

学会抄録

第209回日本泌尿器科学会関西地方会

(2009年12月5日(土), 於 京都府立医科大学)

肺塞栓を発症し救命しえた, 下大静脈腫瘍血栓を伴う腎癌の1例: 松崎恭介, 武田 健, 吉田栄宏, 新井康之, 垣本健一, 小野 豊, 西村和郎, 宇佐美道之(大阪成人病セ), 高見 宏, 平石泰三(同心臓血管外科) 66歳, 男性. 2009年5月微熱と体重減少あり. 7月に近医にて多発肺転移, 下大静脈内腫瘍血栓(大静脈分岐部より肝静脈下レベル)を伴う右腎細胞癌 cT3bN0M1 と診断され, 手術目的で当科入院. 根治的腎摘除術を予定していたが, 手術予定日の4日前, 病棟歩行中に突然の胸痛, 呼吸困難感が出現. 造影CTにて両側肺動脈に腫瘍血栓による塞栓を認め, 右心房内には腫瘍血栓が浮遊していた. 緊急で肺動脈および右心房内腫瘍血栓除去術を施行. その10日後, 根治的右腎摘除術ならびに下大静脈内腫瘍血栓除去術を施行. 病理組織は clear cell carcinoma, G2 であった. 術後, 肺転移に対しインターフェロン治療施行し, 術後3カ月現在生存中である.

下大静脈腫瘍塞栓を伴った右腎癌の1例: 片山欽三, 林 哲也, 藤原宏一, 松岡 徹, 藤本宜正, 小出卓生(大阪厚生年金), 山崎芳郎(同外科), 藤井弘通, 笹子佳門(同心臓血管外科) 症例は58歳, 男性. 主訴は右側腹部痛. 近医より右腎腫瘍を指摘され紹介受診. 現症, 血液検査ともに特記すべきことなし. 画像検査で右腎癌および下大静脈の肝静脈流入部直下まで進展する腫瘍塞栓を認めた. 明らかな遠隔転移像は認めず cT3bN0M0 stage III と診断した. 心臓血管外科, 外科と協議の上, 体外循環下(静脈-静脈バイパス)に右腎摘除術および下大静脈腫瘍塞栓摘除術を施行した. 手術時間は5時間45分, 体外循環時間は21分で, 出血量は2,000 ml であった. 病理学的所見は, 淡明細胞癌, pT3bN0 であった. 術後経過は良好で第20病日に退院となり, 術後1年間再発・転移は認めていない. 下大静脈腫瘍塞栓を伴った腎癌について若干の文献的考察を加え報告する.

腎細胞癌と併発したサルコイドーシスの1例: 岡所広祐, 村上 薫, 千菊敦士, 澤田篤郎, 柴崎昇, 奥村和弘(天理よろづ) 70歳, 男性. 既往歴: 肺サルコイドーシス. 2007年3月肉眼的血尿で近医受診. 膀胱癌に対してTUR-BTを施行. その後のCTで左腎腫瘍と腹腔内多発リンパ節腫大を認めたため当院紹介. 腎腫瘍は腹側に突出する3cm大の腫瘍. 可溶性IL-2レセプターが1,022と高値を示しており, PETでは頸部, 腋下, 縦隔, 肝門部, 腹腔内など頸部から腹部に及ぶ多数の集積を認めた. サルコイドーシスと悪性リンパ腫の鑑別が必要な所見であった. 腹腔鏡下に腎部分切除術および傍大動脈リンパ節生検を一期的に行った. 病理ではリンパ節内に非乾酪性類上皮細胞肉芽腫を認め, 乳頭状腎細胞癌とサルコイドーシスの併発であった.

透析患者における両側同時性腎癌の1例: 福田聡子, 岡田宣之, 野間雅倫, 塩塚洋一, 辻川浩三, 中森 繁(東大阪市立総合), 山内周(同病理) [症例] 72歳, 男性. [経過] 糖尿病性腎不全のため1997年透析導入となった. 2009年のフォローの超音波検査にて両側腎嚢胞内に腫瘍を疑い, CT, MRIを施行し腎癌を疑ったため当科受診となった. 両側腎癌と診断しハンドアシスト腹腔鏡下両側腎摘除術を施行. 病理結果は両側ともRenal cell carcinomaであった. 術後経過良好で6カ月経過した現在再発は認めていない. [まとめ] 透析患者の両側同時発生腎癌に対しハンドアシスト腹腔鏡下両側腎摘除を行い良好な結果を得た.

スニチニブ投与により気管内腫瘍の咯出をみた左腎癌の1例: 萩原暢久, 藤井秀岳, 森田壮平, 阿部弘一, 稲葉光彦, 中ノ内恒如, 納谷佳男(京都第一赤十字) 67歳, 男性. 他院にて2004年2月に左腎癌に対し腎摘出術施行. 2006年5月, 肺転移に対する加療目的に当科紹介受診. 以後, 当科外来通院. 2006年5月よりIFN α 300万単位を開始し, 2007年9月左肺下葉切除術施行(淡明細胞癌). 2008年8月に気管支鏡にて気管内転移を認め, 同年9月よりINF α 療法再開. 2009年1月INF α 療法はPDにてソラフェニブ800mg開始. 5月に閉塞

性肺炎を合併したため気管支腫瘍に対し高周波凝固術施行. その後閉塞性肺炎再燃. 6月当科入院しスニチニブ開始. 入院後全身状態悪化した. 気管内腫瘍の咯出により呼吸状態改善し, 腎機能の改善も認められた.

ソラフェニブによる可逆性後頭葉白質脳症(RPLS)の1例: 堤尚史, 仲島義治, 川西博晃, 岩村浩志, 光森健二, 西村一男(大阪赤十字) 57歳, 女性. 2002年に右腎癌に対して摘出術施行(pT2, pV1a, grade 2). 術後補助IFN- α 継続するも肺転移出現. IL-2に変更するも肺転移増大したため2008年8月にソラフェニブ開始. HFSや高血圧などの副作用認め1日量変更して使用. 肺転移はPRで経過. 開始6カ月後, 突然の拍動性頭痛および両眼視力低下を認め当院受診. 受診時, 血圧197/101 mmHg, 両眼とも全盲, その他神経所見, 採血など明らかな異常は認めなかった. 頭部MRIにて小脳にT2WIやFLAIRで高信号, 脳血流シンチにて小脳から後頭葉にかけて血流増加を認めた. ソラフェニブ内服中止. 血圧コントロールにて2日後には視力完全回復した. このような臨床経過から可逆性後頭葉白質脳症と診断.

維持透析患者に発生したACDKに伴うRenal cell adenomaの1例: 牧野哲也, 浅井利大, 出口隆司, 葉山琢磨, 石井啓一, 上川禎則, 金 卓, 坂本 亘, 杉本俊門(大阪市立総合医療セ) 62歳, 男性. 48歳時, 慢性腎不全にて血液透析導入. 2009年, 腹部エコー検査にて, 左腎嚢胞壁に存在する1.5cm大の腫瘍を認め, 造影CTでも同部位に腫瘍を認め, 造影早期相, 後期相ともに濃染された. 術前臨床病期診断は左腎細胞癌T1aN0M0で, 左腎摘除術を施行した. 摘出標本肉眼所見は, 大小多数の嚢胞を認め, 4cm大の嚢胞壁内側に存在する1.5x1cm大の黄色の腫瘍を認めた. 組織学的には, 腫瘍は, 嚢胞壁に腫大した核や明るい胞体を有する異型細胞が認められ, 内腔に向かい乳頭状に増生し, ACDKに伴うrenal adenomaの所見であった. 画像検査上, 腎細胞癌との鑑別は困難なことが多く, 本症例も腎細胞癌を疑い腎摘除術を行った. 維持透析患者にrenal adenomaが発生し, 手術が必要となった症例は, 本症例が本邦初である.

腎杯憩室より発生したと考えられた腎平滑筋腫の1例: 倉橋俊史, 丸山 聡, 田中宏和(加古川医療セ), 田代 敬(同病理) 56歳, 女性. 感冒症状にて近医を受診した際撮影された胸部CTにて右腎上極に3.5x3cmの腫瘍を指摘され当科を紹介受診となる. 右腎上極に嚢胞内腫瘍を認めた. 精査にて嚢胞は尿路と交通を認め, 嚢胞性腎細胞癌あるいは腎杯憩室に発生した腎盂癌と診断した. 後腹膜鏡下右腎尿管全摘術を施行したところ, 病理結果は平滑筋腫であった. 腫瘍は腎杯憩室内に認め, 腎盂粘膜下より発生したと考えられた. 本邦では検索しえた限り45例が報告されている. 平均年齢は47.6歳(19-71歳). 性別は男性10例, 女性35例で女性が78%を占める. 女性に多い理由として女性ホルモンが, 腎の平滑筋の核分裂を促進するという報告がある. 平滑筋腫は画像診断上特徴的な所見が少ないことより, 術前に診断するのは困難である.

小児のロタウイルス腸炎に伴う両側尿管結石・腎後性腎不全: 宮崎有, 高橋 彰, 伊藤将彰, 小倉啓司(大津赤十字), 壺井伯彦(同小児科), 小林久人(同放射線) 1歳, 男児. ロタウイルス腸炎に伴う嘔吐・下痢で近医加療中, 第7病日に少量の血尿から以降無尿となり当院受診. 両側尿管結石による腎後性腎不全であった. 腎瘻留置後保存的加療で結石は溶解し全身状態は改善した. 今回, 16例の症例を検討したところ, 共通する特徴として結石の種類が証明できた8例全例で尿酸結石であった. また, 腎不全発症病日が平均7.44日とロタウイルス腸炎の回復期に発症することが分かった. この結果から, 腸炎回復期に尿中に尿酸排泄が増加することが推察される. これを説明する仮説として, 回復期に血中ケトンが低下すると近位尿管にある尿酸トランスポーター(URAT1)からの尿酸再吸収が減少し, 血中に

多く含まれていた尿酸が一気に尿中に排泄される可能性を考えた。

高齢夫婦間生体腎移植の1例：森本和也，内田潤次，北本興市郎，西川徳彰，前田 寛，鎌田良子，長沼俊秀，川嶋秀紀，仲谷達也（大阪市大） 72歳，男性。2005年に糖尿病を指摘され，その後糖尿病性腎症が進行。Pre-emptive な生体腎移植を希望され，2009年9月妻（72歳）をドナーとする生体腎移植目的に入院。入院時血清 Cr 7.42 mg/dl。ドナー左腎を HALS にて摘出し，腎動脈をレシビエントの右内腸骨動脈へ端々吻合した。術中より利尿を確認し，その後血清 Cr は順調に低下した。免疫抑制としては BAS，CyA，MMF，MP の4剤併用とした。術後リンパ漏が遷延したが，現在軽快し，その他重大な合併症認めず近日中退院予定である。

腎盂腎炎との鑑別が困難であった腎動静脈瘻の1例：松田 歩，坂元宏匡，新垣隆一郎，山田 仁（医仁会武田総合） 61歳，女性。発熱，右腰背部痛で救急受診した。体温 38.5°C，血圧 78/42 mmHg，白血球 19,100，CRP 8.21，Cre 1.62。単純 CT で右腎盂拡張・周囲脂肪織濃度上昇を認め，閉塞性腎盂腎炎の診断で尿管カテーテル留置し抗生剤を開始した。翌日より解熱し，炎症反応も改善傾向であったが第6病日に血圧低下と Hb 低下を認め，造影 CT にて右腎盂に異常血管の増生と後腹膜への出血を認め，血管造影を施行した。腎動静脈瘻からの出血と診断し，無水エタノールと micro coil による塞栓術を施行した。術後の CT で塞栓後の梗塞を広く認めたが退院時には Cre 0.73 で改善した。以後4カ月再発なく経過している。初診時に肉眼的血尿がなく，腎盂腎炎症状で発見される腎動静脈瘻は稀であり診断に苦慮した症例であった。

歩行困難を主訴として来院した巨大水腎症の1例：加藤 実，谷本義明，岩井謙仁（和泉市立） 44歳，男性。歩行困難，左大腿部痛を主訴に来院。著明な腹部膨満を認めたため腹部単純 CT を施行し，左巨大水腎症と診断。腎瘻造設術を施行し，約10.1 l の尿の流出を認めた。大腿部痛は速やかに改善し，歩行可能となった。疼痛の原因として左大腿神経の圧迫が考えられた。約3カ月後に水腎症の悪化および腹部緊満感を認めたため，再度腎瘻造設術および逆行性腎盂尿管造設術を施行した。腎瘻からは約6.7 l の尿の流出を認め，腎盂尿管造設に尿管は著明に屈曲・蛇行しており高位付着を認めるものの，明らかな閉塞性病変は認めず，腎盂尿管移行部狭窄症が疑われた。左無機能巨大水腎症に対して後腹膜鏡下腎摘除術を施行した。病理組織学的所見では，腎実質は著明に菲薄化しており，尿管の構造に異常は認めなかった。

禁制型膀胱瘻造設術を施行した外陰部 Paget 病の1例：児玉芳季，佐々木有見子，金川紘司，倉本朋未，森 喬史，藤井令央奈，南方良仁，松村永秀，稲垣 武，根本康夫，原 勲（和歌山医大），中村智之，山本有紀（同皮膚科） 61歳，女性。数年前からの陰部掻痒感を主訴に当院皮膚科を受診。外陰部に広範な白苔を伴う発赤・びらんを認め，同部の生検にて外陰部 Paget 病と診断。切除範囲を決定するために mapping biopsy を行った結果，尿道口部に Paget cell (+) のため当科紹介初診。尿道生検にて浸潤像を認め，根治を目指すためには合併切除が必要と判断。皮膚科と合同で原発巣切除術，ソケイリンパ節郭清術，尿道摘除術，禁制型膀胱瘻造設術，メッシュスキニングラフトを施行。導尿路には自身の膀胱壁の一部を用いた。膀胱を導尿路とする場合，後腹膜腔での手術が可能であり腸管などの他臓器を使用することがないため，合併症が少なく簡便であると考えられる。

急性巨核芽球性白血病を併発した縦隔原発性腺外胚細胞腫の1例：上野彰久，中村晃和，松ヶ角 透，木村泰典，藤原敦子，内藤泰行，河内明宏，三木恒治（京府医大），稲葉 亨（同臨床検査） 症例は27歳，男性。乾性咳嗽を主訴に近医受診。精査にて前縦隔性腺外胚細胞腫であり，化学療法を施行するも CT 上 PD のため当科紹介，当院呼吸器外科にて腫瘍切除術を施行し，奇形腫を含む混合性胚細胞腫であった。第98病日に末梢血中に巨核芽球出現を認め，急速に DIC が進行し第110病日に死亡した。生前骨髓穿刺を行い急性巨核芽球性白血病 (AML M7) と診断。1990年に Nichols らにより縦隔原発性腺外胚細胞腫-血液悪性腫瘍症候群という疾患概念が報告されており，当症例の特徴を検討し，抗癌剤による二次性白血病は否定的で縦隔原発性腺外胚細胞腫-血液悪性腫瘍症候群であると考えられた。

Prostatic stromal hyperplasia with atypia の1例：辰巳佳弘，山田篤，穴井 智，田中宣道，藤本清秀，吉田克法，平尾佳彦（奈良医大），高島健次（たかしまクリニック），島田啓司，小西 登（奈良医大病態病理） 46歳，男性。血精液症を主訴に受診。PSA の上昇を認め，計5回の前立腺針生検を施行。病理結果は stromal hyperplasia with atypia と診断。この間，MRI で前立腺外腺に腫瘤の急激な増大を認めた。前立腺癌ならびに phyllodes tumor との鑑別が困難であったが，患者の同意を得た上で前立腺全摘除術を施行。病理組織所見は，prostatic stromal hyperplasia with atypia であった。術後6カ月で再発を認めず。

EAP 療法が著効した前立腺小細胞癌局所再発の1例：西川昌友，原口貴裕，中野雄造，竹田 雅，三宅秀明，田中一志，武中 篤，藤澤正人（神戸大），川端 岳（関西労災） 76歳，男性。2003年12月恥骨後式前立腺全摘術施行（病理組織学的診断：Adenocarcinoma, gleason 5+5, pT3aN0M0）。LH-RH アナログによるアジュバント療法施行していたが，2007年2月に PSA failure となり，MAB 療法に変更。2008年5月に排尿障害・便秘を認め近医を受診。腹部 CT にて直腸周囲に径8cm 大の腫瘍を認め，経直腸的腫瘍生検を施行。Synapthophysin 染色陽性で小細胞癌と診断され当院紹介受診。EAP 療法を開始し1コース終了後，NSE は基準値以下，画像上も CR となり3コースを追加。さらに局所に放射線外照射を加え，現在再発所見認めず経過良好である。

膀胱転移をきたした左腎細胞癌の1例：和田晃典，前澤卓也，佐野太一，花田英紀，吉田哲也，影山 進，上仁教義，成田充弘，岡本圭生，岡田裕作（滋賀医大） 症例は65歳，男性。主訴は肉眼的血尿。2004年8月に無症候性肉眼的血尿にて近医受診，腹部超音波検査にて左腎腫瘍を指摘され，当科紹介となり，根治的左腎摘除術を施行（clear cell carcinoma, G2>G3, pT2）。2008年に右副腎転移を認め，腹腔鏡下副腎腫瘍摘除術施行し，腎細胞癌の転移と診断。2009年7月に無症候性肉眼的血尿を認め受診，前壁に CT にて造影効果を呈する非乳頭状有茎性腫瘍を認め，また肝腫瘍も認めた。肝腫瘍は腫瘍切除術，膀胱腫瘍は TUR-Bt 施行し，両者共に metastatic renal cell carcinoma であった。腎細胞癌膀胱転移は，本邦33例の報告があり，本症例を加え考察を行う。

回腸代用新膀胱造設術後に新膀胱皮膚瘻を発生し治療に難渋した1例：吉川元清，高田 聡，細川幸成，林 美樹（多根総合），藤本清秀，平尾佳彦（奈良医大） 症例は70歳，男性。浸潤性膀胱癌 (cT3bN0M0) の診断で，膀胱全摘除術および回腸代用新膀胱造設術を施行。術後6日目に創離開し，13日目より離開部からの尿流出を認め。術後25日目の膀胱造影検査にて新膀胱皮膚瘻を確認した。創部の治療および新膀胱に留置しているカテーテルより生理食塩水を注入洗浄する保存的加療にて術後94日目に創離開部からの尿流出は消失した。膀胱全摘および新膀胱造設術後早期の重篤な合併症として，新膀胱皮膚瘻は稀ながら起こりえる。今回，Studer 変法を用いて尿路変更を行ったが，新膀胱皮膚瘻を形成しその治療に難渋した1例を経験したので，若干の文献的考察を加えて報告する。

尿管壁の全周性肥厚を呈した悪性リンパ腫の1例：灰谷崇夫，清水洋祐，大久保和俊，植村佑一，後藤崇之，増田憲彦，小林 恭，井上貴博，渡部 淳，神波大己，吉村耕治，兼松明弘，西山博之，小川修（京都大） 59歳，男性。健診の PET-CT で右水腎症，右尿管壁肥厚，全身性リンパ節腫大を認め当科紹介。尿細胞診陰性，尿管鏡下生検で異型細胞は認めなかった。体腔鏡下リンパ節生検を施行し，病理組織はB細胞性の濾胞性悪性リンパ腫であった。以上より，全身性の悪性リンパ腫が尿管に浸潤したものと診断し，R-CVP 療法を4コース，リツキサン単独療法を4コース施行し CR となった。尿管壁の全周性肥厚を呈した悪性リンパ腫の1例を経験したので報告した。尿管壁の肥厚を認めた場合，悪性リンパ腫も考慮する必要があると考えられた。悪性リンパ腫の診断に体腔鏡下生検が有用であった。

ABO 不適合生体腎移植を予定した多発性嚢胞腎症例に対して経皮的腎動脈塞栓術が有用であった1例：加藤大悟，矢澤浩治，市丸直嗣，斎藤 純，薦原宏一，角田洋一，中井康友，大須賀慶悟，高原史郎，奥山明彦（大阪大） 28歳，女性。多発性嚢胞腎 (PKD) によ

る慢性腎不全のため血液透析導入。著明に腫大した両腎を経皮的腎動脈塞栓術 (renal TAE) にて十分に縮小させた後に、腹腔鏡下脾摘術と ABO 不適合生体腎移植を成功裏に施行しえた。従来の腎移植を予定した PCKD の治療は、右腎摘除により移植床を確保し、腎移植を行う方法が一般的であった。しかし将来的には腹膜透析を導入する可能性、また特に ABO 不適合腎移植の際には脾摘術を行う必要性などの問題があり、開腹術が回避可能な renal TAE はメリットが大きいと考えられた。また腎移植後に左腎の renal TAE を行うと移植腎の造影剤腎症が懸念されることなどもあり、片側ではなく両側の renal TAE を行い、腎移植に至ることが望ましいと考えられた。

肉腫様腎細胞癌の術後肺転移に対して IFN- α が著効した 1 例：上山裕樹, 井口 亮, 金丸聡淳, 伊藤哲之 (西神戸医療セ) 74歳, 男性。近医にて肝機能異常・CRP 高値を指摘され, 当院消化器内科を紹介受診したが, 腹部超音波検査で右腎に 6 cm 大の腫瘍を指摘され当科受診。胸腹部造影 CT にて, 右腎細胞癌 cT3aN0M0 と診断し, 腹腔鏡下根治的右腎摘除術を施行。病理結果は clear cell carcinoma with sarcomatoid component (肉腫様部分>50%) であった。術後 1 カ月目に肺転移を認め, 増大傾向であったため, IFN- α を 300 万単位週 3 回で開始した。投与開始 1 カ月で PR となり, 投与開始 2 カ月目に CR が得られた。治療に伴い肝機能, CRP も正常化した。現在 18 カ月経過したが, CR が継続している。

4 ポートの腹腔鏡下手術で摘除しえた左横隔膜脚部 Bronchogenic cyst の 1 例：佐野剛規, 中嶋正和, 七里泰正 (大津市民) 50歳, 男性。特記すべき既往歴, 家族歴なし。他院で尿管結石の精査目的で CT を撮影したところ, 左横隔膜脚部近傍に表面平滑で均一な径 4 cm の嚢胞性腫瘍を認めたため, 当院を紹介受診。血液検査では異常を認めなかった。MRI では T1WI, T2WI ともに高信号で, 明らかな造影効果を認めなかった。腫瘍が 4 cm と大きく, 悪性腫瘍を完全に除外できなかったため, 手術切除を行った。十分に脾臓および隣臓を脱転し, ポート位置を工夫することにより, 高位後腹膜腔における 4 ポートの腹腔鏡下摘除が可能であった。手術時間は 129 分, 出血は少量であった。術後順調に経過した。病理組織診断において腫瘍組織に軟骨や線毛円柱上皮を認め, Bronchogenic cyst と診断した。

前立腺小細胞癌の 1 例：原田健一, 阪本祐一, 中村一郎 (神戸医療七西市民), 原田益善 (新須磨) 78歳, 男性。主訴は排便困難。初発時 PSA 69.8 ng/ml, Gleason score 5+5, cT3aN0M0 にて MAB 療法を施行し PSA は低値を維持していたが, 約 2 年後に骨盤内に巨大な腫瘍を認めた。腫瘍生検を行い小細胞癌の診断であり, 神経内分泌マーカーである NSE, Synaptophysin が陽性であった。また肺転移も認めた。腫瘍マーカーは NSE 370 < ng/ml と異常高値であったが PSA 0.143 ng/ml と低値であった。初診時生検病理では小細胞癌を認めておらず腺癌から小細胞癌への転換と考えられた。肺小細胞癌に準じて PE 療法を施行し, 局所は PR, 肺転移は CR, NSE は 48.0 ng/ml まで低下した。前立腺小細胞癌は予後不良な疾患であるが, PE 療法が有効であり 6 カ月の生存を確認した。

陰茎転移を認めた前立腺神経内分泌癌の 1 例：津村功志, 松下経, 松原重治, 山中邦人, 川端 岳 (関西労災) 症例は 78歳, 男性。臀部痛を主訴に他院を受診し, 前立腺針生検を施行された。前立腺癌の診断のもと, 当科での加療を希望され受診した。cT3aN0M1b の診断にて MAB 療法を開始した。反応性は良好であったが, 5 カ月後に陰茎痛が出現した。触診上陰茎海绵体の硬度の上昇を認めた。腫瘍マーカーでは PSA は正常値であったが, NSE, CEA, CA19-9 は上昇していた。MRIT2 強調画像で陰茎海绵体に high intensity の腫瘍を認めた。陰茎生検を施行, 尿管構造に乏しく, びまん性に腫瘍細胞を認めた。免疫染色では NSE, chromogranin A, synaptophysin 染色で陽性を示した。前立腺生検の組織標本を再検したところ, 一部に同様の組織像を認めた。PET-CT を施行し, 前立腺神経内分泌癌の陰茎転移と診断した。ドセタキセルを用いた化学療法を開始したが, その 5 カ月後に痛死した。

前立腺癌の内分泌療法中に発生した男性乳癌の 1 例：豊島優多, 金子佳照 (奈良県立三室) 83歳, 男性。妹に乳癌の既往あり。2005年 1 月に PSA 高値 (81.3 ng/ml) を主訴に当科受診。精査にて前立腺癌 cT3bN0M0 と診断し酢酸リユプロレリンとピカルタミドによる

MAB 療法を行った。2007年 3 月頃より両側の乳房腫脹が出現し, 女性化乳房として経過観察していた。2009年 6 月に左乳房内に胡桃大の硬結を触知し, 乳房エコーにて嚢胞腺癌を疑ったため当院外科に紹介した。同年 7 月に左乳房全摘除術, 腋窩リンパ節郭清術が施行され, 病理学的診断は非浸潤性嚢胞内癌だった。エストロゲンレセプター, プロゲステロンレセプターはともに陽性であり, HER2 は過剰発現を認めなかった。

ドセタキセルによる薬剤性間質性肺炎を発生したホルモン抵抗性前立腺癌の 1 例：針貝俊治, 邵 仁哲, 浮村 理, 内藤泰行, 中村晃和, 冲原宏治, 三木恒治 (京府医大), 荒木博孝 (済生会滋賀), 中川裕治 (公立山城) 患者は 79歳, 男性。iPSA 722 ng/mL, cT4N1M1 (Bone), stage D2 の前立腺癌に対し MAB 療法施行も約 1 年でホルモン抵抗性となり, 入院の上ドセタキセル 70 mg/m² を導入した。初回投与時には骨髄毒性を始めとする有意な有害事象を認めず導入 5 日目に退院, 以降外来にて化学療法継続予定となっていたが退院直後より熱発と全身倦怠感が出現したため導入 13 日目に緊急入院となった。入院時の血算/生化学にて有熱性好中球減少は否定的, 間質性肺炎を示唆する所見も認めなかったが第 2 病日に呼吸状態悪化と胸部レントゲン写真における両肺門部中心のスリガラス影が出現した。その後低酸素血症は遷延, 画像所見も悪化が続いたため薬剤性間質性肺炎の診断のもとステロイドパルス施行。一時的に呼吸状態の改善を認めるも血清 KL-6 値は上昇傾向が続いた。その後呼吸状態は再度悪化傾向に転じ, 前立腺癌の病状進行もあり導入 39 日目に死亡した。

骨シンチ陰性の髄内転移を生じた前立腺癌の 1 例：加藤敬司, 長濱寛二, 八木橋祐亮, 山本雅一, 金丸洋史 (北野) 76歳, 男性。1999年, 前立腺癌 cT3bN0M0, Gleason Score 3+4 の診断で前立腺全摘術施行。術後内分泌療法施行。2008年より PSA 上昇, CT 施行したが転移なし。2009年 5 月骨シンチ陰性。7 月 PSA 1,141 と急増, 再度骨シンチで陰性。全身倦怠感, 多発骨痛を認め入院。PSA 8,400 まで上昇し, 貧血, 血小板減少もあり骨転移を疑い骨髄生検を施行。播種性骨髄癌と診断した。ゾレドロン酸のみで骨痛は改善し, PSA 2,400 まで減少した。現在ドセタキセルを追加治療を行っている。骨シンチ陰性の理由として, 腫瘍細胞が骨髄内に侵入したものの骨質質溶解作用が軽度なため骨代謝の亢進が起らなかったのではないかと推測する。ゾレドロン酸は破骨細胞の抑制だけでなく様々な作用が報告されている。本例においては骨髄内を占拠する腫瘍細胞への直接的な増殖抑制作用があったのではないかと推測する。

前立腺平滑筋肉腫の 1 例：林 拓自, 中井康友, 角田洋一, 高山仁志, 中山雅志, 野々村祝夫, 奥山明彦 (大阪大), 奥見雅由 (府立急性期), 中尾 篤 (宝塚) 67歳, 男性。2008年 4 月に肉眼的血尿にて近医を受診。PSA は 3.9 であったが, 触診にて前立腺に硬結を認めたため前立腺生検を行ったところ, 平滑筋肉腫と診断され, 7 月に当科受診した。MRI にて前立腺から膀胱背側にかけて内部不均一な腫瘍を認め, CT にて肺に転移巣を認めた。肺転移を伴う前立腺平滑筋肉腫と診断し, 膀胱前立腺全摘, 回腸導管造設術を施行した。病理組織所見は平滑筋肉腫であった。術後全骨盤に 50 Gy の放射線照射と, gemcitabin と docetaxel による化学療法を 8 コース施行し, 肺転移巣は 10% 縮小した。その後は患者の希望により積極的な治療は中断したが, 術後 16 カ月現在生存中である。前立腺平滑筋肉腫は予後がきわめて不良であるが, 本症例は放射線治療と化学療法による集学的治療が予後の延長に寄与したと考えられた。

経尿道的前立腺切除術合併症の 2 例：小倉秀章, 青枝秀男 (国保日高総合) 症例 1 は 70歳, 男性。既往歴 67歳, 肛門周囲膿瘍。68歳時超音波検査にて膀胱内占拠性病変を指摘され受診。膀胱肉柱形成を認めタムソリン処方。10 カ月後肉眼的血尿で再診。CT 上前立腺腫大, 膿瘍 (最大径 38 mm) あり入院。入院時体温 37.4°C, 炎症反応上昇するも TUR-P 施行。術後 2 日目夕より悪寒戦慄を伴う発熱 (39.6°C) が出現, 抗生剤変更。術後 3 日目朝血圧低下し敗血症性ショックと判断。FDP 62.1 μ g/ml で DIC と診断し ICU 管理。術後排尿困難, 尿失禁あり。前立腺膿瘍の治療方針を検討した。症例 2 は 85歳, 男性。73歳から前立腺肥大症加療。84歳から頻回に尿閉。硬膜動脈静脈術後尿道カテーテル留置し TUR-P 予定であったが尿道直腸損傷で直腸鏡下に穿孔部修復。術後 9 日目 TUR-P 施行。直腸損傷合併例は少なく報告した。

恥骨後式根治的前立腺全摘除術 (RRP) 施行後に認めた膀胱結石の2例: 重村克巳, 木下佳久, 山中邦人 (明石市民), 松村 勝 (まつむら泌尿器科), 山下真寿男 (神鋼) 症例1は68歳, 男性. RRP 施行 (adeno carcinoma, gleason score 4+3, cap (-), ew (-), T2bN0M0) 10カ月後より肉眼的血尿を認めた. 腹部 CT 検査で膀胱結石を認めた. 経尿道的膀胱碎石術を施行. 術中明らかな膀胱尿道吻合糸を核としている所見を認めなかった. 結石分析結果はリン酸 IHC 95%以上であった. 症例2は61歳, 男性. RRP 施行 (adeno carcinoma, gleason score 4+5, sv (+), T3bN0M0) 後4カ月目に排尿痛の精査にて膀胱鏡検査を施行. 吻合糸に付着する膀胱結石を認め, 経尿道的膀胱結石碎石術を施行した. 結石分析結果はリン酸 IHC 78%, リン酸 Ca 22%であった. 膀胱尿道吻合に用いている糸に改良の余地があることが示唆された.

感染性腹部大動脈瘤を併発した前立腺膿瘍の1例: 大年太陽, 種田建史, 小林憲市, 真殿佳吾, 今村亮一, 桃原実大, 高田晋吾, 松宮清美 (大阪警察) 82歳, 男性. 2009年6月, 発熱と排尿時違和感を主訴に近医受診し, 尿路感染症と診断された. 抗菌化学療法にて症状軽快しないため, 加療目的に当科紹介受診となった. 直腸診にて前立腺に著明な圧痛あり, 急性前立腺炎と診断. 同日緊急入院して FMOX による抗菌化学療法開始した. 5日目までに CRP は減少傾向を認めたものの, 白血球数は増加し新たに腰部痛が出現した. 原因検索目的に胸部腹部造影 CT 撮影したところ, 感染性大動脈瘤と前立腺膿瘍の新たな出現を認めた. 年齢, 瘤の位置から手術施行せず, 抗菌化学療法を継続する方針とした. 抗菌薬を LZD, AZM, CFX 併用に変更したところ, 瘤の増大認めず, 37日目に CRP が陰転化し抗菌化学療法を中止した. その後炎症の増悪なく45日目に退院となった.

前立腺膿瘍の2例: 大橋康人, 前田浩志, 羽間 稔 (淀川キリスト教), 原田益善 (新須磨) 症例1は43歳, 男性. 左眼視力低下で受診しコントロール不良の糖尿病と著明な炎症所見を認めた. 症例2は63歳, 男性. 既往に糖尿病とうっ血性心不全あり, 発熱, 倦怠感で受診. 残尿感, 排尿時痛もあり心不全の悪化, 尿路感染で入院となった. いずれも CT で前立腺膿瘍を認め TUR で嚢胞を切除し軽快した. 前立腺膿瘍は抗生物質による保存的治療に抵抗するものが多く, その場合何らかの外科的治療を要する. エコー下での穿刺吸引は低侵襲で簡便であるが再穿刺が必要となることもある. 本症例のように併存する疾患の治療も行う場合, 多房性の場合はやや侵襲があるが根治性にすぐれた TUR による嚢胞壁の切除が適当と考えられた.

腎周囲血腫を伴った腎盂癌の1例: 瀧本啓太, 富田圭司, 金 哲将 (公立甲賀), 岡田裕夫 (滋賀医大) 48歳, 男性. 2009年3月右腰部痛を主訴に初診. 腹部 CT 上腎周囲血腫を伴う右腎腫瘍を認めたが, 結石は確認できなかった. 腎盂尿細胞診は class II であった. 右腎盂癌 cT3N2M0 と診断し, GC 療法3サイクル施行したが NC. 腎周囲血腫は増大していた. 7月経腹的右腎尿管全摘除術, 膀胱部分切除術, 後腹膜リンパ節郭清術施行. 摘除標本は 20×13×8 cm, 重量 1,625 g. 腎周囲血腫は 980 ml で細胞診は class II であった. 腫瘍は副腎にまで直接浸潤し血腫内へも露出, 尿路上皮癌, G2, pT4N0M0 と診断した. 術後1カ月で肺転移出現. MEC 療法2サイクル施行するも NC. 10月 CT ガイド下経皮的ラジオ波焼灼術を行った. 術後5カ月経過観察し再発転移を認めていない.

腎盂扁平上皮癌の1例: 新納摩子, 長嶋隆夫, 伊達成基 (湖北総合) 70歳, 男性. 結石・腎盂腎炎の既往歴なし. 2008年8月, 肉眼的血尿を主訴に当科初診. 血液生化学検査に明らかな異常なし. 腎臓超音波検査・造影 CT にて, 右腎に長径 5 cm を越える腎盂から腎実質に浸潤する辺縁不明瞭な腫瘍を認め, 右腎盂癌 T3N0M0 と診断. 同月右腎尿管全摘除術を施行. 病理組織学的所見は, SCC with sarcomatous change であった. 2009年1月, 肺転移・下大静脈背側のリンパ節転移出現. 転移巣に対する化学療法として M-VAC 療法1コース, GC 療法5コース施行, この間 SCC 抗原はほぼ基準値内にコントロール可能で, また画像上 NC であった. 術後16カ月現在存命中である. 腎盂扁平上皮癌の手術不能例や再発例に対する有効な治療は確立しておらず, 今後の症例の蓄積が待たれる.

肺転移巣切除により長期生存しえた腎盂尿管癌の3例: 武田 健, 松崎恭介, 吉田栄宏, 新井康之, 垣本健一, 小野 豊, 西村和郎, 宇

佐美道之 (大阪成人病セ) 症例1は76歳, 男性. 右尿管癌 (T3N0M0) に対し尿管全摘術後21カ月で単発肺転移を認め右肺部分切除術施行. 術後化学療法施行せず, 転移巣切除後51カ月時点で再発を認めず. 症例2は56歳, 男性. 左腎盂癌 (T3N1M0) に対し尿管全摘術, MVAC 療法施行. 術後10カ月で単発肺転移を認め左肺下葉切除術施行. 術後化学療法は施行せず, 転移巣切除後49カ月時点で再発を認めない. 症例3は64歳, 女性. 左尿管癌 (T2N0M0) に対し尿管全摘術後15カ月で単発肺転移を認め左肺下葉切除術, MEC 療法2サイクル施行. 転移巣切除後128カ月で右尿管癌を認め, 141カ月で癌死. 全例の病理診断は尿路上皮癌の転移. 単発肺転移切除後長期生存する症例が存在し, アジュバント化学療法の要否は今後の検討課題である.

Signetring cell ca 成分を伴った T1G3 膀胱癌に対し膀胱全摘を行った1例: 玉田 博, 三浦徹也, 山田裕二, 濱見 學 (県立尼崎) 症例は58歳, 男性. 2009年2月より肉眼的血尿を認め, 4月14日に当科受診. 膀胱鏡にて多発非乳頭状腫瘍を認め TUR-Bt を施行. 病理組織診断は UC, G3, with signetring cell ca, pT1 であった. 筋層浸潤は認めていないが悪性度は高いと判断し, 2009年5月27日, 膀胱全摘+回腸を用いた新膀胱造設術を施行した. 術後経過良好で現在まで再発を認めていない. 膀胱原発腺癌は, 比較的特異であり予後不良とされているが, 治療方針については一定の見解を得ていない. 文献的には根治術が施行された場合の予後は良好であり, early cystectomy も選択肢の1つであると考えられた.

膀胱憩室内に発生した膀胱小細胞癌の1例: 藤井令央奈, 稲垣武, 根本康夫, 松村永秀, 南方良仁, 児玉芳季, 倉本朋未, 西澤哲, 森 喬史, 佐々木有見子, 金川紘司, 原 勲 (和歌山医大) 50歳, 男性. 主訴は血尿. 既往歴に DM, うつ病, アルコール依存症. 2002年8月当科初診. 膀胱腫瘍の診断で TUR-BT 施行. UC, G1, pTa で経過観察中であった. 2009年4月膀胱鏡で膀胱憩室内に非乳頭状腫瘍を認めた. 7月膀胱部分切除術を施行. 憩室は周囲組織と軽度癒着を認めた. 病理組織学的に small cell carcinoma と診断した. 断端陰性で pT3 相当であった. 術後カルボプラチン, エトポシドと放射線照射を施行した. NSE, Pro-GRP は陰性であった. 本症例は筋層が薄く進展しやすい膀胱憩室腫瘍と進行の早い小細胞癌の性質を併せ持ち, 非常に予後不良と考えられる. 術後5カ月たった現在再発を認めていない.

Micropapillary variant of urothelial carcinoma of the bladder の1例: 上田倫央, 山本致之, 川村憲彦, 氏家 剛, 任 幹夫, 西村健作, 三好 進 (大阪労災), 佐久間貴彦, 川野 潔 (同病理), 喜元章人 (住友) 71歳, 女性. 主訴は頻尿. 他院 CT で膀胱腫瘍を指摘され当科初診. 膀胱癌 (cT3bN0M0) と診断し, TUR-BT および膀胱全摘除術施行. 病理組織診断は micropapillary variant of urothelial carcinoma であった. 術後4カ月目に多発骨転移が出現し, 術後10カ月目に癌死した. Micropapillary variant は1994年に Amin らが最初に報告した, 尿路上皮癌の亜系の1つである. リンパ管や血管への浸潤傾向が強く, 診断時に high stage を示すものが多く予後不良とされている. 治療法は確立されていない. 今回, われわれは Micropapillary variant の1例を経験したので, 若干の文献的考察を加え報告する.

経尿道的切除を施行した膀胱平滑筋腫の1例: 近藤宣幸, 山田祐介, 上田康生, 鈴木 透, 樋口喜英, 丸山琢雄, 野島道生, 山本新吾 (兵庫医大), 造住誠孝, 廣田誠一 (同病理), 吉田隆夫 (吉田泌尿器科クリニック) 67歳, 女性. 既往歴は上行結腸癌. 主訴は外尿道口出血. 超音波検査, MRI および膀胱鏡にて頸部から右側壁にかけて 23×17 mm の粘膜下腫瘍を認めたため, 吉田泌尿器科クリニックより当院へ紹介受診. MRI での腫瘍は T1 強調像にて筋組織とほぼ同じ信号域で, T2 強調像でも低信号であり辺縁不明瞭であった. CT では腫瘍は均一に軽度造影された. 以上より膀胱平滑筋腫の術前診断にて, 2009年8月26日, 経尿道的膀胱腫瘍切除術を施行. 腫瘍は境界明瞭で完全切除しえた. 病理組織学的所見では特徴的な紡錘細胞を認め, 平滑筋腫と診断された. 術後3カ月現在で再発を認めていない. 経尿道的切除で治療した報告としては本邦37例目と考えられた.

術後8年目に新膀胱破裂を来した1例: 岡田桂輔, 山崎隆文, 大場健史, 結縁敬治, 山下真寿男 (神鋼) 67歳, 男性. CIS 成分を含

む T1, G3 膀胱癌に対し、2001年10月膀胱全摘、新膀胱造設術施行するも術後再発なく、排尿状態も良好であった。2009年9月腹痛・排尿困難を主訴に受診し、CTで腹水貯留を認め、CGにて腹腔内に造影剤の漏出を認め、新膀胱破裂と診断した。現在保存的加療中である。当院では、本例で3例目の新膀胱破裂である。検索しえた新膀胱破裂症例は16例、発生は中央値で術後17カ月で、うち6例は間欠的自己導尿、1例に夜間尿失禁があった。15例で試験開腹術施行され、創閉鎖やドレーン留置されていた。破裂の原因は、尿閉・膀胱壁の虚血・カテーテル損傷、癒着などが想定される。試験開腹するか保存的加療を選択するかは症例によって検討すべきと考えられた。新膀胱破裂の予防のためにも、排尿管理を含めた徹底した患者教育が必要と考えられる。

膀胱 Mullerianosis の1例：種田建史、大年太陽、小林憲市、真殿佳吾、今村亮一、桃原実大、高田晋吾、松宮清美（大阪警察）、岡一雅、辻本正彦（同病理） Mullerianosisは膀胱に発生するきわめて稀な良性疾患であり、文献的に世界で34例の報告がある。今回われわれは膀胱に発生した mullerianosis を経験したので報告する。症例は35歳、女性、婦人科健診の経膈超音波検査にて膀胱内腫瘍を指摘され、膀胱鏡検査で嚢胞状腫瘍性病変を認めた。TUR-BTを施行し、病理検査では子宮頸管上皮と卵管上皮を認め、ER染色陽性であり mullerianosis と診断。Mullerianosis は Muller 管由来の腫瘍性病変で、endocervicosis, endosalpingiosis の報告例は世界で34例ときわめて稀である。発生要因は不明であるが、移植説と仮性説が有力である。現在治療法は確立されておらず、再発例や症状、増大傾向を認める症例では膀胱部分切除の必要性が示唆された。再発の可能性があるため、術後の慎重な経過観察が必要である。

術前診断が困難であった膀胱 Schwannoma の1例：福井真二、米田龍生、喜馬啓介、篠原雅岳、穴井 智、青木勝也、田中宣道、平山暁秀、石橋道男、藤本清秀、吉田克法、平尾佳彦（奈良医大） 50歳、女性。卵巣腫瘍疑いで施行された経膈エコーで膀胱腫瘍を認め紹介受診となった。膀胱鏡で頂部に直径40mm大の粘膜下腫瘍を認め、MRI検査ではT2強調像で腫瘍は高信号を示し、MIBGシンチでも膀胱下方に腫瘍に一致した取り込みを認めた。高血圧は認めず、内分泌検査でも血中ドパミンの軽度高値を認めるのみであったが画像上褐色細胞腫を疑い、腫瘍摘出術を施行、病理診断は Schwannoma であった。後腹膜腔原発の Schwannoma は0.7~2.7%と稀で、特徴的な画像所見はない。本症例では膀胱前壁の腫瘍のため MIBG シンチで生理的排出と集積の区別が困難であったため褐色細胞腫との鑑別が困難であったと考えられた。

酸性尿酸アンモニウム結石の1例：初鹿野俊輔、鳥本一匡、影林頼明、三馬省二（県立奈良） 36歳、女性。右側腹部痛・肉眼的血尿を主訴に受診。KUB上は放射線透過性結石であったが、CTで両側尿管結石・両側水腎症が認められた。血液生化学検査ではsCr 0.85mg/dlと腎不全は認めなかった。造影剤併用 ESWL および TUL を施行。結石は性状軟であり、容易に砕石しえた。結石分析の結果は酸性尿酸アンモニウム ≥95% であった。詳細に病歴を聴取すると、18歳時に1年で15kgの減量（薬物使用なし）および25歳時6カ月で6kgの減量（ピサコジル/センノシド10錠/日使用）と、過去に過度の減量を経験していたことが判明した。酸性尿酸アンモニウム結石は稀だが、下剤乱用が一因となる。近年のダイエットブームのため本結石は今後増加すると考えられ、痩せ型若年女性の結石症例の際には詳細な病歴聴取が必要である。

尿管結石治療経過中に発症した壊死性筋膜炎の1例：星山文明、喜馬啓介、藤本 健、小野隆征、大山信雄、百瀬 均（星ヶ丘厚生年金） 63歳、女性。くも膜下出血による左片麻痺を認め、終日臥床状態であった。左尿管結石により急性腎盂腎炎を発症、敗血症・DIC疑いにて近医より紹介。尿管カテーテル留置の上、抗生剤投与により軽快。根治目的に35病日に尿管切石術施行も、56病日に創部に壊死性筋膜炎を発症。ただちに壊死組織のデブリドマンを施行し、連日創部洗浄と抗生剤投与にて軽快した。創部膿汁および壊死組織培養より MRSA を検出した。本疾患の病態には細菌感染による微小血管の閉塞が関与しており、抗生剤の病巣部への充分な到達は期待できず、デブリドマンによる病巣の完全除去が治療の原則である。また、治療開始が遅れることにより敗血症、DIC、ショック、MOFなどに陥る

ことも考えられ、外科的治療をためらわないことが重要と考えられた。

陰嚢内膀胱ヘルニアの1例：細田光洋、松原弘樹、藤戸 章（済生会吹田）、恒松一郎（同消化器外科） 70歳、男性。数年前よりの排尿困難・左陰嚢腫大を主訴に当科受診。鼠径ヘルニアの既往はなし。BMI 29.6と肥満を認めた。経直腸エコーにて前立腺重量36gと前立腺肥大症を認めた。エコーにて典型的な陰嚢水腫を認めず、鼠径ヘルニアを疑いCTを撮影したところ陰嚢内膀胱ヘルニアを認めた。通常の鼠径ヘルニアに準じ、mesh plug法にて根治術を施行した。現在のところ再発を認めていない。膀胱ヘルニアは本邦では稀な疾患とされているが、肥満では50歳以上の鼠径ヘルニアの10%以上の頻度とされている。肥満・下部尿路通過障害などが危険因子とされており、今後症例数の増加の可能性が考えられる。また mesh plug 法は膀胱壁の穿破の可能性も指摘されており、今後も引き続き経過観察が必要と考えられる。

精索・精巣脂肪肉腫の1例：長井 潤、松井孝之（南大阪） 72歳、男性。主訴は左陰嚢腫脹。2002年11月6日左陰嚢腫大で当院初診。大網ヘルニア疑いにて手術予定も以降再診せず。2005年4月15日再度左陰嚢腫脹のため、当科受診。術前診断は左精巣腫瘍疑いであり、早期の手術勧めるも本人希望で7月12日左高位精巣摘除術施行した。左精巣は石様硬で腫瘍性病変。病理診断は脂肪肉腫であった。断端は陽性であったが、転移を認めなかった。本人・家族へ説明と同意の上、追加手術・放射線・抗癌剤治療を行わず経過観察とした。その後、右精巣上体腫大を認め2007年2月22日右精巣上体腫瘍切除術施行。病理診断は脂肪肉腫であった。現在まで再発および転移を認めていない。

炎症性陰嚢水腫を来した急性虫垂炎の1例：大家角義、山崎 浩（神戸労災）、小塚雅也（同外科） 40歳、男性。3日前より心窩部痛を自覚。第3病日、痛みが右下腹部に移動、同時に陰嚢の腫れに気づく。圧痛があった。第4病日、当院の救急部を受診。急性虫垂炎と診断されたが、陰嚢の腫脹のため、精巣上体炎などを疑われ、当科併診となる。血液検査では、白血球増加やCRP上昇を認めた。尿所見に異常はなかった。CTでは、右陰嚢に水腫を認めたが、精巣、精巣上体、陰嚢壁に異常はなかった。右陰嚢は、発赤、腫大し、圧痛を認めた。腫脹は、緊張していて、精巣を触知できなかった。白色混濁液を穿刺した後、圧痛は消失した。触診で精巣や精巣上体に異常を認めず、急性虫垂炎に続発したものと考えた。直ちに腹腔鏡下虫垂切除術が施行された。その後、陰嚢水腫は、再発することなく治癒した。成人でも鞘状突起が、開存している場合があると考えられた。

鼠径部腫瘍を主訴とした多形性硝子化血管拡張性腫瘍 (pleomorphic hyalinizing angiectatic tumor: PHAT) の1例：岡田宜之、福田聡子、野間雅倫、塩塚洋一、辻川浩三、中森 繁（東大阪市立総合） 49歳、男性。左鼠径部の無痛性腫瘍を主訴とし、触診にて鼠径部にうずら卵大の弾性軟の可動性腫瘍を触知した。家族歴、既往歴、検査所見にて特記事項認めず。エコーにて周囲との境界明瞭で脂肪組織よりも hypo echoic な腫瘍を認め、CTにて、皮下の脂肪組織内に径3cm大の被膜を伴い内部に造影効果を伴わない腫瘍を認めた。外科的摘除を施行した。術後病理組織診断にて、血管壁の硝子化、紡錘形細胞や、多角形細胞を認め、核内に封入体を認めた。また、免疫染色にてビメンチン染色、CD34染色陽性で、S-100染色にて軽度陽性を示し、pleomorphic hyalinizing angiectatic tumor (PHAT) と診断された。術後経過は良好にて、9カ月経過にて再発は認めていない。

副腎神経節神経腫の1例：中澤成晃、米田 傑、竹澤健太郎、谷川剛、藤田和利、奥見雅由、細見昌弘、山口誓司（大阪急性期医療セ）、島津彰宏、伏見博彰（同病理） 62歳、女性。CTで偶然径56mmの左副腎腫瘍を指摘される。各種検査で内分泌非活性副腎腫瘍と診断。その径の大きさから悪性腫瘍の可能性も否定できないため、腹腔鏡下左副腎摘除術を施行した。HE染色で、ヘマトキシリン好性の豊富な胞体を有する異型性のない成熟した神経節細胞とエオジン好染の胞体を有し、S-100蛋白陽性を示す紡錘形の Schwann 細胞を認めた。腫瘍は正常副腎と連続しており、副腎神経節細胞腫と診断した。

多発骨折を契機に見された Cushing 症候群の1例：山田恭弘、

矢野大、篠田康夫、伊藤吉三（京都第2赤十字）、尾立征一、竹村俊樹、大江 宏（学研都市病院）36歳、女性。高血圧、高脂血症のため近医にて内服加療中。2009年6月、約2カ月前からの背部痛のため学研都市病院整形外科受診。胸椎（C4～C6）、腰椎（L3～L5）の多発骨折を認め、悪性疾患、脊椎カリエスなどを疑い腹部CT施行、左副腎腫瘍を認めたため、当科紹介となった。当科初診時、中心性肥満、満月様顔貌を認め、内分泌学的検査では、血中および尿中コルチゾールの上昇と血中ACTHの低下を認めた。また副腎シンチグラムでは左副腎の腫大と異常集積を認め、右副腎は描出されなかった。以上より左副腎腫瘍によるCushing症候群と診断し、2009年7月腹腔鏡下左副腎摘除術施行。病理診断は副腎皮質腺腫であった。

尿道摘除・虫垂を用いた **Mitrofanoff** 法尿路変更を行った外陰部 **Paget** 病の1例：堀越幹人、矢西正明、秦健一郎、大口尚基、河源、木下秀文、松田公志（関西医大枚方）、日野沙衣子、三宅省吾、楠本健司（同形成外科）69歳、女性。外陰部 Paget 病と診断され、腫瘍切除術施行。その後の生検にて遠位部尿道に腫瘍細胞の存在が判明したため、尿道および膀胱壁を摘除、膀胱は温存し、Mitrofanoff 法を用いた禁制型導尿路の作製を行った。

尿道転移を認めた大腸癌の1例：福田輝雄、原口貴裕、中野雄造、竹田 雅、三宅秀明、田中一志、武中 篤、藤澤正人（神戸大）症例、86歳、男性。主訴は肉眼的血尿と排尿困難。2008年11月より、間欠的な肉眼的血尿、排尿困難を認め近医受診。膀胱尿道鏡にて振子部尿道に数 cm 大の乳頭状腫瘍を認め、精査加療目的に当科紹介受診。採血上、CEA が軽度高値を示していた。2009年1月、経尿道的尿道腫瘍切除術を施行。病理検査所見は腺癌であり、免疫組織染色にてCK20 陽性、CK7 陰性かつCDX2 強陽性を示したことから大腸癌の転移が疑われた。下部消化管内視鏡にてS状結腸に進行癌を認め、これによる尿道転移と診断した。S状結腸切除術後、現在外来通院中で

ある。大腸癌尿道転移例は、かなり稀であり、現在まで6例の報告例のみである。診断にはCK7、CK20 およびCDX2の免疫染色が特異的である。

尿閉を来した悪性リンパ腫の1例：木内利郎、木下竜弥、小林正雄、植田知博、井上 均、高田 剛、原 恒男（市立池田）、森山康弘（同内科）症例は84歳、男性。既往歴：高血圧、高脂血症。2007年12月、尿閉を主訴に当科受診。MRIにて前立腺、直腸と一塊となった径約10 cmの腫瘤を認めたため、経会陰的生検を施行した。悪性リンパ腫（diffuse large B-cell lymphoma）と診断。PET-CTにて鼠径部、腹腔内、肺門部などに多発性リンパ節転移および両側肺転移を認めた（Ann Arbor 分類、stage IV）。当院内科にてCPA少量分割療法およびCHOP療法（4サイクル）を施行。局所の著明な縮小およびsIL-2R、LDHの低下を認めたが、同年7月脳転移のため癌死した。Bostickらの提唱する診断基準の3つのうち2つを満たし、前立腺原発悪性リンパ腫と診断した。

振子部尿道全長に及ぶ尿道狭窄に対して小児用レゼクトスコープで治療した1例：森 康範、大関孝之、加藤良成、井口正典（市立貝塚）79歳、男性。2008年11月5日より陰嚢腫大、陰嚢痛、排尿時痛を認め11月15日当科受診。陰嚢底より膿汁の排出を認め陰嚢膿瘍と診断。精査加療目的にて同日入院。UCGにて振子部尿道に約10 cmの尿道狭窄を認め、尿道皮膚瘻も認められた。症状軽減のため膀胱瘻造設術施行。2009年1月8日小児用レゼクトスコープ、knife electrodeにより直視下内尿道切開術施行。術後排尿状態改善。11カ月経過した現在24Fr プジューが抵抗なく挿入可能である。自験例では狭窄部は9、2Frのsheathがなんとか挿入可能であり小児用レゼクトスコープを用いた。また狭窄部が約10 cmと長い場合knife electrodeを用いて手術を施行した。