

学会抄録

第172回 日本泌尿器科学会関西地方会

(2000年9月2日(土), 於 千里ライフサイエンスセンター)

後腹膜孤立性線維性腫瘍の1例: 玉田 聡, 吉田直正, 谷本義明, 岩井謙仁(和泉市立) 56歳, 女性。1999年11月, 偶然, 左下腹部の腫瘤に気づき, 近医を受診。後腹膜腫瘍を認めためたため, 当科紹介された。Plain CT では左腎下縁より下方にのびる境界明瞭で low density を呈する腫瘍を認め, enhanced CT では周囲より淡く造影された。MRI の T1 で腫瘍は low intensity を呈し, T2 では high intensity を呈した。境界は比較的明瞭であったが, 腎周囲に沿って頭側にくちばし状にのびていた。12月, 傍腹直筋切開で腫瘍摘除術を施行した。腫瘍は被膜に包まれており後腹膜にはゼラチン様の物質が存在し, またそれらは腹膜を越え下行結腸にも及んでいた。術中迅速病理で異型細胞を認めため腎周囲脂肪や下行結腸もあわせて切除した。病理組織検査より孤立性線維性腫瘍と診断した。現在までのところ再発は認めていない。

左副腎癌の1例: 児玉芳季, 稲垣 武, 西川 徹, 新谷寧世, 平野敦之, 新家俊明(和歌山医大) 48歳, 女性。主訴は左側腹部痛。2000年3月15日, 左側腹部痛の増強を自覚し, 同年3月22日, 精査加療目的で当科に入院となった。腹部超音波検査, 腹部 CT および腹部 MRI で, 内部不均一, 一部に壊死を伴う直径 20 cm 大の腫瘤性病変が認められた。選択的左11肋間動脈造影で, 腫瘍辺縁に濃染像が認められた。左後腹膜腫瘍と診断し4月13日, 腫瘍摘出術を施行した。手術は経腹膜的にアプローチし, 左腎と一塊に腫瘍を摘出した。腫瘍は 20×15×13 cm 大で重量は 2,700 g であった。病理診断は, 副腎皮質癌であった。術前高値であったNSEは術後正常化した。摘出標本の免疫組織染色像でもNSEに対して陽性であり, 腫瘍からNSEが産生されていたことが示唆された。術後6カ月の時点で再発・転移を認めていない。

左副腎皮質癌の1例: 種田倫之, 相馬隆人, 土井 浩, 飛田収一(京都市立), 廣瀬晃昌(同病棟) 23歳, 男性。1999年弛張熱, 全身倦怠感にて他院受診。画像診断にて副腎腫瘍の診断下に当科受診。左副腎皮質癌(内分泌非活性)の診断のもとに, 1999年7月28日全身麻酔下経腹膜的に左副腎・腎摘除術を施行した。摘出標本は重量 738 g で, 腫瘍の大きさは 95×80 mm であった。進展度は pT3N0M0, 病理診断は, 副腎皮質癌(規約分類)であった。術後熱発はおさまり無症状に経過したが, 術後3カ月で局所再発し, 急速に増大すると共に再び弛張熱が出現。 α -p'-DDD, VP-16, ADM, CDDP による化学療法を行うも効なく2000年3月11日に癌死した。剖検は得られなかった。

下大静脈内腫瘍血栓を伴った左副腎皮質癌の1例: 福原慎一郎, 高橋 徹, 西村憲二, 野々村祝夫, 高原史郎, 奥山明彦(大阪大), 左近賢人(同第二外科), 山口誓司(市立池田) 26歳, 女性。2000年2月末頃より左側腹部痛を自覚。3月近医受診し下大静脈内腫瘍血栓を伴う左副腎腫瘍と診断され4月5日当科入院。画像上, 腫瘍血栓の先端が, 肝静脈流入部より尾側にあることを確認し, 4月19日左腎, 脾体尾部, 脾臓を含めた副腎腫瘍および腫瘍血栓摘出術を行った。摘除標本は, 左腎を含めた重量 1,350 g, 14×12×12 cm の被膜で被われた充実性の腫瘍であった。病理診断は腫瘍, 血栓共に副腎皮質癌であった。術後経過は順調であったが約1カ月で多発性肝転移が出現し, 追加治療はせず退院。術後4カ月で癌死された。下大静脈内腫瘍血栓を伴う副腎皮質癌は稀で, 文献上本邦で8例目で, 完全摘除することが長期生存を得る唯一の方法であり, 可能なかぎり手術を試みるべきと考えられた。

術前診断が困難であった巨大な出血性嚢胞を伴った褐色細胞腫の1例: 前川信也, 北村 健, 前川正信, 今村正明, 牛田 博, 井上幸治, 木下秀文, 大森孝平, 西村一男(大阪赤十字) 症例は57歳, 男性。高血圧にて内服療法中。右側腹部腫脹に気づき近医受診, 腹部超音波にて腫瘍を疑われ, 当院紹介となる。DIPにて右腎上方に直径

15 cm の mass を認める。CT では腫瘍は壁の厚い嚢胞性で一部隔壁を認める。MRI では腫瘍と肝, 右腎との境界は明瞭。血中カテコロールアミンはほぼ正常範囲であった。腫瘍摘出術を施行, 腫瘍は右腎と強固に癒着しており右腎合併切除となった。術中著明な血圧変動は認めなかった。腫瘍の内溶液は血性, 重量は 1.5 kg であった。病理組織では副腎由来の褐色細胞腫であった。術後の MIBG シンチでは異常取り込みを認めなかった。術後6カ月再発を認めていない。500 g 以上の褐色細胞腫としては本邦77例目である。

排便時異常高血圧より発見された透析患者の膀胱褐色細胞腫の1例: 山本 豊, 松本成史, 西岡 伯, 秋山隆弘(近畿大塚) 61歳, 女性。2000年より慢性腎不全に対し血液透析導入となる。2000年3月に透析施設において施行された腹部超音波検査で骨盤腔内の腫瘤を認めため, CT, MRI を施行, 膀胱頂部の腫瘍を指摘され, 精査加療目的にて当科紹介となった。外来にて膀胱鏡施行するも, 膀胱頂部よりの圧迫像を認めるのみで確定診断には至らず。骨盤内腫瘤摘出目的で入院となった。しかし, 入院後の看護記録より, 排便時の異常高血圧が認められたため, 再度問診すると同症状は10年間続いており, 透析施設でも自律神経失調症と診断されており, 患者自身にも病的という自覚がなかった。以上のことより膀胱褐色細胞腫と診断し手術を延期。血圧コントロールを開始し, 腫瘍摘出術, 膀胱部分切除術を施行。術中, 問題もなく, 術後, 排便時異常高血圧も消失した。このような症例を経験し, 問診の重要性を再認識させられた。

巨大副腎嚢腫の1例: 森 直樹, 野間倫雅, 小林義幸, 原 恒男, 山口誓司(市立池田) 72歳, 女性。労作時呼吸苦。1999年12月当院入院。胸部レントゲンで, 右横隔膜の著明な挙上を認めた。腹部 CT では, 径 25 cm 大の巨大な嚢胞性腫瘤を認め, 下大静脈, 肝臓は著明に左方に圧排されていた。MRI では, 壁は薄く均一で, 内容は T2 強調像で上層が high, 下層が iso intensity と嚢胞内の出血と考えられた。内分泌学的検査では異常を認めず, 副腎嚢腫穿刺液の内分分泌学的検査でも異常は認めなかった。副腎嚢腫穿刺液細胞診は陰性であった。以上より出血性右副腎嚢腫の診断のもと, 2000年2月, 経胸経腹式右副腎嚢腫摘除術を行った。嚢腫はきわめて大きく肝右葉, 横隔膜, 下大静脈と強固に癒着していた。なお嚢腫内溶液は暗赤色で 4,300 ml であった。病理組織学的に出血性副腎偽嚢腫と診断した。術後, 6カ月が経過した現在, 特に再発を認めていない。

腸間膜内に直接浸潤し巨大な腫瘤を形成した肉腫様腎細胞癌の1例: 木下秀文, 橋 充弘, 五十川義晃, 中村英二郎, 賀本敏行, 奥野博, 寺井章人, 寛 善行, 小川 修(京都大) 58歳, 男性。主訴は日々増大する右下腹部腫瘤。CTにて右腎下極の腫瘍とそれに連続し腸間膜内に浸潤する巨大な腫瘍を認めた。腫瘍の増大に伴い, 全身状態の悪化, イレウス出現のため, 腎, 腸間膜由来のサルコーマ, 腎細胞癌, サルコーマの重複癌の術前診断のもと, 腫瘍切除術施行。腎腫瘍内に小さな淡明細胞癌, その周囲および腸間膜内は肉腫様細胞の増殖を認めた。腎, 腸間膜内腫瘍ともにサイトケラチン, ビメンチン陽性で肉腫様腎細胞癌が示唆された。しかし, 腎細胞癌のこのような進展様式は稀であり, 重複癌も完全には否定できず, 遺伝子解析を行った。腎腫瘍, 腸間膜内の腫瘍ともに同一のVHL遺伝子変異を認め, 肉腫様腎細胞癌の腸間膜内浸潤の確定診断を得た。肉腫様癌では p53 の変異も認めた。ARDS により死亡。

17歳, 女性の腎細胞癌の1例: 倉智まり子(千船), 近藤幸幸, 野島道生, 滝内秀和, 森 義則, 島 博基(兵庫医大) 17歳, 女性。左側腹部痛にて近医を受診し, 超音波検査上左腎下極の腫瘤を指摘された。精査, 加療目的に当科紹介。各種画像診断にて腎悪性腫瘍を強く疑い, 経腹的左腎摘除術を施行。結果は乳頭状腎細胞癌 T2N2M0 であった。術後治療として患者のNK細胞活性を指標とした α -IFN と IL-2 の併用療法を行っている。本邦の若年性腎癌の報告例28例に

ついて若干の考察を加えた。

自然破裂をきたした **Multilocular cystic nephroma** の1例：藤本健，平山睦秀，山口 旭，福井義尚，三馬省二（県立奈良），糸島真一（同病理） 33歳，女性。約1年前より右側腹部痛を自覚するも放置。2000年4月右腎部痛発作にて受診した近医でのUSで右腎腫瘍を指摘され当科へ紹介された。CT，MRIを行い，腎腫瘍よりの出血が疑われた。また，血管造影でも腫瘍血管が描出された。全身麻酔下にて，経腹式根治的右腎摘除術を施行した。摘出標本は重量910gで，内部に出血を伴う径約10cmの多房性嚢胞性腫瘍が認められた。また，腎盂内に腫瘍塞栓が認められた。病理組織学所見では，各嚢胞の上皮が一層の hob-nail 状に並んでおり，間質結合織内に拡張した血管を認めた。腫瘍塞栓も同様で悪性所見は認められず multilocular cystic nephroma と診断された。術後経過良好にて，現在経過観察中である。Multilocular cystic nephroma の自然破裂の報告はない。

自然破裂後腎を温存し腫瘍摘出術を行った腎血管筋脂肪腫の1例：中井康友，月川 真，黒田秀也（大手前） 49歳，女性。2000年4月29日就寝中突然左側腹部痛が出現し，近医受診。38度台の発熱と貧血を認めた。エコー，CTにて左腎に嚢胞状の腫瘍を認めたため2000年5月9日転院となった。エコー，CT，MRIにて左腎下極に10×5.5cmの出血性嚢胞を思わせる嚢胞の中に脂肪の存在を疑わせる6×4cmの腫瘍を認め，左腎血管筋脂肪腫の Gerota 筋膜に留まる自然破裂と診断した。血管造影では明らかな feeding artery なかったため embolization は行わず，2000年5月29日腫瘍摘出術を行った。摘出標本は214gで，病理診断は血管筋脂肪腫であった。1994年から1999年までに報告された219例の腎血管筋脂肪腫の症例を調べると依然として30%が腎摘されており，1994年以前と比べて減少していなかった。また，腎保存手術は30%弱にとどまっていた。

著明な嚢胞性変化を伴った腎血管筋脂肪腫の1例：桃原実大，小森和彦，今津哲夫，本多正人，藤岡秀樹（大阪警察），西村理恵子，辻本正彦（同病理） 59歳，女性。4年前からの左側腹部腫瘍にて1999年3月，当科紹介受診。腫瘍は，左腎下極に位置。CT，MRIにて壁が造影される嚢胞性腫瘍。一部，3cm大の大動脈と同等に造影される領域を認め，腎動脈造影にて pseudoaneurysm と考えられた。また，複数本の栄養動脈の存在と腫瘍濃染像より嚢胞性腎細胞癌を疑い，同年4月，左経腰の腎摘除術施行。摘除重量510g，10.5×8.5×6.5cm大の嚢胞性腫瘍で，内部は，大量の凝血塊で充満し，壁は，黄白色。病理診断は，腎血管筋脂肪腫であった。術後1年，経過良好である。嚢胞性変化を伴った腎血管筋脂肪腫は，稀で本邦では4例目であった。嚢胞性腎細胞癌の鑑別として腎血管筋脂肪腫の嚢胞性変化にも留意するべきだと考えられた。

腎外性に発育した腎血管筋脂肪腫の1例：渡辺仁人，六車光英，室田卓之，川喜田睦司，松田公志（関西医大），坂井田紀子（同病態検査） 55歳，女性。主訴は腹部腫瘍精査。1999年8月下旬，血便を認め当院内科を受診。注腸造影検査，CT，MRIで右後腹膜腔に直径約6cmの腫瘍を認め，当科受診。結節性硬化症はない。右腎動脈・大動脈造影で腎下極から腫瘍内に動脈瘤様の血管を認めた。他からの血流の供給はなく，CT，MRIで腎原発の脂肪成分に富む腫瘍であることから右腎血管筋脂肪腫（AML）と診断し，1999年12月腫瘍摘除，右腎部分切除術を施行。腫瘍に流入する腎動脈の枝を3分間阻血した。腫瘍は Gerota 筋膜内に，直径1.5cmの茎を有し腎から発育していた。摘出標本は8×6cm，100g，黄色充実性で割面に蛇行する血管を認めた。病理診断は腎血管筋脂肪腫であった。われわれが調べ得るかぎり腎実質から後腹膜腔に発育したAMLは本症例を含め10例報告されている。

アンカースtentを用いたコイル塞栓術が奏功した腎動脈瘤の1例：尾上正浩，永野哲郎，江左篤宣（NTT大阪），松下正樹（同放射線科），前田宏宗（大阪大放射線科） 43歳，男性。主訴は無症候性肉眼的血尿。1975年にIgA腎症と診断，その際計3回の腎生検術を受けた。1998年10月1日肉眼的血尿が出現CT，エコー検査で水腎症を疑われ1998年10月20日に当科受診，カラードプラー，血管造影で aneurysmal type AVM と診断され動脈塞栓術目的で入院となる。シャント部の血流は速く，血流量が多いため塞栓術の方法としてアンカースtentを用いた塞栓術を施行した。動脈瘤拡張部にアンカース

tentを留置，計17本のコイルにて塞栓し，ほぼ血流を遮断した。術後1年4カ月経過し腎機能は改善し，現在合併症は認められていない。

交通外傷により大量腎出血をきたした嚢胞腎の1例：平井慎二，山田 仁，東 義人（武田総合），七里泰正（音羽） 56歳，男性。30歳くも膜下出血，34歳嚢胞腎指摘，54歳より腹部膨満。Cre 4.6mg/dlと透析導入されておらず。2000年5月25日交通事故。事故時意識清明も，他院を経て当院搬送時は，ショック状態。肋骨など骨折認めず。単純CTで腎外傷指摘。透視準備して造影CT施行。左腎に血腫，動脈性出血認め，腎血管造影施行。腎保存方針にて，選択的腎動脈塞栓術施行するもさらに輸血を要し，尿中Htは血液と同様の27%。再度のCTなどで active な出血認めず。動脈塞栓のみでは止血不十分な可能性があり，腎動脈本幹塞栓後左腎摘除術施行。術後は血圧安定した。嚢胞腎の腎外傷はわずかな外力でも嚢胞内出血，尿路への出血などにより重篤になりやすいことが推察され，腎動脈塞栓術，腎摘除術を要すると考えられた。

タクロリムス使用下腎移植における移植後糖尿病発症の検討：原靖，若杉英子，田原秀男，松浦 健，栗田 孝（近畿大） 近畿大学医学部泌尿器科におけるタクロリムス使用下腎移植における移植後糖尿病発症および成績について検討した。1996年4月より2000年6月までの間に当科で施行されたタクロリムス使用下の腎移植患者21名とした。タクロリムスはトラフ値を移植早期は20ng/mlを保つように投与量を調節した。また，耐糖能異常の予防のため1998年7月以降は10ng/ml前後とした。21例中4例にインシュリン使用を要する糖尿病が発症した。しかし，タクロリムスの変更・減量により，インシュリンの使用は4例中3例が離脱することができた。タクロリムスの投与量（trough 値）を早期に減量することにより発症率が減少した。以上よりタクロリムスは安全かつ有効な薬剤であると考えられた。しかし，今後症例を重ねさらに検討を要するものと考えられた。

最近経験した ABO 不適合生体腎移植2例：植田知博，奥見雅由，市丸直嗣，藤本宜正，伊藤喜一郎（大阪府立） 症例1は52歳，女性。弟から，AB型よりA型へのABO不適合生体腎移植術，脾臓摘出術施行。免疫抑制剤はFK，AZ，Pred，ALGの4剤併用。DFPPを術前に3回施行し，抗体価は術直前IgM，IgG8倍以下を目標とした。症例2は38歳，女性。母からB型よりA型へのABO不適合生体腎移植術施行。経過良好にて退院。外来通院中胸痛，発熱出現。空腹時血糖700mg/dl。サイトメガロウイルス肺炎およびFKによる糖尿病と診断，直ちに，ガンシクロビル，インスリンによる治療を開始。免疫抑制剤は，FKを1mgまで減量，AZは中止，Predは5mgのみとした。治療は奏効したため，免疫抑制剤は，退院時よりFK2mgに増量，MZB50mg，Pred5mgとした。インスリンも離脱し，現在経過良好である。

Pyelocaliceal cyst に発生したと考えられた移行上皮癌の1例：河瀬紀夫，寒野 徹，伊藤将彰，瀧 洋二（公立豊岡） 52歳，男性。肉眼的血尿を主訴に受診。血尿の明らかな原因は認めず，CT・超音波検査で左腎下極に嚢胞状腫瘍を認めたため，嚢胞状腫瘍の診断のもと部分切除術を施行。病理組織検査結果は移行上皮癌であった。腫瘍残存・再発の危険性を危惧し患者と相談の上後日腎尿管全摘除術を施行した。病理組織検査では明らかな残存腫瘍はなかった。また嚢胞と腎杯に明らかな交通は認めず，腎盂腎杯嚢胞に発生した移行上皮癌と判断した。術後約6カ月を経過し，再発，転移はなく生存中である。腎盂腎杯嚢胞（または憩室）に発生した移行上皮癌の報告は稀で，いずれの報告例も血尿を認めている。尿路と明らかな交通が証明されない嚢胞状腫瘍で血尿を認めた場合，本疾患の可能性も考慮に入れ診断治療にあたる必要があると考えられた。

腎癌と鑑別が困難であった腎盂腫瘍の1例：右梅貴信，日下 守，切目 茂（済生会中津） 61歳，男性。肉眼的血尿を主訴に近医受診。DIPで左無機能腎を指摘され当科受診。尿細胞診（-），RPで陰影欠損（-），造影CTで左腎に6cmの腫瘍性病変を認めた。血管造影で腫瘍は hypovascular を呈していた。左腎細胞癌の診断のもと左腎摘除術を施行，摘出標本で腫瘍は灰白色，充実性で肉眼的に腎盂腎杯に異常認めず。病理組織はTCC G2<G3，腎盂腫瘍腎浸潤であった。腎盂腫瘍の診断には腎盂造影，CTが有用であるが，非乳頭

状浸潤性腎盂腫瘍ではその診断価値は低く腎癌との鑑別が困難である。自験例においても尿細胞診(−)、腎盂造影上陰影欠損はなく、CTで腎実質に腫瘍を認めたため腎細胞癌と診断したが、尿細胞診の陽性率は必ずしも高値でなく、血管造影でも hypovascular を呈しており、術中迅速病理が必要であったと考えられた。

術前診断が困難であった右腎盂腫瘍の1例：藤原敦子，石田裕彦，植原秀和，川瀬義夫，村田庄平，内田 睦（松下記念）60歳，男性。肉眼的血尿を主訴に1999年10月当科受診。腎超音波，DIPでは上部尿路に異常所見はなく，膀胱鏡にて右尿管口より出血を認めた。尿細胞診は陰性であった。CTでは右腎中下極の腎梗塞が疑われた。その後，外来にて経過観察していたが，血尿持続し，同年12月高度の貧血を認めたため，入院となった。右尿管鏡を施行したところ，腎盂粘膜は平滑で腫瘍は認めず，右分腎尿細胞診も陰性であった。また，選択的右腎動脈造影では，下行枝に血管の途絶を認め，出血部位に対して塞栓術を施行した。一旦血尿は消失し貧血も改善したが，翌年2月末，貧血による意識消失にて緊急入院し，出血のコントロールのため，右腎摘除術を施行した。摘出腎盂粘膜に肉眼的腫瘍は認めなかったが，病理組織の結果は，腎実質全体に浸潤する TCC，G3 であった。

膿腎症を契機として発見された腎盂癌の1例：大場健史，林 晃史，小川隆義（姫路赤十字），富岡 取（富岡医院）38歳，女性。1979年（18歳時）巨大尿管に対して両側尿管膀胱新吻合術施行。1984年（22歳時）両側膀胱尿管逆流症に対して右対側尿管吻合術・左尿管膀胱新吻合術・Psoas Hitch 法を施行されている。2000年1月頃より発熱，左腰部痛を認め3月8日近医泌尿器科より紹介受診。3月14日腎瘻造設，尿細胞診は class II & III であった。左膿腎症の診断にて3月28日左腎摘除術施行。腎周囲は線維性結合織にて強固に癒着していた。病理診断は，TCC>SCC，G3，INF γ ，pT4 であった。術後早期に遠隔転移出現し，同年6月死亡した。結石合併例以外で膿腎症を契機として発見された腎盂尿管癌は文献上過去に2例が見られたが，うち1例はわれわれの症例同様，術前の穿刺にて細胞診上腫瘍は認めていなかった。

馬蹄鉄腎に発生した腎盂腫瘍の1例：石田敏郎，酒井 豊，樋口彰宏，後藤章暢，原 勲，藤澤正人，川端 岳，岡田 弘，荒川創一，守殿貞夫（神戸大），龍見 昇，龍見 明（龍見泌尿器科）症例は59歳，男性，主訴は肉眼的血尿，2000年4月頃より肉眼的血尿が出現し，近医受診。IVPにて馬蹄鉄腎および左腎盂腫瘍が疑われ，5月22日当科入院。腹部CT，MRIにて左上腎杯に3×2cm大の腫瘍を認めた。逆行性腎盂造影にて左上腎杯に陰影欠損，左腎盂カテーテル尿はTCC，Class V であった。腹部大動脈造影にて5本の動脈が大動脈より両腎に分布しており，腫瘍血管の増生，tumor stainは認めなかった。以上より馬蹄鉄腎に発生した左腎盂腫瘍の診断の下，6月1日峡部離断術，左尿管全摘術を施行。病理診断はTCC>SCC，G3，pT2 であった。術前の血管造影による腎動脈の同定が手術に有用であった。

小脳転移をきたした腎盂腫瘍の1例：松岡 徹，赤井秀行（清恵会），下村隆英（同脳外科）60歳，男性。左腰部痛を主訴に当科受診，尿路結石症を疑い諸検査を施行。検尿にて，赤血球2～3個・白血球5～10個を認めた。DIP・RPにて左腎盂内に乳頭状の陰影欠損を認めた。尿細胞診は全尿で class 5，左腎盂尿では class 3b であった。CT・MRIにて腎下極に軽度濃染する腫瘍を認めた。胸部X-P・CTにて左S6に約4cmの肺転移巣を認め，左腎盂腫瘍T3N0M1の診断にて左尿管全摘除術を施行。病理学的診断はTCC，G2>G3，pT4，pL1 であった。術後より嘔吐・呂律困難が出現，頭部CT・MRIにて小脳転移を認め，腫瘍摘除術を施行，M-VAC療法を開始したが消化管出血・肺炎により死亡した。本邦では腎盂の移行上皮癌の脳転移の報告例はなく，稀な病態であると考えられた。

陰茎転移をきたした尿路上皮癌の1例：岡田晃一，今出陽一朗（与謝の海）61歳，男性。1998年8月左腎盂尿管腫瘍に対し左尿管全摘除術，膀胱部分切除術施行。病理診断はTCC，G2，INF α ，pT3，pR1，pL0，pV0 であった。1998年12月多発性膀胱内再発に対し膀胱尿道全摘除術，右尿管皮膚瘻造設術後である。病理診断はTCC，

G2，pT1b，pR1，pL0，pV0 であった。この際尿道には腫瘍を認めなかった。外来通院中，2000年3月頃より陰茎の硬結，旧尿道口部よりの膿排出を認めた。超音波，MRIで陰茎腹側に径長2.5cmの腫瘍を認め，転移性陰茎腫瘍の診断の下に，他に転移巣を認めなかったため，2000年4月陰茎部分切除術を施行した。病理診断は，TCC，G2 であり尿路上皮癌の陰茎転移と診断された。術後5カ月経過し，再発，転移は認めていない。転移性陰茎腫瘍は検索しえた限り本邦で125例目，尿路上皮癌を原発とするものは本邦で44例目と考えられた。

直腸転移をきたした膀胱癌の1例：篠崎雅史（播磨），楠本長正，宮本勝文（同外科），小川隆義（姫路赤十字），井谷 淳（赤穂市民），乃美昌司（神戸大）57歳，男性。1999年5月頃より排尿時痛，頻尿が出現し，当科受診。膀胱頂部，頸部の5カ所に広基性非乳頭状腫瘍を認め，同年7月に経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行。病理組織は移行上皮癌，G2>3，T2 以上と診断され，同年8月に膀胱全摘，Hautmann法による回腸新膀胱造設術を施行した。病理診断は移行上皮癌，G3>2，INF γ ，pT3b，pR0，pL1，pV0，pN0 であった。術後8カ月の2000年3月にイレウスを発症し再入院となり，肛門から約5cmの直腸で著明な狭窄を認め，直腸転移の疑いで2000年5月に直腸切断術を施行した。病理組織にて移行上皮癌の直腸転移と診断され，現在経過観察中である。膀胱癌の直腸転移は極めて稀で，予後は不良である。

長期血液透析患者の膀胱に発生した肉腫様癌 (Sarcomatoid carcinoma) の1例：土井 浩，相馬隆人，種田倫之，飛田収一（京都市立），鷹巢晃昌（同病理）63歳，男性。15年前より血液透析中（無尿状態）。主訴は尿道からの軽度の出血。初診時膀胱鏡検査では軽度の炎症以外に異常は認めず，膀胱洗浄液細胞診は炎症所見を強く伴った class IIIa であった。抗生剤内服後，尿道からの出血は消失し経過観察。しかし5カ月後の膀胱鏡で膀胱頸部に母指頭大の非乳頭状腫瘍を認め，TUR生検で浸潤癌と診断。両側尿管膀胱尿道全摘除術を施行した。組織はTCCおよび spindle cell を伴った肉腫様癌，G3，前立腺浸潤を認めpT4N0（規約分類）と診断した。左尿管にはTCC，G2，pT1が認められた。術後6カ月を経過したが，再発，転移なく生存中。膀胱に発生した肉腫様癌は稀で，透析患者に発生した症例は本邦3例目であった。

小細胞癌を伴った膀胱移行上皮癌の1例：杉野善雄，福澤重樹，小林真一郎，小林 恭，松井喜之，岩村博史，岡 裕也，竹内秀雄（神戸中央市民）52歳，男性。半年来の排尿時痛を主訴に2000年4月17日に当科受診。外来膀胱腫瘍生検と，画像所見より浸潤性膀胱移行上皮癌 (G3) と診断し，5月25日，膀胱全摘+回腸利用代用膀胱造設術を行った。病理結果は小細胞癌を伴った移行上皮癌 (G3) で，ステージはpT2N0M0 であった。小細胞癌の部分は比較的深層に存在し，免疫学的検索にて，シナプトフィジンは染色されたが，NSEなどには染色されなかった。術後EP療法 (VP-16, 100 mg/m², Day 1～3+CDDP 80 mg/m², Day 1) を2コース施行し，嚴重に経過観察中である。膀胱小細胞癌は比較的稀な疾患で，手術とシスプラチン中心の化学療法併用療法が用いられる。本邦での報告は24例目である。

G-CSF産生膀胱腫瘍の1例：石川智基，石田敏郎，酒井 豊，岡本雅之，樋口彰宏，後藤章暢，原 勲，藤澤正人，川端 岳，岡田 弘，荒川創一，守殿貞夫（神戸大），彦坂孝治（彦坂病院）症例は54歳，男性，1999年6月より血尿が出現し近医受診。膀胱右側壁に腫瘍を認めTUR-BT施行 (TCC，G1，pT1b)。9月21日腫瘍の再発を認め当科入院となった。血中白血球数は9,300と軽度上昇を認めた。11月22日膀胱全摘術施行，病理診断はTCC with sarcomatoid appearance，G3，pT4。2月上旬より血中白血球数が2万と上昇，CTにて骨盤内に再発を認め，血清G-CSFは134 pg/mlと上昇，腫瘍組織の抗G-CSF抗体免疫染色陽性であった。その後腫瘍径は増大，血中白血球数は4万と増加，5月22日死亡。G-CSF産生膀胱腫瘍報告例の多くは1年以内に死亡しており，予後不良である。

膀胱 Mucinous adenocarcinoma の1例：浅妻 顕，武縄 淳，荒木勇雄，添田浅樹（西神戸医療セ），武木田茂樹，竹内康人，片山和明（同産婦人科）70歳，女性。主訴は頻尿と排尿時痛。2000年3月より頻尿および排尿時痛を認め，近医を受診し膀胱腫瘍を指摘され，当院受診。膀胱鏡にて頂部やや右後壁寄りに乳頭状広基性腫瘍を

認めた。CT および MRI にて膀胱の右上方に直径約 7 cm の腫瘍性病変を認めた。経尿道的腫瘍生検では mucinous adenocarcinoma の所見であった。第一に卵巣腫瘍の膀胱浸潤を考へ、膀胱原発または尿管原発の腺癌も念頭におき、2000年4月25日開腹手術を施行した。卵巣、子宮、尿管は正常であった。腫瘍は膀胱壁から腹腔内へ突出するように発達しており膀胱原発と考えられ、膀胱部分切除を施行した。病理診断は mucinous adenocarcinoma であった。術後4カ月目で明らかな再発を認めていない。

膀胱アミロイドーシスの1例：田中 努，片岡 晃，岡本圭生，金哲将，新井 豊，若林賢彦，吉貴達寛，朴 勺，岡田裕作（滋賀医大） 71歳，男性。2000年3月28日に無症候性肉眼的血尿出現。膀胱鏡にて後壁に粘膜炎の発赤と不整，右尿管口周囲に黄色調の粘膜炎腫瘍を認め，膀胱腫瘍の疑いにて4月12日当科に入院。理学的所見に異常なく，尿細胞診では3回とも陰性。上部尿路に異常なく，膀胱腫瘍の診断にて経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行した。病理組織検査で AL 型アミロイドーシス，Ⅰ型と診断された。膀胱部以外の病変について検索したところ，身体所見，尿蛋白に異常なく，尿中ベンズジョーンズ蛋白陰性，血清蛋白分画でM蛋白陰性，大腸生検で異常所見を認めなかった。以上より限局性膀胱アミロイドーシスと診断した。肉眼的血尿は消失したため，TUR 以外の処置は行わず経過観察とした。本邦では62例目であった。

S 状結腸膀胱腫瘍の1例：森下真一，中野雄造（鐘紡記念），坂上庸一郎（同外科），奥田喜啓（三菱神戸），梅津敬一（国立神戸） 80歳，女性。主訴は排尿痛と気尿。内科にて多発性結腸憩室として保存的治療を受けていた。1998年8月22日主訴で当科受診。種々の画像および内視鏡的診断にて S 状結腸膀胱腫瘍と診断した。同年9月25日に全身麻酔下 S 状結腸および膀胱部分切除術を施行した。切除標本では瘻孔を確認でき，病理診断では炎症所見のみであった。術後2年を経過し，排尿異常は認められない。内視鏡的診断よりも画像診断，特に CT，MRI による膀胱および S 状結腸の腔内および腔外の病変，肥厚した膀胱壁内の気体の描出に有用であった。抗生剤の投与に反応しない尿路感染症は本疾患も疑う必要があると考えられた。

S 状結腸膀胱腫瘍の1例：西田 剛，木浦宏真，高木志寿子，中川隆文，安谷弘和，稲元輝生，古武彌爾，瀬川直樹，木下昌重，勝岡洋治（大阪医大） 66歳，男性。混濁尿を主訴に近医を受診し，膀胱鏡と尿細胞診にて膀胱腫瘍が疑われたため当科紹介。DIP では膀胱左側に辺縁が不規則な陰影欠損を認めた。CT と MRI では膀胱の左側に不整な壁肥厚を認め，筋層は腫瘍により途絶していた。以上の結果より浸潤性膀胱腫瘍の診断で，確定診断を得るための TUR-Bt を施行したが，悪性所見は認めなかった。術後に糞尿が出現したため膀胱造影を施行したところ消化管が描出され交通を認めた。注腸では S 状結腸の狭窄を認め，大腸内視鏡では多数の憩室を認めた。S 状結腸憩室炎による膀胱腫瘍と診断し，S 状結腸切除術および瘻孔閉鎖術を施行した。組織学的には，瘻孔部を中心に高度な炎症所見を認めた。術後経過は良好である。

膀胱腫瘍に対して回腸利用膀胱拡大術を施行した1例：朴 寿展，小野義春，江藤 弘（兵庫成人病セ），山中 望（神鋼） 56歳，女性。2000年1月6日，子宮頸癌（stage IIb）のため広汎子宮全摘術＋骨盤内リンパ節郭清術施行。術後，腔内照射および化学療法を追加された。術後，2週間目頃より尿失禁を認め，増悪したため同年4月20日当科紹介受診。膀胱腫瘍，両側下部尿管狭窄の診断にて，同年5月12日，手術を施行。経腹的に瘻孔閉鎖術および両側尿管膀胱新吻合を予定していたが，化学療法および腔内照射によると思われる組織の線維化・癒着が高度であったため，断念し，遊離回腸をN字状に配置した Studer 変法による下部尿路再建および膀胱拡大術を施行した。さらに，腔の瘻孔閉鎖部と回腸膀胱との間に遊離した大網を挿入した。術後3カ月現在，水腎症を認めず排尿状態も良好である。膀胱の修復が困難で下部尿管狭窄を伴う症例に対しては，本法は有用な方法と考えられた。

Indiana pouch 発生した腺癌の1例：駒井資弘，六車光英，島田治，渡辺仁人，小山泰樹，室田卓之，川喜田隆司，松田公志（関西医大），坂井田紀子（同病理） 71歳，女性。1992年12月に膀胱腫瘍にて，膀胱全摘除術・インディアナパウチ造設術施行。1998年10月，

CT にて右水腎症，右尿管拡張，パウチ内に結石を認めた。2000年5月，右水腎症の精査とパウチ内結石摘除目的にて入院となる。全身麻酔下にパウチ摘除術・右腎摘除術・回腸造設術を施行した。術中，鶏卵大の腫瘍をパウチ内に触れ，腫瘍であることが確認された。パウチ内では，右尿管開口部に 60×40 mm の隆起性病変を認め，左尿管も巻き込んでいた。また，右腎盂腎杯内に 3～30 mm の多数の隆起性病変を認めた。病理組織はいずれも腸管型の中分化型腺癌であった。術後4カ月を経過し，再発，転移はなく生存中である。インディアナパウチに発生した腺癌の報告は稀で，文献上3例目であった。

縦隔気腫を伴った膀胱自然破裂の1例：上田 崇，浮村 理，稲垣哲典，矢野公大，野本剛史，本郷文弥，鴨井和実，水谷陽一，中尾昌宏，三木恒治（京府医大） 67歳，男性。1995年より前立腺癌 Stage D2 のため当科にて通院治療中，本年3月著明な肉眼的血尿と下腹部痛が出現し当科入院となった。膀胱タンポナーデを認め，膀胱鏡検査では膀胱前壁からの局所的出血が強く確定診断に至らなかった。膀胱造影では破裂部位は明らかではなかった。腹部 CT にて後腹膜気腫を伴う膀胱の腹腔外破裂と診断された。胸痛も認め胸部レントゲンおよび胸部 CT で縦隔気腫を認めた。縦隔気腫の原因は怒責を原因とした肺動脈破裂と考えられたが，後腹膜の空気縦隔への移行も否定はできなかった。膀胱破裂に対して開腹手術を行ったところ，膀胱前壁に径約 3 cm の裂孔を認めた。術後血尿および縦隔気腫は消失した。放射線治療による男子の膀胱自然破裂としては，本邦第1例目であった。

Herpes Zoster による神経因性膀胱の2例：原口貴裕，楠田雄司，田中一志，武中 篤，山中 望（神鋼），仙石 淳（兵庫リハビリ） 症例1は66歳，男性。1999年12月25日より右陰囊から会陰部にかけて皮疹が出現し，当院皮膚科で帯状疱疹の診断の下，アシクロビルによる加療を受けていた。同時に排尿困難を認めており，当科を受診した。症例2は70歳，男性。2000年1月24日より排尿困難が出現し，当科を受診。尿閉を呈していた。左臀部から大腿部にかけて皮疹を認め，帯状疱疹の診断の下，アシクロビルによる加療を開始した。Pressure flow study 上，両症例ともに膀胱知覚はほぼ正常であったが，利尿筋圧の低下を認めた。以上より帯状疱疹による核および核下型の神経因性膀胱と診断した。両症例ともに，6カ月後の uroflowmetry では尿流率の改善を認めており，後遺症は認められなかった。

気腫性腎盂腎炎の1例：小林康浩，岡本雅之，松本 修（三木市民），岡 泰彦（加古川市民） 65歳，女性。糖尿病あるも放置。発熱，意識障害などあり救急外来受診。糖尿病性昏睡・急性腎盂腎炎の疑いで内科に緊急入院し，抗生剤などの投与行っても改善せず，当科受診した。腹部 CT で右腎の腫大，腎実質の破壊像，実質および被膜下にガス像を認めた。気腫性腎盂腎炎と診断し，経皮的ドレナージを施行，膿の培養にて大腸菌が検出された。ドレナージ後も感染が持続，造影 CT でガス像が残存し，患側腎機能も回復不能と判断，入院39日目に右腎摘を施行した。摘出腎には壊死性膿瘍がみられ，実質全体に炎症細胞浸潤が認められた。本邦報告168例を解析した。平均年齢57歳で大部分糖尿病に合併し，女性に圧倒的に多く，死亡率は12%と重篤な感染症である。化学療法のみで治癒したのは22%。経皮的ドレナージ症例も増加しているが，最終的に53%で腎摘されていた。

尿管鏡で診断した好酸球性尿管炎の1例：畑中祐二，宮崎隆夫，福宜田正志，永井信夫（耳原総合） 症例は44歳，女性。左腰痛を主訴に近医受診。左尿管結石疑いで当科紹介となる。諸検査にて尿管狭窄は認めるも結石は認めなかった。悪性腫瘍も否定できず尿管内視鏡下生検を施行した。病理の結果悪性細胞は認めず，好酸球主体の炎症性細胞の浸潤を認めた。このことより好酸球性尿管炎と診断した。好酸球性尿管炎の報告は非常に稀で，調べたかぎりでは11例目であった。治療方法は11例中10例が open surgery を施行している。この理由として，膿瘍の形成，悪性腫瘍が否定できなかったものや狭窄が高度などであった。自験例では尿管鏡を施行し診断し，ステロイド剤にて治癒した。このことより積極的に尿管生検を施行するのも重要であると考えられる。

好酸球性膀胱炎の1例：前田純宏，畑山 忠（高槻赤十字） 67歳，男性。表在性膀胱腫瘍に対しTUR-Bt施行後，塩酸ピラルビシン膀胱内注入，テガフル・ウラシル合剤内服。術後40日，膀胱療法3回目頃より頻尿，排尿時痛が顕著となり，尿中に好酸球が出現。膀胱鏡所見では，虚血性の部位と血管造生の顕著な部位が混在し，易出血性であったが，膀胱容量の減少はなかった。生検で膀胱粘膜下に好酸球を主体とする炎症浸潤を認め，好酸球性膀胱炎と診断した。ステロイド剤投与による治療を行い，術後約4カ月後，尿中の好酸球は消失し，症状の改善を認めた。リンパ球刺激試験にて陽性ではなかったものの，経過より塩酸ピラルビシンが原因薬剤と考えられた。海外文献における薬剤膀胱内注入による好酸球性膀胱炎として，マイトマイシン，チオテパの報告はあるが，アントラサイクリン系による発症の報告は本症例が第1例目と思われる。

感染を伴った膀胱憩室内結石の1例：高田 剛，妹尾博行（大阪第二警察），平井利明，武本征人（新千里） 63歳，女性。1999年11月19日左腰部痛，肉眼的血尿を主訴に当院内科受診。左尿管結石を指摘され，11月24日当科紹介。KUBで骨盤内石灰化陰影の配置が変化していることに気づき，精査したところ，膀胱前方やや頭側に石灰化内容を伴う膀胱憩室を認め，その憩室は小室に分かれており，先端の憩室の入口部はpin-hole状で，中から白色膿が流出した。1月27日全身麻酔下，下腹部正中切開にて膀胱憩室摘除術施行。憩室内には数個の黒色小結石と白色粘液物が混在し，結石成分はリン酸カルシウム57%，シュウ酸カルシウム43%の混成であった。また白色粘液物の培養検査で嫌気性菌が同定された。感染性膀胱憩室内結石が示唆された。術後7カ月で膀胱結石の再発は認めない。

尿管管腫瘍の4例：伊藤将彰，寒野 徹，河瀬紀夫，瀧 洋二（公立豊岡） 1996年1月から2000年4月までに当科で尿管管腫瘍を4例経験した。年齢は24～53歳（平均35.3歳），男性3例，女性1例であった。主訴は下腹痛が最も多く3例，臍よりの排膿・発熱shock・排尿痛がそれぞれ1例ずつであった。既往歴として1例に虫垂切除術後膿瘍，1例に骨盤外傷がある。膀胱鏡を全例に施行し2例に膀胱頂部の炎症を認め尿管管摘除+膀胱部分切除術を，2例は膀胱内に異常を認めなかったため尿管管摘除術のみを施行している。CTを全例に，MRIを3例に施行しており腹直筋と腹膜の間を膀胱から臍まで存在するcystic mass，周囲がenhanceされ液性成分を含んでいれば尿管管腫瘍と診断できこれが確定診断となった。内腔smoothであることより腫瘍の中心壊死と鑑別でき，病理組織診でも尿管管腫瘍の合併は1例も認めなかった。

結核性精巣炎の1例：吉田直正，呉 偉俊，梶田周佳，熊田憲彦，岡田 昇，池本慎一，仲谷達也，山本啓介，岸本武利（大阪市大），坂倉民浩，堀井明範（北市民） 64歳，男性。2000年2月より左陰囊の腫脹疼痛を自覚し近医受診。超音波検査から精巣腫瘍を疑われ当科紹介。胸部X線で左肺尖部に小結核陰影を認め，DIP，腎エコーは異常なく，腫瘍マーカー正常。精巣エコーから左精巣は径9×5cmと腫大し音響陰影のない多発点状の高エコー病変を認め精巣腫瘍が疑われたが，微熱，無菌性膿尿であったため尿路性器結核も疑い喀痰と尿のDNA検索（PCR法）施行後，左高位精巣摘除術を施行。病理診断は結核性精巣および精巣上体炎であった。術後結核菌が検出され，4剤併用（RFP，INH，EB，PZA）にて経過観察中である。近年結核症新規患者登録数は増加傾向にあるも結核性精巣炎は稀で，精巣腫瘍との鑑別は困難であることから精巣摘除術が施行されていた。

染色体異常に発生した精巣セミノーマの1例：辻 秀憲，紺屋英児，尼崎直也，杉山高秀，栗田 孝（近畿大） 31歳，男性。他院で無精子症にて精査中，左腎結石および左水腎症を指摘され，1999年2月当科紹介。1999年3月，左側の精巣生検を施行したが，大部分が高度な結合織の増生をみるのみで明らかな精細管の構造はなかった。染色体検査の結果46X+mar1/45XO/46X+mar2のmosaic型であった。さらにFISH法による検討により，mar1とmar2は共にY染色体由来のものと判明した。約1年後，左陰囊内容の腫大に気づき，精査にて精巣悪性腫瘍を疑い2000年5月，両側高位精巣摘除術を施行した。左側の病理診断はセミノーマであった。精巣腫瘍の遺伝子異常として多くの染色体異常が関わっていると考えられているが，本症例のような核型の染色体異常で，精巣腫瘍を発生したという本邦報告例はなかった。

精索捻転にて発見された停留精巣腫瘍の1例：植村元秀，西村健作，平井利明，井上 均，水谷修太郎，三好 進（大阪労災），辻畑正雄（大阪大） 37歳，男性。主訴は左鼠径部痛。生来，左鼠径部停留精巣を自覚するも放置していた。1999年12月頃より左鼠径部精巣の腫大自覚。2000年5月31日より突如，同部に疼痛を自覚し，6月2日紹介受診。左鼠径部に小鶏卵大の圧痛を伴う腫瘍を認めた。AFP，hCG β ，LDHは正常範囲内であった。左鼠径部停留精巣腫瘍の精索捻転症と診断し，同日入院の上，左高位精巣摘除術を施行した。左精巣は正常大，暗赤色で外観上は腫瘍とは診断できなかった。精索は鞘膜内で360度外転していた。病理組織学的診断は精巣内に限局する精上皮腫であった。以上より左停留精巣腫瘍pT1N0M0と診断した。術後化学療法，放射線療法などは行わず，経過観察しているが3カ月経過した現在再発の兆候を認めない。

高齢者に発症した精巣腫瘍の1例：田中美江，藤井令央奈，南方良仁，新谷寧世，新家俊明（和歌山医大），康 根浩（岸和田市民） 80歳，男性。主訴は左陰囊内容の腫大。2000年1月上旬より腫脹に気づき，3月3日当科受診となる。左陰囊内容は鶏卵卵大に腫大し，血中 β -HCGが11.8ng/mlと高値であった。左精巣腫瘍の診断のもと3月14日高位精巣摘除術を施行した。組織学的診断はセミノーマで，ステージIであった。術後経過は順調で追加療法は行わず3月30日退院となる。術後5カ月を経過した現在，再発の兆候を認めない。65歳以上にみられた精巣胚細胞腫瘍は稀で，1980年以降では本邦報告22例目であった。高齢者では若年者に比べ，ステージIの比率が若干高く，セミノーマおよび精母細胞性セミノーマが多かった。高齢者でも急速な転帰をたどる症例もあり，治療方針としてはステージを重視し追加療法を検討すべきである。

肺転移による呼吸困難を契機に発見され経過中脳転移を認めた巨大精巣腫瘍の1例：藤田和利，辻川浩三，室崎伸和，菅尾英木（箕面市） 19歳，男性。1998年1月呼吸困難にて当院救急外来受診。胸部X線写真上多発性腫瘍陰影を認め，左精巣は小児頭大であった。AFPとLDHの高値を認め，画像診断にて左精巣腫瘍の後腹膜リンパ節転移，肺転移と診断し，2月3日左高位精巣摘除術を施行した。摘除標本重量は1,700gで，病理診断は卵黄嚢腫瘍と胎児性癌の混合型腫瘍（pT3N3M1a，stage IIIB2）であった。化学療法（EP療法）4コース施行後，腫瘍マーカーは正常化，後腹膜リンパ節転移はCR，肺転移はPRであった。5月28日肺部分切除術施行し，viable cellを認めなかった。1998年11月脳転移出現し，脳腫瘍切除術後2nd lineの化学療法（VIP療法）を3コース施行した。その後19カ月経過し，再発認めず生存中である。

化学療法後の残存腫瘍内に横紋筋肉腫を認めた性腺外胚細胞腫の1例：栗栖 猛，杉村一誠，吉村力男，内田潤次，熊田憲彦，田中智章，川嶋秀紀，仲谷達也，山本啓介，岸本武利（大阪市大），三橋誠（同病理），広橋一裕（同第二外科） 27歳，男性。1998年5月，腹痛と高熱のため他院入院。後腹膜リンパ節，左頸部リンパ節腫大を認め， β HCG 10.3ng/ml，AFP 738ng/mlと異常高値を示した。両側精巣に異常認めず。左頸部リンパ節生検にて胎児性癌を認めた。性腺外胚細胞腫の診断のもと，約2年間全身化学療法施行された後，2000年3月23日頸部リンパ節摘出術施行。病理診断で成熟奇形腫を認めた。同年4月17日RPLND施行。病理診断にて成熟奇形腫に横紋筋肉腫の混在を認めた。術後約4カ月再発は認めず現在生存中である。文献的には奇形腫の悪性化のうち，肉腫の合併は多く，その代表的な組織型は横紋筋肉腫で，その予後は不良とされている。本症例も嚴重な経過観察が必要である。

異時性両側性精巣腫瘍の1例：西山博之，寺田直樹，諸井誠司，山本新吾，賀本敏行，奥野 博，寺井章人，寛 善行，小川 修（京都大） 症例は31歳，男性。3年前に他院にて左精巣腫瘍（seminoma）にて治療を受けた。1998年に右精巣に無痛性硬結を自覚し，他院受診したものの，6カ月間の経過観察とされたが，硬結が増大してくるため，当院紹介となる。右精巣腫瘍を疑い，高位精巣摘除術を施行。組織学的にはseminomaとembryonal carcinomaが混在していた。stage Iと診断し，外来経過観察となったが，3カ月後肺転移および後腹膜リンパ節転移を認め，BEP4コースを施行し，CRを得た。現在術後2年経過するも明らかな再発の徴候は認めない。両側性精巣腫瘍は精巣腫瘍患者の約1～5%に発生し，決して稀な疾患ではな

いので、患者に対する十分な啓蒙と早期発見早期治療が必要である。

精巣セミノーマ発症11年後に見つかった血小板減少症を伴う脾血管肉腫の1例：芝 政宏，志水清紀，高寺博史（八尾徳洲会），寺川知良（寺川クリニック） 32歳，男性。主訴は右下肢痛。22歳時，左精巣腫瘍にて左精巣高位摘除術施行。病理組織は pure seminoma。病期分類は pT2N3M0 stage IIIB。追加療法として化学療法と後腹膜リンパ節郭清術施行。1999年4月，右下肢痛出現。5月，腹部CTと骨シンチにて巨大脾腫と全身性骨病変を認め，腰椎MRIでは椎体の破壊を認めた。6月9日，脾臓摘除術，7月14日，右第6肋骨生検術施行。病理は血管肉腫であった。脾血管肉腫は稀な疾患で，精巣腫瘍後の2次性癌として血管肉腫が発生した報告は本邦初である。また，予後が悪く，当症例も発症より10カ月で永眠された。精巣腫瘍と血管肉腫，化学療法と血管肉腫との因果関係は不明であったが，今後興味のあるところである。

精巣鞘膜に発生した血管平滑筋腫の1例：花房隆範，細川幸成，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），木内 寛（大阪中央） 46歳，男性。43歳時に左陰嚢水腫にて左陰嚢水腫切除術を施行。1999年12月右陰嚢内容の無痛性腫大を自覚し当科受診。陰嚢部超音波検査にて水腫と肥厚した水腫壁を認め，陰嚢部MRIにて水腫と幅約5mmの均一に造影される水腫壁を認めた。水腫を有する陰嚢内腫瘍の診断のもとに，2000年1月26日腫瘍摘除術を施行した。摘除標本では精巣鞘膜は約5mmに肥厚しており術中迅速病理診断にて悪性も否定しきれないため，右精巣摘除術を施行した。病理診断は，精巣鞘膜に発生した血管平滑筋腫であった。術後7カ月を経過して再発を認めていない。

精索平滑筋肉腫の1例：川上 隆，青山秀雄（済生会奈良） 91歳，男性。2000年3月23日，増大する右鼠径部腫瘍を主訴に初診。US，CT，MRIにて，右精索腫瘍および右陰嚢水腫と診断した。3月30日，右高位精索摘除術を施行した。摘出標本では精索の長軸方向に発育する剖面灰白色で長径約6cmの腫瘍を認めた。精巣，精巣上体に浸潤は認められなかった。病理組織診断ではHE染色で紡錘形腫瘍細胞が錯綜して増殖しており，mitosisが豊富で，核の大小不同を認めた。免疫染色ではアザン染色，SMA染色，デスミン染色が陽性で，平滑筋肉腫と診断した。精索平滑筋肉腫は稀な疾患で自験例が22例目に相当すると考えられた。自験例では年齢が91歳と高齢であり，腎機能異常も認めることより，補助療法は施行せず経過観察とした。術後5カ月を経過して再発の兆候は認めていない。

急性陰嚢症を呈した精液瘤捻転の1例：瀧本啓太，岡本圭生，長船崇，若林賢彦，岡田裕作（滋賀医大） 27歳，男性。主訴は右陰嚢部痛。2000年3月16日起床時より右陰嚢部痛と右下腹部違和感が出現。嘔気，嘔吐を伴ったが発熱は認めなかった。臥床安静にても改善傾向がないため，当科受診。入院時身体所見として，右精巣の下方に，精巣とほぼ同じ大きさで，透光性を有する腫瘍を触知し，同部位に著明な圧痛を認めた。超音波検査を示す。右陰嚢内に内部均一な低エコーを示す腫瘍を認めた。精巣との境界は明瞭で，両側精巣には異常を認めなかった。急性陰嚢症の診断にて緊急開放手術を施行したところ，精巣上体頭部より連なる嚢胞性腫瘍（5×4cm）が540度捻転を起していた。嚢胞性腫瘍摘除術と右精巣固定術を施行した。嚢胞内容液は白色混濁液で検鏡にて多数の精子を認め精液瘤の捻転と判明した。

人工血管パッチにて治療したペイロニー病の1例：塩山力也，七里泰正，北村 健，西村昌則（音羽） 39歳，男性。陰茎屈曲，性交不能を主訴として前医を受診。ペイロニー病を指摘され，ブランク切除，腹直筋筋膜パッチの補填形成術を施行された。一旦軽快したが，術後6カ月で陰茎の再屈曲を生じたため，当科紹介受診した。腹直筋筋膜パッチの瘢痕萎縮による，陰茎の右方向への70度の屈曲が認められた。再手術にて瘢痕萎縮した腹直筋筋膜パッチを除去し，ダクロンによるパッチ充填形成術にて修復した。術後，パッチ上部の包皮が壊死して人工血管が露出したため，有茎皮弁による形成術を施行した。術後12カ月経過したが，自然勃起時にやや背側に陰茎の屈曲を認めるが性交可能となり経過良好である。パッチには，生体材料を使う場合と，人工材料を使う場合が報告されているが，今回，われわれの経験では，人工血管を使ったパッチ術は有効であると考えられた。

前立腺癌脊椎骨転移に対して，放射線療法とホルモン療法を施行し下肢麻痺の改善が得られた1例：谷本義明，玉田 聡，田代孝一郎，岩井謙仁（和泉市立） 56歳，男性。1999年10月から腰痛と下肢のしびれ感が出現し，2000年1月転移性第1腰椎腫瘍による下肢麻痺が出現し椎弓切除術および椎体固定術をうけ，低分化型腺癌を認め当科を紹介された。前立腺生検にて前立腺癌と診断し，酢酸ゴセレリン3.6mg/4 weeks とピカルタミド80mg/dayを併用したMAB療法を行ったが，術後第10胸椎転移の増大により知覚異常が増悪し下肢麻痺の改善もないため放射線療法40Gyを開始した。3カ月後，筋力低下は認めるものの足関節の背屈が可能となり，皮膚知覚鈍麻は第2腰椎レベルまで，痛覚消失は第5腰椎レベルまで改善していたが，車椅子への移動には介助を要した。

前立腺癌の病理診断における High molecular weight cytokeratin (HMWCK) の有用性：久保雅弘，吉田隆夫，生駒文彦（市立芦屋），松崎敏幸（同病理），廣田誠一（大阪大 病理病態学），岡本英一（岡本クリニック），井原英有（いはらクリニック） [目的] 前立腺癌では正常な腺管にみられる2層性構造が喪失する。基底細胞に特異的なHMWCKが病理診断に有用かどうかを検討した。[対象・方法] 本年3月より当科で施行した針生検54例，TUR-P 9例，前立腺全摘5例の計68例に組織染色（envison法）を行った。[結果] BPHは42例でHMWCK陰性は5例，前立腺癌は26例で全例HMWCK陰性であった。特異性は生検症例86%，TUR-P症例60%，感度はいずれも100%であった。HE染色で病理学的確定診断がつかなかったのは8例で，HMWCKにより2例はBPH，6例は前立腺癌と診断した。

Flutamide（オダイン®）による光線過敏型薬疹の2例：八尾昭久，山田裕二，武市佳純（県立淡路），上野康一（甲南） 症例1，77歳，男性。症例2，61歳，男性。両例ともに前立腺癌の治療のためフルタミド375mg/日の内服を開始したところ，症例1では2カ月後，症例2では3カ月後より顔面，手背などの日光曝露部に発赤，掻痒感が出現した。症例1では内服中に施行したUVA光ルーチンテスト25分で陽性所見が得られた。症例2では内服中止2カ月後の光貼付試験が陰性であった。両例ともにフルタミド内服中止，遮光，ステロイド外用などで皮膚症状が軽快した。臨床経過などからフルタミドによる光アレルギー性の光線過敏型薬疹と診断された。

前立腺原発が強く疑われた印環細胞癌の1例：高田 聡，細川幸成，穴井 智，松本吉弘，近藤秀明，趙 順規，藤本清秀，大園誠一郎，平尾佳彦（奈良医大），中尾 武，鹿子木英毅，中島祥介，中野博重（同第一外科） 72歳，男性。主訴は便秘狭小化，腹部圧迫感。前立腺は鶏卵大，石様硬で直腸の全周性狭窄を認めた。CEA：1,060.7ng/ml，CA19-9：3,282U/ml，PSA：17.7ng/mlと高値を示し，MRIにて前立腺腫大を認めた。針生検の組織診にて印環細胞癌を認め，CEA染色陽性，PSA染色陰性であった。DESとLH-RHによるホルモン療法を開始し，すべてのマーカーが低下したが，肝機能悪化を認めホルモン療法中止。その後イレウスとなり胃空腸瘻・回腸人工肛門造設を施行。術中，腫瘍の後腹膜浸潤を回盲部から十二指腸まで認めたが，腹腔内腸管や腹膜には異常を認めなかった。全身状態の悪化は続き，治療開始後50日で死亡した。文献上，本邦の前立腺印環細胞癌の報告は自験例で20例目であった。

Ductal carcinoma of prostate の1例：原田健一，丸山 聡，武中篤（県立柏原） 80歳，男性。肉眼的血尿を主訴に当科外来を受診し，膀胱鏡にて膀胱頸部から前立腺尿道にかけて乳頭状腫瘍を認めた。TURにて，adenocarcinoma pT2以上の病理診断を得たため，膀胱尿道全摘術を施行し，全摘標本は ductal carcinoma であった。

前立腺粘液腺癌の1例：樹田周佳，西阪誠泰，安本亮二（十三市民），河野 学（弘済院），田中智章（大阪市大），河西宏信（河西クリニック），浅川正純（浅川クリニック） 72歳，男性。前立腺肥大症の診断のもと，前立腺高温度治療目的にて当院紹介される。前立腺高温度治療後近医にてフォローされていたが夜間頻尿がひどくなったため，TUR-P施行（PSA 1,020ng/ml）。病理診断は，Mucinous adenocarcinoma of prostate でPAS陽性であった。MRI，骨シンチなどによっても転移は見られず，T1a，N0，M0であった。ホルモン療法（オダイン，ゾラデックス），放射線療法（total 66Gy）施行。現在，外来で経過観察している。

前立腺小細胞癌の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） 77歳，男性。1995年10月 PSA 高値にて当科受診。前立腺生検で中分化型腺癌と診断，11月7日根治的前立腺全摘術施行。中分化型腺癌（pT3bN0M0）であった。退院後 PSA 陰性で経過していたが，1999年10月29日肉眼的血尿を生じ入院。MRIで元来の前立腺部に腫瘍を認め，CTでは肝に多発性転移巣を認めた。膀胱鏡で膀胱尿道吻合部を中心に粘膜不整を認め，経尿道的に同部位の生検施行。組織結果は小細胞癌であった。NSEは73.5ng/mlと高値だった。前立腺全摘後の吻合部に発生した小細胞癌と診断し，CDDP，VP-16による化学療法を開始。NSEは11.4ng/mlに減少，肝の転移巣も一時改善を認めたがMRSA感染，DIC合併し再び肝転移巣の増大を認め，小細胞癌診断3ヵ月後死亡。前立腺小細胞癌は稀な疾患で，調べ得たかぎり自験例は38例目であった。若干の文献的考察を加え報告する。

前立腺原発悪性リンパ腫の1例：田口 功，伊藤 登，源吉顕治（社保神戸中央），龜山久子，足立陽子（同内科），三宅敏彦（同病理） 82歳，男性。肛門痛を主訴に，当院外科を経て当科受診。直腸診で，石様硬に腫大した前立腺を触知。同腫大による著明な直腸狭窄を認めた。前立腺生検にて，非ホジキンリンパ腫，B細胞性，びまん性，混合型（LSG分類）の病理診断を得た。種々の画像診断，骨髄穿刺および臨床経過から前立腺原発と診断した。腫瘍の増大傾向が顕著で肛門痛が激しいため，疼痛コントロール目的に腫瘍への放射線照射を先行した。放射線療法にて疼痛の軽減および全身状態の改善を認めたため，引き続き多剤併用化学療法を施行した。しかしながら，肺炎を併発され，発症後約2ヵ月半で死亡された。悪性リンパ腫が泌尿器科領域，殊に前立腺に発生することは稀であり，本症例は文献上本邦16例目の前立腺原発悪性リンパ腫と考えられた。

傍尿道平滑筋腫の1例：阪本祐一，田中浩之，宮崎茂典，川端 岳（三田市民），出口雅士，出口正喜（同産婦人科） 症例は45歳，女性。主訴は外陰部腫瘍。1998年7月頃，外陰部の腫瘍に気づくも放置。2000年1月頃より腫瘍の増大を認め，1月31日当院産婦人科受診，傍尿道腫瘍疑いにて当科紹介受診。精査加療目的で2月16日入院。外尿道口のやや左側にかけて径約4.5cmの弾性硬の腫瘍を認める。エコー所見は所々低エコー域を認める充実性の腫瘍であった。MRIでは尿道，陰間にT1強調で腔筋層と等信号，T2強調で内部に不均一な高信号を有し境界は明瞭であった。針生検で平滑筋腫の組織診断が得られたため，傍尿道平滑筋腫の診断にて3月30日，経腔的腫瘍摘除術を施行した。腫瘍は5×5×4cmで，重量は50gであった。現在，術後約5ヵ月を経過したが，再発の徴候はなく，外来にて経過観察中である。自験例は文献上，本邦106例目であった。

MRIによる精索静脈瘤の評価：木村泰典，邵 仁哲，石田博万，安田孝志，間山大輔，河内明宏，藤戸 章，三木恒治（京府医大），伊藤博敏，西村恒彦（同放射線科） 精索静脈瘤は男性不妊症の原因の1つである。今回私達は，MRIによる精索静脈瘤の描出および高位結紮術前後の血流動態の変化を観察した。また骨盤内うっ血の状態をMRI，TRUS，腹腔鏡所見とあわせて比較検討を行った。使用器械は1.0T超伝導MRI（Siemens社製Magnetom Expert）を用い，撮像方法はlowflowの血管を水としてとらえて高信号に描出し，脂肪を抑制するSTIR法を用いることにより，精索静脈瘤を明瞭に描出することができ，MRIによる精索静脈瘤の診断と治療効果判定の可能性が示唆された。またMRI，TRUS，腹腔鏡所見による骨盤内うっ血の病態がどの程度相関するのかは，今後の検討課題である。

洛和会音羽病院泌尿器科における5年間の無精子症患者からの精子回収成績についての検討：北村 健，七里泰正，塩山力也，西村昌則（音羽） 当科での過去5年間の無精子症患者は40例で，閉塞性11例，非閉塞性29例。各々のFSH，テストステロン，平均精巣容積は7.1/24.5mIU/ml，3.4/4.1ng/ml，20.4/9.5ml。閉塞性無精子症の診断は既往歴・精路の診察・FSH・平均精巣容積によってほぼ確定診断が可能であった。精路再建術4例，MESA4例，を含む全10例から精子回収または精路開通を認めた。非閉塞性の内Klinefelter症候群2例を含む5例に対して顕微鏡下精巣内精子採取術を施行し，全例で成熟・未熟精子回収に成功した。全体で15例（37.5%）で精子回収し7例（17.5%）で妊娠を認めた。AIDと顕微鏡下精巣内精子採取術の内，75%の患者が後者を選択し，同術式は患者の実子願望にそった

治療であると考えられた。

右精巣捻転症，左ブレンナー腫瘍の真性半陰陽の1例：福井勝一，芦田 眞（野江），川喜田陸司，松田公志（関西医大），豊國伸哉（京都大基礎病態学） 60歳，戸籍上男性。2000年4月10日頃より，右陰囊部痛と腫脹を認め近医受診。点滴加療受けるも軽快せず，当科受診となった。右陰囊の発赤，腫脹を認め，左精巣は，陰囊内に触知せず。左鼠径部に鶏卵大の腫瘍を認めると共に，尿道下裂を認めた。超音波検査，造影CT検査にて，右精巣捻転症と左精巣腫瘍診断し，同年5月29日右精巣摘出術，左鼠径部腫瘍摘出術となった。病理診断は，右精巣壊死と，左側は卵巣ブレンナー腫瘍であった。精査にて，右精巣ならび左子宮様の構造物を認めた。染色体検査は，46，XX/46，XYモザイクであった。真性半陰陽でブレンナー腫瘍卵巣の合併例は，初めてである。

交叉性精巣偏位を伴ったミューラー管遺残症候群の1例：楠田雄司，原口貴裕，田中一志，山中 望（神鋼），前田敏樹，山本俊二（同外科） 64歳，男性。幼少時より右鼠径部膨隆および左陰囊内容欠損を認めるも放置していた。膨隆の増大を認めたため，右鼠径ヘルニアの診断にて根治術を施行した。術中，右内鼠径輪より二対の精索と一対の索状物を認めた。また右陰囊内に右精巣と萎縮した左精巣を認めた。索状物および左精巣を摘出し，ヘルニア修復術を施行した。右精巣は生検後右陰囊内に固定した。索状物は子宮と診断され，交叉性精巣偏位を伴ったミューラー管遺残症候群と診断した。右精巣には正常の造精能を認めたが，左精巣はSertoli cell onlyを示した。本疾患に対して，一般的にはミューラー管遺残組織を温存し精巣固定術が勧められるが，高齢で発見された場合悪性化の可能性を考え，精巣摘除術も考慮すべきと思われた。

小児に発症した結石型原発性上皮小体機能亢進症の1例：柑本康夫，康 根浩，森本鎮義（岸和田市民） 13歳，女児。2000年3月，右側腹部痛，肉眼的血尿にて当科受診。1年前から全身倦怠感も訴えていた。KUB，DIPにて尿管結石が認められESWLを施行。また，血清カルシウム14.9mg/dl，高感度PTH>3,200pg/ml，尿中カルシウム460mg/dayと高値であった。CT，MRI，^{99m}Tc-MIBIシンチグラムにて，甲状腺左葉背側に21×12×6mmの腫瘍が認められた。以上より，原発性上皮小体機能亢進症と診断し，2000年4月，手術を施行した。重量1,500mgの左上上皮小体を摘除，病理診断は腺腫であった。術後，血清カルシウム値は正常化した。小児の原発性上皮小体機能亢進症は稀で，本邦報告46例を集計した。小児では不定愁訴，骨病変が多いのに対し，結石型や化学型が少ないなどの特徴がみられた。

呼吸障害を呈した先天性水腎症の2例：内藤泰行，島田憲次，細川尚三，松本富美（府立母子セ） 症例1は，日齢28日，男児。主訴は腹部腫瘍および呼吸障害。胎児超音波断層像で左腎盂の拡張を指摘された。出生後，腹部腫瘍および呼吸障害を認め，左先天性水腎症と判断し，日齢40日腎盂形成術を施行した。腎盂内圧は29cmH₂Oで，内溶液は400mlであった。症例2は，日齢27日，男児。主訴は腹部腫瘍および呼吸障害。胎児超音波断層像で左腎盂の拡張を指摘された。日齢27日，呼吸障害を認め，緊急にPNSを施行した。腎盂内圧は28cmH₂Oで，内溶液は280mlであった。2例とも腎盂の減圧の前後で肺の静的コンプライアンスを計測した。症例1は，0.63から1.23に，症例2は0.29から1.02（単位：ml/cmH₂O/kg）に改善し，呼吸障害は消失した。巨大な拡張腎盂が横隔膜を挙上し呼吸障害をきたしたものと考えられた。

小児馬蹄腎に伴った腎盂尿管移行部狭窄症に対しUreterocalicostomyを施行した1例：相馬隆人，種田倫之，土井 浩，飛田収一（京都市立） 3歳，男児。生下時より多発奇形を認める。鎖肛，胃破裂，右鼠径ヘルニアに対して生直後に根治術，唇裂，口蓋裂に対しては1歳時に手術を施行された。1999年1月腹部膨満，腹痛を認め他院CTで，馬蹄腎に伴った右水腎症を指摘され当科紹介受診。順行性腎盂造影にて右腎盂尿管移行部狭窄症と診断。1999年3月18日Ureterocalicostomyを施行した。術後エコー上水腎症の著明な改善を認めた。Ureterocalicostomyは，馬蹄腎に伴う腎盂尿管移行部狭窄症の治療の際に選択肢の1つとして考慮すべき術式と考えられた。

精巣上体炎を契機に発見された異所開口尿管の1例：桑江秀樹，松井孝之（南大阪），森 義則（兵庫医大） 20歳，男性。1999年9月7日右陰嚢部痛で当院を受診。右精巣上体炎と診断し通院にて抗生剤の点滴を行うが改善せず6日後より入院加療とした。DIP・CTで右腎が確認できず，経直腸的超音波検査で前立腺右葉の頭外側においてcystic massを認め，右精嚢造影では精嚢より頭側にのびる管状物が造影された。精嚢に開口した異所開口尿管と診断し，2000年3月9日全麻下に精嚢から頭側に膺の高さまで伸びる尿管を摘出した。標本は13×2cmで尿管壁は肥厚し，頭側には右腎と思われる組織を認めた。病理所見では腎組織は認めず，微絨毛を有する円柱上皮に覆われた精巣上体管類似の管腔構造が見られ高度の異形成腎と考えられた。本邦における男子異所開口尿管の報告は141例目であった。

当院における病診連携の実態：森本康裕，山手貴詔，矢野久雄，神原信明（神原病院） [目的] 地域医療における病診連携の重要性は認識されている。今回われわれは紹介患者をもとに当院における病診連携の実態について検討した。1999年1月から2000年3月までに紹介された外来患者320名を対象とした。[背景] 当院は大阪市都島区にあり，都島区，旭区，城東区，鶴見区，には多くの医療施設が混在して

いる。[結果] 一般泌尿器科疾患に対する紹介患者の大部分は都島区，旭区，城東区，鶴見区の4区で占められており，泌尿器科医からの紹介は全体の21.9%であった。またESWLにおける紹介患者は多方面から紹介されており，泌尿器科医からの紹介は全体の54.8%であった。[結語] この結果から，今後も泌尿器科医および近隣医療機関との医療連携を密に行い地域医療に貢献したいと考える。

国立姫路病院泌尿器科における9年間の手術統計（1991～1999）：岩村浩志，山崎俊成，白波瀨敏明，橋村孝幸（国立姫路），井上貴博（愛知県がんセ），中野 匡，兼松明弘，高橋 毅，清川岳彦，笈 善行（京大），日裏 勝（日赤和歌山医療セ） 1991年1月より1999年12月までの9年間に於ける国立姫路病院泌尿器科の手術統計を行ったのでその結果を報告する。全手術件数は，ESWLを除くと1904件であった。ESWLは，1996年に導入され，この4年間で208件であった。内視鏡手術の割合は増加しており，ここ2年間は，全手術症例の66%を占めるに至っている。尿路結石症例はESWLの導入により劇的な変化を遂げている。地域による前立腺癌検診の浸透により，前立腺癌症例が増加している