

学会抄録

第163回 日本泌尿器科学会関西地方会

(1998年6月13日(土), 於 西宮市民会館)

後腹膜平滑筋肉腫の1例: 倉橋俊史, 山本博丈, 下垣博義, 井上隆朗, 島谷昇(関西労災) 症例は80歳, 男性, 1996年11月より左上腹部に腫瘤を触知し, 次第に同部位に鈍痛も自覚し, 2カ月で3kgと体重減少も認められたため, 12月15日に近医を受診しました。CTにて左腎腫瘍を疑われ, 当科に紹介となりました。初診時, 左上腹部に小児頭大, 弾性硬, 可動性を有する腫瘤を触知しました。圧痛は認めませんでした。入院後, CT, MRI, 血管造影施行し, 画像診断にて, 後腹膜巨大腫瘍が疑われました。腫瘍は左腎と一塊にはなっていますが, CT, 血管造影にて左腎腫瘍は術前に除外可能でした。全麻下に腫瘍摘除術を施行, 腫瘍は, 16×16×11cm, 重さ2kgと巨大なものでした。病理学所見は平滑筋肉腫でありましたが, 術後16カ月, 再発なく生存中です。平滑筋肉腫は本邦でもすでに, 100例ほどの報告がされていますが, ほとんどの症例で, 外科的摘除が行われています。今後画像診断の進歩とともに, 偶発的な後腹膜腫瘍が増してくることが予想されますが, 治療において, 適切な選択が必要となると思います。

左後腹膜悪性線維性組織球腫の1例: 伊藤和行, 深谷俊郎, 北村慎治(岸和田市民) 60歳, 女性。主訴はふらつき, 発作性高血圧あり, 尿中VMA軽度高値。CT上左腎上方に充実性腫瘤あり, 内分泌非活性性左副腎腫瘍の臨床診断で手術を施行した。腫瘍と周囲組織との剝離は比較的容易であった。摘出標本の検査で左正常副腎は腫瘍により内上方に圧排されていたことが判明した。病理組織検査で左後腹膜悪性線維性組織球腫(MFH), 花むしろ多形型(storiform-pleomorphic type)と判明した。術後補助療法は施行しなかった。1年5カ月を経た現在, 経過観察中であるが再発の兆候を認めていない。早期発見の困難な後腹膜MFHは概して予後不良であり手術による広範囲切除以外に有効な治療法がないのが現状である。

仙骨前面に発生したGanglioneuromaの1例: 稲垣武, 柏木秀夫, 戎野庄一(国立南和歌山), 寺村一祐(同病理) 症例は, 52歳, 女性。主訴は右腰部痛発作。右尿管結石と診断し入院となった。腹部超音波撮影および腹部CTにて骨盤部に6cm大の腫瘤性病変が偶然認められた。尿管結石の治療を終了した後, 引き続き骨盤部の腫瘤性病変の精査を行った。同腫瘍は仙骨前面に発生し, 腹部超音波画像にてlow echoicで内部均一, CT単純でlow density, 内部均一。造影では一部不均一。MRI画像T1強調でlow, T2強調でhigh intensityであった。骨盤部血管造影像では, 明らかな腫瘍血管は認められなかった。仙骨前面に発生した腫瘍の診断で, 2月17日摘出術を施行した。組織は神経節神経腫の像であった。術後約4カ月を経過して再発は認められていない。

術前後を通じて診断に難渋した左副腎腫瘍の1例: 水野祿仁, 岡本泰行, 川端岳(三田市民), 岡田弘(神戸大), 源吉顕治(済生会兵庫) 症例は63歳, 男性。盗汗を主訴に近医受診。単純CT, MRIにて左副腎腫瘍を指摘され, 増大傾向を認めたため前医紹介。造影CT, Adosterol副腎シンチ施行され, 手術目的にて当科紹介。CT, MRIで脾臓内側に内部不均一な腫瘤を認め, ¹²³I-MIBGの集積を認めた。入院時検査では尿中カテコラミンおよびその代謝産物の軽度上昇を認めるが, 負荷試験での反応は著明でなかった。非機能性左副腎腫瘍, または非常に微小な褐色細胞腫と考え, 腹腔鏡下左副腎摘除術施行。組織は分割して取り出し, 肉眼的に明らかな腫瘤を認めた。カテコラミンの正常化, 臨床症状の改善を見たが, 術後CTで術前と同じ腫瘤を認めた。ガストログラフィン内服CT, 胃透視および胃内視鏡を施行した結果, 副腎腫瘍と診断したのが単なる消化管の一部と判明した。病理組織学的診断では副腎髓質の過形成であり, 他の内分泌腫瘍の存在も否定し切れず, 十分な経過観察を要すると考えた。また, 病理診断によって組織の状態が非常に重要であり, 組織の摘出には細心の注意を払うべきことを痛感した。

先天性副腎性器症候群に合併した副腎血管腫の1例: 田中中和, 安井宣雄, 楠田雄司, 松本修(県立加古川), 鹿股直樹, 大林千穂(同病理) 患者は62歳, 男性として結婚している。胸部圧迫感を主訴に近医受診。CTにて右腎上方に腫瘤を指摘され当科受診。男性様顔貌を示し, 染色体検査は46XX, 内分泌学的検査より, 21-hydroxylase欠損症と判断した。1995年8月11日経腹的に右副腎摘除術を施行。摘除標本は重量210g, 過形成した副腎組織の下方に径7cmの腫瘤を認めた。病理診断は副腎血管腫で過形成した副腎組織の一部に骨髄脂肪腫の合併を認めた。術後3年の現在, 再発はない。副腎血管腫は比較的稀で文献上本邦58例目。先天性副腎過形成に合併した副腎の腫瘍性病変の報告は稀で本症例が世界で25例目であった。その病理診断は, 腺腫, 骨髄脂肪腫が多く, 血管腫は本症例が1例目であった。

腎OncocytomaとRenal cell carcinomaを同一腫瘍内に認めた1例: 岡本大亮, 中山雅志, 室崎伸和, 関井謙一郎, 吉岡俊昭, 板谷宏彬(住友), 辻村崇浩(同病理) 24歳, 男性。右腰部痛発作を主訴として救急搬送されたが精査の結果左腎上極に腫瘍を認め入院。MRIでは左腎上極に径6cmの均一な腫瘤を, 血管造影では車輪様の血管を伴う径7.5cmの濃染される腫瘍を認めoncocytomaと診断し腫瘍核出術を行った。腫瘍は充実性で内部に血管を含み均一であった。HE染色では大部分はoncocytomaだが連続して一部腎細胞癌の存在を疑いコロイド鉄染色で腎細胞癌chromophobe cell typeを認めた。電子顕微鏡では顆粒と脂肪滴も認め腎細胞癌chromophobe cell typeであった。現在特に再発, 転移は認めていない。oncocytomaでも同一腫瘍内に腎細胞癌が混在する症例があるので積極的にコロイド鉄染色に加え電子顕微鏡を用いた診断が有用である。

両側腎腫瘍の2例: 辻秀憲, 田原秀男, 禰宜田正志, 永井信夫(耳原総合) 症例1, 52歳, 男性。左腎細胞癌にて腎摘出術後6年を経過し, CTで対側腎に直径約1.5cmのSOLを認め腫瘍核出術を施行した。病理診断は初発, 後発の腫瘍とも胞巣型, 淡明細胞亜型, grade Iであったが, 後発の腫瘍の方が間質の発達により高度な印象であり, 両側とも単発で腫瘍は被膜で覆われていること, 腎のほかに明らかな転移巣がないことより両側原発と考えた。近年腎保存手術の高い生存率が多数報告されており, 治療としては腎保存手術が主流となってきているがその適応は慎重に行うべきである。症例2, 70歳, 女性。CTでは右腎に直径約4cm, 左腎上極に直径2.5cmのlow densityな腫瘤を認め, 両側腎細胞癌の疑いで右腎摘出術及び左腫瘍核出術を施行した。病理診断は右側が腎細胞癌, 対側はオンコサイトーマであった。腎細胞癌とオンコサイトーマの合併例はわれわれが調べたかぎり本邦では3例に過ぎない。2例は異時性で, 1例は同側同時発生である。しかし両側同時発生の報告はない。両者の発生の関連性についてはその報告はなく, 現在のところ偶発的なものと判断しているが, さらに症例を重ねていく必要があると考えられる。

両側同時発生をみた腎細胞癌と腎盂移行上皮癌の重複癌の1例: 前田純宏, 畑山忠(高槻赤十字) 66歳, 男性。1997年7月に肉眼的血尿で当科受診。各種画像診断にて右腎盂腫瘍および左腎腫瘍と診断。入院後右腎盂鏡(経尿道的)に腫瘍生検を施行。病理診断は移行上皮癌。9月24日, 左腎部分切除術を施行。下極の約3cmの腫瘍を腎実質をつけて切除した。腎シンチグラフィにて左腎機能が良好なことを確認後, 10月24日, 右腎尿管摘除術を施行。病理診断は右腎盂腫瘍が移行上皮癌, G2, pT1N0M0。左腎腫瘍が腎細胞癌, clear cell subtype, pT2N0M0であった。術後の腎機能は良好で経過良好にて退院。術後補助療法としてインターフェロンαの皮下注射を行い, 術後7カ月を経過し, 再発, 転移はなく生存中である。腎盂尿管移行上皮癌と腎細胞癌の両側同時発生例は比較的稀で文献上, 本邦9例目であった。

両側腎癌に対し右腎摘除術および左腎部分切除、自家腎移植を施行した1例：植村元秀，奥見雅由，北村雅哉，高原史郎，三木恒治，奥山明彦（大阪大） 51歳，男性。1998年1月28日頃より，肉眼的血尿および右腰部痛出現。その後，右腰部痛増強するため，他院入院。種々の画像診断にて両側腎癌と診断。右腎下極に直径約7cm大の左腎中部に直径約3cm大の腫瘍を認めた。同年3月12日，当科にて，右腎摘除術および左腎部分切除術，自家腎移植を施行した。冷血血下に（阻血時間65分），腫瘍を切除。腎被膜は縫合できなかったが，腎動脈にインジゴカルミンを注入することにより，腎内に微小な動脈まで十分に，直視下に止血を確認できた。術後8日目より自尿を得，腎機能を温存することができた。術後，3カ月を経過した現在腹部CTにて再発を認めず，依然腎機能は保たれている。

von Hippel-Lindau 病の1例：田中美彦，川嶋秀紀，吉村力男，三橋 誠，和田誠次，山本啓介，岸本武利（大阪市大） 症例は24歳，女性。家族歴は祖父に網膜血管腫。現病歴としては眼科受診の際網膜血管腫を認めたためVHLが疑われた。精査の結果，CTにて右腎下極に内部不均一な腫瘍性病変と嚢胞性病変を，またMRIにて小脳に血管芽腫，頭頂部に血管腫を認めた。以上よりVHLに合併した右腎腫瘍と診断し右腎部分切除術を施行した。摘出標本は黄色調を呈し内部は充実性で一部出血壊死像が認められた部分と嚢胞性病変の2カ所であり，病理診断はRCC，G2，expansive type，cystic type，alveolar type，clear cell subtype，pT1，N0，M0であった。術後経過良好で18日目に退院した。VH Lに合併した腎細胞癌は文献上本邦では35例目であった。

IFNにより多発性脳転移巣が消失した腎細胞癌の1例：後藤紀洋彦，山田裕二，山中 望（神鋼）57歳，男性。1997年2月頃より後頭部に腫瘍触知し，当院脳外科受診。7月17日後頭骨腫瘍の診断にて腫瘍摘出。組織診断では腎細胞癌の頭蓋骨転移であった。その後の精査にて右腎に直径約4cmの腫瘍を認め，多発脳転移，左腸骨転移も認めた。肺転移は認めなかった。同年8月より天然型インターフェロン α を開始。脳転移巣は縮小もしくは消失し，9月11日に右腎摘除術を施行。腎細胞癌 grade 2，alveolar type，clear cell subtype，INF β ，pT2，N0，M1，V0であった。脳転移巣に対する免疫療法の効果は否定的で，むしろ脳転移が助長されるとの報告が散見される。しかし，自験例を含め数例の著効例も報告されており，その功罪については今後の課題と考えられた。

ACDKに発生した管状乳頭状腺腫の1例：松岡庸洋，伊藤喜一郎，塩塚洋一，月川 真，藤本宜正，佐川史郎（大阪府立） 62歳，男性。51歳時より血透透析導入。透析病院における定期的腹部エコーにて右腎嚢胞内に充実性腫瘍を認めたため精査加療目的にて当科入院。血管造影検査にて濃染像を認めたため腎細胞癌を疑い，根治的右腎摘除術を施行した。病理組織学的に悪性所見はなく，管状乳頭状腺腫を認めた。ACDKに腎細胞癌が発生しやすいことは諸家の報告により明らかであるが，その発生機構や，発生過程に乳頭状腺腫が見られることがわかってきた。ACDKに対しては定期的なフォローアップが必要であり，充実性腫瘍が認められれば本例のような良性腫瘍の場合もあるものの，悪性化が十分ありえるので外科的切除が適当と考えられる。

成人に発生した Malignant rhabdoid tumor of the kidney (MRTK) 様組織像を示した腎腫瘍の1例：熊本廣実，辻本賀洋，細川幸成，影林頼明，大園誠一郎，平尾佳彦（奈良医大） 67歳，男性。健診にて左腎腫瘍を指摘され1997年9月当科受診。種々の画像検査にて腎細胞癌（cT₂N₀M₀V₀）と診断し，同年10月根治的腎摘除術を施行した。病理組織像は腫瘍細胞がびまん性索状ないし胞巣状に増殖し，核は偏在性に存在し明瞭な核小体を有し，好酸性の細胞質封入体をもつ rhabdoid cell が見られた。免疫染色で vimentin 陽性の MR TK と類似の組織像を示し，腎細胞癌の要素はみられなかった。Armed Forces Institute of Pathology (AFIP) の診断も Unclassified malignant neoplasm with rhabdoid features であった。成人においてこの病理像に相応する病理組織分類はない。術後7カ月目，再発および転移はみられていない。文献上報告例は，3例のみで本邦では第1例目である。

腹部血管造影が診断に有用であった術後再発膀胱癌が左腎へ浸潤をきたした1例：三橋 誠，玉田 聡，韓 榮新，吉村力男，和田誠次，山本啓介，岸本武利（大阪市大），高畑哲也，西口幸雄（同外科） 69歳，男性。2年前，膀胱癌の診断で膀胱部，膀胱摘除術および結腸部分切除術施行。経過観察中にCTで左腎下極に2×1.5cmの僅かに enhance される充実性の SOL を認め，左腎細胞癌が疑われた。MRIでも同様の所見であったが腎原発か，外部よりの浸潤によるかは診断困難であった。腹部動脈造影で栄養血管は左腎動脈からではなく，総肝動脈，背側腎動脈であることがわかり，再発膀胱癌の左腎への浸潤と診断した。腫瘍を含めた左腎摘出術および結腸部分切除術を施行した。病理組織学的には，再発膀胱癌の左腎への浸潤をきたしたものであった。最近のMRI，CTなどの発達により，血管造影の診断的価値について低くみる意見もあるが，今回のような場合はきわめて有用であると考ええる。

食道を原発とする転移性腎癌の1例：樋口喜英，長久裕史，宮本賀，島 博基，森 義則（兵庫医大） 65歳，男性。1996年12月に食道癌の手術後，放射線治療・化学療法施行されたが，右腎腫瘍を指摘され1997年12月当科受診。CTで右腎に内部不均一な腫瘍を認め，造影にて増強されなかった。血管造影では上部から中部にかけて血流は低下し，腫瘍濃染像は認めなかった。転移性腎腫瘍を疑い，他に転移巣を認めないため，1998年1月に右腎摘除術を施行。腎上部から中部にかけて比較的境界明瞭な8×12×6cmの黄白色の腫瘍を認め，病理組織は角化を伴う中分化型扁平上皮癌で，以前に摘除された食道癌の組織像と同様であり，食道原発の転移性腎癌と診断した。術後経過は良好で，SCC 抗原は10.2から1.9と著明に低下した。退院後，肺炎悪化し1998年4月に死亡。転移性腎癌の原発臓器として食道は，肺，子宮に次いで多く，食道原発の転移性腎癌は本邦では18例目であった。

腎内腫瘍を疑われた慢性肺炎急性増悪の1例：丸山琢雄，倉智まり子，桑江秀樹，古倉浩次，荻野敏弘，黒田治朗（宝塚市立） 症例は66歳，男性。20代よりアルコール多飲し，約5年前膀胱の腫瘍を指摘されるも放置。1996年10月左側腹部痛並びに左大腿部痛認め，2週間後左背部に拳拳大の無痛性腫瘍を，その2日後左上腹部に鶏卵大の圧痛のある腫瘍を認めた。一般検査では，赤沈並びにCRPは高値，血中アミラーゼは267U，エラスターゼは591ng/dlと上昇していた。腹部超音波では，左腎に腫瘍を認め，腎病変が疑われた。KUBでは左腎上極近くに石灰化像が見られた。単純CTでは膀胱尾部の腫瘍が見られ，膀胱部より腎前面に内部不均一な病変が続いていた。造影CTで，以上の病変は enhance されずMRIではT1，T2強調画像でhigh intensityを示した。以上より慢性肺炎の急性増悪による膀胱性嚢胞と診断した。食事療法ならびにメシル酸ガベキサート投与し軽快した。

腎細胞癌と鑑別が困難であった慢性腎盂腎炎の1例：畑中祐二，宮武竜一郎，加藤良成，井口正典（市立貝塚），花井 禎（近畿大学），花井 淳（市立堺病理） 62歳，男性。心窩部痛を主訴に近医を受診。早期胃癌と診断され，手術目的で当院外科入院となった。全身精査中，腹部CTで，右腎に3.8×3.5cm大の腫瘍性病変を認め，当科紹介された。経過中発熱，腰痛は認めず，入院時検査所見は白血球の軽度上昇のみであり，急性局所性細菌性腎炎は否定された。また腎血管造影では，病変部の辺縁はhyper vascularであり右腎細胞癌を強く疑い，胃全摘術および根治的右腎摘除術を施行した。病理診断は慢性間質性腎炎であり，大部分がリンパ球浸潤の伴った線維化組織で急性炎症性細胞および黄色肉芽腫性腎盂腎炎特有のfoam cellは見られなかった。以上より本症例は，急性炎症の臨床症状を伴わず，慢性炎症に移行した腫瘍形成型の慢性腎盂腎炎と診断した。

自然破裂をきたした腎血管筋脂肪腫の1例：田 珠相，小林重行（高槻），岩井泰博（同病理） 54歳，女性。1997年5月に腹痛が出現し救急病院受診。精査すすめられ当科受診。画像検査にて腎周囲の血腫を認めたため精査目的にて5月29日入院となる。CT，MRIにて腎血管筋脂肪腫の自然破裂と診断。炎症の消滅をまち1997年8月に全麻下，経腹的に右腎部分切除術を施行した。摘除標本は，重量12g，4×3.5×2cmであった。病理診断は腎血管筋脂肪腫であり腫瘍の周囲に器質化された血腫が認められた。術後10カ月が経過するも特に再発を認めていない。

妊娠中、自然破裂を契機に発見された腎血管筋脂肪腫の1例：岡大三、水谷修太郎、高尾徹也、井上均、西村健作、三好進（大阪労災）32歳、女性。妊娠36週、左腰部痛および貧血進行のため産科救急入院。MRIで左腎周囲血腫を疑われ帝王切開後、当科紹介。腹部CTで左腎周囲血腫と5×6cmの左腎腫瘍を指摘され、腎血管造影では腫瘍内にmicro aneurysmを数個認めた。しかし、腫瘍の脂肪成分の同定は超音波検査でも困難で、AML自然破裂を最も疑ったが、悪性を否定しえず、腎摘除術施行。病理組織診断は腎血管筋脂肪腫であった。妊娠中に自然破裂を契機に発見されたAMLは本邦では自験例を含め9例であった。しかし、妊娠期における検査制限などのために、術前に診断できた症例はわずか2例であり、炎症や癒着のために腎摘除術が施行される場合がほとんどで、実際8例が腎摘除術を施行されていた。

経皮的に切除しえた腎盂腫瘍の1例：牛嶋壯、金沢元洪、稲葉光彦、中村晃和、邵仁哲、飯田明男、中村雅至、河内明宏、中河修一（京府医大）、内田睦（松下記念）72歳、男性。1997年9月右腰部痛のため当科を受診。DIPにて右水腎症を認めた。CT上右腎盂内に径15mmの陰影欠損を認めるとともに、尿管が疑われたため緊急に右腎造影を施行。右腎造影にて腎盂腫瘍の存在が疑われたため、同年10月全身麻酔下腎鏡検査を行ったところ、腎盂尿管移行部に20mm大の単発、乳頭状、有茎性腫瘍を認めた。生検によるTCC、G1-G2の組織診断のもと同年11月全身麻酔下に経皮的内視鏡下腫瘍切除を施行した。病理診断は、TCC、G2であった。術後adjuvant療法を行い、3カ月目に再び腎鏡検査を施行したが、残存腫瘍ならびに再発は認めなかった。現在、術後6カ月を経過しているが再発、転移を認めず生存中である。

診断が困難であった浸潤性腎盂癌の1例：内田潤二、小山泰樹、原田卓（済生会泉尾）、中紀文、河野謙二（同整形外科）、佐藤美和子、板倉宗樹（同内科）、埴岡啓介（神戸大病理部）、松田公志（関西医大）45歳、男性。腰痛を主訴に整形外科入院。尿所見に異常なく、CTにて左腸腰筋不整、左腎造影欠損、胸膜に腫瘍像と胸水を認めた。左腎動脈造影にて動脈の狭小化は認められたが、腫瘍形成像は認めず。骨シンチにて数カ所に骨転移像を示し、頭椎生検を施行したが、未分化組織のため確定診断つかず。原発不明のまま、全身状態は悪化し入院後2カ月で死亡した。病理解剖で、左腎実質、腎周囲脂肪織、腸腰筋、椎体などより移行上皮癌を認め、腎盂内腔には腫瘍の突出像は認めず、腎盂移行上皮癌と診断された。臨床的には浸潤性腎盂癌と言われ、発育様式が通常の腎盂癌とは異なり診断が困難で予後不良である。診断には総合的な臨床検査と画像診断が必要である。

結節性多発動脈炎による両側腎周囲血腫の1例：山田裕二、後藤紀洋彦、山中望（神鋼）68歳、女性。主訴は発熱。1997年6月より全身倦怠感、発熱を認め近医を受診、CRP高値にて7月14日当院内科に入院。入院後徐々に腎機能の低下も認め7月18日当科へ紹介。尿所見；糖（-）、蛋白（-）、沈渣にて軽度の血糖尿、尿培養陰性。一般検査；核左方移動を伴う白血球増加、血小板増加。血液生化学；BUN 30.7 mg/dl, Cr 1.2 mg/dl, CRP 18.7 mg/dl, 抗核抗体陽性。単純、造影CTにて明らかな異常を認めなかったが、腎エコーにて両腎に散在性の低エコー領域を認め腎化膿性疾患を疑い、抗生剤を投与した。一旦解熱傾向となったが、腎機能はさらに悪化。8月13日頭蓋内血腫を発生、以後無尿となり、CVVHを導入。腹部CTでは両側腎周囲血腫を認めた。ステロイドパルス療法を施行するも全身状態悪化し、9月3日に死亡した。剖検所見では両側腎に大小多数の動脈瘤を認め、組織学的にはフィブリノイド壊死を伴う血管全層炎を呈し古典的結節性多発動脈炎と診断された。結節性多発動脈炎による両側腎周囲血腫はきわめて予後不良で早期診断のうえステロイド、免疫抑制剤療法が必要である。

非外傷性腎周囲血腫の1例：福井勝一、中川雅之、佐藤仁彦、松田公志（関西医大）、新谷裕、栗岡克樹（同救命）60歳、男性。糖尿病と高血圧の既往あり、1994年12月、突然の左側腹部痛と意識消失で当院救命センター搬入。CTにて右腎下極外側から後方にかけて被膜下血腫を認め、一部腎筋膜内まで広がっていた。血腫に接して直径6cmの嚢胞を認めたが、嚢胞内に血腫はなく、血管造影、MRIで明らかな腫瘍を認めなかった。原因不明の非外傷性腎周囲血腫の診断のもと経過観察した。発症4日目に再出血あるもその後変化なく、3

年6カ月経過した現在、血腫はほとんど吸収された。非外傷性腎周囲血腫の本邦報告例の50%はAMLや腎細胞癌などの腫瘍破裂を原因とするが、原因不明のものも15%認めた。

保存的治療が有効であった腎出血の2例：古谷素敏、坂上和弘、辻畑正雄、中森繁（東大阪市立総合）症例1は50歳、女性。1993年頃より年に1回程肉眼的血尿と右腰部痛が出現。1998年1月20日同症状があり当科外来受診。膀胱鏡で右尿管口より出血を認め精査加療目的にて1月30日当科入院。種々の画像診断より右腎下極の動脈奇形によるものと診断。2月10日無水エタノールによる選択的腎動脈塞栓術を施行。以後外来にて経過観察中であり現在血尿は認められていない。症例2は47歳、男性。1997年8月8日肉眼的血尿にて近医受診。膀胱鏡で左尿管口からの出血を確認。CTで腹部大動脈と上腸間膜動脈の間隙の狭小と左腎静脈拡張にてNutcracker現象を疑われ、持続的血尿が続くため10月22日当科外来紹介され受診。12月4日硝酸銀腎盂内注入療法を施行。以後外来にて経過観察中であり現在血尿は認められていない。2症例とも保存的治療が有効であった。

腎出血を契機に発見された後天性血友病Aの1例：柏井浩希、河田陽一、平山曉秀、平田直也、百瀬均（星ヶ丘厚生年金）、塚田周平（同小児科）、林邦雄（同内科）、山田薫（泌尿器科山田クリニック）81歳、男性。1997年12月23日無症候性肉眼的血尿で近医受診。DIPにて右腎は造影されず、膀胱鏡にて右尿管口からの出血を認めたため、精査加療目的に1998年1月12日当科へ入院した。各種画像検査、細胞診にて明らかな原因不明、1月21日尿管鏡施行するも明らかな異常を認めなかった。2月2日より歯肉出血出現、その後の各種止血機能検査にて後天性血友病Aと診断された。第8因子製剤およびステロイド剤の投与により血尿、歯肉出血は消失、止血機能検査も正常化した。現在も症状の再発、止血機能検査の異常を認めず外来にて経過観察中である。血尿をきたす疾患の鑑別診断に際し、止血機能検査の重要性を再認識した。

尿路損傷の2例：志水清紀、岩尾典夫（岸和田徳洲会）症例1は5歳、女児。1997年12月24日、幼稚園にて背もたれを前側にイスに乗っていたところ、前方に転倒し背もたれの鉄パイプにて腹部を打撲した。その後、腹痛を訴えたため、同日に当院を受診した。肉眼的血尿を認め、腹部超音波、CT検査にて馬蹄鉄腎とその峡部の損傷を指摘されたため緊急入院となった。保存的療法にて軽快し、受傷後29日目のCT検査では血腫は著明な改善を認めた。症例2は18歳、男性。1997年12月9日、交通事故による腹腔内損傷の疑いにて転院となった。右側腹部から下腹部にかけての疼痛と高度な顕微鏡的血尿を認め、DIPを施行したところ右尿管損傷を認めた。翌10日、手術を施行した。右尿管は腎盂尿管移行部より下2cmの所で完全断裂しておりこれを端々吻合した。術後19日目のDIPにて通過良好であることを確認し、退院となった。

腹部外傷を契機に発見されたFibroepithelial polypの1例：岸野辰樹、藤本清秀、林美樹（多根総合）、正雄谷剛士、平尾佳彦（奈良医大）11歳、男児。左側腹部を蹴られ、1996年12月左側腹部痛および肉眼的血尿を主訴に受診。腹部CTにて左水腎症と造影CT後のKUBにて左腎盂尿管移行部に陰影欠損を認めた。腎外傷に起因する凝血塊による尿管閉塞と診断した。2週間の安静加療後に施行した排泄性尿路造影でも変化は認められなかった。その後、外来にて6カ月間経過観察したが水腎症と陰影欠損が消失しないため、逆行性腎盂造影を施行したところ、腎盂尿管移行部に乳頭状の明らかな陰影欠損を認め、尿管ポリープと診断した。1997年8月全身麻酔下に左尿管部分切除術を施行した。病理診断はfibroepithelial polypであった。術後4カ月目の排泄性尿路造影では水腎症は消失し、現在も経過観察中である。小児の尿管fibroepithelial polypは稀であり、自験例を含めた本邦報告24例について文献的考察を加え検討した。

医原性尿管損傷に対する修復術についての検討：福井淳一、際本宏、西岡伯、杉山高秀、朴英哲、秋山隆弘、栗田孝（近畿大）1989年1月から本年4月末までに当科にて開腹により修復した医原性尿管損傷18例20尿管（平均55歳・男性8例、女性10例、婦人科10例・外科5例・泌尿器科3例）を検討した。おもな原疾患は子宮頸癌6例、直腸癌3例、子宮体癌2例、尿管結石3例、子宮筋腫2例。おもな原因は広汎子宮全摘術8例、TUL・低位前方切除術各3例で、3

例が術中修復された。損傷は狭窄7例、断裂5例、結紮・屈曲・穿孔各2例、癒孔1例。おもな修復は膀胱尿管新吻合術9例、尿管端々吻合術5例、尿管剝離術2例。修復後4カ月以降のDIPにて水腎症および尿漏を認めない良好例は10例あり、不良4例（広汎子宮全摘術後尿管腔瘻症例：術後骨盤腔内照射2例、ステロイド投与1例）のうち2例に再修復術を施行、2例に腎萎縮を認めた。

亜急性虫垂炎の炎症波及が原因と考えられた尿管狭窄の1例：河瀬紀夫，吉田浩士，吉村耕治，瀧 洋二（公立豊岡） 67歳，女性。1997年9月より右下腹部痛・微熱があり，虫垂炎にて保存的に治療されるも右水腎症が出現したため当科に紹介された。逆行性腎盂造影で中部尿管に狭窄像があり，CTおよび注腸検査より虫垂炎の炎症波及が原因と考えられたため，手術を施行した。膿瘍は認めなかったが，虫垂は著しく腫大し回腸末端部とその背側の尿管は強く癒着していたため虫垂切除術＋尿管剝離術を施行した。術後炎症所見は速やかに改善し，手術後2カ月後のCTでは，術前に認めた腫瘍は消失し右水腎症も軽快した。水腎症を合併した虫垂炎の報告は少なく，本邦では19例目であった。大部分の症例で虫垂切除術などの手術が施行されており，水腎症は全例で改善している。水腎症を呈する疾患では虫垂炎も考慮する必要があると考えられた。

腎盂尿管移行部狭窄症の術後狭窄に対する逆行性エンドピエロトミーの経験：若杉英子，片山孔一，神田英憲（阪和），梅川 徹，栗田 孝（近畿大） 23歳，男性。1996年8月に急性腎盂腎炎にて入院し，レ線検査にて左腎盂尿管移行部狭窄症（以下PUJO）と診断した。1996年12月硬性腎盂鏡を用いた逆行性エンドピエロトミーを施行したが，再狭窄を認め，Anderson Hynes'法による腎盂形成術を行った。しかし，吻合部に狭窄をきたしたため，手術2カ月後に軟性尿管切開バルーン装置であるアキュサイスを用いて逆行性エンドピエロトミーを行った。術後，上部尿管の通過性は改善し，腎杯もsharpになった。PUJOに対する開腹手術後の再狭窄例に逆行性エンドピエロトミーを行い，良好な結果を得たことは，私たち urologist にとって続発性PUJOの治療の有効なオプションが1つ増えたともいえる。今後期待されることである。

尿管原発悪性リンパ腫の1例：五十川義興，池田達夫（京都桂） 57歳，男性。1997年8月21日，肉眼的血尿で当科受診。MR urography, RP, CTにて尿管腫瘍と診断し，1997年9月19日左腎尿管全摘除術を施行した。病理診断は，non-Hodgkin リンパ腫，びまん性，大細胞型，B細胞型であった。Ga シンチ，骨髄生検は異常を認めず，頭部および胸部CTでも他の病変を認めなかった。悪性リンパ腫 stage 1 と診断し，CHOP 療法4コースおよび左腸骨動脈周囲に40 Gy を行い，術後10カ月を経過し再発の兆候を認めず生存中である。組織所見では，尿管外膜内に結節性腫瘍を形成し，一部に粘膜内進展を認めた。転移性尿管腫瘍と酷似した組織像を呈することより，尿管に縦走するリンパ装置が発生に関与するのではないかと推察された。尿管の硬化性病変を認めた場合，本症の存在も念頭におく必要があると考えられた。文献上尿管原発悪性リンパ腫の報告例としては5例目であり，本邦では初の報告となる。

豊田法による尿管皮膚瘻術の長期成績：新井 豊，濱口晃一，岡本圭生，金 哲将，吉貴達寛，岡田裕作（滋賀医大） われわれは1988年より，豊田法による無カテーテル尿管皮膚瘻を施行し，またストーマも可能なかぎり一側並列としている。今回，評価可能な23症例（膀胱癌17例，前立腺癌4例，子宮癌2例）について長期成績を検討した。経過観察期間は，2～95カ月（平均27.9カ月）で，23症例中14例（70%）で無カテーテルストーマとなった。単腎または機能的単腎の一側ストーマでは7例中4例，一側並列ストーマ11例中7例，そして両側ストーマ5例中3例が無カテーテルであった。また，39尿管中25尿管（64%）は無カテーテルであり，残り14尿管（36%）は，尿管カテーテル留置が必要であり，さらに1尿管はストーマの再形成術を施行した。また，カテーテル留置の14尿管のうち10尿管（71%）は，術後より尿管カテーテル留置が必要であった。

尿管皮膚瘻の治療成績：武中 篤，山本博文，小野義春，結縁敬治，藤井昭男（兵庫成人病） [目的] 尿管皮膚瘻後のカテーテル挿入状況，上部尿路の変化の検討。[対象と方法] 1984年9月～1998年5月に行った尿管皮膚瘻45例59ストーマで，術式は一側合流型24例，

両側非合流型12例，片側尿管皮膚瘻11例であった。[結果] 一側合流型，非合流型，片側尿管皮膚瘻の観察期間中央値およびカテーテルフリー率はそれぞれ23.5カ月/54%，21カ月/29%，14カ月/18%であった。一側合流型でカテーテルフリー症例のうち，術前水腎のない10例中4例に術後水腎を認めた。一側合流型でカテーテル再挿入が必要となった時期は中央値1カ月で10カ月以後にカテーテル再挿入を行った症例は無かった。5年以上の長期カテーテルフリー症例は3例であった。[結語] チューブレス尿管皮膚瘻には慎重な症例選択と皮弁を用いたストーマ形成法が必要と考えられた。

機能性上皮小体腫瘍の1例：時実孝至，高寺博史，宮永武章，寺川知良（八尾徳洲会） 1997年9月，左尿管結石のESWLを行った30歳，女性。血清Ca 11.3 mg/dl, intact-PTH 100.0 pg/ml, %TRP は66.7%で，画像診断上，左上腺の上皮小体腫瘍を認め，原発性上皮小体機能亢進症の診断のもとに，腫瘍摘除術を行った。術後，機能亢進症は治癒し結石の再発もみない。摘出標本は4.1×2.0×1.5 cm, 7.8 g の嚢胞で，病理組織診断は好酸性の腺腫，3 ml の粘稠な内容物の intact-PTH は 929 pg/ml であった。本症例は，機能性上皮小体嚢胞の本邦40例目と考える。

生体腎移植術後（血液型マイナーミスマッチ）に自己免疫性溶血性貧血をきたした1例：塚崎秀樹，賀本敏行，奥野 博，岡田卓也，算善行，寺地敏郎（京都大学） 24歳A(+)型，男性。1998年1月，母親45歳O(+)型ドナーとするABO血液型不一致生体腎移植術施行。移植直後より良好な経過であったが，術後13日目よりT-Bilが上昇し，術後16日目には3.4 mg/dlとなった。また，術後14日目Ht 27.2%であったが17日目には18.0%と急激な低下をきたした。患者血清中にドナーリンパ球由来の抗A抗体を認めたため，腎移植後に発生した自己免疫性溶血性貧血(AIHA)と診断し，O型赤血球を4単位輸血した。その後，貧血が進行する所見なく腎機能も良好に保たれた。今回の症例が腎移植後に発生したAIHAの49例目の報告であり，タクロリムス使用例では第1例目の報告である。

特異な経過をとった造影剤アレルギーの1例：小田昌良，森直樹，垣本健一，原 恒男，小出卓生（大阪厚生年金） 23歳，女性。反復する腎盂腎炎の精査のため施行したDIPで，造影剤点滴終了20分後に，著しい呼吸困難喉頭浮腫による窒息をおこし，ショック状態となる。ステロイド投与などにより症状は消失するも，その後も，6回呼吸困難，痙攣などの症状が出現した。発症後72時間以降は，症状出現せず，発症より8日目に退院となった。即時型の造影剤アレルギーと考えられるが，きわめて重篤な喉頭浮腫による窒息がおこったという重症度に比し，症状発現までの時間が，造影剤投与終了より20分とやや長いこと，ステロイド投与などにより症状は一時的には消失するも，症状の反復がみられること，造影剤投与後48時間を越えた後も症状発現していることなどより，特異な経過をとった症例と思われる。

尿管進展をきたした外陰部ペーজেット病の1例：西畑雅也，柏木秀夫（和歌山医大） 75歳，男性。1995年頃より外陰部皮膚の発赤，肥厚，湿潤を自覚した。1997年9月当院皮膚科に受診し，外陰部Paget病と診断され，外陰部，陰囊，陰茎皮膚切除，同植皮術施行した。術後，切除標本の亀頭側皮膚断端よりPaget細胞を認めたため，亀頭および尿道への浸潤が疑われ，当科に紹介された。生検の結果，Paget細胞は亀頭を含め外尿道口から1 cmの部位まで尿道への進展が確認されたため，陰茎部分切除術を施行した。外陰部Paget病は男性では亀頭，外尿道口を通して尿道粘膜に進展するが，その構造上，女性に比べると浸潤しがたく，その報告は稀である。本症例では摘除標本より，Paget細胞は外尿道口より1 cm 部位の尿道粘膜まで進展していたものの，切除断端にはPaget細胞は存在せず，根治術が行われたものと考えた。

女性外陰部に発生した線維腫の1例：中川雅之，川喜田睦司，松田公志（関西医大），四方伸明（同第1病理） 78歳，女性。既往として57歳時子宮癌（手術＋放射線），8年前より外陰部腫瘍に気付いていたが放置。両側小陰唇を中心に3.6×3.2 cmの腫瘍を認め切除。病理診断は線維腫であった。

膀胱尿管移行部狭窄に Multicystic kidney を合併した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2歳の男児。発熱にて1997年12月より近医受診するも症状改善せず，当院小児科紹介受診した。CT，DIPにて発熱は水腎症，尿管に感染を起こしたためと考え，まず恥骨上でドレーンを留置した。これにより解熱したが腎機能が回復しなかったため尿管全摘術施行した。この摘出標本にて Multicystic dysplastic kidney の合併を認められた。

Schinz-Giedion 症候群の1例：峠 弘，渡辺俊幸，藤永卓治（和歌山労災）
症例は現在14カ月の女児。同胞3名中第3子で第2子の男児は18トリソミーで死亡している。血縁結婚はない。在胎39週2日，予定帝王切開で出生し，出生体重3,178gである。出生時より心雑音を聴取し，生後1カ月で哺乳不良を示すことから当院小児科を受診した。突出した額，顔面中部低形成，上向きの鼻，耳介低位を示す特有の顔貌では，脳波検査では多焦点性癲癇発射を示した。また心室中隔欠損症，両側水腎症を認め，聴覚脳幹反応は反応不良であった。以上の所見から Schinz-Giedion 症候群と診断され，水腎症の精査・加療目的で当科紹介となった。IVPでは右水腎尿管症，左腎は描出不能で，VCGではVURは認めなかった。生後3カ月時に左尿管膀胱新吻合術を施行した。水腎症の原因は尿管膀胱移行部狭窄であった。

尿管ポリープが原因と思われる間欠性水腎症をきたした3症例：森本康裕，島田憲次，細川尚三，東田 章（大阪母子医療セ）
症例は4歳から5歳7カ月の男児3例で，臨床症状（腹痛，血尿）と有症時の腎盂拡張から間欠性水腎症と診断されたが，尿管ポリープは術前には診断できなかった。患側は全症例で左側で，腎盂形成術が施行された。術中所見では腎盂尿管移行部に尿管ポリープが見られ，特に症例3では次異常血管の併存がみられ，異常血管の圧迫による2次のポリープの発生の可能性が示唆された。尿管ポリープを念頭において水腎症の病因を考える必要があり，特に症例3の如く，通過障害の機序が単一とは限らない点を述べた。

呼吸障害，哺乳障害をきたした新生児巨大水腎症の1例：東田章，島田憲次，細川尚三，森本康裕（大阪母子医療セ）
症例は男児。在胎28週時エコーで右巨大水腎症を指摘され，37週に母体適応および腹囲増大のため帝王切開。出生直後に呼吸障害をきたし人工呼吸管理を要した。抜管後に哺乳障害もきたし，生後2日目に経皮的右腎瘻造設術，25日目に右腎盂形成術を施行した。術後経過は良好である。先天性水腎症のうち手術適応となる症例は原則的には前もって腎瘻を留置せずに，1期的に腎盂形成術が可能であるが，本症例のように新生児期に圧迫症状による呼吸障害を起こす症例も稀に存在する。

起立不能を主訴として発見されたVURの1例：松本成史，杉本賢治，原 靖，江左篤宣，松浦 健（大阪通信）
起立・歩行不能を主訴として発見されたVURの1例を経験したので，その経過を報告する。6歳，男児。尿路感染症の既往あり。起立不能，右股関節痛を主訴として近医受診。抗生剤投与後，当院整形外科・小児科紹介。腹部MRIにて，右腸腰筋の腫大と右水腎症を認めたため，当科紹介となった。腹部超音波検査にて右軽度水腎症を認めた。IVPにて右軽度水腎症と右腎杯の鈍化を認め，VCGにて右VUR (grade III) が発見されたため，両側尿管膀胱新吻合術を施行した。本症例はVURによる腎盂腎炎により腎周囲膿瘍をきたし，腸腰筋膿瘍を併発したため起立・歩行不能となったと考えられ，その経過はきわめて珍しい症例と思われた。

G-CSF 産生巨大膀胱癌の2例：木南正樹，源吉顕治（済生会兵庫），田中浩之（神戸大）
症例1は血尿を主訴とする63歳，男性，症例2は全身倦怠感を主訴とする73歳，女性，共にCT，MRIなどの画像診断にて膀胱内の巨大腫瘍病変が疑われ，生検を施行したところ移行上皮癌 (G3) であった。白血球数は症例1では74,300/mm³，症例2では45,300/mm³と著明な増加を認め，白血球分画は分葉核球が80%以上を占め，左方移動は認めなかった。血清G-CSF値は症例1では73pg/ml，症例2では200pg/mlと高値を示した。さらに腫瘍組織の抗G-CSF染色を施行し共に陽性であったことより，G-CSF産生膀胱癌と診断した。自験例2例は根治的治療は行えず3カ月以内に死亡し予後不良であった。

G-CSF 産生膀胱肉腫様癌の1例：山本博文，小野義春，結縁敬治，武中 篤，藤井昭男（兵庫成人病セ），木崎智彦（同病理），龍見昇，龍見 明（龍見泌尿器科）
56歳，男性。1997年8月頃より，肉眼的血尿出現し，近医受診，膀胱腫瘍と診断され，1997年9月27日膀胱全摘術施行された。手術2カ月後，左下肢痛と尿道からの膿瘍出現し，末梢白血球75,100/mm³と高値を示し，再発の疑いにて，当科紹介入院となった。CTにて，左骨盤腔内に占拠性病変認め，穿刺細胞診にてclass V認め再発と診断した。病理にて，表層はTCC (G3) で覆われており，深層では，spindle cell が錯綜，増殖していた。spindle cell は，EMA，ビメンチンにて陽性で，上皮由来と考え，肉腫様癌と診断した。また，血中G-CSF 124pg/mlと高値であり，末梢白血球は，131,000/mm³まで上昇した。G-CSF免疫染色で陽性を示し，G-CSF産生膀胱肉腫様癌と考えた。急速に悪化し1カ月後死亡。

膀胱憩室内に発生した癌肉腫の1例：原 章二，山崎隆文，宮崎茂典，原 勲，藤沢正人，郷岡和男，岡田 弘，荒川創一，守貞貞夫（神戸大），埴岡啓介（同病理部）
71歳，男性。当院内科にて糖尿病の通院治療中，1998年1月より肉眼的血尿を認め，当科を受診，種々の検査にて膀胱憩室内腫瘍と診断。1998年3月5日，骨盤内リンパ節郭清術および膀胱憩室を含めた膀胱部分切除術を行った。憩室は2つ認められ，憩室A内は移行上皮癌 (CIS, grade 3) と，平滑筋肉腫が認められ，膀胱憩室B内には移行上皮癌 (CIS, grade 3) と，扁平上皮癌 (CIS) と平滑筋肉腫を認めた。特殊染色の結果，膀胱憩室内癌肉腫と診断された。術後経過は良好で，4カ月を経た現在，再発兆候なく外来にて経過観察中である。膀胱憩室内癌肉腫の報告は自験例を含め本邦で4例であった。

膀胱原発印環細胞癌の1例：辻 功，篠崎雅史，伊藤 登（社保神戸中央）
70歳，女性。1998年10月16日，無症候性肉眼的血尿が出現。膀胱鏡にて頂部に広基性非乳頭状腫瘍を認めた。尿細胞診はclass IIであった。画像上，膀胱頂部やや右に径1.5cmの腫瘍を認め，筋層浸潤が疑われた。リンパ節の腫大，尿管管遺残は認めなかった。経尿道的膀胱腫瘍生検を行ったところ病理診断は印環細胞癌であった。膀胱内に腫瘍以外に濾胞性膀胱炎の所見を多数認めた。転移性腫瘍も疑い，全身検索したが他部位に異常を認めなかった。11月25日，全麻下に膀胱部分切除術を行った。術中，尿管管遺残組織を認めなかった。病理所見上，粘膜中心の発生であり，膀胱原発印環細胞癌と診断した。筋層浸潤を認めた。術後CDDP/UFT療法1コース後，UFT 600mg/日の内服中で術後7カ月現在，再発の兆候を認めていない。

膀胱悪性線維性組織球腫の1例：川上 隆，明山達哉，大山信雄，末盛 毅，平松 侃（日生），清水一宏，田畑尚一（五条）
患者は既往歴に子宮外妊娠，胆石がある79歳の女性。1996年3月8日，凝血塊を伴う肉眼的血尿にて近医泌尿器科を受診。膀胱腫瘍の診断にて3月22日治療目的に当科紹介受診となった。精査の結果，膀胱後壁左側より内腔に突出する腫瘍を認め，4月3日TUR-Bt，4月17日膀胱部分切除術を施行した。病理診断ではHE染色にてstoriform patternが見られ，免疫染色の結果と合わせて悪性線維性組織球腫 (MFH) storiform-pleomorphic type と診断した。術後，補助療法は年齢，腎機能異常が見られたことにより施行せず経過観察のみとした。術後26カ月を経過し再発の兆候は認めていない。膀胱に発生したMFHは文献上本邦6例目であった。

膀胱腫瘍に対する尿中BFPの有用性について：今村正明，井上幸治，恵 謙，西村昌則，大森孝平，西村一男（大阪赤十字）
尿中basic fetoprotein (以下BFP) の膀胱腫瘍に対する有用性について検討した。対象患者は1998年1月以降の膀胱癌10例，良性疾患6例（尿路結石4例，膀胱炎2例），尿路上皮癌術後で再発を認めない17例。同時に，尿検査，尿細胞診も施行，尿細胞診はclass IV以上を陽性とした。膀胱癌での陽性率は7例 (70%) で尿細胞診の6例 (60%) を上回った。良性疾患では4例 (67%) で，そのうち3例では膿尿が，偽陽性の原因と考えられた。尿路上皮癌術後の17例中尿路変向を施行していない13例では，尿中BFPはすべて陰性であったが，尿細胞診は2例 (15%) で陽性であり，偽陽性の可能性も考えられた。今後，尿中BFPに対して，尿細胞診の補助診断，そして術後再発の指標の2点の有用性について，さらなる症例を加え，検討を重ねる予定

(大阪大), 左近賢人, 川崎富夫 (同第二外科) 31歳, 男性. 1996年11月右陰囊内容の腫大を自覚し, 近医受診し右精巣腫瘍の診断にて右高位精巣摘除術施行した. 病理診断は奇形癌であった. 画像検査にて肺転移, 後腹膜リンパ節転移, 下大静脈内腫瘍塞栓を認め, 当科入院し, stage III B2 の診断のもと, 1996年11月より化学療法合計8コースを施行した. 1997年12月神経温存後腹膜リンパ節郭清術および下大静脈内腫瘍塞栓摘出術施行し, 腫瘍塞栓は腰静脈より下大静脈内へ流入していることを確認した. さらに1998年1月胸腔鏡下肺部分切除術を施行した. 病理組織は腫瘍塞栓を含めて全て壊死組織であった. 術後経過順調で同年2月略退院となり, 射精機能温存され, 術後半年を経過し, 腫瘍の再発は認めていない.

性腺外胚細胞腫瘍 (胎児性癌) 治療後3年目に発生した精巣腫瘍 (セミノーマ) の1例: 細木 茂, 目黒則男, 前田 修, 木内利明, 黒田昌男, 宇佐美道之, 古武敏彦 (大阪成人病セ) 35歳, 男性. 主訴は左陰囊内腫瘍. 家族歴に特記事項なし. 1994年8月後腹膜腫瘍生検を受け, 胚細胞腫瘍と診断された. PEB療法を4クール施行され, 残存組織内に, 癌細胞が認められなかったため, 3年間経過観察. 1998年1月左陰囊内腫瘍を自覚し, 精巣腫瘍が疑われたため再入院. 超音波検査で左精巣内に, 2×2cm の低エコー領域が認められた. 2月13日高位精巣摘除術施行, 病期はpT2N0M0. 後腹膜腫瘍と免疫組織染色で比較すると, HCG, PLAP, p53 に対する抗体の反応性が異なっていた. 後腹膜腫瘍の治療時に両側の精巣生検は行っていないが, 超音波検査およびMRIで, 微小腫瘍や石灰化は認められなかったため, 転移の可能性は低い. 術後4カ月間再発なく生存中である.

核出術を行った精巣 Epidermoid cyst の1例: 山崎俊成, 岡本圭生, 松井喜之, 羽淵友則, 寺井章人, 寛 善行, 寺地敏郎 (京都大) 23歳, 男性. 主訴は右精巣内腫瘍触知. 1998年2月当科受診し, 触診で右精巣内に小指頭大で圧痛のない表面平滑な硬い腫瘍を認めた. 超音波断層検査では, 壁は一部高エコーレベル, 内部は全体に低エコーレベルな境界明瞭な腫瘍を認め, カラードプラ超音波断層検査では腫瘍内部に血流は認められなかった. 精巣腫瘍マーカーは正常. 以上より, 精巣 epidermoid cyst を疑い, 嚢核出術施行した. 精索を rubber clamp し血流遮断後, 嚢核を核出した. 迅速病理診断で角化物質のみを認め, 悪性所見はなく, 精巣を温存した. 病理診断は精巣 epidermoid cyst であった. 術後経過は良好で, 温存した精巣に萎縮所見は認められなかった. 本症例では術前診断にカラードプラ超音波断層検査も有用であった.

新生児期に発生した陰囊内血腫の1例: 池田浩樹, 片岡 晃, 曾我弘樹, 朴 勺, 岡田裕作 (滋賀医大), 成田充弘 (社保滋賀) 生後8日, 男児. 1997年12月18日出生, 12月25日右陰囊部の腫脹および硬結を認めた. エコーでは, 右精巣の鞘膜に isoechoic な腫瘍が見られ, 鞘膜腔内には液体の貯留とみられる low echoic な部位が認められた. 左精巣に異常は認められなかった. 精巣捻転を疑って翌日緊急に手術を行った. 精巣および精索上体の大きさや色調は正常だが, 精巣の鞘膜は肥厚し, 血腫を形成していた. 鞘膜腔と腹腔との交通性は認められなかった. 病理標本では, 線維芽細胞を多数含んだ血管増生を伴う炎症性の組織であった. 腫瘍性の細胞は認められなかった. 陰囊内血腫の原因として, 副腎および腹腔内出血などがあるが, 本症例ではそれらを示唆する所見がなく, 特発性と考えられた.

陰囊内平滑筋腫の1例: 南マリサ, 井上 亘, 内田 睦, 村田庄平 (松下記念) 62歳, 男性. 約25年前より左陰囊内に小豆大の無痛性腫瘍を自覚していたが放置. 腫瘍は徐々に増大し5cm 大となったため当科受診. 受診時, 左陰囊内に透光性のない鶏卵大・弾性硬の腫瘍を触知した. 血液・生化学検査, AFP・HCG-β などの腫瘍マーカーはいずれも正常であった. USにて陰囊内に充実性腫瘍を認め, 精巣腫瘍を疑い, 左高位精巣摘除術を施行した. 摘出した腫瘍は大きさが6×4×4cm, 重量が55gで精巣・精索上体・精索・肉様膜とは境界明瞭であった. 発生部位と病理診断より総鞘膜由来の平滑筋腫と考えられた. 術後7カ月現在, 経過は良好で再発は認めていない. 一般に陰囊内腫瘍とは Lowry らの定義により, 精巣・精索上体・精索以外で肉様膜から固有鞘膜外膜までの間に発生する腫瘍を指し, 稀な疾患である. 陰囊内平滑筋腫は文献上本邦では25例目であった.

陰囊内平滑筋腫の1例: 金川賢司, 伊藤哲二, 南 英利, 阪倉民浩, 川村正喜 (PL) 症例は57歳, 男性. 本人を含めて兄弟5人中3人が球脊髄性筋萎縮症と診断されている. 1997年12月, 約3年前より認めていた左陰囊内容の腫脹を主訴に当院受診. 当日行われたMRIにて, 充実性腫瘍が疑われたため, 当日入院. 翌日, 左精巣腫瘍の診断のもとに全身麻酔下, 左高位除衆術施行. 摘出標本は, 16.0×9.5×9.0cm で, 精索を含めて550gで, 剖面は唐草模様乳白色で腫瘍塊の腹側上方に, 精巣, 精索上体を認め, これらは圧排され変形していたが, 異常所見は認めなかった. 病理診断は, その細胞異型からは悪性も否定し難かったが, 周囲組織への浸潤が認められなかったため, 平滑筋腫と診断された. 術後約6カ月を経過し, 局所再発, 転移を認めていない. 精巣, 精索上体, 精索からではなく, 陰囊より発生する陰囊内腫瘍は稀であり, 本邦では文献上10数例しか報告されていない.

陰囊内に限局した原発性アミロイドーシスの1例: 中内博夫, 山尾裕, 内藤泰行, 浦野俊一, 西田雅也, 南口尚紀, 野本剛史, 沖原宏治, 浮村 理, 小島宗門 (京府医大) 77歳, 男性. 1997年1月頃より左精索腫瘍を自覚. 増大傾向を認めたため, 同年9月に当科を受診した. 受診時, 左精索に直径35mm および10mm の弾性硬の圧痛を伴う腫瘍を触知した. 血液一般, 生化学検査では異常は見られず, 画像診断では特異的な所見は認められなかった. 1998年1月, 左精索腫瘍との診断のもと, 左高位精巣摘除術を施行した. 病理組織学的検討では, 精索とその周囲軟組織にAA アミロイドの沈着が認められた. 全身検索を行った結果, 精索限局性の原発性AA アミロイドーシスと確定診断した. 文献上, 精索限局性の原発性アミロイドーシスは稀である. また, 限局性結節性アミロイドーシスでは一般的に入型AL アミロイドが沈着し, AA アミロイドが沈着することは稀である.

会陰陰囊部に発生した Mondor 病の1例: 本多正人, 新井浩樹, 松岡 徹, 佐藤英一, 三浦秀信, 藤岡秀樹 (大阪警察) 52歳, 男性. 会陰から陰囊にかけての約8cm の有痛性の数珠玉状索状硬結を4カ月前から自覚するようになり当科を受診した. 末梢血, 血液生化学, 止血機能, 検尿所見のいずれにも異常所見は認められず. 索状硬結にたいする切除術を施行した. 病理組織学的には血栓性静脈炎の所見であり Mondor 病と考えられた. 陰茎陰囊部に発生した Mondor 病の本邦報告例15例を集計した. 組織学的に本症と硬化性リンパ管炎との鑑別診断の困難さが指摘されているが自験例も含めた16例中, 尿管が静脈と確定できた症例は8例であった. 治療は自験例も含めて12例に切除術が施行されているが, 本症の病態からすれば保存的治療が良いと考える.

Salmonella enterica による陰囊皮下膿瘍, 前立腺膿瘍の1例: 任幹夫, 山田龍一, 若月 晶 (近畿中央) 43歳, 男性. 既往歴として, 18年前より糖尿病, 5年前に精巣生検. 1997年10月中旬より尿路感染症状あり, 他医にて抗菌剤の投与を受けた. 尿路感染症状は軽快するも左陰囊の腫脹, 疼痛出現. 11月25日当科初診. 12月9日腰椎麻酔下に膿瘍切除術を施行. 術後, 尿路感染の精査中, 経直腸超音波検査にて, 前立腺膿瘍指摘. 超音波ガイド下に経会陰的膿瘍穿刺, 排膿を行った. 膿瘍の培養より, いずれも非チフス性の Salmonella enterica が検出された. その後の, 陰囊皮下創部のドレーン先端培養, 前立腺膿瘍部の再穿刺液培養は陰性であった. 7カ月経過した現在再発は認めていない. Salmonella 感染による, 陰囊皮下膿瘍, 前立腺膿瘍の合併例は, 文献上1例も報告されていない.

Plication 法により矯正した先天性陰茎彎曲症の1例: 伊藤 聡, 藤井孝祐, 吉田直正, 岩井謙仁 (和泉市立) 15歳, 男性. 小学校高学年頃からの陰茎の彎曲を指摘され来院. 家族歴, 既往歴に特記事項なし. 非勃起時陰茎は, ほぼ中央で腹側に約60度および左側にも若干彎曲していた. 外尿道口は龟头先端に開口し, 陰茎皮膚, 尿道・陰茎海綿体に索状物, 硬結などの異常を認めず. 血液・尿・X線検査に異常を認めず. 先天性陰茎彎曲症と診断し, 全身麻酔下に plication 法による矯正を行った. 冠状溝より陰茎根部まで Buck 筋膜を露出し, さらに彎曲部凸側では白膜を露出した. 3-0 パイクリルを用い, 左白膜上に7カ所, 右白膜上に4カ所の plication を加え彎曲を矯正した. 術後のリビドー抑制は行わなかった. また感覚異常, インポテンツ, 再出血などの合併症も認めなかった. 術後11カ月の時点でも再発

の訴えはなく、経過良好である。

特発性陰茎持続勃起症の1例：新井浩樹，山中幹基，古賀 実，辻村 晃，北村雅哉，三木恒治，奥山明彦（大阪大） 58歳，男性。主訴は陰茎痛。半年前より数日間の勃起の持続と自然消退を繰り返していたが，勃起の持続が1週間におよび有痛性となったため，1998年3月3日当科受診した。初診時，陰茎・陰囊は暗赤色に腫脹し，陰茎根部に硬結を触知した。外傷の既往，薬剤の投与，血液疾患などの異常を認めないため，特発性陰茎持続勃起症と診断した。保存的治療が無効であったため，Winter法を施行し，陰茎海綿体・尿道海綿体間にシャントを形成した。同時に採取した陰茎海綿体組織に悪性所見は認めなかった。術後3カ月を経過し，再発およびポテンシーの回復をとともに認めていない。陰茎持続勃起症は，血流動態により，静脈閉塞型と流入過剰型に分けられる。自験例は術前の陰茎海綿体造影の所見より，静脈閉塞型と診断された。

大腸癌の転移性陰茎亀頭部腫瘍の1例：九嶋麻優美，上仁数義，小泉修一（宇治徳洲会），遠藤 清（同外科） 67歳，男性。1997年7月盲腸癌のリンパ節，肝，肺転移の診断にて，回盲部切除術施行。同年10月，陰茎亀頭部の無痛性硬結に気づき増大傾向を認めたため当科を紹介された。陰茎腹側の冠状溝から亀頭にかけ，一部潰瘍を伴う直径1.5cmの板状硬な腫瘍を認めた。排尿障害，血尿は認めなかった。MRIでT1強調画像でやや高信号，T2強調画像でやや低信号を示す境界不明瞭な腫瘍であった。生検の結果，腺癌で盲腸を原発巣とする転移性腫瘍と診断。硬結は徐々に増大し，患者の強い希望もあり，12月11日陰茎部分切除術施行。腫瘍は亀頭部尿道海綿体に存在し尿道には浸潤を認めなかった。その後肝不全が進行し12月28日死亡した。本例は本邦での転移性陰茎腫瘍の104例目にあたり，盲腸を原発巣としたものでは第1例目である。尿道海綿体への転移は少なく，動脈性の転移経路が考えられた。

男子前部尿道憩室の1例：井原英有（いはらクリニック） 23歳，男性。主訴は陰茎腫瘍。13歳頃から陰茎左腹側冠状溝の皮下に無痛性腫瘍（径1.5cm）を認め，圧迫により外尿道口から白色粘濁液が少量出た。20歳時に包茎に対し環状切除術を受けた際，切除を希望したが受け入れられなかった。腫瘍は白色調で弾性軟，皮膚との癒着なし。尿道造影で外尿道口から約2cmのところまで腫瘍内へ造影剤が流入し，内視鏡で小さな開口部（尿道4時付近）を認めた。包皮内板と外板の境界部を約2cm切開し，腫瘍を切除した。尿道内腔との交通部を吸収糸で縫合閉鎖し，創を3層に閉じた。摘除標本の内腔は重層扁平上皮で覆われ，外側は細胞浸潤の少ない線維性結合織からなり，嚢胞壁に海綿体や平滑筋あるいは分泌腺は認められなかった。内容物の細菌培養は陰性であった。創の治療は良好で瘻孔形成はなかった。

リッター腺由来の憩室と推測した。

原発性女子尿道癌の1例：右梅貴信，東 治人，岩本勇作，山本員久，坂元 武，瀬川直樹，能見勇人，上田陽彦，勝岡洋治（大阪医大） 症例は51歳，女性。排尿困難および排尿時痛を主訴に近医を受診し超音波検査で尿道周囲に約3.7×3.6cmの腫瘍を指摘され，精査加療目的で当科入院。尿細胞診でTCCを認め，腫瘍マーカーに異常認めず。腫瘍は経陰エコーで内部不均一な比較的hyperechoic，造影骨盤CTではhighdensity，MRIではT1強調画像で低信号，T2強調画像で高信号を呈していた。また骨盤部CTでは左内腸骨リンパ節の腫大を認めGrabstaldの病期分類stage D2の診断のもとdown staging目的で血液透析を併用した動注療法（MTX，ADM，VCR，CPM，BLM）を施行した。1クール施行後画像診断上腫瘍の縮小（25%），リンパ節転位の消失を認め，1998年2月骨盤内臓器全摘除術+回腸導管造設術+骨盤内リンパ節郭清を施行し現在再発転移を認めていない。

S状結腸癌の尿道再発の1例：吉村耕治，吉田浩士，河瀬紀夫，瀧洋二（公立豊岡），金子 巖（同外科） 60歳，男性。1996年2月，膀胱後壁に浸潤を伴うS状結腸癌（中分化腺癌，病期Ⅲa）にて低位前方切除，膀胱前立腺全摘除，回腸導管造設術を当院外科と泌尿器科の共同で施行したが，術前の前立腺尿道生検で異常を認めなかったため前部～球部尿道は摘除しなかった。同年7月，外尿道口から血性分泌液を認めるも当時の尿道鏡検査では特に異常を認めなかった。1998年1月再度尿道鏡検査にて，球部尿道に乳頭状腫瘍を認め入院。経尿道的腫瘍生検にてS状結腸癌と同様の腺癌を認め，他に転移を認めなかったため同年2月19日経腹および経会陰的アプローチにより残存尿道摘除術を施行，術後4カ月の現在癌なし生存中である。大腸癌の尿道転移はきわめて稀で文献上3例目，残存尿道への再発は初めての報告だと思われる。

神戸大学医学部附属病院泌尿器科における外来統計（1995～1997）：堅田明浩，玉田 博，米本洋次，松井 隆，宮崎茂典，原 勲，藤澤正人，郷司和男，岡田 弘，荒川創一，守殿貞夫（神戸大）当科における1995年から1997年までの外来統計を行ったので報告した。3年間の外来患者総数は4,381名（男性3,228名，女性1,153名）で，年齢分布は男注では30歳代，女性では50歳代が最も多かった。臓器別患者頻度は，腎・尿管が21.8%と最も多く，以下，膀胱，陰囊内容，前立腺の順であった。疾患群別患者頻度では，尿路器腫瘍が23.8%と最も多く，以下，男性不妊，尿路器感染症，神経因性膀胱，尿路結石症の順であった。疾患別患者頻度では，前立腺肥大症が最も多く，以下，乏精子症，神経因性膀胱の順であった。