

学会抄録

第180回 日本泌尿器科学会関西地方会

(2002年9月28日(土), 於 近畿大学医学部奈良病院)

IVCより発生した平滑筋腫の1例: 井上剛志, 平山暁秀, 多武保光宏, 田中基幹, 趙 順規, 藤本清秀, 植村天受, 石橋道男, 吉田克法, 大園誠一郎, 平尾佳彦 (奈良医大) 61歳, 男性。2002年2月より空腹時心窩部痛があり近医を受診した。超音波・CTにて後腹膜腫瘍を疑われ, 4月12日当科紹介受診した。触診上, 腹部は平坦で腫瘍は触知しなかった。腹部CTでは右腎上極の内側にIVCに接して5cm大の辺縁明瞭な類円形の腫瘍を認めた。IVCへと浸潤する平滑筋腫, もしくは平滑筋肉腫の診断の下, 5月12日に腫瘍摘除術を施行した。摘除標本は6.5×6.0×5.3cm大で淡赤色であった。病理組織学診断はIVC原発の平滑筋腫であった。IVCより発生する平滑筋腫は非常に稀な疾患であった。

副腎皮質癌の1例: 清水信貴, 永野哲郎, 江左篤宣 (NTT 大阪), 元村卓嗣 (同内科), 松浦 健 (近畿大) 38歳, 女性。1998年1月心窩部不快感, 食欲不振にて来院。種々の画像診断, 内分泌検査にてクッシング型左副腎癌の診断で1998年3月経胸経腰的左副腎腫瘍摘除術を施行した。摘出標本は重量1,145gで病理診断は副腎皮質癌(Weissの分類)であった。術後補充化学療法をアドリアマイシン, シスプラチン, エトポシドの3剤で行い以後外来経過観察を行った。同年11月コルチゾール値が上昇したため, 胸腹部CTを施行したところ右肺, 腎門部に転移を認め同3剤による化学療法を施行した。右肺の転移巣のみ縮小を認めた。1999年6月右肺に新たな転移巣が出現し再度化学療法を検討したが患者の同意がえられずop'DDDの内服で外来経過観察していた。転移巣は徐々に増大し, 2001年8月16日死亡した。

転移性副腎腫瘍の1例: 園田哲平, 金澤利直, 竹垣嘉訓, 熊田憲彦, 田部 茂, 柏原 昇 (吹田市民) 73歳, 男性。肝細胞癌に対する肝亜区域切除術後, 2年目のCT上, 右副腎の腫瘍の増大が認められ, 当科紹介。腫瘍の急速な増大, PIVKA-2の異常高値, 内分泌学的非活性にて, 転移性副腎腫瘍を疑い, 2002年2月に全身麻酔下に右副腎摘除術を施行した。切除標本は重量205g。病理組織学的には, 高分化型の肝細胞癌の組織像を呈していた。以上より肝細胞癌の副腎転移と診断。術後経過良好にて退院となった。肝細胞癌の副腎転移に対する, 治療法としては, TAEなどもあるが, 本症例のように原発巣自体が良好にコントロールされ, 副腎以外への転移を認めず, 急速な発育を示しているものは外科切除の適応になりえると考えられた。

Retroperitoneal bronchogenic cystの1例: 寺川智章, 石川智基, 藤澤正人, 川端 岳, 岡田 弘, 荒川創一, 守殿貞夫 (神戸大), 味木徹夫, 黒田嘉和 (同肝胆脾外科) 41歳, 女性。左側腹部に疼痛を自覚。CTにて, 左腎頭側に内部均一な腫瘍を認め, MRIにて同部位にT1WIにて高信号, T2WIにて高信号な嚢胞性病変を認めた。後腹膜嚢腫の診断のもと後腹膜鏡下後腹膜腫瘍切除術を施行した。摘除標本は, 径9cmの単胞性の表面平滑な嚢胞で, 内溶液は黄色で粘調な液体であった。HE染色にて, 嚢胞壁は, 多列線毛円柱上皮で覆われており, 壁内には, 腺成分や, 成熟した軟骨とこれに平行に走る平滑筋が認められ retroperitoneal bronchogenic cyst と診断した。術後1年を経過し, 再発, 転移はなく生存中である。Retroperitoneal bronchogenic cyst は23例目の報告であり, 体腔鏡下に摘除されたのは2例目であった。後腹膜鏡下に切除したのは, 今回が第1例目であった。

後腹膜腔に発生した巨大 Solitary fibrous tumorの1例: 浦 邦委, 西澤 哲, 田中美江, 藤井令央奈, 新谷寧世, 平野敦之, 新家俊明 (和歌山医大) 37歳, 女性。34歳時の第二子出産時の子宮破裂後, 骨盤内に血腫が存在。2002年4月初旬よりの排尿時痛・肉眼的血尿で当科初診。下腹部に正中を越える巨大腫瘍を触れ, 各種画像診断, 経腹的針生検により採取した組織の免疫染色でCD34・vimentinが陽性であったことより solitary fibrous tumor と診断した。2002年

5月30日に全身麻酔下, 経腹的に腫瘍摘除術を施行した。摘除標本は, 25×15×13cm, 重量968g, 内部に小嚢胞を多数伴った被膜に覆われた腫瘍であった。術後経過順調で, 術後4カ月目の現在再発の徴候を認めていない。今回, 後腹膜腔に発生したSFTを経験したので, 若干の文献的考察を加え報告する。

マイクロターゼ®を使用し腎部分切除した腎血管筋脂肪腫の1例: 藤井孝祐, 芝 政宏, 高寺博史 (八尾徳州会) 65歳, 女性。C型慢性肝炎による肝硬変と肝細胞癌のため内科加療中であった。経過観察中の腹部CTにて右腎下極に径2cmのエンハンスされる腫瘍病変を認め当科紹介, 2002年2月入院となった。腎細胞癌と診断。肝障害, 腎障害を認め手術時間と出血量を低減させるためマイクロ波による右腎部分切除術を選択。手術は腰部斜切開にて右腎の下部を露出させ, 無阻血にてマイクロターゼ®で腫瘍の周囲を凝固させ腫瘍を核出した。腫瘍核出に要した時間は30分であった。創部の出血は少なく電気メスにて止血可能であった。尿の漏出は認めなかった。出血量は約100mlであった。病理結果は腎血管筋脂肪腫。術後側腎は機能しておりその他の合併症もなかった。小さい腎腫瘍に対して安全に手術できるマイクロ波による腎部分切除は有効と考える。

Multilocular cystic nephromaの1例: 田口 功, 古川順也, 原口貴裕, 篠崎雅史, 山中 望 (神鋼) 60歳, 女性。慢性C型肝炎経過観察中の腹部超音波検査にて右腎腫瘍を指摘された。CTおよびMRI検査にて, 一部に充実性成分を伴った径約5cmの多房性腫瘍を認めた。悪性腫瘍を否定できず, 右腎摘除術を施行した。病理組織学的診断は multilocular cystic nephroma であった。Multilocular cystic nephromaは多房性嚢胞が腎を segmental に占拠する比較的稀な疾患である。本疾患の臨床上の問題点は, 術前の嚢胞随伴性腎細胞癌などの悪性腫瘍との鑑別および治療法の選択とされる。本疾患が良性疾患である事からは経過観察も考えられるが, 現状では画像診断や吸引細胞診などを駆使しても悪性腫瘍の否定は困難であり, 腎摘除術あるいは腎部分切除術などの外科的治療が妥当かと考えられた。なお, 本症例では比較的大きな腫瘍径や3D-CTの所見を参考に腎摘除術を選択した。

若年性腎細胞癌の1例: 竹内一郎, 神農雅秀, 平山きふ, 森田壮平, 長嶋隆夫, 森 優, 邵 仁哲, 浮村 理, 河内明宏, 水谷陽一, 三木恒治 (京府医大) 19歳, 女性。左腰背部痛を認め近医受診。腹部超音波検査, CTにて左腎下極に径11cmの腫瘍を指摘され当院を紹介された。左側腹部に腫瘍を触知した。DIPにて左腎に腎盂腎杯の上方への圧排, 腎超音波検査にて左腎下極に腫瘍を認めた。MRIでは左腎に, 明瞭な被膜を有し内部不均一な巨大な腎腫瘍を認めた。左腎細胞癌 T2N0M0 と診断し, 助手補助後腹膜鏡下根治的左腎摘除術を施行した。摘出した左腎は重量450g, 腫瘍径11cm, 内部に壊死を伴い黄色充実性で被膜に覆われていた。病理診断は clear cell type, G2, INF- α , pT2N0M0V0 であった。術後4カ月にて再発転移なく生存中である。本症例は16~29歳の若年性腎細胞癌の本邦報告例では第29例目と考えられた。

腎 Metanephric adenomaの1例: 古川順也, 田口 功, 篠崎雅史, 山中 望 (神鋼), 伊藤利江子 (同病理), 原口貴裕 (関西労災), 山辺博彦 (和歌山日赤病理), John N Eble (Indiana university) 20歳, 女性。肉眼的血尿を主訴に精査を行い左腎上極に約3cm大の充実性腫瘍を認めた。各種画像所見より hypovascular な腎細胞癌を念頭に置き, 2002年4月2日 HALS 左腎摘除術を施行。腫瘍径は4×3.5×3.5cmで, 断面は黄色で白色の薄い被膜を有し腎実質との境界は明瞭であった。病理組織学的所見では, 腫瘍は乳頭状増殖を呈する小型の腺管構造からなり, psamoma body および glomeruloid body を認めた。上皮型の Wilms tumor との鑑別に苦慮したが, 核異型, 核分裂像を認めない点で最終的に metanephric adenoma と診

断した。metanephric adenoma は比較的まれな疾患で、報告例では転移、再発を認めず予後は良好である。

異なった術式で手術を行った腎 **Oncocytoma** の2例：熊野晶文，石川智基，石田敏郎，藤澤正人，川端 岳，岡田 弘，守殿貞夫（神戸大） 症例1，61歳，女性。主訴，尿潜血陽性。CTにて左腎上極に4×3 cmの境界明瞭で内部不均一に造影される腫瘤を認め，左腎細胞癌を疑い，上腹部正中切開を用いた助手補助下腹腔鏡下左腎摘除術（HALS）を施行した。症例2，22歳，女性。CTにて左腎上極に4.5×4 cmの境界明瞭で内部不均一に造影される腫瘤を偶然認め，左腎細胞癌を疑い，腹腔鏡下左腎摘除術を施行した。この症例は若い女性であり美容上の観点から，左腎摘出に下腹部横切開を用いた。病理組織所見では，2症例とも oncocytoma であった。従来の上腹部正中切開による HALS と比較し，今回のように患者が若い女性である場合には，美容上の点から臓器摘出の際，下腹部横切開を加える腹腔鏡下腎摘除術が有用と考えられた。

診断に難渋した **Oncocytoma** の1例：小山耕平，氏平玲美，丸山榮勲，木浦宏真，坂元 武，勝岡洋治（大阪医科大学），郷司和男（郷司クリニック） 60歳，女性。1990年に子宮頸癌に対し子宮全摘除術施行。1995年11月，直腸癌にて低位前方切除術を施行した。その後 follow up されていたが2001年11月 CT 上左腎上極に10 mm 大の腫瘤を認めたので精査加療目的にて当科受診となった。CT，MRI および血管造影上，術前診断では腎細胞癌を否定する事はできず，また術中迅速病理診断においては glanular cell type の腎細胞癌であった。径が1 cm であり肉眼的にカプセル化されており左腎腫瘍核出術を施行した。摘出標本の剖面は赤褐色調を示した。病理標本においては，好酸性の腫瘍細胞を認め，異型性は認めず，oncocytoma と診断された。術後5カ月を経過し，再発はなく生存中である。

腎嫌色素細胞癌の1例：宮武竜一郎，尼崎直也，石井徳味，国方聖司（近畿大奈良） 70歳，男性。腹部エコーで左腎腫瘤を指摘され当科を受診した。腹部エコーでは，左腎上極に突出した44 mm の低から等エコーの充実性の腫瘤を認め，カラードップラーでは乏血管性であった。CT では左腎上極に わずかに造影される充実性腫瘍を認めた。以上の所見から，左腎上極から発生した悪性腫瘍と診断し，2000年9月4日，根治的腎摘除術を施行した。摘出標本の剖面はベージュ色で，内部は均一であった。病理所見は HE 染色において pale cell と eosinophilic cell が充実性に増殖しており，コロイド鉄染色は陽性であった。以上の病理所見から，嫌色素細胞癌と診断された。腎嫌色素細胞癌は，一般には通常の腎細胞癌より予後良好であるが，近年，予後不良タイプの存在も指摘されており注意が必要であると考えられる。

原発不明の腎絨毛癌の1例：辻 裕，柴崎 昇，寒野 徹，伊藤影将，瀧 洋二，竹内秀雄（公立豊岡） 28歳，女性。第二子出産6カ月後に不正出血。HCG 高値，子宮外妊娠の疑いにて入院。CT で右腎腫瘍を指摘され当科紹介された。腎原発絨毛癌も疑われたため静脈サンプリングを行ったが腎・下大静脈・骨盤内の各静脈間で HCG， β HCG 値に差は無かった。妊娠（着床部位）・腎以外の腫瘍性病変を確定できないまま経腹的に腎摘除術を施行。術中腎静脈内に腫瘍塞栓を認めた。組織は腎および静脈塞栓共に絨毛癌であった。術後 HCG 高値が持続し肺転移も出現した。絨毛組織の残存が疑われたため化学療法（EMA-CO）7コース施行した後 β HCG は正常化し肺転移も消失。子宮全摘除術施行したが卵巣は異常無く摘出標本は正常子宮であった。術後1年を経過し癌無し生存中である。腎の絨毛癌は原発・転移を含め稀な疾患であり，本症例は原発を特定できなかった。

診断に苦慮した **Sarcomatoid renal cell carcinoma** の1例：山越恭雄，坂本 亘，長沼俊秀，石井啓一，上川禎則，金 卓，杉本俊門（大阪総合医療セ） 69歳，男性。他院で貧血精査中，後腹膜腫瘤指摘され当科紹介。CTにて左腎門部に4.5×5 cm，左腎下極に1 cmの腫瘤を認めた。Ga シンチにて左後腹膜の腫瘤に一致し高集積。骨髄生検では異常を認めず。MRI では左腎下極の腫瘤は T2 で low intensity，RCC も否定できず。しかし原発巣とは思えず malignant lymphoma を第一に考え，治療方針決定目的で左腎摘および腎門部腫瘍摘除術施行。病理組織は腎門部腫瘍は転移性 adenocarcinoma。しかし原発巣がわからず，腎下極を再精査し，一部に sarcomatoid renal cell carcinoma を認め，腎門部腫瘍はそのリンパ節転移と診

断。術後6カ月再発なし。

腎盂尿管移行部狭窄による水腎に発生した腎細胞癌の1例：阿部豊文，長谷部圭司，中山治郎，岸川英史，関井謙一郎，吉岡俊昭，板谷宏彬（住友） 57歳，男性。主訴はめまい。2001年4月26日，ふらつき感および嘔吐認め，当院を受診。血圧170/90 mmHg と高血圧を認め，左腹部に腫瘤を触知した。腹部エコーにて，左腎腫瘍および著明な水腎を認めた。腹部 CTにて，左腎に15×10×10 cm 大の不整形で不均一に造影される腫瘍と著明な水腎を認めた。正常な腎実質は認めなかった。RPにて，左腎盂尿管移行部の狭窄を認めた。以上より，腎盂尿管移行部狭窄による水腎に発生した腎癌と診断し，5月14日，根治的左腎摘除術を施行した。摘出標本は1,650 gで，腎盂尿管移行部狭窄による水腎と腎腫瘍を認めた。病理診断は，RCC，alveolar type，clear cell subtype，G2，pT2c であった。術後半年を経過し，再発，転移はなく生存中である。

癌性腹膜炎による著明な腹水を初発症状とした小腎細胞癌（径1.5 cm）の1例：小森和彦，山本圭介，高田 剛，本多正人，藤岡秀樹（大阪警察），辻本正彦（同病理） 62歳，男性。CTにて著明な腹水貯留と右腎に径1.5 cmの腫瘤を指摘され当科紹介。腹水細胞診は class V で clear cell carcinoma 疑いで，全身精査するも右腎腫瘍以外の異常を認めず，右腎細胞癌による癌性腹膜炎と診断。腹腔穿刺とともにインターフェロン $\alpha \cdot \gamma$ を交互に腹腔内投与した。1年9カ月後のCTでは右腎腫瘍は径2 cmと若干の増大を認めるのみで，初診後約2年の2001年8月死亡した。剖検では腎腫瘍は乳頭状腎細胞癌 G3>G2 であった。腎癌細胞を腹水中に認めることは稀であるが，小腎細胞癌でも静脈内浸潤を認める症例や異型度の高い症例は遠隔転移のリスクが高く，本症例でも早期に静脈もしくはリンパ管内に浸潤し転移巣を形成した可能性がある。

対側腎周囲脂肪組織への転移を来した腎細胞癌の1例：植村元秀，中川勝弘，向井雅俊，菅野展史，西村健作，三好 進（大阪府災）。吉田恭太郎，川野 潔（同病理） 62歳，男性。1995年1月，左腎細胞癌に対して腎摘除術を受けた（pT2N0M0）。1999年3月，右大腿骨遠位部腫瘍に対し切除術を受け，転移性骨腫瘍と診断された。以後，インターフェロン α を用いた免疫療法を施行し経過観察していた。2000年4月，腹部CTにて右腎下極の背側かつ内側に径1.5 cm 大の造影効果を伴う腫瘍性病変を認めた。精査により右腎周囲脂肪組織への転移と診断し，2000年5月29日，腫瘍摘出術を施行した。腫瘍は，脂肪組織に埋もれる形で存在し，腎とは連続性を認めなかった。病理組織学的に左腎細胞癌とはほぼ同一であり，転移と考えられた。再発予防として，インターフェロン $\alpha \gamma$ による免疫療法を施行し，術後28カ月経過した現在，再発の兆候なく外来通院中である。

急速な骨転移を来した若年性腎腫瘍の1例：酒井麻衣子，森下真一（鍼紡記念），金 啓盛（神戸西市民），山崎 浩（神戸労災） 患者は30歳，男性。当院整形外科にて左鎖骨骨の骨折を転移性骨腫瘍と診断，CTで左腎腫瘍指摘されたため当科転科のうえ，左腎摘出術を施行した。摘出腎の重量は375 g，腫瘍は暗赤色充実性で大きさは5.0×4.5×4.0 cm であった。病理組織学的所見は胞巣型で，淡明細胞型からなる成分と紡錘細胞主体で一部肉腫様形態を示す部分が混在しており，INF β ，G3 であった。術後 IFN 療法開始したが，頸椎転移による疼痛と四肢の不全麻痺が出現。放射線療法施行し症状軽減するも，その後全身への骨転移が進行。疼痛軽減，QOLの改善を目的に各転移巣への放射線照射と骨折に対する外科的治療を施行したが，呼吸不全にて術後9カ月に死亡した。その間骨以外の臓器に転移は認めなかった。

術前に超音波カラードプラー法で同側副腎転移を診断した腎細胞癌の1例：木村泰典，田原秀一，藤原敦子，三神一哉，植原秀和，川瀬義夫，内田 睦（松下記念），東山孝二（同中央臨床検査） 62歳，男性。2001年10月全身倦怠感で内科受診。胸部CTで偶然左副腎腫瘍を指摘された。腹部CTで長径7 cmの左副腎腫瘍と左腎下極に長径3 cmの腎腫瘍を認めた。超音波カラードプラー上，両腫瘍とも豊富な血流信号が検出され，腫瘍内血流速度は腎腫瘍16.6 cm/s，副腎腫瘍15.4 cm/s と類似していた。左腎摘同側副腎転移の診断のもと，2001年11月根治的腎摘除術を施行。病理診断は腎細胞癌 clear cell carcinoma の同側副腎転移で，術前診断と一致した。術後10カ月を

経過し、転移と思われる対側副腎腫大を認めているが生存中である。

根治的腎摘除術後に孤立性小脳転移を来した腎細胞癌の1例：野村広徳、石井淳一、山崎健史、松山昌秀、杉田省三、吉田直正、吉村力勇、杉村一誠、仲谷達也（大阪市大） 54歳、男性。健診の超音波検査から右腎上極に腫瘤を指摘され紹介入院となった。腎細胞癌との診断にて、1997年7月24日右腎摘除術施行。病理組織診断は、clear cell carcinoma, G1, pT1a, INF α であった。その後経過良好にて他院で経過観察されるも、2000年秋頃からふらつき出現し小脳腫瘍の診断で他院入院となった。2000年12月に小脳腫瘍摘除術を施行した。病理組織診断は、clear cell carcinomaであった。その他明らかな転移性病変指摘できなかったことから、腎癌の腎摘出3年後に認められた孤立性転移性小脳腫瘍と診断した。現在までに新たな転移性病変は認めない。本症例は稀で本邦では4例目であった。

両側同時性腎細胞癌の2例：原田泰規、田中雅登、野間雅倫、奥見雅由、小林義幸、佐川史郎、伊藤喜一郎（大阪府立） 症例1は71歳、女性。両側腎囊胞精査目的で当科紹介。CTで偶然右腎下極と左腎上極に腫瘍を認め経腹的に両側腎部分切除術を施行。病理診断は両側 RCC で右が clear cell carcinoma, G1>G2, 左が clear cell carcinoma, G1であった。術後10カ月を経過し再発・遠隔転移を認めていない。症例2は65歳、男性。慢性腎不全で当院入院中に肉眼的血尿を認め当科紹介。CTにて両側腎腫瘍と左腎門部リンパ節腫大を認めた。ブラッドアクセス作製後に両側根治的腎摘除術と左腎門部リンパ節郭清術を行い血液透析を導入した。病理診断は両側 RCC で右が clear cell carcinoma, G2>G1, 左が glanular cell carcinoma, G3>G2 および左腎門部リンパ節転移であった。術後1年11カ月を経過し再発・遠隔転移を認めていない。

両側腎細胞癌に対し、両側腎部分切除術を施行した1例：遠藤雅也、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（大阪成人病七） 53歳、男性。2001年9月近医にて腰痛精査中、超音波検査、CTにて両側の腎腫瘍を偶然発見され、手術的に2001年10月当科を紹介された。左腎上極に直径約3cm、右腎門部付近に直径約2.5cmの両側同時性腎細胞癌の診断のもとに、2001年12月にまず左腎部分切除術、腎機能の回復を待った後、2002年2月に右腎部分切除術を二期的に施行した。病理診断は左腎腫瘍は RCC, clear cell subtype, grade 2, INF α , pT1a。右腎腫瘍は RCC, clear cell subtype, grade 1, INF α , pT1aであった。術後8カ月の時点で再発、転移はない。

右腎出血、左腎感染を生じた多発性囊胞腎の1例：田中朋子、福井勝一、巽 一啓、大口尚基、川 源、六車光英、松田公志（関西医大）。檀野祥三、芦田 眞（済生会野） 52歳、女性。2001年11月14日、右季肋部痛を自覚し、近医受診。多発性囊胞腎、右腎出血を指摘され、右腎動脈塞栓術を施行された。その41日後に左季肋部痛を主訴に本院受診。急性腎不全、DICの診断で緊急透析を施行。左腎の血管造影では、明らかな出血は認めず。血小板輸血を行うとともに、DICの治療を進めたが、全身状態は改善せず。Ga シンチにて、左腎に集積を認め、膿腎症と診断し左腎摘出術施行。病理では炎症性の肉芽の状態を呈していた。2001年日本透析医学会統計によると、多発性囊胞腎患者の死亡原因として、感染は14.1%である。Fickらの報告では、感染が原因で死亡した患者のうち97%は敗血症を呈しており、47%は、囊胞腎と直接関係がある。

両側腎摘除術により救命しえた感染性囊胞腎の1例：小木曾 聡、伊藤哲之、柴崎 昇、沖波 武、西山博之、東 新、山本新吾、賀本敏行、羽瀨友則、小川 修（京都大） 66歳、男性。囊胞腎にて慢性腎不全をきたし透析導入予定中、敗血症性ショック、DICとなった。画像上明らかな感染巣は指摘できなかったが、保存療法が奏効しないため両側腎摘除術を施行し、救命することができた。カンジダ性膿腎症であった。

Polycystic kidney (PCK) が下行結腸と瘻孔を形成した慢性腎不全の1例：杉本公一、花井 禎、能勢和宏、上島成也、松浦 健、栗田 孝（近畿大） 60歳、女性。43歳からPCKによる慢性腎不全にて血液透析導入し約15年経過。2002年5月上旬より肉眼的血尿、膿尿、気尿、左下腹部痛が出現し精査加療目的に入院となる。術前診断

で気腫性腎盂腎炎の腎外への波及による下行結腸穿孔と考えた。しかし病理所見で外部から腎へ炎症が波及していることや、大腸憩室が散在していることにより、下行結腸憩室炎の穿孔により形成された後腹膜膿瘍が左腎に波及し、囊胞腎も感染を繰り返していたため、腎および尿路に交通性を認めた1例と考えた。

体内腎血管再建術を施行した腎動脈瘤の1例：高田 聡、今村正明、石戸谷 哲、前田純宏、東 新、奥村和弘（天理よろづ）、松本雅彦（同心臓血管外科）、寺地敏郎（東海大） 73歳、男性。左心窩部痛を主訴に内科を受診、同時に右背部痛を認め、腹部CTにて偶然に約2cmの右腎動脈瘤を指摘され、2000年9月当科受診。CT・腎動脈造影にて右腎動脈腹側枝に約2cmの囊状動脈瘤を認めた。動脈瘤は第1分岐直後に発生、またbroad neckで、体内腎血管再建術を施行した。経11肋骨後腹膜腔到達法にて腎基部に到達し、動脈瘤を切除、切除断端を端端吻合、手術時間は255分、腎動脈阻血時間は39分、出血量は295mlであった。術後4カ月で腎動脈に狭窄を認めず、外来にて経過観察中である。術前診断にはMDCTによるCTアンギオグラフィーを行い、有用であった。

小児両側腎珊瑚状結石の1例：田中雅登、小林義幸、野間雅倫、奥見雅由、原田泰規、佐川史郎、伊藤喜一郎（大阪府立） 5歳、男児。2001年5月に幼稚園の検尿で異常指摘され近医受診。血糖尿を認め、同年7月、精査のため、当院小児科に入院。VURを認めず、特発性高カルシウム尿症による両側腎珊瑚状結石と診断された。右中腎杯に径20×16mm、左上中腎杯に径35×20mmの結石を認め、治療的に当科を紹介された。2002年7月までに右腎結石に対し計2回、左腎結石に対し計3回のESWLを施行し、重篤な合併症なく、結石はすべて排石された。ESWLは毎回、気管内挿管による全身麻酔下、仰臥位にて施行した。使用機器はシーメンス社製リソスターで、衝撃波の上限は15kv、5,000発とした。肺損傷の予防のため、背板に防御板を用いた。治療前後で尿管ステントの留置は行わなかった。同年9月現在再発なく経過順調である。小児の腎珊瑚状結石治療においてもESWLは安全かつ有効な治療法であると考えられた。

血液型抗体価高値のABO不適合腎移植術の1例：佐藤元孝、辻川浩三、市丸直嗣、矢澤浩治、難波行臣、高原史郎、奥山明彦（大阪大） 32歳、女性。メサンギウム増殖性糸球体腎炎による慢性腎不全のため、1998年に血液透析導入。2002年6月、父（B型）をドナーとするABO不適合生体腎移植を希望し当科入院。入院時の抗B抗体価がIgG 1,024倍、IgM 128倍と高値であったため、術前二重濾過血漿交換を3回施行し、抗B抗体価IgG 128倍、IgM 16倍となった時点でABO不適合生体腎移植術、腹腔鏡下脾摘除術を施行した。免疫抑制剤はタクロリムス、ステロイド、抗リンパ球グロブリン、MMFの4剤にて行った。術後、急性拒絶反応が出現し、乏尿状態が続いたが、デオキシステバガリン投与により腎機能の改善を認め、術後39日目にCr 1.5mg/dlにて退院となった。

生体腎移植後に発生したアデノウイルス腎盂腎炎の1例：西岡伯、畑中祐二、紺屋英児、秋山隆弘（近畿大堺）、松浦 健、栗田孝（近畿大） 症例：32歳、男性。経過：1999年3月父親をドナーとする生体腎移植を施行した。免疫抑制はCs、MMF、Predの3剤で維持されていた。自験例は移植後約3年を経過した本年3月倦怠感と血尿が出現し入院となった。入院第2病日の尿からはアデノウイルスDNAが陽性であり、第7病日に行った移植腎生検では剝離した腎盂の上皮細胞に核内封入体が証明され、第9病日には同ウイルスによる急性腎盂腎炎と診断した。入院後MMFを中止し、IFN、 γ -グロブリンを投与したが効果は乏しかった。入院第22病日Csを75mgまで減量したところ抗体価の上昇がみられ病状は改善、Crももとのレベルまで回復し、入院第35病日退院となった。アデノウイルス抗体価のサブセットを測定したところ11型が優位であった。

腎盂に同時発生した悪性リンパ腫と移行上皮癌の1例：松本 穰、遠藤雅也、垣本健一、小野 豊、目黒則男、前田 修、木内利明、宇佐美道之（大阪成人病七） 73歳、男性。2001年12月、膀胱タンポナーデにて、当科受診。尿細胞診は陽性で、TCCを認めた。排泄性腎盂造影では右腎は無機能腎を呈し、腹部CTにて右腎門部に、3×4cmの充実性腫瘤と軽度の水腎症を認めた。右腎腫瘍の診断にて右腎尿管全摘除術を施行。右腎盂内に約3cm大の黄白色で境界明瞭

な多結節状充実性腫瘍と、周囲に数個の小腫瘍を認めた。腎実質への浸潤はなかった。病理診断は TCC grade 1 pT1 と malignant lymphoma diffuse large cell type であった。術後補助化学療法は行わずに現在経過観察中だが、再発、転移なく生存中である。腎盂に移行上皮癌と悪性リンパ腫とが同時発生した例は文献上 1 例目である。

巨大水腎症に合併した腎盂扁平上皮癌の 1 例：氏家 剛，野田泰照，岡 大三，高田晋吾，藤本直正，小出卓生（大阪厚生年金），小林 晏（同病理） 71 歳，女性。十数年前，他院にて右水腎症の診断を受け穿刺吸引施行。内容液は血性であり，結石が原因であろうと言われ放置していた。腹満感の増強，食欲不振を主訴に，2002 年最初に某院受診。右巨大水腎症の診断も積極的治療を勧められず，同年 3 月 8 日外科的治療を希望し当科受診。同年 5 月 8 日右腎摘除術施行。腎盂内は約 4 リットルの粘稠な茶褐色泥状物で充満していた。水腎症の原因は判明しなかったが，病理検査で腎盂扁平上皮癌を認めた。追加治療は行わず，術後 5 カ月を経過したが，再発を認めていない。文献上，巨大水腎症の約 7% に腎盂癌の合併が報告されており，悪性腫瘍の合併を念頭においた積極的な外科的治療が必要であると考えられた。

外傷を契機に見られた異所性尿管癌の 1 例：阪本祐一，兵頭洋二，山田裕二，武市佳純（県立淡路） 症例は 26 歳，男性。主訴は腹痛。2002 年 6 月 11 日サッカー中，左背部打撲。その後より，腹痛を認め救急外来受診，CT にて後腹膜腔に巨大な囊胞性腫瘍を認め，精査加療目的で 6 月 12 日当科受診。腹部全体に膨隆，圧痛を認めたが筋性防御は認めなかった。膀胱鏡所見では，左尿管口より膀胱頸部にかけて膨隆を認め，膨隆部下端にもう一つ尿管口を認めた。左重複腎盂尿管，左異所性尿管癌の診断にて左上半腎に S-J カテーテルを留置し，左上半腎機能の残存を確認の上，6 月 25 日，腰椎麻酔下に異所性尿管癌切開術を施行した。術後 3 カ月経過するが VUR は認めるものの，排尿障害も認めず，尿路感染も認めていない。自験例は文献上，本邦 11 例目であった。

CA19-9 産生尿管腫瘍の 1 例：山本裕信，丸山琢雄，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） 61 歳，男性。2001 年 9 月に内科にて CA19-9 の異常高値を認め，腹部 CT で右水腎症を指摘されたため同年 11 月に当科受診。MRI，MR urography，逆行性尿管造影にて右尿管腫瘍と診断し，右腎尿管全摘術・骨盤内リンパ節切除術を施行した。病理診断は TCC，G2，pT1N2M0 で stage IV b であった。免疫組織化学染色で，腫瘍細胞の一部は CA19-9 陽性を示した。術後正常化した CA19-9 は，M-VAC 療法 2 コース施行後も再上昇を認めず，画像検査上も再発を認めていない。尿路上皮癌のスクリーニング検査としては，血清 CA19-9 は不適当であるが，CA19-9 陽性例において血清 CA19-9 値のモニタリングは，病勢を反映し臨床上有用であった。

血清 CA19-9，CEA が高値を呈した膀胱原発印環細胞癌の 1 例：南方良仁，伊藤和行，北川道夫（国立大阪南） 59 歳，女性。主訴は肉眼的血尿および腰背部痛。血尿精査目的で当科入院。膀胱鏡検査にて，膀胱頂部から前壁にかけて非乳頭状腫瘍を認め，生検施行。病理組織は印環細胞癌であった。また，血清 CA19-9，CEA が高値であった。他臓器に原発巣を認めず。画像上，尿管腫瘍が疑われ膀胱全摘除術を予定したが，骨転移を認めたため膀胱部分切除術を施行した。術中所見にて尿管遺残物は認めず，病理組織標本からは膀胱原発と考えられた。術後，転移巣に対する放射線治療および MTX/5-FU による全身化学療法 3 コース施行し，CA19-9，CEA の低下を認めたが，副作用と思われる激しい下痢が出現したため治療を中断した。症状の改善を待って投与を再開したが，多発性に骨転移巣の増加をきたし治療を中止した。現在，退院し，外来にて経過観察中である。

診断に苦慮した骨盤内炎症性腫瘍の 1 例：石井淳一，野村広徳，山崎健史，高原由姫，成田敬介，韓 榮新，川嶋秀紀，杉村一誠，仲谷達也（大阪市大） 56 歳，女性。2001 年 9 月，下腹部痛，頻尿を主訴に近医受診し，膀胱炎の診断にて投薬受けるも症状に変化なく，翌月に子宮筋腫と卵巣の腫大を指摘され婦人科受診。画像上，膀胱内に突出する骨盤内腫瘍を指摘され当科紹介された。MRI 上膀胱左側壁から頂部にかけて腫瘍を認め，臍部へ索状構造も示した。また子宮およ

び S 状結腸に浸潤を疑わせた。膀胱生検にて悪性の診断はえられなかったが著名な体重減少があり，尿管腫瘍などの悪性腫瘍を疑ったため，骨盤内腫瘍摘除術を施行。腫瘍は尿管から子宮および膀胱，S 状結腸に強度に癒着しており剥離は不可能。このため膀胱子宮付属器全摘，S 状結腸部分切除術施行，尿路変更は回腸導管造設術とした。病理診断は骨盤内膿瘍であった。

フェナセチン長期服用により発生したと思われる膀胱癌の 1 例：花田英紀，上仁数義，坂野祐司，川上享弘，片岡 晃，岡本圭生，若林賢彦，吉貴達寛，岡田裕作（滋賀医大） 66 歳，男性。2000 年 10 月に無症候性肉眼的血尿で当科受診。諸検査にて薬剤性の腎機能障害 (Cr 25.0 ml/min)，浸潤性膀胱癌と診断。片頭痛のため 30 年間フェナセチン含有鎮痛剤を服用していた（フェナセチン総量 24.6 kg）。Staging TUR-Bt で TCC，G3，T2 以上であった。術前補助療法として腎機能の低下を危惧し化学療法は実施せず，総量 40 Gy の放射線療法を行った。腫瘍の縮小効果はえられなかったが，2001 年 2 月に膀胱全摘除術および両側尿管皮膚瘻造設術を施行した。術後病理所見は TCC，G3，pT3bN2M0 であった。補助療法は施行せず，術後 1 年 7 カ月を経過し，再発・転移は認めていない。また腎機能も安定している。フェナセチン中毒により発生した尿路上皮腫瘍の報告は本邦 18 例目であった。

膀胱癌肉腫の 1 例：南 幸，原 靖，梶川博司，片岡喜代徳（泉大津市立），茶谷恭子（同中央検査部），雷田裕彦（大阪大病理病態） 症例は 50 歳，男性。肉眼的血尿を主訴に 2002 年 4 月 23 日当科受診。膀胱鏡にて非乳頭状腫瘍を認め同年 5 月 1 日精査加療目的にて入院。術前諸検査にて浸潤性膀胱腫瘍と診断し，同年 5 月 20 日膀胱全摘除術および回腸利用新膀胱形成術を施行。病理組織的所見にて尿管浸潤傾向の強い移行上皮癌と横紋筋肉腫の癌肉腫と診断された。術後経過は良好であったが，第 10 病日より尾骨痛を訴え第 20 病日より下肢麻痺症状も出現し，また骨盤 CT 上第 15 病日には認められなかった骨盤内再発による神経圧迫を認めた。その後容態は急激に悪化し，術後第 36 病日で死亡した。膀胱原発癌肉腫は一般的に悪性度が高く予後不良とされ，本症例においても術後再発が非常に短期間で認められ予後も大変不良であった。

膀胱原発の Micropapillary variant of TCC の 1 例：西澤 哲，森 喬史，児玉芳季，稲垣 武，鈴木淳史，平野教之，新家俊明（和歌山医大） 74 歳，女性。2002 年 5 月 14 日，右腰痛を主訴に近医受診。腹部エコー，CT および MRI 検査にて膀胱右側後方に腫瘍性病変を認めた。経腔的針生検で膀胱原発の micropapillary variant of TCC (WHO 分類) と診断され，6 月 27 日，膀胱全摘除術，右腎尿管全摘除術，骨盤部リンパ節廓清，左尿管皮膚瘻造設術，子宮・右卵巢摘除術を施行した。腫瘍と右卵巢および子宮は癒着し内部に尿管が埋没していた。摘出標本の病理学的診断は術前と同様であった。腫瘍細胞は膀胱・子宮壁および，その周囲の結合織に浸潤性増殖を示した。術後，補助療法は施行せず経過観察中である。3 カ月経過し，再発・転移の兆候はない。本疾患は aggressive な臨床経過をたどるとされるため，今後，経過を慎重に見ていく必要がある。

吸引細胞診が診断に有用であった浸潤性膀胱癌陰莖海綿体転移の 1 例：山口 旭，青木勝也，清水一宏，福井義尚，三馬省二（県立奈良），山川昭彦（同中検） 72 歳，男性。1999 年 6 月に排尿時痛で当科を受診。膀胱 CIS の診断で TUR-Bt および BCG 膀胱内注入療法を行うも再発を繰り返し，2002 年 3 月に浸潤性膀胱癌の診断で膀胱尿道全摘除術および回腸導管造設を行った。病理診断は TCC，pT3a，G3，INFβ-γ であった。術後 3 カ月目に陰莖海綿体に疼痛を伴う硬結が出現し，局所麻酔下に 18 G 穿刺針による吸引細胞診を行った。全摘除術前の尿細胞診でみられた悪性細胞と酷似した細胞がみられたため，転移性陰莖癌と診断された。同年 6 月に癌死した。転移性陰莖癌は稀で，原発性陰莖癌や非特異的炎症などとの鑑別が必要であるが，その診断には一般に腰椎麻酔下での楔状切除術などが行われている。吸引細胞診は簡便かつ低侵襲で，まず試みるべき方法と考えられた。

膀胱全摘，回腸導管造設術後 10 年目に再発した CEA 産生膀胱腫瘍の 1 例：角田洋一，阿部豊文，辻畑正雄，野々村祝夫，奥山明彦（大阪大） 症例は 59 歳，男性。1991 年 11 月膀胱腫瘍に対し膀胱全摘およ

び回腸導管造設術を施行。病理診断はTCC, pT2, G3で、術後化学療法を施行。2001年4月、腹部CTにて両側腎周囲の腫瘍を認めた。さらに増大傾向を認め、右腰背部痛も出現したため同年9月13日入院となった。10月15日右腎摘除術施行。術中病理診断では腺癌が疑われ、CEAを測定したところ190と高値を示した。病理結果は移行上皮癌であり、CEA染色陽性であった。以上よりCEA産生膀胱腫瘍の腎再発と考えられた。また術後、大動脈周囲と左鼠径部にリンパ節腫大を認め血清CEAが上昇し、化学療法を施行するも効果なく2002年7月2日死亡した。膀胱腫瘍腎転移の報告は非常に少なく、われわれが調べた限りでは自験例は本邦で3例目であった。

維持透析患者の膀胱全摘出後に発生した非クロストリジウム性ガス壊疽の1例：篤原宏一、福原慎一郎、森直樹、原恒男、山口誓司(市立池田)、杉本瑞生(同整形外科)、高橋香司(高橋クリニック) 61歳、女性。1995年に慢性腎不全にて血液透析を導入。膀胱腫瘍に対し2001年11月膀胱全摘出術施行。術後5週より右鼠径部痛を自覚し、急速に右大腿内側の発赤腫脹を来した。発熱および同部に握雪感、捻髪音を認め、白血球、CRPの上昇も認めた。CTにて下腹部から外陰部、両側大腿内側の皮下、さらに内転筋内に気泡像を認め、広範なガス壊疽と診断した。同日、緊急手術として切開・排膿・デブリードマンを行った。創部培養では*Enterococcus faecalis*, *Prevotella melaninogenica*, *Prevotella oralis*を認めた。その後も適宜、消毒、洗浄、デブリードマンを繰り返して行い、治癒するに至った。ガス壊疽は致死率の高い疾患であるが、本症例ではCTを用いることによって、正確に診断し、切開範囲を適切に設定しえたことが救命につながったと思われる。

膀胱原発 Mucosa-associated lymphoid tissue (MALT) リンパ腫の1例：高原由姫、韓榮新、川嶋秀紀、仲谷達也(大阪市大)、田中一巨(同血液内科) 85歳、女性。2001年10月に肉眼的血尿、排尿時痛で当科受診。CT、MRIにて膀胱内部に7.5×3cmの内部均一な腫瘍性病変を認め、膀胱鏡下に生検したところMALTリンパ腫であった。2001年12月腰椎麻酔下にてTUR-biopsyを施行し、病理診断はextranodal marginal zone B-cell lymphoma of MALTであった。全身検索にて他病巣がないことを確認し、小骨盤に対し計40Gyの放射線治療を施行した。放射線照射後のMRIにて、腫瘍は5×1.5cmに縮小し、自覚症状はなく経過している。膀胱原発のMALTリンパ腫は稀な疾患であり、治療指針は定まっていない。以前は外科的切除が主流であったが、近年は化学療法、放射線療法が試みられている。予後は概ね良好で、長期間局所に留まる傾向にある。

肉眼的血尿を契機に発見された骨盤内静脈瘤の1例：横溝智、藤田和利、後藤隆康、菅尾英木(箕面市立) 55歳、女性。肉眼的血尿を主訴に来院。DIPにて膀胱頸部右側に小指頭大の陰影欠損を認め、膀胱鏡にて同部位に粘膜下腫瘍を認めた。また、左尿管口周囲に非拍動性の膨張した血管を認めた。MRIでは骨盤内に静脈の拡張を認め、骨盤内静脈瘤と診断した。CTでは、左腎静脈と下大静脈の合流部は狭窄しており、左腎静脈に合流する左卵巣静脈は拡張していた。よって、左腎静脈の狭窄により左卵巣静脈の血流がうっ滞し、骨盤内に静脈瘤が形成されたものと考えられた。以上より、骨盤内静脈瘤に伴う肉眼的血尿を認めた骨盤内うっ滞症候群と診断した。しかし、無症状となっていたため、外来にて経過観察することとした。膀胱粘膜下腫瘍を認めた場合、精査のために、CT、MRIなどの画像診断を行うことが重要であると考えられた。

腔内播種を認めた転移性膀胱腫瘍の1例：玉田博、原田健一、丸山聡、武中篤(県立柏原)、松下全巳(松下泌尿器科) 73歳、男性。1999年11月TUR-P施行された。その後通院なく2000年8月血尿にて再診、膀胱鏡にて頂部に広基性腫瘍を認め、前立腺床に有茎性腫瘍を認めた。TUR-Bt施行、頂部、前立腺床いずれの腫瘍も中分化型腺癌であった。注腸造影にてS状結腸に10cmの狭窄病変あり、S状結腸膀胱浸潤、前立腺床への播種と診断し2000年8月23日S状結腸切除+膀胱全摘+回腸新膀胱造設術を行った。術後25カ月間再発は認めていない。消化管由来の腺癌が本来発生するはずがない前立腺床に認めたということは、損傷された尿路上皮がいかに播種しやすかを証明している。消化器癌の膀胱浸潤による腔内播種の報告は文献上認められなかった。

S状結腸憩室炎によるS状結腸膀胱瘻の1例：岡本雅之、倉橋俊史、松本修(三木市民)、有川俊治、高橋洋、中村敬(同外科)、八尾昭久(神戸大)、井上武(兵庫こども小児外科)、渡辺信(神戸大保健学) 63歳、男性。2002年1月8日に僧帽弁閉鎖不全症IV度、慢性心不全にて勤務先の近医より当院内科紹介入院。同日頻尿、排尿時痛を主訴に当科受診。腹部超音波検査にて膀胱左側に突出するmass lesionを認めた。排泄性腎盂造影、膀胱鏡検査では壁外性の腫瘍による圧排像を認め、入院後尿尿および糞尿も出現した。大腸内視鏡検査、膀胱鏡下瘻孔造影および種々の画像検査にてS状結腸憩室炎によるS状結腸膀胱瘻と診断し、2002年2月20日瘻孔部位、炎症性腫瘍、S状結腸を一塊として摘除すべくS状結腸切除術および膀胱部分切除術を施行した。病理診断もS状結腸憩室炎によるS状結腸膀胱瘻であり、文献上本邦では179例目であった。

腹腔鏡補助下に根治術施行した膀胱虫垂瘻の1例：北村健、赤尾利弥、西村昌則(音羽)、塩山力也(福井医大) 症例は57歳、男性。主訴は排尿時痛。初診時顕微鏡的血尿と膀胱鏡にて膀胱右壁に浮腫性病変を認め血液検査にて炎症反応上昇認めた。画像上膀胱腫瘍の疑いもあったが二回の生検にても悪性所見なく、一年間ほど抗生物質間歇投与などで経過観察していた。しかし症状軽快せず消化管との瘻孔疑い精査施行。注腸造影検査後の腹部CTにて膀胱虫垂間の肉芽に注腸造影剤残存あり膀胱虫垂瘻疑ったため、腹腔鏡補助下に根治術施行した。虫垂と膀胱壁の高度な炎症性癒着と瘻孔形成を認めた。回腸が骨盤腔に強固に癒着しており手術後半は開腹術を余儀なくされた。虫垂自体の炎症所見は病理結果にて軽微であったが虫垂漿膜側、膀胱筋層下層に強い炎症反応と癒着形成があった。術後約10カ月であるが再発なく経過良好である。

前立腺導管癌(Ductal carcinoma)の1例：細川幸成、岸野辰樹、小野隆征、大山信雄、百瀬均(星ヶ丘厚生年金) 76歳、男性。血尿を主訴に受診。前立腺部尿道に乳頭状腫瘍を認め、PSAは5.4ng/mlとやや高値。尿細胞診はクラスⅡ。前立腺は直腸診上、クルミ大、弾性軟で右葉の一部に硬結を触知した。経尿道的前立腺腫瘍切除術および経直腸前立腺針生検を施行し切除標本の一部について高分化型腺癌と診断された。患者希望にて経過観察していたが1年後に再発、経尿道的切除術施行。前立腺導管癌の診断であった。放射線療法に抗男性ホルモン療法の併用を勧めたが放射線療法は拒否されたため抗男性ホルモン療法単独にて治療を開始。抗男性ホルモン療法開始後、13カ月現在、新たな転移、再発は認めていない。

移行上皮癌と鑑別困難であった前立腺導管癌の1例：牛田博、小泉修一(宇治徳洲会) 77歳、男性。3カ月前より排尿困難を自覚し、肉眼的血尿を認めるようになり当科受診。腹部超音波、CT、MRIにて膀胱頸部より突出する腫瘍を認めた。PSA1,130ng/mlと高値を示したが、経尿道的生検にてTCC、G2と診断された。骨シンチにて多発性骨転移を認め進行癌であったが、膀胱タンポナーデを呈するような血尿が続くため膀胱前立腺全摘、尿管皮膚瘻造設術を施行した。病理診断にて本来のprostatic acinar carcinomaの所見からprostatic duct carcinomaあるいはTCC様の所見を認めた。PSA染色は弱陽性であった。以上の結果より前立腺導管癌と本来の前立腺癌の合併と診断し、術後ホルモン療法を施行したが奏功せず、術後約2カ月前に死亡した。前立腺導管癌の本邦報告例としては66例目と考えられた。

化学療法(Irinotecan+CDDP)が奏功した前立腺小細胞癌の1例：新垣隆一郎、清川岳彦、柴崎昇、宇都宮紀明、中嶋正和、国島康晴、木下秀文、山本新吾、賀本敏行、羽淵友則、小川修(京都大)、中野悦次(中野クリニック) 80歳、男性。2001年9月、頻尿を主訴に近医受診。直腸診にて弾性硬の前立腺を触れるが、PSAは基準値内であった。前立腺生検にて前立腺癌(Gleason 5+5)と診断されるが内分泌療法に抵抗性で、前立腺は急速に腫大して尿閉となったため当科紹介受診。当院での再検討にて前立腺小細胞癌と診断し、肺小細胞癌の化学療法として近年有用性が証明されたIP療法(Irinotecan+CDDP)を施行した。腫瘍は著明に縮小し、また、副作用はほとんどみられなかった。治療開始より10カ月経過した現在もQOL良く生存中であり、前立腺小細胞癌に対して有効な治療法の1つであると考えた。

前立腺印環細胞癌の1例：藤田和利，横溝 智，後藤隆康，菅尾英木（箕面市立），伊藤裕啓（同病理），中 祐次（なかくリニック）75歳，男性。2002年2月に近医でPSA高値（9.3 ng/ml）を指摘され当科受診。経直腸の前立腺針生検の結果，印環細胞癌を認めた。MRIで前立腺右葉に限局し，腹部CT，骨シンチグラフィで異常を認めず。上部消化管内視鏡検査および注腸造影で異常を認めず。ピカルタミド80 mg開始し，1カ月後にはPSA 0.6 ng/mlまで減少した。2002年5月18日根治的前立腺全摘除および骨盤内リンパ節廓清施行。病理診断は低分化型前立腺癌を伴う前立腺印環細胞癌，pT2apN0M0であった。免疫組織染色で印環細胞はPSA，PAPに陽性を示したが，CEAは陰性であり，PAS-alcianblue染色は陰性であった。2002年9月現在PSA値は感度以下で再発を認めず。本症例は文献上49例目であった。

多彩な組織像を呈した前立腺癌の1例：山本雅司（国立奈良），田中宣道，清水一宏（高井），松木 尚，平田直也，柏井浩希（高の原中央）69歳，男性。2002年1月肉眼的血尿にて近医受診。USにて膀胱内に腫瘍性病変がみられたため当科を紹介受診。直腸診上，前立腺癌が疑われ，PSA 5.6 ng/ml，CA19-9 98.5 U/mlであった。画像上，腫瘍は前立腺より膀胱後部に向かって発育し，膀胱および精囊浸潤がみられ，多発性骨転移を認めた。前立腺針生検にて低分化型腺癌に加え，移行上皮癌がみられたため，経尿道的生検を施行したところ，印環細胞癌も混在していた。以上より前立腺癌 stage D2と診断し，MAB療法，放射線治療およびM-VAC療法3コース施行した。治療効果は原発巣，転移巣ともにPR，PSAも0.8 ng/mlに低下したが，CA19-9は40.2 U/mlと依然高値であった。2002年9月現在，画像上腫瘍の増大は認めない。

妊娠を契機に発症した尿道憩室の1例：穴井 智，安川元信，仲川嘉紀，吉田宏二郎（大和高田市立）36歳，女性，初産婦。妊娠3カ月頃より立位・歩行に困難を来すほどの陰部隆起を自覚していた。当院産婦人科において帝王切開により出産後，当科紹介受診となる。出産後8カ月間の授乳期の後，chain CG，腹部CT検査を行い，尿道憩室と診断した。2001年4月17日に経陰的に尿道憩室摘除術施行した。術後尿道腔狭などの合併症を認めず，陰部隆起病変の消失を認めた。本邦において妊娠を契機に発症した尿道憩室報告例は，自検例が4例目であった。全例，出産後憩室摘除術施行しており，1例のみ穿刺吸引により経陰分娩を可能としていた。

女子尿道腫瘍の1例：森 喬史，浦 邦委，新谷寧世，柑本康夫，鈴木淳史，平野敦之，新家俊明（和歌山医大）66歳，女性。2002年4月，下着への血液付着を主訴に当科受診。外尿道口の6時方向に小豆大で暗赤色，表面平滑な腫瘍が認められた。尿道小阜の診断で同切除術を行ったが，病理診断は腺癌であった。MRIおよびCTでは，尿道の肥厚やリンパ節腫大は認められなかった。膀胱尿道鏡でも異常なく，切除部近傍の生検でも残存腫瘍は認められなかった。以上より，原発性尿道腺癌，Grabstaldの分類でstage A以下と診断し，Holmium: YAG laserによる焼灼術を行った。術後3カ月の現在，再発や尿道狭窄などの合併症は見られしていない。女子尿道癌は進行例が多く予後不良であることから，膀胱尿道全摘除術が行われることが多いが，前部尿道に限局した表在性の小さな腫瘍に適応を限れば，本治療法が選択肢の1つになると考えられた。

女子尿道悪性黒色腫の1例：清水洋祐，高尾典恭，七里泰正，山内民男，金丸洋史（北野）症例は71歳，女性。2002年2月，性器出血により尿道カルシウム様小指頭大腫瘍が発見された。カルシウムとして切除された組織は悪性黒色腫であった。腫瘍の厚さが4 mmと厚く膀胱壁にも隆起性病変を認めたため骨盤前方全臓器摘除術 回腸導管増設術 浅鼠径リンパ節廓清術施行後，術後補助化学療法としてDAV療法を3コース施行した。女子尿道悪性黒色腫は全悪性黒色腫の1%以下で尿道腫瘍の4%と稀な疾患で5年生存率は10%と極めて予後不良である。今回われわれは女子尿道悪性黒色腫の1例を経験したので若干の文献的考察をくわえて報告した。

前腕皮弁を用いて尿道再建術を施行した1例：寒野 徹，柴崎昇，伊藤将彰，辻 裕，瀧 洋二，竹内秀雄（公立豊岡）47歳，男性。腰痛と尿道自壊を主訴に受診。尿道は亀頭からすぐのところまで欠損し陰脬側まで約15 cm欠損しており，陰茎異物による感染が原因

と考えられた。腰痛の原因は化膿性脊椎炎と考えられた。また入院中に精神分裂病指摘されている。尿道自壊部の感染が沈静化し，欠損部に上皮形成がみられたので，前腕皮弁を用いて尿道再建術施行した。前腕皮弁で尿道約15 cmと陰茎腹側の皮膚を形成した。陰脬側の吻合部に瘻孔を形成したが，保存的に改善した。その後尿道カテーテル抜去した後に吻合部狭窄をきたしたので内視鏡下に狭窄部切開を行い尿道ステント留置し，良好な排尿状態をえている。

Verrucous carcinomaの2例：梁川雅弘，高山仁志，今津哲央，坂上和弘，中森 繁（東大阪市立総合）症例1，34歳，男性。尖圭コンジローマ焼灼切除後，亀頭部に悪臭を伴う非出血性乳頭状腫瘤を認め，2002年4月当科入院。腫瘤を切除生検し，病理診断はverrucous carcinomaのもと同年5月部分陰茎切開術を施行。症例2，76歳，男性。尖圭コンジローマ焼灼切除後，陰茎部潰瘍の反復と亀頭部腫瘤の増大にて2001年5月当科入院。生検にて病理診断はverrucous carcinomaのもと同年6月部分陰茎切開術を施行。両患者共に2002年9月現在，再発，転移も認めず生存中である。Verrucous carcinomaは，約20%にSCCを合併する可能性もあり，慎重に取り扱う必要がある。

全身リンパ節転移に対して化学療法が著効した原発不明未分化癌の1例：岩村博史，根来宏光，杉野善雄，諸井誠司，岡 裕也，川喜田陸司（神戸中央市民）患者は69歳，男性。2002年2月より右鼠径部腫瘤を自覚したため当院皮膚科を受診。3月25日開放生検目的に入院となった。CTにて傍大動脈リンパ節から右鼠径部リンパ節にかけて腫大が確認された。生検の結果未分化癌と診断され，免疫組織学的にも原発巣を示唆する所見はえられなかった。さまざまなtumor markerはいずれも陰性で，多科にわたり原発巣を検索するも特定できなかった。その後当科において原発不明未分化癌としてpaclitaxel，carboplatinおよびetoposideの3剤併用化学療法を3コース施行した結果，腫瘍は著明に縮小した。さらに残存リンパ節に対して右鼠径部リンパ節廓清術を追加したところ，摘出標本内には癌細胞が認められなかった。現在外来にて厳重に経過観察中である。

精巣損傷後に発生した精巣腫瘍の1例：平原直樹，伊藤吉三（綾部市立），矢野公大（明治鍼灸）25歳，男性。2000年1月サーフィン中に左陰囊を強打し5日後に陰囊部腫脹疼痛軽減しないとのことで当院初診となったが保存的経過観察とした。2001年9月左陰囊部痛にて再診，血腫は残存していたが陰囊部腫脹増大は認めなかったため再び経過観察とした。2002年2月左腰部部痛の訴えあり当院救急受診し尿管結石疑いにて再診となった。DIP，腎超音波断層像にて左水腎症，左水尿管を認めた。CT像にて5×4×5 cmの大動脈周囲リンパ節腫脹を認めたため，精巣腫瘍 stage II bにて左高位精巣摘除術施行した。病理診断はseminomaであった。その後BEP4コース施行した。腫瘍マーカーは陰性化しPRとなった。外傷と精巣腫瘍発生の関連については文献上オッズ比2から2.6と報告されているが，関連を証明する報告はなかった。

ダウン症に発生した異時性両側性精巣腫瘍の1例：吉田哲也，金谷勲，神波照夫（津市民）患者は33歳，男性。生下時よりダウン症候群と診断されていた。21歳時に左精巣腫瘍，後腹膜リンパ節転移に対して左高位精巣摘除術，PVB療法を2コース施行された。摘出標本の病理組織はmixed germ cell tumor (embryonal carcinoma, seminoma)であった。33歳時糖尿病の血糖コントロール目的で当院内科入院中，家族希望にて泌尿器科に紹介された。右精巣は雀卵大に萎縮していたが一部に硬結を認めた。LDH，AFPは正常範囲内であったがHCGβ 1.2 ng/ml，HCG 65 ng/mlと軽度上昇していた。明らかな転移巣を認めず，右精巣腫瘍ステージIの診断のもと右高位精巣摘除術を施行。摘出標本の病理組織はseminoma, typicalであった。術後，腫瘍マーカーは正常化し現在外来経過観察中である。ダウン症に発生した両側性精巣腫瘍は文献上4例目であった。

精巣腫瘍に対する超大量化学療法後に発生した二次性白血病の1例：山田剛司，沖原宏治，朴 英寿，鳥山清二郎，林 一誠，稲垣哲典，野本剛史，藤戸 章，中尾昌宏，三木恒治（京府医大）43歳，男性。他院にて精巣腫瘍の診断のもと右高位精巣摘除術施行。病理組織診断はembryonal carcinoma & immature teratomaであった。1996年9月左肺野に腫瘍性陰影を認めたため当科紹介。肺転移，傍大

動脈リンパ節転移を認め BEP 3クール、超大量化学療法1クール施行。脳転移巣に50 Gyの全脳照射施行しCRとなったが、2002年5月汎血球減少を認め、骨髓穿刺の結果、AML、M6と診断。染色体解析の結果、アルキル化剤による二次性白血病と考えられた。化学療法にて臨床的に寛解となり、骨髄移植の予定である。アルキル化剤はVP-16とともに合併症として二次性白血病について注意深く観察する必要があると思われた。

当院における性感染症の現況：石川泰章（石川泌尿器科） 当院における性感染症（STD）の現況について臨床的検討をした。2001年度に当院を受診したSTD患者532例（男性493例、女性39例）を対象とした。淋病123例、性器クラミジア118例、非淋菌性非クラミジア（非淋非ク）性器炎241例、性器ヘルペス69例、尖形コンジローマ31例、臍トリコモナス症4例、顕性梅毒1例であった。平均年齢は男性33.4歳、女性25.1歳で男女とも30歳代以下で全体の2/3を占めており、淋病、性器クラミジア、非淋非ク性器炎の頻度が高かった。感染源は男性で性産業従事者群、女性で素人群が約6割を占めていた。男性では口腔性交のみでの感染も約1/3に認めた。口腔性交のみで感染するSTDに対する非認知度は約1/3であった。STDは性風俗の多様化などで若年層を中心に広く蔓延している。性知識、性教育の充実と、耐性菌を念頭においた治療薬選択などの適切な治療法が重要である。

好酸球性膀胱炎の1例：金啓盛、今西治、中村一郎（神戸西市民）、山中邦人（市立西脇） 52歳、女性。既往歴に気管支喘息。2001年9月頃より排尿終末時痛あり、その後肉眼的血尿、頻尿も出現したため同年11月21日当科受診。検尿にて膿尿を認める以外に血液一般、生化学検査、自己免疫学的検査に異常所見は認められなかった。膀胱容量は90 mlで左側のVURが認められた。超音波検査で両側水腎症および膀胱内に腫瘤陰影が認められ、CT、MRI上びまん性に壁外に浸潤する膀胱腫瘍が疑われたため、同年12月12日経尿道的に病変部を筋層まで電気切除した。病理結果は好酸球性膀胱炎で、悪性所見は認められなかった。アレルギーの同定はできず、2002年2月よりプレドニゾロン10 mg投与開始したところ症状は速やかに改善した。膀胱容量は300 mlまで増大し、VUR、両側水腎症も消失した。本症例は気管支喘息とその交代現象が関与したものと考えられた。

術前診断が困難であった黄色肉芽腫性腎盂腎炎の1例：原田健一、玉田博、丸山聡、武中篤（県立柏原） 74歳、男性。膀胱癌、

前立腺癌術後 follow 中にIVPで左上腎杯に変型を認めた。US、CTで左腎腫瘍と診断し、左腎摘除術を施行したが、病理組織診は黄色肉芽腫性腎盂腎炎であった。検査所見では、CRP 2.4 mg/dlと炎症反応を認め、検尿で血膿尿を認めたが、尿細胞診はnegativeであった。CT、MRIなど画像診断では、腎内側に限局した腫瘍であり、腎の腫大、Gerota筋膜の肥厚や結石形成など典型的な黄色肉芽腫性腎盂腎炎の所見ではなかったため、腎細胞癌あるいは腎盂腫瘍との鑑別は困難であった。黄色肉芽腫性腎盂腎炎は診断される時期により画像所見は非常に多彩となるため、本症例のような限局型では悪性腫瘍との鑑別が困難になると考えられた。

脳脊髄膜炎を併発した副腎クリプトコッカス症の1例：谷本義明、桑原伸介、玉田聡、岩井謙仁（和泉市立）、本田雄二、成瀬裕恒、松岡好美（同脳外科） 59歳、男性。2001年2月26日後頭部痛、意識障害、歩行障害で当院救急搬送。既往歴はないが、未治療糖尿病があった。種々の画像診断にて悪性腫瘍の髄膜播種と左副腎腫瘍を疑った。2001年4月19日全身麻酔下、左副腎摘除術を施行した。病理診断は、副腎クリプトコッカス症であった。術後2日目、Th9以下に脊髄炎による黄痘症状が出現した。4月24日再度髄液検査を行い、墨汁染色でクリプトコッカス脳せき髄炎と診断した。髄液クリプトコッカス抗原価は8倍でした。Fluconazoleを400 mg/日の投与を開始し、2001年12月12日、髄液クリプトコッカス抗原価は陰性となったが、Th9以下の黄痘症状は著明な改善を認めなかった。発症後1年8カ月を経過し、増悪はない。

結核性後腹膜膿瘍の1例：山本智将、吉岡伸浩、加藤良成、井口正典（市立貝塚）、加藤元一（同内科） 25歳、女性。2年前に肺結核の既往あり。CT、MRI上、腎下極より鼠径部に至る後腹膜膿瘍が疑われ当科初診。2002年2月14日に超音波ガイド下経皮的後腹膜ドレーン留置術施行。混濁したクリーム状の膿瘍を450 cc吸引し穿刺後の抗酸菌、一般細菌培養、MTD共に陰性であった。ツベルクリン反応強陽性、血清マイコドット陽性、2年前の肺結核既往より抗結核薬内服開始しCT上膿瘍縮小したためドレーン抜去したが、2カ月後のCTにて膿瘍再増大があり再度ドレーン留置術施行。ドレーンよりストレプトマイシン500 mg計11回注入後ミノマイシン100 mg計5回注入しCTにて膿瘍消失し退院となった。今回の流注膿瘍は粟粒結核より腸腰筋膿瘍が発生し同部より後腹膜腔に流注したと考えた。