

第203回 日本泌尿器科学会東海地方会

(平成11年1月24日(日), 於 中外東京海上ビルディング8階ホール)

嫌色素性腎細胞癌の1例：加藤慶太郎，西脇太記朗，七浦広志，岡田正軌，赤堀將史，上條 渉，水本裕之，三井健司，日比初紀，山田芳彰，本多靖明，深津英捷(愛知医大)，瀧 知弘(小牧市民) 60歳，男性。1996年12月に左腰痛を伴った肉眼的血尿を主訴として来院，種々の画像診断にて左腎細胞癌(T2, N0, M0)と診断し，1997年1月7日根治的左腎摘除術を施行した。摘出標本は肉眼的に褐色調を呈しており，種々の特殊染色による光顕所見より嫌色素性腎細胞癌(G1>G2, pT2, INF α , pN0, pV0)と診断された。術前に高値を示した炎症反応は，術後速やかに正常化した。嫌色素性腎細胞癌は腎細胞癌の4~5%に認められ，一般に予後良好と言われている。術後2年を経過した現在，再発，転移を認めない。

救急外来で診察中に脳梗塞を発症した腎癌自然破裂の1例：深津頭俊，網川常郎，田中國晃，辻 克和，古川 亨，橋本好正，福原信之，中村小源太(社保中京)，近藤隆夫(名大) 59歳，男性。1998年7月，急激な腹痛のため当院救急外来に救急車で来院。超音波上左腎自然破裂を疑い，造影CT施行中，脳梗塞を発症した。血管造影にて左腎動脈および左上被膜動脈に不整血管増生を認めため左腎癌自然破裂と診断し塞栓術を施行した。全身状態回復後，同年8月，根治的左腎摘除術を施行した。摘出標本は重量440g，腎中極から下極にかけて変形した腫瘍が認められた。病理診断は腎細胞癌であり，tubular type, common type, mixed subtype, G2, INF β , pT2, pV1a, pN0であった。臨床的にはT3以上と判断し，IFN α 療法を施行している。構音障害・左不全麻痺は回復し，術後5カ月の現在明らかな再発を認めず経過観察中である。

自然破裂をきたした腎細胞癌の2例：水野健太郎，藤田圭治(聖霊)，本間秀樹(知多厚生)，伊藤恭典，小島祥敬，上田公介，郡健二郎(名古屋大) 症例1：68歳，女性。主訴は右腰背部痛。超音波検査で右腎腫脹が見られ腹部CTを行ったところ，8×11cmの右腎腫瘍と後腹膜血腫を認めた。腎腫瘍の被膜外破裂を疑い，経腹的右腎摘除術を施行。病理診断は，RCC, intermediate, papillary, granular cell subtype, pG2, INF β , pT2, pV1a。症例2：66歳，男性。左側腹部痛を主訴に受診。腹部単純CTでは左腎に7.5×5cmの腫瘍を認めた。左腎腫瘍の被膜下破裂を疑い，経腹的左腎摘除術を施行した。病理診断は，RCC, alveolar type, clear cell subtype, pG2, INF α , pT2, pV1a。現在2例ともインターフェロン療法を施行している。自然破裂をきたした腎細胞癌は比較的稀であり，これまでに自験例を含め39例が報告されている。

脳転移により発見された腎細胞癌の1例：赤羽伸一，杉山貴之，平野恭弘，牛山知己，鈴木和雄，藤田公生(浜松医大)，餌取和美(聖隷沼津) 64歳，男性。1997年4月左半身脱力感を主訴に近医受診。頭部MRI上，右頭頂葉に径約1cmの腫瘍性病変を認め，同年5月腫瘍摘出術を施行。病理組織学的に転移性脳腫瘍で腹部CT上，右腎に径約6cmの腫瘍性病変を認めため右腎細胞癌脳転移と診断された。その後の治療について，同年6月23日当科を紹介され入院。画像診断上，他に転移を疑わせる所見を認めず，同年7月10日右腎動脈塞栓術，7月14日根治的右腎摘除および腫瘍塞栓摘出術を施行。術後IFN α , γ 併用療法を施行後，テガフルウラシル内服により，術後18カ月経過した現在再発，転移を認めない。

肺リンパ管筋腫症の合併を疑った腎血管筋脂肪腫の1例：森紳太郎，西山直樹，藤田民夫(名古屋記念) 症例は68歳の女性，呼吸困難と左胸痛を主訴に当院受診。胸部写真にて左胸水貯留と気胸を指摘され入院。患者は既婚，分娩歴は1回，現在は閉経後。左腎血管筋脂肪腫摘除術の既往あり。患者の知能発育は正常。胸腔ドレナージの結果，胸水は血性，胸水のADAは9U/lと低値で結核性胸膜炎は否定的，胸水のCA125が2,126U/mlと異常高値のためMeigs syndromeを疑うも卵巣は問題なく否定的。胸水培養は陰性。胸部CTを施行，両肺尖部に気腫性変化を認めた。以上より，リンパ管筋腫症の存在を疑うが今回肺生検未施行で組織学的な証明はなされていない。このような症例の鑑別診断として肺リンパ管筋腫症も考慮する

必要があると考えられた。

腎杯憩室結石に合併した左腎盂腫瘍の1例：近藤厚哉，後藤百万，小野佳成，大島伸一(名古屋大)，古橋憲一，吉川羊子(碧南市民) 50歳，男性。左腎杯憩室結石にてフォロー中受診中断していた。2年後の1997年6月肉眼的血尿訴え再受診した。腎内囊胞状病変とそこに散在する小結石を認め，腎杯憩室結石に合併した感染による膿瘍形成を疑い抗生剤投与にて治療開始したが，囊胞状病変内および腎全体に充実性の腫瘍が広がり，経皮的穿刺内容液の細胞診で移行上皮癌，扁平上皮癌を認めた。高カルシウム血症とそれに伴う腎不全を治療し，11月10日左腎動脈塞栓術と左腎摘除術を施行した。腫瘍は腎全体を占め，組織型はTCC G3 \geq SCC，腎門部リンパ節は腫大し，脾臓，横隔膜にも直接浸潤していた。血清Ca, Cr正常化し，疼痛も軽減したが，術後2カ月で肝転移が出現し1998年1月24日死亡した。腎杯憩室腫瘍は本邦8例の報告があり，本例が9例目にあたる。

CEA高値を伴った左腎盂尿管癌の1例：田中一矢，大堀 賢，青木重之，西川英二(名古屋掖済会)，日比初紀，深津英捷(愛知医大) 58歳，女性。1997年6月，左腰背部痛，左水腎症，CEA高値(正常値5.0ng/dlのところ107.4ng/dl)にて当科受診。種々の画像診断にて左腎盂尿管癌，T3N1M0 stage4bと診断。原発巣摘除およびリンパ節郭清目的で9月21日手術施行。標本重量350g。腫瘍は腎盂下部から上部尿管にかけて存在し，長径4.5cm。腫瘍は周囲への癒着，浸潤が強く根治性は低いと判断し，左腎摘除および尿管部分切除にとどめた。SCC+TCC。非乳頭状浸潤性腫瘍で，grade 3。免疫染色では殆どの腫瘍細胞がCEA陽性を示した。手術後CEAは著明に低下し本症例はCEA産生腫瘍と考えられた。術後経過は順調で，M-VAC化学療法を勧めたが患者の同意が得られず，未施行のまま退院となり，現在経過観察中である。また，腫瘍はCA19-9免疫染色でも陽性所見を示した。

Acute lobar nephroniaの2例：矢内良昌，神谷浩行，日比野充伸，佐藤修司，安井孝周，飯塚敦彦，佐々木昌一。上田公介，郡健二郎(名古屋大) 症例1：79歳，女性，既往歴は糖尿病，高血圧。発熱と左下腹部痛を主訴に近医受診。白血球，CRP高度上昇，膿尿を認め，左腎下極にエコーで境界不明瞭，内部低エコー。CTで低濃度，造影不均一，MRIでT1で低，T2で高信号の腫瘍を認め，当科紹介となった。抗生剤の点滴後，CRP陰性化しCTで腫瘍の縮小を認めため，acute lobar nephroniaと診断した。症例2：69歳，女性，既往歴は尿路結石症。発熱，食欲不振を主訴に近医受診，白血球，CRP高度上昇，膿尿を認めた。DIPで左腎杯の圧排を，左腎上極にエコーで辺縁不明瞭，内部低エコー。CTでやや低濃度の造影不均一な腫瘍を認めた。抗生剤点滴後白血球，CRP低下，CTにて腫瘍の縮小，血管造影にてhypovascular areaを認め，acute lobar nephroniaと診断した。

気腫性膀胱炎を伴った気腫性腎盂腎炎の1例：小倉友二，亀田晃司，蘇 晶石，吉村暢仁，梅田佳樹，鈴木竜一，脇田利明，佐谷博之，山川謙輔，林 宣男，有馬公伸，柳川 眞，川村壽一(三重大) 75歳，女性。NIDDMにて他院入院中，嘔吐，発熱が認められCT施行，気腫性腎盂腎炎が疑われ，当科転院した。CTでは両腎の腎盂腎杯内に気腫性変化が認められたが，腎実質は正常であった。また，膀胱鏡にて膀胱粘膜下に気腫性病変が認められた。気腫性膀胱炎を伴った気腫性腎盂腎炎と診断，抗生剤の投与，血糖のコントロール，single Jカテーテルによるドレナージ，膀胱バルーン留置にて治療可能であった。なお，尿培養でE. coliが検出された。諸家の報告によると，非保存的療法が予後良好であるが，抗生剤が発達した現在，血糖を含めた全身状態，腎機能，気腫の存在部位などにより，総合的に治療法を決定すべきと考えられた。

腎損傷の1例：青木高広，古瀬 洋，福田 健，北川元昭，阿曾佳郎(藤枝市立総合) 61歳，男性。1998年7月4日交通外傷により，腰痛を主訴として救急外来受診。腹部単純X線，腹部CT上右腸骨

骨折。右腎損傷を認め、同日当科入院。出血に伴う血圧低下に対し、輸液、昇圧剤。輸血等施行したが、血圧低下が続き、骨盤骨折による出血に加え、腎深在性損傷の可能性を考え、同日緊急手術を施行した。腎後面に深在性裂傷および動脈性出血を認め、縫合止血と修復を施行した。腎動脈損傷は認めず、術中所見はⅢa型損傷（日本外傷学会腎損傷分類、1997）であった。術後経過および骨盤骨折の経過は良好で、術後91日目に退院。自験例では開放性手術を行い腎を温存しえたが、TAEが可能であった可能性もあり、今後血管造影の施行も考慮すべきと考えられた。

後腹膜神経腫の1例：今西武志，平野恭弘，牛山知己，鈴木和雄，藤田公生（浜松医大），麦谷莊一（聖隷三方原） 52歳，男性。人間ドックの超音波検査で右副腎部に腫瘍性病変を指摘され、精査加療目的にて当科紹介。内分泌学的検査上、異常値は指摘されず。画像診断上、境界明瞭で内部は実質と嚢胞が混在し、肝・右腎・下大静脈を圧排し、同部位の副腎は同定できなかったが、他臓器への転移・浸潤を疑わせる所見は得られなかった。これらの結果から神経原性腫瘍が最も疑われたため、1998年11月27日に腹腔鏡補助下右後腹膜腫瘍摘除術を施行。手術時間234分、出血量150ml。摘出標本は13×9.5×7.5cm、525g。病理学的には細胞異型や核分裂像は認められず、主にAntoni A typeの細胞が見られ、免疫染色ではS-100蛋白が陽性であったため、良性的後腹膜神経鞘腫と診断された。術後経過は良好で、術後第10病日に退院した。

骨盤内に発生したCA-125産生腫瘍の1例：山田浩史，彦坂敦也，横井圭介，小林弘明，小幡浩司（名古屋第二赤十字），都築豊徳（同病理） 症例は71歳，男性。無症候性血尿を主訴にて1996年12月、他院より紹介される。膀胱鏡。IVPにて特に異常所見認めず。腹部骨盤部CTにて、Retroaortic left renal vein 指摘される。1998年2月再び血尿あり受診。膀胱鏡にて後壁に7mm大の乳頭状腫瘍を見つけ、TUR-Bt施行。病理結果はTCC，G2，pTaであった。入院時行ったCTにて骨盤内リンパ節の腫大および腫瘍を見つけ、生検を行った。病理結果が腺癌であったため消化器内科に転科。原発を探索したが見つからず。同年7月、腫瘍切除、リンパ郭清を行った。病理結果は、骨盤内原発のCA-125産生腫瘍と考えられ。術後。卵巢腫瘍の治療に準じてPVBにて化学療法を行い経過観察中である。

経直腸的に切除した後腹膜腫瘍の1例：櫻井 禪，星長清隆，永裕彰，森川高光，市野 学，深見直彦，伊藤 徹，石川清仁，白木良一，名出頼男（藤田保衛大），丸田守人，前田耕太郎（同外科） 34歳，男性。1998年3月会陰部痛が出現し、近医でlow grade 平滑筋肉腫と診断され手術目的で当科を紹介入院となった。術前US，CT，MRIでは腫瘍の境界は明瞭で、内部は均一であり、良性的後腹膜腫瘍が強く疑われた。患者のQOLを考慮し最低侵襲性の経直腸的腫瘍摘出術を施行した。切除標本は35×38×30mm大の被膜で覆われた黄白色充実性の腫瘍であった。病理検査結果はHE染色でlow gradeではあるが悪性所見が認められ、免疫染色で神経原性のgastro-intestinal stromal tumor と診断された。術後会陰部痛は消失し、6カ月経過した現在、再発を認めていないが、本来悪性腫瘍であるため今後も慎重な経過観察が必要であると考えられた。

腎盂尿管移行部狭窄症を合併した嚢胞性尿管炎の1例：黒田和男，加藤真史，浅井直之，山本茂樹，近藤隆夫，西村達弥，弓場 宏，水谷一夫，後藤百万，岡村菊夫，小野佳成，大島伸一（名古屋大） 70歳，女性。内科入院中施行されたCTで左水腎症を指摘され精査目的で当科受診。RPにて尿管の多発性の陰影欠損を認め、同時に腎盂尿管移行部狭窄症の存在も疑われた。レノグラムでは閉塞型を示した。尿管腫瘍を否定できず、尿管鏡を施行。表面平滑な腫瘍が多発性に存在し生検で嚢胞であることが判明。嚢胞に対しHo: YAGレーザーにて焼灼、引き続き腎盂尿管狭窄症には切開を加えた。本症例は検索しえた限りで本邦63例目であり腎盂尿管移行部狭窄症を合併したものは2例目である。自験例ではRP施行時の分腎尿細菌培養にて大腸菌が検出された。これは感染症や結石による慢性的な機械的刺激が本症発症機序の一因であるという説を支持するものである。

子宮内腺症による尿管狭窄の1例：磯部安朗，松浦 治，瀧 知弘，上平 修，山田 伸，近藤厚生（小牧市民） 42歳，女性。1998年7月22日人間ドックの際エコーにて右水腎症を指摘された。7月28

日精査目的に当院を受診。自覚症状特になし。既往歴として子宮筋腫・子宮内腺症あり。血液生化学的検査、検尿・尿沈渣上特に異常は認められず、尿細胞診も陰性であった。IVPにて右水腎・尿管を認めたため、逆行性腎盂造影を施行。右下部尿管に3.5cmほどの狭窄を認めた。CTでは、狭窄に相当する部位に腫瘍ではなく、子宮筋腫はあるもののこれによる圧排は否定的であると考えられた。9月20日入院の上、9月22日右尿管部分切除術および尿管膀胱新吻合術を施行。狭窄部の尿管は内腸骨動脈の第1分枝および腹膜と強く癒着していた。術後、水腎・尿管は軽快し、経過良好にて10月12日退院した。病理にて、狭窄部尿管に壁内型と思われる子宮内腺症を認めた。

尿管 Carcinosarcoma の1例：文野美希，日置啄一，山田泰司，杉村芳樹（愛知県がんセンター），中村栄男，佐々木恵子（同臨床検査部） 症例は67歳，男性。1998年7月、以前からの左腰痛が増強したため当科受診。DIPにて左水腎症，RPおよびAPにて左尿管に約1cmの完全閉塞を認めた。尿細胞診は膀胱尿，左腎尿ともにclass IIであった。尿管腫瘍の診断で8月25日左尿管全摘術を施行した。腫瘍は上皮性成分として腺癌，扁平上皮癌，また非上皮性成分として軟骨肉腫が混在を示しており、病理組織診断の結果 carcinosarcoma であった。術後5カ月の現在、再発の徴候なく外来にて経過観察中である。

両側尿管および膀胱上皮内癌の1例：高山達也，永田仁夫，海野智之，麦谷莊一（聖隷三方原），畑 昌宏，鈴木和雄，藤田公生（浜松医大） 59歳，男性。主訴は無症候性肉眼的血尿。近医で左尿管口とその付近の移行上皮癌と診断され、1995年10月16日当科初診。既往歴は精神分裂病。保存的治療を希望したためMVAC 2コース施行。その後も尿細胞診でclass Vが継続し、DIPで両側下部尿管狭窄、両側水腎症を認めた。膀胱鏡生検で左尿管口内と膀胱三角部より上皮内癌。右腎盂カテーテル尿はclass II，右尿管洗浄細胞でclass V。両側尿管および膀胱上皮内癌と診断。保存的治療は困難と判断し、1996年2月9日両側腎瘻造設後、両側のUPJより遠位の尿管摘除、膀胱尿道全摘施行。病理診断は両側下部尿管および膀胱三角部の上皮癌で筋層浸潤なし。術後尿細胞診は両側ともclass I。術後11カ月で吐物誤飲による窒息のため、死亡した。剖検で再発はなかった。

Signet ring cell がみられた尿管腺癌の1例：南館 謙，齋藤昭弘，河田幸道（中濃），森 秀樹（岐阜大第一病理） 55歳，女性。1998年3月5日、肉眼的血尿にて当科受診、初診時の尿検では赤血球100/hpf，白血球10~20/hpfであった。尿細胞診にてclass IVであったため膀胱鏡を施行。膀胱頂部より内部にドーム状に突出した4cmの腫瘍がみられたためこれを生検，signet ring cell を含む adenocarcinoma であった。CT上腫瘍は膀胱頂部より正中を膈方向へと進展していること、また女性内性器および消化器等に原発巣が見られないことより、膀胱頂部より発生した尿管腺癌と診断。1998年5月6日、膀胱頂部より正中膈ひだを経て膈まで一塊として腫瘍を摘除した。病理所見は生検時と同様であった。今回われわれが経験した症例は、signet ring cell を含む尿管腺癌という点で非常に稀であったため、若干の文献的考察を加えてこれを報告した。

AFP産生尿管腫瘍の1例：神田英輝，本瀬英明，F. Cornel，村田万里子，黒松 功，大西毅尚，奥野利幸，林 宣男，有馬公伸，柳川 眞，川村壽一（三重大） 症例は41歳，女性。1998年6月より血尿，残尿感が出現。膀胱鏡施行にて頂部に広基性腫瘍を認め生検施行、腺癌が検出され尿管腫瘍疑いにて9月当院入院。CT，MRI上膀胱頂部腹側に、内部に嚢胞を伴った腫瘍が認められ、腫瘍マーカーにてAFP 23200と著明な上昇を認めていた。消化管、子宮に異常はなく、尿管腫瘍の診断にて膈尿管摘出、膀胱部分切除術および骨盤内リンパ郭清施行。病理組織所見上、嚢胞壁は線維組織であり、嚢胞壁から膀胱粘膜面に続く低分化型腺癌を認めた。腫瘍部分はAFP免疫染色にて陽性でありAFP産生尿管腫瘍と診断した。術後90日目にはAFPは正常範囲内に低下し、現在のところ再発は認めていない。AFP産生尿管腫瘍は本例で2例目の報告となるが、低分化腺癌での報告は1例目と思われる。内胚葉由来臓器である尿管組織が、腫瘍化するとともに胎生期腸管へ逆行性分化をきたしAFP産生能を得たものと思われた。

膀胱原発 Sarcomatoid carcinoma の1例：三輪好生，亀井信吾，西野好則，高橋義人，出口 隆（岐阜大），下川邦泰（同中央検査部）78歳，男性。主訴は肉眼的血尿。1998年8月26日，喉頭癌にて喉頭摘出術を施行。術前の尿道カテーテル留置時に肉眼的血尿を認めた。膀胱鏡にて右膀胱頂部に非乳頭状広基性の腫瘍を認めた。骨盤部CTにて膀胱頂部から前壁にかけて隆起性病変を認め，dynamic MRIにて腫瘍の筋層への浸潤が示唆された。術前診断 T3bN0M0にて同年11月19日膀胱全摘除術および回腸導管造設術を施行した。病理診断は，膀胱原発の sarcomatoid carcinoma であった。術後2カ月で再発を認めていない。Sarcomatoid carcinoma は，癌成分と上皮成分由来の肉腫様成分で構成されるが，こうした癌腫と肉腫と混在する腫瘍の分類，鑑別における問題点について，文献的考察を行った。

小柴胡湯および柴苓湯によるアレルギー性膀胱炎の2例：梅本幸裕，窪田裕樹，最上美保子，粟田成毅，阪上 洋（安城厚生）65歳，男性。C型慢性肝炎にて2年間，小柴胡湯の投与を受けていた。頻尿症状出現し，当科受診。膀胱生検よりアレルギー性膀胱炎と診断。13歳，女性。ネフローゼ症候群にて2年間，柴苓湯の投与を受けていた。排尿時痛を認め，当科受診。CTにて膀胱壁の著明な肥厚を認めたためアレルギー性膀胱炎を疑った。両者とも各種抗菌剤にて改善を認めず，漢方薬を中止したところ約1週間で症状，糖尿が改善した。漢方製剤による膀胱炎は自験例を含め21例の報告があり，原因生薬としてはオウゴンが疑われる。漢方製剤によるアレルギー疾患に対する注意が今後必要である。

尿道・膀胱異物の5例：石瀬仁司，堀場優樹，森川高光，永 裕彰，丸山高広，樋口 徹，加藤 忍，石川清仁，泉谷正伸，白木良一，星長清隆，名出頼男（保健衛生大）尿道・膀胱異物は決して珍しい疾患ではなく，本邦では1,300例以上の報告がある。今回われわれは1例の外傷性膀胱異物を含む5例の尿道・膀胱異物を経験した。1例は外傷により経直腸的に侵入した症例であり，他の4例は自慰行為又は異常性行為にて経尿道的に挿入された症例であった。異物の種類は外傷性の症例では布きれと竹の葉であり，他の4例では電話のコード，ビップエレキパンの磁石，ネラトンカテーテル，ストローであった。異物の摘出は5例すべてにおいて経尿道的に摘出可能であった。自慰行為や異常性行為にて挿入された症例では異物を除去するだけでなく，その様な衝動に関する性格的な問題についても十分な認識を持ち，患者のメンタルケアも必要であると考えられた。

回腸導管造設術後13年目にみられた導管狭窄の1例：浜本幸浩，野口顯広，養島謙一，谷口光宏，竹内敏視，酒井俊助（県立岐阜）症例：63歳，男性。主訴：両側水腎症。1985年膀胱腫瘍（TCC，G₂，pT₂N₀M₀）により膀胱全摘除術および回腸導管造設術を施行した。無症状で経過していたが，1998年に超音波検査にて両側水腎症が認められた。DTPA レノグラムでは排泄が遅延し，導管造影および順行性腎盂造影では導管自体が尿管吻合部より約2cm末梢のところでピンホール状に狭小化していた。狭窄部を24Fr 拡張バルーンカテーテルにより拡張した。術後水腎症は消失し経過は良好である。狭窄部導管の生検では感染によると思われる慢性炎症像が認められた。このような導管狭窄は本邦では7例目であった。

膜性腎症によるネフローゼ症候群を合併した前立腺癌の1例：松浦浩，桜井正樹（松阪市民），有馬公伸（三重大）77歳，男性。腰痛にて近医を受診，転移性骨腫瘍を指摘され，当科入院。右側鼠径部リンパ節腫脹，右下腿浮腫を認め，PA290 ng/ml と高値を示し，精査にて前立腺癌，stage D2 と診断。DES の開始数日後より，両側下腿浮腫の増悪，利尿剤投与で改善せず，1日尿蛋白 12.9g と，ネフローゼ症候群を呈した。腎生検にて膜性腎症Ⅱ期と診断され，ステロイドパルス療法後，PSL 40 mg/日経口投与を中心としたカクテル療法を内分泌療法と併用した。マーカーを見るかぎり正常値になったにもかかわらず，ステロイド投与量に応じ，尿蛋白量は増減したが，現在 PSL 20 mg/日にて1日尿蛋白 1g 以下となり，完全寛解となった。再燃も認めていない。臨床経過から，前立腺癌と膜性腎症との関連性は低い可能性が示唆された。

原発性前立腺移行上皮癌の1例：岡田淳志，丸山哲史，秋田英俊，中平洋子，河合憲康，戸澤啓一，林祐太郎，郡健二郎（名古屋市大）症例は60歳，男性。8年来の排尿時痛および最近出現した肉眼的血尿

を主訴に近医受診。尿細胞診にて class V，CT・MRI にて膀胱壁の肥厚を認め，当科紹介となる。膀胱腫瘍を疑い，内視鏡的膀胱・前立腺部尿道付着物生検を施行した。膀胱部は慢性膀胱炎像であったが，前立腺部尿道付着組織には非乳頭状移行上皮癌を認め，CT・MRI 像も考慮し，膀胱壁内浸潤型移行上皮癌と診断した。これに対し膀胱全摘除術および代用膀胱造設術および虫垂利用導尿管造設術を施行した。病理組織学的検査にて，膀胱は増殖性の強い慢性膀胱炎像で，前立腺内のみ異型性の強い移行上皮癌を認めた。最終的な病理組織診断は原発性前立腺移行上皮癌であった。本疾患は前立腺腫瘍の5%以下とされており，文献上本症例は本邦17例目である。

陰嚢内に及ぶ膀胱ヘルニアの1例：窪田裕輔（伊豆赤十字），吉田善彦，野本信之助（同外科），柳岡正範，置塩則彦（静岡赤十字）72歳，男性。肥満体型，主訴は排尿困難と右陰嚢腫大。他院にて8年前に3カ月間に2回に及ぶ右鼠径ヘルニア根治術をうけるも再発しその後放置，1998年初診となる。排尿時膀胱造影で陰嚢内におよぶ膀胱を認め，MRCT にて腹壁のヘルニア門と陰嚢内に虫垂と膀胱の逸脱を確認，腹膜側型の膀胱ヘルニアと診断した。硬膜外麻酔下に内鼠径ヘルニア根治術を施行。滑脱膀胱は切除せず修復した。7日後にTUR-P を施行した。術後排尿機能は良好である。発症の成因として過去の右鼠径ヘルニア根治術と下部尿路通過障害が考えられた。

内視鏡手術を施行した精囊嚢胞の2例：勝野 暁，甲斐司光，長井辰哉（西尾市民），柳原敏文（柳原泌尿器科内科クリニック）症例1は会陰部痛と排尿時痛を主訴とした18歳の男性。直腸診にて前立腺右側に腫瘍を触知した。IVP にて右腎尿管の描出なく腎CTでは右腎を認めず，骨盤部CTで右側精囊部にcystic mass を認めた。右精管造影で右側精囊部の嚢胞を認めた。以上より右側腎無形成を伴う同側の精囊嚢胞と診断した。症例2は29歳の男性。1997年9月頃より右陰嚢内容の腫脹あり1998年9月に血精液出現し当科受診した。直腸診にて前立腺右側に柔らかい腫瘍を触知した。骨盤部CT・右精管造影にて右側に精囊嚢胞を認めた。文献上，精囊嚢胞に対して精囊摘除術が多くなされているが2例共に経尿道的精囊嚢胞切開術を施行した。術後，2例共に排尿時膀胱造影にて精囊への逆流はなく経過は良好である。

精索原発脂肪腫の1例：内田克典，芝原拓児，保科 彰（山田赤十字），松本純一（松本医院），川村壽一（三重大）患者は63歳，男性，主訴は左陰嚢内容の無痛性腫脹。既往歴，家族歴に特記事項なし。約10年前より徐々に左陰嚢内容が腫脹してきたため1998年7月当科受診，精査加療目的に入院となった。左精索，精索上体には異常なく，左陰嚢から鼠径部にかけて精索との境界は不明瞭な，表面平滑，弾性軟，可動性があり透光性のない超手拳大の腫瘍が認められた。腫瘍は陰嚢部超音波検査では均一に高輝度を，MRI ではT1，T2ともにhigh intensity を示し，脂肪腫が疑われた。手術時は精索との剥離は困難であり，腫瘍と共に左陰嚢内容も摘出した。腫瘍の大きさは14.5×9×5 cm，摘出重量は330g，病理診断は脂肪腫であり術中所見と併せて精索原発脂肪腫と診断した。

瘻孔をきたした左精索上体結核の1例：吉村 表，畦元隆隆，安藤裕（名古屋市立東市民）71歳，男性。左陰嚢の腫脹を主訴に来院。左精索上体尾部に硬結を認め，陰嚢に自壊し瘻孔を形成していた。胸部CTで肺結核を認め，DIP では左下腎杯の破壊像を認めた。尿，膿ともに塗抹鏡検，結核菌培養は共に陰性であったが，左精索上体結核の疑いにて，同摘出術を施行した。病理組織では乾酪壊死を中心に類上皮細胞主体でLanghans型巨細胞の見られる結核結節が多発していた。またZiehl-Neelsen染色では結核菌を認めた。以上より左精索上体結核の診断のもと，現在INH+SMにて外来経過観察中である。1997年の結核の新規登録患者数は42,725名であり罹患率も減少率が1.6%と歯止めがかかっている。今後も泌尿器科領域における結核にも十分注意を要すると思われる。

精索結核の1例：線崎博哉，渡辺秀輝，石黒良彦（名古屋市立城西）61歳，男性。主訴は右陰嚢内容の腫大。1998年8月中旬頃より，右陰嚢内容の無痛性腫大に気づき，当科受診した。触診上右精索内部にうずら卵大の弾性硬，圧痛のない表面平滑な硬結を触知した。右精索上体は硬結，腫大，圧痛ともに認めなかった。検査所見では，軽度の赤沈亢進，CRP上昇を認める他は尿一般検査，血液生化学検

査, 精巣腫瘍マーカーは正常であった。胸部単純写真, DIP, CT では異常は認めなかった。陰嚢部エコーでは, 精巣内部に境界明瞭な低エコー領域 (径 2.5 cm) を, MRI T2 強調画像で, 健常精巣よりも低信号を示す結節性病変が見られた。以上より右精巣腫瘍の疑いにて, 同年 9 月 3 日右高位精巣摘除術を施行した。肉眼的に, 右精巣内部に, 黄白色の結節性病変を認め, 病理組織診断は, 乾酪壊死を認める結核結節の所見であった。精巣結核につき, 若干の文献的考察を加え報告する。

傍精巣横紋筋肉腫の 1 例: 岩崎明彦, 初瀬勝朗, 栗木 修, 服部良平 (岡崎市民) 22 歳, 男性。1 年前からの左陰嚢腫大を主訴に 1998 年 8 月 31 日, 当院を受診, 同日入院となった。陰嚢内容は著明に腫大し, 触診では圧痛のない表面平滑な弾性硬の腫瘍を認めた。AFP 23 ng/ml と若干の上昇を認めた。画像からは精巣腫瘍よりは傍精巣腫瘍の印象が強かった。9 月 2 日, 高位精巣摘除術を施行した。摘出標本では腫瘍は精巣上体, 精索の一部を巻き込んでおり, 精巣は正常であった。病理診断は傍精巣横紋筋肉腫胞巣型であった。IRS 分類 Group I と診断し, 術後, ビンクリスチン, アクチノマイシンド, サイクロフォスファミドから成る VAC 療法を施行。現在 3 クール終了したところで, 再発, 転移は認めていない。傍精巣横紋筋肉腫は稀な疾患であり, 以前は予後不良と言われていたが, 化学療法を含めた集学的治療の進歩に伴い, 最近では良好な成績をおさめている。

精巣 Burned out tumor の 1 例: 浅井伸章, 池内隆人, 坂倉 毅, 平尾憲昭 (厚生連加茂), 堀 武 (梅坪クリニック) 症例は 41 歳, 男性。左側腹部痛と左陰嚢部痛を訴え受診。IVU にて左水腎を認めた。左精巣の萎縮と挙上が見られ, 血中 HCG- β が 0.9 ng/ml と高値を示した。腹部超音波, CT にて直径約 5 cm の後腹膜腫瘍を認め, 陰嚢部超音波にて左精巣内に低エコー領域を認めた。診断確定のため, 後腹膜腫瘍の開腹生検と左高位精巣摘除術を行った。後腹膜腫瘍は病理組織学的に seminoma で, 左精巣には腫瘍細胞は見られないものの癒痕像を認めた。以上より, 原発巣の左精巣腫瘍が自然退縮して後腹膜リンパ節転移のみが残存した精巣 burned out tumor と考えられた。化学療法にて腫瘍は著明に縮小し, 経過良好である。

精巣上体, 精索に転移した膵癌の 1 例: 田中創始, 渡瀬秀樹 (名古屋市立城北) 58 歳, 男性。1998 年 8 月左陰嚢部腫脹, 疼痛にて, 近医受診。左精巣上体炎の診断の下, 抗生剤治療施行も改善せず。9 月

14 日当科受診, 入院。治療に平行して, 骨盤部 CT 施行。左精巣上体炎を疑うとのことであったが腫脹, 疼痛改善せず。腫瘍の疑いもあり, 10 月 5 日左精巣摘除術を施行。摘出標本は, 精巣上体, 精索に腫瘍を認め, 病理診断は, 消化管由来の転移性腫瘍を疑う腺癌。腹部 CT にて胃噴門, 背部から腓尾部。左臀部にかけての不整形腫瘍, 多発性肝, リンパ節転移を認めた。GIF にて, 胃体上部大弯側に隆起を伴う不整粘膜を認め, 生検, 病理診断にて腺癌。膵癌の直接浸潤と診断。丸山ワクチン治療施行するも, 11 月 13 日癌死した。膵癌の精巣上体転移は稀で, 本症例が文献上 3 例目, 本邦最初の症例であり, 精索への転移は文献上 12 例目, 本邦 10 例目であった。

両側精巣悪性リンパ腫の 1 例: 三島淳二, 柳岡正範, 置塩則彦 (静岡赤十字), 森下鉄夫, 余語由香里 (同内科) 症例は 52 歳, 男性。1997 年 7 月, 無痛性右陰嚢腫大を主訴に当科初診, 実母が悪性リンパ腫にて死亡。翌日, 精巣腫瘍疑いにて右高位精巣摘出術施行し, malignant lymphoma diffuse B cell large cell type CSII と診断。CHOP 療法 (4 コース), 局所放射線療法 (30 Gy) 後に残存右鼠径リンパ節摘出術を行い ESHAP 療法 (2 コース) 追加した。画像上 CR と判断し一時退院。2 カ月後に左精巣に異時発生し, 両側副腎の転移も認め, 左精巣摘出術施行。病理診断も前回と同タイプであった。術後新たに PECAM 療法 (2 コース), 放射線療法 (40 Gy) 行うも治療難反応例となり, さらに, AIHA, 肝転移認め, 初診より約 13 カ月に死亡ときわめて予後不良であった。

治療を希望しない ED 症例の検討: 小谷俊一, 武田宗万, 伊藤裕一 (中部労災), 甲斐司光 (西尾市民) ED 外来受診患者の中には, よく問診すると, ED 治療の希望のない症例が含まれる。この代表は補償問題 (離婚, 労災, 交通事故など) に絡んだ症例であるが, 今回は補償関係以外の症例を検討。対象は ED 外来受診 10 名で, 年齢は 43-69 歳 (平均 59 歳) で, 全員既婚 (妻の年齢 37-69, 平均 55 歳)。基礎疾患は糖尿病 3 名, うつ病 1 名, 前立腺全摘後 1 名, 脊髄損傷 1 名, なし 4 名。いずれの症例も初診時の説明または性機能検査後, 「わかりました。あきらめます」と, 治療希望せず。原因として, 受診の動機が, 1) 勃起障害に対し男としてのプライドが許さない (男としての identity が脅かされる)。2) 勃起障害が体に害になると思っていた。3) 紹介医に勧められてしかたなく受診したなどであり。元来 ED 治療への希望度はきわめて低い症例群と推定された。