

第183回 日本泌尿器科学会関西地方会

(2003年6月7日(土), 於 大阪市立大学医学部学舎)

後腹膜(腸腰筋内)に認められた神経鞘腫の1例: 土井 裕, 鈴木透, 藪元秀典(明和), 有田親史(同整形外科), 好井基博(市立川西), 吉田隆夫(市立芦屋) 64歳, 男性. 2001年7月に右下肢痛と大腿前面の知覚鈍麻, 歩行困難が出現し他院に入院. CT, MRI, 経皮的針生検で右腸腰筋内の神経鞘腫と診断され, 治療目的で当科紹介. 右上腕と左手関節にも小腫瘍あり. 2001年8月28日に全麻下, 経腰的に腫瘍摘出術を施行した. 腫瘍は第3腰椎の神経根に連続しており, 鋭的に切断した. 摘除標本は直径約5cmで被膜を有し, 断面は一部嚢胞を形成していた. 病理診断はAntoni A型とB型の混合型の神経鞘腫であり, S100蛋白の免疫染色は陽性であった. 術後右大腿前面の知覚障害は一時増強したが, 徐々に軽快した. 筋力低下は認めず. 術後1年目のMRIで局所再発はないが, 腰椎L1とL3-4レベルに再発を疑う小腫瘍を認めた. 神経症状を認めないため経過観察中である.

術後第3神経根脱落症状を呈した後腹膜神経鞘腫の1例: 谷 満, 池田朋博, 堀川直樹, 林 美樹(多根), 本城 昌(同整形外科), 藤本清秀, 平尾佳彦(奈良医大) 66歳, 男性. 1年前より左下肢のしびれに気づくも放置. 健診にてUS上左腹腔内腫瘍指摘され2002年8月23日当科紹介. CT, MRIなどで左後腹膜腫瘍の診断にて同年9月27日当科入院. 9月30日腫瘍摘除術施行. 摘除標本は8×8×9.5cm, 重さ350gで白色の被膜に覆われ, 馬尾の付着を認めた. 断面は黄白色で変性壊死像を伴っていた. 術後, 第3神経根脱落症状である大腿前面から膝蓋骨内側にかけての知覚鈍麻, 疼痛および股関節の屈曲, 内転障害と膝関節の伸縮障害が認められたが, 約2カ月のリハビリを行い, 装具と杖を使用することで監視下で屋外歩行可能, 手すりにて階段昇降も可能となり, 日常生活をほぼ自立することができるようになったため, 12月18日退院し, 通院の上リハビリを継続している.

神経線維腫Ⅰ型(Recklinghausen病)に伴った後腹膜悪性末梢神経鞘腫瘍の1例: 佐藤元孝, 小森和彦, 申 勝, 高田 剛, 本多正人, 藤岡秀樹(大阪警察), 辻本正彦(同病理) 55歳, 女性. 原疾患として神経線維腫Ⅰ型があり, 腹部膨隆を主訴に近医を受診. 腹部腫瘍の存在を指摘され精査目的にて当科を受診した. 左後腹膜内に9×9×15cmの腫瘍が認められ, また第2~3胸椎左側と右臀部股関節背側にもそれぞれ腫瘍が認められた. これに対し後腹膜腫瘍の診断下に2002年11月26日に経腹膜に腫瘍切除術を行った. 腫瘍は重量1,120g, 断面は黄色充実性であり病理組織診断は悪性末梢神経鞘腫瘍(MPNST)であった. 術後1年半経過した現在, 再発, 転移なく生存中である. 神経線維腫Ⅰ型に合併した後腹膜MPNSTに関して自験例を含めた38例について考察した.

腎 Schwannoma の1例: 西田幸代, 清水洋祐, 中嶋正和, 高橋毅, 西山博之, 木下秀文, 山本新吾, 賀本敏行, 羽瀨友則, 小川 修(京都大) 58歳, 女性. 2002年6月心窩部痛にて近医を受診. その際施行された腹部CTにて左腎門部に突出する直径3cm程度の腫瘍を認め, 2002年8月当科初診. 種々の画像所見より左腎細胞癌(cT1a, N0, M0)と診断した. 部位が腎門部であったため部分切除は行わず, 2002年9月腹腔鏡下左腎摘除術を施行した. 術中所見では腫瘍と周囲組織との癒着が著しく, 左副腎も合併切除した. 病理診断はSchwannomaであり悪性所見を認めなかった. 一般にSchwannomaは良性であっても局所再発する可能性があるが, 術後9カ月経過した現在明らかな再発は認めない. 腎門部に発生する腫瘍は, 術前に悪性腫瘍を完全に否定することは困難なことが多く, また部位による技術的問題から腎を含めた拡大切除術をさげられないのが現状である.

転移性傍大動脈リンパ節腫瘍との鑑別に苦慮した後腹膜 Ganglioneuroma の1例: 中西真一, 新垣隆一郎, 清川岳彦, 宗田 武, 東 新, 伊藤哲之, 木下秀文, 山本新吾, 賀本敏行, 羽瀨友則, 小川修(京都大), 赤尾利裕, 西村昌則(音羽) 37歳, 男性. 30歳時尿路結石. 2002年8月の人間ドックで蛋白尿を指摘され, 近医を受診.

CT検査上腎基部から大動脈分岐部にかけての傍大動脈領域に soft tissue mass 有り. 造影効果は乏しく, MRI検査上 T1, T2ともに low intensity. 腫瘍マーカーを含む検査結果で異常所見なし. 確定診断得るため, 9月20日超音波ガイド下生検施行. 病理組織学的診断は ganglioneuroma. 全摘不可能であり, 良性疾患のため経過観察中. 2003年5月のMRI上病変に変化なし. 傍大動脈領域の soft tissue mass の鑑別疾患として後腹膜 ganglioneuroma も考えなければならぬと思われた.

Retroperitoneal solitary fibrous tumor の1例: 寺川智章, 石川智基, 土橋正樹, 田中一志, 山田裕二, 原 勲, 川端 岳, 岡田弘, 守殿貞夫(神戸大) 65歳, 男性. 尿閉を主訴に近医を受診. US, CTにて, 骨盤内腫瘍が認められ2002年12月当科紹介受診. CT, 膀胱鏡, 注腸検査にても原発巣不明であり1月8日経直腸生検施行し, その結果 Solitary fibrous tumor が疑われた. 1月20日全身麻酔下, 骨盤高位, 下腹部正中切開にて骨盤内腫瘍摘出術施行. 腫瘍は, 被膜化されており, 周囲臓器への明らかな直接浸潤は認められなかった. 摘出標本は, 最大径12cmであった. 病理診断は, HE染色および免疫染色の結果, Solitary fibrous tumor であった. 術後5カ月を経過し, 再発, 転移はなく生存中である. 後腹膜に発生する Solitary fibrous tumor は稀で文献上, 世界で36例目であった.

後腹膜脂肪肉腫の1例: 永原 啓, 桃原実大, 甲野拓朗, 北村雅哉, 赤井秀行, 高羽 津, 岡 聖次(国立大阪), 河原邦光, 倉田明彦(同病理) 63歳, 男性. 2002年8月頃より精索静脈瘤による左陰囊部痛出現し, 当初は某病院泌尿器科で経過観察されていた. その後腹部膨満, 疼痛出現し, 腹部単純CT撮影したところ径15cmの左腎腫瘍を指摘され, 2nd opinion 求め2002年11月25日当科受診. MRI撮影したところ, 後腹膜脂肪肉腫もしくは悪性線維性組織球腫が疑われた. 2002年12月9日全身麻酔下, 経腰的に腫瘍摘除術施行した. 術中所見では腫瘍と左腎との連続性はなく, 腫瘍のみ en block に切除した. 摘除標本は, 径18cm 重量2,000gであった. 病理診断は脂肪肉腫であった. 術後追加治療は施行せず, 略治退院となった. 術後6カ月を経過した現在, 再発, 転移はなく生存中である. 精索静脈瘤を契機に発見された後腹膜脂肪肉腫は稀で本邦報告上2例目であった.

再発後急速に進行した後腹膜腔および腹腔内脱分化型脂肪肉腫の1例: 岡 裕也, 根来宏光, 岩村博史, 諸井誠司, 川喜田隆司(神戸中央市民), 半田宣弘(同心臓血管外科), 橋本 隆(同外科), 今井幸弘(同病理), 中嶋安彬(京都大病理) 82歳, 女性. 1999年2月, 巨大後腹膜および腹腔内腫瘍で摘出術を施行. 病理結果はデスマイド腫瘍(fibromatosis)であった. 術後1年8カ月で局所再発を認めたが, 3年目より急速に増大浸潤し, 腹痛・体重減少も認めたため, 2002年12月後腹膜, 腹腔内腫瘍摘出術および左腎・脾体尾部・脾・十二指腸・大腸・下大静脈合併切除を施行した. 病理診断は脱分化型脂肪肉腫であり, 前回の病理診断は高分化型脂肪肉腫(硬化型)であったと考える. 患者は術後3カ月で急速に再発し, 4カ月目に死亡した.

水腎症を契機に発見された IVC 原発 Leiomyosarcoma の1例: 森 康範, 原 靖, 松浦 健, 栗田 孝(近畿大), 中居卓也, 今本治彦(同外科), 下野太郎(同放射線) 62歳, 女性. 主訴は右腰背部痛. 高血圧にて近医通院中であったが, 2002年11月頃より右腰背部痛を認め症状増悪. 超音波検査にて右水腎症を認め, CT上後腹膜腫瘍を認めたため2003年1月4日当科紹介受診. 種々の画像診断にて下大静脈原発腫瘍, 肝腫瘍認め, 腹腔鏡下腫瘍生検および肝生検の結果, 肝腫瘍のみ leiomyosarcoma の診断であった. 肝原発の leiomyosarcoma は例外的であり, 下大静脈原発 leiomyosarcoma, 肝転移と診断した. 腫瘍の位置, 遠隔転移を認めることより根治手術は困難であると考え, 化学療法, 放射線療法などを検討したが, 無治療を希望され, 5月29日現在肝転移巣は増大しており病状の進行を認めている.

経皮的ドレナージにより治癒した腸腰筋膿瘍の1例：向井雅俊，西村健作，中川勝弘，植村元秀，菅野展史，三好 進（大阪労災） 62歳，男性。2002年10月，貧血の精査目的に当院内科受診。左鼠径部痛が出現し，超音波，CTにて左腎下極から骨盤内に至る嚢胞状の腫瘍および左水腎症を認めた。抗生剤投与による保存的治療を行ったが，発熱，炎症反応の増悪を来したため当科紹介受診。超音波ガイド下に経皮的ドレナージ術を施行およびD-Jカテーテルを留置した。排膿を認め，細菌培養の結果は *Staphylococcus aureus* であり，他の感染巣が認められないことより原発性腸腰筋膿瘍と診断した。ドレナージ2日後より解熱，炎症反応の改善を認め，膿瘍も著明に縮小した。ドレナージ47日後にドレナージチューブを抜去。ドレナージ後4カ月を経過した現在，再発を認めない。

副腎 Ganglioneuromaの1例：中山治郎，葛西 剛，阿部豊文，岸川英史，関井謙一郎，吉岡俊昭，板谷宏彬（住友），辻村崇浩（同病理），長谷部圭司（大阪警察） 55歳，男性。2000年4月，人間ドックでの腹部超音波検査で径3cm大の左副腎腫瘍を指摘され，同年4月12日当科外来受診。血中コレステロール，アルドステロン，カテコラミンは正常範囲内。腹部CTで腫瘍はわずかに造影され，腹部MRIでは，T1強調画像でlow，T2強調画像では内部不均一で一部に著明な高信号を示した。MIBGシンチでは，同部位に有意なhot uptakeを認めず。内分泌非活性性左副腎腫瘍の診断にて，2000年6月20日，腹腔鏡下左副腎摘除術施行。腫瘍は，径3.8×3×3cm，重量22g，病理学的診断はGanglioneuroma（神経節細胞腫）であった。術後7カ月を経過し，再発，転移はなく生存中である。Ganglioneuromaは神経芽腫群腫瘍に含まれる交感神経系良性腫瘍で，本邦報告症例の平均最大径は7.8cmと大きく，腹腔鏡下に摘除した報告は文献上，本邦4例目であった。

肺転移にて発見された副腎外褐色細胞腫の1例：植村元秀，中川勝弘，向井雅俊，菅野展史，西村健作，三好 進（大阪労災） 34歳，男性。2002年4月，会社の検診にて，左中肺野の異常陰影を指摘された。腹部CTおよびMRIでは右腎下極に造影効果を伴う辺縁不整な径11cm大の腫瘍性病変を認めた。肺転移を伴う右腎腫瘍と診断し，2002年5月15日，経腹的右腎摘除術を施行した。術中，高血圧発作が出現した。病理組織学的に褐色細胞腫と診断した。また腫瘍は腎外から圧排したものと考えられた。胸部CTでは両肺野のS6にそれぞれ，径1cm大の腫瘍性病変を認めたため，CVD療法を6コース施行したところ，肺転移巣はそれぞれ径7mm大へと縮小した。近医呼吸器外科にて一期的に2003年1月20日，胸腔鏡補助下両側S6部分切除術を施行した。病理組織学的に同様の褐色細胞腫であった。肺転移術後5カ月を経過した現在，再発の兆候なく外来通院中である。

肝細胞癌副腎転移の1例：上甲政徳，坂 宗久（大阪明病院），妻谷憲一（国保中央） 70歳，男性。2001年9月6日に肝細胞癌にて他院で肝部分切除術を施行。2002年9月の腹部CTで右副腎腫瘍を指摘されて当院を紹介され，10月28日に入院した。血液検査では血小板減少とAFP，PIVKA IIの高値を認めたが，コレステロール，アルドステロン，カテコラミン類は正常であった。CT，MRIでは右副腎に径5cm大の腫瘍を認めた。肝細胞癌の右副腎転移の疑いで2002年10月30日に全麻下，腰部斜切開にて右副腎摘除術を施行。摘出標本は重量78g，病理診断は肝細胞癌の副腎転移であった。術後6カ月を経過し，他院にてfollow up中であるが，再度AFP，PIVKA IIの上昇を認めている。肝細胞癌の副腎転移は剖検での全国集計では遠隔転移のうち13.1%と少なくはないが，治療対象となる例が少なく本邦報告例は64例目であった。

成人型 Wilms 腫瘍の1例：大町哲史，呉 偉俊，伊藤哲二（ペルランド総合），坂本 亘（大阪総合医療セ） 23歳，女性。2002年9月に右側腹部痛，血尿を自覚し近医受診。右側腹部に腫瘍性病変を認め当科紹介。造影CTで内部は不均一で軽微な造影効果があり，MRI T2強調では被膜に覆われた腫瘍は腎実質よりやや低信号で，中心部に不均一な高信号を認めた。血管造影では腫瘍血管が豊富であった。以上より，腎癌の診断で2002年9月30日に全麻下，経腹的に右腎摘除術を施行した。重さ450gで中下極に径8.0cmの腫瘍を認めた。病理診断は，Wilms腫瘍，腎芽型，favorable histology，stage Iであった。化学療法を行い術後9カ月経過し再発を認めず。1981年からの本邦報告例74例を検討した。術前診断は難しく，性差，

左右差はともになかった。成人型 Wilms 腫瘍の予後の悪さは，進行症例が多く組織型に unfavorable histology が比較的多いのが原因と考えられた。

自然破裂を契機に発見された腎細胞癌の1例：松村健太郎，長沼俊秀，内田潤次，杉村一誠，仲谷達也（大阪市大），飯倉民浩，堀井明範（北市民） 78歳，男性。2002年1月10日より，右腰部痛および肉眼的血尿を自覚したため，当科受診。腹部CTにて，右腎に被膜下血腫を伴う腫瘍を認めたため緊急入院となった。CTにて，腫瘍は造影効果を受け，腎細胞癌が疑われた。右腎腫瘍の自然破裂と診断の下，2002年2月13日，経腹的右腎摘除術を施行。摘出標本は，上極に約6cm大で黄色調の腫瘍を認めた。病理組織は，壊死と出血を伴った乳頭状腎細胞癌，G2，pT3a，INFαであった。術後補助療法として，インターフェロン療法を施行中である。術後1年3カ月を経過し，再発を認めていない。腎細胞癌の自然破裂は稀で，本邦69例目であった。

膀胱・胃を含め多臓器転移を呈した腎癌の1例：福井浩二，安田和生，善本哲郎，野島道生，瀧内秀和，森 義則，島 博基（兵庫医大），窪田 彬（同病理） 70歳，男性。主訴は無症候性肉眼的血尿。膀胱鏡にて右尿管口外側に2cm大の非乳頭状で有茎性の腫瘍を認めた。同時に腹部CTにて左腎上内側に4×3×3cm大の腫瘍を認めた。膀胱腫瘍・左腎腫瘍の診断にて2002年6月14日TUR-Bt・後腹膜鏡下左根治的腎摘除術を施行。病理組織結果は，腎・膀胱ともにclear cell carcinomaであり，腎癌の膀胱転移と診断。術後2カ月目に胃内視鏡検査にて胃体上部大彎，胃体上部後壁，胃体下部小彎に隆起性病変認め生検にて腎癌の胃転移と診断。術後4カ月目には脳転移も認め，術後5カ月目に死亡した。腎細胞癌の膀胱転移は自験例が本邦で16例目で胃転移は6例目であり，膀胱・胃両者に転移を認めたのは自験例が初めてである。

根治的腎摘除術施行後8年目に頭部皮下転移をきたした症例：浜田修史，高木志寿子，切目 茂（済生会中津），安倍弘和（済生会静岡） 54歳，男性。1994年右腎癌（淡明細胞癌G2）の診断のもと根治的腎摘除術施行された。2002年6月頭部皮下腫瘍を認めこれを切除したところ腎細胞癌であったため当院紹介となった。精査の結果，その他転移巣認めず，腎細胞癌孤立性皮膚転移の診断のもと，入院の上インターロイキン2を投与するも入院時より増大する頭部皮下腫瘍をみとめこれを切除したところ腎細胞癌であった。そのためインターロイキン2の投与を中止しインターフェロンαの投与勧めるも拒否され退院となった。現在外来にて経過観察中であるが再発を認めていない。

下大静脈腫瘍塞栓を伴う Bellini 管癌の1例：鈴木 啓，竹内一郎，林 一誠，野本剛史，沖原宏治，水谷陽一，藤戸 章，三木恒治（京府医大），宮下浩明（近江八幡市民） 59歳，男性。他院にて施行された腹部超音波検査にて右腎腫瘍を指摘され当院紹介。MRI，CTなどの画像診断にて横隔膜レベルに至る腫瘍塞栓を伴う腎腫瘍を認めたため2002年12月，根治的腎摘除術，下大静脈腫瘍塞栓摘除術を施行した。病理組織像と摘出標本像，画像所見よりBellini管癌，乳頭状腺癌型pT3cN1M1と診断した。また，遠位尿管管マーカーによる特殊免疫染色ではサイトケラチン，EMAが陽性を示した。術後，リンパ節転移，骨転移に対してIFN-αによる免疫療法を現在まで6カ月間施行しているが増悪傾向を示している。文献的検索から腫瘍塞栓を伴うBellini管癌は予後不良であった。

BCG 灌流療法後に発症した腎腫瘍の1例：阪本祐一，岡本雅之，武市佳純（県立淡路） 74歳，男性。1997年TUR-Bt後，膀胱内再発を繰り返したが，病理組織診断はいずれもTCC，G2，pT1以下であった。2002年7月より尿細胞診陽性が継続，膀胱粘膜生検施行するも悪性所見を認めなかった。左腎盂尿管鏡施行生検で腎盂粘膜よりCISを認め，右カテーテル尿よりclass IVを認めた。両側上部尿路CISの診断のもとダブルJカテーテルを留置，BCG灌流療法を1週毎，計6回施行した。BCG 80mgを生食80mlに溶解し膀胱内に注入し約2時間保持した。尿細胞診は治療開始4週目より陰性化した。灌流療法終了1カ月後のCTにて両腎に多発性腫瘍を認めた。コーガイド下に針生検を施行，病理組織は類上皮肉芽腫であった。3カ月後のCTにて縮小傾向を認めたため経過観察中である。BCG療

法中に腎腫瘍影を認めた場合、結核性病変の存在を念頭におき治療にあたるべきと考えられた。

Gemcitabine+ cisplatin 化学療法、放射線照射、**Gemcitabine+ paclitaxel** 化学療法にて **CR** となった腎盂癌の1例：藤井孝祐，芝政宏，高寺博史（八尾徳州会）69歳，女性。肉眼的血尿がみられ近医受診。右水腎症を認めたため精査のため当科紹介となった。腹部CTと逆行性腎盂造影により T4N2M0 右腎盂癌と診断。腎門部への浸潤は強く手術不能と考え化学療法による治療を開始した。Gemcitabine+ cisplatin 化学療法を6コース施行した。右腎から第4腰椎のレベルまで40 Gyの放射線照射を施行した。その後 Gemcitabine+ paclitaxel 化学療法を4コース追加した。副作用は最大 grade 3の白血球減少，血小板減少，軽度の吐き気がみられたが化学療法の継続は可能であった。CT画像上病変の消失がみられ治療効果はCRであった。治療効果，副作用の点よりすぐれた治療と考えられる。

下大静脈に腫瘍血栓を伴った腎盂腫瘍の1例：河嶋厚成，高尾徹也，高羽夏樹，西村和郎，野々村祝夫，奥山明彦（大阪大）65歳，男性。1998年3月頃，発熱および白血球異常高値で近医にて精査中に右腎腫瘍が疑われ当科紹介受診。CT，MRI，下大静脈造影を施行し，下大静脈腫瘍血栓を伴った腎腫瘍 T3bN2M0と診断し，1998年10月根治的右腎摘除術，腫瘍血栓摘除術，リンパ節郭清術を施行した。病理診断はTCC，G3，pT3，pN2であった。術後，化学療法（M-VAC）を行ったが，敗血症を合併したため1コースのみ施行し退院した。術後4年8カ月経過した現在，転移，再発は認めず生存中である。下大静脈腫瘍血栓を伴った腎盂腫瘍は文献上稀であり，自験例は本邦15例目と考えられた。また，一般的に予後不良とされているが自験例はこれまでの報告例の中で最長の観察期間であった。

後腹膜鏡下尿管全摘術後，ポート創部神経損傷による長期創痛を訴えた1例。岡田日佳，川喜多繁誠，乾秀和，大口尚基，河源，六車光英，松田公志（関西医大）70歳，女性。主訴：左側腹部内視鏡ポート創痛。現病歴：2000年7月：左腎盂腫瘍診断下，後腹膜鏡下左尿管全摘術施行。翌年5月には，カメラポート創より内側下方にペインスコア4～5の創部痛，知覚鈍麻，アロディニアを認めた。再発所見なし。鎮痛薬，心療内科，ペインクリニックでの治療に抵抗性であった。カメラポート創開創により外・内腹斜筋間で iliohypogastric n. が結紮（絹糸），切断されていた。絹糸を除去し，神経縫合することにより疼痛の軽減をみた。

アキュサイスによる腎盂形成術：梅川 徹，畑中祐二，栗田 孝（近畿大）腎盂尿管移行部狭窄症の30例に対して，アキュサイスを用いた狭窄部切開術を施行した。平均手術時間は47分，術後の平均在院日数は7日，手術成功率は73.3%（22/30）であった。不成功例のうち3例に開腹手術をし，1例に順行性のエンドピエロトミーを行った。この4例の経過は良好である。今回の経験から，腎外腎盂の縫縮は，特に腎機能が比較的良好な例において不要であることがはっきりした。異常血管による狭窄が除外されれば，アキュサイスによる，腎盂形成術は有効な術式の1つであることが明らかとなった。

左無形成腎を伴った下大静脈尿管の1例：安藤 慎，東由紀子，田中一志，山田裕二，原 勲，川端 岳，岡田 弘，守殿貞夫（神戸大）32歳，男性。検診にて右水腎症を指摘され近医受診。IVP，CTにて下大静脈尿管に伴う右水腎症，左無形成腎を認めたため，当科紹介受診となる。IVPでは左腎の描出を認めず，右腎は水腎症を認めた。CTでは左腎欠損，右尿管はL4-5の高さで下大静脈の後方を回しL5以下で下大静脈の内側を下り，それより上部では拡張していた。左無形成腎を伴った下大静脈尿管の診断のもとに2002年10月16日全身麻酔下，腹腔鏡下尿管尿管吻合術を施行した。手術時間3時間30分，出血量少量であった。術後1カ月でD-Jステントを抜去した。IVP上水腎症は改善し，経過良好である。われわれの調べた限り，左無形成腎を伴った下大静脈尿管は，文献上本邦1例目であった。

両側精巣腫瘍の1例：氏平玲美，右梅貴信，小山耕平，西田 剛，木山 賢，東 治人，上田陽彦，勝岡洋治（大阪医大）32歳，男性。2002年8月頃より右陰嚢内容の無痛性腫大と射精障害を自覚し，同年10月当科を受診した。右精巣腫大と両精巣の硬結を認め，血液検査で

はhCG-βの軽度上昇を認めた。両側精巣腫瘍の診断のもと，同月両側高位精巣摘除術を施行した。病理組織診断は両側精巣ともに seminoma であった。両側精巣腫瘍に対する治療法は，妊孕性，男性機能，心理的・社会的影響に配慮して慎重に選択する必要がある。本症例は未婚の男性であり精子保存を試みたが，術中迅速組織診にて正常精子を確認できなかったため両側摘除に至った。術後の予防的治療法は施行していないが術後8カ月の現在転移を認めていない。今後転移検索とホルモン補充療法を定期的に行っていく予定である。

BEP 療法施行後に頭蓋骨および脳転移をきたした非セミノーマ **Stage I** の1例：小泉修一，牛田 博（宇治徳州会），岡本圭生，岡田裕作（滋賀医大）29歳，男性。2001年左精巣腫瘍にて左精巣摘除術施行。病理組織はセミノーマ，胎児性癌，奇形腫以外に横紋筋肉腫成分を含む mixed germ cell tumor であった。非セミノーマ stage I の診断にて **BEP** 療法2コース施行。2003年脳転移をきたし脳腫瘍摘出術，頭蓋骨形成術を施行。腫瘍は脳実質深部まで浸潤しており可及的な切除に留めた。病理組織は横紋筋肉腫成分のみで，他の胚細胞腫瘍は認めなかった。Intergroup Rhabdomyosarcoma study 4 に準じ，横紋筋肉腫に対する化学療法を施行した。3コース施行にてCRとなりさらに放射線療法と維持化学療法施行にて再発を認めていない。

精巣内に発生した **Adenomatoid tumor** の1例：徳川茂樹，塩塚洋一，任 幹夫，小角幸人（公立済近畿中央），野島道生（兵庫医大），井原英有（井原クリニック）陰嚢部痛を主訴に近医受診。精巣上体炎と診断されたが，他医ではAFP軽度上昇と超音波所見から精巣腫瘍疑われたため当院紹介受診。受診時，腫瘍マーカー正常もMRI，超音波では良性か悪性かの鑑別困難であったため，術中迅速診断にて方針決定とした。2003年11月23日，腰椎麻酔下に高位精巣摘除術に準じて手術施行。腫瘍は径8mm大の灰白色，充実性腫瘍で，白膜に癒着しており，迅速診断では悪性所見認めなかったため，核出術を行った。術後の病理診断は adenomatoid tumor であり，免疫染色でもケラチン陽性であった。Adenomatoid tumor は，男性生殖器では精巣上体に好発することが多く，精巣や精巣白膜に発生するものは稀で，文献上本邦22例目となる。

不完全重複膀胱の1例：竹垣嘉訓，金澤利直，園田哲平，浅井省和，熊田憲彦，田部 茂，柏原 昇（吹田市民）53歳，女性。2002年2月，下腹部痛を主訴に当科受診。尿検査に異常を認めず。DIPにて膀胱を矢状方向に2分する陰影欠損像を認め，膀胱鏡にて膀胱頂部から頸部に続く隔壁様の突出部を認めた。膀胱部CTにて膀胱頂部から頸部に続く隔壁様の突出部を認め，その一部に折り返しを思わせる中空部を認めた。不完全重複膀胱あるいは不完全縦隔壁膀胱を疑い，隔壁様の部位を含めた膀胱部分切除術を施行した。しかし，術中，膀胱が収縮した状態では隔壁は認められず，切除標本にても通常の膀胱筋層と粘膜を有する膀胱壁がみられるのみであった。以上より不完全重複膀胱と診断した。術後，下腹部痛は消失した。なお，その他の合併奇形は認められなかった。膀胱の重複奇形はきわめて稀であり，不完全重複膀胱としては文献上7例目であった。

膀胱 **Nephrogenic adenoma** の1例：益田良賢，川上享弘，金哲将，若林賢彦，吉貴達寛，岡田裕作（滋賀医大）37歳，女性。2003年1月子宮外妊娠の疑いで当院産婦人科に入院。子宮内搔爬術後の経陰道的エコーで膀胱内に腫瘍を指摘され当科に紹介された。膀胱鏡検査で後壁に径約2cmの広基性腫瘍を認めた。腫瘍の頂部は嚢胞状で，広い基部は正常粘膜で被われ粘膜下にも腫瘍の存在が疑われた。血液検査で炎症反応は認めず，検尿・尿沈渣も異常なかった。膀胱腫瘍に對しTUR-Bt施行。病理組織診断は nephrogenic adenoma であった。尿路手術や尿路感染症など，誘因となるような既往はなく，無症候性で産産を契機に偶然発見されるという他の報告例とは異なる経過であった。術後3カ月再発は認めていない。

膀胱 **Paraganglioma** の1例：多武保光宏，井上剛志，田中基幹，田中宣道，藤本清秀，平尾彦彦（奈良医大），山本雅司（国立奈良）35歳，女性。12年前に高血圧症の精査により膀胱と左右骨盤内の paraganglioma 疑いを指摘され，10年間降圧剤内服（内服中止後血圧は正常）。他院婦人科で子宮筋腫術後経過観察中，超音波検査で膀胱腫瘍を指摘され2002年12月に同院泌尿器科へ紹介される。膀胱鏡上膀胱

膀胱三角部に非乳頭状基底性腫瘍を認め、骨盤 MRI 上膀胱腫瘍に加え、両側骨盤内にも腫瘍を認めた。2003年1月22日に当科へ紹介され、TUR-biopsy で病理組織学的に paraganglioma と診断された。多発性で悪性腫瘍が否定できなかったため2月27日膀胱部分切除術および骨盤内腫瘍摘出術を施行し、多発性の paraganglioma と診断された。膀胱 paraganglioma の報告は本邦では70例目であった。

原発性粘液様膀胱平滑筋肉腫の1例：間山大輔，荒木博孝（済生会滋賀県），森谷鈴子（同病理） 72歳，女性。2002年11月，肉眼的血尿を主訴に当科受診。膀胱鏡にて後壁に表面平滑な膀胱腫瘍を認めた。同年12月，TUR-Bt を施行した。病理診断は myxoid leiomyosarcoma，術前 stage は T2aN0M0 であった。同月，膀胱全摘除術および両側尿管皮膚瘻造設術を行った。われわれが調べた限りでは、本邦における myxoid leiomyosarcoma の症例は非常に稀である。自験例を含め、現在までに19例を認めるのみであった。また、予後不良例が多く、半数近くが死亡している。膀胱原発性のものは初めての報告である。患者は術後1カ月目に骨盤内再発を来し、術後2カ月で癌死した。

透析患者に発生した膀胱 Villous adenocarcinoma の1例：藤原宏一，原 恒男，福原慎一郎，森 直樹，山口誓司（市立池田），足立史朗（同病理），高橋香司（高橋クリニック） 血液透析中の61歳，女性。35歳時に左尿管狭窄に対し左尿管回腸膀胱吻合術。2001年10月肉眼的血尿，外陰部腫瘍の突出を主訴に当科を受診。膀胱腫瘍および尿道脱出腫瘍の診断のもと、まず尿道脱出腫瘍の切除および TUR-Bt を施行した。腫瘍は膀胱全面に広がっており経尿道的に切除困難であったため、置換された回腸も含めて、膀胱子宮全摘除術を施行した。腫瘍の表面は大腸の絨毛腫瘍と類似した像を示しており、病理診断は villous adenocarcinoma であった。術後、再発徴候は認めず経過は良好である。膀胱の villous adenocarcinoma としては8例の報告があり、本邦では1例目であった。

乳癌膀胱転移の1例：野間雅倫，田中雅登，奥見雅由，原田泰規，小林義幸，佐川史郎，伊藤喜一郎（大阪府立） 60歳，女性。2002年10月より頸部痛を自覚，2003年1月当院整形外科受診し頸椎病的骨折にて入院。入院後，肉眼的血尿にて当科紹介受診し膀胱鏡検査にて膀胱頂部から前壁にかけて広範囲に膀胱壁の肥厚を認め，全身麻酔下に頸椎骨移植，後方固定術とともに TUR-Bt，random biopsy を施行した。腫瘍は膀胱頂部を中心に粘膜の浮腫を伴っており粘膜下に広がっていた。病理結果は膀胱頂部，前壁のみに転移性膀胱腫瘍を認めた。骨シンチグラム，CT などより原発巣は両側乳癌と診断した。術後，化学療法施行も転移の進行，肺水腫の出現を認め，術後6週間で死亡した。転移性膀胱腫瘍は比較的稀で文献上本邦56例目であった。

TUR-Bt 後2日間の CEZ 投与で偽膜性腸炎を発生し大量下血した1例：平岡健児，田原秀一，木村泰典，三神一哉，植原秀和，川瀬義夫，内田 睦（松下記念） 70歳，男性。2003年2月4日に表在性膀胱癌に対し TUR-Bt 施行。術後 CEZ を2日間投与したところ発熱，下痢，腹痛を認めた。便中 CD 抗原，CF より偽膜性腸炎と診断し，VGM 内服を開始するも症状の改善を認めず，次第に大量下血をきたすようになった。出血点の確認目的で CF 施行したところ偽膜性腸炎は軽快していた。血管造影にて下血は十二指腸由来と診断，2003年2月22日，十二指腸楔状切除術を施行した。術後経過は良好であり，術後21日目に退院となった。出血部位が不明な消化管出血に対しては，たとえ吐血がなく，H2 ブロッカーを投与していても，早期に胃内視鏡検査を施行すべきであった。

導管内出血の3例：松本 穰，垣本健一，小野 豊，目黒則男，前田 修，木内利明，宇佐美道之（大阪成人病セ） 回腸導管造設を施行した3症例において，それぞれ18，36，93カ月後に導管内出血を認めた。動脈性出血は2例，静脈性出血は1例であった。全症例に対して，硬性鏡による電氣的凝固術を施行。動脈性出血の2例において再出血を生じたため，バルーンによる圧迫止血や消化管内視鏡によるクリッピングを施行。以後，全症例とも症状なく経過している。導管内出血は，回腸導管造設後の合併症の中で比較的稀であり，手術症例全体の1～2%を占める。当科では435症例中3例（0.7%）に導管内出血を認めた。導管内出血の治療には，薬物療法，圧迫止血，硬性鏡による電氣的凝固術などが挙げられる。再出血や輸血を必要とするよう

な大量出血の場合，消化管内視鏡による止血術が有用である。膀胱鏡と比べて優れている点は，良好な視野がえられること，本症例のようなクリッピングや硬化療法などの様々な止血術が選択できることなどが挙げられる。

BCG 膀胱内注入療法により Reiter 症候群を発生した表在性膀胱癌の1例：新井浩樹，福井辰成，黒田昌男（日生） 66歳，男性。1987年から膀胱癌に対して TUR-Bt を計16回施行，1994年には BCG 膀胱内注入療法を施行している。2002年8月28日膀胱癌尿道再発に対して TUR-Bt 施行。同年10月1日より BCG 膀胱内注入療法を開始した。4回目注入後より四肢関節痛出現し，BCG 膀胱内注入療法を中止した。11月9日より近医にて加療されたが，改善せず12月3日当科入院となった。尿道炎に続発する多発関節炎であり Reiter 症候群と診断した。ステロイド・パルス療法により難治性関節痛は軽減し，歩行可能となった。イソニアジドを併用した。ステロイドを漸減・中止し，現在 NSAID にて加療中である。

BCG 膀胱内注入療法による上皮内癌消失後に右肺転移が出現した1例：三橋 誠，岩田裕之，上水流雅人（公立忠岡），仲谷達也（大阪市大） 75歳，男性。頻尿を主訴に受診。膀胱腫瘍の診断にて，2000年1月に経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行（TCC，G2，T1）。術後，テラルピシン膀胱内注入化学療法を実施。同年4月に膀胱粘膜ランダム生検にて上皮内癌を検出，BCG 膀胱内注入療法を1クール施行。2001年6月には再度，上皮内癌が検出され，BCG 膀胱内注入療法2クール目施行。その後尿路上に悪性病変の再発を認めていない。2002年1月に右肺野の転移巣が出現。同年7月よりビノルピンを用いた MVAC 療法を施行したがビノルピンショックのため2クール途中で中止した。一時，肺転移巣の消失を認めたが，2003年1月に同部位に再発。同年3月より CMV 療法3クール施行し CR にて現在経過観察中である。

膀胱腫瘍術後両側上部尿路に再発を来した1例：高原由姫，石井淳一，吉田直正，鞍作克之，川嶋秀紀，杉村一誠，仲谷達也（大阪市大），池本慎一（八尾市民） 69歳，男性。1985年より膀胱腫瘍に対し TUR-Bt を計7回施行。1996年尿細胞診陽性が持続し，M-VAC 2コース施行後，膀胱全摘術，回腸導管造設術施行。2000年尿細胞診陽性となり，腹部 CT 上右腎盂に腫瘍を認め，再発と診断し，右腎尿管全摘術，膀胱部分切除術施行。以後外来フォロー中，左水腎症，腎機能低下を認め，左経皮的腎造設術施行。左下部尿管への再発と診断し，左尿管全摘除術施行。病理診断は移行上皮癌，G3，pT3，INFβ であり，adjuvant chemotherapy 施行。術後8カ月を経過し，再発，転移はなく生存中である。膀胱全摘後，両側上部尿路への再発は稀であり，本邦では文献上5例の報告を認めた。

廃用膀胱に発生した扁平上皮癌の1例：玉田 博，原田健一，李勝（県立柏原），武中 篤（川崎医大），松下全巳（松下） 52歳，女性。二分脊椎による神経因性膀胱のため1986年回腸導管造設され近医にて経過観察されていた。2001年11月より廃用膀胱より胆汁の排泄，下腹部痛を認め，洗浄，抗菌薬投与も効果なく2002年5月当科受診となった。洗浄細胞診にて class V を認め，精査目的にて入院となった。2002年5月 random biopsy+TUR 生検を施行した。膀胱粘膜は著明に発赤していたが，明らかな腫瘍性病変は認めなかった。標本すべてより SCC を認め，TUR 生検より SCC の筋層浸潤が確認された。膀胱扁平上皮癌，T2N0M0 の診断にて2002年6月膀胱全摘+骨盤内リンパ節郭清を行った。病理診断は SCC，T3b，N0，ly1，v0 であった。Adjuvant therapy として，M-VAC に BLM を加えた chemotherapy を2クール施行，現在術後1年再発なく，経過観察中である。

Kock Pouch 輸出脚に発生した腺癌の1例：柴崎 昇，寒野 徹，辻 裕，瀧 洋二，竹内秀雄（公立豊岡），保坂直樹（同病理） 81歳，男性。1986年，膀胱移行上皮癌にて膀胱全摘，Kock Pouch 造設術施行。その後，輸入脚不全にて輸入脚形成施行。2002年より，原因不明の下腹部痛を自覚。脳梗塞にて入院中に腹水の貯留を認めた。腹水穿刺細胞診にて class V 認め，原発巣検索。Kock Pouch 輸出脚部に腫瘍を認め，生検の結果，腺癌を認めた。その後，全身状態悪化し，2003年1月，死亡。剖検の結果，輸出脚原発の腺癌であった。Kock Pouch 輸出脚原発の腫瘍はきわめて稀であり，現在まで文献上

報告例はない。尿路変向後の腸管よりの悪性腫瘍の発生も稀であり、膀胱拡大術を含めても、30例程度の報告があるのみである。

腫瘍随伴症候群として多発性筋炎を合併した再発性膀胱癌の1例：上川禎則，浅井利大，山越恭雄，石井啓一，金 卓，坂本 亘，杉本俊門（大阪総合医療セ） 60歳，女性。膀胱癌に対しTUR後，外来経過観察中，全身倦怠感と下肢近位筋の筋力低下が出現した。超音波検査では左尿管口付近の膀胱壁の肥厚および左水腎・尿管が認められた。血液生化学では，CPKをはじめとする筋原性酵素の著しい上昇が認められ，Aldolaseも高値であった。以上より，膀胱癌再発に伴った多発性筋炎と診断された。ステロイド治療に十分な反応がなく，膀胱全摘除術および化学療法を施行した。病理診断は，移行上皮癌，G3であり，所属リンパ節にも転移を認めた。治療後，筋炎症状は改善し，血液検査も正常化した。膀胱癌に随伴した多発性筋炎は非常に珍しく，文献上3例目，本邦では1例目であった。

Endometrioid adenocarcinomaの2例：寺尾 秀治，島谷 昇，井上隆朗，原口貴裕（関西労災），森野英男，棟方 哲（同病理）症例1. 79歳，男性。排尿困難を主訴に当科受診。尿道鏡にて前立腺尿道部に隆起性病変を認めたためTUR-Pを施行した。病理診断はendometrioid adenocarcinomaであった。術後からLH-RHアゴニストを投与し，術後8カ月のPSAは0.013 ng/mlと低下している。症例2. 67歳，男性。血尿を主訴に当科受診。尿道鏡にて前立腺尿道部に隆起性病変を認め，TUR-Pを施行した。症例1と同様の病理所見にて2003年12月に恥骨後式前立腺全摘除術を施行した。全摘標本には一部腺房型前立腺癌（GS4A）の組織も認められた。術後はPSA follow upとなり，術後3カ月にPSA 0.008 ng/mlと低値である。

根治的前立腺全摘除術後に深部静脈血栓症を発症した1例：沖波武，今村正明，石戸谷哲，前田純宏，奥村和弘（天理よろづ），高田聡（平尾） 61歳，男性。T3aN0M0の前立腺癌として他院でMAB療法を開始され，2年後当科にて根治的前立腺全摘除術を施行した。術後6日目より発熱，左大腿の腫脹，疼痛出現。エコーにて左大腿静脈の深部静脈血栓症（DVT）と診断。ヘパリン，ウロキナーゼ，ワーファリンを用いて血栓溶解療法を開始し，症状軽快。16カ月経った現在，血栓は完全に器質化している。この症例以前は肺塞栓予防として術直前にヘパリンカルシウム5,000単位を皮下注射，術開始時から離床までAV impulseを装着，また離床は翌日としていた。この症例以降はヘパリンの投与を術翌日夜までの合計4回投与するよう変更した。本症例以降16カ月の間に開腹32件，腹腔鏡下24件，合計56件の前立腺全摘除術を施行しているが，DVTの発症は認めていない。

前立腺全摘除術後の尿禁制に関する臨床的検討：古川順也，田口功，篠崎雅史，山中 望（神鋼）1998～2002年までの5年間における恥骨後式前立腺全摘除術施行症例81例につき，カテーテル抜去後7日間の尿失禁率（失禁量/全尿量），術後6カ月の時点でのpad free ratioと年齢，前立腺体積，stage，尿道切断ラインとの関連につき検討を行った。Overallの術後7日目の尿失禁率は15.2%，術後6カ月のpad free ratioは80.1%であった。Pad free ratioと年齢，前立腺体積，stage，尿道切断ラインとの関連についての検討はいずれも統計学的有意差は認めなかった。前立腺尖部の形態に沿った，尿道切断ラインをとった2002年4月からの13例ではpad free ratioは92.3%の結果であり，同手術手技が機能的尿道長，括約筋温存の観点より術後尿禁制を向上させる可能性が示唆された。

女子尿道 Clear cell adenocarcinomaの1例：植田知博 谷川剛 中村吉宏 細見昌弘 清原久和（市立豊中） 53歳，女性。主訴は頻尿。尿細胞診はクラスIVであったが膀胱尿道鏡では膀胱尿道粘膜に異常を認めず，骨盤MRIにて直径4cmの腫瘍を尿道周囲に認めた。再度尿道鏡を施行し膀胱頸部に7mmの腫瘍の突出を認めた。TURにて腫瘍を切除した。病理診断はclear cell adenocarcinomaであった。CTにて左側閉鎖リンパ節腫大を認めた。尿道全摘除術および膀胱部分切除術，膀胱皮膚瘻造設術を施行した。両側総腸骨リンパ節に転移を認めた。病理組織所見では胞体の淡明なclear cellの増生，Hobnail patternの上皮細胞の配列を認めた。尿道憩室は認めず，尿道周囲腺との移行部位も認めなかった。術後放射線治療を施行した。経過観察するも傍大動脈リンパ節および膀胱内に再発を認め術後1年6カ月に癌死された。本邦報告例44例目であった。

尿道下裂術後に尿道憩室内結石を来たした1例：神農雅秀，姫田健，中村晃和，邵 仁哲，浮村 理，河内明宏，中尾昌宏，三木恒治（京府医大） 59歳，男性。約30年前に尿道下裂にて尿道形成術の既往あり。2003年2月20日に排尿時違和感，陰囊内腫瘍を主訴に当科受診。CT，MRIにて径5cmを超える層状の石灰化像を認めた。尿道造影を施行し尿道憩室および憩室内結石と診断し，2003年3月5日全麻下に尿道憩室内結石摘除および尿道再形成術を施行。結石は最大径5cm以上（75g）を含む多数の結石を認めた。術後の排尿時膀胱尿道造影では明らかな憩室・瘻孔・狭窄を認めず排尿困難を認めなかった。尿道憩室は女性例が多く，全体の4～10%に結石を伴発する。憩室より遠位の尿道狭窄が發生に深くかかわっており，本症例も尿道形成術の既往が憩室形成にかかわっていると思われる。

完全尿道断裂への一期的尿道形成術の経験：北村 健，赤尾利弥，西村昌則（音羽） 症例は54歳，男性。主訴は陰囊腫脹。作業中に陰部から木板に落下。同部位強打するもしばらく経過観察していたが陰囊腫脹増悪，尿閉になり当院救急搬送される。初診時には，著明な陰囊内部血腫と貧血，両側坐骨骨折，尿道造影にて後部尿道の完全断裂を認め，緊急で膀胱瘻増設，陰囊内部血腫除去止血術，尿道形成術を施行した。術中，順行性に膀胱瘻から尿道内視鏡行い括約筋が損傷ないことと近位尿道断端の粘膜を確認，尿道端々吻合を吸収糸にて一層行い周囲組織を緊張なく二層目として縫合。近位尿道周囲は不要な刺激は避けた。術後22日目の尿道造影にてほぼ尿道は形態上正常化し，術後4週間に膀胱瘻も抜去した。現在，術後約4カ月であるが排尿状態は良好であり，尿道狭窄は認めない。

大腸癌陰茎転移の1例：藤井令央奈，柑本康夫，児玉芳季，鈴木淳史，新家俊明（和歌山医大） 77歳，男性。主訴は亀頭部無痛性腫瘍。2002年8月下行結腸癌で左半結腸切除術施行。術後近医で経過観察中，2003年1月初旬に亀頭部の無痛性腫瘍に気づき，同院泌尿器科受診。生検で，Metastatic adenocarcinomaを認めた。大腸癌陰茎転移の疑いで3月3日当科入院となる。腫瘍マーカーではCEAは正常範囲内であった。胸腹部CTでは他臓器に転移を認めなかったため，陰茎部分切断術を施行。病理診断はMetastatic adenocarcinoma，免疫組織化学染色でCEA陽性，大腸癌陰茎転移と診断した。患者は術後3カ月で明らかな再発，転移を認めず外来で厳重に経過観察中である。転移性陰茎腫瘍は報告例が少なく，大腸癌からの転移例としては本邦17例目であった。

スリング手術後人工素材が膈壁から脱出した1例：田中朋子，巽一啓，福井勝一，大口尚基，河 源，六車光英，松田公志（関西医大） 72歳，女性。1998年8月，タイプⅢの腹圧性尿失禁に対して，当院にてスリング手術（vesica sling）施行した。以後来院せず。3年7カ月頃より膀胱炎を繰り返す，紹介受診。内診にて膈壁より，スリング手術に用いた繊維性シートとナイロン糸の一部露出を認めた。手術にてsling材であるhemashieldを摘除した。術後尿禁制は保たれた。人工素材を用いたsling術後では素材の露出する可能性があり，術前のインフォームド・コンセントと，長期的な経過観察が必要である。人工素材が露出した場合には，完全に摘除することで症状の改善がえられる。

Sling手術の人工素材に感染を生じ，腹壁皮下膿瘍と膀胱に炎症性肉芽腫を認めた1例：高尾典恭，七里泰正，金丸洋史（北野），清水洋祐（京都大） 49歳，女性。腹圧性尿失禁（type II）に対し；2002年4月15日にsling手術施行。sling手術は，Gore-Texをシート状にして膀胱頸部にあてがって挙上し，5号Ethibond（ナイロンより糸）で腹直筋筋膜に固定した。同年末ごろより，腔分泌液の増加を認め，その4週後ごろより下腹壁痛が出現した。膀胱鏡では頂部に腫瘍を認め，CT・MRI上，人工素材に沿って炎症性所見を認め，膀胱腫瘍と皮下肉芽腫は連続していた。2003年1月30日，TUR施行。膀胱腫瘍の組織診断は，granulation and inflammationであった。同年2月10日にGore-Tex，ナイロン糸の異物除去・炎症性肉芽と膿瘍の除去および膀胱部分切除施行。術後4カ月経過した現在，尿禁制は保たれている。

頻尿に対して仙骨部高頻度連続磁気刺激治療が有効であった1例：尾上正浩，山本 豊，紺屋英児，西岡 伯，秋山隆弘（近畿大堺），花井 禎（近畿大） 64歳，女性。2002年9月に尿意切迫感，切迫性

尿失禁で受診。既往歴に脳梗塞を認め、精査の結果、脳梗塞による神経因性膀胱と診断し、薬物治療を開始するも、効果を認めなかった。このため、2002年10月から1日1回、計6回の仙骨部高頻度連発磁気刺激治療を開始した。治療終了直後から、症状の改善を認め、治療後12週の尿流動態検査では初発尿意の尿量増加を認めた。しかし、治療6カ月後の2003年4月ごろから再び症状の増悪を認めたため、2003年4月から2回目の仙骨部高頻度連発磁気刺激治療を開始した。しかし、自覚的にも他覚的にも1回目終了後のような症状の改善は認められなかった。現在、薬物治療で経過観察中である。

骨盤内 Castleman disease の1例：角田洋一，高羽夏樹，辻川浩三，西村和郎，野々村祝夫，奥山明彦（大阪大） 36歳，男性。2002年10月に38度以上の不明熱およびCRP高値を認め、当院免疫内科にて精査を行い骨盤内腫瘍を指摘され当科紹介となった。入院時の血液検査にて、貧血，血小板増加，高IgG血症を認め，CRPは12.9 mg/dlと上昇していた。腫瘍マーカーはSIL-2Rが1,430 U/mlと軽度上昇し，IL-6は58.4 pg/mlと高値であった。2002年11月20日に骨盤内腫瘍摘除術を施行し，病理組織診断は，Castleman diseaseのplasma cell typeであった。術後，熱発は消失し，貧血，血小板増加の改善およびCRPの陰性化を認めた。SIL-2R，IgG，IL-6も正常化した。Castleman diseaseの発生部位は胸部が最も多く，骨盤内は稀であると報告されている。骨盤内 Castleman disease 本邦報告例はわれわれが調べた限りでも自験例を含め，8例のみであった。

尿閉を契機に発見された子宮疾患の2例：細川幸成，岸野辰樹，小野隆征，大山信雄，百瀬 均（星ヶ丘厚生年金），棚瀬康仁，河流陽子（同婦人科） 症例1：44歳，女性。症例2：32歳，女性。ともに尿閉を主訴に受診。MRIでは症例1は典型的な子宮筋腫，症例2では子宮筋肉腫も否定できず。婦人科紹介の上，子宮摘除術を施行。症例1は子宮筋腫，症例2は子宮筋肉腫の診断であった。術後排尿状態は改善した。2例とも尿閉は就寝中，あるいは起床時に発生していた。その機序は子宮が膀胱下部を圧迫し尿道に栓をするような形となり，就寝時に膀胱が過伸展すると膀胱が子宮を膀胱下部に向かって，さらに圧迫するため尿閉が生じやすい状況が起きていると考えられた。

精巣女性化症候群（不完全型）における陰形成術の経験：根本康夫，児玉芳季，鈴木淳史，新家俊明（和歌山医大）33歳，戸籍上女性。4歳時に陰核肥大を主訴に当科初診。精巣女性化症候群不完全型の診断にて，両側精巣摘除術，陰核陰唇形成術，陰口形成術が行われ，思春期以後エストロゲン補充療法を受けていた。今回，結婚の予定を控え，陰形成術を目的に入院。染色体分析は46XY。外陰部は女性型で，陰は示指がcaろうじて通る程度で長さは約5 cmであった。2002年11月28日，S状結腸利用陰形成術を施行した。まず，約15 cmのS状結腸を遊離し，肛門側断端を2層に縫合。S状結腸動脈第2枝を切断した上で，口側断端を陰後壁に当てがうように縫合し，陰内腔の拡張および長さの延長を図った。2003年1月に結婚し，術後6カ月の現在，定期的な拡張は必要とせず，狭窄や粘液の過剰分泌もみられていない。また，性交も可能であった。