

学会抄録

第164回 日本泌尿器科学会関西地方会

(1998年9月19日(土), 於 生田神社会館)

肥大型心筋症に合併した原発性アルドステロン症の1例: 今出陽一郎, 田中善之(与謝の海) 症例は33歳, 男性. 1998年1月27日, 夜間咳嗽, 全身浮腫を主訴に当院を受診し, 心不全, 肺炎の診断にて即日入院となった. 精査にて, 肥大型心筋症に合併した原発性アルドステロン症と診断され, 左副腎摘除術を施行した. 左副腎腫瘍の大きさは13×11 mm, 病理組織は cortical adenoma であった. 肥大型心筋症は常染色体優性遺伝で著明な中隔肥大・心肥大を示し, 予後は一般に比較的良好であるが, 家族性で若年者の発症は心不全, 突然死の可能性が高く, さらに高アルドステロン血症が増悪危険因子となる. したがって, 麻酔管理が困難で危険度が高くも, 副腎摘除術により予後の改善が期待でき, 手術治療の意義は大きいものと考えられた. 肥大型心筋症に合併した原発性アルドステロン症は文献上, 本邦では4例目で, 海外報告は認められなかった.

ACTH 非依存性両側副腎皮質大結節性過形成(AIMAH)によるCushing 症候群の1例: 三木健史, 中山治郎, 志水清紀, 細見昌弘, 清原久和(市立豊中) 54歳, 男性. 10年前から高血圧, 2年前より15 kg の体重増加, 満月様顔貌を認めた. 内分泌学的検査では血中コルチゾール高値(22.5 µg/dl)で日内変動は消失, 尿中17-OHCS 高値(10.6 mg/day), ACTH 低値(<4.0 pg/ml), デキサメサゾン抑制試験では2 mg, 8 mg とも抑制されず, メトピロン試験, CRH 刺激試験で無反応. 画像検査では腹部CTにて両側副腎の結節性腫大, 副腎シンチにて両側副腎に過剰集積を認めた. 頭部MRIでは下垂体に異常を認めず. 両側副腎の結節性過形成によるCushing 症候群の術前診断にて両側副腎全摘術を施行. 左52 g, 右35 g の大小多数の結節よりなる腫瘍を摘出した. 病理組織像では副腎皮質類似の細胞が結節状に増生しており, AIMAH と診断した. 術後半年を経過し経過良好である.

多房性嚢胞状腎細胞癌の1例: 玉田 聡, 吉田直正, 伊藤 聡, 岩井謙仁(和泉市立) 60歳, 女性. 1997年10月, 近医での腹部超音波検査により右腎腫瘍を指摘され当院を受診した. 超音波では右腎中部に径3 cm 大の隔壁を有する嚢胞様腫瘍を認め, 造影CTでは多数の隔壁が造影された. 腎動脈造影では血管新生像は認められなかった. 以上より, 多房性嚢胞状腎細胞癌が強く疑われたため1997年12月, 腰部斜切開にて根治的右腎摘除術を施行した. 摘除標本では腫瘍は限局性で腎被膜内にとどまり内部は多数の隔壁により仕切られ, 隔壁の一部に黄色調の肥厚を認めた. 病理診断は RCC, cystic type, clear cell subtype, G2, pT1, pV0 であった. 術後10カ月経過した現在, 再発の兆候なく生存中である.

特異な経過を示したV2腎細胞癌の1例: 藤井孝祐, 岡 聖次, 辻本裕一, 宮川 康, 高野右嗣, 安永 豊, 高羽 津(国立大阪), 倉田明彦, 河原邦光(同病理) 64歳, 男性. 1996年2月両下肢浮腫で当科受診. 画像診断にてT2b, N0, M0, V2b 右腎細胞癌と診断. 右腎動脈にTAE 施行およびインターフェロンの投与を行い, 浮腫の消失がみられた. 1998年1月全身倦怠感, 意識障害がみられ再入院となった. 肝不全のため肝性昏睡となり1998年4月に死亡した. 病理解剖所見では, 両側肝静脈の完全閉塞がみられ肝臓組織は鬱血所見著明であった. 腫瘍塞栓によるBudd-Chiari 症候群と診断された. 腎細胞癌の下部静脈への浸潤は5~9%の頻度でみられる. しかし腫瘍塞栓によりBudd-Chiari 症候群をきたした症例は少なく本邦では13例目であった. Budd-Chiari 症候群を呈してからの予後は非常に悪くほとんどが3カ月以内に死亡している. 肝静脈への浸潤も考慮する必要があると思われる.

赤血球増加症を伴った腎細胞癌の1例: 野口智永, 西村憲二, 西村和郎, 吉村一宏, 高原史郎, 奥山明彦(大阪大) 37歳, 男性. 1998年5月風疹にて他院入院中, 赤血球増加症(RBC 720×10⁴/mm³, Hb 22.1 g/dl, Ht 64.8%)を指摘. 精査にて左腎腫瘍を認め,

同年5月29日当科入院. 血中エリスロポエチン(Epo)濃度は正常(10.8 mU/ml). 腹部CT・MRIにて左腎に約5 cm 大の腫瘍を認めた. 遠隔転移を認めず左腎腫瘍(T1N0M0)と診断し, 同年6月12日根治的左腎摘除術施行. 病理診断は RCC, alveolar type, common type, clear cell subtype, G2, INF-α, pT2 であった. 正常腎組織Epo 濃度 60 mU/g 以下, 腫瘍部分は 476 mU/g と高値を呈した. 術後RBC, Hb, Ht は正常化し, 3カ月経た現在再発を認めず. 赤血球増加症を伴った腎細胞癌は自験例が本邦31例目であるが, 血中Epo 濃度が正常値, 腫瘍中が高値を呈した症例は3例目であった.

結節性硬化症に合併した腎細胞癌の1例: 垣本健一, 森 直樹, 鄭則秀, 原 恒男, 小出卓生(大阪厚生年金), 小林 晏(同病理検査科) 39歳, 女性. 1997年5月より右季肋部痛出現. 他院で右腎腫瘍と診断され, 同年6月10日当科紹介初診. 入院後, 精神発達遅延, 痙攣の既往, 顔面皮脂腺腫, 頭蓋内石灰化より結節性硬化症と判明した. 種々の画像検査にて右腎に3つの同様の腫瘍を認めたが, 腎細胞癌, 腎血管脂肪腫, 腎オンコサイトーマの鑑別がつかなかった. 同年7月2日全身麻酔下, 経腰的に右腎門部に到達, 阻血した後, 右腎中部外側の腫瘍に対して核出術を施行. 術中迅速病理診断の結果, 悪性の所見なしとのことで残り2つの腫瘍も部分切除術を行った. しかし, 永久病理診断は, 3つの腫瘍すべてが腎細胞癌, glanular cell subtype, G1, pT1 であった. 術後1年間, 再発, 遠隔転移はない. 結節性硬化症と腎細胞癌の合併例は文献上, 32例目であった.

偶発腎癌に合併する単純性腎嚢胞と術前診断された嚢胞壁に腎細胞癌が認められた1例: 高尾徹也, 後藤隆康, 高田晋吾, 菅尾英木(箕面市立) 54歳, 男性. 1992年尿路結石の既往有り. 1997年11月に検査の超音波検査で右腎腫瘍を指摘され当科受診した. CT, MRI, 血管造影を施行し右腎上極に直径1.5 cm の腫瘍を認め, 下極に4 cm の腎嚢胞を認めた. 1998年1月全身麻酔下に腫瘍核出術と嚢胞壁切除術を行った. 腫瘍の病理診断は腎細胞癌, alveolar type, clear cell subtype, G1 であった. また腎嚢胞内容液と嚢胞内壁からも腎細胞癌が認められた. 2週間後に腎摘除術を行ったが, 炎症が強く残存腫瘍の有無は不明であった. しかし術野への播種を考慮し, 術後インターフェロン-α の筋注を週3回行っており, 5カ月を経過した現在再発を認めていない. 腎癌と合併する嚢胞は術前単純性嚢胞と思われるでも注意を要すると考えられた.

ペリニ管癌の2例: 岡本恭行, 東由紀子, 小川隆義(姫路赤十字), 秋山 隆, 霧生孝弘(同病理), 岡 泰彦(三木市民), 富岡 収(富岡医院) ペリニ管癌の2例を経験した. 症例は48歳と26歳, いずれも女性. 主訴は症例1は肉眼的血尿と右腰背部痛. 症例2では左側腹部激痛と肉眼的血尿. 前者は右, 後者は左腎摘除術施行し, 2症例とも腎門部リンパ節転移を認め, 組織は2症例ともペリニ管癌乳頭状腺癌型であった. 症例1は術後, α-INF, γ-INF, ビンブラスチン, シメチジン投与するも効果なく術後13カ月でリンパ節転移, 腹腔内播種にて死亡. 症例2はシメチジン内服のみで術後1年は順調に経過するも術後1年1カ月ごろより両坐骨, 左寛骨に転移を認め化学療法, 放射線療法などにて術後1年7カ月経過した現在も治療中である.

左根治的腎摘除術後に同側下肢麻痺をきたした1例: 吉田浩士, 吉村耕治, 河瀬紀夫, 滝 洋二(公立豊岡) 66歳, 男性. 左腎上極の腎細胞癌に対し根治的腎摘除術を施行(pT2 N0M0). 術後左下肢運動, 感覚麻痺をきたしおもに腰神経叢L2-L4レベルの障害であった. Gerota 筋膜周囲の剥離はスムーズであり術操作で直接神経を損傷するようなことはなく画像上も神経走行部位の血腫などの変化はなかった. 既往歴にも神経, 脊椎疾患はなく原因は明らかでないが, 手術時の体位(kidney position)による神経の過伸展あるいは開創鉤による腸腰筋の圧迫が考えられた. 術後麻痺は徐々に改善, 2カ月にてほぼ術前状態に戻り, 神経損傷のタイプとしては neurapraxia と考

えられた。限局性腎癌の根治的腎摘除術後のこのような神経麻痺は、文献上調べ得たかぎりでは報告はないが、機序的には可能性のあることであり、十分注意する必要があると考えられた。

根治的腎摘除術施行18年後に對側腎に転移した腎細胞癌の1例：中内博夫，白石 匠，内藤泰行，中村晃和，南口尚紀，邵 仁哲，野本剛史，浮村 理，中川修一，小島宗門，三木恒治（京府医大） 65歳，女性。1980年，右季肋部無痛性腫瘍を主訴として当科受診。右腎細胞癌 T2N0M0 との診断のもと，右腎摘除術を施行。腎摘除術施行11年後の1991年，腓尾部腫瘍を指摘され，腓尾部切除術を施行。腎摘除術施行18年後の1998年，CT にて多発性肺腫瘍と多発性左腎腫瘍が認められた。多発性肺腫瘍に対し，両側肺部分切除術を施行。左腎部分切除術を施行。病理組織学的検討はいずれも腎細胞癌であった。腓尾部へ転移を示していること，多発性に肺と腎に腫瘍を認めたことより，今回の腎腫瘍は腎摘除術施行18年後に晩期再発したものと思われる。腎細胞癌は根治的手術が施行されても晩期再発を起こすことがあるため，長期にわたる経過観察が必要と思われる。

転移性腎腫瘍の3例：森 直樹，鄭 則秀，垣本健一，原 恒男，小出卓生（大阪厚生年金） 症例1：64歳，男性。1995年5月食道癌に対し食道亜全摘術施行した。術後経過観察中，右腎腫瘍を指摘され，同年12月当科入院となった。症例2：69歳，男性。1954年右腎結核にて右腎摘除術。1992年胃癌に対し胃部分切除術。1995年12月右肺癌に対し肺葉切除術施行した。肺癌術前後の腹部 CT にて左腎嚢胞の増大を認めたため，1996年2月当科入院となった。症例3：63歳，男性。1996年3月右気胸に対する手術中に右上葉に腫瘍を認め右肺上葉切除術施行した。術後精査にて右腎腫瘍を指摘され，同年4月当科受診となった。3症例とも他に明らかな転移巣を認めず，腎への孤立性転移が疑われ，根治的腎摘除術に準じた手術を施行した。病理組織診断は転移性腎腫瘍であった。全例腎摘除術後10カ月以内に癌死し，きわめて予後不良であった。

診断に苦慮した腎細胞癌，尿管癌同側同時発生の1例：杉 素彦，山中滋木，川喜田睦司，三上 修，松田公志（関西医大） 症例は62歳，男性。1998年3月頃より右側腹部痛があり，CT にて右水腎症，骨盤内腫瘍を認めた。腎盂尿管腫瘍を疑い順行性および逆行性腎盂造影を行うも困難で施行できず，針生検を行った。下部尿管に対し後腹膜腔鏡検査を施行するも癒着のため施行できず，小切開を加え開腹生検とした。それぞれ組織診断は RCC，G1，TCC，G2 であった。現在まで42例の報告があり，正診率は6/32例（18.8%）であった。われわれの症例は腎機能低下を考慮し治療として M-CAVI 療法（MTX，CBDCA，VLB）を選択した。M-VAC と比較し奏効率は落ちるものの，副作用が軽微で有用であると思われたが，1クール施行後腫瘍径の増大を認めたため，現在放射線療法を施行中である。しかし腎機能低下症例では安全に施行できると思われた。

腎細胞癌，悪性リンパ腫同時性重複癌の2例：山本博文，小野義春，結縁敬治，藤井昭男（兵庫成人病セ） 症例1：82歳，男性。1993年5月，左側腹部痛にて近医にて左腎腫瘍を指摘されていた。3カ月後，口内出血訴え，耳鼻科にて咽頭腫瘍指摘され，生検にて悪性リンパ腫（Non-Hodgkin，diffuse small cell，Bcell）と診断された。腎部分切除術および咽頭にリニアック 51Gy 照射し，CR を得た。5年後の現在再発なく生存中である。症例2：54歳，男性。1997年7月，扁桃原発悪性リンパ腫（Non-Hodgkin，diffuse small cell，Bcell）の staging CT にて，右腎腫瘍を指摘された。本人が生検を拒否したため，CHOP 4クール先行させ，原発巣はほぼ CR，腎病変は NC であった。腎生検にて，RCC 証明され，扁桃にリニアック 34 Gy 追加照射，右腎摘術施行した。9カ月後の現在再発なく生存中である。腎細胞癌，悪性リンパ腫合併例の本邦報告例は，自験例を含め7例であった。

同時発生をみた三重癌（陰茎癌，右腎細胞癌，肝細胞癌の1例：岩田 健，浦野俊一，西田雅也，佐藤 暢，矢田康文，宮下浩明（近江八幡市民） 71歳，男性。既往歴に肝硬変，高血圧，糖尿病，慢性腎不全，食道静脈瘤があった。3カ月前より肉眼的血尿を認め，1997年8月に他院より紹介された。初診時現症では，真性包茎を認め亀頭部に硬結を触知した。陰茎生検により SCC と診断された。転移検索の CT にて右腎に径 2 cm の腫瘍を認め，血管造影と合わせて右腎癌と

診断した。また，肝 S8 にも CT で径 3 cm の腫瘍を認め，肝腫瘍生検により HCC と診断された。治療は陰茎部分切除術，右腎部分切除術を施行した。病理診断は SCC，pT2N0M0 と RCC，pT1N0M0 であった。肝癌に対しては，T2N0M0 の診断のもと TAE と PEIT を施行した。1998年3月に左鼠径部，6月に左上頸部と耳下腺部のリンパ節転移を認め，それぞれ SCC と診断され，化学療法を考慮中である。

腎に発生した炎症性偽腫瘍の1例：田 珠相（高槻），岩井泰博（同病理） 58歳，男性。1998年4月から腹痛，発熱が出現。当院内科受診。消化管の精査うけるも異常なく CT にて左腎腫瘍を指摘され当科入院となる。IVP では左腎の描出が不良。CT では明らかな腫瘍性病変は認めないが腎全体が腫大し腎周囲組織の腫大を認めた。MRI でも同様の所見を認めた。悪性腫瘍も否定できないため同年5月26日，左腎摘出術を施行。摘出標本は重量 510 g。明らかな腫瘍は認めず腎および周囲脂肪組織は石様硬であった。組織学的には腎盂から腎実質，腎周囲に紡錘型細胞が増殖し細胞間には膠原線維を認め，多種類の炎症性細胞の浸潤が顕著であった。悪性所見を認めなかったため炎症性偽腫瘍と診断した。浸潤性増殖を示していたため再発予防のため副腎皮質ホルモンを投与中であるが術後4カ月を経過した現在再発は認めていない。

腎炎症性偽腫瘍の1例：山田裕二，武中 篤，山中 望（神鋼） 73歳，男性。高血圧にて近医内科加療中に顕微鏡的血尿を指摘され1998年3月当科受診。腹部エコーにて左腎に径 4 cm の内部不均一な腫瘍を認め入院。入院時検査成績では尿沈渣にて顕微鏡的血尿を認め，血沈が 31 mm/1 hr と亢進している以外に異常を認めなかった。腫瘍は CT では iso-high density で辺縁部のみ軽度造影され，MRI では T1WI にて low，T2WI にて中心部が high，周辺部は low intensity であった。血管造影では hypovascular であった。腎細胞癌を否定しえず，同年3月17日根治的左腎摘除術を施行した。摘除標本では腫瘍は 4×3×3 cm で被膜を有し，大部分黒褐色で一部白色調を呈し中心部には出血，壊死を認めた。病理組織は分化した形質細胞およびヘモジデリンを含むマクロファージの増殖，リンパ球の浸潤を認めるものの悪性所見を認めず，腎炎症性偽腫瘍のうち plasma cell granuloma と診断された。

皮下腫瘍を契機に発見された黄色肉芽腫性腎盂腎炎の1例：寺田直樹，賀本敏行，羽瀨友則，梶田洋一郎，寺井章人，寛 善行，寺地敏郎（京都大） 症例は76歳，女性。主訴は左腰部腫瘍。痛み，発熱なく，高 γ -グロブリン血症もあるも CRP 正常で，DIP にて左腎サンゴ状結石あり，左腎は無機能であった。CT，MRI にて，腎実質内，皮下に膿瘍形成を疑われた。症状が軽微であり，血小板減少も認めたため，一時経過観察となった。2カ月後，背部腫瘍を中心に発赤，圧痛が出現したため再入院となり，膿瘍ドレナージの後，左腎摘除術施行した。病理組織学的に黄色肉芽腫性腎盂腎炎であった。本疾患は50～60歳代に好発し，通常，症状として腰部部痛，発熱を認めることが多い。検索し得た報告例67例の内，無痛性腫瘍触知を主訴としていたのは自験例を含めた5例のみであり，本症例はその初発症状が特徴的であった。

腎被膜由来と考えられた悪性線維性組織球腫の1例：松井喜之，小林 恭，三浦克紀，藤川慶太，福澤重樹，添田朝樹，竹内英雄（神戸市立中央市民） 症例は43歳，女性。右腹部痛を主訴に他院を受診し，エコーにて径約 10 cm の腹部腫瘍を指摘された。術前の画像診断にて腎被膜由来の脂肪肉腫を疑い，1998年6月右腎合併切除を含む根治的腫瘍切除術を施行した。病理診断の結果は，腎被膜由来の悪性線維性組織球腫であり，典型的な storiform pattern の構築像と散在する giant cell を認めた。自験例は腎被膜由来の悪性線維性組織球腫本邦報告36例目に当たると思われた。これまでの報告例では術後早期に局所再発をおこし死亡する症例が多く，腎被膜由来の悪性線維性組織球腫の予後改善には腫瘍の完全切除，術後の厳重な経過観察が必要と思われた。

画像上，腫瘍状に描出された孤立性静脈瘤の1例：藤井令央奈，小倉秀章（和歌山医大） 50歳，男性。1997年腎結石の精査中，排泄性腎盂造影において膀胱左側に圧排像を認めた。CT でも圧排像に一致した部位に腫瘍性病変を認め精査を勧めたが，放置していた。1998年

3月20日下腹部痛を主訴として再診。CT, MRI 像で腫瘍性病変を認めた。骨盤腔内に発生した腫瘍性病変と診断し、腫瘍摘除術を行った。術中、左閉鎖神経の内側、左閉鎖動脈の後面で上方は内腸骨静脈に流入した、軟性の腫瘍を認めた。左閉鎖静脈に発生した静脈瘤と判断し、同摘除を行った。静脈瘤は大きさ3×2.4 cm 重さ11 g で内部には新鮮な凝血塊が認められた。病理診断も静脈瘤であった。門脈圧亢進を伴わない、後腹膜腔および骨盤腔内に発生する静脈瘤は稀で、文献上、本邦3例目であり、骨盤腔内に発生したものとしては、1例目であった。

腎杯と交通する右腎嚢胞と診断し、後腹膜鏡下嚢胞壁閉塞術、瘻孔閉鎖術施行し良好な結果を得た1例：北村 健、水谷陽一、中村英二郎、清川岳彦、奥野 博、寛 善行、寺地敏郎（京都大） 症例は26歳、女性。1994年頃、右上腹部の膨隆に気づき、近医内科を受診。右腎嚢胞の診断にて、嚢胞穿刺吸引術を施行されたが3カ月後に嚢胞再発し、再度穿刺吸引された。1995年頃より時々、右上腹部の膨満感、純痛を自覚し、1998年2月他院を受診し右腎嚢胞を指摘され、3月当科紹介受診となった。入院時のCT, DIP にて右単純性腎嚢胞と診断。エタノール固定術施行したが術後4日目に腎嚢胞が再発し、RP にて右中腎杯と嚢胞との交通を認め、交通性腎嚢胞と診断した。その後、後腹膜鏡下嚢胞壁閉塞術、瘻孔閉鎖術施行し自覚症状も消失、術後4カ月目も嚢胞再発はみられない。

尿管瘤を合併した交叉性融合腎の1例：辻本裕一、岡 聖次、藤井孝祐、宮川 康、高野右嗣、安永 豊、高羽 津（国立大阪） 菅野展史（大阪大） 32歳、男性。1997年6月頃から排尿困難を自覚し、ときに肉眼的血尿も認めた。DIP, CT にて、右腎が左腎の下極へ変位し、融合していた。右尿管は脊椎と交叉していた。左尿管下端には結石を含む cobra head 像を認めた。外表奇形は認めなかった。左尿管瘤および瘤内結石を合併した交叉性融合腎（逆L型）の診断のもと、経尿道的尿管瘤切開術を施行した。約2 cm の横切開を加え、7 mm の結石（シュウ酸カルシウム96%, リン酸カルシウム4%）を摘出した。術後3カ月目のIVP, VCG では尿管瘤は縮小し、VUR も認めなかった。交叉性腎変位には約5割の頻度で奇形が合併し、中でも尿路奇形が約3割と高頻度であった。しかし、交叉性腎変位本邦214例中、尿管瘤合併例は自験例以外認めなかった。

タクロリムスによる耐糖能異常についての検討：林 泰司、永野哲郎、若杉英子、西岡 伯、国方聖司、秋山隆弘、栗田 孝（近畿大） 当科では、1996年4月以降の腎移植症例の内、基礎免疫抑制剤としてタクロリムスを用いた16例の症例の中で3例の耐糖能異常を経験した。3例ともに拒絶反応がありそれに対しそれぞれステロイドのパルス療法、OKT3, デオキシコバリンの投与が行われた。耐糖能異常に対しては、3例のうち2例はタクロリムスからシクロスポリンへの変更を行いその2例はインスリン離脱することができた。3例の症例はいずれもステロイドのパルス療法以前より耐糖能異常を生じており、またいずれもタクロリムス投与後2カ月頃より血糖値の上昇を認めており、現在推奨されているタクロリムスの血中濃度は高すぎると考えられる。

結石を伴った成人尿管瘤の1例：原田健一、後藤章暢、原 章二、原 勲、藤沢正人、郷司和男、岡田 弘、荒川創一、守殿貞夫（神戸大） 52歳、男性。肉眼的血尿と残尿感を主訴に近医受診。KUB, IVP にて左尿管瘤と診断され1998年6月22日当科に入院となる。膀胱内オリブ油注入CT では、膀胱左後壁より内腔に突出する尿管瘤とその内部に結石を認めた。膀胱鏡にて、右尿管口は正常。直径約3 cm の尿管瘤を左尿管口の内側下方に認めた。以上の所見より、経尿道的尿管瘤切開術および尿管瘤内結石除去術を施行した。結石成分はシュウ酸カルシウム83%, 尿酸17%であった。術後1カ月後のKUB, IVP にて結石は認めず、左水腎症は改善した。排尿時膀胱造影で、左にgrade 1 のVUR を認めた。しかし、尿所見に異常を認めず、残尿感も改善していた。本邦報告例の結石を合併した尿管瘤症例につき若干の文献的考察を行った。

急速にDICとなった右下部尿管結石の1例：曾我英雄、山下真寿男、大部 亨（明石市民） 63歳、女性。1998年5月31日に突然の右腰痛を自覚し、近医にて鎮痛剤の投薬を受けた。翌日から発熱を生じ、当科受診。右下部尿管結石、急性腎盂腎炎の診断にて当院入院と

なるも、入院後より血小板数、肝腎機能の著明な低下を認め、また血圧の急激な低下も認めため、DIC、敗血症性ショック 多臓器不全と診断し、抗DIC療法を行った。炎症反応、血小板数、肝腎機能も徐々に軽快し、患者は2週間後に軽快退院となった。右下部尿管結石は入院中に自然排石されたと考えられた。予防的抗生剤の投与の必要性が示唆された症例であった。

内視鏡的切除を行った長大な尿管ポリープの1例：岡田晃一、藤戸章（第二岡本総合） 17歳、女性。排尿困難、頻尿を認め近医受診、腹部超音波で膀胱内腫瘍を指摘され、紹介となる。DIP, MRI で4×1 cm の左下部尿管腫瘍、および6×4 cm の膀胱腫瘍を認め、尿管鏡および膀胱鏡を施行した。左尿管口より4~5 cm の所に腫瘍基部を認め、膀胱まで連続していた。表面は平滑であった。左尿管ポリープの膀胱内脱出と診断、尿管用レセクトスコープで腫瘍基部を切除し、膀胱内に浮遊する腫瘍をTUR用レセクトスコープで切除した。病理組織は、fibroepithelial polyp であった。術後再発、転移を認めていない。内視鏡的に治療された尿管ポリープは文献上本邦9例目と考えられる。

内視鏡的に治療した長大な尿管ポリープの1例：井上 均、植村元秀、今村亮一、西村健作、水谷修太郎、三好 進（大阪労災） 44歳、女性。主訴は肉眼的血尿。近医施行の排泄性尿路造影にて左腎に水腎症を認めなかったが、左下部尿管より膀胱内に連続する陰影欠損を認めた。膀胱鏡では左尿管口から表面平滑な腫瘍が膀胱内で数センチにわたって蛇行していた。尿培養陰性、尿細胞診陰性であった。尿管ポリープと診断し、腰椎麻酔下に硬性尿管鏡を挿入した。腫瘍の基部を確認、切除した。腫瘍は表面平滑で幅6 mm 全長9 cm で、Y字型を呈していた。病理診断は線維上皮性ポリープであった。術後3カ月現在、再発の兆候を認めない。5 cm 以上の長大な尿管ポリープの報告は文献上自験例を含めて70例を数える。尿管鏡下切除は有用な治療法と思われた。

尿管狭窄をきたした腸間膜原発Fibromatosisの1例：倉橋俊史、下垣博義、井上隆朗、島谷 昇（関西労災）、上原口弘（上原口泌尿器科） 63歳、男性。尿潜血を主訴とし、IVP で右水腎症、CT にて右尿管近傍に腫瘍を認め、後腹膜または腹腔内腫瘍の診断にて手術施行。腸間膜に腫瘍を認め、尿管および十二指腸に浸潤がみられた。組織診にて腸間膜原発Fibromatosisであった。Mesenteric Fibromatosis はしばしばGardner 症候群に合併することが知られているが、単独に発生することは非常に稀である。Fibromatosis という名称は多種類の良性線維性増殖に対して用いられ、線維腫に比べて腫瘍の境界が不鮮明で、周囲組織に対し浸潤性に発育する傾向を有している。1967年 Stout らは本疾患を、1. 分化した線維芽細胞に富んでいる、2. 組織学的には悪性度を欠いている、3. 細胞間に膠原線維が存在している、4. 浸潤性に発育する、5. 遠隔転移はないが局所再発はある疾患と定義している。本症においては、Gardner 症候群が高頻度に合併するため、注腸検査や大腸内視鏡による腸管の検索が必須である。本症例のように、Fibromatosis が尿管に浸潤傾向を示した症例はわれわれが検索し得たかぎりでは初めてであった。

続発性アミロイドーシスによる両側尿管狭窄の1例：新井浩樹、佐藤英一、後藤隆康、三浦秀信、本多正人、藤岡秀樹（大阪警察）、辻本正彦（同病理科）、久保光彦（同内科） 58歳、女性。当院内科にて不明熱の精査中、右側腹部痛を訴え、腹部エコーにて右水腎症を指摘され、1995年9月当科紹介受診。精査にて右尿管狭窄を認め、右腎瘻造設術を施行した。その後、左尿管にも狭窄をきたし、ダブルJステントを留置した。左腎・尿管・膀胱生検にて、原因は続発性アミロイドーシスと診断された。続発性アミロイドーシスの原因疾患としてCastleman 病が疑われたが、確定診断には至らなかった。原因疾患に対する治療により炎症所見が改善すると共に、尿管狭窄の程度も改善し、1998年9月現在、両側尿管にダブルJステントを留置した状態で経過観察を続けている。尿管・膀胱に合併症をきたした続発性アミロイドーシスは自験例が10例目である。

原発性限局性尿管アミロイドーシスの1例：八尾昭久、乃美昌司、原 勲、郷司和男、岡田 弘、荒川創一、守殿貞夫（神戸大） 症例は54歳、女性。主訴は発熱。DIP 像で左腎の排泄がなく、RP にて左下部尿管に約3.5 cm にわたる辺縁不正な狭窄像を認めた。CT 上

も RP での狭窄と一致する部位に左尿管壁の全周性の肥厚が認められた。自然尿、左尿管尿、左尿管狭窄部ブラッシング検体の細胞診はすべて class II であった。狭窄部精査のため左腎盂尿管鏡下に同部位を生検したところ、病理組織診にてアミロイドの沈着が見られた。上部下部消化管内視鏡検査、直腸生検、尿および血清の免疫電気泳動血中リウマトイド因子、血清補体価、ツベルクリン反応などに異常所見認められず、続発性アミロイドーシス否定されることから、原発性限局性尿管アミロイドーシスと診断し、腎機能保持のため尿管ステント留置にて保存的に経過観察することとした。

移植腎梗塞に起因した凝血塊による尿管閉塞の1例：坂本信宜、池本慎一、内田潤次、川嶋秀紀、仲谷達也、杉村一誠、山本啓介、岸本武利（大阪市大）、熊田憲彦（北市民） 33歳、男性、1996年2月に死体腎移植を施行した。術中、細い腎下極動脈は結紮し、その支配領域の梗塞を確認した。移植後第15病日に腎機能が低下し、画像診断にて水腎症を認めた。超音波診断では、拡張した腎盂内に多発する小さな高輝度病変を認め、レノグラムでは移植腎の血流は保たれていた。経皮的腎瘻造設を行い、腎盂洗浄にて多量の凝血塊を吸引した。第21病日の腎瘻造影で認められた上部尿管内の円形の陰影欠損は、第28病日の腎瘻造影では消失し、その後の経過良好で第31病日に腎瘻は抜去しえた。原因は、移植腎下極動脈支配領域の梗塞に起因したと思われる凝血塊による尿管閉塞であった。移植後2年7カ月の現在も移植腎は生着し、腎機能は良好である。

右重複下大静脈後尿管の1例：岩崎比良志、山本浩介、金沢元洪、稲葉光彦、牛島 壮、山尾 裕、西田雅也、中村雅至、冲原宏治、河内明宏、三木恒治（京府医大） 53歳、男性。既往歴として20年来痛風。1988年より顕微鏡的血尿と右水腎症を指摘されるも放置。1998年3月より右腰部痛出現し当科紹介受診。DIP, RP にて右下大静脈後尿管が疑われ、CT にて右重複下大静脈後尿管と診断し、右尿管端吻合術を施行した。術後右水腎症は軽快し、右腰部痛も消失した。重複下大静脈の本邦臨床報告例は文献上57例であるが、下大静脈後尿管合併例は稀で本邦では10例目であった。

原発性巨大尿管の1例：安倍弘和、東 治人、瀬川直樹、坂元武、右梅貴信、能見勇人、稲元輝夫、古武嗣嗣、上田陽彦、勝岡洋治（大阪医大） 症例は19歳、男性。1998年1月より、左側腹部痛、発熱を主訴に近医を受診し腹部 CT で左水腎症を指摘され精査目的で当科を紹介された。腹部触診上、左腎を2～3横指触知し側腹部に叩打痛を認めた。血液生化学検査では WBC 10,390, CRP 2.44 と軽度の炎症所見を認め尿沈渣では白血球1視野3～4個であった。DIP では左腎機能は高度に低下し、著名な水腎症および尿管を認めたため逆行性尿路造影を施行した。膀胱鏡所見では左尿管口の形態は正常で、また、尿管内へのカテーテルの挿入は容易であり、尿管下端における器質的な狭窄を思わせる所見はなかった。RP では腎盂腎杯および尿管は高度に拡張していた。CT, MRI 上、続発性尿路狭窄をきたす所見は見られず、VCG にて VUR は認めなかった。左腎はレノグラムで閉塞型を示し、24時間 CCr は 33 (ml/min) であった。以上より、左閉塞性原発性巨大尿管の診断で尿管縫縮術（骨盤内尿管：tapering 法、上部尿管：plication 法を併用）、尿管膀胱新吻合術を施行し術後経過は良好である。

尿管総腸骨動脈瘤の1例：中嶋章貴、出村 悦（北摂） 72歳、男性。膀胱腫瘍のため膀胱全摘除術、有吉法並列型尿管皮膚瘻術を施行した。病理診断は TCC, G3, PT3b であった。Tubeless 尿管皮膚瘻の予定であったが、術後皮膚炎が強くパウチ装着困難なため、やむなくカテーテル留置となった。術後化学療法、放射線療法は行わなかった。徐々にカテーテルの径を太くし右 I2 Fr 左 I4 Fr の腎盂バルーンカテーテルを留置した。外来で2週間に1度カテーテル交換を行っていた。6カ月後腫瘍再発による食欲低下、両下肢浮腫、発熱で再入院した。8カ月目に突然血尿を認めたためカテーテルを抜いたところ尿管口から大量の動脈性出血を認めた。画像診断上、尿管動脈瘤を疑うも確定診断は得られず、全身状態も悪化し手術は不可能であった。急性腎不全のため6日目に死亡した。死後遺族同意の上、尿管造影にて尿管動脈瘤を確認した。

回腸導管造設術後水腎症の3例：柳宜田正志、辻 秀憲、田原秀男、永井信夫（耳原総合） 症例1は62歳、男性。以前から高尿酸血

症あり。膀胱癌に対して1993年1月に膀胱全摘除術、回腸導管造設術を施行。術後2年11カ月後の IVP にて右無機能腎、左水腎症、CT にて右尿管結石を認めた。PNS 併用にて ESWL を施行し、完全排石を得た。症例2は65歳、男性。60歳時より糖尿病あり。直腸癌にて1991年12月に骨盤内臓器全摘除術、回腸導管造設術を施行。術直後に高度の腹部感染をきたした。術後7カ月目に右水腎症を認め、経皮的尿管回腸吻合部拡張術を施行。術後4年7カ月目に再度右水腎症の悪化を認め、両側尿管回腸再吻合術を行った。症例3は40歳、女性。1995年9月直腸癌に対して骨盤内臓器全摘除術、回腸導管造設術を施行。術後1年11カ月目の IVP にて左無機能腎、右水腎症を認めた。内視鏡的左尿管回腸吻合部生検にて直腸癌の浸潤と診断された。

尿管鏡下生検にて診断した非乳頭状尿管癌の2例：吉村光司、井谷淳（赤穂市民） 画像診断上明らかな悪性所見が得られなかったため、尿管鏡下生検を行い術前に診断し得た2症例について報告する。症例1、63歳、男性。主訴は右側腹部痛。1996年8月、右側腹部痛および肉眼的血尿が出現したため当科を受診した。右上部尿管狭窄による右水腎症を認めたが、CT では同部に明らかな腫瘍性病変は認めなかった。尿管鏡下生検の病理組織学的所見は、G2 の移行上皮癌と考えられた。症例2、80歳、女性。主訴は顕微鏡的血尿。1995年2月、顕微鏡的血尿のため当科を受診した。右下部尿管狭窄による右水腎症を認めたが、明らかな腫瘍性病変は認めなかった。尿管鏡下生検の病理組織学的所見は、G1 の移行上皮癌と考えられた。以上より、直視下に擦過細胞診もしくは、生検を行うことでより正確な診断を得ることが可能であると考えられた。

迷入した海綿骨用螺子を核にした膀胱異物結石の1手術例：井口太郎、杉田省三、内田潤次、川嶋秀紀、仲谷達也、山本啓介、岸本武利（大阪市大）、辻野 孝（明治橋） 65歳、男性。27歳時から精神分裂病で現在も入院中。54歳時に左大腿骨頭頸部を骨折し、海綿骨用螺子を挿入し患部を固定された。1998年1月頃より、尿失禁、排尿時痛の増強を認めた。他院にて、KUB, DIP から膀胱異物結石と診断。当科受診。KUB では膀胱に一致する部位に6×3 cm の結石像があり、その内部に長さ約5 cm の海綿骨用螺子の破損片と思われる陰影があった。以上の所見から、海綿骨用螺子が破損し、大腿骨頸部、寛骨臼を貫通し、膀胱内に迷入し、結石を形成したものと診断。1998年5月18日に膀胱切石術を施行。結石は大きさ70×30×25 mm, 重量53.9 g, 結石成分はリン酸 Ca と炭酸 Ca の混合結石であった。破損した海綿骨用螺子の膀胱内迷入例は文献上2例目、本邦では1例目であった。

巨大膀胱結石の1例：小森和彦、池上雅久、岩崎 明、梶川次郎、岸本知己（市立堺） 88歳、女性。1992年に脳梗塞の既往がある。1995年より下腹部痛、排尿時痛、頻尿があり、近医にて膀胱炎として治療を受けていたが下腹部痛が増し、1998年4月当院受診。KUB では膀胱部に結石様陰影を認め、膀胱巨大結石の診断にて膀胱切石術を施行。摘出した結石は大きさ12.0×7.5×6.0 cm, 重量510 g, 外観は表面平滑で黄白色で、断面は年輪様の層状構造をもつ4つのコンパートメントに分かれていた。成分は中心部が磷酸カルシウムと磷酸マグネシウムアンモニウム、外側の部分は磷酸マグネシウムアンモニウムという構成であった。1998年9月現在、再発もなく排尿状態は良好である。本邦における重量500 g 以上の膀胱結石としては11例目だが、いくつかのコンパートメントに分かれている巨大膀胱結石の報告は今回が初めてである。

腎細胞癌を伴った膀胱平滑筋肉腫の1例：木浦宏真、木下昌重、切目 茂（済生会中津） 症例：61歳、男性。主訴：肉眼的血尿、下肢浮腫。1997年5月他院 CT にて膀胱腫瘍を認め、同年8月当科紹介入院となった。入院時、貧血、腎機能低下を認め、腹部に臍直下直径約20 cm の腫瘍を触知した。尿細胞診、陽性。CT にて壁外に浸潤する巨大膀胱腫瘍、両側水腎症、腹水を認めた。入院後、腎不全、全身状態悪化のため入院15日目に死亡した。病理解剖の結果、膀胱腫瘍は平滑筋肉腫で腹膜、両肺転移が見られ、腎細胞癌を認めた重複癌であった。膀胱平滑筋肉腫の報告は比較的稀で本症例は本邦では文献上95例目、腎細胞癌との重複癌は1例目であった。

維持透析患者に発生した膀胱憩室内腫瘍の1例：前沢卓也、片岡晃、林田英資、吉貴達寛、Park Kyun、岡田裕作（滋賀医大）、尾松

操(草津総合) 86歳, 男性。肉眼的血尿を主訴として当科入院。画像診断, 膀胱鏡下生検にて膀胱憩室内腫瘍(TCC+SCC grade 3)と診断された。年齢, 心肺機能など考慮し Ope を断念, 退院3週間後心不全で死亡した。一般的に膀胱憩室内腫瘍は, 膀胱腫瘍と比較し SCC の占める割合が高く, 発見時の深達度は高いとされ, 膀胱全摘の適応となることも多いようである。また, 一般的に透析患者には悪性腫瘍の発生率が高いとされ, その深達度, 異型度ともに高い傾向がある。これは, 無一乏尿による発見の遅れ, 腎不全に伴う免疫能の低下, 廃用性萎縮膀胱による膀胱壁の脆弱化などが原因と考えられている。文献上われわれが調べ得たかぎりでは, 維持透析患者の膀胱憩室に腫瘍が認められた症例は, 報告されていない。

膀胱褐色細胞腫の1例: 楠田雄司, 田中宏和, 松本 修(県立加古川), 鹿股直樹(同病理) 症例71歳, 女性。近医にて子宮筋腫の精査のため施行された MRI にて膀胱に腫瘤を指摘され当科受診。膀胱鏡にて前壁の粘膜下に腫瘤を認めたため, 経皮的針生検を施行した。穿刺と同時に急激な血圧上昇を認め, 生検の結果は褐色細胞腫であった。入院中, 排尿後に血圧の上昇を認め, 血中, 尿中ノルアドレナリン, ドーパミンの上昇を認めた。血尿は認めなかった。¹³¹I-MIBG シンチにて膀胱部に強い集積を認めたが, 他部位に異常集積はなかった。内分泌活性型膀胱褐色細胞腫と診断し, 1998年6月11日, 膀胱部分切除術を施行した。腫瘍は周囲との癒着はなく容易に摘出でき, 大きさは3.0×2.5×2.0 cm であった。術後3カ月の現在明らかな再発の徴候は認めていないが, 今後とも厳重な経過観察が必要と思われる。

間質性膀胱炎の1例: 大岡均至(六甲アイランド), 三村恵子(同病理), 岡田 弘(神戸大) 66歳, 女性。数年来の頻尿, 尿意促進を主訴に来院。尿路感染症を認めず, 最大膀胱容量は102 ml で低コンプライアンス膀胱。膀胱粘膜多部位生検などより間質性膀胱炎と診断され, 水圧療法ならびにステロイド療法で軽快した。間質性膀胱炎の成因については膀胱表面の glycosaminoglycan 層の変性, 欠損による膀胱粘膜の透過性亢進・尿中因子など複数の因子の関与が推測されている。水圧療法はその後の粘膜生検と合わせ, 診断的治療法として必須の検査であるが本症例のように奏効期間が短い場合も少なくなく, ステロイドなどの経口療法と DMSO などの膀胱内注入療法がおもな治療法になっているが, 標準化された投与法は確立されておらず, 症例に最も有用な治療法を担当医師が判断し治療効果・副作用などを含め, 定期的にフォローアップしてゆくことが肝要と思われる。

S 状結腸膀胱瘻の1例: 熊本廣実, 夏目 修, 壬生寿一, 生間昇一郎(大阪回生), 酒井 正, 藤村 隆(同外科) 67歳, 男性。1997年10月に血尿に気づき, さらに会陰部痛, 排尿時痛が出現したため, 同年12月26日当科を受診。前立腺炎と診断し抗生剤投与にて症状改善するも血尿が続くため, 膀胱と消化管との瘻孔を疑い精査。注腸造影, 骨盤 CT を施行したが, 多数の憩室を S 状結腸に認める以外に異常を認めず。経過観察を続けていたところ, 糞尿, 下腹部痛が出現したため, 再度注腸造影, 膀胱鏡, 骨盤 CT などを施行し瘻孔を確認した。S 状結腸憩室炎に起因した S 状結腸膀胱瘻と診断し, 1998年6月15日 S 状結腸切除術, 膀胱部分切除術を施行した。術後経過は良好で血尿は消失した。結腸憩室炎に起因した結腸膀胱瘻を文献的に検討した結果, 瘻孔を確認し得たのは80%で, そのうち注腸造影での確認が, 全体の70%にとどまる。したがって他の検査を組み合わせると有効な場合があると考えられる。

MRSA 感染症を合併した代用膀胱回腸瘻の1例: 金谷 勲, 金聰淳, 神波照夫(大津市民), 森田清文(同外科) 59歳, 男性。1997年10月22日膀胱癌に対し膀胱全摘除術, 自然排尿型回腸代用膀胱造設術を施行。病理組織診断は移行上皮癌, G2>G3, pT3a, pN0 であった。4カ月後腸閉塞のため入院中, 糞尿出現。尿中便中に MRSA (+)。イレウス管造影により回腸回腸吻合部と代用膀胱の間の瘻孔と診断し, MRSA に対する治療後, 1998年4月1日腸閉塞解除術を施行した。手術は回腸回腸吻合部より約20 cm 口側の部位を切断し, その口側断端を上行結腸に, 肛門側断端を回腸末端部にそれぞれ端側吻合した。以後, 臨床的には瘻孔の症状は消失した。代用膀胱腸瘻は比較的稀であるが, 注意すべき合併症の1つであると思われる。

前立腺癌の膀胱浸潤による難治性血尿に対するマーロックス®注入療法の経験: 本郷文弥, 北小路博司, 斉藤雅人(明治鍼灸大) 膀胱への癌浸潤のため血尿が持続する進行前立腺癌の2症例に対して, 膀胱内へ胃粘膜保護剤であるマーロックス®を注入する止血療法を行った。症例1: 79歳, 男性。1995年10月初診。前立腺癌の診断にて内分泌療法施行。1998年2月に再燃による血尿の悪化のため, 本法を施行したところ, 血尿は速やかに消失した。症例2: 81歳, 男性。1992年1月初診。前立腺癌の診断にて内分泌療法, 放射線療法施行。1998年1日に血尿および全身状態の悪化により入院となった。本法により血尿は改善した。2例とも副作用はなかった。本剤はびらん・潰瘍部に選択的に付着して粘膜面を保護し, 血管を収縮させて止血させると考えられている。本法は特殊な機材や煩雑な手技を必要とせず, 副作用もないため, 難治性血尿に対して試みられて良い方法であると考えられた。

膀胱腫瘍を合併した前立腺類内膜癌の1例: 木下佳久, 水野緑仁, 川端 岳(三田市民) 84歳, 男性。主訴は肉眼的血尿。PSA やや高値にて針生検術施行するも悪性所見は得られず。尿道鏡検査にて前立腺部尿道に乳頭状腫瘍を認め, 精査入院。MRI にて前立腺内腺を占有する腫瘍性病変を認めたため経尿道的尿道腫瘍生検および前立腺切除術を施行。術中, 膀胱内にも乳頭状腫瘍を認め, 併せて生検した。前立腺切除組織は乳頭状に増殖する子宮内膜癌類似の組織像を呈し, 免疫組織化学的検索で PSA の強い局在を示したため, 前立腺類内膜癌と診断された。また, 膀胱腫瘍は TCC G2 であった。術後2週目より TAB 療法を開始。術後5カ月目で PSA 値は0.4 ng/ml と下降し, 膀胱尿道鏡検査で腫瘍の再発を認めず, 通常の前立腺癌と同様に内分泌療法が有効であると考えられた。われわれの調べ得たかぎり, 本症例は前立腺類内膜癌の本邦報告41例目であると思われる。

前立腺原発移行上皮癌の1例: 紺屋英児, 能勢和宏, 際本 宏, 片岡喜代徳(泉大津市立), 梶川博司(豊川総合) 66歳, 男性。1997年12月頃より頻尿および残尿感が出現してきたため, 1998年1月21日に当科を受診。前立腺肥大症の診断のもとに同年2月12日に手術目的で当科に入院となった。1998年2月16日に経尿道的前立腺切除術を施行した。切除切片の病理診断は, 移行上皮癌, G3 でその深部の前立腺組織は nodular hyperplasia の所見のみであった。また, PSA 免疫組織染色の結果は陰性であった。同年3月16日に経尿道的膀胱生検および経直腸的前立腺針生検を施行した結果, 膀胱および残存前立腺には共に腫瘍細胞は認められなかったため, 術後療法として M-VAC による化学療法を3クール施行した。術後の尿細胞診はすべて陰性であり, 術後約7カ月の現在, 局所ならびに膀胱内に再発は認めていない。稀な疾患であり自験例は本邦33例目であった。

前立腺癌皮膚転移の1例: 田中一志, 岩本孝弘, 片岡頌雄(市立西脇), 藤川義明, 川上尚弘(同皮膚科), 林 晃史(新須磨) 70歳, 男性。前立腺癌(低分化腺癌【一部分分化腺癌を含む】臨牀病期D1)にて内分泌療法後, 抵抗性再燃癌となり外来にて化学療法を行っていた。全身状態悪化し, 対症療法のための入院加療中, 下腹部に無痛性の紅色丘疹を多数認めた。生検の結果, 前立腺癌皮膚転移であった。皮膚転移出現後7日目に死亡した。前立腺癌の皮膚転移は比較的少なく, 転移を有する前立腺癌患者中, 2%未満と報告されている。転移部位は, 外陰部, 胸部, 顔面・頭頸部, 腹部, 鼠径部, 他, の順で, 組織学的所見として, 未分化あるいは低分化癌からの転移が多いとされている。

奈良県における前立腺市民公開講座について: 大園誠一郎, 平尾佳彦, 岡島英五郎(奈良医大), 三馬省二(県立奈良), 柏井浩三(柏井クリニック), 杉村克治(杉村医院) 1998年4月に奈良市と橿原市で前立腺肥大症と前立腺癌に関する市民公開講座を開催した。当日, 参加者に対してアンケート調査を実施した。参加者は, 男性が92%, 年齢は60歳代が約50%, ついで70, 50歳代が多かった。市民公開講座を知ったきっかけは, 奈良市が新聞51%, 病院40%, 友人・知人2%に対し, 橿原市では各31, 45, 13%と地域差がみられ, 広報手段を地域別に考慮する必要性が示唆された。I-PSS の分布では, 軽症34%, 中等症43%, 重症12%, QOL-index では, 軽症19%, 中等症55%, 重症20%であった。参加者の感想は, 疾患に対する興味, 安心, 公開講座に対する感謝を述べたものが多く, 啓蒙効果があったと考えられる。以上の結果を踏まえ, 今後も奈良県内において市民公開講座を続

けていく予定である。

同側腎無形成を伴った左精嚢嚢胞の1例: 木山 賢, 本郷吉洋, 秋田康年 (大津赤十字), 東 治人, 上田陽彦, 勝岡洋司 (大阪医大) 50歳, 男性。1997年11月排尿困難で近医受診。DIP 上, 左腎は造影されず膀胱内に直径 50 mm の陰影欠損を認め当科受診した。CT, MRI, 経直腸超音波検査所見より左尿管の異所開口を伴った左精嚢嚢胞と診断した。排尿困難が増強するようになり経直腸超音波ガイド下に嚢胞穿刺および嚢胞造影を施行した。嚢胞内容液を吸引後, 嚢胞内に無水エタノール注入を行ったが3日後に再発したため, 1998年5月左尿管摘除術および左精嚢部分切除術を施行した。尿管は盲端に終わり組織学的に移行上皮を認め嚢胞は円柱上皮を認めた。尿管の頭側には腎組織は認めなかった。術後, 排尿状態は改善し現在まで経直腸超音波検査上, 嚢胞の再発は認めていない。

右急性陰嚢症を呈した精巣区域梗塞の1例: 牛田 博, 上仁数義, 小泉修一 (宇治徳洲会) 28歳, 男性。1998年4月2日より右下腹部痛出現し翌4月3日当院受診。右鼠径部から陰嚢にかけての痛みあり。右精巣の軽度挙上およびPrehn 徴候も陽性にて, 右精索捻転が疑われ, 緊急超音波検査およびカラードップラーエコー検査施行。右精索と精巣の大部分には血流が認められたが, 右精巣上極に血流が認められない低エコー領域が指摘された。CT, MRI も施行したが, 精巣腫瘍を否定できないため同年4月4日右高位精巣摘除術を施行。摘出標本断面にて出血を思わせる部位が認められ, 病理組織学的検査にて精巣の出血性区域梗塞と診断された。精巣区域梗塞は非常に稀な疾患でわれわれの調べたかぎり, 海外では24例, 本邦では6例報告されており, 自験例は31例目と思われる。

交通外傷に起因した精巣脱出症の1例: 南方良仁 (和歌山医大) 19歳, 男性。バイク運転中自動車と正面衝突。四肢の多発骨折受傷。多発骨折で入院中, 左陰嚢内容の欠如を自覚し, 骨折に対する治療終了後, 1998年5月22日当科受診した。触診および腹部エコーにて左鼠径部に左精巣と思われる腫瘍を触知し, 交通外傷に起因した精巣脱出症と診断した。診断時, 受傷後6か月経過しており, 用手的治療困難と判断し, 観血的治療を行った。手術所見として, 左精巣はスカルパ筋膜下に固有鞘膜に包まれて存在し, 正常よりやや軟ではあるが浮腫, 血腫, 壊死を思わせる部位を認めなかった。精巣および精索は外鼠径輪を中心に屈曲し, 癒着は用手的に剝離可能であったが, 一部は強固で鋭的に切離し, 精巣を陰嚢内に固定した。術後経過は良好で, 退院後は受診していない。本症例は表在注鼠径部精巣脱出症で, 精巣脱出症として本邦86例目であった。

精嚢嚢胞の1例: 高尾典恭, 岡 裕也, 奥村和弘, 松本慶三, 井本卓, 奥村秀弘 (天理よろづ) 症例は71歳, 男性。主訴は左陰嚢内容の無痛性腫大。血液検査成績上, 特に異常を認めず, 腫瘍マーカーも正常値であった。超音波検査, MRI で左精嚢内に径 3 cm 大の嚢胞を認め, 左精嚢嚢胞の診断で嚢胞摘出術を選択し, 結果的に左精嚢摘出術を施行した。病理組織像では, 嚢胞壁は単層立方上皮で精巣白膜との連続性は見られなかった。以上より, 単純性精嚢嚢胞と診断した。精嚢嚢胞の報告は稀で, われわれの調べた範囲で本症例は本邦10例目であった。本疾患に対し, 嚢胞穿刺のみでよいとする報告, また経過観察のみで良いとする報告もある。今後, 精嚢嚢胞の発見例が増加し, 長期的予後が判明するにいたって, 精嚢摘出術の適応が減少するものと考えられる。

精子肉芽腫症の1例: 大場健史, 原口貴裕, 田中一志, 梅津敬一 (国立神戸), 中村哲也 (同臨床検査部), 安野博彦 (安野泌尿器科) 36歳, 男性。左陰嚢内の無痛性腫瘍を主訴に近医受診。陰嚢内の炎症, 手術, 外傷の既往はない。触診上左精巣上体尾部に小指頭大, 弾性硬の腫瘍を認めた。尿検査, 血液検査, 排泄性尿路造影, 胸部X線撮影で異常を認めず, 前立腺液抗酸菌培養も陰性であった。陰嚢内超音波検査にて充実性腫瘍を認め精巣上体腫瘍疑いにて当科紹介され, 左精巣上体摘除術を施行した。病理診断は精子肉芽腫症であった。術後28日目の血中抗精子抗体は陰性であった。精子肉芽腫症は精巣上体炎, 腫瘍, 嚢腫, 精巣上体結核などとの鑑別が重要であり, また精路の遮断と自己免疫性の発現により不妊症との関連性も考えられる。

陰嚢内脂肪腫の1例: 金 聰淳, 金谷 勲, 神波照夫 (大津市民) 63歳, 男性。20年前より高血圧あり。主訴は右陰嚢内腫瘍。3年前より右陰嚢内容の腫大を自覚するも放置していた。徐々に増大するため近医受診し, 右精巣腫瘍の疑いにて1998年3月18日に当科紹介受診した。初診時所見は血液・生化学・尿検査では軽度の肝機能異常以外は異常なし。右陰嚢内には精巣と境界明瞭な可動性良好で弾性軟の手拳大の腫瘍を触知した。透光性・波動は認めなかった。エコーでは内部不均一な high echoic mass, CT では 8×7 cm 大の fat density mass が右鼠径部から陰嚢内に連続していた。陰嚢内脂肪腫と診断し, 1998年4月8日腫瘍摘出術を行った。腫瘍は精巣・精索とは被膜により隔離されており, 周囲組織からの剝離・摘出は容易であった。摘出標本は 16×9×3 cm, 重量は 248 g であった。病理診断は lipoma であった。術後5カ月の現在, 再発は認めていない。

右陰嚢内腫瘍の1例: 芝 政宏, 木内 寛, 目黒則男, 前田 修, 細木 茂, 木内利明, 黒田昌男, 宇佐美道之, 古武敏彦 (大阪成人病セ) 症例は57歳, 男性。1998年1月末より右陰嚢内の無痛性腫瘍を自覚。右陰嚢内に精巣とは別に径 6×9 cm の腫瘍を触知した。腫瘍は弾性軟, 表面平滑, 可動性は良好であり, 透光性は認めなかった。超音波所見では, 右陰嚢内に精巣とは別に高輝度で均一な充実性腫瘍を認めた。また, MRI 検査にて脂肪成分様の腫瘍を認めたため, 右陰嚢内脂肪腫と診断し, 1998年4月1日に腫瘍摘除術を施行した。術中, 精巣動静脈と腫瘍との剝離は困難であったため, 腫瘍と陰嚢内容を一塊として摘除した。腫瘍は径 4×5×9 cm, 重量 140 g, 弾性軟であった。病理診断は陰嚢内脂肪腫であった。陰嚢内脂肪腫もしくは精索脂肪腫として本邦にて報告された症例はわれわれの調べたかぎりでは本症例を含め82例であった。

下大静脈腫瘍塞栓を伴う精巣腫瘍患者に対する肺塞栓予防目的の下大静脈フィルター挿入および除去の経験: 神波大己, 辻 裕, 岡部達士郎 (滋賀成人病セ), 麻柄達夫, 山本芳央 (同心臓血管外科), 川喜田睦司 (関西医大) 33歳, 男性。主訴は労作時呼吸困難。転移性肺腫瘍にて当院内科入院。右精巣の硬結があり右精巣高位摘除術施行, 病理組織学的に胎児性癌と診断。画像診断と併せ, 右精巣胎児性癌, 肺転移, 後腹膜リンパ節転移, 下大静脈腫瘍塞栓, stage IIIB2 と診断。AFP, LDH の上昇を認めた。肺塞栓予防目的に Greenfield 下大動脈フィルターを留置のうえ化学療法を4クール施行。腫瘍マーカー陰性化, 肺転移消失。後腹膜リンパ節転移, 下大静脈腫瘍塞栓の残存に対し RPLND・下大静脈合併切除術, 下大静脈置換術を施行。下大静脈フィルターも摘出。病理組織診にて癌細胞, 奇形腫を認めず。術後1年再発なく生存中。置換したグラフトの開存性は良好。

WAGR 症候群の1例: 細川尚三, 島田憲次, 東田 章, 森本康裕 (府立母子医療セ) 3カ月, 男児。家族歴に特記事項なし。生下時に尿道下裂, 無虹彩症を指摘され, 11染色体短腕13領域の欠損を認め, Wilms 腫瘍好発症候群として生後3か月から超音波断層法による経過観察を行った。他に中等度の精神発達遅延を認めた。生後1歳5か月で左腎に 6 cm の腫瘍の発生を認めた。生検結果は mesonephric nephroblastoma であった。画像診断では, 主腫瘍以外に左腎に 2 cm 大, 右腎に 0.5 cm 大の腫瘍性病変を認めた。病期は脳, 肺, 肝, 骨, リンパ節への転移は認めなかったが両側性であることから stage V と判定した。神経芽細胞腫の厚生省班研究プロトコールにのっとり3クールの化学療法後, 左腎摘除を行った。主腫瘍は壊死に陥り, 娘腫瘍は前癌状態である nephrogenic rest であり, 右腎の病変も同様と思われたため腎を温存した。3歳1カ月の現在まで再発は認めない。

恥骨固定式膀胱頸部吊り上げ術の経験: 吉岡伸浩, 花井 禎, 松本成史, 杉山高秀, 朴 英哲, 栗田 孝 (近畿大) 恥骨固定式膀胱頸部吊り上げ術 kit (Vesica™) を用いて, 経皮的膀胱頸部吊り上げ術 (PBNS) 3例, sling 術3例施行した。平均年齢は PBNS 65.3歳, sling 56.0歳, 60分 Pad test の平均は PBNS 33.0 g, sling 59.0 g, 尿失禁治療歴は, sling では3例中2例に行われており, PBNS は全例が初回手術例であった。術後観察期間は PBNS 平均7.7か月, sling 7か月である。不安定膀胱や膀胱瘤のない症例で, 術式はおもに膀胱頸部の過可動性の有無で選択した。術後, 尿流測定では有意な差を認めなかったが, 全例で尿失禁が消失しており自覚症状では全例がほぼ満足以上であったため, 本術式はきわめて有効であると考えら

れる。

放射線治療が有効であった、女子尿道腫瘍再発の1例：岩村浩志，井上貴博，橋村孝幸（国立姫路） 76歳，女性。外陰部腫瘍を主訴に来院した。尿道腫瘍 TCC grade 3, stage C の診断にて，3月7日尿道全摘除術および虫垂ストーマ造設術（Mitrofanoff 法）を施行した。1997年1月外陰部旧尿道口付近に腫瘍を確認し，生検を行った。TCC grade 2 であった。局所再発と診断して，放射線，化学療法を行った。放射線は4 cm の一門照射 2 Gy 25回トータル 50 Gy を施行した。化学療法は day 1 に MMC 15 mg/m² day 1~4 および放射線 13回目の照射日より4日間に 5-FU 1 g/m² を投与した。肉眼的に腫瘍は消失し，生検にても悪性所見は認められなかった。退院後5カ月を経た現在再発を認めていない。MMC，5-FU と放射線の併用療法は，扁平上皮癌に対する治療法であるが文献的に奏効率が高く患者の負担が M-VAC 療法とに比べ比較的に少ないために選択した。

尿道平滑筋腫の1例：今村正明，大森孝平（大阪赤十字） 症例は79歳，男性。1991年8月，膀胱腫瘍にて経尿道的切除術施行。以後，外来で経過観察していた。1998年5月，前立腺部尿道に腫瘍を認め，経尿道的切除術施行。病理診断は平滑筋腫であった。

Median raphe cyst of the penis の1例：長濱寛二，東耕一郎，眞田俊吾（関電病院），三谷恒雄（同皮膚科），伊藤浩行（同病理） 22歳，男子。約2年前より陰茎に腫瘍を自覚。徐々に増大し切除希望にて来院。陰茎腹側正中縫線部，亀頭溝より一横指近位に小指頭大の無痛性囊状腫瘍あり。12歳頃にも同様の腫瘍を認め，他院にて切除術を受けた経歴あり。尿道や海綿体との交通なく，全切除を施行した。穿刺，切開では再発の報告がある。内容は無色透明粘液様であり，下部の黄白色組織が見えてきた。切除標本に白色上皮と周囲の肉芽腫様黄色組織を認めた。嚢胞上皮の大部分は多列円柱上皮であり一部，移行上皮も認めた。診断は Median raphe cyst of the penis であった。本疾患は正式な分類，定義が確立されていないため，英名の診断名を用いた。発生由来については，胎生期尿道癒合異常説と，尿道側管由来説がある。表皮嚢腫との鑑別と本邦報告96例について統計を示し考察する。

陰部化学熱傷の1例：尾上正浩，山手貴詔，尼崎直也，西岡 伯，秋山隆弘，栗田 孝（近畿大），飯田 仁（同精神神経科），江川哲雄（同形成外科） 症例は40歳，男性，強い精神的負荷によって引き起こされた心因反応によって硝酸 4 cc と硫酸 4 cc をそれぞれ陰嚢内に自己注入した。さらに硝酸，硫酸を計3回にわたって陰嚢内に自己注入。その後陰嚢部痛および陰部からの異臭が強くなり当科外来を受診。所見は陰嚢部を中心に恥骨前面より肛門の腹側約2 cm の皮下にわたって皮膚の硬結があり一部自潰部分も認められた。これに対しデブリードマンおよび尿路の形成を目的とし手術を施行。陰嚢内容，両側精巣，振子部尿道は完全に壊死。尿道は尿道球部まで壊死していた。壊死部を切除し陰茎皮膚の一部と会陰残存皮膚を用いて形成術を施行。最大尿流量率 21.2 ml/秒と良好であった。

排尿時痛を主訴とした閉経後の陰唇癒着症の1例：安野博彦（安野泌尿器科医院） 患者は70歳，女性。45歳で閉経となり，60歳頃からは性交渉なし。数年前から時々，排尿困難感を自覚するも放置。1998年3月末頃より排尿時痛が出現したため，4月4日当院受診となった。問診上，明らかな排尿障害はみられず，残尿も認めなかった。外陰部視診で，左右の小陰唇が正中中部で強固に癒着し，癒着線上の下端に，直径1~2 mm 大のピンホール状の小孔がみられ，陰唇癒着症と診断した。4月7日，局所麻酔下にて，陰唇癒着の剝離・切開術を施行した。術後，小陰唇の癒着は改善し，排尿困難感，排尿時痛も消失した。成人における陰唇癒着症の報告は比較的少なく，文献上，自験例は本邦30例目であった。排尿異常を訴える高齢女性においては，尿道狭窄や陰唇癒着症の存在も念頭にいった上で，外陰部精査を実施することが肝要と思われた。

CAPD カテーテル位置異常に対する腹腔鏡下整備の経験：佐藤仁彦，山中滋木，西田晃久，三上 修，松田公志（関西医大），岡田日佳（松下記念腎不全科） 25歳，男性。1997年5月 CAPD 導入。その後10カ月目に排液時間延長を認めたためカテーテル造影施行。カテーテル先端は脾近くに認められ，大網の癒着も考えられたためガイ

ドワイヤーによる整備を試みたが困難であった。1998年3月23日3時間の血液透析施行。翌3月24日全身麻酔下にて腹腔鏡下に整備した。手術時間は1時間20分であった。術日より腹膜透析開始。1,000 ml より開始し順次 2,000 ml まで増量して行った。術後翌日より摂食，歩行開始したが透析液漏れは認められなかった。文献上 CAPD カテーテル排液異常に対する腹腔鏡下手術は23例報告されており，位置修復，大網癒着剝離が最も多い。CAPD も含めた透析患者は腹腔鏡下手術の良い適応であると思われた。

後腹膜類表皮嚢胞の1例：浅井利大，伊藤哲也，伊藤周二，森川洋二（市立伊丹） 76歳，女性。近医の腹部超音波検査（AUS）で偶然に左腎下極に接する腫瘍を指摘され，精査目的にて当科紹介となる。初診時，左側腹部に圧痛を伴わない拳大の腫瘍を触知した。血液検査では腫瘍マーカーはいずれも正常値であった。AUS では充実性の腫瘍が疑われたが，CT および MRI 検査では，嚢胞性病変と考えられたため，嚢胞性腫瘍を疑い，摘出術を施行した。腫瘍の境界は明瞭で，周囲との癒着は軽度であったが，根部では腸腰筋内へ入り込み，腰椎横突起と強く癒着していた。摘出標本は径 10×7×7 cm，重量 215 g，嚢胞状で黄色泥状の内容物を認めた。病理組織診断は，皮膚付属器を認めず，類表皮嚢胞であった。術後経過は順調で，現在も再発を認めていない。後腹膜類表皮嚢胞は稀な疾患であり，仙骨前部症例を除くと，調べたかぎりでは自験例が本邦第6例目の報告である。

右後腹膜 Ganglioneuroma の1例：望月裕司，富岡厚志，池田朋博，雄谷剛士，影林頼明，平尾佳彦（奈良医大） 30歳，男性。右側腹部痛を主訴に，近医受診。腹部 CT で右後腹膜に径 4 cm の腫瘍を指摘され，1995年1月28日当科紹介受診。内分泌学的検査で血中 ACTH の軽度上昇および血中コルチブールの上昇を認めた。腹部 US で内部に hypoechoic を伴う hyperechoic な腫瘍を認め，腹部 MRI で T2 強調像で内部低信号域を伴うリング状の高信号域を認めた。同年5月11日，全麻下に腫瘍摘出術を施行。摘出標本は，大きさ 5.0×5.5×3.0 cm，重量 45 g の充実性腫瘍で内部に壊死を伴っていた。病理組織診断は，紡錘形の神経線維細胞と大型の異型度の少ない神経芽細胞を認め，ganglioneuroma と診断した。Ganglioneuroma の1例を経験したので，若干の文献的考察を加えて報告した。

両側尿管狭窄をきたした後腹膜腔原発ホジキン病の1例：河瀬紀夫，吉田浩士，吉村耕治，瀧 洋二（公立豊岡） 69歳，男性。1998年2月頃より夜間頻尿があり，当科受診。腎後性腎機能障害の精査のため入院。画像検査にて両側上部尿管壁の肥厚と後腹膜リンパ節の腫大を認めた。リンパ節の針生検を施行したが，確定診断は得られず，左腎盂腎炎を併発したため，診断と感染予防の目的で左無機能腎に対して腎摘除術を施行。病理検査の結果ホジキン病と判明した。Ga シンチから後腹膜腔に局限したホジキン病と考えられ，C-MOPP 療法を3コース施行後，現在腎床および傍大動脈リンパ節領域に対して放射線照射を継続中である。尿管狭窄をきたす後腹膜腔原発の悪性リンパ腫の報告は稀で，表在性リンパ節の腫脹をみないため診断は容易ではない。また予後不良と考えられ，自験例では放射線照射後今後さらに化学療法を追加する予定である。

後腹膜脂肪肉腫の1例：中尾 篤，樋口喜英，野島道生，石橋道男，森 義則（兵庫医大） 50歳，男性。主訴は左下腹部痛と腹部腫瘍。腹部超音波検査，DIP，CT，MRI，腹部大動脈造影にて左後腹膜腫瘍あるいは左腎被膜由来の腫瘍と診断し，1998年5月8日手術施行。術中所見で腫瘍は厚い被膜に覆われ，左腎および上部尿管は腫瘍の中に包埋されていたため，腫瘍と左腎および左副腎を一塊として摘出した。傍大動脈リンパ節に腫脹を認めなかった。腫瘍は 25×13×17 cm で内容液を含めると 6.2 kg であった。腫瘍は脂肪様の組織からなり中心部は大部分が出血を伴う壊死組織で満たされていた。病理組織診断にて高分化型と粘液型の混在した脂肪肉腫と診断された。遠隔転移を認めなかった。今回の症例は腫瘍が巨大であり腫瘍の大部分が壊死していたため，術前の画像診断に苦慮した点が特徴的であった。術後3カ月を経過し再発・転移なく生存中である。

後腹膜悪性線維性組織球腫の1例：木内 寛，芝 政宏，藤本雅哉，目黒則男，前田 修，細木 茂，木内利明，黒田昌男，宇佐美道之，古武敏彦（大阪成人病セ） 75歳，男性。主訴は上腹部不快感，

触診にて右側腹部に弾性硬、可動性のない腫瘤を指摘され、腹部 CT にて右腎腫瘍を疑われたため当科を紹介された。IVP では右腎盂腎杯は上方に、右尿管は内側に圧排されていた。腹部 MRI では右後腹膜腔に内部が壊死し、周囲が不均一に造影される腫瘤を認めた。エコーガイド下に経皮的に生検を施行し、間葉系悪性腫瘍の診断を得た。以上より後腹膜間葉系悪性腫瘍の診断のもと1998年5月6日、全身麻酔下で腫瘍および右腎摘出術を施行。摘出標本は重量 2,350 g、大きさ 16×11×16 cm、断面は淡黄色であった。病理組織診で後腹膜悪性線維性組織球腫の通常型と診断された。術後3カ月を経過した現在、局所再発、転移を認めていない。

大阪市立大学医学部附属病院泌尿器科における手術統計（1994～1997）：仲谷達也，内田潤次，玉田 聡，杉田省三，松山昌秀，三橋誠，長谷太郎，土田健司，韓 榮新，吉村力勇，武本佳昭，川嶋秀紀，池本慎一，杉村一誠，和田誠次，山本啓介，岸本武利（大阪市内大） 当科における1994年から4年間の手術統計を行った。ESWLを除く手術総件数は1,603件で患者性差は2.9:1で男性が多く、平均年齢は男女とも60歳代が最多であった。年間件数は1994年の295件から1997年の506件まで毎年増加傾向にあり、対象臓器では多い順に膀胱・腎臓・前立腺・ブラッドアクセス関連・尿管であった。術式別件数ではTUR-Btが最も多く4年間で234件であり、膀胱全摘出術は年平均10.0件で尿路変向は回腸導管が最多でついで ileal neobladderであった。腎摘出術は年平均26.5件で原因疾患の77%は腎腫瘍であった。腎移植は22件行い献腎移植が13件であった。