

学会抄録

第177回 日本泌尿器科学会関西地方会

(2001年12月1日(土), 於 草津サンサンホール)

後腹膜脂肪腫の1例：前田康秀，瀧本啓太，片岡 晃，若林賢彦，吉貴達寛，岡田裕作（滋賀医大），横江昌明（野洲） 78歳，女性。感冒様症状を主訴に近医受診。腹部腫瘍を触知しCTにて左後腹膜腫瘍を認め当科紹介。造影CT，MRIでは左後腹膜腔に直径15×10×14 cm大の脂肪成分を含み内部不均一な腫瘍を認め，左腎を尾側に，脾，膵を頭側に圧排していた。造影効果は乏しく，血管造影では乏血性腫瘍であった。後腹膜脂肪肉腫と診断し，視野が良好で，脾臓の処置が行いやすい経胸腹的アプローチにて手術施行。腫瘍と脾臓は容易に剝離されたが，左腎とは癒着しており，迅速病理で高分化型脂肪肉腫が疑われたため腫瘍および左腎を摘除。腫瘍重量は935 gで白色被膜に覆われ，断面は均一な黄色を呈していた。病理所見は成熟した脂肪細胞が膨張性に発育し，一部多型性細胞を認めたが，核異型は伴わず，脂肪腫と診断された。術後5カ月現在，再発なく経過観察中である。

後腹膜原発粘液嚢胞腺癌の1例：原口貴裕，古川順也，田口 功，山中 望（神鋼） 症例は30歳，女性。腹部腫瘍を主訴に当科を受診。左上腹部に表面平滑で弾性硬の腫瘍を触知した。画像上，6×7×8 cmの嚢胞性腫瘍であり，その腔内に突出する腫瘍像を認めた。後腹膜悪性腫瘍を疑い，2001年6月14日腫瘍摘除術を施行した。腫瘍は左後腹膜腔に存在し，周囲との癒着はなく，多臓器との連続性を認めなかった。摘出腫瘍は褐色でやや粘稠性のある内容液を有する嚢胞性腫瘍であり，術前画像診断に一致して腔内に突出する乳頭状腫瘍を認めた。病理組織学的には粘液嚢胞腺癌と診断された。また ovarian stroma を部分的に伴い，benign から borderline malignancy の所見も認められ，卵巣腫瘍に類似した所見を呈していた。術後6カ月を経過し，再発および転移の兆候はなく，外来通院中である。

家族性に発生した von Hippel-Lindau 病・両側副腎褐色細胞腫の1例：射場昭典，稲垣 武，新谷寧生，相本康夫，平野敦之，新家俊明（和歌山医大） 15歳，男性。既往歴として網膜乳頭上血管腫。また，母方が褐色細胞腫を伴ったVHL病家系である。2001年5月，過剰発汗を伴った後頭部痛が出現。この時の血圧は180/106 mmHg。当院循環器内科を経て当科入院となった。家族歴，副腎機能検査および画像所見からVHL病に合併した両側副腎褐色細胞腫と診断した。2001年7月，経腹的に右副腎摘除術，左副腎部分切除術を施行した。摘出重量は右57 g，左25 g。病理診断は褐色細胞腫であった。術後，残存皮質機能を確認の上，ステロイド補充療法を中止。現在，再発などの兆候は見られていない。VHL病に合併した両側褐色細胞腫の本邦報告例は自験例を含め17例であった。今後，腎細胞癌や中枢神経系血管芽腫を念頭に注意深い経過観察が必要であると考えられた。

腎瘻造設後，腎摘除術を余儀なくされた出血性壊死性腎炎の1例：藤原敦子，木村泰典，三神一哉，植原秀和，川瀬義夫，村田庄平，内田 睦（松下記念），吉原隆夫（同小児） 17歳，男性。急性リンパ性白血病にて同種骨髄移植後，アデノウイルス性出血性膀胱炎に続き，腎後性腎不全を併発。両側腎瘻造設術を施行したところ，左腎より出血が止まらず，左腎摘除術を施行した。摘出腎の病理組織結果はアデノウイルス11型感染による出血性壊死性腎炎であった。血清PCR法にてアデノウイルス陽性であった。患児はGVHDの増悪，肺炎の併発，肝不全で死亡した。文献上血清PCR陽性症例は予後不良で，アデノウイルス全身感染状態を表すといっても過言ではないと考えられた。腎後性腎不全と診断された症例のうち，血清PCR法にてアデノウイルスが陽性かつ出血性壊死性腎炎が予測される症例では，腎瘻造設術は避けるべきであると考えられた。

過剰免疫抑制が誘因で赤芽球癆を来した死体腎移植の1例：能勢和宏，南 幸，林 泰司，森本康裕，松浦 健，栗田 孝（近畿大） 症例は34歳，女性。主訴は貧血と移植腎機能低下であった。1993年4月死体腎移植を施行，免疫抑制法はシクロスポリン，アザチオプリ

ン，プレドニゾロンの3剤併用療法だった。2001年になってから急性拒絶反応をくり返し，移植腎生検を施行，急性拒絶反応にシクロスポリン腎毒性の併発した所見だった。シクロスポリンの投与量を変更せず，ミゾリピンからミコフェノール酸モフェチル（以下MMF）にコンバートした。その後，難治性の貧血に陥り，骨髄穿刺を施行したところ赤芽球系の成熟がかなり低下し成熟赤血球が認められていないことから赤芽球癆との診断であった。そのため，過剰免疫抑制の誘因と考えられたMMFを漸減し，中止して徐々に貧血が改善したこと。以上の結果より赤芽球癆の主たる原因としてMMF投与が考えられた。

右腎部慢性疼痛に対し腎剝離固定術が奏功した1例：地崎竜介，福井勝一，檀野祥三，大口尚基，川喜田睦司，松田公志（関西医大），四宮敏章，中井吉英（同心療内科），田口仁志，新宮 興（同麻酔） 25歳，男性。1998年4月に右側腹部痛出現。その後病院を転々とし全身検索されるも原因不明。2000年3月当院心療内科入院。各種検査にて痛みは腎由来のものと考えられ当科紹介もペインクリニックにて腹腔神経叢ブロック施行すると疼痛は完全に消失した。しかし鎮痛効果薄くなり2001年7月手術となった。全麻下，第12肋骨直上に腰部斜切開を加え後腹膜に到達。腎脂肪周囲組織を全周性に剝離し腎莖部においては腎血管周囲の神経線維を全て切断。腎被膜と腰方形筋を4針縫合して腎固定しGerota筋膜をハンモック状にして下垂防止とした。術後痛みは全く無くなり現在外来にて経過観察中である。原因不明で長期間に及ぶ強い慢性腎疼痛に腎剝離固定術が有効であった。

腎動静脈奇形の1例：古川順也，原口貴裕，田口 功，山中 望（神鋼） 52歳，女性。高度の肉眼的血尿および膀胱タンポナーデを主訴に2001年7月30日当科受診。既往歴に1999年に肉眼的血尿を認め，近医にて特発性腎出血の診断を受け，保存的治療にて自然軽快している。初診時膀胱鏡検査においては右尿管口からcoagulaの突出を認め，逆行性腎盂造影検査では腎盂，尿管粘膜の異常を認めなかった。入院後においても高度の肉眼的血尿が持続し，貧血をきたしたため，同年8月1日にangiographyを施行しcirroid typeの右腎動静脈奇形と診断し，マイクロコイルとヒストアクリルを用いてTAEを施行した。TAE直後から肉眼的血尿の消失を認め，術後約100日を経過した現在においても再発を認めていない。

Septic shock をきたした腎動静脈奇形の1例：太田匡彦，熊本廣実，田畑尚一（県立五條） 72歳，女性。2001年3月31日に右腰部痛を伴う肉眼的血尿を認め，精査加療目的に当科入院となった。膀胱鏡で右尿管口に血塊を認め，DIPで右水腎症を呈し，骨盤CTで拡張した右下部尿管に腫瘍を認めたため，尿管腫瘍を疑った。入院5日目にSeptic shockとなり，緊急でPNSを留置した。7日目にDICを合併しFOYの投与を開始した。17日目に突然PNSより強い血尿が出現し，PNS造影では凝血塊による腎盂内の欠損陰影を認め，右腎の出血が疑われた。22日目に再出血をきたし，止血目的および腎血管性病変の可能性を考え，血管造影を行ったが，右腎にCirroid typeのAVMを認め，金属コイルでTAEを施行した。TAE後，現在まで血尿および腎機能低下を認めていない。肉眼的血尿をきたした高齢者に対して腎血管性病変の可能性も念頭に置くべきと考えられた。

巨大な腎動脈瘤の1例：桃原実大，小森和彦，高田 剛，今津哲央，本多正人，藤岡秀樹（大阪警察） 72歳，女性。腹部エコーにて径8 cm大の右腎嚢胞性腫瘍を指摘され，その精査加療目的にて当科紹介受診となった。腎エコーで右腎に径8 cm大の嚢胞性腫瘍を認め，DIPでは右腎盂尿管移行部が下方へ圧排され水腎症を来していた。CT，MRIで腎門部に径8 cm大の部分的石灰化を伴った巨大腫瘍がみられ，腹部大動脈造影，3次元CTにて右腎動脈本幹中極側から生じた径8 cm大の紡錘状型動脈瘤と診断された。発生部位，大きさ，形状から血管再建が困難と考えられ，レノグラムで左腎機能が

正常であることから2000年3月3日経腹式腎摘除術を施行した。病理組織学的検査にて粥状硬化が認められた。術後経過は良好で約2週間退院となった。自験例を含めた腎動脈瘤本邦報告418例431腎の集計および径5cm以上の巨大腎動脈瘤本邦報告12例を集計した。

腎盂腫瘍と鑑別困難であった腎動脈奇形の1例：石川智基，玉田博，井上貴朗，鳥谷 昇（関西労災） 76歳，女性。主訴は無症候性肉眼的血尿。排泄性腎盂造影にて右腎盂内に陰影欠損を認め当科入院。CT所見にても右腎盂腫瘍疑い，尿細胞診施行したが悪性所見は認めなかった。MR-angiographyで右腎静脈が濃く描出され，下大静脈も描出された。また多方向の画像によりnidusを認めた。この結果より右腎動脈奇形を考え，肉眼的血尿の原因は腎動脈奇形と尿路との交通によるものであり，排泄性腎盂造影にての右腎盂内の陰影欠損，CTにての不均一な像は凝血塊によるものであると考えられた。後日選択的腎動脈塞栓術の治療を考え腎動脈造影を施行した。腎動脈造影にて右腎中部に30mm程度の腎動脈奇形認め，ethanol, geratin sponge, coilを用いた選択的腎動脈塞栓術施行し，血尿の消失を認めた。

腎血管性高血圧症例に対する腹腔鏡下腎摘出術：北村 健，塩山力也，赤尾利弥，西村昌則（羽羽） 症例は64歳，男性。40歳頃より近医で高血圧を指摘され，内服療法を始める。1999年に急性心筋梗塞発症しPTCA施行。2000年に下肢の閉塞性動脈硬化症にて大動脈左大腿動脈バイパス術を施行。2001年4月に超音波断層検査にて左水腎症の疑い有り精査目的にて当科紹介受診となった。初診時，休業時血圧は約200/100mmHg。右萎縮腎を認め，右腎糸球体濾過率=3.7ml/min。静脈血サンプリングでレニン活性値は右腎静脈：左腎静脈：下大静脈にて各々10.3:5.47:5.10ng/ml/hであり，右無機能腎・右腎血管性高血圧と診断。腹腔鏡下右腎摘出術を施行した。術後降圧剤減量し血圧も安定。頭痛など自覚症状は消失した。高度腎動脈狭窄を伴う腎血管性高血圧の治療として腹腔鏡下の腎摘出術は優れた治療であると思われる。

無阻血腎腫瘍核出術を施行した若年性腎AMLの1例：青木勝也，山口 旭，金 聖哲，清水一宏，福井義尚，三馬省二（県立奈良） 16歳，女性。全身倦怠感にて2000年8月他院を受診。CT，MRIで右腎下極から外下方に発育する径7×5cmの右腎腫瘍を指摘された。腎AMLと診断され，右腎摘除を勧められたがセカンドオピニオンを希望し当科を受診した。画像検査上外下方に発育する腫瘍であり腫瘍核出術が可能であると判断して11月8日Microtazeを用いた無阻血腎腫瘍核出術を施行した。摘除標本は，径7×5×5cm，重量110g，で脂肪を中心とした部位と血管や筋の増殖を中心とした部位が肉眼的に明らかであった。病理診断は血管筋脂肪腫であった。術後腎機能の低下は軽度であり，比較的大きな腎血管筋脂肪腫に対してもMicrotazeを用いた無阻血腎腫瘍核出術は有用な腎温存手術であると考えられた。

腎被膜原発脂肪肉腫の1例：小堀 豪，前川正信，牛田 博，前川信也，金子嘉志，大森孝平，西村一男（大阪赤十字） 58歳，女性。腫瘍の経過観察中，CTにて1999年より増大傾向を示す左腎腫瘍を認め，2001年6月，当科紹介となる。CT上腫瘍は長径4.7cm，内部不均一であり，血管造影では腫瘍の栄養血管を認めなかった。MRIにて腫瘍の内部に比較的高信号にうつる脂肪成分を認めた。腫瘍の腎転移，あるいは腎被膜腫瘍を疑い，2001年8月15日経腹的左腎摘除術を施行。腫瘍は330g（腎臓を含む），弾性硬，剖面は黄色充実性，均一であった。病理所見では，腫瘍は周囲への浸潤傾向を示さず，大型異型核を有する脂肪芽細胞が散見され，腎被膜原発の高分化型脂肪肉腫の診断を得た。術後補助療法は施行せず3カ月を経過した現在，再発，転移を認めていない。腎被膜脂肪肉腫は稀であり，文献上本邦では18例目であった。

骨形成を伴った腎細胞癌の1例：森山泰成，射場昭典，藤井令央，鈴木淳史，平野敦之，新家俊明（和歌山医大） 28歳，女性。2年前より左腰痛あるも放置。最近になり症状増強し，2001年6月近医受診。US上石灰化を伴った5cm大の腫瘍指摘。CT，MRIでRCCが疑われるも一部に脂肪成分が含まれていたためAMLも否定できなかった。7月23日当科受診。入院後血管造影，アンギオCT施行。腫瘍血管はmicroaneurysm様変化。CTでは早期濃染を認め，腫瘍

内石灰化が認められたことから術前RCCの診断のもと，8月23日経腹的左腎摘除術施行。摘出標本は，重量310g，腫瘍の最大径は5cmであった。病理診断はclear cell carcinoma, G1>G2, pT1bで脂肪成分の部位は骨形成を伴いその中に脂肪腫が見られた。術後3カ月を経過し，再発，転移はない。骨形成を伴うRCCは稀で文献上本邦24例目であった。

馬蹄腎に合併した腎細胞癌の1例：巽 一啓，小山泰樹，原田 卓（済生会泉尾），室田卓之，川喜田陸司，松田公志（関西医大） 53歳，女性。主訴なし。2001年6月検診時に超音波検査を受け左腎に腫瘍を指摘。CTにて馬蹄腎に併発する長径6cmの腎腫瘍と診断され当科初診。左側腹部に可動性の無い腫瘍を触知。採血，尿沈渣，腫瘍マーカー異常認めず。腎動脈造影では腎動脈は5本存在しすべて大動脈より分枝し，腫瘍は左下極に流入する動脈1本のみから血流を受けていた。2001年9月経腹的腎部分切除術を施行。仰臥位，横切開。手術時間は4時間35分，出血量は710ml。標本120g，6×5×4cm。病理診断はclear cell carcinoma, G1, INFα, V(-)，断端陰性。現在転移再発はなく生存中。馬蹄腎に合併する腎腫瘍は本邦文献上36例の報告があり，自験例は37例目と思われる。若干の考察を加え報告する。

単腎の再発腎癌に対し無阻血核出術を施行した1例：岡本大亮，遠藤雅也，長谷部圭司，岸川英史，関井謙一郎，吉岡俊昭，板谷宏彬（住友） 60歳，男性。1995年外科にて上行結腸癌術後，CTにて左腎に腎腫瘍を認め紹介受診。同年9月左腎摘除術施行。腎細胞癌common type, clear cell subtype, G2・pT3a。2000年11月に右腎に径1.5cmの腫瘍を認め核出術を施行。腎細胞癌tubular type G2・pT1でclear cellとspindle cellが混在していた。2001年8月に同腎に再び腫瘍を認めマイクロターゼを用いた無阻血腫瘍核出術を施行。腎細胞癌alveolar type G2・pT1N0M0。CCr術後87.4l/dayと良好で，4カ月生存中。Imperative indicationであり今後もcareful watchingが必要である。

右腎癌の左横隔膜脚部リンパ節転移に後腹腔鏡手術を施行した1例：安田鐘樹，島田 治，中川雅之，大口尚基，川喜田陸司，松田公志（関西医大），坂井田紀子（同病棟） 67歳，男性。1998年2月24日根治的右腎摘除術施行。腎細胞癌，pT3, vP0, pN0, M0であった。2001年6月のCTにて左横隔膜脚後面に10mmのリンパ節腫大を認め，9月4日後腹腔鏡下傍大動脈リンパ節郭清術を施行した。ポートの位置は，腋窩下線上に12mm，その背側へ12mm，鎖骨中線に5mm2本置いた。左横隔膜脚を頭側へ6cmまで切開し，横隔膜脚リンパ節を郭清した。手術時間は4時間15分，出血量は100ml。横隔膜脚リンパ節の病理組織は，RCC, clear cell subtypeであった。術後13日目よりインターフェロンを開始し，術後3カ月現在，再発，転移はなく生存中である。

腎Chromophobe cell carcinomaの1例：野間雅倫，田中雅登，奥見雅由，市丸直嗣，小林義幸，佐川史郎，伊藤善一郎（大阪府立） 65歳，男性。2001年4月，腰痛にて近医通院中，エコー，CTにて左腎に径7cm大の腫瘍を認め，当科紹介受診。腎動脈造影検査にてhypovascular tumorを認め，左腎細胞癌の診断のもとに，2001年5月，全身麻酔下，腹部正中切開にて根治的左腎摘除術を施行した。摘除標本では左腎中部に10×8×7cm大の膨張性発育を示す，淡褐色の腫瘍を認めた。腫瘍は偽皮膜に包まれていた。腫瘍細胞はeosinophilic cellとpale cellよりなり，EMA染色にて強陽性，coloidal iron染色にて弱陽性であった。病理診断はchromophobe cell carcinoma, G1>G2, pT1b, pN0, pM0であった。術後6カ月を経過し，転移，再発は認めず生存中である。

気腫性腎盂腎炎の1例：園田哲平，竹垣嘉訓，熊田憲彦，田部茂，金澤利直，柏原 昇（吹田市民） 60歳，女性。主訴は，左腰背部痛，発熱。既往歴は，高血圧および糖尿病。DIPで尿管結石および左無機能腎を認め，外来にて，尿管結石に合併した急性腎盂腎炎と考え治療を行うも，状態に改善見られず，治療開始10日後に緊急入院となった。入院後，保存的治療では全身状態の改善見られなかった。また，D-Jカテーテルを用いたドレナージを試みるも，結石による通過障害のためにカテーテルの留置も行えなかった。入院後6日目のCTにて，腎盂，腎実質および腎周囲にガス像認められたために，左

気腫性腎盂腎炎と診断し、その翌日に左腎摘除術を施行した。術後の経過は、良好で軽快退院となった。

後腹膜鏡下に腎盂形成術を施行した腎盂尿管移行部狭窄症の3例：兵頭洋二、彦坂玲子、白川利朗、藤澤正人、原 勲、川端 岳、岡田弘、荒川創一、守殿貞夫（神戸大）、宮崎茂典（三田市民） 16歳、男性、主訴は下腹部痛。22歳、女性、主訴は左腰部痛。44歳、男性、主訴は血尿。3症例ともに水腎症を指摘された。水腎症の原因として異常血管による腎盂尿管移行部狭窄症が疑われ腎臓造設後、同部より造影剤注入の上、3D-CTを施行した。狭窄部に一致した異常血管を認めた。以上3症例に対し後腹膜鏡下腎盂形成術（Hollstrom法）を施行した。2症例は経過順調であり、術後2カ月および2年を経過し、症状の消失を認め、画像上水腎症の改善を認めた。1症例は術後1カ月であり、今後の検査結果が待たれる。異常血管の存在する腎盂尿管移行部狭窄症に対し、本術式は有用であると考えられた。

集学的治療によりCRを得た尿管腫瘍の1例：松村健太郎、杉村一誠、熊田憲彦、内田潤次、仲谷達也、岸本武利（阪市大） 47歳、男性。1989年に肉眼的血尿を認めるも、放置。1999年2月、肉眼的血尿および右下腹部痛を主訴に当科外来初診。T4、N2、MXの尿管腫瘍の診断でMVAC全身化学療法を開始。2コース終了時の評価でPR、3コース目はNC。その後、肝、肺および骨転移を確認した。尿管腫瘍部と骨転移部に対しニアック50Gy施行するとともに、タキソールとCDDPによる化学療法を開始した。3コース終了後、肝転移巣の縮小、肺転移巣の消失を認めたため、タキサン+CDDPをさらに計12回施行した。2001年3月、骨転移部の生検、2001年4月に肝部分切除術および右腎尿管全摘術を施行したところ、病理組織上、残存腫瘍は認めなかった。術後半年、再発は認めていない。

Paclitaxel, CBDCA 併用療法が奏効した尿管腫瘍の1例：山中和樹、山田裕二、武市佳純（県立淡路）、上野康一（甲南） 56歳、男性。2000年頃より肉眼的血尿を認めるも放置。2001年5月検診で発見された右肺癌（低分化型腺癌）にて放射線科精査入院中のCT検査にて左下部尿管腫瘍を認めた。右肺癌および尿管腫瘍の重複癌と診断し、Paclitaxel, CBDCA 併用療法（肺癌に対しては放射線療法を併用）施行し、肺癌、尿管腫瘍の双方に縮小効果を見た。2コース施行後、2001年8月左尿管全摘、骨盤内リンパ節廓清術を施行した。病理診断は移行上皮癌、G3で、化学療法による腫瘍細胞の変性を認めた。術後同療法を2コース施行した。現在術後4カ月を経過し、再発、転移はなく生存中である。Paclitaxel, CBDCA 併用療法は尿路上皮腫瘍に対する有効な化学療法のひとつと思われた。

腎膿瘍による腎摘除術後の遺残尿管に発生した移行上皮癌の1例：岡田能幸、赤松秀輔、伊藤哲之、木下秀文、山本新吾、賀本敏行、小川 修（京大）、奥野 博（国立京都） 症例は70歳、男性。1998年8月、他院にて尿管狭窄に起因する右腎膿瘍のため右腎摘除術を施行された。病理診断では悪性所見は認めなかった。翌年4月肉眼的血尿を認めるも、自然消失したため放置。2001年3月再度肉眼的血尿を認め、当科を受診。CT、逆行性尿管造影により遺残尿管腫瘍と診断され、同年6月遺残尿管摘除術が施行された。マクロ標本では、尿管内腔に乳頭状に増生する腫瘍が認められ、病理診断は移行上皮癌、pT2、G2であった。術後6カ月を経過した現在、再発、転移の徴候はなく生存中である。原発性遺残尿管腫瘍は良性疾患による腎摘除術後の遺残尿管に生じた腫瘍であり、慢性炎症との関係が示唆されている。腎摘除術後に血尿を認めた場合には、遺残尿管腫瘍を考慮に入れる必要があると考えられた。

腎摘出後45年を経て発生した原発性残尿管腫瘍の1例：小林正雄、井上 均、東田 章、高原史郎、奥山明彦（大阪大） 64歳、女性。45年前に左腎結核に対し左腎摘出術施行。2000年8月、肉眼的血尿を認めたため、前医受診。腹部CTにて卵巣腫瘍および残尿管の拡張を認め当院産婦人科受診。当院にて施行したCT、MRIにても残尿管の拡張を認めた。尿細胞診は陰性であった。2001年2月6日産婦人科にて両側付属器切除術を施行した際、残尿管を一部切除した。病理組織学的にTCCを認めたため2001年3月14日残尿管全摘術施行。病理診断は、残尿管腫瘍、TCC、G2、pT2、INF-β、pR0、pL0、pV0であった。術後予防的にM-VAC療法を2クール施行し退院となった。術後8カ月経過した現在、再発を認めていな

い。

尿管腫瘍の1例：上田康生、鈴木 透、丸山琢雄、前田信之、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）、窪田 彬（同病理）、秋山喜久夫（秋山泌尿器科） 42歳、女性。数年前より近医内科にて顕微鏡的血尿指摘も放置。秋山泌尿器科受診し、膀胱鏡検査および生検にて腺癌（印環細胞癌）と診断、精査加療目的で当科紹介受診。CEA・CA19-9は正常値で、尿細胞診はPapanicolaou class III。MRI T1強調画像にて膀胱頂部にGdにて造影される4cm大の腫瘍を認め、尿管腫瘍と診断し2001年8月20日膀胱部分切除術および尿管管切除術を施行した。病理標本では腫瘍辺縁部は移行上皮に覆われ、腫瘍細胞は粘液の充満した腺腔を形成し、印環細胞も散見され、尿管癌と診断した。当院開設以来経験した尿管癌8例の検討の結果、7例が腺癌で1例は移行上皮癌であった。自験例8例でのSheldon病期分類、治療法および予後に関し文献的考察を加え報告した。

ESWL治療による小腸穿孔の1例：上川禎則、早原信行、山越恭雄、石井啓一、金 卓、坂本 亘、杉本俊門（大阪総合医療セ）、柿木宏介、成田啓介（大造） 65歳、男性。腎機能障害で外来通院中、右後背部痛および血清クレアチニンの急激な上昇を認めた。尿管結石、右水腎症と診断され経皮的腎臓造設後、他院において腹臥位でESWLを施行した。術後5日目より右下腹部仙痛、肝機能障害が顕著となり、無尿となった。CTで肝前面のfree airおよび胆嚢腫大が認められ、消化管穿孔が疑われ当院へ転院となる。緊急開腹術を行い、回腸末端部より約70cm口側に小腸穿孔を認め、小腸部分切除術を施行された。ESWL後の腸管穿孔については、現在までに本症例を含め8例の報告がある。これらの症例の検討より、総衝撃破砕回数および強さ、腹臥位での治療、腹部手術や尿管への内視鏡操作の既往、低栄養状態などがESWLによる腸管穿孔の危険因子と考えられた。

胆石症および膀胱石に対するESWLの治療成績と予後の検討：畑中祐二、梅川 徹、尾崎直也、栗田 孝（近畿大） 1992年から現在までに総胆管結石、膀胱石に対してESWLを施行した。総胆管結石は8例、膀胱石は1例。年齢は21～88歳、結石最大径は8～45mmであった。治療回数は1例のみ3回施行した。衝撃波数は平均6,125発。碎石効果は良好例5例、不良例4例でこの結果は治療回数や衝撃波数とは関係なかった。術後合併症は38度以上の発熱を認めた症例は3例であったがいずれも抗生剤の投与のみで治癒した。4例に生化学的異常を認めたが全例一過性の軽度のものであり、未治療で治癒した。碎石不良の4例のうち3例はESWLである程度碎石されており内視鏡的乳頭バルーン拡張術などの手術で容易に結石を取り除くことができた。この3例はESWL前に乳頭切開を行い碎石を試みたが結石除去が不可能であった。以上よりESWLは総胆管結石、膀胱石の治療法の1つとして有用と考えられた。

膀胱タンポナーデとして発症し急激な経過をたどった左内腸骨動脈瘤破裂の1例：今村正明、松村善昭、東 新、奥村和弘、寺地敏郎（天理よろづ） 69歳、男性。前立腺肥大症、慢性前立腺炎にて投薬中の2000年12月14日排尿時痛、下腹部痛出現。尿管結石による左腎盂腎炎を疑い抗生剤投与も軽快せず。12月16日肉眼的血尿出現。膀胱鏡上明らかな出血点はなく、左側壁に拍動のない腫瘍を認めた。17日午前2時膀胱タンポナーデ発症し凝血塊除去術施行。その後下腹部痛、血尿ともに軽快も、同17日午後11時に突然激しい下腹部痛出現し直後に意識消失し死亡。血液検査でHb 3.9g/dlであり出血性ショックの状態であった。病理解剖にて左内腸骨動脈瘤破裂と後腹膜および腹腔内出血、膀胱全域におよぶ炎症と出血を認めた。動脈瘤による膀胱うっ帯がタンポナーデの原因の可能性と考えられた。

Indiana pouch内に発生した多発結石の1例：高田 聡、吉井将人、吉田克法、大園誠一郎、平尾佳彦（奈良医大）、谷 善啓（椋原総合） 70歳、男性。膀胱癌（TCC、G3、pT1b）に対し、他院で膀胱全摘およびIndiana pouch造設術を施行。術後6年目で、pouch内に増大した多発結石（8個・最大45mm）を認めたため、経皮性pouch腔内に碎石術を施行。まず経皮的に直接pouch壁を穿通させてPNL sheathを留置し、USLおよびLITHOCLASTを用いて碎石。Stoma孔より腹腔鏡用10/12mmトロカーを留置して直視下に

抽石。結石成分は struvite であった。術後5日目で自己導尿を再開。現在、尿管制は保持されており、残石も認めていない。Indiana pouch 内の結石に対し、stoma 孔以外に経皮的アプローチを併用することは碎石・抽石を容易にするうえで有用である。

治療に難渋した膀胱腫瘍の2例：森本康裕，南 幸，清水信貴，能勢和宏，尼崎直也，杉山高秀，栗田 孝（近畿大）患者：18歳，女性，主訴：尿失禁既往歴：前医にて膈中隔に対して計3回の経腔的に膈中隔の切除を行った。現病歴：再発に対して経腔的に手術を施行されたが術後腔内からの尿失禁が見られ，膀胱腫瘍が指摘された。治療，臨床経過：経腔的に根治術を施行するが，術後に直腸腫瘍が判明した。術後の膀胱造影にて造影剤の漏出があり，バルン留置のうえ経過観察している。患者：58歳，女性，主訴：尿失禁，既往歴：49歳時に前医で神経因性膀胱を指摘された。同年膀胱拡大術および膀胱三角部にフェノールブロック術を施行された。現病歴：術後1年目に尿失禁が出現し膀胱腫瘍が判明した。治療，臨床経過：経腔的に根治術を施行した。術後の膀胱造影で瘻孔閉鎖を確認した。

膀胱エンドメトリオーシスの1例：長濱寛二，奥野 博，前野 淳，伊藤哲之，福山拓夫（国立京都）46歳，女性，排尿時痛，排便時痛を訴え当科受診。既往歴に47歳に子宮内膜症にて子宮，左卵巣を摘出。超音波断層像で膀胱後三角部に径2.5cmの腫瘍性病変を認め膀胱鏡を施行。暗青色の粘膜下嚢胞性病変を認め，子宮内膜症の既往歴より膀胱エンドメトリオーシスと診断。婦人科では直腸膈中隔，膀胱に広がる子宮内膜症と診断され，内分泌療法と手術的摘除の併用を行う方針となり，膈断端，右卵巣を切除し，直腸低位前方切除術，膀胱部分切除術を施行した。術後5カ月を経た現在，排便時や排尿時の疼痛は軽快し，順調に経過している。膀胱エンドメトリオーシスは現在まで本邦にて約100例以上が報告されている。症状は月経周期と関係することが多いが，卵巣を残した子宮摘出術の術後は生理がないため内膜症と同定することが困難となる。

膀胱の炎症性偽腫瘍の1例：関 英夫，荒木博孝（済生会滋賀県），伊達成基（湖北総合）52歳，男性，肉眼的血尿にて受診。膀胱タンポナーデ，出血性貧血を認めた。膀胱鏡にて右後壁に潰瘍を伴う直径2cmの粘膜下腫瘍を認めた。経尿道的腫瘍生検および出血部位に対し電気凝固術を行った。種々の画像診断では膀胱の粘膜下腫瘍の診断を得た。生検組織の病理組織診断は炎症性偽腫瘍であったため，膀胱部分切除術を行った。手術標本でも同様の組織診断であった。術後経過は順調である。膀胱の炎症性偽腫瘍は稀な良性疾患であるが，主に肉腫との鑑別が難しい。本邦38例目の報告と思われる。

膀胱 Inflammatory pseudotumor の1例：細川典久，邵 仁哲，平岡健児，藤原 淳，山田恭弘，野本剛史，嶋井和実，浮村 理，水谷陽一，河内明宏，藤戸 章，中尾昌宏，三木恒治（京都府立医大）43歳，男性，頻尿を主訴に他院受診。膀胱腫瘍生検の結果 Inflammatory pseudotumor と診断されたため，2001年7月26日当科紹介受診。10年前に尿道結石の既往あり。膀胱鏡やCT・MRIなどで膀胱頂部に径3cmの非乳頭状広基性腫瘍の所見が認められたため，8月22日にTUR-Btを施行した。病理組織診断は膀胱 Inflammatory pseudotumor（規約分類）であった。術後3カ月の現在，再発はなく生存中である。膀胱 Inflammatory pseudotumor は画像上悪性腫瘍との鑑別が困難なため良性疾患にもかかわらず over-surgery が施行されてしまうことがある。これを予防するためにも治療前の病理学的診断が重要であると考えられた。

術前診断が困難であった膀胱平滑筋腫の1例：伊夫貴直和，高原健，坂元 武，増田 裕，瀬川直樹，日下 守，勝岡洋治（大阪医大），西山浩司（同産婦人科），山本和宏（同放射線）26歳，女性。2001年8月，腰背部痛にて近医受診。高尿素血症を認め，CTにて骨盤内に径10cmの腫瘍と両側水腎症が見られたため，両側腎瘻を造設。当院産婦人科に手術目的に入院。当科へは同年9月1日尿路変更などの術前検討依頼にて初診。2001年9月6日，右卵巣腫瘍の診断のもと，手術開始。開腹所見にて，腫瘍は骨盤内右側に広範に占拠し，膀胱右側と右尿管を巻き込んでいたため，腫瘍切除術を含む膀胱部分切除術・右尿管新吻合術を施行。摘出標本は，腫瘍径は11cm，重量540g。病理診断では，膀胱原発の平滑筋腫であった。退院後，約2カ月経過したがBUN 29，Cr 1.84と経過良好。術前診断が困難で

あった膀胱平滑筋腫の1例を経験したので報告した。

膀胱平滑筋腫の1例：平井利明，松本 穠，小野 豊，目黒則男，前田 修，木内利明，黒田昌男，宇佐美道之（大阪成人病セ）59歳，男性。2001年8月初旬より肉眼的血尿が出現。その後膀胱タンポナーデとなり，近医で血腫除去術を施行された。その際，膀胱腫瘍を指摘され，当科紹介となった。腹部MRIでは，膀胱後壁から前立腺にかけて，約7cmの腫瘍を認め，胸部CTでは，最大2cmほどの腫瘍を多数肺野に認めた。経尿道的および経直腸的生検を施行したところ，共に低分化型の平滑筋肉腫であった。患者は会陰部に強い疼痛を訴えており，また膀胱タンポナーデの再発の可能性などを考慮し，膀胱全摘，回腸導管造設術を施行した。膀胱平滑筋腫は化学療法が無効とされており，外科的治療が中心に行われているが，今後はその適応も含め，治療法の確立が必要である。

膀胱肉腫様癌の1例：岡 大三，野田泰照，高田晋吾，藤本宜正，小出卓生（大阪厚生年金），山崎 大，小林 晏（同病理）63歳，男性。下腹部異和感を主訴に近医受診し，膀胱腫瘍と診断され当科紹介。膀胱鏡検査で径6cm大の表面平滑，有茎性腫瘍を認めTUR-bt施行。腫瘍のほとんどは紡錘型～楕円型の肉腫様細胞からなり，表面の一部に移行上皮癌を認めた。大部分を占める肉腫様細胞は免疫組織染色で上皮性マーカー陽性，非上皮性マーカー陰性であった。膀胱肉腫様癌，pT3a以上と診断し，膀胱全摘除術，回腸導管造設術を施行した。深達度はpT3bであったが，周囲結合織の切除断端には腫瘍細胞を認めず，治癒切除と考えられた。文献上も有効な補助療法はないため，追加治療は行わなかった。術後4カ月経過したが再発の徴候は認めていない。

両側精巣および右精巣上体結核の1例：坂本憲昭，柳内章宏，山野 潤，合田上政，磯谷周治，後藤章暢，原 勲，藤沢正人，川端 岳，岡田 弘，荒川創一，守殿貞夫（神戸大）31歳，男性。右陰嚢内容に無痛性硬結を自覚。陰嚢超音波検査で右精巣上体の腫大および両側精巣内の多発性低エコー領域を認め，両側精巣腫瘍疑われ当科受診。家族歴は父親に肺結核。現症では両側精巣上体に硬結を触れるが，両側精巣には明らかな硬結を触知しない。各種培養および結核菌PCRは陰性。ツベルクリン反応強陽性。画像ではKUB，IVP，胸部単純写真で尿路および肺野に異常を認めないものの，胸部CT上縦隔リンパ節の腫大を認め転移性又は炎症性疾患の存在が示唆された。MRIで両側精巣内にT1 high，T2 lowな多発性結節性病変を認めた。右精巣上体摘除術および両側精巣生検を施行し，右精巣上体および両側精巣結核の診断を得た。術後抗結核療法を施行し，病変の縮小を認めている。

精巣悪性リンパ腫術後経過観察についての検討：吉岡伸浩，福井淳一，加藤良成，井口正典（市立貝塚）症例1，74歳，左精巣腫瘍。Non-Hodgkin's lymphoma (NHL)，diffuse，medium，B cell，stage IIE。術後CHOP療法，放射線療法施行。術後2年9カ月目鼻腔内再発。MECP療法，鼻腔に放射線照射。以後再発なし。症例2，76歳，右精巣腫瘍。NHL，diffuse，large，B cell，stage IE。術後CHOP療法施行。術後5年6カ月目傍大動脈，右腋窩，左頸部リンパ節再発。THP-COP療法施行。以後再発なし。IL-2R抗体は再発時1.981 U/mlで治療後271 U/ml。精巣悪性リンパ腫は予後不良で多中心的発生でありCT，Ga シンチ，IL-2R抗体などによる長期の全身経過観察と，dose intensityの高い化学療法を行うことが必要である。

Burned-out testicular tumor の1例：丸山 聡，原田健一，武中篤（県立柏原），中村一郎（神戸西市民）38歳，男性。主訴は腰背部痛・発熱。CTで腎門部・大動脈周囲リンパ節の腫大を認めた。LDH，AFP，βhCGは正常。エコーで左精巣に小豆大の低エコー領域を認め，左精巣摘出術施行。瘢痕組織＋成熟奇形腫で，burned-out testicular tumor と診断した。BEP療法4コース後，後腹膜リンパ節郭清術施行。Viable cell（胎児性癌）の残存を認め，VIP療法2コース施行。1年8カ月経過した現在，NED生存中である。Burned-out tumor は広義の性腺外胚細胞腫（①原発性性腺外胚細胞腫，②潜在性精巣腫瘍，③burned-out tumor）に含まれる病態である。潜在性精巣腫瘍にも burned-out tumor の特徴である精巣癌痕組織が存在し，この両者は本質的に同じ病態であると考えられた。

Burned-out tumor の報告は文献上本邦13例目であった。

精巣上皮内癌の1例：上仁教義，川上享弘，片岡 晃，田中 努，坂野祐司，岡本圭生，若林賢彦，吉貴達寛，岡田裕作（滋賀医大） 12歳，男児。3歳時に左腹腔内停留精巣に対し，精巣固定術施行。10歳時より左の陰嚢内容の無痛性腫大を自覚するも放置。12歳時当科受診。左精巣は触診上非常に柔らかく，10 ml と著明に腫大しており，MRI では T1, T2 強調像ともに high intensity を呈していた。β-hCG, AFP などの腫瘍マーカーは陰性で，内分泌検査は思春期前の所見を呈していた。精巣腫瘍を疑い，精巣開放生検を施行。術中迅速病理検査で精巣上皮内癌と判明し，高位精巣摘除術を施行した。精細管は intratubular germ cell neoplasia, unclassified と考えられる異型細胞と Sertoli cell で充満していた。対側精巣の生検は侵襲性を考慮し行わなかった。精巣上皮内癌の診断・治療指針については未だ一定の見解はなく，多施設を含めた今後の症例集積が必要であると考えられた。

外傷を契機に発見された精巣腫瘍の1例：堀 大輔，加美川 誠，眞田俊吾（関西電力） 38歳，男性。作業中左陰嚢前面を軽度打撲した後左陰嚢内容の著明な有痛性腫脹が出現し当院受診した。左陰嚢部は小児頭大に緊満状に腫脹し触診上圧痛は著明で陰嚢内容物の識別は不明瞭であった。US では陰嚢内に多量の血腫を認め左精巣は内部エコーが不均一な部分を伴い破裂していた。左精巣破裂と考え，手術的検査を施行したが精巣は一部破裂し精巣・精巣上体は不整形で固く一塊となっていた。よって精巣腫瘍の破裂と診断し高位精巣摘除術を行った。病理組織学的診断は seminoma であり術後全身検査にても転移は認められず，stage I, pT3N0M0 と診断され，術後 30 Gy の予防的放射線照射を施行した。現在まで再発を認めていない。精巣腫瘍は軽度の外力によって破裂を起こしやすいと想像されるが，その報告例は極めて少なく検索しえた範囲では自験例も含め僅か4例のみであった。

マグネットならびに鉄製リングによる陰茎絞扼症の1例：沖原宏治，鈴木 啓，宮下浩明（近江八幡市民） 71歳，男性。勃起力増大の目的で，6個の磁石リングと2個の鉄製リングを装着し，陰茎を絞扼。腫脹著明となり，救急外来初診。陰茎絞扼症の診断のもと，背面切開，整形外科用ピンカッターを用いても抜去は不可能であり，ロータリーカッターを用いた異物切除術を施行した。術後，陰茎は温存され，尿道瘻などの合併症は認めなかった。田中らら96例の陰茎絞扼症を報告後，3例の報告があり自験例が100例目であると考えられた。金属製絞扼物の切断には，歯科用エアーターピンが有用であるという報告がみられるが，施設によっては，可及的な調達が困難である場合も考えられ，本症例のように，消防レスキュー隊への速やかな連絡，動力機械の調達も，緊急性を要する金属製絞扼物の切断に有用な手段であると考えられた。

陰茎腫瘍の1例：杉野善雄，福澤重樹，小林真一郎，松井喜之，岩村博史，岡 裕也，竹内秀雄（神戸中央市民） 70歳，男性。30歳時に結核，45歳時に頸部腫瘍の既往がある。右陰茎海綿体の無痛性腫瘍を主訴に2000年12月18日，当科初診。経過観察中に腫瘍増大を認め，2001年4月20日，腫瘍切開術を施行，海綿体内より黄白色の膿液流出を認めるも培養は陰性であった。その後再度の腫瘍貯留を認め，7月19日2度目の腫瘍切開術を施行し，現在外来で創開放のままドレナージを続けている。本邦報告例は8例目であるが，その内5例は最終的に陰茎切開術を施行しており，難治性である。海外報告は13例あるが，プロステシス挿入後など続発性のものが多く，保存的治療が功を奏しており，本邦とは違った様相が見られる。特発性のものでは，本症例を含め自己免疫異常の関与も考えられ，ステロイド投与など，保存的な治療を試みていく予定である。

無尿を契機に発見された外陰部ページェット病の1例：植村元秀，向井雅俊，福原慎一郎，菅野展史，西村健作，三好 進（大阪労災），谷垣武彦（同皮膚），吉田恭太郎，川野 潔（同病理） 64歳，男性。呼吸困難，下肢浮腫を主訴に当院内科受診。無尿および陰部浮腫の精査のため当科紹介された。陰嚢浮腫および陰茎根部を中心とした腫瘍の形成を認めた。入院時検査所見では，貧血，腎不全状態であり，CEA は 212.5 ng/ml と高値を示した。腹部骨盤 CT において，左側を中心に後腹膜リンパ節腫大を認め，骨盤内のリンパ節へ連続してお

り，さらに鼠径部にもリンパ節の腫大を認めた。また著明な下半身の浮腫および軽度両側水腎症を認めた。陰茎癌およびリンパ節転移による急性腎不全を疑い生検を施行したところ，病理組織学診断は外陰部 Paget 病であった。放射線療法，低用量化学療法，抗男性ホルモン治療など施行したが，初診から5カ月後死亡した。

前立腺類内腺癌の1例：小泉修一，加藤研次郎（宇治徳洲会），成田充弘（社保滋賀） 54歳，男性。主訴は排尿困難。PSA 4.3 ng/ml と軽度上昇にて経直腸的エコー下前立腺生検施行。結果は悪性所見なしであった。しかしエコーにて膀胱頸部に腫瘍を認め膀胱鏡を施行した。精丘より膀胱頸部までの前立腺尿道に絨毛状に広がる乳頭状腫瘍と膀胱頸部5時に基部をもつ茎性乳頭状腫瘍を認め，TUR-Bt を施行した。病理組織は前立腺類内腺癌であった。根治手術可能と診断し2001年7月17日前立腺全摘除術を施行した。病理診断は前立腺類内腺癌であった。術後16日目の PSA が0.4でまた病理組織で膀胱断端が陽性であったため外来にてホルモン治療を開始し継続中である。

MVAC 療法により CR を得た Plasmacytoid TCC の1例：甲野拓郎，北村雅哉，横溝 智，新井浩樹，松岡廣洋，高羽 津，岡 聖次（国立大阪），河原邦光，倉田明彦（同病理），岩佐 厚（岩佐クリニック） 76歳，男性。2001年4月に排尿時痛を主訴に受診。IVP にて膀胱左壁に陰影欠損像を認めたため，膀胱鏡を施行したところ同部位を中心に浮腫状を呈した腫瘍を拡大範囲に認めた。生検を施行したところ，病理学的に plasmacytoid TCC と診断した。腫瘍は前立腺，精嚢にまで浸潤しており，膀胱腫瘍 T4N0M0 と診断した。MVAC 療法を2クール施行後の画像診断にて効果判定を PR と診断。2001年8月膀胱全摘術を施行した。摘出した標本の病理学的検査で癌は完全に消失しており MVAC 療法により CR を得たと考えられた。術後3カ月経過したが再発，転移なく生存中である。Plasmacytoid TCC の報告例はほとんどなく自験例が文献上5例目，本邦初であった。

前立腺原発腸型腺癌の2例：奥見雅由，田中雅登，野間雅倫，市丸直嗣，小林義幸，佐川史郎，伊藤喜一郎（大阪府立） 症例は81歳と78歳。病理組織学的に大腸癌に類似した組織像で，腫瘍細胞は丈の高い円柱状で核は長楕円形を呈し，前立腺より発生した腸型腺癌であった。免疫染色にて細胞質は CEA が陽性に染色されるが，PSA 染色は陰性であった。ともに消化管造影検査では異常は認めなかった。本邦において免疫染色を施行し，PSA 染色陰性・CEA 染色陽性の前立腺癌はわれわれが調べた限り，自験例を含め4例報告されている。自験例以外の2例はともに粘液腺癌であるが，自験例は2例とも前立腺粘液腺癌と全く異なった病理組織形態をとっていた。4例ともに内分泌治療に抵抗性であり，早期の外科的治療しか有効な治療法がないと考えられる。前立腺の腸型腺癌は過去に報告がなく発生経路は不明であり，今後症例の集積とさらなる研究が必要である。

前立腺癌眼窩転移の1例：田中雅登，奥見雅由，野間雅倫，市丸直嗣，小林義幸，佐川史郎，伊藤喜一郎（大阪府立），藤本京利（同脳神経外科） 67歳，男性。前立腺癌 stage D2 に対し，ホルモン療法中，2000年12月複視出現。左眼球左方偏位，上転および下転障害認め。頭部 CT にて左眼窩上壁は消失し，眼窩内に突出する腫瘍を認め，前立腺癌の左眼窩転移を疑われた。2001年1月当院脳神経外科にて腫瘍摘出術施行。摘出後，眼窩上壁をチタンプレートにより形成した。術後，左眼球運動は正常となり，複視は消失した。病理組織は低分化型前立腺癌であった。その後ホルモン療法継続するも，効果乏しく，同年7月に多発性頭蓋骨転移による硬膜下血腫認め，脳ヘルニアにて死亡した。本邦における前立腺癌眼窩転移は少なく，われわれの調べえる限り13例目の報告であった。一般に前立腺癌の骨転移は造骨性変化を呈するが，自験例では骨溶解性病変を呈する稀な症例であった。

前立腺癌に対する重粒子線治療：原 勲，三宅秀明，後藤章暢，藤澤正人，川端 学，岡田 弘，荒川創一，守殿貞夫（神戸大），小林康浩，松井 隆（高砂市民），八尾昭久，岡本雅之，松本 修（三木市民），村上昌雄，菱川良夫，阿部光幸（兵庫県立粒子線医療センター放射線） 限局性前立腺癌16例に対し，重粒子線治療を行った。年齢の中央値は66歳。臨床病期は T1c: 5例，T2a: 11例，Gleason score の中央値は6，治療前の PSA の中央値は 9.4 ng/ml であった。原則と

して内分泌療法は施行しなかった。全例で74 GyEの照射が可能であった。副作用として頻尿および皮膚障害を認めたが軽度であった。画像上腫瘍の評価が可能であった症例は6例で3例がPR、3例がNCであった。PSAに関してはCRが3例、PRが3例、NCが4例であった。重粒子線治療は今後前立腺癌に対する治療法のひとつとして考慮されるべきものと思われた。

AMS800 人工尿道括約筋3例の使用経験：尾上正浩，大西規夫，杉山高秀，栗田 孝（近畿大） 人工尿道括約筋 AMS800 はシリコン製の極めて簡素かつ効率の良い水圧式装置であり、尿失禁に対する治療法のひとつとして、その有用性は欧米諸国を中心に認められている。設置手術の適応は、尿路感染、尿道狭窄、膀胱尿管逆流や過活動型膀胱を伴わない尿道括約筋機能障害による腹圧性尿失禁である。対象は、男性3症例で重度の真性尿失禁を認める患者であった。3症例の設置手術時の年齢は52歳から68歳であった。原因別には、根治的後恥骨式前立腺摘除術が2例、尿道外傷後が1例であった。全例人工尿道括約筋設置後6週間でコントロールポンプを作動させた。観察期間は5か月から88か月でパッドテストでも全例ドライとなり、術後合併症である感染、装置の故障は認めず全例順調に作動している。人工尿道括約筋は安全で有効な尿失禁治療法と考えられた。

廃用性膀胱患者に発生した尿道扁平上皮癌の1例：八木橋祐亮，柴崎 昇，井上貴博，西山博之，諸井誠司，賀本敏行，寺井章人，小川修（京大），奥野 博（国立京都） 63歳，男性。18歳時に尿路性器

結核にて右腎摘出術，左尿管皮膚ろう造設術をうける。1999年頃より尿道分泌物を自覚するも放置。2001年増大する右鼠径部腫瘍を自覚し，生検にて扁平上皮癌リンパ節転移と診断された。亀頭内部に粟粒大腫瘍を触知することから，尿道腫瘍と診断し，陰茎部分切除術を施行。原発性舟状窩尿道腫瘍（扁平上皮癌，pT1N3M0）であった。鼠径部リンパ節転移に対し，全身化学療法 MBD 2コースを行った後，右鼠径部・右内外腸骨リンパ節郭清術を施行した。術後，腫瘍マーカーは正常化し，4か月経過した現在，再発，転移無く生存中である。尿路変向後の廃用性膀胱患者に発生した下部尿路腫瘍は稀であり，国内外あわせ19例目，尿道腫瘍としては初めての報告であった。

陰嚢内硬化性脂肪肉芽腫の1例：今津哲央，後藤隆康，坂上和弘，中森 繁（東大阪総合），山内道子，玉井正光（同病理） 34歳，男性。10日來の陰茎根部腫瘍にて受診。陰茎根部を取り巻く弾性硬で圧痛を伴うリング状の皮下腫瘍を触知し，生検を施行。病理組織像では変性した脂肪細胞と，組織球や多核巨細胞の浸潤した肉芽腫を認め，硬化性脂肪肉芽腫と診断された。術後，抗炎症剤の内服を開始し約1か月で腫瘍はほぼ消失，術後3か月目の現在再発を認めていない。本疾患は30～40歳代が約75%をしめ，そのほとんどに明らかな誘引を認めない。しかし約25%に好酸球増加の報告があり，アレルギー反応の関与が示唆されている。自験例も好酸球が7.9%と増加していた。治療は，抗炎症剤や柴苓湯などが投与され腫瘍消失に至る例が多い。最近はその特異な形状から同疾患を疑い，組織診断は行わず，抗炎症剤を投与して腫瘍を消失せしめた，との報告も散見される。