

## 学会抄録

## 第216回 日本泌尿器科学会東海地方会

(2002年6月1日(土), 中外東京海上ビルディング8F)

術前診断が困難であった高度の腎周囲脂肪増生を伴う黄色肉芽腫性腎盂腎炎の1例: 坂田裕子(愛知県がんせ), 木下修隆, 加藤廣海(武内), 杉村芳樹(三重大) 63歳, 男性。主訴は右上腹部腫痛。40年前に腎尿管切石術を左右それぞれ2回受けた既往がある。画像上, 右サンゴ状結石, 腎実質の菲薄化, 高度の腎周囲および腎洞の脂肪増生を認めた。右腎摘出術を施行。摘出標本に悪性所見はなく, 腎実質内には黄色肉芽腫性腎盂腎炎に特徴的な泡沫細胞が存在し, 腎周囲および腎洞には炎症細胞浸潤を伴う成熟脂肪細胞の増殖が認められた。慢性炎症により腎周囲および腎洞脂肪織が高度に増殖した状態は腎脂肪性置換と呼ばれ, 画像上, 脂肪肉腫, 脂肪腫, 血管筋脂肪腫との鑑別が困難なことがある。同様に慢性炎症が原因で起こる黄色肉芽腫性腎盂腎炎と腎脂肪性置換とが同一腎に発生することは稀であり, 文献上6例が報告されている。

急速に進行した腎盂腺扁平上皮癌の1例: 黒川寛史, 渡瀬秀樹(名古屋市立城北), 戸澤啓一, 林 祐太郎, 郡 健二郎(名古屋市大) 62歳, 男性。主訴は右側腹部痛と自排石。既往歴に左腎盂形成術, 右PNL, 肝細胞癌, 高血圧, 糖尿病あり。2000年10月初診時, 両側腎結石と右尿管結石を認めた。血腫尿あり。尿培養は Proteus m. 結石分析はリン酸アンモニウムマグネシウム。2001年11月CTにて右腎に1.5cm大の腫瘤を認めた。手術など処置の出来ない状況下において経過をみていたところ, 2002年2月, 腫瘤は径9cmに増大, 腸腰筋浸潤も伴っていた。遠隔転移はなかった。同年3月肝・腎不全により死亡。生検の結果は腎盂腺扁平上皮癌であった。文献上世界で7例目の非常に稀な疾患であった。7例の内, 結石・膿尿の合併は2例, TCCも伴った混合癌が2例であった。

自然腎盂破裂の1例: 宇野裕巳(平野総合), 高橋義人, 出口 隆(岐阜大) 60歳, 男性。左背部痛のため近医を受診。左尿管結石を疑われ紹介にて当科を受診した。KUBでは第4腰椎左側に5×3mmの石灰化陰影を認め, 左尿管結石と診断した。腹部単純CTでは左腎周囲脂肪織の濃度はやや高く, 尿の溢流を示唆する所見であった。DIP, 造影CTで腎盂外に造影剤の溢流を認めるものの水腎症はなく, 尿管結石による自然腎盂破裂と診断。緊急に左尿管ステントを留置した。術中の左逆行性腎盂造影で中腎杯に造影剤の漏出を確認した。ステント留置後自覚症状は消失し, 留置10日目のDIPでは造影剤の漏出を認めなかった。尿管結石は日常診療の中でよく遭遇する疾患だが, このような病態の存在を常に念頭に置き診断をすすめることが重要と思われた。

腎嚢胞内への感染を疑った完全重複腎盂尿管の1例: 深津孝英, 今村哲也, 日置琢一(鈴鹿中央総合) 症例は, 27歳, 女性。生来尿路感染症を認めていない。突然38度以上の高熱, 左背部痛を来した。尿路感染症の診断で近医にて治療を受けていたが軽快せず当院受診。来院時WBC 6,100, CRP 30.9。CTにて左腎上極に直径約7cm大の嚢胞様の腫瘤を認め, 腎嚢胞内感染と考えられ, 嚢胞穿刺術施行。約250mlの膿汁を排出し, ドレーンを留置した。解熱後, 造影を施行したところ, 完全重複腎盂尿管の拡張した上半腎であったことが判明した。排尿時膀胱尿道造影では, VURはなく, DMSAでは, 左上半腎に集積を認めず, 無機能であると考えられた。ドレーン抜去後異常は認められず, 退院後外来にて経過観察中であるが, 再感染の兆候は認められない。

膀胱原発パラガングリオーマの1例: 平野篤志, 辻 克和, 木村亨, 野尻佳克, 古川 亨, 網川常郎(社保中京) 症例は59歳の女性で下腹部違和感を主訴に来院し, 膀胱鏡, IVPで膀胱後壁に粘膜下腫瘍を認めた。CT, MRI, 経尿道エコーでは筋層は保たれており, 腫瘍内部に液性の貯留液を認めた。腰椎麻酔下に経尿道的膀胱腫瘍切除術を行った。術中収縮期血圧が200mmHgと上昇し頭痛も訴えた。病理組織標本では好酸性, 顆粒状の広い胞体を有する腫瘍細胞が充実

性に増生しており, クロモグラニン, シナプトフィジン染色で陽性を示した。CTおよび<sup>131</sup>I-MIBGで副腎を含め他臓器に腫瘍を認めず, 膀胱パラガングリオーマと診断した。腫瘍は筋層を十分に切除しており, 病理検査で深部に腫瘍細胞を認めなかったため, すべて切除できたと考えた。術後6カ月を経過した現在, 再発の兆候を認めていない。

膀胱原発の印環細胞癌の1例: 久保田恵章, 玉木正義, 前田真一(トヨタ記念), 小島圭太郎, 出口 隆(岐阜大) 48歳, 女性。2001年2月, 全身倦怠感, 頻尿, 残尿感, 尿勢の衰えを認め受診。数日後, 全身倦怠感悪化した。両側水腎症を認めたため入院となった。膀胱生検にて印環細胞を認めた。CTにて腔壁への浸潤, 縦隔転移, 骨シンチにて全身に骨転移を認めた。腫瘍による閉塞性腎不全に対して, 左腎摘除術を施行した。転移性印環細胞癌を疑い, 消化器系, 婦人科的検査を行なったが, 異常は認めなかったため, 膀胱原発印環細胞癌 stage T4N1M1と診断した。疼痛緩和のみを行い, 診断5カ月後, 悪液質のため死亡された。病理解剖を施行した。膀胱には潰瘍形成を伴う全周性の腫瘍を認めた。病理診断は印環細胞癌であった。われわれが検索しえた限り, 本症例は本邦において47例目である。

膀胱原発印環細胞癌の1例: 西澤恒二, 小林 恭, 小倉啓司(浜松労災), 井出良浩(同病理), 渡部 淳, 山本新吾(京都大) 39歳, 男性。健診にて顕微鏡的血尿と尿中異型細胞を指摘され当初初診。膀胱頂部左側に広基性非乳頭状腫瘍を認め, 経尿道的生検の結果は印環細胞からなる低分化腺癌であった。精査にて膀胱以外に腫瘍性病変, その他異常所見を認めなかったため, 浸潤性膀胱原発印環細胞癌と診断し, 膀胱全摘除術施行。病理学的に膀胱原発印環細胞癌 pT2pN0M0と診断された。一般に低分化浸潤性腺癌の予後は悪いためUFT内服を開始したものの, 早期に薬剤性肝障害にて中止となった。術後2年半を経過し転移, 再発を認めていない。膀胱原発印環細胞癌は膀胱腫瘍の中では稀な組織型であり, 低分化・浸潤性で進行してから診断される症例が多いため予後不良とされている。しかし限局性の症例であれば早期の外科的摘除にて根治が期待できると考えられた。

膀胱小細胞癌の1例: 宇佐美雅之, 安井孝周, 遠藤純史, 濱本周造, 永田大介, 浅井伸章, 最上美保子, 丸山哲史, 橋本良博, 林 祐太郎, 郡 健二郎(名古屋市中大) 63歳, 男性。主訴: 肉眼的血尿。尿細胞診にて移行上皮癌を疑われ, 2002年7月30日当科紹介受診。膀胱鏡検査にて, 膀胱内後壁左側より指指頭大の広基性, 非乳頭状腫瘤を認め, 膀胱腫瘍と診断。入院後, 8月21日, TUR-Bt施行。病理結果は移行上皮癌, G2=G3, INFβ, pT2a, ly1, v0。画像検査の結果と併せて, pT2a, N0, M0, stage 2と診断し, 9月25日根治的膀胱全摘術および回腸利用自排尿型代用膀胱造設術施行。病理組織からは小細胞癌および扁平上皮癌, 一部に移行上皮癌が認められた。術後化学療法として, EP療法(Etoposide, CDDP)を2クール施行。現在術後9カ月, 再発, 転移を認めず, 経過良好。

腹直筋内に再発した膀胱原発扁平上皮癌の1例: 西川晃平, 藤川真二, 吉村暢仁, 梅田佳樹, 曾我倫久人, O.E. Franco, 金原弘幸, 有馬公伸, 柳川 眞, 杉村芳樹(三重大) 患者は61歳, 女性。主訴は残尿感, 排尿時痛。2001年7月に主訴出現, 膀胱鏡にて左側壁を中心に壊死組織に覆われた腫瘍を認めた。生検にて扁平上皮癌を認め, SCCの上昇も認められたため, 術前診断を膀胱原発扁平上皮癌 T3aN2M0とし, 9月20日膀胱全摘術, 回腸導管造設術を施行した。結果は扁平上皮癌 pT3bpN0M0であり, 術後SCCも正常化した。後療法は行わなかったが, 2002年2月SCCの再上昇を認めCTにて腹直筋内に再発を疑わせる腫瘍が出現したため3月8日腫瘍切除術および大筋筋膜筋による有茎皮弁形成を行った。組織は扁平上皮癌であり, 膀胱扁平上皮癌の再発と診断した。現在のところ切除部位周辺に

再発を認めていない。

尿管由来と考えられた GIST の 1 例：小松 茂，吉川和暁，対馬伸晃，高橋伸也（豊橋市民），成瀬克邦（成瀬泌尿器科） 36歳，女性。肉眼的血尿を認め，2001年12月19日当科を紹介，受診した。膀胱鏡にて膀胱頂部に腫瘍を認め，種々の画像診断より尿管腫瘍と診断した。2002年1月18日に全麻下，臍，尿管を含めた en bloc partial cystectomy を施行した。摘除標本は，尿管に 4×4×3 cm の断面が灰白色，充実性の腫瘍が見られた。病理組織学的には，腫瘍は紡錘形細胞の交錯する，束状の増殖からなり，免疫組織化学的にビメンチン (+)，c-kit (+)，CD34 (-)，平滑筋アクチン (+)，s100 (-) で，核分裂像がほとんど見られず，低悪性度の GIST (gastro-intestinal stromal tumor) と診断された。文献上，尿管由来の GIST はその報告例がないが，今後転移の可能性もあり，注意深い経過観察が必要と思われた。

膀胱 MALT リンパ腫の 1 例：小倉友二，坂田祐子，脇田利明，林宣男（愛知県がんセンター，小椋美知則（同血液化学療法部），中村栄男（同病理） 79歳，女性。頸部リンパ節腫大にて生検施行。NHL, Follicular mixed lymphoma と診断され当院紹介受診。CT，骨髄生検，上部消化管内視鏡，Ga シンチグラム，にて骨髄浸潤を認め Stage 4A と診断。抗 CD20 モノクローナル抗体（リツキサン）の発売を待って化学療法予定となった。経過観察中に無症候性血尿認め膀胱鏡を施行。多発性非乳頭状腫瘍を認め生検を施行した。病理組織，免疫染色にて膀胱原発 MALT lymphoma と診断した。CHOP とリツキサンによる全身化学療法 6 コースにて頸部リンパ節腫大，膀胱内腫瘍は消失，CR をえられた。膀胱原発 MALT リンパ腫は非常に稀な疾患である。Lowgrade B cell lymphoma であり，治療法は腫瘍切除，放射線照射，化学療法などがある。比較的前後良好である。

急性局局性細菌性腎炎（Acute Lobar Nephronia）の 2 例：小倉孝子，高田俊彦，山田 徹，伊藤慎一，西野好則，江原英俊，高橋義人，石原 哲，出口 隆（岐阜大） 症例 1：68歳，女性。神経因性膀胱，放射線性膀胱炎，VUR にて経過観察中。2001年8月21日，39°C の発熱，肉眼的血尿出現し，腎盂腎炎と診断し入院。症例 2：25歳，男性。主訴：40°C の発熱，右側腹部痛。基礎疾患：二分脊椎，神経因性膀胱，VUR。2001年11月6日 40°C の発熱，右側腹部痛出現，腎盂腎炎と診断し入院。両症例共に，造影 CT にて右腎に楔状に造影効果の不良な部分があり，acute lobar nephronia と診断した。尿道カテーテル留置と抗菌剤投与により軽快し，画像にて造影効果の不良だった部分も消失した。Acute lobar nephronia の 2 例を基礎疾患および特徴的な画像診断の所見を含めて報告した。

放射線性膀胱炎による膀胱出血のコントロールに難渋した 1 例：石田 亮，小林弘明，横井圭介，小幡浩司，山田浩史，錦見俊徳（名古屋第二赤十字） 救急外来より高拍出性心不全にて入院，入院後血尿あり，泌尿器科紹介となった。膀胱洗浄にて経過観察，血尿一時落ち着いていた。腎機能障害の原因検索した結果 RI 上，右腎機能はほぼ廃絶しており，左腎からの尿流を助けるために尿管カテーテルを挿入した。カテーテル挿入後より血尿の悪化あり，カテーテル抜去し膀胱内洗浄にて対応していたが止血せず，高度の貧血が持続したため，2001年11月28日凝血塊除去および膀胱内の出血点を凝固した。しかしその後も膀胱出血が続くため，2001年12月19日内腸動脈塞栓術を施行，しかし出血をコントロールすることができなかった。2002年1月17日右腎摘術＋膀胱全摘術施行，術後腸管出血，イレウスにより永眠された。

Neobladder 自然破裂の 2 例：西原恵司，河合憲康，益本憲太郎，小林隆宏，池上要介，日比野充伸，岡田淳志，神谷浩行，窪田泰江，林 祐太郎，郡 健二郎（名古屋大） 症例 1 は 27歳，男性。24歳時に，神経因性膀胱による低コンプライアンス膀胱で自己導尿回腸利用 neobladder (Camey method + Mitrofanoff principle) を造設。結石による膀胱破裂により汎発性腹膜炎，ショック状態となった。緊急手術にて破裂部を縫合した。結石成分は酸性尿酸アンモニウムであった。症例 2 は 74歳，男性。73歳時に膀胱腫瘍により膀胱全摘術および自排尿回腸利用 neobladder (Camey method) を造設。排尿が不十分となり，残尿増加による膀胱過伸展で膀胱破裂。下腹部蜂窩織炎となり膀胱皮膚瘻形成した。緊急手術にて破裂部を縫合した。

膀胱癌診断における尿中 Bladder tumor antigen (BTA) の有用性についての検討：林 一誠，細川典久，兼光紀生，岡田晃一，三矢英輔，小島宗門（名古屋泌尿器科），早瀬喜正（丸善ビルクリニック） 膀胱癌の診断には，各種画像診断や尿細胞診や膀胱鏡検査が行われる。しかし画像診断は小さな腫瘍は見落としやすく，尿細胞診は感度が低い。また膀胱鏡検査は侵襲が大きいため，尿中 BTA を利用し膀胱癌診断における有用性を検討したので報告する。対象は血尿に対するスクリーニングおよび尿路上皮癌術後再発のモニタリングとして，尿中 BTA，尿細胞診および膀胱鏡検査を行った 89 人計 99 回である。うち悪性腫瘍は移行上皮癌のみで 21 回であった。BTA の感度は 57.1% であり，尿細胞診のそれは 23.8% と比較し有用であった。また尿細胞診と尿中 BTA を組み合わせると感度は 66.7% と向上した。膀胱癌診断において，尿細胞診単独と比較すると，尿中 BTA 単独もしくは併用は有用と考えられた。

敗血症性ショック，DIC，ARDS を呈した尿管結石の 2 例：近藤厚哉，岡本典子，田中國晃，津村芳雄（刈谷総合） 症例 1 は 30歳，女性，主訴は右腰痛と発熱。右水腎を認め，尿管結石，急性腎盂腎炎，DIC にて入院した。尿培養と血液培養から大腸菌を検出し，エンドトキシンは 203.2 pg/ml と高値であった。症例 2 は肝硬変の既往のある 50歳女性，主訴は食欲不振，発熱。左尿管結石，急性腎盂腎炎，DIC，敗血症性ショックで入院した。尿培養から大腸菌を検出したが，エンドトキシンは 5.0 pg/ml と低値であった。両症例とも ARDS を発症し，人工呼吸管理を行った。逆行性尿管カテーテル留置と抗生剤投与の併用療法として，2 回のエンドトキシン吸着療法および症例 2 では持続的血液濾過透析を行い救命しえた。エンドトキシン吸着療法はエンドトキシンおよびサイトカインを除去するため，エンドトキシン陰性例にも有効となる場合がある。

抗結核剤投与にて薬疹が出現したため，減感作療法を施行した尿路結核の 1 例：高田俊彦，石田健一郎，久保田恵章，小倉孝子，西野好則，高橋義人，石原 哲，出口 隆（岐阜大） 73歳，女性。結核歴なし。前医にて腹腔鏡下胆嚢摘出術後右下腹部痛，発熱を認め，尿所見にて無菌性膿尿を認めた。DIP，CT 上尿路結核が疑われ，尿 MTD 陽性にて診断された。INH，RFP 投与後薬疹出現したため当科紹介受診。リンパ球刺激試験にて INH，RFP 共に陰性であり両剤に対し副作用が疑われるため一剤ずつ減感作療法施行することとし，可能な限り多剤併用とするため EB を加えた。INH 25 mg，EB 250 mg を初期投与量とし 3 日ごとに倍量とした。INH が常用量に達して一週間後より RFP 投与開始。RFP も INH と同様に増量行い 6 か月間投与した。治療開始後副作用認めず，投薬 2 週間目より細菌も認めていない。

尿閉を主訴として発見された ADEM（急性散在性脳脊髄炎）の 1 例：成瀬克也，本多靖明，飛梅 基，小久保公人，中村小源太，加藤慶太郎，青木重之，瀧 知弘，三井健司，日比初紀，山田芳彰，深津英捷（愛知医大） 症例：30歳，女性。主訴：尿閉，発熱，頭痛 2001年2月26日より発熱，水様性下痢を認め，近医受診したところカンピロバクター腸炎と診断。抗生物質を処方され症状は一時改善した。しかし 7 日後より 39 度台の発熱と頭痛を認めさらには尿閉をきたしたため，当科紹介受診となった。尿検査は正常だが理学所見上軽度の項部硬直を認めたため，当院神経内科に併診依頼したところ ADEM の診断にてステロイドパルス療法施行された。全身状態は改善したが排尿障害が持続したため再度当科受診となり，塩酸ベタネコールの内服を開始したところ徐々に症状の改善を認め，現在は排尿障害も消失し経過良好である。

右後腹膜骨盤内に発生した神経鞘腫の 1 例：亀井信吾，宇野雅博，米田尚生，藤本佳則，磯貝和俊（大垣市民），浅井昌美（同病理） 症例は 44歳，男性。右腰部痛，右下肢のしびれ，血尿を主訴に近医受診。右下腹部に可動性の乏しい硬い腫瘤を触れ当科紹介となった。DIP にて右下部尿管の正中への偏位，尿管下端の結石を認め，造影 CT にて右骨盤内仙腸関節レベルに不均一に造影される 64×87 mm の充実性腫瘍を認めた。右後腹膜の原発腫瘍と診断し，全身麻酔下に右後腹膜腫瘍切除術を施行した。摘出標本は 10×8 cm 被膜に覆われており，断面は褐色充実性であった。病理組織標本にて Antoni A 型の細胞増殖と S100 染色の濃染を認め schwannoma と診断した。術後 3 か月の時点で腫瘍の再発転移を認めず経過良好である。今

回は外科的切除により根治しえた症例と思われるが、良性神経鞘腫の悪性化などもいわれており、今後も十分な経過観察が必要である。

**塞栓物質が膀胱内に析出し腹膜炎をきたしたと考えられる多発骨盤内AVMの1例:** 篠原 聡, 白木良一, 宮川真三郎, 佐々木ひと美, 鈴木剛之介, 石川清仁, 星長清隆 (藤田保衛大) 2001年9月不正性器出血を主訴に産婦人科を受診, 精査の結果多発骨盤内AVMと診断された。これに対し2001年11月, 12月の2回内腸骨動脈を主にTAEが施行された。2002年1月1日, 難治性膀胱炎を発症, 腹部超音波検査にて膀胱内異物を指摘され, 2月13日異物除去術を施行, 膀胱内異物はTAE時の塞栓物質ヒストアクリルであった。異物除去術後, 膀胱炎症状が軽快し退院となったが, 2月28日, 腹膜炎を発症し, 開腹ドレナージ術が施行された。現在は若干の膿尿を認めるが, 尿路感染はコントロールされ, AVMの再発も認めていない。多発AVMに対し, 大量の塞栓物質が注入され, これらに伴う膀胱壁の阻血性変化が原因となり塞栓物質が析出したものと考えられた。

**術前に前立腺平滑筋腫が疑われた直腸原発Gastrointestinal stromal tumor (GIST)の1例:** 高橋伸也, 吉川和暁, 対馬伸晃, 小松 茂 (豊橋市民), 尾上重巳 (同外科), 前多松喜 (同臨床病理) 68歳, 男性。主訴, 尿閉。直腸診にてゴムまり様硬度の腫瘤を触知し, MRIでは, 前立腺左葉から後外側に突出し直腸を右側に圧排する骨盤内腫瘤を認めた。生検にて平滑筋肉腫が強く疑われ, 骨盤内臓器全摘術を行った。腫瘤は8.5×8.3×6.7cm大, 病理では直腸平滑筋層内にN/C比大の紡錘型細胞が充実性かつ不規則交錯性に増殖, 免疫組織学的には, c-kit, CD34陽性, α-SMA, S-100陰性で直腸原発GISTと診断された。術後1年2カ月現在, 再発転移を認めないが長期にわたる経過観察が必要と思われた。

**尿道癌との鑑別困難であった前立腺粘液癌の1例:** 佐藤滋則, 原田雅樹 (国立天竜), 神林知幸, 内田孝典 (磐田市立), 藤田公生, 鈴木和雄 (浜松医大) 72歳, 男性。2000年12月, 食道癌根治術のため入院した際, 顕微鏡的血尿を指摘。翌年1月, 肉眼的血尿を認め, 当科初診。膀胱鏡で前立腺部尿道に乳頭状腫瘍を認め, 入院。前立腺触診所見は正常。同年6月, 尿道腫瘍としてTURを施行。TCC, G2>3と診断した。2カ月後, 同じ部位に再発し, 前立腺尿道全摘, 膀胱瘻造設術を施行。病理像は, 丈の高い腫瘍細胞が乳頭状に増殖し, 同時に大量の粘液産生を認める部分が腫瘍の約1/3を占めていた。PSA免疫染色で乳頭状部分も粘液産生部分も弱陽性を認めた。最終診断は前立腺乳頭状腺癌と前立腺粘液癌の合併例とされた。両者の合併例は調べた限り本邦2例目であった。

**十二指腸浸潤をきたした進行性腎細胞癌の1例:** 内田大樹, 松沼寛, 加藤真史, 吉川羊子, 服部良平, 小野佳成, 大島伸一 (名古屋大) 66歳, 女性。主訴は両下肢浮腫。腎門部リンパ節腫大, 十二指腸への直接浸潤, 総腸骨静脈分岐部より肝静脈下3cmまでの腫瘍血栓および肺転移を伴う右腎細胞癌 (11.0×10.5×7.0cm), 術前病期T4, N1, M1と診断。2002年2月28日, 経胸腹式根治的右腎摘除術, 十二指腸部分切除, 十二指腸空腸吻合術を施行。病理診断はRCC, spindle cell type, G3, INFα, pT4, pN2, pM1。術後29日目にインターフェロン療法を開始した。進行例であったが, 全身状態が比較的良好で, 消化管通過障害, 穿孔などの回避によるQOLの改善がはかられ, また肺転移については術後インターフェロン療法導入に至ることができ, 積極的な外科治療が有用と考えられた。

**女性尿道原発悪性黒色腫の1例:** 三輪好生, 谷口光宏, 竹内敏視, 酒井俊助 (県立岐阜) 患者は83歳, 女性で, 主訴は排尿困難。外尿道口より突出する長径約1cmの灰白色腫瘤を認め, 腫瘍摘出術を施行。病理組織は尿道原発の悪性黒色腫であったため, 尿道全摘, 膀胱ろう造設術を施行した。術後の化学療法は行わなかった。術後9カ月目に腫瘍の骨転移による右上腕骨の病的骨折を認め, 14カ月後CTにて脳転移, また全身の皮膚転移もみとめた。その後全身状態悪化し術後15カ月後死亡した。尿道原発の悪性黒色腫は非常にまれであり, 他部位原発に比べ予後不良である。尿道原発では, 症状が出現し, 発見されるまでに時間がかかるため診断時には進行している症例が多かったことが予想される。また悪性黒色腫全般では比較的化学療法が奏効する症例もあるため, 尿道原発症例でも可能な限り施行すべきであると思われた。

**化学療法と放射線併用療法が奏効した後部尿道癌の1例:** 鈴木剛之介, 石川清仁, 篠原 聡, 深見直彦, 桑原勝孝, 佐々木ひと美, 日下守, 泉谷正伸, 白木良一, 星長清隆 (藤田保衛大), 櫻井孝彦 (知多市民) 75歳, 男性。肉眼的血尿, 陰茎腫瘍, 排尿困難を主訴に受診し, 陰茎腫瘍摘出術および尿道生検術を施行。扁平上皮癌のStageC (T3, N0, M0) と診断された。治療方針は化学療法と放射線療法により腫瘍縮小をはかり, 根治を目的とした残存腫瘍摘出術を併用する集学的療法を予定し, 5-FU 1,000 mg/M<sup>2</sup>, MMC 15 mg/M<sup>2</sup> 投与とトータル60 Gyの放射線療法を併用した。腫瘍が画像上消失したため, 正確な生検は不可能と考え経過観察している。治療法が確立されていない現在この併用療法は, 進行性尿道癌の治療法として1選択肢になる可能性があると思われる。

**姉妹でみられた陰唇癒着症:** 平田朝彦, 鈴木弘一, 加藤久美子, 村瀬達良 (名古屋第一赤十字) 陰唇癒着症とは左右の小陰唇が正中で部分的あるいは小孔を残して広範囲に癒着し, 陰前庭部を覆う疾患である。通常6歳以下の乳幼児期に見られる比較的まれな疾患であるが, 閉経後の高齢婦人にもみられることがある。病因としては, 低エストロゲン状態の関与が示唆されており, 外陰や膈の上皮が菲薄となり, 感染や障害をうけやすくそれらの癒着過程で癒着を生ずると考えられている。症状は無症状の場合が多いが, 尿線の異常や排尿障害, 外陰炎を伴うこともあり, 尿路感染症を起こした場合には排尿痛や不快感を訴えることもある。治療法としてはエストロゲン軟膏局所療法と陰唇分離術または陰唇切開術に分けられる。今回われわれは1歳と3歳の姉妹に発生した陰唇癒着症を経験し, とともに外科的に鋭切開を行い, 良好な経過をえたので報告する。

**MRIが診断に有用であった精巣破裂の1例:** 松井善一, 中島史雄 (伊勢慶應) [症例] 27歳の男性。喧嘩で股間を蹴られた12時間後に, 右陰囊部の有痛性腫脹のため当科を受診した。理学所見と超音波検査で, 皮下出血を伴う右陰囊内容の著明な腫大を認めた。MRIで, 右精巣の辺縁は不整であり, 白膜の連続性が失われていた。精巣内容の逸脱および内部に散在する血腫と挫滅が確認された。右精巣破裂と診断し, 即日手術を施行した。精巣温存を期したが, 白膜は断裂して精巣内容はほとんど脱出し, 広範な挫滅を認めた。修復は不可能と判断し, 摘除術を行った。精巣破裂の治療は, 平均年齢が若いことや内分泌機能温存の面から白膜縫合術を第一選択とする意見が多いが, 抗精子抗体の形成を危惧して摘除術を勧めるものもある。本症例では, 精巣破裂と陰囊内血腫との鑑別は触診や超音波検査では必ずしも容易ではなく, MRIが決定的であった。

**大腿筋弁による再建術を施行した陰茎癌の1例:** 権 永鉄, 服部毅之 (静岡済生会), 西関 修 (同形成外科) 症例は53歳, 男性。2000年10月28日外陰部潰瘍として当院受診。初診時所見では陰茎, 陰囊は外見を留めず, 広範な腫瘍の発育と出血, 壊死を伴い, 排尿は会陰から滴下。生来真性包茎であり, 包皮内に生じた腫瘍が発育し現状に至ったことから陰茎癌と考えられた。胸部X線, 腹部CTでは他に転移なく, 術前診断は陰茎癌, T4N0M0, 11月24日, 全除精術, ソケイリンパ節郭清術, 膀胱瘻造設および大腿筋弁再建術を施行した。病理組織所見は扁平上皮癌, pT4pN0pM0であった。切除縁は癌浸潤を認めなかったが, 原発巣が巨大だったため, MTX, BLM, CDDPの3剤を用いた術後補助化学療法施行。2001年4月1日に退院するも, 9月に局所再発を認め, 化学療法, 放射線療法など施行するも肺, 肝に多発転移を生じ2002年2月19日, 永眠された。

**外陰癌の1例:** 窪田裕輔, 宮川真三郎, 松井基治, 浅野晴好 (愛知済生会), 丸山高広 (藤田保衛大) 陰核から発生した腫瘍を認め2001年9月28日当科初診となった63歳, 女性。SCC抗原は3.2 ng/dl。腫瘍生検は扁平上皮癌であり, 10月17日広範囲外陰摘出術, 両鼠径リンパ節郭清術を施行。外陰部原発の扁平上皮癌でありPT2 M0 N0 stage 2 と診断。術後にPM療法を3クール施行した。ペブレオマイシンの総投与量は75 mg, MMCの総投与量は30 mgであり, 標準的な使用量であった。化学療法期間中は呼吸器障害の発生なく2002年1月20日退院となるも1カ月後に乾性咳嗽と労作時の息切れが出現し外来受診。ペブレオマイシンによる呼吸不全と間質性肺炎像を認め入院後ステロイドパルス療法で一時的に改善するも増悪し4月26日呼吸不全にて死亡。同日病理解剖がなされたが, 局所再発の所見はなかった。肺の繊維化の指標となるKL6値は上昇しており病状の進

行を反映していた。

陰莖結核の1例：米村重則，加藤研二郎，山田泰司，小川和彦，木瀬英明，金原弘幸，有馬公伸，柳川 眞，杉村芳樹（三重大），堀靖英（武内） 56歳，男性。亀頭部背側の皮下に米粒大の腫瘍を自覚したため近医受診。抗生剤投与されるが改善せず，陰莖腫瘍が疑われ当科に紹介された。生検による病理組織所見は結核が強く疑われるとの診断であった。ツベルクリン反応は強陽性であったが，肺・腸・骨および尿路に明らかな結核性病変および結核菌は認めなかった。本症例は結核菌の証明が出来なかったが，陰莖結核の場合には結核菌の証明が不可能な場合が多く，病理組織所見から陰莖結核と診断しINH，RFP，EBの3剤併用化学療法を行った。投与3カ月後，陰莖結核は縮小を認めたため現在も引き続き化学療法施行中である。

腎細胞癌と尿管移行上皮癌の重複癌の対側同時発生をみた1例：甲斐文丈，伊藤寿樹，野畑俊介，青木雅信，高山達也，鶴 信雄，速水慎介，平野恭弘，影山慎二，牛山知己，鈴木和雄，藤田公生（浜松医大） 73歳，男性。肉眼的血尿を主訴に1999年5月14日，当科受診。膀胱鏡で左尿管口より出血を認め，尿細胞診はTCC，class V。腹部CTで径10mmの左下部尿管腫瘍と，径12mmの右腎腫瘍を認めた。6月4日，左尿管癌の診断で腹腔鏡補助下左尿管全摘除術を施行。病理組織学的診断はTCC，G2，pT3pN0M0。術後M-VAC療法を1コース。右腎腫瘍は，明らかな悪性所見を欠くため経過観察。2000年2月12日，膀胱内再発に対しTUR-Bt施行，病理診断はTCC，G3，pT1a。術後BCG膀胱内注入療法を計6回施行。腹部CTで右腎腫瘍の増大を認め，悪性腫瘍と判断し8月14日，右腎部分切除術を施行。病理診断はRCC，clear cell，G2，INF $\alpha$ ，pT1aNxMx。腎部分切除後15カ月経過した現在まで再発・転移を認めない。

腎悪性リンパ腫の1例：永田仁夫，丸山哲史，波多野伸輔，永江浩史，妻谷荘一（聖隷三方原），鈴木和雄，藤田公生（浜松医大） 症例は77歳，男性。主訴は食欲不振。超音波検査で腎盂腫瘍を疑われた。LDH 911 IU/l，BUN 23 mg/dl，クレアチニン 1.75 mg/dl，CRP 18 mg/dl，尿細胞診 class V。診断治療目的で左尿管全摘術を施行。摘出標本は大きさ9.5×9 cm，灰白色の充実性腫瘍で肉眼的に腎実質への浸潤を認め，病理組織所見はlarge B cell lymphoma。Ga シンチ，CTで他の原因リンパ節指摘できず，骨髓生検で悪性腫瘍を認めず。Ann Arber 分類 stage IIE，Real 分類 diffuse large B-cell lymphoma，International Prognostic Index は low-intermediate risk。術後補助療法としてCHOP 3クルールの予定としたが，腎機能障害が出現，改善を認めず2クルール目を中止。画像上非典型的な腎または腎盂腫瘍を認めたときは悪性リンパ腫の可能性も考える必要が

ある。

妊娠に合併した腎動脈瘤破裂の1例：西川信之，河瀬紀夫，福澤重樹，宮川美栄子（鳥田市民），大西裕之（奈良社保） 32歳，女性。妊娠38週。2002年1月，左側腹部痛にて発症，母体および胎児循環不全により帝王切開。術中後腹膜血腫を認めた。母体血圧の低下を認めたため腹部CTおよび血管造影施行。左腎動脈瘤破裂が確認されたため左腎摘出術施行した。出血量は血腫込み5,100 ml。経過良好にて母子ともに無事退院した。妊娠に合併した腎動脈瘤破裂は現在までに32例の報告がある。妊娠による内分泌的变化に伴う動脈壁の脆弱化，循環血漿量の増加などが動脈瘤破裂の促進因子とされている。母子ともに生命の危険の高い病態とされているが，文献上近年では母体は全例，胎児は30週以降なら全例救命出来ている。治療法としては動脈瘤を含めた腎摘出術が行われることが多いが，腎機能温存を目指して腎動脈修復，自家腎移植なども試みられつつある。

両側大腿骨骨頭壊死を契機に発見されたCushing syndromeの1例：岡村菊夫，勝野 暁（国立中部），徳田治彦（同内科），小林峰生（小林クリニック） 症例は60歳，男性，2000年より大腿骨骨頭壊死を発症，左右の人工骨頭置換手術を施行された。入院中，骨性ALPの上昇，骨粗しょう症，第9胸椎圧迫骨折などから全身性疾患が疑われ，左副腎腫瘍によるCushing syndromeが発見された。経腹膜の側方到達法により腹腔鏡下に左副腎摘除術を施行した。病理学的には，myelolipomatous changeを伴う典型的な副腎腺腫であった。Cushing syndromeに伴う大腿骨頭壊死は，男性では珍しいとされている。また，側方到達法により良好な視野がえられ，1本の観察用トロカールと2本の操作用トロカールからの摘除術が可能であった。

集合管に浸潤した腎盂腫瘍の1例：成山泰道，田貴浩之，上田公介，岡田淳志（名古屋市立東） 75歳，男性。2001年11月下着への血液付着にて近医初診となる。尿細胞診にてclass 4，PSA 4.8 ng/mlであった。前立腺針生検術を施行し，中分化型腺癌，Gleason score 3+3であった。その後ホルモン療法を開始した。DIPにて左下部尿管にstenoticな部位を認めた。両側RPおよび膀胱 random punch biopsyを施行。病理組織はすべてno malignancyであった。左尿管下部に不整像を認め，左尿管カテーテル尿細胞診はclass 5 TCC G2であった。2002年3月左尿管全摘除術および膀胱部分切除術を施行。病理組織はTCC G3>G2 pT3，INF $\beta$ ，N0M0，Stage 3であった。病理組織標本より腎浸潤性移行上皮癌と考えた。腎浸潤性移行上皮癌は臨床の場では診断が遅れることが多く，予後は平均6カ月程度との報告がある。今回われわれは早期にリンパ節浸潤を含めた拡大手術を行うことができた。