

学会抄録

第170回 日本泌尿器科学会関西地方会

(2000年2月19日(土), 於 京都テレサ)

高血糖発作を主訴とした Paraganglioma の1例: 藤原敦子, 関英夫, 阿部弘一, 篠田康夫, 鈴木 啓, 浮村 理, 河内明宏, 水谷陽一, 中尾昌宏, 三木恒治 (京府医大), 浮村直樹, 宮下浩一 (近江八幡市民) 症例は38歳, 男性。糖尿病性ケトアシドーシスによる意識障害で緊急入院。精査中, CTにて右腎門部に径6cm大の腫瘍を認め, 内分泌検査でも血中, 全尿中のノルアドレナリン異常高値を認めた。後腹膜機能性 paraganglioma の臨床診断の下, 1999年11月29日摘出術を施行。腫瘍は下大静脈と癒着が強く, 下大静脈の切断, 再吻合を要した。摘出腫瘍は, 4×4×7cmで病理学的に paraganglioma と診断された。術後, 高血糖発作は消失した。われわれが調べた1985年以後本邦報告 paraganglioma 103例中耐糖能異常の合併例は10例で, その内高血糖発作を呈した症例は本症例のみであった。

大腿骨転移を来した Paraganglioma の1例: 倉橋俊史, 山中邦人, 梅津敬一 (国立神戸), 中村哲也 (同研究検査科) 症例は34歳, 男性。1997年3月左下腹部より鼠径部の激痛を主訴に当院内科を受診。種々の画像診断にて後腹膜腫瘍と診断され当科紹介。後腹膜腫瘍の診断にて同年4月に左腎, 下行結腸を含め摘出術施行。腫瘍は7×6×4cm, 肉眼的には被膜に覆われ, 内部は赤褐色~白色まで多彩な成分を含んでいた。病理学的に血管への浸潤を認め悪性傍神経節腫と診断された。術後2年目の1999年9月, 右大腿骨の病的骨折を契機に右大腿骨転移が判明した。現在同部位に放射線治療を施行中である。傍神経節腫は副腎褐色細胞腫と同じく神経堤の原始細胞より分化したクロム親和性細胞から発生した腫瘍である。悪性傍神経節腫では外科的切除以外の治療法は困難である。文献上で放射線療法, 化学療法施行例が報告されているが, 著効例はない。

下大静脈腫瘍血栓を伴う副腎癌の1例: 花房隆範, 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 (大阪成人病七) 65歳, 女性。主訴は両下肢の浮腫。既往歴は32歳より糖尿病。近医にて施行した腹部画像検査にて右副腎腫瘍, 下大静脈腫瘍血栓を認め, 当科入院。内分泌代謝検査にてDHEA-Sおよび尿中17-KSの高値を認めた。画像検査にて腫瘍は, 内部不均一で径11×9cmであり, 下大静脈腫瘍血栓の上端は肝静脈合流部まで達していた。また腫瘍血栓の下大静脈壁への浸潤, 腫瘍の肝および右腎への浸潤が疑われた。副腎皮質癌, 下大静脈腫瘍血栓, 肝腎浸潤と術前診断し, 右腎・副腎摘除, 肝部分切除, 下大静脈切除, 人工血管置換術を施行した。病理診断は, 副腎皮質癌, 肝腎浸潤であった。術後6カ月を経過し, 再発, 転移なく経過中である。

縦隔内異所性副甲状腺腺腫の1例: 青木 大, 好井基博, 倉智まり子, 長久裕史, 善本哲郎, 近藤宣幸, 野島道生, 滝内秀和, 森 義則, 島 博基 (兵庫医大), 奥村好邦, 上田哲也, 宮本 巍 (同胸部外科), 畑田卓也, 山村武平 (同第二外科), 吉岡 優, 鹿子木基二 (西宮市立中央) 女性, 48歳。1996年12月に左腰部痛にて他病院受診。両側の尿路結石認めTULおよびESWL施行。完全排石したが, 1999年3月に尿路結石再発。高Ca血症とPTH高値を認めたため精査加療目的にて当科紹介受診。^{99m}Tc-MIBIシンチグラムおよびMRIにて縦隔内に腫瘍を認め, 異所性副甲状腺腺腫と診断し同年10月に縦隔内異所性副甲状腺摘除術を施行。摘除標本は2.7×1.8×1.5cm大, 重量は3.69g, 病理診断は副甲状腺腺腫。異所性原発性副甲状腺腺腫ではMIBIシンチグラムが局在診断上有効であった。

閉鎖神経由来と考えられた神経鞘腫の1例: 新井浩樹, 岡 聖次, 辻本裕一, 三木健史, 宮川 康, 高野右嗣, 高羽 津 (国立大阪), 河原邦光, 倉田明彦 (同病理) 57歳, 女性。1999年7月9日右側腰部痛にて当科受診。IVPにて, 右水腎症および右腎結石を認め, 右中下部尿管は造影されなかった。CT上, 右骨盤腔に腫瘍を認め, 9月16日当科入院。各種画像診断にて, 肉芽腫, 陳旧性血腫, 軟部組織腫瘍などを疑い9月27日腫瘍摘除術施行。術中所見では閉鎖神経由来

の神経原性腫瘍と考えられた。摘除標本は7×6×5cm, 145g, 線維性被膜を有し内部に陳旧性血腫を認めた。病理診断は, 良性神経鞘腫であった。術後, 閉鎖神経脱落症状が出現したが, 術後5カ月を経た現在, 軽快している。閉鎖神経由来と診断された神経鞘腫は文献上本邦4例目である。

術前診断が困難であった腎 Oncocytoma の1例: 山本広明, 守屋 昭 (浅香山), 大園誠一郎 (奈良医大) 62歳, 女性。近医にて胆嚢ポリープの経過観察中, 腹部超音波検査で左腎上極に腫瘍を指摘され, 1999年7月26日に当科を紹介受診した。造影CTにて内部不均一に濃染され, MRI T1強調像で低信号, T2強調像で高信号を呈し, 造影早期相で著明に濃染し, 後期相で腎実質よりやや低信号を示した。左腎細胞癌の診断で, 同年9月17日に根治的左腎摘除術を施行した。肉眼的に腎実質と境界明瞭な赤褐色の充実性腫瘍であった。病理組織では, 好酸性顆粒の豊富な胞体の中に, 類円形で異型の乏しい核を有する腫瘍細胞が, 腺管状あるいは索状に配列し, 腎 Oncocytoma と診断した。術後経過は良好で, 同年10月17日に退院した。最近の本症の報告例についてみると, 9例中4例に腎保存的手術が施行されていた。腎 Oncocytoma は, 術前に診断可能であれば, 腎保存的手術も考慮する必要がある。

腎被膜より発生した悪性孤立性線維性腫瘍の1例: 石田裕彦, 中川修一 (社保京都), 前川幹雄 (京都市民連中央) 50歳, 女性。発熱を主訴に来院。腹部超音波検査, CT, MRI, 血管造影を施行し, 左腎被膜動脈から栄養される, 左腎の前上方に接する約10cmの腫瘍を認めた。リンパ節, 他臓器に明らかな転移は認めず, 左腎周囲組織または腎被膜由来の悪性腫瘍の診断のもと, 1999年8月23日に経腹的に根治的左腎摘除術を施行した。摘出標本は重量890g, 大きさは9×8×7.5cmの弾性硬, 表面平滑な黄白色調の充実性腫瘍であった。病理診断は, 免疫染色の結果を含め, CD34に陽性を示したことから, 悪性孤立性線維性腫瘍とした。術後5カ月を経過し, 再発, 転移はなく生存中である。孤立性線維性腫瘍は, ここ数年概念が広く知られるようになったが, 本症例は4例目の後腹膜腔発生例である。

出血性腎嚢胞と鑑別が困難であった成人 Wilms 腫瘍の1例: 藤田和利, 西村和郎, 安永 豊, 三宅 修, 奥山明彦 (阪大) 36歳, 男性。1998年5月に無症候性肉眼的血尿を認め, 近医受診。1999年3月に肉眼的血尿, 右腰部痛, 嘔吐出現し, CTにて右腎上極に嚢胞性腫瘍を認めた。腫瘍は次第に増大。嚢胞穿刺にて細胞陰性。同年6月当科受診。CT, MRIにて右腎上極に径9cmの嚢胞と内部に径2.5cmの嚢胞性腫瘍を認めた。逆行性腎盂造影では造影剤の溢流を認め, 血管造影では avascular。出血性腎嚢胞が疑われ, 同年8月術中迅速病理診断を施行後, 腫瘍核出術を施行。術後 Wilms 腫瘍と診断され腫瘍残存が疑われたため, 同年9月右腎摘除術を施行。病理診断は腎芽腫, 腎芽型, 大巢型 (小児泌尿器腫瘍分類), favorable histology。追加治療は施行せず, 術後5カ月現在, 再発を認めず生存中。

小児 Congenital mesoblastic nephroma の1例: 畑中祐二, 宮崎隆夫, 禰宜田正志, 永井信夫 (耳原総合), 田原秀男 (近大) 14歳, 男児。右側腹部腫瘍を触知するため, 当院小児科受診。腹部超音波検査, 腹部CTにおいて右腎腫瘍を疑ったため当科に紹介された。右側腹部に手拳大の表面平滑, 弾性硬の可動性のある腫瘍を触知した。入院時検査所見ではALPのみ高値を認めた。腫瘍マーカーは正常であった。悪性腫瘍が否定できないため, 手術を施行した。術中迅速病理の結果, 悪性を疑う所見があることから腎摘出術を施行した。病理診断は congenital mesoblastic nephroma, classical type であった。Classical type は腎摘出術のみで良好な予後が期待できるが, 骨シンチでは明らかな集積はないが, 術前にALPが高値であり, 術後低下はしたものの依然高値であり今後十分な経過観察が必要

と考えられる。

病理学的に壊死組織のみを残した嚢胞性腎腫瘍の1例：北内善敬，藤本清秀，雄谷剛士，石橋道男，大園誠一郎，平尾佳彦（奈良医大）46歳，男性。右背部痛にて近医受診し，検尿にて顕微鏡的血尿を認めため，超音波検査，CT，MRIを施行した。右腎中極に直径3cmの腫瘍を指摘され，右腎腫瘍の診断にて当科紹介受診。画像上，出血性嚢胞の嚢胞壁が肥厚しており，嚢胞性腎細胞癌が疑われたため，手術が施行された。術中超音波検査にて被膜化された，一部液貯留を認める充実性腫瘍であったため，根治的右腎摘出術が施行された。切除標本の嚢胞内は血性の壊死組織で満たされており，充実性の腫瘍とは異なっていた。嚢胞壁の組織の大半は壊死組織で占められており，組織学的異型度など不明であったが，乳頭型，顆粒細胞型型の嚢胞を合併する腎細胞癌であると診断された。術後再発，転移なく生存中である。

腎被膜下におよんだ腺泡性嚢胞の1例：樋口喜英，中尾 篤，古倉浩次，荻野敏弘，黒田治朗（宝塚市立）67歳，男性。約50年間の飲酒歴あり。全身倦怠感および左腰背部痛生じ近医で慢性膀胱炎診断。加療されるも左腎周囲に異常陰影を指摘され，加療目的で当科受診。腹部CTで左腎外側に嚢胞性病変を認め，膀胱に起因する仮性嚢胞が疑われた。慢性膀胱炎に準じた治療施行するが，軽快しないため嚢胞穿刺を施行。褐色混濁の内容液260mlを吸引しアミラーゼを測定した。84,360 U/mlと著明に高値を示した。穿刺排液後は症状軽快，穿刺後2カ月経過したが，左腎周囲腔の増大は認めていない。自験例では，ERCPでの膀胱への造影剤漏出は確認できなかったが，穿刺内容液の性状を検索することが診断治療を進める上で有用であった。比較的稀とされる，腎被膜下に腺泡性嚢胞が形成された症例を経験したので若干の考察を加え報告した。

脾転移を伴った腎細胞癌の1例：三木健史，岡 聖次，新井浩樹，辻本裕一，宮川 康，高野右嗣，高羽 津（国立大阪），武田 裕，蓮池康徳（同外科），河原邦光，倉田明彦（同病理）74歳，女性。家族歴，既往歴に特記すべきことなし。1999年10月に肉眼的血尿で近医を受診。腹部エコーにて左腎腫瘍を指摘され，当科を紹介された。画像診断にて左腎下極に10cm大の腫瘍を，膀胱尾部に2cm大の腫瘍を認めた。左腎腫瘍と脾転移あるいは脾原発腫瘍を疑い，1999年11月22日手術を施行。まず根治的左腎摘除術および腎門部リンパ節郭清術を行った。次いで術中エコーにて膀胱尾部に3個のmassを認め，膀胱尾部切除術および脾摘除術を施行。病理診断は腎細胞癌clear and granular cell carcinoma，G2であり，脾腫瘍はその転移であった。術後3カ月を経過し，再発転移なく生存中である。腎細胞癌の脾転移に対する切除例は比較的稀であり，本邦73例目であった。

腎摘除術施行22年目に脾頭部・肝転移を来した腎細胞癌の1例：種田倫之，相馬隆人，土井 浩，飛田収一（京都市立），藤原晃昌（同病理）65歳，男性。1976年（44歳）に左腎摘除術を施行された。進展度はpT3bN0M0，病理診断は，腎細胞癌Mixed subtype，G2（規約分類）であった。下大静脈は腫瘍塞栓で完全閉塞を来しており，塞栓は摘除しえなかったが，無症状に経過した。1998年（65歳）発熱，全身倦怠感，体重減少が出現。精査にて脾頭部腫瘍および多発性肝転移の診断下に減黄術，開腹下腫瘍生検術を施行した後，内科的治療を施行するも，診断から20カ月（67歳）で死亡。剖検における腫瘍の病理診断は，腎細胞癌Clear cell subtype，G2（規約分類）で，腎細胞癌の脾転移および多発性肝転移と診断した。下大静脈内腫瘍塞栓は消退しており，静脈閉塞は解除されていた。本症例は腎細胞癌の脾へのlate recurrenceとしては本邦最長例と思われる。

腎摘出術後14年目に脾転移が明らかになった腎細胞癌の1例：今村正明，北村 健，大森孝平（大阪赤十字）63歳，女性。1985年5月，右腎摘除術施行。病理診断は淡明細胞癌，G1，pT2N0M0。以後，当科外来にて，定期的経過観察していたところ，1999年6月，腹部CTにて膀胱尾部に，造影される長径7cmの腫瘍を認めた。腫瘍マーカー（CEA，CA19-9，IAP）およびホルモン検査（インスリン，ガストリン，グルカゴン，VIP）では異常を認めず。腎癌転移もしくは非機能性脾内分沁腫瘍の診断にて，1999年8月膀胱尾部切除術施行。腫瘍は8×7×5.5cm，被膜を有し，充実性で黄白色，内部に壊死を認めた。脾組織像は，淡明細胞癌，G1の所見であり，腎細胞癌

の14年目の脾転移と診断された。術後，インターフェロン α 療法（週3回300万単位筋注）開始。現在，術後5カ月経過したが，再発は認めていない。

右上腕骨病的骨折を契機に発見された同時性両側性腎細胞癌の1例：白石 匠，井上 巨，村田庄平，内田 隆（松下記念），川瀬義夫（同腎不全科），玉井和夫（同整形外科）症例は50歳，女性。右上腕骨骨折にて入院中，右腎腫瘍を指摘され当科受診。精査にて右腎に径6cm，左腎に径2cmの腫瘍が認められた。右上腕骨転移を伴う同時性両側性腎腫瘍と診断し，根治的右腎摘除術・左腎部分切除術および右上腕骨人工骨頭置換術を施行した。病理診断はともにrenal cell carcinomaで，右腎腫瘍はclear cell subtypeが主体で，spindle cell type，granular cell subtypeが混在していたが，左腎腫瘍はclear cell subtypeであった。骨転移巣はspindle cell typeを主体としmetastatic renal cell carcinomaと診断した。術後IFN α による補助療法を施行しており，6カ月を経過した現在，再発を認めていない。

RCC転移例に対するIFN α ・ γ の就寝前自己皮下注射療法（自己注）の有用性：藤井昭男，江藤 弘，小野義春，朴 寿展（兵庫成人病七），岡 伸俊，大前博志（原泌尿器科）IFN α ・ γ を日毎交互に週3～5日投与する（初日IFN α ）治療法であるが，両剤共に自己注した1997年1月以後（A群：17例）と以前（B群：14例）の臨床成績を比較した。奏効率はA群47%，B群21%（全体：35%），腎摘+肺転移のみではA群88%（6/7），B群33%（1/3）であった。奏効11例の最大縮小時期中央値は7カ月，内10例は週5日投与中に得られ，その施行期間中央値はA群6カ月，B群1.2カ月であった。3年生存率はA群70%，B群29%で，明らかな差を認めた（ $P=0.0197$ ）。重度副作用（G3-4）は全てB群で生じた。従って，本療法における両剤の自己注法はRCC転移例の治療成績を劇的に改善することが示唆された。

インターフェロン α ・ γ 併用療法が奏効している右腎細胞癌十多発肺転移の1例：朴 寿展，小野義春，江藤 弘，藤井昭男（兵庫成人病七），金 啓盛，日向信之，神崎正徳，守殿貞夫（神戸大）症例は71歳，男性。既往歴，1992年，心筋梗塞（ステント留置中），主訴，胸部異常陰影。右腎細胞癌・多発肺転移の診断にて，1999年4月22日神戸大学泌尿器科入院。同年5月6日全麻下，根治的右腎摘除術施行。病理組織学的診断は，RCC clear cell subtype，G1，pT3b，v（+）であった。術19日後より，インターフェロン α ・ γ 併用療法を開始（ α ：スミフェロン300万単位， γ ：イムノマックス300万単位，週5回，日毎交互の就寝前自己皮下注射法）。効果発現は2カ月，現在7カ月継続中，肺病変はPRである。

IFN α ，5FU併用療法にてCRが得られた後に全身再発を来し死亡した転移性腎細胞癌の1例：加美川誠，齊藤亮一，橋 充弘，中村英二郎，山田 仁，奥野 博，寺井章人，寛 善行，寺地敏郎，小川修（京都大）75歳，男性。主訴は体重減少。1994年2月近医にて超音波検査上，左腎腫瘍を指摘された。同年3月当科入院し，胸部Xp上多発性肺転移が認められた。同年4月根治的左腎摘除術施行した。病理診断はRCC，G2，pT3N0M1であった。術後，多発肺転移巣に対して腎癌研究会のプロトコールに沿ってIFN α ，5FU併用療法2コース施行し，画像上CRとなった。以後もIFN α 投与を継続していたが，1999年4月，頭頂部皮膚に腫瘍出現したため再入院。切除標本により，RCC転移再発と診断。画像上，肝，右腎に転移巣を認めた。IFN α ，5FU併用療法再開したが効果なく，全身状態悪化し，同年8月，死亡した。

Microtazeによる無阻血腎腫瘍核出後に発生した腎動脈瘤の1例：明山達哉，藤本 健，福井義尚，平山暁秀，三馬省二（県立奈良）50歳，男性。右腎下極腹側の長径約2cm大の腎細胞癌に対し，Microtazeを用いて無阻血腎腫瘍核出術を行った。術後17日目に軽快退院した。術後30日目，肉眼的血尿が出現した。USおよび腎動脈造影にて核出部の腎動脈瘤と診断し，金属コイルを用いて超選択的に栄養動脈塞栓術を行った。以後現在まで，動脈瘤の再発は認められていない。術後動脈瘤発生の原因としては，腫瘍核出時に核出面より動脈性出血をきたしたため，Microtazeによる凝固を数回繰り返して止血したことが考えられる。小さな腎腫瘍に対するMicrotazeを用いた無阻血腎腫瘍核出術は腎保存手術法として有用であるが，腎

莖部周囲の腫瘍に対しては思わぬ出血を見ることがあり、その止血法には十分な注意が必要と考えられた。

下大静脈塞栓を伴う左側腎盂癌の1例：吉村耕治，伊藤将彰，河瀬紀夫，瀧 洋二（公立豊岡） 49歳，男性。主訴は1.5カ月前から続く微熱，食欲不振，全身倦怠感。内科で超音波検査にて左腎の異常を指摘されて当科紹介初診となった。腹部CTにて肝内下大静脈への腫瘍塞栓を伴う左腎腫瘍を認めた。他に明らかな転移を認めず，腎細胞癌との疑いの下IVCフィルターを設置の後，1999年9月30日経腹的アプローチにて根治的左腎全摘除，塞栓除去術を施行した。摘除標本は重量740g，腫瘍塞栓は左腎静脈流入部から6cm頭側まで伸びていた。病理診断は移行上皮癌，grade3であった。術後MVACを2コース追加，4カ月経過した現在多発性肺，骨転移を認めるものの生存中である。下大静脈に塞栓を伴う腎盂癌は稀で，文献上18例目，本邦4例目で，左側例としては3例目であった。予後は悪く，計算上1年生存率は35.2%である。

馬蹄鉄腎に発生したムチン産生性腎盂腺癌の1例：植田知博，藤本宣正，奥見雅由，松岡庸洋，伊藤喜一郎，佐川史郎（大阪府立） 41歳，男性。1998年末頃より腹部膨満感が出現。1999年5月肉眼的血尿があり当科受診。DIP，腹部CTにて馬蹄鉄腎および峡部の嚢胞性腫瘍，大動脈分岐部のリンパ節腫大を認めた。馬蹄鉄腎にはいる腎動脈の選択的造影ではtumor stainを認めず，hypovascular tumorであった。腹部MRIでは骨転移を認めた。馬蹄鉄腎に発生した腎盂腫瘍の診断にて1999年7月左半腎摘除術を施行した。病理診断は，mucinous adenocarcinoma of renal pelvisであった。術後CAP療法を2クール施行した。術後一度退院したが，後腹膜腔への広範な再発のために消化管の通過障害をきたし，退院後1カ月で再入院となり再度化学療法を行っている。

自然腎盂外溢流をきたした尿管腫瘍の1例：守屋賢治，河合誠朗（城東中央），安達高久，江崎和芳（八尾市立） 48歳，男性。既往歴として1996年9月膀胱腫瘍にてTUR-BT施行。以後外来通院中であつたが，1997年9月左側腹部痛を主訴に入院。DIP，CTにて腎盂外溢流がみられ，RPで下部尿管に約10cmの陰影欠損をみとめた。尿管鏡にて乳頭状腫瘍を確認しD-Jチューブを留置す。尿溢流による腫瘍播種の可能性を考え，M-VAC療法2クール施行後，1998年1月，全身麻酔下尿管摘除術を実施した。病理診断はTCC，G2，pT1N0。手術後19カ月膀胱内に腫瘍再発しTUR-BT施行した。腎自然破裂を来した腎盂尿管腫瘍としては文献上本邦報告12例目であった。

腎盂巨大ポリープ様良性腫瘍の1例：山崎俊成，岩村浩志，白波瀬敏明，橋村孝幸（国立姫路），桂 榮孝（同病理部） 68歳，女性。腹部超音波検査にて偶然右水腎症を指摘され，1999年11月当科受診。画像上，右腎の上腎杯から腎盂にかけて陰影欠損を認め，右腎盂腫瘍と診断し，1999年11月22日右尿管全摘除術を施行した。摘除標本は，上腎杯に莖部を持つ9×3×3cmの内部に嚢胞を伴う表面平滑なポリープ様腫瘍であった。病理診断はCongenital Mesoblastic Nephromaと考えられた。術後3カ月を経過し，再発，転移を認めていない。Congenital Mesoblastic Nephromaは主に新生児期に発生する腎の良性腫瘍であり，成人例は非常に稀である。腎過誤腫と考えられ，本症例は文献上38例目の報告である。

原発性尿管アミロイドーシスの1例：金 啓盛，下垣博義，井上隆朗，島谷 昇（関西労災） 62歳，男性。肉眼的血尿にて受診。排泄性腎盂造影にて右腎描出されず，逆行性腎盂造影にて右下部尿管に狭窄部位認められ。CTにおいても全周性狭窄認められたため，尿管腫瘍も疑い尿管鏡検査施行，粘膜生検の病理診断において悪性所見は認められなかった。1999年9月右尿管部分切除，術中迅速病理より悪性所見認められなかったため，Boaris flapにて再建を行った。病理診断にて尿管粘膜下組織にアミロイドの沈着見られ。血液学的検査所見上蛋白分画に異常所見なく，直腸生検においてもアミロイドの沈着見られなかったため，原発性アミロイドーシスと診断された。術後2カ月の排泄性腎盂造影においても両腎の描出，排泄良好であった。本症例のように良性疾患の可能性がある場合，腎温存を考慮すべきで，術前の尿管鏡検査が有用であると考えられる。

High ileal conduit 変法を行った膀胱癌の1例：田中一志，武中篤，山中 望（神鋼），後藤紀彦（後藤泌尿器科） 75歳，男性。肉眼的血尿を自覚して近医受診，1999年9月8日当院を紹介受診。入院時検査で，腎機能低下を認め，IVPでは左の描出は不良であった。膀胱癌T3，N0，M0の診断にて1999年10月5日膀胱全摘術を施行。迅速病理にて両側尿管に癌を認め，術中尿管鏡を施行した。多発性尿管腫瘍を認めたため，右尿管は交差部，左は中部尿管から上部尿管にかけて切除し，尿路変向としてhigh ileal conduit 変法を行った。本症例では，導管をS状結腸間膜を通してS状結腸の左側に導き，尿管-回腸吻合はLe Duc-Camey法を行った。Stomaは左側に作製した。術後のIVPでは，水腎症は消失し，腎機能の改善を認めた。成人の広範尿管切除が必要な膀胱全摘例に対して，本術式は有効な方法であると思われた。

難治性膿瘍を伴った膀胱扁平上皮癌再発の1例：伊藤将彰，吉村耕治，河瀬紀夫，瀧 洋二（公立豊岡） 75歳，男性。1998年8月膀胱扁平上皮癌のため他院にて膀胱全摘・尿管皮膚瘻術を施行。1999年6月左下肢麻痺を自覚し同院にてCTを施行，左骨盤腔に腫瘍を認め当科に紹介受診・入院となった。辺縁は明瞭で造影されるが内部は造影されない腫瘍で，膿瘍と判断したが再発の可能性も否定できなかった。腎部より穿刺ドレナージを施行し細胞診にて陰性であったことより再発は否定的と判断し持続する排液に対し開腹ドレナージ・大網充填術を施行。膿瘍壁より扁平上皮癌が検出され放射線治療の適応と思われたが全身状態の悪化でその機会なく他界された。炎症性膿瘍と膿瘍様再発との鑑別は画像上からは困難で経皮的穿刺・細胞診が有効との報告もあるが，本症例ではどちらからも診断できなかった。骨盤内膿瘍の場合，最後まで腫瘍の可能性を考慮すべきと考えられた。

膀胱小細胞癌の2例：武中 篤，田中一志，山田裕二，山中 望（神鋼），花房 徹（県立西宮），南利江子（神戸大第2病院） 症例1は70歳，男性。後壁左寄りの非乳頭状広基性腫瘍に対し膀胱全摘除術を行った。摘出標本は小細胞神経内分泌癌+TCC，G3+腺癌，pT3a，pN1，pM0で，術後M-VAC療法を2コース行い，11カ月現在NEDで生存中である。症例2は43歳，女性。頂部の非乳頭状広基性腫瘍に対し膀胱全摘除術を行った。摘出標本は小細胞神経内分泌癌，pT4，pN0，pM0で，術後EP療法を3コース行い，8カ月現在NEDで生存中である。免疫組織化学はNSE，Chromogranin A，Leu7，Synaptophysinが陽性，症例1では電顕にてdense core granuleが認められた。肺小細胞癌同様に手術療法単独では不十分であり，放射線療法や化学療法を含めた集学的レジメンの確立が必要と思われた。

膀胱原発神経内分泌癌の1例：鳥本一匡，岸野辰樹，小野隆征，上甲政徳，百瀬 均（星ヶ丘厚生年金），平田直也（奈良リハビリ） 58歳，男性。1999年4月頃より排尿時痛を伴う肉眼的血尿が出現，5月に近医受診。膀胱癌の疑いで6月1日当科へ紹介された。初診時，尿道膀胱鏡にて前壁に径2cmの広基性結節状腫瘍，膀胱粘膜全体に微細な乳頭状腫瘍および上皮内癌様変化を認め，尿細胞診class V，各種画像診断にてcT3aN0M0であった。6月30日TUR-Biopsyを行い，神経内分泌癌（以下NEC）≥pT2，移行上皮癌（以下TCC）G3，pT1aの病理診断を得た。M-VACを1コース行い，8月18日膀胱全摘除術を施行，NEC pT2N0M0，TCC G3 pTisの病理診断であった。術後EP療法（VP-16+CBDCA）を2コース施行，術後6カ月を経過し，再発を認めていない。膀胱原発神経内分泌癌は稀な疾患で，本邦での報告は自験例を含め48例であった。

膀胱結石を合併した膀胱憩室内腫瘍の1例：浜田修史，郷司和男，和辻利和，日下 守，右梅貴信，能見勇人，安倍弘和，古武彌嗣，高原 健，上田陽彦，勝岡洋治（大阪医科大） 患者は81歳，男性。数年来排尿困難を自覚するも放置。後頸部痛が出現したため，1999年3月当院整形外科受診。転移性第二頸椎椎体骨腫瘍と診断され，原発巣の検索および排尿困難の治療目的で当科紹介。前立腺肥大および膀胱結石を認め，経尿道的膀胱結石砕砕術を施行。術中，膀胱洗浄にて洗浄液の回収が不良となり右下腹部に膨隆を認めた。開腹したところ緊満した憩室を認め，内腔には腫瘍および結石を認めたため，腫瘍を含め憩室を切除した。腫瘍組織は，扁平上皮癌であり，転移性骨腫瘍の原発巣と考えられた。術後，患者の状態および年齢を考慮し，転移巣への制癌化学療法などは施行せず経過観察していたが，肺炎，心不全

を合併し、1999年11月3日死亡した。

胃原発、膀胱転移をきたした **Signet ring cell carcinoma** の1例：**空 昌治**、**韓 榮新**、**岡田 昇**、**吉村力勇**、**仲谷達也**、**山本啓介**、**岸本武利**（大阪市大）、**若狭研一**（同病理） 症例は61歳、女性。主訴は全身倦怠感、浮腫。既往は56歳時、左乳癌、58歳時、胸骨転移。外科にて外来経過観察中、四肢の浮腫、右乳房腫瘍、頸部リンパ節腫脹を認め入院となった。膀胱右側壁に非乳頭状広基性腫瘍を指摘され、当科紹介された。経尿道的膀胱腫瘍生検術施行。病理組織は signet ring cell carcinoma。消化管検索により胃体上部前壁に IIc 病変を認め、生検の結果組織は膀胱と同じで、皮膚、右乳房、腹壁にも同様組織の病変を認めた。腹腔鏡、病理組織所見より胃原発 signet ring cell carcinoma の転移と診断し、シスプラチン、5-FU による化学療法開始するも4ヵ月後に死亡した。

特異な再発様式を示した **Seminoma** の2例：**彦坂玲子**、**合田上政**、**玉田 博**、**神崎正徳**、**後藤章暢**、**宮崎茂典**、**原 勲**、**藤澤正人**、**岡田弘**、**荒川創一**、**守殿貞夫**（神戸大）、**阪本祐一**、**田中浩之**、**川端 岳**（三田市民） 症例1、42歳、男性。1997年10月左高位精巣摘除術施行、stage I, pure seminoma と診断された。1年後に肺転移を生じ、PEB 2クール施行した。1999年5月両鼠径部と恥骨上部に腫瘍出現。針生検にて seminoma 再発と診断され、PEB 2クール SHD 2クール施行した。88%の縮小率を認め、鼠径および骨盤内リンパ節隔清施行。現在再発を認めていない。症例2、44歳、男性。1996年8月右陰囊腫大を自覚。右高位精巣摘除術施行し pure seminoma と診断され、放射線療法 30 Gy 施行した。1999年6月 CT にて右恥骨後面に腫瘍指摘された。針生検で seminoma 再発と診断され PEB 3クール施行した。腫瘍は消失し、再発なく経過観察中である。

施設入所者に発症した精巣腫瘍の2例：**曾我英雄**、**今西 治**（京都ルネス） 症例1、36歳、男性。約1年前からの左陰囊内容物の腫脹を自覚していた。左高位精巣摘除術施行。腫瘍重量 750g、セミノーマ、pT1。症例2、41歳、男性。約半年前からの左陰囊内容物の腫脹を自覚。施設関係者が偶然発見し、受診となった。左高位精巣摘除術施行。腫瘍重量 170g、セミノーマ、pT2、尿管侵襲を認めた。両症例とも施設入所者であり、自己判断能力が低下した患者であった。現在、再発・転移を認めていないが、治療開始時期が遅かった例であり、施設管理者への泌尿器科的疾患に対する啓蒙が必要と考えられた。

難治性精巣腫瘍に対する自家末梢血幹細胞移植（PBSCT）併用超大量化学療法後に発生した二次性白血病の1例：**松本成史***、**上島成也****、**栗田 孝**（近畿大）（* 現：近畿大堺、** 現：昭和）、**愈 柄碩**、**芦田隆司**、**金丸昭久**（同第3内科） 31歳、男性。1992年頃右陰囊腫大に気付くが放置。1995年5月中旬、咳嗽が出現し近医受診。右精巣腫瘍と診断、日必病期分類 IIIB2・Indiana 分類 advanced であった。高位精巣摘除術施行後、肺転移および後腹膜リンパ節転移巣に計11クール（PVB 2クール、PEB 3クール、VIP 3クール、PBSCT 併用超大量化学療法2クール）施行した。最終的には臨床的 CR を得たが、高位精巣摘除術施行14ヵ月後汎血球減少症が出現。骨髓穿刺を施行し、大量化学療法に伴う二次性白血病と判断された。精巣腫瘍に対する化学療法後の二次性白血病は報告されているが、PBSCT 併用超大量化学療法後の二次性白血病は本邦では初の報告であった。

診断に難渋した急性骨髄性白血病（AML）精巣再発の1例：**三浦克紀**、**岡 裕也**、**小林 恭**、**松井喜之**、**藤川慶太**、**福澤重樹**、**竹内秀雄**（神戸中央市民）、**永井謙一**（同内科） 37歳、男性。1990年 AML 発症し CR 導入後、二度骨髄に再発し骨髄移植、1996年右精巣に再発し右精巣摘除および左精巣に予防的放射線照射を行っていた。1999年6月左陰囊の腫大に気付く受診。各種検査により精巣は正常大で血流が無く、精巣上体が不整形に腫大している所見を得た。診断は確定しえなかったが AML 再発の可能性があり左精巣摘除術を施行。精巣は大部分が変性壊死に陥っており、精巣の一部と精巣上体は白血病細胞で占められていた。精巣への再発が精巣上体に浸潤し、そこで増殖したことよって精巣への血流が阻害されたと考えられた。直後から皮膚、骨などに腫瘍性再発が出現し、1999年10月敗血症により死亡した。成人の AML における精巣再発は稀で本邦では5

例目であった。

性索/間質腫瘍（不完全分化型）の1例：**巽 一啓**、**佐藤 尚**、**土井俊邦**、**六車光英**、**室田卓之**、**川喜田陸司**、**松田公志**（関西医大）、**坂井田紀子**、**岡村明治**（同病理） 81歳、男性。5年前より無痛性左陰囊部腫脹に気付いていたが放置。1999年7月19日当科に治療目的にて入院となった。エコーにて左陰囊内に多数の嚢胞を含む腫瘍を認めた。AFP、 β -hCG 正常。7月22日左高位精巣摘除術施行。標本は 9×7×7.5 cm、520 g の多嚢胞性腫瘍で、壁の所々に灰色～帯黄色の充実性部分を認めた。病理所見では、管腔形成、Call-Exner body、ラインケの結晶などは認められなかった。免疫化学染色にて inhibin (+)、PLAP (-)、AE-1、AE-3、EMA (-) を示し、Sex cord/stromal tumor, Incompletely differentiated forms と診断した。

精巣 Epidermoid cysts の1例：**細川幸成**、**趙 順規**、**夏目 修**、**植村天受**、**吉田克法**、**大園誠一郎**、**平尾佳彦**（奈良医大） 10歳の男児。感冒にて近医受診の際、触診にて左陰囊内に無痛性の硬結を指摘されたため1999年10月15日当科へ紹介された。受診時、左精巣上部に無痛性硬結を触知した。入院時、腫瘍マーカーは、いずれも正常であった。超音波断層検査で左精巣内に径 1 cm と 1.8 cm の境界明瞭、内部不均一の腫瘍が指摘された。また両側精巣にびまん性に微小石灰化を認めた。良性腫瘍の可能性も否定できず1999年11月2日、腰椎麻酔下に3つの腫瘍を核出し、術中迅速病理で epidermoid cyst の診断を得た。2000年2月現在、著明な精巣の萎縮は認められず経過観察中である。

陰囊内蔓状血管腫の1例：**三橋 誠**、**梁間 真**、**小早川等**（大阪鉄道）、**関川 進**（同病理部）、**小西 登**（奈良医大第2病理）、**浅川正純**（浅川クリニック）、**樹田周佳**、**和田誠次**、**山本啓介**、**岸本武利**（大阪市大） 65歳、男性。近医にて前立腺特異抗原の高値を指摘され、精査目的で当院紹介。その際、右精巣上部に無痛性腫瘍の存在を触知した。腫瘍は拍動を触知せず、陰囊皮膚表面に特に変化を認めなかった。悪性腫瘍の疑いを否定出来なかったため、1999年1月14日に腰麻下に右側高位除精術および腫瘍摘出術を施行した。摘除標本を調べたところ、腫瘍と精巣、精巣上体、精索とは別個のものであった。病理診断は蔓状血管腫であり精巣、精巣上体、精索からは腫瘍の存在を認めなかった。術後経過は順調で、術後1年の時点で再発を認めない。陰囊内血管腫は比較的稀な疾患であり、特に蔓状血管腫との診断されたのは本邦では文献上自験例が3例目であった。

重複腎盂尿管の尿管結石による上半腎水腎症、腎盂腎炎に対し上半腎尿管摘除術を行った1例：**平井慎二**、**影山 進**、**東 義人**（医仁会武田総合）、**七里泰正**（洛和会音羽）、**寺井章人**、**小川 修**（京都大） 76歳、男性。1999年7月11日、右肺下葉切除術施行時に左重複腎盂尿管・左尿管結石・左水腎症を認めたが、無症状であった。術後発熱・左下腹部痛を主訴とする左腎盂腎炎を併発し、抗生物質に抵抗性であった。前立腺肥大症のため尿管口不明で逆行性ステント留置が不可能であり、左腎瘻を造設した。ドレナージと抗生物質併用で左腎盂腎炎の軽快を認めた。上半腎は腎機能低下があり、結石摘出のみでは再感染のリスクがあると考え上半腎尿管摘除術を施行。術後経過良好であった。文献的にも閉塞性変化に陥った半腎尿管で機能低下例では、半腎保存手術と摘除術との術前後の腎機能変化の有意差はなく、半腎保存手術では、再手術のリスクが報告されている。

十二指腸瘻を形成した腎結石の1例：**渡辺仁人**、**巽 一啓**、**杉 素彦**、**佐藤 尚**、**室田卓之**、**川喜田陸司**、**松田公志**（関西医大） 62歳、女性。約40年前から腎結石を放置。1999年6月頃から食後の悪心、嘔吐を生じ、近医受診。胃カメラで十二指腸狭窄、KUB、CT で右無機能腎、サンゴ状結石を認めた。後腹膜の到達で右腎摘除術施行した。術中、腎十二指腸瘻を認めたため仰臥位にして胃十二指腸部分切除術、Billroth-2 法による胃空腸吻合術を施行した。術後消化管液の腹腔内への漏出を認め再手術を行った。術後約2ヵ月で自然治癒し退院となった。腎への到達方法には経後腹膜のと経腹膜のがあるが、その選択には瘻孔の有無と腹腔内感染・消化管損傷の危険を考慮する必要がある。

潰瘍性大腸炎患者に発生した薬剤性尿路結石の1例：**山中滋木**、**河源**（関西医大洛西）、**公手修一**（同内科）、**松田公志**（関西医大） 44

歳、男性。33歳時より潰瘍性大腸炎に対しサラゾスルファピリジン内服治療中。1999年10月左背部痛出現し当科受診。左尿管結石の診断にてESWL施行するも症状改善認めず、尿管鏡下に可及的に結石を除去した。尿中結晶成分分析にて、サラゾスルファピリジン代謝物で得られるピークパターンと一致し、尿中代謝物定量でも高濃度を示したためサラゾスルファピリジンによる薬剤性左尿管結石と診断した。術後症状残存するもクエン酸製剤投与の後消失した。サラゾスルファピリジン結石の報告例は文献上自験例が5例目であった。治療方針として使用薬剤の減量または中止、水分負荷、脱水の補正、尿アルカリ化が重要であると思われた。

ニューキノロン系抗菌薬を中止することにより診断しえた尿路結核の1例：廣田英二，平原直樹，松原弘樹，邵 仁哲，野本剛史，本郷文弥，鴨井和実，藤戸 章，三木恒治（京府医大），前川幹雄（京都民医連中央）61歳，女性。5歳時に肺結核に罹患。1999年3月より頻尿および肉眼的血尿を繰り返し膀胱炎としてニューキノロン系抗菌薬の内服治療を受けるも症状は改善しなかった。無菌性膿尿，右水腎症，右下部尿管狭窄を認めたため，右腎結核を疑い結核菌検出検査を繰り返したが陰性であった。しかし，同薬剤を中止することにより抗酸菌塗抹鏡検 Gaffky 1号が検出されたため，抗結核薬3剤併用療法を開始した。ニューキノロン系抗菌薬が抗結核作用を持つことは諸家により報告されているが，耐性菌の出現などの理由で，単独投与はすべきでないとしており，結核が疑われる場合には中止すべきであると考えられる。現在，抗結核薬内服治療中である。

尿管結石に合併した腸腰筋膿瘍の1例：小森和彦，後藤隆康，今津哲央，本多正人，藤岡秀樹（大阪警察），佐藤英一（大阪大）62歳，女性。子宮頸癌にて子宮全摘術，放射線治療の後，放射線性膀胱炎にて回腸導管造設状態。糖尿病コントロールのために入院中，全身倦怠感，熱発の精査中に右水腎症を指摘され当科紹介。DIPで右尿管結石に伴う右水腎症の診断でESWL施行したがその後熱発，腰痛が続いたため精査したところMRI，CTにて右腎背側から腸腰筋に腫瘍を認めた。腸腰筋膿瘍の疑いにて穿刺吸引したところ膿汁を認め膿瘍ドレーナージ術施行。膿汁培養はグラム陽性球菌であった。術後1年5カ月経過し，膿瘍の再発を認めていない。本症例では，尿管結石により水腎症，腎盂腎炎が起り，糖尿病という増悪因子が加わり炎症がその周囲へと波及したことが推測され，続発性の腸腰筋膿瘍であったと考えられる。

インディアンパウチ内結石の2例：田中浩之，阪本祐一，立花裕士，川端 岳（三田市民），石川二郎（小野市民）症例1は66歳，女性。外陰部悪性黒色腫のため前方骨盤内臓器全摘除術およびインディアン型尿路変向術を施行。直径約1cmの結石を4個認めた。腹臥位にてESWL施行後，輸出脚より軟性膀胱鏡を挿入しバスケット鉗子にて摘出した。症例2は79歳，女性。浸潤性膀胱癌にて根治的膀胱全摘術およびインディアン型尿路変向術を施行。術後よりパウチの禁制が保てずカテーテルを留置されていた。直径約3~4cmの結石を5個認めた。腹臥位にてESWL4回施行後，輸出脚より腎盂鏡挿入しEHLにて碎石，把持鉗子にて結石摘出した。症例1，2共に結石分析の結果はリン酸マグネシウム アンモニウムを含む混合結石で，治療後結石の再発を認めていない。パウチ内結石治療の第一選択として腹臥位でのESWLは有用であると考えられた。

気腫性腎盂腎炎の1例：竹垣嘉訓，田部 茂，杉田省三，張本幸司，金澤利直，柏原 昇（吹田市民）69歳，女性。数年前より糖尿病を指摘されるも放置。1999年5月28日より左腰部痛が出現し，翌日，発熱および全身倦怠感を認め当院に入院。入院時検査にて，白血球およびCRPの上昇，血小板減少，高血糖，膿尿を認め，凝固系検査にてDICと診断された。尿培養，血液培養からともに*E. coli*を認めた。腹部CTにて左腎に水腎症，腎尿管結石および腎盂尿管内にガス像を認めた。以上より，糖尿病に気腫性腎盂腎炎を合併し，さらに敗血症からDICをきたしたと考えられた。入院後よりインシュリンによる血糖のコントロール，抗生剤投与，DICに対してフサンを投与し，尿路通過障害に対してはD-Jカテーテルを留置した。その後DICおよび炎症所見は急速に軽快し，左腎尿管結石に対してESWLを施行した。自験例は気腫性腎盂腎炎本邦報告124例目である。

急性前骨髄球性白血病に対しATRA製剤投与中発症したフルニエ壊疽の1例：古谷素敏，坂上和弘，小田昌良，中森 繁（東大阪市立総合），玉井正光（同病理），中尾吉孝（同血液内科）32歳，男性。主訴は右陰囊部難治性皮膚潰瘍。既往歴は特記事項なし。現病歴は1999年9月28日白血病疑いにて当院血液内科入院。9月29日骨髄穿刺施行にて急性前骨髄球性白血病（APL）と診断され同日よりATRA製剤投与開始。投与約2週間目より径2cm大の右陰囊部皮膚潰瘍が出現し難治性にて10月22日当科外来受診。10月27日局所麻酔下にて切除縫合した。術後再発は認めない。術前術後も創部細菌培養は陰性であった。病理組織像は完全壊死で白血病細胞の浸潤はなかった。All Trans Retinoic Acid (ATRA) 製剤とはビタミンA活性代謝物でありAPL患者の白血病細胞を成熟細胞へ分化誘導する画期的な薬であるが極めて稀にフルニエ壊疽が生じる。現段階において発生機序は不明である。

肉芽腫性精巣炎の1例：佐久間孝雄，田 珠相（高槻），岩井泰博（同病理）31歳，男性。主訴は右腰部痛と陰囊部痛。右精巣に著明な圧痛を認めた。明らかな精巣の腫大は認めず。超音波検査では，右精巣内に類円形の低エコー域が散在していた。精巣腫瘍を疑い，右高位精巣摘除術を行った。病理組織検査にて肉芽腫性精巣炎と診断された。その後，問題なく経過している。肉芽腫性精巣炎は稀な疾患であり，本邦では，自験例を合わせて20例の報告をみるのみである。症状，臨床経過，諸検査所見などにより，本症を精巣腫瘍と明確に鑑別することは困難である。また，病理組織検査では，正常構造が大部分失われており，精巣を温存する意義は低い。抗生剤の投与は大半が無効で，確定診断ならびに疼痛を含めた症状の緩和を目的とした精巣摘除術は，現時点では妥当な治療と考える。

女子腹圧性尿失禁に対するVesica Kitを用いた恥骨固定式膀胱頸部挙上術およびスリング手術の成績：玉置雅弘，上田朋宏，杉野善雄（公立甲府）[対象]女子腹圧性尿失禁11例（34~75歳，平均60.1歳）。Blaivas type I 1例，type II 7例，type III 3例。[方法]前期3例（type II）に膀胱頸部挙上術，後期8例にスリング手術を施行。術後観察期間は3~34カ月（平均14.6カ月）。スリング素材はポリエステルにコラーゲンを浸潤させた人工素材使用。[結果]1例で術後12カ月目に残尿増加にて一過性再発を認めたが， α -blockerで軽快。他は全例尿禁制良好。術後排出障害を9例（81.8%）で認めたが，全例自己導尿にて軽快。術中膀胱穿孔1例，中等度出血1，depression 2例，一過性 instability 1例，恥骨痛1例を経験したが，深刻な合併症はなかった。[結語]低侵襲で短期成績良好だが，長期成績不明。晩期合併症の報告もあり十分な経過観察が必要。

腹圧性尿失禁に対するTVT (Tension-free vaginal tape) 手術の経験：山本 豊（富田林），吉岡伸浩（神原），宮武竜一郎，大西規夫，杉山高秀，朴 英哲，栗田 孝（近畿大）[目的]女子腹圧性尿失禁に対する新しい術式であるTVT手術7症例の当教室での治療成績を検討する。[対象]当教室で昨年1年間にTVT手術を行った7症例（タイプII：4例，タイプIII：3例）を対象とした。[方法]TVT手術前後の自覚症状，パッドテスト，尿流測定および残尿量の比較と合併症の有無の評価を行った。[結果]TVT手術により7症例中6例が完全尿禁制を獲得し，残り1例も著明な改善を認めた。パッドテストでは全例尿失禁の消失を認めた。[結語]長期成績が今後問題となるが，TVT手術は低侵襲のうえ，手術手技が簡便で，タイプI/II症例のみならず，タイプIII症例に対しても良好な成績であり，大半の腹圧性尿失禁に適応可能と考えられた。

女子排尿障害に対する外科的治療：Moschcowitz変法3例の経験：塩山力也，七里泰正，西村昌則（洛和会音羽），山中研二（同産婦人科），武縄 淳（西神戸医療セ）われわれ泌尿器科医が経験する陰前壁滑脱に伴う排尿障害で保存的治療や薬物療法が無効なものに①失禁例と②排尿困難例がある。①については膀胱頸部吊り上げ術や尿道スリング手術といった術式が施行されているが，②についてはあまり報告がない。この2年間に婦人科的に手術適応のある子宮筋腫に合併する排尿困難3症例に対し，子宮全摘除術と同時に陰門蓋吊り上げ術および膀胱縫縮術を施行し7~18カ月経過を観察しているが全例膀胱変形の矯正と排尿困難の著明改善を認めている。陰前壁滑脱・膀胱変形による排尿困難があり婦人科的手術適応のある子宮病変があれば，本術式を子宮全摘除術と同時に施行することも検討すべきと考えられた。

当院における経会陰的前立腺10箇所針生検の検討：夫 恩澤，大町哲史，松野嘉紀，前川たかし（バルランド総合） 当院で行った10箇所系統的生検の結果を検討することにより，その意義を明らかにすることを目的とした。触診，経直腸的前立腺エコー，PSAのうち1項目以上で癌を疑わせる所見があった196例中，癌と診断された65例について，PSA値別の症例分布と10箇所生検での癌検出箇所数および検出部位別の分布を求めた。その結果，PSAが20以下の症例が半数近くを占め，gray zoneでは20.4%の癌陽性率を認めた。また，1箇所のみ陽性とtransitional zoneのみ陽性は，各々15.4，4.6%であった。PSA低値群や1箇所のみ陽性群はlow stageであると考えられ，これらは再燃する可能性が低く，治療にも良く反応することを考慮すると，われわれの結果は，治療成績の向上を図るという点で優れた成績であり，10箇所生検の意義を明らかにするものであると考えられた。

肺癌として化学療法後に，前立腺癌の肺転移と診断した1症例：谷本義明，玉田 聡，吉田直正，岩井謙仁（和泉市立） 63歳，男性。1998年4月に検診で肺の異常陰影を指摘され，同年6月に他院内科で原発性肺癌の診断で入院し，化学療法を施行されたがNCであった。同年8月から，頻尿，左下肢のしびれ感を自覚し，同年12月に当科受診。前立腺は，鶏卵大，石様硬で，PSAは100ng/mlを超え，前立腺癌，病理診断は中分化腺癌であった。画像上，膀胱精囊浸潤，骨転移を認め，T4N2M1と診断し，内分泌療法を開始した。胸部単純X線写真では，多発性結節影と索状影が認められた。内分泌療法開始3ヵ月後，局所と転移巣の縮小に加えて，肺野の異常陰影も消失し，前立腺癌肺転移と考えられた。さらに1年を経過し再燃なく生存中である。前立腺癌が肺転移から発見されるものは比較的稀で，文献上，本邦では16例目であった。

前立腺全摘除術後，膀胱転移をきたした前立腺癌の1例：植村元秀，西村健作，井上 均，水谷修太郎，三好 進（大阪労災），川野潔（同臨床病理科） 67歳，男性。63歳時，前立腺全摘除術（中分化型腺癌pT3N0M0），精巣摘除術を受けていた。経過観察中，肉眼的血尿を認め，膀胱鏡施行。膀胱右側壁に長径5cm大の隆起性病変を認めた。腹部骨盤CTにて，骨盤内リンパ節腫大，傍大動脈リンパ節腫大も認めた。骨シンチでは，全身骨に転移を認め，遠隔転移を伴う浸潤性膀胱腫瘍と診断し，経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行した。術後強度の血尿が持続し，翌日血尿のコントロール目的に単純膀胱摘除術，両側尿管皮膚瘻造設術を施行した。摘除標本において肉眼的に吻合部とは明らかに離れた位置にTUR後の腫瘍の残存を認めた。病理組織学的に，病変は筋層を中心としており，血管侵襲，リンパ管侵襲の著明な腺癌であり，前立腺癌の膀胱転移と診断した。

内分泌療法後小細胞癌として再燃した前立腺癌の1例：前野 淳，賀本敏行，寺井章人，寛 善行，寺地敏郎，小川 修（京都大） 症例は72歳，男性，主訴，全身倦怠感および肉眼的血尿。1997年9月前立腺癌stage D2にてcastration施行しPSAは感度以下となった。1999年5月13日上記主訴にて外来受診，腹部echoおよび膀胱鏡で膀胱腫瘍を疑い入院となった。PSAは感度以下だった。入院後生検を行ったが結果を待たずして一週間後死亡。剖検所見では膀胱の病巣は前立腺からの連続的な浸潤で，剖検時に認められた腫瘍は転移巣を含め小細胞癌だった。また前立腺の一部に腺癌から小細胞癌への移行像を認めた。以上の所見より前立腺腺癌が内分泌療法中に小細胞癌化し再燃したものと診断した。臨床的特徴として内分泌療法は無効であり，PSAはマーカーとならない。前立腺癌のfollowup中にPSA低値のまま再燃様症状を来した場合は小細胞癌の可能性を考慮すべきである。

前立腺粘液癌の1例：野間雅倫，森 直樹，小林義幸，山口誓司（市立池田） 64歳，男性。50歳時から慢性関節リウマチ，63歳時から糖尿病，原発性胆汁性肝硬変があり，人間ドックにてPSA値の軽度上昇（5.1ng/ml）を指摘され，当科初診。3度目の前立腺生検にて中分化型腺癌を認め，MRIにて前立腺右葉にT₂強調画像で高信号を呈する腫瘍を認め，種々の画像検査にて転移は認めず，Stage B₁と診断した。肝硬変の精査のため，手術を延期し，術前ホルモン療法を行った後，1999年6月8日，根治的前立腺全摘除術を施行した。摘除標本では前立腺右葉後外側に多量の粘液を含む腫瘍を認めた。病理学的にはPSA染色陽性であり，前立腺粘液癌と診断した。術後8カ

月を経過し，転移，再発を認めていない。前立腺粘液癌は稀な症例であり，文献上，本邦では35例目であった。

肉眼的血尿を主訴とした前立腺部尿道 Transitional cell papillomaの1例：金川賢司，黒木慶和，甲野拓郎，韓 榮新，池本慎一，岸本武利（大阪市大），若狭研一（同病理部） 79歳，男性。主訴は肉眼的血尿。1999年3月，肉眼的血尿を認め当院受診。膀胱鏡にて，膀胱頸部近傍の前立腺部尿道2時の方向に有茎性の乳頭状腫瘍を認め，6月7日腰椎麻酔下にTUR施行。病理所見は移行上皮の乳頭状増殖を認めるも細胞が5層以下であり異型に乏しいため，Transitional cell papilloma of prostatic urethraと診断された。術後現在8ヵ月を経過しているが再発を認めていない。尿道に発生するTransitional cell papillomaは稀とされているが，血尿を主訴とする患者においては当疾患も念頭におかなくてはならない。

保存的治療にて治癒した尿道癌リンパ節転移の1例：合田上政，日向信之，神崎正徳，原 勲，藤澤正人，岡田 弘，荒川創一，守殿貞夫（神戸大），江藤 弘（兵庫成人病セ） 70歳，女性。主訴は排尿痛。外陰部精査上，尿道に隆起性病変および右鼠径リンパ節の腫大を認め，またSCC抗原高値であったため尿道癌の診断にて1999年3月当科を紹介受診。生検結果，外尿道口および内尿道口周囲にgrade 3の扁平上皮癌と移行上皮癌を認めた。画像所見上，右鼠径リンパ節は2.4×2.1cm大であり，膀胱頸部，外陰部，陰脛側端への浸潤を認めた。以上より尿道癌のStage T3N2M0と診断した。1999年5月よりシスプラチン，5-FUを併用した放射線治療を開始した。1コース終了後尿道近位部の腫瘍が消失。右鼠径リンパ節転移は55%の縮小を得た。続けてlow dose シスプラチン，5-FU内服による治療を追加し，原発巣および転移巣のCRを得た。1999年2月現在，再発，転移を認めない。

上皮小体腫瘍に両側乳癌・子宮体癌・右腎癌の三重癌を合併した1例：野田泰照，辻川浩三，高田晋吾，菅尾英木（箕面市立） 49歳，女性。既往歴として1993年6月原発性上皮小体機能亢進症のため上皮小体腫瘍摘出術と，同年7月に両側乳癌のため根治術を施行され術後2年間再発予防目的のためタモキシフェンを服用している。1999年7月定期検診のため当院婦人科を受診し，子宮体癌と診断され，9月14日根治的子宮全摘除術を施行された。その術前検査のDIPにて右腎腫瘍を指摘され，CTにて右腎腫瘍が認められたため，同年9月27日泌尿器科に入院となり，10月1日根治的右腎摘除術を施行された。腎腫瘍は5.5×6cm，境界明瞭，剖面は褐色で，RCC，granular cell carcinoma，G2，INF-αであった。術後5ヵ月の現在再発転移なく，三重癌以外の悪性腫瘍も見つかっていない。

同時発生泌尿器重複癌症例の検討：小林 恭，福澤重樹，三浦克紀，松井喜之，藤川慶太，岡 裕也，竹内秀雄（神戸中央市民） 最近15年間の当院における同時発生泌尿器重複癌は8例で，その内訳は前立腺癌+膀胱癌；5例，前立腺癌+腎盂尿管癌；2例，前立腺癌+腎細胞癌；1例であった。対象期間中，これらの泌尿器悪性腫瘍は合計1,197例診断されており，同時発生泌尿器重複癌の割合は約1.3%であった。前立腺癌+右腎細胞癌に対して右腎部分切除術と根治的前立腺全摘術を一期的に施行した1例，前立腺癌+表在性膀胱癌に対してTUR-BT施行後に根治的前立腺全摘術を施行した1例，前立腺癌+左腎尿管癌+表在性膀胱癌に対してTUR-BT施行後に左腎尿管全摘術を施行し前立腺に対しては放射線治療を選択した1例の計3例を供覧し，同時発生泌尿器重複癌の診断・治療における問題点について検討した。

タクロリムスを使用した小児腎移植の1例：長谷部圭司，吉村一宏，田中俊之，土岐清秀，市丸直嗣，小角幸人，高原史郎，奥山明彦（大阪大），滝沢祥子，平井治彦，島 雅昭（同小児科） 7歳，男児。1993年両側Wilms腫瘍にて，化学療法施行後，両側腎部分切除術施行。1999年5月，顔面浮腫出現，腎不全の診断で入院。CAPD導入するも効率不良のため鎖骨下Double-Lumen catheterにてHDを導入。母親をドナーとして10月4日生体腎移植術施行。免疫抑制剤はタクロリムス，ステロイド，アザチオプリン，ALGの4剤を使用。タクロリムスの投与方法は当日より24時間持続静注を6日間継続，その後静注と経口を3日間over lapさせ，経口投与は分3とした。術後全経過を通じて問題となる合併症はなく，腎機能は良好に経

過した。小児腎移植でのタクロリムス使用は血中濃度不安定のため投与方法に工夫が必要であると思われた。

生体腎移植後に低カルシウム血症が遷延した1例：南 高文・松本成史・西岡 伯・秋山隆弘（近畿大堺） 50歳，男性。7歳時ネフローゼ症候群を指摘され，36歳時より末期腎機能障害により血液透析を導入された。その後，二次性上皮小体機能亢進症に対し，1995年1月よりビタミンDパルス療法が施行されたが，1996年11月頃より多発性の関節痛も出現し，1997年4月16日，上皮小体全摘術，自家移植術施行となる。1999年10月12日，弟をドナーとする生体腎移植術施行となる。上皮小体摘除術後のCa値は，正常～低値を示しCa補充が続けられていたが移植後，急激に低値を示し，1日15gという大量Ca補充を余儀なくされた。自験例の生体腎移植術後のCa値低下はいわゆるHungry bone syndromeによるものであることが考えられる。

生体腎移植後に発症した肺結核の1例：吉田浩士，奥野 博，中村英二郎，賀本敏行，寺井章人，寛 善行，寺地敏郎，小川 修（京都大） 26歳，男性。生体腎移植後タクロリムス（FK），AZ，PSLにて免疫抑制。12カ月後に結核性胸膜炎を発症し RFP，INH，EBによる抗結核療法を開始。開始前はFK投与量は7mg/日で血中トラフレベルは7~9ng/mlであった。開始後はFK投与量の漸増にてもトラフレベルは2.4ng/mlとなったが，その後2.5倍の投与量とし開始前の血中濃度を保った。結核の治療経過は良好で，1.5カ月で胸水は消失，肺野の陰影もその後消失し13カ月後に治療終了。終了後4日目よりFKを漸減，血中濃度の変動なく7日目にもとの投与量に戻した。経過中拒絶反応やFKの副作用などの合併症はなかった。抗結核療法，特にRFP投与時にはシクロスポリン同様，FKでも薬物相互作用による血中濃度低下を来すため慎重な投与量管理が必要と思われた。

膀胱内に発生した異所性前立腺組織の1例：原田健一，丸山 聡，中村一郎（県立柏原） 16歳，男性。1997年に無症候性肉眼的血尿が出現したため近医受診した。DIPにて膀胱内に陰影欠損が認められたため当科紹介受診した。初診時膀胱鏡で膀胱右側壁に2cm大の有茎性乳頭状腫瘍を認めた。精査加療目的で1999年6月1日当科入院となった。尿潜血陽性，尿沈渣では，赤血球1~2/hpfであり，尿細胞診はnegativeであった。膀胱部MRIのT2強調画像でlow intensityの隆起性病変を認め，筋層の連続性は保たれていた。以上より表在性膀胱腫瘍の診断で1999年6月2日経尿道的膀胱腫瘍切除術，膀胱多部位生検を施行した。腫瘍の病理組織は，異所性前立腺組織でありPSA染色陽性であった。現在術後8カ月経過したが，再発を認めていない。膀胱内に発生した異所性前立腺組織は稀な疾患で，自験例は文献上本邦で9例目であった。

膀胱褐色細胞腫の1例：木内 寛，花房隆範，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） 41歳，女性。不正性器出血，頻尿を主訴に婦人科受診。精査にて膀胱後部に腫瘤を認め，当科受診となった。高血圧のため降圧剤を内服中である。膀胱鏡にて粘膜は正常なものの頂部に圧排を認めた。MRIではT2強調にて不均一なhigh intensityを示す腫瘤が膀胱を圧排しており，造影剤にて不均一に造影された。以上より膀胱後部に発生した間葉系腫瘍，もしくは褐色細胞腫疑いにて腫瘍摘除術を施行。腫瘍は膀胱後面にて膀胱と強固に癒着しており，腫瘍と一塊に膀胱部分切除術を行った。手術操作にて血圧が200mmHg近くまで上昇し，迅速病理にて褐色細胞腫と診断した。切除重量は55g，赤褐色調であった。病理組織にて褐色細胞腫と確定診断。術後のMIBGシンチでは異常集積を認めず，術前高値を示していたノルアドレナリンも術後正常化した。膀胱褐色細胞腫は文献上，自験例を含め，本邦で53例目であった。

BCG膀胱内注入療法中に生じた間質性肺炎の1例：井上幸治，木下秀文，西村一男（大阪赤十字），網谷良一（同呼吸器科） 75歳，男性。表在性膀胱腫瘍の再発を疑われ入院。多発性の膀胱粘膜不整部位について経尿道的生検を施行したところ，TCC，G2，pTaと診断された。生検2週間後よりBCG膀胱内注入療法を開始した（PPD反応陰性，INH内服用併用）。2回目注入後より発熱，呼吸困難を認め，胸部X-P，CTにて間質性肺炎を認めた。ステロイドパルス療法を開始するとともに，抗結核剤3者併用を開始したところ翌日には

呼吸状態改善，胸部X-Pも速やかに改善した。ステロイド開始後3日目に出血性胃潰瘍出現したためステロイドは計3日間で投与中止，肝障害が出現したため抗結核剤3者併用は計2週間で中止した。その後症状の増悪は認めなかった。各種結核菌培養陰性，ステロイドに速やかに反応したことより，BCGによる過敏反応が病因と考えられた。

Denys-Drash症候群の1例：松村永秀，西川 徹，稲垣 武，鈴木淳史，平野敦之，新家俊明（和歌山医大） 22歳，男性。生後8カ月時，右腎腫瘍の診断で右腎摘除術施行。組織学的診断はウィルムス腫瘍。術後化学療法と放射線療法が施行されている。術後の腎機能は良好で，再発も認めていない。外来にて経過観察中，両側の停留精巣を指摘，5歳時精巣固定を目的に手術。結果的に両側性腺摘除術となっている。14歳時検診にて尿蛋白を指摘，ネフローゼ症候群と診断，腎生検は行われていない。20歳時慢性腎不全にて，血液透析導入。1999年9月14日，父親をドナーとする生体腎移植術目的にて入院。染色体型は46，XY。同年10月7日生体腎移植術を施行。臨床経過より不完全型Denys-Drash症候群を疑い，WT1遺伝子のexon8と9のdirect sequenceを施行したが，異常は認められなかった。今後さらなる遺伝子解析を行うつもりである。

尿路奇形を伴ったCaudal regression syndromeの1例 長船 崇，金 哲将，加藤研次郎，片岡 晃，若林賢彦，林田英資，岡田裕作（滋賀医大），岩井 勝，島田司巴（同小児科） 症例は女兒。1998年7月胎生30週，超音波検査で腹部嚢胞性腫瘍を指摘され，在胎38週帝王切開により出生。出生時体重2,770g，Apgar score 9/10。右尿路系異常，右側仙尾骨欠損，右合趾症，潜在性髄膜腫，脊髄脂肪腫，脊髄緊張症候群，右臀部血管腫を合併し，Caudal regression syndrome（CRS）と診断した。CTにて腹部全体をしめる右巨大水腎症を認め，1999年3月右腎盂尿管移行部通過障害に対し，Anderson-Hynes腎盂形成術施行。膀胱鏡検査，APにて右異所性尿管腫を認め，同年10月尿管瘤切除と尿管膀胱新吻合術を施行した。術後経過は良好である。CRSの報告は文献上16例目で，記載のあった15例中11例（73%）に泌尿生殖器系の奇形を合併していた。

同側腎無形成を伴った精嚢嚢胞の1例：梶田洋一郎，清水洋祐，岩城秀出，山内民男（北野） 26歳，男性。2年前に肉眼的血尿を自覚したが消失。スクリーニングの超音波検査にて膀胱周囲の嚢胞状の病変と左腎無形成が疑われ当科紹介受診。DIPにて左腎陰影の欠損，膀胱を下方より圧排する腫瘤を認めた。経直腸エコーにて前立腺より連続する嚢胞状の病変が直腸前方を蛇行しているのが観察された。膀胱鏡検査では左側三角部と左尿管口の欠損を認めた。精管精嚢造影施行時，骨盤内の嚢胞が造影されると同時にCTにて認められていた左尿管と思われる管状構造物が描出され，左腎無形成を伴った左精嚢嚢胞，左尿管精嚢異所開口と診断した。その後嚢胞内感染を併発したため左腎部よりドレナージ術を施行した。元来無症候であったため外科的切除は施行せず経過観察としているが，穿刺後5カ月を経過し嚢胞の再発は認めていない。

Retro-aortic left renal veinの1例：康根 浩，鈴木淳史，稲垣武，西川 徹，新家俊明（和歌山医大） 14歳，男児。発熱を主訴に近医受診。検尿にて蛋白尿と顕微鏡的血尿を指摘され，当科を紹介受診。理学的検査で立位にてgrade 2の左精索静脈瘤を認める以外，異常所見はなく，血液検査でも急性糸球体腎炎を示唆する所見はみられなかった。腹部超音波検査にて大動脈の背側を走行する左腎静脈が認められ，3-DCTにて明確に確認されたためretro-aortic left renal veinと診断した。現在，蛋白尿と血尿は陰性化しているが，精索静脈瘤は残存しており，当科外来にて経過観察中である。静脈の先天異常は，一般的に無症候であることが多く，本症例のように血尿にて発見されることは決して多くないと考えられた。

急性循環不全にて発症した巨大Urinomaの1例：渡部 淳，山本新吾（浜松労災），安永耕介，篠原道興（同婦人科），西平友彦（同外科） 67歳，女性。数カ月前より腹囲増大を自覚するも放置していた。1999年8月9日，腹部膨満と悪心嘔吐を主訴に当院救急外来を受診。腹部CTにて，腹部を占拠する巨大嚢胞性病変を認めた。左卵巣腫瘍の疑いにて婦人科に緊急入院となったが，腹囲の増大および血圧低下が進行し，8月10日腫瘍内出血の診断のもと緊急手術が施行さ

れた。しかし、術中所見にて左中部尿管由来の *urinoma* と考えられたため、泌尿器科にて左腎尿管摘出術および嚢腫摘除術が施行された。嚢腫内容液は 5,000 ml に達した。術後敗血症性ショック、DIC を合併したが集学的治療にて軽快し、同年12月14日退院となった。自験例においては、手術や外傷の既往がなく、長期のステロイド内服、および尿路感染が発症に関与しているものと推測された。

MR urography が有効であった腎盂外溢流の1妊婦例：芝 政宏、高寺博史（八尾徳洲会）、石河颯子、山出一郎（同産婦人科） 23歳、未経妊婦（妊娠33週）。右尿管結石の既往あり。1999年7月5日、左下腹部痛を主訴に当院受診。産婦人科の疾患は認めず、急性腹痛の原因精査目的にて入院となる。腹部超音波検査と MR urography にて、左回転異常腎と腎盂外溢流を伴う水腎症を指摘。超音波ガイド下に Double-J スtent を留置した。stent 留置にて腎盂外溢流を伴う水腎症と疼痛は消失し、妊娠37週で 2,922 g の男児を経産自然分娩した。出産後の KUB で骨盤腔内 (U3) に 5×3 mm の左尿管結石を認め、左回転異常腎と左尿管結石による腎盂外溢流を伴う水腎症と診断、ESWL を施行した。ESWL 施行後の DIP では、左尿管結石と腎盂外溢流を伴う水腎症の消失を認めた。母児とも経過良好にて外来経過観察中である。

S 状結腸膀胱瘻の1例：峠 弘、青枝秀男（日高総合）、曾根正典（曾根クリニック） 症例は69歳、男性。排尿痛・頻尿を認め近医受診。UTI で化学療法を施行されたが効果なく、さらに糞尿が出現し当科紹介となった。CRP の上昇・血膿尿を示したが、尿細胞診では陰性で CEA も正常であった。注腸造影・大腸内視鏡検査では S 状結腸に多発する憩室がみられたが、瘻孔は確認されなかった。CT では膀胱頂部の壁の肥厚と同部での S 状結腸からの圧排がみられた。膀胱造影では、膀胱頂部左方からの圧排と瘻孔および S 状結腸憩室の描出が確認された。膀胱鏡検査では頂部～左側壁に瘻孔が確認されたが、膀胱生検で悪性所見はみられなかった。以上のことから、S 状結腸憩室炎による S 状結腸膀胱瘻の診断で S 状結腸切除・膀胱部分切除を施行した。組織学的には炎症性変化のみで悪性所見はみられなかった。術後3カ月の現在、糞尿・膀胱炎様症状はみられていない。

尿道異物の1例：八尾昭久、山田裕二、上野康一（県立淡路）、宮崎治郎（神戸掖済） 13歳、男性。精神発達遅滞、自閉症にて精神科通院加療中。排尿時痛、会陰部有痛性腫瘍を主訴として1999年11月当科紹介受診。腫瘍圧迫により外尿道口より膿汁の排出が認められ、尿

道周囲膿瘍の診断のもと尿道膀胱造影、尿道鏡を施行。尿道膀胱造影では明らかな異物、瘻孔等の所見は認められなかったが、尿道鏡で振子部尿道に異物が穿孔しているのを認め経尿道的にこれを摘出した。摘出異物は長さ約 6 cm、直径約 1 mm の棒状で、筈の穂先であった。異物摘出後、会陰部膿瘍は完全に消失し、異物による尿道操作も行っていない様子である。本症例のように精神疾患が背景にある場合は異物による尿道操作を繰り返す恐れがあり、再発予防のためには精神科医と密接に連携を取り精神面の指導を含めた総合的な治療が必要と考えられた。

陰茎折症の5例：田代孝一郎、伊藤哲也、伊藤周二、森川洋二（市立伊丹） 年齢は22歳から51歳で平均40.5歳。原因は打撲が最も多く3例を占め、非勃起時と性交時がそれぞれ1例ずつであった。5例全例とも発症後10時間以内に手術を施行し、1例は陰茎海綿体白膜より尿道海綿体白膜に連続する断裂を、1例は長軸方向に断裂を認めた。他の症例は長軸方向にほぼ垂直な断裂であった。いずれの症例も術後に勃起不全や陰茎の変形を認めていない。1988年に林らの報告とその後約10年における報告例を比較すると年齢分布では中高年の増加が認められ、原因として勃起時に用手的に損傷する例が多く、性交時の損傷の頻度は欧米と比べ少数で推移している。陰茎折症は発症後、時間の経過と共に陰茎の腫脹、疼痛の増大や感染症の合併の危険性を考慮すると、受傷後できる限り早期の手術的療法の適切と考えられた。

陰茎持続勃起症の1例：白波瀬敏明、山崎俊成、岩村浩志、橋村孝幸（国立姫路） 34歳、男性。4年前より精神分裂病にて投薬治療。1998年8月から時に長時間の勃起持続あり。1999年11月7日未明より有痛性持続勃起を来し8日当科を初診（勃起持続時間32時間）。陰茎海綿体内血液ガス分析にて、 P_{O_2} 4.5 mmHg、 P_{CO_2} 101.4 mmHg、pH 6.482 で low-flow type の陰茎持続勃起症と診断。同日陰茎海綿体の穿刺洗浄、海綿体内エビネフリン間欠的注入療法、10日陰茎海綿体亀頭内海綿体シャント (Winter, Goulding 変法)、陰茎海綿体尿道海綿体吻合術 (Quackles) を施行するも効果は一時的で、11日陰茎海綿体大伏在静脈吻合術 (Grayhack) を施行し軽快した。術後3カ月に正常の勃起が回復した。chlorpromazine, levomepromazine, propericiazine, promethazine, haloperidol などを併用内服しており、薬物性の持続勃起症と考えられた。投与開始後1年以上たってからの発症は稀である。