

第190回 日本泌尿器科学会関西地方会

(2004年2月12日(土), 於 奈良県文化会館)

浸潤性膀胱癌において転移と鑑別を要した肺・肝吸虫症の1例: 田上英毅, 沖波 武, 石戸谷哲, 前田純宏, 奥村和弘(天理よろづ), 馬庭 厚(同呼吸器内科), 久須美房子(同消化器内科) 73歳, 男性. 肉眼的血尿で近医より紹介受診. 筋層浸潤を伴う膀胱癌で手術待機中に, 肺・肝腫瘍が出現. 画像所見に加えて問診と・好酸球増多から寄生虫症を疑い, 抗寄生虫抗体高値から診断に至る. 膀胱は部分切除術を施行し T2b の病理診断, 肺・肝腫瘍に対してはプラジカンテル内服を行った. 治療後1年経過して膀胱に再発なく, 肺・肝腫瘍は消失した. 診断に際しては転移を含めた悪性疾患を念頭に置きつつも, 画像所見や臨床経過の注意深い観察が有用であった.

膀胱後部に発生した Solitary fibrous tumor の1例: 富岡厚志, 安川元信, 仲川嘉紀, 吉田宏二郎(大和高田市立) 78歳, 男性. 他院での大腸検診にて骨盤腔内に腫瘍を認め2004年6月25日当院紹介となる. 直腸診にて前立腺部に鷲卵大の弾性硬の腫瘍を触知した. 血液検査に異常は認めず, CT, MRIにて膀胱背側に直径約8 cm 大の境界明瞭で内部不均一な腫瘍を認め, 膀胱後部腫瘍と診断, 2004年8月2日腫瘍摘出術を施行した. 標本は250gで断面は境界明瞭, 充実性, 被膜構造があり, 部分的に粘液変性を認めた. 病理診断組織では繊維芽細胞様の紡錘形の細胞が無構造に増殖しており, 免疫染色では CD34, bcl2, vimentin が陽性で, αSMA, S100, keratin は陰性で solitary fibrous tumor に合致する所見であった. 術後補助療法は行わず, 2005年1月現在再発は認めていない. 若干の文献的考察を加えて報告する.

診断に難渋した膀胱エンドメトリオーシスの1例: 岸野辰樹, 細川幸成, 小野隆征, 大山信雄, 百瀬 均(星ヶ丘厚生年金) 36歳, 女性. 腰椎ヘルニア精査目的のMRIにて左水腎症を指摘され, 2002年12月に当科受診. 自覚症状はなし. MRIではT1およびT2強調像で低信号を示す径約2cmの腫瘍が膀胱壁にみられた. 2003年2月経尿道的に尿管および膀胱の生検を施行. 病理診断は炎症性変化であった. 2003年10月から近医婦人科にて子宮内膜症の診断で約6カ月の薬物治療を受けた. 治療終了後に月経時の排尿時痛が出現した. 以上の病歴およびMRIの所見より膀胱エンドメトリオーシスを疑った. 2004年8月再度経尿道的膀胱生検を施行したが, 病理診断は炎症性変化であった. 膀胱エンドメトリオーシスの診断で同年10月膀胱部分切除術を施行. 術後経過は良好で月経時の排尿時痛は軽快した. 病理診断は膀胱エンドメトリオーシスであった.

大量出血を来たした Cyclophosphamide による出血性膀胱炎の1例: 山本雅司(市立奈良), 小山弘史(同外科), 原本順規, 永吉純一(高井), 木村昇紀(西奈良中央) 症例は49歳, 女性. 2002年8月より当院外科にて進行乳癌に対し, cyclophosphamide 150 mg/day を内服していたが, 2003年10月中頃より肉眼的血尿が出現してきた. 同年12月より服用を中止していたが, 血尿は改善せず, 2004年3月8日高度の貧血が見られたために緊急入院し, 膀胱タンポナーゼの状態で当科紹介受診となる. 血腫除去後, 膀胱持続灌流を施行したが改善しなかったため, 2度の経尿道的止血術を施行した. しかし, 血尿のコントロールができず, アンドレース®膀胱内注入療法を併用し, 2004年4月19日経尿道的止血術を施行したところ血尿は消失した. 総輸血量は44単位を要した. 退院後9カ月が経過したが, 肉眼的血尿はみられていない.

睡眠時無呼吸症候群(SAS)が原因と考えられる夜間頻尿症例の臨床的検討: 今西 治, 寺川智章, 田口 功, 山中 望(神鋼), 吉松昭和, 佐竹範夫(同呼吸器科) 問診により睡眠時無呼吸症候群が原因と疑われた夜間頻尿の患者9例に, 睡眠時簡易ポリグラフィーを行った. 6例で睡眠時無呼吸症候群が確認された. 経鼻持続陽圧呼吸療法を行い, 全例で夜間頻尿の改善を認めた. 睡眠時無呼吸症候群に伴う二次性夜間頻尿は予想以上に多いと考えられている. しかしこのことを自覚している患者は非常に少なく, 多くの患者は排尿のために目が覚めたと訴えている. 夜間頻尿を訴える患者には, 睡眠時無呼吸障害を疑い積極的な問診を行い検査を進めることが重要と考えられ

た.

前立腺類内膜癌の2例: 井谷 淳, 林 晃史(赤穂市民), 松城尚憲(同病理) 症例1: 85歳, 男性. 眼疾患で他病院入院中にCTで前立腺腫瘍がみられたため生検をうけ類内膜癌と診断(PSA 53 ng/ml). 酢酸クロルマジノンに続きLH-RHを1回投与後当科を紹介. 肛門部痛が高度となったため入院し, 放射線外照射(59.4 Gy)を施行. 照射後もホルモン療法は継続, 約7カ月後までPSAは下降傾向を持続したが以後消息不明(最終のPSA 0.04 ng/ml). 症例2: 68歳, 男性. 尿道出血を主訴に来院. PSAは11 ng/ml. 内視鏡で前立腺部尿道に白色の乳頭状腫瘍をみとめた. 前立腺および尿道腫瘍の生検標本から類内膜癌が検出されcT2b-4N0M0の診断で前立腺全摘除術を施行した. 摘除組織の病理診断でpw+, dw+, cap+, ur+であったため放射線外照射(59.6 Gy)を追加治療した. 術後約1年6カ月を経過して再発はみとめられていない.

集学的治療が奏功したcT4前立腺導管癌の1例: 細野智子, 田中智章, 北本興市郎, 牧野哲也, 山崎健史, 杉村一誠, 仲谷達也(大阪市大) 73歳, 男性. 前立腺肥大症で内服治療中, 2003年5月無症候性肉眼的血尿を認めた. 膀胱尿道鏡にて膀胱頸部から前立腺部尿道に連続する乳頭状腫瘍を認め, 尿道腫瘍生検・経会陰的前立腺生検を施行, 病理結果は両方ともductal carcinomaであった. PSA免疫染色は陽性, PSAは5.7 ng/mlと軽度上昇していた. CT, MRI上前立腺部尿道近傍から膀胱頸部へ広がるcT4N0M0の前立腺導管癌と診断, ホルモン療法とTHP・CDDP動注療法を行っていた. 2004年5月リザーバ閉塞したため, 放射線療法と低用量FP療法(CDDP 10 mg/day, 5-FU 600 mg/day, 28日間)を施行, 以降5-FUの内服とホルモン療法を行い, 1年8カ月現在PSA < 0.03, 生検陰性であり, 再発を認めていない.

前立腺原発移行上皮癌の1例: 小野隆征, 細川幸成, 岸野辰樹, 大山信雄, 百瀬 均(星ヶ丘厚生年金) 59歳, 男性. 肛門痛, 排尿困難を主訴に2001年12月3日当科を受診. 前立腺は鷲卵大, 表面不整, 板状硬で前立腺癌が疑われた. PSAは正常(2.6 ng/ml)で, 尿細胞診もclass IIであった. MRIで前立腺部に腫瘍を認め, 周囲組織への浸潤が疑われた. 12月20日前立腺針生検を施行. 病理診断はG3の移行上皮癌であった. 尿道, 膀胱, 上部尿路に異常は認めず, 前立腺原発移行上皮癌(T4N0M0)と診断. M-VACを施行し, 画像上, 腫瘍は消失した. 再度前立腺針生検を施行したが, 悪性所見はなくCRと判断した. さらに, 放射線療法を施行した. 3年を経過し再発はない. 前立腺原発移行上皮癌は比較的稀な疾患で, high grade, high stageの症例が多く, 一般的に予後は不良である. PSA値が正常でも, 直腸診に異常を認める場合は本疾患も念頭に置くべきと考えられる.

前立腺乳頭状腺癌の1例: 田口 功, 寺川智章, 今西 治, 山中望(神鋼) 87歳, 男性. 無症候性肉眼的血尿にて当科受診した. PSAが35.5 ng/mlと上昇し, 尿道鏡検査にて精阜の左側に乳頭状の腫瘍性病変を認めた. 経尿道的腫瘍切除術および, 移行領域を含めた経直腸の前立腺針生検を施行した. 経尿道的切除標本で乳頭状構造を呈する浸潤性の腺癌を認めた. 免疫組織化学的染色でPSA陽性であった. Gleason gradeは3C相当であった. また, 左移行領域の針生検標本にも同様の組織を認めた. CTおよび骨シンチグラム検査を行い, 臨床病期T2N0M0の前立腺乳頭状腺癌と診断した. 年齢を考慮してLH-RH analog単独による内分泌療法を開始した. 治療に対する反応性は良好で, 治療開始後約1年4カ月の現在, PSAは測定感度未満まで低下している. また, 内視鏡的に前立腺部尿道の粘膜面は平滑で腫瘍性病変は消失, 再燃の兆候を認めていない.

前立腺粘液癌の1例: 倉本朋未, 森 喬史, 射場昭典, 藤井令央奈, 柑本康夫, 萩野惠三, 上門康成, 新家俊明(和歌山医大) 57歳, 男性. PSA高値で当科紹介受診. 前立腺左葉に石様硬の硬結を触知した. 血液検査では, PSA 6.79 ng/ml以外に異常なし. 経直腸

的前立腺生検にて中分化型腺癌が認められ、左葉には粘液癌の混在が示唆された。画像検査より cT2bN0M0 と診断し、恥骨後式前立腺全摘除術を施行した。摘出標本の病理組織像では、前立腺全域に Gleason score 3+4 の腺癌がみられ、左葉を中心として細胞外粘液が全体の約40%に認められた。また、PSA 染色は陽性で、ごく少数の印環細胞も認められた。上部・下部消化管内視鏡検査では腫瘍性病変は認められなかったことから、前立腺原発粘液癌 pT2N0M0 と診断した。本症は前立腺癌全体の約0.4%と稀な疾患であり、自験例は本邦77例目であった。

前立腺癌に対する Brachytherapy: 奈良県立医科大学における経験: 近藤秀明, 田中宣道, 田中基幹, 三宅牧人, 松下千枝, 千原良友, 鳥本一匡, 田中雅博, 平山暁秀, 藤本清秀, 石橋道男, 吉田克法, 平尾佳彦 (奈良医大), 浅川勇雄, 吉村 均 (同腫瘍放射線) 2004年7月から前立腺癌治療において brachytherapy を導入し、現在まで限局性前立腺癌患者15例を経験した。年齢は60~79歳, PSA は 4.3~32.1 ng/ml, T1c: 7例 T2a: 7例 T2b: 1例。全例において治療後より速やかな PSA 値の低下を認めた。治療1カ月後では40%の症例で排尿困難や頻尿などの症状を認めたが、治療3カ月後では20%と軽快した。入院日数は約4日, 患者負担額は約20万円 (3割負担) であった。本治療には放射線専用の治療室の設置, 機器の購入が必要であり, また腫瘍放射線医や麻酔医との連携が欠かせない。今後は, 治療効果と費用人件面での検討が必要である。

根治的前立腺全摘術後に発症した恥骨骨髄炎の1例: 南 高文, 梶川博司, 片岡喜代徳 (泉大津市立) 61歳, 男性。主訴, 夜間頻尿。2004年1月, PSA 17 ng/ml にて経会陰的前立腺生検術施行。悪性所見認め, 画像診断にて限局性癌と診断し2004年3月, 恥骨後式前立腺全摘術施行。術後骨盤腔ドレーンより尿漏出, 培養にて緑膿菌を認めるも消失, 一時退院とした。術後51日目, 発熱, 恥骨部痛認め抗生剤投与開始, 症状軽減せず MRI にて右腹直筋および恥骨から膀胱前腔に炎症像認め, 骨シンチにて恥骨部および右腹直筋に集積像認めため, 恥骨骨髄炎および骨盤内膿瘍と診断し2004年6月骨盤内膿瘍洗浄ドレーナージおよび恥骨掻括術施行。病理組織所見にて恥骨に炎症細胞浸潤認め, 恥骨結合軟部組織培養にて緑膿菌認め, 以上より前立腺全摘術後緑膿菌感染による骨盤内膿瘍の直接浸潤による恥骨骨髄炎と確定診断し, 抗生剤長期投与にて症状軽減した。

血清 CEA 値が高値を示した尿道憩室原発と考えられた恥骨転移をともなう女子尿道腺癌の1例: 田原秀一, 三神一哉, 大西 彰, 藤井秀岳, 牛嶋 壮, 邵 仁哲, 沖原宏治, 河内明宏, 三木恒治 (京都府立医大), 伊達成基 (湖北総合) 55歳, 女性。転移性恥骨腫瘍にて紹介受診。骨盤部 MRI にて尿道周囲の液体貯留および同部から膀胱頸部に至る腫瘍を認めた。膀胱鏡にて尿道右側より膀胱内に著明に突出する充実性腫瘍を認めた。CEA 20 ng/ml と高値を示し, 生検上腺癌であった。恥骨, 骨盤内リンパ節, 傍大動脈リンパ節に転移を認め, 尿道憩室原発の尿道癌 T4N2M1 と診断した。M-VAC 療法を施行したが, CEA の上昇を認めたため, paclitaxel, nedaplatin の併用化学療法へ変更した。恥骨を中心として骨盤内への放射線療法を併用したところ, 腫瘍の縮小および, CEA の低下を認めた。

尿道ステント留置後の尿道拡張時に生じた医原性尿道狭窄の1例: 野瀬隆一郎, 大岡均至 (神戸医療セ) 63歳, 男性。1998年に球部尿道狭窄に対し永久留置型尿道ステント (Urolume, 15 mm) を留置。その後, 排尿困難出現時に度々尿道ブジーを施行されていた。2003年12月排尿困難にて尿道ブジー施行時尿道ステント留置部に医原性尿道損傷を生じ尿閉となったが経尿道的にバルン留置不可となり膀胱ろう造設された。2004年3月精査加療目的にて当科紹介受診。逆行性尿道膀胱造影, 尿道膀胱鏡にてステント留置部の近位側の5時方向に偽尿道形成し尿道は pin hole 状の狭窄を認めた。同年4月ステントを温存するかたちで, 内視鏡的尿道形成術を施行した。術後自排尿可となり膀胱ろう抜去し, 尿道ステントを温存したまま定期的に尿道ブジーを施行し当科外来にて経過観察されている。

胃・腎・皮膚をはじめとする多臓器転移をきたした精巣腫瘍の1例: 齊藤 純, 宮川 康, 時実孝至, 市丸直嗣, 野々村祝夫, 奥山明彦 (大阪大), 横山昌平, 森 直樹, 山口誓司 (市立池田), 角田洋一 (大阪総合医療セ), 嘉元章人 (市立豊中) 39歳, 男性。2002年9月

頃から全身倦怠感・血痰を自覚していたが放置。2003年3月11日, 近医受診し, 左精巣腫瘍および多発肺転移と診断。3月14日, 左精巣高位摘除術を施行し, 病理組織診断は絨毛癌であった。3月25日, 化学療法目的にて当科入院。2003年3月26日より BEP 療法を3コース, EP療法を1コース, TIP 療法を2コース施行し, 小脳転移は NC, 肺転移は PR, 肝・腎・胃・皮膚転移は CR となった。その後, 腫瘍マーカーの再上昇を認め, 1月29日より TIP 療法を1コース Nedaplatin+CPT-11 療法を2コース行ったが, 脳・肺転移果が増大し, 癌死した。

陰嚢内播種により発見された胃癌の1例: 山中佑次, 辻本賢洋, 山本広明, 清水一宏, 三馬省二 (県立奈良), 大山孝雄 (同外科) 76歳, 男性。2004年10月中旬より右陰嚢内腫瘍を認め10月29日当科紹介となった。精巣腫瘍マーカーの上昇はなく, CEA・CA19-9 が軽度上昇しているのみであったが, CT では内部に低吸収領域を伴う腫瘍を認め, 精巣腫瘍の疑いで11月8日に右高位精巣摘除術を施行した。病理診断は腺癌であり, 転移性陰嚢内腫瘍が疑われた。原発巣精査のため行った胃内視鏡検査で Borrmann II 型の進行胃癌が認められた。12月14日, 当院外科で胃全摘術が試みられたが, 癌性癒着・腹膜播種のため摘出不能であった。胃癌の陰嚢・精索転移の本邦例報告は自験例を含めて38例と稀である。転移形態についてリンパ逆行性, 血行性, 直接浸潤, 精管逆流性などがあるが, 自験例は播種性直接浸潤であると考えられた。現在, 当院外科で CDDP 静注, UFT内服により加療中である。

Metoclopramide (プリンペラン®) 投与によりカテコラミン筋症に陥った褐色細胞腫の1例: 巽 一啓, 三島崇生, 安田鐘樹, 河原, 六車光英, 木下秀文, 松田公志 (関西医大) 症例は59歳, 男性。他院整形外科で2004年7月手術を受けた。術後, 嘔気に対して Metoclopramide 10 mg, 静注。直後より頻脈, 発汗, 発熱, 頭痛を認め, 術後3日目には意識レベルの低下, 当院救命救急センターに搬送となる。転院直前の CT で径7 cm の左副腎腫瘍指摘。転院直後心不全発症し, 内分泌検査, MIBG シンチグラムより副腎腫瘍は褐色細胞腫と診断。梗塞は否定的で心不全はカテコラミン高値からカテコラミン心筋症によるものと考えられた。心不全改善後 Doxazosin 12 mg 投与で血圧安定。2004年9月7日腹腔鏡下左副腎摘除術施行, 標本100 g。病理診断は pheochromocytoma。術後11日目は元の整形外科に加療再開目的で転院となった。血圧は降圧剤なしで, 収縮期血圧120 mmHg 前後と安定している。

馬蹄鉄腎に対し仰臥位による後腹膜鏡下腰部離断術を施行した経験: 山口耕平, 三浦徹也, 村蒔基次, 竹田 雅, 田中一志, 山田裕二, 原 勲, 守殿貞夫 (神戸大), 川端 岳 (関西西災) 症例は44歳, 男性。主訴は左側腹部痛。精査の結果馬蹄鉄腎に合併した左腎尿管移行部狭窄症の診断で, 画像上高度の左水腎症を認めたが, 左腎機能は残存しており, 左腎は温存されるべきであると判断し, 仰臥位による後腹膜鏡前方到達法を用いた体腔鏡下腰部離断術および腎盂形成術を施行した。術後左側腹部痛は消失し, 各種検査上尿流および水腎症の改善を認め良好な経過をたどっている。本術式の報告はわれわれが調べた限り世界初である。本術式の利点および難点を踏まえ, 本術式の有用性について述べる。

CA19-9 と Span-1 が異常高値を示した腎盂癌の1例: 前田陽一郎, 中村晃和, 大石正勝, 木村泰典, 中西弘之, 野本剛司, 水谷陽一, 三木恒治 (京都府立医大), 伊達成基 (湖北総合) 64歳, 男性。主訴は肉眼的血尿。右腎盂腫瘍にて当科紹介受診。傍大動脈リンパ節腫大を認め, CA19-9 が 12,530 u/ml, Span-1 が 5,200 u/ml と異常高値であったが消化器系に異常を認めなかった。尿管鏡下に右腎盂, 尿管, 膀胱生検施行し, 右腎盂のみから TCC を認めた。術中迅速病理診断でリンパ節腫大が消化器癌の転移によるものであることを否定した上で右腎尿管全摘除術施行。病理組織診断は TCC, G2>G3, pT3 であり術後 M-VAC 療法施行した。CA19-9 と Span-1 は腫瘍の縮小と非常によく一致して減少しており, 治療効果判定や再発の腫瘍マーカーになりうると考えられた。

虫垂膀胱瘻の1例: 中嶋正和, 西山隆一, 池田浩樹, 玉置雅弘, 日裏 勝, 金岡俊雄, 林 正 (日赤和歌山) 27歳, 男性。既往歴: 21歳時虫垂炎に対し抗菌薬にて保存的治療。主訴: 排尿時痛および肉眼

的血尿。2003年9月、排尿時痛出現するも軽快したため放置。11月に排尿時痛が再び増悪し発熱伴うためA病院受診し、前立腺炎の診断で抗菌薬内服。軽快せず、肉眼的血尿を伴うようになったためB病院受診。CT、MRIで浸潤性膀胱癌が疑われ当院紹介受診。尿細胞診class 2。膀胱右側壁～頂部に石灰化病変を含む径3cm大の単発の非乳頭状広基性腫瘤認め、経尿道的生検を施行した。病理学的に悪性所見を認めなかった。開腹術において、虫垂の膀胱壁への癒着を認め、虫垂切除術および膀胱部分切除術を施行した。瘦孔部に長径13mm大の灰白色楕円形の結石認めた。糞石が虫垂へ陥頓して起こった虫垂炎が穿破、限局性腹膜炎となり虫垂膀胱瘻を形成したものと考えられた。

浸潤性膀胱癌に対して放射線療法、末梢血幹細胞移植併用 M-VAC 療法を施行した1症例：清水信貴、松本成史、田原秀男、原靖、松浦 健、植村天受（近畿大）64歳、男性。嘔吐、肉眼的血尿を主訴に近医受診。浸潤性膀胱癌による腎後性腎不全で当科紹介。緊急で両側腎造設を行った。画像診断にて、T4aN2M1と診断。組織診断でTCC>adenocarcinomaであった。根治術不可能と判断し、放射線療法（計63Gy）と末梢血幹細胞移植併用 M-VAC 療法を施行した。放射線療法併用で M-VAC 1クールを施行し、末梢血幹細胞を採取。M-VAC 2、3クールで末梢血幹細胞移植併用高容量化学療法を施行した。その後の画像診断および組織診断においてCRを得ることができた。治療後3カ月経過した現在、再発は認めていない。放射線療法、末梢血幹細胞移植併用 M-VAC 療法は有効かつ安全であることがわかった。

膀胱癌骨髄転移・末梢血播種と鑑別が困難であった悪性リンパ腫の1例：井口太郎、坂本 亘、浅井利大、石井啓一、上川禎則、金卓、杉本俊門（大阪市立総合医療セ）、平石律子（同臨床教育研究部）、中嶋康博（同血液内科）、井上 健（同病理）77歳、男性。膀胱癌患者。2回のTUR-Bt後に多発性に膀胱腫瘍が再発し、膀胱全摘術予定であったが、突然の39℃の発熱のため入院。CRP、白血球数異常高値を示し、末梢血および骨髄穿刺液にて上皮性と思われる異型細胞を認めたため、膀胱癌骨髄転移・末梢血播種が疑われた。ステロイドパルス療法などの治療に反応せず、白血球数は35万/mm³に達し、死亡された。死後、染色体検査にてt(2;5)(p23;q35)が判明し、Anaplastic large cell lymphoma (ALCL)と判明。剖検の結果、病理学的な細胞形態より、ALCL small cell variantの末梢血播種および膀胱癌(Urothelial carcinoma, G2, pT1)の合併と診断された。ALCLの末梢血播種は本症例が13例目で膀胱癌も合併しており、膀胱癌骨髄転移・末梢血播種との鑑別が困難であった。

尿道炎に対するアジスロマイシン投与の経験：岡 裕也、平井慎二、堀井泰樹（武田）目的：アジスロマイシン（AZM）（ジスロマック[®]）はクラミジアに保険適応となる一方、欧米では淋菌に対しても有用と報告されている。そこで、男性尿道炎の初回治療としてAZM単回投与の有用性を検討した。方法：2004年6月から12月までの男性尿道炎患者43例を対象に、AZM投与群24例とミノサイクリン（MINO）投与群19例と比較検討した。結果：AZM投与群の有効率は、淋菌性5/6例、クラミジア性8/9例、混合性3/3例、非淋菌非クラミジア性5/6例であったのに対し、MINO投与群の有効率は淋菌性5/10例、クラミジア性3/4例、混合性1/2例、非淋菌非クラミジア性2/3例であった。結語：AZMは淋菌+混合性に対して8/9例（89%）、全体でも21/24例（88%）に有効であった。AZMは淋菌が同定される以前の男性尿道炎に対する初回治療の第1選択薬となる可能性が示唆された。

肺腫瘍を契機に発見された前立腺癌の1例：杉本公一、松本成史、田原秀男、松浦 健、植村天受（近畿大）55歳、男性。2004年4月健診にて胸部レントゲン上異常陰影を指摘され当院腫瘍内科受診。胸部CT上両肺野に多発小結節が認められ、CTガイド下針生検施行にて腺癌が検出された。消化管などの精査施行するも明らかな異常所見は認められず、PSA 8.53 ng/mlと軽度上昇を認め前立腺癌疑いにて当科受診となった。経会陰的前立腺生検施行にて中分化型腺癌が13箇所中9箇所検出された。肺病巣はPSA染色陽性であり前立腺由来のものであった。自験例のようなPSAがgray zoneで多発肺転移を有する症例は異常に稀でありMAB療法単独では不十分と考え、PE療法も併用し、肺病巣は縮小し現在経過良好である。

17年後に再発したと考えられる精巣腫瘍の1例：松村健太郎、大町哲史、伊藤哲二（ベルランド総合）、花井 淳（同病理）、井口太郎、坂本 亘、杉本俊門（大阪総合医療セ）44歳、男性。主訴は左胸部痛。既往歴は27歳時、右精巣腫瘍に対し高位精巣摘除術が施行され、診断は成熟奇形腫であった。2003年11月、左胸部痛および腰痛が出現。精査にて、多発性肺腫瘍、後腹膜リンパ節および左鎖骨上リンパ節腫大を認めた。腫瘍マーカーに異常を認めなかった。リンパ節生検にて胎児性癌と診断。BEP療法3コースおよびEP療法を1コース施行。腫瘍は著明に縮小し、RPLNDにてCRを得た。現在まで7カ月間、再発転移なく経過している。1983年以降に本邦で報告された精巣腫瘍晩期再発症例17例について検討した。精巣腫瘍の再発は2年以内に多いが、10年以降経過後に再発する場合もあり長期間のフォローアップが必要であると考えられた。

進行性精巣腫瘍に対し超大量化学療法施行中、敗血症性肺塞栓症を来たした1例：三浦徹也、田中一志、山田裕二、荒川創一、原 勲、守殿貞夫（神戸大）33歳、男性。2004年4月左陰嚢腫大を自覚し近医受診。左精巣腫瘍を疑い、左精巣高位摘除術施行。病理結果はseminomaであった。画像上stage IIIcの診断のもとPEB療法開始。超大量化学療法目的で当科紹介となる。PEB3コース施行後超大量化学療法開始。13日目全身に浸潤性紅斑が出現し、G-CSF投与に伴うSweet病と診断しG-CSFを中止した。21日目突如の胸痛が出現し、胸部CT上多発結節影、楔状陰影をみとめ敗血症性肺塞栓症と診断した。感染源としては末梢静脈カテーテルが考えられた。血液培養から菌は検出されなかったが、Sweet病皮診部浸出液からMRSAが分離されており原因菌としてMRSAを疑いVCMとPZFXの併用投与を開始した。その後炎症所見は改善し、若干の線維化を残す以外画像上陰影を残さず治癒にいたった。

膀胱尿道全摘除術後、陰茎海绵体転移をきたした膀胱癌の1例：岩井 哲、浦 邦委、吉川和朗、線崎博哉、稲垣 武、鈴木淳史、上門康成、新家俊明（和歌山医大）60歳、男性。1999年に浸潤性膀胱癌に対して膀胱前立腺尿道全摘を施行されている。2004年9月頃より、陰茎部の疼痛を訴え、当科受診し、陰茎海绵体全体に及ぶ硬結を触知した。入院の上、陰茎海绵体生検を施行し、病理組織学的診断で転移性尿路上皮癌と診断された。骨盤部にも腫瘍を認め、経皮的針生検を施行し、陰茎部と同様の診断を得た。以上より、膀胱癌術後、5年を経ての骨盤部再発、陰茎海绵体転移と診断され、2005年1月13日、全摘精術+骨盤部腫瘍摘除術が施行された。骨盤部腫瘍は完全切除が不能で、術後、残存腫瘍に対して抗癌化学療法を施行している。転移性陰茎癌は予後不良で症例ごとに慎重に治療方針を決定する必要があると考えられた。

陰嚢内高分化炎症性脂肪肉腫の1例：澤崎晴武、中村英二郎、星昭夫、清川岳彦、伊藤哲之、山本新吾、賀本敏行、小川 修（京都大）、吉澤明彦（同病理）68歳、男性。急速に増大する右陰嚢内無痛腫瘍を自覚し受診。約4cmの腫瘍を触れ、MRI上、T1で低信号、T2で高信号を呈した。腫瘍尾側には脂肪の信号を持つ部分を認め、対側よりvolumeが多かった。高分化型脂肪肉腫に加え細胞成分に富む腫瘍が疑われた。陰嚢内脂肪肉腫の診断にて高位精巣摘除術に準じて腫瘍および脂肪性病変を摘除した。病理学的検査にて、脂肪性病変は成熟した脂肪成分よりなり一部に軽度の核腫大を認め、炎症細胞が脂肪成分の一部に浸潤していた。腫瘍性病変では多核の核と細胞内空胞を持つ大型間葉系細胞と形質細胞を含む慢性炎症細胞を認めた。以上より高分化炎症性脂肪肉腫と診断した。

診断に苦慮した骨盤内腫瘍の1例：牛田 博、益田良賢（宇治徳洲会）73歳、男性。便秘、体重減少を主訴に近医受診。触診にて腹部腫瘍を同定され当院紹介受診。腹部造影CTおよびMRIにて左内外腸骨動脈分岐部付近から左骨盤内にかけて内部不均一で辺縁不整な巨大腫瘍を同定し膀胱にも浸潤が疑われた。膀胱鏡にて浸潤する腫瘍が同定されるも、大腸ファイバーでは腸管粘膜の異常は認めなかった。画像所見から間葉系由来の腫瘍が考えられ膀胱鏡下および小切開による生検を施行した。病理組織学的診断では非常に未分化な腫瘍のためHE染色では診断がつかないため各種免疫染色を施行した。12種類に及ぶ免疫染色を施行したが確定診断には到らなかった。腫瘍の増大が著しく早急な治療が求められたが、手術や抗腫瘍治療は困難との判断にて放射線治療を施行した。放射線治療後の腫瘍の縮小は著明で長期

の効果は判らないが短期的な効果は認められた。

胃癌腎盂・尿管転移の1例：長井 潤，松井孝之（南大阪），福井 信，神島 陽（同内科），堤 啓（同病理診断科），森 義則（兵庫医大） 57歳，男性。2004年8月，肉眼的血尿，食欲不振，咳を自覚し近医受診。CTで左腎盂腫瘍が疑われたため，精査目的で9月1日当科紹介入院となった。その他，画像診断で胸部異常陰影，腹部リンパ節腫大も認められた。腎盂尿管ファイバースコープで左腎尿管に腫瘍を認め，生検で低分化型腺癌と診断された。また，平行して行われた胃カメラで進行性の胃癌が発見され，低分化型腺癌と診断された。病理学的に腎尿管の腫瘍は，胃癌の組織学的特長と一致したことから，胃癌の腎尿管転移と診断された。胃癌治療目的で内科転科の上，抗癌剤治療が行われたが，10月17日死亡した。本症例は，転移性尿管腫瘍としては本邦報告73例目であり，その内，胃癌を原発とする尿管腫瘍としては25例目である。

高血圧を契機に見えられたアルドステロン産生性微小腺腫の1例：福井勝一，長船 崇，小倉啓司（大津赤十字），谷口孝夫（同内科），笹野公伸（東北大学病理診断学） 36歳，男性。2004年検診にて高血圧認め受診。副腎 MDCT で異常所見認めず。デキサメサゾン抑制アドステロールシンチで右副腎の集積を認めた。ACTH 負荷右副腎静脈サンプリングでアルドステロン高値を認め，原発性アルドステロン症と診断。腹腔鏡下右副腎摘除術施行。病理診断は，径約2mmの淡明細胞および緻密細胞などからなる副腎皮質結節が比較的多く認められ，その中でも3 beta-HSDの発現が著明な淡明細胞を主体とする境界鮮明な病変がアルドステロン過剰を生じている微小腺腫と思われる。現在，降圧剤の漸減中である。今回，微小アルドステロン産生性腺腫と思われる1例を経験したので報告した。

原発巣の摘出術後2年8カ月して局所再発した後腹膜脂肪肉腫の1例：藤原 淳，鴨井和実，米田公彦（公立南丹），植木孝宜（同外科） 71歳，男性。2001年3月1日腎下極13×9×9cmの腫瘍に対して左腎摘除術施行。組織学的診断は脂肪肉腫であった。術後2年8カ月の腹部CTで，腎摘出部に8×6×6cmの再発を認めた。

腹腔鏡下摘除術を施行した後腹膜神経節細胞腫の1例：種田倫之，七里泰正，寒野 徹，金丸洋史（北野） 23歳，女性。2004年6月右感染性腎嚢胞治療時に施行したCTスキャンにて右後腹膜腫瘍を発見された。MRIでは右腎基以下に7×3×1.5cmの表面滑な被膜に覆われた腫瘍を認め，その約1/3が下大静脈後方に埋没していた。検査上内分泌活性はなくMRアンギオ，CTスキャンにて腰静脈巻き込みが疑われた。2004年7月24日経腹膜のアプローチ，4ポートで腹腔鏡下腫瘍摘除術を施行した。腫瘍は下大静脈側面～後面の腰静脈分枝で栄養されている所見であった。手術時間は2時間13分，出血量は100mlであった。病理診断はganglioneuromaで，術後6日目に退院，術後6カ月経過中良好である。

生体腎移植後に著明な貧血と高血圧が改善した1例：奥田康登，山本智将，永野哲郎，西岡 伯，秋山隆弘（近畿大塚） 24歳，男性。2002年9月よりCAPD導入をされた。入院時，血圧が200/122mmHgと高値であった。近医で鉄剤やエリスロポエチンを投与していたにもかかわらず，貧血（Hb 5.5g/dl）が著明であった。2004年8月2日，生体腎移植を施行し，術後は拒絶反応や合併症を認めず，CREは1.3mg/dl前後で安定していた。貧血は術後徐々に改善し，移植後99日目は14.0g/dlまで上昇した。血圧は退院後正常値まで低下し，降圧剤も著明に減量が可能であった。移植前の透析管理が困難であったにもかかわらず，移植後に著明な貧血や高血圧が改善した理由は，ドナーが若年者で既往歴を認めなかったことや，移植後に拒絶反応や合併症を認めなかったこと，さらにレシピエントに移植前の器質的動脈硬化性病変を認めなかった点が挙げられる。

塩酸セベラマーが原因と考えられた下行結腸穿孔の1例：熊本廣実，福井義尚（県立五條），横谷倫世，西脇英敏，吉村 淳（同外科），中辻史好（中辻） 75歳，女性。透析歴8年。他院透析中に高リン血症に対し塩酸セベラマーが2.25g/日処方されていた。2004年3月5日嘔吐，腹痛にて救急搬送された。腹部CTにて腸管拡張，free airを認め腸管穿孔と診断した。緊急開腹手術施行し，糞塊による下行結腸穿孔と診断した。腸切除，人工肛門造設術施行した。術後

より敗血症，DIC合併するも集学的治療やCHDF施行し救命しえた。その後，腹腔内感染や腸瘻合併し5月12日腸瘻閉鎖術施行した。8月2日軽快退院した。塩酸セベラマーは，水分吸収により腸潤する性質のため便秘，腹部膨満感などが高頻度に認められる。本邦市販後16カ月間に腸管穿孔が25例報告されている。腸管穿孔症例の68%に便秘を合併していたことから日常の排便状況を確認する必要がある。

両側同時性腎細胞癌，横行結腸癌，膀胱癌の三重複癌の1例：野瀬隆一郎，大岡均至（神戸医療セ） 67歳，男性。近医にて横行結腸癌を指摘されその精査中の腹部超音波検査にて両側腎腫瘍を指摘され2004年11月，当院紹介受診となる。腹部造影CTにて右は6cm，左は2cm大のともにhypervascular tumorを認めた。血管造影においても同様に両側にhypervascular tumorの所見を得，両側腎細胞癌の診断同年11月29日，根治的右腎摘出術，左腎部分切除術，横行結腸切除術を施行した。病理検査結果は右はclear cell carcinoma, pT1b, G1>G2, INFα, v(+), 左はclear cell carcinoma, pT1a, G1>G2, INFα, v(+), であつた。また術前膀胱鏡にて膀胱後壁に乳頭状，有茎性，単発の膀胱腫瘍を認め，2期的に2005年1月20日に経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行し，病理検査結果はTCC, G2 (G1>G2), pTaであつた。現在当科外来にて経過観察中である。

自然破裂を来たした腎細胞癌の1例：谷川 剛，野澤昌弘，細木茂（大手前），花房隆範（大阪船員保険） 39歳，男性。2004年9月18日肉眼的血尿主訴に近医受診，腹部エコーにて左腎腫瘍認め入院。9月19日早朝に急激な左腰部痛認め。鎮痛薬処方されるも無効にて疼痛緩和目的で当院転院となった。入院後腹部造影CTにて径13cmの腎周囲血腫を認めた。腎腫瘍の自然破裂と診断し，9月20日左腎動脈塞栓術施行。塞栓術後7日目の9月27日に経腹的左腎摘除術施行した。腹腔内，胸腔内にも血性浸出液の貯留を認め，後腹膜腔は腫瘍と血腫により緊満していた。病理組織は腎細胞癌 spindle cell carcinoma, pT3apN0であつた。腫瘍細胞の散布が懸念されたため術後補助療法としてIL-2施行し退院。術後4カ月の腹部CTにて多発性の肝転移を認めたため現在IFN開始となった。

自然破裂を来たした腎細胞癌の1例：仲島義治，山崎俊成，白波瀨敏明，橋村孝幸（姫路医療セ） 55歳，女性。2004年4月28日左側腹部痛，肉眼的血尿，発熱を主訴に当科紹介受診。CTにて左腎周囲血腫の診断，同日緊急入院。入院後血尿が持続，貧血の進行認めたため，止血目的で同年4月30日選択的左腎動脈塞栓術施行。塞栓術後血尿は消失し貧血の改善認め，全身状態は回復した。血腫の原因として腎腫瘍破裂を考えた。画像上明らかな所見は認めなかったが，破裂の原因として悪性腫瘍の存在を否定できなかったため，塞栓術より4カ月後の同年9月6日，経腹的根治的左腎摘除術施行。腎周囲の癒着は高度であった。病理診断はclear cell carcinomaであつた。非外傷性腎破裂を認めた場合，原因として腎悪性腫瘍の存在を念頭に置き，積極的治療として腎摘除術を考慮することは有用と考える。

自然破裂をきたした腎癌の1例：松原重治，金 啓盛，中村一郎（神戸西市民），山中邦人（私立西脇） 36歳，女性。2001年12月18日に突然の左側腹部痛あり，翌日には肉眼的血尿を認めたため2001年12月20日に当科受診。左側腹部に圧痛のある腫瘍を触れ，CTにて腫瘍内出血を伴う約10cm大の腫瘍を認め，被膜下出血を認めた。ヘモグロビンが低下したため，出血のコントロール目的で12月21日にTAEを施行した。2002年1月7日に根治的左腎摘除術を施行した。TAEにより腫瘍の大部分は壊死していたが，RCC, granular cell type, G2, pT2pN0を認めた。術後補助療法は行わなかった。現在，再発なく経過観察中である。腎癌の自然破裂例は比較的稀であるが，自然破裂症例では悪性腫瘍が原因であることが最も多く，CTによる確定診断も難しいため，常に悪性腫瘍の存在を念頭において治療すべきと思われた。

大腸癌孤立性腎転移の1例：竹内一郎，井戸本陽子，安田志志，金沢元洪，納谷佳男（松下記念），中島和広（同放射線），菅沼 泰（同外科），建部 敦（同臨床検査部） 63歳，男性。直腸癌に対し低位前方切除術を施行（pT2N1M0, Dukes C），半年後肝転移をきたし肝左葉切除術を施行し，当院外科で経過観察中であつた。2年後のCTにて左腎腫瘍を認め，半年後のCTにおいて増大傾向を示したため当科紹介。CT, MRIにて左腎下極に2cm大の造影効果に乏しい境界

不明瞭な腫瘍を認めた。原発性腎腫瘍と転移性腎腫瘍の鑑別目的にCTガイド下腫瘍生検を施行し、病理診断は直腸癌腎転移であった。他に再発・転移を認めず、直腸癌腎転移の診断のもと後腹膜鏡下腎摘除術を施行した。大腸癌の腎転移が生存中に診断されることは稀であり、本症例はわれわれが検索しえた限り本邦11例目であった。

腎血管肉腫の1例: 徳川茂樹, 福井辰成, 黒田昌男 (日生) 57歳, 男性。2004年9月に腰痛を主訴に近医受診し、左腎腫瘍を疑われ当院を紹介された。CTおよび腹部超音波検査で多発性肝転移を伴う左腎細胞癌と診断し、2004年10月5日腎摘除術、脾摘除術、肝生検を施行した。腫瘍径は17×14×19 cmで摘出重量は1,400 g。剖面は暗赤色で、内部には多量の血腫を認めた。病理診断は腎血管肉腫で、肝および脾の小結節も同様の血管肉腫であった。免疫組織化学染色では、CD34陽性、vimentin陽性、keratin陰性、Azan陰性であった。術後18日目より肝転移に対してインターロイキン2投与を開始した。術後30日目頃から肝および腎機能障害が進行し、術後39日目に死亡した。

腎平滑筋肉腫の1例: 上田康生, 安田和生, 鈴木透, 山本裕信, 古倉浩次 (宝塚市立), 青木大 (千船) 53歳, 女性。左側腹部痛および腫瘍触知にて、当院消化器内科受診。US・CTにて14 cm大の左腎腫瘍を指摘され当科紹介受診となった。CTにて左腎静脈内に腫瘍血栓を認め、左腎細胞癌の診断にて、2003年12月16日左腎摘出術および下行結腸部分切除術を施行した。摘出腎重量は1,450 g, 病理診断の結果平滑筋肉腫であった。術後補助療法は施行せず経過観察中であるが、術後13カ月現在再発転移は認めていない。腎平滑筋肉腫は比較的稀な疾患であり、自験例は本邦101例目であった。また腎静脈内腫瘍血栓を伴った症例は、自験例で5例目であった。根治術可能症例の1年生存率は66.7%であるが、不可能症例では16.7%であり、また化学療法および放射線療法の効果に乏しく、根治手術を行うことが唯一効果的な治療であると考えられた。

上部尿路全体を占拠し、膀胱内に進展していたブドウ状Wilms腫瘍の1例: 永原啓, 松本富美, 東田章, 島田憲次 (大阪母子), 安井昌博, 井上雅美, 河敬世 (同血液腫瘍内科), 浜名圭子, 中山雅弘 (同病理) 3歳, 男児。排尿時痛, 肉眼的血尿出現し近医受診。精査の腹部CTで右腎盂から尿管全体を占拠し、膀胱内にまで至る腫瘍を指摘され当科紹介となった。当科において右腎尿管全摘除術施行。病理診断は、Wilms腫瘍, favorable histology。肉眼的にブドウ状肉腫様の発育を示すブドウ状Wilms腫瘍であった。術後1週で血液腫瘍内科転科となり、現在ビンクリスチン、アクチノマイシンDによる化学療法を施行中である。ブドウ状Wilms腫瘍は本症例を含め過去に17例の報告しかなく、そのうち膀胱内進展をきたしたものは3例のみであった。通常のWilms腫瘍に比べ肉眼的血尿を中心とした臨床症状を呈しやすく、そのため早期に発見されることが多く予後良好である。

腎悪性末梢神経鞘腫の1例: 林晃史, 井谷淳 (赤穂市民), 松城尚憲 (同病理) 32歳, 女性。幼少時より神経線維腫症I型。父親が神経線維腫症I型。体重減少を主訴に、2004年4月25日当院内科受診。CT・MRIにて、左腎腫瘍疑われ2004年4月28日当科紹介。CT・MRIでは、左腎頭側に15×14 cmの腫瘤認め、血管造影施行、無〜乏血管性の腫瘍を認めた。入院時血液検査では、WBC, LDH, CRP, ESRの上昇を認めた。NSEは27 ng/mlと上昇していた。同年5月10日左腎摘除術施行。病理診断は悪性末梢神経鞘腫(MPNST)であった。胸部CT・骨シンチグラフィを施行したが、転移は認めなかった。経過観察中、CTにて局所再発認め、同年11月1日腫瘍摘除術施行した。現況では、全身化学療法・放射線療法などの効果は乏しく、外科的摘除のみが唯一の根治療法であると考えられた。

Microtazeを用いた無阻血腎切石術の経験: 吉井将人, 東拓也, 平尾周也, 渡辺秀次 (済生会中和) 73歳, 男性。49歳時、右腎結石および膿腎症に対し右腎摘除術を施行。57歳時には尿路結核により左水腎症をきたし、以後PNSにて尿路管理を行う。1989年から1990年にかけて、左腎結石に対し4回のESWLを施行したが碎石効果は不良であった。ESWL施行後も結石サイズが増大するため、結石に対する治療の必要性を説明するも患者の同意を得られず、1998年頃よりCr値の上昇が認められた。2003年10月にはKUB上、結石陰影が

34×32 mmと増大し、腎機能障害が顕著(Cr値3.4 mg/dl)となったため、同年12月10日、Microtazeを用いた無阻血腎切石術を施行した。手術時間は199分、出血量は305 ml(多量の尿を含む)で、結石の除去により術後腎機能の回復を得た。

感染性腎嚢胞の1例: 横山昌平, 藤原宏一, 福原慎一郎, 森直樹, 原恒男, 山口誓司 (市立池田), 北村憲也 (北村) 62歳, 男性。膀胱癌(T3bN0M0)に対し、2004年3月18日に膀胱全摘除術、回腸新膀胱造設術施行。術後経過良好も、術後13日目に40度の発熱、左腰背部痛を認めた。以降39度以上の発熱が持続、白血球は15,000/μl以上、CRPは20 mg/dl以上に上昇した。抗菌剤投与も改善を認めなかった。感染巣検索目的にて撮影した腹部CTにて感染性腎嚢胞と診断し、経皮的腎嚢胞穿刺、内容吸引術を施行した。経皮的ドレナージ後、解熱、白血球、CRPの低下を認め、良好な治療経過を得た。嚢胞内容物からは尿と同様Citrobacter freundiiが検出され、術前の腹部CTにて単純性腎嚢胞を認めていたことから、尿路感染の単純性腎嚢胞への感染により発生したと考えられた。

腎Solitary Fibrous Tumorの1例: 田中雅登, 角田洋一, 矢澤浩治, 原田泰規, 伊藤喜一郎 (大阪総合医療), 伏見博彰 (同病理), 寺川知良 (寺川クリニック) 54歳, 男性。既往歴として45歳より血液透析を導入。2002年9月に他院で左腎細胞癌と診断。2002年10月に根治的左腎摘除術施行された。2003年4月のCTで右腎腫瘍を認め2003年8月に当科紹介初診。9月に手術目的で当科入院となった。CTで均一な腫瘍濃染像を認めた。右腎細胞癌と診断し、2003年9月18日に後腹膜鏡下根治的右腎摘除術を施行した。病理組織学的には血管成分に富んだ分葉状腫瘍であり、鋭角に分岐する血管腔を認めた。円型を呈する線維芽細胞様の腫瘍細胞が増生し、核に異型性は認めなかった。免疫化学ではCD34に陽性となり、腎実質原発のsolitary fibrous tumorであると診断した。その後の経過は良好で、2005年1月の現在再発転移を認めていない。

Metanephric adenomaの1例: 新垣隆一郎, 岡田能幸, 北原光輝, 寺田直樹, 金子嘉志, 西村一男 (大阪赤十字) 41歳, 女性。2004年1月、健診でのエコーにて右腎腫瘍を指摘される。7月、近医で精査を行ったが、診断に至らなかったため、9月9日、精査・加療目的に当科紹介受診。腹部CTおよびCT angioにて、右腎中極に約2 cmの造影効果の弱い、内部均一な充実性腫瘍を認めた。MRIでは、腎髄質と同程度のT1, T2信号を示し、T1で明らかな脂肪成分を認めなかった。患者の年齢および腫瘍の大きさを考慮し、右腎腫瘍の診断の下、10月4日、腰部斜切開にて右腎部分切除術を施行。病理組織学検査では、正常腎実質との境界明瞭で、腫瘍細胞は単一で小型核を有し、糸球体に類似した小腺管構造を成しており、metanephric adenomaとの所見であった。術後4カ月を経過し、再発・転移の徴候は認めない。

腎癌との鑑別が困難であった腎血管腫の1例: 坂野祐司, 益田良賢, 金哲将, 若林賢彦, 吉貴達寛, 岡田裕作 (滋賀医大) 39歳, 女性。2003年7月より無症候性肉眼的血尿が断続的に出現し、近医より当科紹介初診。CTにて右腎に径1.5 cmの嚢胞性病変があり、辺縁が造影効果を受けているように認められた。MRIでは多房性嚢胞の所見で、腎癌を否定することは出来なかった。2003年11月28日後腹膜鏡下右腎部分切除術を施行した。病理組織診断は海綿状血管腫であった。一部嚢胞周囲には繊維化が認められ、その部分が画像上壁の肥厚として捉えられたと考えられた。術後、血尿は顕微鏡的にも消失した。術前に血管腫を画像的に診断することは困難であり、腎部分切除などにより、可能な限り腎機能を温存する方向で検討するべきであると考えられた。

自然破裂した腎血管筋脂肪腫の1例: 東郷容和, 橋本貴彦, 安田和生, 丸山琢雄, 近藤宣幸, 野島道生, 森義則, 島博基 (兵庫医大), 廣田誠一 (同病理) 55歳, 女性。2004年11月突然の右下腹部痛が出現し近医受診。CT上右腎の巨大な血腫を疑われ当科紹介となる。入院後のCTにて腫瘍に脂肪成分が存在することがわかり、腎血管筋脂肪腫の自然破裂と診断した。血圧低下と右側腹部痛が持続したため、腎温存を目的とした腎動脈塞栓術を施行。輸血などによる保存的治療にもかかわらず第3病日には貧血が進行したため、腎血管筋脂肪腫からの再出血と判断し緊急手術となる。腫瘍切除による腎の温存

も考慮したが、術中出血量も多く輸血にても血圧の維持が困難であったため、右腎摘除術を施行。腫瘍のサイズは13×10×8 cmであった。腎血管脂肪腫を含む腎腫瘍の自然破裂が疑われた場合には迅速かつ正確な診断と適切な治療が重要であると考えられた。

若年女性に発症した腎梗塞の1例：柴崎 昇，吉川武志，辻 裕，瀧 洋二，竹内秀雄（公立豊岡） 13歳，女性。お祭りでおみこしを担いでいるときに突然に右腰背部痛を自覚し，7時間後，我慢できなくなり来院した。来院時CTにて，右腎の広範囲にわたる梗塞を認めた。血管造影検査にて，右腎動脈本幹の完全閉塞を認めたため，ウロキナーゼ腎動脈注入および，ヘパリンの全身投与を施行。腎動脈内の塞栓が完全に溶解し，右腎の7～8割の血流が改善した。現在ワーファリンによる抗凝固療法を行っているが，腎機能はきわめて良好である。その後の検査にて，心疾患，血液疾患，自己免疫疾患，腎動脈の異常，先天的な凝固系異常などはまったく認められなかった。10代患者の腎梗塞はきわめて稀であり，そのほとんどは何らかの基礎疾患を有することが多い。本症例は，外傷性の腎動脈内膜損傷などが関与している可能性は考えられる。

左腎動脈瘤に対し経皮的コイル塞栓術を施行した1例：造住誠孝，松本弘人，藤井 明（新日鐵広畑），小島芳夫，小泉 正，市川 諭（同放射線科） 77歳，女性。背部痛を主訴にて施行したCTにて左腎腫瘍が疑われ当科紹介受診。カラードップラーエコーにて左腎中央にcystic mass lesion および内部血流を認め，動脈性拍動波が検出された。腹部造影CTにて同部に径21 mm大の血管と同等に造影され辺縁に不全石灰化を伴うround massを認めた。血管造影を施行にて左腎動脈第一分岐部に嚢状型腎動脈瘤を認めた。動脈瘤の径が20 mmを超えること不完全な石灰化があること，高血圧・背部痛の有症状例であることから治療の適応と考えられた。その場で本人・家族にインフォームドコンセントの上，左腎動脈瘤に対しマイクロコイルを用いた経皮的塞栓術を施行した。術後1日目から3日目にかけて38度の熱発を認めた他合併症はなく低侵襲かつ安全に施行できた。

腎動脈瘤に対してコイル塞栓術を施行した1例：浅井省和，石井淳一，竹垣嘉訓，熊田憲彦，西阪誠泰，柏原 昇（吹田市民），保本卓（同放射線科） 68歳，男性。前立腺肥大症にて通院中，KUBにて右腎の内側にリング状の石灰化を認め，腎動脈瘤を疑い3DCTを施行。腎動脈後枝の起始部に径約2 cmの嚢状腎動脈瘤を認めた。希望により経過観察していたが2004年7月治療目的に入院。腎動脈造影にて後枝起始部に径約2 cmの嚢状腎動脈瘤を認めたため，detachable coilを計10本用い塞栓術を施行した。塞栓後の造影では，瘤内は造影されず，後枝はほぼ温存されていた。術後，発熱，LDHの上昇などの異常を認めず6日目に退院となった。コイル塞栓術は，瘤の部位や形状によって技術的に困難であり，効果の持続性が不明で，正常な血管を閉塞させる危険があるなどの問題点があるものの，腎動脈瘤に対する有効な治療の一つと考えられた。

腎動静脈瘻に対し手術療法を選択した2例：山口唯一郎，小野豊，垣本健一，目黒則男，前田 修，木内利明，宇佐美道之（大阪成人病セ），新井浩樹，高山仁志，中森 繁（東大阪市立） 症例1は32歳，男性。2002年12月，無症候性肉眼的血尿にて他院受診。腹部CT，腎血管造影にて先天性右腎動静脈瘻と診断。その後，血管径の拡大を認め，2004年10月当科受診。循環器症状は認めないが，aneurysmal typeの腎動静脈瘻であり，経カテーテル的動脈塞栓術（TAE）は困難と考え，2004年11月10日，右腎摘除術施行。症例2は25歳，男性。15歳時に左腎生検の既往あり。2004年9月，左側腹部痛にて他院受診。腹部CTにて後天性左腎動静脈瘻と診断されるもTAEが困難とされ，当科受診。2004年11月24日，瘻支配動脈結紮術施行。術後，CTにて腎静脈の縮小を認めた。

膀胱全摘・回腸導管造設術後17年にて認められた右腎盂癌の1例：石井淳一，竹垣嘉訓，浅井省和，熊田憲彦，西阪誠泰，柏原 昇（吹田市民） 75歳，男性。1987年3月，2回目の再発性膀胱癌（CIS）の診断で膀胱全摘・回腸導管造設術施行（pTisN0M0）。以後，約10年は外来通院を行っていた。2004年6月，胆石の治療のため内科入院中に腹部CTにおいて右腎盂に腫瘍像認め当科再受診。DIPにて右

腎盂上部に陰影欠損認めた。尿細胞診は陰性であった。右腎盂腫瘍（T2N0M0）の診断のもとに，2004年7月に全身麻酔下に右腎尿管全摘術施行。摘出標本上，右腎盂上部に約2 cmの乳頭状腫瘍を認めた。病理診断は移行上皮癌G2>G3（pT3N0M0）であった。術後半年を経過し再発，転移などは認めず生存中である。膀胱全摘後の長期フォローアップにおいて上部尿路腫瘍の発生を考慮する必要があるかと思われた。

右腎盂発生扁平上皮癌の1例：山崎健史，牧野哲也，鞍作克之，内田潤次，仲谷達也（大阪市大），山口哲男（山口） 59歳，女性。発熱認め近医受診。受診時顕微鏡的血尿認め，精査のため腹部CT施行。腎盂腫瘍，または腎細胞癌の診断で当院紹介となった。入院時尿細胞診class IV（squamous cell carcinoma susp），腫瘍マーカーではSCC抗原が64.7 ng/ml，IAP975 ng/mlと高値を示した。腹部CTでは右腎に造影効果を受けない径6 cmの内部不均一な腫瘍を認め，腎門部から腹部大動脈にかけてリンパ節腫大も認めた。SCC抗原高値であったため全身検索するも明らかな病変認めないため，右腎盂発生扁平上皮癌の診断で右腎尿管全摘術，傍大動脈リンパ節廓清施行。病理の結果はsquamous cell carcinomaのため，追加治療としてMEC療法および放射線療法施行中である。

経尿道的に切除した尿管ポリープの2例：吉田栄宏，齊藤 純，芝政宏，井上 均，宮川 康，辻村 晃，奥山明彦（大阪大），松宮清美（大阪警察） 症例1：70歳，女性。総胆管結石症にて経過観察中，左水腎症を指摘され，当科紹介受診。DIPなどにて約5.5 cmの左尿管ポリープと診断した。症例2：59歳，女性。無症候性肉眼的血尿を主訴に，当科受診。DIPなどにて，約5 cmの左尿管ポリープと診断した。ともに硬性尿管鏡を用いて，経尿道的尿管ポリープ切除術を施行。病理組織診断はともに線維上皮性ポリープであった。経尿道的に切除した尿管ポリープの本邦報告例は，自験例を含め53例であった。

盲端不完全重複尿管の1例：高田 剛，佐藤元孝，長谷部圭司，辻本裕一，本多正人，藤岡秀樹（大阪警察） 67歳，男性。2003年3月22日左腰背部痛を主訴に当科初診。腹部US，KUBにて左腎結石を認めた。DIPを実施したところ，右尿管は右尿管口から頭側5 cmの位置で分岐し，さらに11 cmの位置で盲端となり，全長6 cmの右盲端不完全重複尿管が偶然発見された。左腎結石に対して体外衝撃波結石破碎術を施行し排石に至った。右盲端不完全重複尿管は無症状で経過観察とした。現在まで尿路結石の再発なく，盲端部も無症状に経過している。盲端不完全重複尿管の成因は，發育途中で二分化した尿管芽のうち1本が後腎組織に到達する前に發育を中断することに起因するとされる。盲端不完全重複尿管は本邦では自験例を含め130例の報告がある。盲端不完全重複尿管と尿路結石の同時発生例は，130例中28例（21.5%）であった。若干の考察を加え報告する。

原発性腫メラニン欠乏性黒色腫の1例：松下千枝，鳥本一匡，三宅牧人，平尾周也，平山曉秀，藤本清秀，平尾佳彦（奈良医大） 42歳，女性。2004年10月25日，不正性器出血のため当院婦人科受診。膣前庭部に母指頭大の腫瘍を指摘され，生検によりsarcomaと診断された。画像診断で尿道浸潤を認めず，リンパ節転移および遠隔転移は認められなかったため，同年12月10日，全身麻酔下に局所腫瘍切除術を行った。病理組織診断においてS-100，HMB45陽性であったことから，原発性腫メラニン欠乏性黒色腫（T3aN0M0，stage IIa）と診断した。術後補助療法として，Radiation 50 Gy + DAVFeron療法を行った。

近畿大学医学部奈良病院における開院後5年間の泌尿器科診療の臨床的統計：国方聖司，上島成也，紺屋英児（近畿大奈良），石井徳味（近畿大），宮武竜一郎（みやたけ），尼崎直也（神原），永野哲郎（近畿大堺） 本院は1999年10月1日に開院し，5年間に6,720症例を診療した。男性患者は60歳代に，女性患者は50歳代にピークがあった。入院患者は5年間で1,155例あり，悪性腫瘍および疑いによるものが35%と最も多かった。手術症例は年々増加傾向にあり，延べ1,067件（含ESWL 232件）の手術を施行した。また，前立腺高温度治療を87例に施行したが，効果不十分で14例にTUR-Pを施行した。