宮健翁，新井浩樹，室崎伸和，本多正人（公共近畿中央），横溝 智（大阪船員保険） 78歳，男性。主訴は肉眼的血尿。膀胱鏡検査にて膀胱頂部に約 3 cm の非乳頭状，有茎性腫瘍を認めたため 2007 年 5 月 1 日に TUR を施行。病理組織所見は small cell carcinoma，pT2 であった。化学療法（エトポシド+カルボプラチン）を 2 コース施行した後，再度 TUR を施行したが腫瘍成分を認めず経過観察とした。術後 3 カ月で前回とは別部位に膀胱内再発を認めた。TUR を施行し small cell carcinoma，pT1 であった。その後，経過観察し 22 カ月経った現在，再発を認めていない。集計しえた膀胱小細胞癌の本邦報告例では治療は手術，化学療法，放射線療法による集学的治療を施行されているものが多く，化学療法は，約 6 割が肺小細胞癌の化学療法に準じて施行されていた。

膀胱原発悪性黒色腫の 1 例：高橋 彰，宮崎 有，伊藤将彰，小倉啓司（大津赤十字），白瀬智之（同病理），赤松秀輔（京都大） 65歳，女性。肉眼的血尿，排尿痛にて 2008 年 12 月 1 日当院当科受診。尿細胞診はクラス 5。膀胱鏡で膀胱三角部から頸部 8 時方向にかけての広基性腫瘍が確認され，これに対し同年 12 月 24 日 TUR-Bt 施行。病理診断は浸潤性悪性黒色腫であった。画像上明らかな転移は認めず，2009 年 2 月 24 日膀胱尿道全摘除術・回腸導管造設術を施行した。病理診断は，悪性黒色腫，pT_{3a}，pN1 であった。病理所見の特徴および他臓器に悪性黒色腫病変を認めなかったことから膀胱原発と考えられた。術後 6 カ月の CT で多発リンパ節転移，肺転移，骨シンチで多発骨転移を認め，現在化学療法（DAVferon）施行中である。尿路

悪性黒色腫も急速な進行をみることがあり，こまめな再発チェックが必要と考えられた。

尿道ステント留置 10 年後に尿閉を来した 1 例：大家角義，山崎浩（神戸労災），源吉顕治（神戸社保中央） 85歳，男性。尿閉にて当科初診。導尿にて経過みるも，翌日も尿閉を来し，入院となる。既往歴では高血圧，1998 年 1 月尿道ステント留置（他病院），2008 年 5 月腹部大動脈瘤人工血管置換術（当院），同年 8 月腹腔鏡下胆嚢摘出術（当院）。直ちに尿道を拡張しカテーテルを留置する。CT にてカテーテルはステントの背面にあり，ステントは完全に閉塞していた。ウロダイナミクス検査では Schafer IV の閉塞があり，残尿を多く認めた。バルーンに針穴が開き，カテーテルが 2 度抜けた。PSA は 11.4 であったが，止血操作が困難と考え，生検は見合わせた。恥骨上式前立腺被膜下切除術を施行。ステントの内腔には前立腺組織が認められた。偶発癌を伴っていた。文献上，UroLume の 1 年を超える永続性は，結論できず，high risk 症例に限って適応を考慮すべきものと考えた。

精巣破裂を合併した尿道外傷の 1 例：山道 深，森下真一（神戸百年記念），大家角義，山崎 浩（神戸労災） 34歳，男性。主訴は右陰囊部痛，尿道出血。2008 年 10 月に高さ 2 m のコンテナの上で作業中に転落し，鉄骨で会陰部打撲。尿道出血，右陰囊部腫脹を認め，当科入院。右陰囊部は手拳大に腫脹し，外尿道口から出血を認めた。尿道膀胱造影にて球部尿道に不完全断裂を認め，MRI にて右精巣白膜の断裂を認めた。右精巣破裂は白膜縫合術を施行し，尿道損傷は尿道カテーテル留置のみの保存的治療にて軽快した。受傷後 2 カ月目に尿道狭窄を合併し，内尿道切開術を施行した。以後，排尿状態良好で，右精巣は軽度の萎縮を認めるのみである。精巣損傷を合併した尿道外傷の本邦報告例は，われわれが調べた限りでは，自験例を含め 3 例のみであった。他の 2 例は多発外傷の合併症例であり，精巣損傷と尿道外傷のみの同時発症例は，自験例 1 例のみであった。

尿道憩室の 1 例：小倉秀章，青枝秀男（国保日高総合） 59歳，女性。既往歴，C 型肝炎。主訴，外陰部痛。現病歴，7 年前から C 型肝炎にて加療（IFN+リバビリン）。当院内科から外陰部痛，頻尿で紹介受診。外尿道口から膣口にかけて弾性軟の腫瘤触知。圧痛なし。尿路感染なし。CT で尿道を全周性に巻き占拠性病変あり。腰椎麻酔下に膀胱尿道鏡を施行したが憩室口指摘できず。穿刺液は清澄で細胞診 Pc II。後日経尿道的に 4 および 8 時の 2 カ所で尿道憩室を切開し，壁の一部切除した。憩室の内部は多房性で腫瘍性および炎症性の変化認めず。病理組織検査で平滑筋束を含む線維性組織であった。術後 6 カ月の時点で尿路症状なく，CT で尿道憩室の再発を認めなかった。今後経過観察の予定である。女性尿道憩室について文献的考察を加え報告した。

悪性腫瘍との鑑別が困難であった尿膜管肉芽腫性病変の 1 例：中澤成晃，米田 傑，竹澤健太郎，谷川 剛，藤田和利，奥見雅由，細見昌弘，山口誓司（大阪急性期医療セ），真殿佳吾（大阪警察），矢澤浩治（大阪大），島津彰宏，伏見彰博（同病理） 症例は 49歳，女性。下腹部腫瘍を自覚し，近医 MRI で，膀胱頂部から臍部に連続する病変を認め，尿膜管腫瘍が疑われた。既往歴は 33 歳分娩時に両側卵管結紮術を施行。膀胱鏡で，頂部に非乳頭状腫瘍を認めた。下腹部痛と発熱を認め，緊急入院し，臍下部を切開排膿施行するが，術後も充実性病変の残存を認めたため，尿膜管全摘術，膀胱部分切除術を施行。剖面に肉芽腫性病変を認め，病理結果は，縫合糸を中核とし，その周囲に炎症細胞が集積し，多核巨細胞も散見されたことから，両側卵管結紮術での縫合糸を原因とした縫合糸膿瘍，炎症性肉芽腫性病変と診断。卵管結紮術後の膀胱周囲肉芽腫性病変の報告はない。

尿膜管膿瘍の 14 例：木下竜弥，木内利郎，小林正雄，植田知博，高田 剛，井上 均，原 恒男（市立池田） 年齢は 9～81 歳（平均 34 歳）。男性 9 例，女性 5 例。主訴は臍からの排膿 8 例，臍周囲の痛み 5 例，腹痛 1 例であった。尿膜管遺残の形態は尿膜管膣瘻 10 例，尿膜管嚢胞 2 例，残り 2 例は不明扱いであった。治療は 12 例で生理食塩水による洗浄，11 例で抗生剤を投与され，尿膜管膿瘍が大きかった 2 例でエコーガイド下穿刺，3 例で尿膜管摘出術が施行された。過去の報告例を検討したところ，ドレナージのみでは再発することが多く，根治のためには外科的手術が基本とされている。しかし今回の 14 例で

は洗浄のみで改善し、再発を認めない症例が尿管管遺残を確認しえた12例中8例に認めた。保存的治療のみでも改善し、再発しない症例もかなりあるのではないかと思います。

後腹膜腫瘍との鑑別が困難であった肋骨発生軟骨肉腫の1例：森喬史，倉本朋未，藤井令央奈，新谷寧世，柑本康夫，稲垣 武，原勲（和歌山医大），上門康成（和歌山労災） 67歳，女性。2005年頃より左側腹部に違和感を覚え，2008年11月当科受診。CT上は造影効果を受けないが，内部に石灰化を伴い，第11肋骨と腹壁まで浸潤する直径10cmの後腹膜腫瘍を認めた。石灰化を伴い肋骨と腹壁まで浸潤する後腹膜腫瘍と診断した。経後腹膜アプローチによる，第11肋骨を一部切除する後腹膜腫瘍摘除術を施行。病理組織像は肋骨発生軟骨肉腫・グレード1であった。病理組織像だけでは鑑別診断が困難で，臨床所見に基づく総合的な診断が重要である。後腹膜腔に存在する石灰化を伴う腫瘍では，後腹膜腔組織より発生する腫瘍と肋骨・腹壁より発生する腫瘍との鑑別を念頭におき，整形外科と連携をとりながら診断・治療を行うことが重要である。

上行結腸癌異時性肺転移部分切除後に腎転移を来した1例：呉偉俊，松村健太郎，大町哲史，伊藤哲二（ベルランド総合） 症例：70歳，女性。主訴：右腎腫瘍精査。既往歴，家族歴は特記すべき事な

し。現病歴：上行結腸癌に対し結腸右半切除術を施行された。翌年，肺転移で肺部分切除術を施行され，本年3月の腹部CTで転移性腎腫瘍が疑われ当科紹介となった。右腎摘除術を行い，病理組織診断は結腸癌の腎転移であった。予後については，転移性腎腫瘍摘出群では1年生存率が43.9%に対し，非摘出群では1年生存率が6.1%と摘出群の予後がよい。原発巣がコントロールされている症例では，外科的治療の適応があると考えられた。

指輪による陰茎絞扼症の1例：高村俊哉，大石正勝，谷口英史，廣田英二，矢野公大，山田恭弘，篠田康夫，伊藤吉三（京都第二赤十字），兼光紀幸（洛和会丸太町） 66歳，男性。主訴は陰茎腫脹，疼痛，排尿困難。以前より仮性包茎のため，包皮を翻転させ指輪を装着することがあった。今回陰茎に指輪を装着後，抜去困難となった。経過観察するも改善なく陰茎腫脹，排尿困難悪化してきたため，翌日近医受診した。用手的に抜去困難であり，当科紹介受診となった。陰茎根部には2本の指輪が装着されており，遠位側は著明な腫脹を来していた。局麻下にてピンカッターで指輪を切断した。切断直後より，陰茎部の腫脹，排尿状態は速やかに改善した。絞扼部潰瘍を認めたが，抗生剤，軟膏塗布にて改善した。ほか重篤な合併症は認めなかった。