

学会抄録

第179回 日本泌尿器科学会関西地方会

(2002年6月15日(土), 千里ライフサイエンスセンター)

腹腔鏡下に摘出し得た巨大な副腎髓脂肪腫の1例: 酒井伊織, 原章二, 原 勲, 川端 岳, 岡田 弘, 荒川創一, 守殿貞夫(神戸大) 52歳, 男性. 健康診断の超音波検査にて左副腎の腫大を指摘され, 近医受診. CT, MRI および内分泌学的検査上, 左副腎髓脂肪腫と診断され腹腔鏡下左副腎摘除術施行目的で当科紹介入院となった. 入院時理学所見, 血液一般, 生化学, 尿検査, 内分泌学的検査はいずれも正常範囲内. CT, MRI で左腎は下方に圧排され, 副腎部に隣尾部に接した境界明瞭な直径 11 cm の腫瘍を認めた. 2002年2月腹腔鏡下左副腎摘除術施行した. 3本のポートを設置し, カメラを挿入するポートの位置をやや頭側にすることで良好な視野を得た. また, モルセレーターにて腫瘍を細分化し体外に取り出した. 摘出標本は 300 g, 黄褐色の部分と赤褐色の部分とが混在しており, 病理組織学的にも副腎髓脂肪腫であった. 術後経過順調で1週間で軽快退院となった.

副腎腫瘍と鑑別が困難であった肝外発育型胆管癌の1例: 藤井令央奈, 田中美江, 児玉芳季, 新谷寧世, 鈴木淳史, 平野敦之, 新家俊明(和歌山医大) 54歳, 男性. 近医で右副腎と思われる部位に腫瘍を認め当科受診. 内分泌検査で異常認めず, 尿中, 血中カテコールアミンも正常. 腫瘍マーカーでは CEA, CA125 の上昇を認めた. 血液生化学では γ -GTP の軽度上昇を認めた. CT, MRI, エコーでは右副腎と思われる部位に肝と境界不明瞭な約 6 cm の腫瘍性病変を認めた. 右副腎腫瘍, 肝浸潤疑いのもと摘除術を施行. 肝との剝離は比較的困難であった. 切除標本内に正常肝細胞組織を認め, 周囲は腺癌組織に囲まれていた. 病理組織学的に肝外発育型の胆管癌と診断した. 患者は術後4カ月時に傍下大静脈リンパ節に転移を認め当院消化器外科にて精査中である. 肝外発育型胆管癌は本邦では報告例が少なく, 非常に稀な1例であると思われた.

後腹膜 Inflammatory myofibroblastic tumor の1例: 多武保光宏, 近藤秀明, 北内誉敬, 平山暁秀, 藤本清秀, 趙 順規, 吉田克法, 平尾佳彦(奈良県立医大), 山田英二, 市島国雄(第1病理) 46歳, 女性. 1996年より尿潜血を指摘され, 2001年11月当院内科を受診. スクリーニング腹部超音波検査で右腎外側に充実性腫瘍を認め, 2001年12月当科へ受診. 画像診断上, MFH あるいは liposarcoma が疑われた. 後腹膜悪性腫瘍の術前診断の下, 2002年1月後腹膜腫瘍摘除術を施行. 腫瘍の一部は右腎被膜との癒着を認めた. 術中迅速病理診断で liposarcoma が疑われたため, 根治性を考え, 同時に右腎摘除術を行った. 病理組織学的に inflammatory myofibroblastic tumor と診断された. 術後5カ月を経過し, 再発, 転移を認めていない. 比較的稀な後腹膜腔 inflammatory myofibroblastic tumor の1例を経験した.

腎盂癌に合併した後腹膜神経鞘腫の1例: 岩井友明, 高原由姫, 松村健太郎, 吉田直正, 鞍作克之, 池本慎一, 仲谷達也, 岸本武利(大阪市大) 63歳, 男性. 主訴は血尿. 2001年7月下旬に肉眼的血尿を認め当科紹介受診. 臍のやや上部左側に表面平滑, 弾性硬, 可動性に乏しい腫瘍を触知. CT にて左腎盂内に 4.4×2.8 cm 大の淡く造影を受ける腫瘍を認めた. 同時に大動脈の外側, 腎下極に接して 7.6×5.4 cm 大の境界明瞭で内部不均一な後腹膜腫瘍を認め, MRIT1 強調像にて内部不均一な低信号, T2 強調像で高信号を呈した. 左腎盂腫瘍を尿管鏡下に生検した結果 TCC であった. 腎盂癌リンパ節転移を疑い化学療法施行するも NC. 2001年12月13日左尿管全摘術および後腹膜腫瘍摘出術施行. 腎盂腫瘍は TCC, G2, pT2, 後腹膜腫瘍は良性の神経鞘腫であった. 腎盂癌と後腹膜神経鞘腫との合併例は報告がなく, この1例のみであった.

Klinefelter 症候群に発症した後腹膜原発性腺外胚細胞腫瘍の1例: 柴崎 昇, 西山博之, 八木橋裕亮, 諸井誠司, 清川岳彦, 井上貴博, 山本新吾, 資本敏行, 羽羽友則, 小川 修(京都大), 前田康晴

(京都南) 25歳, 男性. 主訴, 腹部膨満感. 径約 20 cm の腹部腫瘍を認めた. AFP 4,096 ng/ml, LDH 1,121 IU/ml と高値であり, 腫瘍の生検にて未熟奇形腫と診断. 両側精巣の萎縮, 女性化乳房認め, 精査の結果, Klinefelter 症候群に発症した後腹膜原発性腺外胚細胞腫瘍であった. 化学療法4コース施行, 腫瘍マーカー正常化したのち, 残存病変に対し腫瘍摘出術を施行. 病理組織は成熟奇形腫のみであった. 術後4カ月経過し, 再発は認められていない. Klinefelter 症候群に発症した後腹膜原発の性腺外胚細胞腫瘍はきわめて稀であり, 本邦・海外合わせて4例の報告を認めるのみであった.

後腹膜腔に発生した粘液性嚢胞腺癌の1例: 森 直樹, 葛原原一, 福原慎一郎, 原 恒男, 山口誓司(市立池田) 61歳, 女性. 2001年5月頃より右腰部の異和感を自覚, また, 右側腹部腫瘍を触知し, 当院内科受診. 右後腹膜腫瘍を指摘され, 同年7月11日当科紹介受診. 画像診断にて右後腹膜に径 14×11×11 cm, 壁に一部石灰化を伴う嚢胞性腫瘍を認めた. 後腹膜原発嚢胞性腫瘍と診断し2001年9月に全麻酔下, 後腹膜腫瘍摘出術を施行した. 腫瘍は後腹膜腔に局限していた. 摘除標本の内部は暗赤色の粘液で満たされており, 内腔には乳頭状に突出する病変を認めた. 病理組織学的診断は, 粘液性嚢胞腺癌であった. 術後9カ月を経過し, 再発, 転移の徴候は認められていない. 後腹膜原発粘液性嚢胞腺癌は稀で, 文献上, 本邦では24例目であった.

後腹膜平滑筋肉腫の1例: 梁川雅弘, 谷川 剛, 新井康之, 高羽夏樹, 野々村祝夫, 奥山明彦(大阪大), 堂野恵三, 左近賢人(同消化器外科), 青笹克之(同病理病態学) 49歳, 女性. 2001年7月右下腹部痛を主訴に近医受診. 画像検査にて後腹膜腫瘍を指摘され, 10月に当科紹介され入院となった. 当科で精査したところ, 腫瘍は右後腹膜に存在する径約 15 cm 大の巨大腫瘍であり, IVC を背側から著明に圧排し, 内部に一部壊死を伴う hypervascular な腫瘍であった. Pranglioma, MFH, Leiomyosarcoma などの後腹膜腫瘍の診断のもと手術を施行. 腫瘍と右腎を一塊に摘除したが, 下大静脈との間は比較的容易に剝離可能であったため温存しえた. 術後病理診断は後腹膜平滑筋肉腫であった. 術後6カ月経過観察しているが, 再発を認めていない. 著明な下大静脈圧排所見を認めた後腹膜平滑筋肉腫は本邦9例目であった.

異なる経過をたどった後腹膜線維症の2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), 吉田恭太郎, 川野 潔(同病理) 患者1は24歳, 男性. 左腰部痛を自覚. 腹部 CT にて, 左腎静脈を上縁として後腹膜腔に辺縁不整な造影効果を伴わない 8×10×13 cm 大の腫瘍性病変を認めた. 超音波ガイド下に経皮的腫瘍針生検術を施行. 病理組織学的に線維化を認めるのみで, 血液学的にも炎症所見を認めなかった. 患者2は74歳, 女性. 右下腹部痛を自覚. 両側水腎症を呈し急性腎不全となった. 骨盤部 CT にて両側総腸骨動静脈の周囲に腫瘍性病変を認めた. 悪性疾患のリンパ節転移の可能性も否定しえず, 後腹膜鏡下生検術を施行. 病理組織学的にも, 血液学的にも炎症所見を認めた. 共にプレドニン 30 mg の内服を開始し, 腫瘍は縮小した. それぞれ10カ月を経過した現在 5 mg による維持療法を施行中であり, 再発の兆候なく外来にて経過観察中である.

腎 Solitary fibrous tumor の1例: 李 勝, 山道 深, 宮崎茂典(三田市民), 阪本祐一(県立淡路), 原 勲, 守殿貞夫(神戸大) 64歳, 男性. 顕微鏡的血尿精査目的で2001年3月14日当科紹介受診. US, CT, MRI より右腎腫瘍疑い8月9日腫瘍生検施行. 病理組織学的に AML および平滑筋肉腫が疑われるも確定診断得られず, 11月1日根治的右腎摘除術を施行した. 摘除標本は 313 g, 上極よりに長径 4 cm の白色, 充実性腫瘍を認めた. 免疫組織化学的に CD34(+), bcl2(+), S100(-), SMA(-) で solitary fibrous tumor

(SFT)と判明した。術後7カ月を経過し、再発なく経過観察中である。SFTは胸腺発生の報告例が多く、約20%に悪性例が認められている。腎に発生したSFTは非常に稀で文献上13例目、本邦では6例目であった。

画像診断により **Oncocytoma** を予測し、腎保存手術を行えた1例：田中美江、児玉芳季、森山泰成、新谷寧世、柑本康夫、平野敦之、新家俊明(和歌山医大) 59歳、男性。他院でのスクリーニングエコーで偶然左腎腫瘍を指摘され、CTでは oncocytoma が疑われた。Second opinion を求め、当科紹介受診。術前の dynamic CT angiography, ドプラーエコー、造影エコーなどで oncocytoma が疑われ、術中病理診断で確認の上、腫瘍核出術を施行した。腎オンコサイトーマは、術前に腎細胞癌との鑑別が困難なため、根治的腎摘除術を施行されることが多いが、今回、オンコサイトーマに特徴的な車軸状の血管構築を dynamic CT angiography と造影超音波検査によって確認でき、術前にオンコサイトーマを予測しえた。

腎毛細血管腫の1例：吉田直正、岩井友明、成田敏介、長沼俊秀、鞍作克之、池本慎一、仲谷達也、岸本武利(大阪市大)、日野雅之(同血液内科) 49歳、男性。48歳時より真性多血症のため月一回の瀉血治療を施行。血液内科施行の超音波検査から左腎に石灰化を伴った腫瘍病変を指摘、腎細胞癌を疑われ紹介入院。血液検査では白血球および赤血球増多症、EPO 低値を示し真性多血症の所見であった。DIP で下腎盂は軽度拡張、腎盂は左外側に圧排偏位、CTで左腎門部付近に境界明瞭で内壁不整な嚢胞様腫瘍性病変を認め、一部石灰化を伴い辺縁に造影効果を認めた。石灰化を伴った腎細胞癌を疑い、2002年2月18日、ハンドアシスト腹腔鏡下腎摘除術を施行。病理組織診断は腎毛細血管腫であった。術後引き続き瀉血治療は施行中である。腎血管腫としては64例目、毛細血管腫としては7例目、真性多血症合併例としては1例目であった。

腎 **Peripheral neuroectodermal tumor** の1例：稲垣哲典、野本剛史、邵 仁哲、沖原宏治、中西弘之、白石 匠、藤戸 章、中尾昌宏、三木恒治(京府医大)、米田公彦(公立南丹) 15歳、男性。2001年6月23日、主訴は発熱と右側腹部痛。腹部CTにて右腎に腫瘍を認め、血液検査にてNSE 高値であり、当科紹介となった。2001年7月4日、右根治的腎摘除術を施行した。その組織像は、小型の円形の未分化細胞が主体であり、特殊染色にてESFT(ユースング肉腫群腫瘍)が考えられ、RT-PCRにて本疾患に特異的なキメラ遺伝子EWS-FLI1を同定しESFTとの診断を得た。さらにPAS陰性であり、腎原発PNETと診断した。腎原発のPNETは極めて稀であり、若年発症、高度の浸潤、転移性などが特徴であるが、術後補助療法を施行しても、予後は極めて悪い。本症例では、術後放射線、化学療法を施行し、現在嚴重に経過観察中である。

自然破裂をきたした2cm大の腎血管筋脂肪腫の1例：結縁敬治、重村克巳、片岡頌雄(市立西脇)、坂口俊也、藤井 収(同放射線)、西田義記(神戸労災放射線) 57歳、女性。3年前左腎に2cm大の血管筋脂肪腫を指摘されるも、経過観察をうけていなかった。2002年1月7日に突然の左腰部痛が出現、臨床所見やCTにより左腎血管筋脂肪腫の自然破裂と診断し、動脈塞栓術(TAE)を施行した。腫瘍に向かう分枝へ無水エタノールとリビオドールを3:1に混和して1.5ml注入した。3カ月後のCTでは腫瘍は縮小し、リビオドールの腫瘍内残留を認めた。腎血管筋脂肪腫の治療については1986年に提唱されたOsterlingらの治療方針がよく用いられるが、新しい塞栓物質によるTAEや腹腔鏡手術などが報告されており、腎血管筋脂肪腫の治療方針については再検討する必要があると考えられた。

腎 **Leiomyoma** の1例：桃原実大、横溝 智、松岡庸洋、甲野拓郎、北村雅哉、赤井秀行、高羽 津、岡 聖次(国立大阪)、河原邦光、倉田明彦(同病理) 64歳、女性。右腎に径6.4cm大の低エコー像を呈する腫瘍を指摘され当科紹介受診となった。IVPでは右腎上極の淡い腫瘍陰影と石灰化を認め、CTで内部に粗大な石灰化を伴い全体が不均一に造影された腫瘍を認めた。MRIおよびMRAではT1WIで低信号、T2WIでは内部、辺縁が一部高信号ながら全体に低信号な7×8cm大のhypervascularな腫瘍であった。以上から腎細胞癌は否定できず2001年10月15日根治的腎摘除術を施行した。摘除重量580g。腫瘍は径8×6×6cm大、境界明瞭、充実性の腫瘍で

剖面は灰白色を呈し所々に変性と石灰化を認めた。病理組織にて腎 leiomyoma と診断された。現在術後半年を経過し再発はみられていない。自験例を含めた腎 leiomyoma 本邦報告70例を集計し臨床的検討を加えた。

腎被膜脂肪肉腫の1例：長島隆夫、大嶺卓司(京都市大)、伊藤英晃(京都八幡)、河内明宏、三木恒治(京府医大) 70歳、男性。定期検診にて顕微鏡的血尿指摘され、その精査の際、右腎下極周囲に腫瘍を疑われ、CT、MRI検査にて腫瘍の存在を確認したため、エコーガイド下腫瘍生検を実施した。その結果脂肪肉腫の診断を得たため、右腎を含めた腫瘍の外科的摘除術を施行した。摘除標本は重量330g、腫瘍は、腎下極から上極にかけて腎被膜にそってひろがっていた。病理診断は、術前生検結果同様、脂肪肉腫 well differentiated type (WHO分類)であった。また腎実質への浸潤は認めなかった。自験例においては外科的に十分切除されたと考え、追加治療は行っていない。術後半年を経過し、再発、転移はなく生存中である。腎悪性腫瘍の中で脂肪肉腫の頻度は低く、中でも腎被膜に生じる例は稀で、本邦では17例目であった。

腎悪性神経鞘腫の1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、伊藤善一郎(大阪府立) 50歳、男性。2001年6月頃より左腰部痛出現し当科受診。腹部CT・MRIにて左後腹膜腔に30×13×11cm大の腫瘍を認め、内部は嚢胞性で、辺縁には充実性成分と全体を覆うような形で石灰化像を認めた。左後腹膜腫瘍の診断にて同年10月2日後腹膜腫瘍摘除術および下行結腸合併切除術を施行した。病理組織診断にて、嚢状部分は著しく萎縮した腎実質で、充実性部分はS-100蛋白陽性の紡錘形腫瘍細胞が束状配列を呈していた。水腎症が長期間存在していた左腎実質より発生した腎悪性末梢神経鞘腫であった。多発性肺転移が急速に進行し術後3カ月目に死亡した。腎より発生した悪性末梢神経鞘腫は非常に稀であり、本邦においては4例目であり、腎実質由来のものは自験例を含めわずか3例のみであった。

腎嫌色素細胞癌の1例：前田純宏(天理よろづ)、畑山 忠(高槻赤十字) 45歳、男性。検診時の超音波検査で左腎腫瘍を指摘され、当科へ紹介。腫瘍は径3cmで、左腎中極腹側に存在し腎杯近くに及んでおり、CTにて境界明瞭かつ均一で isodensity、弱く造影され、MRIにてT1、T2ともに isointensity、エコーでは isoechoic、ドプラーエコー造影法にて造影効果弱く、乏血流的腫瘍と考えられた。2002年1月根治的左腎摘除術を施行。病理診断は chromophobe renal cell carcinoma G2, INFα, v(-), pT1a。術後4カ月を経過し経過観察中である。嫌色素細胞癌は予後良好の報告が多く、CT、エコーにて均一かつ造影効果が弱い場合、当疾患の可能性を考えて腎温存手術を積極的に選択して良いのではないかと考えられる。

腎悪性リンパ腫の1例：中野雄造、源吉顕治、伊藤 登(社保神戸)、西田 晃(同内科) 65歳、女性。悪性リンパ腫(頸部・眼窩部)にて腫瘍切除後、放射線療法施行し当院内科通院中であった。2001年12月CTにて左腎腫瘍を認めた。ガリウムシンチで集積なかった。逆行性腎盂造影で左腎の圧排を認め、また左腎盂尿管がclass IVであったため、左腎盂腫瘍の診断にて左腎尿管切除術施行。病理診断は腎悪性リンパ腫であった。悪性リンパ腫は腎原発は稀であるが、リンパ節以外では腎は比較的浸潤の頻度の高い臓器といわれている。画像診断ではGaシンチが最も有効であるが、われわれの症例のように集積を認めないものが、non-Hodgkinリンパ腫の約10%に認められることがあり、腎実質に浸潤する腎盂癌や乏血管性腎癌との鑑別は困難と思われた。

馬蹄腎に合併した腎細胞癌の1例：大橋康人、前田浩志、羽間 稔(淀川キリスト教)、梅津敬一(小野市民) 54歳、男性。2000年12月から右腰痛あり翌月当院整形外科受診。右大腿骨遠位部に腫瘍を認め患部の生検にて病理組織学的に腎細胞癌骨転移の診断を得た。転科し排泄性腎盂造影、CTおよびMRI検査を施行したところ馬蹄腎左上極に径4cmの腫瘍を認めたため、2001年4月4日経腹的に峡部離断術および左半腎摘除術を施行した。病理組織学的診断はRCC, alveolar type, clear cell subtype, G2, INFα, pT1, pN0, pV1aであった。術後はINFαの投与を開始し骨転移部については同年7月に他医で摘出、人工関節置換術を行っており以後再発は認めていな

い。馬蹄腎に合併した腎細胞癌は稀でわれわれが調べたかぎりでは本邦では38例目であった。

巨大腎腫瘍の1例：石川智基，玉田 博，井上隆朗，島谷 昇（関西労災） 67歳，男性。主訴は腹部腫瘍触知。CT所見にて腫瘍は上端 SMA 分岐部レベルより下端パイフォケーションレベルまでであり左腎動脈，下腸間膜動脈を巻き込んでいた。Angiographyにて広範囲にわたる濃染像を認め，腫瘍は左腎動脈，腰動脈，下腸間膜動脈よりも栄養されていた。この腫瘍にたいし術中の出血のコントロール，手術時間の短縮のため，また腎茎血管の処置に困難が予想されたため手術直前に動脈塞栓術施行し，左腎摘除術を行った。摘除腎は大きさが13×11×18 cm。重量は2,150 g。組織学的には胞巣型と嚢胞型の混合型で腎動脈内の新鮮血栓がみられた。術後10カ月再発，転移なく生存中である。腎細胞癌に対する術前動脈塞栓術は，腫瘍が巨大であり摘除が困難であると予想された場合，考慮してもよいと考えられた。

腎癌の膀胱転移の1例：長谷部圭司，阿部豊文，遠藤雅也，中山治郎，岸川英史，関井謙一郎，吉岡俊昭，板谷宏彬（住友），辻村崇浩（同病理） 症例は55歳，女性，2001年3月肉眼的血尿・左腸骨部腫瘍を主訴に当院産婦人科を受診。CTで右腎と左腸骨に腫瘍を指摘され，当科紹介となる。同年4月右腎細胞癌と左腸骨転移と診断し，右腎摘除術施行した。6月には左腸骨腫瘍摘出術も施行した。同年10月治療中に肉眼的血尿出現し，精査の結果，膀胱に非乳頭状有茎性の腫瘍を認めた。同年11月TUR-Bt施行。病理結果は右腎癌と同じclear cell carcinomaで腎癌の膀胱転移と診断した。自験例を含めて腎癌の膀胱転移の24症例を，若干の文献的考察を加え報告した。

腎細胞癌術後11年目の膜転移の1例：中尾 篤，樋口喜英，古倉浩次，萩野敏弘（宝塚市立），小坂 久，山崎 元（同外科） 75歳，女性。1990年2月左腎腫瘍に対して根治的腎摘除術施行。病理診断はRCC，clear cell carcinoma，pT1b，N0，M0であった。経過観察中2001年11月のCTにて右腎門部レベル，下大静脈腹側に径3 cmの腫瘍が認められた。他の部位に明らかな再発，転移を認めなかったため転移性腫瘍の診断の下，腫瘍摘除術施行。術中所見にて腫瘍は膀胱部にあり，繊維性被膜に被包され被膜外への浸潤は明らかでなかった。周囲より剝離を行い，腫瘍核出術施行した。病理診断は以前の腎摘除標本と同様の像を示す腎細胞癌膜転移であった。術後7カ月現在再発の徴候は見られていない。腎細胞癌膜転移は稀で，切除報告例は文献上本邦87例目であった。

前胸部痛を契機に発見された径2 cmの腎細胞癌の1例：福原慎一郎，西村健作，向井雅俊，植村元秀，菅野展史，三好 進（大阪労災），吉田泰太郎，川野 潔（同病理） 75歳，男性。1999年12月頃より右前胸部痛を自覚するも放置。2000年5月胸部レントゲンにて異常陰影指摘され前医受診。胸部CTにて右第5～7肋骨に一致する部位に異常陰影を認め，右胸壁腫瘍の診断の下，腫瘍および右第5～7肋骨切除術施行。病理組織学的に淡明細胞癌であった。転移性の腫瘍であると考えられたため，2000年7月4日当科紹介受診。手術目的にて当科入院となった。CT，MRIにて左腎に径2 cmの腫瘍を認め，左腎腫瘍の診断にて，2000年8月2日根治的左腎摘除術施行した。病理組織学的にRCC，clear cell carcinoma，G1>G2，INF α ，pV1aであった。術後予防的に7カ月間INF 7カ月間INF α 300万単位を週5回投与。22カ月を経た現在，癌なし生存中である。

同一腎に同時発生した淡明細胞癌と顆粒細胞癌の1例：高田 聡，今村正明，石戸哲吾，前田純宏，東 新，奥村和弘，寺地敏郎（天理よろづ） 66歳，男性。2000年11月，排尿困難を主訴に当科受診。精査目的で施行した腹部エコーにて偶然左腎下極に腫瘍を認め，腹部CTを施行。左腎の上極に直径約2.5 cmの腫瘍，下極に直径約7 cmの腫瘍を認め，左腎癌の診断にて2001年1月根治的左腎摘除術を施行。病理組織検査では上極の腫瘍は顆粒細胞癌，下極の腫瘍は淡明細胞癌であった。2002年6月現在，患者は再発なく外来にて経過観察中である。同一腎における多発性腎癌の発生頻度は諸家の報告をまとめると6.5～25%といわれている。また，危険因子については主腫瘍のpT stage，腫瘍径が関与するとの報告が多くみられる。その他，多発性腎癌の予後，主腫瘍と随伴腫瘍の組織型について文献的に検討した。

右腎腫瘍術後，対側腎に発生した腫瘍に対し，体外腫瘍核出術と自家腎移植術を施行した1例：新谷寧世，藤井令央奈，稲垣 武，平野敦之，新家俊明（和歌山医大） 症例は48歳，女性。Von Hippel-Lindau 病家系で，以前右腎腫瘍と副腎褐色細胞腫に対して手術を施行されている。今回腹部CTにて左腎に腫瘍を認めたため当科紹介。なお患者は個人的な問題として，宗教上の観点より輸血を拒否していた。単腎であることを考慮し，体外腫瘍核出術と自家腎移植術を施行し，clear cell carcinoma G2 INF α v-，pT1との組織学的診断であった。術中，術後を通して輸血を必要とせず，血液透析の必要もなかった。ただしVon Hippel-Lindau 病という腫瘍発生の遺伝的素因が存在し，今後厳重な経過観察が必要であると考えられた。今後の症例に関しても，移植技術の進歩，普及した今日，より積極的な応用を考慮していくべきかとおもわれた。

黄色肉芽腫性腎盂腎炎の1例：青木 大，桑江秀樹，松井孝之（南大阪） 64歳，女性。2001年10月に二度にわたり熱発および右腰背部痛が出現し近医受診。腎盂腎炎の診断で抗生剤の点滴をうけ解熱した。しかし11月にも同症状が出現。その際施行されたCTで右腎に異常を指摘され，当科に紹介受診となる。初診時37度の軽度発熱があり，血液生化学的検査上も炎症所見を認めた。CT所見および臨床像から右腎多発性膿瘍と診断されたが炎症の再燃を繰り返しているため，最も大きな膿瘍に対し経皮的穿刺ドレナージが施行された。精査の結果，右腎は無機能であったため，12月13日右腎摘除術が施行された。摘除標本の断面は黄色を呈し，病理診断でxanthoma cellを認め，黄色肉芽腫性腎盂腎炎と診断された。術後の経過は順調である。本疾患は，本邦では約200例の報告があり，膿腎症型，腎膿瘍型，腎周囲型の3型に分類されるが，本症例は腎膿瘍型と考えられた。

黄色肉芽腫性腎盂腎炎の1例：伊夫貴直和，日下 守，坂元 武，木浦宏真，高原 健，勝岡洋治（大阪医大） 53歳，女性。28歳時，子宮頸癌にて手術施行。術後より残尿を認めたため，自己導尿を指導されていた。1999年11月頃より，カテーテル挿入時の疼痛，膿尿を認め，2001年4月16日当科受診。DIP・CTにて，サンゴ状結石，膿腎症，膀胱憩室を指摘されるも放置。2002年2月14日右下腹痛・歩行困難が出現したため，当科受診し，精査加療目的にて同日入院。CT所見より，サンゴ状結石・右腸腰筋膿瘍を伴った右黄色肉芽腫性腎盂腎炎と診断され，2002年3月4日，右腎摘出術・右腸腰筋ドレナージ術施行。術中所見では，腎は軽度腫大し，周囲組織（腹膜・腸腰筋）と癒着。病理診断は，黄色肉芽腫性腎盂腎炎であった。術後は右下腹痛・歩行困難は消失し，経過良好にて2002年3月30日退院。

腎癌と鑑別困難であった黄色肉芽腫性腎盂腎炎の2症例：森 康範，能勢和宏，杉山高秀，松浦 健，栗田 孝（近畿大），林 泰司（富田林） 症例1，61歳，女性。糖尿病コントロール目的にて当院内科入院中，全身検索にて画像上右腎腫瘍認められ，2001年5月7日当科紹介受診となる。血液検査では，WBC，CRPが高値を示し，尿検査では膿尿を認めた。超音波検査，IVP，CT，MRIなどの結果，右腎癌を疑い同年6月6日根治的右腎摘出術を施行した。病理診断は，黄色肉芽腫性腎盂腎炎であった。症例2，34歳，男性。2002年1月右腰部不快感認め近医受診。超音波検査上右腎盂内に約3 cm大の腫瘍を認め右腎盂腫瘍疑いにて同年1月10日当科紹介受診となる。超音波検査，IVP，CT，MRI，血管造影などの結果，右腎癌を疑い同年2月13日根治的右腎摘出術を施行した。病理診断は，黄色肉芽腫性腎盂腎炎であった。2症例とも術後経過良好である。

成人型Wilms腫瘍の1例：池田朋博，堀川直樹，林 美樹（多根），藤本清秀，平尾佳彦（奈良医大） 64歳，男性。2001年9月下旬に左側腹部痛および体重減少を主訴として当院外科を受診する。CTにて左腎に腫瘍を認めたため当科に紹介となる。画像診断にて左腎悪性腫瘍と診断し同年12月17日，肋骨弓下横切開による根治的左腎摘除術を施行。摘出腎は，16×8×6 cmで重量575 gであり，断面では14×8 cmの大部分に壊死巣を伴う赤褐色充実性腫瘍を認めた。病理組織診断は，Wilms腫瘍，favorable histology，stage IIIであった。術後，肝に転移性腫瘍を認めたため，現在，CDDP，VP16およびIFMの併用による全身化学療法を施行中である。

魚骨による腎周囲膿瘍の1例：中村一郎，今西 治，金 啓盛（神戸西市民），小縣正明（同外科），長久裕史（姫路赤十字），山中邦人

(市立西脇) 83歳, 男性。既往歴は1995年直腸癌で直腸切除術, 人工肛門造設術。熱発, 右上腹部痛にて2000年9月11日内科受診。CTにて右腎下極周囲に内部に輝度の高い直線的な石灰陰影をもつ6cm大の腫瘤影を認めため、当科紹介され即日入院。魚骨による腎周囲膿瘍の診断のもと、2000年9月26日右半結腸とともに腫瘤を摘出した。膿瘍内に2本の魚骨を認め、長径は18mmと12mmであった。病理結果は炎症性肉芽で、悪性像は認めなかった。術後経過は良好で、2000年10月23日退院した。魚骨は嚥下後、上行結腸を穿孔し、後腹膜腔に迷入したものと考えられ、後腹膜腔・泌尿生殖器に穿孔したものとしては文献上本邦22例目である。

外傷性右腎動脈閉塞の1例: 藤岡 一, 岡 泰彦 (加古川市民), 榊原孝至, 松井祥治, 中村 毅 (同外科), 西大條升一, 土師 守 (同放射線) 20歳, 男性。2002年1月14日未明, 飲酒運転中, 駐車車両に追突し, 腹部を強打。他院搬送, 当院受診勧められたが, 帰宅。その後, 嘔吐, 腹痛増悪し, 同日午前8時当院受診。腹腔内臓器損傷疑われ入院。意識清明, 血圧100/60mmHg, 上腹部圧痛著明。腹部造影CTにて右腎は造影されず, 右腎動脈は起始部付近で途絶, 血管造影にて右腎動脈の完全閉塞を認めた。右腎動脈閉塞と診断した。肝, 脾損傷も認めた。バイタル安定していたため, 経過観察としたが, 翌日, 上腹部痛の増悪とアミラーゼの上昇認め尿液瘻が疑われたため, 開腹下に, 臍床ドレナージ, 胆摘, T-tubeドレナージ, 右腎摘術を施行。病理診断は, 阻血性壊死であった。術後1カ月で軽快退院した。外傷性腎動脈閉塞は, 本邦では60例目であった。

Primary amyloidosis による腎不全に対して腎移植を施行した1例: 紺屋英児, 畑中祐二, 西岡 伯, 秋山隆弘 (近畿大堺), 前倉俊治 (同臨床病理), 高原史郎 (大阪大) 53歳, 男性。アミロイド腎症 (1998年に生検にて確認) を原疾患とする慢性腎不全により1998年10月から維持血液透析療法を受けていた。2001年2月23日に50歳の妻をドナーとする生体腎移植を希望して当科受診。同年4月16日に手術目的で当科入院となり同年4月23日に生体腎移植を施行した。術後経過はとくに問題なく急性拒絶反応を一度も起こすことなく腎機能は血清Cr値1.0mg/dl前後に落ち着いた。術後40日目に退院となりその後も順調に経過した。術後約9カ月目の移植腎生検ではアミロイド沈着はなく画像診断上も他臓器沈着の所見を認めず, 術後13カ月目の現在も腎機能は安定し臨床症状も認めず経過良好であり, 腎移植は有効と考えられた。

両側尿管ステントを長期に放置し, 付着した結石の治療に難渋した1例: 関 英夫, 鈴木 啓, 金沢元洪, 沖原宏治, 宮下浩明 (近江幡市民), 飯田明男 (国立滋賀) 38歳, 男性。他院で右尿管結石にて右尿管ステントを留置され, 当科に紹介されるも受診せず, 約3年間放置。その後, 左尿管結石に対し左尿管ステントを留置され当科受診。右尿管ステントのR2, U2部に結石の付着を認めた。左尿管結石は第4腰椎の高さに認めた。まず左尿管結石にESWLを行い左ステントを抜去した。続いて右のR2およびU2のステント付着結石に対しESWLを行い, R2の結石は粉碎されU2の結石上まで下降した。ステント抜去を試みたがビッグテイルがU2の結石に引っかかり中止した。再度ESWL後抜去を試みたがステントが離断した。別の尿管カテーテルを挿入し, 結石を押し上げ離断ステントを抜去した。抜去後もU2の結石は残存し, TULを行い結石をすべて摘出した。退院後, 患者は受診していない。

右尿管腸骨動脈瘻に対し経尿道的にコイル塞栓を行った1例: 高橋彰, 西山隆一, 北原光輝, 日裏 勝, 金岡俊雄, 林 正 (日赤和歌山医療セ), 松尾幸憲, 筒井一成 (同放射線), 兵谷源八 (同脳神経外科) 71歳, 女性。10年前に子宮癌に対し子宮全摘, 放射線治療施行。以後癒着性イレウスに対し複数回, 腹部手術を行った。2000年10月これに伴う尿管狭窄・腎盂腎炎のため尿管ステント留置, 後に左は腎瘻に変更, 右は定期交換していた。2001年12月20日の定期交換時に大量出血をきたし出血性ショックとなった。2日後にも同様の出血があり, 右腎摘術施行。しかし術後も約10日おきに多量の出血があり, 右尿管腸骨動脈瘻を疑い翌年1月13日血管造影を施行, 確定診断に至った。同時に血管内ステントを留置するも, 1月17日再度出血。経尿道的に金属コイルを瘻孔部に塞栓し症状の改善をみた。以後5カ月間新たな出血は認めていない。

アルゴンプラズマ凝固術が奏功した放射線性直腸炎の1例: 松本 穰, 平井利明, 垣本健一, 小野 豊, 目黒則男, 前田 修, 木内利明, 宇佐美道之 (大阪成人病セ), 上堂文也 (同内科) 70歳, 男性。1999年4月前立腺癌 T1cN0M0 と診断され内分泌療法後2000年6月6日より外照射70Gyを施行。2000年8月に下血が出現, 貧血が進行し2002年1月11日入院。内視鏡的アルゴンプラズマ凝固術 (APC) を三回施行し出血は消失した。前立腺癌の放射線治療後に生じた放射線性直腸炎に対し行った APC に関する海外報告例から治療成績と合併症を集計した。症例は110人, 平均年齢70.0歳, 施行回数は平均2.96回。早期合併症は再出血, 肛門痛, テネズムス, 晩期合併症は直腸狭窄, 直腸潰瘍などがあつたがいずれも軽度であった。高度の貧血を伴う放射線性直腸炎に対して APC は安全で有効性の高い治療であると考えられた。

当院における尿路感染症の起原菌の検討: 植田知博, 吉岡 巖, 中村吉宏, 細見昌弘, 清原久和 (市立豊中) 期間は1997年11月より2002年2月。男性595例, 女性691例の計1,286例。検体はカテーテル尿141例, 自尿1,089例, 尿道分泌物56例。入院患者では緑膿菌が102例。外来患者では大腸菌が217例。薬剤耐性菌については淋菌64例中45例オフロキサシン耐性。緑膿菌は144例中69例がオフロキサシン耐性, イミペネム耐性は11例。MRSAは89例, アルベカシン耐性は3例, 全例バンコマイシンには感受性を認めた。セラチアは52例中モノバクタム耐性43例, セフトジシム耐性42例, ゲンタマイシン, イミペネムともに1例ずつ耐性。ニューキノロン耐性淋菌は増加しておりセフェム系薬剤が有効と考えられる。緑膿菌, セラチアは第3世代セフェム, カルバペネムの耐性化が進んでおり感受性の同定が重要であると思われる。

腫瘍転をきたした尿路上皮癌の1例: 岡田能幸, 西山博之, 赤松秀輔, 木下秀文, 伊藤哲之, 国島康晴, 賀本敏行, 山本新吾, 羽瀨友則, 小川 修 (京都大), 樋口壽宏 (同産婦人科) 74歳, 女性。1985年に初発の膀胱癌 (TCC, pTa, G1-2) にて当科初診。以後TUR 3回, 右尿管全摘 (TCC, pT3, G3), 膀胱全摘 (TCC, pT2, G3) 施行。1999年より不正性器出血を自覚し, 2001年12月当院産婦人科受診。生検にて移行上皮癌の腫瘍転と診断され, 2002年2月に子宮腔尿道全摘術を施行。病理組織学的には腫瘍転から粘膜下層に浸潤する移行上皮癌が認められた。術後4カ月を経過するも再発, 転移は認めていない。尿路上皮腫瘍の腫瘍転は本邦, 海外文献上自験例が13例目であった。

浸潤性腎盂癌の3例: 原口貴裕, 古川順也, 田口 功, 山中 望 (神鋼), 後藤紀洋彦 (後藤泌尿器科) 症例1は67歳, 女性で主訴は無症候性肉眼的血尿。症例2は71歳, 男性で偶然 IVP で左腎の異常を発見。症例3は56歳, 男性で主訴は無症候性肉眼的血尿。3例共に腎実質への著明な浸潤性増殖を示す TCC G3 であった。通常の腎盂癌に有用と考えられる IVP および RP で腎盂癌と診断できたのは腎盂内にも発育を認めた症例3のみであり, 腎盂内への明らかな発育を認めなかった症例1および2においては画像診断が困難であり, 症例1では腎摘除術, 症例2では開腹生検により診断に至った。症例2においては腎孟尿管鏡を施行したにもかかわらず, 粘膜病変はなく術前診断に至らなかった。むしろ CT・MRI・腎動脈造影が比較的有效であり, それぞれ特徴的な所見を認めた。予後は不良であり, 症例1は23カ月, 症例2は4カ月, 症例3は4カ月で癌死した。

尿管結石症を契機に発見された腎盂上皮内癌の1例: 石田裕彦 (丹後中央), 浦野俊一 (久美浜), 伊藤吉三 (綾部市立), 河内明宏, 中尾昌宏 (京府医大) 41歳, 男性。右側腹部痛を主訴に当科受診。右尿管結石症の診断のもと, 経尿道的尿管碎石術を施行した。その際, 右腎尿管移行部に不規則な粘膜を認め, 生検を施行したところ, 移行上皮癌と思われる腫瘍性病変を認めたため, 右腎盂腫瘍 T1N0M0 の臨床診断のもと, HALS 併用右腎尿管摘除術および膀胱部分切除術を施行した。病理組織診断は腎盂の上皮内癌であった。腎盂尿管腫瘍に尿路結石症が合併する頻度は6~26%との報告があり, 尿路結石症患者における尿路上皮癌の合併は, 臨床症状の類似のため, その診断は難しいとされている。自験例においてもX線学的検査や尿細胞診検査において有意な所見はなく, 内視鏡検査の際の生検にて確定診断を得たことより, 尿路結石患者に対する内視鏡検査は有用であったと思われる。

馬蹄鉄腎に合併した腎盂腫瘍の1例：小堀 豪，前川正信，牛田博，前川信也，井上幸治，金子嘉志，大森孝平，西村一男（大阪赤十字） 60歳，男性。高血圧にて近医で加療中，PSA 高値，顕微鏡的血尿を認め2000年11月，当科紹介。初診時，DIP にて左腎が造影されず，エコーで左水腎症を認めた。次いでRP を施行しようとしたが，施行できなかった。AP を施行し左腎盂内に不整な陰影欠損像を認めた。腎盂腫瘍を強く疑い，造影CT を施行。馬蹄鉄腎および左腎盂内に，造影される明らかな腫瘍を認めた。左腎盂腫瘍T2，N0，M0の診断のもと，馬蹄鉄腎峡部離断術，左尿管全摘除術を施行。摘出標本にて腎盂下部に径約5cmの乳頭状腫瘍をみとめ，病理はTCC，pT1，grade 2であった。術後経過良好であり，1年6カ月経過した現在，再発を認めていない。馬蹄鉄腎に合併した腎盂腫瘍の報告は本邦では26例目であった。

尿管周囲に存在した Inflammatory pseudotumor と思われる1例：谷川 剛，高羽夏樹，野々村祝夫，奥山明彦（大阪大），小川修（京都大） 59歳，女性。2001年7月に右腰背部痛を自覚し，近医受診したところ右尿管に長さ11cmの腫瘍を認め，尿管癌，悪性リンパ腫，平滑筋肉腫などが疑われたため，同年9月手術目的にて当科入院となった。入院時の血液生化学，腫瘍マーカーでは異常を認めず。入院前，軽度上昇を認めていたCRPも陰性化していた。自然尿・腎盂尿細胞診，検尿も異常なし。尿管癌を疑いRP施行するも尿管に狭窄，不整を認めず右水腎症も著明に軽減していた。再度CT撮影したところ，病変部の縮小を認めたため手術を中止とし，経過観察を行った。以降，病変は徐々に縮小し，2002年3月時点でほぼ消滅している。臨床経過から inflammatory pseudotumor と考えられた。

フェナセチン含有鎮痛剤の長期服用により発生したと思われる尿管腫瘍の1例：芝 政宏，藤井孝裕，高寺博史（八尾徳洲会） 症例は64歳，女性。2001年11月12日，無症候性肉眼的血尿を認め当科紹介となる。腹部造影CT検査にて左尿管腫瘍を認めた。既往歴として，54歳時より，約10年間，頭痛に対しフェナセチン含有鎮痛剤を連日服用しており，フェナセチンの総摂取量は約2.7kgに及んだ。同年11月26日，左尿管摘除術施行。単発の左尿管癌であり，病理組織はTCC G2 pT2で腎には間質性腎炎像を伴っていた。筋層浸潤を認めたため，術後，全身化学療法（M-VAC）を2コース施行。現在，再発を認めず外来経過観察中である。フェナセチン長期，大量服用の副作用として尿路上皮癌の発生が報告されており，当症例においてもフェナセチン含有鎮痛剤の長期服用が尿路上皮癌の発生に関与した可能性が考えられた。

子宮への直接浸潤を来した尿管癌の1例：田中雅登，小林義幸，野間雅倫，奥見雅由，市丸直嗣，佐川史郎，伊藤喜一郎（大阪府立） 57歳，女性。2001年5月，持続する右下腹部痛にて当科初診。種々の画像診断にて右水腎症と右下部尿管に上下2カ所の狭窄部位を認めた。右尿管腫瘍の診断のもと，同年8月14日，手術施行。術中所見では，狭窄部位で，尿管が子宮および右卵巣に強固に癒着していた。迅速病理で移行上皮癌と診断されたため，右尿管全摘および，子宮付属器合併切除術を施行。最終病理診断は右尿管移行上皮癌，G2=G3および，子宮，右卵巣転移であった。詳細な病理学的検討で，癌は尿管内の2カ所に存在し，その中間部尿管は嚢胞状に拡張し，下端部の腫瘍のみが子宮，右卵巣へ直接浸潤していた。術後，補充療法として，M-VAC療法を2コース施行。術後10カ月の現在，明らかな再発を認めていない。

右腎摘術後残尿管に発生した尿管腫瘍の1例：北原光輝，西山隆一，高橋 彰，日裏 勝，岡岡俊雄，林 正（日赤和歌山），渡邊千尋（同病理） 77歳，女性。主訴は無症候性肉眼的血尿。30歳時に腎結核のために右腎摘除術を受けている。2001年10月に上記主訴にて当科を受診。CTにて右残尿管尿管腫瘍と診断。2002年1月23日右残尿管尿管摘除，膀胱部分切除術を施行した。腫瘍は，移行上皮癌，G3，pT3だった。術後UFTの内服で外来加療している。右腎摘除術後，47年を経て発生した原発性残尿管尿管腫瘍を経験した。腎摘除術に際し，遺残結石，膀胱尿管逆流，感染の持続などの危険因子が存在する場合は尿管も摘除することを考慮する必要があると考えられた。

膀胱炎症性偽腫瘍の1例：木村泰典，藤原敦子，三神一哉，植原秀和，川瀬義夫，内田 睦（松下記念） 29歳，女性。家族歴，既往歴に特記すべきことなし。2001年9月排尿時痛・下腹部圧痛を訴え，近医にて膀胱炎として抗生剤投与を受けるも症状が続くため当科紹介受診。膀胱鏡検査にて，膀胱頂部に大きさ約2cmの表面平滑な粘膜下腫瘍を認め，MRI上，T1強調像で腹直筋とisointensityを示し，T2強調像でhigh intensityを示す，臍と連続性を持つと考えられる腫瘍を認めた。感染性尿管膿瘍や尿管癌を疑い2001年10月尿管を含む膀胱部分切除術を施行した。摘出標本は，大きさが2×2×1.5cm，弾性硬で，断面が黄白色の充実性腫瘍であった。病理診断は膀胱炎症性偽腫瘍であった。術後8カ月を経過し，再発はなく生存中である。膀胱炎症性偽腫瘍は稀な疾患で，文献上自験例は本邦報告39例目と思われる。

膀胱 Micropapillary transitional cell carcinoma の1例：杉野善雄，根来宏光，岩村博史，諸井誠司，岡 裕也，川喜田陸司（神戸中央市民），埴岡啓介（同病理），竹内秀雄（公立豊岡） 77歳，男性。主訴は血尿。膀胱腫瘍にて2001年11月当科紹介受診。傍大動脈リンパ節転移を認めCisCA 2コース施行するもNCであった。2002年2月5日膀胱全摘術+後腹膜リンパ節郭清術を施行。組織はmicropapillary TCC，G3，pT1bN2M0であった。術後3カ月で骨盤内再発を来し，経過観察中である。一部の卵巣漿液性腫瘍に見られる組織であるmicropapillary typeの膀胱腫瘍は比較的表在性に乳頭状腫瘍が集塊をつくる像が特徴的であるが，リンパ管への浸潤性が強く，早期に見つかったものを除くと予後は非常に悪い（5年生存率約25%）。海外では約80例ほどの報告があるが，本邦での報告はない。これまでの病理診断でも未分化癌として扱われている可能性もあり，検討の必要があると思われる。

腹壁より発生したと考えられた骨外性骨肉腫膀胱浸潤の1例：甲野拓郎，横溝 智，桃原実大，松岡庸洋，北村雅哉，赤井秀行，高羽津，岡 聖次（国立大阪），河原邦光，倉田明彦（同病理） 68歳，女性。31年前子宮頸癌にて手術後放射線療法を施行されていた。2001年夏頃より下腹部の腫瘍に気付くも放置，秋頃より肉眼的血尿を認めたため当科受診。諸検査にて腹壁から膀胱前壁へ広がる腫瘍を認めたため生検を施行。肉腫の診断にて2002年1月7日に腫瘍切除，および膀胱部分切除術施行。病理組織は骨外性骨肉腫であった。腹壁との癒着が強かったことおよび腫瘍の膀胱との付着部分のごく一部であったことより腹壁より発生し膀胱浸潤したと考えられた。術後5カ月を経過したが，すでに局所再発および肝転移を認めている。腹壁より発生した骨外性骨肉腫の本邦報告例は4例目で，膀胱浸潤は本例が初めてであった。本例では放射線照射が病因として考えられた。

子宮頸癌腫断端再発による膀胱浸潤の手術経験：古川順也，原口貴裕，田口 功，山中 望（神鋼） 69歳，女性。1973年子宮頸癌にて子宮全摘除術および追加放射線療法を施行後外来通院中であった。1999年7月より不正性器出血を認め，局所再発の診断にてchemotherapy（POMP）を3コース施行後2000年11月より肉眼的血尿が出現。各種画像所見により子宮頸癌腫断端再発膀胱浸潤と診断。2000年3月2日，前方骨盤内臓器全摘除術，膈亜全摘除術および回腸導管造設術を施行。このような症例に対する手術適応および手技は確立されておらず，本症例の手術方法は，DVCを結紮した後，膀胱のlateral pedicleの一部を逆行性に処理し，癒着の少ない膈直腸間をまず同定することで安全に施行できた。本症例では術後26カ月経過した現在も腫瘍の再発は認めず良好なQOLが得られた。

両側水腎症を伴った膀胱子宮脱の1例：前野 淳，長濱寛二，中村健一，奥野 博（国立京都），井田憲司（同婦人科） 73歳，女性。主訴排尿困難，尿失禁。約6カ月間続く排尿困難，尿失禁にて近医受診し，超音波エコーにて両側の水腎症を認め当科紹介となった。外陰部所見では新生児頭大の子宮脱を認め，膈口より膈前壁，外子宮口が完全に露出していた。DIPでは両側の水腎尿管尿管症を認めた。膀胱造影では膈口より逸脱する膀胱瘤を認め，MRI矢状断では膀胱瘤，子宮脱のほか，尿道の変位を認めた。膀胱鏡では膀胱瘤内に両側の尿管口を認め，下部尿管が子宮および膀胱と生殖裂孔の間で圧迫されることにより水腎尿管尿管をきたしたものと考えられた。以上より膀胱子宮脱と診断し，経膈的子宮全摘術，膈前壁，膈後壁形成術，付属器結紮による膈壁挙上術を施行した。術後DIP，尿流測定にて著明に

改善した。

女子傍尿道平滑筋腫の1例：酒井麻衣子，森下真一（鐘紡記念），中野康浩（中野泌尿器科），中村一郎（神戸西市民），梅津敬一（小野市民） 51歳，女性。外陰部腫瘍および排尿困難を主訴に，2002年1月に当科紹介受診。外陰部に尿道前壁より尿道口へ突出する母指頭大，無痛性で弾性硬，可動性の良好な腫瘍を認めた。MRIにて腫瘍は直径3cm，T1で低信号，T2でやや高信号を示し，辺縁は明瞭で，周囲との境界も明らかだった。傍尿道腫瘍の診断にて腫瘍摘出術を施行。腫瘍は被膜に覆われており，尿道，陰粘膜との交通はなく，容易に剝離可能であった。摘出標本は，直径2.7×2.3×1.7cm，重量18g，赤褐色で表面平滑，剖面は黄白色。病理診断は平滑筋腫であった。術後4カ月経過したが，排尿状態に問題なく，再発も認めていない。

原発性女子尿道癌の1例：清水洋祐，高尾典恭，七里泰正，山内民男（北野） 患者は49歳，女性。主訴は尿道分泌物。2001年4月頃より尿道分泌物出現。当院婦人科にて施行されたMRIにて尿道腫瘍を指摘され10月20日当科初診。検査所見では，SCCが16.0（<1.5）と上昇していた。骨盤部MRIおよびCTでは，径5.5cmの腫瘍を尿道全周にみとめ，内部は不均一に造影された。経尿道的腫瘍生検では扁平上皮癌と診断された。5-Fu+CDDPによる化学療法2コースおよび計40Gyの放射線療法施行後2002年1月31日，骨盤前方全臓器摘除術，骨盤内リンパ節廓清術，および回腸導管造設術施行した。病理学的には扁平上皮癌細胞の膀胱頸部への浸潤を認めpT3であった。リンパ節転移は認めなかった。

初診時からDIC併発を認めた前立腺癌の1例：梶尾圭介，川口理作（千船） 54歳，男性。主訴は無症候性肉眼的血尿。内視鏡検査で前立腺癌膀胱頸部浸潤が疑われ入院。入院時検査で血小板，フィブリノーゲンの減少，PT延長を認め，DREおよびMRIの所見から，前立腺癌にDICを併発したものと診断。PSA値および病理診断を得られないうま，抗凝固療法を開始すると同時に，DES-DP大量投与療法を施行した。治療開始後4日目には肉眼的血尿は消失し，その後急速にDICの緩解が得られた。20日目，前立腺生検を行ったところ，病理診断は中分化腺癌であった。また，骨シンチでは体幹部全体に強い集積を認めsuper scanを呈していた。今回われわれは，初診時からDIC併発を認めた前立腺癌に対し抗凝固療法とDES-DP大量投与療法が有効であった1例を経験したので報告する。

前立腺癌による2次性膜性腎症の1例：武中 篤，原田健一，丸山聡（兵庫県立柏原） 75歳，男性。顔面，下腿浮腫，低蛋白血症，高脂血症，尿中蛋白4.5g/日と，ネフローゼ症候群の診断基準を満たしていた。合併する悪性腫瘍検索目的ではPSAが72ng/mlと異常高値であった。腎生検では膜性腎症stage1と診断した。経直腸的前立腺生検では10箇所中4カ所にGleason 2+3の前立腺癌を認めた。転移巣検索では骨シンチで腰椎にhot spotを，骨盤部CTで右閉鎖リンパ節に転移を認めた。以上より前立腺癌T3b，N1，M1と診断した。LH-RH+bicalutamideによるTAB療法を開始し，6週後にはPSA 0.2ng/ml未満となった。これに平行するように尿中蛋白も徐々に減少し，治療開始約5カ月後にはほぼ消失した。治療開始13カ月現在，前立腺癌およびネフローゼ症候群の再燃を認めていない。前立腺癌を合併した膜性腎症に報告は第2例目である。特に自験例は前立腺癌治療単独で膜性腎症が寛解した初の症例と考えられた。

前立腺部に発生した滑膜肉腫の1例：寺尾秀治，山崎隆文，白川利朗，藤沢正人，荒川創一，守貞貞夫（神戸大），吉村光司（六甲アイランド），大林千穂（神戸大病理） 52歳，男性。2001年9月に尿閉のため六甲アイランド病院受診。各種画像診断にて前立腺部に直径約7cm大の腫瘍を認めたため，針生検術施行し前立腺肉腫と診断された。同年11月当科紹介受診となり，同月根治的前立腺摘除術を施行した。病理診断は前立腺部に発生した滑膜肉腫であった。術後補助療法として抗癌化学療法を施行，レジメンとしてはIFO，DXRを用いた。術後半年が経過し，再発，転移はなく生存中である。前立腺部に発生した滑膜肉腫は非常に稀で文献上2例目であった。

前立腺悪性リンパ腫の1例：平井利明，松本 穰，垣本健一，小野豊，目黒則男，前田 修，木内利明，宇佐美道之（大阪成人病セ

55歳，男性。主訴は排尿困難，頻尿。PSA高値のため施行した前立腺生検で悪性リンパ腫が疑われ，2002年1月当科に紹介された。前立腺は触診にて軽度腫大，弾性軟であった。血液検査所見では赤血球数，白血球数，分画や，LDH，CRP，IL-2Rなどに異常を認めなかった。骨盤部MRIで前立腺内腺の腫大を認めたが，腹部CT，骨シンチなどでは異常所見を認めなかった。生検像はMALTリンパ腫であったため前立腺に対し外照射36Gy施行したところ，照射終了後1カ月で排尿症状は改善した。本邦における原発性前立腺悪性リンパ腫は現在までに20例報告されているが，MALTリンパ腫が前立腺に原発性に発生することはきわめてまれで，本邦では自験例のみであった。

原発性前立腺移行上皮癌の1例：種田倫之，相馬隆人，土井 浩，飛田収一（京都市立），鷹巢晃昌（同病理），伊東三喜雄（伊東泌尿器科） 74歳，男性。尿閉を主訴に受診した。経直腸生検で直腸浸潤を伴った前立腺移行上皮癌の診断を得た。肺および右坐骨転移を有しており内分泌療法は無効で，放射線療法，およびM-VAC化学療法3コースを施行し縮小効果を得た。TUR-Pを施行したところ悪性所見を認めなかった。5-FU経口にて経過をみるも，1カ月後に再燃した。M-VACをさらに1コース追加するも病勢の進行を抑えられず，さらにVP-16経口による外来化学療法を行うも，肝，陰茎などに転移をきたし，初診より17カ月で癌死した。剖検上，移行上皮癌と扁平上皮癌が混在していた。前立腺内は顕微鏡的微小遺残を認めるのみで，膀胱浸潤は伴っていたものの粘膜浸潤は認めず，放射線療法およびM-VAC療法にて局所的には効果を示した可能性が示唆された。

初診時より縦隔・頸部リンパ節転移を認めた前立腺癌の1例：木内寛，難波行臣，古賀 実，竹山雅美（大阪中央） 73歳，男性。2001年7月より陰嚢腫脹と嘔吐などのイレウス様症状が出現し，当科外来受診。初診時PSAは145ng/mlと高値を認めた。画像上，前立腺は著明に腫大し，腫瘍は精囊に浸潤し，直腸，S状結腸を取り囲むように膀胱上部まで発育していた。閉鎖神経節，内・外腸骨節，腹部大動脈周囲リンパ節の腫大，多発性骨転移を認めた。単純Xp，CT上左鎖骨上リンパ節から前縦隔にかけての8×4cmの腫瘍を認めた。前立腺生検より病理組織学的に低分化型前立腺癌，T4N1M1と診断した。内分泌療法を開始したところ，PSAは1カ月後に21.5ng/ml，9カ月後に1.2ng/mlまで低下を認めた。画像上，リンパ節を含め腫瘍は著明に縮小し，左鎖骨上リンパ節は消失した。治療開始後10カ月経過した現在，経過良好である。

精巣類表皮嚢胞の1例：高田 剛，山本圭介，桃原実大，小森和彦，本多正人，藤岡秀樹（大阪警察） 64歳，男性。2001年11月20日近医にて左精巣の無痛性腫脹を指摘され当科初診。左精巣実質は対側に比べ，6×3cmと腫大していたが，内部エコー像はほぼ均一で健常であると思われる右精巣とほぼ同じ所見であった。左精巣の腫脹は認めるものの，悪性腫瘍を示唆する所見に乏しく，2001年11月28日腰椎麻酔下にて，まず左精巣の一部を試験切除し，術中迅速病理組織診にて類表皮嚢胞の診断を得た後に，左精巣摘除術を実施した。摘除標本は65.5g，腫瘍部分は6×3×3cm，黄土色粥状・充実性・弾性軟で，左精巣全体を占拠しており，正常精巣実質は全く認められなかった。精巣類表皮嚢胞の中にも超音波所見において正常精巣と鑑別が困難な場合があり，注意を要すると考えられた。

成人の両側精巣固定術後にみられた精巣腫瘍の1例：田中 努，片岡 晃，坂野祐司，上仁数義，岡本圭生，若林賢彦，吉貴達寛，岡田裕作（滋賀医大） 44歳，男性。31歳時，両側精巣固定術を受けている。左陰嚢内容腫脹を主訴に2001年10月当科受診。左精巣腫瘍の診断にて左高位精巣摘出術施行。病理組織学的所見では，セミノーマの単一型で精索浸潤を認めた。腹部CTでは左鼠頸部に5cmのリンパ節転移と傍大動脈に1.5cmのリンパ節腫脹を認め，BEP療法3コース施行。傍大動脈リンパ節の腫脹は消失したが，鼠頸部の腫瘍は，著明に縮小したものの消失せず，左鼠頸部リンパ節摘出術と右精巣生検を施行した。病理組織検査でviable cellを認めたため，後腹膜より左鼠頸部にかけて放射線療法を施行した。右精巣に悪性所見は認めなかった。退院後3カ月の現在，再発の兆候なく経過観察中である。自験例は本邦45例目であった。

眼転移により発見された進行性精巣腫瘍の1例：兵頭洋二，阪本祐一，山田裕二，武市佳純（県立淡路），山中和樹（坂井瑠実クリニック）25歳，男性。右眼痛を主訴に当院眼科受診。精査にて左精巣腫瘍，眼転移，多発肺転移と診断。2001年5月左精巣高位摘除術施行。組織型は immature teratoma, yolk sactumor, seminoma, choriocarcinoma であった。化学療法にて眼転移はCR，残存肺転移に対し腫瘍摘除術を施行しpCRを得た。

異時性両側精巣腫瘍の1例：堀川重樹，辻 秀憲，際本 宏，永井信夫（耳原総合）1995年右精巣腫瘍（seminoma 病期I）に対し，高位除精術と放射線治療を施行。2001年左精巣腫瘍認め精子保存後，高位除精術施行。病理組織は teratocarcinoma と seminoma であった。

S状結腸癌の精巣鞘白膜転移の1例：高尾典恭，清水洋祐，七里泰正，山内民男（北野）66歳，男性。主訴は，右陰嚢内容腫大。64歳時に腹腔鏡下S状結腸癌の手術歴がある。右陰嚢内腫瘍の診断にて右精巣摘除術施行。病理組織は，S状結腸癌の精巣鞘白膜転移であった。

Ewing肉腫精巣転移の1例：大場健史，長久裕史，小川隆義（姫路赤十字），青木康彰（同整形外科），霧生孝弘（同病理）12歳，男児。8歳時から腓骨原発Ewing肉腫に対し整形外科にて集学的治療を受けていた。2001年10月左精巣腫脹を主訴に当科受診。AFP， β -HCGは共に正常であった。10月12日左精巣摘除術施行。病理診断はEwing肉腫精巣転移であった。転移性精巣，精索腫瘍は比較的多く見られる疾患であり，自験例を含め75例の報告があった。そのうち37例は胃原発であり，次いで結腸，直腸癌9例，膵臓癌9例，腎癌7例，腎盂尿管癌5例，前立腺癌が3例であった。自験例は骨軟部腫瘍原発としては本邦2例目であった。他臓器腫瘍から精巣精索への転移経路としては，1)リンパ管逆行性，2)静脈逆行性，3)動脈血栓性，4)精管逆行性，5)直接浸潤の5経路が考えられる。本症例は，1)のリンパ管逆行性転移を最も強く疑った。

精巣腫瘍と鑑別困難であった Tuberculous Epididymo-orchitis の1例：八尾昭久，岡本雅之，松本 修（三木市民），結縁敬治（西脇市民）74歳，男性。主訴は左陰嚢内容の無痛性腫大。前医にて抗生剤処方されたが大きさに変化なく，左精巣腫瘍疑われ2002年12月当科紹介となる。AFP， β -HCGなどの腫瘍マーカーは陰性であったが，左精巣腫瘍の診断のもと同月，左高位精巣摘除術を施行した。組織診断は精巣結核であった。左精巣上体尾部と左精巣下極は一塊となっており境界は不明瞭であったため，Tuberculous Epididymo-orchitis と診断した。病理組織診断判明後に施行したPCR法による尿中結核菌検査が陽性であったため，現在RFP，INH，EBにPZAを加えた4剤併用化学療法を施行中である。近年，結核症例は増加傾向にあり陰嚢内腫瘍性疾患の1つとして本疾患も念頭に置くべきであると考えられた。

同側腎無発生を伴った左精囊腺嚢胞の1例：西畑雅也，曲人 保，藤永卓治（和歌山労災）患者は23歳，男性。主訴は肛門部の違和感。直腸診で左精囊部に柔らかい腫瘤を触知した。検査所見では精液量が250 μ lと少ない以外は精子数，運動率，奇形率などその他は異常を認めなかった。超音波検査，DIP，CT，MRIなどで左精囊に隔壁を伴う嚢胞性腫瘍を認めるも左腎は認めなかった。左精囊腺嚢胞，左腎無形成の診断で左精囊腺摘除術を施行した。摘除標本は9 \times 3 \times 3cmで精囊は隔壁を伴い拡張し，精管との交通は認めず，また左腎，尿管は認めなかった。嚢胞の内容液は褐色で赤血球と精子を多数認めた。病理診断は精子を含む炎症や出血性変化のある拡張した精囊腺構造で尿管構造は認めなかったため，本症例は精囊腺嚢胞に左腎の無発生が伴ったものであると考えられた。

陰嚢内シリコン注入後に重篤な呼吸不全を生じた1例：長濱寛二，前野 淳，中村健一，奥野 博（国立京都），佐々木義行（同呼吸器）58歳，男性。ペニス拡大目的に，近医クリニックで亀頭に脂肪注入，陰嚢皮下にシリコン注入。術後4日後，呼吸困難にて救急車にて近医救急病院受診。間質性肺炎の診断でステロイド加療が開始されたが症状悪化。胸部単純，CTでも肺全体に広がる間質性陰影あり，気管内挿管しレスピレーターによる10日間の呼吸管理が必要となったがステ

ロイドのパルス療法にて軽快した。陰嚢に注入されたシリコンが移動し肺血管を塞栓し，異物反応，間質性肺炎を生じたと考えられた。シリコンの体内への注入は，重大な合併症を招く可能性があり，死亡例の報告もある。豊胸術後に生じた例の報告が多い。肺に病変がある場合には注入部位より除去した方がよい。注入後数年を経て生じる例や注入部位の外傷後に生じる例があることは認識しておく必要がある。

陰嚢内硬化性脂肪肉芽腫の1例：山崎俊成，八木橋祐亮，白波瀬敏明，橋村孝幸（国立姫路）35歳，男性。2001年6月7日頃より陰嚢内無痛性腫瘍増大を自覚し，6月13日当科受診。1週間後，腫瘍は陰嚢根部を取り巻き特徴的なY字状を呈した。MRI検査ではT1強調像で軟部組織と等信号，T2強調像で高信号，ガドリニウムで均一に増強される非特異的炎症性腫瘍を認めた。針生検を施行し，病理組織診断は硬化性脂肪肉芽腫であった。抗アレルギー剤であるトシル酸スプラタスト（IPDカプセル）を投与し保存的に治療したところ，腫瘍は約2週間で消失し，以後再発を認めていない。病歴および経過から，原因としては結膜炎に対して2001年6月1日より使用していたLomefloxacin点眼薬によるアレルギーが疑われた。原発性陰嚢内硬化性脂肪肉芽腫は何らかのアレルギー機序の関与が疑われており，抗アレルギー剤の使用も有用であろうと考えられた。

抗血小板剤内服中の外傷による著明な陰嚢内出血を認めた1例：森優，浮村 理，鴨井和実，牛嶋 壯，中内博司，鈴木 啓，水谷陽一，河内明宏，三木恒治（京府医大）50歳，男性。パナルジン・バファリンを内服中に2mの高さから転落し陰嚢打撲。半日放置していたが，陰嚢腫脹および疼痛増強が持続し，当科緊急入院となった。CT・超音波検査にて巨大な陰嚢内血腫と左精巣破裂が疑われたため，同日緊急手術を施行した。術中所見として巨大血腫（570g）と暗赤色に腫脹した左側精巣を認めたが，白膜は断裂していなかった。血腫は陰嚢底部からの出血によるもので，電気凝固によっても完全には止血できず，パナルジン・バファリンによる影響と思われる圧迫止血を続けた。抗血小板剤を内服している場合には拮抗薬はなく，止血凝固を確実にを行い，陰嚢出血の場合術後圧迫を行うことが重要と思われる。また，要すれば血小板輸血を考慮にいれる。

M-VAC療法後に化膿性脊椎炎を合併した症例：地崎竜介，福井勝一，中川雅之，島田 治，檀野祥三，大口尚基，川喜田陸司，松田公志（関西医大），松矢浩輝，飯田寛和（同整形外科），嶋良愛郎（同病理）69歳，女性。DIPにて左腎盂に陰影欠損認めた。術前診断は左腎盂腫瘍で2001年7月後腹鏡下左尿管全摘除術施行。病理にて腎門部リンパ節転移認めM-VAC療法開始。2クール施行後歩行困難，尿閉出現し，MRSAによる化膿性脊椎炎の診断のもと整形外科で緊急手術となった。術後経過良好で四肢麻痺も回復。杖歩行まで可能となり161日目退院となった。化学療法を施行する際，培養でMRSAが検出された場合には十分注意をするべきである。化学療法中の高齢者の腰背部痛を診る際，化膿性脊椎炎は鑑別診断の1つとして念頭に置くべきである。

骨盤放線菌症の1例：坂上和弘，後藤隆康，今津哲央，中森 繁（東大阪市立総合）症例は，54歳，男性。主訴は，排尿時痛および微熱。既往歴は，糖尿病。2週間前より排尿時痛と微熱が出現し，内科を受診し，当科紹介となる。諸検査の結果，骨盤内に悪性を示唆する腫瘍を認めた。膀胱壁が全周性に肥厚し，膀胱腹側からは壁外へ連続して右下腹部に認められた。さらに，回腸終末部近傍まで連続しており，腹腔内から後腹膜腔に連続していると思われた。開腹腫瘍生検術を施行した。病理組織診断では，Doruse (sulfur granule) を認め，放線菌症と診断した。ペニシリンGを約4週間点滴後，経口にて4カ月間投与した。腫瘍は，約2cmと著名に縮小した。

排尿困難を主訴としたフルニエ壊疽の1例：鈴木 透，上田康生，丸山琢雄，善本哲郎，近藤幸幸，野島道生，瀧内秀和，森 義則，島博基（兵庫医大），前田信之（市立芦屋）75歳，男性。15年前から2型糖尿病，気管支喘息にて内服加療を受け，骨髄異形成症候群を合併。2001年8月5日，38.5 $^{\circ}$ Cの発熱と尿閉を主訴に当科受診。急性前立腺炎として治療するも症状軽快せず，入院5日目より陰嚢から陰嚢部にかけての発赤，腫脹，握雪感を認めたため，CTを撮影したところ陰嚢皮下から尿道周囲にかけてのガス像を認め，フルニエ壊疽と診断。ただちに陰嚢部の切開排膿およびドレナージを行った。その後

創部は開放創とし超酸性水にて洗浄を続け、40日後にCTにてガス像が消失し、60日後に創部が完全に閉鎖し軽快退院となった。膿培養より、*E. faecalis*, *C. glabrata* が検出されたが嫌気性菌は陰性だった。

尿閉を主訴とした陰唇癒着症の1例：室崎伸和，妹尾博行（大阪第2警察），武本征人（医誠会摂津）53歳，女性。主訴は排尿困難。月経は50歳から不規則になり53歳で閉経。妊娠2回，経膣分娩が2回。27歳から26年間，性交なし。初診時，下腹部は膨隆，エコーで膀胱は尿が充満，膣内にも尿貯留が疑われた。外陰部は小陰唇が癒着し

正中で小孔を認め尿が少しずつ漏出していた。小陰唇癒着による尿閉と診断。小孔部を18G針で穿刺すると尿が流出，摂子で孔を拡大し示指が挿入可能な程度，約17mmにわたって鈍的に剝離すると外尿道口を確認できた。それ以上の鈍的剝離は困難であり，ガーゼで圧迫止血，抗生剤入りステロイド軟膏を塗布した。患者には毎日1回の指ブジー，毎日2回の軟膏塗布を指導。エストロゲン剤を処方した。排尿困難も消失，残尿を認めず。腰椎麻酔下での鋭的切開を勧めたが患者は拒否。5カ月後の現在，再癒着を認めない。本症例での小陰唇癒着は長期間，性交渉が無いことが誘因と思われた。