

学会抄録

第192回 日本泌尿器科学会東海地方会

(1996年5月25日(土), 於 岐阜大学医学部講堂)

褐色細胞腫に神経節細胞腫を合併した巨大複合型副腎髄質腫瘍の1例 : 梅本幸裕, 坂倉 毅, 草田修司, 秋田英俊, 安井孝周, 田貴浩之, 橋本良博, 河合憲康, 河合徹也, 藤田圭治, 山田泰之, 佐々木昌一, 林祐太郎, 岡村武彦, 上田公介, 郡健二郎 (名古屋市中大), 中村隆昭 (同病理部), 伊藤恭典, 渡瀬秀樹 (名古屋市立城北) 67歳, 男性. 他院にて右副腎腫瘍を指摘され手術的に当科紹介入院. 血中・尿中アドレナリン上昇, 右副腎静脈血サンプリングにおいてカテコラミン3分画上昇, MIBG シンチグラムにて右副腎腫瘍の集積亢進, クロニジン抑制試験陽性. 右副腎原発褐色細胞腫の診断のもと1996年3月15日経腹の右副腎腫瘍摘除術を施行した. 摘除重量1,325g, 病理診断は, 褐色細胞腫に神経節細胞腫を合併した複合型副腎髄質腫瘍であった. 術後経過は良好で外来にて経過観察中である. 褐色細胞腫に神経節細胞腫を合併した副腎原発複合型腫瘍は稀で本邦では4例目であった.

経皮的腫瘍生検によって診断しえた副腎骨髄脂肪腫の1例 : 鴨井和実, 今田直樹, 伊藤吉三, 西田雅也, 三矢英輔 (名古屋泌尿器科), 小島宗門 (京都府立医大), 早瀬喜正 (丸善ビルクリニック) 64歳, 男性. 夜間頻尿を主訴として1995年8月に当科受診. 既往歴として10年前に高血圧を指摘され, 以後内服治療中であった. DIPにて左腎の占拠性病変を認め, 上腹部CTを行ったところ, 径5×4.5×4cmの左副腎腫瘍を認めた. 各種ホルモン検査にて内分泌非活性腫瘍であることを確認し, 1995年11月, 経皮的腫瘍生検によって副腎骨髄脂肪腫と診断した. 6ヵ月後の現在, 保存的に経過観察中であるが, 副腎腫瘍の増大を認めていない. 副腎骨髄脂肪腫の本邦報告例は, ほぼ全例が術後摘出標本によって診断されている. 術前に経皮的腫瘍生検によって診断され, 保存的に経過観察し得た症例は1991年津崎らが報告して以来, 今回の症例が2例目であると考えられた.

後腹膜平滑筋肉腫の1例 : 田中篤史, 近藤哲志, 甲斐司光, 長井辰哉 (西尾市民), 榎原敏文 (榎原泌尿器科・内科クリニック) 69歳女性. 既往歴に胆石, 子宮筋腫を認める. 1995年5月頃より左側腹部痛出現し, 同年8月当院内科受診, 後腹膜腫瘍疑いにて同年9月当科紹介となった. Dynamic CTでは腎動脈間に, 不均一に軽度造影される腫瘍があり, 境界不明瞭であった. 血管造影では, 左腎静脈は腫瘍により圧排閉塞され, おもな血流は側副血行路を介していた. 以上より悪性の後腹膜腫瘍の可能性が高いと考え, 術前に左腎動脈塞栓術施行し, 1995年10月左腎摘除術を行った. 摘出標本は表面不整で断面は黄白色充実性であった. 病理診断は平滑筋肉腫であった. 現在外来にて経過観察中であるが, 再発等は認められない. われわれが検索しえた範囲内では, 後腹膜平滑筋肉腫は本邦では我々の症例が98例目であると思われる.

巨大後腹膜脂肪腫の1例 : 小島祥敬, 安井孝周, 安積秀和, 安藤裕 (名古屋市中大) 症例は68歳, 男性. 近医で尿潜血陽性を指摘され, 1996年1月31日に当科に受診した. 腹部触診上, 右側腹部に表面平滑な可動性腫瘍を触知し, 後腹膜腫瘍を疑い, 同年2月9日当科入院となった. 超音波検査にて右腎外側に輪郭明瞭で腎実質より高いエコーレベルの腫瘍を認めた. CTで右後腹膜腔にやや不均一なlow densityの腫瘍を認めた. 腎との境界は明瞭で辺縁も比較的整であった. MRIで大部分がT1強調画像にて大部分は等信号, 一部高信号な, T2強調画像で大部分が高信号, 一部脂肪組織と等信号な16×11×6cmの腫瘍を認めた. 以上の所見より右後腹膜腫瘍と診断し, 同年2月27日経腹の後腹膜腫瘍摘出術を施行した. 大きさは24×12×8cmで, 重量は1,180gであった. 病理組織診断は脂肪腫であった. 術後経過良好で, 術後30日目に退院し現在外来経過観察中である.

象皮症を合併した難治性乳糜尿症の1例 : 松浦 浩, 前田吉民, 栗本勝弘, 木瀬英明, 金原弘幸, 佐谷博之, 林 宜男, 有馬公伸, 柳川

眞, 川村壽一, (三重大) 45歳女性. 主訴は乳糜尿, 左下肢腫脹. 1980年帝王切開および子宮摘出術を受け, 術後左下肢の浮腫が出現し, 増悪するも放置し, 1993年には白濁尿が出現した. 乳糜尿症を疑われ, 1995年12月入院となった. 海外渡航歴はない. 左下肢に浮腫と腫脹を認め, 皮膚は象皮様に肥厚していた. 膀胱鏡では左尿管口より白濁尿の流出を認め, フィラリア検査では陰性であった. 硝酸銀腎盂内注入療法を施行したが, 完全には消失できなかった. 象皮症に対し, Molitchらの方法に準じて左尿管部リンパ節より経皮的硬化療法を施行した. 左大腿径の低下を認め, 現在まで乳糜尿の再発は認めていない. 腎周囲のリンパ管まで硬化剤の流入が認められ, 結果的に腎周囲リンパ管遮断術と同じ効果があったと思われる.

泌尿器科領域における電子スコープの利用—簡易ファイリングシステムについて— : 米田勝紀, 曾我倫久人 (四日市社保) 電子スコープ(フジノン EB-310S)を使用した内視鏡のファイリングシステムを紹介した. メディアには, 富士写真フィルムのデジタルイメージファイル DF-20 を使用し, JPEGにて圧縮された画像をフロッピーからパソコンへコピーし編集する. JPEG対応のソフトであればどのパソコン上でも再生でき, ファイルは階層ディレクトリーで, ¥ID番号¥年度¥日付順でハードディスク上に管理した. ウィンドウズ95の持っているファイル検索機能を利用することで新たなデータベース用のプログラムを組むことは不要で, フロッピーディスクに保存されたものをパソコンで再生, 編集するということで, 誰でも容易に正確に画像ファイリングシステムとして扱えるものとなった.

キャプロポンプによる薬剤負荷陰性海綿体灌流検査の経験 : 武田宗万, 小谷俊一, 伊藤裕一 (中部労災) 静脈性インポテンスの診断上, 陰性海綿体灌流検査は必須であるが, PGE1を陰性海綿体内注射した薬剤負荷陰性海綿体灌流検査を11名のインポテン症例に施行した. 注入ポンプはキャプロポンプ(モデル1721)を使用し, 陰性海綿体内圧90mmHgを維持する維持流量, 150mmHgより30秒間の陰性海綿体内圧減衰率を測定. 最後に90mmHgを維持した状態で陰性海綿体造影を施行. この結果, 4名が静脈性インポテン症, 1名が動脈性, 3名が心因性と診断. 残る3名はPGE1テストで完全勃起, リジスキャンモニターにて夜間陰性勃起正常なるも, 陰性海綿体灌流検査が異常を示し, 診断に苦慮した. キャプロポンプと薬剤負荷により, 陰性海綿体灌流検査は安全かつ容易となった. ただ, 静脈性インポテン症の本検査における診断基準の確率が必要である.

女子尿道尖圭コンジローマの1例 : 初瀬勝朗, 古川 享, 服部良平, 大竹 浩, 絹川常郎 (市立岡崎) 32歳, 女性. 主訴は外陰部腫瘍. 1995年11月10日に外陰部の痒痒感にて某産婦人科を受診した. 産婦人科的には異常は認められなかったが, 外尿道口に腫瘍を指摘され, 当科へ紹介され受診した. 自覚症状はなく, 排尿困難はなかった. 外尿道口より全周性に1cmの表面不整な腫瘍を認めた. 入院時採血の異常は認められず, 尿細胞診はclass IIであった. 12月12日に外尿道口腫瘍切除術を施行した. 病理では細胞質は空胞状になり, 核は濃染し不規則な形態を呈しており, 尖圭コンジローマと診断された. 術後内視鏡検査にて膀胱内病変がないのを確認した. 現在術後5ヵ月経過したが再発は認めていない. 女性に発生した尿道尖圭コンジローマは自験例で本邦8例目である.

陰嚢内線維性偽腫瘍の1例 : 上條 渉, 山田芳彰, 岡田正軌, 大塚賢, 瀧 知弘, 宮川嘉真, 本多靖明, 深津英捷 (愛知医大), 千田八朗 (千田クリニック) 22歳, 男性. 中学生の頃より右陰嚢内の腫瘍に気付くも放置していた. 無痛性右陰嚢内腫瘍で1996年1月9日に当科受診. 精査, 加療目的にて2月7日入院した. MRIなどの画像診断後, 2月9日に全麻下, 腫瘍摘出術を施行した. 摘出腫瘍は30g, 弾性硬, 断面は赤褐色, 充実性で内部に出血, 壊死を認めなかった. 病理組織像は周囲と比較的境界明瞭な膠原線維の増生と血管, 炎症細胞

胞からなる線維性増生を認め、線維性偽腫瘍と診断した。現在、再発は見られず、経過観察中である。本邦における線維性偽腫瘍は珍しく、1980年に早川らが報告して以来、自験例を含めても25例にすぎない。

Flutamide 単剤投与にて完全消失をえた前立腺癌の1例：海野智之、高山達也、伊原博行、畑 昌宏（聖隷三方原）、小川 博（同病理）、鈴木和雄、藤田公生（浜松医大） 症例は67歳男性。胆石精査の腹部エコー、CTで前立腺の異常を指摘され、前立腺精査目的で1994年9月8日当科受診。PSA 1.2 ng/ml (3.6 ng/ml \geq)と正常範囲であったが、DRE、MRIで前立腺左葉 peripheral zone に腫瘍を疑わせる所見を見たため前立腺針生検を施行。左葉に中分化腺癌が見られ、前立腺癌 stage B1 と診断。術前内分泌療法として Flutamide 375 mg/day を12週投与した後1995年4月10日前立腺全摘術を施行。摘除前立腺は30g、大きさ4.5 \times 2.0 \times 1.4 cm。病理組織所見では5 mm の等間隔に8枚の全割標本を作製し、深切り切片も追加して検索したが残存癌が見られなかった。術後1年経過した現在、再発、転移の徴候は見られていない。

前立腺原発印環細胞癌の1例：伊藤慎一、伊藤康久、土井達朗（岐阜市民）、出口 隆、高橋義人、河田幸道（岐阜大） 74歳男性。61歳時より尿道狭窄のためブジーを行っていたが、1992年10月より、頻尿、排尿痛が出現し、前立腺肥大症との診断にて、1993年1月21日TUR-Pを施行した。病理診断にて低分化型腺癌と診断され、前立腺癌 Stage A2 と診断し、2月3日前立腺全摘除術を施行した。術後病理診断にて印環細胞癌と診断された。このため消化管の精査を行ったが特に異常なく、前立腺原発と診断した。LH-RH analogue, CMA, 5-FU の投与を行ったが、膀胱内再発をきたし、1994年1月19日膀胱全摘除術および右尿管皮膚瘻造設術を施行した。術後VIP療法を施行したが、2月25日急性硬膜下出血のため死亡した。本症例では、PAS、アルシアンブルー染色には陽性、PSA、PAP染色では陰性、CEAでは陽性であった。前立腺印環細胞癌としての報告では本邦3例目であった。

前立腺小細胞癌の1例：古橋憲一、小林弘明、彦坂敦也、高羽秀典、小幡浩司（名古屋第二赤十字） 68歳、男性。父が胃癌で死亡している。近医泌尿器科で前立腺生検が施行され前立腺癌を指摘されたため、1995年8月4日当科を受診した。直腸診で右葉に硬結を認め、10月3日前立腺生検を施行し結果は低分化型腺癌であったが、神経内分泌系の腫瘍の存在も疑われた。画像診断では肝臓に1.5 cm の SOL があり、肝転移が疑われた。10月26日前立腺全摘術を施行した。病理診断では小細胞癌と高分化型腺癌を認め、PT3, n(-)であった。その後化学療法（PE療法・VP-16 390 mg + CDDP 130 mg）を3クール施行した。しかし肝転移は徐々に増大し、1996年4月には局所再発が出現したため5月8日より放射線療法を開始し50 Gy の予定で現在施行中である。PA, CEA は正常値、NSE は多少の高値を認めた。前立腺小細胞癌は本邦では12例目であった。

感染性尿膜管の1例：土屋 博、山本直樹、高橋義人、栗山学、河田幸道（岐阜大） 25歳、男性。18歳、19歳時にそれぞれ発熱を伴う下腹部痛が出現したが抗菌剤の投与にて保存的に治療し放置していた。1996年1月臍部痛にて当科受診。臍窩部は約10 cm の範囲で発赤、腫脹し中心部より膿の排出を認めた。膿からは *S. epidermidis*, *B. fragilis*, *B. eggerthii* が分離、同定された。腹部超音波検査、腹部CTにて臍下中部の腹直筋と壁側腹膜間に連続する腫瘍が確認された。腫瘍の大きさは15 mm \times 20 mm で内部の density は腹直筋と同等であった。膀胱との交通は認められず感染性尿膜管の診断のもとに、1996年3月、全麻下にて嚢胞を総靭帯、両側内臓靭帯とともに一塊として摘出した。同11時に実施した膀胱鏡検査にて膀胱頂部に異常を認めなかったため膀胱部分切除は施行しなかった。摘出標本は全長16.5 cm で、嚢胞は臍側に位置し臍に開放していた。術後3カ月を経過した現在感染の再発は認めない。

MRI が診断に有効であった尿膜管癌の1例：加藤裕二、大見嘉郎（国立豊橋）、宇佐美隆利、鈴木和雄、藤田公生（浜松医大） 症例は40歳の男性。主訴は肉眼的血尿。エコー、CT、膀胱鏡は非乳頭状の膀胱腫瘍と思われたが、MRIで尿膜管癌と確認できた。en bloc segmental resection 施行後、CDDP, 5-FU による化学療法を施行し

た。病理診断は腺癌。術後5カ月現在、再発、転移なく外来経過観察中。本邦報告322例を集計すると、男女比は2.5:1と男性に多く、年齢は30代から60代で全体の80%以上を占めていた。症状は血尿が238例と圧倒的に多く、組織型は腺癌272例が最多だった。尿膜管癌の発生部位、進展方向からMRIは診断に有用と考えられた。

神経因性膀胱に対する膀胱拡大術の1例：近藤厚哉、吉川羊子、後藤百万（碧南市民）、榊原敏文（榊原泌尿器科） 症例は28歳の男性で、生来尿失禁が続き15歳時尿路感染を契機に二分脊椎に伴う神経因性膀胱と膀胱尿管逆流を指摘された。以後バルンカテーテル持続留置されていたが、カテーテル抜去希望し当科初診となった。膀胱造影で左膀胱尿管逆流、膀胱頸部・前立腺部尿道の開大を認めた。IVPで両側水腎を認め、レノグラムでは右腎閉塞ボタン、左腎は高度機能低下を示した。尿流動態検査では低活動膀胱で、コンプライアンスは3 ml/cm H₂O と顕著に低下し、最大尿道閉鎖圧および leak point pressure は40 cm H₂O であった。膀胱拡大術は以下のごとく施行した。膀胱を1/3切除後、Mainz パウチを作成して吻合し、尿管はパウチに再吻合した。術後逆流は消失し、コンプライアンスは33 ml/cm H₂O と上昇し、レノグラム上右腎閉塞ボタンも改善した。

慢性腎不全患者に発生した膀胱癌の1例：伊藤康久、伊藤慎一、土井達朗（岐阜市民） 57歳、男性。慢性腎炎による慢性腎不全のため1989年2月から血液透析を開始し、週3回の血液透析を施行中。1995年2月より肉眼的血尿が出現し近医を受診し、膀胱腫瘍を指摘され、1995年3月に当科受診。膀胱鏡にて膀胱前壁に非乳頭状・広基性の腫瘍を認め、punch biopsy でTCC, G3 であった。画像診断で浸潤性膀胱癌と診断し、1995年3月に全麻下、膀胱全摘除術と尿道切除術を施行した。1日尿量が約100 ml と少ないため、尿路変向術は行わず両側の尿管を結紮した。病理診断はTCC, G3, pT1b, pL1, pV1, pN0 であった。術後1年2カ月を経過し再発、転移はなく生存中である。

急速に進行したG-CSF産生膀胱腫瘍の1例：荒木富雄、黒松功、森 脩（済生会松阪） 79歳男性。排尿障害、肉眼的血尿にて近医受診。前立腺癌を疑われ、当科紹介入院。前立腺癌、および膀胱への浸潤を認めるとともに、膀胱癌も合併していた。しかし、膀胱内の腫瘍の主病変は、画像診断では診断困難であった。前立腺癌に対してホルモン療法を施行後、膀胱内の腫瘍に対してTUR-BTを施行した。組織学的にも未分化で原発は確定できなかった。その後白血球の上昇を認めるとともに、膀胱内の腫瘍は急速な増大を示した。CTでも膀胱内はほとんど腫瘍に占拠され、白血球も115,100と著明に増加。膀胱摘除を行い、一時53,600と減少したが、すぐに上昇した。放射線治療も行ったが、効果なく骨盤腔内に腫瘍が急激に増大し、膀胱摘除後、26日目（TUR後3カ月）死亡した。摘出標本のG-CSF染色で陽性所見を認め、G-CSF産生膀胱腫瘍と診断した。

乳癌膀胱転移の1例：小川和彦、日置琢一、杉村芳樹（愛知県がん七）、谷田部恭、中村栄男（同病理）、三浦重人（同乳癌外科）、山本洋人、堀 武（厚生連加茂） 患者は55歳、女性。1995年6月より肉眼的血尿出現し、近医受診。膀胱頂部に腫瘍を認められ、生検にて腺癌と診断。加療目的にて当科を紹介受診。既往歴は、左乳癌（T2aN1bM0、浸潤性小葉癌）にて1992年9月根治的乳房切断術・化学療法を施行され、1994年5月より多発性骨転移・卵巣転移を認められている。当科にて膀胱鏡施行すると、頂部に潰瘍・出血を伴う約20 mm の広基性非乳頭状腫瘍と、頸部7時方向に約30 mm の粘膜下隆起を認め、生検施行。浸潤性小葉癌であったため転移性膀胱腫瘍と診断。Q.O.L.を考慮して1995年8月、出血源の頂部腫瘍のみTUR施行。現在尿路症状なく、外来follow中である。文献検索上、本邦で既に報告された転移性膀胱腫瘍46症例をふまえ、若干の考察を加え報告した。

浸潤性膀胱腫瘍に対する動注療法（BOAI）無効例の検討：佐藤元、白木良一、平野真英、窪田裕輔、青木圭司、樋口 徹、桜井孝彦、加藤 忍、堀場優樹、星長清隆、名出頼男（保健衛生大） 浸潤性膀胱腫瘍の根治術拒否例および不能例8症例に対しBOAI療法を行った。男3例女5例で、年齢は58~83歳（平均68.7）。観察期間はBOAI治療開始から9~23カ月（平均16.8）。異型度はG2 2例、G3 6例、深達度はT1b+CIS 1例、T2 3例、T3a 1例、T3b 3例で

あった。BOAIにはM-VAC療法のレジメを用いDay 2にADM, VLB, CDDPの3剤を動注した。根治術を拒否した6例中, CRがえられたのは2例のみであった。2例には腫瘍の残存, または局所再発を認め膀胱全摘を行った。また他の2例では局所再発は認めないものの, リンパ節転移をきたした。根治術不能2例では膀胱穿孔, 膀胱小腸癒などの重篤な合併症をきたした。以上の結果よりG3, T3a以上の膀胱腫瘍にはBOAI療法の有効性は少ないと考えられた。

出血性結腸導管静脈瘤に対して経皮経肝塞栓術を施行した1例: 米村重則, 奥野利幸, 山田泰司, 鈴木竜一, 亀田晃司, 山川謙輔, 林宣男, 有馬公伸, 柳川真, 川村寿一(三重大) 59歳, 男性。14年前直腸癌のため骨盤内臓器全摘除, 尿管変更術として横行結腸導管, および人工肛門造設を施行した。4年前より横行結腸導管周囲皮膚より出血が度々認められていたが, 徐々に圧迫縫合にて止血が困難となってきたため1995年10月26日入院となった。CTおよびエコーより横行結腸導管部の静脈瘤と診断し経皮経肝静脈塞栓術を施行した。塞栓物質として, Steel coil, ethanol, lipiodolを用いた。塞栓術後6か月経過しているが横行結腸導管部よりの出血は認められていない。ストマに形成される静脈瘤に対し種々の治療法が存在するが経皮経肝静脈塞栓術は有効であると思われた。

外来無麻酔TUL症例の検討: 中西利方, 大野俊一, 武藤智, 太田信隆(焼津市立総合), 鈴木和雄, 藤田公生(浜松医大) 対象は, 下部尿管結石外来女性患者6例, 平均年齢51歳, 平均結石のサイズは10×8mm, ESWL不成功例は4例。方法は, 無麻酔, 碎石位, 透視下に施行。Candela ミニスコープ6.9Frを, 尿管口の拡張はせず直接挿入。レーザー碎石装置は, Candela MDL-2000, 出力は30mJ。碎石効果は内視鏡所見とKUBで判定。結果は, 全例完全碎石排石, 平均手術時間は16分, レーザーショット数は平均853shots, 平均完全排石期間は, 12.6日。合併症は, 38度以下の発熱1例, 血尿1例, 鎮痛剤使用例と尿管損傷例はなし。症例を下部尿管結石にかぎり適切に選択すれば, 外来無麻酔TULは可能であり, 完全碎石排石の成功率は高く, 合併症も少なく安全に施行できた。外来無麻酔TULは, 安全で効果的な治療法であり, 患者を早期に苦痛から開放できる有用な方法である。

完全重複腎盂尿管に対し半腎切除術および尿管切除術を施行した1例: 新保育, 塚田隆(共立湖西総合), 山田潤一(同内科), 鈴木明彦, 鈴木和雄, 藤田公生(浜松医大) 54歳男性。以前より左背部鈍痛自覚していた。糖尿病加療のため当院内科入院中画像検査にて後腹膜嚢胞性病変を指摘され当科紹介転科となった。造影CT, 経皮的嚢胞造影で左腎内側から膀胱左側に至る嚢胞性病変を認めた。DIPでは左腎尿管は外側に圧排され軽度尿管症を呈していたが, 内側の嚢胞性病変は描出されなかった。膀胱鏡にて左尿管口内下方約1cmに尿管口様構造物を確認。上半腎所属尿管の拡張・異所開口を伴った左完全重複腎盂尿管と診断。嚢胞液排液後再度徐々に貯留し, 背部痛再発したため4か月後左半腎切除および可及的尿管切除術施行。尿管下端は不明であった。腎は病理組織学的に異形成であった。術後経過は良好である。

汎発性血管内凝固症候群を伴った両側気腫性腎盂腎炎の1例: 西尾芳孝, 青木重之, 岩崎明彦, 西川英二(名古屋掖済会), 瀧知弘, 深津英捷(愛知医大) 71歳男性, 既往に糖尿病あり。1996年3月6日発熱を認め近医受診, 腎盂腎炎の診断にて治療されるが症状良くなり, 急性腎不全, 敗血症, DIC状態となり同3月18日紹介にて当科転医となった。KUBでは腸管と異なるガス像ははっきりせず, 上部尿路検索のため施行したCTにて両側気腫性腎盂腎炎と診断した。全身状態悪く内科的治療施行したが結局死亡した。両側気腫性腎盂腎炎は稀で本例が本邦10例目であった。その10例をまとめた結果, 発症年齢は32~73歳で, 平均57歳であった。糖尿病は全例に合併しており, 分離菌として*E. coli*が80%を占めていた。全身状態が不良な症例が多いためか70%が保存的に治療され, 死亡率は気腫性腎盂腎炎全体が約13%なのに対して, 両側例は50%と有意に高く予後はかなり悪かった。

肝不全症例に発症した腎膿瘍の1例: 平野真英, 星長清隆, 佐藤元, 窪田裕輔, 青木圭司, 樋口徹, 桜井孝彦, 加藤忍, 白木良一, 堀場優樹, 名出頼男(保健衛生大) 61歳男性。糖尿病, 高血

庄, 肝硬変にて他施設で治療中であった。右腎膿瘍の他に入院加療されるも軽快せず当院に紹介された。CT上, 右腎下極に腎実質と境界が不明瞭な膿瘍を認めたが, 肝不全の急速な進行とDICの合併のため右腎摘出あるいはドレナージは不可能と判断され, 抗菌剤の投与にて保存的治療を続行した。約1か月後に肝機能の改善がえられ, 膿瘍も単一化したため経皮的ドレナージを施行し, 腎膿瘍は2か月後にはほぼ完治した。本症例では本来外科的治療が必須と考えられたが, 肝不全のため保存的治療が優先され, 最終的には良好な結果をえることができた。従って重篤な合併症を有する腎膿瘍に対しては保存的療法や経皮的ドレナージなどの非侵襲的治療も有効であることが示唆された。

感染性腎嚢胞の1例: 水本裕之, 大下博史, 阿部俊夫, 赤堀将史, 三井健司, 本多靖明, 深津英捷(愛知医大), 平岩親輔(協立総合), 平田紀光(浅井) 77歳, 男性, 発熱により, 腎エコー, 腹部CTにより診断された。感染性腎嚢胞の1例を若干の文献的考察を加えて発表した。感染性腎嚢胞は稀な疾患で自験例(左腎)を含めても本邦で60例である。嚢胞内への抗生剤移行は低く, 外科的療法を必要とし1985年以前では, 腎摘出術, 嚢胞壁切除術が施行されたが, 現在では, 経皮的エコー下穿刺, 持続ドレナージが主流である。自験例においても, 経皮的エコー下穿刺術, 持続ドレナージにより良好な結果を得, 現在まで再発を認めない。

妊娠を契機に発見された腎動静脈瘻の1例: 玉木正義, 前田真一(トヨタ記念), 牧野直樹(同放射線科), 仲野正博, 出口隆, 栗山学, 坂義人, 河田幸道(岐阜大) 32歳, 女性。1991年3月18日朝より突然, 肉眼的血尿, 右腰痛, 排尿障害が出現した。妊娠10週のため当院婦人科受診し, 同日当科紹介。膀胱鏡にて右尿管口より血尿を認めた。患者さんの強い希望のため人工妊娠中絶施行後精査した。CT, IVPでは異常を認めなかった。右腎動脈造影にて右腎下極に腎動静脈瘻を認めた。このため4月19日2mmのスチールコイルとジェルフォームを使用し超選択的に塞栓術を施行した。6月7日確認の右腎動脈造影を施行すると一部再開通を認め再度塞栓術を施行した。8月23日の右腎動脈造影でも再開通を認めため再度塞栓術を施行した。約1年半後の1992年12月妊娠が確認され, 血尿の再発もなく, 1993年6月正常児を出産した。その後も現在まで肉眼的血尿を認めていない。

両側腎梗塞の1例: 杉本雅一, 高村真一(厚生連海南) 心房細動・高血圧の既往を有する57歳男性が異時的に両側腎に腎梗塞を呈した症例を報告する。初回発作時には白血球・血清酵素の軽度上昇, 腹部CT上右腎の萎縮, 血管造影上右腎動脈の途絶を認め, 右腎梗塞と診断したが, すでに第8病日であったので選択的腎動脈内線溶剤注入療法は行わなかった。再発作時には血管造影での左腎動脈の途絶像以外に異常所見は認めなかったが, 診断時に発症より4時間の経過を有するのみであったので選択的腎動脈内線溶剤注入療法を行った。発症後2年目に行った検査では, 腹部CTで右腎の萎縮は認められるものの左腎については明らかな萎縮は認められなかった。腎シンチでは左腎については特に取り込み不良は認めなかったが, 右腎については取り込み不良の改善を認めなかった。

診断に苦慮した, 右腎に発生したMetanephric adenomaの1例: 近藤隆夫, 大島伸一, 松浦治, 竹内宣久, 栗本修, 上平修, 橋本好正(社保中京) 32歳, 男性。1995年8月, 検診時腹部エコー検査にて右腎の異常を指摘され当科受診。画像診断にて右嚢胞状腎癌を疑い, 1995年9月21日, 腹腔鏡下根治的右腎摘出術, リンパ節廓清術を施行。摘出標本の重量は316g。腫瘍は腎中央外側にあり, 大きさは2.1×1.6×1.2cm。肉眼的には嚢胞壁の石灰化を示し, 嚢胞内突出部は灰白色ペースト状で慢性の石灰化を示した。病理組織は小型で円形の腫瘍細胞が小葉構造を示し, 間質は疎であり, 細胞異型, 核異型に乏しく良性腫瘍の像を示した。当院にて確定診断がえられずAFIPに依頼し, metanephric adenomaの診断をえた。metanephric adenomaは文献上, Mostofiらにより提唱された腎腺腫分類の1つであり, 稀な良性疾患である。

腎細胞癌と鑑別困難であった腎血管筋脂肪腫の1例: 浅井伸章, 山本洋人, 堀武, 平尾憲昭(厚生連加茂) 症例は71歳女性, 主訴は食思不振。超音波検査にて左腎に複数の高エコーなmassを認め

た。CTでは低吸収域な腫瘍の外側に低吸収域な腫瘍、MRIではT1にて高信号、T2で低信号な腫瘍の外側に、T1で低信号、T2で高信号を呈する腫瘍を認めた。腎動脈造影では共にhypervascularで、poolingを認めた。以上より腎血管筋脂肪腫と腎細胞癌の同一腎合併例を疑い、経腹的左腎摘除術を施行したが、病理組織診断ではいずれも血管筋脂肪腫であった。腎細胞癌が疑われた部位は脂肪組織成分に乏しく、画像上の違いを呈したと考えた。患者は術後7日目に肺梗塞にて突然死した。近年、画像診断の進歩から、腎血管筋脂肪腫と判明し保存的治療が行われることが多いが、鑑別に依然課題は残っている。

腎癌の疑い腹腔鏡下腎摘出術を行った Angiomyolipoma の1例：小林康宏、西山直樹、藤田民夫（名古屋記念）、小野佳成（小牧市民）腎細胞癌との鑑別が困難であった Angiomyolipoma（以下AML）を経験したので、報告する。症例は38歳男性、腹部超音波で右腎上極に径2cmのややhigh echoic な腫瘍を認め、単純CTでは、ややhigh densityに、造影CTでは、ほぼ均一に軽度 enhance された。脂肪成分を示唆する low density area は認められず、血管造影では hypovascular であった。以上から hypovascular type の腎細胞癌と診断し腹腔鏡下根治的腎摘出術を施行した。病理標本では、脂肪成分の少ないAMLであった。脂肪成分の乏しいAMLは腎癌との鑑別が困難であると思われる。摘出に際しては、腹腔鏡下に行っており、その適応、方法について報告した。

腎静脈内腫瘍血栓を伴った腎盂癌の1例：工藤真哉、小松 茂、本村文一、東野一郎（豊橋市民）70歳、男性。65歳時心房細動を指摘されるも放置。1995年8月26日、肉眼的血尿を認め、8月28日当科紹介。CTにて右腎上中極実質に内部構造不均一な腫瘍を認め、右腎静脈内に腫瘍血栓を認めた。血管造影ではこの腫瘍はhypervascularであった。腎静脈内腫瘍血栓を伴った腎細胞癌の診断で、1995年9月26日、全麻下に経腹膜的右腎摘除術を施行。摘除標本の剖面では、上極に径6cmの黄色で弾性硬の非乳頭状充実性腫瘍を認め、上腎杯は不明瞭であった。病理診断は移行上皮癌、G₂であり、腫瘍血栓も同様の移行上皮癌の集簇であった。術後2週間目よりM-VAC療法を開始したが、その3日目からWPW症候群の発作性頻拍を認め内科転科するも、術後4週間目に左側胸部痛を訴え急変し死亡した。腎静脈内腫瘍血栓を伴った腎盂癌は稀であり、本邦では1例目と思われる。

腎悪性リンパ腫の1例：宇佐美隆利、大平智昭、大塚篤史、斎須和浩、平野恭弘、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74歳男。右側腹部痛、腹部腫瘍、食欲不振が出現し精査の結果、右後腹膜腫瘍を疑われたため当科紹介入院。右腋窩リンパ節の腫大と右腹部には小児頭大の腫瘍を触知。腹部CTでは右腹部に11×7cm大の腫瘍が右腎をほぼ全周性に取り囲み傍大動脈リンパ節の腫大と左腸骨翼への骨浸潤像も認めた。超音波ガイド下に経皮的針生検を行い病理組織学的に非ホジキンリンパ腫、diffuse large cell type, B cell type と診断された。CHOP療法を1コース、THP-COP療法を4コース施行し腫瘍は著

明に縮小し退院した。治療開始後8カ月経過した現在再燃の兆候なく良好である。腎悪性リンパ腫の報告は本邦では自験例を含めこれまでに43例ありこれらの文献的考察も行った。

両側腎癌に対し右腎摘出術および左腎腫瘍核出術、自家腎移植術を施行した1例：横井繁明、小野佳成、加藤範夫、武田明久、山田伸、水谷一夫（小牧市民）45歳、男性。1995年12月左側腹部痛を主訴に近医受診し、両側腎癌と診断。1996年2月19日当科受診。腹部造影CT上、リンパ節転移および遠隔転移を伴わない両側腎癌と診断し2月20日入院。腎機能温存を考慮して2月27日、全麻下に右腎摘出術、体外手術にて左腎腫瘍核出術を施行し右腸骨窩に自家腎移植術施行した。手術時間は9時間5分、出血量2,152ml、阻血時間は3時間45分であった。病理組織学的には両側ともrenal cell carcinoma, alveolar type, clear cell subtype, G₂, INFβ, pV0であった。術後腎機能は良好で術後15日目よりインターフェロンα300万単位の連日投与を開始し3カ月目の現在腎機能の悪化および再発も認めていない。

インターフェロンα、γ併用療法が著効した腎癌多発肺転移の1例：鶴 信雄、須床 洋（共立菊川総合）、杉本 健、吉富 淳（同内科）、鈴木和雄、藤田公生（浜松医大）66歳女性。検診の胸部写真で異常影を指摘。肺野に多発性の孤立陰影があり、腹部CTで左腎上極に腫瘍を認めた。1995年10月5日に左腎全摘術を施行。左腎全体の重量は345g、腫瘍の大きさは6.5×7×7cm、病理診断はRCC, expansive type, solid type, clear-granular mixed subtype, G₂-G₃, INFγ, pV1, pV3, 10月17日よりIFNα, γの併用療法を開始。イムノマックス300万単位を週5回静注から開始し、翌週よりイントロンA300万単位の週5回筋注と併用した。IFN投与6週目頃から転移巣は縮小傾向を見せ、11月30日に退院。肺転移巣は6カ月でほぼ完全に消失し、外来経過観察中である。本症例においてこの治療法が奏効した要因はPSが0であったこと、肺転移であったこと、腎摘を施行したことの他、比較的短期間に投与を集中したことも考えられる。今後、症例を重ねていき投与量や投与方法について検討していくことが課題だと思われる。

馬蹄鉄腎に合併した腎細胞癌の1例：吉野 能、西村達弥、中野洋二郎、伊藤浩一（陶生）58歳男性。左側腹部痛を主訴として来院。腹部超音波、IVP、CTで馬蹄鉄腎左腎の腫瘍が疑われた。腎動脈造影にて左腎上極に分布する動脈に腫瘍濃染像を認めたため、馬蹄鉄腎に合併した左腎腫瘍と診断し、1995年12月4日、全麻下に峡部離断術、左半腎中央部後面に2.5×2×1.5cmの腫瘍を認めた。病理組織学的所見は腎細胞癌 common type, clear cell subtype, alveolar and cystic type, G₁>G₂, pT3a, pVo, INFβであった。リンパ節転移は認められなかった。術後インターフェロンα300万単位隔日投与を開始し、約6カ月経過した現在再発転移はなく生存中である。馬蹄鉄腎に合併した腎細胞癌の報告は少なく、文献上自験例は本邦29例目であった。馬蹄鉄腎に分布する動脈すべてを造影し、支配領域を把握したことは手術における切除範囲の決定に有用であった。