

## 第219回 日本泌尿器科学会東海地方会

(2003年1月26日(日), 於 浜松市福祉交流センター)

保存的治療中に再出血を来した腎外傷の1例: 杉山大樹, 三島淳二, 桑原勝孝, 佐々木ひと美, 日下 守, 石川清仁, 白木良一, 星長清隆(藤田保衛大) 31歳, 男性. トラックの荷台で左腰部を強打し, 左側腹部痛と肉眼的血尿を主訴に受診. CT IVP から左腎外傷(II型)と診断. 安静・輸液にて経過観察. 受傷後40時間頃, 体位変換を契機として突然左側腹部痛の増強と肉眼的血尿の増悪を認めた. CT 再検し, 血腫の著しい増大を認め, 緊急にて選択的腎動脈造影・塞栓術を施行. 出血部位からの再出血と, 腎梗塞部への血流の再疎通から血腫が増大した可能性が示唆された. 近年, 腎外傷に対する治療はnephron sparingを重視し, 保存的に治療する報告が多い. 3D CTなどの画像診断の進歩により retrospectiveに出血部位の詳細な検索が可能となったが, 緊急を要する本症例の場合は迅速な対応と厳重な経過観察が必要となり, 放射線科との連携も重要であると考えられる.

無痛性右季肋部腫瘍にて発症した黄色肉芽腫性腎盂腎炎の1例: 篠原 聡, 佐々木ひと美, 石川清仁, 三島淳二, 市野 学, 桑原勝孝, 日下 守, 白木良一, 星長清隆(藤田保衛大) 73歳, 女性, 主訴は無痛性右季肋部腫瘍. 近医CTで右珊瑚状結石, 膿腎症と診断され当科紹介となる. 慢性炎症に伴うCRPの上昇と貧血を認めた. CTでは腫大した右腎内部に大小多数の石灰化陰影と低吸収域を認めた. 造影後は右腎外壁が淡く造影され, 腎周囲組織および腹壁, 皮下も同様に造影された. MRIでは肝右葉に接し横隔膜, 後腹膜から腸腰筋, 腹壁にまで低信号領域が及んでいた. 悪性疾患との鑑別のため経皮的針生検を施行するも悪性所見は認められなかった. 以上の画像診断, 針生検より黄色肉芽腫性腎盂腎炎とそれに起因した皮下膿瘍と診断. 右腎周囲組織を含めた右腎摘出術, 皮下ドレナージ術を施行. 病理では, 線維化した腎実質と泡沫細胞の集簇が見られ黄色肉芽腫性腎盂腎炎であった.

黄色肉芽腫性腎盂腎炎と鑑別が困難であった浸潤性腎盂腫瘍の1例: 森川高光, 石黒幸一(浜松赤十字) 62歳, 女性. 高熱, 体重減少で受診. 潜血は陽性も膿尿は認めず. CT, RP, 血管造影などの画像診断上, 黄色肉芽腫性腎盂腎炎と考え, 左腎摘出術を施行. 摘出腎は肉眼的に膿汁を伴った黄色の肉芽腫で占められ, 黄色肉芽腫性腎盂腎炎と考えられたが, 病理診断では浸潤性腎盂腫瘍であった. 術後6カ月のCTで後腹膜リンパ節腫大を認め化学療法と放射線療法を施行. 転移巣は縮小した. しかし, その後再燃, リンパ節の増大, 多発肝転移をきたし13カ月で病死した. 黄色肉芽腫性腎盂腎炎と浸潤性腎盂腫瘍は画像診断のみでは鑑別困難なことがあり, 画像診断に加えて通常の細胞診だけでなくwashing cytologyやbrushing cytologyを行い, 場合によっては針生検も行うべきと考えられた.

腎結石に合併したRenal sinus lipomatosisの1例: 三輪好生, 谷口光宏, 竹内敏視, 酒井俊助(県立岐阜) 52歳, 男性, 主訴は腹部違和感. 10年来, 左の腎結石を指摘されていたが放置. 左腎結石, 水腎症を指摘され紹介. 腹部CTで長径約11cmのlowdensityな腫瘍を左腎内側に認め, 腎盂内の結石周囲に浸潤影を認めた. MRIでは腫瘍はT1強調画像でhigh, T2強調画像でlow intensityを示し脂肪組織とほぼ同等の輝度を示していた. 逆行性腎盂造影では結石周囲腎盂尿管の不整な狭窄を認めた. 腎動脈造影では結石周囲には不整な血管の増生を認めた. 経皮的針生検でも悪性腫瘍の可能性も否定できず左腎腫瘍に対し腎摘除術を施行した. 病理組織では結石周囲は炎症所見のみで, 腫瘍部分は全体が成熟脂肪からなっており悪性所見は認めずrenal sinus lipomatosisの診断であった.

巨大水腎症をきたした2例: 木瀬英明, 大西毅尚, 吉村暢仁, 米村重則, 加藤研次郎, 金原弘幸, 有馬公伸, 柳川 眞, 杉村芳樹(三重大), 小川和彦(鈴鹿中央) 症例1: 25歳, 男性. 検診で尿潜血を指摘され当院受診. 左上腹部に腫瘍を触知, MRIでは左巨大水腎症(21×18×30cm)が右側にまでおよび, 腸管を圧排し大動脈も変位. DMSAでは患側は0%. 周囲臓器への圧排と感染, 破裂の可能性を危惧し単純腎摘出術を施行. 摘出標本では尿管の拡張はなく, 病

理所見でも尿管壁の肥厚や線維化は認めず. 腎盂は変性した線維組織からなり上皮成分はほとんど認めず. 症例2: 45歳, 男性. 20年前に近医で左尿管結石を指摘も放置. 右背部痛で受診, MRIで9×12×27cmの右巨大水腎症と尿管結石が認められた. 高血圧で近医より降圧剤の処方あり. 単純腎摘出術を施行, 病理所見から結石周囲尿管は上皮の過形成と炎症, 萎縮した腎実質からは少量の尿管と糸球体を認む. 術後血圧は正常化した.

肺, 胸膜転移に対してIL-2が有効した腎癌の1例: 萩原徳康, 藤広 茂(岐阜赤十字) 症例は69歳, 男性で, 2000年11月に腎癌にて左腎摘除術を施行した. 病理診断は淡明細胞癌, pT1b, N0, M0, G2, stage Iであった. 術後予防的にIFN-αを6カ月間投与した. 術後2年4カ月後に肺, 胸膜転移の再発を認めた. 転移確認1カ月後より1日70mg単位/週5日のIL-2の投与を開始した. 4週にはPD, 12週にはNC, 24週にはPRとなった. 38週には初回に確認された胸膜転移部位のみが残存し, さらに縮小傾向を示している. 発熱, 倦怠感, 胸部転移による疼痛が軽減され, PSの改善がえられた. 術後予防的にIFNを投与したものの, 再発した症例に対してIL-2が奏効した症例は自験例も含め14例報告されていた. 転移部位は主に肺で, 初回効果が確認される時期は平均8週であった. 今後長期の観察が必要と考えられた.

十二指腸に直接浸潤した右腎腫瘍の1例: 飛梅 基, 青木重之, 安部俊昭, 成瀬克也, 小久保公人, 中村小源太, 瀧 知弘, 三井健司, 山田芳彰, 本多靖明, 深津英俊(愛知医大) 87歳, 男性. 2002年6月12日イレウスにて入院中, 腹部CTにて右腎腫瘍を疑われ, 当科紹介受診. 精査にて右腎腫瘍clinical stage T1b N0 M0と診断し, 手術療法を考慮するも積極的治療を望まなかったため外来にて経過観察となった. 2002年8月21日, 下血による貧血にて緊急入院. GIFにて十二指腸下行脚に外部から圧排する巨大な腫瘍を認め, 内視鏡所見上腫瘍の直接浸潤が強く疑われた. 腹部CTでも腫瘍の十二指腸への直接浸潤と考えられ, clinical stage T4N0 M0と診断した. 全身状態の改善を待って消化管バイパス術を考慮するも, 9月15日に大量の吐血をきたし, 出血性ショックにて死亡した.

腎盂腫瘍と鑑別を要したペリニ管癌の1例: 小林隆宏, 神谷浩行, 山田健司, 濱本周造, 福田勝洋, 永田大介, 橋本良博, 戸澤啓一, 郡健二郎(名古屋大) 70歳, 女性. 主訴は肉眼的血尿と左腰背部痛, 初診時腎不全と超音波にて左腎腫瘍を認めたため精査, 加療目的に当科入院となった. 入院中尿細胞診は3回とも陰性, CT上, 左腎上極に5cm大の腫瘍を認め腎内側に突出していたため腎盂腫瘍と鑑別のためにRPとMRIを施行した. RP上, 腎盂に突出した腫瘍を認めMRIでは腎実質内に周囲に出血を伴った4cm大の腫瘍を認めた. 腎癌の診断で根治的左腎摘除術施行, 病理組織学的にペリニ管癌, 乳頭状腺管型pT1b, N0, M0と診断した. 手術後3カ月経過した現在, 再発, 転移の兆候を認めていない. ペリニ管癌は腎盂腫瘍との鑑別困難例があるが当症例ではMRIが鑑別に有用であった.

腹腔鏡下生検により診断された, 後腹膜線維症の1例: 荒木英盛, 小野佳成, 服部良平, 吉野 能, 吉川羊子, 深津顕俊, 木村 亨, 大島伸一(名古屋大) 58歳, 男性. 2002年, 8月中旬に全身倦怠感, 両下肢の浮腫, 一週間で5kgの体重増加を主訴に近院受診. Cr 4.3と腎機能低下とCT上両側水腎症・後腹膜に腫瘍を認め, 9月3日精査加療目的で, 当院入院となる. CTでは, 腎下極レベルより総腸骨動脈レベルまでの大動脈周囲にisodensity, MRI T2強調画像では, ほぼ中信号で, 一部低信号の軟部陰影を認めた. 入院直後に, 両側腎瘻造設し, 腎機能正常化した. 悪性腫瘍の除外診断のため, 後腹膜腫瘍に対してCTガイド下生検を施行したが, 確定診断ができず, 11月25日, 一塊となった組織採取のため, 腹腔鏡下生検, および尿管剝離術を施行. 後腹膜線維症の診断をえた. 現在ステロイド療法にて経過観察中である.

9年毎に3度の摘出術を行った後腹膜脂肪肉腫の1例:石村大史, 佐藤 敦, 工藤真哉(聖隷浜松) 症例は66歳, 男性。1984年他院外科にて左後腹膜腫瘍の診断を受け腫瘍摘出術を施行された。病理組織は分化型脂肪肉腫。その後, follow up 受けず。1992年当院の健診にてアミラーゼ高値を指摘。精査目的のCT, MRI で左腎周囲後腹膜に脂肪成分主体の腫瘍認め, 脂肪肉腫局所再発の診断にて1993年3月2日腫瘍摘出術施行。病理組織は分化型脂肪肉腫であった。術後CYVADIC療法施行後, 当科外来 follow。2002年8月CTにて左腎上極に2度目の局所再発認め, 10月10日腫瘍摘出術施行。やはり分化型脂肪肉腫であった。脂肪肉腫は組織型により予後が異なり分化型, 粘液型では比較的予後良好であるが, 局所再発率が高く, 長期の経過中に再発を繰り返す例も少なくないとされる。本例でも今後の局所再発は十分に予想され, 引き続き注意深い観察を要するものと考えられた。

巨大骨盤内腫瘍の1例:大菅昭秀, 黒田和男, 田中篤史, 長井辰哉(西尾市民) 症例は38歳, 男性。2002年8月より腹部膨満, 腹部疼痛があり当科受診。エコー所見から12×12×16cmの巨大骨盤内腫瘍が疑われ, 生検目的に入院。腫瘍マーカーはPSAの若干の上昇はあるがほかに異常はなかった。画像所見では悪性繊維組織球腫などの軟部組織腫瘍が疑われた。針生検上病理組織診断にて低悪性度肉腫が疑われたが, 患者希望により骨盤内腫瘍摘出術を行った。術中所見は多量の血性腹水を認め, 回腸, S状結腸, 膀胱へ高度に癒着しており, 回腸, S状結腸, 虫垂を一部切除, 膀胱は鈍的に剝離。病理組織の結果は回腸, S状結腸, 虫垂には浸潤所見はなく, 線維性増殖が認められ, inflammatory myofibroblastic tumor (IMT) が適切だと考えられた。5カ月経った現在再発はないが, IMTは線維性腫瘍で中間群腫瘍と位置づけられており, 再発の危険性もあり注意深いフォローが必要である。

深達度pTaと診断され, 1年半後再発し急激な経過をとった尿管癌の1例:加藤成一, 菅原 崇, 清家健作, 水谷晃輔, 増孝孝子, 安田 満, 江原英俊, 高橋義人, 石原 哲, 出口 隆(岐阜大), 下川邦泰(同病理), 坂田佳子, 森 秀樹(同腫瘍病理) 77歳, 男性。2000年12月より肉眼的血尿。右上部尿管癌が疑われ, 2001年2月28日右尿管全摘除術+膀胱部分切除術を実施。病理組織診断は, UC, G2>G1, INF $\alpha$ , PNT, pTa。術後, 補助化学療法は施行せず。2002年8月CTにて膀胱直腸間に4cm大の腫瘍を認めた。右尿管癌の再発転移と診断し, 放射線療法を開始したが, 全身状態悪化し同年10月18日に永眠。病理解剖は, 骨盤内転移性癌, UC, G2, INF $\gamma$ , 膀胱直腸間浸潤, 肝転移, 総腸骨・外腸骨リンパ節転移, 肺の癌性リンパ管症。再発入院時, 血中CEA, 21.1ng/ml, CA19-9, 109.5U/mlと高値だった。

不妊治療中に発見された膀胱子宮内腺症の1例:久保田恵章, 玉木正義, 前田真一(トヨタ記念), 田代和弘(同病理), 出口 隆(岐阜大) 患者は33歳, 女性。2001年3月より, 当院産婦人科にて男性因子による不妊により人口受精目的にて治療を受けていた。2002年2月11日, 産婦人科にて経膈超音波検査中, 膀胱内に突出する腫瘍を指摘されたため, 2002年3月8日当科受診。膀胱鏡にて後壁に正常粘膜に覆われた突出する拇指頭大の腫瘍を認めた。2002年4月11日, 確定診断ため経尿道的膀胱腫瘍摘出術施行した。病理は子宮内腺症であった。術後, 子宮内腺症の治療としてダナゾール300mg/日を12週間投与された。術後4カ月, 膀胱鏡施行し再発を認めていない。2002年11月, IVF-ET施行されたが妊娠には至っていない。本症例は本邦102例目である。

左完全重複腎盂尿管と両側膀胱尿管逆流症を認めたSotos症候群の1例:平林 淳, 木瀬英明, 深津孝英, 山田泰司, 内田克典, 松浦浩, 金原弘幸, 有馬公伸, 柳川 眞, 杉村芳樹(三重大) 1歳2カ月の男児, 主訴は尿路感染による発熱。2001年7月12日出生, 特徴的顔貌, 身体所見によりsotos症候群と診断された。生下時より右水腎症, 右腎盂尿管移行部狭窄, 両側膀胱尿管逆流症, 左完全重複腎盂尿管を認めたため, 当院NICUに入院, 右腎盂尿管移行部狭窄に対し手術施行された。膀胱尿管逆流は経過観察していたが尿路感染を繰り返したため, 同年8月24日当科入院, 膀胱尿管新吻合術Cohen法施行した。術後経過は良好で軽度の膿尿認めるが熱発なく腎機能良好にて経過観察中である。Sotos症候群は本邦では50例以上の報告がある

が高頻度に尿路異常を合併するといわれている。本例も上記のように尿路異常みとめ, 完全重複尿管は本邦では2例目の報告であった。

Illeovesicostomyを施行した脊髄損傷による神経因性膀胱の1例:西澤恒二, 小林 恭, 小倉啓司(浜松労災) 60歳, 男性。1996年頸椎損傷, 膀胱瘻で尿路管理。頻回に尿路感染, カテーテル閉塞による尿失禁, チューブが絡まるトラブルのため, incontinent illeovesicostomy施行。手術時間3時間37分, 出血量少量。術後臥位で尿道より尿失禁あり。膀胱内圧測定にて無抑制収縮認め, ストーマでのleak-point pressureは30cm H<sub>2</sub>O。これは膀胱が萎縮して小さかったため, 回腸を切開して広げずに吻合したことが原因と考えられた。尿道内コラーゲン注入したが尿失禁軽度あるため, 経陰陰的尿道結紮術を予定している。Illeovesicostomyは異物を留置せず比較的容易に低圧排尿を実現するため, 感染や上部尿路障害が少なく長期予後が望め上肢麻痺で自己導尿できない神経因性膀胱には良い適応である。低圧排尿の実現のため吻合部は十分広くすることが重要と考えられた。

S状結腸・直腸および腹壁に浸潤した尿管癌の1例:鈴木泰介, 佐藤 崇, 平野恭弘, 福田 健, 阿曾佳郎(藤枝総合), 吉野吾朗, 横山日出太郎(同外科) 症例は59歳, 男性。主訴は頻尿と体重減少。下腹部に小児頭大の硬い腫瘍を触知。臍より便汁の流出を認めた。画像診断上, 臍から膀胱まで一塊になった腫瘍を認め, S状結腸・直腸に浸潤していた。膀胱鏡検査では, 頂部から後三角部に広基性非乳頭状腫瘍を認めた。S状結腸および膀胱の腫瘍生検組織はいずれも高分化型腺癌であった。尿管癌のS状結腸・直腸・腹壁浸潤と診断。下行結腸に人工肛門を造設後, 膀胱尿管全摘・膀胱全摘・S状結腸直腸合併切除・尿管皮膚瘻造設術を施行した。術後5DFURを投与し, 5カ月間再発を認めていない。自験例は1990年以降で, 進行尿管癌本邦43例目の報告と考えられた。

放射線化学療法を行った膀胱悪性褐色細胞腫の1例:吉田宗一郎, 中込一彰, 後藤修一(浜松医療七) 症例は39歳, 男性, 膀胱褐色細胞腫の診断にて膀胱部分切除術施行。2年後, 局所および左内腸骨リンパ節に再発を認め, 膀胱全摘出術を施行するも非完全切除に終わる。残存腫瘍に対し放射線療法およびCVD(シクロファスファミド, ビンクリスチン, グカルバジン)化学療法施行。残存腫瘍は増大傾向を認めず, カテコラミン値の減少を認めた。CVD療法を計11コース施行するも抵抗性となり, カテコラミン値の再上昇を認めた。CT, PETにより傍大動脈および左鼠径リンパ節に再発を認め, 放射線療法を施行。再度カテコラミン値の減少, および症状の改善を認めた。悪性褐色細胞腫に対する放射線療法は転移巣。および局所再発巣に対しては無効とされるが, 本症例に対し放射線療法は有効であった。

膀胱後部に発育した前立腺肥大様組織を示した腺腫の1例:松本力哉, 本山大輔, 西島誠聡, 青木雅信, 高山達也, 鶴 信雄, 古瀬洋, 影山慎二, 牛山知己, 鈴木和雄, 藤田公生(浜松医大) 61歳, 男性。下腹部膨満感で近医受診し, 超音波検査で膀胱後部に境界明瞭な腫瘍を認め, 2002年5月2日当科を受診。直腸診では前立腺の口側に弾性軟で可動性のある腫瘍を触知。CTでは膀胱を圧排する腫瘍陰影を認めた。MRIでも前立腺の頭側やや背側に径6.5cmの多房性腫瘍を認め, 前立腺との連続性が確認された。同年5月24日, 精管造影, 前立腺生検および腫瘍針生検施行され, 精囊は外側に圧排され, 腫瘍性の構造は認めず, 前立腺・腫瘍は共に腺性過形成との診断であった。同年6月17日, 経腹膜的に腫瘍摘出術施行。病理標本ではcysticな腺性過形成を認め, 前立腺葉状腫瘍も疑われたが葉状を示す間質の増生はなく病理診断はprostatic hyperplasia, glandular typeであった。

精巣・精巣上体転移をきたした前立腺癌の1例:伊藤壽樹, 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) 73歳, 男性。1998年より前立腺乳頭状囊胞腺癌, 多発リンパ節転移の診断で内分泌化学療法を開始。2000年6月より生化学的再燃。2002年6月になり右陰嚢腫大出現し急速に増大。水腫内部に硬い腫瘍を認めたため, 再燃前立腺癌の精巣・精巣上体転移による陰嚢水腫を疑い, 2002年9月4日両側精巣摘除術を施行。腫瘍は径6cmの内部黄色の充実性腫瘍で右精巣から突出する形で存在していた。病理組織学的には高分化な異型細胞が一部囊胞を形成しながら

ら乳頭状増殖を示し萎縮した精巣に連続していた。PSA 染色弱陽性を示し前立腺癌の精巣・精巣上体転移と診断。その後 PSA 低下し再上昇を認めていない。転移経路として臨床的・病理組織学的にリンパ行性であることが推察された。

前立腺類内腺癌の1例：原田雅樹，佐藤滋則（国立天竜），鈴木和雄，藤田公生（浜松医大） 症例は69歳，男性。1998年血尿・頻尿を主訴に初診。PSA 値 19.8 ng/ml，膀胱鏡で膀胱頸部に乳頭状腫瘍を認めたが，生検で悪性所見は認めなかった。前立腺生検で前立腺中分化腺癌 T4N0M0 と診断し MAB 療法施行。2001年より肝機能障害出現のため LHRH アナログ単独投与に変更，以後 PSA 値徐々に上昇傾向となる。2002年10月両側水腎症，血尿出現で入院。前立腺癌膀胱浸潤による腎後性腎不全と診断。腎ろう増設し腎機能改善するが，血尿増悪によるタンボナーテ出現。止血目的で TUR-P 施行，前立腺部尿道精阜部より膀胱頸部に乳頭状腫瘍を認めるため切除焼却した。病理組織学的診断は前立腺類内腺癌であった。乳頭状腫瘍は初診時より認められるため類内腺癌は内分泌治療抵抗性腫瘍の可能性が強いと考えられた。年齢全身状態を考慮し，放射線療法を施行目的で2002年12月他院転院となる。

頭蓋底転移により失明状態の危機に瀕した前立腺癌の1例：吉川和暁，対馬伸晃，小松 茂，高橋伸也（豊橋市民） 61歳，男性。2001年3月，他院で低分化型前立腺癌 stage C の診断のもと酢酸リユープロレリン皮下投与および酢酸クロルマジノン内服。同年11月再燃にて当科紹介，精査にて多発性骨転移およびリンパ節転移あり。Stage D2 としてリン酸ジエチルステルベストロールを2週間投与し，リン酸エストラムスチンとテガフルウラシル併用に切り替えた。同年5月31日，右目がかすむため眼科紹介。MRI 上頭蓋底転移による視神経圧迫をきたしてほぼ失明状態にあった。6月7日よりステロイド内服および放射線療法 30 Gy/10回を開始した。10日後より視力が回復し，ステロイドを漸減しながら放射線療法を終了した。以後視力に関する訴えはなくなるも，8月13日より三叉神経第3枝とオトガイ神経障害による左顎のしびれをきたした。その後病状は徐々に悪化し11月中旬に死亡した。

前立腺原発 Mucinous carcinoma の1例：七浦広志（国保坂下），中村小源太，山田芳彰，深津英捷（愛知医大） 63歳，男性。2002年6月排尿障害，下血出現し紹介入院。前立腺は鶯卵大，石様硬。CEA 67 ng/ml，PSA 3.9 ng/ml。前立腺生検は mucinous adenocarcinoma。骨盤部 CT にて前立腺から直腸，膀胱に連続する腫瘍性病変，下部消化管内視鏡検査は直腸内12時の位置に潰瘍性病変を認めた。前立腺原発 mucinous adenocarcinoma，T4N0M0 と診断し同年9月18日骨盤内臓器全摘出術および回腸導管，人工肛門造設術を施行した。摘出重量は 380 g。病理診断は mucinous adenocarcinoma。PSA，CEA 染色は陰性。術後4カ月経過し，転移再発を認めず良好である。文献上自験例が世界98例目，本邦28例目であった。

下腹部腫瘍を主訴とした前立腺癌の1例：西川信之，河瀬紀夫，福澤重樹，宮川美榮子（島田市民），大西裕之（奈良社保） 72歳，男性。2001年6月，腹部腫瘍，排便困難にて当科紹介。超音波，CT，MRI にて両側水腎症および膀胱後面から骨盤腔内を占める 13×11×17 cm の内部不均一な腫瘍を認めた。腫瘍は直腸を取り巻くように存在していた。PSA 1,228 ng/ml。針生検にて Gleason 3+3 腺癌の診断。DES 点滴および MAB 療法にて PSA は著明な低下を示し，2002年12月，PSA は 0.02 ng/ml となっている。また，症状も改善を認めた。巨大前立腺癌は，「下腹部に腫瘍として触れる前立腺癌」とされている。分化度は中等度分化が約半数を占め，遠隔転移は約半数に認める。治療は全例に内分泌療法が施行されているが，全例に急速に著明な効果を認めその短期的成績は良好である。

原発性女子尿道腺癌の1例：本山大輔，松本力哉，西島誠聡，青木雅信，高山達也，鶴 信雄，古瀬 洋，影山慎二，牛山知己，鈴木和雄，藤田公生（浜松医大） 58歳，女性。肉眼的血尿，排尿困難を主訴。画像診断で，尿道全周をとり囲み膀胱頸部と膈前壁に浸潤する径約 3 cm の腫瘍を認めた。CEA，SCC などに異常は認めず。尿細胞診は class V，SCC。尿道扁平上皮癌 T3N0M0 を疑い膀胱尿道子宮全摘出，骨盤・単径リンパ節郭清，回腸導管造設。HE 染色で大腸癌に類似した腺管構造を有す中分化型腺癌，G2，columnar/mucinous

type，子宮，骨盤内への浸潤や所属リンパ節転移は認めず，断端陰性。免疫染色では，PSA，CEA，cytokeratin 20 が陽性で，cytokeratin 7 が陰性で，腸上皮化生を呈した尿道周囲腺原発腺癌と診断。術後はドキシフルリジン内服。手術から約1年半後，両側肺野に転移病巣が出現し，肺部分切除術を施行。現在術後約2年が経過したが，患者は生存中である。

反復性感染を認めた男子重複尿道の1例：宇佐美雅之，丸山哲史，遠藤純央，益本憲太郎，窪田裕樹，林 祐太郎，郡 健二郎（名古屋市大），西原恵司（名古屋市立城西） 3歳4カ月の男児。主訴は反復する外性器の炎症。生下時に陰茎背側の血液付着。陰茎を圧迫すると，陰茎背側から膿の排出を認めていた。2001年12月28日前泌尿器科受診。2002年1月9日当科紹介。陰茎背側に径約 2 mm の hole を認め，hole から外科用ゾンデを挿入すると約 2 cm 挿入することが可能であり，尿道造影にて副尿道の存在を確認した。不完全重複尿道の診断のもと，2002年10月8日全麻下に尿道膀胱鏡および副尿道摘除術を施行した。摘除した副尿道は途中まで管腔構造を保っており，その先に管腔構造を認めなかった。病理組織所見では，平滑筋および線維組織を認め，明らかな上皮は認めなかった。術後経過は良好，現在外来にて経過観察中である。

陰嚢内腫瘍により発見された悪性中皮腫の1例：池上要介，日比野充伸（上飯田第一），河合憲康，郡 健二郎（名古屋市大） 67歳の男性。右陰嚢の無痛性腫大を主訴に当院受診。触診上，右陰嚢内に可動性のない約 6 cm 大の腫瘍を認めた。腫瘍マーカーはすべて基準値内。右陰嚢内腫瘍の診断で，腫瘍摘除術を施行した。腫瘍は陰嚢皮膚と癒着しており，陰嚢皮膚と一塊にして摘除した。病理組織学的には包巣状に増生した異型上皮様細胞および異型中皮様細胞を認め，精巣鞘膜由来の悪性中皮腫と診断した。現在外来経過観察中であるが，4カ月経過した現在，明らかな再発，遠隔転移の所見は認めない。精巣鞘膜悪性中皮腫は文献上，本邦18例目であった。

PSA 正常の前立腺癌7例の臨床的検討：小島宗門，平山きふ，岡田晃一，兼光紀幸，三矢英輔（名古屋泌尿器科），早瀬喜正（丸善ビルクリニック） PSA 正常の前立腺癌について，主に臨床的側面から検討した。1994年4月から2002年10月までの間に，名古屋泌尿器科病院で前立腺系統的生検を施行した結果，270例の新鮮前立腺癌が発見された。そのうち PSA が正常で，DRE/TRUS が異常のため生検された前立腺癌は7例（2.6%）であった。年齢は60から82歳，平均68歳であった。DRE/TRUS の単独異常例では前立腺癌は皆無であった。これら7例はすべて，DRE/TRUS の両者が異常であった。DRE/TRUS の両者が異常の時，27%（7/26）の頻度で前立腺癌が検出されていた。7例中2例は低分化腺癌で，いずれも病期は T3 で予後不良であった。PSA 正常の前立腺癌を見逃さないためには，DRE/TRUS の両者が必須である。

ホルモン療法で PSA 値が測定限界以下となった Stage D2 前立腺癌3例の検討：福原信之，岡村菊夫（国立中部），小林峰生（小川クリニック） [症例] 65～78歳（平均72歳），診断時 PSA 値は 127～2,760（平均1,316）ng/ml，病理は高，中，低分化型が1例，観察期間は13～104（平均47）カ月であった。[結果] 治療開始から初めの1カ月では PSA 値の半減期は約4日であり治療開始時の1/150程度となり，1～3カ月では半減期は約14日となり PSA 値は 1/1,000程度になった。以後，nadir（測定限界値）になるまでの期間は287～693（平均423）日，nadirs の継続期間は53～2,814（平均1,145）日であった。nadir になった時点で生検では悪性所見は見られなかった。骨シンチグラムでも異常集積像は消失していた。[考察] ホルモン療法で測定限界値以下になる確率は不明であった。PSA の半減期は2～3日といわれている。半減期の長短は再燃率・予後には関連はなかった。

腹腔鏡下ドナー腎摘除術を施行した20例の検討：加藤真史，後藤百万，服部良平，小野佳成，大島伸一（名古屋大），古川 亨，絹川常郎（社保中京），上平 修，松浦 治（小牧市民），山田 伸（岡崎市民） 2000年12月より2002年12月までに20例で経腹膜の腎へ到達する方法で腹腔鏡下ドナー腎摘除術を施行した。体位は70度半側臥位とし，トロカールは5カ所を確保，ラップディスクは一部の症例で使用した。摘出腎は全例左側，手術時間は腎摘除までが平均152分・総

手術時間は平均212分であった。温阻血時間は平均5.3分、出血量は平均 122 ml であり全例で術後移植腎機能発現した。腹腔鏡下ドナー腎摘除術はドナーの早期回復がえられる上、合併症も許容範囲でレシピエントの腎機能回復も良好であった。左腎摘除術に関する限り従来からの開放手術に変わりうる方法と考えられた。

尿道メタルステント留置術の工夫：成山泰道，田貫浩之，上田公介（名古屋市立東） 76歳，男性。主訴は排尿困難。既往歴は脳梗塞・狭心症。低侵襲治療目的で当科初診となる。前立腺はエコーで 86.9 ml，前立腺腫瘍マーカー高値のため前立腺針生検術施行するも no malignancy であったため，尿道メタルステント留置術を施行。RCUG にて flattening, elongation, dislocation を認め，尿道膀胱鏡にて膀胱頸部の狭小を認めた。メタルステント留置するも会陰部痛および尿道バルーンカテーテル抜去後の著しい尿失禁を認めたためメタルステントの滑脱を疑い，骨盤部 Xp および RCUG 施行，滑

脱を認めた。膀胱頸部が狭いためメタルステントが末梢側へ押しやられたと考え，TUI-BN 施行した上で尿道メタルステントの位置修正を行った。排尿状態は著明に改善し，術後3カ月経過した現在も滑脱せず経過良好である。

**Cosmetic surgery for male external genitalia at our clinic :** 高橋金男（新大阪中央クリニック） In Japan, for some unknown reason, treatment of male external genitalia is often provided by aesthetic surgeons. The most commonly performed procedures are phimotomy and penile augmentation and elongations. Cautions should always be given to the functional aspect of the male external genitalia when determining the approach to be taken. Since surgical treatment may generate various urologic complications, the surgeons should be aware of these complications and proficient in dealing with them.