

学会抄録

第162回 日本泌尿器科学会関西地方会

(1998年2月28日(土), 於 京都テルサ)

副腎血管肉腫の1例：山中滋木，藤田一郎，川喜田睦司，三上修，松田公志（関西医大），岡村明治（同病理） 70歳，男性。左側腹部痛・嘔気・体重減少等認め左腎腫瘍疑いにて当科入院。全身状態不良で貧血・炎症所見著明であったため，補液・抗生剤投与・輸血等の保存的治療を行うも改善認めず，入院25日目後腹膜ドレーナージ術施行。穿刺液は血性で術後も血性排液持続したため，術後3日目血管造影施行，出血源と思われる左被膜動脈塞栓術を行ったが，なお出血が持続し術後5日目左腎・副腎摘除および脾摘除術施行。病理組織学的診断は脾転移を伴う副腎原発血管肉腫で，患者は癌性悪液質による病勢進行し摘除術後10日目死亡した。副腎原発血管肉腫は検索しえた範囲でこれまで18例報告されており自験例が19例目と思われる。患者平均年齢は61歳で男女比はほぼ2対1で男性に多い。全例で副腎摘除術を主とした外科的切除を行っており術後補助療法として化学療法・放射線療法を行った例が5例あった。予後はきわめて不良で5年生存率は数%以下とされている。

副腎横紋筋肉腫の1例：塩塚洋一，伊藤喜一郎，松岡庸洋，月川真，藤本宜正，佐川史郎（大阪府立） 症例は46歳，女性。主訴は，無痛性左上腹部腫瘍，体重減少。腹部CTで，左後腹膜腔に，胃を内側へ，脾臓を上方向へ，左腎を下方向へ圧排する巨大嚢胞性腫瘍を認めた。腹部血管造影では，左中副腎動脈より栄養される巨大腫瘍濃染像を認めた。血中・尿中カテコールアミンおよび血中コレステロールは正常。内分泌非活性副腎腫瘍の診断のもとに腫瘍摘出術を施行。腫瘍は径24×19cm，重量3,750g，弾性硬で被膜に覆われていた。病理診断は副腎髓質原発の横紋筋肉腫であった。副腎原発の横紋筋肉腫はわれわれが調べたかぎりでは，本症例が初の報告例であると考えられる。追加治療を行っていないが，術後11か月を経過した現在，再発，転移ともに認めていない。

副腎原発嚢胞状リンパ管腫の1例：伊藤和行，深谷俊郎，北村慎治（岸和田市民），村上典彦（同内分泌内科） 36歳，男性。他院で上部消化管精査中，エコーで偶然左副腎腫瘍を指摘され，当院内分泌内科を紹介受診した。内分泌学的検査では異常を認めず，腹部MRI上，径3×5cm，多胞性で内部はwater intensityであったが，隔壁が一部enhanceされていた。6か月後のCTでは大きさは不変であったが，悪性腫瘍の否定ができず，手術を施行した。現在経過観察中であるが再発の兆候を認めていない。副腎嚢胞状リンパ管腫（副腎リンパ管腫性嚢腫）の本邦報告例は自験例が29例目であった。

腹腔鏡下手術を行った副腎骨髄脂肪腫の1例：岡本恭行，水野祿仁，川端 岳（三田市民） 症例は41歳，男性。健康診断の超音波検査にて当初腫瘍を疑われたが，CTで左副腎腫瘍と診断され当科紹介された。画像診断，内分泌学的検査より術前に副腎骨髄脂肪腫と診断し，腹腔鏡下左副腎摘除術を施行した。摘出標本は79g，黄褐色で病理組織学的診断は骨髄脂肪腫であった。術後経過は良好で合併症も認められなかった。骨髄脂肪腫は小さいものは経過観察でよいとされているが，本症例は直径約6cmあり手術適応と判断した。腹腔鏡下手術は一般に低侵襲であるため本症例のように比較的大きなものでも，術前に良性と診断された副腎腫瘍は腹腔鏡下手術も考慮すべきと考えられた。また今回の経験より，腹腔鏡下に副腎骨髄脂肪腫の手術を行うときには腫瘍が大変柔らかいため，通常の副腎手術よりいっそう愛護的な手術操作が必要であると感じた。

保存療法のみで長期生存中の神経芽細胞腫の1例：北内誉敬，細川幸成，雄谷剛士，影林頼明，吉田克法，平尾彦彦（奈良医大），松本慶三，奥村秀弘（天理よろず相談所） 24歳，女性。2歳時に下腹部腫瘍触知し，尿中VMA 30μg/mlCrと高値を示した。Stage IIIの神経芽細胞腫と診断され，腫瘍摘出術を施行したが，摘出不能のため傍大動脈リンパ節のみ摘出し，ganglioneuroblastomaであることが判明した。シクロホスファミド，アドリアマイシン，ビンクリスチン

併用の化学療法および50Gyの放射線療法が施行された。腫瘍は直径9cmから7cmに縮小したが，その後無治療のまま経過した。17歳時に腎機能障害と両側水腎症のため当科入院となり，残存している腫瘍を生検した結果，ganglioneuromaと診断された。神経芽細胞腫が自然退縮，分化成熟する症例が報告されているが，本症例もその中の1例と考えられる。

後腹膜神経節細胞腫の1例：藤本雅哉，今村亮一，目黒則男，前田修，細木 茂，木内利明，黒田昌男，宇佐美道之，古武敏彦（大阪成人病セ） 症例は34歳，女性。主訴は右副腎腫瘍精査。1997年10月，健康診断にて顕微鏡的血尿を指摘され近医受診，腹部超音波・CT・MRIにて右副腎腫瘍を認め，精査加療目的で当科に紹介された。入院時検査所見では，内分泌検査に異常を認めなかった。腹部超音波では，右副腎の位置に8×4.5×4cmのlow echoic なmassを認めた。CTでは，low densityで内部均一なmassを認め，周辺部がわずかにenhanceされた。MRIではT1でlow，T2でhigh intensityを示した。以上より，内分泌非活性副腎腫瘍または後腹膜腫瘍の診断にて，摘除術を施行した。摘除標本は，重量が100gの黄白色充実性腫瘍であった。病理組織診断は神経節細胞腫であった。術後の副腎シンチにて左右とも集積を認めたため，後腹膜原発の神経節細胞腫と診断した。

腹腔鏡にて摘出した後腹膜神経線維腫の1例：乃美昌司，三宅秀明，原 勲，郷司和男，岡田 弘，荒川創一，守殿貞夫（神戸大），川端 岳（三田市民） 43歳，女性。主訴：左副腎部腫瘍の精査。既往歴：高血圧，橋本病。家族歴：特記すべきことなし。現病歴：1997年5月，近医で高脂血症と軽度の肝機能障害の精査目的に施行された腹部CTで，左腎上極内側に内部均一。辺縁整，境界明瞭な腫瘍陰影を偶然指摘された。内分泌学的検査で異常所見を認めず，無機能性左副腎腫瘍を疑い1997年10月27日腹腔鏡下に腫瘍摘出術を行った。腫瘍は副腎とは別個に存在し周囲との剥離可能で副腎は温存し得た。5.5×3.3×2.8cm，50g，ゴム様硬，表面平滑，薄い被膜を有し，割面灰白色の充実性腫瘍であった。病理組織学的には紡錘形核を有する腫瘍細胞が束状の増生を示し，周囲には膠原線維束が波打つように伴走している神経線維腫であった。術後経過良好にて1998年2月現在，外来にて経過観察中である。本邦の後腹膜孤立性神経線維腫は自験例で25例目であり腹腔鏡下に摘出し得たのは初めてである。

診断に苦慮した腎周囲後腹膜線維化症の1例：竹垣嘉訓，杉本俊門，上川禎則，田代孝一郎，浅井利大，金 卓，坂本 亘，早原信行（大阪総合医療セ） 63歳，男性。右腎結石にて右腎摘除術の既往あり。左水腎症で当院入院となるも，保存的治療にて軽快し，近医にて経過観察されていたが，再度水腎症が出現したため精査加療目的のため再入院となる。CTにて左腎周囲を取り囲み，遅延相で軽度のenhancementをうけるlow density massを認めた。MRIでT1強調画像で均一なlow intensityを示し，T2強調画像でlow intensityとhigh intensityが混在する所見を示した。腎周囲に発生した後腹膜線維化症が疑われたが，悪性リンパ腫も否定できず，経皮的針生検を施行した。病理診断は後腹膜線維化症であった。後腹膜線維化症の診断にはMRIが有用であるが，腎周囲に発生することは稀であり，診断には生検を要すると考えられた。

胸骨転移にて発見された腎細胞癌(1cm径)の1例：原 靖，松本成史，江左篤宣，松浦 健（大阪通信），尼崎直也（近畿大） 症例は65歳，男性。胸骨腫瘍を主訴にて当院外科受診。同部位の骨生検術にて淡明細胞癌の転移の疑いと診断され，血管造影を施行し，左腎上極に約1cm大の腫瘍濃染を指摘され，腎細胞癌の転移性胸骨腫瘍と診断した。まず，インターフェロンαの投与と放射線療法を行い，胸骨腫瘍も縮小傾向を示し，続いて左腎部分切除術を施行した。左腎の病理組織所見は発育形式：胞巣型，組織型：通常型，淡明細胞型，

異型度：G2>G1，浸潤形式：境界明瞭 (INF α)，pTNM 分類：pT1 であった。術後約 8 カ月経過した現在，局所再発および胸骨腫瘍の増大を認めていない。本症例は長径 1 cm にもかかわらず胸骨転移を有しており，腎細胞癌に対する予後および自然病歴に対してさらなる解析が必要であると考えられた。

Chromophobe cell renal carcinoma の 1 例： 恵 謙，西村一男 (大阪赤十字) 67 歳，男性。胃十二指腸潰瘍にて他院にて内服治療中，CT にて右腎腫瘍を指摘されたため，1996 年 11 月当科初診。種々の画像診断にて右腎細胞癌，あるいは右腎オンコサイトーマの疑いで 1997 年 10 月腰部斜切開にて根治的右腎摘除術を施行した。腫瘍は大きさ 50×35×30 mm で被膜に覆われ，断面の色調は黄褐色からベージュ色を呈した。HE 染色では，腫瘍細胞の境界は明瞭で，細胞質は明瞭な好酸性を示した。またコロイド鉄染色にて細胞質は陽性を示した。病理組織診断は chromophobe cell renal carcinoma, eosinophilic variant, G2, INF α , pT2, pV1a であった。術後経過は良好で，現在外来経過観察中である。chromophobe cell renal carcinoma は病理分類が比較的新しいため，本邦報告例は未だ少ないが，今後増える可能性があると考えられた。

Harmonic scalpel® を用いて核出術施行した腎細胞癌の 1 例： 岡大三，西村健作，高尾徹也，井上 均，水谷修太郎，三好 進 (大阪労災) ハーモニック・スカルペルは，超音波振動のエネルギーを利用した手術機器であり，優れた止血効果と少ない組織損傷が目ざされ，内視鏡下手術のみならず，最近では開腹・開胸手術においても応用されるようになってきている。他に長所は，通電がなく安全，異物を残さない，腹腔鏡下においては煙がでない等である。これまで，われわれは腎腫瘍核出術や腎部分切除術に対し，必要に応じマイクロウェーブを用いたが，正常腎組織への熱損傷が大きいため，腫瘍径や腫瘍部位に制限を受けた。今回，われわれはハーモニック スカルペルを使用する機会を得たので，開腹下腎腫瘍核出術に用いた。本機器を使用して，腎周囲組織の剝離・切開に有用，切除面の組織損傷が軽度で使いやすいという印象を受けた。プローブの形状や手技等に問題点はあるが，その特性を十分に理解すれば，さまざまな手術に応用でき，侵襲の少ない手術を可能にしていくと考えられた。

AFP 産生腎細胞癌の 1 例： 青木勝也，高島健次，平尾和也 (平尾)，平松 侃 (日生)，佐々木憲二 (榛原総合)，影林頼明，平尾佳彦 (奈良医大) 69 歳，男性。1995 年より慢性肝炎にて近医通院していたが，1997 年 9 月 AFP 4,899.8 ng/ml と高値を指摘され，当院紹介。種々の画像診断にて右腎細胞癌と診断し，1997 年 10 月根治的右腎摘除術施行した。病理診断は G3, pT2, N0, M0, V0, mixed type, granular cell subtype であった。ABC 法による免疫特殊染色では AFP 陽性所見を得たため AFP 産生腎細胞癌と診断した。術後 AFP は漸減し，術後 7 週間目には 6.3 ng/ml と正常範囲まで下降した。現在術後 4 カ月を経過し再発，転移はなく生存中である。今後 AFP は再発，転移の良い示標になると考えられる。AFP 産生腎細胞癌は稀であり，われわれの調べ得たかぎり本症例は 11 例目で，すべてが本邦例であった。

L 字型融合腎に発生した腎細胞癌の 1 例： 杉田省三，吉村力勇，和田誠二，山本啓介，岸本武利 (大阪市大) 症例は 64 歳，男性。主訴は，腹部腫瘍。CT, DIP にて L 字型融合腎に発生した腎腫瘍と診断され当科入院。入院時検査では，血沈の亢進と α 2MG の上昇を認める以外異常を認めなかった。術前，MRI, 血管造影等の画像検査にて腫瘍の形態および血管支配を把握した上で手術当日に腫瘍血管の塞栓術を施行し，腫瘍を含めた腎部分切除を施行した。摘出標本にて腫瘍は径約 5 cm であり病理組織は RCC, clear cell type, grade 3 であった。本症例にて術前の血管造影は腫瘍の栄養血管を明らかにし手術を円滑を進め，出血量を極力抑えるという点で大変有効かつ必要不可欠な検査であった。

Adult Wilms' tumor の 1 例： 河瀬紀夫，吉田浩士，吉村耕治，瀧洋二 (公立豊岡) 47 歳，男性。胃潰瘍にて入院中腹部 CT を施行され，左腎背側に単発で isodensity, 造影にて腎実質より low density を呈し，homogeneously に造影される腫瘍を偶然に指摘された。良性疾患の可能性を否定できず，CT ガイド下に針生検を施行した結果，悪性腫瘍が示唆されたため根治的左腎摘除術を施行。病理組織診

断は Wilms 腫瘍であった。針生検によって後腹膜腔への腫瘍散布の危険性があったため，術後に左腎床に対して計 30 Gy の放射線照射と，AMD, VCR, ADR の 3 剤による化学療法を追加した。現在明らかな再発は認めていない。自験例は検索しえた報告例の中で最も小さな成人型 Wilms 腫瘍と考えられた。造影 CT にて淡く均一に染まる腫瘍においては，Wilms 腫瘍も留意する必要があると考えられた。

腎 Oncocytoma の 1 例： 木南正樹，柯 昭仁，羽間 稔 (淀川キリスト教)，武田善樹 (同病理) 腎 oncocytoma は，腎細胞癌との鑑別が難しく，臨床的にも病理学的にも重要な腎腫瘍性の疾患である。症例は 69 歳，男性。他疾患にて内科入院中。CT, MRI 等各種検査により，腎細胞癌を疑われ，根治的腎摘出術を施行した。肉眼的に腫瘍は褐色調でやわらかく，組織学的には，充実性胞巣状の細胞配列を呈し胞体は好酸性顆粒状を示した。顕眼的には，核を取り込む様に，大小さまざまな球形のミトコンドリアが充満していた。

椎骨動脈により栄養されていた腎オンコサイトーマの 1 例： 松本成史，原 靖，江佐篤宣，松浦 健 (大阪通信) 患者は 71 歳，女性。1996 年 8 月，近医で腹部超音波検査にて右腎腫瘍を指摘されるが放置していた。1997 年 7 月 4 日当院受診し，精査目的にて入院となった。Cr 1.2 mg/dl, Ccr 41 ml/分。腹部 CT 等にて左矮小腎・右腎細胞癌と診断され，根治手術を勧めるも術後血液透析必須との説明で拒否され，確定診断のため腫瘍生検術を施行した。病理組織診断で腎オンコサイトーマが疑われた。選択的椎骨動脈造影では，右第 4 椎骨動脈が腫瘍辺縁へ向かっていた。車軸像等の特徴的所見は認めなかった。10 月 17 日右腰部斜切開にて右腎腫瘍核出術施行。栄養血管の第 4 椎骨動脈を結紮切断，静脈還流は腎静脈系であった。術後一時尿毒症様症状を呈したが，現在経過良好である。病理組織所見は，腎オンコサイトーマであった。

Renal oncocytoma の 1 例： 能見勇人，東 治人，岩本勇作，瀬川直樹，坂元 武，右梅貴信，高崎 登，勝岡洋治 (大阪医大) 38 歳，男性。1996 年 12 月人間ドックにて左腎に嚢胞を指摘され，1997 年 7 月当科を紹介された。血液検査，尿検査に特記すべきことなし。腫瘍は，左腎中央部に存在し，腹部エコーにて hypochoic area, CT では内部均一で軽度の造影効果を伴う腎実質より high-density の mass lesion として描出され，また MRI には T1WI で low-intensity, T2WI で iso-intensity を呈していた。腎血管造影では左腎中央部に腫瘍による血管の圧排像を認めたが，腫瘍血管 spoke-wheel 様の血管像，lucent-rim, 腫瘍浸染は認められなかった。以上より左腎腫瘍の診断で同年 9 月左腎摘除術を施行した。術中迅速病理診は oncocytoma であったが，核出術は不可能であった。摘出標本では腎実質内に直径約 4 cm の赤褐色の充実性腫瘍を認めた。病理組織学的診断は，細胞質に好酸性顆粒を認め，oncocytoma であった。

過誤腫性肺脈管筋腫症 (LAM) に合併した腎血管筋脂肪腫の 1 例： 佐藤 尚，芦田 眞 (野江)，吉田 仁 (同呼吸器科)，田村耕一郎 (同外科)，川喜田睦司，松田公志 (関西医大) 46 歳，女性。45 歳時，右自然気胸に対し，開胸肺生検を施行。過誤腫性肺脈管筋腫症と診断され，定期的を受診していた。結節性硬化症の合併はなかった。1997 年 11 月 7 日，突然の右背部痛を主訴に来院。気胸の再発は認めず，右後腹膜腔に腫瘍および出血を認めた。右腎腫瘍の自然破裂が疑われ，右腎動脈造影，塞栓術を施行したが，止血は不完全であった。1997 年 11 月 17 日，右腎摘除術施行。摘出標本は 1,345 g，右腎血管筋脂肪腫であった。術後 2 カ月，呼吸障害の進行なく経過している。過誤腫性肺脈管筋腫症は，稀な呼吸器疾患ではあるが，結節性硬化症の亜型とされており，腎血管筋脂肪腫を合併する場合がある。腎血管筋脂肪腫を認めた場合には，呼吸器疾患にも注意が必要である。

腎嚢胞内に認められた管状乳頭状腺腫の 1 例： 木内 寛，野々村祝夫，松宮清美，奥山明彦 (大阪大)，杉山立樹，松井秀夫，国定慶太 (同第 3 内科) 61 歳，男性。1997 年 8 月当院内科にて腹部精査中，偶然右腎に腫瘍を指摘され，当科へ紹介。末血，生化学，尿尿に異常を認めず。腹部 CT にて径 3.0 cm の出血性腎嚢胞を疑い，腹部 MRI, 超音波ドップラーを施行。腹部 MRI では，右腎中部に径 3.0 cm の嚢胞性腫瘍，その内部に T1 強調で低信号，T2 強調で高信号の造影される充実性腫瘍を認めた。超音波ドップラーではその充実性腫瘍に血流を認めた。以上より，腎嚢胞に合併した腎腫瘍を疑い，

1997年11月7日、嚢胞壁を含めた右腎部分切除術を施行。肉眼的には血性内容液を含む嚢胞で、内部に約1.0 cmの乳頭状腫瘍を認めた。病理組織学的に嚢胞内腫瘍は管状乳頭状腺腫と診断された。

腎細胞癌が疑われた陳旧性腎梗塞の1例：松井喜之、水谷陽一、奥野博、寛善行、寺地敏郎、岡田裕作、吉田修（京都大）、若林賢彦（公立高島） 症例は76歳、女性。右季肋部痛にて他院受診時に偶発性左腎腫瘍を指摘された。腫瘍はエコー上内部不均一なSOL、単純CTにては内部に淡いびまん性の石灰化像を認め、一部は造影効果も見られた。CT、MRI上腫瘍周囲腎実質は陥凹していた。以上の画像より、左腎細胞癌を疑い、根治的左腎摘除術施行したが組織学的には腫瘍性増生、悪性所見を認めず、繊維化した間質、変性した尿管、壁の肥厚した血管等、癒痕組織のみで、高血圧・左腰部痛の既往と考えあわせ、臨床的に陳旧性腎梗塞と診断した。今後、腎の腫瘍性病変を診断する際、CTにて腫瘍周囲の腎実質の陥凹、内部に淡いびまん性の石灰化像を認めた場合には陳旧性腎梗塞の可能性を考慮する必要があると考えられた。

腎移植後のno-episode生検でサイクロスポリン(CYA)による細小動脈病変、IgA腎症が軽度認められた1例：難波行臣、客野宮司、中村隆幸（大阪船員保険）、岡田正直（同病理）、申性孝（同内科）、土岐清秀、高原史朗（大阪大）、京昌弘（桜橋循環器クリニック）患者は、46歳、男性。39歳時に、16歳男性より献腎移植を受けた。免疫抑制はCYA、ミゾリピン、ブレドニンの3剤併用を行った。明らかな拒絶反応なく経過し移植後7年目にno-episode腎生検を行った。血清クレアチニン1.0 mg/dl、尿蛋白(-)、血尿(-)であった。結果は、メサングウムにIgAの沈着、軽度のCYAによる細小動脈病変が認められ、CYAによる腎障害の初期所見と考えられた。移植腎の治療法の決定において、no-episode腎生検は有効であると思われる。

気腫性腎盂腎炎の2例：楠田雄司、磯谷周治、樋口彰宏、後藤章暢、宮崎茂典、郷司和男、岡田弘、荒川創一、守殿貞夫（神戸大）、大家角義、齊藤博、彦坂幸治（末光） 症例1：49歳、女性。発熱、左側腹部痛を主訴に来院。腹部単純写真、CTにて気腫性腎盂腎炎と診断され、入院当日に左腎摘除術を施行された。腎盂尿管移行部に結石の嵌頓を認め、水腎症、腎実質の菲薄化を認めた。術後経過良好で軽快退院となった。症例2：49歳、女性。前胸部痛を主訴に来院。CTにて右腎にガス貯留像を認め気腫性腎盂腎炎と診断された。右腎摘除術を施行したが、術後、後腹膜に異常ガス像を認めたため後腹膜ドレナージを行った。2例とも糖尿病を合併しており血糖コントロールは不良であった。自験例を含め本邦報告141例につき文献的考察を加えた。

CA19-9高値を呈した巨大水腎症の1例：山本博文、小野義善、結縁敬治、武中篤、藤井昭男（兵庫成人病七）、乃美昌司（神戸大）69歳、男性。エコーにて右腎腫大を指摘され当科を受診した。CA19-9は211.6 U/mlと異常高値であった。腎結石嵌頓による無機能腎と診断し右腎尿管全摘除術、病理組織学的に悪性所見は認めなかった。術後CA19-9は正常化した。

水腎症を合併した穿孔性虫垂炎の1例：志水清紀、岩尾典夫（岸和田徳洲会） 症例は27歳、男性。1995年1月24日より発熱を認め、近医にて投薬を受けていた。同年1月28日、38.7°Cの発熱を主訴に当院救急外来を受診し、急性上気道感染症との診断にて投薬を受けた。その後も症状が軽快しないため、同年2月12日に再受診し、この際に高度の炎症所見と右下腹部の軽度の圧痛を認めたため、翌々日に腹部超音波検査を施行した。結果は虫垂炎の穿孔と右水腎症との診断であった。同日に緊急入院、手術となった。全麻下で下腹部正中切開にて腹腔内へ達したが、腹水・膿は認めなかった。しかし、回腸末端から回盲部の腸間膜越しに手拳大・硬な腫瘍を触知したため、同部を切開したところ乳白色の多量な膿の排出を認める後腹膜膿瘍であった。虫垂は根部より約5 cmしか確認できず、この部にて切除し、ドレーンを留置して手術を終了した。膿の細菌培養は陰性であった。術後経過は良好であり、術後13日目に施行したDIPでは水腎は消失していた。

非外傷性腎被膜下血腫の1例：三浦秀信、松岡徹、佐藤英一、本多正人、藤岡秀樹（大阪警察） 症例は35歳、男性。1996年8月、なんら誘因なく突然左側腹部痛出現し当科受診。超音波検査で左腎周囲に異常を認め、DIP、CTにて腎被膜下血腫と診断した。腎腫瘍の存在を疑いMRI・血管造影検査を追加したが、血腫以外の異常は認めなかった。その後3カ月で血腫は自然消失したが、1年半経過した現在までの検査で血腫形成の原因となる明らかな疾患は不明であった。非外傷性腎被膜下血腫の本邦報告例はすでに多く見られるが、約50%が原因不明である。しかし約13%では腎悪性腫瘍が原因であり、特に腎被膜下血腫の原因となる腫瘍は小さいものが多く発見が難しいとされる。急性期には血腫の存在によりさらに診断が困難なことが多いため、通常血腫が吸収されると考えられている3カ月間は特に注意深い経過観察が必要である。

同時発生をみた右腎細胞癌、尿路移行上皮癌（左尿管腫瘍、膀胱腫瘍）の重複癌の1例：佐藤暢、西田雅也、宮下浩明（近江八幡市民）、矢田康文（京府医大） 症例は68歳、男性。主訴は肉眼的血尿。腎超音波検査、DIP、CT、膀胱鏡検査により右腎腫瘍、左下部尿管腫瘍、膀胱腫瘍を認めた。おのおの腫瘍に対し生検を行い、右腎細胞癌T2N0M0、左尿管移行上皮癌T1-2N0M0、膀胱移行上皮癌T1N0M0と診断した。術前総腎機能が低値を示していたこともあり、両側とも腎保存手術を選択し、右腎部分切除術、左尿管および膀胱部分切除術、TUR-Btを施行した。病理組織診断はそれぞれRCC G1 pT2、TCC G1-2 pT1 pR0 pL0 pV0、TCC G1-2 pT1であった。術後経過は良好であり、術後9カ月を経過した現在も再発を認めていない。

CA19-9が高値を示した尿路移行上皮癌の1例：田珠相、小林重行（高槻）、岩井泰博（同病理） 63歳、男性。1997年1月頃から下腹部痛が出現。当院内科にて右水腎症、血尿を指摘され当科受診。精査の結果、膀胱腫瘍、右腎尿管腫瘍と診断。術前検査にてCA19-9が119 U/mlと高値であった。TUR-Bt、右腎尿管摘除術施行。組織診はTCC、G2。免疫染色にて一部の癌細胞がCA19-9陽性に染色された。術後CA19-9は正常化。術後M-VAC化学療法を2クール施行。術後8カ月後にCA19-9が124 U/mlと高値となり肝転移、骨転移が出現。抗癌剤の肝動脈注入療法を施行するも反応なく臨床経過の悪化とともにCA19-9も高値を呈した。術後1年を経過し担癌状態にて生存中である。

内視鏡手術で治療しえた尿管癌の1例：柏木秀夫（和歌山医大）57歳、男性。肉眼的血尿を主訴に当科を受診。排泄性尿路造影検査で左尿管下部に5×17 mmの陰影欠損像を認めた。尿管鏡検査で左尿管下部近くに乳頭状、有茎性腫瘍を認め、生検結果はTCC、G0>G1であった。まさに内視鏡手術の適応と考え、経尿道的尿管腫瘍切除術を施行した。ウルフ社製の11.5 Fr ウレテロレゼクトスコープを用い、腫瘍は完全に切除することができた。切除標本での病理組織学的診断はTCC、G1>G0、pTaであった。術後補助療法は施行しなかった。外来で定期的に経過観察をしているが、6カ月と観察期間は短い。再発等異常所見を認めていない。

単腎、萎縮膀胱に合併した下部尿管腫瘍に対する腎温存手術：山田裕二、後藤紀洋彦、山中望（神鋼）、田寺成範（田寺泌尿器） 65歳、男性。右腎結核にて右腎摘除術の既往あり。切迫性尿失禁、肉眼的血尿にて近医を受診。左水腎症を指摘され当科紹介。骨盤部CT、左直接腎盂造影にて左尿管下部に約5 cmの腫瘍を認め、尿管鏡下生検にてTCC grade 3と診断された。膀胱容量は約60 mlで、膀胱尿道ランダムバイオプシーでは悪性所見、dysplasiaを認めなかった。本症例に対しインフォームドコンセントを得て、下部尿管摘除、回腸利用尿管再建および膀胱拡大術を施行した。回腸約40 cmを遊離し、肛側25 cmにてCup patch法による膀胱拡大術を施行し、口側15 cmはintact segmentとしLe Duc-Camey法にて尿管と吻合した。術後M-VACを1コース施行後現在6カ月経過するが、再発の徴候なく排尿状態も良好である。

左骨盤管に合併した精嚢開口尿管の1例：中尾篤、中村靖夫、山本裕信、松本富美、善本哲郎、吉岡優、宮本賢、野島道生、藪元秀典、生駒文彦（兵庫医大） 6カ月、男児。主訴は左下腹部腫瘍。在胎中、分娩時ともに異常はなかった。3カ月検診で左下腹部腫瘍を

指摘、IVP・CT・MRI・腎シンチ・膀胱鏡で水腎尿管を呈する左骨盤内無機能腎と尿管異所開口と診断し、1997年5月21日左腎尿管摘除術施行した。術中所見にて腎盂・尿管の拡張は消失しており、尿管下端部は精囊に開口していた。病理組織所見で左腎は hypodysplastic kidney であった。男子の尿管異所開口は本邦においてわれわれの調べたかぎり175例であった。開口部位では自験例と同じ精囊が最も多く66尿管を占めた。尿管異所開口に合併した骨盤腎は自験例を含めて3例であった。

腹腔鏡補助下に左腎尿管摘除術を施行した尿管異所開口の1例：東耕一郎、七里泰正、岡田卓也、奥野博、寺井章人、寺地敏郎、吉田修（京都大）6歳、女児。尿失禁を主訴に左低形成腎、不完全重複尿管、尿管異所開口と診断した。腹腔鏡補助下左腎・尿管摘除術を施行した。全身麻酔下に右半側臥位とし、open laparoscopyにて腹腔鏡下に子宮側腔下部まで左腎尿管を剝離後、恥骨上部に4cm皮膚切開を加え、尿管下端を外尿道括約筋の損傷なく可及的下方まで剝離結紮切断した。皮膚切開創から尿管を en bloc に摘出した。摘出標本は肉眼的に、低形成腎に2本の不完全重複尿管を伴い、下方の嚢状部で合流していた。組織学的に腎実質の変化は軽微で、嚢状部は尿管移行上皮の組織像であった。術後早期回復と尿失禁消失を認めた。低形成腎を伴う尿管異所開口例の尿管摘除に、腹腔鏡補助下手術の有用性が示唆された。

腎外傷を契機に発見した遺残尿管芽の1例：山道深、藤川慶太、野々村光生、添田朝樹、竹内秀雄（神戸中央市民）20歳、男性。左腎外傷で経過観察入院中、腹部超音波、CT、MRIにて右腎欠損とともに膀胱に突出する腫瘍が指摘された。膀胱鏡検査では膀胱右壁は突出し右尿管口は見えず、造影検査では腫瘍病変とともに総腸骨動脈交又部で盲端となる尿管像とそれに連なる精囊様のものが認められた。腫瘍摘出術を施行した際、術中の精管造影とインジゴカルミン注入で腫瘍は精管と交通をもつことを確認し、交通部で遮断して尿管と腫瘍を一塊に摘出した。摘出標本は腎組織は欠損し、下端は尿管瘤様で精囊に開口していた。顕微鏡で盲端尿管断端周辺に幼若な尿管様腺構造が認められた。手術所見と摘出標本により尿管瘤様で精囊に異所開口をもつ遺残尿管芽と診断された。

感染性尿管管嚢胞の3例：中井康友、後藤隆康、本城充、菅尾英木（箕面市立）症例1は21歳、男性。主訴は腹痛と臍よりの膿分泌。CTにて臍下より膀胱へ向かう径約3cmの嚢胞を認め、感染性尿管管嚢胞と診断した。抗生剤投与により炎症所見の改善を見てから膀胱部分切除を含めた尿管管切除術を施行した。症例2は27歳、男性。主訴は腹痛と臍よりの膿分泌。CTにて臍下に径約1.5cmの嚢胞を認めたため感染性尿管管嚢胞と診断し、症例1と同様の治療を行った。症例3は54歳、女性。主訴は下腹部痛と発熱。既往に子宮筋腫術後の難治性創部感染がある。CTにて膀胱頂部に接して径約7cmの嚢胞を認めたため感染性尿管管嚢胞と診断。エコー下に嚢胞を穿刺排膿し、抗生剤投与することにより炎症所見の改善した後、手術を行った。術式は症例1と2と同様である。いずれの症例も再発なく経過している。

移植腎機能廃絶後、透析中に発見された膀胱褐色細胞腫の1例：能勢和宏、西岡伯、秋山隆弘、栗田孝（近畿大）腎移植後に移植腎が廃絶し、透析再導入中、高血圧発作によって発見された膀胱褐色細胞腫を経験した。症例は26歳、男性。主訴は高血圧発作。1989年3月15日、生体腎移植術を施行したが、同年7月31日、巣状糸球体硬化症の再発にて血液透析再導入となった。1996年9月頃より排尿および排便後に高血圧発作出現し、褐色細胞腫の疑いにて入院となった。CTおよびMRIで膀胱に腫瘍性病変、膀胱造影で膀胱の陰影欠損、軟性膀胱鏡では表面平滑な赤色調の腫瘍性病変が認められ、膀胱褐色細胞腫の診断のもと、全身麻酔下で膀胱部分切除術を施行した。組織診断は膀胱褐色細胞腫であった。膀胱褐色細胞腫の診断には、CT、MRI、膀胱鏡および膀胱造影が有用であった。

膀胱神経内分泌癌の1例：稲垣武、戎野庄一（国立南和歌山）、寺村一裕（同病理）81歳、男性。1997年5月、肉眼的血尿および排尿困難が出現し、膀胱腫瘍と診断され同年6月5日加療目的で当科に入院となった。組織学的に浸潤性膀胱神経内分泌癌と診断し、阻血下動注化学療法（BOAI）を2クール施行した。8月12日経尿道的膀胱

腫瘍切除術を施行したが、組織学的に悪性所見は認められなかった。以上より完全緩解が得られたものと判断し、経過観察していたが、2カ月の時点で再発が認められた。本邦報告例は合計27例であり、記載のある13例中10例にリンパ節転移または遠隔転移が認められ、初診時すでに進行癌である症例が多かった。治療は浸潤性膀胱癌に対する治療法に準ずる。10例に癌死を認め、通常の膀胱移行上皮癌に比べ不良であるが、一方、手術療法に化学療法を追加することにより完全緩解を得た症例も8例に認められた。

高カルシウム血症をきたした膀胱扁平上皮癌の1例：牛嶋壮、北森伴人（国立舞鶴）、高田仁（福知山市民）、中河裕治（綾部市立）76歳、男性。膀胱腫瘍に対し膀胱全摘出術を施行、組織型は扁平上皮癌であった。腫瘍は骨盤への浸潤が強く、残存腫瘍に対し追加治療を行っていたが、術後6カ月に高カルシウム血症をきたし、多尿、意識レベル低下、四肢脱力感を認めた。PTHrP-C末端が高値を示し、PTH-C末端値が低値であったことから悪性腫瘍に伴う高カルシウム血症と判断し、3,000mlの輸液に加え、パミドロン酸2ナトリウム投与を行うも、無効のため死亡した。しかし血清カルシウムは、実際には約50%が血清蛋白と結合して存在しており、当時患者は低栄養状態にあったことから血清アルブミン値による補正カルシウム値を用いて再評価すると、より早期に診断、治療を行えたものと思われる。

コストロ症候群の小児に発生した膀胱腫瘍の1例：森本康裕、島田憲次、細川尚三、東田章（大阪母子医療セ）小児膀胱移行上皮癌は稀な疾患である。精神発達遅延と鼻周囲の乳頭腫を合併するコストロ症候群に発生した小児膀胱移行上皮癌の1例を経験した。症例は5歳、女児、低身長でGH療法中であった。5歳9カ月時に思春期早発症の精密目的のエコーで膀胱腫瘍を指摘された。IVPでは上部尿路の異常は見られなかった。TUR-Btを施行し、その病理組織はgrade I、IFN α 、pTa、pV0、pL0、pNx、pM0であった。小児膀胱移行上皮癌の報告例は本邦を含め18例で、その特徴は高分化型、非浸潤性、低再発率であった。

膀胱悪性バラングリオーマの1例：上甲政徳、三馬省二、田中宣道、明山達成、山口旭、岡島英五郎（県立奈良）、中西敬介（同中検病理）症例は49歳、男性。主訴は肉眼的血尿と会陰部痛。1991年頃より高血圧にて近医で降圧薬の投与をうけていたが、1996年10月6日に肉眼的血尿と会陰部痛が出現し、10月8日に当科を受診した。膀胱鏡にて広基性結節状腫瘍を認めたため入院した。CT、MRIにて膀胱後壁から右壁に長径5cmの腫瘍と骨と左内腸骨リンパ節に転移と思われる像を認めた。TURを施行したところ光頭と電頭でバラングリオーマの診断を得た。根治的手術は不可能と考えてサイクロフォスファミド、ビンクリスチン、ダカルバジンによるCVD療法を計10クール施行しているが増悪も改善もなく経過している。膀胱バラングリオーマは本邦60例目で悪性は12例目であると考えられた。

膀胱上皮内癌の経過観察中に膀胱平滑筋肉腫を発症した1症例：藤井孝祐、吉田直正、伊藤聡、岩井謙仁（和泉市立）76歳、女性。48歳時子宮癌にて子宮全摘術、放射線照射施行。1996年10月、右水腎症、尿細胞診異常を認め、膀胱ランダム生検を施行し膀胱上皮内癌と診断。同時に採取した両側カテーテル尿は陰性であった。BCG膀胱内注治療法を施行するも尿細胞診は陰性化せず経過観察していたところ、膀胱三角部に大きさ約2cm、灰白色の隆起性病変を認めた。1997年1月、TUR-btを施行したところ病理組織所見は平滑筋肉腫であった。本人の同意が得られなかったため、膀胱全摘術を施行せず10カ月後に腫瘍死した。膀胱移行上皮癌と平滑筋肉腫の合併例は本邦3例目である。

繰り返す膀胱タンポナーデにレーザ凝固が有用であったエンドキサン膀胱炎の1例：吉村淳、増田健人、中村潤、納谷佳男、野本剛史、飯田明男、河内明宏、中川修一、内田睦、渡辺決（京府医大）症例は49歳、男性。1994年2月より自己免疫性溶血性貧血のためエンドキサン100mg/day内服していたが、1996年4月に肉眼的血尿が出現したため当科受診となった。内視鏡検査では膀胱粘膜の血管が蛇行し、怒張が高度で多数の出血斑が認められた。さまざまな保存的治療やTUECを行ったが肉眼的血尿は一向に消失せず、頻回の輸血を要したためレーザ照射を行った。レーザ装置にはHOYA製

Model SL20/50 を、ファイバーには ADD Stat を使い、Nd YAG レーザを 30 W で膀胱全域に照射した。術後 5 日目に肉眼的血尿は消失した。エンドキサンによる難治性の出血性膀胱炎に対して経尿道的レーザー照射は有用であり、試みるべき止血方法の一つであると考えられた。

骨盤外傷後尿路再建に苦慮した 1 例：西田晃久，佐藤仁彦，杉 素彦，芦田 眞，川喜田陸司，三上 修，松田公志（関西医大），吉岡和彦（同第 2 外科），北村浩之，山本 透，田中孝也（同救命救急センター） 51 歳，男性。1995 年 9 月 11 日交通事故にて受傷。angio 上両側内腸骨動脈より出血認め TAE。直腸造影では尿道との交通認め経皮的膀胱瘻造設，経肛門の直腸縫合。しかし生着せず，10 月 4 日人工肛門造設。直腸より多量の尿漏れ認め，11 日開腹にて膀胱前半部分が壊死しており壁修復，両側尿管カテーテル留置。12 月 6 日両側腎瘻造設するも軽快せず，腎機能低下，MRSA 感染症併発し，1996 年 3 月 26 日回腸導管造設。骨盤内感染軽快し受傷後約 1 年後退院。尿道再建検討したが困難と思われ，1997 年 12 月 5 日 QOL 改善目的に Indiana pouch 造設，人工肛門閉鎖，残存膀胱に対し TUC。

S 状結腸膀胱瘻の 2 例：松岡 徹，佐藤一，三浦秀信，本多正人，藤岡秀樹（大阪警察），西村健作（大阪労災） 症例 1，66 歳，男性。主訴は排尿時痛・気尿。S 状結腸膀胱瘻の診断には MRI・CT が有用で，注腸造影・大腸ファイバーで多数の結腸憩室が認められ，原因は憩室炎と考えられた。S 状結腸・膀胱部分切除術を施行した。症例 2，65 歳，男性。主訴は下腹部痛。経過中に気尿出現。MRI，CT・膀胱造影・注腸造影等にて瘻孔の確認および部位の診断は困難であった。S 状結腸に多数の憩室を認めた。試験開腹術を施行。S 状結腸・回腸・膀胱の癒着を認め，S 状結腸憩室と膀胱間の瘻孔を確認し，S 状結腸・回腸・膀胱部分切除術を施行した。原因は憩室炎と考えられた。過去 10 年間の本邦報告例 64 例に自験例を加えた 66 例を集計し，若干の文献的考察を加えたが，本症の術前診断には MRI，CT が有用である症例も存在すると考えられた。

腔内異物による膀胱腫瘍の 1 例：花井 禎，宮武竜一郎，加藤良成，井口正典（市立貝塚） 症例は 18 歳，女性。1997 年 1 月に友人と飲酒しヘアースプレー缶を腔に挿入し，その際にキャップだけ抜けなくなったが放置していた。同年 8 月，頻尿と尿失禁を主訴に上原泌尿器科医院を受診した。同医の精査にて腔内異物による膀胱腫瘍と診断され加療目的で当科に紹介となった。腔内異物は用手的に摘除困難であり，産婦人科にて経腔的に腔壁を数カ所切開のうえ摘出され，2 カ月後に経腹的膀胱腫瘍閉鎖術を施行した。術後 19 日目に尿道カテーテルを抜去した。カテーテル抜去後は尿失禁や腔からの尿の流出もなく，術後 4 カ月の現在も排尿状態に特に異常は認めていない。腔内異物による膀胱腫瘍の報告はきわめて少なく本邦では自験例を含め 6 例であった。

巨大女子尿道憩室の 1 例：藤川慶太，山道 深，野々村光生，添田朝樹，竹内秀雄（神戸中央市民） 症例は 47 歳の女性。8 年前より尿道痛，性交時痛を訴えて近医を受診，膀胱炎として治療を受けるも症状の再発を繰り返していた。前医にてたまたま尿道憩室が疑われるとのことで当科紹介受診となった。初診時，内診にて vagina 前壁に鶏卵大の tender mass を触れ，逆行性尿道造影，尿道鏡，MRI より膀胱後部に多房性の尿道憩室を認めた。尿道痛は，憩室内の持続的な感染によるものと考え，尿道憩室の焼灼を予定した。外尿道口から約 1 cm の尿道の 5 時と 7 時方向に憩室の orifice を認めた。この orifice を内視鏡にて切開し，間口を広げた後，resectoscope を憩室に挿入，膀胱憩室と同様に内側の壁をすべて焼灼，術後は 2 週間バルーンを留置した。術後，憩室は著明に縮小し，8 カ月を経過した現在でも，尿道痛，性交時痛の再発は認められない。

前立腺結石を思わしめた尿道結石の 1 例：中村吉宏，近藤幸章，竹山政美（健保連大阪中央） 77 歳，男性。約 6 年前より前立腺肥大症を指摘されていた。排尿時不快感，残尿感，頻尿にて当科受診。KUB にて前立腺部に約 1.5 cm 大の石灰化像を認めた。DIP，UCG でも前立腺結石が疑われたが，DIP で左尿管に陰影欠損を認めたため，入院時逆行性腎盂造影を試みたが，約 1.5×1 cm 大，黒褐色の結石が球部尿道に認められたため，シース挿入が不可能であった。尿道結石の診断のもと経尿道的碎石術を施行した。結石成分は尿酸 Ca

45%，磷酸 Ca 55% であった。尿道結石は原発性と続発性の 2 種類があるが，自験例では結石成分が上部尿道結石と同じであったため続発性尿道結石であったと思われる。

尿道異物の 1 例：上仁数義，九嶋麻優美，小泉修一（宇治徳洲会） 症例は 38 歳，男性。針穴に釣り糸を通して束ねた縫い針 11 本を尿道に挿入し来院。来院時外尿道口より結ばれた釣り糸が出ていた。体温は 40°C で，urosepsis の状態であった。逆行性尿道造影にて針は球部尿道を貫通しており，造影剤の尿道外漏出がみられた。経尿道的に異物を摘出するのは困難と考え，緊急手術を施行した。経皮的膀胱瘻を造設し，28 Fr まで拡張した。軟性膀胱鏡で異物は摘出できなかったがガイドワイヤーは挿入できた。ガイドワイヤーにかぶせてネラトンカテーテルを外尿道口より透視下に逆行性に挿入し，外尿道口より出ている釣り糸をネラトンに縫いつけた。膀胱瘻より腎盂鏡下にネラトンの先端をつかみネラトンと針を同時に摘出した。球部尿道に穿通する尿道異物の摘除は通常開放手術となることが多いが，経皮的膀胱瘻を用いて安全に摘出することができた。

陰茎 Bowen 病の 1 例：松山昌秀，三橋 誠，夫 恩澤，韓 榮新，川嶋秀紀，仲谷達也，山本啓介，岸本武利（大阪市大），前川直輝（同皮膚科） 症例は 74 歳，男性。15 年前より陰茎龟头部にびらん，潰瘍を認めるも放置。1997 年 9 月近医受診し生検の結果 Bowen 病ならびに浸潤性の腫瘍疑いにて当科紹介入院。入院後プレオマイシン軟膏塗布するも病変の改善みられず，1997 年 11 月 20 日陰茎部分切除施行。結果は Bowen 病ならびに扁平上皮癌であった。陰茎 Bowen 病の手術症例は最近 10 年間でわれわれの調べかぎり自験例を含めて 7 例報告されていた。しかし Bowen 病は稀な疾患ではなく，放置すれば扁平上皮癌に進展したり，内臓腫瘍の合併が報告されている点からも，われわれ泌尿器科医も本疾患を念頭におき疑わしければ健常部を含めた生検を行う必要があると思われた。

コンドーム型集尿器装着により陰茎包皮に巨大な Pseudocarcinomatous hyperplasia をきたした 1 例：西畑雅也（和医大） 58 歳，男性。36 歳時に事故により 12 胸髄の脊髄損傷のため対麻痺，尿失禁を認め，尿失禁に対して市販の水嚢をコンドーム型集尿器として装着していた。その後，陰茎に腫瘤を形成してきたため当科受診となった。排尿状態は detrusor hyperreflexia による反射性排尿で陰茎包皮は肥厚，癢硬化し長径 20 cm の腫瘤を形成していた。陰茎部の MRI で龟头と包皮は境界明瞭で生検では扁平上皮の肥厚増殖を認めるも，異型細胞は認めなかった。よって 1997 年 10 月 7 日陰茎包皮の肥厚性癢痕性皮膚病変として，腰麻下で腫瘍切除術を施行した。切除標本は 15×5×5 cm，重量は 320 g で，病理診断は Pseudocarcinomatous hyperplasia であった。術後，患者に対し抗コリン剤の内服と自己導尿を指導したが，受け入れられず，現在はカテーテルを留置している。

当科における開設以来 10 年間の手術統計：田原秀男，辻 秀憲，禰宜田正志，永井信夫（耳原総合） 耳原総合病院は堺市市街区はば中心部に位置し，現在ベッド数 384 床，診療科目は 11 科の中規模病院である。泌尿器科は 1988 年 7 月より入院医療を開始し 10 年が経過した。前期 5 年と後期 5 年に分けて手術症例の臨床統計を行った。10 年間の手術総件数は 2,212 件であり，近年増加の傾向にあった。手術内容は泌尿器科手術全般にわたっており，傾向として尿路変更術・前立腺癌および前立腺肥大症に対する手術・小児泌尿器科疾患に置いて変化が著しかった。現代泌尿器科学の水準を追随すべく進歩・発展を反映した結果と考えられた。

酢酸リユープロレリンによる赤芽球癆の 1 例：前田 浩，前川信也，大久保和俊，青木芳隆，岡田 崇，荒井陽一（倉敷中央） 67 歳，男性。臨床病期 C の前立腺癌。放射線治療を前提としたネオオジュバント療法として，酢酸リユープロレリンを投与。4 回目投与後，ヘモグロビン 6.8 g/dl の貧血症。網状赤血球も 0.9% と著明に低下。白血球 4,000，血小板 21.9 万と正常。骨髓生検で GE 比 42 と赤芽球の著明な減少を認めた。酢酸リユープロレリンによる薬剤性赤芽球癆と診断。酢酸リユープロレリンを中止し，プレドニゾロンを 60 mg/day より開始し連日投与。外科的去勢術を施行し，5 カ月後にはヘモグロビン 11.9 g/dl にまで軽快。酢酸リユープロレリンを投与する際に貧血が生じた場合は赤芽球癆も鑑別診断として考慮すべきであ

る。診断には骨髄生検が有用であり、治療には薬剤投与中止とブレドニゾロンが有用であった。

頻回の6分割生検で診断できなかったが、超音波パワードブラ下生検で診断しえた前立腺癌の1例：伊東晴喜，乾 恵美，岡田晃一，中ノ内恒如，落合 厚，田中善之，沖原宏治，浮村 理，小島宗門，渡辺 決（京府医大）患者は67歳，男性。1985年，排尿困難を訴え受診。経直腸の超音波断層法（TRS）において前立腺癌を疑い，前立腺針生検を施行するも良性。以後 TRS において transition zone の容積が徐々に増大，PSA も漸次上昇した。この間計4回の前立腺針生検を施行したが，すべて良性であった。1997年，PSA が 38.8 ng/ml と上昇，超音波パワードブラ法においても，transition zone に hypervascular lesion が認められ，同部位のパワードブラ下生検を施行したところ，高分化型腺癌を検出。超音波パワードブラ断層像と前立腺全摘除術の摘出標本を対比すると，hypervascular lesion の部位に一致して，transition zone のみに癌が認められた。

超音波カラードブラ法にて経過観察しえた急性前立腺炎の2例：本郷文弥，北小路博司，斎藤雅人（明治鍼灸大）症例1は60歳，男性。主訴は排尿困難，直腸内指診（DRE）にて不快感はあるも圧痛はなし。カラードブラ法（CD）・パワードブラ法（PD）にて前立腺全体に血流信号の増加を認めた。症例2は45歳，男性。主訴は発熱。DREにて圧痛のある前立腺右葉にCD・PDにて血流映像の増加を認めた。両症例とも抗生剤の投与により，臨床症状は改善した。また，治療前に高値であったWBC，CRP，血清PSA値および尿中WBCは正常化し，前立腺重量，血流信号，最大・最小血流速度およびResistive index（RI）は低下した。急性期において血流信号が上昇した原因として炎症性メディエーターの放出による局所の血流量の上昇が考えられた。急性前立腺炎の診断・経過観察において，カラードブラ法・パワードブラ法は有用であると考えられた。

左無形成腎を伴った左精囊嚢胞の1例：鄭 則秀，岡 聖次，野口智永，世古宗仁，宮川 康，高野右嗣，高羽 津（国立大阪），河原邦光，倉田明彦（同病理）患者は29歳，男性。1994年血清液を認めるも放置。1996年11月近医受診。画像診断上左腎を認めず，骨盤部に腫瘍を認め精査目的に1997年1月当科紹介。左無形成腎および膀胱部嚢胞性腫瘍と診断し，1997年5月19日全身麻酔下に手術施行。嚢胞状腫瘍は右精管と強度に癒着し完全剝離は困難であったため部分切除術を施行。手術時腫瘍穿刺にて褐色内容物を約40mlを認めた。内容液中に赤血球，精子を認めた。病理組織学的に精囊嚢胞と診断。術後9カ月を経過した現在，血清液の消失を認め射精も問題なく経過観察中である。無形成腎を伴った精囊嚢胞に関して若干の文献的考察を加えた。

外陰部サルコイドーシスの1例：山手貴詔，尾崎直也，西岡 伯，杉山高秀，朴 英哲，栗田 孝（近畿大）症例は25歳，男性，主訴は陰茎根部腫瘍。1996年11月，陰茎根部腫瘍に気づき，当院受診。陰茎根部から陰囊にかけ弾性硬の可動性良好な無痛性腫瘍を触知。入院時，生化学，尿所見上異常はなかった。画像上，恥骨前面脂肪組織から陰茎にかけ海綿体と境界不明瞭な low intensity area を認めた。生検目的を含め腫瘍切除術を施行。病理学上サルコイドーシス性肉芽腫と診断。術後残存腫瘍の増大に対し，ブレドニン 20 mg を開始，腫瘍は消退。組織診断後，他臓器の病変の有無を確認したが，疑う所見はなかった。術後1年経過した現在も再発は認めていない。本症例は他臓器に病変を認めない一般に稀な陰茎周囲より発生したサルコイドーシスであった。

排尿困難をきたした陰唇癒着の1例：今村亮一，藤本雅哉，目黒則男，前田 修，細木 茂，木内利明，黒田昌男，宇佐美道之，古武敏彦（大阪成人病七），稲垣 実（同婦人科）症例は68歳，女性。1997年6月下旬より遷延性排尿困難および尿失禁が出現し，徐々に増強してきたため当科受診。外陰部は正中で完全に癒着しており，pinhole 状の小孔のみ認められた。ゾンデは約1cm挿入可能であった。会陰部の外傷歴，妊娠歴はなく，性交渉の経験はない。閉経は48歳時である。血液検査，検尿等諸検査では異常所見を認めなかった。陰唇癒着と診断し，1997年11月26日陰唇拡張術を施行。Pinhole 状小孔より子宮頸管拡張用のブジーを挿入し外陰部を拡張した。拡張により尿道口を認め，直ブジーにて尿道狭窄等は認めなかった。

鼠径部脂肪腫の1例：大岡均至（六甲アイランド），米澤和之（同放射線科），北澤莊平（同病理），岡田 弘（神戸大）63歳，男性。主訴は左鼠径部腫瘍。現病歴，1996年8月中旬，上記主訴に気づき，当科受診。同部に鶏卵大の無痛性腫瘍を触知し，腫瘍の可動性は良好で腹圧による大きさの変化はなく透光性も認めない。経腹超音波検査にて左精索に接して，内部エコー不均一な低エコーを示す腫瘍を認めた。造影CTでは左鼠径部の脂肪組織の増加および内部には隔壁様の構造物を認めた。MRIで腫瘍はT2強調水平断にて左鼠径部の脂肪組織の増加を認め，精索との連続性を認めず，またT2強調矢状断でも左精索に明らかな異常所見を指摘できなかった。以上より，左鼠径部皮下あるいは精索原発脂肪腫の診断下に腫瘍摘出術を施行した。腫瘍は皮下原発と考えられ，病理組織学的には，良性成熟脂肪腫の診断であった。5カ月間再発等認めていない。鼠径部皮下原発脂肪腫の本邦報告例は少なく，本邦で5例の報告を見るのみである。これらについて検討すると，年齢分布は，1歳10カ月より14歳と小児のみ。診断には，経腹壁超音波検査が有効であり，CT scanning も存在範囲・腹腔内外への連続性や伸展程度を知るのには重要と思われるが，隣接臓器との関連性はやや不明瞭である。一方，MRIのT2強調水平断・矢状断が隣接臓器との関連がより明瞭であり，術前画像検査としては最も有用な検査法のひとつと考えられた。

兄弟に発生した精巣腫瘍の1例：中山治郎，三宅 修，野々村祝夫，小角幸人，三木恒治，奥山明彦（大阪大），小森和彦（市立堺）症例1は弟，20歳。主訴は左陰囊内容の腫大。AFP，β-HCG，LDHが高値，CTでは胸部部に転移を認めず。1988年の1月27日，左高位除勢術施行。腫瘍は径5×3cm，病理組織学的には胎児性癌と絨毛癌の混合型で，TINOM0，stage I と診断。一旦退院するもCTにて径2cmの傍大動脈リンパ節転移を認め同年6月に再入院。PVB療法3クールでCRとなり退院した。症例2は兄，32歳。主訴は左陰囊内容の腫大。AFP，β-HCGが軽度上昇，CTでは胸部部に転移を認めず。1997年10月22日，左高位除勢術施行，腫瘍は径4.7×4.1cmで病理組織学的には胎児性癌。TINOM0，stage I と診断。術後経過良好にて退院した。1998年1月30日現在，兄弟ともに再発転移を認めていない。

同時発生と思われる両側性精巣腫瘍の1例：岡 泰彦，東由紀子，小川隆義（姫路赤十字）43歳，男性。1996年秋頃より右陰囊内容の腫大を自覚。1997年7月頃より増大傾向にあるため，1997年9月8日当科を受診したが，両側性精巣腫瘍の疑いにて9月18日に当科入院となった。右精巣は弾性硬で，小鶏卵大に腫大。左精巣は弾性硬で，わずかに腫大。USでは右精巣は内部不均一で低エコーレベルの腫瘍性病変を認め，左精巣にも内部不均一な腫瘍像を認めた。明らかな転移は認められなかった。9月19日に両側高位精巣摘除術を施行した。右精巣は60×45×43mm，95g，左精巣は32×30×28mm，30gで，病理診断は両側とも typical seminoma であった。Stage I と診断し，追加治療は行わず経過観察としたが，術後5カ月経過した現在，明らかな再発転移の徴候は認めていない。両側性精巣腫瘍は本邦183例目であった。

精巣悪性リンパ腫の1例：瀬川良浩，曲 人保，土居 淳（市立泉佐野）65歳，男性。右陰囊の無痛性腫大を主訴にて1996年6月17日，当科紹介され受診し入院となった。CEA，AFP，hCG-β，LDHは正常。右陰囊内に手拳大で透光性のない弾性硬の腫瘍を触知し，MRI，USにてseminomaが疑われ，1996年6月23日右高位精巣摘除術を施行した。病理所見でHE染色とL-26に陽性を示すことよりB細胞系のnon Hodgkin's lymphomaと診断され，LSG分類ではdiffuse lymphoma，large cell typeに分類された。画像上，他のリンパ節腫大なく骨髄生検においてもリンパ細胞浸潤ないことよりstage IEと診断した。CHOP療法2クール施行し，退院となり外来にて4クール施行予定である。5クール終了時点で局所再発，リンパ節腫大なく経過している。

両側同時発生多房性精巣上体嚢胞の1例：牛田 博，林田英資，金哲将，朴 勺，岡田裕作（滋賀医大）56歳，独身男性。4～5年前より両側陰囊内容の腫脹があり，1年前より両側陰囊内容の腫脹の増大傾向と疼痛を認めたため当院受診。術前超音波検査にて両側多房性陰囊水腫と診断し，同根治術を施行したが，精巣鞘膜には漿液の貯留は認められず，精巣上体の大小不同の多房性嚢胞が認められた。術中

所見から両側多房性精巣上体嚢胞と診断された。精巣上体嚢胞は精巣上体管や精巣輸出管が閉塞することにより精液が貯留したもので、好発部位は精巣上体頭部、通常は一側性で1 cm 以下が大部分で単房性ときに多房性を呈するといわれている。自験例では、明らかな原因もなく両側同時発生し、1 cm 以上あり、しかも精巣上体全体が嚢胞化している非常に稀な症例であると思われる。

陰嚢内に発生した **Epidermal cyst** の2例：玉田 聡，和田誠次，吉村力勇，山本啓介，岸本武利（大阪市大） 症例1：41歳。主訴は右陰嚢内有痛性腫瘍。5年前より陰嚢の腫大を認めており、発熱、疼痛が出現してきたため受診。陰嚢は小児頭大に腫大しており発赤、圧痛を認めた。透光性はなかった。MRIにて陰嚢内に発生した嚢腫と診断し、腫瘍摘出術を施行した。病理学的診断は epidermal cyst であった。症例2：47歳。主訴は右陰嚢内無痛性腫瘍。20年前より陰嚢内に腫瘍を認めていたが放置していた。腫瘍が大きくなってきたため受診。腫瘍は3 cm 大で可動性があり、精巣は触知できた。透光性はなかった。US、CTにより epidermal cyst と診断し腫瘍摘出術を施行した。病理学的診断は epidermal cyst であった。本邦では自験例を含め24例が報告されている。

Fournier's gangrene の1例：浅妻 顕，中山義晴，白波瀬敏明，大石賢二（西神戸医療セ） 症例は77歳，男性。主訴は発熱と陰嚢腫

脹。CTにて陰嚢内にガス貯留を認めたため、Fournier's gangrene と診断し、即時外陰部の debridement を施行した。陰嚢皮下、精巣鞘膜および陰茎海綿体の一部に壊死を認め、可及的に切除した。創部は開放し、膀胱瘻を造設した。同時に MEPM、GLDM の投与を行い、感染の進行は阻止された。なお術後心不全、脳梗塞を合併するも内科的治療にて軽快した。術後75日目に創閉鎖を施行した。本症例では起因菌の同定はできなかったが、UTI および DM が誘因になったと考えられた。Fournier's gangrene の1例を文献的考察を加えて報告した。

自己導尿が誘因となったフルニエ壊疽に対してミトロファンフ手術を施行した1例：井上幸治，恵 謙，西村一男（大阪赤十字） 28歳，男性。仙骨腫瘍による神経因性膀胱にて自己導尿中であったが、突然陰茎の腫脹をきたし当院受診。陰茎の感染、腫脹は急速に増悪し自己導尿が誘因となったフルニエ壊疽と診断した。緊急に膀胱瘻を造設し、患部のデブリードマン、切開排膿およびペンローズドレーン留置を行った。抗生剤の投与、PGE1 の内服を開始し感染は軽快した。その後2回の自己導尿の再開を試みたが、いずれもフルニエ壊疽の再発を認めた。これ以上の自己導尿は不可能と考え、Mitrofanoff principle による、虫垂を利用した禁制膀胱瘻を作成した。術後尿失禁を認めず、導尿も容易でフルニエ壊疽の再発も認めていない。