

## 第212回 日本泌尿器科学会東海地方会

(2001年5月26日(土), 於 中外東京海上ビルディング8Fホール)

**副腎髓脂肪腫の1例:** 田中一矢, 大堀 賢, 西川英二 (名古屋掖済会), 深津英捷 (愛知医大) 患者は61歳, 女性. 1999年2月, 左副腎腫瘍, 左腎盂拡張を指摘され, 上腹部痛の自覚症状あり近医より紹介受診. 高血圧, 肥満, 軽度耐糖能異常を認めた. 一般血液検査では軽度の血糖値上昇以外は異常を認めなかった. IVPにて水腎症は認めず, 腎盂拡張は傍腎盂嚢胞と診断. CT 上低吸収度を有する30×22mm大の周囲と境界明瞭な左副腎腫瘍を認めた. 造影効果は不均一. 内分泌学的にはホルモン活性を認めず非機能性副腎腫瘍と診断し, 4月21日, 左後腹膜腔よりアプローチし腫瘍摘除術施行. 腫瘍径40×30×25mmで重量は15g. 病理組織診断は骨髓脂肪腫であった. 本疾患は内分泌学的に非機能性で良性腫瘍の1つである. 比較的稀であるが, 近年画像診断の発達により偶然発見され外科的切除がなされる症例も増加している. 術後2年現在, 再発, 転移の徴候を認めていない.

**腎癌の左側頭骨窩転移に対し, レーザー温熱凝固療法を施行した1例:** 千田基宏, 加藤真史, 福原信之, 吉川羊子, 服部良平, 後藤百万, 小野佳成, 大島伸一 (名古屋大学) 55歳, 男性. 25歳時に左萎縮腎のため, 左腎摘除を受けている. 1998年10月, 他院にて右腎癌を指摘されるも, 術後透析を拒否し放置. 1999年2月, 左頬部転移を指摘され, 自己判断にて他院で頬部腫瘍摘除術を受けた. 2000年1月, 呼吸困難出現し, 肺転移による主気管支の狭窄をきたしたため, 気管支ステント留置後, インターフェロン療法, 放射線療法施行. 2001年1月, 左頬部転移の再発, 腫瘍増大を認め, 治療目的にて入院. CT, MRにて左側頭骨窩に65×60×40mmの腫瘍を認めた. 除痛と腫瘍縮小目的にて, 栄養動脈塞栓後, レーザー温熱凝固療法を施行した.

**マイクロターゼ使用後腹膜鏡下腎部分切除術を施行した腎細胞癌の1例:** 小林 恭, 渡部 淳, 小倉啓司 (浜松労災), 荒井陽一 (倉敷中央) 62歳, 女性. CT 上左腎に径1.4cm大で腎外方に突出する腫瘍を指摘され当科紹介. 腎細胞癌の術前診断のもと後腹膜鏡下にマイクロターゼを使用し腎部分切除術を施行した. 手術時間2時間, 出血少量, 術後5日目には退院可能な状態となった. 病理組織診断は腎細胞癌, G2, pT1aN0M0で術後4カ月の時点で再発をみていない. マイクロターゼの利用は腎機能温存の面で問題が残る可能性はあるが, 同術式を安全かつ簡便に施行するのに有用であると考えられた.

**IgA欠損症に合併した腎細胞癌の1例:** 加藤慶太郎, 小久保公人, 中村小源太, 青木重之, 上條 渉, 瀧 知弘, 三井健司, 日比初紀, 山田芳彰, 本多靖明, 深津英捷 (愛知医大) 25歳, 男性. 2000年11月13日, 1カ月前からの腰痛を主訴に近医受診. MRI 上腰椎椎に異常像認め当院整形外科紹介, 骨シンチ上多発性に高集積像認め, 全身検索. IgAが1.4未満でありIgA欠損症と診断. 仙骨骨生検にて腺癌骨転移の診断. CT上, 左腎に40×35mmの不均一に造影される充実性腫瘍を認めた. 以上より左腎細胞癌 stage IV T1, N0, M1の診断にて2001年1月9日左腎摘除術施行. 病理組織学的分類 renal cell carcinoma, clear cell type, expansive type, G2, INF $\alpha$ , v(-), pT1a, pN0, pM1と診断. 術後8日目よりIFN- $\alpha$  300万単位の隔日投与, UFT, シメチジンの内服を開始し, 外来通院中である. IgA欠損症と腎細胞癌の合併は稀で文献上2例目であった.

**HLBIが奏効した多発転移を有する腎細胞癌の1例:** 深見直彦, 小林康宏, 佐々木ひと美, 桑原勝孝, 石川清仁, 泉谷正伸, 白木良一, 星長清隆 (藤田保衛大) 53歳, 男性. 諸検査で肺, 脾, 左後腹膜, 大網転移を有する直径約4cmの左腎腫瘍を認め, 2000年12月13日左腎摘除術, 大網, 左後腹膜腫瘍摘除術を施行した. 病理は, RCC, clear cell type, G1=G2, V(+), INF- $\beta$ , pT1a. 大網, 後腹膜腫瘍は上記病理所見と一致した. 2001年1月25日よりIFN- $\alpha$  300万単位週5回より開始し, 600万単位までdose upした. IFN 使用後23日目より抑うつ症状が悪化し, IFN中止し入院. 入院後, 精神療法により精神症状は改善し, IFN- $\alpha$  300万単位週3回を再開することができた. 再開後30日目の胸腹部CTでは, 肝下面転移巣のサイズの変化は認められないが, 肺, 脾転移は消失し, 新たな腹腔内再発もなく

早期にPRを得ることができた. 今後も転移巣の進展や再発, また精神症状を含めた副作用に対し厳重な経過観察が必要であるが, 現在は良好な経過を得ている.

**自然破裂を契機に発見された維持透析患者に発生した腎癌の1例:** 三島淳二, 内藤和彦, 西山直樹, 藤田民夫 (名古屋記念病院) 54歳, 男性. 慢性腎不全にて1992年より維持透析. 2001年2月10日透析終了後より徐々に増強する右下腹痛を認める. 翌11日, 当院紹介受診となりCTにて右腎周囲出血を認めた. 発症前の腹部造影CTにおいて後天性嚢胞性腎疾患(ACDK)と, 右腎の嚢胞内に腫瘍性病変を認めた. ACDKに合併した腎癌からの出血と考えたがショック肝と思われる高度肝機能障害も同時に認めたことと, 出血が安定していたことから待期手術とし2/23右腎摘除術を施行. 病理診断はRCC, clear cell type, PT1aであった. 発生機序としては嚢胞内に発生した腫瘍が腫瘍性出血を起し, 嚢胞の腎実質で被われていない部分を破裂させ広範な後腹膜血腫を起したものと考えられた. 本邦におけるACDKに合併する腎細胞癌の自然破裂は2例目であった.

**腎癌との鑑別が困難であった腎神経鞘腫の1例:** 犬塚善博, 山田伸, 栗木 修, 近藤厚哉 (岡崎市民) 43歳, 女性. 1994年頃より左腹部腫瘍に気づくも放置, 増大傾向あり2000年8月当院受診. CT/MRIにて左巨大腎腫瘍を認めた. 左腎細胞癌の診断のもと2000年10月11日に腰部斜切開にて根治的腎摘除術を施行した. 摘除標本は, 重量1,668g, 腫瘍径17×15×10cm, 黄褐色, 弾性硬, 腫瘍内部には液体成分を含んだ嚢胞状変化を認めた. 病理診断は, 紡錘形細胞が密に束状に配列するAntoni-Aと浮腫状の間質のなかに紡錘形細胞が散在するAntoni-Bの2つのtypeが混在した神経鞘腫であった. 細胞異型, 核異型に乏しく良性と考えられた. 免疫染色では神経系腫瘍に特異性の高いS-100蛋白に強陽性であった. 腎に発生する神経鞘腫は稀で, 文献上31例目, 本邦では10例目であった.

**腎炎症性偽腫瘍の1例:** 中込一彰, 後藤修一, 吉永敦史, 安見和彦, 小澤享史 (県西部浜松医療セ) 36歳, 女性. 健診エコーで右腎腫瘍を指摘された. 明らかな腎盂炎の既往はなく, 血液検査で白血球およびCRPは正常, 尿所見は正常で平熱であった. CT, MRIで30mm大の充実性腫瘍を認めたが動脈造影では新生血管を認めず, 経過観察とした. 半年後に増大したため腎癌を強く疑い, 2000年9月5日, 右腎摘除術を施行した. 腎盂皮下から髓質に37mm大の黄白色の結節があり, 組織所見では, 紡錘形細胞の増殖と高度のリンパ形質細胞の浸潤を認めた. 炎症性偽腫瘍と診断した.

**フェナセチン乱用によると思われる腎盂腫瘍の1例:** 小島圭太郎, 田代和弘, 玉木正義, 前田真一 (トヨタ記念), 堀 武 (梅坪クリニック), 西野好則, 出口 隆 (岐阜大) 65歳, 女性. 20歳代より慢性頭痛のためセデス末 (3g/日・セデス末1g中フェナセチン400mg含有), 1978年よりセデスA錠 (3錠/日 フェナセチン含有せず), 1989年よりサリイタミン (2包/日・サリイタミン1包中フェナセチン250mg含有) を1999年までフェナセチン総量として約8,000g内服していた. 1999年8月31日無症候性肉眼的尿尿にて近医受診し, DIP上腎盂腫瘍と診断, 10月7日左腎盂尿管全摘除術および膀胱部分切除術施行した. 病理診断上移行上皮癌・grade2であった. 術後経過では化学療法・放射線療法などの後療法は行わず10月20日退院となった. 2000年10月23日腹部CT上再発を認めていない. 2001年4月フェナセチンは製造中止となったが過去における乱用者には定期的な検索が必要と考えられた.

**腎自然破裂をきたした腎盂腫瘍の1例:** 佐藤 崇, 永田仁夫, 海野智之, 永江浩史, 妻谷莊一 (聖隷三方原), 鈴木和雄, 藤田公生 (浜松医大) 68歳, 男性. 右側腹部痛, 発熱にて緊急入院. 検査の結果, 腎盂腫瘍による水腎症, 腎自然破裂と診断. 右腎尿管全摘除術を施行. 腎実質は菲薄化し腎盂内に腫瘍と穿孔を認めた. 病理組織診断はTCC, pTaであった.

**後腹膜腔原発、CA19-9陽性 Mucinous adenocarcinoma の1例:** 秋田英俊, 岡村武彦(名城), 坂田孝雄(NTT 東海), 郡健二郎(名古屋市大) 患者; 44歳, 女性。主訴; 微熱。既往歴; 右卵巣チョコレート嚢胞の破裂にて右卵巣摘出。当院内科にて嚢胞穿刺2回, 細胞診陰性。当院内科 CT にて嚢胞壁の石灰化を指摘されるも放置されていた。現病歴; 嚢胞性病変の精査にて当院内科より紹介。US にて内容液不均一な, CT, MRI で壁の不整, 造影効果を伴う嚢胞性病変を認めた。嚢胞穿刺による細胞診にて擬陽性であり, 嚢胞状腎癌を疑い左腎摘除術施行。後腹膜腔原発, CA19-9陽性 mucinous adenocarcinoma であった。考察; 後腹膜腔発生で, 腎細胞癌と鑑別が困難な症例を経験した。本症例が女性であること, 免疫染色にて, CA19-9 が陽性であったことを考えると, 術前に, 血液および嚢胞穿刺液の CA19-9 などの腫瘍マーカーの検索があれば, 診断の一助になった可能性がある。術後, 腫瘍マーカーは正常だが, 一般に mucinous adenocarcinoma は, 予後不良な組織型であり, 今後, 厳重な経過観察が必要である。

**限局性腫瘍を形成した特発性後腹膜線維症の1例:** 高村真一, 遠山道宣(厚生連海南) 68歳, 女性。1999年1月頃より慢性腎不全(BUN 20, Cr 2.0)にて近医を受診していたが, 2000年1月頃より腎不全が悪化(BUN 117, Cr 11.0)したため当院内科を紹介された。CT にて両腎の萎縮と右水腎症および骨盤内腫瘍が指摘された。腎機能改善のため W-J カテーテルを挿入するも改善を見なかったため2000年2月10日より血液透析を開始した。当院外科にて骨盤内腫瘍の摘出術を試みたが周囲臓器との癒着が激しく摘出不能で生検のみとなった。生検組織の病理は後腹膜線維症であった。後腹膜線維症のこれ以上の進展を止めるため久保寺らの方法に準じ2000年3月1日よりステロイド療法を開始した。2000年6月2日の CT では右水腎症は消失し, 腫瘍も80%以上縮小した。腫瘍形成型の後腹膜線維症は全体の3%と非常に稀なので, 1例報告を行うと共に若干の考察を加えた。

**尿管上皮内癌の2例:** 木村 亨, 田中國晃, 野尻佳克, 古川 亨, 辻 克和, 網川常郎(社保中京) 症例1: 74歳, 男性。腰痛を主訴に来院。尿細胞診で class III が繰り返し検出されるも, 画像診断, 2回の尿管鏡検査では明らかな所見なし。左尿管洗浄細胞診 class IV であったため尿管腫瘍と診断。症例2: 73歳, 男性。頻尿, 排尿困難を主訴に来院。尿細胞診で class III が繰り返し検出されるも, 画像上明らかな所見なし。その後, 尿細胞診で class IV 検出されたが, やはり画像診断では明らかな所見なし。尿管鏡で右尿管に粘膜の異常, 尿管生検で癌を強く疑う所見, 洗浄細胞診 class IV が認められたため, 右尿管腫瘍と診断。2例とも腹腔鏡補助下尿管全摘術を施行, 病理組織は TCC G2, pTis, pN0, pV0 で尿管上皮内癌の所見であった。術後5カ月と3カ月であるが, 再発は認められていない。尿管上皮内癌の診断は困難であるが, 分腎尿細胞診が有効であると思われた。

**尿管皮膚瘻に生じた尿管総腸骨動脈瘻の1例:** 丸山高広, 浅野晴好, 松井基治, 有馬 聡(愛知県済生会) 87歳, 男性。膀胱全摘+尿管皮膚瘻造設術後の尿管皮膚瘻カテーテル交換時に左尿管皮膚瘻より動脈性出血を認めた。腹部大動脈造影にて左尿管右総腸骨動脈瘻と診断され, 尿管カテーテル内を通して左尿管と右総腸骨動脈交叉部の左右に血管塞栓用コイルステントを留置した。コイルステント留置6日後の尿管カテーテル造影では, ほぼ完全に閉塞しており尿管カテーテル抜去後も出血は認められなかったが, コイルステント留置50日後肺炎の悪化により死亡した。死亡後の剖検ができずコイルステント閉塞部の病理学的検索ができなかったが, 臨床的には尿管皮膚瘻および腎瘻からの出血は消失し, 全身状態の不良な症例には有効な治療法であると考えられた。

**骨髄異形成症候群に合併した左尿管・膀胱腫瘍の1例:** 大村政治, 高羽秀典, 三宅弘治(土岐市立総合), 金井 茂(岐阜社保), 桃井守, 鈴木靖夫(県立多治見) 68歳, 男性。既往歴は50歳胃切除, 58歳クモ膜下出血。1999年12月に骨髄異形成症候群(以下 MDS)を精査中に偶然腹部 CT にて左水腎症を指摘されて当科受診。CT, RP などの画像診断および膀胱鏡所見より左尿管腫瘍(3×1 cm)および表在性膀胱腫瘍(3.8×2.5 cm)と診断した。MDS の病型が Refractory Anemia (RA) で低リスク群であったため, 全麻下に左尿管全

摘除術ならびに経膀胱的切除術を施行した。輸血は術中に MAP 2 単位と血小板10単位, 術後に MAP 2 単位を行った。摘除標本は, 尿管腫瘍, 膀胱腫瘍ともに肉眼的に有茎性乳頭状腫瘍で, 病理診断は, 双方とも TCC G2 pTa であった。術後感染症や出血傾向などの重篤な合併症は特に認めなかった。術後1年4カ月で, 再発, 転移なく生存中である。

**膀胱移行上皮癌の放射線治療後, 線維芽細胞の増殖をきたした1例:** 錦見俊徳, 山田浩史, 横井圭介, 小林弘明, 小幡浩司(名古屋第二赤十字), 甲斐司光(甲斐クリニック), 高村真一(厚生連海南) 症例は86歳, 男性。主訴は肉眼的血尿。1977年9月当科外来初診。膀胱鏡にて広基性・乳頭状腫瘍を認めたため, TUR-bt を施行。(TCC, pTa, G2) その後, 抗癌剤の膀胱内注入を行ったが, 再発を繰り返したため, TUR-bt を13回施行した。1996年11月, 尿閉となったため, TUR-P を施行。術後病理にて, 前立腺浸潤を認めたため, 放射線治療(60 Gy)を施行した。その後, TCC の再発を認めなかったが, 1999年4月, 右側壁部に非乳頭状隆起性腫瘍を認め, 1999年4月15日, TUR-bt を行った。術後病理では, 線維芽細胞が血管造生を伴って増殖しており, いわゆる Postoperative spindle cell nodule の所見を呈していた。その後も再発・増殖著しく, TUR を繰り返している。

**膀胱原発印環細胞癌の1例:** 西川晃平, 曾我倫久人, 藤川真二, 山田泰司, O.E. Franco, 梅田佳樹, 大西毅尚, 脇田利明, 有馬公伸, 柳川 眞, 川村壽一(三重大), 栃木宏水, 亀田晃司(三重県立総合医療セ) 70歳, 女性。無症候性血尿, 膀胱刺激症状にて膀胱鏡施行。右側壁を中心に腫瘍を認め, 生検にて印環細胞癌と診断された。MRI 上腫瘍は膀胱周囲組織には浸潤しておらず, 尿管管は認めなかった。CT, その他の検査より他臓器よりの転移は否定されたため, 膀胱原発印環細胞癌と診断し, 膀胱全摘術を施行した。病理組織学所見では膀胱頂部に印環細胞癌を認め, 尿道および頂部筋層に高分化型腺癌を認めた。病理診断は膀胱原発印環細胞癌, pT4pN2M0 であった。本邦における膀胱原発印環細胞癌は自験例を合わせて45例目であった。

**膀胱平滑筋肉腫の1例:** 土屋朋大, 山田伸一郎, 伊藤康久, 坂 義人(岐阜市民) 症例は30歳, 男性。主訴は頻尿と肉眼的血尿。膀胱鏡検査で非乳頭状の腫瘍を認め, 生検の組織学診断は平滑筋肉腫であった。CT では膀胱内を占拠する腫瘍を認め, MRI では明らかな浸潤所見は認められなかった。膀胱原発平滑筋肉腫の診断で, 2001年3月7日, 膀胱全摘・回腸代用膀胱造設術(ハウトマン法)を施行した。摘出標本は8×6×4.5 cm で膀胱頂部より発生した有茎性, 球状の腫瘍であった。病理組織学的には毎視野2~3個の核分裂像を認め, 未分化型の膀胱平滑筋肉腫と診断された。切除断端およびリンパ節には腫瘍を認めなかった。術後補助化学療法は行わず, 現在, 外来にて経過観察中である。

**膀胱全摘後重症真菌感染症の1例:** 高橋伸也, 吉川和暁, 対馬伸晃, 小松 茂(豊橋市民), 伊藤さやか(同神経内科), 白井正一郎(同眼科) 72歳, 膀胱癌女性。膀胱全摘回腸導管術後1週目に水様性下痢を伴う発熱, 血培にて Candida albicans 検出,  $\beta$ -D-glucan 509 pg/ml, IVH カテ抜去にて解熱するも真菌性眼内炎および脳膿瘍発症, 約2カ月間の FLCZ と約3カ月間の ITCZ 投与にて治療した。近年の抗真菌薬の進歩により播種性カンジダ症は必ずしも予後不良な疾患ではない。常に本感染症の存在を念頭に置いた早期診断, 早期治療が必要であり,  $\beta$ -D-glucan 測定は非常に有用であると思われた。

**水圧拡張療法を施行した間質性膀胱炎の2例:** 金本一洋, 渡辺秀輝, 丸山哲史(名古屋市立城西) 症例1は69歳の女性。主訴は頻尿, 排尿後痛および尿貯留に伴う恥骨上部痛。臨床所見および経過から間質性膀胱炎と診断し, 腰椎麻酔下, 80 cmH<sub>2</sub>O にて10分間の水圧拡張療法を2回施行した。膀胱鏡所見にて典型的な Hunner 潰瘍や glomerulation が認められた。術後, 症状は改善し6カ月を経ても経過は良好である。症例2は66歳の男性。主訴は頻尿, 尿貯留に伴う会陰部痛および排尿終末時痛。当初は慢性前立腺炎として治療するも軽快せず, 次第に疼痛が増悪し, CIS や結核も否定できず膀胱生検術を施行。膀胱鏡所見および病理所見にて間質性膀胱炎と診断した。

症状は一時軽快するも術後6カ月後に再燃。再び水圧拡張療法を施行し症状は消失した。特徴的な膀胱鏡所見による診断、かつ治療も同時にかねそえる水圧拡張療法は、間質性膀胱炎に対し有用であると考えた。

**先天性膀胱憩室の1例**：鈴木泰介、野畑俊介、青木高広、青木雅信、高山達也、遠水慎介、平野恭弘、影山慎二、牛山知己、鈴木和雄、藤田公生（浜松医大） 症例は1カ月、男児。胎児期より膀胱の拡張を認め、生後排尿障害を認めるために他院で膀胱瘻造設後当科受診。先天性膀胱憩室と診断。排泄性尿路造影で膀胱尿管逆流や尿道の通過障害を認めず、自排尿も可能であったことから、憩室切除術などを急ぐことなく経過観察していた。生後8カ月の造影では憩室と思われる部分は消失していた。手術施行することなく外来で現在観察中であるが、経過良好である。本症例は、先天性膀胱憩室の報告例として調べたかぎり本邦43例目の報告と考えられた。手術施行することなく経過観察のみで良好な状態にあるのは胎児診断が発見契機となった本症例を含む2例のみである。

**特異な発育形態を示した前立腺腺腫の1例**：今村哲也、深津孝英、田島和洋（鈴鹿中央総合）、村田哲也（同病理科） 症例は60歳の男性で、主訴は肉眼的血尿である。膀胱鏡所見にて膀胱頸部左側から前立腺尿道にかけて連続する隆起性の腫瘍性病変を認めた。生検の結果は良性膀胱粘膜と前立腺組織を認めただけだった。血液、生化学所見では特に異常を認めず PSA 値も0.8と正常であった。CT、MRIにて膀胱頸部に前立腺に連続する隆起性病変を認めた。確定診断と治療をかねてTURを施行した。病理組織学的には高度の管内異型過形成（PIN）に類似した前立腺腺腫という診断であった。当症例は前癌病変と考えられ、嚴重な外来経過観察が必要と思われる。また発育形態が特異的でありわれわれの調べたかぎり、本邦第1例目の報告であった。

**前立腺原発と考えられた前立腺・膀胱移行上皮癌の1例**：田上英毅、堀大輔、河瀬紀夫、大西裕之、宮川美栄子（市立島田市民） 症例は68歳、男性。主訴は肉眼的血尿。精査にて膀胱内には明らかな隆起性病変や異常粘膜を認めず、前立腺原発移行上皮癌と診断し、根治的膀胱前立腺摘除術を施行した。病理組織から、前立腺を主病巣とするT4N0M0および膀胱頸部にT1の移行上皮癌をそれぞれ認めた。さらに前立腺腺癌の合併がみられた。本症例の場合、①前立腺導管部に発生した移行上皮癌が、前立腺尿道に浸潤した、②前立腺尿道由来の移行上皮癌が前立腺深部に浸潤した、二通りの可能性が考えられた。そして多中心性尿路上皮癌の一亜型として、膀胱頸部にも独立して病巣が形成されたと推測された。患者は、手術後約10カ月再発なし生存中である。

**Prozone 現象にて PSA が低値を示したと考えられた巨大前立腺癌の1例**：塚崎秀樹、井上幸治、西尾恭規（静岡県立総合） 67歳、男性。下腹部腫瘍を主訴に当院消化器内科受診。画像検査にて骨盤内を占拠する推定重量3,900gの腫瘍を認めた。血清PSAは1.4ng/mlであった。経腹的腫瘍生検にてPSA染色陽性の中分化型腺癌であった。遠隔転移はなかったが、腫瘍の恥骨への直接浸潤を認めstage D2の巨大前立腺癌と診断した。ホルモン療法開始後腫瘍は著明に縮小した。治療開始4週間後のPSAは2,713ng/mlで、その後漸減し治療開始5カ月後には感度以下まで低下した。治療開始7カ月後の現在も全身状態良好で外来通院中である。原発巣が腹部腫瘍として触知される巨大前立腺癌の報告例は本邦では6例目であった。治療前のPSAが正常値を示したのは過剰抗原により誤って低い値となるProzone現象によると考えられ、本邦1例目の報告である。

**TUR-P に対するクリニカルパスの経験**：早川隆啓、齊藤文男、佐藤暢、三矢英輔、小島宗門（名古屋泌尿器科）、早瀬喜正（丸善ビルクリニック） TUR-Pの術前術後経過は、患者にとって不明なことが多く、不安がある。外来時よりクリニカルパス（パス）を導入することにより、不安がどの程度軽減し、治療選択の一助となったか検討した。対象は、2000年1月から12月までにTUR-P施行した133例である。導入前が55例、平均年齢69歳で、導入後が78例平均年齢71歳であった。入院経過・麻酔・術後疼痛・術後経過の4項目について不安を3段階で、導入後は不安感の軽減を5段階で評価した。4項目については、約半数で多少なりとも不安があり、パスにより完全に消失

せず導入前後で有意差はなかった。不安感の軽減については54例中52例（96.2%）で軽減した。パスを外来時より導入することで不安感が軽減し治療選択の一助になると思われた。

**セルトリ細胞腫の1例**：堀靖英、米村重則、吉村暢仁、蘇晶石、小川和彦、長谷川万里子、黒松功、脇田利明、有馬公伸、柳川眞、川村壽一（三重大） 25歳、男性。左陰囊の無痛性腫大を主訴に2001年2月当科受診。左精巣は鶏卵大、弾性硬で表面は不整であった。超音波検査所見にて正常の精巣を圧排して増殖する充実性腫瘍を認めた。腹部CTおよびMRIでは転移巣を認めなかった。精巣腫瘍と診断し左高位精巣摘除術を施行したが、病理組織学的検索にて線維性間質を有し索状に増大する腫瘍が認められ、セルトリ細胞腫と診断された。セルトリ細胞腫において良性和悪性の鑑別は困難であるが本症例では腫瘍の精巣被膜への浸潤が認められ、今後嚴重な経過観察が必要と考えられた。本邦におけるセルトリ細胞腫の報告例はわれわれが検索しえた範囲では12例を認めるのみであり、本症例が13例目と考えられた。

**陰囊の壊死を伴った巨大精上皮腫の1例**：木村恭祐、松浦治、磯部安朗、上平修、近藤厚生（小牧市民） 症例は62歳、男性。2000年11月ごろより右陰囊内に無痛性腫瘍を認めるも放置。同年12月31日右陰囊底部が自潰し2001年1月5日入院となった。腫瘍マーカーはLDHの軽度上昇を認め、右陰囊は小児頭大に腫大し底部が自潰し出血と悪臭を伴っていた。入院当日、右高位除精術を施行。摘出重量は1,225g、病理診断はabscessとseminomaで開放膿からは、*E. coli*, *S. aureus*が検出された。明らかな転移はなくpT2, pN0, pM0 stage 1と診断した。一般的にseminomaは緩徐に発育するために巨大化すると考えられ自験例のように急速に腫大し転移がない症例は感染を契機に巨大化したと考えられる。治療として、高位除精術と予防的放射線照射（27 Gy）を施行し、2001年5月現在再発を認めていない。

**巨大な会陰部粉瘤の1例**：鈴木竜一、加藤貴裕（四日市市社保）、柳川眞（三重大） 55歳、男性。1997年頃より会陰部の腫瘍の存在に気付くも放置したが、腫瘍の縮小が見られないため2000年4月に近医に受診し、精査加療を目的として5月に当院初診。CT上は会陰部に囊胞状腫瘍を認め、MRIのT2強調像は一部隔壁を持ち、内容は均一な高信号の陰影を認めた。会陰部の良性囊胞性腫瘍との診断のもと、6月腫瘍摘出術を施行した。周囲組織との癒着はなく、肛門括約筋、直腸、尿道との連続性は認めなかった。腫瘍のサイズは20.0×10.0×9.0cmであった。囊胞壁は数層の扁平上皮で覆われ、内腔には角化物を認めたが、毛髪などの皮膚付属器は認めず、一部に異物巨細胞を認め、病理学的にはepidermal cystと診断された。臨床的には粉瘤と考えられた。

**プロステータスが尿道を貫いた1例**：成山泰道、安井孝周、広瀬真仁、浅井伸章、伊藤恭典、最上美保子、河合憲康、林祐太郎、郡建二郎（名古屋大） 症例は65歳の男性。2000年1月22日亀頭部の疼痛にて当科初診。外尿道口から異物が突出していた。患者は勃起力と自信回復のため約10年前に陰茎海綿体にプロステータスを挿入していた。初診時、外尿道口は発赤・腫脹し狭窄を認めた。逆行性尿道造影、CT、MRIを施行したところ、両側の陰茎海綿体内に直径約5mm大の異物が尿生殖隔膜手前まで認められた。2000年1月30日尿道海綿体異物除去術および尿道形成術を施行。プロステータスは中央部分で結紮された状態で抜去された。術後排尿障害は認めなかった。プロステータス挿入後の晩期合併症として尿道穿孔を認めた症例を経験した。プロステータス挿入症例に対して、長期経過観察が必要と考ええる。

**尿道ステント留置により軽快した尿道形成術後尿道狭窄の1例**：田中利幸、泉谷正伸、桑原勝孝、宮川真三郎、石川清仁、白木良一、星長清隆（藤田保衛大） 症例は51歳、男性。骨盤骨折による尿道損傷。膀胱瘻にて3カ月管理した後、完全閉塞した尿道に対し、尿道形成術（端々吻合）を施行。しかし、尿道狭窄をきたしたため、内尿道切開術を施行したが再狭窄を認めた。正常尿道粘膜が約2cm欠損していたので、永久留置型尿道ステント（アンジオメッドメモサム、以下、メモサム）を留置した。メモサムを選択した理由は、狭窄に対する反発・防止効果を期待したこと、内径が42Frで、術後カテーテル挿入および内視鏡の挿入が可能であること、ステント除去

が他の製品に対し比較的容易であると判断したことが挙げられる。本症例の問題点は、ステントが十分に尿道上皮化されなかった場合、結石の付着や感染巣となりうること、長期成績が不明であることである。留置後3カ月の経過だが良好に推移している。外傷性の難治性尿道狭窄に対し、永久留置型尿道ステントは有用な手段と考える。

**女子尿道尖圭コンジローマの1例：**窪田裕樹，山田泰之（津島市民） 47歳，既婚女性。下着に血液が付くことを訴えて，2000年5月8日に当院産婦人科を受診。外尿道口部に径1cm大の乳頭状腫瘤を認められ，尿道腫瘍の疑いで当科へ紹介となった。膀胱尿道鏡検査で外尿道口以外に病変を認めなかった。婦人科的にも膣および子宮頸部に異常所見を認めなかった。生検により尖圭コンジローマと判明したので，同年5月26日に腰椎麻酔下に切除術を施行した。病理組織学的に重層扁平上皮の乳頭状増殖と細胞質の空泡化変性が見られ典型的な尖圭コンジローマの像であった。間質にリンパ球を中心とした炎症細胞の浸潤を認めたが悪性像は認めなかった。ヒトパピローマウイルス（HPV）に対する免疫染色およびPCRによるDNAの検出は陰性であった。術後1年経過したが再発は認めていない。尖圭コンジローマの女子尿道発生は稀で本邦報告例は自験例で10例目であった。

**陰茎温存腫瘍切除術を施行した疣贅状癌の1例：**西原恵司，永田大介，戸澤啓一，池内隆人，小島祥敬，宇田晶子，窪田泰江，黒川寛史，林祐太郎，郡建二郎（名古屋市大） 症例は48歳，独身男性。2年前より陰茎亀頭部腫瘤を自覚。腫瘤増大し当科受診。入院治療を勧めたが入院延期。その後，腫瘤は増大し亀頭部疼痛が出現したため当科入院となった。亀頭部腫瘤生検にて疣贅状癌が疑われ，陰茎部分切除術が考慮されたが，腫瘍が陰茎亀頭部に限局していたこと，患者が陰茎温存を希望されたことを考慮し，腫瘍切除術を施行した。病理組織で疣贅状癌と診断した。切除断端は腫瘍細胞陰性。ヒトパピローマウイルスは陰性。術後は5FU軟膏を陰茎亀頭部塗布にて経過を観察しているが肉眼的に再発を認めていない。陰茎疣贅状癌の外科的切除には，腫瘍の性質および患者の社会的背景を考慮に入れて切除範囲を決める必要があると思われた。

**陰茎絞扼症の1例：**線崎博哉，伊藤尊一郎，津ヶ谷正行（豊川市民） 58歳，男性。陰茎腫脹を主訴に受診。視診上陰茎根部に指輪の装着を認め，末梢側は著明に腫脹，水疱を形成していた。無麻酔下，歯科用エアーターピンを用いて指輪を切断した。若干の文献的考察を加えて報告する。