

学会抄録

第188回日本泌尿器科学会東海地方会

(1995年5月27日(土), 於 名古屋市中区役所(地下2階中区役所ホール))

後腹膜奇形腫の1例: 山下敦史, 吉村暢仁, 藤川真二, 栗本勝弘, 前田吉民, 金原弘幸, 奥野利幸, 林 宣男, 有馬公伸, 柳川 眞, 栃木宏水, 川村壽一(三重大) 54歳男性にみられた後腹膜奇形腫を報告する。血尿精査中に後腹膜腫瘍を指摘され当科に入院となった。現症異常を認めず時検査所見でも顕微鏡的血尿以外異常値は見られなかった。CTで境界明瞭で石灰化, 嚢胞状部が混在する約12cmの後腹膜腫瘍を認めたが他の異常は見られなかった。動脈造影では良性の神経原性腫瘍の可能性が示唆された。また大腸ファイバー, 膀胱鏡の所見からは隣接臓器への浸潤は認められなかった。腫瘍摘出術を施行, 腫瘍は被膜に覆われ充実成分と嚢胞部を認めた。病理学的には成熟奇形腫と診断した。化学療法, 放射線療法などは施行しなかったが経過は順調で現在術後6ヵ月で再発の兆候は見られていない。後腹膜奇形腫について若干の検討を加え報告する。

腫瘍内出血をきたした褐色細胞腫の1例: 丸井祐二, 初瀬勝朗, 古川 亨, 服部良平, 大竹 浩, 絹川常郎(市立岡崎) 症例は30歳女性。突発性の高血圧と意識消失をきたし, 上腹部仙痛を主訴に, 1995年2月17日入院した。腹部エコー CTにて右腎上縁に腫瘍内出血を伴った長径7cmの副腎腫瘍が認められた。血中・尿中アドレナリン, ノルアドレナリン値が上昇しており, 副腎髓質シンチグラフィにて右副腎腫瘍への有意な集積を認め, 副腎原発の褐色細胞腫と診断した。その他の領域には集積異常はなく, 内分泌検査からも他の内分泌腺腫, 転移は認められなかった。入院後約19病日, thoracoabdominal incisionにて右副腎腫瘍摘出術を施行した。摘出標本の重さは110g, 剖面は出血壊死の像であり, 病理組織上, 褐色細胞腫の診断であった。術後血圧は正常化し, 血中・尿中カテコラミン濃度も正常化した。正しい術前診断と, 安全な術前管理が肝要であったと考えられた。

乳糜尿の1例: 坂倉 毅, 池内隆人, 渡辺秀輝(名古屋市立城西) 53歳, 男性が乳白色尿を主訴に受診した。リンパ管造影にて両腎へのリンパ瘻を認めた。胸管の閉塞はなかった。血中マイクロフィラリアの検査を行ったが虫体は検出されなかった。熊本県の居住歴とリンパ管造影の所見からフィラリア性乳糜尿が疑われた。腎孟内硝酸銀注入療法を行うも効果なく急速に低蛋白血症が進みフィブリン塊による尿閉を繰り返した。経腰のアプローチにて両側の腎周囲リンパ管遮断術を行ったところ乳糜尿は術直後より消失し低蛋白血症も改善した。わが国ではフィラリア症は予防対策事業によりほとんどの流行地において根絶されたと考えられているが晩期合併症としての乳糜尿は近年でも報告例が散見される。治療法として腎孟内薬液注入療法やリンパ管-静脈吻合術など比較的侵襲の低い方法が増えてきてはいるが, 有効性でかつ再発率の少ないのは腎周囲リンパ管遮断術である。

甲状腺癌からの転移性腎腫瘍の1例: 山本洋人, 田真浩之, 堀武, 平尾憲昭(厚生連加茂) 症例は63歳, 女性。1993年8月25日左腎腫瘍精査目的にて当科を初診。胸部X線写真にて多発性 coin lesion が認められた。既往歴に1977年8月4日甲状腺腫瘍のための甲状腺摘除術の施行がある。腎臓部 MRIにて T2 強調画像で high intensity と iso-intensity の混在する腫瘍を認め, angiography では左腎下極に hypervascular な腫瘍陰影を認めた。諸検査も考慮し肺転移を有する原発性左腎腫瘍を考え, 1993年9月9日経腹的左腎摘除術を施行した。摘出した腎の病理組織所見, および他院にて施行された甲状腺摘除術の際にえられた甲状腺病理組織所見から, 甲状腺乳頭状腺癌の左腎転移と診断し外来経過観察を行っていたが, 1994年7月20日甲状腺癌肺転移による呼吸不全にて死亡した。自験例は甲状腺癌からの転移性腎腫瘍本邦報告8例目であると考えられた。

特異な発育形態をとった腎盂腫瘍の1例: 平野真英, 星長清隆, 樋口 徹, 内藤和彦, 小林康宏, 藤後明子, 宮川真三郎, 桜井孝彦, 加藤 忍, 白木良一, 堀場優樹, 名出頼男(保健衛生大) 非乳頭状浸

潤性腎盂腫瘍は腎実質腫瘍, 腎膿瘍との鑑別に困難をきたすことが多い。われわれは術前診断に難渋した非乳頭状浸潤性腎盂腫瘍の1例を経験したので報告した。症例は65歳男性, 肉眼的血尿, 左腰背部痛を主訴に近医受診, 腎盂腎炎の診断のもと化学療法施行された。尿細胞診で TCC Class V を認め精査目的にて当科紹介。RP, CT, 血管造影, MRI を施行し左腎膿瘍を最も疑ったが腎盂腫瘍, 腎実質腫瘍の鑑別つかず診断目的にて腎摘出術施行, 迅速病理にて TCC G2 or G3 を認め尿管全摘を追加しリンパ節郭清を行った。現在 M-VAC 施行中であるが今後も慎重な経過観察が必要である。

腎オンコサイトーマの1例: 三井健司, 本多靖明, 上條 渉, 大下博史, 平岩親輔, 宮川真真, 山田芳彰, 深津英捷(愛知医大) 症例は, 46歳, 女性, 健診時の超音波検査で右腎腫瘍を指摘され精査のため受診。超音波検査, CT, 血管造影にて, 腫瘍は, 腎皮質腫瘍あるいは腎オンコサイトーマが疑われたが腎細胞癌も完全に否定できなかった。術中迅速病理診断で最終治療方針を決定することとし, 腫瘍の部位が核出術可能であるが, もし腎癌の場合は根治的腎摘を施行することとし手術を施行した。迅速病理の結果は, オンコサイトーマの可能性大で悪性像はみられないとの診断であったため核出術にて手術は終了した。病理組織は, 好酸性顆粒状の細胞質を持ち, 核は類円形で核異型は乏しく核分裂像も見られなかった。電顕像では, 多数のミトコンドリアが認められた。以上より, 腎オンコサイトーマと診断した。本腫瘍は, malignant potential が見られるといわれており今後, 慎重な経過観察をしていく予定である。

典型的な皮疹を伴った両側腎血管筋脂肪腫の1例: 青木雅信, 新保育, 水野卓爾, 石川 晃, 影山慎二, 妻谷荘一, 牛山知己, 鈴木和雄, 藤田公生(浜松医大) 症例は48歳女性。1994年12月上旬, 右側腹部痛が出現し, 経過観察するも改善せず超音波断層像で両側腎の腫瘍性病変が認められたため, 1995年1月12日当科に入院。入院時, 顔面頰部に多発する脂腺腫, 両側腹部に Schagreen patch, 左大腿後面に white leaf shaped macule が見られた。腹部 CT 像で両側腎に low density area を認め, 頭部 CT 像で側脳室の石灰化を認めた。結節性硬化症に合併した両側腎血管筋脂肪腫と診断し, 同年1月27日に選択的右腎動脈塞栓術を施行した。術後, 症状は改善し退院となり現在, 外来で定期的に経過観察中である。本症例は結節性硬化症に典型的な皮疹を伴った腎血管筋脂肪腫であり, 大きくて出血の危険のある腎血管筋脂肪腫に腎動脈塞栓術は有用と考えられた。

腎細胞癌と鑑別困難であった腎血管筋脂肪腫の1例: 秋田英俊, 林祐太郎, 岡村武彦, 安井孝周, 橋本良博, 山田泰之, 上田公介, 郡健二郎(名古屋大) 症例は, 52歳男性で, 前立腺の精査中 CTにて左腎の腫瘍を指摘された。てんかんの既往はなく, 家族歴に特記すべきことなし。血液生化学所見では異常を認めず。CTでは1.6cm大の等吸収域でエンハンスされる腫瘍であり, 超音波検査では, 低音響域の中に一部高音響域がある腫瘍であった。左腎動脈造影では, 左腎動脈背側枝末梢腎皮質より突出するの腫瘍濃染を認めた。MRIでは, T1, T2 強調像ともに低信号, 造影では中心部がわずかに造影された。以上の検査所見より, 左腎細胞癌と診断し, 経腰的左腎腫瘍核出術を施行した。病理組織標本では脂肪組織は少なく, おもに血管および平滑筋細胞を認め, 腎血管筋脂肪腫と診断された。

腎嚢胞内に発生した腎細胞癌の1例: 村田万里子, 木下修隆, 加藤廣海(武内), 川村壽一(三重大) 腎嚢胞内に発生した腎細胞癌の1例について若干の文献的考察を加え報告した。症例は33歳女性, 左背部痛のため当科受診。CT, MRIにて左腎上極に漿液性の内容物を持つ嚢胞とその内部に腫瘍を認めた。血管造影にて腫瘍辺縁に異常な血管増生を認め, 嚢胞内腎細胞癌の診断にて左腎摘出術を施行した。腎嚢胞と腎癌の合併は約100例が報告されているが, 診断に苦慮する例も多い。腫瘍が明らかでない場合嚢胞壁の肥厚, 石灰化ととも

に囊胞液の性状が重要となる。しかし囊胞液の細胞診は約73%が陰性であり、その約30%は漿液性のためこれのみでの診断には十分な注意が必要と思われた。本症例では囊胞液は血性ではなかったが進行腎癌であったため診断は容易であった。

腎平滑筋肉腫の1例: 青木重之, 岩崎明彦, 西尾芳孝, 西川英二 (名古屋掖済会), 瀧 知弘, 深津英捷 (愛知医大) 症例: 34歳男性。1993年12月下旬より無症候性肉眼的血尿, 右側腹部痛が出現し当科受診。CT, MRI, 血管造影にて, 腎上極の cyst より発生した腫瘍を疑い根治的右腎摘出術を施行した。病理組織診断では, 腫瘍は腎杯から発生しており, α 平滑筋アクチン染色陽性で平滑筋肉腫と診断された。腎門部リンパ節には, 転移を認めなかった。腫瘍により拡張した腎杯の内部で, 出血, 壊死を繰り返したため, あたかも cyst 内に発生した腫瘍の像を呈していたと考えられた。術後 CYVADIC 療法を3クール施行したが, 11ヵ月後に両側肺転移をきたし, 急速な経過をたどり死亡した。本腫瘍の予後はきわめて不良であり, 今後有効な補助療法の確立が必要であると思われた。

G-CSF 産生腎盂腫瘍の1例: 小島美保子, 佐々木昌一, 戸澤啓一, 秋田英俊, 橋本良博, 山田泰之, 上田公介, 郡健二郎 (名古屋市大) 症例は60歳男性。1994年11月肉眼的血尿が出現し, 翌年1月他院でのCTにて左腎の腫瘍を指摘され同月当科初診。入院時血液検査にて白血球数 $30,100/\mu\text{l}$ と高値で血清 G-CSF 値は 66.3 pg/ml と上昇していた。尿細胞診は SCC 陽性。画像診断と合わせて G-CSF 産生腎盂腫瘍を疑い経腹的左腎摘出術を施行した。肉眼所見では $7 \times 7 \times 8 \text{ cm}$, 黄白色弾性硬の腫瘍で, 組織は一部 SCG を混える TCC であった。患者は入院後約2ヵ月で全身転移をきたして死亡した。白血球数は最高 $87,200/\mu\text{l}$ まで上昇を続けた。組織抽出液上清の G-CSF 値は $31,300 \text{ pg/g wet weight}$ と著明に高値であり G-CSF モノクローナル抗体を用いた免疫組織染色で濃染される細胞を認めた。G-CSF 産生腎盂腫瘍の本邦報告例はこれまでになく, 自験例が第1例であった。

体外循環を用いて右房内塞栓除去術を施行した腎細胞癌の1例: 内藤和彦, 白木良一, 宮川真三郎, 樋口 徹, 小林康宏, 藤後明子, 平野真英, 桜井孝彦, 加藤 忍, 堀場優樹, 星長清隆, 名出頼男 (保健衛生大), 宏田正幸 (小林記念) 症例は59歳男性。平成6年11月, 糖尿病にて, 当院内科入院中貧血を指摘。腹部 CT にて, 右腎腫瘍と診断され当科に入院。入院後, 精査にて, 遠隔転移を認めない右心房内腫瘍血栓を伴う右腎細胞癌と診断し, 平成7年3月2日, 体外循環を用いて根治的右腎摘除術, 腫瘍血栓摘出術を施行した。腫瘍血栓は, 全長12.5センチメートル, 静脈への浸潤は認めなかった。術後, 経過良好にて, HLBI 300万単位週5回投与開始。現在, 外来にて経過観察中である。

小児腎外傷の3例: 小林康宏, 星長清隆, 桜井孝彦, 佐藤 元, 内藤和彦, 平野真英, 藤後明子, 樋口 徹, 宮川真三郎, 加藤 忍, 堀場優樹, 白木良一, 名出頼男 (保健衛生大), 花井俊典 (知多市民) 今回われわれは小児腎外傷に対し保存的治療を施行し, 良好な経過をたどっている3例を経験したので報告した。3例のうち1例は minor laceration, 2例は major laceration であり urinoma を伴っていた。3例とも全身状態が安定していたため, 保存的治療を施行した。受傷後, 発熱を全例に認めたが, 予防的抗生剤投与にて解熱した。受傷後 IVP, CT にて urinoma は消失し尿路の形態も正常に近い状態にまで改善していた。最長49ヵ月, 最短2ヵ月を経過した現在の症例にも高血圧は見られていない。これらの症例の経験から小児の腎外傷では成人に比し重症度の高い症例においても患者の全身状態が安定していればできるだけ保存的治療を優先すべきであると考えられた。

著明な腎出血を合併した腎盂癌の1例: 海野智之, 高山達也, 伊原博行, 畑 昌宏 (聖隷三方原), 鈴木和雄, 藤田公生 (浜松医大) 症例は62歳男性。主訴は貧血, 肉眼的血尿。1994年7月から貧血で当院内科通院, 内科で1995年1月より貧血が高度となったため14日間に8単位の輸血を受けた。同時に肉眼的血尿あり, 腹部超音波検査で右腎盂内に著明な血腫みられたため当科入院。腎動脈造影では明らかな異常は見られなかった。腹部 CT, MRI では腫瘍を完全に否定しえず, 入院後も輸血を必要とする血尿持続。血尿コントロールを主目的に右腎動脈塞栓後, 右腎摘出術を施行した。摘出腎は重さ 240g, 腎盂内に 60g の血腫がみられ, 下腎杯に $75 \times 40 \times 45 \text{ mm}$ の乳頭状腫

瘍を認めた。病理診断は, TCC, G2, pT3, pV(1), pNx, pL(0), pR(0), INF- β であった。術後局所再発予防のため放射線療法を追加した。

腎自然破裂をきたした尿管腫瘍の1例: 丸山高広, 西山直樹, 藤田民夫 (名古屋記念) 症例は75歳, 女性。主訴は右側腹部痛, 倦怠感。腹部 CT で右水腎症, 右尿管膀胱移行部周囲の浸潤性の腫瘍を認め, 膀胱鏡で右尿管口に腫瘍がみられ, 骨シンチグラムでは多発性の転移があった。TUR-biopsy で TCC, G3 と診断され右尿管腫瘍, 骨転移として治療を検討していたところ急激な貧血の進行, 腹部腫瘍の増大があり再度行った CT で右腎破裂を認めた。後腹膜腔は溢流した尿と血腫で充満し, その圧迫により総胆管は閉塞していた。全身状態が不良であったこと, 根治性がなかったことより腎摘術は行わずに出血のコントロールと後腹膜腔のドレナージを目的とし, 腎動脈塞栓術を行った後, 経皮的後腹膜腔ドレナージを施行した。4ヵ月後の現在患者の状態は安定している。本症例について文献的考察を加え報告した。

内反型尿管移行上皮癌の1例: 丸山哲史, 加藤 誠, 井上和彦 (豊川市民), 河合徹也 (厚生連尾西) 尿管移行上皮癌が内反性を増殖し, ポリープ様の外観を呈した1例につき, 若干の文献的考察を加え報告する。内反型移行上皮癌でも上部尿路に発生した症例は稀で, 本邦10例目の報告である。患者は72歳の女性, 主訴は左側腹部痛。DIP で左尿管中部に陰影欠損を認めた。硬性尿管鏡を施行したが腫瘍の肉眼的確認および生検は不可能だったため, 開腹手術を施行した。同部尿管を切開したところ, $20 \times 10 \times 10 \text{ mm}$, 表面平滑黄白色の径1mm程度の茎を持つ腫瘍を認めた。術中のスタンプ細胞診で陰性だったため, 腫瘍部尿管を約2cm部分切除し手術終了した。その後の病理組織学的検査で, 腫瘍の表面は正常の移行上皮細胞に覆われるが, 内部に内反性の細胞増殖が認められ, TCC, G2 内反増殖型の尿管移行上皮癌と診断された。尿管断端に悪性細胞は認めなかったため, 追加治療は施行しなかった。術後9ヵ月して再発の兆候は認めない。

尿管扁平上皮癌の2例: 曾我倫久人, 鈴木竜一, 米田勝紀 (社会保険羽津) 症例1は, 56歳男性, 膀胱全摘術, 回腸導管造設術後経過観察中腰背部痛を訴え, 左水腎症が確認された。左順行性腎盂造影を行い, そのとき採取した穿刺液の細胞診は class V であり, 尿管腫瘍を疑い腎尿管摘出術を施行した。病理組織学的診断は, 扁平上皮癌であった。

症例2は, 61歳女性, 腎盂腎炎にて経過観察中, 肉眼的血尿が出現した。逆行性腎盂造影所見において右下部尿管に狭窄像が認められ, 尿細胞診検査においては class V であり, 尿管腫瘍を疑い腎尿管全摘術, 膀胱部分切除術を施行した。病理組織学的診断は, 扁平上皮癌 (SCC>TCC) であった。尿管原発の扁平上皮癌は, 本例を含め本邦55例が報告されているのみである。本症例は移行上皮癌が, 感染により扁平化生したことにより発生したと考えられた。

VUR に対する内視鏡的逆流防止術: 安井孝周, 戸澤啓一, 林祐太郎, 伊藤恭典, 坂倉 毅, 藤田圭治, 津ヶ谷正行, 郡健二郎 (名古屋市大) 当科では VUR に対する手術として1993年12月よりテフロンペーストを用いた内視鏡的逆流防止術を施行してきた。対象は21症例, 33尿管ですべて primary VUR。小児例は18症例29尿管, 成人例は3症例4尿管。テフロンペーストの膀胱粘膜への注入は3Fr 針付きチューブとピストル型注入器を用い内視鏡下に施行。一回の治療での成功例は全33尿管中26尿管, 成功率は76.5%。不成功の7尿管中6尿管は2回目の内視鏡手術を行い1尿管が成功, 2尿管が不成功, 3尿管が経過観察中。1回目の治療で不成功の1尿管で開腹術を施行。6歳から15歳の症例, grade の低い症例, 正常尿管口形態の症例で成功率が高い傾向がみられた。本術式は手術時間, 体表部の傷の有無, 術後安静期間・カテーテル留置期間, 再手術の容易さで開腹術に勝り, VUR の第一選択の術式となりうる。

小児原発性膀胱尿管逆流症に対して内視鏡的三角部形成術 (Endoscopic trigonoplasty) を施行した1例: 高村真一 (厚生連海南), 金井 茂 (東濃), 辻 克和, 岡村篤夫 (名古屋大) VUR の手術は, Politano-Leadbetter 法に代表される粘膜下トンネル法で行われるのが一般的であるが, われわれは患者家族の希望で, 非粘膜下トンネル法である Gil-Vernet 法を応用して内視鏡下に VUR の手術を行う

endoscopic trigonoplasty を1例に施行したので、報告した。また名古屋大学関連施設で本術式を施行した primary VUR の6人の小児の成績を集計した。

患者は、7歳の小児で生下時より40°Cを越える発熱とUTIを繰り返してきた。VCGにて左に4度、右に3度のVURが見つかった。家族の希望にてendoscopic trigonoplastyを施行した。3.5カ月後のVCGでは、両側ともVURは消失していた。今後とも経過観察の予定である。

軟骨形成を認めた膀胱エンドメトリオーシスの1例：日置琢一、小川和彦、杉村芳樹（愛知県がんセンター）症例は30歳の女性で、月経時に増強する排尿時痛を主訴に当科を受診した。膀胱鏡にて膀胱頂部に表面白色で一部が暗紫色の広基性粘膜下腫瘍を認めた。経尿道的膀胱超音波検査では、筋層部を中心として内部に不規則なエコー像を有し、MRIではT1強調、T2強調画像とも不均一な低信号域の中に高信号のスポットを認めた。手術所見では子宮、卵巣、ダグラス窩に異常を認めず、膀胱部分切除術を施行した。腫瘍は25×25×20mm、断面は黄白色充実性で、組織学的には、腫瘍は一部嚢胞化、石灰化した異所性子宮内膜組織と軟骨、平滑筋を含み、悪性の所見は認められなかった。異所性子宮内膜と軟骨を併せもつ病態は奇形腫、中胚葉性混合腫瘍なども考えられるが、本例は子宮内膜症に二次的に骨化、軟骨化を生じた病態であると考えられた。

膀胱全摘術に対して自己血輸血を行った1例：高羽秀典、彦坂敏也、古橋憲一、小林弘明、小幡浩司（名古屋第2赤十字）症例は29歳男性。膀胱鏡にてTUR-Btを施行、TCC、pT2、pG3の病理組織診断にて膀胱全摘術、ハウトマン式回腸新膀胱造設術を施行した。手術までの3週間に3回、合計自己血1,220ml採血し、エポジンを隔日投与した。自己採血前のHb値は14.4g/dl、術前Hbの最低値は12.6g/dlであった。手術開始時に420ml脱血し、合計1,640mlを自己血として保存できた。手術出血量は1,760ml。手術中の輸血は用意した自己血のみで、術中術後を通じて同種血輸血や新鮮凍結血漿は使用しなかった。術直後のHb値は11.5g/dlであった。悪性腫瘍疾患の手術における貯血式自己血輸血は、その安全性が確立されていない、腫瘍を確認後手術までの準備期間が短い、貧血やpoor riskの症例が多いなどの理由からあまり普及していないが、今後必要性が増してくると考える。

膀胱神経内分泌癌の1例：養島謙一、谷口光宏、竹内敏視、酒井俊助（県立岐阜）、岩田 仁、笹岡都平（同病理診断部）21歳男性の膀胱神経内分泌癌の、治療およびその経過について、若干の文献的考察を加えて報告する。CT、US上T3の膀胱神経内分泌癌に対し、CDDP、THP-ADM、MTXによる動注化学療法を2コース行い、腫瘍が78%縮小した時点で、膀胱摘出術を行った。病理結果がT3bであったため、術後、CDDP、VP16による全身化学療法を1コース行った。さらに、CBDCA、VP16による全身化学療法を4コース行ったが、術後6カ月に胸椎転移を認めた。腫瘍切除、放射線療法、全身化学療法を行ったが、術後11カ月に死亡した。本疾患の予後は決してよくないが、肺小細胞癌同様に、化学療法や放射線療法に、高い感受性を示す例もあり、手術療法との併用で、根治も期待できると考えられた。

自然膀胱破裂の2例：近藤厚哉、吉川羊子、後藤百万（碧南市民）、榊原敏文（西尾市民）症例1は61歳女性。10年前子宮全摘術と術後放射線療法を受け、術後排尿困難の既往がある。95年10月10日腹痛にて当院救急外来を受診。前日より自尿がなかったが入院後導尿にて腹痛は軽減し肉眼的血尿は消失。膀胱鏡にて小裂孔を認め膀胱破裂を疑い、腹圧時膀胱造影にて造影剤の溢流を認めて確診。膀胱生検とPFSの所見より、放射線性膀胱炎と低活動型神経因性膀胱にもとづく膀胱穿孔と診断した。12月6日膀胱拡大術を施行。術後経過は良好で現在間欠自己導尿中である。症例2は71歳男性。幾度か尿閉と導尿の既往がある。95年1月2日飲酒中に下腹部膨満感出現し、突然腹痛が強くなったため当院救急外来を受診。膀胱造影にて造影剤の膀胱外溢流を認めたため、1月3日緊急手術にて開腹膀胱閉鎖術を施行。術後に前立腺肥大と膀胱憩室を認め、他院にて処置。

嚢胞性変化をきたした膀胱後部腫瘍の1例：西野好則、高橋義人、石原 哲、河田幸道（岐阜大）、下川邦泰（同病理）症例は47歳、

男性。1995年1月28日、尿閉となり、近医を受診。超音波検査にて膀胱後部に多房性の嚢胞性病変を認めたため、2月2日当科を紹介された。直腸診にて前立腺頭側に超手拳大、表面平滑で波動ある柔らかい腫瘍を触知した。CTでは、低吸収域である多房性の部分に一部高吸収域な部分を認めた。精管精嚢造影では、通過良好であった。経腹的嚢胞穿刺術にて、嚢胞内容液は血性、PSA値は670ng/ml、細胞診はclass1であった。3月13日嚢胞摘除術を施行した。嚢胞は腹膜、膀胱とは容易に剝離され、精嚢と癒着していた。骨盤内深部へ剝離を進めると嚢胞は前立腺後面へと移行しており、嚢胞を一塊として摘除した。病理組織診断では嚢胞壁内腔は円柱上皮で覆われ、一部に前立腺組織を認め、前立腺貯留性嚢胞と診断された。

原発性女子尿道癌の1例：松田忠久（静岡厚生）66歳女性。排尿困難を主訴に受診した。外尿道口に全周性、小指頭大、赤褐色、易出血性の腫瘍を認めた。右小陰唇も平坦、乳頭状の腫瘍を認め、腔前壁外尿道口部粘膜下に索状腫瘍を触知した。各種検査により女子尿道癌Grabstadl分類stage C-3と診断した。手術に先立ち⁶⁰Coの局所外照射を20Gy行った。右小陰唇の腫瘍は完全に消失した。腔入口部前壁を含め尿道全摘除術、膀胱瘻造設術を施行した。右小陰唇の腫瘍消失部の生検も行った。病理組織学的にはTCC、G3であった。右小陰唇の生検部では悪性所見は認められなかった。以上より病理学的にはstage C-1と診断された。術後補助療法は施行しておらず、術後1年を経過した現在再発を認めていない。

経直腸的超音波断層法（TRUS）による前立腺検査251例の検討：加藤裕二、鈴木明彦（新城市民）、鈴木和雄、藤田公生（浜松医大）対象：1993年5月より1995年4月までの2年間にTRUSを施行した男性患者251名。

方法：全例にTRUS、DRE、血清PSA測定（MARKIT F-PA）を施行。TRUS、DREは異常所見のあるものを陽性、PSAは>3.6ng/mlを陽性、またPSADはBPH群108例の>mean+2SD（0.13）を陽性とした。251例のうち生検を施行した133例につき各検査法の感度、特異度、PPV（positive predictive value）を検討した。

結果：各検査のうち感度はTRUS（96.0%）、PSA（92.0%）が、特異度はPSAD（54.4%）が高く、PPVはPSAD（81.5%）が高かった。

考察：スクリーニング検査としてはTRUS、PSAが、前立腺癌とBPHとの鑑別、診断効率の上昇にはPSADが有用と考えられた。

進行性前立腺癌症例に対するVLAPの試み：武田明久、小野佳成、加藤範夫、山田 伸、水谷一夫、新宅一郎、横井繁明（小牧市民）根治的前立腺全摘除術の適応とならない前立腺癌症例で、排尿障害を有する12例に対してVLAPを施行した。平均年齢は77.5歳で、病期はstage B 2例、stage C 1例、stage D 9例であり、分化度は中分化型7例、未分化型4例、不詳1例であった。またエコーによる前立腺推定重量は平均31.1gであった。レーザーの照射方法は、2、4、8、10時の方向に40～60ワットで60～90秒間の照射とした。平均照射量は36,920ジュール、前立腺1g当たり1,222ジュールであり、平均手術時間は35.7分であった。またホルモン療法も同時に行った。術後平均カテーテル留置期間は5.6日であり、術後1カ月目の平均最大尿流量は17ml/sec、平均残尿量は19mlと改善した。術後経過観察期間は1～18カ月間であり、18カ月目で再燃した1例を除き、11例では再燃を認めなかった。前立腺癌に対するchannelingとしてはTURPと比較して侵襲も少なく、今後用いられても良い方法と思われた。

前立腺癌皮膚転移の1例：瀧 知弘、山田芳彰、三井健司、水本裕之、赤堀将史、本多靖明、深津英捷（愛知医大）前立腺癌皮膚転移を経験した。患者は75歳男性。1987年、水腎症で当科受診。右尿管腫瘍の診断で、右尿管全摘+腎門部+後腹膜LND施行。病理で中分化型腺癌、PSA免疫染色で陽性。前立腺生検で中等度分化腺癌疑い、骨転移有り。前立腺癌D2と診断、ホルモン療法・化学療法・放射線療法を施行。外来経過観察中の1992年1月、左ソケから大腿にかけて皮膚と癒着した紅色小結節が判明。生検にて低分化型腺癌、PSA免疫染色陽性、皮膚転移と診断。2カ月後、癌性リンパ管症による呼吸不全で死亡。皮膚転移例の本邦報告は自験例が20例目だった。皮膚への転移様式はリンパ行性が主と考えた。尿管転移後皮膚転移を起こした例は本例が1例目と思われた。

当院における精巣捻転症、精巣付属器捻転症の臨床的検討：玉木正義、前田真一（トヨタ記念）、仲野正博、栗山 学、坂 義人、河田幸道（岐阜大） 当院で8年間に経験した精巣捻転症15例、精巣付属器捻転症7例を報告した。患側は、両疾患とも左側に多く、年齢は20歳以下の青少年期に多く認められた。発症時間は夜間から朝にかけての安静時が多かった。初発症状は、精巣捻転症では局所症状が大部分であった。しかし、初期に下腹部痛のみで陰嚢部の症状を認めない症例を3例認めた。精巣付属器捻転症では、精巣捻転症よりも症状は軽度で、初発症状は全例陰嚢部痛のみであった。精巣捻転症において回転方向は、内旋方向が多く、回転角度は180°～360°が多かった。精巣捻転症において手術までの時間が24時間以上の症例では7例中6例に精巣摘除術が行われた。このため、精巣を温存するためには、少なくとも24時間以内にできるだけ早く手術を行った方がよいと思われた。

類表皮嚢胞の1例：河合憲康、小島由城経、姜 瑛鎮、栗田成毅、阪上 洋（厚生連東生） 症例は44歳男性。数年前より無痛性の陰嚢腫脹を自覚していたが、1994年12月より急激に右陰嚢が腫脹したため初診する。右精巣腫瘍を疑ったため入院。超音波検査ではセミノーマ、CT、MRI 検査では奇形腫を疑った。右高位精巣摘除術を施行。精巣とは別の陰嚢より発生する腫瘍が存在した。腫瘍は粘性の強い500 ml の内溶液を含んだ嚢胞であった。病理組織学的には精巣に特異的所見は認められなかった。陰嚢皮下にはケラチン様物質の貯留を認め、異型のない重層扁平上皮に覆われた嚢胞状構造を認めた。良性腫瘍の粉瘤の一種である陰嚢類表皮嚢と診断された。無痛性陰嚢腫大の診断の難しさをあらためて認識させられた症例であった。

陰嚢部壊死性筋膜炎の2例：上平 修、大島伸一、松浦 治、竹内宣久、栗木 修、橋本好正、近藤隆夫（社保中京） 症例1：55歳の男性。陰嚢部の痂皮の剝離後、陰嚢の発赤腫脹と発熱が出現。初診時、39.2°C、血糖 365 mg/dl。陰嚢皮膚は暗紫色に腫脹し一部自潰し膿分泌あり。緊急入院し翌日陰嚢を切開排膿した。血糖管理とCMZ静注、局所洗浄にて改善し、欠損皮膚に対し2カ月後植皮術を施行し経過順調。起炎菌は *K. pneumoniae*。症例2：57歳の男性。自慰目的と思われる尿道への異物挿入後、抜去できなくなり、12日後陰嚢部の腫脹発赤、発熱にて受診。初診時 38.0°C。糖尿病にてインスリンの自己注射を行っていた。膀胱瘻造設後陰嚢部の切開排膿および異物を摘出。CMZ 静注、局所洗浄にて症状改善。尿道造影、尿道鏡にて尿道の開通していることを確認し5カ月後に膀胱瘻を抜去し経過順調。起炎菌は MRSA, *Enterococcus*。以上壊死性筋膜炎の2例を報告した。

静脈性インポテンスに対する静脈手術の経験：小谷俊一、甲斐司光（中部労災）、桃井 守（県立多治見） 静脈性インポテンスの3例に静脈手術を施行したので、その結果を報告する。症例1：49歳。3年前に脳梗塞で右片麻痺。症例2：56歳。基礎疾患なし。症例3：30歳。基礎疾患なし。3例とも PGE₁、塩酸パパペリンテストともに無反応ないし低反応。カラードップラーにて動脈系は正常。陰嚢海綿体造影で leak 有り。症例2と3は RigiScan にて金子4×5の異常パターン。手術は陰嚢根部弧状切開にて陰嚢を創外へ

脱転し、深陰嚢背静脈を亀頭部近位側1 cm より恥骨部まで切除した。この際、分枝する回旋枝もすべて結紮切断した。その後、陰嚢正中切開にて両側陰嚢海綿体脚部を露出し、これを2-0プロリン糸で結紮した。さて問題の手術効果であるが、術後7～12カ月の時点で、多少 NPT の改善を認めるも、全例性交不能であり、3例とも無効と判定された。また PGE₁ や塩酸パパペリンに対する反応もまったく改善を認めていない。

陰嚢嚢瘻症の1例：河合 隆、加藤久美子、佐井紹徳、村瀬達良（名古屋第一赤十字） 本邦で成人例として16例目の陰嚢嚢瘻症を報告する。症例は61歳女性、主訴は外陰部の変形と排尿困難。既往歴では閉経53歳、55歳で夫と死別後性交なし。1994年11月に排尿困難に気づき、1995年1月には手圧排尿となり2月27日当科を受診した。左右の小陰唇が強固に癒着し、外尿道口、陰口は確認できず陰核直下の小孔から排尿していた。術前の尿流測定では最大尿流量 9.2 ml/sec、排尿時間80秒と高度の排尿困難を示した。内分泌検査では閉経後に一致した低エストロゲン状態であった。3月17日陰嚢嚢瘻部切離形成術を行い、術後最大尿流量は 62.2 ml/sec、排尿時間20秒と著明に改善した。再癒着防止のためエストロール 2 mg を1カ月間内服し、以後中止したが、現在まで再発なく経過良好である。女性排尿障害の原因として、陰嚢嚢瘻症は注意すべき疾患の一つと考えられた。

類かん官症の兄弟例：伊藤恭典、岡村武彦、佐々木昌一、小島美保子、坂倉 毅、藤田圭治、津ヶ谷正行、郡健二郎（名古屋大） 原発性精巣機能不全症ではテストステロンとその代謝物質が欠乏する結果、骨端閉鎖が遅延して長管骨が長い特徴的な類かん官体型を呈する。今回われわれは難聴を有する21歳と18歳の兄弟例を経験した。主訴はともに外性器発育不全で、両側感音性難聴、軽度の知能障害を認めた。内分泌学的検査ではテストステロンの低値およびゴナドトロピンの高値を認めた。hCG テストでは反応はあるもののきわめて低いレベルであった。兄弟ともに染色体は 46XY、MRI にて前立腺、精嚢を認め、子宮、卵巣は認めなかった。恥毛、女性化乳房はなくペニス、性腺も小さく、組織所見でも、兄は輸出小管から精巣上体管に類似、弟は精細管構造を認めるものの精子形成は存在しなかった。以上より兄弟ともに類かん官症と診断した。

陰嚢部外傷の診断：安積秀和、石黒良彦、安井孝周、安藤 裕（名古屋市立東） 陰嚢部外傷において、精巣破裂の有無を鑑別するには理学的診断法だけでは疼痛・腫脹が強く困難である。そこで最近、超音波検査の有効性が強調されてきている。確かにエコーは正確に診断できるものもあるが、かなりテクニックを要し、かつ、症例によっては精巣破裂の診断ができないことも多い。よって比較的血腫の有無等の診断が容易な CT の併用が望まれる。また、エコー・CT でたとえ十分に異常を診断できなくても疼痛、腫脹が続いているかぎり、早期に手術した方が破裂・血腫の見落としがなく、治療期間の短縮と48時間以内がゴールデンアワーといわれるタイミングを逸しないですむと考える。以上のことを2例の自験例と文献を参考に報告した。