

第182回 日本泌尿器科学会関西地方会

(2003年2月15日(土), 於 生田神社会館)

後腹膜リンパ節郭清術後にリンパ嚢腫に感染を合併した精巣腫瘍の1例: 姫田 健, 山田剛司, 林 一誠, 野本剛史, 沖原宏治, 水谷陽一, 中尾昌宏, 三木恒治(京府医大) 18歳, 男性。主訴は発熱。2001年9月左精巣腫瘍 stage IIA にて, 左高位精巣摘出術を施行。CT 上左腎門部にリンパ節腫脹を認め, BEP 療法施行。腫瘍マーカーは全て陰性化し, 2002年2月後腹膜リンパ節郭清術施行。組織診断にて, 腫瘍の残存を認めなかった。その後外来にて定期的に検査して, 8月のCTで大動脈間にリンパ嚢腫を認めるのみであったが, その2週間後より39度台の発熱持続するため精査目的で当科再入院。CTにてfatdensityの増大, 辺縁不整像を認め, リンパ嚢腫への感染が最も疑われた。入院後, 抗生剤投与にて発熱はなくなり, CT上fatdensityは消失した。リンパ嚢腫の腫瘍との鑑別は, 感染を伴った症例では困難なこともあるが今回われわれの経験した症例では, 可能であった。

下大静脈腫瘍塞栓を伴う精巣腫瘍の1例: 清水洋祐, 高尾典恭, 七里泰正, 金丸洋史(北野) 34歳, 男性。左精巣腫瘍に対し2001年9月26日左高位精巣摘除術施行。病理学的には胎児性癌+セミノーマであった。病期がstage I で no adjuvant で経過観察していたところ2002年8月, CTにて傍大動脈リンパ節転移および下大静脈・左総腸骨腫瘍塞栓を認めた。BEP療法3コース施行後, 傍大動脈リンパ節転移および下大静脈・左総腸骨腫瘍塞栓は著明に縮小し2002年12月5日, 後腹膜リンパ節郭清・腫瘍塞栓摘出・左総腸骨静脈グラフト施行した。病理学的には viable cell を認めなかった。術後3カ月経過し再発を認めず生存中である。

精巣微小石灰化を伴ったセミノーマの1例: 長井 潤, 丸山琢雄, 山本裕信, 善本哲郎, 滝内秀和, 森 義則, 島 博基(兵庫医大), 窪田 彬(同病院病理), 岡本英一(岡本クリニック), 井原英有(いはらクリニック) 34歳, 男性。右精巣部痛のため精査され精巣上部垂捻転疑いと診断。同時に施行された超音波検査にて左精巣内に, 微小石灰化像と15×10mm大のSOLを認めた。触診上も同部位に硬結認め, AFP軽度上昇のため, 左精巣腫瘍疑いにて当科紹介受診。画像診断上血腫を否定できず, 又挙児希望のため試験開腹術および術中迅速病理診断施行した。所見はセミノーマであり, ひきつづき左高位精巣摘除術施行した。TNM分類は, pT1aN0M0。現在, 術後5カ月経過したが, 再発を認めておらず経過観察中である。

精巣 Mucinous adenocarcinoma の1例: 玉田 博, 原田健一, 武中 篤(県立柏原), 北澤莊平(神戸大) 68歳, 男性。既往歴は高血圧と十二指腸潰瘍。排尿困難あり当科受診。腹部所見にて鶏卵大に腫大した左精巣を認めた。エコーにて内部不均一な嚢胞状の腫瘍を認め, 左精巣腫瘍の診断にて入院となった。AFP, bHCG, LDHはいずれも正常, 腹部CT上傍大動脈リンパ節転移は認めなかった。左精巣腫瘍 stage I の診断のもと精巣摘除術を施行した。摘出した精巣の病理学的所見は精巣網に発生した mucinous adenocarcinoma と診断された。さらに消化管精査にて Bor II型の直腸癌を認め, 低位前方切除術を施行された。HE染色で直腸癌は低分化型腺癌で, CEA, CA19-9を用いた免疫組織学検討により本症例は重複癌であることが証明された。術後14カ月再発を認めていない。

傍精巣横紋筋肉腫の1例: 小林康浩, 松井 隆(高砂市民), 川崎圭一郎, 小坂嘉之(神戸大小児科) 19歳, 男性。2001年11月28日右陰嚢の腫大を主訴に受診。右陰嚢内に拳大の無痛性腫瘤を触知した。精巣腫瘍と診断し, 12月2日右高位精巣摘除術を施行した。摘出標本では腫瘍は精巣外から発生しており, 病理組織診断は胎児型横紋筋肉腫であった。画像上転移は認めず, IRS分類 group 1の診断にて, 神戸大学小児科に転院の上, アクチノマイシンDとビンクリスチンからなるVA療法を施行された。末梢神経障害が出現したため, 26週で投与中止となったが, 術後14カ月の現在再発転移は認めず生存中である。自験例を含む陰嚢内横紋筋肉腫132例について検討したところ, 平均年齢は20.7歳, 患側に有意差を認めず, 発生部位を傍精巣とする症例が最も多かった。近年では精巣摘除術とアクチノマイシン

NDとビンクリスチンを中心とした化学療法を施行された症例が最も多かった。

陰嚢内 Schwannoma の1例 倉橋俊史, 田中浩之, 松本 修(三木市民), 近藤兼安(近藤) 症例は54歳, 男性。38歳時馬尾神経腫瘍の既往あり。2002年8月に陰嚢内無痛性腫瘤触知を主訴に近医を受診。陰嚢内に数珠状の硬結を触知した。超音波, MRIにて左右精巣, 精巣上体との連続性は認めず。陰嚢内良性腫瘍の診断にて2002年10月に腫瘍摘除術を施行した。術中所見では陰嚢内左右精巣の間に多房性の腫瘤を認め, 腫瘤は画像所見と同様に左右の精巣とは明らかに区別され, 腫瘤の中核側は陰嚢中隔へと連続していた。摘除標本は6×5.5×3cm, 重量は30gであった。腫瘤は多房性で, 断面は充実性で色調は黄色を示し, 内部に乳白色を呈する部分を認めた。病理組織は良性神経鞘腫と診断された。陰嚢内の神経鞘腫の報告はわれわれの調べた限りでは, 外国文献の4例および本邦の6例のみであり, 本症例は本邦7例目と考えられた。

精巣上体 Papillary cystadenoma の1例: 安田鐘樹, 藤田一郎(関西大洛西), 松田公志(関西医大), 渡部 淳(三菱京都) 25歳, 男性。11歳より左陰嚢に腫瘤自覚し, 3年前より左陰嚢腫脹, 疼痛増大してきたため, 近医受診。左精巣上体腫瘍, 左精索静脈瘤認め, 当科紹介となる。小指頭大腫瘤を精巣上体頭部に認め, doppler echoでhypervascular, MRIでT1: low, T2: high intensityを呈し, solid tumorであった。精巣, 周囲組織とは境界明瞭であり, 良性腫瘍と考え, sub inguinal incisionで左精巣上体腫瘍摘除および顕微鏡下左精索静脈低位結紮術施行。摘出標本は, 15×13×13mm, 3.5gで, 病理診断はpapillary cystadenoma of the epididymisであった。Papillary cystadenomaは, 精巣上体原発腫瘍の中でも稀なもので, 自験例を含め本邦28症例報告されている。von Hippel Lindau病を合併することがあるが, 自験例は腹部CT検査で腎腫瘍を認めていない。術前診断で画像上浸潤傾向なく, また10年以上前より存在していたので良性腫瘍と判断し精巣は温存することができた。

副腎性器症候群に合併した副腎における骨髄脂肪腫の1例: 朴英寿, 今田直樹, 田中善之, 畑 佳伸, 青木 正(西陣) 41歳, 女性。2002年6月, 発熱を主訴に当院受診, 腎盂腎炎と診断し入院となった。腹部CTおよびMRI検査で左後腹膜腔に直径15cmを超える腫瘍を認めた。両側副腎は腫大していたが, 腫瘍との連続性はなかった。内分泌検査結果より21ヒドロキシラーゼ欠損の副腎性器症候群に合併した後腹膜腫瘍と診断した。Gaシンチ上, 腫瘍への取り込みはなかった。腹部圧迫症状を生じていたことから, 10月28日に後腹膜腫瘍摘除術を施行した。摘出標本は重量1,024g, 大部分が黄色の脂肪組織で占められていた。組織学的には脂肪組織と骨髄組織が混在し, 線維性被膜の直下には副腎皮質組織が存在した。副腎に発生した骨髄脂肪腫と診断され, 検索しえた限りでは7例目の報告であった。術後経過は良好で, 退院後腫瘍の再発は認めていない。

褐色細胞腫術後18年目に発見されたパラガングリオーマの1例: 平岡健児, 田原秀一, 木村泰典, 三神一哉, 川瀬義夫, 内田 陸(松下記念), 建部 敦(同病理) 69歳, 女性。1984年に右褐色細胞腫に対し副腎摘出術を, 1996年に直腸癌に対し低位前方切除術を施行。直腸癌術後経過観察中のCTにて右腎静脈から下大静脈後面に35×20mmの腫瘍を認め2002年6月14日, 当院外科より紹介となった。血中カテコラミン高値, ¹²³I-MIBGシンチグラムでの異常集積像からパラガングリオーマと診断, 2002年9月11日に腫瘍摘出術を施行した。病理診断はパラガングリオーマであった。術後, 血中カテコラミン値は正常化, 現在再発なく外来にて経過観察中である。パラガングリオーマは副腎外褐色細胞腫とも呼ばれ, 組織所見のみでは良性悪性の鑑別が困難である。また, 術後20年以上経過して再発した症例も報告されており, 長期にわたる経過観察が必要と考えられた。

副腎原発の末梢性未分化神経外胚葉性腫瘍(pPNET)の1例: 山越恭雄, 上川禎則, 長沼俊秀, 石井啓一, 坂本 亘, 金 卓, 杉本俊

門(大阪市立総合医療セ) 39歳, 女性。2002年9月より腹満感あり近医を受診。CTにて右腎上部に巨大腫瘍および下大静脈内腫瘍塞栓を指摘され当科紹介。肝, 腎を圧排する17×14×13の境界明瞭な腫瘍を認め, 右副腎腫, 下大静脈内腫瘍塞栓と診断。人工心肺下に右房内腫瘍塞栓除去術, 後日腫瘍摘出術を施行。摘出標本は免疫染色でNSE, MIC-2(+)で末梢性未分化神経外胚葉性腫瘍(pPNET)と診断。術後, 多発性肺転移を認めたため, 化学療法を2クール施行し, CRとなり退院。副腎原発例は文献上は本症例が6例目であった。

自然破裂を契機に見えられた転移性副腎腫瘍の1例: 山下真寿男, 杉山武毅, 安福富彦(明石市民) 68歳, 男性。2002年7月に心窩部痛を主訴に当院消化器内科受診。当科的疾患精査のため当科紹介。CTなど画像診断にて右副腎腫瘍を伴う右副腎自然破裂と診断。ショック症状なく緊急性なしと判断し血腫の消退を待ち, 2002年10月に全身麻酔, 腹腔鏡下右副腎摘出術を行った。摘出標本は弾性硬の灰白色の腫瘍で中心部に壊死を認めた。病理組織は肺小細胞癌の副腎転移と診断された。胸部レントゲン写真では右肺野に腫瘍陰影を認めた。術後内科へ転科し抗癌化学療法中である。副腎は解剖学的理由により自然破裂が生じ易く, 臨床上遭遇した場合, 原因として肺癌の副腎転移も念頭におき精査の上治療方針を決定すべきであると考えられた。

後腹膜脂肪肉腫の1例: 浅妻 顕, 田上英毅, 武嶋 淳, 添田朝樹(西神戸医療セ), 奥野敏隆(同外科) 56歳, 女性。スクリーニングエコーにて右腎と肝下面との間に径10cmの腫瘍を認め受診。CT・MRI上右腎と肝下面の間の腫瘍と右腎周囲脂肪組織の不整な増生を認めた。正常右副腎が認められ, 腫瘍と肝臓との境界は明瞭であり, 副腎腫瘍や肝原発腫瘍は否定的であった。血管造影では腎被膜動脈や副腎動脈からのfeedingが認められた。腎周囲腔から発生した間葉系悪性腫瘍を第一に考え, 後腹膜腫瘍摘除術を施行した。腫瘍はその周囲すべてに癒着を認め, 右腎・上部尿管とその周囲脂肪組織・副腎・肝S6は合併切除した。病理診断は高分化型脂肪肉腫であり, 肝被膜・腎周囲脂肪組織・腎門部および上部尿管周囲脂肪組織に腫瘍細胞の浸潤を認めた。外科的切除断端は陰性であった。術後4カ月目で再発を認めていない。

後腹膜腫瘍(平滑筋肉腫)の1例: 寺尾秀治, 原口貴裕, 井上隆朗, 島谷 昇(関西労災), 棟方 哲(同病理) 38歳, 男性。2001年8月に左下腹痛, 腰痛で近医受診。腰椎椎間板ヘルニアと診断された。2002年6月に症状悪化し当院整形外科受診。MRIにて後腹膜腫瘍を疑われ当科受診となる。造影CTでは10×8cm大の周囲に造影効果のあるmassを認め, 血管造影では主に内腸骨動脈から栄養を受けていた。後腹膜腫瘍の診断のもとに, 2002年9月腫瘍摘出術および左閉鎖リンパ節郭清術を施行した。病理診断は後腹膜平滑筋肉腫であった。術後1カ月のCTにて局所再発を認めたため抗癌化学療法を施行するも1コース終了時CTにてPDであり術後3カ月で死亡した。後腹膜平滑筋肉腫は非常に稀な疾患である。治療は可能な限り外科的切除が望まれる。しかし術後再発も多く術前術後の抗癌化学療法などの必要性も示唆される。

後腹膜腫瘍と鑑別が困難であった腹腔内縫合糸腫瘍の1例: 岡田能幸, 小堀 豪, 前川正信, 前川信也, 金子嘉志, 大森孝平, 西村一男(大阪赤十字) 67歳, 男性。主訴は右腹痛。25歳時に十二指腸潰瘍にて手術歴がある。1999年6月腹痛にて当院内科受診。副腎腫瘍ならびに腹部腫瘍を認めたが経過観察とされた。2002年9月再度腹痛をきたし来院。CTにて腹部腫瘍の増大を認め後腹膜腫瘍疑い当科紹介受診。精査にて後腹膜腫瘍の可能性を否定出来ず, 2002年10月腰部斜切開にて手術を施行した。後腹膜腔を検索するも腫瘍は存在せず, 先に副腎を摘出。次に腫瘍が腹腔内にあることを確認し摘出した。腫瘍の病理診断は, 縫合糸を核とする線維性組織であり, 縫合糸腫瘍と診断した。また副腎の病理組織は腺腫であった。術後4カ月を経過し患者は腹痛も消失している。体内に残された異物により炎症が起こり形成される異物肉芽腫は, 鑑別疾患の1つとして考慮すべきと思われる。

経直腸的前立腺針生検後に敗血症をきたした1例: 遠藤雅也, 松本 稔, 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) 57歳, 男性。2002年6月近医にてPSA高値指摘。生検目的にて同月当科を紹介された。直腸診, 前立腺エコー, MRIで異常を認めなかった。生検当日浣腸にて腸処置を行い, さらに予防抗菌薬としてLVFX 300mg分3内服にて2002年7月26日前立腺針生検を行った。生検翌日の晩より39°C台の発熱を認め, さらに血圧低下, 尿量減少, さらに血小板の著明な減少, FDPの増加を認め, 敗血症によるDIC, 多臓器不全と診断しICUにて集中治療を行った。動脈血より大腸菌が分離同定され, 感受性のあるMEPM 1g/day, AZT 2g/dayを投与し軽快した。生検後10日目に抗生剤を止め, その後は経過良好, 生検後17日目に退院となった。前立腺生検数の増加の著しい現在, 合併症の対策にも十分の注意が必要と考える。

前立腺小細胞癌の1例: 清水信貴, 永野哲郎, 江左篤宣(NTT大阪), 岡本 茂(同病理), 石川泰章(石川) 83歳, 男性。2000年8月夜間頻尿, 排尿痛にて近医受診。直腸診にて前立腺は中等度肥大し石様硬であった。PSAは12.8ng/ml。生検は本人の希望で施行しなかったが, 前立腺癌を強く疑い, ホルモン療法を開始した。その後2年が経過, 2002年6月頃より排尿状態悪化, 背部痛, 腰痛も出現したため精査治療目的で7月入院となった。腹部CTで多発性の肝転移, 椎体MRIでは胸椎に圧迫骨折, 多発性の低吸収域, 骨シンチでは多発性骨転移を認めた。PSA 1.7ng/ml, NSE 263.2ng/ml。生検を施行したが, 結果を待たずして8月, 肝不全にて死亡。病理組織の結果は前立腺小細胞癌であった。前立腺小細胞癌の発生論として, 一部篩状構造を示す管内構造が認められたことより, 前立腺癌のneuroendocrine differentiationによるものと考えられる。

精巣腫瘍・前立腺癌の重複癌の1例: 齊藤亮一, 玉置雅弘, 上田朋宏(公立甲賀) 78歳, 男性。主訴は陰囊内容腫大。AFP 38, PSA 1,500。CT上, 骨盤内より腎門部レベルまで両側性かつ連続性に後腹膜リンパ節腫脹を認めた。骨転移は認めなかった。前立腺癌(Gleason 4+5, stage D2), 精巣腫瘍(immature teratoma)の重複癌と診断した。両側精巣摘除術施行後AFPが上昇したため5剤併用化学療法(COMPE)を2コース施行したところ, 画像上後腹膜リンパ節転移は消失しAFP 2.8, PSA 80まで減少した。精巣腫瘍と前立腺癌の合併例は文献上本邦では4例目, immature teratomaとしては1例目であった。

直腸狭窄の精査により発見された前立腺癌の1例: 藤原 淳, 北森伴人(国立舞鶴), 鳥山清二郎, 寺崎豊博(舞鶴日赤) 64歳, 男性。2000年6月より便柱の狭小化あり, 症状改善せず同年12月近医受診。触診で直腸全周性の狭窄を認めたため, 直腸癌の疑いで当院外科紹介となるも上部消化管内視鏡・大腸内視鏡下粘膜生検では悪性所見得られず, 泌尿器科紹介となった。尿路症状なかったが, 尿道内視鏡にて前立腺部尿道の硬化・狭窄を認め, 経尿道的前立腺超音波・MRIでは前立腺と直腸の境界が不明瞭であったため, 前立腺癌の直腸浸潤を疑い, 経会陰的前立腺および直腸粘膜下生検を施行し, 双方の組織よりPSA免疫染色陽性の腺癌が検出された。CT・骨シンチでは転移を認め, PSAも88.2ng/mlと高値であり前立腺癌stage D2と診断し, ホルモン療法による治療を開始した。2003年2月現在, 外来にてホルモン療法継続中である。

豊岡市における2002年前立腺癌検診: 柴崎 昇, 寒野 徹, 辻裕, 瀧 洋二, 竹内秀雄(公立豊岡) 2002年より豊岡市では前立腺癌検診が施行された。初年度は734名が受診し, 56名が要精査となった。このうち53名が豊岡病院を受診, 44名に生検を施行し, 21名が前立腺癌と診断された。他院で診断された1例を含め合計22例, 3.0%の割合で癌が検出された。そのほとんどがT1cあるいはT2の局所癌であり, 手術などの根治的治療が可能であった。他地域と比較して, 若干高い癌検出率であり, 早期の癌の発見が多いことより, 前立腺癌による死亡率の減少に貢献をしているかと思われる。今後, 検診の継続により前立腺癌の死亡率の減少が期待できるかどうか, 検討する必要があるだろう。

気腫性腎周囲膿瘍を来した腎結石の1例: 児玉芳季, 柑本康夫, 萩野恵三, 鈴木淳史, 平野敦之, 新家俊明(和歌山医大) 46歳, 女性。2002年9月, 発熱, 右腰背部痛を主訴に当科紹介受診。KUB, 腹部CTにて右腎結石, ガス産生を伴った右腎周囲膿瘍および左妻

縮腎が認められた。抗菌化学療法による保存的治療では感染の制御は困難であると判断し、経皮的膿瘍ドレナージおよび右腎瘻造設術を施行した。膿汁の細菌培養では streptococcus が検出された。その後炎症所見は速やかに改善したため、引き続き右腎結石に対し ESWL を施行した。3セッション後に完全排石が確認され、腎瘻を抜き退院となった。なお結石分析はリン酸カルシウム70%、炭酸カルシウム30%であった。気腫性腎周囲膿瘍は稀な疾患で、化学療法単独では感染の制御が難しいことが多い。救命および腎を温存するためにも、早急にドレナージなどの外科的処置を行うべきであると考えられた。

急性局所性細菌性腎炎 (AFBN) の1例：金 啓盛, 根来宏光, 今西 治, 中村一郎 (神戸西市民), 山中邦人 (市立西脇) 23歳, 女性。 熱発, 腰部激痛を主訴に当院内科受診。腹部超音波検査 power doppler では内部が無信号を示す径3cm大の腫瘍性病変が認められ、さらにCTではその腎腫瘍性病変および腎周囲異常陰影が認められ、腎腫瘍の自然破裂の疑いで当科入院となった。止血剤, 抗生剤にて経過観察し、入院3病日には症状は軽快した。入院21病日の腹部超音波検査 power doppler では腫瘍の縮小傾向がみられ、内部に入り込む豊富な血流が認められたため、腎腫瘍を疑い超音波ガイド下生検を行った。病理結果は悪性所見認められず、granulation tissue 所見であった。入院30病日のCTでは腫瘍陰影はほぼ同定できなくなった。臨床経過、画像所見の推移から急性局所性細菌性腎炎 (AFBN) と診断した。

尿道異物に腎周囲膿瘍を合併した1例：福井浩二, 丸山琢雄, 山本裕信, 善本哲郎, 近藤宣幸, 野島道生, 瀧内秀和, 森 義則, 島 博基 (兵庫医大) 35歳, 男性。 主訴は排尿困難, 右側腹部痛。10年前に女性から尿道内に異物を挿入され排尿困難を認めるも放置。2002年7月に右側腹部痛を認め当科入院。入院時発熱と右側腹部の圧痛を認め、腹部CTにて右腎周囲に13×10×18cm大の隔壁を伴った腫瘍を認め、骨盤CTにて膀胱壁の肥厚と尿道異物を認めた。尿道異物と右腎周囲膿瘍の診断にて2002年8月尿道切開による異物除去術, 腎周囲膿瘍切開排膿術を施行。異物はツベルクリンシリンジの内筒であった。膿瘍および尿の培養結果はともに黄色ブドウ球菌。術後1カ月後のCTにて腎周囲膿瘍はほぼ消失。本症例は長期に放置された尿道異物により長期継続的な膀胱尿道炎が起り、それが逆行性に腎盂腎炎を引き起こし腎周囲膿瘍を形成したと考える。

抗血小板薬投与中に発症した非外傷性腎周囲血腫の1例：山本圭介, 安永 豊 (清恵会), 申 勝 (大阪警察) 71歳, 男性。 TIAの既往に対して約1年前よりアスピリンを内服。2002年7月突然左側腹部痛が出現し当院に救急搬送された。腹部エコーおよび単純CTにて左腎周囲に血腫形成を認めた。明らかな外傷既往がないことより非外傷性腎周囲血腫と診断し、入院加療を開始した。造影CTおよびMRIにて明らかな腎の器質的病変を認めず、また造影剤の尿路外溢流も認めなかったため保存的治療が可能と判断した。貧血の進行は軽度であり、輸血は行わなかった。経時的なエコーにて血腫の縮小傾向を認めたため約3週間後退院となった。発症3カ月後のMRIでは血腫の著明な縮小を、6カ月後には完全消失を確認した。抗血小板薬の投与のみが原因と考えられる非外傷性腎周囲血腫は非常に稀で、とくにアスピリン単独服用例は自験例が本邦2例目である。

腎細胞癌の乳房内転移の1例：葛西 剛, 田原秀男, 岩崎 明, 梶川次郎, 岸本知己 (市立堺), 増田慎三, 龍田眞行 (同外科) 69歳, 女性。 1999年1月右腎細胞癌に対し根治的右腎摘除術を施行。StageはpT2N0M0であった。1999年5月肺転移出現。それに対しインターフェロン α -インターフェロン γ による併用療法を開始。2001年6月鎖骨上リンパ節に転移を認め、同治療を継続し病状は安定していたが、2002年3月右乳房に腫瘍を触知。当院外科紹介受診となる。マンモグラフィーにて境界比較的明瞭、辺縁軽度不整のmassを認め、穿刺吸引細胞診にてclear cell carcinomaの像を認めたため腎細胞癌の転移を強く疑い、局所麻酔下での局所切除術を施行。術後病理診断にて腎細胞癌の乳房内転移と確定診断される。現在肺転移巣に対しインターフェロン投与にてフォロー中。病状は安定している。腎細胞癌の乳房内転移は稀で、文献上本邦にて5例目であった。

腎盂に発育し水腎症を呈した右嫌色素性腎癌の1例：今村正明, 高田 聡, 石戸哲吾, 前田純宏, 奥村和弘 (天理よろづ) 患者は44

歳, 男性。2001年10月, 肉眼的血尿を認め当科受診。超音波検査にて右腎上極に径1.5cmのhyperechoicな腫瘍を認めた。腹部CTではlow densityでほとんど造影されず、出血を伴う嚢胞もしくは血管脂肪腫が疑われ、経過観察となった。2002年8月の超音波検査およびCTにて、性状は同様であるが腎盂に突出した新たな径2.5cmの腫瘍と水腎症の出現を認めた。腫瘍の発育に伴う変形もしくは新たな腫瘍の発生と考え、急激な増大傾向から乏血管性の腎癌と診断した。2002年10月12日, 腹腔鏡下右腎摘除術を施行。腫瘍は暗赤色で内部に出血を認め、腎上極より連続して腎盂へ続いていた。腎上極の腫瘍が出血を伴い発育し、腎盂へ成長したと考えられた。病理診断は嫌色素性腎細胞癌, pT1aであった。現在術後4カ月で、再発は認めていない。

嫌色素性腎細胞癌の2例：野村広徳, 石井淳一, 山崎健史, 吉田直正, 杉村一誠, 仲谷達也 (大阪市大) 症例1は66歳, 男性。 2000年12月, 高ビリルビン血症精査の腹部エコーにて径4cmの右腎腫瘍を指摘された。右腎細胞癌の診断のもと、翌年1月22日に経腰的根治的右腎摘除術を施行。病理組織診断は嫌色素性腎細胞癌, pT1a, G2, INF α , V(-)であった。術後経過良好で現在まで再発転移を認めていない。症例2は48歳, 男性。2002年9月, 健診の腹部エコーにて径6cmの左腎腫瘍を指摘された。左腎細胞癌の診断のもと、同年8月22日に経腰的根治的左腎摘除術を施行。病理組織診断は嫌色素性腎細胞癌, pT1a, G2, INF α , V(-)であった。術後経過良好で現在まで再発転移を認めていない。

術前に重複癌が疑われた腎盂内へ進展した腎細胞癌の1例：原田健一, 玉田 博, 武中 篤 (県立柏原) 83歳, 女性。 肉眼的血尿を主訴に外来受診。IVPで左腎盂の変型, RPで左腎盂内に円形の陰影欠損を認めた。カテーテル尿細胞診はclass Vであり腎盂腫瘍と診断した。腹部CTで腎盂内の腫瘍以外に腎外側にも腫瘍を認めたため、腎盂腫瘍と腎癌の重複癌あるいは腎盂腫瘍の腎実質内浸潤を疑い尿管全摘除術を施行した。両腫瘍は病理学的に同一の腎細胞癌であり、腎癌が腎盂腎杯壁を穿破し腎盂内で発育したと考えられた。TNM分類ではpT1b, N0, M0であった。無治療経過観察しており術後4カ月時点で再発転移なく生存中である。腎癌取り扱いは腎内方への浸潤に関する記載がないが、low stage 症例においてcollecting systemへの浸潤は予後不良因子と成りえるという報告もあり慎重な経過観察が必要と考えられた。

肺転移より発見された肉腫様腎細胞癌の1例：小堀 豪, 岡田能幸, 前川正信, 前川信也, 金子嘉志, 大森孝平, 西村一男 (大阪赤十字), 羽瀧友則 (京都大) 52歳, 男性。 2002年9月右肺腫瘍の病理所見より腎細胞癌からの転移が疑われ当科紹介。肺腫瘍術前の腹部造影CTでは両腎嚢胞という診断であったが、腎嚢胞が左腎嚢胞に比べ造影されている様に見えた。当科にてdynamic CTを施行したところ右腎嚢胞は造影されていると診断可能であった。右腎細胞癌T1N0M1の術前診断のもと後腹膜鏡下右腎摘除術を施行。摘出標本にて腫瘍は径2cm, 黄白色, 内部均一であり、周囲への明らかな浸潤は認めなかった。病理所見は肺腫瘍と同様に、腺癌の成分と肉腫様癌の成分が混在しており肉腫様腎細胞癌の診断を得た。現在、術後補助療法としてインターフェロン α 300万単位の投与を週2回施行中である。

Iressa が著効した進行性腎細胞癌の1例：橋村孝幸, 八木橋祐亮, 山崎俊成, 白波瀬敏明 (国立姫路) 54歳, 男性。 1997年2月根治的左腎摘除術を施行。病理診断はRCC, clear cell carcinomaであった。その後、現れた肺転移に対しては、内視鏡的切除を施行した。2001年より多発肺転移, 胸膜転移, リンパ節転移, 骨転移に対してインターフェロン, IL2を使用したが無効。2002年9月よりEGF-Rチロシンキナーゼ阻害剤であるイレッサを投与したところ多発肺転移, 胸膜転移, 縦隔リンパ節転移に対して著効を示した。EGF-receptorに対する免疫組織染色では、腎原発巣, 肺転移巣ともに陽性を示した。しかし、気管支内の転移巣に対しては無効であったのでレーザー焼却術を施行した。患者は2003年7月存命中である。

腎小細胞癌の1例：松本 稔, 遠藤雅也, 垣本健一, 小野 豊, 目黒則男, 前田 修, 木内利明, 宇佐美道之 (大阪成人病七) 79歳, 男性。 2002年8月, 右腰背部痛および食欲不振を認め当科受診。右腎

に充実性腫瘍を指摘され、精査加療目的にて当科入院。腹部CTでは右腎門部から右腎実質や傍大動脈周囲へ進展する15×9cm大の造影効果の乏しい巨大な充実性腫瘍を認めた。遠隔転移は認めなかったが、組織学的診断のため右腎生検を施行。組織HE染色では高クロマチン性の核を有する胞体の乏しい腫瘍細胞が充実性およびびまん性に増殖していた。腫瘍細胞はAE1-3, シナプトフィジンが陽性だった。病理診断は腎小細胞癌であった。本症例は、診断確定後、全身状態不良のため保存的治療に終始し、生検後6カ月目に死亡した。本症例は、腎小細胞癌として32例目であった。

腎原発 Leiomyosarcoma の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（関西医科大学）29歳，女性。2002年6月頃より、右背部の違和感、疼痛を自覚。エコーにて石灰化を疑われ、当科紹介受診。CTにて右腎に直径4.5cmの周囲は造影され、内部不均一 low density の腫瘍を認めた。右腎腫瘍の診断にて腹腔鏡下後腹膜アプローチにて右腎摘出術施行。摘出標本は184g。病理組織診断で好酸性、長紡錘形の胞体を有する腫瘍細胞が柵状に交差し免疫染色でもSM actin が陽性を示し Leiomyosarcoma と診断された。化学療法、放射線療法は行わず、8カ月経過。再発は認めていない。腎原発の平滑筋肉腫は比較的稀であり、本邦で調べた限りでは自験を含めて110例が報告されている。予後が悪く腎摘出術が第一選択である。今後、集学的治療の確立が望まれている。

成人型 Wilms' 腫瘍の1例：青山真人，葉山琢磨，中村敬弘，飯盛宏記，川村正喜（PL），石井啓一（大阪市立総合医療セ），池本慎一（市立八尾）19歳，女性。主訴、無症候性肉眼的血尿。発熱、体重減少、表在リンパ節腫脹、腹部腫瘍なし。血液生化学一般検査正常。尿沈渣 RBC 100以上/hpf, WBC 10~19/hpf。エコー、CTで右腎下極に径3.5cmの腫瘍あり、MRI T1でlow, T2でhigh intensity で境界明瞭であった。血管造影では乏血管性で一部腫瘍内部に不整な血管新生像を認めた。用手補助腹腔鏡下腎摘除術を施行した。腫瘍は径3.5×3×3cmの黄白色、充実性で内部に壊死組織を認めた。上皮性腫瘍細胞の増殖とglomeruloid, 核の退形成を認めた。腎被膜外への浸潤はなくNWTSのstage I, unfavorable histology の成人型 Wilms' 腫瘍と診断。術後化学療法は患者の強い希望で施行せず。術後4カ月を経過して再発は認めていない。

Cystic nephroma の1例：林 晃史，井谷 淳（赤穂市民），松城尚憲（同病理）49歳，女性。主訴は右腰背部痛および肉眼的血尿。乳児期に小児麻痺、29歳時右尿管結石（手術）の既往がある。2001年11月頃より右腰背部痛自覚、肉眼的血尿も出現したため、同年12月他医受診、右腎嚢胞穿刺術施行。右腰背部痛一時軽快するも再び増悪したため、2002年4月30日当科初診。腹部超音波検査・CT MRIにて右腎中央部に多房性嚢胞を認めた。正常の腎実質と病変部との境界は明瞭であった。CE-CTにて一部の隔壁の濃染を認めたため、腎癌を疑い血管造影施行、同部に血管の増生を認めた。腎嚢胞穿刺液の細胞診はclass III。腎針生検にて異型細胞を認めたため、右腎摘除術施行した。病理組織診断はcystic nephroma (Boggs & Kimmelstiel) であった。悪性所見は認めず。術後経過は良好である。

腎盂腫瘍を疑わせた腎血管筋脂肪腫の1例：古川順也，田口 功，篠崎雅史，山中 望（神鋼）68歳，女性。主訴は肉眼的血尿。各種画像検査所見にて右腎盂内に約6×5×3cm大の充実性腫瘍を認めた。腎盂腫瘍の診断のもとに2002年9月17日、右尿管全摘除術を施行。摘除標本の肉眼的所見では、淡黄色から灰白色の弾性を有する腫瘍を認め、腎盂を強く圧排していた。病理組織学的所見では、腎門部付近の腎実質から発生した腎血管筋脂肪腫であり、腎盂腎杯との連続性は認めず、腎盂粘膜に所見を認めなかった。腎盂付近の腎実質より発生した腎血管筋脂肪腫の一部には本症例のごとく腎盂方向への進展形式をとるものがあると報告されている。本症例では、腫瘍内の脂肪成分が乏しかった点、腎盂方向への腫瘍進展が認められた点より、術前診断が困難であった。

腎被膜から発生した Solitary fibrous tumor の1例：鳥山清二郎，寺崎博（舞鶴赤十字），藤原 淳，北森伴人（国立舞鶴）67歳，男性。急性胆嚢炎で当院内科受診。腹部超音波検査で、偶然左腎に突出した腫瘍を認め、当科紹介となった。検尿、尿細胞診では異常は認められなかったが、CT, MRI, Angio で悪性腫瘍が否定できず、

2002年9月18日に左腎腫瘍核出術を施行した。腫瘍は腎被膜内側より突出し、丸く腎実質とは明らかに異なる硬い充実性組織として触れた。切除した腫瘍は3.5×4.5cm大の黄白色で、表面円滑、断面は白色充実性であった。病理診断では、腫瘍細胞は免疫染色でvimentin, CD34に染まっており、solitary fibrous tumor と診断された。術後5カ月が経過したが、再発、転移は認められず生存中である。Solitary fibrous tumor のほとんどは良性であり、原発部位として胸膜が最も多い。腎臓原発のものは文献上10例の報告が見られるに過ぎない。

腎移植後の専門科診療についての検討：尾上正浩，畑中祐二，紺屋英児，西岡 伯，秋山隆弘（近畿大堺），栗田 孝（近畿大）【目的】腎移植の合併症は多様であり、それぞれの専門科によって適切な管理が行われることが望ましい。今回、われわれの施設におけるこの専門科診療の実状を検討した。【対象と方法】当科で1年以上腎移植後の経過観察を行っている32例を対象とした。各症例の診療歴から移植後、他科の外来通院を1年以上継続していた症例の主要疾患名を記録した。【結果】専門科診療を受けていたものは、32例中12例(37.5%)で、そのうち6例が2科以上の複数科を受診していた。【考察】高血圧や高脂血症のような高頻度の合併症に対する紹介率は低く不十分であることが示唆された。しかし、この問題の解決には各施設が抱える診療時間や不便性など日常診療における因子が関与しており、今後に課題を残すものと考えられた。

生体腎移植後に発生した BK ウイルス腎症の1例：森 康範，森本康裕，能勢和宏，原 靖，松浦 健，栗田 孝（近畿大）27歳，女性。2000年11月29日父親をドナーとする生体腎移植術を施行。初期免疫抑制は Tac, PSL, MZ の3剤で開始。Cr は1mg/dl 前後と安定し移植後31日目退院。2001年1月19日より免疫強化のためMZ 200mg をMMF 1.5g に変更、また胸痛・振戦を認め Tac の副作用と考え2月28日より Tac をCsA 5mg/kg に変更した。その後徐々に腎機能が低下し、2002年7月頃尿中封入体を認め、その後も数回認めため PCR 法により血液・尿中 BK ウイルスを同定し MMF 2g を1.5g に減量、また移植腎生検の結果より BK ウイルス腎症と診断した。移植腎機能を改善させるためステロイドパルス療法を併用し MMF から AZ への変更を行っており、2003年1月24日現在 Cr 1.59mg/dl である。

選択的動脈塞栓術が有効であった陰茎持続勃起症の1例：田上英毅，武縄 淳，浅妻 顕，添田朝樹（西神戸医療セ），桑田陽一郎，野上宗行（同放射線），蓮沼一行（原）17歳，男性。シーソーに騎乗して会陰部を打撲した。受傷後8日目から陰茎の持続勃起状態となり、近医受診を経て発症7日目に当科紹介となる。陰茎所見と陰茎海綿体血液ガス分析結果から、動脈流入過剰型持続勃起症と診断した。当日施行した血管造影検査で海綿体との動脈脈管を確認したため、自己凝血塊を用いた両側内陰部動脈塞栓術を施行した。術後早期に陰茎の弛緩が得られ、3カ月後には完全な勃起能を確認し、現在に至るまで再発を認めていない。若干の文献的考察を加えて報告する。

外傷性持続勃起症の1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），三浦幸子，田中健寛，福住明夫（同放射線），山田 薫（山田クリニック）患者は48歳，男性。自転車に乗車中に右方より左折してきた車と衝突。顔面擦傷、股関節打撲の診断を受けていたが、4日後に勃起が持続することに気付き9日目に当科を受診、緊急入院となった。陰茎硬度は不完全で疼痛なし。陰茎海綿体内ガス分析は動脈血に類似したものであった。流入過剰型持続勃起症を疑い内陰部動脈造影を施行したところ、両側より逆流を認めたため塞栓術を施行。自己凝血塊を用いて塞栓術を行ったが塞栓後、すぐに再開通してしまつたためゼラチンスポンジにて塞栓術を行った。術後、持続勃起症の再発を認めず、1カ月後に妻との性行為を行っており、11カ月後の現在、再発および勃起不全の発生を認めていない。

Wegener 肉芽腫症に合併した尿道狭窄症の1例：神農雅秀，福垣哲典，竹内一郎，邵 仁哲，浮村 理，河内明宏，藤戸 章，三木恒治（京府医大）21歳，女性。既往に Wegener 肉芽腫症あり。2002年4月肉眼的血尿、排尿困難で当科受診。原因検索のため膀胱鏡挿入試みるも不可。尿道造影にて著明な尿道狭窄指摘されたため当科入院

となり2002年10月9日全麻下に尿道拡張術施行。その際生検した尿道組織に肉芽組織が確認された。膀胱内はシクロフォスファミドが原因と思われる出血性膀胱炎の所見であった。既往歴、臨床所見、病理学的所見から Wegener 肉芽腫を基礎疾患とした尿道狭窄症と診断、メチルステロイドパルス療法を施行。治療後 MRI 上尿道周囲の炎症の緩和が確認できた。現地点で症状は改善しており毎週1回ブジーにて尿道の拡張を行っている。Wegener 肉芽腫症に合併した尿道狭窄はきわめて稀で文献上3例目、本邦では初であった。

尿道膀胱異物の1例：伊藤伸一郎，辻川浩三，辻村 晃，奥山明彦（大阪大） 症例は69歳，男性。2002年9月，自慰目的で尿道内に挿入したガラス管が抜去困難となり，2日後尿閉を主訴に当科受診。内視鏡，KUBにて尿道から膀胱にいたる異物を認めた。穿孔の有無は不明であったが，異物の大きさ，性状より内視鏡的除去は困難であったため，緊急で全身麻酔下に膀胱高位切開術を施行。術中所見では，膀胱・尿道穿孔を認めず，容易に除去可能であった。異物は一端の尖ったガラス管で文房具の一種であり，径1cm，長さ15cmであった。尿道膀胱異物は，諸家により報告されているが，当科35年の経験では自験例を含めわずか6例のみであった。また，尿道・膀胱穿孔をおこした異物の多くは体温計などの先端が鋭利なものである。自験例も同様に穿孔しやすい異物であったにもかかわらず，観血的手術にて容易に除去可能であった。

結石形成を伴った男性尿道憩室の1例：堀 大輔，畑山 忠（高槻赤十字） 64歳，男性。数十年来放置していた陰茎腹側基部の大豆大の無痛性腫瘍が疼痛を伴い増大してきたため当院受診した。尿道造影・MRIでは前部尿道腹側に石灰化像を伴った膿瘍を疑わせる腫瘍を認めた。両検査では明らかには尿道との連続性が認められなかったが尿道鏡にて腫瘍近傍の尿道粘膜にスリット状の瘻孔を認めた。よって傍尿道膿瘍が尿道へ穿破したものを最も疑い腫瘍切除術を施行した。腫瘍は周囲組織・尿道と高度に癒着しており一部尿道を合併切除・縫縮した上で腫瘍を摘除した。摘出標本は嚢状で内部には感染結石が充満しており病理組織学的診断からも尿道憩室に高度の炎症を伴ったものと考えられた。術後現在に至るまで尿道憩室の再発はなく，尿道狭窄などの合併症も認められていない。男性尿道憩室結石は比較的に稀な疾病で検索しえた限りでは自験例は本邦70例目であった。

口蓋粘膜を用いた尿道形成術の1例：根来宏光 杉野善雄，岩村博史，諸井誠司，岡 裕也，川喜田陸司（神戸中央市民），間藤尚美，月江富男（同形成外科），福澤重樹（島田市民），竹内秀雄（公立豊岡） 45歳，男性。2001年1月，単車事故による骨盤骨折，後部尿道損傷にて当院転送される。受傷時は大量出血のため，膀胱瘻のみを作成した。受傷2か月後，尿道端端吻合術施行するも，3cmの吻合部閉塞となる。受傷6か月後，口蓋粘膜を用いた尿道形成術を施行した。癒着と線維化により，広範囲に剝離された移植粘膜周囲は左薄筋皮弁で補填した。術後吻合部感染で球部吻合部尿漏，狭窄を合併するも，内尿道切開術，自己ブジーにて，術後6か月現在自排尿可能である。インポテンツ，射精障害はあるがコンチネンスは保たれている。口蓋粘膜は厚い粘膜，粘膜下組織を有し，彎曲も適度であるため，後部尿道再建に適していると考えられた。

原発性女子尿道 Clear cell adenocarcinoma の1例：山口唯一郎，宮川 康，辻村 晃，松宮清美，奥山明彦（大阪大），古山将康（同婦人科），辻本裕一，青笹克之（同病理），花房隆範，三浦秀信（市立柏原） 54歳，女性。主訴は頻尿。2002年8月，他院にて膀胱前壁部の硬結を指摘された。尿細胞診陽性，CEA 高値で，CTにて尿道を全周性に取り囲む2.5×3cmの腫瘍性病変を認めた。経会陰的腫瘍針生検術施行し，腺癌と診断された。10月30日，当科紹介入院の上，膀胱尿道全摘，子宮・膈・両側付属器摘除，回腸導管増設術施行。摘出標本では腫瘍が前立腺様に尿道を取り囲んでおり，膀胱頸部への浸潤が認められた。組織学的には淡明な細胞質を有する腫瘍細胞が巣状性，管腔状，乳頭状に増殖しており clear cell adenocarcinoma と診断した。術後3か月現在，再発・転移は認められていない。

女子尿道癌の1例：横溝 智，藤田和利，後藤隆康，菅尾英木（箕面市立） 62歳，女性。2002年2月頃より頻尿，残尿感出現し，同年3月18日当科受診。エコーにて膀胱頸部に腫瘍陰影があり，両腎は軽度の水腎症を呈していた。内診にて膀胱前壁に硬い腫瘍を触知した。膀

胱鏡を試みるも，17Frの外筒は挿入不能，14Frのネラトンカテーテルは痛みのため挿入不能であった。種々の画像診断により，尿道癌，T4N0M0と診断した。経膈的針生検およびTURの病理組織は移行上皮癌であり，動注化学療法を2コース施行後，膀胱尿道子宮全摘，回腸導管増設術を施行した。病理組織は grade 3 の移行上皮癌であり，膈壁，膀胱壁への浸潤を認めた。両側尿管断端および膈壁断端に癌細胞は認めなかった。術後3か月後のCTにて再発，転移を認めなかったが，半年後のCTにてリンパ節転移が見つかったため，今後化学療法を予定している。

女子傍尿道平滑筋腫の1例：小森和彦，申 勝，高田 剛，本多正人，藤岡秀樹（大阪警察） 44歳，女性。2000年頃より外陰部の不快感・違和感を自覚。2002年4月近医で外尿道口後壁から膈前壁にかけて充実性弾性軟なクルミ大の腫瘍を指摘され，当科に紹介となった。MRIでは尿道後壁と膈前壁の間にT1で低信号，T2で低～中程度の信号強度を有する比較的均一な腫瘍を認めた。2002年7月腰麻下にて経膈的に腫瘍摘除術を施行。腫瘍は径4cmで，重量33.6g，病理診断は平滑筋腫であった。術後6か月の現在明らかな再発を認めていない。自験例は本邦では128例目で，本邦報告例を集計したところ，年齢に関しては30歳代にピークがあり，50歳未満が約8割を占めていた。主訴に関してはそのほとんどが，無痛性腫瘍触知であった。また発生部位は後壁，前壁，側壁の順で，摘除された腫瘍重量は20g未満が半数以上を占めていた。

外傷後の腎盂尿管移行部狭窄症に対し腹腔鏡下腎盂形成術を施行した1例：寺川智章，石田敏郎，土橋正樹，原 章二，田中一志，原 勲，川端 岳，荒川創一，守殿貞夫（神戸大），曾我英雄，山崎 浩（神戸労災），藤澤正人（川崎医大） 25歳，男性。交通事故にて左腎損傷。その後，左腎被膜外血腫を生じ，保存的治療にて軽快。受傷4年後，左腰部痛を主訴に受診し，DIPにて左腎描出されず，USにて左水腎症をみとめた。RPにて左腎盂尿管移行部狭窄症と診断され，Balloon Dilation 2回施行するも改善せず，当科紹介受診となる。Laparoscopic pyeloplasty を施行し，術後5か月経過した現在水腎症は改善し，自覚症状は消失し経過良好である。

多発性尿管憩室の1例：萬原宏一，福原慎一郎，森 直樹，原 恒男，山口賢司（市立池田） 症例は76歳，男性。既往歴として73歳時に尿管結石があり，2000年9月排尿困難を主訴に当科受診。初診時現症では胸腹部理学所見に異常は認めなかった。前立腺は鶏卵大に腫大していた。精査のため排泄性尿路造影を施行。右尿管は重複尿管であり，尿管壁より突出する嚢胞様の変化を複数認めた。また，同部の造影剤の排出は遅延しており，以上より右尿管の多発性尿管憩室と診断した。多発性尿管憩室は稀な疾患であり，本邦では自験例も含め25例が報告されている。発生原因としてはさまざまな説があるが，いずれも尿管内圧の上昇が発生に寄与していると考えられる。診断は逆行性腎盂造影または排泄性尿路造影で行われており，併存する疾患の精査時に偶発的に発見されていることが多い。本疾患に対しては，ほとんどが積極的な治療は行わずに経過観察されている。

尿管狭窄症に対して回腸を用いて腹腔鏡下尿管置換術を行った1例：矢西正明，中川雅之，西田晃久，大口尚基，河 源，六車光英，松田公志（関西医大） 33歳，女性。2000年5月当院産婦人科にて卵巣嚢腫と診断され，エコー・CTにて左水腎症・尿管癒着指摘，当科紹介受診となった。ステント留置し，両側卵巣嚢腫摘出術・左尿管癒着剝離術施行。ステント抜去となったが，左腎盂腎炎となりPNS留置。LH-RH療法施行し，PNS抜去となるも再び左腎盂腎炎となり，ステント留置。以後定期的にステント留置となる。尿管狭窄症に対して根治目的にて腹腔鏡下回腸尿管置換術を施行した。手術時間は6時間55分，出血量は少量であった。術後DIP・RI上改善傾向認めため，腹腔鏡下回腸尿管置換術は広範囲に及ぶ尿管狭窄症に対して良い適応となると考える。

外尿道口より脱出した長大な尿管ポリープの1例：種田倫之，相馬隆人，内田潤二，飛田収一（京都市立），山田 仁（武田総合） 23歳，女性。血尿，外尿道口からの腫瘍脱出，排尿困難を主訴に受診した。DIP，CTスキャンにて腸骨動脈交叉部付近を基部とする尿管ポリープの診断を得た。なお水腎症，結石は認めなかった。2002年10月10日腰麻下で，硬性尿管鏡を使用して経尿道的に切除した。切除組

織は長さ72mm,幅15mm,厚さ7mmで,病理診断は,線維上皮性ポリープであった。術後18日目に尿管ステントを抜去し,術後47日目に施行したDIP上異常所見を認めなかった。長大な尿管ポリープの報告は文献上本邦77例目,外尿道口から脱出した例は本邦6例目にあたり全て女性であった。

左下大静脈に合併した左腎盂腫瘍の1例:園田哲平,熊田憲彦,竹垣嘉訓,田部茂,金澤利直,柏原昇(吹田市民)80歳,女性。他院の腹部CTにて左腎に腫瘍を指摘され,当院紹介受診。当院での諸検査に左腎盂腫瘍と診断し2002年2月22日,手術目的にて入院。入院前より,腹部CTにて左下大静脈が疑われていたために,下大静脈造影を施行し,その存在を確認した。以上より左下大静脈に合併した左腎盂腫瘍であると診断し,同年3月22日左腎尿管全摘除術および膀胱部分切除術施行。病理組織および病期診断はTCC,G2,pT2,No,Moであった。下大静脈の奇形は,1.5~2.4%に認められるとされており,それほど稀ではないと考えられ,後腹膜腔での手術に際しては,静脈系の奇形を念頭におき解剖学的な検討を十分に行うべきだと思われた。

腎摘除術後に遺残尿管に発生した尿管腫瘍の1例:前田純宏,井本卓,今村正明,石戸谷哲,奥村和弘(天理よろづ),高田聡(平尾)62歳,男性。11年前に左腎細胞癌に対し腎摘除術を施行。組織診断はclear cell carcinoma grade 1 pT2。2002年5月健診で顕微鏡的血尿を指摘され当科を受診。尿沈渣で赤血球150~200/HPP,尿細胞診にてclass 5。膀胱鏡にて尿管口より突出する乳頭状腫瘍を確認。造影CTにて遺残尿管内に腫瘍を疑う陰影を認めた。7月31日左遺残尿管摘除術を施行。病理診断はTCC,papillary type,grade 2 pT2。断端の膀胱筋層に腫瘍の浸潤像を認め動注化学療法・放射線治療を術後に施行した。術後6カ月腫瘍の再発を認めていない。腎癌に対する腎摘除術後の遺残尿管腫瘍症例は海外・本邦を合わせて7例の報告があり,全例とも組織形が移行上皮癌。6例は血尿が主訴。三重癌症例が3例。本疾患は非常に稀であるが,腎摘除術後の血尿に対して遺残尿管の病変を考慮する必要があると思われた。

左巨大尿管に発生した尿管癌の1例:牛田博,小泉修一(宇治徳洲会),大嶋正二郎(大嶋診療所)58歳,男性。肉眼的血尿を主訴に近医受診。尿細胞診class Vにて当科紹介。腹部超音波,CT,MRIにて左水腎症,巨大尿管を認め内部に腫瘍性病変も指摘された。巨大尿管症の原因としての膀胱尿管逆流症や尿管膀胱移行部狭窄症の有無を調べるためVCGとRPを施行したが,逆流は認めず,5Fr尿管カテーテルもスムーズに挿入できた。左尿管尿細胞診はTCC,class Vにて左巨大尿管に発生した尿管癌の診断のもと左腎尿管全摘術を施行した。病理診断はTCC,papillary G2,pTaであった。巨大尿管症に尿管癌が発生しやすいという報告はなく因果関係は説明できなかった。

集学的治療によりCRを得た浸潤性骨盤内扁平上皮癌の1例:千葉公嗣,小野義春,田中宏和(兵庫県立加古川),安田大成(同病理)49歳,女性。右腰痛を主訴に近医受診,エコーにて右水腎症・骨盤内腫瘍を指摘され2002年6月21日当科入院。精査にて膀胱の右後方に50×40mmの腫瘍を認め,骨盤内扁平上皮癌の膀胱浸潤と診断。動注併用MEC療法(25%動注,75%静注)3コース施行後,動注併用放射線療法(Radiation;右骨盤腔に40Gy,動注;CDDP 20mg/body/day 1回/2 weeks THP 10mg/body/day 1回/1 week)を施行した。化学+放射線療法にて画像上CRが得られたが,右腎が無機能であり,viable cellの残存も否定できなかったため11月7日右腎尿管全摘+膀胱部分切除+子宮・両側付属器切除を施行。病理組織にてviable cellを認めず,pathological CRと診断した。術後Adjuvant療法は施行せず,現在術後3カ月癌なし生存中である。

尿路上皮腺癌2例について(原発か転移か?):南高文,上島成也,松浦健,栗田孝(近畿大),尾上正浩(近畿大塚),松田久雄(榎本)症例1は62歳,男性,現病歴は2002年5月,右側腹部痛にて精査目的のため,前医にてDIP施行,右尿管造影されず,同年6月RP施行,右尿管に欠損像を認め尿管腫瘍疑い,同年6月右腎尿管全摘術を施行した。病理所見にてadenocarcinoma of the ureter G2,INFβ,pT3b,pL2,pV0と診断した。術後,補助療法としてCAP療法施行,現在も再発は認めない。症例2は69歳,女性,現病歴は

2002年6月,頻尿,肉眼的血尿にて当科受診,膀胱鏡にて後壁に腫瘍認め同年10月,前方骨盤腔内臓器全摘術を施行した。病理組織にて,尿路上皮化生を認め,腫瘍細胞が粘膜側に著明であることからadenocarcinoma of the urinary bladder, G3, INFγ, pT3aと診断した。本症例に対しても術後補助療法としてCAP療法を施行中であるが再発は認めない。

耳原総合病院における15年間の手術統計:堀川重樹,際本宏,永井信夫(耳原総合) 当科開設の1988年7月から2002年12月までの15年間の総手術件数3,236例,8年間の総ESWL件数850例について統計を行ったので5年毎の推移などを中心に報告する。

1986年から2001年における関西医科大学付属香里病院の手術症例集計報告:島田治,土井浩,室田卓之,大原孝(香里),西田晃久,山中滋木,檀野祥三,大口尚基,藤田一郎,内田潤二,芦田眞,岡田日佳,小山泰樹,松田公志(関西医大) 関西医科大学付属香里病院において1986~2001年までに実施した手術症例2,945例につき検討した。前立腺生検やESWLなどは今回の集計から除外した。年齢は0歳から92歳で平均は58歳であった。性別は男性2,291人,女性654人であった。手術手技では,内視鏡手術は1,437例で開放手術は1,319例であった。主要疾患に対する手術において悪性疾患手術は全手術の約5割であった。悪性疾患手術のうちTUR-Btの占める割合は約5割であった。当病院の特徴として,紹介患者の占める割合が高く,早期発見率が高いと考えられた。

外傷性膀胱・直腸破裂術後,回腸Blind loop部に小腸膀胱瘻を生じた1例:熊野晶文,白川利朗,田中一志,原勲,川端岳,岡田弘,守殿貞夫(神戸大),生田繁(同外科),藤澤正人(川崎医大)34歳,男性。1999年2月8日交通事故により,骨盤骨折,膀胱破裂,直腸破裂を生じ,他院にて人工肛門造設術,膀胱修復術,骨盤骨接合術を施行した。術後,病巣感染により2度(3,6月)骨盤内掻爬術を施行し,イレウス症状出現のため同年7月19日に回腸上行結腸バイパス術および人工肛門閉鎖術を施行された。その後,2000年2月頃より糞尿出現し,発熱も認めるようになった。今回,膀胱腸瘻の根治術のため2002年9月当科入院となった。術前に,膀胱鏡にて瘻孔部位の確認はできたが,瘻孔の腸管側の部位を断定できなかった。術中所見では,回腸上行結腸バイパス部位と回盲部の間で回腸がblind loopを形成しており,同部位と膀胱との瘻孔が確認された。

膀胱腫瘍との鑑別が困難であったS状結腸膀胱瘻の1例:安田孝志,高田仁(第二岡本),塚本賢治(同外科),本井重博(同内科),藤戸章(京府医大)66歳,男性。2002年8月血尿にて近医受診。尿路感染症として治療されるも軽快せず,同年9月当科受診。便秘の狭小化,気尿を認めたため同年10月入院。CTでは膀胱腔内に突出する隆起性病変を認め,膀胱鏡では三角部より右側壁にかけて浮腫性の広基性非乳頭性病変を認めた。注腸造影検査では,S状結腸に多発する憩室と一部造影剤の流出を認めた。大腸内視鏡施行するも狭窄のため観察不可能。組織型確定のため経尿道的膀胱腫瘍切除術施行。病理診断では非特異的炎症所見のみであった。以上よりS状結腸憩室炎によるS状結腸膀胱瘻と診断し,S状結腸切除術を施行した。現在まで自験例を含め本邦では229例のS状結腸膀胱瘻の報告がなされており,これらに対し統計的観察を行った。

多量の飲酒が原因と思われた膀胱自然破裂の1例:田中美江,相本康夫,稲垣武,藤井令央奈,平野敦之,新家俊明(和歌山医大)33歳,男性。2002年11月6日,多量飲酒後に就寝し,起床時に下腹部痛および排尿困難を自覚。近医受診し,血性腹水と血尿が認められたため当院救急部に搬送。翌日の試験開腹術では腹腔内臓器に異常なし。術後,尿道カテーテル抜去後,排尿時に強い下腹部痛を認め,11月12日当科紹介。血清クレアチニンの上昇があり,膀胱造影では造影剤の腹腔内への溢流を認めた。膀胱鏡所見では,膀胱頂部に約5mmの裂孔がみられ,11月26日膀胱自然破裂と診断。尿道カテーテルを留置し,12月5日膀胱修復術を施行。裂孔周囲の切除組織の病理学的検査では悪性所見はなかった。術後,排尿状態に問題はない。1986年以降の飲酒を原因とする膀胱自然破裂の本邦報告,12例についてまとめ,若干の文献的考察を加えて報告した。

膀胱アミロイドーシスの1例：石井淳一，野村広徳，山崎健史，成田敬介，鞍作克之，川嶋秀紀，仲谷達也（大阪市大） 80歳，男性。肉眼的血尿を主訴に1998年3月当科受診。膀胱鏡にて膀胱内に発赤部および出血部認め生検施行するも悪性所見は認めなかった。以後も年に数回血尿認めたが内服加療にて軽快していた。2002年6月尿細胞診にてclass V出現。精査目的にて入院。DIP，MRIでは悪性所見認めなかった。膀胱鏡検査にて右側壁，後壁に黄褐色，非乳頭状隆起性の粘膜不整像認め生検およびTUR-Bt施行した。病理組織学的診断は膀胱アミロイドーシスであった。全身精査において心臓，消化管などとともに問題なく術後血尿も消失したため追加療法は施行せず退院となった。現在退院後約6カ月経過しているが症状認めず，膀胱アミロイドーシスの再発は認めていない。膀胱アミロイドーシスの1例を経験したので報告する。

ビルハルツ住血吸虫症の1例：中川勝弘，西村健作，向井雅俊，植村元秀，菅野展史，三好進（大阪労災），村田良一，野村誠（同臨床検査） 23歳，男性。2000年9月アフリカ，マラウイ湖にてスキューバダイビングをした。2001年4月，検診にて顕微鏡的血尿を指摘されたが放置していた。2002年2月の検診にて再び顕微鏡的血尿を指摘されたため近医を受診し，経過観察されていたが，同年8月に顕微鏡的血尿の増強と排尿痛が認められたため当院内科紹介となった。末梢血好酸球増多と尿中にビルハルツ住血吸虫卵を認めたため，2002年9月9日当科紹介となった。膀胱後壁の発赤を伴う隆起性病変を生検し，組織内に多数の虫卵と，その周囲への形質細胞と好酸球の著明な浸潤を認め，石灰化した虫卵を中心とした肉芽腫が点在していた。悪性所見は認められなかった。プラジカンテル3,600mgを1日3回2日間内服にて虫卵は消失した。

膀胱血管腫の1例：安倍弘和，濱田修史，切目茂（済生会中津） 30歳，女性，2001年3月，肉眼的血尿，排尿困難を主訴に当科を受診。膀胱鏡検査で膀胱右側壁に5mm大の暗赤色調，乳頭状腫瘍を認めた。CT，エコー上壁外浸潤は認めず。膀胱腫瘍の診断でTUR-Btを施行した。病理組織診断は，Hemangiomaであった。膀胱血管腫は比較的稀な間葉系の腫瘍で原発性膀胱腫瘍の約0.6%に認められる。治療には手術が必須である。大きさおよび進達度により膀胱部分切除，TUR-C，TUR-Bt，cold cupなどが選択される。本症例では，壁外浸潤を疑う所見はなくTUR-Btを施行し十分な安全な手術が行えた。再発は認めていない。本邦85例目であった。

CA19-9高値を示した膀胱癌の1例：篠崎雅史，古川順也，山口功，山中望（神鋼） 72歳，男性。主訴は全身倦怠。2002年6月に肉眼的血尿，排尿時痛が出現し近医受診，多発性膀胱腫瘍を指摘された。膀胱鏡では膀胱後壁，頸部に広基性非乳頭状腫瘍の他に乳頭状腫瘍を多数認めた。TUR-BtにてTCC，G3，T2以上と診断され，同年8月8日膀胱全摘術を施行，病理診断はTCC，G3，pT4Tis，ly1，v1，n2であった。術後，全身倦怠，食思不振が持続，10月に測定したCA19-9が560U/mlと高値を示した。膵，胆道系，消化管の精査では異常を認めず，原発巣のCA19-9免疫組織染色で陽性像を認めた。M-VAC2コース施行後，CA19-9は84U/mlまで下降し，現在経過観察中である。膀胱癌における血清CA19-9陽性率は5～40%とされているが，CA19-9産生膀胱癌は進行癌や転移を有するものが多く，その予後は不良とされている。

若年性浸潤性膀胱癌の1例：中嶋正和，西山博之，新垣隆一郎，宇都宮紀明，伊藤哲之，清川岳彦，国島康晴，山本新吾，賀本敏行，羽瀨友則，小川修（京大） 29歳，男性。主訴は肉眼的血尿と排尿時痛。尿細胞診class V。膀胱鏡検査で膀胱右側に非乳頭状広基性腫瘍認め，経尿道的生検施行。異型度の高い移行上皮癌であり，前立腺への浸潤も認めた。浸潤性膀胱癌TCC，G3，T4aN0M0と診断。術前化学療法MEC3コース後，根治的膀胱全摘除術を施行。QOL重視し左側神経血管束温存・自然排尿型代用膀胱造設。腫瘍は術前化学療法にて肉眼的に消失したが，全摘標本にて残存腫瘍を認めた（pT2b，pN0，M0）。術後15カ月，転移・再発を認めず。勃起能も温存されている。膀胱癌の30歳未満での頻度は約1%と稀であり，特に浸潤性膀胱癌の頻度が低く，本症例は本邦報告6例目であった。

不幸な転帰をとったBCG膀胱内注入療法による間質性肺炎の1例：岡泰彦，藤岡一（加古川市民），角みどり，高田政文（同内

科） 70歳，男性。慢性C型肝炎の既往あり。2000年12月8日肉眼的血尿で当科初診。膀胱癌と診断し2回のTUR，抗癌剤膀胱注，右腎尿管摘除術を行うも，膀胱内に三度再発。3回目のTUR施行（TCCG2，pTa，多発性）後，2002年4月25日よりBCG80mg膀胱注開始。4回目膀胱注後より37°C台の発熱続き，抗結核療法行うも奏功せず，同年6月20日当科入院。CRP，LDH高値，軽度低酸素血症あり。胸部単純CTにて右肺野に網状スリガラス状陰影を認め，間質性肺炎（IP）の診断にてステロイド（パルス+PSL）治療を行い一旦改善し退院したが，同年9月27日急性再増悪にて再入院。諸治療もむなしく同年10月21日多臓器不全にて死亡。BCG膀胱注によるIPは0.3～0.7%と稀だが，重篤で致死的となりうる。自験例のようにIPが一旦改善後再増悪して死亡したのは本邦2例目であり，IP改善後も厳重な経過観察を要する。

BCG膀胱内注入療法後に発症した前立腺部移行上皮癌の3症例：伊藤靖彦，西山博之，沖波武，小木曾聡，木下秀文，東新，山本新吾，賀本敏行，羽瀨友則，小川修（京大） 2002年1月から12月までにBCG膀胱内注入療法後に発症した前立腺部TCCの症例3例について若干の文献的考察を含め報告する。3症例とも膀胱CISに対しBCG膀胱注療法を受け，尿細胞診陰性化するも，再陽性を認めた。前立腺部尿道TUR生検で前立腺部TCCと診断され，膀胱全摘術を施行された。2症例は癌なし生存中，1例は尿管に再発を認めた。3症例とも，前立腺部TCC発症のメカニズムは前立腺部尿道から前立腺尿管のinvolvementをきたしたものであり，直接浸潤で間質へ及ぶものに比し予後は良好と考えられた。膀胱腫瘍，特にCISに合併する前立腺部TCCは稀ではなく，CIS治療後の尿細胞診再陽性時には前立腺部TCCも疑い経尿道的前立腺TUR生検を行うべきである。

膀胱内腫瘍性病変により診断された悪性リンパ腫の1例：井上剛志，田中基幹，石橋道男，大園誠一郎，平尾佳彦（奈良医大），金田宏和（同耳鼻科），宮本謙一，団野大介（同総合診療），榎本泰典（同病理） 64歳，男性。2002年10月15日無症候性肉眼的血尿を主訴に当科初診。超音波検査にて膀胱腫瘍を認め，MRIおよび膀胱鏡検査にて膀胱右壁に広基性充実性腫瘍を認めた。汎血球減少を認め，骨髄生検を実施し悪性リンパ腫の診断を得た。尿細胞診にてnon Hodgkin Lymphomaを得，LDH1744の上昇，胸膜部，心膜転移，縦脊リンパ節腫脹，左上顎洞部の腫瘍を認めた。TUR-Bt，左上顎洞腫脹部の生検を施行し，病理学的にnon Hodgkin lymphoma (lymphoblastic lymphoma B)の診断を得た。Stage IV non Hodgkin lymphomaの診断のもと，化学療法を開始した。現在化学療法を施行中である。泌尿器症状により診断し得た，悪性リンパ腫の1例を経験した。

尿閉を契機に発見されたLambert-Eaton症候群の1例：植村元秀，西村健作，中川勝弘，向井雅俊，菅野展史，三好進（大阪労災） 患者は65歳，男性。2001年10月上旬より，排尿困難を自覚し，増強してきた。当科受診時，尿閉状態であった。逆行性尿道造影，膀胱造影においては軽度の下部尿路の閉塞，肉柱形成を認めるのみであった。膀胱内圧測定では，無収縮性膀胱が示唆された。尿閉の原因は明らかではなかったが，2002年1月11日，経尿道的前立腺切除術を施行した。術後もまもなくより便秘，上肢の脱力感などの神経症状が出現した。神経学的所見および胸部の画像所見から，肺小細胞癌によるLambert-Eaton筋無力症候群が疑われた。病理組織学的に肺小細胞癌と診断したのち，全身化学療法を4クール施行し，さらに計45Gyの放射線療法を施行したところ，排尿可能となった。また，他の神経症状も改善した。

経過観察した包茎症例：石川英二（石川クリニック） 包茎の多くは思春期までに包皮翻転可能になるが，その成長過程での包皮口の変化を検討した。1988～2002年に当クリニックを受診した包茎症例（n=242，0～32歳，平均8.8歳）の中で，2年以上（2～10年間，平均4.5年間）経過観察した47症例（0～23歳，平均8.3歳）を対象に検討した。包皮を手動的に刺離して亀頭部の露出度から分類，0度は冠状溝まで容易に露出できるもの，Ⅰ度は亀頭部の中間まで露出できるもの，Ⅱ度は外尿道口のみ露出するものとし，全く亀頭部の露出ができないものをⅢ度とした。初診時0度は0例，Ⅰ度12例，Ⅱ度26例，Ⅲ度9例であった。全例に包皮翻転指導をし，包皮口は年齢とともに全例開大，外科的治療の必要はなかった。また，亀頭包皮炎を繰り返

した6歳までの28例でも手術施行例はなかった。思春期までに包茎の包皮口は開大し、外科的治療は必要ないと考えた。

陰嚢腫大で発見された小児悪性リンパ腫の1例：田中雅登，奥見雅由，野間雅倫，原田泰規，小林義幸，佐川史郎，伊藤喜一郎（大阪府立）患者は3歳1カ月の男児。高度の腹痛と右陰嚢腫大を認め当院時間外救急受診。精巣捻転を疑い緊急入院となった。入院後、腹痛と精巣の圧痛所見の軽快を認め、同日退院。以降、外来で密に経過観察していたが、高度貧血と血清LDHの急激な上昇を認めた。右精巣の悪性腫瘍を疑い、高位精巣摘除術施行した。腫瘍は弾性硬、灰白色で著しく腫大しており精巣上体、精索にまで及んでいた。病理組織学的にはBurkitt typeのNHLと診断された。CTでは縦隔リンパ節、腸管リンパ節の腫大および脾腫を認めた。また、骨髄浸潤、中枢神経浸潤を認めなかったため、St. Jude分類stage IIIと診断し、直ちにJACLS NHL-02pプロトコールに従いMTX, ADR, GPM, VCRを中心とする化学療法を計6コース施行。完全寛解し、2003年の2月の現在明らかな再発を認めていない。

仙尾部奇形腫の術後に発生した膀胱尿管逆流症・尿道狭窄の1例：花田英紀，上仁敦義，片岡 晃，若林賢彦，吉貴達寛，岡田裕作（滋賀医大），常盤和明（京府医大小児外科）6歳，女児。近医にて急性腎盂腎炎の加療中，超音波検査で両側水腎症を認めた。尿路奇形を疑われ当科紹介受診となった。既往歴にダンベル型の仙尾部奇形腫があり，生後1カ月時に経腹的，経仙骨的アプローチにて摘出術を受けている。VCUG検査にて尿道狭窄，尿道偏位，両側VURを認めた。腎機能検査では総腎機能，DMSA腎シンチと異常所見は認めなかった。CMG検査で膀胱容量は270mlと大きく低活動型神経因性膀胱が疑われた。保存的治療を行ってもVURが消失しないため逆流防止術，尿道狭窄拡張術を施行した。逆流は消失したが，排尿機能障害が残存している。仙尾部奇形腫は泌尿器科的合併症をきたすこと

もあり注意が必要である。

同側無形成腎を伴った精嚢嚢胞，尿管精嚢異所開口の2例：吉岡伸浩，山本智将，福井淳一，加藤良成，井口正典（市立貝塚），森 康範，大西規夫，松浦 健，栗田 孝（近畿大）両症例とも以前に片側無形成腎を指摘されていた。症例1；47歳，男性。主訴は腹痛，血精液症。左腎の欠損と膀胱後面に接する2カ所の嚢胞状腫瘤を上方は仙骨部より下方は前立腺まで連続して認めた。精嚢造影，嚢胞穿刺造影では左側の嚢胞状に拡張した精嚢と小骨盤腔内で盲端に終わる左尿管および下端の拡張を認め，精嚢嚢胞，尿管精嚢異所開口と診断。症例2；60歳，男性。主訴は軽度の排尿障害。右腎の欠損と右膀胱後面を圧迫する嚢胞状腫瘤を上方は仙腸関節部より下方は前立腺まで連続して認めた。精嚢造影，嚢胞穿刺造影では仙腸関節レベルで盲端に終わる右尿管が精嚢に異所開口し精嚢は嚢胞状に拡張していた。両症例とも保存的に経過観察しているが症状の悪化，腫瘤の増大を認めていない。

左腎無形成を伴う精嚢への左尿管異所開口の1例：穴井 智，安川元信，仲川嘉紀，吉田宏二郎（大和高田市立）28歳，男性。2002年5月9日発熱と下腹部痛を主訴に近医受診し，直腸診で前立腺部に圧痛認めたため，急性前立腺炎を疑われ5月10日当科紹介受診された。腹部USにおいて膀胱左後方に嚢胞状腫瘤認めた。腹部CT・MRIでは膀胱左後方より圧排する，直径約5cmの腫瘤を認め，腫瘤は前立腺を貫通し尿道への開口が疑われた。左腎は描出されなかった。尿道膀胱鏡において，左尿管口を確認できず，膀胱三角部左側の形成不全を認めた。尿道膀胱造影では前立腺部尿道には異常を認めず，精嚢は造影されなかった。以上より左尿管の精嚢への異所開口および左腎無形成と診断し，5月28日左尿管を精管の一部を含み精嚢とともに摘出した。尿管および精嚢内には膿が充満していた。