

学会抄録

第199回 日本泌尿器科学会東海地方会

(1998年1月25日(日), 於 岐阜大学医学部講堂)

23歳, 女性にみられた腎細胞癌の1例: 増栄成泰, 萩原徳康, 山田徹, 後藤高広, 西野好則, 高橋義人, 河田幸道 (岐阜大), 兼松雅之 (同放射線科), 下川邦泰 (同病理部) 23歳, 女性. 1997年4月, 会社の検診時, 超音波検査にて右腎腫瘍を指摘されたため他院を受診. 各種画像診断にて悪性を否定できないためエコーガイド下に腎生検施行したところ renal tissue with atypical foci であった. 同年8月4日, 手術的にて当科紹介入院となり8月11日, 経腹的腎摘除術を施行した. 摘除標本の重量は175g, 右腎背側上極に3×2.5×2.5cmの充実性腫瘍を認め, 病理学的組織診断は腎細胞癌 clear cell subtype であった. 術後経過は順調で現在インターフェロンを投与している. 若年発症 (16~29歳) した腎細胞癌の報告はわれわれの検索した範囲では本邦27例目であった.

多房性嚢胞状の発育形態を呈した腎細胞癌の2例: 深見直彦, 泉谷正伸, 白木良一, 市野 学, 三島淳二, 伊藤 徹, 森紳太郎, 丸山高広, 窪田裕輔, 樋口 徹, 堀場優樹, 星長清隆, 名出頼男 (保健衛生大) 症例1, 47歳, 男性, 主訴, 肉眼的血尿, 画像所見にて右腎上極に12×11cmの多房性嚢胞を認め, 一部に造影される充実性部位を伴っていたため, 腎癌の合併を疑い, 根治術を施行した. 腫瘍内部は, 多房性嚢胞と充実性腫瘍を認めた. 症例2, 65歳, 男性, 主訴右腎腫瘍, CT検査で, 偶然右腎上方外側に4×4cmの多房性嚢胞を認め, 血管造影にて濃染される部位を認めたため, 腎癌の合併を疑い腹腔鏡下腎摘除術を施行した. 腫瘍内部は, 多房性嚢胞で一部充実性腫瘍を認めた. 病理組織所見では, 2症例とも, RCC, clear cell subtype, PT2, G1, であった. 術後1年7カ月および4カ月の現在, 再発を認めていない. 2症例ともに嚢胞壁に clear cell subtype の腫瘍細胞を認め, 多房性嚢胞腎細胞癌と診断した.

腎嚢胞内に発生した腎癌の1例: 瀧 知弘, 三井健司, 赤堀将史, 山田芳彰, 本多靖明, 深津英捷 (愛知医大) 45歳, 男性, 1993年以降毎年, 健診のエコーで左腎嚢胞を指摘されていた. 1996年7月の健診エコーで嚢胞内に5cmの広基性乳頭状腫瘍を抽出, 当科紹介. 血液生化学, 尿検に異常なく尿細胞診陰性. CT上7cmの嚢胞と, 嚢胞内に嚢胞内容よりやや high-density な腫瘍を認めた. MRI上嚢胞内はT1T2強調画像とも高信号で, 腫瘍部分の造影効果ははっきりせず. 左腎動脈造影上嚢胞内は無血管領域で, epinephrine へ無反応血管なし. 嚢胞穿刺では内容液血性, 細胞診 class V. 嚢胞内に発生した左腎癌 T2N0M0 の診断のもと, 9月17日根治的左腎摘除術・リンパ節郭清術を施行した. 病理診断は papillary RCC, granular-subtype, INF- α , G3, pT2, pN0, pV0. 嚢胞壁と腫瘍細胞の連続性あり. 嚢胞壁外浸潤なし. Gibson III型, Kaiser III型と思われた. 術後16カ月で再発なし.

腎平滑筋腫の2例: 米村重則, 荒木富雄, 森 脩 (済生会松阪), 山下敦史 (尾鷲総合) 症例1. 59歳, 女性. 主訴: 頻尿. 慢性膀胱炎にて経過観察していたがエコー上, 左腎腫瘍を認めたため入院. CT上3cm程の造影される腫瘍を認め, 腎血管造影は hypervascular であった. 根治的腎摘除術を施行. 病理組織所見は血管壁より発生した腎平滑筋腫であった. 症例2. 66歳, 男性. 肝機能異常にてCT施行し右腎腫瘍が疑われたが, DIPおよびRPにて右腎腫瘍と診断し精査加療目的にて入院した. 腎血管造影にて異常血管を認めた. 根治的腎摘除術を施行. 病理組織所見は腎平滑筋腫であった. 文献的に平滑筋肉腫や病理所見にて境界悪性を認めた症例が存在することから注意深い経過観察が必要であると思われた.

病理組織的診断が困難であった腎血管平滑筋腫の1例: 田中創始, 渡瀬秀樹 (名古屋市立城北), 岡村武彦 (名城) 72歳, 女性. 1997年3月より発熱が続き, 7月に名城病院内科を受診. 精査目的にて内科入院. CTで右腎に嚢胞状病変を認め, 不明熱の一原因とも考えられ, 泌尿器科を紹介受診. さまざまの画像診断にて右腎は単純性腎嚢

胞であったが, 左腎細胞癌を疑われ, 1997年9月経腹的左腎摘除術を施行. 摘出標本は大部分が凝血塊であり, 充実性の部分はなかった. HE染色では凝結塊を含む血管, 平滑筋線維は存在したが, 脂肪成分は認められなかった. Sudan II染色でも, 脂肪成分は認められなかった. 病理組織学的診断は困難であったが, 腫瘍からの出血により血腫を形成した腎血管平滑筋腫と診断した. 脂肪成分に乏しく, 術前診断の困難であった腎血管平滑筋腫はしばしばみられるが, 脂肪成分の全くみられない例は稀で, 本邦6例目であった.

腎被膜原発平滑筋腫の1例: 内田克典, 保科 彰, 永野道夫, 松本純一 (山田赤十字), 川村壽一 (三重大) 50歳, 女性. 主訴, 後腹膜腫瘍精査. 既往歴および家族歴に特記事項なし. 1997年10月当院産婦人科にて子宮筋腫の術前検査中, CTで後腹膜腫瘍を指摘され当科受診となった. CTで左腎門部から下極にかけ, 左腎と腸腰筋とのあいだに周囲がエンハンスされる, 内部が low density な mass が認められた. MRIではT1強調画像でCTと同部位に均一に low intensity な mass が, T2強調画像では不均一に high intensity をしめし, 一部エンハンスされる mass が認められた. 以上より後腹膜腫瘍の診断で開腹術をおこなった. 術中, 腫瘍と腎との連続性が認められたため根治的左腎摘除術を施行した. 病理組織所見で腫瘍と被膜に明らかな連続性が認められ, 腎被膜原発平滑筋腫と診断した. 外来で経過観察中である. 本疾患は稀で文献上本邦では2例目であった.

7歳, 男児, サルモネラによる膿腎の1例: 小倉友二, 亀田晃司, 村田万里子, 脇田利明, 鈴木竜一, Franco OE, 山川謙輔, 林 宣男, 有馬公伸, 柳川 眞, 川村壽一 (三重大) 7歳, 男児. 発熱, 背部痛, 腹痛にて発症し, CTにて左膿腎症と診断, 経皮的腎造設術施行された. 排泄液からサルモネラが検出された. 膀胱尿道造影およびAPから, 腎盂から尿管への尿の流出は認められないが, 尿管から腎盂への逆流を認めるという特異な尿流状態が認められた. また, CT, DMSA から左腎機能がほぼ消失しており, 改善しないと思われ, 今後感染源となる可能性があるため左腎尿管摘除術および anti-VUR が施行された. 摘出標本に7×9mmの非乳頭状の隆起を認め, これが弁状に働いたと予想された. 病理組織からは隆起物は胎生期における体幹と尿管の発育の差により生じたと予想された.

治療に難渋した感染性腎嚢胞の1例: 南館 謙, 尾関茂彦, 伊藤康久, 土井達郎 (岐阜市民) 症例は59歳, 女性. 主訴は発熱と全身倦怠感. 近医にて腹部CT上, 腎膿瘍を疑われ当科紹介受診となり, 精査, 加療目的で入院. 既往歴は左腎嚢胞と右萎縮腎. 入院時検査所見では炎症反応の著明な上昇, 中等度の腎機能障害がみられた. CT上, 左腎には壁の肥厚した嚢胞内に細菌の産生したガスと思われるニボーがみられ, 膿瘍を形成した感染性腎嚢胞と診断し, 1997年8月22日にエコーガイド下に嚢胞を穿刺・ドレナージ術施行. 排泄した膿の量は900mlで, 細菌培養の結果は *E. coli* であった. 腎機能も正常化したため9月10日左腎嚢胞壁切除術を施行した. 膿の再貯留がみられたため, 感染巣の除去を目的とした腎部分切除術を10月29日に施行し完治した.

急性腎盂腎炎により腎盂と交通したと思われる化膿性腎嚢胞の1例: 池内隆人, 浅井伸章, 堀 武, 平尾憲昭 (厚生連加茂) 34歳, 女性. 膀胱炎様症状の後, 熱発, 右腰痛で近医にて投薬を受け一旦解熱したが再度熱発したため, 1996年2月14日当院内科入院. 初診時エコーにて内部がやや高輝度の91×82mmの右腎嚢胞を認め腎嚢胞の感染が示唆されたため当科紹介となった. セフォチアムによる化学療法開始の翌2月15日, 突然混濁尿が増強し解熱した. 直後のIVUでは嚢胞と腎盂に明らかな交通性は認めなかったが, 2カ月後のIVUでは嚢胞と腎盂に交通性を認めた. その後膿尿および熱発の既往なく現在に至っている. 画像上, 未だなお交通性はあるものの嚢胞の大きさはしだいに縮小している. 自験例は本邦81例目とおもわれ,

その感染経路は経過より上行性と考えられた。また孤立性嚢胞と腎盂とが自然に交通する報告は少なく本邦では4例目にあたることもわかれた。

直腸癌根治術後、尿管小腸瘻を合併した1例：内田孝典、永江浩史、牛山知己、鈴木和雄、藤田公生（浜松医大） 症例は54歳、男性。直腸癌に対して Miles 手術を行った際左尿管を損傷。術中縫合修復されたが、その後発熱をくり返していた。手術より約1カ月後両側水腎症を認め、尿管ステントを留置。一時解熱し、両側水腎症も改善された。しかし再び発熱を繰り返すようになり、両側水腎症も悪化。外科手術より約2カ月後、排泄性腎盂造影にて尿管小腸瘻と診断され、当科入院となった。腎瘻造設、尿道カテーテル留置、両側尿管ステント交換、絶飲食、高カロリー輸液を行った。尿路感染所見はその後しだいに改善。入院46日目、保存的治療のみで瘻孔の閉鎖が確認された。本例で尿管小腸瘻を形成した要因として、尿管損傷修復に非吸収糸が使用されたこと、直腸癌術後尿管狭窄、尿路感染症、尿管ステント通過不良、糖尿病の合併が考えられた。

治療経過中に重症低血糖を示した腎盂癌の1例 日比野充伸、伊藤恭典、線崎博哉、窪田泰江、小島祥敬、秋田英俊、安井孝周、田貫浩之、丸山哲史、藤田圭治、林祐太郎、上田公介、郡健二郎（名古屋大） 66歳、男性。1996年3月、左膝部痛で整形外科受診。精査の結果、左腎盂腫瘍で、骨、肺などに転移を認めたため、当科入院となり、動注化学療法、M-VACによる全身化学療法を3クール施行したが、効果少なく退院。その後、放射線治療のため、1997年4月再入院となった。同年8月、突然血糖値が低下し、下垂体前葉・副腎機能不全、肝不全の所見がないこと、insulin 低値、IGF II/IGF I 32.4と高値を示した事は、insulin like growth factor (IGF) の産生を示唆していた。低血糖に対し、大量のブドウ糖投与を行ったが、全身状態悪化のため死亡した。

腎盂原発の Mucinous adenocarcinoma の1例：神谷浩行、多和田俊保（常滑市）、窪田泰江、戸澤啓一、郡健二郎（名古屋大） 78歳、男性。17年前に右腎結石を指摘されている。骨折にて入院中、熱発あり。CT 検査にて右腎結石とともに著明な水腎を認め、腎盂腎炎と診断、腎ろうを留置し解熱を図り、後日、右腎摘術を施行した。腎盂内は膿汁とともにムチン様物質で満たされ、この膿壁には、移行上皮は認められず、円柱上皮で覆われ、一部に乳頭状を呈しわずかに異形性を持ったムチン産生細胞の増殖を認めた。病理診断は Cystadenocarcinoma の形態をとる Mucinous adenocarcinoma であった。Mucinous adenocarcinoma は検索しえたかざりて内外合わせてこれまでに63例あり、予後は非常に不良で早期診断、治療成績の向上が今後の課題と思われた。当症例は術後3カ月の時点で再発を認めていない。

排尿障害をきたした右腎異形成を伴う尿管異所開口の1例：新保育、中西利方（共立湖西総合）、鈴木和雄、藤田公生（浜松医大） 52歳、男性。人間ドックで膀胱内嚢胞状腫瘍を指摘され、排尿困難も自覚していたため他院受診。尿管瘤と診断され、当科受診。US、CT で膀胱頸部に膀胱内に突出する嚢胞状腫瘍を認め、右腎は認めなかった。膀胱鏡で、内腔に膨隆する腫瘍が膀胱頸部を圧排していた。腫瘍内容液に精子を認めた。逆行性造影と尿管鏡で、拡張した精嚢に尿管口を認め、尿管は L5 レベルまで認めた。以上より、右腎無形成に伴う尿管異所開口（精嚢開口）の診断で右尿管精嚢摘除術を施行。病理組織学的に腎異形成を伴っていた。術後経過良好で、術前 I-PSS 21点、最大尿流率 9 ml/s が術後のおおの7点、20 ml/s となり、排尿状態の改善を認めた。男子尿管異所開口本邦報告132例を集計し、文献的考察を加え報告した。

自然軽快をきたした小児巨大尿管症の4例：三島淳二、星長清隆、泉谷正伸、市野 学、深見直彦、伊藤 徹、森紳太郎、窪田裕輔、丸山高広、樋口 徹、白木良一、堀場優樹、名出頼男（保健衛生大） 症例は2カ月～13カ月の男児2例・女児2例の5尿管で、観察期間は10カ月～5年2カ月である。胎児エコーによる水腎症、1カ月検診による腹部腫瘍の指摘、嘔吐症を主訴に小児科より紹介受診。VCG、IVP により原発性巨大尿管症と診断し、さらに利尿レノグラムを施行し非閉塞型と判定したため、経過観察を行った。結果は、拡張尿管の改善、水腎症の軽減を認め全例、自然軽快傾向にある。また、経過

観察中に利尿レノグラムの増悪、患側の腎機能低下や尿路感染症などの臨床症状は認めなかった。現在も IVP、利尿レノグラムを定期的に行いながら経過観察中である。

妊婦の尿管結石に対して TUL を施行した1例：近藤隆夫、絹川常郎、竹内宣久、田中国晃、上平 修、橋本好正（社保中京） 26歳の妊婦。主訴は左側腹部痛。家族歴、既往歴に特記事項なし。反復する左側腹部痛にて近医で3カ月間、腸炎として治療を受けた後、妊娠および左水腎症を指摘。紹介され、当科を受診。腹部超音波検査、下腹部を遮蔽した腹部単純写真にて L4 レベルに径 3 mm の尿管結石を認めた。エコーガイド下に double J カテーテルの挿入を試みたが挿入不可。透視を使用せず、TUL を施行。結石を除去し、尿管ポリープを切除、double J カテーテルを挿入。その後外来にて6週毎の double J カテーテル管理とし、水腎は徐々に改善。12週後に、カテーテル周囲、内腔に形成された結石のためにカテーテルが閉塞し、再挿入も困難であったため抜去。以後、水腎の悪化を認めず。妊娠に伴う高カルシウム、高尿素血症がカテーテルへの結石付着、閉塞の原因として大きな問題であるとの報告がある。

血友病Aに合併した膀胱結石に対して膀胱切石術を施行した1例：畦元将隆、阪上 洋、栗田成毅、最上美保子、飯塚敦彦（安城更生）、松岡 明（同内科）、佐々木昌一（名古屋大） 症例は、60歳、男性。主訴は頻尿。もともと血友病Aと診断されていた。1997年5月当科受診、エコーにて膀胱結石を認めた。出血凝固系検査にて APTT が、53%と低下していた。第Ⅶ因子活性は2%であった。術式は、膀胱切石術を選択し、前後に、第Ⅶ因子製剤を使用した。結石の大きさは、48×42×30 mm、重量 62 g、結石分析は、シュウ酸カルシウム94%、リン酸カルシウム6%であった。最近の血友病患者に対する手術症例の多くは、第Ⅶ因子製剤の使用により、安全に施行されている。しかし、第Ⅶ因子製剤の適切な使用にも拘わらず、第Ⅶ因子抗体の出現により、補充が無効となり、大量出血をきたしたとの報告もある。第Ⅶ因子製剤に関して、適正な量を、適正な期間で使用することが重要である。

前立腺部尿道原発移行上皮癌の2例：速水慎介、大見嘉郎（国立豊橋）、牛山知己、鈴木和雄、藤田公生（浜松医大） 症例1；78歳、男性。主訴：肉眼的血尿。既往歴：20歳尿道炎。現病歴：1997年9月初旬、肉眼的無症候性血尿を認め1997年11月21日当科受診。11月25日入院。前立腺部尿道に有茎性乳頭状腫瘍を精丘右側に認め、12月9日経尿道的腫瘍切除。TCC, G3>G2, pT1N0M0. CDDP 10 mg, 5-FU 250 mg/day, 5 day を、2コース施行。症例2, 62歳、男性。主訴：肉眼的血尿。既往歴：1992年膀胱炎。現病歴：1997年3月23日、肉眼的血尿にて当科受診、即入院。前立腺部尿道に有茎性乳頭状腫瘍を精丘左側に認め、4月8日経尿道的腫瘍切除術施行。TCC, G2, pTaN0M0, INFα. 4月28日 MOPq10 施行後、7月7日退院。10月6日定期検査入院。再発を認め、10月15日経尿道的腫瘍切除術施行。TCC, G2, pTaN0M0, INFα. 11月7日退院。現在再発なし。

尿管管癌の1例：神田英輝、木瀬英明、金井優博、芝原拓見、吉村暢仁、黒松 功、林 宣男、有馬公伸、柳川 真、川村壽一（三重大） 67歳、女性。主訴は血尿。膀胱鏡施行にて膀胱頂部に広基性腫瘍を認め、生検にて腺癌が検出された。消化管腫瘍の転移。婦人科的腫瘍が否定され、尿管管癌の診断にて、膀胱部分切除および膀胱合併切除術を施行した。病理組織診断では大腸癌類似の高分化型ムチン産生型腺癌であった。リンパ節転移、断端部癌細胞（-）であり、狭心症など risk も高いため、術後化学療法などは施行せず、術後4カ月の現在、局所再発、遠隔転移などは認めない。尿管管癌は比較的稀な疾患であり、今回本邦にて報告された333例に自験例の1例を加え、臨床的統計を行った。

膀胱機能障害に対して虫垂による Mitrofanoff 法利用回腸膀胱を造設した2例：山田泰之、坂倉 毅、日比野充伸、窪田裕樹、永田大介、伊藤恭典、中平洋子、河合憲康、戸澤啓一、佐々木昌一、上田公介、郡健二郎（名古屋大） 症例1は18歳、男性、尿道上裂と膀胱外反で出生、尿道形成術をくりかえしたが VUR、尿道狭窄、尿失禁が続いた。症例2は24歳、男性、水頭症と脊椎破裂で出生。尿道下裂、VUR、神経因性膀胱を認めた。尿道形成術をくりかえすも尿道狭窄、尿失禁が続いた。この2例に膀胱部分切除の上、回腸によるり

ザーバー造設 (Camey 2 法), 右下腹部に導尿管として虫垂を用いた Mitrofanoff 法を施行した。術後, リザーバーの容量は 500 ml になり, 日中は 4~5 時間毎, 夜間は 0~1 回の導尿で生活できている。また, 導尿管が虫垂のため外観上もまったく目立たない。これにて以前の尿失禁がなくなり 2 人とも非常に喜んでる。

当院における経直腸的エコー下前立腺 6 分割生検の経験: 礎部安朗, 岡村菊夫, 田中篤史, 勝野 暁, 福原信之, 西村達弥, 岩崎明彦, 三嶋 敦, 弓場 宏, 斉藤政彦, 日比初紀, 辻 克和, 高士宗久, 下地敏雄, 小野佳成, 大島伸一 (名古屋大) 1995 年 12 月から 1997 年 9 月の間に当院にて施行された経直腸的エコー下前立腺 6 分割生検につき検討した。対象は 94 例, 年齢は 46~90 歳 (68.5±7.4)。ACS-PSA にて 2.1~617 ng/ml (37.0±82.5 ng/ml) を示した。PSA 2.2 ng/ml 以上を陽性とした場合, PSA 陽性・直腸診陰性の 54 例中 4 例 (7%), PSA 陽性・直腸診陽性の 39 例中 16 例 (41%) に腺癌が認められた。PSA 陰性・直腸診陰性の 1 例には悪性所見は認められなかった。また, PSA 陽性・生検陰性であった 74 例中 11 例に TUR-P が施行され, うち 3 例に腺癌が認められた。すべて T1a であった。6 カ所の生検でも small volume の癌では, 見落とされる可能性のあることが示唆された。

左尿管狭窄にて発見された前立腺癌の 1 例: 田中一矢, 岡田正軌, 大堀 賢, 青木重之, 西川英二 (名古屋掖済会) 68 歳, 男性。主訴は間欠的な左下腹部痛。1997 年 7 月 20 日当院受診。症状改善せず 7 月 31 日精査目的入院。DIP で左水腎, 尿管, RP で左仙腸関節レベルに尿管の不整像, 狭窄を認めた。尿細胞診・膀胱・陰囊・前立腺触診で異常なく, レノグラム, レノシンチで左無機能腎を示した。尿管狭窄部の悪性所見も否定できず全麻下に左腎尿管摘除術を施行した。摘出標本は重量 190 g。病理診断は中分化型腺癌であったため転移性を疑い全身検索を行ったところ, 前立腺腫瘍マーカー高値を示し, 前立腺生検施行し同様の腺癌を認めた。尿管の癌が PSA 染色で染まったため前立腺癌の尿管転移と診断。骨転移も同時にきたしていた。現在は外来にて内分泌療法中である。転移性尿管腫瘍の報告は比較的稀で本症例は本邦では文献上 62 例目, 前立腺癌原発例としては 4 例目であった。

ホルモン療法による前立腺癌の組織学的変化について: 安積秀和, 吉村 泰, 安藤 裕 (名古屋市立東) 【目的】ホルモン療法によりどのような組織学的変化をきたしたかを検討した。【対象】ホンバン 500 mg を 30 日間連続静注, その後 2 週間以内に全摘した 11 症例。【方法】前立腺癌取扱規約に則り約 5 mm の厚さに階段切片を作製し, 組織診断を行った。【結果】平均重量 41 g, 平均切片数 7.7, stage A: 0, B: 6, C: 3, D1: 2, 浸潤様式 α : 0, β : 3, γ : 8, 組織学的治療効果判定 GOa: 2, GOb: 6, G1: 3, G2: 0, G3: 0 であった。また, 被膜浸潤した部分, リンパ節に転移した部分には常に一定の変性のない viable cell がみられ, その部分がすべて変性, 若しくは壊死した細胞に置き換わった症例はなかった。その意味で down staging が起きているといえる症例はなかった。

同側腎無形成を伴った精囊嚢状拡張症の 1 例: 文野美希, 奥野利幸, 深津孝英, 蘇 晶石, 小林一昭, 大西毅尚, 佐谷博之, 林 宣男, 有馬公伸, 柳川 眞, 川村壽一 (三重大) 症例は 23 歳, 男性, 主訴は尿閉。近医で超音波検査にて膀胱後部に巨大な腫瘍を指摘され, 精査加療目的にて 1997 年 10 月 20 日当科入院。CT, MRI にて右腎・尿管の描出欠損と骨盤腔内に膀胱を背側から圧排する嚢胞性腫瘍を認めた。精管精囊造影では右精管に連続して精囊の拡張および腫瘍内部の造影がみられた。これより同側腎無形成を伴った精囊嚢状拡張症と診断した。超音波ガイド下に経腹的穿刺を行い, ドレーンよりエタノールを注入し, 嚢胞固定術を施行した。ドレーン排液量の著明な減少および CT, MRI にて嚢胞の縮小が認められたため, ドレーン抜去し, 現在経過観察中である。

出生前に超音波検査にて精巣の異常を指摘された新生児精巣捻転症の 1 例: 後藤高広, 仲野正博, 高橋義人, 河田幸道 (岐阜大), 寺本貴英 (同小児科), 下川邦泰 (同病理部), 伊東治夫 (伊東産婦人科) 生後 6 日の男児。妊娠 36 週より超音波検査上, 右精巣の異常を指摘されていた。生下時より右陰嚢内に弾性硬の腫瘍を認めたため, 生後 6 日目に当科受診。精巣腫瘍, 精巣捻転, 血腫などが疑われたが確定診

断には至らず, 右高位精巣摘除術を施行した。病理組織診断は出血を伴う壊死した精細管であり, 精巣捻転症と診断した。新生児精巣捻転症は, prenatal torsion と postnatal torsion の二つに分類され, どちらの場合も精巣温存率は低い。これは, 前者では治療開始前に既に精巣が壊死しているためと思われ, 後者では発症から治療までの時間が長いためと思われた。新生児精巣捻転症は鑑別診断が困難である場合が多く, 精巣温存率を上昇させるには産科, 小児科, 泌尿器科などの連携が必要であると思われた。

精巣類表皮嚢胞の 2 例: 七浦広志, 上條 渉, 加藤慶太郎, 水本裕之, 大下博史, 三井健司, 山田芳彰, 本多靖明, 深津英捷 (愛知医大) 症例 1, 29 歳, 男性。主訴, 右陰嚢内腫瘍。1996 年夏頃より無痛性右陰嚢内腫瘍を自覚し近医受診, その後経過観察するも腫瘍の増大を認め, 1997 年 2 月 5 日当科紹介受診。精査目的にて 3 月 5 日入院。超音波検査にて右陰嚢内に長径 10 cm 大の腫瘍と右停留精巣を認め腫瘍摘出術および右高位精巣摘除術を施行。摘出腫瘍は重量 120 グラムであった。症例 2, 49 歳, 男性。主訴, 左陰嚢腫大。1997 年 4 月頃より無痛性の左陰嚢内容の腫大到気付くも放置, 腫瘍の増大を認め 8 月 19 日当科受診。超音波検査にて左精巣腫瘍が疑われ, 左高位精巣摘除術を施行。摘出標本は精巣上部に 2 cm 大で白色の腫瘍を認めた。なお腫瘍マーカーは 2 例とも正常。病理組織診断は精巣類表皮嚢胞であった。術後に再発, 転移はなく経過観察中である。

精巣 Pure yolk sac tumor の 1 例: 梅本幸裕, 伊藤尊一郎, 津ヶ谷正行 (豊川市民), 秋田英俊, 丸山哲史 (名古屋大) 26 歳, 男性。右陰嚢部痛を主訴に当院救急外来受診。MRI にて右精巣腫瘍が疑われ 1997 年 6 月 30 日右高位精巣摘除術施行。病理診断は Schiller-Duval body を認め pure yolk sac tumor と診断。術後施行した胸腹部 CT, 頭部 MRI にて転移巣は認めず, LDH は正常値に, 血清 AFP もほぼ半減期に一致して低下を認めたが, β -HCG が 1.0 ng/ml と変化しないため, stage III 0 と診断し 7 月 18 日より PEB 療法を 2 ケール, 9 月 23 日より COMPE 療法を 3 ケール施行。 β -HCG は 0.5 ng/ml と依然異常値を示したため, 末梢血幹細胞移植併用超大量化学療法を施行予定し, 1998 年 1 月 6 日名古屋市立大学病院に入院となった。化学療法に抵抗性の stage III 0 症例に対して今後集学的治療法の検討が必要であると考えられた。

両側同時性精巣腫瘍の 1 例: 近藤哲志, 近藤厚生, 松浦 治, 山田伸, 上平 修 (小牧市民), 小野佳成, 水谷一夫 (名古屋大) 症例は 29 歳の男性。右精巣の腫大を認め当院を受診した。精巣エコーでは右精巣は全体にわたり不均一なエコー吸収域を呈する腫瘍により置換されており, また左精巣内部にも低エコー吸収域を認めた。両側精巣腫瘍の診断にて, 精液の冷凍保存を行ったのち, 1997 年 8 月 29 日両側高位精巣摘除術を施行した。右精巣は灰黄白色の腫瘍で占められ, 左精巣内部にはエコーで認めた低エコー域に一致した灰黄白色の腫瘍を認めた。病理診断は両精巣ともにセミノーマであった。両側精巣腫瘍の発生機転としては carcinoma in situ の関与や, HLA の関与などが報告されている。停留精巣や精巣腫瘍の既往を有する患者では両側精巣腫瘍を念頭においた経過観察が必要である。本症例は両側精巣腫瘍としては, 本邦 187 例目, 同時発症症例としては本邦 56 例目であると思われた。

過剰勃起期待例の検討: 小谷俊一, 伊藤裕一, 武田宗万 (中部労災), 甲斐司光 (西尾市民) インポテンスを訴えて来院する患者の中には, よく問診してみると, 性交は可能だが, 自分として勃起が不十分と思うとか, 連続して挿入できないとか単なる過剰勃起期待例 (俗に言う「もっと強くなりたい」) に過ぎない例がある。当科をインポテンスを主訴に来院したケースの内, 明らかにこのような過剰勃起期待例と判定した 13 例 (年齢 22~51 歳, 平均 33.4 歳) について検討した。未婚 6 名, 既婚 6 名, 再婚 1 名, 1 名のみ糖尿病合併。残り 12 名は基礎疾患なし。中には初めから自己注射のみ希望する例や, 入れ墨有り 2 名, 風俗店勤務 1 名などあやしい例も散見された。今後, もし本邦でも, 性機能検査が保険適応された時には, これらの症例を早めに見抜き, 泌尿器科でまじめに扱うべき本来のインポテンズ症例から除外すべきと考える。

包莖手術, 脂肪吸引術後敗血症性ショックをきたした 1 例: 高橋久弥, 石川 晃, 牛山知己, 鈴木和雄, 藤田公生 (浜松医大), 上田吉

生（同形成外科） 28歳，男性。美容整形外科で環状切除術，脂肪吸引術を受けた2日後，陰茎皮膚の壊死，下腹部の発赤・腫脹・発熱を訴えて来院。外来受診中に血圧・意識レベルの低下・高熱をきたし，壊死性蜂巣炎および敗血症性ショックの診断で当院 ICU に緊急入院

した。ICU において集学的な治療により救命し，その後当科で全身状態の改善を図った後，当院形成外科にて植皮術を施行した。経過は良好で術後5カ月を経過した現在陰茎の拘縮，勃起力の低下は認めていない。