

第185回 日本泌尿器科学会関西地方会

(2003年12月13日(土), 於 京都・府立医大)

副腎骨髄脂肪腫の1例: 尾上正浩, 山本 豊, 紺屋英児, 秋山隆弘 (近畿大塚) 53歳, 女性. 他院で高コレステロールの治療通院中腹部超音波検査上, 左腎上極の腫瘍を指摘され当科を紹介受診された. 自覚症状, 身体所見に異常を認めなかった. 腹部超音波検査, ダイナミック CT では境界明瞭で, 内部には脂肪と思われる density を呈していた. 腹部 MRI では, T1, T2 強調像とも周囲の脂肪組織と同程度の高信号を呈していた. 以上の所見より副腎由来の脂肪腫が考えられたが, 大きな腫瘍で自然破裂の危険性があること, 肉腫などの悪性腫瘍を完全に否定できないことから2003年4月7日全身麻酔下に左副腎摘除術を施行した. 摘出標本の大きさは, 108gであった. 病理学的所見は, 大部分は脂肪組織であり剖面では肉眼的に副腎を同定することが出来なかったが, 脂肪組織内に少量の骨髄組織が認められ, 副腎骨髄脂肪腫と診断された.

両側副腎腫瘍と思われた副腎梗塞の1例: 新垣隆一郎, 岡田能幸, 北原光輝, 寺田直樹, 金子嘉志, 大森孝平, 西村一男 (大阪赤十字) 52歳, 男性. 2003年7月5日頃より腰部痛出現. 痛み持続するため近医受診. 腹部 CT で右約4cm, 左約3cmの両側副腎腫脹を認めたため, 当科紹介受診. 検査所見では ACTH の軽度高値以外は異常を認めなかった. 悪性腫瘍を否定できず, 確定診断も兼ね, 右腰部斜切開にて根治的右副腎摘除術を施行. 病理組織では副腎全体にわたる皮質の脱落, 炎症性細胞の浸潤および線維化や壊死性組織を認めた. 出血巣や結核の所見は認められず, 壊死の原因として副腎梗塞が最も疑われた. 術後, Na・Cl の低下, ACTH の上昇, 左副腎の萎縮を認め, 副腎皮質機能低下と判断し, ホルモン補充療法を開始した. 両側副腎梗塞の報告はきわめて少なく, そのほとんどが基礎疾患を有しているが, 自験例は特発性両側副腎梗塞と考えられた.

副腎神経節細胞腫の1例: 吉田栄宏, 斉藤 純, 辻本裕一, 高尾徹也, 市丸直嗣, 高羽夏樹, 野々村祝夫, 奥山明彦 (大阪大), 近藤雅彦 (近藤クリニック) 37歳, 男性. 検診にて肝機能異常指摘され, 腹部 CT 施行. 右副腎腫瘍を疑われ当科紹介された. 入院時検査では血中アルドステロンが 13.2 ng/dl (2-13) 以外は正常であった. 腹部 CT, MRI では右副腎の部位に境界明瞭な腫瘍を認めた. 内分泌非活性型右副腎腫瘍の診断のもと開腹にて腫瘍摘除術施行, 摘出重量 150g, 10×8×3cm 大の充実性腫瘍であった. 病理組織診断は副腎原発神経節細胞腫であった. 副腎原発神経節細胞腫は自験例を含め本邦では147例報告されている. 副腎神経節細胞腫は本症例のように副腎偶発腫瘍として発見されることが多い. 良性腫瘍であるため術前診断法, 手術適応, 手術方法について今後さらなる検討が必要であると考えられた.

前立腺癌ホルモン療法中に発見された悪性リンパ腫の1例: 造住誠孝, 近藤 有, 山田裕二, 田中一志, 原 勲, 川端 岳, 守殿貞夫 (神戸大) 71歳, 男性. 2001年7月他院にて PSA 高値 (12.5 ng/ml) を契機に前立腺癌 (Gleason 3+3=6) と診断. 腹部 CT にて傍大動脈リンパ節腫大を認め, stage D1 に対しホルモン療法を開始された. その後速やかに PSA は低下, 2002年3月以降は 0.1 ng/ml 以下とコントロールは良好であった. PSA は正常化するも2003年3月 CT にて傍大動脈リンパ節の増大および新たに左総腸骨リンパ節の腫大を認め当科紹介. 入院時検査では sIL-2R の高値 (765 U/ml) が認められたほか異常所見は認めず. 2003年7月17日後腹膜鏡下にリンパ節生検を施行. 病理診断は Nodular lymphocyte predominant Hodgkin lymphoma であった. 現在前立腺癌についてはホルモン療法を継続中, 悪性リンパ腫については low grade malignant として無治療経過観察中.

尿管を契機に発見された骨盤腔内原発血管周皮腫の1例: 田原秀一, 竹内一郎, 平岡健児, 篠田康夫, 納谷佳男, 内田 睦 (松下記念), 建部 敦 (同病理) 55歳, 男性. 2002年10月頃より尿管を繰り返して, 同年12月に当科受診. 下腹部に小児頭大の腫瘍を触知. CT, MRI にて骨盤腔内に径約16cmの腫瘍を認め, 膀胱は前上方に圧排, 直腸は右腹側に圧排されていた. 経会陰的生検にて滑膜肉腫

の診断を得, 化学療法2クール施行も無効. 2003年5月, 腫瘍摘出術施行. 摘出標本は, 20×15×10cm で, 重量 1,240g であった. 摘出標本の病理診断は血管周皮腫であった. 術後骨盤部に 62 Gy の放射線療法を施行. 半年を経過した現在, 再発, 転移なく生存中. 骨盤腔内原発の血管周皮腫は, 本邦35例目であった.

診断に MRI が有用であった後腹膜原発神経鞘腫の1例: 上田康生, 青木 大, 梶尾圭介, 山本裕信, 古倉浩次 (宝塚市立) 70歳, 女性. 右背部痛にて当院整形外科受診, スクリーニング目的の MRI 検査にて右腎門部レベル腸腰筋に接した腫瘍を認め, 当科紹介受診となった. MRI の所見は表面平滑な 7×6cm 大の腫瘍であり, T1 強調画像にて低信号, T2 強調画像にて高信号を示し, 内部は多房性囊胞状であった. その他 CT, IVU などの諸検査にて右後腹膜腫瘍, なかでも神経鞘腫を念頭において2003年9月2日腫瘍摘出術を施行した. 腫瘍は被膜に包まれ黄色調拳拳大であり, 周陰臓器への明らかな浸潤は認めず, 一部腸腰筋と癒着を認めたが用手的に剝離, 摘出した. 病理診断は神経鞘腫であった. 術後右背部痛の改善を認めている. 神経鞘腫の確定診断は病理診断に頼らざるをえないが, MRI 検査が診断の一助として有用であることが示唆された.

囊胞を伴った後腹膜神経鞘腫の1例: 中野雄造, 源吉顕治, 伊藤登 (社保神戸中央) 75歳, 女性. 2003年2月頃より腹部膨満感認め近医受診. 腹部 CT にて後腹膜腔に囊胞認め右水腎症を伴っているため精査加療目的で6月13日当科受診し6月19日入院した. MRI にて後腹膜腔に T1 low, T2 high intensity 径 10cm の囊胞認めため, 2003年7月1日後腹膜囊胞切除術施行. 病理診断は良性神経鞘腫であった. 現在も明らかな再発, 転移なく生存中である. 原発性後腹膜囊胞は囊胞性リンパ管腫, 囊胞性奇形腫, 囊胞性神経鞘腫の順に頻度が高いとの報告がある. また神経鞘腫は稀に悪性所見を認め, 良性であっても再発を起こす場合があり腫瘍の完全切除が必要であると思われた.

精巣上体炎との関連が疑われた腸腰筋膿瘍の1例: 阿部弘一, 伊東晴喜, 伊藤吉三 (綾部市立) 55歳, 男性. 左尿管結石の既往がある. 2003年8月12日より左腰痛が出現し当院整形外科に通院していた. 同時期より右陰囊内容の腫脹をみとめたが, 22日に当科を受診した. 体温は 36.8°C で右陰囊内容の腫脹を認めたが圧痛は軽度であった. 膿尿, 血尿を呈し, 末梢血の白血球および CRP の高値を認めた. パワードプラ超音波断層法では精巣上体炎の所見を認め抗菌剤を投与したが腰痛が増悪し, 歩行不可能となり26日整形外科に入院した. その時の MRI, CT で左腸腰筋に膿瘍を認めたため, CT ガイド下に経皮的ドレナージを行った. 抗菌剤投与を続け, 膿瘍の消失後カテーテルを抜去した. 文献上精巣上体炎と腸腰筋膿瘍の合併は結核によるもの以外報告は見られないが, 尿と膿瘍の細菌培養は黄色ブドウ球菌で両者の関連が疑われた. 本症では経皮的ドレナージは低侵襲かつ有効であった.

膿腎症術後1年以上経過してから発症した MRSA による後腹膜膿瘍の1例: 伊藤伸一郎, 横溝 智, 後藤隆康, 菅尾英木 (箕面市立) 52歳, 女性. 2000年5月左尿管膀胱移行部狭窄による水腎症に伴う腎盂腎炎を発症したが, 保存的に経過観察されていた. その後も尿路感染を繰り返し, 膿腎症と診断し2002年4月左腎尿管全摘除術施行. 術前尿中にみられた MRSA による創部感染が術後7週間続いたが, 抗生剤などで治癒した. その後1年2カ月はまったく無症状であったが, 2003年7月左側腹部違和感が出現し当科再診. 腹部 CT にて脾臓付近の後腹膜腔に膿瘍が認められ, 数日後高熱も出現したため緊急入院しエコーガイド下にドレナージを施行した. 膿培養では MRSA が検出され, バンコマイシン点滴投与およびドレーン洗浄にて軽快した. 膿腎症術後1年以上にわたって潜伏していたと思われる MRSA による後腹膜膿瘍の再発は文献上他に例を見ない症例であった.

後腹膜鏡下に切除した腎癌の対側後腹膜腔転移の1例: 姜 全鎬, 倉橋俊史, 田中浩之, 松本 修 (三木市民), 鹿股直樹 (神戸大病理)

61歳、男性。左腎癌に対し1998年11月に上腹部正中切開で根治的腎摘除術を施行した。摘出標本は大きさ29×27mm、病理組織学的所見はclear cell carcinoma, pT1aであった。術後、腹部CTでフォローしていたが画像上対側の後腹膜腔への転移と考えられる結節を認め2003年7月22日に後腹膜鏡下にこれを摘除した。摘出標本は径9mm大の結節病変で病理組織上、腎癌の転移と考えられる所見であった。術後経過は良好で術後5カ月を経過した現在、再発・転移は認めていない。腎癌の対側の後腹膜腔への転移は非常に稀であり文献上2例目、本邦では初であった。腎癌の診断時やフォローアップの際に念頭に置くことが必要と考えられた。

インターフェロン- α (IFN- α) が無効でインターロイキン-2 (IL-2) が著効した腎細胞癌肺転移の1例：林 哲也、宮川 康、辻川浩三、辻村 晃、野々村祝夫、奥山明彦 (大阪大) 63歳、男性。主訴は無症候性肉眼的血尿。肺転移を伴う右腎細胞癌の診断のもと、2002年10月に根治的右腎摘除術を施行した。病理診断はclear cell carcinoma, G3>G2, INF- β , v(-), pT3a, pN0であった。術後肺転移病巣に対してIFN- α を500万単位/日で週5回連日筋注を開始した。IFN- α 投与後3カ月で肺転移病巣の増大を認めたため、2003年4月よりIL-2を70万単位/日で週5回連日点滴静注を開始した。IL-2投与後4カ月で増大傾向にあった肺転移病変は著明に縮小し、ほぼ消失した。3週間連日投与したところで退院となり、以後引き続き外来で週2回投与して経過観察となった。入院中、発熱・全身倦怠感以外に著明な副作用は認められなかった。

移植腎に発生した腎癌に対して腎部分切除術を施行した1例：吉川武志、仲島義治、澤田篤郎、西田幸代、高橋 毅、西山博之、伊藤哲之、木下秀文、山本新吾、賀本敏行、小川 修 (京都大)、羽淵友則 (秋田大) 27歳、男性。1999年実母をドナーとする生体腎移植術施行。2003年6月スクリーニングの腹部超音波検査にて移植腎背側下極に径4.6cmの腫瘍を認め、精査により腎細胞癌と診断し、移植腎部分切除術を施行した。Clear cell carcinoma, G2, pT1bであった。一般に移植患者は免疫抑制剤の使用などの理由により、悪性腫瘍の発生率が上昇することが知られており、国内の調査では特に腎癌の発生頻度の上昇が認められる。腎移植後に腎癌が発生する頻度は0.24%であり、そのうちの10%が移植腎に発生している。治療法としては多くが移植腎摘出であるが、移植腎部分切除術が施行されたという報告は文献上10例あり、考慮すべき治療法といえる。

左腎孟癌術後、右腎細胞癌を発生した血液透析患者の1例：舟尾清昭、松田 淳、小早川等 (JR 大阪鉄道) 57歳、男性。30歳で慢性糸球体腎炎のため血液透析導入、週3回血液透析施行中。2001年2月腹部CT検査で左腎に直径約4cm、周囲に石灰化を認める腫瘍性病変を認めた。左腎腫瘍の診断で3月左腎摘除術を施行。病理組織診断の結果、移行上皮癌であった。術後、膀胱鏡、左逆行性尿管造影施行したが異常所見認めず。化学療法も考慮したが、評価病変がないこと、透析患者であることを考慮し経過観察とした。2001年7月右腎の嚢胞内に腫瘍性病変を認め、多嚢胞化萎縮腎の嚢胞内に発生した腎細胞癌と診断。左腎の腫瘍は移行上皮癌であったため5月右腎尿管摘除術を施行した。病理組織診断の結果、乳頭状腎細胞癌・嚢胞随伴性腎細胞癌が混在。以後、嚴重にCT・膀胱鏡検査施行し、現在のところ他臓器への転移、局所再発などを認めていない。

腎出血を契機に見られた腎細胞癌を合併した後天性嚢胞腎 (ACDK) の1例：細川典久、前川幹雄 (京都民医連中央)、木下千春、神田千秋 (同内科) 54歳、男性。1995年より慢性腎不全にて血液透析を週3回施行。2003年2月22日突然腹痛と全身倦怠感が出現する。貧血が著名であり、右後腹膜腔に巨大な血腫を認め右腎出血の診断で即日入院となる。輸血などで保存的に経過観察を行った。その後貧血が改善され、自覚症状も消失し経過良好であったが再び腹痛を訴えるようになる。貧血も認めたため再出血が疑われ2003年4月7日経腹的に右腎摘除術を施行した。病理組織診断は後天性嚢胞腎 (ACDK) を背景に1部 papillary renal cell carcinoma が含まれているのが認められた。術後8カ月を経過し、再発、転移はなく生存中である。血液透析療法の普及に伴い長期透析患者に対するACDKが増加しておりそれに合併する腎細胞癌の増加は重要な問題となっている。

エリスロポエチン産生腎細胞癌の1例：黒木慶和、伊藤哲也、伊藤周二、森川洋二 (市立伊丹) 72歳、男性。高血圧にて近医通院中に赤血球増多症を指摘され2003年6月30日当院内科受診。RBC 507×10⁴/ μ l, Hb 18.7mg/dl, Ht 50.9%, 血中エリスロポエチンは82.4mIU/mlと高値であった。腹部造影CTで左腎内側に直径約3cmの嚢胞性腫瘍を認め、嚢胞に接して不均一に造影効果を受ける病変を認めたため当科に紹介された。T1a, N0, M0 I期の赤血球増多症を伴った左腎腫瘍と診断し、8月7日左根治的腎摘除術を施行した。病理組織学的所見はRCC, clear cell type, G2, pT1a, INF α , V(-)。抗EPO抗体を使用した免疫組織染色で腫瘍細胞に染色性を認めた。嚢胞内容液のエリスロポエチン濃度は91.6mIU/mlであった。高エリスロポエチン血症と、赤血球増多症は術後正常化した。以上の臨床経過より、本症例をエリスロポエチン産生腎細胞癌と診断した。本邦でのエリスロポエチン産生腎細胞癌の報告は、本例が31例目であった。

腎 Bellini 管癌の1例：吉田健志、西田晃久、日浦義仁、河 源、六車光英、松田公志 (関西医大)、坂井田紀子 (同病理) 65歳、男性。2003年6月、近医にてエコー上、右腎腫瘍指摘され当科受診。自覚症状なし、理学的所見・尿検査・血液所見、異常所見は認めず。腫瘍の大きさは、4.2×5.3cm。DIP：腎盂に陰影欠損認めず、造影CT：辺縁がわずかに造影、MRI：T1低信号、T2高信号、Gd造影：造影効果増強。以上より、右腎癌 (T1bN0M0) と診断、8月22日後腹膜鏡下右腎摘除術施行。摘出標本は300g。偽膜を伴い境界は明瞭で、内部は粥状～乳頭状、灰白色、充実性の腫瘍であった。病理診断は、Bellini 管癌, pT1b, G2, INF α , v(-), ly(-)。術後4カ月間、再発転移などは認めていない。

嫌色素腎細胞癌の1例：松本充弘、植田知博、中村吉宏、細見昌弘、清原久和 (市立豊中) 67歳、男性。尿路精査中腹部CTにて左腎上極に径3cm大の腫瘍を指摘された。精査加療目的にて当科入院し、左腎部分摘除術を施行。摘除標本は大きさ3×2.2cm重さ18g 充実性弾性軟で断面は淡褐色を呈していた。HE染色では腫瘍細胞は境界明瞭で細胞質が好酸性顆粒から網状の eosinophilic cell と大型で明るい細胞質の pale cell の2種類から構成されていた。コロイド鉄染色では腫瘍細胞の胞体が強陽性に染色された。またKIT染色においても陽性反応を呈したため、嫌色素腎細胞癌と診断した。現在外来にて経過を観察しているが、再発は認めない。嫌色素腎細胞癌はオンコサイトーマとの鑑別が困難であり、今後KIT染色がオンコサイトーマに対して染色陰性を呈することが明らかになれば確定診断に大きな意味を持つと思われる。

卵巣静脈直接浸潤を伴う腎細胞癌の1例：伊東晴喜、阿部弘一、伊藤吉三 (綾部市立) 65歳、女性。右腰部部痛を主訴としCTにて腎腫瘍を指摘された。2003年5月19日初診。触診上右季肋部に腫瘍を触知。造影CTにて直径8cmの右腎腫瘍と、右腎に接して正中より直径2cmのmassを認めた。3D-CT angiographyにて腎下極に接し直径2cm、長さ5cmの紡錘状のmassを認めた。右卵巣静脈への浸潤を伴った右腎細胞癌の診断のもとに、右腎動脈塞栓術を施行、同時に施行した下大静脈造影では下大静脈本幹や腎静脈に腫瘍血栓を認めなかった。右腎摘除術・卵巣静脈摘除術を施行、右腎腫瘍下端に癒着する卵巣静脈内の腫瘍血栓を認めた。病理組織検査ではRCC, clear cell type, G2, v(+), pT3bであった。腫瘍本体と腫瘍血栓の組織は同様のものであった。腎細胞癌の腫瘍血栓は一般的には腎静脈を経て下大静脈内に形成されるが自験例では下大静脈までは至っていなかったが卵巣静脈に直接浸潤し腫瘍血栓を形成していた。2003年12月現在、再発を認めていない。

Cowden 病に発生した腎細胞癌の1例：金 啓盛、松原重治、中村一郎 (神戸西市民) 51歳、女性。1988年10月当院外科にて乳癌切除され外来経過観察されていた。その後胃多発性ポリープ、顔面の丘疹、手掌の角化性丘疹、口腔粘膜の papilloma が出現し、1992年内科でCowden 病と診断された。今回CTにて偶然左腎上極に径3.5cm大の腫瘍が認められ、RCCの診断で同年6月23日左腎部分切除術施行した。病理診断はRCC, clear cell typeであった。Cowden 病の原因遺伝子としてPTEN 遺伝子の変異が関与しているとの報告もある。自験例はCowden 病に腎癌を合併したきわめて稀な症例であり、われわれが調べたかぎりでは本邦第1例目である。今後

自験例における分子生物学的検討は、腎癌の発癌機転や生物学的特徴の解明に寄与しうるものであると考えられた。

嚢胞状腎細胞癌の2例：竹垣嘉訓，熊田憲彦，園田哲平，浅井省和，金澤利直，柏原 昇（吹田市民），田部 茂（白鷺） 症例1は51歳，女性。2002年9月，人間ドックにて右腎に嚢胞性病変を指摘され当科紹介。腹部MD-CT，腎動脈造影にて嚢胞状腎細胞癌を疑い，右腎摘除術を施行した。病理組織診断は嚢胞状腎細胞癌，cystic type，clear cell subtype，G1，pT1であった。症例2は41歳，男性。2003年7月，無症候性肉眼的血尿を主訴に近医受診。腹部エコーにて左腎に嚢胞性病変を指摘され当科紹介。腹部CT，MRIにて多房性嚢胞状腎細胞癌を疑い，左腎摘除術を施行した。病理組織診断は多房性嚢胞状腎細胞癌，alveolar and cystic type，clear cell subtype，G2，pT1であった。術後経過は良好で，現在まで2例とも再発，転移なく生存中である。文献上，嚢胞状腎細胞癌はlow grade，low stageの症例が多く，予後は良好と言われている。

腎膿瘍との鑑別に難渋した腎細胞癌の1例：松本 稔，野間雅倫，平井利明，古賀 実，竹山政美（健保連中央），難波行臣（大阪大），高橋 哲（同放射線） 33歳，男性。2001年3月発熱・右側腹部痛を主訴に近医受診。右腎膿瘍の診断にて，経皮的ドレナージ術を受けるも改善傾向なく，同年5月当科初診。入院時腹部CTで嚢胞性右腎腫瘍を認めた。ゲロウタ筋膜の肥厚，右腎周囲の浸出液を認め腎膿瘍に矛盾しなかったが，悪性疾患も否定できず，右腎動脈造影を施行。所見は腎細胞癌であった。根治的右腎摘除術およびドレナージ部切除術を施行。病理診断はclear cell carcinomaであった。術後18カ月再発・転移は認めていない。本症例が膿瘍との鑑別に難渋した点は，33歳という年齢，発熱にて発症，腎膿瘍に矛盾しないCT，MRI所見であった。CT・MRIにて悪性が否定できない場合，血管造影も有用な検査であると考えた。

ACDKに発生したオンコサイトーマの1例：橋本貴彦，福井浩二，中尾 篤，丸山琢雄，野島道生，滝内秀和，森 義則，島 博基（兵庫医大），窪田 彬（同病院病理），田ノ岡征雄，平山伸一（同中央医療画像部），上野康一（甲南），藤森 明（同腎臓内科） 56歳，男性。家族歴：父に肝癌，弟に慢性腎炎。既往歴：慢性腎不全で透析歴13年。主訴および臨床経過：2003年2月に臍下の圧迫感を自覚。腹部CTにて右腎腫瘍を認め同年3月に当科受診。ACDKに合併した右腎細胞癌を疑い2003年4月9日に腹腔鏡下根治的右腎摘出術を施行。腫瘍は10.5×8.9×9.2cm。病理組織診断は腎 oncocytomaであった。術後経過は良好で術後7カ月間再発を認めていない。透析患者に発生した腎 oncocytoma は自験例を含めて8例，その中でもACDKに合併した oncocytoma は自験例が3例目と考えられた。

腎被膜より発生した平滑筋腫の1例：氏家 剛，谷川 剛，小野豊，垣本健一，目黒則男，前田 修，木内利明，宇佐美道之（大阪成人病七） 31歳，女性。2003年7月右季肋部腫瘍自覚。腹部CT，血管造影検査にて9×6×13cm大の腫瘍を右腎上極前面に認めたため，同年8月25日当科入院となった。右腎被膜より発生した後腹膜膿瘍と診断し，同年9月10日全身麻酔下に腫瘍摘除術施行。術中右腎と一部癒着を認める以外は周囲臓器との剝離は容易であった。右腎の一部をつけて腫瘍を摘出した。腫瘍の断面は平滑で光沢のある被膜を有し，重量は710gであった。病理診断は平滑筋腫であり，術後3カ月経った現在，再発の兆候を認めない。腎被膜より発生する腫瘍のうち平滑筋腫は比較的稀であり，術前画像診断においては特徴的な所見がない。本症例では右腎を温存したが，今後も慎重な経過観察が必要であると考えられた。

自然破裂をきたした腎動脈瘤の1例：萩野惠三，倉本朋末，射場昭典，柑本康夫，小倉秀章，上門康成，新家俊明（和歌山医大） 58歳，女性。耳鼻科での検査中に血圧低下，意識消失発作あり。2003年9月22日当院救急外来受診し入院。入院後の腹部CTにて右後腹膜腔に多量の血腫を認め，緊急血管造影造影を施行。腎動脈瘤の自然破裂と診断した。輸血およびカテコラミンの投与で循環動態を安定化させた後，2003年9月24日右腎摘除術および後腹膜血腫除去を施行。右腎重量285g，嚢状（saccular）の腎動脈瘤であり大きさは2.9×1.8×2.2cmだった。術後経過は良好で第16病日に退院した。腎動脈瘤の未破裂症例は腎機能温存を考慮することが望ましいが，破裂症例は

患者の全身状態が不良のことも多いため，可及的速やかに腎摘除を行うことが必要と思われる。本症例は本邦34例目の腎動脈瘤の自然破裂症例であった。

生体腎移植後に発症した水痘症の1例：牧野哲也，北本興市郎，林皓章，町田裕一，長沼俊秀，内田潤次，杉村一誠，仲谷達也（大阪市大） 39歳，男性。幼少時に水痘。2002年4月慢性腎不全のため腹膜透析導入。2003年6月30日父親をドナーとする生体腎移植術施行。同年9月2日より顔面に水疱が出現し，9月5日には体幹，四肢に広がり，精査加療目的にて入院となった。顔面，体幹，四肢に米粒大から小豆大の丘疹，水疱を多数認めた。水疱内容ギムザ染色（Tzanck test）にてウイルス性巨細胞陽性のため，水痘と診断し，アシクロビルおよび免疫グロブリン投与を開始した。第8病日には，全身の水疱は痂皮化し，第19病日に退院となった。入院時VZV（varicella zoster virus）IgM抗体陰性，IgG抗体陽性で，血清VZV抗体価は，入院時8倍，第18病日には64倍と上昇を認めた。既往歴，皮膚の状態，血清VZV抗体価から，水痘再感染と考えた。

左精巣硬結とhCG-β上昇を契機として見断された進行胃癌の1例：松下千枝，三宅牧人，田中基幹，星山文明，中西道政，多武保光宏，田中宣道，平山暁秀，藤本清秀，石橋道男，吉田克法，植村天受，平尾佳彦（奈良医大） 症例は63歳，男性，左陰囊内容腫大を主訴に初診。左精巣に硬結とhCG-β上昇・後腹膜リンパ節腫脹を認め，左高位精巣摘除術を試行したところ，病理結果はleydig cell hyperplasiaであった。その後，後腹膜リンパ節生検を行い印環細胞癌の後腹膜転移の診断を得た。ただちに消化管腫瘍の精査を行ったところ，Borrmann III型の進行胃癌が発見されたが，化学療法施行前に癌性腹膜炎によるDICを発症し，MOFにて死亡した。HCG-βの上昇は精巣腫瘍の他に胃癌，肺癌などの腺癌，または肝癌，肺癌などでも見られ，中でも胃癌は頻度が高く，また，低分化型が半数を占め，予後が悪いため，注意深い観察，検索が必要であると思われた。

セルトリ細胞腫の1例：堀井泰樹，岡田卓也（武田），木村光浩（千葉西病理） 62歳，男性。3年前よりの右精巣の無痛性腫脹を主訴として2002年9月27日初診。女性化乳房なく，LDH・HCG-β・AFPに異常はなかった。エコーで辺縁比較的境界明瞭な腫瘤像あり，転移を認めず，10月8日右高位精巣摘出術を施行した。腫瘍は最大径4.5cm，黄灰白色充実性。組織学的には，セルトリ細胞に類似した腫瘍細胞が索状管状に増殖し，硝子化傾向のある間質が認められた。軽度の核異型あり，白膜への浸潤を認めた。Mitosisは稀であった。以上より，良性のセルトリ細胞腫と診断された。本邦35例目と考えられた。追加療法なく経過観察中であるが，2003年12月9日現在再発を認めない。本邦では悪性転移症例は49歳以上でのみ見られ17例中11例（65%）で悪性とされ6例（35%）に転移を認めた。中高年者のセルトリ細胞腫は悪性である頻度が高く，慎重な経過観察が必要と考えられた。

三尖弁転移を来たした精巣悪性リンパ腫の1例：乾 秀和，川喜多繁誠，岡田日佳，河 源，松田公志（関西医大），植村芳子（同病理） 73歳，男性。2003年3月左精巣腫大指摘され当院紹介受診。精系血管に沿って傍大動脈リンパ節に至る連続腫瘍を伴う左精巣腫瘍を認めた。左精巣生検施行。病理組織検査にて，悪性リンパ腫 Anaplastic large cell lymphoma（NK/T細胞性）。検査後2日目，突然心肺停止。蘇生後の心エコーで，三尖弁，心房中隔にそれぞれ腫瘍認め，三尖弁の流出障害を認めた。経過より悪性リンパ腫の心臓転移が考えられた。検査後3日よりPrednisolone治療開始するも，急性心筋梗塞にて，治療開始7日後に死亡。精巣悪性リンパ腫は，多くがB細胞性でありNK/T細胞性は調べた限り10例の報告を認めるのみである。精巣悪性リンパ腫の心臓転移の報告例はない。

左精巣鞘膜より発生したAdenomatoid tumorの1例：林 皓章，玉田 聡，川嶋秀紀，杉村一誠，仲谷達也（大阪市大） 46歳，男性。2000年頃より左陰囊内に腫瘤を触知するも放置。徐々に増大してきたため当科受診。左精巣下端に小指頭大・無痛性・表面平滑な硬結を触知。精巣上体尾部との境界は触診上不明瞭。精巣腫瘍マーカーAFP・βhCGは正常。エコーにて，左精巣下端に径1.8×1.2cm大の腫瘤を認めた。MRIにて左精巣尾背側に径1.7cm大の境界明瞭なT1WIではほぼ等信号，T2WIで低信号，精巣上体に比べてやや低

信号な充実性腫瘍を認め、精巣白膜との低信号は保たれていた。精巣上体腫瘍を疑い左陰嚢内腫瘍摘出術を施行。病理組織は、異型性のなく、免疫染色で中皮由来の抗原が陽性。以上、術中所見と合わせて、左精巣鞘膜より発生した Adenomatoid tumor と診断。術後再発なく経過良好である。

小児傍精巣横紋筋肉腫の1例：線崎博哉，萩野恵三，吉川和朗，藤井令央奈，鈴木淳史，上門康成，新家俊明（和歌山医大） 1歳9カ月男児。2003年6月初旬より右陰嚢腫大があり，7月1日右精巣腫瘍疑いで当科入院となった。右陰嚢内容は母指頭大に腫大し，AFP， β -hCG は正常であったが右精巣腫瘍が否定できず，7月3日右高位精巣摘除術を施行した。摘出標本は右精巣は正常で，精巣に接して約3cmの白色，弾性硬の充実性腫瘍を認めた（重量7.5g）。病理診断は横紋筋肉腫（胎児型）であり，IRS術後臨床病期でgroup IAと診断された。術後補助化学療法としてVAC療法（ビンクリスチン，アクチノマイシンD，シクロフォスファミド）を施行した。術後6カ月経過するが，再発，転移は認めず生存中である。傍精巣横紋筋肉腫は比較的稀な疾患であり，本邦で文献上131例目であった。本症例は2番目に発症年齢が若い症例であった。

新生児精索捻転症の1例：内本晋也，右梅貴信，伊夫貴直和，古武彌嗣，木山賢，東治人，上田陽彦，勝岡洋治（大阪医大） 症例は生後10日目，男児。2003年8月16日正常分娩で出生。生後4日目，偶然左陰嚢内容の腫脹を指摘され，精査加療目的にて生後10日目に当科紹介受診となった。初診時，左陰嚢皮膚は暗赤色に変化し，左陰嚢内容は右側に比較し挙上しており弾性硬に触知された。超音波検査上，左陰嚢内に充実性の腫瘍を認めた。血液検査上AFP 35,784 ng/mlと高値であり精巣腫瘍も否定できず，生後19日目に手術を施行した。左精巣は鞘膜外捻転し壊死に陥っており左精巣摘除・右精巣固定術を行った。病理組織学的診断では左精巣は壊死組織に置き換わっており精索捻転症と診断した。新生児の精索捻転症は比較的稀な疾患であり本症例は本邦報告87例目にあたる。若干の文献の考察を加え報告する。

フェナセチン乱用によると思われる腎盂，尿管，膀胱腫瘍の1例：奥田康登，畑中祐二，吉岡伸浩，原靖，梅川徹，上島成也，松浦健，栗田孝（近畿大） 83歳，男性。2002年12月に血腫尿で近医受診。尿細胞診でclass III。膀胱鏡で乳頭状腫瘍を認める。TUR-Btおよび膀胱無作為生検施行。組織診断はTCC，G1であった。しかし術後も尿細胞診class IVであり，精査にて左腎盂腫瘍と診断。2003年3月に左腎尿管全摘除術，膀胱部分切除術を施行した。腎盂および尿管に腫瘍を認め，組織診断は腎盂がTCC，G3，pT3， $\text{INF}\alpha$ 尿管がTCC，G2，pT1， $\text{INF}\beta$ であった。8月に下腿に浮腫が出現。腎不全となり，血液透析導入するも，全身状態悪化し，10月18日死亡。剖検所見は右腎に乳頭壊死を認め，肺，肝臓，左上腕骨頭部および後腹膜に転移があり組織はいずれも腎盂癌由来だった。フェナセチン服用によると思われる尿路悪性腫瘍の発生は自験例を含めて，本邦で原著報告にて23例目であった。

BCG腎盂内注入療法に起因した敗血症性ショックに対してPMX-DHPが奏効した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），奥村紀子（同透析セ） 74歳，男性。2000年，膀胱CISに対しBCG膀胱療法施行し，尿細胞診は陰性化。2003年，尿細胞診が陽性化し，精査にて両側上部尿路癌を認めた。全尿路全摘は患者の同意得られず右腎尿管全摘を前提とし，左腎瘻よりBCG腎盂内注入療法を施行。途中，腎瘻自然抜去のため逆行性にBCGを注入した。同日発熱認め，抗菌薬投与にて軽快せず。翌々日，敗血症性ショックの診断にてPMX-DHPを施行し，直後より循環動態は改善した。ショック前後の時期で培養よりMycobacteriumが検出されたこと，PMX-DHP後も持続した微熱に対し抗結核療法が奏効したことより，敗血症の原因としてBCG感染が疑われた。BCG感染による敗血症性ショックに対するPMX-DHP施行例は文献上認めなかった。

腎盂に発生した炎症性偽腫瘍と考えられる1例：杉本公一，林泰司，今西正昭，門脇照雄（富田林），寒川昌明（沢田） 20歳，女性。2003年5月3日発熱と腰痛を認め近医受診。初診時，膿尿と血液生化学検査上炎症所見を認め急性腎盂腎炎の診断のもと入院にて点滴加療

となった。その後，腰痛は改善せず5月6日腹部CT施行したところ，右腎盂に腎実質とほぼ等吸収域を示す2.5×2.0cm大の腫瘍性病変を認め精査加療目的にて当院紹介となった。画像上悪性所見は否定できなかったが，患者の年齢および臨床症状より炎症性偽腫瘍の可能性を考え，抗生剤の点滴加療施行。症状改善したため一旦退院となった。退院後再度腹部CTおよびDIPにて腫瘍性病変は消失していた。本症例は臨床経過上，腎盂炎症性偽腫瘍と考えた。腎盂炎症性偽腫瘍は稀な疾患であり本邦7例目となる。

気腫性腎盂腎炎の1例：田中雅登，奥見雅由，角田洋一，原田泰規，小林義幸，伊藤喜一郎（大阪府立） 患者は71歳の女性。主訴は嘔吐，右腰部痛。既往歴は，56歳で右腎結石，61歳より糖尿病，高血圧を指摘されていた。現病歴は2002年5月20日に嘔吐，右腰部痛出現。5月22日に全身倦怠感悪化により近医に入院し，腹部CTにて右気腫性腎盂腎炎の診断で当科緊急転院となった。入院時より敗血症およびコントロール不良の高血糖を認め，ただちに治療を開始した。腹部CTでは右腎内に限局する気腫像および腎実質の著大な破壊像を認め，経皮的ドレナージを施行。多量のガスと膿汁を回収し，培養ではBacteroidesおよびE. coliを認めた。第13病日以降全身状態および検査所見もほぼ陰性化した。CRPは完全に陰性化せず，微熱の継続を認めたため，感染巣除去の目的で第30病日に右腎摘除術施行した。組織学的には腎盂尿管移行部に結石の嵌頓を認め，腎実質は完全に壊死に陥っていた。術後経過は順調であり，第59病日に退院となった。

プロテインC欠乏症による深部静脈血栓症の精査中に発見された右尿管癌の1例：竹内一郎，田原秀一，平岡健児，篠田康夫，納谷佳男，内田睦（松下記念） 52歳，女性。右下腿浮腫の増強を認め，血液検査にてD-dimerの上昇とプロテインC（PC）の抗原量，活性の低下を認めるためPC欠乏症と診断され，CTにて右尿管癌が疑われ当科紹介受診。下大静脈（IVC）フィルター留置し，腎尿管全摘，膀胱部分切除術を施行。下部尿管の周囲への強固な癒着を認めた。病理診断は尿路上皮癌，pT2N0M0，G3であった。術後徐々に体重増加と浮腫の増強，CTで血栓形成の増悪を認めたため，抗凝固療法を再開，徐々に改善した。術後5カ月で再発・転移なく生存中である。PC欠乏症という素因に，右水腎によるIVCへの圧排，下部尿管周囲の強固な癒着などの要素が加わり，深部静脈血栓症を発症したと考えられた。

Needle tract implantationした尿管癌の1例：角田洋一，小林義幸，田中雅登，原田泰規，奥見雅由，佐川史郎，伊藤喜一郎（大阪府立） 59歳，女性。主訴は右腰部皮下のしこり。2001年8月右尿管狭窄および水腎症に対し経皮的腎瘻造設。尿管癌と診断し右腎尿管全摘除術およびMVAC療法を3コース施行した。2003年5月経過観察中に上記主訴を自覚。CTにて右腰部の腎瘻刺入痕跡部に径約3cmの皮下腫瘍を認めた。同年7月17日，右背部腫瘍摘除術を施行。病理診断は前回手術時と同様の組織像を示す尿路上皮癌で，経過より尿管癌のneedle tract implantationと考えられた。術後約5カ月の現在，局所再発は認められていない。尿管癌のneedle tract implantationは比較的稀であり，自験例を含め過去に7例報告されているのみであった。腎瘻造設後に腎盂尿管癌が診断された場合，needle tract implantationのリスクを考え注意深い観察が必要と考えられた。

尿管原発Neuroendocrine carcinomaの1例：矢野公大，金沢元洪，宮下浩明（近江八幡市民），関英夫（明治鍼灸大），野本剛史，三木恒治（京府医大） 71歳，男性。排尿困難を主訴に，2003年3月当科受診。前立腺は精査するも異常なく，偶然DIPにて右無機能腎を認めた。腹部CTを施行したところ，右後腹膜腔に8cm大の腫瘍を認めた。逆行性腎盂造影では，右上中部尿管に不整狭窄を認め，右分腎尿細胞診はclass IV，Neuroendocrine carcinomaの疑いであった。尿管鏡検査でも確定診断が得られず，経皮的針生検を施行した。免疫染色にてNSE染色，Synaptophysin染色が陽性を示し，Neuroendocrine carcinomaと診断された。急速な進行を認め，2003年6月に死亡した。剖検にて，腫瘍は右尿管周囲を中心に発育しており，尿管内腔にも同病変を認め，尿管原発と診断された。尿管原発Neuroendocrine carcinomaは稀で，文献上4例目であった。

長大な尿管ポリープの1例: 伊藤 聡, 山本晋史, 杉浦清史, 吉本充, 和田誠次 (大野記念) 43歳, 女性. 突然の肉眼的血尿を主訴に来院. 尿細胞診は class II. DIP では造影剤の排泄は良好であったが, 小骨盤内の尿管に膀胱内まで連続するコルクスクリュー様の陰影欠損を認めた. 膀胱鏡検査で尿管口より細長い棍棒状の腫瘍が突出し, 尿管蠕動に伴って進退を繰り返していた. 一部を切除し, 良性ポリープとの病理診断を得た. 後日, 尿管鏡下にポリープ切除を試みたが困難であり, 開腹手術に変更. ポリープ基部で尿管部分切除および再吻合を施行した. ポリープの長さは, 診断のためにあらかじめ切除した部位を併せると約 10 cm であった. 病理検査では, 核異型を伴わない移行上皮の下に炎症細胞の浸潤や線維芽細胞の増殖を伴う浮腫状の間質を認め, fibroepithelial polyp と診断された. 術後経過は良好であり, ポリープ再発や水腎の発症を認めていない.

前立腺 Comedo type carcinoma を合併した膀胱癌前立腺浸潤の1例: 朴 英寿, 沖原宏治, 鳥山清二郎, 神農雅秀, 邵 仁哲, 三神一哉, 藤戸 章, 三木恒治 (京府医大), 豊田和明 (宇治), 戎井浩二 (山科) 77歳, 男性. 1999年, 顕微鏡的血尿を主訴に受診するも, その後精査を受けなかった. 2002年12月, 無症候性肉眼的血尿を主訴に再診. 精査の結果, 膀胱癌 (T3bN0M0) と診断. 入院後, 動脈内注入化学療法および M-VAC による全身化学療法を施行後, 2003年7月2日, 右腎尿管膀胱前立腺尿道全摘および左尿管皮膚瘻増設術を施行した. 摘出病理組織は移行上皮癌であった. 前立腺に Comedo type carcinoma の合併を認め, PSA, PAP による免疫染色を行ったが染色されなかった. 膀胱癌が前立腺浸潤し, そこから発生した Comedo type carcinoma と考えられた. 2003年12月現在, 腫瘍の再発は認めず生存中である.

シクロホスファミド (CPM) 内服にて膀胱癌をきたした1例: 谷川剛, 氏家 剛, 小野 豊, 垣本健一, 目黒則男, 前田 修, 木内利明, 宇佐美道之 (大阪府成人病七) 66歳, 女性. 1989年3月左乳癌に対して左乳房切除術施行. 1991年2月右肺部分切除術施行, シクロホスファミド 100 mg/day 内服開始となる. 1999年4月肉眼的血尿認め当科受診するも尿路癌認めず, シクロホスファミド内服による出血性膀胱炎と診断し, 以降シクロホスファミドは中止となった. 2003年6月肉眼的血尿認め, 当科受診. 膀胱鏡にて膀胱腫瘍認めた. シクロホスファミド誘発性膀胱癌の診断のもとに TUR-Bt を施行. その結果筋層浸潤を認めたため同年7月膀胱全摘回腸導管造設術を施行した. この患者におけるシクロホスファミドの総投与量は 129.5 g, 投与期間は 8年2カ月であった.

膀胱破裂を契機に発見された膀胱扁平上皮癌の1例: 白石裕介, 諸井誠司, 根来宏光, 岩村博史, 岡 裕也, 川喜田睦司 (神戸中央市民) 71歳, 女性. 42歳時に子宮癌にて子宮全摘を受けるも詳細不明. 数カ月前より近医で膀胱炎と診断されていた. 2003年4月22日腹部痛にて同院受診するも痛みが続くため同日他院受診, 腹膜炎の診断にて当院転送となった. DIP 後の単純 CT で造影剤の腹腔内溢流を認め, 膀胱破裂疑いで緊急入院. 膀胱鏡にて瘻孔と結石を確認. 瘻孔周囲から扁平上皮癌が検出されたため膀胱腫瘍による膀胱破裂と診断. 保存的治療で腹膜炎症状は軽減し, 5月13日膀胱全摘を試みるもすでに癌性腹膜炎の状態, 両側尿管皮膚瘻造設と膀胱結石除去, 瘻孔閉鎖のみ施行. 術後, 徐々に全身状態が悪化し約1カ月後に癌死した. 膀胱破裂の原因として膀胱腫瘍は稀ではあるが考慮する必要がある, その中では扁平上皮癌の割合が高く予後も不良なことが多いため留意すべきである.

排尿困難を主訴とした膀胱内反型乳頭腫の2例: 佐藤元孝, 長谷部圭司, 小森和彦, 高田 剛, 本多正人, 藤岡秀樹 (大阪警察) [症例1] 51歳, 男性. 2002年3月より排尿困難を自覚していたが同年8月より排尿困難の増悪, 肉眼的血尿が出現し, 同年9月24日当科受診. 精査の結果, 膀胱三角部にマッシュルーム型有茎性腫瘍を認め, 同年10月9日に経尿道的膀胱腫瘍切除術施行. [症例2] 60歳, 男性. 2000年10月より排尿困難自覚し, 同年12月22日排尿困難の増悪, 肉眼的血尿出現にて当科受診. 膀胱三角部に表面平滑な有茎性腫瘍を認め, 2001年1例月17日に経尿道的膀胱腫瘍切除術施行. 2例とも病理診断は内反型乳頭腫. 術後, 排尿状態は著明に改善し, 腫瘍の再発なく経過中である. 自験例を含む1999年以降の膀胱内反型乳頭腫本邦報告59例について考察するとともに, それによる排尿困難の機序を推測

した.

タンポナーデを契機に発見された膀胱平滑筋肉腫の1例: 森山泰成, 西川 徹, 土居 淳 (市立泉佐野) 症例は54歳, 男性. 2003年6月16日肉眼的血尿を主訴に救急外来受診. 膀胱タンポナーデの診断のもと当科紹介. 受診時軽度貧血 (Hb 12.4 g/dl) であったが翌日には Hb 7.8 g/dl と著大な貧血の進行を認め, また画像検査の結果, 膀胱右側壁に 4 cm 大の腫瘍と判明していたため, 6月17日緊急に膀胱部分切除術施行. 病理診断は膀胱平滑筋肉腫, pT2b であった. 核分裂像は10HPF 中1個しか認めず, low grade malignancy として術後補助療法は施行しなかった. 半年の経過をみるも再発, 転移なく生存中である. 膀胱平滑筋肉腫の本邦報告例は自験例を含め文献上113例であった.

子宮筋腫を合併し排尿障害を来した膀胱平滑筋腫の1例: 穴井智, 安川元信, 仲川嘉紀, 吉田宏二郎 (大和高田市立) 42歳, 女性. 主訴は排尿困難, 残尿感. 腹部超音波検査や骨盤 MRI において子宮頸部筋腫と診断されたが, 膀胱鏡検査において, 膀胱右前方よりの圧迫所見を認めた. コリン剤・ α_1 ブロッカー内服するも症状の改善を認めず, 単純子宮全摘除術施行し, この際, 膀胱の腫瘍を確認し, 膀胱腫瘍核出術施行した. 組織診断は膀胱平滑筋腫であった. 術後, 排尿状態は改善した. 本症例は, 膀胱平滑筋腫により排尿困難を来したのと考えられ, 子宮筋腫の合併により, 症状が悪化した可能性があった.

消化管間質系腫瘍 (Gastrointestinal stromal tumor: GIST) の患者に発症した膀胱平滑筋腫の1例: 今西 治, 寺川智章, 田口 功, 山中 望 (神鋼), 伊藤利江子 (同病理) 73歳, 男性. GIST の手術歴がある. 膀胱内腫瘍を指摘され泌尿器科的精査のため当科受診. 膀胱鏡および画像診断にて膀胱粘膜下腫瘍と診断し経尿道的切除を行った. 病理診断は膀胱平滑筋腫であった. 膀胱平滑筋腫とGISTが同じ紡錘細胞型であったことより, GIST の転移の可能性について検索を行った. 免疫染色において GIST は C-kit および CD34 ともに強陽性, α SMA は陰性, Caldesmon は弱陽性であった. 膀胱平滑筋腫は C-kit が陰性, CD34 は弱陽性, α SMA および Caldesmon はともに陽性であった. 以上より膀胱平滑筋腫は原発性であり GIST の転移ではないと診断した.

回腸導管出血の1例: 中川勝弘, 植村元秀, 菅野展史, 西村健作, 三好 進 (大阪労災), 向井雅俊 (八尾徳州会) 68歳, 男性. 2000年4月他院にて浸潤性膀胱癌に対し膀胱全摘除術および回腸導管造設術を施行された. 退院後, 回腸導管からの出血を繰り返し, 輸血および出血部位などの治療を受けたが, 再出血を認めたため2002年7月当科受診, 9月2日入院となった. CT にてストマから腹壁の静脈に連続する静脈瘤と拡張した上腸間膜静脈を認めた. ストマへ流入する動脈および静脈瘤を結紮切断の後ストマ再形成術を施行した. 術後1年3カ月間, 再出血および静脈瘤の再発なく経過している. 出血を繰り返すストマ静脈瘤は門脈圧亢進症を原因とすることが多いが, 本症例では門脈圧亢進症を呈するような原疾患は存在せず, 原因不明であった.

巨大膀胱結石の1例と当科における膀胱切石術の実情: 片山孔一 (阪和住吉), 神田英憲 (阪和第2) 73歳, 男性. 2000年に前立腺癌で両側精巣摘除術. 主訴は残尿感. 腹部 CT, 腹部単純 X 線検査で巨大な膀胱結石と両側水腎症を認めた. 2003年1月30日に腰麻下にて膀胱切石術を施行. 結石は 180 g, 85×60×40 mm であった. 膀胱粘膜には異常を認めず. 結石成分は炭酸カルシウム, シュウ酸カルシウム, リン酸塩の混合結石であった. 術後13日目の DIP では水腎症は消失していた. CMG ではほぼ正常の膀胱機能であった. 一般に 100 g 以上のものを巨大膀胱結石という. 当科においては1992年1月から2003年11月の全手術症例1,040例中, 膀胱結石症例は153例 (14.7%) と高頻度で, うち9例が膀胱切石術症例であった. 近年内視鏡手術が主流ではあるが, 巨大膀胱結石の治療として膀胱切石術は時間的, 経済的, 患者の身体的負担を考慮すれば, いまだ有用な手段である.

気腫性膀胱炎の1例: 前田陽一郎, 田中善之, 稲垣哲典, 今田直樹, 青木 正 (西陣) 72歳, 男性. 無症候性肉眼的血尿を認めたため, 2003年2月5日に当科を受診した. 初診時, 血尿は認めたが膿尿

は認めなかった。腎・膀胱超音波検査では異常を認めず、尿細胞診では class II であった。2003年2月7日に DIP を施行したところ膀胱内にガス像を認めたため結腸膀胱瘻を疑い、膀胱鏡検査を施行した。結腸膀胱瘻を認めず、膀胱粘膜の発赤と多数の気泡を膀胱壁全面に認めた。またこの日の尿検査では膿尿を認めたため、気腫性膀胱炎と診断し、抗生剤の内服を開始した。尿培養の結果は *Klebsiella Pneumoniae* であった。2月10日、血尿、膿尿は消失し、膀胱鏡検査を施行したが、膀胱粘膜に発赤は認めるものの気泡は消失していた。気腫性膀胱炎の診断には膀胱鏡所見が特徴的であり、有用であると思われる。

原発性前立腺扁平上皮癌の1例：坂野祐司，金 哲将，吉貴達寛，岡田裕作（滋賀医大），瀧本啓太，新井 豊（日野記念） 78歳，男性。2003年3月排尿困難にて近医を受診。PSA 5.3 と高値のため、前立腺針生検を施行したところ、扁平上皮癌であった。排尿困難の解除・組織再確認の目的にて TUR-P を施行。切除標本は、keratin 染色陽性で、紡錘型の細胞配列が広い範囲に認められ、肉腫様の変化を伴った扁平上皮癌と診断された。加療目的にて当科紹介初診。直腸診では、左葉に石様硬結節の突出を触知。MRI T2 で左葉を中心に low intensity な部位が広がっていた。SCC は2.0 と高値であった。病理組織と臨床所見を含めて、原発性前立腺扁平上皮癌 stage C と診断した。治療法は、年齢などを考慮し放射線療法 (70 Gy/35 freq) を選択した。治療終了後、前立腺は著明に縮小し、増悪・転移を示す所見は認められず、5カ月経過良好である。本邦において自験例は14例目の報告となる。

LH-RH analogue 投与後7週目に下垂体卒中を来した前立腺癌の1例：小堀 豪，山田 仁，東 義人（武田総合） 76歳，男性。既往歴として1994年より下垂体腫瘍を指摘されていた。2000年9月 PSA 高値のため、当科紹介。前立腺生検にて前立腺癌 (stage D2, 肺転移) を認めたため2000年11月2日より抗アンドロゲン剤開始。11月8日 LH-RH アナログを投与したところ、2000年12月22日に激しい頭痛、嘔吐出現し脳外科緊急入院。両耳側半盲および CT にて下垂体卒中を認めたため、同日緊急下垂体腫瘍摘除。病理にて腫瘍を充填するような出血を認めた。術後視野は徐々に回復。経過良好にて術後20日目に退院。術後40日目に LHRH アナログ再開し特に重篤な副作用認めず。術後約3年経過した現在、再燃を認めていない。LHRH アナログ投与後の下垂体卒中については、本邦、海外合わせて6例目の報告であった。

化学療法が奏効した血清 CEA および CA19-9 高値の前立腺癌の1例：坂元宏匡，河原貴志，中西真一，清水洋祐，東 新，清川岳彦，木下秀文，山本新吾，賀本敏行，小川 修（京都大） 68歳，男性。血尿，倦怠感を主訴に2003年1月他院初診。PSA 4.4 ng/ml，直腸診にて前立腺腫瘍を触知，生検にて低から中分化腺癌 Gleason's score 4+4 を認め，画像診断にて多発肺転移，骨転移を有する前立腺癌と診断。血清 CEA 22 ng/ml，CA19-9 476 U/ml と高値を示したが，消化管には異常なし。MAB 療法に反応せず，当科にて4月パクリタキセル+カルボプラチン療法を開始，上昇したマーカー（最高 PSA 27.6，CEA 97，CA19-9 1733）は下降し，化学療法が奏効 (PR)，12月現在も治療継続中。CEA，CA19-9 高値前立腺癌の多くは低分化で内分分泌療法抵抗性だが化学療法奏効例がある。低分化の比較的高 PSA 低値だが転移を有する進行前立腺癌では CEA，CA19-9 の測定が有用な場合があると考えられた。

内分分泌抵抗性前立腺癌に対する TEC 療法の経験：熊野晶文，玉田博，李 勝（県立柏原），原田健一（兵庫成人病セ），武中 篤（川崎医大），松下全巳（松下） 内分分泌抵抗性前立腺癌 (HRPC) の3症例に対し TEC 療法 (Paclitaxel, Estramustine phosphate, Carboplatin) を施行した。当院では PTX : 60 mg/m², EMP : 10 mg/kg, CBDCA : AUC=3.6 にて施行し，50%以上の PSA 値の低下は3例中3例，90%以上の PSA 値の低下は3症例中2例であった。3症例とも原法 (PTX : 100 mg/m², EMP : 10 mg/kg, CBDCA : AUC=6) と同様に良好な臨床効果を示した。うち2例は有害事象のため休薬および中止を余儀なくされたが，入院を必要としたものは1回のみであった。当院の regimen では通院加療も可能であり，HRPC に対し今後積極的に取り入れてもよい治療法であると思われる。

ホルモン抵抗性前立腺癌に対するエストラムスチンとドセタキセル併用療法の使用経験：寒野 徹，柴崎 昇，辻 裕，瀧 洋二，竹内秀雄（公立豊岡） [目的] ホルモン抵抗性前立腺癌5例に対しエストラムスチンとドセタキセル併用療法を施行した。[対象と方法] エストラムスチン 560 mg 分2を4または5日間経口投与し，ドセタキセルは 40~70 mg/m² を点滴静注した。1サイクルは入院中は3週間，外来では1カ月とした。[結果] 血清 PSA 値の50%以上減少を5例中4例 (80%) に認め，現在3例では外来にて継続中である。副作用は全例に grade 2~3 の白血球減少を認め，G-CSF 製剤を用いた。1例は食欲不振のため1コースで中止した。[結論] 本療法はホルモン抵抗性前立腺癌に有用であると考えられたが，エストラムスチンとドセタキセルの投与量と投与方法についてはさらなる検討が必要であると考えられた。

前立腺 Endometrioid adenocarcinoma の3例：植村元秀，中川勝弘，菅野展史，西村健作，三好 進（大阪労災），川野 潔（同病理） 71歳。排尿時痛に対して内服治療していたが，症状の増悪および肉眼的血尿が出現。PSA は 12 ng/ml。高分化型腺癌を含む類内膜腺癌 T2bN0M0 に対して，1998年5月，前立腺全摘除術を施行。その後，吻合部付近に乳頭状腫瘍が再発し経尿道的に切除した。TAB を開始し，PSA は 0.4 ng/ml 付近を推移。71歳。主訴は肉眼的血尿。PSA は 18 ng/ml。膀胱浸潤を伴う類内膜腺癌 T4N0M0 に対して2002年7月，膀胱前立腺摘除，骨盤内リンパ節郭清，回腸導管造設術を施行。再発に対して TAB を施行し反応は良好であったが，現在ホルモン不応性となった。86歳。PSA が 16.8 ng/ml のため，紹介受診。一部に高分化型腺癌を伴う類内膜腺癌 T2bN0M0 に対して，2003年7月より TAB を施行し，PSA は測定感度以下となった。

尿道内尖形コンジローマの1例：龜岡 博（亀岡クリニック），児島康行（井上），大国 剛（大国診療所皮膚科） 47歳，男性。2002年11月より外尿道口の出血に気づくも放置。徐々に出血が頻回となり同年12月5日当院初診。外尿道口5時，7時に径3mmの疣贅性病変を各1個認めるも他部位に認めず。尿道分泌液に軽度の白血球を認めるも，双球菌陰性，クラミジア陰性。抗生物質数日間投与後，局所麻酔下に切除術施行，可視範囲内において完全切除。病理診断は尖形コンジローマであった。術後2カ月間明らかな再発を認めず，翌年2月8日尿道鏡を施行。後部尿道には腫瘍性病変は認めなかったが，尿道舟状窩6時に乳頭状腫瘍を認め，後日他院において腰椎麻酔下に切除。組織診断は尖形コンジローマであった。転居に伴い術後経過観察は他院に依頼した。外尿道口コンジローマ症例においては尿道内病変有無の検討が必要であろうと思われる。

腎部慢性膿皮症に合併した尿道皮膚瘻の1例：山田剛司，北森伴人（国立舞鶴），若森 健（同皮膚科），深田良一（同外科），藤井秀岳，寺崎豊博（舞鶴赤十字） 58歳，男性。約30年前から腎部にしこりがあり浸出液の分泌がみられた。3年前から膿汁が出るようになり，1年前からしこりが大きくなった。2002年12月24日，腎部の痛み，会陰部からの尿流出を主訴に当院皮膚科受診し，腎部慢性膿皮症の診断のもと，2003年1月6日，当院外科に入院となった。広範囲皮下膿瘍ドレナージ術の後，当科紹介の上尿道造影を施行，膿皮症の浸潤による尿道皮膚瘻，尿道狭窄症と診断した。腎部への尿流出を抑えるために膀胱瘻造設術を行い，1カ月後に経尿道的尿道切開術を施行した。バルーンカテーテルを約1カ月間留置した後の尿道造影では，尿道皮膚瘻，尿道狭窄症の改善をみた。2003年11月現在，瘻孔の再発，再狭窄を認めず，腎部膿皮症も改善傾向である。

拡大尿道全摘除術を施行した男子尿道癌の1例：平山琦扶，中西弘之，井戸本陽子，森田壮平，中村晃和，野本剛史，水谷陽一，河内明宏，三木恒治（京府医大），飯田明男（国立滋賀），橋本哲也（桃仁会） 患者は57歳，男性。1997年2月，陰茎の腫脹，疼痛にて前医受診。前部尿道の尖圭コンジローマと診断された。2003年6月，陰茎全体が硬くなり，排尿困難出現，SCC 抗原の上昇を認め，当科紹介。陰茎海綿体経皮的生検にて尿道扁平上皮癌の診断を得た。MRI にて陰茎海綿体への浸潤を認めたが，陰茎根部は保たれており，T3N0M0 と診断。切除範囲を決定するため，膀胱尿道粘膜生検を施行。膀胱および括約筋より中樞側の尿道には癌浸潤を認めなかった。2003年6月30日，陰茎から前立腺まで一塊として摘出する，拡大尿道全摘除術を施行。術後約6カ月を経過した時点では再発を認めてい

ない。

A群溶血性レンサ球菌による亀頭包皮炎の3例：藤井孝祐，向井雅俊，高寺博史（八尾徳洲会） 症例1：27歳，男性。皮疹出現1週間前に風俗店にてオーラルセックスを受けた。2003年7月3日40°Cの発熱，陰茎包皮の腫大と潰瘍，左ソケイリンパ節の腫大みられ入院。CTR_X 1g/dayを4日間点滴し軽快。症例2：21歳，男性。2003年8月初旬に風俗店にてオーラルセックスを受けた。8月20日より陰茎包皮の疼痛と腫大が出現。膿の流出あり8月25日当科受診。外来にてCTR_Xを5日間点滴し軽快。症例3：33歳，男性。9月に風俗店にてオーラルセックスを受けた。2003年10月21日より陰茎包皮の疼痛と腫大が出現。外来にてCTR_Xを3日間点滴し軽快。3例とも膿培養の結果は，*Streptococcus pyogenes*であった。A群溶血性レンサ球菌による亀頭包皮炎の報告は数例しかみられない。感染源は，オーラルセックスによる性感染症と考察される。

針刺入を繰り返した陰茎内異物の1例：山口耕平，姜 全鎬，竹田雅，田中一志，山田裕二，原 勲，川端 岳，荒川創一，守殿貞夫（神戸大） 52歳，男性。青年期神経症（境界型人格障害）発症し，近医にて投薬治療中。4～5年前より衝動行為が外性器に向かうようになり，同部に針刺入を繰り返していた。2000年には陰茎内異物除去術施行されている。2003年9月に陰茎内に針刺入後自己抜去不可能となり，翌日陰茎内異物除去術施行された。手術は腰椎麻酔下，透視下に異物の位置を同定しながら行われた。摘出異物は31mmおよび29mmの針で，1本の針が折れたものであった。術後血腫形成など認めず，2日後退院となった。1983～2003年までに本邦における陰茎内異物の報告は，われわれが調べたかぎり42例あったが，針の自己刺入の報告例は見当たらなかった。

陰唇癒着症の1例：大橋康人，森下真一（鐘紡記念） 症例は84歳，女性。出産歴あり。4カ月前から排尿困難認めるため8月1日当科受診。小陰唇は全体に正中で癒着しており癒着部にはピンホール状の小孔が2カ所存在した。どちらからも尿流出を認めた。入院時尿路感染あり。血液生化学検査から低エストロゲン状態も認めた。IVPでは上部尿路に異常なく残尿も少量であった。陰唇癒着症の診断のも

と腰椎麻酔下に陰唇切開，癒着剝離術を行ったが鈍的な剝離の可能な部分もあるものの鋭的な切開も必要であった。切開した陰唇は外反するように3-0吸収糸で形成縫合した。切外尿道口，膣口に異常は認められなかった。術後の経過は良好で排尿状態は改善した。以後局所の清潔を保つよう指導しているだけであるが術後4カ月たった現在も陰唇の再癒着を認めていない。今回われわれは高齢者の陰唇癒着症を経験したので若干の文献的考察を加えて報告した。

急性虫垂炎に合併したフルニエ症候群の1例：兼子美帆，吉岡伸浩，畑中祐二，原 靖，松浦 健，栗田 孝（近畿大），石部琢也，大澤英寿（同救命救急） 67歳，男性。2003年8月2日に下腹部痛・嘔吐出現。CT施行したところ，横行結腸背側にfree air認めため，当院救命センター搬入にて，緊急開腹を行ったところ，虫垂の壊死と後腹膜腔穿孔を認めた。回盲部切除術，腹腔および後腹膜腔内洗浄とドレナージを施行。同日より右陰嚢部に軽度腫脹あり，一週間後に発赤・腫脹・疼痛が著明になったため当科紹介となった。CTにて，右陰嚢部に膿瘍貯留を認め，フルニエ症候群と診断し，緊急排膿切開を施行。連日洗浄とデブリードメントを行った。壊死組織は除去され，炎症の拡大も治まったが，腹腔内の膿瘍貯留再発を来し，鼠径部を経由して精索に炎症が継続していたため，膿瘍再ドレナージと右除精術を施行した。

MIBIシンチが有用であった異所性上皮小体腺腫の1例：楊 青眞，野田泰照，桃原実大，高田晋吾，藤本宜正，小出卓生（大阪厚生年金），小林 晏（同病理） 63歳，男性。2002年3月近医にて高カルシウム血症およびPTH軽度上昇を指摘され当科紹介受診。術前，頸部エコー，CT，MRIによる局在診断では確診を得られなかったが，MIBIシンチにて甲状腺左葉に一致してuptakeを認めた。左側上皮小体腺腫を疑い同年7月3日手術を施行した。術中，通常認められるべき部位を十分に検索し左上の正常上皮小体は見出しえたが，左下は腫大した上皮小体も正常上皮小体も認めなかったため，MIBIシンチの所見にもとづいて甲状腺内上皮小体を疑い甲状腺左葉切除を行った。結果，甲状腺内に埋没する大豆大の腫大した上皮小体を認めた。病理所見は上皮小体腺腫であった。術後，血清カルシウム，リン，PTHは正常化した。